

(改定版)

なお、骨腫瘍には特別の注意が必要である。骨肉腫や軟骨肉腫が、通常骨を原発とする。「Bone of arm (腕の骨)」には、「上肢の長骨、肩甲骨及びその関節」を示す C40.0 のコードがあてられる。従って、骨肉腫や軟骨肉腫が腕の骨の一つに生じた場合、このコードを使用する。

(訳者注) 英語では、骨肉腫や軟骨肉腫は、それぞれ“osteosarcoma”、“chondrosarcoma”といい、bone という単語が無く、わかりにくいいため、このような説明が入れられている。

表16. 索引における局在部位の例

Arm	腕 (わん)
C76.4 NOS	NOS
C44.6 NOS (carcinoma, melanoma,	NOS (癌腫、黒色腫、母斑)
C49.1 NOS (sarcoma, lipoma)	NOS (肉腫、脂肪腫)
C49.1 adipose tissue	脂肪組織
C47.1 autonomic nervous system	自律神経系
C40.0 bone	骨
C49.1 connective tissue	結合組織
C49.1 fatty tissue	脂肪組織
C49.1 fibrous tissue	線維組織
C77.3 lymph node	リンパ節
C49.1 muscle	筋肉
C47.1 peripheral nerve	末梢神経
C49.1 skeletal muscle	骨格筋
C44.6 skin	皮膚
C49.1 soft tissue	軟部組織
C49.1 subcutaneous tissue	皮下組織
C49.1 tendon	腱
C49.1 tendon sheath	腱鞘

末梢神経及び結合組織

「末梢神経」(C47._) 及び「結合組織」(C49._) は各種の組織(tissue)を含んでいる。(記載された用語のリストについては、局在番号順リストを参照。) これらの組織すべてが、身体のある部分(部位)についての索引項目として記載されているわけではない。たとえば、脂肪組織は、結合組織にリストされているが、原発不確定部位(身体領域に関連した部位)に記載されていない。

(原本 p42, 1 行目～)

接頭語

ルール B. 局在部位が周囲(peri-), 傍(para-), 又は様(like)というような接頭語で修飾されている場合, 特に ICD-O に記載されていなくても, 腫瘍の型がある特定の組織からの原発部位を明示していない限り, C76 を当てる (不明確な部位)。

接頭語の周囲 (peri-), 傍 (para-), 前 (pre-), 上 (supra-), 下 (infra-) などは, しばしば局在部位名や各種臓器名に付されて使われる。このような接頭語で修飾された局在部位のいくつかは, ICD-O に記載されており, 特定のコード番号が与えられている。たとえば, 「副腎周囲組織」, 「脾周囲組織」, 「盲腸後組織」は記載されており, 「後腹膜」の C48.0 のコード番号が付してある。また, 「傍大動脈リンパ節」は ICD-O に記載されており, 「大動脈リンパ節」C77.2 と同じ番号が与えられている。これらの接頭語で修飾されたすべての局在部位を ICD-O に記載することは不可能であり, 通常このような接頭語が使用されている場合は, 局在部位が不明確であることを示している。コード登録名は, ICD-O に記載されていない不確定な部位については, C76 を使用する。特定部位が記されていても「範囲」(in the area of 又は「領域」(in the region of)というような表現を伴った場合, 前述のルールに従うこととする。

境界部病巣の悪性新生物

ルール C. 一つの腫瘍が 2 つ又はそれ以上の項目又は細分類項目に境界部がまたがっていて, 原発部位が明示できないような時は「. 8」として細分類する。

項目 C00-C76 は, 原発性悪性新生物の原発部位となる臓器又は組織に基づく分類である。多くの 3 桁分類項目は, 問題となる臓器の部分の名称別又は臓器の細分類別に分かれている。3 桁分類内で二つ以上の隣接した部位にまたがっており, 原発部位が決定出来ない新生物については, その組み合わせが別の特定の索引項目にない限り, 「境界部病巣」. 8 として細分類する。「境界部病巣」とは, 侵襲部位が互いに隣接していることを意味している。

番号が連続した細分類項目は, 解剖学的に隣接した部位であることが多いが, 100 パーセントそうであるとは限らない (たとえば, 膀胱 C67 を参照)。従って登録担当者は, 解剖学の辞書を調べて局在関係を決定することが望ましい。たとえば, 「食道及び胃の癌腫」は, C16.0 (噴門) に特定されているが, 「舌尖及び舌下面の癌腫」は C02.8 に入れる。他方, 「舌下面に及ぶ舌尖の癌腫」は, 原発部位が先端であることが明らかであるので C02.1 としてコードする。

新生物が同一器官中で複数の 3 桁分類項目によって表される部位に及ぶことがある。表 17 は, 身体組織の境界部位の細分類項目の表である。たとえば, 「胃及び小腸の癌腫」は「消化器系の境界部病巣」C26.8 に入れる。

(改定版)

接頭語

ルール B. 周囲(peri-)や傍(para-)などの接頭語^(注)によって修飾された局在部位や、ICD-O に例示されていないような部位については、腫瘍の形態に関する表現が特定の原発部位を指し示さない限り、診断不明確な部位の細分類である C76(身体領域に関連した部位)にコードする。

訳者注: ルールBにおける接頭語とは、英語で表現した場合の接頭語である。日本語の場合、英語のように必ずしも“接頭”語とならず、“接尾”語や“接中”語となることも多い。

接頭語の周囲 (peri-)、傍 (para-)、前 (pre-)、上 (supra-)、下 (infra-) などは、しばしば局在部位名や各種臓器名に付されて使われる。このような接頭語で修飾された局在部位のいくつかは、ICD-O のリストに記載されており、特定のコードが与えられている。たとえば、「副腎周囲組織」、「脾周囲組織」、「盲腸後組織」には、C48.0 (後腹膜)のコードが与えられている。また、「傍大動脈リンパ節」には、「大動脈リンパ節」と同じコード C77.2 が与えられている。しかし、このような接頭語で修飾されたすべての局在部位を ICD-O に記載することは不可能であり、実際、このような接頭語が用いられている場合は局在部位が不明確であることが多い。従って、ICD-O に記載されていない不確定な部位については、C76 を用いてコードする。ある特定の局在部位の「周辺」(“in the area of” a specific site)もしくは「領域」(“in the region of” a specific site)というような表現が用いられている場合も、このルールに従うこととする。

