

医薬品の卸流通

——医薬品産業政策に係わる基礎的考察——

小 原 久 治

I はじめに

小論では、国内で製造された医薬品（国産の医薬品、外国の医薬品関連企業が開発した医薬品を国内で製造したもの）や輸入医薬品が、いかなる流通チャネルの中で、特に卸売段階においてどのように流通しているかを明らかにする。

この場合、戦後における医薬品卸売業者の卸業権確立の歩みを簡略に辿った上で、戦後における医薬品の卸流通の特色を明らかにし、医薬品の流通チャネルの現状を踏まえながら、医薬品の流通体制における卸薬業界の現状と動向を把握し、そこに内在する今後の問題点ないし課題を抽出することによって、医薬品の卸流通を明らかにする。

卸薬業界は薬務行政と医療行政の影響を直接受け、卸薬業界や個々の卸売業者ないし卸企業を取り巻く経営環境は、一段と厳しくなってきた。この点に関する説明も医薬品の生産、小売流通、薬価設定などと並んで重要なことである。現在の医療・薬務行政は行政主導型で行われているから、医薬品の卸に深く関連する行政措置・施策と卸薬業界を含めた薬業界全体の自主的な方策や施策に触れながら、卸企業の生き残りの危機と卸経営の環境の厳しさについてまずまとめておかなければならないと考える。

II 戦後における医薬品卸売業者(卸企業)の卸業権確立の歩み

戦前の大手元卸（元卸売業者）であった武田薬品、塩野義製薬、田辺製薬などは、戦後の産業発展における生産第一主義の考え方に基づく生産増大によつ

て資本蓄積に成功したので、製薬企業に転身できたが、中小の元卸や地方卸は無に等しい状態から出発せざるを得なかった。この卸売業者の卸流通の歩みは卸業権確立のための極めて厳しい戦いの歩みであり、卸業権確立の前にはいくたびかの大きな危機に直面している。その卸業権確立の厳しい歩みについては、渡辺徹太郎氏、木村文治氏、中北智人氏の各見解、薬業時報社編『薬事ハンドブック』で示された見解を参考にして、私見も交えながら、卸売業者（卸企業）が卸業権を確立しようとしてきた経緯を簡略に説明しておいた方が、後で記述したように、なぜ医薬品の卸流通が現在のような実態になっているのかということの説明に役立つと考える。

戦後の昭和20年代前半は、薬業界全体でも品不足である上に、製薬や販売に関する基準も医療保険制度の整備もなく混乱期であったが、卸薬業界ではこのころから登場した新しい卸売業者と戦前から永年卸販売業を営んでいた既存の卸売業者との併存がみられた。昭和25、26年ごろには、各種の統制がほとんど撤廃されて統制時代は終わり、自由競争時代に入った。そのため、卸売業者はいかに生き残るべきかを摸索しなければならない苦境に立たされた。しかも、卸売業者はこのころ2つの不況（ドッジ不況と朝鮮動乱特需景気後の反動的な不況）をまともに被り、永い間の統制に馴れきって企業努力を怠った卸売業者は卸本来の機能を果たせなくなり、資金面からみても弱体化した。

他方、当時の製薬企業の資本の論理追求と技術革新、旺盛な設備投資が医薬品の大量生産を可能にさせたが、輸入医薬品の増加も加わって、医薬品の需要が不均衡となり、過剰生産が生じた。²⁾このように、戦後10年間は製薬企業側の生産増強の時代であったことが、卸売業者の大半を家業的状态にとどまらせたと同時に、製薬企業をしてその大量販売先の確保を重要課題とさせた。そのため、卸売業者（卸企業）はそれまで培ってきた信用取引による卸販売方式だけでなく、製薬企業の販売促進政策の一環として人海戦術的に大病院、病院、開業医、その他の卸販売先を直接訪問する販売方式を採らざるを得なくなった。その場合の大量販売は、実は製薬企業が当時の流通体制の未整備状態の中で医

薬品の販売促進政策に名を借りた乱売の助長であったといっても過言ではないと思われる。

そのような製薬企業の販売姿勢が医薬品の流通上の販売機能を乱脈化させたこと、その無理な販売促進政策で小売業者に押し込み販売や過剰添付を行ったため、小売の末端で過剰在庫が目立ったこと、この影響を受けて医薬品卸売市場の流通主体である医薬品卸売業者の販売形態を変化させ、特に現金問屋という卸売業者が出現したこと、小売市場では製薬企業がリベートやバック・マージンと売れ残りや半ば強要された過剰仕入れなどに係る回収条件との関係から大型小売店（小売業者）を優遇したこと、マスプロ、マスコミ、マスセイルという流通革命が始まったことから、全国各地に大型小売店、スーパーなどの大量販売店が現われ、小売流通秩序が極めて混乱していったこと、さらに製薬企業の卸売業者育成力の欠如がみられたことなどを原因として、弱い卸売業者や小売業者は次第に淘汰され、倒産し、生き残りなくなっていった。

これらの卸売業者が直面した危機は昭和27年ごろから顕在化したため、当時の卸薬業界は「卸売に関する改善問題」と題した危機打開方針を決定し、全国の卸売業者の自覚と奮起を促すとともに、医薬品の再販制度の実現を目指した政治運動を展開していった。この運動は関係各位の努力が実り、昭和29年には、昭和22年に公正取引委員会の確保を目的として制定された独占禁止法が大改正（28年）され、医薬品の再販制度（再販売価格維持契約）が独占禁止法の適用除外例（第24条第2項）として認められた（この制度を活用したのは、いわゆる直販・チェーン・メーカーを除けば、38年に契約を結んだ新薬メーカーの田辺製薬1社だけであった。それ以外の大手製薬企業は37、38年ごろから一斉に活用していった。）。卸売業者はこのようにしてやっとの思いで統制経済から自由経済への転換期に遭遇した生き残りの危機を越えていったと思われる。

昭和30年代に入り、すでに記述したように、終戦後の食糧難のため向上させるにこまった国民の体位を手軽に図れるという錯覚、高度経済成長期が始まったため、生産増大に耐えるえ栄養補給の必要性などからビタミン・ブームが起き、

医薬品総生産額はビタミンなどの栄養保健薬の需要増大を中心として18%前後の高率で増加し続けた。この期間において卸販売先をまだ薬局とする卸売業者にとっては好都合なことであり、卸販売額は増加した。その後、大正製薬、佐藤製薬、エスエス製薬などのメーカーが店頭薬（厚生省と製薬企業の慣例的な概念では一般用医薬品）を中心として生産額を増大させていった。この直販・チェーン・メーカーや医療用の新薬メーカーの大量生産と大量販売が続き、医薬品の卸売価格や小売価格に乱売が現われてきた。昭和34年に薬業界全体を巻き込んだ乱売の全面戦争、池袋の乱売事件をはじめとして関東や関西の大都市周辺各地で乱売が現われた。この乱売問題は医薬品であるためにマスコミでも国会でも問題視され、大きな社会的批判を浴びた。しかし、薬価体系に混乱が生じたまま当時の好景気にあおられて、製薬企業、卸売業者、小売業者入り乱れての激しい販売競争（価格競争）と非価格競争（製薬企業による卸売業者や小売業者への報奨、現品添付、招待旅行、一般消費者への懸賞付き特売などのあの手この手の裏サービスを与えるという非価格面の競争で販売額の増大を狙うこと）は一段と激化していき、薬業界全体が過当競争となり、医薬品市場の混乱は泥沼状態であった。

そのため、製薬企業は、過当競争による販売額と利潤の減少を抑え、他方で医薬品市場（医薬品の特定の品目の販売市場の意味）における市場占有率の限りなき増大を目指すアニマル・スピリット（企業家精神）によって、卸流通と小売流通をそれぞれ卸売価格や小売価格の設定権で支配し、それらの薬価維持対策の1つとして、卸売業者（卸企業）の系列化、小売業者のチェーン化を実現していった。この当時のいわゆる卸の系列化は、木村文治氏の調査研究³⁾によれば、①資本の導入や経営陣の強化は医薬品の販売促進的役割を果たすこと、②自社のインスタ・シェアを高めること、③自動車や家電業界のように独占系列ができないこと、④同種同効品の競合が激しく、自社製品のシェア・アップに迫られること、という背景があって実施されたわけである。また、小売の系列化を促進する新薬メーカーの目的は直販・チェーン・メーカーが進めてい

るチェーン化に対抗すること、また制度品を一段と拡充することであった。

そのような流通機構の混乱を積極的に是正するために、医薬品の流通秩序の確立、薬価の安定に係わる適正な商習慣の確立と市場流通量の調整などを目的とした業務行政上の措置がなされた。昭和35年の『医薬品流通秩序改善実施要綱』、38年の『市場安定対策要綱』がそれである。

昭和36年には、国民皆保険制度が実施されたため、保険給付人口も増え、保険給付内容も改善されていった。このことを極めて大きな背景として、抗生物質製剤をはじめ多くの新薬が開発・発売され、それに対する需要も受療率の急上昇につれて増大していった状況の中で、大多数の製薬企業は本格的な医薬品の増産を開始した。昭和35年から始まった所得倍増政策と高度経済成長政策に起因した経済規模の拡大と軸を一にして、医薬品総生産額が増大していった(表1)。

その結果生じた大量の過剰生産を販売するために製薬企業が展開した卸や小売の系列化は、特に卸販売業者の収益低下、資金繰りの悪化、資金不足をきたし、卸経営にますます厳しさを加えた。そのため、製薬企業が薬価維持対策の一環として実施したその系列化は卸企業に厳しい販売競争を強いることとなり、卸企業の収益低下は避けられなかった。卸企業の収益低下や資金不足は製薬企業に対する主体性を失わせることになり、次第に製薬企業の資本に圧迫されていき、製薬企業の支配を受けるだけでなく、その系列化に従属させられることになった。卸売業者とすれば、収益低減傾向による資本不足と不十分な卸機能による販売競争の弱さ、製薬企業の価格維持政策を受け入れない場合の医薬品供給の不安定性や不利な取引条件に甘んじなければならないことなど、卸企業の生き残りに直接係わる危機に遭遇した。卸売業者の中には、危機打開策として合併、第2次卸売業者が製薬企業と直接取引する対策を講じて、卸売業者と製薬企業との取引関係を変化させ、卸売価格やマージンなどの改善を通じて収益低下に歯止めをかけ、危機を凌ごうとするものも現われた。大多数の卸売業者は製薬企業の卸の系列化に従属する策を選ばざるを得なかった。その危機は

結局のところ卸薬業界全体の再編成を促す結果となったことは否定できないと思われる。

そのような昭和30年代の流通機構の変化と混乱状態の中で、特に医薬品の価格競争激化と卸売業者間の熾烈な過当競争は、各種の薬価の違いをなくしてしまった。この点は見逃してはならないことである。それまでは卸販売先へはC価（卸企業が製薬企業から買入れる価格）かB価（卸売価格。製薬企業の建値と同義。）のいずれかの価格で卸売していたのが、大病院、病院、開業医へ同じC価またはB価で卸販売するという激しい価格競争とシェア競争が展開されたので、第2次卸売業者の生き残りが困難となったこと、さらに仲間販売の多い卸売業者、自家製剤がなく新薬の卸販売に立ち遅れた家庭薬卸売業者、もちろん放漫経営の卸売業者などは、大抵倒産した。この倒産数は昭和38年から39年にかけては30年以降の最高数の約8件を急に上回り、12件ほどになっている。

さらに、収益性の高い卸企業は企業規模を次第に増大させていたが、道路、交通、輸送関係の諸事情の好転に伴い、その企業規模は急速に拡大し、中には広域化や大型化を指向していくものも出てきた。各地域で永年卸業を営んで来た地域卸もそれなりに厳しくなった環境の中で卸の機能を果たしてきた。

昭和30年代の医薬品の生産増大と販売競争激化の中でも、卸売業者（卸企業）は幾多の困難に直面しながらも卸販売額を増大させていった（表2）。しかし、その増大の実態をみれば、みせかけの繁栄であったことがわかる。

昭和30年代前半の卸流通と小売流通の変化を受けて、地域的にみれば、製薬企業の大量販売を流通段階で受け入れる体制がある地域とない地域、あるいは大阪や東京のように戦前からの元卸が戦後に製薬企業化した地域かどうか、過去の歴史が色濃く残されている地域卸のみが存在する地域かどうかなどによって、医薬品の卸流通の特色は当然のことながら異なっている。

木村文治氏によれば、大阪の卸流通の特色は、製薬企業そのものが総代理店となっていること、特定の製薬企業の完全系列下にある医専系卸売業者が存在していることである。戦前からの老舗の元卸から製薬企業に発展した大阪道修

町の武田薬品、塩野義製薬、田辺製薬などの有力な製薬企業は総代理店を通じて医専系卸売業者を系列化していった。このことが今日もなお医専系卸売業者を存続させているとともに、大阪に医薬品のワンセット流通機構を形成させている背景である。「なお、大阪卸の伝統的モノロー主義ないし封鎖経済性は西日本の地販業者（戦前統制経済時代の統合された卸業者）の性格までさかのぼらねばならない。」⁴⁾

東京の卸流通の特色は、卸売業者の新旧交替が激しく、戦後に創業を開始した卸売業者が中心を成している点にある。戦後、かつての元卸であった小西新兵衛は武田薬品の東京支店に合併され、元卸の中滝、鳥居、田辺はそれぞれカネボウ中滝、鳥居薬品、東京田辺製薬となり、製薬企業へ転換していった。

中京の卸流通の特色は、中京御三家といわれた元卸の中北、荒川、小林松次郎が製薬企業へ転換しないで、元卸として各製薬企業の医薬品を卸売りし、第2次卸売業者や小売業者を支配していること、有力な製薬企業の総代理店もないという点にある。この点は中京地域の特殊性であろう。医療用医薬品市場が拡大するにつれて、元卸と小売業者が製薬企業と第2次卸売業者との直接取引が増加し、自主大型医専という卸売業者が発生する条件が整っている。日本最大の卸企業であるスズケンがあるのももっともなことである。

以上のような昭和30年代の卸流通では、30年に健保赤字に対する7人委員会の答申で示された医薬品の「公的買入措置」方策が構想されたときに危機が生じたと渡辺氏は指摘している。この方策の「考え方は、自由経済時代を迎え、漸く本来の機能を回復しつつあった卸売業者を、健保運営機構の圏外に放逐しようとするいわば卸売業者の死活に関する重大問題であった。」⁵⁾ その構想に対して全国の卸売業者が発足まもない日本医薬品卸業連合会を中心として反対陳情運動の展開によって、実際の薬務行政措置とはならなかった。しかし、その基本的考え方は、「その後の医療保険制度抜本改正に関する様々な意見勧告等の中に根強くあらわれ、…厚生省医務局や非現業共済組合の中央一括購入問題等様々な形で問題化し」、「一括購入中止後は買い叩きや全自病問題となって、手

をかえ品をかえ執拗に続き、昭和30年代から今日までの連合会はこの防戦に終始したといっても過言ではない。⁶⁾」

昭和40年代には、深刻な不況の影響を受けて、卸薬業界の卸販売額は一時的な停滞をきたし、高成長は望めなくなった転換期であった。また、昭和30年代の流通の混乱と構造的ひずみを改善し、卸薬業界の正常化が求められた過渡期であった。A価、B価、C価の薬価の中に薬価基準価格が混在し、薬価はますます乱れた。昭和43年の医療用医薬品と一般用医薬品の区別、医薬品製造承認申請時の添付資料の明確化、副作用の報告義務、広告規制、薬価引下げなどが医療保険制度改正を目的として強化されたため、新薬の開発と発売が極めて困難となった。このことは卸企業の収益減をきたす原因であった。また、昭和46年7月には、日本医師会が保険医総辞退を起こさせ、全国約7万人の医師が同調した大きな社会的事件が起こされた。

