



# 会社ご紹介資料

---

2025年7月版

株式会社キャンバス  
(東証グロース 4575)

当社は「がんを治したい」という思いをもとに2000年1月に創業して以来、一貫して、独自の抗がん剤候補化合物を自社で創出し臨床開発を進めています。

最先行の候補化合物・免疫着火剤CBP501は、膵臓がん3次治療対象の臨床第2相試験に成功(主要評価項目達成)しました。現在は、米国規制当局から開始承認を得た第2b相試験をペンディングし、欧州での臨床第3相試験に向けた開始申請と準備を進めています。2024年8月、欧州規制当局からオーファンドラッグ指定を受領しました。

欧州臨床試験開始承認取得の見通しについては、時期に関しては不確実性が大きく明確にお伝えできませんが、それ以外の不確実性は着実に低下しているところです。

後続パイプラインである可逆的XPO1阻害剤CBS9106は、2025年6月にStemline社とのライセンス契約を解消しました。この返還によって当社は初期的な有効性・安全性をヒト臨床試験で確認できている開発パイプラインを改めて保有することになりました。今後の開発方針は、追加で実施する基礎研究の成果や会社の財務状況などを勘案して決定します。

さらに、次世代の臨床開発パイプラインを創出する基礎研究活動も継続しています。その中から、有望な動物実験データを示す免疫系抗がん剤化合物CBT005が得られ、前臨床試験開始へ向け準備を進めています。

基礎研究・最適化段階のIDO/TDO阻害剤も、日本に続き米国で特許が成立しました。最近では、AI（人工知能）を利用した創薬共同研究も始めています。

一般に、創薬企業による自社創出パイプラインの開発戦略は、製薬企業等との提携によって開発資金の調達や共同開発・開発費負担の軽減を図る「創薬基盤技術型」と、自ら一気通貫で後期開発まで進める「創薬パイプライン型」に大別できます。

当社は、各パイプラインの状況ごとにリスクとリターンを勘案して、最適の事業モデルを選択していく考えです。

私たちは、CBP501については「創薬パイプライン型」で開発可能な財務基盤の確保が当社の中長期的な企業価値最大化に最も適していると判断し、その開発資金確保を目指し2023年6月にファイナンスを実施しました。お陰様でこのファイナンスは、当初目論んだ調達金額には及ばないものの全体としては概ね順調に進捗し、2025年5月に完了しました。

当社のような研究開発段階の創薬企業の価値向上はひとえに、適切な適応疾患領域における開発の進捗によってもたらされます。私たちは、適時的確な情報開示を徹底しつつ、株主・投資家の皆様のご支援にお支えいただき、今後もスピード感を持って研究開発や事業開発・広報に取り組み、その成果が正当な企業価値に適切かつ速やかに反映されるよう邁進します。

皆様には引続き一層のご支援ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

2025年7月  
株式会社キャンバス 代表取締役 河邊拓己



|       |                                                |
|-------|------------------------------------------------|
| 会社名   | 株式会社キャンバス                                      |
|       | 英文名： CanBas Co., Ltd.<br>証券コード： 4575           |
| 代表者   | 河邊 拓己（代表取締役社長 M.D., Ph.D.）                     |
| 本社    | 静岡県沼津市大手町2-2-1                                 |
| 設立年月日 | 2000年1月18日                                     |
| 事業内容  | 抗がん剤の研究開発                                      |
| 従業員   | 15名<br>うち 研究開発部門 10名（派遣等による専従者1名含む）<br>管理部門 5名 |

## ■ マネジメントチーム



### 河邊拓己（かわべ たくみ）代表取締役社長

内科医、医学博士。京都大学大学院分子医学系専攻修了（免疫研究所所属）。京都大学ウイルス研究所助手、ワシントン大学（セントルイス）で博士研究員として勤務。名古屋市立大学医学部分子医学研究所で助教授在任中、科学創業者として当社創業に参画。2001年当社取締役就任を経て2003年から代表取締役社長。



### 加登住眞（かとずみ まこと）取締役最高財務責任者兼経営企画室長

日本合同ファイナンス（現ジャフコグループ）で投資営業部門と企画部に従事した後、2000年にバイオ特化VC・MBLベンチャーキャピタルの設立に参画。同VC常務取締役として多数の国内バイオ企業への投資を実行。同VCの投資先であった当社へ2005年に転籍、取締役CFO就任。



### 坂本一良（さかもと かずよし）取締役管理部長

チェースマンハッタン銀行東京支店、NIFコーポレートマネジメント取締役を経て、2008年に当社入社。2010年取締役経営企画部長就任、2020年から取締役管理部長。



### 日比野敏之（ひびの としゆき）研究開発部長

中外製薬で臨床開発等に携わった後に金融業界へ転じ、三菱UFJ証券（現三菱UFJモルガン・スタンレー証券）および三井住友アセットマネジメント（現三井住友DSアセットマネジメント）で医薬品セクターアナリストを歴任。2020年当社に入社、研究開発部長。

## 取締役監査等委員

### 小宮山靖行（こみやま やすゆき）

住友銀行（現三井住友銀行）勤務を経て社会保険労務士として2004年に独立。2016年社会保険労務士法人みくりや社中を設立、代表就任。2016年に当社取締役監査等委員就任。

### 白川彰朗（しらかわ あきら）

日本合同ファイナンス（現ジャフコグループ）、ジャフコ公開コンサルティングでVC投資とIPOコンサルティングに従事した後、1998年インテリジェント・キャピタルゲイトを創業し社長就任。2006年当社非常勤監査役就任、2016年に取締役監査等委員就任。

### 古田利雄（ふるた としお）

篠崎芳明法律事務所（現篠崎・進士法律事務所）を経て1993年古田利雄法律事務所（現弁護士法人クレア法律事務所）を設立し代表弁護士就任。2007年当社非常勤監査役就任、2016年に取締役監査等委員就任。モダリス取締役監査等委員を兼任。

## SAB（科学顧問会議）

### Daniel D. Von Hoff, MD, FACP, FASCO, FAACR

Translational Genomics Research Institute (TGen) 臨床ゲノミクス・治療学 特別教授  
Mayo Clinic 教授  
Virginia G Piper Distinguished Chair for Innovative Cancer Research (HonorHealth 名誉会員)  
元FDA Oncology Drug Advisory Committee (ODAC) メンバー  
City of Hope研究センター 腫瘍学・治療研究科 特別教授  
2002年、当社SAB組成時にチェアマン就任。

### Donald W. Kufe, MD

Harvard Medical School 教授  
Dana-Farberがん研究所名誉医師  
Dana-Farber/Harvard がんセンター NCI Experimental Therapeutics Clinical Trials Network (ETCTN) UM1プロジェクト フェーズ1及びフェーズ2プログラム共同主任研究者  
AAP（米国小児科学会）、ASCI（米国臨床研究学会）、SITC（がん免疫療法学会）会員  
2002年、当社SAB組成時に就任。

■ 独自に創出した複数の化合物を臨床開発段階に進めている実績があります

- ✓ 本社に研究所と動物実験施設を有し基礎研究に注力
- ✓ 規制当局の監督下での臨床開発体制を社内に構築（外部協力機関の効率的な活用）



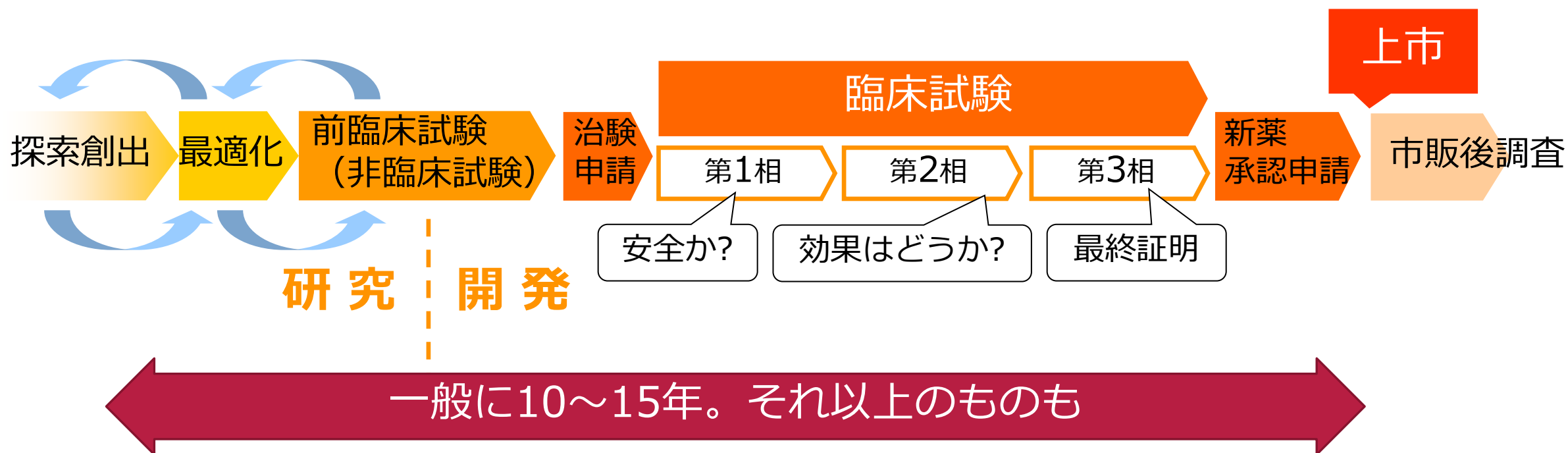
## 中長期の企業価値の源泉として重視

|                                                              | 探索・創出      | 最適化 | 前臨床試験                                          | 臨床試験    |  |  | 提携・導出<br>共同研究等   |
|--------------------------------------------------------------|------------|-----|------------------------------------------------|---------|--|--|------------------|
| <b>CBP501</b><br>創薬パイプライン型展開                                 |            |     | 第2相試験完了 主要評価項目達成<br>米国第2b相試験開始承認取得・欧州第3相試験開始申請 |         |  |  |                  |
| <b>CBS9106</b><br>創薬基盤技術型展開                                  | 前臨床試験終了し導出 |     |                                                | 第1相試験完了 |  |  | 2025年6月<br>全権利返還 |
| <b>CBT005</b><br>NEXTプロジェクトから創出<br>がんの「治癒」を目指す<br>新たな免疫系抗がん剤 | 前臨床試験準備    |     |                                                |         |  |  |                  |
| <b>CBP-A08</b><br>CBP501の系譜に属する<br>ペプチド型免疫系抗がん剤              | 最適化終了      |     |                                                |         |  |  |                  |
| IDO/TDO阻害剤<br>ほか※                                            |            |     |                                                |         |  |  | 静岡県立大学<br>ほか     |

※ 上記のほか、がん免疫領域で広く基礎研究を展開しています。

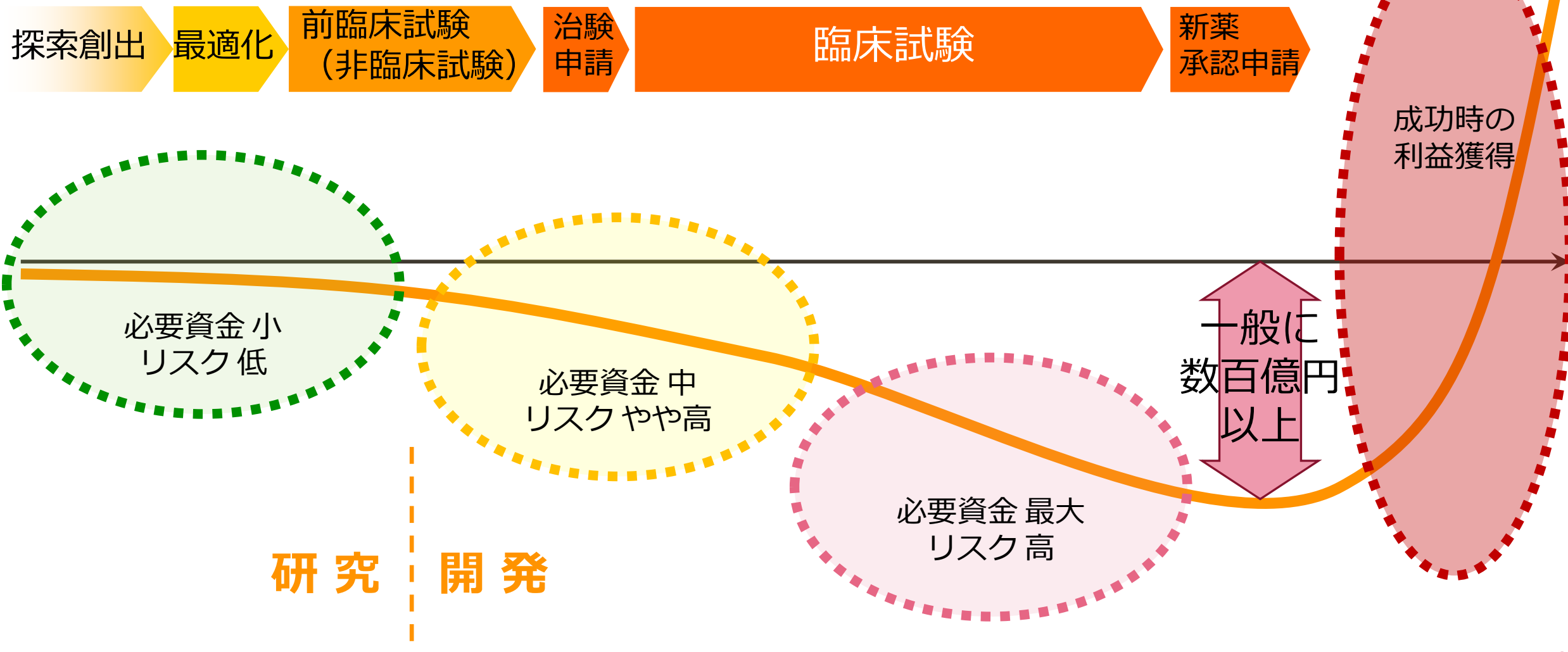
※ IDO/TDO二重阻害剤は、COVID-19（新型コロナウイルス感染症）新規治療薬としての研究も継続（2020年8月4日公表）

