

## 樹状細胞療法について

### 1. はじめに

この文書は、樹状細胞療法について説明するものです。  
担当医師から説明をお聞きになり、十分に治療の内容を理解してご納得いただいた上で治療を受けられるかどうかお決めください。

### 2. 樹状細胞療法とは

患者さんのがん細胞からがん抗原となるタンパク質、或いはがん人工抗原（研究用ペプチド）を樹状細胞に認識させて、培養を行い体内へ戻す治療法です。体内へ戻された樹状細胞はがんを攻撃するリンパ球を教育・刺激し、がんを抑える力（免疫能力）を高めます。

※自己免疫疾患の患者さんや、免疫能力がかなり低下している患者さんはこの治療法の対象とならない場合があります。

※NK細胞療法や活性化Tリンパ球療法と組合せての治療も可能です。

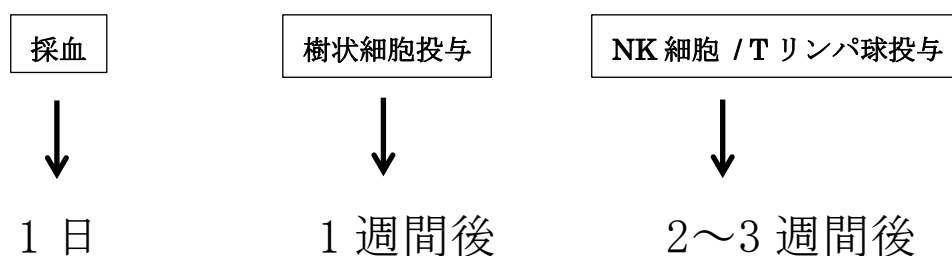
### 3. 治療の流れ

治療は当クリニックにおいて行います。

- ・まず治療の意思確認後、治療可能か判定するための感染症検査を実施します。
- ・感染症検査の結果、治療可能であれば、静脈血約 100ml を採血します。  
(感染症検査の詳細については、下記 5. にて説明)
- ・採血した血液から当クリニック併設の完全無菌培養室にて、樹状細胞を約 1 週間培養します。樹状細胞療法と NK 細胞療法または活性化 T リンパ球療法を組合せての治療をご選択のケースでは、同時に NK 細胞または T リンパ球を 2 ～3 週間培養します。
- ・1 週間後、当クリニックにおいて樹状細胞を投与します。(皮内もしくは皮下注射)
- ・2～3 週間後、当クリニックにおいて NK 又は活性化 T リンパ球を点滴投与します。(30 分)

## 樹状細胞療法 投与スケジュールの一例

【樹状細胞療法とNK細胞療法または活性化Tリンパ球療法の組合せで行うケース】



なお、樹状細胞、NK細胞、活性化Tリンパ球は同じ日に続けて投与することもできます。

### 4. 培養施設について

当クリニックでは、クリニック併設の無菌細胞培養室にてすべての細胞処理工程を行っています。

### 5. 感染症検査について

免疫細胞治療ではTリンパ球の感染症（HIV、ならびにHTLV-1）の方は治療を受けていただくことが出来ません。また膠原病やB型肝炎ウイルスキャリアの方は免疫治療によって病状を悪化させることがありますので、病状をお聞きした上で治療が可能かどうかを判断いたします。

樹状細胞治療を開始する前に、下記の感染症検査を行います。

- ① HIV 検査 (AIDS)
- ② HTLV-1 検査 (成人 T 細胞白血病)
- ③ B 型肝炎ウイルス (HBs 抗原)
- ④ C 型肝炎ウイルス (HCV 抗体)
- ⑤ 梅毒検査

### 6. 投与について

樹状細胞は皮内注射もしくは皮下注射で投与いたします。

(NK細胞、活性化Tリンパ球は点滴投与です。)

なお注射製剤作成時、免疫細胞の安定化の為にアルブミンを少量添加しております。

使用するアルブミンはヒト血漿由来であり、その原料となる血液は献血者の血液です。加熱処理がなされており肝炎ウイルス感染などの既知のウイルスの感染

の可能性は考えにくいとされています。しかし、未知の病原微生物による感染の危険性や、検査では検出できない可能性があります。

また、個人情報保護は確保されていますが使用記録は当該製品の使用による保健衛生上の危害の発生、または拡大を防止するための措置を講ずる為に、法的例外規定などにより製造業者などへ提供することがあります。

