

国際疾病分類腫瘍学第3版(ICD-O-3)の利用の実際 -コード化と変換について-

愛知県がんセンター研究所 疫学・予防部 松尾 恵太郎

I. はじめに

がん登録では、登録対象腫瘍を判別可能な形に分類して登録する必要がある。そのためには、腫瘍を系統的に分類することが求められる。一般的に、腫瘍は、以下の3要素により分類することができる。

- ①局在: 腫瘍の身体内の位置(解剖学的位置、部位)
- ②形態: 顕微鏡で調べたときの腫瘍像(病理組織、組織)
- ③性状: 悪性、良性、上皮内がん、の別

● 国際的に統一された腫瘍の分類には、以下の2分類が用いられてきた。

- ①国際疾病分類 ICD(International Classification of Diseases): 現行は第10版(ICD-10)
- ②国際疾病分類腫瘍学 ICD-O(International Classification of Diseases for Oncology): 現行は第3版(ICD-O-3)

これまでのがん登録においてはICD-10による局在分類、国際疾病分類腫瘍学第2版(ICD-O-2)による形態・性状分類を組み合わせた形が用いられてきた。今後、標準化された地域がん登録ならびに院内がん登録では、国際疾病分類腫瘍学第3版(ICD-O-3)を用いる。本稿では、ICD-O-3の基本的な構成について説明するとともに、ICD-10/ICD-O-2によるコードからICD-O-3への変換について示す。

II. がん登録で取扱う腫瘍

がん登録では、以下のルールに基づき腫瘍を取り扱う(詳細は別項参照)

- 悪性腫瘍は全て登録しなければならない。
- 良性腫瘍の登録については、各登録室の設立目的によって登録する腫瘍を選択すればよい。頭蓋内腫瘍は致死率が高いため登録するところが多い。
- 性質不詳の腫瘍には悪性腫瘍の可能性のあるものが含まれているため、仮登録しておくことが望ましい。その後、悪性の病理の情報が得られれば修正し、本登録する。

III. ICD-O-3による腫瘍の分類

A. ICD-O-3による分類

① 特徴

- 腫瘍(新生物)のために作られた分類である。
- 腫瘍の局在 topography(部位, T)と形態診断 morphology(病理組織診断, M)との組合せで用いる。
- ICD-O-2 との比較(以下いくつかの特徴を示す)
 - ◇ 形態コードが大幅に追加されている。特にリンパ腫・白血病などの造血器腫瘍には 200 以上の追加がなされている。
 - ◇ それに伴い略語が追加されている。
 - ◇ 非小細胞癌(8046/3)などのような曖昧な診断に関するコードが追加されている。
 - ◇ 境界悪性卵巣腫瘍の性状コードが変更されている。(例:漿液性嚢胞腺腫、境界悪性 8442/3→8442/1 に変更)
 - ◇ 毛細胞性(若年性)星細胞腫 Pilocytic/Juvenile astrocytoma のコードが 9421/3 から 9421/1 に変更
 - ◇ 骨髄増殖性障害 Myeloproliferating disorder、骨髄異形成症候群 Myelodysplastic syndrome が悪性コードに変更。
 - ◇ 上記特徴は ICD-O-2M にて分類をしていた登録が変換する際に注意する必要がある点である。

② 分類

- ICD-O-3T(ICD-O Topography:局在)

C+##(2桁:分類項目)+(小数点)+#(1桁:詳細分類)

- ◇ C00.0~C77.9 および C80.9(原発部位不明)
- ◇ ICD-10 の C00-C80 にほぼ対応し、腫瘍の局在を分類する。
- ◇ 性状に関わらず、各局在に唯一のコードが割り当てられている。
- ◇ 局在のみを分類する ICD-O-T と、一部に組織の分類が混在している ICD-10 との違いにより、両者で異なる部分がある。

- ICD-O-3M(ICD-O Morphology:形態)

####(4桁:組織型)+#(1桁:性状)+#(1桁:異型度、分化度、免疫学的表現型)

- ◇ 組織型を分類する数字 4 桁(8000-9989)と、性状を示す数字 1 桁(0-9)ならびに異型度・分化度・細胞由来を示す数字 1 桁(0-9)の計 6 桁から成る。組織型とそれ以外の間を斜線(/)で区切って示す(8000/39 など)。

- i. 組織型(第 1~4 桁):組織型分類を示す。

1. 上皮性組織から発生する悪性腫瘍
2. 結合組織から発生する悪性腫瘍
3. 特殊組織から発生する悪性腫瘍

- ii. 性状(第 5 桁目):腫瘍の性状を示す(表 1)。

表 1 性状(第 5 桁目)のコード

コード	日本語	英語	ICD-10 対応コード
/0	良性	Benign	D10-D36
/1	良性・悪性の別不詳	Uncertain whether benign or malignant	D37-D48
	境界悪性	Borderline malignancy	
	低悪性度	Low malignant potential	
/2	上皮内がん	Carcinoma in situ	D00-D09
	上皮内	Intraepithelial	
	非浸潤性	Noninfiltrating	
	非浸襲性	Noninvasive	
/3	悪性、原発部位	Malignant, primary site	C00-C76 C80-C97
/6*	悪性、転移(続発)部位	Malignant, metastatic (secondary) site	C77-C79
/9	悪性、原発部位、転移の別不詳	Malignant, uncertain whether primary or metastatic site	

*がん登録では、原発不詳は部位 C809 とし、性状コード3を与えるため、性状コード6および9は、普通は使用しない。

- iii. 異型度、分化度、免疫学的表現型(第 6 桁目): 固形腫瘍では組織学的異型度(grade)および分化度(differentiation)を示し、リンパ肉腫と白血病では免疫学的表現型を示す(表 2)。

表 2 異型度、分化度、免疫学的表現型(第 6 桁目)のコード

固形腫瘍の場合

1	異型度 I 高分化, 分化 NOS	Grade I well differentiated
2	異型度 II 中分化	Grade II moderately differentiated
3	異型度 III 低分化	Grade III poorly differentiated
4	異型度 IV 未分化, 退形成	Grade IV undifferentiated, anaplastic
9	悪性度または分化度が未決定または未記載、適用外	

リンパ腫・白血病の場合

5	T 細胞
6	B 細胞(前 B、B 前駆細胞)
7	Null 細胞(非 T、非 B)

- 8 NK(ナチュラルキラー)細胞
- 9 細胞型未決定、未記載、適用外

➤ 6桁目コードは悪性新生物(性状コード/3)以外は適応外。

B. ICD-10

歴史的な経緯をふまえるため、ICD-10 に関しても若干のスペースを割く。

① 特徴

- 腫瘍に限らず全ての疾病、傷害、死因の分類である。
- 腫瘍に関しては、悪性、良性、性状不詳、上皮内がん、あるいは原発性、続発性が、それぞれ異なるコード番号で示されている。従って、同じ部位の腫瘍であっても、性状すなわち悪性、良性、性状不詳および上皮内がんのいずれであるかによって、コード番号が異なる。

② ICD-10 による腫瘍の分類(表 3)

分類項目	ICD-10
(1) 悪性新生物	
原発性の固形腫瘍	C00-C75
部位不明確の悪性新生物	C76
続発部位、部位不明の悪性新生物	C77-C80
リンパ組織、造血組織、関連組織の悪性新生物	C81-C96
原発性多部位(多重がん)	C97
(2) 上皮内がん	D00-D09
(3) 良性新生物	D10-D36
(4) 性状不詳の新生物	D37-D48

