

全国がん登録への届出について

～登録項目 警告・エラー注意点とお願い～

山口県がんサーベイランスセンター

2024年6月8日
第1回 山口県がん登録研修会

全国がん登録マニュアル

「全国がん登録 届出マニュアル」に従って登録をお願いします！

● 病院・診療所向け情報 全国がん登録 届出マニュアル 2022

「全国がん登録 届出マニュアル 2022」は、がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）が定める、病院等（※）の管理者が、原発性のがんについて、当該病院などの所在地の都道府県知事に届け出る情報の作成にあたり必要な事項をまとめたものです。

※病院等とは、本法においては、病院または本法の規定に基づき指定された診療所のことをいいます。

● 全国がん登録 届出マニュアル 2022

[全国がん登録 届出マニュアル 2022](#)

● 修正履歴

[修正履歴（2022年6月現在）](#)

全国がん登録
届出マニュアル 2022

ダウンロード版

よくある間違い、解釈の誤りが多い項目、注意して入力していただきたいところなどを紹介していきます。届出マニュアルとあわせてご確認ください。

2

全国がん登録提出前チェックリスト

| 項目 | ポイント |
|----------------------|---------------------------------------|
| 未入力がないかどうか | |
| 日付の順序に矛盾はないか | 生年月日<診断日<死亡日 |
| 局在と側性に矛盾はないか | 側性がある臓器なのに左右がないなど |
| 局在・形態コードと性別に矛盾はないか | 前立腺なのに女性・・・など |
| 形態コードと診断根拠は適した組み合わせか | 診断根拠が臨床検査で、形態コード8312/3など |
| 性状と進展度に矛盾はないか | 性状コード/3なのに進展度が上皮内など |
| 各項目で「不明」がないかどうか | カルテを確認したか 医師に確認してもわからなかったか |
| 治療施設と初回治療に矛盾はないか | 他施設治療なのに初回治療項目に「1. 自施設で施行」がないか |
| 治療の有無と治療結果に矛盾はないか | 18～20「1. 自施設で施行」に対し、21が「6. 観血的治療なし」など |
| 備考欄の確認 | 25その他の治療をチェックした際に、備考欄記入はあるかなど |

3

届出票はどの時点の情報で作成するか
⇒⑫治療施設の選択肢によって異なります

| | |
|-------|---|
| ⑫治療施設 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設で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 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 |

| | 作成のタイミング |
|---|--|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> 他施設で紹介時 患者来院中断が明らかになった時 |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> 計画された一連の初回治療の終了時 初回治療方針として「経過観察」が決定された時 |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> 計画された一連の初回治療の終了時 |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> 自施設受診時 |
| 8 | <ul style="list-style-type: none"> 診断確定時 |

4

患者基本情報

基本情報は、施設間の重複をチェックし同一人物かどうかを判断する作業（名寄せ作業）で最も重要な項目です！

注意！

氏名の漢字変換誤り、生年月日の入力誤り、診断時住所の不備にご注意ください。

| | | | |
|---------|---|-------------------|--|
| ①病院等の名称 | 山口県 山口大学医学部附属病院 | | |
| ②診療録番号 | 123456 (全半角16文字) | | |
| ③カナ氏名 | シ ヤマグチ (全角カナ10文字) | メイ ハナコ (全角カナ10文字) | |
| ④氏名 | 氏 山口 (全角10文字) | 名 花子 (全角10文字) | |
| ⑤性別 | <input type="checkbox"/> 1.男性 <input checked="" type="checkbox"/> 2.女性 | | |
| ⑥生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 0.西暦 <input type="checkbox"/> 1.明治 <input type="checkbox"/> 2.大正 <input type="checkbox"/> 3.昭和 <input type="checkbox"/> 4.平成 1950年 8月 26日 | | |
| ⑦診断時住所 | 都道府県選択 | 山口県 (全半角40文字) | |
| | 市区町村以下 | 宇部市南小車1丁目1-1 | |

- 住所は全角で正確に入力してください。（数字・アルファベット・カナ・記号も全角）
- 届出時の最新住所が診断時住所とは異なる場合、備考欄に入力してください。

氏名（マニュアルP27）

原則、住民登録されている氏名を入力してください。

- ミドルネームは氏名欄に含めず、備考欄にご記入ください。
 - ・ミドルネームの区別が難しい場合、先頭から最初の区切りまでを氏、残りの部分を入力可能な文字数分を名として登録してください。区切り文字には「・（全角 中点）」を使用してください。

■通称が判明している場合や姓が変わった場合は、備考欄でお知らせください。

- 氏名に外字が含まれる場合
 - ・Shift_JISの範囲の異体字に置き換えて、備考欄で正式な漢字情報をお知らせください。
 - ・異体字への置き換えが難しい場合は、「●」に置き換え、備考欄で正式な漢字情報をお知らせください。

| | | |
|-------|--------------------|-------------------|
| ③カナ氏名 | シ ツジ (全角カナ10文字) | メイ ハナコ (全角カナ10文字) |
| ④氏名 | 氏 辻 (全角10文字) | 名 花子 (全角10文字) |
| 備考 | 氏名の辻=正しくは「一点しんじょう」 | |

