

■ Topics | トピックス

「製薬協メディアフォーラム」を開催

テーマは「グローバルヘルスにおける日本の貢献を探る」

2016年5月に開催されたG7伊勢志摩サミットにおいて「国際保健のためのG7伊勢志摩ビジョン」が宣言され、国際保健の枠組み強化、公衆衛生危機への備えの強化およびそのための研究開発の推進、薬剤耐性 (AMR) 対策の強化といった国際保健課題に優先度を上げて取り組むことが求められています。2016年9月7日、製薬協メディアフォーラムにおいて、独立行政法人国際協力機構国際協力専門員の杉下智彦氏が「グローバル社会から日本への期待 -SDGs時代を迎えて-」、製薬協国際委員会の佐々木小夜子副委員長が「国際保健分野における日本の取り組みと企業の貢献」をテーマに各々講演しました。講演の概要は以下の通りです。



講演の様子

杉下智彦氏は、1995年にマラウイ共和国に青年海外協力隊員として派遣され、外科医師として活動して以降、アフリカ大陸を主要な活動地とし、2006年以降は独立行政法人国際協力機構の国際協力専門員として数多くの保健分野のプロジェクトに携わってきました。冒頭、「医療の高度化・先進化に伴って医師が専門性を高めた結果、医師が社会から切り離されていること」、「医が仁術から算術になり下がってしまったこと」に大きな懸念を抱いていると述べ、医療関係者が、地域の道德規範のリーダー、社会変革の牽引役としての役割を果たしてきた伝統が失われつつあることに危機感を覚えている旨の発言の後、アフリカの声をみなさんに届けたいとの思いを述べ、以下の講演を行いました。

「グローバル社会から日本への期待 - SDGs時代を迎えて -」

独立行政法人 国際協力機構 国際協力専門員 杉下 智彦 氏



1. アフリカにおける課題意識

8月27日～28日に第6回アフリカ開発会議(TICAD VI)が、アフリカ初の開催地となるケニアの首都ナイロビにおいて開催されました。会議では、アフリカにおけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の実現等に向け、アフリカ諸国が具体的な国家戦略を策定する際に参考となるフレームワーク「UHC in Africa」を、世界銀行および世界保健機構(WHO)、グローバルファンド、アフリカ開発銀行と日本の共同で公表しました。今、日本からアフリカへの貢献には、政府開発援助(ODA)をはじめとする国際協調の枠組みのみならず、市場メカニズムを用いた貢献が求められています。

アフリカへの貢献を考えるうえで最も大切なのは当事者意識です。南アフリカ共和国の報道写真家であった故ケビン・カーター氏は、スーダンで撮影した「ハゲワシと少女」という写真によりピューリッツァー賞を受賞しましたが、この写真が発表された後、「なぜこの写真家は子供を助けなかったのか」との社会的な論争が起こり、1カ月後に自殺しました。ハゲワシは実際には子供を狙っていたわけではなく、国連の食糧配給センターに投下されていた食糧を狙っていたのですが、カーター氏は、母親がその食糧を手に入れようと一時的に子供を地面に置いた偶然の構図でこの写真を撮影したのです。このエピソードからもわかるように、においも温度もないものではアフリカの実情は伝わりません。その意味において、今回のTICADはアフリカで開催されたことが最も良かった点といえます。多くの日本人が初めて現地に行き、当事者として現地の事情に触れたので、大変歓迎されました。

私自身は最初、青年海外協力隊員としてマラウイのゾンバ中央病院に勤務し、マラウイ大学医学部の初代教授となったフィリピン人の医師に師事して学びました。当時のマラウイはHIV感染のピークにあり、勤務していたゾンバという町では成人のHIV罹患率が39%に達していました。1995年に病院前で撮影した写真に写っている同僚たちのほとんどはHIVで亡くなりました。なお、現地の村に行くと、伝統医療が彼らの多様な宇宙論と一緒にあって積極的に行われていることがわかり、彼らの社会システムの中で、医療をいかに継続的・自立発展的なものにできるのかを思案していました。

2. MDGsの進捗、SDGsの課題

8つのミレニアム開発目標(Millennium Development Goals、MDGs)のうち3つが保健分野における目標でした。小児死亡率、妊産婦死亡については、サブサハラアフリカを含む世界全域で目覚ましい改善が見られましたが、都市部と農村部の間での健康格差が課題になっています。

