

JCOG コンセプトマニュアル ver1.4

JCOG プロトコール審査委員会の審査を受けるコンセプトは本マニュアルに従って作成する。

マニュアルの記載については、

1. テンプレート部分(そのまま使用するもの): 黒字 MS P ゴシック
2. 解説部分(説明書きであり、プロトコール完成時には削除されるもの): 赤字 MS P ゴシック
3. 記載例(文章や表の例であり、修飾して使用される可能性のあるもの): 青字 MS P ゴシック

に区別される。

注: 本マニュアルの記載は原則として上記の形式に従っているが、切り分けが容易ではない箇所については必ずしもこの限りではない。

JCOG データセンター/運営事務局作成

JCOG 運営委員会承認 (ver1.0)	: 2011 年 10 月 7 日
JCOG データセンター長改訂承認 (ver1.2)	: 2014 年 1 月 21 日
JCOG データセンター長改訂承認 (ver1.3)	: 2014 年 5 月 8 日
JCOG データセンター長改訂承認 (ver1.4)	: 2015 年 11 月 24 日

コンセプトマニュアル NOTES

本マニュアルの章構成は、フルプロトコール(プロトコールマニュアル)の章構成と合わせた構成になっている。そのため、本マニュアルに従った背景記述は、フルプロトコールの記載にほとんどそのまま用いることが可能である。以下にコンセプト作成時の留意事項、審査依頼の手順を示すが、詳細については JCOG ホームページ (<http://www.jcog.jp/doctor/todo/ho/news.html>) も参照されたい。

研究事務局の要件に「JCOG プロトコールマニュアルを精読していること」が含まれているため、コンセプト作成前に、本コンセプトマニュアルだけでなく、**必ず「JCOG プロトコールマニュアル」も精読**していただきたい。

なお、本マニュアルの更新は JCOG データセンター/運営事務局で行う。微細な修正に関しては JCOG データセンター長の承認を得て行い、大幅な内容変更に関しては JCOG 運営委員会の審査承認を得ることとする。

章構成と内容

コンセプトのページ数は**原則 10 ページ以内**とする(カバーページと末尾の文献を除く)。

他分野の研究者が理解できる**平易かつ明瞭な表現**を用いて記述する

フルプロトコール作成の効率化のために、特に 2 章の記述に関しては、コンセプトの記載をそのままフルプロトコールに転載できるよう記述することが望ましい。

【記載の原則】

- レベル 2 までの章構成および章タイトルは原則として変更不可とする。レベル 3 以下の章構成および章タイトルは変更可能。
- 目次は不要。本文にはページ数(ページ番号)を入れること。
- フォントは MS P ゴシックを標準とし、本文の文字サイズは 10 ポイントを標準とする。
- 章タイトルに続く番号(例:【P-2.1.1.】)はフルプロトコール(プロトコールマニュアル)の対応する章を示す。記載に関する詳細な説明についてはプロトコールマニュアルも参考にすること。
- 箇条書きではなく、**パラグラフライティング**で記載する。

コンセプト事前相談(推奨)

コンセプトの事前相談を希望する場合は、JCOG 運営事務局 研究支援部門まで連絡を行う。

以下のいずれかの方法での事前相談が可能。事前相談にあたっては、班会議などでグループとして試験を実施することについて合意が得られている必要がある。

1. 会議形式での相談: データセンターグループ担当者が参加

- コンセプト送付前にグループの PRC 委員または医学審査員またはグループ代表委員のレビューを受けること
 - ※ PRC 委員、医学審査員が研究事務局を担当する場合、他の PRC 委員または医学審査員にレビューを依頼すること
 - ※ レビューは研究事務局・研究代表者とは別の施設の委員が行う
- 会議場所: JCOG データセンター会議室
- 事前にレビューを担当した、所属グループの PRC 委員または医学審査員またはグループ代表委員(1 名以上)の同席が必要
- 会議の 3 日前までに、コンセプトをメールにて担当者に送付のこと。
- 原則 1 回