## 創薬・製薬の流れ

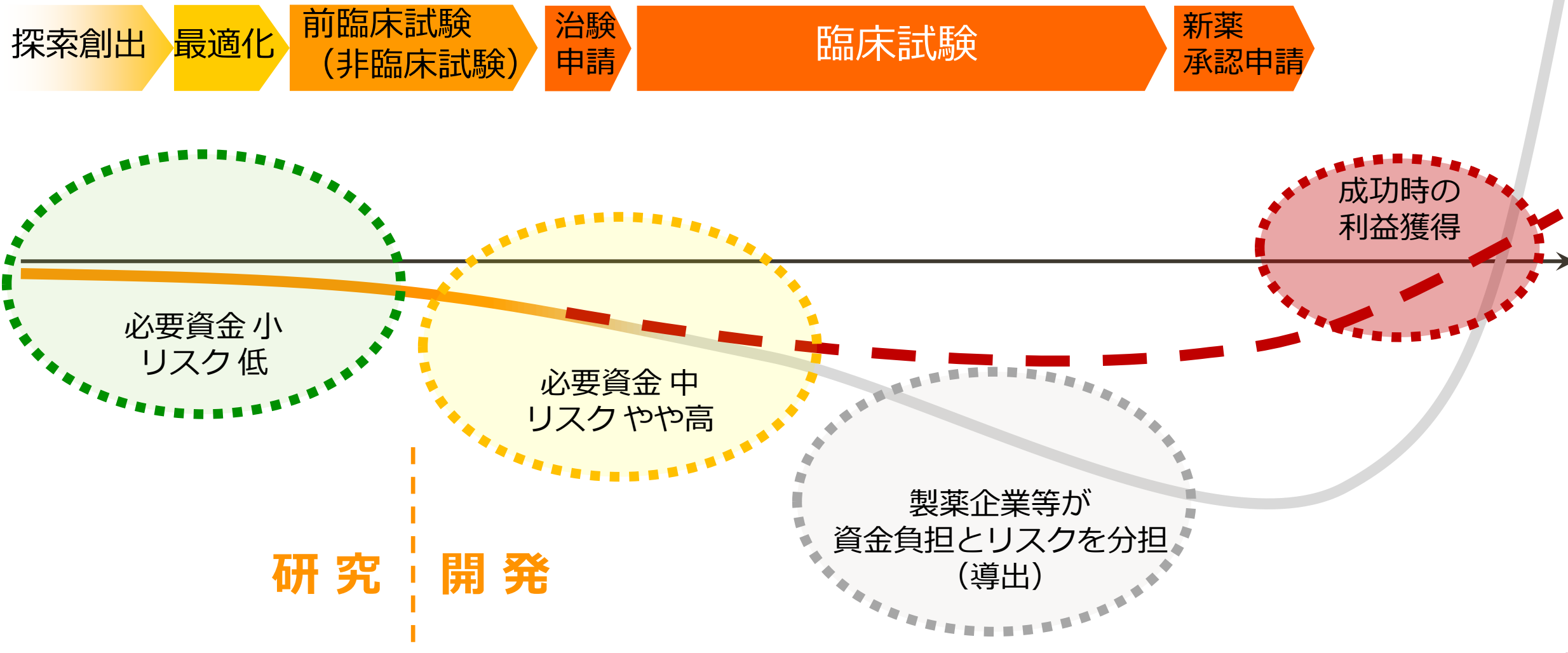




## 研究開発の流れとキャッシュフロー（模式図）



■ 高負担・高リスクの回避と引き換えに成功時利益をシェア



# 創薬企業の2つの事業モデル

\*二者択一ではなく、それぞれに多様なバリエーションがあります。

研究開発投資のキャッシュフロー（模式図）

創薬パイプライン型  
(自社で承認近くまで開発)

創薬基盤技術型  
(比較的早期に製薬企業等へ導出)

## ☒ ポジティブ面

- 後期開発リスク（資金調達含む）を導出先に転嫁
- 一時金・マイルストーンで早めの収益が実現

## ☒ ネガティブ面

- 開発進行の主導権が導出先へ移行
- 利益分配への発言機会小 = 獲得機会・比率の毀損

## ☒ ポジティブ面

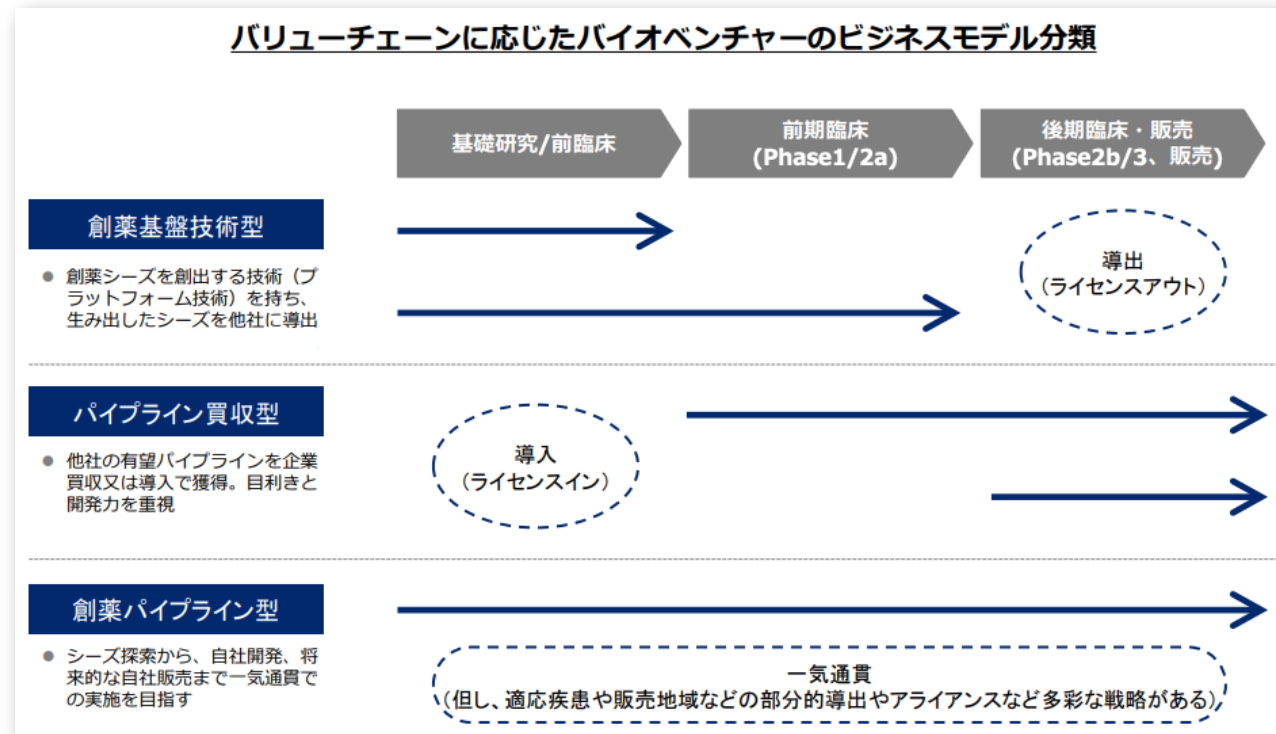
- 化合物を最も知る自社が**開発の主導権**を掌握
- 利益分配への発言機会大 = **リターンの最大化**

## ☒ ネガティブ面

- 後期開発に伴うリスク（資金調達含む）の保有
- 一時金など収益実現までの期間が長期化

## 探索から開発、承認・市販まで自社実施を目指すビジネスモデル

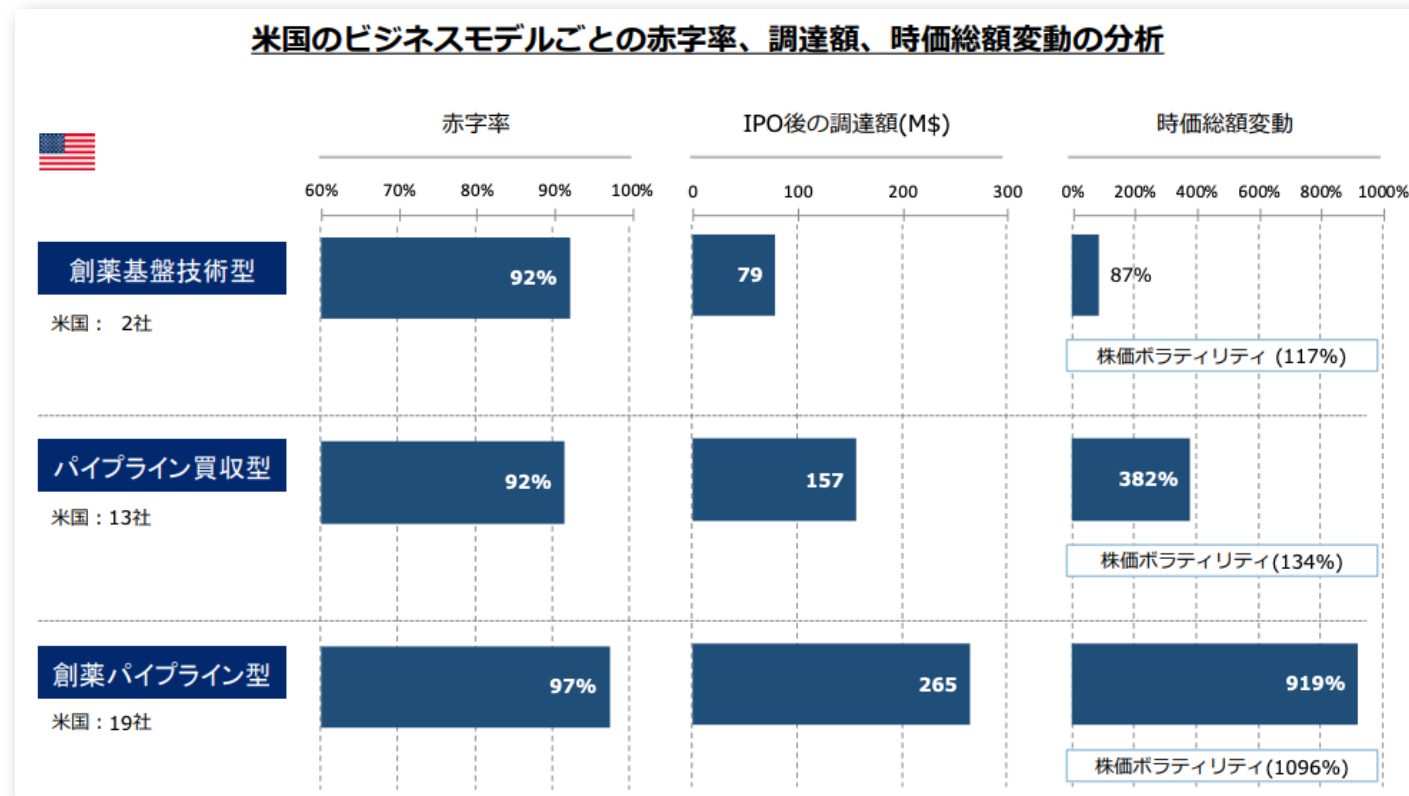
- 基礎研究（探索創出・最適化）→前臨床→早期臨床→後期臨床を一気通貫
  - ✓ ただし、適応や地域などの部分的導出やアライアンスなど多彩な戦略を並行できる
  - ✓ 1社が1つのビジネスモデルのみに分類されるわけではなく、開発品ごとや企業の成長段階に応じて、ビジネスモデルを柔軟に変化させることが可能



## 先行する米国は「創薬パイプライン型」が大きく成長

### ➤ 赤字であっても中長期的な企業価値向上が可能

”米国では、研究開発投資先行の創薬パイプライン型が評価される。  
創薬基盤技術提供型は自らのアセットの切り売りとも捉えられる。  
投資家も将来の成長可能性を見込んで創薬パイプライン型への投資を実行する”（米国ベンチャーキャピタル）



■免疫系抗がん剤の基礎研究・創出から後期臨床開発まで、自社で進めた実績があります

■これを活かし、**各パイプラインの特徴に沿った柔軟な開発方針**を想定しています

- 開発パイプラインごとの開発段階・成功確率・費用見込などに沿って使い分け、中長期的な企業価値の効果的な最大化を図ることが可能です。

■各パイプラインの現状の想定と今後

- **CBP501**：自社で承認まで開発する**創薬パイプライン型開発**を想定

並行して、適応や地域などの部分的導出やアライアンスなども選択肢にできる状況です。

- **CBS9106**：**創薬基盤技術型開発**で、前臨床試験段階で導出しました。

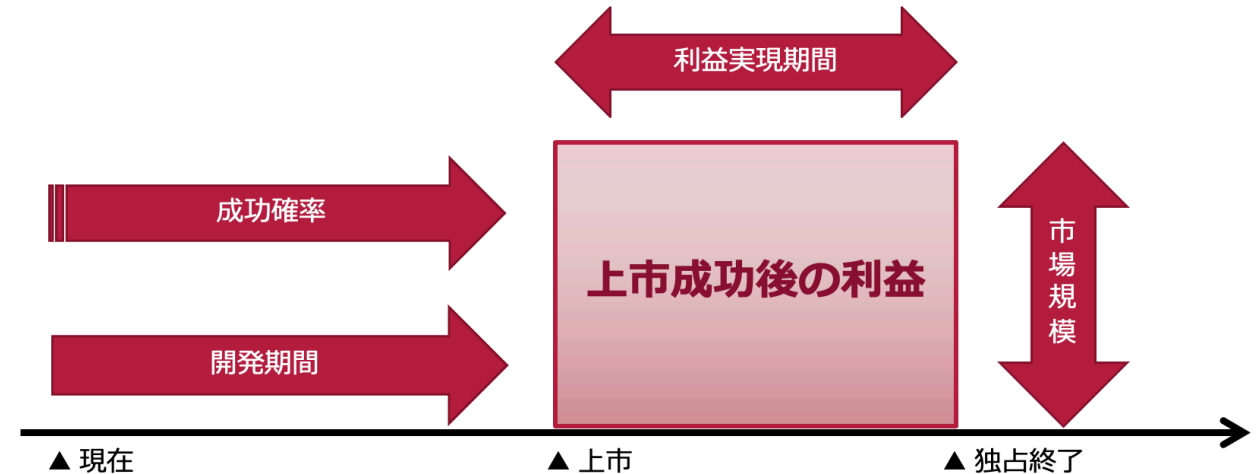
2025年6月に全権利の返還を受け、今後は追加で実施する基礎研究の成果等を勘案して開発方針を検討していきます。

- **CBT005**など後続のパイプライン候補も基礎研究の成果として生み出されており、それぞれの特徴に沿った開発方針を検討していきます。

創薬企業の価値 ÷ 開発パイプライン価値の総和

➤ 開発パイプライン価値の検討要素

- ✓ 開発パイプラインの成功（上市）可能性
- ✓ 成功までの時間軸
- ✓ 上市後の市場規模
- ✓ 競合状況
- ✓ 独占期間 . . .