HIVをはじめとする感染症に関してはこの15年で状況は劇的に改善しました。現在でも3000万人近い人々が毎年HIVに新たに感染していますが、そのうち7割程度は抗HIV薬にアクセスが可能であり、多くの人々はくすりを飲みながら普通に仕事を生活を送っています。またマラリアも、さまざまな改善・対策が進みつつあり、罹患率・死亡率ともに大きく下がりました。ただ一方で、結核については新たな課題となっています。途上国における治療率が85%程度で横ばいになってきています。また薬剤耐性の結核が増えてきていることもあり、先進国での治療率は途上国のそれを下回っています。今や結核にどう取り組むのかは、途上国のみならず先進国も含めて大きな課題になっています。

こうした取り組みを支える保健予算も、この15年間で増えてきました。そして今、われわれはユニバーサル・ヘルス・カバレッジ—自分たちが支払可能な形で、質の高い医療を全員が受けられるシステムを構築する—という高い目標をもって行動しており、これが持続可能な開発目標(Sustainable Development Goals、SDGs)の1つのゴールとなりました。アフリカ連合各国が国家予算の15%以上を保健分野に割り当てるとする「アブジャ宣言」に調印したにもかかわらず、実際には多くの国々で保健分野での政府支出が2～5%にとどまっており、それが高額な自己負担へと跳ね返った結果、必要とされる医療にアクセスできない現状があります。実際、予算の15%以上を保健分野に支出しているアフリカの国は4カ国しかありません。

TICADでも多くの国家元首が保健分野への国家予算支出の重要性を訴えており、特にケニアは大統領がグローバルファンドへの5億円の拠出を宣言し、相互に国際保健システムにおける予算を拠出する動きも始まっています。

ケニアにおける調査(図1)を見てもわかるように、本当に医療が必要な貧しい人が医療サービスを受けられていないとい

う現実があります。どうやったら本当に必要とされる人々に良質の医療サービスが届くのか、という「公正性」の確保を真剣に考えていくべき時代になっているのです。また、政府のコミットメントはやはり重要で、日本、アメリカ、ヨーロッパのように保健分野に国家予算を投入することによって、自己負担を低減し、労働人口の健康を確保することなしには、今後アフリカの国々にあっても持続的な経済成長は実現できないことがわかっています(図2)。さらに、保健分野における開発援助総額は2013年をピークに減少に向かっており、JICAの保健分野のプロジェクトも減少してきている情勢を鑑みると、現時点で経済成長の恩恵に浴しているアフリカ諸国自身の保健分野への投資がいつそう加速されることが重要だと考えています。

