

インド製薬産業の 発展と企業の能力

—Ranbaxy Laboratories の事例を中心に—

上池あつ子

1 はじめに

インド製薬産業は、独立後の経済開発戦略において、輸入代替に成功し、国際競争力のある輸出産業に成長した。

インド製薬産業の発展の制度的要因として、1970年特許法の下でのアンチ・パテント政策、1978年医薬品政策をはじめとする医薬品政策、そしてインドにおける産業政策を指摘することができる。

しかしながら、ある産業の発展とそのプロセスを検討する場合、民間企業の果たした役割あるいは企業の能力を検討することは重要である。企業の能力に関する諸研究[Lall 1987, Kim and Nelson 2000, 末廣2000, 2006]を総合すると、企業の能力とは、技術の受け入れ（学習・模倣）や技術吸収能力の向上などの技術的能力、既存の経営資源の革新的結合、そして企業家精神などを総合するものである。また、企業の能力の形成には、外的な環境や条件の変化が関係すると考えることができる。

本稿では、インド製薬企業の企業経営史を辿りながら、インドにおける産業政策や医薬品政策と企業の能力の形成の関係を具体的に整理し検証したい。事例研究として、世界で第50位の製薬企業にまで成長し、

執筆者紹介

かみいけ あつこ ● 国立民族学博物館外来研究員 インド経済論、インド製薬産業
・上池あつ子、2007、「インド医薬品産業が抱える課題」、久保研介（編）『日本のジェネリック医薬品市場とインド・中国の製薬産業』、アジア経済研究所、55-79頁。
・上池あつ子・佐藤隆広・Aradhna Aggarwal、2012、「インド製薬産業における生産性ダイナミクス—「年次工業調査」の個票データを利用して—」、『国民経済雑誌』、205-27、51-72頁

2008年に日本の製薬企業第一三共に買収されたインド最大手のRanbaxy Laboratoriesを取り上げる。

本稿の構成は以下のとおりである。第2節で、Ranbaxy Laboratoriesの経営史とインドにおける産業政策や医薬品政策の変遷を辿りながら、産業政策や医薬品政策と企業の能力の形成の関係を整理し検証し、最終節において議論の整理を行いたい。

2 Ranbaxy Laboratoriesの発展と企業の能力

本節では、Ranbaxy Laboratoriesの経営史とインドにおける産業政策や医薬品政策の変遷を辿りながら、産業政策や医薬品政策と企業の能力の形成の関係を整理し検証する。

2-1 創業と外資提携

Ranbaxy Laboratories (以下、RL) の起源は、1937年、ランジット・シン (Ranjit Singh) とグルバックス・シン (Gurbax Singh) がパンジャープ州で創業したRanbaxy & Co. (以下、RC) である。RCは日本の塩野義製薬のインド代理店として医薬品販売業を営んでいた。1950年の初め、RCは資金難に陥り、ニューデリーで金融業に従事していた従兄弟のB・M・シン (Bhai Mohan Singh) に融資を求めた。B・M・シンが後のRLの創業者である。植民地時代、土木建設業に従事していたB・M・シンは、第2次世界大戦中には植民地政府からアッサムの道路建設を受注し財をなした。そして、1947年の独立を機に、B・M・シンはパンジャープ州からニューデリーへ移住し、金融事業を起業した [Bhandari 2005: 25-26]。RCとB・M・シンは、債務不履行の場合にはRCが経営権を譲渡することで合意し、融資が実施された。RCの債務返済が困難になったため、B・M・シンがRCの株式を買い取り、1952年8月1日より株主として経営に参画した [Bhandari 2005: 36-37]。

1952年、RCは、イタリアの製薬企業Lepetit SpA (以下、LS) と独占販売代理店契約を結び、デリー南部オークラ (Okhla) に製造施設を建設した。1959年、LSはRCにクロラムフェニコールの製造提携を打診した¹。RCとLSはクロラムフェニコール製造施設をイタリアから移転し、オークラの製造施設に併設することで合意し、RCとLSの合弁事業が開始された [Bhandari 2005: 36-37]。

当時のインドでは、外国資本の外国人持株比率（出資比率）は最大49%までに制限されており、外国企業はインド企業のマイノリティ・パートナーにならざるをえなかった。しかし、RCとLSの場合は、LSはRCの株式を45%保有し、LSが選任したインド人投資家にRC株式を6%保有させることによって、LS側がRC株式の51%を保有し、実質的に経営権を掌握した [Bhandari 2005: 39]。

ここで、当時のインドの外資規制政策について整理したい。第1次五ヶ年計画期（1951-55年）、外国資本（外国企業）に対する規制は、比較的緩やかだった。インド政府は、「新しい生産ラインが、発展させるべき領域、特別な経験と技術的熟練が必要とされる領域、あるいは需要に対して国内生産量が小さく、そしてインド現地産業が十分な速度で拡大できる妥当な見込みのない領域は、外国投資がおこなわれるべきである」を原則に、外国資本の参入を認め、(1)産業政策の適用において、外国企業とインド企業を区別しない、(2)インドの外国為替ポジションと矛盾しない利益の送金と資本の送還に妥当な便宜を与える、(3)国有化の場合、適正かつ公正な補償が支払われる、と外国資本についてのガイドランを定めた [Government of India 1951: 437-438]。

外国企業のインド進出の背景として、(1)外国資本に対する政府の現実的な姿勢、(2)インドの医薬品に対する比較的大きな需要、(3)緩やかな医薬品関連規制、そして(4)インド国内における競争の欠如、の4点を指摘できる。インド企業側としては、外資提携を通じて、医薬品製造に必要な施設と技術を獲得することが目的であったことはいうまでもない。

1973年外国為替規制法（Foreign Exchange Regulation Act of 1973）の制定で、外国人持株比率は40%以下に引き下げられた。しかしながら、1975年時点では、在インド外国製薬企業（直接・間接の外国人持株比率が40%を超えている企業）数は45社で、そのうち外国人持株比率が74%以上の企業が14社、51～74%までが11社、40～51%までが13社で、外国企業の支店あるいは組織部門以外で外国人持株比率40%超が7社存在した [Government of India 1982: Sec. II -21-22]。

1973年外国為替規制法制定後も、なぜ40%以上の株式を保有する外国企業が存在したのか。第一に、1973年外国為替規制法は、外国人持株比率を40%以下にすることを義務付けたが、特定産業・業種については、特例が認められた。1973産業政策の付表I（Appendix I）で指定さ

れた品目(医薬品も該当)の生産に従事しており、高度かつ複雑な技術を必要とする製造活動に従事している企業については、40%以上の外国人持株比率が認められた[Government of India 1982: Sec. II-24]。高い技術を必要とする原薬を製造する外国企業は、この特例が適用されたのである²。1974年にインド政府が設置した製薬産業委員会(the Committee on Drugs and Pharmaceutical Industry、通称Hathi委員会)が1975年に発表した報告書では、1973年外国為替規制法の特例について、インド製薬産業の発展段階を考慮すれば、製薬産業では適用されるべきではなく、インドで操業する外国企業に対して外国人持株比率を40%にまで引き下げるように指導し、段階的に26%まで引き下げるべきであると勧告した[Government of India 1982: Sec. II-24]。

