

神経変性疾患に対する自己歯髄由来間葉系幹細胞を用いた治療
を希望される患者様への説明書（以下、「説明書」とする）
未成年者用

(再生医療提供計画番号：)

1. あなた様の病気（神経変性疾患）について

神経変性疾患は脳や脊髄にある神経細胞のなかで、ある特定の神経細胞群（例えば認知機能に関係する神経細胞や運動機能に関係する細胞）が徐々に障害を受け脱落してしまう病気です。症状を大きく分けるとスムーズな運動が出来なくなる、体のバランスがとりにくくなる、筋力が低下してしまう、認知能力が低下してしまうなどがあげられます。

2. 神経変性疾患に対する治療法について

一般的には徐々に症状が進行してしまう場合も多いです。また、神経変性疾患を根本から治す治療法は残念ながら存在しません。そのため、内服や専門的リハビリテーションなど集学的な治療が施行されますが、効果は限定的です。以上の背景から、新規の概念による治療法の開発が望まれています。その一つの方法として現在、再生医療が検討されています。

3. 本治療の概要

〔本治療について〕

中枢神経（脳や脊髄）は細胞からできています。最近、これらの神経が障害を負った時に、ある種類の細胞を加工したもの（細胞加工物）を用いて障害を治す（再生する）治療法（いわゆる「再生医療」）が開発されつつあります。あなた様の体内の細胞（歯髄組織）には神経や血管の元になる細胞が存在します。我々は歯髄組織からこの元になる細胞（間葉系幹細胞*と呼ばれます）を増やす技術を開発してきました。

神経変性疾患に対する再生医療としてこの間葉系幹細胞の点滴投与により、機能改善が得られたことを報告する動物研究及びヒトを対象とした臨床研究が増えてきております。この様に、間葉系幹細胞の投与の安全性及び効果がともに期待されている状況であり、今回これらの経験を踏まえて、本治療を計画しました（下記①～③）。

- ① あなた様からの歯髄を採取（細胞提供）：あなた様の抜去予定の不用歯（例：親知らず、乳歯、矯正治療で抜歯をすることになった歯など）から歯髄組織を採取します。
- ② 採取された歯髄の中の間葉系幹細胞を増殖：採取された歯髄組織から間葉系幹細胞をエア・ウォーター・アエラスバイオ株式会社の細胞培養加工施設にて増殖させます。
- ③ 間葉系幹細胞をあなた様へ点滴投与：この増えた細胞をあなた様に点滴投与します。この再生医療により、中枢神経損傷部の周囲の神経が保護、再生され、神経障害の後遺症が軽減されることが期待されます。

本治療と同様の方法で培養された間葉系幹細胞が他の種々疾患患者様 100 例以上に投与されておりますが、それに伴う大きな副作用はみられていません。

しかし、今回の治療は新しい試みであり未だ一般的でも無く、その効果についても限定的なものです。また、せっかく採取された歯髄組織から十分な細胞が増えないことも考えられます。この場合には本治療を行うことはできません。

4. 実施方法と実施機関

- ① あなた様からの歯髄を採取（細胞提供）する段階に関して
あなた様の抜去予定の不用歯（例：親知らず、乳歯、矯正治療で抜歯をすることになった歯など）から、歯髄組織を採取します。抜歯は通常の歯科処置として行い、必要に応じてキシロカイン等の局所麻酔を使用して痛みを軽減します。抜去歯は厳重に梱包した上でエア・ウォーター・アエラスバイオ株式会社に移送します。

② 採取された歯髄の中の間葉系幹細胞を増殖する段階に関して

採取された歯髄組織は、細胞培養加工施設のあるエア・ウォーター・アエラスバイオ株式会社に搬送され、同施設にて血管や神経の再生を促進させる細胞（間葉系幹細胞）を、専用の培養液（抗生物質および栄養成分を含むD-MEM）を用いて、約5～6週間かけて培養・増殖します。なお、栄養成分にはウシ胎児血清またはヒト血小板由来の成分が使用されます。

