

## 製薬企業における流通システムの分析 (3)

### ——現行の医薬品流通システムの効果と規制——

小 原 久 治

さらに、わが国の製薬企業は近代的な製薬企業への転換を成し遂げる第1歩として海外から医薬技術と新薬の導入を行わざるをえなかった事情（医薬品の価格競争問題の基本的手段が新薬の開発でなければならないのに、既述のように、昭和20年代当時の製薬企業の研究開発力が弱く、リスクの高い新薬の研究開発に耐えられる財務力がなかったこと、特許制度が製法特許であって物質特許でなかったこと、特許回復期間が短く、研究開発費の回収の見込みがなかったことなど）が、製薬企業の流通系列化と深く関連している。確かに、片岡一郎教授の見解によれば、「垂直的に統合された流通システムの構築を目指す系列化政策が格別の重要性を与えられねばならなかったのは、技術革新が生み出す大量の新製品を流通させるという新たな流通課題に対する対応力を、零細過多と呼ばれ、保守的メンタリティを精算し切れなかった流通業者は基本的に欠いていたことが第一の理由であった。だが、この流通の組織化が目指したいま1つのねらいは、特に比重の高かった大衆向け医薬品の末端小売店段階における価格維持であった。（中略）流通系列化政策はチャネルメンバーを他の供給ソースから隔絶するため、系列メーカーはフルライン化を推進しなければならなかった。そのためにはこれら大手の系列メーカーは中小メーカーの系列化をも平行的に推進せざるをえなかった。一方かかる中小メーカーの系列化は、（大手メーカーが研究開発、生産及び販売の3機能において最も優位性を誇示できるのは販売機能であるから、）短期には大手メーカーに大手としての競争優位性を約束する唯一の方法であった。（このような背景の下で、製薬企業は）流通

系列化を軸とする市場戦略を定着させ、今日に及んでいるが、末端段階における価格維持（を行うための）フルライン化は大手系列メーカー間の製品重複を激化し、その目的とはうらはらに一段と価格競争を激化する結果をみるに至っている。<sup>99</sup>」（ ）内は筆者。

このような事情や見解を裏づけるように、利潤極大化の追求という視点からみても、既存の大手製薬企業が異業種の企業や外資系企業の医薬品市場への新規参入によって医薬品の卸・小売流通で激化している「価格競争を極力排除する」<sup>100</sup>ために、製薬企業殊にその大手が自社系列化を進める方がメリットがあると判断しているからである。この判断が流通系列化の動機にもなっていると考える。大手製薬企業は、流通系列化で形成できた安定的な自社販路を通じて医薬品需要予測が可能になり、計画的生産・販売も確保できるようになるとともに、プロパーを通じて卸売段階や小売段階の医薬品情報を迅速に入手でき、それを自社の研究開発、生産、販売にフィードバックできること、自社のブランドの浸透と自社品及び導入品（他社からの仕入品と輸入品）の薬価の維持と値崩れの防止に役立つことなどの点においてメリットないし効果があると判断しているからであろう。また、独占禁止法研究会報告『流通系列化と独占禁止法』（昭和55年）において、製薬企業の場合にも適用できる効果として、(ア)流通経路の整備、交錯輸送の排除、在庫管理の合理化などによる流通経費の節減、(イ)市場情報の効率的伝達、(ウ)計画的生産・販売の確保、(エ)アフターサービス、品質管理の充実などが<sup>101</sup>挙げられている。

しかし、現実の流通系列化の諸行為は常にそのような効果をもたらせるものではない。流通系列化の公正競争阻害性を判断する場合において、流通系列化の行為類型やその程度に応じて何らかの形で効果がある<sup>102</sup>と言えるものである。

以上の意味で、大手製薬企業が自社系列下の医薬品卸売・小売業者と自社品や導入品を優先的に取り扱う取引方法や取引条件で安定的な医薬品情報のチャネルを確保し、それらの販売業者からも自社のプロパーからも医薬品情報を収集できるだけでなく、「販売方法、品質の保持、アフターサービス等を自らの望む方

法で行わせることができるし、他方で、それを自社ですべて行った場合の不確実性、ロスを回避することができるのである。<sup>23)</sup>この点にも、大手製薬企業による流通系列化が進められてきた原因がある。つまり、流通系列化は、医薬品産業に限らず、「わが国で生産—流通の取引を媒介する方法として、……効率的な方法であったが故に、広範に普及するに至ったのである。」<sup>24)</sup>

### ③ 流通系列化の目的としての諸効果

主として大手製薬企業が推進している流通系列化の目的そのものは、医療用医薬品や一般用医薬品が新薬であるうちはよいが、新薬としての有効特許期間の6年間に過ぎれば、後発品が上市される品目もあるであろう。この場合の大手製薬企業の流通系列化の目的は、おおむね自社品や自社扱い導入品（他社からの仕入品、または製造・製剤技術、その他の技術などを導入して医薬品にしたもの。）の販路安定、薬価設定、QC（Quantity control. 品質管理）、関連サービスによる特に自社品の有効性と安全性の確保を狙って、自社品のブランド・イメージを上げることによって、有効な医薬品流通システムの中で他の製薬企業の異業種の参入企業などと競合し、あるいは排除し、自社の販売量、従って生産量を増大させ、販売促進効果を高める手段となり得ることを意図した点にあると考える。

しかし、製薬企業特に大手の流通系列化は競争制限効果を伴っており、しばしばそれが大手製薬企業の実際の目的となっている場合も多いと考えられる。このような流通段階で自社品の競争を回避して、自社品の薬価を維持できるという効果があるのは、医薬品の生産段階における価格競争の不十分性を大前提にしているからである。<sup>25)</sup>また、医薬品の流通段階において、製薬企業が特定のブランド内競争（intradbrand competition. 同一ブランド品つまり銘柄品を販売する医薬品卸売業者間または薬局・薬店などの間の競争）を回避できても、他のブランドとの価格競争が激しい品目については、薬価の維持と利潤の安定を確保できない。それにもかかわらず、大手を含む主要な製薬企業の立場でみれば、自社の流通系列化を競争の制限を受けながら有効に進められる製薬企業

は、ブランド間競争（interbrand competition. 異なるブランド品を販売する医薬品卸売業者または薬局・薬店などの間の競争）が少なく、自社系列下の医薬品卸売業者や薬局・薬店などをすべて同時に統制できる勢力を持っているものである。このような製薬企業殊に大手であれば、その流通系列化の目的に沿って、自社品や自社扱い導入品の販売を中心として流通系列化を推進していく場合にも、流通系列化なるものが大手製薬企業にもたらせる競争制限効果を看過することはできない。この競争の制限は、実方教授の<sup>⑧</sup>見解を借用すれば、(i)製品差別化の実現と補完、(ii)販売・製造両段階における薬価安定、(iii)卸売・小売両段階における競争が製造段階へ波及することを遮断し、あるいは緩和することなどの大きなメリットないし効果を生み出していると言えるからである。

これらの3つの効果については、野田實編『流通系列化と独占禁止法』(昭和55年10月)で分説されている次の5つの視点<sup>⑨</sup>を製薬企業の場合に適用して説明する。

(i) 自社品への医薬品卸売業者及び医薬品小売業者の販売努力の優先と集中

この目的は医薬品の流通系列化の中心的な目的である。医療用医薬品の場合には、競合性の激しい品目、年商が大きく、生産額の多いいわゆる大型商品の品目、薬価差益の大きい品目などについては、医薬情報担当者が医師、薬剤師との対面販売や医薬品のユーザーである医療機関への推奨販売を通じて優先的な購入をお願いしていると思われる。この推奨販売による販売戦略は販売努力の集中形態を表しているが、販売量を増大させるという販売促進効果を製薬企業にもたらせているであろう。

一般用医薬品の場合には、やはり医薬情報担当者が医薬品小売業者（薬局開設者、一般販売業、薬種商販売業、配置販売業、特例販売業の5業態がある。以下、薬局・薬店などと略記する。）との対面販売において優先的に自社品や自社扱い導入品の購入を依頼することによって、また広告・宣伝、景品やリベートの提供、キャンペーンなどの販売促進活動を通じて薬局・薬店などにおける表示方法や陳列配架の優先などを依頼することによって、多種類の店頭薬

の中でも自社品や自社扱い導入品を優先的に取り扱っていただくとともに、一般消費者の目に触れ易い機会や店頭陳列をお願いするというように、販売上のノウハウや経営相談にも乗っている。

このような集中的な販売形態の視点からみる限り、次のような販売促進効果ないしメリットがあると考えられる。特に競合する薬効分野の品目については、製薬企業は広告・宣伝などを媒介として自社品を他社品と差別化する方法で製品差別化（product differentiation）を補完し、一般消費者の自社品に対する選考を誘導し、売上高増大効果を生じさせるであろう。この効果は、ブランド品（銘柄品）の値崩れや乱売を防止するための指示価格を設定しながら、他方ブランド間の価格引下げ競争を消滅または回避させるという非価格競争（non-price competition）の手段で売上高を増大できるという販売促進効果となって現われるであろう。例えば、大正製薬やエスエス製薬などは、その直接流通形態によって特約店や代理店を持っている。この特約店などの直販ルートで結びつけられた流通系列化の展開戦略は、販売努力の優先と集中を確保できる制度的手段である。一般用医薬品の大手製薬企業にとっては医薬品卸売業者や薬局・薬店などの協力を取り付けるのに役立つ、売上高を増大させ、利潤の確保を促進させるのに役立つという効果がある。

#### (ii) ブランド内競争の回避

医薬品についても、ブランド内競争は一種の価格競争であり、製薬企業が自社品や自社扱い導入品を医薬品卸売業者の間や薬局・薬店などの間で値引競争をすることも含めた概念である。このブランド内競争の主要目的は、自社品の小売価格（A価）の安定にとどまらず、「メーカー仕切価格」（C価）や卸売価格（B価）の安定化を図る点にある。<sup>28)</sup>

この目的を実現させるための「ブランド内競争」を回避する間接的手段には、(ア)自社系列下の医薬品卸売業者や薬局・薬店に一定の利潤やマージンを保証する手段でそれらの販売業者の協力を確保すること、(イ)既述のように、値崩れの起き易い小売段階で主に自社品の小売価格を維持し、小売価格の混乱や低

落が卸売価格に波及することを防止し、ひいては(ウ)製造段階における薬価安定の攪乱要因を除去し、その攪乱を防止することなどがある。

「ブランド内の競争価格」を回避する直接的手段には、後述するように、再販売価格維持制度がある。

このように、製薬企業は自社を中心とした前方統合つまり医薬品流通政策の遂行に有利な流通系列化の推進によって小売価格の水準までも望み通りに維持できるという再販売維持価格効果を得ると同時に、流通系列化に起因する価格競争制限効果を得ている。これらの効果によって、製薬企業は結局のところ売上高増大誘発効果を含めた販売促進上の効果を得ていると考える。

### (iii) 取引や販路の固定化、参入障壁の形成

製薬企業殊に大手を含む主要な製薬企業はまた、自社の流通系列化または重点卸政策などの施設を通じて医薬品卸売業者や薬局・薬店などとの取引を固定化させて、製造と販売の両段階で販路を確保しようとする。

一般用医薬品の場合には、製薬企業は薬局・薬店などにおける小売価格の監視や値引販売による値崩れなどを取引や販路の固定化によって回避できる可能性がある。

医療用医薬品の場合には、製薬企業は「メーカー仕切価格」、すなわち、一次卸や二次卸などの医薬品卸売業者への出荷価格、直販・チェーン・メーカーは直販ルートで自社系列下の薬局・薬店などに仕切るときの出荷価格の安定を維持できるだけでなく、新薬の特許期間が切れた後の後発品あるいは同一薬効分野の新薬などを持って新規参入する異業種の企業や外資系医薬品関連企業に対して、参入障壁 (entry barrier)<sup>(ウ)</sup>を形成できる。

