

## 調査研究の検査と手順

既に採取されている組織の一部と、あなたの病気の診断を確定し、経過を観察するために使用された標本の複製は、COGが品質管理の一環として設置している中央診断センターに送付されます。

## 試験の予定期間について

この試験では、新しい患者さんの登録を 3 年間行う予定です。治療終了後、経過観察のための診察と医学的検査が行われます。あなたが試験に登録されてから約 10 年間、継続してあなたの健康に関する情報を提供していただきたいと思います。治療完了後も、しばらくの間あなたに連絡を取り、毎年あなたの健康状態を検査することによって、この試験の長期的な効果を調べることができます。

以下に示す状況が生じた場合、あなたの担当医師または試験分担医師が、あなたのこの試験への参加を中止することがあります。

- 医師が、患者さんにとっての最善の方法であると確信した場合
- 治療中にあなたの病気が再発した場合
- 治療によって、重度であると考えられる副作用が起こった場合
- あなたにとって別の治療法の方が有効であることを示す新しい情報が得られた場合
- あなたの腫瘍が中リスクに分類されていて、4 サイクルの化学療法を行っても手術で除去できない場合
- あなたの腫瘍が高リスクに分類されていて、8 サイクルまたは 10 サイクルの化学療法を行っても手術で完全に除去できない場合
- あなたの肝芽腫とは関係のない理由によって、ある一定期間内に肝移植を受けられない場合

あなたは、自由意思によりいつでも参加を中止することができますが、試験への参加の中止を決める場合は、安全に中止することができるよう、まず試験分担医師かあなたのかかりつけの医師に相談されることをお奨めします。

## 試験のリスクについて、リスクと治療の違いについて

### 治療のリスク

がんの治療を受けられる患者さんはすべて、副作用を起こすリスクをもっています。がんの化学療法は、腫瘍細胞を死滅させるだけでなく、正常な組織にも損傷を与えて副作用を起こす可能性があります。副作用は、投薬を中止すれば消失することが多いのですが、ときに、投薬を中止しても消失せず深刻な合併症を起こすことがあります。このような合併症やその他の合併症から、死に至る場合もあります。

よくみられる副作用は、悪心、嘔吐、脱毛、疲労です。悪心や嘔吐に対しては、予防または症状を抑えるための薬が投与されることがあります。脱毛は一般に一時的なものです。非常にまれなケースで永久的にみられることがあります。化学療法によって、不妊が起こることもあります。不妊とは、子供ができなくなることです。また、化学療法の結果として、数年後に二次がんが発生することもあります。

標準的な治療に用いられるそれぞれの薬剤のリスクについては、添付文書 2 の表をご覧ください。

化学療法薬を併用した場合、副作用が増強されることがあります。

がんの治療で最も多くみられる深刻な副作用は血球数の減少です。これによって、貧血が起ったり、感染症にかかる可能性が高くなったり、出血傾向がみられたりします。血球数の減少については、COG の小児がん患者のためのファミリーハンドブック（COG Family Handbook for Children with Cancer）をご覧ください。あなたのお子さんの血球数が低下した場合のケアについて、より詳しい説明が載っています。

手術は、標準的な治療としてしばしば行われています。あなたの治療の一部としても、手術が用いられることがあります。手術を行う場合、担当医師があなたと面談して手術のリスクを説明しますので、この治療について医師に直接質問することができます。

治療計画によってがんが除去できない、または治療によって一度は消失し、後に再発するというリスクがあります。

#### 女性に対するリスク：

この試験の治療は、胎児に影響を及ぼすことがあります。この試験に参加し治療を受けている間は、妊娠したり授乳を行ったりしてはなりません。あなたが性的に活動的であり妊娠するリスクがある場合、あなたとあなたの男性パートナーは、有効な避妊方法を使用するか、または性行為を行ってはなりません。なお、試験分担医師が、試験治療中に行ってもよい避妊方法について説明します。試験治療を受けている全期間を通じて、選択された避妊方法を使用するか、性交を控えなければなりません。がん治療終了後も、しばらくの間これを継続する必要がある場合があるので、避妊するか、または性交を控える必要のある期間については、あなたの担当医師にご相談ください。試験参加中は、避妊の手段として自然受胎調節法や周期避妊法を行うことはできません。このことについてご質問がある場合、治療中に避妊方法を変更したい場合は、あなたの担当医師にご相談ください。もし、調査研究中に妊娠した場合は、直ちに試験分担医師とあなたのかかりつけの医師にお知らせください。

