

ICD-O 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

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(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。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: リンパ腫の発生活動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べきである。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 - 」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?ということは、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 - 0第3巻	ICD - 0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 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 4 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臨床上での記述である。

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。

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かわりに、「腕」^{わん}、「腹部」^{わん}、「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）」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）」^{わん} NOS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）」^{わん}は、「skin of arm（腕の皮膚）」^{わん}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）」^{わん} NOSにコードするのではなく、「skin of arm（腕の皮膚）」^{わん}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。

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、同じようリストをみることができる。

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」、「隣周囲組織」、「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、(白血病が骨髓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

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 (CIN) 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 (CIN) 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。CIN 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 (VAIN) 、外陰 (VIN) 及び肛門 (AIN) 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。

CIN (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。

「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 (CIN) ならびに、高度異形成及び上皮内癌 (CIN) 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

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 には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。

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unner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unner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unner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、「上皮内プレッナー腫瘍」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、 、 にほぼ近いもの

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

である。「未分化」及び「退形成」は、通常異型度 に相当する。このように「扁平上皮癌、異型度 」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）、「る胞腺癌、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に、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。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”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。

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

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 陰囊 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」が脾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（脾、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」という診断名がついた場合、ある特定の形態コードを割り当てることができない（いくつか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ければ、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、一对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。