

JCOG の概要

医療機関数

- ・ JCOG の母体となった指定研究未舛班以降 1978 年～昨年 2002 年 9 月現在までの JCOG 参加医療機関数のべ 229 のうち、大学病院（医学部）は 78 医療機関 = 34.1%。ただし、症例登録数で見ると、通算登録数 13516 例中、大学からの症例登録は 2792 例、20.7%。
- ・ 国立病院 42 医療機関（18.3%）から症例登録 5006 例、37.0%
- ・ 全がん協加盟施設 28 医療機関（12.2%）から症例登録 8129 例、60.1%
- ・ 2003 年 9 月現在の active な参加医療機関数で見ると、186 施設のうち、大学は 76 施設、40.9%。（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業に基づく新しいグループに大学病院が多いため大学の割合が増加）

グループ代表者

- ・ JCOG13 サブグループのグループ代表者 13 名のうち大学所属（いずれも教授）は 6 名、46%

グループ	グループ代表者	所属医療機関
肺がん内科	田村友秀	国立がんセンター中央病院
肺がん外科	加藤治文	東京医科大学
消化器がん内科	大津 敦	国立がんセンター東病院
胃がん外科	笹子 充	国立がんセンター中央病院
食道がん	安藤暢敏	東京歯科大学
乳がん	高嶋成光	国立病院四国がんセンター
リンパ腫	堀田知光	東海大学
婦人科腫瘍	吉川裕之	筑波大学
大腸がん外科	森谷宣皓	国立がんセンター中央病院
泌尿器科腫瘍	鳶巣賢一	静岡県立静岡がんセンター
骨軟部腫瘍	岩本幸英	九州大学
放射線治療	平岡真寛	京都大学
脳腫瘍	野村和弘	国立がんセンター中央病院

研究班主任研究者

- ・ 25 研究班の主任研究者のうち、大学所属は 14 名、56 %

課題番号	主任研究者	所属医療機関
がん研究助成金指定研究		
14 指-1	堀田知光	東海大学
14 指-2	西條長宏	国立がんセンター中央病院
14 指-3	吉田茂昭	国立がんセンター東病院
14 指-4	福田治彦	国立がんセンター研究所
がん研究助成金計画研究		
14-3	加藤抱一	国立がんセンター中央病院
14-12	嘉村敏治	久留米大学
効果的医療技術の確立推進臨床研究事業		
H15-効果(がん)-007	西條長宏	国立がんセンター中央病院
H15-効果(がん)-008	加藤治文	東京医科大学
H15-効果(がん)-010	笹子 充	国立がんセンター中央病院
H15-効果(がん)-011	森谷宣皓	国立がんセンター中央病院
H15-効果(がん)-013	吉川裕之	筑波大学
H15-効果(がん)-014	塚本泰司	札幌医科大学
H15-効果(がん)-015	飛内賢正	国立がんセンター中央病院
H15-効果(がん)-016	佐野 武	国立がんセンター中央病院
H15-効果(がん)-023	内藤誠二	九州大学
H15-効果(がん)-025	渋井壮一郎	国立がんセンター中央病院
H15-効果(がん)-026	岩本幸英	九州大学
H15-効果(がん)-028	安藤暢敏	東京歯科大学
H15-効果(がん)-029	大津 敦	国立がんセンター東病院
H15-効果(がん)-032	福岡正博	近畿大学
H15-効果(がん)-034	渡辺 亨	国際医療福祉大学
H15-効果(がん)-035	嘉山孝正	山形大学
H15-効果(がん)-036	嘉村敏治	久留米大学
H15-効果(がん)-038	北野正剛	大分医科大学
H15-効果(がん)-041	平岡真寛	京都大学

- ・ これまでの実績からは、グループ代表者や主任研究者等、意思決定の役割は国立がんセンターと大学の人材がシェアしているが、施設からの患者登録の実質的貢献は全がん協加盟施設が中心というのが JCOG の実態と言える。

～がんの罹患率と死亡率の激減を目指して～

(第3次対がん10か年総合戦略)

昭和59年度から開始された「対がん10か年総合戦略」及びそれに引き続き平成6年度から開始された「がん克服新10か年戦略」により、「がんは遺伝子の異常によって起こる病気である」という概念が確立し、遺伝子レベルで病態の理解が進む等がんの本態解明の進展とともに、各種がんの早期発見法の確立、標準的な治療法の確立等診断・治療技術も目覚ましい進歩を遂げた。

この間、胃がん、子宮がん等による死亡率は減少し、胃がん等の生存率は向上したが、一方で、大腸がん等の欧米型のがんは増加を続けており、がんは昭和56年以降、依然として日本人の死亡原因の第一位を占め、現在では、その約3割を占めるに至っている。また、より有効な対策がとられない限り、がん死亡者数は現在の約30万人から2020年には45万人まで増加するとの試算もある。

がん研究については、発がんの要因やがんの生物学的特性等について、依然としてその全貌が解明されるには至っていないことから、一層の研究の充実を図ることが求められている。また、がんの有効な予防対策の確立についても、ゲノム研究などの新分野や新技術の導入を含めた革新的な取り組みが必要である。さらに、膵がん等の難治性がんや大腸がん等増加しているがんに対する画期的な治療法の開発や全国どこでも最適ながん医療をうけることができる体制の整備が強く求められている。