あなたが授乳中の場合、この試験で使用される薬剤が母乳に移行することがあります。試験薬の投与を受けている期間を通じて、赤ちゃんに授乳を行ってはなりません。がん治療終了後も、しばらくの間これを継続する必要がある場合があるので、授乳を控える必要のある期間については、あなたの担当医師にご相談ください。

#### 男性に対するリスク：

この試験の治療は、精子に悪影響を与えることがあります。治療が間接的に胎児に影響を及ぼす可能性があるため、試験参加中は子供をもうけてはなりません。あなたが性的に活動的であり妊娠させるリスクがある場合、あなたとあなたの女性パートナーは、有効な避妊方法を使用するか、または性行為を行ってはなりません。なお、試験分担医師が、試験治療中に行ってもよい避妊方法について説明します。試験治療を受けている全期間を通じて、選択された避妊方法を使用するか、性交を控えなければなりません。がん治療終了後も、しばらくの間これを継続する必要がある場合があるので、避妊するか、または性交を控える必要のある期間については、あなたの担当医師にご相談ください。試験参加中は、避妊の手段として自然受胎調節法や周期避妊法を行うことはできません。このことについてご質問がある場合、治療中に避妊方法を変更したい場合は、あなたの担当医師にご相談ください。もし、調査研究中にあなたのパートナーが妊娠した場合は、直ちに試験分担医師とあなたのかかりつけの医師にお知らせください。

### 試験のリスク

超低リスクの肝芽腫：・・・（省略）・・・

低リスクの肝芽腫：・・・（省略）・・・

中リスクの肝芽腫：・・・（省略）・・・

高リスクの肝芽腫：**C5VD** 療法にイリノテカンを追加する治療法では、一般的に用いられている **C5VD** 療法や他の組み合わせの化学療法に比べ、腫瘍の再発への予防効果が低い可能性があります。

イリノテカン、テルシロリムスの投与によって、副作用や合併症の発生が増加する可能性があります。イリノテカンによって起こる可能性のある副作用は、高リスクの患者さんだけに当てはまります。これについては、以下の一覧をご覧ください。

イリノテカンに関連するリスクと副作用・・・（省略）・・・

テルシロリムスに関連するリスクと副作用・・・（省略）・・・

上記のリスクの他にも、この試験への参加に関連した未知のリスクや、予測しなかったリスクが存在するかもしれません。

### 試験への参加による利益について

私達は、あなたがこの臨床試験に参加することによって個人的な医学的利益がもたらされることを願っていますが、確信があるわけではありません。

あなたにもたらされる可能性のある利益には、できるだけ長期間にわたる腫瘍の除去（生涯にわたる可能性もあります）、副作用の軽減、治療成功までの期間の短縮、長期副作用の軽減（心臓、肺、腎臓の障害や難聴の起こる可能性が低くなります）などが考えられます。

私達はまた、この試験で得られた知見が、将来、他の患者さんに利益をもたらすことを期待しています。

### 他の選択肢について

この試験に参加する以外に、次のような選択肢があります。

- 試験に参加せずに、あなたのがんの治療を受ける
- 他の試験に参加する

上記の選択肢およびその他の選択肢については、あなたの担当医師にご相談ください。

### 個人情報の保護について

あなたの個人情報については機密保持に努めますが、完全な機密保持を保証することはできません。法の下での要請があった場合、あなたの個人情報が開示されることがあります。

・・・（省略）・・・

研究、品質保証、データ分析のために、あなたに関する研究記録を閲覧および/または複製する可能性のある組織は、以下のとおりです。

- 米國小児がん研究グループ
- 米国国立癌研究所（NCI）、米国食品医薬品局（FDA）、その他のヒトにおける研究の安全保持に関与している米国内外の政府規制当局の代表者
- 当病院内の試験審査委員会（IRB）
- 米国国立癌研究所内の **Pediatric Central Institutional Review Board（CIRB）**

## 費用について

この試験に参加すると、あなたとあなたの保険会社に追加費用が課せられることがあります。あなたとあなたの保険会社は、化学療法費を含めた治療費、管理料、手術費および肝移植費を支払わなければなりません。追加費用または保険に関する問題については、スタッフにお尋ねください。

この試験によって生じた傷害や病気に対しては救急処置が行われますが、通常料金が発生します。あなたが負傷した場合に、これを補償する積立金はありませんが、この同意書への署名によって、傷害時に補償を得る法的権利が放棄されるものではありません。

あなたとあなたの保険会社には、継続する医療ケアおよび/または入院にかかる費用が課せられます。

## 試験参加者の権利について

この試験への参加は、自由意思によるものです。あなたは、この試験に参加しないことを選択することができます。試験に参加しないと決断されても、罰せられたり利益を受ける権利を失ったりすることはありません。試験に参加しなくても、医療ケアを受けることができます。

