

令和5年度山口県がん診療連携拠点病院間の相互実地調査 チェック項目表（事前アンケート）

【テーマ】指針に沿った院内がん登録室の整備
【サブテーマ】院内教育・業務改善への取り組みについて

記入日： 令和 年 月 日

病院名：

■ 記入方法
<input type="text"/> プルダウンから選択
<input type="text"/> 数字を入力
<input type="text"/> 文字を入力

※入力済みになると色が消えますので、入力漏れのないようにお願いします。

【院内がん登録の実施に係る指針、院内がん登録運用マニュアル、がん診療連携拠点病院指定要件に基づきチェック項目を作成しています】

★マークの項目については、評価の対象外で、情報共有として設けている項目です。

1. 院内がん登録の組織体制について

(1) 院内がん登録に係る実務に関する責任部署について

- | | | |
|----------------------------|----------------------|----------|
| 1) 院内がん登録の実務に関する責任部署は明確である | <input type="text"/> | (はい/いいえ) |
| 2) 院内がん登録の業務内容を規定している | <input type="text"/> | (はい/いいえ) |
| 3) 院内がん登録を行っている部署名 | <input type="text"/> | |

(2) 院内がん登録に関する委員会・会議について

- | | | |
|---|----------------------|----------|
| 1) 院内がん登録に関する委員会・会議等がある
※院内がん登録の運用上の課題の評価及び活用に係る規程の策定等を行う場 | <input type="text"/> | (はい/いいえ) |
| 2) 院内がん登録に関する委員会・会議の長は、当該病院の管理者
又はこれに準ずる者を長としている | <input type="text"/> | (はい/いいえ) |
| 3) 医師、看護師、及び診療情報管理士等から構成されている | <input type="text"/> | (はい/いいえ) |
| 4) 委員会・会議等の構成メンバー | <input type="text"/> | |
| 5) 開催頻度★ | <input type="text"/> | 回/年 |

(3) 院内がん登録データに関する活用について

- | | | |
|--|----------------------|----------|
| 1) 院内がん登録データの活用に関する規程がある | <input type="text"/> | (はい/いいえ) |
| 2) 院内がん登録データの活用に関する規程をホームページで公表している | <input type="text"/> | (はい/いいえ) |
| 3) 院内において、院内がん登録データの活用事例がある
3)が「はい」の場合は、以下4)、5)を回答 | <input type="text"/> | (はい/いいえ) |
| 4) 院内がん登録データの活用に関して、院内がん登録に関する
委員会・会議等で審議している | <input type="text"/> | (はい/いいえ) |
| 5) データの活用には、施設に適用される個人情報保護法令や
「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」、
研究に関しては「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」などの指針を遵守している | <input type="text"/> | (はい/いいえ) |

2. 院内がん登録の実施体制について

(1) 院内がん登録実務者について

1) 院内がん登録を行っている人数

うち専従の実務者

うち専任の実務者

	人
	人
	人

2) 院内がん登録を行っている職種

(例) 医師、看護師、診療情報管理士等

	名
	名
	名
	(はい/いいえ)

3) 院内がん登録実務者の経験年数★

(1年未満)

※0名の回答欄がある場合は、0と入力してください。

(1年以上2年未満)

(2年以上)

4) 業務責任者を設けている

(2) 院内がん登録の教育研修について

1) 国立がん研究センター主催の院内がん登録実務者研修の終了状況

(初級)

(中級)

2) 実務者は全員、上記の研修を継続的に受講している

3) 研修や認定試験に関する費用について、病院の支援はあるか★

4) 県内外で開催される、院内がん登録研修会に参加している

5) 院内がん登録の精度を担保するために、院内で取り組んでいること(人的確保について)★

--	--

(例) 異動のない専門職員を配置する等

6) 院内がん登録中級者を育成する上で、院内で取り組んでいること★

--	--

7) 新人・異動者など、院内がん登録実務初任者を育成する上で、院内で取り組んでいること★

--	--

8) その他認定試験、更新試験対策として院内で取り組んでいること★

--	--

(3) 登録に利用しているテキストについて

1) 院内がん登録支援のHPより、部位別テキストや登録上の変更点に関するお知らせについて、定期的にダウンロードしている

	(はい/いいえ)
--	----------

2) その他、登録に利用しているテキスト

--	--

(例) がん取扱い規約、解剖学アトラス、がんがみえる等

3. 院内がん登録の運用について

(1) 登録について

- | | | |
|---|--|----------|
| 1) 院内がん登録数500件以上(入外問わず自施設初回治療分 症例区分20,30) | | (はい/いいえ) |
| 2) 国立がん研究センターが提示する標準的な登録様式に準拠している | | (はい/いいえ) |
| 3) 独自で収集している項目がある★ | | (はい/いいえ) |
| 4) 使用している院内がん登録システム★ | | |
| 5) 院内がん登録システムは、必要に応じてアップデートしている | | (はい/いいえ) |
| 6) 5) で「はい」と答えた場合、最終アップデート日 | | |

