ウィルムスがん財団

ウィルムス腫瘍

世界への影響

統計・生存率・格差・治療・医療へのアクセス・医療費





ウィルムスがん財団（WCF）

ウィルムスがん財団（WCF）は、小児腎がん（特に、一般にウィルムス腫瘍と呼ばれる腎芽腫）の影響を受ける子ども、家族、医療機関を支援し、そのニーズを代弁する慈善団体です。啓発、教育、権利擁護、早期発見、治療、支援に関する国際的なプログラムを確立し、この病気の広がりに取り組むことを使命としています。

このWCFガイドは教育目的の資料です。カナダ、米国、欧州の国際的な小児がん診療基準に基づいています。ご心配やご質問がある場合は、資格を持つ医療専門家にご相談ください。

© ウィルムスがん財団 | 無断転載を禁じます

目次

世界への影響

統計・生存率・格差・治療・医療へのアクセス・医療費

1.1 - 要約 2
1.2 - 世界のウィルムス腫瘍生存率格差マップ 2
1.3 - ウィルムス腫瘍が世界的に重要な理由 2
1.4 - 根拠となるデータとその限界 2
1.5 - 世界の生存率格差 2
1.6 - 治療へのアクセスの枠組み 2
1.7 - 政府と医療制度が負担する費用 2
1.8 - 国別統計の概要 2
1.9 - 介入を優先すべき地域 2
2.0 - 資金提供者と政府への提言 2
2.1 - 推奨されるデータダッシュボード 2

付録A：国別作業表 2
付録B：国別作業表 2
出典に関する注記と参考文献 2

1 - 要約

- ウィルムス腫瘍は小児の腎がんで最も多く、適時の診断、手術、化学療法、必要に応じた放射線療法、病理診断、血液製剤、感染症管理、経過観察を受けられれば、高い確率で治癒が期待できます。
- 世界的な課題は科学だけの問題ではなく、医療制度へのアクセスの問題でもあります。高所得国の子どもの生存率は約90%以上となることが多い一方、資源の乏しい地域では大幅に低くなる場合があります。
- 国別のウィルムス腫瘍に特化した統計は不完全です。多くの国は全国のウィルムス腫瘍登録ではなく、小児がん全体、腎腫瘍、または病院単位の患者集団のデータを報告しています。
- 提言において最も信頼できる方法は、入手できる国別の確認済み数値を提示し、登録データがない場合はモデルによる疾病負担推計を示し、データの信頼度を透明に評価することです。
- 直ちに取り組むべき政策上の最も強い根拠は、ウィルムス腫瘍が治癒可能ながんであり、早期診断、治療の完遂、医薬品へのアクセス、紹介ネットワークによって測定可能な生存率の改善を実現できる点です。

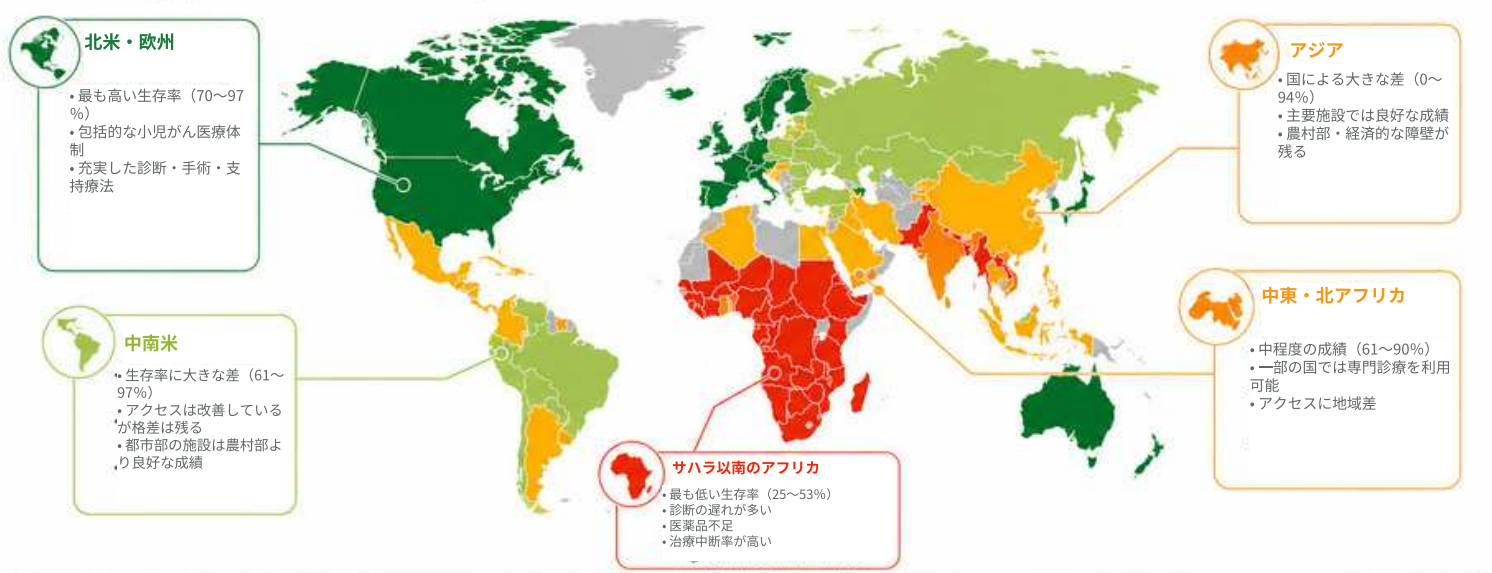
「ウィルムス腫瘍は多くの場合、治癒が可能です。それでも、生存できるかどうかは、子どもの住む場所と治療を受けられるかどうかに左右されます。」

