

【論文】

健康マーケティングと医薬品流通業の 関わりについての若干の考察

保田宗良

I はじめに

筆者は、長期間にわたって医療マーケティングの研究を進めてきた。ここ数年は、医薬品流通の研究に傾注している。現在の医薬品卸は、医療機関の患者満足度を高めるための指導に力を注いでおり、かつてのような医薬品の物流業者からはかなり拡大した業務を行っている。地域卸は集約されており、全国卸のグループに参加するために、独自のマーケティング活動を進めてきた。医療従事者としての意識を有し、地域の健康づくりに寄与している¹⁾。残念ながら、地域医療の構図を描く際に医薬品卸は含まれない傾向がある。重要な使命を担いながら、それに値する評価がなされていないことは、大変残念である。

ドラッグストアは、他のチェーン組織との差別化を図るために、健康教室を実施している。講師は薬剤師であったり、栄養士であったりする。無料で多くの知識を習得できるので、受講者の評価は高い。ドラッグストアが地域のヘルスセンターとしての役割を果たすためには、一般用医薬品の服用及び健康食品の活用の指導が要されるが、そこには健康づくりの視点が欠かせない。

医療マーケティングの研究を進展すると、健康マーケティングの範囲が対象となる。医療費を抑制するために最適な方策は、健康体を維持することである。そのためには食育、薬育が必要であり、良き指導者が必要とされる。調剤薬局の薬剤師の働きも強く期待されており、医薬品を通した健康作りの責任を担っている。

一般用医薬品に関わる動きとして、薬学部の6年制と登録販売者の新設があげられる。薬学部は6年制となり、2012年3月に最初の卒業生が輩出された。薬局実習と病院実習が必修となり、現場を知ることにより資質を高めることが求められている。4年制卒業者との力量の相違は、まだ検証されていないが、いずれ卒業生が蓄積されれば比較が可能となる。

高齢社会が進展する日本社会では、医療費抑制が重点課題となっている。健康づくりのための教育を基本に、薬価が低いジェネリック医薬品の促進が求められている。認知度は低いセルフメディケーションの啓蒙が取り組まれており、その啓蒙活動の一翼を担うのが医薬品流通業者である。

セルフメディケーションの定義は団体により少しずつ異なるが、セルフメディケーション協会は、「セルフメディケーションとは、自分の意志で非処方せん薬を使用することである。薬剤師はセルフメディケーションに利用可能な医薬品について、支援、アドバイスおよび情報を人々に提供

するのに重要な役割を担っている」とし、日本薬剤師会は、「自己の健康管理のため、医薬品等は自分の意志で使用することである。薬剤師は生活者に対し、医薬品等について情報を提供し、アドバイスする役割を担う」としている²⁾。

この定義では、薬剤師の役割が指摘されているが、登録販売者、栄養士、看護師等の役割も失念できない。自分の意志で使用すると言っても、普通の生活者は知識が伴わず専門家の指導が要される。健康マーケティングの促進にセルフメディケーションの進展は不可欠であるが、薬剤師を中心とした指導者の充実が前提となる。ドラッグストア、調剤薬局に勤務する専門家の取組みが、強く期待されている。

高齢社会が進展し、健康寿命が指摘されるようになった。

筆者は、地域医療の質的向上を社会科学の視点から考究している。臨床の専門家の知見が問われるが、こうした大きな課題は総合的な取り組みが効を奏する。経営学、マーケティング、流通の研究が欠かせない。健康寿命という概念が認知されつつある。厚生労働省委託の研究で男性の平均寿命は79歳程度であるが、健康寿命は70歳程度であることが公表された。双方の差の9年間は介護を要することを示しており、自由な活動はままならない状態になる。高齢社会が展開する日本においては、高齢者が高齢者を介護し、その負担がかなりのものとなる。少しでも長く独力で生活が営めるに越したことは無い。健康づくりを多くの専門指導者が協働して行えるシステム作りが急務である。

生活者は、持病が無い限り職場の健康診断ぐらいしか受診していない。健康診断は百害あって一利なしという医学者がいることは承知しているが、自分の検査結果を定期的に認識することは意味があると考え。セルフメディケーションの普及に際しても簡易な検査の結果により意識が高まるので、薬局、ドラッグストアの店頭での測定は有意義なものと考え³⁾。

健康マーケティングと医薬品流通を連携して考察した先行研究は、非常に乏しい。このようなテーマは流通研究がベースとなるが、健康の促進に関心を有しつつ、そうした基軸を有する研究者が少ないことが一因である。

