

11. 効果判定とエンドポイントの定義

11.1. 再発および再発日の定義

以下の場合には、「再発」として診断する。

- ① 各種画像所見(単純レントゲン、超音波検査、CT、MRI など)にて矛盾のない再発所見が認められた場合は「再発」とする。複数の画像所見で診断された場合は、最も早い画像検査施行日をもって「再発日」とする。
- ② 画像診断や病理学的検査によらず、臨床所見のみで再発と診断された場合には、臨床的に「再発」と判断された日をもって「再発日」とする。「再発」の診断根拠となった所見をカルテおよび CRF に記載する。
- ③ 画像所見・臨床所見にて確定診断が得られず、細胞診や生検にて再発と確定診断された場合、最も早い細胞診もしくは生検の検査施行日をもって「再発日」とする。

* CEA などの腫瘍マーカーの上昇は再発とは診断しない。

局所療法により治癒と判断される Carcinoma in situ および粘膜内癌は再発としない。

11.2. 解析対象集団の定義

11.2.1. 全登録例

「5.1 登録の手順」に従って登録された患者のうち、重複登録や誤登録を除いた集団を「全登録例」とする。

11.2.2. 全適格例

全登録例から、グループ内での検討によって決定された「不適格例」を除く集団を「全適格例」とする。担当医、施設コーディネーター・施設研究責任者のみの判断による「不適格例」は全適格例に含める。グループによる「不適格例」の決定に際しては、最終解析においてはグループ代表者の承認を要するが、中間解析や定期モニタリング、最終解析レポート提出以前の学会発表の際の解析においては、研究事務局とデータセンターが協議の上、全適格例に研究事務局判定による「不適格例」を含めないことができる。

11.2.3. 全治療例

全登録例のうち、プロトコル治療の一部または全部が施行された全患者を「全治療例」とする。プロトコル治療がまったく施行されなかった「治療非施行例」の決定と安全性の集計の解析から除くかどうかはデータセンターが研究事務局の了解の上で決定してよい。

11.2.4. 全術後化学療法治療例

全登録例の内、術後補助化学療法が一部または全部が施行された患者を「全術後化学療法治療例」とする。

11.3. エンドポイントの定義

11.3.1. 全生存期間 (Overall survival: OS)

登録日を起算日とし、あらゆる原因による死亡日までの期間。

生存例では最終生存確認日をもって打ち切りとする。

追跡不能例では追跡不能となる以前で生存が確認されていた最終日をもって打ち切りとする。

イベント	イベント日
あらゆる原因による死亡	死亡日

11.3.2. 無再発生存期間 (Relapse-free survival: RFS)

登録日を起算日とし、以下の 2 つのうちいずれか最も早いものが確認されるまでの期間。

イベント	イベント日
あらゆる原因による死亡	死亡日
再発(局所再発を含む)	再発日

- ・再発と診断されていない生存例では、再発がないことが確認された最終日(最終無再発生存確認日: 外来受診日または検査受診日のうちもっとも新しい日)をもって打ち切りとする。
- ・術後病理診断にて組織学的根治度 A(CurA)が達成されなかった場合、初回手術日をもってイベントとし、プロトコル治療を中止する。
- ・腸閉塞などで発症したため、術前に原発巣より口側に存在する大腸多発癌の検索ができず術後の大腸内視鏡などで多発癌が発見された場合。
 - i) 同病変の治療として手術(内視鏡的粘膜切除術を除く)が必要な場合は、手術日をもってイベントとし、プロトコル治療を中止とする。

- ii) 同病変の治療として局所療法により治癒と判断される場合には、イベントとも打ち切りともしない。
- ・ 毒性や患者拒否などの再発以外の理由による術後補助化学療法中止例で、後治療として他の治療が加えられた場合も、イベントと打ち切りは上記と同様に扱う。すなわち、治療中止時点や後治療開始日で打ち切りとしない。

11.3.3. 開腹移行 (conversion) 割合

B 群: 腹腔鏡下手術群の全登録例のうち、術中診断にて Stage I-III の患者 (下表①②③④) を分母とし、開腹へ移行した患者 (下表の②④) を分子とする割合を開腹移行割合とする。

術中診断での Stage	プロトコール治療完遂		プロトコール治療中止	
	①開腹移行 ^{*2} (-)	②開腹移行 ^{*2} (+)	③開腹移行 ^{*2} (-)	④開腹移行 ^{*2} (+)
Stage I-III				
Stage IV および 高度他臓器浸潤 ^{*1}	/		⑤開腹移行 ^{*2} (-)	⑥開腹移行 ^{*2} (+)

* 1: 高度他臓器浸潤の定義

本試験においては、腫瘍近傍の大網・腹膜への軽度浸潤を除く他臓器浸潤を高度他臓器浸潤とする。

* 2: 開腹移行 (Conversion) の定義

本試験においては、腫瘍を摘出する目的以外で 8cm を超える皮切を行った場合、すべて開腹移行 (conversion) とする。

上記の①～⑥の詳細を示す。

①: 手術療法完遂、かつ開腹に移行しなかった。

例: プロトコール治療が問題なく施行できた場合など。

②: 手術療法完遂したが、開腹に移行した。(Technical Conversion)

例: 術中合併症 (腹腔内出血や臓器損傷など) のコントロールのために開腹したが、根治度 A の手術が出来た場合など。

③: 中止理由②i) (6.4.2.参照) により手術療法中止し、開腹に移行しなかった。

例: 術中合併症 (麻酔中の AMI など) によってプロトコール規定の手術が不能になったが、開腹は行わずに手術を終了した場合など。

④: 中止理由②i) により手術療法中止し、かつ開腹に移行した。(Complicative Conversion)

例: 術中合併症 (出血など) によってプロトコール規定の手術が不可能となり、かつそのコントロールのために開腹を行った場合など。

⑤: 中止理由①の i) ii) のいずれかによって手術療法中止し、開腹に移行しなかった。

例: 術中に肝転移など (もしくは腹壁への高度浸潤) が見つかったプロトコール規定の手術が出来なかったが、開腹は行わずに手術を終了した場合など。

⑥: 中止理由①の i) ii) のいずれかによって手術療法中止し、かつ開腹に移行した。(Indicated or Conversion)

例: 術中に肝転移などが見つかったプロトコール規定の手術が出来ず、かつ術中合併症 (もしくは転移などの切除) のために開腹した場合など。

11.3.4. 腹腔鏡下手術完遂割合

B 群: 腹腔鏡下手術群の全登録例を分母とし、手術療法を完遂しかつ開腹へ移行しなかった患者 (上表の①) を分子とする割合を腹腔鏡下手術完遂割合とする。

11.3.5. 有害事象

1) 有害事象発生割合

i) 術中・術後合併症発生割合

全治療例を分母とし、下記の有害事象 (毒性) についてそれぞれ CTCAEver3.0 日本語訳 JCOG 版による最悪の grade の頻度を (群別に) 求める。

