

アジアにおけるがん医療の Universal Health Coverage (UHC) 実現に向けた産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} 野田 哲生^{*1,5}

[*Jpn J Cancer Chemother* 45(9):1259-1277, September, 2018]

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} and Tetsuo Noda^{*1,5} (^{*1}UICC-Japan Office, ^{*2}UICC-Asia Regional Office, ^{*3}The University of Tokyo, ^{*4}National Cancer Center, ^{*5}Cancer Institute, Japanese Foundation for Cancer Research)

Summary

UICC-Asia Regional Office (UICC-ARO) successfully convened a fruitful Multi-stakeholder Dialogue at United Nations University in Aoyama, Tokyo, which brought together parliamentarians, representatives of the WHO and Japanese government agencies and NGOs, senior executives of pharmaceutical and other companies, and leading members of Japan's cancer research community. This meeting provided a valuable opportunity for stakeholders from all sectors of society to discuss ways in which Japan can develop a multi-sectoral approach that will promote access to cancer care and support initiatives for UHC for cancer in Asia. UICC-ARO Director Hideyuki Akaza and Haruhiko Hirate (Chair of International Affairs Committee, JPMA) co-chaired the meeting. At the outset it was noted that with cancer now firmly on the global health agenda with the adoption of the WHA Cancer Resolution, countries around the world are coming to grips with the necessity for concerted and cooperative action on cancer prevention and control. This dialogue marks the first step in efforts to pool resources and information, and noted that with various key international meetings due to be held in 2018 and 2019, now was the time to coalesce opinions and identify a concrete direction for action.

要旨 UICC-Asia Regional Office (UICC-ARO) は、東京、青山の国連大学にて、議員、WHOの代表者、日本政府機関、NGOs、関連企業の代表者、日本のがん関連研究者からなる意見交換会を主催した。この会議にて、アジアにおけるがん医療の推進と Universal Health Coverage (UHC) の達成に、各セクターが、どのように貢献できるのかが議論された。司会進行は UICC-ARO の赤座英之と JPMA の平手晴彦が務めた。はじめに、がんという疾患が国際保健の重要な課題であることが共有され、WHA Cancer Resolution に対応し、がんの予防と治療における共同体制を構築することの重要性が確認された。今回の議論は、そのための調査研究や研究体制構築に向けた第一歩であり、今後の行動に繋がるものとなった。

はじめに

河原ノリエ: 会議の開始に先立ち、事務局としてこれまでの経緯をご説明させていただきます。UICC 日本委員会¹⁾のなかにある UICC-Asia Regional Office (UICC-ARO)²⁾は、UICC としてのアジアにおける対がん活動に関するビジョンを明確にするために情報収集や学会活動

支援を行い、得られたエビデンスを UICC 本部に論文などで提示する政策提言活動を行ってきており、その一環としてアジアのがん医療における Universal Health Coverage (UHC)³⁾の実現をめぐる活動をしてきています。がん医療における UHC という視点は、がん医療自体がこれまでグローバルヘルスのなかで、その正確な位置付けがなされてこなかったため、まだ新しいものです。し

*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 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 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

かしながら、昨年のダボス会議⁴⁾における世界銀行とUICCを巻き込んだ製薬24社の動きなどで、がん医療へのアクセスの改善は国際社会の政策課題として Sustainable Development Goals (SDGs)⁵⁾の一環のなかでとらえられる流れができてはじめています。日本においては未だに、がん医療の専門家の間においても、グローバルヘルス・アジェンダのなかでがん医療をとらえる認識が少ないのが現状です。こうした視点の欠如を乗り越えるため、昨年末、武見先生の呼びかけで「今後日本がアジアのがんについて何ができるか」を考えるキックオフの会が開催され、UICC-AROはこの課題についての今後の事務局機能を担うこととなりました。専門家だけでなく、一般国民にも、がんの国際展開は距離のある話題ですが、UICC日本委員会は2月4日のワールドキャンサーデー⁶⁾という世界同一の啓発活動の場において、がんを国際的視野で考える機会を市民公開講座の形で初めてもちました。その会において武見先生から、「国内の政策を組み立てていくときに、同時に国際的な政策を考えねば政策自体が成り立たない時代状況に入っている」ことを指摘され、日本のがん治療を発展させるためにも国際的展開を行う重要性について言及がなされました。その会終了後にアンケートをとったのですが、このワールドキャンサーデーに集った一般の方々が思った以上に、こうしたがんの国際活動に関心をもたれていたということがわかり、改めてがんを社会のなかでとらえなおす新しい局面にはいったことを感じました。グローバルヘルスの世界では感染症が長らく主要な課題となっていたため、WHOはこれまでがんについてはあまり積極的にかかわってきてはいないのですが、昨年5月のWHO（世界保健機関）総会においてCancer Resolution⁷⁾という画期的な文書がだされました。これは、適切な治療のアクセスの不平等の改善を図るため、これまでの加盟国政府に対してだけでなく、様々なステークホルダーからなる官民パートナーシップによる課題への取り組みを国際社会に求めたものであり、この会議はいわばこのCancer Resolutionへの回答を模索するという立て付けで開催しています。今年1月にはWHOのがん担当官が来日して、その際、佐々木厚生労働省健康局がん・疾病対策課長および野田UICC日本委員会委員長、UICC-AROディレクターの赤座先生、WHO神戸センター⁸⁾の野崎先生と今後の日本のがん連携の在り方について討議させていただきました。今後WHOからだされる予定のキャンサーレポートへのかかわりにつきましても踏み込んだお話がありました。それでは赤座英之先生、日本製薬工業協会からの平手晴彦様、座長をよろしくお願い致します。

I. 情報提供

赤座英之座長: 私は後で本会議の趣旨説明をさせていただきますので、開会の言葉は平手様からお願いしたいと思います。

平手晴彦共同座長: 日本製薬工業協会の国際委員長を務めます武田薬品工業株式会社の平手晴彦と申します。一昨年、安倍総理に同行してケニアのナイロビに出向き、アフリカ開発会議 TICAD⁹⁾に参加を致しました。機を合わせて、武田薬品工業株式会社がアフリカ諸国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に事務所を開設致しました。その折にケニアのがん専門医の集まりをいくつかもたせていただき、アフリカにおけるがん患者への治療薬をどのように届けるかなどの議論をさせていただきました。その際、私にとっていちばん強く印象に残った点は、アフリカの方から「発展途上国のアフリカ諸国の患者だけががんからは生還したいのだ」、「感染症対策だけでなく革新的な新薬の治療を受けたいのだ」、「アフリカではこんな薬があればよいといわれがちだが、最先端の治療も受けたいのだ、それはわかってほしい」といわれたことです。当社はこれまで比較的、後回しにされていた最もイノベーティブな医薬品の部分をどのように、そのような地域に届けるか、というテーマをもって“Access to Medicine”（医薬品アクセス）のイニシアティブをスタートさせました。

アジア諸国へのがん治療も同じ視点で注目しています。アジアの国々にそういったがん治療薬をどう届けるべきか、ということをお患者あるいはそれをサポートしている患者団体の声をベースに仕事をしているという状況です。やはり国際保健では感染症に目がいきがちなのですが、現場からは発展途上国もがんという病気から逃れたい、治りたい、あるいは早期発見をしたいという言葉がたくさんでていて、そこには日本のリーダーシップが求められていることを実感しています。2019年、日本で開催予定のG20のアジェンダの一つとして想定されるUHCで日本政府が発揮するリーダーシップに業界としても同じ方向をみて、医薬品のアクセス改善に努めていく方針です。一方、内閣官房で進められているアジア健康構想¹⁰⁾におけるがんへのアプローチについては、赤座先生らのUICC-AROが進められていると承知をしています。

製薬協を含む民間側はアジアで、アジア・パートナーシップ・カンファレンスを官と産が連携しアジア各国が集うアジア製薬団体連携会議 (APAC)¹¹⁾においては、今年で7年になりますが会議を重ねてきまして一定の成果をだしています。これに加えて、グローバルな民間側は

グローバル製薬企業の20数社が世界銀行とUICCとパートナーを組み、途上国の医薬品アクセスの改善を試みる「Access Accelerated」¹²⁾というイニシアティブを共同で開始しています。アジアにおいては世銀のパイロットスタディがベトナム、UICCのC/CAN2025¹³⁾においてはミャンマーのヤンゴンで活動を開始しています。業界としては「Access Accelerated」を通じて、アクセスの改善、ひいてはUHCの達成に貢献をしているというふうに自負しています。

本日の会議はUICC-AROが進められている“アジア健康構想におけるがんへのアプローチ”という課題でありますので、産官学業界の目からみたコメントあるいは協力できることがあれば、ということで馳せ参じた次第です。

赤座座長:この会はUICC-AROが会議を進めさせていただきますが、その母体でありますUICC日本委員会委員長の野田先生から国際がん連携と日本のUICCの課題ということで、お話をさせていただければと思います。以下敬称略。

野田哲生:今日はUICC日本委員会委員長ということでお話をさせていただきます。UICCは日本語で国際対がん連合と呼ばれています。創設は1933年と非常に古く、160か国以上1,000以上の組織があり、本部はジュネーブにあります。私や田島先生、北川先生などが歴代理事を務めていますが、理事会と理事会が選任する会長が執行機関としてあります。それとは並列に経営に全責任をもつCEOがいて、現在はCary Adams氏になります。

世界レベルの対がん運動は具体的な運動がいろいろあります。歴史の長いものは世界がん会議です。2年に一度、数千人が世界の都市に集まります。世界がんサミットは毎年開かれています。これまでで最も重要な会議は2006年第1回世界がんサミットです。世界対がん宣言¹⁴⁾を採択して、宣言の実現が対がん運動の大きな基軸になっています。

それではUICC日本委員会とは何か。かつてはUICCの設立にかかわった国単位で拠出金をだす形でUICCを運営してきました。日本国内でこの拠出金をまとめてUICCを支えようとしてUICC日本委員会が設立されました。UICC日本委員会は代々、がん研究会内に事務局が設置されて事務のお手伝いをするようになっていきます。

ただし、21世紀になってUICCは各国の政府の問題を乗り越えて、いろいろなステークホルダーとコンタクトをとることが難しくなってきたため、ダイレクトに世界中の対がん組織とコンタクトをとって、会費を集める会員制に変わりました。会員制が変わるときにUICC日本

