

がんの統計 2026

CANCER STATISTICS IN JAPAN — 2026



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	2025年がん死亡数・罹患数予測	14
2	部位別がん死亡数（2024年）	15
3	年齢階級別がん死亡 部位内訳（2024年）	16
4	がん死亡 年齢階級内訳（2024年）	17
5	部位別がん死亡率（2024年）	18
6	都道府県別75歳未満がん年齢調整死亡率（2024年）	19 ~ 23
7	部位別がん罹患数（2021年）	24
8	年齢階級別がん罹患 部位内訳（2021年）	25
9	がん罹患 年齢階級内訳（2021年）	26
10	部位別がん粗罹患率（2021年）	27
11	地域がん登録における5年純生存率（2012～2015年診断例）	28 ~ 29
12	全国がん登録における5年純生存率（2016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5年実測生存率（2014～2015年診断例）	32 ~ 33
14	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（2012年診断例）	34 ~ 35
15	累積がん罹患・死亡リスク	36 ~ 37
16	小児・AYA世代のがん	38 ~ 40
17	希少がん分類別がん年齢調整罹患率（2016～2020年診断症例）	41 ~ 42
18	主要死因別死亡率年次推移（1947年～2024年）	43
19	主要死因別年齢調整死亡率年次推移（1950年～2024年）	44
20	部位別がん死亡数年次推移（1980年～2024年）	45
21	年齢階級別がん死亡年次推移（1980年～2024年）	46
22	がん年齢調整死亡率年次推移（1979年～2024年）	47 ~ 48
23	年齢階級別がん死亡率推移（1980年、2000年、2024年）	49 ~ 52
24	部位別がん罹患数推移（1980年～2021年）	53
25	年齢階級別がん罹患年次推移（1980年～2021年）	54
26	がん年齢調整罹患率年次推移（1985年～2015年）	55 ~ 56
27	年齢階級別がん罹患率推移（1980年、2000年、2021年）	57 ~ 60
28	地域がん登録における5年純生存率推移（1993-1996年、1997-1999年、2000-2002年、2003-2005年、2006-2008年、2009-2011年、2012-2015年診断例）	61 ~ 62
29	喫煙率	63 ~ 64
30	がん検診受診率（2013年、2016年、2019年、2022年）	65 ~ 68
31	がん検診受診率の国際比較	69
32	がん有病者数推計	70 ~ 71
33	がん罹患率・生存率の国際比較	72 ~ 76
34	平均寿命の年次推移・国際比較	77
35	Human Development Index (HDI) の年次推移・国際比較	78

資料編

図表編のデータ・資料引用元 80 ~ 81		
1	ICD-10三桁分類別がん死亡（死亡数・割合）（2024年）	82 ~ 85
2	小児・AYA世代のがん	86
3	希少がん分類別がん年齢調整罹患率（2016～2020年診断症例）	87 ~ 92
4	主要死因別死亡率年次推移（1910年～2024年）	94 ~ 95
5	主要死因別年齢調整死亡率年次推移（1950年～2024年）	96 ~ 97
6	喫煙率	98
7	医療用麻薬消費量	99 ~ 100
8	喫煙、飲酒と栄養摂取の変化	101 ~ 102
9	受療率の推移（1999年～2023年）	103
10	国民医療費の推移（2011年～2023年）	104
用語の説明 105 ~ 109		
トピックス 110 ~ 111		

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

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

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		

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) 純生存率 Net survival

対象としている病気以外による死亡がなかったと仮定した場合の生存率で、対象の病気の影響を数学的に推定した指標。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、一般集団の生存率や他の死因の影響を受けないため、国や地域の比較に利用される。

The survival probability assuming that deaths from causes other than the disease of interest do not occur. It mathematically estimates the effect of the target disease alone. In cancer, it represents survival adjusted for mortality from causes other than cancer. It is not affected by background mortality in the general population or by other causes of death and is therefore suitable for comparisons across countries or regions.

(3) 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.

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

(4) 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.

