

8. 有害事象

8.1 予期される薬物有害反応

本試験で使用される抗悪性腫瘍薬の詳細な有害反応については「4-0. 薬物情報」を参照すること。本試験の各群において予期される有害反応とそのおおよその頻度を以下に記載する。

8.1.1 A群:ADM+CDDPIにおいて予期される有害反応 (Feasibility試験)

予期される有害反応	grade 3 以上の頻度
好中球減少	91%
白血球減少	64%
感染症	14%
発熱性好中球減少	5%
嘔吐	5%

8.1.2 B群:DOC+CDDPIにおいて予期される有害反応 (JGOG2041試験)

予期される有害反応	grade 3 以上の頻度
好中球減少	87%
白血球減少	77%
grade3-4の好中球減少を伴う感染	17%
ヘモグロビン値低下	10%
食欲不振	17%
下痢	17%
悪心	13%
末梢神経障害 (grade 2 以上)	0%

8.1.3 C群:PTX+CBDCAにおいて予期される有害反応 (JGOG2041試験)

予期される有害反応	grade 3 以上の頻度
好中球減少	80%
白血球減少	53%
ヘモグロビン値低下	30%
血小板減少	27%
発熱性好中球減少	7%
末梢神経障害-運動性-(grade 2 以上)	17%
末梢神経障害-知覚性-(grade 2 以上)	20%
悪心	13%
食欲不振	13%

8.2 健康被害への補償について

本臨床試験への参加により発生する医療費は、健康保険制度の範囲でまかなわれる。また、本臨床試験への参加により生じた健康被害への補償は行わず、一般診療での対処に準じる。

8.3 報告義務のある有害事象

8.3.1 急送報告義務のある有害事象

以下のいずれかに該当する有害事象は急送報告の対象となる。

- 1) 試験実施計画書治療中もしくは最終試験実施計画書治療日から 30 日以内のすべての死亡
試験実施計画書治療との因果関係の有無は問わない。また、試験実施計画書治療中止例の場合、後治療が既に開始されていても、最終試験実施計画書治療日から 30 日以内であれば急送報告の対象となる。「30 日」とは、最終試験実施計画書治療日を day 0 とし、その翌日から数えて 30 日を指す。
- 2) 予期されない grade 4 の非血液毒性(NCI-CTCAE v 3.0 における血液・骨髄区分以外の有害事象) 4-2. 薬剤の供給の項に「重大な副作用」として記載されていない有害事象は、急送報告の対象となる。

8.3.2 通常報告義務のある有害事象

以下のいずれかに該当する有害事象は通常報告の対象となる。

- 1) 最終試験実施計画書治療日から 31 日以降で試験実施計画書治療との因果関係が否定できない死亡
治療関連死の疑いのある死亡が該当。明らかな原病死は該当しない。
- 2) 予期される grade 4 の非血液毒性 (NCI-CTCAE v 3.0 における血液・骨髄区分以外の有害事象)
4-2. 薬剤の供給の項に「重大な副作用」として記載されている有害事象のうち、grade 4 の非血液毒性のものが該当する。予期されていても重篤な有害事象は通常報告の対象となることに注意すること。
- 3) 予期されない grade 2、grade 3 の有害事象
4-2. 薬剤の供給、あるいは薬剤添付文書(別紙 8)に、記載されていない grade 2、grade 3 の有害事象が該当する。
- 4) 永続的または顕著な障害
再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、二次がん等。
- 5) その他重大な医学的事象
8-3-1. 2)、8-3-2. 1)～4)のいずれにも該当しないが、研究代表者・研究グループ内で共有すべきと思われる重要な情報と判断されるもの。

8.4 施設研究責任医師の報告義務と報告手順

8.4.1 急送報告

急送報告の対象となる有害事象が発生した場合、担当医は速やかに施設研究責任医師に伝える。施設研究責任医師に連絡がとれない場合は、担当医師または施設コーディネーターは施設研究責任者の責務を代行しなければならない。

一次報告:

施設研究責任医師は有害事象発生を知ってから 72 時間以内に薬物有害反応に関する報告書(別紙 7)に所定事項を記入し研究事務局と JGOG データセンターへ FAX 送付と電話連絡を行う。

二次報告:

さらに施設研究責任医師は薬物有害反応に関する報告書(別紙 7)に所定事項を記入し、より詳しい情報を記載した症例報告(A4:自由形式)を別紙作成し、両者を有害事象を知ってから、7 日以内に研究事務局と JGOG データセンターへ郵送または FAX 送付する。速やかに情報を伝えることを優先させるため、報告書には未確定で記入できない箇所があっても差し支えない。

三次報告:

施設研究責任医師は薬物有害反応に関する報告書(別紙 7)の未記入部分を全て記入し、有害事象発生を知ってから 15 日以内に研究事務局と JGOG データセンターへ郵送または FAX 送付する。剖検がなされた場合は「剖検報告書」も添付すること。

8.4.2 通常報告

施設研究責任医師は薬物有害反応に関する報告書(別紙 7)に所定事項を記入し、有害事象発生を知ってから 15 日以内に研究事務局と JGOG データセンターへ郵送または FAX する。