II 検討課題

①医療機関の責務

地域医療の中心となるのは、医療機関であるのは周知の事実である。そこですべての健康指導が可能であればベストであるが、大病院志向があり多大な待ち時間を要するが、指導を受ける時間は数分である。先に述べたセルフメディケーションが浸透すれば、薬局、ドラッグストアに赴くだけで事足りることが実在する。したがって連携関係がうまくいけば宜しいわけだが、現実には調剤薬局との連携はあるが、ドラッグストアとの連携は定型化されていない。ドラッグストアに聞き取り調査に行くと、自分たちは地域医療の枠組みに参画したいが、参画が求められていないという談話を何度も耳にした。

そこには、患者の自己責任の問題がある。かなり症状が悪化するまで健康食品で代用し、医療機関に来たときには重篤な症状になっていたという事例が、医療機関のドラッグストアに対する物足りなさの一因になっている。検査の前に一般用医薬品を服用すると、治療に必要な検査値がでないという苦言を耳にした。連携は必要であるがズレがあると進展しない。医療費抑制のためには一般用医薬品の活用は欠かせないし、医療機関の混雑緩和は、小規模の診療所への誘導、ドラッグストアで対処できるものはそこで対応するということが、連携は多くの成果をもたらす可能性を有する。

②改定薬事法に伴う諸課題

一般用医薬品の流通は、規制緩和と規制強化の組み合わせで変革した。規制緩和は一般用医薬品が医薬部外品に移行し、コンビニエンスストアやキオスクで販売されたことである。誰でも販売できるようになり、完全にコモディティとなったが、それを手放して喜ぶわけにはいかない。医薬部外品になってもジュースとは異なり服用の制限がともなう。販売員は最低限の研修が必要ははずである。

規制強化は、一般用医薬品は登録販売者（第2類、第3類を扱う）か薬剤師が扱うルールとなったことである。以前は、薬剤師不在問題が実在した。薬剤師が何日も店舗にいない状態で医薬品の販売を続けており、期間限定の業務停止命令が下されたことは、業界関係者には周知の事実である。現在は、登録販売者がいないと一般用医薬品は販売できない。

2009年6月1日から改定薬事法が施行された。従来のように一般従業員は医薬品の販売ができないと理解していたが、当初は曖昧な対応であった。顧客から質疑があれば登録販売者が対応するという理解なので、レジにいるとは限らない。登録販売者不在問題が生じており、法改正の意義が問われている。

ドラッグストアの従業員は、「薬剤師」「登録販売者」「従業員」というネームプレートを付けることが義務付けられており、曖昧な姿勢は許されない。薬剤師が不在時は「薬剤師が不在なので第1類医薬品の販売はできません」という表示をすることが必要であり、ルールの徹底が求められているが、顧客がそうしたルールを知らないので問題視されていない。

第1類医薬品は、薬剤師のみが扱え、副作用等は紙面で説明することがルールとなった。施錠されたケース内にあるので、顧客がレジに持参することはありえない。時間に余裕が無い顧客は、そうしたやり取りが不便なので、第1類医薬品の売上げは前年対比で低下する状況が続いた。以前は、一般従業員が機械的に販売していたのでそれが当たり前の手続きとされ、改定後の法規制が、特別煩わしく捉えられている。重篤な副作用が起こりうる第1類医薬品は、薬剤師が丁寧に説明すべき医薬品である。単なるコモディティではない。必要を伴い規制強化をしたが、以前を標準に捉えていた顧客は、煩わしく感じ、3割負担の医療機関に受診するようになったと報道された。

ドラッグストアは、登録販売者の質的向上が求められている。一般用医薬品で対応できるレベルか、すぐに医療機関に受診するべきかを求められ、地域の健康アドバイザーの役割が期待されている。

る⁴⁾。登録販売者は、旧薬種商に比較すると取得が容易となった。旧薬種商は原則3年の実務経験を必要とし、難易度の高い資格であった。資格手当も高く、現在の登録販売者とは質が異なると考えられる。

指定第2類医薬品は、やや副作用に不安があり顧客は慎重に服用すべきものである。的確な指導が求められており、例え顧客からの質問が無くても助言をしたほうが望ましい。登録販売者がさしたる役割を果たさなければ、すべての一般用医薬品は利便性を考慮して、特に条件を付さなくても通販で可能という方向になる。

