

演題番号  
P4-9

みんなのケースファインディング  
—「がん登録実務者のための5大がん登録講座2024」  
参加施設の事例報告から—

新居田あおい<sup>1</sup>、百済静香<sup>1</sup>、大西純子<sup>1</sup>、大平由津子<sup>1</sup>、  
菅美保<sup>1</sup>、檜崎千明<sup>1</sup>、寺本典弘<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 国立病院機構四国がんセンター 医療情報管理室、<sup>2</sup> 愛媛県がん診療連携協議会がん登録専門部会 部会長



【緒言】

愛媛県では毎年『がん登録実務者のための5大がん登録講座』を開催している。事後アンケートではテーマとして、毎回ケースファインディング関係の要望が多い。そこで、愛媛県がん診療連携協議会に参加する15施設と講座参加51施設のケースファインディングの取り組みを事前にアンケート調査し、講座内で紹介した。

【方法】

- 1) 愛媛県がん診療連携協議会に参加する15施設  
ケースファインディングの方法や頻度について問い合わせた。
- 2) 5大がん登録講座参加51施設  
① ケースファインディングの効率化を図る取組み等を収集した。  
② 開催後アンケートで登録漏れの理由やRPAの活用等について追加収集した。

【結果】 1) 愛媛県がん診療連携協議会に参加する15施設のケースファインディング

えひめのケースファインディング (症例数 1000以下)

施設	登録数	登録率
1	100	10%
2	150	15%
3	200	20%
4	250	25%
5	300	30%
6	350	35%
7	400	40%
8	450	45%
9	500	50%
10	550	55%
11	600	60%
12	650	65%
13	700	70%
14	750	75%
15	800	80%

えひめのケースファインディング (症例数 1000-3000)

施設	登録数	登録率
1	1000	10%
2	1500	15%
3	2000	20%
4	2500	25%
5	3000	30%

えひめのケースファインディング (症例数 3000以上)

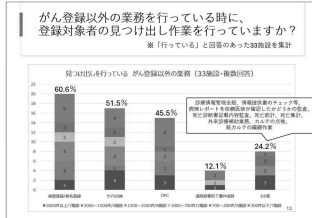
施設	登録数	登録率
1	3000	30%
2	4000	40%
3	5000	50%
4	6000	60%
5	7000	70%
6	8000	80%
7	9000	90%

■ アンケートからみえたこと ■

- ・入院症例は、診療録管理（病歴管理、各種様式の点検など）の際に見つけ出しを行う施設が多い。  
→ 診療情報管理を行う部署でがん登録を行う施設が多い。
- ・症例数の多い施設は、入院症例だけでなく外来症例も対象とすることで登録漏れを防いでいる。
- ・1000件以下の施設は、全症例を対象に定期的なケースファインディングを行っている。

【結果】 2) ① 5大がん登録講座参加51施設のケースファインディング

■ 登録漏れをなくすためにやっている取り組みや、効率化を図る取り組み ■



<頻度、抽出条件>

【毎月】

病理、細胞診、読影結果、入外の病名登録データよりC・Dコード (ICD-10)

【100日後】

登録対象を特定する項目を増やして100日後に対象者が上がるようにしている。

【年1回(3月頃)】

疑い、良悪不詳問わず、新生物の病名登録があるにも関わらず、がん登録されてない症例1000件程度に対し目視チェック。

<他部門、他業種との協力>

- ・病理部門、放射線治療医、臨床検査技師から、リスト（病理結果、放射線治療患者、読影結果など）の提供を受ける。
- ・医療安全部門がチェックしている『全病理・細胞診・画像所見からの悪性診断・要精査情報』を共有。(月1000件程度)

<その他の取り組み>

- ・病理検査、病名で登録対象となった症例以外にも、読影レポートや内視鏡所見を抽出できる仕組みを構築。
- ・画像所見や病理所見をDRが閲覧・確認したかチェックの際、悪性所見であれば登録対象としてリスト化。
- ・診療録管理をとおして登録対象となった症例はすぐに登録する。死亡診断書の場合、剖検がない限り最終登録までできるので効率的。
- ・約3ヶ月に一度ケースファインディングを実施し、がん疑いで画像フォロー中の症例は、一度登録対象としてリストアップしておく。全国集計提出直前に最終判断することで、同じカルテの重複チェックを回避。



- 他部署との関係性、医師や技師さんとの協力的体制の構築など、他部署との調整力も必要。
- 「〇〇の部署が、□□についてデータを持っている」といった他部署の役割や業務について把握することで、自分達が必要とするデータが案外身近にあることにも気づける。

■ やってみたが効率が悪かった取り組み ■

<疑い病名チェック> 疑い病名で確定診断がついていた症例は、何千件かに数件しかなかった。

<悪性腫瘍特異物質治療管理料> 算定可能な範囲が広く、既登録で経過観察となっている患者まで抽出され、効率が悪かった。

<画像所見、死亡診断書、診療情報提供書> 病理と退院サマリでほとんど登録済のため、登録対象は5件/6000件程度だった。

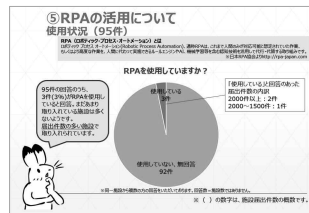
<細胞診実施患者データ> 「医事データから抽出した細胞診実施患者データ」を約2000件確認して5-6件しかヒットしなかった。

- 病名、病理等のケースファインディングによって、すでにほとんどが登録済みのため、最終チェックの段階で行う作業としては費用対効果が小さいものが多い。  
→ どの段階でチェックする項目とするかで効果の大きさが変わる。
- ケースファインディングを実施するタイミングや、施設の特性などを考慮・検証したうえで、抽出対象とすることがどうか判断が必要。

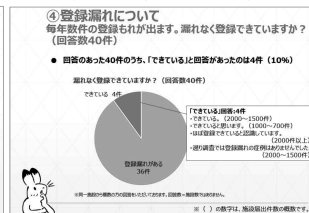


【結果】 2) ② 5大がん登録講座開催後アンケートから

■ RPAの導入状況 ■



■ 登録漏れの理由とその対策は？ ■



- ・外来受診のみで治療なく終了。
- ・病理のない登録対象疾患  
→ 疑わしければ一旦リストにして、後で最終確認。
- ・死亡診断書のがん病名  
→ 死亡診断書も検索対象とし、提出前に再確認
- ・実務者の見落とし  
→ ケースファインダーの導入検討
- ・基本的なケースファインディングは行っているが、多職種連携（放射線技師や医療安全）が不十分。



- 登録漏れの確認が難しい。常に「きっと何件か取りこぼしている」という意識が慎重さに繋がるのではないかな。
- 漏れをなくすのは難しい。費用対効果も考えて、ある程度は「やむを得ない」と許容することも必要だろう。

【まとめ】 人員不足や実務者の経験値に左右されないケースファインディングの標準化に期待

特別なケースファインディングシステムが稼働する施設は少なく、効率化は不十分である。これまで、各施設がどのような方法で見つけ出しを行っているか広く調査することはあまり行われていなかったが、講座内での共有・報告によって自施設のケースファインディングの見直しや気づきにつなげることができた。しかし、膨大な対象リストのチェックを行うにあたり、人が労力を費やしてできることには限界があることも周知の事実である。現在、経験の浅い実務者も経験豊富な実務者と同様に判断できるように支援するAIの開発・導入に取り組んでいる県もある。今後はそういった先進県の取り組みが標準化されることに期待したい。