

論文

小売業態の動態的変化と流通制度 —ドラッグストア業態の成立と変容過程を 中心として

三村 優美子

キーワード

小売業態
チェーンストア
医薬品販売制度
医薬分業と薬局
ドラッグストアの業態分化

目次

1. 小売業態とは何か
 - (1) 変化適応モデルとしての小売業態
 - (2) 日本的小売業態の特性
—規模の経済と速度の経済
2. 医薬品販売制度と薬局の変質
—日本のドラッグストア登場の背景
 - (1) 医薬品の販売制度と販売業の要件
 - (2) 医薬分業と薬局機能の低下
3. ドラッグストアの業態分化と進化の可能性
 - (1) 薬局制度の改革とドラッグストア
 - (2) 顧客起点と地域密着のドラッグストア業態
4. 結びにかえて

1. 小売業態とは何か

(1) 変化適応モデルとしての小売業態

1990年代以降の日本の小売業は成長性を大きく低下させている。それは、人口減少と少子高齢化、消費の成熟化とサービス化（モノ離れ）によって小売業をめぐる市場条件が悪化していることがある。そこでは、限られたパイをめぐる厳しい競争が展開されており、小売業全体の収益は悪化している。これに加えて、ネット販売の伸長は店舗小売業の基盤を縮小させつつある。百貨店や総合スーパーの不振は深刻であり、食品スーパーやコンビニエンスストアにおいても企業間の明暗が開いている。その結果、小売業全体で上位集中化（寡占化）の傾向が顕著であり、明らかに（店舗）小売業の活力は低下している⁽¹⁾。

小売業の動態については、1970年代までは業種別・規模別構造の分析が中心であった。これは小売業の大半が未組織の中中小売業であったことによる。また、百貨店や総合スーパーなど大型小売業においても、消費市場が拡大を続け売上げが伸びている状況において経営的発想は弱かったといえる。1970年代までは、取扱商品分野（業種）ごとの市場条件（成長分野か否か）に小売業の在り方は大きく規定されていた。

このことが変わり始めたのが1980年代である。1980年～1981年、総合スーパー企業の経営不振が表面化するとともに“スーパー冬の時代”という言葉が巷に流布されるようになった⁽²⁾。それは、それまで順調に拡大を続けていた総合スーパー企業が初めて直面した経営の危機であり、人件費や販売費などのコスト削減、店舗の閉鎖、買収や合併、新市場分野の開拓など様々な対応策が試みられている。この“危機”の時期からの約40年の経過を振り返ってみるならば、まさにそれは、1990年代～2000年代に生じた構造変動の入り口に過ぎなかったといえる。ただし、このとき初めて小売業の動態を捉えるために小売経営的視点の重要性が認識されたのである。そして、そこで見出された概念が「小売業態」であった⁽³⁾。

小売業態は学術的に定義されて成立したものではない。経営多角化を目指す総合スーパー企業（ダイエー）の経営現場の感覚をうまく表現する言葉として生まれ、流通関係者の間に急速に広まったものである。当初、業種（kind of business）に対応する概念として位置づけられ、営業形態（type of operation）を短縮して“業態”と通称されるようになった。この言葉が急速に浸透したのは、日本の小売業の動態をよく捉える便宜的な表現であったことによる。このことは、この言葉が厳密に定義されることなく、多様な場面でそれぞれの解釈によって用いられてきたことから分かる。多様な解釈を許したことが浸透した理由でもある。

まず、小売業態は小売形態（店舗形態）と同義で使われてきた。小売店舗は、立地、売場面積、品揃え（フルラインか限定ラインか、食品と非食品比率）、価格水準、販売方法（対面かセルフサービス方式か）、販売促進、顧客サービス水準を組合せ（小売ミックス）して形成されている。その意味で多様な小売形態が成立しうるが、取扱商品の特性や商圈特性によって成立可能ないくつかの形態に収斂している。中・小型店舗については、食品比率が店舗形態のあり方を強く規定している。また、大型店舗については、品揃えのあり方（フルライン、買回品の取り扱い）が商圈の広がりを規定する。

これらは一種の経験則であるが、中・小型店舗においては、食品スーパー、ミニスーパー、コンビニエンスストア、ドラッグストアが、また大型店舗においては、百貨店と総合スーパーが成立している。そして、これらの小売形態がそれぞれ独自の“市場分野（業界）”を形成したのである。

ただし、小売形態はあくまで分類の概念である。また、百貨店法（後に大店法）において規制対象の店舗面積（1500m²超、大都市では3000m²超）が設定されたことで、小売形態には制度的要因も関係しているが、そこには企業の経営行動の観点は含まれていない。

1980年代には小売形態と小売業態の用語が混在して使われていたが、次第に小売業態の使用が一般的となった。その理由は、小売業態は小売形態を前提としながらも経営戦略的な意味が付加されているためである。小売業態は“業界”を構成するとともに、そこで事業展開している有力企業間の競争構造が捉えられている。小売ライフサイクル論の考え方に依拠するならば、成功した小売業態は模倣されその市場分野に新規参入が続いていく。そして、当該小売業態によって生み出された市場も成長が鈍化することで競争が激化し、その中で合併や買収による再編成や小売業態の改良・修正が行われる。やがて同一業態内競争から新たに登場してきた異業態間競争へと競争軸は移行していくことになる⁽⁴⁾。

この小売ライフサイクル論は、特定の小売業態の成功を通して成長し、（業態内および業態間）競争の中で成熟（飽和）かつ凋落するという盛衰サイクルを繰り返してきたアメリカの大型小売業の動態をよく表現している。1980年代初め、急成長を遂げ小売業第1位となったダイエーが収益を悪化させたとき、その主原因として指摘されたのは、経営の基軸である総合スーパー業態の競争力低下と陳腐化であった。つまり、小売業態は小売経営を成立させる基軸であり、小売経営（事業）モデルである。それと同時に、小売ライフサイクル論が示唆するように、小売業態には小売経営の論理を超えてそれ自体に盛衰メカニズムが組み込まれているように思われる。それは、小売業態が独自の事業モデルのもとでそれ固有の市場分野を形成していくためである。その市場内部において展開されるのが同一業態内競争であり、市場拡大の限界に達したときオーバーストア（過当競争）に陥る。小売業態の衰退は、独自に形成された市場の枠組みが溶解し他業態に侵食されることによる。例えば、日本で最も成功した小売業態はコンビニエンスストアであるが、それは、長時間営業、立地の利便性、日常生活品の品揃えという業態特性に基づき、“コンビニエンスストア市場（業界）”を形成し成長してきた。さらにその過程で、何度か小売業態の再定義を行うことで市場を拡大させている。コンビニエンスストアの成功は、完成度の高い経営モデル（仕組み）を構築したことに加えて、それを修正し（ときに破壊して）環境変化に適応していく経営行動にあったとみることができる⁽⁵⁾。

