

医療法人再生未来 京阪クリニック	制定日	2015/11/01	文書 No.	1Y020W001
活性化 T リンパ球療法の説明・同意文書	改訂日	—	改訂 No.	初版

活性化 T リンパ球療法についての説明・同意文書

はじめに

この説明文書は、患者様に活性化 T リンパ球療法という再生医療等への提供を検討していただくために用意したものです。

この説明文書をよくお読みになり、十分考えたうえで、この治療を受けるかどうかを、患者様の自由な意思で決めてください。

わかりにくいところがあれば、どんなことでも、遠慮せずに質問してください。治療に同意していただける場合は、「同意文書」に記名・捺印又は署名をしていただきます。ただし、患者様が未成年者の場合は、本治療をうけていただく際に、患者様だけでなく、患者様の代諾者になる方の同意も必要となります。必ずご家族の方と相談してください。

再生医療とは

再生医療とは、自身の細胞等を用いることにより、傷ついた組織又は臓器の機能回復等をはかる医療技術です。これら再生医療等を受ける患者様の安全性を確保するため、「再生医療等の安全性の確保等に関する法律」が 2014 年 11 月に施行されました。この法律の対象となるものは、適切な手続きの下、認定再生医療等委員会または特定認定再生医療等委員会という認定を受けた機関において、治療の科学的妥当性、安全性、倫理性などについて客観的な審議が行われます。審議の結果、本治療の提供が妥当であると判断された場合、本治療を厚生労働省に届け出て、初めて本治療が可能となります。

再生医療等の提供は、予め定められた方法に従って行われます。また再生医療等を受けた患者様の情報に関しては、匿名化を施した上で、その結果を厚生労働省に届け出るとともに、認定再生医療等委員会または特定認定再生医療等委員会の方々により医学、薬学、倫理的側面、および安全性の面等について継続的に検討が行われます。

医療法人再生未来 京阪クリニック

医療法人再生未来 京阪クリニック	制定日	2015/11/01	文書 No.	1Y020W001
活性化 T リンパ球療法の説明・同意文書	改訂日	—	改訂 No.	初版

1. 提供する再生医療等の内容

活性化 T リンパ球療法は、患者様自身の血液から免疫細胞を分離、培養した後に、体内に戻す治療です。低侵襲が特徴で、抗腫瘍効果、生存期間の延長、生活の質 (QOL) の改善、再発及び転移の防止等を目的とした治療です。

2. 本再生医療等の実施により予期される効果及び危険

本再生医療等の実施により、各種がんの治療（一部の白血病、T 細胞型悪性リンパ腫を除く）、がんの再発・転移予防等が期待されます。
副作用として、稀に一部の患者様で以下に示すような症状が報告されています。

既知の副作用：悪寒、軽度の発熱

上記以外の副作用が出る可能性もあります。治療では、副作用に迅速に対応できるように、治療の担当の医師が診察および検査をし、最善の治療をおこないます。

3. 治療の実績

本治療は、世界に先駆けて国内で開発された治療法であり、多くの施設において実施されています。肝細胞がんの手術後の再発率の軽減が示された事例がある他、重度の副作用報告がない等、安全性の高い治療です。一方で、治療効果が個人差に大きく左右されますので、治療を受けられた他の方と同等の効果が保証されるわけではないことを予めご了承ください。

4. 他の治療法の有無、内容、他の治療法により予期される効果及び危険との比較

本治療法と類似の治療として、樹状細胞ワクチン療法等があります。樹状細胞ワクチン療法は、自己血由来の樹状細胞にがんの目印を覚えこませて、体内に戻す免疫療法の一つです。それぞれの治療法毎に特徴がありますので、患者様の疾患や容体を考慮し、適切な治療を選択していただけます。樹状細胞ワクチン療法を含め、細胞免疫療法は一般的に副作用が少ないとされており、また入院等の必要もないことから、普段の生活を送りながら治療に取り組んでいただくことが可能です。

5. 治療の自由と撤回の自由について

再生医療等を受けることを拒否することは任意です。お受けしていただけない場

医療法人再生未来 京阪クリニック	制定日	2015/11/01	文書 No.	1Y020W001
活性化Tリンパ球療法の説明・同意文書	改訂日	—	改訂 No.	初版