置き換えが難しい場合は、「●」を入力

正式な漢字情報が言葉で表しにくい場合
法務省が提供する戸籍統一文字番号でお知らせください。
【例：氏名の辻=戸籍統一文字番号437660】



注意！

●に置き換えた場合、備考欄に正式な漢字の情報の入力漏れがあります。入力を忘れないようにお願いします。

側性（マニュアルP31）

原発部位の側性

側性のある臓器で、どちらかがどちらかの転移ではなく、両側に原発した場合は、異なる腫瘍として、それぞれに届出票の作成が必要です。

■側性のある臓器

- ・「1.右」or「2.左」or「9.不明」のいずれかを選択してください。
- ※左右どちらかわからない場合は、「9.不明」を選択
- ※側性のある臓器の一覧：全国がん登録届出マニュアル（P31）参照

| | | | |
|-------|---|------|--|
| ⑧側性 | <input type="checkbox"/> 1.右 <input type="checkbox"/> 2.左 <input checked="" type="checkbox"/> 3.両側 <input checked="" type="checkbox"/> 7.側性なし <input type="checkbox"/> 9.不明 | | |
| ⑨原発部位 | 大分類 | 肺・気管 | |
| | 詳細分類 | 主気管支 | |

「3.両側」「7.側性なし」はエラー！

■側性のない臓器

- ・「7.側性なし」を選択してください。

| | | | |
|-------|--|------------|--|
| ⑧側性 | <input checked="" type="checkbox"/> 1.右 <input checked="" type="checkbox"/> 2.左 <input checked="" type="checkbox"/> 3.両側 <input checked="" type="checkbox"/> 7.側性なし <input checked="" type="checkbox"/> 9.不明 | | |
| ⑨原発部位 | 大分類 | 肝、胆管、胆のう | |
| | 詳細分類 | 肝（肝内胆管を除く） | |

「1.右」、「2.左」、「3.両側」、「9.不明」はエラー！

■両側を選択できる臓器

- 下記の3つのみ選択可能です。
- 1) 両側卵巣に発生した同じ組織形態の卵巣腫瘍
- 2) 両側腎臓に発生した腎芽腫
- 3) 両側網膜に発生した網膜芽細胞腫

これら以外の側性のある臓器において左右両側に原発⇒左右それぞれ届出

3つ以外はエラー！

側性（よくある例）

原発不明がん（C80.9） × 「9.不明」 ⇒ ○ 「7.側性なし」

| | | | |
|-------|--|--------|--|
| 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 checked="" type="checkbox"/> 9.不明 | | |
| ⑨原発部位 | 大分類 | その他 | |
| | 詳細分類 | 原発部位不明 | |
| ⑩病理診断 | 組織型・性状 | 悪性腫瘍 | |

肺がん（C34.*）左右どちらとも病変があり、どちらが原発かわからない場合

× 「3.両側」 ⇒ ○ 「9.不明」

甲状腺がん（右葉）（C73.9）

× 「1.右側」 ⇒ ○ 「7.側性なし」

原発部位（マニュアルP32）

当該がんの原発部位（補足情報は、備考欄に入力してください。）

| | | | | | |
|-------|-------|--|-------|-------|--------|
| 腫瘍の種類 | ⑧側性 | <input checked="" 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 | 肺・気管 | | |
| | ⑩病理診断 | 組織型・性状 | 上葉, 肺 | C34.1 | |
| | | | | | 8140/3 |

■ 診断名ではなく、
原発部位を選択してください。
全国がん登録届出マニュアル（P30）参照

注意！

転移巣の治療をした場合でも、
原発巣を登録します！

| 診断名 | 原発部位(例) | 備考 |
|------------------|---------|--|
| 食道癌 | 胸部食道 | |
| 大腸癌 | 盲腸 | |
| 転移性肺癌(大腸癌からの肺転移) | 横行結腸 | 全国がん登録では転移部位は登録されません。 |
| 転移性肺癌(転移を伴う肺癌) | 肺下葉 | |
| 転移性肺癌(原発部位不明) | 原発不明 | |
| 悪性リンパ腫 | 胃体部 | 節外性では原発の臓器 |
| 悪性リンパ腫 | 頸部リンパ節 | 節性では原発のリンパ節 |
| 慢性骨髄性白血病 | 骨髄 | ICD-O-3 では白血病の原発部位はすべて「骨髄」となります。 |
| 骨肉腫 | 大腿骨 | その他、骨軟部腫瘍、褐色細胞腫、悪性黒色腫等、診断名に原発部位が含まれない場合、特にご注意ください。 |
| 悪性中皮腫 | 胸膜 | |

