

医療用医薬品の流通システムの変革について

手塚 公登

1. はじめに

わが国の流通システムのあり方は今、厳しく問われている。特に1989年の日米構造協議をきっかけとして、さまざまな取引慣行が流通の近代化を阻害し、わが国市場の閉鎖性を高めていると非難を浴びせられてきた。生産面においてのわが国企業の効率性の高さは、一定の評価を与えられてきたと言えるが、流通面においては卸、小売の両段階において常にその零細性、過多性が指摘され、効率性の改善、透明性の確保が急務であるとされてきた。

果たしてわが国の流通の場にみられる取引の慣行や仕組みが非効率的であって、消費者の利益に反するものであるのか。本稿では、長年にわたって流通の近代化の必要性が声高に唱えられてきた医療用医薬品業界を対象に考察を加えることにしたい。特にこの業界が注目し値すると思われるのは、現在監督官庁である厚生省、流通の当事者である製薬メーカー、卸売業者、医療機関のすべてを巻き込んで「流通改善」と呼ばれる流通システムの改革が進行中だからである。それが真に最終消費者である患者の利益につながるのか興味深い題材を提供していると考えられるのである。

2. 医療用医薬品産業の概要と流通の仕組み

*) 本論文の作成にあたって、島原科学振興会（平成4年度）および成城大学特別研究助成からの援助を受けた。また、ヒアリング調査にご協力頂いた製薬業界、医療機関の関係者に感謝したい。なお本研究は、井上正氏（早稲田大学）との共同研究「医薬品の流通システム」の一部を成すものである。

2.1 医薬品産業の構造

医療用医薬品産業におけるその実質的な担い手は、メーカー、卸、医療機関の3者である。基礎的なデータとして、それぞれの数、および販売額、集中度、医薬品産業の規模などの産業組織上の特性をみておこう。

1) 医薬品製造業の市場構造

表1は製薬企業数の推移を示してあるが、1991年において1500社程度でここ16年間で漸増している。そのうち医療用医薬品を主として製造する企業は450社位で、日本製薬工業協会を構成する大手企業は86社である。生産額の推移は図1の通りで、1983年の4兆300億円強から1992年には約5兆6千億円へとおよそ1.4倍の増加を示している。この間の名目GNPの伸

表1 製薬企業数の推移

年 度	総 数	主に医療用医薬品を製造	主に一般用医薬品を製造	医療用・一般用医薬品を製造	業価基準収載品目を有する企業	製薬協加盟数
1975	1,359	330	666	363	410	71
1980	1,312	368	625	319	N.A.	80
1981	1,321	376	620	325	412	80
1982	1,307	391	622	294	N.A.	80
1983	1,252	376	583	293	433	78
1984	1,367	435	608	324	442	81
1985	1,369	435	622	312	439	81
1986	1,315	436	581	298	452	83
1987	調査なし				443	81
1988	1,407	382	578	447	447	82
1989	1,457	419	571	467	457	81
1990	1,496	433	588	475	459	86
1991	1,556	455	571	530	451	86

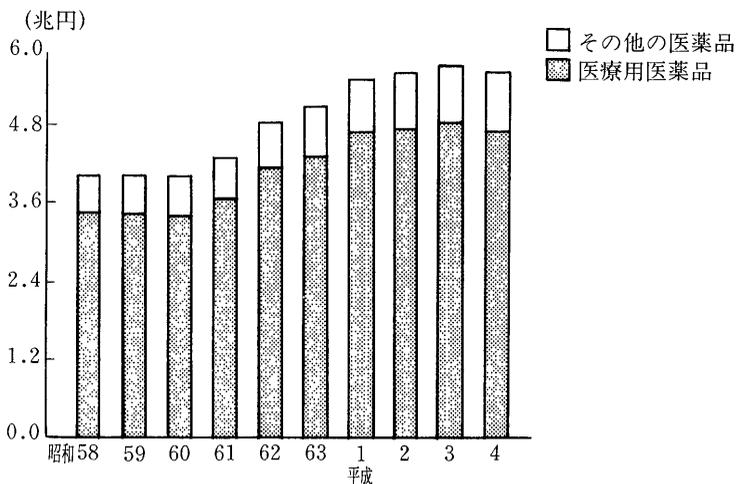
- (注) 1. 企業数は、医薬品製造業又は輸入販売業の許可を受けて製造、輸入販売しているものの本社(本店)の数(但し、集計できた企業のみ)。
 2. 但し、1991年は速報値である。
 3. 収載品目を有する企業、製薬協加盟数……日本製薬工業協会。

資料：厚生省「医薬品産業実態調査」。

出所) 日本製薬工業協会『DATA BOOK 1993』2頁。

びは、1.6倍であったから、医薬品産業は拡大はしているが、急成長産業とも言えない。特に1984、5年頃とここ数年は医療費の膨張を抑え込もうという強い動きがあったため、著しい低成長ないしマイナス成長となっている¹⁾。その中で医療用医薬品の割合は1992年現在では84%近くを占めており、医薬品産業における重要性がわかる。

図1 医薬品生産額の推移



出所) 厚生省薬務局監修『薬事工業生産動態統計年報平成4年』薬業経済研究所。

集中度の観点からは、公正取引委員会の調査によると、表2に示したように上位3社で13.4%、10社で35.3%とそれほど高いわけではない。また時系列的にみても若干低下傾向にある。さらに国際的な企業規模の比較か

1) わが国の国民医療費は、1991年において21兆8千億円、対国民所得比6%程度で OECD 諸国の中の20位と際だって高い方ではない。絶対額で見ると毎年1兆円近く増加しているが、この数字も先進諸国の中で特に目立ったものではない。ただ高齢化現象が進むと急速に医療費が膨張する可能性もあり、極力その伸びを抑えようとしている。その際、わが国においては、医療費に占める薬剤比率が国際的にみて非常に高く、特に問題視されることになる(各国において医療費の定義や薬剤費の範囲が異なるため正確な比較は難しいが、ある試算によると日本41.7%、フランス18.3%、アメリカ9.2%、イギリス11.7%である(医療保険制度研究会(1994)、157頁))。

表2 製薬企業の上位集中度

(単位：%)

年 度	上位3社	上位5社	上位10社
1971	16.7	25.2	41.5
1972	15.4	23.9	38.6
1973	15.3	23.8	38.5
1974	16.1	24.9	38.8
1975	17.2	25.2	38.0
1976	17.8	25.1	37.9
1977	17.9	24.4	37.6
1978	17.0	23.5	36.4
1979	16.6	23.4	36.7
1980	16.4	23.6	35.9
1981	15.7	23.1	36.0
1982	16.8	23.5	36.5
1983	15.7	22.8	36.0
1984	16.0	23.1	37.1
1985	15.3	22.5	37.3
1986	14.7	22.0	36.4
1987	14.5	22.1	38.0
1988	13.4	20.4	35.3

資料：公正取引委員会「主要産業における累積生産集中度」
出所) 日本製薬工業協会『DATA BOOK 1993』, 16頁。

らするとわが国企業の規模は上位企業といえども大きくはない。わが国最大手の武田薬品工業が、1992年度の世界ランクでは16位に過ぎず、三共、塩野義がそれぞれ24、26位である(『薬事ハンドブック'94』薬業時報社)。従ってメーカー間の競争はこれまでのところ相当程度競争的であったと判断できるように思われる。

2) 医薬品卸売業の市場構造

次に卸の市場構造をみておくことにするが、医薬品卸売業に従事している企業の全貌を捉えることは容易ではない。薬事法上卸売一般販売業の許可を受けている業者が必ずしも商売の実績があるとは限らないし、医薬品卸売を主要な事業としているわけでもないからである。その点に留意した

上で、日本医薬品卸業連合会加盟会社を基に業界の概要をみると、1993年度330社であり、経年的には減少しつつある（表3参照）。流通改革の進行とともに卸売業界の再編成、集約化が進みつつあることをこの数値は示している。

表3 (社) 日本医薬品卸業連合会加盟者

元年度初	2年度初	3年度初	4年度初	5年度初
403	384	375	351	330

資料：㈱ 日本医薬品卸業連合会

(注) 薬事法による卸売一般販売業の許可を受けている者は平成4年4月で3,558あるが、これは医薬品卸売業以外の事業を主要事業とする者や医薬品卸売業の実績がない者を含む。
出所) 厚生省薬務局監修『医薬品卸売業将来ビジョン』薬業時報社、17頁。