創薬企業の本質的な事業は、上記のひとつひとつを改善し、

中長期的な企業価値を最大化すること = **開発の進捗**

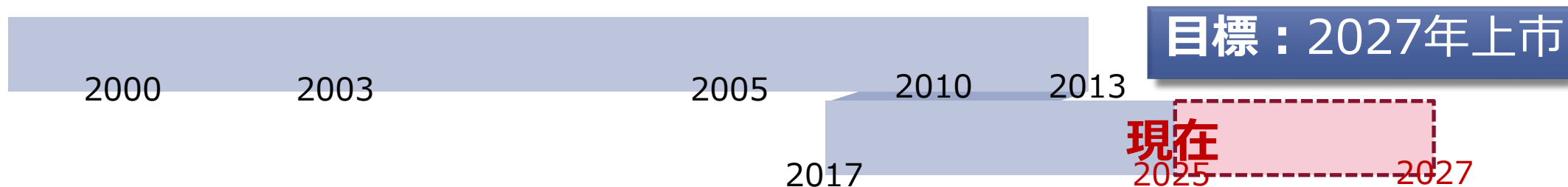
# 開発パイプラインの状況

---





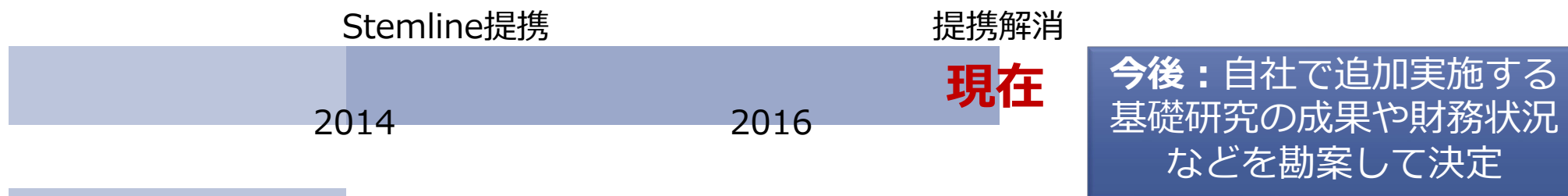
CBP501



CBT005



CBS9106



CBP-A08



## 免疫着火剤 CBP501

- 臨床第2相試験（膵臓がん3次治療）：**主要評価項目達成し早期終了を決定。第3相試験へ**
- 欧州臨床腫瘍学会（ESMO）で臨床第2相試験結果を発表（2023年10月24日公表）
- 米国FDAとの協議の結果、臨床第2b相試験開始承認を受領（2024年2月9日公表）
- 米国臨床第2b相試験準備を整えつつ、**欧州臨床第3相試験を計画**（2024年2月9日公表）
- 欧州臨床第3相試験開始に向けた欧州規制当局EMAとの協議開始（2024年2月27日公表）
- EMAからオーファンドラッグ指定を受領（2024年8月23日公表）
- **欧州第3相試験成功時にはその結果をもとに米国でも追加試験なく新薬承認申請を目指す**

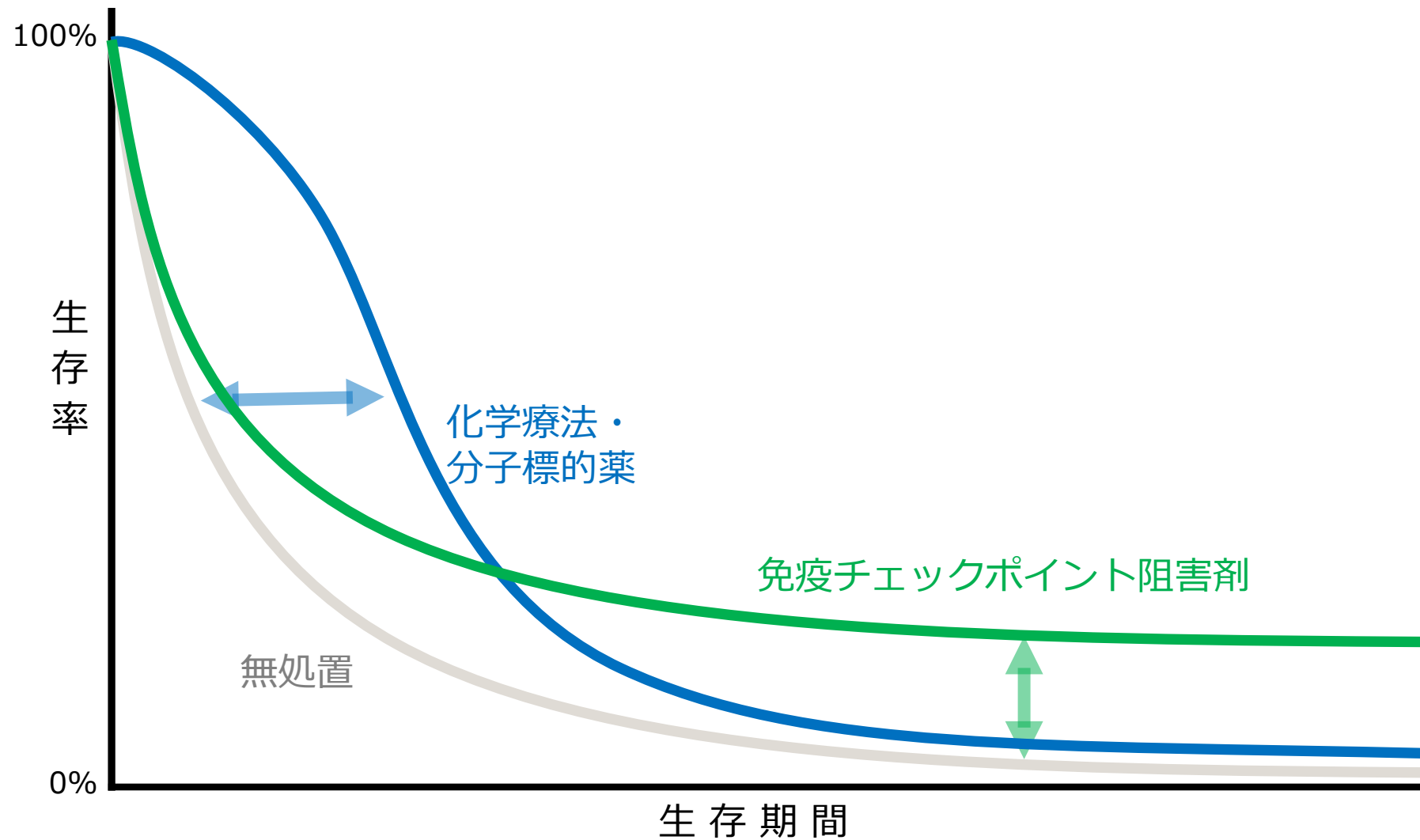
## 可逆的XPO1阻害剤 CBS9106 (Felezonexor)

- 提携先Stemline社による米国臨床第1相試験完了（2022年2月14日公表）
- Stemline社との提携解消・全権利返還（2025年6月30日公表）

# 現在最も先行し注力しているパイプライン 免疫着火剤 CBP501

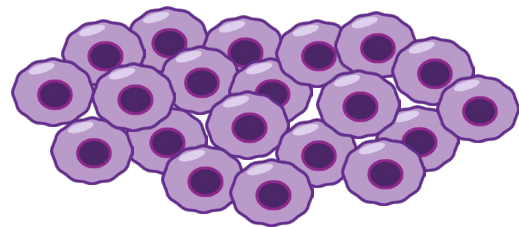
---

# 免疫系抗がん剤は一部の患者様に劇的に効く



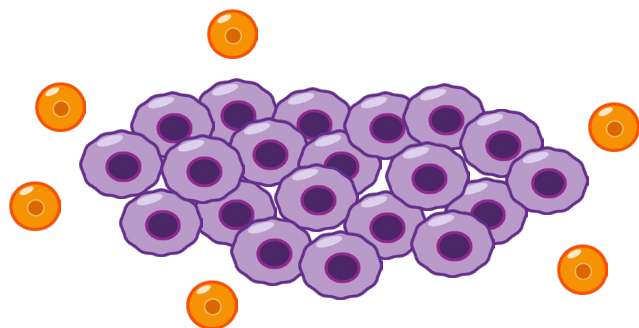
攻撃するための  
T細胞がない

免疫砂漠



T細胞ががん組織に  
入り込めていない

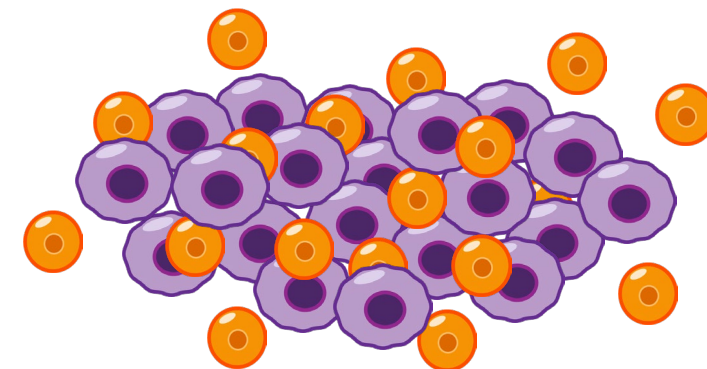
免疫排除



免疫コールドながんを  
免疫ホットながんに  
変えることが必要

T細胞が十分いて  
がんを攻撃できる

免疫ホット

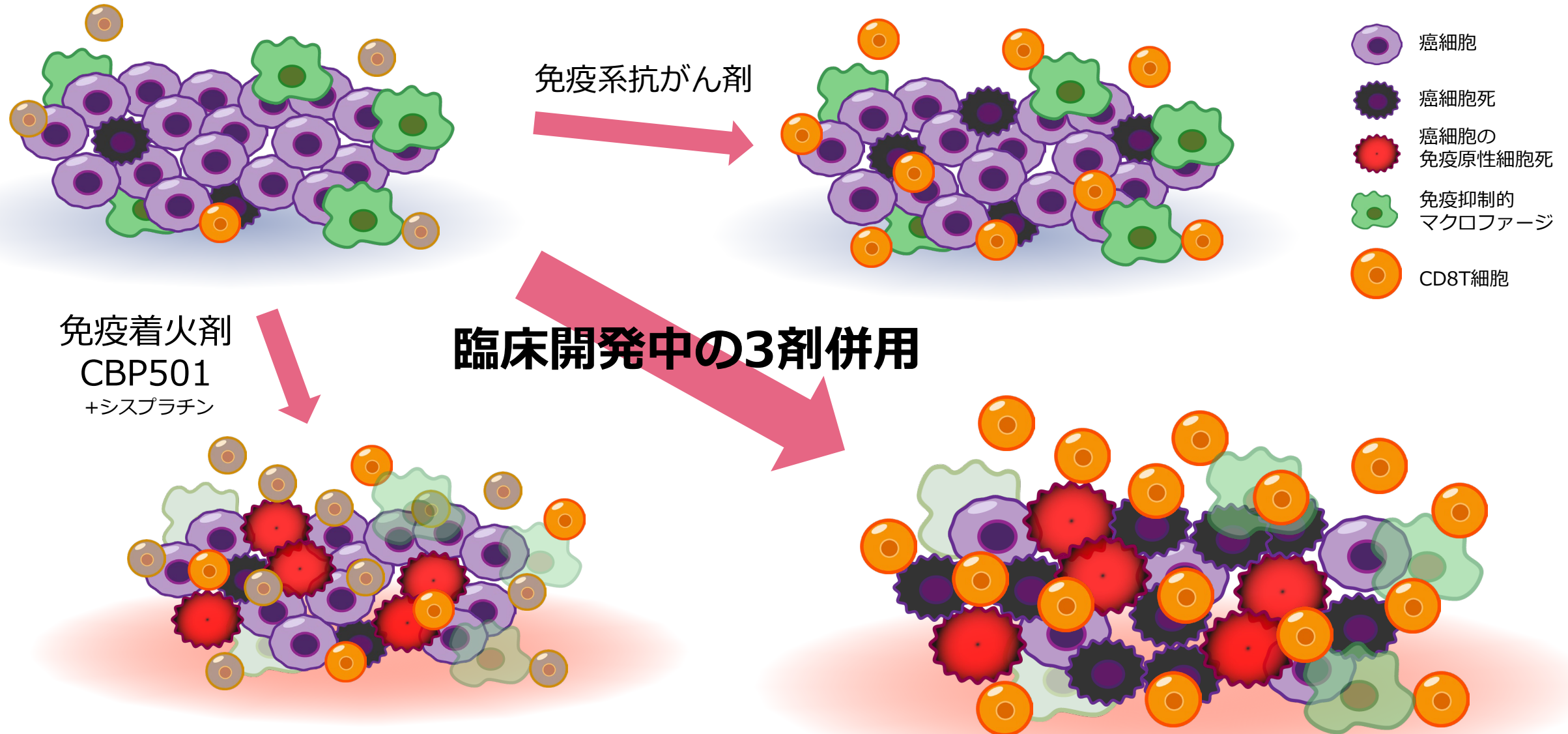


癌細胞

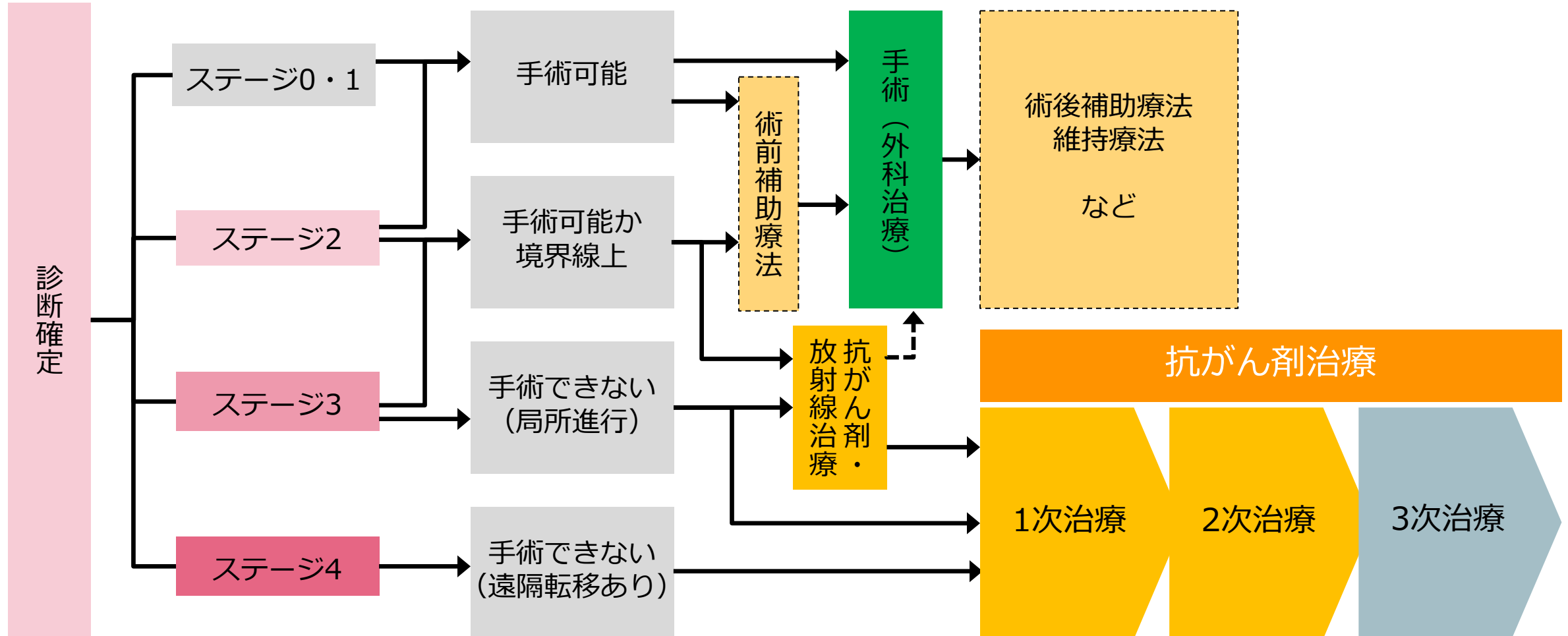


CD8T細胞

# CBP501の3剤併用で免疫系抗がん剤を効きやすくする



## 診断ステージと治療の選択フロー (概略図\*)



\* 一般的な概略を示したものです。具体的な診療及び治療の選択にあたっては、主治医を含む医療チームやがん支援相談センターにご相談ください。



2次治療を終えた以降に有効な薬剤がなく、新薬の登場が切望されている



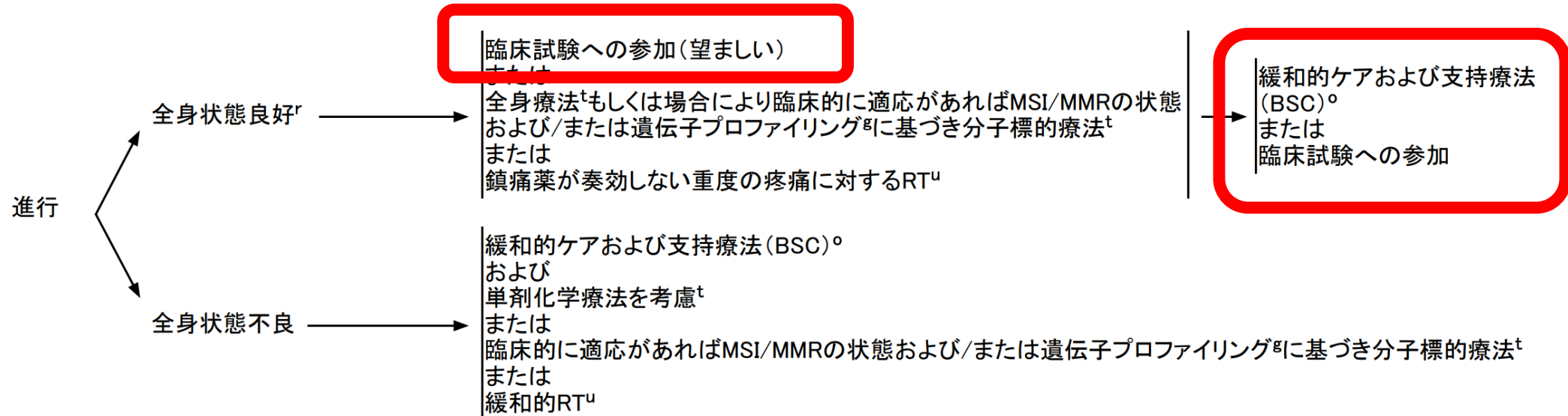
National  
Comprehensive  
Cancer  
Network®