図1／ウィルムス腫瘍の世界への影響マップ

ウィルムス腫瘍：世界への影響マップ

生存率の格差。治療へのアクセス。すべての子どもが大切です。

ウィルムス腫瘍は小児の腎がんで最も多く、適時の診断、治療の完遂、経過観察を受けられれば、高い確率で治癒が期待できます。



国・地域別の5年生存率

70〜97%	61〜94%	0〜85%	25〜53%	データなし
高所得国 多くの地域で生存率は約90%以上。	高中所得国 良好な成績が期待できるが、アクセスと治療完遂が生存率を左右。	低中所得国 医療体制、費用負担、治療完遂により成績に非常に大きな差。	低所得国 診断の遅れ、医療の不足、医薬品不足、治療中断が生存率を制限。	データが不十分、入手不能、または未報告。

私たちの目標

医療制度の強化と公平なアクセスの確保により、取り残される子どもをなくし、ウィルムス腫瘍の生存率格差を縮めます。

早期診断と紹介 | 医薬品へのアクセスと供給 | 質の高い手術と病理診断 | 放射線療法へのアクセス | 治療の完遂と支援 | 経過観察と治療後のケア

出典：米国NCI PDQ（2025）、カナダがん協会（2022〜2023）、Nakataら（2020）、Cunninghamら（2020）、WHO小児がんイニシアチブ、SIOP PODCウィルムス腫瘍ガイドライン、アフリカ共同プロジェクト。

注：生存率の範囲は所得群別の公表文献に基づきます。登録データがない国ではモデル推計を用いる場合があります。

小児腎がんの生存率を理解する

ウィルムス腫瘍は小児がん全体で4番目に多く、小児の腎がんでは最も多い病気ですが、治療が最も奏功しやすいがんの一つです。早期診断、専門的な治療、包括的な経過観察を受けられる高所得国の多くでは、生存率が90%を超えます。しかし、世界の治療成績には大きな差があります。一部の低・中所得国では、診断、治療へのアクセス、支持療法、治療後の長期支援に大きな障壁が残ります。その結果、生まれた場所が小児腎がんからの生存の可能性を大きく左右します。

著作権法により、当財団の事前の書面による同意なしに、本資料の全部または一部をコピー、複写、複製、翻訳することはできません。

© ウィルムスがん財団 | 無断転載を禁じます

3 - ウィルムス腫瘍が世界的に重要な理由

図2／影響の領域

影響の領域	
子どもの生存	ウィルムス腫瘍は高い生存率が期待できますが、適時の診断と治療の完遂ができるかどうかに左右されます。
公平性	小児がん医療体制が整った国と、手術・化学療法・放射線療法・支持療法が遅れたり受けられなかったりする国の格差が表れます。
家族の負担	医薬品があっても、交通・宿泊費、収入減、検査費、自己負担が治療中断や未完遂を招くことがあります。
政府	国の医療制度は画像検査・手術・化学療法・入院・放射線療法・病理検査などの費用を負担します。ウィルムス腫瘍だけの政府負担額を公表する国は少数です。

4 - 根拠となるデータとその限界

- 罹患率：ウィルムス腫瘍に特化した全国の罹患統計を公表している国は少数です。米国NCIは年間約650例、15歳未満の子ども100万人当たり9.7例と報告しています。カナダは小児の腎・腎盂がんの件数を報告しており、ほぼすべてがウィルムス腫瘍です。

- 世界の罹患率の代替指標：国際的な腎腫瘍データによる小児腎腫瘍の罹患率は100万人当たり約8.3例で、北米・欧州では高く、アジアの多くの地域では低くなっています。

- 生存率：世界的なレビューでは、高所得国で70〜97%、高中所得国で61〜94%、低中所得国で0〜85%、低所得国で25〜53%という範囲が報告されています。

- 死亡：国別の死亡統計がウィルムス腫瘍に限定して公表されることはまれです。そのため、本資料では全国の公表値がある場合を除き、死亡を相対的なリスク・負担の指標として表しています。

- 費用：ウィルムス腫瘍に特化した政府の全国的な費用データは通常、公表されていません。そのため、本資料では費用の要因を示し、国別の公表費用データがない箇所を明記します。



5 - 世界の生存率格差

図3／国の所得

国の所得・医療制度の背景	報告された生存率の範囲	解釈
高所得国	70–97%	多くの子どもが集学的治療を受けられます。晩期合併症と治療後の生活支援が主要な政策課題です。
高中所得国	61–94%	良好な成績が期待できますが、アクセス・地域格差・治療の完遂が生存率を左右します。
低中所得国	0–85%	差が非常に大きく、施設の能力・費用負担の可能性・治療の完遂に左右されます。
低所得国	25–53%	診断の遅れ、医療の不足、医薬品不足、治療中断が生存率を制限することが一般的です。

重要なメッセージ
ウィルムス腫瘍は、世界の小児がんにおける公平性の格差を明確に示しています。同じ病気でも、医療制度へのアクセスによって、ある国では治癒し、別の国では命を落とす可能性があります。