③ コード番号の構成

一般には、悪性腫瘍では原発部位に対して

C+##(2桁:分類項目)+.(小数点)+#(1桁:詳細分類)

計4桁の文字および数字によるコード番号が与えられている。

前3桁が分類項目を示し、その中での詳細分類を4桁目で区別する。

(例)胃の噴門部 C16.0、胃体部 C16.2 など

・但し特別な腫瘍には、病理組織診断名に対してコード番号が与えられている(表 4)。この部分が、ICD-O-T のコードとは全く異なる部分である。

表3 特別な腫瘍のコード

腫瘍	ICD-10コード
肝の悪性腫瘍各型	C22.0-C22.7
悪性黒色腫	C43
中皮腫	C45
カポジ肉腫	C46
悪性リンパ腫の各組織型	C81-C85
悪性免疫増殖性疾患	C88
多発性骨髄腫	C90
白血病	C91-C95
その他の細網内皮系腫瘍	C96

基本的に腫瘍の部位に基づいて(一部では組織型に基づいて)分類されているが、性状によってコードが異なる。

同一部位における組織型の違いは、一部の部位(皮膚、肝など)以外では区別することができない。

(例)	腫瘍	ICD-10コード
	悪性肺腫瘍	C349
	続発性肺腫瘍	C780
	上皮内の肺腫瘍	D022
	良性肺腫瘍	D143
	性状不詳の肺腫瘍	D381

C. コーディング方法の基礎

① ICD-O-3T のコード

- 基本的には、ICD-10 において C00-C80 を分類する方法と等しい。

ICD-10とICD-O-3T/Mの比較を表5に示す。

表5. ICD-10とICD-O-3T/Mとの比較

ICD-10	部 位	ICD-O-3T	ICD-O-3M
C220	肝細胞癌		817 (前3桁)
C222	肝芽腫		8970 (前4桁)
C223	肝血管肉腫		912-916 (前3桁)
C224	肝のその他の肉腫	C220	-
C227	肝のその他の明示された癌腫		-
C229	肝、部位不明		-
C43	皮膚の悪性黒色腫	C44	872-879 (前3桁)
C45	中皮腫	発生部位	905 (前3桁)
C46	カポジ肉腫	発生部位	9140 (前4桁)

C77-C79	続発性腫瘍	発生部位	/6 (5桁目)
C81-C96	リンパ、造血、関連組織	発生部位 C42,C77, その他臓器	959-998 (前3桁)
D00-D09	上皮内新生物	発生部位	/2 (5桁目)
D10-D36	良性新生物	発生部位	/0 (5桁目)
D37-D48	性状不詳及び不明の新生物	発生部位	/1 (5桁目)
C97	独立した(原発性)多部位の 悪性新生物	各々の発生部位 に対して C00-C80	/3 (5桁目)

② ICD-O-3M のコード(表6)

- ICD-10 と ICD-O-2T では、詳細不詳がその群の最後に位置しているのに対し、ICD-O-3M では、詳細不詳がまず先頭にあり、さらに特定された形態が、その後ろに位置する。

(例) 悪性新生物 8000/39
癌腫 8010/39
腺癌 8140/39
管状腺癌 8211/39

- 基本的に、形態の前3桁が組織型を示し、その詳細を4桁目で分類する。

(例) 詳細不詳 8070/39
扁平上皮癌、角化 8071/39

表6. 組織型の分類

ICD-O-3M	形態	ICD-O-3M	形態
800	新生物 NOS	905	中皮性新生物
		906-909	胚細胞新生物
801-804	上皮性新生物 NOS	910	トロホプラスト性新生物
805-808	扁平上皮性新生物	911	中腎腫
809-811	基底細胞性新生物	912-916	血管腫瘍
812-813	移行上皮乳頭腫及び移行上皮癌	917	リンパ管腫瘍
814-838	腺腫および腺癌	918-924	骨及び軟骨新生物
839-842	皮膚付属器性新生物	925	巨細胞腫
843	類表皮新生物	926	その他の骨腫瘍

844-849	嚢胞性、粘液性及び漿液性新生物	927-934	菌原性腫瘍
850-854	導管性、小葉性及び髓様新生物	935-937	その他の腫瘍
855	腺房細胞新生物	938-948	グリオーマ
856-857	複合上皮性新生物	949-952	神経上皮腫性新生物
858	胸腺上皮性新生物	953	髄膜腫
859-867	特殊な性器新生物	954-957	神経鞘性腫瘍
868-871	傍神経節腫及びグロムス腫瘍	958	顆粒細胞性腫瘍及び胞巣性軟部肉腫
872-879	母斑及び黒色腫		
		959-972	ホジキン病及び非ホジキンリンパ腫
880	軟部組織腫瘍および肉腫 NOS	973	形質細胞腫瘍
881-883	線維腫性新生物	974	肥満細胞腫瘍
884	粘液腫性新生物	975	組織球及び副リンパ球様細胞の新生物
885-888	脂肪腫性新生物	976	免疫増殖性疾患
889-892	筋腫性新生物	980-994	白血病
893-899	複合性混合性新生物及び間質の新生物	995-996	慢性骨髄増殖性障害
900-903	線維上皮性新生物	997	その他の血液性疾患
904	滑膜新生物	998	骨髄異形成症候群

③ ICD-10 のコードにおける悪性新生物の分類(表 7)

- 参考までにICD-10のコードを示す。基本的に、ICD-O-3T同様、各臓器に独立した3桁コードが割り当てられているが、組織型そのものにコードが割振られているものもある(表5の一部参照)。

表 7. ICD-10 における悪性新生物の分類

コード	項目
C00-C14	口唇、口腔および咽頭
C15-C26	消化器
C30-C39	呼吸器および胸腔内臓器
C40-C41	骨および関節軟骨

C43-C44	皮膚
C45-C59	中皮および軟部組織
C50	乳房
C51-C58	女性性器
C60-C63	男性性器
C64-C68	尿路
C69-C72	眼、脳および中枢神経系のその他の部位
C73-C75	甲状腺およびその他の内分泌
C76	部位不明確
C77-C79	続発部位
C80	部位不明
C81-C96	リンパ組織、造血組織および関連組織
C97	多重がん

- 各臓器、各器官系について、特定された部位を前から順にならべ、その群における詳細不詳を最後に置いている。

(例)

食道	C15
胃	C16
小腸	C17
～	
消化器詳細不詳	C26

(例)

胃噴門部	C160
～	
胃、詳細不詳	C169

- 固形腫瘍では、特定された部位は、C00-C75 のいずれかに分類される。器官系、臓器名から該当する3桁コードを探し、詳細部位を確認して4桁目を付す。
- 原発性腫瘍で、原発部位が C00-C75 のいずれにも該当しない場合、複数の器官系をまたがる場合、「腹部」などのように不明確な場合には、C76 に分類する。
- 原発部位が不明の場合は C80 に分類する。原発部位が不明で、続発部位のみ判明している場合には、C77-C79 に分類する。
- C97(多重がん)は、死亡統計において、独立した原発部位多部位の腫瘍が、同等の重みで死亡に関与した場合に用いられる。罹患統計では、多重がんはそれぞれ別個に登録、集計するので、C97 を用いない。