この種の具体的な手段には、特約店、販売リベートのほか、医薬品卸売業者や薬局・薬店などの製薬企業への依存度を高めさせるための様々な優遇措置がある。それぞれの手段は何らかの形で製薬企業に何らかの効果をもたらせていることは間違いない。

### (iv) 製品差別化戦略の原資の確保と調達

一般用医薬品の製薬企業は、小売段階で薬局・薬店などの価格引下げ競争を制限させる医薬品流通政策を展開していると言っても過言ではない。このことは、薬局・薬店などの収益や利潤を安定的に確保させ、卸経営や小売経営の安定化を図るのに役立つだけでなく、製薬企業それ自体の利潤増大に寄与することになる。利潤の増大は、自社の優秀な医薬情報担当者を増加させ、医薬情報収集・伝達機能を発揮させるために必要な医薬情報活動費や多額の広告・宣伝費を中心とした一般管理・販売費の原資となる。この原資は、ひいてはその製薬企業が推進している流通系列化を一段と強化させることになる。そればかりか、新薬の社内使用研究開発費という巨額の開発投資資金の調達にも寄与することになるであろう。

(v) 医薬品卸売業者と医薬品小売業者の製薬企業への従属化

製薬企業の流通系列化が進行すればするほど、医薬品卸売業者と薬局・薬店などの製薬企業への従属化が進み、「明白な拘束手段を伴わないでも、製造業者の政策が販売段階で実現される。また、価格決定に当たっても、製造業者の力が強くなり、販売段階での値崩れの影響を受けにくくなり、販売段階での競争の影響が、製造段階に及ぶことを遮断・緩和できる。この点も流通化の制限効果の重要な側面<sup>91)</sup>」である。

製薬企業が医薬品卸売業者や薬局・薬店などへ与える様々な援助も、これらの業者の製薬企業への依存度を高める効果があるであろう。また、製薬企業が安定した販路の確保に努める1つの理由は、その製薬企業の価格決定力を持ち、自社品の値引き幅を圧縮する効果ないしメリットがあるからであろう。

この価格決定力がもたらせる効果は、次のような場合にみられるであろう。製薬企業殊に大手はブランド内の価格競争を抑えて、既存の医薬品流通システムという医薬品流通経路や流通構造の中で、例えば、現金問屋の現金取引による安い売買で値崩れが生じたために、主に自社品の薬価が総崩れまたは一部崩れるような事態を回避させる効果があるであろう。<sup>92)</sup>この点も、一般的に言えば、製薬企業の流通系列化の目的の1つであると考えられる。

次に、製薬企業の流通系列化の目的は、経済学的視点からみれば、医薬品の流通を通じても利潤の極大化を図る点にあると考える。その流通系列化は製薬企業が医薬品卸売業者や薬局・薬店などを選別、組織化して、自社品の販路の規制を目指すものと考えられているが、製薬企業における前方統合がいかなる形態を採っていても、その前方統合つまり流通系列化はあくまでも製薬企業の利潤極大化を達成するための1つの手段として実施されているにすぎないと考えることもできる。

製薬企業が医薬品の流通を通じても利潤極大化を図るために流通系列化を推進しようとする目的には、次の3つのことが考えられている。<sup>63)</sup>

(i) 医薬品卸売業者や薬局・薬店などの製薬企業に対するリベートや値引補償や薬価に関する価格交渉力を弱め、製薬企業間の価格競争を回避し、出荷価格の安定化を図り、ひいては利潤の安定化を図ろうと指向すること。

(ii) 自社品の市場占有率 (market share) の維持や拡大を図るために、自社品を優先的に取り扱い、他社品を排除できるような流通経路の開拓・形成を図ること。

(iii) 小売価格の値崩れが医薬品市場の競争的インパクトとなり、これが製薬企業の出荷価格に波及しないように、小売価格の値崩れの防止を図ること。

これらの目的を達成するために、製薬企業は医薬品市場の生産・販売構造を考慮し、ケース・バイ・ケースに応じた流通系列化の手段の複合的な組合せを用いて、医薬品卸売業者や薬局・薬店などを拘束したりする。しかし、その手段が流通系列化の目的を推進させるのにどの程度有効であるかはわからない。

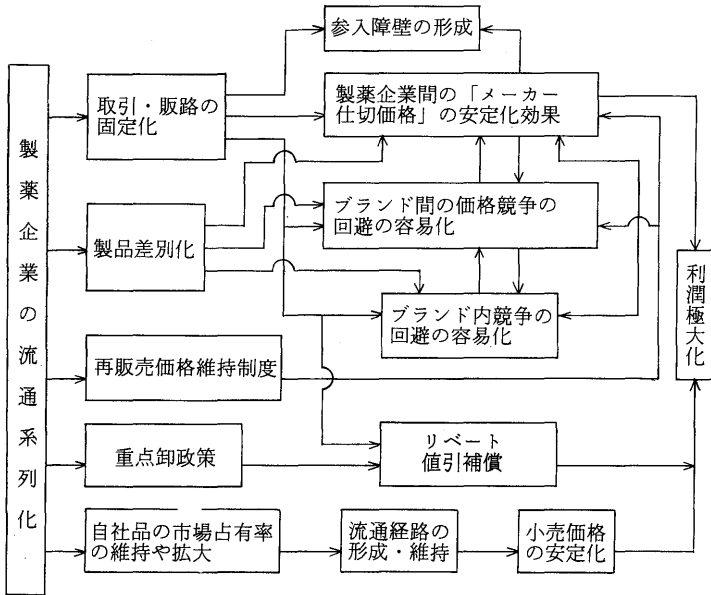
以上のような製薬企業の流通系列化の全体的構図の概念図をまとめれば、次頁の図Ⅲ-1で表すことができる。

#### ④ 流通系列化の手段

製薬企業は、様々な手段をケース・バイ・ケースに応じて組み合わせた複合的な手段を用いて医薬品流通政策が実現されるようなシステムにおいて諸効果を発揮しようとする。そのためには、製薬企業の利益は自社系列下の医薬品卸



図Ⅲ－１ 製薬企業の流通系列化の全体的構図の概念図



(註) 販路は、特約店、代理店、資金援助、その他の優遇措置などによって固定化し易い。  
製薬企業とは主として大手製薬企業を意味するものとして、本図でも本文でも用いた。

売業者や薬局・薬店などの利益と一致し、それらの販売業者の協力を得なければならない。その利益と協力を確保するために、製薬企業はそれらの業者に利益を供与し、自社の医薬品流通政策に従わず、系列下の大多数のそれらの業者の利益に反する競争的業者の攪乱的行動を監視・制圧するための組織化を行う場合がある。<sup>64)</sup>

製薬企業がそれらの販売業者に利益を供与する場合の手段には、次の少なくとも6つの手段がある。<sup>65)</sup>

(i) ブランド名使用の許諾

製薬企業は社名、自社品、自社扱い導入品（他社からの仕入品と輸入品）、品目名などを宣伝・広告、看板、学術誌、新聞、雑誌、その他の形で利用させていることが多い。製薬企業はその宣伝・広告などで形成されるブランド・イ

メージの活用によって信用の供与を得るわけである。

(ii) 一定の利潤の確保

製薬企業は自社系列下の医薬品卸売業者や薬局・薬店などに自社品の販売から一定の利潤を確保させるために、特に一般用医薬品の場合には、再販売価格維持制度を活用してそれらの販売業者に自社品の薬価を維持するよう協力を求めるものである。

(iii) 直接的な利益の供与

製薬企業は、大抵の場合、薬価や先発品に起因する有利な競争だけでなく、資本力による競争も行っている。製薬企業は、景品表示法上の景品にあたる招待などの直接的な利益をそれらの業者に供与するほか、経営指導や研修を実施したり、直販ルートによる販売先の薬局・薬店などへ社員や役員を派遣したりして、自社の医薬品流通政策を展開するのに有利な販売網を形成する場合がある。これらの直接的な利益のうち、薬局・薬店などへの社員派遣は小売段階における推奨販売を推進する販売活動を制約する手段ともなっている。このような直接的な利益の供与は、製薬企業にとっては直接費または販売促進費とみなされるものである。

(iv) 優遇的リベートと奨励的リベート

製薬企業は、自社品を優先的または専売の・特約的に扱う医薬品卸売業者や薬局・薬店などの場合には、占有度リベートや累進リベートを供与するほか、薬局・薬店などがいわゆる大衆薬を扱う場合には、小売段階における大衆薬の再販売価格を維持して小売価格の値崩れを防ぎたいという意味で、再販維持への協力度に応じてリベートを薬局・薬店などに供与している。このように、製薬企業は自社系列下のそれらの販売業者に一様なりべとを供与するのではなく、自社への協力度に応じて差別的に各種のリベートを供与しているというのが実態である。製薬企業からみれば、自社品や自社扱い導入品の卸売価格や小売価格を変更させずに販売させることを主要目的として、それらの販売業者を自社の流通系列化に組み込み続ける販売促進策の重要な手段となるのが、リ

ベートであると言っても過言ではない。

(v) 資金援助，出資

製薬企業は医薬品市場の情勢の変化に対応して医薬品卸売業者や薬局・薬店などに低利の資金援助や出資を行う場合がある。この資本的結合はその販売業者の販売促進活動を制約する場合もあるが、製薬企業の販売促進策を実現させるための有力な手段になり得るものである。

(vi) 資本的結合，人的結合

製薬企業と地方の有力な医薬品卸売業者（地域卸）が共同出資で販社を設立するような場合がある。この手段も大抵の場合流通系列化の主要な手段となっている。また、社員派遣、役員派遣などの人的結合によって、製薬企業が医薬品卸売業者と結びつき、明白な流通系列化を進めている場合もあるであろう。

次に、医薬品卸売業者や薬局・薬店などを制約・抑圧する場合には、次の少なくとも4つの手段がある<sup>66</sup>と考える。

(i) 契約条項による拘束

制約企業が自社品の販売契約の条項の1つとして、再販売価格維持条項、排他条項などを定める手段である。

(ii) 取引拒絶，出荷停止，出荷制限

製薬企業がその流通経路を明確に支配し、自社の指示価格に違反して販売する場合を監視できる体制を持ち、自社品や自社扱い導入品に対するそれらの販売業者の依存度が高く、後発品のような類似品のない薬効分野の品目であるという条件の下では、製薬企業がそれらの販売業者に対する制約手段として黙示的または明示的な取引拒絶を行うことができる。黙示的な取引拒絶は、実際にはその製薬企業が自社の医薬品流通政策に不服従な医薬品卸売業者や薬局・薬店などに対して出荷停止や追加出荷の停止を行う場合ではない。それは品不足などを表面上の理由として行う場合である。

また、医薬品卸売業者が販路拡張のために従来営業地域外に新店舗を開設した場合、製薬企業がその卸売業者に出荷停止やその業者の新店舗で当該製薬

企業の医薬品の販売禁止などを行えば、それは不当な取引拒絶となり得るであろうし、医薬品卸売業者間の販売競争を抑制し、公正で合理的な販売競争を阻害する恐れがあり得る。その出荷停止を一般指定第3号の差別対価、同第4号の取引条件の差別取扱い並びに同第14号の優越的地位の濫用に抵触する形で強行すれば、なおさら医薬品卸売業者間の公正な販売競争を阻害する恐れがある。

これらの場合の取引拒絶は、代替の流通経路がない場合や医薬品卸売業者や薬局・薬店などがその製薬企業の品目に大きく依存している場合には、有効に作用するであろう。いずれの手段も医薬品流通政策の推進に有効な効果を及ぼしている。

