

再生医療等提供のご説明

再生医療等名称：脳梗塞後遺症に対する自己骨髄由来間葉系幹細胞を用いた静脈注射治療

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。

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

本治療は、骨髄由来間葉系幹細胞を静脈内に点滴することによって、脳梗塞後遺症を改善することを目的とした治療法です。

脳梗塞の後遺症には運動障害や、認知症などの高次機能障害があります。それぞれはリハビリや内服薬で対応することがほとんどですがその効果は限定的であることが多いのが実情です。その脳梗塞に対し昨今国内外で自分の骨髄の中に存在する間葉系幹細胞を体外で培養し量を増やしたのち点滴で体内に戻すという治療が功を奏するという報告がなされてきています。

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。点滴静脈注射された自己骨髄由来間葉系幹細胞は傷ついた臓器や組織に自らが向かい、その組織を修復するように働きかけます(ホーミング:動物実験では確認されています。ヒトでは放射性元素を用いるため確認することが出来ません)。自己骨髄由来間葉系幹細胞の治療メカニズムは①神経栄養因子による神経栄養保護作用②血管新生作用による脳血流の増加③神経再生作用が考えられています。

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治療を行います。併設の細胞加工施設内で患者様御本人の骨髄から幹細胞を分離して培養することにより必要な細胞数になるまで増やします。骨髄液はご本人の腰の骨(腸骨)から約 5cc 採取します。骨髄液から投与できる状態に培養加工できるまで約1か月の時間を要します。培養した自己骨髄由来間葉系幹細胞を体重に応じた個数分(体重×100-200 万個)静脈内点滴投与致します。

2.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】

この再生医療により上記の①神経栄養因子による神経栄養保護作用②血管新生作用による脳血流の増加③神経再生作用により、脳梗塞後遺症の運動障害や認知症などの高次機能障害に功を奏することが期待できます。しかし、患者様によって症状が様々であることもあり、すべての方に確定した効果が出るわけではありません。また、脳梗塞後遺症に対しては本治療以外にも治療方法があります。内頸動脈狭窄症など手術療法が適応の脳梗塞もあります、その場合はこの治療は適応とはなりません。

もし、この再生医療以外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。

【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、骨髄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、骨髄採取部位の感染、注射部位の痛みなどです。骨髄採取部は通常は目立ちませんが2mm程度の傷が残ることがあります。また静脈投与後に発熱をする場合がありますが、大抵は24時間以内に解熱します。場合によっては部分的な消毒や抗生物質、解熱剤の処方などの対応を行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。しかし骨髄採取部の感染に関しては重症化する可能性はゼロではありません。

また、過去に今回使用する自己骨髄由来間葉系幹細胞に類似した細胞である、自己脂肪由来間葉系幹細胞静脈投与治療後に肺塞栓で死亡した例が国内で一例報告されています。自己骨髄由来間葉系幹細胞での事故は報告されていません。自己脂肪由来間葉系幹細胞についても死因との因果関係は明確ではありませんが、念のため治療前の血液の凝固能（固まりやすさ）に異常がある方はこの治療を受けることが出来ません。また、万が一の場合に備えて肺塞栓に対し、「肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン（2009年改訂版）」に準じて初期治療を行うための救急用品・機器・薬剤は準備いたしております。また、その際必要な搬送先の近隣大学病院など（東京大学医学部付属病院、広尾病院など）の連携も確認致しております。

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）が見つかった際は点滴治療前に、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がある方は、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。

3.他の治療法について

幹細胞を用いた再生医療より他の治療法が適していると判断した場合、その治療を行うか、該当する医療機関にご紹介させていただきます。代表的な治療方法にはリハビリテーション、薬物療法があります。

脳梗塞慢性期には、筋力、体力、歩行能力の維持・向上を目的とした外来リハビリテーション・訪問リハビリテーション・地域リハビリテーションが勧められます。また、間欠入院によるリハビリテーションも考慮しても良いと思われれます。いずれの方法であっても、再生医療との両立は可能ですし危険性も特にありませんので、軽症の方を除いてまだ実施されていない場合にはリハビリテーションを受けることをお勧めします。対症療法として、痙縮(手足のつっぱり)に対しての筋弛緩薬の内服、ボツリヌス療法があります。薬剤へのアレルギーや脱力が強くなるなどのリスクがありますが、患者様によっては有効ですので必要に応じてお勧めします。また、麻痺に対しては電気刺激療法があり、患者様によっては筋力の維持・改善が見込めるため勧められます。ペースメーカーが挿入されている方や、発作の落ち着かないてんかんがある方、体内金属のある方、皮膚障害のある方、認知症のある方ではリスクがあります。こちらは当院では実施していないため他施設をご紹介します。また、上肢の麻痺や軽度の失語に対しては、反復経頭蓋磁気刺激(repetitive transcranial magnetic stimulation: rTMS)も改善の可能性があり考慮しても良いと思われれますが、ペースメーカー、体内金属、てんかん、認知症やうつ病のある方ではリスクがあり実施不可となります。