図1 Economic Status and Health Services

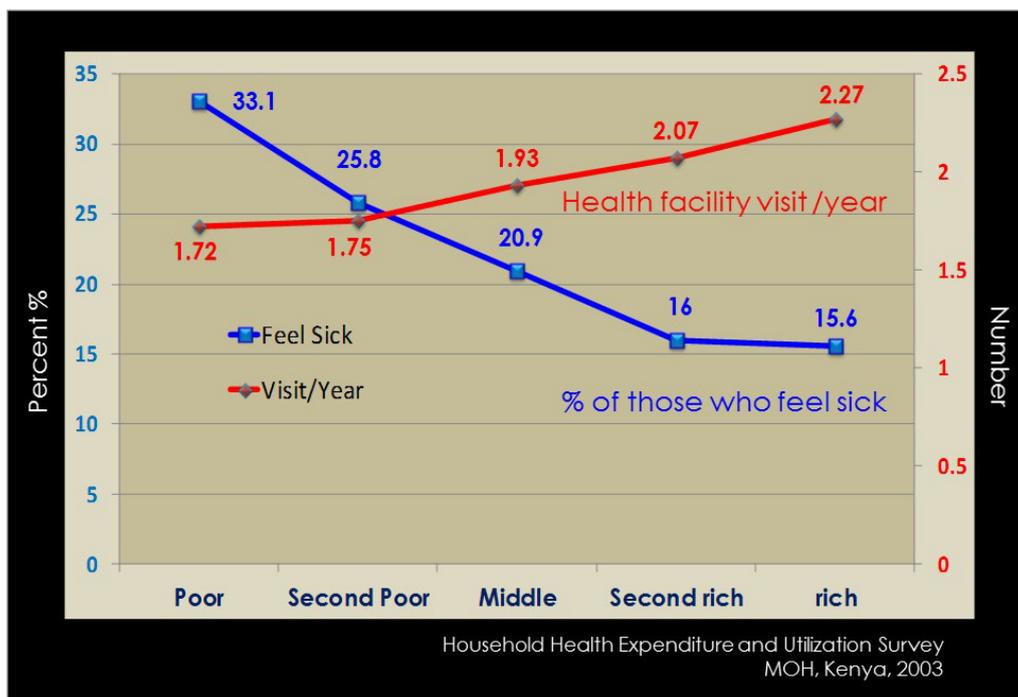
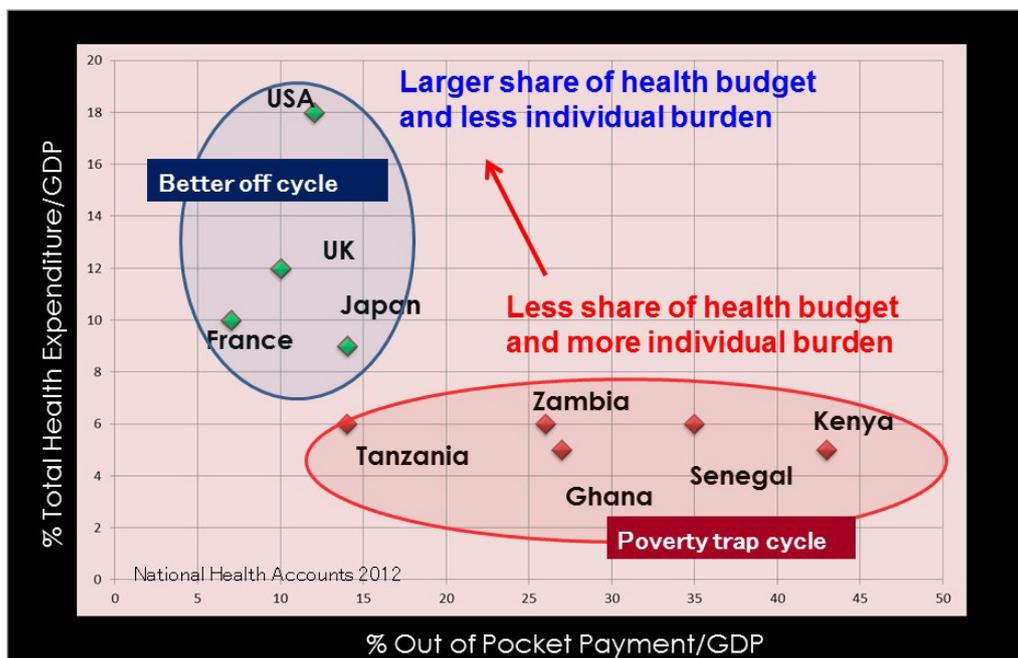


図2 Government Commitment



3.疾患構造の変化

途上国においても子供が少なくなって高齢化が進むなかで、慢性疾患が増えています。心疾患や脳血管障害、悪性新生物、精神障害などが増えているのです。現時点では、アフリカの標準的な病院は感染症や母子保健にしか対応できないシステムになっています。そのため、いかに病院システムを作り変えるのか、慢性疾患に対応できる医師・看護師をどうすれば育成できるのか、さらには高血圧やがんに対応する薬剤をいかに途上国に適応させ、地方部にまで行き渡らせることができるのか、といった新しい課題が生じており、アフリカ各国の元首も疾病構造の変化に対して非常に敏感になっています。今回のTICADでも、多くのアフリカ諸国の元首が日本政府、日本の製薬会社に対して一緒に非感染性疾患(Non-Communicable Diseases、NCDs)対策を進めてほしいという声を上げていました。

今の時代は、人口構造が変わり、疾病構造が変わり、経済構造が変わる中で、「どうすればより持続可能でより良質な医療サービスが展開できるのか」、「どうすればリスクを予見し、さらにはリスクが発生した際にシステムがそれを学習し、次に備えられるのか」といった、いかに強靱で柔軟な保健システムを構築できうるのかが問われています。これには、ODAをはじめとする政府開発予算のみでは限界があります。民間の力、市民の力、それぞれが持ち味を活かしてシステムを作っていく時代になってきているのです。

