

JCOG 0305

脳外/脳ACNU+PCZ PhaseII/III



経過記録 22 検査 - 維持療法 維持療法8コース後速やかにデータセンターに郵送

施設名 〇〇〇〇〇がんセンター 担当医 〇×〇×
 患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 男 生年月日 昭和30年10月10日
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 * 群 症例番号 _____

記入者名: CRC記入可(自署) _____
 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・8コース中の最高値または最低値が最初に観察された日を記入

8 コース	8 コース治療開始前	8 コース中の 最高・最低値	最高・最低値の検査日
体温 °C	西暦 年 月 日	高	西暦 年 月 日
WBC /mm ³	西暦 年 月 日	低	西暦 年 月 日
Hb g/dl	西暦 年 月 日	低	西暦 年 月 日
PLT /mm ³	西暦 年 月 日 × 10 ⁴	低	西暦 年 月 日
好中球数 /mm ³ (分節核球+桿状核球)	西暦 年 月 日	低	西暦 年 月 日
TP g/dl	西暦 年 月 日	低	西暦 年 月 日
T-Bil mg/dl	西暦 年 月 日	高	西暦 年 月 日
GOT IU/l	西暦 年 月 日	高	西暦 年 月 日
GPT IU/l	西暦 年 月 日	高	西暦 年 月 日
Cr mg/dl	西暦 年 月 日	高	西暦 年 月 日
Na mEq/l	西暦 年 月 日	高	西暦 年 月 日
K mEq/l	西暦 年 月 日	低	西暦 年 月 日
Ca(Alb補正) mg/dl	西暦 年 月 日	高	西暦 年 月 日
補正Ca値(mg/dl) = 実測Ca値(mg/dl) + [4 - Alb濃度(g/dl)]	西暦 年 月 日	低	西暦 年 月 日
CRP mg/dl	西暦 年 月 日	高	西暦 年 月 日
JCS	西暦 年 月 日		西暦 年 月 日
MMT	西暦 年 月 日 上肢右 左 下肢右 左		

コメント

DC	receive1()	check1()	check2()	input1()	input2()	confirm()
記	query()	receive2()	check3()	input3()	confirm()	fix()
入	()	()	()	()	memo	



経過記録 24 検査 - 維持療法 維持療法12コース後速やかにデータセンターに郵送

施設名 〇〇〇〇〇がんセンター 担当医 〇×〇×
 患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 男 生年月日 昭和30年10月10日
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 * 群 症例番号 _____

記入者名: CRC記入可(自署)
 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

・10コース中の最高値または最低値が最初に観察された日を記入

10 コース	10 コース治療開始前	10 コース中の 最高・最低値	最高・最低値の検査日
体温 °C	西暦 年 月 日 [] . []	高 [] . []	西暦 年 月 日
WBC /mm ³	西暦 年 月 日 [] [] [] []	低 [] [] [] []	西暦 年 月 日
Hb g/dl	[] [] [] []	低 [] [] [] []	西暦 年 月 日
PLT /mm ³	[] [] [] [] × 10 ⁴	低 [] [] [] [] × 10 ⁴	西暦 年 月 日
好中球数 /mm ³ (分節核球+桿状核球)	[] [] [] []	低 [] [] [] []	西暦 年 月 日
TP g/dl	西暦 年 月 日 [] . []	低 [] . []	西暦 年 月 日
T-Bil mg/dl	[] [] [] []	高 [] [] [] []	西暦 年 月 日
GOT IU/l	[] [] [] []	高 [] [] [] []	西暦 年 月 日
GPT IU/l	[] [] [] []	高 [] [] [] []	西暦 年 月 日
Cr mg/dl	[] [] [] []	高 [] [] [] []	西暦 年 月 日
Na mEq/l	[] [] [] []	高 [] [] [] []	西暦 年 月 日
K mEq/l	[] [] [] []	低 [] [] [] []	西暦 年 月 日
Ca(Alb補正) mg/dl 補正Ca値(mg/dl) = 実測Ca値(mg/dl) + [4 - Alb濃度(g/dl)]	[] [] [] []	高 [] [] [] []	西暦 年 月 日
CRP mg/dl	[] [] [] []	高 [] [] [] []	西暦 年 月 日
JCS	西暦 年 月 日 [] [] [] []	[] [] [] []	西暦 年 月 日
MMT	西暦 年 月 日 上肢右 [] 左 [] 下肢右 [] 左 []		

コメント

DC	receive1()	check1()	check2()	input1()	input2()	confirm()
記	query()	receive2()	check3()	input3()	confirm()	fix()
入	()	()	()	()	()	memo



経過記録 26 検査 - 維持療法 維持療法12コース後速やかにデータセンターに郵送

施設名 〇〇〇〇〇がんセンター 担当医 〇×〇×
 患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 男 生年月日 昭和30年10月10日
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 * 群 症例番号 _____

