

# わが国における医薬品取引の仕組みの変化

藤野 義和\*

## 要 旨

本研究では医薬品取引の仕組みが制度の変化によって適宜形を変えている事を明らかにし、その変化の中で取引にかかわる業者間の関係性がどのように変化したのかを探索する。

先行研究に従えば、第二次世界大戦以降、今日のような取引の仕組みが形成された。その仕組みの中でメーカー、卸、医療機関それぞれの主体間には信頼が機能し強く結ばれていた。しかしながら、1990年前後に大きく変わっている。それは薬価制度や商慣行の見直しを求める制度変化が起点となっていた。そして変化に伴い、信頼関係が形骸化したかもしくは、別の意味の信頼として代わるようになった。

**キーワード：**卸、医薬品取引、信頼、系列化、合併

## 1 はじめに

わが国の医療用医薬品の流通は、医薬品メーカー（以下、メーカー）、医薬品卸業（以下、第二次大戦以前は問屋、以降は卸）、医薬品小売業（以下、薬局等）、消費者（医療機関、患者）を含めた総合的システムを意味し、メーカーを中心とした流通構造、薬価設定及び流通活動における総合的な体制を意味する

---

\* ぶじのよしかず、九州国際大学現代ビジネス学部、y-fujino@cb.kiu.ac.jp

ものと定義される（小原，1994）。

藤野（2015）によれば、わが国において競争力の高いメーカーの多くは、長期存続するとともに、創業者一族が経営に関与し続けてきた。その数は他産業よりも多く、さらに期間も長い事が明らかとなっている。そして彼は、1990年代後半の医薬品産業の取引の仕組みの変化が、同族企業の終焉と関連していると述べている。

そこで本研究では、洋薬輸入期から1990年代までの取引の仕組みとその変化を先行研究を参照しまとめ、メーカーと卸の関係性がどのように変わったのかを掘り下げる。それをもとにメーカーの同族企業の維持・終焉の議論の解明に向けた課題を導出する。

## 2 わが国における医療用医薬品取引の仕組みの変化： 明治・大正・昭和初期

### 2.1 問屋からメーカーへ：制度変化とキープレイヤーの業態変化

わが国では太古から奈良時代、鎌倉時代、安土桃山時代、江戸時代と関西、ことに大阪を中心に医薬品の文化が発展し（日本薬史学会編，1995）、医薬品流通の要として機能してきた（渡辺，2006）。特に道修町（現：大阪市中央区）では、明治維新後の洋薬需要の高まりを察知し独自の取引ルートを開拓したり、医薬品の国産化の機運が高まるとその事業に力を注いだりする問屋が現れた。その代表例は近江屋長兵衛商店（現：武田薬品工業）や塩野義三郎商店（現：塩野義製薬）といった今日の日本の主要医薬品業の前身である。これらの全社戦略の転換と関連し道修町の医薬品取引の仕組みが次第に変化する。そして第二次世界大戦開戦以降、医薬品が統制品目となり、国が取引を管理するようになるまでは独自の取引の仕組みが存在し、様々な役割をもった業者がそれに関わっていた。このような点から、同地域の仕組みを明らかにする事は、メーカーと卸の関係性を紐解く鍵となると考える。本節では道修町に焦点を

絞って述べていく<sup>1</sup>。

1722年に徳川吉宗が道修町の124件の薬種商を公許し、薬種仲買仲間を組織するとともに和薬改会所を設けた。これにより薬種商は唐和薬の直荷の特権と検査の機関としての任を得た（日本薬史学会編，1995）。しかし、1842年の天保の改革により株仲間・問屋組合が廃止になったり、1851年に問屋組合の再興が令され復活したりするなど、薬種商の立場が大きく乱れた時期もあった（日本医薬品卸業連合会卸薬業史編纂委員会，1978）。

1868年、明治維新によって海外との交易が盛んになり洋薬の輸入が増加した。当時の有力問屋の中には、洋薬需要の高まりを察知し、いち早く独自の方法で外国商人と接触し独自に買い付けたり、海外メーカーから直接仕入れたりし、資本を増大させるものが現れた（日本医薬品卸業連合会卸薬業史編纂委員会，1978）。代表例は前述の通りである<sup>2</sup>。

一方、取り締まりの法がないことを知って、贋薬の廉価品を買い付け販売する業者もいた。さらに代金を支払わない悪商も横行していた（日本薬史学会編，1995）。このような問題に対応するため、国や行政が適宜制度を整え、業者の地位を明確化する法を定めた。そして業者は仲間との協働を目的とし組織化していった。

まず医薬品の取り締まりにかんしては、1873年、オランダのドワルスを招聘し医薬品の改良や洋薬の鑑定を目的とした精々舎が設立された。さらに1875年には同氏が講師とする大阪司薬場が設置された<sup>3</sup>。そこでは、洋薬を購入するものであればだれでも無料で検査を受ける事が出来た。検査で粗悪品と判断されれば、販売したものは相当の罪に処す旨が公布されており、同機関を通じて贋薬の取り締まりが行われた。また同機関からは後に製薬メーカーを興す多くの技術者が排出された（網島，2018）。

次に、1883年、急速に製薬事業を起こすべきと国が判断し、東京において半官半民の大日本製薬会社が設立された（日本医薬品卸連合会卸薬業史編纂委員会編，1978）。同著によれば、東京、大阪の有志が設立に協力した。さらに

ドイツ留学から帰国した長井長政<sup>4</sup>を製薬長に迎え、1885年から営業を開始した。1887年に医薬品の性質と状態、品質の基準を明らかにする日本薬局方が交付され、同社ではそれに準じた医薬品（局方品）の製造が行われた。当時、大日本製薬株式会社の商品は、洋薬よりも重宝されることもあったが、洋薬を輸入する問屋の圧迫やそれを珍重する世論に押され漸次経営が悪化した。結局、1898年に大阪製薬株式会社と併合された。