D. ICD-O-3 によるコーディングのルールとポイント

① 存在するコードを用いる

- コード化するには、コードブックを注意深く参照し、存在するコードを使用する。カルテに記載されている形態と性状の組み合わせの中には、存在しないものや、これまでに確認・定義されていないものもあるので、病理医に確認する。

(例) 乳房のパジェット病、上皮内→8540/39 とする(上皮内は存在しない。)

② ICD-O-3 の索引の利用

- 索引に含まれる用語

索引には、局在、形態および特定の腫瘍様病変・病態が含まれる。

それぞれの用語は、名詞形と形容詞形の両方の項目に記載されている。

(例) 乳頭状腺癌は、「腺癌」と「乳頭状」との両方から検索することができる。

- 日本語の索引(P.189～)

局在と形態、別々の索引がある。

第1字目のアイウエオ順(カタカナ、ひらがな、漢字の順)に並んでいる。

部位ごと、あるいは形態ごとのグループに分けられており、その下に細かく分かれた部位、組織、性状の項目が並んでいる。

訓読みで発見できない場合、音読みで索引に含まれている場合がある。

(例) 「腕」は「ウ」の項目ではなく、「ワ」の項目に含まれている。

- 英語の索引(P.313～)

局在と形態、共通の索引となっている。

用語の下に、局在と形態とが、それぞれグループ化されて並んでいる。

③ 略語(外国語)

- 形態診断では、病理医が日常用いる省略形が、そのまま記載される場合が多い。以下に我が国において頻繁に用いられる省略形を示す(表 7)。

表 7 省略形とその意味

省略形	意味
Malig.	malignancy, malignant
ca.	Carcinoma
CIS	carcinoma in situ

Meta	metastasis, metastatic	轉移性
well dif	well differentiated	高分化
mod. dif.	moderately differentiated	中分化
por. dif.	poorly differentiated	低分化
Undif	Undifferentiated	未分化
SCC	① squamous cell carcinoma、② small cell carcinoma	
BCC	basal cell carcinoma	
BCE	basal cell epithelioma	
TCC	transitional cell carcinoma	
Adenoca.	Adenocarcinoma	
HCC	hepatocellular carcinoma	
RCC	renal cell carcinoma	
CC	cervical carcinoma	
ZK	zervical krebs	
MFH	malignant fibrous histiocytoma	
LCC	large cell carcinoma	
SmCC	small cell carcinoma	
OKK	Oberkiefer Krebs, maxillary sinus cancer	
KKK	Kehlkopf Krebs, laryngeal cancer	
LK	Lungen Krebs, lung cancer	
EK	Esophagus Krebs, esophageal cancer	
KK	Korpus Krebs, corpus cancer	
MK	Magen Krebs, stomach cancer, gastric cancer	
MMK	Mamma Krebs, breast cancer	
PK	① Pancreas Krebs, pancreas cancer、② Prostate Krebs, prostate cancer	
RK	Rectum Krebs, rectal cancer	
NSCLC	Non-small-cell lung cancer	
AML	Acute myeloblastic/myelocytic leukemia	
ALL	Acute lymphoblastic/lymphocytic leukemia	
CML	Chronic myeloblastic/myelocytic leukemia	
HD	Hodgkin's lymphoma (Disease)	
NHL	Non-Hodgkin's lymphoma	

MM	Multiple myeloma
MDS	Myelodysplastic syndrome
MF	Myelofibrosis

④ 上皮内がんコード /2

- 上皮内がんについては以下のコードしか存在しないので、注意する(表 8)。

表 8. 上皮内がんコード一覧

8010/2	上皮内癌	8261/2	絨毛状腺腫内上皮内腺癌
8050/2	乳頭状上皮内癌	8453/2	導管内乳頭状粘液癌、非浸潤性(C25.)
8052/2	乳頭状扁平上皮癌、非浸潤性	8470/2	粘液性のう胞腺癌、非浸潤性(C56.9)
8070/2	上皮内扁平上皮癌	8500/2	導管内癌、非浸潤性(ほぼ C50.)
8076/2	間質浸潤の疑わしい上皮内扁平上皮癌	8501/2	面皰癌、非浸潤性(C50.)
8077/2	扁平上皮内腫瘍、Ⅲ度(C53._、C52._、C21.1)	8503/2	非浸潤性導管内乳頭状腺癌(C50.)
8080/2	ケイラー紅色肥厚症(C60.)	8504/2	非浸潤性のう胞内癌
8081/2	ボウエン病(C44.)	8507/2	導管内小乳頭状癌(C50.)
8120/2	上皮内移行上皮癌	8520/2	小葉性上皮内癌(C50.)
8130/2	乳頭状移行上皮癌、非浸潤性(C67.)	8522/2	導管内癌及び上皮内小葉癌(C50.)
8140/2	上皮内腺癌	8720/2	上皮内黒色腫
8148/2	上皮内腺腫瘍、Ⅲ度(C61.9)、PINⅢ	8741/2	前癌性黒色症(C44.)
8201/2	篩状上皮内癌(C50.)	8742/2	黒色黒子(C44.)
8210/2	腺腫性ポリープ内上皮内腺癌	9064/2	管内性悪性胚細胞(C62.)
8230/2	導管上皮内癌、充実型(C50.)		

⑤ 異型度コード

- 診断が2つの異型度や分化度を示している場合は、異型度の高い方にコードする。

(ただし、分離又は独立した単独の腫瘍や、造血器の疾患には適用されない。)

(例)移行上皮がん Grade II ~ III→8120/33

- 細胞型で B 細胞、T 細胞はリンパ腫及びリンパ性白血病で適応

(例)びまん大細胞 B 細胞性リンパ腫→9860/36

- 細胞型で Null 細胞は白血病のみで適応

⑥ 多重がん(重複がん) multiple primary cancer (詳細は別述)

- ICD-10 では多重がんのコードとして C97 が作られたが、がん登録ではこのコード番号は使用しない。
- 多重がんについては定められた判定基準に基づいてコードする。

⑦ 複数の組織型をもつ腫瘍

- 複数の組織形式をもつ腫瘍があり、その最も普通の組み合わせが ICD-O-3 に記載されている。
(例) 腺がんおよび扁平上皮がん混合がん→8560/3
- 複合語の組み合わせや変換の全ては示されていないので、ICD-O-3 の用語にない場合は、種々の組み合わせを検討する。
(例) 粘液線維肉腫→線維粘液肉腫 8811/3
- 複数の組織形式をもつ腫瘍があるが、その組み合わせが ICD-O-3 の用語にない場合は、通常は大きいコード番号の方が特異的であるので、大きい方を用いる。
(例) 精上皮腫 9061/3+胎児性癌(奇形癌) 9081/3→胎児性癌(奇形癌) 9081/3
- 複数の形態用語のコーディング
診断名が、異なったコード番号を持つ修飾語を2つ以上含む場合、通常は大きいコード番号の方が特異的であるので、大きい方を用いる。
(例) 移行上皮類表皮がん→移行上皮がん(8120/3)、類表皮がん(8070/3)のうち、8120/3を用いる。

