

## 全国がん登録 届出の注意点

(公財)群馬県健康づくり財団がん登録室

最終更新日 : 2025年9月24日

# 必要な資料・情報

全国がん登録届出マニュアル2025  
がん情報サービス>がん登録>全国がん登録

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001508062.pdf>

全国がん登録  
届出マニュアル 2025

ダウンロード版

厚生労働省  
国立研究開発法人国立がん研究センター

2025版が  
2025年4月1日更新されました。

# 参考資料

## 院内がん登録支援

[https://ctr-info.ncc.go.jp/hcr\\_info/learn/](https://ctr-info.ncc.go.jp/hcr_info/learn/)

### 院内がん登録支援

ホーム はじめに お知らせ 学ぶ・調べる 院内がん登録ナビ

#### 学ぶ・調べる

このページでは院内がん登録に関する資料や各種テキストを公開しています。

#### 1. がん情報サービス掲載の資料等

- 院内がん登録の標準登録様式 (外部リンク)
  - がん診療連携拠点病院等 院内がん登録 標準登録様式 2016年版
  - がん診療連携拠点病院等 院内がん登録 標準登録様式 2016年版 修正履歴
- 院内がん登録実務者のためのマニュアル (外部リンク)
  - 部位別テキスト (胃、大腸、肝、肺、乳腺)
  - UICCTNM分類第8版準拠\_がんの拡がりと進行度
- 院内がん登録支援ソフトの提供 (外部リンク)
  - Hos-CanR Next 院内がん登録支援ソフトのシステム概要
  - Hos-CanR Next申し込み

Hos-CanR Next申し込み

#### 4. 国際疾病分類腫瘍学第3.2版 (ICD-O-3.2) がん登録実務用

形態用語一番号順 PDF (2025/06/18更新)

形態用語ーアルファベット順 PDF (2024/12/20更新)

国際疾病分類腫瘍学 3.2 コード検索システム 国際疾病分類腫瘍学 3.2 コード検索システムサイト (外部リンク)

第3.1版から3.2版への改訂に伴う変更点 PDF (2022/8/4更新)

特届出対象の廃止について (2025/4/21更新) PDF (2025/4/21更新)

#### ICD-O-3.2院内実務用

#### 5. ルールF廃止に伴う対応について

ルールF  
廃止

2025年症例より、ルールF廃止に伴い、ICD-O-3.2に掲載されていない形態コードと性状コードの組み合わせについては、病理医等の指示があれば、ICD-O-3.2に掲載されているなかで適切なコードを選択し、なければ下記資料「ルールF独自コードICD-O-3.2変換リスト」を参考にコードを付与してください。その際、UICC TNM分類および進展度と性状の整合性に配慮してください。

ルールF独自コードからICD-O-3.2への変換リスト (2025/07/30更新)

#### 6. 部位別テキスト (主要5部位)

部位別テキスト

- 部位別テキスト (2025年6月版) (外部リンク)
  - 胃
  - 大腸
  - 肝
  - 肺
  - 乳腺

# 診断とは

---

## ■ 初回の診断とは

- 入院・外来を問わず、自施設において、当該腫瘍について初診し、診断及び/又は治療等の対象となった腫瘍が届出の対象です。

## ■ 診断とは

- 当該病院等が、当該患者の疾病を「がん」として診断/及び又は治療等の診療行為を行っていること。
- 画像診断、血液検査、尿検査、内視鏡診断、肉眼的診断、及び臨床診断を含みます。

転移又は再発の段階で当該病院等における初回の診断が行われた場合を含みます。この場合、転移又は再発に関する情報ではなく、原発性のがんに関する情報を届け出ます。

# がん登録における「初回治療」

---

- 当該がんの縮小・切除を意図したがん組織に対する治療（「腫瘍に対する治療」という）のうち、当該がんに関する最初の診断に引き続き行われた、腫瘍に対する治療とする。
- 最初の診断に引き続き行われた治療の範囲は、治療計画等に記載された内容とし、経過観察が計画された場合、あるいは治療前に死亡された場合は経過観察という行為を初回治療とみなして扱うこととする。
- なお、この範囲が不明確な場合、病状が進行・再発したりするまでに施行されるか、あるいはおよそ4か月以内に施行されたものを初回治療とする。

