

日時:2025年12月10日(水)13:30～15:30
開催方法:Web会議

資料 1

2025年度第2回都道府県がん診療連携拠点病院がん登録部会 ならびに都道府県がん登録担当者連絡会



- | | | |
|---|-------|-----|
| 1, がん登録研修会・認定制度 | | 資料1 |
| 2, 2026年度の年間予定計画 | | |
| 3, 全国がん登録届出のWEBフォーム化 | | |
| 4, 2026年診断症例からのルール変更 | | |
| 5, 今後のがん登録ルール検討(SEER2025年版、UICCTNM9版、ICD-O-4、ICD11) | | |
| 6, 院内がん登録データの分析の好事例発表(大阪国際がんセンター) | | 資料2 |
| 7, 県内の集約化・均てん化のための院内がん登録データの集計方法 | | 資料3 |
| 8, 病院等への情報提供の好事例発表(東京都がん登録室) | | 資料4 |
| 9, 2016年診断症例以降の予後付き収集予定と20条提供体制整備 | | 資料5 |
| 10, 匿名全国がん登録情報提供等審議委員会の今後の方針 | | |
| 11, 生存率報告書の発行予定 | | |
| 12, 意見交換 | | |

1. がん登録研修会・認定制度改訂の趣旨

<2026年度より>

- ・研修をより受講しやすく、研修機会を増加させる
- ・都道府県がん登録室実務者にも認定試験を奨励する
- ・認定試験の合格ラインは維持し、精度の維持向上を図る
- ・全国がん登録届出病院および指定診療所向け説明動画を新設
- ・分析研修や安全管理管理者向けの研修を拡充

<2027年度以降より>

- ・研修のモジュール化により、がん登録に必要な知識を明確化する
- ・継続学習の推進のため、ポイント制を認定更新試験受験要件に導入

研修を受講しやすく、研修機会の増加と継続学習の推進

2026年度…全国がん都道府県e-learning研修の通年化、都道府県がん登録室実務者の認定奨励
 2027年度…モジュール研修開始、認定更新試験の受験要件をポイント制に移行

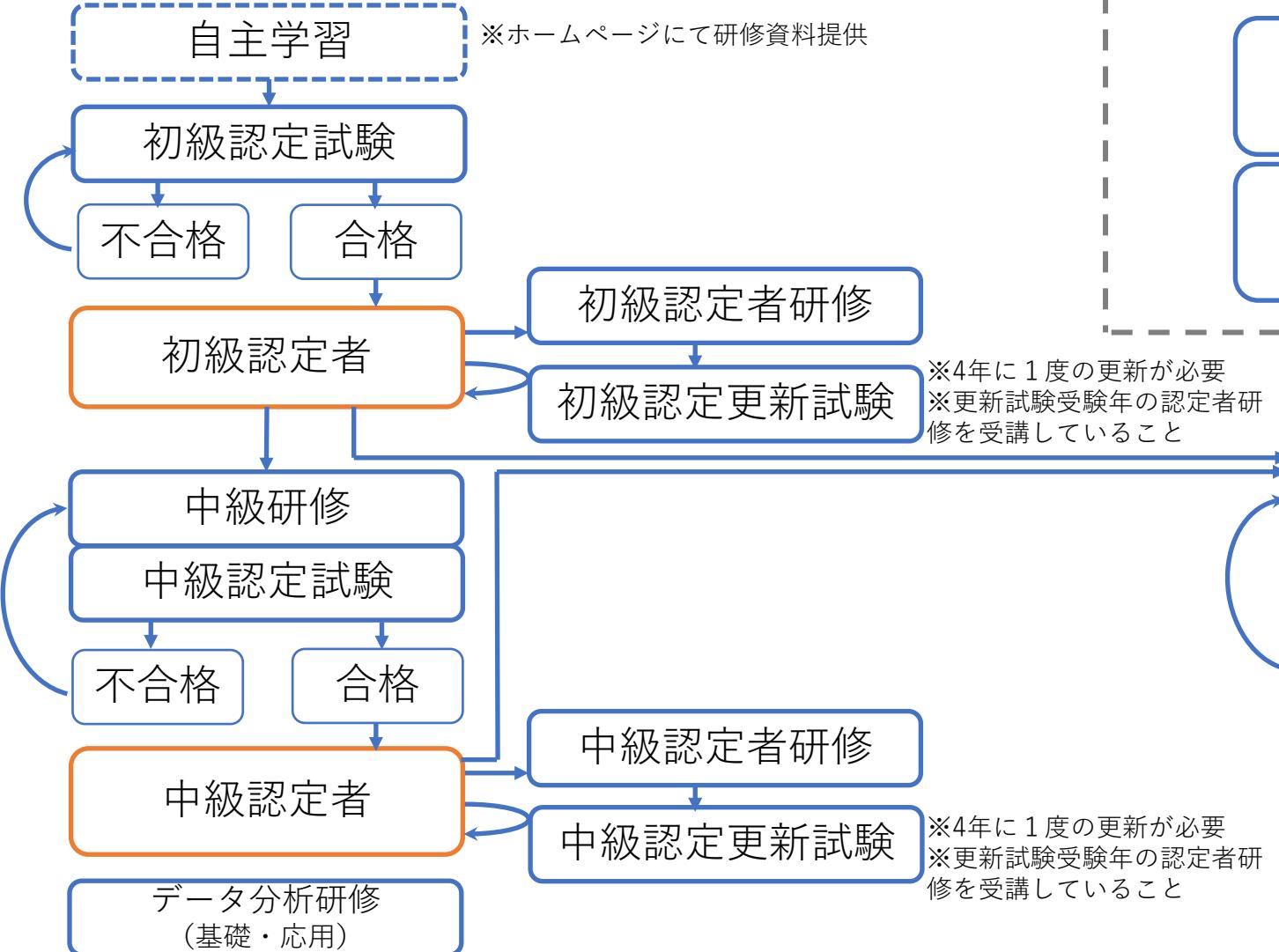
	現状	2026年度
全国がん登録e-learning研修	実施期間が前期と後期に分かれており、それぞれ申し込みが必要	随時の申し込み通年で受講可能
中級研修	<p><通常枠></p> <p>①前年度までに初級認定者になっている者 ②院内がん登録実務2年以上の経験又は1000例以上の登録経験 ③施設長推薦</p> <p>受講前の選考試験合格者</p>	<p><一般枠></p> <p>①前年度までに初級認定者になっている者 ②院内がん登録実務2年以上の経験又は1000例以上の登録経験 (全国がんも受講可能) ③施設長推薦</p> <p>受講前の選考試験廃止</p>
認定者研修	<p>申込期間 7/17-8/1 研修実施期間 9/1-9/30</p>	<p>継続研修に名称変更 申込期間の延長 5月～9月 研修実施期間の延長 6月～9月</p>
認定更新試験受験要件	当該年度の認定者研修を受講した者	当該年度の継続研修を受講