2. 書面での相談: データセンターグループ担当者による書面レビュー

- コンセプト送付前にグループの PRC 委員または医学審査員またはグループ代表委員のレビュー

を受けること。

※ PRC 委員、医学審査員が研究事務局を担当する場合、他の PRC 委員または医学審査員にレビューを依頼すること

※ レビューは研究事務局・研究代表者とは別の施設の委員が行う

- コンセプト検討会の審査提出まで余裕をもって依頼すること。
- 原則 1 回

コンセプト審査依頼

以下の 5 点を確認後、「プロトコル審査依頼共用カバーレター」、「当該疾患の治療開発マップ」を添え、グループの PRC 委員または医学審査員を通じて、プロトコル審査委員会事務局 (PRCoffice@ml.jcog.jp) へコンセプトを提出する。

コンセプトは **Word ファイル** としメールで提出し、カバーレターは FAX またはメールで送信する。

- 1) 本コンセプトマニュアルに従った記載である
- 2) 班会議などでグループとして試験を実施することについて合意が得られている
- 3) 当該グループの委員または医学審査員またはグループ代表委員による当該コンセプトの事前レビュー済みである
 - ※ PRC 委員、医学審査員が研究事務局を担当する場合、他の PRC 委員または医学審査員にレビューを依頼すること。
 - ※ レビューは研究事務局・研究代表者とは別の施設の委員が行うこと。
- 4) グループ代表者の承認を得ている
 - ※ JCOG ホームページ研究者専用ページより「プロトコル審査依頼共用カバーレター」をダウンロードして用いる。提出にあたっては、グループ代表者のサインが必要。
- 5) 研究事務局の要件を満たしている (JCOG ポリシー No.10「研究代表者/研究事務局」より、以下参照)
 - ・ 医療機関の常勤医である (JCOG 参加施設の所属でなくてもよい)。
 - ・ グループ代表者の承認を得ている。
 - ・ プロトコル審査委員会承認前の、他のプロトコルの研究事務局ではない。

上記を全て満たした上で、かつ、①～④のいずれかを満たす必要がある。

- ① 効果・安全性評価委員会委員、またはその経験がある。
- ② プロトコル審査委員会委員、またはその経験がある。
- ③ 研究事務局の経験がある。
- ④ 以下のすべてを満たす (①～③いずれの経験もない場合)。
 - プロトコルコンセプト検討会に 2 回以上、JCOG 運営委員会に 1 回以上出席した経験がある。
 - すべての JCOG ポリシー、コンセプトマニュアル、プロトコルマニュアルを精読している。



Japan Clinical Oncology Group(日本臨床腫瘍研究グループ)
〇〇〇〇グループ

国立がん研究センター研究開発費 26-A-4
「成人固形がんに対する標準治療確立のための基盤研究」班

PCXXXX

(正式な PC 番号はコンセプト提出後に PRC 事務局が記載)

XXXX に対する XXXX 治療に関するランダム化比較試験実施計画書

グループ代表者:XXXX(グループ代表者は氏名と所属のみ記載する)
XX 大学大学院医学研究 XXXXX 科

研究代表者:XXXX
XX 大学大学院医学研究 XXXXX 科
〒XXX-XXX XX 県 XX 市 XXXX 3-1-1
TEL:0XX-XXX-XXXX (内線 XXXX)
FAX:0XX-XXX-XXXX
E-mail:xxxxx@xxxx.ac.jp

研究事務局:XXXX
XX 大学大学院医学研究 XXXXX 科
〒XXX-XXX XX 県 XX 市 XXXX 3-1-1
TEL:0XX-XXX-XXXX (内線 XXXX)
FAX:0XX-XXX-XXXX
E-mail:xxxxx@xxxx.ac.jp

20XX 年 XX 月 XX 日 コンセプト検討会申込み
20XX 年 XX 月 XX 日 コンセプト検討会(PCXXXX)
20XX 年 XX 月 XX 日 修正版提出
20XX 年 XX 月 XX 日 JCOG 運営委員会審査

シェーマ【P-0.1.】

- ランダム化比較試験、複数のレジメンの組み合わせ、複数のモダリティの組み合わせの場合、シェーマを作成する。

1.目的【P-1.】

- 2～3行を目安に簡潔に試験目的を記述。対象集団(stage)と評価する治療法を明確に表現する。
- primary endpoint(原則ひとつ)、secondary endpoint(s)を記述。