## NCCN Guidelines Version 2.2021 膵癌（腺癌）

[ガイドライン索引](#)  
[目次](#)  
[考察](#)

進行

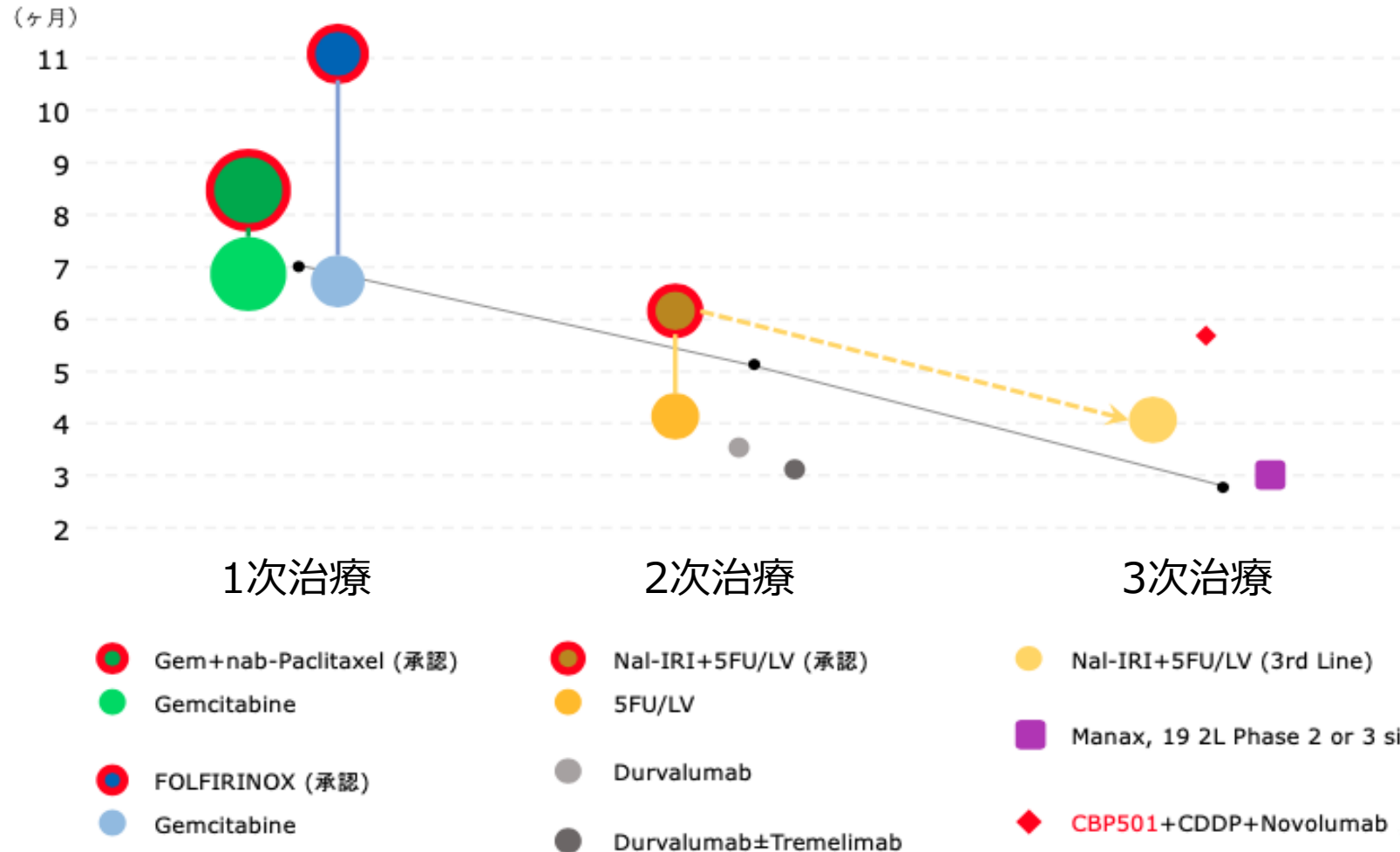
二次以降の治療<sup>s</sup>





# CBP501フェーズ1b試験のデータ（膵臓がん）

CBP501フェーズ1b試験中間解析 同種の膵臓癌臨床試験結果との比較（全生存期間）



CBP501フェーズ1b試験の中間解析結果を、比較に適すると考えられる他の臨床試験で示された全生存期間（OS）との比較で図示したもの。

詳細説明はブログ  
<https://www.canbas.co.jp/20200514/>  
をご参照ください。

# CBP501臨床第2相試験結果を 学会発表（欧州臨床腫瘍学会：ESMO） 論文発表（EUROPEAN JOURNAL OF CANCER）

---

## 欧州臨床腫瘍学会 (ESMO) 年次総会 (2023年10月20~24日 スペイン・マドリード)



**FPN# 1625P**

**Multicenter, randomized, parallel group, phase 2 study to establish the efficacy and safety of CBP501, cisplatin, and nivolumab for ≥3rd line treatment of patients with exocrine pancreatic cancer and WBC <10,000/mm<sup>3</sup>**

T. Enzler<sup>1</sup>, A. Nguyen<sup>2</sup>, J. Mischel<sup>3</sup>, V.J. Cline<sup>4</sup>, M. Johns<sup>5</sup>, N. Shumway<sup>6</sup>, A. S. Paulson<sup>7</sup>, R. Siegel<sup>8</sup>, T. Larson<sup>9</sup>, W. Messersmith<sup>10</sup>, D. Richards<sup>11</sup>, J. Chaves<sup>12</sup>, E. Pierce<sup>13</sup>, M. Zalupski<sup>14</sup>, V. Sahai<sup>15</sup>, D. Orr<sup>16</sup>, T. Kawabe<sup>17</sup>, S.A. Ruste<sup>18</sup>, A. Haun<sup>19</sup>

<sup>1</sup>Medicine Department, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA; <sup>2</sup>Medicine Department, Comprehensive Cancer Centers of Nevada, Henderson, NV, USA; <sup>3</sup>Medical Oncology, Medical Oncology Hematology Consultants PA, Newark, Detroit, MI, USA; <sup>4</sup>Oncology, Texas Oncology Austin, Austin, TX, USA; <sup>5</sup>Medical Oncology, Oncology Hematology Care Inc., Cincinnati, OH, USA; <sup>6</sup>Oncology, Texas Oncology San Antonio, San Antonio, TX, USA; <sup>7</sup>Medical Oncology Department, Texas Oncology - Baylor Sammons Cancer Center, Dallas, TX, USA; <sup>8</sup>Oncology, Illinois Cancer Specialists, Arlington Heights, IL, USA; <sup>9</sup>Oncology, Minnesota Oncology, Minneapolis, MN, USA; <sup>10</sup>Oncology, University of Colorado Cancer Center Anschutz Cancer Pavilion, Aurora, CO, USA; <sup>11</sup>Oncology, Texas Oncology-Tyler, Tyler, TX, USA; <sup>12</sup>Oncology, Northwest Medical Specialties, Tacoma, WA, USA; <sup>13</sup>Oncology, Ochsner Clinic Foundation, New Orleans, LA, USA; <sup>14</sup>Oncology, University of Michigan Health System, Ann Arbor, MI, USA; <sup>15</sup>Oncology, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA; <sup>16</sup>Oncology, Mary Crowley Cancer Research Center, Dallas, TX, USA; <sup>17</sup>Oncology, CanBas Co., Ltd., Numazu City, Shizuoka Pref., Japan; <sup>18</sup>Medical Affairs, Veristat LLC, Southborough, MA, USA; <sup>19</sup>Global Medical Affairs, Veristat LLC, Southborough, MA, USA.



### INTRODUCTION

Metastatic pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC) is an aggressive disease without third line standard-of-care treatment option and a low survival rate<sup>1</sup>. CBP501 is a synthetic, cell-permeable dodecapeptide (12-amino acid) G2 checkpoint abrogator and calmodulin-modulating peptide that increases platinum influx into tumor cells inducing tumor immunogenic cell death, suppresses M2 macrophages, reduces cancer stem cell populations and tumor cell migration and enhances anti-tumor activity with anti-programmed cell death-1 (anti-PD-1).

### OBJECTIVES

This multicenter, randomized, parallel group, phase 2 study was conducted to assess the efficacy and safety of CBP501, cisplatin, and nivolumab for ≥3rd line treatment in patients with exocrine pancreatic cancer and white blood cell count (WBC) <10,000/mm<sup>3</sup> (NCT: 04953962).

### METHODS

Patients with metastatic PDAC, who received 2 or more lines of systemic therapy, with WBC <10,000/mm<sup>3</sup> were stratified by Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) status (0 vs 1) and liver metastasis (present vs absent) and randomized 1:1:1:1 to one of the following 4 arms:  
1 - CBP501 25 mg/m<sup>2</sup> + cisplatin 60 mg/m<sup>2</sup> + nivolumab 240 mg  
2 - CBP501 16 mg/m<sup>2</sup> + cisplatin 60 mg/m<sup>2</sup> + nivolumab 240 mg  
3 - CBP501 25 mg/m<sup>2</sup> + cisplatin 60 mg/m<sup>2</sup>  
4 - cisplatin 60 mg/m<sup>2</sup> + nivolumab 240 mg  
Therapy was administered every 3 weeks. Patients received up to 4 cycles of combination therapy, then, for patients without disease progression, up to 6 cycles of single-agent nivolumab every 21 days (nivolumab arms only). The primary endpoint was 3-month progression-free survival (3M PFSR) in the Intent-To-Treat (ITT) population. Secondary endpoints were safety, progression-free survival (PFS), confirmed and timepoint objective response rate (CORR/ORR) by Response Evaluation Criteria in Solid Tumors (RECIST) v1.1, duration of response (DOR), disease control rate (DCR) and overall survival (OS).

A Fleming 2-stage design was used. In stage one, if ≤1 patient was progression-free at 3 months, the treatment group was stopped for futility. If ≥4 patients were progression-free at 3 months, the treatment group was stopped, and the null hypothesis rejected. Otherwise, 14 additional patients were to be accrued to the study arm in the second stage.

### RESULTS- PATIENT CHARACTERISTICS

Between 09 December 2021 and 03 August 2022, a total of 36 patients enrolled at 14 sites in the US; nine patients were randomized to each of the 4 treatment arms. Overall, the median age was 69.0 years (range 41-81 years); the majority were male (19 patients, 52.8%), white (32 patients, 88.9%) and had baseline ECOG status of 1 (23 patients, 63.9%). Most patients had liver metastases (24 patients, 66.7%) and received a median of 3 prior lines of systemic therapy. No significant differences in demographics and baseline characteristics were observed across treatment arms.

### RESULTS- EFFICACY: PRIMARY ENDPOINT (3M PFSR)

Arms 1 and 2 met the primary efficacy objective, achieving the end-point threshold pre-defined for the study (35%). On 28 October 2022, the safety monitoring committee recommended not to proceed to the second stage for all treatment arms due to the favorable outcomes in the experimental arms.

| Parameter      | Arm 1<br>(N=9) | Arm 2<br>(N=9) | Arm 3<br>(N=9) | Arm 4<br>(N=9) | Overall<br>(N=36) |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------------|
| 3M PFSR, n (%) | 4 (44.4)       | 4 (44.4)       | 1 (11.1)       | 3 (33.3)       | 12 (33.3)         |
| (Lower 90% CI) | (21.04)        | (21.04)        | (1.16)         | (12.95)        | (22.85)           |

3M PFSR - 3-month progression-free survival rate, PFS time greater than 81 days after randomization, considering the planned tumor assessment schedule and visit window allowed; CI - confidence interval

### RESULTS- EFFICACY: SECONDARY ENDPOINTS

#### Progression-Free Survival

| Parameter                            | Arm 1<br>(N=9)    | Arm 2<br>(N=9)    | Arm 3<br>(N=9) | Arm 4<br>(N=9)    | Overall<br>(N=36) |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------|----------------|-------------------|-------------------|
| Events, n (%)                        | 7 (77.8)          | 9 (100)           | 6 (66.7)       | 8 (88.9)          | 30 (83.3)         |
| Patients who had progressive disease | 6 (66.7)          | 9 (100)           | 5 (55.6)       | 8 (88.9)          | 28 (77.8)         |
| Patients who died                    | 1 (11.1)          | 0                 | 1 (11.1)       | 0                 | 2 (5.6)           |
| Censored observations, n (%)         | 2 (22.2)          | 0                 | 3 (33.3)       | 1 (11.1)          | 6 (16.7)          |
| Median PFS, months (95% CI)          | 2.8 (1.35-5.86)   | 2.1 (1.35-3.03)   | 1.6 (1.38-NA)  | 1.5 (1.18-4.47)   | 1.7 (1.48-2.80)   |
| 6-Month PFS, % (95% CI)              | 15.6 (0.79-49.09) | 11.1 (0.61-38.77) | 0 (NA-NA)      | 12.5 (0.66-42.27) | 10.4 (2.67-24.38) |

CI - confidence interval; NA - not available; PFS - progression-free survival.  
Note: a patient was censored at date of randomization if death was observed without any post-baseline tumor assessments performed.

#### Objective Response Rate

| Parameter                     | Arm 1<br>(N=9)        | Arm 2<br>(N=9) | Arm 3<br>(N=9) | Arm 4<br>(N=9) | Overall<br>(N=36)    |
|-------------------------------|-----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------------|
| Best Overall Response, n (%)  | 9                     | 9              | 9              | 9              | 36                   |
| n                             | 9                     | 9              | 9              | 9              | 36                   |
| Complete Response (CR)        | 0                     | 0              | 0              | 0              | 0                    |
| Partial Response (PR)         | 2 (22.2)              | 0              | 0              | 0              | 2 (5.6)              |
| Stable Disease                | 1 (11.1)              | 1 (11.1)       | 0              | 3 (33.3)       | 5 (13.9)             |
| Progressive Disease           | 4 (44.4)              | 8 (88.9)       | 5 (55.6)       | 5 (55.6)       | 22 (61.1)            |
| Not Evaluable                 | 2 (22.2)              | 0              | 4 (44.4)       | 1 (11.1)       | 7 (19.4)             |
| Confirmed ORR, n (%) (95% CI) | 2 (22.2) (2.81-60.01) | 0 (0.00-33.63) | 0 (0.00-33.63) | 0 (0.00-33.63) | 2 (5.6) (0.66-18.66) |

CI - confidence interval; ORR - objective response rate, includes randomized patients without measurable disease at baseline and at least 1 post-baseline tumor assessment; best overall response was considered not evaluable if no post-baseline tumor assessment was performed.