全国がん登録届出票①

|             |                                    |   |  |                                      |                                  |                                |                            |                            |                            |  |
|-------------|------------------------------------|---|--|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| ①病院等の名称     | 群馬県 公益財団法人 群馬県健康づくり財団診療所           |   |  |                                      |                                  |                                |                            |                            |                            |  |
| ②診療録番号      | (全半角16文字)                          |   |  |                                      |                                  |                                |                            |                            |                            |  |
| ③カナ氏名       | シ                                  | (全角カナ10文字)  | メイ   | (全角カナ10文字)                           |                                  |                                |                            |                            |                            |  |
| ④氏名         | 氏                                  | (全角10文字)  | 名  | (全角10文字)                             |                                  |                                |                            |                            |                            |  |
| ⑤性別         | <input type="checkbox"/> 1. 男性     | <input type="checkbox"/> 2. 女性                            |  |                                      |                                  |                                |                            |                            |                            |  |
| ⑥生年月日       | <input type="checkbox"/> 0. 西暦     | <input type="checkbox"/> 1. 明                             | <input type="checkbox"/> 2. 大                    | <input type="checkbox"/> 3. 昭        | <input type="checkbox"/> 4. 平    | <input type="checkbox"/> 5. 令  | <input type="checkbox"/> 年 | <input type="checkbox"/> 月 | <input type="checkbox"/> 日 |  |
| ⑦診断時住所      | 都道府県選択                             | 群馬県   |  |                                      |                                  |                                | (全半角40文字)                  |                            |                            |  |
|             | 市区町村以下                             | 前橋市   |  |                                      |                                  |                                |                            |                            |                            |  |
| 腫瘍の種類       | ⑧側性                                | <input type="checkbox"/> 1. 右                             | <input type="checkbox"/> 2. 左                    | <input type="checkbox"/> 3. 両側       | <input type="checkbox"/> 7. 側性なし | <input type="checkbox"/> 9. 不明 |                            |                            |                            |  |
|             | ⑨原発部位                              | 大分類   |  |                                      |                                  |                                | <input type="checkbox"/>   |                            |                            |  |
|             | ⑩病理診断                              | 詳細分類  |  |                                      |                                  |                                | <input type="checkbox"/>   |                            |                            |  |
| ⑪組織型・性状     |                                    |   |  |                                      |                                  | <input type="checkbox"/>       |                            |                            |                            |  |
| 診断情報        | ⑫診断施設                              | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設に紹介またはその後の経過不明 | <input type="checkbox"/> 2. 他施設で初回治療を開始          |                                      |                                  |                                |                            |                            |                            |  |
|             | ⑬治療施設                              | <input type="checkbox"/> 3. 他施設で初回治療を開始後に、自施設に受診して初回治療を継続 | <input type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診 |                                      |                                  |                                |                            |                            |                            |  |
|             | ⑭診断根拠                              | <input type="checkbox"/> 1. 原発巣の組織診                       | <input type="checkbox"/> 2. 転移巣の組織診              | <input type="checkbox"/> 3. 細胞診      |                                  |                                |                            |                            |                            |  |
|             | ⑮部位特異的腫瘍マーカー                       | <input type="checkbox"/> 4. 部位特異的腫瘍マーカー                   | <input type="checkbox"/> 5. 臨床検査                 | <input type="checkbox"/> 6. 臨床診断     | <input type="checkbox"/> 9. 不明   |                                |                            |                            |                            |  |
|             | ⑯診断日                               | <input type="checkbox"/> 0. 西暦                            | <input type="checkbox"/> 4. 平                    | <input type="checkbox"/> 5. 令        | <input type="checkbox"/> 年       | <input type="checkbox"/> 月     | <input type="checkbox"/> 日 |                            |                            |  |
|             | ⑰発見経緯                              | <input type="checkbox"/> 1. がん検診・健康診断・人間ドックでの発見例          | <input type="checkbox"/> 3. 他疾患の経過観察中の偶然発見       |                                      |                                  |                                |                            |                            |                            |  |
| ⑱進展度・治療前    | <input type="checkbox"/> 4. 割検発見   | <input type="checkbox"/> 8. その他                           | <input type="checkbox"/> 9. 不明                   |                                      |                                  |                                |                            |                            |                            |  |
| ⑲進展度・術後病理学的 | <input type="checkbox"/> 400. 上皮内  | <input type="checkbox"/> 410. 限局                          | <input type="checkbox"/> 420. 領域リンパ節転移           | <input type="checkbox"/> 430. 間接臓器浸潤 |                                  |                                |                            |                            |                            |  |
| ⑳初回治療       | <input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 | <input type="checkbox"/> 777. 該当せず                        | <input type="checkbox"/> 499. 不明                 |                                      |                                  |                                |                            |                            |                            |  |
| ㉑その他の治療     | <input type="checkbox"/> 400. 上皮内  | <input type="checkbox"/> 410. 限局                          | <input type="checkbox"/> 420. 領域リンパ節転移           | <input type="checkbox"/> 430. 間接臓器浸潤 |                                  |                                |                            |                            |                            |  |
| ㉒死亡日        | <input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 | <input type="checkbox"/> 660. 手術なし・術前治療後                  | <input type="checkbox"/> 777. 該当せず               | <input type="checkbox"/> 499. 不明     |                                  |                                |                            |                            |                            |  |
| ㉓備考         |                                    |   |  |                                      |                                  | (全半角128文字)                     |                            |                            |                            |  |