#### (iii) 流通網の整備と市販後監視体制の確立

製薬企業は、間接流通経路が医薬品卸売業者を経由する間接ルート、それを經由しない直販ルートのいかんを問わず、自社の流通系列化を推進する手段として流通経路を中心とした流通網の整備を図っている。この流通網の整備は、医薬品の有効性と安全性の追求を考慮し、発売後6年間にわたって市販後監視（PMS. Post Marketing Surveillanceの略称）を行うのに重要であり、他方市販後監視体制の維持費、制裁費用の節減を可能にさせるものである。さらに、流通網の整備と市販後監視の確立は、特に一般用医薬品の場合には、流通系列化の改善を背景として再販売価格を容易に維持させるのに役立つであろう。

#### (iv) 抑圧リベート

抑圧リベートは、本来の販売マージンを圧縮し、リベートとして一定期間経過後に支払うものである。このような性格のリベートは、優遇的なリベートよりも抑圧的性格が明白であり、一般に卸売価格や小売価格の値引補償率やそれらの値下げ幅を小幅にさせ、値下げの余地さえも圧縮させる効果がある。

これらの少なくとも4つの手段は、結局のところ製薬企業の流通系列化に内在する販売競争制限効果をもたらせるものである。

#### ⑤ 流通系列化の行為類型

製薬企業が医薬品流通政策を実現できるような流通系列化の具体的な行為類

型として特有なものには、資金援助などの資本的結合、役員派遣、社員派遣などの人的結合、再販売価格維持行為、店会制、一店一帳合制、リベートなどがある。これらの行為類型の定義、公正競争阻害性については、表Ⅲ－1のように説明されているその行為類型の内容は、独占禁止法では違法となる違法性の判断基準が、独占禁止法研究会から公正取引委員会に報告された『流通系列化に関する独占禁止法上の取扱い』（昭和55年3月11日付）に示されている。公正競争阻害性とは、医薬品の特性、医薬品市場の構造、製薬企業による流通系列化の具体的な諸行為が独占禁止法（「私的独占の禁止及び公正取引の確保に関する法律」。昭和22年制定）第2条第9項に基づく不公正な取引方法に関する一般指定の各号の規定を法的根拠として禁止されている不公正な取引方法に該当するか否かを検討する基準となることである。

そのうち製薬企業による流通系列化に関する行為類型の概要は、次の表Ⅲ－1の通りである。

再販売価格維持行為とリベートについては後述しているので、ここでは資本的結合・人的結合、一店一帳合制、店会制について概要を説明する。

#### (i) 資本的結合・人的結合

製薬企業が流通系列先の医薬品卸売業者や薬局・薬店などに資金援助または資本参加したり、明白な経済上の利益を供与したり、役員を派遣したりする行為がある。これらの行為は大抵の場合製薬企業が流通系列化を形成する場合の有力な手段となっている。例えば、地方卸や全国卸と製薬企業とが共同出資で設立する販社がその手段に該当する。販社は、独立法人であるとは言え、実質的にはその製薬企業の支店と同様な機能を果たしている。

これらの行為は、製薬企業とその取引業者である医薬品卸売業者や薬局・薬店などの間に取引条項や契約条項がなくても、事実上医薬品の販売競争を制限することになるので、資金援助、資本参加などは、独占禁止法第10条、第13条、第14条によれば、違法とみなされる。しかし、それらの条項の適用は容易ではなく、違法か否かの判断はむづかしいとされている。

表Ⅲ－１ 大手製薬企業による流通系列化の行為類型

行為類型	定義など	公正競争阻害性
再販 保持 売行 価為 格	製薬企業特に大衆薬専門企業が自社品を供給（販売）先の医薬品卸売業者（卸企業）や薬局・薬店などに卸売価格や小売価格を遵守させるための諸行為である。この行為は、独占禁止法第24条の2に基づき、ある品目の医薬品は適用除外とされているものである。	この再販行為は独占禁止法違反（違法）と判断される。
店 会 制	製薬企業は、自社と医薬品卸売業者との間、または自社と薬局・薬店との間の種々な垂直的結合となっている流通系列化の統制を一段と強固なものとするために、卸売・小売段階ごとの横断的組織（系列店会、販売店会、特約店、代理店、チェーン組織など）を結成する制度である。	個々の行為に分解して違法か否かが判断される。
一 店 一 帳 合 制	製薬企業が自社品の医薬品卸売業者間における販売先が競合しないように、その卸売業者に販売先の薬局・薬店などを特定させ、薬局・薬店などに特定の医薬品卸売業者1社以外のものとは取り引きできなくさせる制度である。一般用医薬品の販売の場合、この制度が店会制の1種として採られていることが多い。	原則として違法と判断される。但し、異業種の参入企業などが行う場合であって、ブランド間競争をむしろ促進すると認められる場合は除かれる。
リ ベ ー ト	薬価体系とは別に医薬品卸売業者や薬局・薬店などに一定期間の取引総額などを基礎として事後的に払い戻されるものである。再販などの販売競争制限的行為の補完手段や実効性担保手段として使われる場合の販売リベート、リベートそのものが当該製薬企業の流通系列化を促進する手段として使われる場合や明白な流通系列化が困難であっても流通系列下にある医薬品卸売業者や薬局・薬店のグループ化を強める場合の手段となる占有率リベート、忠誠度リベート、累進リベート、拡販リベートのほか、既述の抑圧的リベート、優遇的・奨励的リベートがある。	①リベート額の多寡、累進性の高低で違法か否かが判断される。 ②機能及び目的、つまり他の行為類型の実効確保など違法か否かが判断される。 ③リベートの基準が不明確であり、その基準が明らかにされないことから、リベートは差別的取扱いとして規制の対象となるであろう。

資料：野田實編、『流通系列化と独占禁止法』、昭和55年3月、284－298頁、319－326頁、338－347頁。経済法学会編、『流通系列化と独占禁止法』、通巻23号、昭和55年9月。川越憲治、『流通系列化と独占禁止法——流通チャネルの形成と公取委の動向——』、昭和55年10月、102－138頁、174－177頁、193－199頁、215－227頁。

(ii) 一店一帳合制

この制度では、医薬品卸売業者が取引先を自由に選択する機会を事実上制約

することになるとともに、医薬品小売業者特に薬局・薬店は同時に複数の医薬品卸売業者と取り引きできず、薬局・薬店などは登録した医薬品卸売業者として取り引きできない。その上、薬局・薬店などは取引先の医薬品卸売業者の変更の自由が事実上制約されており、その変更には医薬品卸売業者の承認が必要であったり、登録変更をしないようにとの要請があることなど様々な措置が採られる場合もある。

一店一帳合制には、医薬品卸売業者の取引先変更を事実上制限しているので、その取引先争奪競争を消滅させ、医薬品の卸売段階におけるブランド内競争を直接制約する効果がある。<sup>37)</sup> この制度にはまた、薬局・薬店などの取引先選択の自由な機会を制約するから、薬局・薬店などがそれぞれ特定の医薬品卸売業者への依存度が大きくなるため、取引先の選択が自由であれば、仕入を有利にできるという意味で、競争的な仕入価格や仕入経路などが遮断されてしまっ、登録した取引先の医薬品卸売業者との価格交渉力を弱めさせることになる。さらに、この制度は薬局・薬店などの流通経路を明確にさせ、再販売価格維持の違反者を容易に発見させ、その違反監視経費を抑える機能とその違反者には、代替取引先がないため、取引拒絶も有効に実施できる機能も持っているから、明確な再販行為を伴わなくても、製薬企業が期待する水準に一般用医薬品の小売価格を維持できる効果があり、その値崩れを防ぎ、この値崩れが製薬企業の出荷価格の引下げへと波及するのを阻止する効果がある。<sup>38)</sup> また、この効果が得られるのは、製薬企業の生産段階である程度寡占が進み、価格競争の回避が容易な状況の下である程度以上の製品差別化が進んでいる場合や多数の薬局・薬店に競争的な仕入れ経路の遮断を要求できる経済力を持ってブランド間の価格競争 (interbrand competition) を不活発にさせる勢力を持つような大手製薬企業に限られてくる。

そのような一店一帳合制の効果は医薬品の卸売段階においてブランド間の価格競争の活発化を阻害する点があるから、「通常、それ自体で公正競争阻害性を有しているものと判断できる。」<sup>40)</sup>

(iii) 店会制

(ア) 店会の活動

前述のように定義される店会の組織それ自体は流通系列化ではないが、店会組織は流通補助手段として有効に機能し得るものである。店会の活動内容は、一般的には販売、技術、宣伝などの経営ノウハウに関する情報収集・交換、共同宣伝、共同売出し、従業員の研修会などの販売促進活動、火災共済、交通災害などのグループ保険、懇親会の開催などの相互扶助及び親睦関係に分けられる。これらの店会活動は、場合によっては製薬企業の競争制限的施策が得られているか否かを薬局・薬店などの小売業者間で相互に監視する役割を果たし、その施策を共同で実施する場合にも役立っている。<sup>(41)</sup>

(イ) 店会組織と流通系列化

製薬企業特に大手製薬企業は、前述の横断的組織を通じて流通系列化を一段と有効に実施しようとする。大手を含む主要な製薬企業は、自社の流通系列化を効果的に進めるために、店会組織を通じてそれらの販売業者間の接触を頻繁にさせようとする。その接触で販売業者間の親近性と強調性が生まれるから、それを基盤として製薬企業は自社の流通系列化を有効に促進することができる可能性がある。しかし、この点に独占禁止法違反としての公正競争阻害性が生じ易い温床があることを指摘しなければならない。

店会制は、再販制による再販品を中心とし、再販制を利用した制度であるが、元はと言えば、昭和30年代に頻発した一般用医薬品の乱売対策として採用された制度である。店会制は一店一帳合制が採られている場合もある。この場合の店会制には、例えば、大手製薬企業の次の組織<sup>(42)</sup>がみられる。タケダ会（武田薬品工業、加盟店約30,000店）、フジサワ会（藤沢薬品工業、同約30,000店）、MBC（田辺製薬、同25,000店）。別稿参照。

その後、店会制の他方の形態であるチェーン組織化の進展と直販ルートによる薬局・薬店などの医薬品小売業者の販売量と売上高の相対的減少傾向に起因して、一般用医薬品の薬価の安定傾向がみられているので、店会制も再販制度



とともにその存続が再検討の対象になっている。

## (2) 重点卸政策の展開による効果

製薬企業特に大手製薬企業の重点卸政策は、その流通系列化の手段の1つであるが、ここでは強調する意味で独立の項目として取り上げる。

### ① 重点卸政策形成の経緯

大手製薬企業が医療用医薬品を医薬品卸売業者に販売する場合に重点卸政策を形成するに至った経緯には、次のような背景があると考ええる。

戦後の復興がようやく一段落した昭和20年代末から30年代初めにかけて、大手製薬企業の大量生産体制が整備されて生産の近代化が確立した結果増大した医薬品の大量販売を行うために、大手製薬企業は自社のブランド（銘柄）をつけて医薬品卸流通市場に介入し始めた。この時期には、昭和36年に確立した国民皆保険制度とその後の拡充につれて医療用医薬品の需要が急増したので、大手製薬企業は卸流通段階を強力に支配するため、リベート政策を中心とした積極的な医薬品流通政策、特にマーケティング戦略を駆使して、製品差別化、大量広告・宣伝及び販売促進によってブランドの浸透を図りながら、他方で値引販売の活発化を通じて流通系列化を推進していった。その上、主として大手製薬企業は差別的薬価政策、リベート政策、報奨制度の強化などを通じて医薬品卸売業者との関係を強化していった。このような大手製薬企業による流通系列化は、医療用医薬品の販売面では値引や乱売も生じて、有効とは言えなかった。

一般用医薬品の販売面については、昭和30年代後半には薬局・薬店の組織化の進展とともに、一般用医薬品の流通秩序が確立し、その薬価も比較的安定してきたので、薬局・薬店などへの直販ルートによる流通系列化は有効と言えるものであった。

