

$\alpha\beta$ T細胞療法

治療説明書

1. はじめに

この治療説明書で説明する【 $\alpha\beta$ T細胞療法】は厚生労働省より認可された認定再生医療等委員会にて治療の安全性及び妥当性について審議され、この治療の再生医療等提供計画書を厚生労働大臣に届出し、認可を頂いた治療法です。

この説明文書は、私たちが提供する免疫細胞療法がどういった治療法なのかを、患者様にご理解いただくためのものです。よく読まれて、この文書の内容をご理解頂き、この治療を受けるかご検討ください。

患者様にご理解いただけるようできるだけ平易な表現に努めますが、もしわかりにくい言葉や疑問がございましたら遠慮なくお尋ねください。

2. 免疫細胞療法とは

免疫力とは、人の体に本来備わっている自然治癒力で、体の中の自分とは異なる異物を認識し排除する力です。この免疫力は加齢、生活習慣、ストレス等様々な原因で低下する事が確かめられています。免疫力が低下すれば感染症やがんをはじめ様々な不調を引き起こします。免疫力を強化して、健康維持や病気の快復に役立たせようとする治療を免疫療法といい、特に、体外で培養して活性化増殖させた免疫細胞を用いる治療を免疫細胞療法と言います。

3. $\alpha\beta$ T細胞療法とは

今回患者様に提供する治療は、 $\alpha\beta$ T細胞療法というもので、 $\alpha\beta$ T細胞を用います。 $\alpha\beta$ T細胞は、体内での外敵や異物に対する様々な作用をするT細胞の一部で、がんに対する攻撃力が高い細胞です。体外で活性化増殖させた $\alpha\beta$ T細胞を投与することでがんに対する攻撃を目的とするとともに体内の免疫状態も改善させる事を目的としています。

4. 治療提供について

安全に治療を受けていただくために初診時、もしくは定期的に血液検査を受けて頂きます。以下のいずれかに該当する場合本治療を受けて頂く事はできません。

- ① HIV抗体・HTLV-1抗体が陽性である場合
- ② 急性期B型肝炎C型肝炎の方

③ T細胞、NK細胞由来悪性リンパ腫又は白血病の方

④ 間質性肺炎の既往あるいはその兆候がある方

その他担当医の判断の下本治療を受けて頂く事ができない場合がございます、予めご了承ください。

また、安全に治療を受けていただくため、採血当日担当医師が問題あると判断した場合はスケジュールを変更することもあります、予めご了承ください。

5. 治療内容

当院の $\alpha\beta$ T細胞治療において、 $\alpha\beta$ T細胞活性化のための刺激・培養方法、投与方法、投与回数、投与間隔などは患者様の病状に応じて個別に選択提案します。

6. $\alpha\beta$ T細胞培養

当院の $\alpha\beta$ T細胞療法は、患者様から1回の治療につき、真空採血管で約24mLの採血を行います。特定細胞加工物製造事業者バイオアクセル株式会社に委託して、受け入れの可否を行った後、クリーンルームにて2週間程度かけて $\alpha\beta$ T細胞を培養します。患者様の治療日に合わせて（可能な範囲で）調整し、当院にて患者様の血管内に投与します。

7. $\alpha\beta$ -T細胞療法に関する留意点

- (1) $\alpha\beta$ T細胞の活性化や増殖は採取した血液の状態にも依存するため、得られる $\alpha\beta$ T細胞の性状や数、NK細胞のとの割合は一定ではありません。培養過程での病原菌などの混入の防止については、現時点でのできる限りの対策をとっています。無菌検査を実施し、発熱物質の混入の有無を調べ、合格したもののみを治療に供します。 $\alpha\beta$ T細胞が十分に増殖しない、検査に合格しない、あるいはその他の理由により予定した日程どおりに治療が行えない事態が突然に発生することもあります。これらの点は予めご了承ください。
- (2) 人血清由来の成分を含んだアルブミン製剤を使用いたします。
供血者の選別や製造の過程でのエタノールやウイルス除去膜、長時間高温での滅菌等、ウイルス等の除去を実施しているものを使用し、通常の輸血と比べてもより安全性の高い製剤です。しかし現在の技術で除去できない未知の病原体による感染症の危険性はゼロであると断言することはできない事をご理解ください。
- (3) 患者様の個人情報を必要な範囲で特定細胞加工物製造事業者へ通知します。個人情報取扱規程にそって管理・運用し、細胞を適切に培養調整する目的以外で患者様の個人情報が利用されることはありません。
- (4) 予約の変更は前々日までにはお願いします。（準備に時間を要するため、前

日以降の変更には対応しかねる場合があります。)