その後、卸売業者（卸企業）の過当競争は次第に医療用医薬品に及び、ひいては保険薬価あるいは薬事制度をめぐる一連の諸問題が政治的社会的に世の批判をまともに受け、卸薬業界に対する薬務行政も一段と厳しくなってきた。昭和44年末に出された『流通対策要綱』に従って、各製薬企業は医療品の流通に関する価格体系を改定して、B価を基準納入価格とし、大包装を制限するだけでなく、包装の違いによる価格差の基準を設けた。さらに、製薬企業の販売姿勢に対して、適正な商習慣を確立させるために、過剰サービスや裏サービスの自粛の方策を提示したが、期待されたほどの実効は上がらず、かえって医療用医薬品の添付、特に精神安定剤、抗生物質製剤、消炎酵素剤、ビタミンB剤などの同種同効品には、実に100～200%の添付まで現われ、過剰サービスなどは目にあまるようになった。

昭和45年10月には、中央社会保険医療協議会（中医協）の公式の場で、添付販売が確認された医薬品を薬価基準から削除することを決議し、この決議に基づいて50年、53年、54年の計3回の薬価基準削除処分が実施された。厚生省も昭和46年には医薬品流通適正化委員会を発足させ、薬業界全体に対して医薬品販

売の適正化を図るよう繰り返し指導した。それにもかかわらず、医療用医薬品の添付全面禁止後も、薬価基準に対して値引き方式による割引き競争が生じ、実勢価格は低下の一途を辿って、卸企業の卸販売額は鈍化した。そのため、卸企業は添付品の未処理で泣き、次は値引き処理のため、卸経営は極めて複雑な事務処理を強いられ、卸売経営の実態を把握するのに苦労している。そのため、有力な大手卸企業は、ME（医療機器）の販売に着手したこととDI（Drug Information）活動の重要性を認識したこととも関連して、複雑な事務処理や情報処理のためにコンピューターを導入するようになった。中小の卸企業もコンピューターを導入したため、経営上の費用を増加させることになり、卸企業が今こそ必要とするコスト低減化に短期的には逆行し兼ねなくなっている。

昭和47年に入り、卸薬業界は薬業界全体の環境変化（薬害、新薬製造承認基準の強化、保険薬価、再販制度、値引き競争、実勢価格低落などの諸問題）の極めて厳しい状況の中で低迷していった。

昭和48年2月には、70歳以上の老人医療無料化政策による老人受療率の上昇を受けて、成人病薬の需要が増大していった。この間にあって、医薬品の品質管理が問題となったため、製薬企業側はGMP Good Manufacturing Practiceの略称。医薬品製造所において原材料の受入から最終製品の出荷に至るまでの製造工程全般にわたって医薬品の品質が高度に保証された医薬品の製造および品質管理を狙いとした『医薬品の製造および品質管理に関する規準』である。）を承認したのに続いて、製薬協（日本製薬工業協会）がそれまでの研究成果をまとめて昭和48年にいわゆるJGMPを提示し、自主的にGMPを実施しようとした。このGMPは、その制定実施のための一定の研究準備期間を経て昭和51年4月から実施されたが、工場建物などの構造設備の本格的な改善については54年3月末を目途として行うよう行政指導がなされたので、その両方を含めて54年4月以降から全面的に実施された。

卸薬業界も流過程における品質保全と技術情報の正しい普及のための規準（GMS P）が必要になるとして、医薬品の卸販売を行う場合には、倉庫面積

(100㎡以上)の設定、倉庫保管、配送体制の充実、医薬品の入・出庫の厳正な点検などの改善が必要になってきた。このことが当然卸企業の大きな負担となるのは確実であった。

昭和49年の2月と10月には、診療報酬の大幅改定がなされたのに、医薬分業の機運は高まらず、医療用医薬品の需要についても乱診乱療、過剰投与、薬害に対する社会的批判の高まりなどを理由として、医薬品の使用量が多少とも減少した。また、この当時の薬効再評価の影響も関連して、特に抗生物質製剤には品目の交替が目立ち、どの品目の抗生物質製剤を取り扱うかによって卸企業の売上高の増加率には明暗が分かれた。さらに、各卸企業は諸経費の急増を売上高の増大で補うために激しい価格競争を展開し続けたので、収益減を自ら招き、売上高の対前年増加率も鈍化していった。

このように、昭和40年代には、医薬品総生産額の対前年増加率の急上昇に支えられ、製薬企業の販売促進政策の展開が卸薬業界においても卸企業の規模拡大を意図させ、大型卸企業の合併による大型広域卸という新しい形の卸企業が登場してきた。他方では、卸企業間の価格競争やシェア競争は熾烈をきわめた。

昭和50年代以降今日でも、そのような価格競争やシェア競争は深く潜行して続いている。昭和53年には、従来からの薬価基準が実勢価格よりも高いという薬価算定の乱れを是正するため、銘柄別薬価収載方式の決定という重要な変革がなされた。それ以前の薬価基準に関する変革としては、昭和25年9月の薬価基準制度の成立以来、36年の治療指針・使用基準による新薬の使用制限の撤廃、44年の基準包装の決定、45年の添付等不適正販売方式行為の禁止があった。これらの薬価安定策は期待されたほどの効果はなく、相変わらず値引き競争や過剰サービス競争が続き、卸売業者側の値引きと相まって、取引条件をめぐる競争激化が卸経営の内容を悪化させていった。そのため、卸売業者側から製薬企業に自粛と改善を申し込んだが、効果はなかった。

昭和50年代に入って、医薬品の卸流通をめぐる環境は制度的経済的に一段と

厳しさが増してきている。卸薬業界の流通近代化策は、昭和55年以前までは、日卸連を中心として業界の自主型から55年10月以降、厚生省を中心とした薬務行政主導型で進められている傾向がますます顕著になったきた。

制度的側面において卸薬業界はもとより個々の卸売業者（卸企業）が受けた影響は、昭和55年施行の改正薬事法への対応をいかに図るかということであった。このことは極めて大きな課題である。その改正薬事法によって、医薬品卸売業者は「卸売一般販売業」という名称を得て、薬事法上、一般販売業から分離独立した扱いを受けた。ここに医薬品卸売業者の法的地位が確立したが、卸売価格を卸売業者自身が設定できるという真の卸薬業権はまだ確立できていない。そのほか、新たに構造設備基準、試験検査設備基準、情報提供義務、記帳義務などがその法文に規定されたので、これらの法的義務に対して卸薬業界はいかに対応するかが急務となった。さらに、今後の医薬品卸売業者に望まれるあるべき姿を提示することを目的として、昭和55年5月に日卸連が策定した『医薬品卸業の倫理綱領』を基盤にした卸機能の向上と流通適正化への取組み方も重要な課題となっている。日卸連が主導した医薬品卸販売担当者の教育研修も重要な課題である。

経済的側面において卸薬業界と個々の卸売業者が受けた影響は、営業権譲渡などによる合併、同じ製薬企業系列の企業合同、吸収された企業を新企業の支店などにして営業を継続することなどが多く、それらを軸として卸薬業界の再編成が促進されていくということである。

特に、薬局・薬店向け市場中心の卸売をする業者は、健保制度の拡充、薬害、一般消費者の医薬品知識の向上による大衆薬売上不振、景気の動向、天候などを原因とした大衆薬市場規模の伸び悩みで卸経営の危機に直面している。そのため、日卸連は店頭薬（大衆薬の概念から配置薬と医薬品部外品を除いたものであり、一般用医薬品と同義語である。）の研究開発に意欲的に取り組んでいる有力な製薬企業との提携を推進し、協力体制の確立を図るとともに、地域ごとに医薬品小売業者との一体感を深めることによって店頭薬市場に新しい流通秩

序を形成したいと考え、関係協会団体と摸索している。

昭和56年6月には、3年ぶりに大改正した薬価基準が施行され、薬価は全面改正で平均18.6%の大幅引下げとなった。そのため、各地では卸売業者から医療機関への納入価格をめぐる混乱が起り、卸売業者は製薬企業側と医療機関側の間に入って窮地に立たされた。このときのしこりがその後の卸薬業界や個々の卸売業者の卸経営に多大の影響を与えた。また、昭和56年6月の薬価ショック以降の卸販売額の伸び悩みは当然卸薬業界全体を大きな試練に直面させた。その卸販売額が過去数年間引き続いて年10%台の成長を維持できたことなどは、まったく過去の栄華物語となってしまった。

昭和57年6月には、卸薬業界を取り巻く環境の変化に加え、医療用医薬品流通の改善に関する2つの報告書が出された。1つは、厚生省が昭和55年10月に設置した「医薬品流通対策研究会」の報告書『医療用医薬品流通の改善方策』（いわゆる流対研報告）である。もう1つは、公正取引委員会（公取委）が公表した『流通実態調査報告書』である。

流対研報告は、①卸の流通活動の効率化と高度化、②取引条件の改善、③競争ルールの確立、を骨子とした提言を示したものである。この骨子は現在では、①がデータ交換システム化構想、②がモデル契約書の策定、③が公正競争規約の設定という具体的な提言に変わっている。

流通実態調査報告書は、卸売業者が製薬企業の系列下にあることを強く批判していることを含めて、①高率なりペイト、②値引き補償制度、③販売伝票の提出義務などの問題点を指摘したものである。

それらの2つの卸薬業界への具体的な要望事項は、日卸連が昭和55年5月に自主的に策定した『医薬品卸業の倫理綱領』と『実践基準』で示した卸売業者のあるべき姿を改めて行政側から提示されたものである。昭和57年10月には、厚生省薬務局が流対研報告書の意見具申に基づいて『医療用医薬品流通の改善に関する基本方針』を発表し、①流通近代化協議会（流近協）の設置（この方針に沿って業界代表を含む学識経験者で構成された流近協は58年3月に設置された。）、

②業界における自主的取組みの支援，という方針を関係協会団体に提示し，3年を用途に具体的な対応策を検討するよう指導した。これに対して，卸売業者は2つの報告書で指摘された対応策について積極的に対応していく体制整備を目的として，医薬品卸機能改善委員会を設置し，昭和57年11月末に厚生省から要望された事項の実施計画（仕入先および販売先間の取引基本契約書の作成，厚生省のG S P基準作成への協力，公正競争規約の策定などを当面優先的に検討するための実施計画書。）を厚生省へ提出した。日卸連は，改正薬事法で卸売業者に課された法的義務の指針を加盟卸企業に提供した。また，日卸連は品質管理についてJ G S P（昭和57年策定）を当時再検討中であった。

その後，昭和56年11月に公取委が摘発したカルテル事件について，公取委は58年6月になってようやく製薬協と日卸連に審決を下し，製薬協に対してはその事件で明るみになった違反行為の排除を勧告し，日卸連に対しては同じ疑いで警告の措置を行った。この審決の直後において，公取委は厚生省と共同で流通改善方策を卸業界に提示し，①取引条件および流通活動の改善，②自由かつ公正な競争の促進，③非価格競争手段の是正などに積極的に取り組む方針を打ち出した。このことは昭和59年12月に流近協が策定した中間報告『医療用医薬品の取引に関するメーカーと卸売業者のモデル契約要綱』で具体化している。

この中間報告の骨子は，①リベイト中心からマージン中心の取引への移行，②B価とC価の一本仕切制から建値制への移行，③販売情報内容の規制，を提言した点に伺われる。このモデル契約要綱は今後卸売業者とユーザーの間の契約内容が決まったときに整合性を持つことになるが，現行の薬価体制のままではかえって卸売業者の負担が増え，いくつかの問題点を未解決のまま流通活動をするようになることが危惧されるであろう。確かに，リベイト制からマージン制への移行は，製薬企業の卸売業者へのノルマ主義から脱却できるとしても，B価C価一本仕切体制から建値制への移行が実施された場合には，卸売業者が製薬企業から受け取るマージン幅やバック・マージン幅が決まってしまうことになる。その際，現行のユーザー納入価格の決定権は製薬企業が持っているの

で、ユーザーが卸売業者に要求した値引き分は卸売業者のリベイトの中から充当せざるを得ないため、いわゆる卸の自損率が高まる可能性が大きく、営業粗利益率はその分減少し、損益分岐点の悪化は免れなくなっている。このような卸経営の危機を脱するためには、卸売業者が卸売価格したがってユーザーへの納入価格の最終的な価格決定権を持つとともに、資金力をつけること、さらに企業規模の拡大を図ることが肝要である。そうでなければ、ユーザーの値引き要求や製薬企業のノルマ主義に対抗しきれなくなる。この意味で、卸売業者はユーザーや製薬企業とのモデル契約書の策定をいかに行うかが重要な課題となっている。

他方、昭和54年には、薬事二法（39年薬事法を大改正した「薬事法改正法」と「副作用被害救済基金法」）が制定された後、国民医療費の適正化あるいは医療保険制度の合理化（医療保険制度間の不公正の是正のための退職者医療制度の導入（昭和59年10月実施）、国保への国庫補助金の大幅削減、医療保険制度の給付範囲の見直しなど）の問題が、国の行政改革の1つとなり、58年から本格化した国民医療費抑制策の浸透、たび重なる薬価改正の影響を受けて、薬業界全体を取り巻く環境は厳しさを増し、質的な変化が生じた。昭和58年2月には国民医療費抑制策の一環として老人保健法が制定され、翌年2月から老人保健制度が発足したので、福祉や医療の見直し策が具体化してきた。

また、中医協は薬価基準と実勢価格との乖離に起因する薬価基準制度の不備を是正するため、新薬価算定方式と年1回の改正を決めた。薬価については、昭和58年1月の部分改正（4.5%引下げ）、59年3月の16.6%大幅引下げの薬価全面改正の実施は、①大型新薬の上市が見込めなかったこと、②国民医療費抑制策が同時に進行して卸経営を圧迫し、薬価改定以後の納入価格の未決定とともに、支払遅延の恒常化など、卸売業者（卸企業）にとって直接的で重大な影響が生じた。この薬価改正に加えて、前述の老人保健法の施行、健保法の一部改正、レセプト審査の厳格化などは医療環境を厳しくさせ、医療機関の経営を悪化させたため、医療機関へ医薬品を納入する卸売業者の経営環境も、医療機関の買

い控え、卸販売先からの納入品代金の受取りという意味の売掛債権の回収の長期化などによって資金に余裕がなく、自己資本不足も生じているので、ますます厳しくなっている。とりわけ、卸売業者側では薬価引下げによるリピートの縮小、支払遅延による資金繰りの悪化が目立っている。日卸連が毎年まとめている『医薬品卸売業の現状と将来』（昭和59年版）によれば、日卸連加盟の卸企業の平均的な損益分岐点は89.3%であり、この損益分岐点は高まる傾向がみえている。そのため、今後は小規模な卸売業者ほど、損益分岐点は悪くなり、生き残りの危機にさらされ易く、倒産の恐れも出てきている。

以上のような昭和50年代の状況から、卸薬業界では薬価問題を中心とする政策不況という見方から、行政に対する批判や不備が昭和59年3月以降、表面化しはじめ、「薬価調査非協力」問題がその端的な現われとなり、60年6月～7月時点の経時変動調査では調査対象の卸売業者の約90%が調査に協力せず、日卸連でも対応策をめぐって論議した。これを契機として、日卸連を中心に薬価問題に関して行政側と協議する場が設定されたし、日卸連内部に薬価制度研究小委員会が設けられ、薬価問題に積極的に取り組むことになった。

昭和60年代に入り、60年4月からは非価格競争の改善を目的とした公正競争規約が施行された。この規約を施行するのは公正取引協議会である。この協議会には日卸連非加盟の卸企業も60社ほどが参加するなど順調な滑り出しとなっている。その規約は、流近協の中間報告で提示された事項の1つであり、行政主導による卸の流通近代化の要請に応えるものであり、その骨子はユーザーへの景品類や便益労務の提供などの過剰サービスの規制である。これに対して、製薬企業の公正規約は昭和59年7月から施行され、サンプル（試供薬）規制がその中心となっている。

