

わが国医薬品流通における卸売業者の役割
—環境変化による商慣行の転換—

石 川 和 男

The role of wholesalers in the distribution of ethical drugs in Japan

-Looking ahead to changes in business practices due to changes
in the environment-

Kazuo Ishikawa

わが国医薬品流通における卸売業者の役割 —環境変化による商慣行の転換—

はじめに

わが国において医薬品は、さまざまな角度から議論されてきた。特に医療用医薬品（医薬品）は、製薬企業における開発から上市に至る過程において、疾病の改善や有効性、国際的競争力についても取り上げられる。また医薬品を服用・使用する場面では、高リスク商品のため患者への影響だけでなく、それら全体を取り巻く環境や、国民皆保険制度を導入している国として、それが国家財政に与える影響も議論される。しかし、医薬品の生産から消費という若干語弊はあるが、その懸隔を架橋、つまりその過程である流通については、断片的にしかとられられない面がある。

そして医薬品流通が断片的に捉えられるときは、その過程において事件や問題が発生したときにほぼ限られる。それは製薬企業と医薬品卸間における系列、医薬品卸と川下の取引相手である医療機関や調剤薬局（薬局）との取引問題などである。これまで長い間、医薬品流通の課題については、多くの関係者間では改善されなければならないものとして捉えられてきた。しかし、わが国では海外からの指摘や改善の要求があって動き出すのが実際のところであった。本稿では、医薬品流通において卸売業者（医薬院卸）が果たしてきた役割を中心に捉える。そこで医薬品卸が卸売業として遂行している機能を念頭におき、政府、製薬企業、医療機関や薬局、医薬品の最終需要者である患者との関係やその変化について、さまざまな角度から検討したい。

1 医薬品卸をめぐる不当な取引制限問題

(1) 医薬品卸大手4社による談合事件

2018年6月に医薬品卸大手4社（メディパルHD¹⁾傘下メディセオ、アルフレッサHD²⁾傘下アルフレッサ、スズケン³⁾、東邦HD⁴⁾傘下東邦薬品）が、全国57病院を運営する独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）発注の医薬品入札を巡って談合し、公正取引委員会（公取委）は独占禁止法違反（不当な取引制限）容疑で強制調査をした。JCHOは、旧社会保険庁から社会保険病院や厚生年金病院などを引き継いだ別の独法を前身とし、

2014年4月に発足した。2014年度は57病院中19病院が赤字状態であったが、経営効率化により、2018年度は13病院に減少した。また同年度は、医薬品購入を含む契約件数は随意契約が62.8%であったが、2015年度は競争入札などが53.8%となり、2018年度には85%に達した。JCHO本部は、医薬品費抑制のため、2病院以上で使用するものは、隔年での一括共同入札をし、製薬企業で区分した医薬品群ごとに2年契約で発注先を決めていた。JCHOにおける一度の入札総額は、約700億~800億円に達し、2018年6月の共同入札の落札額は、東邦薬品約233億円、スズケン約189億円、アルフレッサ約159億円、メディセオ約156億円であった(日経速報[2019.11.27])。4社全体の売上は7兆円を超えているが、それでもJCHOを取引相手とする各社の落札額の多さが目立っている。

公取委が裁判所の令状によって捜索・差押え可能な犯則調査権は、2006年施行の改正独占禁止法で導入された。公取委は、2001年にも今回強制調査を受けた医薬品卸を含む9社を違法カルテルにより、独占禁止法違反の疑いで排除勧告をしていた(日経速報[2019.11.27])。薬価がカルテルや談合で高止まりすると、病院経営の悪化だけでなく、患者負担や総医療費増加につながることは言うまでもない。

(2) 医薬品流通における商習慣

先の医薬品卸4社は、JCHO発注医薬品の一般競争入札を巡り、2018年6月に事前に落札業者を決め、受注調整を行っていた。これに対して4社は、2019年11月に公取委から強制調査を受け、一部企業は課徴金減免制度で違反を自主申告した。違反対象の入札では、医薬品約7,900品目を147の医薬品群に分け、4社のみが入札に参加し、契約総額は約739億円に達していた。1社あたりでは総額の2~3割の契約をしていた。また2014年度、2016年度の入札参加業者も同4社であり、3回の入札ではやはり4社が独占していた。そこで特捜部は、談合の合意時期や受注調整方法など実態解明を進めた(日本経済新聞[2020.10.13])。特捜部の実態解明では、4社はJCHO設立当初から各社の部長級幹部が入札前に、都内の貸会議室で落札希望の医薬品群リストを持ち寄り協議していた(日本経済新聞[2020.12.10])。こうした大量受注処理は、大手医薬品卸だからこそ可能であり、その規模を背景とした談合事件であった。

わが国には、医薬品卸が1960年には1,300社以上あったが、2019年には約70社に集約された。大手は輸送網を生かし、大量仕入・大量納入を進め、中小を吸収し、4社のシェアは8割を超えた。4社は自社利益確保のため、JCHOへの入札額を調整していた。その

ため地方病院など経営の厳しい医療機関では、不当な納入価格が高止まりすると地域医療の崩壊につながる。実際、地方自治体運営の公立病院の赤字は拡大を続けている。この談合事件を受け、健康保険組合連合会は医療機関への納入価格の高止まりについて、本来支払わなくてよい金額を患者や保険者が負担していたとし、再発防止を訴えた（日本経済新聞 [2020.12.10]）。

この事件により起訴された医薬品卸 3 社の公判では、組織ぐるみの受注調整実態が明らかになった⁵⁾。現場から幹部までが重層的に協議し、競争を回避していた。被告の元幹部は、長年の商習慣とし、機会があったらやめたいと漏らした。個人として起訴されたスズケン⁶⁾の元幹部社員は、初公判において長年続いた談合に反省の弁を述べた。スズケンと東邦薬品、両社の元幹部ら 4 人は、初公判で起訴内容を認め、検察側法人としての 2 社に各 3 億円、4 人に懲役 1 年 6 月~2 年を求刑し、即日結審した（日本経済新聞 [2021.5.11]）。実際に被告となった元幹部が漏らした「長年の商習慣」が医薬品流通では当然となっていた。また当事者がやめたい、変えたいと思っていながら継続していた医薬品流通の「影」があった。

(3) 医薬品卸における医薬品流通事業のウエイトの高さ

起訴された医薬品卸 3 社（前身の子会社を含む）は、2003 年に宮城県内の医薬品販売で価格カルテルを結び、公取委の課徴金納付命令を受けていた。しかし遅くとも翌 2004 年には、広域展開する病院向け受注調整が始まり、この談合も前身組織であった 2008 年に遡る。検察側は事件の背景として、医薬品卸がおかれた取引環境に言及した。薬価は厚労相が定めた基準に基づき算出され、医薬品卸は製薬会社と医療機関に挟まれて赤字か薄利になることが多いと指摘した。JCHO の入札も 2 年ごとの薬価改定に合わせて行われ、2016 年度と 2018 年度の入札は、改定結果を踏まえた既存契約分の値下げを要請されていた（日本経済新聞 [2021.5.11]）。検察が指摘した通り、医薬品卸がおかれた流通環境に今回の談合事件の根源がある。医薬品卸は売上や利益の喪失回避のために行っていた不正は明るみに出れば企業にとっては大きなリスクとなる。それを承知で談合を繰り返し行っていたことは、単に「必要悪」という言葉では済ませることはできない。

この事件では、医薬品卸 3 社の事業会社が有罪判決を受けた。傘下企業の告発は見送られたメディパル HD も含め、4 社は国内市場で圧倒的なシェアがある。メディセオ以外の 3 社は有罪となり、東京地裁は 2021 年 6 月、各社に罰金 2 億 5,000 円を言い渡した。それに

より3社は、2022年12月までJCHOから指名停止措置を受けた。一度に数百億円規模の受注であったため業績への影響は避けられない。メディセオを含めた4社は、事件を契機に相談窓口の開設や研修の徹底など社内の法令順守体制の再構築に向けた取り組みを公表した（日経産業新聞 [2021.7.13]）。他方、JCHOには取引相手が大規模医薬品卸ゆえに、間断なく医薬品が供給されていた面もある。その点からは2022年12月までではあるが、3社が指名停止措置を受けたことで安定的な医薬品供給が心許ない面もあろう。

医薬品卸4社による談合事件は、その経営環境の厳しさからくるものである。実際、各社の営業利益率は1%前後で推移している。さらに最近10年は、利幅が薄い後発医薬品が増え、収益を圧迫している。医薬品卸はサービス面での差別化が難しく、価格競争に陥りやすい状況にある。利益率が低い卸売業以外の事業を伸ばさなければ成長は期待できない。ただ連結売上高に占める医薬品卸売事業の割合は依然高い。東邦HDとスズケンが96%、アルフレッサHDが88%と9割近くになる（日経産業新聞 [2021.7.13]）。医薬品卸が、単に医薬品卸事業以外の収益源を模索するにも圧倒的な当該事業からは転換の難しさもある。再発防止の体制構築とともに事業多角化は急務である。

(4) 新たな談合事件の発生

JCHOを巡る事件の捜査過程においては、新たな談合事件も明るみに出た。公取委は、国立病院機構が発注し、九州地方の病院へ納入する医薬品入札を巡って談合していたとし、2021年11月に医薬品卸6社の関係先を独占禁止法違反（不当な取引制限）の疑いで立入検査をした。検査を受けたのは、メディパルHD傘下のアトル（福岡市）、アルフレッサHDのアルフレッサ、スズケングループの翔薬（福岡市）、東邦HD傘下の九州東邦（福岡市）4社の他、地場のアステム（大分市）と富田薬品（熊本市）の6社の九州地区の拠点であった（日経速報 [2021.11.10]）。立入検査を受けた6社は、九州地区では医薬品流通の中心となっている企業であった。

6社は遅くとも2016年頃から、九州地区の国立病院機構26病院と、同機構が調達業務を受託していた独立行政法人労働者健康安全機構を構成する5病院の計31病院向けの医薬品入札において、医薬品群ごとに発注者を事前に決め受注調整をしていた疑いがある。国立病院機構は、地区ごとに医薬品を一般競争入札で一括して調達し、九州地区の年間発注額は約200億円であった。この事件では、地場の独立系企業も受注調整に加わり、地域を問わず業界全体での談合の慣習化が浮き彫りになった（日経速報 [2021.11.10]）。そのた