記入者名: CRC記入可(自署)
 西暦 年 月 日

・12コース中の最高値または最低値が最初に観察された日を記入

12 コース	12 コース治療開始前	12 コース中の 最高・最低値	最高・最低値の検査日
体温 °C	西暦 年 月 日 [] . []	高 [] . []	西暦 年 月 日
WBC /mm ³	西暦 年 月 日 [] [] [] []	低 [] [] [] []	西暦 年 月 日
Hb g/dl	[] [] [] []	低 [] [] [] []	西暦 年 月 日
PLT /mm ³	[] [] [] [] × 10 ⁴	低 [] [] [] [] × 10 ⁴	西暦 年 月 日
好中球数 /mm ³ (分節核球+桿状核球)	[] [] [] []	低 [] [] [] []	西暦 年 月 日
TP g/dl	西暦 年 月 日 [] [] [] []	低 [] [] [] []	西暦 年 月 日
T-Bil mg/dl	[] [] [] []	高 [] [] [] []	西暦 年 月 日
GOT IU/l	[] [] [] []	高 [] [] [] []	西暦 年 月 日
GPT IU/l	[] [] [] []	高 [] [] [] []	西暦 年 月 日
Cr mg/dl	[] [] [] []	高 [] [] [] []	西暦 年 月 日
Na mEq/l	[] [] [] []	高 [] [] [] []	西暦 年 月 日
K mEq/l	[] [] [] []	低 [] [] [] []	西暦 年 月 日
Ca(Alb補正) mg/dl	[] [] [] []	高 [] [] [] []	西暦 年 月 日
補正Ca値(mg/dl) = 実測Ca値(mg/dl) + [4 - Alb濃度(g/dl)]	[] [] [] []	低 [] [] [] []	西暦 年 月 日
CRP mg/dl	[] [] [] []	高 [] [] [] []	西暦 年 月 日
JCS	西暦 年 月 日 [] [] [] []	[] [] [] []	西暦 年 月 日
MMT	西暦 年 月 日 上肢右 [] 左 [] 下肢右 [] 左 []	/	

コメント

DC	receive1()	check1()	check2()	input1()	input2()	confirm()
記	query()	receive2()	check3()	input3()	confirm()	fix()
入	()	()	()	()	memo	



経過記録 27 有害事象 - 維持療法 維持療法4コース後にデータセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○×○×
患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 男 生年月日 昭和30年10月10日
カルテ番号 12345-6789 割り付け群 * 群 症例番号

記入者名: CRC記入可(自署)
西暦 年 月 日

有害事象評価 (NCI-CTC) ・各週の最悪gradeと観察された初日を記入して下さい (grade0では日付記入不要)

Table with 10 columns (grade 0-4, 1 course-4 courses) and 15 rows of adverse events including fever, skin rash, radiation dermatitis, anorexia, nausea, oral inflammation, vomiting, bleeding, infection, convulsions, speech disorders, lung inflammation, and radiation necrosis.

上記項目以外のGrade3以上の非血液毒性/予期されないGrade2以上の有害事象 〇 なし 〇 あり(下記に詳細記入)

Table with 4 columns: 有害事象項目, grade, 初発現日, 転帰・詳細

DC 記入 receive1() check1() check2() input1() input2()
query() receive2() check3() input3() confirm()
memo



経過記録 28 有害事象 - 維持療法 維持療法8コース後にデータセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○×○×
患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 男 生年月日 昭和30年10月10日
カルテ番号 12345-6789 割り付け群 * 群 症例番号

記入者名: CRC記入可(自署)
西暦 年 月 日

有害事象評価 (NCI-CTC) ・各週の最悪gradeと観察された初日を記入して下さい (grade0では日付記入不要)

Table with 10 columns (grade 0-4, 5-course-8-course) and 20 rows of adverse events including fever, skin rash, radiation dermatitis, anorexia, nausea, oral inflammation, vomiting, platelet decrease, infection, neutropenia, speech impairment, pneumonia, and radiation necrosis.

上記項目以外のGrade3以上の非血液毒性/予期されないGrade2以上の有害事象 〇なし 〇あり(下記に詳細記入)

Table with 4 columns: 有害事象項目, grade, 初発現日, 転帰・詳細

DC 記入 receive1() check1() check2() input1() input2()
query() receive2() check3() input3() confirm()
memo



経過記録 29 有害事象 - 維持療法維持療法12コース後にデータセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○×○×
患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 男 生年月日 昭和30年10月10日
カルテ番号 12345-6789 割り付け群 * 群 症例番号

記入者名: CRC記入可(自署)
西暦 年 月 日

有害事象評価 (NCI-CTC) ・各週の最悪gradeと観察された初日を記入して下さい (grade0では日付記入不要)

Table with 10 columns (grade 0-4, 9-course-12-course) and 20 rows of adverse events including fever, skin rash, radiation dermatitis, anorexia, nausea, oral inflammation, vomiting, blood counts, infection, convulsions, speech impairment, lung inflammation, and radiation necrosis.

