

脂肪吸引手術を受けられる患者様へ

●はじめに

この説明書は、脂肪吸引手術の目的、内容などについて説明するものです。
よくお読みいただくとともに、医師の説明をよく聞いて、脂肪吸引手術をお受けになるか否かをお決めください。
承諾される場合には、この文書の最後のページにある承諾書に署名し日付を記入して医師にお渡しください。
もし、ご不明な点がございましたら、どうぞご遠慮なく、主治医もしくは当院の事務局 (06-4309-5141) までお問い合わせ下さい。

●脂肪吸引手術の目的

今回、患者様ご本人の自己皮下脂肪組織由来幹細胞 (ADSCs) を用いて「変形性関節症に対する細胞移植治療」を行う為に、この細胞が多く含まれている皮下脂肪を吸引する手術です。

●この手術の内容及び注意事項等

手術の際に、麻酔を行います。

麻酔の種類は局所麻酔、静脈麻酔、全身麻酔、硬膜外麻酔のいずれか、もしくはこれらの麻酔を併用して行います。

脂肪を吸引する部位にマーキングをし、濃度の薄い局所麻酔薬と血管収縮薬を含む乳酸リンゲル液を注入し、その部位を柔らかくします。

麻酔が効いてきたら皮膚を約3mm～5mm切開し、細い金属の管 (カニューレ) を挿入して脂肪吸引器により陰圧をかけて皮下脂肪を吸引します。

手術時間は範囲や吸引する脂肪の量にもよりますが、長い場合で約1～2時間です。基本的に患者様が希望される部位から脂肪を採取いたしますが、採取に適さない場

合 (脂肪が少ない、手術痕があるなど) はご希望に添えないことがあります。

手術は日帰りで行います。

術後数日間は腫れや痛み、皮下出血もみられますが、これらは徐々に消失していきます。

また、施術部 (手術をした部分) の皮膚表面に凹凸が出るがありますが、丁寧にマッサージをすることで平らになってきます。

施術部を押したときの痛みは2週間から1か月くらい続くことがあります。施術の経過には個人差がありますので、一応の目安とお考えください。

創部の抜糸は術後1週間位に行います。

★注意点★

こうぎょうこざい

抗凝固剤（血が固まりにくくなる薬）を常用されている場合、手術の約2週間前あたりから内服をやめていただく必要があります。

休薬した場合でも医師の判断で、手術をお受けになれない場合がございます。

その他、アレルギーや服用中のお薬がある場合は必ず医師にお申し出てください。

●手術を受けられる前に

当院では万全の体制で手術を行い、かつ術後のアフターケアを致しますが、術後の変化及び経過には個人差があります。

いかなる手術でも危険性や偶発症を伴いますので、以下の内容を参考になさってください。

また、安全な範囲で手術を行いますので採取できる脂肪量には個人差があります。

●他の術式との比較に関して

今回実施される脂肪吸引術は、これまで多くの美容形成外科で行われてきた脂肪吸引の手技と何ら変わりはありません。

また、吸引される皮下脂肪の量も通常痩身目的で行われる美容外科クリニックでの脂肪吸引と比べ5分の1もしくは10分の1程度と少なく、施術時間も短い時間で済みます。

ぐうはつしょう

●この手術に伴う危険性と偶発症発生時の対応

①血腫・・・

術後出血により血腫けっしゅができることがあります。

術後は施術部の圧迫のためコルセット、ストッキング、ガードルなどを使用していただくこととなります。

また、貯まった血液を排出するためにドレーンチューブを留置することがあり、このように大きな血腫ができた場合には術後に処置を要することがあります。

②感染・・・

のうよう

皮膚切開部から細菌が入り、感染（膿瘍）を起こすことがごく稀にあります。

この場合は抗生物質の投与、創部の洗浄など適切な処置を要することがあります。

③神経損傷・・・

脂肪を吸引する際、稀に神経を傷つけることがあります。

その際、局所の知覚障害（皮膚の痺れ感しびれ、違和感）を来すことがありますが、多くの場合、症状は軽度で、1ヶ月程度で改善します。

ごく稀に長期を要することがあります。

④ 脂肪塞栓、血栓・・・

ごく稀に脂肪や血液の塊が血管を通して、肺などの臓器の細い血管を詰めてしまうことがあります。

この場合はその臓器に異常が生じることがあります。

その場合は速やかに適切な処置を要することがあります。