あなたは、いつでも試験への参加を中止することができます。試験への参加中止によって、罰せられたり利益を受ける権利を失ったりすることはありません。あなたの担当医師は、継続してあなたの治療を行います。

あなたの健康、福利、またはこの試験を継続しようという意思に影響を及ぼすような新しい情報が得られた場合は、あなたにお知らせします。COGの外部の委員会が試験報告の綿密な監視を行っており、試験への変更が必要であると判断された場合は、実施施設に通知されます。COGのメンバーは、治療結果を評価し新たな治療法を計画するため、年に2回の会議を行っています。

試験結果の要約が作成された後であれば、治療後の追跡調査の来院時にこれを要求することができます。要約の作成には、試験に登録されたすべての患者さんへの治療が完了してから数年かかります。

質問または問題がある場合の連絡先について・・・（省略）・・・

より多くの情報を得る手段について・・・（省略）・・・

署名

私は、この文書のコピー全 \_\_\_\_\_ ページを受領しました。文書には、3 種類の添付文書が含まれていました。

私は、この説明文書をよく読み、質問について説明を受け、十分に理解しました。この試験に参加することに同意します。

Participant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Legally Authorized Representative (on behalf of incompetent adults ages 18-21)

Physician/PNP obtaining consent \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

IRB#

IRB Approved:

### 添付文書 1

#### 肝芽腫の患者さんに共通する治療と処置

・・・（省略）・・・

### 添付文書 2

#### 肝芽腫の治療に用いられる化学療法薬の リスク

##### シスプラチンに関連するリスクと副作用

・・・（省略）・・・

##### デキスラゾキサンに関連するリスクと副作用

・・・（省略）・・・

##### ドキシソルビシンに関連するリスクと副作用

・・・（省略）・・・

##### フルオロウラシルに関連するリスクと副作用

・・・（省略）・・・

##### ビンクリスチンに関連するリスクと副作用

・・・（省略）・・・

##### テルシロリムスに関連するリスクと副作用

・・・（省略）・・・

### AHEP0731: Additional text regarding Japanese sites

**Note:** When we obtain the IND number for temsirolimus and final approval of the current amendment from the NCI we will then be able to submit another amendment to incorporate the following information applicable to Japanese sites.

1) Cover page

Will delete “Groupwide” from “A Groupwide Phase III Study”

Will insert “An Intergroup Study for Participation by COG and the Japanese Study Group for Pediatric Liver Tumors (JPLT)”

2) Section 2.3.4.2, last paragraph, second to last sentence

Text indicated with highlighting will be added:

“All patients, with the exception of patients enrolled in Japan, will receive dexrazoxane with the final 2 cycles of C5VD. A cohort of 30 patients will be tested in this upfront window.”

3) Section 2.8

This is a new section that will be inserted:

“2.8 COG and Japanese Study Group for Pediatric Liver Tumors (JPLT) Collaboration

Specific strata on this protocol (Stratum 4) will be a collaborative effort between COG and JPLT. We believe that this collaboration is necessary for two reasons. First, institutions in Japan have extensive experience in the management of hepatoblastoma patients and have an excellent track record on clinical research. Given the rarity of the disease, a collaborative effort will facilitate good study accrual in a timely manner. Second, future studies of hepatoblastoma are intended to be performed as an international collaborative effort among COG, SIOPEL, GPOH, and JPLT. This is an opportunity to develop the working relationship with JPLT in anticipation of the successor(s) to this trial.”

4) Section 4.1, paragraph 4

Text indicated with highlighting will be added:

“All patients, with the exception of patients enrolled in Japan, will receive dexrazoxane with the final 2 cycles of C5VD. A cohort of 30 patients will be tested in this upfront window.”

5) Section 4.6.10.c

Will add a footnote related to dexrazoxane:

\$ Dexrazoxane administration is not required for patients enrolled in Japan.

6) Section 4.6.11.b

Will add a footnote related to dexrazoxane:

\$ Dexrazoxane administration is not required for patients enrolled in Japan.

7) Section 6.1

Will add the following to the end of the drug monograph:

“For JPLT Institutions ONLY

When the agent is no longer required because the study is completed or discontinued, the agent is outdated, or the agent is damaged or unfit for use, JPLT institutions must first send the PMB a “Request for Authorization for Local Destruction” form with a copy of the DARF by Fax at (240) 276-7893. In return, the PMB will fax back an “Investigational Agent Destruction Authorization” form. Only after receipt of this form is the institution permitted to destroy the agent. Once destroyed, it has to be reported on the same form and sent back to PMB by fax. The PMB will confirm the destruction and return the same form with the Return Number and PMB signature. JPLT institutions must keep these records on file.”

