

悪性腫瘍に対する自家活性化NK細胞療法

同意説明書

1) この治療の概要

悪性腫瘍に対する自家活性化NK細胞療法は自己の免疫力を高めることでがんを小さくする、あるいはがんが大きくなるのを遅くすることを狙った治療法です。治療は血液を当院処置室で50mL程度採取し、専用の施設内で2週間かけてNK細胞を増殖・活性化させ、再び体内に点滴で戻すといった方法です。これを6回投与して1クールとなり、約3ヶ月かかります。1クール終了後に効果判定を行い、以後の治療方針を決定します。

2) 対象患者と、対象者の基準について

① 対象患者

重篤な疾患に罹患していない健常者

② 対象者の基準

年齢：20歳以上。

病状：バイタルサインが正常内。

感染症：HIV、HTLV-1の感染が無い。

既往歴：自己免疫疾患の罹患が無い、臓器・造血幹細胞移植の治療歴が無い。

対象患者に該当しない、もしくは対象者の基準に該当しない方は、治療をお断りいたします。

3) この治療の予想される効果と起こるかもしれない副作用

NK細胞による直接及び間接的ながん細胞の殺傷に伴いがんが小さくなる、あるいは大きくなるのが遅くなるという効果が期待できます。

副作用としては、時に発熱と悪寒及びそれに伴う震えが生ずることがあります。個人差はありますが、通常1~2日程度で軽快します。

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、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使用させていただくことがあります。

4) 他の治療法の有無及びこの治療法との比較

がんの他の治療法には標準治療として手術、抗がん剤治療、放射線治療があります。標準治療では治癒や延命効果が期待できますが侵襲性が高く、副作用も強いといったデメリットがあります。一方、悪性腫瘍に対する自家活性化NK細胞療法では強い副作用が無い反面で著しい改善効果が得にくいといった特徴があります。原則としては標準治療の

悪性腫瘍に対する自家活性化NK細胞療法

適用が無くなった、または標準療法と併用して実施される治療法となります。

5) この治療にはヒト血清アルブミン製剤が含まれています。

ヒト血清アルブミン製剤は点滴に含まれる細胞の活性や生存率を保つ目的で添加されています。

本剤はヒト血液を原料として製剤化されたもので、原料採取時には問診、感染症関連の検査が実施されています。さらに、製造工程で一定の不活化・除去処理が行われており、感染症に対する安全対策が講じられています。

しかしながら、ヒトパルボウイルス B19 等のウイルス及び変異型クロイツフェルト・ヤコブ病の原因となる異常プリオンを完全に排除できないため、それらの感染の可能性を否定できません。

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。

6) この治療はいつでも取りやめることができること

治療を受けることを拒否すること、並びに治療の継続、中止については患者様の自由意思により決定されます。したがって、治療の途中を含め、いかなる場合においても患者様の意思により治療を取りやめることができます。

7) この治療を受けないこと、または同意を撤回することにより不利益な取扱いを受けないこと

治療を拒否された場合並びに治療途中で同意を撤回された場合においても如何なる不利益を受けることはありません。

8) 同意の撤回について

治療に対する同意の撤回を行う場合には受付より「同意撤回書」を受領して必要事項を記入の上、受付へ提出してください。

9) この治療を中止する場合があること

患者様の都合や医師の判断で治療を中止または変更する場合があります。この場合、以後の治療費用は発生いたしません。

悪性腫瘍に対する自家活性化NK細胞療法

10) 疾病等の発生に際しての対処

本治療を受けた患者様に、想定される症状ならびに未知の疾病が生じた場合には、本治療との因果関係の有無に関わらず、当該症状ならびに疾病に対して必要な治療を行います。

11) 患者様の個人情報保護に関すること

患者様の個人情報は個人情報保護法に則って厳格に取扱われるため、院外へ個人情報が開示されることはありません。ただし、治療の効果向上を目的とした関係学会等への発表や報告、並びに当院の治療成績の公表等へ匿名化した上で患者様の治療結果を使用させていただくことがあります。

