

日本医薬品卸売業連合会 国際委員会報告書

第2弾

医薬品の商取引の実態と 医薬品卸の機能範囲についての 国際比較

2013年10月



一般社団法人

日本医薬品卸売業連合会

1 本報告書の目的と結論

医療用医薬品の「流通」の定義は国によって大きく異なる。この背景には、社会文化、医療制度、医薬品産業、そしてそれらから派生する積み重ねられた医薬品にかかわる商習慣の違いがある。従って、医薬品卸が果たす役割は、国によって、当然、過去も、そして現在も異なっており、未来に果たすべき役割も異なっているといえる。しかしその一方で、医療や医薬品にかかわる行政支出の抑制と患者のアクセスの確保のバランスはどの先進国にとっても課題であり、背景の違いを考慮しながら、医薬品の「流通」において日本が他国を参考にすべき部分があることも同様にいえる。

2011年3月の東日本大震災後の医薬品流通において、日本の医薬品卸はその役割が他国と異なることを明らかにした。調剤先への配送から処方元への情報伝達までを担う使命感のある教育された医薬品卸のMSの存在により、医薬品卸の物流機能、地域需給状況等の情報収集機能や情報伝達機能が直ちに有効に働くことが実証された。地震等の災害が周期的に発生する日本において、医薬品卸のインフラへの適正な投資の継続が責務であると社会的に認知されることとなった。

日本医薬品卸売業連合会国際委員会(以下、「当委員会」という。)は、報告書第一弾「医薬品卸の機能別コストの国際比較」(2010年12月)において、日米欧の医薬品卸の各機能とコストの比較を定性・定量の両面から行った。同報告書作成の目的は、日本の医薬品卸が果たしている機能の種類と量が他国とは異なるという点を、関係者各位に正しく理解していただくことにあり、報告書はその目的に関しては一定の評価を得た。

今後さらに日本における医薬品卸の機能に対する適正な評価を得るために、当委員会では、日米欧の医薬品流通に関する制度と商習慣の違いを明確にした上で、日本の医薬品卸の果たしている機能範囲の違いを明らかにし、医療従事者と医薬品産業の関係者の理解を得ることを目的に、日米欧各国の医薬品卸へのインタビューによる日・米・英・独・仏の市場を対象とした国際調査を行った。

■ その結果、日本の医薬品卸の機能範囲は以下の点で諸外国とは明らかに異なることを確認した。

- ① 欧州の一部を除き配送要員を自社で教育しており、また、自社で保有している割合が高い。
- ② 全医療機関・薬局を対象に価格交渉を行っている。
- ③ 全国約18,000人のMSが納入先と処方元を訪問することにより、地域の需給状況を把握している。
- ④ 製薬企業の情報提供を代行する機能を担っており、主に診療所の医薬品選択に一定の影響を与えている。

本報告によって、日本において、医療及び医薬品に関わる方々における「卸機能と対価に関する透明性のある議論の発展」に繋がることを願うものである。

2

医療用医薬品に関する商取引の国際比較

医療用医薬品の商取引の国際比較をみる前に、医療保険と償還価格に関する制度についてみていきたい。第一弾研究報告書でも述べたが、【表1】の通り、国によって大きく異なる。^(文献1)

日本における償還価格(薬価)は、薬価基準制度の下、市場実勢価格(医療機関・薬局への販売価格)を基準に原則として2年に1度改定される。薬価調査は、薬価が改定される前年に、市場実勢価格を把握する目的で実施される。償還される薬剤費は公的資金によって支払われ、また医薬品産業は国民の健康に深く関与することから、国民に対して説明可能な形で持続的に運営されなければならない。

米国では償還価格に対する国単位の公的規制はない。独国と仏国では、独自性のある特許品は製薬企業が比較的自由に設定することが可能だが、後発品は公定価格である。しかし、市場実勢価格により償還価格を改定する仕組みはない。英国では、特許品は製薬企業が一定の利益の範囲内で自由に設定することが可能だが、後発品は市場実勢価格に応じた償還価格の見直しが四半期毎にある。このように、市場実勢価格が特許品と後発品を含めたすべての償還価格の基礎となるのは日本のみである。