卸売業者は、以上のような戦後における卸経営環境の諸変化に対応し続けてきただけでなく、いくつかの卸流動活動の危機を乗り越え、今日においてようやく医薬品卸売業者としての法的経済的社会的地位とその卸業権の一部を確立するに至っている。そして、今後の新たな卸業権確立のために着実な歩みを始

めているところである。しかし、その歩みの道は、医療と薬事環境が激変しており、製薬企業の力が強いだけに、決して平坦ではない。

Ⅲ 戦後における医薬品の卸流通の特色

戦後における医薬品の卸流通の主要な特色は、次のような少なくとも4つの点にあると考える。

第1に、医薬品卸売業者が持っている固有の卸販売力を除けば、製薬企業（製薬メーカー）が戦後から一貫して医薬品の流通機構全体を支配し続けているという点に大きな特色がある。なぜその支配が可能となったのであろうか。この点は製薬企業の歴史的発展とその販売力をみて概略的に知ることができる。現在の主要な製薬企業の歴史的発展は当然各社とも異なっているが、共通している指摘事項は、かつては全国の卸売業者に医薬品の供給、販売および回収、金融などを行うとともに、元卸として卸流通の組織化を図った中枢であった。その後、元卸から製薬企業へと発展していき、今日では洋薬の輸入とその国内販売、洋薬の国内製造、技術導入、さらには自社品の研究開発、技術輸出、技術提携、海外進出というように製薬企業としての実力をつけてきている。

製薬企業の販売面の実力は、今日では、販売、仕入、販売促進、金融リスク負担、情報伝達、保管、薬価設定、得意先の管理指導などの主要な流通機能において、とりわけ医薬品販売市場の市場占有率（マーケット・シェア）拡大戦略の一環として卸売価格設定、リベート、マージンを通じて卸売業者（卸企業）を支配するということが如実に示されている。卸売業者がそのような製薬企業の支配を受けざるを得ないのは、大抵の卸売業者が特定の製薬企業の系列下に入って医薬品の供給源を持っていても、製薬企業から医薬品という商品を常時安定的に仕入れできなければ、卸経営は成り立たないからである。卸売業者が医薬品の安定的供給を確保するためには、製薬企業の意向や販売促進政策に沿った卸流通を展開しなければならないのである。

第2に、医薬品卸売業界の流通経路は比較的分かり易い流通経路となって

おり、⁷⁾流通主体も比較的明確なものが多いということである。食品業界や繊維業界における多段階的な流通体制の中の複雑多岐にわたる流通経路とは異なっている。

この点は欧米の場合と比較すればよくわかる。欧米の場合には、医療や薬事に関する法的経済的社会的諸制度、社会習慣、個人的価値観、卸売業者の実態などがわが国の場合と異なっているから、この点を捨象しても、わが国の場合と根本的に異なる点は医薬品の配給が調剤薬局に直接配送する物流機能だけからなされていることである。そのため、欧米の製薬企業ではその物流費のみのコスト計算をして流通チャンネルを変更するので、さまざまな流通経路が生じるわけである。

第3に、今日の卸売業者は数多くのセールスマンを持ち、彼らを通じて医薬品を大病院（現在の見方では、200床以上）、病院（20～199床）、一般診療所（20床未満）、薬局・薬店（大型店を含む）、事業所などへ販売する卸機能を果たし、さらに医薬品需要の迅速性と地域性に関連した品目の品揃え機能と保管機能を果たしているということである。特に、その卸機能の1つである販売促進機能は製薬企業のプロパーの機能の1つとも関連しているから、医薬非分業の今日では、製薬企業も卸売業者の総合的な販売および販売促進機能を重視せざるを得ないであろう。

第4に、医薬品の卸ということの機能価値が変わってきており、それいかに対処すべかという点にある。この卸機能は、医薬品に関する売買契約などの権利移転を中心とした取引流通機能と医薬品の配送や保管などの物的移動を中心とした物的流通機能の両面において、数量割引や現金割引の確立、返品制度の是正、不規則な小額受注の是正、配送業務や倉庫業務などの合理化が強く求められているからである。⁹⁾特に、昨今の卸販売量の拡大からその質的向上へ変化しつつある状況下では、それらの機能の業務を総合化し、コンピューターによるシステム化を促進させることによって、卸流通コストの低減化が求められ、他方ではGSP（Good Supply Practice の略称。医薬品の供給と品質管

理に関する実践規準。)や情報提供など小売業者や医療機関への質の高いサービスが求められているからである。

Ⅳ 医薬品の流通チャネル

医薬品の流通チャネルとは、ここでは医薬品の流通主体と医薬品が流れる流通経路を表わすものとみなすことができる。医薬品の流通チャネルは医薬品産業の経済構造、卸薬業界や小売薬業界の流通構造などを解明するのに役立つものである。

医薬品産業の経済構造は、医薬品産業を取り巻く法的制度的かつ経済的枠組み、医薬品の生産・流通・消費の3つの側面、薬価設定の場という観点から明らかにすることができる。と考える。

医薬品産業は、現行の改正薬事法（昭和54年10月1日公布施行の「薬事法改正法」）と「医薬品副作用被害救済基金法」（同年月日公布施行）のいわゆる薬事二法を中心として、さらに独占禁止法の除外例（第24条第2項）として認められた再販売価格維持契約制度（いわゆる「再販制度」、その他の法、医療保障関係諸法に法的根拠を持つ医療保険制度、薬価基準制度、診療報酬支払制度、などの法的制度の枠組み、国民所得、国民医療費、医療保険料などの経済的枠組み、Ⅱで既述したような医薬品の生産と流通に係わる厚生省通達、基本方針、報告書および製薬企業の諸団体や日卸連などの方策や報告書をはじめとした製薬・流通上の諸基準に基づいて、医薬品産業が存在し、医薬品を新薬の研究開発、製造、輸入および販売を行っている。この製薬企業の活動と並んで卸売業者（卸企業）も厳しい経営環境の中で熾烈な医薬品流通活動を展開している。さらに、医薬品小売業者もまた小売流通活動（他の機会に詳しく説明する。）をしている。このような医薬品産業の経済構造と卸売業者と小売業者の流通構造に立脚して、医薬品の流通チャネルは医薬品の生産、流通および消費の3面から成り立っているとみなすことができる。その3面の表と裏においてさまざまな薬価が設定されている。

医薬品の流通については、特定の性格がある。このことが他の財の流通と根本的に異なっている点である。医薬品は他の多くの財とは異なる特殊性を持つ財であるから、改正薬事法などの法の許可を得た医薬品卸売業者だけが行う限定流通や法的流通でなければならない⁹⁾。法定流通というのは、麻薬や覚醒剤、劇薬などは改正薬事法第29条とその他の条項で法的に厳しく規定された流通であるという意味である。これらの流通は医薬品の各種の流通経路の中に存在しており、医薬品の流通主体とともに、医薬品の流通量と価格について取引が行われる流通構造を形成している。

医薬品の流通経路は、時代的地域的に当然異なっているが、最近の時期であって全国的視野から流通経路を概略的にみて、それを流通経路の特徴、流通主体および流通量の視点から区分すれば、図式的には通常次の3つの流通経路に分けることができる。

最も流通量が多い第1の流通経路は、製薬企業（たんにメーカーとも言う）から出荷・販売された医療用医薬品が第1次卸売業者へ、これから第2次卸売業者を通じてユーザーである医療機関に至る経路である。この流通経路で販売する製薬企業は医療用医薬品に傾注した新薬メーカーであることが多い。このメーカーの中には大衆薬の製造・販売をするものもあり、この場合にも同じような流通経路でユーザーである薬局・薬店などの小売業者に至る経路である。この第1の流通経路の流通量は総卸流通量の約85%を占めていると推定されている。武田薬品、三共、藤沢薬品、塩野義製薬、田辺製薬、エーザイ、山之内製薬、第一製薬、中外製薬、萬有製薬、大日本製薬、吉富製薬の大手12社に、ミドリ十字、持田製薬、日本新薬、富山化学を加えた主要16社（昭和60年3月期の売上高順）をはじめ、中堅医家向け12社（60年3月期の売上高順。鳥居薬品、津村順天堂、東京田辺製薬、小野薬品、日研化学、日本ケミファ、科研製薬、扶桑薬品、参天製薬、森下製薬、帝国臓器、わかもと製薬¹⁰⁾）やその他の大多数の製薬企業は、この流通経路で医療用医薬品を販売している。それらの製薬企業の系列下に従属している第1次と第2次の卸売業者はそれぞれ医薬品を販売している。

第2に流通量の多い流通経路は、製薬企業が卸売業者を介さず、自社系列下の薬局・薬店などの小売業者へ直接販売している経路である。この経路で販売している製薬企業は新薬メーカーであって大衆薬メーカーである場合が多い。大正製薬、エスエス製薬、久光製薬、ロート製薬、和光堂、佐藤製薬の大衆向け6社（昭和60年3月期の売上高順¹¹⁾）をはじめ、カネボウ薬品、その他の製薬企業がチェーン組織化して直販体制を結成し、チェーン品を販売している。医療用医薬品の中堅的な製薬企業である杏林製薬は、その総売上高の過半数を直販で医療機関へ販売している。関東医師製薬は、医師1,500人以上が株主となって全国40箇所以上のところに直系の販売会社を作り、直販している。このような例も含めて、この経路の流通量は総卸流通量の約14%を占めていると推定されている。

第3に挙げる流通経路は、製薬企業から配置販売業者へ直販している経路である。最近はこの経路に農協が加わっている。この経路の流通量は総卸流通量の1%であると推定されている。1%ほどあるのは、家庭配置販売という一見したところ非近代化商法にみえながら大衆薬としての配置薬がいつでも手元にあるという便利さが、この流通経路の存在を昔から根強いものにしてからである。

このような医薬品の流通経路を便宜的に第1市場経路（第1市場ルート）と名づければ、このルートの中に、見方を変えれば、第2市場経路（第2市場ルート）があることを読み取ることができる。この第2市場ルートは、伝票上、その市場があるのであって、実際は第1次卸売業者や第2次卸売業者、場合によっては医療機関などから第2市場とも言われている「現金問屋」へ直接流れている流通経路である。¹²⁾

この場合、流れているといっても、卸売業者が本来医薬品を安く売る現金問屋に直接流したことがわかれば、製薬企業から出荷停止や特約店解消などの強い制裁措置が加えられるから、ヤミで流れていることになる。伝票上というのはその意味である。製薬企業はこの第2市場の存在を一方で認めながら他方では

薬価の自由な決定を妨害するものとみなしている。

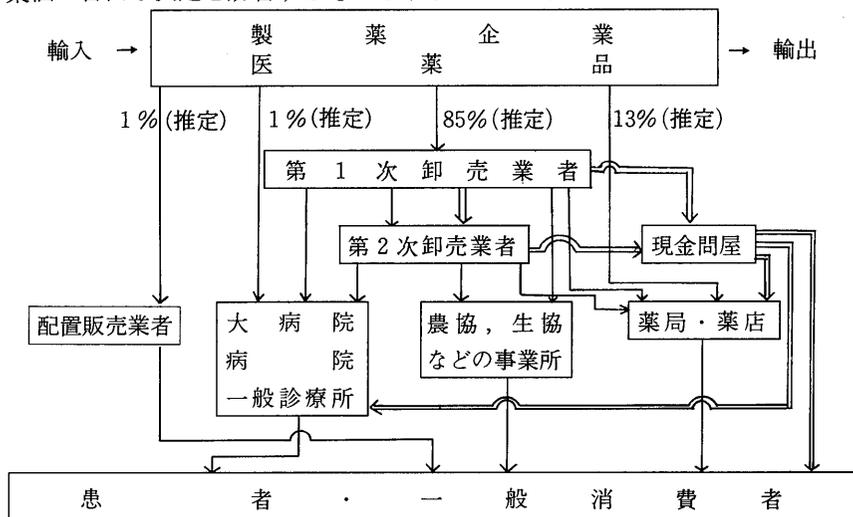


図1 医薬品の流通チャネル

注1 →は第1市場ルート，⇄は第2市場ルート。

2 昭和59年の統計値は次の通りである。表1参照。

医薬品総生産額	4兆269億8,500万円	59年10月16～18日の3日間全国の医療施設で受療した患者数(患者調査)	769万9,000人
医薬品輸入額	3,210億7,500万円	同病院患者数	(35.9%)276万6,100人
医薬品輸出額	1,287億6,600万円	同一般診療所患者数	(49.8%)381万1,200人
医薬品市場規模	4兆7,400億円	60年10月31日現在の医薬品製造所許可数	2,288社
医療用医薬品	3兆4,305億円	病院数	9,574
大衆薬	7,900億円	一般診療所数	78,332
(配置薬, 漢方薬, 公衆衛生薬などを除く)		歯科診療所数	43,926
59年度の国民医療費	15兆,932億円	59年12月31日現在の薬局・薬店数	(30.7%)34,689
同国民1人当りの医療費	12万5,500円	薬種商販売業数	(17.0%)19,192
同対国民所得比	6.30%	配置販売業数	(15.3%)17,334
60年3月31日現在の総人口(住民基本台帳)	1億2,000万7,812人	特例販売業数(衛生行政業務報告)	(21.1%)23,840

V 医薬品卸売業者

1. 医薬品卸売業者数

医薬品卸売業者は、昭和58年6月1日現在の通産省編『商業統計表』の第1巻産業編（包括表）によれば、5,293社（法人4,756社、個人537社）である。このうち医療品卸売業を本業として常時継続的に営む業者は、第1次場卸売業者と第2次卸売業者を含めて全国800社ほどであると推定されている。

昭和60年の場合には、日卸連加盟の卸売業者（卸企業）数は486社であり、この卸企業数は52年（640社）以降をみても低下傾向を示している（表4）。

2. 医薬品卸売業者の形態

医薬品卸売業者の形態は、卸売業者と製薬企業との取引関係および流通系列、取扱商品別などの観点から次の4つの形態に分けることができる。

第1の形態は、製薬企業との取引関係の観点から第1次卸売業者と第2次卸売業者に分けられた形態である。第1次卸売業者は、医薬品総仕入高の50%以上を製薬企業から仕入れているものである。この卸売業者は大抵の場合特定の製薬企業との特約店あるいは代理店になっており、全国各地に所在し、その地域の医薬品流通の中核的役割を果たしている。昭和58年の場合、この第1次卸売業者に該当するのは557社である。このうち全国的な営業網を持つ全国卸は、スズケン（本社名古屋）、クラヤ薬品（本社東京）、三星堂（本社神戸）などを除いて少なく、あとはせいぜい地域卸（複数の県にわたって販売網を持つ卸売業者や県内だけの地場の卸売業者）という業態になっている。この種の業態になっているのは医薬品の販売は人命に係わるから、いつでもどこでも迅速に医薬品を納入しなければならないという特殊な事情から、長年月をかけて各地域に根ざした流通主体が形成されてきたからである。

第2次卸売業者は、医薬品総仕入高のうち製薬企業からの直接仕入分が約30%以下であり、残りの約70%以上の中で約50%を第1次卸売業者から仕入れたものである。この業者の年間流通量は全流通量の10%程度とみられている。

第1次卸売業者と第2次卸売業者のそれぞれの卸売市場占有率を合計した卸売市場占有率は約90%を占めている。このうち、昭和60年現在で、日卸連加盟の卸企業486社が扱っている卸販売の実績は約90%と推定されている。この販売実績のうち約85%は医療用医薬品であろう。