安全管理、分析など管理者向けの研修を拡充

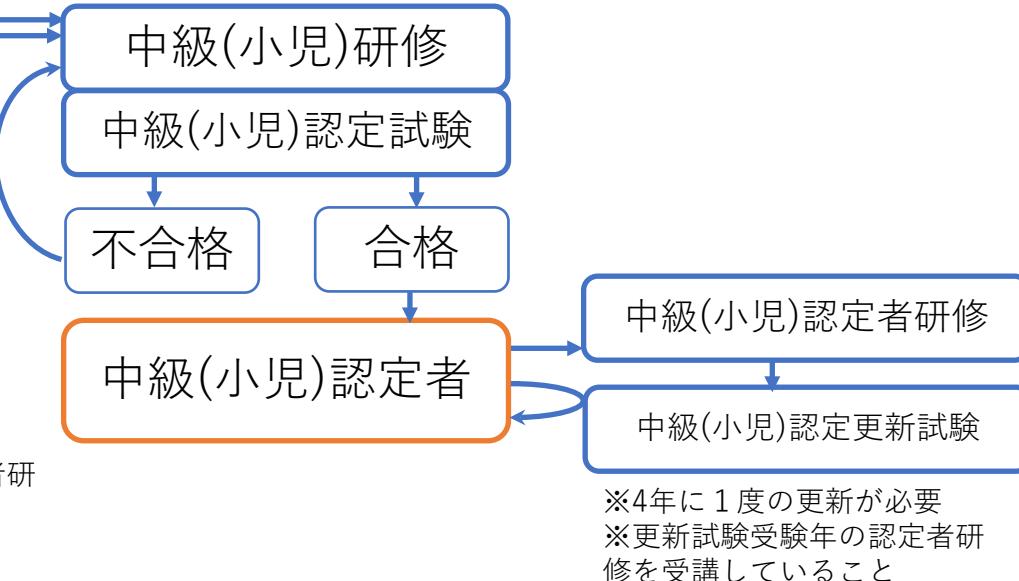
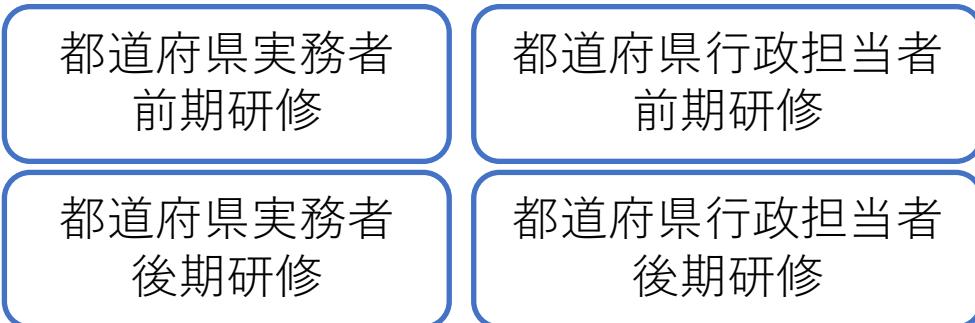
現状	今後
	全国がん登録管理者向け安全管理措置
院内がん登録基礎研修 品質管理	モジュール研修へ移行検討
院内がん登録応用研修 自施設のデータの分析	分析研修(院内がん登録:単施設) 自施設のデータの分析 データの解釈
	分析研修(院内がん登録:都道府県、医療圏単位) 県内のデータの分析 データの解釈
	分析研修(全国がん登録:標準集計表) 標準集計表からグラフを作成 データの解釈
	分析研修(全国がん登録:研究目的データ) 研究目的データから、表、グラフを作成 データの解釈