【表1】医療保険と償還価格に関する比較

	医療保険制度	償還価格制度	
		特許品	後発品
日本	公的保険	<ul style="list-style-type: none"> ● 上市時は厚労省との話し合いにより決定 ● 上市後は市場実勢価格に基づき2年に1度改定 ● 特定薬効・品目の引き下げあり 	<ul style="list-style-type: none"> ● 上市時は先発品の原則70%に設定 ● 上市後は市場実勢価格に基づき2年に1度改定
米国	民間保険	自由価格:製薬企業が各支払者との話し合いで設定	
	公的保険	自由価格:市場実勢価格を参考に、連邦・州自治体により設定	
英国	公的保健サービス	<ul style="list-style-type: none"> ● 製薬企業が一定の利益の範囲内で自由に設定可能 ● 行政との合意による一律の引下げあり ● NICEによる処方規制誘導あり 	<ul style="list-style-type: none"> ● 上市時は先発品よりも低価格であれば製薬企業が自由に設定可能 ● 上市後は市場実勢価格に基づく見直しあり(四半期毎)
独国	公的保険	製薬企業が自由に設定	<ul style="list-style-type: none"> ● 参照価格グループごとに保険給付の上限額(参照価格)を設定 ● 年1回見直しあり(4月1日)
		画期的有用性が認められない場合は参照価格グループへ	
仏国	公的保険	行政が製薬企業との交渉を基に小売価格(販売の上限価格)を決定 <ul style="list-style-type: none"> ● 原則として5年毎に改定 ● 市場実勢価格による改定あり ● 特許期間終了時に引下げあり 	<ul style="list-style-type: none"> ● 特許期間終了時に先発品の製薬企業出荷価格の40%を基礎とした公定価格を設定 ● 18カ月後に4%引下げ
		特許期間終了後の後発品への代替が進まない場合は参照価格制度を適用	

(医療・薬価制度:薬剤使用状況等に関する調査研究,平成23年3月,医療経済研究機構)

従って、日本において、医薬品卸と医療機関・薬局の取引において卸売販売価格が決定しないまま医療用医薬品の納入を行う未妥結仮納入や、単品毎に値付けがされない総価取引がある場合、薬価調査で把握された市場実勢価格が市場におけるその医薬品の製品価値を正しく反映しているとはいえないため、薬価調査の信頼性が損なわれるおそれがある。また、医薬品卸が医療機関に対して製品価値を反映した価格を提示するためには、製薬企業と医薬品卸の間で製薬企業出荷価格(仕切価等)の適切な交渉が行われていなくてはならない。これらの課題を解決することを目的として、厚生労働省医政局長の意見聴取の場「医療用医薬品の流通改善に関する懇談会」は2007年9月「医療用医薬品の流通改善について(緊急提言)」を発表した。この流通改善の実現のために、欧米の商習慣の中で日本が参考にすべき部分として、今回の調査から注目すべき点を挙げる。

(1) 医薬品卸と医療機関・薬局の取引に関するマージン制限・交渉主体・商習慣

医薬品卸と医療機関・薬局の取引の実態は国によって大きく異なる。当委員会は、日米欧の医薬品卸にインタビュー調査を行い、マージンに関する制限、取引の交渉主体、商習慣の違いを【表2】に取り纏めた。

【表2】 医薬品卸・医療機関間の流通実態

		日本		米国		英国		独国		仏国	
		特許品	後発品	特許品	後発品	特許品	後発品	特許品	後発品	特許品	後発品
マージン制限	卸のマージンの制限	無	無	無	無	有*	無	有	有	有	有
	病院・薬局ののマージンの制限	無	無	無	無		無	有	有	有	有
交渉主体	病院	卸	卸	製薬	卸	製薬	製薬	製薬	製薬	製薬	製薬
	薬局	卸	卸	製薬**	卸	卸	卸	卸	卸	卸	製薬
商習慣	取引保障(コントラクト)	無		有		有		有		有	
	コントラクトの平均的な有効期間	-		3年		1~3年		1~2年		取引による	
	単品単価/総価	併存		単品単価		単品単価		単品単価		単品単価	
	未妥結仮納入	有		取引により短期的に発生		無		取引により短期的に発生		取引により短期的に発生	
	取引条件の明文化	取引による		有		有		取引による		有	
	配送条件等による価格への反映	無		有		無		有		無	
	配送条件等による追加フィー	無		有		有		有		無	
	使用量の変化による価格調整	有		有		無	有	有		無	
	返品の実入	有		有***		有		有***		有***	
	共同購入組織	病院	無		有		有		無		有
薬局		有		有		有		有		有	