第2の形態は、現金問屋である。現金問屋は、卸売業者を販社・一般卸別に区分した場合の販社（主として特定の1つの製薬企業の販売会社として医薬品の流通活動をしているものである。なお、一般卸はそれ以外のものである。）とともに、第3次卸売業者の中に含まれている。この第3次卸売業者は、昭和57年8月時点において厚生省が行った『医薬品流通実態調査』の定義によれば、医薬品総仕入高の50%以上を第2次卸売業者から仕入れているものである。これは前述の流通経路の中の第2次市場ルートのことでもある。現金問屋の年間流通量は全体の3%程度と言われている。

第3の形態は、卸売業者を取扱商品別に区分した場合の医療用医薬品専業、一般用医薬品専業、医療用・一般用兼業という形態である。

医療用医薬品専業は、医薬品総生産額のうち医療用医薬品の占める割合が70%以上のものである。医療用医薬品専業として医薬品販売比率で100%の医療用医薬品を扱っているのは、クラヤ薬品と昭和薬品（本社名古屋）である。

一般用医薬品専業は、医薬品総生産額のうち一般用医薬品の占める割合が70%以上のものであり、薬局・薬店などの医薬品小売業者を主な取引先とする卸売業者である。この業者として医薬品販売比率で一般用医薬品を100%扱っているのは大木（本社東京）である。次いで小林製薬（本社大阪）が80%台である。この他の卸売業者は低い割合であるが、近年では医療用医薬品の販売に重点を置く経営政策に次第に変わってきている。

医療用・一般用兼業という形態は、医療用医薬品専業と一般用医薬品専業以外のものである。大多数の卸売業者はこの形態に属している。医薬品販売比率が90%であるのは、福神（本社東京）、東邦薬品（本社東京）、スズケンである。

先の『医薬品流通実態調査』（昭和57年8月）では、その調査対象とした全国

の卸売業者数1,902社のうち、76.0% (1,444社) が医療用医薬品専業であり、14.5% (276社) が一般用医薬品専業であり、残りの9.5% (181社) は医療用・一般用兼業である。次に、製薬企業との取引関係からみた場合の業務形態では、第1次卸売業者は49.8% (946社)、第2次卸売業者は42.4% (806社)、第3次卸売業者は7.8% (149社) となっている。これらの卸売業者はすなわち医薬品卸企業は厚生省に登録済みの薬事法上の事業所であることになる。

第4の形態は、流通系列からみた場合の系列卸売業者と独立卸売業者という形態である。系列卸売業者は、ある特定の製薬企業との取引関係が格別強くその製品を重点的に扱っている卸売業者である。近年は特定の製薬企業の医薬品しか扱わないという完全系列のものはほとんどなくて、卸売業者に課された医薬品の品揃え機能を果たすためにも、他の製薬企業の医薬品も扱っている卸売業者が多い。近年では、この系列卸売業者が増える傾向にある。その理由は2つの点で指摘できる。1つは、製薬企業の立場からの理由である。製薬企業が自社品の販売量を増大させて市場占有率を拡大するためには熾烈な売上高競争を展開せざるを得ないので、その販売戦略の一環として自社系列に卸売業者を包含する方が市場占有率の拡大に役立つからである。もう1つの理由は、卸売業者の立場からの理由である。特定の製薬企業の系列下に入る方が医薬品の仕入を常時継続的に行える上に、品揃え機能や販売促進機能を果たすのに役立ち、結局は、卸マージンやリベートなどの取得を通じて卸販売額の確保に、したがって卸経営の安定に役立つからである。

これに対して、独立卸売業者は競合品の多い特定の医薬品市場の販売戦略において特定の製薬企業の系列下に従属していないために製薬企業の販売政策に左右されない卸売業者である。この業者は近年減少する傾向にある。

以上の4つの卸販売の業務形態のうち第2形態の「現金問屋」は、医薬品の卸売上極めて特色のある流通主体であるから、現金問屋の概念と業種的特色、その機能および存在意義について説明しておかなければならない。

現金問屋とは、医薬品の現金取引をする卸売業者である。現在、現金問屋は

全国に約300社はあると言われている。そのうち東京の神田紺屋町，神田北乗物町，神田鍛冶町，大阪の平野町周辺の東西約70社が現金取引の中核となっている。現金問屋は，全般的にみて小規模のものが多く，この業界筋では従業員規模で10人程度のものが多いと言われている。月商でみれば，4,000～5,000万円ほどのところが最も多いと言われている。

現金問屋の機能は，①現金取引（実際には手形取引）という限定流通機能を果たしていることは，他の形態の卸売業者と同じものであるが，②現金問屋を経由する方が医療用医薬品についても大衆薬についても薬価差益の増大をもたらせ，小売薬業界の乱売や値引き販売の温床を形成させるという点では異なっている。この極端な安売り（たとえば，医療用医薬品のいわば公定価格である薬価基準の20～70%をも割り引いていると言われる。それでもマージンが10%はあると言われている。）で薬価を乱すという点が製薬企業や他の卸売業者から目のかたきにされている点である。なぜ現金問屋は安売りできるのであろうか。それは現金取引のため流通経費が少なくすむ上に，仕入価格が易いからであろう。その仕入価格は，現金問屋が，製薬企業からは薬価基準に示された価格の約10%で，卸売業者からはその約60%で，大病院，病院，一般診療所などの医療機関からはその約30%で買入れた価格水準であると言われている。

現金問屋の販売先は，自治体病院や中小病院が約35%で最も多く，次いで開業医が約20%，地方の第2次卸売業者が約15%，個人販売業者いわゆるトンビが約10%の順であると言われている。

現金問屋の存在意義は，医薬品の販売価格の調整者として重要な役割を果たしているという点にある。この役割は少なくとも次の3つの側面で果たされていると考える。

① 大病院，病院，一般診療所，開業医，第2次卸売業者などが，時には意図的に製薬企業や卸売業者からある薬効群の品目について銘柄別に薬価基準が異なることを利用した競争納入によって，その際大抵の場合サンプル（試供薬）を添付させることによって，あるいはそれらの医療機関や卸売業者が意図的に

大量にまたは過剰に仕入れることによって得た手持ちの医薬品を「資金繰りのために」現金化する場合には、現金問屋は極めて便利な存在であること。

確かに、現金問屋は、医薬品の現物でさえあれば、それを安く仕入れて安く売るといった低マージン高回転方式の経営をするため、現金問屋へ医薬品の現物を売買する者には極めて便利な存在である。

② 現金問屋は、大病院などの医薬品のユーザーにとって利幅の拡大や販売競争力の強化を図ることができる極端に安い仕入先であること。

③ 現金問屋は、製薬企業の立場からみても存在価値がある。製薬企業がある品目を過剰生産した場合、この過剰分を在庫にまわせれば、過剰在庫は品質管理上不利となる。それを避けるため、その過剰分を正規販売の流通経路で販売すれば、その品目の販売市場全体の販売価格すなわち実勢価格を下落させ、医療用医薬品の場合に算定されている薬価基準との価格差が開くことになる。このことは、常に高い薬価を維持しようとする製薬企業にとって不利なことであるから、製薬企業自体がその品目の需給を調整しなければならなくなる。この場合、製薬企業がその過剰分を正規の流通経路で販売すれば、その販売価格の下落だけでなく、時には乱売になり易い。そのため、製薬企業とすれば、正規の流通経路へ流す分はその品目の建値すなわちC価あるいはメーカー仕切価格を維持できる分にとどめ、残りの過剰分は、プロパーのノルマ達成のためにも、現金問屋へ安売りして利益を得るといった利点があること。このような利点が製薬企業にあるからこそ、現金問屋の換金取扱品目が250品目ぐらいに限定されており、しかも医薬品総生産額のせいぜい3～4%を占める金額を扱っているにすぎない現金問屋であっても、製薬企業がその資本力攻勢や薬価操作や医薬品供給量の制限などの販売政策で排除していないのである。

さきほどのノルマ達成のことは、卸売業者の場合にも言えることである。大抵の卸売業者は特定の製薬企業の系列下に入らざるを得なくなっているため、卸売業者は系列先の製薬企業の医薬品販売量のノルマ達成を強要されている。卸売業者がノルマを達成できない場合には、製薬企業には秘密にして現金問屋

へ安く売る事態もあるであろう。

VI 医薬品卸売業者の卸機能とその変化

1. 医薬品卸売業者の基本的な卸機能

医薬品卸売業者の基本的な卸機能は、卸売業者（卸企業）の生成、企業規模、資本設備などの点に存在しているものであると考える。医薬品卸売業者は、概して薬種商、薬店、薬局などの外売りが店頭売りから分離独立して、その外売部門から卸問屋へ、卸問屋から卸企業へと形態変化をしながら生成発展してきたものである。また、現行の医療と薬事の諸制度の枠組みの中では、医薬品卸売業者は卸企業としての企業規模、設備、人的組織、資金、その他を増大させざるを得なくなっている。

これらの点を考慮した上で、永年にわたる卸販売活動の中で生成された卸機能は、日卸連によれば、①販売および販売促進機能だけでなく、②仕入および品揃え機能、③保管および需要調整機能、④集荷および配送機能、⑤情報伝達機能、⑥金融およびリスク負担機能、⑦取引先管理指導機能、の7つの機能である。

これらの機能のほかに、新たな卸機能を付け加えなければならない。今後の医薬品の卸販売では、何よりも品質管理のために、また売掛債権の短縮化や医療機関の経営が悪化して未回収の事態が生じないためにも、卸流通の質的向上が必要であるから、ユーザーの中でも医療機関に対して経営ノウハウを提供するというコンサルティング機能を付け加えなければならない。

2. 医薬品卸売業者の卸機能の変化

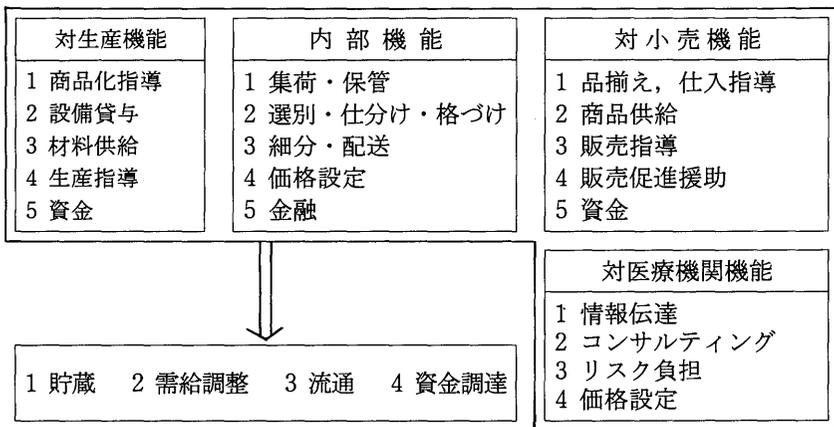
医薬品卸売業者固有の卸機能がどのように変化してきたかをここでみておく必要がある。この点については、佐藤登¹³⁾氏の見解を参考にして説明する。佐藤氏は、まず「製と販との中間者としての卸の機能が産業構造の近代化の過程でいかなる基本的変化を遂げたか」という問題意識の下で、卸機能の基本的変化と卸機能の位置づけの変化の2つの視点から叙述されているので、若干の私見も

交えながら同氏の見解を要約して説明する。

(1) 卸機能の基本的変化

医薬品の生産や小売が未発達時代には、卸売業者は文字どおり生産と小売を結ぶ仲介者としての役割を果たしていた。図のように、卸は集荷・保管、選別・仕分け（等級づけ）・格づけ、細分（小分け）・配送、価格設定、金融（資金調達）などの内部機能を持っていた。それによって卸売業者は医薬品の需要を量的、質的、時間的、地域的に調整しながら、大きな保管と配送手段を占有して、薬価を操作し、医薬品の卸流通を支配していた。その後、工業の発達と技術革新によって、卸問屋などの卸売業者の製薬企業に対する先導権は急速に後退し、消滅していった。特に、製薬企業の大量生産による大量販売や資本の論理の追求は、薬価設定の主導権を握ることとなり、製薬企業は卸問屋などが持っている旧来のいくつかの卸機能に対しても強大な主導権を持つようになっていく。その大量販売の技術は小売業者を支配していったために、卸売業者は小売業者に対する主導権も失うことになった。このような卸機能の基本的変化

図2 卸売業者の卸機能



注 佐藤登、「卸機能の位置付けの変化」、『月刊薬事』、第21巻、第11号、昭和54年、248ページ、の図に対医療機関機能を加筆した。

の中で卸機能として残ったのは、集荷、保管、受注、小分け、配送などの物的取引流通に関する活動のほかに、内部機能に係わる管理機能である。

このような卸機能が近代的な卸機能として整備されてきたのは、私見によれば、医療・薬務行政や医薬品の需給構造に大きな変化があったからである。昭和34年の新国民健康保険法の施行によって36年から国民皆保険制度が確立し、医療・薬務行政が具体的に展開されていく過程の中で、人口構造の変化、受療構造の変化、医療機関や病床の増加、医療技術の向上、医療制度や診療報酬の出来高払制度などの諸変化や制度的不備に起因して医療用医薬品の供給が急速に増大してきた一方で、社会の変化、受療構造の変化などに起因して医療用医薬品の需要も急速に増大してきたからである。このことが既述のような今日のいくつかの医薬品卸売業者の形態を形成してきたわけである。どの形態の卸売業者であっても、中心的な卸機能は8つの機能のうちの販売および販売促進機能であることには変わりはない。このことは、卸売業者が店頭販売形式ではなく、大病院の入札納入を除いて医療用医薬品の約60%以上を開業医から受注し、そこへ直接納入するという訪問販売形式で行っていることによく現われている。

いずれにしても、医薬品卸売業者は特に医療用医薬品の流通という専門的領域の担い手として重要な機能を果たしている。

(2) 卸機能の位置づけの変化

戦後、最近の40数年間における医薬品の卸機能の位置づけをみる限り、卸機能はそのときどきの医療構造や薬事構造ひいては薬業界の置かれた環境変化を反映して変わっている。その反映の仕方はそのような環境の変化に対する順応度の遅速によって異なっている。

医薬品の卸機能の位置づけの変化は、卸流通経路や卸流通主体などがいかに変化したかという視点から見出すことができる。医薬品の卸流通経路には、流通チャンネルのところで説明したように、医療用医薬品の流通経路（医系ルート）と一般用医薬品の流通経路（薬系ルート）に大別することができる。医薬品の卸機能の変化を問題視する場合には、その医療用医薬品の流通あるいは流

通機能や流通主体を中心にして考えなければならない。医薬品用途区分別生産額の傾向をみても、医療用医薬品の生産額の方が約85%と多く、医薬品卸の主流を占めているのは全国卸あるいは医系ルートと薬系ルートの両方を持つ総合卸であるからである。(大都市には戦後発生してきた医専卸並びに総代理店がある。特に、大阪では、老舗の有力な製薬企業が総代理店を通じて医専店を系列化していったことが、医専店を存続させるとともに、製薬企業にとっては生産と販売にわたる強固なワンセット流通体制を築かせているという地域的な特色があることも当然考慮しておかなければならない¹⁴⁾。

医薬品の卸機能の変化は、佐藤登氏によれば、①卸部門の分離、②卸の代理店化、③流通の専門化(主として医療用医薬品)のように変化していつている。

① 卸部門の分離

既述したように、戦後の医薬品ブームの到来とともに製薬企業(メーカー)は大量生産や新薬の開発を行い、それを大量販売しようとした。この販売に直面して販売促進政策と乱売防止策が練られた。特に、有力な新薬メーカーは、全国的に自社系列下の卸売業者あるいは取引店を配置し、他方では各地域卸としてその地域の医薬品の元卸をしていた卸売業者の2次取引を制限していくという販売戦略を展開した。この戦略は新薬メーカーの大量生産を背景とした販売促進政策である。この政策が結局のところ薬局・薬店の卸部門の分離を促進する誘因となった。