小売業態は、安定的に持続していくものではない。むしろ市場変化、競争変化、そして制度変化という外部環境変化を受けた相互作用の動的過程を捉える概念というべきである。小売業態は、小売業の環境変化への適応モデルと捉えると実態がよくみえてくる。日本において小売業の動態を表現する概念として浸透したのは、常に変化していく市場への適応という小売業の本質をうまく捉えているためである。したがって、今日の日本の（店舗）小売業の活力低下は、既存の小売業態の環境変化への不適応と考えることができる。

(2) 日本的小売業態の特性—規模の経済と速度の経済

総合スーパー、食品スーパー、コンビニエンスストア、ドラッグストアは、1960年代以降の日本で成立した代表的小売業態である。いずれもアメリカに原型があるが、日本で独自の論理に依拠して発展したものである。共通しているのは、セルフサービス方式の採用と、本質的に大量販売業態ということである。一方で、大きな違いはチェーン・オペレーションのあり方にある。(日本の有力CVS企業はいずれもFC方式を採用しているが、ここでは広義のチェーンストアに含めて論じることにはしない)

先述したように、小売業態は店舗形態の次元と経営の仕組み (type of operation) の次元の二つが組合されている。アメリカにおいてはこの二つは不可分であり、小売業態は標準化された店舗をチェーンストアとして運営するものである。ただし、日本においては厳密な意味でのチェーン・オペレーションは採用されなかった。むしろ、商品調達、品揃え、物流の各機能を卸に依存して成長したのである。チェーンストアの本質は“卸排除”であるが、日本においては“卸有用”となった。その理由は次のように説明することができる。

第一に、日本の消費市場の地域性と多様性である。中小小売業の多数・分散的構造のもとで多頻度小口 (少量) の買い物行動が定着していた。また、小売競争は価格だけでなく、品質、品揃え、サービスなど多様な次元で展開されている。店舗標準化のためには店舗形態を定義し品目を絞りこむことが基本となるが、日本においては品目数を増やすあるいは頻繁な入れ替えが求められる。このような市場特性の下では、厳密なチェーン・オペレーションは困難であり、卸の介在による中間段階での柔軟な調整が必要であった。卸売業者もこれをむしろ機会ととらえ、卸機能の高度化を進めたのである。

第二に、店舗の標準化を困難にしたもう一つの理由として立地条件がある。これは、大規模店舗を展開した総合スーパーに関連して特に指摘されたことである。当初、総合スーパーは既存の商業集積に立地していたため道路事情や敷地スペースなどの地域事情に制約されていた。郊外型店舗が中心となった1980年代、各地の大型店出店反対運動はもとより、地価や土地利用の面で郊外立地にも制約が大きかったのである。

第三に、日本でチェーンストアが本格的な発展を開始した1960年代には、既に加工食品や日用雑貨などの有力消費財メーカーが独自の販売経路を完成していた。これは、消費財メーカーが既存の卸売業者を代理店・特約店として編成したものであり、一般に流通系列化と呼ばれている。チェーンストアがその仕入れ交渉力を発揮するようになるのは1980年代である。ダイエーと有力消費財メーカー (花王、松下電器など) との対立が世間の注目を集めてはいたが、流通段階を秩序づけていたのは有力消費財メーカーであった。まだ脆弱な存在であったチェーンストアにはメーカーの流通秩序を超える力はなく、代理店・特約店からの仕入れを行ったのである。

1980年代以降、徐々に消費財メーカー主導の流通秩序は後退していくが、そのことはむしろ卸売業者の立場を強化したように見える。加工食品卸や日用雑貨卸が激しい再編成を繰り返して大規模化していくのは1990年代であるが、1980年代には既に有力卸はメーカーの流通系列化からの自立を目指していた。それは、物流・情報システム整備から始まり、品揃えの拡大 (フルライン化) へと進ん

なのである⁽⁶⁾。1980年代は、環境変化適応という視点からは小売業（特に総合スーパー）よりも卸売業の方が積極的であった。また、この時期は、食品スーパーやドラッグストアが本格的に成長を始めた時期である。加工食品卸そして日用雑貨卸が、これら新小売業態の成長に先駆けて卸機能の整備を行っていたことは看過すべきではない。

このように卸の介在を前提としたチェーン・オペレーションに特徴づけられる日本の小売業は、“日本的小売業態”と呼ぶことができる。それは、徹底した標準化と硬い垂直統合システムを特徴とするアメリカのチェーンストアに対して、地域や商圈事情に合わせた非標準化と卸売業者との協働による柔軟な仕組みを特徴とする日本のチェーンストアということができる。当然のことながら、日本の仕組みには長所と短所がある。

長所は、先述したように消費市場の多様性と立地の制約に柔軟に適応できるということである。また、商品調達、品揃え、物流を卸に外部化することにより、本部機能を軽くすることが可能であった。短所としては、流通コストのコントロール力の弱さと規模の経済の発揮が限定されることである。これは、仕入れコスト削減には店舗と品揃えの標準化が不可欠なためである。また、日本の卸流通特有の取引慣行・取引条件問題がチェーンストア取引にも波及することになった。返品、リベート、協賛金などは、長期取引関係を前提とした暗黙のルールであったが、それは効率性と合理性を本質とするチェーンストアの論理とは矛盾する。その矛盾が取引の歪みとなって、大型小売業者による“優越的地位乱用”として表面化したといえる。複雑な取引摩擦を内在させた仕組みである⁽⁷⁾。

日本のチェーンストアは、流通近代化の思潮のもとでアメリカのチェーンストアを理想としていた。それゆえ、卸無用が実現せずむしろ卸依存（卸有用）の成長を遂げたことは、中小零細性、迂回性、複雑性を特徴とする日本的流通の“遅れ”と捉えるのが一般的であった。総合スーパーの経営不振は、まさにチェーンストアとしての“未熟さ”によると考えられたのである。しかし、1980年代後半のコンビニエンスストア・チェーンの成長は、日本的仕組みの独自性を認識させることになった。それは、硬い垂直統合型システムを軸に“規模の経済”を追求するアメリカのチェーンストアに対して、納入業者との協働を前提とした柔軟な仕組みを軸として“速度の経済”を追求する日本のチェーンストアという捉え方が可能になったことによる⁽⁸⁾。もちろん、これはセブン-イレブン・ジャパンの成功によるところが大きいだが、納入業者の多頻度小口配送による連続的な補充システムが非標準化という制約を超えて機動的な売場づくりを可能にしたことは確かである。

ここでは日本的小売業態として、総合スーパー、食品スーパー、コンビニエンスストア、ドラッグストアに注目しているが、それぞれ成立の時代背景、そして小売業態としての完成度は異なる。最も早く成立したのは総合スーパーであるが、1980年代にそのピークは過ぎており成長性は失われている。食品スーパーは、小売ライフサイクル的にはまさに成熟期にある。日本の消費生活に最も深く浸透しており、小商圈・地域密着という最近の消費傾向にもうまく適合している。ネット販売も取り込み、新しい店舗形態を生み出していく柔軟性があり、成長性は失われていない。それに対して、コンビニエンスストアは完成度の高い小売業態である。約40年の経緯の中で仕組みの高度化、品揃えの修正、店舗機能の強化（サービス機能の付加）によってライフサイクルを伸ばしてきたが、超成熟化