* 対償還価格の12.5%が卸と医療機関の合計のマージン率となる

** 個人薬局等の小口取引先は医薬品卸が交渉主体となる

*** 米国は使用期限や破損状況により例外もあり、独国・仏国はスペシャリティ品が例外となる

(国際委員会インタビュー調査結果)

まず、マージンに関する制限は、日本と米国にはないが、英国・独国・仏国にはある。英国では、特許品は医薬品卸と薬局のマージン合計が12.5%とされており、この制限内における自由競争が認められている。後発品に関するマージンの制限はない。しかし、薬局の薬価差益を制限するクロウバック制度*の存在により、薬局への過度な値引きは実質的には機能しない仕組みとなっている。また、近年では薬局への直販モデル(Direct To Pharmacy)も拡大している。マージンが厳密に規制されているのは独国と仏国である。独国は医薬品卸のマージン、薬局のマージンとも包装単位毎に厳格に規定されており、自由競争は発生し難い。仏国は医薬品卸、薬局とも公定のマージンのほかに公定許容値引きが認められているが、いずれも上限が設けられている。すなわち仏国の場合、自由競争の余地はあるが、一定の利益が確保された状況下であり、さらに上限があるために過度な値引きは発生しない。(文献1)

次に価格交渉主体であるが、日本では医療機関・薬局に対する医療用医薬品の価格交渉は、市場規模の約3%を占める直販・販社経路の後発品を除き、病院、診療所、薬局の全ての納入先の価格交渉を医薬品卸が担当する。(文献2)一方、米国では、全国の病院のうち96~98%の価格交渉は共同購入組織(GPO)を介して製薬企業が行う。(文献3)医療用医薬品の採用のために必要なGPOの管理料は製薬企業が負担する場合が多い。また、欧州の多くは病院への販売は製薬企業からの直販であるため、医薬品卸主体の価格交渉は発生しない。よって、欧米における卸の価格交渉は殆どが薬局との交渉である。

日本と欧米では商習慣についても異なる。欧米では、医薬品卸と医療機関・薬局は取引に先立って契約書を取り交わし、その契約書で「当該医療機関が当該卸から一定の期間にわたって医薬品を購入する」ことが明示されている場合が多い。このように取引を保障した契約書を、ここでは「コントラクト」と呼ぶこととする。

日本では、医薬品卸と医療機関・薬局は取引に先立って「取引基本契約書」を取り交わしている場合が多いが、医療機関・薬局が当該卸から実際に医薬品を購入する際に初めて有効になるものであり、コントラクトとは異なり取引を保障するものではない。

欧米では、コントラクトを締結した先でも卸売販売価格等の条件について一部妥結しない状況で納入を行う場合がある。ただし、コントラクトの有効期間は1~3年と比較的長期であり、この期間は医薬品卸と医療機関との取引が保障されている。この期間内であれば、医療機関・薬局が、「購買条件によっては購入しない」という事態は発生しない。また、欧米では卸売販売価格が決まり、納入した医療用医薬品の卸売販売価格を過去に遡って変更する遡及値引はない。使用量の変化による価格調整が発生する場合もあるが、あくまで価格変更後の取引に適用されることとなる。また、欧米では製品ごとに卸売販売価格を設定する単品単価取引が基本である。

市場実勢価格により薬価を改定する日本において、そもそも欧米とは医療機関・薬局との取引の主体が異なることを留意する必要があることと、取引を保障するコントラクト及び卸売販売価格とその有効期間が明示された覚書等の締結の推進が必要といえる。