JPLT 画像診断委員会 スタートアップミーティング

2014年 11月 30日 13:00~16:00

田町キャンパスイノベーションセンター東京

広島大学オフィス 408号室

プログラム

1 : JPLT 画像診断委員 メンバー自己紹介 (敬称略)

国立成育医療研究センター 宮寄 治

大阪府立母子保健総合医療センター 西川 正則

埼玉小児医療センター 小熊栄二

埼玉小児医療センター 田波 譲

埼玉小児医療センター 細川崇洋

東北大学 北見昌広

2 : JPLT 代表 広島大学 檜山英三先生

ご挨拶

JPLT の流れと画像診断委員会の位置づけ

3 : JPLT : 画像診断委員会の業務の説明

4 : 肝芽腫の読影に関するコンセンサス

JPLT, SIOPEL の PRETEXT 分類についての概要

7 : Citrix を使用した遠隔読影デモンストレーション

8 : 会議での確認、決定事項。 および今後の展望



JPLT 画像評価実施要項（第2版）

- 1) 第1 レビューアーと第2 レビューアーを置く。
- 2) 同一症例に対して、このレビューアーの組みは固定。
- 3) 同一の二人ペアで初診時、2 コース後、4 コース後の3回の判定を行う。
- 4) 判定には PRETEXT 分類のテンプレートを用いる。
- 5) まず第1 レビューアーが判断を行い、以下を読影、3項目につき記載する  
①PRETEXT 分類、②クイノー分類での病変区域、③additional criteria
- 6) 第2 レビューアーがこれをチェックする形でダブルチェックをかける。
- 7) レビューアー間の討論は、メール、遠隔、直接いずれの形も可能。
- 8) 最終的な判断は第1 レビューアーが行う。  
テンプレートに沿った結果を Lucid のレポート上に記載する。  
記入したら、1回毎にレポートを確定する。  
PRETEXT の記載以外にコメントを付してもいい。  
2 コース後、4 コース後は POSTEXT を記載、治療効果を RECIST 判定する
- 9) 両者の齟齬があった場合は両論を併記するが、当該症例については第1 レビューアーが決定する。
- 10) 最終的な判断が不能な場合は、不明確な点を明記して判定留保（ex. PRETEXT II or III）。
- 11) 追加画像の推奨などは事務局を通して当該施設に伝える。
- 12) 当該症例のレビューアーの最初の組み合わせは規定の順番表にしたがって事務局が決定。
- 13) メールでそのレビューアー候補に  
「062—JPLT13-XX の第1 レビューアーをお願いします」  
「062—JPLT13-XX の第2 レビューアーをお願いします」  
と依頼する。  
都合がつかないときは次のレビューアー候補に。  
候補からの辞退が重なって候補が1周した場合は、期限を1週間延長してもう一度同じ過程を繰り返す（基本的に期限だけの問題のはずなので）。
- 14) 当該症例のフォロー検査の判定の際に、第1、2 レビューアーが長期出張その他の用事で判定に参加できない場合は、もう片方のレビューアー単独で判断する。他の画像評価委員にそのレビューアー自身が助言を求めることがある。

15) レビューアーが以前の発言、判断を取り消す場合はレポートの修正として追記し、以前の削除はしない（システム上、以前の版のレポートはもともと残っているが）。

16) 当番でないレビューアー、他の委員から判定に疑問のある場合は、事務局を通して当該レビューアーに連絡。Lucid のシステム上、メール、電話、直接面会、いずれかの方法で討議し合意を目指す。

最初の結論を変更した場合は、その変遷を Lucid のレポート上に記録しておく。

合意が得られなかった場合は、当初のレビューアーの意見を残し、異論を記録しておく。

17) あくまで PRETEXT 分類を判断するのであり、一般的な読影を行うのではないこと。

元施設から一般的な読影することを期待されても対応は不能。

18) 元施設には我々が判断に用いるテンプレートを提供して、当該施設の放射線科医の読影に役立ててもらおう。それでより正確な PRETEXT 分類をするという目的は、ほとんど達成されるはず。

以上

2013.6.1.初版

文責 小熊栄二

2014. 12.01 (第 2.1 版)

文責 宮寄 治

## 資料2

### 遠隔読影システム、レポート作成の流れ

①「読影医様向け Citrix 設定手順」Windows 版 / Mac 版に沿って、アカウントでログインし、Citrix Web クライアントをダウンロード、インストール、セットアップをする。

先生のアカウントは以下のとおりです。

ユーザー名 : jomiyazaki

パスワード : osamu

②取得できましたら、「Citrix 公開アプリケーション」内の「LUCID (広島大学)」をクリックして下さい。LUCID が立ち上がり、再びログインが要求されます。