業態といえる。近年、オーバーストアや人手不足を背景に成長を支えてきた加盟店のFC組織に歪みが生じているが、完成度の高さゆえに逆にその修正は容易ではないようにみえる。

これに対して、業界としての規模は大きいが完成度の低さゆえに不安定さを有するのがドラッグストアである。ヘルスケア市場の広がり予想されることから、近い将来コンビニエンスストアを凌ぐ有力小売業態になるとの期待も寄せられている。ただし、ドラッグストアの特徴は、小売業態として完成する前に異業態との融合や変容を生じさせているその構造変動の激しさにある。そこには、市場的要因以上に制度的要因と社会的要因が深く作用しており、他の小売業態とドラッグストアの本質的違いを理解する必要がある。

2. 医薬品販売制度と薬局の変質—日本のドラッグストア登場の背景

(1) 医薬品の販売制度と販売業の要件

ドラッグストアのあり方を規定しているのは、その品揃えの中核を占める一般用医薬品である。したがって、まず一般用医薬品の販売業としての制度的要件を検討しておく必要がある。

医薬品には、医師の処方箋を必要とする医療用医薬品と消費者の自由な選択と購入が行われる一般用医薬品の2種類がある。この2つが制度上明確に分離したのは1961年の国民皆保険制度の成立による⁽⁹⁾。医薬品は基本的に厚生労働省の承認を得て市場で販売されるが、薬価が収載され公的医療保険の償還対象となった医療用医薬品と自由な市場取引に委ねられる一般用医薬品では販売要件が異なるため、流通経路も分離している。メーカー、卸、医療機関の取引交渉に市場メカニズムを作用させながらも薬価基準制度の枠組みに包摂されている医療用医薬品に対して、一般用医薬品については、化粧品や日用雑貨（トイレットリー商品）と類似したマーケティング活動が行われている。消費者の認知と選択を目的としたブランド構築とプロモーション、日常性の中での購入を可能にする店舗立地、比較購入や関連購入を容易にする品揃えの形成である。一般用医薬品においては、消費者によるブランド指名購入が浸透している。

ただし、一般用医薬品には日用雑貨とは異なる商品特性がある。それは、商品に内在するリスクの高さであり、かつ安売りの対象になりやすいということである。このことが固有の販売制度を必要とさせたのである。

一般用医薬品は、消費者の自由な選択対象でありリスクの程度は抑えられているが、容量や成分の不適合による副作用や他の医薬品との飲み合わせによる相互作用の可能性は否定できない。そのため薬剤師が常駐する薬局はもとより、一般用医薬品の店舗販売に際しても対面による薬剤師の関与が義務づけられてきた。（旧薬事法の2006年改正により医薬品分類のうち第2類および第3類は登録販売者による対応が認められた。薬機法第26条第2項）この薬剤師の対応要件は、一般用医薬品の小売業を規定する基本要件である。薬機法第36条6項では情報提供等を定めている。第1類医薬品では、薬剤師による書面を用いて適正使用のために必要な情報の提供の義務。第2類および第3類医薬品では、薬剤師又は登録販売者による適正な使用のために必要な情報提供の努力を規定している。しかし、このことが様々な歪みを生じさせてきた。

一般用医薬品には、多種多様な商品が含まれている。家庭薬、漢方薬や伝統薬、胃腸薬、ビタミン剤、薬用ドリンク剤、アレルギー性疾患薬、総合感冒薬などがある。いずれも消費者の経験と知識のもとで習慣的に選択・購入されてきた。メーカーの広告活動が普及しており、ブランド指名購入も多い。未知の新商品の選択やブランド変更の場合を除けば、薬剤師の専門的支援の必要性は限られていた。このことが、販売の実態と制度要件との不具合、制度の空洞化を生じさせたといえる。最初にその矛盾をついたのはコンビニエンスストアである。1990年代に入り、新商品分野の導入による品揃え強化を必要としていたコンビニエンスストアにとって、医薬品は立地の利便性と長時間営業の特性を生かせる商品と考えられたのである。そのときの最大の障壁となったのは、対面による薬剤師の関与要件であった。これに対しては、先述の通り“対面”（テレビ電話まで許容）の要件を維持する形で旧薬事法の改正（2006年）が行われている⁽¹⁰⁾。つまり、一般用医薬品をリスクの水準によって3分類するとともに、リスク水準の低い第2類と第3類は新しく設けられた登録販売者によって対応可能としたのである。同時に、薬剤師による対面原則からは逸脱していた薬種販売業の分類は整理され、店舗販売業に一本化された。（薬機法第25条）

このように一旦整理された販売制度であるが、この“対面”原則を再び揺るがしたのはネット販売業の攻勢である。ネット販売業にとっても、総じて高価格・高マージンかつブランドが普及している一般用医薬品は魅力的な商品である。在宅での購入の利便性を謳うネット販売への支持の広がりもあり、店舗を有する業者であることを条件にネット販売が許容されたのである。（薬の安全性を求める消費者団体は反対の立場を表明している）

ただし、一般用医薬品におけるネット販売の広がりはまだ限定的である。それは、一般用医薬品は症状の緩和など緊急の必要性に応じて購入されること（ネット販売では配送時間が短縮されても待ち時間が生じる）、また、もともと一般用医薬品市場の成長性が乏しいことがある。

店舗における“対面”原則が変則的に維持されたこと、そしてネット販売の広がりが限定的であったことで、安売りなど制度変更に伴う流通秩序の混乱は生じていない。一方で、一般用医薬品販売における薬剤師の役割そして小売業のあり方は明確にされないまま課題として残されたのである。業界関係者が期待した一般用医薬品市場の拡大も生じなかった。

(2) 医薬分業と薬局の機能強化への制度改革

一般用医薬品の販売制度の変更は、薬剤師要件が緩和されつつ対面原則が維持されたことで、ドラッグストア業界にとって有利な流れとなった。このことが、2010年代のドラッグストア業界の拡大成長に結びついたといつてよい。しかし、近年のドラッグストア業界に生じている激しい再編成は、かつての総合スーパーと同じ現象であるように見える。小売業態の市場成熟化に伴うオーバーストア現象である。ただし、総合スーパーとの違いは、ドラッグストアがまだ成長途上ということである。さらに、コンビニエンスストアのように業界標準となる事業モデルを確立しているわけではない。規模を追求する全国チェーンの展開がある一方で、地域市場に深く浸透しているローカルチェーンの基盤も強固である。これには、医薬品やヘルスケア関連商品の商品特性と薬剤師の関与という業態特性

が大きく関係している。また、日本のドラッグストアは一般の小売業勢力から生まれたのではなく、薬局勢力からの分化というその成立の経緯を理解しておく必要がある。つまり、ドラッグストアのあり方を左右するのは薬局をめぐる状況変化と制度変更であるといつて過言ではない。

