

世界の 小児がんの 現状

State of
Pediatric
Cancer
2023



Japan Heart

目の前のひとりの生まれてきて良かったを、
日本の医療から

「80%」の患者を見捨てない

特定非営利活動法人ジャパンハート | 世界の小児がんの現状2023

先進国で使われる小児がん治療の技術が、途上国では使えない現状があります。



いまや、小児がんの患者の80%以上は、低・中所得国（開発途上国と中進国）で発生しています。この「80%」の患者は、私たちが先進国で使っている治療法や医薬品が手に届かないために、その70%以上が亡くなっているのです。

では、実際にどのような医療格差が命の格差、サバイバルギャップにつながっているのでしょうか。また、何を改善することが、救える命を確実に救うことにつながるのでしょうか。

2018年からカンボジアで小児がんの治療に当たってきたジャパンハートは、国際小児がんデーに合わせて、世界における小児がん治療の課題を改めて洗い出し、さらなる取り組みを進めるための道標にしたいと考えています。

世界の 小児がんの 現状 2023



目次

- 1 世界の
小児がんの
現状
- 2 何が
不足して
いるのか
- 3 世界に
おける
取り組み
- 4 ジャパンハートの
取り組み

84.9%

新たに小児がんを発症する
患者のうち
低・中所得国に住んでいる割合

世界の小児がんの現状

がんによる死亡率は、その国の経済状態に大きく左右されることが分かっています。特に、早期の発見・治療がしやすいがんほど、国の経済状態や人間開発指数による格差が大きくなる傾向があります。* 小児がんも、その例にもれません。

世界保健機構（WHO）は、高所得国では小児がん患者の80%が寛解を迎える一方、低・中所得国では寛解する患者は30%に満たないと指摘しています。

高所得国でも、例えばアメリカやイギリスでは5年生存率は85%に近づくなど、小児がんはより「治る」病気となってきています。WHOは各国の状況を比較する中で、「先進国で生存率が大きく上昇していると同時に、高所得国の知見に基づいて治療の質を向上させた国ではさらに劇的な改善を見せている（エストニアでは1970年代に24%だった生存率が2000年代には73%となるなど）」と指摘しています。**

国際がん研究機構（IARC）によると、2020年にあらたに発生したと推定される小児がん（0歳～15歳未満に発生したがん）のうち、先進国（高所得国）で発生したものは全体の15.1%、低・中所得国で発生したものが84.9%となっています。

小児がん患者の総数に占める開発途上国の子どもの割合は今後も増え続けることは確実です。小児がんにおける先進国と途上国のサバイバルギャップ（生存率の格差）を踏まえ、先進国における小児がんの標準治療を途上国でも利用できるようにしない限り、小児がんによる死者は増え続けることとなります。

では、何が開発途上国の子どもたちの小児がん治療の障害となっているのでしょうか。

*Isabelle Soerjomataram et al. "Cancer survival in Africa, central and south America, and Asia (SURVCAN-3): a population-based benchmarking study in 32 countries" The Lancet Oncology VOLUME 24, ISSUE 1, JANUARY 2023

**World Health Organization "CureAll Framework: WHO Global Initiative for Childhood Cancer", 2021

49%

アジア圏*において、
診断を受けていない
小児がん患者の割合**

*東南アジア・南アジア・南中央アジアを含む地域

何が不足しているのか

小児がんに限らず、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）、「すべての人が、負担可能な金額で、必要な医療・介護・リハビリなどを受けられる状態」を実現することが、医療の格差をなくすための第一歩です。実現には以下の3つの条件があります。

1：医療そのものへのアクセス

近くに通える医療機関があり、そこで知識を持った医療従事者に、適切な医療機材や医薬品を使って十分な治療などをしてもらえる環境は、UHC実現の大前提となります。しかし、特に小児がんにおいては感染症などと比べてもこの環境が整っていません。

アジアにおいては、小児がん患者の半数近い約49%が診断を受けていないと見積もられています。 **

その原因として、医師や検査技師、設備などの不足が挙げられます。たとえば、日本では2014年時点で人口1,000人あたり2.3人の医師がおり、さらに増え続けていますが（2017年には2.5人）、カンボジアでは2014年時点で同じく人口1,000人あたり医師は0.2人しかいません。人口1,000人あたりの一般病床数は、2016年に日本では13.1床あったのに対し、カンボジアでは0.9床しかありませんでした。 ***

また、WHOによると、低所得国のうち、自国内で小児がんの治療に必要な薬が一般向けに流通していると答えた国は29%にとどまっています（高所得国では96%）。 ****