② 卸の代理店化

卸部門の分離とは薬局・薬店の外売部門の形成を意味しているが、この部門が発展した形態の卸売業者(卸企業)の卸機能は、既述のように、限られており、現状では製薬企業が大量生産した医薬品の送込先とならざるを得ず、特に資金調達機能の点では必然的に製薬企業の資金に依存させられるであろう。このことは製薬企業が卸売業者に対する債権を管理強化していることを意味する。この製薬企業による卸売業者の債権の管理強化を契機として卸売業者を支配し、独自の販売組織を形成して自社製品の販売網を上げようとする販売戦略

を立てるであろう。この戦略展開の過程において、製薬企業が販売網の拡大を名目とし、債権保全を実質的な目的とした卸薬業界の第1次流通再編成を行った。このことは、製薬企業が卸売業者（卸企業）を系列下に置いたことを意味する卸の代理店化ということである。この製薬企業主導型の流通再編成が明確になった時期は昭和37年ごろであり、国民皆保険制度が確立した翌年であった。このころは卸売業者が製と販を結ぶ調整者としての自主的な卸機能から後退し、特定の製薬企業の販売代理店的性格を明白にしていく過程であったと佐藤氏はみなしている。

③ 流通の専門化（主として医療用医薬品）

そのような流通再編成の時期には、既述したことであるが、医薬品の需要構造が大きく転換した。ここでは薬務行政のこのみ再述する。昭和39年に出された厚生省通達『医薬品の広告についての自粛規制』は医薬品産業界の転換を如実に示すものであった。さらに、昭和40年のアンプル入りかぜ薬事件¹⁵⁾とそれを機に出された製造・販売・使用の禁止措置、40年末の厚生省通達『医薬品販売に伴う海外旅行招待等の自粛について』、45年の添付廃止に関する厚生省通達、48年の製薬協によるJGMP案作成、50年のGMP実施細則に関する厚生省通達と相次いで医薬品の安全性と有効性を追求する厳しい措置がなされた。これらの措置は、医薬品の安全性と有効性を追求する措置になるとともに、医薬品の製造と販売に関する厳しい規制措置であった。製薬企業の資本の論理に立った大量生産と大量販売による卸や小売の流通段階の支配、したがって製薬企業主導型の卸売価格・小売価格の設定、卸市場と小売市場の双方の市場占有率の増大を狙った製薬企業の行動に多少の制約を加える措置である。これらの措置の下で、卸売業者（卸企業）は現行の医療体制の中で医薬品の研究開発や製造・輸出入を担当する製薬企業と直接医薬品を使用する医療機関特に医師・薬剤師との間の流通担当者であり、既述の8つの医薬品卸機能を持つことは医薬品の安全性の確保に貢献しているという意味で不可欠の専門的機能を果たしている者であることを強調しなければならない。

以上のような医薬品卸機能の位置づけの変化において、とりわけ医療用医薬品の流通を卸の専門的役割として十分に認識する場合には、卸機能を従来のように卸企業の合併などの卸再編成や大型化競争に基づく集約化、集約化による流通構造の近代化・合理化と流通秩序の維持、流通コスト低減という簡単な図式だけで、卸流通の専門的役割を考えるのは不十分である。¹⁶⁾やはり卸流通コストとそのサービスの質との

表1 国民医療費の推移

年次	国民医療費		国民1人 当医療費 (千円)
	総数 (億円)	対前年増加率 (%)	
昭和30年度	2,388	—	2.7
35	4,095	71.5	4.4
40	11,224	174.1	11.4
41	13,002	15.8	13.1
42	15,116	16.3	15.1
43	18,016	19.2	17.8
44	20,780	15.3	20.3
45	24,962	20.1	24.1
46	27,250	9.2	25.9
47	33,994	24.7	31.6
48	39,496	16.2	36.2
49	53,786	36.2	48.6
50	64,779	20.4	57.9
51	76,684	18.4	67.8
52	85,686	11.7	75.1
53	100,042	16.8	86.9
54	109,510	9.5	94.3
55	119,805	9.4	102.3
56	128,708	6.4	109.2
57	138,768	7.9	116.8
58	145,100	4.6	121.7
59	148,800	2.5	123.9

関連をいかに図っていくかという視点からも卸機能の位置づけを考えておかなければならない。卸売業者はコスト低減化を図りながら売上高の低伸長にいかに対応していくかが問題となるからである。

VII 医薬品の卸販売額

昭和59年度(58年4月～59年3月期決算)の医薬品の卸販売額は、(株)クレジット・コンサルタントの調査によれば、3兆2,939億円であり、45年度に比べてこの15年間に3.7倍増加しており、この期間では増加傾向を示している。¹⁷⁾しかし、その卸販売額の対前年増加率は昭和55年度以降低下傾向を示し、

資料 厚生省編、『社会医療調査』。

注 昭和59年度は厚生省保険局推定(予算ベース)。

特に59年度には薬価引下げが影響して2.6%へ急落している有様である。

表2 医薬品総生産額と卸販売額の推移

項 目 年 次	卸 販 売 額 (百万円)	対前年増加率 (%)	総 生 産 額 (百万円)	対前年増加率 (%)
昭和45年	883,092	17.2	1,025,319	21.7
50	1,425,372	2.2	1,792,406	5.4
55	2,369,591	12.0	3,482,177	14.5
56	2,621,867	10.6	3,679,139	5.7
57	2,914,807	11.2	3,980,232	8.2
58	3,211,858	10.2	4,032,057	1.3
59	3,293,933	2.6	4,027,996	- 0.1

資料 総生産額は『薬事工業生産動態統計年報』。

卸販売額は(株)クレジット・コンサルタント調査。

注 卸販売額から仲間売りは除外している。

表2において、総生産額と卸販売額との差額は主に製薬企業の直販分、輸出分および在庫分の額を表わしているが、総生産額は『薬事工業生産動態統計年報』で把握された金額であるのに対して、卸販売額の調査はむつかしく卸全体の把握が困難であるという調査の違いによる金額も表わしている。

昭和60年度（59年9月～60年10月期決算）の主要卸企業で上位108社の卸販売額、経営利益、税引利益および従業員数は、表3の通りである。最大手卸企業はスズケンである。上位10位までの大手卸企業はやはり東京と大阪に集中している。

医薬品卸販売額の対前年増加率は、日本医薬品卸業連合会が毎年出している『医薬品卸売業の現状と将来』によれば、昭和49年に17.9%の大幅な伸びを示して以来57年まで常に10～11%台の安定した伸びを維持してきたが、卸薬業界を取り巻く経営環境の激変によって58年を境として一挙に5%以下の低成長へと

表3 主要な卸企業で上位108社の売上高、利益および従業員数 単位：百万円

売上高 順位	卸企業名	所在地	売上高	経常利益	税引利益	配当 (%)	従業員数 (人)
1	スズケン	名古屋	246,850	4,170	619	10	4,320
2	クラヤ薬品	東京	141,408	2,939	1,083	—	1,900
3	三星堂	神戸	120,380	3,426	1,349	15	1,885
4	日本商事	大阪	111,007	3,319	1,119	20	2,200
5	福神	東京	97,549	951	221	30	1,426
6	東邦薬品	東京	93,323	1,707	686	20	1,663
7	小林製薬	大阪	68,253	1,167	519	50	1,063
8	丹平中田	大阪	65,381	411	151	17	918
9	サンエス	仙台	61,796	1,033	238	12	1,000
10	秋山愛生館	札幌	61,264	1,568	1,012	20	738
11	中北薬品	名古屋	55,200	310	200	—	1,103
12	昭和薬品	名古屋	54,368	1,630	596	20	1,011
13	コイヤク	北九州	46,991	1,173	503	—	733
14	富田薬品	熊本	46,592	853	381	20	900
15	鍋林	松本	44,219	459	169	12	654
16	ニチエー	新潟	42,420	1,430	610	—	—
17	ホシ伊藤	札幌	41,921	1,278	525	20	424
18	イワキ	東京	41,790	554	296	11	590
19	モロオ	旭川	40,593	1,556	718	25	540
20	中川安	東京	40,132	329	68	0	734
21	大木	東京	38,047	273	92	16	527
22	九宏薬品	福岡	36,063	788	366	15	760
23	マルタケ	新潟	36,196	662	215	0	671
24	成和産業	広島	33,990	342	200	15	751
25	九薬	福岡	33,351	702	351	15	718
26	林薬品	岡山	32,730	1,208	506	—	—
27	中薬	名古屋	32,708	226	62	10	520
28	重松本店	大阪	32,670	437	187	12	573

売上高 順位	卸 企 業 名	所在地	売上高	経常利益	税引利益	配当 (%)	従業員数 (人)
29	東京医薬品	東京	32,251	277	57	10	743
30	大森薬品	東京	31,933	357	123	20	566
31	小田島	花巻	29,419	232	90	10	770
32	潮田薬品	水戸	27,900	365	29	15	447
33	大正堂	熊谷	27,577	288	102	15	518
34	大協	神戸	26,304	530	233	12	438
35	嶋路	京都	25,380	406	238	—	—
36	宮崎温仙堂商店	諫早	25,254	324	96.3	12	573
37	高田東栄薬品	東京	25,100	340	140	10	480
38	大阪薬品	大阪	25,003	523	306	30	410
39	千秋薬品	秋田	24,836	403	162	15	462
40	杉本新和	広島	24,384	804	317	15	438
41	ケンコー産業	広島	23,812	666	252	10	460
42	川口屋	福岡	23,757	315	133	—	591
43	エーシン	仙台	22,568	128	57	—	—
44	エーメイ	大阪	22,541	92	—	—	525
45	加藤薬品	東京	21,904	44	15	15	340
46	小林大薬房	名古屋	20,910	5,797	23	15	441
47	吉村薬品	大分	20,785	667	272	12	340
48	白石医薬興業	名古屋	20,416	94	54	12	364
49	王水堂薬品	松江	18,800	439	186	12	380
50	光洋薬品	広島	17,785	179	82	12	403
51	日生あつみ薬品	静岡	17,730	116	36	10	397
52	船橋薬品	名古屋	17,689	129	7	—	—
53	山尾薬品	京都	17,587	387	148	20	357
54	井上誠昌堂	高岡	17,414	—	32	30	358
55	松本薬品	松山	17,370	313	86	—	279
56	ニチヤク	大阪	16,917	165	—	—	316

売上高 順位	卸 企 業 名	所在地	売上高	経常利益	税引利益	配当 (%)	従業員数 (人)
57	エ イ ワ	新居浜	16,829	210	204	25	353
58	和 光 薬 品	秋 田	16,680	375	135	—	—
59	東 日 本 薬 品	水 戸	16,487	197	65	25	310
60	吉 井	熊 本	15,430	232	109	12	558
61	市 山	和歌山	15,229	214	72	10	282
62	兵 東 薬 販	尼 崎	15,017	98	12	—	330
63	ダ イ ワ 薬 品	松 山	14,858	378	135	10	263
64	良 互 薬 品	岡 山	14,606	24	20	—	367
65	明 希	金 沢	14,535	203	103	20	230
66	鶴 又 薬 品	五所川原	14,398	96	36	40	176
67	中 沢 薬 業	高 知	13,836	450	470	15	245
68	カ ワ イ	長 野	13,692	109.7	39	10	309
69	安 藤 藤	高 崎	13,605	188	85	—	228
70	栢 屋 薬 品	岐 阜	13,184	—	—	15	288
71	平 田 天 命 堂	大 分	13,015	312	122	12	228
72	ケ ン コ ー	福 岡	12,646	156	71	15	277
73	岡 野 薬 品	松 本	12,600	285	118	—	—
74	安 藤 薬 業 公 司	岐 阜	12,259	283	111	10	204
75	石 舘 商 事	青 森	12,220	147	37	15	253
76	上 羽 商 事	京 都	12,061	68	21	—	261
77	天 泉 三 丘 薬 品	大 阪	11,924	89	20	—	245
78	藤 村 薬 品	長 崎	11,900	107	27	—	—
79	神 原 薬 業	高 松	11,805	175.6	79.8	12	245
80	湊 川 薬 品	神 戸	11,794	65	13	—	—
81	サ ン ダ イ コ ー	大 分	11,577	170	89	12	210
82	酒 井 薬 品	東 京	11,511	11	4	—	227
83	藤 販	大 阪	11,438	222	87	12	164
84	岡 山 医 薬 品	岡 山	11,357	503	250	—	—

売上高 順位	卸 企 業 名	所在地	売上高	経常利益	税引利益	配当 (%)	従業員数 (人)
85	河 野 薬 品	広 島	11,320	194	97	20	257
86	ダ イ ゴ	京 都	10,712	56	52	15	213
87	土 屋 薬 品	長 野	10,689	129	46	15	276
88	松 井 薬 品	富 山	10,581	—	—	10	238
89	カ サ マ ツ	富 山	10,573	67	44	15	221
90	林 薬 品	鹿 児 島	10,495	252	85	12	—
91	琉 薬	沖 縄	10,394	166	86	17	116
92	讚 岐 薬 品	高 松	10,305	184	77	15	197
93	アイチメディカル	名 古 屋	9,902	204	92	10	162
94	出 羽 薬 品	山 形	9,817	91	36	15	212
95	ヨシマツ薬品	熊 本	9,745	59	12	—	214
96	ヤ ナ イ 薬 品	鹿 児 島	9,693	250	102	15	196
97	サンエイ薬品	徳 島	9,624	196	68	15	195
98	西 部 薬 品	佐 賀	9,554	133	53	12	212
99	中 西 清 薬 品	大 阪	9,472	99	32	20	177
100	岡 内 勲 弘 堂	高 松	9,467	146	34	—	184
101	三 重 薬 品	津	9,174	201	60	12	189
102	良 和 薬 品	大 牟 田	9,132	140	35	12	228
103	新 生 堂	熊 本	9,018	289	94	12	150
104	弘 和 薬 品	徳 島	9,000	—	580	20	166
105	新高橋盛大堂	大 阪	8,411	14	9	12	115
106	日 本 海 薬 品	米 子	8,260	—	3	33	200
107	大 石 薬 品	久 留 米	8,020	109	43	15	195
108	堺 薬 品	宮 崎	7,828	30	13	0	82

資料 ㈱クレジット・コンサルタントの調査。薬業時報社編、
『薬事ハンドブック '86』、昭和61年4月、144～147ページ。
注 集計決算期は昭和59年9月～60年10月。

急激に落ち込んでいる（表4）。

表4 昭和51年以降の卸販売額の対前年増加率と
経費増加率

単位：%

年次	卸販売額の 対前年増加率	経費増加率	卸企業数
昭和51年	10.71	14.57	644
52	11.53	9.82	640
53	11.74	11.06	620
54	11.04	7.46	604
55	11.48	9.71	584
56	10.48	10.40	542
57	10.34	10.15	525
58	10.59	9.73	513
59	4.44	6.78	491
60	1.28	1.76	486

資料 日本医薬品卸業連合会編、『医薬品卸業の現状と
将来』、昭和51年～60年版。

注 卸企業数は日卸連加盟卸企業数である。

このような医薬品卸販売額の対前年増加率が鈍化した背景の事情としては、
薬業時報社編『薬価冬の時代』(昭和59年)が指摘した6つの点¹⁸⁾の通りであると
思われるから、その諸点を挙げることができる。

① 薬価基準年1回改正の影響

薬価基準は、昭和56年6月の全面的な18.6%、58年1月の4.9%、59年3月の全面的な16.6%、60年3月の6.0%、61年3月の5.1%とそれぞれ引き下げられ、薬価差益が徐々に圧縮し始めていることをまず挙げる事ができる。そのため、最終的には医療機関などのユーザー側に買い控え気配が増大していることが、卸販売額の売上低迷に直接響いている。