このことは民間の調査会社による集中度の数値にも表れている。表4に示されているように1983年から1992年にかけて少しずつ集中度は上昇しつつある。

表4 医薬品卸売上高の上位集中度

売上順位 区分	58	59	60	61	62	63	元	2	3	4
1～10位	25.2	25.9	26.7	27.3	28.1	28.7	30.1	30.3	31.4	32.3
1～50	55.4	56.9	58.3	59.4	61.4	63.2	65.1	65.9	67.5	69.0
1～100	73.4	75.3	76.7	78.0	80.3	82.2	84.0	85.1	86.7	87.7
1～200	92.2	93.5	94.2	95.2	96.3	97.4	98.2	98.5	99.1	99.4
1～300	98.0	98.5	98.6	99.0	99.3	99.7	99.8	99.8	100.0	99.9

資料：㈱ クレジットコンサルタント調べ。

出所)『薬事ハンドブック'94』薬業時報社、186頁。

しかしながら依然として規模の小さな企業、特定の地域のみを営業エリアとする会社が多く、特に全国レベルで寡占化が進行しているというわけではない。資本金、従業員数でみた規模別分布（表5）でも中小企業の割合は低くない。基本的には競争的な市場構造が維持されているとみてよいだろう。ただし、メーカーと卸との関係には、緩い形ではあるが系列化と言

表5 卸業者の規模別分布

資本金			従業員		
3000万円以下	59社	33.9%	50人以下	29社	16.7%
3000万円超5000万円以下	36	20.7	51人以上 100人以下	13	7.5
5000万円超1億円以下	28	16.1	101人以上300人以下	61	35.1
1億円超10億円以下	36	20.7	301人以上500人以下	29	16.7
10億円超30億円以下	7	4.0	501人以上1000人以下	31	17.8
30億円超	5	2.9	1001人以上	11	6.3
不明	3	1.7	合計	174	100.0
合計	174	100.0			

資料：医療用医薬品流通改善実態調査〔平成4年〕
出所）厚生省薬務局監修『医薬品卸売業将来ビジョン』薬業時報社，17，18頁。

える現象がみられる。すべてのメーカーと取引をしている卸はなく、特定の製薬メーカー数社と取引しているのが一般的である。

この系列化は後に述べるメーカーと卸との間の値引補償やリベートの供与といった慣行と強く結びついている。

3) 医療機関の実態

最後に、医療用医薬品の買手である医療機関をみると、表6に示されているように、1991年時点で病院、一般診療所あわせて92,000軒余りで、病院については公的医療機関と医療法人の占める割合が高く、一般診療所では個人の割合が大きい。平均的な病床数では公的医療機関や医療法人が個人よりかなり多く、規模に格差がみられる(表7)。このことは卸、あるいはメーカーとの間の取引においての交渉力に影響を及ぼすと考えられる。医療機関数からみて医療用医薬品市場を全国を単位とした場合、医療機関の特定の施設が特別に強力な買手独占的な立場にあるとは言えないように思われるが、ただし卸売業の販売先対象別の売り上げ額をみたとき大病院向けの比重が大きく、大手病院は卸に対して強い立場にあることはあり得る。また卸は地域的な商圈を基本単位としており、全国展開している例は

表6 開設者別にみた施設数（各年10月1日現在）

	施設数			構成割合(%)	
	平成3年	平成2年	増加率(%)	平成3年	平成2年
病院	10,066	10,096	△0.3	100.0	100.0
国	400	399	0.3	4.0	4.0
公的医療機関	1,372	1,371	0.1	13.6	13.6
社会保険関係団体	136	136	0	1.4	1.3
医療法人	4,377	4,245	3.1	43.5	42.0
個人	2,918	3,081	△5.3	29.0	30.5
その他	863	864	△0.1	8.6	8.6
一般診療所	82,118	80,852	1.6	100.0	100.0
国	490	487	0.6	0.6	0.6
公的医療機関	3,885	3,842	1.1	4.7	4.8
社会保険関係団体	814	805	1.1	1.0	1.0
医療法人	9,671	8,025	20.5	11.8	9.9
個人	60,050	60,731	△1.1	73.1	75.1
その他	7,208	6,962	3.5	8.8	8.6
歯科診療所	53,633	52,216	2.7	100.0	100.0
国	1	1	0	0.0	0.0
公的医療機関	342	340	0.6	0.6	0.7
社会保険関係団体	16	15	6.7	0.0	0.0
医療法人	3,030	2,465	22.9	5.6	4.7
個人	49,942	49,105	1.7	93.1	94.0
その他	302	290	4.1	0.6	0.6

資料：平成3年医療施設調査。

出所)『薬事ハンドブック'93』薬業時報社，228頁。

ない。そのため医療機関が買い手として有利な立場を占めることも地域によってはあるかもしれない。

以上の事実より、われわれは医療用医薬品市場はそれを担う経済主体の数および集中度から判断すると競争的な構造であると基本的には理解してよいと考える²⁾。それにもかかわらず医薬品産業の取引慣行にはさまざま

2) こうした見方には異論もある。医薬品の効能は、症状別にまったく異なったものであり、代替性に乏しい。その意味では、それぞれの薬が独立の市場を

表7 開設者別にみた病床数（各年10月1日現在）

		病 床 数			構 成 割 合 (%)	
		平成4年	平成3年	増加率(%)	平成4年	平成3年
病 院	総 数	1,686,696	1,685,589	0.1	100.0	100.0
	国	158,867	159,371	△0.3	9.4	9.5
	公的医療機関	353,145	351,024	0.6	20.9	20.8
	社会保険関係団体	38,779	38,736	0.1	2.3	2.3
	医療法人	685,536	673,466	1.8	40.6	40.0
	個人	237,115	250,318	△5.3	14.1	14.9
	その他	213,254	212,674	0.3	12.6	12.6
一 般 診 療 所	総 数	270,618	271,780	△0.4	100.0	100.0
	国	2,377	2,410	△1.4	0.9	0.9
	公的医療機関	4,701	4,729	△0.6	1.7	1.7
	社会保険関係団体	39	51	△23.5	0.0	0.0
	医療法人	59,326	52,493	13.0	21.9	19.3
	個人	201,560	209,490	△3.8	74.5	77.1
	その他	2,615	2,607	0.3	1.0	1.0

資料：平成4年医療施設調査。

出所）『薬事ハンドブック '94』薬業時報社，216頁。

な異常な側面が指摘され続けてきた。それはどうしてなのだろうか。本当に医薬品産業だけの問題なのか。こうした問いに答えるためには、より深く取引の実態を検討してみる必要があろう。

2. 2 流通の仕組み

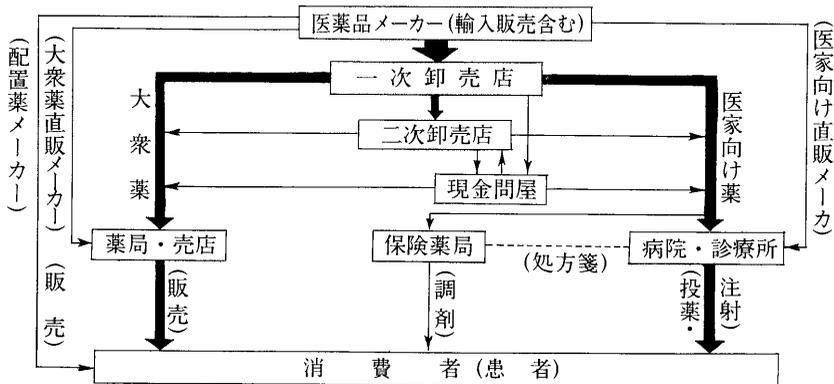
医薬品には大別して、医療用医薬品と大衆薬品の2種類ある。前者は医家向けであり、現在医薬品売り上げの85%近くを占めている。後者は薬局、薬店を通して消費者に直接販売されるもので、残りの15%弱%を占めている。両者とも病気の予防や治癒を目的とすることは同じであるが、使用

形成しているとみることもできよう。しかしながら極めて独創的な画期的新薬を除けば、類似薬効の製品が多数存在するのが普通であり、基本的には競争的な市場に直面していると考えてよいであろう。

方法やその流通のあり方は大きく異なる。

図2は医薬品の流通の概略を示したものである。大衆薬品の場合、大別してメーカー、卸、小売の3段階から成るケースとメーカーが直接小売店と取引するケースがある。さらに特殊なルートとしてメーカーが消費者の手元に直接置いていく経路もあるが、ここでは他の産業の流通システムと特段異なるところはない。医薬品の効能については多少とも専門的な知識が必要とされ、かつ生命に直接影響する製品だけに消費者は購入にあたって、薬局と相談しながらという形態をとることも多いが、大衆薬品については最終的な決定権は消費者が持っている。

