

ど得ることができなかつた貴重なものである。院内がん登録の実務体制では、実務者の継続的な確保が必要と考えられた。ほとんどの実務者は診療情報管理士であったが、非常勤や有期雇用の場合も多く、登録の質と効率の確保は大きな課題である。

また、院内がん登録の方法の中で、登録候補見つけ出し(ケースファインディング)に関する情報も、今回のアンケート調査のポイントであった。登録候補見つけ出しの情報源や手順は各施設でバリエーションがあり、そのため適中率にも大きなバラツキが認められた。今回、適中率の算出方法に多少統一性にかけてところがあったのも、バラツキが大きくなった一因と考えられる。今回はその点を明確にしたアンケート項目を作成して調査に望みたい。

今回のフィードバックでは、単に集計結果を提供するのではなく、なるべく生の情報を提供して現場で役立てて貰うことを心がけた。また、各アンケート項目には回答者から有用なコメントが寄せられており、それらもなるべく加工せずにフィードバックするよう努めた。

各施設においては本研究結果のフィードバックを活用して、院内がん登録の実務体制の充実と登録実務の質向上と効率化に努めて頂けると幸甚である。

E. 結論

今回のアンケート調査により、院内がん登録実務者にとって有用な他大学病院の登録体制や実務の実情を把握できた。また、登録実務の現場の声を収集することができた。これらの成果をフィードバックすることにより、院内がん登録の体制や実務の改善に貢献可能である。

F. 健康危険情報

該当なし。

G. 研究発表

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

1. 論文発表

Iizuka H, Kakizaki S, Sohara N, Onozato Y, Ishihara H, Okamura S, Itoh H, Mori M. Stricture after endoscopic submucosal dissection for early gastric cancers and adenomas. *Digest. Endosc.* 22:282-8, 2011.

Kudo T, Kakizaki S, Sohara N, Onozato Y, Okamura S, Inui Y, Mori M. Analysis of ABC (D) stratification for screening patients with gastric cancer. *World J. Gastroenterol.* 17(43):4793-8, 2011.

2. 学会発表

該当なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

該当なし。

2. 実用新案登録

該当なし。

3. その他

該当なし。

添付資料：

アンケートとそれに対する回答・コメント

大学病院院内がん登録のアンケート

—特に、登録候補見つけ出しと登録実務者について—

〈お 願 い〉

1. ご回答について

- (1) 本アンケート調査は大学病院診療情報管理士連絡会の許可を得て、厚生労働科学研究「院内がん登録の標準化と普及に関する研究」の分担研究として、連絡会のメーリングリストを利用して行うものです。連絡会の診療情報管理士が中心となり施設のご回答の取りまとめをお願いいたします。
- (2) 設問はフィードバックした際に、現場で役立つ内容となるように心がけました。ご回答は、当てはまる選択肢の括弧内に○を入力頂くか、空欄に文字入力をお願いします。記入欄が不足の場合は枠を広げて頂いて結構です。
- (3) 本調査結果の公表の際に、個々の病院名が明らかになることはありません。
- (4) ご回答はこのファイルに入力の上、平成 24 年 2 月 29 日 (水) までに e-mail で sokamura@showa.gunma-u.ac.jp 宛にご返信頂けますと幸甚です。

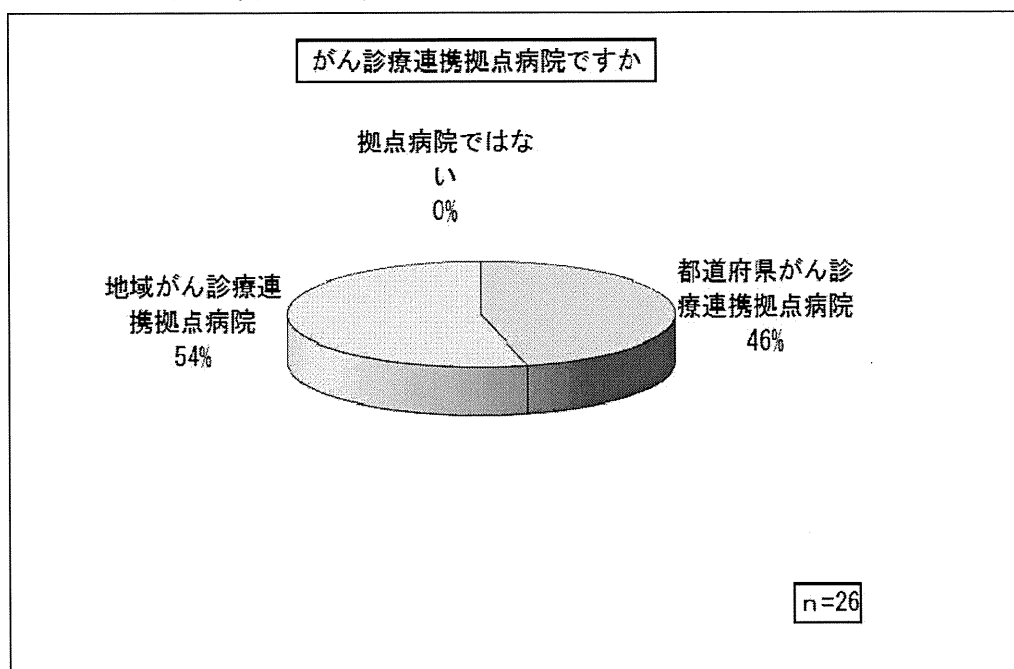
平成 24 年 2 月 16 日(木)