がん登録研修の体系図 <現在>

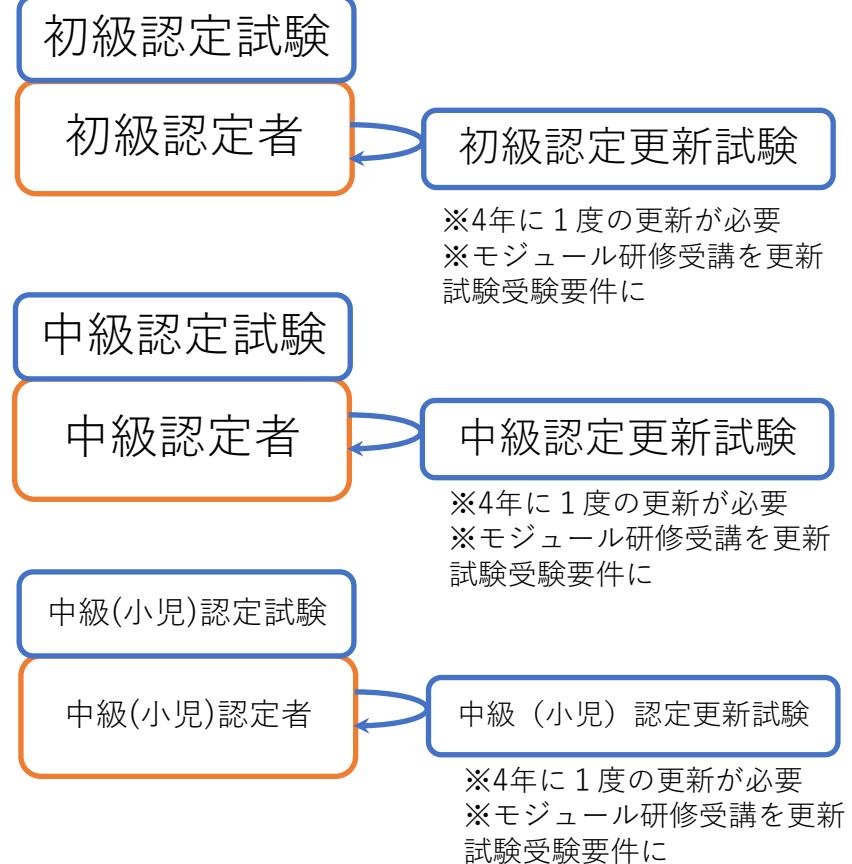
病院等実務者



都道府県実務者・行政担当者



がん登録研修の体系図 <検討中>



レベル	モジュール案	役割によってどの研修を受講すればよいか明確化
初級相当	M0: 全国がん登録届出病院および指定診療所向け M1: がん概論とがん対策 M2: がん登録の法的根拠 M3: 安全管理措置 M4: がん登録概論 M5: がん登録項目 M6: 分類とコーディング M7: がんの病期分類 M8: 小児がん登録 M9: 多重がんルール M10: がん登録実務 M11: がん登録システム M12: データ品質管理 M13: 予後情報 M14: データ利活用 M15: データの分析とプレゼンテーション M16: がん登録継続研修	共通
中級相当		病院等実務者向け
専門研修		都道府県実務者向け
継続		行政担当者向け他

2, 2026年度の年間予定計画 会議、研修、試験

区分	内容	時期（2026年度案）	備考
会議	都道府県がん登録部会および 都道府県がん登録室連絡会	5月、12月	2025年度は6月、12月
	標準化委員会	11月、2月	
研修	中級研修	6月－7月、8月－9月	2025年度と同様
	小児がん研修	9月－12月	2025年度と同様
	継続研修	6月－9月	2025年度9月 開催時期長期化
	分析研修	6月、7月、9月、10月	2025年度より増加
	全国がんe-learning	6月－3月	2025年度は前期・後期 オンライン研修はe-learningに移行
試験	初級認定試験	10月	2025年度と同様
	中級認定試験	8月、10月	2025年度と同様
	小児認定試験	1月	2025年度と同様
	更新試験(初級、中級、小児)	11月	小児更新試験を追加

2, 2026年度の年間予定計画 院内がん症例集計データ提出

区分	内容	時期（2026年度案）	備考
病院等	院内がん登録症例集計(2025年症例)	7-8月、9月	2025年度と同様
	院内がん登録予後情報付集計 (2014年10年予後、 2016年5年予後)	7-8月、9月	2016年5年予後が復活 提出時期は2025年度と同様

院内がん登録症例集計データの都道府県のがん対策のためのフィードバックがはじまり、重要性が増してきたため、データ提出の周知を向上させる。

各都道府県からの提出促進の声掛けをお願いします。

現在

- がん登録部会での周知依頼
- 院内がん登録支援サイトホームページ掲載
- 施設の院内がん登録担当者へのメール（拠点）
- 実務認定者へのメール（拠点外）



来年度

- がん登録部会での周知依頼
- がん情報サービスホームページ掲載（追加）**
- 院内がん登録支援サイトホームページ掲載
- 施設の院内がん登録担当者へのメール（拠点）
- 実務認定者へのメール（拠点外）

2, 2026年度の年間予定計画 都道府県がん登録業務(案)

区分	内容	時期（2026年度案）	備考
都道府県 がん登録業務	住所異動調査(2024年症例)	5－7月	2025年6-8月より 早期化
	遡り調査(2024年症例)	8－10月	2025年9-10月よ り早期化
	年次確定予定	10月	2025年11月より 早期化
	都道府県集約締切(2025年症例)	2027年1月	2026年2月より 早期化

2025年度は2年分を処理していただいたが、2026年度は都道府県がん登録業務は1年分の処理に戻る。

2024年診断症例の都道府県集約締切は**2026年2月**です。
並行して全国照合を進めておりますので、早めに都道府県集約を進めてください。

3, 全国がん登録届出のWEBフォーム化

- AEM Formsサポート切れによりPDFファイルでの届出は終了予定
- セキュリティ水準を担保した代替手段としてGTOL上のWEBフォームへの直接入力方式を採用
 - 医療機関側の届出作業負荷を一段階軽減
 - 従来のCSVファイル添付方式による届出も利用可能
 - VPN接続用のクライアントツールに暗号化・復号化機能を追加
 - 都道府県 – 医療機関間の安全なファイル授受が可能に（20条提供データも含む）
- 2026年1月リリース予定
- 2026年3月末までは移行期として、従来方式と新方式のどちらでも届出可能とし、2026年4月以降は新方式に統一

