

がんの統計 2024

CANCER STATISTICS IN JAPAN — 2024



公益財団法人 がん研究振興財団

Foundation for Promotion of Cancer Research

わが国におけるがん対策のあゆみ	4～11
-----------------	------

図 表 編

1	2023年がん死亡数・罹患数予測	14
2	部位別がん死亡数（2022年）	15
3	年齢階級別がん死亡 部位内訳（2022年）	16
4	部位別がん死亡率（2022年）	17
5	都道府県別75歳未満がん年齢調整死亡率（2022年）	18～22
6	部位別がん罹患数（2019年）	23
7	年齢階級別がん罹患 部位内訳（2019年）	24
8	部位別がん粗罹患率（2019年）	25
9	地域がん登録における5年相対生存率（2009～2011年診断例）	26～27
10	地域がん登録におけるサバイバー5年相対生存率（2002年～2006年追跡例；ピリオド法）	28
11	がん診療連携拠点病院等（都道府県推薦病院含）における5年実測生存率（2014～2015年診断例）	29～30
12	がん診療連携拠点病院等（都道府県推薦病院含）における10年実測生存率（2010年診断例）	31～32
13	累積がん罹患・死亡リスク	33～34
14	小児・AYA世代のがん	35～36
15	希少がん分類別がん年齢調整罹患率（2016～2018年診断症例）	37～38
16	主要死因別死亡率年次推移（1947年～2022年）	39
17	主要死因別年齢調整死亡率年次推移（1950年～2022年）	40
18	部位別がん死亡数年次推移（1965年～2022年）	41
19	がん年齢調整死亡率年次推移（1979年～2022年）	42～43
20	年齢階級別がん死亡率推移（1980年、2000年、2022年）	44～47
21	部位別がん罹患数推移（1980年～2019年）	48
22	がん年齢調整罹患率年次推移（1985年～2015年）	49～50
23	年齢階級別がん罹患率推移（1980年、2000年、2019年）	51～54
24	地域がん登録における5年相対生存率推移（1993-1996年、1997-1999年、2000-2002年、2003-2005年、2006-2008年、2009-2011年診断例）	55～56
25	喫煙率	57～58
26	がん検診受診率（2010年、2013年、2016年、2019年）	59～62

資 料 編

1	2023年がん死亡数・罹患数予測	64～65
2	ICD-10三桁分類別がん死亡（死亡数・割合）（2022年）	66～69
3	部位別年齢階級別がん死亡数・割合（2022年）	70～73
4	部位別年齢階級別がん死亡率（2022年）	74～77
5	都道府県別がん死亡率	78～83
6	部位別年齢階級別がん罹患数・割合（2019年）	84～87
7	部位別年齢階級別がん罹患率（2019年）	88～91
8	地域がん登録における5年相対生存率（2009～2011年診断例）	92～93
9	地域がん登録におけるサバイバー5年相対生存率（2002年～2006年追跡例；ピリオド法）	94
10	がん診療連携拠点病院等（都道府県推薦病院含）における5年実測生存率（2014～2015年診断例）	95～96
11	がん診療連携拠点病院等（都道府県推薦病院含）における10年実測生存率（2010年診断例）	97～98
12	小児・AYA世代のがん	99
13	希少がん分類別がん年齢調整罹患率（2016～2018年診断症例）	100～105
14	主要死因別死亡率年次推移（1910年～2022年）	106～107
15	主要死因別年齢調整死亡率年次推移（1950年～2022年）	108～109
16	喫煙率	110～113
17	がん検診受診率（2010年、2013年、2016年、2019年）	114～115
18	医療用麻薬消費量	116～117
19	喫煙、飲酒と栄養摂取の変化	118～119
20	受療率の推移（1996年～2020年）	120
21	国民医療費の推移（2009年～2021年）	121
	用語の説明	122～126
	トピックス①	127
	トピックス②	128
	トピックス③	129～130
	トピックス④	131～135
	トピックス⑤	136～137

用語の説明

Glossary

(1) 年齢調整罹患/死亡率 Age adjusted incidence / mortality rate

$$\text{年齢調整死亡率} = \frac{\left\{ \begin{array}{l} \text{観察集団の各年齢} \\ \text{(年齢階級)の死亡率} \end{array} \right\} \times \left\{ \begin{array}{l} \text{基準人口集団のその年齢} \\ \text{(年齢階級)の人口} \end{array} \right\}}{\text{基準人口集団の総人口}} \quad \text{の各年齢(年齢階級)の総和}$$

年齢構成が異なる人口集団の間での罹患・死亡率や、特定の年齢層に偏在する罹患率・死因別死亡率などについて、その年齢構成の差を取り除き、そろえて比較する場合に用いる。年齢調整死亡率を標準化死亡率という場合もある。基準人口としては平成27年モデル人口（平成27年人口をベースに作られた仮想人口モデル）、昭和60年モデル人口（昭和60年人口をベースに作られた仮想人口モデル）を用いている。死因別死亡率は、通常人口100,000当たりで表現する。

粗罹患・死亡率が増加していたとしても、単に人口の高齢化のみが原因となっている可能性がある。年齢調整罹患・死亡率を用いることにより、年齢構成の変化の影響を除いた形での年次間の罹患・死亡率の比較が可能になる。

$$\text{Age-adjusted mortality rate} = \frac{\sum_i [\text{Observed DR in } i\text{th age category}] \times [\text{Population of } i\text{th age category in SP}]}{[\text{Total Population in SP}]}$$

where DR and SP denote death rate and standard population, respectively.

The age-adjusted incidence/mortality rate is a weighted average of age-specific incidence/death rates in the observed population. The weight for each age category is the proportion of people in the age category in the standard population. The 1985 model population of Japan is used as the standard population throughout this book (See table below). The age adjustment is used to adjust the difference in age distribution in comparing incidence/death rates of two or more populations. By convention, the death rate is expressed per 100,000 population.

Crude incidence/mortality rate is affected by the age distribution of the population. Even when the crude incidence/mortality rate is increasing, the increase may have been solely caused by aging of the population. Using age-adjusted incidence/mortality rate allows comparisons across two or more different periods of time removing such effects of the changes in age composition.

基準人口（平成27年モデル人口）

Standard Population (2015)

年齢 (Age)	基準人口	年齢 (Age)	基準人口	年齢 (Age)	基準人口
0	978,000	35 ~ 39	7,423,000	75 ~ 79	6,306,000
1 ~ 4	4,048,000	40 ~ 44	7,766,000	80 ~ 84	4,720,000
5 ~ 9	5,369,000	45 ~ 49	8,108,000	85 ~ 89	3,134,000
10 ~ 14	5,711,000	50 ~ 54	8,451,000	90 ~ 94	1,548,000
15 ~ 19	6,053,000	55 ~ 59	8,793,000	95 ~	423,000
20 ~ 24	6,396,000	60 ~ 64	9,135,000	総数 (Total)	125,319,000
25 ~ 29	6,738,000	65 ~ 69	9,246,000		
30 ~ 34	7,081,000	70 ~ 74	7,892,000		

基準人口（昭和60年モデル人口）

Standard Population (1985)

年齢 (Age)	基準人口	年齢 (Age)	基準人口	年齢 (Age)	基準人口
0 ~ 4	8,180,000	35 ~ 39	9,289,000	70 ~ 74	3,476,000
5 ~ 9	8,338,000	40 ~ 44	9,400,000	75 ~ 79	2,441,000
10 ~ 14	8,497,000	45 ~ 49	8,651,000	80 ~ 84	1,406,000
15 ~ 19	8,655,000	50 ~ 54	7,616,000	85 ~	784,000
20 ~ 24	8,814,000	55 ~ 59	6,581,000	総数 (Total)	120,287,000
25 ~ 29	8,972,000	60 ~ 64	5,546,000		
30 ~ 34	9,130,000	65 ~ 69	4,511,000		

(2) 実測生存率 Observed / overall survival

ある疾患と診断されてから一定期間（典型的には5年）後に生存している確率。●年生存率、という言い方をする。予後の指標として用いられる。

$$\text{●年生存率} = \frac{\text{ある疾患に新たに罹患した人数} - \text{そのうち●年以内に死亡した人数}}{\text{ある疾患に新たに罹患した人数}}$$

The proportion of patients who are alive at a specific years after diagnosis of a particular disease. This is used as an indicator of prognosis.

$$\text{●-year survival} = \frac{\text{(the number of newly diagnosed patients under observation - the number of deaths observed in ● years)}}{\text{the number of newly diagnosed patients under observation}}$$

(3) 相対生存率 Relative survival

異なる集団間の比較のために実測生存率を標準化した指標。国、地域など、特定できる集団に発生したある疾患の患者の生存率（実測生存率）を、同じ特性（性、年齢、暦年、地域など）を持つ一般集団の期待生存率で割った比率。がんに関していえば、がん以外の死亡リスクを調整した指標となり、患者死亡へのがんが影響している度合いを表す。

A standardized indicator for comparison between different patient groups regarding the prognosis. The ratio of the 5-year survival rate (crude survival rate) of patients with a disease that occurred in an identifiable population, such as country or region, divided by the 5-year survival rate for the entire population, considering sex and age of the patients. Speaking of cancer, it is an indicator that adjusts the risk of mortality other than cancer and represents the impact of cancer on patient death.

(4) 進行度 Extent of disease

地域がん登録、全国がん登録で用いられる、がんと診断された時点における病巣の広がりを表す分類。以下の3つに分類することが多い。

限局（がんが原発臓器に限局しているもの）

領域（原発臓器の所属リンパ節または隣接する臓器に直接浸潤しているが、遠隔転移がないもの）

遠隔（遠隔臓器、遠隔リンパ節などに転移・浸潤があるもの）

The extent of disease in population-based cancer registries is usually classified into three groups;

Local or localized: a cancer that is confined to the organ of origin, and not spread to other parts of the body.

Regional: the spread of cancer from its original site to nearby areas such as regional lymph nodes and adjacent organs, but not to distant sites.

Distant: cancer that has spread to organs or tissues that are farther away.

(5) UICC TNM分類 UICC TNM classification

がんの病期（進行度）を判定する基準として国際的に活用されている国際対がん連合（UICC）採用のがんの分類方法。11部位56腫瘍について、各種の検査結果から原発がんの大きさ、広がり、深さをT（tumor）、原発がんの所属リンパ節転移の状況をN（node）、他の臓器への遠隔転移状況をM（Metastasis）として、区分し、それらを総合して臨床病期と病理病期（ステージ）を決定する。病期は、0期、I期、II期、III期、IV期に分類され、数字が大きいかほど進行したがんを表す。日本の院内がん登録では、2018年診断例より第8版準拠で登録が行われている（2012年診断例以前は第6版、2012年から2017年診断例は第7版準拠）。約5～10年に1度の頻度で改訂が行われている。

The international system used to describe how far cancer has spread. T refers to the size/depth of the tumor, N describes how widely the cancer has spread to nearby lymph nodes, and M shows whether the cancer has spread (metastasized) to other organs. TNM descriptions can be grouped together into a simpler set of stages, labeled with 0, and I to IV, and a higher number means a more advanced cancer. In Hospital-based Cancer Registries in Japan, clinical stages were defined on the basis of UICC TNM classification 8th ed. since cancer cases diagnosed in 2018 (Clinical stages were defined on the basis of the UICC TNM classification 6th ed. for cases diagnosed before 2012, and also 7th ed. for cases diagnosed between 2012 and 2017) . The UICC TNM classification is revised approximately once every 10 years.

