

医薬品流通機構と業界団体

鈴木 幾多郎

はじめに

わが国の流通機構は、国際化、情報化、消費の多様化・高度化の中で大きな変革の過程にあるといわれている。流通研究の課題の一つは、こうした変革の過程をどのような枠組みで捉えるかである。本論文では、従来の流通研究があまり十分に取上げてこなかった問題分野の一つ、すなわち流通機構における業界団体の活動や役割について新しい角度から考えてみたい。

流通機構は、ここでは「流通過程における多様な個別主体の目標選好と意思決定が主体間の相互作用を通じて決定されていく社会的仕組みとしての経済調整機構」とみることにしよう¹⁾。そして、経済調整機構としての流通機構には業界団体が存在し、業界団体は個別主体間の相互作用に重要な役割を果たしているとする。業界団体は、共通の目的を追求する必要から一つの意思をもった主体として共同の行動を選択するために結合している同業者の集団である。

わが国の業界団体は戦前にその起源をもつものも少なくないが、戦後、高度成長期に増加を始め、1950年代後半以降、数多くの業界団体が形成され、現代ではほとんどの業界に業界団体が設立されている²⁾。業界団体は、わが国では戦前・戦中に国家統制の手段として利用されたことや、現在でも団体と

1) 経済調整機構の概念は、飯尾要 (1994) 93-94頁を参照。

2) 辻中豊 (1988)。村松岐夫・伊藤光利・辻中豊 (1989)。戦前の業界団体については高田源清 (1938)、戦後については永田生臣 (1956)、経済団体連合会 (1956) (1957) が参考になる。

キーワード：経済調整機構としての流通機構、業界団体と協調的行動、水平的協調行動、垂直的協調行動

しての統制力、経済力を利用することにより、競争制限的行為を行なうことが少なくないことから独占禁止法では「成立および変更に関する公正取引委員会への届出を命じる」などその活動が規制されている³⁾。

業界団体は、同一産業に属する各企業が各種の相互関係を深めるために設置されるものである。多くの場合、専任の事務機構をもち、テーマ別の委員会活動を通じて、生産調整やそれに伴う経済紛争の処理、業界内の情報交換、需給見通しの算定、技能訓練や経営指導、規格・標準化への取組み、行政からの情報の伝達、行政に対する意見・要望の伝達、広報活動など多岐にわたっている⁴⁾。

業界団体はカルテル組織としての性格を内包しているが、多岐にわたる活動を通じて、業界の規範や取引慣行を形成し、企業の意思決定とその市場行動に重要な影響を与えている。業界団体の構造やその行動を具体的に観察することは、わが国の流通機構の特質を把握する有効な方法の一つでもあるといえる。

本論文では、医薬品産業を具体的な分析対象に選び、医薬品流通機構における各業界団体の構造と活動を分析することにしよう。

医薬品流通機構と業界団体

1. 医薬品流通の特徴

わが国の医薬品の国内出荷額（輸入品の国内向け出荷を含む）は、平成10（1998）年で6.4兆円である。日本の市場規模は、世界の医薬品市場の21.5%を占め、米国（約30%）に次いで世界第2位の市場である。

医薬品は、医薬品の使用・供給形態から「医療用医薬品」、「一般用医薬品」、「配置用家庭薬」に分類されている。医療用医薬品とは、医師等の処方に基づいて使用される医薬品であって、「薬価基準」に収載されており、医薬品全

3) 辻吉彦（1979）。

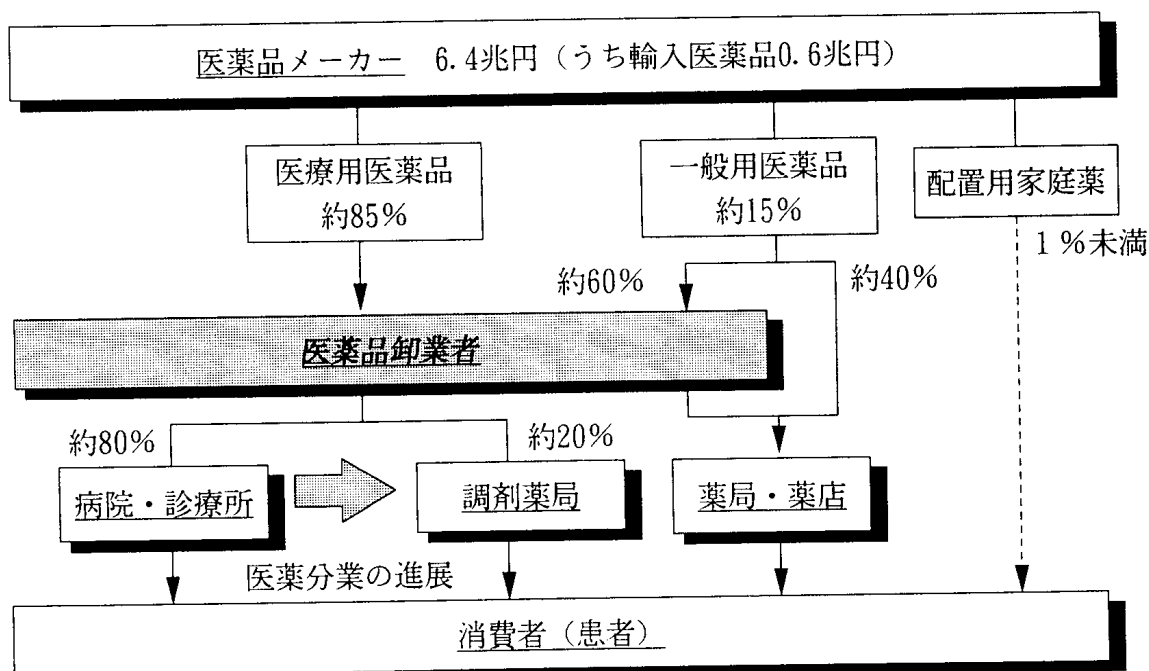
4) 公正取引委員会事務局経済部団体課（1993）。越後和典（1977）。上野裕也・厚谷襄児（1977）。米倉誠一郎（1993）。仙波恒徳（1996）。流通科学大学・業界団体研究会（2000）。

体の約85%を占めている。一般用医薬品とは、一般消費者が直接薬局・薬店から購入して自らの判断で使用する医薬品であり、医薬品全体の約15%を占めている。配置用家庭薬は、一般家庭にあらかじめ配置しておく「置き薬」であり、1%を占めている。

医薬品は輸入医薬品を含めて、その大半は医薬品卸売業者を通じて病院や診療所、調剤薬局や薬局等に供給されている。医薬品の流通経路は、医薬品の区分によって異なっている。(図表1)

医療用医薬品は、そのほとんどが医薬品メーカーから医薬品卸売業者を経由して医療機関に流通している。現在、その内の約80%は病院や開業医（診療所）に流通しており、約20%が調剤薬局に流通していると推定されている。また、一般用医薬品は、約40%が医薬品メーカーから直接薬局や薬店に販売されており、主に一般用医薬品を販売の主力としている大手メーカーである大正製薬、エスエス製薬などは自社の物流センターを設置し、薬局や薬店に対する直接販売を展開している⁵⁾。

図表1. 医薬品の主な流通経路



(注) 金額は、厚生省「薬事工業生産動態統計」の1998年（平成10年）の生産額
出所 日本興業銀行（2000）130頁。

医薬品流通の特徴の一つは、業態が異なる医薬品メーカーと医薬品の購入機関の存在である。医薬品メーカーは、新薬の研究・開発・製造・販売を経営戦略の中心におく20社程度の大手新薬メーカーと、他のメーカーの開発した医薬品の特許権、先発権の切れるのを待って、同種の商品の製造・販売を中心とする後発品メーカーとに分けられる。また、一般用医薬品に比重を置いた薬専メーカーと医療用医薬品を主とする医専メーカーに分けられ、薬専メーカーと医専メーカーとでは、用途、需要先、販売方法等も異なることから、その販売戦略等市場行動も異なっている⁵⁾。これらの業態の違いは業界団体の構造にも現われている。

医薬品メーカーの数は、医療用・一般用等を含む医薬品全体では約1,500社である。このうち、医療用医薬品を製造している企業は約460社である。新医薬品として承認された医薬品を供給している企業は約150社である。また、後発品を主に扱っている企業は約220社である。医薬品製造企業では、従業員300人以下又は資本金1億円以下の中小企業が約1,400社と全体の約8割以上を占めており、これらの中小企業の約7割が後発品を主力製品としている。また、医薬品製造企業では、上位10社による集中度が平成10(1998)年では32.2%に達しており、上位企業への集中度が年々高まっている。

医薬品の卸売業者は約4,200社である。医薬品卸売業者は一般に医専卸と薬専卸に分けられるが、主として医療用医薬品を取り扱っている医薬品卸売業者は約1,300社である。医薬品卸売業者には、特定メーカーの系列下にある「系列卸」と特定メーカーの商品を3割以上扱う「独立卸」がある。また、卸大手は、全国で系列と関係なく自主的に展開する独立系の「広域卸」と地方で独自の力を持ちながら大手メーカーとも系列にある「地域卸」に大別される。

医療機関は、患者20以上を収容できる施設を持つ病院と19人以下の患者しか収容できない診療所に区分されている。病院の数は9,333、診療所の数は90,556である。その他、61,651の歯科診療所がある。開設別にみると、「国立

5) 日本興業銀行(2000)129-130頁。

6) 長谷川古(1986)9-10頁。

病院」が375,「公的医療機関」が1.369,「社会保険関係団体」が133,「医療法人」が5.157(病院数の55.3%)と最も多く,次いで「個人」が1.458(同15.6%)である。診療所は,「個人」が55.074(66.8%)と最も多く,歯科診療所も「個人」が54.355(88.2%)と最も多くなっている⁷⁾。

病院,特に大病院では医薬品の購入は入札制度を採用しており,大手医薬品メーカーの先発品を購入する傾向が強いといわれている。しかし,中小病院,診療所では,購入医薬品の品目選定,購入先の決定は医師によって行われ,価格の高低が品目選定の重要な要素となっている。このような医療機関の購入姿勢の差異もあって,同一銘柄の医薬品でも,販売先によって価格のバラつきがあり,交渉内容は外部に秘密にされることが多く,市場の透明度は低いといわれている。このように医薬品の購入機関は,各施設,規模,経営主体等が異なるため,医療機関によって,メーカー,卸売業者の対応の仕方も異なり,その結果,医薬品市場は,様々な個別市場が多数存在する多重的な性格をもっている⁸⁾。

医薬品の購入機関として,医療機関の他に約39.900の薬局及び約45.000の薬店がある。近年の医薬分業の急進に伴って調剤薬局市場が拡大し,保険請求薬局が拡大しているが,同時にドラッグストア,医療関連企業,商社,大型小売業など異業種からの参入も活発化し,競争が激化している⁹⁾。

医薬品卸売業者は,旧来より各医薬品メーカーの代理店的色彩を強く持ちながら発展してきた経緯があるため,依然として医薬品メーカーごとの系列色がみられる。そのため,医薬品卸売業者は,系列ごとに医薬品メーカーの販売政策に従って事業経営がなされており,特に集荷,保管,受注,小分け,配送等の物流機能が医薬品卸売業者の運営の中心となっている。また,医薬品が生命関連商品であることから,医薬品卸売業者は,安定供給,品質管理が強く求められ,高度専門的な医療を提供する大規模病院から地域の診療所,

7) 医療機関の施設数は,(<http://www.mhw.go.jp/toukei/isc>)による。

8) 長谷川古(1986)186-187頁。

9) 日本興業銀行(2000)159-178頁。

調剤薬局・薬局など全く異なる性格の産業間を結び付けるなど大きな役割を果たしている。近年、医薬品卸売業者は企業買収や合併、業務提携等により経営基盤の拡大強化を図っており、総合卸への業界再編の動きが活発化している。

