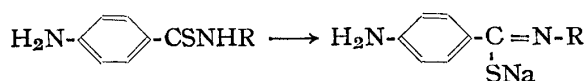


いのに反し PATA では最後まで漸増の形をとり 90分後には発育抑制にみられた如き大差は認められなかつた。

Fig. 1 の阻害反応はいずれも阻害剤を最初より加え、測定開始前に15分間振盪しているの、阻害剤がどの程度の速度で作用を及ぼすか不明であり、振盪中に菌体に与へる影響も考えねばならないので、PATA 及び PATB について正常な呼吸系で呼吸を測定し、30分後に阻害剤を側室より加へた。その結果は Fig. 2 に示した。即ち PATA の場合はその阻害作用の現れるのは極めて早く、殆んど添加と同時に菌体に作用するようには思はれる。これに対して PATB は添加後暫らくして阻害作用が現れてくる。然しその後の経過は前記の反応初期に加えた場合と同一経路をとつてゐる。このように PATA の呼吸系に及ぼす作用が、その N⁴ 置換体である PATB 等と若干異なるのは、デオキサンとの相加作用も考えられるが、後者がアルカリ溶液中で



の如き形で存在する事実と何らかの関連性を有するのではないかと推察される。

終りに種々御便宜を賜つた宮道学長に謹謝する。また本実験は岐阜県立医科大学生化学教室において行つたもので御指導御援助を賜つた伊藤教授、藤井講師に心から謝意を表す。

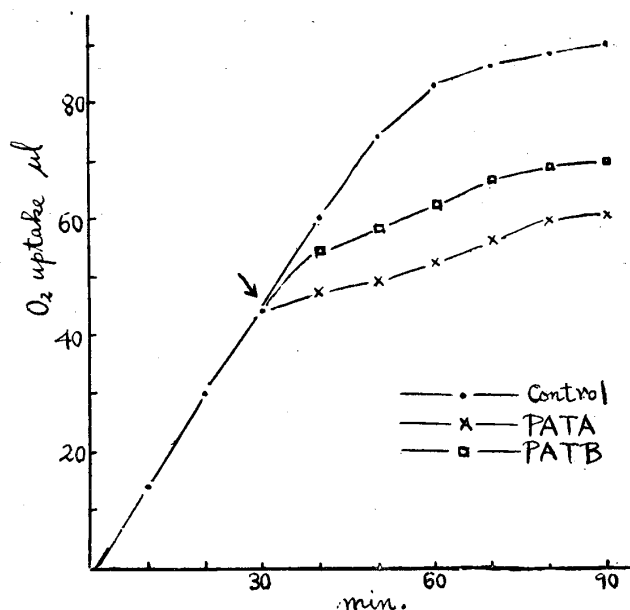


Fig. 2. Influence of Inhibitors on the Respiration of *E. coli* after 30 min. Incubation.

吉田 甚吉： 配置家庭薬の現況について

1. 序 説

筆者は昨秋日本経営学会に於いて、『医薬品の流通と医薬品商業経営』と題して、医薬品一般の流通機構や、その流通の衝に当る各種医薬品商業経営について発表した（経営学論集第26集収載）。その際配置家庭薬にも触れたのであるが、詳述する余裕が与えられなかつた。然し筆者は、此の薬業界に特有な、而も前時代的な業態たる配置薬業が、依然健在であるに鑑み、一層その詳細を明にし度い意欲を持つていた。此の意欲は今も尙十分に満たされていないが、一応取纏めて此の一文を草した次第である。

2. 意 義

配置家庭薬とは、配置員によつて行商せられる家庭薬を云う。茲に家庭薬とは、医薬品で、主成分、分量、剤型、用法、用量、効能等より見て、医薬品に関する専門的知識のないものに使用させる事を主な目的とするのが