(6) 有病者数 prevalence

ある時点で生存している患者の数を示す指標。「生存している患者」は、がんに関していえば、5年有病者数が主に用いられ、その年のがん生存者で過去5年以内に診断された者、と定義する。わが国では全国がん登録の仕組みで直接計測できるが、その他の国では、がん罹患数と生存率を掛け合わせて推計する。

The number of patients alive at a given time. 5-year prevalence is conventionally used for cancer statistics, in which a "patient alive" is defined as a survivor of that year who has been diagnosed with cancer within the past 5 years. Usually, 5-year prevalence can be directly measured by the national cancer registry in Japan, but in other countries it is estimated by multiplying cancer incidence and survival rate.

(7) 全国がんセンター協議会（通称「全がん協」）

Japanese Association of Clinical Cancer Centers ("JACCC")

わが国におけるがんの予防、診断および治療等の向上に資することを目的として、昭和48年に設立された全国のがんセンター、成人病センターなどのがん専門病院で構成される団体。最先端のがん医療の提供をはじめ、がんの

予防法や新しい診断・治療技術の開発、がんの病態・治療法を解明するための研究を進めている。特に、院内がん登録に基づく生存率共同調査を積極的に取り組み、「全がん協加盟施設におけるがん患者生存率の公表に関する指針」を作成公表したうえで、指針を満たしたデータについて生存率の集計・公表を実施している。

現在（2021年10月現在）の加盟施設（32施設）は、以下の通り。北海道がんセンター、青森県立中央病院、岩手県立中央病院、宮城県立がんセンター、山形県立中央病院、茨城県立中央病院、栃木県立がんセンター、群馬県立がんセンター、埼玉県立がんセンター、国立がん研究センター東病院、千葉県がんセンター、国立がん研究センター中央病院、がん研有明病院、都立駒込病院、神奈川県立がんセンター、新潟県立がんセンター新潟病院、富山県立中央病院、石川県立中央病院、福井県立病院、静岡県立静岡がんセンター、愛知県がんセンター、名古屋医療センター、滋賀県立総合病院、大阪医療センター、大阪国際がんセンター、兵庫県立がんセンター、呉医療センター・中国がんセンター、山口県立総合医療センター、四国がんセンター、九州がんセンター、大分県立病院、佐賀県医療センター好生館

The JACCC, comprised of cancer hospitals, such as cancer centers and centers for adult diseases, was established in 1973 to prevent and diagnose cancer and improve cancer treatments in Japan. The JACCC provides cutting edge cancer treatments, develops novel cancer prevention methods and diagnostic and therapeutic techniques, and conducts research to elucidate cancer pathology and treatments. Of note, the JACCC has aggressively conducted joint surveys on survival rates based on the in-hospital cancer registration, published the "guidelines for the publication of the survival rates of cancer patients in the member institutions of JACCC," and collect and publish statistics of survival data, which met the guidelines.

Current member institutions (32 institutions) as of October 2021 are as follows: Hokkaido Cancer Center, Aomori Prefectural Central Hospital, Iwate Prefectural Central Hospital, Miyagi Prefectural Cancer Center, Yamagata Prefectural Central Hospital, Ibaraki Prefectural Central Hospital, Tochigi Prefectural Cancer Center, Gunma Prefectural Cancer Center, Saitama Cancer Center, National Cancer Center Hospital East, Chiba Cancer Center, National Cancer Center Hospital, Cancer Institute Hospital Ariake, Metropolitan Komagome Hospital, Kanagawa Prefectural Cancer Center, Niigata Prefectural Cancer Center Niigata Hospital, Toyama Prefectural Central Hospital, Ishikawa Prefectural Central Hospital, Fukui Prefectural Hospital, Shizuoka Cancer Center, Aichi Cancer Center, Nagoya Medical Center, Shiga General Hospital, Osaka Medical Center, Osaka International Cancer Institute, Hyogo Cancer Center, Kure Medical Center and Chugoku Cancer Center, Yamaguchi Prefectural Medical Center, Shikoku Cancer Center, Kyushu Cancer Center, Oita Prefectural Hospital, and Saga Medical Center Koseikan.

(8) がん診療連携拠点病院等 **Designated Cancer Care Hospitals**

全国どこでも質の高いがん医療を提供することができるよう、都道府県の推薦に基づき、厚生労働省が指定した病院。専門的ながん医療の提供、地域のがん診療の連携協力体制の構築、がん患者に対する相談支援及び情報提供などの役割を担っている。令和4（2022）年4月現在、国立がん研究センター2施設、都道府県に1か所程度指定されている都道府県がん診療連携拠点病院51施設、地域がん診療連携拠点病院（高度型）55施設、地域がん診療連携拠点病院293施設、地域がん診療連携拠点病院（特例型）6施設に加え、空白の医療圏に指定される地域がん診療病院45施設がある。特定のがん種について、多くの診療実績を有する特定領域がん診療連携拠点病院が1施設ある。小児・AYA世代の患者についても、全人的な質の高いがん医療及び支援を受けることができるよう、全国に小児がん拠点病院15施設、小児がん中央機関2施設が指定されている。さらに、ゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を構築するため、がんゲノム医療中核拠点病院12施設、がんゲノム医療拠点病院33施設、がんゲノム医療連携病院189施設が指定されている（令和4（2022）年12月時点）。

For the purpose of providing high-quality cancer treatment throughout Japan, the Ministry of Health, Labour and Welfare designated the hospitals on the basis of the recommendation of prefectural governments. These designated hospitals play a role to provide specialised treatments, to develop local coordination and cooperation systems, and to provide consultation, support and information for cancer patients. As of April 2022, in addition to 2 hospitals of the National Cancer Centre, the Designated Prefectural Cancer Care Hospitals designated in each prefecture (DPC2Hs; 51 in total) and the Designated Community Cancer Care Hospitals in each secondary medical care district (DC3Hs; 293 in total, including 55 advanced type and 6 special type), there are 45 Designated Local Cancer Care Hospitals in the secondary medical districts without DPC2Hs or DC3Hs. Also, there are one Designated Cancer Care Hospital for specific cancer designated as having expertise in the treatment of a specific cancer type. 15 Designated Paediatric Cancer Care Hospitals and 2 Central Institutions for Childhood Cancer have been designated nationwide so that paediatric and AYA generation patients can receive high-quality cancer treatment and support. Moreover, the Ministry designated 12 Cancer Genome Medicine Core Hospitals, 33 Cancer Genome Medicine Hospitals, and 189 Cancer Genome Medicine Network Hospitals (As of December 2022).

(9) 院内がん登録 **Hospital-based Cancer Registry**

院内がん登録はがん登録等の推進に関する法律および院内がん登録の実施に係わる指針に基づき、がん診療の実態把握を目的として、施設ごとに診断・治療された患者のがんに関する情報を登録している。専門的ながん医療の提供を行う施設および地域におけるがん医療の確保に重要な役割を果たす施設において、実施されており、がん診療連携拠点病院などにおいては指定要件とされている。院内がん登録実施によって期待される効果として、①医療の質向上、②医療の実態把握、③患者家族の病院選択、④がん対策の向上、の4つが主に想定されている。

Hospital-based Cancer Registry is implemented in accordance with Cancer Registry Act and Guideline for the Operation of Hospital-based Cancer Registry. To monitor clinical practice for cancer care, all patients who were diagnosed and/or treated at designated hospitals and some non-designated hospitals are registered in Hospital-based Cancer Registry.

The main expected outcomes of Hospital-based Cancer Registry are as follows:

1. Continuous improvement of quality of cancer care
2. Monitoring the treatment for cancer nationwide
3. Enabling informed choice of hospitals by patients and families
4. Supporting cancer control activities

トピックス①

平均寿命の年次推移

Trends of life expectancies at birth, 1947 ~ 2022

単位：年

西暦	男	女	男女差	西暦	男	女	男女差
1947	50.06	53.96	3.90	2006	79.00	85.81	6.81
1950 - 1952	59.57	62.97	3.40	2007	79.19	85.99	6.80
1955	63.60	67.75	4.15	2008	79.29	86.05	6.76
1960	65.32	70.19	4.87	2009	79.59	86.44	6.85
1965	67.74	72.92	5.18	2010	79.55	86.30	6.75
1970	69.31	74.66	5.35	2011	79.44	85.90	6.46
1975	71.73	76.89	5.16	2012	79.94	86.41	6.47
1980	73.35	78.76	5.41	2013	80.21	86.61	6.40
1985	74.78	80.48	5.70	2014	80.50	86.83	6.33
1990	75.92	81.90	5.98	2015	80.75	86.99	6.24
1995	76.38	82.85	6.47	2016	80.98	87.14	6.16
2000	77.72	84.60	6.88	2017	81.09	87.26	6.17
2001	78.07	84.93	6.86	2018	81.25	87.32	6.06
2002	78.32	85.23	6.91	2019	81.41	87.45	6.03
2003	78.36	85.33	6.97	2020	81.56	87.71	6.15
2004	78.64	85.59	6.95	2021	81.47	87.57	6.10
2005	78.56	85.52	6.96	2022	81.05	87.09	6.03

