

# JEDを行う三つの理由

- 世界最大の内視鏡診療データベースを  
二重入力することなく構築し  
—日本の内視鏡診療の正確なデータを得る—
- 臨床研究におけるバックボーンデータの標準化  
—標準化された高度な臨床研究の実現—
- 医師の診療実績の精確な把握  
—専門医制度への効果的な対応—

# JEDのコンセプト

- 膨大な実績を誇る消化器内視鏡診療のデータベースを構築する。
- 先行するNational Databaseに伍するものを作成する。
- テキストによる入力を排除し、検査時に選択入力さえすれば、ファイリングシステムから必要なデータを出力できる方法論を構築する。
- すなわち検査時に入力したデータがそのままJEDデータとして使用できる方法論で構築する

# JEDの概要 ; 方法

- 異なるベンダー間(オリンパスメディカルシステムズ社製Solemio ENDOと富士フイルムメディカル社製NEXUS)でのCSV形式で出力されたファイルを、学会事務局内のサーバーに取り込みをおこなった後に、解析をおこなう。
- 上記二社以外への対応も随時進行している  
日本光電、AZ、Rise、Soft Quality、Rasis Software、AGSなどは情報提供済み
- JEDレジストリ用の無料アプリケーションも開発済み

大規模施設はもちろん、小規模施設であっても対応可能であり、『JEDのための二重入力』をできるだけ無くす

## TXTデータの功罪



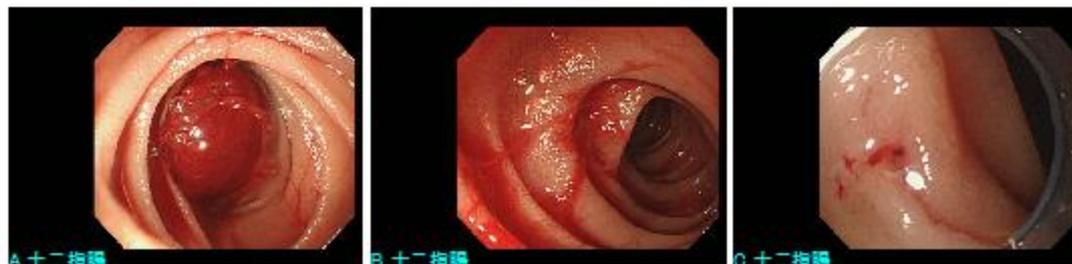
## レポートコメント

前回と違ってスコープは反時計回りになった。前回の点墨部位までは約30分で到達。そこから約40分間はほとんど進展がなかったが、用手圧迫を併用することで事態は展開し、約120分かけて挿入した。最深部でも出血点や前回の経肛門的挿入の際のクリップは確認できなかった。最深部にクリップ(2つ)および点墨を施行し終了した。

## 観察が制限された理由

キャンセル

OK



ことと、肉眼型より粘膜内に留まる病変と考えます(0-II c, M)。DLは全周性に追え、ESDは可能です。

AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM
	胃癌III	1		Stomach, ESD:- Tubu0		前庭部病変に対し、ESD施行しました。
<主肉眼型	胃癌III	1	生検III,...	Stomach, biopsy:- Tu 0		胃 胃癌 0-II c, M
	胃癌III	1			0-2	咽喉頭～食道 Brownish areaは指摘出来ず、上皮性腫瘍を疑う所見なし。
<主肉眼型	胃癌III	2	生検III,...	Stomach, biopsy:- AcC-3		
	胃癌III	3		Stomach, biopsy:- Tubular ade		胃 背景粘膜は萎縮調 (0-2)で、前庭部には腸上皮化生を伴います。
	胃癌III	4		Stomach, biopsy:- Poorly differ		EGJより5cm口側に境界明瞭な40mm大の不整形陥凹性病変を認め、易出血性
<主肉眼型	胃癌III	1	ESDIII,...	Stomach, NOS, endoscopic sub		です。内部に顆粒状変化を伴い、
	胃癌III	3		Stomach, biopsy:- Tubular ade		陥凹、顆粒に一致し腺窩が消失し、拡張した血管が疎に配列しています。
	胃癌III	1		Stomach, biopsy:- Adenocarcin		irregula MS patttern, irregular MV patternと考え胃癌を疑います。送気にて容
	胃癌III	3		Stomach, biopsy:- Adenocarcin		易に変形することと、肉眼型より粘膜内に留まる病変と考えます(0-II c, M)。
<主肉眼型	胃癌III	3	生検III,...	Stomach, biopsy:- Adenocarcin		DLは全周性に追え、ESDは可能です。
	胃癌III	2				
	胃癌III	3		Stomach, biopsy:- Non-neoplas		十二指腸 下行脚まで観察しました。明らかな上皮性腫瘍を疑う所見なし。
	胃癌III					
<主肉眼型	胃癌III					
<主肉眼型	胃癌III					

