

広島県地域がん登録 届出票の書き方

(平成22年1月 第3版)

広島県 広島県医師会 放射線影響研究所

届出対象

- 1) 診断時住所が**広島県内**にある方について届け出てください。
- 2) **上皮内がんを含む悪性腫瘍**（国際疾病分類腫瘍学第3版（ICD-O-3）の性状2または3）を届け出てください。なお、**中枢神経系**（脳・脊髄・髄膜）は**良性・悪性にかかわらず**届け出てください。
- 3) **原発部位**について届け出てください。
- 4) **初回入院の退院時**と**死亡退院時**に届け出てください。
- 5) **一連の初回治療**のうち自施設で実施したものについて届け出てください。
- 6) **多重がん**の場合は**別々の届出票**に記入してください。多重がんかどうかの判断は、主治医または病理医の判断を優先してください。

届出票の書き方

①医療機関	自施設名称。正式名称記入が望ましい（ゴム印でも可）。照会先所属、届出者は問い合わせに対応できる担当者を記入してください。
②貴院患者ID（カルテ番号）	貴院で患者固有に与えられている番号・記号を記入してください。患者照会に使用します。
③姓・名（漢字）	重複登録を防ぐ大事な項目のため、カタカナ・ひらがな・イニシャルでの表記を避け、姓と名を別々に漢字で記入してください。なお、本名がカタカナ、ひらがなの方はそのまま、また漢字表記できない場合の外国人名はカタカナで記載してください。漢字表記できる外国人名は漢字でお書きください。本名以外に日本名（通名）を持つ場合は本名を記入してください。
④性別	該当する番号を○で囲んでください。
⑤生年月日	生年月日を記入。西暦もしくは和暦（元号）、どちらでも記入可。
⑥診断時住所	診断時に居住していた住所。市町村のみならず、マンション・部屋番号までの詳細な住所を記入してください。
診断名	⑦左右 原発部位が両側臓器のみ記入してください。左右別のない臓器（例えば、脳、甲状腺、肝臓など）は記入不要です。その他の両側臓器において、一方が他方の転移と判断されない腫瘍が左右に存在するとき、左右それぞれを独立した腫瘍として別々の届出票に記入してください。一方が他方の転移で、原発側が判断されないときは「不明」としてください。「両側」は卵巣腫瘍・腎芽腫・網膜芽細胞腫が両側に発生した場合のみ選択してください。皮膚の正中は、部位欄に「正中」と記載してください。両側臓器については《表1》「両側のある臓器」を参照してください。
	⑧部位 腫瘍の原発部位を、できるだけ詳細な情報を含んだ言葉（日本語・英語どちらでも可）で記入してください。ICD-O-3の局在コードのみでの届出はしないでください。固形腫瘍では、原発臓器名とその詳細部位を記入してください（例：「肺左上葉」、「結腸脾彎曲部」等）。転移性がんの場合は原発臓器を記入してください（例：食道がんの肺転移は、転移部位の「肺」ではなく「食道」と記入）。原発が不明な場合は「原発不明」と記入してください。白血病の場合、診断部位は「骨髄」とし、病理診断名に「急性骨髄性白血病M2」等と記入してください。悪性リンパ腫の場合、診断部位は主病変とし（例：胃の悪性リンパ腫の場合は「胃」を記入）、詳細な診断名は病理診断名に「びまん性大細胞性B細胞型リンパ腫」のように記入してください。
	⑨病理診断名 【病理診断名】腫瘍の病理組織を、できるだけ詳細な情報を含んだ言葉で記入してください。病理報告に記入されている組織型を完全に記入することが望まれます。腫瘍の形状、性状（良性、良悪不詳、上皮内、悪性等）、および分化度（高・中・低・未分化）リンパ性造血器腫瘍の場合の表面抗原（T-cell、B-cell、Null-cell）等をすべて記入してください。病理診断名がない場合は、臨床診断名を「部位」欄に記入してください。 【潜在がん】病理診断名にoccult、latent、micro、minute、incidental、unactualizedの記載がある時、有に○をつけてください。 【多発がん】一つの部位で、同じ組織型の複数のがんが診断された時、有に○をつけてください。
診断情報	⑩初発・治療開始後 初発、治療開始後・再発を区別するための項目です。 【初発】自施設において、当該腫瘍の診断、初回治療、あるいは診断と初回治療を実施した場合に○をつけてください。 【治療開始後・再発】他施設にて当該腫瘍の初回治療を開始した後に自施設にて初回治療を継続あるいは診療を継続した場合、または初回治療が完了した後再発し、自施設で死亡した場合に○をつけてください。

