

## 本治療のご説明

再生医療等名称：

加齢性皮膚変化に対する自家脂肪由来幹細胞の皮下注入

この説明文書は、あなたに本治療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本治療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、十分に考えてから本治療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、再生医療を国民が迅速かつ安全に受けられるようにするための施策の総合的な推進に関する内容を定めた、「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）」を遵守して行います。また、上記法律に従い、地方厚生局の認定を受けた特定認定再生医療等委員会の意見を聴いた上、再生医療等提供計画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います。

### 1.再生医療等の内容について

自家脂肪由来幹細胞を皮下注入することによって、加齢による皮膚のシミ、くすみ、しわ、たるみ等を改善することを目的とした治療です。脂肪由来の幹細胞は皮下脂肪内に多く存在するため、幹細胞を増やす原料として自分の皮下脂肪を使います。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培養し、前述のような加齢による変化が気になる皮膚に直接投与します。脂肪由来幹細胞は動物実験でもシミ・しわを改善・予防する報告が得られています。日本国内でも複数のクリニックで行われている治療であり、一定の効果は期待できますが、すべての患者様に同じ効果や期待される効果が出るとは限りません。治療に入る前に医師と必ず細かく相談して下さい。

#### <本治療の対象となる方>

- 1) 患者の主訴の解決又は患者の希望や期待に対して自家脂肪由来幹細胞の皮下注入治療が有効な手段であると考えられる方
- 2) 加齢による皮膚のシミ、くすみ、皺、たるみ等の皮膚変化に対して、他の治療では効果を出すことが難しいと考えている方
- 3) 全身状態が良好の方
- 4) 18 歳以上（未成年者の場合は代諾者の同意を得た者）
- 5) 文書による同意を得られた方（未成年者の場合は代諾者の同意を得た者）

ただし、以下の項目に 1 つでも該当する場合は、本治療を受けていただくことができません。

- 1) 治療中および治療後に、継続してクリニックに来院できない場合
- 2) 治療の同意が得られない場合
- 3) 治療前問診や採血で梅毒・HBV・HCV・HIV 感染症が確認された場合（HBV 感染症については同意

が得られれば治療可とする)

- 4) 妊娠中の方
- 5) 本治療でアレルギー症状を起こしたことのある方
- 6) 治療前問診で敗血症、出血傾向または感染症が現れるリスクが高い血液疾患の合併症または疑いのある方
- 7) その他、医師が適さないと判断した場合

## 2. 治療の流れ（脂肪採取から投与まで）

### ①採取日

#### ■脂肪採取（所要時間 約 10 分）

皮下脂肪から採取します。通常は「太もも」付近から採取します。局所麻酔を行いません。大きな痛みはありません。約 5mm の小さな切開を行いません。傷はほとんど目立たない場所です。その切開から米粒 2-3 個ほどの脂肪を採取します。切開部は縫う必要がないほどの大きさですが場合によって、自然に溶ける糸で縫うことがあります。

#### ■採血（所要時間 約 10 分）

細胞を培養する為に必要な血液と検査に必要な血液を約 10~30mL 採血します。一部を検査に出し全身状態を確認します。貧血になる量ではありませんが当日はよく水分を取るようになしてください。飲酒はお控えいただき、入浴はシャワー程度になしてください。

#### ■投与までの間（クリニックの細胞培養加工室内での私たちの作業）

投与までは約 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。順調であれば 2 週間程度経過すると投与日の目安をお伝えすることが出来ます（電話または電子メールでご連絡いたします）。その後投与日が確定した場合はそれを変更することが出来ません（投与日時に合わせて細胞を培養するため）。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。（この場合の採取のやり直しに対して追加の費用は発生しません。）

#### ■投与（所要時間 約 30 分）

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、自家脂肪由来幹細胞(1x10<sup>8</sup>個目安)を皮膚の目的とする部位に注射を行いません。投与当日は飲酒をお控えください。投与後、洗顔などはしていただいて構いませんが、長風呂や過度の運動はお控えください。

#### ■会計

この再生医療治療は、医療保険適用外（自由診療）治療ですので全額自費でお支払いいただきます。

## 3. 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。シミ、くすみ、しわ、たるみといった皮膚の性状の変化もその

変化の一つです。そして、それが QOL : Quality Of Life 『生活の質』を落としてしまうことがあります。この治療では、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。これにより、シミ、くすみ、しわ、たるみといった皮膚の性状の変化を改善できる可能性があります。

#### <副作用/合併症/注意点>

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。

局所投与については、液体が入る事によって一時的に膨らみが出ることがあります。通常は投与当日から1~2日程度で落ち着きますが、場合によっては2~3日赤みが続く事がございます。注射による内出血は個人差がありますが、7~14日程度で目立たなくなります。また局所投与後に発熱をする場合があります。いずれも、場合によっては部分的な消毒や解熱剤の処方などの対応を行なうこともあります。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いません。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。

#### 4. 他の治療法の有無及び内容並びに他の治療法により予期される利益及び不利益との比較

シミ、くすみ、しわ、たるみといった整容的な症状については様々な治療法が存在します。

現在では外用薬や各種レーザー治療も存在し、一定の効果を挙げることが可能です。これらの治療の利益としては、費用が安く侵襲を伴わないものもありますが、不利益としては、効果が持続しないことや場合によってはやけどなどの副作用を起こすがある、何度も通院しなくてはいけないこと等が知られています。