境界部病巣の悪性新生物

ルール C. 腫瘍が 2 つ又はそれ以上の局在分類又は細分類にまたがって存在しており、さらに腫瘍の起源(原発部位)がどちらかに特定出来ない場合、細分類「.8」を用いてコードする。

局在分類 C00-C76 は、原発性悪性新生物の発生源の臓器もしくは組織 (tissue) に従って分類される。多くの局在分類は、さらに臓器の部分もしくは臓器の細分類に分けられている。同じ 3 桁分類の内二つ以上の隣接した部位にまたがっており、原発部位が決定出来ない新生物については、その組み合わせが別途特に索引項目として割り当てられていない限り、「境界部病巣」.8 として細分類する。「境界部 (overlapping)」とは、隣接している (隣同士) ことを意味している。

連続した番号を持つ細分類項目は、解剖学的に隣接した部位であることが多いが、100%そうであるとは限らない (たとえば、膀胱 C67)。従って、コーディングにあたっては、解剖学書を調べて局在関係を決定することが望ましい。たとえば、「食道及び胃の癌腫」は、C16.0 (噴門) に特定されているが、「舌尖及び舌下面の癌腫」は C02.8 に割り当てられる。他方、「舌下面に進展する舌尖の癌腫」は、原発部位が舌尖であることが明らかであるので C02.1 としてコードする。

新生物が同一器官系の中で複数の 3 桁分類項目によって表される部位に及ぶことがある。表 17 に同一器官系の複数の局在細分類にまたがる場合の一覧を示す。たとえば、「胃及び小腸の癌腫」は「消化器系の境界部病巣」C26.8 に割り当てられる。

(原本 p43, 1 行目～)

表 17. 複数の 3 桁分類項目によって表される新生物の部位コード

C02.	8	舌の境界部病巣
C08.	8	大唾液腺の境界部病巣
C14.	8	口唇, 口腔及び咽頭の境界部病巣
C21.	8	直腸, 肛門及び肛門管の境界部病巣
C24.	8	胆道の境界部病巣
C26.	8	消化器系の境界部病巣
C39.	8	呼吸器系及び胸腔内臓器の境界部病巣
C41.	8	骨, 関節及び関節軟骨の境界部病巣
C49.	8	結合組織, 皮下組織及びその他の軟部組織の境界部病巣
C57.	8	女性性器の境界部病巣
C63.	8	男性性器の境界部病巣
C68.	8	泌尿器の境界部病巣
C72.	8	脳及び中枢神経系の境界部病巣

リンパ腫の局在コード

ルール D. リンパ腫の原発部位がリンパ節にある場合 C77. _ にコードする。もしリンパ腫が複数のリンパ節に及ぶ場合は, C77. 8(多部位のリンパ節)にコードする。原発の部位が生検リンパ節でない場合、原発リンパ節外リンパ腫にコードする。リンパ腫の部位が明示されず、リンパ節外性と推測される場合は, C80. 9(原発部位不明確)にコードする。

リンパ腫は、乳癌や胃癌などの充実性腫瘍の場合とは異なり、全身の疾病と考えられている。そのほとんどは、リンパ節(局在コード C77. _) や扁桃、脾、ワルダイヤー輪、小腸のパイエル板や胸腺などのリンパ組織に発生し、結節性リンパ腫とも呼ばれる。

リンパ腫は胃や腸などの臓器のリンパ系細胞からも起きる。特定の部位に発生するリンパ腫はリンパ節外性またはリンパ外性と呼ばれる。それゆえリンパ腫は部位に特異的な局在コードが与えられていない。リンパ節外性又はリンパ外性という用語は時々混同して用いられてはいるが、リンパ節外性という用語はリンパ腫がリンパ節ではなくて上記に述べたようなリンパ組織の一部に生じるものを意味し、一方でリンパ外性という用語は、リンパ腫が非リンパ系臓器又は組織に発生する。

リンパ節リンパ腫とリンパ節外性リンパ腫との別を記述する場合、腫瘍の原発部位を示すことが重要であり、生検の部位や伸展又は転移部位を示すことは重要ではない。たとえば、び慢性大細胞性 B 細胞リンパ腫はリンパ節性リンパ腫の場合もあり原発性リンパ節外性リンパ腫の場合もある。生検では、リンパ節性リンパ腫とされるかもしれないが、リンパ腫細胞の集積が、リンパ節外の原発性臓器にあるかもしれない。画像診断による病期に関する情報を得ることが、この区別を行う上での唯一の信頼できる手段であるが、がん登録者にとって、これらの情報はたやすく得られるものではない。もしある特定のリンパ節が原発部位であることがはっきりすれば、リンパ節性にコード可能であるが、そうでない場合は、

表17. 局在3桁分類で複数部位にまたがる新生物の局在コード

C02.8	舌の境界部病巣
C08.8	大唾液腺の境界部病巣
C14.8	口唇, 口腔及び咽頭の境界部病巣
C21.8	直腸, 肛門及び肛門管の境界部病巣
C24.8	胆道の境界部病巣
C26.8	消化器系の境界部病巣
C39.8	呼吸器系及び胸腔内臓器の境界部病巣
C41.8	骨, 関節及び関節軟骨の境界部病巣
C49.8	結合組織, 皮下組織及びその他の軟部組織の境界部病巣
C57.8	女性性器の境界部病巣
C63.8	男性性器の境界部病巣
C68.8	泌尿器の境界部病巣
C72.8	脳及び中枢神経系の境界部病巣

