

③ グローバリゼーション時代の医薬品問題

Part 2 : INRUD の活動と東アジアの医薬品問題

Bimo (Johns Hopkins Programme for International Education in Reproductive Health)

Sauwakon Ratanawijitrasin (Chulalongkorn University)

William M. Pick (University of the Witwatersrand Medical School)

Bong-min Yang (Seoul National University School of Public Health)

津谷喜一郎（当時・東京医科歯科大学、現・東京大学大学院）

2000年12月2日(土) 池袋、中華料理店

1. INRUD の活動

津谷 1日(金)・2日(土)と2日間の「国際保健と医の倫理に関するシンポジウム」でみなさんの発表を聴かせていただいたわけですが、Bimo先生のお話を聴いたばかりですので、Bimo先生が力を注いでいらっしゃるINRUD(International Network of Rational Use of Drugs)の話題から入りましょう。Sauwakon先生も、これに参加されていますね。アジアにおけるINRUDの活動はどんな様子でしょうか。

Sauwakon INRUDはアジアにおいては、インドネシア、ネパール、フィリピン、バングラデシュ、タイなどで活動しています。フィリピンとタイは後から参加しました。マレーシアからはいくつかの組織が参加していますが、公式メンバーではありません。アフリカからは、ガーナ、ナイジェリア、ウガンダ、ジンバブエ、タンザニアなどが参加しています。

Bimo INRUDは1989年に医薬品の合理的使用という目的のもとに設立されました。それぞれの国で医薬品使用の行動の側面の研究活動に従事している人々のグループで構成され、多くの場合そうした人たちはすでにお互いに知り合いどうでした。各国におけるネットワークを始めたのは臨床薬理学者ですが、研究活動だけではなく医師の処方行動をいかにして変えるかということにも

関心を持っている人たちです。医薬品の非合理的な使用は知識や情報の欠如が問題なのではありません。知識や情報は医師の処方行動の変容に直接結びつくものではありません。行動が問題であり、処方の行動の側面への介入が求められます。こうした理由から、現在INRUDは各国に1人、パブリック・ヘルス・マインドの臨床薬理学者または臨床家、1人の社会学者、1人の行動科学者が必要だと要求しています。ただ、発足当初の各国への要求は、少なくとも1人の社会学者の追加だけでした。発足時にはアジアからも含んでメンバーは6カ国でした。当時、臨床薬理学者の多くは社会学者とともに活動する方法がよく分かっていました。後に、ともに話し合うだけではなく、合理的な処方を促すためには、処方者の行動を変える、つまり介入が必要であると考え、行動科学者の参加も求め、活動をともにするようになりました。

INRUDの歴史のもう1つの側面は、MSH (Management Science for Health)を通してネットワークが形成されたということです。MSHの持つ強力な医薬品マネジメントプログラムは、医薬品の合理的な処方という分野に積極的に関わる人々のネットワーク化のキー・ファクターとして機能しました。私自身もいくつかのプログラムに参加して、インドネシアのいくつかの地方で医薬品の供給と管理と使用についての教育と研究活動に従事してきました。



Bimo(インドネシア)

Ratawijitrasin(タイ)

Pick(南アフリカ)

Yang(韓国)

- ◆ 2000年12月1・2日、日本医師会とハーバード大学公衆衛生大学院の主催で「国際保健と医の倫理に関するシンポジウム」が、池袋・日医会館において開催された。
- ◆ シンポジウムには10数名の「武見フェロー」(国際保健武見プログラムによる米国研修経験者)が招かれ、それぞれ講演もしくはコメンティターとして発言した。
- ◆ 座談会参加者のシンポジウムでの発表は、Ratanawijitrasin「知的所有権の保護か、公衆衛生の保護か：倫理と政策」、Pick「HIV/AIDSの倫理：南アフリカのケーススタディ」、Yang「韓国の医薬品流通政策－福祉国家の課題」で、Bimoはコメンティターとして発言した。

津谷 Bimo先生はどういうことでINRUDと関わるようになったのですか。

Bimo こうした領域に関心を持つ人々の会議が1989年にジャカルタで開かれ、ネットワーク作りについて議論しました。インドネシアからのメンバーは大学の臨床薬理学者、大学の社会学者、それに私でした。私は公衆衛生の分野でNGOのコンサルタントをしていました。当局には、職員の参加を働きかけましたが、参加はありませんでした。INRUDの事務局はMSHにおかれています。現在は、年次総会は2年に1回行っています。