## 基本情報②～⑦

問合せや照合に使用 正しく入力ください

## 腫瘍の情報⑧～⑩

## 診断情報⑪～⑯

## 進展度⑯～⑰

## 初回治療⑯～㉕

## 死亡日㉖

# 全国がん登録26項目

項目数 26項目

→CSV形式 29項目

ー I 病院等の名称

- + 都道府県コード
- + 原発部位局在コード
- + 病理診断・組織型コード
- + 備考

| 項目名      | 項目名                   |
|----------|-----------------------|
| I 病院等の名称 | I4 診断日                |
| 2 診療録番号  | I5 発見経緯               |
| 3 カナ氏名   | I6 進展度・治療前            |
| 4 氏名     | I7 進展度・術後病理学的         |
| 5 性別     | I8 外科的治療の有無           |
| 6 生年月日   | I9 鏡視下的治療の有無          |
| 7 診断時住所  | I10 内視鏡的治療の有無         |
| 8 側性     | I11 外科的・鏡視下・内視鏡的治療の範囲 |
| 9 原発部位   | I12 放射線療法の有無          |
| I0 病理診断  | I13 化学療法の有無           |
| I1 診断施設  | I14 内分泌療法の有無          |
| I2 治療施設  | I15 その他の治療の有無         |
| I3 診断根拠  | I16 死亡日               |



# がん登録室の作業内容

医療機関に問い合わせせる場合

## 届出データ入力～集約

| 作業工程                               | 作業内容  | 問合せの条件             |
|------------------------------------|---|--------------------|
| 届出内容のチェック<br>(票内チェック)              | 届出されたデータの目視確認<br>(警告の確認、軽微なエラーの修正)  | エラーや内容に矛盾が発生している場合 |
| 同一人物確認<br>照合前同定(グルーピング作業)、<br>照合同定 | システムで自動で同一人物と判断できなかつた場合、候補者となった人と同一のか目視確認<br><br>例)氏名、生年月日、腫瘍が一致しているが住所が違う等 | 登録室で判断できない         |
| 既登録とのチェック<br>票間チェック                | 登録完了したが<br>基本情報に矛盾がある<br><br>既登録情報と氏名の漢字や性別、生年月日が異なっている等                    | 登録室で判断できない         |
| 集約                                 | 同一腫瘍かどうか判断できない<br><br>例)A病院右乳がん、B病院左乳癌                                      | 登録室で判断できない         |