(*)クロウバック制度:保健省と医薬品サービス交渉委員会の協議により、薬局全体の内部留保が一定の額を超える場合、償還価格から一定率を差し引き、NHS(公的保健サービス)に戻す制度。(文献4)

(2) 医薬品卸と製薬企業の取引に関するマージン制限・商習慣

医薬品卸と製薬企業の取引の実態も国によって異なる部分がある。マージンに関する制限と商習慣の違いを【表3】に取り纏めた。

まず、製薬企業出荷価格の制限は、日本と米国にはないが、英国・独国・仏国では、医薬品卸と薬局のマージン規制があることに関連して存在する。

また、商習慣に関しては、仏国を除き、コントラクトの締結が原則となっている。コントラクトの平均的な有効期間は、日本では薬価改定の頻度に合わせ2年、米国では3年であり、その他の国は取引によって大きく異なる。また、製薬企業出荷価格に関する交渉は、交渉が殆ど発生しない独国を除き、諸外国ではすべてが单品ごとに行われ、設定されていることが明らかになった。

また、卸機能の製薬企業出荷価格及び割戻しへの反映については、米国と英国の後発品において顕著であり、より厳密な機能評価が行われていることが窺われる。米国では物流や市場情報提供など活用する卸機能の内容や支払期間、英国では活用する卸機能の内容や購入量が関連する。

なお、日本においては、医薬品卸の営業員(MS)が医療機関を訪問し、医療用医薬品の情報提供を日常的に行っており、その活動への対価として製薬企業が医薬品卸に支払うアローアンスがある。

日本では新しい薬価が告示されてから取引が開始されるまでの期間が1カ月弱と非常に短いのが通常である。そのため、製薬企業出荷価格に関して医薬品卸と製薬企業の間で交渉をする時間が十分にあるとはいえない状況であるが、プロセスの改善により、製薬企業出荷価格に関する单品毎の交渉と卸機能を考慮した設定は一考の余地がある。

■ 以上のことから、日本における医療用医薬品に関する商習慣の改善(流通改善)へ向けた参考可能な事項として、下記が挙げられる。

- ① 欧米の医薬品卸と医療機関・薬局の取引では、取引が保障される契約期間が通常、1～3年と長い。
- ② 欧米の医薬品卸と医療機関・薬局の取引では、過去の取引の価格を変更する遡及値引の習慣はない。
- ③ 欧米の医薬品卸と製薬企業の取引では、单品毎に価格交渉を実施している場合が多い。

【表3】医薬品卸・製薬企業間の流通実態

		日本		米国		英国		独国		仏国		
		特許品	後発品	特許品	後発品	特許品	後発品	特許品	後発品	特許品	後発品	
マージン制限	製薬企業出荷価格の制限	無	無	無	無	有	有*	有	有	有	有	
商習慣	コントラクトの有無	有		有		有		有		無		
	コントラクトの平均的な有効期間	2年		3年		取引による		取引による		取引による		
	取引条件の明文化	有		有		有		有		無		
	卸機能の製薬企業出荷価格への反映	無		有		無	有	無		無		
	競合品上市時における製薬企業出荷価格の変更	無**		無		無	有	無		無		
	割戻し		有		有		無	有	無		有	
		卸機能による変動	無		有		-	有	-		無	
		卸仕入量による変動	有		有		-	有	-		無	
	卸販売量による変動	有		有		-	有	-		有		
	アローアンス(製薬企業の情報提供の代行への対価)	有		無		無		無		無		

* 上市時にはオリジナル品の償還価格を下回ってはいくなくてはならない

** 製品により稀に製薬企業出荷価格の変更が行われる

(国際委員会インタビュー調査結果)

3 医薬品卸の機能範囲についての国際比較

日本の医薬品流通を説明する際には、日本の医薬品卸は自身が担う役割が他国とは異なるという点を明確にする必要がある。日本の医薬品卸は、地域需給情報収集機能や処方元への製薬企業情報提供代行機能等を有するだけでなく、基本機能(物流機能、金融機能等)に関しても他国の医薬品卸と異なっている。