めこの事件も JCHO を巡る談合事件と構図はほぼ同様といえる。

医薬品卸と川下での取引では、価格交渉力のある医療機関は、診療所などに比べて競争が激しく、利益確保が難しい。しかし医薬品卸は、ようやく長年の商習慣に対して社内で遵法意識醸成に取り組み始めた。スズケンが競合卸との接触について行動指針を設定し、アルフレッサ HD は独占禁止法専用の電話相談窓口を社内外に設置した（日経速報 [2021.11.10]）。単に事件を受けた対応だけでなく、長年に亘り醸成された医薬品流通における商習慣を改善しなければ、こうした事件は地域や需要先を変え、今後も起こる可能性がある。次節以降、事件の根本にある医薬品流通において医薬品卸の行動とその環境を中心に取り上げる。

2 医薬品卸売業企業の統合—4 大卸売業の誕生

(1) 医薬品流通における卸売業者の変容

医薬品卸の起源は、江戸時代の薬種問屋に遡る。そこでは地域に密着した小規模卸売業者が多数存在し、販売価格を取引後に決める商慣行があった。わが国では 1950 年代になっても医薬品流通システムは整備されず、その流通は現金問屋などに依存し、乱売（安売り）が常態化していた。そのため製薬企業は、卸売業者に依存した流通チャネルから製造業者主導に転換しようとした（三共 [2000] 23-31）。この指向は、卸売段階において乱売（安売り）が起こった化粧品や家電製品など他製品分野でも観察できた。

わが国では 1960 年代からは「流通革命」が叫ばれ、大規模製造業者と大規模小売業者の直接取引が合理的であり、流通費用削減につながるとされた（林 [1962]、佐藤 [1971]）。1960 年代から 1970 年代にかけては、製造企業が主導し卸売業者を再編した（池尾 [2003]）。現在の医薬品流通は、国民皆保険制度と薬価制度により構築され、1980 年代以降制度的枠組みは転換したが、その過程で矛盾や歪みが顕在化した。ただ医薬品流通では、卸売業者の介在は肯定されている。しかしその介在には、多様な取引問題の根源がある。それについては製薬企業と医療機関との直接取引を進めるべきという見解もある（三村 [2013] 120）。また製薬企業は、自社製品を主に取り扱う系列卸を各地に抱え、商品供給や販売手数料などによりその経営に影響してきた。製薬企業の営業担当者（MR）は、大規模医療機関に自社製品を販売し、卸売業者の営業担当者（MS）は、その輸送や小規模開業医などを担当する区分がされてきた。卸売業者が担当地区を越えて営業所を開設すると、供給停止となる

こともあった。1990年代になると、政府は海外からの圧力で医薬品流通の近代化に着手した。そこでは商慣行是正を指向し、地域を越えた進出や合併が促進されてきた（日経ビジネス [1998.6] 49-50）。つまり医薬品流通では、1990年代になり漸く近代化に着手されたが、現在でも相変わらず前近代的な商習慣が残存している。

医薬品卸による合併や買収について、日本医薬品卸業連合会の加盟企業数は、1979年度の577社が1997年度には260社に減少した。1990年代後半に発表または実現した合併や買収は、主なもので20件以上となり、10位までの企業が頻繁に入れ替わった（日経ビジネス [1998.6] 51）。他方、医薬品流通では、安定的・安全な供給が求められる。個別卸売業者の経営と競争だけでなく、医薬品流通システムとしても社会的視角から考える必要もある。それは医薬品流通の取引問題がこの過程で発生するためである（三村 [2013] 120）。

医薬品市場は国の医療費抑制政策により、1990年代後半から2000年の3年間で約10%縮小するとされた。そのため経営基盤の弱い卸売業者は、倒産・廃業に追い込まれ、同時に製薬企業も利益率が低下し、卸売業者を支持できなくなるといわれた。特に市場縮小により競争が激化し、卸売業者による顧客追い込みが顕著になった。小規模医薬品卸は、製薬企業と医療機関の狭間で市場規模縮小の影響を受けることが懸念された（日経ビジネス [1998.6] 51-52）。医薬品卸は、さらに合併・買収を繰り返し、2019年には約70社に集約された。現在の業界推計の市場シェアは、アルフレッサHDとメディパルHDが各々約24%、3位のスズケンが22%、4位の東邦HDが14%を占めている（日経速報 [2019.11.27]）。上位4社で84%の市場シェアを有するため医薬品卸業界は寡占状態にある。

(2) 医薬品卸における製薬企業の影響

先にもふれたが、わが国では1990年代後半には医薬品卸において系列や地域制を崩すかにみられた大型合併が起こった。それは市場縮小に備えるため、規模が追求されたためである。合併・買収を繰り返し、その結果、巨大卸が誕生し、製薬企業が地域ごとに系列卸を持つ流通システムへと変化し始めた。それまで製薬企業や医薬品卸は安定的に成長してきたが、医療費抑制政策により1997年度には医薬品販売が減少に転じるようになった。特にスズケンは、1994年に関東の地域卸2社、1996年に大阪の1社と合併し、それまで手薄であった地域の企業を吸収した。子会社を含めグループの営業地域を29都道府県に拡大し、2010年までに全国制覇、市場シェア25%の目標に向けた体制整備した（日経ビジネス [1998.6] 49）。このように巨大医薬品卸は、面と量の拡大を同時に指向するようになった。

1932年に創業したスズケンは、医薬品卸としては後発であり、製薬企業では塩野義製薬との関係が深く、国内最大手の武田薬品工業（武田）とは取引関係がなかった⁶⁾。しかし武田系列の秋山愛生館と合併したことにより、国内の主要製薬企業と取引可能になった。武田は当面、秋山愛生館が担当した北海道地区に限定し取引するとしたが、業界最大手企業が最大手製薬企業との取引開始に対する脅威が拡大した。それは取り扱おうとする全医薬品が1社との取引によって医薬品を取り揃えられると、医療機関が他の卸売業者と取引する必然性が薄らぐためであった（日経ビジネス [1998.6] 50）。医療機関では、1社の卸売業者と取引して医薬品が揃えば、多くの卸売業者との取引による費用の発生が抑制される（節約）されることを意味した。

卸売段階で取引される医薬品の製薬企業別シェアは、卸売業者の資本構成に関連している。現在は、メディパルHD、アルフレッサHD、スズケン及び東邦HDの4大医薬品卸に集約されるが、うち3社は主な仕入先製薬企業から役員が派遣されている。1990年代後半からの医薬品卸の統合は、自立的発展というより製薬企業の利益を代弁する役割ともされる（丹野・林 [2013] 152）。最近の合併・提携は、メディパルHDがイオングループと提携したように、大規模小売業者と連携し、薬事法の規制緩和対応が目立っている（長尾 [2009] 144）。つまり、1990年代後半を境として、医薬品卸の統合理由が大きく変化した。

1991年まで、製薬企業は再販売価格を維持してきた。そのため卸売業者の規模は小さく、特定製薬企業による影響力が大きかった。医薬品卸は、製薬企業側に立ち卸売業の基本機能である多数の生産者から商品を仕入れ、品揃えを形成し、多数の販売先（主に医療機関）に販売する収集分散機能が、他分野の卸売業者と比べ総体的に弱体化した。他方、患者の不便を来す機能の喪失を補う手段として割戻しやアロワンスが位置づけられる。これらは製薬企業から卸売業者に対して事後的に支払われるリベートである。アロワンスは、販売額や販売数量に依存して決まる仕切価格とは異なり、非線形のため卸売業者には特定製薬企業の医薬品を多く販売する利益が大きくなっている。公取委による医薬品卸調査 [2006] では「複数のメーカーから提示される仕切価格、割戻し、アローアンスを比較検討し、提示された商品の中からどれを重点的に販売するか等を決めて営業している」との回答が最多であった（丹野・林 [2013] 160）。製薬企業が生産した医薬品は、卸売業者を介して医療機関に納入される。その流通過程では製薬企業と卸売業者、卸売業者と医療機関など2つの取引がある。一般に前者の取引価格を仕切価格、後者の取引価格を納入価格という。医療機関は公定価格である薬価により、患者負担を徴収し、残額が保険請求される（能登

[2018] 52)。医薬品卸にとっては、製薬企業の仕切価格だけでなく、誘因によって仕入れる医薬品を決定する面がある。つまり、需要先の要求だけでなく、自らの売上や利益への貢献を視野に入れる傾向が強い。これは一般商品であれば当然であるが、患者の健康や生命にかかわる医薬品という商品特性からいえばやや問題かもしれない。

こうして製薬企業は、卸売業者に誘因を供与することによって、ある程度卸売業者の経営に対し影響力を保てるようになる。再販価格維持までの拘束力はないが、高い仕切価格を設定するとほぼ同等の拘束力が得られる。それは薬価が公定価格として上限を定め、そこから医療機関の薬価差益を差し引いた価格までしか卸売業者は納入価格を引き上げられないためである。こうした仕切価格とリベート政策は、製薬企業では通常行われていることである。また武田は、医薬品卸 2 社のみ自社製品を取り扱わせているため、ある程度ブランド内競争を緩和できる。それは高い仕切価格を維持でき、卸売業者や医療機関への利益を圧迫することにもなる。主にスズケンや東邦 HD と取引する医療機関は、武田の製品を扱うために別の卸売業者とも取引しなければならない。特許で守られる医薬品にはこうした不便がある（丹野・林 [2013] 160-161）。そこでは卸売業者は、製薬企業の影響を抑制し、需要先に合わせた事業活動を志向することを念頭におく必要がある。

医薬品卸における仕切価格以外の利益の源泉は、シェア伸張によるアロワンスの増額や品揃えなど顧客に魅力あるサービスを提供することである。ただ従来の系列を強化した資本系列ごとに合併したため、アロワンス増加を目的としたものとなっている。資本と取扱医薬品の関連が強いため、卸売業者が合併しても複数業者と交渉せざるをえない医療機関にはそれほど利点はない。また資本系列ごとに合併が繰り返されるのは系列製薬企業の力が存在する傍証となっている。4 大卸への集約化は、高い仕切価格による卸売業者の低い利益率に関係するともいえる。そこで、製薬企業主導の産業構造から医薬品卸が脱却・転換するには、その購買交渉力を高める必要がある（丹野・林 [2013] 163-167）。交渉力を高めるためには、これまで医薬品卸業界では時期により目的は異なったが、合併や買収が繰り返されてきた面がある。

