

第2回アジアがん官民対話フォーラム

アジアにおけるがん医療の Universal Health Coverage (UHC)
実現に向けた官民の取り組みの在り方に関する議論

—アジア健康構想へのアプローチ—

赤座 英之^{*1,2,3} 河原ノリエ^{*1,2,3} 中 釜 齊^{*1,4} 北川 雄光^{*1,5} 野田 哲生^{*1,6}〔*Jpn J Cancer Chemother* 46(4): 655-671, April, 2019〕

The 2nd Japan Public-Private Dialogue Forum—A Multi-Stakeholder Dialogue on Universal Health Coverage for Cancer in Asia—Seeking an Approach to Asia Health and Wellbeing Initiative: Hideyuki Akaza^{*1,2,3}, Norie Kawahara^{*1,2,3}, Hitoshi Nakagama^{*1,4}, Yuko Kitagawa^{*1,5} and Tetsuo Noda^{*1,6} (^{*1}UICC-Japan Office, ^{*2}UICC-Asia Regional Office, ^{*3}The University of Tokyo, ^{*4}National Cancer Center, ^{*5}Keio University Hospital, ^{*6}Cancer Institute, Japanese Foundation for Cancer Research)

Summary

On 5 September 2018 the UICC-Asia Regional Office (UICC-ARO) convened the second Japan Public-Private Dialogue Forum at the House of Councilors Members' Building as a follow-up to the previous meeting held at United Nations University in Tokyo in April 2018. Senior representatives of government, academia and industry met to discuss the progress made since April, noting the significance of the Japanese government having included specific reference to cancer in its revised basic policy on the Asia Health and Wellbeing Initiative, which was adopted in July 2018. The meeting provided an opportunity for all stakeholders to discuss ways forward for improving access to cancer care, with the WHO Cancer Report and other global initiatives in mind.

要旨 UICC-Asia Regional Office (UICC-ARO) は、前回国連大学で開催された会議のフォローアップとして2018年9月5日に参議院議員会館にて第2回アジアがん官民対話フォーラムを開催した。2018年7月に健康・医療戦略推進本部にて決定された「アジア健康構想に向けた基本方針」(改定)のなかでがんについての提言内容が入ったことを受け、官民のステークホルダーが集まり、今後展開が予定されているグローバルな動きを念頭に置いてがんケアへのアクセスを改善するための方法を議論した。座長は前回に引き続き、UICC-ARO director 赤座英之が座長を務め、第1部は「持続可能な社会の実現に向けたがん医療への取り組みにおける官民パートナーシップについて」と題して各ステークホルダーからの発言が続き、第2部においては「アジア健康構想におけるがん医療」と題してアジア健康構想における政策策定に向けた具体的な発表が行われた。その後、これらを踏まえて全体討論が行われた。

緒 言

アジアがん官民対話フォーラムの第1回目の会はアジア健康構想 (AHWIN)¹⁾を軸に、国内のマルチセクターががん医療において初めて集結した会であった。今回は、2018年7月に「アジア健康構想」のなかでがんにつ

いての提言内容が入ったことを受け、官民連携においてどのようなセクターを越えた利害が存在するのか、またこれまでみてこなかった本質的なセクター間の連携の課題があるのかを浮かび上がらせる狙いがある。そのため、参加者にはあらかじめそれぞれのセクターが現在抱えている問題意識の上に立ち、その課題をあげていただ

*1 UICC 日本委員会

*2 UICC-Asia Regional Office

*3 東京大学

*4 国立がん研究センター

*5 慶應義塾大学病院

*6 がん研究会がん研究所

連絡先: 〒153-8904 東京都目黒区駒場4-6-1 東京大学先端科学技術研究センター4号館6階 東京大学大学院情報学環・学際情報学府「総合癌研究国際戦略推進」寄付講座
赤座 英之

く形で議論を進めることをお願いした。がん医療が universal health coverage (UHC)²⁾を巡る国際潮流のなかにどのように位置付けられているのか、それを巡る周辺にはどのような課題があるのか、それらを明確にし言語化することが本稿の目的である。これまで日本のがん医療コミュニティのなかでは、がんの国際連携が主に開発課題とのカップリングで論じられ、必ずしも実臨床家の興味の広がりとはならず、この課題のもつ意味の大きさが把握されていないのが現状である。しかしながら、グローバルヘルス全体としてみれば、持続可能な開発目標 (SDGs) 全体のなかでも保健課題は他領域に比べても細かい定量目標が策定され³⁾、モニタリングのスキームの開発も進んでおり、取り組みの進展は群を抜いている。UHC が位置付けられているこの課題への国内のがん医療コミュニティのなかでの理解の広がりを探っていくことは極めて重要であるといえる。

また、官民連携ということにおいては、今後 SDGs 実現の期限とされる 2030 年に向けて、社会課題の解決が民間における経営変革の基軸に向かうことは必須である⁴⁾。特にがん医療市場は今後がんの罹患率が上昇し市場が拡大することが予想される。一方、個別化医療をはじめとする治療パラダイムの変化に対応して研究開発コストも増大の一途をたどっている。また、医療コストの支払い側にとって医療財政へのひっ迫は必至であり、支払いに見合った医療アウトカムと持続性が厳しく問われていく局面に立たされる。がん医療を巡る民間企業はグローバル競争のなかで生き残るために、いかにして企業としての経済価値を高めつつ社会的価値を創生していけるか、複雑な市場の進化に合わせてどのような役割を担う存在となるのか、官民連携の在り方が新しいビジネスモデル創造のキーになる時代となっていくものと考えられる。

今後、そのよう流れのなかで、このアジアがん官民対話フォーラムにおいてはセクター間の違いを越えた議論がなされ、アジェンダ設定やルール形成のプロセスを官民で共有するための場としての役割が重要となると考えられる。政策の根幹にあるデータという言葉の一つとっても、がん医療の特殊性は顕著である。がんデータはいずれも患者の一般臨床からでてくるものであるが、それらが臨床現場でどのようなプロセスで共有され国際社会でデータとして共有されているかについて他領域では認識されていないのが現状である。WHO IARC⁵⁾のデータは、ある時点における横断的調査データとして位置付けられる。しかしながら、がん医療は診断から治療を継続的に、一人の人間を追いかけた時間的経緯のなかでたどったデータでなければ医療実態を把握し難い性質のも

のである。それが感染症の患者とがんの患者との医療実態把握のプロセスの違いであるといえる。こうした特殊性により、がん医療がグローバルヘルスの世界でもその実像把握がなかなかなされず、国際援助の枠組みにも入りにくかったといえる。

グローバルヘルスの潮流は、疾患別アプローチから保健システム強化⁶⁾に照準を当てるアプローチに進化してきた。そして多分野横断型の政策概念として UHC が達成目標となり、SDGs のなかに位置付けられてきた。ここで、がんという疾患に特化した取り組みについて議論を深掘りすることは、こうした流れに一見逆行するかのように見えるが、がん医療の特殊性にフォーカスを当てた議論を経なければならぬと考える。なぜなら、がん医療の特殊性に根差したグローバルな戦略的枠組みを練ることは、複雑な変数をはらんだがん医療における官民連携のマネジメントシステムにおける各セクターのそれぞれの立ち位置を明確にすることになり、アジアの保健課題として直面する蓋然性の高いがん医療へのわが国の貢献の基盤となると考えられるからである。

I. 事務局報告

河原ノリエ (UICC 日本委員会広報委員長): UICC 日本委員会⁷⁾の広報委員長として事務局からお話させていただく。

第 1 回アジアがん官民対話フォーラム 4 月 23 日の会議の後、アジア健康構想のなかに「がんに関するデータベースの共有に向けたレジストリー制度のハーモナイゼーション等、疾病毎に包括的な検討を行う官民のプラットフォームの設置を検討」という文言が入った。これを受け、本日の開催となった。官民対話は世界的潮流として重要視され、特に国際対がん連合 (UICC)⁸⁾にとっても非常に大切な事柄である。

前回の会議概要は、こうした官民連携の取り組みを国際社会やがん研究コミュニティにおいて共有することによって UICC 加盟の各国のがんアドボカシー活動につなげたいというジュネーブ本部の意向もあり、すでに UICC の Web⁹⁾や「癌と化学療法」¹⁰⁾に発表している。

始めに座長の赤座英之から今回の趣旨説明を行い、開会の挨拶は武見敬三先生にお願いする。座長は前回の国連大学に引き続き、UICC-Asia Regional Office (UICC-ARO)¹¹⁾ director の赤座先生で進行する。

赤座英之 (UICC-ARO director, 東京大学特任教授): 第 1 回目のアジア官民対話フォーラムはマルチセクターの集まりであった。こうした形式の集まりでがん領域の UHC について議論する場合、どのようなアプローチができるのかについて、それぞれの立場からの意見をまず

はだしてみろという形式で会議を実施した。その議事録は「癌と化学療法第45巻第9号」にラウンドディスカッションという形で2018年に出版されている¹⁰⁾。

こうした流れのなかで具体的にどのようなアプローチができるかについて議論を継続してきており、アジア健康構想という国のプロジェクトが2018年7月に改定され、そのなかに初めて「がん」という文言が入った。

今回次のステップとして、どのようにしてアジアのがんにUHCをもっていくのか。それにはきちんとした政策提言が必要となる。WHO神戸センター¹²⁾の野崎上級顧問官の指導の下に、今まで議論したことを政策という形で落とし込む作業を進めている。この政策策定のプロセスの前段階として、重要なことの一つとして押さえておかななくてはならないことは官民の民としての役割の位置付けである。

本日の集まりはまず第1部として官民が協力するために、民側からのUHCを対象にしたアクセス・アクセラレーテッド (Access Accelerated: AA)¹³⁾ についての情報を共有して、今、世界で何が起きているかを踏まえてアジア健康構想のなかでがん医療を検討する場合、何が必要なのかということを議論したい。