注：1) 2000年まで、2005年、2010年、2015年及び2020年は完全生命表による。 2) 1970年以前は、沖縄県を除く値である。

平均寿命の国際比較

Life expectancies at birth in selected countries

単位：年

国名	作成基礎期間	男	女	(参考) 人口(万人)
日本 (Japan)	2022	81.05	87.09	12,203
アフリカ (AFRICA)				
アルジェリア (Algeria)	2019*	77.2	78.6	4,423
コンゴ民主共和国 (Democratic Republic of the Congo)	2018*	56.5	59.7	10,525
エジプト (Egypt)	2022	69.7	74.1	10,206
南アフリカ (South Africa)	2020*	62.5	68.5	6,014
チュニジア (Tunisia)	2016	74.5	78.1	1,178
北アメリカ (NORTH AMERICA)				
カナダ (Canada)	2018-2020	79.82	84.11	3,825
コスタリカ (Costa Rica)	2021*	78.18	83.32	516
メキシコ (Mexico)	2022	72.6	78.4	12,897
アメリカ合衆国 (United States of America)	2021	73.5	79.3	33,189
南アメリカ (SOUTH AMERICA)				
アルゼンチン (Argentina)	2020*	74.90	81.44	4,581
ブラジル (Brazil)	2021	73.56	80.52	21,332
チリ (Chile)	2021-2022*	78.29	83.78	1,968
コロンビア (Colombia)	2020-2021*	73.69	80.04	5,105
ペルー (Peru)	2015-2020*	73.7	79.2	3,304
アジア (ASIA)				
バングラデシュ (Bangladesh)	2020*	71.2	74.5	16,822
中国 (China)	2020	75.37	80.88	141,260
キプロス (Cyprus)	2019	80.1	84.2	90
インド (India)	2016-2020	68.6	71.4	136,717
インドネシア (Indonesia)	2022	69.93	73.83	27,268
イラン (Iran)	2016*	72.5	75.5	8,406
イスラエル (Israel)	2016-2020	80.80	84.68	922
マレーシア (Malaysia)	2022	71.3	75.8	3,266
フィリピン (Philippines)	2015-2020*	69.93	75.91	11,020
カタール (Qatar)	2020*	79.51	83.06	275
韓国 (Republic of Korea)	2021	80.6	86.6	5,174
シンガポール (Singapore)	2022	80.7	85.2	545
タイ (Thailand)	2021	73.5	80.5	6,668
トルコ (Turkey)	2017-2019*	75.94	81.30	8,415
ヨーロッパ (EUROPE)				
オーストリア (Austria)	2021	78.80	83.76	893
ベルギー (Belgium)	2021	79.24	84.03	1,155
チェコ (Czech Republic)	2022	76.15	82.01	1,070
デンマーク (Denmark)	2021-2022	79.38	83.14	585
フィンランド (Finland)	2022	78.63	83.79	553
フランス (France)	2022	79.35	85.23	6,545
ドイツ (Germany)	2019-2021	78.54	83.38	8,316
ギリシャ (Greece)	2020*	78.34	83.61	1,068
アイスランド (Iceland)	2022	80.9	83.8	37
イタリア (Italy)	2022	80.482	84.781	5,924
オランダ (Netherlands)	2021	79.68	82.99	1,748
ノルウェー (Norway)	2022	80.92	84.35	539
ポーランド (Poland)	2021	71.75	79.68	3,784
ロシア (Russian Federation)	2020	66.49	76.43	14,351
スペイン (Spain)	2021	80.27	85.83	4,733
スウェーデン (Sweden)	2022	81.34	84.73	1,038
スイス (Switzerland)	2022	81.6	85.4	870
ウクライナ (Ukraine)	2018*	66.69	76.72	4,142
イギリス (United Kingdom)	2018-2020	79.04	82.86	6,708
オセアニア (OCEANIA)				
オーストラリア (Australia)	2019-2021	81.30	85.41	2,574
ニュージーランド (New Zealand)	2020-2022	80.50	84.01	512

参考：香港 (Hong Kong) の平均寿命は 2022 年で、男が 81.27 年、女が 87.16 年である。(人口 741 万人)

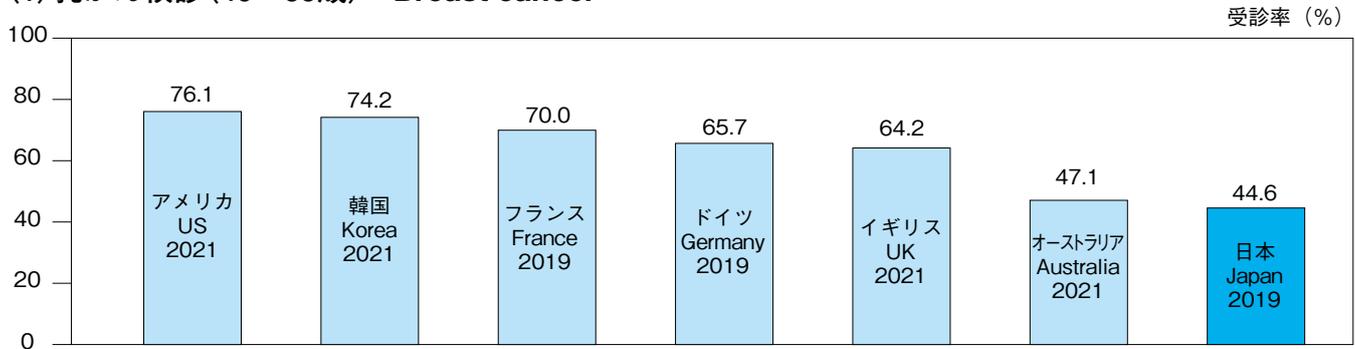
注：平均寿命は、当該政府の資料(2023年5月までに入手したもの)による。ただし、*印は国連「Demographic Yearbook 2021」による。人口は、国連「Demographic Yearbook 2021」における 2021 年の値 (アルジェリア、バングラデシュ、イスラエル、イギリスは 2020 年。ロシアは 2013 年) による。ただし、日本は令和 4 (2022) 年 10 月 1 日現在日本人推計人口である。

トピックス②

がん検診受診率の国際比較 International Comparisons of Cancer Screening Rates

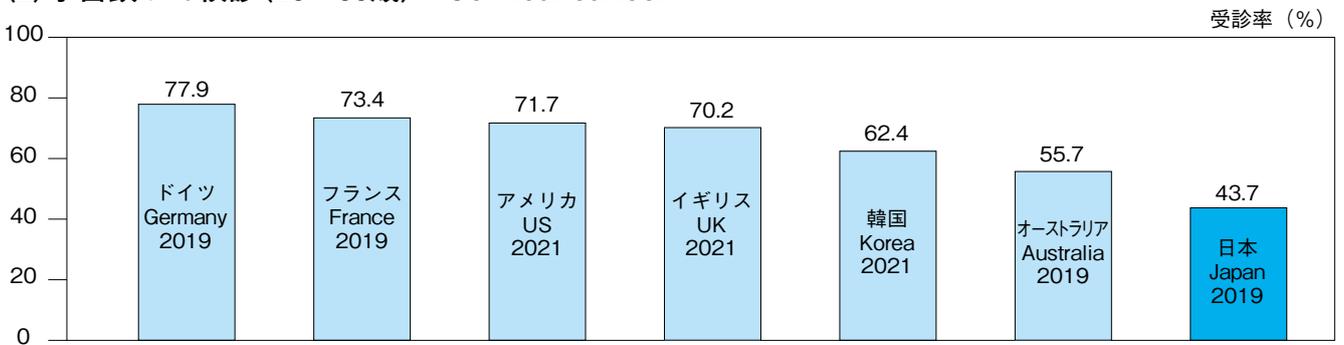
日本のがん検診受診率は OECD（経済協力開発機構）加盟国諸国と比較して 40% 台と低い。

(1) 乳がん検診 (40～69歳) Breast cancer



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
アメリカ US(S)	-	-	84.8	-	82.2	-	-	81.1	-	80.4	-	-	80.8	-	79.5	-	-	80.7	76.5	-	76.1
イギリス UK(P)	-	75.9	75.0	74.7	75.3	75.8	76.0	76.6	76.8	76.9	77.2	76.7	75.9	75.3	75.1	75.4	75.1	75.2	75.1	74.2	64.2
フランス France(S)	-	-	-	72.8	-	79.9	-	76.7	-	75.4	-	-	-	75.0	-	-	-	-	70.0	-	-
韓国 Korea(S)	-	-	-	36.6	43.2	44.6	49.1	54.5	61.2	63.6	63.5	74.1	-	67.6	61.6	65.3	64.8	64.4	63.2	65.9	74.2
ドイツ Germany(S)	-	-	-	-	-	-	-	-	68.4	-	-	71.3	-	73.5	-	-	-	-	65.7	-	-
オーストラリア Australia(P)	57.3	57.6	56.7	56.3	56.8	57.6	56.9	55.8	56.2	55.9	55.2	55.0	54.9	54.2	54.5	55.1	55.0	54.7	54.5	49.4	47.1
日本 Japan(S)	22.5	-	-	23.3	-	-	23.8	-	-	*36.4	-	-	*41.0	-	-	*42.3	-	-	*44.6	-	-

(2) 子宮頸がん検診 (20～69歳) Cervical cancer



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ドイツ Germany(S)	-	-	-	-	-	-	-	-	78.7	-	-	-	-	80.3	-	-	-	-	77.9	-	-
フランス France(S)	-	-	-	76.3	-	75.4	-	72.4	-	71.1	-	73.6	-	75.4	-	-	-	-	73.4	-	-
イギリス UK(P)	83.3	82.0	81.6	81.0	80.6	79.9	79.4	78.5	79.0	78.9	78.6	78.7	78.3	77.8	77.2	76.5	75.4	74.8	74.4	74.0	70.2
アメリカ US(S)	-	-	89.5	-	87.7	-	-	85.9	-	85.0	-	-	84.5	-	83.3	-	-	82.4	72.6	-	71.7
オーストラリア Australia(P)	61.5	61.4	61.1	61.0	59.4	59.3	60.0	59.6	59.0	57.8	56.9	57.2	57.6	57.2	56.1	55.4	-	-	55.7	-	-
韓国 Korea(S)	-	-	-	61.5	54.4	57.3	57.8	60.3	65.3	63.8	63.2	68.7	67.3	66.7	56.6	55.7	60.7	49.7	52.2	51.7	62.4
日本 Japan(S)	22.6	-	-	23.7	-	-	24.5	-	-	*37.7	-	-	*42.1	-	-	*42.4	-	-	*43.7	-	-

参考：1) 入院者は含まない。

2) 平成 22 年までは「子宮がん検診」として調査しており、平成 25 年は「子宮がん（子宮頸がん）検診」として調査している。

3) 平成 22 年調査までは、がん検診の受診率については、上限を設けず 40 歳以上（子宮がん検診は 20 歳以上）を対象年齢として算出していたが、「がん対策推進基本計画」（平成 24 年 6 月 8 日閣議決定）において、がん検診の受診率の算定の対象年齢が 40 歳から 69 歳（子宮がん（子宮頸がん）は 20 歳から 69 歳）までになったことから、平成 25 年調査については、この対象年齢にあわせて算出するとともに、平成 22 年以前の調査についても、この対象年齢にあわせて算出し直している。（厚生労働省「平成 25 年 国民生活基礎調査」）