⑧ 組織型によって決まってしまう部位

- 特異的な部位または組織に発生する新生物の場合、ICD-O-3M(形態用語)に続いて適切な局在コードが()内に示されている。診断に部位が明示されていない場合は、このコードを用いる。
(例) 腎芽(細胞)腫 8960/3(C64.9) → C64.9
- 上記で適当な第4桁をあらかじめ与えることができない場合は、4桁目は空欄になっているので、適切な4桁目を付け加える。
(例) 顔面の基底細胞がん 8090/3(C44_) → C44.3
- 診断に記載されている部位が、部位特異的な局在番号で指定された部位と異なっている場合は、ICD-O-3 の局在番号は無視し、記載されている部位をコードする。但し、記載されている部位が転移先でないことと、その部位にその組織型の腫瘍が発生しうることを確認する。
(例) 睪の浸潤性導管癌 8500/3(C50_) → C25.9

⑨ 部位境界にまたがる腫瘍

- 腫瘍が3桁分類内で2つ以上の隣接した部位にまたがっており、原発部位が決定できない場合は、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。

(例) 食道および胃の癌 → C16.0(噴門)に特定されている
 舌尖および舌下面の癌 → C02.8(舌の境界部病巣)
 舌下面におよぶ舌尖の癌 → C02.1(舌尖)

- ある器官系の中で、複数の3桁分類項目にまたがっている場合は、これに対応する細分類項目を用いる(表9)。

表9 複数の3桁分類項目にまたがっている場合

コード	部位
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、咽頭の境界部病巣
C21.8	直腸、肛門、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	呼吸器系の境界部病巣
C41.8	骨、関節、関節軟骨の境界部病巣
C49.8	結合組織、皮下組織、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	中枢神経系の境界部病巣

上記で分類できない場合はC76(その他および不明確な部位)の該当する細分類を用いる。

⑩ 不明確な部位

- 「腕」などのように不明確な部位の大多数は、C76(その他および不明確な部位)に含まれるが、もし組織型の情報があれば、それに応じてより明確な局在コードを与えうる。索引に、組織ごとの局在コードが示されているので、それを参照する。

(例) 腕の扁平上皮癌 → 腕の皮膚 (C44.6)
 腕の線維肉腫 → 腕の軟部組織(C49.1)

- 局在部位が、「周囲」、「傍」などのような接頭語で修飾されていて、ICD-O に特に記載されていない場合は、腫瘍の種類が特定の組織から原発することを示す場合を除き、C76(不明確な部位)の適当な細分類項目にコードする。

⑪ NOS(Not Otherwise Specified)

- NOS が付してある用語では、修飾語が伴うことにより、別のコードが存在することを意味し、索引中ではその用語の最初に記載されている。
- NOS が付してある用語についているコードは、その用語が修飾語を伴っていない場合、あるいは該当する修飾語が用語にない場合に使用する。
- 広い意味で用いられている。

⑫ 部位不明の場合のコード(表 10)

- 原発部位と転移部位、あるいは転移部位のみ、が書かれている場合で、病理組織診断があっても原発巣判定が困難なことがある。

表 10 部位不明の場合のコード

(例)	部位	病理組織診断	コード
	胃+大腸	腺癌	→ C26.9 胃腸管原発 8140/3 とする。
	腹腔内	粘液産生腺癌	→ C80 原発不明 8481/3 とする。
	リンパ節	腺癌	→ C80 原発不明 8140/3 とする。
	胃+肺	腺癌	→ C80 原発不明 8140/3 とする。

⑬ 大まかな診断名しかないもの(表 11)

表 11 大まかな診断名とそのコード

診断名		コード
悪性腫瘍	malignant tumor	8000
癌	carcinoma	8010
悪性(腫瘍)細胞	malignant (tumor) cell	8001-8004
悪性上皮腫	malignant epithelioma	8011
肉腫	sarcoma	8800
悪性リンパ腫	malignant lymphoma	9590
悪性リンパ腫、非ホジキン型	non-Hodgkin's type	9591
白血病	leukemia	9800

急性白血病	acute leukemia	9801
慢性白血病	chronic leukemia	9803

⑭ 顕微鏡的確認のない腫瘍

- 組織診と細胞診は顕微鏡的になされた診断である。細胞診によって組織診が可能なのもある。この場合も、原則としてICD-O-Mにより形態診断をコード化する。
- 顕微鏡的に診断されていないが、臨床的検査により悪性と診断された例については、8000/3を与える。

⑮ 転移部位の扱い

- 悪性腫瘍はあらゆる部位に転移しうる。転移しやすい部位として、肺、肝、脳、骨髄があげられる。2つ以上の部位情報があった場合には、いずれが原発部位か、或は両者共に原発部位か(多重がんの項参照)を決定することが必要になる(図1)。

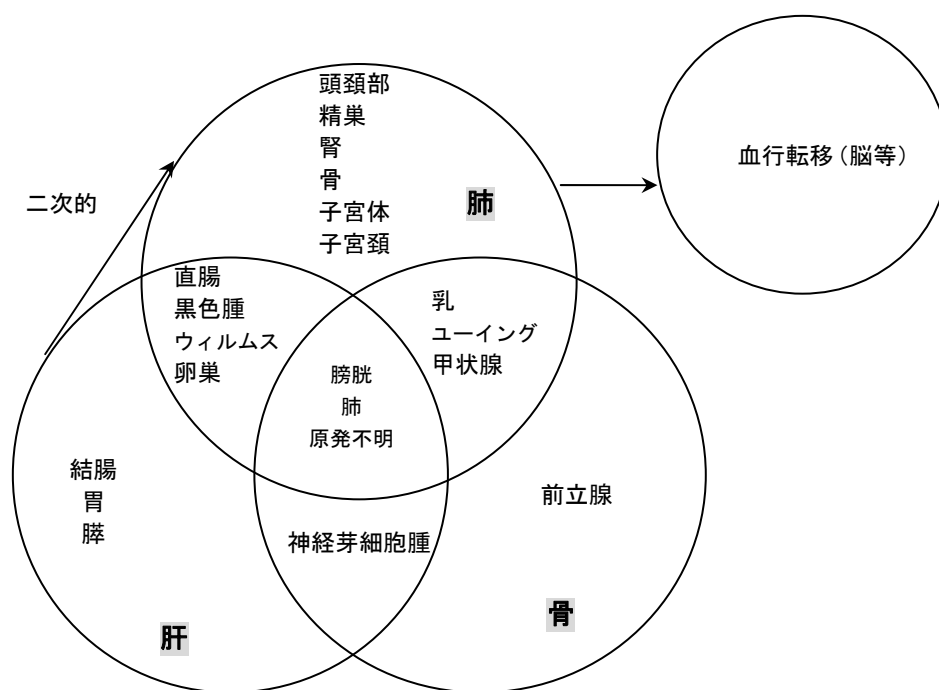


図1 悪性腫瘍の転移パターン

IV. 腫瘍診断の論理チェック

腫瘍の特徴は

- ◆ 原発性腫瘍には好発部位がある。
- ◆ 一定の臓器以外には絶対に原発しない腫瘍の種類が存在する。
- ◆ 性別、年齢によっても好発する腫瘍がある。

従って、年齢、性別、部位、臨床診断、病理組織診断、転移臓器などの組合せにより、医学的に正しいか否かを検討することができる場合がある。

A. 年齢により好発する腫瘍（表 12、13）

➤ 小児に好発する腫瘍

- ① 網膜芽腫、腎芽腫、肝芽腫、神経芽腫、髄芽腫
- ② 松果体腫
- ③ 横紋筋肉腫(胎児型)
- ④ 白血病(急性リンパ性)