医薬品流通の第2の特徴は、医療保険制度とそれがもたらす特殊な取引慣行である。医薬品市場は、市場の約85%を占める医療用医薬品の動向に左右され、厚生行政の動向等制度的要因によって最も強い影響を受けている。医薬品の価格は、メーカー、卸売業者、小売業者がそれぞれ自由に定め、市場メカニズムを通じて自由な価格が形成されることになっているが、実際的には、医療用医薬品の価格は医療保険制度の影響を強く受けている。現在のわが国の医療は、ほとんど公的な医療保険制度によって行われており、医療機関が保険医療で使用できる医療用医薬品の範囲とそれを使用した場合に保険機関に請求できる価格は、健康保険法に基づく薬価基準で定められている。

薬価基準制度の下では、薬価基準価格と実際の購入価格との差（いわゆる薬価差）が発生し、この薬価差益は医療機関の収入の一部となっている。そのため、医薬品メーカー、卸売業者間の販売競争は、医療機関にいかにより大きな薬価差を与えるかの価格競争となっている。したがって、薬価基準価格の算定方式等薬価基準制度の仕組みが医薬品メーカー、卸売業者と医療機関との間の価格の決定に大きな影響を与えている。現在の薬価基準の算定方式は、種々の変遷を経た後、平成4（1992）年からは銘柄別、加重平均値一定価格幅方式が採用されている。

医薬品流通には、従来から値引補償制度の存在、リベート等による価格形成、仮納入・仮払い、総価山買いなど不透明な流通慣行が多く存在し、複雑で価格形成が不透明であるなど問題点が指摘されてきた¹⁰⁾。

「値引補償制度」とは医薬品業界の独特の価格システムであり、医薬品メ

10) 値引補償制度での取引の実態については、別冊宝島編集部（1995）157-180頁に詳細に紹介されている。仮納入・仮払い、総価山買いなどについては、日本医薬品卸業連合会（1996）445-446頁、日本興業銀行（2000）136頁を参照されたい。

メーカーは薬価基準表に掲載されている品目をいわゆる薬価で卸売業者に仕切り、その後10~20%前後の実際に販売した価格まで後値引きを行い、さらに5%のマージン分を値引きするというシステムである。競争上、さらにその価格を下回る場合は、メーカーは許可制度を取り、許可した価格については、その価格まで値引補償し、卸マージン5%を付加して「特別値引補償」として記帳される仕組みであった。

値引補償制度の下での医薬品流通では、医療機関への納入価格が医療機関と医薬品卸業者との間での価格交渉で決定されるのではなく、実質的には医療機関と医薬品メーカーとの間の価格交渉に基づき、医療機関への納入価格が決定されていた。

「仮納入・仮払い」とは、医療機関が薬価基準価格の改定時など取引条件の変更の際し、購入価格、支払時期等の取引条件を決めずに医薬品を納入させ、また、医薬品購入価格の大幅な値引きを医薬品卸売業者に対して要求する結果、医薬品卸売業者との間で価格交渉が難航し、医薬品の納入価格が決定されない状態で、医療機関に医薬品が納入されるものである。医薬品が生命関連商品であるため欠品が許されない特性を有していることから、医薬品卸売業者は、価格が確定されていない状態でも医薬品を納入せざるを得ないためである。

「総価山買い」とは、各取引品目ごとの単価に基づいて価格設定がなされるのではなく、取引品目全体で一括し、総価として価格決定がなされるものである。これは、医療機関にとって、単価で個別ごとに契約した場合よりも値引幅が大きく、大きな薬価差益を得ることができることになる。「総価山買い」は、各取引品目ごとの価格単価があいまいとなるため、薬価調査における妥当性・信頼性に疑問が生じるとともに、銘柄別収載を原則とする薬価基準制度との関係でも問題が生じている。

そのため、不透明な医薬品流通慣行の是正を目的として、平成2(1990)年の厚生省の「医薬品流通近代化協議会報告」、平成3(1991)年の公正取引委員会の「独占禁止法ガイドライン(案)」の公表やリーベートの取扱いに関

する指摘などに基づき、平成4（1992）年から、値引補償制度の廃止、新仕切価格制度への移行、医薬品メーカーによる卸売業者・医療機関間の価格交渉への介入などの廃止が進められた。

新仕切価格制度の導入は、複雑な価格形成に係わる構造を是正し、医薬品卸売業者の自主的経営を促す流通改善策であった。しかし、流通改善策が実施された当初は、卸売業者が納入価を維持し利益を確保することができたが、相次ぐ薬価基準の引下によって、医薬品メーカーは薬価防衛上から仕切価格を堅持（高仕切政策）し、医療機関も薬価差益獲得のためのバイイングパワーを強めるなど医薬品卸売業者の売買利益を縮小させている。そのため、医薬品卸売業者間の競争も激化し、一部の医薬品卸売業者の中には、業界団体に決められた値引き率を目安に、各県の卸業者が協調して一律の納入価格を決めていた疑いが強まり、公正取引委員会から価格カルテル疑惑で立入り検査を受けるなどの問題も生じている¹¹⁾。

医薬品流通における取引慣行の問題は、「薬価差益」の存在が根本にあるといえる。医薬品流通に最も大きな影響を与えるものは薬価基準制度の改革である。薬価基準制度の改革は、国民医療費に占める薬価比率の高い水準、薬価差の存在とそれに伴う過剰投与、薬価差益に依存した医薬品の選択と医療機関の経営に対する社会的批判の高まりを背景として、医療制度改革の大きな柱の一つであった。平成9（1997）年4月、自民党医療保険制度改革協議会は「医療制度改革の基本方針」を策定し、同年8月に厚生省から現行の薬価基準制度に代わる新たな制度として「日本版参照価格制度」が提案された。

しかし、日本版参照価格制度は、強い批判を受け、平成11（1999）年4月の自民党医療基本問題調査会・社会部会合同会議において、日本医師会の提案した「医薬品現物給付制」、製薬業界の提案した「市場価格・購入価格給付制度」とともに白紙撤回された。その後、中央社会保険医療協議会を中心に、薬価基準制度のあり方や具体的制度改革の内容について検討が進められたが、

11) 読売新聞（夕刊）（2001年4月17日）。

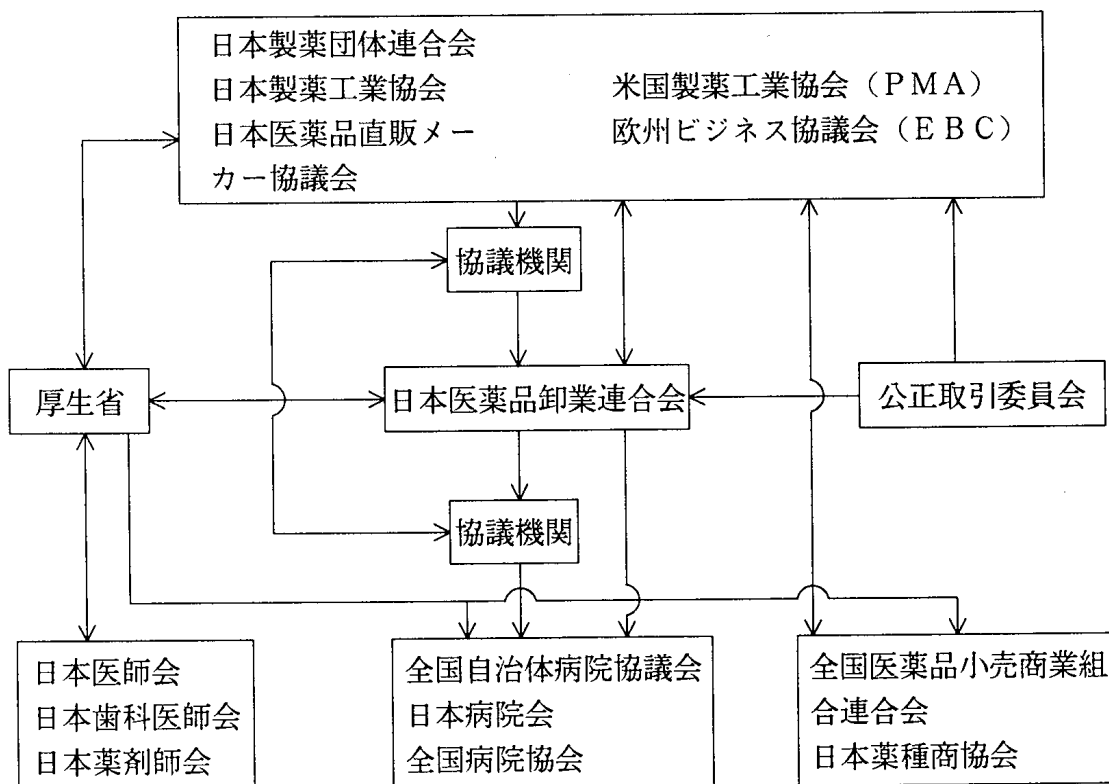
関係団体の意見の集約ができず、平成12（2000）年からの抜本的改革の実施が先送りされた¹²⁾。

2. 医薬品流通機構と業界団体

わが国の医薬品流通機構には、医薬品メーカー、医薬品卸売業者、医療機関、薬局・薬店等各段階において数多くの業界団体が組織されている。図表2は、医薬品流通機構における主要な業界団体を示したものである。

日本製薬団体連合会は、昭和23（1948）年に設立され、医薬品製造業者を会員とする地域団体（東京、大阪各都道府県に所在する25団体）及び業態別団体（医療用、一般用等各業態別による12団体）から構成されている。日本製薬団体連合会は、現在、23の委員会を構成し、「関係資料の収集と提供。政

図表2. 医薬品流通機構と業界団体



12) 「日本版参照価格制度」、日本医師会の「医薬品現物給付制」、製薬業界の「市場価格・購入価格給付制度」などの内容については、日本医薬品卸業連合会（1999）、（2000）に詳しく紹介されている。

