

(改定版)

この第6桁目は、同時に、白血病並びにリンパ腫の細胞の由来を示すためにも用いられる(表22)。この情報は、ICD-O第2版と第3版を比較する上で有用である。リンパ腫の章(27頁)でも記述した通り、第3版では細胞の由来は、4桁の組織学的コード情報に含まれており、追加の異型度又は分化度を第6桁目でコードする必要としない。しかし、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かどうかを把握するために、第6桁目を残すことを必要としているがん登録がいくつか存在する。また、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に優先してコードする。

表22. リンパ腫ならびに白血病の免疫学的表現型を示す第6桁目コード

コード	
5	T細胞
6	B細胞 前B細胞 B前駆細胞
7	ヌル細胞 (Null cell) 非T・非B細胞
8	NK細胞 ナチュラルキラー細胞
9	細胞型が未決定、未記載または適応外

部位に関連した形態用語

ルール H. 診断名に局在部位が記載されていない時は、コードリストにある局在コードを使用する。腫瘍が他の部位に発生していることが明らか場合は、この局在コードは無視する。

新生物の用語の中には、原発部位や組織型に関する情報が含まれているものがある。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。局在コードが3桁表示となっている場合は、4桁目に関係なく、3桁に見合うすべての局在に対し適応される。

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

(原本 p52, 1 行目～)

「基底細胞癌」の場合、皮膚の局在コード番号 (C44. __) の 4 桁目は空欄としてある。小数点の後の下線 () は腫瘍の存在する細い部位のコードを示しているため、記載されている部位に対する適切な 4 桁目をここに加える。4 桁目のコーディングを行う場合、番号順リストや索引を参照する必要がある。たとえば、「顔面の基底細胞癌」は部位コード C44. 3 (顔面の皮膚) となり、これに対し腕の場合には C44. 6 (腕の皮膚) にコードする。同様に「髄膜腫」では、病変部位は、「脳髄膜」(C70. 0)、「脊髄膜」(C70. 1)、「髄膜, NOS」(C70. 9) のいずれの部位でもありうるため、用語の後の局在番号 (C70. __) の 4 桁目は空欄になっている。

診断名に局在部位が記載されていない時は、形態用語に割り当てられた局在番号を使用する。形態用語の多くには局在番号は割り当てられていない。それは、これらの組織型は複数の臓器又は局在 部位に生じうるからである。たとえば、「腺癌, NOS」は多くの異なる臓器に発生しうるから局在番号を割り当てられていない。

診断に書かれている部位が、部位に関連した形態コードが示す部位と異なっていることがあるかもしれない。たとえば、基底細胞癌は皮膚以外の部位に発生しうる。異なった原発部位が与えられている場合、コードーは、ICD-O の局在番号は無視し、診断に含まれている適切な局在番号を使用すべきである。たとえば、局在番号 C50. - (乳房) が形態用語「浸潤性導管癌」に付け加えてある。この用語は通常、乳房に発生する癌の型として使用されるからである。しかし、もし「浸潤性導管癌」の用語が腓に発生する原発癌に使用されたならば、コードーは乳房の形態コードの指示は無視して、その代わり正しい局在番号 C25. 9 (腓, NOS) を割り当てる。

形態用語に割り当てられている部位に関連した局在番号は、特定の新生物の通常の発生部位を示していることを理解しておく。例としては、「腎の骨肉腫」があるが、この場合、記録を調べて骨がんが腎に転移していないことを確認した上で「骨, NOS (C41. 9)」ではなく、腎の局在コード (C64. 9) を用いなくてはならない。骨がん (骨肉腫) の腎転移は C41. 9 (骨) M-9180/39 (骨肉腫) とコードする。

局在の紛らわしい形態用語

新生物の中には、部位に特異的とも解される名称がついているものがあるが、必ずしも、その部位にコードされるとは限らない。たとえば、「胆管癌」(M-8160/3) は部位特異的名称であるが、肝内胆管 (C22. 1) と肝外胆管 (C24. 0) 両者に見られることがしばしばある。したがって、機械的に胆管 (肝外胆管) (C24. 0) にコードしてはならない。

小唾液腺の新生物は、口腔内や隣接する臓器のどこにでも見られ、「腺様のう胞癌」、「悪性混合腫瘍」、「腺癌, NOS」のようないくつかの組織型のものを含んでいる。このため、「小唾液腺癌」を区別する形態コードはない。口腔のすべてのタイプの腺癌が小唾液腺の原発のものと考えられるため、「硬口蓋の小唾液腺様のう胞癌」、「腺癌, NOS」のような診断中の「小唾液腺」の語は無視する。この例では、「腺様のう胞癌」(M-8200/3) は局在部位「硬口蓋」(C05. 0) にコードする。もし「小唾液腺癌」という診断で原発の部位が記載されていなければ、「小唾液腺, NOS」を含んでいる口腔の局在コード番号 C06. 9 を使用する。

(改定版)

表 23 の「基底細胞癌」の場合、皮膚の局在コード番号 (C44. _) の 4 桁目は空欄となっている。小数点の後
の下線 (_) は腫瘍の存在する細い部位のコードを示すことになっているので、診断に記載されている部位
コードの 4 桁目を適切にここに加える。4 桁目のコーディングを行う際には、番号順リストや索引を参照す
る。例：「顔面の基底細胞癌」の場合、部位コードは C44. 3 (顔面の皮膚) ; 腕の場合、C44. 6 (腕の皮膚)
とコードされる。同様に「髄膜腫」では、病変部位は、「脳髄膜」(C70. 0)、「脊髄膜」(C70. 1)、「髄膜、NOS」
(C70. 9) のいずれにもなりうるため、局在番号 (C70. _) の 4 桁目は空欄となっている。