II. 開会の挨拶

武見敬三 (参議院議員): アジア健康構想は自由民主党で提言¹⁴⁾したものである。当初、健康・医療戦略推進本部決定がされた時点では、介護を中心とした極めて限られたものであったが、藤本審議官の下で2018年7月下旬に新たに健康・医療戦略推進本部決定がなされて、非常に包括的な医療全般を対象とする構想に変わった。しかも今まで包括的に取り組まれてこなかった非感染症分野というものを、アジア健康構想のなかで取り組むことになった。そうするとアジアで今後、非感染症の最大の死亡原因となるがんは、もはや無視することができなくなったというわけである。そこで、アジア健康構想においてがんについて、まず日本はどういう戦略的な取り組みをしたらよいのかということの議論のなかで、モニタリングという一つのキーワードを踏まえた指針が組み立てられた。それが今までの経緯である。

したがって、改めてこうした方針の下で、どのように官民連携で具体的に新たなプロジェクトが組み立てられるのか。また、実際にアジア健康構想の下で官と民でそうしたプロジェクトを支える資金の仕組みを作らなければならない。そのようなことを含めてぜひ今日の会議を通じて一定の方向を示していただくと、われわれとしては今後動きやすくなる。ぜひそうした役割を今日の会合で作っていただきたいということを申し上げておきた

い。

III. 第1部 持続可能な社会の実現に向けたがん医療への取り組みにおける官民パートナーシップについて

赤座: この会議の立て付けにおいて UICC-ARO が事務局としての役割を担っているが、その母体である UICC 日本委員会野田委員長からこれまでの経緯をお話していただきたい。

野田哲生 (UICC 日本委員会委員長, がん研究会がん研究所所長): 武見先生がいわれたように、今日は何をいかにすべきかという話に入っていくわけであるが、その前に会の立て付けについて三つほど確認させていただく。

まず一つ目はこのマルチセクショナルな話し合いからできてきたものが実現していくに当たって、新たな組織や枠組みが必要になることもあると思う。しかしながら、「アジアがん官民対話フォーラム」という名前にしているので、事務局を UICC-ARO が担わせていただくという枠組みで今回も進めたいと思う。

二つ目はわれわれ UICC について説明させていただきたい。ジュネーブに本部があり、日本国内で UICC に所属している機関が国内で集まった組織が UICC 日本委員会である。その UICC 日本委員会が母体となって活動しているのが UICC-ARO である。UICC 本部と国際交流協定で memorandum of understanding (MOU, 覚書) をこのたび締結し直した。その MOU には、UICC の活動が目に見えるような活動をアジアで行うのが ARO の役割であること、もう一つアジアにおける多くのステークホルダーとの話し合いをまとめて UICC 本部に伝える。つまり日本国内やアジアにおける動き、そしてグローバルヘルスのなかでのアジアのがん構想の位置付けを UICC に伝えることが役割になっている。それが赤座先生を director とする UICC-ARO であり、今回の座長をしていただくという枠組みについてまず皆様に共有いただきたい。

最後に三つ目はこれからに向けての動きであるが、UICC 日本委員会には大きな組織として学会が入っており、UICC 日本委員会としては学会活動を通じて国際の動きを国内に裨益させる責務を負っている。その学会の一つである日本癌学会¹⁵⁾では UICC Session というインターナショナルセッションを毎年違うテーマで行っており、ここ数年は UHC とがん対策、がん医療について開催してきている。

本日は、2018年の日本癌学会 International Session について簡単に説明する。2018年は、国際製薬団体連合会

(IFPMA)¹⁶⁾の事務局長であるトーマス・クエニ氏が共同座長となり、また彼自身も演者としてUHCとCancer Controlについてまずはグローバルな話をします。それに対して世界保健機関(WHO)からはCancer Control Management Programの担当官であるイワン・アンドレイ氏の発表となる。このように前半はグローバル・レベルの話、後半は厚生労働省の佐々木課長あるいはWHO神戸センターの野崎上級顧問官が日本の戦略について発表し、最後にUICC-AROの赤座先生が今日のこの会で話し合われていく戦略を述べる。以上が2018年日本癌学会総会におけるSessionの予定であり、このSessionを通じてがん研究者たちとこの課題について共有を図りたいと考えている。

赤座: この日本癌学会 International Session は英語で行われており、最近ではほぼ毎年実施されてきている。これまでいろいろな方とこの課題について話してきたが、グローバルヘルスのテーマとしては「がん」という言葉がどうも日本の臨床の先生方には馴染みが少ないようである。日本癌治療学会¹⁷⁾理事長の北川先生と私が座長を務め、日本語によるシンポジウムをこの秋の日本癌治療学会で行うことになった。この日本語でというところがポイントになる。日常の診療で非常に多忙な日本の若手のがん専門家の先生に対して今現在、世界でこういう動きがあるのだということを知っていただくための会として今回の日本癌治療学会のなかに設けることにしたいである。

北川雄光(日本癌治療学会理事長、慶應義塾大学病院院長): 今回、がんがアジア健康構想に入ったことは大きな事柄であり、日本癌治療学会としても非常に有難く思っている。日本癌治療学会は、日本癌学会、日本臨床腫瘍学会¹⁸⁾とともに癌関連3学会の一つという位置付けであり、かなり幅広い職種の専門家が集まっている。医師だけではなく、看護師、薬剤師も専門家として入っている。がん関連では外科医が比較的多いが、それ以外のがん専門家も入っており、UICC日本委員会のなかでは日本癌学会に次いで長年一緒にやらせていただいているという立場である。

2018年の日本癌治療学会学術総会は10月18日~20日(土曜日)までの会期であり、19日(金曜日)にUICCシンポジウムがある。今回は、私と赤座先生が司会を務め、グローバルヘルスアジェンダとしてのがんをテーマに若手の研究者に、がんという切り口は日本のなかで考えるべきではないということをお話していただくためのSessionを企画した。演者は河原先生、野崎上級顧問官、中釜 齊先生、栗本景介先生、野田哲生先生である。河原先生にはグローバルヘルスとしての位置付けおよび全

体像をお話いただく。WHO神戸センターの野崎上級顧問官には日本の超高齢化社会について、UHCをどのような形で実現できるのかについての問題点を語っていただく。中釜先生には国立がん研究センターのトップとして、特にがん全体のデータベースについてお願いしたい。日本では国立がん研究センターとともにゲノムを含めてかなり整理されていくことになるが、アジア全体でみた時にどうなのかという点もお話いただけるのだろうと考える。栗本先生には日本の高齢化社会全体における健康対策、そしてがん対策についてお話していただき、野田先生には冒頭で紹介いただいたUICC日本委員会の位置付けと、こういった活動の実態を紹介いただけるのではないかと考えている。

日本癌治療学会では、アジアにおけるがん研究を促進することについて赤座先生にこれまでも相談してきており、2017年にFederation of Asian Clinical Oncology (FACO)¹⁹⁾を作った。日本・中国・韓国で大規模な臨床試験を最初に始めようというものである。ただし、これには資金もかなりかかり、そう簡単なものではなく、まずは日本・中国・韓国の大きなデータを集めるということにしており、胃がん、それから乳がんについてはすでに学会で発表している。どんな医療が実際に三つの地域で行われていて、これからどのような問題になるのかということをお話は進行がんで、そしてアジアに多いがんを中心に臨床研究を進めていく計画で動いている。より質の高いエビデンスをアジアとして作り、アジアの患者に届けていく活動について日本癌治療学会が中心となって、他の学会あるいはUICCの皆様と連絡を取り行っていくことが、今後の政府の健康戦略にも関係してくるのかとも考えている。(著者注:野田哲夫、北川雄光両先生によって言及された2018年度日本癌学会および日本癌治療学会における企画は両先生の発言内容どおりに実行された。)

中谷比呂樹(WHO執行理事、公益社団法人グローバルヘルス技術振興基金会長・代表理事): WHOの執行理事会の最近の動向についてお話をさせていただく。執行理事会の議題についてだが、マーガレット・チャン前事務局長の時はテクニカル・イシューが議題の約50~60%であったのが、テドロス事務局長になってテクニカル・イシューが40%台に減っている。どのような議論をしているかという組織内のガバナンスあるいは組織改革、内部政策論議が60%を占めているのが現状である。

テドロス事務局長は'Triple billion goals'²⁰⁾で、10億人の人にUHCを拡大しよう、10億人の人がもっと健康面で安全な生活ができるようにしよう、10億人の人の健康を改善しようというビジョンを掲げた。そこで、それ

らをどうファイナンスするのかというのが執行理事会の大きな課題になっている。このようにテドロス事務局長はUHCを進めることを最重点にあげているが、すでに皆が合意しているSDGsのGOAL3のなかに含まれている。さらにUHCには、access to safe, effective, quality, affordable essential medicines and vaccines for allという記載もあるため、医薬品のアクセス問題はグローバルヘルスで非常にプライオリティが高い問題になっていることを押えておく必要がある。これに関連してWHOにはいくつもの決議がでていますが、2018年5月の総会では医薬品不足とアクセスの問題について決議²¹⁾が採択された。現在、医薬品不足、医薬品のアクセス問題を解決するためのロードマップを作ることを事務局に求められており、テドロス事務局長は熱心に取り組んでいる。

また、医薬品などの医療技術へのアクセスの観点から知的財産権(IP)の保護といった今まで保健関係者があまり考えてこなかったことが、グローバルヘルスの大きな分野²²⁾となっている。がん分野はアクセスとIP問題が先鋭的に表れる分野でもある。2017年にはがんの決議が採択され、2018年5月の総会時に前述の医薬品不足とアクセスの決議がでて、2019年1月のWHO執行理事会ではこの両方が同時に論議されることとなっている。そこでは、がんの薬が高価でありアクセスの問題は大変だ、アクセスを妨げているのはIPの過剰保護が悪いという論議になることが予想される。一方で、IPは技術革新の大きなモチベーションでもあり、またアクセス問題はIPのみで解決されるものではない。したがって、持続可能な対応をするためには関係者の間でwin-winの関係を作らねばならないという観点をもちつつ対応していく必要がある。

関連の先行事例としては、がんの分野についてはAAのように製薬企業が努力をされている活動がある。これは様々な疾患に対する業界からの貢献だが、そのなかにはがんの薬の分野もあるということである。また、neglected tropical diseases (NTDs)²³⁾についても製薬業界が非常に大きな貢献をされており、様々な企業が薬の現物供給を行っている。

