

 Japan Spinal Cord Foundation	SSKU 特定非営利活動法人	〔季刊〕
	日本せきずい基金ニュース	No. 105 2025-6

事務局からのお知らせ

Walk Again 2025開催決定と日本再生医療学会総会

昨年設立25周年を迎えた、日本せきずい基金の26年目がスタートしました。今年も例年通り11月8日（土）に「実現に向けて加速する中枢神経の再生医療（仮題）」というテーマでWalk Again 2025の開催が決まりました。3月に行われた『日本再生医療学会』では、今後の再生医療の在り方についてさまざまな分野から熱い議論がかわされ、これらはWalk Again 2025の内容にも反映されていく予定です。

「第24回日本再生医療学会総会」が2025年3月20日～22日に開催されました。会長の慶應義塾大学医学部整形外科教室教授の中村雅也先生より示された今年のテーマは『Passion, Vision, Action—実学としての再生医療—』。「病気に苦しむ患者さんを何とか治したいとの思い（Passion）を大切に、その思いを達成するために未来のあるべき姿を描き（Vision）共有することが重要で、成果を実装するうえでの様々な課題を克服するため多様なステークホルダーを巻き込みながら具体的な行動（Action）を起こさなければならない。」という中村先生の長年に渡る再生医療研究への強い思いが込められたテーマです。

20数年にわたる再生医療研究は、細胞を用いた臨床研究や治験が開始され大きな注目を集めるとともに、それらの研究を社会実装するための新たな課題も浮かび上がってきています。今回の学会では、基礎研究、臨床研究、医工連携、文理融合など異分野の専門家が集合し、熱い議論を交わしました。まさに研究から実用へ進むための新たな認識を共有する場となりました。

なにより注目を集めたのは「亜急性期脊髄損傷に対するiPS細胞由来神経前駆細胞を用いた再生医療の臨床研究の経過観察の報告」です。実施した4症例における安全性の確認と治療の有効性の可能性が示唆されるという、日本から世界へ先駆けた発表が行われました。（次ページのプレスリリース参照）

このほか札幌医科大学医学部整形外科学講座による骨髄間葉系幹細胞（ステミラック注®）を用いた再生医療の症例報告をはじめ、幹細胞増殖因子を用いた治療法、末梢神経の再生促進や瘢痕へのアプローチなど、さまざまな臨床応用へ向けた発表がありました。また、脳の可逆性を誘導するブレイン・マシン・インターフェース（BMI）を使った機能回復の提案や、世界初の装着型医療ロボットHALの開発者・サイバニクス研究センター所長の山海嘉之先生によるHALと再生医療の融合の講演など、今後の再生医療が異文化融合領域へ拡張されていく未来像も示されました。

また、再生医療に欠かせない身体能力維持のためのリハビリですが、現状の保健医療では退院後のリハビリ継続の難しさが今回も指摘されました。そんな中でも先を見据え、健康状態を管理できる検診先確保の大切さが強調されていたことも印象的でした。

日本では、毎年6000人が脊髄損傷になり、患者総数15万人とされています。これからも、再生医療の歩みと進歩が私たち患者の生きる希望となることを願ってやみません。今後とも、当基金の活動にご理解・ご協力をいただきますようお願いいたします。

＊お知らせ＊Walk Again 2025 11月8日（土）コレド室町ライフサイエンスにて開催。詳細および募集に関しては次号（9月中旬予定）でお知らせいたします。

目次

＜事務局からのお知らせ＞	p.1
Walk Again2025開催決定と日本再生医療学会総会	
＜プレスリリース＞	p.2～3
「亜急性期脊髄損傷に対するiPS細胞由来神経前駆細胞を用いた再生医療」の臨床研究について（経過観察の終了）	
＜プレスリリース＞	p.4～6
自家血清で増殖させた自家間葉系幹細胞の慢性脊髄損傷への静脈内投与	
＜ドリームキャッチャー＞	p.7
「みんなに、住まいの選択肢を」横山和也	
＜事務局からのお知らせ＞	p.8