このような大手製薬企業が進めた自社の流通系列化の進展に対抗して、中小製薬企業も非系列卸への重点傾斜を行ったことが、特定の薬効分野の品目については拡張競争や価格競争をますます激化させていった。

昭和40年代に入って、大手製薬企業は自社の流通系列下の中小卸売業者相互

の吸収・合併などを通じて医薬品卸流通の再編成に乗り出し、医薬品卸売業者に対して重点卸政策を採るようになった。この動向は昭和40年代半ばごろまでには大体納まり、大手を含めた主要な製薬企業が進めてきた流通系列化は一応の完成をみせている。しかし、多種多様な医薬品の需要が強いため、医薬品産業の寡占化は進んでおらず、特定の製薬企業に医薬品取扱比率が集中することもなく、ブランド間競争は極めて激化している。

昭和50年代以降今日までにおいても、異業種からの参入企業や外資系企業のわが国への進出に対抗していくために、大手製薬企業をはじめ主要な製薬企業は重点卸政策を引き続き維持し、それを一段と強化してきている。

さらに、見方を変えて、医薬品は商品であり、他の消費財とは根本的に異なる生命関連財であるという特性を有しているという視点からみれば、医薬品の製造業者かつ流通主体である製薬企業、医薬品の販売業者かつ流通主体である医薬品卸売業者や医薬品小売業者は、当然のことながら多種多様な疾病に対処するために、広範な品揃えを要するので、大手製薬企業と云えども1社だけで多品種の医薬品を安定的に供給することは到底不可能なことである。そのため、特定の大手製薬企業が自社の流通系列下にある医薬品卸売業者に自社品を優先的に販売させるような重点卸政策の遂行には限界がある。大手製薬企業が医薬品卸売業者をことごとく自社系列下に収めて専売店化させるような流通系列化は困難であると言わなければならない。

## ② 重点卸政策の展開による効果

重点卸政策とは、主として大手製薬企業が財務内容、販売力、人材などで優れており、地域別に自社品や導入品（他社からの仕入品、輸入品）を重点的に販売してくれる医薬品卸売業者を選定し、差別価格や差別レポートなどの優遇措置を与え、あるいは資本参加、役員派遣などの手段と連動させて、自社品を主力商品として販売させることによって、自社の医薬品流通政策の一環として自社の流通系列化を進めようとする政策である。<sup>43</sup>

事実、公正取引委員会報告書『医療用医薬品の流通実態調査について』（昭和

(49) 57年6月)によれば、殆どの大手製薬企業は1次卸のうち取扱量の多いものを重点卸としており、昭和57年1月現在、主要な製薬企業10社の場合、各社の系列先の一次卸の合計は約1,860社であり、このうち約960社が重点卸企業となっている。

同報告書では、主要な製薬企業10社が株式を所有している一次卸の合計は273社(主要10社の取引先一次卸の総計の約15%)であり、役員を派遣している一次卸は75社(同4%)である。その主要10社が発行済みの株式の25%以上を所有している医薬品卸売業者数は75社で、その医薬品売上高は総医薬品卸売業者の売上高の約20%と推定されている。

さらに、製薬企業が資本参加や役員派遣などを通じて医薬品卸売業者の流通

表Ⅲ-2 特定の製薬企業(メーカー)からの資本参加及び役員派遣の状況  
(単位:%)

		メーカーと取引あり					メーカーとの取引なし	ベース
		資本参加、役員派遣にも受けているメーカーあり	資本参加のみ受けているメーカーあり	役員派遣のみ受けているメーカーあり	全く何も受けていない	不明		
全 体		(N) 15.5(39)	(N) 17.1(43)	(N) 1.2(3)	(N) 63.5(160)	(N) 4.8(12)	(N) 2.4(6)	(N) 100.0(252)
経比 重 路別	医療用中心	17.1(32)	15.0(28)	1.6(3)	63.6(119)	3.7(7)	2.1(4)	100.0(187)
	一般用中心	11.1(7)	23.8(15)	(-)	63.5(40)	6.3(4)	3.2(2)	100.0(63)
	不明	(-)	(-)	(-)	(1)	(1)	(-)	100.0(2)
年 商 規 模 別	A	13.6(3)	9.1(2)	(-)	68.2(15)	(-)	18.2(4)	100.0(22)
	B	11.9(12)	5.9(6)	2.0(2)	69.3(70)	8.9(9)	2.0(2)	100.0(101)
	C	21.4(18)	26.2(22)	1.2(1)	54.8(46)	2.4(2)	(-)	100.0(84)
	D	15.8(6)	34.2(13)	(-)	57.9(22)	2.6(1)	(-)	100.0(38)
	E	(-)	(-)	(-)	(6)	(-)	(-)	100.0(6)
	F	(-)	(-)	(-)	(1)	(-)	(-)	100.0(1)

資料：通産省企業局編、『取引条件の実態調査』、昭和45年

(例) 1. 年商規模 A 1億円未満, B 1~10億円, C 11~30億円, D 31~100億円, E 101億円以上, F 不明

2. Nは調査対象企業のうち回答企業数を示す。

系列化を進めていることは、通産省や厚生省の調査をみても明白である。

通産省企業局編『取引条件の実態調査』(昭和45年)<sup>46)</sup>によれば、表Ⅲ-2の通り、製薬企業(製薬メーカー)から「資本参加」、「役員派遣」の両方、またはいずれか1つを受けている医薬品卸売業者は33.8%となっている。「全く何も受けていない」は全体の63.5%と多数を占めている。また、年商規模別にみれば、「受けている」ものがC48.8%、D50%と約半数に達している。このことは、大手製薬企業の重点卸政策が「比較的地域を限定した中間的な業者を主な対象として行われたことをうかがわせるものといえよう。」<sup>47)</sup>

特に、医療用医薬品中心の場合には、「資本参加」と「役員派遣」の両方を受けているものは17.1%であり、その他の取引条件の場合よりも割合が大きくなっている。このことはいわゆる医家向けルートの販売に重点を置いた流通系列化が行われたことを表している。

次に、厚生省薬務局経済課がその10年後の昭和55年度と56年度において実施した『医薬品産業実態調査』並びにヒアリング調査によれば、表Ⅲ-3の通り、製薬企業から直販メーカーの販社を除く一次卸の場合、出資つまり資本参加を受けている一次卸は全体の24.2%であるが、出資を受けていないものは全体の75.8%と多数を占めている。その販社である一次卸は出資を受けていない

表Ⅲ-3 製薬企業(メーカー)の医薬品卸売業者への出資状況

[単位:( )内は%]

製薬企業からの出資比率別	一 次 卸		二 次 卸	三 次 卸	計
	直販メーカーの販社を除く一次卸	直販メーカーの販社			
なし	605 (75.8)	95 (64.2)	795 (98.7)	148 (99.3)	1,644 (86.4)
派遣役員の比率10%未満	59 (7.4)	11 (7.4)	6 (0.7)	0 (0.0)	76 (4.0)
10%以上～50%未満	70 (8.8)	13 (8.8)	4 (0.5)	1 (0.7)	88 (4.6)
50%以上～100%未満	51 (6.4)	14 (9.5)	1 (0.1)	0 (0.0)	66 (3.5)
100%	13 (1.6)	15 (10.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	28 (1.5)
計	798(100.0)	148(100.0)	806(100.0)	149(100.0)	1,902(100.0)

(不明1含む)

資料：厚生省薬務局監修、『医薬品流通の現状と課題』, 昭和57年8月, 47頁

ものが64.2%を占めている。また、出資を受けている一次卸も二次卸もその約70%が出資比率50%未満のものとなっている。

この調査結果で、製薬企業から医薬品卸売業者への役員派遣状況をみれば、直販メーカーの販社を除く一次卸の場合には、役員派遣を受けている医薬品卸売業者は全体の12.5%、その販社であって役員派遣を受けている一次卸は全体の27.7%である。役員派遣を受けている医薬品卸売業者においても、販社を除く一次卸は実に99%、販社である一次卸は92.6%と、90%以上が派遣役員の比率が50%未満のものとなっている。

表Ⅲ－4 製薬企業の医薬品卸売業者への役員派遣状況

[単位：( )内は%]

製薬企業から 派遣役員比率別	一 次 卸		二 次 卸	三 次 卸	計
	販社を除く 一 次 卸	販 社			
な し	585 (87.5)	107 (72.3)	682 (99.9)	123 (99.2)	1,498 (92.2)
派遣役員の比率10%未満	49 ( 7.3)	17 (11.5)	1 ( 0.1)	0 ( 0.0)	67 ( 4.1)
10%以上～50%未満	28 ( 4.2)	13 ( 8 .8)	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	41 ( 2.5)
50%以上～100%未満	5 ( 0.7)	3 ( 2.0)	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	8 ( 0.5)
100%	2 ( 0.3)	8 ( 5.4)	0 ( 0.0)	1 ( 0.8)	11 ( 0.7)
計	669(100.0)	148(100.0)	683(100.0)	124(100.0)	1,625(100.0)

資料：表Ⅲ－3に同じ

(注) 医療用医薬品専業及び医療用・一般用兼業の卸売業者のみを集計したものである。

このような出資つまり資本参加及び役員派遣つまり人的結合は、二次卸や三次卸では僅かの割合にすぎない。

これらの調査資料によれば、大手製薬企業の流通系列化は概して完成し、いわゆる重点卸売政策が大手製薬企業の重要な販売政策として普及しているとみなしてもよさそうである。

製薬企業が展開している重点卸政策は、主として店会制であって、田辺製薬が1県1店主義の流通系列化政策を実施した以外、今のところ特に明確なテリトリー制が敷かれた実施にまでは及んでいない。

以上の意味で、製薬企業特に大手にとって重点卸政策は自社の流通系列化の

推進をもたらせ、自社品や導入品の重点的取扱いによる拡販が期待できる効果ないしメリットがあると考ええる。

### (3) 製品差別化戦略による効果

#### ① 製品差別化の定義

製品差別化（生産物差別化，製品分化。product differentiation）については、例えば、ベイン（J. S. Bain）は「1産業における競合的な売手の生産物の——買手にとっての——代替可能性の不完全性のことである。いいかえれば、買手がある特定の競争製品に他のものより強い選好を持つということである」<sup>49</sup>と定義している。この製品差別化の性格は、市場獲得のための価格競争ではなくて、特定の市場部分において自社品と競争品との差別性を強調する非価格競争<sup>50</sup>であるという点にある。

この定義と性格を製薬企業の場合に適用して一般的に説明すれば、製品差別化とは、医薬品のユーザーである医療機関の医療用医薬品需要や一般消費者の一般用医薬品需要に適合させるために、自社品や導入品に医療機関特に医師や一般消費者の選好を誘引できるような特色を僅かでもつけ加えて自社品や導入品の安全性や有効性に関する優位性や利点、同種同効の類似品と完全に代替できないことを強調し、医師や一般消費者に他社品と識別させることによって、当該品目の医薬品市場で優越的地位を得るために使われる手段であると概念規定できる。

#### ② 製品差別化戦略の背景と基本概念

##### (i) 製品差別化戦略の背景

まず、戦略の意味であるが、一般に戦略とは長期間にわたって競争力を維持・強化するための一貫性のあるアクション<sup>51</sup>であると定義されている。

この戦略を医薬品の差別化に適用する場合、その製品差別化戦略が必要になった背景には、低成長経済の到来にいかに対処するかという根本要因があるが、次の少なくとも3つの大きな問題があると考ええる。