図2 医薬品の流通経路



出所) 勝呂敏彦『医薬品業界』教育社、55頁。

これに対して医療用医薬品はやや性質を異にする。この製品は現在のところ大部分は病院・診療所を通して最終需要者である患者の手元に渡る。この場合、患者を診断し、病名を確定し、薬を処方するのは医者であり、患者は最終需要者であるにもかかわらず薬を選択する権限を実質的には有していない。勢いメーカーの販売活動は、医師を相手に繰り広げられることになる。特にわが国においては、一方で価格が公定され、他方で流通段階では自由競争に任されており、しかも医薬分業があまり進んでおらず、

薬価差益³⁾が生じた場合それがすべて医師に帰属するため、一見異常とも見える競争が行われてきた。

そこで以下、この医療用医薬品産業における流通問題についてどのような方向への改革が模索されているのか、そしてそれは患者の立場からみてどう評価されべきか、経済学的な視点から探っていきたい。

3. 医薬品流通における問題点と改革の方向

3.1 問題点とその背景

医薬品産業の取引に関連する問題として、今回の流通改革が開始される以前から特に業界の内外より指摘され続けてきたことは次の通りである。

1) 価格に関する問題

医療用医薬品の価格は、メーカーから卸、卸から医療機関については自由な市場競争で決められ、医療機関が患者に対して処方した場合に請求できる価格は薬価基準で公定されている。それ故、医療機関は卸からの納入価格をできるだけ低くすることで利益を得ることができる。一方、薬価基準は市場での実勢価格に合わせて定期的に見直しがされる。そこでメーカーとしては、価格の大幅な値崩れを防ぎたいという誘因を強く持つことになる。なぜならば実勢価格の下落は、さらなる薬価の下落を招き、蟻地獄とも言える現象につながるからである。

こうしたメーカーの思惑もあって、医療機関のバイイング・パワーに対抗するため、直接メーカーのMR (Medical Representative=医療情報提供者、かつてはプロパーと呼ばれていた)⁴⁾が納入価格の交渉にあたり、卸は単に製

3) 薬価差益とは、薬価基準に記載されている価格と実際に医師が卸業者より購入する価格との差額を意味する。薬価差益がどの位の大きさであるか正確に算定することは困難であるが、薬価基準記載の公定価格と製造業の蔵出し段階での薬価との乖離は、おおよそ1兆9千億円にも達するとみられる(医療保険制度研究会(1994), 153頁)。

4) 医薬品業界の過剰な競争の一因は、MRの人数がわが国においては多すぎることにあってと言われている。1993年、5万1,000人で欧米諸国の3～5倍の

品を納入するだけという立場に置かれていた。あるいはこれほどないケースでも、一般にメーカーから卸への出荷価格の方が、卸から医療機関への納入価格より高く設定されており、そこからどの程度の値引きをするかはメーカーの承認を受けて卸が行うという慣行が広くみられてきた。この場合、卸の赤字分は後から値引補償という形でリベートで調整されることになる。いずれにしろメーカーが強い価格支配力を持ち、いわば再販売価格維持行為が公然と行われている状態であった。

さらに薬価算定方式が90%バルクライン方式⁵⁾ という薬価を安い方から高い方に並べて取引数量の90%のところで決めるという方式であったため、価格のバラツキが極めて大きいという問題もあった。メーカーは医療機関との交渉において納入数量や支払条件などに応じて価格を決定するのであるが、一部の需要に対して高めの価格を死守する戦略を用い、それによって薬価基準の下落に歯止めをかけようとしたのである。

こうしたメーカーの価格形成への関与、値引補償、納入価格のバラツキは、医療用医薬品の価格形成プロセスへの不信感を助長し、しばしばマスコミなどで取り上げられ、さらには国会などで問題とされたこともあった。

2) 非価格競争に関する問題

価格形成の問題と同じくらい、ときにはそれ以上に指摘される医薬品業界の問題として、サンプル（試供品）の無料提供や医師への過剰接待などの非価格競争のあり方がある。基本的にはこれは取引の条件であり、売手と

比率である（『医療におけるMRのあり方に関する検討会報告書』、1994年3月）。MRの適正人数の検討、資質の向上を図ることも業界の重要な課題となっている。

- 5) 薬価の決め方は何度か変更されてきている。1950年代は、メーカーの建値があって、それを基準に取引がなされ、実際の卸販売価格に一定の指数を乗じたものを薬価基準としていた。しかし1967年に大改正がなされ、ごく最近まで続いたバルクライン方式が導入された。この方式の下では、医療機関の購入価格が調査されそれが薬価算定の基礎となった。この段階でメーカーの建値は形骸化し、卸と医療機関との間で取引が成立し、納入価格が決定した後、それに応じてメーカーが仕切り価格を修正するという形態がとられるようになったと言われている（山田（1985））。

買手が合意すれば、例えばサンプルをどれだけつけようが構わないといとも言えるが、医薬品の場合、薬価基準の下落を食い止めるために過剰になされるとすればやはり問題であろう。

実勢価格を反映して薬価が下がらず、いわば無駄な販売促進に資金が投入されているとすれば、公的な資金が薬価の支払には使われているだけに、見過ごせないこととなる。こうした過剰な非価格競争が発生する原因は幾つかあろうが、薬価基準の算定方式と各社の販売促進体制のあり方によるところが大きいと思われる。とりわけMRの大量投入による人的な接触を重視した販売活動は、大きな責任の一端を担っている。しかしながらただそれを規制すればよいかという、必ずしもそうではないであろう。競争的枠組みを維持しながらどう改善していくかが問われなければならない課題である。

3) 薬価差益

流通問題とのみ言い切れないが、それと密接不可分の関係にあるものとして、上述した薬価差益の問題がある。薬価差益は医療機関が購入価格と保険者への請求価格との差額から受け取る剰余である。この剰余をできるだけ多く獲得するために、世上よく言われる薬漬け医療となり、患者は不必要にたくさんの薬を与えられ、医療費のムダ遣いにもつながることとなる。これは薬価基準の算定方式に影響されるところが大なのであるが、根本的には医薬分業がなされていないこと、流通段階の一部分だけが市場競争に委ねられていることに原因がある。

それをどう改善していくべきかについては後に触れることにするが、この薬価差益が莫大であることが、結果的に流通における様々な望ましくないといわれる慣行を作りだしたという側面がある。医療機関の過剰とも言える値引要求、それに対抗するためのメーカーの納入価格決定への関与、長期にわたる価格の未妥結、等々である。医師が薬を処方することで利益を得ることが許されないことなのかどうか。許されるとしてどの程度な

ら望ましいと考えるのか。これに対して現行の診療報酬制度を前提にしてすべての関係者の納得のいく答えを出すことは極めて難しい。

ヨーロッパ諸国においては、医師が薬の販売から利益を獲得することは厳しく制限されているのが一般的である。その理由はそれを許せば薬の過剰投与という事態が避けられないからである。わが国で発生している現象から判断するとまさにその危惧があたっていると見えよう。だからといってわが国で全面的に今すぐ医師が薬価差益を得ることを禁止することもできないが、徐々にではあるが変えていく必要のあることも確かであろう。

4) 問題の背景

さてわが国の医療用医薬品の流通の現場に観察されるこうした色々な問題の背景には多様な要因が作用しているのであろうが、主たるものは以下の点にあると思われる。

第1に、国民皆保険による健康保険制度の確立である。この制度が1960年代後半に整備され、同時に医師の診療報酬体系と薬価基準制度ができあがった。これにより医薬品の値段は公定され、医師は患者に投薬すると、あらかじめ決められた薬価を基に健康保険組合等に投薬料を請求できるようになった。つまり一般の産業では小売価格にあたる薬の値段が国により決められるという特殊な形態となっているのである。しかも投薬すれば、その数量に応じて報酬が得られるという出来高制であったため、薬の適正な使用を医師に動機づける制度ではなかった。流通面では、自由競争に委ねられ、医療機関と卸、卸とメーカーとの間では、薬価を睨みながら価格交渉が行われてきた。このいわば公的規制と自由競争の併存が薬価差益を生み出す源泉となり、さまざまな不透明、非近代的と言われる取引慣行の背景となっている。

第2は、医薬分業制度の未整備である。わが国では歴史的に医者が薬を処方するという習慣が受け入れられており、患者もそれに対して何の疑問を感じずむしろ積極的に医者から直接投薬してもらうこと望んできた。そ