病理診断（マニュアルP34）

当該がんの形態

■ 治療の影響による組織型変化が想定される場合、治療前に得られた組織型を優先し、それ以外により詳細な病理診断報告に基づき決定してください。

よくある質問

Hos-CanR Liteは、分化度の入力欄があります！

1. 病理診断報告で、高分化型管状腺癌と診断されましたが、電子届出票（PDFファイル）には、高分化（分化度）の情報を入力するところがありません。どうしたらいいですか？

| | | | |
|-------|--|-------------|--------|
| ⑨原発部位 | 大分類 | 盲腸・結腸、直腸、肛門 | |
| | 詳細分類 | 上行結腸 | C18.2 |
| ⑩病理診断 | 組織型・性状 | 管状腺癌 | 8211/3 |
| 備考 | 病理診断＝高分化型管状腺癌 | | |
| | 分化度を入力するところがないため、備考欄でお知らせください。サーベイランスセンターで分化度の入力を行います。 | | |

分化度を入力するところがないため、備考欄でお知らせください。
サーベイランスセンターで分化度の入力を行います。

よくある質問

2. 病理学的診断を行っていない場合はどうしたらいいですか？

| | | | |
|-------|--------|-------------|--------|
| ⑨原発部位 | 大分類 | 盲腸・結腸、直腸、肛門 | |
| | 詳細分類 | 上行結腸 | C18.2 |
| ⑩病理診断 | 組織型・性状 | 悪性腫瘍 | 8000/3 |

病理学的診断を行っていない場合
「診断根拠が顕微鏡的（病理学的）診断でない
時に用いてもよい形態コード」の一覧から選択してください。

注意！

前医で病理診断を行っている場合は、
診療情報提供書から組織型を判断してください。
がんであるという情報しかない場合は、悪性腫瘍
(8000) を選択することになります。

※全国がん登録届出マニュアル（P36）

| 診断根拠が顕微鏡的(病理学的)診断でない時に用いてもよい形態コード | 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※ | 9550 | 頭蓋咽頭腫 | |
| 8150 | 腺内分泌腫瘍 | 8380 | グリオーマ | |
| 8151 | インスリノーマ | 8384/1 | 上皮下巨細胞性アストロサイトーマ | |
| 8152 | 腸グルカゴン腫瘍 | 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 | 腺内分泌・外分泌細胞混合腫瘍 | 9530 | 髄膜腫, NOS | |
| 8160/3 | 胆管細胞癌※※ | 9531 | 髄膜皮性髄膜腫 | |
| 8170 | 肝細胞癌 | 9532 | 線維性髄膜腫 | |
| 8270 | 褐色色素性腫瘍/癌(下葉体腫瘍) | 9533 | 砂粒性髄膜腫 | |
| 8271 | プロラクチノーマ(下葉体腫瘍) | 9534 | 血管性髄膜腫 | |
| 8272 | 下垂体腺腫/癌, NOS | 9535 | 血管性髄膜腫 | |
| 8280 | 好酸性腺腫/癌(下葉体腫瘍) | 9537 | 移行性髄膜腫 | |
| 8281 | 好酸性・好塩基性混合腺腫/癌(下葉体腫瘍) | 9538 | 明細胞髄膜腫/乳球状髄膜腫 | |
| 8720 | 黒色腫(眼又は皮膚に原発の場合) | 9539 | 異型髄膜腫 | |
| 8800 | 肉腫, NOS | 9590 | リンパ腫 | |
| 8960 | 腎芽腫 | 9732 | 多発性骨髄腫 | |
| 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

診断施設（マニュアルP37）

当該がんの初回治療前の診断において、最も確からしい検査を行った施設を特定するための項目
※最も確からしい検査の定義：全国がん登録届出マニュアル参照

注意！

「がん」と診断された（陽性であった）検査を他施設での検査も含めて時系列に並べること！
初回治療前の診断において、最も確からしい検査が…

- 自施設受診後に実施された場合 → 自施設診断
- 自施設受診前に実施された場合 → 他施設診断

他施設から紹介されてきた場合
自施設の検査のみで判断しないように注意！

診断日（マニュアルP40）

当該がんの初回治療前の診断のために行った検査のうち「がん」と診断する根拠となった検査を行った日

注意！

- 自施設診断 → 最も確からしい検査を行った日
- 他施設診断 → 当該がんの診断や治療のために初めて患者が自施設を受診した日

検査結果が出た日ではありません。

他施設での最も確からしい検査を行った日ではありません。

診断施設と診断日

※「がん」と診断された（陽性であった）検査を他施設での検査も含めて時系列に並べ初回治療前の診断において、最も確からしい検査を選択！

ちなみに、前医は…最も確からしい検査「細胞診」を診断日とする。

| 前医 | 紹介 | 自施設 (がんの初診日: 2022/07/13) |
|----------------------------|----|--------------------------------|
| 5.臨床検査(画像) (2022/07/01) | → | 5.臨床検査(画像) (2022/07/14) |
| 3.細胞診 (2022/07/05) | → | 1.原発巣の組織診 (2022/07/15) |