公益社団法人グローバルヘルス技術振興基金(GHIT FUND)²⁴⁾は私が代表理事を務めさせていただいているが、国際的には日本のNTDsでの分野で活動は評価されており、アクセスの前にそもそも薬自体がないという問題の解決に貢献しようと思っている。

ここで少し話題をより総論的なものにエレベートすると、地球規模の課題でいえば日本は世界で最も早く超高齢化を迎え、そういうわれわれの経験を共有して相互互恵を図る。これがアジア健康構想のコンセプトである。

そこにはがんが加わり、そのようにがんの位置付けが認識された。

そしてもう一つ、技術先進国としてGHITのようにもてる技術を使って地球規模課題の解決のためのツールを開発して実際に使えるようにする。恐らく日本のグローバルヘルスのかかわり方は、この二つのアプローチがあるのではと思う。

重要なコンセプトだと思うのはアジア健康構想である。最初は介護要員の循環、ブレン・ドレインではなくブレン・サーキュレーションをすることというファクターが入っており、今手が足りない日本の介護を一時助けていただき、帰国された方が日本の関係者と自国で新たな市場を作るというファクターもある。こういう意味でチャリティーというわけではなくてwin-winの状況を作り出す、そういう時代になっていく。

2019年以降を考えるとG20²⁵⁾があり、アフリカ開発会議(TICAD)²⁶⁾がある。われわれは具体的な成果を打ち出すというところにもっていききたい。また、2020年にオリンピック・パラリンピックもあり、2025年には万博がある。こういうところで健康を軸に世界に貢献するということもある。

これは武見先生のご指導も必要だが、Boao Forum²⁷⁾という中国が最初に始めたダボス会議(世界経済フォーラム)のアジア版のような会議がある。そのヘルス部門に日本が関与するとしたら、たとえばがんや高齢化の問題あるいは認知症の問題が非常にわれわれの強みでもあるし、貢献できるものがあるのではないだろうか。つまり、こうした時間軸、地平軸を認識して考えなければいけないかと考える。

経済同友会の2018年6月のレポート「いて欲しい国、いなくては困る国」²⁸⁾に非常に感銘を受けた。日本がこういうふうになって21世紀の世界を生きていきたい。このようなところでヘルスの部分は関連で協力できるのではないかなと思うということが書かれていて新鮮であった。

最後に、がんを担当し得るWHOの組織ということに付け加えさせていただく。WHOには地域事務局というものがあり、日本は西太平洋地域事務局²⁹⁾がその担当である。

赤座:日本がどういう立場で取り組むかということに関して深く考えなくてはいけない。この会はそのための会であり、ここから企業の方を中心にディスカッションしようと考えている。

「相互互恵」という言葉がよくでてくるが、それでは企業にとって相互互恵とは何か。このことの意味について、アジア健康構想のなかにはがんを入れる時に一緒に考

えていきたい。

先日、ある製薬企業の社長とお話をしたが、その時にやはり企業としていろいろ貢献をすることやドネーションするのはよいのだが、win-winの関係がみえにくいというご意見をいただいた。この会はそこを考える上で非常によい場ではないかなと考える。

【製薬企業からの発言】

安川健司（アステラス製薬株式会社代表取締役社長

CEO):冒頭に武見先生から、官民パートナーシップを進めていくためにどのようなプロセスや枠組みが必要なのかというお話があったので、そのご質問にお答えすべく、官民パートナーシップに対する弊社の考え方を紹介させていただきたい。

4月のこの会で私が申し上げたとおり、access to healthという分野³⁰⁾において、個社での活動には非常に限界があるということを感じている。本会は2017年の安倍首相の発言³¹⁾を下にした、その流れを受けた官民パートナーシップの検討であると認識している。1社1団体の活動がもたらす社会的インパクトが限定的な場合にそれぞれの強みを持ち寄り、個々の活動では生みだし得ないような価値を生みだし、かつ参加者が皆win-winの関係になる。このようなことを目的としている活動であると認識をしている。この議論のなかで個社の限界を打ち破り、そのようなプログラムを生み出すことができた場合には当社としても積極的に参加を考えていきたい。一方で弊社は株式会社であり、投資家の皆様から預かった資金を活用しながら企業価値を継続的に向上することを使命としており、事業で得られた利益あるいはわれわれが現在有している経営資源、ヒト・カネ・モノの使い方についてはすべてのステークホルダーに対して私は説明責任を負っている。

以上の観点から官民パートナーシップの活動への参画に当たっては、以下二つの観点から説明をすることになる。一つは将来的に弊社に直接的あるいは間接的に経済的価値をもたらす可能性のある活動であり、もう一つは純粋に社会貢献活動である場合、この二つに分けて物を考える。

一つ目の経済的価値を生み出すような場合、これはコマーシャル・サステイナブルな活動であり、直接的な利益に結び付くような活動、二つ目は医学的あるいは科学的価値をもたらす活動、それが引いては弊社の製品の仕様につながる可能性のある活動である。

今回は官民パートナーシップであり、ひときわ公平性や透明性に配慮する必要があると考えている。ここでいう公平性というのはプログラムを始める時に先にどの会

社が参加するということが決まっているのではなくて、公募のシステムであるとか広く世間に参加の是非を問うようなシステムがあることが望ましい。それから透明性というのは活動の主体が、われわれの利益のところとあまりにも近いところであってはならない。もっと中立的な活動が主体になっている。このようなことを論点として活動の参加の是非を考えていくべきだと思っている。昨今のご時世、会社をいろいろなreputation riskから守る、そういう義務と責任を負っていると考えている。

二番目の純粋に社会貢献活動であるという場合は、やはり中長期的に企業価値の向上、これは会社のreputationを向上してくれるわけであり、それにふさわしいプログラムかどうかを諮る必要がある。

ということでaccess to healthにかかわる活動というのはこのど真ん中の活動で、ここはよいと考える。弊社としてはすでにスポーツイベントや芸術への参画はやらないということを世間に対して明言をしている。同じ社会貢献、access to healthにかかわる活動でも、できればわれわれのもっているノウハウあるいは各事業活動で得たような知識、これを直接活かせるような活動への参加が望ましい。お金だけ支払い、あとは誰かやってくれと、こういうような活動はできるだけ控えたい。このようなポリシーをわれわれはグローバルに見定めて、今個々の活動への参画を考えているしだいである。このような原則に則って、今後、本会のなかででてくるアイデアについても参加の是非を考えさせていただきたいと思っている。

赤座: win-winの関係性を作るためにも透明性の問題、それから特に利益相反という非常に難しい問題が絡んでくる。ここをクリアにしながら進めなければいけないし、また企業にとってそうした活動は短期的な利益の問題ではなく、もっと長期的に社会全体的な健康を維持し増進するための個社のアクティビティを高めるという意味でのご発言で、これは非常に重要な話であると私は認識した。

手代木功（塩野義製薬株式会社代表取締役社長): 企業としてのお話は安川社長が非常に明確にお示しになり、これは一企業の枠を越えてほぼ全企業に共通する話ではないかと思う。ここからは少し切り口を変えて話をさせていただきたい。

アジア健康構想のなかでがんが含まれることになって、わが国はアジアに対して非常に大きい貢献ができるかもしれないということで、特に冒頭の先生方からはがん患者、がん治療におけるわが国の状況をアジアに広めていくことで、よりお役に立てることがあるだろうというお話であった。われわれは薬屋であり医療機器の会社

でもあるが、何らかの形で材を提供する側になる。もう一つ加えていうと、アクセスについてわれわれは高度に制御された世の中において、日本で使える薬が外国で自由に使えるわけではない。あるいは外国で積み上げられた医療知識の方に薬さえ渡せば治療できるのかといえ、とてもそういうわけにもいかない。

そうすると二つのポイントがある。一つは医療そのものを、薬の使い方も含めてどのように進めていくかをどこかで検討して進めないといけない。薬屋なので薬さえ提供していればよいという話ではなく、そういったソフトウェアの検討がどうしても必要になる。そうした時、二つ目のポイントはアジア全体で考えてストレートに申し上げると、医薬品の承認という点では現時点で東南アジア諸国連合（ASEAN）の諸国は、アメリカ食品医薬品局（FDA）³²⁾の承認あるいは欧州医薬品庁（EMA）³³⁾の承認の両方がそろえばほぼ自動的にその国における承認につながっているのだが、わが国の承認はそうはなってはいない。つまり独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）³⁴⁾が承認したからといって、他の国で承認をいただけるということに直接につながっていない。これはわれわれ製薬会社にとって非常に大きなディレンマである。できればわが国の患者、医療行政を含めてわが国で承認を取れたものが、アジアで少なくともレギュレーション上はそのまま使っていただきたい。実際にその薬をどのように使うかは医療に携わっている先生方、各国の先生方や医療に携わっている方とお話していただく。

以上から考えると、アジア健康構想のなかにがんが含まれるということは、われわれにとっても非常によい機会ではないかと考えている。まずはがんをモデルケースにしながら、日本における承認がアジアにおける承認を意味するというところに何とかつながらないだろうかということである。

平手製薬協会委員長は2018年で6回目になるアジア製薬団体連携会議（Asia Partnership Conference of Pharmaceutical Association: APAC）³⁵⁾を開催してこれを強力に推進しているが、しかしやはり各国の政府ごとであり、日本の承認をわが国の承認にしようということには全然近づいていないとわれわれは感じている。

アジアを俯瞰すると、先ほどの Boao Forum の話もあったが、たぶん能力的にいちばん高いのは日本である。しかし残念ながら、いちばん影響力があるのは中国である。アジア全体の広域という点からすると、たとえば日本と中国が組んでその両国で OK といった医薬品が西洋の国やアジアの国でほぼ自動的に承認をいただく。医薬品をいくらで売るかは各国による。EMA は現状そう

なっている。中央承認は渡すけれどもプライシングは各国で検討して下さいとなっている。そういったことを日本・中国・韓国くらいが中心になって、少なくともがんの薬剤についてはスムーズに動いていただければと考えている。