# 入力時の注意点

|             |  |
|-------------|--|
| i 基本情報      | ③カナ氏名 ④氏名 ⑤性別 ⑥生年月日<br>⑦ 診断時住所             |
| ii 腫瘍の種類    | ⑧側性 ⑨原発部位 ⑩病理診断                            |
| iii 診断情報    | ⑪診断施設 ⑫治療施設 ⑬診断根拠 ⑭診断日<br>⑮発見経緯            |
| iv 進行度/初回治療 | ⑯進展度・治療前 ⑰進展度・術後病理学的<br>⑱～㉑観血的治療 ㉒～㉕その他の治療 |
| v 死亡日、その他   | ㉖死亡日、その他                                   |



# i 基本情報

- ◆③カナ氏名 ④氏名 ⑤性別 ⑥生年月日 ⑦診断時住所は  
**正確に記入してください。**
- ◆婚姻等による姓の変更、最新情報、外国人の場合であれば国籍等、  
備考に情報を記入してください。

氏名がカタカナや●で提出したが → 備考欄に  
詳細情報が書かれていない 記入例) ●は「くら」「たれ广に め」  
など

大字、丁目、番地がない、等 → 診療申込書や保険証等で確認のうえ  
住所情報が不完全である 正確な情報を記入してください

「**丁目が抜け事が多い**」ので注意をお願いします  
他に例えば「高崎市豊岡町」は「上豊岡町、下豊岡町、中豊岡町」があり**「上下中」**を忘れずに

他施設間で基本情報のいずれかに → 同一人物かどうか判定するために  
相違がある 問合せさせていただきます。

|       |  |
|-------|--|
| 氏名    | <p>不明な場合、氏名に全角ハイフ(ー)カナ氏名は空欄<br/>日本語文字以外の氏名<br/>アルファベット可、カタカナ可<br/>ミドルネームは氏名欄に含めず備考欄に記入<br/>通称名が判明している場合、備考欄に記入<br/>外字<br/>可能な限りShift-JISの範囲の異字体に置き換える<br/>異字体に置換ができない場合、●に置換える</p> |
| 性別    | <p>不明の欄はありません<br/>原則としては住民登録されている性別<br/>生物学的な性別が異なる場合備考欄に記入<br/>住民登録の性別不明な場合は、診療録等に記載の性別</p>   |
| 生年月日  | 不明な場合は9999年99月99日を記入   |
| 診断時住所 | <p>不明な場合「住所不明」と記入してください<br/>都道府県ー(郡)ー市町村・特別区ー町・字ー地番ー(支号)ー(部屋番号)ー共同住宅の名称<br/>届出時の最新住所が診断時住所と異なる場合は備考欄に記入ください</p>  |

| 置換えた漢字 | 備考欄 記入例                          |
|--------|----------------------------------|
| 辻      | 正しくは「一点しんにゅう」                    |
| 芦      | 正しくは「くさ<br>かんむりに戸」               |
| ●      | 「なぎ」の漢字<br>ゆみへんに前<br>に刀          |
|        | 正式な漢字の参考情報「戸籍統一<br>文字(番号)情報(法務省) |