リンパ腫の局在コード

ルール D. リンパ腫の発生起源組織がリンパ節である場合、C77.____ にコードする。もし、リンパ腫が複数のリンパ節領域を巻き込んでいた場合、C77.8(複数領域のリンパ節)をコードする。リンパ節外性リンパ腫が原発であり、リンパ節から生検を行って診断された場合、生検部位ではなく、リンパ節外性リンパ腫の起源となった部位をコードする。リンパ腫の部位が特定されてなく、さらにリンパ節外性が疑わしい場合は、C80.9(原発部位不明)にコードする。

リンパ腫は、乳癌や胃癌などの固形腫瘍 (solid tumors)とは異なり、全身疾患と考えられている。そのほとんどは、リンパ節 (局在コード C77.____ で与えられる)、もしくは、扁桃、脾臓、ワルダイヤー輪、小腸のパイエル板、胸腺などのリンパ組織に発生し、これらは“リンパ節性”リンパ腫とも呼ばれる。

リンパ腫は、胃や腸などの臓器のリンパ系細胞からも発生し、これらの特定の部位^{註)}に発生するリンパ腫はリンパ節外性またはリンパ外性と呼ばれる。従って、リンパ腫には、(白血病が骨髓C42.1のみの局在コードが与えられているのと異なり)一つの特別な局在コードが与えられていない(つまり、いろいろな局在部位で起こりうる)。また、リンパ節外性とリンパ外性という用語は、しばしば混同して用いられている。そもそも、リンパ節外性とはリンパ腫がリンパ節以外のリンパ組織(扁桃、脾臓、ワルダイヤー輪、小腸パイエル板、胸腺)の一部に生じるものを意味し、リンパ外性とは、非リンパ系臓器又は組織(リンパ節や上記リンパ組織以外)に発生したリンパ腫を意味する。

訳註: リンパ腫の発生しやすいリンパ節外性の臓器は、胃、小腸、子宮、骨、脳、乳房、大腸である。リンパ節外性リンパ腫の予後はよいといわれている。また、リンパ節外性ホジキンリンパ腫は少ないといわれている。

リンパ節性リンパ腫とリンパ節外性リンパ腫の別を記載する場合、腫瘍の原発部位(生検部位や進展・転移部位ではない)を特定することが重要である。たとえば、び慢性大細胞性B細胞リンパ腫は、リンパ節性の場合もあり、またリンパ節外性の場合もある。生検はリンパ節に対して行われるかもしれないが、原発巣はリンパ節外の臓器にあるかもしれない。画像診断による病期情報が、この区別を行う上での唯一の信頼できる手段であるが、必ずしも、がん登録で入手できるとは限らない。もし、ある特定のリンパ節が原発部位であることがはっきりすれば、リンパ節性にコードすることは、可能ではあるが、それがはっきりしない場合、

(原本 p44, 5 行目～)

リンパ節, NOS (C77. 9) が割り当てられる。この区別は重要である。なぜなら, リンパ節外性リンパ腫はリンパ節性リンパ腫に比べて予後が良いからである。

(「血液の悪性新生物」 26 頁参照)

白血病の局在コード

ルール E. 骨髄性肉腫(M. 9930/3)を除くすべての白血病は C42.1(骨髄)にコードする。

骨髄性肉腫は, 臓器又は組織における白血病細胞の局在(蓄積:Leukemic deposit)であり, 原発部位にコードされる。

(改定版)

「リンパ節、NOS」(C77.9)が適切である。もし、原発部位がリンパ節性でないことが明らかで、原発部位が明らかではない場合、原発不詳(C80.9)を割り当てるのが適当である。この区別は非常に重要である。なぜならば、リンパ節外性リンパ腫はリンパ節性リンパ腫に比べて予後が良いからである。

(「血液の悪性新生物」26頁参照)

白血病の局在コード

ルールE. 骨髄性肉腫(M. 9930/3)を除くすべての白血病はC42.1(骨髄)にコードする。

骨髄性肉腫は、臓器や組織に白血病細胞が蓄積(Leukemic deposit)したものであり、発生部位にコードする。

(原本 p45, 1行目～)

形態に対するコーディングガイドライン

形態

形態コードは、新生物としての活動性及び生物学的な活動性を有する細胞の型を記録する。いいかえれば、形態コードはどのような種類の腫瘍が増殖し、どのような性状を有しているかを示す。形態コードは3つの部分から成っている。

- 4桁 細胞型（組織型）
- 1桁 性状
- 1桁 異型度，分化度又は表現型

ICD-0 形態コードでは、共通根として所定の腫瘍の細胞型をコードし、補足的なコードで性状を示す。異型度，分化度又は表現型を表すコードは、腫瘍についての補足的な情報を担っている。

がん<Cancer>及び癌(腫)<Carcinoma>

がん<Cancer>及び癌腫<Carcinoma>の用語はしばしば不正確に混同されて使用される。たとえば、扁平上皮がん<Squamous cell cancer>という用語は、扁平上皮癌<Squamous cell carcinoma>の代わりに使用される。前者を後者としてコードすることは合理的なことであろうが、紡錘形細胞がん<Spindle cell cancer>は、紡錘形細胞肉腫<Spindle cell sarcoma>，又は紡錘形細胞癌<Spindle cell carcinoma>の両者にもあてはまるので注意を要する。ICD-0 の中でがん<Cancer>なる用語は、非特異的な用語である「悪性新生物」M-8000/3 の同義語として、用いられているところが1箇所にだけみられる。組織診断名の一部としてがん<cancer>という語が非特異的に使用されている以上、これらのすべてに特定のコード番号をICD-0 に設けることが出来ないのは明らかである。

形態に対するコーディングガイドライン

形態コード

形態コードは、新生物となった細胞の型とその生物学的活動性の記録であり、いいかえれば、どのような種類の腫瘍が増殖し、どのような性状を有しているかを示しているものである。形態コードは3つの部分から成っている。