診断名に局在部位が記載されていない場合、形態用語に割り当てられた局在番号を用いる。多くの形態用語に
は局在番号は割り当てられていない。その理由として、これらの組織型には複数の臓器又は局在部位が対応
するからである。たとえば、「腺癌、NOS」は多くの異なる臓器に発生しうる。従って、局在番号は、割り当
てられていない。

診断に書かれている部位が、形態コードの後ろに指定されている部位と異なっていることがある。たとえば、
基底細胞癌は皮膚以外の部位にも発生しうる。ICD-O で指定された原発部位と異なる部位診断に記載されてい
る場合、ICD-O で指定している局在番号は無視し、診断に含まれている部位に対する適切な局在番号を使用する。
たとえば、局在番号 C50. _ (乳房) が形態用語「浸潤性導管癌」に対する部位とされている。この組織用語
が、乳房に発生する癌に対して使用されることが多いからである。しかし、「浸潤性導管癌」が隣に発生する
原発癌に対し使用されている場合、乳房の局在コードの指示は無視し、診断に対応した適切な局在番号 C25. 9
(睪、NOS) を割り当てる。

再度強調するが、形態用語に指定されている局在番号は、ある特定の新生物が通常、発生するとおもわれる
部位を示しているにすぎない。通常あまりみられないが、あり得る例として、「腎の骨肉腫」がある。この場
合、診療録を調べて骨がんの腎への転移でないことを確認した上で、腎の局在コード (C64. 9) を割り振る必
要がある。「(骨、NOS (C41. 9)) とはしない。」ちなみに、骨がん (骨肉腫) の腎転移のコーディングは C41. 9
(骨) M-9180/39 (骨肉腫) となる。

局在の紛らわしい形態用語

新生物の中には、部位に特異的とも解される名称がついているものがあるが、必ずしも、その部位にコード
されるとは限らない。たとえば、「胆管癌」(M-8160/3) は、肝内胆管 (C22. 1) と肝外胆管 (C24. 0) の両者
にしばしば見られる特殊な組織型であり、“胆管”癌だからといって、機械的に C24. 0 とコードしてはならな
い。

小唾液腺の新生物は、口腔内や隣接する臓器のどこにでも見られ、「腺様のう胞癌」、「悪性混合腫瘍」、「腺癌、
NOS」などのいくつかの組織型が発生する。従って、「小唾液腺癌」という診断名がついた場合、ある特定の
形態コードを割り当てることができない (いくつかの組織型が発生しうるため)。口腔内に発生しうるすべての
タイプの腺癌は、小唾液腺起源と考えられるので、「硬口蓋の小唾液腺様のう胞癌」といった診断名中の「小
唾液腺」という用語は無視し、「腺様のう胞癌」(M-8200/3) 局在部位「硬口蓋」(C05. 0) とコードすべきで
ある。もし「小唾液腺癌」という診断名のみで、原発の部位が記載されていなければ、局在コードは「小唾
液腺、NOS」を含む口腔、NOS (C06. 9) とする。

(原本 p53, 2行目～)

複合形態的診断

ルール J. 用語が, ICD-0 に記載されていない場合は, 複合語を構成する各語の並びを変えてみる。

腫瘍によっては複数の組織形の組み合わせをもっているものがある。ICD-0 においては, その最も一般的な組み合わせが記載されている。たとえば, 「腺癌・扁平上皮癌混合癌」(M-8560/3), 「乳頭状・ろ胞腺癌」(M-8340/3), 「基底・扁平上皮細胞混合癌」(M-8094/3) である。

複合用語「線維粘液肉腫」はコード番号 M-8811/3 として ICD-0 に記載されている。しかし, 「粘液線維肉腫」は ICD-0 にはない。「粘液線維肉腫」は, 「線維粘液肉腫」の語順を単に逆転させただけで, 同一のものであるので, M-8811/3 にコードする。複合語の組合せや変換のすべてを記載することは不可能なので, ICD-0 に記載されていない場合は複合語を構成する各語について, 様々な語順の組合せを調べてみなければならない。

複数の形態用語を持つ診断名のコーディング

ルール K. 一つの腫瘍の診断名が別々のコードで表される複数の修飾語を有する時に, どのコードを使用しても一つのコードで診断名のすべてを表せない場合は, よりコード番号の大きい方のみを使用する。

ある一つの新生物がコード番号を異にする二つの修飾語を含んでいる場合, コードを付ける際にさらに別の困難が生じる。「移行上皮類表皮癌」がその一例であるが, それは異なる 2 種類の癌腫を示しているのではなく, むしろ一つの新生物が両方の細胞型の要素を含んでいるということである。「移行上皮癌, NOS」は M-8120/3 に, 「類表皮癌, NOS」は M-8070/3 にコードされる。

診断名の要素のすべてが一つのコードで表せない場合は, 普通は大きいコード番号の方がより特異的であるので, この例では, 大きい番号の M-8120/3 を用いる。

(改定版)

複合形態的診断

ルール J ICD-O に記載されていない複合語からなる診断名が用いられている場合、複合語で用いられている語源の語順を変えてみる。

腫瘍によっては複数の組織形の組み合わせをもっているものがある。ICD-O においては、その最も一般的な組み合わせが記載されている。たとえば、「腺癌・扁平上皮癌混合癌」(M-8560/3)、「乳頭状・ろ胞腺癌」(M-8340/3)、「基底・扁平上皮細胞混合癌」(M-8094/3) などである。

複合用語「線維粘液肉腫」はコード番号 M-8811/3 として ICD-O に記載されている。しかし、「粘液線維肉腫」は ICD-O にはない。「粘液線維肉腫」は、「線維粘液肉腫」の語源となる単語の語順を単に逆転させただけで、同一のものである。従って、M-8811/3 にコードすることになる。複合語の組合せや変換のすべてを記載することは不可能なので、ICD-O に記載されていない場合は複合語を構成する各語について様々な語順の組合せを調べてみなければならない。

