

資料10：（一般向け）研究成果発表会

チラシ

プログラム・抄録集

開催結果報告書

平成23年度厚生労働科学研究「がん臨床研究事業」

【一般向け】

研究成果発表会



小児がん：神経芽腫の標準治療 の確立と新規治療の開発

参加無料

平成23年

12/17 土

13:00~17:00

日時

場所

仙台青葉カルチャーセンター

〒980-0811 仙台市青葉区一番町2丁目3-10 (カルチャー仙台ビル)

第一部 講演・発言

「神経芽腫の特徴—特にリスク分類について」

千葉県がんセンター 上條 岳彦

「神経芽腫の特徴—病理医の立場から」

国立成育医療研究センター病理診断部 中澤 温子

「神経芽腫の外科療法」

京都府立医科大学小児外科 田尻 達郎

「神経芽腫の化学療法(抗がん剤治療)」

福島県立医科大学臨床腫瘍センター小児腫瘍部門 菊田 敦

「神経芽腫の放射線療法」

国立成育医療研究センター放射線診療部 正木 英一

「神経芽腫を対象とする全国的グループ研究の意義」

筑波大学小児科 福島 敬

「臨床試験による治療開発」

国立成育医療研究センター臨床研究推進室 瀧本 哲也

「小児がん医療に望むこと—家族の立場から—」

財団法人がんの子供を守る会 会員 家族代表 佐藤 陽子

第二部 総合討論

総司会

獨協医科大学越谷病院小児外科 池田 均

■共催 財団法人日本対がん協会 / 財団法人がんの子供を守る会

■後援 日本小児科学会 / 日本小児がん学会 / 日本小児血液学会 / 日本小児外科学会

■ホームページURL

http://www.dokkyomed.ac.jp/dep-k/ped_surg/gakkai/ganrinsho23.html

事務局

獨協医科大学越谷病院 小児外科

〒343-8555 埼玉県越谷市南越谷2-1-50
■事務局担当 五十嵐昭宏 / 船川蜜衣子

TEL 048-965-8594 FAX 048-965-1134
E-mail seika@dokkyomed.ac.jp

平成23年度 厚生労働科学研究[がん臨床研究事業]
研究課題名「神経芽腫における標準治療の確立と新規治療の
開発に関する研究」

[一般向け]研究成果発表会 プログラム・抄録集



〔一般向け〕

平成23年度厚生労働科学研究「がん臨床研究事業」

研究成果発表会

小児がん：神経芽腫の標準治療
の確立と新規治療の開発

参加無料

期日：平成23年12月17日（土）

会場：仙台青葉カルチャーセンター

平成23年度 厚生労働科学研究[がん臨床研究事業]
研究課題名「神経芽腫における標準治療の確立と新規治療の開発に関する研究」
研究代表者 獨協医科大学越谷病院 小児外科 池田 均

[一般向け]研究成果発表会

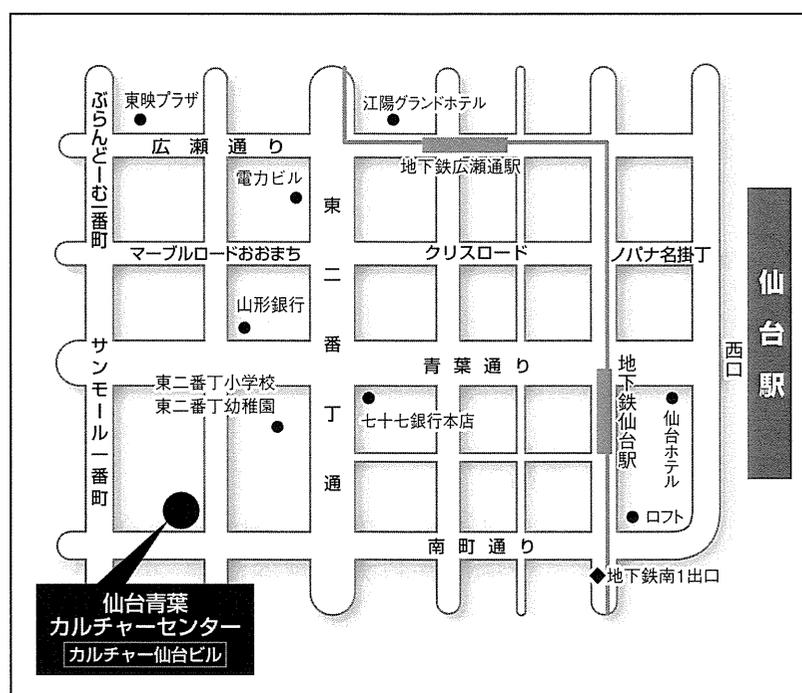
期日:平成23年12月17日(土)