4.SDGs時代の新しい解決策

昨年、国際協力団体のOXFAMが「世界の62人の大富豪と36億人の所得が同じであった」とセンセーショナルに訴えました。こうした格差社会の中で、いかに富を地球の未来のために投資できるのか、私たちがSDGsを考えるうえで、惑星意識(Planetary Consciousness)が求められています。グローバルからプラネットの時代になっているのです。地球がどうすれば持続可能な形になるのか、健康問題、環境問題、さまざまな社会課題をそうした視点で、全体的・包括的に考えていかねばならないのです。

こうした動きの基調となっているのが、2013年にランセットで発表された「Global Health 2035」という有名な論文です。アメリカの財務長官やハーバード大学の学長を務めたローレンス・サマーズが著したのですが、「アフリカをはじめとする途上国・新興国において、健康の増進によって個人の労働期間が長くなり生産性の向上が認められていることを鑑みて、さらに人口ボーナスの恩恵を高めるには、健康に再投資し、労働人口を健康にすることによって国の経済発展に寄与する」ばかりか、「2035年にはODAは必要なくなる」と予見しています。これからは、過保護的な援助による依存体質を作ってしまうのではなく、関税・技術革新・知的財産権といった、市場における問題点を国際社会として是正していくことによって、途上国が安定的に保健に投資を行い、さらなる成長を遂げるようなサイクルを作っていく必要があるのです。

今日本に求められているのは、NCD増加に対応できる薬剤の供給メカニズムの構築、国際公共財を目指した研究開発とそれを可能にする資金供与システムの構築、疾病構造の変化に対応できる病院機能改革、政府・非政府・民間の枠を超えた対話の推進、市場メカニズムを応用した新しいビジネスモデルです。本当に途上国の人々をパートナー・仲間としてともにやっていくこと、お付き合いではなく、向き合って、相互に利益・学びを得られる関係性にすることが求められています。

「Think globally, act locally」(地球規模で物事を考え、地域で活動しなさい)とよく言われますが、私は反対だと思っています。「Think locally, act globally」現場で考え、国際社会・地球に向かって良い仕事をしてほしいと願っています。

「国際保健分野における日本の取り組みと企業の貢献」

製薬協 国際委員会 グローバルヘルス部会 副委員長 佐々木 小夜子氏

1.国際保健分野における国際的なイニシアチブ

感染症対策は日本のリーダーシップで始まったといっても過言ではありません。1997年デンバーサミットで橋本イニシアチブが立ち上がりました。その後、日本が議長国を務めた2000年九州・沖縄サミットにて、サミット史上初めて開発途上国の感染症問題を主要議題として取り上げ、沖縄感染症対策イニシアチブとして、5年間で30億ドルの貢献をしていくことが発表されました。こうした感染症分野における日本の



リーダーシップがその後の地球規模の取り組みにつながり、2002年のグローバルファンド設立に至りました。

官民連携も最近では活発になり、2012年には顧みられない熱帯病 (Neglected Tropical Diseases、NTDs) 10疾患を2020年までに制圧するための過去最大の国際的官民パートナーシップとして「ロンドン宣言」が採択されました。さらに2013年には、途上国における感染症に対する新薬開発に資する基金として世界初の官民パートナーシップである公益財団法人グローバルヘルス技術振興基金 (Global Health Innovative Technology Fund、GHIT Fund) が設立されました。そして本年、伊勢志摩サミットが開催され、ここでも「国際保健のためのG7伊勢志摩ビジョン」が発表されました。これらの礎になったのがやはり橋本イニシアチブであり、日本がリーダーシップをとってきた分野であるといえます。

伊勢志摩サミットは、2030年までの国連の新たな開発目標である持続可能な開発目標 (SDGs) が採択されてから初めてのサミットでしたが、その中で「国際保健のためのG7伊勢志摩ビジョン」が発信され、SDGs達成を見据えた政治的・具体的コミットメントがされたことは大きな成果であったといえます。