の理由は薬剤師に対する社会的認知の問題が関係しているようである。吉岡（1981）によれば、わが国の薬局、薬剤師の起源は江戸時代の「きあきんど」をルーツとしており、ヨーロッパとはかなり様相を異にする。ヨーロッパにおいては中世以降産業革命にかけて、薬剤師が新しい薬の発明に貢献し、独自の社会的地位を築いてきたが、わが国にあっては薬屋はもっぱら商売が目的であって、製薬に関しての技術を蓄積することはなかった。しかも漢方薬は診断と処方結びついており、医師が薬の調合をすることが当然視されてきた。このことが明治以降、建て前としては医薬分業が掲げられながら、遅々としてそれが進まなかった理由となっている。そのため医師の側にもっぱら薬の処方と販売の両方の権限が保留され、バイイング・パワーを強める原因となっているのである。

第3は、医薬品の財としての特性と医師の供給構造である。医薬品は、生命関連商品として必需品であり、メーカーも卸も供給責任を担っている。このため医療機関からの多少無理な要求でも聞き入れてきたところがある。医師の供給は制度的に制限されているため、医療機関は当該地域においては売手独占的な立場にあり、また卸に対してもある程度は買手独占的に振る舞うことが可能であった。全国的にみれば近年では、医療機関の数も増え、まもなく医師過剰時代が到来するとも言われており、そうなれば医師のバイイング・パワーも弱まるであろうが、これまでのところは相対的には強い立場にあった。それ故、激しい値引き合戦が展開され、事後的な値引補償をするといった慣行が形成されることになった。さらにわが国の医薬品には、真に独創的な製品は少なく、類似の効能を有する場合が多いと言われている。製品差別化の度合いが少なく、さらに限界費用が低いという特性があるので極端な競争が繰り広げられることになってきたのである。

以上のような理由が医薬品産業の流通のあり方を歪めたものと言われ、近代的な流通システムへの脱皮が強く提唱されてきた。そして1991年から本格的な流通改善への取り組みがなされることになった。それまでも幾多の

試みがあり、1981年頃にも薬価の大改正と、公正取引委員会による闇カルテル、再販に対するメーカー各社への立ち入り検査をきっかけとして流通の近代化の必要性が強く言われた時期もあったが結果的にはあまり変わらなかった。しかし今回は強力な外圧が存在し、医療財政の状況や国民の医療に対する監視のあり方もかつてないほど厳しくなっているのでこれまでとは違った結果になると思われる。ただ気をつけなければならないのは、これまでの慣行が無条件に全て捨て去るべきであると短絡的に考えてよいかどうかという点である。それについては4節で検討することにして、その前に今回の流通改革でどのようなところが変化したのかをみておくことにしよう。

3. 2 改革の方向

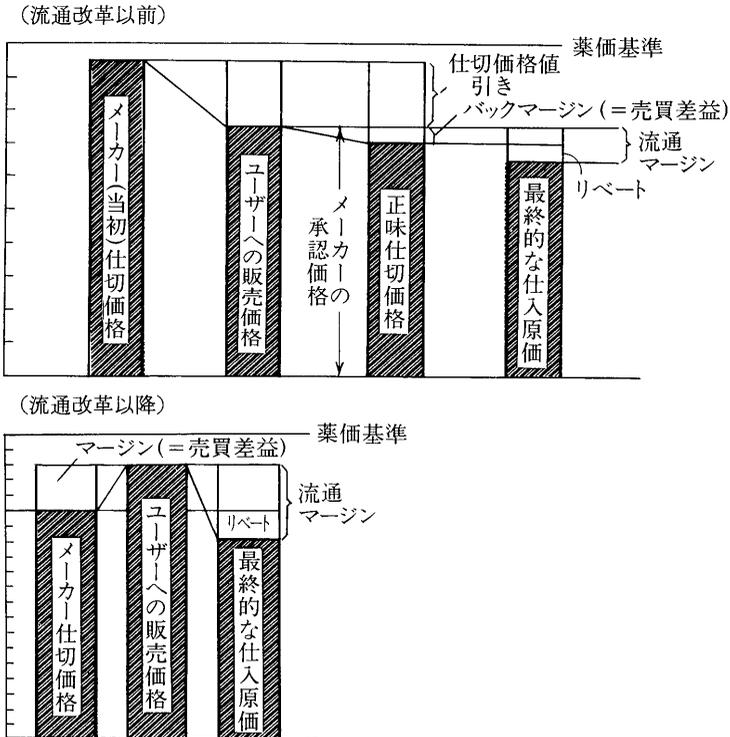
1) 新仕切価格

改革の最大の狙いは、卸の手に価格決定権を与えることであった。これまでの方式では図3の上に示されているようにメーカーの当初の仕切価格が最も高く、後から修正されることが予め予定されているという変則的なものであった。こうした方法による場合、リベートやバックマージンのウェイトが高く、結果としてメーカーが価格決定権を掌握することになり、実質的には再販売価格維持行為がなされていることになる。

この行為は卸段階での競争を排除するものであり、自由競争の主旨に反することになるとみられた。そこでメーカーの価格決定への関与を排除するため新仕切価格が採用されることとなった。この制度の下ではメーカーは医療機関と卸との価格交渉に関与せず、卸が主体的に納入価格を設定するのである。これによって長年の懸案であった値引補償制、過大なリベートなどの問題行為⁶⁾が排除されると期待されている。

6) 卸関係者からのヒアリングによれば、流通改革によりリベート部分が減少していることが確認されたが、大手卸はそれに対し、不満も抱いているようで

図3 医療用医薬品の価格形成過程



出所) 厚生省薬務局監修『医薬品卸売業将来ビジョン』薬業時報社, 60頁。

2) 公正競争規約の遵守の徹底

これまでしばしば過大なサンプルの供与や海外旅行への招待など非価格競争のいき過ぎた側面が指摘されてきた。1984年7月には、「医療用医薬品製造業における景品類の提供の制限に関する公正競争規約」がすでに制定されていたのであるが、それは必ずしも守られてこなかった。そのため製薬業界全体に社会的な不信感が醸成されてきたという問題意識の下に

ある。大量に仕入れても必ずしも有利な取扱いを受けないとのことであった。新しいリベート体系確立への移行期にあるとみられる。

公正競争に関する指針をメーカーに改めて提示し、流通・取引慣行の改善を図ることとした。(医療用医薬品製造業公正取引協議会は、1991年3月に「医療用医薬品製造業公正販売活動指針」、同7月に「医療用医薬品卸売業公正販売活動指針」を作成した) その指針ではモデル契約の普及、過大な景品類の提供の禁止、取引条件の定めのない取引の見直しなど医療機関、メーカー、卸のそれぞれが流通改善に努力すべき課題がうたわれている。

3) 新薬価基準

流通改善と密接に関連するものとして薬価基準制度の改革がある。従来の90%バルクライン方式は、取引の全ての価格を反映することができなかったため、価格の異常なバラツキが生まれる一つの要因となっていた。そこで取引の実態をより正確に反映させるために、現行薬価を基準に銘柄別の全包装取引価格の加重平均値を加味した「加重平均値一定価格幅方式」を1992年4月より採用することになり、実施されている。この一定価格幅を当初は15%とし、段階的に縮小し最終的には10%の水準にすることとなっている。これにより薬価差益を狙った無理な値下げ要求や過剰な値引競争が是正されものと期待されている。

また新薬については「類似薬効比較方式」で決まるのであるが、1991年5月より新薬は、第1分類新薬(画期性を有すると評価された新薬)、第2分類新薬(有用性を有すると評価された新薬)、第3分類新薬(その他の新薬)、第4分類新薬(希用薬)の4つのカテゴリーに分けられ、さらに補正加算の見直しが行われた。画期性加算20%、有用性加算3%、市場性加算3%を基準とし、それぞれの薬価に応じて加算幅が決められことになった。この狙いは画期的、独創的な新薬を高く評価し、製薬会社の研究開発競争を促すことにあると思われる。

以上ような改革を通じて医薬品の流通の近代化、正常化、透明性の確保を図り、公正かつ競争的な市場のもとで良質な製品が安定的に供給されることが期待されている。

さてこうした医療用医薬品の流通の実態と改革の動きを踏まえた上で、果たしてこの改革はその目的通り公正かつ自由な競争を実現し、消費者（患者）の厚生が増大につながるかどうか流通の経済理論に依拠しながら検討していくことにしたい。