1) 適当と認められるものである。次に配置員と云うのは、実際に行商して歩く者(売子)で、その身分及び行商区域は都道府県により登録されている。配置員は、配置販売業者(帳主)に雇用されている者と、両者が同一人又はその家族の場合とがある。最後に行商と云う事であるが、之は店売に対する言葉であつて、(店売せられる家庭薬を通常本舗家庭薬と云う)固定した店舗によらない販売である。行商にも2方法があつてその1は、直接消費者の家庭へ行つて商品を販売する方法で、他は、市、祭例その他民衆の集合する所へ行つて販売する方法である。医薬品は重量の割合に価額多く、而も利幅が広いので、古くから最も恰好な行商品とされた。然し乍ら現業事法的に認められている行商は前者の方法に限られ、而もその特殊なもの、即ち配置員による配置販売である。之の方法の発案者は、富山反魂丹行商人八重崎屋源六(1705年没)であると伝えられ、富山売薬と云えば配置薬(置き薬)を意味する因を為した。大和、滋賀等は、後年之を模倣したものと思われる。富山県売薬同業組合沿革史は、配置販売の伝統的方法を次の様に説明している。『富山売薬の販売方法は、他の売薬と異りて配置売薬にて、信用取引を重んじ、毎年営業者又は営業者自身の使役せる行商人等得意先の国々に至りその住宅を訪れ、各種の売薬を配置し、随時服用の便を与え、翌年行商の際、その服用せる売薬の代価を受取りて残る薬を持帰り国元の製造所へ送り還し、改めてその年持参せる新製の売薬を配置し、服用に供する習慣なり。斯くの如くして収益をあげるに依り、営業者は売上金の三倍の売薬を配置する必要とせり、而して店頭売薬と異なるを以て各戸に行商の際配置せる現品は詳細なる効能書を附するを習慣とせり、依つて別段広告宣伝を必要とせざりき』²⁾と。

3. 配置家庭薬の地位

配置家庭薬の地位を昭和25年の実績について見ると次の如くである。

$$\frac{\text{家庭薬}}{\text{全医薬品}} = \frac{5.988\text{百万円}}{31.916\text{百万円}} = 18.1\%$$

$$\frac{\text{配置薬}}{\text{全家庭薬}} = \frac{2.056\text{百万円}}{5.780\text{百万円}} = 35.6\%$$

$$\frac{\text{配置薬}}{\text{全医薬品}} = \frac{2.056\text{百万円}}{31.916\text{百万円}} = 6.4\%$$

即ち、配置家庭薬は、全医薬品に対しては、6.4%、全家庭薬に対しては35.6%の割合を占めている訳である。尙配置家庭薬の地位の時間的变化は、統計の欠如により示され得ないが、家庭薬の全医薬品に対して占める割合が終戦直後迄は一貫して4割台を維持していたものが、抗菌性物質の出廻り始めた昭和23年頃よりは急速に低下し、前述25年よりは漸く2割弱の地位を保っている状態である。従つて配置家庭薬の地位も、爾来それ程向上したとは思われない。

4. 主要配置家庭薬業県

配置薬は既述の通り、行商の特殊な形態であるが、一般的に行商に最も必要な条件は云う迄もなく各地を自由に旅行する事が出来ると云う事である。然し此の事は封建時代には、自然的な制約のみならず政治的なそれも多々あつて、一般人に取つて必ずしも容易でなかつた。唯僧侶は例外であつた。高野聖、或は金峯山寺の山伏など之に属す。又藩の後援を受けていた富山反魂丹行商人も同様であつた。彼等は公然諸国通行上の特権を与えられていたものであるが、之に反して、隠密を業とした所謂甲賀流の忍術使等は、隠然その特技により諸国を旅したのである。彼等は直接間接、夫々、大和、富山、滋賀(日野)売薬行商発達の因を為した。何故ならば、彼等

1) 薬事年鑑。昭和26年版。P 700.

2) 富山県売薬同業組合沿革史。P 21.

は、自身行商を為し、或はそうでなくとも諸国の状況を近隣の人達に伝えて行商を容易ならしめたからである。行商人に取つて諸国の状況に関する知識は無形の資産である。何故ならば、行商は多大の利益を生むが、他面、肉体的、経済的に非常な危険を伴うからである。此の資産は、同一地区に多数の者が、諸方へ行商すればする程蓄積され、その結果、行商の利益は増大し、隣人相競つて困苦にめげず行商に精を出す様になる。かくて当初には、その地区の生活条件に促進された行商が、逆に生活条件を規制するに至る。又行商に持出される家庭薬は、勿論その地区の特産物であるが、その供給は、自然にその地区に形成された生産組織によつて為される。而してその生産組織は、年を経るにつれて高能率化し、所謂御家芸化する事も又自然の勢いである。以上の理由によつて、その業法を模倣して、その地位を取つて代らんと試みる者があつても、容易にその目的を達し得ないのが常である。富山売薬に対しての、古くは、安政年間の薩摩、小倉両藩の配置薬自営、近くは、昭和初期の全購連及び北海道青年協力会の配置販売の試みなどその適例で、何れも失敗している。³⁾ かくて配置家庭薬業は地区的に業者が集中し、古来余りその地位を変ぜずして現在に至つてゐる。富山県の富山、滑川の両地区、奈良県の高市、南葛城の両郡、滋賀県の日野、大原市場地区の如きがそれである。次に配置薬の主要生産県及びその地域の集中状況を示せば第1—2表の通りである。尙参考迄に第3表で、富山県配置薬の推移を示した。