- 4桁 細胞型（組織型）
- 1桁 性状
- 1桁 異型度、分化度又は表現型

ICD-0 形態コードでは、最初に腫瘍の細胞型をコードし、次の1桁で性状をコードする。さらに付け加わる異型度、分化度又は表現型コードでは、腫瘍についての補足的な情報が提供される。

がん<Cancer>及び癌(腫)<Carcinoma>

がん<Cancer>及び癌腫<Carcinoma>の用語はしばしば不正確に混同されて使用されている。たとえば、扁平上皮がん<squamous cell cancer>は、扁平上皮癌<squamous cell carcinoma>としても用いられている。従って、前者を後者としてコードすることは、合理的である。しかしながら、紡錘形細胞がん<spindle cell cancer>は、紡錘形細胞肉腫<spindle cell sarcoma>と紡錘形細胞癌<spindle cell carcinoma>の両者を示しうる可能性があるので注意を要する。ICD-0 の中でがん<Cancer>という用語は、一回だけリスト（記載）されており、特定した意味合いを持たない非特異的な用語であるところの「悪性新生物」M-8000/3と同義として用いられる。よって、ICD-0 では、組織診断名の一部として「がん」<cancer>という語が曖昧かつ不正確に用いられている場合には、これらのすべてに特異的なコードを与えることはできない。

(原本 p46, 1 行目～)

性 状

腫瘍の性状は宿主内での腫瘍の活動様式を示している。病理学者は腫瘍の性状を決めるために様々な観察をする。表 18 は性状を示す範囲について記している。広がる力がなく、ある一定の場所内で成長する腫瘍 (／0, 良性), 悪性になる可能性があるが発育はまだ一定の場所内 (／2, 非浸潤性又は上皮内), 周りの組織へ浸潤している (／3, 悪性, 原発部位), 又は原発の場所から播種し, 他の部位で発育し始める (／6, 転移)。

大多数の腫瘍登録では, 悪性及び上皮内新生物, すなわち, 性状コード／3 又は／2 のみのデータを収集する。転移性悪性新生物を表す性状コード／6 や原発性・転移性の別不詳の悪性新生物を表す／9 は通常がん登録では使用しない。たとえば, 肺に転移した原発部位不明の癌の場合, 適切なコードは C80. 9 (原発部位不明) M-8010／3 (癌腫) である。／3 は, 原発部位の悪性新生物の存在を示す。

表 18・新生物の性状を表す第 5 桁コード	
コード	番号
／0	良性
／1	良性又は悪性の別不詳 境界悪性 低悪性度 悪性度不明
／2	上皮内癌 上皮内 非浸潤性 非侵襲性
／3	悪性, 原発部位
／6*	悪性, 転移部位 悪性, 続発部位
／9*	悪性, 原発部位又は転移部位の別不詳
* 癌登録では通常は使用しない。	

上皮内癌及び CIN III

上皮内癌は, がんとして記録されていることが多い。上皮内癌として最も多いのは子宮頸部である。近年, その他にいくつかの関連する用語が細胞学者や病理学者によって使用されているが, 上皮内腫瘍という用語が特によく使用されている。子宮頸部に適用される場合, 子宮頸部上皮内腫瘍, 異型度Ⅲ (CINⅢ) という呼び方が一般的に使用されるが, この記述は上皮内癌と高度異形成の双方を含んでいる。

専門家との協議の結果, 子宮頸部上皮内腫瘍, 異型度Ⅲ (CINⅢ) として示されるものの多くは, 高度異形成の有無にかかわらず, 上皮内癌と同意語であるとの見解を得ている。CINⅢの記載のない子宮頸部の高度異形成は, SNOMED に従って, その他すべての部位の高度異形成と同様にコードされる。膣 (VAINⅢ), 外陰 (VINⅢ) 及び肛門 (AINⅢ) についての類似の用語もこれと同様に扱われる必要がある。

CINⅢ (別に記載のない場合) を, 上皮内癌と同意義と考えない病理学者はマトリックシステムを適用して, 性状コードを／1 (悪性又は良性の別不詳) に変更することが出来る。

「ベセスダ<Bethesda>」細胞診検査報告システム (23) では, 低異型度扁平上皮内病変と高異型度扁平上皮内病変の 2 群しか認めていない。さらに高異型度群は中等度異形成 (CINⅡ), 高度異形成及び上皮内癌 (CINⅢ) を含んでいる。

(改定版)

性状コード

ある腫瘍の性状とは、体内での腫瘍がどのように振る舞っているかを指し示すものである。病理学者らは、腫瘍の性状を決定するために様々な観察を行っている。表 18 に性状の一覧を示す。腫瘍には、ある一定の場所で成長し、拡がらないもの (/0、良性)、悪性ではあるがまだ同じ場所で生育するもの (/2、非浸潤性又は上皮内)、周りの組織へ浸潤するもの (/3、悪性、原発部位)、さらには、原発の場所から播種(飛び散り)し、他の部位で発育するもの (/6、転移)がある。

多くのがん登録では、悪性及び上皮内新生物、すなわち性状コード/3 もしくは/2 の腫瘍のみを収集している。転移性悪性新生物(性状コード/6)や原発性・転移性の別不詳の悪性新生物(/9)のコードは、通常がん登録では、使用されない。たとえば、肺に転移した原発部位不明の癌の場合、適切なコードは C80.9(原発部位不明) M-8010/3(癌腫)となる。/3 は、どこかにある原発部位の悪性新生物の存在を示している。

上皮内癌及び CIN III

多くのがん登録において、発生部位に関係なく上皮内癌の登録を行っている。上皮内癌で最も多く発生するのは子宮頸部である。近年、上皮内癌に関連したいくつかの用語が細胞学者や病理学者によって使用されるようになってきた。子宮頸部では、子宮頸部上皮内腫瘍、異型度Ⅲ(CINⅢ)という用語がしばしば用いられている。しかしながら、この用語は上皮内癌と高度異形成の双方が含まれている。