津谷 インドネシアには「国家医薬品政策」(National Drug Policy)がありますね。INRUDはそれに影響を及ぼしていますか。

Bimo インドネシアには必須医薬品リストがあり、後に国家医薬品政策が作されました。INRUD発足よりも前のことです。INRUDの活動自体が直接政府の医薬品政策に影響を及ぼしているわけではないですが、数人のメンバーが政府の重要な地位に着いています。WHOのスタッフになった者もいます。そうした意味で国の政策に間接的に関与しています。

津谷 インドネシアはそのような事情だったのですね。タイの関わり方はいかがでしょうか。

Sauwakon タイとフィリピンは後から参加しました。そのプロセスは、INRUDがタイとフィリピンに1人ずつメンバーを派遣して地域の施設を訪問し、各国のコーディネーターになる可能性のある人にコンタクトをとったことに始まります。

INRUDの歴史についていくつか加えさせてください。発足時の活動は医薬品使用の評価方法(measurement)を開発する試みに向けられ、「医薬品使用の指標」(drug use indicator)が開発されました。医薬品使用についての指標は医療施設用のもの、コミュニティ用のものがあります。医療施設ではこの指標が使われて医薬品使用が改善されたと、私は理解しています。コミュニティの方はあまりよく機能しませんでした。調査の方法はDennis Ross-Degnanらにより開発され、一部はWHOから出版されました。

第1のパートは統計学的問題です。というのは、当時問題になっていたのは調査方法や、医療施設や共同体での医薬品使用の問題を記述する方法などだったからです。焦点は記述的なものにありました。第2のパートは、合理的使用の理由を説明することです。これは意思決定者へのインタビューといった質的方法論によります。第3のパートは、介入についてです。介入とは、記述した後に

問題を理解し、医薬品使用の合理性のレベルを上げるために問題解決に向けた行動のことです。

最初は小さなプロジェクトによって方法論を示しました。主な方法論は、time series analysisです。指標に基づいてプロットします。つぎに介入する。それは教育であったり面接方式のコンサルテーションであったり、責任が重い場合には意思決定を一緒に行ったりする場合もあります。そして介入をした後にプロットをし、介入の効果を調べます。その研究結果はとても興味深く、医療施設のレベルにおけるメカニズムと評価方法を試験するようなものです。介入のパートは説明のパートよりも生産的だと、私は評価しています。

もう1つの活動は、Bimo先生も講師として参加されている、トレーニング・コースを通して医薬品の合理的使用を促進する活動です。INRUDは各国でこうしたコースを開発しています。2000年はアフリカで1つのコース、アジアで1つのコースがありました。メンバー国からも他の国からも参加しています。トレーニングはINRUDによって開発されたモジュールによります。資料はトレーニング・コースが開かれる現地のオーガナイザーに送ると、オーガナイザーは必要に応じて改訂し、参加者に配ります。

津谷 INRUDのweb-site(<http://www.msh.org/inrud/>)からいろいろな資料をダウンロードできるようになっていますね。とても興味深い教育用の資料があります。

Bimo それはINRUDのネットワークがいかにして生き延びてその存在を維持してきたかということの証拠でもあります。INRUDの一連の研究に基づいた調査については、Sauwakon先生のおっしゃるように一部はWHOから書籍として出版されます。医薬品使用の研究においては、医療施設における処方の問題を見出すための基準を得ようとして、1つの医療施設につき230から300のケースを調べました。そして、問題の代表として適切なケースを見出すのに最小限必要なケースの数はいくつかということを研究し、30という結論を得ました。このような方法論を得てから、イ

ンドネシア、パングラデシュ、ネパール、ナイジェリアなど、いくつかの国々のフィールドでこの方法を試みきました。この教育プログラムは各国で、大変よい成果を出しています。最初のトレーニングは1988年、INRUDが正式に発足する前にインドネシアで実施されました。それからINRUDが設立され、教育プログラムも改善され、さらによい形でメンバーをサポートできるようになります。インドネシア、フィリピン、タイで実施しました。タイでの実施は他の機関からのサポートを得るためのよい機会となりました。というのは、WHOなど国際機関から参加費のサポートを受けた参加者が多くなっていたのです。

津谷 言語は何を使うのでしょうか。どんな人が参加するのですか。日本や韓国からの参加はありましたか。

Bimo 言語は、英語です。講師はボストンと、ジュネーヴのWHOから来ます。参加するのは公衆衛生の仕事をしている人、企業からの参加も時々あります。日本や韓国からの参加はありません。ほとんどメンバー国からの参加です。