医薬品は、薬剤師か登録販売者が対面販売をすることが原則とされたが、利便性を考慮してインターネット販売を可能にしたいという意向があった。第3類医薬品はインターネット通販が可能であるが、その他は不可というのが厚生労働省の方針で、2009年5月29日、離島居住者、継続使用者に限定して例外的に2年間だけ第2類医薬品の郵便等販売を認めるということで、改定薬事法はスタートした⁵⁾。

バーチャル店舗で顧客を集めたい通販業者は、インターネット通販がビジネスモデルの基本であり、健康のアドバイスを対面販売で行い顧客を集めたいドラッグストアは、そのような売り方は容認しがたい。そもそも何のために登録販売者というポストを新設したのかという意味が不明となる。

2009年5月29日の措置に得心がいかないケンコーコムとウェルネットの2社は、東京地裁で敗訴、東京高裁で勝訴し、経過措置は2013年5月末まで延長になり、流れは通販許可に傾き、最高裁は2013年1月、「省令は薬事法の委任の範囲を逸脱した違法なもので無効」として、国の上告を棄却した。これを受け厚労省は新たなルール作りに取り組むことになった⁶⁾。

最高裁の判断は、2社に限ってインターネット販売を認めるというもので、すべての業者が認可を得たものではない。養毛剤や便秘薬等は通販の方が購入しやすいという意見もある。通販でも文章により薬剤師等が指導すれば、問題なしという考え方があり可否の判断は容易ではない。

最高裁の判決を受け、ケンコーコムは第1類、第2類のネット販売を再開した。一方、権利が認められた2社以外の事業者に対して厚生労働大臣は、郵便等販売の新たなルール作成を検討している。ネット販売問題は、今後、安全性の確保を前提に、ネット販売についてどのようなルールを策定するかが焦点となる⁷⁾。

専門家による対面販売を改定薬事法の骨子と理解すれば、インターネット販売はその骨子を揺るがすものである。第1類医薬品は薬剤師の厳重な管理の下で販売される。ネット販売でも薬剤師が十分な文章のやり取りで対応すれば、安全性が確保できるが、対面と異なり顧客の状況は文章のみで判断する。一抹の危惧を抱かざるをえない。

インターネット通販に対する患者千人の意識調査がある。病院の通信簿というサイトの協力によるものだが、そこで得られた回答は興味深いものである。購入したいに対して「いいえ」と答えたものは、送料がかかる 195人、安全性が不安 176人、自分にあった医薬品が分からない 122人、薬剤師のアドバイスがほしい 62人となっており、送料という経済的な負担に対する抵抗感、薬剤

師のアドバイスが無いと不安という患者の心理状態が把握できる。「はい」と答えたものは、じっくり比較検討して購入できる 162人、近所の薬局で扱っていない医薬品を購入できる 86人、買いに行く時間が無い 62人、となっており利便性の魅力が賛成派の理由となっている。全体から見ると、賛成派は37%、反対派は63%であり、インターネット通販による医薬品購入は、慎重を要すると判断している⁸⁾。

インターネット通販は、個人情報の守秘義務の問題が生じる。健康については既往歴、体調等、詳細な情報の提供が要される。対面販売で言いにくい疾病を文章なら説明できる事例があるが、文章のやり取りでは限界が生じる。薬剤師による対面販売と同じレベルの安全性の担保は容易ではない。

厚生労働省の13年2月の調査からも同じような傾向が把握できる。長野県民3,000人に調査票を郵送し、20代1,669人から回答を得たもので、ネットで薬を買いたいに対して、「買いたいとは思わない」52%、「あまり買いたくない」19%となっている。懸念することとして「ネット販売では購入者の状態が分からないため、安全性が確保できない」との項目に「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」と回答した人が85%であった⁹⁾。

利便性を考慮しても安全性が気になるというのは、ネット販売が避けて通れない宿命である。店舗を有している組織のみ可とするとか、テレビ電話による指導を条件とする等、意見は多々あるが、本稿脱稿の2013年6月1日の時点では不明確な部分が多数ある。

厚労省検討会は、業者は都道府県に届け出を義務付けるとした制度案を検討していた。許可を得た業者は国や都道府県が作る認証マークをサイト上で表示できる。消費者が正規の販売業者を簡単に見分け、安全に医薬品を購入できることを狙いとしている¹⁰⁾。インターネット通販は、以前から日本で認可されていない医薬品を、海外から購入するために実施されている。海外在住時に服用していた医薬品が日本で認可されていない場合に、自己責任で購入するという事例である。現実にはダイエット薬の購入など、認可とは関係なく個人の欲望のために個人輸入が行われている。今後、無節操にインターネット通販が行われると同様に、医薬品が治療以外の目的で多用される危惧がある。