いくつかの異なる国の専門家との協議の結果、子宮頸部上皮内腫瘍、異型度Ⅲ(CINⅢ)は、高度異形成の有無にかかわらず、上皮内癌とほぼ同じであるとの見解が多数を占めた。CINⅢの記載のない子宮頸部の高度異形成は、SNOMED に従い、その他すべての部位の高度異形成と同様にコードされる。膣(VAINⅢ)、外陰(VINⅢ)及び肛門(AINⅢ)についての類似の用語もこれと同様に扱われる必要がある。

CINⅢ(別に記載のない場合)を上皮内癌と同意義と考えない病理学者は matrix system^{*}を適用して、性状コードを/1(悪性又は良性的別不詳)に変更することが出来る。

「ベセスダ<Bethesda>」細胞診検査報告システム(23)では、低異型度扁平上皮内病変と高異型度扁平上皮内病変の2群しか認めていない。高異型度群には、中等度異形成(CINⅡ)ならびに、高度異形成及び上皮内癌(CINⅢ)が含まれている。

表 18. 新生物の性状を表す5桁目コード	
コード	
/0	良性
/1	良性又は悪性の別不詳 境界悪性 低悪性度 悪性度不明
/2	上皮内癌 上皮内 非浸潤性 非侵襲性
/3	悪性、原発部位
/6*	悪性、転移部位 悪性、続発部位
/9*	悪性、原発部位又は転移部位の別不詳
* 癌登録では通常は使用しない。	

^{*}(訳者注) ICD-O にない形態コードと性状コードの組み合わせであっても、病理医の意見を尊重し、その組み合わせでコードすること。形態コードと性状コードの組み合わせが matrix(行列)のように見えるためこのような名称で呼ばれている。詳細は、ルールFを参照。

(原本 p47, 6 行目～)

病理学検査室における性状コードの使用

本版はコーダー及び腫瘍（がん）登録員対象であるが、本章に関しては病理学者にとって必要な情報を考慮し記載してある。病理学者とそれ以外の者の根本的な違いは、性状コードの使い方である。病理学者は普通「標本のコーディング」に重点を置くが、がん登録を行う者は原発腫瘍を同定することに重点をおく。ある病理学者は、同一患者から (a) 生検、(b) 切除原発部位及び (c) 転移部位など、異なる複数の標本を入手していることがあり (表 19)、それらの標本

表 19. 病理検査室における病理標本のコーディング例

a. 生検診断：鎖骨上リンパ節，転移性印環細胞腺癌，胃からの転移の可能性	C77.0	8490/6
* b. 原発部位：胃底部，印環細胞腺癌	C16.1	8490/3
c. 転移部位：上葉主気管支，転移性印環細胞腺癌	C34.1	8490/6
* がん登録ではこのようにコードする		

すべてについて記録したいと考えるが、がん登録を行う者は、原発部位についてだけ関心がある。各標本それぞれについて、局在及び形態の適当なコードが付けられる。性状は (b) では /3 となり、(a) と (c) では /6 (転移性) となり、関連づけられた局在コードは原発部位ではなくなっている。一方、がん登録を行う者は、(b) だけ、すなわち原発部位と性状コード /3 を付けた形態コードのみを報告することになる。

(改定版)

病理学検査室における性状コードの使用

これまで説明してきたほとんどの部分は、情報をコード化する担当者 (coder) と腫瘍 (がん) 登録士を対象としているが、このセクションにおいては、分類に関する病理学者の見解も考慮することとする。両者(がん登録士と病理学者) の間の根本的な相違点は、性状コードの利用法にある。病理学者の興味は、通常“標本を正確にコードすること”であり、一方、がん登録士にとって重要なことは、原発腫瘍をきちんと同定することである。病理学者は、同一患者に関して、異なる複数の標本を入手すること

がある。すなわち、(a) 生検材料、(b) 原発巣の手術切除標本、(c) 転移巣の情報などである (表 19)。病理学者は、それらの標本すべてについて正確に記録したいと考えるが、一方、がん登録士は、原発部位についてだけに関心をよせる。各標本に対して、病理学者は、それぞれに対し、局在及び形態の適当なコードを振る。性状コードは、(b) で/3、(a) と (c) では/6 (転移性) で、局在コードも原発部位ではないといった具合である。一方がん登録士は、(b) だけ、すなわち原発部位と性状コード/3 を付けた形態コードのみを報告することになる。

表9. 病理検査室における病理標本のコーディング例

a. 生検断鎖骨上筋筋からの生検 転移性円環細胞肉腫 胃からの転移の可能性	C770	8490/6
b. 原発部位 胃底部 円環細胞肉腫	C161	8490/3
c. 転移部位 上葉主気管支 転移性円環細胞肉腫	C341	8490/6

*がん登録において用いられるこの症例のコード

(原本 p48, 1 行目～)

形態コードマトリックスの概念

ルール F. ICD-0 に適当な用語が掲載されていなければ、5 桁目を性状コードに割り当てる。

ICD-0 の用語の形態コード番号における構造及び概念については、表 20 に示したマトリックスを参照。最初の例 (A) では、5 つの用語とそれぞれに対応した形態コード番号が示してある。この 5 つの用語は、いずれも同じ 4 桁の形態コード番号 8140 であり、腺組織原発の新生物を示している。「腺腫, NOS」は、良性腫瘍で、その性状コードは「/0」である。「腺癌, NOS」は「腺腫, NOS」に対応する悪性の用語であり、その性状コードは「/3」である。「上皮内腺癌」では、該当する性状コードは「/2」である。「気管支腺腫」は最初は良性腫瘍として記載されていたが、その後悪性又は悪性化の可能性があるとして認められた。したがって、「気管支腺腫, NOS」については、特定の気管支腺腫の性状が良性であるか悪性であるか不詳であることを示す「/1」の性状コードを与えている。「転移性腺癌, NOS」はコード番号 8140/6 である。コード番号 8140/9 は ICD-0 の番号順リストや索引には載っていないが、マトリックスに記載されている。「肺の腺癌, 原発性・転移性の別不詳」という診断名が臨床記録や病理記録に出てきた時には 8140/9 を使用しても良い。これについては、前述したように腫瘍登録では普通、/2 (上皮内) 及び/3 (原発性悪性新生物) のみを登録するので、腫瘍登録担当者はこれを使用しない。