先述のように一般用医薬品の販売制度の矛盾は解消されないままであるが、それは、医療用医薬品を含む全体的制度の不適合が背景にある。医療用医薬品と一般用医薬品流通の完全な分離が招いた歪みといえる。

国民皆保険制度の成立以前の医薬品流通では、一般用も医療用も混在し、混沌とした状態にあった。第二次大戦中の配給統制が解除された1950年代には医薬品の特売が広がっていた。武田薬品工業(株)の資料によれば、流通段階の過当競争を背景に卸売業者を通して販売されていた新薬および家庭薬はすべて特売の対象になっていたという⁽¹¹⁾。1953年頃、大阪の現金問屋による乱売がひどく、これに対して流通秩序の回復が製薬業界の大きな課題となっていた。1954年7月19日、旧厚生省が日本製薬団体連合会に対して、懸賞付き特売は独占禁止法(2条7項3号、不当な顧客誘引)および1953年度の公正取引委員会告示に抵触するおそれがあると通告している。流通段階の混乱は、販売経路の未整備とともに、価格競争による販売拡大を狙う製薬メーカーの競争行動にも起因していたのである。

この医薬品の販売経路の整備に寄与したのが再販売価格維持制度(独占禁止法適用除外)の採用である。武田薬品においては、1954年から販売経路の正常化を目的として卸売業者の組織化(特約店化)が進められていた。これに加えて、1959年(昭和34年)12月に東京池袋で発生した医薬品の激しい乱売競争(3~5割の大幅な値引きが約1年続いた)を契機として再販制の必要性が認識されたのである。再販制の導入は、大正製薬が最も早く(1954年)、田辺製薬(1963年)、三共(1964年)、中外製薬(1964年)、藤沢薬品(1965年)と続き、武田薬品がタケダ会(特約店149社、小売店27,184軒)を結成したのは1965年11月であった。ここでは、アリナミンなど16品目を対象にして、一店一帳合制、製品ごとに一連番号の付与、卸での記帳を義務付けている。再販制度が流通秩序の正常化に効果的であったかどうかについて議論は分かれるところであるが、1960年代、小売業での医薬品の乱売は終息していった。それには、まず卸段階の経路の整備がある。それに加えて、国民皆保険制度の成立によって医療用医薬品のすべてが保険償還の対象となり、薬価基準制度に包摂されたことが大きい。「大衆向けに宣伝している薬剤は原則として薬価収載しない」(1967年医薬品許認可の基本方針)という方針が出されることで、医薬品市場は薬価収載され保険により償還される医療用医薬品と自由販売の対象である一般用医薬品(大衆薬)へと完全に分離したのである。そして国民皆保険制度の普及により、医療用医薬品は買うものではなく、医師の診察を受けて処方されるものへと変化していった。医薬品生産高における一般用医薬品の比率は、1970年には25%、1976年には14%となっている。ただし、医薬品業界の激しい価格競争(安売り)は医療用医薬品の取引問題として形を変えて現在も続いている。

このような制度の変化は、医薬品を扱う小売業者にとって大きな影響を与えるものであった。医薬品の販売は、薬局か医薬品販売業の許可を得ていることが条件となっている。ただし、薬局は、医薬

品販売を行うとしても、その主たる役割は医師の処方箋に基づく薬剤師による調剤機能であり、医療サービス提供機関である。しかし、戦後、アメリカから来日した薬剤師協会使節団の勧告（1949年7月）、さらに厚生省臨時診療報酬調査会答申（1951年1月）にも拘わらず医薬分業は浸透せず、薬局の薬剤師の役割は限定されていた。この流れがようやく変わり出したのは、1974年に診療報酬改定において処方箋料の引き上げ（6点から10点、さらに50点に）が行われたことによる。この年は「分業元年」と呼ばれている。さらに、1984年、医薬分業の推進が政府方針として決定されることで（健康保険法改正に際して医薬分業の推進が衆参両院の社会労働委員会での付帯決議となる）、医薬分業は一気に進み始めたのである。この医薬分業は日本薬剤師会の長年の要望であり、当初は地域の薬局の連携によって受け皿づくりが行われた。しかし、この急拡大する医薬分業に最も効果的に対応したのが“調剤薬局”と呼ばれる新興勢力であった。特に、大病院の前に立地して大量の処方箋獲得を目指す“門前薬局”という特異な業態が成立し、チェーン展開を行う有力企業（チェーン調剤）が台頭したのは周知の通りである。

このように、1980年代以降の医薬分業の果実を享受したのは地域の薬局ではなく新興の調剤薬局の勢力であった。一般用医薬品市場の縮小もあり、将来に危機感を抱いた地域の薬局の経営者たちがアメリカのドラッグストアを参考に新しい道を模索したのである。つまり、日本におけるドラッグストアの登場は、一義的には医薬分業の歪みという制度的要因による薬局機能の低下（経営基盤の縮小）によるものといってよい。ドラッグストアの道を歩み始めた地域の薬局には、薬局機能を維持している勢力と薬局機能を捨てて一般販売業に転化した勢力が混在している。薬局とドラッグストアが並存し、さらに様々なタイプが混在するという特異な状態が続いていたのである。

この状態が変わり始めたのは、近年、医療財源の制約のなかで国民医療費の見直しが進められたことによる。その中で、特に厳しい批判の対象となったのが門前薬局を中核として拡大成長を続けてきた調剤薬局の事業モデルである。それは、従来の医薬分業が単なる処方と調剤の場所的分離に過ぎず、処方元の医師と薬局の薬剤師の間には何らの情報共有も連携もないことがある。また、本来薬剤師の役割である服薬指導などの患者支援が十分に果たされず、薬局が単なる薬の受け渡し場所に過ぎないと受け取られてきたことがある。さらに有力薬局チェーンの医薬品卸に対する仕入れ交渉力は大きく、いわゆる“薬価差”がその収益力を支えている。このような批判のもとになった有力薬局チェーンの事業モデルであるが、2017年1月の偽造薬事件（ハーボニー配合剤の偽造薬）を契機に調剤薬局の経営に対する疑念と批判が広がったことが転機となった⁽¹²⁾。その一方で、在宅医療の推進や医療と介護の一体化などの方針（地域包括ケア）のもとで、患者を支える地域の薬局と薬剤師の役割の重要性が再認識されている。そして“地域の健康サポート”や“かかりつけ薬剤師”のコンセプトが提示され、薬局制度の改革が進められることになった。この薬局制度の改革がドラッグストアのあり方を規定し、新しい事業モデル登場の可能性を示唆しているとみることができる。

