

経済的余剰吸収の再検討

—わが国医薬品産業のばあい—

榎 並 洋 介

(星薬科大学)

A Review of the Absorption of Economic Surplus: A Case Study of the Pharmaceutical Industry in Japan

YOSUKE ENAMI

(Hoshi College of Pharmacy)

目 次

- I. 問題の限定と性質
- II. 経済的余剰と吸収の概念
- III. 医薬品産業の販売努力の検討
- IV. 幻想と浪費の超克のために

I. 問題の限定と性質

〔1〕最近の厚生白書は、わが国の死亡率が欧米先進産業社会のなかで最も低い国のひとつになっていると報告している。しかしこれはあくまでも表面的な現象にすぎず、実体は必ずしも低くないと指摘する。すなわち、欧米先進産業社会のばあい人口の年齢構造が高度化しているのに対して、わが国は未だ高齢化が進んでいないため普通死亡率についてみれば低い水準となる。ところが年齢構造を共通にした標準化率を比較してみれば、わが国の死亡率は必ずしも低くないと分析するのである。

わが国における死亡率の改善は、乳児の死亡率が低下したこと、及び急性伝染病をはじめとする細菌感染による死亡率が激減したことに求められ

る。この分野における医学医術及び医薬品の進歩並びに公衆衛生の向上などが急速に改善したことを示すものといえる。とくに医薬品の進歩発達には著しいものがあるといわねばならない。

これに対して慢性の老年性死因による死亡率の比重が増大傾向にある。脳血管疾患症、悪性新生物、心疾患への死因の移行がこれである。人口の高齢化が進むにつれて、これらの死因による死亡率が高まるため、この分野における関連諸科学の発達が緊急の課題となっている。厚生省は毎年日本人の平均寿命の伸長をはじめだし、既にわが国が最長寿国グループに属していると報告しているが、そのばあいでも死亡の確率の高い病名に上記のものを挙げていることは注目してよいであろう¹⁾。

1) 厚生白書、昭和49年および昭和50年版参照。人口問題審議会編；日本人口の動向 (S. 49), 67 ページ参照。

〔2〕 普通死亡率の減少は医薬の急速な発達を裏づけるものである。しかしながら、このことが同時に医療不信や薬禍事件の多発を呼びおこしていることは皮肉であるといわねばならない。現代は懐疑と不信の時代である。医薬の世界における喧伝されたくすり公害、薬禍の多発、薬効再評価にみられる無効な医薬品の恒常的指摘等々は、国民の医師不信や薬に対する懐疑心を醸成し、医療全般に対する危機感を深める原因になっているといえよう²⁾。端的にいえば、これは医療保険のシステムと医療の供給体勢のアンバランスが、もの重視の医療体系をつくりあげてきたところに求めてよいであろう³⁾。

とくにもの重視の医療体系のもとでは、年々の医薬品の使用量の増大も当然の趨勢となる。ある薬剤が売れるかどうかは、偏に医師の裁量権にかかってくる。製薬会社にとって自社製品が処方箋に書かれることは、企業としての目的に合致するものである。そのために大がかりな販売機構がつくられ、医師に対する激しい販売競争を展開することになる。だから、現在の医療体系を分析するひとつの方法として医薬品の流れを把握することが不可欠の条件になるのだが、医家向け医薬品についていえばその取引の実態を掌握することはほとんど不可能に近い。通商産業省企業局でさえ、この分野に対する聖域不可侵を認めざるを得ないのが実情である。「医家をめぐる取引条件上の問題点は、その大きな要因を健保制度に有している。たとえば、診断病名と施薬の種類との対応などにおいて実際とは異なる病名を記述して、多額の健保金を受けとり、中小の開業医が大型病院に近い請求書をつくり出す。これを土台にして、問屋の仕入交渉をすることもあるため、本来ここに

メスを入れて考えねばならないともいえるが、なにしろこの分野は『聖域』であるため容易にふみこめないことは、周知のことである。⁴⁾」このことが医療技術とは異った意味での不信感や、医薬品は不思議な商品特性をもつものだというイメージをうえつけずにはおかない。

〔3〕 わが国は米国に次ぐ世界第2位の医薬品生産国である。その米国において、医薬品は生命に直結した物質であり、健康の問題について妥協はあり得ないという観点から、プロモーション活動を含めて医薬品の安全性・有効性及び価格の問題等を立法府において検討していることは注目してよい。1959年のキーフォーヴァー聴聞会と1973年のケネディ聴聞会がこれである。

キーフォーヴァー聴聞会は「利潤を追求しようとする企業の自然の衝動と大衆の健康を保護するという至上命令のあいだに真の矛盾がおこる」可能性を医薬品の安全性・有効性を中心にして展開したものである⁵⁾。そこでは処方権を掌握している医師が薬剤の使用権を決定するために、医師に対する動的及び静的広告力の大きさが医師に個別的商標名による処方箋を書かせる力となる、と強調している。すなわち、医薬品のばあい需要と供給の法則は価格の分析には通用しない。おびただしい広告宣伝費の累積は、消費者になんの利益をもたらさない非価格競争の展開の結果である。結局、それは消費者の負担に帰せられるものである。しかも販売数量拡大のための宣伝広告行為のなかで、虚偽の情報と使用過誤が健康と生命を傷つける可能性をもつため、有効性と有害性の正確な伝達をすべきだと強調している⁶⁾。こうして、医薬品産業に対して行政機関に監督権と指導権を

- 2) 高橋昶正; くすり公害 (S. 50), 水野肇; 医療不信時代 (1971)・現代医療の危機 (S. 51), 佐竹昭美; 薬不信の時代 (S. 50) などをさしあたり参照されたい。
- 3) 医療保険の問題性については、地主重美; 医療保険の本質とわが国医療保険の問題点, また医療の供給面の研究については、今井賢一; 医療の産業組織 (ともに季刊・現代経済誌 第4号 [1972]) を参照されたい。
- 4) 通商産業省企業局編; 取引条件の実態 [2] (S. 46) 344 ページ。
- 5) Estes Kefauver; In a Few Hands, Monopoly Power in America (1965), 小原敬士訳, 65 ページ参照。
- 6) なお、米国における医薬品産業のプロモーション活動に対する propagandist または detailman の特性を理解するためには Medical Marketing & Media 誌の各号を参照されたい。

付与し、制度的な規制をおこなうことによって医薬品の有効性と安全性を確保し、一般大衆の利益を守っていく。これが1962年の所謂キーフォーヴァー＝ハリス法制定の基本的姿勢であった。そこには、「産業組織のどんな部分も公共の福祉に合致しなければならない」という考え方がうかがえるのである⁷⁾。

後者のケネディ聴問会の意図するものは、医薬品産業の立直しと改革にあるといわれている。とくに、当該産業のブランド名薬品の高価格設定と高利潤取得に対する再検討及び製造原価に比べてマーケティング・コストが大きすぎるという観点の下で、販売における過剰なプロモーション活動を問題にしている点が注目される。一般の臨床医に薬剤知識が欠如しているため、製薬会社のプロモーション活動の過剰さが医師の薬品使用過誤や過剰投与をひきおこすという基本認識に立っていると思われる。そのことは抗生物質の過剰投与によって、毎年相当の死亡者が出ているという深刻な報告で理解できるのである⁸⁾。

〔4〕資本の自由化や物質特許制度の移行という厳しい国際環境を背景として、わが国における医薬品産業も有効性・安全性及び薬価等の問題に関して米国と同じような課題を有しているといえる。

医薬品のもつ生命直結性という商品特性を考えると、有効性・安全性については少しの妥協も許されない。したがって、医薬品の品質管理を確保するために、Good Manufacturing Practice (医薬品の製造及び品質に関する基準)、Good Supply Practice (医薬品の供給と品質管理に関する実践規範)、Good Practice in Pharmacy (薬局等管理薬剤師規範)が各々生産、卸流通、小売段階で遵守されて、完全に実施されるようにすべきである。

7) Estes Kefauver; *op. cit.* 小原訳, 98 ページ参照。

8) ケネディ聴問会については、さしあたり、矢野嘉男監修; ケネディ委員会の全貌(1974)、および月刊薬事誌 Vol. 17, No. 1 (1975)などを参照されたい。

9) 1976年版の薬事ハンドブックを参照。なお、第10次までの再評価の結果については、薬務公報、第997号を参照されたい。

10) なお、誤診と薬禍については、宮野晴雄; 誤診と薬禍(S. 50)を参照されたい。

とはいえ、医薬品の副作用による被害者の迅速な救済が具体化しつつあることを考慮するとき、医療問題の社会化を指摘しないわけにはいかない。医薬品に対する国民の信頼をとりもどすためには、その有用性の見直しが不可欠である。約4万品目といわれる市販医薬品のうち、その約25%の再評価が行われた。昭和50年12月現在、273成分、3871品目の再評価が終り、そのうち製造販売が中止された医薬品の成分は70に達している。すなわち、その時点までの結果は、有用性が認められるとして今後ひきつづき製造販売が許可された医薬品は、2098品目である。これは全体の約58%にしかすぎない。これに対して、適応の一部について有用性が認められるので、従来の表示を改めることを条件として製造販売が許可された医薬品は、1602品目である。これは全体の約41%にも達する。さらに有用性を示す根拠が全くないため、製造販売の停止と市場にある製品の回収を指示された医薬品が、171品目となっている。また、評価された適応3800のうち、約32%の1221は有効性・有用性を示す根拠がないものとして判定され、表示などの削除が行われている⁹⁾。

医薬品製造販売の許認可のしかたに問題があるとしても、このような虚偽の表示及びそれに基づく情報が医薬品の使用過誤を招かないとは断言できないであろう。現在、医薬品による係争中の訴訟の主なものは第1表の如くである。このなかで、東京スモン訴訟における被告側の日本チバガイギー、武田薬品、田辺製薬などが昭和51年6月10日に東京地裁に対して和解提案している。これを受けて、同年9月9日東京地裁裁判長が職権による和解の勧告を行ったことは注目される¹⁰⁾。

もともとわが国におけるもの重視の医療体系のもとでは、製薬企業と医療機関は健康保険制度を

第 1 表

関係医薬品名	被害事項	原告数 () 内患者数	請求賠償額	係争裁判所	被 告
キノホルム	スモン病	2,800 (2,636)	約 1,000 億円	東京他17カ所	国, 企業, 医療機関
コラルジル	肝臓障害	32 (18)	約 3 億 5,000 万円	東京, 新潟	国, 企業
ストレプトマイシン	聴覚障害	4 (1)	約 900 万円	東京	国, 企業, 医療機関
ミオプタゾリジン	肝臓障害	4 (1)	約 3,100 万円	小倉	"
クロラムフェニコール	血液障害	3 (1)	約 1 億円	東京	"

〔出所〕 薬事ハンドブック, 1976 年版, 30 ページ

槓杆にして利潤極大化行動をとらざるを得ない。かくして、医薬品の許認可の不完全さを前提に、医薬品の大量生産=大量販売=大量投与が薬禍事件発生の可能性を大きくしているといえる。だからこそ国民の医療全般に対する信頼感をとりもどし、いつでも、どこにいても、だれでもが安心して受けられる医療体制の確立が急がれるのである。本来、医療は人間の生命の尊厳の遵守を目的として、健康の管理や病気に対する予防及び治療ならびにリハビリテーションを行なうものである。これらの手段としての行為が自己目的化してはならないであろう。そのためには市場メカニズム的なアプローチによる分析よりも、制度的側面からの分析の方がより現実的有効的である。とくに本稿は、もの重視の医療体系のなかで大きな役割を果している医薬品が、どのように流通すれば最終消費者の利益に合致するのかという課題意識を有している。医薬品の物流への実態を制度的側面から分析するのはそのためである。そうすることによって、現在われわれが直面している医療の危機を洞察するための参考となれば、この小論の目的は一応達せられたことになるであろう。

ところで、時論的態度で課題に接近することも意味のないことではないが、これにウエイトを置

きすぎると問題の本質が不明瞭になるおそれがある。もちろん現実に生起する問題群を整理することによって、その事柄の意味を探究していくことを否定するものではない。しかし、それだけでは事象の因果関係なり、生起する事柄の底流にある法則性といったものを明確に理解することは困難である。したがって、われわれは課題の本質により接近していくために一見まわり道とおもわれるような段階をとらざるを得ない。この作業は理論的接近を重視することにより、時論的有効性を確保するために必要なことなのである。その分析用具に「経済的余剰吸収」の概念をあてる。次章はそのために使われる。

II. 経済的余剰と吸収の概念

〔5〕 経済的余剰とは、ポール A. バラン=ポール M. スウィージーがその著『独古資本』のなかで用いた中心的分析概念である。著者達の言葉をそのまま借りれば、それは「ある社会が生産するものとそれを生産するに要する生産費との差額」であり、またそれは「全体の社会的生産高とそれを生産するための社会的に必要な費用との差額」、あるいは「純生産総額と生産的労働者の実質賃金総額との差額」である¹¹⁾。概念的には、マルクス

11) Paul A. Baran & Paul M. Sweezy; Monopoly Capital (Penguin Books, 1973) p. 23, p. 117, p. 129. 小原敬士訳 (S. 42) 13 ページ, 139 ページ, 153 ページ。なお、経済的余剰概念の原型は、Paul A. Baran; The Political Economy of Growth (1957) に見出すことができる。

の剰生産物あるいはその歴史的形態としての剰余価値にほぼ等しいといえる。しかしながら、剰余価値が利潤・利子および地代だけを意味するものと異なり、経済的剰余はもっと広い概念として考えられている。すなわち、上記の財産所得のほかに流通費、過剰償却費、財政収入、金融、保険、不動産、法律業務などの剰余被雇用者の報酬なども含む。とするならば、これらの剰余の構成要素は、その社会がその生産能力を拡大するためにその剰余のうちどれだけを投資し、またどれだけをどんな形で浪費するかを示すものといえる。

しかも経済剰余全体の一部である剰余価値つまり財産所得は、一般的に経済が発展するにつれてそのものの剰余全体に対する比率が低落する傾向にあると論じるに至って、われわれは経済的剰余とは結局 $W - c = v + m$ 、つまり総価値から可変資本部分を除いた剰余価値総量とほぼ同一物であると考え¹²⁾。だから著者達は、利潤率の低下法則が作用したのは競争資本主義の段階のことであって、独占資本主義の段階ではそれとは反対の剰余増大の傾向が作用するという¹³⁾。つまり、競争的資本主義段階における利潤率の低落傾向が、独占資本主義の段階における人的物的規模の拡大=生産と市場との寡占ないしは独占化傾向の強まりと共に、利潤量の増加傾向として現象する。この利潤よりも社会的総生産物とそれを生産する費用との差額である経済的剰余は広い概念であるが、基本的には剰余価値の概念をふまえたうえでの分析用具であるといえる。競争的資本主義の分析に採用された流通概念や剰余価値では、独占価格の決定が説明しにくい。なかでも剰余価値の概念では非生産的労働者の説明が困難である。経済的余

