























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を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)<sup>31)</sup>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ふ、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」<sup>32)</sup>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、何かの機会に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、皆様が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、まだわかってい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)<sup>33)</sup>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ですね。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らなかった点ですが、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。現実には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願いたいと思います。

**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い致します。

**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。先ほどいい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い致します。

**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い致します。

**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<sup>34)</sup>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い致します。

**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



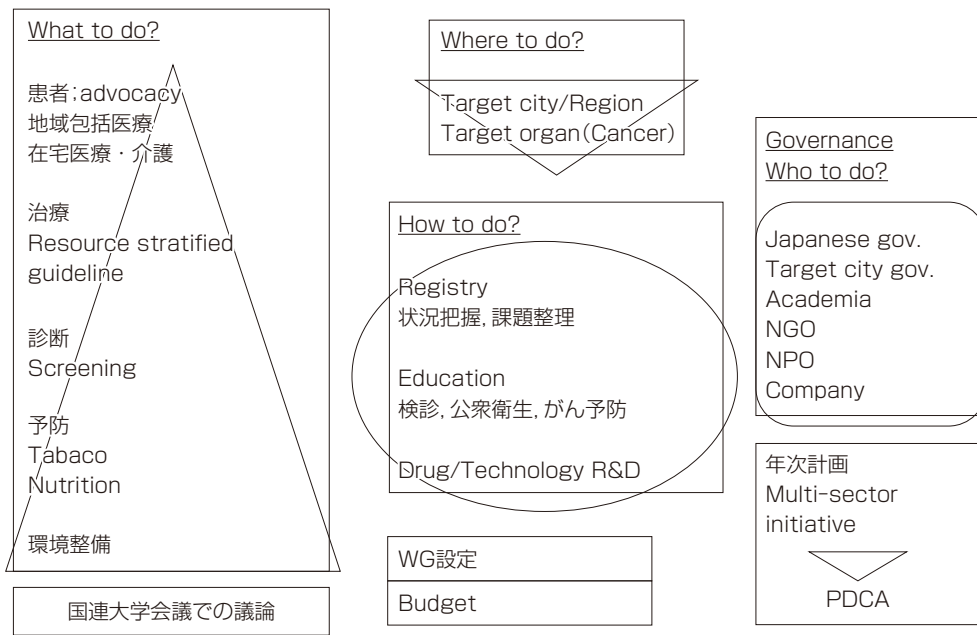


図 4 アジア健康構想とがん医療 (Akaza H, June 2018)

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す。

**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

- UICC 日本委員会: [http://www.jfcr.or.jp/UICC/uicc\\_japan/index.html](http://www.jfcr.or.jp/UICC/uicc_japan/index.html)
- UICC-ARO: <http://uicc-aro.org/>
- UHC: <https://www.jica.go.jp/aboutoda/sdgs/UHC.html>
- ダボス会議: <https://www.weforum.org/>
- SDGs: <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/index.html>
- ワールドキャンサーデー: [http://www.jfcr.or.jp/UICC/uicc\\_japan/cancer-education/program.html](http://www.jfcr.or.jp/UICC/uicc_japan/cancer-education/program.html)
- Cancer Resolution: <http://www.who.int/cancer/media/news/cancer-prevention-resolution/en/>
- WHO 神戸センター: [http://www.who.int/kobe\\_centre/about/ja/](http://www.who.int/kobe_centre/about/ja/)
- アフリカ開発会議 (TICAD): <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/ticad/index.html>
- アジア健康構想: [https://www.kantei.go.jp/jp/singi/sdgs/entakukaigi\\_dail/siryous-1.pdf](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/sdgs/entakukaigi_dail/siryous-1.pdf)
- アジア製薬団体連携会議 (APAC): [http://www.jpma.or.jp/event\\_media/about\\_media/180313.html](http://www.jpma.or.jp/event_media/about_media/180313.html)
- Access Accelerated: <https://accessaccelerated.org/>
- C/Can25: <https://www.uicc.org/what-we-do/convening/ccan-2025-city-cancer-challenge>
- 世界対がん宣言: <https://www.uicc.org/who-we-are/world-cancer-declaration>
- APJCP: <http://journal.waocp.org/>
- WHO 議連: <https://nk.jiho.jp/article/p-1226588993764>
- 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>
- Abe S: Japan's strategy for global health diplomacy: why it matters. *Lancet* **382**(9896): 915-916, 2013.
- Abe S: Japan's vision for a peaceful and healthier world. *Lancet* **386**(10011): 2367-2369, 2015.
- UHC フォーラム 2017: [https://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/press4\\_005366.html](https://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/press4_005366.html)
- UHC 東京宣言: <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/000188255.html>
- 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>
- 次世代医療基盤法: [https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/jisedai\\_kiban/houritsu.html](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/jisedai_kiban/houritsu.html)
- 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](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](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.
-