

リジェネクリニックで細胞の採取をされた患者様

患者様へ

「自家脂肪由来幹細胞を用いた関節治療」についてのご説明

TCB 東京中央美容外科・TCB スキンクリニック BS クリニック REGENE CLINIC
新宿三丁目院

当院の施設管理者： 川島 康弘

本治療の実施責任者： 堀内 康啓

細胞の採取及び再生医療を行う医師： 川島 康弘

鎌田 紀美子

小宮 璃菜

堀内 康啓

山本 卓也

富田 秀鷹

前田 龍仁

1. はじめに

本治療は「リジェネクリニック」にて「自己脂肪由来幹細胞を用いた変形性関節症治療」に同意をされ、脂肪採取を行った患者様に対して、凍結保管しているご自身の脂肪由来幹細胞（自家 ASC）を同一患者様に投与する治療です。

この説明文書は、当院で実施する再生医療等「自家脂肪由来幹細胞を用いた関節治療」（以下「本治療」という。）の内容を説明するものです。本治療では、自家脂肪由来幹細胞のことを「自家 ASC」と言います。

本治療は、保険適用外の診療（自由診療）です。この文書をお読みになり、説明をお聞きになってから十分に理解していただいたうえで、本治療をお受けになるかを患者様のご意思でご判断ください。

本治療を受けることに同意いただける場合は、この説明書の最後にある同意書に署名し、日付を記入して担当医にお渡しください。

本治療について、わからないことや心配なことがありましたら、遠慮なく担当医師や相談窓口におたずねください。

2. 治療の概要

脂肪由来幹細胞とは、脂肪組織を酵素処理と遠心処理した後に得られる沈殿成分（幹細胞および多分化能を持つ細胞を含む細胞：SVF）を培養した、線維芽細胞様の形態をもった間葉系幹細胞のひとつです。間葉系幹細胞は、骨や軟骨、脂肪などに分化する多能性を持つ細胞です。

本治療は、変形性関節症などの関節炎の患者様を対象とします。関節炎は、炎症性サイトカインなどが関節腔内に放出されることで、関節腔内の軟骨変性や、骨の異常増生、骨髓内の病変が起こります。これからが複雑に相互に作用し、痛みが発生します。

変形性関節症は世界で 3 億人以上、日本国内では 2,530 万人と言われており、加齢に伴い増加する傾向にあります。

本治療では、自家 ASC や自家 ASC が分泌する成長因子・細胞外小胞の働き（パラクライン効果）や、免疫調節機能を利用し、関節腔内の炎症を抑え、組織の修復による痛みの緩和や改善を図ることを目的としています。

治療に用いる自家 ASC は、患者様本人から採取した脂肪組織を原料として培養を行います。自家 ASC を治療で使う細胞数になるまで培養し、症状のある関節（膝関節、股関節、足関節、手関節、肩関節、肘関節）の関節腔内へ注射します。

3. 治療を受けるための条件

本治療は、以下の条件を満たす方が対象となります。

- (1) 変形性関節症、関節内軟骨損傷、半月板損傷、関節内靱帯損傷、関節炎と診断された方
- (2) 標準的な治療では効果が得られない、あるいは副作用等により標準治療を継続できず、本治療による効果が見込める方

- (3) 成人の方
- (4) 本治療について文書による同意を得た方

また、以下の条件のいずれかに当てはまる場合は、本治療を受けていただくことはできません。

- (1) 脂肪採取時に使用する麻酔薬（局所麻酔用キシロカイン等）に対して過敏症のある方
- (2) 感染症等検査の結果、HIV が陽性の方
- (3) アムホテリシン B、ゲンタマイシン、およびストレプトマイシンに対してアレルギー反応を起こしたことがある方
- (4) 妊娠中または授乳中の方
- (5) 再生医療等を行う医師が不適当と認めた方