(3) 製薬企業と卸売業の系列関係

わが国の医薬品流通では卸売業者の役割が大きい。ただ薬価制度改革や医薬分業により変化している（石川 [2021]）。医薬品流通は、わが国で西洋薬の製造業者が誕生した 1920 年代から徐々に変化した。第二次世界大戦後、国民皆保険制度と薬価制度の整備で急変し

た。製薬企業の流通系列化対象となった卸売業者は、伝統的薬種商だけでなく、地方の薬局など出自が多様であった（三村 [2013] 123）。こうした卸売業者には、その小規模性ゆえ製薬企業の意向に従った行動が求められた。

わが国の医薬品流通は、一部医薬品（輸血用血液製剤、一部後発品）を除き、卸売業者が薬価基準表収載の全医薬品を供給している。医薬品は高リスク商品のため、取扱いには専門的知識が必要である。高リスク商品は、卸売業者が介在するよりも、製造業者が患者と直接取引する方がリスク減少面では一見効果的である。医薬品流通では、卸売業者は1980年代半ばまでは製薬企業の系列卸であったため、卸売機能はほぼ発揮されることはなかった。しかし1990年代後半以降、卸売業者が集約され、多様な機能を遂行するようになった。これは卸売機能の分解あるいは機能が限定される欧米医薬品卸と比べ、わが国の医薬品卸が総合的な機能を発揮する逆方向にあることを示している（三村 [2013] 119）。つまり1990年代後半以降は、医薬品卸について、本来の卸売機能を発揮する場面が増えてきたといえる。

また開発された医薬品は、有効性や安全性など第三者審査を受ける。わが国では独立行政法人医薬品医療機器総合機構がそれを担当している。承認医薬品は、「償還価格」つまり医療機関から患者に処方される際の価格が設定される。医療機関は、患者への処方代金のうち、保険給付部分を健康保険組合などに請求し、支払者から医療機関に償還される。製薬企業にとっては、研究開発費用の回収や、事業上価格設定の自由度が高い方が都合がよい。自由度には価格水準だけでなく、設定根拠の開示程度なども含んでいる。また健康保険組合などは、財源が限られるため、その自由度を極力制限できた方が都合がよい。さらに製薬企業では、特許の残り期間（特許申請から承認までの期間を特許期間から差し引いた期間）において、独占的に利益を享受し、研究開発費用を回収し、研究開発の原資を確保しようとする。そのため特許申請から承認期間の短縮が、患者の新薬へのアクセス、製薬企業の利益確保という面でも重要である。それは複数企業が、新薬特許が切れると当該新薬（後発薬との相対的關係に着目すると先発薬）と同一成分・同薬効である後発品を発売するからである（西沢 [2018] 96-97）。後発品の増加や医薬品全体に占める割合が増加したことが、製薬企業だけでなく、医薬品卸の売上や利益を圧迫している。

さらに医薬品の患者への供給価格は、これまで薬価基準制度によって公定され、既収載品薬価は毎年あるいは2年ごとに卸売業者から医療機関への納入価格の加重平均値調整幅方式で改定されてきた（櫻井ら [2019] 11）。卸売価格が低下し、償還価格が据え置かれ、

償還価格>卸売価格となると、医療機関には薬価差益が発生する。これは医療機関が医薬品をより安価に購入する動機となり、償還価格が長期に卸売価格比が高く据え置かれると、当該医薬品の薬価差益分を患者、被保険者、納税者が窓口負担、健康保険料、税金で負担し、不当なものとなる。そのためわが国では、特許期間中の先発薬も後発薬も卸売価格については厚労省が「薬価調査⁷⁾」をし、償還価格に反映させ薬価改定⁸⁾を実施している（西沢 [2018] 97）。薬価基準に記載された医薬品は、診療報酬改定と時機を合わせ、薬価調査により価格改定される。薬価改定は、薬価基準で定められた医薬品の償還価格と医療機関が実際に購入する価格との間に生じる薬価差を縮小するため、常に変動する市場実勢価格を定期的に調査し、薬価に反映させようとする（恩田・佐藤 [2002] 5-28）。

上市後の医薬品は、薬価調査により当該価格に在庫毀損分など2%（調整幅）が上乘せされ、新償還価格が決まる。ただ近年は「新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度（新薬創出加算）」「市場拡大再算定」の例外措置もある（西沢 [2018] 99-100）。医薬品にはこうした償還価格があるため、その卸売流通が他の商品に比べて、複雑になっている。

3 医薬品流通の特殊性

(1) 医薬品流通の安定化

国民への医療サービスが、税金、社会保険、民間保険など国によって異なるのは、国民の福祉や社会状況について、歴史や理念が異なるためである。医薬品流通では、医療サービス制度と薬事制度の構築過程、製薬企業と卸売業者との取引関係や取引風土が影響している。わが国では、これらが複合され、欧米とは異なる医薬品流通システムが形成されてきた。たとえばドイツでは、参照価格と公的マージン制が特徴である。しかしわが国では、薬価改定も卸売業者と医療機関との自由な取引交渉による市場実勢価を参考とし、市場原理が作用する面が強い（三村 [2013] 122）。つまり、医療機関や薬局と患者間での取引価格は、公的に決定された薬価であるが、それよりも川上での取引は自由な取引が行われ、わが国の医薬品流通の特徴となっている。

わが国の医薬品流通は、薬事法で承認された製薬企業が製造・出荷し、卸売業者が医療機関や薬局に輸送する。これまでも取り上げているように、卸売業者は製薬企業から出荷された医薬品の約99%を取り扱う。卸売業者が医薬品のほぼ全てを取り扱うのは、医薬品が高リスク商品のためである。現在、薬価基準に記載された銘柄収載数は、約16,000品

目である（厚労省ウェブサイト）。大部分は小さな常温保管品であるが、輸液のように低価格で大容積のものもある。またバイオ技術を応用・製造した抗癌剤などは、厳密な温度管理が必要であり、医療用麻薬など安全面で厳重管理が必要なものもある。さらに医薬品の性格上、安定的な供給も要求される。医薬品を供給する医療機関や薬局は、全国に合計約23万ヵ所存在しており、当然のことながら輸送は都市部だけでなく、山村や離島などもある。そこで卸売業者は、輸送網を整備し、全国の医療機関や薬局に1日数回、通常の定期輸送に加え、低薬価の錠剤1箱にも緊急配送（急配）体制を整備している（城[2018]19-20）。こうした状況は、他の製品では見られず、医薬品流通に特有であり、製品特性のためより顕著になっている。

また医薬品卸は、医薬品の安定的供給だけでなく、副作用のある医薬品情報の提供・収集や不良医薬品回収も担っている。そのため一般輸送業者とは異なり、全医薬品の取引をロット番号等も含めて記録・管理しなければならない。回収の際には、迅速かつ確実な体制を維持している。医薬品の輸送体制や記録管理は、災害時にも必要な現場への医薬品の迅速な供給にも有用である（城[2018]20）。医薬品流通では、医療機関や薬局などで提示された処方箋は、当該医薬品がない場合は卸売業者からそれらへ急配されている。この慣行は無駄のようにみえるが、業界内ではほぼ問題視しない（日経ドラッグ[2014]33）。それは医薬品が全て生命維持に直結していると捉えられるためである。

(2) 薬価差益の縮小後の医薬品流通

かつて医薬品流通においては、薬価差益の発生が大きな社会問題となっていた（石川[2020]）。そこで厚生省（当時）は、薬価差益目的の医療機関による医薬品の過剰投与解消のため、医薬分業を推進した。医薬品卸は、医療機関へは1つの医薬品を1,000錠、500錠単位で輸送している。しかし、小規模で在庫体制が貧弱な薬局では百錠単位の発注が多く、医薬品卸のそれらへの輸送頻度が上昇している。政府が2000年度に導入を検討した日本型参照価格制度は、医薬品卸の物流意識を高め、医療機関や薬局は医薬品卸から医薬品を安価に購入し、薬価差益を得る動機が消滅した。そのため、注文品を正確に早く届けることが卸売業者の存続条件となった（日経流通新聞1998.4.16）。この状況は医薬品に限らず、経済合理性ではなく、柔軟に対応してきた卸売業者が残存していることから理解できるかもしれない。

薬価制度については、政府により2007年4月に「革新的医薬品・医療機器創出のための

5ヵ年戦略」が提案されて以降、議論が活発化した。2010年度には「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」が行われ、医薬品流通では取引問題の改善は困難であった（三村 [2011] 140-141）。医薬品流通では、医療機関や医師が医薬品を安価に購入するため、それらの川上との取引では市場原理が機能している。この場合、医療機関や医師が医薬品の費用対効果を適切に判断できれば、その機能は意味がある。しかし医療機関や医師が適切な費用意識を持たなければ、市場は有効に機能しない。ただ医師や医療機関が費用意識を持つと社会的に不都合な面もある。そこでは費用・便益分析、費用・効果分析、費用・効用分析などが必要であり、これを前提に社会的効果を考察しなければならない。費用意識を持たない医療機関などは倫理性が高くなると、医薬品価格に関係なく医薬品の選択をする可能性もある（西村 [2000]）。そのため医薬品の費用対効果について、社会的判断ができる方法が見い出されなければ現行制度では社会的価値が実現しない。

医療サービスは準公共財であり、その費用は税金や健康保険料によって賄われている。その費用が上昇し、医療費抑制策が社会課題となって久しい。医療費増大は、高齢化や新技術などによる。しかし、新技術が消費者の健康増進に寄与すれば認めなければならない。つまり医療費抑制政策も単に医療費増抑制ではなく、限られた資源を効率的に利用する必要がある。医薬品市場では、医薬品が売買され市場価格が成立している。医薬品は、動物実験等の評価後、フェーズⅠ（臨床第Ⅰ相試験）ではボランティアによる健常者での有効性・安全性の確認、フェーズⅡ（臨床第Ⅱ相試験）ではオープン・トライアルなどにより患者において容量設定のため治験され、フェーズⅢ（臨床第Ⅲ相試験）では無作為の二重盲検法により当該医薬品の有効性・安全性が評価される。それらが国の中央薬事審議会で評価され、医薬品として承認決定される。承認されると保険適用薬として使用するための薬価収載手続により、薬価基準という価格が公示される（藤野編 [1999] 76-78）。医薬品は高リスク商品のため、これらのフェーズを踏まなければならないが、それにより費用が加算される。ただこうしたフェーズにおいて費用を抑制することはあまり議論とはならない。