剰の概念だからこそ独占資本主義の価格決定が説明できるという著者達の発想は、資本主義の新しい段階を説明するためのひとつの知恵、ひとつの有効な分析用具として高く評価されるべきであろう¹⁴⁾。

〔6〕寡占ないしは独占体が利潤の最大化をめざすことによって、経済的剰余を増加させるのが一般的傾向だとするならば、その原動力となっているものは何か。生産費を切り下げ、労働生産性を高めることによってより高い利潤の獲得を可能にさせるものは何か。換言すれば、寡占ないしは独占体の資本蓄積と技術革新を推進するものは一体何んであろうか。

競争的資本主義段階における価格競争は産業全体を破壊的な価格競争に落ちこませるため、寡占ないしは独占体の体制にとっては自殺行為となるにまちがいない。例えば、十分な代替品であるような商品を生産している若干の企業のうちの1社が、その価格を変更するばあいには、その影響は直ちに他の企業によって感得される。すなわち、「もしもA社がその価格をひき下げるならば、いくらかの新しい需要がよびおこされるけれども、しかしその主要な影響は、B社、C社およびD社から顧客を吸引することであろう。後者は、その取引をA社に奪ってしまうことを喜ばないために、その価格をひき下げることにより、おそらくA社以上にひき下げをやってさえ、報復を試みるであろう。A社の最初の措置はその利潤をふやそうとする期待によっておこなわれたけれども、その結局の結果はあらゆる会社をいっそう悪い状態に陥れることであるかもしれない。……この種の不安定な市場状況は、独占資本主義の初期の段

12) 小原敬士；独占資本の問題点（思想誌，1967年7月号）77～78ページ参照。なお、故小原教授からは剰余に関する問題点、とくに資本主義の新しい状況に対する分析態度について多くの教示を受けた。この小論も教授の御指導に負うところが多いことを記しておきたい。

13) Paul A. Baran & Paul M. Sweezy, op. cit., p. 118, 訳 118 ページ参照。

14) だからといって、著者達という一方の理論が他方の理論にとって代るといような飛躍的な発想は、少々独断的すぎるきらいがあるといえよう。なお、経済的剰余の理論的限界に関する論争についての紹介は、前掲の小原論文が便利である。

階にはきわめて普通のことであつたし、いまでもしばしばおこっていることであるが、しかしそれは今日の独占資本主義については典型的なものではない。そして、そのようなことは、将来を見通し、周到な計画を立て、そして確実なことだけに賭けることを好む大株式会社にとっては禁物である。それゆゑ、そのような状況をさけることが、株式会社の政策の第一の関心事となり、きちんとした収益的な企業活動の不可欠の条件となるのである¹⁵⁾。諸資本間の価格競争によってひきおこされる不安定な市場状況では、利潤を極大化し、生産性を高めることは余りにも危険であり不安定である。価格競争が禁止されるならば、寡占ないしは独占体にとって最大限利潤の合理的追求から危険な不安定要因は除去されるから、価格競争の段階よりもより多く資本を蓄積でき、技術革新を推進することがより可能となる。

〔7〕独占資本主義において価格競争が典型的な形態ではないとするならば、何が競争の新しい形態として猛威をふるうのか、 balan = スウィジはその競争形態として、価格競争をとまわらない非価格競争をあげる。非価格競争が生産費のひき下げを促進し余剰全体の増大をもたらす作用因として、市場占拠率の動態と生産財産業における販売努力がとる特殊な形態とをあげ、その関連を通じて各企業間の技術革新に対する衝動的契機を説明する。すなわち、「生産費が最低である会社は優位に立っている。それは、価格競争をひきおこすおそれをとまない、またかぎられたばあいには、それを促進するほどまでに、攻勢に出ることができる。それは、もし弱体な会社がそれを採用すれば、たちまち報復をよびおこすような戦術（特別割引、有利な信用条件等）をとりやめることができる。それは市場占拠率をうるための常套

の闘争手段であり、またそれにつかう金額に応じて成果を生む傾向があるような広告、研究、新製品の開発、特別サービス等々をおこなうことができる¹⁷⁾。たとえ価格が一定だとしても、低コストの企業は市場占拠率を拡大するための闘争において、価格ひき下げを強行したり、広告や新製品の開発によって経済的余剰を増加させる。このばあいは、市場占拠率拡大の闘争手段に要する諸費用をまかなうために、できるだけ生産費のひき下げをはかろうとする。

さらに、生産財の生産に従事する企業が生産財市場の非価格競争にうちかつためには、買手の利潤を増大させる製品を提供しなければならない。

「生産財生産者は、他のものを助けていっそう多くの利潤を獲得することによって、いっそう多くの利潤をうるのである。この過程は雪達磨のように累積的なものであり、そして先進的な独占資本主義経済の特徴となっている技術や労働生産性の異常に急速な進歩¹⁷⁾の常態である。買手の利潤を高めるには効率的な生産財を供給すれば充分であり、そのことは同時に自己の利潤を高めることにつながる。この過程は、売手におけるいっそう進んだ技術進歩と労働生産性の上昇による生産費のひき下げが達成されることにより実現する。だからここにも技術革新を志向する動機が存在し、この実現化が余剰の増大をもたらすのである。

以上のような二つの要因の関連を通じて、独占資本主義は競争的資本主義に劣らず労働生産性の推進を強力におしすすめるので、生産費は全般的に下降傾向をたどる。こうして balan = スウィジは、「独占資本主義経済はそれがその成員に対して与える生産費の規律にかんするかぎり、その競争的な先駆者に劣らず峻厳であり、その上さらにそれは技術革新に対する新しくまた強力な推進力を生み出すのである¹⁸⁾」と結論する。そして次

15) Paul A. Baran & Paul M. Sweezy; Monopoly Capital, p. 67, 訳 74~75 ページ。

16) Ibid., p. 77, 訳 88~89 ページ。

17) Ibid., p. 79, 訳 91 ページ。

18) Ibid., p. 79, 訳 91 ページ。

のように明言する。「独占的な市場構造は、株式会社が、生産性向上の成果の獅子の分前を、直接、いっそう高い利潤の形態でうけとることを可能ならしめる。それは、独占資本主義のもとでは、生産費の低下は利潤の幅の絶えざる拡大を意味するということである。そして、利潤の幅の絶えざる拡大ということは、次には、絶対的に増加するばかりでなく、国民総生産の比率としても増大する総利潤を意味する。もしもわれわれが仮りに総利潤をその社会の経済的余剰と同じものと考えれば、われわれは、余剰はその体制が発展するにしたがって、絶対的にも相対的にも高まる傾向があることを、独占資本主義のひとつの法則として定式化することができる。」¹⁹⁾

〔8〕 経済的余剰の絶対的相対的上昇傾向は、巨大寡占の安定的価格政策と非価格競争によるコスト低下圧力の結果にほかならない²⁰⁾。しかし、その実現はあり余る資源の生産物が、需要の刺激による市場の創出と拡大によって吸収あるいは利用されるならば可能である。一定水準の経済活動から生み出される余剰は、常にその水準の継続を保障するような条件で吸収されなければ、その経済状態は停滞するからである。つまり、「吸収することができない余剰は生産されないのであるから、その結果は独占資本主義の正常な状態は停滞であるということになる。資本額が一定であり、生産費と価格の構造が一定であるならば、その体制の操業率は、生み出された余剰額が必要な排出口をみい出すことができる点以上には上昇することができない。そしてこのような状態は、利用する人的物的資源の慢性的な不完全利用を意味する。」²¹⁾ まさしく吸収されない余剰を生産するのは無意味なことである。一定水準の経済活動を維

持できないため、人的物的資源の不完全利用が理論的帰結となる。独占資本主義の長期停滞である。かくして、人的物的資源の完全利用によって生み出される余剰の極大化を実現するには、どのような余剰吸収のしかたが有効なのかが当面の課題となる。そして、これこそが独占資本主義を慢性的不況の泥沼から脱出させる鍵となるのである。

余剰の増大と同じ速度でその吸収率を拡大する方法として、 balan = スウィジーは資本家の浪費であるところの非軍事的財政支出と軍事支出および販売努力の三つの吸収形態をあげる。本稿では主題にそくして、とくに価格競争に代わる非価格競争の結果としての販売努力の増大に議論を限定する。この販売努力は、マルクスの流通費にはほぼ一致するものといえる。すなわち、商品売買の過程は、その商品を価値どおりに販売するばあいでも、あるいはそうでないばあいでも、 $W-G$ および $G-W$ つまり商品形態から貨幣形態および貨幣形態から商品形態という同じ価値の転態の表現にしかすぎない。したがって、この状態変化は価値を創造するものではないけれども、一形態から他の形態に転態するために一定の時間と労働力を必要とするものである。そのために要する支出が、マルクスのいう純粹の流通費である²²⁾。販売努力などが資本家の浪費に属するといえるのは、純粹の流通費は商品になんの価値も附加しないからである。それは社会で生産される価値総額からのまったくの控除であって、生産的労働者によって生産された剰余価値の総量のなかから資本家がまかなうものだからである。競争や投機に基づく費用や宣伝広告費、製品の包装費用、商業従業員の労務費、簿記費、通信費、事務所維持費などおよそ商品売買の過程に位置するものは、大部分流通費

19) Ibid., p. 80, 訳 91~92 ページ。

20) 鶴田満彦; 独占資本主義の方法 (商学論纂 [中央大学] 1966. 9) 76 ページ参照。

21) Paul A. Baran & Paul M. Sweezy, op. cit., p. 113, 訳 134 ページ。

22) K. Marx; Das Kapital (II), Volksausgabe besorgt vom Marx-Engels-Lenin-Institut, Moskau (1932~4), SS. 123~124. 長谷部文雄訳 (青木書店版・[3]) 167~168 ページ参照。

に入る。これらの費用の増大は、資本主義の下での浪費の増加を意味する。しかし、こういう浪費の吸収のしかたを通じて、現在の体制は長期停滞に陥ることなく、余剰を生産しているといえるのである。もちろん、競争的資本主義の段階においても、この種の吸収形態は存在していた。ただ、価格競争がほとんど唯一の競争形態であったために、大きな意義をもつに至らなかっただけである。ところが前述したように価格競争が主役の座を下りたとしたならば、販売努力が独占ないしは寡占体の主要な非価格競争の形態となる。宣伝広告、製品の外観や包装の変化、計画的な陳腐化やモデル・チェンジ、信用販売計画、その他のサービスによって販売を増大させることが可能となった。こういった販売努力は、「量的にも質的にも、マルクスが夢想もしなかったような役割を果たすようになっていく」²³⁾といえるのである。

〔9〕 独占資本主義の長期停滞傾向に対抗する力として、販売努力のなかでも宣伝広告はとくに重要である。宣伝広告というばあい、静的なもの動動的なものとを念頭におく。媒体が人間でないものを静的な宣伝広告、媒体が人間であるものを動動的な宣伝広告と一応区別して理解することが、課題の範囲からいって必要である。とくに医薬品産業においては、この種の販売競争が激烈であるのが現実だからである²⁴⁾。

一般に企業者の努力の目標は、販売可能な財貨を貨幣価値に転化することにある。生産物の販売によって利潤が実現するのであるから、その大きさが逆に生産量を調整していく。企業者にとって「生産の決定的な点は、その生産物の販売可能性であり、その貨幣価値への兌換性であって、そのものの人類の必要に対する有用性ではない」²⁵⁾。

ただ、その生産物が販売可能なためには、最小限度の有用性をもたなければ、貨幣に転態できないことは商品経済の示すところである。

顧客をひきつける手段として、静的および動的の宣伝広告が販売増進の方法として登場してきたことは、需要を創出し、それを管理していくという意味においてきわめて大きな意義を有する。

同じような製品を生産している独占ないし寡占体では、自社の製品と競争相手との間に広告、商標、銘柄、人目をひく包装、製品の変化などの製品差別を行なうことによって、市場に対する影響力を大きくしようとする。影響を受けた消費者は、その特定の銘柄が名実共に最も価値あるものと判断するようになる。消費者に対してこういう先入観を独占することは、価格をある程度ひき上げても需要が減退するという結果をひきおこさない。したがって、「絶えず広告することの目的は、大衆の確信にもとづくそのような差別的独占を確立することである」といえる²⁶⁾。消費者は大部分の製品について知識をもちあわせていないから、ラベルや商標や銘柄を探して手に入れる。宣伝広告媒体を通じて影響を受けている人は、その知識に基づいて製品を指定して購入するか、あるいは買おうとする動機づけを得る。製品に対する需要は、かかる方法で多くのばあい行なわれる。需要の創出は欲望の創出過程である。全く新しい製品か、あるいは新しそうに見える製品を売り出すときは、消費者に関心を喚起するために宣伝広告しなければならない。その製品の生産を拡張するためには、製品の製造費よりもその需要をつくり出すための費用の方が重要であるから、積極的な活動によって欲望をつくり出す。通常、宣伝広告や販売術によって欲望は造出される。吸収されないものは生産されないものであるという balan = スウ

23) Paul A. Baran & Paul M. Sweezy, op. cit., p. 117, 訳 141 ページ。

24) したがって、宣伝広告は広義の販売費一般と同義であると理解されたい。

25) S. Veblen; Theory of Business Enterprise (1904), pp. 50~51, 小原敬士訳, 42 ページ。逆にいえば、最高に有効で高価なものでも経済的採算に合わなければ生産しないのが、われわれの経済体制の特徴である。

26) S. Veblen; Ibid., pp. 55~56, 訳 45~46 ページ。

イジーの論理からすれば、欲望造出の水準が高く、しかも欲望充足の程度が大きいと、生産も高水準を維持することが可能となる。換言すれば、欲望は欲望を満足させる過程に依存するという依存効果が明らかに指摘できる。

かくして、「財貨に対する関心は、消費者の自発的な必要から起こるのではなく、むしろ依存効果によって生産過程自体から生まれる。生産を増加させるためには、欲望を有効にあやつらなければならぬ。さもなければ、生産の増加はおこらないだろう」²⁷⁾。だから生産物が間違いなく購入されるという保証を得るためには、消費者の欲望を競争的に操作し管理する必要が生ずる。もちろん、計画的陳腐化による製品のデザインや包装の変化、あるいは効能に変化をもたせることも販売上の決め手となる大きな要素であるから、それらは需要管理の方法の一部として大きく位置づけられる。

