

愛媛県全国がん登録研修会

演習1 解説

独立行政法人国立病院機構
四国がんセンター
愛媛県がん登録室



演習1

令和 3年 9月10日 食欲不振を主訴に自施設を受診。

同日、上部内視鏡検査を行い、胃前庭部に2cm大のポリープ(肉眼型分類: 0 - I 型)を認めた。

生検(病理組織診断)施行。

令和 3年 9月21日 生検(病理組織診断)の結果、Group5 (tub1)と診断。本人へ説明したところ、治療は〇〇病院を希望されたため紹介した。

※肉眼型分類 0 型 表在型: 癌が粘膜下組織までにとどまる場合に多く見られる肉眼形態。
※肉眼型分類 0 - I 型 隆起型: 0 型(表在型)の亜分類。明らかな腫瘤状の隆起が認められる。
※Group 5: 胃生検組織診断分類(Group分類)で「癌」と分類される病変のこと。
※tub1: tubular adenocarcinoma well differentiated type、高分化型管状腺癌



患者情報の入力 ①～⑦

◆ チェックボックスをクリックして、届出票入力ができる状態にします。

チェックすると入力できるようになります



全国がん登録届出票①

※ 演習では①～⑦はあらかじめ入力済です。

①病院等の名称	愛媛県 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター				
②診療録番号	111111 (全半角16文字)				
③カナ氏名	シ	シコク (全角カナ10文字)	メイ	タロウ (全角カナ10文字)	
④氏名	氏	四国 (全角10文字)	名	太郎 (全角10文字)	
⑤性別	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 男性 <input type="checkbox"/> 2. 女性				
⑥生年月日	<input checked="" 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 1944 年 1 月 1 日				
⑦診断時住所	都道府県選択	愛媛県 (全半角40文字)			
	市区町村以下	松山市南梅本町甲160			

⑤性別：住民登録されている性別。生物学的な性別が異なる場合は備考欄へ記載。

⑦診断時住所：がんと診断された時の住所。届出時の最新住所が診断時住所と異なる場合、備考欄へ最新住所を記載。



腫瘍の種類 ⑧～⑩

◆ ⑨⑩は、「大分類」→「詳細分類」→「組織型・性状」の順に入力します。

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. 側性なし <input type="checkbox"/> 9. 不明		
	⑨原発部位	大分類	胃、小腸	
		詳細分類	胃前庭部	C16.3
⑩病理診断	組織型・性状	管状腺癌	8211/3	

令和 3年 9月10日 上部内視鏡検査を行い、⑨胃前庭部に2cm大のポリープ（肉眼型分類：0 - I 型）を認めた。

令和 3年 9月21日 生検（病理組織診断）の結果、Group5（⑩tub1）と診断。
※tub1: tubular adenocarcinoma well differentiated type、高分化型管状腺癌



⑧側性について

3.両側 が付与できるのは以下の3つのみ。

- 1)両側卵巣(局在コード C56.9)に発生した**同じ組織形態の卵巣腫瘍**
- 2)両側腎臓(局在コード C64.9)に発生した**腎芽腫(ウィルムス腫瘍)**(形態コード8960/3)
- 3)両側網膜(局在コード C69.*)に発生した**網膜芽細胞腫**(形態コード 9510-9512/3)

※上記3つ以外の側性のある臓器において、左右両側に原発した場合は、左右それぞれ異なる腫瘍として届出情報を作成してください。

側性のある臓器

唾液腺(耳下腺・顎下腺・舌下腺)、扁桃(扁桃窩、扁桃口蓋弓など)

鼻腔・中耳、耳・外耳道の皮膚、副鼻腔の一部(上顎洞、前頭洞)

主気管支・肺、胸膜

眼瞼の皮膚、その他の顔面の皮膚、体幹の皮膚、

上肢の皮膚・末梢神経(肩甲部含む)、下肢の皮膚・末梢神経(股関節部含む)