3, 全国がん登録届出のWEBフォーム化 届出票入力画面

がん登録オンラインシステム (GTOL)

OO病院 山田 太郎 サインアウト

メニュー

- ホーム
- トップ
- お知らせ
- ダウンロード
- PDF届出
- Webフォーム届出
- 利用申請
- 医療機関向け提供データ登録届出
- 利用者
- 操作記録
- 登録情報
- ヘルプ

全国がん登録届出

電子届出票をWebフォームから入力してアップロードするページです

都道府県 病院等の名称 OO病院

病院等の所在地 東京都OO区OO1-1-1 OOビル101

管理者氏名 管理 太郎

届出担当者氏名 山田 太郎

届出担当者電話番号 000-0000-0000

届出担当者メールアドレス sample@example.com

届出担当者FAX 000-0000-0000

コメント 全半角256文字

全国がん登録届出票

電子届出票の入力を行います。

入力タイプ フォーム CSVファイル

①病院等の名称 OO病院

②診療録番号 (全角16文字)

③カナ氏名 シ メイ (全角カナ10文字)

④氏名 氏 名 (全角10文字)

⑤性別 1.男性 2.女性

⑥生年月日 0.西暦 1.明 2.大 3.昭 4.平 5.令 年 月 日

⑦診断時住所 都道府県選択

市区町村以下

腫瘍の種類

⑧側性 1.右 2.左 3.両側 7.側性なし 9.不明

⑨原発部位 大分類

詳細分類

⑩病理診断 組織型・性状

診断情報

⑪診断施設 1.自施設診断 2.他施設診断

⑫治療施設 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
 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
 5.その他

⑬診断根拠 1.原発巣の組織診 2.転移巣の組織診 3.細胞診
 4.部位特異的腫瘍マーカー 5.臨床検査 6.臨床診断 9.不明

⑭診断日 0.西暦 4.平 5.令 年 月 日

⑮発見経緒 1.がん検診・健康診断・人間ドックでの発見例 3.他疾患の経過観察中の偶然発見
 4.剖検発見 8.その他 9.不明

進行度

⑯進行度・治療前 400.上皮内 410.原局 420.領域リンパ節転移 430.傍接器器浸潤
 440.遠隔転移 777.該当せず 499.不明

⑰進行度・術後病理学的 400.上皮内 410.原局 420.領域リンパ節転移 430.傍接器器浸潤
 440.遠隔転移 660.手術なし・術前治療後 777.該当せず 499.不明

初回治療

⑱腫瘍の治療 1.外科的 2.自施設で施行 3.自施設で施行なし 9.施行の有無不明
 ⑲鏡視下 1.自施設で施行 2.自施設で施行なし 9.施行の有無不明
 ⑳内視鏡的 1.自施設で施行 2.自施設で施行なし 9.施行の有無不明
 ㉑観血的治療の範囲 1.自施設で施行 2.自施設で施行なし 9.施行の有無不明

㉒その他治療 1.放射線療法 2.自施設で施行 3.自施設で施行なし 9.施行の有無不明
 ㉓化学療法 1.自施設で施行 2.自施設で施行なし 9.施行の有無不明
 ㉔内分泌療法 1.自施設で施行 2.自施設で施行なし 9.施行の有無不明
 ㉕その他治療 1.自施設で施行 2.自施設で施行なし 9.施行の有無不明

㉖死亡日 0.西暦 4.平 5.令 年 月 日

備考 全半角128文字

↓ 右へ続く

3. 全国がん登録届出のWEBフォーム化 届出票エラーチェックと下書き保存

入力時、保存時のエラーチェック

≡ がん登録オンラインシステム (GTOL)

〇〇病院

山田 太郎

サインアウ

メニュー

ホーム

トップ

カテゴリ

お知らせ

ダウンロード

PDF届出

Webフォーム届出

利用申請

医療機関向け提供データ登録届出

利用者

操作記録

登録情報

ヘルプ

全国がん登録届出

電子届出票をWebフォームから入力してアップロードするページです

都道府県 病院等の名称 〇〇病院

病院等の所在地 東京都〇〇区〇〇1-1-1 〇〇ビル101

管理者氏名 管理 太郎

届出担当者氏名 山田 太郎

届出担当者電話番号 000-0000-0000

届出担当者メールアドレス sample@example.com

届出担当者FAX 000-0000-0000

コメント

全角256文字

全国がん登録届出票

電子届出票の入力を行います。

入力タイプ フォーム CSVファイル

①病院等の名称 〇〇病院

②診療録番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 × (全角16文字)

全角16文字で入力してください。

③カナ氏名 シ サトロ × (全角カナ10文字) メイ ジロウ × (全角カナ10文字)

全角カナ10文字以内で入力してください。

④氏名 氏 佐藤 佐藤 佐藤 佐藤 佐藤 × (全角10文字)

全角10文字以内で入力してください。

名 次郎 次郎 次郎 次郎 次郎 × (全角10文字)

全角10文字以内で入力してください。

⑤性別 1.男性 2.女性

選択してください。

⑥生年月日 0.西暦 1.明 2.大 3.昭 4.平 5.令

100 年 12 月 31 日

正しい日付を入力してください。

⑦診断時住所 都道府県選択 (未選択)