#### Disease Control Rate

| Parameter           | Arm 1<br>(N=9)        | Arm 2<br>(N=9)        | Arm 3<br>(N=9)       | Arm 4<br>(N=9)        | Overall<br>(N=36)     |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| DCR, n (%) (95% CI) | 3 (33.3) (7.49-70.07) | 1 (11.1) (0.28-48.25) | 0 (0.0) (0.00-33.63) | 3 (33.3) (7.49-70.07) | 7 (19.4) (8.19-36.02) |

CI - confidence interval; DCR - disease control rate

#### Duration of Response

| Parameter                  | Arm 1<br>(N=9)   | Arm 2<br>(N=9) | Arm 3<br>(N=9) | Arm 4<br>(N=9) | Overall<br>(N=36) |
|----------------------------|------------------|----------------|----------------|----------------|-------------------|
| Median DOR*, days (95% CI) | 124.5 (107.0-NA) | NA (NA-NA)     | NA (NA-NA)     | NA (NA-NA)     | 124.5 (107.0-NA)  |

\* Complete response and partial response only (n=2)  
CI - confidence interval; DOR - duration of response; NA - not applicable

#### Overall Survival

| Parameter                    | Arm 1<br>(N=9) | Arm 2<br>(N=9)   | Arm 3<br>(N=9)  | Arm 4<br>(N=9) | Overall<br>(N=36) |
|------------------------------|----------------|------------------|-----------------|----------------|-------------------|
| OS                           |                |                  |                 |                |                   |
| Events, n (%)                | 6 (66.7)       | 8 (88.9)         | 9 (100)         | 7 (77.8)       | 30 (83.3)         |
| Censored Observations, n (%) | 3 (33.3)       | 1 (11.1)         | 0               | 2 (22.2)       | 6 (16.7)          |
| Median OS, months (95% CI)   | 6.3 (0.79-NA)  | 5.3 (2.89-10.36) | 3.7 (0.86-5.39) | 4.9 (1.09-NA)  | 4.7 (2.96-5.66)   |

CI - confidence interval; NA - not available; OS - overall survival

### RESULTS- SAFETY

Safety was evaluable in 33 patients. Most treatment-emergent adverse events (TEAEs) were grade 1-2 (20 patients, 60.6%). TEAEs leading to dose interruption were due to infusion-related reactions (IRR) related to CBP501 (17 patients, 51.5%). TEAEs that led to treatment discontinuation occurred in 1 patient (3.0%), with disease progression as the primary reason for treatment discontinuation.

| Parameter, n (%)                                 | Arm 1<br>(N=8) | Arm 2<br>(N=9) | Arm 3<br>(N=8) | Arm 4<br>(N=8) | Overall<br>(N=33) |
|--------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------------|
| TEAE                                             | 7 (87.5)       | 9 (100)        | 8 (100)        | 8 (100)        | 32 (97.0)         |
| Treatment-related                                | 7 (87.5)       | 9 (100)        | 8 (100)        | 5 (62.5)       | 29 (87.9)         |
| CBP501-related                                   | 7 (87.5)       | 8 (88.9)       | 7 (87.5)       | -              | 22 (66.7)         |
| TEAE Grade ≥3                                    | 5 (62.5)       | 4 (44.4)       | 3 (37.5)       | 0              | 12 (36.4)         |
| Treatment-related                                | 2 (25.0)       | 0              | 2 (25.0)       | 0              | 4 (12.1)          |
| CBP501-related                                   | 1 (12.5)       | 0              | 2 (25.0)       | -              | 3 (9.1)*          |
| Serious TEAE                                     | 3 (37.5)       | 2 (22.2)       | 2 (25.0)       | 0              | 7 (21.2)          |
| TEAE leading to dose reduction of any study drug | 1 (12.5)       | 1 (11.1)       | 1 (12.5)       | 0              | 3 (9.1)           |
| Treatment-related                                | 1 (12.5)       | 1 (11.1)       | 1 (12.5)       | 0              | 3 (9.1)           |
| CBP501-related                                   | 1 (12.5)       | 0              | 1 (12.5)       | -              | 2 (6.1)*          |
| TEAE leading to study discontinuation            | 0              | 0              | 1 (12.5)*      | 0              | 1 (3.0)           |
| TEAE leading to death                            | 0              | 0              | 1 (12.5)*      | 0              | 1 (3.0)           |

\* anemia, acute kidney injury, hypertension  
† decreased creatinine clearance and anemia  
‡ pancreatic carcinoma (death was not related to treatment)

| Most Common TEAEs (≥20% of Patients Overall), n (%) | Arm 1<br>(N=8) | Arm 2<br>(N=9) | Arm 3<br>(N=8) | Arm 4<br>(N=8) | Overall<br>(N=33) |
|-----------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------------|
| Infusion-related reaction                           | 7 (87.5)       | 6 (66.7)       | 7 (87.5)       | 0              | 20 (60.6)         |
| Fatigue                                             | 3 (37.5)       | 6 (66.7)       | 3 (37.5)       | 4 (50.0)       | 16 (48.5)         |
| Constipation                                        | 1 (12.5)       | 4 (44.4)       | 4 (50.0)       | 2 (25.0)       | 11 (33.3)         |
| Nausea                                              | 2 (25.0)       | 4 (44.4)       | 1 (12.5)       | 3 (37.5)       | 10 (30.3)         |
| Decreased appetite                                  | 2 (25.0)       | 5 (55.6)       | 1 (12.5)       | 1 (12.5)       | 9 (27.3)          |
| Abdominal pain                                      | 2 (25.0)       | 2 (22.2)       | 3 (37.5)       | 0              | 7 (21.2)          |
| Weight decreased                                    | 2 (25.0)       | 1 (11.1)       | 2 (25.0)       | 2 (25.0)       | 7 (21.2)          |

The most common CBP501-related TEAE was IRR (19 patients, 57.6%) among those who received CBP501; no grade 3 IRRs occurred. Only 1 SAE (acute kidney injury) was probably related to CBP501 (definitely related to cisplatin [Arm 3]). One TEAE (pancreatic carcinoma) led to death but was not related to treatment.

### CONCLUSIONS

CBP501 with cisplatin and nivolumab yielded durable responses and clinically meaningful improvement in 3M PFSR, PFS and OS, with tolerable safety as third-line treatment for metastatic PDAC. This chemioimmunotherapy treatment combination warrants further investigation.

### REFERENCES

Orbi M, Metzger P, Gernu S et al. Pancreatic ductal adenocarcinoma: biological hallmarks, current status, and future perspectives of combined modality treatment approaches. *Radiat Oncol*. 2019 Aug 14;14(1):141. doi: 10.1186/s13014-019-1345-6. PMID: 31395068.

### FUNDING: CanBas Co., Ltd.

**DISCLOSURES:** AstraZeneca, BioMed Valley Discoveries, Amgen, Taiho Oncology, NeomuneTech, Abbvie, Hoosier Cancer Research Network, Eisai, CanBas, Arcus Biosciences, Agenus, Tvardi, ECOG-ACRIN.

### CONTACT INFORMATION

Corresponding authors emails:  
Dr. Thomas Enzler (enzler@med.umich.edu);  
Dr. Athena Ruste (athena.ruste@veristat.com)

## ポスター発表されたCBP501臨床第2相試験結果

### ➤ 主要評価項目 3ヶ月無増悪生存率

- ✓ 第1群（3剤併用・CBP501 25mg）第2群（3剤併用・CBP501 16mg）で達成
- ✓ 良好な結果を受け、安全性モニタリング委員会はステージ2に進まないことを推奨

### ➤ 副次的評価項目（無増悪生存・客観的奏効率・病勢コントロール率・奏効期間・全生存・安全性）

- ✓ これらに関する解説は[当社ブログ記事](#)（2023年10月24日）をご参照ください

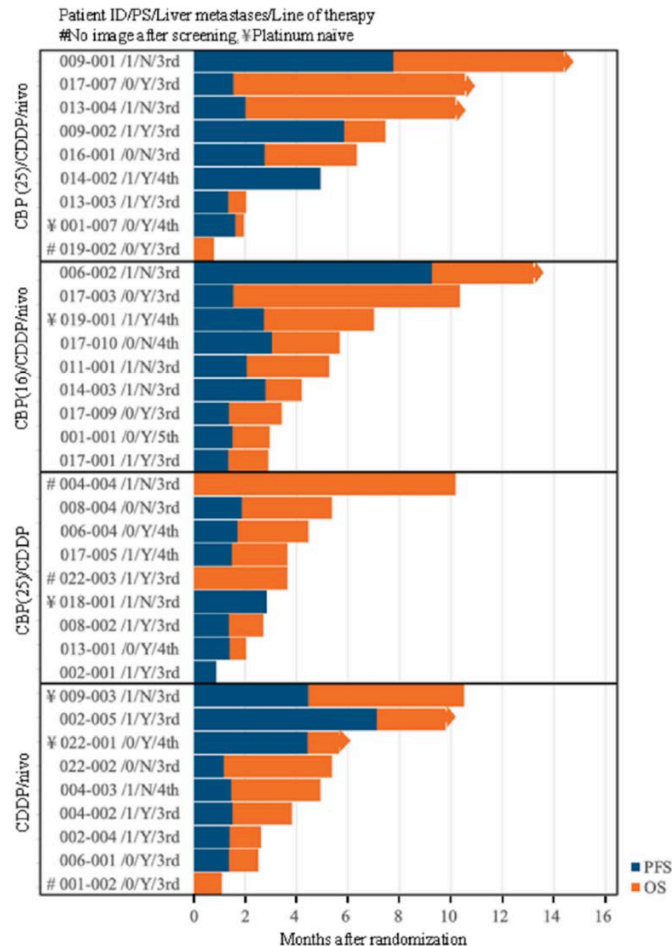
### ➤ 結論

**CBP501・シスプラチン・ニボルマブの併用療法**は、転移性膵臓腺がんに対する3次治療として、**忍容性のある安全性**で、3ヶ月無増悪生存率、無増悪生存期間および全生存期間において、**持続的な奏効**と**臨床的に意義のある改善**をもたらした。この化学免疫併用療法は、さらなる検討を進めるべきである。