8.5 治療群別治療および試験の中止

本試験中に治療群別治療(但し B 群、C 群に限る)あるいは試験全体の中止が想定されるような重篤な有害事象が発現した場合、研究代表者および研究事務局は JGOG 子宮体がん委員会委員およびプロトコル委員会委員(15・9)と協議の上、本試験の中止を含めた取り扱いについて効果・安全性評価委員会に諮問する。

もし、効果・安全性評価委員会が中止を勧告した場合、研究事務局は速やかに試験の中止およびその理由を施設研究責任医師に報告する。

9. 評価方法およびその規準

9.1 有効性の評価

9.1.1 無増悪生存期間 (Progression-free survival, PFS)

登録日を起算日、増悪と判断された日もしくはあらゆる原因による死亡日をイベントとし、起算日からもっとも早いイベントまでの期間とする。

- ・「増悪 progression」は、画像上の再発あるいは増悪、画像診断検査で確認できない病状の増悪（臨床的増悪）の両者を含む。ただし、登録時に測定可能病変を有する症例における増悪の判断は、RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors) ガイドラインにおける判定規準を参考とする。
- ・増悪と判断されていない生存例では増悪がないことが確認された最終日（最終無増悪生存確認日）をもって打ち切りとする。無増悪確認日は画像もしくは臨床的に無増悪が確認された最終の日とする。
- ・毒性や患者拒否等の理由による化学療法中止例で、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。
- ・増悪の診断が画像診断による場合、「画像上疑い」の検査日ではなく、後日「確診」が得られた画像検査の「検査日」をもってイベントとする。画像診断によらず臨床的に増悪と判断した場合は、増悪と判断した日をもってイベントとする。
- ・再発の確定診断が生検病理診断による場合、臨床上再発と診断し得た場合は臨床診断日を、臨床上再発と診断し得ず生検病理診断によって再発と診断した場合は生検施行日をもってイベントとする。
- ・腫瘍マーカーの上昇だけでは増悪としない。
- ・測定可能病変の評価は客観的評価を行うために、同一方法による測定および評価を行う。
- ・化学療法施行中にも必要に応じ適宜病巣所見の確認を行う。
- ・化学療法終了後のイベントの確認は、追跡期間中起算日から少なくとも6ヶ月ごとに実施する。

9.1.2 全生存期間 (overall survival)

登録日を起算日、あらゆる原因による死亡日をイベントとし、起算日からイベントまでの期間とする。

- ・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。
- ・化学療法終了後のイベントの確認は、追跡期間中起算日から少なくとも6ヶ月ごとに実施する。

9.2 その他の評価項目

9.2.1 有害事象発生率

有害事象の grading には、NCI-Common Terminology Criteria for Adverse Events v 3.0 (CTCAE) 日本語訳 JCOG/JSCO 版 (別紙 6) を用いる。試験実施計画書 (プロトコル) 治療との因果関係は以下の2分類で判定する。

1. No reasonable possibility (合理的な可能性がない) : 当該有害事象とプロトコル治療との時間的關係から因果関係は考えにくい、もしくは他の薬剤/治療の介入、またはプロトコル治療との因果関係がない理由が十分説明できる。

2. Reasonable possibility (合理的な可能性がある) :当該有害事象とプロトコール治療との時間的關係から因果關係は考えられ、かつ他の薬剤/治療の介入、またはプロトコール治療との因果關係がない理由が十分説明できない。

9.2.2 投与状況 (tolerability)

投与状況については、減量、延期、中止、治療拒否の理由、コースごとの投与量、総投与量、dose intensity¹⁾、relative dose intensity²⁾、cumulative dose intensity³⁾などを(群別に)集計する。

- 1) dose intensity: 症例ごとの一週間あたりの投与量
- 2) relative dose intensity: 症例ごとの計画された週単位の投与量と実際に投与された週単位の投与量の比
- 3) cumulative dose intensity: 症例ごとの計画された総投与量と実際に投与された総投与量の比

9.2.3 リンパ節郭清状況

子宮体癌取扱い規約に準じたリンパ節郭清の実施状況を検討するために患者ごとの部位別郭清リンパ節の個数を集計し、各群のリンパ節郭清の程度を比較検討する。

9.2.4 その他

症例報告書で得られた結果の範囲内で、必要に応じてその他の解析を行うことがある。

10. 統計学的事項

10.1 目標症例数

600 症例 (各群 200 例)

10.2 目標症例数の設定根拠

GOG122 試験では III-IV 期子宮体がん患者(残存腫瘍が 2 cm 以下)に対する術後化学療法としての AP 療法の 5 年無増悪生存率は約 42%と報告されている¹⁾。JGOG2033 試験では筋層浸潤 1/2 を超える子宮体がん患者に対する術後化学療法としての CAP 療法の 5 年無増悪生存率を 82% と報告している²⁾。GOG122 試験では、漿液性腺がんが 20%、組織学的分化度も G3 が 50%含まれており、JGOG2033 試験は使用レジメンが CAP 療法であり、G1 の症例も 55%含まれているため、これらの成績を本試験の目標症例数の設定根拠にそのまま使うことはできない。