2.背景と試験計画の根拠

2.1. 対象

2.1.1. 疫学【P-2.1.1.】

- 非専門家が読むことを前提として、対象疾患(当該がん種の疾患概念など)の説明、疫学的事項(疾患の頻度、増加・減少の trend など)、我が国特有の事情など、我が国における状況を中心に、可能なら諸外国との対比を含めて述べる。

2.1.2. 臨床病理【P-2.1.2.】

- 主要な組織型と、それぞれの頻度、標準治療、予後などを簡潔に示す。

2.1.3. 病期別の標準治療と予後の概略【P-2.1.3.、P-2.1.4.】

- 主な stage など主要なサブグループの内訳とそれぞれに対する標準治療とその予後を簡潔に示す。
- TNM 分類を用いる場合は UICC か取扱い規約かいずれのどの版を用いるかを明記する。

2.1.4. 再発/増悪形式【P-2.1.6.】

- 再発/増悪形式およびその時期について、簡潔に記述する。これらの記載は無再発生存期間や無増悪生存期間、再発形式などをエンドポイントとする場合の妥当性を判断する材料となる。

2.1.5. 予後因子/予測因子【P-2.1.7.】

- 対象疾患で知られている予後因子(prognostic factor)や、再発や奏効についての予測因子(predictive factor)があれば記載する。

2.1.6. 対象集団選択の根拠【P-2.1.8.】

- 試験の対象となる stage の特定とその臨床像を記述し、3.1.の適格規準に対応させて「なぜこの対象としたか？」が判るように説明する。原則としてがん種と stage など、有効性のパラメータに大きく関連する因子について特定し説明する。一般的に用いられている規準についての説明は不要。

2.2. 対象に対する標準治療【P-2.2.】

- 対象集団における現時点の標準治療(state of the art)が確立されてきた主たる経緯を概説し、現在の”state of the art”の治療が何か、およびその場合の予後(生存や再発などの有効性データ)について説明する。
- 海外における標準治療と国内における標準治療が異なる場合には、それらを区別し、必要なら章を分けて記述する。
- 標準治療が複数のモダリティによる集学的治療である場合、それぞれのモダリティ毎に章を分けて記述することが望ましい。
- 標準治療が確立されていない場合はその旨を明記し、日常診療で広く用いられている治療が何かを記述する。
- ほとんどの試験において、標準治療が確立されるに至った主たる過去の研究(key trial(s))があるはずである。そのような key trial(s)についてここで試験デザインや主な有効性・安全性のデータ(数値)を記述する。複数の key trials がある時は表にして提示すること。
- 有効性のデータのみならず、標準治療における安全性のデータも提示すること。

2.3. 試験治療設定の根拠

2.3.1. 本試験の試験治療【P-2.3.4.】

- ・ 試験治療設定の根拠について述べる。原則として標準治療(群)に関する記載は 2.2.に行い、試験治療(群)に関する記載は 2.3.に行う。
- ・ 試験治療に関して、過去の同一レジメン・類似レジメンの臨床試験における有効性(生存、再発、奏効割合など)のデータを記述する。Phase III の場合はそのレジメンを評価した phase II のデータ、phase II の場合はそのレジメンを評価した phase I のデータを特に詳細に記述する。Phase III や複数の治療レジメンからなる phase II では治療レジメン毎に記載する。複数の報告を記述することは表形式で提示すること。
- ・ 試験治療に関する過去の安全性データ(一般的な毒性と重篤な有害事象)や、試験治療によって予想される有害反応について記述する。薬剤の併用療法の場合、単剤における主な毒性や有効性データと、併用療法で予期される毒性や有効性データを区別して記述する。
- ・ プロトコル治療に含まれる薬剤が試験対象に対して薬事法で承認されているか否か(効能に含まれているかどうか)について記載する。薬事法上承認されていなくても、日常診療で使用されている場合など、特殊な状況があれば、その旨記載すること。
- ・ プロトコル治療にかかる費用(薬剤、その他医療機器なども含む)
- ・ 複数のモダリティによる集学的治療が試験治療である場合、それぞれのモダリティ毎に章を分けて記述することが望ましい。
- ・ JCOG や JCOG 以外のグループで、本試験の継続や解釈に影響を与えるような試験が計画、実施されている場合には、その内容を記述する。