2 番目の例 (B) では、4 桁の形態コード番号 9000 のところに三つの用語が記載されている。「ブレンナー腫瘍, NOS」は通常良性であるので、コード番号 9000/0 が割り当てられる。しかし、もし診断名が「悪性ブレンナー腫瘍」ならば正しいコード番号は 9000/3 であり、さらに同様に診断名「ブレンナー腫瘍, 境界悪性」は、9000/1 にコードするのが正しい。コード番号 9000/2, 9000/6, 9000/9 は、ICD-0 では使用されないが、該当する場合にはコードとして利用できる。たとえば、「上皮内ブレンナー腫瘍」のような例が確認された場合には、9000/2 をそれぞれコードしてもよい。

3 番目の例 (C) では「脊索腫」の一語のみが記載されている。「脊索腫」は通常悪性新生物と考えられているので、形態コード番号 9370/3 を割り当てている。たとえ用語が実際に ICD-0 に記載されていなくとも、その他の 9370 マトリックスコード番号はコード可能であり、該当する診断名、たとえば「良性脊索腫」に対して 9370/0 をコードすることになる。用語の可能な組み合わせの中には、実際存在しないものもあろうし、又、これまでに確認・定義されたこともないものがある。たとえば、「良性肉腫」という用語は、現行の概念及び用法に矛盾している。

組織に関する用語には通常、その性状の悪性・良性を明確に表示するものが含まれており、ICD-0 の内容例示表においては、割り当てられている性状コード番号に反映されている。上皮内新生物の組織型のいくつかは ICD-0 に記載されている。上皮内新生物と診断された場合は、性状コード番号「/2」を ICD-0 のどの 4 桁コード番号に付けてもよい。

このマトリックスシステムは、腫瘍が、良性、悪性、上皮内又は悪性・良性の別不詳かについて病理学者の最終的な決定を行えるようにデザインされたものであることを強調しておく。

(改定版)

形態コードマトリックスの概念

ルール F. ICD-0 に該当する診断用語が記載されていなくとも、適切な性状コードを 5 桁目に割り当てる。

ICD-0 の診断用語に対する形態コードの構造及び概念について、表 20 にマトリックス図として示している。最初の例 (A) では、5 つの診断用語とそれぞれに対応した形態コードが示してある。この 5 つの診断用語は、いずれも同じ 4 桁の形態コード M-8140 で表され、腺組織原発の新生物であることを示している。「腺腫、NOS」の場合、良性腫瘍であることから、その性状コードは「/0」となる。「腺癌、NOS」は、悪性の「腺腫、NOS」に相当し、性状コードが「/3」となり、「上皮内腺癌」は、性状コードが「/2」となる。「気管支腺腫」は、当初、良性腫瘍と認識されていたが、その後に悪性もしくは悪性化の可能性があると考えられるようになったため、「気管支腺腫、NOS」は、良性・悪性が不確定であることを示す「/1」が性状コードとなる。「転移性腺癌、NOS」は、転移を表す性状コード「/6」が用いられ、M-8140/6 となる。形態コード 8140/9 は、ICD-0 の形態番号順リストや索引には載っていないが、表 20 のマトリックスには記載した。もし、「肺腺癌、原発性・転移性の別不詳」という診断が臨床記録や病理記録に記載されていた場合、この 8140/9 を使用する。しかし、この性状コードは、前述したようにがん登録では、通常使用しない。登録の対象は、/2 (上皮内) 及び /3 (原発性悪性新生物) のみである。

2 番目の例 (B) では、4 桁の形態コード 9000 の下に三つの診断用語が記載されている。「ブレンナー腫瘍、NOS」は通常良性であるので、コード番号 9000/0 となる。しかし、診断名が「悪性ブレンナー腫瘍」とされている場合、正しいコードは 9000/3 となり、さらに診断名が「ブレンナー腫瘍、悪性境界」とされている場合、9000/1 とコードする。コード 9000/2、9000/6、9000/9 に関しては、ICD-0 には記載されていないが、該当する場合には、利用できる。たとえば、「上皮内ブレンナー腫瘍」のような例が確認された場合には、9000/2 をコードしてもよい。

3 番目の例 (C) では「脊索腫」の 1 診断用語のみが記載されている。「脊索腫」は通常悪性新生物と考えられているので、形態コード番号 9370/3 となる。しかし、診断用語が実際に ICD-0 に記載されていなくとも、その他の 9370 マトリックスコードも使用可能であり、たとえば「良性脊索腫」という診断に対して 9370/0 をコードすることは可能である。しかしながら、組み合わせ可能な用語の中には、実際存在しないものもあるだろうし、これまでに確認・定義されたことのないものがあると考えられる。たとえば、「良性肉腫」などは、概念及び用法的にも矛盾している。

組織診断に関わる用語には通常、悪性・良性等の性状に関わる情報が含まれており、ICD-0 の内容例示表において割り当てられている性状コードにすでに反映されている。いくつかの上皮内新生物の組織型に対して、ICD-0 内に既にリストされているが、どの形態であれ上皮内新生物と診断された場合は、性状コード「/2」を ICD-0 の 4 桁コードに付けることができる。

このマトリックスシステムは、腫瘍が良性・悪性、上皮内又は悪性・良性の別不詳かについて病理学者の最終的な決定を反映できるようにデザインされたものであることを強調しておく。

(原本 p49, 1 行目～)