JGOG の参加施設に対する子宮体がん治療実態調査の結果は、本試験対象の再発高危険群に対して積極的な術後化学療法の実施状況を示しており、III-IV 期の完全施行例患者 G2-3 の I-II 期 筋層浸潤 1/2 を超える患者から広く登録されることを予測し、本試験における AP 療法の 5 年無増悪生存率は、60%程度と推測した。そして、AP 療法に対する DP 療法もしくは TC 療法のハザード比が 63%であれば、本試験療法は臨床的に意義のある療法と考えることができる。

本試験の登録期間を 3 年間、登録終了後の追跡期間を 5 年間、試験全体としての両側有意水準を 5%と設定する。本試験では、検出力をハザードに違いのある対を少なくとも 1 つ検出する確率 (any-pair 検出力)と定義し、これが 80%以上と設定する。無増悪生存期間に対しては指数分布を仮定する。症例数を変更しながら、上記の設定および「統計的事項」に記載した閉検定手順を用いた際の any-pair 検出力を 1000 回のモンテカルロシミュレーションにより評価した。乱数発生シード値を変更しながら同様のモンテカルロシミュレーションを 100 回施行し、any-pair 検出力が安定して 80%を超える 1 群あたりの症例数は 190 例であった。若干の FAS 除外例を考慮し、1 群あたりの症例数を 200 例と設定した。

10.3 患者の取扱い

モニタリング委員会は、不適格、中止・脱落、試験実施計画書違反、治療不遵守等の患者の分類を行う。

本試験では、登録例 (ITT)、FAS (full analysis set)、PPS (per protocol set)および安全性解析対象例の 4 種類の解析対象集団を以下のとおり定義する。本試験において、primary endpoint (主要評価項目)である無増悪生存期間 (PFS)および全生存期間 (overall survival)につきては、FAS を主たる解析対象集団とする。FAS を対象とした有効性の結果の安定性を考察するために、登録例および PPS を対象とした集計解析を実施する。安全性解析対象集団を、有害有害事象発生率および投与状況 (tolerability) の主たる解析対象群とする。

1) 登録例

登録センターにおいて試験実施計画書に規定された適格規準、除外規準に抵触していないことが確認され、いずれかの治療群に割り付けられた患者

2) FAS

登録例のうち、試験薬剤が一度でも投与された患者。なお、割付後に適格規準もしくは除外規準に抵触していることが判明した患者は、FAS から除くものとする。

3) PPS

FASのうち、投与量、投与スケジュールなどにおいて試験実施計画書の規定から重大な逸脱をしていない患者

4) 安全性解析対象例

登録例のうち、試験薬が一度でも投与された患者

10.4 統計学的考察

10.4.1 有効性に関する主たる解析と判断規準

本試験の主要な目的は、子宮体がん再発高危険群を対象とし、術後化学療法として標準療法と考えられているAP療法と、DP療法、TC療法の無増悪生存期間を比較することである。すなわち、帰無仮説

H_{0DP} : AP療法のハザード = DP療法のハザード

H_{0TC} : AP療法のハザード = TC療法のハザード

に対して、いずれかの仮説のハザードが異なるかを検証することである。そして、さらに試験療法であるDP療法とTC療法との無増悪生存期間の違い、すなわち

H_{0DT} : DP療法のハザード = TC療法のハザード
を検証することである。

このように複数の試験群を各々有意水準5%で比較すると、試験全体の有意水準が5%より増大するといった多重性の問題が生じる。これを回避するために、本試験では以下の閉検定手順を用いる。すなわち、新たな帰無仮説

H_0 : AP療法のハザード = DP療法のハザード = TC療法のハザード

を考え、以下の手順に従い仮説検定を行う。

手順1) 帰無仮説 H_0 を両側有意水準5%で **log rank** 検定を行う。

手順2) 帰無仮説 H_0 が両側有意水準5%で棄却されたときに限り、帰無仮説 H_{0DP} 、 H_{0TC} および H_{0DT} を両側有意水準5%で **log rank** 検定を行う。

手順3) 帰無仮説 H_{0DP} が両側有意水準5%で棄却された場合は、AP療法とDP療法のハザードが統計学的に有意に異なると結論付ける。帰無仮説 H_{0TC} が両側有意水準5%で棄却された場合には、AP療法とTC療法のハザードが統計学的に有意に異なると結論付ける。また、帰無仮説 H_{0DT} が両側有意水準5%で棄却された場合には、DP療法とTC療法のハザードが統計学的に有意に異なると結論付ける。

治療群ごとにKaplan-Meier法により無増悪生存関数を推定し、それを描画する。年次のPFSを算出する際には、Greenwoodの方法を用いて両側95%信頼区間を構成する。

10.4.2 Secondary endpoints (副次的評価項目)に関する集計

副次的評価項目に関する集計解析においては、多重性の調整を行わないものとする。

10.4.2.1 全生存期間

治療群ごとにKaplan-Meier法を推定し、それを描画する。年次の生存率を算出する場合には、Greenwoodの方法を用いて両側95%信頼区間を構成する。治療群間の違いを検討するために、log rank検定を両側有意水準5%で行う。

10.4.2.2 有害事象発現率

治療法ごとに有害反応・有害事象の発現例数、発生率、gradeごとの発現例数および主としてgrade 3以上の発現率を算出する。治療群間の有害反応・有害事象の発生率およびgrade 3以上