会場:仙台青葉カルチャーセンター

〒980-0811 仙台市青葉区一番町2丁目3-10

カルチャー仙台ビル

TEL 022-225-2698



共 催・後 援

共 催

財団法人 日本対がん協会
財団法人 がんの子供を守る会

後 援

日本小児科学会
日本小児がん学会
日本小児血液学会
日本小児外科学会

事務局

〒343-8555 埼玉県越谷市南越谷2-1-50
獨協医科大学越谷病院 小児外科
TEL 048-965-8594 FAX 048-965-1134
E-mail seika@dokkyomed.ac.jp
担当 五十嵐昭宏、菊地留衣子

[一般向け]研究成果発表会の開催に際して

小児がん：神経芽腫の標準治療の確立と新規治療の開発

平成23年度 厚生労働科学研究[がん臨床研究事業]
研究課題名「神経芽腫における標準治療の確立と新規治療の
開発に関する研究」
研究代表者

池田 均（獨協医科大学越谷病院 小児外科）



本一般向け研究成果発表会は、神経芽腫を対象とする厚生労働科学研究がん臨床研究事業研究班の研究成果を皆様にご理解いただくと同時に、小児がん医療のさらなる発展と治療成績の向上を願い、医療者と医療を受ける側がともに考える機会を得ることを目的に開催するものです。すでに過去4年間の間に計3回（埼玉、大阪、東京）が実施されており、今回が4回目となります。

第一部では、研究班が全国的グループ研究として行っている臨床研究の実際をご紹介します。神経芽腫は悪性度（リスク）の低いものから悪性度が極めて高く治療の難しい腫瘍までさまざまです。したがって悪性度を正しく判定し、悪性度に応じた適正な治療が行われなければなりません。これは最大限の治療効果を期待し、同時に不都合な副作用や合併症・晩期合併症（晩期障害）を極力回避するために必須なことからです。神経芽腫の治療は外科療法、化学療法（抗がん剤治療）、放射線療法などを組み合わせて行われます。成人がんに比べて頻度の少ない小児がんでは、多くの施設が協力してなるべく短い期間に多数例の治療経験を集めて治療法の良し悪しを判定する必要があります。このためのグループ研究や臨床試験の実際についてご紹介いたします。医療を受ける側からの率直なご意見も述べていただきます。

第二部では、以上の講演・発言を踏まえ参加者全員で意見交換を行います。

“エビデンスにもとづいた医療”と言われるようになって久しいものの、医療者の個人的な経験や信念、思い込みによる“エビデンスにもとづかない医療”が小児がんにおいてもいまだに存在しているものと思われます。このような現状を是正することも私たちの役目であると考えています。医療を受ける方々とともにより良い小児がん医療を作り上げることができるよう、参加されるすべての皆さまのご協力をお願いいたします。

プログラム

13:00

開会挨拶

池田 均

13:00 - 15:50

第一部 講演・発言

各20分

1. 神経芽腫の特徴-特にリスク分類について

千葉県がんセンター 研究局発がん制御研究部 上條 岳彦

2. 神経芽腫の特徴-病理医の立場から

国立成育医療研究センター 病理診断部 中澤 温子

3. 神経芽腫の外科療法

京都府立医科大学大学院医学研究科 小児外科 田尻 達郎

4. 神経芽腫の化学療法(抗がん剤治療)