インターネット通販の展開は、多くの問題を包括している。第1類医薬品が安易に販売されることになると薬剤師の存在意義に波及する。4年制から6年制に延長したのは病院実習と薬局実習を制度化したためであるが、資質を向上させることが目的である。店舗における販売では薬剤師が対面指導することが義務付けられ、ネット販売では文章による指導では、かなりの齟齬が生じる。テレビ電話による指導が求められているが、通販業者は受け入れを拒んでいる。

数人の薬剤師によるネット販売は、人件費が節約でき、経営者としては効率的であるが、顧客が通販にシフトすれば、ドラッグストア店頭勤務の薬剤師削減につながり、雇用の機会が脅かされる。テレビ電話による指導が受け入れられれば、画質の制度が高ければ安全性の担保は高まるが、医療の基本姿勢の転換につながる。

地方の診療所、小規模病院は医師不足により診療科の制限がある。不安を有する患者は設備が充

実している大病院志向であるが、テレビ電話による遠隔医療が一般化すれば、大病院の遠隔医療を望む可能性があり、それに対応できる設備がない診療所は除外され、地域医療の基本スタイルが変革する。患者の健康サービスを受ける選択肢が増えることは望ましいが、自己責任で選択できるかは不安が残る。

なお、筆者は2013年3月、各県の登録販売者協会の責任者にアンケートを送付し、自由記述から多くの知見を得た。46都道府県の責任者に送付し、16人から回答を得ている。(回答率34%) 様々な意見があったが、

- 医薬品の持つ効能効果は、想定外の副作用をもたらす。ネット販売はリスクの伴う医薬品販売には適していない。過去の薬害裁判の学習が損なわれている。
- 法的整備がなされないまま利便性の下で普及していけば、益々社会モラルの低下につながる。
- 今回の判決は、医薬品のネット販売の権利が認められたというよりは、規制するための法整備ができていないことを示した。
- 国民が少なくとも登録販売者並の学習をし、かつ継続的に医薬品情報について学習し続ける等、それなりの条件が整備されなければ、解禁は不適當。
- マスコミが表現する解禁と現場の解禁の理解はかなり異なる。
- 適切なアドバイスを伴うことが必要な、良質の医薬品を売れる環境が失われる。

といった記述が印象深かったが、街のヘルスセンターとしてのドラッグ店は、インターネット通販の対策を講じないと近いうちに消滅するという危機感が把握できた。

③ドラッグストアポイント付与の禁止について

ドラッグストアは、調剤の自己負担分についてポイントをつけていた。ポイントをまとめて一般商品をサービスするという方針を有していた。顧客は、調剤薬局に処方箋を持参するのであれば、ドラッグストアに併設されているところに行き、ポイントをもらい、他の商品をポイントで購入することを望んだ。

厚生労働省は、他の商品であれば問題ないが、医療用医薬品は国民医療費が投入されるものであり、自己負担分の3割についてもポイントをつけることは、実質値引きにつながるという考え方を示した。12年10月1日から調剤ポイント付与の禁止の改正省令を施行した。厚生労働省の方針は、調剤薬局はそのようなサービスで差別化を図るのではなく、服薬、健康の指導で差別化を図ることである。

調剤薬局は、夜間の割り増し料金等、患者から見ると不明の部分があり、より丁寧な説明責任が求められる。携行が望まれるお薬手帳は薬歴管理のデータベースであり、薬剤師はそれを活用し、かかりつけ薬剤師となることが求められている。そうした丁寧な健康指導が差別化の基本であり、ポイントの付与は不必要というのが厚労省の意識である。

調剤ポイントに関しては、クレジットカードとの整合性の問題が生じていた。クレジットカード

は支払額に応じてポイントが付くが、調剤の支払いをカードですればポイントが付与される。その部分だけ削除するのは困難であり、日本チェーンドラッグストア加盟チェーンは、運用の平等性を主張し、13年3月まで調剤ポイントの付与を継続した¹¹⁾。

日本チェーンドラッグストア協会は、ホームページで以下の疑義を提示しているが、これらの疑義は、深い洞察が要される。

- 医薬分業制度推進の背景

医薬分業の目的は面分業にあり、面分業は患者の大きなメリットがある。調剤ポイント付与により面分業化が推進されている事実がある。一部の憶測で言っている「保険調剤の質の低下」の事実は無い。