武見先生をはじめ政治家の先生方に、これは外国の政治家もそれでよいと動かないが、そのようなことに近づくフォーラムに本会がなってくれればと願う。まず、これをがんでやれば今度は認知症でやろうではないかとなってくれれば、中谷先生がご紹介された WHON の問題意識にかなり近づいていくのではないかと。

Boao Forum もヘルスのレギュレーションなどでこのようなことが検討されるようになると、いわゆるエスニック的というとアメリカ、ヨーロッパよりは明らかにアジアのポピュレーションのなかで共通のデータがあって、そこで積み上がったデータでアジアの人々を助けたい。非常に前向きでわが国も貢献できる。そういった官民のパートナーシップの枠組みのなかで、そのような話につながっていただければ、われわれ民間側も多くが参加すると同時にいろいろなものを貢献させていただけるメリットが生じるのではないかと。

個企業、製薬企業のポジションは安川社長がいわれたとおりだが、少し立場を変えてわが国がどういう貢献ができるのかと考える場合、そういったことが今回のアジェンダに乗ってくれるとわれわれが参画するのに強いドライビングフォースになるかなと思っている。

赤座: もう一つの大きなモチベーションにつながるお話だったと思う。確かに韓国でも FDA が認めれば、そのまま医薬品を承認している。そしてご指摘のように医薬品のプライシングだけはまた別に考える。そのような方向性にほとんどアジアの国はなっていて日本だけが特殊であり、この点のすり合わせが必要ではないかと私も考えている。アジア人種を対象にした臨床試験は、現状、日本が最も進んでいるにもかかわらずそのメリットが他のアジアの国には共有されにくいのが現状である。

平手晴彦（日本製薬工業協会国際委員長、武田薬品工業株式会社コーポレート・コミュニケーションズ&パブリックアフェアーズオフィサー）: 前は共同議長ということで赤座先生と前に座らせていただいたが、今回は私から現地現場の視点からのコメントができればと思う。

前回、4月23日の会合においても紹介させていただいたが、2016年、安倍総理に同行してケニア・ナイロビへと赴き、TICAD VI（2016年第6回アフリカ開発会議）に参加した。また、期を合わせて弊社はアフリカ諸国でのグローバルヘルス貢献を推進する拠点としてナイロビ

事務所を開設し、同拠点を通じて現地の様々なステークホルダーとの対話と連携を進め、革新的な医薬品の提供に取り組んでいる。アフリカでがん専門医と話した際に、「アフリカの患者だってがんからも生還したい」というコメントをもらったことがいちばん印象に残っている。先進国はついついアフリカやアジア諸国にまずはベーシックな医療を提供しようとするが、これは正に先進国の上から目線の裏返しであり、反省が必要なのだと気付かされた瞬間であったと記憶している。新しい分野では人工知能（AI）を活用したAIドクターについて、アフリカの先生方は60%の正解率があるのであれば、医者があったくないアフリカの現状ならばAIドクターを連れてきてもらったほうがまだよいと現地ではいう。地上回線がなく固定電話のなかった土地にいきなり携帯電話が普及した中国のように、アフリカなども違うステップで医療体制が進む可能性があると思ったしだいである。アフリカの経験でアジアに活かせればと思ひ披露させていただくと、ケニアにおいては日本政府とのパブリック・プライベート・パートナーシップ（PPP）で独立行政法人国際協力機構（JICA）のBase of Pyramid（BOP）ビジネス連携促進プログラム³⁶⁾を活用して、医薬品アクセス改善事業の準備調査を実施している。同プログラムは非感染症患者（NCDs）の診断率や治療率が低いケニアにおいてBOP層の医薬品アクセスの改善をめざすものだが、革新的な新薬の提供も視野に入れている。予防医薬品や早期診断というものを意識して、診断機器メーカーや支援サービス群と協働して推進するものである。

JICAからの助成があり、企業としてはたいへん有難く感謝申し上げるところだが、他にも医療従事者の質・量の確保や脆弱なサプライチェーンの強化、薬事審査期間の短縮など多岐にわたる課題に取り組む必要があり、相手国政府のコミットメントを引き出すために「官」、すなわち日本政府から対象国の政府への働きかけという強い形のいっそうのサポートをお願いしたい。これは民間ではなかなかできないことである。

UHCを持続可能な形で実現するためには保険や予算体制についてノウハウを提供するだけでなく、現地側が真剣に取り組む環境を構築することが不可欠である。「民」も事業化に必要なノウハウを持ち込み、投資して持続可能なビジネスモデルを作り上げるよう努めるが、「官」からは相手国政府のコミットメントを引き出すためのサポートをお願いしたい。また、時間軸の視点も大切である。民間企業としては事業化を通じて医薬品アクセス数をめざしてUHCの推進に貢献していくが、途上国や新興国では経験的に実感があるのは10年単位でのコミットメントが極めて重要だということ。日本政府に

とどまらず、各国政府機関からの支援は1年など単年度の支援であったり、あるいは3年、長くても5年のケースは珍しいくらいだと思う。しかしサプライチェーンを作り人材を育成していくと、10年単位が必要である。そういった期間の支援をどのようなプログラムとして組んでいくのか、単年度予算から脱却して基金を作るなどして複数年度での活動ができる動きが必要になるだろうと実感している。

よい例としては2000年のG8九州・沖縄サミットをきっかけに設立されたグローバルファンド（世界エイズ・結核・マラリア対策基金）³⁷⁾がある。支援対象国の政府が現地側でコミットした予算の同額を、グローバルファンドがマッチング拠出する仕組みで支援額が決定されており、現地政府の「やる気」を引き出す仕組みがある。現地側がやらないと支援もしない。現地側がやれば支援も増える。

弊社も2010年から10年間にわたってグローバルファンドの活動を支援する「タケダ・イニシアティブ」³⁸⁾という形でいろいろ経験をさせていただいているところである。弊社は、日本を代表する企業の一つとして引き続き頑張っていきたいと考えているが、先ほどからもお話があるように個人的には関係業界の力を合わせての取り組みも必要だと感じている。たとえば製薬協加盟企業72社のなかから有志企業が手を組んで、診断機器業界や電気機器の業界などとも協力してアジアやアフリカでのUHCの推進に貢献する事業の推進に一緒に取り組むという姿は、国際的に日本のポジションを改善するよいステップになるかもしれない。コールドチェーンなどを含めて現地のサプライチェーンの構築には課題は少なくないが、社会貢献への意識が高い製薬業界が頑張らなければいけないと自負している。政府のリーダーシップにも期待したいと思う。

最後に日本らしさ、日本のよさというものについて経験的に一言申し上げる。官民パートナーシップは日本の秀でた信頼関係に基づく財産だと思う。これは薬の業界と承認機関の関係という点でいうと、ヨーロッパのEMAとノバルティスファーマと一緒に訪問するとか、アメリカからFDAとノバルティスファーマと一緒に訪問することなどみたことがない。しかし日本では、たとえば官民パートナーシップのように、製薬協と厚生労働省あるいはPMDAが役割をしっかりと携えて官民合同のミッションを中国に送り込むことができる。これは日本のよさ、財産だと思う。同時に現地側の人材育成というものは日本の財産である。戦後の海外支援のなかで最も評価されたのはこの人材育成の部分だと考える。現地の民間の育成には民間が支援し、政府側の仕組

みの構築には政府側が支援するという構図,そしてアカデミアもよく連携しているとすれば他国では真似のできない支援ができるのではないかと考えている。産官学の連携,そして現地の人材育成をと申し上げて私のコメントとさせていただきます。

赤座: 官民パートナーシップは日本のよさであり,さらに各国間の官の関係をもっと緊密にすることが大切であるという重要なメッセージである。それでは,ここから実際に医療の現場で企業の方々がAAというプロジェクトに関して,どういう取り組みをしているのかについての発表に移る。

佐藤孝徳 (武田薬品工業株式会社パブリックアフェアーズ国際機関連渉外ヘッド): AAはグローバルな官民の取り組みで,2017年1月にダボス会議³⁹⁾で二十数社の製薬企業が世界銀行(World Bank),UICCとパートナーシップを組みながら,中低所得国でのNCDsへの医薬品のアクセス,治療のアクセスについて,まず始めにがんでのアクセスを改善しようと取り組みを始めたものである。AAのコンセプトについて説明すると四つのキーワードをあげなければならない。

一つ目がコミットメント(commitment),二つ目がエキスパート(expert),三つ目がパートナーシップ(partnership),四つ目がインパクト(impact)。コミットメント(commitment)とは,まずは参加する人はコミットしてやりましょうと,これが一つの最初のコンセプトである。エキスパート(expert)とは,partnerもしくは業界,製薬企業のそれぞれのexpertise(専門性)を患者第一の観点から結集して皆で頑張りましょうというもの。パートナーシップ(partnership)とは,個社ではなかなかできないことが数十社集まればできる。しかもそれにパブリックである世界銀行とグローバルな非政府組織(NGO)であるUICCが加わることによって,非常によい形のpartnershipができるのではないかとということ。インパクト(impact)とは,中低所得での医薬品もしくは人々の健康にインパクトを与えるということ。コンセプトとしては製薬企業が協力し,その信頼のおけるパートナーが世界銀行でありUICCであるということ。様々なアクセスの阻害要因を解決するために,持続可能な解決策を講じることでヘルスシステムおよび患者にインパクトを与えることをめざしているプログラムであることが根幹にある。

「The Element of The Partnership」ということでAAには三つの柱がある。「Individual Company Programs」ということであり,個社の活動を強化していく。二つ目がpilot countries,世界銀行との国レベルでの保健システムの強化。最後に三つ目がUICCとのコラボレーショ