ミャンマーのように抗がん剤の使用を公的な病院のみに制限している国もあり、小児がん治療へのアクセスそのものがまだ限られているのが、多くの開発途上国の現状です。

**Zachary J Ward et al. "Estimating the total incidence of global childhood cancer: a simulation-based analysis", The Lancet Oncology VOLUME 20, ISSUE 4, APRIL 2019

*** 世界銀行調べ

**** World Health Organization "Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey", 2020

1370万

2020年～2050年の間に
新たに発症すると推定される
小児がん患者の数

2：医療費を支払い可能にする仕組み

たとえ医療機関が身近にあっても、医療費が高額であれば利用することができません。小児がんのように高い費用がかかる病気については、たとえ先進国であっても費用面の負担に関する余裕の有無が生存率に影響が出るとわかっています。

私的保険が広く普及しているアメリカでは、低所得者向けの公的保険（メディケイド）を利用している家庭の子どもと比べて、私的保険を利用している家庭の子どものほうが5年生存率が高く、たとえば悪性骨肉腫・軟部肉腫の5年生存率が前者は61%、後者は71%と、10%の差があります。*

医療へのアクセスが十分に保証され、社会保障制度も整備されている先進国ですらこれだけの格差があるのですから、社会保障制度の整備がいきわたらず、経済水準もより低い国では、経済格差は命の格差に直接結びつくことは想像に難くありません。例えば、私たちが運営しているカンボジアの病院（ジャパンハートこども医療センター）では、現在、ひとりの小児がん患者の治療におよそ80～100万円がかかっています。同国の平均年収は1,625ドル（約22万円。2021年、世界銀行調べ）ですから、標準的な小児がんの治療は同国の一般的な家庭ではとても賄いきれないのは明白です。

全世界でみると、WHOは世界で毎年1億人が、医療費を支払うために絶対的貧困に陥っていると推測しています。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを経済面から実現する社会保障制度の整備を進めていくと同時に、今治療が必要な子どもたちのために、無償もしくは低額での治療の提供を行っていく必要があります。

*Neela L. Penumarthy et al., “Insurance impacts survival for children, adolescents, and young adults with bone and soft tissue sarcomas”: Cancer Medicine, Volume 9, Issue 3, January 2020

25人

カンボジアにおいて
クメール・ルージュの虐殺を
生き残った医師の数*

3：「病院に行く」という文化

コンサルタント企業のエデルマンは、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の国際的な拡大とワクチン接種を通じて、「政府への信頼が感染への拡大を低く止め、ワクチン接種率を高める」という研究結果を踏まえた上で、パンデミックによって多くの国で医療システムに対する信頼が失われたとの調査結果を報告しています。この調査では、医療システムに対する信頼が低い人ほど、定期検診に代表される疾病の予防に取り組まない傾向があることや、「国の保健機関よりもかかりつけ医、医師よりも家族や友人」といった身内のアドバイスを参考にしがちだともしています。**

これらの調査は直近の感染症に関するものですが、より頻度が低く、専門家が身近にいることが少ない小児がんのような難病では、政府や医療従事者、医療機関を信頼し、通院するという文化がより一層早期発見・治療に欠かせません。

たとえば、私たちが活動を行う国の一つ、カンボジアでは、ポル・ポト政権時代の虐殺と社会機能の破壊が「病院に行く文化」の浸透を大きく妨げてきました。独裁政権下で医療機関は破壊され、医療従事者も相次いで虐殺された結果、一般市民は専門的な教育を受けたことのない自称医師による付け焼き刃の知識に基づく治療を受ける他の選択肢はなく、独裁が終わった後、適切な教育を受けた医師は全国で25人しか残されていなかったと言われています。*

ヘン・サムリン政権下で内戦が続いた1980年代の医療体制再構築は国際的な支援がない中で実施され、91年のパリ和平協定以降の医療支援も当初は非政府組織が中心となって行われました。このことは、医療支援の対象地域や内容が偏在することにつながり、国全体への医療アクセスの整備は1998年の第二次総選挙によるフン・セン政権の成立を待たなければなりませんでした。

こうした背景を持つカンボジアでは、「病院に行く」という文化が十分に浸透していないのが実情です。小児がん治療はもちろん、あらゆる医療技術の活用のために、エデルマンの調査が指摘したような「政府や医療従事者への信頼」を再構築することが極めて重要となります。

* Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies, “The Kingdom of Cambodia Health System Review” Health Systems in Transition Vol.5, No.2, 2015

** 2022 Edelman Trust Barometer Special Report: Trust and Health <https://www.edelman.com/trust/22/special-report-trust-in-health>