	⑪ 診断根拠	<p>当該腫瘍が悪性腫瘍であること、その原発部位ならびに病理組織の確定に際し、患者の全経過を通じて最も寄与した情報(初回治療前の診断に限定しない。他施設における診断情報も含む)。複数回答も可。</p> <p>【1原発巣の組織診】 原発巣からの病理組織診断によるがんの診断、白血病の骨髓穿刺を含みます。</p> <p>【2転移巣の組織診】 転移巣からの病理組織診断によるがんの診断。</p> <p>【3細胞診】 喀痰、尿沈渣、腔分泌物等による剥離細胞診、ファイバースコープ等による擦過、吸引細胞診、あるいは洗浄細胞診を含みます。白血病および悪性リンパ腫の一般血液検査も、この項に含まれます。</p> <p>【4部位特異的な腫瘍マーカー】 腫瘍マーカーとしては以下のものに限ります。()内は参考として対象となる疾病をあげております。PSA(前立腺がん)、AFP(肝細胞がん)、HCG(絨毛がん)、VMA(神経芽細胞腫)、血清・尿中免疫グロブリン(多発性骨髄腫、ワルデンストロームマクログロブリン血症)高値。</p> <p>【5臨床検査】 画像診断(特殊撮影、造影全て。MRI、RI検査、PET、超音波検査を含みます)、手術・体腔鏡下の肉眼的診断を含みます。</p> <p>【6臨床診断】 1～5以外の場合。</p>
	⑫ 自施設診断日	<p>自施設において当該腫瘍の初回診断がなされた場合の届出では、初回治療前に自施設で実施した検査のうち、⑪診断根拠の番号の最も小さい検査の検体採取日や検査日を記入(組織診検体採取日、細胞診検体採取日、腫瘍マーカー検体採取日、画像診断検査日の順で優先)。前医・他施設において当該腫瘍の初回診断がなされた場合の届出では、自施設の当該腫瘍初診日を記入。生前に存在が疑われていなかったがんが病理解剖によりはじめて診断された場合は、死亡日を自施設診断日とします。西暦もしくは和暦(元号)、どちらでも記入可。年月日まで記入。</p>
	⑬ 他施設診断日(初回診断日)	<p>前医・他施設において、すでに当該腫瘍の診断がなされていた場合の届出では、前医・他施設において当該腫瘍の初回治療前に「がん」と診断する根拠となった検査を行った日をわかる範囲で必ず記入。西暦もしくは和暦(元号)、どちらでも記入可。できる限り年月日まで記入。詳細が不明な場合でも、分かる範囲で記入。(例: 4月上旬、4月頃、春頃、2009年頃等)</p>
	⑭ 発見経緯	<p>当該腫瘍が診断される発端となった状況を把握するための項目です。</p> <p>【1がん検診】 がんの早期発見・早期治療を目的とし、一連の定型的な検査を行う場合。自覚症状を持ちながらがん検診を受けがんと診断された場合は「がん検診」とします。</p> <p>【2健診・人間ドック】 健診は健康一般に関する一連の検査を行う場合で、人間ドックは個人を対象にした、より詳細な健康一般に関する検査。</p> <p>【3他疾患の経過観察中】 入院時ルーチン検査を含みます。</p> <p>【4剖検】 剖検によってはじめて腫瘍の存在が発見された場合。</p> <p>【9その他】 自覚症状があり受診した場合など。</p>
病期	⑮ 病巣の拡がり	<p>病巣の拡がりとは、腫瘍の原発部位での拡がりの程度と、所属リンパ節・遠隔臓器への転移の有無に基づき、大まかに分類する方法です。術後病理学的診断による進展度が判明していればそれを優先し、なければ治療前の進展度を用います。ただし、腫瘍の縮小を目的とした化学療法や放射線療法、あるいは免疫・内分泌療法などを施行の後、手術(体腔鏡的・内視鏡的手術を含む)を施行した場合は、治療前の進展度を優先します。</p> <p>【0上皮内】 がんが原発臓器に局限しており、かつ上皮内にとどまるもの。</p> <p>【1局限】 がんが原発臓器に局限しているもの。</p> <p>【2所属リンパ節転移】 所属リンパ節への転移を伴うが、隣接組織、臓器への浸潤がないもの。</p> <p>【3隣接臓器浸潤】 隣接組織、臓器に直接浸潤しているが、遠隔転移がないもの。</p> <p>【4遠隔転移】 遠隔転移があるもの。所属リンパ節以外のリンパ節への転移は遠隔に○をしてください。</p>
	⑯ UICC TNM	<p>主要5部位(胃、大腸、肝、肺、乳がん)は必ずUICC TNM分類に基づき記載してください。P5～P6の「TNM臨床分類(抜粋)」を参照してください。</p>
	⑰ 壁深達度	<p>食道、胃、大腸、胆管、胆のうについては、該当する壁深達度を選択してください。非切除でも例えば内視鏡検査で胃がんのIIcは(30)深達度が不明の早期癌(早期癌NOS)としてください。《表2》「壁深達度」を参照してください。</p>
初回治療	⑱ 観血的治療	<p>当該腫瘍における一連の初回治療のうち自施設で実施したものを記入してください。再発では記載不要です。</p> <p>【手術】 自施設での初回治療における、外科的治療の有無を記入。 (例: 包含 子宮頸がんの円錐切除術 除外 前立腺がんの去勢術→内分泌療法)</p> <p>【体腔鏡的】 自施設での初回治療における、体腔鏡的治療の有無を記入。</p> <p>【内視鏡的】 自施設での初回治療における、内視鏡的治療の有無を記入。</p> <p>【観血的治療を総合した治療結果】 当該のがんに対する手術・体腔鏡的・内視鏡的治療を実施した場合のみ根治度を記入してください。初回治療として行った総合的な結果を記入してください。内視鏡的な治療を最初に行ったが、その後外科的な追加切除を必要とした場合は、外科的切除の根治度を記入してください。根治度の記入は、組織学的に判断された根治度を用いるのが好ましいです。組織的根治度が得られない場合、肉眼的根治度を用います。 ※ 治癒切除、非治癒切除の定義: 領域(所属リンパ節、隣接臓器)までの切除は以下のように定義します。 治癒切除: 腫瘍を完全に摘除した場合(相対、絶対切除を含みます)。 非治癒切除: 腫瘍の切除が不完全であった場合(切除しきれなかった場合)。</p>