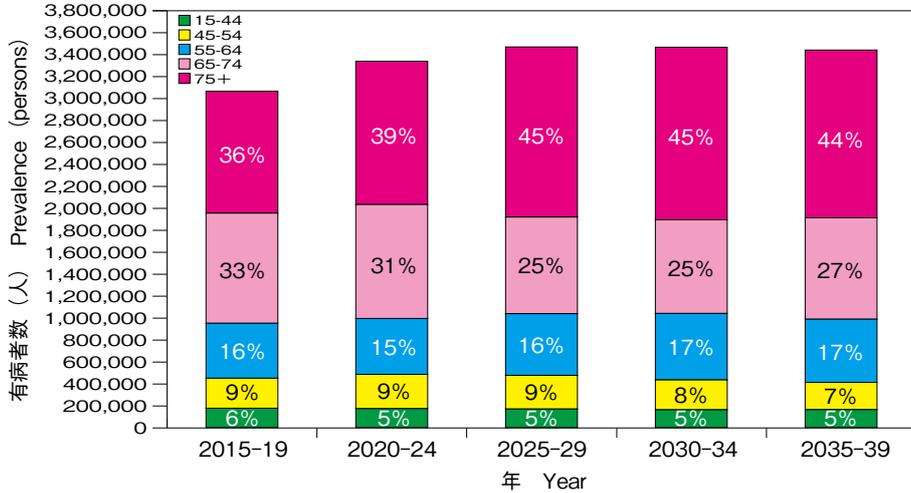
* わが国は「2 年に 1 度」の受診が推奨されているため、当該年とその前年の検診受診者数の合計（2 年分）に基づく受診率注）(S) : survey data, (P) : programme data

資料：OECD, OECD Health Statistics 2022. (http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC)

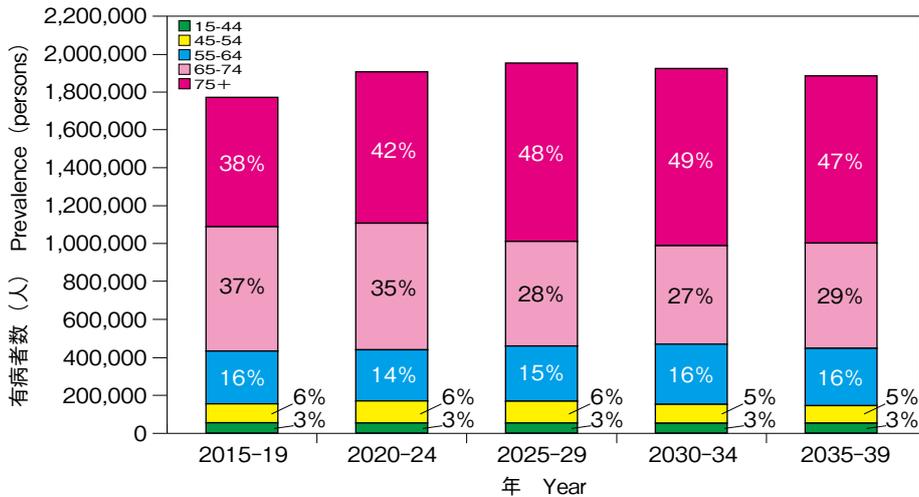
OECD, OECD Health Statistics 2022 Definitions, Sources and Methods. (<http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=839106ea-625f-4ff4-87a8-1201a8647af5>)

がん有病者数推計 Estimates of Cancer Prevalence

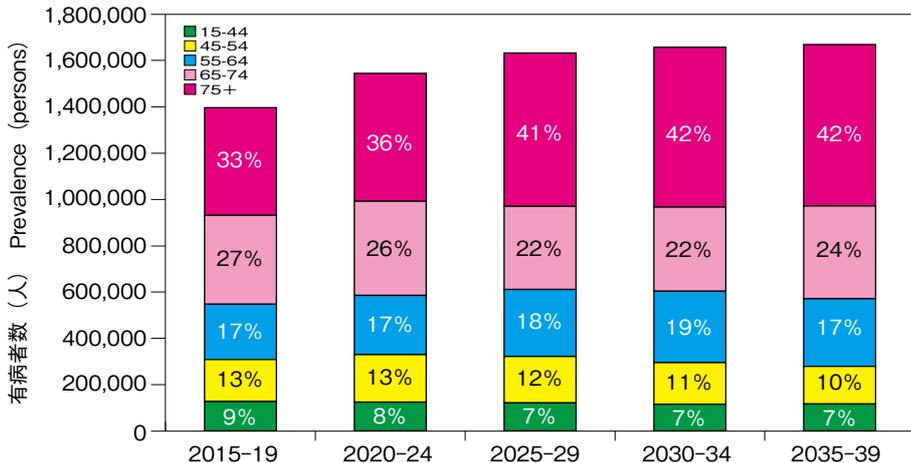
(1) 年齢階級別がん5年有病者数推計（15歳以上）男女計
5-year Prevalence of All Cancers by Age Group (15 Years Old or Older), Males & females



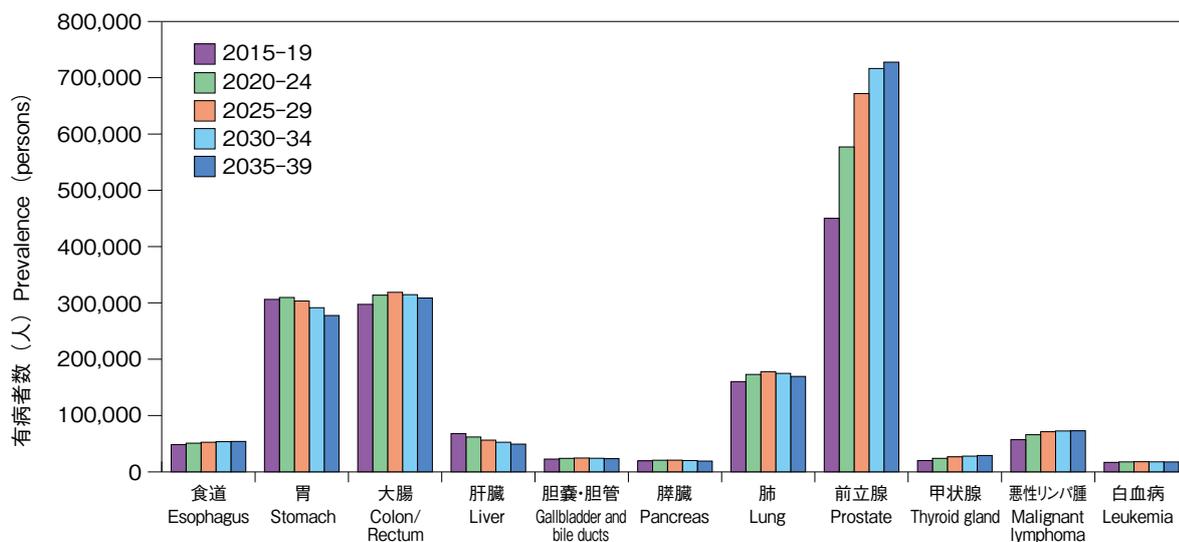
(2) 年齢階級別がん5年有病者数推計（15歳以上）男性
5-year Prevalence of All Cancers by Age Group (15 Years Old or Older), Males



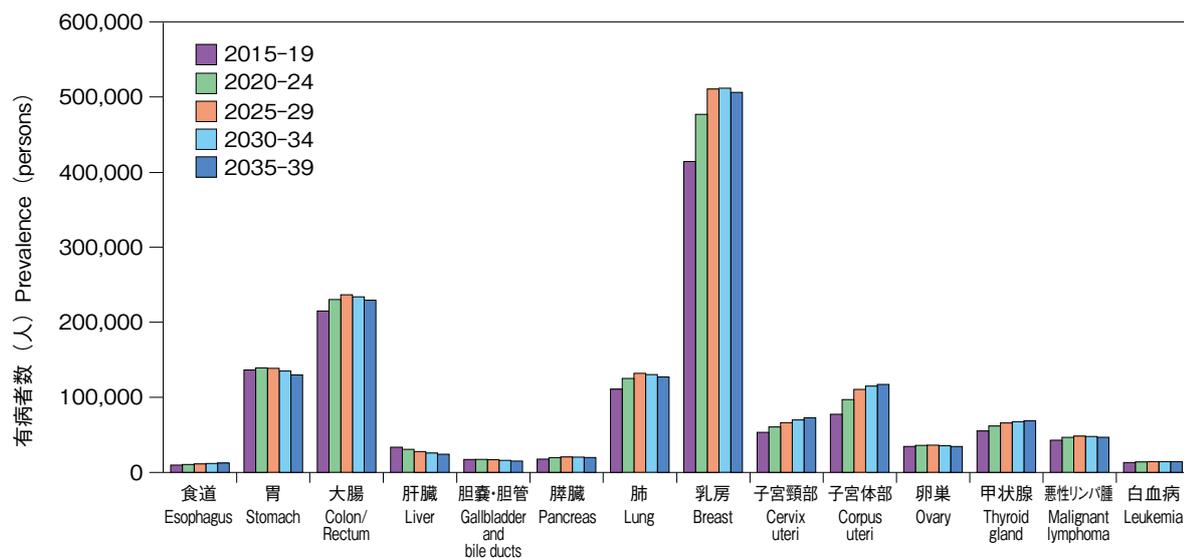
(3) 年齢階級別がん5年有病者数推計（15歳以上）女性
5-year Prevalence of All Cancers by Age Group (15 Years Old or Older), Females



(4) 部位別がん 5年有病者数推計 (15歳以上) 男性
5-year Prevalence, by Cancer Site (15 Years Old or Older), Males



(5) 部位別がん 5年有病者数推計 (15歳以上) 女性
5-year Prevalence, by Cancer Site (15 Years Old or Older), Females



- 注)
- 1) データソース：地域がん登録によるがん生存率データ (2006年～2008年診断例)、罹患数将来推計値 (2015-2039年)、国勢調査人口・推計人口 (2015-2039年)
 - 2) 推計モデル：罹患数に生存率を乗じて有病者数を算出するモデル
 - 3) 有病者数の定義：過去5年以内にがんと診断され、推計対象年に生存している者の数 (5年有病者数)

- Note :
- 1) Data source : Survival rate in population-based cancer registry (diagnosed in 2006-2008), estimate of future incidence (2015-2039), census and estimated population (2015-2039)
 - 2) Estimation model : Multiplicative model that multiplies incidence by survival rate to estimate prevalence
 - 3) Definition of Prevalence : Number of survivors diagnosed with cancer within the past 5 year

トピックス④

がん罹患率・生存率の国際比較

International Comparison of Cancer Incidence Rates and Survival Rates

各国の住民ベースがん登録から個人単位のデータを収集して、統一された方法で年齢調整罹患率及び5年年齢調整純生存率を計算した。純生存率は、解析対象となっている患者が、全てがんによって死亡すると仮定して他死因の影響を調整する方法である。

- 日本が欧米諸国より高い罹患率を示した部位は、東アジアに特徴的な胃がんや肝臓がん、膵臓がんだった。
- 男性の肺がんや女性の子宮頸がん、大腸がんにおいては男女ともに高い罹患率を示していた。
- 一方、皮膚がん、女性の乳がん、前立腺がん、膀胱がん、脳・中枢神経系がん、悪性リンパ腫などの血液がんは欧米諸国と比較して低い罹患率だった。
- 胃がんの生存率は、日本と韓国が2000-2014年全期間について、欧米諸国より高く2010-2014年は日本（60%）、韓国（69%）と欧米諸国（20～34%）より高かった。
- 肝臓と肺がんについては、2000-2014年全期間について、日本（肝：26～30%、肺：29～33%）が欧米諸国よりも高かった。

The data of individuals were collected from the regional cancer registries in each country to calculate 5-year age-adjusted net survival rates in a standardized manner. Net survival rates are employed to adjust the effects of other causes of death on the assumption that all subjects die of cancer.