60%

WHOが2030年までに目指す
世界全体の小児がん患者の
5年生存率

国際的な小児がん治療への取り組み

WHOは2018年以降、途上国における小児がん治療の普及を目指しており、CureAllフレームワークの下、2030年までに世界の小児がんの生存率を60%に引き上げることを目標に掲げました。そのために必要なのが、早期診断の普及と治療法や医薬品へのアクセスです。

医学誌Lancet Oncologyに掲載された論文では、2020年から2050年の30年間で新たに1370万件の小児がん患者が発生するが、そのうち45%は診断されないままとなるだろうと予測されています。*

まずはできるだけ多くの小児がん患者が適切に診断されること、次に先進国で効果が実証されている治療を、診断されたすべての患者が受けられるようになることが、小児がんによる死者を減らすには欠かせません。

CureAllフレームワークでは、小児がんの標準的な治療の仕組みを作ることの重要性を強調しています。

2021年には、WHOが200万ドルの予算を投じて、12の低所得国で効果の裏付けのある小児がん用医薬品を無償で提供するプログラムを開始しました。これは小児がん研究機関として世界でも有数の実績を持つサン・ジュード小児研究病院との共同プロジェクトとして始まったものです。先進国の知見を活かすことができれば小児がんの生存率は大きく改善できるということはすでに述べた通りですが、WHOは「状況が改善されれば、これから10年のうちに100万人の小児がんの子どもを救うことができる」としています。

*Talha Khan Burki “Inequality in childhood cancer care worldwide”: The Lancet Oncology, Volume 23, Issue 4, April 2022

約600人

1年間にカンボジアで
発生していると推定される
小児がん患者の数

ジャパンハートの取り組み

ジャパンハートはカンボジアに開設した「ジャパンハートこども医療センター」で、2018年から小児がんの無償治療を開始。これまでの4年間で、計219人を治療し、そのうち122人が無事に退院しています。2021年2月には日本小児血液がん学会の専門医と定期的に遠隔カンファレンスを開始し、診断・治療の質を改善することにより、同病院で治療を受けた患者の生存率が50%を超えるようになりました。

2022年に同病院が受け入れた患者の数は93人ですが、これは1年でカンボジアで小児がんと診断される子どもの31%、診断を受けられない子どもも含めた小児がん発生数の15.5%（いずれも推定値）にとどまります。

また、もともと抗がん剤の入手・使用が難しく、その上に軍部のクーデターを受けて医療サービスが大きくマヒしてしまっているミャンマーの例もあります。

今、治療を受けられていない子どもたちを、一人でも多く治療に結び付けるために、私たちはカンボジアの首都プノンペンの近郊に、新たな小児医療センターの開設を決断しました。カンボジア全土はもちろん、周辺国、さらにはアジアの他の地域からも子どもを受け入れ、日本に限りなく近い水準の医療を提供するための、新たなチャレンジです。

新病院の建設を機に、ジャパンハートは日本の小児がん専門家とともに、日本とカンボジアの小児がん治療の格差について継続的な統計調査を行うとともに、国際医療支援のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ実現への寄与や、より効果的な支援の在り方について、客観的な視点から検証を進めてまいります。

ジャパンハートと小児がん

私たちのこれまでの主な取り組み



小児がんの子どもを無償で治療

カンボジアのジャパンハートこども医療センターで、日本にできるだけ近い水準の医療を提供。4年間で219名の患者を受け入れ、治療しました。ミャンマーからも患者を受け入れています。



専門知識のある医師・看護師を育成

日本の専門医の協力も得ながら、治療と並行して現地の医療人材の育成や研修を実施。

専門的な知識と高い技術水準を持つ、現地の医療人材を育成しています。



日本国内の患者と家族をサポート

日本国内の小児がん患者は、長く負担の大きい治療と向き合っています。ジャパンハートは医療従事者による子どもと家族の外出支援を通じて、小児がん患者の心のケアを実施しています。



「病気になったら、病院に行く」。 それが当たり前の世界を、ここから。

これまでジャパンハートは、東南アジアを中心とする国内外で25年超にわたり無償で医療を提供してきました。

小児がんなどの高度な医療の提供は、行政の取り組みや他の国際医療支援から取り残されがちです。先進国では助かるはずの命が、開発途上国では助からない現状があります。

生まれ育った国や環境にかかわらず、全ての子どもが高度な医療を受けられるように、私たちはアジア小児医療センターの開設を決意。2025年中の診療開始を目指します。

正式名称

ジャパンハートアジア小児医療センター

通称

アジア小児医療センター

ターゲット

貧困層の小児患者

病床数

200床程度

建設予定地

カンボジア王国プノンペン都近郊

想定診療科

小児総合診療科、小児外科、小児血液腫瘍内科、小児集中治療科、新生児内科、小児感染症内科、小児泌尿器科、小児形成外科