第二に、RCとLSの事例と同様の方法で、外国企業が実質的に経営を掌握した事例が多かった。Hathi委員会は報告書において、「外国人持株比率を減少させるうえで、多くのインド国民が株式を分散し保有する方法を採るべきではない。なぜなら、多くのインド人投資家が株式を保有することは、外国人持株比率の引き下げの有効な手段ではないからである」と勧告している[Government of India 1982: Sec. II-24]。この勧告からも、仮に外国企業が40%以下に外国人持株比率を引き下げたとしても、外国企業が選任するインド人投資家に株式を保有させることで実質的に外国企業が経営権を掌握した事例が多かったことが推察される。

Hathi委員会の報告書をベースに作成された1978年医薬品政策において、外国企業への規制が本格的に強化された。1978年医薬品政策は、インド初の包括的な医薬品政策であり、主目的に医薬品の自給自足の達成を掲げ、研究開発の促進を通じたインド製薬産業の技術力の向上を政策目標とした。医薬品の自給自足の達成という目標に合致するように、外国企業に対する規制が強化された。Hathi委員会の勧告に従い、(1)高度な技術を利用する原薬の生産用の医薬品中間体を塩基性物質の段階から製造する、(2)塩基性物質の段階から高度な技術を利用する原薬を生産し、その原薬をもとにした最終製剤の生産額比率を1(原薬):5(最終製剤)とする、と1973年外国為替規制法で認められる特例基準を厳格化した。原薬の生産を促進し、原薬段階からの医薬品の国産化と自給を達成するため、原薬と最終製剤の生産額の比率を設定し、製薬企業は、原薬の生産額に相応した最終製剤の生産額が認められた。これによっ

て、製薬企業は、原薬に比べ収益率が高い最終製剤を生産するために、原薬を生産しなければならなくなった。生産額比率は、インド企業、外国企業を問わず適用された。インド企業に対しては、原薬生産額の10倍までの最終製剤の生産が認められた（1〔原薬〕：10〔最終製剤〕）が、他方、外国企業に対しては、原薬生産の5倍までしか最終製剤の生産を認めなかった。また、特例条項に該当しない外国企業については、(1)高い技術を必要とする原薬とそれに関連する最終製剤の生産に従事し、(2)生産した原薬の半分をその他の最終製剤メーカーに販売することが義務付けられ、原薬と最終製剤の生産額比率は1：5とすることが生産ライセンス付与の条件とされた。そして、外国人持株比率を40%以下に引き下げよう指導し、外国企業が手放した株式の66%は政府系金融機関あるいは公的機関に、そして残りをインド人投資家、特に当該外国企業のインド人従業員が優先的に取得できるよう指導することを決定した〔Government of India 1982：Sec. II -24〕。

第1次五ヶ年計画期の緩やかな外資規制に続き、インド政府の輸入代替工業化政策、特に第2次五ヶ年計画の高関税とその他の輸入規制などの措置が外国企業に保護市場を提供した。1973年の外国為替規制法の効果も限定的であったことに加え、物質特許³を認める1911年特許法のもと、当時のインドでは、特許保有者の外国企業にロイヤルティを支払わない限り、インド企業は医薬品を製造することができなかったため、インド製薬企業の発展が限定的だった。こうして、1970年代初頭においても、外国企業がインド市場の75%を支配するという状況が維持された。

LSは結局インドに製造施設を移転せず、RCとLSの合弁事業は赤字となり、事実上破綻した。RCはLSの契約不履行をインド政府に告発した。インド政府は、LSに対して直ちにインドへの製造施設の移転と現地生産の開始を命令した。しかし、LSがこの命令を拒否したため、インド政府はLSにインド撤退を命じた。RCがLSの保有する株式を3ヶ月以内に買い取ることを条件に、LSはインド撤退を了承した。

2-2 1970年特許法と医薬品メーカーへの転換

1961年、B・M・シンは、社名をRanbaxy Laboratories Ltd. (以下、RL)に変更し、再出発した〔Bhandari 2005: 40-42〕。RLは原薬を輸入し最終製剤に加工する事業からスタートした。RLは物質特許を認めて

いなかった共産主義国20ヶ国に抗うつ薬ジアゼパムの原薬の供給を依頼し、ハンガリーの国営企業がそれに合意した。1968年、RLはジアゼパム原薬の輸入を開始し、オークラの製造施設で最終製剤に加工し、1969年にブランド名「カルムポーズ (Calmpose)」で市場に導入した [Bhandari 2005: 46]。

インドでは独立後、1948年のTekChand委員会と1957年のAyyangar委員会において、物質特許を認める1911年特許法の改正に向けた議論が展開された。両委員会は、1911年特許法の下では、(1)インドで取得された特許が外国籍であり、(2)取得された特許がインドでは製造コストが割高になるため製造されず、製品が輸入されており、(3)インド国民は安価に製品を購入する権利を奪われていることに加え、(4)特許が国内市場独占の手段となり、発明の奨励にも貢献していないと判断した [Ramannna 2002: 2065-2066]。また、Ciplaなどインド製薬企業もインド政府に1911年特許法改正を要求していた [Bhandari 2005: 53]。

1970年、インディラ・ガンディー政権は、1911年特許法を廃止し、1970年特許法(1972年施行)を制定した。1970年特許法は物質特許を認めず製法特許⁴のみを認め、特許期間を16年間から7年に短縮し、また医薬品の製法特許期間は5-7年に短縮され、自動ライセンス制度⁵となった。医薬品のイノベーションについては物質特許が付与されないため、他国で特許が付与されたイノベーションをインドで自由にコピーし、販売することが可能になった [Lanjow 1997: 3-4]。1970年特許法はリバースエンジニアリング⁶と他国で特許保護されている医薬品の代替的製法の開発を促進した。

1970年特許法の制定を機に、RLは輸入した原薬を最終製剤に加工するビジネスモデルから、独自の製法でジェネリック医薬品を製造するビジネスモデルへ転換した。医薬品価格の引き下げを目的とした1970年医薬品価格規制令の施行により、ジアゼパムの価格も引き下げられ、RLは、原薬段階から製造し製造コストを削減しなければ、収益の確保が困難になっていたこともビジネスモデルの転換の要因と考えられる。

RLは、原薬段階からのジアゼパムの製造を目指し、1971年に研究開発活動の開始を表明した。1972年、RLはオークラに研究開発施設を併設する最終製剤用製造施設を建設し、本格的に研究開発に着手した。1973年には、RLはパンジャープ州モハリ (Mohali) に原薬専用製造施