以下の条件に当てはまる場合は、事前の問診および検査により、慎重に判断いたします。

- (1) 感染症等検査の結果、HBV、HCV、HTLV-1、梅毒が陽性の方
- (2) 重度の心・血液・肺・腎・肝機能疾患や脳疾患、精神疾患、悪性腫瘍を併発している方
もしくは出血傾向のある方

4. 本治療の流れ

本治療は、(1) 問診・血液検査 (2) 脂肪採取 (3) 自家 ASC 培養 (4) 自家 ASC 投与の手順で行われます。

リジェネクリニックにおいて脂肪を採取し、自家 ASC を保管されている患者様は (1) 及び (2) は省略されます。

(3) 自家 ASC の培養（培養期間：4～5 週間）

患者様から採取した脂肪組織は、細胞培養加工施設へ輸送します。自家 ASC の培養は厚生労働省から製造許可を得た細胞培養加工施設で無菌的に行います。自家 ASC を培養する際に、ヒト血小板由来製剤（UltraGro）を使用します。

培養した自家 ASC は、品質や安全性に問題ないことを確認してから、投与日に合わせて出荷され、当院に到着します。

投与日に合わせて培養を行うため、投与日が確定してからは投与日の変更は原則できません。

培養が順調に進まない場合、培養を中止することがあります。

(4) 自家 ASC 投与

当院で自家 ASC（1～5mL、5,000 万個～1 億個/関節）を患部に注射します。注射する細胞数は、患部の範囲に合わせて医師が調整します。注射前に患部に表面麻酔または局所麻酔を使うこともあります。

注射後は院内で 15 分ほど安静にさせていただきます。

注射後は定期的な診察を行います。術前及び術後 1、3、6 か月に治療に関するアンケートを行います。ご協力をよろしくお願いいたします。

5. 予想される効果と起こるかもしれない副作用・事象

予想される効果

患部の痛みの改善が期待されます。

起こるかもしれない副作用・事象

これまでに後遺症が残るような重大な副作用や健康被害は報告されていませんが、偶発症（稀に起こる不都合な症状）や、合併症（手術や検査などの後、それがもとになって起こることがある症状）の可能性があります。これらの偶発症や合併症が起きた場合には最善の処置を行います。偶発症・合併症の詳細について質問がある場合は、別途、担当医師・担当スタッフから説明をいたしますので、ご遠慮なくお問合せください。

- (1) 麻酔：アレルギー反応、アレルギーショック
- (2) 自家 ASC 投与：痛み、炎症（熱感、赤み、腫れ、かゆみ）、感染症
- (3) ヒト血小板由来製剤（UltraGro）：再生医療等製品材料適格性が確認されています。
本製剤はγ線照射によりウイルスを不活性化・除去したもので、頻回の洗浄を行いますが、未知の感染症の可能性を完全に排除することはできません。稀にアレルギー反応が起こる可能性があります。

自家 ASC の培養に抗生物質（アムホテリシン B、ゲンタマイシン、ストレプトマイシン）を使用するため、それらに対する異物反応（アレルギー反応等）が起こる可能性があります。頻回の洗浄を行いますが、完全に排除することは困難です。治療後に違和感や不具合が生じた場合は当院にご連絡ください。

ASC は様々な細胞に分化する能力があります。そのため、腫瘍に分化し、腫瘍を形成する可能性が完全にはないとは言えません。

6. 本治療における注意点

〈自家 ASC 投与日以降〉

- ・ 自家 ASC を投与した当日は、飲酒を控えてください。
- ・ 細菌に感染しないよう、注入部位を清潔に保つことを心掛けてください。

7. 他の治療法との比較

本治療と同じような効果をもたらす治療法として、ヒアルロン酸関節内注射やアセトアミノフェンの使用があります。

(1) ヒアルロン酸関節内注射

ヒアルロン酸の関節内注射は、保存療法のひとつとして、広く利用されています。変形性膝関節症診療ガイドラインでは、鎮痛効果、機能改善効果があり、変形性膝関節症治療に対して有用であるとしています。