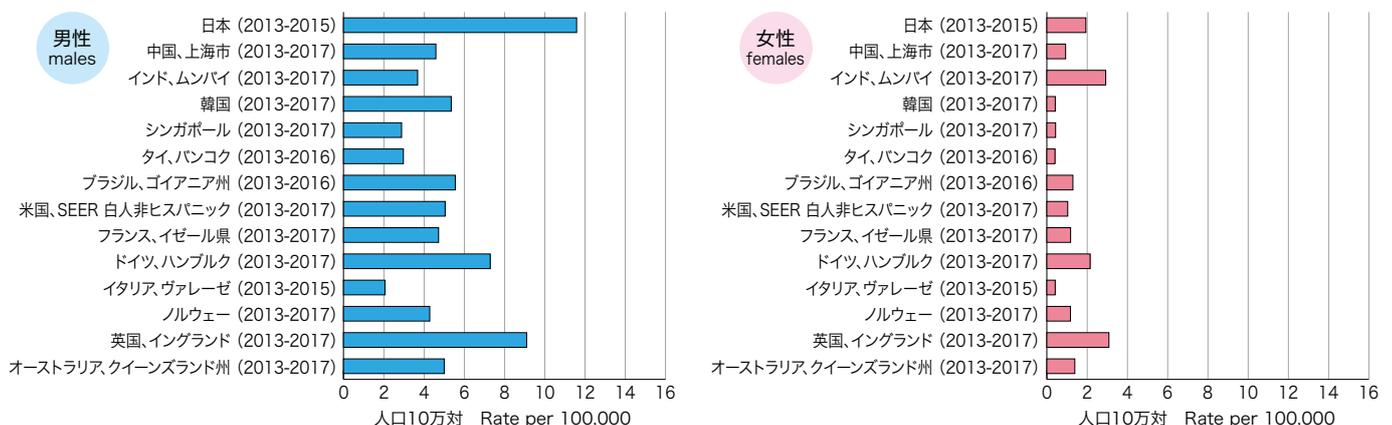
Data were collected on an individual basis from population-based cancer registries in each country, and age-adjusted incidence rates and 5-year age-adjusted net survival rates were calculated using standard methods. The net survival is a method to adjust for the effects of other causes of death, assuming that all patients in the analysis die from cancer.

- The sites with higher incidence rates in Japan than in Western countries were stomach, liver, and pancreatic, which are characteristic of East Asia.
- In lung cancer in men and cervical and colorectal cancer in both men and women showed high incidence rates.
- On the other hand, melanoma of skin, female breast, prostate, brain and central nervous system cancers, and hematologic cancers such as malignant lymphoma had lower incidence rates than in Western countries.
- The survival rates of stomach cancer between 2000 and 2014 were higher in Japan (69%) and Korea (69%) than in Western countries (20-34%).
- The survival rates of liver and lung cancers between 2000 and 2014 were higher in Japan (liver: 26-30%, lung: 29-33%) than in Western countries.

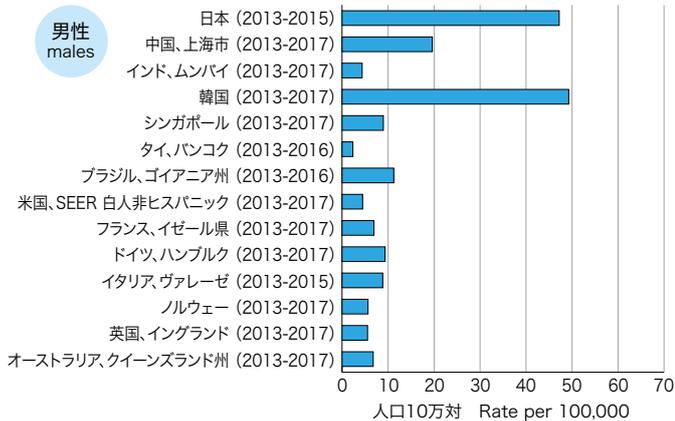
年齢調整罹患率

Age-adjusted incidence rates

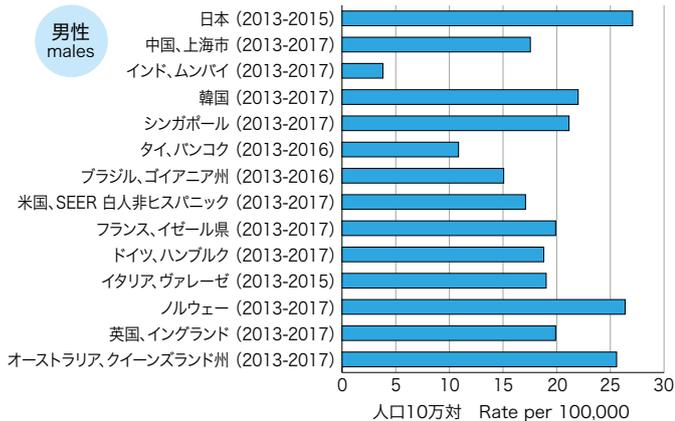
食道 Esophagus



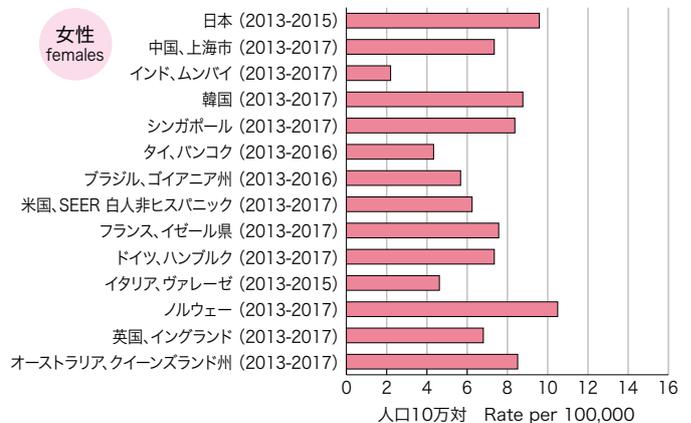
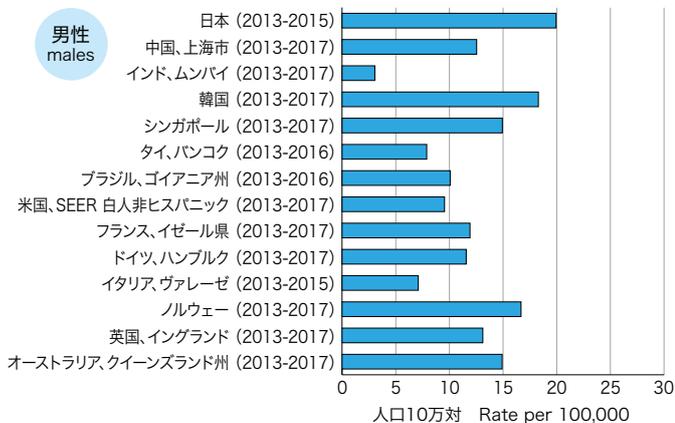
胃 Stomach



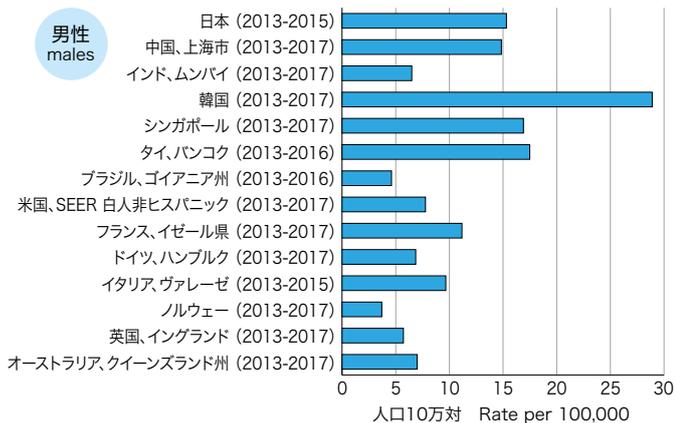
結腸 Colon



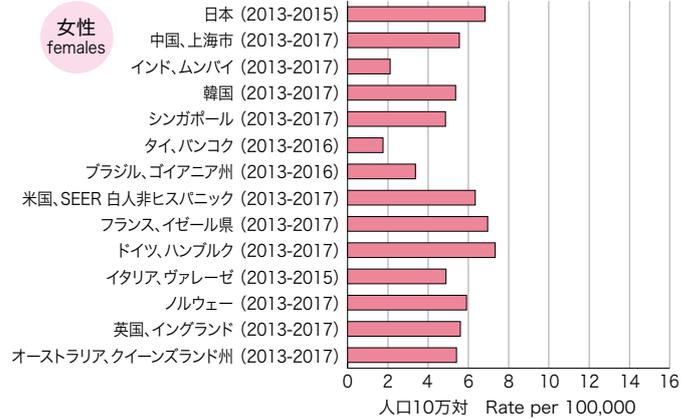
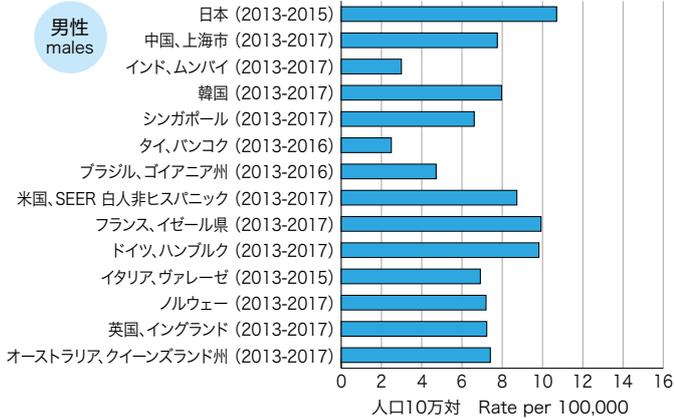
直腸 Rectum