| 項目 | 自施設 | 前医(自施設) |
|------|------------|------------|
| 診断施設 | 自施設診断 | 自施設診断 |
| 診断日 | 2022/07/15 | 2022/07/05 |

| 前医 | 紹介 | 自施設 (がんの初診日: 2022/07/13) |
|----------------------------|----|--------------------------------|
| 5.臨床検査(画像) (2022/07/01) | → | 5.臨床検査(画像) (2022/07/14) |
| 1.原発巣の組織診 (2022/07/05) | → | |

| 項目 | 自施設 | 前医(自施設) |
|------|------------|------------|
| 診断施設 | 他施設診断 | 自施設診断 |
| 診断日 | 2022/07/13 | 2022/07/05 |

※他施設診断の場合、当該腫瘍初診日が診断日

ちなみに、前医は…最も確からしい検査「原発巣の組織診」を診断日とする。

注意点！

最も確からしい検査が複数回行われている場合は、より早い日に行われた検査を選択！

| 前医 | 紹介 | 自施設 (がんの初診日: 2022/07/13) |
|----------------------------|----|--------------------------------|
| 5.臨床検査(画像) (2022/07/01) | → | 1.原発巣の組織診 (2022/07/15) |
| 1.原発巣の組織診 (2022/07/05) | → | 5.臨床検査(画像) (2022/07/15) |

| 項目 | 自施設 | 前医(自施設) |
|------|------------|------------|
| 診断施設 | 他施設診断 | 自施設診断 |
| 診断日 | 2022/07/13 | 2022/07/05 |

※他施設診断の場合、当該腫瘍初診日が診断日

⑥生年月日 ⑭診断日 ⑳死亡日

① 全国がん登録届出票

日付のルール
生年月日 ≤ 診断日 ≤ 死亡日 < 届出日

自施設で死亡の場合

届出日

治療施設 (マニュアルP38)

治療施設の選択にはご注意ください！

| | |
|---------------------------------|--|
| 1 自施設で初回治療をせず、他施設に紹介又はその後の経過不明 | 自施設で初回治療方針を決定したが、治療の施行は他施設へ紹介・依頼した場合。あるいは、他施設診断症例で、治療目的で紹介されたが、自施設では治療は行わず、他施設へ紹介した場合。または、初回治療方針決定前に患者が来院しなくなった場合。 |
| 2 自施設で初回治療を開始 | 当該がんの初回治療に関する決定が行われ、その実施が開始された場合。 “経過観察”の決定かつ実行も含む。 |
| 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 | 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。 |
| 4 他施設で初回治療を終了後に、自施設を受診 | 他の医療機関で、初回治療終了後に自施設を受診した場合。自施設受診後の治療の有無は問わない。 |
| 8 その他 | 死体解剖で初めて診断された場合。 |

このパターンで「8,その他」を選択している場合があります。

自施設では何も治療をしていない(経過観察+緩和ケア)という理由で、「8,その他」を選択している場合があります。

注意！

ほとんどの場合、1～4のいずれかに分類できるように設定されていますので、「8,その他」は容易に使用しないこと。

※「8,その他」の場合には、問合せをさせていただくことがあります。
※やむを得ず選択した場合は、備考欄でどのような症例であったかお知らせください。

注意！

がんに対する積極的な治療は行わない
経過観察(緩和ケアを含む)の症例はご注意ください！

初回治療としての経過観察(緩和ケアを含む)を自施設で開始した場合
⑫治療施設は2を選択(経過観察も治療方針のひとつと考える)

⑫治療施設

1. 自施設で初回治療をせず、他施設に紹介又はその後の経過不明

2. 自施設で初回治療を開始

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

4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診

8. その他

初回治療としての経過観察(緩和ケアを含む)を他施設で開始し自施設で継続した場合
⑫治療施設は4を選択
3ではないので注意！←ここがほかの治療と異なる

ただし！

経過観察(緩和ケアを含む)は初回治療として計画されていても⑮～⑳の初回治療欄には記入しません(その他の治療にも含めない)

診断根拠 (マニュアルP39)

自施設、他施設に関わらず、患者の全過程を通じて「当該がん」の診断根拠となった最も確かな検査を判断するための項目

※診断施設・診断日は、初回治療前に行った検査で判断するため、診断根拠の考え方が異なります！

初回治療前ではありません！



| 項目 | 自施設 |
|------|------------|
| 診断施設 | 自施設診断 |
| 診断日 | 2022/07/15 |
| 診断根拠 | 1. 原発巣の組織診 |