医薬品医療機器総合機構・群馬大学医学部
岡村 信一

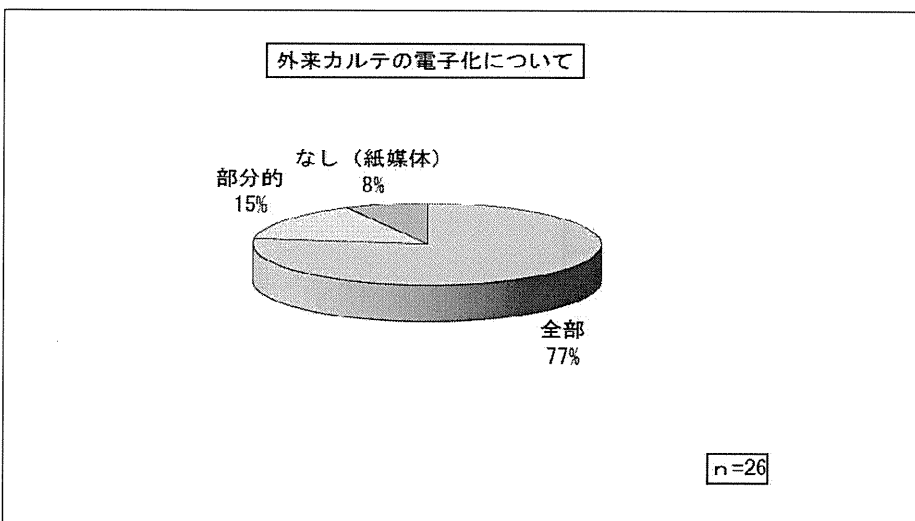
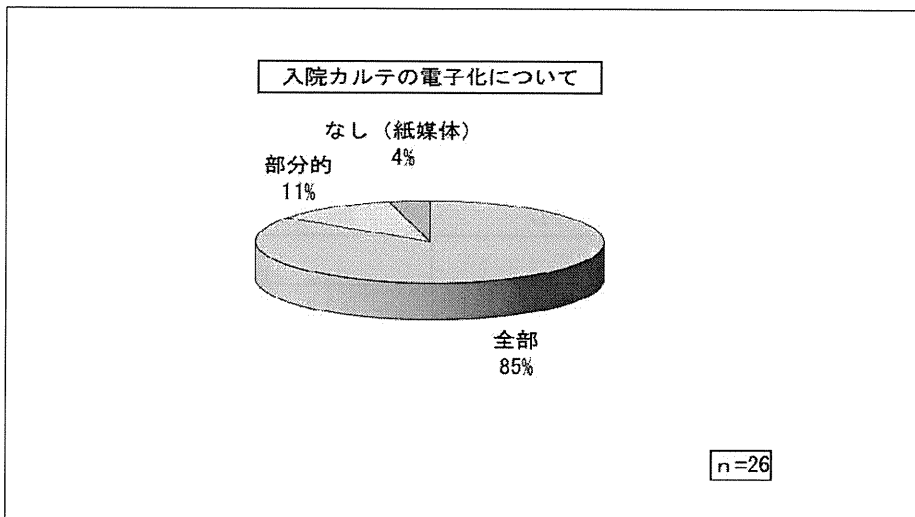
本調査の ご回答者 について	大学病院名 :
	所属部署 :
	氏 名 :
	TEL : (内線)
	E-mail :

I 貴院についてお答えください。

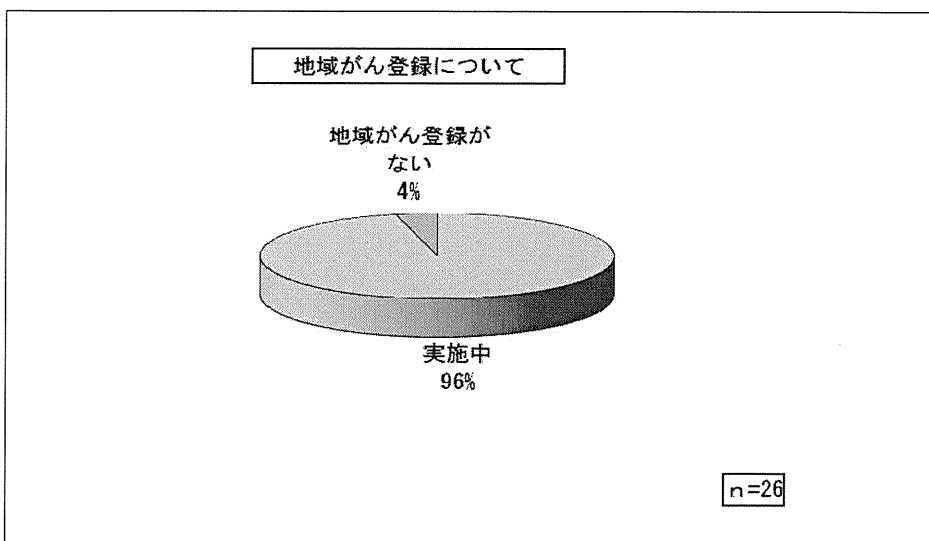
1 がん診療連携拠点病院ですか。



2 診療録の電子化について



3 地域がん登録について



Ⅱ 院内がん登録の実施状況についてお答えください。

1 院内がん登録の実施状況について

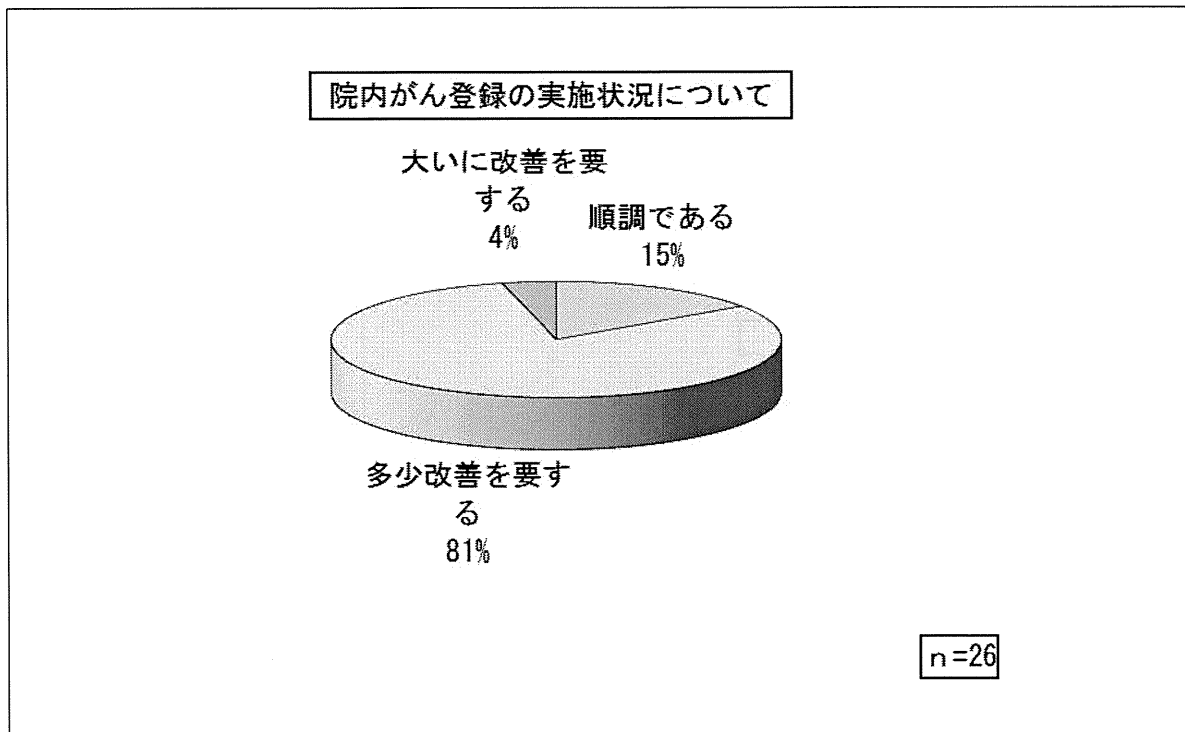
(1) いつから登録を開始しましたか。

開始した年	施設数（入院症例）	施設数（外来症例）
2004	1	1
2005	1	0
2006	1	1
2007	20	17
2008	2	5
2009	1	2