② 医療費抑制策の浸透

医療費抑制策は、昭和57年度（医療費は年度で推計）までは薬価基準改正と

いう薬価政策を除いてさほど具体的なものはなく、受診抑制効果はなかったが、57年2月施行の老人保健法以降は老人（この法では満70歳以上）の受療意欲を減退させ、老人医療費の抑制に大きな効果を与えた。さらに、昭和58年にはレセプト（診療報酬請求明細書）審査の厳格化が始まった。これは医療機関の薬剤の過剰投与を自主的に抑える効果を与えたが、過剰投与の傾向は依然として後を絶っていない。

③ 新薬開発の停滞

昭和56年6月の全面的な薬価の大幅引下げ時には、その直後に新薬の大型商品が続々と医薬品市場に登場したので、当所予想されたほどの医薬品市場への影響はなかったと言われている。昭和58年以降は、新薬の上市は一段落し、レセプト審査の厳格化の影響も受けて新薬の上市は停滞し、新薬の市場への寄与率は小さかった。

④ 売上高競争やシェア競争激化による値引き要請の増大

薬価面では、いままでのように医薬品市場全体の規模は大きくなりそうもないので、個々の卸企業（卸売業者）は売上高、したがって市場占有率（マーケット・シェア）拡大策を採らなければならない。そのため、各卸企業間の競争は激化し、卸売価格の維持は不安定となっている。また、非薬価面では、回収期間の長期化を求める動きがあり、それへの対応が緩くなり、かえって資金繰りの悪化という悪循環が生じている。

⑤ 一部の医療機関の経営悪化

医療機関の経営環境は、医療費抑制策の浸透によって従来よりも厳しくなっている。そのため、中には倒産もあり、倒産件数は増加傾向をみせている。卸企業としては、市場占有率の拡大策とは逆に、医療機関へ医薬品を卸売した場合の債権保全策もより強化せざるを得なくなっている。このようなリスクを回避しようとする卸企業の姿勢が医業経営の不安定な医療機関への卸販売を躊躇させている。

⑥ 変則流通の拡大

自治体病院や民間の中小病院、開業医などの中には現金問屋からの仕入れ意欲を高めている。特に、地方の自治体では傘下の病院の医薬品購入窓口を一本化したり、自治体病院共済ルートの利用率が高まっている。また、薬価そのものの、生産者価格、卸売価格、小売価格、DM価格（Direct mail price）などの価格情報が全国的に入手し易くなったため、一部の自治体病院や公立病院などでは最低価格での納入を要求される場合が増え、第1次卸売業者が実質的に対応できない例があると言われている。また、宅配輸送網の整備が医薬品の配給配送を効率的に行わせていることが現金問屋を中心として現金市場の存在意義を高めている。このように、医薬品の流通経路もかなり変則的になってきている。

このほか、薬害やそれを起こした製薬企業への薬不信、健康意識の昂揚（セルフメディケーション再認識を含む。）などの要因も間接的にさまざまな影響を与えているが、これらのことは昭和58年からの卸販売額やその対前年増加率の急激な落ち込みの主因ではないであろう。

VIII 医薬品卸売業者の上位集中度

医薬品卸売業者の上位集中度とは、医薬品卸売業者（卸企業）の総販売額に占める上位X社の販売額の割合のことである。このX社を1～10位、1～50位、1～100位、1～200位、1～300位とした上位集中度は、表5の通りである。

表5 卸販売額における上位集中度

単位：%

売上高順位区分	昭和50年	55年	56年	57年	58年	59年
1～10位	20.1	22.6	23.7	24.5	25.2	25.9
1～50	48.0	51.7	53.5	54.5	55.4	56.9
1～100	65.2	69.4	71.4	72.7	73.4	75.3
1～200	84.9	88.7	90.5	91.9	92.2	93.5
1～300	93.5	96.1	97.1	98.0	98.0	98.5

資料 薬業時報社編、『薬事ハンドブック '86』、昭和61年。

原資料 ㈱クレジット・コンサルタント調査。

医薬品卸売業者の経営環境は、薬価改定と国民医療費抑制策の影響を受けて、極めて厳しくなってきた。そのため、卸販売市場の拡大と生き残りを目的とした企業合同や合併が行われている。昭和58年以降の合併はまさに生き残り策としてのものであり、したがって卸薬業界の再編成の進行とともに、卸売業者の上位集中が進んでいる。昭和59年には、クレジット・コンサルタントの調査によれば、上位10社の集中度は25.9%であり、50年に比べて5.8%上昇しているが、上位50社では56.9%で50年に比べて8.9%上昇している¹⁹⁾。

医療用医薬品の卸売業者（卸企業）のうち主要300社で医療用医薬品全体の約80%の供給を占め、200社では70%を占めている。さらに、上位100社では55%、上位50社では45%を占めている。この点からみれば、第1次卸売業者とみなされる卸企業は約300社とみなされている。

このように、卸売業者（卸企業）の上位集中度は徐々に高まっている。

IX 医薬品卸売対象別構成比と医薬品用途別構成比²⁰⁾

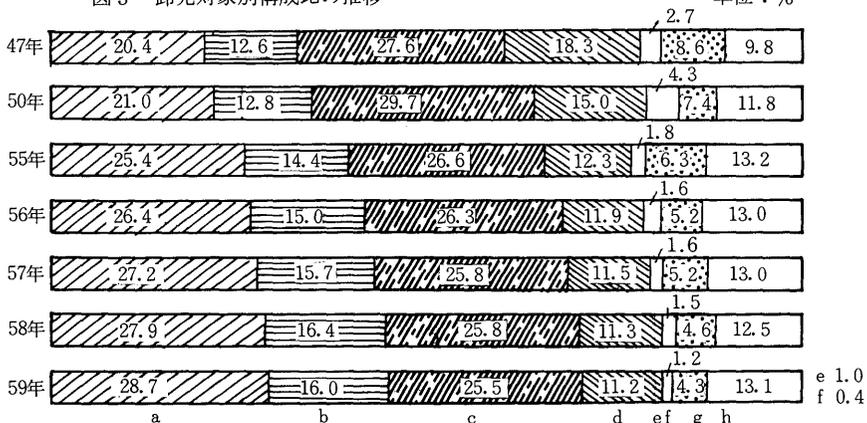
昭和59年の卸売対象別構成比では、大病院が28.7%と最も多く、次いで一般診療所の25.5%、病院の16.0%、薬局（薬種商と大型店を含む）が11.2%の順となっている。

医薬品の卸売対象別構成比を昭和47年と59年の13年間の推移で見れば、前記の調査では、大病院（200床以上）が8.3%増加し、病院（20～199床）が3.4%増加しているだけで、一般診療所（20床未満）は2.1%、薬局（薬種商と大型店を含む）は7.1%といずれも減少しており、特に薬局の低下傾向が目立っている（図3）。

大病院や病院への卸販売は、卸売業者が行うが、実質的には製薬企業が特定の卸売業者を通じて行っている。製薬企業は多いところでは常時10人ほどの対大病院用あるいは病院用のプロパーを持ち、どの卸売業者を通じて販売するかという実権を握っている。卸売業者としてもその特定の製薬企業の特約的な卸売業者に指定される方が経営上有利であるため、医薬品の販売競争において相

図3 卸売対象別構成比の推移

単位：%



- a 一大病院 (200床以上) d 一薬局 (薬種商・大型店含む) g 一仲間 (医専店、輸出を含む)
- b 一病院 (20~199床) e 一事業所 h 一医薬品以外
- c 一般診療所 (20床未満) f 一小売

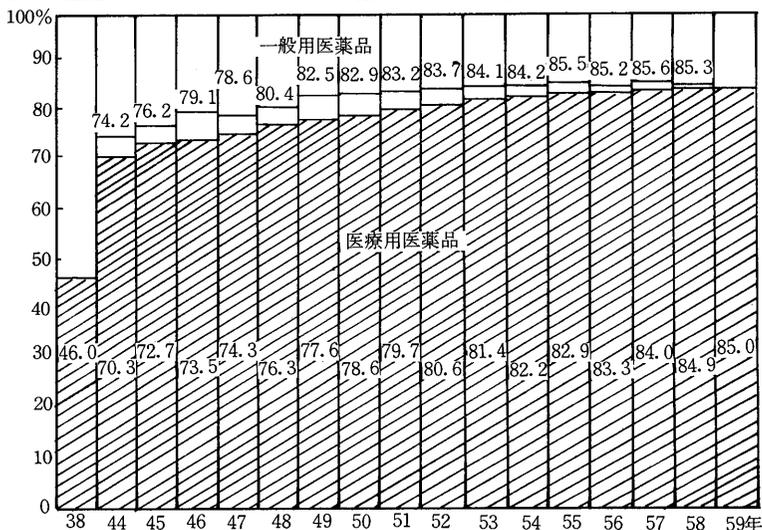
原資料 (株)クレジット・コンサルタント調査。

当の無理をしてでも卸販売額を増やそうとする。これに対して、製薬企業の方も医薬品の販売額を増やすために卸売業者にあの手この手のリベイトを与え、製薬企業としても販売の流通経路を確保しようとするわけである。このリベイトが多いため、また製薬企業がリベイトで卸売業者を縛っているため、大問題が生じている。そのため、厚生省としても「流通近代化協議会」(昭和58年3月設置)が59年12月に中間報告『医療用医薬品の取引に関するメーカーと卸売業者のモデル契約要綱』を策定して、リベイト中心の取引の実態を指摘し、マージン中心の取引に改めるよう勧告したほどである。

昭和59年の医薬品用途区分別構成比では、医療用医薬品の卸販売額は85.0%、一般用医薬品の卸販売額(薬局における医療用医薬品の販売額を含む。)は15.0%となっている。図4のように、昭和38年以降、医療用医薬品の卸販売額は増大していたが、ここ数年はその対前年増加率が1%未満となり、増大傾向に歯止め

がかかっている。医薬品総生産額における医療用医薬品と一般用医薬品の生産額の比率がそのまま卸販売額のもの比率にも現われている。医療用医薬品の卸

図4 生産と卸販売における医療用医薬品と一般用医薬品の構成比 単位：%



注 上段 生産(生産額を100とした比率)……『薬事工業生産動態統計年報』。
 下段 卸販売(卸販売額を100とした比率)……(株)クレジット・コンサルタント調査。
 卸販売の一般用医薬品には薬局における医療用医薬品を含む。
 資料 『薬事ハンドブック '86』,昭和61年。

販売を行う卸売業者（卸企業）が微増していることに加え、VIIで説明したことの結果が現われているわけである。

X 全国卸売業者（卸企業）の経営実態概況²¹⁾

全国の卸売業者の経営実態の概況を資料に基づいて説明する。たとえば、公正取引委員会が昭和55年時点で調べた卸売業者の主要30社の経営状況によれば、同年の売上高増加率は対前年比12.4%と好調であったが、売上高経常利益は2.4%、売上利益率は1.0%と極めて低い状況であった。

(株)クレジット・コンサルタントが昭和57年6月時点で調査した主要な卸売業者（卸企業）の決算からみた「全国医薬品卸経営効率表」によれば、全国555社平均で営業粗利益率は13.6%であり、これから営業费率12.8%を差し引いた営業純益率は0.8%となっている。同調査機関の昭和59年6月時点で調べた主要卸売業者の58年7月期決算～59年6月期決算という期間の決算からみた「全国医薬品卸経営効率表」によれば、全国477社平均で営業粗利益率は13.6%であり、これから営業费率12.9%を差し引いた営業純益率は0.7%となっており、比率的には57年とはあまり変わっていない。

この昭和59年6月期決算の時点で特に目立つことは、生産性指標を示す従業員1人当り月商が57年6月期決算の時点の392万円から59年の432万円へ増加し、セイルスマン1人当り月商でも57年の776万円から59年の848万円へ増加したのに伴い、従業員1人当り月粗利益も57年の53万3,000円から59年の58万9,000円へと増加していることである。この増加の原因は次の点にあると思われる。昭和55年から59年にかけては、53年7月の薬価調査に基づいて56年6月に一部の薬剤費が18.6%と大幅に引き下げられ、58年1月に57年1月の薬価調査に基づき一部の薬剤費が4.9%、59年3月には全面的に薬剤費が16.6%、60年3月には一部の薬剤費が6.0%、61年3月には一部の薬剤費が5.1%とそれぞれ薬価が引き下げられたにもかかわらず、相次ぐ新薬ラッシュで、その新薬の卸販売額の増加分が薬価引下げによる卸販売額の減少分を埋め合わせたという点にあると思われる。

収益性については、昭和59年には営業粗利益率が13.6%、これから営業比率12.9%を差し引いた営業純益率は0.7%である（表6）。この営業純益率の低下は、主として営業粗利益率の上昇幅以上に営業费率が上昇したこと、特に人件费率（人件費÷営業粗利益率）が55.1%（前年同期53.3%）とかなり上昇したこと起因している。昭和53年には、営業粗利益率が13.8%、営業费率が13.2%で純益率は0.6%であった。人件费率は56.2%（前年同期53.5%）であった。

安全性については、支払が4.9か月（前年同期5.1か月）、借入が1.0か月（同0.9か月）、在庫が1.1か月（同1.2か月）、回収が4.0か月（同4.0か月）であり、資金

表6 全国医薬品卸経営効率表

(昭和58年7月期決算～59年6月期決算)

項目	クラス別(企業数)	5A(34)	4A(42)	3A(75)	2A(40)	1A(65)	B(28)	C(38)	D(92)	E(63)	平均・計(477)	*(699)
	従業員	32,262	15,623	15,012	4,438	3,610	1,243	710	1,253	447	74,598	66,722
收益性 (%)	営業粗利益率	14.1	12.9	13.2	12.8	13.6	12.1	15.1	19.0	20.2	13.6	13.8
	営業費率	13.2	12.4	12.7	12.3	13.1	11.7	14.6	18.3	19.5	12.9	13.2
	営業純益率	0.9	0.6	0.6	0.5	0.4	0.4	0.5	0.9	0.8	0.7	0.6
	総資本純益率	1.5	1.0	1.0	0.9	0.8	1.0	1.1	1.8	1.6	1.3	1.0
	自己資本純益率	12.5	12.7	12.6	14.2	10.0	9.3	7.3	13.7	9.2	12.4	13.9
	人件費対粗利比率	51.4	58.3	60.6	58.4	58.4	51.3	54.8	52.8	56.9	55.1	56.2
	金融費対粗利比率	3.2	4.2	4.5	5.0	4.5	8.4	4.5	3.9	3.7	3.9	5.6
安全性	減価償却費対粗利比率	2.0	2.4	2.4	2.5	2.1	2.2	2.6	2.3	3.0	2.2	2.7
	支払(月)	4.9	5.0	5.0	4.9	4.7	3.3	3.8	3.2	3.0	4.9	5.6
	在庫(月)	1.1	1.1	1.2	1.1	1.1	0.6	1.3	1.5	1.7	1.1	1.6
	回収(月)	4.1	4.1	4.2	4.0	3.5	3.1	2.7	1.9	1.7	4.0	3.9
	借入(月)	0.9	1.0	1.1	1.1	1.0	1.6	1.0	1.2	1.2	1.0	1.0
	自己資本比率(%)	12.3	8.1	8.1	6.6	7.9	10.9	14.5	13.4	17.6	10.2	10.6
	流動比率(%)	104	100	101	100	100	100	109	106	111	102	104
生産性	固定比率(%)	102	155	152	188	153	148	107	123	99	123	218
	1人当り月商(万円)	472	422	406	408	365	450	309	238	181	432	225
	セールス1人当り月商(万円)	938	846	790	792	710	863	535	386	285	848	478
	1人当り月粗利(千円)	665	546	538	524	496	543	467	453	367	589	311
	総資本百円当り月商(円)	14.4	14.8	14.6	15.4	15.8	20.0	16.4	18.0	17.7	14.7	13.8
	総資本百円当り月粗利(円)	2.0	1.9	1.9	2.0	2.2	2.4	2.5	3.4	3.6	2.0	1.9
	総資本集約度(十万円)	328	285	278	264	230	225	189	132	102	293	163
成長性 (増加率) (%)	労働装備率(万円)	307	245	234	227	184	208	204	151	136	262	105
	セールス人員比率(%)	50.3	49.9	51.4	51.5	51.4	52.1	57.9	61.6	63.5	51.0	
	月商増加率	7.3	5.9	5.0	5.0	1.1	1.7	2.0	4.9	-1.6	6.0	10.1
	粗利増加率	6.1	4.7	4.3	5.3	2.1	2.4	2.4	5.1	0.7	5.2	12.3
	従業員増加率	7.7	3.3	2.7	0.5	-0.3	-0.6	-0.1	0.1	-0.9	4.5	1.4
	総資本増加率	6.5	6.1	5.0	3.4	0.8	0.1	4.7	6.5	0.3	5.6	12.1
	1人当り月商増加率	-0.3	2.4	2.2	4.4	1.4	2.2	2.2	4.8	-0.7	1.5	8.6
成長性 (増加率) (%)	セールス1人当り月商増加率	-1.0	2.5	1.3	2.9	-0.5	3.7	2.3	2.9	0.5	0.8	6.3
	1人当り月粗利増加率	-1.5	1.3	1.6	4.8	2.4	3.0	2.5	5.0	1.6	0.7	10.8
	総資本百円当り月商増加率	0.8	-0.2	0.0	1.5	0.3	1.6	-2.5	-1.5	-1.9	0.3	-1.8
	総資本百円当り月粗利増加率	-0.4	-1.4	-0.7	1.8	1.3	2.4	-2.2	-1.4	0.3	-0.5	0.1
	総資本集約度増加率	-1.1	2.7	2.3	2.9	1.1	0.6	4.8	6.4	1.2	1.1	10.6