また1888年に設立された大阪薬品試験会社も大阪薬品株式会社に併合された会社である<sup>5</sup>。同社は田邊五兵衛、武田長兵衛、乾利兵衛をはじめ道修町有力問屋14名が発起人となり設立された。その目的は、司薬場（のちに衛生試験所）で検査するのは「局方品」に限られていたので、取扱量が増えた輸入新薬試験することにあつた。一方、2社を併合した大阪製薬株式会社は1898年に道修町の有志によって設立される。同社は大日本製薬会社との合併後、大日本製薬株式会社と改めた（日本薬史学会編，1995）。

このように近代的薬制が整備され、贋薬を検査する機関が設置され、さらには国産新薬の開発・製造に向けて国策等によってメーカーがつくられていった。その間に道修町の取引に関わる業者が協働を目的とする組織をつくる、という動きもあった。一例を示すと、1874年に薬種商組合が結成された。その目的は、奸計をもって外商を取引し、ついには代金を支払わない者が現れたため、新しい組織を編成し統制に当たる事にあつた（日本医薬品卸連合会卸薬業史編纂委員会編，1978）。その後、取引の活発化に伴い、問屋と仲買の区別を明らかにするため1879年に薬種卸仲買商仲間を組織した。同組織は1894年に大阪薬種卸仲買商組合と名称を新たにした<sup>6</sup>。

さて、大日本製薬会社の誕生以降、国産医薬品の開発・製造が盛んになったが、第1次世界大戦の開戦によりそれが大きく前進する。その要因は、開戦により洋薬輸入が途切れ治療に支障が生じ、さらに1917年の工業所有権戦時法により、交戦国のドイツの特許を消失させて国産の代用薬や新薬の開発を促したからである（網島，2018）。

当時、洋薬が途切れるようになった結果、医薬品の取引価格が高騰する。薬業往来社（1954）では取引に関わった業者が当時の状況を回顧したものがまとめられている。それを参照すれば、最も高騰したのがマンガンカリで、20銭であったものが、第一次世界大戦開戦後、最高で10円（50倍）まで高騰した。その他、アスピリンが1円30銭から40円（30.8倍）、モルヒネは85円から1,000円（11.8倍）になった。ただし、その取引に関わる業者の儲けの大小は様々であった（薬業往来社、1954）。

医薬品の欠乏によって価格が高騰した結果、医師の治療が滞る事が度々起こった。国はその措置として医薬品の輸出管理を行い、臨時薬業調査会<sup>7</sup>を設置し、そして国産代用品により自給自足を進めるため「染料医薬品製造奨励法」が公布された（日本医薬品卸業連合会卸薬業史編纂委員会、1978）。この法に基づき内国製薬株式会社や東洋製薬株式会社を政府が保護会社として設立し、アスピリン等の医薬品の生産を支援した。その結果、これらは多大な利益を収め、医薬品の「第一次国産化時代」が到来した（西川、2010）<sup>8</sup>。

しかし第一次世界大戦の終戦によってドイツの医薬品の輸入が再開される（網島、2018）。その変化を察知した有力問屋の一部は医薬品の輸入を強化する。現在の主要卸やメーカーは、この期にその基盤を築き上げたものが少なくない（日本医薬品卸業連合会卸薬業史編纂委員会、1978）。一方、問屋の機能を持たないメーカーの中には破たんする者が出始めた。例えば、内国製薬は、1920年に三共と合併した。その後、第二次世界大戦の開戦に伴い、戦時経済体制が強化され、医薬品の流通が制限されるとともに取引の仕組みは国内で画一化されていった。

## 2.2 道修町における取引の仕組みの変化<sup>9</sup>

ここでは網倉（2018）を参照し、戦時経済体制以前、道修町の医薬品取引の仕組みがどのように変化したのかをまとめる。

道修町の業者には商行為の厳密区分があった。日本医薬品卸業連合会卸薬業史

編纂委員会編（1978）によれば、洋薬・和漢薬を大手に引き取って注文屋・仲買・店売屋・セリに売る問屋、地方の薬店から注文を聞き道修町の間屋から品物を買入れて送荷する注文屋、問屋・仲買から仕入れ注文屋・セリに売る店売屋、問屋と注文屋・店売屋との間で仲介する仲買、おもに店売屋から仕入れて直接、小売薬店・売薬店・医師に売るセリ、これらが主要業者とその役割である。それを示したものが図1である。ただし、輸入薬や国産化医薬品の需要の高まりといった時代の流れに従って業者の存在意義に変化が生じた。

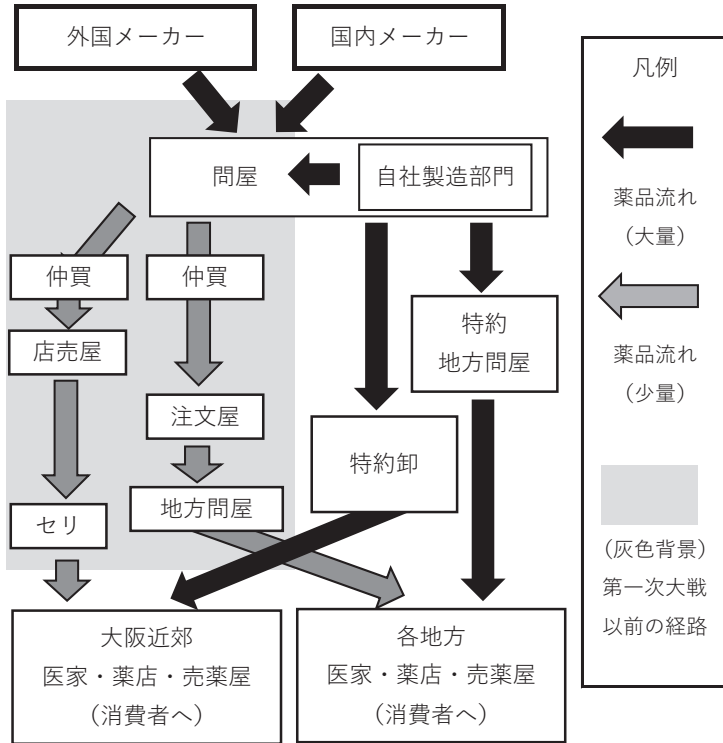
明治時代の洋薬輸入が活発化した事で、道修町における医薬品の取引量が増えた。そこでは上述の役割に従って取引が進められた。そして業者はそれぞれで集団を形成し、取引価格の共有や時には調整を行った。