(5) 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.

(6) 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、数字が大きいく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.

(7) 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.

(8) 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.

(9) 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).

(10) 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

希少がん罹患率の推移 (2011-2018年)

Trends in rare cancer incidence (2011-2018)

わが国の希少がん罹患率の推移を検討するため、地域がん登録 (2011-2015年) および全国がん登録 (2016-2018年) のデータを分析した研究が報告されている。この研究では、RARECAREnet listという、いわゆる希少がんの国際分類に基づいて、部位やがん種による68種類の第1層 (Teri-1) のがん種別、部位と組織型の組み合わせの216種類の第2層 (Tire-2) のがん種別に罹患率を算出している。また、欧州のがん登録データに基づき罹患率が10万人あたり6以下であるTier-1のがんグループを含む群を希少がんグループ (12群) とし、それ以外は一般的なながんグループ (6群) として罹患動向を評価している。

図1は、希少がんと一般的ながんの年齢調整罹患率の推移を示している。希少がん全体の年齢調整罹患率は2011年の70.4 (10万人あたり) から2018年の84.2 (10万人あたり) へと増加しており、年変化率 (annual percent change) は+3.50% (95%信頼区間: 2.25-4.76%) と統計学的に有意な増加であった。希少がんの増加は直線的で、2015年以降さらに増加幅が大きくなっていった。希少がんの増加理由として、(1) 診断技術の進歩、(2) 診断概念の普及・疾病理解の拡がり、(3) コード体系変更 (ICD-O-3.2導入) の影響、(4) 全国がん登録開始の影響が考えられる。

これに対して、一般がんでは、2011-2014年に年齢調整罹患率が289.9 (10万人あたり) から287.2 (10万人あたり) へとやや減少した後、2016年に全国がん登録制度導入による要因で316.8 (10万人あたり) への増加が確認された。この急増は診断数の増加ではなく、全ての病院からの届出が義務化された全国がん登録の開始による増加と考えられる。その後、年齢調整罹患率は再び減少し、2018年には301.0 (10万人あたり) となった。一般がん全体の年間変化率は+1.2% (95%信頼区間: -0.1-2.51%) であった。

図2は全がんに占める希少がんの割合の経年変化を示している。2011年には18.2%だった希少がんの割合は、2018年には19.6%へと増加した。この増加は単に希少がんの増加によるだけではなく、一般的ながんに含まれる胃がん・肝臓がんなどが減少傾向にあることが寄与していると考えられる。

To examine temporal trends in the incidence of rare cancers in Japan, a study analyzing data from selected prefectural population-based cancer registries (2011-2015) and the National Cancer Registry (2016-2018) has been reported. In this study, cancer patients were classified according to the RARECAREnet list—an internationally recognized classification of rare cancers—and age-standardized incidence rates were calculated for 68 Tier-1 cancer groupings defined by anatomical site and cancer type, as well as for 216 Tier-2 entities defined by specific combinations of site and morphology. Based on cancer registry data from Europe, Tier-1 cancer groupings with an incidence rate of ≤ 6 per 100,000 population were categorized into 12 rare cancer families, whereas the remaining six families were categorized as common cancers.

Figure 1 illustrates the temporal trends in age-standardized incidence rates for rare and common cancers. The overall age-standardized incidence rate of rare cancers increased from 70.4 per 100,000 population in 2011 to 84.2 per 100,000 in 2018. The annual percent change (APC) was +3.50% (95% confidence interval: 2.25-4.76%), indicating a statistically significant upward trend. The increase in rare cancers was linear, with a more pronounced rise observed after 2015. Potential explanations for this increase include: (1) advances in diagnostic technologies, (2) broader dissemination of diagnostic concepts and improved understanding of disease entities, (3) the impact of coding system changes such as the introduction of ICD-O-3.2, and (4) effects related to the initiation of the National Cancer Registry.