1980年代には、製薬企業による卸売業者と大規模医療機関との価格交渉への関与問題にしばしば言及された。値引き補償制度が浸透し、卸売業者の帳合いが管理され、ブランド内競争が抑制された。過度な価格競争回避のため、製薬企業の業界団体は薬価基準改定に伴う対応策を医薬品業連合会と懇談していた行為が独占禁止法違反となることもあった。ただ流通系列化がブランド内競争抑制とブランド間競争促進は認められる。医薬品は、有

カブランド薬を中心にシェア競争が行われ、価格競争での納入価格低下は薬価改定時に薬価の大幅引下げによって利益を侵食する。価格競争を抑制しシェア拡大を求める製薬企業は、卸売業者間との取引に不透明な要素が含まれるようになった。他方、医薬品卸の納入競争に翻弄される製薬企業の立場の弱さもみられた。そこで卸売業者と医療機関との価格交渉に対する製薬企業の関与は、再販売価格維持行為に該当し、1991年には独占禁止法適用強化方針が打ち出された。これにより医薬品流通は新仕切価制となり、製薬企業の仕切価を前提とした卸売業者の主体的価格交渉が求められるようになった(三村[2013]128)。そして製薬企業ではなく、医薬品卸と医療機関など川下に存在する医薬品需要者との取引問題として注目されるようになった。

(3) 医薬品流通の特殊性

1) 薬価基準制度と流通取引の関係

薬価はこれまで2年に1度改定されてきたが、2021年度から毎年改定となった。そのため医薬品の価格は毎年低下する可能性が高くなった。改定薬価は次式で決定される。

$$\text{改定薬価} = \text{市場実勢価格の加重平均値} \times (1 + \text{消費税}) + \text{調整幅}$$

市場実勢価格は、納入価格から消費税を除いた価格である。納入価格は、改定前年度9月の薬価調査で把握される。市場実勢価格に消費税と調整幅が加算され薬価が改定される。薬価は自由取引される医薬品の流通価格が反映される。そのため薬価調査では、流通価格の正確な把握が薬価基準制度の信頼性を保つ核心となる(能登[2018]52-53)。

医薬品流通における川下の取引関係による調整幅取引慣行は、現行の薬価基準制度では最終価格は公定価格である。しかし流通段階では、自由取引のため薬価差益が発生する。薬価差益の水準は、保証薬価差益としての調整幅及び医療機関の卸売業者に対する交渉力で決まる。保証薬価差益である調整幅縮小により、薬価差益も縮小するが、医療機関は安定的に調整幅以上の薬価差益を得る。ここでは、保証薬価差益よりも大きい部分の差益を医療機関が卸売業者との価格交渉の結果得る私的薬価差益となる。つまり薬価差益は、調整幅分としての保証薬価差益と、価格交渉の結果としての私的薬価差益に区分できる(能登[2018]60-61)。これまで私的薬価差益部分の大きさが社会問題となってきた。しかし近年は、ほぼ問題として取り上げられることは少なくなってきた。それは薬価差益自体が、制度改正により以前と比べて格段に減少したことによる。

2) 総価取引と納入価格（薬価差益）の関係

医薬品卸と医療機関の間における商習慣である総価取引では、複数商品が1つの価格・割引率で取引される。個別医薬品ごとの価格交渉ではなく、「一山いくら」として価格交渉を行う総価取引は、取引交渉費用が低くなり卸売業者にも値引が容易となり、医療機関が薬価差益を得やすい。公取委 [2006] が指摘したように、卸売業者のMSは製薬企業のMRに比べ医薬品知識が乏しく、医師や薬剤師への商品説明は基本的にMRが行う。そのため卸売業者のシェア拡大に向けた販売戦略は「価値を売らずに価格（薬価差益）を売る」ものになる（保高 [2013] 126）。MSは複数商品を一纏めとして交渉費用を削減し、値引販売を行う。つまり、総価取引は医療機関の薬価差益追求と卸売業者の販売戦略で形成された形態である（能登 [2018] 61-62）。

3) 未妥結仮納入取引と納入価格の関係

薬価改定により新薬価が設定されると、卸売業者と医療機関の間において、価格交渉が始まる。この過程で医療機関は遡及値引と呼ばれる価格交渉を行う。これは医薬品を仮価格で納入させ、他医療機関の取引価格を参照した上で再度価格交渉し、妥結価格を既に納入された医薬品にも適用される。つまり未妥結仮納入取引は、遡及値引での価格交渉となる。価格交渉を行う場合、相対的に交渉力のある大規模医療機関は、価格妥結を遅らせて交渉する。それは他医療機関の取引情報が把握可能になると、大規模医療機関は購入量を条件に有利に価格交渉できるためである（能登 [2018] 62-63）。したがって、医療機関の規模と妥結する期間には相関がある。

これまで薬価改定年当初は、妥結率が低いまま推移してきたが、決算期である年度末に向けて妥結率が上昇した。200床以上の医療機関と診療所、チェーン薬局とその他薬局で妥結率を比較すると大規模医療機関での妥結率が低いことが示された。大規模医療機関は、年度末に一度妥結しても次年度の薬価改定の有無によらず、再度価格交渉を開始する。医療機関の経営視点では、長期に価格が妥結しないことにより、機会費用の観点でも損失が生じる。そのため未妥結仮納入取引により、医療機関はその費用以上の利益（納入価格割引）を得る（能登 [2018] 63-64）。医薬品流通における総価取引や未妥結仮納入取引は、医療機関が薬価差益を得るための価格交渉であり、薬価差益獲得を通して納入価格を下落させてきた。

先にも少しふれたが、製薬企業と医薬品卸間ではリベート（割戻し・アロワンス）が依然存在する。卸売業者と医療機関間では長期間に納入価格が未決定でも、医薬品が仮納入

される。卸売業者と医療機関の間では、多種の医薬品価格を一括して定める取引慣行もある。厚労省は、これら取引が薬価調査の基準となる実勢価格を正確に把握できないとしている。他方、製薬企業は、その地位を活かして卸売業者に高い仕切価格で医薬品を卸し、後に卸売業者の販売実績に応じて販売奨励金を支払う。つまり、卸売業者の利益は販売奨励金が支払われるまで確定しない。製薬企業は、高い仕切価格で自社製品の高い薬価が維持できる。医師の処方や薬局での後発品への変更などの最終的需要決定は医療機関で行われる。卸売業者と医療機関との価格交渉は、医薬品は一般財とは異なり在庫切れが許されず、卸売業者が販売する納入価格決定が妥結しなくても仮納入される。そのため未妥結・仮納入は、長期間に亘り、診療所に比べ大規模医療機関は妥結率が低いまま推移した（櫻井ら [2016] 15-16）。

わが国の市場で取引される医薬品は、公的な医療保険の償還対象とするため、薬価は公正な市場競争下で形成された価格に基づき設定される必要がある（堤 [2013] 12-17）。ただ薬価を形成する市場は真の競争市場とはいえない（堤 [2013] 9-13）。2004年6月から「医薬品の流通改善に関する懇談会」では、医薬品流通における「総価取引」「未妥結仮納入」「一次売差マイナスと割戻し・アローアンスの拡大」などの課題が議論された（三村 [2011] 137-162）。2007年9月の「医療用医薬品の流通改善について（緊急提言）」では「一次売差マイナス等の改善」、「長期未妥結仮納入の改善」、「総価契約の改善」の改善に向けた取り組みが要請された。価格体系の透明性向上および早期価格交渉と妥結の定着による単品単価取引の促進により、個々の医薬品価格を医薬品自体の価値を表す指標としてより適切に運用することが重要である（高山・成川 [2016] 303）。

他方わが国では、医薬品、医薬部外品、化粧品および医療機器は、健康や身体等に直接影響するため、その品質、有効性及び安全性について、科学的データ等により確認された製品だけが国内で流通するよう規制されている（厚労省ウェブサイト）。そのため、国内で消費される医薬品の流過程は、ほぼ国内で完結し、国内企業などが非常時も含めた医薬品の低コストかつ安定的な供給機能を維持することが課題である（中村 [2018]）。近年、海外からの並行輸入や免許を持たない医薬品ブローカーによる不正規流通がみられる（中村 [2020] 112）。そのため海外の国境を越えた医薬品流通の検討は、わが国の医薬品流通体系への示唆にもなる。

4 卸売業者の事業拡大・連携とBCP

(1) 医薬品卸の薬局経営

医薬品卸の経営は、これまでも取り上げてきた通り、さまざまな環境変化により日増しに厳しくなっている。こうした環境の厳しさのため、最近では第1節で取り上げた事件が起こった側面もあろう。医薬品流通のサプライチェーンでは、医薬品卸の対応として垂直統合と水平統合の動きがある。医薬品卸の合併・買収は、水平統合と捉えることができる。ここでは垂直統合の動きを主に捉える。

医薬品卸の垂直統合は、医薬品の製造・小売を視野に入れることができる。ただ製薬については、資金や経営ノウハウ面から踏み出しにくい。医薬品卸の薬局経営は、以前から子・孫会社が行う例があった。地方に拠点のある非上場卸は、関連会社で薬局経営をしている場合がある。このようになった経緯は多様であるが、事業資金調達や薬剤師確保・研修、他店舗での在庫管理など直面した薬局からの相談を契機として傘下に入った薬局もある。一方、薬局にとって取引のある卸売業者が近隣で薬局を経営するのは不愉快である。そのため自らの名前が出ないよう別会社で薬局事業を手がけている場合もある。医薬品卸が薬局を傘下に入れると自社取引が主となり、シェアが上昇する。調剤報酬の伸び悩みや薬価の大幅値引により、薬局は取引卸数を絞る傾向にある。それは1社から医薬品を仕入れることにより、納入価格を引き下げられるためである（日経ドラッグ [2008.11] 37-38）。こうした動きは、医薬品卸における川下への垂直統合の一例である。

薬局事業は、営業所ごとに管理薬剤師の配置が義務づけられており、医薬品卸は人材面から乗り出しやすい。特に後継者不在の薬局や調剤報酬・薬価が伸び悩んでいる中、薬局から手を引く際の受け皿となる面もある。卸売業者は同じ医薬品業界で事業をしているため、異業種が参入するよりもベターとされる。一方、卸売業者が利益追求のため、調剤や投薬を統制する可能性がある。卸売業者が製薬企業から得る差益の大きい医薬品を傘下の薬局が仕入れることも懸念される。卸売業者が調剤事業を拡大すると、薬局が飲み込まれる可能性もある。医薬品卸は、わが国の卸売業全体では、売上高トップから3位までを占める（日経ドラッグ [2008.11] 40）。いずれにしても医薬品卸は、社会的使命を忘れず、また薬局も規模を頼らず、優れたサービス提供と効率的管理に努める必要がある。