選択してください。

市区町村以下

入力してください。

届出票の下書き保存可能

3, 全国がん登録届出のWEBフォーム化 CSV形式の届出と遡り調査票

csv形式の届出

がん登録オンラインシステム（GTOI）

OO病院 山田 太郎 サインアウト

メニュー

- ホーム
- トップ
- お知らせ
- ダウンロード
- PDF届出
- Webフォーム届出
- 利用申請
- 医療機関向け提供データ登録届出
- 利用者
- 操作記録
- 登録情報
- ヘルプ

全国がん登録届出

電子届出票をWebフォームから入力してアップロードするページです

都道府県 病院等の名称 OO病院
病院等の所在地
管理者氏名
届出担当者氏名 山田 太郎
届出担当者電話番号
届出担当者メールアドレス
届出担当者FAX
コメント

全国がん登録届出票

電子届出票の入力を行います。

入力タイプ フォーム CSVファイル

アップロードするCSVファイルをドラッグ & ドロップしてください。

またはファイルを選択

注釈があれば追加

下書きに保存する 確認画面に進む

遡り調査票

遡り調査届出票

遡り調査届出票の入力を行います。

入力タイプ フォーム CSVファイル

死亡診断書のがんについて (未選択)

①病院等の名称 OO病院
②診療録番号
③保険者番号
④被保険者番号 記号
番号
⑤カナ氏名 シ
⑥氏名 氏
⑦性別 1.男性 2.女性
⑧生年月日 0.西暦 1.明 2.大 3.昭 4.平 5.令 年 月 日
⑨診断時住所 都道府県選択 (未選択)
市区町村以下

腫瘍の種類

⑩側性 1.右 2.左 3.両側 7.側性なし 9.不明
⑪原発部位 大分類 (未選択)
詳細分類 (未選択)
⑫病理診断 組織型・性状 (未選択)

4. 2026年診断症例からのルール変更 乳癌の浸潤性乳管癌の亜分類

乳癌取扱い規約第19版(2025年6月発行)で浸潤性乳管癌の組織型の亜分類が見直されたため、2026年診断症例から浸潤性乳管癌の6桁目は、亜分類ではなく、病理学的グレード分類を反映することとする。



4. 形態コード(病理組織型)《乳房》

乳房に原発する腫瘍のほとんどは乳管上皮から発生する腫瘍で、ほとんどが導管癌と呼ばれる腺癌である。取扱い規約【第18版】では、全体を非浸潤癌、微小浸潤癌、浸潤癌およびPaget(パジェット)病に分類され、浸潤性乳管癌がんについてはわが国独自の分類で「腺管形成型」「充実型」「硬性型」「その他」に分類されるため、がん登録ではこれらの組織型について、8500/3をコードして6桁目で上記を区別する。

1	浸潤癌	Invasive carcinoma	● 8500/3
1	腺管形成型*	Invasive ductal carcinoma	● 8500/31
1	充実型 *	Tubule forming type	● 8500/32
1	硬性型 *	Solid type	● 8500/33
1	その他 *	Scirrhous type	● 8500/39
		Other type	



乳癌取扱い規約第18版 (2018年5月発行)

3. 浸潤癌 Invasive carcinoma

癌細胞が間質へ浸潤し、その程度が微小浸潤を超えるものを浸潤癌という。組織型は浸潤癌胞巣の形態に基づいて判定する。乳管内癌巣が主病変の大部分を占めるものは、診断名に“乳管内成分優位の（with a predominant intraductal component）”と付記する。

例：invasive ductal carcinoma with a predominant intraductal component, tubule forming type

例：apocrine carcinoma with a predominant intraductal component

a. 浸潤性乳管癌 Invasive ductal carcinoma

浸潤性乳管癌は、浸潤癌胞巣の形態に基づいて、腺管形成型、充実型、硬性型、その他の4型に分ける。2種以上の型が認められる場合には、より広い面積を占める型に分類する。いずれが優位とも判断が困難な場合には、その他に分類し、混在している型を併記する。

注：invasive carcinoma of no special type と同義語として扱う。

(1) 腺管形成型 Tubule forming type (図33、34)

浸潤癌胞巣が腺管形成を示す浸潤性乳管癌である。典型的な管状癌と節状癌はこれに含まない。

(2) 充実型 Solid type (図35～38)

充実性で腺管形成が不明瞭な浸潤癌胞巣が、周辺組織に対して圧排性ないし膨張性発育を示す浸潤性乳管癌である。硬性型に比較して、浸潤癌胞巣は大きい。浸潤癌胞巣の間に間質結合織が介在したり、中心部が壊死ないし線維化を示すことがある。

(3) 硬性型 Scirrhous type (図39～42)

癌細胞が散在性に、あるいは小塊状ないし索状となって間質に浸潤し、多少とも間質結合織の増殖を伴う浸潤性乳管癌である。浸潤癌胞巣は小さく、周辺組織に対してびまん浸潤性に発育する。

(4) その他 Other type

腺管形成型、充実型、硬性型のうち2種以上の型が認められ、いずれが優位とも判断が困難な場合、あるいは、中間的な組織像を示す場合は、その他に分類する。

8500/3

6桁目を浸潤性
乳管癌の亜分類
に使用していた

8500/31

8500/32

8500/33

乳癌取扱い規約第19版 (2025年6月発行)

2. 浸潤癌 Invasive carcinomas

癌細胞が間質へ浸潤したものという。組織型は浸潤癌胞巣の形態に基づいて判定する。

複数の組織型が混在し、一方の組織型が90%以上の面積を占め、他方の組織型が10%未満の場合は、前者の就型とする。10%以上の面積を占める組織型が複数混在する場合は、それらの混合型とする。混合型の場合、面積が広い順に組織型を併記する。混合型の中で、主な組織型を1つ決める必要がある場合は、面積が最も広い組織型とする。

