

がんの統計 2025

CANCER STATISTICS IN JAPAN — 2025



公益財団法人 がん研究振興財団

Foundation for Promotion of Cancer Research

	目次	頁
--	----	---

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

図表編

1	2024年がん死亡数・罹患数予測	14
2	部位別がん死亡数（2023年）	15
3	年齢階級別がん死亡 部位内訳（2023年）	16
4	がん死亡 年齢階級内訳（2023年）	17
5	部位別がん死亡率（2023年）	18
6	都道府県別75歳未満がん年齢調整死亡率（2023年）	19～23
7	部位別がん罹患数（2020年）	24
8	年齢階級別がん罹患 部位内訳（2020年）	25
9	がん罹患 年齢階級内訳（2020年）	26
10	部位別がん粗罹患率（2020年）	27
11	地域がん登録における5年相対生存率（2009～2011年診断例）	28～29
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5年実測生存率（2014～2015年診断例）	30～31
13	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（2011年診断例）	32～33
14	累積がん罹患・死亡リスク	34～35
15	小児・AYA世代のがん	36～37
16	希少がん分類別がん年齢調整罹患率（2016～2018年診断症例）	38～39
17	主要死因別死亡率年次推移（1947年～2023年）	40
18	主要死因別年齢調整死亡率年次推移（1950年～2023年）	41
19	部位別がん死亡数年次推移（1980年～2023年）	42
20	年齢階級別がん死亡年次推移（1980年～2023年）	43
21	がん年齢調整死亡率年次推移（1979年～2023年）	44～45
22	年齢階級別がん死亡率推移（1980年、2000年、2023年）	46～49
23	部位別がん罹患数推移（1980年～2020年）	50
24	年齢階級別がん罹患年次推移（1980年～2020年）	51
25	がん年齢調整罹患率年次推移（1985年～2015年）	52～53
26	年齢階級別がん罹患率推移（1980年、2000年、2020年）	54～57
27	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）	58～59
28	喫煙率	60～61
29	がん検診受診率（2013年、2016年、2019年、2022年）	62～65
30	がん検診受診率の国際比較	66
31	がん有病者数推計	67～68
32	がん罹患率・生存率の国際比較	69～73
33	平均寿命の年次推移・国際比較	74
34	Human Development Index (HDI) の年次推移・国際比較	75

資料編

図表編のデータ・資料引用元	78	79
1	ICD-10三桁分類別がん死亡（死亡数・割合）（2023年）	80～83
2	小児・AYA世代のがん	84
3	希少がん分類別がん年齢調整罹患率（2016～2018年診断症例）	85～90
4	主要死因別死亡率年次推移（1910年～2023年）	92～93
5	主要死因別年齢調整死亡率年次推移（1950年～2023年）	94～95
6	喫煙率	96
7	医療用麻薬消費量	97～98
8	喫煙、飲酒と栄養摂取の変化	99～100
9	受療率の推移（1999年～2023年）	101
10	国民医療費の推移（2010年～2022年）	102
	用語の説明	103～107
	トピックス	108～109

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

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

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		

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

がん死亡率の社会格差～教育歴別死亡率を例として

Social inequalities in cancer mortality rates: using education level as an example

健康格差とは、社会経済的状況（教育歴・職業・所得など）により集団間で健康状態に系統的な差があることを指す。健康格差の指標として国際的に「教育歴(学歴)」がよく分析されているが、わが国ではそのような公的統計データがないのが現状である。ここでは総務省の国勢調査と厚生労働省の人口動態調査（死亡票）の2次利用分析により、がんを含む死亡率の社会格差（健康格差）を分析した結果を紹介する。

教育歴ごとに年齢調整死亡率を算出した結果、全死因では「大学以上卒業者」に比べて、「高校卒業者」は男性で1.16倍、女性で1.23倍、「中学卒業者」は男性で1.36倍、女性で1.46倍、年齢調整死亡率が高い結果であった（図1）。死因別では、ほとんどの死因で教育歴が短い群で死亡率がより高いという関連がみられ、健康格差が大きな死因は、脳血管疾患、がん、虚血性心疾患などであった。

がん死亡率では肺がん、胃がん、肝臓がんが社会格差が大きい結果であった（図2）。わが国でも教育歴により喫煙率が大きく異なることが報告されており（教育歴が短い群で喫煙率が高い）、喫煙や塩分過多などの既知のリスク要因の分布が社会経済状況により異なることで、死亡率の差につながっている可能性がある。一方で、女性の乳がんでは「大学以上卒業者」の方が死亡率が高い傾向があった。乳がんのリスク要因として妊娠・出産歴が少ないなどの生殖関連要因がこれまでの疫学研究により明らかになっており、教育歴が長い女性の方がこのリスク要因に当てはまる場合が多いことで死亡率が高くなっている可能性が考えられる。

Health inequalities refer to systematic differences in health status among groups depending on their socioeconomic status (educational level, occupation, income, etc.). Internationally, educational level is often analyzed as an indicator of health inequalities, but there is no such official statistical data available in Japan. Here we present the results of an analysis of social inequalities in mortality rates, including cancer, based on a secondary use analysis of the Census of Population by the Ministry of Internal Affairs and Communications and the National Vital Statistics (death records) by the Ministry of Health, Labor and Welfare.