複数の形態用語を持つ診断名のコーディング

ルール K 複数の形態用語について： 2 つの異なる形態コードに割り当てることができる形容修飾語を含む診断がなされており、それが一つの形態コードで表現できない場合、異なる形態コードのうち、大きい方のコード番号を採用する。

ある一つの新生物がコード番号を異にする二つの修飾語を含んでいる場合、コードを付ける際にさらに別の困難が生じる。「移行上皮類表皮癌」がその一例であるが、それは異なる 2 種類の癌腫を示しているのではなく、むしろ一つの新生物が両方の細胞型の要素を含んでいるということである。「移行上皮癌、NOS」は M-8120/3 に、「類表皮癌、NOS」は M-8070/3 にコードされる。診断名の要素のすべてが一つのコードで表せない場合は、普通は大きいコード番号の方がより特異的であるので、この例では、大きい番号の M-8120/3 を用いる。

(原本 p54, 1 行目～)

多発原発性新生物

多発新生物のコーディングには、多くの困難が生じる。それは、以下のような場合に現れてくる。

1. 異なった局在部位をもつ複数の新生物
2. 複数の腫瘍によって特徴づけられる病態
3. しばしば複数のリンパ節や複数の臓器に発生するリンパ腫
4. 同じ部位で異なる形態を示す複数の新生物
5. 原発部位が正確に決定されていない、多部位に発生した一つの新生物

多発新生物は、多くの記録法によって異なる定義がなされており、すべての問題に対する明確な解決法を提示することは出来ない。

IARC のワーキンググループは、多発新生物の発生報告の国際比較を行うことを目的として、定義についての勧告を行った。その内容を以下に示す。

1. 複数の原発癌が存在することの認知は、その認知した時間軸にもとづいてなされるものではない。
2. 原発癌とは、原発部位又は原発組織に発生したものであり、伸展、再発及び転移したものを指さない。
3. 一つの腫瘍は、一つの臓器、一对の臓器もしくは一つの組織に原発したとみなされる。腫瘍は、ICD-0 第 1 版 (又は ICD-9) で部位が定義され、局在コードの 3 桁分類によって臓器又は組織が明確にされる。

ICD-10 及び ICD-0 第 2 版、第 3 版では、より詳細な形態コードが設けられている。いくつかのコード群を含む局在部位は、多発腫瘍を定義する目的のために一つの臓器とみなされる。これらの形態コード群を表 24 に記載する。

多病巣の腫瘍で、同じ原発部位もしくは同じ組織を由来とする別の原発癌とは明らかに連続性がみられず分離したものである場合は、別々の癌とみなす。

皮膚がんでは、同一人が一生の間に腫瘍を多発することもあるという特別な問題が存在する。IARC/IACR のルールでは、たとえば、一つが悪性黒色腫で、他に基底細胞癌が発生したというような場合以外は、皮膚のどこに癌ができようと、組織型がはっきりした最初の腫瘍のみを、発生した癌とみなす。

多発原発性新生物 (多重がん)

多発新生物のコーディングには、多くの困難が生ずる。それは、以下のような場合である。

1. 2つ以上の別々の腫瘍が異なる局在部位に発生した場合
2. 複数の腫瘍によって特徴づけられる病態がある場合
3. 複数のリンパ節領域や臓器に発生するリンパ腫の場合
4. 同じ局在部位に異なる形態を示す複数の新生物が発生した場合
5. 多部位にまたがる一つの新生物で、その発生臓器が特定できない場合

多発新生物は、様々ながん登録によって異なる定義がなされており、すべての問題に対する明確な解決法を提示することは出来ない。

IARCのワーキンググループは、罹患率の国際比較を行うことを目的として、多発新生物の定義についての勧告を以下のように行った。

1. 2つ以上の原発腫瘍の認識に関しては、時間の関係を問わない。
(多重がんか否かの判定に際して、同時性と異時性との区別をしない)
2. 原発癌とは、原発部位又は原発組織に発生したものであり、他方の進展、再発、転移によるものでない。
3. 一つの腫瘍は、一つの臓器もしくは、一対の臓器もしくは組織から発生したものに限る。腫瘍は、ICD-0第1版(もしくは、ICD-9)によりコードされる3桁局在部位をもって、1つの臓器あるいは組織と定義する。

ICD-10やICD-0第2版、第3版では、局在コードがより細かく分類されるようになった。しかし、多重がんの判定においては、いくつかの局在コードをグループ化し、それぞれ1つの部位として考慮する。局在コードグループを表24に示す。

多発性の腫瘍(multifocal tumors)一すなわち、同じ原発部位もしくは組織に発生した連続性を欠き、明らかに別個の病変一については、単一の腫瘍として、数える。たとえば、膀胱腫瘍などはこのようなことがよく起こる。

皮膚癌については、一生の間にくつもの腫瘍に罹患しうる。IARC/IACRのルールでは、どの身体部位に皮膚癌が発生したとしても、最初に組織型が明らかにされた癌のみを罹患癌として数えることとしている。たとえば、一つが悪性黒色腫で他の癌が基底細胞癌であったとしても最初に組織型が明らかになった方が癌罹患としてカウントされる。

(原本 p54, 28 行目～)

4. ルール 3 は、以下の 2 つの場合には適用されない。

- 4.1 全身性又は多発性の癌で、多くの離れた臓器の中に潜在的に発生するものとしては、以下の 4 つのグループが存在する。すなわち、リンパ腫、白血病、カポジ肉腫及び中皮腫（表 25 の 7, 8, 9 及び 10 群）である。それらは個々に 1 度だけ診断名として記載されることが認められる。
- 4.2 他の特異的な組織型（表 25 の 1, 2, 3, 4, 6 及び 11 群）は、多発新生物を定義することを目的としており、組織学的に異なったものと考えられる。それゆえ、同じ臓器に発生した腫瘍でも組織型が異なっている場合は、異なった腫瘍とみなされる。5 群及び 12 群は組織学的にはっきりと分類されていない腫瘍を含んでいるため、他の群と明確に区別することは出来ない。