上記項目以外のGrade3以上の非血液毒性/予期されないGrade2以上の有害事象 〇なし 〇あり(下記に詳細記入)

Table with 4 columns: 有害事象項目, grade, 初発現日, 転帰・詳細

DC 記入 receive1() check1() check2() input1() input2()
query() receive2() check3() input3() confirm()
() () () () () memo



腫瘍縮小効果報告 1 - 維持療法 維持療法4コース後にデータセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○× ○×
 患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 男 生年月日 昭和30年10月10日
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 * 群 症例番号 _____

記入者名: CRC記入可(自署)
 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

維持療法 1コース後

治療前の標的病変と同じ部位の結果を記入 (「治療前報告 2」参照)

標的病変 ・ 腫瘍径は長径のみ記入、縮小率は治療前値に対して算出、増大率は最小長径に対して算出

部位	長径	検査方法	スライス厚	検査日
標的病変: (部位コード*)	cm	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2FLAIR <input type="checkbox"/> 造影T1	mm	西暦 年 月 日
縮小率/増大率	治療前に対して()%縮小 / 最小長径に対して()%増大			
標的病変の効果	1 <input type="checkbox"/> CR 2 <input type="checkbox"/> PR 3 <input type="checkbox"/> SD 4 <input type="checkbox"/> PD 5 <input type="checkbox"/> NE(理由)			

非標的病変

- ・ 標的病変として選択されなかった病変は、すべて非標的病変とする
- ・ 各病変とも、「あり」の場合、診断法、検査日を記入
- ・ 非標的病変が元々ない場合は、非標的病変についての効果判定を行う必要なし

非標的病変の消失の有無	診断法	検査日
部位名: (部位コード*) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他()	西暦 年 月 日
部位名: (部位コード*) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他()	西暦 年 月 日
部位名: (部位コード*) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他()	西暦 年 月 日
全非標的病変の効果	1 <input type="checkbox"/> CR 6 <input type="checkbox"/> IR/SD 4 <input type="checkbox"/> PD 5 <input type="checkbox"/> NE(理由)	

新病変出現の有無 新病変なし 新病変出現(部位名) _____) 年 月 日

1コース後の総合効果 1CR 2PR 3SD 4PD 5NE 判定日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

初期治療から維持療法 1コース後までの最良総合効果 1CR 2PR 3SD 4PD 5NE

- * 部位コード
- | | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| 1-r: 右前頭葉 | 2-r: 右側頭葉 | 3-r: 右頭頂葉 | 4-r: 右後頭葉 | 5-r: 右視床 | 6-r: 右視床下部 |
| 7-r: 右被殻 | 8-r: 右内包 | 9-r: 右小脳 | 10-r: 右中脳 | 11-r: 右橋 | 12-r: 右延髄 |
| 1-l: 左前頭葉 | 2-l: 左側頭葉 | 3-l: 左頭頂葉 | 4-l: 左後頭葉 | 5-l: 左視床 | 6-l: 左視床下部 |
| 7-l: 左被殻 | 8-l: 左内包 | 9-l: 左小脳 | 10-l: 左中脳 | 11-l: 左橋 | 12-l: 左延髄 |

コメント

DC 記入	receive1()	check1()	check2()	input1()	input2()	confirm()
	query()	receive2()	check3()	input3()	confirm()	fix()
	()	()	()	()	()	memo

標的病変がない場合は、提出不要



JCOG 0305

脳外/脳ACNU+PGZ PhaseII/III

腫瘍縮小効果報告 2 - 維持療法 維持療法4コース後にデータセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○× ○×
 患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 男 生年月日 昭和30年10月10日
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 * 群 症例番号 _____

記入者名: CRC記入可(自署)

西暦 年 月 日

維持療法 2コース後

治療前の標的病変と同じ部位の結果を記入 (「治療前報告 2」参照)

標的病変 ・ 腫瘍径は長径のみ記入、縮小率は治療前値に対して算出、増大率は最小長径に対して算出

部位	長径	検査方法	スライス厚	検査日
標的病変: (部位コード)	cm	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2FLAIR <input type="checkbox"/> 造影T1	mm	西暦 年 月 日
縮小率/増大率	治療前に対して()%縮小 / 最小長径に対して()%増大			
標的病変の効果	1 <input type="checkbox"/> CR 2 <input type="checkbox"/> PR 3 <input type="checkbox"/> SD 4 <input type="checkbox"/> PD 5 <input type="checkbox"/> NE(理由)			

非標的病変

- ・ 標的病変として選択されなかった病変は、すべて非標的病変とする
- ・ 各病変とも、**「あり」の場合**、診断法、検査日を記入
- ・ 非標的病変が元々ない場合は、非標的病変についての効果判定を行う必要なし

非標的病変の消失の有無	診断法	検査日
部位名: (部位コード)	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他()	西暦 年 月 日
部位名: (部位コード)	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他()	西暦 年 月 日
部位名: (部位コード)	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他()	西暦 年 月 日
全非標的病変の効果	1 <input type="checkbox"/> CR 6 <input type="checkbox"/> IR/SD 4 <input type="checkbox"/> PD 5 <input type="checkbox"/> NE(理由)	

新病変出現の有無 新病変なし 新病変出現(部位名) 年 月 日

2コース後の総合効果	1 <input type="checkbox"/> CR 2 <input type="checkbox"/> PR 3 <input type="checkbox"/> SD 4 <input type="checkbox"/> PD 5 <input type="checkbox"/> NE	判定日: 西暦 年 月 日
初期治療から維持療法 2コース後までの最良総合効果	1 <input type="checkbox"/> CR 2 <input type="checkbox"/> PR 3 <input type="checkbox"/> SD 4 <input type="checkbox"/> PD 5 <input type="checkbox"/> NE	