合に関しましては担当医にその旨お申し付けください。

2 再生医療等をお受けしていただけない場合においても、以後の治療において不都合や不利益を受けることはありません。

3 同意していただいた後でも、いつでも自由に同意を撤回することができます。その場合でも患者様が不都合や不利益を受けることは一切ありません。

6. 治療の方法

初めての治療の場合は、カウンセリング、血液検査などを実施していただいた後、本治療の提供基準に合致することを確認し、採血をしていただきます。原則として、1～2週間に1回、1クール6回の投与を行っていただきます。採血量は144 mL程度とし、採血から2週間後に第1回目の投与を実施します（投与日程に関しましては、担当の医師とご相談の上、決定してください）。治療は、免疫細胞と生理食塩液の混合溶液（100 mL程度）を静脈内に点滴投与して行います。

継続して本治療を受けていただく場合につきましては、都度担当の医師とご相談ください。

7. 治療に関連して健康被害が発生した場合の治療及び補償について

治療は細心の注意を払い行いますが、再生医療等の提供期間中に万が一身体の不調を感じた場合は、速やかに担当医師にご相談ください。担当医師が必要に応じ、適切な処置を行います。万一、この治療により健康被害が生じた場合は、故意または患者様ご自身の重大な過失による場合や、治療との関連性が否定されない場合を除き、適切な治療又は補償が受けられます。病院には相談窓口が設置してありますので、健康被害が生じた場合はもちろんのこと、治療のことでわからないことや不安なことがございましたら、いつでも遠慮なくご連絡ください。

2 健康被害発生時における補償内容は、代替医療の提供又は治療に係る費用の負担となります。

3 以下の事項の何れかに該当する場合においては、補償責任の除外対象となります。

(1) 機会原因（通院途上での交通事故や、食中毒に起因した健康被害など）。

(2) 他の因果関係が明確に説明できるもの、又は当該再生医療等の提供との因果関係が否定されるもの。

4 効能不発揮（当該再生医療等の提供が効かなかった）や原疾患の悪化に伴う申出については、原則として補償されません。

5 以下の事項の何れかに該当する場合においては、補償しない又は補償が制限さ

医療法人再生未来 京阪クリニック	制定日	2015/11/01	文書 No.	1Y020W001
活性化Tリンパ球療法の説明・同意文書	改訂日	—	改訂 No.	初版

れる場合があります。

- (1) 被害者又はその親族に故意または過失がある場合
- (2) 第三者の違法行為又は不履行による場合

8. 匿名化を条件としたカルテ等個人情報の取り扱いについて

本治療は患者様の意思、人権およびプライバシーを常に最優先で尊重いたします。本治療で得られる結果は、本治療が適切に行われていることを示すため、匿名化を施した上で、厚生労働省に提出する資料として使用させていただきます。そのため厚生労働省やその関連機関、特定再生医療等委員会の委員等が、あなたの治療の記録や結果（検査結果、カルテ、その他の記録等）について匿名化を施した上で拝見させていただきます。情報の公開へは患者様の許可が必要となりますが、同意文書へのご記名・捺印又は署名をもって、ご了承いただいたものといたします。なお、患者様のプライバシーの保護には充分注意し、患者様の秘密は厳守いたしますのでご安心ください。

9. 費用について

全て自費診療でのお取り扱いとなります。
費用については、別途担当者より説明がありますが、以下のホームページでも公表しております。閲覧を希望される場合は、以下アドレスにてご確認ください。

ホームページアドレス：<http://www.saisei-mirai.or.jp>

10. キャンセルについて

原則として、投与日当日～7日前は費用全額、投与日7日前～14日前は費用の半額をキャンセル料として申し受けます。スケジュール変更等に伴うキャンセル料の発生につきましては、キャンセル料がかからない場合もございますので、都度当院の相談窓口までお問い合わせください。

11. 追加の採血等の組織提供について

本治療を継続してお受けいただく場合、又は増殖不良等が発生した場合において、追加で採血等を実施していただくことがございますので、あらかじめご了承ください。なお、追加の採血等が発生する場合には、患者様の意思を再確認させていただきます。

2 本治療を継続してお受けいただく場合等の理由により、追加の採血等を実施し

医療法人再生未来 京阪クリニック	制定日	2015/11/01	文書 No.	1Y020W001
活性化Tリンパ球療法の説明・同意文書	改訂日	—	改訂 No.	初版

ていただく場合、原則として感染症検査等を改めて実施していただきますので予めご了承ください。

1 2. 治療に関する新しい情報の提供

本治療を継続してお受けいただけるか否かについて、患者様の意思に影響を与えるような新たな情報（効果や安全性に関する情報など）を得た場合には、本情報を速やかにお伝えし、患者様の意思を再確認させていただきます。