➤ 成人にこれら小児の腫瘍が全く発生しないわけではない。しかし特に①②の発生は成人には稀である。一方、成人に多い腫瘍が、小児に発生することもあるので、一症例ごとに詳細に確認することが必要である。

① 15 歳未満の場合(表 12)

表 12 15 歳未満の場合に起こりにくい組み合わせ

診断群	起こりにくい年齢
ホジキンリンパ腫	0-2
神経芽細胞腫	10-14
網膜芽細胞腫	6-14
ウィルムス腫瘍	9-14
腎がん	0-8
肝芽腫	6-14
肝がん	0-8
骨肉腫	0-5
軟骨肉腫	0-5
ユーイング肉腫	0-3
非性腺性胚細胞腫瘍	8-14
性腺がん	0-14
甲状腺がん	0-5
鼻咽頭がん	0-5
皮膚がん	0-4
がん NOS	0-4
中皮性新生物	0-14

② 15 歳以上の場合(表 13)

表 13 15 歳以上の場合に起こりにくい組み合わせ

起こりにくい年齢	部位	組織型
40 歳未満	C61._	814_
20 歳未満	C15._, C19._, C20._, C21._, C23._, C24._, C38.4, C5._, C53._, C54._, C55._	
20 歳未満	C17._	<9590 (リンパ腫でない)
20 歳未満	C33._ C34._ C18._	≠824_ (カルチノイドでない)
46 歳以上	C58._	9100
25 歳以下		9732, 9823, 9890
全年齢で		8910, 8960, 8970, 8981, 8991, 9072, 9470, 951_, 9687

B. 性別に特異的な臓器 (表 14)

a. 男性にのみ存在する臓器・・・精巣、前立腺、陰茎、精巣上体

b. 女性にのみ存在する臓器・・・卵巣、卵管、子宮、膣、陰唇

➤ 以下の組み合わせは起こりにくい

表 14 各性に起こりにくい部位と組織

性	部位	組織型
男	C51._, C52._, C53._, C54._, C55._, C56._, C57._, C58._	
女	C60._, C61._, C62._, C63._	

男 (性器横紋筋腫)8905
(子宮内膜間質肉腫)8930, 8931,
(卵巣腫瘍)8313, 8441, 8442, 8443, 8444, 8451, 8460, 8462,
8463, 8470, 8471, 8472, 84731, 8593, 8600, 86010, 8602,
8610, 8620, 8621, 8622, 8623, 8632, 8641, 8660, 8670, 9000,

9013, 9014, 9015, 9090, 9091

(胎盤腫瘍)9103, 9104

(女性生殖器腫瘍)8380, 8382, 8383, 8384, 8482, 8934, 8950,
8951

女 (ケイラー紅色肥厚症)8080

(精巣腫瘍)9061, 9062, 9063, 9102

C. 上皮内がん(非浸潤性がん)の起こりにくい部位

- 以下の部位に上皮内がん(非浸潤性がん、性状コード/2)は起こりにくい

C40._, C41._, C42._, C47._, C49._, C70._, C71._, C72._

D. 分化度、異型度コード

- 悪性新生物のみに適応されるコードであり、性状コードが/3 でないものには適応外。
- リンパ腫、白血病では細胞型を示す 6-9 のコードを適応する。

E. 顕微鏡学的診断がなくてもよい部位

- 以下の部位以外は、顕微鏡学的診断がない場合はコードを付加しない(表 15)。

表 15 顕微鏡学的診断がなくても付加してよいコード

8000	新生物 NOS	9350	頭蓋咽頭腫
8150-8154	島細胞腫瘍、ガストリノーマ	9380	グリオーマ
8170	肝細胞癌	9384/1	上衣下巨細胞性 アストロサイトーマ
8270-8281	下垂体腫瘍	9500	神経芽細胞腫
8720 & C69._	眼の黒色腫	9510	網膜芽細胞腫
8720 & C44._	皮膚の黒色腫	9530-9539	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	ワルデンストローム マクログロブリン血症
9140	カポジ肉腫	9800	白血病

F. 誤り易い部位コード

- 皮膚：
 - ◇ 結合組織性腫瘍は皮膚には原発しない。例外：皮膚線維肉腫
 - ◇ 原則として転移は真皮（結合組織）以下に起こるので、皮膚転移はありえない。皮膚転移という診断がしばしばあるので、その場合は結合（軟部）組織と読みかえる。
- 骨：骨転移は原則として骨髄への転移を意味する。
- 胸壁、腹壁、上肢、下肢、手、足：

皮膚と結合組織（線維、脂肪、筋肉、骨など）よりなるので組織診断から判断する。

G. その他の留意点

- 一定の臓器または組織にのみ原発する腫瘍
 - ◇ 原則として臓器名または臓器の細胞名の付いた組織診断である。このような場合には、ICD-O-M のコードブックでは、形態診断コードの後に部位コードが指定されている例：肝癌（肝細胞癌）、腎癌（腎細胞癌）、汗腺癌、皮脂腺癌、副腎皮質癌など。
- 幾つかの臓器、組織に原発するが、ある臓器、組織には原発しない腫瘍（表 16）
 - ◇ 上皮性腫瘍（癌 carcinoma）は結合組織、脳、リンパ節、骨髄、胸・腹膜からは原発しない。これらの組織に癌が存在する場合は、転移性である。
 - ◇ 結合組織性腫瘍（肉腫）は、上皮組織（皮膚、粘膜など）、脳実質（髄膜を除く）からは原発しない。しかし、胃・腸など上皮と周囲の結合組織の両方からなる臓器では、稀であるが肉腫が発生する。
 - ◇ 結合組織性腫瘍（肉腫）は、上皮組織（皮膚、粘膜など）、脳実質（髄膜を除く）からは原発しない。

表 16 原発する部位が限られる腫瘍

骨肉腫	骨・結合組織
軟骨肉腫	骨・結合組織
基底細胞癌	皮膚、稀に食道
類内膜癌	子宮、卵巣
小細胞癌	肺の他は稀
大細胞癌	肺の他は稀
移行上皮癌	膀胱、尿管、腎盂、鼻・上咽頭の他は稀

V. ICD-10/ICD-O-2M による登録から ICD-O-3 への変換について

地域、院内に限らず既存のがん登録情報を持つ登録室の多くは、ICD-10/ICD-O-2M による分類を行っていたであろう。今後標準的な ICD-O-3 による登録を進めて行く上で、既存のデータの移行は最も大きな課題とな

るであろう。ICD-10/ICD-O-2M による登録データの ICD-O-3 への変換に関してまとめる。

A. 必要な準備

以下の準備が最低限必要である。

- 既存データのフォーマット確認
 - 部位 ICD-10(4桁)
 - 組織 ICD-O-2(6桁)
- 変換表
 - ICD10(O2)→O3T/M 変換表
 - ICDO2→ICDO3 変換表
- 変換に用いるソフトウェア
- 原票確認にさく時間、労力

B. 変換の大まかな流れ

- ① 元データの確認(ICD-10, ICD-O-2M の桁数チェックを含めたクリーニング)
- ② ICD-10→ICD-O3T/M 変換表による変換
ICD-O-3T による部位コード、ICD-O3M による形態コードが出来る。
- ③ ICDO2→ICDO3 変換表
2とは異なる ICD-O3M による形態コードが出来る。
- ④ 2, 3 より ICD-O3T/M を決定
- ⑤ チェック作業ならびに最終確定