- * 部位コード
- | | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| 1-r: 右前頭葉 | 2-r: 右側頭葉 | 3-r: 右頭頂葉 | 4-r: 右後頭葉 | 5-r: 右視床 | 6-r: 右視床下部 |
| 7-r: 右被殻 | 8-r: 右内包 | 9-r: 右小脳 | 10-r: 右中脳 | 11-r: 右橋 | 12-r: 右延髄 |
| 1-l: 左前頭葉 | 2-l: 左側頭葉 | 3-l: 左頭頂葉 | 4-l: 左後頭葉 | 5-l: 左視床 | 6-l: 左視床下部 |
| 7-l: 左被殻 | 8-l: 左内包 | 9-l: 左小脳 | 10-l: 左中脳 | 11-l: 左橋 | 12-l: 左延髄 |

コメント

DC 記入	receive1()	check1()	check2()	input1()	input2()	confirm()
	query()	receive2()	check3()	input3()	confirm()	fix()
	()	()	()	()	()	memo

標的病変がない場合は、提出不要



JCOG 0305

脳外/脳ACNU+PCZ PhaseII/III

腫瘍縮小効果報告 3 - 維持療法 維持療法4コース後にデータセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○× ○×
 患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 男 生年月日 昭和30年10月10日
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 * 群 症例番号 _____

記入者名: CRC記入可(自署) _____
 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

維持療法 3コース後

治療前の標的病変と同じ部位の結果を記入 (「治療前報告 2」参照)

標的病変 ・腫瘍径は長径のみ記入、縮小率は治療前値に対して算出、増大率は最小長径に対して算出

部位	長径	検査方法	スライス厚	検査日
標的病変: (部位コード)	cm	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2FLAIR <input type="checkbox"/> 造影T1	mm	西暦 年 月 日
縮小率/増大率	治療前に対して()%縮小 / 最小長径に対して()%増大			
標的病変の効果	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE(理由)			

非標的病変

- ・ 標的病変として選択されなかった病変は、すべて非標的病変とする
- ・ 各病変とも、「あり」の場合、診断法、検査日を記入
- ・ 非標的病変が元々ない場合は、非標的病変についての効果判定を行う必要なし

非標的病変の消失の有無	診断法	検査日
部位名: (部位コード) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他()	西暦 年 月 日
部位名: (部位コード) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他()	西暦 年 月 日
部位名: (部位コード) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他()	西暦 年 月 日
全非標的病変の効果	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> IR/SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE(理由)	

新病変出現の有無 新病変なし 新病変出現(部位名) _____) 年 月 日

3コース後の総合効果 CR PR SD PD NE 判定日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

初期治療から維持療法 3コース後までの最良総合効果 CR PR SD PD NE

- * 部位コード
- | | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| 1-r: 右前頭葉 | 2-r: 右側頭葉 | 3-r: 右頭頂葉 | 4-r: 右後頭葉 | 5-r: 右視床 | 6-r: 右視床下部 |
| 7-r: 右被殻 | 8-r: 右内包 | 9-r: 右小脳 | 10-r: 右中脳 | 11-r: 右橋 | 12-r: 右延髄 |
| 1-l: 左前頭葉 | 2-l: 左側頭葉 | 3-l: 左頭頂葉 | 4-l: 左後頭葉 | 5-l: 左視床 | 6-l: 左視床下部 |
| 7-l: 左被殻 | 8-l: 左内包 | 9-l: 左小脳 | 10-l: 左中脳 | 11-l: 左橋 | 12-l: 左延髄 |

コメント

DC 記入	receive1()	check1()	check2()	input1()	input2()	confirm()
	query()	receive2()	check3()	input3()	confirm()	fix()
	()	()	()	()	()	memo

標的病変がない場合は、提出不要



JCOG 0305

脳外/脳ACNU+PCZ PhaseII/III

腫瘍縮小効果報告 4 - 維持療法

維持療法4コース後にデータセンターに郵送

施設名 ○○○○○がんセンター 担当医 ○× ○×
患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 男 生年月日 昭和30年10月10日
カルテ番号 12345-6789 割り付け群 * 群 症例番号

記入者名: CRC記入可(自署) 西暦 年 月 日

維持療法 4コース後

治療前の標的病変と同じ部位の結果を記入 (「治療前報告 2」参照)

標的病変 ・ 腫瘍径は長径のみ記入、縮小率は治療前値に対して算出、増大率は最小長径に対して算出

Table with columns: 部位, 長径, 検査方法, スライス厚, 検査日. Includes rows for tumor characteristics and effect (CR, PR, SD, PD, NE).

非標的病変

- ・ 標的病変として選択されなかった病変は、すべて非標的病変とする
・ 各病変とも、「あり」の場合、診断法、検査日を記入
・ 非標的病変が元々ない場合は、非標的病変についての効果判定を行う必要なし

Table for non-target lesions with columns: 非標的病変の消失の有無, 診断法, 検査日. Includes rows for specific locations and overall effect.