ヒアルロン酸注射による重篤な合併症はなく、注射部位の赤み、腫れ、痛みがあります。

注意すべき副作用として、ショック、アナフィラキシー等があります。

(2) アセトアミノフェン服用

アセトアミノフェンは鎮痛効果があり、変形性膝関節症診療ガイドラインでは、薬物療法の第 1 選択薬としてアセトアミノフェンが推奨されています。

注意すべき副作用として、ショック、アナフィラキシー等があります。

8. 本治療を受けることの同意

本治療を受けるかどうかは、患者様の自由な意思でお決めください。治療に同意された後で、治療を受けないことを選択されたり、他の治療を希望される場合も、患者様が不利益をこうむることはありません。自家 ASC 注入までの間でしつても治療を中止することが可能です。もし患者様が本治療を受けることに同意しない場合も、最適と考えられる治療を実施できるよう最善を尽くします。

9. 治療を中止する場合

治療への同意をいただいた後でも、次のような場合には治療を中止させていただくことがありますので、ご承知ください。

- (1) 患者様から中止の申し出があった場合
- (2) 細胞の培養等が計画通りに実施できなかった場合
- (3) 明らかな副作用が発現し医師が中止する必要があると判断した場合
- (4) その他、医師が治療を続けることが不適当と判断した場合

10. 同意の撤回

本治療を受けることに同意されたあとでも、いつでも同意を撤回することができます。患者様が治療を受けることへの同意を撤回することにより、患者様に不利益が生じることはありません。もし患者様が同意を撤回されても、最適と考えられる治療を実施できるよう最善を尽くします。

11. 治療費用

本治療は、すべて自費診療であり、健康保険を使用することはできません。本治療にかかる費用は、以下のとおりです。治療費用は全額を同意取得時にお支払いいただきます。本治療をキャンセルされた場合、お支払いいただいた費用は返金しかねます。

治療メニュー	投与する細胞数	費用（税込）
関節 1 箇所	0.5～1 億 cells	1,078,000 円
関節 2 箇所	1～2 億 cells	1,485,000 円

自家 ASC 注入費用には、自家 ASC の原料となる脂肪組織及び血液の採取費用、細胞輸送費用、細胞保管料（1 年目）、術後検査の費用が含まれます。

2 年目以降の細胞保管料：66,000 円/年（税込）になります。

1 回の脂肪採取から複数回の治療が可能な自家 ASC を培養することができます。

また、患者様の脂肪組織の状態等により、治療に用いるのに十分な細胞数になるまで培養・増殖できないことがあります。培養できた自家 ASC の細胞数など詳細はスタッフにお問い合わせください。

12. 試料等の保管および廃棄の方法

培養した自家 ASC は、患者様ご自身の治療のみに使用します。ただし、症例検討や学会発表を目的として、自己脂肪由来幹細胞の測定を行い、データを取得することがあります。保管した試料等は、保管期間終了後に医療廃棄物として廃棄します。

- (1) 自家 ASC：培養した自家 ASC は、投与のために出荷する日まで、もしくは拡大培養に使用されるまでの間、細胞培養加工施設にて凍結保管します。保管期間は患者様のご希望に応じます。疾病などが発生した場合の原因究明のため、一部を検査サンプルとして注入日から半年間凍結保管します（微量である場合、または治療を実施できなかった場合を除きます）。

13. 健康、遺伝的特徴等に関する重要な知見

患者様の遺伝的な特徴がわかる検査等はい行いません。

14. 健康被害が発生した際の処置と補償

本治療を原因とした健康被害が発生した場合は、適切な医療処置を行います。補償については協議に応じます。健康被害が発生した際は、当院の相談窓口までご連絡ください。

15. 個人情報の保護について

患者様の個人情報（リジェネクリニックから当院に引き継がれる情報を含みます）は、当院の個人情報取扱実施規程により保護されます。また、患者様の個人情報は、当院で患者様がお受けになる医療サービス、医療保険事務業務、検体検査の業務委託、紹介元医療機関に対する診療情報の提供、症例に基づく学会発表や症例報告、学術研究（ただし、この場合、お名前など個人を特定する内容はわからないようにします）の目的にのみ利用させていただきますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