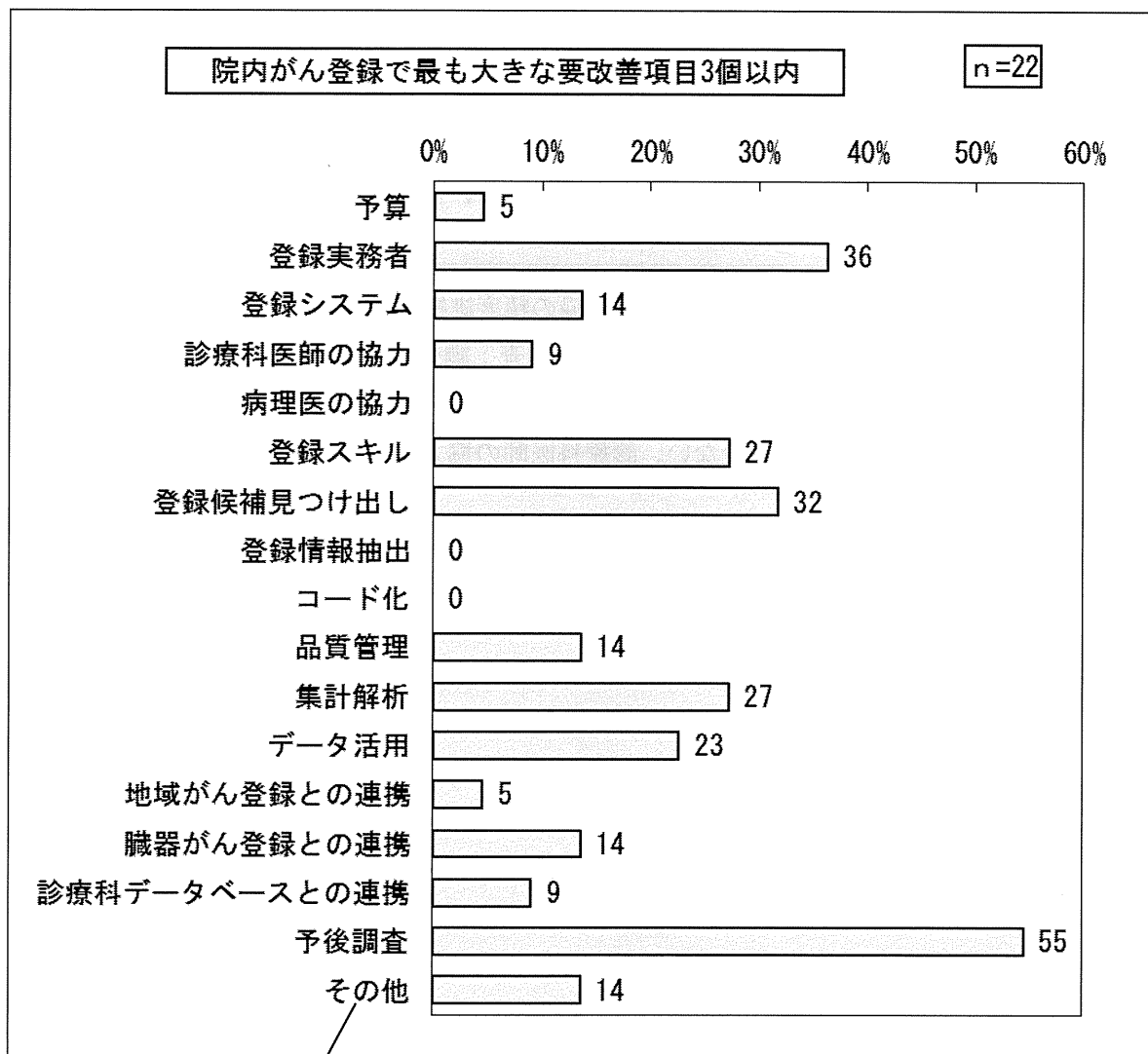
(2) 年間登録件数について教えてください。

平均	2070
標準偏差	846
最大値	3570
最小値	811

(3) 実施状況について教えてください。



(4) 上記(3)で「() 多少改善を要する」「() 大いに改善を要する」とお答えの場合、どのような改善点がありますか。最も大きな要改善項目 3 個以内に○を付け、差し支えない範囲で状況を教えてください。



院内がん登録におけるその他の要改善項目

・予算：独自システムのため、非常にコストがかかる。HosCanR への移行も視野に入れた検討を要すると考えている。登録システム：初期導入の独自システムに不備がある。品質管理、登録項目、統計ツール、予後情報欄が不足している。予後調査：法的根拠がないので院内の賛同を得られず、全く実施できない状況。

・人員が不足している

・診療情報管理室に、「がん登録」という業務が追加されたが、人員の補填がなく業務開始となっている。また、中級履修をしても、配置替えとなり、後任の、登録経験のない事務職を育てながらでは、精度が担保しづらく、登録スケジュールも立てにくくなった。

院内がん登録の要改善項目に関するコメント

・登録候補見つけ出し：がん登録システム（一般業者のシステム）を入れ替えた後、候補が多くなり絞り込み作業に時間を要するようになった。予後調査：2007年分は国がんの代行事業をお願いしたが、そもそも予後調査についてがん登録室ではまだ行ったことがない。（今後の課題） その他：人員が不足している。

・登録実務者：他業務との兼務のため、登録が遅れ気味である。診療科医師の協力：診療録にステージ、TNM 分類の情報源の記載がない。登録スキル：研修会へ参加しないと、登録に関わる最新の情報が入手できない。

・登録実務者：6名中4名は3年期限の非常勤職員で登録の精度維持向上が困難。臓器がん登録との連携：臨床に活用されるデータ構築が必要だと考える。予後調査：調査する人員がいない。

・統計分析がうまくできない

・登録実務者：登録数に比較して実務者が少ない。診療科医師の協力：必要項目についての記載が少ない。

・登録候補見つけ出し：癌病名が正確に登録されていないことがある（・・腫瘍など）

Ⅲ 院内がん登録実務者についてお答えください。

1 院内がん登録実務者について

(注意) 診療情報管理士と診療情報管理士以外とに分けて質問したところ、前者が71名、後者5名であったため、診療情報管理士についてのみ結果を記載した。

(注1) 登録実務者の業務には、登録候補見つけ出し(ケースファインディング)、登録対象の確定、登録情報の抽出、登録情報のコード化、登録情報の入力などが含まれます。

(注2) 院内がん登録実務時間が全就業時間の8割以上を専従、8割未満5割以上を専任、5割未満を兼任とします。

(1) 主な所属部署

	n	%
がん登録部門	4	15.4
がんセンター関連部門	1	3.8
診療情報管理部門	14	53.8
医事課関連部門	4	15.4
その他	3	11.5
全体	26	100.0

その他の所属部署

- ・ 運営支援部報酬対策グループ、病歴管理室
- ・ 病院経営企画部
- ・ 企画情報部

(2) 雇用形態 (単位: 人)