同ビジョンの4つの柱は以下のとおりです。

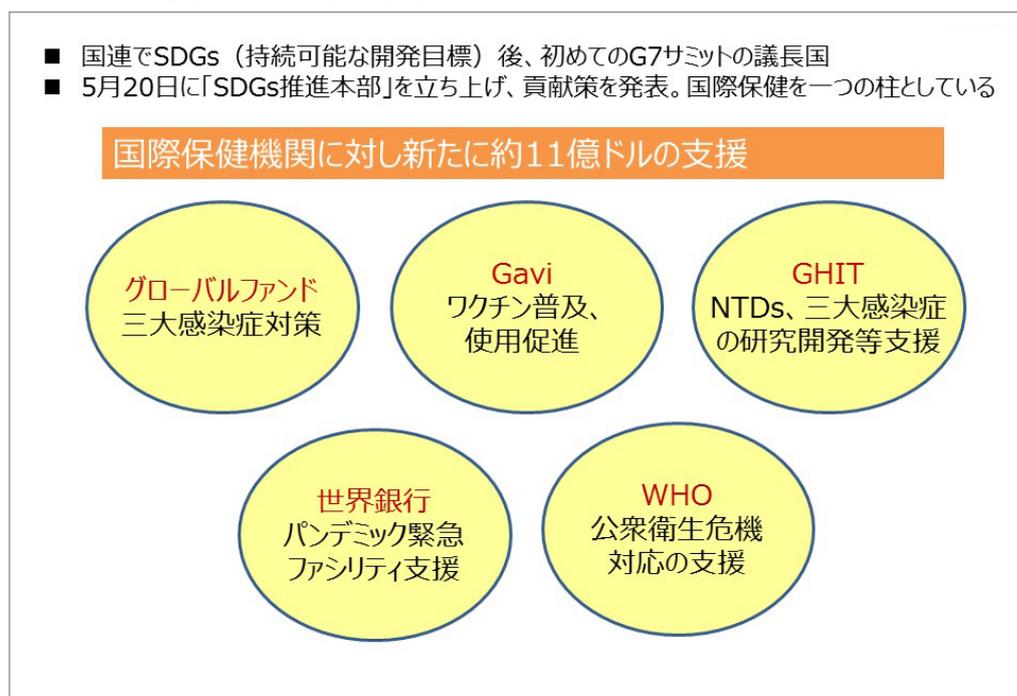
- (1) 公衆衛生上の緊急事態への対応強化のための国際保健の枠組みの強化
- (2) 強固な保健システムと公衆衛生危機へのより良い備えを有したユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) の達成
- (3) 薬剤耐性 (AMR) 対策の強化
- (4) 研究開発とイノベーション

このビジョンに掲げられた具体的な方向・政策がG7各国や多くのステークホルダーの協力・協働により実行されていくことが重要であり、それが達成されたときに初めてSDGsが達成できるものと考えています。

2. 国際保健分野 (感染症) における日本の取り組み

日本政府は伊勢志摩サミットの直前に、**図3**に示した国際保健機関に対して新たに約11億ドルの支援を表明しました。日本が国際社会へ示す力強いメッセージであったと思います。そして、塩崎恭久厚生労働大臣肝煎りのAMR対策が進められています。日本では、WHOのAMRグローバル・アクションプランに基づき、本年4月にAMRアクションプランが発表されました。

図3 国際保健分野における日本の貢献



薬剤耐性菌は、今対策を行わなければ2050年には1年間に1000万人がこれにより死亡するとの予測が報告されており、極めて喫緊の課題であると認識されています。ヒトだけではなく動物や農作物に対する抗菌剤の適正な使用が求められ、関係省庁・関係機関が他分野にわたるため、ワンヘルス・アプローチの戦略が重要と考えられています。高度な技術を有する日本がこの分野で行える貢献を考えるため、途上国の感染症対策に係る官民連携会議が立ち上がり、この中には製薬協からも国際委員会幹事、ならびに研究開発委員会副委員長が構成員として参画しています。

一方で、途上国の薬事規制の調和やレベルアップがグローバルヘルス向上のための基盤づくりにおいて極めて重要な課題です。独立行政法人医薬品医療機器総合機構(Pharmaceuticals and Medical Devices Agency、PMDA)がアジアを中心とした規制当局者の能力向上を目指してトレーニングセンターを設立したのは画期的な取り組みであり、ここに大いに期待しています。われわれとしても引き続きPMDAと連携・協力していきたいと考えています。

3.製薬協および会員会社の貢献

製薬協は、「製薬協 産業ビジョン2025」の中で「グローバルヘルスに対する使命と貢献」を掲げ、グローバルヘルスにおいて非常に重要な研究開発、医薬品アクセス、あるいは人材育成といった部分で会員会社各社が取り組んでいくことを目指しています。