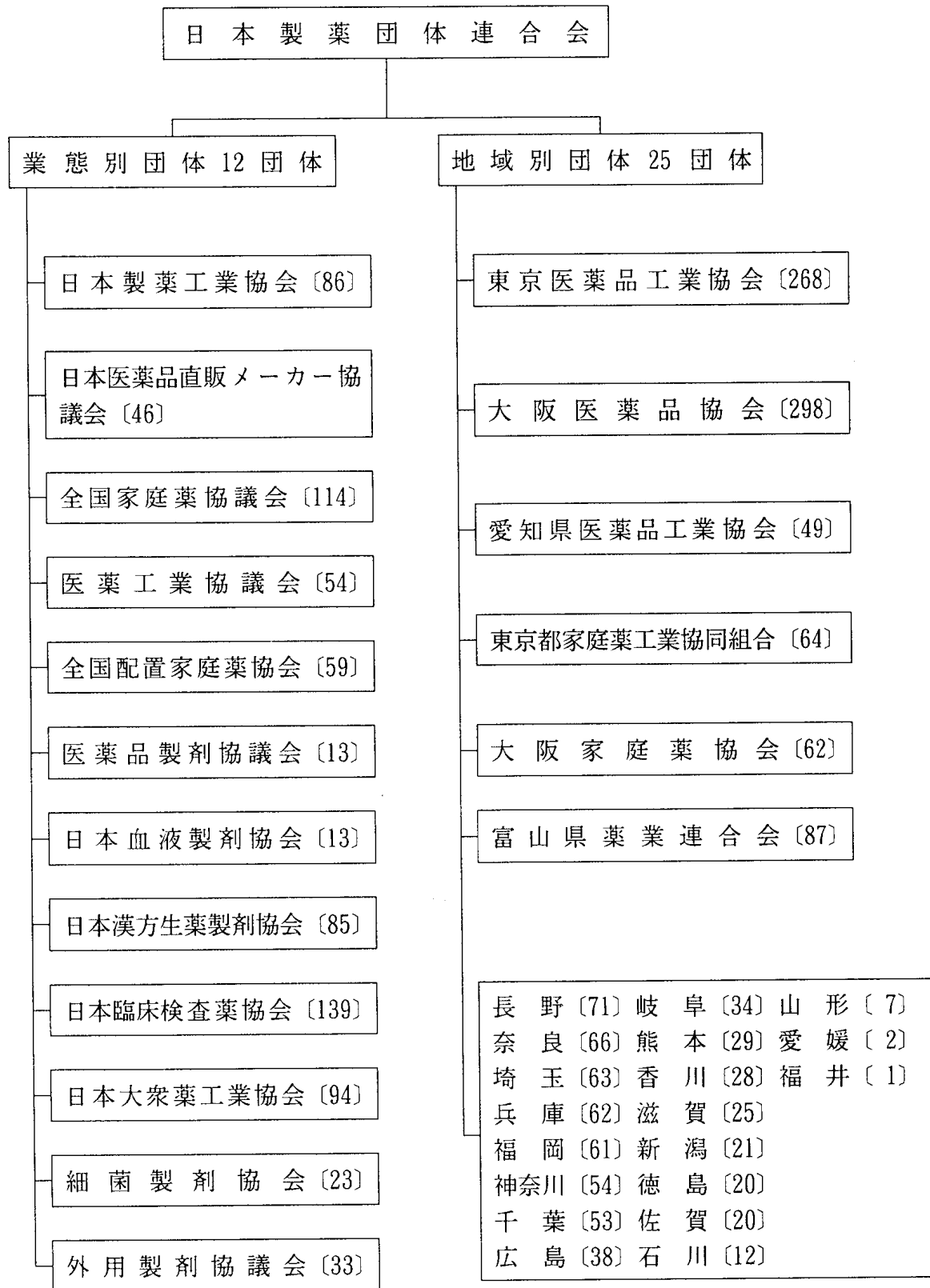
府その他の関係機関への意見具申。医薬品及びその原料の品質の改善，規格の改良又は生産若しくは流通の能率向上を図る。機関誌の発行並びに講演会，研究会，懇談会等の開催。海外関係機関との連絡，情報の交換又は視察団の派遣等により，「諸外国の製薬工業状況の調査」など業界の共通事項についての活動を行なっている。(図表3・4を参照)

日本製薬団体連合会は，地域団体及び業態団体の連合体として，わが国の医薬品製造企業を代表している業界団体であるが，医薬品流通機構の中で重要な役割を演じているのは，新薬メーカーの製薬企業を会員として組織されている「日本製薬工業協会」である。日本製薬工業協会は，外資系企業を含む83社が会員となっている。現在，18の委員会を通じて「会員相互の情報交換。製薬企業に関連する内外の情報収集及び研究。医療保険制度の動向と，その中における医薬品企業のあり方の探求。流通秩序に必要な調査研究。公正な宣伝広報活動の促進。製薬企業の体質改善の研究とその推進。関係行政機関，諸団体との連絡ならびに意見の具申。製薬企業に対する公正な世論の啓発及び喚起」などの活動を行なっている。(図表5を参照)

医薬品製造企業の業界団体には，戦前からの歴史をもつ地域団体（大阪医薬品協会，東京医薬品協会等）とともに，日本医薬品直販メーカー協議会（一般用医薬品のメーカー），医薬工業協会（後発品メーカー）などの業態別の業界団体が組織され，これらの業界団体も委員会活動を通じて活動している。また，米国製薬工業協会，欧州ビジネス協議会などの外資系業界団体も組織されている。

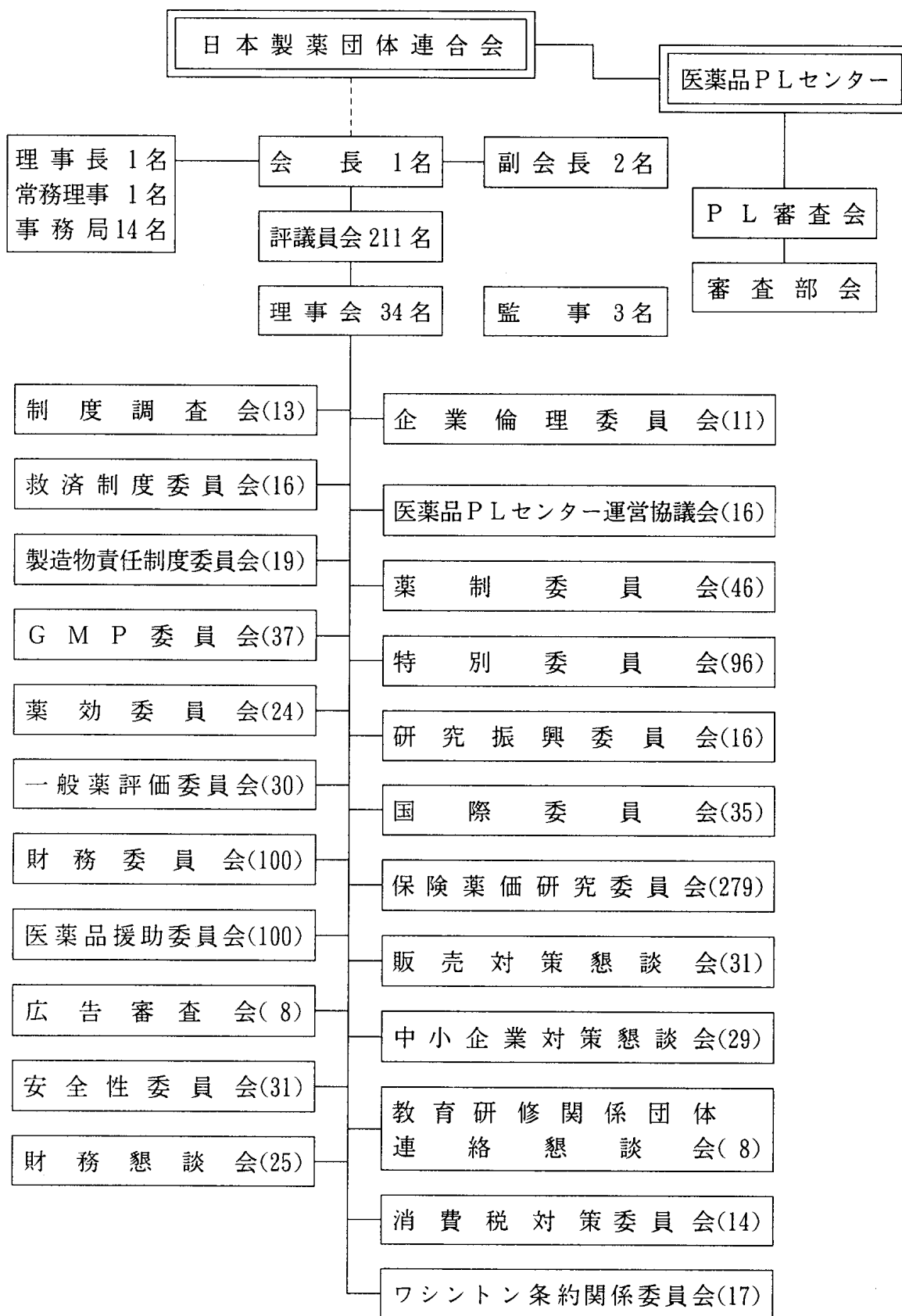
日本医薬品卸業連合会は，昭和16（1941）年に戦時統制下における「医薬品の円滑かつ迅速な配給を図るための全国地方卸業者と当局との連絡機関」として「全国地方卸連合会」の名称で創立され，その後，名称・組織内容の変更を経て，昭和55（1980）年に社団法人として組織を強化してきた。日本医薬品卸業連合会は「医薬品卸業界の連絡調整を通じて，医薬品流通の適正化を図ることにより，医薬品卸業界の使命の達成に努め，もって国民医療の増進に寄与する」ことを目的に都道府県単位の卸協同組合等の団体を会員と

図表3. 日本製薬団体連合会組織図



「註」カッコ内の数字は会員数、長野県製薬協会以下の地域別団体は会員数順に列記し、また、協会名・組合名等は省略

図表4-1. 日本製薬団体連合会機構図



出所 日本製薬団体連合会 (<http://www.fpmaj.gr.jp>)