一方、地方の間屋は道修町の間屋との直接取引を求めた。その理由は、得意先の医療機関（図では医家）、薬局等（図では店売屋、売薬屋）が輸入薬を求めたからである。それがきっかけとなり、これまでの取引の仕組み（図1の灰色背景）を介することなく、道修町の間屋と地方の間屋が結びついた取引が生まれ、そのルートの流通量が多くなっていった。そうした事により、新たな取引の仕組みから排除され始めた注文屋や店売屋は、営業継続のため、製薬事業をもつ武田や塩野義といった有力問屋の特約店と化し、やがて系列下に収められていった。

製薬事業への業態転換については、問屋の先行きが暗かったから製薬業へ転身したのではなく、問屋が卸売業の業務を維持、発展させるために製薬事業への拡張が図られたのであったと網島（2018）は指摘する。

このように、戦前の医薬品取引は問屋（元卸<sup>10</sup>）と地方卸<sup>11</sup>がそれぞれの立場で医薬品の流通を助け、市場を開拓し、顧客に円滑に供給するという、需給コントロール機能を果たしていた（渡辺，1979）。しかし、第二次世界大戦以降の配給統制期はその機能が断絶された時代となった。

渡辺（1979）によれば、「戦前の機能を表面的には卸配給機関という形で認めながら、実質的には根本から否定するもので、卸は単に『お上』から与えら



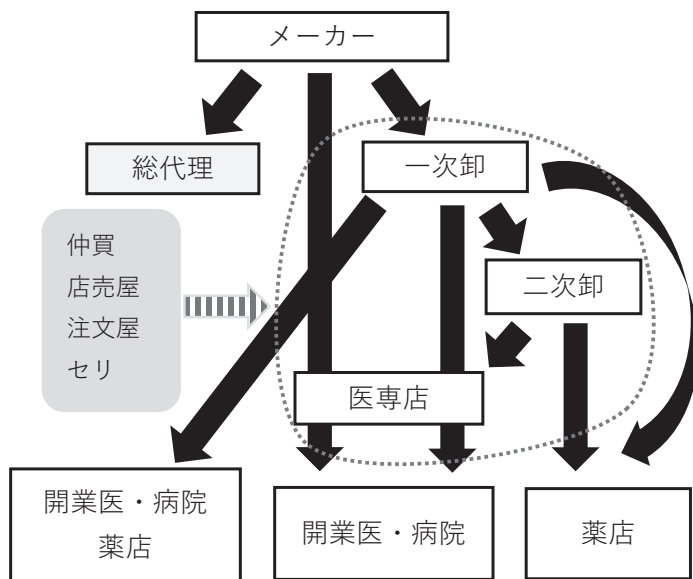
出所：網島（2018）を筆者加筆

図1 第一次大戦後から昭和前期の医薬品流通経路

れた医薬品を末端に『配給』する一機関」となった。また図には特約店があるが、メーカーと契約を結び、直接仕入れのできる卸売を意味し、戦中の配給統制期においては、地方卸とメーカーは直接取引していたため、戦後、そのつながりから地方の特約店が増えた（製薬企業懇談会，1965）。

### 3 第二次大戦後から1980年代前半：外部志向の戦略と広域化の進展

わが国の医薬品産業は、第一次大戦期に新薬の製造や開発を奨励する国策によって支えられ発展した。見てきたように、その時期大阪では、有力問屋が新薬の開発製造に着手した事で当該地域の医薬品取引の仕組みが変わり始めた。しかし、第二次大戦期から戦後と続いた統制経済（1952年にそれは全廃される）が浸透するにつれ、自由経済は機能不全を起こした。その結果、医薬品取引の重要な機能であった需給コントロール機能や価格決定機能を失い、見るに無惨に弱体化したものになった（渡辺，1979）。



出所：木村（1979）および錦（1955）をもとに筆者作成

図2 1955年の流通経路



その中で、大阪のメーカー（有力問屋）は経済統制期から新たな仕組みの下地を作りはじめていた。図2は1955年の大阪の医薬品取引の仕組みである。当時の大阪の特徴は<sup>12</sup>、メーカーの系列店の色合いが濃い医専店<sup>13</sup>が絡む二次取引流通にある（木村，1979）。

例えば武田は、錦城、厚和薬品、藤販、大阪薬品といった医専店も傘下におさめ（鍋島，2018）、系列化していった。岩本（1969）によれば、1939年、武田長兵衛商店やその特約店が主導し、「武田販売品の円滑な配給」を使命とした「武田薬品大阪配給所」を設置した。1947年には過度経済力集中排除法の公布に従い、武田薬品の関連会社は一斉に「武田」の冠を除き別会社を制定することになり、同社は厚和薬品株式会社となった。このようなメーカー主導の系列化に対し、セリの反発は相当厳しいものがあった（岩本，1969）。

図2は、図1と比較すると非常にシンプルな仕組みとなり、多くの業者が医薬品取引から退場した事がわかる。その理由は前述した通りであるが、さらに、第二次大戦期の経済統制が終わり、メーカー主導で取引の仕組みが修復される過程で、注文屋は地方の卸業者となり、店売屋はメーカー系列の特約店（卸）が、大阪地区の一般卸売業者に販売する形式の中に溶け込んでしまった。さらにセリは、地方卸の中に溶け込んでいった（錦，1955）。

さて、前述の医専店には次のような特徴もあった。すなわち同志会メンバー（薬局兼開業医廻り）の結束の固さ、また一次店において暖簾を誇る人的信用が物的信用より優先していた互盟会、十全会の存在が、大型問屋発生を妨げていた（木村，1979）。