の発生率を比較するためにオッズ比を算出し、その両側 95%信頼区間を構成する。また、grade の分布が異なるかを検討するために Mantel 検定を両側有意水準 5%で行う。

10.4.2.3 投与状況 (tolerability)

治療法ごとに減量・延期もしくは中止した症例の割合、実際に投与されたコース数に対する減量・延期したコース数の割合、予定コース数(6コース)に対する実際に投与されたコース数の割合、dose intensity の中央値、relative dose intensity の中央値を算出する。さらにそれぞれの割合を比較するため Fisher の直接確率検定を用い、区間推定には二項分布の正確な 95%信頼区間を用いる。

10.4.2.4 部分母集団の検討および統計モデルを用いた解析

FASを対象とした無増悪生存期間および全生存期間の結果の安定性を考慮するために、割付調整因子および患者背景因子を層別因子とした部分母集団の検討を実施する。また、統計モデルを用いた解析も実施する。

10.5 最終解析

追跡期間終了後、データを確定した後にすべてのエンドポイントについて解析を JGOG データセンターにて行う。

11. 試験期間

11.1 試験実施期間

登録期間:2006年10月より3年

追跡期間:登録終了後5年

(ただし、患者の登録状況により期間の延長もしくは短縮することもある。)

12. 倫理的事項

12.1 患者の保護

本臨床試験は、ヘルシンキ宣言に基づいた倫理原則を遵守し、「抗悪性腫瘍薬の臨床評価方法に関するガイドライン」に従って実施する。また、「医薬品の臨床試験の実施に関する基準（GCP）」を尊重する。

12.2 患者の同意に関する事項

本試験の開始にあたっては、登録前に対象となる患者に対し、「同意説明文・同意書」(別紙 1)により本試験の目的および期待される効果、副作用などについて十分説明し、本試験への参加について自由意思による同意を文書で得る。同意書には、同意を得た日付を記載し、説明を受け同意した患者と説明を行った医師各々自著により署名する。同意文書はコピーし、1部は患者本人に手渡し、必要に応じて1部は施設の臨床試験管理室が保管する。原本は診療録／カルテに保管する。

12.2.1 説明内容

- ・臨床試験を目的とするものである旨
- ・試験の目的
- ・試験の責任医師の氏名、職名および連絡先
- ・試験の方法
- ・予想される本療法の利益および予想される不利益
- ・他の治療方法に関する事項
- ・試験に参加する期間
- ・試験の参加を何時でも取りやめることができる旨
- ・試験に参加しないこと、または参加を取りやめることにより患者が不利益な取扱いを受けない旨
- ・患者に係る秘密が保全される旨
- ・健康被害が発生した場合に必要な治療が行われる旨
- ・当該試験に係わる必要な事項

12.3 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 JGOG データセンターに知らされることはない。患者の同定や照会は、登録時に発行される症例登録番号、患者イニシャル、生年月日、カルテ番号を用いて行われ、患者名など第 3 者が当該施設の職員やデータベース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 JGOG 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。イニシャル、カルテ番号を開示できない場合、本試験へ参加するためには原則として以下の条件を満たすこととする。

- ・参加施設の常設機関として設けられた組織（治験管理室、臨床試験管理室等）で患者識別コードの発行がなされ、真のカルテ番号との対応表が管理されること。
（施設研究責任医師や施設コーディネーターなど個人や当該診療科教室／医局などによる管理ではなく、施設内の常設の組織での管理が望ましい。）
- ・患者識別コードと真のカルテ番号の対応表の保管期間は当該施設のカルテの保管期間より短いこと。
- ・JGOG の施設監査が行われる場合、患者識別コードと真のカルテ番号の対応表の管理体制の監査を受け入れること。
- ・イニシャルをマスクする場合は、ダミーであることが判別できるように一律「X.X.」と記載すること。

12.4 試験実施計画書の遵守

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試験実施計画書を遵守する。

12.5 施設の倫理審査委員会(機関審査委員会)の承認

本試験への参加に際しては、本試験実施計画書および患者への説明文書・同意書が各施設の倫理審査委員会(機関審査委員会)(IRB: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、各施設の施設研究責任医師、担当医師あるいは施設コーディネーターは IRB 承認文書のコピーを JGOG 事務局へ FAX 送付する。IRB 承認原本は各施設が保管、コピーは JGOG 事務局及び JGOG データセンターが保管する。

IRB 承認文書送付先 (JGOG 事務局)

特定非営利活動法人 婦人科悪性腫瘍化学療法研究機構 事務局

住所: 〒162-0825 東京都新宿区神楽坂 6-22 小松ビル4階

FAX:03-5206-1983 TEL:03-5206-1982

12.6 IRB承認の年次更新

本試験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もしくは IRB の審査承認年次更新の有無は各参加施設の規定に従う。

12.7 試験実施計画書変更等の取り扱い

安全性情報あるいはその他の理由により臨床試験審査委員会承認後に試験実施計画書の変更が必要となった場合、その内容により改正・改訂と区別して取り扱う。また、試験実施計画書の変更に該当しない補足説明の追加を覚え書き/メモランダムとして別に定める。その定義・取り扱いは下記の通りとする。