まず第1に、医薬品の研究開発力に関する問題がある。疾病構造の変貌など

に起因する医療環境の変化に加えて、薬事法改正（昭和54年）、不当景品表示法（37年）、特許法改正（62年）、独占禁止法（22年）、健康保険法改正（59年）、医療法改正（60年）、老人保健法改正（62年）などの薬事関係法の公布施行や改正施行、国民医療費抑制策の一貫としての薬剤費引下げ、日米M O S S協議（Market Oriented Sector Selectiveの略称。市場指向型・分野別協議）などの薬事環境の変化を受けとめ、それらの変化のニーズを把握し、迅速に対応し、医薬品の製造・販売を使命とする製薬企業には特に希求されていることである。このような希求に製薬企業が答えるために、製薬企業は新薬を開発しなければならない。その自社技術開発には巨額の資金と優秀な多数の研究本務者が長期間にわたって必要であること、折角開発した新薬の製品寿命（ライフサイクル）の短命化を別な新薬でカバーしようとするすさまじい研究開発競争に落伍しないためにも、製品差別化戦略の重要性が高まっていること、欧米の製薬企業からの新薬導入や技術導入も有効性と安全性に優れた自社開発新薬や技術を持たない限りクロスライセンス契約（cross licence contract）も殆ど不可能であり、その締結など困難になってきていること、原材料の入手も品目によっては困難になっていること、前臨床試験に重宝がられているチンパンジーなどの動物が少ないこと、前臨床試験も臨床試験も薬事法改正と医薬品製造指針で厳格化が要請されていること、医薬品市場の成長力も鈍化してきたことなど、さまざまな変化が生じてきている。

このような環境変化の中で、製薬企業は医薬品売上高の伸び悩みなど特定の薬効分野の限定された市場で自社品や自社扱い導入品の市場占有率を維持・増大させるための拡販競争やシェア競争などを含めた過当競争に打ち勝つために、自社または自社品を他社または他社品から差別した相対的な訴求力の評価を高めさせ、自社品や自社扱い導入品の優位性を保ち、純益の増大を目的として、製品差別化戦略やリベート政策、重点卸政策を採らざるを得なくなっている。

第2に、医薬品事業に乗り出し、新薬を開発し販売している異業種の企業や

外資系企業の参入や参入の動きもあり、他方で後発品の上市もあり、これらの企業と医薬品専業企業との競争が激化しているという問題がある。そのため、専業の製薬企業は自社の経験と蓄積と信用を生かし、参入企業や同業他社と差別化する差別化戦略が必須の戦略となっている。

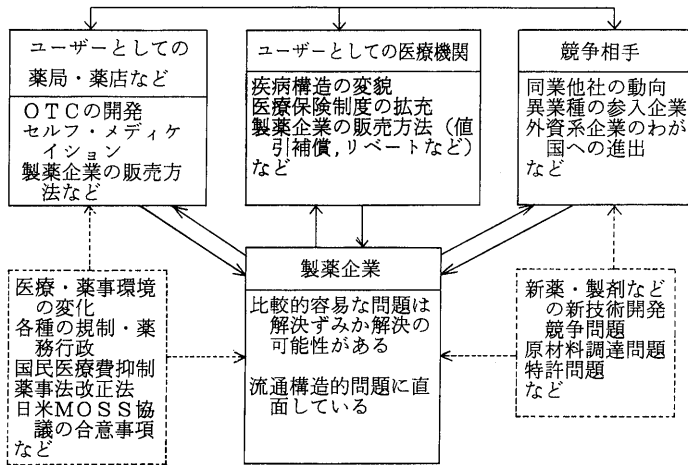
第3に、医薬品流通機構の問題がある。薬業界全体には過去のしがらみで製薬企業、一次卸・二次卸・三次卸や現金問屋の医薬品卸売業者、薬局・薬店などの医薬品小売業者が絡み合った旧態依然たる医薬品流通機構の問題がある。他社よりも早い新薬開発や他社品の導入のタイミング、製品寿命の短命化、薬価設定などの課題が残されている医薬品の技術開発段階において差別化戦略を採るだけでなく、むしろこの段階の戦略を根底に据えて、医薬品の流通段階においても流通経費の低減、医薬品の保管、OA化などすべてが実行できることはすべて行っており、いわば流通構造的な問題だけが残されていると言っても過言ではない。このような解決が困難な構造問題に他社は手をつけまいとするであろうから、積極的な企業戦略を展開したい製薬企業にとっては差別化のまたとない好機である。この意味で、構造問題に対する製薬企業の取組み姿勢や対処の仕方いかんによって医薬品市場における価格競争や販売促進戦略も格差が生じ易い。それだけに、製薬企業間競争の焦点は、価格競争を中心とし、それに非価格競争の1つである製品差別化戦略によるブランド・イメージの増幅に向けられている。この製品差別化戦略ももはや回避できない課題となっている。この戦略も医薬品の研究開発の本格化→製薬企業の成熟化に伴う技術開発→生産体制→販売体制→価格競争→非価格競争へと移っていく過程を辿ってはじめて可能となることである。

#### (ii) 製品差別化戦略の基本概念

医薬品の生産と販売にあたっては、他企業の製品にはみられない医薬品固有の特性を考慮した法的規制、例えば、薬事法改正法、特許法改正法、独占禁止法、健康保険法改正、老人保健法改正、さらに医療・薬務行政指導などの規制、医薬品製造指針などの制約を無視することはできない。そのため、医薬品の製



図Ⅲ－２ 医薬品の差別化戦略の概念図

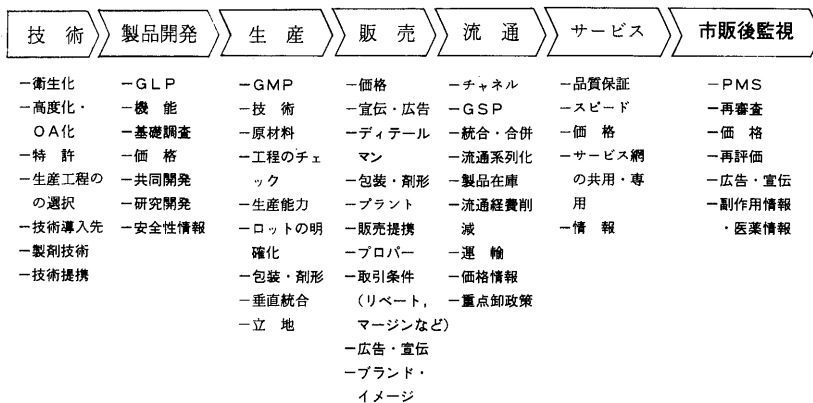


(注) 医療・薬事環境の変化：疾病構造の変化，国民医療費の急増傾向，医療保険制度の改定，新薬価算定方式の決定，市販後監視体制の整備，GMPの総合的推進，新医薬品審査体制の明確化，医薬品卸売業者の流通形態の改善とシステム化，医療機関への対応，医薬品小売業者の業態開発とSA化（ストア・オートメーション化）への対応など。

品差別化戦略は他の消費財に比べて極めて困難であるから，医薬品の差別化を実現するためには，つまり医薬品という製品差別化戦略を実効性のあるものにするためには，単なるアイデアだけでなく，巨額の長期資金を要する研究開発・技術，原材料調達，生産（製造），販売，サービス，市販後監視と一連の機能の一貫性を保ちながら，医薬品の特性を十分に見極めた「ビジネス・システム」としての枠組みを形成する必要がある（図Ⅲ－3）。その研究開発，生産，販売の各段階において薬事法改正法やその他の法的規制，医薬品製造指針，販売上の諸基準などをクリアしなければならないという厳しさがあるからである。

この意味で，医薬品に関する製品差別化戦略は，通常の市場差別化戦略よりも広義の上位概念であり，医薬品という製品ないし商品を中心とした8つのP<sup>69</sup>，

図Ⅲ－３ ビジネス・システムを通じた一貫性のある製品差別化戦略の必要性



(注) この図は、大前研一、岩崎茂美編、『成熟期の差別化戦略』、昭和61年、53頁、  
の図を製薬企業の特徴と実態に照らして書き換えたものである。書き換え箇所  
は、太文字の事項である。

すなわち、Product (医薬品)、Package (包装)、Price (薬価)、Personal Selling (人的販売)、Place (場所＝貯蔵保管、輸送、流通などの販売チャンネル)、Persuasion・Advertising (説得・広告)、Promotional Aids (販売促進援助)、Publicity (パブリシティ) に、Target (目標)、Market (市場) を加えたマーケティング・ミックスを、医療用医薬品の場合は医薬品卸売業者や医療機関の動向、一般用医薬品の場合は薬局・薬店などの動向、既述の医療・薬事環境の変化に合わせて困難な製品差別化に成功し、医薬品市場において優位な地位を確保しようとする<sup>64</sup>ことである。なお、パブリシティとは、マス媒体が特定の製薬企業または医薬品をニュースとして取り上げた報道である<sup>65</sup>。これは公共性のある情報として医薬品卸売業者、医薬品小売業者、医療機関、一般消費者に受け入れられるので、大きな効果を発揮するものである。

このような基本概念で表すことができる製品差別化は、規模の大きい製薬企業ほど有利に展開できると思われる。資本金規模の大きい製薬企業とりわけ大手は、新薬研究開発力、製造能力、販売力の3大機能の点で優位にあり、保健

衛生上の観点からみても、有効性と安全性を確保した品目と多くの銘柄品を持ち、自社品と自社取扱い導入品を自社系列下の医薬品卸売業者や医薬品小売業者に販売促進活動を積極的に展開しているからである。

### ③ 製品差別化戦略による効果

医薬品に関する製品差別化戦略による効果は、次の少なくとも3つのことに現われていると考える。

第1に、もともと医薬品の薬効や安全性は客観的に識別しがたいが、医薬品の化学的・物理的組成、剤形、包装などの製品差別化のほか、広告・宣伝、値引、値引補償、リベート供与、サービス、ブランド・イメージと企業イメージによる差別化などの「販売面における差別化」が可能となる。このような広義の製品差別化に成功した製薬企業は、当該品目が大型商品になれば、高収益を期待できそうであるという効果がある。

第2に、製薬企業特に大手が広義の製品差別化戦略を展開する場合には、競争相手の他社に対して自社系列下の医薬品卸売業者や医薬品のユーザーである医療機関に対する自社品や自社取扱い導入品の訴求力を最大にすることができそうである。この点に第2の効果があると考えられる。

第3に、製薬企業が医療・薬事環境の変化だけでなく医薬品市場ニーズの変化の動向に常に敏感にならざるを得ない状況になってきているので、流通面を重視した製品差別化計画を策定し、実施することによって、自社品や自社扱い導入品（以下、自社品に含めて表す）の知名度の程度、自社品と競合品との薬価比較、さらに医療用医薬品や一般用医薬品の流通経路に関する情報を入手できる可能性があると思われる。後者については、第1の効果と関連して、例えば、自社と他社の流通経路別・品目別販売実績に関するデータのチェック、自社と他社の取引条件（マージン、割引、値引補償、支払条件など）及び薬価政策の比較、自社品と他社品に対する医薬品卸売・小売業者や医療機関特に医師や薬剤師の評価、特定の薬効分野の品目別流通における自社品と他社品の販売力の比較、プロパーの活動に対する評価、自社と他社の流通系列下の医薬品卸

売業者や医薬品小売業者の協力度の比較などの情報を入手できる可能性があると思われる。

別稿の表4-40の薬効別上位3品目は、それぞれ製品差別化に成功し、売上高及び市場占有率の比較的大きい品目である。

さらに、医薬品の製品差別化の主要な方法を、例えば、潰瘍治療剤についてでみれば、次の5つの方法がみられる。<sup>60</sup>

表Ⅲ-5 医薬品の製品差別化の方法（潰瘍治療剤の場合）

製品差別化の方法	商品名	製薬企業名	薬効など
コンセプト確立	ゼンタック タガメット	日本グラクソ 藤沢薬品工業	H <sub>2</sub> 受容体拮抗剤、攻撃因子制御剤 同上
新剤形追加	ガスター注	山之内製薬	同上、同上
新適応症追加	ノイエル	第一製薬	胃炎追加
利潤・リスク便益			副作用に対して効用が大
効能・コスト			費用に対して効果が大