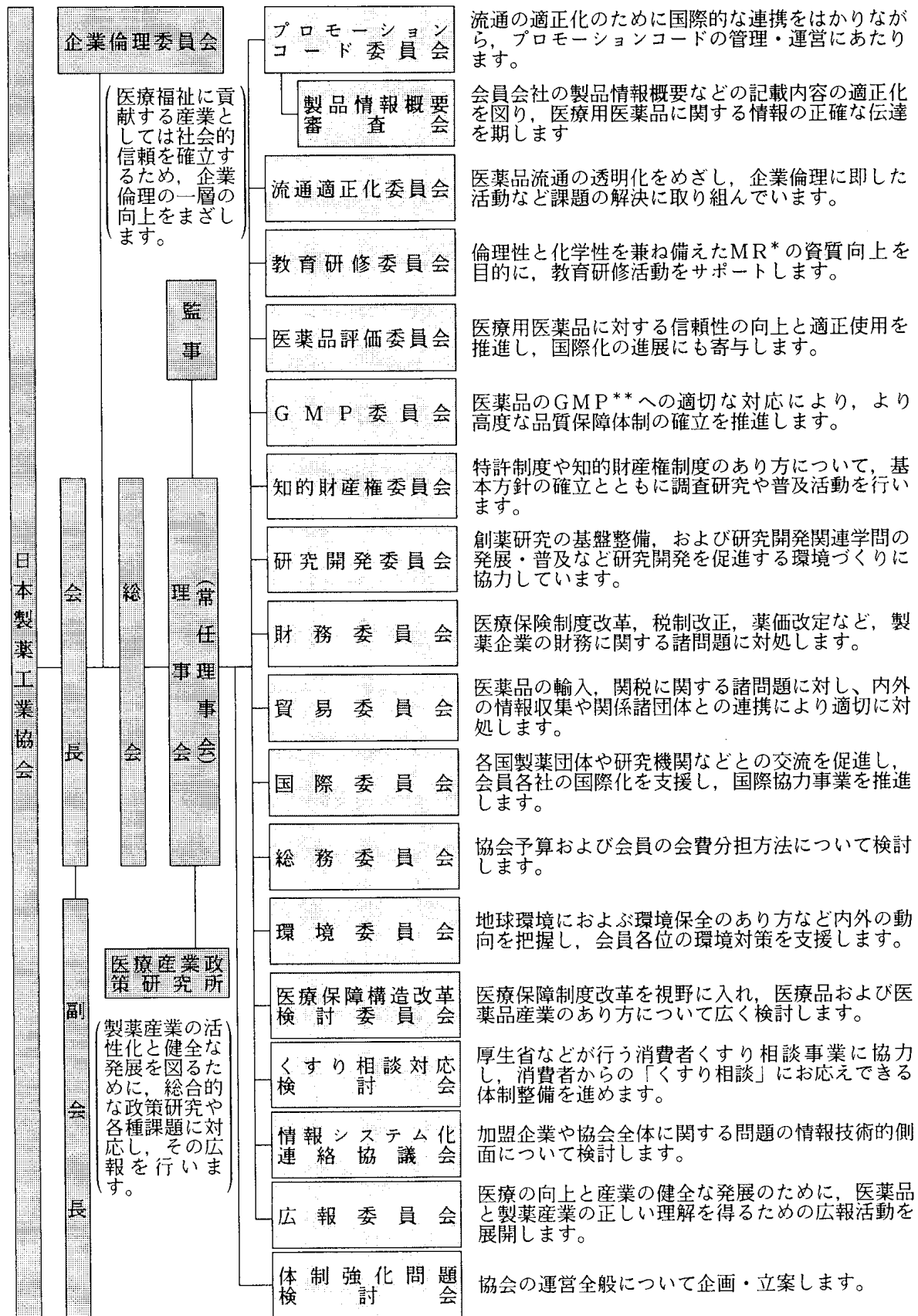
図表4-2. 日本製薬団体連合会委員会活動

名 称	業 務 内 容
制 度 調 査 会 (13)	(1) 組織、機構当の改正合理化について協議検討 (2) 日薬連の運営についての研究 (3) 各委員会の活動状況の調査研究
企 業 倫 理 委 員 会 (11)	(1) 社会的責任への対応 (2) 倫理的自覚に立って自らを律するための対応
救 済 制 度 委 員 会 (16)	(1) 医薬品の副作用に伴う患者の救済問題検討 (2) 医薬品基金の運営能力 (3) 医薬品基金の活動状況の把握と連絡折衝
医 薬 品 P L セ ン タ ー 運 営 協 議 会 (16)	医薬品PLセンターの予算・決算、人事、活動方針・活動状況等本センターの運営に関わる業務全般の管掌
製 造 物 責 任 制 度 委 員 会 (19)	(1) 社会的責任への対応 (2) 製造物責任制度の調査研究
薬 制 委 員 会 (46)	(1) 薬事法及び業界に関係ある諸法令の調査研究 (2) 薬事法令等の施行並びに諸行政指導の周知とその対応 (3) 承認、許可に関する事項への対応 (4) 行政事務への合理化、簡素化の推進 (5) 製造管理者等の講習会、説明会の開催
G M P 委 員 会 (37)	(1) 医薬品の製造及び品質管理に関する基準の検討 (2) GMP問題に関する調査検討とその対策 (3) 科学的基礎、管理技術、手法等のGMP研究会の開催 (4) 科学技術の進展に対するGMP研修会の開催
特 別 委 員 会 (96)	(1) 政治に関する懇談、情報交換 (2) 政治資金等の寄付問題に関する対応
薬 効 委 員 会 (24)	(1) 再評価に関する状況把握及び対応 (2) 再評価共同作業の運営 (3) 再評価公示結果の情報伝達
研 究 振 興 委 員 会 (16)	(1) 研究開発事業の運営面について薬業界の窓口検討、連絡調整 (2) 研究開発事業の技術面について薬業界の窓口・検討、連絡調整
一 般 薬 評 価 委 員 会 (30)	(1) 一般薬品再評価の対応 (2) 再評価共同作業の運営 (3) 再評価公示結果の情報伝達
国 際 委 員 会 (35)	(1) 海外における医薬品情報の把握との対応 (2) 情報交換とその対応 (3) 発展途上国への国際協力問題への対応

総務委員会(100)	(1) 一般寄付の要請に関する対応 (2) 寄付金の拠出に関する事項
保険薬価研究委員会(279)	(1) 現行薬価基準制度の運用への対応 (2) 薬価基準収載, 改定等の調査分析とその対応 (3) 医療保険制度改革に関する問題への対応 (4) 薬価問題に対する広報活動の推進 (5) 欧米諸国の医療保障制度と薬価制度の調査研究 (6) 給付基準額制度への対応
医薬品援助委員会(100)	(1) 国際貢献活動の一環として医薬品の援助を迅速かつ効果的に実施するための調査, 総括 (2) 寄付援助案件に関する審議決定などその対応
販売対策懇談会(31)	(1) 安定供給に支障のないよう対策の協議検討 (2) プロモーションコードの遵守協力 (3) 医薬品の取扱いに関する問題の処理
広告審査会(8)	(1) 医薬品広告の適正化についての検討と対策 (2) 医薬品広告の自主規制の実施 (3) 広告研修会の開催
中小企業対策懇談会(29)	(1) 中小企業税制の検討 (2) 情報交換とその対応
安全性委員会(31)	(1) 医薬品の安全性に関する問題の協議推進 (2) 安全性に関する諸情報の把握と関係者への伝達提供 (3) 使用上の注意に関する問題の処理 (4) 共同作業等への対応
教育研修関係団体連絡懇談会(8)	(1) MR認定試験への対応 (2) 情報交換とその対応 (3) 連絡調整事項の対応
財務懇談会(25)	(1) 財務, 税制の改善についての協議推進 (2) 税務関係問題についての情報交換及び懇談
消費税対策委員会(14)	消費税導入に伴う諸問題について円滑かつ適正に運営が行われるようその対応策等の検討
ワシントン条約関係委員会(17)	(1) ワシントン条約規制対象動植物に関する情報収集 (2) ワシントン条約規制対象動植物を由来とする生薬の啓蒙資料の整備 (3) 虎骨, サイカク, ユウタン, ジャコウ等の国内流通の把握 (4) 飼育ユウタンの輸入促進に関する交渉

出所 日本製薬団体連合会 (<http://www.fpmaj.gr.jp>)

図表5. 日本製薬工業協会の組織と委員会活動



出所 日本製薬工業協会 (<http://www.jpma.or.jp>)

する全国組織である。

日本医薬品卸業連合会は、医薬品の安定供給、販売姿勢の適正化等医薬品卸業に関する指導、調査及び研究、行政機関との連絡調整及び国の施策に対する協力、統制の作成、資料の収集及びこれらの刊行、情報の交換、資料の頒布、機関誌の発行及び講演会等の開催などの活動を行なっている。日本医薬品卸業連合会に加盟している会員構成企業は、平成13（2001）年現在で、180社で、医薬品販売高は約5兆7695億円の規模となり、医薬品流通の中の88%を占めている。（図表6）

医療機関には、日本医師会、社団法人日本歯科医師会、社団法人日本薬剤師会などの専門家団体、社団法人日本病院会（公・私立病院長が会員）、社団法人全日本病院協会（民間病院を代表する団体）、社団法人全国自治体病院協議会などの事業者団体が組織されている。これらの専門家団体及び事業者団体も業界団体と同様に委員会活動を通じて、わが国の医療制度、医薬品流通に大きな影響力を持っている¹³⁾。

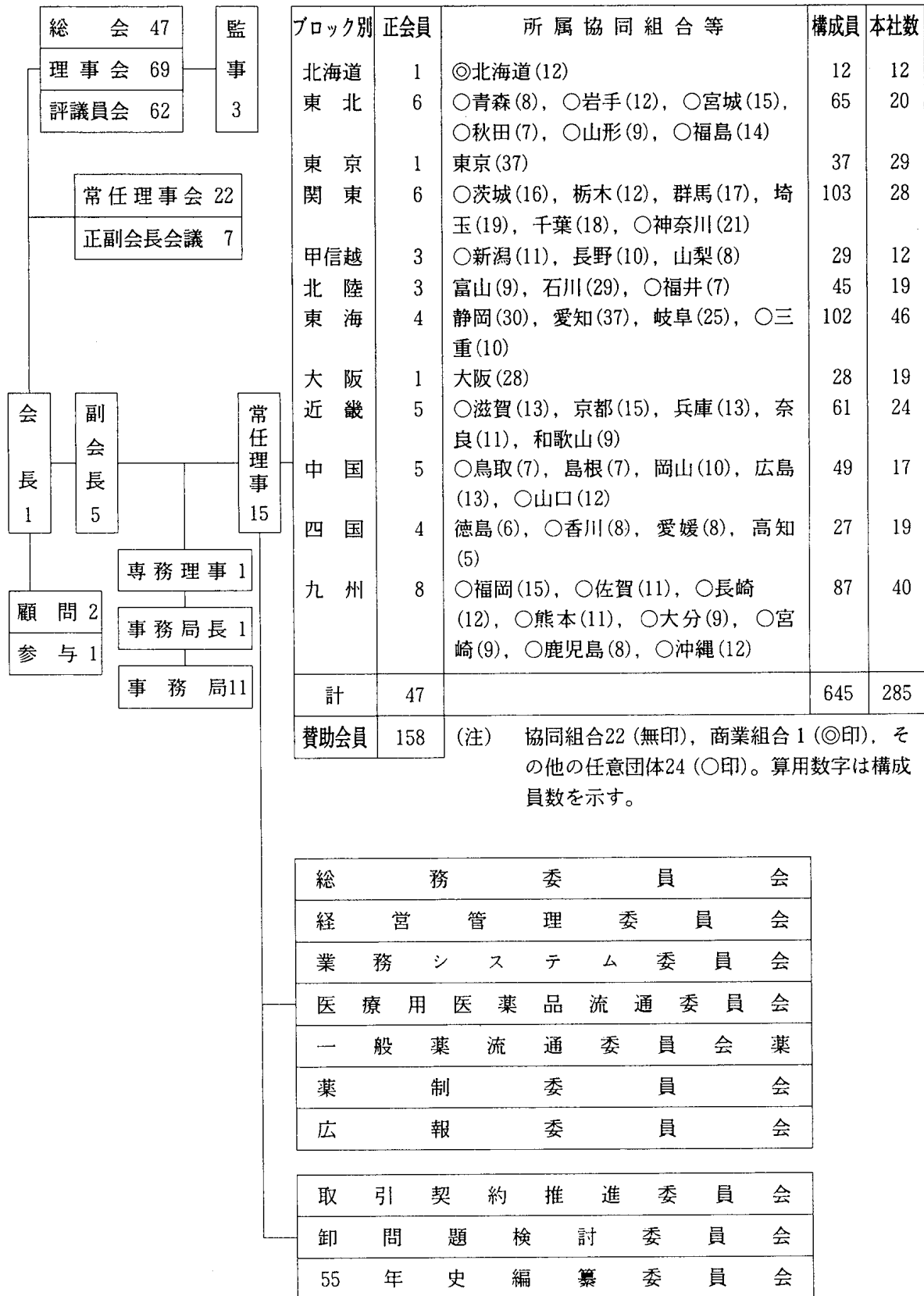
また、小売段階では、社団法人日本薬種商協会、全国医薬品小売商業組合連合会がある。全国医薬品小売商業組合連合会（会員数37組合、会員組合数24212名）は、会員である商業組合の行なう事業の総合的な事業を行なうことにより、医薬品小売業者の事業の改善発展を図ることを目的に昭和35（1960）年に設立された。全国医薬品小売商業組合連合会の活動は、当初、共同仕入れや調整事業（販売方法・購買数量・購買方法・販売価格等）が主体であったが、近年は、中小薬局・薬店の経営基盤の安定を目的として生命共済団体保険の導入、ヘルスギフト券（前払い式証票券）発行事業、プライベート商品（組合員専売品）の開発事業などの共同経済事業活動を行なっている。

医薬品流通機構には、社団法人、組合、任意団体、地域団体、全国団体等、さまざまに異なる組織形態をとる多数の業界団体が存在している。また、厚

13) 日本医師会 (<http://www.med.or.jp>), 社団法人日本歯科医師会 (<http://www.jda.or.jp>), 社団法人日本薬剤師会 (<http://www.nichiyaku.or.jp>), 社団法人日本病院会 (<http://www.hospital.or.jp>), 社団法人全日本病院協会 (<http://www.aija.or.jp>)。

図表6. 日本医薬品卸業連合会の組織と委員会活動

(平成8年7月1日現在)



出所 日本医薬品卸業連合会 (http://www.jpwa.or.jp)