C. 変換作業で注意する事例

前項の②ICD-10→ICD-O3T/M 変換表による変換、③ICDO2→ICDO3 変換表による変換により、一つの腫瘍に対して2種類の ICD-O3M 候補が作成される。これを最終的に一つにまとめる作業が必要である。以下に、各々の変換表を用いた際に注意が必要な事項についてまとめる。ここで紹介する事例は愛知県がん登録の標準データベースへの移行作業の際に検討された事例であり、他のがん登録での変換作業の時には、異なった事例が発生する可能性があることを注意すべきである。

- ① ICD-10→ICD-O3T/M 変換表による変換のチェック
 - 手作業で部位の詳細分類が可能な場合
 - ◇ C457 (その他の部位の中皮腫)

◇ C467 (その他の部位の Kaposi 肉腫)

◇ C902 (形質細胞種、髄外性)

上記の場合、原票を目視確認することで部位の詳細分類が可能である。

➤ 手作業で組織の詳細分類が可能な場合

◇ C857 9715/39 or 9715/36 (MALT リンパ腫)

◇ C857 9714/39 (Ki-1+ 大細胞リンパ腫)

◇ C927 9868/39 (慢性骨髄単球性白血病)

◇ C827 9696/39 (濾胞性リンパ腫結節型)

上記の場合、原票を目視確認することで形態の詳細分類が可能である。多くを造血器系悪性腫瘍が占める。

➤ 手作業による確認・修正が必要な場合

◇ C967、C969 (リンパ組織、造血組織および関連組織のその他の明示された悪性新生物)では、目視による確認作業が必要である。多くは MDS(骨髄異形成症候群)関連である。

- ICD-O2M 9989/19 (MDS, NOS), 9989/39 (MDS, NOS), 9983/39 (MDS, RAEB), 9980/39 (MDS, RA)

➤ 存在しない ICD-10 コードで登録されている場合

既存データが存在しない ICD-10 コードで誤って登録されている可能性もある。この場合には変換表では変換されない。

② ICDO2→ICDO3 変換表による変換のチェック

➤ 手作業による確認が推奨される場合

ICD-O2M のコードが以下のような場合、手作業による確認が推奨される。

◇ 8580/31, 8580/33, 8580/34, 8580/39: 胸腺腫

◇ 8803/39: 小細胞肉腫、Askin 肉腫

◇ 9080/19: 奇形腫, NOS 充実性、成熟)

◇ 9190/39: 傍皮質骨肉腫

➤ 手作業で詳細分類が可能な場合

➤ 以下の場合、手作業での詳細分類が可能である。頻度が高いものを列挙する。

◇ 8170/39, 8170/32, 8170/31: 肝細胞癌

◇ 9590/39: 悪性リンパ腫, NOS

◇ 8312/39: 腎細胞癌, NOS

◇ 9861/39: 急性骨髄性白血病, NOS

- ◇ 9821/39: 急性リンパ芽球性白血病, NOS
- ◇ 9680/39, 9680/36: 悪性リンパ腫, 大細胞型,びまん性, NOS
- ◇ 9863/39: 慢性骨髄性白血病
- ◇ 8480/39: 粘液性腺癌
- ◇ 8380/39: 類内膜癌
- 性状が 1 から 3 に変更される場合

以下の場合、性状を表す5桁目が、ICD-O3 への改訂に伴い 1 から 3 に変更されている。

 - ◇ 9989/11, 9989/15, 9989/19: MDS, NOS
 - ◇ 9950/19: 真性多血症
 - ◇ 9962/19: 特発性血小板血症
- 性状が 3 から 1 に変更される場合

以下の場合、性状を表す5桁目が、ICD-O3 への改訂に伴い 3 から 1 に変更されている。

 - ◇ 8472/39: 粘液性嚢胞腺腫、境界悪性
 - ◇ 8442/39: 漿液性嚢胞腺腫、境界悪性
 - ◇ 8451/39: 乳頭状嚢胞腺腫、境界悪性
 - ◇ 8462/39: 乳頭状漿液性嚢胞腺腫、境界悪性
 - ◇ 9421/39: Pilocytic astrocytoma 毛細胞性星細胞腫
- ICD-O2M に存在しない形態と性状の組合せ、あるいは ICD-O2M に存在しない形態が存在する場
合が存在する場合

ICD-O2M に存在しない形態コードが既存データに含まれる可能性もある。例)造血器腫瘍に対して
ICD-O3M の前倒し導入している 等。
- ICD-O2M, ICD-O3M のいずれにも存在しないコードが用いられている場合

ミスコーディングによって存在しうる。
- 分化度 9 が存在しないのに 9 になっている場合

以下のように 9 を適切な分化度に置き換えた

 - ◇ × 8020/39→8020/34
 - ◇ × 8021/39→8021/34
 - ◇ × 8331/39→8331/31
 - ◇ × 9401/39→9401/34
 - ◇ × 9451/39→9451/34
 - ◇ × 9512/39→9512/34
- 分化度が不許可、他の形態コードが存在する場合

原票を確認の上、元データを修正するか、場合によっては以下のような変換を行う。

◇ × 8330/31→8331/31

◇ × 9061/34→9062/34

◇ × 9401/32→9400/32

◇ × 9450/34→9451/34

◇ × 9451/33→9450/33

➤ 分化度が不許可、形態コードがない場合

原票を確認の上、元データを修正する。

➤ 性状が0～2で、分化度が9以外

原票を確認の上、元データを修正する。

③ その他留意事項

➤ ICD-O3T/M の組み合わせがおかしい場合が存在する場合、できるだけ原票を確認の上確定する

D.ICD-O-3 への変換作業 まとめ

変換作業は非常に労力を要する複雑な作業であるが、作業を通じて各レコードのクリーニングが行える重要な機会であるといえる。

ICD-0 第 3 版使用上の主要ルールの概要

ICD-O 第 2 版と対応するルール番号は表 14 を参照

この修正・解釈は、ICD-O-3 日本語版 (p.35~p.57)における誤訳や落丁等の修正ならびに、邦訳上、わかりにくい英語表現に対する解釈を加えた修正版である。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。
この修正・解釈の作成・公表にあたっては、国立がんセンター情報研究部が責任を持つ。

ルール A. 局在領域と不明確な部位(身体領域に関連した部位)について: 診断名が腫瘍の起源となる組織を特定していない場合、“NOS”分類を用いるのではなく、不明確に表示された部位(身体領域に関連した部位)として索引で示されている適切な部位をコードする。不明確な部位(身体領域に関連した部位)、たとえば「arm(腕)」などは、いくつかの組織(tissue)から構成されている。たとえば、「squamous cell carcinoma of the arm(腕の扁平上皮癌)」は、C76.4(腕、NOS)とコードするよりも、むしろ C44.6(腕の皮膚)にコードされるべきである。詳細は、コーディングガイドライン 41 頁(本修正版 41 頁)を参照。このルールには、「chin(おとがい)」や「forehead(前頭部)」のような例外がある。その理由として、これらの部位を構成する組織は、ほとんどが皮膚であるため、索引で示されているこれらの NOS 分類に対しては、すでに皮膚(局在細分類も対応)があてがわれている。