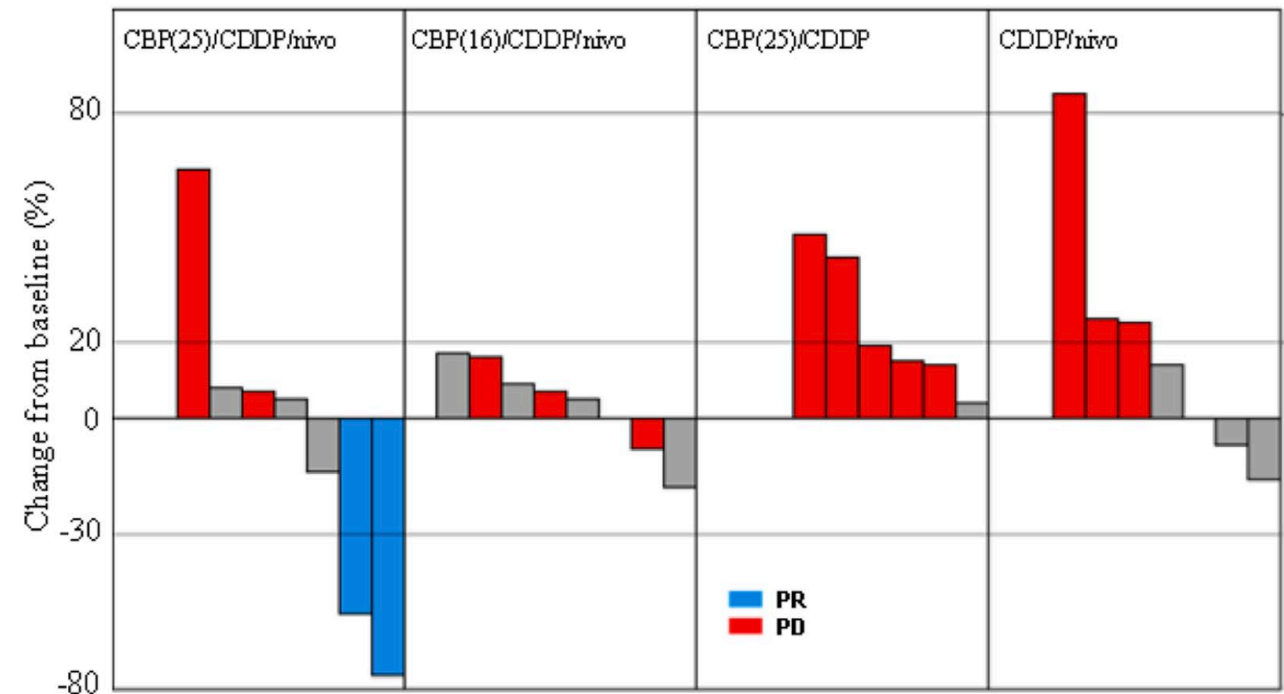


European Journal of Cancer誌で論文発表したPFS・OS、腫瘍の縮小

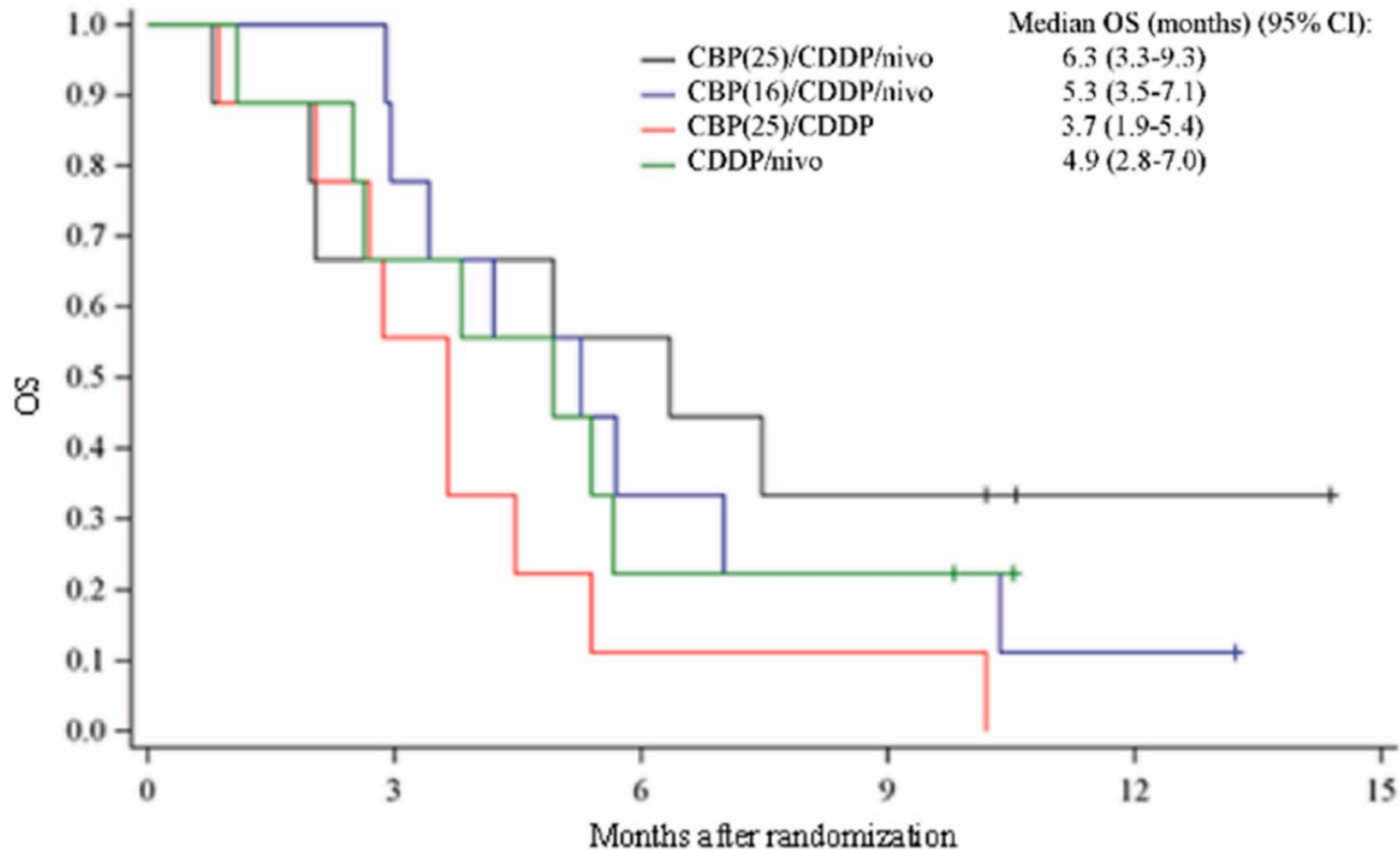
## ■ PFSとOSを示すスイマープロット図



## ■ 腫瘍の増大/縮小を示すウォーターフォール図



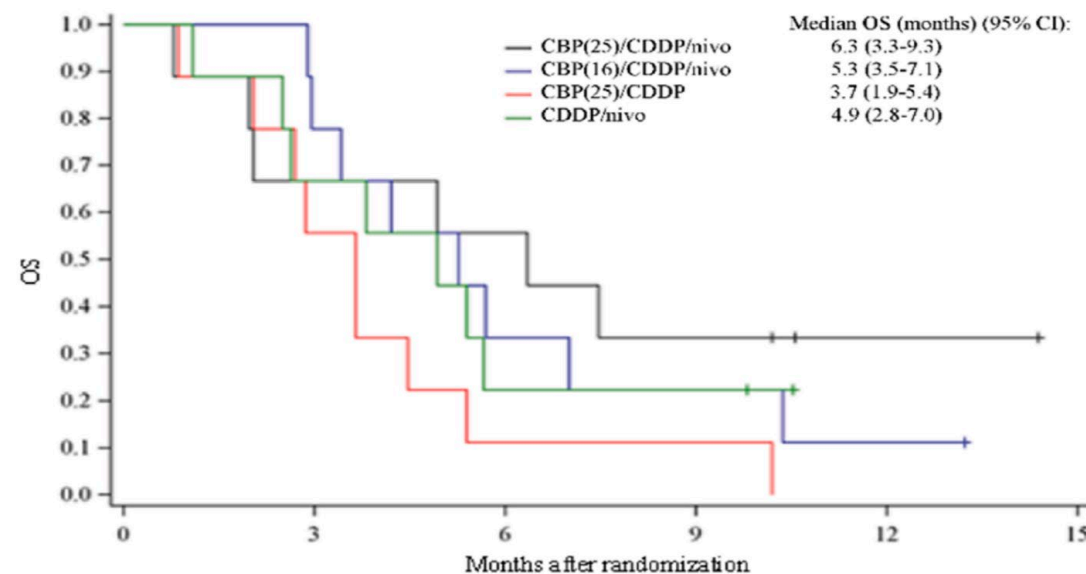
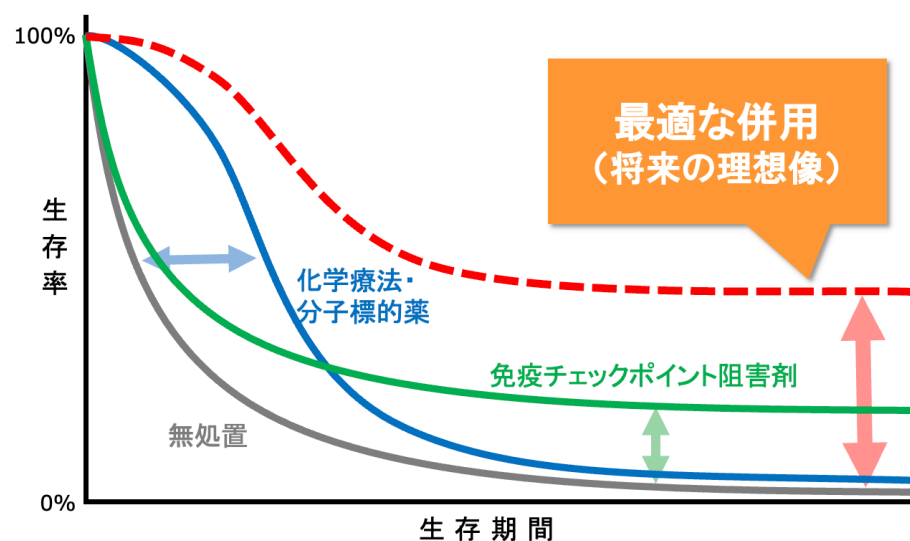
European Journal of Cancer誌で論文発表した生存曲線



# 目指してきた「最適な併用」への前進

過去の当社プレゼンテーション資料で目指したデータに近づいています

## 抗癌剤治療のパラダイム転換



## 欧州臨床第3相試験開始申請手続きの現状認識

- 開始承認取得の**時期の不確実性**：当社でコントロール不能な不確実性が存在
- **時期以外の不確実性**：顕在化のおそれは低下
- 開始承認受領から開始に向かうための準備は進んでいる
- **時期以外**でも状況が悪化したときは米国移行を検討。**現状はその兆候なし**

## 欧州試験開始最優先を継続

- 第3相試験費用見通しは現時点で45-50億円（2023年ファイナンス時の想定に変動なし）
- **初期の目標（2027年承認・上市）実現可能性は変化なし**

## 引き続き経営資源を欧州臨床試験開始に集中

- 念のため米国第2b相試験はペンディング継続



## 欧州第3相試験開始申請の長期化が見込まれる場合

- 欧州開始申請と並行し、念のため米国第2b相試験を1stステージ（中間解析）まで進める判断

| 最終<br>準備 | 米国第2b相試験実施 |          |     |
|----------|------------|----------|-----|
|          | 1st        | 中間<br>解析 | 2nd |

中間解析までの開発費  
約17.5～20億円

## 欧州第3相試験が始められないと見込まれる場合

- 欧州当局との協議は継続しつつ米国第2b相試験完了まで進める判断

| 最終<br>準備 | 米国第2b相試験実施 |          |     |
|----------|------------|----------|-----|
|          | 1st        | 中間<br>解析 | 2nd |

2b相終了までの開発費  
約32.5～40億円

第3相開発費用  
約40～60億円か

■ なお現時点では、米国臨床第2b相試験への移行検討は不要な状況と考えています

# CBP501

## パイプライン価値試算のめやす

---

## 一般的なパイプライン価値試算の考え方

- ✓ 一般に現在価値は、将来の一定期間の純利益やキャッシュフローを、投資家の想定する割引率で割り戻して算出します。
- ✓ この資料の市場・末端販売高・ロイヤルティの想定等は、上記の方法で試算していただくためのめやすとしてお示ししているものです。

➤ 創薬パイプライン価値の試算にあたっては、成功確率、成功までに要する期間、必要な投資額（臨床試験費用）等にご留意いただく必要があります。

## CBP501の想定市場

- 2024年2月に臨床開発計画の本線を欧州に切り替える旨を公表しましたが、ベストシナリオにおいては欧州臨床第3相試験の結果をもとに欧州だけでなく米国にも同時申請を想定しています。このため、本資料におけるCBP501の想定市場は米国のまま変更していませんが、ご参考として、欧州市場に関する情報も掲載しています。

## CBP501の初期適応（膵臓がん3次治療）領域での位置

- 既存先行品は市場に存在しない = **市場がまだない**
- 膵臓がん3次治療の開発競争で、CBP501は現在も **トップランナー** の位置にいる
  - ✓ 2021年6月 Tyme Technologies  
「開発品SM-88、膵臓がん3次治療の患者登録を中止」 = 試験中止
  - ✓ 2021年6月 Corcept Therapeutics  
「開発品RELACORILANT、有効性懸念のためこれ以上の研究を正当化できない」  
= 膵臓がん3次治療での開発は中止
  - ✓ E7080/MK7902臨床第2相は膵臓がんに関して未だ探索的試験（効果の有無を探る段階）

## CBP501米国上市後の市場規模（一般的な検討要素をもとに当社試算）

➤ **米国市場でピーク時9億ドル**の収益を見込む

|                |                           |
|----------------|---------------------------|
| 膵臓がん3次治療 患者数   | 年間4.7万人以上* <sup>1</sup>   |
| ×              |                           |
| 薬物治療を選択する患者の割合 | 20%～70%* <sup>2</sup>     |
| ×              |                           |
| 来院しない患者を考慮     | 80%程度が来院を継続* <sup>3</sup> |
| ×              |                           |
| CBP501の獲得するシェア | ピーク時のシェア60%* <sup>4</sup> |
| ×              |                           |
| 投与期間           | 4カ月以上* <sup>5</sup>       |
| ×              |                           |
| ひと月の薬剤費        | 2万ドル前後* <sup>6</sup>      |

\*<sup>1</sup> The International Agency for Research on Cancer(IARC), GLOBOCAN2018

\*<sup>2</sup> Anticancer Research, 2007; 27(4A):1789-1794  
Oncologist, 2017; 22:925-933  
Cancer Res Clin Oncol, 2019; 145: 445-455  
Cancer Med, 2020; 9:8480-8490

\*<sup>3</sup> J Clin Oncol, 2010; 28:2381-2388

\*<sup>4</sup> 他の抗がん剤のピーク時シェアを参考に当社推定

\*<sup>5</sup> Therapeutics and Clinical Risk Management, 2018; 14:1691-1700 およびCBP501の臨床第2相試験結果から当社推定

\*<sup>6</sup> 膵臓がん3 次治療に対する標準薬剤は存在しないため、直近で膵臓がん領域で新薬承認された2次治療の薬剤であるオニバイドを参考薬剤とし、厚生労働省中央社会保険医療協議会総会2020年5月13日資料のオニバイドの数値とAmerican Society of Health-System Pharmacists (ASHP)をもとに“2週間に1回投与・1回あたり薬剤費10,000ドル前後”と当社推定

## CBP501欧州上市後の市場規模（一般的な検討要素をもとに当社試算）

### ➤ 欧州（英国含む）市場でピーク時5.5～9億ユーロと推定

|                |               |
|----------------|---------------|
| 膵臓がん3次治療 患者数   | 年間6～10万人推定*1  |
| ×              |               |
| 薬物治療を選択する患者の割合 | 20%～70%*2     |
| ×              |               |
| 来院しない患者を考慮     | 80%程度が来院を継続*3 |
| ×              |               |
| CBP501の獲得するシェア | ピーク時のシェア60%*4 |
| ×              |               |
| 投与期間           | 4カ月以上*5       |
| ×              |               |
| ひと月の薬剤費        | 0.9～1万ユーロ*6   |

\*1 ECIS(European Cancer Information System) Globocan 2022 data (EU27カ国、2022年)の膵臓がん罹患患者数・死亡者数をもとに3次治療患者数を当社推定

\*2 Anticancer Research, 2007; 27(4A):1789-1794  
Oncologist, 2017; 22:925-933  
Cancer Res Clin Oncol, 2019; 145: 445-455  
Cancer Med, 2020; 9:8480-8490

\*3 J Clin Oncol, 2010; 28:2381-2388

\*4 他の抗がん剤のピーク時シェアを参考に当社推定

\*5 Therapeutics and Clinical Risk Management, 2018; 14:1691-1700 およびCBP501のP1b臨床試験結果から当社推定

\*6 膵臓がん3次治療に対する標準薬剤は存在しないため、直近で膵臓がん領域で新薬承認された2次治療の薬剤であるオニバイドを参考薬剤とし、同薬剤のEU・英国それぞれのインターネット販売価格をもとに、“2週間に1回投与・1回あたり薬剤費4,500～5,000ユーロ”と当社推定

## CBP501のパイプライン価値試算のめやす

### ➤ 上市後一定期間の末端販売高の推移想定

(単位：億ドル)

|       | 2027+X(Y1) | Y2  | Y3  | Y4  | Y5  | Y6  |
|-------|------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 末端販売高 | 4.0        | 5.0 | 5.7 | 6.2 | 7.0 | 7.5 |

※目標シナリオでの上市（2027年）からX年経過し、市場浸透が進むもののピークには未だ達しない6年間で想定したものです。

### ➤ ロイヤルティ

|          | Y5                    | ピーク時    |
|----------|-----------------------|---------|
| ロイヤルティ%  | 開発最終段階での提携。40～80%を目指す |         |
| ロイヤルティ収入 | 2.8～5.6               | 3.6～7.2 |

※開発最終段階で米国において提携先に販売委託、ロイヤリティ収入・現金収入の獲得を想定したものです。  
※適応や地域などの部分的導出や、原薬・最終製剤を提供するなどの付与契約等によっても変動の可能性があります。



初期適応は小さいものの長期的な投与対象患者数（適応・地域拡大後）は大きく、  
日米欧で年間50万人以上

→ 地域

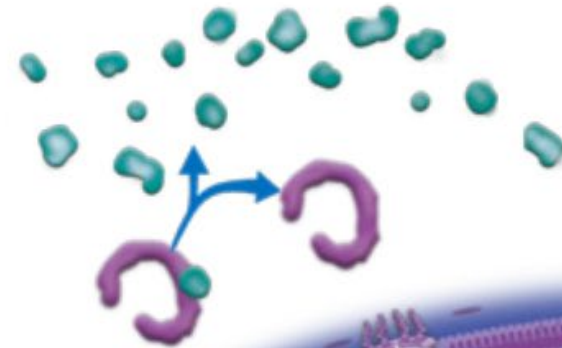
↓  
適  
応  
拡  
大

|                 | 米国                   | 欧州    | 日本                   | アジア                  | 南米など |
|-----------------|----------------------|-------|----------------------|----------------------|------|
| 膵臓がん<br>3次治療    | 4.7万人                | 3万人以上 | 3.7万人                | 11万人<br>(中国のみ)       |      |
| 膵臓がん<br>1次～2次治療 | 5万人以上                | 4万人以上 | 4.3万人                | 11万人<br>(同上)         |      |
| 大腸がん            | 10万人のうち<br>PD-1不能例など | 2万人以上 | 5万人のうち<br>PD-1不能例など  | 14万人のうち<br>PD-1不能例など |      |
| 肺がん             | 22万人のうち<br>PD-1不能例など | 5万人以上 | 11万人のうち<br>PD-1不能例など | 77万人のうち<br>PD-1不能例など |      |
| 悪性胸膜中皮腫<br>など   |                      |       |                      |                      |      |

# 可逆的XPO1阻害剤 CBS9106

---

## XPO1による核外排出



核膜孔  
複合体  
(出入り口)

XPO1 (exportin 1)