6 - 治療へのアクセスの枠組み

図4／必要な要素

必要な要素	医療体制が整った環境	医療体制が限られる環境のリスク
早期発見と紹介	一次医療・画像検査・紹介経路により腹部の腫瘤を早期に発見します。	受診が遅れ、腫瘍が大きくなったり転移したりした状態で診断されます。
画像検査と病期診断	超音波・CT・MRI、胸部画像検査、病理診断によりリスクに応じた治療を支えます。	不十分な病期診断により、過剰治療・治療不足・治療の遅れが起こり得ます。
手術	腫瘍外科と麻酔の支援を利用できます。	手術の遅れ、小児麻酔や血液製剤の不足がリスクを高めます。
化学療法	治療計画に基づく化学療法と支持療法を利用できます。	医薬品不足、高額な薬剤、感染性合併症により治療が中断します。
放射線療法	適応がある場合に利用できます。	特定の病期・組織型では、放射線療法の欠如や遅れが治療成績を悪化させます。
経過観察	再発の監視と晩期合併症の観察を行います。	経過観察が途絶えると、再発や長期合併症を見逃す可能性があります。

7 - 政府と医療制度が負担する費用

- 直接医療費には、超音波・CT・MRI、病理診断、手術、化学療法、入院、血液製剤、抗菌薬、必要な放射線療法、再発の管理、治療後の長期ケア外来などが含まれます。
- 間接的な公的費用には、診断の遅れ、救急受診、集中治療、治療中断、障害、社会的支援、治癒可能な小児がんの治療が成功しなかった場合の生涯にわたる生産性の損失が含まれます。
- 高所得国では患者1人当たりの費用が高額になる場合がありますが、通常は公的制度や保険制度が負担します。資源の乏しい地域では政府支出が少なく、家族や慈善団体に負担が移ることがよくあります。
- アフリカの事業の公表データでは、保護者が負担する約100〜1,100米ドルが、治療完遂の大きな障壁とされました。病院の診療に補助があっても、多くの世帯にとっては家計を破綻させかねない金額です。
- 政策上の視点：ウィルムス腫瘍を未治療のままにしても、政府の費用節減にはなりません。
- 受診の遅れ、再発、未完遂の治療、予防可能な死亡は、人道上、経済上、医療制度上の損失を増大させます。



7 - 国別統計の概要

図5／国別統計の概要

国	年間診断数	生存率の目安	治療へのアクセス
米国	約650例（確認済み）	約85-95%*	包括的な小児がん診療、手術、放射線療法、病理診断、臨床試験
カナダ	2022年に小児腎・腎盂がん30例	5年全生存率約96%	州ごとの包括的な小児がん診療ネットワーク
英国	約70-90例（モデル推計）	約85-95%+	NHSの小児がん診療ネットワーク
フランス	約60-80例（モデル推計）	約85-95%+	全国の小児がん診療ネットワーク
ドイツ	約70-90例（モデル推計）	約85-95%+	包括的な小児がん診療
イタリア	約45-65例（モデル推計）	約85-95%+	全国の小児がん専門施設
スペイン	約40-55例（モデル推計）	約85-95%+	包括的な小児がん診療
オランダ	約15-25例（モデル推計）	約85-95%+	高度に集約された小児がん診療
スウェーデン	約8-15例（モデル推計）	約85-95%+	包括的な小児がん診療
オーストラリア	約25-40例（モデル推計）	約85-95%+	包括的な小児がん専門施設
日本	約45-65例（モデル推計）	約85-95%	包括的な小児がん診療
韓国	約15-25例（モデル推計）	約85-95%	包括的な高度小児がん診療

7 - 国別統計の概要（続き）

図6／国別統計の概要

国	年間診断数	生存率の目安	治療へのアクセス
サウジアラビア	約60-90例／年（モデル推計）	約70-95%	がん専門診療あり。アクセスに地域差
アラブ首長国連邦	約8-15例／年（モデル推計）	約70-95%	高度な三次医療サービス
イスラエル	約8-15例／年（モデル推計）	約85-95%+	包括的な小児がん診療
中国	約900-1,400例（モデル推計）	約61-94%（高中所得国の範囲）	主要な高度医療施設あり。農村部・経済的な格差
ブラジル	約280-420例（モデル推計）	約61-94%（高中所得国の範囲）	大規模ながん診療網あり。州による差
メキシコ	約180-280例（モデル推計）	約61-94%（高中所得国の範囲）	専門施設あり。遅れや障壁が残る
アルゼンチン	約60-90例／年（モデル推計）	約61-94%（高中所得国の範囲）	専門診療を利用可能。地域差あり
チリ	約20-35例／年（モデル推計）	約70-95%	小児がん診療ネットワーク
コロンビア	約70-110例／年（モデル推計）	約61-94%（高中所得国の範囲）	小児がん専門施設あり。継続性に差
ペルー	約60-95例／年（モデル推計）	約61-94%（高中所得国の範囲）	専門診療は都市に集中
南アフリカ	約100-160例（モデル推計）	約61-94%（高中所得国の範囲）	公立・民間の専門診療あり。農村部に障壁
トルコ	約120-180例／年（モデル推計）	約61-94%（高中所得国の範囲）	都市部で小児がん専門診療