しかし、とくに販売努力の目標は消費者を説得することにある。そのためには、「需要を管理するものと管理されるものとの間に包括的でくり返し行なわれ、かつ強制力をもった伝達的手段が存在することが必要である。それは、消費者の側の努力は比較的必要とせず、かれらの注意を相当の期間にわたって惹きつけることができなければならない。あらゆる段階の知的水準の人々に伝達が届くのでなければならない」²⁸⁾。反覆と強制力をもった伝達手段を通じて、特定の商標や銘柄に対する消費者の認識をつくりあげる。その結果が、特定の商品を継続的自動的に購入しようとする安定した顧客群の形成に発展していく。それはその製品を生産する企業にとって、原料、部品機械および最終製品をつくるために必要な諸要素の拡大を計画的に保証することを意味するのである。

〔10〕ところで販売費は、生産物に対する需要または市場を確保するために支出されるすべての費用を含むものである。したがって、「欲望が一定であり、買手がその商品に関して全く知識をもっていないとすれば、あらゆる種類の広告、セールスマンの俸給や販売部の支出、特定商品の販売に努力するようなディーラー（小売および卸売）にあたえられるマージン、ショーウィンドへの陳列新製品の展示と説明などのすべての費用は、販売量に、したがって価格および利潤に影響をおよぼす強大な力となる」ことはいうまでもない²⁹⁾。しかし、これらの需要を確保するための販売費は、究極において消費者が負担すべきものとして計算される。すなわち、一般的に商品の原価構成は、単位原材料費と単位人件費および単位当りその他の諸費用、つまり減価償却費＋金融費用＋製造経費＋一般管理販売費のうちその中に含まれる人件費部分を控除したものと合計である。いま他の諸要素をすべて一定とすれば、一般管理販売費の増大は単位価格の上昇を招き、結果的にその部分を購買者である消費者が負担することになるからである。

経済的余剰の吸収＝利用方法となっている宣伝広告その他の販売費の上昇は、その一部を生産的労働者により購買される消費財の価格上昇によって支払われるものである。またその追加額は、同じ価格上昇した商品を購入する非生産的労働者の負担分が余剰の再配分をひきおこし、販売部門労働者の雇用維持のためにあてられる。かくして、その余剰の全額は販売努力の維持のために吸収＝利用されることになる。経済的余剰のうち販売の形態をとる部分は、この観点からすれば明らかに自己吸収的性格をもつ。すなわち、「販売費の形をとる部分は、純利潤の形をとる余剰要素とは異なって、資本家消費における対応部分を要求する

27) J.K. Galbraith; *The Affluent Society* (1958), p. 160. 鈴木哲太郎訳 146 ページ。

28) J.K. Galbraith; *The New Industrial State*, 2 ed. (1971), p. 208, 都留重人監訳 239 ページ。

29) E.H. Chamberlin; *The Theory of Monopolistic Competition*, 6 ed. (1948), p. 117. 青山秀夫訳 148～149 ページ。

こともなく、また投資の排け口を要求しない。いわば、それはそれ自身の相殺分や排け口をつくり出すのである³⁰⁾。広告やその他の販売努力がある製品の需要を創出し、生産を拡大させる。そのことが、最終製品を生産するまでに要する設備やそのための工場に対する投資を助長するのである。とくに失業や遊休設備が存在するばあいには、販売努力が投資を助長し、雇用を拡大し、所得をふやす。ネイル H. ボーデンも指摘するように、広告や販売活動は、需要促進に役立ち、その需要が投資を増大させることになる。このような過程を経て、工場が建ち、人が雇われ、消費者の増大する欲望を満たすための商品と収入をもたらすことになる³¹⁾。こうして、生産量と雇用量の維持と拡大に果す販売努力の機能が、独占資本主義の停滞傾向に対抗する力として作用するのである。その役割は医薬品産業の分野でとくに顕著である。製品差別化政策のはげしい医薬品のばあいそのことが資源の浪費を招く可能性が強いとはいえ、資本主義生産の基盤上では社会的に必要な費用とみなされるのである。

[11] われわれがわが国の医薬品産業の商品流通過程を分析するばあいには、経済的余剰吸収の概念を援用したのは次の理由からである。すなわち、第一に、医薬品産業は年々の物的人的規模の拡大に伴い、絶対的にも相対的にも余剰増加の傾向がみられること。第二に、医薬品産業はとくに非価格競争としての販売競争が苛烈であることである。そして第三には、医薬品産業は生産販売両面にわたり、独占的ないし寡占的傾向が強いとおもわれるからである。

とくに第三の点についていえば、ビタミン剤、抗生物質製剤などは部分的に独占ないし寡占を形

成していることが指摘できる。公正取引委員会の調査によれば、ビタミン剤の累積生産集中度は、昭和38年において5社で69.3%、10社で76.3%を占め、昭和44年において各々60.6%、71.8%と下降傾向にあるもののその生産集中度は高いといえる。さらに抗生物質製剤についていえば、昭和38年において5社で60.9%、10社で78.6%の累積生産集中度であり、それが昭和44年においては各々54.7%、82.0%に変化している。かくして主要品目別の集中度は高水準にあるといわねばならない。しかし、医薬品全体としての累積生産集中度は、昭和38年が5社で36.6%、10社で54.1%を占め、それが昭和44年では各々27.9%、43.6%と下降している³²⁾。その結果、医薬品を集中度の高低によって類型化すれば、上位10社の累積集中度が昭和44年度において50%未満であるから低位型に属し、また、企業数の多寡、集中度格差の有無および集中度格差の所在点の三つの基準にもとづく集中度の高低を分類すると、医薬品は企業数が70以上と多く、上位10社の累積集中度が約50%未満であるのでその集中度格差が小さく、大部分は中小企業が主体をなす業種であり、したがって競争は激烈をきわめる競争型〔II〕に属すると、公正取引委員会は結論している³³⁾。

昭和47年における医薬品産業の生産規模別製造所数および生産金額についてみると、製造所数の総数は月平均で2162カ所、生産金額は1,091,800百万円である。このなかで100万円未満の零細規模が全体の54.1%を占め、その生産金額は全体の0.3%にしかすぎない。これに対して、資本金10億円以上の大規模のものは全体の1.0%しか占めていないが、その生産金額は全体の46.6%を占めている。これに10億円未満の

30) Paul A. Baran & Paul M. Sweezy; op. cit., p. 130, 訳 154 ページ。

31) ネイル H. ボーデン; 広告の経済的効果 (W. シュラム編, 新版マス・コミュニケーション [学習院大学社会学研究室訳]) 132 ページ参照。ここでボーデンは、広告費や積極的販売活動は企業の成長や技術革新のための出費であり、それがその産業の需要と供給の水準を定めるものだとして結論する。

32) 公正取引委員会編; 流通系列化 (S. 48) 74~75 ページ参照。

33) 公正取引委員会事務局経済部編; 日本の産業集中 (S. 44) 23~25 ページ, 33~35 ページ参照。

規模のものを含めると、全体の2.1%の製造所が生産金額全体の65.4%を占めるに至っている³⁴⁾。このことから上記の公正取引委員会の見解には、集中度格差の基準に若干の不明瞭さを感じないわけにはいかない。医薬品製造所が多いから競争も激しいということは一般論として認められるにしても、上位各社は多数の関連企業・系列企業を擁し、それらの委託販売権を掌握することによって市場支配力を強めていることも考慮されるべきである。

儀我壮一郎氏は、医薬品の集中度を低位とする公取の見解は医薬品業界の実態から大きく遊離したものだという。すなわち同氏に従えば、独占的製薬企業に有利な実態は、主要品目別の集中度と90%バルクライン方式による薬価基準の決定という価格支配に有利な条件から説明しなければならない。また、たとえ上位10社に属していなくても、外資系企業の独占的地位および医薬品の兼業メーカーの総体としての位置づけにも注意が必要である。さらには、上位各社の市場支配力は生産集中度によって測定し得ない独占的諸要因、とくに金融資本への編入・接近を媒介とする企業の系列化が問題となる。そして最後に、医家向け市場における薬価基準と大衆向け市場における再販売価格維持制度とが、独占的製薬企業の市場支配と高利潤確保の有力な手段として併用されてきている。そういう構造を批判的に検討しなければ、実態を正確に把握できないのだと指摘している³⁵⁾。

たしかに集中度格差に関する質的分析を進めていくとき、単なる生産集中度のみから市場支配力を考察することには問題がある。各企業は薬価基準と再販制度による管理的価格以下の水準で商品を生産すべく、不断に技術革新を遂行する努力をしている。しかし、他方でこのことよりもむしろ商品化された製品をいかにして販売していくのか

ということの方が、より重要であることは明白である。少なくとも販売努力などの非価格競争が主要な競争形態になっている医薬品産業にとって、生産集中度をふまえたうえでの、マーケット・シェアによる市場支配力の差を集中度格差の内実とすべきことがより実態に即することになるであろう。したがって、流通過程の分析を重視する理由もここにあるのである。医薬品の売上のしかたを通して当該産業の実態の側面を科学的に把握しなければならない。そのために第一、第二の問題を考察していくのが次の課題である。

III. 医薬品産業の販売努力の検討

[12] 昭和50年代に大手医薬品メーカー11社は、薬禍保険を導入したといわれる³⁶⁾。薬禍が発生したばあいの被害者救済については、医師側では日本医師会が昭和48年7月医師賠償責任保険制度を発足させ、加入を義務づけているのをはじめ、歯科医師でも大阪府などで一部導入にふみきるなど、一応補償体制は整備されている。「生産物賠償責任保険」と呼ばれる薬禍保険とは、契約者(メーカー)が保険対象製品の売上高のなんパーセントかを保険料として納めていき、万一販売された製品が原因で身体障害または財物損壊をひきおこし、損害賠償を求められたばあい、損保会社がその全部または一部を契約者に支払うというものである。薬禍事件に対する損害賠償額が将来も高額になることは必至であり、医薬品メーカーが自社製品に保険をかけて、万一のばあいに備えることは企業存続の条件となったといえよう。

もちろん、薬禍に対する責任は、医師が不用意に薬を過剰投与したり、消費者が使用上の注意を正しく守らなかつたり、製品の製造販売を国が容易に認可したりすることにも大きな問題がある。しかし、多くのばあい薬害事故に対する補償を負担せねばならないのは医薬品メーカーであるのが

34) 薬業時報社; 日本の医薬品産業(S. 48) 43 ページ参照。

35) 儀我壮一郎; 日本医薬品工業の諸問題(経済学雑誌〔大阪市大〕70-5・6, 1974. 6) 66~68 ページ。

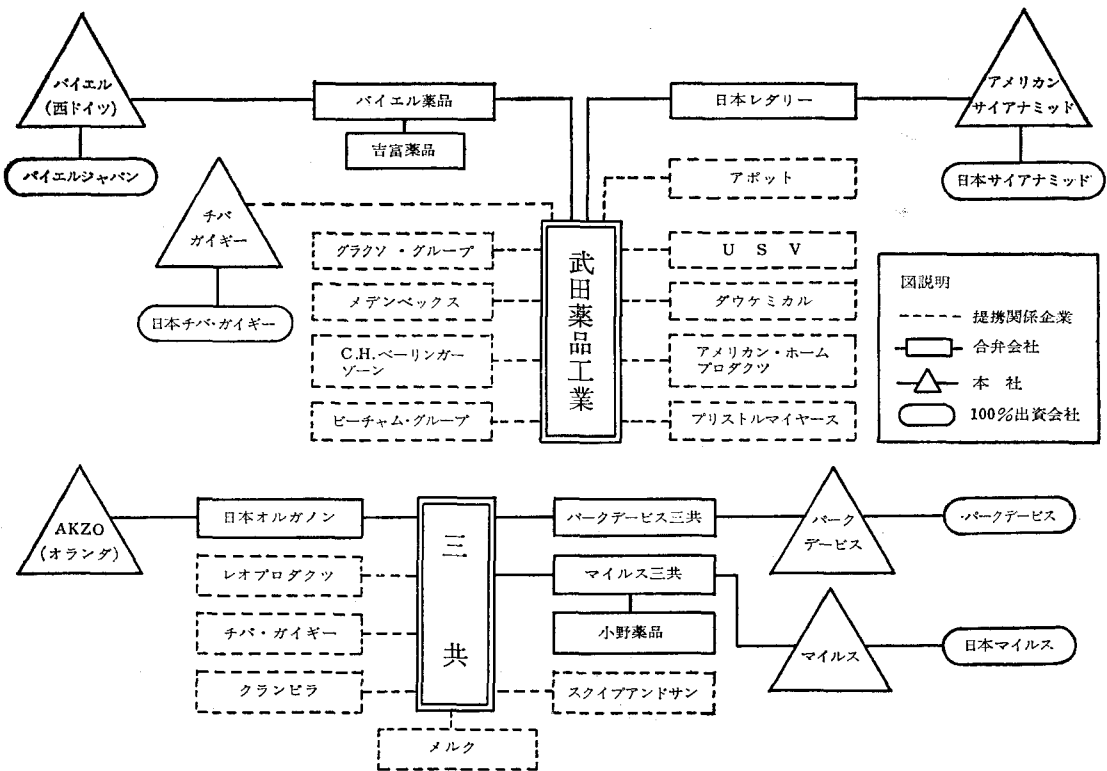
36) 日本経済新聞, 昭和50年7月28日号。

現状である。したがって、被害者救済を図りながら、企業を存続させるための必要条件として、この薬禍保険の導入は重要な意味をもつものといえる³⁷⁾。なかでも、これが新薬開発の研究態勢に及ぼす影響はきわめて大きいといえよう。

〔13〕 現在、わが国の主要製薬企業は、その大半がなんらかの形で外国の製薬企業と連携を結び、国内に流通する医薬品の 60~65% までが外

国医薬品だといわれている³⁸⁾。産業資本からの生成発展を経ていないわが国医薬品産業の多くは、研究開発部門への資本投下が低いことを特徴とする。したがって、流通網を整備し強化することによってこの不備を補い、さらに外国製薬企業となんらかの提携を結ぶことで企業の存続を図ろうとする。このことは、例えばわが国製薬企業の大手 2社に限定してみても、第 1 図に見られる如く、非常に複雑な提携図となってあらわれてきてい

第 1 図



〔出所〕 週刊ダイヤモンド (1975年 9月 20日号) 66 ページ

- 37) 「医薬品の副作用による被害者の救済制度研究会」は、薬の副作用が原因の健康被害に対して、被害の迅速な救済という観点から、製薬会社の共同きょ出による基金を設け、薬害被害者に医療・生活費の補償をするように報告している (日本経済新聞, 昭和 51 年 7 月 13 日号参照)。
- 38) 常松一己; 世界と日本の医薬品産業 (高木敬次郎編, 薬学読本 [からだの科学・増刊 6月号 S. 50], 所収), 218 ページ参照。より厳密に言えば、1969 年~1975 年の 7 年間にわが国においては 217 品目が新薬として導入されているが、そのうち国内開発比率=国産率は 32% であると小菅氏は報告している。したがって、新医薬品の対外依存率は 68% となる (小菅博之; 統計からみた新薬開発の動向, 医薬ジャーナル誌, 1976 年 9 月号, 38 ページ参照)。