新病変出現の有無 □新病変なし □新病変出現(部位名) 年 月 日

4コース後の総合効果 □CR □PR □SD □PD □NE 判定日: 西暦 年 月 日

初期治療から維持療法 4コース後までの最良総合効果 □CR □PR □SD □PD □NE

- * 部位コード 1-r: 右前頭葉 2-r: 右側頭葉 3-r: 右頭頂葉 4-r: 右後頭葉 5-r: 右視床 6-r: 右視床下部
7-r: 右被殻 8-r: 右内包 9-r: 右小脳 10-r: 右中脳 11-r: 右橋 12-r: 右延髄
1-l: 左前頭葉 2-l: 左側頭葉 3-l: 左頭頂葉 4-l: 左後頭葉 5-l: 左視床 6-l: 左視床下部
7-l: 左被殻 8-l: 左内包 9-l: 左小脳 10-l: 左中脳 11-l: 左橋 12-l: 左延髄

コメント

DC 記入 receive1() check1() check2() input1() input2() confirm()
query() receive2() check3() input3() confirm() fix()
memo

標的病変がない場合は、提出不要



JCOG 0305

脳外/脳ACNU+PCZ PhaseII/III

腫瘍縮小効果報告 5 - 維持療法 維持療法8コース後にデータセンターに郵送

施設名 〇〇〇〇〇がんセンター 担当医 〇× 〇×
 患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 男 生年月日 昭和30年10月10日
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 * 群 症例番号 _____

記入者名: CRC記入可(自署) _____
 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

維持療法5コース後

治療前の標的病変と同じ部位の結果を記入 (「治療前報告 2」参照)

標的病変 ・ 腫瘍径は長径のみ記入、縮小率は治療前値に対して算出、増大率は最小長径に対して算出

部 位 (部位コード*)	長 径 cm	検 査 方 法 □T1 □T2FLAIR □造影T1	スライス厚		検 査 日		
			mm	西暦	年	月	日
標的病変:							
縮小率/増大率	治療前に対して()%縮小 / 最小長径に対して()%増大						
標的病変の効果	1□CR 2□PR 3□SD 4□PD 5□NE(理由 _____)						

非標的病変

- ・ 標的病変として選択されなかった病変は、すべて非標的病変とする
- ・ 各病変とも、「あり」の場合、診断法、検査日を記入
- ・ 非標的病変が元々ない場合は、非標的病変についての効果判定を行う必要なし

非標的病変の消失の有無		診 断 法			検 査 日		
部位名: (部位コード*)	□未選択 □消失 □残存 □増大 □不明	□CT	□MRI	□他()	西暦	年	月 日
部位名: (部位コード*)	□未選択 □消失 □残存 □増大 □不明	□CT	□MRI	□他()	西暦	年	月 日
部位名: (部位コード*)	□未選択 □消失 □残存 □増大 □不明	□CT	□MRI	□他()	西暦	年	月 日
全非標的病変の効果	1□CR 6□IR/SD 4□PD 5□NE(理由 _____)						

新病変出現の有無 □新病変なし □新病変出現(_____ 部位名) _____ 年 _____ 月 _____ 日

5コース後の総合効果 1□CR 2□PR 3□SD 4□PD 5□NE 判定日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

初期治療から維持療法 5コース後までの最良総合効果 1□CR 2□PR 3□SD 4□PD 5□NE

- * 部位コード
- | | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| 1-r: 右前頭葉 | 2-r: 右側頭葉 | 3-r: 右頭頂葉 | 4-r: 右後頭葉 | 5-r: 右視床 | 6-r: 右視床下部 |
| 7-r: 右被殻 | 8-r: 右内包 | 9-r: 右小脳 | 10-r: 右中脳 | 11-r: 右橋 | 12-r: 右延髄 |
| 1-l: 左前頭葉 | 2-l: 左側頭葉 | 3-l: 左頭頂葉 | 4-l: 左後頭葉 | 5-l: 左視床 | 6-l: 左視床下部 |
| 7-l: 左被殻 | 8-l: 左内包 | 9-l: 左小脳 | 10-l: 左中脳 | 11-l: 左橋 | 12-l: 左延髄 |

コメント

DC 記入	receive1()	check1()	check2()	input1()	input2()	confirm()
	query()	receive2()	check3()	input3()	confirm()	fix()
	()	()	()	()	()	memo

標的病変がない場合は、提出不要



JCOG 0305

脳外/脳ACNU+PCZ PhaseII/III

腫瘍縮小効果報告 6 - 維持療法 維持療法8コース後にデータセンターに郵送

施設名 〇〇〇〇〇がんセンター 担当医 〇× 〇×
 患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 男 生年月日 昭和30年10月10日
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 * 群 症例番号 _____

記入者名: CRC記入可(自署)
 西暦 年 月 日

維持療法 6コース後

治療前の標的病変と同じ部位の結果を記入 (「治療前報告 2」参照)

標的病変 ・ 腫瘍径は長径のみ記入、縮小率は治療前値に対して算出、増大率は最小長径に対して算出

部位	長径	検査方法	スライス厚	検査日
標的病変: (部位コード)	cm	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2FLAIR <input type="checkbox"/> 造影T1	mm 西暦	年 月 日
縮小率/増大率	治療前に対して()%縮小 / 最小長径に対して()%増大			
標的病変の効果	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE(理由)			

非標的病変 ・ 標的病変として選択されなかった病変は、すべて非標的病変とする
 ・ 各病変とも、「あり」の場合、診断法、検査日を記入
 ・ 非標的病変が元々ない場合は、非標的病変についての効果判定を行う必要なし