	⑱その他の治療	<p>【放射線】自施設での初回治療における、放射線治療の有無に○をしてください。</p> <p>【化学療法】自施設での初回治療における、化学療法の有無に○をしてください。化学療法については、定義が曖昧な部分がありますが、免疫療法・BRMや内分泌療法を含まないことに留意してください。(例: [包含]ハーセプチンによる乳がん治療、肝臓のTAI)</p> <p>【免疫療法】自施設での初回治療における、免疫療法・BRM療法の有無に○をしてください。BRM(biological response modifier:生体応答調整物質)については、「腫瘍細胞に対する宿主の生物学的応答を修飾することによって、治療効果をもたらす物質または方法」いわゆる非特異的な免疫賦活療法を指すものとします。</p> <p>【内分泌療法】自施設での初回治療における、内分泌療法の有無に○をしてください。内分泌療法とは、がん組織に対し、ホルモンバランスを替えることにより何らかの効果を求めた治療です。ホルモン投与、ホルモン代謝を拮抗する薬剤、抗ホルモン剤、エストロゲン依存性腫瘍に対する卵巣摘出術等がそれにあたります。(例: [包含]前立腺がんの去勢術)</p> <p>【その他】自施設での初回治療における、上記(手術～内分泌療法)以外の治療の有無に○をしてください。TAE(肝動脈塞栓術)、PEIT(経皮的エタノール注入療法)、温熱療法、レーザー等治療(焼灼)等を含みます。</p>
⑳死亡年月日		死亡日が判明している場合、記入してください。西暦もしくは和暦(元号)、どちらでも記入可。
㉑剖検		剖検の施行の有無について、該当する番号に○をしてください。