2.3.2. 標準治療と試験治療のリスクバランスとリスク・ベネフィットバランスのまとめ

- ・ ここでは標準治療と試験治療のリスクの違い(リスクバランス)、および試験治療のリスク/ベネフィットバランスを標準治療のリスク/ベネフィットと対比して要約し、試験治療が標準治療と比べて toxic new であるか、less toxic new であるかを記述する。すなわち、優越性試験とする根拠とデルタの大きさを決めた根拠(試験治療のデメリットのまとめ)、非劣性試験とする根拠と非劣性マージンの大きさを決めた根拠(試験治療群のメリットのまとめ)を示す。
- ・ 臨床試験を行う意義は、「2.4.4 本試験の意義」に記載する。
- ・

2.3.3. 後治療【P-2.3.5.】

- ・ 当該疾患に対してプロトコル治療終了後に予想される後治療(1st line の試験の場合、2nd line として予想される治療)を、エンドポイントに対する影響の考察とともに述べる。
- ・ 有害事象中止の場合と、増悪/再発による中止の場合とでは、中止後に引き続いて行われる治療がしばしば異なる。それぞれの場合の中止後の後治療について述べる。
- ・ 後治療を規定しない場合、する場合、それぞれの根拠を述べる。

2.4. 試験デザイン

2.4.1. 計画されている第 III 相試験デザイン(第 II 相試験の場合)【P-2.4.1.】

- ・ Phase II の場合、その試験で positive な結果が得られた場合に予定されている phase III における対照群の治療(標準治療)や primary endpoint などの試験概略を示す。
- ・ Phase III の場合は章ごと不要。

2.4.2. エンドポイントの設定根拠【P-2.4.2.】

- ・ エンドポイントの設定根拠について記載する。特に、Phase III で全生存期間以外を primary endpoint にする場合や、phase II で奏効割合以外を primary endpoint にする場合は、その妥当性を説明すること。また、特殊なエンドポイントを用いる場合には、その定義についても説明すること。

2.4.3. 臨床的仮説【P-2.4.3.】

- ・ 臨床的仮説と判断規準を明記する。第 III 相試験の場合、優越性試験か非劣性試験かの区別を明記し、非劣性試験の場合は非劣性での判断を行うことの妥当性(例:毒性が軽い、外来治療可能などの有効性以外の試験治

療群のメリット)を述べる。

記載例)Phase III(優越性試験の場合)

本試験の主たる研究仮説は「試験治療(〇〇療法)群の全生存期間が標準治療(××療法)群に対して上回る。」であり、この仮説が検証された場合、〇〇療法をより有用な治療法と判断する。

2.4.4. 本試験の意義【P-2.6.】

- ・ 本試験を行うことにより得られる知見の重要性を主張する記述を総括的に記述する。すなわち、**将来の患者に対するベネフィット**に関して本試験が貢献しうる点を主張する。
- ・ 特に phase III の場合は、positive results が得られた時のインパクトだけでなく、negative results に終わった際にも重要な知見となり得ることを根拠と共に記述すること。

3.患者選択規準【P-4.1.】

- ・ 以下の項目について、**他分野の研究者が理解できる**平易かつ明確な表現を用いて記述する。
- ・ 試験の結果、治療法の有効性が示された場合にその治療を適用することが妥当とみなせる対象集団を規定するものが適格規準(inclusion criteria)であり、一般化可能性(generalizability)に関連する。
- ・ 一方、適格規準で示される対象集団には属するが、試験に組み入れることが倫理的でないか、試験で必要な有効性・安全性の評価に影響を及ぼすと判断される対象を除外する条件を規定するものが除外規準(exclusion criteria)である。**コンセプトでは一般的な除外規準の記述は不要(試験特異的に重要な除外規準は記述)。**
- ・ 「～を除く」という規定であっても、原病に関わる記載は適格規準に記述する(例:「通過障害を伴う場合は対象から除外する」などは適格規準に記述)。
- ・ 可能な限り客観的な表現を用いること。「～と思われる」、「～と判断される」、「原則として」などは不可。
- ・ 各条件には 1)からの連番を付ける。
- ・ 二段階登録の場合には一次登録適格規準、二次登録適格規準を分けて記述する。

記載例)

1)疾患(がん種):Disease

- ・ 組織学的・分子生物学的サブタイプを特定する場合は明記する。
- ・ 組織学的(細胞学的・分子生物学的)確診の有無と許容される方法・検体の規定を明記する。
記載例)胃原発巣からの内視鏡生検にて組織学的に腺癌と診断されている。