# i 基本情報

以下の場合、登録室にて修正・削除します

誤:群馬県佐波郡玉村町齊田

正:群馬県佐波郡玉村町**大字 齊田**

誤:群馬県利根郡片品村摺淵町

正:群馬県利根郡片品村**大字摺渕**

誤:**群馬県埼玉県行田市…**

大字や町の過不足、地名の漢字違い  
は登録室で修正します

重複等の入力は登録室で削除や  
修正をします



## ii 腫瘍の種類 ⑧側性

◆側性をつけられる臓器は限られているので注意が必要です

◆「3. 両側を選択できるのは以下の3つのみ

- ※卵巣に発生した同じ組織形態の卵巣腫瘍
- ※腎臓に発生した腎芽腫(ウィルムス腫瘍)
- ※網膜に発生した網膜芽腫細胞腫

この3つ以外で「3. 両側」を使用した場合エラーです

◆側性のある臓器で左右どちらかが原発か分からぬ場合、または中正に位置する場合は「9. 不明」を選択

◆原発部位不明 C80.9 は「7. 側性なし」を選択

# ii 腫瘍の種類 ⑧側性

## 側性のある臓器 一覧

カルテに左右の記録があつても  
選択できる部位、できない部位があるため注意！

| 局在コード       | 局在名         | 局在コード | 局在名             | 局在コード       | 局在コード        |
|-------------|-------------|-------|-----------------|-------------|--------------|
| C07.9       | 耳下腺         | C40.0 | 肩甲骨及び上肢の長骨      | C49.1       | 上肢・肩の軟骨部組織   |
| C08.0       | 頸下腺         | C40.1 | 上肢の短骨           | C49.2       | 下肢・股関節部の軟部組織 |
| C08.1       | 舌下腺         | C40.2 | 下肢の長骨           | C50.0-C50.9 | 乳房           |
| C09.0       | 扁桃窩         | C40.3 | 下肢の短骨           | C56.9       | 卵巣           |
| C09.1       | 扁桃口蓋弓(前)(後) | C41.3 | 肋骨、胸骨および鎖骨      | C57.0       | 卵管           |
| C09.8       | 扁桃の境界部病巣    | C41.4 | 骨盤骨、仙骨および尾骨     | C62.0-C62.9 | 精巣           |
| C09.9       | 扁桃、部位不明     | C44.1 | 眼瞼の皮膚、眼角を含む     | C63.0       | 精巣上体         |
| C30.0       | 鼻腔          | C44.2 | 耳および外耳道の皮膚      | C63.1       | 精索           |
| C30.1       | 中耳          | C44.3 | その他の部位不明の顔面の皮膚  | C64.9       | 腎孟を除く腎       |
| C31.0       | 上頸洞         | C44.5 | 体幹の皮膚           | C65.9       | 腎孟           |
| C31.2       | 前頭洞         | C44.6 | 上肢の皮膚、肩を含む      | C66.9       | 尿管           |
| C34.0       | 主気管支        | C44.7 | 下肢の皮膚、股関節部を含む   | C69.0-C69.9 | 眼球・涙腺        |
| C34.1-C34.9 | 肺           | C47.1 | 上肢の抹消神経、肩を含む    | C74.0-C74.9 | 副腎           |
| C38.4       | 胸膜          | C47.2 | 下肢の抹消神経、股関節部を含む | C75.4       | 頸動脈小体        |

上記の局在で側性なしを選択されている場合はエラーとなり、問合せ対象となります。

また、上記の局在で左右が記入ありでも、照合等で確認が必要な場合もありますのでご協力ください。

## ii 肿瘍の種類⑨原発部位

◆局在が「血液C42.0」「骨髓「C42.1」」の時

進展度(治療前・術後病理学的)が「777. 該当せず」以外はエラー  
また、C42.0,C42.1以外で「777」が入力されているときもエラー  
(ただし、悪性リンパ腫の場合は除く)

例) 骨髓C42.1

多発性骨髓腫97323

C42.1の時は  
「777.該当せず」を選択

| 進行度         | ⑥進展度・治療前 | 400. 上皮内  | 410. 限局                                      | 420. 領域リンパ節転移                                | 430. 隣接臓器浸潤 |
|-------------|----------|-----------|--|--|-------------|
|             |          | 440. 遠隔転移 | <input checked="" type="checkbox"/> 777.該当せず | 499. 不明                                      |             |
| ⑦進展度・術後病理学的 |          | 400. 上皮内  | 410. 限局                                      | 420. 領域リンパ節転移                                | 430. 隣接臓器浸潤 |
|             |          | 440. 遠隔転移 | 660. 手術なし・術前治療後                              | <input checked="" type="checkbox"/> 777.該当せず | 499. 不明     |