10 - 介入を優先すべき地域

図7／国別統計の概要

地域・背景	重要な理由	優先すべき対策
低所得国・脆弱な国家	診断の遅れ、治療中断、医薬品不足、放射線療法の欠如のリスクが最も高い地域です。	紹介経路、医薬品供給、治療費補助、保護者の受診支援、登録制度の整備。
人口の多い低中所得国	一部の施設では成績が良好でも、影響を受ける子どもの数は最も多くなります。	地域施設の拡充、治療中断の削減、保護の支援、全国的な治療計画の統合。
地域格差のある高中所得国	全国平均では、農村部や低所得層の格差が隠れることがあります。	施設間連携、分院、遠隔病理診断、交通支援、地域別の治療成績報告。
小国・島しょ国	症例数が少なく、国内で専門診療を維持することが困難です。	地域内の紹介協定、共通の治療計画、国境を越えた医薬品へのアクセス。

11 - 資金提供者と政府への提言

- ウィルムス腫瘍は、診断、手術、化学療法、支持療法、経過観察という、連携が必要ながら実現可能なケアを要するため、小児がん医療制度を改善する実践的な出発点となります。
- 適時に治療を受け、完遂できれば治癒が期待できる病気である以上、生存率の格差は容認できません。
- 目標は医薬品の購入だけではありません。治癒まで子どもの治療を継続し、治療後も経過を見守る、切れ目のない診療の道筋を整えることです。
- 国レベルの投資では、発症から診断までの期間、初診時の病期、治療中断、医薬品の欠品、手術の遅れ、放射線療法の遅れ、再発、生存率を測定すべきです。
- 世界的なウィルムス腫瘍の観測・情報集約組織や登録事業の連携は、重要なデータ不足を埋め、各国が責任を持って進捗を比較する助けとなります。



12 - 推奨されるデータダッシュボード

図8／指標

指標	定義	重要な理由
新規診断数	0〜14歳または0〜19歳の年間ウィルムス腫瘍確定診断数	疾病負担と計画の必要性を測ります。
診断時の病期	病期I〜Vの分布	早期発見と紹介の有効性を示します。
治療開始までの時間	初診からがん治療開始までの日数	生存率を下げる遅れを特定します。
治療完遂率	計画された治療を完遂した割合	治療中断と制度による支援を直接評価します。
医薬品の供給状況	主要な抗がん剤・支持療法薬の欠品日数	供給網の信頼性を示します。
放射線療法へのアクセス	適応がある場合の利用可能性と待機期間	特定の病期やリスク群で重要です。
生存率	1年・3年・5年の全生存率／無イベント生存率	最終的な成果の指標です。

付録A：国別作業表

図9／ステップ

ステップ	対応	実践上の目的
ステップ1	初回の栄養評価	リスクを早期に把握し、成長・摂取量の基準を定めます。
ステップ2	経口栄養の最適化	好みの食品、食事回数、エネルギー密度の工夫で摂取量を増やします。
ステップ3	経口栄養補助食品・栄養強化食品	通常の食事だけでは足りない栄養を補います。
ステップ4	経腸栄養	経口摂取が不十分な場合に、確実に栄養を届けます。
ステップ5	静脈栄養	経腸栄養が不可能または不十分な場合に用います。
ステップ6	再評価と調整	症状、腎機能、治療段階の変化に応じて計画を調整します。
ステップ7	初回の栄養評価	リスクを早期に把握し、成長・摂取量の基準を定めます。

重要：「モデル推計」と記した行は、登録により確認された国別統計ではありません。公表された罹患率の基準値と、医療制度・所得群別の生存率に関する幅広い文献に基づく、計画のための推計です。

付録B：国別作業表

重要
「モデル推計」と記した行は、登録により確認された国別統計ではありません。公表された罹患率の基準値と、医療制度・所得群別の生存率に関する幅広い文献に基づく、計画のための推計です。