ンによる都市レベルでのがんのアクセス改善。この三つの柱でやっている。まず一つ目のIndividual Company Programの活動における組織の在り方を述べたい。Governance Structure of AAとして製薬企業側のガバナンスストラクチャであり,参加企業24社の代表者が集まって今後どうしていくかというモニタリングをやっていく組織をもっている。その下にはOperating Committeeというものがあり, strategic directionをする組織であり,グローバルな7社から代表者が参加して,日本からはアステラス製薬の大野様と私の2人が参加している。さらにその下に,複数のワーキング・グループ(WG)があり,たとえばCommunication WGでは,活動のコミットメントと成果を発信している。Metrics WGでは,われわれの活動が成果に結び付いているかどうかを適切な指標と枠組みで評価している。Company Program Information WGというのは,個社の活動のモニターおよびベスト・プラクティスのシェア,その横にUICC WG, World Bank WGがあり,こちらはUICCと世界銀行の窓口をするということでインターフェイスをしている。その上にStakeholder Outreach WGを設置して,主要なステークホルダーの方々に今われわれがどういう活動をしているかということ報告する。ダボス会議の前には本日出席の方々にも活動の内容を紹介している。

World Bank Updateは世界銀行の具体的な活動だが,世界銀行は国のヘルスシステムを強化していくために現地の保健省を訪ね,何が問題なのかということ話し合いながら進め,現在のパイロット国としてケニア,ベトナム,エルサルバドル,ガーナという国を選定している。ケニアではパイロット・スタディが2018年の3月に開始され,その開始イベントがナイロビで行われた。世界銀行,現地の保健省,あとはNGOであるNCD alliance⁴⁰⁾, PATH⁴¹⁾, World Heart Federation⁴²⁾や現地の医師会や患者団体なども参加し,何が困難なのかといろいろなディスカッションがなされた。本会はアジアのがんということであり,関連するパイロット国としてはベトナムがあがってくると考えられる。

UICCとのパートナーシップについては,UICCが行っているCity Cancer Challenge(C/Can 2025)⁴³⁾というプログラムに合わせ,パラグアイのアスンシオン,あとはガーナのクマシ,そしてコロンビアのカリ,ミャンマーのヤンゴンといったところで,都市レベルでの保健強化,保健体制強化ということに取り組んでいる。このなかでアジアの国としてはミャンマーのヤンゴンがあり,何かうまく活用できるのであればプロダクトを生んでいくということをも考えられるのではないかと思う。

大野好美 (アステラス製薬株式会社医療政策部 CSR & グローバルヘルス・グループ課長代理): AA では主に企業の取り組み, UICC の取り組み, 世界銀行の取り組みがある。これらの活動の規模感という意味では世界銀行が実施するようなグローバル・レベル⁴⁴⁾や国レベルのものや, UICC が主にリードする都市レベルのものがある。AA ではこれらすべての取り組みについて, 同じ評価指標を用いて活動の効果を測定する。メトリックス・ワーキング・グループに参加する AA のメンバーが中心となり, ボストン大学とともに「指標 (metrics)」を作成した。この指標を用い, 各アクセス・プログラムがどのくらいアウトプットもしくはアウトカムをもたらしたのかを定期的に測定している。たとえば各プログラムを疾患啓発, インフラ強化, サプライチェーン強化, アフォーダビリティ向上などのカテゴリーに区分し, それらに関して対象となった患者数, アウトリーチしたコミュニティ数, 育成した医療従事者数といったデータを集め活動の効果を測定している。AA の 2017~2019 年までの 3 年間の取り組みでは四つの目標を達成したいと考えている。

一つ目は患者の生活に明らかによいインパクトをもたらしたいということ。疾患啓発や予防について患者が正しい知識や情報を知ることができれば, 彼らの生活によりインパクトをもたらすことができる。二つ目は途上国, low and middle income country における非感染性疾患の持続可能な治療のためのロードマップを描くこと。三つ目は官民で効果的なパートナーシップを構築すること。四つ目は, より持続可能な医療システムの環境を作ることである。このようにアクセス・プログラムのモメンタムを強化し, 各国・地域の保健政策に反映させることで持続可能な医療環境を AA が皆様と一緒に作りだしていきたいと思っている。現在 AA には世界で 24 社の製薬企業が参加しており, 日本からはアステラス製薬, 中外製薬, 第一三共, エーザイ, 塩野義製薬, 大日本住友製薬, 武田薬品工業の 7 社がメンバーとなっている。また, 製薬協などの業界団体もこの活動を支援している。

コミットメントというキーワードが佐藤様の発表にあったが, 参加企業や団体がコミットメントすることは一つ目は非感染性疾患に関するプログラムに新規で取り組む, もしくは既存のプログラムを強化していくこと, 二つ目は先ほど申し上げた「指標」を活用しインパクトをもたらすこと, 三つ目は活動の成果を確実にコミュニケーションすること, 四つ目は世界銀行や UICC などのパートナーとの活動を企業が支援していくことである。AA の取り組みは各種の媒体で紹介されている。たとえ

ば IFPMA の Web サイトの Health Partnerships Directory⁴⁵⁾には AA で取り組むパートナーシップの事例が数多く掲載されている。また, AA の Web サイトや SNS でも情報発信している。2017 年度の活動については, Year One Report⁴⁶⁾としてまとめたものを AA の Web サイトに掲載している。

最後に AA としては複数のパートナーと連携し, 非感染性疾患の予防や治療に対する障壁を取り除く活動を通じて SDGs GOAL 3 の達成に向けて取り組んでいきたいと考える。

赤座: AA については, このプロジェクトのなかに実際に臨床家あるいは臨床家のグループがどのように関与しているのかという問いを私はこれまでもってきている。国立がん研究センター理事長の中釜先生に, がんコミュニティの取り組みのなかでこういった AA については何か動きがあるかについて伺いたい。

中釜 齊 (国立がん研究センター理事長): 癌関連学会やがん研究者のコミュニティのなかでも, どうやって日本のがん研究, がん医療のレベルを国際的にアジアで展開できるかということは大きなテーマである。今の AA のお話を伺い, 製薬企業が非常に積極的にコミットしているということを確認した。今日の大きなテーマは日本として官民がどのようなプレゼンスを示すのか, 官民が協力することによってどのように国際展開に貢献することができるのか。そこが強化できると基盤となる基礎的技術など日本が先進国としてアジアに提供でき, あるいは相互互惠という観点からより継続性のあるシステムを日本としても作り得るのではないかと。そういった意味でも先ほど北川先生からもご指摘があったように, 日本のアカデミア・学会間の連携, そして国家レベルでの製薬企業との連携をさらに強化できれば継続性のあるシステムになるのではないかと。その活動の質をどのように担保し, AA においてどこまでそれが実現できるかについてはぜひ官あるいは国が財源的なものを含めて取り組みを強化していくべきではないかと。それができれば今の企業側の試みもさらに強みをもって日本としての特徴も打ちだしつつ積極的な技術提供もできるようなシステムになるのではないかと。そこにはアカデミアも十分にコミットできるのではないかと考える。

赤座: そういう意味で今度の日本癌治療学会における企画はとても大事だと思っている。次は実際にアジア健康構想に対してがん治療がどのようにかわれるかということについて考えていきたい。次の第 2 部ではアジア健康構想とは何かということをもう一度, 行政側からお話いただく。

IV. 第2部 アジア健康構想におけるがん医療

[行政側からの発表]

藤本康二（内閣官房健康・医療戦略室次長）: 私のほうからアジア健康構想の全体を説明した上で、がんに関しては佐々木課長からご紹介いただきたい。

アジア健康構想は武見先生からお話があったように、自由民主党からの「アジア健康構想に関する提言」を受け、2016年に健康・医療戦略推進本部において「アジア健康構想に向けた基本方針」が決定された。方針は5年後に見直しを実施することになっていたが、2017年末、再び自由民主党から「アジア健康構想の推進に向けた提言」をいただき、2018年7月に5年を待たずに改定した。

アジア健康構想のテーマは、医療・介護のみならず、ヘルスケアサービスや健康な生活を支えるサービスまで広がった。理想的なヘルスケアが提供されれば、ヘルスケア産業に関連する製品やサービスの需要と供給がバランスをとれると裾野の広い富士山型になるだろうと考えている。こうした富士山型のヘルスケアを個々の国が実現することは理想ではあるが、一つの国ですべてをまかなうのではなくアジアで協力をしていこうではないかということがアジア健康構想の核心である。

アジア健康構想の下で展開される具体的な事業とは、実際の需要と供給のなかで民間ベースでの持続可能性のある形で提供されていくものである。そのためには、ヘルスケアを供給するためのハード・ソフト両面の基盤の構築が考えられる。それらすべてにかかわることとして人材の育成が非常に重要であると考えられる。具体的な事業の展開、基盤の構築、人材育成の三つの大きなアプローチで考えていこうというのが、アジア健康構想の基本である。「今後の推進体制等」として、医薬品のこと、医療そのもののこと、医療機器のことなど様々なことを考えなければいけないなかで、それぞれが独立ではなく連携していくために、ある程度機能できる官民の組織あるいは体制を整備していく必要があると考えている。そういった動きを各国の政府とも議論していく必要もある。政府間で協力しつつ事業者が活動しやすいフィールドを作り、民間で持続可能性のある事業をどんどん増やしていくということが重要である。

相手国政府との議論では、多くの場合はアジア健康構想のコンセプトについて同意が得られている。また、東アジア・アセアン経済研究センター（ERIA）⁴⁷⁾が、アジアの高齢化社会について考えてくれているのでERIAとの連携も強化していく。組織的な広がりを作っていくためには関係省庁はもちろん、在外公館におけるアジア健康構想の担当官を指名する。担当官には個々の現場の

活動をどう活発化していくかということを考えてもらいたい。

また、たとえば現在議論となっているものとして神奈川県が「未病」⁴⁸⁾を提案しているが、このような提案に関心をもつアジア諸国の自治体と対話をしていきたいという意向があり、こういったこともサポートしていく。最後に、今後アジアとともに伸びていく地域としてアフリカをキーワードとしてあげている。

アジア健康構想を推進するに当たり、健康長寿社会の実現を支える基盤として医療、介護、基盤、人材育成というものを申し上げたが、アジア諸国の一つの関心としてがんの治療あるいはがんをコントロールしたいという気持ちもでてくると思う。そういったものをいわゆるパッケージとして考えていく必要があるのではないかと思う。