1) 改正 (amendment)

① 定義

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、もしくは試験の primary endpoint に関連する試験実施計画書の部分的変更。

② 変更手順

- ・試験実施計画書改正が必要と判断した当該試験の研究代表者・研究事務局は、子宮体がん委員会および JGOG データセンターと協議し、試験実施計画書改正を発案するか否かを決定する。発案する場合、研究代表者・研究事務局は変更試験実施計画書を作成する。
- ・子宮体がん委員会委員長は運営委員会へ変更試験実施計画書の審査を依頼し、承認を得る。
- ・研究代表者・研究事務局は JGOG 事務局を通して、臨床試験審査委員会へ変更試験実施計画書の審査を依頼し、承認を得る。
- ・変更試験実施計画書の承認が得られた場合、JGOG 事務局は当該試験の子宮体がん委員会へ報告し、子宮体がん委員会委員長は運営委員会へ報告する。

③ 会員への連絡と変更試験実施計画書の送付

- ・ JGOG 事務局は、試験実施計画書が改正された旨とその内容をホームページへ掲載すると共に JGOG 会員へ一斉メールを送信する。
- ・ JGOG 事務局はカバーページに試験実施計画書改正日(臨床試験審査委員会の承認日)を記載した変更試験実施計画書を当該試験参加施設へ送付する。

④ 施設 IRB の承認

各施設 IRB の審査・承認を要する

2) 改訂 (revision)

① 定義

試験に参加する患者の危険(risk)を増大させる可能性がなく、かつ試験の primary endpoint にも関連しない試験実施計画書の部分的変更。

② 変更手順

- ・ 試験実施計画書改訂が必要と判断した当該試験の研究代表者・研究事務局は、子宮体がん委員会および JGOG データセンターと協議し、試験実施計画書改訂を発案するか否かを決定する。発案する場合、研究代表者・研究事務局は変更試験実施計画書を作成する。
- ・ 研究代表者・研究事務局は JGOG 事務局を通して、試験実施計画書改訂を臨床試験審査委員長に報告する。
- ・ 子宮体がん委員会委員長は試験実施計画書改訂を運営委員会へ報告する。

③ 会員への連絡と変更試験実施計画書の送付

- ・ JGOG 事務局は、試験実施計画書が改訂された旨とその内容をホームページへ掲載すると共に JGOG 会員へ一斉メールを送信する。
- ・ JGOG 事務局はカバーページに試験実施計画書改訂日(臨床試験審査委員会への報告日)を記載した変更試験実施計画書を当該試験参加施設へ送付する。

④ 施設 IRB の承認

施設 IRB の審査・承認は各施設の取り決めに従う。

3) メモランダム/覚え書き (memorandum)

① 定義

試験実施計画書内容の変更ではなく、文面の解釈上のばらつきを減らしたり、特に注意を喚起する等の目的で試験の関係者に配布される試験実施計画書の補足説明。

② 作成手順

- ・ メモランダム/覚え書きが必要と判断した当該試験の研究代表者・研究事務局は、子宮体がん委員会および JGOG データセンターと協議し、メモランダム/覚え書きを作成するか否かを決定する。作成する場合、研究代表者・研究事務局がこれを作成する。
- ・ 研究代表者・研究事務局は JGOG 事務局にメモランダム/覚え書きの作成を報告する。

③ 会員への連絡とメモランダム/覚え書きの送付

- ・ JGOG 事務局は、メモランダム/覚え書きが作成された旨とその内容をホームページへ掲載すると共に JGOG 会員へ一斉メールを送信する。
- ・ JGOG 事務局は作成されたメモランダム/覚え書きを当該試験参加施設へ送付する。

④ 施設 IRB の承認

施設 IRB の審査・承認は各施設の取り決めに従う。

12.8 試験実施計画書改正/改訂時の施設 IRB 承認

試験中に臨床試験審査委員会の承認を得て本研究実施計画書もしく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(もしくは 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(もしくは 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、各施設の施設研究責任医師、担当医師あるいは施設コーディネーターは IRB 承認文書のコピーを JGOG 事務局へ FAX 送付する(FAX: 03-5206-1983)。IRB 承認文書原本は担当医師あるいは施設コーディネーターが保管、コピーは JGOG 事務局および JGOG データセンターが保管する。

12.9 試験実施計画書作成記録

2006年 3月 31日	実施計画書 提案
2006年 8月 5日	実施計画書 初版作成 Version 1.0
2006年 8月 31日	JGOG 臨床試験審査委員会 承認 Version 1.1
2007年 10月 15日	JGOG 臨床試験審査委員会 承認 Version 2.0

13. モニタリング、監査および報告方法

13.1 定期モニタリング

試験が安全に、かつ試験実施計画書に従って実施されているかを確認する目的で定期モニタリングが行われる。定期モニタリングは原則として年2回行われる。収集された「症例報告書」(別紙9)等の記入データに基づきJGOGデータセンターで作成されるモニタリングレポートは、必要な手続き、評価を経て確定され当該試験の参加施設へ伝達されるが、その手順を以下のように定める。