③ 間葉系幹細胞をあなた様へ投与する段階に関して

医療法人慶春会 脳梗塞・脊髄損傷クリニック銀座院の緊急処置対応が可能な処置室にて、輸血用フィルターを使用し、増えた細胞をあなた様の腕の静脈から約 30 分かけて点滴投与します。

不用歯の抜歯は、エア・ウォーター・アエラスバイオ社の提携歯科にて行われます。

歯髄幹細胞の投与は、脳梗塞・脊髄損傷クリニック銀座院の緊急処置対応が可能な体制にて行われます。

細胞を増やす操作は、病院外にある細胞培養加工施設（エア・ウォーター・アエラスバイオ株式会社）で行われます。

5. 本治療の実施により予期される危険性とその対処方法

本治療は、主に①～③の 3 つの段階があります。これらの段階において次の合併症が生じる危険性があります。

① あなた様からの不用歯を抜歯する段階に関して

抜歯に際し、出血や神経麻痺(まひ)、麻酔による副作用などが生じる可能性があります。抜歯に伴い副作用や予期せぬ反応が出た場合には、抜歯歯科医院にて適切に対処がなされます。

② 採取された歯髄の中の間葉系幹細胞を増殖する段階に関して

細菌やウイルスの感染が起こる可能性があります。しかし、感染を防ぐために様々な手段を講じており、現段階で考えられる最適な構造設備を有する施設で行われるため、その可能性は極めて低いです。

③ 間葉系幹細胞をあなた様へ投与する段階

肺塞栓症：急速に投与した細胞が肺の血管を閉塞して肺梗塞を発症する可能性があります。緊急処置が可能な状態にて輸血用フィルターを使用しあなた様の腕の静脈から 30分程度の時間をかけて点滴投与します。現在移植片対宿主病に対して保険収載されている骨髄性幹細胞製剤（テムセル HS 注）の場合は体重 50kg 当たり、 1×10^8 個を 10 分程度かけて点滴静注しているが、輸血用フィルター等は使用しておらず肺塞栓症が生じた報告はありません。

頭痛：ほとんどは自然に治ります。頭痛が出た場合、安静にして水分補給をして頂きます。

熱発：投与後に発熱する場合がありますが大抵解熱していきます。

血腫：出血により血腫が生じることなどが考えられますが数週間で自然に吸収されます。大きな血腫が残る場合は現在の確立された治療法で速やかに対処します。

細菌感染・腫瘍化：用いる細胞によっては癌化が心配されますがこれまで色々な施設で行なわれた調査では間葉系幹細胞の腫瘍化の報告はありません。世界各地で、間葉系幹細胞は対象疾患は異なるものの数多くの患者様に投与されていますが、現在までこの投与による細菌感染や腫瘍の発生は報告されていません。しかしこれら有害事象発生の可能性は否定できません。

これらを心配される方は本治療を選択しないことをお勧めします。

本治療で投与する幹細胞は、事前に投与する細胞の安全性確認のために無菌検査、マイコプラズマ検査、エンドトキシン検査を行っています。

重大な副作用として、頻度は不明ですが、ショック・アナフィラキシーを起こすことがあります。その他の副作用として過敏症（発熱、顔面潮紅、蕁麻疹等）、悪寒、腰痛などを引き起こすことがあります。その他に、重大な副作用として過去に本治療との因果関係は不明ですが、1例の肺塞栓症が報告されています。しかしそれ以降は報告されておりません。さらに将来、腫瘍を発生させる可能性も否定しきれません。ただし国内では1例の報告もありません。また、本治療に

よって、患者様の健康上の重要な知見、また子孫に対する遺伝的特徴を有する知見が報告された例はございません。今後もし、それらの知見が得られた場合には、患者様へ速やかにお知らせいたします。また、治療の効果向上、改善を目的とした関係学会等への発表や報告等、匿名化した上で患者様の治療結果を報告させていただくことがあります。