《表1》 両側のある臓器 (ICD-O-3の局在コードと部位)

局在コード	部位名	局在コード	部位名	局在コード	部位名
C07.9	耳下腺	C40.0	肩甲骨および上肢の長骨	C49.1	上肢・肩の軟部組織
C08.0	顎下腺	C40.1	上肢の短骨	C49.2	下肢・股関節部の軟部組織
C08.1	舌下腺	C40.2	下肢の長骨	C50.0-50.9	乳房
C09.0	扁桃窩	C40.3	下肢の短骨	C56.9	卵巢
C09.1	扁桃口蓋弓(前)(後)	C41.3	肋骨、胸骨および鎖骨	C57.0	卵管
C09.8	扁桃の境界部病巣	C41.4	骨盤骨、仙骨および尾骨	C62.0-62.9	精巣
C09.9	扁桃、部位不明	C44.1	眼瞼の皮膚、眼角を含む	C63.0	精巣上体
C30.0	鼻腔	C44.2	耳および外耳道の皮膚	C63.1	精索
C30.1	中耳	C44.3	その他の部位不明の顔面の皮膚	C64.9	腎盂を除く腎
C31.0	上顎洞	C44.5	体幹の皮膚	C65.9	腎盂
C31.2	前頭洞	C44.6	上肢の皮膚、肩を含む	C66.9	尿管
C34.0	主気管支	C44.7	下肢の皮膚、股関節部を含む	C69.0-69.9	眼球・涙腺
C34.1-34.9	肺	C47.1	上肢の末梢神経、肩を含む	C74.0-74.9	副腎
C38.4	胸膜	C47.2	下肢の末梢神経、股関節部を含む	C75.4	頸動脈小体

出典:地域がん登録の手引き改訂第5版[詳細版]

《表2》 壁深達度

コード	表記	説明	食道	胃	大腸	胆管	胆のう
01	is/ep	癌腫が粘膜上皮にとどまる病変。基底膜を越えない。	○	○	○	○	○
10	m	癌が粘膜にとどまり、粘膜下層に及んでいない/粘膜固有にとどまる・粘膜筋板を越えない。	○	○	○	○	○
20	sm	癌が粘膜下層にとどまり、固有筋層に及んでいない。	○	○	○		
30	早期癌NOS	早期癌NOS(顕微鏡的確認の有無を問わない)	○	○	○	○	○
40	pm/mp/S0	癌が固有筋層にとどまり、これを越えていない。	○	○	○	○	○
50	a	癌が固有筋層を越えて浸潤している。			○		
51	ss/S1	癌が固有筋層を越えているが、漿膜表面に出していない。	○	○	○	○	○
52	a1	癌が固有筋層を越えているが、さらに深くは浸潤していない。			○		
61	se/S2	癌が漿膜表面に露出している。		○	○	○	○
62	a2/ad	癌が筋層を越えてさらに深く浸潤している/外膜に浸潤しているが、他臓器に浸潤していない。	○		○		
71	si/S3	癌が直接他臓器に浸潤している。		○	○	○	○
72	ai/adj	癌が直接他臓器に浸潤している。	○		○		
88	進行癌NOS	進行癌NOS(顕微鏡的確認の有無を問わない)	○	○	○	○	○
99	不明	病変が切除されているが壁深達度不明なもの。	○	○	○	○	○
97	非切除例	登録対象癌腫で、病変が切除されていない場合。	○	○	○	○	○