このため、がんに関する基礎研究やその研究成果を幅広く応用転化する研究等のがん研究を一層推進するとともに、新しいがんの予防対策を推し進めつつ、より質の高いがん医療の「均てん化」等により全国どこでも最適ながん医療が受けられるようにすることにより、がんの罹患率と死亡率の激減を目指す。そのため、以下のとおり第3次対がん10か年総合戦略を策定し、これを強力に推進することとする。

【戦略目標】

我が国の死亡原因の第一位であるがんについて、研究、予防及び医療を総合的に推進することにより、がんの罹患率と死亡率の激減を目指す。

(具体的な戦略目標)

進展が目覚ましい生命科学の分野との連携を一層強力に進め、がんのより深い本態解明に迫る。

基礎研究の成果を幅広く予防、診断、治療に応用する。

革新的ながんの予防、診断、治療法を開発する。

がん予防の推進により、国民の生涯がん罹患率を低減させる。

全国どこでも、質の高いがん医療を受けることができるよう「均てん化」を図る。

1. がん研究の推進

がん研究についてはこれまで、新規のがん遺伝子、がん抑制遺伝子を発見する等発がん機構の理解が進んだ。特に、遺伝子レベル、分子レベルでの解析が飛躍的に進んだ結果、がんが「遺伝子の異常によって起こる病気である」という概念が確立し、その遺伝子レベル、分子レベルでの理解が飛躍的に進んだ。また、ヘテロサイクリックアミン類等環境中の発がん要因の同定、肝がん等一部のがんの誘因となる感染症の検査法の確立、ヘリカルCT(線源を回転移動させることにより、臓器全体を画像化し、観察できるCT)を用いた肺がん早期診断法の開発、前立腺がん等で局所制御率が高い粒子線治療の開発、内視鏡・体腔鏡手術の確立によって患者の負担を軽減する治療法の開発等着実に成果を挙げてきている。

しかし、がんは極めて複雑性に富んでおり、発がんの要因やがんの生物学的特性、がん細胞の浸潤能・転移能やがんと宿主免疫応答等の関係など、その全貌が十分に解明されているとはいえず、今後なお一層の努力が必要である。

このため、ヒトゲノムの解読完了を受け、ゲノムの機能解明(ゲノムネットワーク研究等)の一層の推進などにより、進展が目覚ましい生命科学の分野とさらに連携を深め、学横断的な研究を推進することにより、がんの本態解明を進めるとともに、その成果を迅速にかつ幅広くがんの臨床研究に繋げるために、トランスレーショナル・リサーチを重点的に進め、一方で、臨床研究・疫学研究等の新たな展開により、革新的な予防、診断及び治療法の開発

を推進する。また、その際、生命倫理に対し十分な配慮を行っていくことが必要である。

(重点的に研究を推進する分野)

- (1) 学横断的な発想と先端科学技術の導入に基づくがんの本態解明の飛躍的推進
- (2) 基礎研究の成果を積極的に予防・診断・治療等へ応用するトランスレーショナル・リサーチの推進
- (3) 革新的な予防法の開発
- (4) 革新的な診断・治療法の開発
- (5) がんの実態把握と情報・診療技術の発信・普及

上記の重点的研究分野を推進するため、国立がんセンター、大学、独立行政法人等がん研究機関における研究体制・支援体制の整備、若手研究者等の育成、国際協力等を推進する。また、トランスレーショナル・リサーチ推進のためのセンター機能や、がん情報、バイオリソースに関する事業等の充実、がん予防・検診研究センターの設置等のがん研究推進のための支援事業を強化する。