2)疾患の拡がり・程度:Extent of disease

- ・ 臨床病期などを記述する。
- ・ 診断の方法や検体(切除材料の病理診断の要否、臨床診断の許容範囲など)
- ・ 画像診断による staging の場合、許容される検査方法(例:CT または MRI)や検査日の許容範囲(「日」で規定し、同時に臨床的に適切かつ実施可能性を考慮して決定する。

3)年齢:Age

- ・ 〇歳以上、〇歳以下(登録時の年齢で規定する。「〇歳未満」は不可)。
- ・ 特に事情がない場合には 20 歳未満は対象に含めず、年齢の上限も規定する。

4)PS:Performance status

- ・ ECOG performance status score を用いて規定する。

5)病変の評価可能性:Measurability

- ・ 測定可能病変の有無の別およびその定義を明確に規定する。
- ・ 測定可能病変の有無を問わない場合はその旨明記する。

6)前治療の規定:Prior treatment

- ・ 試験の対象となるがんに対する前治療の規定なのか、既往疾患としての他のがんに対する治療も含む規定であるのかを明確に区別して記載する。
記載例)他のがん種に対する治療も含めて化学療法、放射線治療、いずれの既往もない。

7)既往疾患・併存疾患に関する制限事項:Prior or concomitant disease(必要な場合)

8)併用薬・併用療法に関する制限事項:Prior or concomitant treatment(必要な場合)

- ・ 試験で用いられる薬剤との相互作用が知られている薬剤があり、相互作用により予期される有害事象が重篤なものである場合は、除外規準でなく適格規準として制限事項を記載する。

9)臓器機能(臨床検査値):Laboratory tests

- ・“<”や“>”は使わず、以上：“≥”、以下：“≤”で規定する。
 - ・可能な限り「施設基準値の何倍」「JCOG 共用基準範囲の何倍」といった記述ではなく、絶対値で規定する。
- 10) 試験参加について患者本人から文書で同意が得られている: Written informed consent

4. 治療計画

4.1. プロトコール治療【P-6.1.】

- ・特に複数のレジメンや複数のモダリティによる治療レジメンの場合、「プロトコール治療」の定義を明確に行う。後治療との区別を明確に定義する。
- ・治療変更規準や支持療法などの記述はコンセプトには不要。
- ・ランダム化試験では群別、集学的治療の試験ではモダリティ別に、小見出しをつけてそれぞれ記述する

記載例 1: ランダム化試験の場合:

4.1.1. 標準治療群(A 群)

4.1.2. 試験治療群(B 群)

記載例 2: 集学的治療の試験の場合:

4.1.3. 術前化学放射線療法

4.1.4. 手術

4.1.5. 術後化学療法

4.2. プロトコール治療完了規準【P-6.2.1.】

- ・プロトコール治療完了とみなす条件(コース数や効果判定、手術の根治性など)を記述する。
- ・化学療法の場合は、決められたコース数でプロトコールを終えるのか、増悪を認めるまで続けるのかを明確にする。
- ・プロトコール治療中止規準や治療変更規準は、原則としてコンセプトには記載不要であるが、エンドポイントに治療成功期間(Time-to-treatment-failure)を含む場合や、複数のモダリティによる治療が sequential に行われる場合など、プロトコール治療中止規準や治療変更規準が重要と考えられる場合には、プロトコール治療中止規準や治療変更規準を記載してもよい。

記載例 1:

化学放射線療法 2 コースと、それに引き続く追加化学療法 2 コースが終了した場合をプロトコール治療完了と定義する。

記載例 2:

本試験では中止規準に該当しない限りプロトコール治療は継続されるため、プロトコール治療完了はない。

5. 効果判定の方法と判定規準【P-8.2.5.】

- ・効果判定の時期(○コース毎、○コース終了後、プロトコール治療終了後○日…等)を記述する。
- ・評価のモダリティ(頭部 CT、胸部 CT、胸部 X 線等、必須のものと許容範囲が明確になるように記述)と判定規準。
- ・効果判定を行わない試験では「本試験では効果判定は行わない」と記述。
- ・腫瘍縮小効果の評価を行わない場合でも、無増悪生存期間をエンドポイントに含む場合には、増悪の判定時期を記載する。