All-cause age-standardized mortality rates by educational level showed the rates of "high school graduates" were 1.16 times higher for men and 1.23 times higher for women than those of "university graduates or higher," and the rates of "junior high school graduates" were 1.36 times higher for men and 1.46 times higher for women (Figure 1). There were clear associations between mortality rates for most causes of death, and causes of death with large health inequalities included cerebrovascular disease, cancer, and ischemic heart disease.

In terms of cancer mortality, the results showed large mortality inequalities for lung, stomach, and liver cancers (Figure 2). In Japan, it has been reported that smoking prevalence differs significantly by educational level (smoking rates are generally higher in the group with low educational level), and it is possible that differences in the distribution of well-known health risk factors, such as smoking and excessive salt content, vary by socioeconomic status, leading to differences in mortality rates. On the other hand, mortality rates for female breast cancer tended to be higher among high educational levels. Previous epidemiological studies have revealed reproductive factors such as no history of pregnancy and childbirth as risk factors for breast cancer, and it is possible that mortality rate is higher among women with higher educational levels because they are more likely to apply to these risk factors.

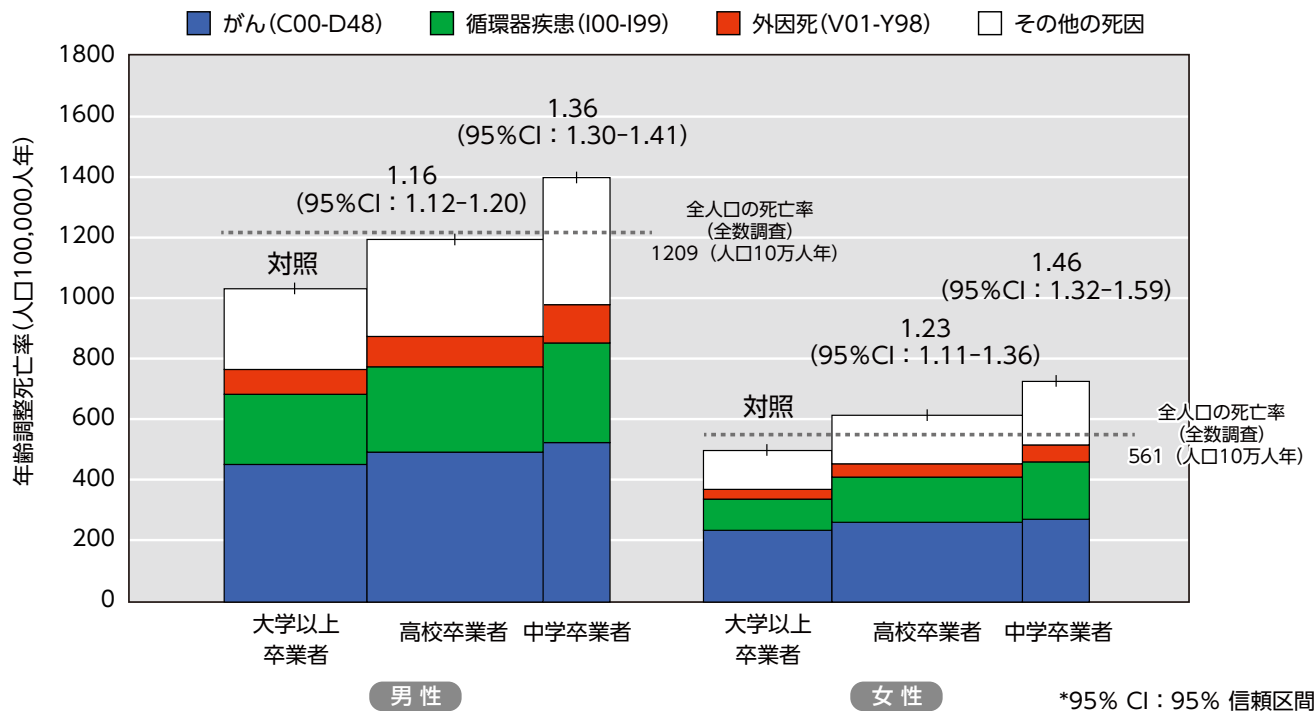


図 1. 教育歴別年齢調整死亡率 (30-79 歳、2010-2015 年、横軸は人口割合を示す)

Figure1. Age-standardized mortality rates by educational level (30-79 years old, 2010-2015, the horizontal axis shows the population proportion)