- 生活者、消費者のささやかな楽しみを奪ってまで、実現したいものは何か。

消費者、利用者側に納得ができる説明がない。消費者の選択の自由を奪って実現したいものは業界保護や高い医療費の国民負担なのか。論理的矛盾のない、納得がいく理由を説明してほしい¹²⁾。

医薬分業からの考察は、深く洞察すべきものである。通常の患者は、医療機関の門前にある調剤薬局か、勤務先近隣の調剤薬局を利用するが、ポイント付与があれば別の調剤薬局を利用する可能性があり、面分業の展開が期待できるという論理である。調剤薬局の経営者からすれば、大規模の医療機関の門前にあれば処方箋の持参が見込まれ、経営の核となる。しかしながら、狭い範囲の限定された医療機関の発行した処方箋となる。面分業の主旨が生かされるのは難しい。患者がポイントを付与する調剤併設のドラッグストアに行けば、回遊性が高まる。ポイント付与は、そうした効果が明確となっていた。

調剤薬局に好んで行く利用者は、限られている。疾病の治療のために行くのであり、重苦しい気持ちを抱いている。ポイント付与はささやかな楽しみであるが、こうした楽しみが失われるのは、利用者の立場からすれば心外である。

Ⅲ おわりに

インターネット社会になり、我々の利便性は向上した。スマートフォンの普及率が高まり、どこにいても健康の情報は取得できる。文字による情報で実体験を伝えることが看護の世界で進みつつある、NBM（ナラティブベースドメディシン）がその例である。どのような治療を続け、痛みが緩和され通常の業務が可能になったのかという事例は、体験者の物語によって明確になる。通販業者が医学、薬学的な資料を文字で示すことに、闘病体験を加えると効果が大きく異なる。利便性は多面的に捉えなければならない。

健康情報学が、誰でも容易に入手できるようになった。専門家のサポートがあればかなりの理解が可能となる。まだ患者独自では知識の習得は容易ではない。登録販売者、栄養士といった有資格者の指導があったほうが、事実誤認は確実に減少する。ドラッグストアの聞き取り調査を進める

と、健康食品と一般用医薬品の相違は、消費者には理解されていない。

その相違を指導するのが、栄養士や薬剤師である。登録販売者の重要な任務は、ドラッグストアで対応できるか、医療機関の受診が必要であるかの指示であるが、健康食品の過信により疾病が重症になる事例が少なくない。健康食品の役割、特保の認定条件は専門の指導者が明確に指導することが望ましい。

登録販売者の受験資格は、以前の薬種商より容易になった。実務経験が軽減されたことによる。しかしながらその実務経験証明書が虚偽記載である不正が存在した。受験に必要な実務経験を有していたことにした虚偽の証明である。

2012年11月、西友は、登録販売者試験の際、同社が発行した実務経験証明書の多くが虚偽事実であったことを認めた。282人が発行要件を満たしておらず、200人が試験に合格、101人が8月末時点で医薬品販売に従事していたというもので、幸い、医薬品販売による健康被害のトラブルはないという問題があった¹³⁾。

西友の偽証明書は、同社の医薬品販売に対する意識を示している。登録販売者は、少しでも多くの研鑽が要されるが、形式的な資格を満たしていれば事足りるという、現場の意識は健康産業への自覚が欠如していたと判断せざるをえない。改定薬事法により、一般用医薬品の扱いは変革した。単なるコモディティであることは認められない。薬学の知識の研鑽に務めるスペシャリストが扱うことが、健康マーケティングを進める基本である。

高齢社会日本において、健康寿命という概念が浸透しつつある。自立した高齢者であるためには平素の健康作りが求められる。食育、適度の運動が欠かせず、チームで地域の健康作りを進めなければならない。ドラッグストア、調剤薬局の医療従事者は、そうした健康作りを指導する責務があり、地域医療の質的向上の協働作業を進める際には、無くてはならない人材である。ジェネリック医薬品の促進が厚生労働省の方針となっているが、医療機関にインセンティブが無くても、患者の都合に応じて処方促す姿勢が欠かせない¹⁴⁾。