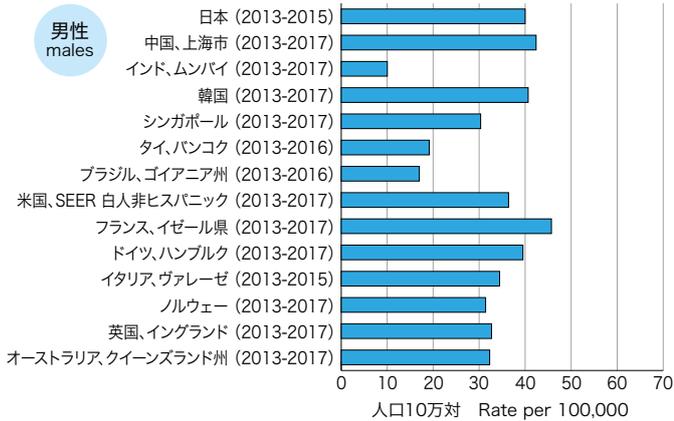
肝臓 Liver



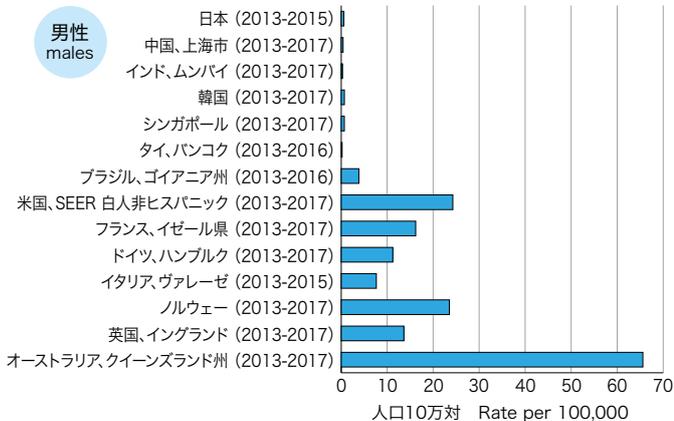
膵臓 Pancreas



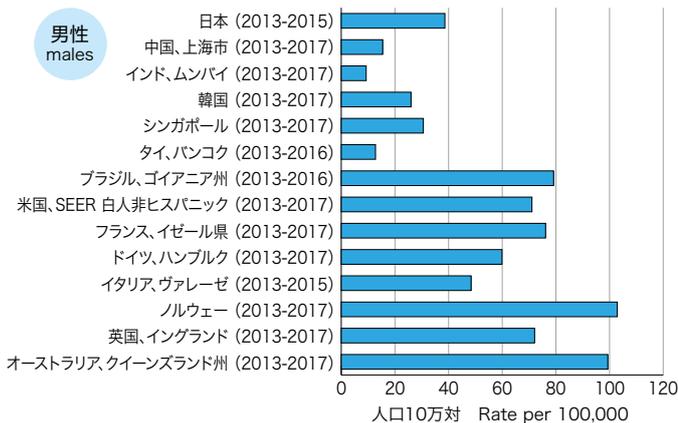
肺 Lung



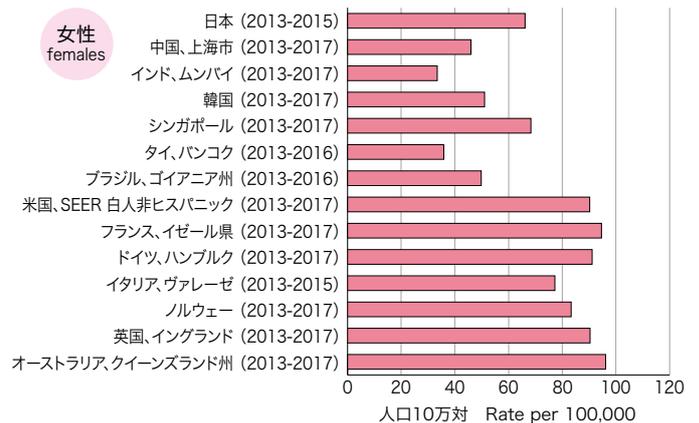
皮膚の黒色腫 Melanoma of Skin



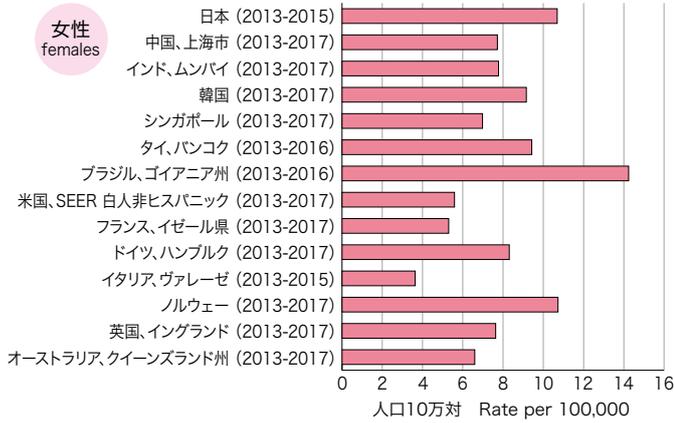
前立腺 Prostate



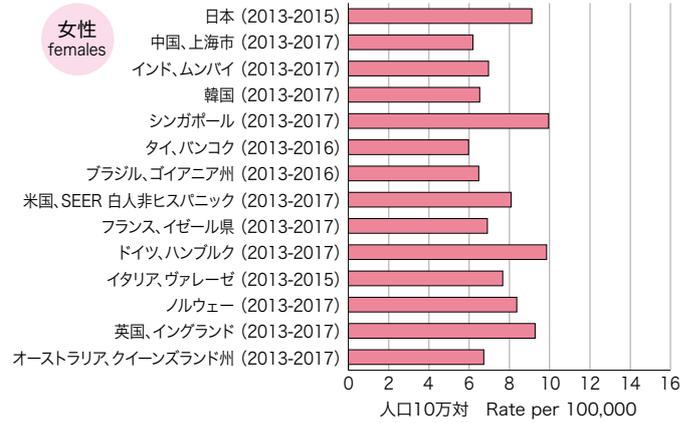
乳房 Breast



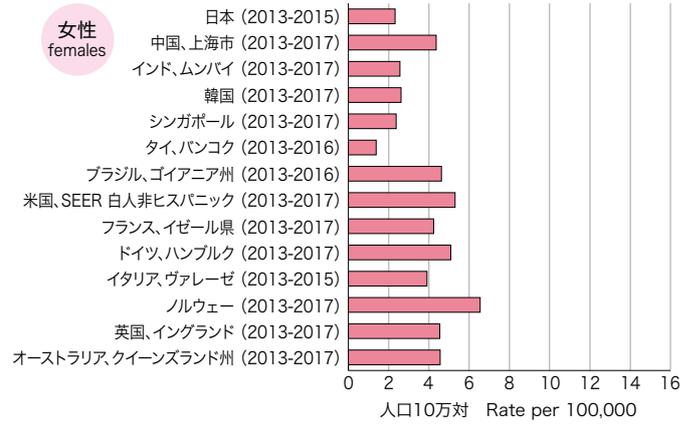
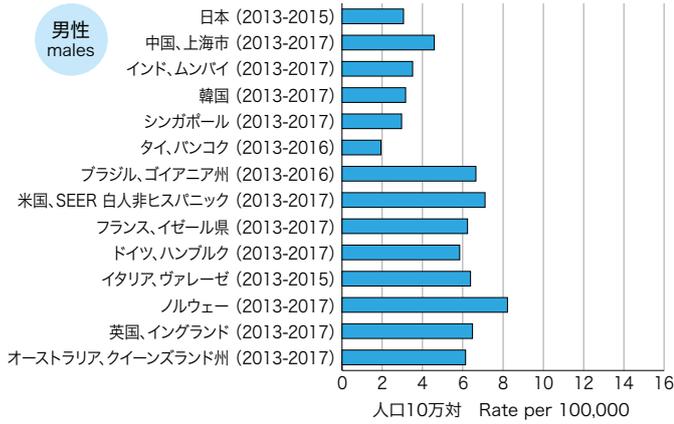
子宮頸部 Cervix uteri



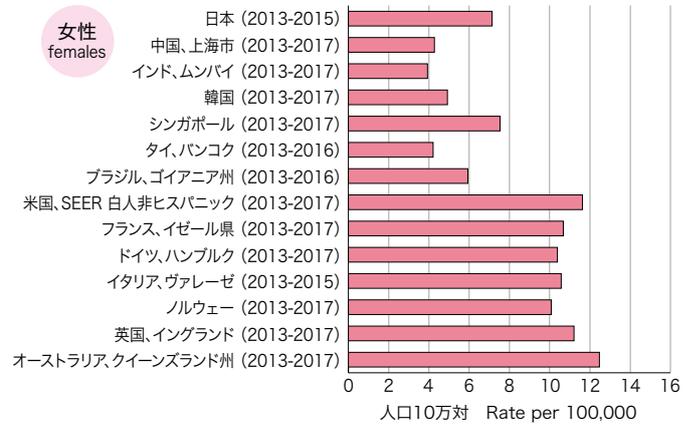
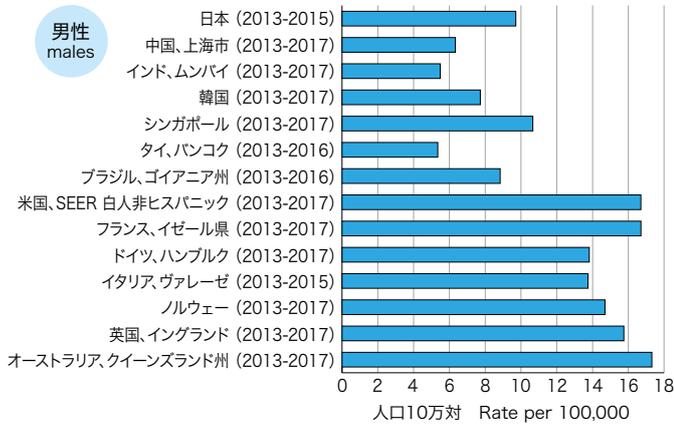
卵巣 Ovary



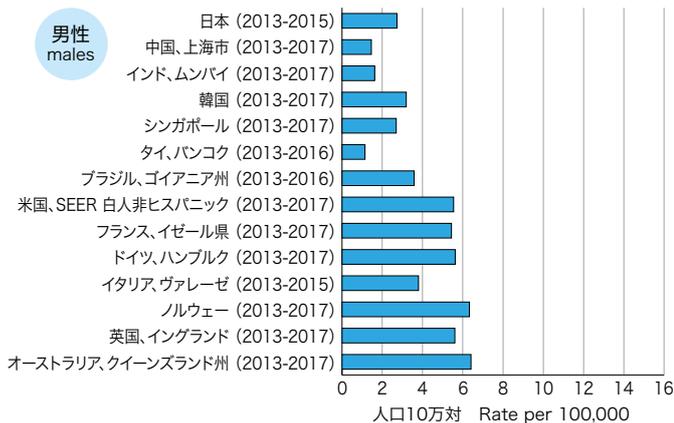
脳・神経系 Brain, nervous system



悪性リンパ腫 Malignant lymphoma



多発性骨髄腫 Multiple myeloma



資料：5大陸のがん罹患第12版 (<https://ci5.iarc.fr/ci5-xii/chapters>)