福島県立医科大学臨床腫瘍センター 小児腫瘍部門 菊田 敦

休憩

10分間

5. 神経芽腫の放射線療法

国立成育医療研究センター 放射線診療部 正木 英一

6. 神経芽腫を対象とする全国的グループ研究の意義

筑波大学 小児科 福島 敬

7. 臨床試験による治療開発

国立成育医療研究センター 臨床研究推進室 瀧本 哲也

8. 小児がん医療に望むこと-家族の立場から-

財団法人がんと子供を守る会 会員 家族代表 佐藤 陽子

15:50 - 16:00 休憩

16:00 - 17:00 第二部 総合討論

司会 獨協医科大学越谷病院 小児外科 池田 均

17:00 閉会挨拶

抄 録

1

神経芽腫の特徴-特にリスク分類について

上條 岳彦（千葉県がんセンター 研究局発がん制御研究部）

神経芽腫においては、患者さんの治りやすさが、1) 腫瘍の顕微鏡による検査（病理診断）、2) 腫瘍の広がり（病期診断）、3) 神経芽腫の遺伝子の異常の種類と程度（分子診断）、4) 年齢、の4つの項目から検討されています。これによって治りやすい患者さんから低リスク、中間リスク、高リスクへと3段階に分類され、患者さんのリスク毎に治療が最適化されるように方針が定められています。これは抗がん剤治療、放射線治療、外科治療などの治療が患者さんにとって望ましい治療効果をもたらし、かつ治療に際して起きてしまう可能性がある副作用を出来る限り軽減するために必要な事項なのです。これらの中で神経芽腫の遺伝子の異常の種類と程度（分子診断）の検査を千葉県がんセンター研究所小児がん検体センターで担当しています。現在は、がん細胞中の(1) DNA プロイディ（DNA の量と状態）と、(2)高リスク神経芽腫の指標のひとつである MYCN（ミックエヌ）がん遺伝子の量（定量的 PCR 法と FISH 法の2つの検査法で測定）の2項目について分子診断を行っています。

また我々は神経芽腫の新しいリスク判定法の研究も行っています。ヒトでは遺伝子は2万種類以上ありますが、がん細胞ではそれぞれの遺伝子が働く程度（遺伝子の発現量）や、染色体 DNA の構造変化（ゲノムの異常）が正常細胞と異なったパターンになっていること、また、そのパターンの種類ががん細胞の治りやすさにも関係していることが最近の研究でわかってきました。そこで我々は DNA チップ法と呼ばれる多数（約1万個）の遺伝子を一度に調べることができる診断システムを用いてがん細胞における遺伝子の異常のパターンを詳しく調べることによって、神経芽腫のリスクの判定が可能であることを見いだしました。将来的には現行の検査と、この DNA チップ検査を組み合わせ、よりすぐれたリスク分類を作成し、神経芽腫の患者さんの治療成績向上や副作用の軽減につなげようとして取り組んでいます。

病理診断は神経芽腫の診断に欠かせないものですが、実際に病理診断はどのように行われるのでしょうか？

神経芽腫が疑われると、治療方針を決めるために、手術で腫瘍の一部を切りとり、顕微鏡でみるための標本を作ります。この検査を「生検(せいけん)」といい、その診断を病理組織診断とよびます。神経芽腫の病理診断には2つの目的があります。まず、本当に神経芽腫であるかどうかを確認します。次に神経芽腫の中で、どのくらい悪い腫瘍か（悪性度）を決めます。神経芽腫とまちがえやすい病気や、どのように神経芽腫かどうかを病理診断していくのかについて説明いたします。神経芽腫の悪性度は、腫瘍の広がりや遺伝子の異常があるかどうかにもよりますが、国際的に統一された病理診断による悪性度分類があります。国際神経芽腫病理分類（INPC）では、年齢に伴って、分化・成熟していく、あるいは自然に消えてしまう良い神経芽腫（Favorable Histology）と化学療法や放射線治療をしてもなかなか治らない悪い神経芽腫（Unfavorable Histology）の2種類に分けています。神経芽腫の治療は、この悪性度分類に従って選択されます。良い神経芽腫はどんな特徴を持っているのか、顕微鏡で見るとどんな顔をしているのか、また悪い神経芽腫はどんな性質なのか、顕微鏡ではどのように見えるのかなどについて、わかりやすくお話ししたいと思います。神経芽腫のなかには、稀ですが、下痢や神経の病気をおこすものもあります。どうしてこのような症状がおこるのか、どんな神経芽腫がこういう症状をおこすのかを顕微鏡で見た画像をもとにお話します。神経芽腫について、ミクロの世界から、その特徴をとらえてみたいと思います。