①と同じアカウントでログインして下さい。

③「通常検索」のタグを選んで下さい。

画面左側「レポート」で「保留」「チェック待」「確定」ボタンを全て押して下さい。

現在読影依頼中の症例番号を下記のとおりです。検査日付等で複数あるものもあります。

JPLT11-24

JPLT12-04

JPLT12-05

JPLT12-05-2

JPLT12-05-3

「awaiting チェック待」、「pending 保留」、「confirmed 確定」について  
Not done : まだ一度もレポートが作成されていない症例です (作成 1 人目)。

作成頂き、awaiting ボタンをクリックして下さい。

pending : レポート作成途中の症例です (作成途中 1 人目)。

awaiting : 1 人目作成終了 ( ) 未記入で確定待ち。二人目に連絡

confirmed : 2 人目作成終了 (○) 記入で確定。事務局に連絡

Modify : 修正ボタン。Confirm で確定後、修正可能。修正したら確定する。

一人目作成終了 ( ) 未記入で二人目に連絡

④症例を選んでレポート作成画面を開いて下さい。他の読影医の作成済みのレポートは右側タグの「修正履歴」に第 1 版より確認頂けます。

作成前の最初のフォーマットは「チェック前」で確認頂けます。

⑤レポートの作成方法は添付の「運用マニュアル」⑤1人目、⑥二人目以降をご覧ください。  
なお、「チェック待」症例は、1人目のマニュアル⑤の「保留」と同じ流れです。

以上です。

2014. 12.01 (第 2.1 版)

文責 宮寄 治

第2回 JPLT 画像診断委員会 会議で確認、決定事項

JPLT の PRETEXT の肺転移ありの定義

孤発 = 10 mm以上のサイズ

多発 = 5 mm 以上のサイズが多発

5 mm以下は単発、多発とも転移とみなさない

「awaiting チェック待」、「pending 保留」、「confirmed 確定」について

Not done : まだ一度もレポートが作成されていない症例です (作成 1 人目)。

作成頂き、awaiting ボタンをクリックして下さい。

pending : レポート作成途中の症例です (作成途中 1 人目)。

awaiting : 1 人目作成終了 ( ) 未記入で確定待ち。二人目に連絡

confirmed : 2 人目作成終了 (○) 記入で確定。事務局に連絡

Modify : 修正ボタン。Confirm で確定後、修正可能。修正したら確定する。

一人目作成終了 ( ) 未記入で二人目に連絡

広島大学 JPLT 事務局での画像をネットワークにアップロード時に、画質をアップグレードし、読影画質の向上をはかる

【今後の展望】

☆CT 撮影プロトコルを MRI と同様に作成する

⇒問題点 : 初回造影タイミングをどう推奨するか? 多相は必要か? 造影タイミングは?

☆登録時に CT 撮影条件を付記してもらおう : 被ばく線量 (CTDIvol、DLP) は容易。造影の量と注入スピード、撮影タイミングを書くのは大変。

☆半年に一回集合し、画像診断委員会の症例検討カンファレンスを行うべき (2015 年 7 月予定する)

☆一年に一回、放射線、病理、外科で症例検討を行うべきか?

以上 文責 宮寄 治 2014.12.01

付表 1 PRETEXT テンプレート

---

PRETEXT	I	II	III	IV				
Couinaud	1	2	3	4	5	6	7	8

---

### 2005 PRETEXT staging: additional criteria

(A revised staging system for primary malignant liver tumours of childhood developed by the SIOPEL group. *Pediatr Radiol.* 2007 February; 37(2): 123–132.)

---

#### Caudate lobe involvement \_\_\_\_\_

- C C1 : Tumour involving the caudate lobe  
All C1 patients are at least PRETEXT II  
C0 : All other patients
- 

#### Extrahepatic abdominal disease \_\_\_\_\_

- E E0 : No evidence of tumor spread in the abdomen (except M or N)  
Add suffix “a” if ascites is present, e.g., E0a  
E1 : Direct extension of tumor into adjacent organs or diaphragm  
E2 : Peritoneal nodules
- 

#### Tumor focality \_\_\_\_\_

- F F0 : Patient with solitary tumor  
F1 : Patient with two or more discrete tumors
- 

#### Tumor rupture or intraperitoneal hemorrhage \_\_\_\_\_

- H H1 : Imaging and clinical findings of intraperitoneal hemorrhage  
H0 : All other patients
- 

#### Distant metastases \_\_\_\_\_

- M M0 : No metastases  
M1 : Any metastasis (except E and N)  
JPLT 画像診断委員会 (2014 11月) 確認 PRETEXT の肺転移ありの定義  
孤発 = 10 mm以上のサイズ  
多発 = 5 mm 以上 のサイズが多発

5 mm以下は単発、多発とも転移とみなさない

It is recommended that one or more suffixes be added to M1 to indicate the major sites of metastasis: pulmonary (p), skeletal (s), central nervous system (c), bone marrow (m), and other sites (x).

e.g. A child with lung, brain, and adrenal metastases would be coded as M1cpx.