13.1.1 モニタリングの手順

- 1) JGOG データセンターは、当該試験の実施計画書に定められた頻度で収集された「症例報告書」(別紙9)等の記入データに基づき定期モニタリングレポートを作成し、モニタリング委員会へ報告する。
- 2) モニタリング委員会のメンバーは、子宮体がん委員会のメンバー、研究代表者・研究事務局で構成される。モニタリング委員会はモニタリング委員長を子宮体がん委員会委員長を除いた子宮体がん委員会のメンバーから選出する。
- 3) 当該試験のモニタリング委員会委員長は、子宮体がん委員会の際に、定期モニタリングレポートにつき検討を加え、定期モニタリングレポートの内容を確定する。
当該試験のモニタリング委員会委員長は、効果・安全性評価委員会にJGOG事務局を通して定期モニタリングレポートを提出する。効果・安全性評価委員会はモニタリングレポートに対して意見・質問がある場合には、2週間以内に、JGOG事務局を通じて報告する。
- 4) JGOG事務局は、効果・安全性評価委員会の承認後、定期モニタリングレポートをJGOGホームページへ掲載する。

13.1.2 項目

- 1) 症例集積達成状況:登録症例数-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症例:群/施設
- 3) 試験実施計画書治療中/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
- 7) 試験実施計画書逸脱(逸脱の可能性のある症例を含む):群/施設
- 8) 外科的切除術の内容:群/施設
- 9) 生存期間:全登録例
- 10) その他、試験の進捗や安全性に関する問題点

13.2 試験実施計画書逸脱・違反

薬剤投与、臨床検査や毒性・有効性の評価等が試験実施計画書の規定に従って行われなかったものを試験実施計画書逸脱とする。

モニタリングに際しては、原則として予めJGOGデータセンターと研究代表者/研究事務局間で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患者」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)

原則として以下の複数項目に該当する試験実施計画書規定からの逸脱を「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 施設研究責任医師／施設分担医師／施設に原因がある
- ③ 故意もしくは系統的
- ④ 危険もしくは逸脱の程度が著しい

「違反」は論文公表する際に患者ごとの内容を記載する。

<違反の例>

- ・ 試験実施計画書治療中に他の抗がん剤や併用禁止治療を併用(薬剤、放射線照射等)
- ・ 複数の患者で継続的に治療レジメン中に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。

3) 許容範囲 (acceptable deviation)

研究グループ、もしくは研究代表者/研究事務局とJGOG データセンター間で、事前にもしくは事後的に設け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。

13.3 施設訪問監査

監査委員会が指名する監査担当者が本試験参加施設を訪問し、施設 IRB 承認文書の確認、患者同意文書の確認、症例報告書記入データとカルテとの照合(原資料の直接閲覧)等を監査委員会の定める監査マニュアルに従って行う。なお、各施設の監査結果は、当該施設の施設研究責任医師、監査委員会にのみ報告され、それ以外に公表する場合には施設名は伏せられるものとする。

14. 研究結果の発表

研究代表者は、研究の進捗状況および研究結果等について厚生労働省研究事業研究発表会ならびに報告書にて報告することができる。

研究結果は、主たる公表論文、学会発表は最終解析終了後に効果・安全性評価委員会の承認を経て、専門誌または英文誌に投稿する。

14.1 論文発表に関するauthorship等に関する取り決め

原則として論文発表に関する authorship は以下の通りとする。

試験結果の公表論文の 1st author は症例登録数が最も多かった施設の実務担当者もしくは代表者(該当施設内の筆頭者の選択は、その施設の判断による。ただし研究に最も直接実務に貢献した者を原則とする)とする。ただしその authorship を取得するかどうかは当該施設の選択による。2nd author は研究代表者(当該試験実施計画書の発案者:study chair)、3rd author は JGOG データセンターの統計担当(公表のための解析を行った時点での担当者 1名)とする。それ以外は、論文の投稿規定による制限に従って、登録数の多い順に選び共著者とする。症例登録数が最も多かった施設の代表者が 1st author を辞退した場合は、1st author は研究代表者、2nd author は症例登録数が最も多かった施設 の代表者となる。

プロトコル委員会のメンバーにおいては、その試験実施計画書の完成への過程、研究結果の解析など、研究の作成、運営に対する貢献度を考慮して author とする。すべての共著者は投稿前に論文内容を review し、発表内容に合意した者のみとする。JGOG データセンターの担当データマネージャーに対する謝辞を acknowledgement で述べる。

学会発表は複数回に及ぶ可能性があり、1.症例登録数が最も多かった施設の代表者、2.研究代表者、3.以下、登録数が多い順の施設代表者の優先順位で発表する権利を与える。

15. 研究組織

本臨床試験は厚生労働科学研究費補助金 がん臨床研究事業「子宮体がんに対する標準的化学療法確立に関する研究」の一環として行われる厚生労働省研究班(主任研究者:青木大輔 分担研究者:勝俣範之、木口一成、寒河江悟、櫻木範明、進 伸幸、竹内正弘、星合 昊、深澤一雄、八重樫伸生)から提案された試験実施計画書を基に、婦人科悪性腫瘍化学療法研究機構 (Japanese Gynecologic Oncology Group (JGOG) 理事長: 野田起一郎) の臨床研究として行うものとする。