XPO1は、がん抑制因子、細胞周期阻害因子、転写因子など、がん細胞にとって都合の悪いさまざまな蛋白質を核外へ運び出しています

## Felezonexor (CBS9106) によるXPO1阻害

Felezonexorは、がん細胞の細胞周期停止とアポトーシスを誘導することが示されており、固形がんおよび血液がんに対する傷害性を有します

Felezonexor

核内の  
蛋白質と  
XPO1の  
結合を  
ブロック

Felezonexorは、XPO1による核外排出を可逆的に阻害する低分子化合物です

■ 臨床第1相試験を有望なデータとともに終了

■ 「安全性」「有効性」「使いやすさ」でXPO1阻害剤の**ベスト・イン・クラス**へ

➤ 上市済みのXPO1阻害剤：XPOVIO(Selinexor) 米国Karyopharm社

適応：びまん性大細胞B細胞性リンパ腫・多発性骨髄腫

✓ XPOVIOは副作用が多く、適応も血液癌の一部に限られている

直近の臨床試験（STORM study、多発性骨髄腫対象）

・・・89%の患者でグレード3以上の重篤な副作用報告、少なくとも2例の死亡報告

➤ CBS9106の優位性

✓ 安全性：最大耐用量の高さ（Stemline社による臨床第1相試験、ESMO2020報告）

・・・背景には、CBS9106のXPO1分解作用\* による副作用の小ささ

✓ 有効性：複数の固形がんで薬効の兆候（Stemline社による臨床第1相試験、ESMO2020報告）

✓ 使いやすさ：臨床現場で使いやすい経口剤

\* CBS9106は、XPO1による基質輸送を阻害したあと、XPO1を分解することがわかっており、細胞は新たなXPO1を産生して正常な機能を保とうとするため、副作用の小ささが期待できる。

## Stemline社とのライセンス契約経過

- 2014年12月 日中台韓を除く全世界を対象にライセンス導出
- 2018年8月 ライセンス対象地域を上記地域を含む全世界へ拡大
- 2025年6月 ライセンス契約を解消し、開発及び商品化に関するすべての権利が当社に返還

## ライセンス契約に基づき受領済みの収益

- 契約一時金・・・2014年12月 10百万円、2018年8月 5百万円 それぞれ受領済
- 技術アドバイザリーフィー・・・2014年12月～2021年6月 累計702百万円 受領済

## 今後の展開

- 返還手続き終了後、当社は具体的な臨床開発計画を策定するための基礎研究を実施  
(基礎研究費予算の範囲で実施するので短期的な業績への影響なし)
- 今後、追加で実施する基礎研究の成果や会社の財務状況などを勘案して、開発方針を検討

# その他の研究開発 前臨床試験までの段階のプロジェクト

---

## 基礎研究～前臨床試験準備段階のパイプライン (ピックアップ)

### ➤ CBT005

- ✓ 前臨床試験に向けて準備を開始する意思決定 (2023年10月25日公表)
- ✓ 米国で特許査定受領 (2025年1月6日公表)

### ➤ CBP-A08

- ✓ 最適化を完了し、財務状況等を勘案し前臨床試験開始を模索

### ➤ IDO/TDO二重阻害剤

- ✓ 静岡県立大学と共同研究で最適化を進行中。日本・米国で特許成立 (2023年6月6日・2024年9月10日公表)
- ✓ ファルマバレーセンターによるアライアンス活動開始 (2025年4月2日公表)

### ➤ NEXTプロジェクト

- ✓ 新たなコンセプトの免疫系抗がん剤候補化合物の探索創出
- ✓ インテージヘルスケアとAI (人工知能) を利用した創薬共同研究 (2024年12月25日公表)

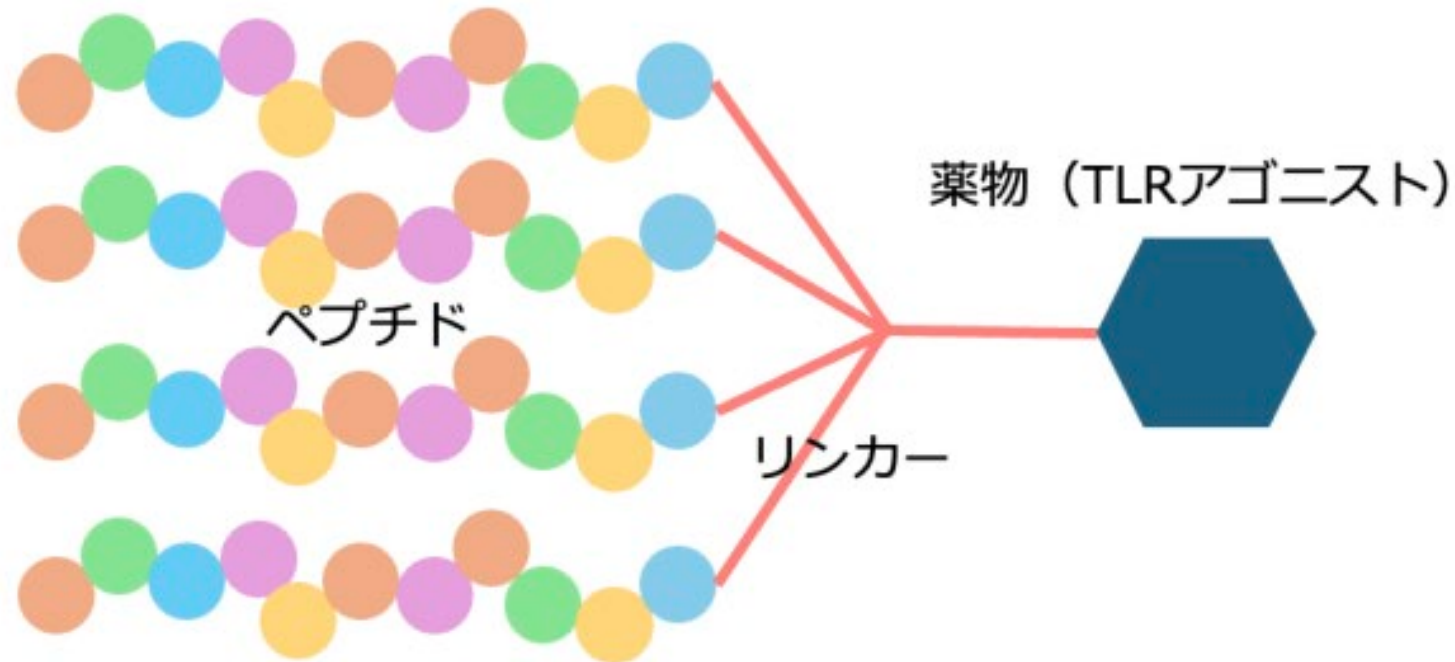
### ➤ 抗がん剤感受性予測システム

# 免疫スイッチ作動薬 CBT005

---

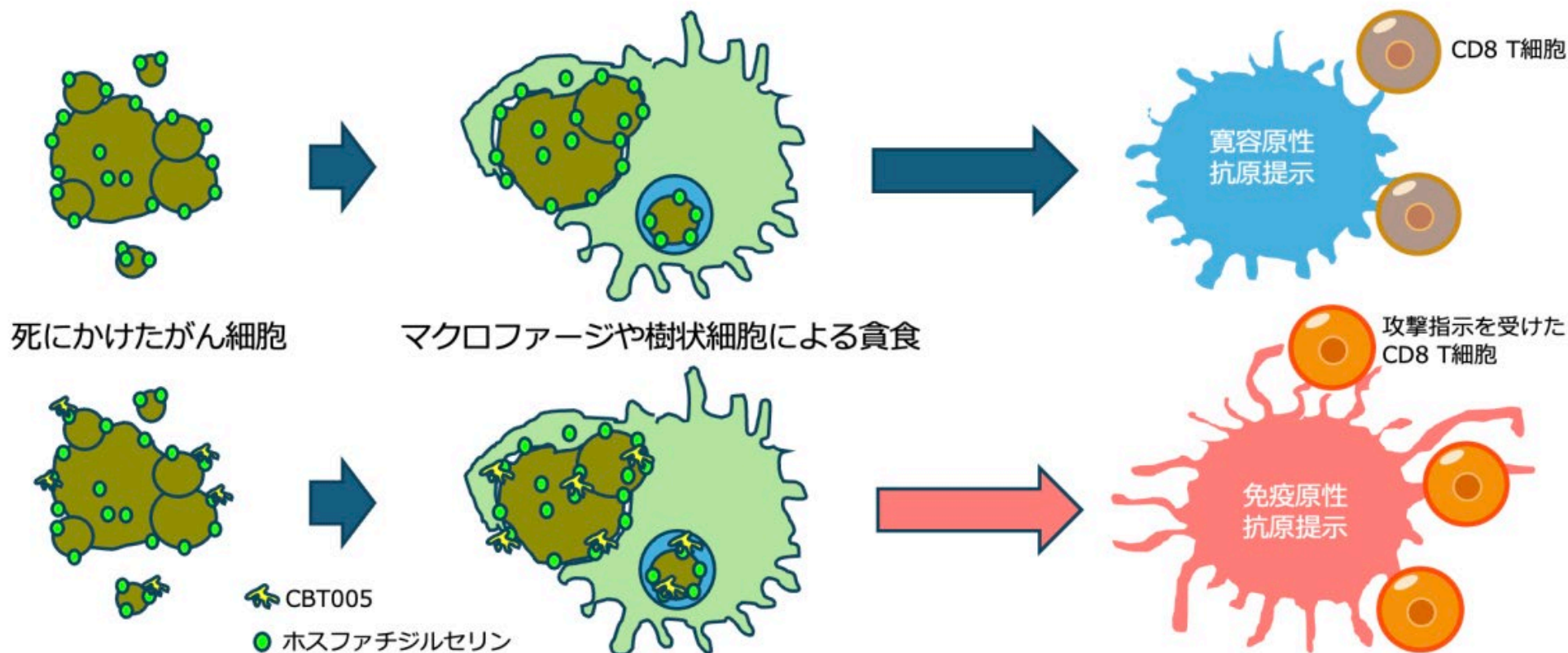


- ホスファチジルセリンに結合するペプチド4つと薬物をリンカーで結合させた**PDC** (Peptide-Drug Conjugate)
  - 狙い：死にかけたがん細胞の新生抗原を利用して免疫スイッチを切替える
  - 模式図



## 免疫スイッチ (ImmunoSwitch)

- 抗原提示細胞のTLRを活性化し、T細胞への指示を「**攻撃する**」に切替える  
《想定している作用機序》



# 2025年6月期第3四半期決算・ 財務の状況

---

## 2025年6月期第3四半期損益計算書のポイント

- 事業収益計上なし
- CBP501臨床開発を中心に研究開発先行投資

- ✓ 2Q累計事業費用798百万円の内訳：  
基礎研究費\*1 161百万円 臨床開発費\*2 420百万円 販管費217百万円  
基礎研究費は若干増、販管費前年並み。臨床開発費はCBP501欧州第3相試験の申請・準備進捗に伴う費用増加
- ✓ 営業外損益（受取利息・為替差損・株式交付費）

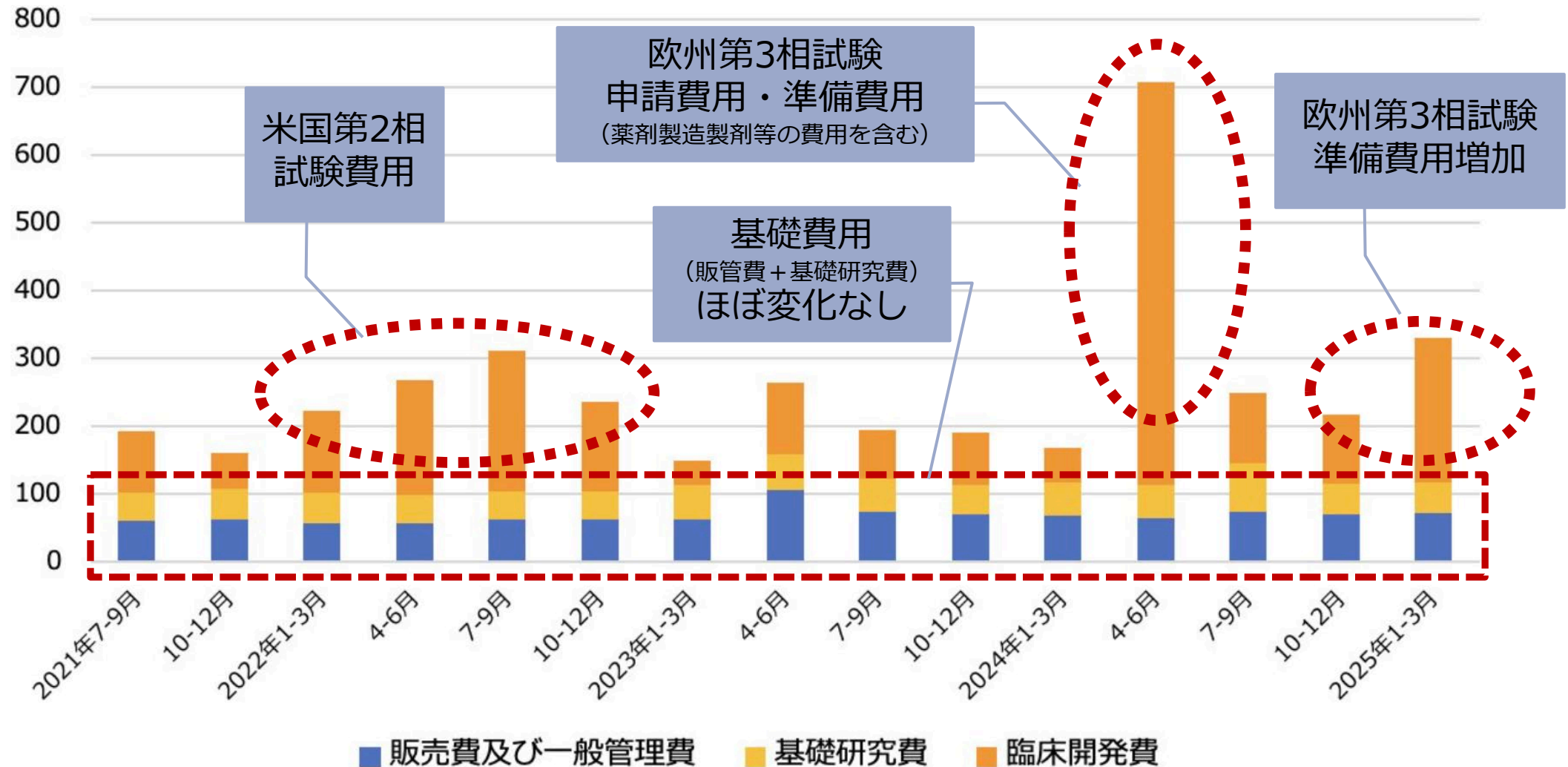
|           | 2025年6月期3Q | 前年3Q比       | 注 |
|-----------|------------|-------------|---|
| 事業収益（売上高） | — 百万円      |             |   |
| 営業利益      | △798 百万円   | 損失増 244 百万円 |   |
| 経常利益      | △831 百万円   | 損失増 278 百万円 |   |
| 四半期純利益    | △831 百万円   | 損失増 278 百万円 |   |