12) この治療の費用について

悪性腫瘍に対する自家活性化NK細胞療法は保険適応外のため、全額自費となり、以下の費用がかかります（税込）。

初診料	<u>33,000 円</u>
治療費用（1回）	<u>275,000 円</u>

12) 細胞加工物の管理保存

採取された組織は細胞加工センターに搬送され、細胞増殖に使用されます。加工された細胞の一部は、製造後6ヶ月間、-80℃にて冷凍保存され、その後は、各自治体の条例に従い、適切に破棄されます。

13) 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。

14) いつでも相談できる窓口について

治療費の説明や、治療の内容、スケジュールにつきましては、いつでもご相談頂くことが可能です。本治療についての問い合わせ、苦情の受付先について、遠慮なく担当医師にお聞きになるか、以下にご連絡をお願いいたします。

施設名：医療法人社団アスクレピオス ランドマーク横浜国際クリニック

院長：山西 亮

連絡先：MAIL matsubara@yokohamakusaclinic.com

TEL 045-224-2111

FAX 045-224-2112

悪性腫瘍に対する自家活性化NK細胞療法

15) 再生医療計画の窓口について

この治療は、厚生労働大臣の承認を得て、はじめて実施できる治療法です。承認を得るには、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（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「悪性腫瘍に対する自家活性化NK細胞療法」については、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の承認を得て実施している治療です。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：

NB5150007

認定再生医療等委員会の名称：

医療法人清悠会 認定再生医療等委員会

連絡先：TEL 052-891-2527

<https://saisei-iinkai.jimdo.com/>

16) 本再生医療実施における医療機関情報

【採血を行う医療機関】

名称：医療法人社団アスクレピオス ランドマーク横浜国際クリニック

住所：神奈川県横浜市西区みなとみらい2-2-1 ランドマークプラザ1階

電話：045-224-2111

管理者

氏名：山西 亮

実施責任者

氏名：山西 亮

実施医師

氏名：()

<NK細胞投与を行う医療機関の説明>

培養したNK細胞の末梢静脈内への点滴投与については、すべて医療法人社団アスクレピオス ランドマーク横浜国際クリニック で投与を行います。

【NK細胞投与を行う医療機関】

医療機関名：医療法人社団アスクレピオス ランドマーク横浜国際クリニック

住所：神奈川県横浜市西区みなとみらい2-2-1 ランドマークプラザ1階

悪性腫瘍に対する自家活性化NK細胞療法

同意書(細胞採取・細胞提供者)

私は「悪性腫瘍に対する自家活性化NK細胞療法」に関し、口頭及び文書にて説明を受け、下記の内容を理解しました。その上で私の自由意志によりこの治療を受ける目的で、細胞(血液)の採取をするため、医療機関に提供することを同意いたします。

- 治療法の概要について
- 対象患者と、対象者の基準について
- 治療の予測される効果と起こるかもしれない副作用について
- 他の治療法の有無及びこの治療法との比較
- ヒト血清アルブミン製剤が添加されている事の目的と起りえる副作用について
- この治療はいつでも取りやめることができること
- この治療を受けないこと、または同意を撤回することにより不利益な取扱いを受けないこと
- 同意の撤回方法について
- この治療を中止する場合があること
- 疾病等の発生に際しての対処
- 患者様の個人情報の保護について
- この治療の費用について
- 細胞加工物の管理保存について
- 患者様から採取された試料等について
- いつでも相談できる窓口について
- 認定再生医療等委員会について

____年 ____月 ____日

患者様署名 _____

住 所 _____

電 話 _____

理解補助者または代諾者

氏名(署名・続柄) _____

住 所 _____

電 話 _____

____年 ____月 ____日

説明医師 _____

悪性腫瘍に対する自家活性化NK細胞療法

同意撤回書

院長 山西 亮 殿

私は、医療法人社団アスクレピオス ランドマーク横浜国際クリニック の『悪性腫瘍に対する自家活性化NK細胞療法』について、同意説明書に基づき、医師から十分な説明を受け、 年 月 日より治療の実施に同意をし、同意書に署名を致しましたが、この同意を撤回致します。なお、同意を撤回するまでに発生した治療費その他費用については、私が負担することに異存はありません。

同意撤回日 年 月 日

氏 名 _____ (署名又は記名・捺印)

代諾者（家族）氏名 _____ (署名又は記名・捺印)

続柄()