設を建設し、研究開発など資金を調達するために、株式を公開し、700万ルピーの資金を調達した [Hansvavik 1973: 1751]。

1974年、RLは科学産業技術評議会（Council for Scientific and Industrial Research、以下CSIR）の公的研究機関と提携し、CSIRの技術を応用した独自製法による原薬段階からのジアゼパムの製造に成功した [Bhandari 2005: 50]。当時のインド製薬企業はCSIRの研究機関が開発した基礎的な製法を商業的に応用し、医薬品を製品化していた [Chaudhuri 2005: 34-36]。

RLは、ジアゼパムの輸入禁止措置をインド政府に要求し、政府もこれを認めた。インドにおいては、ジアゼパムの特許保有者のRocheでさえもRLからジアゼパムを調達しなくならなくなった [Bhandari 2005: 57]。産業政策と1970年特許法の目的は技術の国産化を促進・奨励することであったため、インドで開発された技術を使用した国産医薬品の保護を目的に、インド政府が輸入禁止措置を認めることは当然であった。CSIRの研究機関との提携は、RLに技術の移転だけではなく、インドにおける独占販売期間を付与することにつながったといえよう。

その後、公企業のIndian Drugs and Pharmaceutical Limitedがジアゼパムの生産を開始し、小規模企業もジアゼパムの中間体を輸入し原薬と最終製剤の製造を開始したため、RLの独占の販売期間は長く続かなかった。しかし、カルムポーズは大ヒットし、RLに商業的成功をもたらした [Bhandari 2005: 57]。

1970年特許法施行以降、インド医薬品市場はジェネリック医薬品市場であったが、製薬企業はジェネリック名（一般名）ではなくブランド名で医薬品を販売していた。インドでは、ブランド名は、品質を保証するものと認識されており、製品の差別化にも有効であった。最初に市場に製品を導入した企業のブランドがその医薬品の「代名詞」になる可能性が高く、独占販売期間に企業もその知名度を高めることができる。また、評判の高い企業のブランドは価格が他社より高くとも、信頼ある製品とみなされ、売上を伸ばすことが可能となる。その意味で、市場の独占期間は、RLの販売戦略においても非常に重要であったと考えられる。

2-3 新しい事業機会の開拓—抗生物質への参入と輸出の促進—

ジアゼパムは商業的に成功したものの、抗うつ薬市場は規模が小さ

く、大きな成長は見込めなかった。そこでRLは、市場規模の大きい抗生物質市場に参入をめざし、抗生物質アンピシリン⁷の製造に着手した。

RLは輸入アンピシリンの販売をしていたが、アンピシリン事業から撤退していた。第2次五ヶ年計画以降の急速な重工業化による国際収支の悪化と外貨準備の不足による慢性的な国収支危機に対応するために、インド政府は輸入制限を実施し、当時、国営貿易公社が輸入していたアンピシリンも輸入制限の対象となった⁸。輸入制限により安定供給にリスクが伴うという判断から、RLはアンピシリン事業から撤退していた。

RLは、1977年に、自社の研究開発を通じた原薬段階からのアンピシリンの製造に成功した。そして、RLは、ブランド名「ロシリン (Rocycin)」でアンピシリンを市場に再び導入した [Bhandari 2005: 75-76]。

ロシリンはインドの抗生物質のトップブランドとなり、1983年まで、RLの総収入の約30%はロシリンの売上からもたらされた。1970年医薬品価格規制令導入後、コストベースで医薬品価格の上限が設定され、アンピシリンの価格は国営貿易公社の輸入仕入れコストを基準に設定された。アンピシリンの輸入仕入れコスト1kg当たり2100ルピーに対し、RLの生産コストは1kg当たり1475ルピーだった [Bhandari 2005: 77]。原薬段階から自社で製造することにより、RLは収益性を高めることができた。

1982年、タイやマレーシアでのアンピシリンの特許失効を機に、それら諸国へアンピシリン輸出を開始するために、RLはアンピシリンの生産能力を5トンから24トン、そして1984年には100トンに拡張した [Bhandari 2005: 77]。アンピシリン輸出開始の背景には、輸出促進による収益の増大、規模の経済の享受に加え、当時インドでは輸出促進措置として、輸出業者に特別な輸入ライセンスが付与されていたことを指摘できる。RLは、アンピシリンの主要原料の医薬品中間体6-アミノペニシラン酸 (6-amino penicillic acid: 6-APA)⁹を、1985年に、RLのグループ企業であるMax Indiaが国産化するまで輸入していた [Government of India 1991: xvii-xix]。アンピシリンを輸出することで、RLは6-APAの特別輸入ライセンスを獲得できた。つまり、輸出をすることで、インド国内で入手できない原料や医薬品中間体の特別輸入ライセンスを獲得し、製品のポートフォリオの増大と新陳代謝を図ることが可能となった。

当時、先進国では、次々と新しい抗生物質が開発されていた。インドでは、1970年特許法のもと、他国で物質特許が取得されている抗生物質でも自由に模倣製造することが可能であった。また、1978年医薬品政策以降、外国企業の活動が抑制された一方で、インド企業が増加し、インド企業間の競争が激しくなっていた。そのため、新世代の抗生物質をいち早く導入することがインド製薬企業にとって経営戦略上重要となった。その意味でも、輸出促進を通じた製品のポートフォリオ拡大と新陳代謝は極めて重要であった。RLは輸出することで、収益の増大と新しい事業機会(製品ポートフォリオの増大)を同時に得ることができた。さらに、製薬企業の競争力の源泉である技術開発も促進され、1990年代以降のグローバル競争に耐えうる技術力を蓄積することができたといえよう。RLは、1980年代末には、インドの抗生物質のトップメーカーに成長した。

医薬品価格規制令は、製薬企業の収益性を圧迫するものであった。しかし、RLは、独自製法による製造と原薬や中間体など原材料部門の供給を統合する垂直統合を図ることによって、原薬と最終製剤の利幅のコントロールを可能にし、価格競争力を強化することで対応した。また、1979年の医薬品価格規制令改正で医薬品価格規制が強化され、インドの医薬品価格水準が引き下げられた。これに対しては、RLは輸出を増強することで、収益を拡大していった。RLはコスト競争力と製法技術開発能力を背景に、1990年代に入ると輸出志向を追求していった。

2-4 外資提携と事業のグローバル化

1991年のインドの経済自由化以降、インド製薬企業の多国籍化と外国企業との提携が拡大した。その背景として、1990年代においても、インドは依然として所得水準が低く、医薬品価格規制令による低価格規制で、インドの医薬品市場の規模が大きくなかったことを指摘できる。そこで、インド企業は、成長を促進するために、事業のグローバル化を推進したと考えられる。

