

講演 1

# 平成26年度診療報酬改定と 薬価改定について

前公益社団法人  
日本薬剤師会副会長(前中医協委員)

## 三浦洋嗣



講演 1 では、前日本薬剤師会副会長の三浦氏に平成26年度の診療報酬改定や薬価改定などについてお話しいただいた。

中医協の委員も務めていた三浦氏は、平成26年度の診療報酬・調剤報酬の改定の概要とポイントを分かりやすく解説。在宅薬剤管理指導業務の推進や後発医薬品使用促進に向けた見直しが図られたことを紹介した。また、妥結率が低い保険薬局等の適正化を図るためのルールについて、その導入背景とともにポイントを説明した。その上で、未妥結問題への解決に向けて、卸の一層の取り組みに期待を寄せた。

■日時:平成26年7月8日(火)9:00~10:20 ■場所:東京ガーデンパレス「高千穂の間」

## 人口動態と社会保障の将来像

### ●人口ピラミッドの変化

本日は、平成26年度の診療報酬改定と薬価改定についてお話しします。

まず、日本の人口ピラミッドの変化について見てみましょう。1990年は19歳以下が3200万人おり、20歳~64歳の人口は6割強の7590万人でした。20歳~64歳人口の5.1人で65歳以上の方1人を支えていたのです。それが2010年には2.6人で65歳以上の方1人を支える構造になりました。さらに、団塊

の世代が後期高齢者になる2025年には、1.8人で1人の高齢者を支えていくことになります。

総人口を見ると、1990年は1億2300万人。2010年は1億2800万人で、これが2025年には1億2000万人になります。つまり、あと十数年で800万人減ってしまうわけです。さらに、団塊世代ジュニアが後期高齢者になる2060年には8600万人となり、いまから4000万人近くの人口が日本からいなくなってしまう。

まずは日本のこの人口減少をなんとか食い止めることが、喫緊の課題だといえましょう。今後も高齢者が増え続ける中で、それまで高齢者を支えてきた人たちが高齢者になったときに支えてくれる若い世代が激減している。そのような社会での仕組みをなんとかしなければならぬのです。

### ●社会保障・税一体改革の将来像

それでは、社会保障と税の一体改革の中で、いかに対応していけばいいのでしょうか。中医協でも議論されましたが、社会保障制度改革が必要とされる背景には、高齢者への給付が相対的に手厚く、現役世代の生活リスクに対応できていないとの問題意識があります。貧困の問題や格差拡大への対応などが不十分であり、社会保障費の多くが赤字国債で賄われ、負担を将来世代へ先送りしている問題があります。そこで、共助・連帯をベースに国民一人ひとりの自立を促進していくことが考えられますが、具体的にどうするかはこれからの政策に委ねられることになります。

診療報酬改定もその1つで、医療や医薬品に関わっている私たちには極めて大きな影響をもたらすこととなります。それだけに、私たち自身も具体的に声を上げていく必要があります。その場合、私の経験では、一個人が声を上げたとしても政策にはなかなか活かされません。できるだけ大きな組織で声を大きくし、タイミングよく、強く訴えていかなければならないと感じています。

### ●在宅医療の方向性

次期診療報酬改定における社会保障・税の一体改革の基本的な考え方を見ると、病床の機能の明

確化を図ろうとしていることが分かります。病床の機能に合わせた評価では、長期入院の適正化と平均在院日数の短縮が図られようとしています。それに加え、外来医療の機能分化の推進に向けた主治医機能の評価と、在宅医療の推進が打ち出されています。在宅医療はこれまでも何度も言われてきており、どういう方向に進むのかは皆さんも非常に関心のあるところだと思います。

現実問題として、費用の問題があります。例えば、要介護者を家族が在宅で見る場合、大都市部で高齢者が増え、地方で人口が減っていく中で、医師や看護師、薬剤師、ケアマネジャーが訪問する仕組みをどこまで維持できるかは、かなり厳しい状況にあるのではないかという気がします。

