

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（目的）

患者様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）を高める可能性がある治療です。

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

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、当クリニックにて静脈血約 100mL を採血します。

あるいは、医誠会国際総合病院 透析治療センターにて白血球アフェレシスで静脈血約 100mL を採血いたします。

（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。投与当日に腫瘍特異的なペプチドを 1～4 時間、培養細胞にとりこませ、エコーガイド下にて鼠径リンパ節内投与、あるいは、皮内もしくは皮下に注射します。

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。

当院において静脈から採取した血液、または医誠会国際総合病院にて白血球アフェレシスで採取した血液は、直ちに当院内の培養施設に搬入し、細胞分離の後、CO₂ インキュベータ内で 1 週間培養します。投与当日、培養された細胞は免疫学的検査を行った後、腫瘍特異的ペプチドを 1～4 時間取り込

ませ、エコーガイド下にて鼠径リンパ節内投与、あるいは、皮内もしくは皮下に投与します。

当該再生医療等に用いる細胞に関する情報

- ・細胞の採取の方法：静脈採血・白血球アフェレシス
- ・細胞の加工の方法：細胞分離し、培養を行った後に、生理食塩水に懸濁し、シリンジに充填する

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、HIV キャリア、ならびに HTLV-1 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
- 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. 治療を受けていただく方について

- ① がんの確定診断がされている方
- ② 3 ヶ月以上の余命があると考えられる方
- ③ 治療をうけることを同意された方

7. 治療を受けることができない方について

- ① HIV および成人 T 細胞白血病ウイルス 1 型（HTLV-1）に感染している方
- ② 血が止まりにくい方
- ③ その他、医師に本治療を受けることができないと判断された方

8. 投与について

樹状細胞はエコーガイド下にて鼠径リンパ節内投与、あるいは、皮内注射もしくは皮下注射で投与いたします。

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、個人情報保護は保護されており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。

9. 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。患者様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、病気の進行が続いたりすることもあります。

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

10. 予想される副作用と危険性

一部の患者様に発熱・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。

11. 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りした場合、各医師の判断で治療を任意に停止する場合があります。

12. 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、中止を求めたりすることで、患者様が不当な扱いを受けることはありません。

13. 治療費について

本治療は、健康保険適用外ですので、自費診療となります。なお、当院における治療はがん保険等のがん高度先進医療特約の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。

14. プライバシーの保護について

治療に関わる関係者は、患者様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。

15. 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、患者様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。

16. 患者様の治療上のご都合で投与ができなくなった場合

培養細胞投与日に、本人が保険医療機関に入院中の場合は、混合診療の禁止の規則に基づき、入院中の病院において免疫細胞の投与はできません。

（外出・外泊で自宅等に往診する場合はこの限りではありません）

可能な限り細胞培養で調整して投与できるように努めますが、規定の培養期間を超え劣化した細胞は破棄させていただきます。この場合、治療費はお返しできません。

17. 再採血と再培養と料金について

上記の様に治療上やむを得ない理由で、培養した細胞を投与できなかった場合、同じ治療法であれば、正規治療費の半額で再採血、再培養させていただきます。

18. 治療によって健康被害が出た場合の補償について

本治療によって健康被害が生じた場合は、医師が適切な診察と治療を行います。その治療や検査等の費用については、通常の診療と同様に患者さんの保険診療にて対処することとなります。また、想定範囲内を超える重篤な健康被害が生じた場合には、当院が加入する賠償保険の支払い（限度額3億円）の対象となります。

しかしながら、健康被害の発生原因が本治療と無関係であったときには、補償されないか、補償が制限される場合があります。特に軽度の場合には保険対象外となる場合があります、その場合には保険診療の自己負担分をご自身で負担して頂くことをご了承ください。

19. 利益相反について

患者様から提供を受けた細胞を用いる再生医療等について新たに生じた特許権、著作権その他の財産権、経済的利益は当院に帰属します。

20. その他

白血球アフェリシスや採取した血液から培養した細胞について、患者様の容体変化における治療の一時中断時は、治療開始まで凍結保存にて保管いたします。また治療を中止する際は、当クリニックが責任を持って破棄処分等いたします。

尚、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。また、その際には患者様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。治療成績については、今後の医療の発展のため、匿名性を十分に確保した上で研究会・学会・論文等に発表することがあります。

21. 連絡先

医療法人医誠会 大阪医誠会がん・神経難病治療クリニック

責任医師	大西 秀哉 (オオニシ ヒデヤ)	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
責任医師	三木 義男 (ミキ ヨシオ)	TEL	0570-099-166
責任医師	高井 信幸 (タカイ ノブユキ)	TEL	0570-099-166

※クリニック診療時間外はこちらの電話番号にて承ります。

(連絡先 080-2414-0382)