医薬品卸が薬局を傘下に収める動きがある一方、薬局の効率的仕入を支援する動きもある。医薬品ネットワーク事業を手がけるメディカルシステムネットワーク（札幌市）は、

薬局など医薬品仕入の支援事業を強化している。加盟店数を2020年4月の約5,500店舗から、2025年3月期までに1万店舗に増やそうとしている。大手ドラッグストアの調剤事業拡大による競争激化のため、中小薬局の業務効率化に向けた需要を取り込もうとしている。同社では、医薬品卸と中小薬局間での仕入価格交渉などを代行する医薬品ネットワーク事業が伸長している。中小薬局は、医薬品卸と定期的に医薬品ごとに価格交渉するため負担になっている。多くの加盟店を抱え、価格交渉力を持つメディシスに委託し大手ドラッグストアの調剤事業に対抗しようとしている（日本経済新聞 [2020.4.10]）。こうした動きは単に大手ドラッグストアだけではなく、大手医薬品卸の傘下に入った薬局への対抗力ともなる。医薬品流通における対抗力の発揮は、仕入面だけでなく、顧客対応面でも発揮されるべきである。

(2) 医薬品卸と製薬企業との連携

医薬品流通においては、川下への垂直統合だけでなく、川上に対する働きかけも積極的に行われるようになった。アルフレッサ HD 子会社のアルフレッサは、再生医療等製品の開発を手掛けるファーマバイオ（名古屋市）と資本提携した。同社は、ファーマバイオが開発中の自家細胞由来の再生医療等製品の流通に関して優先的交渉権を取得する。各社は単価の高い特殊医薬品受注に傾注し、再生医療等の医薬品流通のノウハウを蓄積し、シェア拡大を図ろうとしている。そこで同社は、2018年に殿町再生医療流通ステーション（川崎市）を設置した。そしてファーマバイオの製品をモデルとし、特殊医薬品のサプライチェーンの確立を試みている。ファーマバイオは2011年から開発製造受託事業も手掛けていることもあり、原料調達から製品納入まで一貫した品質を維持し、流通体制の整備を目指そうとしている（日経産業新聞 [2020.8.20]）。この動きは、医薬品卸がチャネルリーダーとなり、その影響力をその川上や川下へと及ぼそうとするものである。

他方アルフレッサ HD は、2024年3月期までにグループで保有する政策保有株を500億円程度売却するとしている。これは2021年3月末時点の保有総額の約半分に当たる。これまで医薬品卸は、製薬企業との関係維持のため、政策保有株を多く有してきた。しかし、売却で得られた資金を事業効率化や新規事業投資へ振り向け、資本効率を改善しようとしている。2021年3月期の有価証券報告書では、子会社を含めた保有額（未上場株も含む）は約929億円あり、純資産の19%を占めている。また有価証券報告書に記載のない株式を含めると1,000億円弱あり、これを2024年3月期を目処に保有先と協議して半減する。同

社は、2021年3月時点で大塚HDや第一三共など製薬企業に加え、ドラッグストアの株式も保有していた。それらの売却資金は、再生医療スタートアップなどへの投資、増配など株主還元の原資とし、資本効率を改善する目的もある。さらに2021年7月時点で同社株の10%超を保有する筆頭株主の英投資会社シルチェスター・インターナショナル・インベスターズなどから改善が促されていた。投資家からは、政策保有株は資産の有効活用を妨げ、企業統治が働かなくなるため批判される（日本経済新聞 [2021.8.21]）。医薬品卸では、こうした資本政策も同時に進めなければ、変化する事業環境に対応しきれないことが明確になりつつある。

(3) 医薬品卸とスタートアップとの連携

医薬品卸は、既存の製薬企業や医療機関・薬局との連携だけではなく、新規企業（スタートアップ）とも連携している。スズケンでは、資本参加しているスタートアップのサービスを連携し、ポータルサイトを立ち上げ、AIを利用した問診サービスや患者の健康管理アプリなど多様なメニューを集約しようとしている。そこでは患者のIDを統合し、アプリ間でデータを共有、血糖値や血圧データを医師に提供する新機能追加を検討し、デジタルサービスを収益の柱に育てようとしている。特に同社では、2019年以降はヘルスケア関係の6社に出資・子会社化した。これらにより医薬品以外にもオリジナルの加工食品や飲料、マスクを扱う自社の通販サイトも統合し、利便性を高めようとしている（日経産業新聞 [2021.10.4]）。この試みは、スタートアップが手がけている新たな事業を取り入れ、医薬品事業だけでなく、多様な事業展開を展望しようとするものである。

スズケンの提携先が有するアプリやサービスは約10種類ある。そのうちAIによる問診をもとに医療機関を紹介するUbie（東京中央区）のサービス「ユビー」、血糖値や血圧、睡眠時間といった毎日の健康状態を患者が管理するWelby（東京中央区）のアプリ「ウェルビー」などが集約対象見込みである。サービスの連携により、血糖値の高い状態が続いた患者データを共有し、医師が患者に連絡するサービスを想定している。医療データ関連企業で出資先であるドクターズ（港区）が、システム設計を含めて全体を監修する。スズケンでは、データ活用により、潜在患者や病気防止につながる仕組みの構築を目指している（日経産業新聞 [2021.10.4]）。

さらにスズケンでは、田辺三菱製薬や塩野義製薬など製薬企業大手の他、CureApp（東京中央区）など医療系スタートアップでは、保険適用される「治療用アプリ」の開発を目

指し、禁煙や高血圧、糖尿病、うつ病などを治療対象としている。同社などの医薬品卸も治療用アプリをはじめとしたデジタル分野に関わり始めているが事例は少ない（日経産業新聞 [2021.10.4]）。そのため同社は、先の先を見越した事業の可能性を模索し、医薬品卸事業のみに依存しない事業構築を目指しているともいえる。

(4) BCP への取り組み

最近、わが国では大規模災害の発生する頻度が高くなっている。それら災害による直接の被災者だけでなく、日常から医薬品を服用などしなければならぬ患者は多い。そのため、医薬品卸には事業継続計画（BCP：Business Continuity Plan）への対応が継続的に行われている。災害時には、医薬品卸の機能として物流機能の発揮が求められるが、それら機能の発揮できるインフラの整備が行われている。

東邦 HD では、新たな医薬品物流センター「TBC ダイナベース（大田区）」を稼働させた。同センターは環状7号線内側にあり、災害時の医薬品輸送拠点への成長が期待されている。ピッキングについては95%を自動化した。災害対応と効率化実現の新医薬品流通拠点とし、他社との連携も視野に入れている。同センターは、平和島の災害時広域輸送基地「京浜トラックターミナル」内に建設された。首都圏だけでなく、長野、山梨、静岡、新潟、宮城、山形エリアを範疇に入れる。延べ床面積は約5万㎡あり、取扱品目数は約25,000にのぼる。環状7号線は、震度5強以上の地震が発生すると、交通規制により内側に入れない。医薬品物流の停滞は、人命に直結するため、都心に供給できる立地は医薬品卸としては利点である。平和島には大型の自家発電装置が備えられ、地下に70トンの重油タンクが2基埋め込まれた。施設をフル稼働しても72時間分の電力を賄える。免震ゴムは約200基が使用されている。自動化技術によるピッキングでは、ロボット26台を導入した。製品を詰めた段ボール箱は、AIで重さや大きさなどを分析し最適な積み方のシミュレーションをし出荷できるようにした（日経産業新聞 [2020.10.8]）。

センターの自動化により、出荷精度も向上する。ロボットを活用している他の物流拠点である「TBC 埼玉」や「TBC 広島」は、出荷精度99.99999%以上を実現し、TBC ダイナベースでもその達成を目指している。出荷精度の高さは、納品時の検品作業省略、医療機関の負担軽減につながる。同センターは、医薬品卸の共同物流・配送センターとして国内で初めて東京都から認可され、他の医薬品卸と保管場所を共有できる。既に子会社である酒井薬品（三鷹市）との共同物流にも取り組んでいる。世界最高水準の自動化技術と首都圏災

害への対応能力を生かし、業界内で中軸となる医薬品物流拠点を目指している（日経産業新聞 [2020.10.8]）。医薬品輸送で求められるのは精度である。それゆえセンターでの取り組みは、その精度とともに災害時にも停止となることを前提とした取り組みである。

医薬品卸は、防災対策の完了を急いでいる。製薬企業や医療機関が取引先を選択する際、BCPの整備状況を意識するため、医薬品卸は物流コスト抑制と防災対策の両立が求められる。メディパルHDは、12の大規模物流センターのうち関東中心に8施設で建物に免震構造を備え、それ以外の施設も耐震仕様に変更した。2022年に「阪神ALC（西宮市）」が稼働すると、全国の流通網全てを免震・耐震設備の体制となる。首都圏物流拠点の1つである「埼玉ALC（三郷市）」は、一部商品を管理する棚も免震仕様である。複数棚の上部を細いパイプで繋ぎ、地震が起きると棚全体を揺らす構造である。そして棚の下に免震シートを敷き、倒れにくくしている。これは棚から医薬品が落ち、所定の場所に戻すまで出荷ができなくなる事態を抑えるためである（日経産業新聞 [2021.11.30]）。

また医薬品物流では温度管理も重要である。一般錠剤でも品質維持のため保管温度規定があり、抗体医薬品などは冷蔵温度帯での管理が要求される。細胞医薬などの再生医療にかかわる医薬品は、摂氏マイナス75度前後での超低温輸送が必要になる。アルフレッサHDが2021年5月に稼働させた「静岡物流センター（藤枝市）」は、同社初の免震機能を備えている。2024年までに北関東や中国、四国でも最新センターを稼働させ、老朽化の進んだ設備の更新を終えることとしている。同社の災害対策は情報システムの切替えである。ハード面で施設の頑丈さは重要であるが、それよりもセンター同士の連携を重視している。1カ所のセンターが機能を喪失しても他センターから医薬品を供給できる体制とするためである。そのため非常時には担当者が発注システム上で、配送センターから医薬品の出荷先を円滑に切り替えられるようにした。災害対応を想定し、平常時も切替えを実施する。輸送網維持のため、燃料輸送会社とガソリンの優先供給契約を結んだ。災害時は近隣地域で勤務するスタッフを応援人員とし配置する危機管理策も想定している（日経産業新聞 [2021.11.30]）。これら医薬品卸でのBCPに対する取り組みは、これまでの災害における教訓を生かし、整備されてきた。また関係する機関や企業との連携についても指向されていることがわかる。