佐々木昌弘（厚生労働省健康局がん・疾病対策課長）: わが国のがん対策は昭和37年（1962年）に国立がんセンターができたことから進んできた。これまでの56年の歩みを同じようにアジアで展開するのは現実的ではなく、わが国の歩みとアジア諸国での歩みは当然違ってくるわけである。そういう意味で、今この局面においてわが国は何をするのかを考える必要がある。

ただし、がん政策を整理すると武見先生がいる立法府、国会と中央官庁を中心とした行政府があるわけだが、がん対策基本法は法律であり、立法府、しかもこれは議員立法でなされた12年前の施策である。つまり先ほどは56年間と申し上げたが、今のわが国のがん政策はこの12年前のがん対策基本法⁴⁹⁾に基づいているということは事実である。そしてわれわれ行政府が2018年の3月に閣議決定した「第3期がん対策推進基本計画」⁵⁰⁾が存在する。これは閣議決定であり、政府全体の意思決定となる。

ここで何がしたいかということ、これからアジア健康構想を進めるに当たり、アジア健康構想に「多様なアプローチの確立に向けて」とあるように、わが国政府はがん対策の基本政策で様々な政策のツールを持っているということだ。この政策のツールをアジアで展開するに当たり、どういう組み立てをしていくのか、これを整理しないと場当たり的になってしまうということはここで申し上げておきたい。そういう意味で基本である、がんに関するデータベースの共有に向けてレジストリー制度のハーモナイゼーションを考えていかないといけない。

また、基本方針にもあるように検診、さらには緩和ケアなど様々な対策、政策があるが、一連の取り組みを束ねつつ対策を講じる順番を整理していけないと思っている。それはもちろん国家間の関係もそうだが、これが持

続可能な官民の取り組みであるためには企業にとっても経営的に持続できるかということも考えていかななくてはならない。

一方で国の取り組みという意味では、先ほど中谷先生が言及されていたが、「Lancet」に武見先生のご尽力で安倍総理のグローバルヘルスに関する寄稿^{51,52)}も載った。この7年間の国際的潮流では、各国政府はグローバルヘルス政策のなかでもUHC、そのなかでもがんをはじめとするNCDに対する施策があるのは間違いない。

ただ、ここで一つ気をつけなければいけないのは、たとえば感染症は旅行者らにより国を越えるものなので、国際的に同じルールにすることが効果的ということもあり得る。一方で非感染症の場合は、もちろん様々な点で国際的に協調しつつ各国独自の判断というものがある。アジア健康構想を核に進めていくのはアジア諸国への貢献、アジア諸国が受益するということに加え、わが国の利益、国全体の利益ということを含めて考えていきたいと思っている。こうしたなかですぐできることとして、正に2018年10月の日本癌治療学会でのアカデミアの取り組み、先ほどの北川先生からのご指摘にもあった韓国、台湾での研究ベースでの取り組みというものがある。アジア健康構想の改定版のなかでも、レジストリー、データベースの長期的な整備があるので、まずはこの第一歩を皆様と取り組んでいきたいと思っている。

赤座: アジア健康構想のなかでがんを考える土台としてレジストリー研究に基づくデータベースの整備が重要であるとの流れで、一つはこれを政策に落とし込むにはどうしたらよいかを考える必要がある。UICC-AROとWHO神戸センターの野崎上級顧問官とでこのことについて議論している。

前回4月の国連大学における会議のまとめとして、このプロジェクトを動かすためにはどのように何をするのか、だれが、どこでというようなことを一つ一つ考えていかなければならないということが指摘された。したがって、「アジア健康構想」ではいろいろな意味でアジアのなかでがんデータにまつわる情報を獲得・整備していくことから始める必要がある。それが各がんのレジストリー制度をハーモナイズさせて情報をまとめようという考えである。がんは各臓器によって診断法も治療法も違うので、ひとまとめにしてやるわけにはいかないということが根底にある。

そしてもう一つはグローバルヘルスのなかで何かを動かすためには、トップダウン的に攻める方法もよいが、一方では一人一人のがん患者が実際にどういう恩恵を受

けるのか、それについてどのようなアウトカムが検証できるのかという現場からのボトムアップ的アプローチが不可欠である。すなわち臨床現場の目線からのアプローチが重要である。アジア全体でみれば、がん予防・診断・治療体制は微弱であるなか、レジストリーの解析から効果的な予防および診断あるいはアウトカムの検証まで一つのモデルケースを設定した検討が可能ではないかと考える。まずなぜレジストリーなのかについてだが、国際がん研究機関(IARC)はそれなりに重要な情報を蓄積しているが、各治療法やステージごとの治療結果など、より細かく、しかも継時的観察によるアウトカムの検証が必要である。

たとえばIARCのデータでみていくと、ある年のマレーシアで前立腺がんの死亡率を罹患率で割ってみると43%になる。またアフリカでは、その値は90%を超える。前立腺がんを診断されるとほとんどすべてが前立腺で亡くなるという状況がわかる。低所得国では早期診断がされず、発見された時には進行がんの状態であり、その後もほとんど何の治療もされていないということ。ところが先進国では前立腺がんではもう10%ぐらいしか死亡しない。日本では罹患率30.4%/10万、死亡率が5.4%/10万、そして死亡率を罹患率で割った値が0.16、16%しか死亡しない。このくらい、がんの死亡率は国の状況によって変わってくる。アジア健康構想が、がん医療にかかわることの大きな意義がここにあるのではないかと考える。アジアにおける協力体制が日本を中心としてできつつある。より協力すればこの幅を伸ばしていくことができるであろうと考える。各がん種において、レジストリー研究からそれぞれの課題を洗いだし、政策策定から実行のためのプロトコルの作成へと各がん種において、それぞれプロジェクトを立ち上げることができれば同時的ながん全体という意味での戦略ができるのではないかと考えている。

野崎慎二郎 (WHO神戸センター上級顧問官): ここまで、いくつか疑問がおりかと思う。一つは個別のがんというものがそれぞれに対応方法というものが違うということ、その上でどういうようにしてアジアのがんのこれからの資することができるのか。レジストリーも含めて、それを一つのストーリーとしてどのようにとらえていかなければならないのか。そこで先ほどのようなストーリーができるのではないかと考えた。

赤座先生の話は、たとえば前立腺がんは今日の前にデータがあるということ、どのように診断をして治療方法を考えるかということについて今日の前にデータがあるため、それを解析することによってアジアの国々で比べられるということが一つのストーリーとしてでてくる

のではないかと、そのストーリーが効果的であるならば他のがんでもできるのではないか。そのようなストーリー作りをするのが今回の趣旨だと理解している。

V. 全体討論

武見: まず診断にかかわる、たとえば前立腺がんにかかわる技術についての普及を促進する形で早期の診断を可能にさせるというところに焦点を当てる。その結果としてのアウトカムについても評価していく、そういうプログラムになっている。実際、先ほど北川先生がいわれたように、がんの治療について各国のなかでドラッグラグを含めてどういう差異があるのか。実際にどの国では治るといえるのか、どの国では治らないのか。そういう違いがある程度具体的な指標で明らかになると、実はどの国についてどのような支援が必要かということがよくみえてくると考える。

したがって、診断のところで赤座先生が焦点を当てられた前立腺がんについても、そのホルモン治療から手術あるいは放射線治療を含めた幅広くいろいろな治療がある。国によってはその一部しかできないところから、かなりできるところまであるわけである。そういう違いまで含めて、ある程度モニタリングをして状況が把握できるようになると日本としてもアジアのがんの実情というものがよくみえてきて、日本としてどのように貢献することができるのかとなると予測される。あるいは製薬企業の立場からすれば、どこにマーケットがあるのかということがみえてくる。そういうプログラムに仕立てて日本が主導して各国政府と連携し、場合によっては野崎上級顧問官のいる WHO 神戸センターと組んで、研究調査のプログラムを立ち上げる。アジアのがんについて包括的な把握ができるという研究調査を行えば、皆 win-win ゲームに変わってきてよいのではないかと考えている。

赤座: 実際にアジアの前立腺がんのレジストリーについて1週間前に韓国ソウルでごく最新のデータの会議を行ってきた。日本を含めると2万例を超えるくらいの患者データが集まってきた。アジアでは14か国のここ3年間、2016、2017、2018年の初診患者の治療形態がはっきりとでている。つまりステージⅠ、ステージⅡ、ステージⅢはそれぞれどういう治療かという内容のデータが集まっている。そうすると興味深いのは、このデータから各国の状況によって治療法の傾向が違うことがわかる。手術がよく選択される国あるいは放射線治療が選択されやすい国と分かれていることもわかってくる。逆にいうと、治療の選択形態と医療制度との関係がみえてくる。今後はこれらの患者をフォローアップしていき、治療効

果および患者の経済的負担やQOLなどを測定することによって、どの治療がどのステージに大事かということがわかってくる。そうするとたとえば、いちばんよい治療法はどの国では足りないのではないかと、そこを重点的にサポートあるいは議論をするというような下地ができてくる。これと同じようにして他のがんでもできると考えられるので、武見先生がいわれるような非常に幅広い調査研究ができ、それを基盤にしてUHCの戦略を見いだすことができると考えている。

野田: 速やかに個別化に入るといっても一つの手段だが、ある国でのインパクトの大きさがある程度の精度で測って、それを複数の国で共通にやっていくという方法もある。それは薬かもしれないし、放射線だったら外部照射ではなくて内部照射なのかもしれない。もちろんそれは実際のコストやその国の経済レベルを考えていかないといけない。しかし武見先生がおっしゃったように、その受け皿を日本から届けることができ、それで治る人が増える。そういうことが大事だと思う。

赤座: 個々のがんから演繹して全体のがんに共通するものもみえるだろうし、あるいは個々のがんどうしでも各国によって微妙に治療法の選択が違う。この治療法を選んだから結果がよいということも解析されてくるだろうと思う。個から全体あるいは個々の状況を見るときは両方のアプローチが重要である。

野田: いまのことで、もう一つ。一例としての前立腺がんに関するノウハウが、アジアで多いその他のがんに対しても、その戦略構築に貢献するのか、たとえばいまの話でいえば、治療が紐づいていないレジストリーは意味が少ないということがあるが、では、紐づけられたデータはどのくらいの期間でつくりあげることができて、そこではどれくらいの課題がピックアップできるのかを、いま検討すべきではないか。