RLは、インド企業として最初に海外に製造拠点を持った企業である。1977年のナイジェリアでの合弁事業にはじまり、1983年に国際事業部門を新設し、1984年にタイ、1985年にマレーシア、そして1991年に中国、と海外事業を展開していった¹⁰。1987年に新設したパンジャブ州トア

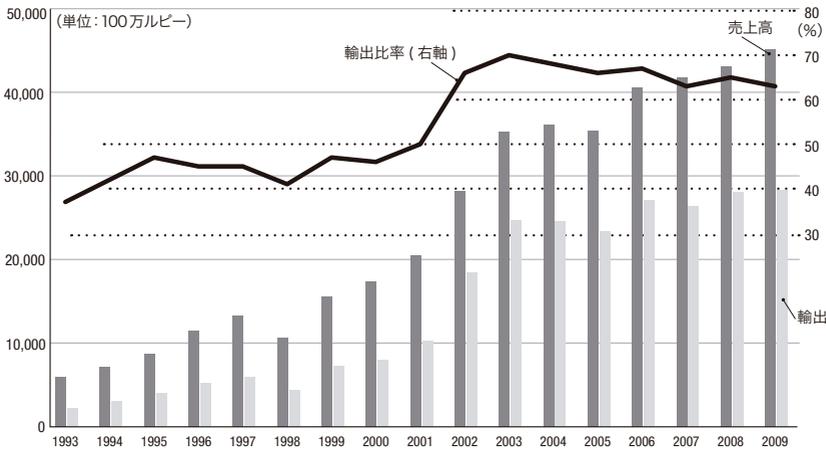
ンサ (Toansa) の製造施設が、1988年に、米国食品医薬品局 (US Food and Drug Administration) の医薬品の製造および品質管理基準 (Good Manufacturing Practice: GMP) の認証を獲得し、米国市場への輸出も可能になった。

しかし、RLのグローバル化において、最も重要な転機は、1992年、米国の大手製薬企業Eli Lilly (以下、EL) との販売提携である。RLはELの抗生物質セファロsporin (ELのブランド名「セファクロル (Cefaclor)」¹¹) を、セファロsporinの特許失効 (1992年失効) 以前の、1991年末、特許を侵害せず製造することに成功した。

医薬品特許には、中核技術を保護する「基本特許」と、周辺技術を対象とした「周辺特許」がある。医薬品の基本特許とは物質特許であり、一般的に、物質特許の有効期間は、ジェネリック医薬品メーカーは市場に参入することができない。一方、周辺特許は、基本特許が失効した後も有効である場合が多く、先発メーカーは、周辺特許を使って医薬品の独占期間を延長する。周辺特許の中には、特許侵害が回避できるものや特許訴訟を経て無効とされるものもあり、ジェネリック医薬品メーカーは、周辺特許の侵害回避および無効性立証を目指して、研究開発を行う。

ELのセファロsporinは32の製法特許で保護されていたが、RLはそれらの特許を侵害せずにセファロsporinの製造に成功した [Chaudhuri

図1 Ranbaxy Laboratories の売上高と輸出の推移



出所 Ranbaxy Laboratories Annual Report, various years より作成。

2005: 52, 216-217]。さらに、RLは、1991年、米国でセファロスポリンの製法特許を取得した。そして、パンジャブ州モハリにセファロスポリン専用最先端製造施設を新設し、生産体制を整えた¹²。しかしながら、当時のRLの規模はまだ小さく、単独でセファロスポリンを米国で販売することは困難だったと考えられる。そこで、RLはELとの提携を選択し、1992年にELのブランド医薬品をインドで生産販売するための合弁事業「Eli Lilly-Ranbaxy Ltd.」を開始した。そして、1995年に、両社は米国市場をはじめとする世界市場でのRLのジェネリック医薬品の販売提携を締結した¹³。ELとの提携によって、RLは世界最大の市場へのアクセスを獲得しただけでなく、米国においてRLブランドで医薬品を販売することが可能になった。1997年、RLの売上高は100億ルピー、輸出額は50億ルピーに達し、2001年の米国市場での売り上げは1億ドルを突破した(図1)。そして、2002年に、米国はRLにとって最大の市場となり、それ以降、RLの総売上高のおよそ40%は米国市場からもたらされている[Ranbaxy Laboratories 2003]。ELとの提携を通じた米国での成功は、先進国市場におけるRLのプレゼンス拡大の契機となり、1995年以降、RLの輸出と売上高は急速に伸長した。外国企業との提携が、先進国市場における販売網や販売ノウハウといった補完的資産の獲得につながり、RLの高いコスト競争力と結合することで、RLのグローバル化を可能にしたといえる。また、RLは技術力の高さをELに証明したことで、ELにRLとの提携を決意させたといえるだろう。

2-5 WTOの貿易関連知的所有権協定と特許法改正と ビジネスモデルの転換

WTOの貿易関連知的所有権協定(Agreement on Trade Related Aspect of Intellectual Property Rights)との整合性を図るべく、1970年特許法が改正され、インド製薬産業は大きな転換期を迎えた。物質特許を認めず製法特許のみを認める1970年特許法のもとで、インド製薬産業は他国で有効な特許が存在する医薬品をリバースエンジニアリングし、ジェネリック医薬品として生産し、物質特許が有効ではない市場へ輸出することで、成長を遂げてきた。しかし、物質特許制度がインドを含めWTO加盟国に導入されることで、従来のビジネスモデルは十分に機能しなくなる。転換期を迎え、RLは、ジェネリック医薬品事業のグローバ

ル化を推進する一方で、研究開発（特に新薬開発）への投資を増大させ、漸進的に新薬開発企業を目指すことを選択した。

1993年、RLは「研究開発型の国際的な製薬企業への転換」を宣言し、研究開発を重視したビジネスモデルへの転換を図った¹⁴。RLをはじめインド企業の研究開発の中心は、製法特許を侵害せずジェネリック医薬品を製造するための研究開発が中心であったが、1990年代半ば以降、新しいドラッグ・デリバリー・システム（Novel Drug Delivery System、以下NDDS）の開発¹⁵と新薬の研究開発という新しい研究開発領域への投資を増加させた。NDDSは、一般に、日欧米の先進国の新薬メーカーが特許医薬品の特許失効を目前に、容易にジェネリックメーカーが追従できないように、高機能かつ有効性の高い医薬品へと製品の価値の最大化を図るために開発する技術である。NDDS分野で、RLは、インド企業では最初に商業的に成功した。RLは世界的にも画期的なシプロフロキサシン用NDDSを開発した。従来、シプロフロキサシンは1日2回の服用が必要だったが、RLのNDDSを使用したシプロフロキサシンは1日1回の服用で済む。シプロフロキサシンは安全性も高く効力も広範囲に及ぶ抗生物質で、耐性菌に対する最終手段として利用される抗生物質である。ニューキノロン系の抗生物質では世界トップクラスの売上高を誇る抗生物質の1つであることを考慮すると、RLの開発したNDDSの商業的価値が大きいことがわかる。RLは、1999年に、このNDDSをシプロフロキサシンの開発メーカーであるBayer AGにライセンスアウトし、大きな利益を得た¹⁶。

