

一般社団法人 日本脊椎脊髄病学会

2022 年度第 4 回データベース委員会 議事録

日時:2022年05月31日(火) 19:30~20:30

場所:オンライン会議(Zoom)

出席委員（敬称略）：金村（担当理事）、有馬（委員長）、石井、池上、八木、山田、大鳥、吉井、井上、細金、中島、渡邊、中川、相澤、藤田（順）、新村、種市（アドバイザー）、筑田（アドバイザー）、松山（アドバイザー）、波呂（アドバイザー）
欠席委員（敬称略）：今釜、上田、藤田（卓）、中村（アドバイザー）、
陪席（敬称略）：

報告事項

1. 新体制の報告（JSSR-DB 委員会の活動指針）

①波呂理事長からご挨拶

②JSSR-DB 委員会のこれまでの活動と今後の展望（金村理事）

活動：新技術レジストリー、JSSR-DB 開発と運用、脊椎関連データベースの統合

目標：脊椎脊髄病ナショナルレジストリー構築

2021 年度：11723 件 70%、701 施設 77.8% 登録率

論文化（安全医療推進委員会）および 2023JSSR で年次報告予定

2021 年度：4 月から開始 10 月データ固定目標

JSSR 委員会、他学会との連携

JSSR-DB 運用（運用 WG、データクレンジング WG、事務局、データ解析チーム）

③各委員・アドバイザーからの挨拶

2. 前回議事録の確認

資料 1

3. JSSR-DB2021&2022 のロードマップ（有馬委員長）

資料 2

ビュー・クラウドが立ち上がり次第、7 月に最終承認締め切り、8 月データ固定

4. JSSR-DB 2022 登録状況（有馬委員長）

資料 3

2022 年 4 月 1 日から登録開始

DB 統合 JSSR 新規技術 DB、JOA 内視鏡インシデントレポートなど

右肩上がりのデータ登録 1 ヶ月 8000 件、1 週間で 1850 件

登録施設 1116 施設中 588 施設（前年比 83%）

未登録施設 580 施設 施設登録率が 52%

5. JSSR-DB 2022 の変更点（有馬委員長）

資料 4-1, 4-2

頰椎人工椎間板バーコード登録

内視鏡インシデントレポート対応術式小分類を複数追加

K142-8 顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術などが追加術式
合併症再手術有無ボタン、頸椎人工椎間板関連合併症等追加

新たな変更点 (5/31 に改修)

- ① 主たる術式に同一の術式が複数入力された場合、複数の術式小項目が反映可能
JOANAR 本体に影響がないことを確認、5/31 改修 (金村担当理事)
- ② 骨切りの併用、椎体間固定の併用が主たる術式毎に反映
- ③ 新設・追加手術で手術の種別、術式追加項目、病名などが出ない問題を修正

6. 新技術 DB の進捗状況

1) ACR (上田担当委員欠席、代有馬委員長)

資料 5

2ヶ月前から登録状況に変化なし

2年経過した症例は 71 例 登録完了 1年 64%、2年 75%

2) 頸椎人工椎間板 (吉井委員)

資料 6

初期登録から 322 件、95%の登録率

バーコードの運用状況の確認 (金村担当理事)

実際の症例で、バーコード入力は問題なくできること確認した。バーコードの紛失などが心配ではあるが、システムとして非常に便利である。(吉井担当委員)

4月以降の人工椎間板の監視について

今までは医科歯科大学の事務局で確認していたが今のシステムでは解析環境に落とさないと登録状況がわからない。(金村担当理事)

今までの様に義務化するのを必須化するのは難しい (吉井担当委員)

ワーキンググループ、新技術委員会でもご検討頂きたい (金村担当理事)

現状の DB 運用の不具合について質問 (有馬委員長)

不具合は特にない (吉井担当委員)

3) OLIF51 (大鳥委員)

資料 7

参加施設は 7 施設 2年フォローアップは 72% (25 対象症例中 18 症例)

4) その他

新技術が今後たくさん出てくる。今後どの程度登録し、会員に反映させるのかは重要。新製品が出るたびに学会が対応しなくてはいけないのかなどは、今後の検討課題でもある。学会の財産ですべてやるのは好ましくなく、メーカーがある程度負担する方向がよいのではないかなど、時間をかけて検討して頂きたい。(波呂理事長)

データベース、新技術委員会で今後この件について検討していく (金村担当理事)

審議・検討事項

1. モニタリング WG から脊髄誘発電位測定の部分の改正案 (有馬委員長) 資料 8

モダリティーとして Tc-MEP、SEP、それ以外のモダリティーを追加し、脊髄誘発電位測定

改善点として rescue を追加。

アラームポイントの定義を明確化。

当初は世界的なゴールデンスタンドはなため、今釜先生、筑田前理事と相談し、より簡易な定義を行った。(金村担当理事)

70%まで MEP が低下したらアラームと定義しており、シンプルな定義になっている。True negative が 85%程度。これまでに質問がたくさん来たが、現状ではこの定義で運用していく。(松山アドバイザー)

有馬委員長から本規定に対する是非につき、参加者全員への挙手の有無で確認。賛成多数で承認された。

合併症の神経麻痺の定義が MMT 1 レベル以上の低下となっているが、合併症登録と齟齬はないのか？(細金委員)

JSSR-DB の術後合併症では神経麻痺に関して MMT 2 レベル以上の低下となっており、異なっている(有馬委員長)

モニタリング委員会は以前から MMT 1 以上低下を麻痺としてきたが、今後は齟齬が無い様に MMT 2 レベル以上低下を麻痺ありに統一した方が良い(松山アドバイザー)

この定義が DB 登録画面上でポップアップされるのか？(相澤委員)

ポップアップ可能(有馬委員長)

2. その他

特に追加の議題はなし

次回開催日

2022年度 第5回

9月下旬頃