1 3. 治療が中止になる場合

本治療に同意していただいても、患者様が本治療の提供条件に合致しない場合には、提供をお断りしなければなりません。また、提供期間中においても、担当医師が必要と判断した場合には、提供を中止することもありますので、あらかじめご了承ください。

なお提供期間中において、本治療の提供を中止した場合には、他に最適と思われる治療への変更をご提案致します。

1 4. フォローアップについて

本治療をお受けいただいた場合、一定の期間、診察、または郵便、電話、メール等の手段により、疾病等の発生の有無及び効果の検証に関してフォローアップを実施させていただきます。患者様の意思を尊重しますので、フォローアップの中止を希望される方はその旨担当医までご連絡ください。

1 5. 再生医療等提供責任医師と病院の相談窓口について

再生医療等提供責任医師： 坂本 憲広

治療相談窓口： 医療法人再生未来 京阪クリニック

TEL：06-6902-1001 FAX：06-6902-1001

1 6. 再生医療等委員会について

本治療は、実施するにあたり認定再生医療等委員会または特定認定再生医療等委員会と呼ばれる外部機関で、医学的、倫理的、及び科学的に妥当かどうかについて審議され、意見を得た治療です。また当該委員会では、本治療について、新しい効果や

医療法人再生未来 京阪クリニック	制定日	2015/11/01	文書 No.	1Y020W001
活性化Tリンパ球療法の説明・同意文書	改訂日	—	改訂 No.	初版

副作用等の重要な情報が得られた場合に、治療の継続可否の妥当性について継続的な審査等業務を行います。

以上、ご説明いたしました内容につきまして、わからないこと、もっと詳しくご説明を受けられたいことなどがありましたら、いつでもご遠慮なく担当医までお知らせください。

治療をお受けになるかについては、よく考え、理解、納得したうえで、患者様の意思により判断してください。なお、患者様が未成年（同意日現在）の場合、本治療を実施するためには、患者様のご両親等（代諾者）の同意も必要となりますので、必ずご相談ください。

本治療をお受けいただける場合は「同意文書」に同意日を記入のうえ、ご記名・捺印又は署名をお願いします。同意文書は複写を2枚とらせていただきます。

医師用（原本）及び特定細胞加工施設用（複写）は病院及び特定細胞加工施設にて保管させていただきます。

患者様には同意文書（複写）と同意説明文書をお渡ししますので、ご自宅にて大切に保管しておいてください。

医療法人再生未来 京阪クリニック	制定日	2015/11/01	文書 No.	1Y020W001
活性化 T リンパ球療法の説明・同意文書	改訂日	—	改訂 No.	初版

同 意 文 書

医療法人再生未来 京阪クリニック
 医師 坂本 憲広 殿

私は「活性化 T リンパ球療法」を受けるにあたり、下記の説明項目について説明文書を受け取り、十分説明を受け、理解しましたので、本治療を受けることに同意します。

<p>(説明項目)</p> <p><input type="checkbox"/> 提供する再生医療等の内容(1)</p> <p><input type="checkbox"/> 本再生医療等の実施により予期される効果及び危険(2)</p> <p><input type="checkbox"/> 治療の実績(3)</p> <p><input type="checkbox"/> 他の治療法の有無、内容、他の治療法により予期される効果及び危険との比較(4)</p> <p><input type="checkbox"/> 拒否は任意であること(5)</p> <p><input type="checkbox"/> 本治療を受けなくても、今後の治療に不都合や不利益はないこと(5-2)</p> <p><input type="checkbox"/> 本同意をいつでも自由に撤回することができること(5-3)</p> <p><input type="checkbox"/> 治療の方法(6)</p> <p><input type="checkbox"/> 健康被害が発生した場合の治療及び補償について(7)</p> <p><input type="checkbox"/> 個人情報の取り扱いについて(8)</p> <p><input type="checkbox"/> 費用負担について(9)</p> <p><input type="checkbox"/> キャンセルについて(10)</p> <p><input type="checkbox"/> 追加の採血等の組織提供について (11)</p> <p><input type="checkbox"/> 治療に関する新しい情報の提供(12)</p> <p><input type="checkbox"/> 治療の中止(13)</p> <p><input type="checkbox"/> 苦情相談窓口について(14)</p>

同意年月日 平成 年 月 日
 同意者 本人
 記名・捺印又は署名 _____ 印

代諾者（患者との関係： _____）
 記名・捺印又は署名 _____ 印
 （注：代諾者で可能な場合のみ記載する。）

説明年月日 平成 年 月 日
 説明した医師 自著・捺印又は署名 _____ 印

説明年月日 平成 年 月 日
 説明補助者 自著・捺印又は署名 _____ 印