る。その結果、国内における医薬品の販売競争を益々激しいものにするには言うまでもない。

他方、1975（昭和 50）年 5 月に実施された資本の完全自由化にともない、わが国医薬品業界は外資メーカーの脅威にさらされているわけであるが、外資との提携を図ることによってこの脅威をかわしているという面も強い。外国の巨大製薬企業が、輸入販売権や製剤権を日本国内の製薬企業に供与する例がこれである。西独大手医薬品メーカーのベーリンガー・インゲルハイム社と田辺製薬、さらに世界的なホルモン剤メーカーのシンテックス社と田辺製薬とにこの関係が典型的にみられる。前者のばあい、昭和 30 年に田辺製薬は西独ベーリンガー・インゲルハイム社との間に同社製品の独占輸入販売権を確保している。そのため田辺製薬は、西独からバルク・製品を輸入し、製剤、小分け・包装、研究開発（厚生省への認可申請に必要な臨床データ作りなど）部門および販売を担当する。また、西独ベーリンガー・インゲルハイム社は昭和 36 年に 100% 出資子会社である日本シー・エイチ・ベーリンガー・ゾーン社を設立し、この子会社がプロパー活動を受けもつという分業体制を採用していた。ところが、完全資本自由化を目前にして西独ベーリンガー・インゲルハイム社は、田辺製薬が所有している西独ベ社製品の輸入と研究開発の権利を剝奪し、日本ベ社が昭和 51 年 1 月から全面肩代りする提携契約の変更を発表した。その後の両社の動きが注目されていたが、結局、西独ベ社と田辺製薬は従来通りの分業体制を維持することに落着いている³⁹⁾。後者のばあいにおいても、巨大製薬外資が完全資本自由化後も、日本国内の大手メーカーと直接提携関係を強化する方が有利と判断した例である。すなわち、世界的なホルモン剤メーカーのシンテックス・コーポレーションと田辺製薬とが折半出資で設立した田辺シンテックス社は、従来シ社から

のバルク輸入権、製剤権、研究開発権を所有していた。田辺製薬の東京工場（戸田市）内にある同社の工場に輸入したバルクを製剤化し、田辺製薬の流通ルートで販売していた。ところが、資本の完全自由化直前に、プロパー活動だけは従来通り田辺シンテックス社が担当し、それ以外の諸権利はすべて田辺製薬に移管し、東京工場の管理運用も田辺製薬に委託したことが明らかにされている⁴⁰⁾。これらのことは、商業資本から成長してきたわが国の製薬企業に共通した特徴として理解できる。流通過程における販売網の複雑さと国内大手製薬企業の支配力の強さが、外資に日本の国内製薬企業との連携を促進させていることはみのがせない。そして、そのことがわが国製薬企業の存続を可能にしている条件とさえいえるのである。

しかしながら、本来的に技術革新を推進力とする研究志向型の医薬品産業が、その研究開発部門を軽視することは許されない。1970（昭和 45）年におけるわが国（12 社平均）の研究費を 100 として、諸外国の研究費をみると、米国（7 社平均）560、西ドイツ（4 社平均）1511、スイス（2 社平均）1079、フランス（2 社平均）720 である。このことからみても、研究開発投資の少なさが目立ちすぎるといえる。とはいえ、売上高に占める研究費の比率は、スイス、フランスの 7% 台は別格として、わが国は米国や西独と比肩していることは注目される⁴¹⁾。これを国内に限定してみれば、第 2 表の如くである。

ところが、新薬の 1974（昭和 49）年 6 月から翌年 5 月までの売上を基準とした第 3 表をみると、売上高に占める研究開発費は明らかに上昇していることが指摘できる。資本の完全自由化ならびに物質特許への移行という厳しい国際環境のなかで、今後の動向が注目されるのである。

39) 日本経済新聞、昭和 50 年 12 月 27 日号参照。

40) 日本経済新聞、昭和 51 年 1 月 29 日号参照。

41) 薬業経済研究所調べによる（日本の医薬品産業、94 ページ）。

第 2 表 (%)

	'66 (41)	'67 (42)	'68 (43)	'69 (44)	'70 (45)
武 田	3.2	2.8	2.7	2.8	3.2
田 辺	4.8	4.1	4.0	4.2	4.9
三 共	4.0	3.9	3.9	3.9	4.0
塩 野	4.5	4.1	4.6	4.7	5.4
藤 沢	3.6	3.8	4.6	5.2	6.3
山 之 内	1.9	2.9	3.5	3.6	3.8
第 一	3.8	4.4	4.3	5.2	5.7
エ ー ザ イ	5.0	6.0	6.0	6.5	7.0
万 有	0.8	0.6	0.9	1.3	1.4
中 外	4.4	4.3	4.8	4.7	5.2
吉 富	4.7	5.6	4.0	4.7	5.9
大 日 本	3.9	3.1	3.8	4.4	4.5
平 均	3.7	3.5	3.6	3.9	4.3

〔出所〕 薬業時報社：日本の医薬品産業，71ページ

第 3 表
(単位：100 万円，%)

	医薬品 売上高	医薬品売上高 主力部門比率	売上高 研究開発 発比率	新 薬 寄与率
武 田 薬 品	74,027	抗生物質等 23	5.0	13.4
塩野義製薬	44,638	抗生物質等 57	6.8	35.3
三 共	36,419	神経系薬 42	5.0	15.3
田 辺 製 薬	34,240	循環呼吸器 43	8.0	17.6
藤 沢 薬 品	36,150	抗生物質 40	6.8	86.6
エ ー ザ イ	23,715	循環呼吸器 29	7.5	42.3
山之内製薬	22,864	代謝性薬 30	6.4	23.1
第 一 製 薬	22,456	抗生物質等 28	6.5	38.8
萬有製薬	20,000	抗生物質 37	5.0	9.6
中外製薬	15,306	代謝性薬 36	7.0	30.6
大日本製薬	14,267	神経系薬等 29	7.6	37.9
吉富製薬	10,341	神経系薬 39	8.0	66.7

〔出所〕 週刊東洋経済 (51年 3 月 20 日号) 56ページ

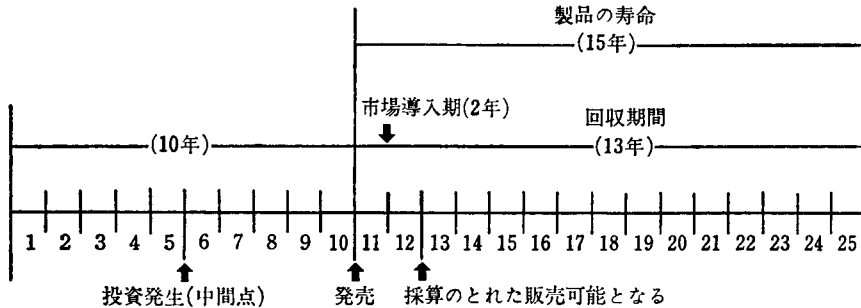
〔14〕 わが国製薬企業の開発投資の低さ，したがって外国技術への依存度の高さは，従来から特許の問題が大きく作用していたが，その最大の理

由を開発に伴うリスクの大きさに求めることができよう。ひとつのプロジェクトから生まれてきた物質が，生物活性を示した時点から重要な決定を下すまでの間のコストと時間について，ハロルド A. クライマー氏は次のようにいっている。仮りにある化合物の人体実験をすることに決定したとすると，その決定が施行され，最初の患者に投与するまでに約 1 年の年月と少なくとも 25 万ドルの費用がかかる。動物実験データからその化合物が人間に対して望ましい作用を有すると仮説を立て，その仮説に基づいて人体実験を行なうのであるが，この仮説が正しいと確信するまでにたいはいのばあい，2 年から 2 年半の年月と 200 万ドル程度の支出を要することになる。勿論，この期間のある時点で否定的な情報を得るかもしれない。そうなると，その化合物は開発のプロジェクトから落ちてしまうわけで，プロジェクトの成否の比率が重大な要因となってくるのである。すべてが順調に進んだとしても，その化合物が上市され，研究開発投資を回収するには，5 年から 7 年かかり，それには 4500 万ドル程度の費用を要する。しかもそのさいに重要な要素となるプロジェクトの成否の比率は，1965 年→32%，1966 年→42%，1967 年→40%，1968 年→53% と年々開発過程での損耗率が増大してきていると述べている⁴²⁾。

そこで解りやすくするために，新製品研究開始から市販に至る期間のフローチャートを展望すると，第 2 図のようになる。この図はパーノン・A. ムント氏に依ったものである。同氏にしたがえば，金が支出される期間と新製品の市場への導入までには時間的ずれがあるという。すなわち，基本計画から新薬上市に至るまでの全過程は，通常 8 年ないし 12 年である。ここでは，新薬の開発つまり発見から市販に至るまでには 10 年かかるものとして議論を進めている。研究開発費は毎年

42) Joseph D. Cooper (ed.); The Economics of Drug Innovation (1969), 矢野嘉男訳 185~187 ページ参照。なお，最近 (1970 年~1975 年) における成功率つまり治験薬が最終的に製品化される確率は，小菅氏によれば，日本→32%，海外 (米・英・仏・西独・伊の平均)→12.9% である。もっとも日本の 32% は外国から導入した治験薬の成功率 45% と，国産の成功率 22% との平均である (小菅博之；前掲論文，36 ページ)。

第 2 図



〔出所〕 Joseph D. Cooper (ed.), The Economics of Drug Innovation (1969). 矢野嘉男訳, 202 ページ

支出されるが、開発過程のちょうど中間点あたりで費用のかさむテストを実施するので、この中間点の支出が非常に多くなる。ここでは議論を簡単にするため、始めの6年間に研究開発費が全部支出され、さらに5年後に製品が市場に導入されると仮定すると、医薬品産業の毎年の研究開発支出額とその達成状況は、5年後の年に発売された新製品の数によって評価することができる。そして、医薬品産業における現在の販売と利益は、研究開発投資の回収および約10年にわたる開発期間と資本回収に要する約15年に対する時間の割増金という特別な要素を備えているという⁴³⁾。

新薬開発過程における損耗率の増大は、必然的に研究開発のための投資の増大を必要とする。仮りにひとつのプロジェクトが成功したとしても、そのために要した開発費用は巨額にのぼる。しかし、研究開発投資の回収と資本回収とを実現しなければ、医薬品の生産活動が継続できなくなる。技術革新を推進力とする研究志向型の医薬品産業にとっては、新薬開発こそが企業存亡の条件である。とはいえ、ひとつの新薬を製品として市場に出すまでに10年を要し、そのために10~30億円を必要とするといわれるのが国医薬品産業界にとって、新薬開発は余りにもリスクが大きすぎるといわねばならない。

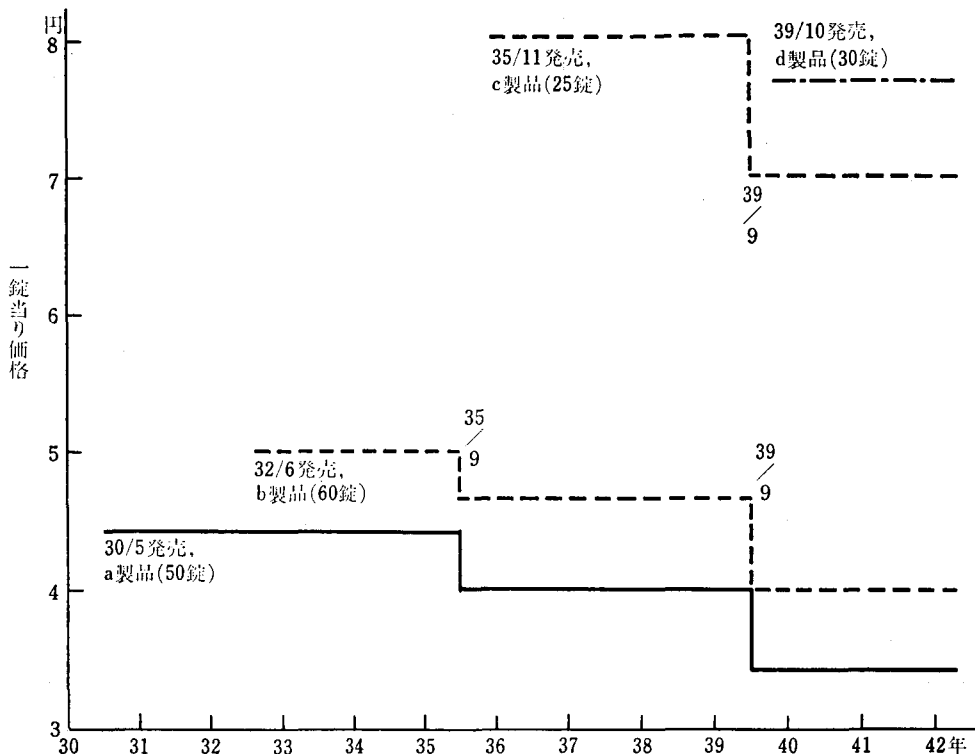
〔15〕 研究開発上のリスクの大きさは、薬効の本質をなす新しい化学物質の研究開発の途をせばめる。その代り、既にある製品の配合成分をかえたり、別の添加物を加えて複合剤にしたり、各種の剤型に変形したり、容器を変化させたりすることによって、製品を差別化していくという研究開発にウエイトをおく傾向を生み出す。とくに物質特許ではなくて、製法特許制度がいわゆる新薬認可の基準として容認されていた時点まで、この傾向が強かったといえよう。

物価問題懇談会の資料として使用されたことのある第3図は、ある製薬会社における風邪薬（錠剤）の小売価格に関する推移を示したもので、医薬品の販売方法を知るうえに有益なものである。図上におけるグラフの途中の断続点は、価格改定時点を示す。a~d 製品はほとんど同じような名前がつけられており、後から出る製品ほど、わずかつ品質、効能などが高級化しているといわれている。なお、d 製品は再販制度が採られている製品である⁴⁴⁾。これによれば、まず昭和30年5月に50錠入りのa製品を発売し、2年1カ月後にa製品とほぼ同じブランド名のb製品を60錠入りで発売している。さらに3年5カ月後にb製品と同じブランド名のc製品25錠入りを発売し、そして約4年後には、c製品とほぼ同じブランド