C42.0,C42.1以外で「777.該当せず」はエラー

## ii . 腫瘍の種類 ⑩病理診断

■ 電子届出票に直接入力の場合で、病理診断について詳しい情報がある。

診断名：胃悪性リンパ腫

病理診断：びまん性大細胞性B細胞リンパ腫  
Diffuse Large B-cell lymphoma

|       |       |  |
|-------|-------|--|
| 腫瘍の種類 | ⑧側性   | <input type="checkbox"/> 1.右 <input type="checkbox"/> 2.左 <input type="checkbox"/> 3.両側 <input checked="" type="checkbox"/> 7.側性 |
|       | ⑨原発部位 | 大分類<br>胃、小腸  |
|       | 詳細分類  | 胃の2部位以上広範又は詳細部位不明  |
|       | ⑩病理診断 | 組織型・性状<br>悪性リンパ腫   |

プルダウンメニューより  
最も近いと思われるものを  
選択。備考には実際の病理  
診断の結果を入力。  
英語でも略語でもOK。

診断名：S状結腸癌

病理診断：上皮内管状腺癌

|       |       |  |
|-------|-------|--|
| 腫瘍の種類 | ⑧側性   | <input type="checkbox"/> 1.右 <input type="checkbox"/> 2.左 <input type="checkbox"/> 3.両側 <input checked="" type="checkbox"/> 7.側性 |
|       | ⑨原発部位 | 大分類<br>盲腸・結腸、直腸、肛門   |
|       | 詳細分類  | S状結腸   |
|       | ⑩病理診断 | 組織型・性状<br>管状腺癌   |

備考  
びまん性大細胞性B細胞リンパ腫

備考  
病理医が上皮内管状腺癌と診断

プルダウンメニューより  
最も近いと思われるものを  
選択。備考には実際の病理  
診断の結果を入力。  
\*ルールFの適用

### iii 診断情報⑫治療施設

#### 1 自施設で初回治療せず、他施設に紹介又はその後の経過不明

- ・初回治療をしていない。(治療の施行は他施設へ紹介・依頼した)
- ・初回治療方針決定前に患者が来院しなかった

#### 2. 自施設で初回治療開始

- ・初回治療を自施設で施行した。
- ・初回治療として経過観察を開始した

#### 3. 他施設で初回治療開始後に、自施設に受診して初回治療を継続

- ・初回治療開始後に、自施設で初回治療を継続して行った場合  
(手術後の化学療法、放射線療後の手術、内視鏡切除術後の外科的手術等)

#### 4. 他施設で初回治療終了後に自施設に受診

- ・他施設で初回治療終了後に自施設に受診。
- ・経過観察の決定と実施は他施設で行っており、自施設でも引き続き経過観察を行った

#### 8. その他 死体解剖で初めて診断された場合

例) 意識不明のため自施設に緊急搬送後まもなく死亡。  
死因解明のため死亡解剖実施。解剖の結果、初めて肝臓がんが発見された

## ii 腫瘍の種類

## ⑩病理診断

診断根拠が顕微鏡的(病理学的)診断でないときに用いてよいコード(届出マニュアルP36)

| 腫瘍情報                             |                       |        |                     |
|----------------------------------|-----------------------|--------|---------------------|
| 診断根拠が顕微鏡的(病理学的)診断でない時に用いてよい形態コード |                       |        |                     |
| 形態コード                            | 組織診断名                 | 形態コード  | 組織診断名               |
| 8000                             | 新生物・腫瘍, NOS※          | 9350   | 頭蓋咽頭腫               |
| 8150                             | 膵内分泌腫瘍                | 9380   | グリオーマ               |
| 8151                             | インスリノーマ               | 9384/1 | 上皮下巨細胞性アストロサイトーマ    |
| 8152                             | 腸ケルカゴン腫瘍              | 9500   | 神経芽腫(神経芽細胞腫)        |
| 8153                             | ガストリノーマ               | 9510   | 網膜芽腫(網膜芽細胞腫)        |
| 8154                             | 膵内分泌・外分泌細胞混合腫瘍        | 9530   | 髓膜腫, NOS            |
| 8160/3                           | 胆管細胞癌※※               | 9531   | 髓膜皮性髓膜腫             |
| 8170                             | 肝細胞癌                  | 9532   | 線維性髓膜腫              |
| 8270                             | 嫌色素性腺腫/癌(下垂体腫瘍)       | 9533   | 砂粒腫性髓膜腫             |
| 8271                             | プロラクチノーマ(下垂体腫瘍)       | 9534   | 血管腫性髓膜腫             |
| 8272                             | 下垂体腺腫/癌, NOS          | 9535   | 血管芽腫性髓膜腫            |
| 8280                             | 好酸性腺腫/癌(下垂体腫瘍)        | 9537   | 移行型髓膜腫              |
| 8281                             | 好酸性・好塩基性混合腺腫/癌(下垂体腫瘍) | 9538   | 明細胞髓膜腫/乳頭状髓膜腫       |
| 8720                             | 黒色腫(眼又は皮膚に原発の場合)      | 9539   | 異型髓膜腫               |
| 8800                             | 肉腫, NOS               | 9590   | リンパ腫                |
| 8960                             | 腎芽腫                   | 9732   | 多発性骨髓腫              |
| 9100                             | 絨毛癌                   | 9761   | ワルデンストレームマクログロブリン血症 |
| 9140                             | カボジ肉腫                 | 9800   | 白血病, NOS            |