神経芽腫の特徴は、その生物学的多様性にあり、年齢、病期、腫瘍自体の悪性度により症例毎の治療法の選択が必要である。神経芽腫に対する外科治療は、1.診断時腫瘍摘出術、2.腫瘍生検術、3.化学療法後根治術の3つに大別され、症例毎の選択が求められる。乳児神経芽腫は、stage4Sを除けば、その大部分が限局性腫瘍であることから、その外科治療の概念は、予後良好な限局性神経芽腫に対する外科治療のアプローチ法にほぼ等しいと言って良いと言える。また、2004年3月にて本邦の国家事業としての乳児神経芽腫マスキング検査は休止となり、乳児神経芽腫の診断、治療に関する概念は改変の時期であり、JNBSGにおいて現在、進行中の低・中間リスク群(COGのリスク分類に基づいており、乳児の限局性神経芽腫の大部分)に対する臨床研究では、治療成績を損なわない外科療法の軽減と手術合併症の減少を目標のひとつとしている。限局性神経芽腫に対し、一定の基準により術前の画像所見から手術のリスクを推定し、初期手術として摘出を試みるのか生検のみを行うのかを判定するための評価項目としてImage Defined Risk Factors (IDRF) という概念が国際的に提唱されてきており、本研究においても、IDRFに基づいて初期手術の適応を判定することとしている。また、1才以上の進行神経芽腫における根治的外科治療に関しても、周囲臓器の損傷をできるだけ伴わない臓器温存外科手術が推奨されてきている。今回の講演では、乳児神経芽腫及び年長児進行神経芽腫の全国統一プロトコールに基づいて治療されてきた神経芽腫症例の解析を基に外科治療の役割と今後のJNBSGの神経芽腫臨床研究における外科治療の展望についてお話したい。

化学療法は抗がん剤と呼ばれる薬を用いて、がん細胞を殺傷してゆく治療法です。日本神経芽腫研究グループ(JNBSG)では現時点の日本において最も適切でると考えられる化学療法を開発し、全国的な臨床研究として治療を行っています。一般的に小児がんで使用される抗がん剤は、がんの種類とリスク分類(進行度や悪性度)によって異なります。神経芽腫で使用される薬剤はビンクリスチン、シクロホスファミド、イホスファミド、ドキソルビシン、ピラルビシン、シスプラチン、カルボプラチン、エトポシドなどが中心となり、これらを組み合わせた多剤併用療法として行われます。これらの薬はこれまでの長年の経験から神経芽腫に最もよく効くと考えられているものです。

使用される抗がん剤の組み合わせはリスク分類(低リスク、中間リスク、高リスク)に基づき決められ、手術療法や放射線療法と併用し、患者さんに負担が少なく、より良い治療効果を期待した治療法として計画されています。

低リスク群では、約9割の患者さんが手術のみで治療が行われ、手術で腫瘍が残ってしまった場合や生検のみの場合は、2から3ヶ月間の最も弱い化学療法が選択されます。

中間リスク群では手術と化学療法が併用され、化学療法は低リスクよりも強くなり、期間も4から7ヶ月と長く行われます。転移がある場合にはその部分に放射線治療が追加されます。

高リスク群では最も強い化学療法が選択され、これに放射線療法と造血細胞移植が併用されることが一般的です。治療期間は8から10ヶ月とさらに長期間となり、手術は補助的な役割と考えられています。

それぞれの抗がん剤には共通する副作用と各々に特有な副作用があります。この副作用は使用する抗がん剤の量、投与方法、投与間隔、組み合わせにより異なります。今回の成果発表会では、現在行われているJNBSGの化学療法について、期待される効果と副作用についても分かりやすく、具体的に説明致します。

小児がん治療は total cell kill という概念により、その治療成績を向上させてきた。これは化学療法による全身的療法と、手術および放射線治療による局所療法の集学的治療の結果であり、これをきわめて少ない小児がん症例に有効に活用するには臨床試験の遂行に寄る以外無いと考えられる。ここにおいて、局所療法としての放射線治療を施行するためには、日本神経芽腫研究グループ高リスク群における放射線治療ガイドライン策定した。

神経芽腫の治療を歴史的に見ると、1980年代骨髄破壊的的化学療法を用いない旧来の治療法では、予後不良群の化学療法後の手術と術後照射（1歳以上2歳までは24Gy/3週間、2歳以上は30Gy/3～4週間）により、術後照射を行わない群より明らかに予後が改善した。