- O-2
- O-II
- O-2
- O-2
- O-II

咽喉頭～食道 Brownish areaは指摘出来ず、上皮性腫瘍を疑う所見なし。

胃 背景粘膜は萎縮調 (0-2)で、前庭部には腸上皮化生を伴います。  
 EGJより5cm口側に境界明瞭な40mm大の不整形陥凹性病変を認め、易出血性  
 です。内部に顆粒状変化を伴い、  
 陥凹、顆粒に一致し腺窩が消失し、拡張した血管が疎に配列しています。  
 irregula MS patttern, irregular MV patternと考え胃癌を疑います。送気にて容  
 易に変形することと、肉眼型より粘膜内に留まる病変と考えます(0-II c, M)。  
 DLは全周性に追え、ESDは可能です。

十二指腸 下行脚まで観察しました。明らかな上皮性腫瘍を疑う所見なし。

# JED : データ入力Typingに関する考え方

- 広くすべての指導施設からのデータを得ることを第一義とする。
- 学会のデータ収集事業である『偶発症の発生率』『抗血栓剤に対する対応』のデータを収集可能とする
- 古いバージョンのシステムを運用していたり、独自のデータファイルで運用している施設には、電子化された統一データシートを配布し、データ変換で対応できる形にする

- Type I: 試行8施設で取得したデータ群
  - full dataであり、高度な研究、分析を可能にするもの
- Type II: Type Iに準ずる
  - 入力負担の大きい患者背景情報を除いたもの
- Type III: 独自Databaseを改変したもの
  - 施設からの相談があった場合のみ対応
- Type IV: 全指導施設対象用

# Type I

(JED 第一期用共通項目抜粋)

- 施行日
- 施行時年齢
- 性別
- 検査種別: 上部・下部・小腸・ERCP
- 主実施医
- (副実施医)
- (内視鏡看護師・技師)
- ASA Grade
- 検査理由・目的
- 検査機会
- 抗血栓薬内服及び中止情報
- スコープ情報
- 開始時間・終了時間
- 鎮静剤・鎮痙剤の種類
- 予定性(予定・緊急)
- 観察範囲
- 偶発症(術前・術中・術後・30日以内死亡)
- 送気内容
- ... 等

詳細なデータは、これらの項目単体でも疫学研究に役だつとともに  
これらの項目を背景情報として、新たなパラメーターを追加することで  
高度な臨床研究のBasic Registryとなる

# Type IV

☆施設ごとの環境の違いには対応可能

(JED 全施設対象項目)

⇒ 専門医研修の実績把握を必須として下記の項目の入力を義務付けする。

- 患者基本情報 (性別・年齢など)
- 検査種別
- 抗血栓薬
- HP感染状態
- 鎮痙/鎮静剤
- 施行医/指導医/見学
- 質的診断
- 治療手技名
- 早期合併症の有無
- 手技後偶発症

公聴会を開催し、広く内視鏡ファイリングベンダーに対して説明を行っているが、これらの項目を入力しやすい形で用語も含めた展開を行うことも重要ホームページからのダウンロードを可能なものを構築済み。

(Hush化プログラムも実 8 社)