物流拠点立地自体が災害時の備えになる場合もある。東邦HDは、2020年に「京浜トラックターミナル（大田区）」で物流センターを開業した。郊外から都心部への交通が遮断されても23区内に医薬品を輸送するため、候補地選びでは他者と同様、環状7号線内側を絶対

条件とした。他方スズケンは、大規模災害の際に自社ヘリポートを自治体と共有できる体制を整備した。千葉県や愛知県の物流センター内のヘリポートから医薬品だけでなく食品や日用品などの救援物資も地域に配達できる体制づくりのためである（日経産業新聞 [2021.11.30]）。

BCP 対策には多額の費用が必要である。それでも医療機関が医薬品をどの卸売業者から調達するか決める際は、価格やサービス水準に加え非常時対策も重視し、選ばれる卸売業者であるための努力している（日経産業新聞 [2021.11.30]）。BCP 関連費用負担は、医薬品卸だけでなく、他産業でも増加している。医薬品流通では、慢性疾患を抱える患者には医薬品は命綱であり、災害に襲われた地域にも確実に医薬品を届けることが医薬品卸としての社会的使命である。これまで取り上げてきた取り組みは、医薬品卸の経営には負担になる。そうした状況下でもその費用を捻出の営業努力を行っている。

5 医薬品卸としての機能充実

(1) 医薬品卸による物流機能の遂行

医薬品には多数の需要者が存在する。薬価基準表収載の医薬品は、多品種多品目のため、卸売業者の介在が強調される。医薬品需要は医療活動と連動するため、需要発生地点に近いところで在庫保有の必要がある（三村 [2013] 120）。そのため医薬品卸は、その安定供給機能が要求される。さらに医薬品流通は、情報提供・収集や生産履歴の確保、前節で取り上げたように災害時供給とともに価値に見合う価格を形成し、薬価改定の基礎資料となる市場実勢価格把握が必要である（城 [2018] 3）。わが国では、2016 年からの薬価制度の抜本改革により、医療保険制度の維持のため医療機関への安定的供給が明確にされた。

わが国の医薬品卸の供給先は、2019 年 10 月時点で全国に約 157,000 軒（病院約 8,300 軒、診療所約 102,600 軒（全日本病院協会 2000））あり、2018 年 3 月末に薬局は約 59,600 軒（厚生労働省 [2019]）存在した。それらに継続的に医薬品を輸送するため、医薬品需要の多数・多様・分散性が医療制度で規定されてきた。病院は地域医療計画で病床数の制限があるが、診療所開設は届出制のため、ほぼ制限なく設置でき、薬局も自由開業が認められる（日本薬剤師会 [2013] 40）。これにより需要者の分散・小規模性が特徴となった。こうした需要者に間断なく医薬品を供給できるのが卸売業者の介在によるとされてきた。

こうした状況に対応するため、医薬品卸は大型物流センターを建設し、物流重視の組織

改革にも傾注している。医薬分業の進展により、医薬品卸は多頻度少量の薬局向け輸送が主となり、物流機能強化や物流費用削減への取り組みを始めた医療制度改革が進むと卸売業者間の価格競争はほぼなくなり、物流が競争上、最重要手段となり物流センターを設営する卸売業者もいる（日経流通新聞 1998.4.16）。したがって、医薬品卸による物流センターの建設・充実、卸売業としての機能をより充実させようとするものである。

またわが国の医薬品流通では、患者への高品質な医薬品提供が第一義である。そのため「医薬品、医療用機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（医薬品医療機器等法）」をはじめ、「医薬品及び医薬部外品の製造管理及び品質管理の基準（GMP）」「医薬品などの品質管理の基準（GQP）」「医薬品などの製造販売後安全管理の基準（GVP）」「医薬品の製造販売後の調査及び試験の実施の基準（GPSP）」などの規制や基準遵守により、製造から流通まで徹底した品質管理が行われる（日経ドラッグ [2015.4] 29）。こうした品質管理も物流上では重要な機能である。

わが国では、社会保障費抑制は長年の課題であり、サプライチェーン全体の費用削減が指向されてきた。メディパルグループは、薬局業務サポートシステム「PRESUS」を開発し、サプライチェーン全体の効率化を目指している。PRESUS 導入後は、欠品率が減少し、急配回数も減少した。急配がなくなると卸売業者の負担が少なくなるだけでなく、薬局も発注業務を簡素化でき、検品対応などの時間を患者に割り当てられる。また処方箋受付時に残薬確認や後発品希望確認を行うことが調剤報酬改定で盛り込まれたが、PRESUS は最初に処方確定するシステムである。そうすると手戻りが減り、患者の待ち時間を減らせる（日経ドラッグ [2014.7] 33-32）。こうした対応も、医薬品卸が物流機能をより向上させ、サプライチェーン全体における参加者が最適な状態になることを目指すものである。

(2) 医薬品卸の機能に対する適正な評価

医薬品納入価の設定では、卸売業者の販管費節減効果を根拠とした数値で表せる価格交渉を行う必要がある。ここでは低減した販管費削減金額を購買側である医療機関が総取りせず、卸売業者にも還元し、双方に利点のある交渉が求められる。そのため厚労省医政局通知では、「自己の利益のみを追求するような不適切な価格交渉のアウトソーシング等が行われることのないよう」と一部問題のある取引を指摘している。こうした視角からの検証や見直しは、医療機関と卸売業者双方の努力による効果を評価すべきである。これは医政局による医薬品の流通改善に関する懇談会でも取り上げられ、製薬企業から卸売業者への

仕切価格に対する割戻しやアロワンスは、不透明さが問題であるが、現在も医薬品流通の商慣行として残っている。これらは、問題視されながらも卸売業者の機能を評価する指標にもなる。こうした商慣行について、その一切が否定されると卸売業者の改善意識が鈍る可能性もある（親松・佐藤・赤瀬 [2019] 25）。販管費削減についてサプライチェーンにおいては、医療機関や薬局だけでなく、卸売業者も努力しているが、その努力による果実が相変わらず川下に流れてしまうことに対する懸念がある。

さらに地域包括ケアシステムへの移行により、将来は当該地域において、同規模病院やグループ病院内で情報共有・薬薬連携し、流通効率化に繋げる必要もある。そのため医薬品の価格交渉では、多施設での共同購入、管理主体単位での共同入札、あるいは管理主体を超えた共同購入などを進める医療機関もある。しかし、共同購入や共同入札は、卸売業者を包含した流通効率化視点で考えず、医薬品では価格交渉力向上に終始する。また過去に他の医療現場で採用品目は必ずしも同一ではなく、急性期治療薬の特性上やむを得ない返品への対応が困難などの問題もある（親松・佐藤・赤瀬 [2019] 25）。

米国での共同購入は、GPO（Group Purchasing Organization：医療共同購入会社）が担当し、製薬企業との契約代行業務を行っている。医療機関が卸売業者に支払う金額は、製品契約価格とは別に輸送費加算価格である。米国での試みは、公定薬価が決められるわが国では導入できない。今後、わが国では地域包括ケアシステム推進により、医療を実践する範囲は施設完結型ではなく、地域完結型に移行しようとしている。そこで地域での医薬品に関してもある程度標準化が必要となる。そのため同一地域の医療機関や薬局を含め、卸売業者の輸送拠点を加味し、双方に利点がある輸送経路を模索する必要もある。また地域医療連携推進法人の機能に連動し、薬局が協力できる仕組みや体制を整備する必要もある。その上で地域での医薬品納入価をある程度統合し、輸送費を個別に交渉する手法開発が望まれる。卸売業者に過度の負担を強いることができない地域での医薬品流通システム開発が求められる（親松・佐藤・赤瀬 [2019] 25-26）。これらの取り組みは、地域において非常に重要であるが、冒頭で取り上げたJCHOをめぐる談合事件の温床となる可能性もある。こうした温床の排除も常に認識しておかなければならない。

繰り返しとなるが、医薬品は生命に関連する高リスク商品のため、地域に偏りなく供給する公平性が要求される。ただ離島は隔絶性や狭小性のため、輸送費用が本土と比較し上昇する。さらに需要の絶対量が小さく、規模を生かした輸送効率化には限界がある。ただ公定薬価は全国一律で決定され、離島の薬価に占める輸送費用割合は高い。離島での輸送

上の構造的問題に対し、医薬品卸は必要な医薬品が滞らないように利益を確保してきた。医薬品卸は、医療機関や薬局に高めの納入価を設定し、急配など採算性の悪い取り組みを極力抑えていた。しかし離島に立地する医療機関や薬局では、在庫管理の困難性やサービス水準への不満が指摘された。他方、医薬品卸の事業環境の急速な悪化のため、営業所の撤退や輸送頻度低下など、必要な医薬品の迅速な輸送に支障を来す可能性がある（中村 [2011] 1-16）。こうした面では、物流費用の重さが直接影響する。しかし、生命に関連する商品特性から、その意義を医薬品卸だけでなく、サプライチェーン全体の問題として前提とする必要がある。

(3) 特殊医薬品や治験薬物流に関する取り組み

2021年の日本経済新聞社「第50回日本の卸売業調査」では、医薬品卸を含む卸売業者は新規事業の拡大・取り組みの意向を示した。新規事業は、回答企業のうち1割がこれから取り組むとし、4割が既に手がけており、それを拡大するとした。具体的な事業領域はインターネット直販が65.4%と最多であり、小売（19.2%）や製造（18.8%）が続いた。医薬品卸の行動については、メディパルHDが情報収集事業を請け負う新会社を設立し、製薬企業が本来行う副作用の調査を代行するサービスを、次の事業における柱の1つにしようとしている（日本経済新聞 [2021.9.1]）。つまり医薬品卸としても、他分野の卸売業と同様、多様な試みを行っている。以下では医薬品卸による新たな取り組みを取り上げる。