	平均	標準偏差	最大値	最小値
常勤 (有期)	0.92	1.32	4	0
常勤 (無期)	1.12	1.11	3	0
非常勤 (有期)	0.62	0.94	4	0
非常勤 (無期)	0.08	0.27	1	0
派遣	0.00	0.00	0	0
請負	0.00	0.0	0	0

(3) 業務形態（実務量）（単位：人）

	平均	標準偏差	最大値	最小値
専従	1.35	1.16	4	0
専任	0.58	0.90	4	0
兼任	0.81	1.20	4	0

実効実務量を専従 0.9、専任 0.65、兼任 0.25 と仮定した場合の各施設の総実効実務量

	平均	標準偏差	最大値	最小値
総実効実務量	1.83	0.87	3.6	0.65

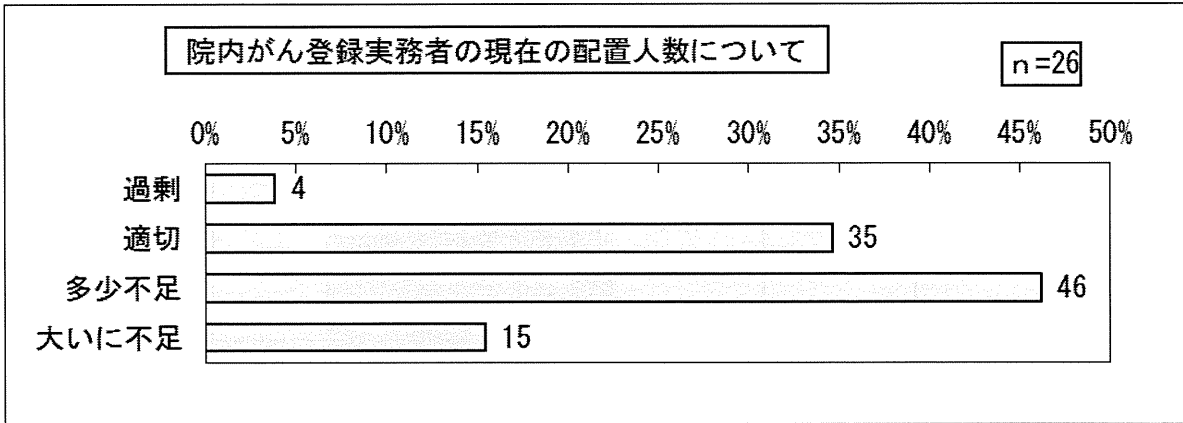
(4)院内がん登録実務者研修終了者（単位：人）

	平均	標準偏差	最大値	最小値
初級者	1.04	1.15	4	0
中級者	0.88	0.71	3	0
指導者	0.38	0.50	1	0

雇用形態・業務形態・実務者研修終了者との組合せ（単位：人）

施設番号	雇用形態				業務形態			実務者研修終了者		
	常勤 (有期)	常勤 (無期)	非常勤 (有期)	非常勤 (無期)	専従	専任	兼任	初級 者研 修終 了者	中級 者研 修終 了者	指導 者研 修終 了者
1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
2	3	0	1	0	3	1	0	0	3	0
3	3	0	0	0	3	0	0	1	1	1
4	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0
5	0	3	1	0	0	4	0	3	1	0
6	0	2	0	0	0	2	0	0	1	1
7	0	3	0	0	1	0	2	1	0	1
8	0	3	1	0	0	0	4	2	2	0
9	0	1	0	1	2	0	0	1	0	0
10	0	2	4	0	1	1	4	1	1	0
11	4	0	0	0	3	0	1	4	0	0
12	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1
13	0	2	0	0	1	1	0	1	1	0
14	0	2	0	0	1	0	1	1	1	0
15	2	0	2	0	4	0	0	3	1	0
16	3	0	0	0	1	0	2	2	1	0
17	0	1	2	0	2	1	0	2	1	0
18	3	0	0	0	3	0	0	2	0	1
19	0	2	1	0	0	1	2	1	1	0
20	0	1	1	0	2	0	0	0	0	1
21	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0
22	2	3	0	0	2	1	2	2	1	1
23	1	1	0	0	1	0	1	0	2	0
24	2	0	0	0	2	0	0	0	1	1
25	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1
26	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0

2 院内がん登録実務者の現在の配置人数について

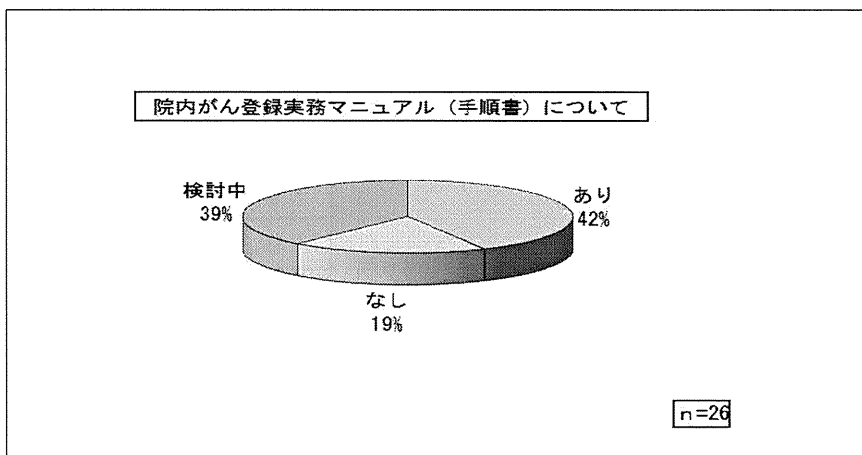
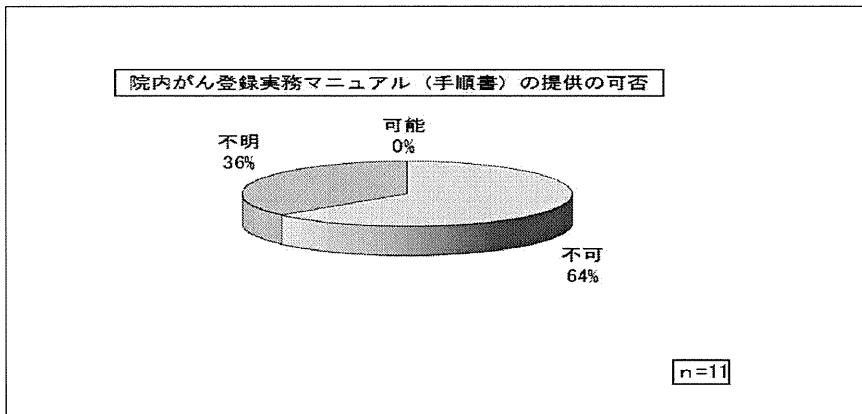