# 全指導施設展開用項目

- 検査施行日
  - 患者名 (ID)  
(年齢/性別なども)
  - 検査種別
  - 抗血栓薬
  - HP感染状態
  - 鎮痙/鎮静剤
  - 施行医
  - 指導医 (副実施医)
  - 質的診断
  - 治療手技名
  - 合併症の有無
- Hush化をLocalで行う
- 上下部の別、ERCP..
- 診断目的か治療目的かなど
- 用語から選択  
検査を実際に行った医師名  
指導医、助手の医師名  
用語から選択
- 最低限第I階層は入力
- 用語から選択
- 最低限第I階層は入力
- 早期合併症は必須
- 後期合併症は重篤なもののみ

## • JEDの拡がり- (Horizontal Spreadとしての展開)

～全指導施設からのデータ供与を目指して～

### • データ収集の方法論

- 試行8施設ではセキュリティの担保のため、データ現物の直接受け取りを余儀なくされている。
- 当然のことながら、データ取得の方法を考慮する必要がある

#### ① NCDの様なWEB登録

構築に関わる費用と、施設における倫理的な問題を解決するのに相当な時間が必要となる

#### ② 施設単位の学会総会時の提出

春・秋の総会時に指導施設の医師が学会事務局にメディアでデータ提出を行う。

Hush化プログラムが実装されているものであれば、一番安価で確実な方法である

## • JEDの拡がり- (Screening領域への展開)

- 日本の内視鏡診療において、Screening内視鏡が担う役割は大変重く、Screening内視鏡は日本の医療の文化であると言っても過言ではない。
- 折しも、胃癌内視鏡検診の推奨度が上がった。この時期を逃さずに正確なデータ取得を行い、癌診断の本質たるScreening内視鏡のデータベース構築を行う。
- 医師会主導での地域ごとの取り組みに積極的にScreening JEDを組み込めるような構築を行う
- これによって医師会等を指導施設として日本消化器内視鏡学会専門医取得、あるいはライセンスの維持がインセンティブとなる。
- これらを2018年度には開始出来る様に仕組みを構築中

# 各専門医制度における症例登録

- 内科系学会はWEBで『症例要約』を登録する
- 外科系学会はNCDに手術例の詳細な登録をWEBで行う
- 内科医系でも循環器IVRもNCDで行う



- 内視鏡診療は症例要約で良いのか？
- 治療手技のみの登録で内視鏡診療の本質は満たされるか？



- できるだけ負担を少なく
- 施設でのデータ運用が可能な様に

## JED

# JEDの目的

本事業で集められたデータを分析することで以下のことを明らかにできる

## ☆政策を意識したメリットと公的なメリット

- 内視鏡関連手技を行っている施設診療科の特徴
- 医療水準の評価
- 消化器内視鏡専門医、消化器内視鏡技師、看護師の適正な配置
- 早期癌登録に対する精確な情報収集
- 内視鏡検査、治療を受けた方の予後
- 内視鏡検査・治療の医療経済的な情報収集
- これから内視鏡関連手技を受ける方の死亡・合併症の危険性予知

など

# JEDの目的

本事業で集められたデータを分析することで以下のことを明らかにできる

## ☆登録施設側のメリット

- 今後提出を求められる合併症、診療実績などを一括し管理できる
- 診療実績のデータ化により、適切な保険点数や償還を求めることが可能となる
- 施設で公表するデータ、検査件数、成績、合併症などの管理が容易
- 学会発表や臨床研究は倫理委員会での審査が必要となるが、本項目は予め収集・発表の同意を得て登録するため発表/研究が容易になる。

など

14

# 皆様にお約束できる事

- 単一の方法論をご施設に強要するのではなく各施設のインフラ状況に合わせた展開が可能です。
- データ出力の粒度、負担度合いは各施設でお決めいただけます
- 最終的にはNCDに準ずる、リスク評価、ベンチマークの機能を実装します。
- 診療実績登録ツールとして運用することで来るべき専門医制度への対応が可能になります

JEDは内視鏡医の心強い味方になります  
みなさんのご協力が内視鏡学会の推進力になります