

## 再生医療等提供のご説明

再生医療等名称:毛髪に加齢性変化による減少に対しての自己脂肪由来間葉系幹細胞を用いた局所注射療法

この説明文書は、あなたに再生医療等提供の内容を正しく理解していただき、あなたの自由な意思に基づいて再生医療等の提供を受けるかどうかを判断していただくためのものです。

この説明文書をよくお読みいただき、担当医師からの説明をお聞きいただいた後、十分に考えてから再生医療等の提供を受けるかどうかを決めてください。ご不明な点があれば、どんなことでも気軽にご質問ください。

なお、本治療は、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律（平成26年11月25日施行）」を遵守して行ないます。また、上記法律に従い、認定を受けた特定認定再生医療等委員会（安全未来特定認定再生医療等委員会 認定番号 NA8160006）の意見を聞いた上、再生医療等提供計画（計画番号 ）を厚生労働大臣に提出しています。

また、本治療では、他の治療では効果を出すことが難しいとお考えの患者様を対象に治療を行ないます。

### 1. 再生医療等の目的及び内容について

本治療は、脂肪由来間葉系幹細胞を皮内に注入することによって、加齢性の毛髪量の減少を改善することを目的とした治療法です。

間葉系幹細胞は、骨髄内に存在し多様な細胞に分化できる能力を持つことがわかっています。またサイトカインというたんぱく質を作りだし、それが様々な細胞の活動性を上げることが示唆されています。

そして、間葉系幹細胞とほぼ同じものと考えられるものが皮下脂肪内に多く存在していることがわかってきました。そのため、幹細胞を増やす「もと」としてご自身の皮下脂肪を利用します。

本治療では、他の治療では効果を出すことが難しいとお考えの患者様を対象に、患者様本人の脂肪から採取、培養した脂肪由来幹細胞を頭皮に直接投与します。脂肪由来幹細胞は休止期にある毛髪を成長期に促す作用があります。また幹細胞だけでなく幹細胞が生み出すたんぱく質にもその作用があります。毛髪を健康にする、発毛を促進する効果が期待できます。しかしながら、全ての患者様に良好な結果や期待される程度の結果が出るとは限りません。治療前に必ず医師とよく相談して下さい。

### 2. 再生医療等に用いる細胞について

本治療では、患者様本人の中にある間葉系幹細胞という細胞を培養して治療を行います。間葉系幹細胞とは骨髄の中や皮下脂肪内に多く存在する細胞です。間葉系幹細胞はサイトカインというたんぱく質を作り出し、様々な細胞の活動性を上げることが示唆されています。

本治療では、他の治療では効果を出すことが難しいとお考えの患者様を対象に、患者様本人の脂肪から採取、培養した脂肪由来幹細胞を頭皮に直接投与します。脂肪由来幹細胞は休止期にある毛髪を成長期に促す作用があります

### 3. 治療の流れ（脂肪採取から投与まで）

#### ① 採取日

##### 脂肪採取

事前の採血検査で問題がなかった場合、脂肪採取を行います。ご自身で把握されている感染症の既往や、血液凝固異常、内服薬の申告は検査前に必ず行ってください。

脂肪は腹部または大腿部内側等より採取します。局所麻酔を行ないますので、大きな痛みはありません。シワに沿って約5～10mm程度の皮膚切開、もしくは皮膚切除を傷が目立ちにくい場所を選んで行います。その皮膚切開部位から5～10gほどの脂肪採取を行います。また、脂肪吸引で脂肪を採取する場合は、シワにそって約5～10mm程度の皮膚切開創よりカニューレという脂肪吸引専用の管で局所麻酔液を含む脂肪混濁液を10～20ml程度採取します。皮膚切開部は必要に応じて自然に溶ける糸で縫い、さらに表層をナイロン糸で縫う場合があります。ナイロン糸を用いた場合は1週間後に抜糸を行います。ナイロン糸を用いなかった場合は抜糸不要です。術後は飲酒をお控えいただき、入浴はシャワー程度にしてください。

#### ② 投与までの間（細胞培養期間）

脂肪を採取後、温度を保ち出来るだけ早く培養加工施設に移し、培養を行ないます。投与までは約3～4週間を必要とします。その間にあなたの細胞を無菌的に培養します。使用している培地は、動物・ヒト由来成分を全く含まず、ロット間の差が少なく安全性・安定性が高いものです。順調に培養が進まない場合、培養を中止することがあります。その場合は原則として脂肪採取などをやり直します。

#### ③ 投与（処置室）

確定投与日にお越し頂きます。予約時間に最善の状態で提供できるように用意いたします。投与は、目的とする頭皮の部位に注射を行ないます。投与当日は飲酒をお控えください。洗髪などはしていただいて構いませんが、長風呂や過度な運動はお控えください。

### 4. 細胞の保管方法及び廃棄について

採取された組織は院内併設の細胞培養加工施設（CZEN GINZA CLINIC Cell Processing Center）に移され、細胞増殖に使用されます。

院内併設の加工施設にて細胞剥離後、 $5\pm 3^{\circ}\text{C}$ 条件下で保管した細胞は8時間を上限に投与し、この期間を超えたものは治療には用いず、適切に処理し廃棄いたします。凍結の場合は、