上肢・肩甲骨の骨、下肢の骨、肋骨・鎖骨など、骨盤骨など

上肢・肩の軟部組織、下肢・股関節部の軟部組織

乳房、卵巣・卵管、精巣・副睪丸

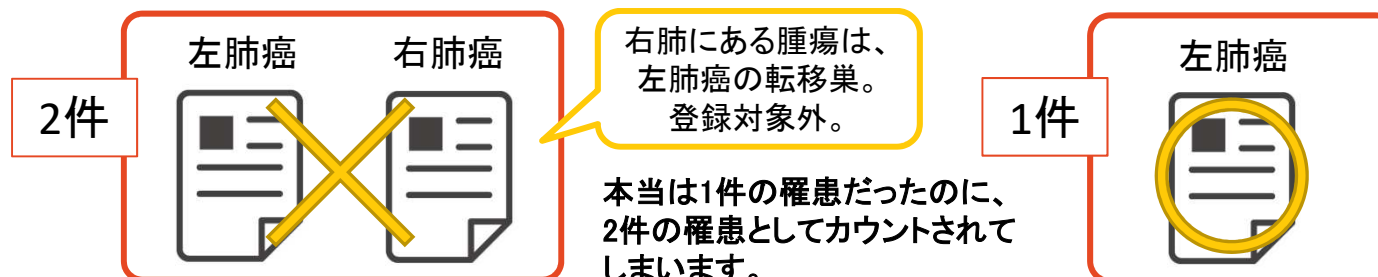
腎・腎盂・尿管、眼球・涙腺、副腎・頸動脈小体



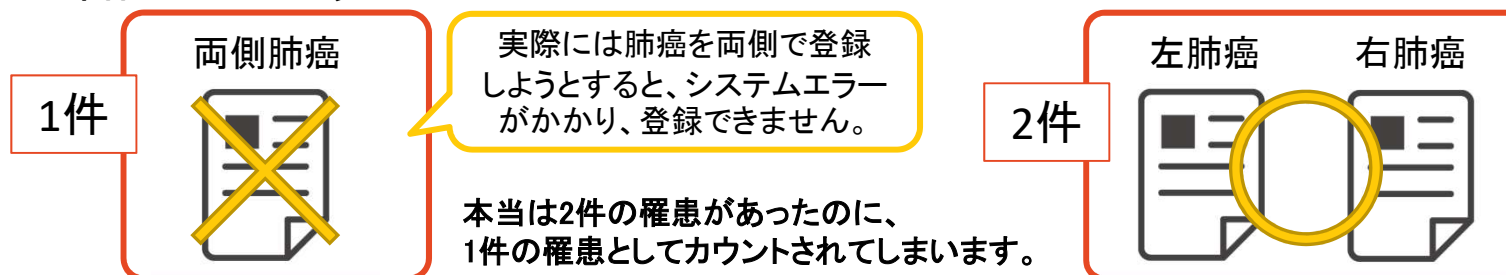
⑧側性について

側性は多重がんの判定に用いられ、側性の決定はがんの数に影響を与えます。

例1) 左側に原発性の肺癌、右側に転移性肺癌と診断された人の情報を両側とも原発性肺癌として2件届出してしまうと・・・



例2) 両側に原発性の肺癌を診断された人の情報を、両側肺癌として1件で届出してしまうと・・・



診療情報 ⑪～⑮

◆ ⑭診断日は検査施行日。 ⑮症状による受診は「8.その他」。

診断情報	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"/> 8. 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
	⑭診断日	<input checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 2021 年 9 月 10 日
	⑮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 checked="" type="checkbox"/> 8. その他 <input type="checkbox"/> 9. 不明

⑭令和3年9月10日 ⑮食欲不振を主訴に自施設を受診。 ← ↓ ⑪自施設診断
同日、上部内視鏡検査、⑪⑬生検(病理組織診断)施行。

令和3年9月21日 ⑫治療は〇〇病院へ紹介。



進行度 ①⑥～①⑦

- ◆ ①⑥①⑦胃癌の進展度に「上皮内」は用いない。
- ◆ ①⑦自施設でがんの切除を行っていない時は必ず「660.手術なし・術前治療後」
※局在C42.1除く

進行度	①⑥進展度・治療前	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内	<input checked="" 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"/> 440. 遠隔転移	<input type="checkbox"/> 777. 該当せず	<input type="checkbox"/> 499. 不明	
	①⑦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. 隣接臓器浸潤
		<input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移	<input checked="" 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