資料 (株)クレジット・コンサルタント調査。

注 昭和50年平均・計(*)は50年7月期～51年6月期決算のものである。

余裕（支払＋借入－在庫－回収）は0.8か月で前年と同様であった（表6）。この昭和59年に対して54年同期の安全性は、支払5.3か月、借入0.9か月、在庫1.3か月、回収3.9か月で、資金余裕は1.0か月であったから、59年の資金余裕は54年に比べて0.2か月短縮しているが、この6年間にほとんど資金の余裕はなく、資金繰りは若干逼迫している。そのため、固定資本財などの設備投資はあまり活発ではないのに、薬事法改正によって在庫施設の整備・新增設などへの投資を迫られており、卸売業者（卸企業）の経営上の安全性指標も厳しくなっていくであろう。さらに、自己資本比率は10.2%で54年同期の7.8%に比べれば増加している。

成長性については、1人当りの月商増加率は6.0%であり（表6）、昭和54年同期の10.6%よりも上昇した年もあるが、概して低下傾向にある。このことは主として従業員増加率が4.5%と54年同期2.0%以降と比べても上昇したためであろう。収益性、安全性、生産性・成長性の推移を昭和51年6月期と59年6月期で比べてみれば、表7のような特徴を指摘することができる。

表7 全国医薬品卸経営効率の比較
（昭和51年6月期と59年6月期）

	51年6月期	59年6月期	
収益性	営業粗利益率の低下 ……………	13.8%	13.6%
	営業費率の低下 ……………	13.2%	12.9%
	営業純益率の上昇 ……………	0.6%	0.7%
	人件費率の長期低下傾向 ……	56.2%	55.1%
	金融費率の低下 ……………	5.6%	3.9%
安全性	支払の短期化 ……………	5.6月	4.9月
	回収の長期化 ……………	3.9月	4.0月
	在庫の短期化 ……………	1.6月	1.1月
	借入の横ばい ……………	1.0月	1.0月
	自己資本比率の低下 ……………	10.6%	10.2%
生産性	1人当月商の増加 ……………	225万円	432万円
	1人当月粗利益の増加 …… （付加価値生産性）	311千円	589千円
成長性	従業員増加率の上昇 ……………	1.4%	4.5%
	1人当月商増加率の大幅低下 ……	8.6%	1.5%
	1人当月粗利増加率の大幅低下 ……	10.8%	0.7%

このように、卸企業の経営動向をみる限り、売掛債権の回収の長期化に伴い、支払も長期化し、人件費を中心とした営業費も増加している反面、営業純利益率の低下傾向が示されており、資金繰りに苦しみ、自己資本の蓄積が進んでいないことがわかる。この意味で、この個々の卸売業者の卸経営は苦境状態が続いて

いる。さらに、卸売業者間では、大病院や病院向けの販売競争が熾烈をきわめている。

XI 卸売業者の地域別経営概況

医薬品の卸流通については、全国的な卸経営の概況を知ることだけでは不十分である。大手企業であって大型全国卸のほかに、各地域で長年その地域特有の卸販売を続けている地方卸があることをみれば、医薬品卸流通の地域別経営概況の概略を知る必要がある。この点について、ここでは㈱クレジット・コンサルタントの調査に基づく薬業時報社のまとめ²²⁾を引用し、一覧表にして掲げる。

全国を北海道、東北、関東、甲信越静、中京、北陸、近畿、中国、四国、九州の10地域に区分し、各地域における本社所在の卸売業者数、1か月当りの市場規模、対前年売上増加率、流入比率、流出、卸売市場に占める医療用医薬品卸売市場の割合、昭和55年を100とした卸売対象別シェア、営業粗利益率、営業費率、営業純利益率および顕著な特徴について説明する（表8）。

この表によって、各地域の特徴のほかに、各地域が全国平均をどれだけ上回るか下回るかという意味で各地域の全国的な位置づけを知ることができる。さらに、医薬品の卸流通の地域間卸流通量の割合、主要な収益性指標による地域別経営概況なども知ることができる。

XII 医薬品卸売業者（卸企業）の問題点ないし課題

最近の薬業界を取り巻く環境の制度的・行政的変化（国の行財政改革の一環となった医療費抑制策や医療保険制度合理化の諸問題²³⁾、高齢化社会に対処するための老人保健制度（昭和58年2月発足²⁴⁾）をはじめとした福祉や医療に対する国家財政上の見直し政策の具体化、新薬価算定方式および年1回の薬価改正による薬価の大幅引下げ、レセプト審査の一層の厳格化、医薬品の病院納入価格問題や業界の販売姿勢に対する国会論議や社会的批判が業界関係者の努力にもかかわらず高まっていること、製薬企業と卸売業者の間の取引条件の改善など）

表 8 医薬品卸売業者(卸企業)の地域別経営概況(昭和59年)

地 域	北 海 道	東 北	関 東	甲 信 越 静
本社所在の卸売業者数(社) (前 年)	30 (33)	47 (55)	124 (133)	32 (34)
市 場 規 模(億円/月) (対全国比%)	171 5.9	241 8.4	738 25.6	194 6.7
売 上 高 増 加 率(%) (前 年) 全国平均2.1%	0.5 (11.9)	1.7 (11.0)	1.1 (10.4)	1.9 (8.4)
流 入 比 率(%)	東京, 大阪 から1.8	東京, 新潟 から83.5	愛知, 大阪 から92.5	静岡へは愛知 から66.9 他県へも愛知 から多い
流 出	流出なし		全域, 特に 大阪, 京都へ	
医療用医薬品卸売市場(%) (前 年) 全国平均84.9%	88.6 (88.3)	86.1 (85.7)	80.6 (80.9)	86.3 (86.0)
昭和55年=100とした 卸売対象別シェア(%)				
大 病 院	104	111○	112○	117○
病 院	94△	117○	114○	104○
一 般 診 療 所	113○	92△	94△	93△
薬 局	76△	91△	98△	81△
営 業 粗 利 益 率(%) 全国平均13.6%	13.3	13.5	12.6	13.2
営 業 費 率(%) 全国平均12.9%	11.9	13.1	12.1	12.5
営 業 純 益 率(%) 全国平均0.7%	1.3 (最高値)	0.3	0.6	0.7
特 徴 ●卸売対象別シェア欄の ○印は拡大傾向, △印は縮小傾向を示す。	医療用医薬品市 場へ傾斜 薬局シェアの著 しい縮小傾向	流入地域の色彩 が濃い	卸企業間競争の 激化 低収益性 低マージン	新潟は大型卸の 地元密着 大病院シェアの 著しい拡大

中 京	北 陸	近 畿	中 国	四 国	九 州
45 (47)	23 (25)	89 (93)	36 (37)	28 (29)	66 (71)
237 8.2	77 2.7	541 18.8	201 7.0	117 4.1	364 12.6
2.3 (7.0)	3.3 (8.3)	2.3 (9.0)	3.6 (9.2)	3.3 (8.0)	3.3 (10.2)
広域的に流入	3県への流入 富山17.8 石川38.5 福井79.5	関東，中部 からその他 6.4	九州，近畿 から9.9	他地域からは ほとんどなし	
愛知から大半 流出	大部分他県へ	関東，中京， 九州，四国， その他へ12.7	流出比率1.2 九州へ大部分	他地域からは ほとんどなし	
86.8 (86.8)	88.8 (88.6)	85.9	86.7	87.8	84.5
109○ 111○ 98 83△	123○ 108○ 85△ 90△	○ ○ △ △	○ △ △	○ ○ △	○ ○ △ △
13.8	13.2	16.2	14.1		13.3
13.2	12.6	14.0	13.2		13.0
0.6	0.6	1.1	0.9		6.7
病院シェアは 比較的拡大	大病院シェア の著しい拡大 域外他県勢の 流入が目立つ	病院と大病院 のシェアの著 しい拡大 経営効率面の 指標はいずれ も高い	大病院シェア の著しい拡大	医療用医薬品 市場87.8%は 全国平均より も高い	合併などの経 費圧縮で収益 性確保 大病院シェア の著しい拡大

によって、卸薬業界も大きな変化を受け、個々の卸売業者（卸企業）の経営環境も厳しくなっている。卸薬業界の総卸販売額の対前年増加率が昭和52年～58年度の平均11.0%に比べ59年度には一挙に1.28%と低下したことによく表われている。これに対処するためにはどうすればよいのか。これまでに明らかにしてきた卸薬業界、卸売業者（卸企業）の現状を踏まえて、卸薬業界全体と個々の卸売業者が直面している問題点を挙げておきたい。

1. 卸薬業界の問題点

卸薬業界全体の最大の問題点ないし課題は、卸流通の近代化である。これは個々の卸売業者（卸企業）の体質強化につながる問題である。この問題が改めて取り上げられるのは、卸企業の経営と体質強化を阻害している要因を除去したいからである。卸売業者は医薬品の卸販売をしながら卸売価格（B価）の決定権を持っていない。このような卸経営上最も重要な戦略的要因を持たない多数の卸売業者が熾烈な生き残りをかけた過当競争を展開している結果、多数の卸売業者の収益は遞減傾向を示している。この過当競争こそが既述のようなさまざまな形態の卸売業者、多様な流通経路、多彩な販売方式を生み出し、複雑な流通機構を現実存在させてきた原因となっており、その上製薬企業の販売促進政策もつけ加わって、卸売業者の収益を減少させているわけである。

その流通近代化が叫ばれた契機²⁵⁾は、いわゆる薬価ショックとなった昭和56年6月の薬価の大幅引下げ（18.6%）措置によって卸売業者が収益減に直面したときである。卸売業者が収益減を歯止めしたくても卸売価格の決定権を持たないため、相次ぐ薬価引下げ措置が収益減を増大させ、経営をますます厳しくさせている。このいわばアリ地獄の経験が、薬業界全体、特に卸薬業界全体に危機感を与えたからこそ、医薬品流通の近代化が叫ばれたわけである。このような直接の契機の前にも、医薬品の卸企業のあり方や流通コストなどの側面から国会や中央社会保険医療協議会（中医協）でなされた論議、その側面に対する社会的批判の高まりもあって、厚生省は卸の流通近代化に関する薬務行政上の対応を迫られていた。

その流通近代化の第1弾は、昭和55年10月に官民協力体制の下で厚生省薬務局長私的機関として設置された「医薬品流通対策研究会」（流対研）の最終報告（56年6月答申）である。この報告の骨子は既述のように取引条件の明確さを求めたことである。その第2弾は、たまたま同じ時期に公正取引委員会の流通対策室がまとめた流通実態調査報告書『医療用医薬品の流通実態について』である。この報告書の骨子は個々の卸売業者が製薬企業の系列下にあることを指摘したことである。公取委が昭和56年以来実施している立入検査や同委員会の既述の実態調査などが明らかにした医薬品流通問題について、それらの報告が提出した改善意見ないし提言をみる限り、第1弾の報告が卸売業界の古い体質や商習慣に改善を求めているのに対して、第2弾の報告書は製薬企業が進めている卸売業者の系列化を強く批判し、そのような製薬企業の流通支配に改善を求めている。しかし、両報告ともそれぞれの立場でニュアンスの相違はあるにもかかわらず、卸売業界だけでなく、薬業界全体の古い体質や商習慣に潜む問題点を指摘した重要な報告書であると評価しなければならない。

卸流通の近代化のための第3弾は、昭和57年10月に厚生省が流対研報告や中
医協の意見を踏まえた形で発表した『医療用医薬品流通の改善に関する基本方針』である。これは、当面3年を目途に検討を進めていくための具体的な流通改善策として、①卸売業者とユーザーとの間で、また卸売業者と製薬企業との間で策定するモデル契約書の作成、②卸売業者の流通活動におけるコスト面の効率化、③G S P（医薬品の流通過程における品質保全と技術情報の普及に関する規準。現在、日卸連が自主的に定めたJ G S Pがある。）の実施など流通活動の向上、④流通活動のシステム化、などを示したものである。この基本方針はそれ以後厚生省が薬業界への対応を進める際の薬務行政の基本姿勢となったものである。これに対して、日卸連は①製薬企業とユーザーの間の取引基本契約書の作成、②G S P基準作成への協力、③公正競争規約の策定、などを骨子とした卸売業界側の実施計画を厚生省へ提出してことは既述の通りである。この③については、日本製薬工業協会（製薬協）が示したデータ交換システムの

討議が続けられている。製薬企業側の提案は、①卸販売情報、②仕切情報、③受発注情報の各オンライン化を図ることであった。しかし、①については公取委が強く反対しているだけでなく、日卸連にも異論があるので、システムの実施が実現するのかわからない。

第4弾は、「医薬品流通近代化協議会」（昭和59年月発足）の場で討議されたことである。この近代協は、薬業界の体質や慣行の改善策を摸索するために、厚生省、公正取引委員会および業界団体で構成した三者協議会（58年2月）において設置されたものである。その討議で厚生省が当面卸薬業界に要望した4事項は第3弾の①～④である。

これらの4つの流通近代化策の中で共通した最も重要な施策は契約書の作成である。なぜそれが協議されるのであろうか。従来の医薬品取引では契約書は作成されておらず、もっぱら信用取引が中心であった。そのため、医薬品の販売業者側の債権保全、医療機関などユーザーの医薬品の仕入側の支払面において、不正な過剰サービスや裏サービスが増えたり、原因不明のトラブルが起き易い。この意味で、売掛債権の長期化や未回収などという問題は卸売業者の経営体質や商習慣に係わる問題であるから、契約書に関する協議は流通近代化策として不可欠の討議になるに違いない。

2. 個々の卸売業者の問題点²⁶⁾

第1に、医薬品の卸機能に係わる問題点がある。医薬品の卸販売は、医薬品が人命に係わる財であるという意味で医療の特殊性とも関連して、ある地域内で必要な品目と数量が迅速に販売されていなければならない。このことが多種多様な品目、1品目についても過大な品揃えと在庫を常時必要とするから、この卸販売の特殊性が卸売業者（卸企業）の収益力を圧迫する原因となっている。その収益の圧迫は資金繰りや自己資本の蓄積にも大きな影響を与えるから、卸機能も十分に発揮できなくなるであろう。