-----  
Lymph node metastases \_\_\_\_\_

- N N0 : No nodal metastases
- N1 : Abdominal lymph node metastases only
- N2 : Extra-abdominal lymph node metastases  
(with or without abdominal lymph node metastases)

-----  
Portal vein involvement \_\_\_\_\_

- P P0 : No involvement of the portal vein or its left or right branches  
Add suffix "a" if intravascular tumor is present, e.g., P1a
- P1 : Involvement of either the left or the right branch of the portal vein
- P2 : Involvement of the main portal vein

The definitions of involvement

Failure to identify the portal vein or one of its major branches in either its normal position or its expected displaced location, on good quality images, is strong evidence of obstruction. Complete obstruction or encasement of the vein is one form of involvement. Obstruction of the inferior vena cava by extrinsic compression, however, does not count as involvement.

-----  
Involvement of the IVC and/or hepatic veins \_\_\_\_\_

- V V0 : No involvement of the hepatic veins or inferior vena cava (IVC)  
Add suffix "a" if intravascular tumor is present, e.g., V3a
- V1 : Involvement of one hepatic vein but not the IVC
- V2 : Involvement of two hepatic veins but not the IVC
- V3 : Involvement of all three hepatic veins and/or the IVC

The same definitions of involvement ( *venous obstruction, encasement and / or invasion* ) used for the portal veins apply to the hepatic veins.

-----  
文責 宮崎 治 (2014.12.01)

# eSiteの取組についてのご説明

2014年11月30日 プレゼン資料



イーサイトヘルスケア株式会社

## eSiteの立場



医師と医者をサポートする医療従事者、さらに病気に悩む患者と医療に関する全ての方々のお役に立てるようなサービスを提供して行きたい。



代表取締役社長  
松尾 義朋 (まつお よしとも)  
放射線科専門医

### <経歴>

1984年、佐賀医科大学医学部卒業  
佐賀医科大学放射線科入局後、同大学病院や関連施設勤務。  
2001年、聖路加国際病院へ転任。  
西台クリニック、六本木ヒルズクリニック勤務を経て、現職に就任。  
聖路加国際病院非常勤、佐賀大学臨床協力医、六本木ヒルズクリニック非常勤  
2008年、イーサイトヘルスケア株式会社 代表取締役



## eSiteの2本柱



- 遠隔読影支援ASPサービス
  - 2008年11月25日
  - サービス提供開始
- コンテンツサービス
  - 2012年4月24日
  - 神田塾(症例コンテンツ勉強会)開始

2014年11月30日 eSiteの取組説明

3

## 沿革



- 2008年 イーサイトヘルスケア(株)設立
- 2008年11月 遠隔読影ASPサービス開始
- 2009年 遠隔読影依頼施設、読影組織 24、7施設
- 2010年 遠隔読影依頼施設、読影組織 39、16施設
- 2011年 遠隔読影依頼施設、読影組織 60、20施設
  - ASP・SaaS・クラウドアワード2011受賞
  - 経済産業省 平成22年度「課題解決型医療機器の開発・改良に向けた病院・企業間の連携支援事業」に採択、東京大学医学部附属病院、(株)ジェイマックシステムと共に共同研究開始
- 2012年 遠隔読影依頼施設、読影組織 75、28施設
- 2012年4月 神田塾(症例コンテンツ)開始
- 2013年8月 遠隔読影依頼施設、読影組織 122、39施設
- 2014年8月 遠隔読影依頼施設、読影組織 137、49施設
- 2014年9月 「DICOM画像連動型電子抄録」実施
- 2014年10月 遠隔読影依頼施設、読影組織 143、51施設