- 米国 | 高所得 | 約650例／年（確認済み） | 相対的死亡リスクは低い | 約85〜95%以上 | 包括的な小児がん診療、手術、放射線療法、病理診断、臨床試験 | 直接費用は高額。ウィルムス腫瘍のみの正確な公費負担額は通常非公表
- カナダ | 高所得 | 2022年に小児腎・腎盂がん30例 | 2023年に小児腎・腎盂がんで6人死亡 | 5年全生存率約96% | 州ごとの包括的な小児がん診療ネットワーク | 州の公的負担。ウィルムス腫瘍のみの正確な費用は通常非公表
- 英国 | 高所得 | 約70-90例／年（モデル推計） | 相対的死亡リスクは低い | 約85-95%+ | NHSの小児がん診療ネットワーク | NHSの公的負担。ウィルムス腫瘍のみの費用は通常非公表
- フランス | 高所得 | 約60-80例／年（モデル推計） | 相対的死亡リスクは低い | 約85-95%+ | 全国の小児がん診療ネットワーク | 公費・社会保険負担。ウィルムス腫瘍のみの費用は通常非公表
- ドイツ | 高所得 | 約70-90例／年（モデル推計） | 相対的死亡リスクは低い | 約85-95%+ | 包括的な小児がん診療 | 保険・公的負担。ウィルムス腫瘍のみの費用は通常非公表
- イタリア | 高所得 | 約45-65例／年（モデル推計） | 相対的死亡リスクは低い | 約85-95%+ | 全国の小児がん専門施設 | 公的医療制度の負担。ウィルムス腫瘍のみの費用は通常非公表
- スペイン | 高所得 | 約40-55例／年（モデル推計） | 相対的死亡リスクは低い | 約85-95%+ | 包括的な小児がん診療 | 公的医療制度の負担。ウィルムス腫瘍のみの費用は通常非公表
- オランダ | 高所得 | 約15-25例／年（モデル推計） | 相対的死亡リスクは低い | 約85-95%+ | 高度に集約された小児がん診療 | 公費・保険負担
- スウェーデン | 高所得 | 約8-15例／年（モデル推計） | 相対的死亡リスクは低い | 約85-95%+ | 包括的な小児がん診療 | 公的医療制度の負担
- オーストラリア | 高所得 | 約25-40例／年（モデル推計） | 相対的死亡リスクは低い | 約85-95%+ | 包括的な小児がん専門施設 | 公的メディケア・州の負担と保険
- 日本 | 高所得 | 約45-65例／年（モデル推計） | 低〜中程度 | 約80〜95% | 包括的な小児がん診療 | 公費・保険負担
- 韓国 | 高所得 | 約15-25例／年（モデル推計） | 低〜中程度 | 約80〜95% | 包括的な高度小児がん診療 | 公費・保険負担
- サウジアラビア | 高所得 | 約60-90例／年（モデル推計） | 中程度。地域の紹介体制が成績に影響 | 約70-95% | がん専門診療あり。アクセスに地域差 | 政府が負担する高度医療
- アラブ首長国連邦 | 高所得 | 約8-15例／年（モデル推計） | 中程度。症例数は少ない | 約70-95% | 高度な三次医療サービス | 政府・民間保険の負担
- イスラエル | 高所得 | 約8-15例／年（モデル推計） | 相対的死亡リスクは低い | 約85-95%+ | 包括的な小児がん診療 | 公費・保険負担
- 中国 | 高中所得 | 約900-1,400例／年（モデル推計） | 死亡者の絶対数が多い | 約61-94%（高中所得国の範囲） | 主要な高度医療施設あり。農村部・経済的な格差 | 公的・民間・自己負担の混合
- ブラジル | 高中所得 | 約280-420例／年（モデル推計） | 絶対的な負担は中〜高程度 | 約61-94%（高中所得国の範囲） | 大規模ながん診療網あり。州による差 | SUS・公的部門と民間の負担
- メキシコ | 高中所得 | 約180-280例／年（モデル推計） | 中〜高程度 | 約61-94%（高中所得国の範囲） | 専門施設あり。遅れや障壁が残る | 公的保険と家族の負担
- アルゼンチン | 高中所得 | 約60-90例／年（モデル推計） | 中程度 | 約61-94%（高中所得国の範囲） | 専門診療を利用可能。地域差あり | 公費・社会保険の負担
- チリ | 高・高中所得 | 約20-35例／年（モデル推計） | 中〜低程度 | 約70-95% | 小児がん診療ネットワーク | 公的制度と保険の負担
- コロンビア | 高中所得 | 約70-110例／年（モデル推計） | 中〜高程度 | 約61-94%（高中所得国の範囲） | 小児がん専門施設あり。継続性に差 | 公的・民間の支払いと家族負担

  ペルー、南アフリカ、トルコ、イラン、インド、パキスタン、バングラデシュ、インドネシア、フィリピン、ベトナム、タイ、マレーシア、エジプト、モロッコ、アルジェリア、ナイジェリア、ガーナ、ケニア、ウガンダ、タンザニア、エチオピア、コンゴ民主共和国、スーダン、イラク、シリア、イエメン、ヨルダン、レバノン、パレスチナ、オマーン、クウェート、バーレーン、アフガニスタン、ネパール、スリランカ、ミャンマー、カンボジア、ラオス、モンゴル、ウクライナ、ポーランド、ルーマニア。

付録B：国別統計作業表（続き）

図10／国別データ（続き）

国	所得群	年間診断数	死亡・負担の指標	生存率の目安	治療へのアクセス	費用負担
米国	高所得	約650例（確認済み）	相対的死亡リスクは低い	約85-95%*	包括的な小児がん診療、手術、放射線療法、病理診断、臨床試験	直接費用は高額。ウィルムス腫瘍のみの正確な公費負担額は通常非公表
カナダ	高所得	2022年に小児腎・腎盂がん30例	2023年に小児腎・腎盂がんで6人死亡	5年全生存率約96%	州ごとの包括的な小児がん診療ネットワーク	州の公的負担。ウィルムス腫瘍のみの正確な費用は通常非公表
英国	高所得	約70-90例（モデル推計）	相対的死亡リスクは低い	約85-95%+	NHSの小児がん診療ネットワーク	NHSの公的負担。ウィルムス腫瘍のみの費用は通常非公表
フランス	高所得	約60-80例（モデル推計）	相対的死亡リスクは低い	約85-95%+	全国の小児がん診療ネットワーク	公費・社会保険負担。ウィルムス腫瘍のみの費用は通常非公表
ドイツ	高所得	約70-90例（モデル推計）	相対的死亡リスクは低い	約85-95%+	包括的な小児がん診療	保険・公的負担。ウィルムス腫瘍のみの費用は通常非公表
イタリア	高所得	約45-65例（モデル推計）	相対的死亡リスクは低い	約85-95%+	全国の小児がん専門施設	公的医療制度の負担。ウィルムス腫瘍のみの費用は通常非公表
スペイン	高所得	約40-55例（モデル推計）	相対的死亡リスクは低い	約85-95%+	包括的な小児がん診療	公的医療制度の負担。ウィルムス腫瘍のみの費用は通常非公表
オランダ	高所得	約15-25例（モデル推計）	相対的死亡リスクは低い	約85-95%+	高度に集約された小児がん診療	公費・保険負担
スウェーデン	高所得	約8-15例（モデル推計）	相対的死亡リスクは低い	約85-95%+	包括的な小児がん診療	公的医療制度の負担
オーストラリア	高所得	約25-40例（モデル推計）	相対的死亡リスクは低い	約85-95%+	包括的な小児がん専門施設	公的メディケア・州の負担と保険
日本	高所得	約45-65例（モデル推計）	低〜中程度。アジアでは罹患率が低い可能性	約85-95%	包括的な小児がん診療	公費・保険負担
韓国	高所得	約15-25例（モデル推計）	相対的死亡リスクは低い	約85-95%	包括的な高度小児がん診療	公費・保険負担