広島県地域がん登録届出票第3版(秘)

太枠内を記入して下さい
* 欄は事務局使用のため記入しないでください

① 医療機関	名称	照会先所属	届出者	* 受付番号	_____
	* P _____ *			* 受付年月日	_____
ふりがな			② 貴院患者ID	* No.	_____
③ 姓・名 (漢字)	姓	名	④ 性別	1 男 2 女	⑤ 生年月日
⑥ 診断時 住所	広島県	市		0 西暦 1 明治 3 昭和	2 大正 4 平成
		郡			年 月 日

⑦ 診断名 [原発臓器]	⑦左右 (両側臓器のみ記載)	1 右 2 左 9 不明 3 両側 (卵巣腫瘍、腎芽腫、網膜芽細胞腫が両側に発生した場合のみ)	⑨ 病理診断名	形態、性状、分化度がわかるよう詳細をお願いします
	⑧ 部位 [臓器名と詳細部位]	例 胃U、肺S1、など (悪性リンパ腫は「主病変の部位」を記載)		* 潜在がん 1 有 0 無 * 多発がん 1 有 0 無
		* C _____		

⑩ 診断情報	⑩初発・治療開始後	1 初発 (自施設で診断かつ/もしくは初回治療) 2 治療開始後 (前医で当該腫瘍の初回治療を開始した以降)・再発	
	⑪ 診断根拠 (複数回答可)	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 (PSA, AFP, HCG, VMA, 免疫グロブリン高値) 5 臨床検査 (画像診断、内視鏡・体腔鏡・手術所見を含む) 6 臨床診断	患者の全経過を通じて、がんと診断する根拠となった検査に○(初回治療前の診断に限定しない)
	⑫ 自施設診断日	0 西暦 1 昭和 2 平成	年 月 日
	⑬ 他施設診断日 (初回診断日)	0 西暦 1 昭和 2 平成	年 月 日
⑭ 発見経緯	1 がん検診 2 健診・人間ドック 3 他疾患の経過観察中 4 剖検 9 その他 (自覚症状も含む)・不明		・初回治療前に自施設で実施した検査のうち、診断根拠の番号の最も小さい検査の検体採取日や検査日 ・他施設診断の場合は、当該腫瘍の自施設初診日 * 他施設名 ()

⑮ 病期	⑮病巣の 拡がり	(大腸がんの場合、上皮内に○) 0 上皮内 1 限局 2 所属リンパ節転移 3 隣接臓器浸潤 4 遠隔転移 9 不明
	⑯ UICC TNM	T _____ N _____ M _____ ステージ _____ 初発の場合、UICC TNM分類は胃・大腸・肝・肺・乳がんでは必ず記載
	⑰ 壁深達度	食道、胃、大腸、胆管、胆のうの癌の場合は○をつけてください 早期癌：(01) is/ep (10) m (20) sm (30) 深達度が不明の早期癌 進行癌：(40) pm/mp/S0 (50) a (51) ss/S1 (52) a1 (61) se/S2 (62) a2/ad (71) si/S3 (72) ai/adj (88) 深達度が不明の進行癌 不明：(99) 切除したが深達度が不明 (97) 非切除、かつ肉眼・画像診断等で深達度が不明 届出症例の腫瘍径、リンパ節転移の拡がり、遠隔転移部位など、病巣の拡がりの判定に役立つ情報を記載してください