「亜急性期脊髄損傷に対するiPS細胞由来神経前駆細胞を用いた再生医療」の臨床研究について（経過観察の終了）

2025年3月21発表・プレスリリースより

慶應義塾大学医学部 慶應義塾大学病院 国立病院機構大阪医療センター 国立病院機構村山医療センター

慶應義塾大学病院は、「亜急性期脊髄損傷に対するiPS細胞由来神経前駆細胞を用いた再生医療」の臨床研究において、予定されていた全4症例の経過観察および評価データの収集を終了いたしました。

今後は、再生医療等の安全性の確保等に関する法律および同法施行規則の規定に基づき、厚生労働大臣へ、統括報告書及びその概要を提出するなど、必要な手続きを遅滞なく進めていく所存です。

プレスリリース全文は以下をご覧ください。

1. 研究の背景と概要

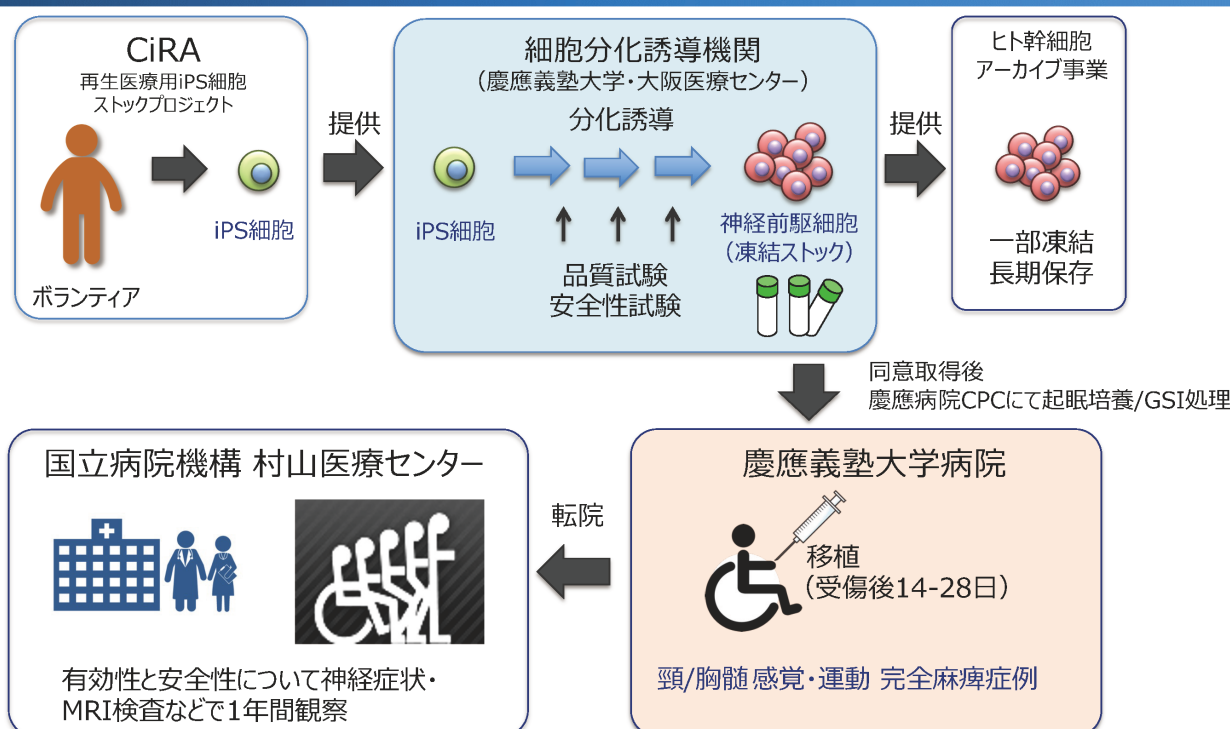
慶應義塾大学病院は、「亜急性期脊髄損傷に対するiPS細胞由来神経前駆細胞を用いた再生医療」の臨床研究について、2019年に厚生労働省から実施許可を受け、2020年12月から研究を開始しました。

このたび、全4症例の経過観察を2024年11月に完了しました。今後は、研究終了の届出となる、再生医療等の安全性の確保等に関する法律施行規則に基づく総括報告書の概要についての作成、提出など、必要な手続きを遅滞なく進めてまいります。臨床研究の実施体制と概要は以下の通りです。