- (5) $\alpha\beta$ T 細胞投与は採血日からおよそ 2~3 週間に限られますのでご了承ください。(上記期間中に投与が受けられない場合は、凍結保存する方法もございいますが、その費用は患者様負担となります。予めご了承ください。)
- (6) $\alpha\beta$ -T 細胞は投与する直前まで凍結保存する場合がございます。凍結保存に際しては凍結による細胞の障害から保護するために DMSO (ジメチルスルフォキサイド) を使用し、投与直前に解凍後、DMSO を含んだまま投与します。DMSO は骨髄移植・造血幹細胞移植・臍帯血移植などの治療に際して広く細胞の凍結に用いられている薬剤で、樹状細胞の凍結保存に使用する量は骨髄移植の場合の 10 分の 1 以下の微量です。DMSO の副作用としては咳、紅潮などの軽度のアレルギー症状から、国内外での報告はないものの、ごくまれにアナフィラキシーショック (既に体が記憶した物質に対する過剰な免疫反応) が起こる可能性も想定されています。万一これらの症状が発生した場合には、当院では気道の確保ならびにステロイドや抗ヒスタミン剤などの対策で、可及的速やかに対処いたします。
- (7) 本治療は採血を行った時点で費用が発生致します。患者様の容態、病状変化により投与が適さないと担当医師が判断した場合は、投与中止となる場合があります。また天変地異、風水災害その他の諸事情により投与できない場合も、お支払い頂いた費用の返還ができない場合がございます、予めご了承ください。

8. 有効性に関して

Quality of Life を維持しながら $\alpha\beta$ T 細胞ががん細胞を直接攻撃し、がん細胞を小さくする、又は大きくする速度を遅くする効果もしくは体内の免疫状態が改善する事が期待できるが、 $\alpha\beta$ T 細胞治療の有効性には限界があり、それぞれの患者さんの病状や進行度、血液状態などに対応して、治療によって得られる効果にも個人差があり、期待する効果が得られない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

9. 起こるかも知れない不利益

$\alpha\beta$ T 細胞を投与した後に軽い発熱が起こることがあります。これは培養中に用いる活性化物質や $\alpha\beta$ T 細胞もしくは NK 細胞そのものの表面の免疫物質の作用、もしくはこれらの免疫細胞とがん細胞の攻撃反応などから起こり、多くの場合は、38°C未滿で 2 日以内に解熱するもので、解熱対策なども実施しますが、事実上治療上の不利にはならないと考えられています。(このような反応や注射部位の発赤は本治療特有の正常な免疫反応で治療上の不利にはならないため、有害事象とはみなし

ません。)その他、ごくまれにアレルギー反応と思われる症状の出現をみることもあります。その他には本治療に直接原因がある副作用の報告は現在までありません。上記以外でも気になる症状がありましたら、担当医にお知らせください。

10. 他の治療法との比較

がんの治療法としては、本治療法以外に手術療法、化学療法、放射線療法があります。手術療法は、がん組織を切除する治療法です。主に初期がんの有効で、がんの病巣を直接摘出する事が可能で、原発巣のがん組織を完全に切除出来れば完治させることも可能です。しかし、正常な組織も切除する必要があり、微小ながん組織、転移がんは取り除く事が困難で再発することも考えられます。

化学療法は、抗がん剤を用いた治療法です。抗がん剤は、がん細胞の細胞分裂過程に働き、がん細胞の増殖を妨げたり、細胞が成長するのに必要な物質を作らせない、あるいは過剰に産生させてがん細胞の死滅を促すなどの種類があります。微小ながんも攻撃できる利点があり、転移もしくは転移が疑われる場合であっても、広い範囲に治療の効果を期待できます。しかし、正常細胞へも影響する為、副作用が強いこと、がん細胞に耐性ができ、効果が低下することがあります。

放射線療法は、高エネルギーの放射線を体の外から照射してがん細胞を傷つける治療法です。手術によって切除することなく、がんに対して治療効果を期待できることで、臓器をそのまま残したり、臓器の働きをがんになる前と同じようにしておけます。しかし、正常細胞にも照射され、炎症などの副作用が起こす場合があります。

これに対して本治療は、入院の必要が無く外来通院で治療を行うことが可能で、これまでに報告されている副作用も軽微なものが中心で、精神的及び身体的負担を軽減した治療法です。この治療説明を受けた上でこの治療を受けるかどうかを決めかねる場合は、セカンドオピニオンの受診をご検討をお願いします。