培養した細胞はご本人の治療目的以外に使用することはありません。

## 7. 効果について

免疫細胞治療の効果は、画像診断による腫瘍の大きさ、腫瘍マーカーでの血液検査、自覚症状等で判定してまいります。患者さんの病気の進行度や併発する治療の種類により、すぐに効果が現れにくかったり、病気の進行が続くこともあります。

医師からの説明をしっかりとお聞きになられた上で、本治療を受けるか否かご判断下さい。

## 8. 予想される副作用と危険性

一部の患者さんに発熱・悪寒が出現するとの報告がされております。

また予期せぬ副作用が出現する可能性もあります。いずれも一過性であり、希望される場合、解熱鎮痛薬の投与をいたします。

## 9. 緊急時の処置について

この治療中(免疫細胞投与後)に体調に異変が生じた場合は、各医師の判断で最善の治療が行われます。また副作用が出現したり、予期せぬ事態が生じた場合、各医師の判断で治療を任意に停止する場合があります。

## 10. 治療の選択と同意撤回について

本治療の選択は患者様の自由意志によります。この治療の途中であっても患者様の希望により、中止することも可能です。患者様の希望する他の治療があれば変更も可能ですし、その治療と当療法を併用することも可能であり、その選択は自由です。なお、出血傾向や感染症の合併症などのため、治療の継続が困難となった場合、医師の判断で治療を中断もしくは中止することがあります。また、本治療を拒否したり、中止を求めることで、患者様が不当な扱いを受けることはありません。

## 11. 治療費について

本治療は、保険適用外診療です。(自費診療)

～ 治療費の詳細は別紙「料金表」の通りです。

また、先進医療等に対する民間の生命保険の支払対象ではありません。  
治療費は『採血時』にお支払い頂き、投与の有無・治療効果の有無にかかわらず払い戻しはいたしません。

## 12. プライバシーの保護について

治療に関わる関係者は、患者さんの個人情報保護に最大限の努力を払い、プライバシーに関わる情報は外部に漏れることはありません。また治療の結果を学会・論文で発表する場合にも、個人情報が公になることは一切ありません。

## 13. 免責について

地震や台風などの天災、戦争、暴動、内乱、法の改廃制定、公権力による命令、処分、ストライキその他の労働争議、輸送機関の事故、機器の不具合、又は第三者行為（第三者による盗難、交通事故など）等、当クリニックの責めによらない事由が主たる原因で、患者さんへの治療の実施が遅延もしくは困難となった場合、これにより生じた損害について当クリニックは免責されるものとします。

## 14. その他

- ・採取した血液及び培養した細胞について、患者さんの体内に戻すもの以外のものにつきましては、当クリニックの任意の判断で処分等いたします。また、その際には患者さんのプライバシーが守られるよう最大限の配慮をいたします。
- ・破棄になる培養細胞は臨床研究に使用させていただくことがあります。

## 15. 連絡先

新大阪 がん 血液内科クリニック

責任医師 横田 昇平（ヨコタ ショウヘイ）TEL 06-6323-6355

責任医師 山岸 久一（ヤマギシ ヒサカズ）TEL 06-6323-6355

責任医師 伊藤 量基（イトウ トモキ）TEL 06-6323-6355

※夜間や休祭日などは事務担当が初期対応させていただくことがあります。  
(連絡先 XXXXXXXXXX)

# 同意書

私は「樹状細胞療法」につき、下記について説明を受け、その内容を理解し納得しましたので、治療を受けることに同意します。

## 記

- ・治療に関する詳細(治療の具体的内容、培養施設、治療期間及び投与方法)、
- ・私が負担する治療費その他の費用、感染症検査について
- ・効果及び予想される副作用と危険性について
- ・緊急時の処置、プライバシーの保護、連絡先について

### ●同意者(患者さんご本人)

同意日：平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

氏名：\_\_\_\_\_印

### ●代諾者

代諾日：平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

氏名：\_\_\_\_\_印

患者本人との続柄\_\_\_\_\_

### ●同席者

氏名：\_\_\_\_\_印

患者本人との続柄\_\_\_\_\_

### ◆説明医師

説明日：平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

氏名：\_\_\_\_\_印

### ◆説明補助者

職名：\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_印