厚生労働省は、2013年5月31日、インターネット販売の最終検討会を開催した。対面販売の必要性、テレビ電話の活用については激しく対立し、強い規制を設ければ訴訟も辞さないというケンコーコム社と、対立する日本薬剤師会の慎重派は、副作用の強い第1類は一切認めないという立場を続けている。推進派はこれまで店頭で買いづらかった医薬品が買いやすくなるという利点を強調し、双方の合意は得られそうもない。推進派と慎重派の対立は解消しなかった¹⁵⁾。

1月の判決により、2社のみがインターネット通販が認められたはずであるが、現実には多くの企業が通販に参画しようとしている。条件整備がなされていないので全面解禁の状態である。インターネット社会で健康マーケティングを進めるのは自然の成り行きではあるが、医薬品は自己責任のみでは危険である。利便性と安全性の調整は、医療は誰のためにあるのかという基本に立ち返り進めるべきである。

本稿では、健康マーケティングとドラッグストアの関係について紙幅を割いたが、医薬品卸も医

療機関、調剤薬局への様々な支援を通じて健康マーケティングの進展に寄与している。医療機関の医師、事務職員に情報を提供することは、地域医療の質的向上に関与している。医薬品卸の従業者は医療従事者であるが、地域医療の構成メンバーとは見られていない。東日本大震災の際に、サプライチェーン・マネジメントを駆使して医薬品の確保に貢献したことは記憶に新しい。医療サービスの質的向上は、医療機関が中心となるが、それをサポートする諸機関の存在を失念するわけにはいかない。

注

- 1) 十和田東クリニック副理事長 奈良岡博氏の談話を参考にした。奈良岡氏は医薬品卸に勤務した後、医療機関の経営に参画した経歴を有し、医薬品卸と医療機関の関わりについて深い造詣を有している。
- 2) 望月真弓「適正なセルフメディケーションのために—OTC薬と関係者の役割」『公衆衛生 vol.76 No.2』医学書院、2012年、p.96。
- 3) 薬局の店頭に置ける血圧の測定、針を刺す血糖値測定器の使用は患者が実行できる。医師の指導無しに可能である。
- 4) (株)丸大サクラキ薬局 学術部部長三上将氏への聞き取り調査による。
- 5) 『薬事ハンドブック 2013』(株)じほう、2013年、p.10。
- 6) 『薬事ハンドブック 2013』(株)じほう、2013年、p.10。
- 7) 『薬事ハンドブック 2013』(株)じほう、2013年、p.11。
- 8) 「CLINIC BAMBOO 5」日本医療企画、2013年、p.86。調査期間2013年3月18日から4月10日、病院の通信簿の会員対象に匿名で実施、回答者数 男500人 女571人。
- 9) 「日経MJ」2013年4月29日、p.6。
- 10) 「日経MJ」2013年4月29日、p.6。
- 11) 『薬事ハンドブック 2013』(株)じほう、2013年、p.39。
- 12) http://www.jacds.gr.jp/chozai_point/index.htm 2013年4月1日閲覧。
- 13) <http://diamond.jp/articles/-/27544> 2013年5月1日閲覧。
- 14) 榎本薬品(株)代表取締役社長 榎本時一氏からの聞き取り調査を参考にした。
- 15) 「日本経済新聞」2013年6月1日、p.5。

参考文献

- 小磯明「医療機能分化と連携」お茶の水書房、2013年、pp.525-568。
- 「第17回 静岡 健康・長寿学術フォーラム記録集 第1回薬食国際カンファレンス 超高齢社会を支える健康長寿科学とセルフケア」静岡健康・長寿学術フォーラム実行委員会、2012年。
- (Proceedings of THE 17th SHIZUOKA FORUM ON HEALTH AND LONGEVITY, THE 1st International Conference on Pharma and Food)
- PerH. Hansen (2012) Business History: A Cultural and Narrative Approach, Business History Review, vol.86, pp.693-717.
- Steven A. Schroeder (2007): We Can Do Better—Improving the Health of American People, N Engl. J Med 357, pp.1221-1228.
- Valgo, Stephan L. and Robert F. Lush (2004), Evoluting to a New Dominant Logic for Marketing, Journal of Marketing, Vol.68. No.1, pp.1-17.

聞き取り調査

- (株)クリエイトエス・ディー 店舗開発本部マネジャー 伊澤健二氏
(株)丸大サクラキ薬局 管理本部長 櫻井覚氏

(株)ツルハホールディング 人事部係長 細川健太郎氏

(株)モロオ マーケティング本部グループマネージャー 温泉和広氏

(本稿は、JSPS 科学研究費補助金基盤研究(C)23530533の助成を受けた研究成果の一部である。)