非標的病変の消失の有無	診断法	検査日
部位名: (部位コード) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他()	西暦 年 月 日
部位名: (部位コード) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他()	西暦 年 月 日
部位名: (部位コード) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他()	西暦 年 月 日
全非標的病変の効果	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> IR/SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE(理由)	

新病変出現の有無 新病変なし 新病変出現(部位名) 年 月 日

6コース後の総合効果 CR PR SD PD NE 判定日: 西暦 年 月 日

初期治療から維持療法 6コース後までの最良総合効果 CR PR SD PD NE

- * 部位コード
- | | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| 1-r: 右前頭葉 | 2-r: 右側頭葉 | 3-r: 右頭頂葉 | 4-r: 右後頭葉 | 5-r: 右視床 | 6-r: 右視床下部 |
| 7-r: 右被殻 | 8-r: 右内包 | 9-r: 右小脳 | 10-r: 右中脳 | 11-r: 右橋 | 12-r: 右延髄 |
| 1-l: 左前頭葉 | 2-l: 左側頭葉 | 3-l: 左頭頂葉 | 4-l: 左後頭葉 | 5-l: 左視床 | 6-l: 左視床下部 |
| 7-l: 左被殻 | 8-l: 左内包 | 9-l: 左小脳 | 10-l: 左中脳 | 11-l: 左橋 | 12-l: 左延髄 |

コメント

DC 記入	receive1()	check1()	check2()	input1()	input2()	confirm()
	query()	receive2()	check3()	input3()	confirm()	fix()
	()	()	()	()	memo	

標的病変がない場合は、提出不要



JCOG 0305

脳外/脳ACNU+PCZ PhaseII/III

腫瘍縮小効果報告 7 - 維持療法 維持療法12コース後にデータセンターに郵送

施設名 〇〇〇〇〇がんセンター 担当医 〇× 〇×
 患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 男 生年月日 昭和30年10月10日
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 * 群 症例番号 _____

記入者名: CRC記入可(自署)
 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

維持療法 9コース後

治療前の標的病変と同じ部位の結果を記入 (「治療前報告 2」参照)

標的病変 ・ 腫瘍径は長径のみ記入、縮小率は治療前値に対して算出、増大率は最小長径に対して算出

部位	長径	検査方法	スライス厚	検査日
標的病変: (部位コード*)	cm	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2FLAIR <input type="checkbox"/> 造影T1	mm	西暦 年 月 日
縮小率/増大率	治療前に対して()%縮小 / 最小長径に対して()%増大			
標的病変の効果	1 <input type="checkbox"/> CR 2 <input type="checkbox"/> PR 3 <input type="checkbox"/> SD 4 <input type="checkbox"/> PD 5 <input type="checkbox"/> NE(理由)			

非標的病変

- ・ 標的病変として選択されなかった病変は、すべて非標的病変とする
- ・ 各病変とも、「あり」の場合、診断法、検査日を記入
 - ・ 非標的病変が元々ない場合は、非標的病変についての効果判定を行う必要なし

非標的病変の消失の有無	診断法	検査日
部位名: (部位コード*)	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他()
部位名: (部位コード*)	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他()
部位名: (部位コード*)	<input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他()
全非標的病変の効果	1 <input type="checkbox"/> CR 6 <input type="checkbox"/> IR/SD 4 <input type="checkbox"/> PD 5 <input type="checkbox"/> NE(理由)	

新病変出現の有無 新病変なし 新病変出現(部位名 _____) 年 月 日

9コース後の総合効果 1CR 2PR 3SD 4PD 5NE 判定日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

初期治療から維持療法 9コース後までの最良総合効果 1CR 2PR 3SD 4PD 5NE

- * 部位コード
- | | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| 1-r: 右前頭葉 | 2-r: 右側頭葉 | 3-r: 右頭頂葉 | 4-r: 右後頭葉 | 5-r: 右視床 | 6-r: 右視床下部 |
| 7-r: 右被殻 | 8-r: 右内包 | 9-r: 右小脳 | 10-r: 右中脳 | 11-r: 右橋 | 12-r: 右延髄 |
| 1-l: 左前頭葉 | 2-l: 左側頭葉 | 3-l: 左頭頂葉 | 4-l: 左後頭葉 | 5-l: 左視床 | 6-l: 左視床下部 |
| 7-l: 左被殻 | 8-l: 左内包 | 9-l: 左小脳 | 10-l: 左中脳 | 11-l: 左橋 | 12-l: 左延髄 |

コメント

DC 記入	receive1()	check1()	check2()	input1()	input2()	confirm()
	query()	receive2()	check3()	input3()	confirm()	fix()
	()	()	()	()	()	memo

標的病変がない場合は、提出不要



JCOG 0305

脳外/脳ACNU+PCZ PhaseII/III

腫瘍縮小効果報告 8 - 維持療法 維持療法12コース後にデータセンターに郵送

施設名 〇〇〇〇〇がんセンター 担当医 〇× 〇×
 患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 男 生年月日 昭和30年10月10日
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 * 群 症例番号 _____

記入者名: CRC記入可(自署)
 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

維持療法 12コース後

治療前の標的病変と同じ部位の結果を記入 (「治療前報告 2」参照)