では互盟会や十全会とはどのような組織であったのだろうか。木村（1979）では正確な名称が記載されていなかったので推察の域を超えないかもしれないが、大阪薬業互盟会や大阪薬盟会を意味すると考える。後者は前者の大阪薬業互盟会と新薬卸の「十全会」一般薬卸の「親和会」の3団体が合同し、1958年に形成された（岩本，1969）。大阪薬業互盟会は、1969年時には、厚和薬品、大阪薬品、錦薬品、寿薬品、田辺薬品、藤販が会員となっている。大阪薬盟

会は、大阪薬業互盟会会員6社のほか19社が会員となっている。その中には日本商事、丹平商事、小林製薬といった企業も名を連ねている。薬事時報社（1974）の卸売上ランキングによれば、それぞれ約27.1億円（3位）、約24.7億円（5位）、約22.2億円（6位）となっており、同会のメンバーの会員の一部は1970年代前半には競争優位性を有していることから、結束が競争力の源泉であり、同会以外的大型卸の台頭を妨げる役割があったという木村（1979）の指摘は適切といえる。

以上のように戦間期から始まった流通系列化は、「非価格手段（テリトリー制、顧客制限、排他的取引）を通して、メーカーが取引業者（卸、小売業者）の行動を制約し、乱売の抑制とブランド・イメージ維持、メーカーの販売活動への協力、販売時点までの商品のクオリティ管理と顧客サービスの確保を目指す（三村，2003）、このような目的があった。主導するメーカーは、卸を支配し、時には拘束するといういわば「支配・従属の関係」が医薬品市場の販売競争秩序に与える影響を考慮することによって、「利益共同体」の形成を図る（小原，1994）、という意図があった。

1961年の国民皆保険制度が公布される。これにより医療用医薬品の需要が高まり、その市場規模が拡大を始める。加えて、メーカーの技術の近代化によって生産体制が確立し、市場に放出された大量の医薬品を大量に販売せざるを得ない状況もあった（小原，1994）。

卸はメーカーの強い要望もあり新規の取引病院を開拓するとともに、既存の取引先には訪問回数を増やし取引量の増加を求めるなどの人海戦術をとった（中北，1979）。このようにして卸は、需要（医療機関）と供給（メーカー）をつなぐ卸機能に加え、市場開拓を狙うメーカーの販売代理機能を持つようになる。加えて、医療用医薬品は品数の多さ、広範な地域に多数し立地する医療機関、そして高単価で欠品が許されないという商品特性があり、卸は品揃え機能、販売（営業）機能、物流機能、リスク負担機能の担い手とされた（三村，2004）。

医療用医薬品の市場拡大によって卸には新たな機能や役割が追加されたが、すべての卸が順調に成長できたわけではない。特に、1960年代後半の新規参入の増加による競争激化と卸売価格の低下が卸の業績を左右するようになった。

新規参入については、メーカーは、地方の小都市にいたるまで取引店を配置（系列店化）しながら、地方経済の中心地に根をおろしていた一次卸店に対し、二次卸への取引を制限していった（佐藤，1979）。さらに地方では、薬局を経営しながら医療機関向けの卸を営むものがいたがこれを分離独立させた（中北，1979）。このようにメーカーは、地域内の同一ブランド競争を抑制すべく、取引先卸の選別と取引関係強化、つまり系列強化が図られた（三村，1998）。他には、過剰に生産された医薬品をメーカーや一次卸から買い取り販売する現金問屋も出現し始めた（渡辺，1979）。現金問屋は流通経路の未整備と混乱のなかで発生した過剰流通在庫の即時換金を可能にした（三村，2003）。

次に卸売価格の低下について、1960年代後半以降の90%バルクラインの導入により、これまでメーカーの価格体系の中で医療機関への卸売価格が定められていたがそれが崩れた。薬価基準は、戦後の医療用医薬品の供給不足時代に価格高騰を抑えるために卸価格の上限として設定されたものである（池尾，2003）。当初は卸売価格が薬価を下回る事は想定されていなかったが、供給不足の解消、多様な新薬の登場、販売競争の激化により卸売価格が薬価を下回る状況が生まれた（木村，2003）。

理由は、医療機関に納入される医薬品それぞれの90%の卸売価格で薬価が決まるようになり、メーカーとしては薬価を下げたくないで卸売価格を維持したい思惑があった。その為、値引きの代わりに景品や添付販売（実質的には数量の割増）策を講じた。しかし、1970年の厚生省の通達によってそれが禁止となってからは、直接的な価格競争へと移行する。薬価から卸売価格を引いたものは医療機関の収益となる為、卸に値引きを求める。そうするとメーカーの仕切り価格と卸売価格に差がなくなり、今度は卸に対しメーカーが値引き保障

やバックマージンといったリベートを付与するようになった。さらにメーカーは医療機関にプロパー（現MR：Medical Representative、医薬品情報担当者）を派遣し、価格交渉に当たらせた、と三村（1998）は述べている。そして彼女は、このような取引慣行が浸透するに従って、卸は相対的に弱い立場におかれるようになった（三村，1998）、と指摘している。

公的な医薬品価格の変更はその後も適宜実施される事になる。大きな薬価引き下げの場合には、メーカー、卸、医療機関それぞれの収益が低下することになる。特にメーカーと医療機関の間に入る卸はその傾向が顕著であり、業績不振に陥る卸が増えていった。そのような卸に対しメーカーは、資金や人的資源を投入して再建を主導する場合と、メーカーが既存卸同士の合併を主導する場合、もしくはその両方の策によって救済をはかった。

例えば武田は、1971年につながるのあった三星堂と系列の厚和薬品の合併を主導する。これは、武田が困り込みの系列化を放棄し、以降は、他社製品の扱いによって競争力を高めた卸に対して影響力を強め卸の系列卸化を強化した事を意味する（池尾，2003）。

ただし全てのメーカーが系列化を行ったわけではない。三村（1998）によれば、前述の武田薬品の他、三共、田辺製薬、塩野義製薬の4社のみ系列化を展開したとし、さらに資金援助の側面が薄れ、有力商品と情報提供が系列関係維持の手段となってから、田辺と塩野義の系列化の枠組みは弱まったとする。