1990年代になり、骨髄破壊的的化学療法を用いるようになると、術後残存腫瘍および骨転移部への放射線治療線量の軽減化が計画され、術後照射10Gyのみでは局所再発率が高く、局所コントロール線量として20Gy必要なことが明らかとなった。

この成果により、神経芽腫治療研究グループでの放射線ガイドラインは、予後不良因子である N-myc 癌遺伝子の増幅が認められた進行期症例、即ち高リスク群には骨髄破壊的的化学療法と併用する腫瘍巣術後照射と骨転移部への放射線治療20Gyを局所療法として採用している。現在行われている臨床試験では、化学療法により縮小した原発巣、即ち二期的手術が行われる際に評価された縮小した原発巣とリンパ節転移範囲を放射線治療での臨床標的体積としている。これにより、初発時に認められていた広い原発巣を照射する必要が無く、化学療法の効果を十分に認めた結果の照射野縮小が図られていることを確認することが臨床試験の目的となっている。

小児がんの中で白血病の次に多いのが神経芽腫です。しかし、毎年数万人が新しく診断される胃癌、肺癌、大腸癌、肝臓癌、乳癌などと比べて、神経芽腫は200人程度（希少疾患）です。患者数が多い疾患とは違う方法で、治療方法の工夫（臨床実践）と、新しい治療方法の開発（臨床試験）が行われます。

小児慢性特定疾患治療研究事業の影響もあります。それぞれの地域で複数の医療機関・医療者の自発性によって、それほど遠くない通院距離の範囲で小児難病に対する高度専門診療を受けられるしくみが出来上がっています。それによって世界一の実績を挙げてきました。

数少ない疾患の病像や治療の成績を全国集計し、それを踏まえて、新しい診断技術や治療法について、将来に向かって検証しながら、最新の全国的統一見解を作り、定期的な改訂によって神経芽腫の治療成績を向上させ続けることを目的として、日本神経芽腫スタディグループ（JNBSG）が発足しました。

JNBSG 発足以来の主な実績として以下の5つがあります。1. 全国どこの施設でもハイレベルの診断を受けられるようになりました。2. 治療と副作用対策のてびきを作り、全国共通認識の上に立って治療できるようになりました。3. 主治医が判断に迷った時、医師同志で相談しやすいようにしました。4. 主治医が患者を登録することによって、JNBSG 側でも新患の発生が同時にわかるようになりました。5. 複数の臨床試験を実施し、既に新患登録を終了したもの、現在受付中のものがあります。

今後の主な課題として以下の5つがあります。1. JNBSG 施設以外で診療を受ける患児の診療を支援する仕組み作りが必要です。2. 15歳以上で神経芽腫を発症した患者を担当する成人の診療科に向けて、我々の経験やノウハウを提供する仕組みが必要です。3. 医療機関同士の役割分担とシームレスな連携方法を工夫する必要があります。4. 今まで以上に、看護師、心理士、保育士、保健師、ソーシャルワーカー、学校教諭等の専門家と連携・協力関係を発展させて、同時に人材育成への相互協力が必要です。5. 患児・家族や出資者（納税者）との緊密な連携が理想的と考えられます。

小児がんは、本邦全体で年間約 2000～2500 例程度の希少な疾患であり、年間 100 例に満たないものも少なくない。しかし、小児の死因の上位を占める「国として対応すべき疾患」のひとつであり、治療内容の工夫によって治癒させることが不可能ではなく、また晩期合併症を考慮した長期の観察が必要である、など成人にはない特徴がある。近年、本邦においても、さまざまな小児がんについて、全国規模の臨床試験が行われるようになってきた。しかしながら、臨床試験について、それが何であるのか、あるいは通常の診療とどのように違うのかなどの点において、必ずしも正しい理解が得られているとは言えない。このような点を踏まえ、小児がんにおける治療開発を目的とした臨床試験の現況について、神経芽腫における取り組みを中心として解説する。具体的には、JNBSG（日本神経芽腫研究グループ）などの小児がんの研究組織がどのように構成されているのか、臨床試験がどのような手順を経て実施されるのか（臨床試験をどのように計画するのか、試験の内容の第三者委員会による審査、データセンターの役割、施設での倫理審査など）、さらには小児がんの診断を行うに当たっての中央診断の意義、小児がん経験者を長期にフォローアップするシステムの必要性などについて述べる。また、臨床試験と観察研究はどのように違うのか、小児がんの全国規模の登録や、中央診断後に余った腫瘍検体を用いて基礎研究を行うためのシステム作りの取り組みなどについても言及する。これらをとおして、小児がんの治療成績向上や小児がん経験者の QOL 改善のために、臨床試験あるいはその他の観察研究に参加することの意義について考え、また積極的に参加していただけるよう理解していただく場としたい。