注：微小浸潤癌以外で、乳管内癌巣が主病変の大部分を占めるものは、predominant intraductal component (+) と付記する（第2部第2章8項、80頁参照）。

a. 微小浸潤癌 Microinvasive carcinoma (図38, 39)

間質浸潤の大きさが1 mm以下の浸潤癌で、浸潤癌胞巣を認わない。

注：浸潤癌が複数ある場合には、最大径の病変で評価する。

b. 浸潤性乳管癌 Invasive ductal carcinoma/Invasive breast carcinoma of no special type

浸潤径が1 mm超で、特殊型に該当する細胞所見および組織構築を認めない浸潤癌をいう。浸潤癌胞巣の大きさ、間質の量および腺腔形成性の程度などから、多彩な組織像を示す。

代表的な増殖様式に、間質増生に乏しく大きな浸潤癌胞巣が圧排性ないし膨張性に増殖するものや間質増生を伴って癌細胞が小塊状ないし索状に浸潤するものがある（第2部第2章7項、80頁参照）（図40～48）。

特殊形態として、臍様パターン（medullary pattern）、神経内分泌分化を伴う癌（invasive carcinoma with neuroendocrine differentiation）、多形パターン（pleiomorphic pattern）、グリコーゲン富め細胞パターン（glycogen-rich clear cell pattern）、破骨細胞様巨細胞を伴う癌（carcinoma with osteoclast-like stromal giant cells）、绒毛癌様パターン（choriocarcinomatous pattern）、メラニン含有パターン（melanotic pattern）、オンコサイトパターン（oncocytic pattern）、脂質分泌パターン（lipid-rich pattern）、脂腺パターン（sebaceous pattern）が挙げられる。

コード	6桁目分化度	
1	異型度I 高分化	Gralg Well differentiated
2	異型度II 中分化	Gralg Moderately differentiated
3	異型度III 低分化	Gralg Poorly differentiated
4	異型度IV 未分化	Gralg Undifferentiated
9	未決定、未記載、適用外	Not determined, not stated or not applicable

8500/3

6桁目に異型度
の情報を反映
させる

(参考)乳癌浸潤性乳管癌のグレード分類 乳癌取扱い規約第19版

11. 病理学的グレード分類

グレード(異型度)分類は、主として浸潤性乳管癌の浸潤部を対象とし、ヘマトキシリン・エオジン染色標本を用いて判定する。判定方法としては、組織学的グレード分類(histological grading)と核グレード分類(nuclear grading)がよく用いられている。

a. 組織学的グレード分類(histological grading)

組織学的グレード(histological grade)の判定：腺管形成スコア+核多形性スコア+核分裂像スコアの合計

Grade 1: 3, 4, 5点

Grade 2: 6, 7点

Grade 3: 8, 9点

1) 腺管形成(tubule formation)スコア^{#1)}(図12~15)

1点：腫瘍の75%超に明らかな腺管形成がみられる。

2点：腫瘍の10~75%に腺管形成がみられる。

3点：腺管形成は腫瘍の10%未満である。

2) 核多形性(nuclear pleomorphism)スコア^{#2)}

1点：小型、規則的、均一な細胞

2点：大きさおよび多様性の中等度の増加

3点：顕著な多様性

3) 核分裂像(mitotic counts)スコア

顕微鏡の視野数(または視野面積)により異なる。顕微鏡接眼レンズの特性に基づく核分裂像算定基準の補正是表1のように行う。

注1：腺管形成は、弱拡大で腫瘍全体を観察して評価し、極性を有する腫瘍細胞で囲まれた明瞭な腺管構造のみを評価する。

b. 核グレード分類(nuclear grading)

核グレード(nuclear grade)の判定：核異型スコア+核分裂像スコアの合計

Grade 1: 2, 3点

Grade 2: 4点

Grade 3: 5, 6点

1) 核異型(nuclear atypia)スコア(図16~18)

1点：核の大きさ、形態が一様で、クロマチンは目立たない。

2点：1と3の中間

3点：核の大小不同、形態不整が目立つ。クロマチンの增量、不均等分布が目立ち、大型の核小体を有することがある。

2) 核分裂像(mitotic counts)スコア

低~中倍で分裂像の目立つ部分を選んだ後、高倍で観察する。顕微鏡接眼レンズの特性に基づく核分裂像算定基準の補正是表1のように行う。接眼レンズ視野数20、高倍(対物40×)の場合、次の通りとなる。

1点：10視野で5個未満

2点：10視野で5~10個

3点：10視野で11個以上

4, 2026年診断症例からのルール変更 肝癌取扱い規約第7版

- 2026年診断症例から[550]肝癌の病期は肝癌取扱い規約第7版準拠で登録する。

第1版 更新日：2025/6

【腫瘍情報】

[項目番号]	項目名	別名	項目区分
[550]	肝癌の病期（治療前・取扱い規約）	肝癌のステージ	●

肝癌について、わが国におけるその重要性と、取扱い規約での病期分類と UICCTNM 分類との解離の大きさとその治療への影響に鑑みて、当該腫瘍の初回治療前の病期を、原発性肝癌取扱い規約に準拠して記録するための項目。

「原発性肝癌取扱い規約第6版」の取り決めに従い、診断時のステージを、肝細胞癌と肝内胆管癌について記録する。

原発性肝癌についてのみ、その病期を登録し、「原発性肝癌取扱い規約」の対象とならないがん（“肝臓あるいは肝内胆管に原発した肝細胞癌あるいは肝内胆管癌”を除くすべての登録対象腫瘍）は、すべて「7777」で登録する