4. 流通の理論的分析と取引慣行の評価

4.1 流通システムと取引コスト

製造業者と卸、小売との間の取引に多様な関係がみられることはわが国ばかりでなく諸外国にも共通した現象である。ごく単純に製造業者が卸に一定の価格で販売し、それを卸が小売に販売し、さらに消費者に渡っていく。その間でそれぞれの経済主体が他の経済主体とは独立に自己の利潤あるいは効用を最大にすることで社会的に最適な状態が達成されそうに思われる。もしそうであれば、流通段階の色々な局面で観察される様々な慣行は社会的にみて望ましくないことが多いであろうと推測される。しかしながら実は話はそう単純に運ばないのである。

伊藤・松島・柳川（1991）が指摘するように、どのメーカーの商品が流通段階で優先的に扱われるかによって、売れ行きは大きく異なってくる。つまり卸や小売の活動は外部性をもつのである。そのためメーカーとしては、商品を売り放しにして後は流通業者に任せるというわけにはいかない。特に、品質やアフターサービスが重要である商品についてはこのことがあてはまる。流通の担うべき機能とは、単に物の流れを仲介するだけではなく、様々な情報を提供し、適切なサービスを付加していくことである。そうしたことが十分になされるようにメーカーは、レポートを供与したり、特約店契約を結んだり、自ら販売会社を設立したりするなどの行動をとるのである。それによって消費者に十分な情報が伝達され、満足度を高めることができるなら社会的にみても望ましいと評価できよう。

どのような流通経路が確立されるかは、理論的には取引コストの大きさ

に依存することになろう。取引コストの大きさは何によって決まるか。O. E. ウィリアムソン (1985) の議論によれば、取引の投資特性と機会主義の発現の余地ということになる。特異性が高いほど、契約にまつわる紛糾の可能性が大きく、それを避けるための工夫が要求される。市場を介しない垂直的統合もその一つの手段であるが、市場機構を使いながら取引コストを下げる方法も種々試みられている。積極的な販売促進や人的関係を通じた長期的な取引関係の確立、資本関係による系列化、あるいは取引に際しての担保の利用等単純な市場契約とは異なる方式を工夫している。こうした方法による取引コストの節約は基本的にはメーカーにとっても、流通業者にとっても、消費者にとってもプラスとなるはずである。

メーカーが卸を利用し取引をしているということも、そうでない状態に比して取引コストが低いからであろう。しばしばメーカーと消費者を結ぶ中間段階に位置する流通業者、とりわけ卸の役割について懐疑的な見方、ときには不要論が唱えられるが、かならずしもそれが正しいとは言いきれない。商品に対して消費者の求めているものは、様々であり、メーカーと小売だけでそれを担うのが常に効率的であるとは限らないからである。3者が役割分担することで流通にかかわるコストを効率的に低く抑えることが可能となる場合もある。例えば、消費者が幅広い品揃えを小売店に求める場合、メーカーと小売との間に卸が介在して返品制度を通じて売れ残りのリスクを卸が吸収することでそれが可能となる。買い取り制の下では、価格の低下が実現してもバラエティに富んだ商品の提供という側面では優位に立つとは言えないかもしれない。

従って、流通経路の評価に際してはそこでどのようなものが取引され、その結果全体として何が実現しているのか慎重に吟味されなければならないであろう。競争が十分になされているとすれば、最も合理的に行動し、効率的な企業のみが生き残り、そうした企業から成る経済システムが存在しているはずである。それ故、まず現在の流通システムを正しく分析し、

その上でもし改善すべきところがあるとすればそれはどこか適切な診断をすべきであろう。もちろん企業の行動がすべて社会全体の効率性と結びつくわけではない。独占による非効率，参入阻止的な戦略など当該企業には合理的であっても社会的には望ましくない行動も多々ある。しかしながら，一見標準的な教科書にのっている現象と違ったことが観察されたとしてもそれが即消費者にとって望ましくないとは言えないということに注意しておく必要がある。

4. 2 医薬品流通システムの評価

医療用医薬品の流通問題の主たる内容は3節で価格に関する問題，非価格競争に関する問題，薬価差益とに分けて論じたが，その中で取引慣行として特に検討すべきことは，(1)メーカーのMRによる価格関与，(2)値引補償，(3)過剰な非価格競争であろう。それらはどのように経済理論から評価すべきであろうか。順に検討していこう。

1) MRの価格関与について

MR—メーカーの情報提供者—が医療機関との価格交渉にまで関与して，卸には実質的な価格決定権がないと言われてきた。なぜメーカー側が卸の納入価格に関与するのかといえば，値崩れを防ぎたいという目的が一つある。流通段階の価格決定でしばしばみられる慣行として，再販売価格維持行為があげられる。これは卸が小売に対して販売する価格，さらに小売が最終消費者に販売する価格をメーカーが指定，あるいは拘束する行為である。再販は原則的に独占禁止法上違法である。例外的に一部化粧品，医薬品，書籍などに認められているにすぎない。なぜならば再販は流通段階での競争を緩和する恐れが強いからである。しかし再販によってメーカーの意図した品質管理，サービスの提供等が可能となるといった利点もある。上述したように取引コストを節約するために，流通システムが形成されているとすれば，そうした利点を実現するための効率的な方法である

ということになる。

しかしながら、再販は価格の硬直化を招き消費者にとって不利となることが多いとよく指摘される。なぜならばメーカー、卸、小売にとって価格を維持することで利益を確保しようとする誘因は強い。その結果、卸段階での自由な競争が束縛されるからである。縦のカルテルと言われる所以である。

医療用医薬品におけるMRによる価格関与は、ここで言う再販よりもさらにメーカーの価格支配力が強い状態であると評価できよう。なぜならば医療機関との価格交渉をするのもっぱらMRの役目であり、卸はただ指示された価格で納入するだけだったからである。このことは卸段階での競争を排除し、実質的な卸の機能は製品の集配の中継基地に過ぎなかったことを意味する。通常の流通のあり方からみればかなり異常であったと考えられよう。ただし、こうした慣行が消費者にとって悪い影響だけを及ぼすのかといえ、常にそうであるとは限らない。

産業組織論で言う二重限界性⁷⁾と呼ばれる現象が存在する場合には、再

- 7) 二重限界性とは、生産・流通の連鎖的な段階において、経済主体が何らかの独占力を有しているとき、それぞれが独立に、利潤最大化となる独占的な価格設定をしたとき、結果として最終価格が高くなってしまふ現象のことである。表8は、数値例で二重限界性の結果、卸売価格（一般的には小売価格がこうした説明では採用されるが、医療用医薬品業界ではメーカーと卸の段階での価格形成が焦点なので、ここでは卸価格を表の中であげておくことにする）が上昇することを示したものである（Milgrom & Roberts (1992), 伊藤・松島・柳川 (1991) 参照）。

表8 二重限界性の数値例

	総合企業	卸	メーカー
需 要	$P=10-Q/16$	$P=10-Q/16$	$T=10-Q/8$
総 収 入	$10Q-Q^2/16$	$10Q-Q^2/16$	$10Q-Q^2/8$
限 界 収 入	$10-Q/8$	$10-Q/8$	$10-Q/4$
限 界 費 用	3	T	3
数 量	56	$8(10-T)$	28
価 格	6.50	8.25	6.50

単純化のために卸の活動には費用がかからないとした場合、表に想定された需要曲線の下では、二段階を通じて最適化を行ったときには、卸価格は6.5であるのに対し、それぞれが独立して価格設定すると8.25と上昇する。

販売価格によってメーカーと小売（あるいは卸）が価格を調整して、全体として利潤の最大化を図った方がそれぞれ独立に価格設定をするよりも、小売価格が低下し、消費者の経済厚生が上がるケースもあるのである。逆に言うと再販を禁止することで末端価格が上昇することもあり得ることも考慮しておく必要がある。

それ故、今回の流通改革はMRによる納入価格への干渉を全面的に排除することを狙ったものであるが、それが果たして価格の引き下げに結びつくかどうか慎重に見守られる必要がある。卸の再編成、集約化によって、卸段階での独占度が高まり、メーカーの競争条件が変わらないとき、製品によっては価格が上昇することも考えられるのである。