生省・公正取引委員会などの行政機関，中央社会保険医療協議会などの各種審議会，健康保険組合連合会などを加えると複雑な構造となっている。

医薬品流通機構における各種業界団体の活動

わが国の医薬品産業は，医薬品メーカーの技術革新による新薬の開発，医療保険制度の充実，国民消費水準の向上と衛生思想の普及などによって高成長を持続してきた。しかしその反面，医薬品産業は常に過剰生産の体質を持ち，一般用医薬品における「乱売問題」，医療用医薬品における「添付販売」などの販売競争が展開され，業界団体による「協調行動」が試みられた。以下では，医薬品流通機構における業界団体間の協調行動を中心に業界団体の相互作用の特徴を分析することによって，医薬品流通機構の特質を考察することにしよう¹⁴⁾。

1. 医薬品の乱売問題と業界団体の活動

医薬品生産は，戦後，朝鮮動乱を契機として毎年対前年比30%前後の伸長を記録し，昭和27（1952）年頃から販売競争が激化し，乱売問題が生じてきた。これに対して，日本医薬品卸業協会（後に日本医薬品卸業連合会と改称）や日本薬剤師会は，医薬品メーカーに乱売防止対策を求め，業界団体間の協議と協調行動への試みが模索された。

日本製薬団体連合会，日本医薬品卸業協会，日本薬剤師会等の業界団体は，昭和27（1952）年2月，各団体の代表者からなる「医薬品公正取引協議会」を設置し，独占禁止法の改正による再販売価格維持制度の導入によって乱売を防止しようとした。独占禁止法は，昭和28（1953）年に改正公布され，再販売価格維持制度が認められた。しかし，再販売価格維持制度が実施されることになったものの，指定申請をどうするかで，全品目を主張する卸・小売側と一般大衆薬を主張するメーカー間で意見が対立し業界団体間の一致を得

14) 業界団体間の協調行動の資料は，日本医薬品卸業連合会（1996）による。

ることができなかった¹⁵⁾。

公正取引委員会は、昭和29（1954）年9月、毒劇薬、覚醒剤、麻薬、生物学的製剤、その他一部の品目を除いた一般用医薬品について指定を行い、医薬品の再販売価格維持制度は発足した。再販売価格維持制度は発足したが、実施契約は個々のメーカーが行なうことになったため、メーカー側の態度が注目されたが、同年中に実施したのは大正製薬1社のみであった。

大正製薬は、当時、1店1チェーン（大正製薬の商品のみを推奨販売）を原則とする大正チェーン連鎖加盟店制度を採用していた。大正製薬は、連鎖加盟店を普通加盟店と区別し、連鎖加盟店に対しては取次品、共同仕入品の特価頒布を行ない、割戻率の優待を実施していた。

しかし、連鎖加盟店の中には、他のメーカーのチェーンに依然として留まっている店があり、大正製薬は、これらの加盟店に対して大正チェーンをとるか他社チェーンをとるかの2者択一を迫った。この要求に対して、公正取引委員会は、昭和28（1953）年3月、大正製薬に対し加盟店との取引約定書中の第1項目（大正チェーンに類似するどのチェーンにも加盟いたしません。）、第2項目（現に加盟しているチェーンについては貴社の指示があればそれに従って脱退します。）及び第3項目（現在所有している大正チェーン特選品に類似する商品については貴社の指示があればそれに従って販売致します。）が独占禁止法に抵触するとして削除を命じた。その後、公正取引委員会は、取引約定書自体を独占禁止法の第19条「事業者は不公正な取引方法を用いてはならない」の項に違反するものとして破棄すべしとする審決を下した¹⁶⁾。

大正製薬は、価格競争を排除する目的で大正チェーンを組織していたが、これに代わる価格維持の柱として再販売価格維持制度を導入せざる得なくなるのである。再販売価格維持制度は、その後、昭和38（1963）年以降、各医薬品メーカーによって導入されたが、大正製薬以外のメーカーが再販制度を

15) 日本医薬品卸業連合会（1996）84頁。

16) 大正製薬株式会社（1993）147～150頁。

導入しなかった理由として「メーカーは自社だけが再販制度に踏み切れば拡売に負けると判断されるのを恐れ、また自社のインセンティブで他社との差別化が出来る」と過信していた。」¹⁷⁾ともいわれている。

乱売防止対策として期待された再販売価格維持制度は、大正製薬1社のみになり、協議機関であった「医薬品公正取引協議会」もメーカー側の委員の辞任により事実上休眠状態となるのである。

昭和31(1956)年以降、日本経済は「神武景気」と呼ばれる好景気を迎え、活性ビタミン剤、アンプル剤などの保険薬を中心に一般用医薬品の生産が増加し、販売競争は一層激化した。さらに当時勃興期にあったスーパーストアなどの大型店が有名ブランドの医薬品をオトリ商品として利用するようになり、乱売問題はさらに深刻化するのである。

このような状況の中で、昭和33(1958)年10月、メーカー・卸・小売の代表者からなる協議機関として「三者協議会」が設置された。この協議会には厚生省の担当官も出席し、乱売問題を中心に医薬品流通秩序改善策の協議が行われた。三者協議会は、三者が輪番で幹事を担当し、毎月1回第2木曜日を定例日として開催された。三者協議会は「製造ロット番号の記帳による販売ルートの確認」などについては合意をみたが、三者の関心・利害が異なり有効な乱売対策を打出すことが出来なかった。特に小売側から卸の事業者販売は小売業者の業権侵害であるという意見が出され、この問題をめぐって卸、小売双方の主張がしばしば対立した¹⁸⁾。

三者協議会における協議でも有効な改善策が打出されない中で、依然として乱売はあつとを絶たず、昭和34(1959)年、池袋西口に3割から4割引で販売する小売店が現れ、地元の小売店は対抗販売店を開店するなど乱売問題が深刻化するのである。厚生省も昭和35(1960)年2月、「乱売に伴う医薬品等の監視について」の通達を行ない監督強化にのりだしたが、乱売問題の根本要因が生産過剰にあったため、事態は一向に好転しなかった。

17) 株式会社協進(1998)54頁。

18) 日本医薬品卸業連合会(1996)109-110頁。

医薬品の乱売問題は、国会でも取上げられ社会問題化するに伴って、メーカー側も乱売対策の緊要性に迫られ、大手製薬メーカーは、これまで主として東西10社の主要医薬品メーカーによって行われてきた協議にさらに主要医薬品メーカー10社を加えて20社に拡大し、昭和35（1960）年2月、「医薬品流通秩序実施要綱」を策定するのである。この要綱では、小売、医家向向けの標準利潤率が設定され、添付品、特売特価、景品、招待の廃止など具体的な基準が決められた。流通混乱を避けるための自主協定であった。

乱売防止対策は、これまで「三者協議会」や日本製薬団体連合会と日本医薬品卸業協会との業界団体間で協議が行われてきたが、20社会という新たな団体が登場するのである。20社会は、同年9月に「製薬企業懇談会」と改称し、その後の業界団体間の協議で重要な役割を演じることになる。

20社会の自主協定に対して、日本医薬品卸業連合会は、「卸業業経営実施要綱」を作成し、卸は各地の医薬品協同組合、小売は各地の医薬品小売商業組合で自主協定が実施された。この自主協定によって、乱売は一時的に小康状態を迎えた。しかし、自主協定は乱売の根本原因である生産過剰を改善するものでなかったため、医薬品メーカー各社は自社の販売促進を優先し、乱売問題は再び深刻化した。

「三者協議会」は、具体的な乱売対策に対して何ら効果を上げることが出来なかった。そのため、小売商側は、「三者協議会」を解消し、「日本薬業協会」の設置を提案した。日本薬業協会は、官民による薬業経済安定機構を作って乱売等に対処しようとしたものであった。しかし、この構想も公正取引委員会が難色を示したため実現しなかった¹⁹⁾。

厚生省は、医薬品の適正な価格体系を実施するための新しい流通要綱の作成をメーカーに要望した。これを受けて、製薬企業懇談会は、昭和37（1962）年12月「市場安定対策要綱（小売向編）」を策定するのである。「市場安定対策要綱」は、加盟メーカーが卸価格、小売価格を厳守することを主な内容と

19) 日本医薬品卸業連合会（1996）121-122頁。

する価格協定であった。

製薬企業懇談会は、厚生省企業課長の出席のもとで日本医薬品卸業連合会・全国医薬品小売商業組合連合会との三者懇談会を開催し、「市場安定対策要綱」を説明し、卸・小売側の了解と協力を求めた。卸・小売側は「市場安定対策要綱」を了承し協力するという態度を示した。厚生省は、製薬企業懇談会以外の新薬メーカー、家庭薬メーカーおよびチェーンメーカーに対して要綱に対する協力を求め、要綱の検討・再確認を行なう機関として製薬企業懇談会6社、卸、小売各7名に委員による「薬業安定協議会」が設置された²⁰⁾。

医薬品業界では、当時、乱売問題とともにスーパーマーケット対策も重要な検討課題となっていた。小売業者は、量販店と一般小売業者との仕入価格差の問題から小売協同組合による共同仕入を企画し卸組合に協力を申出していた。小売業者の共同仕入に対して、卸売業者は流通機構の混乱を招くと反対の意向を示し、製薬企業懇談会も卸売業者に同意し、小売業者と卸売業者との対立が続いていた。これらの問題を併せて検討する協議機関としてメーカー・卸・小売各代表による「中央薬業安定協議会」が新たに設置された。中央薬業安定協議会には、厚生省の担当官も出席し、メーカー側の中心メンバーは製薬企業懇談会であった。

医薬品の乱売問題は、昭和38（1963）年9月から「市場安定対策要綱」が実施され、各地に地方安定協議会が設置されるとともに指導価格も設定され、沈静化に向かうが、一部地方において指導価格の実施をめぐる行過ぎが生じ、このため小売業者から公正取引委員会に提訴するものが現れ、安定協議会のあり方が問われることになった。

地方安定協議会の運営については公正取引委員会からの通告によって「情報交換の場」への転換を余儀なくされるが、協議会として、市場安定対策要綱のみでは解決しがたい問題が依然として発生しつつあるので、これを法的な裏付けによって不公正取引を排除することが、業界の発展と市場安定によ

20) 日本医薬品卸業連合会（1996）127-128頁。

って望ましいとして、厚生省の要望もあり中央薬業安定協議会の中にメーカー・卸・小売からなる「三者小委員会」を設置して、独占禁止法の特殊指定を検討するのである²¹⁾。

「三者小委員会」は、製薬企業懇談会の素案をもとに協議し、昭和40(1965)年3月「中央薬業安定協議会案」を作成した。この協議会の特殊指定案は、(1)仕入原価に必要な経費を加えた価格よりも安く売ることを禁止する(特殊指定)、(2)メーカーや卸問屋による、卸段階での競争を制限し、サービスを禁止する(公正競争規約)、(3)違反行為を監視し、違反者に制裁を加えるための協議会を作る(公正取引協議会規則)からなっていた。

中央薬業安定協議会は、直販メーカー5社(全薬工業、エスエス製薬、佐藤工業、ゼリヤ新薬工業、大正製薬)に特殊指定案の説明を行なったが、5社はこの案が「小売店にはプラスにならず、一部メーカーのみが利益を得て中小メーカーには不利益となる」と反対し、特殊指定案の撤回を求めた。直販メーカーは、「中央薬業安定協議会」の中心は新薬メーカーを主体として製薬企業懇談会であり、特殊指定案も製薬企業懇談会の「市場安定対策要綱」と同一のものと見なしていた。

特殊指定案が提案された後、関西の直販メーカー23社が集まり「特殊指定反対関西連盟」が結成され、東西2つの会が合同して昭和40(1965)年に「医薬品直販メーカー協議会」が組織された。直販メーカー協議会は、「医薬品の特殊指定案は、価格の安定になんら寄与するものでなく、独占禁止法を逆用して、その精神を蹂躪し、メーカー間の競争を制限して、直販メーカー、中小メーカーを撲滅することを企図したものである。もし、これが実施されれば、独占禁止法制定の目的である公正且つ自由な競争は、著しく阻害され、事業支配力の過度の集中は促進され、巨大なメーカーのみが有利となり、われわれ直販メーカーのみならず、小売業者にも、消費者にも、著しい不利益がもたらされることが明白である。」と批判した²²⁾。