No. 1 配置家庭薬主要生産県

昭和25年末 (富山県薬務課調)			
県名	生産額 百万円	対 全国比 %	配置員 (延)
富山	869	42.3	12,635
奈良	433	21.1	4,172
滋賀	350	17.0	1,439
佐賀	221	10.7	1,440
和歌山	84	4.1	228
その他	99	4.8	1,413
計	2,056	100	21,327

No. 2 富山奈良両県地域別業者数

富山県 (昭和25年末)			奈良県 (昭和28年末)	
郡市名	製造業者数	登録配置員数	郡市名	製造業者数
富山市	79	6,918	奈良市	4
高岡市	9	124	大和高田市	8
上新川郡	1	92	生駒郡	6
中新川郡	63	2,783	山辺郡	1
下新川郡	—	89	磯城郡	12
婦負郡	9	739	宇陀郡	1
射水郡	9	1,500	高市郡	77
東礪波郡	3	9	北葛城郡	9
西礪波郡	4	176	南葛城郡	47
氷見郡	—	43	宇智郡	2
計	177	12,473	吉野郡	9
			計	176

No. 3 富山県配置薬業の推移

昭和25年末						昭和28年末					
生産者数	品目数	生産額 百万円	配置員数	配置戸数 千戸		生産者数	品目数	生産額 百万円	配置員数	配置戸数 千戸	
明治26	517	3,979	0.8	6,880	6,880	昭和17	2,598	不明	45	14,160	28,320
40	933	7,143	3	11,126	11,126	21	15	5,855	189	5,855	4,098
大正10	1,077	10,667	13	8,610	10,339	23	86	8,089	1,915	8,089	13,000
昭和5	1,616	16,560	17	12,415	24,830	25	177	9,116	3,478	7,471	15,169
10	1,713	18,250	15	11,265	12,530						

〔註〕 1. 生産額は最終消費者価格。 2. 配置員数 7,471人は実人員此の外未登録者 2,000人余あり。
3. 配置員専業 70%

3) 富山県売薬同業組合沿革史, P 528

5. 配置家庭薬の生産

(i), 生産額. 配置家庭薬の生産額は, 生産者価格で測定するか, 消費者価格でするかによつて非常に大きな差異を来す(後者は前者の四倍近い). 而して配置家庭薬の全国的統計は, 昭和25年の実績について行われた富山県薬務課の調査以外に依るべきものはない. 昭和27年度より法規による薬事工業生産動態統計が実施される様になつたが, 之には家庭薬の統計は見られるが, その内訳たる配置薬のものはない. 従つて推計による外はないのであつて, 概算45億円(生産者価格)程でないかと思われる. 今参考のため, 27年度乃至29年度の全国家庭薬生産高と, その殆ど全額が配置薬と思ふ富山県の家庭薬(29年は推算)を表示すれば第4表の如くである.

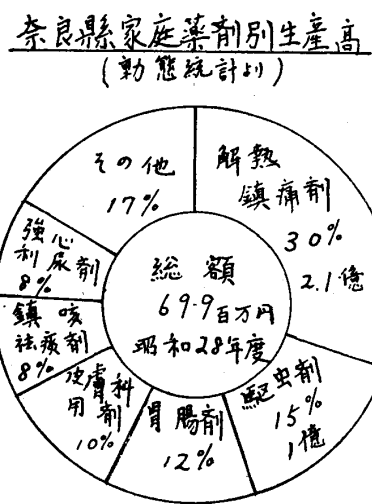
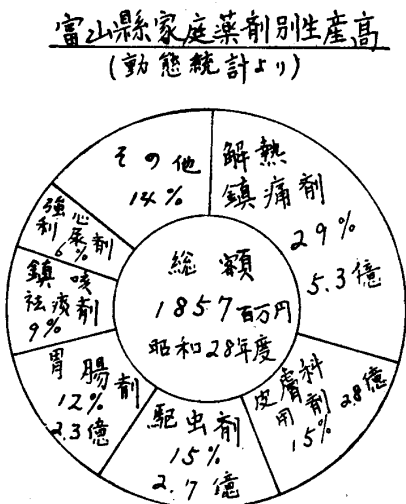
No. 4 薬事工業生産動態統計による家庭薬生産高