(1) 物流機能

物流機能に関して日米欧に共通しているのは、どの国も自社の物流センターを基点に配送網を構築している点である。

しかし、【表4】の通り、日本の場合、物流センターから先の配送を自社の社員が行っている割合が高い。米国はほとんどが外部委託であり、欧州は、英国を除き、自社と委託の混合で対応している。

日本の医薬品卸が、商品の選択者(処方元)と購入者(納入先)が異なる場合が多い特殊な環境下にあるにもかかわらず、東日本大震災の際にも毛細血管型配送を実現できたのは、医薬品物流・通信の完成されたシステムや一定程度の流通在庫を有し(震災時は、0.5か月程度の流通在庫で回した)、地域の医療機関等の所在地、診療科、病床数、外来患者数、従来の納品銘柄や数量等の事情を日頃から熟知していたためであり、さらにその配送要員を自社で育成し、物流を通して医療貢献の一端を担うという高い意識を常に醸成していた所以である。(文献8)

(2) 金融機能(アカウントマネジメント機能)

■ 日本の医薬品卸の金融機能に関しては以下の2点に留意する必要がある。

① 全医療機関・薬局対象の価格交渉

価格交渉に関しては、第2章の【表2】に示すとおり、日本の医薬品卸は全医療機関・薬局を対象に実施している。米国では特許品は多くの場合、製薬企業が交渉の主体であり、欧州では病院に対して製薬企業が交渉を行う。

② 債権リスクの負担

日本におけるインタビュー調査対象17社の2011年度の平均貸倒発生率は個人薬局0.04%、診療所0.02%、病院(100床以上)0.01%、チェーン薬局(20店舗以上)0.01%であった。米国での調査結果も同様の順番で、平均0.5%未満の信用保証を取っており、債権金額の大きい納入先には、個別に保険を掛けている。また、その保険料率には一桁から二桁までかなり大きな差がある。一方で、日本の医薬品卸は債権に保険を掛けていない。欧州についても同様である。

【表4】物流機能の比較

	日本	米国	英国	独国	仏国	
配送先軒数*	156,828	71,321*	18,311	21,551	22,561	
配送回数/日/軒	病院	1.6	1**	-	-	-
	薬局	2.3	1	2	3	2
配送要員の自社保有度	80~100%	0~20%	40~100%	40~80%	40~80%	
リードタイム*** (時間)	1.4	6~10	未回答	未回答	未回答	
在庫回転率/年	19.1	16.5	未回答	未回答	未回答	

* 「日常的な配送が行われている配送先数」の推定値であり、現在の延べ配送先数とは異なる
(国際委員会報告書第一弾「医薬品卸の機能別コストの国際比較」より再掲)

(国際委員会インタビュー調査結果)

** 一部の病院では1日2回配送の場合がある

*** 医薬品卸における最終出荷拠点から納入先までの平均リードタイム

(3) 地域需給情報収集機能

現在日本では約18,000人(2012年度日本医薬品卸売業連合会集計)のMSが、全国の医療機関と薬局を訪問している。^(文献4)これは、医薬品卸の訪問先が日本の全ての処方元と薬局を網羅していることを意味している。また、MSはその訪問により、副作用などの医薬品情報の提供・収集とともに、処方元が選択している医薬品の種類や数量を把握し、場合によってはその選択に関わる業務も行っている。これらのMSの活動を通し、各医薬品卸はその地域における医薬品の需要と供給の動向を日常的に把握している。このような機能を持つ組織は日本の医薬品卸のみである。

このことから医薬品卸は、新型インフルエンザや大震災などの有事の際には、地域における医薬品の供給に支障が発生しないよう、都道府県や地域の医師会・薬剤師会等と連携しており、緊急時の安定供給のための調整機能を有しているといえる。

(4) 処方元への製薬企業情報提供代行機能

日本の医薬品卸のMSは、日常的に医療機関を訪問し、診療所を中心とする医師や薬局の薬剤師へ医療用医薬品に関する情報提供を行っている。この活動は、医薬品卸の処方元に対する製薬企業情報提供代行機能として認知されている。