細胞凍結保存液を用いて、凍結用バイアルチューブ内にて、**-80℃**のフリーザー内で一晚緩慢冷却させて、保存した細胞を用います。培養する過程で、今回培養する細胞の一部は窒素タンクに入れ**-196℃**で保存されます。採取から**1年以内**であればこの凍結した細胞を解凍、培養することが可能です。

保存期間を超えたものは投与に用いず、適切に処理し廃棄いたします。

## 5. 再生医療等を受けていただくことによる効果、危険について

### 【期待できる効果】

人間は加齢とともに変化していきます。毛量の減少もその変化の一つです。そして、それが生活の質（QOL：Quality Of Life）を落としてしまうことがあります。

本治療では、患者様本人の脂肪から採取、培養した幹細胞を症状の改善が見込める可能性があるかと判断した場合、その細胞を培養し加齢性変化を認める部分に直接投与します。

加齢性の毛髪量の減少を改善する効果が期待できます。

### 【副作用、合併症、注意点】

本治療を受けることによる危険としては、脂肪の採取や細胞の投与に伴い、合併症や副作用が発生する場合があります。考えうるものとしては、脂肪採取部位の感染、注射部位の痛みなどの軽微な副作用があります。また局所投与後に発熱をする場合があります。

いずれもが、場合によっては部分的な消毒や解熱剤外用薬の処方などの対応を行なうこともありますが、大きな処置が必要であることは通常はありません。

また細胞自体も患者様ご自身のものであるため拒絶反応などの心配はありません。

ただし、細胞加工工程にて培養中の細胞に細菌感染などが見つかった際、あるいは細胞異型（通常の細胞と著しく形態が異なること）が見つかった際は治療前に、培養中止、培養のやり直しを行なうことがあります。その場合は、やむを得ず治療自体を中止したり、当初の予定より全行程に時間を要したりすることがあります。

麻酔薬や抗生物質に対するアレルギーを起こしたことのある方は、本治療を受けることができません。また術前検査にて各種感染症や著しく血液検査異常値が認められた場合なども治療をお受けになることが出来ません。あらかじめご了承ください。

## 6. 他の治療法について

現在毛髪治療は主となるものが薬剤を用いた保存的治療です。しかし、効果の出現が無かったり、遅かったり、多毛になるなどの副作用も存在します。

保存的治療としてはレーザー治療も開発されています。これは気軽にできる治療ですがやはり効果の実感が大きくないことが欠点として挙げられます。

また手術治療として植毛もあります。植毛の場合は毛髪の移動ですのでドナー（移植される毛髪がもともとあるところ）が必要であることとそこに傷が残ることが欠点となります。最近では多血小板血漿（PRP）療法は大きな効果を挙げています。PRPが産生するたんぱ

く質が毛髪増量に効果があると考えられます。

そのたんぱく質をさらにより多く産生するものに幹細胞があります。そして脂肪由来幹細胞を培養した上澄み液（幹細胞が産生したたんぱく質が含まれています）を用いた治療の有効性の報告もあります。これはまさに幹細胞に着目した治療です。細胞成分が入っていないものの自分の細胞由来のものではない為、受け入れられない方が多くいます。

今回の自己脂肪由来間葉系幹細胞注射療法はご自身の細胞を用い、それを培養することにより数を増やしご自身に戻します。アレルギーや拒絶反応は無く、直接気になる個所を集中治療できるものです。前述 PRP に含まれる血小板よりも多くのサイトカインを産生するため効果を期待することが出来ます。

加齢性の毛髪量の減少に対しては本治療以外にも様々な治療方法があります。薬剤療法や手術療法が功を奏する場合があります。もし、その方法をご希望の場合は気兼ねなく申し付け下さい。説明、治療、および他院への紹介などさせていただきます。

#### 7. 健康・遺伝的特徴等の重要な知見が得られた場合の取り扱いについて

本治療を開始する際に血液検査などを行います。この検査によってあなたの身体に関わる重要な結果（偶発症や検査値異常など）が見つかった場合には、その旨をお知らせいたします。

#### 8. 再生医療等にて得られた試料について

本治療によって得られた細胞等は患者様ご自身の治療にのみ使用し、研究やその他の医療機関に提供することはありません。

#### 9. 再生医療等を受けることを拒否することができます。

あなたは、本治療を受けることを強制されることはありません。説明を受けた上で、本治療を受けるべきでないと判断した場合は、本治療を受けることを拒否することができます。

#### 10. 再生医療等を受けることの拒否、同意の撤回により、不利益な扱いを受けることはありません。

あなたは、説明を受けた上で本治療を受けることを拒否したり、本治療を受けることを同意した後に同意を撤回した場合であっても、今後の診療・治療等において不利益な扱いを受けることはありません。

#### 11. 同意の撤回について

あなたは、本治療を受けることについて同意した場合でも、細胞の投与を受ける前であればいつでも同意を撤回することができます。同意撤回による費用に関しましては 15. 費用について をご覧ください。同意の撤回の後、再度本治療を希望される場合には、改めて説明を受け、同意することで本治療を受けることができます