付録B：国別統計作業表（続き）

図11／国別データ（続き）

国	所得群	年間診断数	死亡・負担の指標	生存率の目安	治療へのアクセス	費用負担
サウジアラビア	高所得	約60-90例／年（モデル推計）	中程度。地域の紹介体制が成績に影響	約70-95%	がん専門診療あり。アクセスに地域差	政府が負担する高度医療
アラブ首長国連邦	高所得	約8-15例／年（モデル推計）	中程度。症例数は少ない	約70-95%	高度な三次医療サービス	政府・民間保険の負担
イスラエル	高所得	約8-15例／年（モデル推計）	相対的死亡リスクは低い	約85-95%+	包括的な小児がん診療	公費・保険負担
中国	高中所得	約900-1,400例（モデル推計）	死亡者の絶対数が多い	約61-94%（高中所得国の範囲）	主要な高度医療施設あり。農村部・経済的な格差	公的・民間・自己負担の混合
ブラジル	高中所得	約280-420例（モデル推計）	絶対的な負担は中〜高程度	約61-94%（高中所得国の範囲）	大規模ながん診療網あり。州による差	SUS・公的部門と民間の負担
メキシコ	高中所得	約180-280例（モデル推計）	中〜高程度	約61-94%（高中所得国の範囲）	専門施設あり。遅れや障壁が残る	公的保険と家族の負担
アルゼンチン	高中所得	約60-90例／年（モデル推計）	中程度	約61-94%（高中所得国の範囲）	専門診療を利用可能。地域差あり	公費・社会保険の負担
チリ	高・高中所得	約20-35例／年（モデル推計）	中〜低程度	約70-95%	小児がん診療ネットワーク	公的制度と保険の負担
コロンビア	高中所得	約70-110例／年（モデル推計）	中〜高程度	約61-94%（高中所得国の範囲）	小児がん専門施設あり。継続性に差	公的・民間の支払いと家族負担
ペルー	高中所得	約60-95例／年（モデル推計）	中〜高程度	約61-94%（高中所得国の範囲）	専門診療は都市に集中	公的負担と自己負担
南アフリカ	高中所得	約100-160例（モデル推計）	中〜高程度	約61-94%（高中所得国の範囲）	公立・民間の専門診療あり。農村部に障壁	公的・民間負担と家族の交通費
トルコ	高中所得	約120-180例／年（モデル推計）	中程度	約61-94%（高中所得国の範囲）	都市部で小児がん専門診療	公費・社会保障の負担

8 - 国別統計の概要

図12／国別データ（続き）

国	所得群	年間診断数	死亡・負担の指標	生存率の目安	治療へのアクセス	費用負担
イラン	低中・高中所得	約110-170例／年（モデル推計）	中〜高程度	約0-85%（低中所得国の範囲）	高度がん診療あり。医薬品へのアクセスに差	公的部門・慈善団体・家族の混合負担
インド	低中所得	約1,600-2,500例／年（モデル推計）	絶対的な負担が非常に大きい	約0-85%（低中所得国の範囲）	世界水準の施設あり。アクセスに偏り	政府制度と高額な家族負担
パキスタン	低中所得	約450-700例／年（モデル推計）	絶対的な負担が大きい	約0-85%（低中所得国の範囲）	主要施設あり。アクセス・費用負担に差	公的部門・慈善団体・家族の負担
バングラデシュ	低中所得	約300-500例／年（モデル推計）	高い	約0-85%（低中所得国の範囲）	専門診療の能力は大都市に集中	政府・NGO・家族の負担
インドネシア	高中・低中所得	約500-800例／年（モデル推計）	絶対的な負担が大きい	約0-85%〜61〜94%の混合範囲	大都市に専門施設	公的保険と家族の負担
フィリピン	低中所得	約180-280例／年（モデル推計）	中〜高程度	約0-85%（低中所得国の範囲）	主要施設で小児がん診療	公的部門・保険・家族の負担
ベトナム	低中所得	約130-220例／年（モデル推計）	中〜高程度	約0-85%（低中所得国の範囲）	大都市に専門病院	政府保険と家族負担
タイ	高中所得	約70-110例／年（モデル推計）	中程度	約61-94%（高中所得国の範囲）	小児がん診療能力あり。皆保険が支援	公的支払者の負担
マレーシア	高中所得	約45-75例／年（モデル推計）	中程度	約61-94%（高中所得国の範囲）	公立の小児がん診療。紹介に差	公的医療制度の負担
エジプト	低中所得	約220-350例／年（モデル推計）	絶対的な負担が大きい	約0-85%（低中所得国の範囲）	主要な小児がん専門機関	政府・慈善団体・家族の負担
モロッコ	低中所得	約65-100例／年（モデル推計）	中〜高程度	約0-85%（低中所得国の範囲）	主要施設でがん専門診療	公的部門・慈善団体・家族の負担
アルジェリア	高中所得	約85-130例／年（モデル推計）	中程度	約61-94%（高中所得国の範囲）	大都市で専門診療	政府が負担する医療