「実施体制」

- ・実施責任者：慶應義塾大学医学部 教授 岡野栄之（研究開始当時～2024年）
- ・研究責任医師：慶應義塾大学医学部 教授 中村雅也（2024年～）
- ・細胞の分化誘導機関：独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター
- ・再生医療を行う医療機関：慶應義塾大学病院
- ・協力医療機関：独立行政法人 国立病院機構 村山医療センター

再生医療等提供計画の概要



「概要」

- ・研究の目的：細胞移植の安全性評価を主とする。副次的に有効性についても評価する。
- ・研究対象者：亜急性脊髄完全損傷の患者（第3/4頸椎～第10胸椎高位、受賞後14～28日、AIS A）
- ・目標症例数：4症例
- ・移植細胞：京都大学iPS細胞研究所（CiRA）で作製された「再生医療用iPS細胞ストック」を国立病院機構大阪医療センターにて移植用神経前駆細胞に分化させたのちに慶應義塾大学病院において凍結保管し、患者の同意取得後に回復培養して用いた。
- ・再生医療等提供計画の計画番号：jRCTa031190228

2. 研究の成果と意義・今後の展開

目標通り4症例への移植を実施し、細胞移植後1年間の経過観察を完遂し、4症例すべてが安全性および有効性評価に含められました。

現在は最終データの解析中ですが、再生医療と因果関係のある重篤な有害事象は1件も認められず、主要評価項目については一定の安全性が確認できたと考えます。また副次評価項目有効性については、受傷後52週時において、ISNCSCI total motor scoreはベースラインから13点の改善（中央値）が得られました。AISの評価では1症例がベースラインのAからCへ、別の1症例がAからDへの改善が認められ、4例中2例がAからC以上へ改善しました。先行報告ではベースラインの重症度が同様の患者集団では52週時のISNCSCI total motor scoreの改善の中央値は4-7点程度*、またAISのC以上への改善は10-12%程度*のみにみられるものであり、今回の治療が有効性を持つ可能性が示唆されました。

[*は総合せき損センターのデータベース（出田・坂井・前田らによる）を解析した数値です。]

今後は、データ解析の結果をもとに総括報告書を整えたのち、本研究の成果をもとに、本治療法の実用化にむけた取り組みを行っていく予定です。

3. 特記事項

本研究は、日本医療研究開発機構（AMED）再生医療実現拠点ネットワークプログラム「iPS細胞由来神経前駆細胞を用いた脊髄損傷・脳梗塞の再生医療」、再生医療実用化研究事業「脊髄再生治療に付随するリハビリテーション治療の構築に関する研究」、再生医療実用化研究事業「亜急性期 脊髄損傷に対するiPS細胞由来神経

前駆細胞移植の臨床研究」の支援により行われました。

【用語解説】

- (1)iPS細胞：人間の皮膚や血液などの体細胞に、ごく少数の因子を導入し、培養することにより、様々な組織や臓器の細胞に分化する能力とほぼ無限に増殖する能力をもつ多能性幹細胞に変化する。この細胞を「人工多能性幹細胞」と呼ぶ。英語では「induced pluripotent stem cell」と表記するので頭文字をとって「iPS細胞」と呼ばれている。
- (2)神経前駆細胞：神経系の未成熟な細胞。増殖能力、および様々な神経系の細胞に分化する能力を持つ。
- (3)ASIA Impairment Scale (AIS)：脊髄損傷の重症度を評価するための判断基準。おおまかに、AIS Aは肛門周辺の運動・感覚が完全に麻痺している状態、AIS Bは運動は完全麻痺だが肛門周囲の知覚が残存している状態、AIS Cは障害レベル以下の運動神経がわずかに保たれている状態、AIS Dは障害レベル以下の運動機能が抗重力程度に保たれている状態を指す。
- (4)ISNCSCI motor score：国際的に脊髄損傷後の運動機能評価に用いられる手法。第5頸髄～第1胸髄、および第2腰髄～第1仙髄の神経が支配する主要筋群について、上下肢左右5箇所ずつ（合計20箇所）の筋力を0～5点の6段階で評価する。上肢50点満点、下肢50点満点で、全体（total motor score）としては100点満点。