配置人数に対するコメント

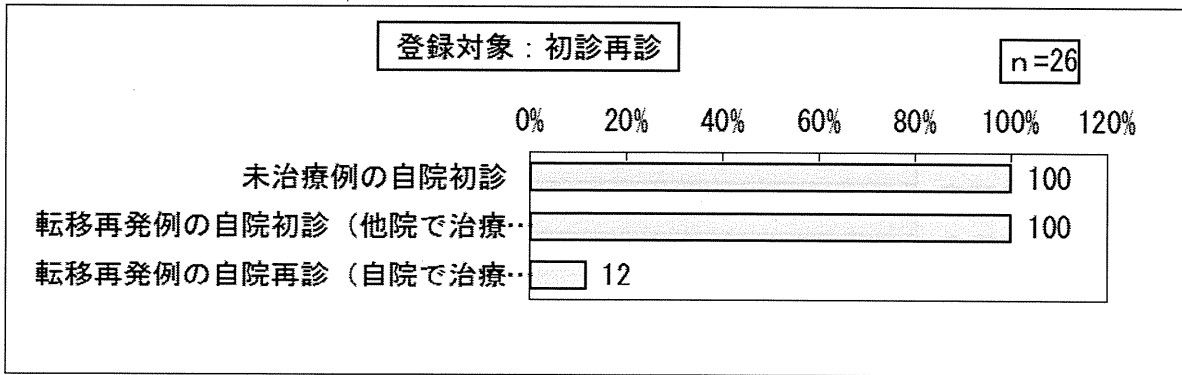
・現在の職員が継続して雇用されればいいが、非常勤職員は3年の任期があるため、初級者研修を修了して知識が身に着いたところで入れ変わりがあることが一番の問題である。

IV 院内がん登録の方法についてお答えください。

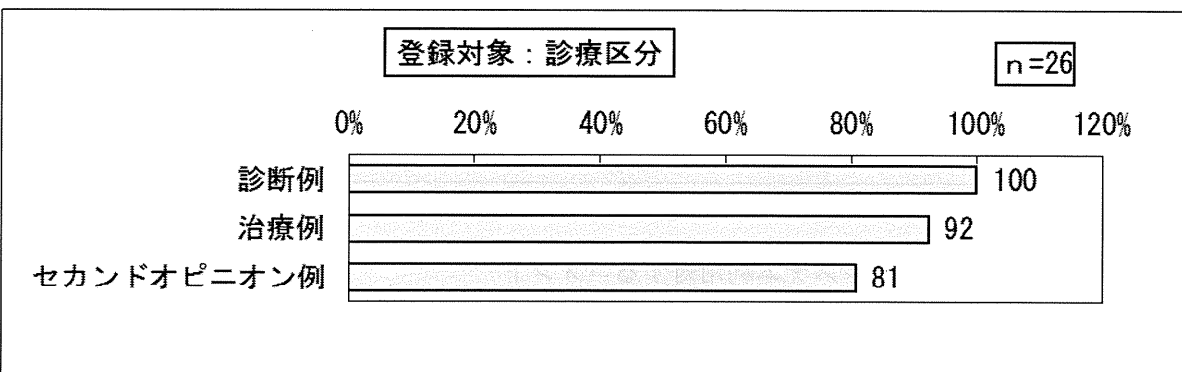
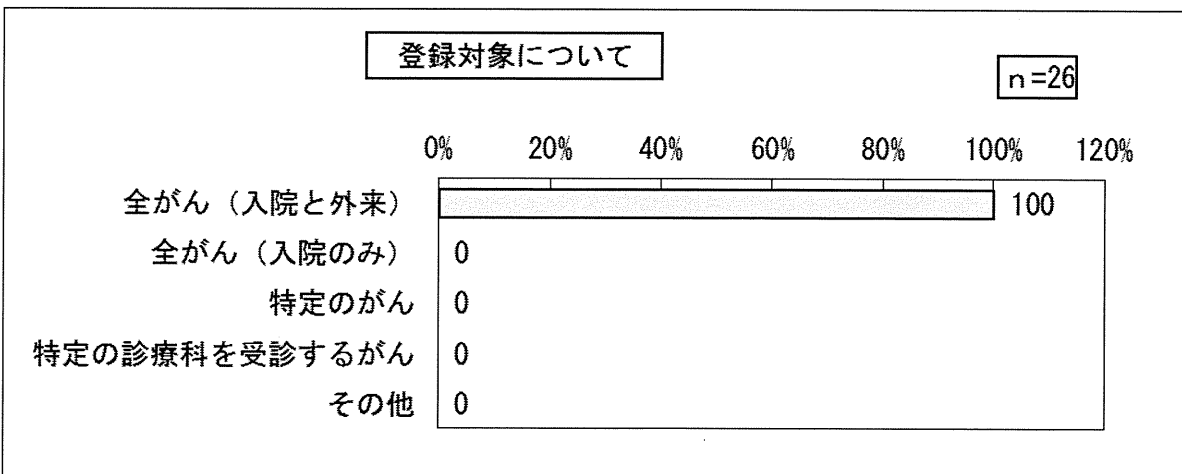
1 院内がん登録実務マニュアル（手順書）について