Sauwakon タイのコースでは、アメリカからの参加者がありました。コースを組織する方法を学ぶためということで西側諸国から2人か3人の人が参加していました。やはり日本人はいなかつたと思います。参加者は大部分薬剤師で、医師も数名参加しました。

津谷 1996年にチェンマイであった会議は世界的な評判でしたが、説明していただけますか。

Sauwakon それはInternational Conference for Improving Use of Medicines(ICIUM)という国際会議で、指標の開発、コースの開発、コースの運営についてのものです。INRUDではいくつかの研究が行われた後、国際会議を開いて知識を共有しレビューし交換しあうことができるようになります。私がボストンに武見フェローとして滞在しているときにこの企画案がスタートしました。

政策フォーラム(policy forum)についてお話ししたいと思います。ICIUMをスタートさせることを念頭において1997年にチェンマイで4つの領

域、つまり 1)文化的領域、2)社会学的領域、3)病院その他の医療施設やコミュニティにおける医薬品使用についての領域、4)国家医薬品政策の領域、それぞれについて commission review papers がつくられました。

津谷 ICIUM にはアフリカからも参加していましたが、参加費はどうされたのですか。

Sauwakon 世界中からの参加がありました。基本的に参加者は自費ですが、WHO の援助を受けた参加者もいました。他にもいくつかの機関が参加者に援助をしていました。

Bimo ボストンの INRUD のコーディネーターが参加費の援助をしてくれそうな機関にコンタクトを取り、参加希望者のリストを送って参加のための援助を得る、という方法です。この方法は効果的だったようです。

Sauwakon ICIUM の会議で、Bamako Initiative についての研究発表もありますが、アフリカには INRUD のメンバーで Bamako Initiative にも参加している人がいます。ICIUM の会議の後、将来のことの検討する円卓会議がありました。3 年ほど前、医療施設において介入の調査をさせるためのものでした。そこで記述的な調査に対しては資金援助をしないという方針が決定され、このため調査はすべて介入に焦点を置いたものになりました。INRUD は人材開発のための集中的なトレーニング得意とします。そこで学んでエキスパートとなる人が出てきます。

2. GGP と P-drug

津谷 WHO から 1995 年に出版された *Guide to Good Prescribing (GGP)* も、医薬品の合理的な使用を学ぶテキストとして欠かせないものです。著者の一人である Dr. H. V. Hogerzeil は INRUD の創設メンバーの 1 人ですね。Western Pacific Southeast Asian Regional Pharmacologists

Meeting という会議が 2 年ごとに開かれていますが、私は 1996 年のマニラでの会議に出席しました。そこで彼も発表しました。これが日本でいろいろな展開をする契機にもなりました。彼は「薬の不適切な使用は治療困難な難病だ」(Irrational prescribing is a habit difficult to cure) というスライドから始めて、GGP を用いたトレーニングの有効性についての多国籍ランダム化比較試験について紹介しました。1 つのグループはこの GGP のドラフトに沿ってトレーニングを受け、もう 1 つのグループはトレーニングを受けない、というものです。結果は確かにこのトレーニングは有効である、ということでした。インドネシアを含めて 7 つの国がこの試験に参加しました。結果は 1994 年の *Lancet* に発表されました*。ところが、*Lancet* の論文には、ジョグジャカルタが日本の都市であると書いてあるのです(笑)。

Bimo 私もそれをみつけて笑ってしまいました。

津谷 私はむしろ彼の発表を聞いてけしからんと思ったことは、この多国籍試験に日本が参加していないかったことです。韓国も参加していませんでした。Dr. Hogerzeil に聞くと、日本で誰に声をかけてよいかわからなかったということです。この GGP は大変よい本だと思ったので、日本語に翻訳することにしました**。

1998 年 5 月ジュネーヴでの世界保健総会 (World Health Assembly : WHA) に参加したとき Dr. Hogerzeil と会って日本語版を贈呈しました。すると彼はひどく喜んで、オランダのグローニング (Groningen) で毎夏行われる、医薬品の合理的な処方についてのトレーニング・コースに参加しないか、と誘いました。1 週間のコースです。最初の 3 日間は生徒として参加しました。そこでトレーニングを受けて第 1 回目のテストがあります。小さな部屋で医学生が患者の役になって、私が彼どのようにコミュニケーションを取るか、どのように医薬品を適正に使用するかなどを評価されます。

* Hogerzeil HV, et al. Impact of a short course in pharmacotherapy for undergraduate medical students : an international randomised controlled study. *Lancet* 1995 ; 346 : 1454-7.