2) 値引補償について

メーカーが製品を卸に納入した後に、その価格を修正することがこの業界においてはよくみられる。過去においては卸の医療機関への納入価格よりも明らかに高い出荷価格を設定していた。当然卸はマージンが得られないため、メーカーに対して価格の修正を要求することになる。それに対してメーカーは、一定幅の値引に応じるという慣行があった。こうした慣行は必ずしも医薬品業界だけにみられるわけではない。鉄鋼業界、板ガラス業界、石油業界などでも観察されてきた。取引当事者が事後的に取引価格の見直しを行うことはそれ自体では特に問題があるとは言えないであろう。取引環境が変われば、それに応じて取引条件も変えるというのは、双方が合意の上ならば極めて合理的な行動である。

こうした慣行をアメリカなど一部外国企業は日本的なわかりにくい、不透明な慣習だと非難するむきもあるが、全面的に妥当であるとは思われない。問題はこうした取引が果たして明示的であれ、暗黙的であれ合意の上で行われているかどうかであろう。一般にわが国においては、強弱はあ

ここでメーカーが卸の限界収入曲線を自らの需要曲線とみなし、その曲線の上で利潤最大化を行うことが二重限界性の理由となっている。

れ、系列と呼ばれる形でメーカーと問屋が継続的な取引関係を持っているケースが多い。こうした場合、しばしばメーカーが問屋の経済行為を束縛しがちになる。基本的には企業間の取引は双方の合意があれば自由になされるのが原則であり、メーカー、問屋のいずれもそれぞれの市場で競争する自由を奪うことは許されない。従って値引補償それ自体は問題がないとしても、結果的に卸の医療機関への納入価格の設定権を奪うものであるとしたら是正されなければならないであろう。

医薬品業界では上述したように、伝統的にMRによる病院と卸への取引への関与が認められてきた。その意味で卸の経営の自立性は乏しく、卸段階において十分な競争があったとは言えないであろう。従って、値引補償もメーカーの価格支配を強める手段として使われていた可能性が高い。そうであるとすれば、それは早急に是正されるべきであり、今回の流通改革において厳しく制限されたことは評価される。しかしながら、繰り返すようであるがどのような取引をするかは原則的には取引当事者の自由に属することであり、メーカーによる価格拘束などの現象がないならば一律に事後的な価格交渉によりリベートを供与することは否定されべき性質のものとは思われない。それを禁止することがかえって価格の硬直化⁸⁾をもたらし、消費者に不利となることもあるという点は注意しておかなければならない。

3) 取引の公正化について

ーサンプル、景品、協賛金等の制限

価格の問題とともに医薬品業界で昔から問題点として指摘されてきた項目として非価格競争ー試供品や協賛金、寄付などを多額・大量に医療機関に提供する行為があげられる。サンプルの提供が盛んになされる理由はいくつかある。医薬品の場合、新しく製品の売り込みを図るとき実際に使用

8) この点についてわれわれのヒアリングでは、病院に対する納入価格は実質的に上昇したとの意見が表明された。

してもらい、その効果を医者に判断させる機会を与える必要がある。薬は生命に直接関わるだけに概してその使用には慎重かつ保守的であると思われる。その中で販売を伸ばそうとすれば、その効能、品質、安全性等を体得させる必要がある。

サンプルを提供して購買させようとする試みは他の商品でもあるが、医薬品においては度が過ぎていたと言われる。なぜそうなったかという点、薬価基準制度が大きく影響していると考えられる。薬価の決め方は基本的に市場価格追随である。そのため表面上できるだけ市場価格の値崩れを防ぎたいという強い誘因をメーカーは持つ。これに対して医療機関は、現行の医療報酬制度の下では技術料の水準が低く、それだけでは経営に困難をきたすのが実状である。そこでできるだけ低い納入価格を希望することとなる。その両者の妥協点が過剰なサンプルの供与、さらに様々な寄付金の提供につながったものと考えられる。これはある意味では当然の帰結であろう。一方において、自由価格競争を認め、他方において価格を公定した場合、市場価格が公定価格と一致するのがむしろ不自然であろう。医療機関も経営体である以上、建て前はともかくとして利益を追求するのは当然である。本来価格低下という現象が生起すべきところが非価格競争となっているとも考えられる。これはどのように評価すべきだろうか。

標準的な産業組織論の考え方によれば、過度の非価格競争は好ましくない。広告宣伝、販売促進のいき過ぎは資源の浪費であると判定される。その見方からすれば、医薬品産業での販売競争は問題があったと言えよう。一時は10の製品を得るのに10のサンプルをつけるような行為も見られた。また、医師の学会出張や接待のために多額の金銭が流れたとも言われる。民間の普通の会社間の取引であれば、どのような手段を用いても公序良俗に違反しない限り問題にならないとしても、医薬品産業では健康保険制度を通じて国民の保険料負担があるので、単純に取引当事者の自由に委ねることはできない。一般国民の目からみて無駄があると判断されればそれは

修正されねばならないこととなる。

そういう観点から今回の流通改善にもかなり厳しい取引に関するコードが盛り込まれた。但しこれについても何が望ましくない行為であるかについては慎重に検討し、常に再評価される必要があると思われる。なぜならば、非価格競争といえども一つの競争の大事な手段だからである。医療用医薬品製造業公正取引協議会では、1984年に「公正競争規約」を作成し不当な顧客の誘因や、公正な競争秩序を確保することを目指してきた。これまで必ずしも十分守られてきたとは言えないが、今回の流通改善をきっかけに厳しく運用しようとする意気込みが業界全体にあるようである。医薬品という特殊な製品であり、また医療保険の適用を受けているので難しいのであるが、何が無駄な競争であり、何が望ましい競争手段であるかの判断には慎重でなければならない。競争手段の規制は往々にして既存業者に有利に働く可能性がある。特に医薬品の流通の実態をみると、仮に販売促進費用が抑制されたとしてもそれが直ちに患者に有利な状況が発生するのではなく、メーカーや販売業者のマージンを高めるだけに終わる恐れもなきにしもあらずだからである。

流通における問題は、以上のほかにも納入価格のばらつき、過大な薬価差の存在などがある⁹⁾。こうした現象が生ずるのは、基本的には価格が公定されていることに依る。そもそも薬の販売価格が自由に決められるものであるならば、薬価差なる概念そのものが成立しないであろう。従ってそれがどうしても解消されなければならない問題であるとするならば、流通

9) 今回の流通改革の結果取引実態がどのように変わったかについての調査に厚生省薬務局（1993）がある。それによれば問題とされた値引補償の廃止やリベートの供与方法、基準の明確化などについてかなり改善がみられる。しかし新仕切価を高いとする卸売業者も多く問題を残している。われわれのヒアリングでも同様な意見が聞かれた。

また本稿では触れなかったが、書面による契約の普及が流通の不透明さを解消する手段として採用されることが期待されているが、メーカー、卸間では改善が認められるも、卸、病院間ではあまり進んでいないようである。

システムのあり方と同時に薬価基準制度，そしてさらには医薬分業制度にまで考察の対象を拡大する必要があるだろう。ここではそのすべてを検討することはできないが，以下では最近進展しつつある医薬分業制度と流通の関係をみておくことにしたい。

5. 医薬分業と流通問題

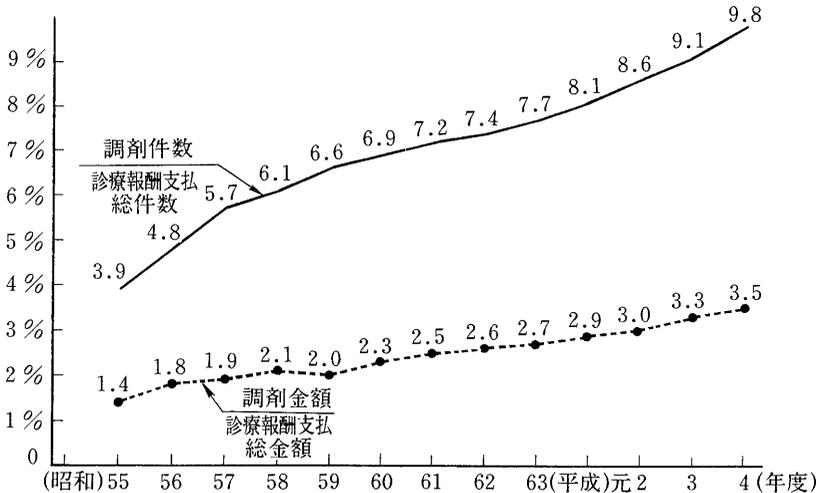
5.1 医薬分業とは

わが国においては一般的に医師が薬の処方箋を書き，患者に投与している。このため薬価差益があるとすべて医師の収入となる。世上よく言われる過剰投薬の問題が発生する原因はそこにある。医師は薬を使えば使うほど儲かる仕組みになっているのである。必ずしも必要でない薬が，在庫の状況のみで患者に投与されたり，差益の大きな薬が積極的に使用される可能性が高い。こうした状況は患者にとって望ましいとは言えないだろう。薬の効き目によって投与されるべきものが経済的な利得で左右されては安心して医者にかかることはできない。確かに医師は法律によりその行動について規制があり，倫理上も生命を預かるものとしての自覚は当然有していると思われるが，一部にせよ悪徳医と呼ばれる存在が見受けられることも間違いないようである。どのような制度の下でも避けられない問題もあるが，制度の設計如何で防止できるならば，そのような方向へ向かうよう努力すべきであろう。