※ NOS Not Otherwise Specified 他に何らの説明や記載のないもの、詳細不明  
※※ 日本独自ルール

- ・病理学的診断ではないが、画像診断、臨床診断 等からつけられるコード

- ・特に「肝細胞癌」は画像診断等からつけられるコードで、肝癌・肝臓癌の記載のみでも、TAEなどの「肝細胞癌への適応がある治療」が実施されている場合は用いてよいコード。

※詳しくは部位別テキストの肝を参照。

### iii 診断情報⑫治療施設

◆治療施設が1. 4. 8の場合(他施設治療)は、  
初回治療情報はすべて「2. 自施設で施行なし」を選択  
その際、⑯進展度・術後病理的は「660. 手術なし、術前治療後」を選択

|       |   |
|-------|---|
| ⑫治療施設 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設に紹介またはその後の経過不明   |
|       | <input type="checkbox"/> 2. 自施設で初回治療を開始                     |
|       | <input type="checkbox"/> 3. 他施設で初回治療を開始後に、自施設に受診して初回治療を継続   |
|       | <input checked="" type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診 |
|       | <input type="checkbox"/> 8. その他                             |



|       |             |  |  |  |
|-------|-------------|--|--|--|
| 観血的治療 | ⑯進展度・術後病理学的 | <input type="checkbox"/> 400. 上皮内<br><input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移<br><input checked="" type="checkbox"/> 660. 手術なし・術前治療後 | <input type="checkbox"/> 410. 限局<br><input type="checkbox"/> 777. 該当せず           | <input type="checkbox"/> 420. 領域リンパ節転移<br><input type="checkbox"/> 499. 不明 |
|       | ⑰外科的        | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行<br><input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし  | <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明  |  |
|       | ⑲鏡視下        | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行<br><input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし  | <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明  |  |
|       | ⑳内視鏡的       | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行<br><input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし  | <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明  |  |
|       | ㉑観血的治療の範囲   | <input type="checkbox"/> 1. 肿瘍遺残なし<br><input type="checkbox"/> 4. 肿瘍遺残あり   | <input checked="" type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし<br><input type="checkbox"/> 9. 不明 |  |
| その他治療 | ㉒放射線療法      | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行<br><input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし  | <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明  |  |
|       | ㉓化学療法       | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行<br><input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし  | <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明  |  |
|       | ㉔内分泌療法      | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行<br><input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし  | <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明  |  |
|       | ㉕その他治療      | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行<br><input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし  | <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明  |  |

### iii 診断情報⑫治療施設 治療施設 8.その他について

|       |  |
|-------|--|
| ⑪診断施設 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input type="checkbox"/> 2. 他施設診断  |
| ⑫治療施設 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設に紹介またはその後の経過不明<br><input type="checkbox"/> 2. 自施設で初回治療を開始<br><input type="checkbox"/> 3. 他施設で初回治療を開始後に、自施設に受診して初回治療を継続<br><input checked="" type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診<br><input checked="" type="checkbox"/> 8. その他 |