3. ドラッグストアの業態分化と進化の可能性

(1) 薬局制度の改革とドラッグストア

2017年1月に発覚したC型肝炎治療薬（ハーボニー配合剤）の偽造薬事件は、日本の医薬品業界にとって衝撃的な事件であった。1961年の国民皆保険制度成立以降、日本の医療用医薬品の流通制度は整備されており、偽造薬が入り込むすきはないと考えられてきたからである。もちろん、過剰な流通在庫の捌け口としての非正規ルート（いわゆる現金問屋）は存在していたが、薬局が保険薬局として制度化されていること、医薬品メーカーと販売代理店となる医薬品卸の取引関係も明確であること、医薬品卸も許可制であり（都道府県の）薬事監査の対象となっていることがある。これらが1950年代の薬の乱売競争がその後抑制された理由である。とはいえ医療機関あるいは薬局の仕入れ価格と保険償還価格の差（薬価差）を収益源と捉える業界の風土は残っている。1990年代以降の類繁な薬価の引下げにより薬価差は縮小しているが、大量購入を行う大病院や薬局チェーンとの価格交渉の厳しさは、医薬品卸の一次売差マイナスそして未受結仮納入という医薬品流通の独特の取引慣行を生んだのである⁽¹³⁾。

医薬品流通は、医療圏を前提として“地域的”単位で構成されている。都道府県や市町村の行政組織、各地域の医師会、薬剤師会などのネットワークが張り巡らされており、医薬品卸の営業担当者と“顔の見える”関係が構築されていた。それが偽造薬の侵入を防ぐ安全壁になっていたといえる。これに対して、多店舗化を図る薬局チェーンの成長、さらに特定の医療機関（病院や診療所）との関係づけのない面分業の広がり、医薬品流通の変質を招く可能性がある。医薬品卸の再編成により営業体制の広域化が進んだことも、地域事情を緻密に掌握する力を後退させてきた。高額医薬品の登場もあって、医薬品流通の高リスク化が進行している。

今回の偽造薬事件は、患者が外形の特徴から偽造薬と気づくほど単純なものであり、扱った薬局も限られていたことから実害は生じなかった。しかし、次の2点において制度上看過できない内容を含んでいたといえる。

その第一は、偽造薬の発生源は不明であるが、何社かの現金問屋の間で転売を繰り返した後に奈良県の薬局チェーンに持ち込まれたことである。その薬局においては、当該医薬品の流通経路について未確認のまま仕入れ活動が行われていた。正規ルート品に比べ半値であったことが大きい。現金問屋といっても、いずれも都道府県から医薬品卸の営業許可を得た存在である。そのため卸の営業許可条件が適切なかの疑念を生じさせた。第二に、患者と接する現場で薬剤師から患者に直接渡された後で偽造薬であることが発覚したことである。これは、薬価差を目的とした当該薬局の仕入れ行動とともに、調剤薬局の現場が単なる“薬剤の受け渡し場所”に過ぎないのではないかという懷疑を深めることになった。薬と患者の安全性に責任を持つ薬剤師の機能が適切に果たされていないということである。

この偽造薬事件は、医薬品流通制度の根幹に関わることから、偽造薬防止のための検討会（厚生労働省「医療用医薬品の偽造品流通防止のための施策のあり方に関する検討会」（2017年3月～2017年12月）を経て、薬機法改正の議論に持ち込まれている⁽¹⁴⁾。

平成30年度（2018年度）の薬機法改正をめぐる審議会の議論では、医薬品メーカーの新薬開発における治験の不正事件とこの偽造薬事件が大きな関心を集め、医薬品の安全性をいかに高めるかが中心的なテーマとなった。そのため、トレーサビリティ等の向上を目的として、医薬品・医療機器の容器・被包や販売用包装へのバーコード表示の義務化が決定されている。また、不正防止のために薬事に関する業務に責任を有する役員を許可業者に義務付けることとしている。これは、薬局においても同様であり、偽造薬事件では、現場の管理薬剤師の責任は問われたが、薬局の経営者の責任が問われなかったことがある。さらに、医薬品卸に対する規制が見直されて、営業所の薬事管理の強化（営業所管理者の業務手順書と勤務体制の明確化）が求められている⁽¹⁵⁾。

薬局に関しては、薬局間の医薬品の販売・授与の際の記録・保存義務の明確化が決定されている。ただし、この偽造薬事件では、薬機法の個別規制の見直しだけではなく、医薬分業の制度自体が重要な論点となったことが大きい。そのため、審議会の報告書に医薬分業に関する見解（「薬剤師が本来の役割を果たし地域の患者を支援する医薬分業の今後のあり方について」）が付記されることになった。現行の医薬分業については、処方箋受取率が7割を超えていることから政策目標は一応達したといえる。また、薬局が応需した処方箋の約2.8%に疑義照会が行われ、約1.0%が処方変更になっていることが評価されている。しかし、偽造薬事件で表面化したのは、患者との接点において薬剤師による薬学的管理・指導が十分ではなく形骸化しているのではないかということであった。さらに、近年、服薬指導が適切に行われていなかった事例も報告されている。医薬分業の促進を目的として調剤関連技術料が総じて手厚く配分されていることもあり、薬局のあり方に対して厳しい批判が寄せられたのである。

人口の高齢化のもとで公的医療費の増加が予想されるなかで、医薬分業を効果的な仕組みにしておくことが重要な政策課題となっている。これに対する政策の方向付けが、厚生労働省「患者のための薬局ビジョン」（2015年10月）である。

ここでは、外来患者の処方箋獲得を求めて特定の病院の前に立地する“門前薬局”、それを事業モデルとして成長してきた薬局チェーンのあり方を変えること（面分業への誘導）、そして患者支援の薬剤師の役割の強化（かかつけ薬剤師）を政策目標としている。そのうえで、プライマリーケアや生活習慣病（慢性疾患）患者への対応や病気予防や健康相談などの「健康サポート機能」備えた薬局と、重篤な在宅患者に対して専門医療機関と連携して支援する「高度薬学管理機能」を備えた薬局の2タイプへの分化が示された⁽¹⁶⁾。

(2) 顧客起点と地域密着のドラッグストア業態

薬局の面分業への政策的誘導、そして処方薬だけでなく一般用医薬品や健康食品などを合わせた品揃え、健診や保険指導、健康相談、栄養相談などを合わせて患者を支援していく「健康サポート薬局」は、調剤機能を有したドラッグストアにとっても十分に取組み可能な方向である。むしろ処方箋応需の調剤機能に特化している調剤薬局よりも対応しやすいといえる。それは、調剤という医療サービス提供（薬局）機能に加えて、医薬品だけでなくヘルスケア関連分野を品揃えする小売機能、さらに健

康相談や栄養相談、運動プログラム提供などの顧客サービス機能（有料）を複合的に組合せた“新しい小売業態”を成立させる可能性があるからである。このことが、薬局チェーンとドラッグストア・チェーンとの経営統合など大型の再編成の動きが生まれている理由でもある。門前薬局としての立地の優位性（調剤報酬に重点化）だけで展開してきた薬局チェーンにとって、薬局制度の改革は逆風となっている。一方、ドラッグストアにとって、薬局制度の改革は、薬局を起点としてきた企業に対しては再び医療サービスの本流に回帰する機会を提示するものとなる。