私共の長男が思いもよらない病気を発症したのは平成2年10月、今から21年前の秋の日のことでした。当時8歳の息子は小学2年生。活発でひょうきんで夕方暗くなるまで外で遊び、誰にでも好かれるやさしい子でした。

ある日突然「足が痛い…」から始まり、時々体調を崩し学校を休むようになりました。私が「普通ではない…」と不安を感じたのは、息子のあまりにも真っ青な顔色でした。近くの小児科を受診し、すぐに私の不安が現実となりました。あまりに貧血が進んでいて白血病の疑いと診断、すぐに大きな総合病院にまわされました。ひと通りの検査後、病名は白血病ではなく小児がん「神経芽細胞腫」でした。

その日から2年半、私共家族と息子は、180度変わってしまった日々の生活、心の闇、出口の見えない不安と闘う日々が始まったのです。息子は骨髄まで転移が進んだステージ4、末期でした。想像を絶する辛く厳しい化学療法は2年半続けました。手術は小児外科に移り二度行いました。どんなに苦しくてもどんなに痛くても弱音を吐かず、泣くこともなく頑張った息子に「ぼくの病気は何？」と聞かれた時、私も夫も誰も本当のことを答えてあげられませんでした。小児がんという言葉に打ちひしがれ、自分を支えること、涙を見せないことでいっばいでした。話せばちゃんと理解できる年頃です。彼と一緒に家族みんなで「本当の病気」と正面から向き合えば良かった…出来ることなら彼を抱きしめそう伝えたい…。

時は過ぎ、最愛の息子を失くして18年になります。今の小児医療は18年前と比較にならない程進歩しているはずですが、でも子どもが病気になり、家族がかかえる不安、本人がかかえるストレスは、いつの時も、そしてこれからも、私がたどってきた道といくらも変わらないのではないのでしょうか…。

平成23年度 厚生労働科学研究[がん臨床研究事業]
研究課題名「神経芽腫における標準治療の確立と新規治療の開発に関する研究」
[一般向け]研究成果発表会 プログラム・抄録集

発行日 2011年12月17日

発行 平成23年度 厚生労働科学研究[がん臨床研究事業]
研究課題名「神経芽腫における標準治療の確立と新規治療の
開発に関する研究」事務局

印刷 (株)松井ピ・テ・オ・印刷

[別紙様式3]

研究成果等普及啓発事業

一般向け発表会

開催結果報告書

1、発表会開催者

所属・職名 獨協医科大学越谷病院小児外科・教授
氏 名 池田 均

2、開催日時 平成23年12月17日(土) 13時～17時

3、開催場所

名 称 仙台青葉カルチャーセンター
所 在 地 仙台市青葉区一番町2丁目3-10 カルチャー仙台ビル

4、参加者数 17人(予定人数より少なく、開催場所が理由かと考えている)

5、発表テーマ 小児がん:神経芽腫の標準治療の確立と新規治療の開発

6、発表内容

第一部 講演・発言

1. 「神経芽腫の特徴-特にリスク分類について」
千葉県がんセンター 研究局発がん制御研究部 上條 岳彦
2. 「神経芽腫の特徴-病理医の立場から」
国立成育医療研究センター 病理診断部 中澤 温子
3. 「神経芽腫の外科療法」
大阪府立母子保健総合医療センター 外科 米田 光宏
(京都府立医科大学小児外科 田尻 達郎が都合により参加できなくなったため代理で講演を行った)
4. 「神経芽腫の化学療法(抗がん剤治療)」
福島県立医科大学臨床腫瘍センター 小児腫瘍部門 菊田 敦
5. 「神経芽腫の放射線療法」
国立成育医療研究センター 放射線診療部 正木 英一
6. 「神経芽腫を対象とする全国的グループ研究の意義」
筑波大学 小児科 福島 敬
7. 「臨床試験による治療開発」
国立成育医療研究センター 臨床研究推進室 瀧本 哲也
8. 「小児がん医療に望むこと-家族の立場から-」

