

届出方法等について

1 届出対象

新潟県内の医療機関においてがん（ ）と診断された患者及び県内に住所を有していたがんによる死亡者を対象とする。

がん：国際疾病分類 - 腫瘍学 - 第3版（ICD-O-3）における性状コード2(Carcinoma in site)もしくは3(Malignant)の腫瘍とする。ただし頭蓋内腫瘍は性状コードに関わらずすべてとする。以下同じ。

2 届出内容

(1) 県内の医療機関の医師または医師の責任の下で届出票を記載する診療情報管理士は、当該がんにおける初回の一連の医療行為について以下のとおり記載し届け出る。

ア 診断医療機関の場合

医療機関、個人同定、診断名、診断情報の各欄に記載し、治療について他施設へ紹介した場合は、備考欄に紹介先医療機関名を明記する。

イ 治療医療機関の場合

すべての欄に記載する。ただし治療法の欄には初回の一連の行為のうち自施設のみを記載する。

初回の一連の治療途中で他施設へ転院した場合はそのことを備考欄に明記する。

また、その治療途中で転院した先の医療機関はすべての欄に記載し、治療法の欄には自施設で施行したものを記載する。

(2) 再発および追加治療の届出

基本的には不要であるが、初回治療時における届出の有無が不明の場合、自施設の初診日を自施設診断日とし、分かる範囲で初回診断日を、治療法

の欄には自施設で施行したものを記載する。

(3) 多重がんの場合の届出

再発・転移でない場合は、当該がんの届出を行う。多重がんの判定は「地域がん登録の手引き」(地域がん登録全国協議会発行)に基づく。

(4) 死亡の届出

診断時等においてがん登録の届出を行っている場合は、医療機関、個人同定、診断名、死亡の各欄に記載する。

それ以外の場合は再発および追加治療と同様に届け出る。

3 届出時期

次の場合に届出を行う。

(1) がん患者が入院した場合は退院したとき。ただし入院の期間が6か月を超えたときはその時点。

(2) がん患者が入院しなかった場合は、がんと確定診断し、外来手術又はそれ以外の治療を開始したとき。(経過観察も含む)

(3) がんを診断した患者が治療等のために他院に転院した場合はその時点。

(4) 以前に自施設で届出を行っている場合は下記の変更があった時点。

ア がんであるとして届出を行ったが、がんではないと診断を変更したとき。

イ がんの原発部位について診断を変更したとき。

ウ 手術を行わない予定であったが治癒を目的とした手術を行ったとき。

(5) がん患者の死亡時。

4 届出方法

提出用の届出票を所定の封筒により、新潟県成人病予防協会へ送付する。

5 記載事項の内容確認等

記載の内容等について、必要に応じて新潟県がん登録室から確認や補充票の記載を依頼する場合がある。

6 届出票、返信用封筒の配布

届出票、返信用封筒は新潟県成人病予防協会から配布するので、必要に応じて新潟県成人病予防協会へ請求すること。

7 記載にあたっての照会先

記載内容に関する問い合わせは、新潟県がん登録室へ。

その他の事項に関する照会は、巻末を参照のこと。

記載にあたってのお願い

1 全体

日付は西暦または和暦を 印で選択する。(日付に関する項目は西暦か和暦で統一すること)

正確な日付が不明の場合は、時期等を記載する。(上旬、 頃、春など)

2 個人同定

楷書で正確に記載し、住所は診断時のものを記載する。

3 診断名

(1) 臨床診断名、病理診断名

- ・左右は側性のある場合のみ記載する。
- ・臨床診断名には局在部位も明記する。部位は ICD-0-3-T に基づいて分類される。白血病の部位は骨髄となるが、コーディングしやすいように臨床診断名も明記する。悪性リンパ腫は臓器原発の場合は臓器名を記載する。
- ・病理診断名は病変が一つの場合は量的に優位なものを一つだけ、多数病変がある場合は併記して記載し、生検結果と手術切除標本の結果が異なる場合は手術時のものを記載する。いずれも ICD-0-3-M に基づいて分類される。