そのような中で、人口1万人程度の中学校区を1つの単位とした地域包括ケアシステムを構築しようと考えられており、そういう方向に向かうことは間違いないでしょう。

## 平成26年度の診療報酬改定

### ●平成26年度診療報酬改定の基本方針

ここで、平成26年度の診療報酬改定の基本方針を見てみましょう。その中で、私たちに関係するものでクローズアップされるのは、効率化余地がある分野を適正化する視点として、①後発医薬品の使用促進、②長期収載品の薬価の特例的引き下げ、③平均在院日数の減少に向けた社会的入院の是正、④医薬品・医療機器の適正な評価、⑤大規模薬局の調剤報酬の適正化、が挙げられます。また、消費税率8%への対応も挙げられており、この基本方針に基づき中医協で議論されることになります。

そして、2025（平成37）年に向けて医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実などに取り組むとされました。

### ●今回の全体改定率

今回の全体改定率は、+0.10%となりました。こ



調剤報酬の改定のポイントを話す三浦氏

の改定率は100%政治マターですが、自民党の国会議員による薬剤師議員問題懇談会に働きかけ、医科1に対して調剤は0.3ということを強く主張しています。技術料を比較すると薬が75%近く占めていることを根拠に説明しているわけです。

そして今回はここに、1.63%の消費税マイナス分があります。改定率は+0.10%なので、実質的には-1.62%となりますが、表向きには3回連続のプラス改定となりました。

調剤の改定率は+0.22%で、消費税率引き上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分として+0.18%となっています。ですから実際に上がった分は、+0.22%ではなく、0.04%なのです。

## 平成26年度の調剤報酬改定

### ●在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

そこで、平成26年度の調剤報酬改定の概要を見てみましょう。

調剤報酬では、①在宅薬剤管理指導業務の一層の推進、②薬学的管理及び指導の充実、③後発医薬品の使用促進策、④調剤報酬における適正化・合理化、⑤消費税率8%への引き上げに伴う対応、などが挙げられています。

在宅薬剤管理指導業務では、在宅療養を支援する薬局における基準調剤加算の見直しとして、今回、「基準調剤加算1」と「基準調剤加算2」がそれぞれ引き上げられました。これは、調剤基本料のほかに、例えば、24時間対応などによって加算

されるものです。特に、自局単独で24時間調剤体制を整備した場合の「基準調剤加算2」は点数が3倍となっています。

それから、在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直しによる適正化が図られました。この指導料は、在宅医療を担う保険薬局を確保するため、保険薬剤師が患者さんの自宅を訪問して薬をきちんと飲んでいるかなどを指導した場合、保険薬剤師1人につき1日5回に限り算定するものです。その指導料が、同一建物居住者以外は500点から650点に引き上げられる一方で、同一建物居住者の場合は350点が300点に下げられました。

今回はもう1つ、無菌製剤処理加算の対象範囲の評価・見直しが行われました。無菌調剤室を借りて無菌調剤を行った場合の算定要件が緩和されるとともに、医療用麻薬も無菌製剤処理加算の対象とされ、さらに、技術と時間を要する乳幼児用に対する評価が新設されました。

また、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正による適正化も図られ、保険薬局等が事業者等に対して金品を提供し、患者さんを誘引することが禁止されました。もう1つは、基準調剤加算の中で、24時間及び在宅患者に対する薬学的管理指導をきちんと提供することの要件が明確化され、ルールが厳格化されました。

### ●薬学的管理及び指導の充実

薬局における薬学的管理及び指導の充実では、お薬手帳の問題が議論され、お薬手帳を交付しない場合、点数が減らされました。平成22年度改定まではお薬手帳と薬剤服用歴は別になっており、30点と15点でしたが、薬の重複投薬を防ぐなど必要性が認められ、平成24年度改定で一緒になりました。

先の東日本大震災では、お薬手帳を持っている人といない人では、その対応で大きな違いが生まれました。避難所や救護所において、お薬手帳を持って避難された方々は、救護所にある限られた薬の中から必要な薬をお渡しするときに大いに役に立ったのです。そのときの皆さんの献身的なご協力には、改めて感謝を申し上げます。

そのように役に立つことを一生懸命PRしているのですが、20代、30代などの中には、お薬手帳の必要性を理解されない方もおられます。それでも薬局は説明しなければならないのですが、次第に説明しない薬局が増えていきました。そのような状況を踏まえ、実際に説明していないのにお金を取るのかということになり、お薬手帳を必ずしも必要としない患者さんに対する薬剤服用歴管理指導料の評価が見直されたわけです。お薬手帳を交付しない場合は、従来の41点が34点になります。