22. 本治療は再生医療等安全確保法に基づいて厚生労働大臣に再生医療等提供計画を提出しています。

<樹状細胞がん抗原ペプチドワクチン療法 (DC ワクチン療法)>

23. 再生医療等を提供する医療機関

- ・名称：医療法人医誠会 大阪医誠会がん・神経難病治療クリニック
- ・管理者：大西 秀哉
- ・実施責任者：大西 秀哉

- ・再生医療及び細胞採取を行う医師氏名
 - 医師 大西 秀哉（オオニシ ヒデヤ）
 - 医師 山岸 久一（ヤマギシ ヒサカズ）
 - 医師 伊藤 量基（イトウ トモキ）
 - 医師 三木 義男（ミキ ヨシオ）
- ・細胞採取（白血球アフェレシス）を行う医師氏名
 - 医師 高井 信幸（タカイ ノブユキ）

24. 当該再生医療等の提供により予期される利益及び不利益

- ・利益：腫瘍の縮小と生存期間の延長が期待される。
- ・不利益：発熱などの副作用

25. 苦情及び問合せへの対応に関する体制

医療法人医誠会 運営企画管理部門 羽原雄仁
連絡先：06-6312-2151

26. 当該再生医療等の提供に係る費用

- ・樹状細胞療法 1回目～6回目：330,000円／回（税込）
7回目～ : 264,000円／回（税込）
ペプチド（人工抗原）の費用は別途請求します。
1種あたり 33,000円（税込）程度

成分採血（白血球アフェレシス）は、採血1回で4～10回投与分の細胞を得ることが可能です。

ご希望の方は別途費用を請求します。

成分採血（白血球アフェレシス）1回：429,000円（税込）

※成分採血（白血球アフェレシス）の料金に、上記樹状細胞療法の金額が加算されます。

27. 他の治療法の有無及び内容並びに他の治療法により予期される利益及び不利益との比較

他の治療法(標準治療)

- ・利益：科学的根拠に基づいており多くの患者に行われることが推奨される治療、日本では保険適用されており全国各地の医療機関で治療を受けることができる。
- ・不利益：予測される治療効果と副作用とのバランスによっては治療を行えない場合がある。治療を受ける患者の体力や合併症などから治療を受けられる全身状態ではない、あるいは副作用に耐えられないと

判断される場合がある。

本治療

- ・利益：自身の免疫細胞を用いるので副作用が少ない。
- ・不利益：標準治療に比較し有効性に関するデータが少ない。
なお、本免疫療法は厚生労働省の第3種再生医療等として届出し受理されておりますが、厚生労働省認可の臨床試験レベルでのエビデンスは確立しておりません。

28. 再生医療等を受ける者の健康、子孫に受け継がれ得る遺伝的特徴等に関する重要な知見が判明した際は、お知らせいたします。

29. 当該再生医療等の審査等業務を行う認定再生医療等委員会における審査事項その他 当該再生医療等に係る認定再生医療等委員会に関する事項

本治療の効果、提供の適否、安全性等については外部の医療、法律専門家を含み認定再生医療等委員会に、定期的に報告し意見を求めています。

この再生医療治療計画を審査した委員会

一般社団法人 再生医療安全未来委員会

ホームページ: <https://www.saiseianzenmirai.org/>

(連絡先 044-281-6600)

30. がん免疫細胞療法と免疫チェックポイント阻害薬との併用について

- ・免疫細胞療法と免疫チェックポイント阻害薬の併用
安全性は臨床研究などでは確立しておりません。また、免疫チェックポイント阻害薬の併用により起こり得る臓器障害の「注意すべき症状」を理解し、診察や検査を繰り返し行う必要があります。
- ・再生医療等を行うに当たっては、患者が投与を受けている併用薬等を確認させていただきます。
- ・当該医療を提供し、因果関係が否定できない疾病等が発生した場合には、法に基づき報告を行います。

【免疫チェックポイント阻害薬の重大な副作用】

- ・間質性肺炎・甲状腺機能障害・1型糖尿病・大腸炎・重症筋無力症などがあります。
- ・尚、因果関係は不明ですが、房室ブロックを生じた1例が報告されています。

2025年1月28日 改訂

同意書

医療法人医誠会 大阪医誠会がん・神経難病治療クリニック
(主治医または医療機関の長) 殿

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(患者様ご本人)

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名： _____

●代諾者

代諾日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名： _____ 患者本人との続柄 _____

●同席者

氏名： _____ 患者本人との続柄 _____

◆説明医師

説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名： _____

◆説明補助者

職名： _____

氏名： _____

同意撤回書

医療法人医誠会 大阪医誠会がん・神経難病治療クリニック
(主治医または医療機関の長) 殿

私は、「樹状細胞療法」に用いるための臨床応用について「事前説明書」に基づき十分に説明を受け、治療費用・採取・採血および投与に同意しましたが、この度これを撤回します。なお、同意を撤回するまでに発生した治療費その他の費用については私が負担することに異存はありません。

※今後、培養細胞が将来の研究・治療の為に、用いられることについて

同意します ・ 同意しません

記入日： _____ 年 月 日

氏名(自筆署名)： _____ (本人)

住所： _____

連絡先： _____

代諾者名(自筆署名)： _____ ()

住所： _____

連絡先： _____