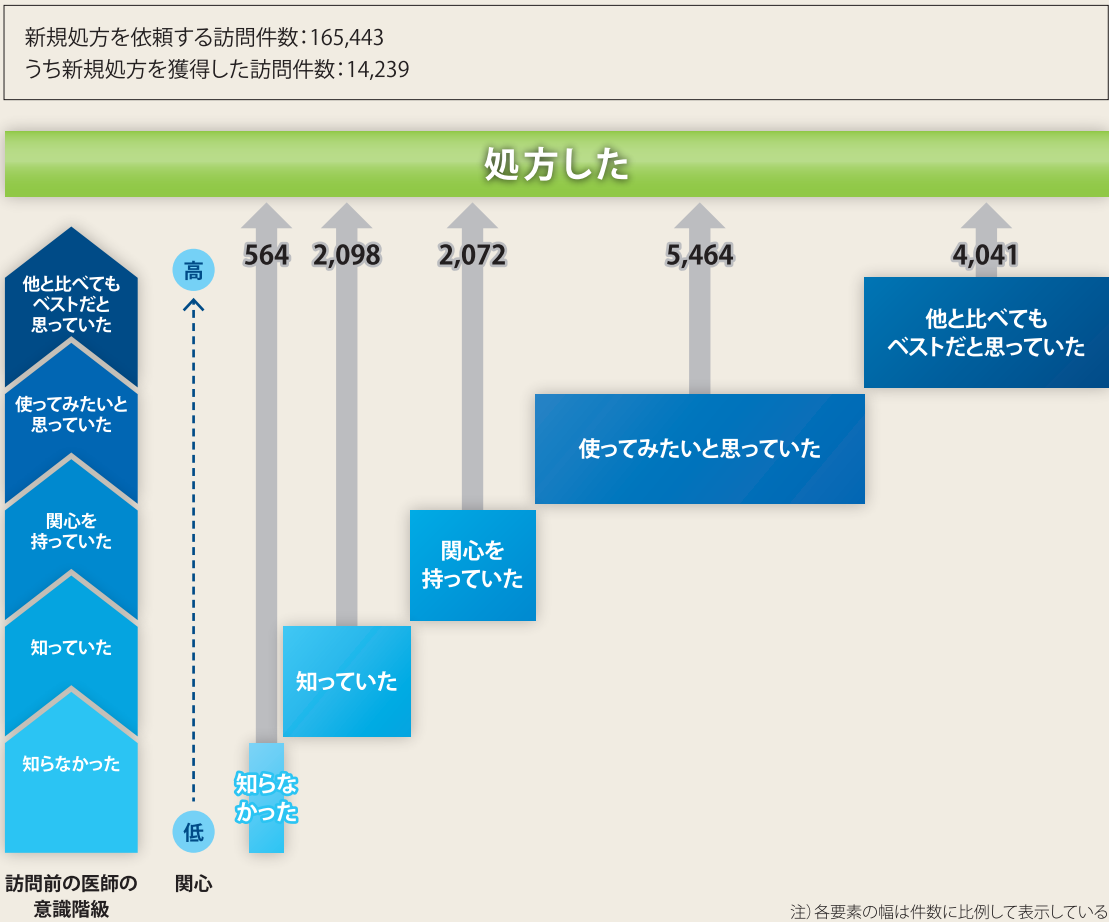
日本医薬品卸売業連合会から依頼を受けてクレコンリサーチ&コンサルティング(株)では、報告書第一弾「医薬品卸の機能別コストの国際比較」における同機能の検証を補足する目的で、2012年4月1日から2013年3月31日までの1年間、100床未満の医療機関に勤務する延べ29,768人の医師を14日サイクルに振り分けて再調査を行った。^(文献5)その結果、期間中における対象医師へのMSの訪問は延べ320,309件であり、このうち特定の医療用医薬品の新規処方を依頼する訪問件数は165,443件であった。この調査では、新規処方依頼の場合、医師はMSの訪問前のその製品に関する意識レベルを5段階で報告する。「知らなかった」が最も関心が低いレベルであり、「知っていた」「関心を持っていた」「使ってみたいと思っていた」の順に関心は高くなることを表す。「他に比べてベストだと思っていた」が訪問前において最も処方実施に近い意識レベルである。