### ●後発医薬品の使用促進策

後発医薬品の使用促進については、「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」が策定され、平成30年3月までに後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品をベースとした数量シェアを60%以上とする目標が定められました。

後発医薬品の使用促進策としては、調剤体制加算の要件の見直しと一般名処方における後発医薬品選択の明確化が図られました。

後発医薬品調剤体制加算の要件の見直しでは、それまで後発品の数量シェア30%を目指していたときは、22%以上は「加算1」で5点、30%以上は「加算2」で15点、35%以上は「加算3」で19点でした。中医協では1号側委員から「後発品数量シェア30%を目指すのに22%を評価するのはおかしい」という指摘を受けていました。

そのときの指標は、全医薬品を分母にした後発医薬品のシェアでしたが、今回は、「後発医薬品がある先発医薬品+後発医薬品」を分母にした後発医薬品のシェアが指標となりました。つまり、長期収載品とジェネリックが分母になりましたので、変更不可ではない処方箋では薬局の努力によってある程度、後発医薬品のシェアを高めることができます。そういうこともあって、55%以上は「加算1」で18点、65%以上は「加算2」で22点という2段階の評価になりました。

また、後発医薬品調剤体制加算の施設基準として「新指標のカットオフ値」が新たに設けられました。例えば、後発医薬品のない先発医薬品が主流の先進的な医療機関に隣接する保険薬局のよう

に、調剤割合に極端な偏りがある保険薬局については、新しい指標になったことで後発医薬品調剤体制加算が受けられやすくなることも考えられます。その適正化を図ろうと導入された基準です。

後発医薬品に替えられない先発医薬品の処方箋の患者さんが大部分の調剤薬局において、わずかな後発医薬品に替えられる処方箋の患者さんの6割を替えれば後発医薬品調剤体制加算が算定できるとなると、公平性を欠くことにもなり兼ねないということで、このカットオフ値が設けられたわけです。

具体的には、当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であることとされました。

一方、一般名処方における後発医薬品選択の明確化では、一般名処方が行われた医薬品については、原則として後発医薬品が使用されるよう、患者さんに対して後発医薬品の有効性、安全性、品質について懇切丁寧に説明し、後発品を選択するように努める旨を規定するとされました。一般名で書いてあれば、後発医薬品を積極的に患者さんに説明しなさいという話ですが、一般名処方は処方箋料として医科の方に2点追加になります。

そして、一般名処方が行われた医薬品について、後発医薬品を調剤しなかった場合には、患者さんが先発医薬品を希望した、薬局に在庫がなかったなど、いろいろな理由があるでしょうが、その理由を調剤報酬明細書の摘要欄に記載することになりました。しかし実際には、替えにくいものもあります。例えば、長年その薬を飲んでいて、金額もほとんど変わらず、一部負担金が同じだったりする医薬品などです。あるいは、湿布で後発医薬品に替えたけれども、すぐはがれてしまったので元に戻してほしいという場合もあります。なかなか難しい面はあるものの、国の財政を考えると後発医薬品使用の方向へ進めていくのがこれからの流れであるということです。

### ●調剤報酬における適正化・合理化

#### ①大規模な薬局の調剤基本料等の見直し



三浦氏の話に耳を傾ける聴講者

調剤報酬における適正化・合理化については、大規模薬局に関する適正化の話があり、調剤基本料の特例の見直しが行われました。その結果、処方箋受付回数が月2500回超かつ集中度90%超の薬局は、調剤基本料の特例の適応対象に追加されることになりました。ただし、特例になったところでも24時間開局する場合は除外されます。

この特例については、そもそも調剤基本料に段階があること自体おかしいのに、それをさらに増やすのかという指摘がありました。ただ、これは段階を増やしたわけではなく、対象となるところを増やしたということなのです。これまでは処方箋4000回超かつ集中度70%超が調剤基本料の特例の対象でした。近隣に大きな医療機関があり、その処方箋を一手に受け付けていると、1枚の処方箋に何種類も高額な薬剤が書いてあることも少なくなく、効率がいい。5万4000軒ある薬局全体の約1%程度が該当していたわけですが、その薬局は特例として40点の調剤基本料が24点とされていました。