ここで使われている性状コードは、病理学者の一般見解に基づいた、腫瘍の特性について呈示してある。付けられたコード番号について異議があったり、特定の症例について意見の相違がある場合には、性状コードを変更可能である。たとえば、乳房の Paget 病は ICD-O では悪性疾患とみなされているが、最近では、明らかに悪性と証明できない場合は「上皮内」とみなすべきであるとする病理学者も出てきている。その場合、腫瘍を「上皮内」と記述し、それにもとづいてコードする。

表20. 形態及び性状コードのマトリックス			
	例 A	例 B	例 C
基本となる細胞型	8140	9000	9370
第5桁性状コード			
/0 良性	8140/0 腺腫, NOS	9000/0 プレッナー腫瘍, NO	9370/0
/1 良性・悪性の別不詳	8140/1 __気管支腺腫 (C34. __)	S(C56.9) プレッナー腫瘍, 境界 悪性 (C56. 9)	9370/1
/2 上皮内; 非浸潤性	8140/2 上皮内腺癌	9000/2	9370/2
/3 悪性, 原発	8140/3 腺癌, NOS	9000/3 悪性プレッナー腫瘍 (C56. 9)	9370/3 脊索腫
/6 悪性, 転移*	8140/6 腺癌, 転移性	9000/6	9370/6
/9 悪性, 原発・転移の別不詳*	8140/9	9000/9	9570/9
* 癌登録では使用しない。			

ICD-O は局在及び形態コードのシステム (いいかえれば、コード化された用語集) であり、疾患の進行度あるいは程度をコードするシステムではない。また、International Union Against Cancer (UICC) や American Joint Committee の TNM 分類とは無関係である。病理学者の記述に基づいてコードされる。が、性状コードが不明確であったり、明示されていなかったりする場合は、ICD-O で付与されている性状をコードする。

(改定版)

ここで使われている性状コードは、病理学者の一般見解に基づいた腫瘍の特性について呈示してある。付けられたコード番号について異議がある場合や特定の症例について意見の相違がある場合には、性状コードを変更可能である。たとえば、乳房の Paget 病は ICD-0 では悪性疾患とみなされているが、最近では、明らかに悪性と証明できない場合は「上皮内」とみなすべきであるとする病理学者も出てきている。その場合、腫瘍を「上皮内」と記述し、それにもとづいてコードする。

	例 A	例 B	例 C
基本となる細胞型	8140	9000	9370
第5桁性状コード			
/0 良性	8140/0 腺腫, NOS	9000/0 プレッナー腫瘍, NOS (C56.9)	9370/0
/1 良性・悪性の別不詳	8140/1 気管支腺腫 (C34.)	9000/1 プレッナー腫瘍, 境界領域 (C56.9)	9370/1
/2 上皮内;非浸潤性	8140/2 上皮内腺癌	9000/2	9370/2
/3 悪性, 原発	8140/3 腺癌, NOS	9000/3 悪性プレッナー腫瘍 (C56.9)	9370/3 脊索腫
/6 悪性, 転移*	8140/6 腺癌, 転移性	9000/6	9370/6
/9 悪性, 原発・転移の別不詳*	8140/9	9000/9	9570/9
*がん登録では使用しない。			

ICD-0 は局在及び形態コードのシステム（いいかえれば、コード化された用語集）であり、疾患の進行度あるいは程度をコードするシステムではない。また、International Union Against Cancer (UICC) や American Joint Committee の TNM 分類とは無関係である。コード化は、病理学者の記述に基づいて行われる。しかし、性状コードが不明確であったり、明示されていなかったりする場合は、ICD-0 で付与されている性状をコードする。

(原本 p50, 1 行目～)

組織学的異型度及び分化度を表すコード(第 6 桁)

ルール G・異型度又は分化度コードは診断書の記述を基に最も高いものを割り当てる。

ICD-0 は、第 6 桁を形態コードとして、1 桁のコード番号が悪性新生物の異型度や分化度を示すために組み立てられており、それを表 21 に記載している。悪性腫瘍のみ異型度を分類している。

組織学的異型度の使い方は、世界中の病理学者間で著しく異なっており、悪性腫瘍を異型度で区分することがルーチン化されてはいない。そのため表 21 に記載した異型度コードでは 1 から 4 までのコード番号をそれぞれ異型度 I から IV までにあてて使用している。表 21 一覧表の右の欄に、分化度を示すために用いる用語が記載してある。

分化度は、腫瘍がその起源となった正常の組織にどの程度似ているか否かを表す。上記用語の使用法は病理学者によって著しく異なっている。一般に「高」、「中」、「低」の副詞が分化度を表すことに用いられ、それは異型度 I、II、III にほぼ近いものである。「未分化」及び「退形成」は通常異型度 IV に相当する。このように「扁平上皮癌、異型度 II」及び「中分化型扁平上皮癌」は両方とも形態コード番号 8070/32 にコードされる。診断名が異型度又は分化度について二つの異なる程度を示している場合は、コード番号の大きい方を用いることにする。したがって、「低分化病変を伴う中分化型扁平上皮癌」という場合は、異型度コード番号「3」が付けられ、その完全なコード番号は 8070/33 となる。

診断名が異型度又は分化度についての情報を含んでいれば、ICD-0 に記載されている悪性新生物すべてに対し、異型度コード番号を適用することが出来る。たとえば、「退形成扁平上皮癌」という診断名を完全にコードするには、形態コード番号 8070/3 に異型度コード番号“4”を付け加えて M-8070/34 とする。この診断名に対し、異型度を示さない形態番号 8070/39 をコードするのは誤りである。

ICD-0 の中で約 15 種類の新生物に対する組織に関する用語の一部として「退形成」、「高分化」、「未分化」などの語が使われていることに注目しなければならない(加えて、リンパ腫の記述にも使われている)。たとえば、「悪性奇形腫、退形成性」(M-9082/34)、「網膜芽腫、分化型」(M-9511/31)及び「ろ腺癌、高分化型」(M-8331/31)である。この場合コーダーは、正しい異型度コードを含んだ適切な形態コードを使用すべきである。