① 術中合併症 (CTCAEv3.0 short name) (手術開始より手術終了 (閉腹) まで)

- ・ 血管: 血栓症/血栓/塞栓症、
- ・ 手術/術中損傷: 術中損傷-[大動脈、臓器の主要な動脈、下大静脈、門脈、十二指腸、小腸-細分類不能、胆嚢、肝、脾、尿管、膀胱]

- ・ その他の致命的な合併症

② 術後早期合併症 (CTCAEv3.0 short name) (手術終了より術後初回退院まで)

- ・ 全身状態: 発熱
- ・ 消化器: 消化管リーク-大腸、消化管瘻-結腸/盲腸/虫垂、消化管閉塞-[結腸、小腸-細分類不能]、イレウス
- ・ 皮膚科/皮膚: 創傷合併症-非感染性、
- ・ 感染: 正常好中球数の感染-[小腸-細分類不能、カテーテル感染、創傷、胆嚢(胆管炎)、気管支、肺(肺炎)、上気道-細分類不能、膀胱、腎臓、尿路-細分類不能]
- ・ 出血: 消化管出血-[胃、十二指腸]
- ・ 腎/泌尿生殖器: 泌尿生殖器閉塞-尿管

③ 術後晩期合併症 (CTCAEv3.0 short name) (術後初回退院より、術後 5 年まで)

- ・ 消化器: 消化管閉塞-[結腸、小腸-細分類不能]、イレウス、便秘、下痢
- ・ 腎/泌尿生殖器: 頻尿、残尿・尿閉、泌尿生殖器狭窄-尿管
- ・ リンパ管: 浮腫: 四肢
- ・ 浮腫: 体幹/生殖器

ii) 術後補助化学療法に伴う有害事象発生割合

全術後化学療法治療例を分母とし、下記の有害事象についてそれぞれ CTCAEver3.0 日本語訳 JCOG 版による、術後補助化学療法の初回投与日から最終投与日より 4 週間後までの最悪 grade の頻度を (群別に) 求める。

- ・ 全身症状: 発熱
- ・ 皮膚科/皮膚: 手足皮膚反応、色素沈着
- ・ 消化管: 食欲不振、下痢、悪心、嘔吐、粘膜炎(機能/症状)-口腔、粘膜炎(診察所見)-口腔、味覚変化
- ・ 神経: 神経障害: 脳神経-臭覚、神経障害-運動性
- ・ 感染: 好中球数不明の感染-[胆管、胆嚢、気管支、肺(肺炎)、咽頭、上気道-細分類不能、膀胱、腎臓、尿路-細分類不能]
正常好中球数の感染-[胆管、胆嚢、気管支、肺(肺炎)、咽頭、上気道-細分類不能、膀胱、腎臓、尿路-細分類不能]
感染(臨床的に確認)-[胆管、胆嚢、気管支、肺(肺炎)、咽頭、上気道-細分類不能、膀胱、腎臓、尿路-細分類不能]
発熱性好中球減少
感染性大腸炎
- ・ 代謝/検査: 高・低ナトリウム血症、高・低カリウム血症
- ・ 肝臓: ビリルビン、SGOT、SGPT
- ・ 血液/骨髄: ヘモグロビン、白血球、好中球、血小板

上記以外の有害事象(毒性)については、血液毒性(血液/骨髄区分)以外の Grade3 以上の有害事象が観察された場合のみ治療経過記録用紙に記載するため、特定の有害事象が多く観察された場合を除いて原則として発生割合は集計しない。

2) 重篤な有害事象発生割合

全治療例を分母として、以下のいずれかの重篤な有害事象がひとつ以上観察された症例を分子とする割合を重篤な有害事象発生割合とする。

- 1) プロトコール治療期間中、あるいは手術日と最終化学療法日の遅い方から 30 日以内の全ての死亡。(死因は治療との因果関係を問わない)
- 2) 手術日・最終化学療法日から 31 日以降ではあるが、治療との因果関係を否定できない死亡。
- 3) Grade 4 の非血液毒性(血液/骨髄カテゴリーの有害事象を除く)。

11.3.6. 術後早期経過

術後早期経過として、以下の4項目について評価を行う。

以下の「日」の計算は0時より24時までを1日としてカウントする。よって手術日の24時までは「術後0日」、そこから手術翌日の24時までを「術後1日」とする。

1) 排ガスまでの日数

手術終了後から術後21日までに、最初に排ガスもしくは排便のいずれか早いほうが確認されるまでの期間を1日単位で記録する。術後21日までに排ガス・排便が確認できなかった場合は術後21日で打ちきりとする。

排ガスが得られたかどうかは患者申告を用いる。

2) 鎮痛剤の使用割合

前治療例を分母として、術後5日目以降、10日までに鎮痛剤を1度でも使用した症例数を分子とする割合を鎮痛剤の使用割合とする。

鎮痛剤とは以下のすべてを含む

- i) NSAID
- ii) 麻薬性鎮痛薬
- iii) 術後から挿入されていた硬膜外麻酔を術後5日以降も継続した場合

3) 術後3日までの発熱(最高値)

術後3日(手術翌日が術後1日となる)までの、体温の最高値。期間中は最低1日に3回以上体温を測定する。

4) 入院期間中の発熱(最高値)

術後初回退院日までの、体温の最高値。期間中は最低1日1回以上体温を測定する。

12. 統計的事項

12.1. 主たる解析と判断規準

Primary endpoint は全生存期間、secondary endpoints は無再発生存期間、有害事象、術後早期経過、開腹移行 (conversion) 割合、腹腔鏡下手術完遂割合とする。

本試験の主たる解析の目的は、標準治療である開腹での大腸切除術 (開腹手術) に対し、試験治療である腹腔鏡下での大腸切除術 (腹腔鏡下手術) が、primary endpoint である全生存期間において、非劣性であるかどうかを検証することである。

腹腔鏡下手術は開腹手術に比べて、創が小さい、術後の痛みが少ない、術後の回復が早い、早期社会復帰が可能などの臨床的有用性を期待できる。ただし、これらの臨床的有用性については定量的・客観的エンドポイントとして評価することが難しく、また術後の痛みや創の大きさについてはエンドポイントとして証明せずとも明らかであると考えられる。そのため、Primary endpoint である全生存期間で非劣性が証明された場合、その他の secondary endpoints で統計学的に優っていることが証明されなくとも、「12.4.secondary endpoints の解析」で記載した腹腔鏡下手術群での secondary endpoints の期待する結果と大きく異ならなければ、腹腔鏡下手術がより有用な治療法であると結論する。その他の secondary endpoints とは、術後早期経過、有害事象、開腹移行割合である。