委員会は、それまでの活動を維持するため、日本の加盟機関が一丸となって結束しました。UICC日本委員会を続けて国内における対がん運動のみならず、アジアにおける日本の対がん運動をサポートする役割をしていこう、あるいは逆にジュネーブ本部に日本委員会の声を届けるという役目を果たそうということになりました。さらにお金を集めてフェローシップを運営したり、UICCの「TNM病期分類委員会」に日本代表委員をだしてTNM分類の日本語版を出版しました。TNM分類はがんの進展度分類のときに、世界的には必ず使われるものです。これがなければ、がんの治療成績といっても、どの進展度の分類なのかかわからないことになります。現在の日本代表委員は慶應義塾大学の浅村尚生教授です。実際に2年に1回改訂されていくTNM分類の日本語版を作るという作業をわれわれは行っています。

UICC日本委員会の大きな役割の一つとして、UICCアジア事務局、つまりUICC-AROを設置して運営することをここ10年近くやってきました。加えて日本におけるワールドキャンサーデー（世界対がんデー）イベントの開催があります。武見先生にもご参加いただきましたが、2月4日のワールドキャンサーデーに合わせて世界中で対がん運動を活発化しようと毎年イベントを行っています。現在では、UICC日本委員会のメンバーに多岐にわたる29機関が加わっています。すなわち、対がん運動に関与する研究センター、対がん協会、学会、がん研究基金などが集まって活動しています。そのなかで本日の議論に最も大きくかかわってくるのは、アジアにおけるUICCの活動を支援するという組織として作られた日本委員会のなかにあるUICC-AROです。2006年ごろから活動を始め、2008年にUICC本部と国際交流協定(Memorandum of Understanding; MOU)を結び、その担う機能について正式に認められています。

田島先生らが活動されていた当初は、アジア太平洋がん予防学会の機関誌出版(APJCP)¹⁵⁾など、要するにアジア太平洋エリアのがん予防運動を積極的にサポートすることがメインの活動でした。その後、赤座先生がUICC-AROの委員長に就かれて、活動がアジアにおけるUHCとがん対策、がん医療の在り方の検討を積極的に行うようになってきました。その活動が今日の会に結び付いています。今回もUICC-AROが主催をするこの会を、UICC日本委員会や先ほどの29機関すべてが応援してサポートしていこうというものです。

赤座座長:もう一方で、がんを国際的課題として進めるためにはWHOの役割が重要だと考えます。今日はWHO議連¹⁶⁾の代表である田村衆議院議員にもお越しいただき、WHOの観点から少しお話をいただきたいと思

います。

田村憲久: WHO はご紹介のとおり、国際社会の健康において大変重要な役割を果たしてきていて、併せてこれから持続可能な社会を実現していくためにますます期待がかかっています。わが国も国際社会において保健分野は WHO を通じて、感染症を克服するノウハウや戦後の保健制度を作っていくなかにおいて、UHC が非常に重要であると保健分野に関しては特にそのように思いますが、残念ながらがんに対する UHC に関してはまだまだ十分ではない現状があります。

がんは国際的には現時点で死亡原因の第 2 位となっていますが、現在急激に増加しています（日本国内では第 1 位）。そして、その多くが中低所得国の方々だという現状があります。しかし ODA の資金等々でがん医療に十分な配分がされているかといえば、そうではない状況があります。また、途上国のがん医療に関しては WHO もまだまだ十分に力量を発揮できていないという現状もお聞きしています。

ただ 2017 年 5 月の WHO 決議（Cancer Resolution）が画期的だとお聞きしました。22 の行動ポイントの発表、これを実施促進すると同時にベストプラクティスというツールの開発と効果の促進、パートナーとの協力、国の支援強化、世界におけるがんの報告を 2019 年までに公表すること、がん医療へのアクセス強化、さらには非感染症疾患の報告との重複を避けるための定期的な進捗報告の発行等々、非常に踏み込んだ内容を発表いただいたわけです。

わが国もがん医療は力が十分かといえば、まだまだ足りない部分があります。第 3 期がん対策推進基本計画¹⁷⁾もいよいよスタートしますが、足りない部分をわが国は進めていかなければなりません、世界に対して十分にその経験から対応できるいろいろなお手伝いができる部分もあります。特に途上国の場合は、がん医療へのアクセスが非常に困難である部分もあります。ぜひともわが国として何かの形でお手伝いできる部分に、われわれ WHO 議員連盟も力を尽くせればと思っているしです。武見先生の示唆により、「Lancet」に安倍総理が 2 回ほど寄稿をされました^{18,19)}。その後、昨年 9 月の国連総会では UHC と Sustainable Development Goals (SDGs) に関して総理は言及もされたわけです。昨年 12 月には UHC フォーラム 2017²⁰⁾ が UHC 東京宣言²¹⁾ を採択しました。日本の経験を国際的に共有することを目指すことへ一定の方向性を打ちだされました。また、その後、がん医療に関するキックオフという形で、武見先生のお声がけで私もミーティングに参加をさせていただきました。いろいろな形で議論をさせていただくなかで、2017

年 8 月には WHO 機関が受け皿になったアジア太平洋国際保健国会議員フォーラム²²⁾ というものを東京で開催致しました。

次の日は、千葉県柏市の柏モデルという高齢化に向かって医療と介護を連携する試みへの実地の勉強会をさせていただきました。当然、医療と介護、高齢化は大変重要であり、高齢化において非感染症は大変大きな課題です。そのときには生活習慣病とりわけ糖尿病などが議論になったわけですが、その先にはやはりがんというのが必ずあるわけです。われわれ WHO 議員連盟もそのような観点から、ぜひともお手伝いできる場所があれば一生懸命、力を尽くしていきたいと思っています。先ほど 2018 年 1 月に WHO のがんの担当官と厚生労働省、また UICC との間でいろいろな議論が行われたとお聞きしたわけです。どうか今日のこの会の成果が、WHO 本部の担当部局に伝えられて、一定の方向性ができることを期待致しますし、われわれもそれに対して一定のお手伝いをさせていただきたいと思っています。

赤座座長: 次に内閣官房健康・医療戦略室次長の藤本様からアジア健康構想についてご説明いただきたいと思います。

藤本康二: アジア健康構想の全体像と、アジア健康構想にがんに関する取り組みをどのように組み込んでいくかということに関し、少しヒントになるのではないかと思います。2 週間ほど前にインドに行き、今後様々なことを実施するための仕掛けを始めていますので、そのご紹介ができればと思います。

アジア健康構想を説明する際に、われわれはこの富士山の絵（図 1）をよく使いますが、医療や介護があることだけが安心というわけではなく、それを必要としない健康な生活ができる、あるいは予防ができる、そのような社会をアジア全体でいろいろな取り組みを組み合わせることで実現していこうということです。日本では人口が減っていく一方で、アジアでは人口が増える国、若い国もあります。そのような国が互いに協力し合うことでこの富士山を維持できる、あるいは目指していけるのではないかという発想です。

最初は武見先生のご指導もあって、高齢化社会の課題を解決するために介護分野から着手しました。日本では介護の若い担い手が少なくなっており、一方でアジアでは今後訓練された担い手がますます必要になります。また、アジアでは介護サービスという事業自体も振興しなければなりません。現状を樹木に例えると、例えばベトナムにおいてはまだ根を強く張れておらず木が小さく、一方で日本において木はそれなりに大きいけれども人材不足などで今後枯れる可能性があります。ここでお互い



図 1 アジア健康構想について (内閣官房 健康・医療戦略室)

に人材を交流しあう、あるいは日本が相手国で介護サービスの発展を手伝うことで双方の木が大きく育っていくのではないかと考えています。そのようなコンセプトを実現するために様々なプロジェクトが起りはじめています。海外から日本へ介護の勉強に来てもらう、あるいは海外の介護の研修先に日本人が講師などとしてでいくという形が典型的な事例です。

インドとタイでこの話を提案していますが、介護に限らず他の分野でもコンセプトは同じです。アジアで自給的に医療を続けていくためには、例えば医薬品の製造能力や医療現場が単に診療だけでなく臨床研究の現場になること、あるいは安全な医療の管理をきちんと実施することなど、“知”を生みだしていかなければなりません。しかし、まだ不十分な部分があるため日本が教えていくことで、「ヘルスケアの木」が互いに茂るような土壌と環境を作っていこうということです。

例えば医療の基盤の一つとして、臨床研究や医薬品にかかわるデータを審査する能力や流通が非常に重要になります。そのような基盤がなければ、医療を効率的かつ安全に行うことができません。

インドについていえばインドの医療は一つ一つをみれば進んでいる場合もあり、アメリカなどで活躍されているインド人の先生方も多くいます。そのインドと日本が一つになり、インドの個々の能力を全体的なシステムとして機能させることを考えています。具体的には物流のシステム化です。加えて情報通信技術 (ICT) などによる医療の効率化の基盤を一緒になってうまく立ち上げることができれば、日本とインドがアジアの先進的な医療も含めて、今後一つ先を飛び越えていくことができるの

ではないかと考えています。

まずお互いにそのような会話をした上で、実際にインドのヘルスケアの物流を改善する検討を始めています。マディヤ・プラデーシュ州における病院では適切な在庫管理ができておらず、在庫の約半分を捨てているという話も伺っています。そのため、物流センターを州の中心に作り、在庫を一括に管理するだけでもコストが大きく改善されます。結果として州政府は直ちに一括管理のシステムを導入することを決定し、実現可能性調査を実施するとのこと。州の中心に物流センターが設立され、そこに滅菌や保冷のシステムがあれば、例えば内視鏡手術が多くの病院で行えるようになります。そして、そのような基盤を前提に、日本の医療界と具体的なサービスを開始することを考えています。安倍総理とモディ首相との会談時に、インド政府と日本政府できちんと MOU を結び、インドでのヘルスケア物流事業を推進し、それを前提に様々な医療交流を実施することになりました。これは一つの例ですが、アジア健康構想において何を入りに相手国と話を進めていくかというときに、インドのように医療を教えるということではなく、システム化が弱いことを指摘し、それを助けていくというケースもあります。

もう一つ議論したことは、今、次世代医療基盤法 (医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律)²³⁾ という医療基盤のデータを集める法律が日本で施行されようとしているわけですが (2018 年 5 月 11 日に施行)、同様の法律をインドでも作ってはどうかということです。インドの医療のデジタル化はこれからです。臨床データを収集するために必要となる検体検査

の仕組みもまだ不十分なので、まずここを日本が一緒になって構築します。日本が使用している様々なデファクトスタンダードを導入しつつ、インドがデータを集めます。インドには12億人いますので、そのうちの10%が本取り組みに参加してくれれば、日本と同程度のデータ数が集まります。そのようなデータを日本とインドからアジアにみせていくことができないかという話を、全インド医科大学(AIIMS)と始めています。検体検査の一部は日本で実施する必要もあると思いますが、基本的にはインドで実施できることを目指しており、それを日本企業が支援するということです。