RLは、1994年にインドで最先端かつ最大の研究開発施設を建設し、1995年に新薬開発を開始した。RLは年々研究開発支出を増大させ、平均で売上高の10%前後の支出を計上した（表1）。

新薬開発で、RLは新薬候補物質を開発し、特許も取得するなど一定

表1 RLの研究開発費の推移（2000-2009年）

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
研究開発費 （単位：100万ルピー）	136.5	646.26	1686.28	2380.49	3313.85	4863.6	3863.35	4139.44	4155.46	0
対売上高研究開発費比率	3.1%	3.3%	5.7%	6.3%	8.9%	13.6%	9.7%	10.0%	9.3%	0%

出所 Ranbaxy Laboratories Annual Report, various years より作成。

注：2009年にRLの研究開発部門は、第一三共ライフサイエンス研究センター（Daiichi Sankyo Life Science Research Centre in India）として第一三共（インド）に統合されたため、研究開発費の計上はされていない。

表2 RLの新薬候補物質（2010年）

新薬候補物質	疾患領域	開発段階	外資提携
RBx7796	呼吸器系	臨床試験第2相	GSK共同
RBx6198	泌尿器系	早期開発段階	
RBx9001	泌尿器系	前臨床試験	
RBx9841	泌尿器系	前臨床試験	
RBx8700	結核	前臨床試験	
RBx7644	細菌感染症	臨床試験第1相	
OZ222/RBx1160	マラリア	臨床試験第3相	

出所 Ranbaxy Laboratories, Annual Report, various years より作成。

注：新薬候補物質の特許取得・7件（すべて米国で取得）。

の成功をおさめている（表2）。しかしながら、インド企業は開発から商業化までに必要な資金と技術力を保有していないのが現状である。[DiMasi et al. 2003]によれば、新薬の商業化には、一般的に15-20年の長い研究開発期間と1医薬品につき平均で約8億ドル程度といわれる巨額の研究開発費が必要であるうえ、成功確率は極めて低い。欧米の先発メーカーの1年間の研究開発費の平均が約40億ドル（対売上高研究開発費比率は平均で17%程度）である。これに対して、インド企業の中でも最大規模の研究開発投資を行ってきたRLが最大の研究開発費を計上した2005年においても、約1億1000万ドル（対売上高研究開発費比率は14%）で、新薬を1種類開発するために必要な研究開発費の8分の1程度である[Ranbaxy Laboratories 2006]。しかも、研究開発費には、ジェネリック医薬品に関するものやNDDSへの投資も含まれており、必ずしも全額が新薬開発に向けられているわけではない。

ジェネリック医薬品企業には新薬開発を行う十分な「体力」が備わっておらず、新薬の商業化のためには、外資との提携が必要であった。RLは、2003年、Glaxo Smith Kline（以下、GSK）と、ロイヤリティを含むマイルストーンペイメントが1億ドルに上る新薬研究開発提携を締結した¹⁷。しかし、RLとGSKの提携は、商業化には至っておらず、期待したマイルストーンペイメントは得られていない。

新薬開発の研究開発期間とそのコストを考慮すれば、ジェネリック医薬品企業であるRLにとって、新薬開発への投資は非常にチャレンジングでリスクの高い投資であった。RLは、インド企業として最初に、新薬開発という新しい事業機会への投資を表明し、製薬企業の競争力の源泉である研究開発基盤を強化した。新薬開発投資への背景には、WTOのTRIPS協定のもとでの全世界的なプロ・パテント体制において、RLが

長期的に成長を持続するためには、研究開発能力を強化し、知的財産権を梃子にした事業競争力を確立することが必要不可欠であるとの判断があったと考えられる。

2-6 RLを支えた2人の経営者

企業の能力は、経営上の意思決定をおこなう経営者の能力でもある。以下ではRLの発展を支えた2人の経営者、B・M・シンとパルビンダー・シンの経営手法について整理したい。

RLの創業者のB・M・シンは、「ライセンス・ラージ（許認可支配）時代の優れた経営者」であろう。B・M・シンがRLをジェネリック医薬品メーカーとして発展させようとしていた時期はまさに、インディラ・ガンディー政権が急速に経済統制を強化し、1969年独占・制限的取引慣行法が制定され、大規模企業によるライセンス取得基準が強化された時期である。B・M・シンは、政権の中核にある有力な政治家や官僚とも近い関係にあったといわれている。LSがRCを提携相手に選んだ理由の1つは、B・M・シンの政権や官僚機構の中核につながる人脈を高評価していたからといわれている [Bhandahri 2005: 38]。また、アンピシリンの生産ライセンスの申請の際、RLは、当時のインドのアンピシリン需要（3トン）を超える生産量5トン申請した。インド当局は独占・制限的取引慣行法に抵触すると判断したが、アンピシリンの最終製剤を製造する他社にアンピシリンの生産量の半分を供給することを条件に、RLに5トンでの生産ライセンスを付与した [Bhandari 2005: 77]。この一件は、B・M・シンによるロビー活動の実績と解釈できる事例であろう。1974年に、B・M・シンは、インド行政職¹⁸であったB・P・パテル (B. P. Patel) を取締役として迎えたが、B・P・パテルは、健康・家族計画省の事務次官、医薬品輸入を統括していた国営貿易公社の総裁そしてステート・バンク・オブ・インド (State Bank of India) の会長兼社長を歴任していた [Bhandari 2005: 140]。以上のような「天下り人事」もRLの躍進に貢献していたと思われる。B・M・シンは、その人脈を駆使することで産業政策や医薬品政策など環境の変化をいち早く察知することができたと同時にそれらを活用することにも長けていたといえよう。

一方、長男のパルビンダー・シンは、B・M・シンの経営手法を踏襲

せず、経営の専門職化と研究開発を重視した企業への転換を目指した。パルビンダー・シンは、米国のミシガン大学で博士（薬理学）を取得したのち、1967年にRLの事業に参画した後、「RLの専門職化」を進め、RLの経営基盤と研究開発基盤を確立した¹⁹。この背景には、製薬産業の先進国である米国での留学経験がパルビンダー・シンの経営理念に影響を与えたと考えられる。