診断施設・診断日は、初回治療前の、最も確かな検査「3. 細胞診」検査日となる。

全過程を通じての、最も確かな検査を選択



| 項目 | 自施設 |
|------|------------|
| 診断施設 | 他施設診断 |
| 診断日 | 2022/07/13 |
| 診断根拠 | 1. 原発巣の組織診 |

自施設だけの情報で、「5. 臨床検査」ではありません。

初回治療継続・終了後の場合は、前医の診療情報提供書からわかる範囲で判断すること。

⑬ 診断根拠 ⑨ 原発部位

原発部位不明 (C80.9) の場合

⑬ 診断根拠に

「1. 原発巣の組織診」を選択するとエラー
組織診断で診断された場合は、
「2. 転移巣の組織診」を選択

| | | | | |
|--------|---|------|--------|--------|
| 腫瘍の種類 | ⑨ 原発部位 | 大分類 | その他 | |
| | | 詳細分類 | 原発部位不明 | C80.9 |
| ⑩ 病理診断 | 組織型・性状 | 悪性腫瘍 | | 8000/3 |
| ⑪ 診断施設 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input type="checkbox"/> 2. 他施設診断 | | | |
| ⑫ 治療施設 | <input checked="" 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 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"/> 5. その他 | | | |
| ⑬ 診断根拠 | <input checked="" 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 <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 | | | |

⑬ 診断根拠 ⑩ 病理診断

| | | | | |
|--------|---|--------|------|--------|
| 腫瘍の種類 | ⑩ 病理診断 | 組織型・性状 | 悪性腫瘍 | 8000/3 |
| ⑪ 診断施設 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input checked="" 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 <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"/> 5. その他 | | | |
| ⑬ 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 <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 | | | |

⑬ 診断根拠が顕微鏡による診断に基づかない場合、
⑩ 病理診断は「悪性腫瘍 8000/3」を選択
※例外的に定められている疾患および
部位特異的腫瘍マーカーで診断できる4疾患を除く

病理診断と診断根拠

※全国がん登録届出マニュアル参照

第2章：届出項目について

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 | 膵グルカゴン腫瘍 | 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 | 髄膜腫、NOS |
| 8160/3 | 胆管細胞癌※※ | 9531 | 髄膜炎性髄膜腫 |
| 8170 | 肝細胞癌 | 9532 | 線維性髄膜腫 |
| 8270 | 緑色素性髄腫/瘤(下垂体腫瘍) | 9533 | 砂粒腫性髄膜腫 |
| 8271 | プロラクチノーマ(下垂体腫瘍) | 9534 | 血管腫性髄膜腫 |
| 8272 | 下垂体腫瘍/瘤、NOS | 9535 | 血管芽腫性髄膜腫 |
| 8280 | 好酸性髄腫/瘤(下垂体腫瘍) | 9537 | 移行型髄膜腫 |
| 8281 | 好酸性・好塩基性混合髄腫/瘤(下垂体腫瘍) | 9538 | 明細胞髄膜腫/乳頭状髄膜腫 |
| 8720 | 黒色腫(眼又は皮膚に原発の場合) | 9539 | 異型髄膜腫 |
| 8800 | 肉腫、NOS | 9590 | リンパ腫 |
| 8960 | 腎芽腫 | 9732 | 多発性骨髄腫 |
| 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

注意！

一覧にない形態コードの場合

【診断根拠】

1. 原発巣の組織診
2. 転移巣の組織診
3. 細胞診

以外を選択した場合は、エラー！

注意！

部位特異的腫瘍マーカーが診断根拠となった症例の場合は
ご注意ください！

「4. 部位特異的腫瘍マーカー」を選択できる場合

- 1) 肝細胞癌（形態コード8170/3）でのAFP高値
- 2) 絨毛癌（形態コード9100/3）でのHCG高値
- 3) 神経芽細胞腫（形態コード9500/3）でのVMA高値
- 4) ワルデンストレームマクログロブリン血症（形態コード9761/3）での免疫グロブリン高値

4つ以外の腫瘍マーカーで診断された場合は、
「5. 臨床検査」を選択してください。

4つ以外の形態コードで、「4. 部位特異的腫瘍マーカー」を選択した場合エラー！

| | | | |
|-------|--------|---|--------|
| ⑨原発部位 | 大分類 | 肝、胆管、胆のう | |
| | 詳細分類 | 肝（肝内胆管を除く） | C22.0 |
| ⑩病理診断 | 組織型・性状 | 肝細胞癌 | 8170/3 |
| ⑪診断根拠 | | <input type="checkbox"/> 1. 原発巣の組織診 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 部位特異的腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 2. 転移巣の組織診 <input type="checkbox"/> 5. 臨床検査 <input type="checkbox"/> 3. 細胞診 <input type="checkbox"/> 6. 臨床診断 <input type="checkbox"/> 9. 不明 | |