これは、アメリカのドラッグストア業界の構造変化の流れと合わせて考察するならば様々な示唆を得ることができる。先述の通り、医薬未分業のもとでの国民皆保険制度導入によって医療の価値連鎖から外れた地域の薬局が目指したのがアメリカのドラッグストアであった。それは、セルフサービス方式とラインロビングによる品揃え拡大、そしてマージン・ミックスというスーパーマーケット類似の営業形態と本部主導のチェーン・オペレーションによるドラッグストア・チェーンであった。そこで展開された業態は、郊外立地のスーパードラッグ（300坪～500坪）やメガドラッグ（500坪以上）である。日本のドラッグストア企業の多くは、高コストの調剤機能を捨てて郊外型ドラッグストア業態を中心としてきたのである。（化粧品と雑貨を中心とした都心立地の業態を構築としたマツキヨは例外）1980年代は、郊外型業態（ロードサイド業態）の成長期であったことも関係している。これらは、一般用医薬品を軸として雑貨や化粧品そして食品や飲料を含む総合的品揃えと価格の安さが競争力の中心である。多くの消費者にとって、ドラッグストアは価格の安さ（ポイント制も含めて）が店舗選択の最大の要因になっている。

しかし、このような特性を有した小売業態は、同質過当競争に陥りやすい。さらに業態内競争だけでなく、価格訴求する異業態との競争もある。アメリカにおいては、ディスカウントストア、スーパーマーケット、そしてドラッグストアの複合業態であるスーパーセンターを確立したウォルマートの台頭がドラッグストアにとって大きな脅威となった。このためドラッグストアを代表するウォルグリーンが採った戦略が、医療の専門性強化と地域密着（患者との繋がり強化）であった。ウォルマートのような巨大な競争相手は存在しないが、人口減少と高齢化による郊外市場の縮小と過当競争は日本のドラッグストア業界を苦しめている。

薬局とドラッグストアは、いずれも大きな転機を迎えているといえる。

この薬局の制度変更と環境変化を成長の機会として捉えているドラッグストア企業の一例が、北九州市拠点のサンキュードラッグ（株）である⁽¹⁷⁾。

サンキュードラッグは、地域の薬局からドラッグストアへと転身した企業であり、1970年に設立されたドラッグストアのボランタリーチェーン組織AJD（オールジャパンドラッグ）の有力加盟企業である。1956年、門司の商店街のなかの11坪の薬局から出発している。先述のドラッグストア成立の時代背景を受けて、1970年、ドラッグストアとしての成長を開始している。ただし、サンキュードラッグの独自性は、薬局の機能を維持していたこと、そして広域化と多店舗化による規模拡大ではなく地域市場への浸透を目指していることである。医薬分業の流れが生まれた1980年には調剤薬局の1号店を開設しており、ドラッグストアと調剤薬局が事業の2本柱となっている。

ドラッグストア企業がこの新しい潮流に適合するためには、二つの要件を満たす必要がある。

第一は、医療の価値連鎖を担う調剤（薬局）機能と小売機能そして顧客支援のサービス機能を複合化させた新業態の確立である。第二に、地域密着（顧客との繋がり強化、接点を担う担当者）と経営としての効率性を両立させたオペレーション体制である。

サンキュードラッグは、これに対して半径400メートルの商圏の顧客を対象とした地域密着業態（コミュニティドラッグ）、北九州市全域に密度濃く店舗を配置したドミナント構築、そして地域性を生かしたローカルチェーンの道を志向している。

サンキュードラッグの業態戦略においては、「健康サポート薬局」の機能を入れたドラッグストアが中核となっている。それは、売場面積425坪、75台程度の駐車場を擁した郊外型の店舗である。品揃えは、一般用医薬品、化粧品、雑貨を中心としたドラッグストア部門、処方箋応需の調剤部門に加えて、食品（生鮮食品、総菜、加工食品）部門、軽衣料や高齢者用の介護用品、さらに漢方薬から構成されている。日常生活に必要な商品の総合的な品揃えになっているが、単に買い物の利便性を提供しているだけではない。ヘルスケアそしてセルフメディケーションのコンセプトのもとで、顧客支援のサービス活動が展開されている。

健康サポート薬局の機能を具体化しているのは、健康管理支援サービス「サンキューうるポン！」である。これは、店頭で備えた血圧計、活動量計、体組成計で顧客が測定したデータをスマホやパソコンで確認できるサービスであり、顧客の健康管理の活動を支える。また、管理栄養士が顧客ごとに最適な「食事」と「運動」の個別プログラム（有料）を提供するサンキョースマイルクラブの活動（2010年から開始）がある。体重減と体脂肪率減という具体的目標が設定され、生活習慣病の改善と薬の服用量の抑制が期待されている。これは、サービス価値を付与することで、処方箋応需（調剤薬局）や一般用医薬品の販売（薬の一般販売業）の限界を超えることに成功している事例といえる。

顧客（患者）起点のドラッグストアの店頭を支えているのは、薬剤師、登録販売者、管理栄養士などの専門スタッフである。特に、生活習慣病の治療では食生活の改善の必要性が大きく、医師や薬剤師と連携した栄養指導の効果が大きい。特定の疾患用のメニュー提案や料理教室なども開かれている。有力ドラッグストア・チェーンが食品スーパーとの競合を意識してフルラインの品揃えと価格訴求力を高めるため売場を合理化しているのとは逆の方向である。

ただし、店舗の顧客接点では個別対応を重視する一方で、運営の面ではチェーンストアとしての効率性が追求されている。それは、半径400メートルを商圏とする中型店舗を密度濃く展開するドミナント戦略である。チェーンストアは特定エリアに集中的に店舗展開するものであり、この点では定石通りといえるが、当該企業のドミナント戦略の考え方にはある本質的な違いがある。それは、チェーンストア理論においては、エリアを店舗数と売場面積シェア獲得を目標として攻略するが、エリアを深耕することは想定されていないことである。店舗は標準化され、地域事情に合わせることはなく機動的に出店と撤退を行うことでコストの抑制を図るのである。これに対して、サンキュードラッグのドミナント戦略では、各店舗がネットワークとなって同じサービス水準を約束することでエリアの顧客を支援することに重点が置かれている。企業全体で顧客データベースが共有されており、まさに“面

分業”への対応が可能になる。また、面分業の最大の障害である在庫問題（処方箋が安定せず欠品が発生、医薬品卸への頻回配送の要請や返品）については、緻密に店舗が張り巡らされていることで店舗間の融通も容易とされている。このことを前提とするならば、店舗と宅配を組み合わせたオムニチャネル化も可能となる。在宅医療への取組みもこの延長線で行われている。ただし、何よりもエリア全体に店舗網を張り巡らすことにより、地域事情のきめ細かい掌握が行われていることと、病院や診療所の医師たちとのコミュニケーションを積み重ね信頼を得ていることが大きい。ドラッグストアの業態転換として注目に値する事例である。