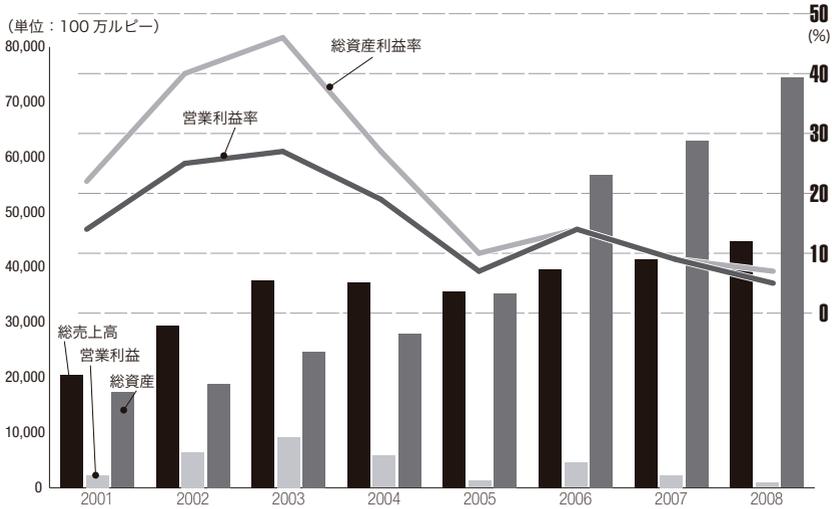
1980年代末には、経営と所有の一体化を主張するB・M・シンと経営のグローバル化には経営と所有の分離が必要と考えるパルビンダー・シンの経営方針をめぐる対立が決定的となった²⁰。1989年に、B・M・シンがRLの事業を、3人の息子に分割した。RLの経営権を得た長男のパルビンダー・シンは、1992年に、B・M・シンを取締役から解任した [Bhandari 2011]。

パルビンダー・シンには、2人の息子がいた。しかし、パルビンダー・シンは、「私の息子であるという理由でRLを率いることはない。その資格があることを自ら証明しなければならない」 [Dubey 1998: 343]、と明言しており、経営と所有の分離への強い意思を確認できる²¹。

1990年代半ば、RLでは各事業部門のトップに戦略的決定を下す権限を付与するなど、経営の意思決定や経営組織を刷新し、経営の専門職化を進めた [Dubey 1998: 343]。そして、パルビンダー・シンの後継者にはD・S・ブラー（Devinder Singh Brar）が選ばれた²²。デリー大学でMBAを取得したD・S・ブラーは1977年に入社した経営専門職で、1993年には医薬品部門代表に就任するなど、パルビンダー・シンの右腕的存在だった²³。1999年にパルビンダー・シンが癌で他界した後、RLのトップとなったブラーは、パルビンダー・シンのRLをグローバルな研究開発型企業にするというビジョンを、GSKとの新薬研究開発提携など積極的な研究開発投資の実施と、米国における事業拡大という形で実現していった。

パルビンダー・シンは、よりグローバルな環境の変化に敏感かつ挑戦的に対応した。野心的なビジョンのもと、インド企業として、最初に新薬開発などの新規事業分野への投資を積極的に実施し、ジェネリックビジネスに関してはより収益性の高い米国市場への進出を外国企業との提携を通じて実現した。

図2 RLの業績の推移



出所 Ranbaxy Laboratories Annual Report, various years より作成。

注: 営業利益率 = 「営業利益」 ÷ 「総売上高」、総資産利益率 = 「営業利益 + 営業外収益」 ÷ ((「期首総資産」 + 「期末総資産」) ÷ 2)

2-7 第一三共による買収

2008年にRLは日本の製薬大手である第一三共との買収契約に合意し、RLの創業家は、持株(34.8%)すべてを第一三共に売却した²⁵。

売上が増加する一方、RLの収益性は、2003年をピークに急激な下落傾向にあった(図2)。インド国内外での競争の激化に加え、製造コスト・販売管理コストなど営業関連経費、研究開発費の増大、期待された新薬開発提携からのマイルストーンペイメントが入らないなどが収益性後退の要因と考えられる。

RLは、2006年に、ルーマニアと南アフリカで2件のM&Aを実施した。RLにとって最大の市場である米国の医療支出の削減やジェネリック市場の競争激化で市況が悪化しており、2件の買収の目的は、成長する新興医薬品市場への本格的な参入であったと考えられる。資金調達の手段として、RLは、外貨建て転換社債(Foreign Currency Convertible Bond、以下FCCB)の発行を選択した。FCCBは外貨建てで額面価格が表示された転換社債であり、ロンドン市場やユーロ市場など海外市場で発行される。製薬産業に限らず、FCCBを発行しているインド企業も多

く、有力な外貨調達手段の一つとなっている。RLは2006年3月に、当時のFCCB発行額としては最大規模の総額4億4000万ドルのFCCBを発行した²⁶。ルーマニア最大のジェネリック医薬品企業Terapiaの買収総額は3億2400万ドルに上り、インド企業による外国企業の買収としては、過去最大規模となった²⁷。しかしながら、収益性は直ちに改善せず、負債比率の増大はRLの財務面状況を不安定にしていたと考えられる。この時期、RLはGSKとの研究開発提携も拡大しており、第一三共の買収提案も「外資提携」の1つとして受け入れ、経営状況の打開を図ったのではないかと推察される。

2008年、RLは第一三共の完全子会社となった。2007年までの株式所有の基本的な構造は、創業家のシン一族が32-36%を保有していたが、2008年の買収で第一三共の株式保有比率が、約64%に上昇した[Ranbaxy Laboratories various years]。また、創業家のマルビンダー・シンは、経営専門職としてRLの経営に参加することになったが、2009年5月に、マルビンダー・シンの代表取締役社長の辞任で、創業家はRLの経営から完全に撤退し、RLはファミリービジネス企業から、経営者企業へと完全に転換した。

第一三共は、RLを世界第10位のジェネリック医薬品企業としてだけでなく、その研究開発能力を高く評価し、ビジネスパートナーとして選択した²⁸。買収直後、米国でのGMP（医薬品の製造および品質管理基準）違反問題により、RLは米国からインド国内の2つの製造施設から30品目の医薬品について輸出禁止措置を受けるなど、第一三共とのハイブリッドビジネスモデルの船出は順風満帆ではなかった。しかし、RLのグローバルリーチを活かしたビジネスが軌道に乗り、インド国内市場におけるプレゼンスも回復している[Ranbaxy Laboratories Ltd. 2010, 2011]。また、第一三共が評価したRLの研究開発能力も証明された。2012年3月25日、RLは、インド企業として初めて、抗マラリア薬の新薬をインド市場に導入し、新薬開発においても実績を上げた³⁰。

1990年代半ば以降、RLはジェネリック医薬品事業のグローバル化の一方で、研究開発（特に新薬開発）への投資を増大させ、漸進的に新薬開発企業への転身を図るビジネスモデルを追求したが、このビジネスモデルは、RLの財務面では大きな負担になっていったと考えられる。そして、RLは、最終的には日本の製薬企業の子会社になることを選択した。

世界の製薬産業界において、国境を越えた合併と統合が戦略的になされている点を考慮するならば、今回の買収も企業の長期的成長と発展を目的とした戦略的提携の1つとして評価されるべきである。また、第一三共によるRLの買収は、RLの国際競争力の高さを裏付けるものであるといえよう。