医薬分業とは，医師による患者の診断，処方箋の交付と薬剤師による調剤を明確に分離しようとするものである。元々調剤という行為は薬剤師がすべきものであり，例外的に医師にも認められているに過ぎない。諸外国においては医師が投薬により利益を得ることは厳しく禁じられている。前に述べたようにわが国では歴史的に医師から薬をもらう習慣があり，患者もそれを期待してきたため医薬分業が進まなかった。図4に示されているように，徐々に調剤金額（薬価+調剤技術料）の診療報酬総支払金額に対す

る割合が上昇つつあるというもののまだ3%程度にしか過ぎない（欧米諸国では10～20%ととなっている）。しかしこうした状態はもはや許されないと認識が広がり始めている。理由は様々であるが、共通しているのは医師に投薬の権利を与えた場合の弊害の大きさがそのメリットを越えたという認識であろう。

図4 医薬品生産額の推移



(注) 社会保険診療報酬支払基金の社会保険分のみである。

出所) 医療保険制度研究会編『図で見る医療保険白書【平成6年版】』, 154頁。

経済学的な用語を使えば、患者と医師はプリンシパルとエージェントの関係にあるが、患者であるプリンシパルは医師の施す治療について完全には理解できないのが普通である。あるいは医師が治療の内容を十分患者に伝達しないこともある。いずれにしろ情報の非対称性が強く存在するのである。そうした場合エージェントの行動を如何にチェックするかがプリンシパルの重大な問題となる。一つの解決手段は、エージェントとプリンシパルを解消し、自らがプリンシパルとなることであるが、事実上それは難しいだろう。そうだとすれば、エージェントの行動をプリンシパルの意にならうよ

うにする何らかの方策が必要である。二つの方法があり得よう。一つはできるだけ患者の利益に配慮がなされる、あるいは少なくとも利益に背反するような行動をとらない方向に導く誘因を与えることである。そして二つには、エージェントの立場からのチェックを専門的な知識を持った第三者にってもらうことである。

患者の生命と健康が真剣に考えられたとき薬は誰が管理し、与えるべきなのか。医薬分業を促進することは、医師から過剰投薬の誘因を奪い、薬剤師が医師の処方をチェックできる体制を整えること意味し、エージェントたる患者の利益を増進すると考えられる。その意味で医薬分業制は優れた制度であると評価できると思われる。そして医薬分業を進めるということは、流通改革で取り上げられている様々な問題の解決にも貢献する可能性が強い。

5. 2 医薬分業と流通システム

3節において医薬品の流通システムの問題として掲げられたものの根底には、医師が使用した薬から利益を得ることができ、しかも事実上それが医療機関の経営を支えているという構造がある。

MR が病院との価格交渉に執拗にこだわり続け、過剰とまで言われるMR が存在するのも、またメーカーと卸との値引補償が問題となるのも医師による薬の投与に関係している。医師が薬の使用に関わる生殺与奪の権限を集中的に握っているので、販売する側としては強力な販売促進活動を展開せざるを得ないのである。そのことが正常とは言えない様々な取引慣行となって現れている面がある。極端な値引き要求、長期的な仮払い・仮納入などは医師ないし医療機関が薬の使用を決定しかつそこから利益を得ることができる仕組みがあるので生成する現象であろう。医薬分業が進展すれば、医師が薬価差益を得ることはできなくなる¹⁰⁾。その場合、薬の流

10) ただしこのことは病院と薬局が形式的に分離するだけでは実現しない。いわ

通の当事者は、薬局になる。薬局は医師の処方箋に従って患者に薬を投与するだけであるから、卸との関係において特に強い立場にあるわけでない。できるだけ安い価格で納入させることで利益の拡大をはかる意図は持つだろうが、それは通常の財の取引と同じである。薬局に薬の銘柄を指定する権限があるわけではないのでメーカーや卸に対して特に強い立場に立つことはできない。従ってこれまでの取引でみられた様々な慣行は姿を消す可能性が高い。

しかし患者にとってプラスの面ばかりではない。調剤薬局までわざわざ足を運ばなければならないし、処方箋料を別途医師に対して上乘せして支払わなければならない。こうしたコストと薬歴管理による副作用の防止、薬漬け医療の改善のどちらを選択するかは最終的には患者の選択によって決定されなければならないであろう。

厚生省は最近医薬分業の中でも患者が地域のどの薬局でも調剤が処方されるような面分業に力をいれている。その実現には薬の在庫を管理する配送センターの設立など一つ一つの薬局では対応できない問題にどう応えていくにかかっているが、基本的にはこれを推進すべきだとわれわれも考える。しかしその時に注意しなければならないことは、医薬分業の拡大とともに進むと思われる卸の集約化が薬の高値安定につながる可能性があることである。これまでの流通のプレイヤーから医師が抜けるということは、ある意味では流通価格を積極的に下げようとする経済主体が消えることでもある。そのことは過剰な薬の投与のインセンティブを奪うなどの良い効果があるのだが、下手をすると価格競争を減じてしまう恐れがある¹¹⁾。

ゆる門前薬局（病院の門前に出店し、処方箋を独占するような大型薬局で、しばしば病院とリベートを通じて経済的に結びつくことがあると言われていた）だけが繁盛しているようであれば、患者にとってはあまり意味がなく、医師の薬の過剰投与へのインセンティブも消えないであろう。

- 11) 医療用医薬品の薬価は、時系列的にみると毎年のように下げ続けているが（表9参照）、それにもかかわらず国際的な価格の比較では、欧米諸国より1.4倍から2.9倍程度高い（朝日新聞1994年11月5日）。したがって仮に流通価格が上昇するようなことになれば、医薬分業と流通改革の進め方を見直す

今回の流通改善はメーカーによる納入価格への関与を禁止することが一つの大きな狙いであったが、そのことによって価格がどうなるかということ、理論的に必ずしもはっきりしない。4節で二重限界性の問題として説明したように、垂直的な取引が独占企業間でなされている場合、再販売価格維持行為を禁止すると小売価格がかえって上昇することもあり得る。現在卸段階ではメーカーの値引補償が禁止され、医療機関に対抗するためと称して合併等の再編成が進んでいるが、このことはこれまでより高い価格で取引されることにつながりかねない。特に薬局が医療機関ほど交渉力が無いとすればその可能性がますます強まると考えなければならない。それ故、医薬分業の展開が流通のあり方、特に医薬品の価格をどのように変えるのか慎重に見ていくことが要請されよう。

6. おわりに

必要がでてくるかもしれない。

表9 薬価改定の経緯

()内は医療費ベース

	薬 価 基 準	診 療 報 酬
1975年1月	△ 1.1% (△0.5%)	
78年2月	△ 5.8% (△2.0%)	11.6%
81年6月	△18.6% (△6.1%)	8.1%
83年1月	△ 4.9% (△1.5%)	0.3%
84年3月	△16.6% (△5.1%)	2.8%
85年3月	△ 6.0% (△1.9%)	3.3%
86年4月	△ 5.1% (△1.5%)	2.3%
88年4月	△10.3% (△2.9%)	3.4%
89年4月	2.7% (0.72%)	0.12%
90年4月	△ 9.2% (△2.7%)	3.7%
92年4月	△ 8.1% (△2.5%)	5.0%

※薬価：保険医療で使用できる医療用医薬品の基準となる価格。医療機関はこの価格で健康保険組合等から代金を受けとる。実際の購入価格はこれを下回ることが多い。
今年4月1日より「加重平均値一定価格幅方式」という算定方式に改定された。

資料：日本製薬工業協会
出所) 安田有三 (1992), 156頁。

今回の流通システムの変革の大きな狙いは、メーカーの流通段階における価格への関与を排除し、卸の自立を促すというところにあった。これについてはこれまでも幾たびか試みられてきたが、結局は次のような理由で失敗に終わっていた。