記載例:

効果判定は胸部 CT および腹部 CT を用いて行う。

効果判定時期は 2 コース終了 4 週間後および 4 コース終了 4 週間後に行う。

6.エンドポイントと統計学的考察

6.1. エンドポイント【P-11.3.】

- ・ primary endpoint と secondary endpoint(s)を明記。
- ・ 特殊なエンドポイントを用いる場合には定義を記述する。一般的なエンドポイントについては定義の記述は不要。
- ・ コンセプトでは詳細な解析方法の記述は省略してよいが、エンドポイント、デザインに対応する具体的な解析方法をコンセプト作成段階で検討しておくべきである。なお、特殊なエンドポイント、デザインを用いる場合には、解析方法を記述する。

6.2. 登録数設定根拠【P-2.4.3.後半】

- ・ 第Ⅲ相試験(優越性試験): 標準治療群の生存時間分布の推定値(5年生存割合や生存期間中央値など)とその根拠。臨床的に意味がある群間の差。有意水準(α)、検出力($1-\beta$)、登録期間、追跡期間。
- ・ 第Ⅲ相試験(非劣性試験): 標準治療群の生存時間分布の推定値(5年生存割合や生存期間中央値など)とその根拠。非劣性マージンの大きさとその根拠。有意水準(α)、検出力($1-\beta$)、登録期間、追跡期間。
- ・ 第Ⅱ相試験: 期待奏効割合や閾値奏効割合、 α 、 β 等
- ・ 予定登録数と予定登録期間の概算

6.3. 割付調整因子【P-5.2.】

- ・ ランダム割付を行う場合の割付調整因子

6.4. 中間解析

- ・ 第Ⅲ相試験、及びランダム化第Ⅱ相試験の場合、中間解析の回数および時期について記載する。
- ・ 単群の第Ⅱ相試験が2段階デザインである場合、「1st stage decision」についても記載する

7.患者登録見込み【P-2.4.4.】

- ・ 年間登録数の見込み及び予定登録期間内の登録見込み
- ・ 原則として同一疾患における過去の JCOG 試験での登録実績に基づく。該当するデータがない場合、参加施設の年間適格患者数や手術例数等から推定した結果を記述する。
- ・ ランダム化試験の場合は、予想される同意取得割合についても記述する。過去に同様の対象に対して行われている場合は、そのデータを参考とする。該当するデータがない場合は、50%と見込んで算出する。

8.その他特記事項

- ・ 以下の項目に該当する場合、簡潔に記述する。
- ・ 病理中央診断: 病理中央診断を行う研究においては、対象がん種の病理診断上の特性(例: 診断の困難性、施設診断のバラツキの現状など)と中央病理診断が必要な理由、および中央診断を行う項目の概要を記述する。
- ・ 腫瘍縮小効果の中央判定や施設外校閲
- ・ 試料等を用いた附随研究
- ・ 適応外医薬品を用いる場合その取扱いについて
- ・ 病理中央判定、画像中央判定を予定している場合には、その事務局担当者を記載する(未定の場合はコンセプト検討会までに目処を立てておくことが望ましい)。
- ・ モダリティ別の研究事務局を立てる場合にはモダリティ別研究事務局担当者を記載する。
- ・ 医学物理事務局、放射線治療 QA/QC 事務局はフルプロトコールに記載する(コンセプトでは不要)
 - 新規計画審査時の COI 申告対象者(JCOG ポリシー23「利益相反」): 当該グループ代表者、当該グループ事務局、当該研究代表者、当該研究事務局、当該研究モダリティ別研究事務局、当該研究の主任研究者(9.研究班に記載)

9.研究班

- ・ 主たる研究班の名称と班研究代表者。本試験の研究代表者と研究班の関係を明記。
- ・ 国立がん研究センター研究開発費「成人固形がんに対する標準治療確立のための基盤研究」班以外で共同研究体制とする研究班があれば何を役割分担するかも含めて明記。

10.参考文献

- ・ Key trial などについての参考文献を記載する
- ・ コンセプトは原則として 10 ページ以内であるが、参考文献はページ数にカウントしない
- ・ スタイルは原則として ICMJE の uniform requirements に従う
- ・ http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html