今回、月2500回超かつ集中度90%超の薬局となったことで、さらに2%くらいが該当することになるので、合わせて全体の3~4%くらいが該当することになると思います。傾向としては、いわゆる大手の調剤チェーンが該当するようになるということです。なお、今回消費税分が上がったことに伴い、調剤基本料は従来40点が41点、特例は24点が25点になりました。

なお、24時間開局と24時間調剤の違いについて説明すると、24時間調剤とは、当該担当者及び当

該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項について、事前に患者さんやその家族などに説明の上、文書を交付していることが要件となります。一方の24時間開局、正確にいうと調剤基本料特例除外の24時間開局なのですが、これは保険薬剤師が当直を行うなど、保険薬剤師を24時間配置し、来局した患者さんの処方箋を直ちに調剤できる体制を有していること、そして客観的に見て24時間開局していることが分かる表示などを行っていることが要件となります。

## ② 妥結率が低い保険薬局等の適正化

妥結率が低い保険薬局等の適正化も図られました。医薬品価格調査の障害となるため、毎年9月末日までに妥結率が50%以下の保険薬局及び200床以上の病院については、基本料の評価の適正化が図られ、保険薬局においては調剤基本料が通常41点が31点に引き下げられることとなります。

この妥結率が低い保険薬局の適正化を行う背景には、20店舗以上のチェーン店の妥結率が著しく低いということで、大手調剤チェーンへの対応を図る必要があるということがありました。

そのため今回の改定では、医療経済実態調査の中で、薬局の規模、何軒のチェーンなのかも調査しています。流通改善懇談会では20軒という区切りがあったものの、いままでそういう調査を行ったことがなかったため、適正化に向けた仕組みをどういう形にするのかについては相当悩みました。

例えば、20軒以上の調剤チェーン店で調剤基本料を変えるのは基本的に無理ではないのか。なぜなら、保険薬局は一軒一軒がそれぞれの地域で保健所から許可を得、地方厚生局から保険の指定を受けて開局しているからです。それぞれに管理薬剤師がいて業務しているわけで、20軒以上だからという理由で、妥結率が低い場合の調剤基本料の評価を下げるのは難しいという話がありました。

結局、今回は保険薬局や一定規模以上の医療機関で妥結率が50%以下の場合、調剤基本料あるいは初再診料の評価が引き下げられる形になりましたが、これは完成された仕組みではありません。当然、次期改定で議題に上ると思います。今回の診療報酬で改定された部分は、必ず中医協の検証

部会で検証され、議論されます。その結果、改善の余地があれば、再度変わる可能性が十分あります。特に未妥結・仮納入の問題については、今回、短時間でこのような評価を引き下げる制度が出てきたこともあるので、これについては次回、卸の皆さんも団体としてのお考えをきちんと述べられるべきだと思っています。

確かに価格交渉によって医薬品の価格が下がると、結果的には国の財政の負担も減り、国民の負担も減るわけですから、悪いことだとは思いません。価格交渉して少しずつ医薬品の値段が下がっていき、新たな薬が出てくる仕組みは、私は間違っていないと思います。しかしながら、具体的な問題については、今後まだまだ議論されるべき余地が少なくないのではないのでしょうか。

### ●消費税率8%への対応

次に、消費税率8%への引き上げに伴う対応ですが、先ほども少し触れましたが、調剤基本料の40点が41点、調剤基本料の特例の24点が25点になります。

また、新設された調剤基本料の妥結率特例は31点（そのうち消費税対応分は1点）、調剤基本料の特例の妥結率特例は19点（そのうち消費税対応分は1点）などとなっています。

## 薬剤関連の診療報酬改定

### ●病棟薬剤業務実施加算の充実

続いて、平成26年度の薬剤関連の診療報酬改定の概要について触れてみます。

まず、チーム医療の推進に向けて、病棟薬剤業務実施加算の充実が図られました。これは前回改定で出てきたときは、療養病棟と精神病棟には認められないと1号側委員に言われましたが、なんとか4週間を限度に認めてもらった経緯があります。それを今回、8週間を限度にしてほしいとお願いしました。