** 津谷喜一郎、別府宏園、佐久間昭(訳)。P-drug マニュアル WHO のすすめる医薬品適正使用。医学書院 : 1998.

に処方するかを第3者がチェックするのです。週末をはさんで次の3日間には教える側になりました。最終日に第2回目のテストがあり、今度は私が、学生がちゃんとやったかどうかをチェックするのです。

これは面白い方法だと思って、日本に帰ってから1998年に浜松で第1回目のP-drugワークショップを開催し、Dr. Hogerzeilをファシリテーターとして招きました。1999年にはネパールからDr. Kaffleを招きました。コミュニケーションと広報が大切と思い、ホームページを立ち上げ(<http://P-drug.umin.ac.jp>)、E-drug discussion listという英文のメーリングリストにワークショップの案内を出しました。数人応募があり、実際にはマレーシアからの参加がありました。2000年にはケープタウン大学のDr. Barnesを招き、薬理学者である彼女に、薬理学者のためのトレーニング・コースのファシリテーターをつとめてもらいました。この時も同じメーリングリストに案内を出したところ国外から10数人の申込みがあり、そのうち5人が参加しました。韓国からは、ソウル大学の臨床薬理学者であるDr. Shinを介して若いDr. Baeが派遣されてきました。フィリピン大学からは薬理学の助教授Dr. Quijanoが参加しました。台湾からは、台湾国立大学の薬剤部のDr. Wongが参加しました。マレーシア、キルギスタンからも参加者がありました。

当初国内的なコースのつもりだったワークショップは、国際的なコースとなりました。そして参加者の1人が今度は自国でワークショップを開催することになりました。2001年2月にソウル国立医学学者育院が中心となり、First National Workshop on P-drug for Rational Pharmacotherapiesが開かれます。韓国の約30の大学が参加者、韓国での教育者を教育する(training the teacher)予定です。私と昭和大学の内田英二先生はファシリテーターとして参加します。INRUDとのコースの違いは、いかがでしょうか。

Bimo INRUDは現在、介入が基本です。問題解決のための効果的な介入を見出すため、まず研

究を行います。INRUDがその方針を立てる会議を開いた際、Councilには各国から2人の代表を置くことになりました。方針を立てるのはこのCouncilであって、MSHではありません。MSHはINRUDに運営上のサポートを与えるだけです。これによって、どの国もINRUDに属しておりますINRUDも彼らに属していると感じます。

Sauwakon コミュニケーションは基本的にコーディネイターを通して行われます。インターネットで連絡を取り合いながら活動をしています。

津谷 情報技術の進歩によって、グローバルNGOはパワフルになってきましたね。ヘルシンキ宣言の改訂にあたっても、修正案が出るごとに即座に議論がなされ、ロビー活動も行われました。

3. 臨床試験の倫理の問題

津谷 ここで、途上国での臨床試験の倫理についての話題に移りたいと思います。アフリカでは多くの抗HIV薬の臨床試験が、ワクチン・トライアルも含めています。Pick先生のプレゼンテーションでは南アフリカ政府によるHIVのワクチン・トライアルを紹介されていましたね。

Pick Clade CのHIVのワクチンです。先進国で開発されたClade Bのワクチンはアフリカには適当ではありません。ワクチンを開発するのには、約1500万ドルかかります。先進国の製薬企業の支社が生産していますが、アフリカの人々にとってHIVのワクチンへのアクセスは難しく、自分たちで開発する努力をしています。大学との共同事業として、南アフリカ医薬品協議会(Medical Research Council: MRC)が中心となり、国際的な科学者のcommunityの援助を受けての開発研究です。いくつかの短期投与のダブル・ブランク試験で、タイでのトライアルをモデルとしたもののうちの一部です。外国の機関や民間の機関からも、援助を受けています。

津谷 そのトライアルは病院がベースになるのですか、コミュニティですか。また、倫理委員会はどこにあるのでしょうか。

Pick お話ししたトライアルについては、倫理委員会は MRC にあります。インフォームド・コンセントは難しく、コミュニティのリーダーによつてなされることもあり、いろいろな問題があります。1999 年の妊婦に対する調査では、24%が感染していることが示されました。5 年前には 10%だったのです。妊婦に抗レトロウイルス剤を提供することの有効性についてエビデンスがあるにもかかわらずそれをしないという政府の決定は、倫理的な問題の 1 つです。