43) Joseph D. Cooper (ed.); Ibid., 訳 201~205 ページ参照。

44) 興銀調査月報, 134号 (S. 42), 45~47 ページ参照。

第 3 図



〔出所〕 興銀調査月報, 134号; わが国医薬品工業の現状と問題点 (S. 42) 47 ページ

名の 30 錠入り d 製品を再販制度商品として発売している。新製品が発売される頃には、以前の製品のライフサイクルはすでにピークを過ぎ、販売数量は低下しているものと考えられる。d 製品が A 社の風邪薬の中心として販売されているとき、すでに a, b 製品はほとんど市販されていないといわれている。販売数量も減退し、価格も低下してくると、その製品の価格ではほとんど採算がとれなくなるからである。だから、「この頃を見計らって配合成分をかえたり、添加物を加えて複合剤にしたりすることによって、薬効上の大差のない別製品を新製品として発売するといわれている」のである⁴⁵⁾。医薬品が生命に直結した特殊性を備えていなければならないため、種々のバラエ

ティーに富んだ製品を生産することによって、消費者の需要に応じていこうとする側面は決して否定されるべきものではない。だが、上記のように d 製品が販売されている頃には、すでに a, b 製品は旧製品だから市販されていないということは、既販売製品の値下がりや販売数量の減退を防ぐために代替製品を高価格で発売し、もって企業の存続を図ろうとする行動を意味する。経済性優先のシステムは、医薬品の生命直結性の観点からみても問題が多いといわなければならない。

一般的に、製品差別化政策は研究開発政策と重複する領域をもつ。そこから生まれる生産物の改変は、動的および静的広告によって潜在的需要を吸引しうる。その改変がどんな些細なものであ

45) 越後和典; 医薬品 (熊谷尚夫編, 日本の産業組織 ① [1973] 所収) 100 ページ参照。

でも、その点を証拠として広告する必要がある。したがって、製品の差別化政策は販売促進政策を前提として行なわれ、価格や販売数量を敏感にキヤッチする販売促進政策の効果は、製品差別化政策によって大きく左右されるといえるであろう。

[16] 計画的陳腐化ないしは製品のモデルチェンジによるライフサイクルの問題は、販売を促進するための重要な戦略として位置づけることができる。ここでは、それが成功した例として抗炎症剤のばあいをとりあげる。非ステロイド抗炎症剤は、適用領域が広範囲であるため販売競争の最も

第4表

発売年月	物質名	商 品
R 1960 (11)	アルミノサリチル酸カルシウム	アルザロ (東京田辺)
1962 (5)	塩酸フェニラミドール	アナレキシンAF (大日本)
" (4)	オキシフェンブタゾン	タンデリール (藤 沢)
R " (2)	カルバスピリンカルシウム	カルピリンサン (鳥 居)
1963 (2)	ブセチン	ブチロン (グレラン)
1964 (7)	コリン・サリチレート	サチボン ()
" (10)	スルフィンピラゾン	アンツール (藤 沢)
" (10)	ニコチノイルアミドアンチピリン	ニカゾリジン (キッセイ)
" (11)	エチルシクロヘキセンルバルピツレート・イソプロピルアンチピリン複合体	ノーシン錠 (荒川長)
R " (12)	ベンヘパゾン	ベンヘパゾン (三 共)
1965 (12)	シメトリド	キョーリンAP ₂ (杏 林)
1966 (5)	インドメサシン	インダシン (メルク有万)
" (7)	メフェナム酸	ポントール (パークデービス三共)
" (11)	ベンジダミン塩酸塩	ペンチリン (吉 富)
1967 (1)	グラフェニン	リリベン (第 一)
" (3)	グコローム	グリフェナン (ルセル)
" (8)	フルフェナム酸アルミニウム	パラミジン (武 田)
1968 (3)	フルフェナム酸	オバイリン (大 正)
" (3)	イブフェナック	アーレフ (パークデービス三共)
" (5)	ケトフェニルブタゾン	イブナック (科 研 薬)
1970 (6)	塩酸ペンタゾシン	ケタゾン (協 和)
" (8)	メピリゾール	ペンタジン (三 共)
1971 (7)	チノリジン	ソセゴン (山之内)
" (8)	ヤギフラキシン	メブロン (第 一)
" (10)	アザプロバゾン	ノンフラミン (吉 富)
" (11)	イブプロフェン	ヤギフラキシン (ミドリ)
1973 (1)	ジメトチアジン	シンナミン (ケミファ)
1974	ジクロフェナック・ナトリウム	ブルフェン (科 研 薬)
1974	ジフェナミゾール	ミグリステン (塩野義)
1975	チアラミド	ボルタレン (チバ・ガイギー)
		パサリン (武 田)
		ソランタール (藤 沢)

注) R印は現在製造中止になっているもの

[出所] 小菅博之: 医療マーケットにおける非ステロイド性抗炎症剤 (医薬ジャーナル1975年4月号, 34ページ)

敵しい分野のひとつであるといわれている。炎症、疼痛の病態を対象とするこの薬剤は、内科、外科、整形外科、泌尿器科、耳鼻科、歯科、口腔外科、産婦人科、眼科などはほぼ全診療科領域に及んでいる。とりわけ、整形外科、内科、外科の三領域での消費量が多い。医薬品添付文書による適応症別の処方比率からみても関節痛、慢性関節リウマチ、神経痛、腰痛、変形性関節症などの使用領域が大部分を占めている⁴⁶⁾。

このように適用領域が広範囲である薬剤は、販売戦略を操作することにより需要量を調整することができる。第4表は、最近15年間の抗炎症鎮痛剤の発売状況を示すものである。それによれば武田薬品はパラミジンを7年後の1974年にパサリンという新商品名で発売している。パークデービス三共は1966年7月にポンタールを発売し、わずか1年8カ月後にアーレフを新製品として発売している。藤沢薬品は1962年4月にタンデールとして発売したが、2年6カ月後にアンツランに代替し、11年後にソランタールという新商品名で発売している。第一製薬は1966年にリリペンを発売し、4年後の1970年にメブロンに切り替え発売している。吉富製薬は1966年11月にベンチリンとして発売し、4年8カ月の1971年7月にノンフラミンとして発売。科研薬は1968年3月にイブナックという商品名で発売したが、3年8カ月後の1971年11月にはブルフェンとして発売している。なお、武田薬品のパサリンは1975年2月その副作用が強いということのために販売中止となった。また、小菅博之氏の調査によれば、三共のばあいはポランタールの方がアーレフより先に発売されていたが、当初それぞれを鎮痛剤と抗炎症剤としてセールスポイントを区分していたところ、アーレフの副作用が多く、マーケット規模の大きさに割に成績は不満足であっ

た。そこで、ポンタールを抗炎症剤としての適用領域に切替えたところ、短期間のうちにその分野のトップ商品になったということである⁴⁷⁾。

旧製品の製品への代替は、副作用の強弱など安全性・有効性要因と収益性要因が需要量に及ぼす影響に依存しているとおもわれる。しかし、その資料をもちあわせていないため推測の域から脱しきれないのが現状である。ただ〔15〕でもみたように、製品のライフサイクルは、生産者側が販売数量の低下を防ぎ、一定の利潤率を確保することを目的とした販売促進の基本的政策であることはたしかである。それは新製品の優秀性、それに見合った価格の適正さを強調することによって、需要者の欲望を操作し管理していくことである。

〔17〕 需要者の欲望を操作し管理することによって販売数量を決定していくのが、販売活動の主要な任務である。とくに医薬品業界における販売活動は、プロパー (propagandist の略称) ないしはディーテルマン (detail-man) 活動として重視される。

研究開発費の少なさが、新しい化学物質の発見を困難なものにしているため、製造許可されている物質を様々なパラエターに富んだ製品に製造しなおすことが、従来からの共通した企業行動であった。その結果、類似製品の過剰生産をひきおこす。需要者側の数がそれほど大きくない条件の下で、主たる成分や効能にそれほど差異のないような商品を各企業が販売するばあいには、熾烈な競争を展開せねばならないことになる。とくに医薬品は、生命に直結した商品である。販売には高度の専門知識が要請される。また、ファッション産業のように商品のライフサイクルが短かく⁴⁸⁾、いわゆる新製品開発の機会も多いという傾向から、

46) 小菅博之; 医療マーケットにおける非ステロイド性抗炎症剤 (医薬ジャーナル誌, 1975年4月号) 32~35ページ参照。

47) 小菅博之; 前掲論文, 35ページ参照。

48) 医薬品産業がファッション産業化している点について、越後和典氏の医薬品産業に関する論文を参照されたい。

とくに販売活動を重視するのである。医薬品が生命関連性、高品質性、高度の専門性、技術革新のテンポの速さ、外観における商品特性の非明示性、商品の差別性の伝達の困難さ、医薬品の多種多様性、需要の動きの多様性(季節性、疾病流行)などを特性とするものである以上⁴⁹⁾、十全な意味における医学・薬学を基礎とした科学商品知識・情報を習得した専門家が、販売を担当すべきことになる。

われわれはこのような特殊な教育と訓練を受けた宣伝販売拡張員を動的広告マンとして位置づけてきた⁵⁰⁾。さらにこれを詳述するならば、医薬品の専門家としてのディーテル活動と医薬品の特性を考慮の圏外におきやすい業務中心のセールス活動とに峻別できるであろう。いずれもプロパー活動に相違ないが、ここでは便宜上前者をディーテル活動、後者をセールス活動と呼ぶことにする。本来のディーテル活動は、自社製品の成分・性質・薬理効果・副作用・使用法などの正確な説明を顧客を訪問することによって行なうものである。そのためには、医学・薬学の知識および情報を習得してこそ、その機能が発揮できるものといえよう。しかし、メーカーは、ディーテル活動と同時にセールス活動をも販売促進活動の重要な柱として重視する。医薬品業界における販売促進は、商品認知ならびに理解の徹底化のほかに、医家および薬局など顧客との人間関係の確立と、こうした顧客への利益およびサービスの供与を目的としている。さらに、プロパー活動は問屋・小売店の経営上の指導にまで及ぶ。すなわち、自社製品育成のための指導、それと同時に小売店の内部的な指導、それ以外の各種の指導のほかに市場の動向や

組織店の性格把握等々、プロパー活動は多方面にわたっている⁵¹⁾。まさにこのことが種々の質の異なったプロパー活動を招来することになる。そして、これがメーカーの販売促進活動のなかできわめて重要な地位を占めるに至っているのである。

かかる活動範囲の大きさは、活動対象を細分化することにより、その目標の達成を可能にする。すなわち、私企業がプロパー活動に要請するものは、プロパー1人当りの生産性の向上にある⁵²⁾。換言すれば、一定の時間内で自社製品を最善の方法で宣伝し、その販売数量を増加させることにある。この目標を達成するために、一般的に医家向けには薬科系大学出身者を配置し、薬局向けには一般大学出身者が振り向けられる。その他、業務を中心とする卸店セールスマンに細分化していく。第5表は、抗炎症剤の使用の動機調査である。これによれば、プロパーのD.I.活動の影響を使用の動機としたものが、病院勤務医のばあい40% (平均)、開業医のばあい43% (平均)にのぼる。しかし注目すべきことは、同じ開業医のなかでも19% (平均)が、卸店セールスマンの販売攻勢によって使用していることである。このことは卸店セールスマンのディーテル化が進んでいるものと解すべきであろうか。それともその薬剤が一流メーカー品であり、しかもセールスマンのディーテル活動以外の販売促進活動が強力であったための結果と解すべきであろうか。

一般的に言えば、プロフェッショナルはその活動の対象としてクライアントをもつ。クライアントにとって決定的に重要な問題であるが、それを自力で解決できないばあい、プロフェッショナルの助けを求める。相互の信頼関係のなかで、プロ

49) 製薬企業懇談会；製薬企業の現状と考察 (S. 40) 9~12 ページ参照。

50) したがって動的広告マンとは、propagandist または detailman を指す。これに対して静的広告物とは、製品説明のためのパンフレット、文献説明のリーフレット、新製品案内のための電波・雑誌・専門紙などの広告、看板、電車などの吊り広告、ポスター、マスコットの配布、サンプルなどを指す。

51) 田島義博監修；薬局経営の明日を探る (S. 44), 66 ページ。市川弘勝；独占資本の流通機構支配—医薬品工業を一例として—(経済経営論集 [東洋大学] 59・60 合併号, 1971) 174 ページ参照。

52) 一般的にいて、プロパーの数は1地区平均 2~3 人であり、1人のプロパーが回訪する延べ件数は月120件ぐらいたといわれている (田島, 前掲書, 67 ページ参照)。

第 5 表

	病 院					医 院				
	ブル フ ェ ン	ポ ン タ ー ル	イン ダ シ ン	オ パ イ リ ン	メ ブ ロ ン	ブル フ ェ ン	ポ ン タ ー ル	イン ダ シ ン	オ パ イ リ ン	メ ブ ロ ン
使用をはじめた契機	(%)					(%)				
1. プロパー	59	42	32	54	49	56	30	38	40	50
2. 卸セールス						22		18	20	17
3. 学会・研究会						22	13			16
4. 広告（雑誌・DM）										
5. 雑誌記事	13	20	20		11	13	22			
6. 医師のすすめ	6	20	12	25	9	14				
7. 病院で採用			19	21	11	16			20	
8. サンプルを使って	22	18	17		20	14	22	20	17	
9. 経済面で	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
合 計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

〔出所〕 小菅博之：医療マーケットにおける非ステロイド性抗炎症剤（医薬ジャーナル，1975年4月号，39ページ）

フェッショナルが優位に立つことによってその目的は果しうる。したがって、プロフェッショナルとしてのディーテル活動には、科学に立脚した体系的知識に基づいた技術・情報を駆使することによって、現実と直面している問題を解決する能力が要求されるのである。そのためには、スペシャリストとしての側面とゼネラリストとしての側面を併せもつことが必要であり、その技法の背後にある「客観的法則の意識的適用をもって、単純な経験主義を克服するところにプロフェッショナルの真価」⁵³⁾ が生まれてくるといえよう。

〔18〕 ともかくプロパー活動は、既存製品・新製品にかかわらず、顧客に医薬品の商品知識を普及させる。自社製品の宣伝・販売拡張員の担い手が **propagandist** であり、**detailman** であった。それは需要創造の担い手であり、需要開拓者であった。需要をとりつける行為は、同時に自社のブ