このようなことを実施していく際に重要なことは、日本の医療や介護が現状どのような状態にあるかということ、きちんとして伝えていくことだと思っています。

今回のがんの話にしましても、冒頭申し上げた富士山の図をがんというテーマでみていくことになると思います。予防と医療、それからがんとの共生を考えていく必要がありますが、がんには様々なステージがあるので、そのどの部分から取り組んでいくのか。困っている患者に対する取り組みだけでは、がん患者が増えるばかりです。予防できるがんは予防していく、あるいは重症化する前に早期に診断、治療していく、このような取り組みをどこから着手するかということ、相手国の実情に応じて議論していく必要があると思います。

今の日本では、がんの治療や予防だけでなく、がんの予後、がんとの共生について弱い部分もありますが、厚生労働省も含めて一生懸命に取り組んでいます。治療だけではなく、がんとどのように付き合うかについては新興国も非常に弱い点だと思いますので、がんとの付き合い方もきちんとしていかなければなりません。

また、例えばインドであれば、胃がんに対し有効なピロリ菌の除菌もあまり普及していないと思われます。このような課題にどのようにアプローチすべきか、これこそが先生方が議論されていくことだと思っています。ただ議論するとき、先ほどのヘルスケアの物流の話ではありませんが、基盤がないところで議論をしても夢物語で終わってしまいます。どこを入り口にするのかということ、考えながら、先生方に議論いただき、その実行部隊をわれわれが担います。取っ掛かりを作り各省で連携しながら取り組んでいく、そのようにできればと考えています。

平手共同座長: 次にアジア健康構想におけるがんへのアプローチということで、赤座先生からお願いしたいと思います。

赤座座長: 今、藤本様からアジア健康構想にがんを加えた新しい方向性が示されました。われわれ UICC-ARO

も一つのプラットホームになって、がんアプローチすることの重要性を認識しています。先ほど田村先生がいわれたように、今、非感染性疾患(NCDs)においてもUHCの実現に向けて世界が動いています。これまで国際保健の方々と議論しますと、NCDsに関しましては感染症と同じ方法で実現できるという考えもあるように思われます。しかしよく考えてみますと、実はNCDsと感染症とはかなり大きな点で違ってきます。つまり感染症の方策をNCDsに当てはめて考えてみると、それだけでは不可能だという項目が次々に上がってきています。病気のサイズ、治療のコスト、それに携わるいろいろなセクターの数あるいは治療の可能性、患者の闘病生活中的のQOLなど多くの側面で違ってくるのです。ですから、ここで改めてNCDsに対するUHCがどうあるべきかを議論しなければなりません。それがUICC-AROの行動目標に繋がっています。

日本を例にとれば、65歳以上の人口はすでに27%になっています。そして高齢化とともに、がんの罹患率と死亡率は急激に増加してきます。国際的にみれば、現在、がんは死因の第2位ですが、日本では圧倒的に第1位になっています。つまり、高齢とがんは表裏一体なのです。

そして重要なことは田村先生から予防の重要性が指摘されましたが、がんはステージ1という早期で発見されれば90%以上が治るという時代です。ところがステージ4となって、発生臓器を通り越し、あるいは転移をもったがんでは、どんなに高価な治療法を使っても5年生存率が20%を切るという状況です。ですから、ここはやはりグローバルなアプローチで早期発見、さらには予防というところで、われわれは動かなければいけないでしょう。

もう一つ重要なことは、その国の経済状況とがん死亡率の大きな相関性の存在です²⁴⁾。東南アジアのデータですが、がんを診断されて1年以内にはほとんどの方が、治療を続けられなくなっています²⁵⁾。このように経済とがんには大きな関係があるのです。しかしその場合、日本型健康保険制度をそのまま推奨すればよいのかということ、簡単にはいきません。日本の保険制度において医療支出は莫大であり、日本方式をそのまま諸国に移行するわけにはいかないのが現状です。これが、がんをUHCをどのように実現するかに関する課題・難問なのです。

藤本様からお話がありましたように、それでは日本としてアジアにどのようなアプローチができるのか。いろいろな学会などを通じてこれを考えてきましたが、アジア健康構想にはこれまでは介護しか入っていませんでした。しかし、今の藤本様のお話をお聞きして安堵したと思います。

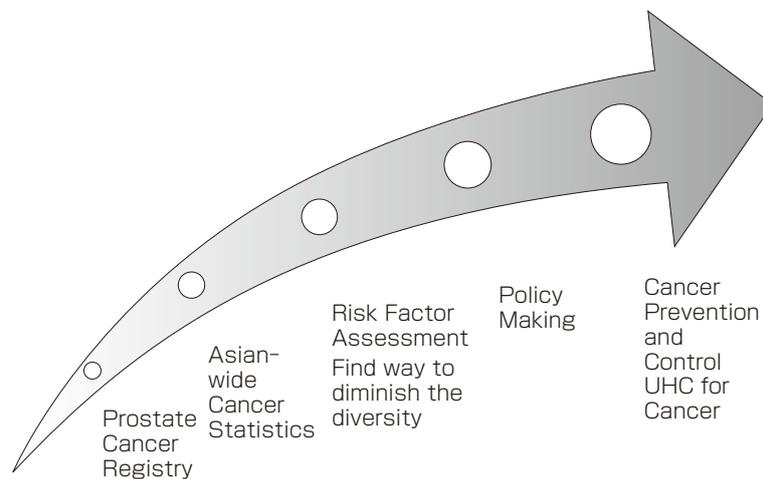


図2 Registry. Nation & Global wide Expansion

以上から、がん医療の展開というのは UICC-ARO の非常に大きなテーマであると考えています。そのなかで今日、先生方にお集まりいただいたのはアジア健康構想にがんを位置付けることの重要性を共有することと、そのためのアプローチをどうしたらよいかということとを議論するためです。そして、UICC-ARO として何ができるのかについて皆様のお知恵をいただきたいのです。

ARO はアジアのなかで WHO の Cancer Resolution に対して、どう反応するかということを考えています。そして産官学パートナーシップにより、がんの UHC に関して政策提言をまとめることができればよいと考えています。お集まりいただいた各セクターの方々に、アジア健康構想のなかでどのようにがんアプローチするかというコンセプトを共有し、次に具体的議論に移行できればと考えます。もし共有できるのであれば、各セクターがどういう対応ができるのかを ARO としてとりまとめていきたいと思えます。UICC-ARO はどういう役割を果たすことができるかを考えてみたときに、この研究会の事務局的な役割をさせていただけるとよいのではと思います。しかし、予算などいろいろな問題も含め本当の研究体制ができるかといえば、まだまだ不確定なところです。各セクターの方々が、自分たちのセクターはこういうことができる、ああいうことができるというようなことでまとまっていき、アジアのがんについての UHC の実現に向かうことができれば、UICC-ARO としての存在意義はあるのではないかと考えています。

アジアにおける高齢化社会とがんは表裏一体であることは述べました。がんには特殊性があります。感染症ならば結核やマラリア、HIV そしてエボラ熱などと対象はある程度限られます。しかし、がんの範疇は非常に広くて、一括した対応は困難です。そうすると、アジアのなかで特に優先しなければならぬがんを選び、それに

ついて特的に攻めていく方法もあるかと考えています。

つまりアカデミアとか、がん関連学会あるいは実際の医療現場の専門家が集まって、各がん種ごとにワーキンググループを作る。そして、それぞれのがん種に特有な課題を設定し、解決案を検討する。そうすると各がんの種類ごとに、恐らくいろいろ形での成果が得られると考えます。一つの例としましては、綿密に計画されたレジストリー（がん登録）があります。これは、実際の臨床課題の深堀りです。日本や韓国のような一部の国を除くと、アジアでは経済的・制度的医療格差が潜在的大問題となっています。一般の全がん共通のがん登録ではみえてこない部分が多く存在します。すなわち、病院で診断をされても治療を継続できない、あるいは診断もされない患者層が存在します。実は、UHC の真の目標はこのような部分に光を当てることではないでしょうか。詳細なレジストリー研究には図2に示すような効果が期待されます。

一つ具体例として、われわれは前立腺がんのレジストリー研究を全アジア的に進めています。これにより、アジアワイドのいろいろな解析ができます。そしてそこからリスクファクターなり、あるいはがん予防の方策が生まれてくるでしょう。これは政策提言に発展するでしょう。いわゆるレジストリーにはいろいろなものが存在するのですが、実はこういう細かな研究に本当に使えるレジストリーというのはまれです。今後、もしきちんとしたレジストリーが各がんのできるならば、これは大きな力になって最終的に UHC の実現に繋がると思っています。

また、今アジアはある意味でゲノム研究の草刈り場になってきている気がします。このゲノム研究に関しては、今こそ倫理的な基盤に沿ったアジア共通のガイドランスを構築することが重要だと思います。アジアにおけるゲノ

ム研究に関する倫理的な側面の検討・研究・提言が重要です。がん医療にかかわる多くのセクターが協調して、一つの方向性を生み出すことが重要です。それが一つの提言に繋がっていき、日本のアジア健康構想のなかにアプローチできるとよいのですが。

平手共同座長: アステラス製薬株式会社代表取締役 CEO の安川様からお言葉をいただきます。

安川健司: アステラス製薬は株式会社ですので、投資家の方々から預かった資金を活用しながら、企業価値を持続的に向上することが使命です。各国における医療費抑制という厳しい外部環境のなか、当社は社会貢献活動に一定のルールを設けています。すなわち、芸術やスポーツの分野での社会貢献活動ではなく、われわれがもっている経験やノウハウを直接活かせるような医療関連分野での社会貢献活動を重視しています。単なる経済的な支援ではなく、当社の技術、専門性や社員の力が活せる活動には積極的に参加していきたいと思っています。あいにく、これまではがん領域で産官学のパートナーシップによる活動に参加する機会がなく、この分野における当社の取り組みは限定的でした。例えば低所得国あるいは低所得者層に対して当社の革新的な医薬品を届けるため、所得レベルに応じて当社の製品の入手可能性を変えるという取り組みを行ってきました。しかし、個社レベルの活動ではなかなかこの先の突破口はみえてきません。当該国においては、社会保障のシステムを整備する、医師を育成する、あるいは病院を建設するということが保健医療へのアクセス改善の核心に繋がっていると思います。

企業が単独ではできないような活動がこのグループではできていると思いますので、ぜひともセクターごとに何ができるかを考え、マルチセクターならではの取り組みを議論する機会に発展することを期待しています。