⑱ 初回治療	⑱ 観血的 治療	手術	1 有 2 無	* 実施日	0 西暦 1 平成	年 月 日
		体腔鏡的 (胸腔鏡・腹腔鏡)	1 有 2 無	* 実施日	0 西暦 1 平成	年 月 日
		内視鏡的	1 有 2 無	* 実施日	0 西暦 1 平成	年 月 日
		観血的治療を総合した治療結果	原発巣切除 (1 治療切除 2 非治療切除 3 治療度不明) 4 姑息・対症療法・転移巣切除・試験開腹 9 不詳			
	⑲ その他の 治療	放射線	1 有 2 無			
		化学療法	1 有 2 無			
免疫療法		1 有 2 無				
	内分泌療法	1 有 2 無				
	その他	1 有 2 無	()			

⑳ 死亡年月日	0 西暦 1 平成	年 月 日	㉑ * 剖検	1 有 0 無
------------	--------------	-------	-----------	---------

* 事務局使用欄 壁深達度 _____ 観血的治療日 H _____ 潜在 _____ 早期 _____ 多発 _____ 剖検 _____

* は広島県独自項目

UICC TNM 悪性腫瘍の分類 第6版 TNM臨床分類 (抜粋)

胃

TX	原発腫瘍の評価が不可能
T0	原発腫瘍を認めない
Tis	上皮内癌：粘膜固有層に浸潤していない上皮内癌
T1	粘膜固有層または粘膜下層に浸潤する腫瘍
T2	固有筋層または漿膜下層に浸潤する腫瘍 ¹
T2a	固有筋層に浸潤する腫瘍
T2b	漿膜下層に浸潤する腫瘍
T3	漿膜（臓側腹膜）に浸潤しているが、隣接臓器にまで浸潤していない腫瘍 ^{1,2,3}
T4	隣接臓器にまで浸潤している腫瘍 ^{2,3}
注：1. 漿膜下浸潤腫瘍では、たとえ胃結腸間膜や胃肝間膜、あるいは大網や小網内を進展した場合でも、それらの漿膜が浸潤されなければT2に分類する。これら胃間膜や大・小網の漿膜に浸潤が及んだときには、T3に分類する。	
2. 胃の隣接臓器とは脾、横行結腸、肝、横隔膜、脾、腹壁、副腎、腎、小腸、後腹膜を指す。	
3. 胃から十二指腸や食道に浸潤が及んでいる場合には、これらの中で最も深い深達度により分類する。	
NX	所属リンパ節転移の評価が不可能
N0	所属リンパ節転移なし
N1	1-6個の所属リンパ節転移
N2	7-15個の所属リンパ節転移
N3	16個以上の所属リンパ節転移

結腸および直腸

TX	原発腫瘍の評価が不可能
T0	原発腫瘍を認めない
Tis	上皮内癌：上皮内腫瘍または粘膜固有層に浸潤 ¹
T1	粘膜下層に浸潤する腫瘍
T2	固有筋層に浸潤する腫瘍
T3	固有筋層をこえ、漿膜下層または腹膜被覆のない傍結腸あるいは傍直腸組織に浸潤する腫瘍
T4	直接他臓器または他組織 ^{2,3} に浸潤する腫瘍、および/または臓側腹膜を貫通する腫瘍
注：1. Tisには腺基底膜（上皮内癌）、または粘膜固有層（粘膜内癌）内に限局し、粘膜筋板を貫通して粘膜下層には至っていない癌を含む。	
2. T4の直接浸潤には漿膜を介し、他の結腸直腸に浸潤する場合も含まれる。たとえば、盲腸癌がS状結腸に浸潤する場合など。	
3. 肉眼的に、他の臓器や組織に密着している腫瘍はT4に分類する。しかし、癒着部に顕微鏡的に、腫瘍が認められない場合はpT3に分類しなければならない。	
NX	所属リンパ節転移の評価が不可能
N0	所属リンパ節転移なし
N1	1-3個の所属リンパ節転移
N2	4個以上の所属リンパ節転移
注：結腸周囲または直腸周囲の脂肪組織内の腫瘍結節で、組織学的にリンパ節遺残の確証はないが、リンパ節様の平滑な外形を示すものはpNに分類する。結節の外形が不規則な場合はpTに分類し、同時にV1（顕微鏡的静脈侵襲）とする。もし、肉眼的に確認できるならばV2となる。これらの所見は静脈侵襲の存在を強く示唆するからである。	