事項 年度	全国医薬品(最終製品) (A) 億円	全国家庭薬 (B) 億円	B/A	富山家庭薬 億円
27	617.1	117.0	19	17.1
28	759.9	145.8	19	18.6
29	745.9	140.1	19	18.1

(ii), 生産種類. 配置家庭薬として, どんな種類のもが生産されているかを, 薬効別に, 富山及び奈良の両県について図示したのが, 第1図及び第2図である. 之によつて両県の家庭薬の内容が如何に類似しているかを知る事が出来る.

第1図

第2図



(iii), 生産構造. 一般に医薬品の生産は, 製薬製剤を一貫的に行う極く少数の大企業を除けば, 製剤を主とする多数の中小企業によつて為されるのであるが, 家庭薬の生産は, 此の製剤を中心とするものである. 従つて配置家庭薬に於いても多数の零細企業によつて, 家内工業的の手工業的に生産される事は想像に難くない. 此の事は第3図及び第4表に見られる如く奈良県の場合特に顕著に現われているが, 富山県の場合はそれ程でもない. 元

来富山県配置薬業者は協同性に富んでいる。之の事は封建時代反魂丹役所なるものに保護統制され、更に明治初年、地方為政者の適切な勧告に服して馴致されたものと思われる。例えば、明治8年3月、新川県令山田秀典は、県下の売薬業者総代を県庁に召喚して次の如く告諭している。『管下反魂丹等の売薬は全国に普及し、営業者数千人の多きに達し、実に物産の第一に位すれど、惜き哉、旧慣を墨守し、草根木皮を以て調整するに過ぎず、坐して将来の衰頽を待つもの如くなり。今の時に及びて泰西文明国の良法を採取し互に協同結社して益々売薬の振興を図るべきなり』と。広貫堂、師天堂など何れも配置業者協同の生産事業組織であつて、之の事は今日に於いても変る事がない。例えば県下最大の広貫堂は株式組織であるが、その株主約三千人は全部業者である。斯様に富山県に於いては、配置薬生産事業体が業者協同のものが多いが故に、その規模が比較的大となつた訳である。次に一製造所当及び一人当生産額が低いのは、能率による事もさる事乍ら、配置家庭薬の生産が、抗菌性物質の如き単価の高いものよりも、低いものを主たる内容としている事によると思われる。

最後に、家庭薬の生産は既述の通り、製剤であり、従つて原料薬品等の供給は外部に仰ぐのであるが之を富山県の場合について見るに、その殆ど大部分が、県外より供給されている事第5表の通りである。而して洋薬に於いて大阪市場よりが6割、東京市場よりが4割、生薬に於いては、大阪市場が5割、その他が5割となつている。之等の事は他県の配置薬の場合も大体同じ事が云えるであろう。

No. 3 富山県労働規模別生産額 (動態統計より)

	0~4人	5~9人	10~19人	20人以上
製造所数 221	24%	20%	23%	33%
生産額 246百万円 (28年9月分)	2%	6%	12%	80%

No. 4

	全国	富山県	奈良県
一製造所当平均労働者数	20人	19人	8人
一カ月一製造所当生産額	294万円	113万円	34万円
労働者一人当月生産額	15万円	6万円	4万円

奈良県労働規模別生産額

	0~4人	5~9人	10~19人	20人以上
製造所数 172	39.5%	28.5%	26.2%	5.8%
生産額 699百万円 (28年)	8.6%	20.3%	50.6%	20.5%

No. 5 富山県家庭薬原料購入状況

品名	昭和25年 実績業務課調			
	金額(A)	購入先		B/A%
		県内(B)	県外	
	百万円	百万円	百万円	
洋薬	340	17	323	5
生薬	51	2	49	5
和洋紙	172	9	163	5
硝子瓶	15	15	—	100
その他	17	11	5	65
合計	595	54	540	10

6. 配置家庭薬の販売

富山、奈良両配置薬の主要得意先は第6表の如くである。

No. 6 富山配置薬主要得意先府県名

25年は業務課調											9年は組合沿革史												
昭和25年	県名	北海道	新潟	東京	富山	石川	長野	岐阜	静岡	福島	埼玉	昭和9年	県名	北海道	東京	新潟	富山	長野	石川	広島	静岡	岐阜	福島
販売額	百万円	218	168	145	133	122	110	104	103	101	101	販売額	千円	1574	846	576	414	412	394	390	373	306	297