21) 日本医薬品卸業連合会(1996)135-138頁。

22) 大正製薬株式会社(1993)238頁。

特殊指定案は、医薬品メーカー間の対立や小売商側の足並みが揃わないまま、棚上げとなり具体化しなかった。その後、特殊指定推進に見切りをつけた各医薬品メーカーは再販売価格維持制度を導入し市場の価格維持を図る方向へと移行するのである。

医薬品直販メーカー協議会は、昭和43（1968）年5月、「日本医薬品直販メーカー協議会」と改称し、製薬企業懇談会も、同年5月「日本製薬工業協会」と改称するのである。

医薬品の乱売問題（一般用医薬品）は、「三者協議会」や「中央および各地の薬業安定協議会」などの協議機関で協議され、自主規制が実施されたが、見るべき効果がなかった。医薬品の乱売問題は、医療用医薬品の需要の増加による需要の変化や薬局等適正配置条例などの法的規制に待つしかなかったのである。

一般用医薬品市場の流通問題は、昭和47（1972）年以降、メーカー、卸、小売各代表による「中央流通懇談会」で協議が続けられた。中央流通懇談会は、全国医薬品小売商業組合連合会の提唱で再販実施大手メーカーとの間で設置され、その後日本医薬品卸業連合会が参加し、三者の協議機関となったものである²³⁾。

一般用医薬品市場は、その後、薬害問題に端を発した一般消費者の”薬不信ムード”の浸透や指定品目の削減などの再販規制問題等によって低迷し慢性的な不振を招いた。さらに昭和50（1975）年4月に最高裁から薬局等適正配置条例が違憲判決を受けたことから、危機感が高まった。このような状況の中で、日本医薬品卸業連合会と全国医薬品小売商業組合連合会は、昭和51（1976）年4月「医薬品流通の正常化」についての共同声明を発表した。この共同声明は、(1)新価格体系実施を機として再販品を再認識し、他の医薬品についても価格建を尊重し、差別対価の出ないよう善処方を促進すること、(2)計画的に流通番号を抹消し又は改ざんした医薬品の流通を厳しく排除する

23) 日本医薬品卸業連合会（1966）286-287頁。

こと、(3)所謂第二市場（現金問屋）における再販品の流通記号調査を早急に実施すること、(4)当を得ないと考えられる医薬品の排除については広くユーザー等の協力を得るよう努めること、などを内容とするものであった。

中央流通懇談会は、昭和54（1979）年8月、「一般用医薬品の流通に関する倫理要綱」を策定し、メーカー・卸・小売業者間で具体的な実践倫理が作成された。一方、日本医薬品卸業連合会は、卸独自の立場で新薬メーカー11社及び全国家庭薬協議会メーカーとの懇談の場を持ち、一般用医薬品市場の諸問題について話し合い、昭和54（1975）年8月、新薬メーカー11社との間で(1)価格体系の改正と価格維持、(2)情報活動の活発化と相互コミュニケーションの徹底、(3)製品計画と販促活動の積極展開、(4)機能分担をより効果的に行う、などの4項目について合意に達するなど一般用医薬品の市場秩序維持への努力が行われた。

再販制度の問題については、医薬品業界の各業界団体は再販存続を要望したが、公正取引委員会は、平成4（1992）年4月「再販指定商品の見直しについて」を決定し、一般用医薬品に認めてきた再販適用除外制度を段階的に廃止する意向を示した。

2. 医療用医薬品の流通問題

昭和36（1961）年の国民皆保険制度の実施以降、医療用医薬品の需要が急速に拡大し、それに伴って、押込み販売、景品付き・現品添付などの販売競争が展開された。こうした状況の中で、厚生省は昭和40（1965）年11月「医薬品の販売に伴う海外旅行招待等の自粛について」の通達を行い、医療用医薬品の販売姿勢の自粛を求めたが、一部医薬品メーカーは依然として自粛を行わず、極端な場合には乗用車、カラーテレビ等の景品を提供するなど、販売競争は次第にエルカレートしていった。

日本医薬品卸業連合会は、昭和41（1966）年1月、「製企会への提言」を作成し、東西12社・東京在住メーカー6社社長との懇談会を開催し、医療用医薬品の販売姿勢の正常化を求めた。厚生省もメーカー21社社長との懇談会を

開催し医療用医薬品の販売姿勢の自粛を求めた。「製企会への提言」を契機に日本製薬工業協会と日本医薬品卸業連合会は「流通調査合同委員会」を設置し、定期的な話合いの場を設けるのである。

厚生省は再三にわたり通達を行い業界に自粛を求めたが、それでも添付販売を含む販売競争はエスカレートするのである。昭和44（1969）年7月に厚生省薬務局長からの要請を契機に、日本製薬工業協会は、医療用医薬品市場の販売姿勢の是正を図るため「流通対策要綱（医療用医薬品編）」を策定するのである。この流通対策要綱は、不公正な競争による過剰サービスの自粛を会員各社に求めたものであった。この流通対策要綱に対して、医薬品工業協会は「実施の場は日本製薬団体連合会が妥当である」としながらも協調姿勢を示したが、日本直販メーカー協議会は、(1)商行為の競争制限は経済自由の原則に反し業界の発展を妨げる。特に後発メーカーの運営を甚だしく阻害する。(2)カルテル行為の疑いがある。(3)統制時代への逆行である、などを理由に反対を表明するのである²⁴⁾。

医療用医薬品の自主規制の動きは、医薬品メーカーの業界団体の利害の不一致のため団体間の調整が困難となり、日本製薬工業協会の流通対策要綱も実施後半年を経ずして空文化するなど添付販売競争は以前にもまして激化するのである。このような状況の中で、中央社会保障医療協議会が開催され、席上、日本医師会側からの「薬の流通に当たって添付が行われていては、薬価調査をやっても薬価の実態が反映せず、意味がない」という発言を契機に中央社会保障医療協議会は「大衆広告をしたり、不当な販売政策をとった医薬品は、薬価基準から削除すべきである」と添付全廃を決定した。

その結果、厚生省は昭和45（1970）年12月、添付販売をした当該品目については薬価基準収載品目から削除する旨の通達を行ない、省内に「医療用医薬品販売適正化推進本部」を設置し、都道府県には「医療用医薬品適正化委員会」を設けるなど添付販売措置の徹底を図るのである。このような行政指

24) 日本医薬品卸業連合会（1996）171～172頁。

導によって、添付販売競争は、表面上は消滅することになるが、これに代わって「値引補償制度」が浮上してくるのである。

添付廃止以降、各医療機関の医薬品購入姿勢は、強い値引き要求となって現われ、それに伴って仮納入、仮払いなどの取引慣行を定着させることになるのである。全国自治体病院協議会は、傘下の各自治体病院に対して、神田の現金問屋を通して価格表を送り、医薬品の購入の斡旋を開始した。自治体協議会による医薬品の購入斡旋は、直ちに地方の卸売業者の経営に影響を与え、特に富山県では、病院側が全国自治体病院協議会の価格並みの値引き要求を行い、これを呑まなければ全国自治体病院協議会ルートから購入するという態度を示した。日本医薬品卸業連合会は、全国自治体病院協議会による医薬品斡旋に危機感を抱き、日本製薬工業協会に対し流通経路の厳重な監視体制を要望するのである。

国公立病院との取引においては、中央一括購入問題も大きな課題となっていた。医薬品卸売業者は、国公立病院の中央一括購入は地方の卸業の経営に重大な影響を与えるとして反対していた。日本医薬品卸業連合会は、厚生省に国公立病院の薬剤購入姿勢の是正を求めたが、厚生省は「開業医と国立病院の納入価の格差がある以上、国立病院だけ高く買うことができない」との姿勢を示し、逆に医薬品業界の販売姿勢の是正を求めるのである²⁵⁾。

厚生省は、添付禁止の行政措置以降も再三にわたって販売適正化を求めてきたが、医薬品市場の低迷を反映して一部の医薬品メーカーの間で添付販売が復活するなど販売競争がさらに激化するのである。この事態に厚生省は昭和49(1973)年12月、薬務局長名で「この際業界として自主的な立場から添付販売、景品等の提供等販売方法に関する諸問題について検討を加え、その改善策を早急に打出すように」に通達を行なった。これを受けて日本製薬工業協会では、同年12月「医療用医薬品流通要綱」を策定した。日本医薬品卸業連合会も「医療用医薬品の販売の適正化について」の見解を発表し、各地

25) 日本医薬品卸業連合会(1996)161頁。

区卸の意思統一を図った。

医療用医薬品の販売適正化は、行政指導、日本製薬工業協会の新流通要綱策定、各業界団体間での協議にもかかわらず、改善の方向はみられなかった。そのため、日本医薬品卸業連合会は、昭和52（1975）年8月、医療用医薬品の販売姿勢の正常化についての4原則を決定し、各業界団体へ協力を要請した²⁶⁾。

1. 卸との十分な協議を経ない一方的、かつ過大なメーカーの販売計画の提示については、これを受入れない。
2. 医薬品の本質を逸脱し、市場の流通秩序を混乱せしめる如き卸主催の特売は行なわない。
3. 医薬品の信用を損なう如き拡売スローガンの設定やコンクールは行なわない。
4. メーカーの卸社員に対する個人的報奨を受けることを禁止する。

これを受けて、日本製薬工業協会は、同年8月「医療用医薬品に関する卸との取引正常化について」の4原則を決定した。

1. 卸に対する販売計画の提示は過大にならないよう配慮する。
2. 医薬品の本質を逸脱するような卸の組織的販売行為（いわゆる特売）に対する協賛を行なわない。
3. 医薬品の信用をそこなうようなスローガンの設定やコンクールなどは行なわない。
4. 卸社員に対する個人的報奨を行なわない。

医薬品メーカーと医薬品卸売業者が共同宣言のような形で取引の正常化を

26) 株式会社三星堂（1978）284-285頁。

とりあげたのは初めてであった。

昭和53（1978）年の薬価基準全面改正で収載方式が改められ、銘柄別収載制度が発足する。薬価基準制度は、昭和25（1950）年に発足して以来、一般名で収載されていたが、医薬品銘柄ごとに薬価基準に収載する方式に改めたのである。一般名収載では、同一成分間の医薬品が同一薬価とされるため、先発品と後発品との間で、医療機関に対する激しい価格（値引）競争が生じ医療機関の薬価差益の拡大と薬剤費の増大をもたらした。そのため、薬価基準への市場価格の適正な反映と過度の銘柄間における価格競争の防止などを目的として、銘柄別収載方式が採用されたのである。

その後、医療費抑制を背景に昭和56（1981）年、平均18.6%という薬価基準の大幅な引下げが行われた。薬価基準制度が発足して以来の最大の引下げであった。

薬価基準価格は、事実上、医療機関が購入する際の上限価格として機能していたが、実際の医療機関の購入価格は薬価基準価格をかなり下回っており、また、同一銘柄であっても医療機関により相当のばらつきがあった。薬価基準の引下げは、薬価差を縮小させる要因となるため、医療機関は薬価基準価格の引下げの都度、その引下げに対応して納入価格の引下げ、いわゆる「スライドダウン」を要求する傾向があり、納入価格の低落は薬価基準価格の引下げの要因となるという繰返しが行われていた。