(2) 登録対象者の抽出について

- | | | |
|--|--|----------|
| 1) 国立がん研究センターが提示するICD-10コードを元に抽出している | | (はい/いいえ) |
| 2) 1) のうち、候補コードについても抽出している | | (はい/いいえ) |
| ※院内がん登録の対象となるICD-10コード (対象コード) | | |
| ※院内がん登録の対象となる可能性のある候補に対応したICD-10コード (候補コード) | | |
| 3) 病理検査実施患者を元に抽出している | | (はい/いいえ) |
| 4) その他、登録対象者の抽出に使用している情報源★ | | |
| (例) 病名、病理診断、放射線治療、化学療法、CT・MRI検査等 | | |
| 5) 登録対象者の登録進捗状況を明確にしている | | (はい/いいえ) |
| 6) 登録対象者の抽出方法★ | | |
| (例) case finder等の専用ソフトの利用、電子カルテや医事システムからがん情報を抽出し、AccessやFilemaker等でリスト作成 | | |

(3) 実登録作業について★

1) 実登録の流れ

- ア: 登録対象リストを先行して作成し、その後、リストの開始日から5～6か月後に実登録作業を行う。
- イ: 登録対象リストを先行して作成し、すぐにその時点で仮の登録作業を行い、未完成部分は診断日から5～6か月後に実登録作業を行って、登録データを補完する。
- ウ: 登録対象リストを、作業日の4～5ヶ月前の1か月を対象として作成する。リスト作成後に、実登録作業を行う。
- エ: 作業日の約5ヶ月前に、情報が発生したケースをリストアップして、登録対象か否かの判定を行い、登録対象であれば実登録作業を実施する（登録対象リストは作成せず、登録対象の見つけ出し作業で見つかったものから順次登録していく）

	ア～エ
--	-----

その他の方法を用いている場合

--

(4) 品質管理について

1) 国立がん研究センターが提供している品質管理ツールを使用している

	(はい/いいえ)
--	----------

2) 1) 以外で品質管理チェックを行っている

	(はい/いいえ)
--	----------

3) 2) で「はい」と答えた場合、具体的な方法

--

(例) 登録システムでの品質管理、実務者間でのダブルチェック、医師への照会等

4) 登録精度を管理している★

	(はい/いいえ)
--	----------

5) 4) で「はい」と答えた場合、具体的な方法

--

(例) 品質管理のエラーや警告の分析、前年のデータとの登録割合の比較等

(5) 生存状況の確認について

1) 毎年予後を含めた情報を国立がん研究センターに提供している

	(はい/いいえ)
--	----------

2) 生存状況把握割合を把握している★

	(はい/いいえ)
--	----------

3) 生存状況把握割合が90%以上である★

	(はい/いいえ)
--	----------

(6) 集計、解析、報告書について

1) 院内がん登録データを集計・解析している

	(はい/いいえ)
--	----------

(例) 会議資料、年次報告書等

1) が「はい」の場合は、以下を回答

2) 1) で作成したものを院内に周知・報告している

	(はい/いいえ)
--	----------

3) 1) で作成したものを院内誌やホームページ等で広報している

	(はい/いいえ)
--	----------

4) 院内がん登録データを他施設や国・都道府県等のデータと比較し、分析・評価している

	(はい/いいえ)
--	----------

4. 個人情報の取扱いについて

(1) 個人情報の取扱いについて

1) 院内がん情報のシステム運用責任者を定めている

	(はい/いいえ)
--	----------

2) 院内がん登録システムを利用できるユーザーを特定(限定)している

	(はい/いいえ)
--	----------

3) 院内がん登録システムのアカウントは利用者毎に設定されている

	(はい/いいえ)
--	----------

4) 院内がん登録システムへのアクセス制限、ログの確認点検などを行っている

	(はい/いいえ)
--	----------

5) 院内がん情報が参照可能な場所は、実務者等許可された者のみが入室可能な体制となっている

	(はい/いいえ)
--	----------

6) 一時的な来訪者について、入退室の記録管理を行っている

	(はい/いいえ)
--	----------

7) 院内がん登録実務者に対して、個人情報保護に関する教育訓練を定期的に行っている

	(はい/いいえ)
--	----------

8) 院内がん情報の個票情報が含まれる情報機器は移動・持ち出しを原則禁止とし、万が一持ち出す場合は管理を行っている

	(はい/いいえ)
--	----------

9) 院内がん情報が含まれる資料や情報機器の盗難・紛失防止のために鍵付きの棚への保管やチェーンロック等の物理的な対策を講じている

	(はい/いいえ)
--	----------

(2) 運用管理規程について

1) 院内がん情報に関する運用管理規程を設けている

1) が「はい」の場合は、以下を回答

2) 運用管理規程は、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な

取り扱いのためのガイダンス」、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」
に準拠したものである

3) 運用管理規程は、(1)個人情報の取扱いの内容を含んでいる

5. その他★

(1) QI研究について

1) 国立がん研究センターが行うQI研究に参加している

1) が「はい」の場合は、以下を回答

2) 未実施理由の入力を行っている

3) QI研究結果の院内への還元方法について

(2) 登録の業務分担・業務改善について

1) 院内がん登録以外の業務を担当している

2) 1) で「はい」と答えた場合、具体的な業務内容

(例) がん診療連携拠点病院事務、DPC等

3) 院内がん登録業務の分担方法

(例) 部位別、診療科別等

4) 院内がん登録に係る登録業務以外の業務(全国集計、予後調査、QI研究、患者体験調査等)の分担方法

(例) 全国集計や予後調査などイベントによって担当者を分ける等

5) 定期的に業務分担を見直している

6) 業務改善に向けて取り組んでいる、過去に取り組んだ事例について

(3) 院内がん登録、その他業務で困っていること