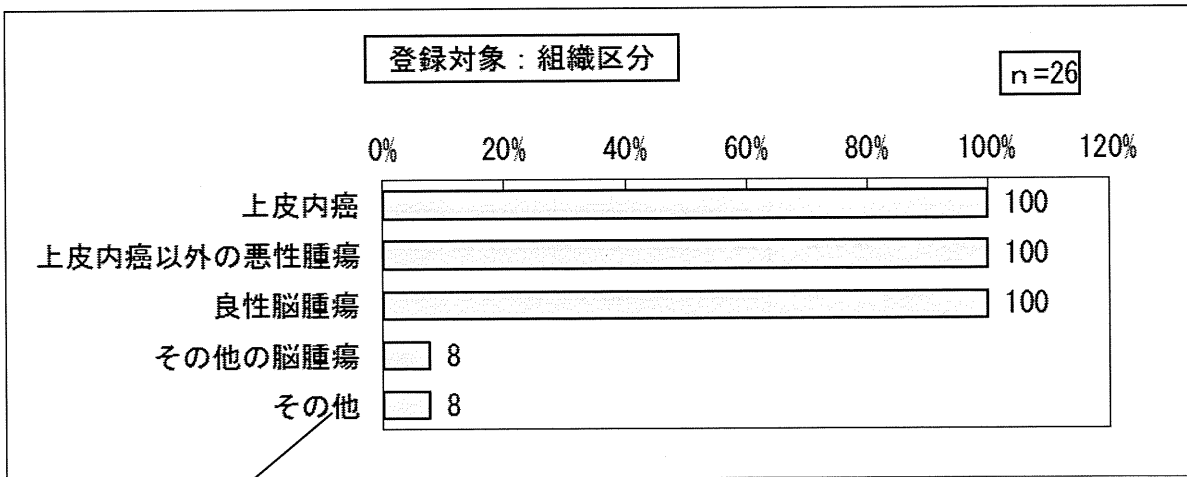


2 登録対象について



3 登録対象の詳細について（複数回答可）

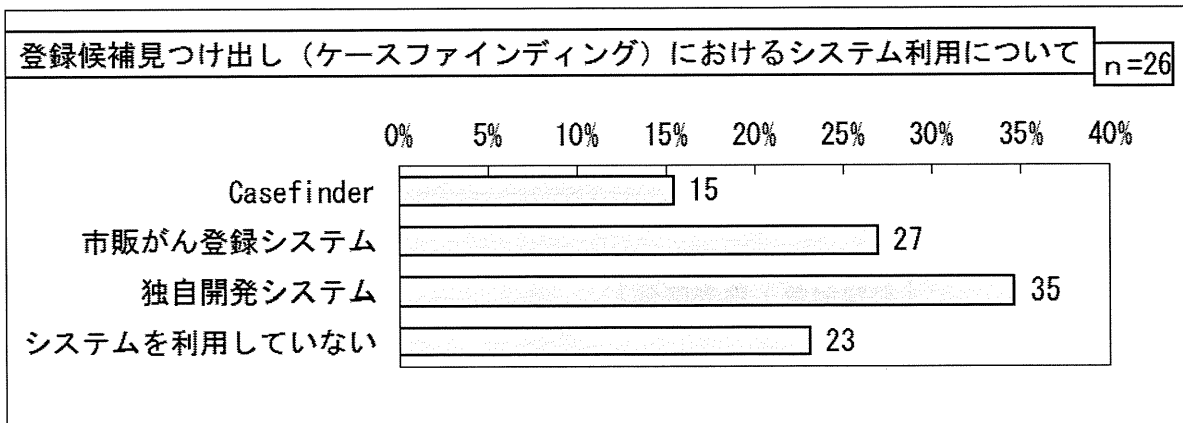




登録対象：その他の組織区分

- ・ 卵巣の境界悪性、子宮内膜異形増殖症
- ・ 2012年症例から GIST も登録予定
- ・ 胸腺腫・GIST については医師の要望で登録（悪性腫瘍に準ずるとのこと）

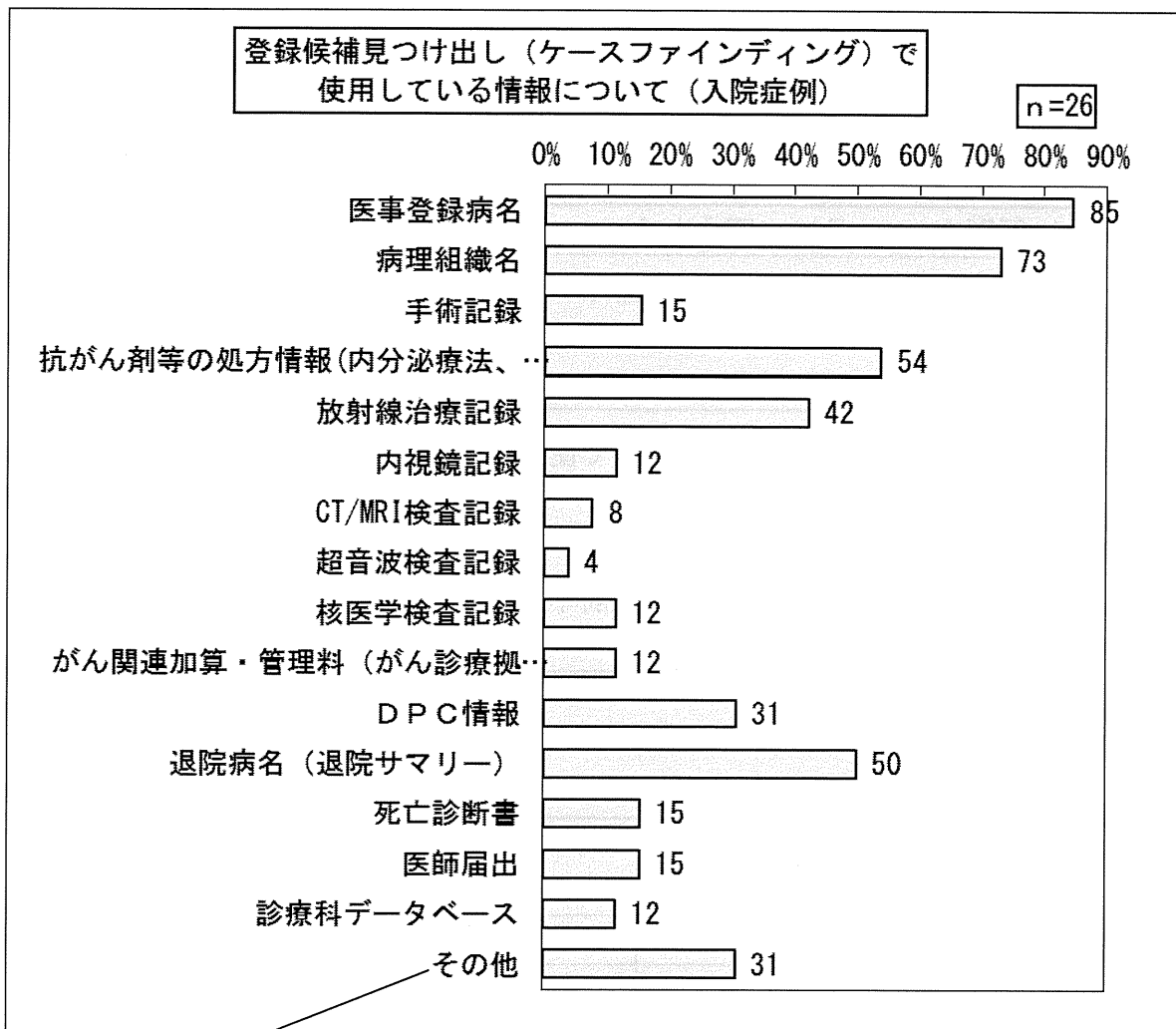
4 登録候補見つけ出し（ケースファインディング）におけるシステム利用について



登録候補見つけ出しにおけるシステム利用に対するコメント

- ・ システムは利用していないが、電子カルテと医事会計の DWH を利用している。

- 5 登録候補見つけ出し（ケースファインディング）で使用している情報について
 電子的データ・紙媒体にかかわらず使用している情報をすべて教えてください。



登録候補見つけ出しに用いるその他の情報

施設 3：電子カルテに登録された病名、がんかどうか判断できないときは医師へ質問

施設 17：放射線治療オーダ情報、手術医事算定情報

施設 19：医事会計情報（外来化学療法加算、全身照射、体外照射（1回目）、放射性同位元素内
 用療法管理料、放射線治療管理料、密封小線源治療、細胞診断料、病理判断料）