矛盾がないように！

8170/3
9100/3
9500/3
9761/3

発見経緯（マニュアルP41）

当該がんが診断される発端となった状況を把握するための項目

自施設、他施設を問わず、当該がんに関して**初めて医療機関を初診した際の状況**を、判断

よくある質問

| | |
|-------|---|
| ⑬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"/> 4. 剖検発見 <input type="checkbox"/> 8. その他 <input type="checkbox"/> 9. 不明 <input type="checkbox"/> 3. 他疾患の経過観察中の偶然発見 |
|-------|---|

1. 初診した医療機関が他施設の場合、発見経緯がわかりません。どうしたらいいですか？

診療情報提供書等でわかれば、入力してください。わからなければ、「9. 不明」を選択してください。

2. 自覚症状があり、がん検診を受診した場合は、どうなりますか？

自覚症状があり、がん検診を受診した → 「1. がん検診・健康診断・人間ドックでの発見例」
自覚症状があり、医療機関を受診した → 「8. その他」

進展度と病理診断（マニュアルP42・43）

注意！

病理診断の性状コードと進展度の矛盾にご注意ください。

| | | | |
|-------------|--------|--|--------|
| ⑨原発部位 | 大分類 | 盲腸・結腸、直腸、肛門 | |
| | 詳細分類 | 上行結腸 | C18 |
| ⑩病理診断 | 組織型・性状 | 腺癌 | 8140/3 |
| ⑬進展度・治療前 | | <input checked="" type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 | |
| ⑭進展度・術後病理学的 | | <input checked="" type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 660. 手術不詳 | |

性状コード「/3」で
進展度が「上皮内」

矛盾がないように！

性状コード「/3」なので、限局以上と判断できるが、
進展度「400. 上皮内」を選択されている場合、問合せをさせていただきます。

性状コード

| |
|----------------------|
| /0 良性 |
| /1 良性又は悪性の別不詳 |
| /2 上皮内癌 |
| /3 悪性、原発部位 |
| /6 悪性、転移部位 |
| /9 悪性、原発部位又は転移部位の別不詳 |

注意！

(○○○○/3) → 上皮内、該当せず以外

(○○○○/2) = 上皮内

矛盾のないようにしてください。

※造血器腫瘍を除く

進展度・治療前（マニュアルP42）

よくある質問

他施設で診断・初回治療を開始している症例の、治療前の進展度がわかりません。

| | |
|----------|--|
| ⑪診断施設 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input checked="" 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、他施設で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 checked="" type="checkbox"/> 3. 他施設で初回治療を開始後に、自施設を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、自施設を受診 <input type="checkbox"/> 8. その他 |
| ⑬進展度・治療前 | <input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明 |

■「2. 他施設診断、3. 他施設で初回治療を開始後に、自施設を受診して初回治療を継続または4. 他施設で初回治療終了後」の場合

→ 前医からの診療情報提供書等に治療前の進展度の記載があれば、その情報を記入してください。わからなければ、「499. 不明」としてください。

注意！

前医の初回治療の、術後進展度ではありません。

進展度・術後病理学的 (マニュアルP43)

自施設で

観血的治療あり

| | | | |
|-------------|--------------------|-------------------------------------|--------|
| ⑩病理診断 | 組織型・性状 | 上皮内癌 | 8010/2 |
| ⑪診断施設 | 自施設診断 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| ⑫治療施設 | 施設で初 | <input type="checkbox"/> | |
| ⑬診断根拠 | 顕微鏡的 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| ⑭診断日 | 2019年4月30日 | | |
| ⑮発見経緯 | 検診・健康診断・人間ドックでの発見例 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| ⑯進展度・治療前 | 400. 上皮内 | <input type="checkbox"/> | |
| ⑰進展度・術後病理学的 | 400. 上皮内 | <input checked="" type="checkbox"/> | |

「上皮内」または、性状コード：「/2」の場合は
進展度・術後病理学的：「400. 上皮内」を選択

「悪性」または性状コード：「/3」の場合は「400. 上皮内」を選択するとエラー×

進展度・術後病理学的 (マニュアルP43)