6. 本治療に参加いただく前に確認したいこと

この治療に参加いただけるのは以下の条件に当てはまる方です。

【対象者の選定基準】

下記の選択基準を全て満たす患者を対象とする。

(1) 神経変性疾患の治療を目的とする方

(2) 歯髄組織を供給できる不用歯を有する患者、もしくはアエラスバイオ歯髄幹細胞バンク[™]（細胞の収集・分譲を行う機関）に有効な自己歯髄幹細胞を保管している方

(3) 下記いずれかに該当する方

● 同意取得時の年齢が18歳以上90歳以下で本人からの文書による同意が得られている方

● 18歳未満の方であっても、週2回以上のリハビリの実施が可能な方で、本人及び代諾者から文書による同意が得られている方

● 91歳以上の高齢者であっても、週2回以上のリハビリの実施が可能な方で、本人から文書による同意が得られている方

● 本人による意思決定や意思疎通が困難であると判断出来る場合に限り法的権限のある代諾者による文書による同意が得られている方

下記の除外基準に1つでも当てはまる患者は対象としない。

【除外基準】

(1) 妊娠している方

(2) アムホテリシンBに対するアレルギー及びその他重篤なアレルギーの既往（ショック、アナフィラキシー様症状等）を有する方

(3) HIV抗原検査、HTLV-1抗原検査が陽性の方

(4) その他、治療担当医師が本再生医療の施行を不適当と認めた患者

7. 本治療に関わる費用負担

費用負担に関して：本治療は有償での治療になります。あなた様から採取した歯髄の細胞

（間葉系幹細胞）はエア・ウォーター・アエラスバイオ株式会社で増やし、約5～6週間後には細胞の点滴投与を行います。しかし、細胞の増殖不良、感染等が生じた場合には投与出来ません。

この場合には、本治療で既に要した費用（コンサルタント等初期費用・診察及び往診・歯髄採取・その他処置・培養費用）に関してはあなた様の負担となります。

8. 他の治療法の有無及びその方法並びに他の治療法により予期される効果及び危険との比較

現在、脳卒中後遺症などでは筋肉の緊張を軽減させる薬、痺れを軽減させる薬が存在します。また、多くの神経障害に対する治療法としては、ビタミン剤、痺れや痛みを軽減する薬なども処方されます。リハビリテーションなどの集学的な治療も併用されていますが、一般的に効果は限定的であり、より効果のある治療法の早期の確立が望まれております。

他の再生医療：細胞を増やす手段を用いずに、骨髄の単核球などをそのまま点滴投与するという再生医療が国立循環器センター等で行われていますが、単核球が神経細胞に分化することは無く神経栄養因子などによる単核球以外の一過性の効果であると考えられます。本治療で投与された間葉系幹細胞は神経損傷領域に遊走し神経保護作用だけではなく、血管新生作用・神経再生作用が生じることを期待しておりますが、全ての方に機能改善が得られるのかは不明です。我々は今回計画している治療法が有用であると考えていますが、場合によってはこれらの再生医療を行っている施設でのセカンドオピニオンを受けることも良いかと思われます。

9. 健康被害が発生した場合について

万一、この治療によりあなた様の健康被害が生じた場合は、あなた様の安全確保を最優先し、被害を最小限にとどめるため、直ちに必要な治療を行います。加えて、この治療によりあなた様に生じた健康被害のうち、医療行為を原因とするもので法律上の賠償責任が生じる場合には医師賠償責任保険を適用致します。

我々は本治療が安全に行われ、治療効果も見られることを期待しています。しかし、この治療は新しい治療であり、その効果についての確証は得られていません。その為、本治療で効果がなかった場合は補償の対象とはなりません。

10. 同意にあたって（同意撤回の権利）

この治療への参加はあなた様の自由意思であり、任意で行われます。同意をしなくても不利益を被ることはありません。また、同意撤回はあなた様からの細胞提供あるいはあなた様への細胞投与のいずれの段階においても可能です。また、同意を撤回された場合でも、治療上含めて不利益を被ることはありません。