【重点的研究課題】

(1) 学横断的な発想と先端科学技術の導入に基づくがんの本態解明の飛躍的推進

がんにおける細胞・組織システム等の基礎研究に基づくがんの本態解明

ゲノム、プロテオーム(たんぱく質総体)、病理・診療、生活習慣等の情報等の相関性の解明等

動物モデルなどを用いた個体レベルの発がん、転移、がん免疫機構の解明

分子標的治療の基盤形成

がん細胞に対する宿主の免疫応答機構の解明

学横断的な新しいがん研究領域や基盤技術の開拓

(2) 基礎研究の成果を積極的に予防・診断・治療等へ応用するトランスレーショナル・リサーチの推進

新たな予防・診断・治療法の開発のためのトランスレーショナル・リサーチの強力な推進

腫瘍DNAなどのバイオリソースバンク、遺伝子多型と抗がん剤や放射線による副作用についてのデータベース等の設置及び推進

臨床・公衆衛生研究実施体制の整備

(3) 革新的な予防法の開発

環境中の発がん要因の同定と暴露情報の収集

発がん要因と発がん機構の関連性の解明による、新しい予防法の確立
大規模長期コホート研究など分子疫学的研究の展開

簡便で効果的な禁煙支援法の開発・普及

生活習慣改善・化学物質投与等による介入試験の展開

(4) 革新的な診断・治療法の開発

腫瘍マーカーの体系的探索に基づく高感度・高精度のがんの早期診断法の開発

がん検診の技術的開発と有効性の科学的評価

がんの早期発見のための高度画像診断に資する医用工学・光学、エレクトロニクス分野の研究開発の推進

画像情報データベースの構築

がん患者個々人に最も適した治療法を選択するテーラーメイド医療の確立と普及

膵がんやスキルス胃がんなどの難治がん等を対象とする新治療技術の体系化

機能を温存・再建する外科療法や低侵襲性治療法の研究等患者の生活の質(QOL)の維持・改善を図る治療法の開発

粒子線治療の臨床的有用性の確立及び治療装置の小型化等

多施設共同臨床試験ネットワークの確立

(5) がんの実態把握とがん情報・診療技術の発信・普及

地域がん登録や院内がん登録の推進

地域がん診療拠点病院を基盤に置いたがん医療標準化の推進

最新のがんの知見及び診療に関する情報を発信・普及するためのネットワークの構築

2. がん予防の推進

がん予防については、これまでも国立がんセンターにおいて「がん予防の12ヶ条」を策定したほか、「健康日本21」に基づく、たばこ対策の充実、食生活の改善、がん検診受診者数の増加等の取組を進めてきた。

この間、胃がんの罹患率は減少してきたが、一方で、大腸がん、肺がん、乳がん等の罹患率は上昇しており、これらの罹患率を減少させるためには、がん予防の研究成果に基づき、国民の生活習慣等の行動変容、有効ながん検診の拡充等を図っていくことが必要である。このため、がんの有効な予防法を確立するとともに、がん予防に関する知識を広く国民に周知し、さらに最新の研究成果に基づいてがん検診の効果を高めていくこととする。

(1) がんの有効な予防法の確立

生活習慣、環境要因等の相互作用と発がんリスクとの関連等の研究により、がんの有効な予防法の確立を目指す。

(2) がん予防に関する知識の普及の促進

がん予防の12ヶ条、食生活指針及び予防法の研究によって得られた新たな知見の普及啓発等をさらに推進することにより、がん予防に関する知識を広く国民に周知していく。また簡便で効果的な禁煙支援方法を開発し、広く普及する。

(3) 感染症に起因するがん予防対策の充実

感染症に起因するがんの予防法を確立するとともに、感染の関与が明らかな肝がん、子宮頸がん、一部の胃がんや白血病の罹患率を減少させる。

(4) がんの早期発見・早期治療

新しい検診技術の開発、検診に携わる医療関係者の研修等による検診技術の向上、有効ながん検診の普及及び受診率の向上により、がん検診をさらに充実し、がんの早期発見・早期治療を進める。

3. がん医療の向上とそれを支える社会環境の整備

がん医療については、これまでも国立がんセンター、大学病院、独立行政法人放射線医学総合研究所等における研究、治療に加えて、全国がんセンター協議会におけるがん医療の向上に関する活動、地方中核がんセンターと国立がんセンターとの情報ネットワーク化、地域がん診療拠点病院の整備などを行い、全国どこでも最適ながん医療が受けられる体制の整備を図っている。また、国際協力、国際交流の促進により、がん医療の向上を図ってきている。

今後は、国立がんセンター等のがん研究・治療の中核的拠点機能の強化、がん医療の「均てん化」等を強力に進めること等により全国どこでも最適ながん医療が受けられ、がんの治癒率が向上するとともに、がん患者の生活の質（QOL）が向上する社会を目指すこととする。

（1）がん研究・治療の中核的拠点機能の強化等

がん研究及び推進事業をより統一的に強力に推進するために情報の集積、発信拠点機能等の充実を図る。

また、国立がんセンター・地方中核がんセンター等において、将来のがん研究を担う若手研究者を育成するリサーチレジデント制度のさらなる推進を図るとともに、研究支援者を活用することにより、将来のがん研究の中核となる人材の育成を行う。

さらに、独立行政法人放射線医学総合研究所を中心に重粒子線治療など、放射線治療の研究開発を行う。

（2）がん医療の「均てん化」

がん診療拠点病院の整備

国立がんセンター、地方中核がんセンター、大学病院に加えて、二次医療圏（364ヶ所）に1カ所程度を目安に地域がん診療拠点病院の整備について民間病院の参画を積極的に促しつつ進め、全国的に質の高いがん医療が提供できる体制を整える。がん診療拠点病院においては、がん医療の提供を行うほか、地域の医療機関にがん医療に関する情報を発信することにより地域レベルでのがん医療の向上を図り、また、地域住民にも情報提供を行う。さらに院内がん登録を進める。

がん専門医の育成

全国どこでも最適ながん医療が受けられるようにするためには、がんの手術療法、化学療法、放射線療法等に通じた各分野の専門医が協力して診療に当たることが必要である。このため、臨床腫瘍医等のがんの専門医等の育成を進めることにより、がん医療の「均てん化」を図る。

(3) がん患者等の生活の質(QOL)の向上

かつては、がんの患部を広く摘出すること等により、がん患者の生活の質(QOL)が著しく低下することがあったが、摘出範囲を最小限にする、複数の治療法を適切に組み合わせる、放射線治療を用いるなど、有効で負担の軽いがん検査・治療を普及させることにより、がん患者の視点に立った医療の普及を目指す。