今後の見通し

- (1)4例の研究参加者について
慶應義塾大学病院において、できるだけ長期に渡り経過観察を継続する
- (2)本研究の今後について
再生医療等の安全性の確保等に関する法律および同法施行規則の規定に基づき厚生労働大臣へ統括報告書を提出するなど、必要な手続きを遅滞なく進める
- (3)今後の脊髄再生研究の進め方について
本研究結果を踏まえて、亜急性期脊髄損傷患者に対する細胞移植の治験開始を目指し、株式会社ケイファーマで実用化に向けた準備を継続する

自家血清で増殖させた自家間葉系幹細胞の慢性脊髄損傷患者への静脈内投与：症例シリーズ

研究機関：札幌医科大学・国立リハビリテーションセンター病院

(研究機関詳細はURLをご参照ください。<https://www.mdpi.com/2077-0383/13/20/6072>)

* 掲載誌: Journal of Clinical Medicine * 翻訳と要約はChat GPT

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39458022/>

本研究は、慢性脊髄損傷(SCI)患者に対し、自己骨髄由来の間葉系幹細胞(mesenchymal stem cells:MSC)を静脈内に1回投与することの安全性、実行可能性、及び神経学的・機能的改善の可能性を評価することを目的とした臨床試験である。

対象は、発症から1年以上経過した慢性SCI患者7名(AISグレードCまたはD)で、年齢は20～52歳(平均39.6歳)、男性5名・女性2名であった。損傷レベルは頸髄が4例、胸髄が3例で、発症からの期間は1.3年～27年と幅広かった。いずれも機能回復が頭打ちとなり、自然回復が見込めない状態であった。

MSCは、各患者から採取した骨髄液より分離・培養された。培養には患者自身の血清(自家血清)を用い、ウシ胎児血清など外来性成分の使用を回避した。また、製造はGMP(適正製造基準)に準拠した専用施設で行われ、細胞表面抗原(CD105陽性、CD34/CD45陰性)による品質確認と病原体スクリーニングも実施された。調製された細胞は凍結保存され、使用時に解凍後、1回静脈内に投与された。

臨床評価は、投与前と投与後90日・180日に行われた。神経学的評価にはAIS分類とISCSCI-92(運動・感覚スコア)、機能評価にはSCIM-III(自立度指標)が用いられた。さらに、リハビリによる自然回復の影響を排除するため、投与前には4週間以上の集中リハビリを行い、2週間連続で評価項目に変化がないことを確認した上で投与に

臨んだ。

結果、7例すべてにおいて有害事象は認められず、投与後のMRIや臨床観察において腫瘍形成、異常細胞増殖、機能悪化などの所見はなかった。神経学的評価では、AISグレードが1段階改善した症例が1例(C→D)あり、ISCSCI運動・感覚スコアでも統計的に有意な改善($p<0.05$)が見られた。SCIM-IIIのスコアも有意に上昇し、特に自立動作・排泄・歩行・上肢機能など、患者の日常生活に関わる機能で改善が示された。

特筆すべきは、発症から長期間(最大27年)経過した例でも改善が認められた点である。これは慢性SCIにおいても、MSCが微小環境改善、神経再生などを通じて機能回復を促す可能性を示唆している。

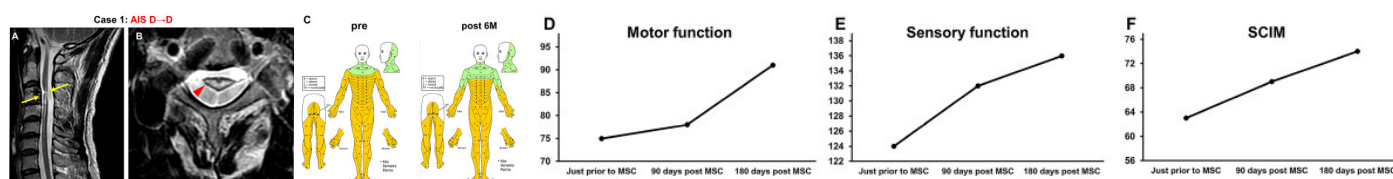
本研究の限界としては、対象人数が少なく、盲検化や対照群の設定がなかったことが挙げられる。しかしながら、慢性SCIという極めて治療が難しい疾患において、安全かつ侵襲の少ない静脈内投与により、機能改善が認められた点は非常に意義深い。今後は、対照群を含めた多施設共同のランダム化比較試験を通じて、本治療法の有効性をさらに明確にする必要がある。