平手共同座長: 田村先生もぜひ一言を。

田村憲久: 今、武見先生とも話していました。このアジア健康構想に関して、党における特命委員会の委員長がまさに武見先生です。今まで委員会のなかにがん医療は入っていなかったのですが、ぜひとも大きな一つの目的としてがん医療をこのなかに組み入れていき、われわれ政治の部分もしっかり関与していこうという話をさせていただいていました。詳しい話はその後、武見先生のほうからお聞きいただければと思います。ありがとうございます。

平手共同座長: それではアジアのがん連携の現状と課題ということで、国立がん研究センター理事長の中釜先生からお願いしたいと思います。

中釜 斉: アジア健康構想の具体的な議論のたたき台と

して聞いていただければと思います。その前に、実際にはがんというのは先ほどからお話があるように日本国内だけの問題だけではなく、これはグローバルな問題であるということ間違いありません。特にアジア地域におけるがんの実態について International Agency for Research on Cancer (IARC) の研究者がまとめたデータでは、2008年と2030年とを比較をすると、世界のなかでもがん患者は増えています。とりわけアジア地域では、がんの患者が急速に増えてきています。そして、今後も圧倒的にアジア地域におけるがんは増えることが想定されています。したがって、課題を明確にした上で的確な対策が必要です。そのためには、がんの実態を知る必要があるわけですが、アジア地域におけるがんの実態や特徴に関してしてみると、多くの特異的な様相が認められます(図3)。例えば胃がんは世界のなかでも圧倒的にアジア地域が多いですし、一方乳がんに関してはアジアでは欧米に比べるとまだまだ現状では少ない。ただ日本においては、乳がんは増え続けている現状があります。胃がんに関連しては、アジアにおけるピロリ菌感染率はトップレベルなのですが、東南アジアでは意外とピロリ菌感染と胃がんの相関が低いという状況があると聞いています。

一方、肝臓がんの罹患率は東アジアはトップですが、ウイルス感染との関係性に関してはまだまだ十分にその背景因子との解析がされていないと認識しています。肺がん、子宮頸がんも同様です。先ほど赤座先生から説明がありました前立腺がんにおきまして、頻度的にはアジア地域と東アジアは低いのですが、今後大きな問題になってくるだろうということは十分に理解されています。乳がんについても同様で今はまだ低いのですが、今後、日本と同様にますます増え続けていくことが予想されます。

がんを理解する上ではやはり環境要因と、その遺伝的な背景、これを十分に理解した上で地域的な特性をいろいろなデータを基に正確に把握する必要があるだろうということです。それを踏まえて、われわれが取り組んでいることは、例えば WHO の研究機関である IARC の事業の一つである Global Initiative for Cancer Registry Development (GICR) (がん登録)²⁶⁾ です。これについて現在、世界中で6か所のリージョナルハブがあり、アジア地域においてはインドのムンバイにその事務局があります。しかし、これだけでは不十分ということで、昨年コラボラティブセンターとしてアジアのなかでは日本とタイの2か所のリージョナルハブが連携しながら、がん登録をきちんと進めようということになりました。

実際に、アジアには世界の人口の半数以上が住んでい

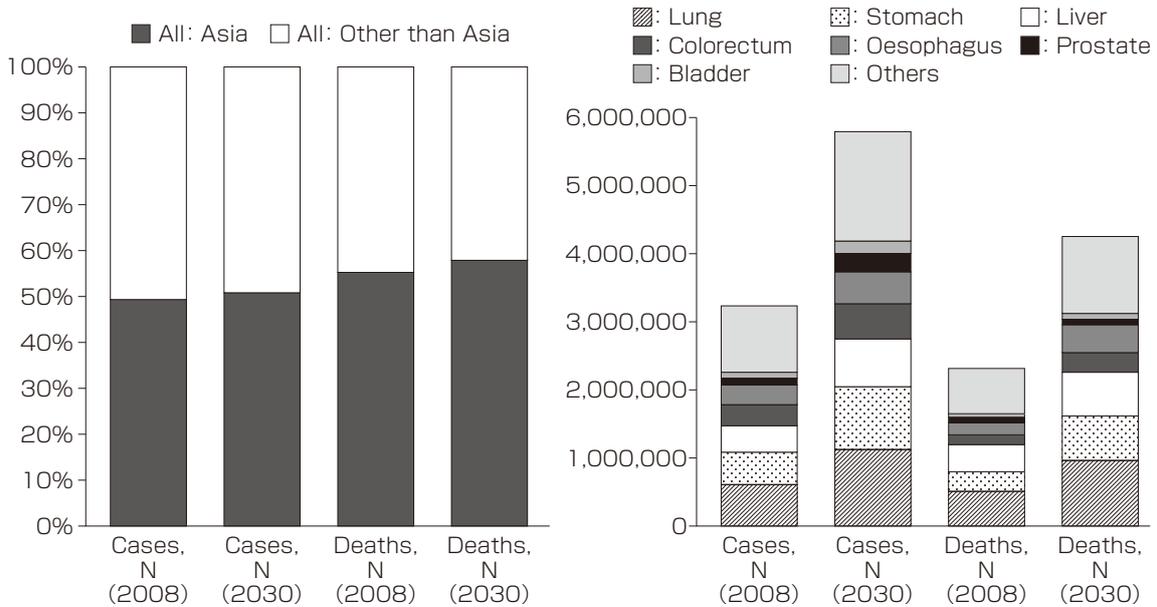


図3 アジア地域におけるがんの実態 (Sankaranarayanan R et al, BMC Med, 2014 Jan 8; 12: 3.)

ます。もちろん中国やインドが圧倒的な人口を占めているわけですが、東南アジアの島々にも多くの人口が集まっています。アジア地域の特性の高いがんがどのような分布をしているかということをしちっと把握した上で、アジアにおける対がん戦略を考える必要があります。そういう意味でのコラボラティブセンターとして日本およびタイが指名されたということは非常に大きなことです。こういう連携をとおしてアジア地域のがんの実態を把握することが必要だと考えます。

一方、アジア全体のコフォート・コンソーシアムという新たな連携の動きも始まっています。2014年から日本にこの事務局が設置されて10か国が参加するなか、アジアに存在する30以上のコフォートを束ねて情報を集約することも行われています²⁷⁾。具体的には150万規模のアジア地域のコフォートを使って様々な研究が行われています。これは先ほどいいましたがんの地域特性を反映するような環境要因ですとか、人種的な特性というものをしちっと把握するために必要なスタディです。日本の十数万人規模の複数のコフォート、それからシンガポールの十数万人規模のものなどが合わさって全体で150万人規模のコフォートになるわけです。

それから先ほど赤座先生から紹介がありました Asian National Cancer Centers Alliance (ANCCA)²⁸⁾ というアジアのがんセンターアライアンスというのが、実は2005年から始まっています。ANCCAには日本、韓国、中国がファウンダーとなって、南アジア、東アジア、東南アジアなどの散在する14か国の国が参加しています。日本の国立がん研究センターも参加しており、情報交換をしています。この会議では、がんの実態、がん予防、ス

クリーニング、そういうものについて情報交換しながら、具体的に何ができるかということをして2005年以来、2年に1回ほど議論をしています。これまではなかなか具体的な一手を打てないというのが正直なところなんです。そういうところをなんとかしなければならぬと感じています。

そのなかで今、登録あるいはコフォート、それから臨床的な教育などで実際に日本がアジア特有のがんに関してどのような貢献ができるか。東アジアあるいは東南アジア特有のがんを踏まえた研究として、感染症が発がんの要因であるがん特に焦点を当てて、公的な研究費などを獲得しながらアプローチしたいと考えています。そのなかでがんゲノムの解析、あるいはその発生要因としてのウイルス感染症の実態もしちっと把握していきたいと思えます。

それからもう一つ、やはり“希少がん”研究についてもアプローチする必要があるだろうと思っています。アジア地域特有のがんがあります。また、一般的ながんのなかでも固有の組織型や遺伝子変異を有するものがあるので、そういうものに対してがん登録という包括的なアプローチではなく、ある程度がん種を特定してしちっとしたレジストリーを作っていく。そのことによって、より具体的な創薬開発の方向性というものが示せるのではないかと。こういうものは実際に動き始めているわけです。

ではこれまで、どういうことをやって来たか。一つにはゲノム解析について国際がんゲノムコンソーシアム(ICGC)²⁹⁾ というものがあり、これが2008年に発足して日本も参加しています。そのなかでアジア固有のがんとして、肝臓がん、胃がん、胆管がんなどのゲノム解析を

行い、世界的な貢献をしてきています。その成果の一つとして、例えば胆管がんですが、これは日本人、アジア人に多いがんです。ゲノム解析の結果、胆管がんは四つに分類されることがわかりました。分類してみると日本固有の変異様式のものがわかり、これらの成果を踏まえてアジア地域により必要性の高い創薬開発をしていくのかなどといった戦略が立てられると思います。

以前に日本で問題になった印刷工場の従業員に発生した若年型の胆道がんもゲノム変異が多いのですが、もしかするとアジア地域の様々な環境要因あるいは職業環境を調べると、同様の原因により発生するがん種があるのかもしれない。そういう情報をアジア地域で共有しながら、より具体的な予防の方策に展開できるのではないかと考えています。詳細は省きますが、アジアに発生頻度が高い希少がんや比較的発生頻度の高いがん種でも、アジア固有の変異パターンを有するがん種などが研究対象になるのかと考えています。もう一つ、われわれが進めている創薬開発に関する一つの試みですが、Asian Oncology Early Phase 1 Consortium (Asia One) といいまして、アジア地域の国と製薬企業が連携しながら創薬の開発研究を展開できないかというコンソーシアムをスタートしました³⁰⁾。これはあくまで企業治験、企業との連携ですが、こういうものをもう少し広く希少がんとか、アジア特有のがん種に広げていけないか。これらのがんに対してもすでにいろいろなシーズが開発されていると思うのですが、これらをいかに展開していくか、これからの課題かと考えています。

II. ラウンドテーブル・ディスカッション

平手共同座長:これからラウンドテーブル・ディスカッションとして、ご出席の有識者の皆様から、アジアでがんはどう取り組んでいくかということに関して、ご発表を踏まえた上でご意見をいただきたいと思います。まずは日本のポリシーメイキングをリードされている武見先生から一言お願い致します。

武見敬三:最初は会議で何をやるかわからないままにきましたが、今日いろいろお話を伺い、おおよそ具体的にどういうシナリオで、この課題を進展させていったらいいのか、なんとなくみえてきた気がします。