資料：医薬品企業法務研究会編、『医薬品マーケティング事典 一法・行政— Q & A 101』、昭和62年、129頁

#### (4) リベート戦略による効果

##### ① リベートの制度的定着と基本概念

昭和20年代に、リベートの原初形態とも言うべきものは、販売意欲の喚起、新流通経路や新規取引の開拓、不良在庫の処分などの点で販売促進を売手や販売実績、期間契約高への報奨として、またマーケティング戦略への協力、自社品及び自社導入品の優先的取扱いと価格維持などの点で貢献した買手に売手から「利益の割戻し」という報奨的なものを供与した場合に現われた。昭和25年には、この「利益の割戻し」が企業会計原則上「損益」として認められた。その後、昭和35年には、「割戻制度」が税法上確立したので、業種、品目のいかんを問わず、わが国の商取引において通例的な制度として定着した。<sup>60</sup>

現在では、リベート政策は販売促進手段、価格政策の補完策として流通チャネル戦略上有効なものとしてされている。<sup>60</sup>

この意味で、リベートを当初から広く採用している医薬品業界では、リベ

トとは医薬品の卸売や小売に関連して製薬企業から医薬品流通政策的意図に基づいて供与される金銭または物品、景品、招待などであると定義できる。

② リベートの実態

製薬企業が供与するリベートの目的や機能は、その医薬品卸売業者や医薬品小売業者の形態などで異なっているから、リベートの実態も千差万別である。リベートの実態の一部は、最近の調査では厚生省業務局編『医薬品流通実態報告書』（昭和56年度～57年度）などの調査結果において捉えられている。しかし、リベートやマージンの実態調査は困難であり行われていないため、厚生省の資料や次の2つの表の資料は、医薬品の価格体系に位置づけられるリベートやマージンの平均的な実態を示しており、有用な資料である。

卸マージン（卸売差益）は、表Ⅲ－6でみても、医療用、一般用を問わず、11%前後のマージンとなっていることがわかる。

表Ⅲ－6 製薬企業が過去に供与したリベートとマージン

医薬品用途区分別	全流通段階	卸売段階
医療用医薬品	マージン30%以内	マージン12.5%
一般用マスコミ品	マージン30%以内	マージン6.7%
一般用非マスコミ品	マージン40%以内	マージン14.3%

資料：製薬企業懇談会編、『製薬企業の現状と考察』、昭和42年、144頁

これらの調査結果から得られる示唆は、医薬品の価格競争やシェア競争が激化している今日でも基本的には通用するであろうが、今日ではマージンやリベートは増加しているに違いないと思われる。

さらに、マージンやリベートは医薬品卸売業者の収益性指標の1つである粗利や粗利率の中にも含まれていることを、(株)クレジット・コンサルタントの全国医薬品卸売業者の経営実態調査（昭和60年7月期決算～61年6月期決算）でみれば、医薬品月商規模別に9階級に区分された医薬品卸売業者（卸企業406社）の平均粗利率は12.5%となっている。<sup>60</sup>

表Ⅲ－7 一般用医薬品の標準体系におけるリベートとマージン

(単位：%)

製薬企業別	製薬企業出荷価格	卸売段階	小売段階
新薬系メーカー	C 価 59.1	B 価 67.8	A 価 100
		マージン 4.0	マージン 25.2
		リベート 4.7	リベート 7.0
直販系メーカー	C 価 63.0	直販のためなし	A 価 100
			マージン 31.1
			リベート 5.9
家庭薬メーカー	C 価 64.5	B 価 73.5	A 価 100
		マージン 7.3	マージン 24.5
		リベート 1.7	リベート 2.0

資料：公正取引委員会の調査資料，昭和46年12月

(注) 製薬企業出荷価格がC価，卸売価格がB価，小売価格がA価と名づけられているのは，建値を示している。建値品は通常一般用医薬品であって，A，B，Cの薬価が決められている医薬品（商品）である。医療用（医家向け）医薬品の薬価は薬価基準価格であるが，このA価に該当するものである。しかし，A，B，C価が一本化されているものが多い。

前述の厚生省薬務局経済課編『医薬品流通実態報告書』<sup>6)</sup>によっても，販売リベートの実態を知ることができる。この報告書は，昭和54年度を調査対象年度とし，55年度と56年度実施の『医薬品産業実態調査』[調査対象客体：製薬企業数1,850社，回答数1,559社，回答率84.3%；医薬品卸売業者数2,638社，回答数1,963社，回答率74.4%]並びにヒアリング調査[昭和56年7月～9月実施。製薬企業数6社，医薬品卸売業者数18社]の調査結果を中心に，その他必要な資料を加えて医療用医薬品の流通実態をまとめたものである。それによれば，薬価形成において重要な要素となっている「販売リベート」の現状の一部が見事に摘出されている。

製薬企業の販売リベートの支払状況は，図Ⅲ－4の通り，製薬企業の売上高規模が大きくなるにつれて，販売リベートを支払うものが多くなっている。

販売リベートの支払条件は，そのヒアリング調査によれば，おおむね(ア)医薬品卸売業者の売上高規模，(イ)売上高の伸び率，(ウ)売上高の目標に対する達成な

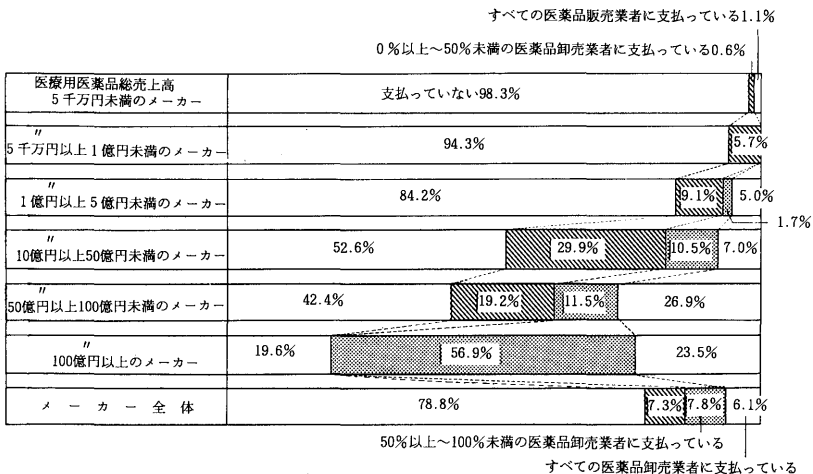
どの事項になっている。<sup>62</sup>このほかに、代金回収状況（売掛債権回転月数）、製薬企業への協力度、返品状況、重点卸品の販売に対する貢献度なども指数とした基準の組合せで販売リベート（sales rebate）が算定されている。<sup>63</sup>この実際の組合せは複雑であって製薬企業各社各様であるし、販売リベートは恣意的に決定されている場合も当然あるであろう。

それらのリベート支払条件としての基準のうち、リベートをいくら操作しても、価格競争の激しい今日では、医薬品卸売業者、薬局・薬店などの販売意欲や販売努力の喚起、自社の医薬品流通政策への協力や忠誠心の確保などを目的として販売リベートを供与しても、その効果はそれほど期待できない状況になっている。

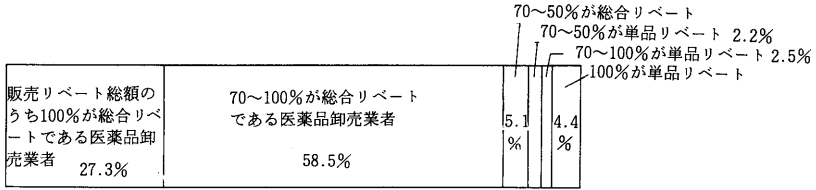
このような状況の下では、販売リベートの支払条件はおおむね医薬品卸売業者の売上高の増大を基準としているため、「医薬品卸売業者では販売リベート獲得のために売上高のより一層の拡大を志向する結果を招いているものと考えられる。」<sup>64</sup>（図Ⅲ-4）

医薬品卸売業者の医療用医薬品の場合の販売リベートは、全体としてまとめ

図Ⅲ-4 製薬企業（メーカー）による販売リベートの支払状況

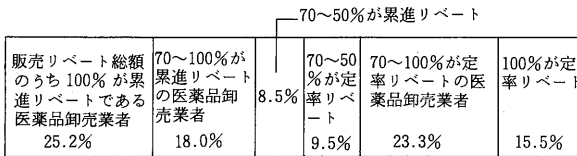


図Ⅲ－５ 一次卸における販売リベートの受取状況（総合リベートと単品リベート）



資料：図Ⅲ－４と同じ，60頁  
 (注) 集計数275社

図Ⅲ－６ 一次卸における販売リベートの受取状況（累進リベートと定率リベート）



資料：図Ⅲ－４と同じ，60頁  
 (注) 集計数283社

て支払われる「総合リベート」が中心となっており，品目ごとに支払われる「単品リベート」は特定の高い薬価の品目に限られている（図Ⅲ－５）。

また，販売リベートの支払額の定め方は，「累進リベート」と「定率リベート」に区別できるが，両リベートともほぼ同じ程度の割合となっている（図Ⅲ－６）。

販売リベートの支払回数は，おおむね年2回程度である。販売リベートの支払方法は，売掛金債権と相殺するものが多い。

販売リベートの支払条件を提示している製薬企業は，表Ⅲ－８の通りであるが，「すべての得意先に示している」は108社中71社で65.7%と多数を占めている。医薬品売上高10億円以上の製薬企業は54社（76.1%）である。

### ③ リベート戦略による効果

製薬企業のリベート戦略については，厚生省や公正取引委員会が主として独占禁止法に基づき，改善を強く要請している。この要請がある以上，製薬企業が意図したリベート戦略の目的，機能及び効果は必ずしも有効であるとは限ら



表Ⅲ－８ 製薬企業（メーカー）の販売レポート支払条件提示状況

[単位：（ ）内は％]

区分	医療用医薬品総売上高規模別						計
	5千万円未満	5千万円～1億円未満	1億円～10億円未満	10億円～50億円未満	50億円～100億円未満	100億円以上	
提示している得意先の割合							
全く示していない	1	1	3	2	3	10 (9.3)	
得意先のうち10%未満に示している			1	0	1	0	2 (1.9)
“ 10～50% ”			1	2	1	4	8 (7.4)
“ 50～100% ”			4	2	2	9	17 (15.7)
すべての得意先に示している	3	1	12	20	9	25	71 (65.7)
計	3	2	19	27	15	41	108(100.0)

資料：図Ⅲ－４と同じ

ず、とりわけ医薬品の販売促進活動（promotion activity）の観点からみれば、疾病構造の変貌などに伴う医薬品需要の変化が医薬品の生産・流通構造を根底から支配していくことは否定できないので、レポート戦略、流通系列化の維持強化を目的とした場合のレポート政策には何らかの限界があると思われる。特定の薬効分野の品目について拡販競争や価格競争やシェア競争が激化している市場において、レポート戦略を積極的に活用することはその競争力の強化をもたらせ、他方で自社系列の流通系列化を維持強化させる効果がある。

(5) 広告戦略による効果

① 広告の定義及び景品表示法の広告の扱い方

広告とは、本来、個別企業が自社の商品、サービスの販売増進を行うために様々な媒体を通じて流すコミュニケーションが、その売り上げにいかなるプラスの影響を及ぼしたかを意味するものであるが、例えば、「メッセージ中に明示された広告主が、商品、サービス、または特定の概念を知らせ、広告主に有利な行動をとらせるように仕向けるための有料の非個人対象のコミュニケーションである」と定義されている。ここで言う広告は広告活動（advertising）