結論として、本研究は自家MSCの静脈内投与が慢性SCI患者に対して安全かつ実行可能であり、神経学的および機能的改善をもたらす可能性があることを初めて臨床的に示したものであり、今後の再生医療における重要な一歩となることが期待される。

Case Number	Age (y.o)	Sex	Level of Injury	Time of Injury until MSC Infusion	AIS Grade just before MSC Infusion	AIS Grade 6 Months Post-MSC Infusion	Difference in Motor Function	Difference in SCIM-III	Major Adverse Effects
1	50	male	C4	4.7 y	D	D	16	11	None
2	20	male	C4	1.3 y	D	D	7	5	None
3	48	male	C5	27 y	D	D	10	4	None
4	28	female	C3	2.1 y	D	D	32	32	None
5	49	male	C4	2.9 y	D	D	32	6	None
6	52	male	C7	4.0 y	C	D	17	8	None
7	30	female	C6	18.0 y	C	C	9	12	None

症例1・男性50歳

50歳の男性は、バック転をして頭部が地面に衝突し、首の過伸展と頸髄損傷(NLI C3、AIS B)を受けました。彼はSCI発症後2週間でC3-4後方固定手術を受けました。SCI発症から4年4ヶ月後に4週間のリハビリテーションを受け、その後回復が停滞し、本研究に参加しました。札幌医科大学病院に転院時、T2強調MRIでC3-C4に高信号領域が認められました。AISグレードはD、ISCSCI総運動スコアは75でした。主要登録後4週間の集中的リハビリテーションを受け、MSC注入前の2週間でISCSCI-92スコアのさらなる改善は見られませんでした。その後、SCI発症から5年後に 1.36×10^8 個の自家MSCを静脈内注入しました。MSC注入から約2週間後、体幹筋力が改善し、仰臥位から自立して座れるようになりました。また、手指の器用さも改善し、上肢機能の改善が見られ、髪を洗う、プラスチックボトルのキャップを開ける、封筒を開けるためにハサミを使うことができるようになりました。痙縮も弱まり、歩行が容易になりました。MSC注入後6ヶ月で、ISCSCI総運動スコアは75から91に、感覚スコアは124から136に改善しました。SCIM-IIIスコアは63から74に改善しました。



(A)矢印は高信号領域を示しています。(B)軸方向画像。矢印頭は高信号領域を示しています。(C)感覚機能(注入前、6ヶ月後)。(D)運動機能、(E)感覚機能、(F)SCIM-IIIスコア。以下同

症例2・男性20歳

20歳の男性は、海に飛び込んだ際に頭部を地面に打ちつけ、首を過伸展させ、C5椎体骨折および頸髄損傷(NLI C4、AIS B)を受けました。彼は右側および左側の感覚および運動障害がひどかったです。怪我の2日後にC4-6後方融合手術を受けました。SCI発症から1年1ヶ月後に4週間の集中的リハビリテーションを受け、その後回復が停滞し、本研究に参加しました。札幌医科大学病院に転院時、T2強調MRIでC3-C5に脊髓萎縮および高信号領域が認められました。AISグレードはD、ISCSCI総運動スコアは48でした。彼は4週間の集中的リハビリテーションを受け、その後、MSC注入前の2週間でISCSCI-92スコアのさらなる改善は見られませんでした。その後、SCI発症から1年3ヶ月後に 1.74×10^8 個の自家MSCを静脈内注入しました。MSC注入から約1ヶ月後、体幹筋力が改善し、座った状態で足を組み上げ、膝をつけたままで立つことができました。徐々に、上肢を使って物を持ちたり動かしたりする能力が向上しました。MSC注入後6ヶ月で、排尿および排便機能の改善により、失禁が改善しました。また、排便にかかる時間も短縮しました。ISCSCI総運動スコアは48から55に、感覚スコアは142から151に改善しました。SCIM-IIIスコアは64から69に改善しました。