というのは、療養病棟や精神病棟において入院後4週間で降も病棟薬剤業務を実施しているかを調べたところ、算定できなくても86%以上が行っ

ているという結果が出ました。医師に対する調査でも、「病棟に薬剤師が配置されている医師にとって、病棟薬剤師業務は継続して必要な業務と考えるか？」という質問に対し、療養病棟または精神病棟では89%以上、一般病棟でも88%以上が必要だと回答しました。

そのようなこともあって、今回、「入院した日から起算して4週間を限度とする」とされていたのが、「入院した日から起算して8週間を限度とする」となりました。

### ●在宅患者訪問薬剤管理指導の要件統一

チーム医療の一環としては、薬剤師による在宅患者訪問薬剤管理指導が一層求められることを踏まえて、診療報酬と調剤報酬の在宅患者訪問薬剤管理指導の算定要件が統一されました。

具体的には、医療機関の薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合、同一建物居住者以外の場合と同一建物居住者の場合を合わせて月2回に限り算定するとされていましたが、調剤報酬に揃えて、同一建物居住者以外の場合と同一建物居住者の場合を合わせて患者1人につき月4回、薬剤師1人につき1日5回に限り算定することになりました。

### ●DPC制度の見直し

DPC制度（急性期入院医療の定額報酬算定制度）の見直しも行われ、機能評価係数の見直しとして、後発医薬品の指数が新設されました。

また、算定ルール等の見直しとして、入院時持参薬の取り扱いで、入院前に外来で処方して患者さんに持参させる事例などに対応するため、予定入院の際に入院の契機となった傷病に対して用いる持参薬については、入院中の使用を原則禁止することとされました。

### ●うがい薬だけを処方する場合の取扱い

医療費適正化の観点から、うがい薬だけを処方する場合の取扱いも明確化されました。治療目的でなく、うがい薬のみが処方される場合については、当該うがい薬にかかる処方料、調剤料、薬剤

料、処方箋料は算定しないことになりました。

### ●診療報酬改定に係る答申書附帯意見

ところで、平成26年度診療報酬改定には、同改定に係る答申書附帯意見というのがあります。この附帯意見の中に、「後発医薬品の使用促進策、いわゆる門前薬局の評価の見直し、妥結率が低い保険薬局等の適正化等の影響を調査・検証し、調剤報酬等の在り方について引き続き検討すること」と記されています。

つまり、妥結率が低い保険薬局等も含めて、適正化等への影響を調査・検証するということであり、皆さんもぜひ声を大にして問題点をご指摘いただければと思います。

また、「残薬確認の徹底と外来医療の機能分化・連携の推進等のため、処方医やかかりつけ医との連携を含めた分割調剤について引き続き検討すること」と記されています。これはどういうことかという、今回、分割調剤という案が大規模薬局についての話の中で出てきました。大きい病院にかかるのと隣の薬局に行くケースが多くなり、ここでは例えば、90日分投薬といった長期処方が多くなっています。そうすると3か月間病院や薬局に行かなくなるわけで、それをどうしたらいいのかという中で、30日分ずつしかもらえないようにすればいいのではないかとの話が出たのです。少し乱暴な発想ですが、地元に戻り、自分の家や会社の近くの薬局で定期的にもらうようになります。そういう方向にしようという話だったのですが、そもそも長期投薬する医師のほうが悪い、逆紹介で戻さないからそういうことが起こるのだ、という話になり、外来医療の機能分化・連携の推進の観点から、処方医やかかりつけ医との連携を含めた分割調剤について引き続き検討することとなったわけです。

### ●がん患者指導管理の充実

緩和ケアを含むがん医療の推進に向けては、今回、がん患者指導管理の充実が図られ、薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の指導管理の評価が新設されました。

抗癌剤の処方を受けた患者さんが抗癌剤を服用してどうだったかを薬剤師に話し、その薬剤師が情報をきちんと医師に伝えた上で診察すると、患者さんの薬に対する認識がより深まることや医師の負担軽減が図られることから、評価がつくようになったわけです。