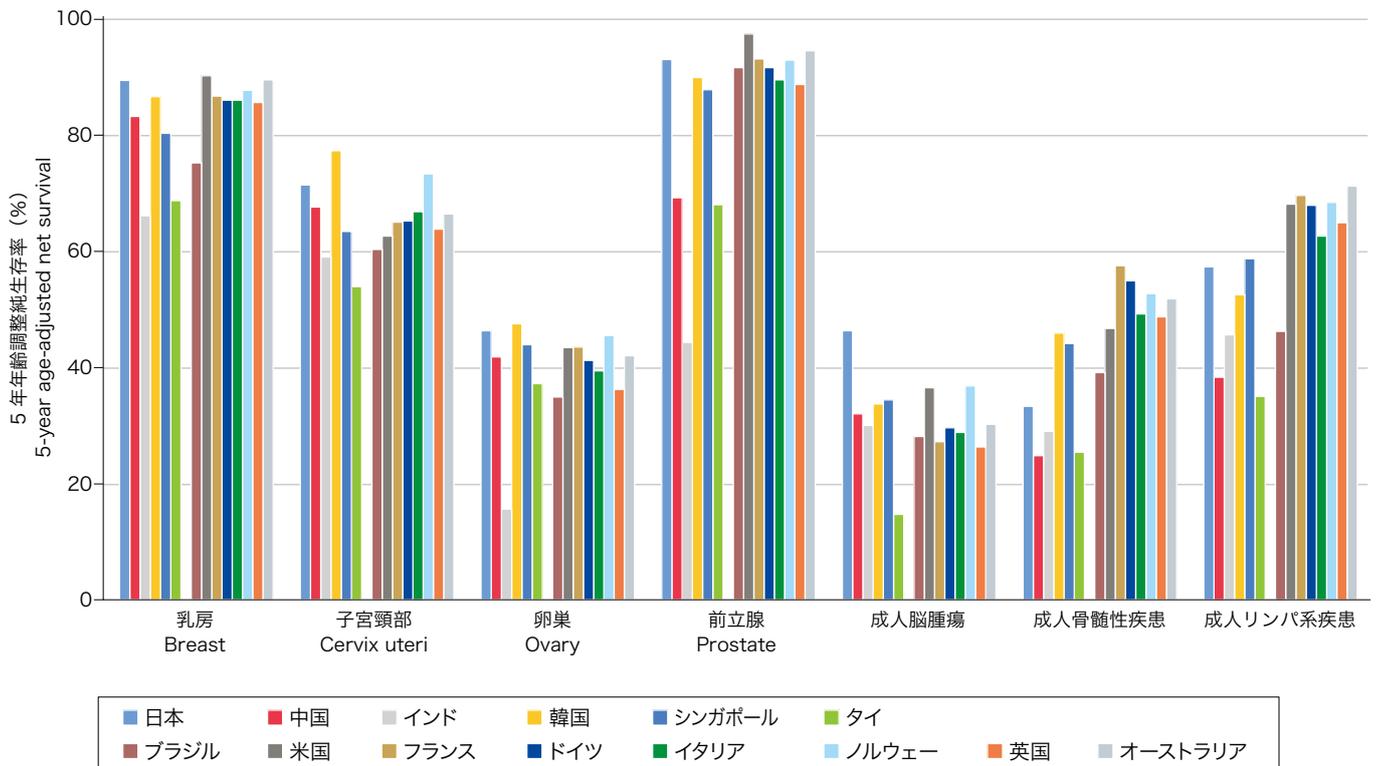
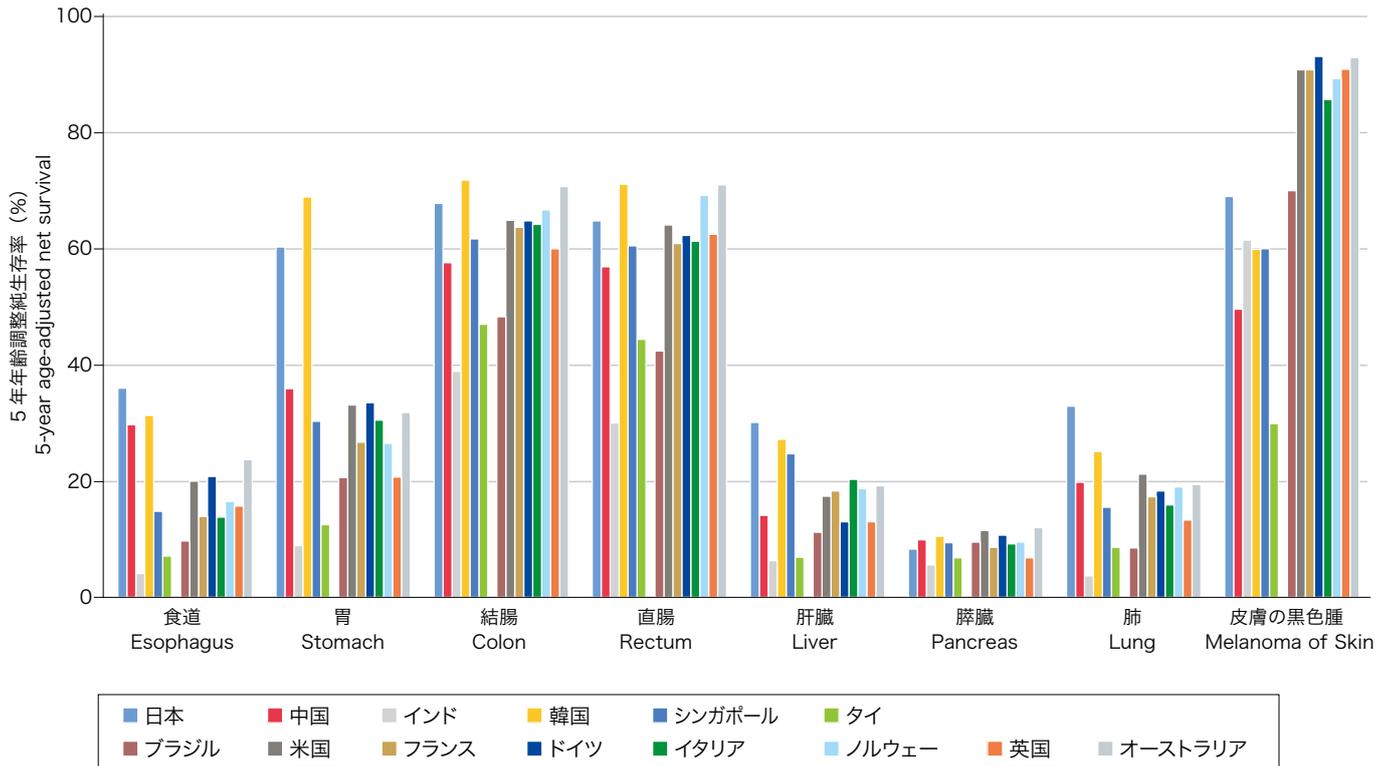
Source: Cancer Incidence in 5 Continents Volume XII (<https://ci5.iarc.fr/ci5-xii/chapters>)

(注) 基準人口は世界人口

Note: Standardized to the world standard population

5 年年齡調整純生存率 (2010-14 男女計)

5-year age-adjusted net survival rates (2010-14, both sexes)



資料 : Allemani, C., T. Matsuda, V. Di Carlo et al., Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. Lancet, 2018. 391(10125): p. 1023-1075.

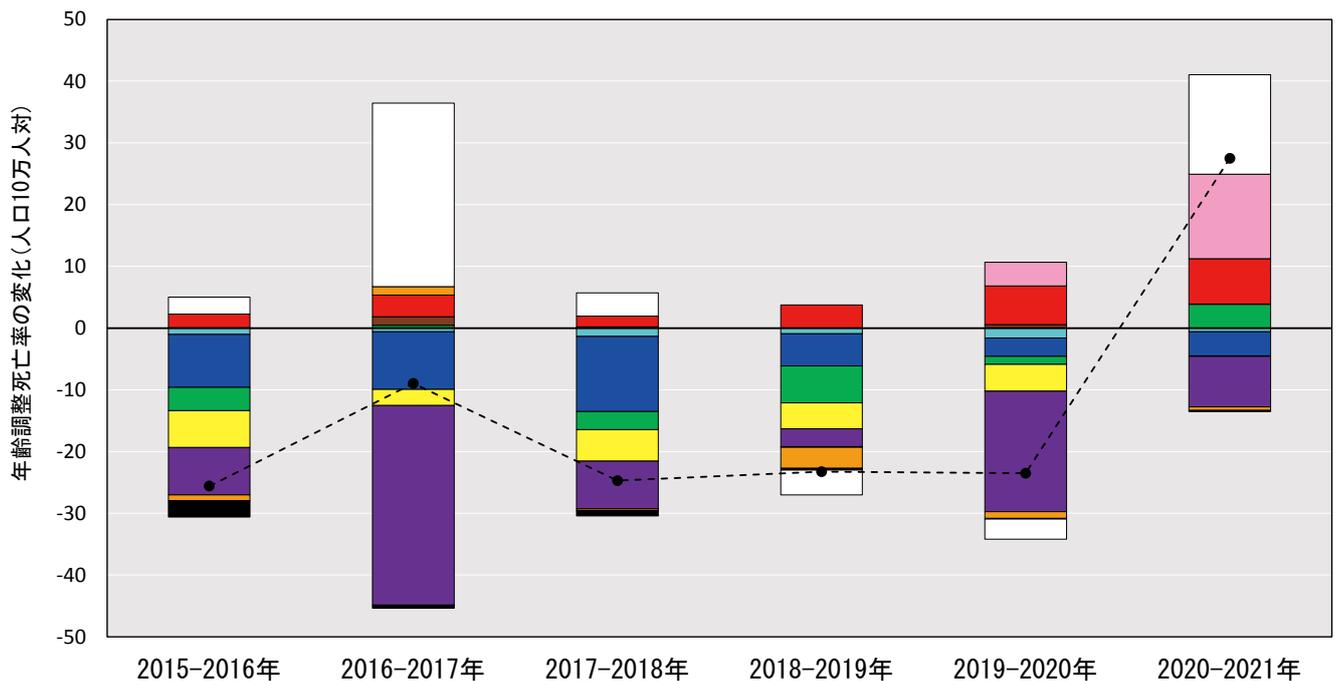
トピックス⑤

新型コロナウイルス感染症流行後の死亡動向の変化 Trends in mortality under the epidemic of COVID-19

2020年のCOVID-19パンデミックにより、COVID-19の直接的な死亡の増加と、医療・保健サービスの質の低下や生活習慣の変化による間接的な死亡の増加により、多くの国において2020年以降の平均寿命の短縮（全死因死亡率の増加）が報告されています。日本では2020年の全死因年齢調整死亡率は2019年に比べて2.4%減少（男性1.7%減少、女性3.2%減少）していましたが、2021年の年齢調整死亡率は2020年に比べて男女計で2.2%増加（男性2.1%増加、女性2.2%増加）しており、東日本大震災の影響を受けた2011年以来10年ぶりに前年と比較して増加しました。一方で、2021年のがんの年齢調整死亡率は前年に比べて男女計で0.6%減少（男性1.0%減少、女性0.4%減少）していましたが、2021年の全死因死亡率増加の要因を分析した結果、COVID-19、老衰、循環器疾患（特に心疾患）の死亡率増加が要因となっていました（図1）。一方で、がん、肺炎、不慮の事故はCOVID-19のパンデミック期以前（2019年以前）からの年齢調整死亡率の減少トレンドに変化はありませんでした（自殺は男性で減少、女性で増加）。したがって、がんは日本人の死因第1位であり全死因死亡率への影響が大きいものの、2021年の全死因死亡率増加に直接的には寄与していなかったと考えられます。