11. 個人情報の保護と成果の公表

患者様の個人情報を保護することは、我々スタッフの義務です。採取されたあなた様の歯髄組織や、歯髄組織から増殖される間葉系幹細胞などからは氏名、生年月日、住所などの個人を特定できる情報は取り除かれ、代わりに新しく符号が付けられることで（「匿名化」と言います）、個人を特定されないようにします。本治療によって得られた情報は、この新しい再生医療が有効か否かの判断等を委ねるために、当院以外の機関にあなた様の情報を提供することがあります。

しかし、あなた様の個人を特定できる情報は記載されません。また、得られた結果を学会や学術雑誌等で公表されることがありますが、同様に個人が特定できないように配慮いたします。

なお、本治療法に起因すると考えられる疾病等が発生したときに原因を特定するため、匿名化は連結可能な匿名化といたします。

12. 知的所有権

本治療の結果として、特許などの知的所有権が生じた場合は、あなた様でなく担当医及び実施医療機関がその知的所有権を持ちます。

13. 細胞加工物の管理保存

採取された歯髄はエア・ウォーター・アエラスバイオ株式会社に搬送され、すべての歯髄が細胞増殖に使用されます。増やした間葉系幹細胞（法律ではこれを「細胞加工物」とよびます）の一部は参考品として1年間冷凍保存されます。しかし、その後は破棄されます。また、再度の投与が想定される場合には、この保存細胞を使って、細胞増殖に適した条件を調べたり、その細胞を再び投与に使うこともあります。

なお、十分に細胞が増えなかった場合や、細胞増殖中に感染が確認された場合には増殖された間葉系幹細胞はすべて破棄されますので、この細胞を使う治療は行われません。

14. 患者様から採取された試料等について

患者様から採取した組織材料は、本治療以外に用いることはなく、また、本治療以外の目的として、他の医療機関へ提供することも個人情報が開示されることもございません。

15. 本治療を中止・中断する場合について

① 本治療に対する同意の撤回の申し出があった場合

あなた様より本治療に対する同意の撤回の申し出があった場合は、あなた様に対する本治療を中止いたします。

② あなた様の状態や細胞が本治療に不適切と担当医が判断した場合

あなた様から採取された歯髄から 5000万個から2億個の間葉系幹細胞が増殖されると想定していますが、培養の結果、それに満たない場合には、本治療を中断する可能性があります。ただし、得られた幹細胞が 5000 万個未満でも、1000 万個以上の幹細胞が確保出来た場合で、あなた様の病状や疾患部位の大きさ等から、得られた細胞の投与により症状がよくなると想定される

なら、主治医の判断の下、本治療を行います。その他、あなた様の状態や細胞が本治療に不適切と担当医が判断した場合、本治療は中止となります。

16. 本治療についての問い合わせ・苦情の受付先

本治療について、不明な点や心配することがあれば、遠慮なく担当医師にお聞きになるか、以下に連絡をお願いいたします。

施設名（診療科）：医療法人慶春会 脳梗塞・脊髄損傷クリニック銀座院

院長： 貴宝院 永稔

連絡先： TEL 03-4400-6452

17. 治療費用に関して

別紙同意書参照

18. 特定認定再生医療等委員会について

この治療は、厚生労働大臣へ当再生医療の提供計画資料を提出し、はじめて実施できる治療法です。治療の計画書を作成し、治療の妥当性、安全性の科学的根拠を示さなければなりません。それらの計画資料を先ず、第三者の認定機関（特定認定再生医療等委員会）にて、審査を受ける必要があります。当院で実施する「神経変性疾患に対する自己歯髄由来間葉系幹細胞を用いた治療」については、特定認定再生医療等委員会の承認を得て、そして厚生労働大臣へ提供計画を提出し、計画番号が付与されて実施している治療です。特定認定再生医療等委員会に関する情報は以下の通りです。