全生存期間での非劣性が証明できなかった場合は、標準治療である開腹手術が引き続き有用な治療法であると結論する。

主たる解析は、グループでの検討を経て決定した不適格を除く全適格例を対象に、施設以外の割付け調整因子を層とし、治療法を共変量とした比例ハザードモデルをあてはめ、腹腔鏡下手術群の開腹手術群に対するハザード比を片側有意水準 5% に対応する 90% 信頼区間とともに推定する。非劣性の検証はハザード比の許容域である 1.366 を帰無仮説とするワルド検定により評価する (12.2 参照)。参考として全登録例による解析も行う。

非劣性試験であるため、片側検定を行う。試験全体の有意水準は、片側 5% とする。生存曲線、50% 全生存期間、年次生存割合などの推定は Kaplan-Meier 法を用い、Greenwood の公式を用いて 95% 信頼区間を求め、治療効果の推定値として、施設以外の割付け調整因子を層とした Cox 比例ハザードモデルを用いて群間の治療効果のハザード比とその 95% 信頼区間を求める。必要に応じて偏りが見られた背景因子で調整した Cox 回帰を行う。

12.2. 予定登録数・登録期間・追跡期間

「2.7. 臨床的仮説と登録数設定根拠」で示された背景に基づき、これまでの研究から推定される開腹手術群、腹腔鏡下手術群の生存割合を下表に示す。

開腹手術群 5年生存割合	腹腔鏡下手術群 5年生存割合	腹腔鏡下手術群において許容される5年生存割合
70-80%	70-80%	開腹手術-7.5%

「2.4.3. 患者集積見込み」で示した大腸がん外科グループの症例登録見込みより、IRB 承認に時間がかかる事も考慮し、登録 3 年、追跡 5 年としてサンプルサイズを計算する。

腹腔鏡下手術が開腹手術に代わって標準的治療となるためには、5 年生存割合で開腹手術を 7.5% 以上下回ってはならない。この場合、腹腔鏡下手術の開腹手術に対する非劣性の検証に必要な 1 群あたりの症例数 (片側 $\alpha=0.05$ として) は以下ようになる。

腹腔鏡下 手術群 期待5年 生存割合	開腹手術群生存割合								
	70%			75%			80%		
	検出力								
	75%	80%	85%	75%	80%	85%	75%	80%	85%
70%	383	440	511						
75%				356	409	475			
80%							321	369	429

開腹手術群 5 年生存割合が 70%、75%、80% の場合、5 年生存割合で 7.5% 下回るということは、腹腔鏡下手術群の開腹手術群に対するハザード比でそれぞれ、1.318、1.366、1.441 に対応する。ハザード比 < 1.441 は非劣性の許容域としては大きすぎると考えられるため、許容域を 5 年生存割合が 75% であった場合のハザード比 < 1.366 とする。この場合、開腹手術群 5 年生存割合が 70%、75%、80% の場合、許容域の下限は 5 年

存割合でそれぞれ 8.57%、7.50%、6.27%下回ることに対応する。

検定にはハザード比を用いるので許容ハザード比 <1.366 として開腹手術群5年生存割合が70%、75%、80%の場合の必要サンプルサイズを計算すると以下ようになる。腹腔鏡下手術群の期待5年生存割合に関しては、開腹手術群よりも若干悪い場合や良い場合が想定されるため、開腹手術群の5年生存割合に対して $\pm 1\%$ の場合に関しても症例数を見積もった。

腹腔鏡下 手術群 期待5年 生存割合	開腹手術群5年生存割合								
	70%			75%			80%		
	検出力								
	75%	80%	85%	75%	80%	85%	75%	80%	85%
69%	387	444	517						
70%	300	344	400						
71%	238	274	319						
74%				479	551	640			
75%				356	409	476			
76%				274	315	366			
79%							634	728	847
80%							441	506	589
81%							323	371	431

表の網掛け部分(1群あたり409例以下)を見ると、腹腔鏡下手術群の成績と開腹手術群の成績が同じと期待される場合には、開腹手術群5年生存割合が70%、75%、80%の場合にそれぞれ、検出力約90%、約80%、約70%を確保できる。そこで、登録期間3年、追跡期間5年、予定登録症例数を2群合わせて818例とする。

12.3. 中間解析と試験の早期中止

12.3.1. 中間解析の目的と時期

試験の途中で、本試験の主たる目的が達成されたかどうかを評価する目的で2回の中間解析を行う。1回目の中間解析は、登録中に登録を続けることが妥当かどうかを判断する目的で、2回目の中間解析は登録終了後早期に、予定した期間の追跡を行うかどうかを判断する。いずれの場合も試験の主たる目的が達成されていると判断された場合は試験を中止し、すみやかに試験結果を学会および論文にて公表する。

1回目の中間解析は、予定登録数の半数の登録が得られた時点以降に最初に問い合わせを行う定期モニタリングのデータを用いて行い、2回目の中間解析は、登録が終了し、すべての登録患者のプロトコル治療が終了する時期を目途に、データセンターと研究事務局で相談した上で適切と思われる時期の定期モニタリングに合わせて行う。

原則として中間解析中も登録は停止しない。

12.3.2. 中間解析の方法

試験全体の有意水準を片側5%に保つために、中間解析と最終解析における検定の多重性をLan & DeMetsの α 消費関数を用いて調整し、2群間の全生存期間の差について統計学的有意性を調べる。 α 消費関数としてO'Brien & Flemingタイプ⁴⁹⁾を用いる。

腹腔鏡下手術群の全生存期間における非劣性が証明された場合には、引き続いて腹腔鏡下手術群の全生存期間の優越性の検証を行うが、この比較では多重性の調整は行わないこととする。これは全生存期間の優越性検証には統計学的な多重性の問題が生じないからである。

解析はデータセンターで行う。データセンターの解析担当者は、必要に応じて中間解析時点までに解析計画書を作成する。

中間解析の結果、以下の場合は本試験を中止する。

- ・開腹手術群に対して、腹腔鏡下手術群の全生存期間での非劣性が証明され、さらに優越性も示された場合。
- ・腹腔鏡下手術群の開腹手術群に対するハザード比の点推定値が許容ハザード域(ハザード比 >1.366)を超えて上回った場合(腹腔鏡下手術群が許容範囲を超えて悪い場合)。
- ・開腹手術群に対して、腹腔鏡下手術群の全生存期間での(多重性を調整した上でも)非劣性が証明された場合は原則として試験を中止とする。ただし、非劣性が証明されたとしても、有害事象、術後