今回の自家脂肪由来幹細胞の皮下注入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すことで、直接気になる個所を治療できるものです。それぞれに対し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。

#### 5. 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。

#### 6. 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、治療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。

7. 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。

8. 健康被害に対する補償について

本治療は研究として行われるものではないため、健康被害に対する補償は義務付けられていませんが、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、無償で適切な治療を行わせていただきます。

9. 個人情報の保護について

本治療を行う際にあなたから取得した個人情報は、当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。

10. 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。

11. 試料等の保管及び廃棄の方法

[試料及び細胞加工物の一部の保管期間]

採取した血液は全量を使用しますが、使用しない血液が生じた場合はすぐに廃棄します。再生医療等を受ける者が感染症を発症した場合等の原因の究明のため、当該再生医療等に用いた細胞加工物の一部について、再生医療等を行った日から 3 年間保管を行います。ただし、細胞加工物が微量である場合その他合理的な理由がある場合には、保管できないこともあります。

[試料及び細胞加工物の一部を保管する場合にあっては、保管期間終了後の取扱い]

医療廃棄物として処理します。ただし、あなたの希望で保管期間を延長する場合があります。

12. 再生医療等を受ける者から取得された試料等について当該者から同意を受ける時点では特定されない将来の研究のために用いられる可能性又は他の医療機関に提供する場合にはその旨と同意を受ける時点において想定される内容

同意を受ける時点では特定されない将来の研究のために用いられる可能性又は他の医療機関に提供する可能性はありません。

13. 再生医療等を受ける者の健康、子孫に受け継がれ得る遺伝的特徴等に関する重要な知見が得られる可能性がある場合には、当該者に係るその知見（偶発的所見を含む）の取扱い

本治療は、細胞提供者と再生医療等を受ける者が同一であり、患者様の健康、子孫に受け継がれ得る遺伝的特徴等に関する重要な知見が得られる可能性はありません。

#### 14. 特許権、著作権、その他の財産権又は経済的利益の帰属

本治療の結果として、特許権や著作権などの財産権が生じる可能性があります。その権利は当クリニックに帰属します。それらの権利を元に経済的利益が生じる可能性があります。患者様は利益を受ける権利がありません。

#### 15. 審査等業務を行う認定再生医療等委員会の事項

日本肌再生医学会特定認定再生医療等委員会 苦情・問合せ窓口  
mail : info@jssrm.com  
tel : 03-5326-3129 (平日 9:30-17:30)

#### 16. 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は細胞培養費用を併せて、1500000円(税別)です。なお、脂肪の採取後や、細胞加工物の製造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、その費用をご負担いただきますのでご了承ください。

#### 17. 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、1か月後および3か月毎を基本とした定期的な通院と診察にご協力ください。視診およびデジタルスコープ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。

また、天災その他の事情等で公共交通機関に運休等が発生した際には、施設だけでなく人員等が整備された環境で本治療を行う必要があるため、治療日変更等の対応をさせて頂くことがあります。

#### 18. 再生医療等を提供する医療機関の名称、管理者、実施責任者、再生医療等を行う医師の氏名

医療機関の名称：神宮外苑 Woman Life Clinic

管理者：伊沢 博美

実施責任者：伊沢 博美

再生医療を行う医師の氏名：伊沢 博美

#### 19. ご相談窓口

神宮外苑 Woman Life Clinic 受付

住所：東京都渋谷区神宮前 3-39-5 QizAOYAMA2F

電話番号：03-6432-9385

受付時間：水曜日を除く平日 09:30-17:30

## 同意書

神宮外苑 Woman Life Clinic

医師 伊沢 博美 殿

私は再生医療等（名称「加齢性皮膚変化に対する自家脂肪由来幹細胞の皮下注入」）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。

- 1. 再生医療等の内容について
- 2. 治療の流れ
- 3. 再生医療等を受けることによる効果、危険について
- 4. 他の治療法について
- 5. 再生医療等を受けることを拒否することができること
- 6. 同意の撤回について
- 7. 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
- 8. 健康被害に対する補償について
- 9. 個人情報の保護について
- 10. 診療記録の保管について
- 11. 試料等の保管及び廃棄の方法
- 12. 試料等について将来の研究のために用いられる可能性
- 13. 健康、子孫に受け継がれ得る遺伝的特徴等に関する重要な知見の取扱い
- 14. 特許権、著作権、その他の財産権又は経済的利益の帰属
- 15. 審査等業務を行う認定再生医療等委員会の事項
- 16. 費用について
- 17. その他特記事項
- 18. 再生医療を提供する医療機関
- 19. ご相談窓口

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 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

代諾者ご署名

(続柄 : )

## 同意撤回書

神宮外苑 Woman Life Clinic

医師 伊沢 博美 殿

私は再生医療等（名称「加齢性皮膚変化に対する自家脂肪由来幹細胞の皮下注入」）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

代諾者ご署名

(続柄: )