第一に先ほど田村先生からも話がありましたとおり、アジア健康構想のなかにがんをきちんと組み入れて、まず政府と連携して積極的に取り組むという基本的な点を、われわれが藤本次長らと協力して行います。そのときの理論武装が今日のお話を聞いて大体できました。

その上で、実際に今、中釜先生からもご指摘があったように、アジアにおける人口の高齢化に伴ってアジアに

特有な様々ながん患者がこれから確実に増えてきます。その際に、実際に予防から始めて、先ほどの富士山の図(図1)にもあったように、それぞれの段階を区切ってどう展開をしていけばよいのか。そのなかで日本の果たす役割がどこにあるのかをぜひわれわれに教えてください。そしてそこをまず拠点にして、その方針のなかで具体的なプロジェクトを実際に作りだしていく。そこに国として必要な予算を付けるのがわれわれの役割です。今日の議論を伺った上で、ぜひそこまでブレークダウンされていくことを期待致します。

平手共同座長:日本癌治療学会理事の吉田先生からご意見をお願い致します。

吉田和弘:われわれアカデミア、学会という立場で考えると、やはり学会の立場は最先端の技術の開発と安全の普及です。したがって、アジア地区でトップレベルの日本の技術あるいは機器を安全に広めることが役割の一つだと思います。その意味で学会としてできることは三つあると思います。

一つ目はアジア諸国に出向いてシンポジウムや教育活動を行うこと。一方で、日本に招待して日本の現状を知っていただく。それがアジアでの様々な展開の近道だと思います。

二つ目は学会としてデータの収集、ガイドラインの作成です。ガイドラインを作成することで、安全な医療の普及に繋がります。臨床試験の推進、ゲノム医療の推進、技術の伝承は、われわれ医師が行っていくことだと思います。

三つ目は皆様もご存知かもしれませんが、アメリカのがん治療学会、ヨーロッパのがん治療学会がこぞってアジアに進出してきています。すなわち、ESMO in Asia, ASCO in Asia という活動があります。その目的はというと、結局、欧米の医療技術や最先端の知識を普及することで、彼ら流の治療をアジアに普及させようとしています。アジアでアメリカやヨーロッパの薬を展開させようとしています。そこで、アジアの一員として日本が先頭に立ってアジア本来の学会を作ることです。そうすることで日本の貢献を明らかにしていければと思っています。

平手共同座長:キヤノンメディカルシステムズ株式会社代表取締役社長の瀧口様よろしくお願い致します。

瀧口登志夫:キヤノンメディカルシステムズは画像診断を中心にビジネスをしている会社ですので、治療にはあまり足を踏みだしていません。一方で、画像診断技術のがん治療におけるメリットはやはり早期発見だと思います。したがって、われわれの立場としてはがんの早期発見をどのように進めるか、それが一つの切り口だと思っ

ています。

今から15年前に画像診断の経済的効果というパンフレットを、われわれが属しています画像医療システム工業会が中心になってまとめました。その中身をかいつまんで説明しますと、診療録を後ろ向きに整理することにより、入院時にがんがどのステージで入院された患者が退院時にどれだけの医療費がかかったかということ調べたものです。当時の記録によれば、肺がんではステージ4とステージ1の入院時の患者で比べた場合、ステージ1では大体1/3くらいですみました。乳がんや子宮がんにおいても大体似たような結果がでるということはこのパンフレットにまとめてあります。したがって、早期診断・早期発見による早期治療は経済的にも非常に効果があるということの一部のデータではありますが、これをまとめました。このようなことをアジアの地域でも啓蒙する、啓発するという活動も一つあるのではないかと思います。

一方で、日本の進んだ医療システムをこれらの地域に展開する活動は、藤本次長のご指導もいただき、メディカル・エクセレンス・ジャパン (MEJ)³¹⁾の活動を通じて、アジアに限らず様々な活動をしてきています。これをさらに進める、あるいは一部の民間医療機関と一緒にアジア地域における日本型の人間ドックの運営などを通じて、早期発見に繋がる様々な活動を推進していく。このことにはすでに取り組んでいます。これをさらに進めていくことが本日の会合の趣旨に沿う一つの方向性だろうと考えています。いずれにしましても、われわれのできる限りのことで、corporate social responsibility (CSR)とは違う観点で、こちらの活動に事業としても組み込ませていただくようであれば大変ありがたいことかと思えます。

平手共同座長: ありがとうございます。民間側から出席されている方は恐らく共通の思いというものがあると思います。活動に持続性がないとこういうプロジェクトは続きません。事業化ができてないといけない、事業化できるかどうか恐らく大きな勝負がかかっているのだと思います。続きまして日本医師会常任理事の今村様からお願い致します。

今村定臣: 私からは日本医師会の立場を述べさせていただきます。日本医師会の横倉会長は、健康寿命を世界でトップレベルにまで押し上げた日本の医療システムを広く世界に発信していきたいという決意の下、昨年10月第68代の世界医師会の会長として就任しています。

本年2月、横倉会長はNCDsに関する国連ハイレベル会合におけるWHO市民社会作業部会メンバーに世界医師会会長として就任をしています。

WHOと日本のがん医療連携の重要性につきまして、先ほど田村先生が縷縷述べられたとおりですが、去る4月5日、スイス・ジュネーブのWHO本部においてテドロスWHO事務局長と世界医師会会長である横倉会長との間で、UHCの推進と緊急災害対策の強化を目的とした覚書を交わさせていただいています。両機関が医療者の協力の下でのUHCの推進に連携して取り組んでいく、ということを確認させていただきました。また、横倉会長はアジア太平洋州医師会連合 (CMAAO) 会長の職にもあります。日本医師会としては、事務総長、そして事務局を務めるなど、当該地域における人々の健康の水準の向上に貢献をさせていただいています。

日本医師会としても、「健康の社会的決定要因」の取り組みを基に国家間あるいは貧富の格差がなく、すべての人々が適切な医療を享受できるように、このような場をとおして国際機関あるいは各国医師会との連携の強化に努めて、アジア地域におけるUHCやグローバルヘルスあるいはがん医療のアジアにおける推進につきましてUICC-AROと協同しながら、さらなる国際貢献をしていきたいと考えています。

平手共同座長: 続きまして国立国際医療研究センター理事長の國土先生お願い致します。

國土典宏: 国立国際医療研究センターはナショナルセンターの一つであり、総合病院を背景に国際医療協力を30年来やってきました。当初は外科医を南米に派遣して、具体的な現場での医療協力もかなり行いましたが、最近の医療協力の重点は医療保健制度のシステム作りなど、どちらかというと政府、医療制度へとシフトしてきています。

また、特定の問題としては母子保健の問題があります。例えばカンボジアなどでは科学根拠に基づいていない非衛生的な習慣などでたくさんの母と子が亡くなっており、センターではこのような問題を解決してきました。がんセンターではないため、がんに関しては多くの事例は手掛けていませんが、例えばカンボジアでの子宮頸がんの検診普及のための人材育成や啓発運動、ベトナムでの肺がん手術指導、小児がんや内視鏡検査、そういう医療協力をしてきました。

そのなかで得られた知見、経験からいえることは、やはり国によってニーズはかなり違うということです。特に経済的なレベルは違います。恐らくがんの世界でも国によって検診あるいは早期発見が重要な国、あるいは基本的な治療が重要な国、あるいは高度な医療が必要とされるという国があると思います。それぞれの国によってニーズが違う点をよく意識する必要があります。

私は肝がんの専門家、外科医でありますので、例えば

肝がんの患者が大勢いるラオスに行き高度な外科医療を行いたいとも思いますが、恐らくニーズはまだないでしょう。そういう国では、例えば超音波の機械をもっていき、早期のがんを発見するためのスクリーニングをするほうが役に立つと思います。当会の目的が、例えばアジアの医療でいかに日本の政府や医療機関や企業が貢献できるかと考えた場合、先ほど中釜先生からお話がありましたように、疫学に基づき、ターゲットとしたがんにどのようなレベルの医療を提供するかを国別に評価して、重点化することが非常に重要ではないかと感じました。また、重点化を考えるがん種についてです。がんは高齢者の病気ですが、恐らくアジアの国は若い世代が多い国ですので、若い世代を蝕むがん、あるいは乳がんなど働き盛りの女性を襲うがん、そういう社会的なインパクトのあるがんを中心にやるべきかもしれません。また、レジストリーに関して本日、アジア地域のがんのレジストリーがあるとお聞きしましたが、そういうものを統合的に活用する必要があると思います。なかには企業がお金をだしているレジストリーもあると聞いていますが、私の知っている範囲では特定の企業が集めた後にレジストリーを占有してしまうというか、他からアクセスできないということも起きています。今後は企業がお金をだしてレジストリーを作成するのであれば、レジストリーは公的な意味がかなり強いので、そういう視点からもルール作りを考えるべきではないかと思いました。

平手共同座長: 続きまして慶應義塾大学の特任教授で、WHO 執行理事も兼ねている中谷先生よろしくお願ひ致します。

中谷比呂樹: 私が主に働いてきた分野は、顧みられない熱帯病 (Neglected Tropical Disease: NTDs) です。それで赤座先生から NCDs についても知恵を貸して欲しいといわれたため参加致しました。今日のお話を聞き、もしかしたらグローバルヘルスの第四のパラダイムができるかもしれない、具体的な成果が上がるかもしれないという、非常にエンカレッジな印象を受けました。なぜかという、がんでは 880 万人も死んでおり、これはエイズ、結核、マラリアの 2 倍なのですが、国際保健的にはあまり注視されていない。なぜかと、がんの専門家は当然思われるわけです。しかし、日本もそうですが世界の先進国では行政にしる、研究費の配分にしる、国内的にはがんは最優先課題です。一方、途上国あるいは中進国では、多くの患者が治療を受けずに亡くなっている現実があります。この格差は由々しき問題ですが、がんへのグローバルヘルスからの取り組みはまだ未成熟です。これには二つの課題があると思いますが、それをアジア健康構想もしくは政策的な枠組みで解決しよう

という話になるのでしょうか。

第一の課題は、やはり中進国と途上国で使えるような技術や基準がまだないということです。例えばエイズは 2000 年時点では薬は高く使えなかった。診断も CD4 は途上国ではカウントできない。しかし、そういうなかでジェネリック薬を組み合わせる標準治療法を開発し、CD4 がカウントできなくても臨床症状で診断するようにしたわけです。こういうところから対策が進んでいきました。がんの分野でも超ハイレベルな技術をいきなり展開しようとしても無理ではないか、プライマリーヘルスケアで使えるようなレベルの技術にブレイクスルーがないとなかなかうまくいかないのではないのかと思います。ここの方面での専門家の役割はとっても大きいのです。