早期経過などの secondary endpoints を参考として、開腹手術に対する腹腔鏡下手術のリスクとベネフィットからを試験を中止するかどうかを総合的に判断する。

12.3.3. 中間解析結果の報告と審査

中間解析結果は中間解析レポートとしてデータセンターより効果・安全性評価委員会に提出され、試験継続の可否および結果公表の可否について審査を受ける。効果・安全性評価委員会は、試験継続の可否を検討し、審査結果に基づいて研究代表者に試験継続の可否および結果公表の可否を勧告する。ただし、効果・安全性評価委員会委員のうち、大腸がん外科グループのメンバーは審査に加わらない。また、中間解析の結果により効果・安全性評価委員会から本試験の中止の勧告がだされない限り、試験が終了するまで、本試験の研究代表者、研究事務局、参加施設の研究者は中間解析結果を知ることができない。

中間解析レポートの審査により、効果・安全性評価委員会より試験の全部または一部について中止または変更の勧告がなされた場合、研究代表者は勧告内容を検討し、試験の中止または一部の変更を行うか否かを決定する。

試験を中止または試験の一部変更を行う場合には、研究代表者は効果・安全性評価委員会に「試験中止許可願い」または「プロトコル改正願い」を文書で提出する。効果・安全性評価委員会の承認を経て研究代表者は試験を中止または試験の一部を変更することができる。

研究代表者は効果・安全性評価委員会の勧告内容に異議申し立てができるが、効果・安全性評価委員会との間で意見の調整ができなかった場合、最終的には JCOG 代表者の指示に従う。

12.4. Secondary endpoints の解析

12.4.1. 安全性の secondary endpoints の解析

Secondary endpoints のうち、安全性の endpoints は、有害事象、術後早期経過、開腹移行 (conversion) 割合、腹腔鏡下手術完遂割合である。有害事象、開腹移行 (conversion) 割合、腹腔鏡下手術完遂割合は原則として定期モニタリングの項目である。

1) 有害事象

有害事象は、腹腔鏡下手術群が開腹手術群を下回ることを期待する。有害事象に関しては、参加施設の研究者には群をマスクした有害事象項目毎の Grade の頻度がモニタリングレポートに示される。(14.1. 定期モニタリング参照)。重篤な有害事象発生割合の群間比較の検定は、原則として中間解析および最終解析にのみ行う。区間推定は二項分布の正確な信頼区間を用いて行う。必要に応じて Fisher の直接検定を用いて群間比較を行う。

2) 開腹移行割合、腹腔鏡下手術完遂割合

開腹移行割合は腹腔鏡下手術群で 10%を超えないことを期待する。腹腔鏡下手術完遂割合については、90%以上を期待する。

3) 術後早期経過

術後早期経過の 1)~4)のエンドポイントについては、中間解析および最終解析においてのみ群間比較を行う。

- 1) 排ガスまでの日数はログランク検定を用いて群間比較を行う。ただし、術後 21 日以前の早期に死亡が観察された対象については術後 14 日の時点をもって打ち切りとする。この打ち切り処理は、臨床的に好ましい排ガスもしくは排便イベントまでの時間として定義されるこのエンドポイントへの、臨床的に好ましくない死亡イベントによるバイアスを減らすために行う。本試験においては早期死亡などにより術後早期経過が測定打ち切りを受ける対象はほとんどいないと予想されることから、この処理の群間比較への影響は小さいと考えられる。予想に反して、打ち切りが多い場合には得られた結果を解釈する上で注意を要する。
- 2) 鎮痛剤の使用割合は、Fisher の直接確率検定を用いて群間比較を行う。鎮痛剤の使用割合は腹腔鏡下手術群で低い事を期待する。
- 3) 術後 3 日までの発熱(最高値)と 4)入院期間中の発熱(最高値)は平均値を用いて群間比較する。排ガスまでの期間は腹腔鏡下手術群で短く、術後 3 日までの発熱および入院期間中の発熱は腹腔鏡下手術群で低いことを期待する。

12.4.2. 有効性の secondary endpoints の解析

Secondary endpointsのうち、有効性の endpoints は、無再発生存期間であり、これらは中間解析および最終解析においてのみ群間比較を行う。多重性の調整は行わない。

無再発生存期間においても腹腔鏡下手術群が開腹手術に対して非劣性であることを期待する。グループでの検討を経て決定した不適格例を除く全適格例を対象とするが、全登録例による比較も参考として行う。

無再発生存期間、無再発生存期間中央値、時点無再発生存割合の推定は Kaplan-Meier 法を用いて行い、Greenwood の公式を用いて 95%信頼区間を求める。群間比較には、治療法と施設以外の割付調整因子を共変量として含めた Cox 比例ハザードモデルをあてはめ、腹腔鏡下手術群の開腹手術群に対するハザード比の信頼区間を用いて検証する。必要に応じて割付調整因子に加え、偏りが見られた背景因子も調整する。信頼区間の構成は Wald 法を用いる。非劣性の比較における許容域は、開腹手術群の腹腔鏡下手術群に対する無再発生存期間のハザード比 < 1.366 を参考とする。さらに参考として全登録例を対象とした解析も行う。

12.5. 最終解析

追跡期間終了後、最終調査によりデータを確定した後、すべてのエンドポイントに対する解析を行う。

それ以外の時期は、プロトコールに記載した場合または効果・安全性評価委員会の許可を得た場合を除き、primary endpoint の群間比較、有効性の secondary endpoints の群間比較を行わない。

最終解析結果はデータセンターが「最終解析レポート」としてまとめ、研究事務局、研究代表者、グループ代表者、臨床試験審査委員会、JCOG 代表者に提出する。

研究代表者／研究事務局は最終解析レポートの内容を総括し、試験全体の結論、問題点、結果の解釈と考察、今後の方針などを主として臨床的観点からまとめた「総括報告書」を作成し、グループ代表者の承認を得て、臨床試験審査委員会、JCOG データセンター、JCOG 代表者に提出する。

13. 倫理的事項

13.1. 患者の保護

本試験に関係する全ての研究者は、ヘルシンキ宣言(日本医師会:<http://www.med.or.jp/wma/>)および臨床研究に関する倫理指針(厚生労働省告示第255号:<http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/07/tp0730-2.html>)に従って本試験を実施する。

13.2. インフォームドコンセント

13.2.1. 患者への説明

登録に先立って、担当医は患者本人に施設の IRB 承認が得られた説明文書(付表の説明文書または施設で改変を加えた説明文書)を患者本人に渡し、以下の内容を口頭で詳しく説明する。また、患者説明用ビデオを補助的に用いる。