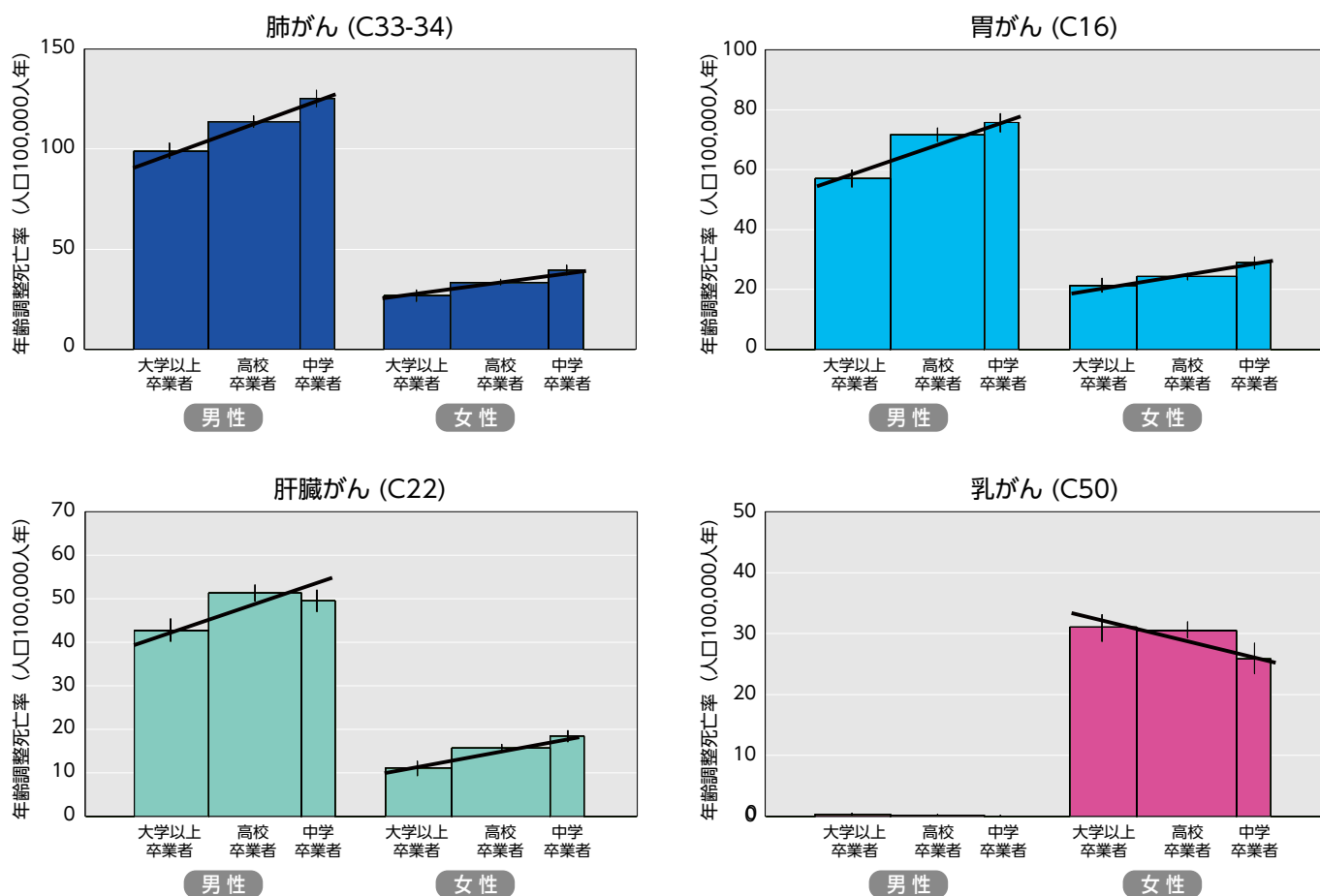


図 2. 教育歴別がん年齢調整死亡率 (30-79歳、2010-2015年)

Figure2. Age-standardized mortality rates from cancer by educational level (30-79 years old, 2010-2015)

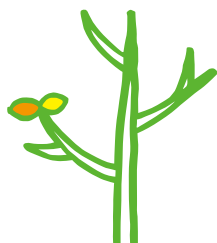
出典: Educational inequalities in all-cause and cause-specific mortality in Japan: national census-linked mortality data for 2010-15. International Journal of Epidemiology. 2024.14;53(2):dyae031. doi: 10.1093/ije/dyae031.

「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 政策情報部長 <i>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 がん登録センター長／国際政策研究部長 <i>Chief, Center for Cancer Registries, National Cancer Center Institute for Cancer Control</i> <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・生活衛生局がん・疾病対策課 <i>Cancer and Disease Control Division, Public Health 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 System Management 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 System Management 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〈2025年版〉

令和7年4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
〒104-0031 東京都中央区京橋2-8-8 新京橋ビル5階



CANCER STATISTICS IN JAPAN 2025

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

Date of publication : April, 2025