【図1-1】はMSの販促を受けた製品を訪問後に新規に「処方した」ケースについて、その訪問前の医師のその製品に関する意識レベル別に内訳を表したものである。各要素の位置は意識レベルの段階を、幅は実際に処方した訪問件数を表している。新規処方依頼の訪問のうち、訪問後に医師がMSから販促の行われた医薬品を処方した件数が14,239件(新規処方依頼訪問の8.6%)あった。最も多かったのは「使ってみたいと思っていた」医師であるが、「知らなかった」「知っていた」などその医薬品への関心が比較的低かった医師からも、新規処方を獲得している。

【図1-2】は、特定の医療用医薬品を既に処方している医師のMS訪問後の処方動向を表したものである。MSの訪問が主に処方の継続や増量に大きな効果があり、処方を増量した訪問件数は26,617件と既処方医師に対する訪問総数154,866件の17.2%を占めた。一方で、処方量を減らしたというケースも2,321件(既処方医師訪問の1.5%)ある。これはMSの訪問により医師が処方の切り替えを行ったという可能性を示唆している。

■ 図1 MSの訪問による新規処方獲得と既処方医師の処方動向

【図1-1】新規処方を獲得したMS訪問件数（訪問前の医師の意識階級別）



【図1-2】既処方医師のMS訪問後の処方動向



(5) 医療機関・薬局向け付加価値サービス

欧米のみならず、日本においても医薬品卸の医療機関・薬局向け付加価値サービスの範囲は急速に拡大しており、【表5】の通り、在庫管理システムから顧客管理システムや安全性情報提供システムまで幅広く行っているのが特徴である。

また、米国では、急激に取扱量が増加している生物製剤に代表されるスペシャリティ医薬品専門の卸売事業が拡大している。スペシャリティ医薬品は、その他の医薬品に比べ温度管理等の取扱基準が厳格であるため、流通上のシームレスなトレーサビリティの実現を付加価値としている場合が多い。また、米国では、数多くの民間保険と公的保険があり、患者の支払能力の確認や償還手続きが複雑であるため、患者・医療機関(処方元)への償還手続きの支援サービスも提供している。

以上のことから日本の医薬品卸の機能範囲は諸外国とは明らかに異なるため、「卸」ノットイコール“Wholesaler”であることを理解する必要がある。

【表5】医療機関・薬局向け付加価値サービスの比較例

			日本	米国	英国	独国	仏国
在庫管理システム (自動在庫管理機能付棚等)	提供	病院	有	有	無	無	無
		薬局	有	有	無	有	無
	有償	病院	有	有	-	-	-
		薬局	有	有	-	有	-
顧客管理システム (診療予約システム等)	提供	病院	有	有	無	無	無
		薬局	有	有	無	無	無
	有償	病院	有	有	-	-	-
		薬局	有	有	-	-	-
情報提供システム (安全性情報提供等)	提供	病院	有	有	有	無	有
		薬局	有	有	有	無	有
	製薬企業からのフィー	有	未回答	有	-	有	

あくまでインタビュー調査対象企業(非公開)からの結果であり、各国におけるサービスの存在の有無とは異なる場合があります。

(国際委員会インタビュー調査結果)

4 まとめと提言

最後に今回の調査結果を踏まえ、今後の日本の医薬品卸の方向性に関する考察を行う。

当委員会第一弾報告書では、コスト分析の結果、一医薬品当たりの金額でみた場合、日本の医薬品卸の物流にかかる費用は他国よりも安く、金融機能に係る費用も妥当であることが明らかとなった。日本の医薬品卸では、他国にはない製薬企業の情報提供代行機能（販促機能）が診療所の処方決定に際し、有効に機能していることも証明された。（文献6）

今後、日本の医薬品卸が有する基本機能と販促機能を含むオプション機能の社会的意義やニーズはどのように変化していくと考えられるだろうか。そして、機能別コストの配分についてはどのように捉えるべきなのだろうか。

本報告書は、これらの点に対し多くの示唆を含んでいる。まず、英国を除き欧米の医薬品卸の多くは、固定費は物流センターまでであり、その先の配送やその他に係る物流費用は変動費の場合が多い。そのため、基本機能以外のオプション機能を増やすほどコストは増える。しかし、その部分に関しては機能とその価値を明確にして、対価を受け取ることでビジネスを成立させている。オプション機能に関して、欧米の医薬品卸は別会社を設立し行っている例が多い。