1981年、薬価基準の改正が実施され、18.6%と大幅な引き下げが行われた。これにより卸売価格がさらに大混乱した。1980年代には計7回の薬価引き下げが行われており、1981年の薬価を100としたとき47という水準にまで低下した（木村，2003）。薬価引き下げが卸売価格の低下を招き、卸はメーカーと医療機関の間に入って窮地に立たされ、さらに経営を悪化させていった（小原，1994）。

以上の流れの中で、業績不振の打開策もしくは業績不振卸を救済することを目的としてM&Aや戦略的提携を進める卸が出現する。例えば、1983年に鈴彦

（福島県）、村研薬品（岩手県）、朝日薬品（山形県）の地域卸3社が合併しサンエスとなった。この合併以降、類似の動きを各地に誘発させ、卸は「独自拡大路線」から「提携・合併による拡大路線」へと移行した（三村，1998）。

#### 4 1984年以降：メーカーの戦略転換と有力広域卸の誕生

医薬品販売は価格競争が激しく高単価で高付加価値な商品である。さらに流通段階における品質管理が不可欠であり取扱いに専門能力を有するといった特性もある。このような特性があるが故、メーカーがある程度流通段階に関与する必要があった（三村，1998）。

一方、消費者たる医療機関は地域的に分散しており、さらに診療所や薬局では需要単位が小口である。よって卸には幅広い品揃え不可欠となり、その商品をつくるメーカーにとっては自社製品の浸透のためには優先的に自社製品を販売する協力者が必要となる。そのため、緩やかではあるが全国的に協力卸を配置する仕組みである系列化が採用され（三村，1998）、卸はメーカーの流通政策に従わざるを得ない（小原，1994）、という側面があった。以上を含む流通政策やその中で生まれた取引慣行は1990年以降形を変え始める。そのきっかけはここでも薬価の引き下げであった。

1991年に新仕切価格制が導入される。導入が具体化したのは、1990年の医療用医薬品流通近代化協議会報告「医療用医薬品の流通の近代化と薬価について」からである。その目的は単なる取引価格の見直しにとどまらず、不透明な取引慣行の改善やメーカーが価格交渉の場から外れる事によって卸が主体性を強め、メーカーの系列から自立することを暗黙の前提としていた（医薬品流通研究会，2003）。同著に従えば、主に次の4点について改善要求があった。

第一に、多様な種類のリベート<sup>14</sup>が存在するといった取引の複雑さの問題である。第二に、複数の医薬品を一括して（山にして）購入する総価山買いの問題<sup>15</sup>である。この現象は価格設定力を制約されていた卸と、大量購入により仕

入れ価格の引き下げを求める大病院との妥協のなかで生まれた。第三に、最終的な卸売価格の決定が遅れるなかで、仮契約のまま商品の納入が行われ、卸がメーカーに仕入れ代金を支払うという仮納入・仮払いの問題である。これは卸の収益基盤を不安定にする要因と捉えられていた。最後に、メーカーの価格交渉への関与の問題である。これについては、1991年からメーカーが価格設定に関与することが禁じられ、卸が自主的に決定することとなった（片岡・嶋口・三村，2003）。また同時期にプロパーの名称はMRに統一された。

このような問題が是正される過程で医療機関の購買行動に変化が生じる。具体的には、収益改善策の一つとして過剰在庫の見直しが行われた結果、少品種大量流通から多品種少量流通または多頻度小口流通への転換が起こった（三村，2004）。さらに、かねてから問題となっていた医薬分業が進展し始めた。薬局等は医療機関と比較して在庫スペースが限られていることから一度の発注量が少ない。その為、多頻度小口流通の傾向がさらに強くなった。また医薬分業には、顧客が薬局等を自由に選択できるという特徴もあった。その結果、想定外の処方箋が薬局等に持ち込まれるようになり需要予測が難しくなった。

以上のように、医療機関による卸売価格引き下げ圧力の強まりと、医薬分業の進展は、同業者間の激しい競争を引き起こし、さらには流通コストの増加につながった。これらにより実際に業績が悪化した卸、さらには今後悪化が予測される卸が多数みられるようになった（三村，1998）。そして卸の再編が再び加速する。ただし、メーカー主導ではなく卸が主導しそれが進められた点がこれまでと異なる。またそれは概ね2つの方法に分類された。

一つ目は、広域卸<sup>16</sup>による全国展開に向けた地方進出である。当時、広域卸とされたのはスズケン、福神、東邦、三星堂であった。福神と東邦は中小の地域卸と資本提携、スズケンも自前の営業拠点の構築といったように、進出の方法に違いがあった。ただし、塩野義系列のスズケンと武田系列の秋山愛生館、スズケンと田辺系列の加藤薬品（東京）と神弘薬品（神奈川）の合併が起こり、卸再編が加速する（三村，2003）。

以上を一例とした広域卸の地方進出に刺激され、規模や取引先が似ている地域卸同士の合併が起こる（三村，1998）。これが二つ目である。その一例を示したものが表1である。同表で示す通り、複数の地域にまたがる合併（広域化）や地元強化の2種があった。

表1 1980年後半におきた卸による防衛的合併の一例

広域化		地元強化	
1986年 ユニック	川口屋（福岡県）、岡崎薬品（熊本）、林薬品（宮崎）	1988年 井筒薬品	嶋路（京都）、半井（京都）、中川薬品（京都）
1987年 サンキ	光洋薬品（広島）、日本海薬品（鳥取）、良互薬品（岡山）	1989年 ヤクシン	若狭薬品（福岡）、ケンコー（福岡）、良和薬品（福岡）

出所：ドラッグマガジン（2017）をもとに筆者作成

当時の合併はこれまでと異なり卸業が主導し行われた。ではメーカーはなぜ関与しなくなったのであろうか。三村（1998）はメーカーの開発とマーケティング戦略の転換によるものだと指摘する。開発については、ゾロと呼ばれるような類似品で品揃えを豊富にし、系列を維持することに資源を配分するよりも、国際市場で競争力を発揮しうる革新的新薬の開発に力を入れ始めたからであると指摘している。