4. 結びにかえて

小売業態の動態的变化を説明してきた「小売の輪」理論や「小売ライフサイクル論」は、アメリカのチェーンストア企業とその主軸である店舗形態（店舗フォーマット）の盛衰を説明するものであり、そのまま日本の小売業に当てはめることは難しい。これに対して、小売企業の事業モデルの観点から小売業態の盛衰を論じた田村正紀氏の「覇権業態モデル」は、店舗形態（フォーマット）だけでなく、それを支える商品供給システム（メーカーや卸との取引関係）まで視野にいれたものであり、日本の小売業態の盛衰を分析するモデルとしてはより適合的である⁽¹⁸⁾。これは、日本的業態である総合スーパーやコンビニエンスストアの業態の変容過程をよく説明している。ただし、当論文で注目したドラッグストアに関しては、その説明は限定的となると思われる。その理由は、日本におけるドラッグストアが事業モデルとして未熟であること、また成熟過程に入る前に制度変更（医療制度や流通制度）の影響を受けており、その基盤が不安定であること、医薬品やヘルスケア商品という総じて高リスクの商品を扱うことで、安全性管理や顧客への個別対応という特別の仕組みづくりが必要なことがある。さらに、このドラッグストア業界に現在生じている変化をみるならば、事業モデルとして異質な2つの業態へと分化しているように見える。それは、従来からのチェーンストア理論を軸としたドラッグストア（主体はセルフサービス方式）と、調剤や顧客支援サービス（対面）を含むドラッグストアと薬局の融合業態（ここでは地域密着のコミュニティドラッグと呼んでおきたい）に分解していることである。これは、社会的ニーズの変化を受けた先述の医療制度や医薬品流通制度の変革が引き起こした現象である。

前半のチェーンストア型ドラッグストアについては、店舗形態（店舗フォーマット）の変化と多店舗化による激しい覇権競争が展開されている。ここでの店舗形態の変革は、品揃えの拡張と食品比率を高めることで食品スーパーに近似した“フード&ドラッグ”という業態である。従来のドラッグストアに比べて外見上異なる業態のように見えるが、小商圈を対象にして、生鮮食品や加工食品の粗マージン率を低く設定することで価格訴求力を発揮するという事業モデルの本質は同じである。小売ライフサイクルの成熟期に特有の現象（店舗形態の多様化）とみることができる。非食品分野を主としてきたドラッグストアにとって、本来食品分野（特に生鮮食品や総菜）の取り扱いが困難なはずであるが、食品卸など外部専門業者の存在がそれを可能にしている。（日本の小売業態の変容が激しいのは卸流通の存在が理由としてある）

この業態では、成熟期の特徴として競争は激しく、覇権（シェア）獲得を目指した再編成も発生している。店舗数増加と本部集中仕入れによる価格競争力が必須となっている。もちろん医薬品を扱う以上、薬剤師や登録販売者などの人的サービスが必要であるが、サービス機能は付加的（副次的）に位置づけられている。さらに同一業態内競争（ドラッグストア間）だけでなく、食品スーパーとの異業態間競争も展開されており、事態は流動的である⁽¹⁹⁾。

これに対して、後者の業態は、事例としたサンキュードラッグのように薬局機能とドラッグストア機能との融合であり、薬剤師、登録販売者、管理栄養士による顧客に対するきめ細かい支援サービスを展開している。商品販売機能とサービス機能が両輪として位置づけられており、その事業モデルは従来のドラッグストアとは異なる。それは、前者においては、規模とシェアにより地域を広くカバーすることが競争力となるが、後者においては、接点における顧客との繋がり（関係性）の深さが競争力となるためである。前者は供給起点の小売業態（量販店型）、後者は顧客価値起点の小売業態（専門店型）といつてよい。これは、顧客関係性マーケティングの考え方を参考にして、顧客接点が浅く設定されている業態か深く設定されている業態かの視点から整理することもできる⁽²⁰⁾。

店舗での顧客との接点が浅く形成されている業態では、規模の拡大と地域シェア獲得が競争力となり、ナショナルチェーンが有利となる。そして、本部集中仕入れによる納入業者への仕入れ交渉力が追求されるのである。そのため規模拡大に向けて再編成も不可避となる。また、調剤機能は保持されているとしても、きめ細かい顧客支援や在宅医療への対応はなく、必要とされる専門性は高いとはいえない。一方、サンキュードラッグが目指している薬局とドラッグストアの融合業態では、地域密着のローカルチェーンが有利となる。顧客（患者）との繋がりだけでなく、市の医療・保健・福祉政策担当部署、地域の病院や診療所との連携が必要であり、医療制度の変更に常に敏感でなければならない。また、地域社会に深く根差すために、予防や未病、プライマリーケアの次元から、介護、在宅医療の次元まで幅広く対応できる必要があり、そのために薬剤師、登録販売者、管理栄養士などの専門人材を活用する組織力が求められる。組織の設計と人的能力をどう生かすかにおいて、この二つのタイプの事業の論理は異質である。後者のような業態を展開する企業が中堅規模で成立しうるのは、日本においては卸売業者が介在し、そこに構築されている一種の共通プラットフォーム（社会的サプライチェーン）が機能しているためである。

社会的ニーズに応える形でのヘルスケア分野における新業態の登場は、生活者にとって意味あるものと思われる。日本における小売業態の変革には、社会的制度と流通制度の変革が大きく関与していることを理解すべきである。

注釈

- (1) 小売業態ごとに上位集中度は大きく異なる。最も集中度が高いのはコンビニエンスストアであり、セブンイレブン・ジャパン、ファミリーマート、ローソンの3社で92.3%（上位3社合計10兆1177億円、推計市場規模は10兆9646億円）である。当論文の焦点となっているドラッグストアの集中度はやや低く、上位10社で約70%（上位10社合計4兆8125億円、推計市場規模6兆8504億円）となっている。ただし、ドラッグストア業界においては再編成の動きが急であり、さらに集中度は上昇する傾向がある。