1) 特殊医薬品流通における取り組み

富士通エフ・アイ・ピーは、アルフレッサ及びPHCと、RFIDやクラウドインフラ基盤、IoT技術を活用した新たな特殊医薬品の流通管理プラットフォームを共同開発し、実証実験を開始している。そして特殊医薬品の開発によりこれまで有効な治療方法がなかった疾病への新たな治療として供されるようになっている。ただ従来の医薬品に比べ、保冷管理のものが多く、微妙な温度変化で有効成分が変質する特性がある。そこで特殊医薬品のサプライチェーン全体では厳格に温度を管理し、個別医薬品の生産履歴を確立、適切な在庫量維持が重要である。3社は、こうした特殊医薬品流通について、2019年3月に特殊医薬品の流通管理の新たなプラットフォーム構築検討の基本合意契約を締結した。また締結以降、共同で研究を進め、新たな特殊医薬品の流通管理プラットフォームを開発し、その一部の機能について実証実験を開始した（日経プレス [2020.2.13]）。

新プラットフォームは、製薬企業から特殊医薬品が入荷し、医薬品卸を経由して医療機

関に届き、患者に投与される全流通過程の情報をシステムに記録する。医療機関に設置された特殊医薬品保冷庫の入出庫情報、医療機関で患者に特殊医薬品が投与された際の情報も、RFID を活用し、クラウド型インフラ基盤にデータとして蓄積し一元管理する。これらにより、特殊医薬品流通に必要な統合的管理を実現し、患者だけでなく、医薬品卸、製薬企業など、プラットフォーム全参加者を支援しようとしている。将来的にはアルフレッサ以外の医薬品卸にも参画を誘い、業界共通のプラットフォームとして活用できるように整備と普及を進めようとしている（日経プレス [2020.2.13]）。こうした医薬品卸を中心とする特殊医薬品の流通管理は、卸売業者が主体となり、プラットフォーム構築を主導し、それを他の卸売業者へも拡大していく試みである。また卸売業者としての社会的機能の側面を表している。

2) 治験薬の物流管理システムの構築

現在、一般に流通している医薬品だけでなく、今後流通が期待されている医薬品への動きもある。スズケンは、治験で使用される医薬品向け物流管理システムを導入しようとしている。治験薬輸送は、多様な温度での管理、データ記録のため、独自ノウハウが必要である。同社は、バイオ医薬品などの高額薬で培った技術により、治験薬管理を徹底しようとしている。最適な輸送条件確立を促し、発売後の円滑な流通体制の構築につなげる。そこで 2020 年 4 月から治験薬の生産履歴システム「キュービックス CT」を運用し、RFID を医薬品に付し、温度や輸送経路などのデータを 24 時間監視している。医療機関に保管庫を設置し、開閉には厳格なセキュリティーチェックをかけ、温度管理だけでなく、在庫や開閉履歴も自動取得している。保管庫と RFID の一体型システムであり、点検コストを低減できる。他方メディパル HD では、再生医療分野のスタートアップと連携して取り組んでいる。2019 年 11 月にはプロメセラ・バイオサイエンシズ（モン・サン・ギベール市）、2020 年 3 月に心筋再生医療に取り組むハートシード（東京・新宿）と提携した。研究段階から創薬を支援し、流通ノウハウを蓄積しようとしている。高額薬は種類ごとに特殊技術が必要なため、卸売業者 1 社のみで担うこともある（日経産業新聞 [2020.3.24]）。こうした背景には、単価の高い医薬品流通の受託が医薬品卸の将来の売上や利益確保には重要であり、他社に先行して新たな事業を開拓しようという意図があろう。

さらにわが国では、2020 年春から新型コロナウイルスのワクチン接種が本格的に開始された。厚労省はその輸送に関し、医薬品卸 40 社を選定した。市町村ごとに指定した医薬品卸が受け持つ体制とし、東京都ではメディパル HD、アルフレッサ HD など 4 社が担当し

ている。輸送企業の重複を解消し、スムーズな接種につなげようとしている。選定は都道府県単位の挙手制で行い、各市町村（東京は23区含）につき1社を担当企業とした。医薬品卸は、各接種会場までの最終工程を担当する。通常は1病院に複数の卸売業者が出入するが、自治体ごとに担当企業を決める現場での無駄を排除する。東京都では、メディパルHD子会社のメディセオ、アルフレッサHD子会社のアルフレッサ、スズケン、東邦HD子会社の東邦薬品の大手4社が担当した。大阪府ではこの大手4社にケーエスケー（大阪市）を加えた5社、愛知県では大手4社に中北薬品（名古屋市）を加えた5社が担当した（日本経済新聞 [2021.1.30]）。新型コロナウイルスのワクチン接種では、当初、被接種者の接種希望が多く、その接種をめぐる混乱があった。しかし、平行して接種会場などへきちんとワクチンを輸送した医薬品卸の機能は当然のこととして、それほど話題とはならなかった。それは医薬品卸の的確な仕事が認識されていたためでもあろう。

医薬品卸にとって、物流機能を磨き上げると同時に、近年では環境対応を行うことが重要になった。その一局面として、アルフレッサHDは、輸送発生確率などをAIで予測するシステムを導入した。ヤマトHDの渋滞情報のデータなどと組み合わせ、輸送業務量を最大2割減らし、費用や二酸化炭素排出量を削減しようとしている。同社が持つ販売や需要傾向データをAIで解析し、注文数や輸送発生率、納品時の滞在時間を計算する。またヤマトHDが持つ渋滞など道路情報と結びつけ、効率的な配車計画を自動作成している。さらに同社輸送員が医療機関スタッフとの対面による作業時間削減のため、輸送前に事業所で事前に検品を済ませるシステムの普及率を上げようとしている。これまで固定化された輸送経路や、急配対応では業務に無駄が生じていた。そこで2021年8月には首都圏の事業所で導入して全国に広げ、配送業務量を2割減ら層という目標を掲げた。これにより車両の走行距離削減にもつなげ、CO₂排出量を最大25%低減するとしている（日経産業新聞 [2021.8.10]）。こうした取り組みは、これまでの物流面における無駄排除とともに、国をあげて取り組んでいる二酸化炭素排出量の削減にも直結する。さらに結節点において業務に携わる人との接触を減少することは、新型コロナウイルス感染防止対応にもつながる。

おわりに

本稿では、これまで主題としてほとんど取り上げられることのなかった医薬品卸のさまざまな活動に焦点を当てた。まず、2019年に明るみに出た大手医薬品卸の談合事件からこ

れまでの医薬品卸がおかれてきた環境について、その事業環境の厳しさについて認識することからはじめた。そして、わが国では1990年代後半から本格化した医薬品卸の合併・買収は、それを実現させた当時の流通環境だけでなく、高齢化による医療費抑制の圧力、社会問題化していた薬価差益解消へ向けた薬価決定方法の改定、さらに医薬分業の促進など多様な圧力が働いていたことに言及した。そのため規模の追求だけでなく、川下に存在する取引先の分散による面の拡大を目指したことが背景にあったことを確認した。そこには相変わらず製薬企業の影響がみられた。また製薬企業による医薬品卸への影響力行使のため、割戻しやアロワンスが提供されてきた。そこでは単に売り手と買い手という市場原理による取引だけでなく、薬価制度など別の影響があり、その背後に多様な力が働き続けていることが明確である。

また医薬品卸、特に大規模医薬品卸では、その売上高は高いものの極めて利益率が低い状況が続いている。こうした状況は、医薬品卸が卸売業者としてその機能を発揮しているにもかかわらず、正当な利益を得られない構造にあることは、医薬品卸自身の問題だけではない。医薬品卸の利益構造に影響を与える政府による医療政策、川上に存在する製薬企業、川下に存在する医療機関や薬局との関係が健全でない状況が継続していることを示すものである。こうした状況を改善するため、売上の9割前後を占める医薬品卸事業から事業を拡大させるとともに、高リスク商品である医薬品を取り扱うという使命からBCPなどへの対応をしている状況も取り上げた。また新たな動きとして、製薬事業、さらには川下の医療機関や薬局の事業活動支援活動など、収益源を模索する動きについても言及した。ただ医薬品卸としてだけでなく、元来の卸売業者が担い、医薬品流通に関係している他のプレーヤーからも期待されている物流事業の磨き上げは将来も必要である。

ただ医薬品卸が行う物流事業を単にサービスとして捉えられ、それに対する費用が支払われない状況は改善されなければならない。そして医薬品流通システムを鳥瞰すると、卸売業者と直接取引をする川上川下では、自由競争が行われているものの、川下の医療機関と患者、薬局と患者との間での取引価格は公定されている。今後卸売業者が直接取引する面でも公定とし、物流など他に発生する費用は別途請求することができるようにするなどの議論は積極的にされるべきである。そうしなければ、医薬品卸が関係した談合事件などは今後も起こる可能性は高い。

<参考文献>

- 池尾恭一 [2013] 「医薬品メーカーの流通チャネル政策」片岡一郎・嶋口充輝・三村優美子編『医薬品流通論』東京大学出版会、85-112
- 石川和男 [2020] 「1980年代から1990年代における医薬品流通の変遷—薬価引き下げをめぐる影響を中心として—」『商学研究所報』専修大学商学研究所、第51巻第5号、1-25
- 石川和男 [2021] 「医薬分業による医薬品流通の変化」『商学研究所報』専修大学商学研究所、第52巻第2号、2021.1.30、1-29
- 親松隆浩・佐藤透・赤瀬朋秀 [2019] 「病院・医薬品卸売事業者の連携による医薬品購入価の見直しに関する共同研究の事例報告」『日本医療経営学会誌』Vol.13, No.1、19-27
- 恩田光子・佐藤雅代 [2002] 『薬価基準と医薬品需要—医療機関の属性に着目した分析—』『医療経済研究』第12号、5-28
- 厚生労働省 [2007] 「医療用医薬品の流通改善について（緊急提言）」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/10/s1010-8.html>
- 厚生労働省 [2014] 「妥結率が低い保険薬局等の適正化について」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000067970.html>
- 厚生労働省 [2015] 「医療用医薬品の流通改善の促進について（提言）」
<http://mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000096100.html>
- 櫻井秀彦・増原宏明・林行成・丹野忠晋・山田玲良・恩田光子 [2016] 「医療用医薬品の流通分析—卸の機能と情報提供サービスに関する実証研究—」『流通研究』日本商業学会、第19巻第1号、15-24
- 佐藤肇 [1971] 『流通産業革命—近代商業百年に学ぶ—』有斐閣選書
- 三共株式会社 [2000] 『三共百年史』三共製薬株式会社
- 城克文 [2018] 「医療保険における薬価制度」小黒一正・菅原琢磨編 [2018] 『薬価の経済学』日本経済新聞出版社、3-26
- 高山茜・成川衛 [2016] 「公定薬価と市場での取引価格の差に影響を与える因子の検討」『RSMP』Vol.6, No.3、295-305
- 丹野忠晋・林行成 [2013] 「日本の医療用医薬品の現状とその経済分析」『跡見学園女子大学マネジメント学部紀要』第15号、151-175
- 丹野忠晋・山下奨 [2014] 「四大医薬品卸の取引慣行と2003年度から2012年度の収益性分析」『跡見学園女子大学マネジメント学部紀要』第17号、11-130