認定再生医療等委員会の認定番号：NA8200005

認定再生医療等委員会の名称：日本医理工連携 特定認定再生医療等委員会

連絡先：TEL06-6933-7844

19. 本再生医療実施における医療機関情報

【歯髄採取を行う医療機関】

エア・ウォーター・アエラスパイオ社の提携歯科（別紙参照）

＜幹細胞投与を行う医療機関の説明＞

培養した幹細胞の末梢静脈内への点滴投与については、脳梗塞・脊髄損傷クリニック銀座院の緊急処置対応が可能な体制にて行います。

【幹細胞投与を行う医療機関】

☐ 名称：医療法人慶春会 脳梗塞・脊髄損傷クリニック銀座院

☐ 住所：〒104-0061 東京都中央区銀座7-8-13 BrownPlace5F

☐ 電話：03-4400-6452

☐ 管理者、実施責任者及び再生医療等を行う医師氏名：貴宝院 永稔

☐ 実施医師 氏名：

【未成年者に対する治療内容の説明と同意に関して】

治療を受けるには、治療内容に関してご本人様が本説明文書を読み理解し納得された上で治療を希望して頂く必要があります。また、本人の理解と同意だけでなく、親権者等代諾者の理解と同意が必要になります。未成年者用同意書に不備や空欄がある場合、治療を受けて頂くことができません。

神経変性疾患に対する自己歯髄由来間葉系幹細胞を用いた治療 同意書（別紙「説明書」に対して）

医療法人慶春会 脳梗塞・脊髄損傷クリニック銀座院 院長 貴宝院 永稔 殿

私は下記項目について、神経変性疾患に対する自己歯髄由来間葉系幹細胞を用いた治療に関して十分な説明を受けました。この治療の内容を理解し、“神経変性疾患に対する自己歯髄由来間葉系幹細胞を用いた治療”を受けることに同意します。説明を受け理解した項目（□の中にご自身で✓をつけてください）

- ☐ 1. あなた様の病気（神経変性疾患）について
- ☐ 2. 神経変性疾患に対する治療法について
- ☐ 3. 本治療の概要（目的・意義・予期される効果）
- ☐ 4. 実施方法と実施機関
- ☐ 5. 本治療の実施により予期される危険性とその対処方法
- ☐ 6. 本治療に参加いただく前に確認したいこと
- ☐ 7. 本治療に関わる費用負担
- ☐ 8. 他の治療法の有無及びその方法並びに他の治療法により予期される効果及び危険との比較
- ☐ 9. 健康被害が発生した場合について
- ☐ 10. 同意にあたって（同意撤回の権利）
- ☐ 11. 個人情報の保護と成果の公表
- ☐ 12. 知的所有権
- ☐ 13. 細胞加工物の管理保存
- ☐ 14. 患者様から採取された試料等について
- ☐ 15. 本治療を中止・中断する場合について
- ☐ 16. 本治療についての問い合わせ・苦情の受付先
- ☐ 17. 治療費用に関して
- ☐ 18. 特定認定再生医療等委員会について
- ☐ 19. 本再生医療実施における医療機関情報

年 月 日

患者（署名）

患者住所：

連絡先：

親権者等代諾者氏名（署名）：

親権者等代諾者住所：

連絡先：

年 月 日に説明を行いました。担当医（署名）

神経変性疾患に対する自己歯髄由来間葉系幹細胞を用いた治療
細胞提供あるいは細胞投与における同意撤回書

医療法人慶春会 脳梗塞・脊髄損傷クリニック銀座院 院長 貴宝院 永稔 殿

私は治療を受けるにあたり、説明を受けて十分理解し同意しましたが、私の自由意思による治療の中止も自由であることから、この治療への同意を撤回したく、ここに同意撤回書を提出します。

年 月 日

患者氏名（署名）：

住所：

連絡先：

親権者等代諾者氏名（署名）：

親権者等代諾者住所：

連絡先：

同意撤回されることを確認しました。

年 月 日

担当医師名（署名）：

別紙：治療費用について

神経変性疾患 再生医療	治療費用
診察・カウンセリング	10,000 円 (税抜)
血液検査	10,000 円 (税抜)
歯髄採取 (1回) +自己歯髄由来間葉系幹細胞の点滴投与投与 (1回目)	1,500,000 円 (税抜)
自己歯髄由来間葉系幹細胞の点滴投与 (2回目)	1,000,000 円 (税抜)
自己歯髄由来間葉系幹細胞の点滴投与 (3回目)	1,000,000 円 (税抜)