患者様の診療記録は、20 年間保管します。

16. 特許権、著作権および経済的利益について

将来的に、本治療を通じて得た情報を基にして研究を行った場合、その成果に対して特許権や著作権などの知的財産権が生じる可能性があります。それらの権利は当院に帰属し、本治療や関連した新しい治療法をさらに発展させていくために、当院ならびに大学などの研究機関や研究開発企業が積極的に活用して行くことを想定しています。経済的利益が生じる可能性がありますが、患者様は利益を受ける権利がありません。患者様のご理解とご協力をお願いいたします。

17. 本治療の審査および届出

本治療を当院で行うにあたり、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律」に基づき、日本肌再生医学会特定認定再生医療等委員会（認定番号；NA8190009）の意見を聴いたうえで、再生医療等提供計画を厚生労働大臣に提出しています。当該再生医療等提供計画は厚生労働省の「再生医療等各種申請等のオンラインサイト」でも公表されています。

日本肌再生医学会特定認定再生医療等委員会の苦情・問合せ窓口は以下です。

【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】

メール : info@jssrm.com

電話番号 : 03-5326-3129

受付時間 : 月～金 9:30-17:30

18. 当院の連絡先・相談窓口

本治療についてのお問い合わせ、ご相談、苦情がある場合は、以下にご連絡ください。

【TCB 東京中央美容外科 お客様問い合わせ窓口】

電話番号 : 0120-569-432

受付時間 : 9:00-23:00

同意書

TCB 東京中央美容外科・TCB スキンクリニック BS クリニック REGENE CLINIC
新宿三丁目院 院長 殿

再生医療等名称：「自家脂肪由来幹細胞を用いた関節治療」

私は、上記の治療に関して、医師から十分な説明を受け、質問をする機会も与えられ、その内容に関して理解しました。その上で、この治療を受けることに同意します。
説明を理解した以下の説明事項の□の中に、ご自分でチェック(レ印)を入れてください。本同意書の原本は当院が保管し、患者様には同意書の写しをお渡しします。

説明事項

- ☐ 1.はじめに
- ☐ 2.治療の概要
- ☐ 3.治療を受けるための条件
- ☐ 4.本治療の流れ
- ☐ 5.予想される効果と起こるかもしれない副作用・事象
- ☐ 6.本治療における注意点
- ☐ 7.他の治療法との比較
- ☐ 8.本治療を受けることの同意
- ☐ 9.治療を中止する場合
- ☐ 10.同意の撤回
- ☐ 11.治療費用
- ☐ 12.試料等の保管および廃棄の方法
- ☐ 13.健康、遺伝的特徴等に関する重要な知見
- ☐ 14.健康被害が発生した際の処置と補償
- ☐ 15.個人情報の保護について
- ☐ 16.特許権、著作権および経済的利益について
- ☐ 17.本治療の審査および届出
- ☐ 18.当院の連絡先・相談窓口

同意日： 年 月 日

住所： _____

患者様氏名： _____

連絡先電話番号： _____

説明日： 年 月 日

説明医師署名： _____

同意撤回書

TCB 東京中央美容外科・TCB スキンクリニック BS クリニック REGENE CLINIC
新宿三丁目院 院長 殿

再生医療等名称：「自家脂肪由来幹細胞を用いた関節治療」

私は、上記の治療を受けることについて、 年 月 日に同意しましたが、この同意を撤回します。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ありません。

同意撤回日： 年 月 日

住所： _____

患者様氏名： _____