## 12. 健康被害に対する補償について

本治療が原因であると思われる健康被害が発生した場合は、無償で必要な処置を行なわせていただきます。

## 13. 個人情報の保護について

本治療を行なう際にあなたから取得した個人情報は、本クリニックが定める個人情報取扱実施規定に従い適切に管理、保護されます。

## 14. 診療記録の保管について

本治療は自己細胞を利用して行なう治療であるため、診療記録は最終診療日より原則 10 年間保管いたします。

## 15. 費用について

本治療は保険適用外であるため、治療にかかる費用全額をご自分でご負担いただきます。その他、本治療を受けるために必要となった旅費、交通費などの全ての費用もご自分でご負担いただきます。実際に必要となる費用については今回の治療では 2,000,000 円 (税抜) となります。

なお、脂肪の採取後や、細胞加工物の製造開始後に同意を撤回された場合など、同意を撤回される時点までに費用が発生している場合は、発生した費用についてはあなたにご負担いただきますのでご了承ください。また、返金対応いたしませんので、予めご了承ください。

## 16. その他特記事項

本治療の安全性及び有効性の確保、患者様の健康状態の把握のため、本治療を受けてから 6 か月後までは、2 か月に 1 回 (治療 2、4、6 ヶ月後) の定期的な通院と診察にご協力ください。マクロデジタルカメラ及び場合によってはトリコスコピーという所謂拡大カメラにて効果を判定します。定期的な通院が困難である場合は、電話連絡などにより経過観察をさせていただきますのでお申し付けください。尚 6 ヶ月の経過観察後、5 年間は 1 年ごとに定期的な通院をお勧めいたします。

麻酔薬や抗生物質に対するアレルギーを起こしたことのある方は、本治療を受けることができません。

## 17. 本治療の実施体制

本治療の実施体制は以下の通りです。

### 【脂肪組織採取を行う医療機関】

医療機関名：CZEN GINZA CLINIC

住所：東京都中央区銀座 5-4-9 ニューギンザ 5 ビル 9 階

電話：03-6251-9191

管理者、実施責任者氏名：鈴木 明世

脂肪組織採取を行う医師：

**【幹細胞投与を行う医療機関】**

培養した幹細胞の投与は全て **CZEN GINZA CLINIC** にて行ないます。

幹細胞の培養加工は、以下いずれかの施設にて行なわれます。

医療機関名：**CZEN GINZA CLINIC**

住所：東京都中央区銀座 5-4-9 ニューギンザ 5 ビル 9 階

電話：**03-6251-9191**

管理者、実施責任者氏名：鈴木 明世

幹細胞投与を行う医師：

細胞培養加工施設：**CZEN GINZA CLINIC Cell Processing Center**

**18. 治療等に関する問合せ先**

本治療に関して、専用の窓口を設けております。

ご不明な点がございましたら、担当医師または以下窓口までご連絡ください。

問合せ先：**CZEN GINZA CLINIC**

TEL：**03-6251-9191**

**19. この再生医療治療計画を審査した委員会**

安全未来特定認定再生医療等委員会 事務局

ホームページ <https://www.saiseianzenmirai.org/>

TEL **044-281-6600**

## 同意書

CZEN GINZA CLINIC

院長 鈴木 明世 殿

私は再生医療等（名称「毛髪に加齢性変化による減少に対しての自己脂肪由来間葉系幹細胞を用いた局所注射療法」）の提供を受けることについて、「再生医療等提供のご説明」に沿って以下の説明を受けました。

- 再生医療等の内容について
- 再生医療等に用いる細胞について
- 細胞の保管方法及び廃棄について
- 再生医療等を受けることによる効果、危険について
- 他の治療法について
- 健康・遺伝的特徴等の重要な知見が得られた場合の取り扱いについて
- 再生医療等にて得られた試料について
- 再生医療等を受けることを拒否することができること
- 再生医療等を受けることの拒否、同意の撤回により、不利益な扱いを受けないこと
- 同意の撤回について
- 健康被害に対する補償について
- 個人情報の保護について
- 診療記録の保管について
- 費用について
- その他特記事項
- 本治療の実施体制
- 治療等に関する問合せ先について
- 再生医療治療計画を審査した委員会について

上記の再生医療等の提供について私が説明をしました。

説明年月日 年 月 日

説明担当者

上記に関する説明を十分理解した上で、再生医療等の提供を受けることに同意します。  
なお、この同意は細胞の投与前までの間であればいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日 年 月 日

患者様ご署名

## 同意撤回書

CZEN GINZA CLINIC

院長 鈴木 明世 殿

私は再生医療等（名称「毛髪に加齢性変化による減少に対しての自己脂肪由来間葉系幹細胞を用いた局所注射療法」）の提供を受けることについて同意いたしましたが、この同意を撤回いたします。

なお、同意を撤回するまでに発生した治療費その他の費用については私が負担することに異存はありません。

撤回年月日                      年                      月                      日  
患者様ご署名