それから第二の課題はパラダイムです。グローバルヘルスにおけるパラダイムは、三つあるといわれています。一番目はやはり世界の健康安全を守るという、ヘルスセキュリティというパラダイム。二番目が貧困になると病気になる、病気になると貧困になる。こういう悪循環を断ち切るという開発面としてのグローバルヘルス。三番目が人権論としてのグローバルヘルス。この三つが存在し、それぞれにステークホルダーが違いますが、がんはどれにも当たるようで当たらないのです。健康危機管理という意味では、がんはエボラ出血熱のように感染してたくさんの方が死ぬわけではない。開発問題という面ではエイズで若い人が死んでしまうと国の生産力が落ちるが、がん患者の中核は中・高齢者。確かに人権問題という側面もあるが、他の病気も同じ。以上からがんには意外に説得力がなく、グローバルヘルスのなかで正面から取り上げられてこなかったのです。

しかし今回、アジア健康構想の話聞いていて二つの大きな政策論上のメリットがあると思いました。一つは産官学連携で進めようとしていること。二つ目は相互互恵です。お互いに協力しあうから相互互恵があります。これらは、これまで国際保健の三つのパラダイムにないものです。産官学連携や相互互恵によって世界の公益を創り、広めるというパラダイムができるとすれば、がんが最先端を走り、糖尿病あるいは脳卒中や心筋梗塞や心臓病など、他の NCDs にも展開し得るのではないのでしょうか。その意味でここに集まっている皆様が、がんに集中して、その道筋を立てていくことはとても重要なことだと考えます。来年、日本は G20 のホスト国でもあります。このテーマで研究あるいは関心をもつ方が構想に肉付けをするプラットフォームを作る好機ではないかという期待をもちました。

赤座座長: がんと感染症のパラダイムの違いの一つに、

感染症は隣の人、家族、他の人々に感染して命を脅かす。しかし、がんはそうではないため、がんに対する周囲の人の認識にかなり温度差があります。がんに対して認識を高めようとする恐らく、もう少し高次元の政策が必要だと感じています。先生のいわれるとおりだと思います。

平手共同座長: それでは厚生労働省厚生科学課課長の浅沼様をお願いしたいと思います。

浅沼一成: 今回は11年ぶりにUICCの先生方と再会することになり、またこのままきっと一緒にお仕事をさせていただくことを大変光栄に思っています。どうぞ宜しくお願い致します。

今日、お配りいただいている資料のなかに11年前の「UICC 日本国内委員会ニュースレター」³²⁾があります。そこにあるUICC-AROに主催していただいた南京での「日中互恵的戦略事業における文化的交流事業」では、がんをテーマにして南京に乗り込み、田島先生などに当時は大変お世話になりました。現場で一緒に何度もイベントなどをさせていただいたことが大変記憶に強く残っています。そういう経験が今回のアジア健康構想のなかで役立てられるならば、私もその場で頑張っていきたいと思っています。また、何かの機会で中国に何度も行くかもしれません。中国とは限らずアジアは大変広いし、先ほどの官民共同という位置付けもあります。いろいろな方のご意見も踏まえながら、何か形になるものを作っていければと、何か決意表明のようですが、具体的な話に入ったときには厚生労働省としても応援すべきところは応援していければと思っていますので、どうぞよろしく宜しくお願い致します。

平手共同座長: 各方面の方からいろいろ意見をを集めたいと思います。UICC 日本委員会名誉会員の北川先生よろしく宜しくお願い致します。

北川知行: 今、浅沼様よりお話がありました。私も大変懐かしいです。その「ニュースレター」にある「Nanjing Declaration」というものを当時作りました。「Declaration」の第一番目に、官民が一緒に行くことが非常に大事だということを真っ先に唱えました。今日この場にきていちばんうれしかったことはガバメントの方々、それから製薬会社の方々がたくさん来ていただいていること。そして皆様からグローバルレベルで何ができるかということを生懸命考えてくださっているというお話があって、大変感銘を受けました。新しい気運ができてきているという印象ですね。また、このご提案についても、薬を保存する、薬を配る、冷蔵庫を用意するといった具体的なシステム構築から考えられているところが、非常に実質的というか、そのところがとっても大事だと思

いました。それからもう一つ、「ニュースレター」に「世界対がん宣言」というものがあります。そこでは、各国にナショナルプロジェクトとしての対がんプロジェクトを作っていただく。そのためのサポート、働きかけが非常に重要だとされています。この会でもそういう観点からのディスカッションを是非していただきたいと思いました。

平手共同座長: UICC 日本委員会名誉会員の田島先生からお願い致します。

田島和雄: 現在、三重大大学の客員教授を務めています田島です。約12年間にわたって、北川先生と一緒に国際対がん連合の理事、およびアジア太平洋がん予防委員会の委員長なども務めました。主にアジア太平洋地域に特化したがん予防をどのように展開すべきか検討してきましたが、なかなか難しい問題があります。先ほど来、皆様指摘されていますが、経済格差のなかで最先端のがん医療をいかに普遍化していくか、これは本当に重要なグローバル問題だとわかりました。

平手共同座長: それでは次に民間からエーザイ株式会社執行役の赤名様お願い致します。

赤名正臣: 今日はありがとうございます。現代製薬会社の使命として二つのことを考えています。

一つはイノベーションです。満たされていない患者のニーズであるアンメット・メディカル・ニーズに対して新しい薬をだして患者に貢献していくということ。もう一つの大きな柱は患者の医薬品へのアクセスです。いかによ薬があっても患者にアクセスされない限り役に立ちませんので、このアクセスをどう考えるか。この二つを経営の柱としてわれわれは会社を運営しています。

患者のアクセス改善というところで、NTDsについてはリンパ系フィラリア症の治療薬を、世界保健機関のWHOにプライス0で、つまり無償提供しています。また、がんについてはアジアの方々はその所得の格差も大きいですし、健康保険の有無もありますので、患者の所得に応じたプライシングを実施しており、われわれは「ティアード・プライシング」と呼んでいますが、こういったことを通じて患者のアクセス向上に貢献しています。

これらの活動から考えますと、以下二点がこれからの大きな課題ではないかと考えています。

まず一つは患者の所得を調査するために、今は第三者機関を使っています。当然われわれでは患者の所得はわかりませんので、第三者機関に委託をして、その患者それぞれの収入のレベル、保険の償還をどれくらいされているか、どんな保険に入っているのかということ調査しています。これは費用と時間がかかりますが、こういうことを例えば複数の企業で行う、もしくは現地政府と

一緒にできれば時間と費用の両面で効率化できるのではないか。

第二点目の課題はキャパシティ・ビルディングです。地方においては未だに診断ケアができる医療従事者や病院が十分でないという状況がありますので、ここについては各政府と協調して行っていければと考えています。

平手共同座長: 次は厚生労働省健康局がん・疾病対策課長の佐々木様よりお願い致します。

佐々木昌弘: ポイントを二つに絞って申し上げます。

まず一つ目は行政または政府与党という立場からすると政策の基軸が必要になってきます。その意味ではUHCやアジア健康構想という軸があります。

これを受けポイントの二つ目はどうやっていくかです。先ほど中谷先生から、物事が広まらないのは、それがなぜ広まらないのか、どう広めていくのかをきちんと整理をしなければ広がるものではない。相手が受け取りやすいようにすることが大切であるとの趣旨のご指摘がありました。また、今日多くのスピーカーの方々が、それぞれの立場からのご指摘もありました。政策の基軸にどう肉付けしていくかを考えたときに、「なぜ」と「どう」をいかに分析していくのか、その深掘りをしないことには手戻りの多い作業になります。この10年、国内政策でかなり広げてきた部分ですが、これらの基軸が本当にアジアを中心とした国際戦略に耐えられるものなのかを深掘りする必要があります。特に先ほどご指摘いただいたように、今アジアはがん市場において注目されています。そのなかで日本が勝ち抜かなければいけない。そのミッションをどう国際協調のなかで国際競争に勝てる日本にしていくのかということが重要だと思います。

平手共同座長: 先ほど学会側からアジアの学会統合というお話がありましたが、政府のほうも政策面で日本の政策をアジアのほうへ広げていくという流れがハーモナイズしていくという感じだと理解させていただいてよろしいでしょうか。

佐々木昌弘: 恐らく現実的には、政府が先というよりは学会統合ですので、この分野はアカデミアが先行していく方が現実的な順番になると思います。その意味では同時並行ではありつつも、やはりアカデミアの世界が先に築かれていく。それが戦略として現実的だと思います。

平手共同座長: それではWHO神戸センターから上級顧問官の野崎様よりお願い致します。

野崎慎仁郎: アジアのなかでがんを考える、UHCとがんを考える、あるいはアジア健康構想への貢献という、そういう観点のなかで、WHOとしては先ほど中谷先生からお話がありました。しかし、がんに対してどのように進めていくのかは、まだまだはっきりしないところです。

全体的な方向性は少しずつこれからできていくのだろうと思います。また、今日集まった方々でワーキンググループなどの形で、これからの具体的な動きに繋がっていくのだろうと思います。そのようななか、トリガーとなれるかどうかわかりませんが、すでに起こっているアクションが二つありますのでご紹介したいと思います。

一つ目は、1月にWHO本部のNCDsの担当官に、UICCの先生方と厚生労働省ともお会いいただいたように、WHOのCancer Resolutionに対するreportとして日本の知見、日本の意見をしっかりと入れていくことが話し合われました。

二つ目は、アジアのがん医療の実態はどうなっているのかということについてです。現在、WHO神戸センターが研究班を組織し、研究プロトコルの準備をしているところです。

平手共同座長: それでは中外製薬株式会社上席執行役員河野様よりよろしくお願い致します。

河野圭志: 中外製薬株式会社はがんの薬を主力とする会社です。国内ではがん患者をサポートするような様々な活動をしています。弊社のビジネスモデルはアジアを含むほとんどの低中所得国に拠点をもたない形態ですので、今日話を伺っているいろいろ勉強させていただきましたが、どういったニーズがアジアの低中所得国にあるのかということが、まだわかってないというのが正直なところです。本日は大いに勉強させていただきましたが、今後ともいろいろ学ばせていただいて、そのなかでわれわれとして貢献できる場所を見つけられればと思います。