ワクチン・トライアルについても激しい議論が起こっています。問題の 1 つは薬へのアクセスです。ワクチンを最も必要とする人がそれにアクセスできないような、医療サービスのインフラストラクチャの貧困な国で、それを開発することは、倫理的といえるかどうか、ということです。

南アフリカでは National Association for People Living with HIV/AIDS(NAPSWA)によって HIV 感染についての情報が開示されました。しかし、テレビで HIV 陽性が発表された若い女性が、村の恥であり不名誉であるということで殺される事件がありました。様々な文化的な事情が問題を複雑にしています。

津谷 本当に、解決が困難な問題です。タイでも HIV の母子感染予防の臨床試験が行われましたね。他の途上国においてはアメリカの NIH-CDC が出資してプラセボ対照の試験が行われましたが、タイではハーバードが出資した実薬対照の試験でした。一般の人たちの受けとめかたはどうだったのでしょうか。

Sauwakon タイでは、臨床試験の倫理の問題についての情報のやりとりはアカデミックな領域に限られています。医師にはある程度の情報が入ってきますが、一般の人々はそうした問題をあまり理解していないし、議論もなされていません。貧しい人々は伝統的な医療を試みています。一度、トライアルに関与している当局がプレス・カンファレンスを開いて、タイはトライアルのサイトとして選ばれたということをフランクに話したということを、新聞でよんだことがあります。自分た

ちは実験動物として扱われている、と抗議する人たちもいます。

津谷 倫理的な問題についてのスポーツ・パーソンは、アカデミアでしょうか、宗教関係のグループ、例えば仏教の僧侶でしょうか。

Sauwakon 宗教関係の人々ではありません。仏教の僧侶が HIV に関してメディアで注目されているのは、彼らによる伝統的な医療についてであることが多く、科学的なものではありません。

津谷 倫理委員会や IRB には非専門家の委員も入っていますか。

Sauwakon 入っていないと思います。新薬の試験についてタイの人々の理解は先進国と異なると思います。タイの人々はドクター・ショッピング(physician jumping)をします。今日ある医者のところへ行ったと思ったら、つぎの日には別の医者のところに行きます。これは新しい薬を試すのと同じようなことで、病気の治療についても常に試そうとします。

Pick 私たちの MRC の倫理委員会には、1人の医療従事者ではない人が入ります。宗教家であったり、コミュニティからであったりしますが、実質的には参加しているとはいえません。彼らにとって議論が難しそぎるのです。

津谷 Yang 先生、韓国ではいかがでしょうか。

Yang 韓国では、他の国と同様に、一般の人々は臨床試験やその倫理的問題の意味について理解していません。しかしごく最近になって、子供がワクチン投与により死亡した事件があって、疑問が生じるようになりました。それ以来、すべての薬剤は国内で使用する場合は国内で臨床試験を実施しなければ承認できることになりました。この事件によって、親たちは子供たちを病院や診療所に連れていくてワクチンを打つことについてパニック状態となり国家的なスキャンダルになりました。それで、人々はどうやってそのワクチンが承認されたかをめぐって、子供を対象とした臨床試験が行われたことを知ったのです。子供の親のうち何人かがインタビューを受けましたが、多くの親が臨床試験が行われたことを知りませんでした。

た。6ヵ月ほど前、2000年夏のことです。

4. 韓国の医薬分業政策

津谷 Yang先生は、シンポジウムでは経済学者として韓国の医薬分業政策について発表されました。ワクチン・トライアルの事件はその医薬分業政策の経緯と関連しているのでしょうか。

Yang 時期は重なっていますが、直接関係しているわけではありません。

津谷 韓国ではもともと医師も調剤権を、薬剤師も処方権を持ち、処方した薬の約50%が保険で償還され、その薬価差益のため大量・多剤投与が問題になり消費者の活動が政策転換へと導いた、ということでしたね。質疑応答のときに私が、韓国は政府が強くて市民運動は育っていないはずなのにそれが実現したのはどういうメカニズムなのか、と尋ねたら、Yang先生は、政府は医師側と薬剤師側とに勧告したが相互に対立して改善案が成立せず、政府の権力により消費者を入れて問題解決の提案をさせた、と説明されました。韓国の医師会がストライキをしているのは医薬分業政策に反対して条件闘争を繰り返していたということで、それで現在の案にゆきついたということですね。そのあたりの話を、もう少し詳しく伺えますか。