表24. 多発がんの定義の中で単発部位と見なされる。ICD. O第2版及び第3版における局在コードの群

第2/第3版		
C01	舌根部	
C02	その他及び部位不明の舌	141
C05	口蓋	
C06	その他及び部位不明の口腔	145
C07	耳下腺	
C08	その他及び部位不明の大唾液腺	142
C09	扁桃	
C10	中咽頭	146
C12	梨状陥凹	
C13	下咽頭	148
C19	直腸S状結腸移行部	
C20	直腸	154
C23	胆のう	
C24	その他及び部位不明の胆道	156
C30	鼻腔及び中耳	
C31	副鼻腔	160
C33	気管	
C34	気管及び肺	162
C37	胸腺	164
C38.0-3	心臓及び縦隔	164
C38.8	心臓、縦隔及び胸膜の境界部病巣	165.8
C40	肢の骨、関節及び関節軟骨	
C41	その他及び部位不明の骨、関節及び関節軟骨	170
C51	外陰	184.4
C52	陰	184
C57.7	その他の明示された女性性器	184.9
C57.8-9	境界部病巣及び女性性器, NOS	184. 8, 184. 9
C60	陰茎	
C63	その他及び部位不明の男性性器	187
C64	腎	
C65	腎盂	
C66	尿管	
C68	その他及び部位不明の泌尿器	189
C74	副腎	194.0
C75	その他の内分泌腺及び関連組織	194

(改定版)

4. 上記3は、以下の2つの条件下では適用されない。
- 4.1 全身性もしくは多中心性のがんで、多くの異なる臓器に発生する以下の4つの組織型グループについては、1患者につき、生涯1腫瘍としてカウントする。そのグループとは、リンパ腫、白血病、カポジ肉腫、ならびに中皮腫（表25の7、8、9、10群）である。
- 4.2 表25の1、2、3、4、6及び11群の組織型グループは、多発新生物を定義する際には、組織学的に異なったものとする。すなわち、一つの臓器に異なる組織型グループの腫瘍があった場合、新たな腫瘍としてカウントする。5群ならびに12群は、組織学的に分類が明確になされていない腫瘍を含んでおり、他のグループと異なるとはいえない。従って、他の群と異なるとはしない。

表24. 多発がんの定義の中で単発部位と見なされる. ICD. O第2版及び第3版における局在コードの群		
第2/第3版		第1版
C01	舌根部	
C02	その他及び部位不明の舌	141
C05	口蓋	
C06	その他及び部位不明の口腔	145
C07	耳下腺	
C08	その他及び部位不明の大唾液腺	142
C09	扁桃	
C10	中咽頭	146
C12	梨状陥凹	
C13	下咽頭	148
C19	直腸S状結腸移行部	
C20	直腸	154
C23	胆のう	
C24	その他及び部位不明の胆道	156
C30	鼻腔及び中耳	
C31	副鼻腔	160
C33	気管	
C34	気管及び肺	162
C37	胸腺	164
C38.0-3	心臓及び縦隔	164
C38.8	心臓、縦隔及び胸膜の境界部病巣	165.8
C40	肢の骨、関節及び関節軟骨	
C41	その他及び部位不明の骨、関節及び関節軟骨	170
C51	外陰	184.4
C52	膣	184
C57.7	その他の明示された女性性器	184.9
C57.8-9	境界部病巣及び女性性器, NOS	184.8, 184.9
C60	陰茎	
C63	その他及び部位不明の男性性器	187
C64	腎	
C65	腎盂	
C66	尿管	
C68	その他及び部位不明の泌尿器	189
C74	副腎	194.0
C75	その他の内分泌腺及び関連組織	194

(原本 p57, 1 行目～)

表25. 多発新生物を定義する目的で組織学的に「異なっている」と考えられる悪性新生物の群 (1994年 Bergによる分類を採用) (24)

癌腫		
1.	扁平上皮癌	M-805-M808, M-812, M-813
2.	基底細胞癌	M-809-M-811
3.	腺癌	M-814, M-816, M-818-M-822, M-826-M-833, M-835-M-855, M-857, M-894
4.	その他の明示された癌腫	M-803, M-804, M-815, M-817, M-818, M-823-M-825, M-834, M-856, M-858-M-867
(5.)	詳細不詳癌腫(NOS)	M-801, M-802
6.	肉腫及び軟部組織腫瘍	M-868-M-871, M-880-M-892, M-899, M-904, M-912, M-913, M-915-M-925, M-937, M-954-M-958
7.	リンパ腫	M-959-M-972
8.	白血病	M-980-M-994, M-995, M-996, M-998
9.	カボジ肉腫	M-914
10.	中皮腫	M-905
11.	がんのその他の明示された型	M-872-M-879, M-893, M-895-M-898, M-900-M-903, M-906-M-911, M-926-M-936, M-938-
(12.)	がんの詳細不明の型	M-800, M-997

アメリカでの腫瘍登録は独自の規則に従っている。多くの場合、SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results Program) の規則に従って腫瘍登録されている。詳しい説明については、SEER プログラムコードマニュアル (25) に述べられている。SEER では、時期を考慮し、結腸のそれぞれの部分を別項の部位としているのに対して、IARC では、結腸自体を一つの部位として考えている。組織学については、SEER では、一つの部位に発生した3桁形態分類型のがんはそれぞれ独立した一つのがんとしてコードする。他方、IARC の方針では“異なっている”組織型を定義するために表 25 に概要を示したような広範囲のグループ分けを使っている。SEER プログラムには、リンパ腫と白血病の多発合併のコード化について 25 ページにおよぶ説明がある。