自施設で

観血的治療なし

| | | | | | | | | |
|-------------|-----------|--------------------------|-------------|-------------------------------------|---------------|-------------------------------------|-------------|--------------------------|
| ⑰進展度・術後病理学的 | 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. 隣接臓器浸潤 | <input type="checkbox"/> |
| ⑱外科的 | 1. 自施設で施行 | <input type="checkbox"/> | 2. 自施設で施行なし | <input checked="" type="checkbox"/> | 9. 施行の有無不明 | <input type="checkbox"/> | 777. 該当せず | <input type="checkbox"/> |
| ⑲鏡視下 | 1. 自施設で施行 | <input type="checkbox"/> | 2. 自施設で施行なし | <input checked="" type="checkbox"/> | 9. 施行の有無不明 | <input type="checkbox"/> | 777. 該当せず | <input type="checkbox"/> |
| ⑳内視鏡的 | 1. 自施設で施行 | <input type="checkbox"/> | 2. 自施設で施行なし | <input checked="" type="checkbox"/> | 9. 施行の有無不明 | <input type="checkbox"/> | 777. 該当せず | <input type="checkbox"/> |
| ㉑観血的治療の範囲 | 1. 腫瘍遺残なし | <input type="checkbox"/> | 4. 腫瘍遺残あり | <input type="checkbox"/> | 6. 観血的治療なし | <input checked="" type="checkbox"/> | 9. 不明 | <input type="checkbox"/> |

自施設で観血的治療を行っていない場合の
進展度・術後病理学的は必ず
「660. 手術なし・術前治療後」を選択
「499. 不明」はNG

白血病、多発性骨髄腫を除く

この組み合わせ以外は

エラーになります！！

※術前治療（術前化学療法など）を行った場合も進展度は「660」を選択

注意！

進展度 (白血病、多発性骨髄腫)

「777. 該当せず」について

白血病、多発性骨髄腫 (局在コードがC42.0又はC42.1) の場合、選択してください。

その他の部位は、「777. 該当なし」以外を選択してください。

白血病、多発性骨髄腫の場合には進展度「777. 該当せず」を選択
また、進展度「777. 該当せず」を選択できるのは白血病、多発性骨髄腫のみ

| | | | | |
|-------------|-----------|-------------------------------------|-----------|--------------------------|
| ⑨原発部位 | 大分類 | 白血病、骨髄、血液 | | |
| ⑩病理診断 | 詳細分類 | 白血病、骨髄 (マクログロブリン血症を除く) | C42.1 | |
| ⑪診断施設 | 組織型・性状 | 多発性骨髄腫 | 9732/3 | |
| ⑯進展度・治療前 | 400. 上皮内 | <input type="checkbox"/> | 410. 限局 | <input type="checkbox"/> |
| ⑰進展度・術後病理学的 | 440. 遠隔転移 | <input checked="" type="checkbox"/> | 777. 該当せず | <input type="checkbox"/> |

観血的治療の有無にかかわらず

注意！

UICC TNM分類の結果から変換表を用いて、進展度を判断している医療機関で、TNM分類に該当しない器官/組織型 (脳、リンパ腫等) で、「777. 該当せず」を選択していることがあります。「777. 該当せず」は、「UICC TNM分類に該当しない」という項目ではありませんので、ご注意ください。

進展度 (よくあるエラー症例)

- 自施設で観血的治療なし
⑰進展度・術後病理学的
✗「499. 不明」⇒ ○「660. 手術なし・術前治療後」
最も多いエラーです
- 白血病、自施設で観血的治療なし
⑰進展度・術前病理学的
✗「660. 手術なし・術前治療後」⇒ ○「777. 該当せず」
※⑯進展度・治療前も「777. 該当せず」

内視鏡的治療（マニュアルP47） （胆のう、胆管、膵臓におけるステント留置）

| | | | | |
|----------|-----------|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 初回 治療 | ⑮外科的 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 | <input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし | <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| | ⑯鏡視下 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 | <input 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 | <input 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. 腫瘍遺残なし | <input type="checkbox"/> 4. 腫瘍遺残あり | <input type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9. 不明 |

胆のう、胆管、膵臓における減黄のための**ステント留置**は緩和的治療とみなすので、「**2. 自施設で施行なし**」を選択
㉑その他治療としても選択しない

29

その他治療（マニュアルP51）

自施設で実施した場合の有無を選択してください。

| | | | | |
|-------|--------|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| その他治療 | ㉒放射線療法 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 | <input 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 | <input 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 | <input 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 | <input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし | <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |

注意！

紹介元・紹介先の他施設の治療内容は選択しないこと！
自施設での実施の有無なので、1か2を選択するようにお願いします。
他施設の治療内容は、備考欄でお知らせください。

■血管塞栓術も併用した肝動脈化学塞栓療法
→「化学療法」と「その他の治療」を選択

■免疫療法
→「その他の治療」を選択

各項目の摘要欄をご確認ください。
いろいろなパターンがあります！

30

死亡日（マニュアルP52）

自施設で死亡
した場合のみ記入

※他施設で亡くなった場合
死亡日欄には記入せず、
備考欄にその旨を記入

死亡日が曖昧な場合は
エラーになります！！
例) yyyy/mm/99 or 88
yyyy/99/99
9999/99/99

| | | | | |
|------|--------------------------------|---|---|---|
| ㉖死亡日 | <input type="checkbox"/> 0. 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| 備考 | 紹介先のB病院より2020年8月15日死亡と報告あり | | | |