⑤ 皮膚表面の凹凸・・・

術後、皮膚表面に凹凸を感じる場合があります。

通常はマッサージなどで改善していきます。

⑥ 術中・術後出血・・・

出血量が多くなった場合には輸血を要することがあります。

⑦ 傷跡・・・

脂肪を採取する際、約3mm～5mmほどの切開をおこないますので、傷跡が目立つ事がありますが、個人差があります。

●同意撤回について

この手術に関し、患者様は、同意した後、手術が行われる前までに、自由なご意思で、その同意を撤回することができます。

そして、同意を撤回することで、患者様に不利益が生じることはありません。

ただし、手術が着手された後、同意を撤回することはできません。

●個人情報の保護について

患者様に関する身体の状態や記録など、プライバシーの保護には十分配慮いたします。患者様に関する記録はこの施設に保管されますが、データは番号登録により匿名化されます。

したがって、今後、患者様の治療記録等が、統計又は記録資料として、厳格に匿名化された条件下で、学術雑誌や学会で統計データ又は医療データの一つとして公表される可能性はありますが、患者様個人が特定される態様で使われることはありません。

●手術費用等について

自己皮下脂肪組織由来幹細胞 (ADSCs) を用いた「変形性関節症に対する細胞移植治療」は保険適応外となり、自由診療です。

したがって、患者様の負担額は10割となります。

治療費は100万円(税別)～です。(幹細胞培養費用を含める)

また、具体的な費用は吸引する脂肪の量、必要となる細胞数や培養期間によって患者様ごとに異なります。

詳しくはスタッフまでお尋ねください。

手術の着手後、患者様の個人的な事情及び金銭等に関する問題に関しては、一切責任を負いかねますのでご了承ください。

以上の状態や経過などに関する説明は、あくまで平均的なものであり、個人差があることをご了承下さい。

もし、偶発的に緊急事態が起きた場合には、必要に応じて最善の処置を行います。なお、手術又は治療等に関して、患者様が当院及び医師の指示に従わない場合、当院は一切の責任を負いかねますので、この点、ご了承ください。

治療に関する問い合わせや苦情に関しては、医師・看護師・スタッフにお尋ねいただくか、下記の問い合わせ先にご連絡ください。

医療法人 再生会 再生医療センター そばじまクリニック
〒577-0011 大阪府東大阪市荒本北2-2-6 クリニックコート東野3F
電話：06-4309-5141
院長：^{そばじま} 聡^{きとし} (医療機関管理者・実施責任者)
医師：^{いわぐろひでき} 岩畔英樹、^{くろだりょうすけ} 黒田良祐、^{まつしたたけひこ} 松下雄彦、^{まつもとともゆき} 松本知之
事務局：^{はらだゆうすけ} 原田雄輔、^{ふじい みさこ} 藤井美佐子、^{はら みほ} 原 美穂

医療法人再生会 そばじまクリニック

院長 傍島 聰 様

手術承諾書

<説明事項>

- はじめに
- 脂肪吸引手術の目的
- この手術の内容及び注意事項等
- 手術を受けられる前に
- 他の術式との比較に関して
- この手術に伴う危険性と偶発症発生時の対応
- 同意撤回について
- 個人情報の保護について
- 手術費用等について
- 連絡先

【患者様の署名欄】

私は脂肪吸引手術について、上記の事項について十分な説明を受け、説明文書を受け取り、内容等を十分理解いたしましたので手術を受けることを承諾します。

承諾日： 年 月 日

患者様氏名（自署）

【代諾者の署名欄】（必要な場合・または患者様が未成年者の場合）

私は_____氏が、本治療について、上記の事項について十分な説明を受け、説明文書を受け取り、内容等を十分理解しましたので、手術を受けることを承諾することに同意します。

注) 患者様が未成年の場合は原則保護者様の同意とさせていただきます。

同意日： 年 月 日

代諾者氏名（自署）

本人との続柄：

【医師の署名欄】

手術の内容及び術後の状態、危険性に関して、当院の医師より十分に説明をしました。

その上で手術を受けられた患者様の個人的な事情及び金銭等に関する問題に関しては一切責負いかねますのでご了承ください。

説明日： 年 月 日

医療法人再生会 そばじまクリニック

医師氏名（自署）