第一は、歴史的な要因である。わが国のどの産業でも多かれ少なかれ言えることであるが、メーカー主導の流通業の形成という側面が強かった。薬についても江戸時代以来の伝統的な商売人が存続してきたのであるが、規模は小さく近代的な流通システムの担い手とはなり得なかった。自ら資本を蓄積し、効率的な経営をもくろむ意欲に欠けた企業、ないし家業の段階にとどまるものがほとんどであった。1960年代以降、国民皆保険の実施とともに医薬品が医療機関で消費される割合が飛躍的に高まったときに、その販売にあたるただけの十分な知識も能力も持っていなかった。そのためメーカー自ら販売に乗り出すことが効率的であると認識された。

第二は、3節でも述べたが、医薬品の商品としての経済的な特性からメーカーは卸の価格政策に関与する強い誘引を持つことである。とりわけ医療用医薬品では広告に規制が加えられているため、人的販売促進に傾斜してきた。それが医療用医薬品業界にみられるMRによる医療機関との直接交渉という現象となっている。その結果、卸売業は実質的には価格決定権を持っていない状態が続いてきた。

このようなメーカーと卸との関係は、両者にとって非合理的なものではない。卸にとっては、実質的に自らリスクを負うことなく、一定幅のマージンを得ることができ、メーカーは卸の価格をコントロールできるというメリットがあった。メーカーが価格をコントロールしたいという欲求は医療用医薬品の場合特に切実であった。というのは、市場での実勢価格が定期的になされる薬価改定の基礎資料となるからである。このため卸もあえてメーカーの意向に逆らうことはせず、医療機関との価格交渉はメーカーのMRに委ね、その意味では自立しないことに強い不満を抱いてこなかつ

たと言えよう。俗な表現を使えば、両者がもたれあっていたとも言える。

ところが1986年の米国との MOSS 協議、その後の日米構造協議を通じて事態は大きく変わった。米国の企業の参入にとって日本のメーカーと卸の関係は障壁となると非難されたのである。メーカーの指示通りの価格で納入し、それに従う企業に高いリベートを与えるといった慣行は、結局のところ卸の取引先を自由に選択する権利を奪うとみられた。そこで卸の自立性を高めることが参入障壁を低め、流通取引の様々な慣行を改善する近道であると判断された。公正取引委員会は1991年に「流通・取引慣行とこれからの競争政策について」という報告書をまとめ、わが国の消費財の流通慣行の改善方向に関する基本的な方針を示したが、医薬品流通についてもそれを踏まえて幾つかの問題点が指摘され、改革のスタートが切られた。今回の流通改革がこれまでと違うのは強力な外圧があるということである。従って、旧来の国内の企業間の合理性の論理だけを貫くのはかなり難しい。目に見える形で何らかの成果を出す必要に迫られているということもできよう。そして実際卸の自主性は高まりつつあり、改革の一つの狙いは達成できそうである。

しかしながら、すべて外国企業の主張が正しく、日本のこれまでの慣行が非効率で捨て去るべきだと短絡的に考えてはならないであろう。取引慣行のもつ意味、患者に与える影響、保険財政との関係等の観点から慎重に吟味される必要がある。

薬価基準の算定方式の見直し、メーカーの値引補償の禁止、公正競争規約の強化などを通じて医療用医薬品の流通のあり方を透明かつ公正にしようというのが改革の最終的な目標であり、その成果はこれから徐々に現れてくるであろうし、目的とするところは基本的には大方の同意が得られるものである。しかしその結果が患者のために真に還元されるかどうかは今後注意深く見守っていく必要があるだろう。短期的にみれば薬価基準は公定されているので、メーカーが納入価格の決定に関与しようがしまいが、流通

価格の変化は卸とメーカーと医療機関の間の利益の奪い合いを結果するに過ぎない。現に今回の改革の勝者は第一にメーカーであり、第二に大手卸と言われている。薬価が実勢価格により近づけられ、メーカーが仕切価格を上げたため、医療機関は経営的に苦しくなったところが多いと言われている。こうした動きは今のところ患者の利益とは無縁である。

良い薬が安く適正な量だけ患者の手元に届くのが望ましいわけであるが、果たして今回の改革の結果がそうなるかどうか、まだはっきりとした方向は見えていないように思われる。流通慣行にはそれなりの合理性に裏打ちされて存在していることが多い。それを人為的に変えようとする場合、その副作用に十分注意する必要がある。特に最近は米国からわが国取引慣行の不透明さを非難されることがしばしばあり、それをきっかけに独占禁止法の強化が叫ばれたりするが、三輪（1991）が指摘するように、競争手段が透明であることが望ましいとはどんな場合にも成り立つ命題ではない。様々な経済行為は競争促進的な側面と緩和的な側面を合わせもっているのが普通である。その意味で過剰規制にならないようにしなければならない。医療用医薬品について言えば、確かに目に余る行為もあったようであるが、その原因がどこにあって、どうすべきか慎重に検討されべきであろう。ことのはかこの産業が政策的に困難な課題を抱えるのは国民皆保険という公的な制度が介在しており、自由な市場機構に委ねられていないところにある。極端な考え方としてすべてを市場に任せるという方法もあろうが、ここではそれは採らない。大枠現行の薬価基準制度のなかで患者に有利となる方向を考えていくとしたとき、大切なポイントは、改革が流通段階の経済主体の利益の再配分に終わることがないように常に監視を怠らないことであろう。

〈参 考 文 献〉

有賀健編著、1993、『日本の流通の経済学』日本経済新聞社。

- 東栄一, 1994, 『医療の衝撃』日本能率協会マネジメントセンター。
- 東栄一, 1993, 『流通改革で始まった医薬品産業新時代』日本能率協会マネジメントセンター。
- 東栄一, 1989, 『医薬品産業激動の未来』日本能率協会。
- 医療における MR (医薬情報担当者) のあり方に関する検討会報告書, 1994, 『MR の資質向上と MR 活動の改善へ向けて』6月。
- 医療保険制度研究会編, 1994, 『目で見える医療保険白書【平成6年版】』ぎょうせい。
- 伊藤元重・松島茂・柳川範之, 1990, 「リポートと再販価格維持行為」三輪芳朗・西村清彦編『日本の流通』東大出版会。
- 利部脩二, 1992, 『医薬品流通と公正取引法』薬業時報社。
- 木田弘, 1992, 「医薬品産業の現状と今後の見通し」『商工金融』11月号。
- 厚生省編, 1993, 『厚生白書平成4年版』ぎょうせい。
- 厚生省薬務局監修, 1993, 『医薬品卸売業将来ビジョン』薬業時報社。
- 厚生省薬務局監修, 1993, 『薬事工業生産動態統計年報平成4年』薬業経済研究所。
- 作間映夫, 1975, 『医薬品の市場戦略』実務教育出版。
- 勝呂敏彦, 1990, 『医薬品業界』教育社。
- 瀬尾隆, 1987, 『医薬品』日本経済新聞社。
- 『製薬企業の実態と中期展望〈93年版〉』国際商業出版。
- 『転換期の医薬品流通：独禁法と医薬品業界』1983, 薬事ニュース社。
- 日刊工業新聞特別取材班編, 1994, 『平岩リポート』につかん書房。
- 日経流通新聞編, 1991, 『これからどうなる商慣行：独禁法ガイドラインの衝撃』日本経済新聞社。
- 日本製薬工業協会, 1993, 『製薬産業の手引き1993』。
- 日本製薬工業協会, 1993, 『DATA BOOK 1993』。
- 『薬事ハンドブック』, 1993, 1994, 薬業時報社。
- 安田有三, 1993, 『激変する医薬品産業』産能大学出版部。
- 安田有三, 1992, 「再編の嵐が吹き荒れる医薬品業界」『Forbes』, October。
- 山田昭雄・大熊まさよ・楢崎憲安編著, 1991, 『流通・取引慣行に関する独占禁止法ガイドライン』商事法務研究会。
- 山田裕久, 1985, 「医療用医薬品流通の変遷」『カプセル (Capsule)』日本製薬工業協会。
- 吉岡信, 1981, 『クスリと社会：薬業社会学序論』薬事日報社。
- 吉永俊朗, 1982, 『医薬品業界』教育社。

- Milgrom, P. & J. Roberts, 1992, *Economics, Organization & Management*,
Prentice Hall.
- Tirole, J., 1988, *The Theory of Industrial Organization*, The MIT Press.
- Williamson, O. E., 1985, *The Economic Institutions of Capitalism*, The Free
Press.