In contrast, the incidence of common cancers showed a modest decline from 289.9 per 100,000 in 2011 to 287.2 per 100,000 in 2014, followed by a marked increase to 316.8 per 100,000 in 2016. This abrupt rise is attributed not to a true increase in cancer occurrence but to systematic factors associated with the launch of the mandatory-reporting National Cancer Registry, which required all hospitals to submit information on cancer patients. Thereafter, the incidence rate again declined, reaching 301.0 per 100,000 by 2018. The overall APC for common cancers was +1.2% (95% confidence interval: -0.1-2.51%).

Figure 2 presents the temporal change in the proportion of rare cancers among all diagnosed cancers. The proportion increased from 18.2% in 2011 to 19.6% in 2018. This increase is attributable not only to the rise in rare cancer incidence but also to decreases in several major common cancer incidence—such as stomach and liver cancers—that are included in the common cancer group.

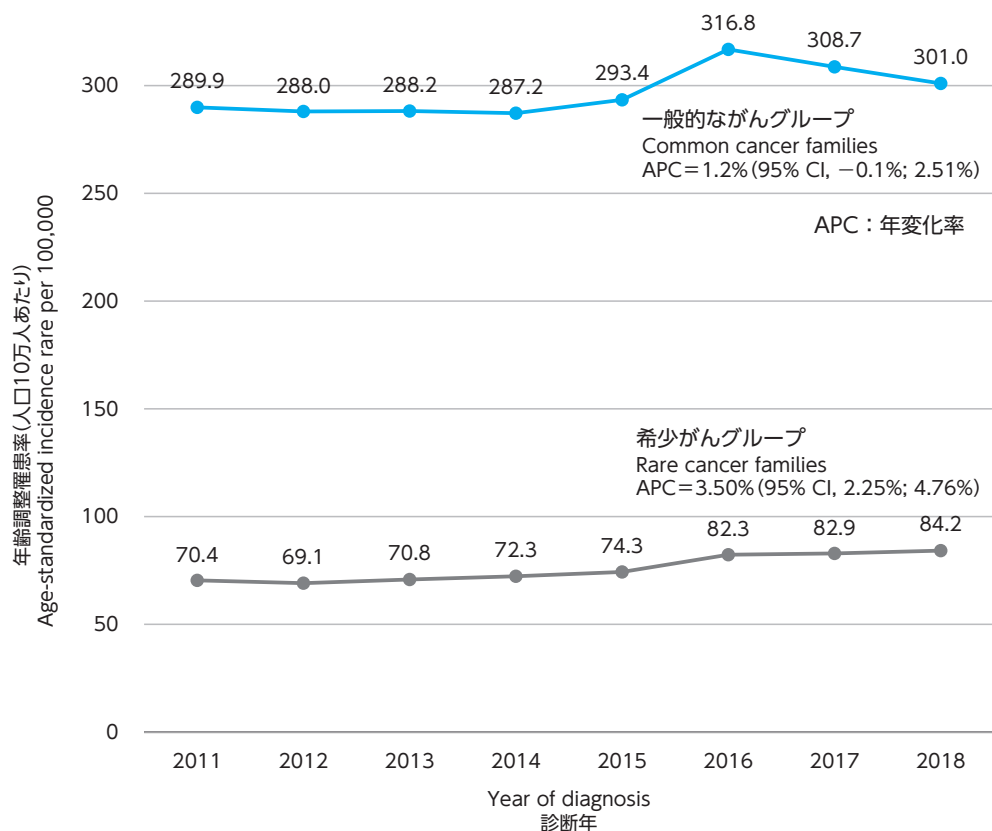


図 1. 2011 年から 2018 年にかけての日本における希少がんと一般的ながんの年齢調整罹患率の推移（1985 年の日本のモデル人口）

FIGURE 1 Time trend of age-standardized incidence rates of rare cancer families and common cancer families in Japan from 2011 to 2018. The rates were adjusted using the Japanese 1985 model population.