表 21. 組織学的異型度及び分化度を表す第 6 桁コード

コード番号

1	異型度 I	高分化 分化 NOS
2	異型度 II	中分化 中等度分化 中程度分化
3	異型度 III	低分化
4	異型度 IV	未分化 退形成
9		異型度又は分化度が未 決定、未記載又は適用外

(改定版)

組織学的異型度及び分化度を表すコード(第6桁)

ルール G. 診断に記載されている異型度もしくは分化度のうち、最も高い異型度・分化度をコードする。

ICD-0 では、形態コードの第6桁目の一桁を悪性新生物の異型度や分化度を示すためのコードとして持っている(表21)。悪性腫瘍のみが異型度の分類を受ける。

組織学的異型度の概念は、世界中の病理学者間で著しく異なっており、また、悪性腫瘍は、ルーチン的に異型度を割り振られてはいないのが現状である。表21に異型度コードI~IVを示し、それに対応して用いられる分化度コード1~4を示した。

分化度は、腫瘍が発生の起源となった正常の組織にどの程度似ているか否かを表すが、表示方法は病理学者によって著しく異なっている。一般に「高」、「中」、「低」の副詞が分化度を表すことに用いられ、それは異型度I、II、IIIにほぼ近いものである。「未分化」及び「退形成」は、通常異型度IVに相当する。このように「扁平上皮癌、異型度II」及び「中分化型扁平上皮癌」は両方とも形態コード番号8070/32にコードされる。診断名が二つの異なる異型度や分化度を示している場合には、コード番号の大きい方を採用する。すなわち、「低分化病変を伴う中分化型扁平上皮癌」は、異型度コード番号「3」を用い、その完全な形態コードは8070/33となる。

診断名が異型度又は分化度についての情報を含んでいれば、ICD-0に記載されている悪性新生物すべてに対し、異型度コード番号を適用することが出来る。たとえば、「退形成扁平上皮癌」という診断名については、形態コード番号8070/3に異型度コード番号“4”を付け加えてM-8070/34とする。この診断名に対し、異型度を示さない形態番号8070/39をコードするのは誤りである。

ICD-0では、約15種の新生物(リンパ腫も含め)の組織型用語の一部として、「退形成(anaplastic)」、「高分化(well differentiated)」、「未分化(undifferentiated)」などの用語が添えられている。例を挙げると、「悪性奇形腫、退形成性(malignant teratoma, anaplastic)」(M-9082/34)、「網膜芽腫、分化型(retinoblastoma, differentiated)」(M-9511/31)、「ろ胞腺癌、高分化型(follicular adenocarcinoma, well differentiated)」(M-8331/31)などである。コーディングを行うものは、例に挙げたように、適切な異型度を指し示す形態コードを選択する必要がある。

コード	異型度	分化型
1	異型度 I	高分化型 (Well differentiated) 分化型、NOS (Differentiated, NOS)
2	異型度 II	中分化型 (Moderately differentiated) 中等度分化型 (Moderately well differentiated) 中程度の分化 (Intermediate differentiation)
3	異型度 III	低分化型 (Poorly differentiated)
4	異型度 IV	未分化型 (Undifferentiated) 退形成 (Anaplastic)
9		異型度もしくは分化度が未定、 未記載、もしくは適応外

(原本 p51, 1行目～)

この同じ第6桁の欄は、下記のように白血病及びリンパ腫の細胞の由来を示すためにも用いる(表22)。これは、ICD-O第2版と第3版を比較する上で役に立つ。第3版のリンパ腫の章でも記述したように(27頁)、細胞の由来は、第4桁の組織学的コードで暗に示されており、追加の異型度又は分化度コード(第6桁)は必要としない。しかしながら、がん登録担当者の中には、診断が免疫学的表現型(Immunophenotype)に関するデータによって裏付けられている場合、それを追加する桁を残すことを希望する者もいる。このような場合、免疫学的表現型に関するコードは、“高分化”又は“異型度Ⅲ”といったような、異型度又は分化度を表す診断用語に優先する。

表 22. リンパ腫及び白血病の免疫学的表現型別を表す第6桁コード

コード番号	
5	T細胞
6	B細胞
	前B
	B前駆細胞
7	ヌル細胞
	非T・非B
8	NK細胞
	ナチュラルキラー細胞
9	細胞型が未決定、未記載又は適用外

部位に関連した形態用語

ルール H. 診断に局在部位が記載されていない場合は、局在番号順リストにあるいずれかの番号を使用する。腫瘍が他の部位に生じていることがわかっている場合、この局在コードは無視される。

新生物の用語の中には、ある部位又はある組織の原発部位を含むものがある。例を表23に示す。このような用語のコード付けを容易にするため、形態の番号順リスト及び索引の両方で各用語に続いて適切な局在コード番号を括弧内に入れて付け加えてある。局在コードは、3桁分類項のタイトルに示されている、及びそのタイトルを含むすべての用語に適用される場合がある。

表 23. 部位に関連する形態コードの例

形態コード	形態用語	ICD-O局在 (通常、原発となる部位)	他に原発となりうる部位
M-9510/3	網膜芽細胞腫	C69.2 網膜	
M-8170/3	肝細胞癌	C22.0 肝	
M-8090/3	基底細胞癌	C44._ 皮膚	C51._ 外陰 C60._ 陰茎 C63.2 陰囊 C61.9 前立腺
M-9530/0	髄膜腫	C70._ 髄膜	
M-938*~ M-948*	グリオーマ	C71._ 脳	C72.0 脊髄
M-8500/3	浸潤性導管癌、NOS	C50._ 乳房	C07.9 耳下腺 C08._ 顎下腺 C25._ 膵 C61.9 前立腺
M-8470/3	粘液性のう胞腺癌、NOS	C56.9 卵巣	C25._ 膵 C34._ 肺