1) 病名、病期、推測される予後に関する説明

2) 本試験が JCOG 臨床試験であること。

臨床試験(Clinical trial)と一般診療(Clinical practice)との違い。

3) 本試験のデザインおよび根拠(rationale: 意義、登録数、必要性、目的など)

4) プロトコール治療の内容

薬品名、投与方法、手術法、投与量、治療周期、プロトコール治療全体の期間など

5) プロトコール治療により期待される効果

延命効果、症状緩和効果など

6) 予期される有害事象、合併症、後遺症とその対処法について

合併症、後遺症、治療関連死を含む予期される有害事象の程度と頻度、及びそれらが生じた際の対処法について

7) 費用負担と補償

治療にかかる費用は保険制度でまかなわれること、健康被害が生じた場合の補償は一般診療での対処に準ずることなど、一般診療と同様であることの説明。適応外使用の場合はその負担に関することの説明。

8) 代替治療法

現在の一般的治療法(緩和医療も含む)や標準治療法の内容、効果、毒性など代替治療を選択した場合の利益と不利益。

9) 試験に参加することで患者に予想される利益と可能性のある不利益

試験に参加することによって享受できると思われる利益と被る可能性のある不利益。

10) 病歴の直接閲覧について

「精度管理のため他施設の医療関係者が施設長の許可を得て病歴などを直接閲覧すること」など監査の受け入れに関する説明

11) 同意拒否と同意撤回

試験参加に先立っての同意拒否が自由であることや、いったん同意した後の同意の撤回も自由であり、それにより不当な診療上の不利益を受けないこと

12) 人権保護

氏名や個人情報が守秘されるための最大限の努力が払われること。

13) データの二次利用

JCOG 委員会が承認した場合に限り、個人識別情報とリンクしない形でデータを二次利用する(メタアナリシスなど)可能性があること。

14) 質問の自由

担当医の連絡先のみでなく、施設の研究責任者、試験の研究代表者(または研究事務局)の連絡先を文書で知らせ、試験や治療内容について自由に質問できることを説明する。

13.2.2. 同意

試験についての説明を行った翌日以降に、患者が試験の内容をよく理解したことを確認した上で、試験への参加について依頼する。患者本人が試験参加に同意した場合、付表の同意書または施設で定められた書式の本試験の同意書を用い、説明をした医師名、説明を受け同意した患者名、同意を得た日付を記

載し、医師、患者各々が署名する。

同意文書は 2 部コピーし、1 部は患者本人に手渡し、1 部は施設コーディネーターが保管する。原本はカルテに保管する。

13.3. プライバシーの保護と患者識別

登録患者の氏名は参加施設からデータセンターへ知らされることはない。

登録患者の同意や照会は、登録時に発行される登録番号、患者イニシャル、生年月日、カルテ番号を用いて行われる。患者名など、第三者が当該施設の職員やデータベースへの不正アクセスを介さずに直接患者を識別できる情報が、データセンターのデータベースに登録されることはない。

カルテ番号を用いている以上、個人情報漏洩の危険は常に存在するが、逆にカルテ番号を用いない場合、患者の同意が完全に施設側の個人情報管理に依存することになり、追跡が長期に渡り、かつ二次がんなどの附随研究による調査も有り得るがんの多施設共同臨床試験においては、施設の事情により患者の同意が不可能となる危険も無視できない。

以上より、JCOG では最小限の識別情報としてカルテ番号を用いるが、JCOG のすべての研究者は、こうしたリスクを踏まえた上で、個人情報保護のため最大限の努力を払う。

施設、データセンター、研究事務局間の患者データのやりとりは、紙、電子媒体のいかにかわらず、患者登録と有害事象報告を除き、郵送あるいは直接手渡しすることを原則とする。

13.4. プロトコールの遵守

本試験に参加する研究者は、患者の安全と人権を損なわない限りにおいて本研究実施計画書を遵守する。

13.5. 施設の倫理審査委員会(機関審査委員会)の承認

13.5.1. 試験参加開始時の承認

本試験への参加に際しては、本研究実施計画書および患者への説明文書および患者説明用ビデオが各施設の倫理審査委員会または IRB (機関審査委員会: Institutional Review Board) で承認されなければならない。

IRB 承認が得られた場合、各施設の施設コーディネーターは IRB 承認文書のコピーを研究事務局へ送付する。IRB 承認文書原本は施設コーディネーターが保管、コピーは研究事務局が保管する。

なお、患者への説明文書は、施設毎に改変を加えたものを当該施設 IRB の承認を得て用いることができるが、研究実施計画書(プロトコール)については施設毎の内容変更は許容されない。全施設共通のプロトコールを用いる。内容の変更が必要な場合は、全施設で用いるプロトコールとして改正もしくは改訂を行う。

13.5.2. IRB 承認の年次更新

本研究実施計画書および患者への説明文書の各施設倫理審査委員会または IRB の審査承認の年次更新の有無は各参加施設の規定に従う。JCOG として IRB の年次更新承認書の提出は求めない。

13.6. プロトコールの内容変更について

13.6.1. プロトコールの内容変更の区分

プロトコール内容変更の際には、変更内容の実行(activation)に先だつて「プロトコール改訂申請」を効果・安全性評価委員会に提出し承認を得なければならない。

JCOG では、臨床試験審査委員会承認後のプロトコール内容の変更を改正・改訂の 2 種類に分けて取り扱うが、改正・改訂の区別は効果・安全性評価委員長が行うため、研究者の委員会申請はすべて「改訂申請」でよい。また、プロトコール内容の変更に該当しない補足説明の追加をメモランダムとして区別する。定義と取り扱いは下記のとおり。

1) 改正 (Amendment)

試験に参加する患者の危険 (risk) を増大させる可能性のある、または試験の primary endpoint に関連するプロトコールの部分的変更。当該グループ代表者の承認、JCOG データセンター長の承認、効果・安全性評価委員会および各施設 IRB の審査承認を要する。

カバーページに JCOG 効果・安全性評価委員会の承認日を記載する。

2)改訂(Revision)

試験に参加する患者の危険を増大させる可能性がなく、かつ試験の primary endpoint にも関連しないプロトコルの変更。

当該グループ代表者と JCOG データセンター長の承認および効果・安全性評価委員長の承認を要する(従来の「委員長決裁」に相当する)。

施設 IRB の審査承認については各施設の取り決めに従う。

カバーページに JCOG 効果・安全性評価委員会の承認日を記載する。

3)メモランダム/覚え書き(Memorandum)