15.1 研究組織

婦人科悪性腫瘍化学療法研究機構 (JGOG)
子宮体がん委員会 委員長 八重樫伸生
東北大学医学部 産婦人科
〒980-8574 宮城県仙台市青葉区星陵町 1-1
TEL: 022-717-7251 FAX: 022-717-7258

15.2 研究代表者

慶應義塾大学医学部 産婦人科 青木 大輔
〒160-8582 東京都新宿区信濃町 35
TEL: 03-3353-1211 FAX: 03-3226-1667

15.3 研究事務局

慶應義塾大学医学部 産婦人科 進 伸幸、野村 弘行
〒160-8582 東京都新宿区信濃町 35
TEL: 03-3353-1211 (内線: 63960) FAX: 03-3226-1667
e-mail: jgog2043@jgog.gr.jp

15.4 JGOG事務局

特定非営利活動法人 婦人科悪性腫瘍化学療法研究機構 高橋 幸男
〒162-0825 東京都新宿区神楽坂 6-22 小松ビル4階
TEL: 03-5206-1982 FAX: 03-5206-1983
e-mail: info@jgog.gr.jp

15.5 JGOG登録センター/JGOGデータセンター

社団法人北里研究所 臨床薬理研究所 臨床試験コーディネーティング部門
〒108-8642 東京都港区白金 5-9-1
TEL: 03-5791-6400 FAX: 03-5791-6407
e-mail: jgog-dc@kitasato-ctcc.jp

JGOG 登録センター/JGOG データセンター代表者
社団法人北里研究所 臨床薬理研究所 所長 竹内 正弘

15.6 統計解析

高橋 史朗

北里大学大学院薬学研究科 臨床統計部門

〒108-8642 東京都港区白金 5-9-1

TEL: 03-5791-6322 FAX: 03-3444-2546

e-mail: takahashifu@pharm.kitasato-u.ac.jp

15.7 モニタリング委員会(JGOG)【→別添1参照】

15.8 監査委員会(JGOG)【→別添1参照】

15.9 臨床試験審査委員会(JGOG)【→別添1参照】

15.10 効果・安全性評価委員会(JGOG)【→別添1参照】

15.11 プロトコール委員会【→別添1参照】

16. 参考文献

1. Randall ME, Filiaci VL, Muss H, et al: Randomized phase III trial of whole-abdominal irradiation versus doxorubicin and cisplatin chemotherapy in advanced endometrial carcinoma: A Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol* 24(1): 36-44, 2006.
2. Sagae S, Udagawa Y, Susumu N, et al: JGOG2033: Randomized phase III trial of whole pelvic radiotherapy vs cisplatin-based chemotherapy in patients with intermediate risk endometrial carcinoma. *Proc Am Soc Clin Oncol* 23(16s): 455s, 2005 (abstr 5002).
3. 財団法人がん研究振興財団 がんの統計, 2003.
4. 日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会報告: 日産婦誌 57(5): 1011-1014, 2005.
5. 日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会報告: 日産婦誌 56(3): 772-777, 2004.
6. 日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会報告: 日産婦誌 57(5): 1019, 2005.
7. Creasman WT, Odicino F, Maisonneuve P, et al: Carcinoma of the corpus uteri. *J Epidemiol Biostat* 6(1): 47-86, 2001.
8. 1979~1996年 国立がんセンター中央病院 (<http://www.ncc.go.jp/jp/index.html>).
9. Podratz KC, O'Brien PC, Malkasian GD, et al: Effects of progestational agents in treatment of endometrial carcinoma. *Obstet Gynecol* 66: 106-110, 1985
10. Aalders JG, Abeler V, Kolstad P: Recurrent adenocarcinoma of the endometrium: a clinical and histopathological study of 379 patients. *Gynecol Oncol* 17: 85-103, 1984
11. 進 伸幸, 青木大輔, 鈴木直, 他: 子宮体がんの化学療法. *産科と婦人科* 69(5): 595-603, 2002
12. 勝俣範之, 山中康弘, 喜多川亮: 子宮体がん. *がんと化学療法* 29(8): 1371-1376, 2002
13. Turbow MM, Ballon SC, Sikic BI, et al: Cisplatin, doxorubicin, and cyclophosphamide chemotherapy for advanced endometrial carcinoma. *Cancer Treat Rep* 69: 465-467, 1985.
14. Hancock KC, Freedman RS, Edwards CL, et al: Use of cisplatin, doxorubicin and cyclophosphamide to treat advanced and recurrent adenocarcinoma of the endometrium. *Cancer Treat Rep* 70: 789-791, 1986.
15. Trope C, Johnsson JE, Simonsen E, et al: Treatment of recurrent endometrial adenocarcinoma with a combination of doxorubicin and cisplatin. *Am J Obstet Gynecol* 149: 379-381, 1984.
16. Barrett RJ, Blessing JA, Homesley HD, et al: Circadian-timed combination doxorubicin-cisplatin chemotherapy for advanced endometrial carcinoma. A phase II study of the Gynecologic Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 16: 494-496, 1993.
17. Seski JC, Edwards CL, Gershenson DM, et al: Doxorubicin and cyclophosphamide chemotherapy for disseminated endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 58: 88-91, 1981.
18. Thigpen JT, Brady MF, Homesley HD, et al: Phase III trial of doxorubicin with or without cisplatin in advanced endometrial carcinoma: a gynecologic oncology group study. *J Clin Oncol* 22(19): 3902-8, 2004
19. Aapro MS, van Wijk FH, Bolis G, et al: Doxorubicin versus doxorubicin and cisplatin in endometrial carcinoma: definitive results of a randomized study (55872) by the EORTC Gynaecological Cancer Group. *Ann Oncol* 14:441-448, 2003.
20. Ball HG, Blessing JA, Lentz SS, et al: A phase II trial of paclitaxel in patients with advanced or recurrent adenocarcinoma of the endometrium: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 62: 278-281, 1996.
21. Price FV, Edwards RP, Kelley JL, et al: A trial of outpatient paclitaxel and carboplatin for advanced, recurrent, and histologic high-risk endometrial carcinoma: preliminary report. *Semin Oncol* 24 (5, suppl 15): S 15-78-S 15-82, 1997.