ルール B. 接頭語について: 周囲(perit-)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、腫瘍形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 C76(身体領域に関連した部位)にコードする。この一般ルールは、「範囲」(area of)又は「領域」(region of)というような不明瞭な表現についても適用される。コーディングガイドライン 42 頁(本修正版 43 頁)を参照。

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。

ルール C. 複数の局在分類又は細分類にまたがっている腫瘍について: 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、さらに腫瘍の起源がどちらか特定出来ない場合、細分類「.8」を用いてコードする。(コーディングガイドライン 42 頁(本修正版 43 頁)及び 67 頁の注を参照。) ICD-10 においては、ICD-9 よりも多くの分類が、新生物の局在に対してあてがわれるため、ICD-9 では 1 つの 3 桁分類項だったものが、ICD-10 においては 2 つの 3 桁分類項に分割されるようになっている。コーディングガイドライン 43 頁第 17 表の .8 に分類されるリストを参照(本修正版 44 頁)。

ルール D. リンパ腫の局在コードについて: 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、一つもしくはそれ以上のリンパ節に発生する以外、特定の部位たとえば胃などにも発生するので、部位特異的な局在コードを割り当てられていない。特定の部位に発生するリンパ腫は、はリンパ節外性と呼ばれる。コーディングガイドライン、43 頁（本修正版 44 頁）及び悪性リンパ腫の節、26 頁を参照。

ルール E. 白血病に対する局在コードについて: 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。コーディングガイドライン、44 頁（本修正版 45 頁）参照。

ルール F. 形態における性状コードについて: ICD-O 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。5 桁目に性状コードを用いることは、コーディングガイドライン 48 頁と第 20 表、49 頁（マトリックス表）（本修正版でも同じ頁数）で説明している。たとえ該当する診断用語そのものが ICD-O に記載されていなくとも、適切な 5 桁目のコードを用いることは可能である。（ただし、必ず病理学者に確認をとって判断する）。たとえば「良性脊索腫」という診断名に対しては、M-9370/0 をコードする。もし、病理学者によるその腫瘍の性状が、ICD-O に記載されている性状と異なっている場合、病理学者の見解のもと、性状をコードする。

ルール G. 異型度もしくは分化度を表すコードについて: 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。固形腫瘍の異型度もしくは分化度を表す第 6 桁コードの利用方法（第 21 表、50 頁）については、コーディングガイドライン 50 頁（本修正版 50 頁）で説明されている。診断名が異型度もしくは分化度について二つの異なる程度を示している場合（「高分化ならびに低分化型」や「異型度 II-III」といった記載）は、異型度コード番号の高い方をコードする。

この第 6 桁目は、白血病ならびにリンパ腫の細胞由来を特定するためにも用いられている（第 22 表、本修正版 51 頁）。これらリンパ性及び造血性疾患では、T 細胞（コード 5）、B 細胞（コード 6）ヌル細胞（コード 7）、NK 細胞（コード 8）のコードは、異型度/分化度コード（1～4）に優先度してコードする。

ルール H. 部位に関連した形態用語について: 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。ある特定した部位や組織に発生することが多い新生物については、その部位に関するコードが、形態用語の後の括弧内に記載してある。{例: 「網膜芽腫 (C69.2)」。診断に部位が記載されていない場合、

この括弧内の部位コードを用いる。

診断に記載された部位が形態用語の欄で指定された部位（局在コード）と異なる場合、診断に記載されている部位を採用する。ただし、その新生物が、転移したものではないことを十分に確認・検討したうえで、行うようにする。

いくつかの部位では、3桁の文字コードのみしか例示されていない。{例：「C44.」（皮膚）}。これは、適切な4桁目を前もって、決めることができないからである（皮膚に多く発生するということは、あらかじめ決められるが、どの部位の皮膚か？ということ、診断情報を用いて決定する必要がある）。詳細は、コーディングガイドライン51頁を参照（本修正版52頁）。

新生物の中には、局在部位を意味していると解されるような名称がついているものがある（局在の紛らわしい形態用語）。しかし、これらが、必ずしもその部位にコードされる必要はない。たとえば、「胆管癌」は、しばしば肝内胆管（C22.1）に見られる。コーディングガイドライン52頁（本修正版53頁）を参照。

ルール J. 複合形態的診断について： 診断に用いられている用語が ICD-O に記載されていない場合、診断名に用いられている複合語の語源の語順を変えてみる。ICD-O では、すべての複合語が記載されているわけではない。たとえば、「粘液線維肉腫」は ICD-O には掲載されていないが、「線維粘膜肉腫」は掲載されている。複合語の語頭に該当するものが見つからない場合は、用いられている語源を様々に組み替えたものを調べてみる。コーディングガイドライン52頁を参照（本修正版54頁）。

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。診断に2つ又はそれ以上の形態コードに割り当てることができる形容修飾語を含んでいる場合、大きいコード番号の方がより特異的となるよう配置されているので、最も大きいコード番号を用いる。コーディングガイドライン53頁（本修正版54頁）を参照。

表14. ICD-O第3巻のルール及びそれに対応するICD-O第2巻のルール番号

項 目	ICD-O第3巻	ICD-O第2巻*
局在領域及び不明確な部位	A	2
接頭語	B	3
1つ以上の局在項目又は細分類	C	4
リンパ腫の局在コード	D	12
白血病に対する局在コード	E	13
形態学的性状コード	F	5
異型度又は分化度	G	6
部位に関連した形態用語	H	8, 9
複合形態的診断	J	10
複数の形態用語のコーディング	K	11

* 注:

第2巻ルール1は、10桁コードの構成を述べている。

第2巻ルール7は、がん<Cancer>及び癌腫<Carcinoma>の用語の意味の違いを述べている。

第2巻ルール14は、多発新生物のコーディングについて述べている。

第3巻ルール I は、ルール1との混乱を避けるために除いている。

局在に対するコーディングガイドライン

局在

緒言

局在コードは新生物の原発部位を示している。言い換えれば、局在コードをみれば、腫瘍がどこから発生したかを把握することができる。ICD-O 第3版では[ICD-O 第2版から]、局在コードについての変更も追加もなされていない。C00 から C80 までの局在コード番号は ICD-O と ICD-10 の違いに関する記述（15 頁参照）で言及している通り、ICD-10 第II章の悪性新生物に関する章にもとづいている。すべての新生物は、悪性、良性、上皮内、良性・悪性の別不詳であることを問わず、一つの ICD-O 局在コードリストによるコード化が可能である。

形容詞形

新生物の局在部位は、名詞及びそれに関連する形容詞によって表現される。たとえば、橋のグリオーマ <glioma of pons> や橋グリオーマ <pontine glioma> というようにである。ICD-O の番号順リストと索引¹⁾には、原則として名詞形が記載されている。たとえば“橋” <pons> は載っているが、橋（の） <pontine> は載っていない。汎用されるいくつかの形容詞、たとえば子宮（の） <uterine> や胃（の） <gastric> などは、コーディングを行うものにとって便利のように ICD-O の中に記載されている。不確かな場合には、正しい名詞形を決める際に医学辞書を参照する必要がある。

特殊な局在コード

食道の区分

食道の細分類として二つの違う分類方式が

広く使用されているので、ICD-O と ICD-10 にはその両者が存在する（表 15 参照）。

頸部、胸部、腹部という用語はレントゲン所見上や手術中での記述であり、上部、中部、下部 3 分の 1 という用語は内視鏡や

表15. 食道に対するコードの構成

C15 食道	
C15.0	頸部食道
C15.1	胸部食道
C15.2	腹部食道
C15.3	上部食道 食道近位3分の1
C15.4	中部食道
C15.5	下部食道 食道遠位3分の1
C15.8	食道の境界部病巣 (67頁の注を参照)
C15.9	食道, NOS