一方、日本の医薬品卸は配送までを自前で行う場合が多いため、固定費の比率が高くなる。この場合、機能が増えても一時的には固定費の中で吸収できるという利点がある。商品の選択者（処方元）と購入者（納入先）が異なる場合が多い特殊な医薬品流通において、全国約18,000人のMSが全医療機関・薬局と連携していることにより各地域の医薬品供給が保たれ、また、全医療機関・薬局に対して価格交渉を行っていることから、医療システム全体の維持・発展、そして、効率化に繋がっているといえる。また、日本に偽造医薬品がなく、不良医薬品の流通が最小限に抑えられているのは、医薬品卸が医薬品市場の秩序維持の機能を果たしているためである。

このように、日本の医薬品卸と欧米の医薬品卸とはその守備範囲が違うことから、固定費を単純に比較することは意味を成さない。日本の医薬品卸の基本機能は社会的に「インフラ」としての位置付けにもあると捉えられる。

また、約18,000人のMSによる医療機関・薬局への訪問を通じ、上記の日本特有の基本機能を果たすだけでなく、診療所を中心とする処方元の医薬品の選択に影響を与える機能を有していることが、処方元の視点からより明らかになった。このことも医療社会全体の効率化に寄与するものと考えられる。

日本の医薬品卸が、薬価基準制度の下、今後も果たすべき役割を發揮するためには、まず、本報告書において述べた①欧米では医療機関・薬局との取引においてコントラクト（取引を保障する契約）締結の習慣があること、②欧米では医療機関・薬局との取引において過去に遡っての値引きは存在しないこと、③欧米では仕入価格に関する製薬企業との単品ごとの交渉があることを参考に、医療機関・薬局及び製薬企業と共に商習慣の改善（流通改善）を進める必要がある。また、管理会計として取扱製品ごとの販売費及び一般管理費を含むコスト管理を推進し、正当な価格・マージンを証明することが求められる。

さらに、財政が逼迫している地域医療の質の維持・向上とコストの維持・減少を目的に、日本特有の医薬品卸の基本機能とオプション機能を、地域医療の視点でより有効活用できるように発展させる必要がある。

全ての医療機関・薬局に対して物流・金融・情報提供機能等を一貫して提供できることが日本の医薬品卸の特長であり、日本医薬品卸売業連合会としては、医薬品卸が災害時においても強固な社会インフラとしての機能を果たし、かつ、医療・医薬品産業全体の生産性向上に今後も更なる貢献ができるよう一層の努力をしてみたい。

参考文献

- 1) 医療経済研究機構、薬剤使用状況等に関する調査研究報告書（2011年3月）
- 2) 日本医薬品卸売業連合会、医薬卸連ガイド2012-2013（2012年1月）
- 3) 医療経済研究機構、医療経済研究機構レターNo.215、米国における医療Group Purchasing Organization (GPO)の現況（2012年12月）
- 4) 三村優美子、薬価制度と流通取引問題、医療と社会 Vol.21, No.2（2011年7月）

- 5) 日本医薬品卸売業連合会データ集（HP）
- 6) クレコンリサーチ & コンサルティング株式会社、MSコールデータベース（2012年度）
- 7) 日本医薬品卸売業連合会、医薬品卸の機能別コストの国際比較（2010年12月）
- 8) 厚生労働省医政局経済課、東日本大震災対応記録（2011年7月）



「医薬品の商取引の実態と医薬品卸の機能範囲についての国際比較」

2013年10月発行

— 発行 —

一般社団法人 日本医薬品卸売業連合会
〒103-0028 東京都中央区八重洲1-7-20 八重洲口会館

— 編集 —

クレコンリサーチ & コンサルティング株式会社
〒150-0002 東京都渋谷区渋谷2-12-15 日本薬学会 長井記念館

本書の全部または一部の複写・複製・転載を禁じます。
©2013 The Federation of Japan Pharmaceutical Wholesalers Association