3 むすび

企業の能力とは、技術の受け入れ（学習・模倣）や技術吸収能力の向上などの技術的能力、既存の経営資源の革新的結合、そして企業家精神などイノベーションを起こす能力であり、また、外的な環境や条件の変化が企業の能力の形成に関係すると考えることができる [Lall 1987, Kim and Nelson 2000, 末廣 2000, 2006]。本稿では、インド製薬企業の企業経営史を辿りながら、インドにおける産業政策と企業の能力の形成の関係を具体的に整理し検証してきた。

インドにおける産業政策や医薬品政策などの変化が、RLの企業の能力の形成を促した。1970年特許法は、RLに医薬品製造の道を開き、医薬品製造技術の獲得を促した。また、製薬企業の収益性を圧迫する医薬品価格規制令がコスト削減のインセンティブとなり、RLは、低コストで医薬品を製造するための製法開発などの技術革新や垂直統合などの企業組織の再編を促進し、競争力を強化した。

一方、RLは、産業政策や医薬品政策、特許法の改正など外的条件の変化に対応して、新しい製法や新製品の開発、新規事業分野への参入、戦略的提携によって、成長を持続してきた。つまり、RLは、環境変化に受動的に対応するだけでなく、環境変化の中に新しい事業機会を見だし、組織を革新することによって、新しい価値を創造し提供することで成長を遂げてきた。そして、新しい製品の開発や事業機会の開拓には、RLの研究開発能力が決定的に重要であった。つまり、環境変化の中に新しい事業機会を見だし、組織を革新し、新しい価値を創造する経営革新と研究開発能力を支える技術革新がRLの企業の能力の中核であったと考える。

長期変動に関する研究」(代表:水島司、課題番号:21221010) および日本学術振興会「頭脳循環を加速する若手研究者戦略的海外派遣プログラム」に基づく「現代南アジア研究の国際的ネットワークの形成」事業の研究成果の一部である。

註

- 1 LS はチフスの治療薬であるクロラムフェニコールを製造しており、当時インドでチフスが流行していたことから、インド市場に大きなビジネス機会を見出していたものと推察される。
- 2 [Chaudhuri 2005: 135]によれば、比較的規模の小さい外国企業(Abbott Laboratories, Fulford, Knoll)は、高い技術を必要とする原薬を製造しておらず、最終製剤のみを製造していたため、40%以下に外国人持株比率を引き下げたが、規模が大きい企業(Wellcome, BayerCiba Geigy, Johnson & Johnson, Pfizer)などは高度技術を利用する原薬の製造をインドで行っており特例を認められた。
- 3 物質特許は医薬品の基となる物質である新規化合物自体がクレームされ保護される。一般に医薬品1製品は1つの物質特許で保護される。物質特許の効力は同一物質である限り、製法、用途に無関係にその物質の製造、販売、使用などにおよぶ強大な権利である。
- 4 製法特許は目的生成物を製造する方法に関する特許である。原料物質が新規な場合、処理手段が新規の場合、そして目的生成物製造の際の収率が高い場合など技術的效果が顕著であるときに成立する。目的生成物が新規でも第三者が別の製法を用いて製造した場合にも、原則として製法特許が成立し、特許侵害を構成しない。
- 5 1970年特許法では、特許権者への妥当なロイヤルティの支払いを条件に、特許権者の許諾なしに、インド政府あるいは非特許権者が使用することができる強制実施権を認めていた。特許が付与されて3年経過していれば、特許権者へのロイヤルティの支払いを条件として、自由に特許を使用することが自動的に認められた。ロイヤルティの上限は、原薬の状態で工場渡し価格の4%と定められていた。
- 6 医薬品を含む工業製品の分解・解析を通じて、製品の構造を分析し、そこから使用されている技術や製造方法等を調査するプロセスや技術を指す。
- 7 1961年より利用されているアンピシリンとは、ペニシリンをベースとした半合成ペニシリンである。また、半合成ペニシリンとは天然ペニシリンや生合成ペニシリンを原料に化学的な修飾を施して開発されたペニシリン指す。
- 8 1960-70年代、輸入代替工業化を推進していたインドにおいて、輸入は限定品目原則に従い、国営貿易公社によって行われていた。
- 9 6-アミノペニシラン酸は、ペニシリンを構成する基本物質である。ペニシリンから醗酵方法で6-アミノペニシラン酸を取り出し、それを化学的に変化させる(誘導化する)ことで6-アミノペニシラン酸誘導体が生成される。6-アミノペニシラン酸の登場で、生合成では得られない多くの種類の抗生物質の合成が可能になった。アンピシリンも6-アミノペニシラン酸誘導体の1つである。
- 10 <http://www.ranbaxy.com/aboutus/history.aspx>
- 11 ELの開発したセファクロル(Cefaclor)は、世界最大の売上高の抗生物質となった (<https://www.lilly.co.jp/about/usa/origin/Default.aspx>)。セファロスポリンは、副作用も少ないため頻用されたためと考えられる。

¹² <http://www.ranbaxy.com/aboutus/history.aspx>

¹³ *ibid.*

¹⁴ *ibid.*

¹⁵ ドラッグ・デリバリー・システム (DDS) とは、体内の薬物分布を量的・時間的・空間的にコントロールする薬物伝達システムである。NDDS が開発されるメリットとしては、医薬品の投与量の軽減による患者の身体的 (副作用等) ・経済的 (医療費) 負担の軽減、製薬企業側には、製品のライフサイクルの延長や差別化などがある。

¹⁶ “BAYER AND RANBAXY SIGN AGREEMENT TO BRING A ONCE DAILY CIPROFLOXACIN FORMULATION TO MARKET, SEP. 8 1999”, <http://www.ranbaxy.com/news/newsdisp.aspx?cp=13&flag=ARC>

¹⁷ “GSK AND RANBAXY TO COLLABORATE ON DRUG DISCOVERY AND DEVELOPMENT,” <http://www.ranbaxy.com/news/newsdisp.aspx?cp=131&flag=ARC>

¹⁸ インド行政職 (Indian Administrative Services: IAS) は、全インド公務職の1 つで、英国統治時代のインド文官職 (Indian Civil Services: ICS) の仕組みを受け継いだエリート官僚職である。

¹⁹ “Ranbaxy: Milestones”, The Hindu Business Line, June 12, 2008, <http://www.thehindubusinessline.in/2008/06/12/stories/2008061251200200.htm>

²⁰ “Bhai Mohan Singh: Pioneer of pharma,” The Hindu Business Line, Mar 29, 2006, <http://www.thehindubusinessline.in/2006/03/29/stories/2006032902040300.htm>

²¹ パルビンダー・シンの死後、B・M・シンが復権し、創業家が再び経営の中枢に戻り、2004年には、パルビンダー・シンの長男であるマルビンダー・シン (Malvinder Singh) が取締役に就任、そして2006年に、最高経営責任者と代表取締役役に就任し、創業家による所有と経営の一体化が完全に復活した[Bhandari 2011]。