そしてそのときに、そうした枠組みづくりのために、特定のがんに関する政府間の協定がたとえば4か国くらいにできれば、それはもう一つの基盤づくりになる。やはり、特定のがんで明らかなインパクトをだすことが重要であり、その後、きちんと他のがんへステップアップして広げていくというプロセスの理解を、アジアの国々と共有することこそ大切であると感じている。

北川: まず、今の赤座先生のご提案についてだが、やはりがんの戦略としては早期発見で確実に治すか、あるいは進行がんに対して画期的な治療法を見いだすかの大きく二つになる。そのうち早期発見でしっかり管理するために比較的簡便な手法でやってみることに意味があると考えられる。

先ほど少し触れさせていただいたのは、たとえば日本、

東アジアに多い胃がんである。胃がんは減りつつあるが、未だに圧倒的にアジアの国が多い。先ほど手代木社長がいわれたように、まったく海外ではレギュレーションが違うので、やはり同じ一つの薬剤で共通の臨床試験を組もうというわれわれの最初の構想はまったくできない。特に中国と日本の関係はぜんぜん違いがある。

それでどうしたかといえばステージⅣと診断された場合は、がんが手術では完全には摘出できない。これは各国で共通に診断できる。しかしこの患者に何らかの薬剤を周術期に使って結局取り切れた人、そして長期生存した人のデータを作る。各国でそうすることによって、この系統のレジメを作っていくとステージⅣの胃がんでもレスキューできるポイントが違うこともわかるのではないか。アジアでは中国などでなかなか早期診断の体制ができていないので、多くの進行がんがばらばらに存在している。そのなかで、全体像をこうして決めていき新しいものを見つけていきましょうとなればよいのではないか。このことにフォーカスされてくればレギュレーションの問題でも日本・中国・韓国ぐらいで承認をだして、この治療をアジアで検証していこうと、将来的にはそうつなげていきたい。そういう戦略を検証したいと考えている。つまりアジアでは進行がんと早期がんでは違う切り口があるのではないかと考えている。

佐々木: アジア健康構想の枠組みということで藤本様の資料にある富士山型のヘルスケアの落とし込みについて今の議論をさらに広げていくと、企業にとって魅力的かどうか、もっと予防的にできるものはないかと考えた。たとえば上水道の整備と胃がんの関係、パブリックヘルス（公衆衛生）から行った場合にどうやって日本の経験や日本の規格をアジア諸国に適用できるのかということもある。先ほどの治療法の選択は、治療法のプライシングによる部分が大きい。その意味ではエビデンスのだし方も非常に難しいところはある。公衆衛生政策的なアプローチも図りながら、その上でこの構想に落とし込んでいく時に個々の企業または業界団体とも話しながら考えたい。大体このようなアプローチで政府としては進めていくのかなと思っている。

赤座: それでは少し先の話になるが、それらを政策としていけるという判断になった時に、どういうゴールや行き先があるのか。アジア健康構想は他の領域、がん以外のプロジェクトでの運営資金はどうなっているのか教えていただきたい。

藤本: 基本的には事業ベースである。それを政府どうして議論の枠組みを提供し、後方支援していくものである。

赤座: そうすると民間、ここでいうと企業の方々がまず動かないといけないということなのか。

藤本: たとえば相手国が衛生状態をよくしたいというニーズがあった時に企業では意欲的な数字を提示する。しかし提示した時に、相手国政府が政策的にも後押しするという環境作りができていれば進めやすくなるわけである。そういう環境が整うように相手国政府と議論するなどが正に基本だと考える。

赤座: つまり企業側としてはこういったプロジェクトに対してどのような条件が整えば一緒にやっていけるのか、討論を少し深掘りして進めたい。

安川: 今日はいくつか私としては非常に有難い発言があったと考える。一つは武見先生がいわれたように診断だけではなく、その後どのようなプラクティスがなされ、それによってどういう支援をするべきかということがわかるような研究が企業にとっては有難い。また、前期のがんは早期診断により治療できるが、進行期のがんについては世界には経済的な理由で治療にアクセスできない患者がいる。たとえば前立腺がんでは、カソデックスやリユープリンといった先発品に対するジェネリック薬があり、それらは安価だが前期の患者にしか使えない。こういう薬にとどまってしまうと、われわれが貢献できる場所は少ない。このような活動では、研究開発型の製薬企業と win-win の関係をめざすというところには、今一步届かない活動になってしまうという気がしている。こうした場合、たとえば政府側がある程度の新薬を使えるような援助を発展途上国にしてもらう活動が必要である。これは今後、政府の皆様と考えていただきたいと思うところである。

予防分野を広げていただくのは企業にとっても決して障害ではない。予防分野でも診断薬あるいは診断のためのキットを開発していきたいとは思っているので、予防は長期的に貢献できる分野だと考えている。

先ほど手代木社長が薬事承認についてお話されたが、この分野において日本の影響力を高めていただきたいと同時に、承認の際に人種ごとのデータを提出するプラクティスは開発費もかかり、患者のアクセスも遅れてしまう一つの要因だと思う。人種によって代謝構造が違うなど、人種間の差がわかれば当然試験をするわけである。しかし特にがんの薬は生活習慣病の薬と違い、どちらかといえば治療の有効性を重視して投与量を選択している。そういう意味では人種ごとのデータがなければ承認しないという考え方からの脱却を政府でぜひとも考えていただきたい。

中谷: 今の続きですが、個別の国をみるとやはり統一的なリクルート・エージェンシーがあったほうがよいという場合がたくさんある。アフリカではパンアフリカ FDA の話もあるので、たとえば PMDA が 2 枚看板になって

アジアとやることもあるのではないか。しかし希少薬とか、熱帯病薬などはPMDAをもってしても日本人に症例はないわけで、そうはできないわけではある。

新たな仕組みでは、アジアにおける公共財において日本がリーダーシップを発揮して作る。たとえば今、赤座先生や北川先生がいわれたように薬物療法から手術になるというのは一つの大きなアプローチで、そのようなことができないのかなと思っている。それからあとも一つ。やはりがんの疑いをもってから診断が付くのは時間がかかるということである。技術開発がとても必要な点で、そういうスペクトラムを伺ってから確定診断をして薬物療法がだめで、最後に手術をするという全体のなかで何が足りないのか、現実はどうなのかということがわかった上で、全体でどうするかと考えるのがよいのかなと思った。これは個別の国にいてもなかなかうまくいかない。太平洋の島々は小さい島が多いのでレギュレートができないのが実情である。そこでその島々のレギュレーションを日本がサポートする。そのような島で薬事法を作りたいとあって、その島のアドバイザーが日本に来て日本の薬事法を訳していたりするが、人口10万人の島で日本の薬事法を入れるのかという問題もある。このような国際的な展開を2019年中にできないかと思っている。

赤座: システムに関する支援は非常に重要なポイントだと思う。最後に、たとえば前立腺がんのリュープリンの話をされたが、今はまだインドやアフリカではほとんどそういう薬は使われていない。そこにはこれからの市場はとて多くあるわけで、しかしながらなぜ使われていないのかという価格の問題と、リュープリンに変わるものとして手術的去勢治療といって手術で精巣をとればそれで効果が期待できる。ただ手術的に去勢するのはその人の尊厳などに大きく影響する。先進国では、このような治療法はほとんど行われておらず、薬物としてLH-RHアナログ剤をはじめとした薬が前立腺がんでは90%以上使われている。手術的去勢術の問題点を克服するために薬物的去勢法が開発されたわけである。そこを考えると今アフリカあるいは東南アジアの国あるいは中国では市場における効果が非常に大きい。日本の何十倍も治療を必要とする患者が存在しており、そこにいち早く薬物療法剤への認識を深めることによって、企業としては新薬をプロモートするのと同じくらいの経済効果があると私自身は考えている。

武見: この議論も最後には政策としてまとめていただかないと意味がないと考える。その意味では、やはり運転前の研究調査ということであれば、そういう計画を立てていただき、そのための資金をどこから調達するかとい

うことも検討して対応しなければならない。ぜひそこまでやっていただけないか。

手代木社長がいわれたようにレギュレーションについては、これまでハーモナイゼーションということがいわれてきたわけで、しかし中谷様がいわれたようにアジアのレギュレーションを一国一国にハーモナイズすることだけではなく、最初から大きな網をかぶせてアジア全体のなかでレギュレーションを推進する仕組みをアジア全体で作る。その結果として少しずつハーモナイゼーションができていき、日本のレギュレーションの考え方がそのど真ん中で確実に浸透していくという戦略を組み立てるといえるのはありかなと思う。

中谷: TICADを狙ってアフリカも視野にいれてるということはどうか。今、日本では全然承認ができていない。極論すれば、WHOでは性能適格性評価(PQ)⁵³⁾という簡易認証があるわけで、これによって途上国はWHOのPQの対象になっているわけである。たとえば日本はそれを誘致したらどうか。製薬企業の方の意見を十分伺って、制度的なものを考えたらどうだろうかというのが本日抱いた私の強い印象である。

赤座: 他にご発言がないようでしたら、この議事録をまとめさせていただいて、皆様の修正、コメント追加および承認を図りたいと考える。

VI. 今後に向けた動きについて

2018年10月1日、マレーシアのクアラルンプールにおけるUICC世界がんリーダーズサミット⁵⁴⁾において、IARC 2018年推計データ⁵⁵⁾として1,810万人のがんが新たに診断され、960万人のがんで死亡する。このうちの64.7%はアジアとアフリカのがん患者であり、末期になるまで受診しない、診断・治療を受けられないというのは中低所得国では普通のことであると報告された。

UICCは2017年5月、WHOがん決議が採択されたのを受けて、「Treatment for All」⁵⁶⁾というがん治療へのアクセスにおける格差をなくすことをめざした構想をスタートさせている。この構想は以下の四つの柱によるものだ。

1. 公衆衛生に活用するがん関連データの質を向上させる。
2. 早期発見と正確ながん診断にアクセスできる人口を拡大する。
3. 早期疾患・転移性疾患に対する質の高い治療を、すべての人に適時に提供する。
4. 少なくとも基本的な支持療法・緩和ケアを、すべての人が得られるようにする。