登録 1 つ 1 つについて、多発性腫瘍の取扱にどのプログラムを利用するか決め、データを発表する際には、使用したプログラムの記載が必要である。

表25. 多重がんを定義するにあたり組織学的に”異なる”と考えられる悪性腫瘍群

癌腫		
1.	扁平上皮がん	M-805-M808, M-812, M-813
2.	基底細胞がん	M-809-M-811
3.	腺がん	M-814, M-816, M-818-M-822, M-826-M-833, M-835-M-855, M-857, M-894
4.	その他の明示された癌腫	M-803, M-804, M-815, M-817, M-818, M-823- M-825, M-834, M-856, M-858-M-867
(5.)	詳細不詳のがん(NOS)	M-801, M-802
6.	肉腫及びその他の軟部組織の腫瘍	M-868-M-871, M-880-M-892, M-899, M-904, M-912, M-913, M-915-M-925, M-937, M-954- M-958
7.	リンパ腫	M-959-M-972
8.	白血病	M-980-M-994, M-995, M-996, M-998
9.	カボジ肉腫	M-914
10.	中皮腫	M-905
11.	その他特定の組織型の悪性新生物	M-872-M-879, M-893, M-895-M-898, M-900- M-903, M-906-M-911, M-926-M-936, M-938-
(12.)	詳細不明の悪性新生物	M-800, M-997

多重がんの取り決めに関しては、異なったルールで行っているがん登録もある。例えば、米国においては、ほとんどのがん登録が SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results Program) のルールに従っている。その詳細については、SEER program コードマニュアル (参考文献 25) に述べられている。SEER では、多重がんの判定に診断の時期ならびに、結腸のそれぞれの部分を独立した部位として考慮するようにしている。(この点、国際がん研究機関 IARC は、結腸は一つの部位としている) 組織型については、SEER では、一つの部位に発生した腫瘍で、形態コード 3 桁目内で異なっていれば、独立した一つの腫瘍と数えるが、IARC ガイドラインでは、異なった“組織型”を定義するために表 25 のような大まかなグループ分けを行っている。さらに SEER program コードマニュアルには、リンパ腫並びに白血病の多発組み合わせの定義とコード化について 25 ページにも及ぶ説明を作成している。

それぞれの登録室は、多重がんの取扱について、どのルールを用いるのかを決定し、データを発表する際には、使用したルールを記載する必要がある。

(原本 p488, 1 行目～)

ICD-0 第 3 版の追加説明

1. [obs]

[obs] の使い方について、ICD-0 第 3 版では、明確に記述されていない。[obs] は、その疾患に対して、より適切な診断用語が見つかった場合は使用しないのが原則である。より適切な用語が存在するにもかかわらず、[obs] とマークされた用語が診断名としてそのままコードされてしまうことになりかねないからである。[obs] と付されている用語が悪性を意味する（性状コードが / 2 又は / 3）場合は、古い用語であったとしても、その旧式用語を記録に残すようにする。さらに [obs] は、過去の資料を用いて研究する際のリファレンスとしての役目もする。ある新生物については、古い用語が新しいもの以上にその病気を説明している場合がある。たとえば、argentaaffinoma [obs] は、カルチノイド腫瘍と記載され、変形腫については追加コードを用いている。リンパ肉腫（1890 年に最初に記述され、いまだにこの用語は獣医学で使用されている）のような歴史的用語もある。ICD-0 第 2 版においてコードが明示されていても、もはや現在では用いられないような用語の多くは、それぞれの疾患の「他に明示されないもの」の項に移動した。

2. ルール I は欠番

ICD-0 第 3 版においては、ルール番号 “I” は存在せず、故意的に欠番としている。その理由は以下のとおりである。ICD-0 第 2 版ではルール番号は数字で表しており、ICD-0 第 3 版ではルール番号は、アルファベットで表している。ICD-0 第 3 版の編集者は、ICD-0 第 2 版におけるルール 1（いち）と ICD-0 第 3 版におけるルール I（アイ）との混乱を避けるために ICD-0 第 3 版からルール I を除くこととした。

(改定版)

ICD-0 第3版の追加説明

この修正・解釈は、ICD-0-3 日本語版(p.488～p.490)における誤訳の修正ならびに、邦訳上、わかりにくい英語表現に対する解釈を加えたものである。また、理解しやすくするために、部分的に直訳とは異なる表現を用いている。

1. [obs] 注

訳者注: [obs]は、obsoleteの略であり、和英辞典によると“廃れた、もはや用いられない、旧式の”という形容詞である。ICD-0では、過去において用いられていたが、現在は用いないようになっているものの、一部の医師らによっては引き続き使用されていると考えられるもしくは、過去との照合に必要な診断用語に対し、[obs]を付けている。

[obs]の使い方について、ICD-0第3版では、明確に記述されていない。[obs]は、その疾患に対して、より適切な診断用語が他にあり、その用語をなるべく用いないようにという事を意図して、付けられている。しかし、[obs]が附記された用語が診断名に用いられているとしても、その診断名にコードを振ることは可能である。ただし、最近用いられているさらに適切な診断用語が存在していることを意味している。従って、仮に、[obs]と付されている用語が診断名に用いられていたとしても、それが悪性(性状コードが/2もしくは/3)である限り、がん登録に登録することになる。診断名が古い用語であることは、登録の可否には関係がない。さらに、[obs]は、過去の資料を用いて研究する際のリファレンスとしての役目もする。また、[obs]が付けられたいくつかの用語は、その腫瘍をより特異的に表しているかつての診断名である。たとえば、argentaaffinoma [obs]は、現在ではカルチノイド腫瘍と表現され、いくつかの種類が存在するため、ICD-0-3では複数の形態コードが与えられている。リンパ肉腫 lymphosarcoma(1890年に最初に記述された用語で、獣医学では、現在も使用されている)も同様に歴史的診断用語である。多くの場合、[obs]の付く特異的な診断用語は、ICD-0第2版において、それぞれの疾患の「NOS」(Not Otherwise Specified)の分類に変更されている。