肝臓

TX	原発腫瘍の評価が不可能
T0	原発腫瘍を認めない
T1	単発で脈管浸潤のない腫瘍
T2	単発で脈管浸潤を伴う腫瘍、または多発性で、最大径が5cm以下の腫瘍
T3	最大径が5cmをこえる多発腫瘍、または門脈または肝静脈の大分枝に浸潤した腫瘍
T4	胆嚢以外の隣接臓器に直接浸潤する腫瘍、または肝癌破裂を起した腫瘍
NX	所属リンパ節転移の評価が不可能
N0	所属リンパ節転移なし
N1	所属リンパ節転移あり

肺

TX	原発腫瘍の評価が不可能か、または画像上または気管支鏡的には観察できないが、痰または気管支分泌物中に悪性細胞が存在することで腫瘍の存在がわかるとき
T0	原発腫瘍を認めない
Tis	上皮内癌
T1	腫瘍の最大径が3cm以下で、健常肺組織、または肺胸膜に囲まれているもの。気管支鏡的に癌浸潤が葉気管支より中枢に及ばないもの（すなわち、主気管支におよんでいない） ¹
T2	腫瘍の大きさと進展度が以下のもの： ・最大径が3cmをこえる腫瘍 ・主気管支に浸潤が及ぶもの、腫瘍の中枢側が気管分支部より2cm以上はなれているもの ・臓側胸膜に浸潤する腫瘍 ・肺門に及ぶ無気肺、あるいは閉塞性肺炎があるが片肺全野に及ばないもの
T3	大きさと無関係に隣接臓器、すなわち胸壁（superior sulcus tumorを含む）、横隔膜、縦隔胸膜、壁側心膜などに直接浸潤する腫瘍；または腫瘍が気管分支部より2cm未満に及ぶもの ¹ 、しかし気管分支部に浸潤のないもの；または無気肺・閉塞性肺炎が片肺全野に及ぶもの
T4	大きさと無関係に縦隔、心臓、大血管、気管、食道、椎体、気管分支部に浸潤の及ぶ腫瘍；同一肺葉に散在する腫瘍結節；悪性胸水を伴う腫瘍 ²
注：1. 大きさと無関係に腫瘍の浸潤が気管支内に限局しているまれな表層浸潤型のもので、腫瘍が主気管支に及ぶものでもT1とする。	
2. 肺癌と関係のある胸水の多くは腫瘍によるものである。しかし、中には何回にも及ぶ細胞診検査にて陰性の例もある、非血性で非滲出性である。このような場合は胸水が腫瘍と関係のないこと、胸水の性状を臨床的判断で決め、その病期から除外しT1、T2、またはT3とする。	
NX	所属リンパ節転移の評価が不可能
N0	所属リンパ節転移なし
N1	原発腫瘍の直接浸潤を含み、同側気管支周囲、および/または同側肺門および肺内リンパ節の転移
N2	同側縦隔リンパ節転移、および/または下気管支分支部リンパ節の転移
N3	対側縦隔、対側肺門、同側または対側斜角筋前、鎖骨上のリンパ節転移