途上国では経済発展とともに高齢化も加速的に進んでおり、特に中所得国において高齢化が加速的に進展していくことが予見されています。これに伴い、先ほどの杉下先生の講演にもあったとおり、疾患構造が変化しています。途上国では、感染症やNTDsがいまだに重要な課題であります。加えてNCDsが死亡原因の上位になっており、この傾向は2030年に向けてさらに拡大していくと想定されています。主に先進国において発売している医薬品のニーズが中所得国においても高まっており、これらをかかへるのか問われる時代になっているといえます。

新興国市場における日本企業の売上高シェアを見ると、2014年のデータでは全体の3%程度にとどまっており、欧米企業に比して進出が遅れている状況にあります。その中でもさまざまな方法で途上国におけるアクセス拡大に向けた取り組みを行っている日本企業が増えてきています。4A(Availability, Affordability, Adoption, Architecture)といった幅広い課題を解決する取り組みをしなければ、途上国における医薬品のアクセスは向上してこないため、これらの取り組みを進めています。

まず製薬協としては、革新的な医薬品をアジアの人々に速やかに届けるとのミッションを掲げ、アジア製薬団体連携会議(APAC)を実施し、各国における課題の共有化や、当該国政府を含むステークホルダーへの提言を行っています。また、各社が得意とする対象疾患や、相手国の状況に応じて先ほどの4Aの取り組みを少しずつ始めています。

特に感染症分野においては、2014年時点で、NTDs／三大感染症治療薬の開発プロジェクト全体の19%に製薬協会会員会社が携わっており、2013年にGHITが設立されてから2014年までに増加したプロジェクト数24のうち7つには日系会員会社が貢献しており、GHITの設立が感染症分野における開発の取り組みに貢献しています。日本企業を含む製薬企業のグローバルヘルスへの貢献は拡大しているのです。

本年、伊勢志摩サミットで発表された「国際保健のためのG7伊勢志摩ビジョン」において国際保健に対するコミットメントがなされましたが、製薬協の立場で、具体的な貢献の方向性を示すべく、G7保健大臣会合(2016年9月11日～12日に神戸にて開催)に向けて、提言書を提出しました。(1)感染症疾患に対する研究開発の促進、(2)感染症対策における医薬品提供にあたっての課題解決の2点について、具体的に以下の内容を提言しました。

【提言1】市場性や予見性が低い感染症疾患に対する治療薬／ワクチン／診断薬の研究開発の促進

国際共通臨床評価ガイドラインの策定や国際薬事規制調和の推進等による研究開発の促進・効率化、G7各国における「push型」および「pull型」インセンティブの導入、ならびに国際的な産官学連携による開発優先順位付けや新薬開発コンソーシアムの形成等を推進する。

【提言2】感染症対策における医薬品提供にあたっての課題解決

(1)「パンデミック」における医薬品供給の仕組みの整備

G7各国は、公衆衛生上の緊急事態において、承認前医薬品供給時の責任範囲明確化、医薬品の供給能力・財務負担への考慮等、貢献を志向する製薬企業に過度な負担とならないよう検討する。

(2)国際的な取組による「AMR問題」の克服

G7各国は、抗微生物薬適正使用の実現に向けて、耐性菌サーベイランスシステムの構築や、治療効果および疫学的なアウトカムを指標にした評価を導入するとともに、多剤耐性菌治療薬の適正使用促進に対するインセンティブモデルを検討する。

(3) 「NTDs制圧」に向けた包括的な取組の推進

製薬企業が提供している薬剤が必要な人々に確実に届けられるよう、WHO、G7各国政府、国際機関、製薬企業が蔓延国と連携して制圧活動を支援する。また、グローバルファンドの活用によりNTDs制圧に向けた資金基盤を強化する。

終わりに

「製薬協 産業ビジョン2025」で掲げたグローバルヘルスへの貢献は、製薬産業のみで達成できるものではなく、またこれまでのやり方が通用しない領域であると考えています。よりいっそう産学官のパートナーシップを強化し、セクターの垣根を超えた新たなビジネスモデルの構築に挑戦しなければ、実現しえないものであると認識しています。われわれはこれを達成し、SDGs実現の一助となれるよう邁進していきたいと思えます。

(広報委員会 政策PR部会 井本 大介)