2. ルールIは欠番

ICD-0第3版においては、ルール番号“I”は存在せず、故意的に欠番としている。その理由は以下のとおりである。ICD-0第2版ではルール番号は数字で表しており、ICD-0第3版ではルール番号は、アルファベットで表している。ICD-0第3版の編集者は、ICD-0第2版におけるルール1(いち)とICD-0第3版におけるルールI(アイ)との混乱を避けるためにICD-0第3版からルールIを除くこととした。

(原本 p488, 21 行目～)

3. ルール D : リンパ節外性リンパ腫のコーディング

印刷ミスにより、ハードカバー版^注り 20 頁におけるルール D の記述は、ハードカバー版の 26 頁と異なっており、ペーパーバック版の 20 頁、26 頁についても同じ誤植がある。本文の表 2 で示しているように、ハードカバー版の 20 頁に掲載されているルール D の文章を 26 頁に掲載されているルール D の文章に置き換えること。ペーパーバック版については印刷の際に修正されている。これは、ICD-0 第 3 版の編集の最終段階で、以下の一文をルールに追加しようとした際に生じた誤りである：「リンパ腫の部位が示されず、それが結節外であると疑われる場合は C80.9 (原発部位不明) をコードする。」この一文は、結節外リンパ腫が原発部位が不明の「リンパ腫、NOS (C77.9)」とコードされる例を減らすために挿入された。これによりコード C77.9 は、限られた条件が揃った場合にのみコードされることになった。症例のほとんどでは結節外リンパ腫の原発部位は明らかなので、胃原発のリンパ腫のように、局在コードはその部位 (このような場合は胃) にコードする。しかし、原発部位が不明でリンパ節にリンパ腫の存在がみとめられない場合は、原発部位不明とコードするのが適切である。たとえば、もし患者が、リンパ腫が肺と傍脊椎軟部組織の両方に認められる重症例では、どの部位が原発部位であるかを決定するのは不可能であるので、この場合、C80.9 とコードすることは正しい。この他の例としては、死亡診断書でしか診断名がわからない場合や、複数の医療機関で診断がなされかつ原発部位が明示されないで「結節外リンパ腫」とのみ報告されているような場合である。この場合も C80.9 とコードするのが正しい。いずれの場合においても、リンパ節又はリンパ組織を起源とするリンパ腫に対するコーディングガイドラインには変更がない。原発部位不明のリンパ腫に対するコーディングについては、ニューバージョンである ICD-0 第 3 版のコンピューター版において、この問題に対応できるよう改訂作業中である。

(改定版)

3. ルール D：リンパ節外性リンパ腫のコーディング

印刷ミスにより、ハードカバー版^{注1)} 20 頁におけるルール D の記述は、ハードカバー版の 26 頁のルール D の記述と異なっている (ペーパーバック版^{注1)} における 20 頁と 26 頁)。本文の表 2 で示しているように、ハードカバー版の 20 頁に掲載されているルール D の文章を 26 頁に掲載されているルール D の文章に置き換えること。ペーパーバック版については印刷の際に既に、修正されている。これは、ICD-0 第 3 版の編集の最終段階で、以下の一文をルールに追加しようとした際に生じた誤りである：「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。」この一文は、原発部位が不明のリンパ節外性リンパ腫が、「リンパ腫、NOS (C77.9)」とコードされる例を減らすために挿入され、しかも C80.9 が非常に限られた条件が揃った場合にのみコードされるように限定することを目的としている。多くの場合、リンパ節外性リンパ腫の原発部位は明らかとされるので、局在コードを割り当てることができる (例：胃原発のリンパ腫)。しかし、原発部位が不明で、しかもリンパ節が原発でないことが明らかな場合は、原発部位不明とコードするのが適切である。たとえば、リンパ節の関与のない、肺と傍脊椎軟部組織に見られる大きなリンパ腫病巣があった場合、どちらの部位が原発部位であるかを決定するのは不可能である。従って、この場合、C80.9 とコードすることは正しい。もう一つの例とし、DCO (death certificate only) 症例^{注2)} の場合や他の医療機関で診断され、しかも原発部位が明示されずに「リンパ節外性リンパ腫」のみの診断名で報告がなされているような場合である。この場合も C80.9 とコードするのが正しい。再度確認のため明記するが、このコーディングルールの一文により、リンパ節もしくはリンパ組織を起源とするリンパ腫に対するコーディングガイドラインが変更されたわけではない。原発部位不明のリンパ腫に対するコーディングが新たに付け加わっただけである。コンピュータチェックプログラム EDITS^{注3)} については、この問題に対応できるよう改訂作業中である。

訳者注 1: 米国の国立がん研究所 (NCI) では、WHO から出版された ICD-0-3 (ハードカバー版) の誤植を修正した「U. S. Interim Version 2000」というペーパーバックの ICD-0-3 を作成し、米国内のがん登録関係者に配布している。

訳者注 2: ICD-0 は、基本的のがん登録関係者が利用するものであるという前提から、がん登録に関連する用語が説明無く用いられていることがある。Death Certificate only (DCO) もその例であり、がん登録において、がん罹患の報告が無く、死亡診断書に記載されている死亡診断名により、はじめてがんの診断が付いていたことが明らかになった症例を DCO 症例という。

訳者注 3: 米国 CDC では、がん登録のエラーチェックプログラムを配布して、登録内容の間違いを修正する事を奨励している。そのチェックプログラムを edits という。

(原本 p489, 4行目～)