具体的には、機能温存・機能再建療法の開発や緩和医療技術の開発を進め、がん患者の苦しみの軽減を目指す治療法等の普及を図る。

また、末期がん患者は、激しい痛みがあり、また、精神的な面で支援が必要なことから生活の質(QOL)の向上を図るため全国的に緩和医療の提供できる体制を整備する。

(4) 国際協力・国際交流の促進並びに産官学協力の推進

がん研究の進んでいる国との国際交流や、途上国との国際協力を進めることにより国際的な情報交換を推進し、その結果得られた成果を我が国のがん研究・医療の向上に役立てるとともに、各国への「均てん化」を図る。

また、がんの基礎研究から得られた成果を速やかに臨床の現場に応用できるように産官学の連携をさらに推進する。

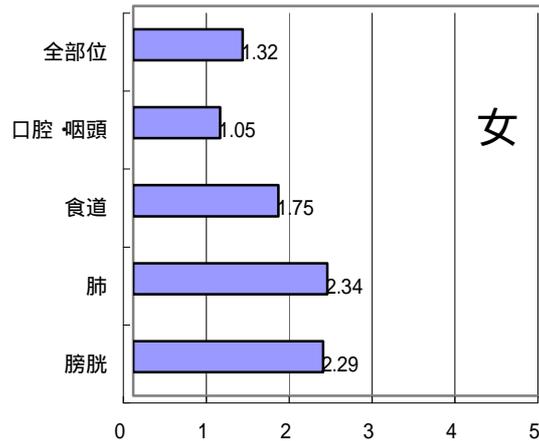
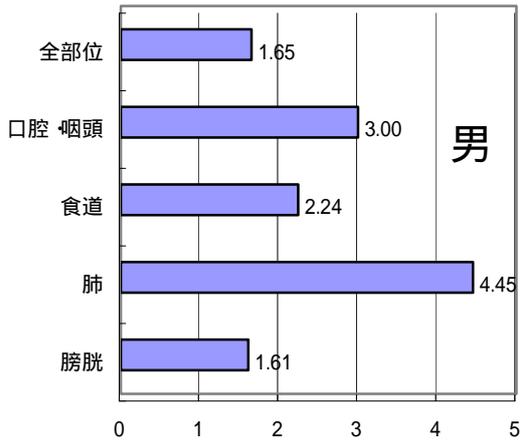
喫煙の健康影響等について

1. 喫煙の健康影響 (非喫煙者を1とした場合の喫煙者の相対危険度)

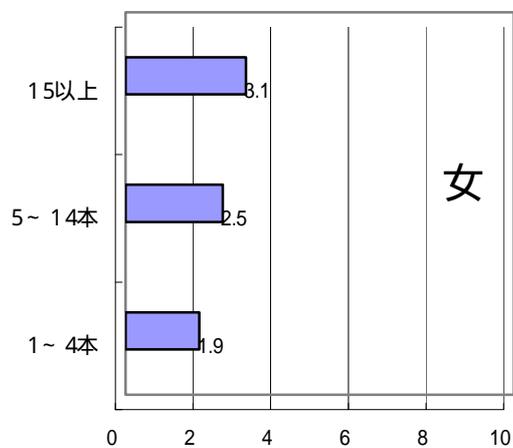
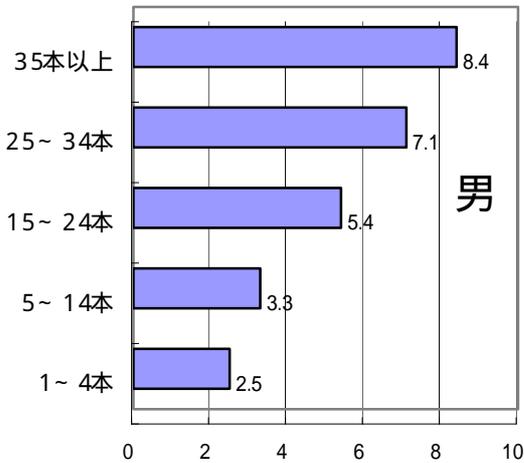
がんによる死亡

	男	女
平山らによる調査(1966-82)	1.7	1.3
厚生省研究班による調査(1990-97)	1.5	1.6

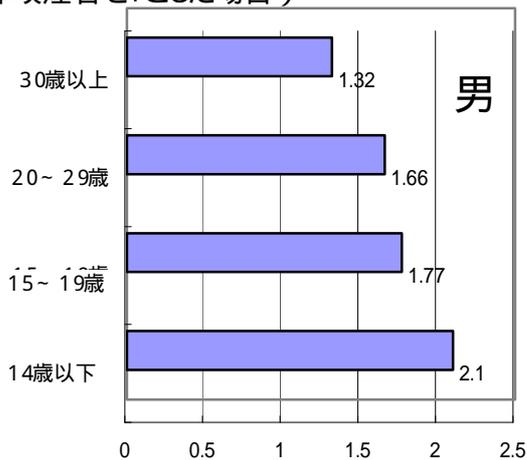
喫煙とがん死亡についての相対危険度 (日本)



喫煙本数と肺がん死亡についての相対危険度 (日本)



喫煙開始年齢別にみたがんの死亡比率 (非喫煙者を1とした場合)



資料: いずれも平山らによる調査(1966-82)

循環器病による死亡

	(男)	(女)
総死亡数	1.2	1.2
循環器病総死亡数	1.4	1.5
虚血性心疾患(心筋梗塞、狭心症等)	1.7	-
脳卒中	1.7	1.7

(資料) 1980 - 90年の循環器疾患基礎調査 (NIPPON DATA)