ランドの販売を意味する。第6表は、米国における同一成分の薬価の価格を比較したものである。調査時点が1938年ときわめて古いものであるが、消費者が支払う価格の多くは、ブランドの価値であることを考える指標として現在においても有効な資料といえる。すなわち、この表は、米国連邦取引委員会が1938年7月に、同一成分の薬価についてブランド名で販売されているものと、化学名で販売されているものとの卸売物価を比較した調査結果である。これによれば、全国的に広告されたラベルをつけて販売されている薬品の各々の1オンス当りの価格は、28ドル95セントである。他方、化学名のままの販売価格の合計は、4ドル59セントである。つまり、24ドル36セントがブランド名の価値を表わしているといえる。おそらく小売段階においては、これ以上の価格差が生じているにちがいない。

こうしたブランドの価値をも担うプロパー活動

53) 青沼吉松；医療におけるプロフェッショナリズム（日本医師会編，ライフサイエンスの進歩・第1集〔1974〕）254ページ。

第 6 表

(単位ドル)

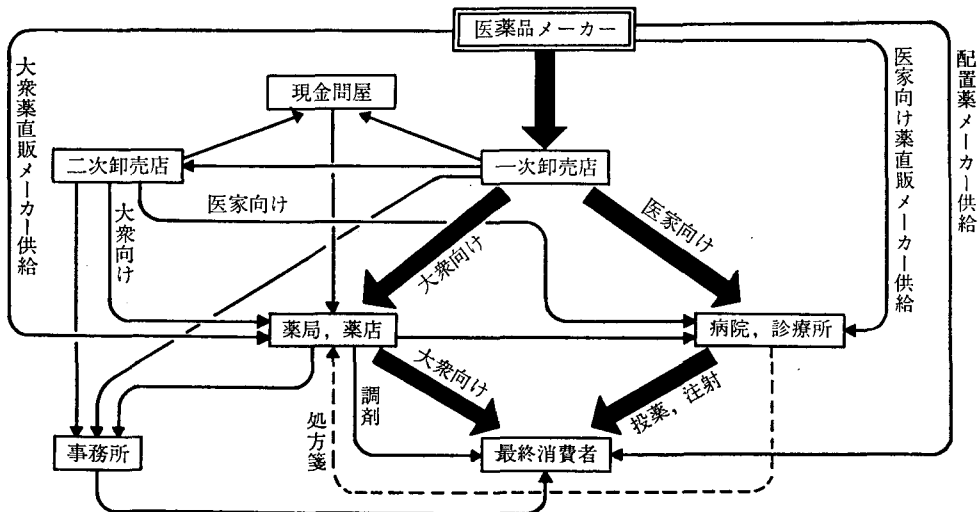
ブランド名	オンス当たり 価格	化学名	オンス当たり 価格	価格差
フェナセチン	0.63	アセトフェンティディン	0.21	0.42
バイエル・アスピリン	0.75	アセチルサリシリック酸	0.13	0.62
ヴェロナール	3.00	バルピタール	0.56	2.44
ヴェロナール・ソジウム	3.00	バルピタール・ソジウム	0.62	2.38
アトファン	2.75	アンカフェン	0.38	2.37
デュオタル・ウィスロップ	1.07	炭酸グアヤコール	0.29	0.78
ウロトロピン	0.25	メセナミン (ヘキサミン)	0.13	0.12
ルミナール	6.90	フェノバルピタール	0.57	6.33
ルミナール・ソジウム	6.90	フェノバルピタール・ソジウム	0.57	6.33
トリノル・ウィスロップ	1.90	スルフォネシルメタン	0.70	1.20
アリストル・ウィスロップ	1.80	チモール・沃化物	0.43	1.37
計	28.95	計	4.59	24.36

〔出所〕 馬場正雄：『反独占の経済学』(1974), 173 ページ

が需要創造および需要開拓に成功して、自社製品販売のためのルートを確認すると、第4図の如き医薬品の流通経路ができあがる。太い矢印は医薬品の流通金額の大きさを示すものである。その比率は、おおむね次のとおりである。その生産額の85~87%は一次卸店または特約店卸商に流通す

る。残りの13~15%は配置薬、医師への直販、チェーン組織など小売店への直販および輸出として流れる。さらに、一次卸店または特約店卸商から病院・診療所へ約67%、生活協同組合・健康保険組合・購買会などの事業所へ約3%、合わせて70%が医家向けの生産財的医薬品として流通

第 4 図



〔出所〕 越後和典；わが国製薬産業の現状と問題点（季刊、現代経済，第4号，1972）90 ページ

する。また、薬局・薬店向け医薬品は、典型的な消費財として約 30% 流れている⁵⁴⁾。

ここで注目されるのは、一次卸店または特約店卸商と呼ばれる卸商の位置がきわめて大きいことである。医薬品の需給を調節するのが卸商の役割であり、需要が多ければ放出し、供給が多すぎれば保管貯蔵する。この需給調節は、医薬品の量的な分散機能であると同時に、質的には種々の需要に応ずるための品種や銘柄の収集機能をも合わせもつものである。そのために卸商はメーカーと契約を結び、直接仕入を可能にする。かくして、卸商はメーカーの代理店または特約店としての役割を担うことになる。メーカーが医家向け用薬と大衆薬を生産しているため、その代理店としての卸商にも取扱比率の差が生ずる。昭和 50 年度における卸商の年商額上位 10 社のうち、スズケン、三星堂、日本商事、クラヤ薬品、東邦薬品、福神など 6 社は、その 80% 以上を医家向け専門に卸売している。また、大衆向け専門卸商は丹平商事、小林製薬の 2 社である⁵⁵⁾。機能の対象別にみれば、このように卸商も医専卸と薬専卸に類型化できる。したがって、「主要メーカーは、武田薬品の 1200 店を筆頭に、全国に数百店の特約店をもち、それを中核として販売網を形成している。有力な卸売商は、主要メーカーの大部分の特約店になっており、1 メーカーの特約店ということはない⁵⁶⁾」というのが共通した特徴である。

わが国のばあい、メーカーの直系販売会社がその全製品を売りさばくという例はないといわれている。しかし、卸商の支払勘定が受取勘定の回転

率より小さいのを特徴としたり、また、買掛や支払手形など負債勘定の総資本に占める割合が大ききことなどは、メーカー資本による卸商の系列化が展開していることを示すものである。すなわち、吉田甚吉氏によれば、卸商の支払勘定の回転率が、受取勘定の回転率よりも小さいという昭和 50 年の卸商の実態は、メーカーから金融的援助を受けていることを示すものであり、卸商の金融的機能は自己資本よりはメーカー資本で得意先に金融し、メーカーに代わって売掛金の回収をしているのが現状である⁵⁷⁾。また木村恵典氏は、卸商の総資本の 80~90% はメーカーに対する買掛と支払手形の負債勘定であり、資本金が平均して 10% と小さく、しかも銀行借入は実質的に 5~10% と低いことは、卸商がメーカー資本によって存続していることを示すものであると述べ、さらに、マージンを多くするための大量販売や累進リベート制の存在は、卸売店の集中化を促進するものと述べている⁵⁸⁾。これらのことは、メーカーによる卸売の系列化およびメーカー主導による卸売商の集中化 = 合併・業務提携となって現出する。とくに昭和 42 年頃から、問屋の体質改善あるいは地域販売網の整備などを目的とするメーカー主導による系列問屋間の合併が推進され、系列以外の中立的問屋に対しては、店内占有率 30% 程度の確保を目的とした合併指導が進められた⁵⁹⁾。

主要メーカーによる卸問屋への資本参加は、このことを如実に示す。例えば、武田薬品は 10 社に資本参加し、このうち東京医薬品、三重薬品に対しては 90% 以上の持株比率を示している。三

54) 85~87% は、吉田甚吉；薬業経営論〔改訂版〕(S. 47) 76 ページ、および田島義博監修、前掲書、41 ページによった。また、医家向けと大衆向けの比率 70:30 は、通商産業省企業局編；取引条件の実態(2)、281 ページによった。その後の両部門の比率は、昭和 48 年→78.1:21.9、昭和 49 年→81.3:18.7(国際商業誌、昭和 51 年 6 月号、37 ページ参照)、昭和 50 年→81.7:18.3(薬務公報、第 997 号)である。

55) Drug Magazine, 19-1 (208 号) 86 ページ参照。

56) 吉田甚吉；薬業経営論(S. 47)、100 ページ、および製薬企業懇談会；製薬企業の現状と考察(S, 40)、104 ページ参照。

57) 吉田甚吉；医薬品業界(1975) 156 ページ参照。

58) 木村恵典；医薬品工業界の動向と薬局(東薬工会報誌、No. 87) 172 ページ参照。

59) 二場邦彦；戦後の医薬品流通史(医薬ジャーナル誌、1972 年 9 月号) 52 ページ参照。また、市川論文、193 ページ参照。

共は 16 社に資本参加し、このうち錦城薬品、高木薬品に対しては 100% の持株比率を示し、さらに 50% 以上の持株比率を示すものは 5 社をかぞえる。塩野義は 23 社に資本参加し、このうち京西堂、愛薬、徳島大薬、福岡薬品は 100% の持株、横浜薬品、大阪薬品、和歌山薬品は 90% 以上の持株比率、50% 以上の持株比率を示すものは 4 社ある。なお、自社販売の経路強化を目的として、地域での販売活動を集約化するための持株比率 72.5% を示す東栄薬品は、昭和 43 年東京の特約店 3 社を整理統合したものである⁶⁰⁾。さらに田辺は 14 社に資本参加し、うち栄一薬品は 98% の持株、50% 以上の持株比率を示すものは 4 社ある。藤沢は 4 社に資本参加し、うち藤販の持株比率は 69.1% である。中外は 8 社に資本参加し、うち朝日薬品に対しては 54.7% の持株比率を示す。第一は 7 社に資本参加し、寿薬品に対しては 89.0% の持株比率を示す。以下、山之内は 9 社、大日本は 4 社、エーザイは 4 社、万有は 3 社にそれぞれ資本参加している⁶¹⁾。また昭和 45 年田辺製薬系医薬専卸として発足した昭和薬品は、田辺製薬の持株が 20% を示すにすぎないが、片岡薬品、大賀快生堂薬品、大五薬品、田辺峰崎の開業医部門をひとつに整理統合したものである。さらに、昭和 46 年に武田薬品は、西日本地区最大の問屋としてコーエー小倉薬品を合併発足させたが、その持株比率は 9.5% を占めるにすぎない⁶²⁾。これらはメーカー主導による目的別問屋再編の典型であり、持株比率の大小が系列の強弱を示すものではないことを表わしている。

こうして、メーカーは自らの営業所網の拡大を図りながら、自社販売ルートの強化を目的に卸商の系列化や集約化を促進し、他方で、大衆薬市場

における販売量拡大のために小売店の系列化を強化する。メーカー主導によるチェーン組織化と価格維持を目的とした小売店支配とがこれである。前者は、直販メーカー（チェーン・メーカー）がグループを形成して薬局・薬店をチェーン化するもので、大正製薬による大正連鎖店（TFC）はその典型である。後者は、医家向け企業が再販売価格維持制度の遵守を意図して、薬局・薬店を支配するものである。両者にみられる系列化政策は、いわば商業資本と産業資本の特質を現わしているものといえる。この傾向は、小売主宰の薬局レギュラーチェーン化やボランティアチェーン化およびドラッグチェーン化など小売資本のヨコの連帯が進行しても、今後益々強化の方向を志向するであろう⁶³⁾。

〔19〕商品の流通経路の確立は、同時に医薬品の取引条件の特性に基づいて、不断に再構築される。既述したように、医薬品の販売方法はメーカーから卸売業者あるいは小売業者へと一方的に出荷される傾向が強い。とくに従業員 100 人以上の大型問屋は、大手 12 社メーカーとの直接取引を中心にして、それを補完する程度に大手 12 社以外のメーカーから仕入している⁶⁴⁾。そのばあい、中小メーカーは大手メーカーの販売ルートにのせて委託販売する方法を多くの場合採用している。かくして、一方的な医薬品の出荷は、結果的に返品率を高めるように作動する。日本税理士連合会は、医薬品の販売方法は原則として買取り制であるが、通常の商習慣として返品制度が確立しており、返品率は総売上高の約 5~25% に及んでいると指摘している⁶⁵⁾。このことは、買取り仕入が一般的であるが、商習慣として内金払いや返品が一

60) 二場邦彦・石田昌男；戦後医薬品産業史年表〔下〕（立命館経営学，11-2，S. 47）118 ページ参照。

61) 各社の持株比率は、医薬品産業年鑑・1975 年版，133~137 ページによった。

62) 二場邦彦・石田昌男，前掲書，122 ページ，130 ページ参照。

63) なお、メーカーのタテの系列化に対する小売資本のヨコの連帯の端緒的形態については、さしあたり、医薬ジャーナル誌，1970 年 4 月号，46~54 ページを参照されたい。

64) 通商産業省企業局編，前掲書，287 ページ参照。なおこの調査では、大型問屋の全仕入高に占める仕入取引高は大手 12 社から 50~69%，12 社以外から 30~49% であると報告している。

65) 日本税理士連合会編；化学関連製品製造業の税務調査（S. 46）65 ページ参照。

般化していることから、委託仕入が制度化していることを意味する。卸売業者に対する販売先からの返品率は、仕入額を100%とすれば、医家向け・1~4%、一般向け・10~19%という調査報告もある⁶⁶⁾。医薬品の特性が需要者の要求に対応し得ない理由から、販売先の見込みちがいや在庫調整などである程度の返品は生じうる。しかしながら、類似品を他で安く仕入れることができるから医家向けの返品率が高かったり、委託販売を販売促進の手段として利用していることなどは、メーカーおよび卸売業者の押込み販売を示唆するものといえる⁶⁷⁾。

換言すれば、返品が多いことは、メーカー間あるいは卸売業者間の販売競争の激しさを示すものである。メーカーの系列問屋に対する販売割当制の強化が、一定の基準量の消化を要請することになり、それが押込的販売となって現出する。そのばあい、販売数量拡大のために注入される刺激剤がリベートであり、現品添付であるといえる。第7表は、武田薬品のリベート率である。これは仕入金回収金額に対する累進リベートであり、リベート率は回収金額に対して1.5%から8%のひらきがある。このことは、量販店ほど仕入コストの低下を図ることが可能であることを示す。

現品添付は、昭和45年12月に中央社会保険医療協議会が添付販売の医薬品は保険薬リストからははずすと決定したことから、医療用医薬品については原則として行なわれていない⁶⁸⁾。しかし、大衆薬については行なわれており、とくにチェーンメーカーにおいて顕著であるといわれている⁶⁹⁾。

第7表

回収金額	リベート率	回収金額	リベート率
3万円	1.5%	50万円	5.5%
4.5	2.0	100	6.0
6	3.0	150	6.5
9	3.5	200	7.0
12	4.0	300	7.5
18	4.5	400	8.0
30	5.0		