4. 異型度を第6桁の分化度に割り当てて使用することについて

「異型度 (grade)」という用語は分化度 (differentiation) を意味しない場合がある。その際は、形態コードの第6桁を「異型度 (grade)」のコード化のために使うべきではない。たとえば、病理学者は“型”や“カテゴリー”の類義語として“grade”という用語を使用するが、コーダーたちは、「異型度 (grade)」という用語は、ICD-0の形態コードの第6桁にコードされる細胞の分化度を指し示すものと理解している。“grade”という用語がカテゴリーを指していたり、生物学的な活動性を指しているような場合は、この違いを理解することが重要である。たとえば、結節硬化性ホジキンリンパ腫やろ胞性リンパ腫の“異型度”は、実際に疾患の型やカテゴリーを意味するため、第6桁は異型度1、2、3とコードすべきではない。これに対し、低分化型リンパ球性リンパ腫やB細胞性リンパ腫、T細胞性リンパ腫については、形態コード第6桁でコードする。同様に、膣の上皮内新生物、異型度Ⅲ (VAINⅢ) は、(ベセスダ・システムによると) 非浸潤性病変としては異型度の最も高いカテゴリーに属する。上皮内新生物についての異型度分類そのものは形態コードの第6桁として用いてはならない。だが、他に、低異型度子宮内膜間質癌肉腫や高異型度表在性骨肉腫のように診断用語の一部として、高異型度又は低異型度というような記述が付記されている場合は、形態コードの第6桁をコードしてもよい。

5. 第6桁コードの免疫学的表現型の割り当て

リンパ腫や白血病におけるT細胞、B細胞、NK細胞の免疫学的表現型に対する第6桁のコードは、病理診断に基づいてコードする。第6桁の免疫学的表現型コードは、各形態番号順リストの太字のヘッダー (the boldface header) に、T細胞又はB細胞という単語が含まれている時は使用しない。別の言い方をすれば、もし病理実験室報告の中に、T細胞及びB細胞の確定がなされていない以上、ICD-0第3版の太字のヘッダーリストのT細胞又はB細胞とコードしてはならない。たとえば、びまん性大細胞性B細胞型リンパ腫は、9680/36とコードされ、びまん性胚中心芽型リンパ腫は、9680/39とコードする。さらに分析を進めればセルラインに基づくグループ化が可能である。セルラインの記述は形態番号順リストのリンパ腫や白血病の節の初めにある。

(改定版)

4. grade を第 6 桁目の分化度に割り当てて使用することについて

「grade」という用語は分化度 (differentiation) を意味しない場合があり、形態コードの第 6 桁目用いるべきではないことがある。たとえば、ある疾患を表現する際に、病理学者は「grade」を“腫瘍型”や“分類”の同義語として用いていることがある。一方、がん登録士は、「grade」を ICD-0 の形態コード 6 桁目にコードする細胞の分化度を指し示す「異型度 grade」と理解している事が多い。「grade」が分類を指しているのか？それとも生物学的活性 (つまりは異型度) を指し示しているのかを認識することは非常に重要である。たとえば、結節硬化性ホジキンリンパ腫やろ胞性リンパ腫の「grade」は、実際にはリンパ腫の型や分類を意味しており、形態コード第 6 桁目にこの“grade”の 1、2、3 をコードすることは誤りである。これに対し、低分化型と明記されたリンパ球性リンパ腫、B 細胞性リンパ腫や T 細胞性リンパ腫は、形態コードの第 6 桁目を分化度としてコードすることに用いる。

同様に、膺の上皮内新生物、異型度Ⅲ (VAINⅢ) は、ベセスダ分類によると、非浸潤性病変としては異型度の最高位に属する。しかし、この異型度を上皮内新生物についての形態コードの第 6 桁目に記載してはならない。他にも診断用語として high grade (高異型度) や low grade (低異型度) といった言葉が用いられることがある。例えば、低異型度子宮内膜間質癌肉腫や高異型度表在性骨肉腫のような場合である。このような場合、その分化度を形態コードの第 6 桁をコードに用いてもよい。

5. 第 6 桁コードの免疫学的表現型の割り当て

リンパ腫や白血病における T 細胞、B 細胞、NK 細胞の免疫学的表現型に対する第 6 桁目のコードは、病理診断に基づいてコードする。形態番号順リストの太字の診断名 (the boldface header) に、T 細胞または B 細胞由来という単語が含まれていても、第 6 桁目の免疫学的表現型コードには、コードを行わない。言い換えると、病理報告書の中に、T 細胞または B 細胞由来という記載が無い場合、ICD-0 第 3 版の形態コードに T 細胞もしくは B 細胞由来とあっても、ICD-0 の記載を元に第 6 桁目をコードしてはならない。たとえば、びまん性大細胞性 B 細胞型リンパ腫と病理診断に記載があれば、9680/36 とコードするし、病理診断にびまん性胚中心芽型リンパ腫と記載があり、細胞由来に関する記載が無い場合、9680/39 とコードする。症例を良く分析すれば、形態番号順リストのリンパ腫・白血病の診断名により細胞系列に基づくグループ化を行うことも可能である。

(原本 p489, 29 行目～)

6. 造血性疾患に対する局在コードの割り当て

世界保健機関 (WHO) の造血性新生物の分類によれば、ある種のリンパ腫及び白血病は異なった表現形を持つ同一の疾患であるとされている。たとえば、WHO 分類では、B 細胞慢性リンパ球性白血病と小リンパ球性リンパ腫 (BCLL/SLL) は同質のもので、ステージの異なった同一の疾患である。ICD-0 第 3 版の開発検討委員会において血液病理学者たちは、この疾患を単一コードとするよう勧告しているが、ICD-0 は ICD-10 の関連分類であり、世界的には死亡の分類に ICD-10 が使われている。ICD-0 第 3 版にしたがって単一のコードを使用した場合、ICD-10 の中で 2 つのコードがつけられるため、リンパ腫による死亡なのかあるいは、白血病によるものかを判断する述がない。そのため、慢性リンパ球性白血病と小リンパ球性白血病には個別のコードを持たせ、リンクさせる必要性が出てきた。このように、ICD-0 の編集時には、いくつかの単一疾患は 2 つの異なった分類に例示され、(M-9----を参照) といった注書きを付けて相互に参照することとした。BCLL/SLL というような診断名に対する局在コード又は原発部位コードは、どの部位診断を基にコードされたかによる。疾患が血液又は骨髓像を基に診断されたならば、原発部位は C42.1 (骨髓) にコードし、白血病の形態コードを割り当てる。もし、その他の組織 (典型的にはリンパ節、リンパ系組織、乳房及び胃) 標本で診断されたならば、含まれていた組織にコードし、リンパ腫の形態コードを割り当てる。血液・骨髓並びに組織生検の両方で診断がなされた場合は、生検組織をコードし、リンパ腫の形態コードを割り当てる。生検の行われた順番 (血液/骨髓生検が組織生検の前にされようが後にされようが) は、どの原発部位と形態コードを使用するかを決定する要因とはならない。WHO 分類に従った分析をするためには、両方の形態コードが付いた症例を集計することが必要である。