## 薬価制度改革のポイント

### ●新医薬品の算定

次に、平成26年度の薬価制度改革のポイントについて触れます。

まず、新医薬品の算定についてですが、外国平均価格調整の適用範囲の見直しとして、調整の対象要件を外国平均価格の「1.5倍を上回る場合」から「1.25倍を上回る場合」に変更した場合の算定式への影響が検討課題となっていました。

それから、外国平均価格の算定方法の見直しも課題となっていました。例えば、外国価格で150円、400円、500円があった場合、これまでは最高価格が最低価格の5倍を超えない場合は、全部足して割ったものを外国平均価格としていましたので350円でした。その5倍を超えないを3倍を超えないとし、3倍を上回る場合は除外して残りの価格の平均にするという話です。そうすると、例示のケースでは、500円は150円の3倍を超えるので除外され、150円と400円の平均の275円が外国平均価格となります。

原価計算方式におけるイノベーションの評価についても、その範囲を拡大しようということになっています。評価範囲を拡大するため、平均的な営業利益率の±50%だったものを、上限を+100%に引き上げ、-50%～+100%の範囲内の値とするとされています。

世界に先駆けて日本で承認を取得した場合の評価については、画期性加算もしくは有用性加算(I)が適用される新薬を対象として、市場性加算(I)と同様の10%の加算を導入することとするとされました。

### ●後発医薬品の算定

後発医薬品の算定については、これまでは新規の後発医薬品は先発品の7掛け、銘柄数が10品目以上の場合は6掛けとされていましたが、それがそれぞれ6掛けと5掛けになりました。

一方で既収載後発医薬品の薬価の改定については、これまでは30%を超える品目群は3%刻みで統一価格、20%~30%は統一価格、20%以下は統一名称・統一価格で、多数の価格帯になっていました。それを、50%以上の品目は統一価格、30%~50%未満は統一価格、30%未満は統一名称・統一価格とされ、3段階の価格帯に統一されました。

### ●長期収載品と新薬創出加算

長期収載品については、後発医薬品への置き換えが課題となっており、中間とりまとめでは、「市場実勢価格を反映することを原則とするが、一定期間を経ても後発品への適切な置き換えが図られていない場合には、特例的な引き下げを行い、薬価を見直すルールを導入する」とされました。

それを受け、特例的な引き下げ（Z2）を行うことになりました。後発医薬品が薬価収載されてから5年経過した後の最初の改定以降において、後発医薬品に置き換わっていない個々の医薬品が対象です。適切な置き換え率はロードマップの60%とし、特例的な引き下げ幅は、後発医薬品置き換え率20%未満の先発品は2.0%、40%未満は1.75%、60%未満は1.5%とされました。

新薬創出・適応外薬解消等促進加算については、一定期間に適切な置き換えがなかった場合には、先発品の薬価を引き下げるルール（Z2）を導入すること、引き続き「真に医療の質の向上に貢献する医薬品」の国内研究・開発について確認・検証すること、当該加算の対象品目のあり方についても検討すること、とされました。

最後にもう1つ、診療報酬や薬の価格を評価するに当たり、費用対効果という考え方の議論が始まりました。今回の中医協では試行的に医薬品も数品目はその対象に入っているということをつけ加えさせていただきます。

以上で終わらせていただきます。ご清聴ありが



資料を示しながら説明する三浦氏

とございました。

## 質疑応答

**質問** 今年の価格交渉を難しくしている要因として、消費税の問題に加え、未妥結減算の問題があります。早く決めたいから卸が仕掛けたのではないかと話されるお得意先もいます。実際の中医協の場では、どのような議論があったのかを教えてくださいませんか。

**三浦** 未妥結減算についての具体的な話は、報道されていること以上のものではありません。背景には、厚生労働省医政局経済課において、以前から未妥結・仮納入の問題には真剣に取り組まれていることがあります。

未妥結・仮納入の問題は、皆さんにとりまして長年の課題であったと思います。流通改善懇談会の緊急提言でもその解決が求められたにもかかわらず、なかなか進まない状況にあります。待たば待たば安くなるという考えが拭い切れないことが、その要因となっているのではないのでしょうか。ですから、卸の皆さんも、ユーザーやメーカーに対して、もう少し強い姿勢で臨んでいくことも大事ではないかと思えます。