## 5 おわりに

### 5.1 取引の仕組みと卸の役割

これまで、洋薬輸入の活発化以降、わが国の医薬品取引の仕組みを見てきた。近年の仕組みは、図2にあるメーカーの販売部門たる総代理店が内部化し、医療用医薬品を専門的に扱う医専店は同品を主要とする卸と表現され一次卸や二次卸に含まれている<sup>17</sup>。しかしながら、図1と図2を見比べると明らかにに関わりある業者の種類が増減するような大きな変更はないと考える。

卸は、医療用医薬品の市場規模の拡大過程で、品揃え機能、販売（営業）機



能、物流機能、リスク負担機能の担い手（三村，2004）、といった役割を持つようになった。そして三村（2004）は、メーカーにとって価値ある卸とは、地域特性や顧客特性を理解し、きめ細かく地域需要を掌握し、地域の医療機関から信頼されることでメーカーとともに地域市場開拓を進めてくれる卸であったと述べている。このように、メーカーの思惑によって卸に機能が付与されていった。

さらにメーカーは、医療機関が望む返品制や総価山買い等の慣行を許容し、卸はそれに応じた。このような慣行は複雑かつ非合理的と非難されてきた。一方で、卸のリスク負担機能を軽減すべく、メーカーはリベート等の便宜を用意し、市場リスクや価格変動リスクの吸収が図られ継続的に取引できる策を取った。このような医薬品の継続的取引において生じる取引慣行は信頼によって成り立っており、さらには暗黙の契約としての側面があった（医薬品流通研究会，2003）、と指摘されている。

以上の取引慣行に変化が生じたのは、繰り返し実施された薬価制度の見直しにあり、さらには医療用医薬品流通近代化協議会が1990年に出した「医療用医薬品の流通の近代化と薬価について」の報告書にある。以降、取引慣行のもと卸が負担していたリスクもその是正によって軽減され始めた。しかしながら、急速な合併の進展や制度変化に伴いメーカー、卸、医療機関の関係性が変化した。この変化の中で業績不振に陥る卸が多数出始めた。

業績不振を打開策として、それまではメーカー主導で系列に即した合併等は行われてきたが、特に1980年代後半には、合理化および商圈を広めようとする広域卸が主導し地域卸や地元卸に対し資本提携を結んだり、傘下に入れたりするなどの合併が活発化した。このようにして中小規模の卸の多くが消滅していった。

上述の系列化もわが国の医薬品取引の慣行の一つである。見てきたようにそれは、第二次大戦間からメーカーが主導し行われた。卸の系列化は、メーカーが市場占有率を維持し、利益を確保するために価格競争を排除し、自社の影響



力を流通全体に波及させることを狙いとし構築された（小原，1994）。このように系列化は、「競争的インパクトを吸収するメカニズム」（鶴田，1980）という機能があった。

しかしながら、すべてのメーカーがそれを実施できたわけではない（三村，1998）。さらに系列といっても、かつて存在した松下電機産業が構築したナショナルショップの系列化例のように、一つのメーカーの商品のみ扱うという関係性ではない。多様なメーカーの医薬品を扱う緩やかな系列化であった（三村，2003）。

## 5.2 取引の仕組みに介在するもの：信頼をキーワードとして

5.1で仕組みの変化を見てきたが、その中でも信頼という用語がいくつか出ている。三村（2004）は、メーカーにとって価値ある卸とは、地域特性や顧客特性を理解し、きめ細かく地域需要を掌握し、地域の医療機関から「信頼」されることでメーカーとともに地域市場開拓を進めてくれる卸であるとする。さらには、リベート制は継続的な取引によって生じる信頼関係に基礎を置いた暗黙の契約になっている（伊藤・松島・柳川，1991）、という指摘もある。

以上のことから医薬品が広く普及する過程で、メーカーと卸、そして卸の医療機関、さらにはメーカーと医療機関といったようにそれぞれの主体間で信頼関係が結ばれていた事は明らかである。そして、それがなければ仕組みから淘汰されていったと推察される。取引慣行が改められるとメーカー、卸、医療機関それぞれが合理化を進めた。その結果、信頼というものが不要になったり、あるいは信頼の意味解釈が異なったりしはじめたと推察される。

若林（2006）は、「日本企業は、系列取引に典型的に見られる独特の閉じた信頼関係を作りだした。共同成長を志向して、取引企業に対して組織的で人格的な信頼を作りだし、長期的で無限定的・互恵的な相互コミットメントを暗黙に了解し合った。しかし、1990年代を通じて日本企業は、革新を志向して、能力や契約に基づく限定的な信頼関係を構築し、新たな協力関係のスタイルと

するところも出てきた」と述べている。

医薬品取引に介在する業者間の協力関係は、1990年前後の制度変化およびメーカーの戦略転換によって大きく変わった。それにより、若林（2006）が指摘するような信頼の意味変化が生じたのではないだろうか。

現在、仕組みの変化の過程で卸の数が大幅に減少し、販売地域を広げた卸の競争力が高まった。これと関連する合併や提携の過程を記した文献は多数あるが、卸の取引の量や範囲を分析した文献はほとんどない。取引量については系列下にある卸が理解可能であり、範囲にかんしては広域化の進展がどのように進んだのかを明確にするうえで興味深いデータである。そしてそれは、卸の自立化の進展とも捉えられる指標であると考ええる。

筆者が知る限りでは、1980年以降のそれらを記したドラッグマガジン発行の『日本医薬品企業要覧：卸編』（例えば平成30年版）やじほう発行の『医薬品企業総覧』（例えば2016）がある。ただし主要卸のみの記載である。現在、これらを参照しデータベースを作成している。今後は、それを用いて卸の広域化や取引量の変化を明らかにし、系列化の解体の過程を明らかにするとともに範囲の進展についても明らかにしていく。これらにより卸とメーカーとの関係性がどのように変わったのかについて分析可能となると考える。