UICCは、このサミットにおいて2018年9月のUN

High-Level Meeting⁵⁷⁾に引き続き、各国政府に対してこの「Treatment for All」に基づきがん対策のための適切な政策枠組みや、インフラの構築などの具体的な行動を呼びかけている。また10月、プライマリーヘルスケアに関する新しい宣言⁵⁸⁾がカザフスタンで合意された。プライマリーヘルスケアとUHCの関係が深く論じられた。今回のUICC世界がんリーダーズサミットは、このカザフスタンの地において2019年9月のUHCに関する国連ハイレベル会合に続いて「Cancer and Universal Health Coverage」⁵⁹⁾として開催される予定である。

現在、UHCの取り組みは世界中の政府によって進められようとしているが、ほとんどの国のUHC整備においては、基本的な非感染症に加えて一部のがん診断と治療へのアクセスに限定されているとマレーシアの世界がんリーダーズサミットでも報告されている。UHCの適用範囲を拡大してがんの包括的な治療を含めることは途上国の公的財政には厳しい状況であろう。UICCは、City Cancer Challengeを立ち上げ、がん治療とケアのための革新的な資金調達ソリューションをめざしており、その一部が本会で論じられたAAによってサポートされている。この2019年に向けての一連の流れのなかで、UICCはUHCの一部としてがんを医療システムに統合することができる介入のパッケージを開発するために、官民連携をグローバルに展開していく方針を打ちだしている。2019年は日本がG20の開催国であり、主要議題の一つとしてUHCが上がっている。UICC-AROはUICC本部と連携をしながら、日本癌学会、日本癌治療学会においてもこれを取り上げ、官民連携を図りながらアジアのがん医療におけるUHC実現に尽力していく。

今回のフォーラムにおける議論は日本からのアジア健康構想、そして国際的にはAAを一つの軸として進められた。第1回目のフォーラムの議論を踏まえた上での有意義な議論ができた。さらに官民パートナーシップの推進に重要な関係、すなわちwin-winの関係の重要さが屈託なく両方向性に議論できたことは注目される。

一方で、このような議論をとおしての実感であるが、がんに関するグローバルヘルスの推進のためのベクトルはトップダウンに傾きすぎている感が払拭できない。実践の場は、いうまでもなく臨床の現場である。しかしながら国際的にみても、特にアジアという視点では臨床側からのベクトルが伝わってこない。「Lancet」の2019年1月5日号のeditorialが興味深い⁶⁰⁾。臨床の現場をより強く意識した取り組み、いわばbottom-upのベクトルを強化した双方向性の議論が必要と考える。

発言者一覧

武見 敬三	参議院議員
安川 健司	アステラス製薬株式会社 代表取締役社長 CEO
手代木 功	塩野義製薬株式会社 代表取締役社長 CEO
平手 晴彦	武田薬品工業株式会社 コーポレート・コミュニケーションズ&パブリックアフェアーズオフィサー
佐藤 孝徳	武田薬品工業株式会社 パブリックアフェアーズ国際機関渉外ヘッド
大野 好美	アステラス製薬株式会社 医療政策部 CSR & グローバルヘルス・グループ 課長代理
中谷 比呂樹	世界保健機関 (WHO) 執行理事
佐々木 昌弘	厚生労働省健康局 がん・疾病対策 課長
藤本 康二	内閣官房 健康・医療戦略室 次長
野崎 慎仁郎	WHO 神戸センター 上級顧問官
野田 哲生	UICC 日本委員会 委員長, がん研究会研究所 所長
中釜 斉	UICC 日本委員会, 国立がん研究センター 理事長, 日本癌学会 理事長
北川 雄光	UICC 日本委員会, 慶應義塾大学病院 病院長, 日本癌治療学会 理事長
赤座 英之	UICC 日本委員会, UICC-ARO director, 東京大学 特任教授
河原 ノリエ	UICC 日本委員会 広報委員長, 東京大学 特任講師

文 献

- 1) アジア健康構想. https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryoku/kokusaitenkai/kenkokoso_suishin_dai3/siryoul.pdf
- 2) UHC. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- 3) SDGs GOAL3. <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>
- 4) SDGs と 経営変革. <http://www.meti.go.jp/press/2018/05/20180518001/20180518001.html>
- 5) IARC. <https://www.iarc.fr>
- 6) 保健システム強化. <https://www.who.int/healthsystems/strategy/en/>
- 7) UICC 日本委員会. http://www.jfcr.or.jp/UICC/uicc_japan/index.html
- 8) UICC. <https://www.uicc.org/>
- 9) UICC Web. <https://www.uicc.org/multi-stakeholder-dialogue-universal-health-coverage-cancer-asia>
- 10) Akaza H, Kawahara N, Nakagama H, *et al*: A multi-stakeholder dialogue on universal health coverage for cancer in Asia—seeking an approach to Asia health and wellbeing initiative. *Gan To Kagaku Ryoho* 45(9): 1259-1277, 2018.
- 11) UICC-ARO. <http://uicc-aro.org/>
- 12) WHO 神戸センター (WHO 健康開発総合研究センター). http://www.who.int/kobe_centre/about/ja/
- 13) Access Accelerated. <https://accessaccelerated.org/>
- 14) アジア健康構想 自由民主党. <https://www.jimin.jp/news/policy/132386.html>
- 15) 日本癌学会. <http://www.jca.gr.jp>
- 16) IFPMA (日本製薬工業会国際委員会). <http://www.jpma.or.jp/information/international/ifpma.html>
- 17) 日本癌治療学会. <http://www.jsco.or.jp/jpn/index/page/id/48>

- 18) 日本臨床腫瘍学会. <http://www.jsmo.or.jp/>
- 19) FACO The Federation of Asian Clinical Oncology (FACO). <http://www.congre.co.jp/faco2018/index.html>
- 20) The 'triple billion goals'. <https://www.who.int/news-room/detail/19-09-2018-who-launches-first-investment-case-to-save-up-to-30-million-lives>
- 21) 医薬品の不足. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_8-en.pdf
- 22) The Global Strategy. https://www.who.int/phi/implementation/phi_globstat_action/en/
- 23) NTDs. https://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/
- 24) GHIT Fund (公益社団法人グローバルヘルス技術振興基金). <https://www.ghitfund.org/jp>
- 25) G20. <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/g20/index.html>
- 26) TICAD VI (第6回アフリカ開発会議): 外務省. https://www.mofa.go.jp/mofaj/afr/af2/page3_001556.html
- 27) BOAO FORUM. <http://english.boaoforum.org>
- 28) 経済同友会の6月のレポート「いて欲しい国、いなくて困る国、日本」. <https://www.doyukai.or.jp/policy/proposals/uploads/docs/746e1f5e769919d8644ab6e24f3d827059c74d5e.pdf>
- 29) WHO 西太平洋事務局. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_01751.html
- 30) Access to Health. <https://www.astellas.com/jp/ja/responsibility/access-to-health>
- 31) UHC: 万人の健康を通じたSDGsの達成 安倍総理スピーチ. <https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000319670.pdf>
- 32) FDA アメリカ食品医薬品局. <https://www.fda.gov>
- 33) EMA 欧州医薬品庁. <https://www.ema.europa.eu>
- 34) PMDA. <https://www.pmda.go.jp>
- 35) APAC. http://www.jpma.or.jp/event_media/about_media/180313.html
- 36) JICA (独立行政法人国際協力機構) 第10回BOPビジネス連携促進. https://www.jica.go.jp/press/2016/20160909_01.html
- 37) グローバルファンドへの拠出. https://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/press4_003320.html
- 38) タケダ・イニシアティブ. <https://www.takeda.com/jp/Corporate-responsibility/corporate-citizenship-activities/takeda-initiative/>
- 39) 2017年ダボス会議とAA. <https://accessaccelerated.org/wp-content/uploads/2017/01/%E6%97%A5%E6%9C%AC%E8%AA%9E-3.pdf>
- 40) NCD Alliance. <https://ncdalliance.org>
- 41) PATH. <https://www.path.org/>
- 42) WORLD HEART FEDERATION. <https://www.world-heart-federation.org>
- 43) C/Can 2025. <https://www.uicc.org/what-we-do/convening/ccan-2025-city-cancer-challenge>
- 44) Worldbank Access Accelerated. <https://accessaccelerated.org/partner/the-world-bank/>
- 45) Health Partnerships Directory. <http://partnerships.ifpma.org/pages/>
- 46) Year One Report. <https://accessaccelerated.org/pressroom/access-accelerated-year-one-report/>
- 47) ERIA (東アジア・アセアン経済研究センター). www.eria.org
- 48) 未病 神奈川県. <http://www.pref.kanagawa.jp/docs/mv4/cnt/f532715/p1002238.html>
- 49) がん対策基本法. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0405-3a.pdf>
- 50) 第3期がん対策推進基本計画. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000196967.pdf>
- 51) Abe S: Japan's strategy for global health diplomacy: why it matters. *Lancet* **382**(9896): 915-916, 2013.
- 52) Abe S: Japan's vision for a peaceful and healthier world. *Lancet* **386**(10011): 2367-2369, 2015.
- 53) PQ (性能適格性評価). <https://www.who.int/topics/prequalification/en/>
- 54) UICC 世界がんリーダーズサミット. <https://www.uicc.org/world-cancer-leaders-summit-2018-report>
- 55) IARC 2018年推計データ Latest Global Cancer Data. https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr263_E.pdf
- 56) Treatment for All. <https://www.uicc.org/what-we-do/advocacy/treatment-all>
- 57) 2018年9月UN High-Level Meeting. <https://www.who.int/ncds/governance/third-un-meeting/en/>
- 58) カザフスタン「アスタナ宣言」. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
- 59) Cancer and Universal Health Coverage. <https://www.uicc.org/what-we-do/convening/world-cancer-leaders-summit/2019-world-cancer-leaders-summit>
- 60) The Lancet: Ensuring and measuring universality in UHC. *Lancet* **393**(10166): 1, 2019.