

## 同意書(細胞採取・治療)

私は「悪性腫瘍の予防に対する自家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
- ☐ 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
- ☐ 他の治療との併用について
- ☐ 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
- ☐ 再生医療計画についての苦情窓口について

上記の再生医療等の提供について私が説明をしました。

説明年月日                      年                      月                      日

説明担当者

上記に関する説明を十分理解した上で、再生医療等の提供を受けることに同意します。

なお、この同意は\_\_\_\_\_までの間であればいつでも撤回できることを確認しています。

同意年月日                      年                      月                      日

患者氏名（署名または記名捺印） \_\_\_\_\_ ⑩

連絡先 \_\_\_\_\_

代諾者（署名または記名捺印） \_\_\_\_\_ ⑩

連絡先 \_\_\_\_\_

患者様との関係 \_\_\_\_\_ 生年月日：                      年                      月                      日生

# 悪性腫瘍の予防に対する自家 NK 細胞療法

## 同意説明書

### 1) この治療の概要

自家 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、HTLV1 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

## 悪性腫瘍の予防に対する自家 NK 細胞療法

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、自家 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。

## 悪性腫瘍の予防に対する自家 NK 細胞療法

### 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。

### 10) 他の治療法との併用について

病気の進行具合や患者様の状態により、抗がん剤並びに放射線療法等と併用で治療が行われる場合があります。

ただし、免疫チェックポイント阻害薬との併用は安全性が確認されていません。そのため、併用を希望される方は治療をお断りする場合があります。

### 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

自家 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（税別）。

治療費用（初診料込み）

600,000円

### 13) 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。

### 14) 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。

### 15) いつでも相談できる窓口について

治療の内容、スケジュール、費用等につきましては、いつでもご相談頂ことが可能です。

## 悪性腫瘍の予防に対する自家 NK 細胞療法

実施医療機関の名称：RINGO CLINIC

管理者：西田 有加莉

実施責任者：西田 有加莉

あなたの担当医師 細胞採取実施医師：西田 有加莉

再生医療実施医師：西田 有加莉

連絡先：TEL：03-6820-7405

### 16) 再生医療計画の窓口について

この治療は、厚生労働大臣の許可を得て、はじめて実施できる治療法です。許可を得るには、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「悪性腫瘍の予防に対する自家 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許可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：NA8230002

認定再生医療等委員会の名称：JSCSF 再生医療等委員会

## 同意撤回書

\_\_\_\_ 院 長 殿

私は「悪性腫瘍の予防に対する自家 NK 細胞療法」に関し、治療の説明を受け同意書に署名しましたが、その同意を撤回することを担当医師に口頭で伝え、確認のため同意撤回書を提出します。

令和      年      月      日

患者氏名（署名または記名捺印）(印)

連絡先 \_\_\_\_\_

代諾者（署名または記名捺印）(印)

連絡先 \_\_\_\_\_

患者様との関係 \_\_\_\_\_ 生年月日：      年      月      日生

立会人（署名または記名捺印）(印)

連絡先 \_\_\_\_\_

患者様との関係 \_\_\_\_\_