プロトコル内容の変更ではなく、文面の解釈上のバラツキを減らしたり、特に注意を喚起するなどの目的で、研究代表者/研究事務局から試験の関係者に配布するプロトコルの補足説明。書式は問わない。

委員会申請不要。グループ代表者と JCOG データセンター長の承認と効果・安全性評価委員会への報告を要する。

カバーページへの記載不要。

13.6.2. プロトコル改正/改訂時の施設 IRB 承認

試験中に効果・安全性評価委員会の承認を得て本研究実施計画書または患者への説明文書の改正がなされた場合は、改正された研究実施計画書および説明文書が各施設の倫理審査委員会(または IRB)で承認されなければならない。

内容変更が改正ではなく改訂の場合に、各施設の倫理審査委員会(または IRB)の審査承認を要するか否かは各施設の取り決めに従う。

改正に対する IRB 承認が得られた場合、各施設の施設コーディネーターは IRB 承認文書のコピーを研究事務局へ送付する。IRB 承認文書原本は施設コーディネーターが保管、コピーは研究事務局が保管する。

14. モニタリングと監査

14.1. 定期モニタリング

試験が安全に、かつプロトコルに従って実施されているか、データが正確に収集されているかを確認する目的で、原則として年2回定期モニタリングが行われる。

モニタリングはデータセンターに収集される記録用紙(CRF)の記入データに基づいて行われる中央モニタリングであり、施設訪問にて原資料との照合を含めて行う施設訪問モニタリングは行わない。

データセンターが作成する定期モニタリングレポートは、研究事務局、研究代表者、グループ代表者、効果・安全性評価委員会、JCOG 代表者に提出され、JCOG のモニタリングに関する規定に従って検討される。

定期モニタリングの目的は、問題点をフィードバックして試験の科学性倫理性を高めることであり、試験や施設の問題点の摘発を意図したものではないため、研究事務局、研究代表者、グループ代表者、施設研究責任者は定期モニタリングレポートで指摘された問題点の改善に努める。

14.1.1. モニタリングの項目

- ① 集積達成状況:登録数-累積/期間別、全施設/施設別
- ② 適格性:不適格例/不適格の可能性のある患者:群/施設
- ③ プロトコル治療中/治療終了の別、中止/終了理由:群/施設
- ④ 治療前背景因子:群
- ⑤ 重篤な有害事象:群/施設
- ⑥ 有害反応/有害事象:群(各施設の研究者には群をマスクする。)
- ⑦ 開腹移行割合、腹腔鏡下手術完遂割合:B 群のみ
- ⑧ 出血量、手術時間:群(各施設の研究者には群をマスクする。)
- ⑨ プロトコル逸脱:群/施設
- ⑩ 全生存期間:全登録例
- ⑪ その他、試験の進捗や安全性に関する問題点

14.1.2. 有害事象の許容範囲

手術療法

本試験参加施設においては、開腹手術群、腹腔鏡下手術群共に、手術による治療関連死はほとんど発生しないと考えられる。よって手術療法による治療関連死は少なくとも術後補助化学療法によるもの以下であるべきと考えられるため、3%以下として設定する。

本試験において腹腔鏡下手術群において、縫合不全(CTCAE ver3.0 では「消化管リーク-大腸」に相当)および、一時的人工肛門造設の割合が増加する可能性がある。そのため、腹腔鏡下手術群においては下記の許容範囲を設定する。

- 1). 術後早期合併症における Grade1 以上の「消化管リーク-大腸」 $\leq 5\%$
- 2) 一時的人工肛門造設の割合 $\leq 5\%$

術後補助化学療法

Intergroup で行われた大腸癌術後補助化学療法の比較試験(CLB89803): 5FU+LV vs 5FU+LV+CPT-11 において、5FU+LV は本試験と同様の投与方法であったが、そこでの治療関連死亡は0.8%(n=628)と報告されている。また、欧州で実施されている V303 試験では、2.1~3%と報告されており、術後補助化学療法であることを考慮しても、術後補助化学療法による治療関連死の許容範囲を 3%以下として設定する。

14.1.3. プロトコル逸脱・違反

薬剤投与、放射線照射、外科的切除などの治療、臨床検査や毒性・有効性の評価などがプロトコルの規定に従って行われなかったものをプロトコル逸脱とする。

モニタリングに際しては、原則として予めデータセンターと研究代表者/研究事務局間で試験毎に取り決めた一定の許容範囲を超える逸脱が「逸脱の可能性のある症例」としてモニタリングレポートに列記され、研究事務局および研究グループの検討を経て以下のいずれかに分類される。

1) 違反 violation

臨床的に不適切であり、かつ以下の複数項目に該当するプロトコル規定からの逸脱を「違反」とする。

- ① 試験のエンドポイントの評価に影響を及ぼす
- ② 担当医/施設に原因がある
- ③ 故意または系統的
- ④ 危険または逸脱の程度が著しい

「違反」は論文公表する際に原則として個々の違反の内容を記載する。

(違反の例)

- ・ 比較試験において割り付け群以外の群の治療を実施
- ・ プロトコル治療中に他の抗がん剤や併用禁止治療を併用(薬剤、放射線照射、外科切除)
- ・ 複数の患者で継続的に治療レジメン中のある薬剤を使用しなかった
- ・ 大幅な過量投与

2) 逸脱 deviation

1)の違反にも、3)の許容範囲にも該当しない逸脱

特定の逸脱が多く見られた場合は論文公表の際に記載することが望ましい。

逸脱は、常に施設の担当医に問題があることを意味しない。研究といえども臨床試験においては患者の安全が第一優先であるため、プロトコルの規定に従うと危険であると判断される場合は、担当医の医学的判断によりむしろ「逸脱」すべきである。患者の安全のために臨床的に妥当な逸脱と判断された場合はモニタリングレポートに「臨床的に妥当な逸脱」と記載される。

「臨床的に妥当な逸脱」が少数例見られる場合は特に問題とする必要はないが、多発している場合にはプロトコルの規定が不適切である可能性が高いため、プロトコル改訂を検討する必要がある。

3) 許容範囲 acceptable deviation

JCOG 全体、研究グループ、または研究代表者/研究事務局とデータセンター間で、事前にまたは事後的に試験ごとに設けた許容範囲内のプロトコルからの逸脱。

事前に設定された許容範囲内の逸脱はモニタリングレポートに掲載しない。

14.2. 施設訪問監査

JCOG では、研究の科学的・倫理的な質の向上と教育を目的とする施設訪問監査を行う。

監査委員会が指名するJCOG内の研究者(監査担当者)が本研究参加施設を訪問し、施設IRB承認文書の確認、患者同意文書の確認、記録用紙記入データとカルテとの照合(原資料の直接閲覧)などを監査委員会の定める監査マニュアルとそれに従って業務担当者などが作成する標準業務手順書(SOP)に従って行う。なお、各施設の監査結果は、監査報告書の JCOG 監査委員会審査結果とともに、当該施設の施設研究責任者、当該医療機関の長、当該試験の研究事務局と研究代表者、当該グループ代表者、JCOG データセンター長、JCOG 代表者に報告される。必要に応じて当該グループの研究者や JCOG 運営委員会にも報告される。これら以外に公表される場合、施設名は伏せられる。