付録B：国別統計作業表（続き）

図13／国別データ（続き）

国	所得群	年間診断数	死亡・負担の指標	生存率の目安	治療へのアクセス	費用負担
ナイジェリア	低中所得	約900-1,500例／年（モデル推計）	絶対的な負担が非常に大きい	約0-85%（低中所得国の範囲。多くの施設ではさらに低い）	専門施設はあるが、能力・費用・供給に制約	政府支出は限定的。家族・慈善団体の負担
ガーナ	低中所得	約120-190例／年（モデル推計）	高い	約0-85%（低中所得国の範囲）	専門施設あり。全国的な普及は限定的	政府・保険・家族の負担
ケニア	低中所得	約150-240例／年（モデル推計）	高い	約0-85%（低中所得国の範囲）	主要な紹介先施設あり。アクセスに偏り	公的部門・保険・慈善団体・家族の負担
ウガンダ	低所得	約160-250例／年（モデル推計）	高い	約25-53%（低所得国の範囲）	小児がん診療は限定的。紹介・支援に制約	政府予算への圧力と家族の費用負担
タンザニア	低中所得	約180-290例／年（モデル推計）	高い	約0-85%（低中所得国の範囲）	紹介先施設あり。全国的なアクセスは限定的	政府・NGO・家族の費用負担
エチオピア	低所得	約300-500例／年（モデル推計）	絶対的な負担が非常に大きい	約25-53%（低所得国の範囲）	専門診療が集中。診断に制約	政府予算への圧力、交通費・自己負担
コンゴ民主共和国	低所得	約280-450例／年（モデル推計）	非常に高い	約25-53%（低所得国の範囲）	包括的な医療へのアクセスは非常に限定的	政府の能力は低い。家族・慈善団体の負担
スーダン	低・低中所得	約130-220例／年（モデル推計）	非常に高い。紛争による中断	約25-53%（低所得国）／0〜85%（低中所得国の範囲）	アクセスに深刻な制約	政府の能力に制約。NGO・家族の負担
イラク	高中・低中所得	約80-130例／年（モデル推計）	中〜高程度	約0-85%〜61〜94%の混合範囲	専門診療に地域差	政府・家族の費用負担
シリア	低・低中所得	約50-90例／年（モデル推計）	医療が中断した地域では非常に高い	約25-53%（低所得国）／0〜85%（低中所得国の範囲）	紛争が診療能力に大きく影響	政府・NGO・家族の負担
イエメン	低所得	約90-150例／年（モデル推計）	非常に高い	約25-53%（低所得国の範囲）	包括的な医療へのアクセスは非常に限定的	政府の能力は非常に限定的。人道支援・家族の負担
ヨルダン	低中・高中所得	約18-30例／年（モデル推計）	中程度	約0-85%〜61〜94%の混合範囲	地域の専門診療を利用可能	政府・慈善団体・家族の負担

付録B：国別統計作業表（続き）

図14／国別データ（続き）

国	所得群	年間診断数	死亡・負担の指標	生存率の目安	治療へのアクセス	費用負担
レバノン	低中所得	約8-15例／年（モデル推計）	中〜高程度。経済危機の影響	約0-85%（低中所得国の範囲）	専門診療はあるが、費用負担が障壁	政府・民間・慈善団体・家族の負担
パレスチナ	低中所得	約10-20例／年（モデル推計）	紹介の制限により高い	約0-85%（低中所得国の範囲）	許可や域外の施設に依存することが多い	政府・NGO・家族の交通費負担
オマーン	高所得	約8-15例／年（モデル推計）	中程度。症例数は少ない	約70-95%	高度専門医療施設への紹介	政府が負担する医療
クウェート	高所得	約7-12例／年（モデル推計）	中程度。症例数は少ない	約70-95%	資源の豊富な高度医療	政府が負担する医療
バーレーン	高所得	約2-4例／年（モデル推計）	中程度。症例数は少ない	約70-95%	高度医療・地域間紹介	政府が負担する医療
アフガニスタン	低所得	約150-250例／年（モデル推計）	非常に高い	約25-53%（低所得国の範囲）	包括的な医療へのアクセスは限定的	政府・人道支援・家族の負担
ネパール	低中所得	約45-75例／年（モデル推計）	高い	約0-85%（低中所得国の範囲）	専門施設あり。アクセスに偏り	政府・NGO・家族の負担
スリランカ	低中所得	約25-40例／年（モデル推計）	中程度	約0-85%（低中所得国の範囲）	公立の小児がん診療を利用可能	政府が負担する医療
ミャンマー	低中所得	約100-170例／年（モデル推計）	高い	約0-85%（低中所得国の範囲）	専門診療へのアクセスが限られ、偏りあり	政府・家族・人道支援の負担
カンボジア	低中所得	約35-60例／年（モデル推計）	高い	約0-85%（低中所得国の範囲）	専門診療の能力は限定的	政府・NGO・家族の負担
ラオス	低中所得	約14-25例／年（モデル推計）	高い	約0-85%（低中所得国の範囲）	小児がん診療の能力は限定的	政府・NGO・家族の負担
モンゴル	低中所得	約5-10例／年（モデル推計）	中〜高程度	約0-85%（低中所得国の範囲）	集約された専門診療	政府・家族の負担