〔出所〕市川弘勝：独占資本の流通機構支配—医薬品工業を一例として（経済経営論集〔東洋大学〕59.60合併号，1971），205ページ

〔20〕押込販売と返品の悪循環の存続は、年々の医薬品生産量の拡大を裏づけるものでもある。医薬品需要が老人医療費の無料化、乳幼児医療の無料化、健康保険の家族7割給付、難病および公害病の公費負担、高額療養費の国家負担など社会医療制度面の改善と共に伸びていることは否めない。このことが薬好きの国民性を助長する結果にもつながるのである。

もともと医薬品の生産量は、物質文明の発展と共に増大する傾向がある。しかしわが国のばあい、基本的には、医薬品産業の製品差別化政策＝販売促進政策が医療保険制度の不備と結合することによって、生産量したがって消費量を拡大させてきた。経済企画庁の『消費者被害救済制度の経済効果に関する研究』は、メーカーおよび医療機関が利潤を高めるためには、両者とも医薬品の販売数量を多くすればよく、このことが医薬品の大量販売→大量投与→薬禍事件発生の可能性を大きくするものであると指摘している⁷⁰⁾。とくに、薬

66) 通商産業省企業局編，前掲書，85ページ。

67) 通商産業省企業局編，前掲書，85~86ページ参照。

68) 添付廃止に伴い，現在，添付的類似行為が商習慣化しているといわれている。なお，これについては後述する。

69) 昭和46年以前の面接調査およびヒヤリング調査から得られた数量割引の一例は，1300本仕入れると200本添付，ゼノール9個仕入れると1個おまけ，5打仕入れると1打添付，眼薬500個仕入れれば9%安くする，風邪薬数百個仕入れると20%程度値引く，などである。これらは，特定のブランドあるいはあるグループのブランドの販売促進刺激剤の効果をねらうものとして行なわれているものらしい（通商産業省企業局編，前掲書，333ページ参照）。

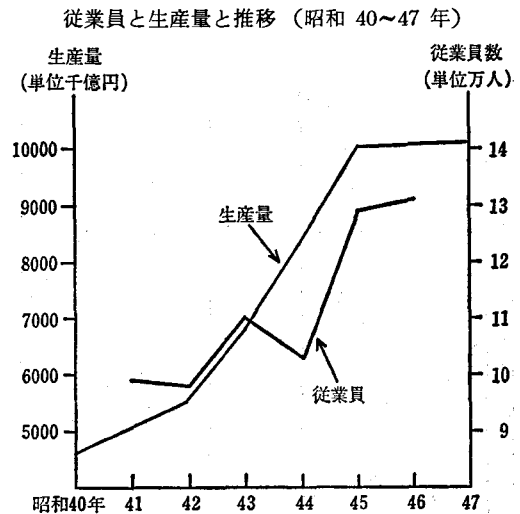
70) 薬事日報，昭和50年6月19日号参照。

価基準と再販売価格維持制度という制度的要因ならびに医薬品の安易な大量投与に対する反対給付への期待などが、医薬品取扱者および当該医療機関の利潤極大化行動を強化する要因として作用する。したがって、「医療機関が消費者の立場でなくて、医薬品の再販売者の立場に立ち、企業体としての利潤を極大化することが当然のこととして認められる」⁷¹⁾といえるのである。

このような医療経済行動の利潤極大化志向は、長期停滞の傾向を前提とする大企業体制の下で、生産と雇用に拡大させる反作用として現出する。第5図は、医薬品産業が急展開を示した短期間の諸指標である。従業員数と生産量、売上高と営業（または税引）利益および資本金などの相関関係には注目してよいものがある。とりわけ、販売努力の時間的偏倚に基づく効果を考慮すると、販売費の趨勢が新鋭の生産設備の拡充を招来し、それが売上原価を低下させ、利益を高く維持し拡大するもになっている。このことが事実上当該産業の實質資本ストックなどを増加させ、急激な発展を可能にしたものと理解できる。とくに、利潤の源泉は制度的要因をテコとする製品差別化政策に基づく市場支配力の強大さに求めてよいであろう。この点について藤野志朗氏は次のように分析する。「売上原価は売上高が1%増加するとき、ほぼそれと同じく1%増加するからこの点では経営はトントンであるが、販売費の場合売上高が1%伸びてもそれは0.45%しか増加しないから、大まかにいってここに医薬品工業の利潤の源泉があるといえる」⁷²⁾。つまり1%ほどの販売費の伸びが、2倍以上の売上高を確保するわけだから、販売政策を強力なものにすればするほど高収益は維持できることになる。

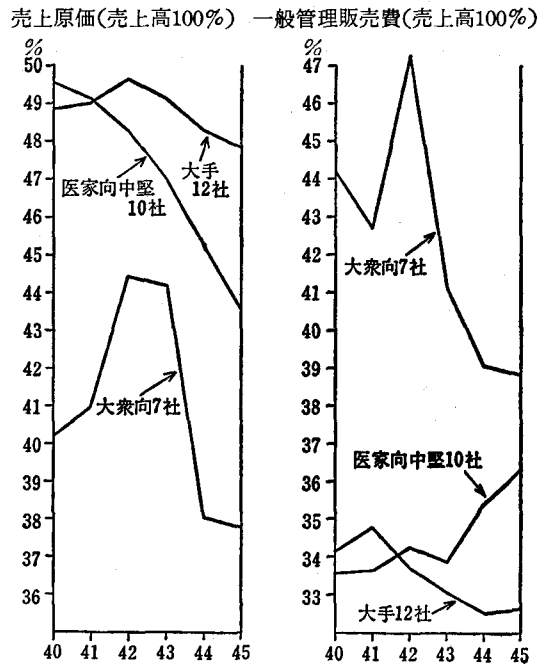
医薬品産業は昭和30年から現在まで3回の高度成長期をもつことができたが、いずれも医療保険制度に対応した販売政策が収益の動向を左右している。すなわち、昭和36年の国民皆保険を積

第5-1図



〔出所〕 総理府統計局資料より作成

第5-2図



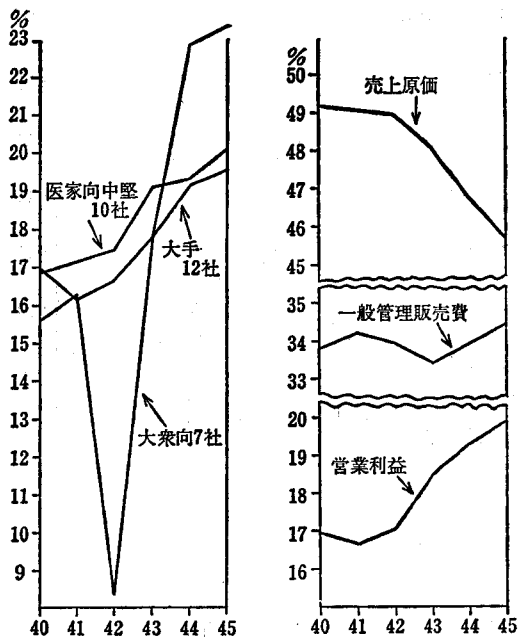
〔出所〕 薬業経済年鑑および日本の医薬品産業、より作成

71) 越後和典；わが国製薬産業の現状と問題点（季刊・現代経済，第4号〔1972〕）89ページ。

72) 藤野志朗；医薬品工業の計量分析（日本医師会編，国民医療年鑑，昭和46年版）70ページ。

第5-3図

大手12社+医家中堅10社の各
営業利益(売上高100%) 要素の推移(売上高100%)



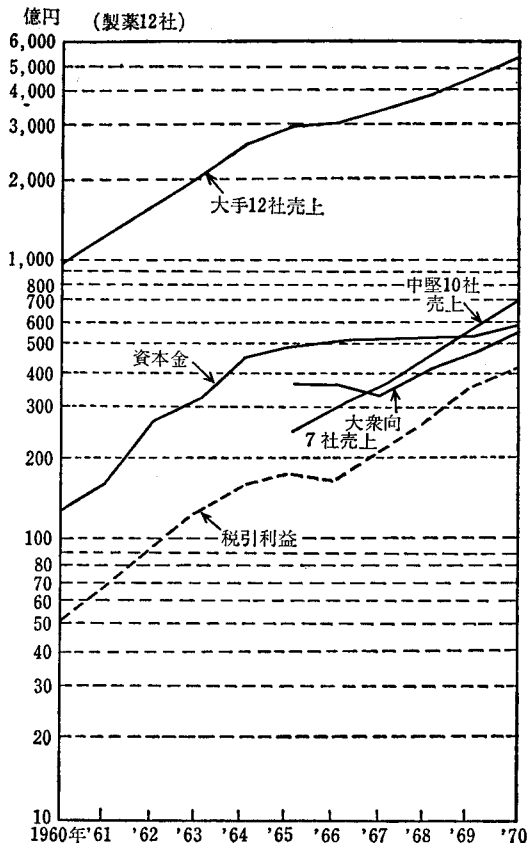
〔出所〕 薬業経済年鑑および日本の医薬品産業より作成

杆とする大衆薬ブーム期、医療保険制度の内容充実と医家向け用薬の添付販売に裏づけられた昭和43~45年の高収益期および老人医療の無料化・家族給付率の引き上げなどが実施された昭和48~49年の時期である。第6図の斜線部分は、医薬品の生産額の伸び率が名目GNPの伸び率を上回った時期を示すものである。生産が出荷を大きく上回るこの状態は、在庫増による生産調整と販売競争の激化を招いた。とくに添付販売が禁止されてからは、値引競争が一層激化し、収益率を悪化させている。在庫増の反動が生産額と収益の伸び率を大幅にダウンさせる形で現出するものと指摘できる⁷³⁾。こうした在庫の増減による収益率の変動は、医薬品産業が在庫循環型に移行していることを示すものである。長期的にみた収益率

73) 山一証券経済研究所; 医薬品業界の現況と今後の展望(証券月報, No. 320) 35~37 ページ, および和光証券調査部; 医薬品会社の収益動向(医薬ジャーナル誌, 1975年10月号) 39 ページ参照。

第5-4図

売上, 純益, 資本金の推移
1960~70年(昭和35~45)

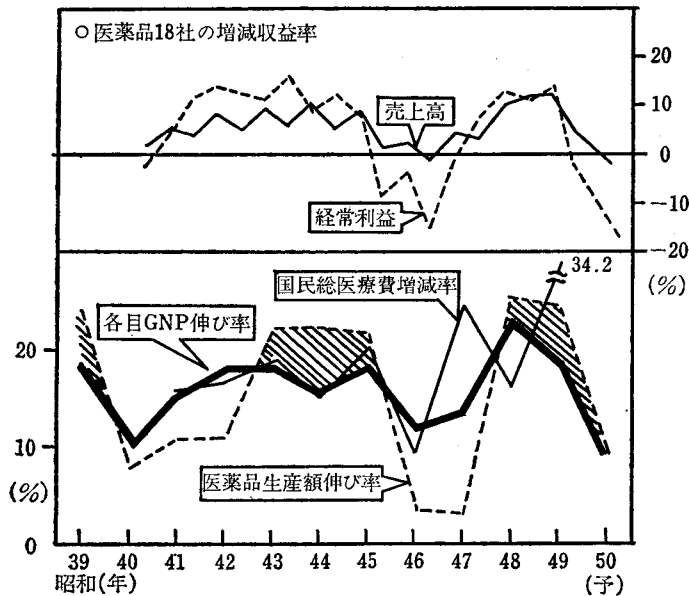


〔出所〕 薬業時報社編; 日本の医薬品産業 (S. 48) 62 ページ

のかかる上下運動が当該産業の長期停滞の指標であるとするならば、需要の創造と管理という販売政策への依存こそが、この傾向を打破していくものとなるのである。

かくしてポール M. スウィージーも指摘するように、企業体制を存続していくための生産と雇用は、大企業体制といわれる独占の状態においても競争は価格の分野から広告・製品差別と技術革新・モデルチェンジおよびその他の手のこんだ陳腐

第 6 図



〔注〕 医薬品18社：三共、武田、山之内、第一薬、大日薬、塩野義、田辺薬、吉富薬、藤沢薬、万有薬、日新薬、富山化、中外薬、科研化、ミドリ、ユーザイ、ロート、東田辺の各社。

〔出所〕 和光証券調査部；医薬品会社の収益動向（医薬ジャーナル，1975年10月号，38ページ）

化の方式などの販売促進の分野に移行していく。そのことは大量の非生産的労働者の雇用を意味し、また商品とサービスに対する有効需要を増大させるための膨大な販売努力が積み上げられてくることになる⁷⁴⁾。販売努力が需要を創造し促進し、生産を拡大していく。それが新たな投資の増大を助長し、雇用を拡大し、人々の欲望をみたす商品と収入をもたらしてくる⁷⁵⁾。販売努力という浪費ともいえる経済活動が、現在の独占資本主義の長期停滞傾向に対して反対に作用する要因のひとつとして存在していることは、医薬品産業のばあいにおいても例外ではないといえよう。

IV. 幻想と浪費の超克のために

〔21〕 医薬品の販売を促進する条件とは一体何

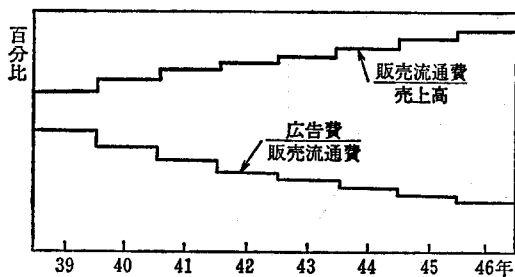
か。すなわち、人々が薬の効用を過大視し、そこに精神の安定を得ようとする情感はどこからくるのであろうか。さらに、この幻想的欲求に答えるべく薬が多量に投与される根拠をどこに求めたらいいのであろうか。換言すれば、医薬品の特殊な商品価値がその価値どおりに使用されるためには、どのような方向を模索すべきなのか。これらを考察していくのが最後の課題である。

第7図は、医薬品産業における販売流通費と広告宣伝費の関係をあらわしたものである。販売流通費÷売上高が増加傾向を示し、広告費÷販売流通費が減少傾向にある。前者が増加傾向にあるのは、後者を増やさなかったからであるという仮説に基づくもので、広告の販売流通費削減効果を前提におくものである。つまり、これは、広告を削