妊娠中の喫煙が胎児に及ぼす影響

低出生体重児の相対危険度

厚生省研究班による調査 (1979)	2.4
黒倉らによる調査 (1984)	1.7
中村らによる調査 (1988)	2.5

(資料) 平成9年厚生白書より

受動喫煙(他人のたばこの煙を吸わされること)と個別疾病との関係

個別疾病の相対危険度

肺がん死亡数 (US - EPA 報告 1998)	1.19
虚血性心疾患死亡数 (Heらによる調査 1999)	1.25

2. 喫煙に伴い負担が増加する医療費(超過医療費)等

超過医療費 1兆3,086億円

【国庫負担ベース 3,258億円】

超過死亡数 9万5千人

(注) 1. 超過医療費は「平成13年度厚生労働科学総合研究費補助金 たばこ税増税の効果・影響等に関する調査研究報告書」による。

医療費の国庫負担割合24.9%として推計。(平成11年度ベース)

2. 超過死亡数「Peto, R., Lopez, AD., Boreham, J. et al. Imperial Cancer Research Fund and World Health Organization.

Mortality from Smoking in Developed Countries: 1950-2000. Oxford University Press, Oxford, 1994.

(参考1) 喫煙率

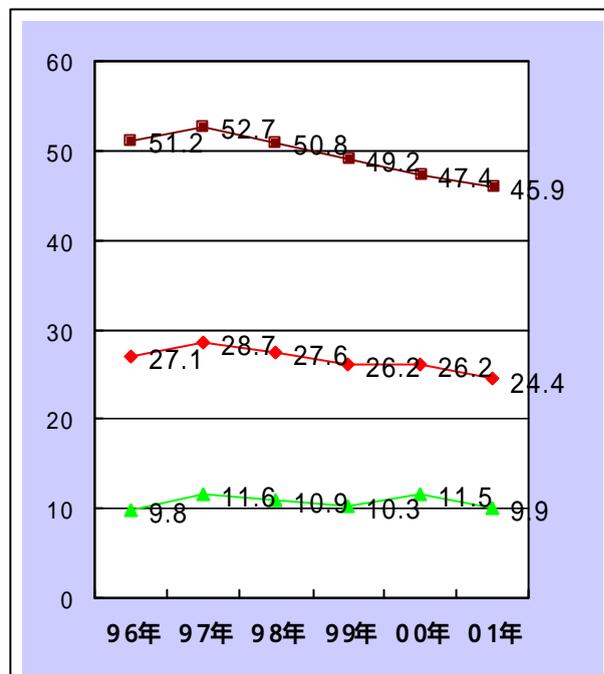
諸外国の喫煙率

(%)

国名	男性	女性
日本	45.9	9.9
ドイツ	39.0	31.0
フランス	38.6	30.3
オランダ	37.0	29.0
イタリア	32.4	17.3
イギリス	27.0	26.0
カナダ	27.0	23.0
米国	25.7	21.5
オーストラリア	21.1	18.0
スウェーデン	19.0	19.0

出典：世界保健機関(WHO) Tobacco ATLAS(2002)
(日本は国民栄養調査)

我が国の喫煙率



出典：国民栄養調査

(参考2) たばこ煙の成分分析

たばこ煙は4,000種類以上の化学物質を含有。

そのうち生理的に影響を及ぼす主な有害物質は、ニコチンと一酸化炭素。

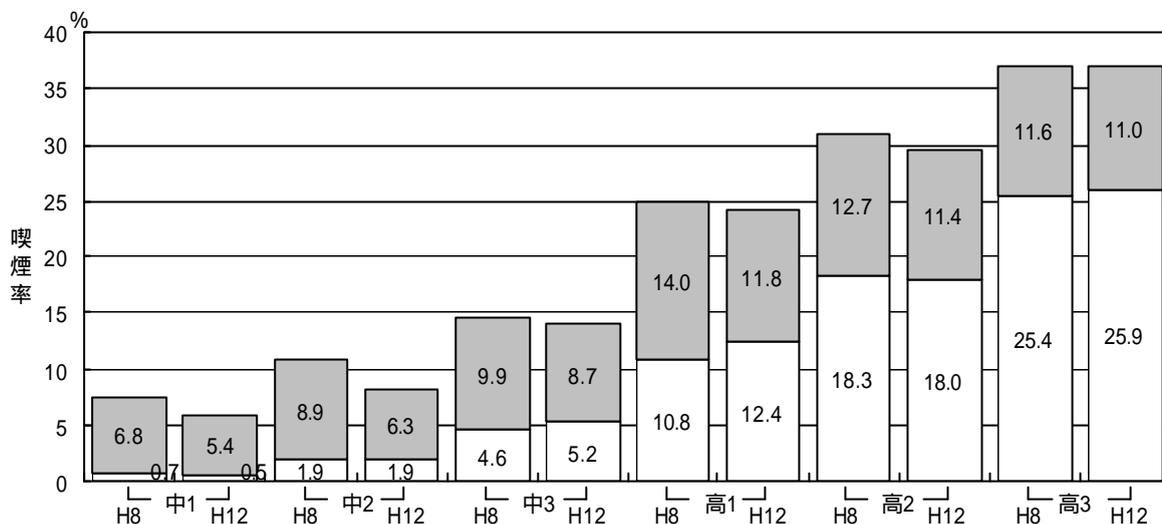
ニコチンは中枢神経系の興奮と抑制、心拍数の増加、血圧上昇、末梢血管の収縮などの影響。