(2) 診断根拠

診断の根拠となったすべての診断方法に 印を付ける。

「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。白血病の骨髄穿刺も含む。

「 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。

「 3 細胞診 」

喀痰、尿検査、膣分泌物などによる剥離細胞診、T V ブラッシ、ファイバースコープなどによる擦過あるいは吸引細胞診、洗浄細胞診を含む。

また白血病及び悪性リンパ腫の一般血液検査も含む。

「 4 部位特異的腫瘍マーカー 」

A F P、P S A など、種類を記載する。

「 5 臨床検査 」

画像診断、内視鏡・体腔鏡・手術下の肉眼的診断を含む。

「 6 臨床診断 」

4 診断情報

(1) 初発・再発など

「 1 初発 」

初発診断及び初発治療開始時の届出の場合に 印を付ける。

診断の結果、治療方針が「緩和ケア」、「治療なし」、「経過観察」と決定した場合も届け出る。ただし初発時の届出がある場合、再発・転移の際の届出は不要とする。

「 2 再発・治療開始後 」

初発の一連の治療の途中で来院した場合に 印を付け、自施設で行った治療のみ記載する。

初発の一連の治療が分割された場合及び初発時の届出の有無が不明で自施設で再発の診断治療を行った場合も記載する。

「 3 疑い例 」

悪性の診断が確定していない場合に 印を付ける。

「 4 死亡の届出のみ 」

以前に届出がある場合に 印を付けて、医療機関、個人同定、診断名、

死亡の各欄に記載する。

(2) 診断日

「自施設診断日」

初発の診断が自施設の場合は、初回治療前の診断のために行った検査（自施設施行に限る）のうち、がんと診断する根拠となった検査を行った日（検体採取日、検査日）とし、診断根拠のうち治療を開始する前に行った最も番号の小さい検査の日付を下記の基準で選ぶ。

- ・ 1～3 を選択した場合は「検体採取日」
- ・ 4～5 を選択した場合は「検査日」
- ・ 6 を選択した場合は「入院日」「初診日」

前医（他施設）診断及び再発・治療開始後の場合は該当するがんの自施設初診日を記載する。

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初めて診断された場合は、死亡日をもって診断日とする。

「初回診断日」

前医（他施設）において診断された場合または再発・治療開始後に来院した場合は、当該がんの原発部位が初めて診断された日を分かる範囲で記載する。

(3) 発見経緯

当該がんが診断される根拠となった項目について下記の基準により一つ選び 印を付ける。

「1 がん検診」

がんの早期発見・早期治療を目的とした一連の定型的な検査で発見された場合。（住民検診など）

「2 健診・人間ドック」

健康診断および人間ドックで発見された場合。

「3 他疾患の経過観察中」

他疾患の経過観察中の諸検査にて発見された場合。（入院中のルーチン検査を含む）

「4 剖検」

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初めて診断された場合。

「9 自覚症状・その他・不明」

上記以外の経緯で発見された場合。

ただし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、「1 がん検診」とする。

5 病期

病期の扱いは「地域がん登録の手引き」(地域がん登録全国協議会発行)に基づく。TNMはUICCのTNM分類となっており、記載しやすいものを選んで記載する。基準が不明確の場合、その他の欄に記載しやすい方法で記載する。(深達度、大きさ、各種がん取扱い規約のTNMなど)

6 治療法

自施設で施行したもののみ、初発の一連の治療についてすべて記載する。他施設で行われたものは、備考欄に記載する。

「観血的治療」

手術、体腔鏡的、内視鏡的手術の有無に 印を付ける。

「上記治療結果」

観血的治療内容を統合した結果、該当する場合に 印を付ける。

「その他の治療」

観血的治療以外の初発の一連の治療についての有無に 印を付ける。

「緩和ケア」、「治療なし」、「経過観察」の場合も「9.その他」に 印を付け、治療方針を記載する。

7 死亡年月日

死亡年月日と死因を記載する。

8 備考

他施設にて初発の診断または、初発の一連の治療が行われた場合、分かる範囲で追記する。