藤野（2015）が指摘するように取引の仕組みの変化が同族経営の維持・終焉と大きくかかわっていると考える。そこで今後は、取引内容の変化に伴う関係性の変化、そしてそれと関連した信頼の意味内容の変化についても分析していく。

【注】

- 1 小原(1987)によれば、東京の卸は新旧交代が激しく、戦後に創業を開始した卸が中心を成している点、そして戦後に小西新兵衛や中瀧、鳥居、田辺といった卸が製薬事業を起こしたという点が道修町と異なっている。さらに同論文では中京の卸の特徴についても述べている。それによれば、「中京御三家といわれた元卸の中北、荒川、小林松次郎が製薬企業へ転換しないで、元卸として各製薬企業の医薬品を卸売りし、第2次卸売業者や小売業者を支配していること、有力な製薬企業の総代理店もない」（小原、1987、335頁）、とある。東京や大阪（道修町）のように戦前・戦後に製薬事業をおこした医薬品卸が存在しないという点は特に特徴的であると考え。その理由については今後の課題としたい。
- 2 塩野義の場合、1878年、初代塩野義三郎が24歳で起こした和漢薬を扱う薬種商、塩野義三郎商店が本格的に洋薬輸入の取り扱い始めたのは1886年ごろである。洋薬輸入を始めた当初は、国内の外国商館と取引を行っていたが度々不利な条件を強いられる事があった。そこで1897年ごろから外資系医薬品業と直接取引を始めるため交渉を進めた。交渉の末、英国のダッフ商会、ドイツのラインハート商会、スイスのシーグフリード商会などから医薬品を輸入する取引を結んだ（塩野義製薬、1968）。武田の場合は、1871年、薬種仲買商近江屋喜助商店からのれん分けを許された近江屋長兵衛が薬問屋近江屋長兵衛商店を開業した。それが今日の武田薬品工業の起源である。開業当初は主に和漢薬を取扱っていた。その後、西洋から輸入された医薬品の売買に商機を感じた4代目長兵衛が洋薬を扱い始めた。洋薬を扱い始めたころは塩野義と同じく外国商館等から仕入れており、不条理な取引を強いられることが多かった。その為、1894年ごろから外資系医薬品業や海外の間屋と交渉を進め、中間業者を介さず直接仕入れるようになった。後に5代目長兵衛となる4代目の長男重太郎と小西駒太郎（6代目小西長兵衛）が大きく関与していた。当時、ロンドンのウイリアム・ダッフ商会、グリーフ商会、クロスフィールド商会をはじめ、アメリカ、オランダ、ドイツの10社以上と取引を始めた。詳しくは武田二百年史編纂委員会編（1983、50頁）を参照されたい。
- 3 1874年3月に東京、1975年2月に京都、同年3月に大阪にそれぞれ司薬場を設置し、そこで医薬品の検査を行った。後に京都が廃止になり、また1877年5月に横浜、1878年に長崎に設置された（日本医薬品卸連合会卸薬業史編纂委員会編、1978）。
- 4 長井は1845年に現在の徳島県で藩候医官の子として生まれ、21歳の時に長崎、2年後には江戸の医学校で医学を学んだ。1871年に政府派遣の第1回海外留学生となってドイツに赴き、ベルリン大学で化学を学び学問的業績をあげ、1881年4月に同大学の助手となり、12月には学位を授与した（大日本製薬90年のあゆみ編集委員会編、1987）。
- 5 同社は1893年に大阪薬品試験株式会社となった（日本薬史学会編、1995）。
- 6 戦時統制経済によって仲買が廃止された事もあり同組織は1944年に解散した。
- 7 大阪（武田、田辺、塩野義）と東京（塩原、鳥居、友田）の薬業代表者は時局の混乱と医薬品の関係について正当に理解するように訴え、医薬品の欠乏と価格対策を検討する「薬業調査会」の設置を大隈重信（当時の首相）に申し入れた（西川、2010）。

- 8 この時期に三共、第一、万有（2004年メルクの日本法人となる）、佐藤、持田、日本新薬、山之内といったメーカーが誕生した（西川，2010）。
- 9 本項は特に断りのない限り網島（2018）を参照しまとめている。
- 10 経済産業省HPには卸類型が示されている。それによれば、一次卸とは、生産業者又は海外から商品を直接仕入れ、小売業者、産業用使用者又は海外に直接販売する直卸と次段階の卸売業者に販売する元卸をいう。二次卸とは、商品を卸売業者から仕入れ、次段階の卸売業者に販売する中間卸をいう。三次卸とは、商品を卸売業者から仕入れ、小売業者、産業用使用者又は海外に直接販売する最終卸をいう（経済産業省HP：<https://www.meti.go.jp/statistics/tyo/syokozi/result-2/h2c5kuaj.html>；2019年12月21日最終確認）。ここで示す元卸とは、二次卸に商品を販売する卸のこと指す。
- 11 地方卸とは元卸から仕入れる地方の二次卸を意味する。二次卸については前脚注を参照されたい。
- 12 前述の通り、大阪では武田や塩野義が大正時代に製薬事業を始めたが、東京では武田等のような大手問屋であった小西新兵衛、中滝、鳥居、田辺は同時期ではなく、第二次大戦後に医薬品業へと業態を変えた。それぞれ武田薬品の東京支店、カネボウ中滝、鳥居薬品、東京田辺製薬となった（木村，1979）。このようないわば老舗問屋の業態変化によって、東京では戦後の生まれ卸が多くなった。また中京では中北、荒川、小林松次郎といった卸は製薬事業には進出せず卸として活動を続けた。このような卸業の業態変化やその時間的ズレがその後の系列化の強弱、医専店の育成の有無、元卸ならびにメーカーによる開業医や病院、小売店への接近の強弱をつくりだすにいったと木村（1979）は指摘している。
- 13 医専店とは岩本（1969）によれば、大阪では、医家向け販売と小売を兼業した通商「医者廻り薬店」を意味し、武田薬品の系列であった厚和薬品では、一薬局、一薬店に対し一特約店の販売組織を設定し大阪ウロコ会を結成、販売網を確立したとある。また統制経済が解かれた後、開業医や病院への販売が競争的になり、同社と取引のあった19店を特別医家向販売店としたようである。なお大阪ウロコ会とは1956年に生まれた系列小売店の互助団体であるが、医家向専門店は「大阪ウロコ会医家向販売薬局懇話会」という下部組織がつくられている。さらに厚和薬品ではウロコ会とは別に厚和薬品と取引のある医専店組織も厚和会を形成している。
- 14 1950年代に、販売意欲の喚起、新しい流通経路や取引先の開拓、不良在庫の処分などの点で自社品等を優先的に取扱い価格維持の点で貢献した卸に「利益の割り戻し」という報奨的なものを供与した場合に現れた。これがリバートの原初形態と言うべきものである（小原，1994）。
- 15 値引補償制度により、大病院が使用する医薬品の価格決定権と帳合権は個々の医薬品業が持っていた。そのためA病院が使用するB社の医薬品すべてC卸が納入するという強い関係性が構築され、そこに別の卸が入ることは難しかった。この状況が価格の硬直化が生み出し、大病院は診療所と比して高値安定の傾向が強まった。それを打破するために大病