2014年11月30日 eSiteの取組説明

4

## eSiteの2本柱



### • 遠隔読影支援ASPサービス

–2008年11月25日

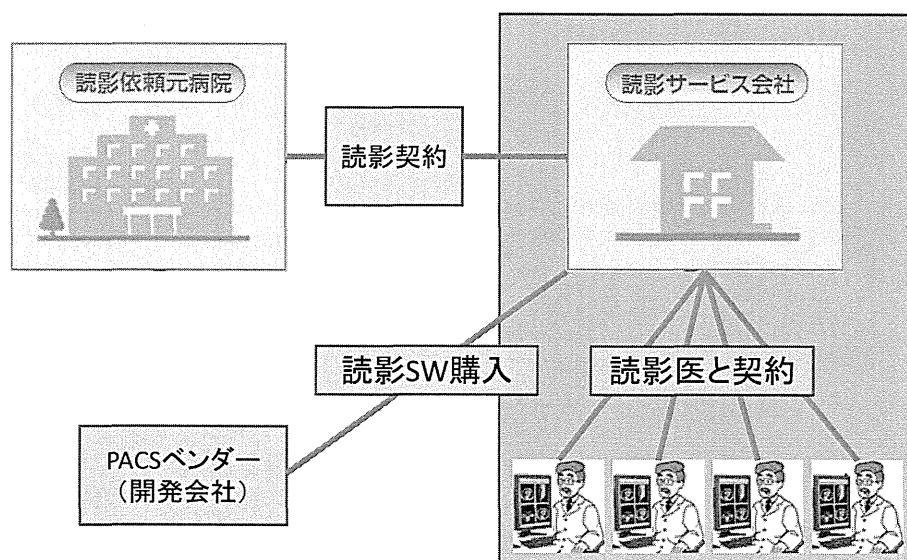
サービス提供開始

読影環境を提供するアプリケーションサービスプロバイダ(ASP)です。

2014年11月30日 eSiteの取組説明

5

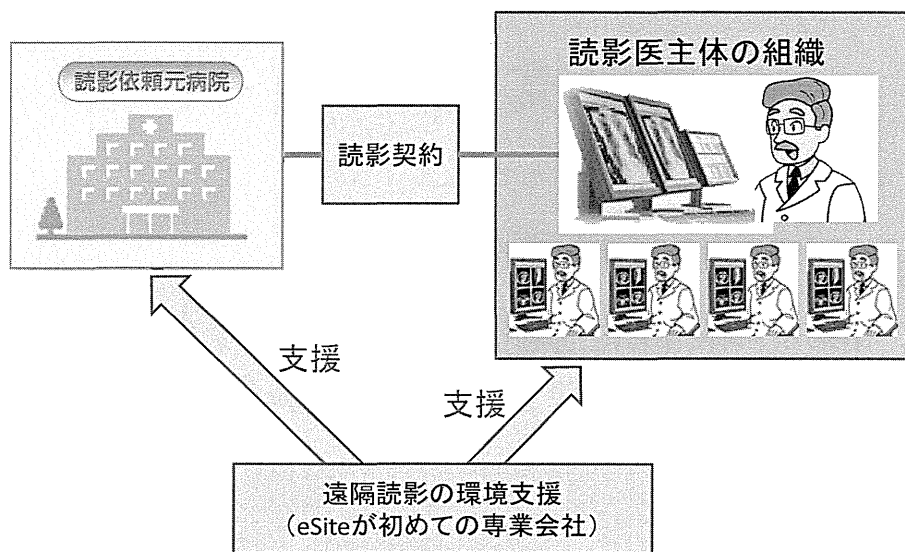
## 従来の遠隔読影の形態



2014年11月30日 eSiteの取組説明

6