- 『Chain Store 2019.5.1』ダイヤモンド社、2019年5月。
- (2) 三村優美子「大型小売業の盛衰と流通システムの容容—流通近代化モデルの有効性と限界」『青山経営論集』第37巻第3号、2002年12月。
 - (3) 三村優美子「小売経営モデルの再検討—成熟消費社会における日本の小売業」『青山経営論集』第44巻第4号、2010年3月。
 - (4) D. R. Davidson, A. D. Bates & S. J. Bass, "Retail Life Cycle", *Harvard Business Review*, November-December 1976.
 - (5) セブン-イレブン・ジャパンの経営については多くの研究がある。その中で、店舗タイプとその運営システムを組合せた特異な小売業態として説明したのは矢作敏行の研究である。
矢作敏行『コンビニエンス・ストア・システムの革新性』日本経済新聞社、1994年。
 - (6) 三村優美子「卸流通再編成と卸経営の課題」『青山経営論集』第46巻第3巻、2011年12月。
 - (7) 1990年代以降、大量仕入れを背景とする大規模小売業者による不公正な取引問題が目立つようになった。このことを受けて、2005年、公正取引委員会はそれまでの「百貨店告示」に代わり大規模小売業者（年商100億円以上、VCやFCなどの組織化小売業を含む）を対象とした「大規模小売業者告示」を制定した。ここでは、不当返品、不当な値引き、不当な委託販売取引、特別注文品の受領拒否、押し付け販売等、納入業者の従業員等の不当使用等などの行為が具体的に規定されている。さらに中小企業保護の視点から規制強化を求める動きを受けて、2009年、課徴金制度の導入、2010年、「優越的地位濫用ガイドライン」が公表されている。
 - (8) 矢作は、セブン-イレブン・ジャパンの仕組みの革新性を四つ経済性（規模の経済性、範囲の経済性、速度の経済性、統合の経済性）の複合したものとして説明している。供給連鎖（サプライチェーン）における速度の経済性は、高い在庫回転率で測定される。在庫回転率の向上は在庫費用を節減する。冷蔵品などにおいては高品質管理機能に結び付く。そして、発注の短サイクル化によって予測精度が高まる。さらに店頭品揃えの最適化に結びつき小売競争を優位に展開させるのである。
矢作、前掲書、1994年、123～129頁。
 - (9) 島崎謙治『日本の医療—制度と政策』東京大学出版会、2011年、58頁～63頁。
吉原健二・和田勝『日本医療保険制度史』東洋経済新報社、2008年、164頁～170頁。
国民皆保険制度の導入に向けては、1957年から徐々にすべての国民を保険に加入させるべく「国民健康保険全国普及四カ年計画」が策定された。1958年、厚生省は新・国民健康保険法案を国会に提出、医師会の反対と廃案を繰り返したのち同年12月に成立・施行された。新法施行前に、岩手、滋賀、山形、石川、島根、秋田、福島等の7県ではすでに皆保険が全県で普及していた。全国（奄美大島の無医村を除く）に普及したのは、1961年4月1日である。
 - (10) 三村優美子「医療制度改革と医薬品流通の変化—一般用医薬品の販売制度変更を中心として」『青山経営論集』第41巻第4号、2007年3月。
 - (11) 武田薬品工業『武田二百年史』1983年、437頁～439頁、512頁～514頁、701頁。
1960年代に医薬品流通の制度が整備される以前は、医療用医薬品も家庭用医薬品も混在した形で流通が行われていた。当然、正規ルートと非正規ルート（ヤミルート）も交錯していたのである。武田薬品工業（株）の資料によれば、一般医薬品（特定配給品を除く局方薬品、新薬、家庭薬等）の流通では、メーカー（製造元）から卸（特約店）を経由して、官庁、診療機関、そして小売業者に販売された。この小売業者から（中小）診療所や消費者に販売が行われていた。小売業者のあり方は様々であり、商品の流れも不透明であった。さらに、統制外の自由価格品については、特売や現品添付などにより大口取引の促進あるいは在庫品の早期現金化の動きあり、値崩れが激しかったのである。ペニシリン製剤などがその典型であった。
野田實編著『流通系列化と独占禁止法』大蔵省印刷局、1980年、423頁～436頁。
 - (12) 厚生労働省医薬品医療機器安全情報 No.350 「「ハーボニー配合錠」偽造品流通事案と国の偽造医薬品対策について」2018年2月。
 - (13) 三村優美子「薬価制度と医薬品流通の取引問題」『青山経営論集』第48巻第3号、2013年12月。
厚生労働省「医療用医薬品の流通改善に向けて流通業者が遵守すべきガイドライン」2018年1月。
 - (14) 三村優美子「医薬品流通の安全性と制度改革の課題—平成30年度医薬品医療機器等法改正をめぐる論

議を中心として』『青山経営論集』第53巻第4号、2019年3月。

厚生労働省「医療用医薬品の偽造品流通防止のための施策のあり方に関する検討会（最終とりまとめ）」
2017年12月28日。

- (15) 厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会「薬機法等制度改正に関するとりまとめ」2018年12月25日。
- (16) 厚生労働省「患者のための薬局ビジョン」2015年10月。
- (17) 三村優美子「地域社会に溶け込むドラッグストア：(株)サンキュードラッグ」『流通問題』Vol.55(2)、2019年11月。
- (18) 田村正紀『業態の盛衰—現代流通の激流』千倉書房、2008年。51頁～59頁。
S. Brown, “Institutional Change in Retailing: A Review and Synthesis”, *European Journal of Marketing*, Vol.81, Issue. 6, 1987.
- (19) 近年、日本のドラッグストア業界においては、小商圈（人口1万人程度）の立地でワンストップ・ショッピングの買い物の利便性と低価格を訴求する“フード&ドラッグ”と呼ばれる業態が広がっている。その品揃えは、一般用医薬品、化粧品、雑貨に加え、加工食品と生鮮食品のフルラインとなっている。特に、総菜と生鮮食品の品揃えを重点化している店舗が目立つ。その結果、有力ドラッグストア企業の食品取扱比率は大きく上昇しており、なかでもコスモス薬品（業界第5位、56.3%）、カワチ薬局（業界9位、46.2%）などが食品に力を入れている。多くは生鮮食品の外部業者に委託しているが、中堅企業 Genky DrugStores（ゲンキー、61.2%、福井県）のように加工センターを自社で展開し、食品スーパーと変わらない運営を行っている例もある。当然のことながら、同規模の店舗で商圈を同じくする食品スーパーとの間で激しい異業態間競争が展開されている。これらドラッグストアの価格競争力は、販管費比率を低く抑えていることと、いわゆるマージン・ミックスとロス・リーダー商法である。たとえば、冷蔵品は粗利ゼロ、加工食品は低粗利、雑貨、化粧品は中粗利（20%程度）、一般用医薬品は高粗利（35%程度）の組合せとなる。一般用医薬品の高粗利率が価格訴求の原資となっている構造は変わらない。（数値は2019年度）『Chain Store 2019.10』ダイヤモンド社、2019年10月。
- (20) 顧客との関係性の程度（浅さ、深さ）によって、同じドラッグストア業界であっても異質な業態が構築される。顧客関係性マーケティングの考え方を参考にして、次のように整理することができる。

〈顧客との関係性と小売業態〉

	A. 浅い小売業態	B. 深い小売業態
管理の単位	品目（商品回転率） （単品ベースの品揃え）	価値を提案する商品と売場 （カテゴリーマネジメント）
目標	市場シェアの最大化 （仕入れ交渉力の発揮）	顧客シェアの最大化 （ロイヤル顧客との繋がり重視）
提供する価値	機能的価値・便宜的価値 （プロダクト価値ベース）	文化的・社会的価値 （サービス価値ベース）
人的要素	合理化・属人性の排除	専門家としての顧客担当者
売場の位置づけ	商品の販売拠点	顧客との出会いと対話の場

三村優美子「日本の小売業態の成立と展開」『青山経営論集』第49巻第3号、2014年12月。

C. Grönroos, “The Marketing Strategy Continuum: Towards a Marketing Concept for the 1990s”, *Marketing Decision* 29(1), 1991.