Due to the COVID-19 pandemic, the number of deaths increased directly due to COVID-19 and indirectly due to the potential decline in the quality of medical and health services, and changes in lifestyle. It has been reported that life expectancy decreased (increased in all-cause ASMR) in many countries after 2020. In Japan, ASMR in 2020 decreased by 2.4% (1.7% decrease for men and 3.2% decrease for women) compared to 2019, but ASMR in 2021 increased by 2.2% (2.1% increased for men and 2.2% increased for women) compared to 2020. This is the first increase in 10 years since 2011, which was affected by the Great East Japan Earthquake. On the other hand, ASMR from cancer in 2021 decreased by 0.6% (1.0% decrease for men, 0.4% decrease for women) compared to 2020. Analysis of ASMR changes showed that COVID-19, senility, cardiovascular disease and 'other causes not classified as major causes' contributed to the all-cause ASMR increase in 2021 (Figure 1). There was no change in the decreasing trend of ASMR from cancer, pneumonia, and accidents. Therefore, although cancer is the leading cause of death among the Japanese population, it did not directly contribute to the increase in all-cause mortality in 2021.

(A) 男性



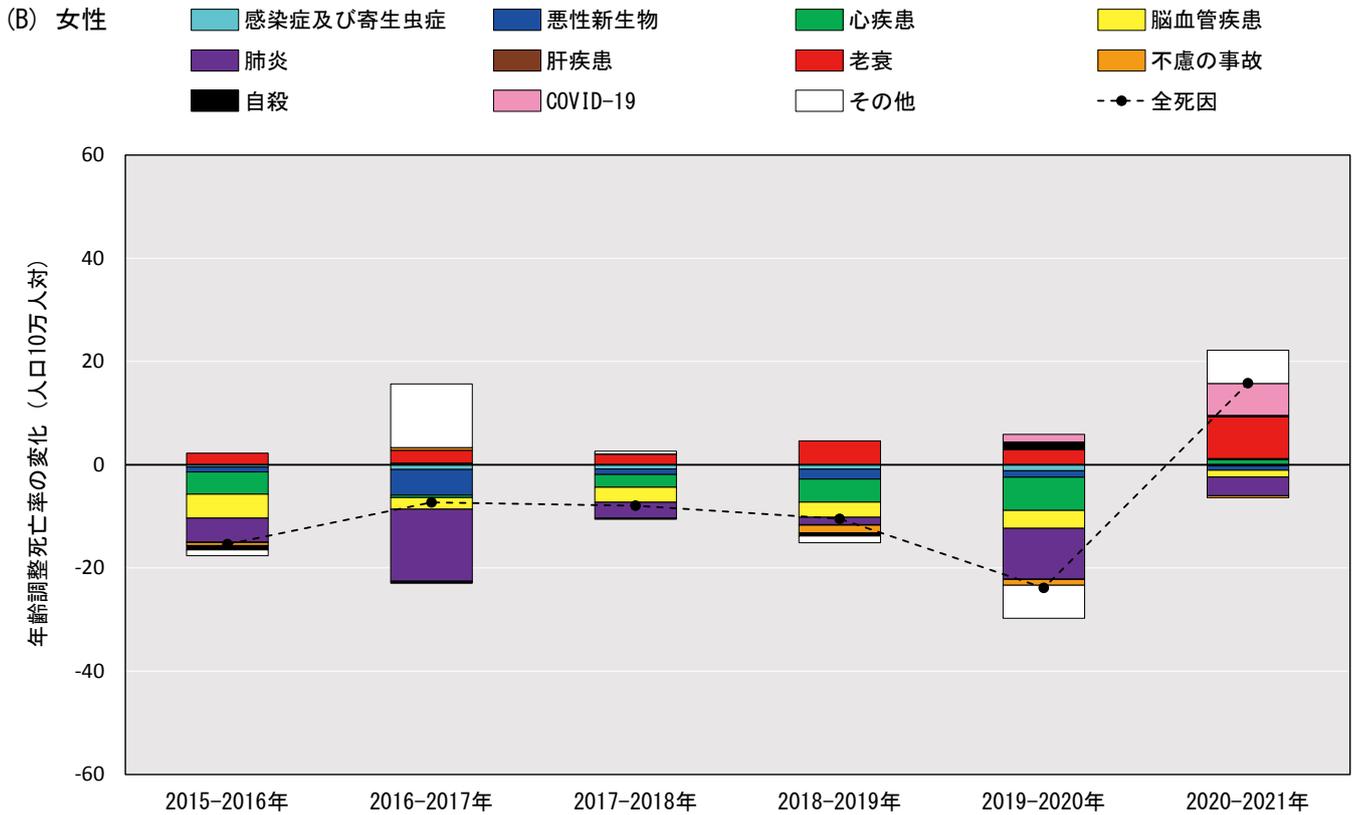


図1 死因別年齢調整死亡率変化の推移（平成27年（2015年）モデル人口による）

- * 前年より死亡率が増加した死因は上方向に、死亡率が減少した死因は下方向に積み上げられる
- ** 2016 - 2017年の肺炎の大きな減少（その他の増加）は原死因選択ルールのものである（死亡統計の集計方法の変更）によるものと考えられる
- * Causes of death for which age-standardized mortality rates increased from the previous year were stacked upwards, and causes of death for which age-standardized mortality rates decreased were stacked downwards.
- ** The large decrease in pneumonia in 2016-2017 was thought to be due to the clarification of the rules for selecting the cause of death.

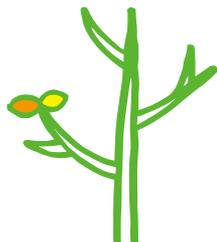
資料：Tanaka H, Togawa K, Katanoda K. Impact of the COVID-19 pandemic on mortality trends in Japan: a reversal in 2021? A descriptive analysis of national mortality data, 1995-2021. *BMJ Open*. 2023. 31;13(8):e071785.

「がんの統計」編集委員会

“Cancer Statistics in Japan” Editorial Board

委員長 Editor in Chief	片野田 耕太 <i>Kota Katanoda, Ph.D.</i>	国立がん研究センターがん対策研究所 データサイエンス研究部長 <i>Chief, Division of Population Data Science National Cancer Center Institute for Cancer Control</i>
委員 Editors	石井 太祐 <i>Taisuke Ishii, M.D., Ph.D.</i>	国立がん研究センターがん対策研究所 がん登録センター院内がん登録分析室研究員 <i>Hospital-based Cancer Registry Analysis Section, Center for Cancer Registries, National Cancer Center Institute for Cancer Control</i>
	杉山 裕美 <i>Hiromi Sugiyama, Ph.D.</i>	(公財)放射線影響研究所 疫学部 副部長 <i>Assistant Department Chief, Department of Epidemiology Radiation Effects Research Foundation</i>
	田中 宏和 <i>Hirokazu Tanaka, MPH, Ph.D.</i>	国立がん研究センターがん対策研究所 データサイエンス研究部サーベイランス研究室 研究員 <i>Division of Population Data Science, National Cancer Center Institute for Cancer Control</i>
	中田 佳世 <i>Kayo Nakata, MD, PhD</i>	大阪国際がんセンターがん対策センター 政策情報部 部長補佐 <i>Associate Section Chief, Department of Cancer Strategy, Cancer Control Center, Osaka International Cancer Institute</i>
	松坂 方士 <i>Masashi Matsuzaka, MD, PhD</i>	弘前大学医学部附属病院 医療情報部 准教授 <i>Associate Professor, Department of Medical Informatics, Hirosaki University Hospital</i>
	松田 智大 <i>Tomohiro Matsuda, Ph.D.</i>	国立がん研究センターがん対策研究所 国際政策研究部長 <i>Chief, Division of International Health Policy Research, National Cancer Center Institute for Cancer Control</i>
〈編集協力〉 Editorial Cooperation		厚生労働省健康局がん・疾病対策課 <i>Cancer and Disease Control Division, Health Service Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare</i>
		厚生労働省政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室 <i>Vital, Health and Social Statistics Office, Director-General for Statistics, Information Policy and Industrial Relations, Ministry of Health, Labour and Welfare</i>
		厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室 <i>Health Statistics Office, Director-General for Statistics, Information Policy and Industrial Relations, Ministry of Health, Labour and Welfare</i>
		厚生労働省保険局調査課 <i>Actuarial Research Division, Health Insurance Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare</i>

(敬称略・五十音順)



がん研究振興財団では、広く皆様からのご寄付(ご芳志)をお受けしております。皆さまのあたたかいお気持ちがん撲滅の実現へ進む原動力となります。
この浄財は様々な研究やイベント、広報活動に役立てられています。

- 少額から寄付できます
- 当財団への寄付金については税制上の優遇措置が適用されます
- 所得税、法人税及び相続税の寄付金控除が受けられます

※税制上の点及び寄付金控除等のことについては、ご相談下さい。(TEL 03-6228-7297)

がんの統計〈2024年版〉

令和6年3月 発行

編集 がんの統計編集委員会

発行 公益財団法人 がん研究振興財団

東京都中央区京橋2-8-8 新京橋ビル5階
〒104-0031 TEL 03-6228-7297 (代) FAX 03-6228-7298
ホームページ <https://www.fpcr.or.jp/>

CANCER STATISTICS IN JAPAN 2024

Edited by : The Editorial Board of the Cancer Statistics in Japan

Published by : Foundation for Promotion of Cancer Research (FPCR)
8-8, Kyobashi 2-chome, Chuo-ku, Tokyo 104-0031, Japan
Tel:03-6228-7297 Fax:03-6228-7298 HP:<https://www.fpcr.or.jp/>

Date of publication : March, 2024