一酸化炭素は赤血球のヘモグロビンと結びつき、酸素運搬機能を阻害。

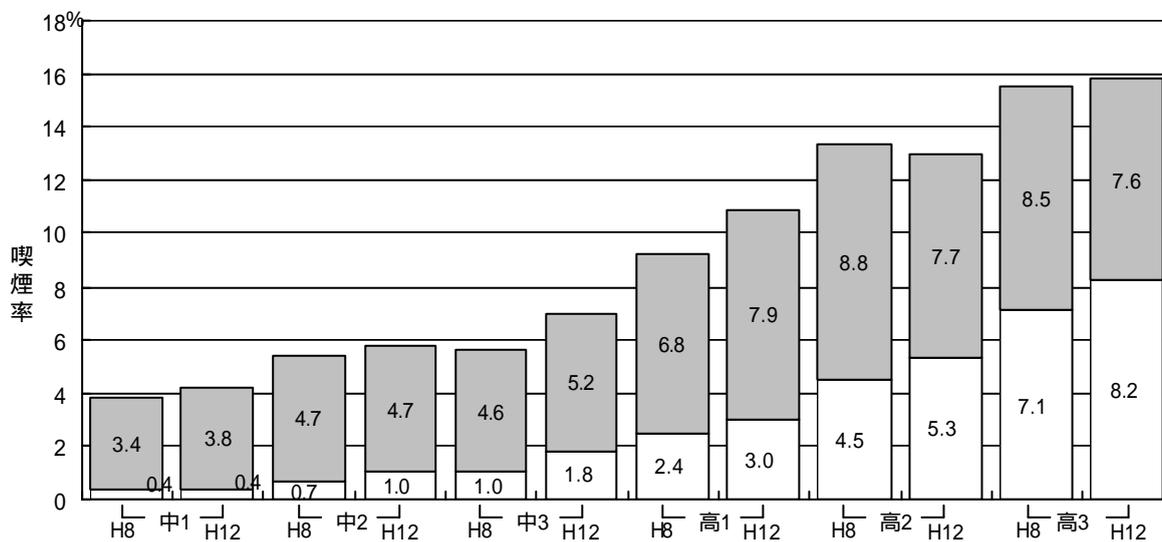
この他ベンゾピレン等40種類以上の発がん物質、発がん促進物質を含有。

(参考3) 未成年者の喫煙について

男子中学校生，高校生喫煙率比較（平成8年および12年）



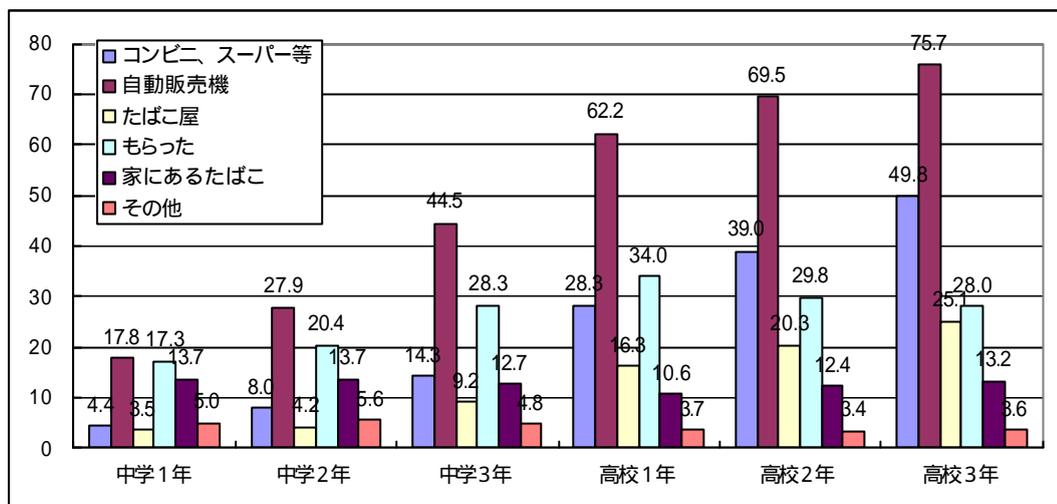
女子中学校生，高校生喫煙率比較（平成8年および12年）



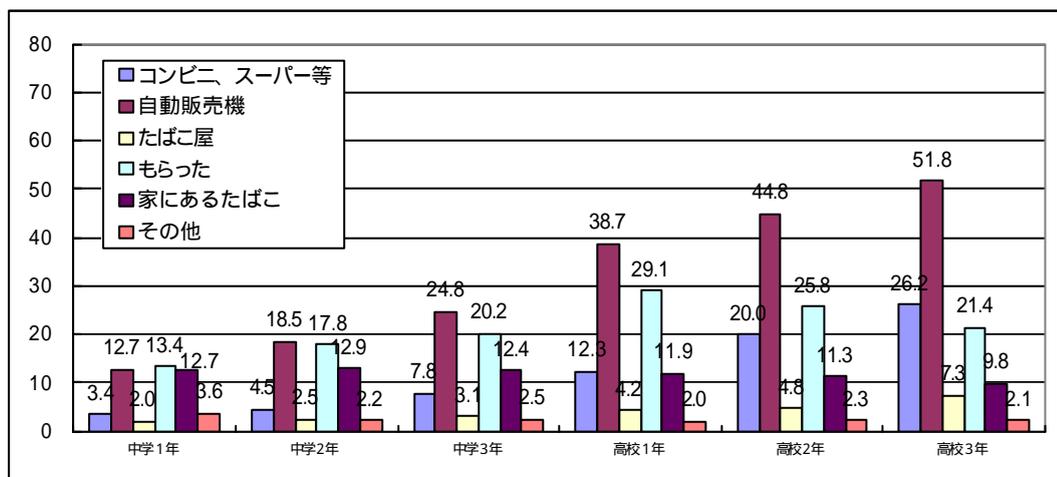
■ 喫煙者（この30日に1日でも喫煙経験がある）

□ 毎日喫煙者

学年別にみたたばこの入手経路（男子）



学年別にみたたばこの入手経路（女子）



出典：平成9年度厚生科学研究費補助金健康増進研究事業「防煙の実態に関する研究」
 ：平成12年度厚生労働科学研究費補助金厚生科学特別研究事業「未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査」

(参考4) たばこ包装における警告表示の例

米国

SURGEON GENERAL'S WARNING:

Smoking By Pregnant Women May Result in Fetal Injury, Premature Birth, And Low Birth Weight.

Quitting Smoking Now Greatly Reduces Serious Risks to Your Health.

Smoking Causes Lung Cancer , Heart Disease , Emphysema , And May Complicate Pregnancy.

オーストラリア

SMOKING CAUSES LUNG CANCER

SMOKING IS ADDICTIVE

SMOKING KILLS

SMOKING CAUSES HEART DISEASE

SMOKING WHEN PREGNANT HARMS YOUR BABY

YOUR SMOKING CAN HARM OTHERS

カナダ

CIGARETTES ARE HIGHLY ADDICTIVE

CHILDREN SEE CHILDREN DO

CIGARETTES HURT BABIES

TOBACCO USE CAN MAKE YOU IMPOTENT

DON'T POISON US

TOBACCO SMOKE HURTS BABIES

CIGARETTES CAUSE STROKES

CIGARETTES CAUSE MOUTH DISEASES

EACH YEAR, THE EQUIVALENT OF A SMALL CITY DIES FROM TOBACCO USE

CIGARETTES CAUSE LUNG CANCER (2種類あり)