既に手術療法、化学療法、放射線療法、その他の治療を行っておられる場合、または行う予定のある場合は、可能な限り、その治療を行う主治医と相談して、それらの治療スケジュールに応じて $\alpha\beta$ T細胞療法の投与方法や投与時期を決めていきます。安全性の確保の為本治療以外の免疫細胞療法、治験薬、インターフェロン製剤、全身性ステロイド製剤、免疫チェックポイント阻害薬を使用している場合についても担当医師にお伝えください。他にも有効な治療法のある場合は、その治療との併用に関しては慎重に判断相談やアドバイスもいたします。

11. 治療の同意及び同意撤回について

この治療説明同意書をよく読んでいただき、疑問点や不明点を担当医師と話し頂きこの治療法を理解して頂いた上で、この治療を受けることに同意するかどうかは、患者様の自由意志に基づきお決めください。また本治療はいつでも同意を撤回し、治療を中止する事が可

能です。この治療を受けないこと、又は同意を撤回することで患者様が不利益を受ける事は一切ありません。ただし、採血後の中止に関しましては既に費用が発生しているためご返金できない場合がございますので、予めご了承ください。

12. 記録及び細胞の保管について

本治療に関する文書は 10 年間保管されます。また本治療に使われた原料、特定細胞加工物の一部は試料として 5 年間保管されます。患者様に本治療に起因すると思われる感染症を発症した場合や健康・子孫に受け継がれる得る遺伝的特徴的に関する重要な知見が得られる可能性がある場合の原因究明のために使用されます。よってこの試料に関しましては返却等ではできませんので予めご了承ください。保管期間が過ぎたのちは専門業者に委託して焼却処分されます。

13. 個人情報の保護について

本治療によって得られた患者様に関する個人情報は、この治療を患者様に提供する為だけに使用し、一切公表されることはございません。ただし、この治療で得られたデータを医学及び免疫細胞療法の発展進歩のために、本治療以外の目的で使用、発表する事がございますが、患者様の個人情報保護に十分配慮して、個人を識別する事ができないよう匿名化することで患者様のプライバシーは保護されます。

14. 医療費について

本治療は基本的に自費診療になり、健康保険が使えませんので全額自費負担となり、所定の消費税もかかります。予めご了承ください。

支払い方法は別紙をご覧ください。

15. 認定再生医療等委員会について

本治療は厚生労働省より認可された認定再生医療等委員会、NPO 法人抜苦ねっと認定再生医療等委員会の審査を受け承認を受けています。認定再生医療等委員会について知りたいことがございましたら下記までお問い合わせください。

名称：NPO 法人抜苦ねっと認定再生医療等委員会

所在地：宮城県仙台市青葉区芋沢字権現森山 82-14

[TEL:022-719-2250](tel:022-719-2250)

ホームページアドレス：<http://baknet.jp/>

16. 本治療に関する相談

本治療の内容について、十分ご理解されない点がある場合には、遠慮せずいつでも担当医師または下記の窓口にお尋ねください。

【医療機関名】 医療法人社団悠健ドクターアンディーズクリニック

【住所】 東京都港区六本木 4-8-7 六本木 4-8-7 六本木嶋田ビル 6F

【TEL】 03-3401-0720

【FAX】 03-3401-0704

【e-mail】 drandywcw@drandy.com

【院長】 ウォン・アンドリュー・チャー・ウェン

治療同意書

医療法人社団悠健ドクターアンディーズクリニック
院長 ウォン・アンドリュー・チー・ウェン 殿

私は担当医師 _____ より、 $\alpha\beta$ T 細胞療法に関する治療説明書を受け取り、

口頭及び文書にて下記の説明を受けました。

- はじめに
- 免疫細胞療法とは
- $\alpha\beta$ T 細胞療法とは
- 治療提供について
- 治療内容
- $\alpha\beta$ T 細胞培養
- $\alpha\beta$ T 細胞療法に関する留意点
- 有効性に関して
- 起こるかもしれない不利益
- 他の治療との比較
- 治療の同意及び同意撤回について
- 個人情報の保護について
- 医療費について
- 本治療に関する相談

上記に関する説明を十分理解した上で、本治療を受けることに同意します。

(同意日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人： _____ 印

住所： _____

代諾者（続柄； _____）： _____ 印

住所： _____

同意撤回書

医療法人社団悠健ドクターアンディーズクリニック

院長 ウォン・アンドリュー・チー・ウェン 殿

私は、 $\alpha\beta$ T細胞療法について、治療説明書に基づき、担当医師より十分な説明を受け、 年 月 日に治療同意書に署名致しました。
その後、同意撤回の旨をこの同意撤回書にて通知いたします。

(同意撤回日) 年 月 日

本人： _____ 印

住所： _____

代諾者（続柄； _____）： _____ 印

住所： _____