標的病変 ・ 腫瘍径は長径のみ記入、縮小率は治療前値に対して算出、増大率は最小長径に対して算出

部位	長径	検査方法	スライス厚	検査日
標的病変: (部位コード)	cm	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2FLAIR <input type="checkbox"/> 造影T1	mm	西暦 年 月 日
縮小率/増大率	治療前に対して()%縮小 / 最小長径に対して()%増大			
標的病変の効果	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE(理由)			

非標的病変 ・ 標的病変として選択されなかった病変は、すべて非標的病変とする
 ・ 各病変とも、「あり」の場合、診断法、検査日を記入
 ・ 非標的病変が元々ない場合は、非標的病変についての効果判定を行う必要なし

非標的病変の消失の有無	診断法	検査日
部位名: (部位コード) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他()	西暦 年 月 日
部位名: (部位コード) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他()	西暦 年 月 日
部位名: (部位コード) <input type="checkbox"/> 未選択 <input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 他()	西暦 年 月 日
全非標的病変の効果	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> IR/SD <input type="checkbox"/> PD <input type="checkbox"/> NE(理由)	

新病変出現の有無 新病変なし 新病変出現(部位名) _____ 年 月 日

12コース後の総合効果 CR PR SD PD NE 判定日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 初期治療から維持療法 12コース後までの最良総合効果 CR PR SD PD NE

- * 部位コード
- | | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| 1-r: 右前頭葉 | 2-r: 右側頭葉 | 3-r: 右頭頂葉 | 4-r: 右後頭葉 | 5-r: 右視床 | 6-r: 右視床下部 |
| 7-r: 右被殻 | 8-r: 右内包 | 9-r: 右小脳 | 10-r: 右中脳 | 11-r: 右橋 | 12-r: 右延髄 |
| 1-l: 左前頭葉 | 2-l: 左側頭葉 | 3-l: 左頭頂葉 | 4-l: 左後頭葉 | 5-l: 左視床 | 6-l: 左視床下部 |
| 7-l: 左被殻 | 8-l: 左内包 | 9-l: 左小脳 | 10-l: 左中脳 | 11-l: 左橋 | 12-l: 左延髄 |

コメント

DC 記入	receive1()	check1()	check2()	input1()	input2()	confirm()
	query()	receive2()	check3()	input3()	confirm()	fix()
	()	()	()	()	()	memo



治療終了報告

治療終了/中止後2週間以内にデータセンターに郵送

施設名 〇〇〇〇〇がんセンター 担当医 〇× 〇×
 患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 男 生年月日 昭和30年10月10日
 カルテ番号 12345-6789 割り付け群 * 群 症例番号 _____

記入者名: CRC記入可(自署)
 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

抗がん剤最終投与日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 初期治療 _____ コース + _____ コース 維持療法
 最終照射日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 total _____ Gy
 治療中止の場合: 中止判定日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

主なプロトコル治療終了(中止)理由

プロトコル規定の治療完了(初期治療と、それに引き続く12コースの維持療法が終了)

プロトコル治療開始後に原病の増悪あり
 詳細 _____

有害事象により中止(規定期間に毒性が改善せず中止した場合も含む)
 原因となった有害事象 _____

有害事象との関連が否定できない患者拒否により中止
 原因となった有害事象 _____

有害事象との関連が否定できる患者拒否により中止
 詳細 _____

プロトコル治療期間中の死亡
 死亡日: (西暦 _____)年(_____)月(_____)日
 詳細 _____

その他の理由による中止
 詳細 _____

コメント

DC 記入	receive1()	check1()	check2()	input1()	input2()	confirm()
	query()	receive2()	check3()	input3()	confirm()	fix()
	()	()	()	()	()	memo

追跡調査用紙

調査

までにデータセンターに郵送

施設名 〇〇〇〇〇がんセンター 担当医 〇× 〇×
 患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 男 生年月日 昭和30年10月10日
 カルテ番号 12345-6789 症例番号 _____

記入者名:ORC記入可(自署)
 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

現在の状況 初期治療中
 維持療法中 (維持療法 _____ コース中)
 すべてのプロトコール治療終了・中止 (初期治療 _____ コース、維持療法 _____ コース)

増悪/再発 登録後、増悪/再発なし 最終無増悪確認日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 登録後、増悪/再発不明 最終無増悪確認日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 登録後、増悪/再発あり 増悪判定日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

前回調査までの報告 部位: (複数選択可)
 大脳(右) 11 前頭葉 21 側頭葉 31 頭頂葉 41 後頭葉
 51 視床 61 視床下部 71 被殻 81 内包
 (左) 12 前頭葉 22 側頭葉 32 頭頂葉 42 後頭葉
 52 視床 62 視床下部 72 被殻 82 内包
 小脳: 11 小脳(右) 12 小脳(左)
 脳幹(右) 11 中脳 21 橋 31 延髄
 (左) 12 中脳 22 橋 32 延髄 その他()