院が考えた取引方法が総価山買いであった（医薬品流通研究会，2003）。また帳合については「一店一帳合」という仕組みもある。小原（1994）によれば、「医薬品業が自社品の医薬品卸間の卸販売先が競合しないように、その医薬品卸に販売先を特定させ、特定の医薬品卸1社以外のもととは取引できなくさせる制度である」（小原，1994，100頁）。これにより、メーカーは卸が取引先を自由に選択・変更する機会を事実上制約しブランド内競争を直接制約するようになった。

- 16 三村（1998）は特定の都府県で営業を展開している「地域卸」、複数の都府県で営業を展開している「広域卸」、ほぼ全国に展開している「全国卸（有力広域卸）」といったように営業拠点の地理的広がりやの程度に即して卸を3つに分類している。本研究では三村（1998）の分類を踏襲する。また前述に「地方卸」という語を用いているが、本研究では大阪を中心とした医薬品取引引きを述べていることから、同地から距離的に離れた地域の卸業すべてを地方卸と表現する。
- 17 例えば製薬企業懇談会（1965）を参照。

### 【参考文献】

- 網島聖（2018）.『同業者町の研究：同業者の離合集散と互助・統制』清文堂.
- 池尾恭一（2003）.「医薬品メーカーの流通チャンネル政策」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.
- 伊藤元重・松島茂・柳川範之（1991）.「リベ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』東京大学出版会.
- 医薬品情報研究所編（2015）.『医薬品企業総覧』じほう.
- 医薬品流通研究会（2003）.「医薬品流通をめぐる取引慣行問題」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.
- 岩本市郎（1969）.『厚和薬品30年史』社史編纂委員会.
- 小原久治（1987）.「医薬品卸流通：医薬品産業政策に係わる基礎的考察」『富大経済論集』32（3），329-388.
- 小原久治（1994）.『医療用医薬品市場の競争構造』高文堂出版社.
- 木村文治（1979）.「流通機構20年の変遷」『月刊薬事』21（11），273-275.
- 木村文治（2003）.「医薬品卸の経営と薬価基準制度」『医薬品流通論』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.
- 製薬企業懇談会（1965）.『製薬企業の現状と考察』薬事時報社.
- 塩野義製薬（1968）.『栄光への苦難：シオノギ戦後23年のあゆみ』塩野義製薬株式会社.
- 大日本製薬90年のあゆみ編集委員会編（1987）.『大日本製薬90年のあゆみ』大日本製薬株式会社.
- 鶴田俊正（1980）.「寡占体制と流通系列化：競争的インパクトを吸収するメカニズムの分析」

経済法学会編『流通系列化と独占禁止法』有斐閣。

ドラッグマガジン（2017）。『日本医薬品企業要覧：卸業編（平成30年版）』ドラッグマガジン。  
中北智久（1979）。「取引流通の20年：医療薬」『月刊薬事』21（11），273-275。

西川隆（2010）。『くすりの社会誌：人物と時事で読む33話』薬事日報社。

錦源兵衛（1955）。『道修町：卸業配給編』大阪医薬品協会。

日本医薬品卸連合会卸業史編纂委員会編（1978）。『卸業史：連合会35年のあゆみ』日本  
医薬品卸連合会卸業史編纂委員会編。

日本薬史学会編（1995）。『日本医薬品産業史』薬事日報社。

藤野義和（2015）。「同族による経営維持と終焉の論理：医薬品業における戦略変化の検討を  
通して」『Venture Review』25，31-46。

三村優美子（1998）。「医薬品卸売業の構造変化と再編成過程：1980年代以降の関東地域医薬  
品卸の提携・合併を中心として」『医療と社会』8（2），1-45。

三村優美子（2001）。「医薬品流通の構造と変化：卸再編成の意味と顧客起点への基軸移動の  
可能性」『医療と社会』11（2），1-27。

三村優美子（2003）。「医薬品卸流通の構造とその変化」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。

三村優美子（2004）。「日本の医薬品流通の現状と展望：医薬品卸の機能検証と今後の取るべ  
き方向性」『国際医薬品情報』769，3-7。

薬業往来社（1954）。『道修町』薬業往来社。

薬事時報社（1974）。『薬事ハンドブック（1974）』薬事時報社。

若林直樹（2006）。『日本企業のネットワークと信頼：企業関係の新しい経済社会学的分析』  
有斐閣。

渡辺祥子（2006）。『近世大坂薬種の取引構造と社会集団』清文堂出版。

渡辺徹太郎（1979）。「卸流通のあゆみ」『月刊薬事』21（11），273-275。

## 【資料】

経済産業省HP（<https://www.meti.go.jp/statistics/tyo/syokozi/result-2/h2c5kuaj.html>：2019年  
12月21日最終確認）

本研究はJSPS科研費17K13804の助成を受けたものです。