CIGARETTES LEAVE YOU BREATHLESS

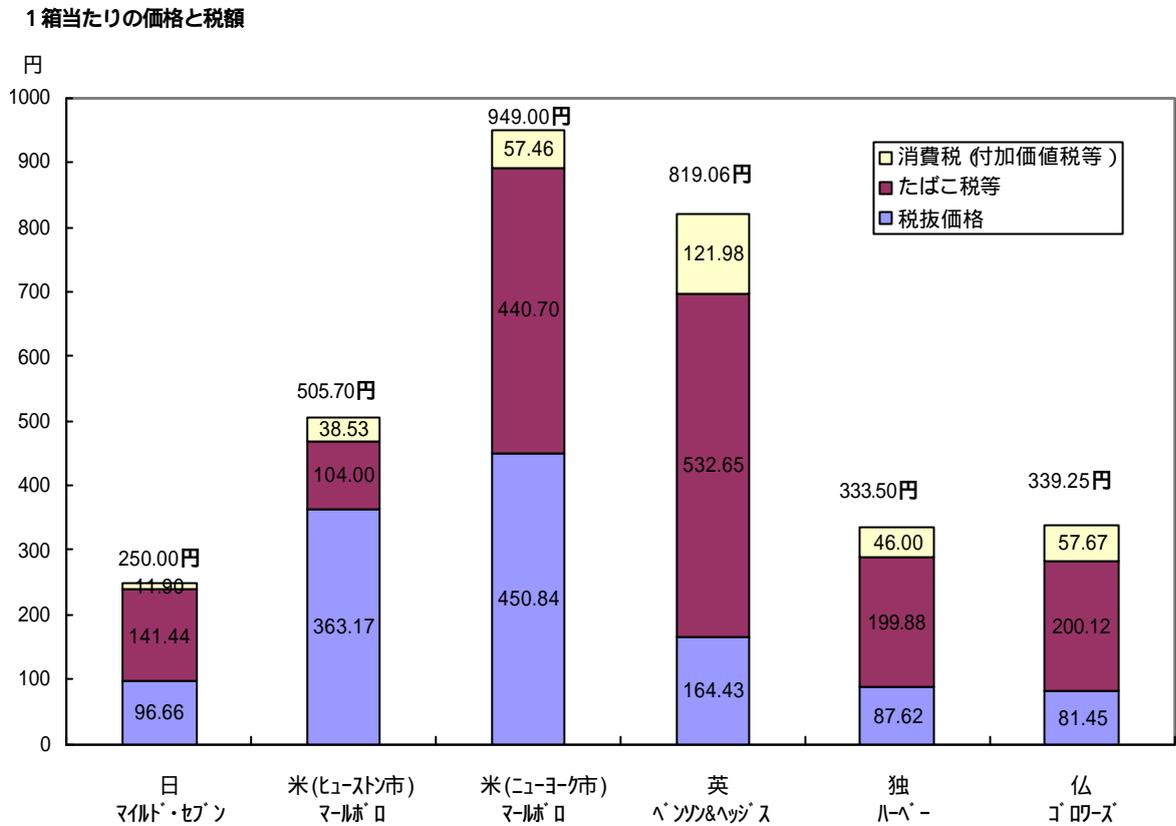
IDLE BUT DEADLY

CIGARETTES ARE A HEARTBREAKER

WHERE THERE'S SMOKE THERE'S HYDROGEN CYANIDE

YOU'RE NOT ONLY ONE SMOKING THIS CIGARETT

(参考5) 1箱当たりの価格と税額



(注) ・平成14年9月現在の価格に基づく1箱(20本、ドイツは19本)当たりの数値である。
 ・各国の付加価値税等の税率は次のとおり。日本(消費税等)5%、アメリカ(小売売上税)8.25%、イギリス17.5%、ドイツ16%、フランス19.6%
 ・邦貨換算には、次のレートを用いた。1ドル=130円、1ポンド=187円、1ユーロ=115円
 出典：税制調査会第34回総会(10月29日)資料説明資料(酒税・たばこ税・エネルギー関係諸税等)

EORTC の概要

ヨーロッパ最大のがん多施設共同臨床研究グループ (Cooperative Group)

本体はベルギー国法に基づく NPO (民間組織)。1962 年に設立。1968 年に EORTC と改称。

- 本体とは別に「EORTC Foundation」を持ち、これが EU 各国からの grant を受ける。
- ベルギー国の grant はごく一部 (最近までなかった)
- 24 ヶ国の 2500 名の研究者 (臨床・基礎) のネットワーク
- 22 のサブグループ (がん種、治療モダリティ等)
- 年間総登録患者数 約 7000 例、登録中試験数 113、年間新規開始試験数 24
 - ◇ 米国の Cooperative Group 1 個と比べるとやや大きめ
- 登録数上位 5 ヶ国は多い順に、オランダ、フランス、ベルギー、ドイツ、イギリス
- ヨーロッパ以外の国からも参加
 - ◇ 欧州以外で登録数が多い順に、イスラエル、トルコ、エジプト、ロシア、チリ、カナダ、オーストラリア、アルゼンチン、など
- Headquarters である「EORTC Central Office/Data Center」はベルギー首都 Brussels の郊外。
- 135 名のスタッフ (16 国籍) -- 全員「EORTC の職員」

研究者主導の治療開発を行う

- “The ultimate goal of the EORTC is to improve the standard of cancer treatment in Europe, through the development of new drugs and other innovative approaches, and to test more effective therapeutic strategies, using drugs which are already commercially available, or surgery and radiotherapy.”