74) Paul M. Sweezy; Modern Capitalism (Monthly Review, June, 1971) pp. 5~6, 参照。

75) 前章を参照されたい。なお、ネイル H. ボーデン; 広告の経済的効果 (前掲書) 132 ページ参照。

第 7 図



〔出所〕 通商産業省産業政策局編；広告の経済的効果 (S. 49) 246 ページ

減したために販売流通費が増大する傾向が強いことを示す。販売流通費は事実上、販売促進費として理解できるとすれば、広告宣伝費は販売促進費の一部として処理するため⁷⁶⁾、両者を分離せずに、それらと売上高および利益額との関係を見ていくことの方が重要である。なぜならば、医薬品の広告は全体の市場開拓の一環にすぎず、直接的販売よりも企業ないしは商品のイメージづくりや情報の伝達を目標にしているからである⁷⁷⁾。商品のライフサイクルや品質およびイメージなどの要因を動的広告マンや静的広告物が媒介することによって、物流の量と速度をはやめることにある。そのためには、販売促進活動が社会全体に疑似欲望をうえつけ、現代人を半健康人と観念させ、売る費用を多額にかけることによって大衆にそれがほしいと欲求されるだけの効用の幻想をもたせ、かくして、この幻想が、薬を飲まなければ健康が保てないという固定観念を消費者にうえつけてきたという大門一樹教授の分析は、戦後の日本人の

薬好きといわれる国民性を理解するうえにひとつの礎石を投げかけているといわねばならない⁷⁸⁾。生産の増大に対応する消費の増大は、販売促進による欲望という幻想の創出により可能であった。欲望は欲望を満足させる過程に依存するという K. ガルブレイスの依存効果が、薬を飲まなければ健康は保てないという幻想的固定観念をうえつけたといえる。ネイル H. ボーデンも指摘するように、積極的販売活動は製品のブランド別の特色づくりを促進するので、欲望創出と充足のために多種多様な商品が開発・改良されてくるのである⁷⁹⁾。経済成長期における医薬品の生産量と販売費、およびそれらと利益額の対応関係はこのことをよく物語っている。

医薬品は健康を人々に約束するから、販売促進活動における訴求の度合いが強い。それが有力な心理的購買動機となりやすい。大衆薬市場においてもそうである。また、最終消費者による選択的需要の自由がない医家向け医薬品市場においては、医薬品は生産財として機能する。いわば生産資本としての医薬品は、資本としての目的である利潤を志向する。かくして、消費者に選択することができない医薬品の販売促進活動は、医薬品の質と共に、その経済的メリットが売買の重要な因子として作動するのである。このことは他方で医薬品の生命直結性という商品特性を軽視し、利潤を生み出す経済的価値物としての側面を重視するに至る。

〔22〕 医薬品生産額に占める医療用医薬品の大

76) 日本税理士連合会編、前掲書、73 ページ、83 ページ参照。

77) 通商産業省産業政策局編； 広告の経済的効果 (S. 50) 323~324 ページ参照。

78) 大門一樹； 盗奪の論理 (1970) 253 ページ参照。なお、同教授からは効用と幻想に関して多くの示唆を受けた。ここに改めて感謝の意を表したい。一方、R.M. テイトマスは科学に対する社会の絶対的な盲信を指摘して次のようにいう。「患者たちにとって、科学というのは何か実体のものであったり、作用するものであったり、さらに何かききめのあるものであったりするのである。患者—広くいうと社会—というのは、医師がその役割を遂行することは当然の義務であると考えている」(Richard M. Titmuss, *Commitment to Welfare*, 1968, 三浦文夫監訳, 274 ページ)。すなわち、ここにいる科学盲信主義も国民の薬志向を支えているもののひとつであるといえる。だから、薬を与えない医師はその役割を果していないという患者 (社会) の誤解が生ずる。

79) ネイル H. ボーデン； 広告の経済的効果 (前掲書) 142 ページ参照。

いさは、販売促進活動による市場の拡大が医薬品を生産財として購入する病院・診療所および開業医師に集中していることを示すものである。とくに、「医家向け市場の比重の増大と主要製薬企業の医家向け市場重視の販売強化にともない、医療機関に提供される添付、値引、サービス、景品などを考慮した医薬品の実勢価格と薬価基準価格との価格差の拡大」が、医師の薬使用の促進剤として作動してくる⁸⁰⁾。われわれは、薬の多量使用を促進するものが薬価基準という保険制度に存すると考える。そのために医療技術の評価額が高まっても、医療行為が営業の対象である限り、薬の多量使用は存続するものと思われる。

わが国における保険制度のもとで、保険薬の価格は次のようにして決定する。すなわち、市場における需給均衡価格である相場品目と生産者が卸売価格を指定する指定品目の各々100品目が、抽出された全国の3分の1の病院と30分の1の診療所において、実際どのくらいの価格で購入されているのかを調査する。そうすれば、各品目別の購入実勢価格が判明する。この調査を基礎にして、その購入数量のうち90%の数量が購入できる各品目の価格を薬価基準として定め、これを公定価格とするわけである。大切なことは、この薬価調査が実際に売買されている実勢価格をどのくらい正確に反映しているのかということである。多くの指摘があるように、この公定価格は、市場価格よりも常に高い水準を保っている。その理由は、かつて行なわれていた現品添付販売および添付類似行為が薬価調査に反映してこないからであった。したがって、昭和45年12月より「添付販売が禁止されているのは、添付販売がなされた場合値引販売とは異なり、薬価調査をおこなっても実勢価格の正確な把握が困難になる」からであ

た⁸¹⁾。しかし、現在は添付に代るものとしてサンプル制が商習慣化しているといわれている。これはある一定の金額になるまでサンプルを無料で供与・試用し、その金額または期間が超過した後、実際の金銭取引に入るものらしい。もしそうであるならば、この試用期間は事実上の現品添付であり、実質的値引であるといえる。こうして、売込み競争のはげしい医療用医薬品市場において、各生産者は値引・サンプルの長期試用などによって、独立採算制を経営方針とするわが国の医療機関に対して、自社製品の恒久的購入を確保していることとする。そのことが事実上医薬品の実勢価格の下落に拍車をかけ、実勢価格と公定価格である薬価基準との格差を大きくしていくのである。

さらに、メーカーが卸値を指定する指定品目は独占的あるいは寡占的価格および管理的な価格としての特性をもち、それが薬価基準の下方硬直化を支えるように作用することが指摘できよう。薬価基準が市場の卸値を基礎にして決定される限り、企業行動は利潤追求のために自己目的化せざるを得ない。指定品目が「大企業の医薬品であり、その卸売り価格は生産者が指定できる独占価格である。したがって、大企業は薬価の維持を図るために表向きの卸売り価格を不当に高くつりあげることができる」⁸²⁾点が、企業活動の特性となる。薬価基準の収載方法の変更は、この特性を強化しこそすれ、弱めることはないであろう。従来、薬価基準の収載方法は同種同効品の二つ以上の銘柄をまとめて、統一名で収載し、それらの銘柄をまとめて薬価も定めていた。そのために、薬価基準価格と市場価格との差益を求めて、同効果医薬品間の熾烈な競争が展開されてきた。昭和51年2月以降における収載方式の転換は、良質銘柄の選択の誘導を目的としたものである。すなわ

80) 儀我壮一郎；日本医薬品工業の諸問題（経済学雑誌〔大阪市大〕70-5・6）77 ページ、および二場邦彦；健保・医薬品産業（経済評論、10月号臨時増刊号、1973）110~111 ページ参照。

81) 森 幸男；医薬品経済の当面する諸課題と今後の方向（医薬ジャーナル誌、1976年6月号）34 ページ参照。正確なる実勢価格把握の観点からすれば、添付と値引とを区別する理由は存しない。なぜならば、購入者は値引価格よりも公表価格を薬価調査票に記入する場合は考えられるからである。

82) 地主重美；医療と経済（S. 46）、263 ページ。

ち、同種同効品であってもそれぞれ銘柄名で取
載を行ない、かつ銘柄ごとに薬価を定めるという銘
柄別の取載方式に改変された。この方式は、個別
の銘柄の市場価格を薬価に反映させることが可能
であり、また医療機関の薬価差に基づく医薬品購
入行動が減少するため、良質銘柄の選択が促進さ
れること、および品質、価格、情報活動に関する
メーカーの自社製品に対する責任体制が販売競争
を通じて強化され、その結果として製薬企業の体
質改善がすすむものと評価し期待されている⁸³⁾。
ここで注意すべきことは、実際の市場取引におけ
る実勢価格が正確に薬価調査に反映されているこ
とを前提にしていることである。しかしながら、
販売競争の激化が値引的類似行為を必然的に商慣
習化させているため、この前提条件を確保するこ
とは難事であるといわねばならない。さらに銘柄
別取載方式は、各メーカーが自己のブランドの市
場拡大を重点目標にすることから、販売競争を益
々熾烈なものにするであろう。かくして、この方
式の目的とする良質銘柄の選択の促進は、独占的
ないしは寡占的企業の市場占拠率の拡大と支配を
強化していくように作用する。その結果、医薬品
業界の体質改善という名の再編成が促進され、生
産過程および流通過程における業務提携および資
本による系列化が、指定品目の独占的ないしは寡
占的価格および管理的価格の形成を可能にする。
地主重美氏も指摘するように、大手メーカー間
におけるパス懇談会、ペニシリン協会、ストマイ懇
談会、T.C. 懇話会などの薬品別のメーカーの
話し合い団体の組織化が、価格に関する協議機
関的性質を兼ね備えてくるといえるであろう⁸⁴⁾。

[23] 薬価基準が実際の取引価格を正確に反映
することが困難であるため、常に高い公定価格を
設定することになる。そのことは医薬品の買手に
安く買って高く売る経済行動を生ませる。また、

売手にとっては製品のライフサイクルを短縮する
ことにより製品の差別化=多様化を行ない、販売
の促進と拡大のための企業行動をとらせる。それ
が一定の利潤率を確保しようとする販売依存型産
業の特性となるのである。かくして、買手と売手
の利害一致こそが医薬品の大量消費を生む原因に
もなる。このことは、とくに、売手の製品差別化
政策と浪費的販売競争を通じて達成される。こ
の点については前章で詳論したが、そこでは「販
売促進依存型産業」⁸⁵⁾としての医薬品産業の映像
がうきぼりにされた。しかしながら、本来ファ
インケミカル分野の典型である医薬品産業は、未
来産業としての評価も高く、期待にも大きいもの
がある。それは省資源を基盤とする研究開発中心
の知識集約型産業であるためである。したがって、
この方向を志向してはじめて健全な産業としての
発展が図られるものといわねばならない。

薬価基準と実勢価格との乖離を招く不合理さ
は、現在のわが国における保険制度の欠陥と経済
システムの限界を露呈するものであるといえる。
そこに医薬品に対する幻想と浪費の源泉を求め
るとするならば、これらの限界をどう超克すべき
であろうか。幻想や浪費の拡散とその吸収の論理
ではなく、生命の尊厳を遵守するという医療の根
源に回帰するためには、本稿では少なくとも次の
二点が最も現実的な有効策だと考える。すなわち、
医薬品に対するメーカーの基本的姿勢の方向転換
と医療行為の第三者的機関による再評価がこれ
である。

前者についていえば、既述した如く生産者は利
潤率を高く維持していくために製品差別化政策を
重視し、熾烈な販売競争を展開してきている。こ
のことは益々販売競争のための経費の浪費的増大
を招き、それが最終需要者の負担増に直結する。
したがって、社会的浪費の蓄積を消滅させるため
には、生産者が流通過程において剰余価値を生産

83) 森 幸男, 前掲論文, 34 ページ.

84) 地主重美, 前掲書, 274 ページ参照.

85) 越後和典; わが国製薬産業の現状と問題点(季刊, 現代経済, 第4号 [1972]) 98 ページ.

されないことを再認識することが必要である。そして、医薬品の供給の安全化を図りながら、生産過程において真の意味での新しい物質の開発および生産性の優位を志向する姿勢を追求すべきである。かかる志向のなかで利潤を追求していくのが、知識集約型産業の本来の姿であるといえよう⁸⁶⁾。

後者における医療行為の再評価の必要性は、薬の多量投与や誤診による薬禍の拡大にみられる薬不信および医師不信の超克に在る。現在の医療危機の原点は医師不信(医師の権威の喪失)に在り、それと平行なかたちで薬不信がさげばれている⁸⁷⁾。医療危機の責任の所在が医療制度やそれを運営する医療行政に在ることは多くの指摘するところである。しかし同時に、医療行為の主体側も物質文明の展開に伴う疾病構造の多様化、および医療需要の構造変化に対応していかなければならないことはいままでのないことである。その意味で医師の専門細分化・分業化の伸展は、誤診とそれに基づく薬禍を減少させるであろう。そのためには、医師相互の分業体制や医師とパラメディカルとの協同体制の整備が不可欠となる。そしてとくにそのばあいにおいては、薬の専門家であり、薬に関する助言者である薬剤師が投薬のチェックとしての機能を発揮することなしには、医療に対する不信感を払拭することは困難であるという

ことである。かくして、「医師相互の分業体制、医師とパラメディカルとの協同体制がいかによく組織され、また効率よく作動するかという問題」⁸⁸⁾を早急に考えていかなければならないのが、現在のわが国医療の当面している課題である。しかしながら、この条件がみたされたとしても、医療が営業の対象である限り、その行為は反対給付を志向したものにならざるを得ない。だから、その医療行為が最適なものであったのか否か、あるいは逸脱行為であったのか否かの検索=再評価が有効に機能すれば、医療の本質である生命尊厳の遵守は確保されるといえる。R. M. ティトマスがいうように、医療は第三者を媒介として慎重に組織する必要がある⁸⁹⁾。さしあたり、わが国においては現在の社会保険報酬支払基金の機能を拡大し、再組織することが現実的である。すなわち、それは医療技術の再評価機能とそれに対応した報酬支払機能をあわせもつものでなければならない。各地域ごとに当事者以外の専門家を構成員に加えることによって、当該医療行為の検索をしていくことは医療危機を超克していくための不可欠の要件であるといえる。医療の倫理性を強調すると同時に、かかる意味における制度的規制とその運用方法を整備することが、現在のわが国においてはなによりも重要だと考えられるのである。

(1976年11月)

86) もちろん、メーカーの巨額の開発投資に対しては、研究開発意欲を誘導するために適切な行政指導が望まれることはいうまでもないことである。

87) 中野秀一郎；現代日本の医師(S. 51), 25~26 ページ参照。

88) 中野秀一郎, 前掲書, 161 ページ。しかしながら、現在の営利性と無政府性のもとで展開されている医療経済体系や医療供給制度の再編のなかで、医療のシステム化や地域医療計画を考えることは、医療の本来的な在り方との関連で問題とすべき点が多いといわねばならない。なお、わが国の医療供給に関する多くの問題点については、姉崎正平；医療問題研究の社会科学的基礎(社会学評論〔日本社会学会〕26-3, 1976)を参照されたい。

89) Richard M. Titmuss; Commitment to Welfare (1968), 三浦文夫監訳, 306 ページ参照。