令和3年9月10日 胃前庭部に①⑥2cm大のポリープ(肉眼型分類: 0-I型)。

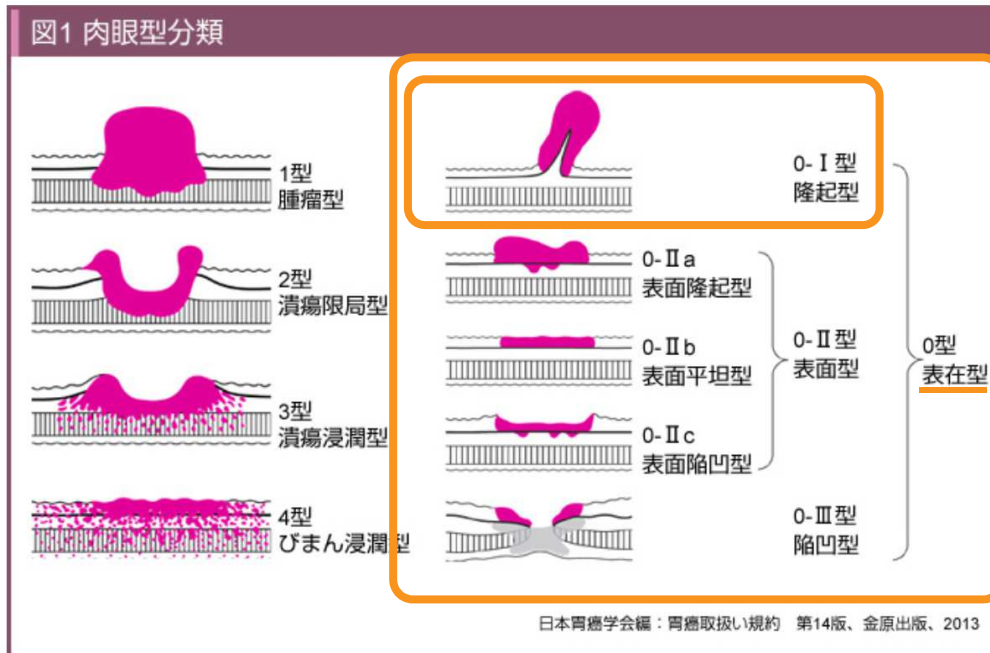
→ 粘膜や固有筋層などへ浸潤している等の
病理学的診断はない。肉眼的に判断した進展度でよい。

令和3年9月21日 生検(病理組織診断)の結果、Group5(tub1)と診断。

①⑦治療は〇〇病院へ紹介。 → 自施設で切除(治療)していない。



胃癌の肉眼型分類と 胃生検組織診断分類 (Group分類)



※肉眼型分類 0型 表在型：癌が粘膜下組織までにとどまる場合に多く見られる肉眼形態。

※肉眼型分類 0-I型 隆起型：0型(表在型)の亜分類。明らかな腫瘤状の隆起が認められる。

生検組織診断分類 (Group分類)
(胃癌取扱い規約第14版による)

Group X

生検組織診断ができない不適材料

Group 1

正常組織および非腫瘍性病変

Group 2

腫瘍(腺腫または癌)か非腫瘍性か
判断の困難な病変

Group 3

腺腫

Group 4

腫瘍と判定される病変のうち、
癌が疑われる病変

Group 5

癌



初回治療⑱～㉕・死亡日㉖

- ◆ 自施設で実施された初回治療の有無を入力。
- ◆ 紹介先や紹介元で行われた初回治療の有無は入力しない。

初回治療	観血的治療	⑱外科的	<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
		⑲鏡視下	<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
		⑳内視鏡的	<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
		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 checked="" type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし
	その他治療	㉒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
		㉓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
		㉔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
		㉕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
㉖死亡日		<input type="checkbox"/> 0. 西暦	<input type="checkbox"/> 4. 平	<input type="checkbox"/> 5. 令	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

令和3年9月21日 生検(病理組織診断)の結果、Group5(tub1)と診断。
治療は〇〇病院へ紹介。= ⑱～㉕ 2. 自施設で施行なし



備考

◆ 全国がん登録における**同一人物の照合**に役立つ情報をお知らせください。

備考	食欲不振を主訴に令和3年9月10日に当院受診。上部内視鏡検査で胃前庭部に2cm大のポリープを認めた。病理組織診断でGroup5 (tub1) と診断した。本人の希望で〇〇病院へ紹介した。	(全半角128文字)
----	---	------------