平手共同座長: それでは笹川平和財団ジェンダーイノベーション事業グループグループ長の小木曾様よりよろしくお願い致します。

小木曾麻里: 今日は、特に世界課題解決のためのファイナンスということで一言述べさせていただければということで、お声を掛けていただきました。

実は私は笹川平和財団の前は世界銀行に十数年いました。途上国のプロジェクトを主にやっていました。そのなかで日本の技術を使おうとすると、どうしても価格やファイナンス面が問題になってきます。このことにどう対処していけばよいのかということがいつもネックになるという状況をみてまいりました。

一方、国連などでもやはりSDGsを推進していくなかで、これまでのどおり一辺倒のファイナンスではなくて、新たなスキームを考えていかなければならないということが大きな話になっています。現在、いろいろ新しい手法というものが生まれています。ブレンデッド・ファイナンスといいまして官民連携のものや、「インパクト投

資」といって社会的課題に投資したいという方々、つまり寄付ではないが社会課題の解決に少しレートが低くても投資をしたいという動きも世界的に広がっています。また、アウトカム・ファイナンスという結果に応じてファイナンスするという新しい手法も広がってきています。笹川平和財団では高齢化の事業に取り組んできましたが、兄弟財団である日本財団とアウトカムベースのファイナンスといったものにも将来性があると考え、今、神戸市で糖尿病の予防について、このアウトカムベースのファイナンスである「ソーシャル・インパクト・ボンド」(SIB)³³⁾を導入しています。どういうものか具体的にいいますと、糖尿病を及ぼすハイリスクの方々に対して神戸市で投資家からお金を集めてNGOを雇います。そして、NGOの方々はそのハイリスクの方々の指導をしていただき、5年後、7年後にどれくらい発病率が減ったかの結果をだします。それで結果が非常によかった、つまり糖尿病の重症化が減ったということになれば、地方自治体としてコストが削減できたということになりますので、その後の支払いを自治体がします。しかし、もし目標が達成されなければ自治体は支払いません。投資家がこのようなお金を負担するスキームが世界的にもだんだん広がってきており、日本でも導入が始まっています。ファイナンス的なイノベーションでは、このように単にお金をだすだけではなく、投資家もデータをとれるというアウトカムベースで動かしていくという話もあります。こういったことで何かお役に立てることがあれば、お役に立ちたいと思っています。

平手共同座長: 医療サイドから浜松医科大学腫瘍病理学講座教授の梶村先生にお願いしたいと思います。今まで早期発見予防などのご指摘がありました。早く発見すると治る確率も上がりますし、終末期医療の費用の医療費もある意味では国全体で抑えられるところもあります。医療の現場を支えておられる先生のお立場で、もしよろしければ関連のコメントをいただければと思います。

梶村春彦: 病理の診断は意外に古い技術でありまして、いわば固定電話みたいなインフラとなっています。アジア諸国では今、病理診断のレベルを上げており、そのまま固定電話ではなく携帯電話に変わっていく可能性がある、そういう技術だと思っています。

それで、もう一つはインフラさえしっかりすれば使えるということ。遠隔医療とか遠隔診断だとかはもはやコモディティであり、例えば日本のなかでは平均的な県である静岡県では遠隔診断などは普通に使っています。したがって、インフラが整えばアジアでは時差がありませんから、南アジアでは十分使えるでしょう。

それから今まで話題になかった点ですが、この領域で人材が日本にどれくらい来ているのかということ。著明ながんセンターやがん研究会のようなところには、数十人規模でこの分野の留学生がいてもよいと日ごろから思っています。マサチューセッツ工科大学(MIT)のキャンパスには数百人の日本人がいるという状況下の中、例えば文科省における国費留学生は地方大学だと年に1人なのです。実際にはやはり100人単位で学生が大学にいないと、大きなシステムごとの繋がりができないのではないのでしょうか。政治家の方々がグラント(grant)などを考える規模であれば、安い投資ではないかと思っています。

平手共同座長: 武見先生どうぞ。

武見敬三: 大変勉強になりました。いろいろ伺い、それぞれのお立場からの立ち位置がみえてきました。私のほうからもう一度申し上げておきたいのは、やはりグローバルヘルスの大きなポリティカル・モメンタムの動きというものがあります。それをきちんと大局的にとらえた上で、この疾患別のアプローチとしてのがんが大きなUHC達成に向けて、いかに貢献し得るのかということ、いつもきちんと押さえていただくことが必要かと思っています。現実的にUHCについては、今年がアルマ・アタ宣言40周年ですから、10月にたいへん大きなプライマリーヘルスケアについての会議があります。それからちょうど4、5日前ですが、初めて世界銀行がUHCのファイナンス・ミニスターズ・ミーティングを開いて、そして特に今後、国レベルでいかに財務大臣と保健大臣を協力させるかという大きなテーマが浮上してきました。

また、今までの疾患別のアプローチというのは中谷先生もご指摘になったとおり、感染症を通じた疾患別のアプローチです。この感染症を通じた疾患別のアプローチをいかにUHCに結び付けるかというのが、今現在での課題であり問題意識になっています。

がんをNCDsの一つとして、優先課題として、いかにこうしたグローバルヘルスの意思決定の舞台のなかに乗せるか。そのためのポリティカル・モメンタムを日本という国を使って、どのように国際社会のなかで広めていくかというグラウンド・ストラテジーが実は同時に必要になります。実際にワーキンググループを作っていくときに、それを視野に入れて政策を作っていただけるとわれわれ応援団としては仕事がしやすくなるということを改めて申し上げておきたいと思っています。

この分野はすごく競争が激しいです。過去10年に比べて、これからの10年はこのヘルスにかかわる国際的な資金調達はずっと難しくなります。それだけにこれ

に勝ち抜くだけのしっかりとしたエビデンスと理論武装が求められるものですから、その点にかかわる政策の設計をぜひよろしくお願ひしたいと思います。

平手共同座長: JICA 人間開発部技術審議役の金井様よろしくお願ひ致します。

金井 要: JICA は 50 年以上にわたり途上国の支援をしている独立行政法人です。現在、世界 154 か国を支援しており、海外拠点 が 96 か所あります。保健・医療分野では無償資金協力で病院を建築・改修したり、医療機材を整備しています。日本のノウハウを国際社会にいかし、持続可能な社会を作るために活動を行っています。

先ほどからご指摘がありますように、途上国のなかには若年人口が国民の半分を占めるようなところもありますが、同時に高齢者も増えており、JICA としても感染症対策だけでなく、NCDs、非感染性疾患への対策も重要と認識しています。例えばエーザイ株式会社にはフィラリア対策の薬剤で長年ご協力していただいているように、多方面の企業と協力体制をとり、民間連携事業を通じ、途上国で活動したり、調査したいという民間企業の支援も行っています。JICA は感染症対策の分野に長年かかわってきたことから、同分野での人材育成を作ってきました。ただこれらの人的リソースを NCDs 分野で活用するためには、新たな訓練が必要になってきます。既存の保健システムを活用して今後どのように支援していくかは、われわれにとっても課題です。先ほどいきましたようにいろいろな国に医療資源を提供してきました。病院の整備や CT、MRI、血管造影機材などの画像診断用の機材の整備を行った国もあり、必要な訓練を行い、彼らが持続的に使える支援しています。これらの資源を活用することを通じ、さらに技術レベルが向上すれば JICA としても非常に好ましいです。われわれは持続可能な社会を目指しており、彼らに機材を提供して訓練を行った後、それをどう活用していくかという応用部分の指導をしていく協力も必要と感じています。

各国で活動する際には是非 JICA 事務所にも寄っていただき、意見交換をしていただけるとわれわれとしても大変有意義であると考えています。

平手共同座長: 次に三菱商事株式会社生活流通本部ヘルスケア部病院ソリューションチームの佐藤様よろしくお願ひ致します。

佐藤理恵: 三菱商事株式会社は従来、国内や中国において医療機器、医療材料の流通を中心に事業を展開してきましたが、昨今成長の著しく、かつ医療インフラの足りないアジアで、ぜひわれわれが培ったノウハウを展開したいということで、この 4 月にアジアヘルスケア事業開発室という新しい組織を立ち上げました。この組織で

は病院事業および医療機器、医療材料の流通を中心とした病院周辺事業の両輪で展開していきたいと考えています。具体的な例としては、ミャンマーにおいて現地のパートナーとの合弁により病院を運営する病院事業会社を昨今設立致しました。2021 年をめどにヤンゴンに第 1 号となる総合病院を開業する予定です。この病院では特にニーズの大きい診療科を中心に、センターオブエクセレンスという形で医療を提供していく予定です。そのなかでも、特にわれわれには日本が得意とする消化器分野などでの支援を期待されています。総合商社ですので、病院施設の整備や海外進出そのものは比較的得意な分野ですが、肝心のソフト（医療や看護の技術）の部分になりますと、われわれ単独ではどうにもならないということがあります。まさに官民協同で、こちらにお集まりのような製薬メーカー様、医療機器メーカー様、医療機関様とタイアップをさせていただいて、現地の医療機材の整備や現地の医師のトレーニングなどを通じて、がん医療の普及や早期発見などに貢献していきたいと思っています。

平手共同座長: 慶應義塾大学臨床遺伝学センター教授の増井先生よろしくお願ひ致します。

増井 徹: 私はこのプロジェクトのなかで、倫理担当という使命を与えられています。倫理（エシックス）というと、何かをしてはいけないということが頭に浮かぶ方が多いと思っています。しかし、実際にはエートスという言葉を考えればもっと喜びを増す、それからリサーチ・インテグリティという言葉にもかかわってきますが、インテグリティというものを増すということ、次の世代へというメッセージだと思っています。どこにピークを作るのかを考えるなかで、このエシックスという言葉を使って、あるいはその周りの概念を使って働けるところを作りたいと思います。

もう一つ、全然話がでなかったのですが、アジア健康構想を推進する際、中国の役割がどうかという点については私は非常に気になっています。中国は東欧にも資金をだして、一帯一路³⁴⁾の形で東南アジアにも影響力を増しています。そういう構図のなかで日本がどう貢献していくかということについて、議論をしなければならない時期がくるのだらうと思っています。

平手共同座長: それでは最初にプレゼンテーションをされた先生あるいは皆様のご意見を受けた形でご発言があればよろしくお願ひ致します。

中釜 齊: 課題と方向性がいろいろとみえてきたことは非常に重要だと思います。それから、様々なステークホルダーの方々が前向きにとらえて参加されていますが、方向性がまだ一つの焦点を結んでいません。ここで、も