- 市販薬の併用化学療法、外科手術の評価、放射線治療法の評価、集学的治療法の評価 = 研究者主導臨床試験 (investigator-initiated clinical trials) を実施

- 米国 NCI から研究費を受け、NCI-sponsored Cooperative Group のひとつとして認定されており、他の米国内 Cooperative Group や NCI-Canada と国際共同研究ができる。

製薬企業からの「治験」も受託して実施（NDDP: New Drug Development Program）

- EU 各国の規制要件（各国バラバラ）に合わせて研究を実施（Regulatory Affairs Unit）
- 米国 FDA の認証（IND Filing）あり EORTC で実施した治験データは米国の FDA 申請に用いることができる。
- 一言で言うと「非営利の CRQ (Contracted Research Organization)」

財源

- 官・民のさまざまな研究費を集めてきて運営
- 年間支出の 64% が Central Office/Data Center のスタッフの給料
- 年間収入（2002）：10,375,000 EURO（13.5 億円）の約半分は製薬企業から
 - ◇ 24% が企業からの受託研究、24% が企業からの educational grant、8% が EORTC 財団から、4% が米国 NCI から、3% が製薬企業からのトランスレーショナル・リサーチ推進等の project grant (Astra Zeneca 27.4 万 EURO、Schering-Plough 20 万 EURO)

米国の Cooperative Group との違い

- 米国での Cooperative Group に対する NCI のような上位機構は存在しない。自己完結型。
- 臨床試験/臨床研究だけでなく、基礎研究・translational research も推進（研究費を出す）
- 参加医療機関に研究費の配分はしない/できない
 - ◇ 医療機関が施設職員として雇用している CRC が EORTC 研究を支援
 - 施設の常勤 CRC、企業の治験の受託研究費で雇用した CRC
 - 「EORTC 参加施設」の name value が企業の治験の受託を産む。“EORTC ブランド”
 - ◇ CRC が普及していない国（東南ヨーロッパ等）では臨床医が

EORTC 研究関連業務を行う（日本の多くの医療機関と同様）

- ◇ 米国では NCI からの研究費で医療機関の CRC が雇用される。
- 製薬企業と同様「モニター」を有し、治験を行う場合は施設訪問モニタリングを行う。
- ◇ 米国の Cooperative Group は「モニター」を持たず、企業から受託して治験を行う時もデータセンターによる「中央モニタリング」のみ。その代わりに、複数の試験に対して登録中から施設訪問監査を行っている。

EORTC 機構図