性別に関すること
診断後の住所異動に関すること
紹介元、紹介先病院等に関すること
既往のがんに関すること
当該がんの詳細な病理診断に関すること

…など。



同一人物の照合とは

3) 同一患者の照合及び同定

全国がん登録では、新たに届出された患者が、**全国がん登録データベースに既に登録されているか、初めて登録されるのか**を照合及び同定し、その結果に基づき各患者に一番号の個人識別番号を付与している。

『全国がん登録 罹患数・率 報告』より

例)『山田太郎さん』のがん情報が新たに2件届出された。

- ① この山田太郎さんは、これまでにデータベースに登録されたことがある人？
- ② 2件とも同じ人？

性別、診断後の住所異動、紹介元、紹介先病院等に関する事などが備考に記載されていることで、照合にとっても役立つ情報となります。



チェックすると入力できるようになります

☑ 全国がん登録届出票③

①病院等の名称	愛媛県 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター		
②診療録番号	333333 (全半角16文字)		
③カナ氏名	シ ヤマダ (全角カナ10文字)	メイ タロウ (全角カナ10文字)	
④氏名	氏 山田 (全角10文字)	名 太郎 (全角10文字)	
⑤性別	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2. 大 <input type="checkbox"/> 3. 昭 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 14 年 3 月 3 日		
⑦診断時住所	都道府県選択 愛媛県 (全半角40文字) 市区町村以下 松山市南梅本町甲160		
⑧側性	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側 <input type="checkbox"/> 7. 側性なし		
⑨腫瘍の種類	大分類	肺・気管	
	詳細分類	上葉, 肺	
⑩病理診断	組織型・性状	腺癌	
⑪診断情報	⑪①診断施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input type="checkbox"/> 2. 他施設診断	
	⑪②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 checked="" 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	
	⑪③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 checked="" type="checkbox"/> 5. 臨床検査 <input type="checkbox"/> 6. 臨床診断 <input type="checkbox"/> 9. 不明	
	⑪④診断日	<input checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 2021 年 4 月 4 日	
	⑪⑤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 checked="" 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	
	⑪⑥進展度・治療前	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input checked="" 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"/> 440. 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明	
⑫初回治療	⑫①外科的	<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	
	⑫②内視鏡的	<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	
	⑫③放射線療法	<input checked="" 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	
	⑫④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	
	⑫⑤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	
	⑫⑥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	
	⑫⑦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 checked="" type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9. 不明	
	⑫⑧死亡日	<input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 年 月 日	
備考	今後は老健施設しこくの家に入所し、〇〇病院で経過観察することとなった。(全半角128文字)		

✓ 生年月日の和暦が違う。
✓ 診断時住所が違う。

チェックすると入力できるようになります

☑ 全国がん登録届出票④

①病院等の名称	医療法人●●会〇〇病院		
②診療録番号	123456 (全半角16文字)		
③カナ氏名	シ ヤマダ (全角カナ10文字)	メイ タロウ (全角カナ10文字)	
④氏名	氏 山田 (全角10文字)	名 太郎 (全角10文字)	
⑤性別	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 2. 大 <input type="checkbox"/> 3. 昭 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 14 年 3 月 3 日		
⑦診断時住所	都道府県選択 愛媛県 (全半角40文字) 市区町村以下 松山市△△町111-1老健施設しこくの家		
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腫瘍の種類	大分類	肺・気管	
	詳細分類	肺の2部位以上広範又は詳細部位不明 C34.9	
⑩病理診断	組織型・性状	悪性腫瘍 8000/3	
⑪診断情報	⑪①診断施設	<input type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 他施設診断	
	⑪②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	
	⑪③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 checked="" type="checkbox"/> 5. 臨床検査 <input type="checkbox"/> 6. 臨床診断 <input type="checkbox"/> 9. 不明	
	⑪④診断日	<input checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 2021 年 12 月 12 日	
	⑪⑤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 checked="" type="checkbox"/> 9. 不明	
	⑪⑥進展度・治療前	<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. 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"/> 499. 不明	
⑫初回治療	⑫①外科的	<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	
	⑫②内視鏡的	<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	
	⑫③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	
	⑫④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	
	⑫⑤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	
	⑫⑥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	
	⑫⑦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 checked="" type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9. 不明	
	⑫⑧死亡日	<input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 年 月 日	
備考	四国がんセンターから紹介あり。今後は当院で経過観察。(全半角128文字)		

経過と備考の情報から同一人物だと思われるが、生年月日の確認が必要。