薬物療法には、二次予防として抗血小板剤(アスピリン、クロピドグレル、シロスタゾール)、抗凝固薬(ワーファリン、ダビガトラン、アピキサバン、リバロキサバン、エドキサバン)がありますが、これらは併用が可能です。また、脳梗塞後遺症としての認知症にはニセルゴリン、めまいにはイブジラスト、パーキンソニズムにはアマンタジンが有効な可能性があります。これらの薬物治療をまだ試しておられない場合には投薬を先行し、満足な効果が得られない場合に再生医療を併用するという事も可能です。

また、内頸動脈狭窄症など一部の脳梗塞では、頸動脈内膜剥離術(carotid endarterectomy: CEA)や経皮的血管形成術と頸動脈ステント留置術(carotid artery stenting: CAS)、EC-IC バイパスなどの手術が適応になる場合があります。そのような患者様では手術療法により脳梗塞の再発率の低下や脳血流の改善効果を望めるため、手術を優先させていただきます。これらの治療は、心機能・呼吸機能が悪い場合全身麻酔に耐えられないというリスクがあったり、大動脈の動脈硬化や解離などの疾患がある場合はカテーテル治療によって脳梗塞を増やしてしまうリスクがあります。手術適応がないが再生医療は可能と考えられる場合や、手術後に再生医療を受けたい希望がおりの方については、よく検討した上で個別に判断させていただきます。

4.この再生医療等を受けることの同意と臨床的認知症尺度の評価について。

この治療をお受けいただくにあたり、この治療の詳細を理解していただく必要があります。しかし、脳梗塞の後遺症のなかには認知症などの高次機能障害もあり、ご自身の理解にご心配がおりの方もおられると思います。

そこで、私たちはあなたに事前に臨床的認知症尺度の評価をさせていただきます。評価は5段階にて行われます。軽症から「なし」「疑わしい」「軽度」「中等度」「重度」となります。

認知症尺度が「なし」か「疑わしい」という評価の場合、あなたご本人のみの同意によってこの治療をお受けいただけます。もちろん、説明はご本人様にしか行わないという意味ではなく、ご家族様なども参加可能ですのでご安心下さい。

認知症尺度が「軽度」の場合はご本人の同意と、念のためもう一人の随伴者様の同意を、両方頂けた場合にこの治療を受けていただくことが出来ます。ご本人の同意のみではお受けいただくことが出来ません。なお、随伴者はあなたがご自身で選ばれた方で、次の1～3のいずれかに該当することが条件となります。1.配偶者(婚姻の届け出をしないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。) 2.二親等以内の成人 3.成年後見制度の定める任意後見人(法定後見人は除く。)

認知症尺度が「中等度」、「重度」の場合はご本人のご理解が難しいと考えられるためこの治療をお受け頂くことが出来ません。ご了承ください。

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.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。

7.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。同意撤回による費用に関しましては 11.費用について をご覧ください。

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、無償で必要な処置を行わせていただきます。

9.個人情報保護について

本治療を行う際にあなたから取得した個人情報は、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。

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.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1,500,000円(税抜)となります。

なお、細胞加工物の製造過程に同意を撤回された場合、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。同意撤回に際しての費用は骨髄採取後14日目診療時間終了(採取日を0日目と数えます)までは無料、その後は一律600,000円(税抜)となります。カウンセリングや術前血液検査は料金を頂きません。ただし、提携医療機関などで画像撮影・診断を行い、料金が発生する場合はその医療機関にて実費をお支払いいただきます。

12.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回の定期的な通院と診察にご協力ください。脳梗塞に対する複数の評価方法を用いて有効性を検討します。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。また術前(他院撮影をお持ちの方はそちらで代用可能です)および術後6か月には外部提携機関にて画像撮影を行い、比較検討をいたします。

13.担当医師の連絡先

氏名：

所属：

役職：

住所：東京都港区南青山3-18-16 ル・ボワビル3階 アヴェニューセルクリニック

電話番号：0120-382-300

同意書

アヴェニューセルクリニック

医師 殿

私は再生医療等(名称「脳梗塞後遺症に対する自己骨髄由来間葉系幹細胞を用いた静脈注射治療」)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
- 再生医療等を受けることの同意と臨床的認知症尺度の評価について
- 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
- 費用について
- その他特記事項
- 担当医師の連絡先

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
同意随伴者様ご署名
(患者様との関係)

同意撤回書

アヴェニューセルクリニック

医師 殿

私は再生医療等(名称「脳梗塞後遺症に対する自己骨髄由来間葉系幹細胞を用いた静脈注射治療」)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
同意随伴者様ご署名
(患者様との関係)