付録B：国別統計作業表（続き）

図15／国別データ（続き）

国	所得群	年間診断数	死亡・負担の指標	生存率の目安	治療へのアクセス	費用負担
ウクライナ	低中所得	約45-75例／年（モデル推計）	戦争による中断で変動	約0-85%（低中所得国の範囲）	専門施設はあるが、診療の継続が中断	政府・人道支援・家族の費用負担
ポーランド	高所得	約30-45例／年（モデル推計）	低〜中程度	約85-95%+	包括的な小児がん診療	公的医療制度の負担
ルーマニア	高・高中所得	約15-30例／年（モデル推計）	中程度	約61-94%〜高所得国の範囲	専門施設を利用可能	公的医療制度の負担

出典に関する注記と参考文献

重要：

- S1：米国国立がん研究所（NCI）PDQ「ウィルムス腫瘍とその他の小児腎腫瘍の治療」、2025年4月15日更新。罹患率は15歳未満の子ども100万人当たり9.7例、米国では年間約650例。
- S2：カナダがん協会。カナダでは0〜14歳の腎・腎盂がんが2022年に30例診断され、2023年に6人が死亡。小児の腎・腎盂がんのほぼすべてがウィルムス腫瘍。
- S3：Nakataら、International Journal of Cancer／UKHSA Research Portal、2020年。世界の小児腎腫瘍罹患率は100万人当たり8.3例で、北米・欧州で最も高く、アジアの多くの地域で低い。
- S4：Cunninghamら「Global Disparities in Wilms Tumor」、2020年。生存率の範囲は高所得国70〜97%、高中所得国61〜94%、低中所得国0〜85%、低所得国25〜53%。
- S5：Cancer.caの生存統計。カナダの0〜14歳のウィルムス腫瘍の5年全生存率は約96%。
- S6：WHO「小児がんに関する世界的イニシアチブ」。2030年までに世界の小児がん生存率を少なくとも60%にすることを目標とする。
- S7：WHO／セント・ジュード「小児がん治療薬へのアクセスに関する世界的プラットフォーム」。低・中所得国に品質が保証された小児がん治療薬を途切れなく供給し、約12万人の子どもに届けることを目指す。
- S8：SIOP PODCウィルムス腫瘍ガイドライン。最低限の要件が整えば、低所得の環境に合わせて治癒を目指す治療を実施できる。
- S9：Collaborative Wilms Tumour Africa Projectのベースライン報告。参加施設全体の治療終了時の生存率は39%。治療の未完遂や保護者の費用負担が、治療完遂を妨げる要因となった。
- S10：Disease Control Priorities／「低・中所得国における小児がん治療」。ウィルムス腫瘍の治療は一部の他の小児がんより治療強度が低く、費用対効果の高い医療制度の強化を後押しする。



ウィルムスがん財団

電話：+1 (778) 514 5000
メール：info@WilmsFoundation.org
ウェブ：www.WilmsFoundation.org
住所：Suite 2147, 712 H Street NE, Washington DC, USA, 20002

WILMS CANCER FOUNDATION、WCF、および「DEFEATING CHILDHOOD KIDNEY CANCER」「THE DISEASE YOU'VE NEVER HEARD OF」は、当財団の国際的な商標であり、著作権により保護されています。文書の内容とデザイン：ウィルムスがん財団。© 無断転載を禁じます。

著作権法により、当財団の事前の書面による同意なしに、
本資料の全部または一部をコピー、複写、複製、翻訳することはできません。

米国：501(c)(3)認定非課税団体 | EIN: 98-3478827 | カナダ：登録慈善団体 756261939BC0001

ウィルムスがん財団（WCF）

ウィルムスがん財団（WCF）は、小児腎がん（特に、一般にウィルムス腫瘍と呼ばれる腎芽腫）の影響を受ける子ども、家族、医療機関を支援し、そのニーズを代弁する慈善団体です。啓発、教育、権利擁護、早期発見、治療、支援に関する国際的なプログラムを確立し、この病気の広がりに取り組むことを使命としています。

このWCFガイドは教育目的の資料です。カナダ、米国、欧州の国際的な小児がん診療基準に基づいています。ご心配やご質問がある場合は、資格を持つ医療専門家にご相談ください。

© 世界保健機関（WHO）。ウィルムスがん財団（WCF）との協力のもと、許可を得て使用しています。CureAllはWHOの「小児がんに関する世界的イニシアチブ（GICC）」の一環です。WHOは特定の団体、製品、サービスを推奨するものではありません。

© ウィルムスがん財団 | 無断転載を禁じます