15. 特記事項

15.1. 手術の妥当性に関する中央判定

割付けられた各手術術式が正確に行われていることを確認するための中央判定を行う。

時期:半年毎

対象:全登録患者のうち、中央判定の時点で術野の写真が回収されている患者。

方法:登録施設において術中に撮影された術野の写真(A群、B群:2枚:6.2.7を参照のこと)を集積し、グループ代表者が指名する2名以上の術式中央判定委員により再判定を行う。

写真の管理:研究事務局(6.2.7参照)

各施設への中央判定の通知:

研究事務局は術式中央判定委員の結果が固定されたのち、判定結果を各症例の登録施設へ通知する。その際、判定の根拠を文書で添付する。

15.2. 再発の中央判定

再発の確定に関する中央判定は行わない。ただし、CRF上で適切な時期に検査が行われていない事が判明した場合には、事務局で調査を行うことがある。

15.3. ビデオによる手術術式の検討

手術手技の品質管理を目的に、ビデオによる手術術式の検討を行う。

時期:半年毎

対象:全登録患者のうち、グループ代表者が指名した2~3施設から各1症例

方法:指名された施設において、術中に撮影された登録患者の手術ビデオを約15~20分に編集し、班会議にて供覧する。班会議の場で術式に関して議論を行うことによって術式の細部の統一を図る。

上記に加えて、研究事務局は標準的術式を解説するビデオを作成し、各参加施設に配布する。

16. 研究組織

本章の内容変更はプロトコル改正 (Amendment) ではなく、改訂 (Revision) とみなす。

効果・安全性評価委員会の改訂審査は不要であるが、研究グループ代表者の承認を要する。変更があった場合、研究代表者/研究事務局は、全参加施設、JCOG 委員会事務局、JCOG データセンターに変更内容を文書ですみやかに通知する。

16.1. JCOG (Japan Clinical Oncology Group: 日本臨床腫瘍研究グループ)

JCOG は厚生労働省がん研究助成金指定研究 14 指-1、-2、-3、-4 の 4 つの研究班 (下記) を中心とする多施設共同がん臨床研究グループである。本研究は JCOG の研究組織を用い、JCOG 運営委員会の定める諸規定に従って行われる。(http://www.jcog.jp/)

- ・ 指定研究 14 指-1 主任研究者: 堀田知光 (東海大学医学部)
「高感受性悪性腫瘍に対する標準的治療確立のための多施設共同研究」
- ・ 指定研究 14 指-2 主任研究者: 西條長宏 (国立がんセンター東病院)
「呼吸器悪性腫瘍に対する標準的治療確立のための多施設共同研究」
- ・ 指定研究 14 指-3 主任研究者: 大津敦 (国立がんセンター東病院)
「消化器悪性腫瘍に対する標準的治療確立のための多施設共同研究」
- ・ 指定研究 14 指-4 主任研究者: 福田治彦 (国立がんセンター研究所)
「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」

16.2. 指定研究以外の研究班

- ・ 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 15 年度)
「進行大腸がんに対する腹腔鏡下手術の根治性に関する比較研究」主任研究者 北野正剛
- ・ 厚生労働省 厚生労働科学研究費「効果的医療技術の確立推進臨床研究事業」(平成 14 年度)
臨床研究データマネージメント事業 (日本公定書協会 築地分室)

16.3. JCOG 代表者

西條長宏 国立がんセンター東病院

16.4. 研究グループとグループ代表者

JCOG 大腸がん外科研究グループ

グループ代表者: 森谷 亘皓

国立がんセンター中央病院 手術部長

住所: 東京都中央区築地 5-1-1

電話: 03-3542-2511

FAX: 03-3542-3815

e-mail: ymoriya@ncc.go.jp

グループ事務局: 島田 安博

国立がんセンター中央病院 第一領域外来部 大腸科医長

住所: 東京都中央区築地 5-1-1

電話: 03-3542-2511

FAX: 03-3542-3815

e-mail: yshimada@ncc.go.jp

16.5. 研究代表者

北野正剛

大分大学医学部第 1 外科

〒879-5593 大分県挾間町医大ヶ丘 1-1

TEL: 097-586-5843 FAX: 097-549-6039

E-mail: colonrct@med.oita-u.ac.jp

16.6. 研究事務局

猪股雅史

大分大学医学部第1外科

〒879-5593 大分郡挾間町医大ヶ丘 1-1

TEL:097-586-5843 FAX:097-549-6039

E-mail:inomata@med.oita-u.ac.jp

16.7. 参加施設

医療機関名	部(科)名	研究責任者	コーディネーター	年間適格数見込み
自治医科大学大宮医療センター	外科	小西 文雄	河村 裕	70
国立がんセンター東病院	消化管外科	斉藤 典男	杉藤 正典	90
順天堂浦安病院	外科	福永 正氣	永仮 邦彦	39
東邦大学医学部付属佐倉病院	内視鏡治療センター	山田 英夫	中島 光一	21
国立がんセンター中央病院	外科	森谷 亘皓	島田 安博	125
杏林大学医学部	第1外科	正木 忠彦	松岡 弘芳	35
慶應義塾大学病院	外科	長谷川 博俊	長谷川 博俊	40
東京医科歯科大学	外科	杉原 健一	植竹 宏之	20
虎の門病院	消化器外科	沢田 寿仁	沢田 寿仁	41
東邦大学医学部附属大橋病院	第3外科	炭山 嘉伸	斉田 芳久	21
北里大学東病院	消化器外科	國場 幸均	國場 幸均	70
帝京大学医学部附属溝口病院	外科	宮島 伸宜	須田 直史	31
石川県立中央病院	消化器外科	山田 哲司	伴登 宏行	70
昭和大学横浜市北部病院	消化器センター	工藤進英	田中 淳一	30
長野市民病院	外科	宗像 康博	山辺 健仁	28
静岡がんセンター	大腸外科	山口 茂樹	山口 茂樹	10
藤田保健衛生大学	消化器外科	前田 耕太郎	佐藤 美信	55
大阪大学医学部	消化器外科	門田 守人	関本 貢嗣	20
大阪市立総合医療センター	消化器外科	東野正幸	福長 洋介	42
大阪医科大学	消化器外科	谷川 允彦	奥田 準二	44
広島大学医学部	第2外科	岡島 正純	有田 道典	15
国立病院四国がんセンター	外科	棚田 稔	久保 義郎	20
久留米大学医学部	外科	白水 和雄	緒方 裕	60
大分大学医学部付属病院	第1外科	北野 正剛	猪股 雅史	30