日本製薬工業協会は、医療機関のスライドダウンの要求に応じるならば、製薬企業の大幅な経営悪化と薬価基準の引下げを招くなど蟻地獄に陥り、製薬業界は疲弊するとの危機感を持った。日本製薬工業協会は、流通委員会を中心に薬価基準の改定に伴う対応策を検討し、①医療機関からのスライドダウン要求には応じないこと、②今後は、薬価差を適正な幅に納めて販売し、薬価基準の引下げを防止すること、③納入価格のばらつき幅の縮小を図ること、④各社は、前記各事項について社内体制を強化し、慎重かつ決意をもって対応すること、などの具体策をまとめた²⁷⁾。

医薬品卸売業者にとっても薬価基準の大幅な引下げは、仮納入と代金未払

い問題が起るなど各地で混乱が起ることが予想された。

日本製薬工業協会は、日本医薬品卸業連合会と合同会議を持ち、「8項目の合意事項」をまとめた。「8項目の合意事項」の内容は次のようなものであった²⁷⁾。

- (1) 卸・メーカーは夫々のおかれている厳しい且つ困難な現状とその対応姿勢について関係先に繰返し精力的に訴え、理解と協力が得られるよう努力する。
- (2) 仕切価格を変更するものについては、メーカーは卸に対して極力早急に連絡する。
- (3) 医薬品の信頼を損うよう極端な価格のバラツキを是正するよう努力する。
- (4) 卸は、不本意な価格を強要されるおそれのある場合の仮納入を行なわない。
- (5) 卸は、企業経営および市場安定の見地から、いわゆる自損行為をしない。メーカーはこれを示唆する言動を行なわない。
- (6) 卸・メーカーは医薬品の安全性確保のため適正流通に一層の努力をする。
- (7) 卸・メーカーは総価山買方式については単価方式に変更するよう関係先に繰返し根気強く要望する。
- (8) 流通正常化のため、卸のセールスとメーカーの担当者は連けいを強化する。

27) 流通委員会は、①各会員の営業担当役員級の者で構成する委員会「流通委員会総会」、②主要会員31社の流通委員をもって構成する運営委員会、③流通委員会の委員長及び副委員長として選出された会員10社の構成する正副委員長会から構成され、医薬品業界の流通に係する事項について審議決定していた。中村徹・沢田寿康（1983）40-47頁。

28) 日本医薬品卸業連合会（1996）301頁。

「8項目の合意事項」は、価格カルテルによって薬価の大幅引下げによる市場混乱に対処しようとしたものであった。しかし、この合意事項は、独禁法違反被疑事件を引き起こすのである。公正取引委員会は、昭和56（1981）年11月、「8項目の合意事項」は独占禁止法に違反する恐れがあるとして、医薬品メーカーの栃木県内の支店・出張所、東京支店など6事業所の立入り検査を行い、さらに日本製薬工業協会の本部と全国傘下の各支店と共に、日本医薬品卸業連合会本部と全国各ブロック事務局への立入り調査を行なった。

独禁法違反事件は、薬価基準大改正後、医薬品メーカーが栃木県内で医家向け医薬品価格の引下げに対処するため、価格維持を決め、また卸に対してメーカー指示価格を遵守させることにより再販売価格の維持を図ったというものであった。この事件の契機は、京都市立病院協会や日本病院会の公正取引委員会への提訴が引金となったものであった。

公正取引委員会は、昭和58（1983）年6月、日本製薬工業協会に対して独占禁止法の第8条第1項4号（構成事業者の機能、活動の不当な制限）違反を理由に改善措置を含む「勧告」を行い、また日本医薬品卸業連合会に対しても、同じ条項に違反するおそれがあるとして「警告」を行なった。

業界団体は「カルテル行為や同調的管理価格行動の介在機関」になると批判されてきた²⁹⁾。しかし、医薬品産業においては、特に医療用医薬品の医薬品メーカー間の価格競争は極めて激しく、薬価基準の引下げは「薬価差」を利用した販売競争をさらに促進させるものであった。そのため、業界団体による価格コントロールなども實際上困難であり、仮にカルテル協定らしき協定等が出来たとしても実効性の乏しいものであった。公正取引委員会の審査結果は、競争の事後的制限とするものではなく、事業者団体による構成事業者の機能、活動の制限とするものであった³⁰⁾。

3. 薬務行政と医薬品流通

29) 上野裕也（1975）34頁。

30) 長谷川古（1986）183-183頁。

医療用医薬品流通の流通・取引形態の是正は、業界団体間の協議、自主規制の実施などが行われたが、ほとんど実効性をあげることができなかった。医療用医薬品の流通形態の是正は、業界団体間の協調行動ではなく行政機関による公的介入によってなされるのである。

厚生省は、医療費抑制策を背景に「医薬品流通対策研究会」を昭和55(1980)年10月に設置し医薬品流通の改善方策を検討し、昭和57(1982)年6月に報告書を発表した。同じ時期に公正取引委員会も医療用医薬品の流通実態調査を行い、同年6月に報告書を発表した。この両報告書が共通に指摘した流通上の問題点は、次のようなものであった³¹⁾。

- (1) 現行の価格体系、値引補償制度、卸売業者からメーカーへの販売伝票の提出義務などは卸売業者の自由な価格形成を制約するおそれがある。
- (2) 卸売業者のマージン中リベートのウェイトが大きく、また、その支払条件が不明確であり、このようなりべート政策や資本参加、重点卸化政策等の施策は、大手メーカーによる卸売業者の流通系列化をもたらすおそれがある。
- (3) 流通番号や販売伝票提出の義務づけは医薬品の自由な流通を阻害するおそれがある。

この2つの報告書を受けて、厚生省は、昭和57(1982)年10月「医療用医薬品流通改善に関する基本方針」を業界に提示した。この基本方針は、医療機関に対するメーカーの過剰サービスや景品提供の自粛と競争ルールを確立するための公正競争規約の作成を指示し、実施計画書の作成と提出を関係業界団体に求めたものであった。

このような行政サイド側の改善勧告や公正取引委員会の「勧告」「警告」を背景として、日本製薬団体連合会を中心に「医療用医薬品製造業公正取引協

31) 長谷川古(1986) 154-155頁。

議会」が設置され、「公正競争規約」が策定された。同じく日本医薬品卸業連合会も昭和59（1984）年10月、「卸公正取引協議会」を設置し「医療用医薬品卸販売適正化指針」を策定した。

厚生省は、「基本方針」等に盛り込まれた改善策を具体化するため、昭和58（1983）年3月、厚生省薬務局長の私的諮問機関として「医薬品流通近代化協議会」を設置した。流通近代化協議会は、昭和59（1984）年12月、メーカーと卸売業者との取引近代化を促進するためのモデル取引契約書の作成と締結を、さらに昭和62（1987）年7月には、卸売業者と医療機関・薬局とのモデル契約要綱を提示した。流通の近代化を図るには、まず取引契約書の締結からスタートすべきと提言したものであった。

当時の取引契約締結の状況は、メーカー・卸売業者間でリベートの対象やリベート率など取引の中心的な内容が曖昧であった。また、卸売業者と医療機関・薬局との締結は、主として債権回収・保全に限られ、取引契約は皆無に近かった。

取引契約の普及推進は、医薬品卸売業者の主体性の確立や経営体質の強化からも不可欠であり、メーカーと卸売業者との間で取引契約書の締結が一斉に始められた。さらに卸売業者と医療機関・薬局との取引契約書については、日本医薬品卸業連合会も最大の推進課題と位置付け、各卸企業に周知・徹底を図るとともに、医療機関への締結活動が進められた。しかしながら、医療機関側の反応は厳しく、日本医師会も「本来取引契約は個々の卸と医療機関で締結されるもので団体として推進できない」との姿勢を示し、医療機関との成約率は低いものとなった³²⁾。

医薬品流通に対して大きな影響を与えたものは公正取引委員会の「独禁法のガイドライン」であった。わが国の流通・取引慣行に関しては、平成元（1989）年から始まった日米構造協議において、米国からしばしば指摘され、①流通規制緩和、②独占禁止法運用強化、③事業者間の取引慣行ガイドラインの策

32) 九宏薬品株式会社（1997）166－167頁。

定など流通全般にわたる改善要望が出されていた。

日米構造協議を受けて、公正取引委員会は「流通・取引慣行等と競争政策に関する検討委員会」を設け、平成2（1990）年6月に「流通・取引慣行とこれからの競争政策について」の報告書を提出した。医療用医薬品の流通については、従来からその形態が複雑で不透明であるなどの問題点が指摘され、メーカーの価格形成の違法性（メーカーが医療機関への納入希望価格を卸に提示すること自体は問題ないが、その価格または一定価格までを限度価として、卸の納入価格に実効ある支配を及ぼすことは違法）、リベート基準の明確化、公正販売活動指針の作成などの見解が示された。

一方、流通近代化協議会は平成2（1990）年6月に「医療医薬品の流通近代化と薬価についての」の報告書を発表した。この報告書は、過大薬価差を生じる価格のバラツキ是正、価格体系の見直し、マージンに占められリベート割合の縮小など価格形成の透明化を求めたものであった。さらに公正競争の促進のための公正販売活動指針の早期策定などが盛り込まれていた。

平成3（1991）年1月、「独占禁止法ガイドライン」が公示され、日本製薬工業協会と日本医薬品卸業連合会は、モデルとなる公正販売活動指針を作成した。その内容の骨子は、①取引契約書の締結、②事後値引、補償制度の廃止、③メーカーMRの市場での価格関与の禁止、などであった。平成4（1992）年4月から、値引補償制度の廃止、新仕切価格制度への移行、メーカーMRの医療機関への価格関与の禁止などが進められた。

値引補償制度の廃止、メーカーMRの医療機関への価格関与の禁止は、医療機関への価格決定権がメーカーから卸に移行することを意味していた。医薬品流通における卸売業者の主体性の確立は、医薬品卸売業者が長年取組んできた課題であった。

日本医薬品卸業連合会の重要な活動の一つは、医薬品流通における流通適正化であった。流通適正化は、取引慣行の是正でもあり医薬品卸業界の長年の課題である医薬品卸売業の経営基盤の確立でもあった。そのため、上述のように業界団体活動を通じて製薬企業と医療機関に取引慣行の是正を求めた

のである。

しかしながら、日本医薬品卸業連合会の役員の1人が「卸業界が20数年にわたり訴え続け、そして一顧だにされなかったこの問題が、それも流通の生命たる価格制度が公取委の見解で一挙に改善されたことは、喜ばしいことではあったが、悔しい思いも胸中によぎったのではないのか」と述べているように、医薬品卸売業の主体的確立は、公的介入によって可能となったのである³³⁾。

医療機関との「仮納入・仮払い」や「総価山買い」などの取引慣行の是正は、個々の医薬品卸売者の対応では限界があり、行政機関による価格交渉機関の設定、未妥結の医療機関名の公表など医療機関への強力な指導が必要となる。日本医薬品卸業連合会は、取引慣行の是正を厚生省に求め、厚生省も行政指導を行なってきたが、依然として是正されていない。医療機関との取引慣行は、薬価基準制度の根本的な再構築なくして問題の解決がはかれないとはいえ、業界団体の活動の限界も示している。

行政機関と関係で興味ある点は、薬価基準調査への協力態勢である。薬価調査は、薬価基準に記載されている全医薬品を対象として、販売サイド（病院及び診療所へ医薬品を直接販売している全ての医薬品販売業者）と購入サイド（一定率で抽出された病院・診療所・薬局）において、全品目の包装・価格・数量を調査するものである。薬価基準の調査にあたって、医薬品卸売業者の協力が必要となる。

医薬品卸売業者は、薬価調査が行われるごとに薬価基準が下がり、その上国公立等大病院の買い叩きなどによって納入価格が下がるという悪循環を繰り返す状況では、自分自身の首を絞めるものであるとして、薬価基準調査には批判的であった。時には、薬価基準調査に対する協力をめぐって、日本医薬品卸業連合会内の意思統一が困難な場合も生じた。