症例3・男性48歳

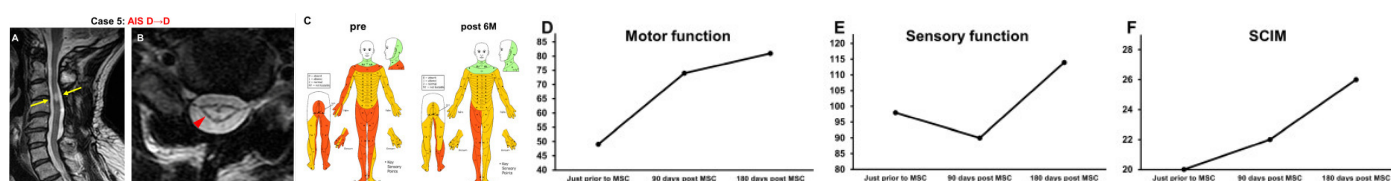
48歳の男性は、交通事故でC4椎体骨折および頸髄損傷(NLI C4、AIS C)を受けました。怪我の1週間後にC3-5後方融合手術を受けました。SCI発症から26年8ヶ月後に4週間の集中的リハビリテーションを受け、その後回復が停滞し、本研究に参加しました。札幌医科大学病院に転院時、T2強調MRIでC4-C5に脊髓萎縮および高信号領域が認められました。AISグレードはD、ISCSCI総運動スコアは69でした。彼は4週間の集中的リハビリテーションを受け、その後、MSC注入前の2週間でISCSCI-92スコアのさらなる改善は見られませんでした。その後、SCI発症から約27年後に 1.00×10^8 個の自家MSCを静脈内注入しました。MSC注入から約6週間後、左上肢の温度、痛覚の障害、および排便機能が改善しました。MSC注入後6ヶ月で、患者は室内で杖なしで歩けるようになりました。ISCSCI総運動スコアは72から82に、感覚スコアは127から124に改善しました。SCIM-IIIスコアは93から97に改善しました。

症例4・女性28歳

28歳の女性は、交通事故でC5椎体骨折および頸髄損傷(NLI C4、AIS A)を受けました。急性期手術は行われませんでした。SCI発症から1年10ヶ月後に5週間の集中的リハビリテーションを受け、その後回復が停滞し、本研究に参加しました。札幌医科大学病院に転院時、T2強調MRIでC3レベルに高信号領域が認められました。AISグレードはD、ISCSCI総運動スコアは54でした。彼女は4週間の集中的リハビリテーションを受け、その後、MSC注入前の2週間でISCSCI-92スコアのさらなる改善は見られませんでした。その後、SCI発症から2年1ヶ月後に 1.22×10^8 個の自家MSCを静脈内注入しました。MSC注入翌日には右半身の感覚障害が改善しました。また、MSC投与から約1週間後、運動麻痺が重度の左側の筋力が改善し始めました。MSC静脈内注入後6ヶ月で、彼女は自立して立つことができ、杖を使って長距離を歩けるようになりました。手すりを使って階段を安全に登れるようになり、支援なしで着替えができるようになりました。ISCSCI総運動スコアは54から86に、感覚スコアは71から134に改善しました。SCIM-IIIスコアは59から91に改善しました。