【コードの選択】

亜分類の詳細については別表を参照すること

4000	0期	原発性肝癌取扱い規約に準拠する臨床病期を記録する
4100	I期	原発性肝癌取扱い規約に準拠する臨床病期を記録する
4200	II期	原発性肝癌取扱い規約に準拠する臨床病期を記録する
4300	III期	原発性肝癌取扱い規約に準拠する臨床病期を記録する
4410	IVA期	原発性肝癌取扱い規約に準拠する臨床病期を記録する
4420	IVB期	原発性肝癌取扱い規約に準拠する臨床病期を記録する
7777	該当せず	原発性肝癌取扱い規約に該当しない病型・組織型の場合
4999	不明	臨床病期が不明な場合

【登録時の注意】

2011年12月31日診断症例までは、原発性肝癌取扱い規約第4版準拠で登録する。

2012年1月1日診断症例からは、原発性肝癌取扱い規約第5版準拠で登録する。

2016年1月1日診断症例からは、原発性肝癌取扱い規約第6版準拠で登録する。

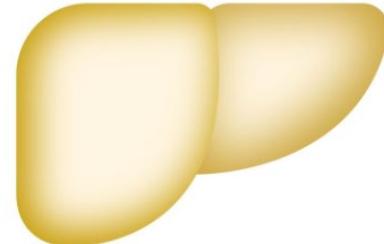
臨床・病理

原発性肝癌取扱い規約

The General Rules for the Clinical and Pathological Study of Primary Liver Cancer

2025年10月 第7版
October 2025
(The 7th Edition)

編集
日本肝癌研究会
Japan Liver Cancer Association



扁平上皮癌のHPV陽性の形態コード

- Squamous cell carcinoma, HPV positive 8085/3ならびにSquamous cell carcinoma, HPV negative 8086/3の形態コードを2022年診断症例以降不採用にしていたが、2026年診断症例から制限を設けない。HPV検査が行われていない場合、8070等を使用する。
- HPV検査がおこなわれており、かつ、Keratinizing scc等詳細な情報が含まれる場合、HPV検査結果を反映した8085/3または8086/3を優先し、詳細な情報は病理組織診断テキストに入力する。
 - Squamous cell carcinoma, HPV positive 「8085/3_」
 - Squamous cell carcinoma, HPV negative 「8086/3_」
- 原発不明頭頸部癌の付加因子は、これまで通り、該当分類決定のために、ウイルス感染検査の詳細を記録する。

4, 2026年診断症例からのルール変更 膀胱がんのTUR-BO

国立がん研究センター
東病院
National Cancer Center Hospital East

ご来院の方へ 診療科・共通部門 東病院について 取り組み 採用情報

トップページ > 診療科・共通部門 > 外科系 > 泌尿器・後腹膜腫瘍科 > 病気と治療について > 主な治療 > 経尿道的膀胱腫瘍一塊切除 (TURBO)

経尿道的膀胱腫瘍一塊切除 (TURBO) について

X ポスト シェアする

膀胱がんに対する標準的治療法は、経尿道的（けいとう）膀胱腫瘍切除術(TURBT : Transurethral Resection of Bladder Tumor)です。治療の適応は基本的に筋層（きんそう）非浸潤性膀胱がん（以前は表在性がんと呼ばれていました）が対象となります。筋層浸潤性膀胱がんの場合でも初期の診断などで本手術が行われています。

尿道から内視鏡を挿入し、膀胱腫瘍を電気メスで切除するため、おなかを切ることなく手術が可能です。また、膀胱粘膜の生検を行う場合もあります。本手術により、病巣の除去または正確な病理診断を得ることができます。

一方で、TURBTはがん組織そのものを細かく切除する方法であり、病理診断が不正確になる可能性があります。

そのため、当院では膀胱がんに対し可能な症例に対しては、経尿道的膀胱腫瘍一塊（いつかい）切除 (TURBO : Transurethral Resection of Bladder Tumor in One-piece)を行っています。

腫瘍を一塊に切除するTURBOを行うことで、より正確な病理診断（腫瘍深達度、腫瘍断端陰性判定）が期待できます。

従来のTURBT TURBO (経尿道的膀胱腫瘍一塊切除)

TUR-BT 内視鏡的治療

◆※ 4) 膀胱癌に対するTUR-Bt施行症例のT分類

- ・ pT は、膀胱全摘・膀胱亜全摘、あるいは TUR-Bt で「Ta」病変が全摘されたときのみ付与
- ・ 臨床医が TUR-Bt に記載されている(p)T より小さい cT を記載している場合、TUR-Bt の(p)T を cT にし「pTX」とする
- ・ 臨床医が TUR-Bt に記載されている(p)T より大きい cT を記載している場合、その cT を採用し「pTX」とする
- ・ 臨床医が cT を記載していない場合、総合的に判断して cT を付与し「pTX」とする