(全半角128文字)

31

備考欄について（マニュアルP53）

同一人物の照合や、同一がんの集約に役立つ情報をお知らせください。

- ・カナ氏名、氏名に関すること
⇒旧姓、ミドルネーム、通称名も備考欄へ
- ・性別に関すること
- ・診断後の住所の異動に関すること
- ・紹介元、紹介先病院等に関すること
- ・他施設の初回治療の情報に関すること
- ・既往のがんや転移部位に関すること
- ・当該がんの詳細な病理診断に関すること
- ・手術日など治療の詳細

など

これらの情報は、がんの集約にとっても役立ちます。
備考欄への入力にご協力をお願いします。

32

パターン化できる例

■ 自施設で診断のみ（造血管腫瘍以外）

| | |
|-------------|--|
| ①診断施設 | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input type="checkbox"/> 2. 他施設診断 |
| ②治療施設 | <input checked="" 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 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 |
| ③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 <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 |
| ④診断日 | <input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |
| ⑤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 <input type="checkbox"/> 4. 剖検発見 <input type="checkbox"/> 8. その他 <input type="checkbox"/> 9. 不明 |
| ⑥進展度・治療前 | <input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 999. 不明 |
| | <input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input checked="" type="checkbox"/> 560. 手術なし・術前治療後 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 999. 不明 |
| ⑦進展度・術後病理学的 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| ⑧観血的治療の範囲 | <input type="checkbox"/> 1. 原発巣切除 <input type="checkbox"/> 4. 姑息的な観血的治療 <input checked="" type="checkbox"/> 5. 観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9. 不明 |
| | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| ⑨放射線療法 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| ⑩化学療法 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| ⑪内分泌療法 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| ⑫その他治療 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |

33

パターン化できる例

■ 他施設で初回治療終了後（造血管腫瘍以外）

| | |
|-------------|--|
| ①診断施設 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 他施設診断 |
| ②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 |
| ③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 <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 |
| ④診断日 | <input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |
| ⑤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 <input type="checkbox"/> 4. 剖検発見 <input type="checkbox"/> 8. その他 <input type="checkbox"/> 9. 不明 |
| ⑥進展度・治療前 | <input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input checked="" type="checkbox"/> 999. 不明 |
| | <input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 所属リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input checked="" type="checkbox"/> 560. 手術なし・術前治療後 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 999. 不明 |
| ⑦進展度・術後病理学的 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| ⑧観血的治療の範囲 | <input type="checkbox"/> 1. 原発巣切除 <input type="checkbox"/> 4. 姑息的な観血的治療 <input checked="" type="checkbox"/> 5. 観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9. 不明 |
| | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| ⑨放射線療法 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| ⑩化学療法 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| ⑪内分泌療法 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| ⑫その他治療 | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |
| | <input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明 |

34

その他

- 過去の症例の届出について届出対象年以前の症例の届出漏れを発見した場合、速やかに届出をお願いします。
- 尚、2015年以前の症例については、地域がん登録の様式での届出となりますのでご注意ください。

山口県のがん登録について

1 「地域がん登録」について

一定の対象集団（山口県の場合は、山口県在住の方を対象。）において、一定の期間に新たに「がん（悪性新生物）」と診断された方について、診断時の情報や、その後の生存情報を集めて、罹患（りかん）数、生存率などを算出する「地域がん登録」と言います。

こうしたデータを集計・分析することによって、地域や性別、年齢によってかかりやすいがんの種類や、どのような治療がより効果があるのか等を知ることができ、がんの実態、その地域の特徴に合わせた医療計画や予防対策を立てることにつながるだけでなく、実際に実行されたがん対策等を評価するための貴重な資料となります。

1) 「山口県地域がん登録の届出の手引き」について

別添のPDFファイルをご覧下さい。

[山口県地域がん登録届出の手引き \(PDF: 429KB\)](#)

2) 「山口県地域がん登録届出票」について

別添のPDFファイルをご覧下さい。不足した場合は、A4用紙に印刷してご使用下さい。

[H27改定 山口県がん登録届出票 \(表\) \(PDF: 112KB\)](#)

[H27改定 山口県がん登録届出票 \(裏\) \(PDF: 207KB\)](#)

35

届出票の取り直し・修正について

提出済みの届出票に関する修正について、届出票による再提出は不要です。

修正・差し替え・削除などの必要がある場合は

必ずがんサーベイランスセンターへ電話でご連絡ください。サーベイランスセンターで修正します。

※新たに届出を行う必要はありません

→ご連絡なしで訂正分を届出された場合

システムの都合上、通常の届出として処理してしまうので

本来1つである届出に対して二重に集計を行うことになってしまいます。

36



問い合わせ先

山口県がんサーベイランスセンター（山口大学医学部附属病院内）

TEL : 0836-22-2158（直通）