

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

悪性腫瘍全般

② 対象者の基準

年齢：20 歳以上

病状：がん以外の重篤な合併症がない、バイタルサインが正常範囲内

感染症：HIV、HTLV-1 の感染がない

既往歴：T 細胞、NK 細胞腫瘍の既往歴がない、自己免疫疾患に罹患していない、臓器・造血幹細胞移植の治療歴がない

女性の場合：妊娠の可能性がない

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。医師の判断により、基準外でも治療を行うことがあります。

3) 治療用の免疫細胞の採取(採血)について

悪性腫瘍に対する自家活性化 NK 細胞療法に用いる細胞は、患者様自身から採取した末梢血より分離します。少量の採血による合併症は殆どありません。

4) この治療により期待される効果と起こりえる副作用

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。

5) 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。

6) ヒト血清アルブミン製剤の添加目的と起こりえる副作用について

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、アナフィラキシーショック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。

7) 治療の同意、同意の撤回及び治療の中止について

治療の選択、および治療開始後の継続あるいは中止については、患者様の自由な意思により決めることができます。

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) 同意の撤回方法について

治療についての同意の撤回を行う場合は、受付より「同意撤回書」を入手して頂き、必要事項をご記入の上、受付へ提出して下さい。

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。治療のための細胞培養を開始してしまった後に、患者様のご都合により治療の同意を撤回する、および細胞投与を中止する場合は、治療費、培養費のご返還はいたしません。

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。

免疫チェックポイント阻害薬の併用については、半年～1年以上経過している事を問診等で医師が確認の上、可否を決定します。

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に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（税別）。

初診料	3,300 円
血液検査費	9,900 円
治療費用（1 回投与）	700,000 円
治療費用（3 回投与）	1,800,000 円
治療費用（6 回投与）	3,000,000 円

13) 細胞加工物の保管および試料の保存と廃棄の方法について

採取された血液は細胞培養加工施設に搬送され、投与される特定細胞加工物の原材料として培養に用いられます。患者様から採取した血液および細胞は、本治療以外に用いられることはなく、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。

加工された細胞の一部は、治療の安全性に疑義が生じた場合（感染症など）の原因究明用の試料として、製造後 6 ヶ月間、 -80°C にて凍結保存され、保存期間が過ぎた細胞は、自治体の条例に従って適切に廃棄されます。

14) 再生医療等の治療行為による健康被害に対する補償に関して

本治療の医療行為に起因する事故への補償は「医師賠償責任保険」により、補償いたします。また、特定細胞加工物の製造過程に起因する事故への補償は、製造事業所で加入している「特定細胞加工物製造事業者賠償責任保険」により補償いたします。

健康被害が発生した場合は、本治療との因果関係に関わらず、当院が必要な処置および救急医療の手配を行います。その費用につきましては、再生医療等の治療行為と健康被害との因果関係が否定される場合には、患者様にご負担いただきます。

また、本治療で予期した効果や利益が得られなかった場合は補償の対象とはなりません。この治療は比較的新しい治療法であり、その効果について正確な成績が十分に得られていません。その点をご理解の上で治療を受けられるかをご検討下さい。

15) この治療に係る知的所有権について

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にあたり、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。その際、本治療の成果に係る特許権、著作権などの知的所有権は当院に帰属する事とさせていただきます。

悪性腫瘍に対する自家活性化 NK 細胞療法

16) 担当医師への相談・連絡先について

治療の内容、スケジュール、費用等につきましては、いつでもご相談下さい。尚、お電話でのご相談は患者様ご本人の確認が取れる場合のみ、お受けいたしております。

当 院 名 称： 医療法人愛誠会 つかはらクリニック

管 理 者： 塚原 孝浩

実施責任者： 塚原 孝浩

担 当 医 師： 血液採取： (医師氏名を記入)

細胞投与： (医師氏名を記入)

連 絡 先： TEL 06-6621-1296

17) 認定再生医療等委員会について

この治療の提供には、厚生労働大臣への届出が受理されている必要があります。受理に至るには、治療提供の計画書を作成し、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。それらの計画資料は、第三者からなる審査機関（認定再生医療等委員会）にて、審査承認を得る必要があります。

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、下記の認定再生医療等委員会の承認を得て、厚生労働大臣への届出が受理されています。

認 定 番 号： NB5150007

委員会名称： 医療法人清悠会 認定再生医療等委員会

連 絡 先： TEL 052-891-2527

18) 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： 医療法人愛誠会 つかはらクリニック

住所：大阪府大阪市阿倍野区阿倍野筋一丁目 1 番 43 号あべのハルカス 2 2 階

TEL：06-6621-1296

管理者氏名：塚原 孝浩

実施責任者氏名：塚原 孝浩

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、医療法人愛誠会 つかはらクリニックで投与を行います。

悪性腫瘍に対する自家活性化 NK 細胞療法

【NK 細胞投与を行う医療機関】

名称：医療法人愛誠会 つかはらクリニック

住所：大阪府大阪市阿倍野区阿倍野筋一丁目 1 番 43 号あべのハルカス 2 2 階

TEL：06-6621-1296

管理者氏名：塚原 孝浩

実施責任者氏名：塚原 孝浩

実施医師氏名：()

医療法人愛誠会 つかはらクリニック
院長 塚原 孝浩 殿

同意書

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ことに同意いたします。

- ☐ この治療の概要
- ☐ 対象患者と、対象者の基準について
- ☐ 治療用の免疫細胞の採取(採血)について
- ☐ この治療により期待される効果と起こりえる副作用
- ☐ 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の添加目的と起こりえる副作用について
- ☐ 治療の同意、同意の撤回及び治療の中止について
- ☐ 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
- ☐ 他の治療法との併用について
- ☐ 患者様の個人情報保護に関すること
- ☐ この治療の費用について
- ☐ 細胞加工物の保管および試料の保存と廃棄の方法について
- ☐ 再生医療等の治療行為による健康被害に対する補償に関して
- ☐ この治療に係る知的所有権について
- ☐ 担当医師への相談・連絡先について
- ☐ 認定再生医療等委員会について
- ☐ 本再生医療実施における医療機関情報

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： _____

代諾者氏名： _____ (署名または記名捺印) ⑩

連絡先： _____

患者との関係： _____

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

説明者： _____

医療法人愛誠会 つかはらクリニック
院長 塚原 孝浩 殿

同意撤回書

私は「悪性腫瘍に対する自家活性化NK細胞療法」に関し、治療の説明を受け同意しましたが、そ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： _____

代諾者氏名： _____ (署名または記名捺印) ⑩

連絡先： _____

患者との関係： _____