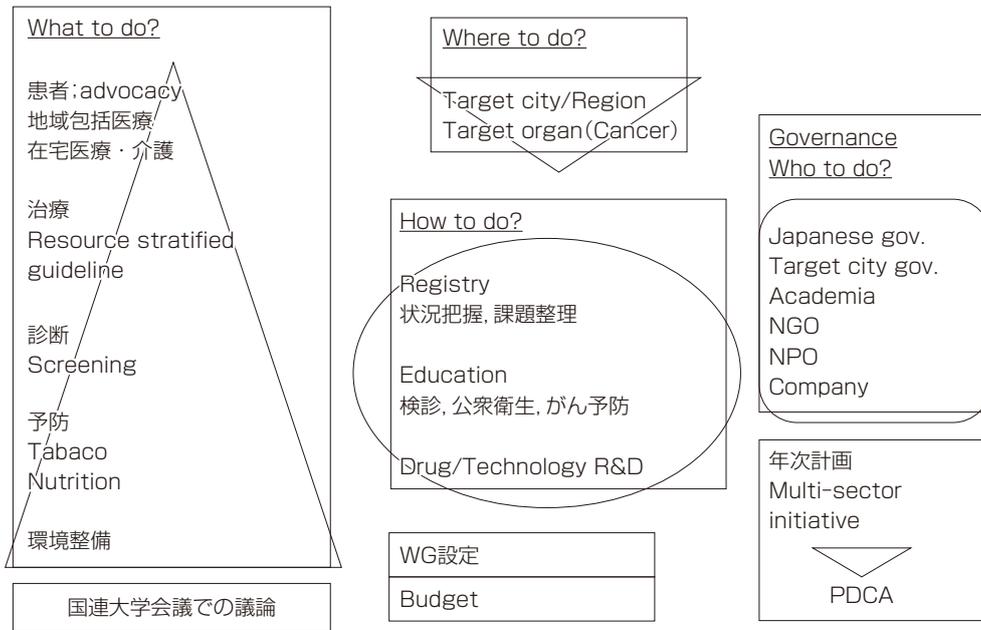


図 4 アジア健康構想とがん医療 (Akaza H, June 2018)

う一步進めて、一つでも焦点を結ぶことから始めていく。これをやらないといけない。全体のムードとしての応援はいくらでもできるけれども、焦点がみえなければそこから広がらないということを武見先生がいわれています。

焦点をどこに絞っていくかをワーキンググループでこれからやっていくことが必要であるし、直ちにそれをそれぞれのステークホルダーに戻して、どこに問題点があるか、あるいはやるべきことがあるかということこれからやりとりしていく。その交通整理役であり、旗振り役を赤座先生が務めていかれるのだろうと理解を致しました。

平手共同座長:やはり早期診断のできている国、例えば日本では治療の成功率も格段に高い。したがって、早い段階のステージで治療ができるために治療の費用も安いのです。それが発展途上国では診断が遅いために、結果的には治療の侵襲性が高く、高額なものばかりになっていて、生存率も低い。日本のよさをアジアにもっていくという意味では、早期診断あるいはその手前の予防という部分にフォーカスを当てると、がんにおいて日本のおかげでアジアはよくなったという意見がでるのかなと感じています。これは私のほうからの意見として述べさせていただきました。

河原ノリエ:私は JICA の活動でアジアのコミュニティのなかでのがん患者の様子をみてきましたが、がんを抱えてどのような終末期を向かえていくかを人の暮らしの営みという視点からとらえていくことが必要だろうと思っています。まさに Well-being という視点を大切にしていかななくてはいけません。また、そういう視点をがん医

療に組み込んでいくために、赤座先生と一緒に東京大学のなかで「アジアでがんを生き延びる」という学際研究の授業を 2011 年からやらせていただいています。そのなかで現在までに学際的な知見がかなり溜まってきています。また、UICC-ARO として昨年、中国の一带一路のがんの会議に招かれて参加致しましたが、がん領域においてもその世界観に則って中国は大きく動いています。先ほどの増井先生の発言のように、アジア健康構想を進める上でアジアの地政学的要素も踏まえて、このことは注視していかななくてはいけないと思います。ぜひ今後、この辺りも当会で繋いでいければと思っています。

III. ま と め

赤座座長:国連大学エリザベス・ホールでの本日の会議は UICC-ARO として、がん医療のアジアでの UHC の実現に向けて何ができるのかという課題についてでした。そして、具体的なターゲットとして、国のアジア健康構想に“がん”を組み入れるためのアプローチについて関連セクターの方々から有意義なご意見をいただきました。それぞれのセクターは従来個々に素晴らしい事業を行っていますが、それを合わせて皆様が一つの方向に向かったときには、さらに大きな潮流になると思います。最初に示させていただいたように、今回の議論を最初のステップとしてとらえ、さらに焦点を絞りつつ議論を進める必要性を実感しました。日本の医療の現場はもちろん、アカデミアでもグローバルヘルスとしての“がん医療”に関する認知度は未だ低いといえます。国がアジア健康構想を進めるなかで、ようやく“がん”をこの構想に取り入れることになった今日、日本のがん関連セク

出席者

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
田村 憲久	衆議院議員, WHO 議員連盟会長
瀧口 登志夫	キヤノンメディカルシステムズ株式会社 代表取締役社長
今村 定臣	日本医師会常任 理事
国土 典宏	国立国際医療研究センター 理事長
中谷 比呂樹	WHO (世界保健機関) 執行理事
浅沼 一成	厚生労働省厚生科学課 課長
北川 知行	UICC 日本委員会 名誉会員
吉田 和弘	日本癌治療学会 理事
田島 和雄	UICC 日本委員会 名誉会員
赤名 正臣	エーザイ株式会社 執行役コーポレートアフェアーズ担当 (兼) グローバルバリュー&アクセス担当
中釜 斉	UICC 日本委員会, 国立がん研究センター・日本癌学会 理事長
佐々木 昌弘	厚生労働省健康局 がん・疾病対策課 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
河野 圭志	中外製薬株式会社 上席執行役員
小木曾 麻里	笹川平和財団ジェンダーイノベーション事業グループ グループ長
金井 要	JICA 人間開発部技術審議役
梶村 春彦	浜松医科大学腫瘍病理学講座 教授
佐藤 理恵	三菱商事株式会社生活流通本部ヘルスケア部病院ソリューションチーム
増井 徹	慶應義塾大学臨床遺伝学センター 教授
平手 晴彦	共同座長/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
野田 哲生	UICC 日本委員会委員長, がん研究会研究所 所長
赤座 英之	座長/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/UICC-ARO, 東京大学 特任講師

ターが協調して、この課題に取り組むことの意義が本会議で共有されたと思います。UICC-ARO が微力ながら、課題の解決の牽引力になり、アジアのがんの UHC 実現に近づくことができれば幸いと存じます。

今後の展開

国連大学での議論をまとめると同時に、今後の展開を図 4 にまとめた。今回の議論で浮き彫りにされた課題について、どのような方法で、何を対象 (がん種) に、どのような規模 (地域) で実現を目指すのかを、さらに議論を進める必要がある。

文 献

- 1) UICC 日本委員会: http://www.jfcr.or.jp/UICC/uicc_japan/index.html
- 2) UICC-ARO: <http://uicc-aro.org/>
- 3) UHC: <https://www.jica.go.jp/aboutoda/sdgs/UHC.html>
- 4) ダボス会議: <https://www.weforum.org/>
- 5) SDGs: <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/index.html>
- 6) ワールドキャンサーデー: http://www.jfcr.or.jp/UICC/uicc_japan/cancer-education/program.html
- 7) Cancer Resolution: <http://www.who.int/cancer/media/news/cancer-prevention-resolution/en/>
- 8) WHO 神戸センター: http://www.who.int/kobe_centre/about/ja/
- 9) アフリカ開発会議 (TICAD): <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/ticad/index.html>
- 10) アジア健康構想: https://www.kantei.go.jp/jp/singi/sdgs/entakukaigi_dail/siryousu5-1.pdf
- 11) アジア製薬団体連携会議 (APAC): http://www.jpma.or.jp/event_media/about_media/180313.html
- 12) Access Accelerated: <https://accessaccelerated.org/>
- 13) C/Can25: <https://www.uicc.org/what-we-do/convening/ccan-2025-city-cancer-challenge>
- 14) 世界対がん宣言: <https://www.uicc.org/who-we-are/world-cancer-declaration>
- 15) APJCP: <http://journal.waocp.org/>
- 16) WHO 議連: <https://nk.jiho.jp/article/p-1226588993764>
- 17) 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>
- 18) Abe S: Japan's strategy for global health diplomacy: why it matters. *Lancet* **382**(9896): 915-916, 2013.
- 19) Abe S: Japan's vision for a peaceful and healthier world. *Lancet* **386**(10011): 2367-2369, 2015.
- 20) UHC フォーラム 2017: https://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/press4_005366.html
- 21) UHC 東京宣言: <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/000188255.html>
- 22) アジア太平洋国際保健国会議員フォーラム: <http://natsumi-smile.com/activity/3602>
- 23) 次世代医療基盤法: https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/jisedai_kiban/houritsu.html
- 24) ACTION Study Group, Kimman M, Jan S, Yip CH, *et al*: Catastrophic health expenditure and 12-month mortality associated with cancer in Southeast Asia: results from a longitudinal study in eight countries. *BMC Med* **13**:

- 190, 2015.
- 25) ACTION Study Group, Jan S, Kimman M, Peters SA, *et al*: Financial catastrophe, treatment discontinuation and death associated with surgically operable cancer in South-East Asia: Results from the ACTION Study. *Surgery* **157**(6): 971-982, 2015.
- 26) GICR: <http://gicr.iarc.fr/>
- 27) アジアコホート: <https://www.asiacohort.org/>
- 28) Asian National Cancer Centers Alliance (ANCCA): <https://www.ncc.go.jp/jp/information/update/2016/0927/index.html>
- 29) ICGC: <http://icgc.org/>
- 30) Asian Oncology Early Phase 1 Consortium: https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2017/1127/index.html
- 31) メディカル・エクセレンス・ジャパン (MEJ): <http://medical-excellence-japan.org/jp/mej/>
- 32) 南京会議 UICC 日本国内委員会ニューズレター: http://www.jfcr.or.jp/UICC/uicc_japan/newsletter/images/08.pdf
<https://www.nature.com/news/2007/071205/full/450772c.html>
- 33) ソーシャル・インパクト・ボンド (SIB): <http://www.meti.go.jp/press/2017/01/20180111001/20180111001.html>
- 34) Hu R, Liu R and Hu N: China's Belt and Road Initiative from a global health perspective. *Lancet Global Health* **5**(8): e752-e753, 2017.
-