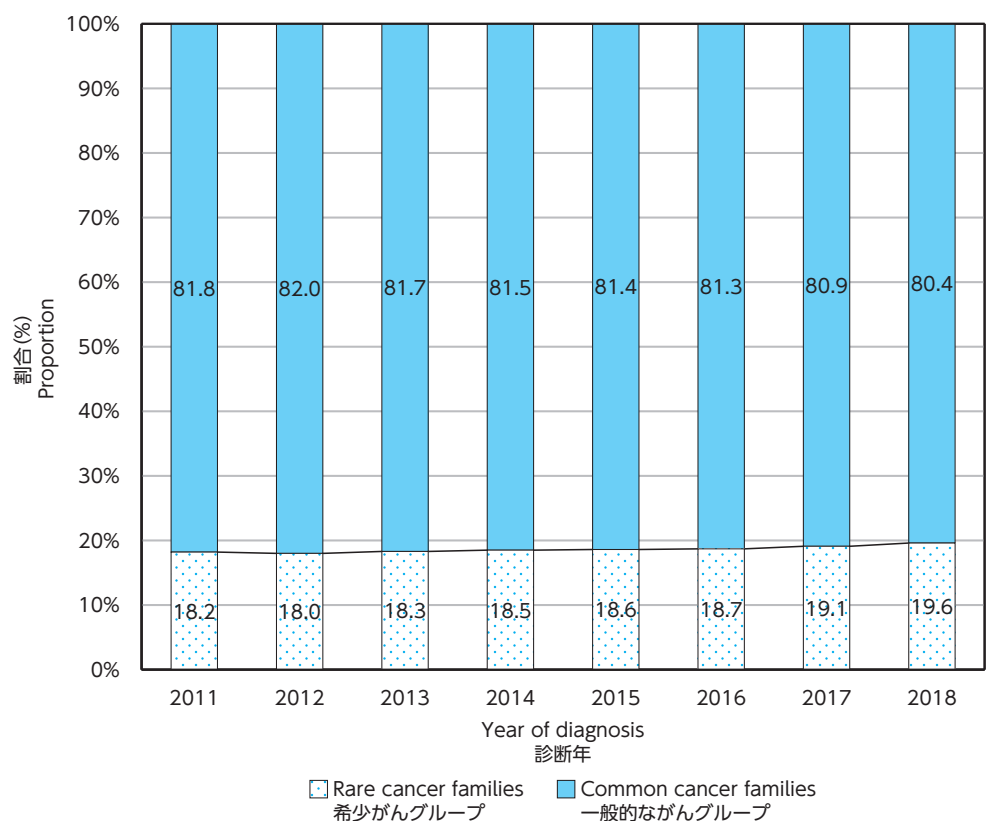


図 2. 2011~2018 年の日本における希少がんと一般的ながんの割合

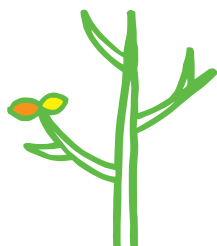
FIGURE 2 Proportion of rare cancer families and common cancer families in Japan, 2011-2018.

資料: Sugiyama H, Konda M, Saika K, Matsuda T. Time trend analysis of rare cancer incidence 2011-2018: Nationwide population-based cancer registries in Japan. *Cancer Sci.* 2024;115:2417-2443.

「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 部長 <i>Chief, Division of Population Data Science, National Cancer Center Institute for Cancer Control</i>
委員 Editors	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 室長 <i>Section Head, 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>
	堀 芽久美 <i>Megumi Hori, 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 利活用推進室 室長 <i>Section Head, Center for Cancer Registries, National Cancer Center Institute for Cancer Control</i>
	松坂 方士 <i>Masashi Matsuzaka, MD, PhD</i>	弘前大学大学院医学研究科 医学医療情報学講座 教授 <i>Professor, Department of Medical Informatics, Hirosaki University Graduate School of Medicine</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>



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〈2026年版〉

令和8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

〒104-0031 東京都中央区京橋2-8-8 新京橋ビル5階



CANCER STATISTICS IN JAPAN 2026

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 : March, 2026