施設 20：紹介状リスト

施設 25：医師による判断

（注意）16頁#Aと17頁#Bを参照

6 登録候補見つけ出し（ケースファインディング）の頻度について（毎日、毎月など）

	毎日	週2回	毎月	3ヶ月毎	4ヶ月毎	6ヶ月毎	毎年
入院症例	4	1	12	1	0	0	2
外来症例	4	1	10	1	1	1	3

登録候補見つけ出しの頻度に関するコメント

・入院外来ともに原則3~4ヶ月に1回まとめて
・がん関連情報が発生するたびにその情報が登録システムに取り込まれるので、初回発生後6ヵ月間プールし、全ての情報をみて登録対象確定を行っています。入院外来の区別はしておりません。毎月、1名が2~3週間ほどかけて行っています。
・外来・入院問わず、ケースファインディングで使用する情報を、毎日病院情報システムから自動取得している（情報の抽出と集積）
・6ヶ月に一度（外来、入院区別なし）
・基本的には1月から始めています。（1月に前年1月からの会計情報を抽出して絞込みを始めます）

7 登録対象の確定と登録作業について

	直ちに	1ヶ月後	2ヶ月後	4ヶ月後	6ヶ月後	7ヶ月後	10ヶ月後	12ヶ月後	未記載
外来症例	2	2	1	4	7	1	1	3	5
入院症例	2	1	2	4	8	1	1	3	4

登録対象の確定と登録作業の時期に関するコメント

・ケースファインディングは電カルで調査対象の病名をつけた月から3~4ヶ月後に行い、その時に登録対象の確定している。
・外来入院問わず、集積情報の初回発生日から約9ヵ月後。
・0~6ヵ月後（外来・入院区別なし）
・入院症例は診断6ヵ月後にケースファインディング作業を行い、そのまま登録作業に入る。 外来症例は、入院症例終了後に4ヶ月分まとめて行う。
・半年前に診断されたがん病名を対象としてケースファインディングし、翌月に登録
・該当月の6ヶ月後にケースファインディングを行う。 例 2012年1月のデータは2012年7月に行う。

8 登録候補の件数はどの程度ですか（毎月何件など）

16 頁 #A と 17 頁 #B を参照

9 登録候補のうち登録対象となる件数はどの程度ですか、また適中率はどの程度ですか（適中率は、一定期間に一時保管ファイルに蓄積された登録候補の件数に対して、そのうちの登録対象と判別された件数の割合）

16 頁 #A と 17 頁 #B を参照

#A 登録候補見つけ出しと登録候補数、適中率、システム利用
適中率を入院・外来まとめて算出していた施設 (n=16)

・登録候補見つけ出しにおけるシステムの使用 ←

1. Casefinder
2. 市販がん登録システム
3. 独自開発システム
4. システムを利用していない

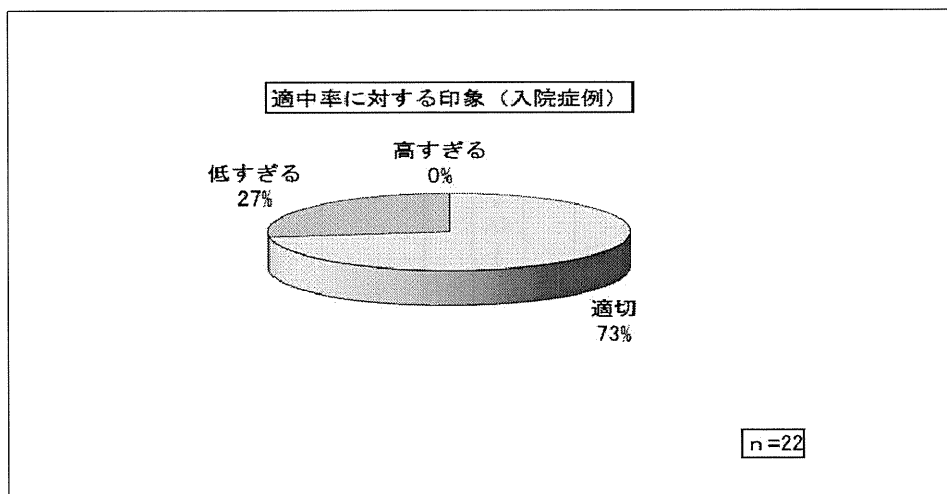
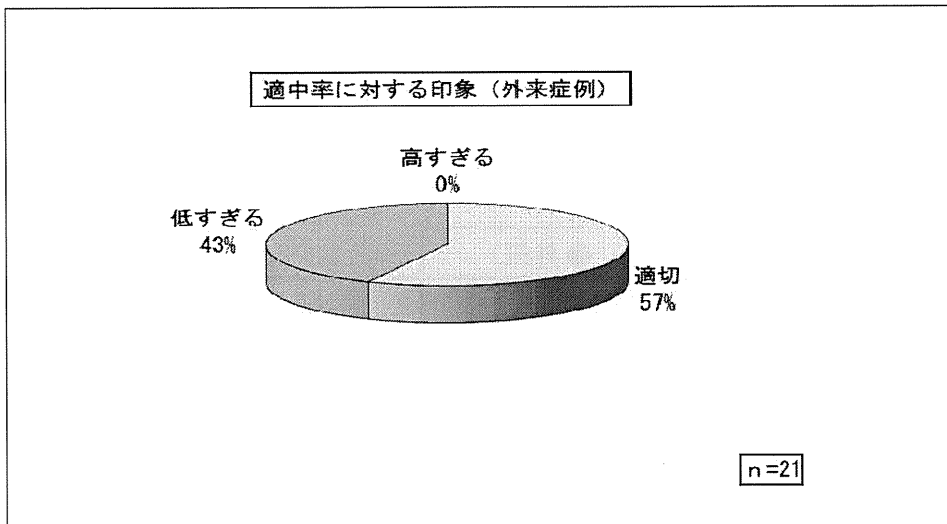
施設番号	登録候補見つけ出しに利用する情報 (☑入院 ●外来)											登録候補件数(毎月)	適中率(%)	院内がん登録年間登録件数 (2010年診断症例)	登録候補見つけ出しにおけるシステム利用					
	医事登録病名	病理組織名	手術記録	抗がん剤等の処方情報(内分級薬油、分子標的薬等も含)	放射線治療記録	内視鏡記録	CT/MRI検査記録	超音波検査記録	核医学検査記録	がん関連加算・管理料 (がん診療拠点病院加算等)	DPC情報					退院病名 (退院サマリー)	死亡診断書	医師届出	診療科データベース	その他
2	☑	☑	☑	☑	☑												350	90	3,563	3
20	☑	☑	☑	☑	☑	☑						☑	☑	☑			100	90	1,122	4
18	☑	☑	☑	☑	☑				☑								183	71	1,543	4
9	☑	☑	☑	☑	☑							☑	☑				100	52	1,825	1
13	☑	☑	☑	☑	☑						☑	☑					567	50	3,181	3
15	☑	☑	☑	☑	☑							☑					496	45	3,191	2
24	☑	☑	☑	☑	☑												800	32	1,914	3
25	☑	☑	☑	☑	☑										☑	☑	350	30	1,208	4
3		☑				☑		☑									1,500	17	2,603	2
6	☑	☑	☑	☑	☑							☑					1,200	16	2,582	1
8	☑	☑									☑						-	15	1,585	2
16	☑	☑			☑						☑				☑		2,300	13	2,349	3
22	☑	☑							☑		☑	☑					1,750	11	2,775	3
10	☑	☑		☑							☑	☑					1,150	10	2,005	2
11	☑	☑	☑								☑						1,400	10	1,585	1
5	☑	☑															800	-	2,973	3