#### 治療施設 8.その他 死体解剖で初めて診断された場合

例)意識不明のため自施設に緊急搬送後まもなく死亡。  
死因解明のため死亡解剖実施。解剖の結果、初めて  
肝臓がんが発見された

以前問合せしたところ、経過観察、緩和ケアを「8その他」としていた医療機関  
がありました、自施設で「経過観察」を治療方針または、経過観察のための紹  
介であれば、「2. 自施設で初回治療を開始」とチェックしてください。

## iv. 進展度/初回治療 進展度についてのポイント

⑯進展度・治療前 ⑰進展度・術後病理学的について

| 進行度         | ⑯進展度・治療前 | 400.上皮内  | 410.限局         | 420.領域リンパ節転移 | 430.隣接臓器浸潤 |
|-------------|----------|----------|----------------|--------------|------------|
|             |          | 440.遠隔転移 | 777.該当せず       | 499.不明       |            |
| ⑰進展度・術後病理学的 |          | 400.上皮内  | 410.限局         | 420.領域リンパ節転移 | 430.隣接臓器浸潤 |
|             |          | 440.遠隔転移 | 660.手術なし・術前治療後 | 777.該当せず     | 499.不明     |

原発部位不明C80.9

進展度・治療前→「499. 不明」

進展度・術後病理学的

→手術をしても依然原発不明は「499. 不明」

→手術をしていない「660. 手術なし」

白血病・多発性骨髓腫  
C42.0または C42.1

進展度・治療前、術後病理学的ともに→「777. 該当せず」  
**C42.0、C42.1の時は必ず「777. 該当せず」を選択**

上皮内がん

組織コード5桁目は「2」進展度は「400. 上皮内」

自施設で手術をしていない

進展度・術後病理学的→「**660. 手術なし・又は術後治療後**

剖検発見

進展度・治療前→「499. 不明」

進展度・術後病理学的→剖検で得られた情報を反映  
判らなければ「499. 不明」

上記の各ポイントに注意して  
進展度を決定してください



# iv. 進行度/初回治療

---

経過観察を初回治療と扱う場合

- ◆患者が全ての治療を拒否した場合
  - ◆治療方針として経過観察のみを選択した場合
- 上記の場合を「**初回治療**」とみなす

全国がん登録届出マニュアル2025 20ページ参照  
「がん治療、初回治療の定義」

## iv. 進行度/初回治療

②放射線療法 ③化学療 ④内分泌療法  
⑤その他の治療 の有無

◆当該がんの縮小・消失を意図した治療を施行した場合

→1. 自施設で施行

◆当該がんの縮小・消失を意図した治療を施行しない場合

◆症状の緩和を目的とした治療を施行した場合

→2. 自施設で施行なし

(例外あり)



2019年1月症例から「②放射線療法」のみ  
症状の緩和を目的に行われた治療であっても、  
原発巣・転移巣を問わず腫瘍にたいして照射が行われている場合は  
**1. 自施設で施行** を選択 (届出マニュアル P.48 参照)

# お問い合わせ先

※不明な点がありましたらお問い合わせください。

| 相談先  | 連絡先                          | 対応時間                  | 問合せ内容   |
|--|------------------------------|-----------------------|---|
| 群馬県健康福祉部<br>健康長寿社会づくり推進課・<br>がん対策推進係               | <b>027-226-2614</b>          | 土日祝日を除く<br>8:30～17:15 | 全国がん登録法制化等に<br>すること<br><br>例えば<br>診療所の指定の申請方法など |
| 群馬県健康づくり財団<br>がん登録室                                | <b>027-269-7811</b><br>内線132 | 土日祝日を除く<br>8:30～17:15 | 届出の実務である内容や<br>方法について                           |
| 国立がん研究センター<br>がん情報サービス<br>がん登録オンライン<br>システムコールセンター | <b>03-4216-3943</b>          | 土日祝日を除く<br>9:00～17:00 | がん登録オンラインシス<br>テムについて                           |