Yang 韓国は、アジア太平洋地域において日本に次いで2番目に医薬品消費量が大きい国です。世界では10番目になります。韓国の医薬品規制当局KFDAのスタッフは大部分が薬剤師で、医師はわずかです。当局の中でも内紛があり、当局への不信は増大していました。

津谷 ソウルで開かれたDIAのシンポジウムでKFDAの行政官が発言していたので、知人に彼は医師か薬剤師かとたずねたら、そのどちらでもない、ということでした。sensitiveな状況なのでどちらからも選べなかつたのでしょうか。

Yang 彼はアメリカで著名な毒物学者で、韓国の政府から招かれたのです。1998年のソウル・オリンピックでのドーピング検査についてあらゆ

る指示をした人で、このため官僚社会の秘密をたくさん知ってしまい、今の地位に着くことができました。その後、賄賂を受け取ったと告発されました。しかしもとのポジションには戻れませんでした。これが、「薬剤政治学」です。

状況を押し進めたのは、他でもない消費者グループです。当局がノーと言えば議会に持っていく、議会はそれを拒否できず受身のまま事態はすすみました。一方韓国医師会では、会長が辞任に追い込まれました。医師会の医師たちは、医師、薬剤師、消費者グループの間の合意を無効にしようとしたのです。そして医師たちは、政府の医薬分業の強制に抵抗してストライキに入りました。

津谷 消費者というのは、労働組合などですか。

Yang 韓国には2つの強力な消費者グループがあります。Consumer Coalition for Economic Justice(CCEJ)と、Citizens for Participating Democracy(CPD)です。私はCCEJのほうに5年間関与しています。CPDは設立されて2~3年ですが、CCEJは15年ほど活動しています。しかし医療の分野に入ってきたのは今年からです。

津谷 政党との関係はありますか。

Yang 政党とは関係していません。消費者の利益のためだけに動いていることで信頼を得ているのです。韓国ではこのように、他のアジア諸国のように医薬品へのアクセスが問題ではなくて、非合理的な使用がひどく問題になっています。

津谷 それは日本とはよく似た状況なのだと思います。

5. コンパルソリー・ライセンスと薬の値段

津谷 医薬品へのアクセスと関連して今途上国で論議がなされているのは、コンパルソリー・ライセンス(compulsory licensing)の問題ですね。

Pick 医薬品の値段について、南アフリカでは特殊な事情があります。南アフリカの医薬品に関する法律の改正案で、他の国の同じ会社から同じ

薬をずっと安く買えるようにする条文が問題になっています。これは、並行輸入(parallel importation)です。輸入をしようとしているのは政府で、公的セクターのために必要な多くの医薬品を購入しています。

Sauwakon コンパルソリー・ライセンスは、ある企業が特許を持っている医薬品と同じ成分の薬剤を、他の企業が製造して安く販売することを合法化する、というものです。これによって値段を下げるることは簡単だけれども、途上国において現時点でコンパルソリー・ライセンスを実施してもあまり意味がないと言う人もいます。第1に製品の品質を確保するのが困難だということ、第2に医薬品の供給や利用可能性を確保するのが困難ということ、第3に、医療施設やサービスが整備されていないために実際にコンプライアンスが保証されないという問題があります。

津谷 国際製薬工業連合会(International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Association : IFPMA)においても同様の議論があり

ます。薬の価格を下げる事が合理的な処方のための全面的解決ではない、たとえ価格が0になってしまっても問題は解決されない、というものです。途上国現状を知れば、それはそのとおりです。

Sauwakon 薬の価格はただ1つの要因ではありませんが、この要因について解決できなければ他の問題を解決することはできません。

津谷 十分条件ではないが必要条件ということですね。西側の health activists たちは医薬品の問題について積極的にメッセージを発信しています。日本人はあまり国際的な医薬品問題に関心を持っていません。西側の価値を西側以外の国に押し付けるのは倫理帝国主義だと言う人もいます。途上国と先進国との間で公平な議論が行われることが必要ですし、日本を含む東アジア諸国は、国際的な議論に積極的に参加して、独自のスタンスを持って行動することが求められます。日本にとって距離的には近隣なのに情報が伝わっていない東アジアの事情を、今後も伝えてください。ありがとうございました。