7. 「より高い形態コードへのコード」

異なるコード番号を持つ 2 つの語を含む単一の腫瘍の診断において、数字的により高い形態コード番号を使うという ICD-0 第 3 版のガイドライン (ルール K) の原則は、分離又は独立した単独の腫瘍や、造血器の疾患 (M-9590-9989) には適用されない。造血器疾患については、決定されたコードが番号順で、より高いコードがコードされていない場合は、より明確な形態コードを付ける。たとえば、病理部門の報告が「びまん性大細胞性 B 細胞リンパ腫」(M-9680/3) で、同じ組織に対しての比較報告が「マントル細胞リンパ腫」(M-9673/3) となっていた場合、M-9673/3 にコードする。M-9680/3 に対する主要用語は用語 “NOS” (他に明示されないもの) を含み、27 の同義語を含んでいる。従って M-9680/3 は非特異的な診断名とみなされる。他方、M-9673/3 に対する主要な用語は用語 “NOS” を含んでおらず、より特異的なコードと考えられる。どちらのコードにすべきか決定が困難な場合は、医学アドバイザーか病理学者に相談のうえ決定することが望まれる。

(改定版)

6. 造血性疾患に対する局在コードの割り当て

世界保健機関（WHO）の造血性新生物の分類によれば、ある種のリンパ腫及び白血病は異なった表現形を持った同一の疾患であるとされている。たとえば、WHO 分類では、B 細胞慢性リンパ球性白血病と小リンパ球性リンパ腫（BCLL/SLL）は同質のもので、ステージの異なった同一の疾患であるとしている。ICD-0 第 3 版の作成検討委員会において血液病理学者たちは、この疾患を単一コードとするよう勧告した。しかし、ICD-0 は ICD-10 の関連分類であり、世界的には死亡の分類に ICD-10 が使われている。ここで仮に ICD-0 第 3 版において、これらの疾患に単一のコードがふられたとすると、ICD-10 では 2 つの別々のコードが振られているリンパ腫と白血病を区別できなくなる。そのため、ICD-0 としてははじめて、一つの疾病体系に 2 つの異なる分類を割り当てて、「M-9_ _ _」を参照」といった注書きを付けて相互に参照する形式を採用した。BCLL/SLL というような診断名に対する局在コードもしくは原発部位コードは、どの部位により診断されたかによって決定される。もし、血液や骨髄像をより診断されたならば、原発部位は C42.1（骨髄）とコードし、白血病の形態コードを割り当てる。一方、その他の組織（典型的にはリンパ節、リンパ系組織、乳房及び胃）標本で診断されたならば、その局在部位をコードし、リンパ腫の形態コードを割り当てる。仮に、血液・骨髄並びに組織生検の両方で診断がなされた場合は、生検組織を局在部位としてコードし、リンパ腫の形態コードを割り当てる。生検の行われた順番（血液/骨髄生検が組織生検の前にされようが後にされようが、）は、どの原発部位と形態コードを使用するかを決定する要因とはならない。WHO 分類に従った分析をするためには、両方の形態コードが付いた症例を集計することが必要である。

7. 「より高い形態コードへのコード」

異なるコード番号を持つ 2 つの語を含む単一の腫瘍の診断において、数字的により高い形態コード番号を使うという ICD-0 第 3 版のガイドライン（ルール K）の原則は、分離又は独立した単独の腫瘍や、造血管の疾患（M-9590-9989）には適用されない。造血管疾患については、より明確な形態コード（それが明らかな場合は）を付ける。それは、大きい形態コード番号がそうであるとは限らない。たとえば、病理部門の報告が「びまん性大細胞性 B 細胞リンパ腫」（M-9680/3）で、同じ組織に対しての別の病理報告が「マントル細胞リンパ腫」（M-9673/3）となっていた場合、M-9673/3 にコードする。M-9680/3 に対する主要用語は“NOS”（他に明示されないもの）を含み、27 の同義語をも含んでいる。従って M-9680/3 は非特異的な診断名とみなされる。一方、M-9673/3 に対する主要な用語は、“NOS” を含んでおらず、より特異的なコードと考えられる。どちらのコードにすべきか決定が困難な場合は、医学アドバイザーか病理学者に相談のうえ決定することが望まれる。

(原本 p490, 24 行目～)

8. 胸部乳房の組織コードの組合せ

ICD-0 第 3 版においては、多数のサブタイプを持つ乳癌に対して、2 つの新しいコードを設定した。多臓器腫瘍又は、一つ以上のサブタイプが混ざった導乳管癌は、8523 とコードする。例として、篩状癌、粘液癌、小葉癌の要素を有する乳管癌や、粘液癌と混合した乳管癌などがあげられる。組織所見の 1 つに小葉癌を認める場合、同様の原則で 8524 を適用する。8522/3 及び 8523/3 のように、8524/3 に対する主要用語と全くの同義語は存在しないが、小葉癌に表示されているように“その他の型の癌”が、粘液性癌、管状癌、篩状癌又は固形癌などの組織型を混合することもあり得る。上皮内腫瘍がどこにある場合でも、性状コードは/2 (上皮内) とすることに留意する。もし、腫瘍が一部分でも、上皮を破壊して浸潤している場合は、性状コードは/3 (浸潤) とする。