/

#B 登録候補見つけ出しと登録候補数、適中率、システム利用
適中率を入院と外来に分けて算出していた施設 (n=10)

登録候補見つけ出しに利用する情報 (☑入院 ●外来)																				
施設番号	医事登録病名	病理組織名	手術記録	抗がん剤等の処方情報 (内分泌療法、分子標的薬等も含む)	放射線治療記録	内視鏡記録	CT/MRI検査記録	超音波検査記録	核医学検査記録	がん関連加算・管理料 (がん診療拠点病院加算等)	DPC情報	退院病名 (退院サマリー)	死亡診断書	医師届出	診療科データベース	その他	登録候補件数(毎月)	適中率(%)	院内がん登録年間登録件数 (2010年診断症例)	登録候補見つけ出しにおけるシステム利用
4	☑										☑	☑		☑			130	85	1,601	2
1	☑	☑		☑	☑	☑					☑	☑	☑		☑		129	76	1,153	3
26		☑	☑	☑	☑	☑	☑	☑				☑	☑		☑		80	75	811	2
23	☑			☑	☑							☑					300	70	2,229	3
17	☑	☑		☑							☑					☑	238	61	3,271	2
7	☑	☑	☑	☑					☑		☑	☑	☑	☑			300	33	1,314	4
21	☑																450	20	1,220	4
19												☑			☑		1,000	3	1,365	4
14		☑										☑		☑	☑		1,000	-	3,570	3
12	☑	☑	☑	☑	☑												-	-	1,290	1
17	●	●		●							●					●	380	38	3,271	2
26		●		●	●	●									●		20	25	811	2
21	●																50	20	1,220	4
1	●	●		●	●	●							●				116	16	1,153	3
7	●	●	●	●					●				●	●			400	12	1,314	4
23	●			●	●												750	6	2,229	3
14	●	●												●		●	1,200	-	3,570	3
19	●															●	200	-	1,365	4
4	●	●		●	●									●			160	-	1,601	2
12	●	●	●	●	●												-	-	1,290	1

1.0 現在の適中率に対する印象は



現在の適中率に関するコメント

・低すぎると思います。システム入れ替え前は25%前後の的中率でした。ただし、その頃は漏れの症例も多く、漏れを無くそうとすれば候補の件数はおのずと増えると思うので、どちらを優先するか悩みどころです。

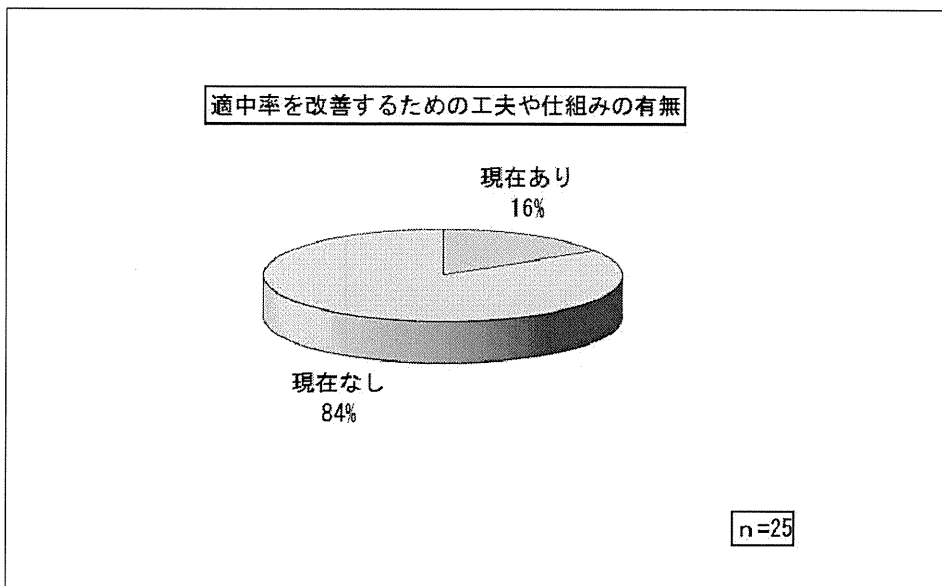
・不明

・判断しかねます。傷病名「〇疑い」転帰「中止」の例も拾い上げて登録対象か否かの判断をしています。また、再入院症例も多くあることから登録候補の絞込みには時間をかけています。

・今まで、適中率という考え方で作業していませんでした。化学療法、放射線療法などがんの治療を行うには確定病名がないと算定できないことから、「病名をつぶす」ことが漏れが少ないと初年度に判断したからです。（+外来でのポリープ例で、病理結果で初めてがんと分かり病名登録が漏れている例をサーチする）これについてのデータを残しておかなかったのが悔やまれますがこのような事情で記入できませんでした。

・低い適中率だとしても、必要な作業だと考えているので、「適切」と判断します

1 1 適中率を改善するための工夫や仕組みは何かありますか



適中率を改善するための具体的な工夫や仕組み

- ・まず、入院症例から始め、外来症例候補の見つけ出しに活用する。
- ・前任者が決定したケースファインディング運用の改善を考えている（現状では、前日の病名・病理を対象に、初級研修未受講の新人が毎日行っている）
- ・市販システムの機能に、一度対象外としたオーダは、その後、オーダされても、一時保管ファイルに蓄積されない仕組みがある。

適中率を改善するために今後取り入れたい方法

- ・毎日ケースファインディングを行うのではなく、病名・病理等の情報発生から一定期間をおいて、ベテランがまとめて行う。業務効率化の為に、DPC 様式 1 との連携も予定
- ・他施設の取り組みを参考にして考えてみたいです。電子カルテの病名の付け方をもう少し工夫してもらえないかと思っています。
- ・ケースファインダーの利用を考えたいが、登録実務者の配置換えを視野に入れるとメンテナンスできる人材の定着が望めない現状では、諦めざるを得ません。
- ・2011 年症例については、退院患者については、登録対象かの判断をその都度行ったので、入院患者については、ほぼ 100%となる予定。2011 年に病名登録された患者の中で、すでにかん登録されていない症例について、治療・手術歴などより、適中率の集計を行う予定。
- ・病理データがコード管理化されておらず、独自に作成したフィルターをとおして、Casefinder に取り込みを行っています。そのフィルターの見直しを、Casefinder 稼働後まもないので、先になるかと思いますが、考えています。
- ・ケースファインディングで拾う病名を検討中