しかし、薬価調査に対する協力は、医薬品卸売業者にとって一種の交渉力

33) 九宏薬品株式会社 (1997) 211頁。

の源泉ともなるものであった。日本医薬品卸業連合会は、厚生省からの薬価基準調査への依頼の際に、例えば、①連合会との定期的な連絡会議の開催、②薬価基準の算定にあたっては、医療機関における取引条件、購入慣習等の実状を勘案し、かつ妥当な許容幅を認める算定方式の研究を行なうこと、③国公立病院等、関係の医療機関の支払遅延先について、早期に改善するよう指導すること、などを厚生省に要望するのである³⁴⁾。

新建値制度への移行の当初は、卸業界が納入価を維持し、利益を確保することができたが、その後、製薬企業の仕切価格政策や、医療機関の値引き要求などから卸売業者の利益が圧縮され、業界再編が加速することになる。その一方で、市場実勢主義を採る現行薬価基準制度の下では薬価の引下げを防止する観点から、製薬企業が高仕切価格・高割戻政策をとる誘因が発生し、また医療機関との間の未妥結による仮納入・仮払いなどの取引慣行は依然として是正されていない。

業界団体間の相互作用の特徴

——結びにかえて——

業界団体は共通の利害をもつ同業者が組織を形成し、集団的に行動することによって、共通の利益を達成しようとするものである。業界団体の「綱領や行動指針」などの自主規制は、協調行動のルールを定めた集団的行動の一つである。しかし、協調行動は、業界団体間の対立によって、その実効性が困難となることが多い。

医薬品流通機構における業界団体は、事業の形態に応じて多数の団体が結成され、流通改善策をめぐって業界団体の協調行動が模索されてきた。協調行動は、同一業界内の業界団体間の協調行動と異なる業界間の業界団体間の協調行動に区分し、前者を水平的協調行動、後者を垂直的協調行動と呼ぶことにしよう。

34) 日本医薬品卸業連合会 (1996) 307-308頁, 347頁。

水平的協調行動では、医薬品メーカー間の競争が激しく、また業態別に業界団体が組織され、これらの各業界団体の要求は異なっていることが多く、ときには真っ向から対立することもある。日本製薬団体連合会は、業態別・地域別の各団体から構成され製薬業界全体の利益を代表している団体である。しかし、各業界団体の独立性が強く、それぞれの業界団体が抱える問題については各業界団体に委ねられており、協調行動への統制力は弱いといえる。

水平的協調的行動で主導的役割を果たしているのは、大手新薬メーカーが組織する日本医薬品工業協会である。そのため協調行動のルール決定は、大手新薬メーカーを標準に行われる傾向があり、協調行動のルールに対して、後発メーカーや中小の医薬品メーカーが反発するという形で生じることが多い。

垂直的協調行動では、医薬品メーカー・医薬品卸売業者・小売業者の代表者による「協議機関」の場が設けられ、協調行動のルール作りが試みられた。しかも、協議機関には、厚生省の担当官も出席し、協調行動の実現を目指してきた。しかし、これらの協議機関も協調行動に十分な誘因を見出すことができなかった。

また、値引報償制度、リーベト等による価格形成、仮納入・仮払い、総価山買などの取引慣行が問題となり、これらの取引慣行の是正をめぐって業界団体間の協調行動も模索された。しかしながら、新仕切価格制度の導入は、業界団体間の協調行動という形でなく厚生省・公正取引委員会などの行政機関による公的介入などで行われたものであり、医療機関との仮納入・仮払い、総価山買などは依然として改善されていない。

協調行動は、社会関係のミクロ基本型の一つである「協同＝相互制御」を目指すものである。協同のために必要な条件は、飯尾要によれば「目標調整」、「事前通信」「情報共有」である³⁵⁾。協調行動は、これらの条件を満たしながら業界団体間で一種の信頼関係が形成され、協同のための共通基盤が形成さ

35) 飯尾要 (1994) 67-70頁。

れることが必要となる。

業界団体の間では、公式・非公式の接触が日常頻繁に行われ、また、重要な問題が発生した場合には、その問題について団体間の協議するための会議が設置された。しかしながら、医薬品流通機構においては、相互に激しい競争関係にある業界団体が競争関係をこえて協調行動をとるだけの共通した利益が存在せず、すべての問題を協調行動によって解決しうるような信頼関係は成立していなかったといえる。そのため、業界間の利益の対立がたえず協調行動を妨げ、業界団体間の対立抗争が繰返されたのである。

協調行動は、別の側面からみれば相互に相手を操作しようとする影響力の問題でもある。日本医薬品卸業連合会は、卸売業の経営権の確立の観点から医薬品メーカーに対して取引条件の是正を求めてきた。しかし、構成員の多くは、系列ごとに医薬品メーカーの販売戦略に従って事業経営がなされる色彩が強く、業界団体内の統制と医薬品メーカーに対する影響力は弱いといえる。

経済同友会は、業界団体の新たな役割として自由で競争的な市場の構築・維持、消費者重視の活動への取組み、地球環境問題への取組み、標準化にかかわる国際活動の4点を提言している³⁶⁾。業界団体は、今後、「共通の利益」が意味するのは単に個別企業と業界の利益だけでなく、消費者、コミュニティー、地球環境など、社会の多様な利益との調和を目指す、より公的な存在としての業界団体となり得るよう、役割のウェイトを見直す必要がある。

医薬品流通機構における業界団体の協調行動は、その協調行動の目的が単に経済的利益の追求だけでなく、医薬品の安全性の向上や環境問題への関心という側面まで含んだ新たな協調行動のあり方が求められている。

参 考 文 献

- 厚谷襄児 (1977) 「事業者団体の概要」『経済セミナー』日本評論社, No. 265。
飯尾要 (1994) 『経済・経営システムと情報技術革命』日本評論社。

36) 経済同友会 (1997)。

- 石田隆 (1961) 『現代組織論』 岩波書店。
- 内田公三 (1995) 「事業者団体の展開と独占禁止法」『公正取引』財団法人公正取引協会, 12月号。
- 上野裕也・厚谷襄児 (1977) 「事業者団体分析の枠組」『経済セミナー』日本評論社, No. 266。
- 上野裕也・厚谷襄児 (1977) 「事業者団体分析の枠組(2)」『経済セミナー』日本評論社, No. 266。
- 上野裕也 (1975) 「わが国産業政策の発想と評価」『季刊 現代経済』日本経済新聞社 第20巻。
- 越後和典 (1977) 「事業者団体の類型と機能」『経済セミナー』日本評論社, No. 265。
- 大嶽秀夫 (1979) 『現代日本の政治権力経済権力』三一書房。
- 大阪医薬品協会 (1998) 『50年の軌跡』。
- 株式会社協進 (1998) 『協進五十年史』。
- 株式会社三星堂 (1978) 『第三の創業・三星堂八十年史』。
- 川越憲治 (1995) 「事業者団体の活動に関する独占禁止法の指針の読み方」『公正取引』財団法人公正取引協会, 12月号。
- 金子晃 (1993) 「事業者団体における規制と問題点」『公正取引』財団法人公正取引協会, 5月号。
- 経済団体連合会 (1956) 『経団連の十年』。
- 経済団体連合会 (1957) 『経済団体の現状・沿革要覧—経団連沿革史調査資料(1)』
- 公正取引委員会独占禁止政策二十年史編集委員会 (1968) 『独占禁止政策二十年史』
- 公正取引委員会事務局経済部団体課 (1993) 『事業者団体の活動と独占禁止法』社団法人商事法務研究会。
- 社団法人日本医薬品卸業連合会 (1996) 『卸薬業55年のあゆみ —改革と前進—』
- 社団法人日本医薬品卸業連合会 (1999) 『薬価制度改革関係資料』。
- 社団法人日本医薬品卸業連合会 (2000) 『薬価制度改革関係資料』。
- 社団法人経済同友会 (1997) 『「市場中心の経済システム」に向けた業界団体の役割—自立し開かれた小さな業界団体を目指して—』
- 仙波恒徳 (1996) 「事業者(業界)団体の機能と行政指導の役割」『商経論叢』九州産業大学, 第36巻4号。
- 大正製薬株式会社 (1993) 『大正製薬80年史』
- 高田源清 (1938) 『経済官庁と経済団体』東洋書館。
- 田中信介 (1993) 「米国における団体の活動と規制状況」『公正取引』財団法人公正取引協会, 5月号。
- 辻吉彦 「事業者団体規制法制の変遷と問題点—『指針』の背景と意義—」『公正取引』

- 財団法人公正取引協会, 11月号。
- 辻中豊 (1988) 『利益団体』 東京大学出版会。
- 戸田聡 (1996) 「外資系企業からみた我が国事業者団体の活動に関する調査報告書」
『公正取引』 財団法人公正取引協会, 11月号。
- 中村徹・沢田寿康 (1983) 「日本製薬工業協会による会員の機能活動の制限事件」『公
正取引』 財団法人公正取引協会, 8月号。
- 永田正臣 (1956) 『経済団体史』 小藤書店。
- 日本政治学会編 (1960) 『日本の圧力団体』 岩波書店。
- 日本興業銀行 (2000) 「医薬品産業の現状と課題—医薬品メーカー, 医薬品卸, 調剤薬
局—」『興銀調査/293』 No. 2。
- 長谷川古 (1986) 『医薬品—産業の昭和社會史①』 日本經濟評論社。
- 藤田貞一郎 (1995) 『近代日本同業組合史論』 清文堂。
- 別冊宝島編集部 (1995) 『薬のウラー薬大国ニッポンの実態』 宝島社。
- 丸宏薬品株式会社 (1997) 『丸宏薬品五十年史』
- 村松岐夫・伊藤光利・辻中豊 (1986) 『戦後日本の圧力団体』 東洋經濟新報社。
- 森田朗 (198) 『許認可行政と官僚制』 岩波書店。
- 米倉誠一郎 (1993) 「業界団体の機能」『現代經濟システムの源流 (シリーズ・現代經
濟研究 6)』 日本經濟新聞社。
- 流通科学大学・業界団体研究会 (2001) 『わが国業界団体に関する學術調査報告書 (そ
の1)』
- Bradley, J. F (1965), *The Role of Trade Associations and Professional business
Societies in America* (The Pennsylvania State University Press)
- Leonard, L and Mckeown, T (1988). *Organizing business: Trade Associations in
America and Japan*, (Washington DC: American Enterprise Institute)
- Yazaki, H and Miyamoto, M (1988), *Trade Associations in Business History* (Uni-
versity of Tokyo Press)

(すずき・いくたろう／経営学部教授／2001年7月18日受理)

Trade Associations in Pharmaceutical Distribution System

Ikutaro SUZUKI

The purpose of this paper is to clarify the functions of Japanese trade associations in pharmaceutical distribution system. Trade associations can be defined as a group business firms joined into an organization for the solution of common problems.

Trade associations cover a wide variety of functions. Trade association activities include trade promotion, product standardization, exchange of price and other statistical information, industry cost analyses, technical collaboration and counseling, collective bargaining, employee training, prevention of fraud and unfair methods of competition, commercial arbitration, and providing a forum for discussion of problems of mutual interest.

This paper concerns function to restrict competition or to mediate interest among trade associations. It has been said that the trade association shades quite imperceptibly into cartel. However, there were relatively few instance in which cartel attempts to restrict competition, and it is also true that there had been tough competition in many industries even after the formation of cartel organizations, particularly in pharmaceutical distribution system.

How effective were cartel agreements in restricting competition? We concluded that cartel agreements of pharmaceutical distribution system did not have a substantial effect upon restricting competition.