乳腺腫瘍

TX	原発腫瘍の評価が不可能
T0	原発腫瘍を認めない
Tis	乳管内癌
Tis(DCIS)	非浸潤性乳管癌
Tis(LCIS)	非浸潤性小葉癌
Tis(Paget)	腫瘍を認めない乳頭の Paget 病
注：腫瘍を伴った Paget 病は腫瘍の大きさに従って分類する。	
T1	最大径が 2cm 以下の腫瘍
T1 mic	最大径が 0.1cm 以下の微小浸潤
注：微小浸潤とは病理学的に基底膜をこえた隣接組織へのがん細胞の拡がりであり、最大径が 0.1cm をこえない病巣をいう。微小浸潤病巣が複数認められる場合は最大径の病巣のみによって分類する（個々の病巣の合計を用いてはならない）。より大きな浸潤癌が多発している場合と同様に、微小浸潤病巣が多発していることを記録すべきである。	
T1a	最大径が 0.1cm をこえるが 0.5cm 以下
T1b	最大径が 0.5cm をこえるが 1.0cm 以下
T1c	最大径が 1.0cm をこえるが 2.0cm 以下
T2	最大径が 2.0cm をこえるが 5.0cm 以下の腫瘍
T3	最大径が 5.0cm をこえる腫瘍
T4	腫瘍の大きさに関係なく、胸壁または皮膚への直接進展を示す腫瘍で、T4a から T4d まで表記される。
注：胸壁は肋骨、肋間筋、および前鋸筋を含めるが、胸筋は含まない。	
T4a	胸壁への進展
T4b	乳房皮膚の浮腫〔橙皮状皮膚 (peau d'orange) を含む〕、潰瘍形成および同側乳房に限局した衛星皮膚結節
T4c	T4a、T4b の両者を共有する
T4d	炎症性乳癌
注：炎症性乳癌は類丹毒の辺縁にみられるようなびまん性の強い硬結を特徴とし、通常、その直下に腫瘤を触知しない。皮膚生検が陰性で計測可能な限局した原発腫瘍が無い場合に、臨床的な炎症性乳癌 (T4d) を病理学的に分類する際は pTX とする。T4b および T4d を除き、T1、T2、T3 の皮膚のえくぼ症状、乳頭陥凹、またはその他の皮膚病変は本分類に関与しない。	
NX	所属リンパ節転移の評価が不可能（たとえば、すでに摘除した場合）
N0	所属リンパ節転移なし
N1	可動性の同側腋窩リンパ節転移
N2	固定した同側腋窩リンパ節転移、または臨床的に腋窩リンパ節転移を認めない場合で臨床的に明らかな * 同側胸骨傍リンパ節転移。
N2a	相互に、あるいは周囲組織と固定している腋窩リンパ節転移。
N2b	臨床的に明らかな * 胸骨傍リンパ節転移のみで、臨床的に腋窩リンパ節転移を認めないもの。
N3	腋窩リンパ節転移の有無を問わない同側鎖骨下リンパ節転移、臨床的に腋窩リンパ節転移を認める場合の臨床的に明らかな * 同側胸骨傍リンパ節転移、または腋窩または胸骨傍リンパ節転移の有無を問わない同側鎖骨上リンパ節転移
N3a	鎖骨下リンパ節転移
N3b	胸骨傍および腋窩リンパ節転移
N3c	鎖骨上リンパ節転移
注：* 臨床的に明らかなとは視触診、または画像診断（リンパ節シンチグラフィを除く）から検出されたものである。	

M - 遠隔転移

MX	遠隔転移の評価が不可能
M0	遠隔転移なし
M1	遠隔転移あり*
* 肺の場合：遠隔転移（同側または対側）、他肺葉に散在する腫瘍結節を含む	

問い合わせ先

広島県医師会 学術研修課『地域がん登録室』

〒733-8540 広島市西区観音本町1-1-1

TEL 082-232-7211 FAX 082-293-3363

問い合わせ専用 E-mail

ask-gan@gaku.hiroshima.med.or.jp

※E-mail又はFAXにてお問い合わせください。