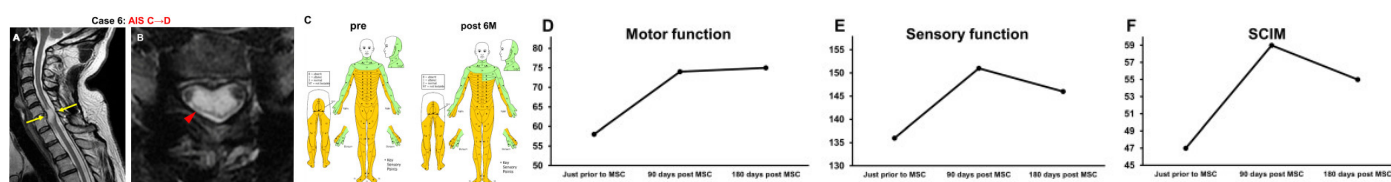
症例5・男性49歳

49歳の男性は、オートバイ事故によりC3脱臼骨折/頸髄損傷(NLI C3; AIS B)を負いました。事故から2週間後に後方融合術を受けました。SCI発症から2年8ヶ月後、6週間の集中的なリハビリを受け、回復は頭打ちとなり、この研究に参加しました。札幌医科大学に転院した時、T2強調MRIでC3-C4に高強度の領域が見られました。AISグレードはDで、ISCSCIの総運動スコアは49でした。4週間の集中的なリハビリを行い、MSC投与前の2週間にISCSCI-92スコアにさらなる改善は確認されませんでした。その後、SCI発症から2年9ヶ月後に 1.88×10^8 個の自己由来MSCを静脈内投与しました。MSC投与後約1週間で、肩や肘の運動機能、指の巧緻運動機能の改善が見られました。その結果、患者は補助具を使って自分で食事をするできるようになりました。治療から6ヶ月後、患者は自分で顔を洗ったり、歯を磨いたり、ベッドで転がるできるようになり、その後監視下で車椅子に移乗しました。ISCSCIの総運動スコアは49から81に、感覚スコアは98から114に改善しました。SCIM-IIIスコアは20から26に改善しました。



症例6・男性52歳

52歳の男性は、C6脱臼骨折と頸髄損傷(NLI C5, AIS A)を負いました。事故当日にC5-Th1後方融合術を受けました。SCI発症から3年9ヶ月後、6週間の集中的なリハビリを受けましたが、回復は頭打ちとなり、この研究に参加しました。札幌医科大学に転院した時、T2強調MRIでC6-C7に高強度の領域が見られました。AISグレードはCで、ISCSCIの総運動スコアは58でした。4週間の集中的なリハビリを行い、MSC投与前の2週間にISCSCI-92スコアにさらなる改善は確認されませんでした。その後、SCI発症から4年後に 1.90×10^8 個の自己由来MSCを静脈内投与しました。MSC投与から約1ヶ月後に、手や下肢の運動機能の改善が見られました。さらに、以前は確認されていなかった肛門の随意収縮が、投与90日後の評価で認められました。MSC投与から6ヶ月後、入浴に必要な援助が減少し、患者はベッドから車椅子に自立して移乗できるようになりました。AISスコアはCからDに改善し、ISCSCIの総運動スコアは58から75に、感覚スコアは136から146に改善しました。SCIM-IIIスコアは47から55に改善しました。



症例7・女性30歳

30歳の女性は、C4脱臼骨折と頸髄損傷(NLI C4, AIS B)を負いました。事故翌日にC4-5前方融合術を受けました。SCI発症から18年9ヶ月後、7週間の集中的なリハビリを受けましたが、回復は頭打ちとなり、この研究に参加しました。札幌医科大学に転院した時、T2強調MRIでC4-C5に脊髄萎縮と高強度の領域が見られました。AISグレードはCで、ISCSCIの総運動スコアは28でした。4週間の集中的なリハビリを行い、MSC投与前の2週間にISCSCI-92スコアにさらなる改善は確認されませんでした。その後、SCI発症から18年後に 1.30×10^8 個の自己由来MSCを静脈内投与しました。MSC投与から約1ヶ月後、指の巧緻運動機能や体幹の安定性の改善が見られました。その結果、患者は屋外で車椅子を運転できるようになり、以前は入浴に援助が必要でしたが、環境を調整することで自立できるようになりました。また、料理もできるようになりました。MSC投与から6ヶ月後、ISCSCIの総運動スコアは28から37に、感覚スコアは124から175に改善しました。SCIM-IIIスコアは54から66に改善しました。



「我慢」を手放したとき、人生が動き出した

26歳の夏、旅行中に起きた一瞬の事故。高台から転落し、私は頸髄を損傷しました。握力はなく、足も動かず、起き上がることもすらできない。医師からは「C5完全麻痺」と診断され、「治る確率は何%ですか?」と問う私に返ってきた答えは「5%」。絶望の淵で聞いたその数字が、私には“希望”に思えました。0ではなかったことが、再び生きる理由を与えてくれたのです。

私はもともと、人と関わることが好きな人間でした。学生時代はボランティアに打ち込み、仲間と過ごす日々喜びを感じていました。障害を負っても、周囲の人々は変わらず接してくれました。その存在に支えられ、「自分もまた、誰かに寄り添える存在でありたい」と思うようになりました。