第二部 総合討論

司会 池田 均

7、発表会の成果

本研究成果発表会は、神経芽腫を対象とする厚生労働科学研究がん臨床研究事業研究班の研究成果を一般に広く理解してもらうと同時に、小児がん医療のさらなる発展と治療成績の向上を願い、医療者と医療を受ける側がともに考える機会を得ることを目的に開催したものである。同趣旨ですでに過去4年間に計3回(埼玉、大阪、東京)の一般向け研究成果発表会が実施されており、今回が4回目である。

第一部では、研究班が全国的グループ研究として行っている臨床研究の実際を紹介した。まず、上條岳彦(以下、敬称略)がリスク分類を中心に神経芽腫の特徴を説明した。すなわち、神経芽腫は悪性度(リスク)の低いものから悪性度の極めて高い治療困難な腫瘍までさまざまであるため、悪性度を正しく判定し、悪性度に応じた適正な治療が行われる必要のあることを述べた。さらに近年の分子生物学的手法を用いたリスク判定法や新たなリスク判定の試みについても概説した。また中澤温子は病理医の立場から神経芽腫の病理組織学的特徴とその診断方法について説明を行った。

一方、治療については米田光宏(田尻達郎が参加できなくなったため)が外科療法を、また菊田 敦が化学療法、正木英一が放射線療法をそれぞれ概説し、最大限の治療効果を期待し、同時に副作用や合併症・晩期合併症(晩期障害)を極力回避するための治療法(治療戦略)を述べた。続いて、福島 敬が神経芽腫(希少疾患)を対象とするグループ研究の意義を概説するとともに神経芽腫研究グループの組織について紹介し、また瀧本哲也が臨床試験の意義と実際について概説した。また最後に、小児がん患者家族の代表として佐藤陽子が息子を神経芽腫で亡くした経験をもとに、患者本人の緩和に加え家族の不安や悲しみに対応できる患者・家族によりそう医療が実施されることを小児がん医療に望むと述べた。

以上の講演・発言をもとに第二部では、発表会への一般参加者も含めて全員で総合討論を行い意見交換した。総合討論は時間的制約があったものの、標準治療の確立と新規治療開発の重要性とそのため臨床試験、緩和医療を含めた患者・家族の立場にたつチーム医療の実際とその重要性、またそのような医療を実践できる小児がん医療体制としての医療集約化、専門施設の設置、学会における専門医制度等について意見交換を行い、さらに小児がん登録制度とその重要性についても言及した。

本一般研究成果発表会には患者家族および、支援団体や小児がん医療関係者の参加があり、神経芽腫の治療開発とそのためグループ研究、臨床試験についての理解を深めてもらうことができたと考えている。また、現在、変化しつつある小児がん医療の環境についても医療者と医療を受ける側の両者がその重要性和問題点について理解を深め、より良い小児がん医療を形成するための有意義な討論を行うことができたと総括している。

平成 23 年度がん臨床研究事業一般向け研究成果発表会

参加者 17 名 アンケート回収 13 名

1. 開催時期

- (ア) 1-2 月 : 0
- (イ) 3-4 月 : 3
- (ウ) 5-6 月 : 4
- (エ) 7-8 月 : 0
- (オ) 9-10 月 : 2
- (カ) 11-12 月 : 2

2. 会場

(ア) アクセス

- ① 良い : 6
- ② 普通 : 5
- ③ 悪い : 2

(イ) 音響

- ① 良い : 2
- ② 普通 : 9
- ③ 悪い : 0

(ウ) 照明

- ① 良い : 0
- ② 普通 : 8
- ③ 悪い : 3

3. 希望開催地 : 宮城 (仙台) 3、東京 2、福島 2

4. 演題数 : 5-10 演題

5. 時間

- (ア) 10 分以内 : 0
- (イ) 10-20 分 : 6
- (ウ) 20-30 分 : 4
- (エ) 30-40 分 : 1
- (オ) 40-50 分 : 0

6. 発表内容 : 内容によっては難しかった

- (ア) わかりやすい : 9
- (イ) 普通 : 2
- (ウ) 難しかった : 0