増悪形式: 局所再発 播種 脳内の他部位における再発

増悪/再発の状況 _____

後治療 プロトコール治療のみ 後治療あり 化学療法 なし あり
 放射線療法 なし あり
 手術 なし あり
 その他 なし あり } 内容、開始日

放射線治療晩期合併症 ・最近の6ヶ月について記入 ・プロトコール治療中の場合は、記入不要

grade	0	1	2	3	4	最悪grade
放射線皮膚炎	なし	淡い紅斑又は乾性落屑	中等度又は鮮明な紅斑又は斑状の湿性落屑、大部分は間擦部に限局 中等度の浮腫	直径≥1.5 cmで間擦部に限局しない融合性の湿性落屑; 丘疹浮腫	真皮全層の皮膚壊死又は潰瘍;外傷や擦傷によらず自然に生じた出血	() 月 日
放射線壊死の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(詳細 _____)					

上記項目以外のGrade3以上の非血液毒性/予期されないGrade2以上の有害事象 なし あり(下記に詳細記入)

毒性項目	grade	初発現日	転帰・詳細

転帰 生存 最終生存確認日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 死亡 死亡日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 死因 原病死 他病死 治療関連死 その他 不明

死亡の状況 _____
 いずれの死因の場合も死亡時の状況を記入

コメント _____

DC	receive1()	check1()	check2()	input1()	input2()	confirm()
記入	query()	receive2()	check3()	input3()	confirm()	fix()
	()	()	()	()	()	memo

放治QAチェックリスト 放射線治療終了日から7日以内に放治QAセンターに送付

施設名 〇〇〇〇〇がんセンター 担当医 〇× 〇×
 患者イニシャル 姓 A 名 A 性別 男 生年月日 昭和30年10月10日
 カルテ番号 12345-6789 症例番号 _____

記入者名:GRC記入可(自署) _____
 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

送付先

〒565-0871
 大阪府吹田市山田丘1-7 大阪大学大学院医学系研究科医用物理工学講座手島研究室(D514)内
 効果的医療技術の確立推進臨床研究事業
 放射線治療品質保証センター 大阪支部 宛

放射線治療担当医	氏名	
	電話番号	
	FAX番号	
	e-mail	

- 資料送付の際には、必ず本チェックリストのコピーを施設でも保管して下さい
- 各資料には、JCOG試験番号と症例登録番号を記入して下さい

最終検討用資料

放射線治療終了日 西暦

--	--	--	--

 年

--	--

 月

--	--

 日
 資料発送日 西暦

--	--	--	--

 年

--	--

 月

--	--

 日

確認項目 フィルムに焼いていない場合は、高画質のプリントアウトで可

- 病巣部を示す診断画像
術前および術後MRIの T2-WI (and/or FLAIR image)、および造影MRIにおいて病巣を最も的確に表す画像のコピー
- 治療計画CTのコピー
- 線量分布図 (アイソセンター面を通るアキシャル面、 coronal面、サジタル面)
GTV_{primary} やCTV₁・CTV₂およびPTV₁・PTV₂とリスク臓器の線量が把握できる情報として可能ならDVH
- 照射体積を示す情報
GTV_{primary}およびCTV₁・CTV₂の明示されたBEVやDRR画像など、GTV/CTV/PTVと照射野の関係を示す資料
- 照合画像
リニアックグラムのコピー
- 放射線治療記録(照射録)のコピー
日々の治療記録、照射方向、X線エネルギー、モニターユニット、各照射野の標的基準点に対する処方線量、照射野サイズ(横×縦)、等価正方形の一辺の長さ、出力係数(照射野係数)、治療深度、TMR/TAR、ウェッジ係数、その他の係数が記載された原資料のコピー

コメント

資料送付に関するご質問は、

「放射線治療研究事務局 角美奈子 TEL:03-3542-2511、FAX:03-3542-3815、e-mail:msumi@nco.go.jp」までご連絡ください
 品質保証活動へのご協力感謝いたします

QAC 記入	received1()	check1()	check2()	input1()	input2()	confirm()
	query()	receive2()	check3()	input3()	confirm()	fix()
	()	()	()	()	()	memo

Japan Clinical Oncology Group
脳腫瘍研究グループ

厚生労働科学研究費補助金「効果的医療技術の確立推進臨床研究事業」(平成 14 年)
「悪性脳腫瘍の標準的治療の確立に関する研究」班
厚生労働省がん研究助成金指定研究 14 指-4
「多施設共同研究の質の向上のための研究体制確立に関する研究」班

JCOG0305

「星細胞腫 Grade3・4 に対する放射線化学療法としての ACNU 単独療法と
Procarbazine+ACNU 併用療法とのランダム化第 II/III 相試験」

病理中央診断 実施手順書

Ver. 1.2

平成 16 年 9 月 10 日作成

JCOG 脳腫瘍研究グループ代表者

野村 和弘

国立がんセンター中央病院 院長

研究代表者/研究事務局

渋井 壮一郎

国立がんセンター中央病院 脳神経外科医長

病理事務局

中里 洋一 群馬大学大学院医学系研究科病態病理学 教授

本案は下記の研究班の協力により作成されたものである。

厚生労働科学研究費補助金「効果的医療技術の確立推進臨床研究事業」(平成 14 年)
「悪性脳腫瘍の標準的治療の確立に関する研究」班
厚生労働省がん研究助成金指定研究 14 指-4
「多施設共同研究の質の向上のための研究体制確立に関する研究」班