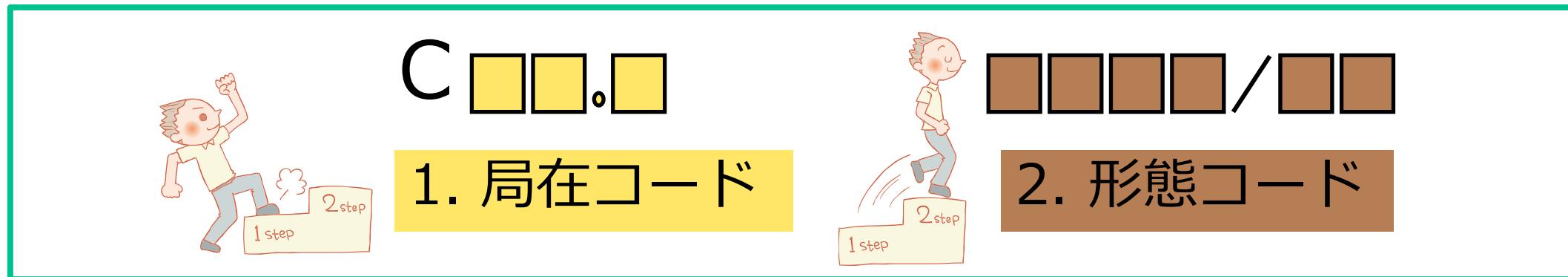
TUR-BO 内視鏡的治療

腫瘍を一塊に切除するため、より正確な病理診断（腫瘍深達度、腫瘍断端陰性判定）が期待できることから、pTを評価してよい

5, 今後のがん登録ルール検討

時期	2026年(R8)	2027年(R9)	2028年(R10)	2029年(R11)
SEER多重がんルール2025年版	多重がんルール研修(予定)	院内がん登録への導入		
UICCTNM9版(院内がん登録)	TNM9版日本語版出版? 院内がんプログラム改修	TNM9版の研修	院内がん登録への導入	
UICCTNM9版(全国がん登録)	全国がんプログラム仕様策定	全国がんプログラム改修 TNM9版の研修	TNM9版の研修	全国がん登録への導入
ICD-O-4	(院内・全国)仕様策定	(院内・全国)プログラム改修	ICD-O-4の研修	収集開始(院内・全国)
ICD11	全国がんプログラム仕様策定	全国がんプログラム改修	2027年死亡票の受領	

国際疾病分類 腫瘍学 第3版 (ICD-O-3) WHO/IARCより2019年に最新版刊行 (3.2)



例: C34.1 8070/33

肺上葉 低分化型扁平上皮癌

国際疾病分類 腫瘍学 第4版 (ICD-O-4) WHO/IARCより2025年に刊行予定



例: C49.31

89001/33

胸郭の結合組織

TFCP2再配列を伴う横紋筋肉腫

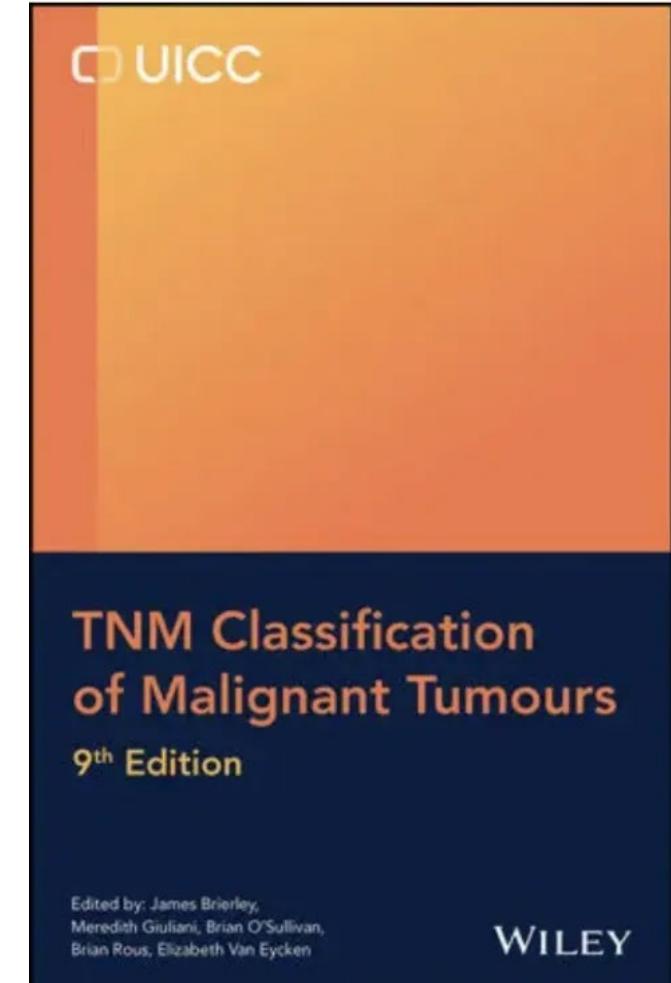
TNM9

新版は、画像診断技術、腫瘍生物学、患者ケアの進歩を反映し、がんの病期を記述・分類するための最新の国際的に合意された基準を提供する。

改訂された基準と新たな分類により、世界中でより正確で個別化されたがん治療を支援する。

主な変更点

1. HPV関連中咽頭癌の新たな病期分類：
特有の病態と予後をより適切に反映
2. 唾液腺癌および鼻咽頭癌の改訂基準：
画像診断と解剖学的特徴の更新に基づく
3. T3分類がより大きい肛門管腫瘍：予後不良のため病期を高く設定
4. 隹芽腫、皮膚リンパ腫、副甲状腺癌、副腎髓質腫瘍、副腎外傍神経節腫瘍の新たな分類
5. Essential TNMおよび小児がん病期分類に関するセクションの改訂・更新



日本での導入の予定

ICD-O-4 :

2025年内に完成予定。ICD-11とは違い、がん登録においては、大幅なシステム改修、データ移行、実務者研修が必要。入念な準備をするが、病理の現場での診断とICD-O-3の乖離を放置しないように迅速に対応すべき。

ICD-11 :

2022年に既に完成、発効している。日本においての、人口動態統計等での利用は2~3年内と想定されている。死亡者情報票がICD-11でコーディングされ次第、がん登録システムで導入し、ICD-11での集計予定。

TNM9 :

2025年に既に完成している。日本においては、システム改修、データ移行、実務者研修が必要で、こうした作業に数年かかると見込まれる。