22. 中村俊昭, 大西義孝, 山本文子, 他: 子宮体がんに対する Paclitaxel・Carboplatin 併用療法の効果. *がんと化学療法* 27(2): 257-262, 2000.
23. Gordon AN, Hart DJ, et al: Phase II trial of docetaxel in recurrent or advanced endometrial carcinoma. *Ann Oncology* 13 (suppl 5): 109, 2002 (abstr 3940).
24. Fleming GF, Brunetto VL, Cella D, et al: Phase III trial of doxorubicin plus cisplatin with or without paclitaxel plus filgrastim in advanced endometrial carcinoma: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol*. 2004; 22(11): 2159-66.
25. Fleming GF, Filiaci VL, Bentley RC, et al: Phase III randomized trial of doxorubicin + cisplatin versus doxorubicin + 24-h paclitaxel + filgrastim in endometrial carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *Ann Oncol* 15(8): 1173-8, 2004.
26. Weber B, Mayer F, Bougnoux P, et al: What is the best chemotherapy regimen in recurrent or advanced endometrial carcinoma? Preliminary results. *Proc Am Soc Clin Oncol* 22:453, 2003 (abstr 1819).
27. Morrow CP, Bundy BN, Kurman RJ, et al: Relationship between surgical-pathological risk factors and outcome in clinical stage I and II carcinoma of the endometrium: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 40(1): 55-65, 1991.
28. Boronow RC, Morrow CP, Creasman WT, et al: Surgical staging in endometrial cancer: clinical-pathologic findings of a prospective study. *Obstet Gynecol* 63(6): 825-32, 1984.
29. Mariani A, Webb MJ, Keeney GL, et al: Endometrial cancer: predictors of peritoneal failure. *Gynecol Oncol* 2003; 89(2): 236-42.
30. National Comprehensive Cancer Network: Clinical practice guideline in oncology. Uterine cancers. Version 1.2005
(http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/uterine.pdf#search='NCCN%20practice%20guidelines%20for%20endometrial%20carcinoma%20Teng').
31. 日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会報告: *日産婦誌* 56(1): 89, 2004.
32. 日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会報告: *日産婦誌* 56(3): 775, 2004.
33. 第 38 回子宮がん研究会: *産科と婦人科* 66(9): 1173-1200, 1999.
34. 「抗がん剤併用療法に関する報告書の情報」資料9 シスプラチン及びドキシソルビシン (子宮体がんAP療法). 医薬品医療機器情報提供ホームページ
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/05/s0521-5i.html>)
35. 喜多川亮, 牛嶋公生, 藤吉啓造, 他: 子宮体部悪性腫瘍の再発高危険群に対する術後 doxorubicin/cisplatin 併用化学療法 (AP療法) の feasibility study. *日産婦誌* 58(2): 608, 2006 (abstr P2-50).
36. 「新薬の承認に関する情報」平成 17 年度 部会報告品目. 医薬品医療機器情報提供ホームページ
(http://www.info.pmda.go.jp/shinyaku/r05/0401/67060500_20900AMY00170_A100_2.pdf)
37. 「新薬の承認に関する情報」平成 17 年度 部会報告品目. 医薬品医療機器情報提供ホームページ
(http://www.info.pmda.go.jp/shinyaku/r05/0701/78006900_20800AMY10113_A100_1.pdf)
38. Go RS and Adjei AA: Review of the comparative pharmacology and clinical activity of cisplatin and carboplatin. *J Clin Oncol* 17(1): 409-422, 1999.
39. Ozols RF, Bundy BN, Greer BE, et al: Phase III trial of carboplatin and paclitaxel compared with cisplatin and paclitaxel in patients with optimally resected stage III ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol* 21(17): 3194-3200, 2003.
40. du Bois A, Luck HJ, Meier W, et al: A randomized clinical trial of cisplatin/paclitaxel versus carboplatin/paclitaxel as first-line treatment of ovarian cancer. *J Natl Cancer Inst* 95(17): 1320-1329, 2003.

41. Neijt TCP, Engelholm SA, Tuxen MK, et al: Exploratory phase III study of paclitaxel and cisplatin versus paclitaxel and carboplatin in advanced ovarian cancer. *J Clin Oncol* 18(17): 3084-3092, 2000.