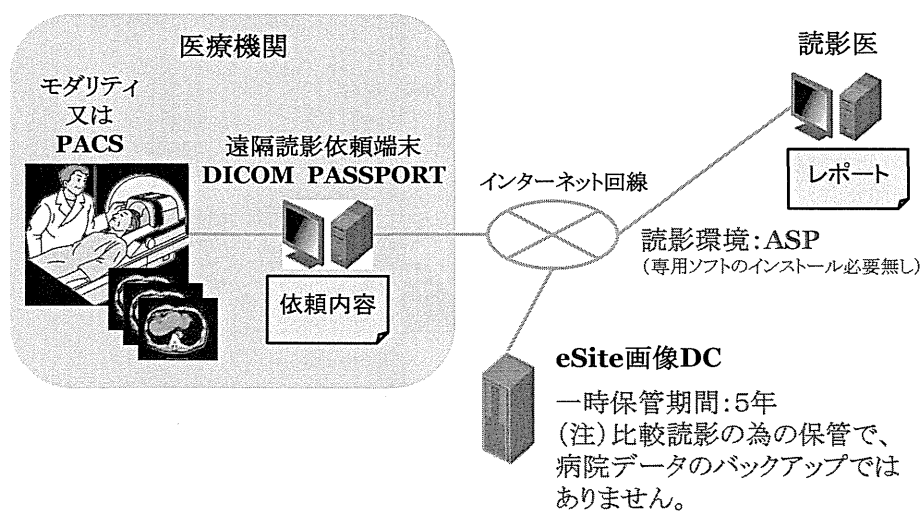
# 読影は病院と読影医が中心



2014年11月30日 eSiteの取組説明

7

# eSiteサービスの概要 全体

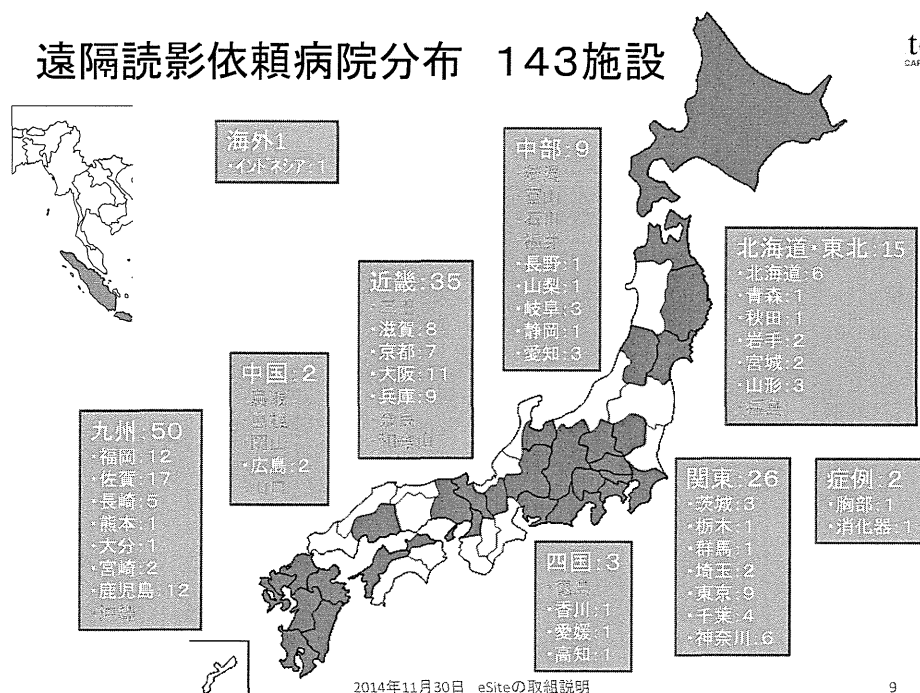


2014年11月30日 eSiteの取組説明

8

### 遠隔読影依頼病院分布 143施設

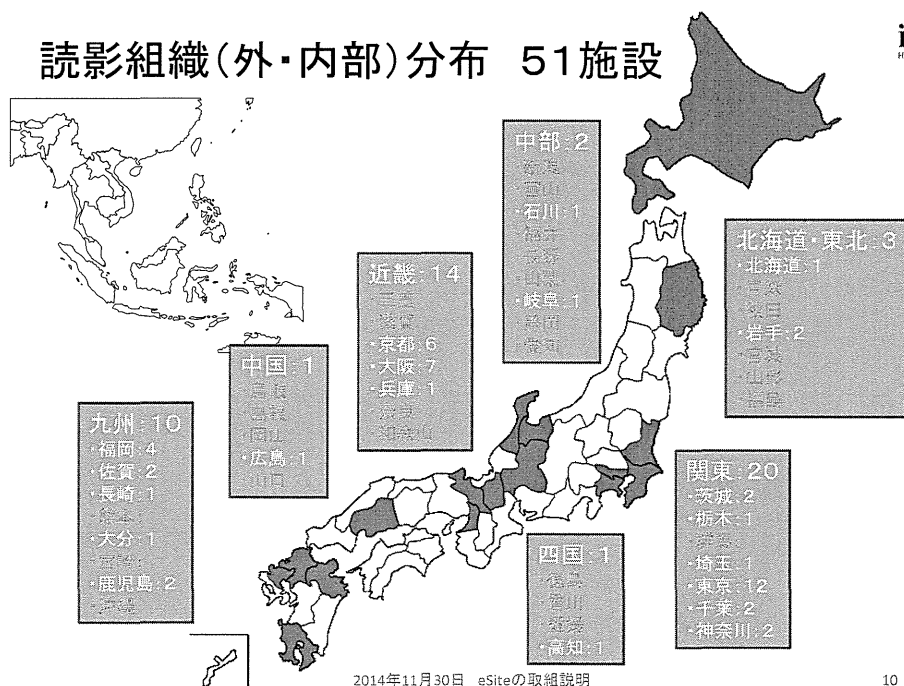
te  
CARE



9

### 読影組織(外・内部)分布 51施設

ite  
HCARE



10