²² “RANBAXY BOARD ELECTS MR.TEJENDRA AS CHAIRMAN AND APPOINTS MR.D.S.BRAR AS CEO &MANAGING DIRECTOR, JUL. 5, 1999,” <http://www.ranbaxy.com/news/newsdisp.aspx?cp=10&flag=ARC>

²³ “Interview of Mr. D.S. BraRCEO & Managing Director, Ranbaxy Laboratories Ltd.,” India Infoline, 12 November 1999, <http://www.indiainfo.com/ResearCh/LeaderSpeak/Mr.-D-S-BraRCEO-and-Managing-Director-Ranbaxy-Laboratories-Ltd./11346643>

²⁴ “D.S. BraRChairman GVK Biosciences,” USA-India Chamber of Commerce, <http://www.usaindiachamber.org/dsbrar.shtml>

²⁵ “RANBAXY TO BRING IN DAIICHI SANKYO COMPANY LIMITED AS MAJORITY PARTNER STRATEGIC COMBINATION CREATES INNOVATOR AND GENERIC PHARMA POWERHOUSE”, <http://www.ranbaxy.com/news/newsdisp.aspx?cp=889&flag=ARC>

²⁶ “RANBAXY LABORATORIES LIMITED PLACES US\$ 400 MILLION FOREIGN CURRENCY: CONVERTIBLE BONDS”, <http://www.ranbaxy.com/news/newsdisp.aspx?cp=265&flag=ARC>

²⁷ “RANBAXY ACQUIRES LEADING ROMANIAN PHARMA COMPANY TERAPIA FOR US \$324M”, <http://www.ranbaxy.com/news/newsdisp.aspx?cp=772&flag=ARC>

²⁸ “RANBAXY TO BRING IN DAIICHI SANKYO COMPANY LIMITED AS MAJORITY PARTNER STRATEGIC COMBINATION CREATES INNOVATOR AND GENERIC PHARMA POWERHOUSE”,

<http://www.ranbaxy.com/news/newsdisp.aspx?cp=889&flag=ARC>

²⁹ 2009年12月5日、第一三共における筆者の聞き取り調査。

³⁰ “RANBAXY LAUNCHES SYNRIAMTM – INDIA’S FIRST NEW DRUG”, <http://www.ranbaxy.com/news/newsdisp.aspx?cp=1002&flag=ARC>

参考文献

- 末廣昭、2000、『キャッチアップ工業化論』、名古屋大学出版会。
- 末廣昭、2006、『ファミリービジネス論—後発工業化の担い手—』、名古屋大学出版会。
- Bhandari, Bhupesh., 2005, *The Ranbaxy Story*, New Delhi: Viking.
- Bhandari, Bhupesh., 2011, “Whose Company Is It Anyway?”, *Business Standard*, 27 May 2011(<http://www.business-standard.com/india/news/bhupesh-bhandari-whose-company-is-it-anyway/436850/>).
- Chaudhuri, Sudip., 2005, *The WTO and India’s Pharmaceuticals Industry—Patent Protection, TRIPS, and Developing Countries*, New Delhi: Oxford University Press.
- DiMasi, Joseph, Ronald Hansen, and Henry Grabowski, 2003, “The Price of Innovation: New Estimates of Drug Development Costs”, *Journal of Health Economics*, Vol. 22, pp. 151-185.
- Dubey, Rajeev, 1998, “India’s Business Houses”, *Business Today*, Vol. 7, No. 1, pp. 339-343.
- Government of India, 1951, *The First Five Year Plan*.
- Government of India, 1982, *Statement on Drug Policy, 1978* in Government of India, 1982, *Guidelines for Industries Part I Policy and Procedures*.
- Government of India, 2000, *Report of the Pharmaceutical Research and Development Committee*.
- Government of India, 1991, “Technology in Indian Ampicillin Industry”, *Technology Status Report, No. 75*.
- Hansavivek, 1973, “Who Is Paying for Poor Results?”, *Economic and Political Weekly*, Vol. 8, No. 39, pp. 1750-1751.
- Kim, Linsu and R. R. Nelson (eds.), 2000, *Technology, Learning, and Innovation: Experiences of Newly Industrializing Economies*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Lall Sanjaya, 1987, *Learning to Industrialize*, London: Macmillan Press.
- Lanjow, J. O., 1997, “The Introduction of Pharmaceutical Product Patents in India”, *NBER Working Paper*, 6366.
- Ramanna, Anitha., 2002, “Policy Implications of India’s Patent Reforms: Patent Applications in the Post-1995 Era”, *Economic and Political Weekly*, Vol. 37, No. 21, pp. 2065-2075.
- Ranbaxy Laboratories Ltd., 2003, *Annual Report 2002*.
- Ranbaxy Laboratories Ltd., 2006, *Annual Report 2005*.
- Ranbaxy Laboratories Ltd., 2010, *Annual Report 2009*.
- Ranbaxy Laboratories Ltd., 2011, *Annual Report 2010*.

要旨

インド製薬産業は、輸入代替に成功し、国際競争力のある輸出産業に成長した。1970年特許法、医薬品政策、そして産業政策をインド製薬産業の発展の制度的要因として指摘できるが、ある産業の発展を検討する場合、民間企業の役割あるいは企業の能力を検討することは重要である。企業の能力とは、技術の受け入れや技術吸収能力などの技術的能力、既存の経営資源の革新的結合、そして企業家精神を総合するものであり、企業の能力の形成には、外的な環境や条件の変化が関係する。インドの製薬企業Ranbaxy Laboratoriesの企業経営史を辿り、インドの産業政策や医薬品政策と企業の能力の形成の関係を整理し検証した。環境変化に新しい事業機会を見だし、組織の革新を通じ、新しい価値を創造する経営革新と研究開発能力を支える技術革新がRanbaxy Laboratoriesの企業の能力の中核であったと考える。

Summary

The Development of Indian Pharmaceutical Industry and
Corporate Capability:
A Case Study of Ranbaxy Laboratories

Atsuko Kamiike

The Indian Pharmaceutical Industry has succeeded import-substitution, has emerged as one of the major drug exporters and has showed a promise of its global competitiveness. There is no doubt that these measures like anti-patent policy under the Patent Act of 1970, drug policies and industrial policies which the government of India implemented since 1970 contributed to the growth of the industry. However, it is important to evaluate the corporate capability in examination of the industrial development. This paper seeks to examine the corporate capability of the Indian pharmaceutical industry through a case study of Ranbaxy Laboratories. The company developed its own business model suited to the policy framework of India's import substitution industrialization, and pursued the export oriented strategy since 1980s. The company has achieved sustainable growth by showing its corporate capability in the sense that the company understands the trends of policies, technologies, and market, transforms this information to commercial activities and achieves new business value creation through organisational innovation and technical innovation.