¹ 日本語版 ICD-O 第3版では、索引が局在用語索引と形態索引とで分かれているが、英語版では、日本語版における Alphabetic index でわかる通り、局在と形態とが一緒になっており、検索の作業が効率よく行えるようになっている。

臨床上での記述である。

新生物の部位としての鯉裂及びメッケル憩室

「鯉裂」と「メッケル憩室」はいずれも先天異常であり、ICD-10 においては、それぞれ Q18.0 と Q43.0 とにコードされる。一方、これらの先天異常は、新生物が発生しうる組織であるがため、ICD-O ではコード C10.4（鯉裂）ならびに C17.3（メッケル憩室）として局在の章に掲載されている。

このコードは新生物の原発部位となったときにのみ用いられるため、これらの用語に続いて括弧内に「新生物の部位」という語句を付け加えている。そこに新生物が発生していない限り、ICD-O の局在番号をこれらの先天異常に用いてはならない。

原発部位及び不確定な部位

ルール A. 局在領域と不明確な部位(身体領域に関連した部位)について: 診断名が腫瘍の起源となる組織を特定していない場合、“NOS”分類を用いるのではなく、不明確に表示された部位(身体領域に関連した部位)として索引で示されている適切な部位をコードする。

(訳注)ICD-O-3 日本語版で、不明確な部位(身体領域に関連した部位)と邦訳している英単語は、“ill-defined site”であり、臓器(部位)に関する明確な記載の代わりに、「腕」^{わん}、「腹部」、「胸部」等、身体上の領域を用いて、部位を表現している場合である。

身体の領域に関連した診断名や部位不明確な診断名のコーディングには問題がある。原発部位不確定なものほとんどについては、ICD-O では、C76 のもとコードするが、たとえば「腕」^{わん}などは、いくつかの組織から構成されている(表 16 参照)が、診断名には、腫瘍が発生した組織(tissue)が明示されていないことがある。たとえば、「arm (腕)」^{わん}が意味するところは、「skin of arm (腕の皮膚)」^{わん}であることもあるし、「soft tissues of the arm (腕の軟部組織)」^{わん}であることもある。さらには、「bones of the arm (腕の骨)」^{わん}さえ意味することがある。原発部位としてそれ以上に特定されるものがないとする「arm (腕)、NOS」^{わん}には、局在コード C76.4 が与えられてはいるが、「Arm (腕)」^{わん}の腫瘍の部位コードをより易しく、正確にコードするため、索引中^注の「Arm (腕)」^{わん}には、それぞれの組織(tissues)名が列挙されている。

その索引において、通常見られる良性又は悪性新生物の例が括弧内に記載されており、その腫瘍が通常

^注 英語版 ICD-O では、Arm で表 16 のように引くことができる。日本語版では、“上肢”で局在用語索引を引くことにより、同じようなリストをみることができる。

発生する部位組織がリストされている。腕の「Carcinoma、Melanoma、Nevus（癌腫、黒色腫及び母斑）」は、「skin of arm（腕の皮膚）」を含む局在コード C44.6 があてがわれる。この括弧内の記載はコーディングの手助けとするために記載されており、たとえば、扁平上皮癌や類表皮癌など、腕に発生する様々な癌腫（carcinoma）は、C76.4「arm（腕）、NOS」にコードするのではなく、「skin of arm（腕の皮膚）」を意味する C44.6 にコードすることを示している。

同様に、sarcoma（肉腫）や lipoma（脂肪腫）の局在コードは、腕の様々な軟部組織を指し示す C49.1 にコードされる。線維肉腫、脂肪肉腫、血管肉腫など、ほとんどの肉腫は、通常、軟部組織に発生する。腕以外の不明確な部位及び領域（局在コード C76）についても、上述の腕の場合と同様に索引中に局在コードの記載がある。しかし、「chin（おとがい）」や「forehead（前頭部）」は、ほとんどが皮膚であるため、NOS 分類は C76 ではなく、皮膚（C44）にあてがわれる。

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、身体のあらゆる部分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。

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、腫瘍形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 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 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」、「腓周囲組織」、「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、さらに腫瘍の起源がどちらか特定出来ない場合、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起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。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。

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._ 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^{注)}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、(白血病が骨髄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。

訳者注：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、「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。

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-O 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-O 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-O 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。

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、広がらないもの (/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（悪性又は良性の別不詳）に変更することが出来る。

表18. 新生物の性状を表す5桁目コード

コード	性状
/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。

「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。

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 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: 鎖骨上リンパ節からの生検。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
* がん登録において用いられるこの症例のコード		

形態コードマトリックスの概念

ルール F. ICD-O 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-O 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して認識さ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-O 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-O 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-O 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-O 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-O 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-O の 4 桁コードに付けることができる。

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, 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

*癌登録では使用しない。

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。

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-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。

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。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-O で付与されている性状をコードする。

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-O 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

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

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-O 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-O 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。

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、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。

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

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。

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。

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 陰嚢 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

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」が膵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（膵、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」という診断名がつけた場合、ある特定の形態コードを割り当てることができない（いくつも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「小唾液腺腺癌」という診断名のみで、原発の部位が記載されていないならば、局在コードは「小唾液腺、NOS」を含む口腔、NOS (C06.9) とする。

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。

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-O 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-O 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）—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—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、一生の間にい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。

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しうる以下の 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

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。

ICD-O 第 3 版の追加説明

この修正・解釈は、ICD-O-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。
この修正・解釈の作成・公表にあたっては、国立がんセンター情報研究部が責任を持つ。

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-O 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-O 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、argentaffinoma [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-O-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-O 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-O 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-O 第 2 版ではルール番号は数字で表しており、ICD-O 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-O 第 3 版の編集者は、ICD-O 第 2 版におけるルール 1（いち）と ICD-O 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-O 第 3 版からルール I を除くこととした。

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-O 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^{註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^{註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-O-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-O-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-O 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。

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-O 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桁目を分化度を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-O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-O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。

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（BCCLL/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-O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-O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-O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-O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。BCCLL/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. 「より高い形態番号へのコード」

「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いる場合、大きい番号のコード番号を採用する」（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、より明確な形態コード（それが明らか場合は）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「マンツル細胞リンパ腫」（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。

8. 乳房の組織コードの組合せ

ICD-O 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 つの新しいコード体系が設定されている。他の癌腫もしくは一つ以上のサブタイプが混ざった導管乳癌は、8523 とコードする。例えば、篩状、粘液、小葉癌の要素を有する導管乳癌や粘液癌の成分を伴う導管乳癌などである。組織学的所見の 1 つに小葉癌がある場合、コード 8524 を割り当てる。8522/3 や 8523/3 がはっきりとした診断用語を持っているのと異なり、8534/3 は、特定された診断名を持たず、粘液性癌、管状癌、篩状癌もしくは固形癌のような“その他の型の癌”や小葉癌が混在している場合にコードする。再度確認するが、上皮内腫瘍は、どこに発生しても、性状コードは/2（上皮内）であり、腫瘍が一部分でも、浸潤像がみられれば性状コードは/3（浸潤）とする。