\*1 共通の人員・設備・消耗品等が多数あるため、基礎研究段階のプロジェクト個別の費用内訳は算出していません。

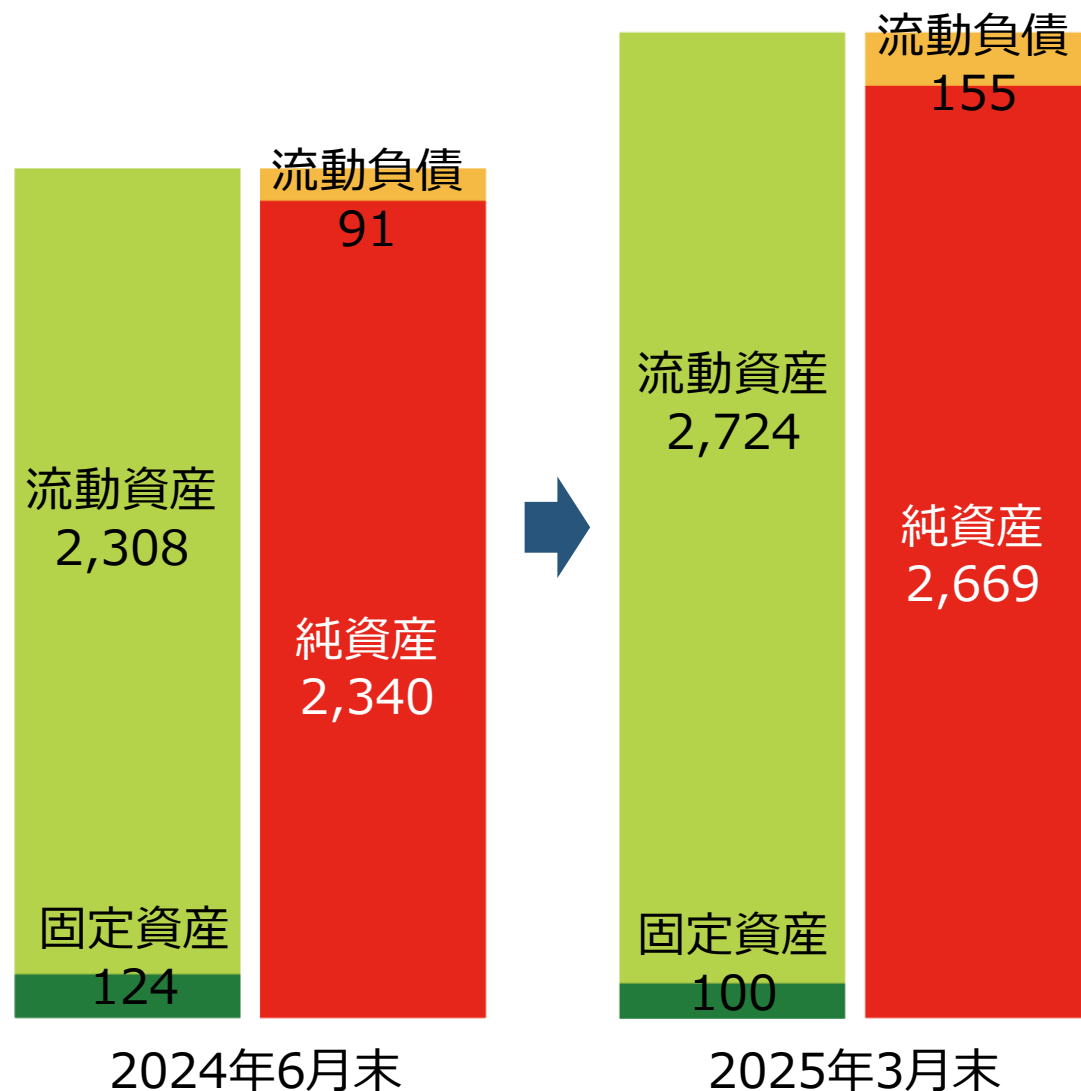
\*2 臨床開発費は全額CBP501関連の費用です。CBS9106・CBT005に関する費用はありません。

# 事業費用は主に臨床試験費用で増減

## 四半期会計期間の事業費用推移（単位：百万円）



# 2025年6月期3Qの業績 (2)貸借対照表の推移 (単位：百万円)



## 2024年6月期末からの主な変化

### ➤ 流動資産

✓ 現預金 1,888 → 2,597

(-) 四半期純損失

(+) 新株予約権行使による資金調達

### ➤ 純資産

✓ 株主資本合計 2,304 → 2,633

- 新株予約権行使による資金調達が営業CFのマイナスを上回る

\*百万円未満切り捨て表示のため合計などが一部一致しません。

## 2025年6月期業績見通し（2025年6月30日公表）

### ➤ 事業収益計上なし

### ➤ CBP501臨床開発を中心に研究開発先行投資

#### ✓ 事業費用見通し 1,086百万円の内訳：

基礎研究費\*1 218百万円 臨床開発費\*2 589百万円 販管費 278百万円

基礎研究費は前年比約14%増（CBS9106ライセンス契約ターミネーションフィー約12百万円を含む）、  
販管費前年並み。臨床開発費の大半はCBP501欧州臨床第3相試験の開始準備に関する費用

#### ✓ 営業外損益（受取利息・為替差損・株式交付費）

|           | 2025年6月期   | 前年比         | 注 |
|-----------|------------|-------------|---|
| 事業収益（売上高） | — 百万円      |             |   |
| 営業利益      | △1,086 百万円 | 損失減 176 百万円 |   |
| 経常利益      | △1,117 百万円 | 損失減 91 百万円  |   |
| 当期純利益     | △1,119 百万円 | 損失減 90 百万円  |   |

\*1 共通の人員・設備・消耗品等が多数あるため、基礎研究段階のプロジェクト個別の費用内訳は算出していません。

\*2 臨床開発費は全額がCBP501関連の費用です。CBS9106・CBT005に関する費用はありません。

# 企業価値評価向上への施策

---



企業価値  
||  
成功時の  
パイプライン  
価値の  
総和

× ディスカウント = 足元の市場評価

## 一般的ディスカウント要因

- 成功確率
- 時間価値

## 当社/創薬に特有の要因

- 開発継続資金の懸念
- 評価の困難性
  - ✓ 一般に代替的評価方法とされてきた製薬企業提携の有無や内容が使えない
- 情報開示の制約
  - ✓ 臨床試験情報
  - ✓ 規制当局との協議内容

## 足元の市場評価が変化した要因

- パイプライン価値の周知
- 開発継続懸念などディスカウント要因が薄れた
- 開発進捗の内容が見え、その価値評価が企業価値評価に反映され始めた

## 市場評価のさらなる向上に向けて

- **開発のさらなる進捗と成果の公表**
- **丁寧な投資家リレーション**
- **開発資金と継続性を維持する資金や体制の確保**

## 利益実現までの開発期間・成功確率・不確実性

### ➤ CBP501臨床第3相試験を完遂できるか

- ・ 欧州臨床試験開始承認獲得の期待（時期の不確実性）
- ・ 試験期間の見通しと成功確率
- ・ 開発環境や開発資金の確保

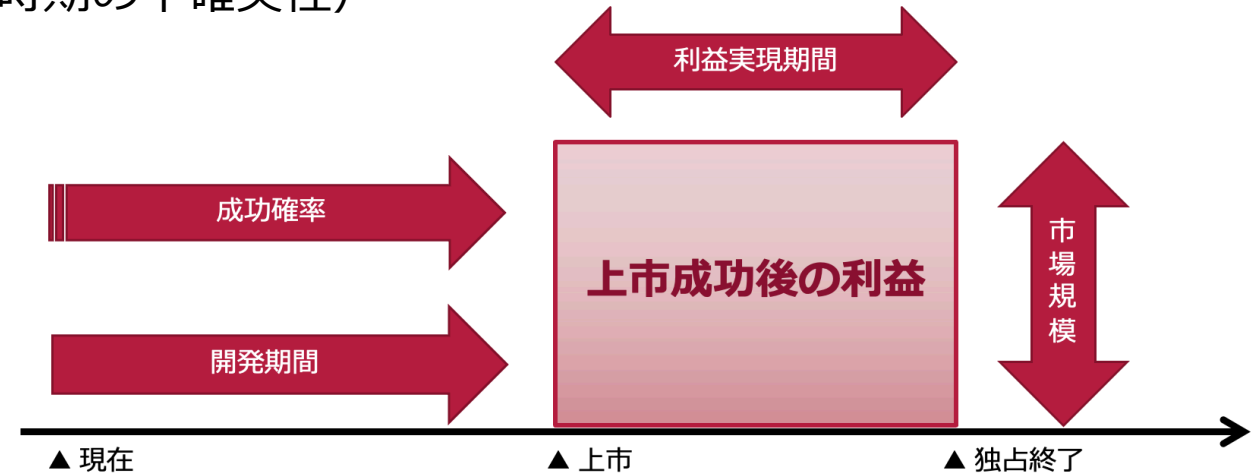
### ➤ 新薬承認を獲得できるか

- ・ これまでの良好な臨床試験データ

## CBP501上市成功後の利益

### ➤ 臨床第3相試験成功時の成功規模

- ・ 欧州ほか主要市場の患者数・薬価・シェアなど。長期的な市場の変動も考慮
- ・ 他のがんへの適応拡大の期待
- ・ オーフアン指定による欧州10年・米国7年の独占保護



# 2023年ファイナンスの総括

---

## CBP501は自社で開発を進める**創薬パイプライン型**へ

- 第3相試験完遂までの資金を製薬企業等でなく機関投資家・株式市場から獲得へ
  - ✓ リスクテイク・開発主導権確保・リターン最大化を図る
- 地域や適応で区切った部分導出やその他のアライアンスでアップサイド展開も追求

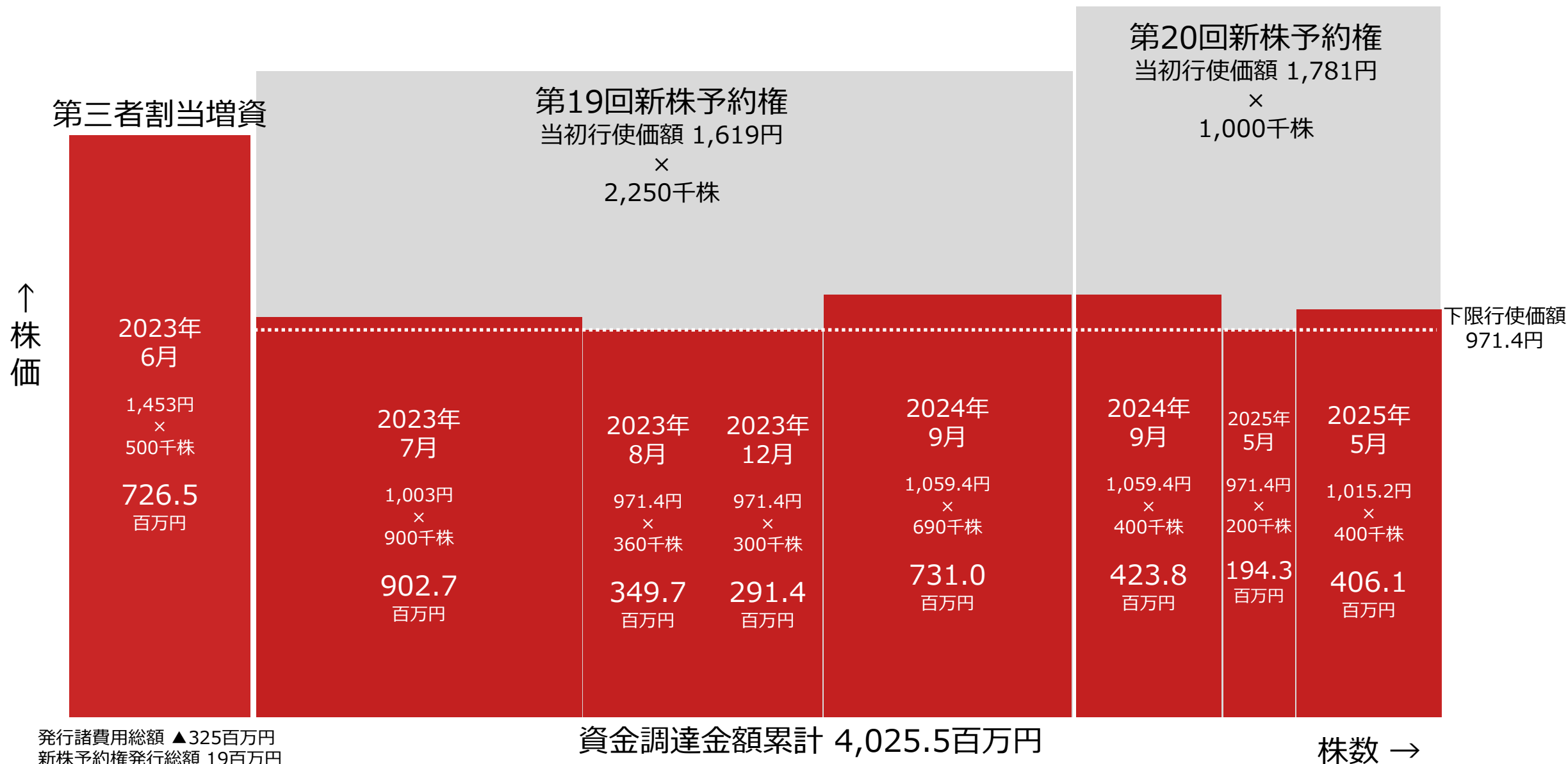
## 第三者割当新株発行と新株予約権2種の組み合わせ

- 7億円を超える新株発行で、確実な資金をアップフロント調達
- 2種の新株予約権で、株価へのインパクトを抑制しつつ段階的調達を目指す

### 2種類の新株予約権

- ✓ 第19回新株予約権（行使価額修正条項付き）：確実性の高い資金調達を図る
- ✓ 第20回新株予約権（当初行使価額固定、行使価額プレミアム）：より有利な資金調達を目指す
  - 発行日の1年後以降、行使価額修正型へ自動的に切替
- ✓ いずれも最大行使株式数は固定されており、株価の動向にかかわらず希薄化の規模は限定的

# 2023年ファイナンス完了までの経緯



## 2023年ファイナンス：概ね成功裏に完了

- 第三者割当増資・新株予約権行使の合計で40億円超の調達
  - ✓ 7.3億円の確実なアップフロント調達
  - ✓ 新株予約権での調達は約33億円にとどまったが、株価への短期的なインパクトを抑制しつつ平均行使価額1,015.1円（下限行使価額＋約4.5%）で段階的調達を実現

## 今後：臨床第3相試験開始資金に問題はなく、状況に応じ判断・対応

- 第3相試験資金需要と支出時期の不確実性
  - ✓ 当初の見込費用45～50億円
    - 一部は既に支出済み。今後、試験開始時期・プロトコル・実施施設数・被験者組入ペース等によって、費用と支出時期は変動する
- 追加資本政策を検討する場合のポイント
  - 株主価値の毀損や希薄化を可能な限り回避・抑制するタイミングと方法を追求

# 今後想定されるニュースフロー

---

## ■ 欧州臨床第3相試験開始承認受領

- 時期には不確実性があります
  - 時期以外の不確実性は（予断は許さないものの）着実に減少しつつあります
- ↑ これらについては[ブログ記事](#)をご参照ください

## ■ 臨床試験

- 臨床試験実施施設オープン（～50施設を計画）＝ 被験者募集開始
  - ✓ 開始承認受領から実施施設オープンに至る期間をより短縮するための準備も進捗
    - ・ 開始承認獲得を待たずに契約締結できる5カ国約30施設のうち半数以上と既に主契約締結済み
- 最初の被験者への投与（FPI）



# キャンバスを知る情報源

---

■ ウェブサイト <https://www.canbas.co.jp>

➤ マネジメントブログ <https://www.canbas.co.jp/blog/>（不定期更新）

■ X（旧Twitter）公式アカウント <https://x.com/canbas4575>

➤ フォロワー7,000人超。主に個人投資家向けの情報発信/Q&Aチャネルとして定着

■ アナリストレポート

➤ フェアリサーチ 2025年3月6日最新版『[薫風かおる季節を前に朗報を待つ](#)』

➤ シェアードリサーチ（随時更新） <https://sharedresearch.jp/ja/4575>

■ TV・インターネット番組等出演

➤ 2024年6月期決算説明会動画・テキスト（[2024年8月20日開催](#)）

➤ アイロゴス主催 櫻井英明WEB株式講演会&企業IRセミナー  
[2025年2月22日開催](#)（河邊登壇） [2025年6月18日](#)（加登住登壇）



■本資料に関するお問い合わせ先： 株式会社キャンバス 管理部 IR担当 Email [IR@canbas.co.jp](mailto:IR@canbas.co.jp)