年間適格数見込み 1027例

16.8. 手術担当責任医

本試験においては、開腹手術、腹腔鏡下手術それぞれに手術責任担当医を定める。(6.2.1.参照)

開腹手術担当責任医、腹腔鏡下手術担当責任医は、以下の規準に従って研究代表者が指名する。

- 1) 開腹手術担当責任医
開腹下の大腸切除術の術者経験が 30 例以上ある。
- 2) 腹腔鏡下手術担当責任医
腹腔鏡下大腸切除術および開腹下の大腸切除術の術者経験がそれぞれ 30 例以上ある。

研究代表者は、各手術担当責任医の名簿の管理を行い、各手術担当責任医に認定書を発行する。

認定書は、研究代表者から施設研究責任者に送付され、各施設で保管する。

新たに手術担当責任医の認定を行う場合も、上記の規定に従って行う。

試験開始時点での、手術担当責任医の名簿を付表として添付する。

16.9. JCOG 臨床試験審査委員会

プロトコール審査提出の前にJCOG 委員会事務局に最新の委員構成を確認して記載すること。

本研究実施計画書は参加施設の IRB 審査への提出に先立ち JCOG 臨床試験審査委員会の審査承認を得たものである。

(構成は 2004 年 7 月現在)

委員長	飛内賢正	国立がんセンター中央病院
副委員長	大津 敦	国立がんセンター東病院
委員	西條長宏	国立がんセンター中央病院
委員	下山正徳	国立名古屋病院/国立がんセンター中央病院
委員	福田治彦	国立がんセンター
委員	藤原康弘	国立がんセンター中央病院
委員	※島田安博	国立がんセンター中央病院
委員	渡辺 亨	国際医療福祉大学
委員	久保田馨	国立がんセンター東病院
委員	国頭英夫	国立がんセンター中央病院
委員	朴 成和	静岡県立がんセンター
委員	南 博信	国立がんセンター東病院
委員	佐野 武	国立がんセンター中央病院
委員	池田 恢	国立がんセンター東病院
委員	早川和重	北里大学医学部
委員	手島昭樹	大阪大学医学系研究科
委員	田村友秀	国立がんセンター中央病院
委員	加藤治文	東京医科大学
委員	笹子 充	国立がんセンター中央病院
委員	安藤暢敏	東京歯科大学 市川総合病院
委員	堀田知光	東海大学医学部
委員	高嶋成光	国立病院四国がんセンター
委員	吉川裕之	筑波大学臨床医学系
委員	※森谷宜皓	国立がんセンター中央病院
委員	蔦巣賢一	静岡県立がんセンター
委員	岩本幸英	九州大学医学部
委員	平岡真寛	京都大学医学部
委員	野村和弘	国立がんセンター中央病院
委員会事務局長	室 圭	国立がんセンター中央病院

ただし、※印の委員は大腸がんグループのメンバーであるため審査には直接加わらない。

連絡先: JCOG 委員会事務局 臨床試験審査委員会事務局長 室 圭

国立がんセンター中央病院 薬物療法部 薬物療法室内

〒104-0045 東京都中央区築地 5-1-1

TEL: 03-3542-2511(内線 2404)

FAX: 03-3542-7006

E-mail: jcogoffice@mljcog.jp

16.10. JCOG 効果・安全性評価委員会

研究期間中は効果・安全性評価委員会による監視を受ける。 (構成は 2004 年 7 月現在)

委員長	※島田安博	国立がんセンター中央病院
副委員長	久保田馨	国立がんセンター東病院
委員	西條長宏	国立がんセンター東病院
委員	大橋靖雄	東京大学大学院医学系研究科生物統計学
委員	国頭英夫	国立がんセンター中央病院
委員	高上洋一	国立がんセンター中央病院

委員	松村保広	国立がんセンター中央病院
委員	佐野 武	国立がんセンター中央病院
委員	早川和重	北里大学医学部
委員	手島昭樹	大阪大学医学系研究科
委員	田村友秀	国立がんセンター中央病院
委員	加藤治文	東京医科大学
委員	大津 敦	国立がんセンター東病院
委員	笹子 充	国立がんセンター中央病院
委員	安藤暢敏	東京歯科大学 市川総合病院
委員	堀田知光	東海大学医学部
委員	高嶋成光	国立病院四国がんセンター
委員	吉川裕之	筑波大学臨床医学系
委員	※森谷宜皓	国立がんセンター中央病院
委員	鷲巢賢一	静岡県立がんセンター
委員	岩本幸英	九州大学医学部
委員	平岡真寛	京都大学医学部
委員	石倉 聡	国立がんセンター東病院
委員	野村和弘	国立がんセンター中央病院
委員会事務局長	安藤正志	国立がんセンター中央病院
委員会事務局	野沢浩江	国立がんセンター情報研究部/日本公定書協会

ただし、※印の委員は大腸がんグループのメンバーであるため審査には直接加わらない。

JCOG 委員会事務局 効果・安全性評価委員会事務局長 安藤正志

国立がんセンター中央病院 薬物療法部 薬物療法室内

〒104-0045 東京都中央区築地 5-1-1

TEL: 03-3542-2511(内線 2404)

FAX: 03-3542-7006

E-mail: jcogoffice@ml.jcog.jp

16.11. データセンター

JCOG データセンター

(国立がんセンター情報研究部臨床情報研究室ならびに
財団法人日本公定書協会臨床研究データセンター築地分室)

〒104-0045 東京都中央区築地 5-1-1

国立がんセンター情報研究部内

TEL: 03-3542-3373 FAX: 03-3542-3374

E-mail: jcogdata@ml.jcog.jp

Web: <http://www.jcog.jp/>

代表(データセンター長) : 福田治彦
統計担当 : 石塚直樹
データマネージャー: 今井 美恵子
ケースレポートフォーム作成: 加幡晴美
プロトコールコーディネーター: 佐藤暁洋

16.12. プロトコール作成

大分大学医学部第1外科 北野正剛

大分大学医学部第1外科 猪股雅史

大分大学医学部第1外科 衛藤 剛

国立がんセンター中央病院大腸外科 山本聖一郎

(写真提供)順天堂大浦安病院外科 福永 正氣