を指すものである。広告の定義については、論者によって様々な定義があるが、この定義を用いたい。

広告は、「不当景品類及び不当表示防止法」(昭和37年5月1日制定)では、広義の表示の中に含まれており、広告と表示は両者の機能や役割に着目しないで扱われている。景品表示法では、「表示とは、顧客を誘因するための手段として、事業者が自己の供給する商品又は役務の内容又は取引条件その他これらの取引に関する事項について行なう広告その他の表示であって、公正取引委員会が指定するもの<sup>67)</sup>」と定義されているからである。

医薬品企業法務研究会編『医薬品マーケティング事典』(昭和62年)では、景品表示法、不正競争防止法、その他の法令も合わせて、法的規制目的による差異から、広告とは「取引行為と時間的・距離的に隔離した関係で供給される商品情報」であり、表示とは「1) 取引行為と密接して、取引の最終判断のため供給される商品情報(狭義の「表示」)、2) 狭義の「表示」と「広告」を合わせたもの(広義の「表示」)」<sup>68)</sup>であるとそれぞれ定義されている。

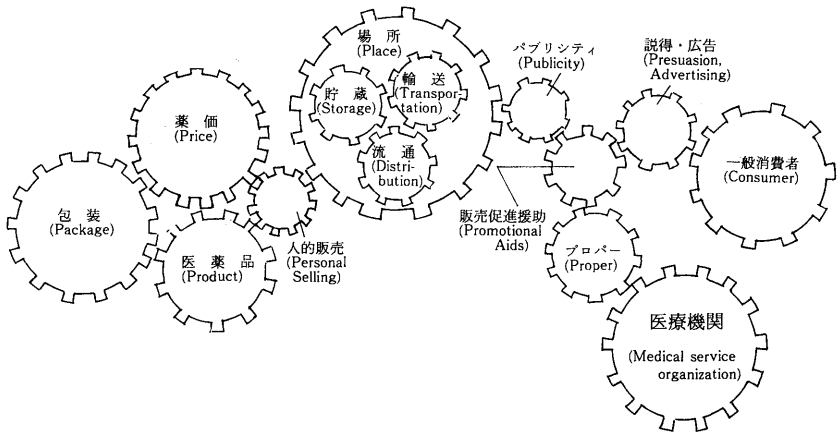
さらに、企業活動の経済行動に重点を置いた定義に、広告とは「マス・コミュニケーションをつうじて、一定の物的な性質をそなえた製品にたいする需要を増大……するための企業活動<sup>69)</sup>」であるという定義がある。

これらの定義は、そのまま広告問題を看過しがたい製薬企業の広告や異業種の参入や外資系企業の医薬品市場への参入に際しての多額の広告支出についても該当する要素があると考えられる。

## ② 広告戦略による効果

広告は、製薬企業と医薬品のユーザーである医療機関(医療用医薬品の場合)や一般消費者(一般用医薬品の場合)との掛け橋となるものである。このことは、ジョンソンのマーケティング・マシンにおけるマーケティング要因8Pにプロパー(Proper. 医薬情報担当者)をつけ加えた9Pで示した次の図Ⅲ-7で理解できる。

図Ⅲ－7 マーケティング・マシンにおける広告の位置づけ



(注) ジョンスンの原図 (Johnson, J.D., *Advertising Today*, 1978, pp.24-25) にプロパーと医療機関 (医療用医薬品の場合) をつけ加え、薬価、医薬品と書き直したものである。

この図を製薬企業の広告戦略の概念図に使うことができる。製薬企業の広告活動が自社品や自社扱い導入品を他社品と区別し、特定の薬効分野の品目に関して医薬品卸売業者を通じて医療機関や薬局・薬店などを誘因する1つの手段であるから、医薬品のような製品差別化が困難な商品であっても、製品差別化の程度がいかなる差別化の方法でどの程度可能であるかが広告活動 (advertising) に大きな影響を与える要因となっている。

一般に、広告の経済的効果と言えば、通産省産業政策局編『広告の経済的効果』(昭和50年1月)によれば、6つの効果、すなわち、需要創造効果、流通費削減効果、価格維持効果、市場機能維持効果、所得分配効果、信用創造効果である。<sup>(70)</sup> このほか、広告の市場集中促進、製品差別化、参入障壁維持などの効果を挙げることができるが、これらの効果は大部分広告の需要創造効果の結果であり、流通費削減効果や価格維持効果などが補完的に作用するものにすぎない。

同書の第2章「広告の経済効果に関する有価証券報告書の分析」<sup>(71)</sup>によれば、調査分析期間の昭和39年～46年において広告の需要創造効果のある産業の中に

医薬品産業も含まれている。また、広告費の増加が販売流通比率（販売流通費÷売上高）を低下させているという仮設から、販売流通比率が高くなったのは広告費が販売流通比率を低下させたためであるとみる産業の中に、医薬品産業も入っている。

そのような分析や効果のうち、市場機能維持効果つまり広告が市場支配力の源泉になり得るか否かということについてのみ製薬企業の場合に適用すれば、主として2つの側面の効果で説明できると考える。

1つは、販売促進費が多いほど、製薬企業が同一薬効分野の医療用・一般用医薬品の品目を広告によって、異業種の参入企業や外資系企業のわが国への進出活動がユーザーの医療機関（医療用医薬品）や一般消費者（一般用医薬品）への情報伝達手段をより有効に作用させず、参入や進出・活動を不利にさせる可能性が大きいであろう。このような広告参入障壁説によれば、医薬品のような「品質・性能などの判定が困難な商品の場合、既存メーカーの過去からの広告が」ユーザーの「ブランド選択に及ぼす累積的效果」が大きいので、逆に新規参入企業などは既存の製薬企業よりも安い薬価を設定するか、それとも既存の製薬企業よりも多額の広告・宣伝費を支出しなければならないので、既存の製薬企業にとって広告は新規参入企業の参入を抑える有利な手段であり、ひいては自社の流通系列化を進めるのに役立つことにもなるであろう。従って、広告が参入障壁となることから、既存企業の薬価を維持する効果が生じてくるであろう。

もう1つは、異業種の企業や外資系企業が新規参入に際して医療用・一般用医薬品の既存品よりも安全性や有効性などの品質面で優れた品目を擁して参入する場合には、広告という手段によって、薬価による直接的なブランド間競争を回避しながら、その市場占有率を確保できる可能性が大きいものであれば、新規参入は既存の製薬企業には脅威となるであろうから、広告は参入手段として作用する効果を持つものであり、従って既存の製薬企業の薬価も引き下げていく効果をもたらせるであろう。この場合の効果は、同種同効の医薬品分野で

当該品目への忠誠心（ロイヤリティ。loyalty）を創出することよりも参入企業や既存の製薬企業の当該品目に対する忠誠心を破壊することになるから<sup>73</sup>、参入企業や既存の競争相手となる製薬企業が高品質の品目を持って参入する以上、広告はその参入の有利な手段として効果を発揮するのである。

このような広告の市場機能維持効果は、他方で、当該薬効分野における市場集中度を高めるところまで大きなものにはならないと思われる。医薬品の特性、新薬開発の至難さ、特許期間経過後の後発品の登場、医薬品需要に関連する国民と薬価基準の引下げ、年4回の薬価基準収載による国産新薬や自社扱い導入品医療費抑制の出現などに伴い、大型商品となり得る品目は少ないことが市場集中度ないし薬効品目別売上高の上位集中度の上昇を抑えるという背景になっているからである。

以上の点だけからみても、広告戦略による基本的な効果は、製薬企業がプロパーの諸活動の効果とともに、自社品や自社扱い導入品の医薬情報を医薬品卸売業者や薬局・薬店などや医療機関に提供し、他方で「製品差別化の兆候であると同時に源泉であること」<sup>74</sup>やブランド・イメージを高めるのに役立っているところにある。今日、医薬品の広告は直接的な販売寄与よりも製薬企業や医薬品の商品的信頼を作りあげることに目標を置いており、販売に関して言えば、それは製薬企業から医療機関や一般消費者への情報伝達の1つの形式にすぎないというトータル・マーケティングの一環となっている<sup>75</sup>。

しかし、特に医療用医薬品の広告については、薬事法改正（昭和54年）や「医薬品等適正広告基準」（昭和55年10月）で厳しく規制されており、専門家の医師や薬剤師以外への広告は禁止されているので、広告戦略による効果も医薬品需要創造効果などを十分に発揮するまでには至っていないと思われる。

## 2. 薬価設定効果

製薬企業の薬価設定上の利益つまり薬価設定効果については、(1)薬価基準制度及び薬価算定方式、(2)製薬企業と医薬品卸売業者との取引条件、(3)値引補償制度、(4)管理価格、(5)医療用医薬品の納入価格のばらつき、(6)再販売価格維持

制度による諸効果の実態の様相も加味して説明する。

(1) 薬価基準制度及び薬価算定方式による効果

① 薬価基準制度の確立と薬価基準の性格

「薬価基準」は、昭和25年9月に社会保険診療報酬点数表が改定されたことに伴い、「厚生大臣の定むる薬価基準」として初めて実施されたので、ここに薬価基準制度が登場した。

薬価基準は、厚生省告示によって定めた(ア)保険医療に使用できる医薬品を定めた「品目一覧表」(法的根拠：健康保険法第43条の4第1項、同法第43条の6第1項、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則第9条)、(イ)保険医療で使用した薬剤費の額、すなわち、医薬品の請求価格及び購入価格の算定基準を示す「薬価一覧表」(法的根拠：同法第43条の9、同条の14)という二様の性格を持つものである。

② 薬価基準の改定と薬価基準制度の改善

薬価基準は、それ以後数次にわたって改定された。この制度改善を行わざるを得ない主な背景には、次のことがあったと考える。

わが国の経済は昭和48年の第1次石油危機に直面して高度経済成長から低経済成長へと急激な転換に見舞われたので、40年代のような国民所得の増大が国民医療費の急激な増高をカバーしてきたという高度経済成長期のパターンはもはや維持できなくなった。そのため、昭和50年代に入って医療保険制度の基本的見直しについて激論が闘わされた。この論議の1つとして出てきたのが国民医療費抑制を目的とした「医療費適正化対策」である。この主なものは、医療費適正化対策の強力な推進と国民医療費総額の抑制を主要内容とした第2次臨調の提言、昭和59年健保法改正及び社会保険診療報酬支払基金法改正、62年老人保健法改正、62年薬価算定方式の見直しに関する中医協建議である。<sup>m)</sup>

薬価基準制度についても、「医療費適正化対策」の1つとして様々な対策が講じられてきた。その対策を必要とした昭和50年以降の主な動向と問題を大別すれば、「銘柄別収載の採用、56年6月薬価基準改正と57年9月中医協答申、ピ

タミン剤等の保険給付除外問題、58年から61年までの毎年改正の4つに分けることができよう。」<sup>78)</sup>

保険医療に必要な医療用医薬品は、製造・輸入の承認・許可を取得したものであれば、申請または職権によって原則として薬価基準に収載される。この薬価基準収載基準の下で採られている現行の薬価基準収載方式は、請求・審査の便宜を図るという観点から、同一成分の同一規格品については同一の薬価とみなし、主成分の一般名で収載する統一収載方式（局方品、生物学的製剤基準収載の医薬品、生薬及び血液製剤の一部で採られている収載方式である。現在約1,000品目収載中）と販売名で収載する銘柄別薬価収載方式（昭和62年11月25日現在の収載品目数14,193品目）が併用されている。

後者の収載方式は、製薬業界、中医協、日医、厚生省などの協議の結果、昭和53年2月1日実施の薬価大改正に伴って実施されたものであるが、その後、この銘柄別薬価収載方式は2回の大改正と3回の小改正を経て現在に至っている。銘柄別収載については様々な議論が提示されたが、基本的には銘柄別収載を維持しながら、その運用面である銘柄間格差の是正を図るべきことに意見が集約された。