退院後、実家に戻るという選択肢もありましたが、私はあえて一人暮らしを選びました。「自立したい」という想いと、「家族に介護の負担を背負わせたくない」という気持ちからでした。入院していた病院が所有するマンションに住み、最低限のリフォームで車いす生活を始めました。しかし、そこにあったのは想像以上の“暮らしにくさ”でした。広すぎるトイレ、使いづらい浴室。図面上では問題なく見えても、実際の生活はままならないものでした。それでも私は、「障害があるのだから仕方ない」と、自分に言い聞かせていました。我慢することが当然だと、そう思い込んでいたのです。

そんな私の思い込みを壊してくれたのが、ある不動産会社の会長の言葉でした。「いつも車いすでしんどそうやけど、リラックスできる時ってあるの?」。その何気ない問いに、私ははっとしました。我慢を続ける暮らしは、確かに私を疲れさせていた。快適な住まいを諦める必要なんて、本当はなかったのです。この気づきが、人生を大きく動かししました。

「きっと、同じような思いをしている人が他にもいる」そう考え、2022年、私は仲間とともに「WHEELIFE(ウィーライフ)」を立ち上げました。障害の有無に関係なく、自分らしい暮らしを実現できるよう、住環境から支える事業です。そして第一歩として、大阪市港区に車いす対応の宿泊体験型モデルルーム「WADACHI(わだち)」を開設しました。

築50年以上の空き家をリノベーションし、段差のない玄関、使いやすい水まわり、電動カーテン、リフター、リクライニングベッドなどを備えました。WADACHIの最大の特徴は「泊まって試せる」こと。間取り図では分からない手すりの位置や動線を、実際に体験しながら確認できます。

ご利用いただいた方からは、「こんな場所を探していた」「安心して生活のイメージが持てた」と嬉しい声を多くいただいています。また、不動産オーナーや設計士にとっても、ユニバーサルデザインの可能性を肌で感じられる学びの場となっています。

今後は、障害のある人に特化した「収益物件づくり」にも取り組む予定です。多様なニーズに応じた施工を行い、投資家が区分所有できる物件として流通させることで、「社会貢献型の不動産投資」という新しい選択肢をつくっていきます。

私は、かつて住まいを我慢していた一人です。でも、我慢なくていいことに気づいた今、次はそれを「選べる社会」に変えていく番だと思っています。「みんなに、住まいの選択肢を」この言葉を胸に、WHEELIFEはこれからも前に進み続けます。



AD

＜皆さんへのお願い＞

会報の送付停止・住所変更などに関しては、下記のQRコード・URLからメールにて、またはFAXにてご連絡をお願いします。事務局は常時人がいるわけではありません

～ウェブから購読の申し込み受付ができます

会報「日本せきずい基金ニュース」の購読の登録、登録情報の変更、削除は右記のQRコードから行えます。「日本せきずい基金ニュース」は当ホームページからでも

ので、電話での対応が出来にくい環境です。

ご理解いただきますようよろしくお願い致します。

また、振り込み用紙はご寄付を希望される方のため同封しており、会費請求ではありません。

ダウンロードできます。郵送での受け取りが不要な方は是非、削除のご連絡をお願いします。

新規ご購読の申込み、登録情報の変更・ご購読の中止はこちらから→



We Ask You

日本せきずい基金の活動は
皆様の任意のカンパで支えられています

● 寄付の受付口座

郵便振替 記号 00140-2 番号 63307

銀行振込 みずほ銀行 多摩支店 普通1197435

楽天銀行 サンバ支店 普通7001247

口座名義はいずれも「ニホンセキズイキキン」です。

発行人 障害者団体定期刊行物協会

〒157-0072 東京都世田谷区祖師谷3-1-17
ヴェルドゥーラ祖師谷102

編集人 特定非営利活動法人 日本せきずい基金・事務局

〒158-0097 東京都世田谷区用賀4-5-21 第一小林ビル402号室

TEL 03-6421-1683 FAX 03-6421-1693

E-mail jscf@jscf.org HP <https://www.jscf.org/>

*この会報は日本せきずい基金のホームページから、無償でダウンロードできます。 頒価 100 円

★資料頒布が不要な方は事務局までお知らせください。