- 堤修三 [2013] 「業界への提言 薬価制度・再論（上）薬価基準の市場価格主義は守られているか」
『国際医薬品情報』第 996 号、12-17
- 長尾剛司 [2009] 『最新〈業界の常識〉よくわかる医薬品業界』日本実業出版社
- 中村努 [2011] 「離島における医薬品流通システムと医薬品卸の役割—長崎県五島列島の事例—」『季刊地理学』Vol.63、1-16
- 中村努 [2020] 「ヨーロッパにおける医薬品直販モデルの導入と流通業者の行動変容」『流通経済大学論集』Vol.54、No.3、111-124
- 中村洋 [2018] 「薬価制度の考え方・特徴と薬価を取り巻く課題」小黒一正・菅原琢磨編 [2018] 『薬価の経済学』日本経済新聞出版社、27-47
- 西沢和彦 [2018] 「薬価制度改革の在り方—イギリスとの比較を通じた考察—」『JRI レビュー』Vol.5、No.56、92-111
- 西村周三 [1997] 「医療と福祉の経済システム」筑摩書房
- 林周二 [1962] 『流通革命——製品・経路および消費者』中央公論社
- 廣田憲威 [2015] 「薬価基準について（その 1）」『新しい薬学をめざして』44、75-82
- 日経産業新聞 [2020.3.24] 「治験薬の流通管理厳密に、スズケン、輸送条件の確立促す」2020/3/24 9
- 日経産業新聞 [2020.8.20] 「アルフレッサ、再生医療で提携」6 面
- 日経産業新聞 [2021.7.13] 「再発防止と多角化急務、医薬品談合、卸 3 社有罪」10 面
- 日経産業新聞 [2021.8.10] 「アルフレッサ、AI で効率配送」9 面
- 日経産業新聞 [2021.10.4] 「医薬品卸—競合環境、IoT 物流強化、システム共用も」15 面
- 日経産業新聞 [2021.10.4] 「提携先新興の医療アプリ連携、スズケン、新たな収益探る」4 面
- 日経産業新聞 [2020.10.8] 「東邦 HD、災害に強い物流拠点、医薬品の共同保管・配送も」9 面
- 日経産業新聞 [2021.11.30] 「医薬卸、災害対策完了急ぐ、免震施設・非常電源…BCP へ投資、物流コスト抑制と両にらみ」3 面
- 日経速報ニュースアーカイブ [2019.11.27] 「医薬品卸談合、一括発注を悪用か 機構の効率化背景」
- 日経速報ニュースアーカイブ [2021.11.10] 「医薬品卸、地方でも談合疑い 背景に厳しい価格競争」
- 日経ドラッグインフォメーション [2008.11] 「急拡大する卸の調剤ビジネス」37-40
- 日経ドラッグインドメーション [2014.7] 「卸と一体となって医薬品流通の効率化に取り組む 小森雄太氏」32-34
- 日経ドラッグインフォメーション [2015.4] 「身近に迫る偽造医や悪品」29-32
- 日経プレスリリース [2020.2.13] 「富士通 FIP、アルフレッサ・PHC と特殊医薬品の流通管理プラッ

トフォームを共同開発し実証実験を開始」

日経ビジネス [1998.6] 「大型合併相次ぐ医薬品卸業界」49-52

日本経済新聞 [2020.4.10] 「メディス、加盟店 1 万店に倍増へ、医薬品仕入れ支援強化」 地方経済
面 北海道 1 面

日本経済新聞 [2020.10.13] 「医薬卸大手 4 社を捜索、東京地検・公取委、独禁法違反の疑い」 夕刊
11 面

日本経済新聞 [2020.12.10] 「医薬品卸 3 社、談合で起訴一再編の裏でなれ合い、しわ寄せは患者に、
57 病院への納入品高く」 43 面

日本経済新聞 [2021.5.11] 「受注調整「長年の商習慣」、医薬品談合公判、組織ぐるみ鮮明に、部課
長級会合で確認」 38 面

日本経済新聞 [2021.8.21] 「政策保有株 500 億円売却へ、アルフレッサ、新規事業に投資」 15 面

日本経済新聞 [2021.9.1] 「卸売業、新事業に活路、本社調査、コロナで経営苦しく」 17 面 日本薬剤
師会 [2013] 『薬剤師の将来ビジョン』 日本薬剤師会

能登康之介 [2018] 「医薬品流通における流通価格と取引慣行」 小黒一正・菅原琢磨編 [2018] 『薬価
の経済学』 日本経済新聞出版社、51-74

藤野志朗 [1999] 「医療と医薬品の経済分析」 東洋経済新聞社

保高英児 [2013] 『新薬創出加算と流通透明化 後がない卸経営』 エルゼビア・ジャパン

三村優美子 [2011] 「薬価制度と流通取引問題－医薬品流通研究会報告－」 『医療と社会』 Vol.21、No.2、
137-162

三村優美子 [2013] 「薬価制度と医薬品流通の取引問題」 『青山経営論集』 第 48 巻 118-135

1) メディパル HD は、2000 年の医薬品卸 3 社の合併を契機に発足した。2005 年にパルタックと経営統合し、2009 年にメディパル HD に商号変更した。2021 年 3 月期の売上高は前期比 1.3%減の 3 兆 2,111 億円、経常利益は同 22.1%減の 529 億円、最終利益は同 37.0%減の 239 億円であった。またジェネリック医薬品大手の日医工とも資本業務提携に乗り出し、日医工が実施した第三者割当増資を約 52 億円で引き受け 9.9%を保有する筆頭株主となり関係を深めている。また日医工が生産する後発薬のうち、予め定めた数量の発注が可能な製品について計画的な発注を実施するとしている（日経産業新聞 [2021.10.4]）。

2) アルフレッサ HD はアズウェルと福神が株式移転により設立された。2021 年 3 月期の連結業績は売上高が前期比 3.5%減の 2 兆 6,031 億円、営業利益は同 56.6%減の 206 億円、最終利益が 39.2%減の 245 億円であった。エリアごとに地域特性にあった営業戦略を実践している。地域包括ケアの推進を目指し、医薬品販売にとどまらず、診断薬や医療機器・医療材料、栄養食品等のメディカル品の販売を強化している。営業人員を増強し開業医や調剤薬局販路を強化している。温度管理について科学的な根拠を導出し対応している（日経産業新聞 [2021.10.4]）。

3) スズケン は 1932 年に「鈴木謙三商店」として創業した。2006 年に医薬品卸売業者として初めて

全 47 都道府県に営業拠点を設置し、中国や韓国にも進出した。2021 年 3 月期の売上高は前期比 3.9% 減の 2 兆 1,282 億円、営業利益は同 71.9% 減の 91 億円、最終利益は同 72.0% 減の 78 億円であった。スズケン は 東邦 HD とシステム共用化などで提携している（日経産業新聞 [2021.10.4]）。

4) 東邦 HD は 1948 年に創業した。現在は地方の医薬品卸の吸収合併を進めている。2009 年に純粋持ち株会社体制に移行した。2021 年 3 月期の売上高は前期比 4.2% 減の 1 兆 2,102 億円であり、営業利益が同 75.5% 減の 43 億円、最終利益が同 69.3% 減の 49 億円であった（日経産業新聞 [2021.10.4]）。

5) 2021 年 5 月 10 日の初公判では、アルフレッサと元幹部 3 人も罪状認否で「間違いない」とした。検察側の主張・立証では、受注調整は 4 社の入札担当部課長級の会合で確認された。各社は受注予定比率を設定し、落札する医薬品群を過去の納入実績を踏まえて割り振り、各社間で調整し受注予定業者を決定していた。個別案件ごとの協議は実務担当者間で行われた JCHO の 2016 年、2018 年の一般競争入札前も、千代田区内の会議室に各社の課長級らが集まり協議していた。最終的に合意した入札金額は書面にまとめ、実務担当者が交換するのが習慣であったという（日本経済新聞 [2021.5.11]）。したがって、談合は日常化、当然のこととして行われていたといえる。

6) メディパル HD とアルフレッサ HD は、武田の医薬品を主に扱うが、スズケンと東邦 HD は扱っていない。卸売業はその販売先に対しては豊富な品揃えを提供し、患者への便宜を図る目的からは特異である。また医薬品という生命に直結する商品を取り扱わせない武田の行動は疑問である。従来、武田の医薬品を扱う卸売業者の合併は同じく同社を扱う企業同士であった（池尾 [2003]）。その傾向がその後も継続し、合併対象が特定の製造企業に関連の深い企業に偏ったものとなった（丹野・林 [2013] 158）。

7) 保険診療の原則は、「療養の給付」つまり「現物給付」であるため、薬価差益は表向き存在しないことになっている。そのため、薬価基準収載後も市場価格変動で薬価見直しが行われる。薬価調査には「薬価本体調査」と「経時変動調査」がある。これまで前者は 2 年に 1 度、薬価改定前年の秋に実施された。卸売業者、医療機関、保険薬局を対象とし、各々が都道府県を通じ厚労省に報告する。これは「自計調査」ともいわれる。後者は厚労省や都道府県職員が調査対象者に赴き、調査し、市場実勢価格把握のため行われる。これは「他計調査」ともいわれる。薬価は 2 年ごとに引き下げられてきたが、わが国の医療費に占める薬剤料は上昇した。それは新薬の高薬価構造により、新薬が高薬価となるのは薬価算定方式によるためである（廣田 [2015] 80-81）。

8) 薬価改定ルールは、バルクライン方式から現行方式まで適切な薬価改定の観点から修正・改正されてきた。価格交渉の長期化は、価格設定を行う対象品目が全体で約 16,000 品目あり、わが国の薬価制度では流通費用が商品価格に含まれ、販売品目や取引条件が医療機関や薬局で多様なため、取引先ごとに大量の医薬品価格を個別設定・交渉する必要がある。医薬品は、生命関連商品のため、価格決定されず契約すら締結できない状態でも発注があれば医薬品を配送する慣習も価格交渉の長期化要因である（城 [2018] 21）。