### ③ 銘柄別薬価収載方式による効果

この銘柄別薬価収載方式による効果は、次の少なくとも8つの点に現われてくる可能性がある。<sup>79)</sup>

- (i) 個々の銘柄の市場価格つまり実勢価格を合理的に薬価基準に反映させることができる。
- (ii) 薬価基準価格と実勢価格との薬価差益のみを販売の支柱とするような活動が是正される。製薬企業の薬価差益依存度が小さくなる。
- (iii) 医療機関では品質管理が行き届いた良質銘柄品の選択が促進される。
- (iv) 品質面、価格面、情報活動に関して、自社品に対する責任体制が強化できる。従って、製薬企業の体質改善を促進できることになる。
- (v) 薬剤多様化傾向が抑えられ、国民医療費の構成費用としての薬剤費の節

減になる。

(vi) 製薬企業からみれば、銘柄尊重によって自主的な薬価政策を採用し易くなり、自社品の薬価の安定を図れる可能性がある。

(vii) バルクラインの%が引き下げられても、その影響は小さくて済み易い。

(viii) 製薬企業にとって自社品の薬価が銘柄品の薬価として安定していることは、売上高の増大も期待できるから、新薬の研究開発意欲を増進させる。

これらの効果は、薬価設定にも有効な効果を及ぼしている。但し、薬価基準の引下げは当然薬価設定に不利な影響を与えている。

#### ④ 現行の薬価算定方式の特徴とそれによる効果

次に、取引件数が多い品目の薬価は、現行の薬価算定方式で決められている。取引件数の多い品目とは、一般に「バルク品」と言われるものであり、医薬品卸売業者の総数を調査対象として「自計調査方式」（本調査方式。調査客体が自ら指定された調査票に記入する方式。厚生省が調査客体に出向いて調査を行他計調査すなわち経時変動調査や特別調査などと対比される調査である。）で実施される販売面の薬価調査データにおいて、1か月に30件以上の取引があった品目である。この品目については、(ア)現行の薬価基準価格と全包装・全数量の取引価格の加重平均価格との格差ないし開きが、現行の薬価基準価格の10%以下である場合には、現行の薬価基準価格を据え置くこと、(イ)その格差が現行の薬価基準価格の10%以上である場合には、4つの薬価算定方式がある。既収載品の薬価算定は、『既収載医薬品の算定方法についての中医協答申』（昭和57年9月）に基づいて、「基準包装による取引価格を基礎として算定した90%バルクライン・オンライン算定値と加重平均値との間の開きが、その90%バルクライン算定値の20%以下である場合にあっては、当該90%バルクライン算定値をもって薬価基準価格とする」<sup>80)</sup>ことが多用されている。

この90%バルクライン算定値つまり算定価格と加重平均値（加重平均価格）との「ばらつき」の大きい医薬品については、81%バルクライン方式で算定されている。新薬については、『新医薬品の薬価算定に関する懇談会の報告』（昭



和57年7月)に基づいて算定されている。

現状では、薬価基準全体のバランスや医療上の必要性和使用状況などからみて必要な調整を行うために、薬価算定方式の見直し議論が活発である。この議論は、実勢価格の的確な反応、薬価、品質、情報などに対する製薬企業側の自己責任体制の区立、国民医療費抑制、健康保険制度、社会保険診療報酬支払制度、診療報酬の出来高払制度などの観点から継続されている。

いずれにしても、敢えて言うまでもなく、現行の薬価算定方式は、特に医療用医薬品の場合には薬価基準収載医薬品の薬価設定に役立つ効果ないしメリットがある。とりわけ、その方式適用の基礎になる現行の「薬価基準」は医療機関側にとっては診療費請求の基準であり、製薬企業側にとって出荷価格（仕切価格）決定の目安となっている<sup>20</sup>。そのため、薬価設定の仕組みが複雑なもの、つまり、製薬企業各社の補償処理基準、マージンやリベートの算定基準が不明確であって、ばらばらであり、製薬企業や医薬品卸売業者、薬局・薬店などの経営に大きな不安を抱かせているだけでなく、その他の不安な要因を残したものになっている。

(未 完)

## 注

- (19) 片岡一郎、「流対研報告と今後の医薬品流通」、薬事ニュース社編、『転換期の医薬品流通』、昭和58年、147-148頁。
- (20) 今井賢一、宇澤弘文、小宮隆太郎、根岸隆、村上泰亮編、『価格理論Ⅲ』、昭和47年、岩波書店、53頁。
- (21) 野田實編、前掲書、13-14頁。
- (22) 根岸哲、「流通系列化に対する独禁法の規制のあり方」、経済法学会編、前掲書、38頁。
- (23) 後藤晃、「流通系列化と市場経済」、松下満雄編、前掲書、36頁。
- (24) 後藤晃、前掲論文、37頁。
- (25) 糸田省吾、前掲論文、129頁。
- (26) 実方謙二、前掲論文、5頁。
- (27) 野田實編、前掲書、5-8頁。

- 28) 永田省吾, 前掲論文, 130-131頁。
- 29) 野田實編, 前掲書, 5-6頁。
- 30) Bain, J. S., *Industrial Organization*, 2nd ed., 1968, p. 25; 宮澤健一監訳, 『産業組織論 上』, 昭和45年, 丸善, 33頁。
- 31) 野田實編, 前掲書, 7頁。
- 32) 野田實編, 前掲書, 8頁。
- 33) 野田實編, 前掲書, 256-257頁。
- 34) 実方謙二, 前掲論文, 14頁。野田實編, 前掲書, 244頁。
- 35) 野田實編, 前掲書, 244-245頁。
- 36) 野田實編, 前掲書, 245-246頁。
- 37) 野田實編, 前掲書, 430頁。
- 38) 鶴田俊正, 「寡占体制と流通系列化」, 『専修経済論集』, 第14巻, 第2号, 41頁, 65頁。
- 39) 根岸教授と実方教授のそれぞれの前掲論文を参考にして私見を記述した。
- 40) 根岸哲, 前掲論文, 43頁。
- 41) 野田實編, 前掲書, 320頁。
- 42) 野田實編, 前掲書, 41-435頁。
- 43) 医薬品企業法務研究会編, 『医薬品マーケティング事典』, 昭和62年10月, 同発行, 販売: 薬業時報社, 283頁。
- 44) 野田實編, 前掲書, 432頁。
- 45) 公正取引委員会事務局編, 『医療用医薬品の流通実態調査について』, 昭和57年6月。これは, 薬事ニュース社編, 前掲書, 292-300頁, に所収されている。
- 46) 通産省企業局編, 『取引条件の実態』, 昭和45年。
- 47) 野田實編, 前掲書, 434頁。
- 48) 厚生省薬務局監修, 『医薬品流通の現状と課題』, 昭和57年8月, 薬事日報社, 46頁。
- 49) 宮澤健一監訳, 前掲邦訳書, 234頁。
- 50) 医薬品企業法務研究会編, 前掲書, 126頁。
- 51) 大前研一, 岩松茂美編, 『成熟期の差別化戦略』, 昭和61年, プレジデント社, 55頁。
- 52) 大前研一, 岩松茂美編, 前掲書, 53頁。
- 53) Johnson, J. D., *Advertising Today*, 1978, pp. 24-25. 風呂勉, 『マーケティング・チャンネル行動論』, 昭和48年, 3版, 千倉書房, 15-44頁。
- 54) 医薬品企業法務研究会編, 前掲書, 128頁。
- 55) 流通経済研究所編, 『流通がわかる事典』, 昭和63年, 第8刷, 日本実業出版社, 266頁。

- 56) 伊藤良二, 「製品市場での差別化戦略」, 大前研一, 岩松茂美編, 前掲書, 94-96頁。
- 57) 医薬品企業法務研究会編, 前掲書, 129頁。
- 58) 医薬品企業法務研究会編, 前掲書, 242頁。
- 59) 実方謙二, 「規制の課題」, 金子晃, 根岸隆, 実方謙二, 船田正之, 『新・不公正な取引方法』, 昭和58年, 青林書院新社, 第2章, 41頁。
- 60) 薬業時報社編, 『薬事ハンドブック '88』, 昭和63年2月, 158頁。
- 61) 厚生省薬務局監修, 前掲書, 59-61頁。
- 62) 厚生省薬務局監修, 前掲書, 59頁。
- 63) 厚生省薬務局監修, 前掲書, 243頁。野田實編, 前掲書, 441頁。
- 64) 厚生省薬務局監修, 前掲書, 59頁。
- 65) 通産省産業政策局編, 『広告の経済的効果』, 昭和50年, 大蔵省印刷局, 17頁。
- 66) 本間弘光, 『広告の知識』, 昭和62年, 14版6刷, 日本経済新聞社, 12頁。
- 67) 社全国公正取引協議会連合会編, 『景品表示法の手引き』, 昭和60年3月。
- 68) 医薬品企業法務研究会編, 前掲書, 265頁。
- 69) 今井賢一ほか, 前掲書, 187頁。
- 70) 通産省産業政策局編, 前掲書, 37頁。
- 71) 通産省産業政策局編, 前掲書, 246-248頁。
- 72) 今井賢一ほか, 前掲書, 183頁。
- 73) 向田直範, 「消費者保護と広告規制」, 経済法学会編, 前掲書, 136頁。
- 74) この引用文は, コマナー=ウィルソンが広告と製品差別化との関連を理論的に説明した場合の結論であると八田英二氏は述べている。八田英二, 『広告と市場競争——広告決定の産業組織論的分析——』, 昭和56年, 有斐閣, 41頁。
- 75) 通産省産業政策局編, 前掲書, 323頁。
- 76) 厚生省健康政策局編, 『健康政策六法』, 昭和63年版, 昭和63年3月, 中央法規出版, 1267-1269頁。
- 77) 薬価制度研究会編, 『医療政策と薬価基準——新算定方式の全容とその狙い——』, 昭和62年, 薬業時報社, 24頁。
- 78) 薬価制度研究会編, 前掲書, 24頁。
- 79) 薬価制度研究会編, 前掲書, 27頁。野田實編, 前掲書, 425頁。
- 80) 厚生省保険局医療課編, 『薬価基準——その全容と重要通知——』, 昭和62年9月, 58頁。
- 81) 薬価制度研究会編, 前掲書, 97頁。
- 82) 薬価制度研究会編, 前掲書, 178頁。

参 考 文 献

本誌，第33巻，第3号及び第34巻，第1号掲載の参考文献に，この注のものを加える。

（付記 本稿は，財団法人 島原科学振興会の昭和62年度研究助成による研究成果の一部である。同会に感謝します。）

## 正 誤 表

頁	訂正箇所	誤	正
37	1	いずれの研究を消費者行動	いずれを消費者行動研究
119	18	溢路	隘路
123	5	流域	領域
131	5	杭式	坑式
134	11	溢路	隘路
137	22	Энергоатомпздат	Энергоатомиздат
141	31	оргцнизация	орган <u>и</u> зация
142	25~6	Энергоатомоздат	Энергоатом <u>и</u> здат
211	図Ⅲ-4	資料名なし	資料：薬事日報社編，厚生省薬務局監修， 『医薬品流通の現状と課題』， 昭和57年8月，60頁
212	図Ⅲ-6	図Ⅲ-4と同じ，60頁	図Ⅲ-4と同じ，61頁
213	表Ⅲ-8	図Ⅲ-4と同じ	図Ⅲ-4と同じ，61頁
220	13	行他	行う他
226	9	Implemetation	Implementation
231	14	(A. 3)	(A. 3')
231	21	(A. 3)	(A. 3')
235	6	(A. 3)	(A. 3')
239	14	Cambvide	Cambridge
270	9	60□ 60□ 20□	30□ 60□ 20□
270	13	3□ 3□ 0□	3□ 3□
272	34	X□d2	X←d2
272	35	2□	1□
272	35	X←d1	Y←d1
276	23	何かとといった点	何かとといった点
283	20	スイッチ条件含む	スイッチ条件を含む