第2に、卸経営上の諸費用を最小限に抑えなければならないというコスト低減策に係わる問題点がある。卸売業者（卸企業）は相次ぐ薬価引下げ措置の影

響を直接受けて収益性の低下に直面し、その上薬価交渉の長期化によって回収期間が長期化し、資金繰りが悪化して、卸経営の苦境に立たされている。資金繰りの悪化は個々の卸経営を脅かし、ひいては卸薬業界全体の流通近代化を阻害するであろう。この意味で、卸経営上の費用をできるだけ削減するためのコスト低減策が常に大問題となる。問題はいかにしてコストの低減を図るかである。

そのためには、①今後、あらゆる経費の中で最大の割合を占めている人件費をどれだけ圧縮できるかということが最初に問題となるはずである。この点は、まだ機械的な効率化が始まったばかりで内勤管理部門の合理化が完了していないこと、地元卸の場合は雇用を期待されていること、などの理由で、人件費の圧縮はあまり期待できないであろう。また、外勤率の上昇を図る必要がある。医薬品卸企業の外勤率はまだ高いとはいはいえず、日卸連加盟の卸企業では平均50%程度と言われている。この外勤率を高めることが人件費の遞減効果をもたらせると言われている。

② 近年、卸機能の1つである配送機能を高めるために、大手卸はその資金にものを言わせて大型配送センターを建設し、それによって従業員減、デポ単位（個々の配送拠点ないし配送所）の倉庫機能の縮小などを図れるという長期的な利点がある。しかし、それだけの設備投資のできない卸売業者ではむしろ設備投資の繰延べがコスト低減策となり得るという考え方もある。

③ 多数の卸売業者がコンピューターの導入で卸経営の効率化に必ずしも成功しているとは限らないから、高機能を持つコンピューターの導入は「短期的には」コスト低減化のために有利な要因とはならないであろう。

第3に、卸売業者は昭和54年施行の改正薬事法によって厚生省の監視をいまままで以上に受けるという意味で、医薬品を専門的に扱う卸売業者としての責務の重要性を再認識しなければならないということである。この点も問題点であるとみなすことができる。特に、「卸一般販売業」の名称と記帳義務が法文に規定されたことである。この規定は卸売業者の設備費を増大させ、記帳義務の方

は収益の取得に大きな影響を与えるからである。それだけに、今後は卸販売上付加価値生産性の上昇、営業総利益率の向上、売掛債権の短縮化などの収益性に重点を置いた営業面の改善がますます必要になるであろう。

第4に、医薬品のユーザーである医療機関に係わる問題点がある。

① 医療費抑制策の一環として行われている薬価の大幅引下げに直面して従来から叫ばれている債権短縮問題は解決するどころかかえって長期化する傾向にある。ユーザーはますます売掛債権、逆に卸企業への支払遅延の長期化を望むであろう。卸売業者は債権期間をいかに現状維持（昭和57年6月時点のクレジット・コンサルタントの調査では、3.9か月）していくかで精一杯であると言われている。実際、日卸連はユーザー獲得のために債権期間の長期化を認める卸売業者が出て、卸販売の市場独占率競争が激化することを予想し、債権面や価格面の取引に関する基準づくりの是非を厚生省に要望している。

卸売業者が医療機関および同関連企業のうちで倒産して企業との取引を停止せざるを得ない状況も生じてきている。昭和58年の医療機関の倒産は50件を越えている。このような債権の未回収から被る損失を考慮して、卸売業者は債権保全を図ろうとする警戒心を高めている。さらに、卸売業者は不良債権を持つユーザーとの取引を縮小し、該当する販売担当者のノルマの軽減措置を図る場合も増えている。この点からも卸売業者とユーザーの間の契約書の作成が必要になる。卸売業者としては、取引先の医療機関には倒産しないための経営ノウハウを提供するというコンサルティング機能を発揮することも必要である。

② 医薬品の販売ではかつての量的増大を最大目標とした時代から今日のような質的向上を図らなければならない時代へ変わっているため、卸売業者は医療機関へ質の高い医薬情報サービスを迅速に提供する必要性が高まっている。その必要性に答えるためには、卸売業者自身が卸機能の質的向上を実践するとともに、ユーザー特に医療機関に対するコンサルティング機能を開発するなどマネジメントサービスの強化をより一層図っていかなければならない。

第5に、製薬企業に係わる問題点がある。

① 卸売業者が製薬企業から受け取るリベイトの多寡は医薬品の品目、同一品目でも販売量、販売方式などによって決まるものであるが、この決まり方は卸売価格の最終的な決定権を持つ製薬企業の販売および販売促進政策いかにによって左右されるという問題点がある。リベイトそのものについては、既述の中間報告で勧告された現在検討中の内容は製薬企業と卸売業者の間のモデル契約要綱の作成後には物的流通取引について形式上明文化された内容になるであろうから、リベイトは縮小されるかもしれない。また、そのモデル契約要綱の内容通り実行するのは現行の薬価体制の下ではかえって卸売業者の負担を増やすであろうということである。

卸売業者が卸機能の価値を高めるためには、卸売価格の最終的な価格設定権でなくても何らかの卸売価格設定権を持つ必要がある。そのためには、卸売業者が製薬企業からの医薬品の仕入に必要な資金や対小売機能としての資金援助などに必要な資金を、取引先の医療機関から受け取った資金も含めて調達することによって、資金繰りを改善し、資金力を高めなければならない。

昭和57年以前の卸流通費軽減策であった経営規模の拡大やそれに伴う卸販売圏の拡大よりも、58年以降には人員の削減、業務提携、生き残りのサバイバル戦略としての合併、その他の方法で卸企業の再編成を行い、卸流通費の軽減を図らなければならなくなっている。これは卸売業者にとって大変な負担である。しかし、この種の負担がなければ、製薬企業が医薬品の過当な販売競争に打ち勝つために卸売業者に指定してくる卸売価格に耐えられないからである。つまり、その種の負担をしないで系列先の製薬企業から指定された卸売価格で卸売したのでは、卸売業者の手元に残るマージンはほとんどなくなり、資金力は落ち、その上資金繰りの悪化傾向が作用して経営できなくなるので、製薬企業から指定された卸売価格が卸売業者にとってどんな無理なものであっても、その指定価格で卸売りして卸マージンが得られるように卸流通費の軽減策を講じざるを得ないからである。

他方、ユーザーである医療機関や薬局・薬店などが卸売業者に値引きを要求

する部分は卸マージンにかなり食い込んでいること、あるいはその要求分をリベイトの中から与えること（これを卸自損率と言う）は容易に推測できるので、卸マージンとリベイトの減少は回避できなくなっている。この点からみても、卸流通費の軽減策が必要になる。

このように、卸売業者は製薬企業の販売および販売促進政策やユーザーの値引き要求のしわよせで縮小させられているので、卸売業者は自らの収益の確保に奔走し、収益通減傾向に歯止めをかけざるを得ない苦境に立たされている。卸売業者にとってコスト低減化は生き残り戦略として極めて重大な課題である。

② 卸売業者は、たび重なる薬価引下げによって卸マージンが減少しているため、製薬企業への支払債務月数の長期化をいかにして求めていくかが問題点となる。

③ 病院別卸売価格、つまり卸売業者の大病院（現行では200床以上）や病院（20～199床）への納入価格がばらついている一因は根本的には製薬企業の薬価設定政策にあるから、卸売業者としては系列先の製薬企業には、あるいは卸売業界としては製薬業界には、薬価の管理を医薬品の流通適正化の観点から強く求めていかなければならないであろう。

④ 今日のような薬価引下げによる卸マージンの縮小に直面している厳しい卸経営環境の下では、②とも関連して、卸売業者は系列先の製薬企業との提携をいかにして強化し、既述の生産機能を高めていくか、また製薬企業とともに販売額をいかにして伸ばしていくかを重要な販売戦略として考えておかなければならない。たとえば、図2の対生産機能のうち商品化指導機能については、受療意欲の減退について既存のOTCの高品質化政策やOTCの新薬開発を求めていくとともに、卸販売活動を通じていま何が求められているのかという医薬情報を製薬企業へ伝達する必要がある。

さらに、場合によっては、外資系医薬品関連企業は新薬開発力が大きく、売れる新薬や既存の医療品を持ち、その上卸マージンやリベイトの点でも魅力的であるから、その外資系企業との連携をいかに強化するかも肝要であろう。し

かし、この場合は極めて大きな問題点が潜んでいることを忘れてはならない。外資系企業はその弱点である自販体制を弱点としないために、あるいは自販体制確立のために、わが国のある卸企業が提携したと仮定すれば、その卸企業を自社の国内代理人として国内独占販売権を持たせ、医薬品流通チャンネルに新規参入するであろうから、流通チャンネル、医薬品の卸売市場と小売市場などの一部は外資系企業に独占されることになる。この問題点に卸売業者はいかに対処すべきかを考えておかなければならない。

第6に、前述したように、個々の卸売業者（卸企業）は、卸経営の厳しい環境の下で、卸販売額の増加を図りながら、いかにしてコスト低減化を実現すべきかという問題点がある。卸販売額の増加を図るためには、まず資金調達力や金融力が必要になる。そのためには、ユーザー、特に医療機関から売掛債権の回収すなわち売掛債権の長期化傾向にいかにして歯止めをかけ、資金繰りを改善しながら、卸売価格競争に打ち勝って卸販売シェアを拡大するために被る卸自損率を抑え、営業粗利益率の低下を極力阻止しなければならぬ。

以上いずれにしても、卸売業者（卸企業）は今後の生き残り戦略として、合併、吸収、企業合同などを通じて卸売業者数は減少していくであろうし、それによって卸薬業界の再編成が急速に進むであろうが、卸薬業界の流通近代化の促進とともに個々の卸売業者が質的にいかに向上し、卸売価格設定における主体性をいかに確立していくかが最も重要な問題点である。

このような問題点の解決を図る可能性があるのは、大手の製薬企業の傘下にあってそれとの提携を強化している大手卸や全国卸だけであろう。これに対して、地域卸は卸販売額の伸び悩みの中で生き残っていかなければならない。たとえば、総花的で具体的なことではないかもしれないが、①系列先の製薬企業の販売促進政策に耐えるだけの流通費の削減、営業粗利益率の上昇、非価格競争を通じて、②特に中小卸売業者である地方卸はより地域に密着したきめの細かい機能を発揮して、③情報伝達機能などの卸機能面ではユーザーの信頼を得ることによって、生き残っていかなければならない。

このように、卸薬業界にあっては、大手卸と中小卸、あるいは全国卸と地方卸に2極分化する傾向がみられる。この傾向は卸薬業界や個々の卸売業者を取り巻く経営環境の激変によってますます進んでいくであろう。

XIII む す び

医薬品卸売業者ないし卸企業は、ますます厳しくなる経営環境の中で、卸機能の強化に努めながら必死の生き残り策を講じている。その際の具体策や課題を指摘した。

注

- 1) 渡辺徹太郎, 「卸流通のあゆみ」, 『月刊 薬事』, 第21巻, 第11号, 昭和54年, 229-231ページ。木村文治, 「流通機構20年の変遷」, 同誌, 232-237ページ。中北智久, 「取引流通の20年-医療薬」, 同誌, 238-241ページ。
- 2) 高野哲夫, [20], 97ページ, 174ページ。片平冽彦, [19], 161-162ページ。読賣新聞社会部編, [16], 108-119ページ。菅谷章, 「急成長する製薬企業と薬価基準」, 菅谷章編, [17], 262-266ページ。
- 3) 木村文治, 前掲論文, 232-237ページ。
- 4) 同上, 232-233ページ。
- 5) 渡辺徹太郎, 前掲論文, 229-231ページ。
- 6) 同上, 230ページ。
- 7) 吉田甚吉, [5], 43-62ページ。
- 8) 吉田甚吉, [5], 96-108ページ, 27ページ。勝呂敏彦, [6], 54-67ページ。下村孟編, [10], 30-33ページ。製薬企業懇談会編, [12], 101ページ。読賣新聞社会部編, [16], 82ページ。
- 9) 吉田甚吉, [5], 105ページ。
- 10) 薬業時報告社編, [2], 35ページ, 42ページ。

- 11) 同上, 42ページ。
- 12) 読賣新聞社会部編, [16], 84ページ。
- 13) 佐藤登, 「卸機能の位置付けの変化」, 『月刊 薬事』, 第21巻, 第11号, 昭和54年, 247-250ページ。
- 14) 木村文治, 前掲論文, 233ページ。
- 15) 高野哲夫, [20], 22-96ページ, 99ページ。
- 16) 佐藤登, 前掲論文, 250ページ。
- 17) 薬業時報社編, [2], 昭和61年版, 126ページ。
- 18) 薬業時報社編, [3], 51-53ページ。
- 19) 薬業時報社編, [2], 昭和61年版, 129ページ。
- 20) 同上, 127-128ページ。
- 21) 同上, 129-133ページ。
- 22) 同上, 133-143ページ。
- 23) 高木安雄, [14]。川上武, [15], 239-252ページ。その他多くの文献がある。
- 24) 都村敦子, 「老人保健法と医療費」, 江見康一編, [18], 200-219ページ。
- 25) 第1弾～第4弾は, 薬業時報社編, [3], 55-56ページ, を参考にした。
- 26) 第1の問題点から第5の問題点については, 注) 25の文献の56-59ページを参考にした。

参考文献

- 1 薬事日報社編, 『薬業経済年鑑』, 昭和42年, 59年。
- 2 薬業時報社編, 『薬事ハンドブック』, 昭和53年～61年度版。
- 3 薬業時報社編, 『薬価冬の時代』, 昭和59年。
- 4 厚生統計協会編, 『国民衛生の動向』, 昭和42年～61年版, 42年～61年。
- 5 吉田甚吉, 『医薬品業界』, 昭和54年, 教育社。

- 6 勝呂敏彦,『医薬品業界』, 昭和60年, 教育社。
- 7 厚生統計協会編,『薬事工業生産動態統計年報』, 昭和40年~60年版, 41年~60年。
- 8 厚生省編,『厚生白書 昭和57年版』, 昭和58年, 同書。昭和60年版, 昭和61年。
- 9 地主重美,『医療と経済』, 昭和45年, 読賣新聞社, 255-298ページ。
- 10 下村孟編,『医薬品の実際知識』, 第2版, 東洋経済新報社, 昭和54年, 30-34ページ。
- 11 薬業時報社編,『月刊 薬事』, 第21巻, 第11号, 昭和54年。
- 12 製薬企業懇談会編,『製薬企業の現状と考察』, 昭和40年。
- 13 日本医薬品卸業連合会編,『医薬品卸業の現状と将来』, 昭和50年-59年版, 昭和50年-59年。
- 14 高木安雄,『医者と患者の経済学——転機を迎えた医療費問題』, 昭和58年, 勁草書房。
- 15 川上武,『日本の医者——現代医療構造の分析』, 昭和53年, 第11刷, 勁草書房。239-283ページ。
- 16 読賣新聞社会部編,『薬価の内幕』, 昭和57年。
- 17 菅谷章編,『現代の医療問題』, 昭和57年, 有斐閣, 262-276ページ。
- 18 江見康一編,『医療と経済』, 昭和59年, 中央法規出版, 9-10ページ, 200-217ページ。
- 19 片平冽彦,「製薬企業」; 川上武, 二木立編,『日本医療の経済学』, 昭和53年, 大月書店, 160-172ページ。
- 20 高野哲夫,『日本の薬害』, 昭和54年, 大月書店, 172-186ページ(「第6章 製薬企業と資本の論理」)。
- 21 通産省編,『商業統計表』, 第1巻 産業編(包括表), 昭和58年版。
- 22 武井勲,『リスク理論——リスク・マネジメントおよび純粹リスク経済学の提唱』, 昭和58年。