之等の表より次の事を知る事が出来る。(イ)、配置薬は、通常医療施設の乏しい農山漁村がよい得意先であると云われているが、必ずしもそうとは限らない事である。例えば、東京都は富山の変らざる主要得意先である。之の事は、配置薬業も営業である限り、有利な得意先、即ち購買力に富み、支払の迅速確実なものに力を注ぐ事は当然である事による。従つて都市の繁華街などでも、医師や薬局を訪れる余裕のない多忙にして保守的な人達が案外よい得意先となると云われるのである。(ロ)、富山の場合は、その主要得意先が遠近に拘らず存在するが、奈良の場合は近県に主力を置いている様うである。(ハ)、主要得意先地域は、時代の変遷にも拘らず、殆ど変化しない事、富山の例で知る事が出来る。

No. 7 奈良県配置薬の主要得意先府県

(密度=1万戸当配置員数=5.0以上)

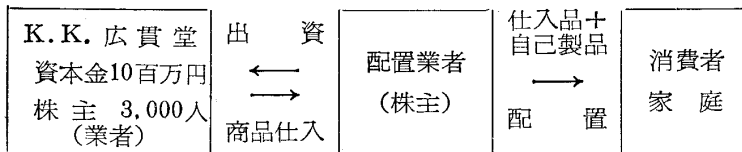
26年 奈良県家庭薬配置商業協同組合調

県名	密度	県名	密度
三重	11.8	京都	6.0
和歌山	11.1	兵庫	6.0
奈良	9.7	徳島	5.1
静岡	7.4	滋賀	5.0
大阪	6.6		

7. 配置員

配置員は既述の通り帳主の場合と、彼に雇われている場合とがあるが、前者の場合の配置員はその行商に持参する薬品を凡て自家生産する場合もあるが、多くの者は、全部又は一部を他より仕入れる。帳主の協同作業場的製薬会社たる広貫堂を有する富山に例を取れば、第4図の如きであつて、生産設備を有する者も、技術的に困難な薬品は広貫堂より仕入れて行商に出ると云う訳である。配置員が得意先に行きその必要な薬品を見計つて預け

No. 4 広貫堂と配置業者との関係



反魂丹→富山→K.K. 広貫堂
役所→広貫堂 (明9) (大3)

置く場合、その得意先を懸場(掛場)と云い、その明細を記した帳簿を懸場帳(一種の得意先元帳)と称せられる。此の懸場帳は、富山に於いては、古来不動産同様に重視せられ、その譲渡には反魂丹役所へ登録する事を要し、又金銭貸借上抵当物件にされた事は周知の通りである。

次は配置員の活動状況及び収入状況を表示すれば第8表及び第9表の如くである。尙配置員は通常三千戸の配置先を有すれば暮しが立つと云われている。

No. 8 奈良県配置員活動状況

奈良県配置薬商業協同組合調

年次		昭23年	24年	25年	26年
配置員一人当配置戸数	最低	300戸	300	300	500
	最高	1,500戸	2,000	3,000	3,500
一戸当配置方数	最低	3方	3	5	5
	最高	10方	12	15	20
一戸当配置高	最低	50円	72	100	100
	最高	500円	800	1,200	1,500

No. 9 配置員の収入状況推算

25年 富山県薬務課調

	百万円	比率
総売上高	3,034	100%
総支出高	1,619	53
商品仕入	739	24
廃棄薬品	91	3
預ヶ袋その他仕入金	182	6
旅費その他雑費	606	20
差引利益金	1,415	47
内売掛金	455	15
差引現金所得	960	32
一人平均現金所得 (7,471人)	128千円	

配置員は配置薬の第一線に活躍する者だけに、彼等の素質如何は、その事業の消長に重大なる影響を与える。従

つて各府県ともその養成乃至質的向上に意を傾け、講習会等を催しているが、特に富山県に於いては、県立富山工業高校、並に滑川高校に薬業科を設置しているなど極めて積極的である。

8. 配置家庭薬の金融

医薬品の行商は、昭和23年7月の薬事法改正以来、現金売が禁止せられ、配置販売に限られるのであるが、此の方法に依れば、営業者は売上金の三倍の薬を配置せねばならないと云われる事既述の通りである。従つて販路拡張の爲めには巨額にして長期の資金を要する。何故ならば、配置した最初の期間（半年—1年）は全額資金を固定せねばならないし、次期に於いても尙完全には投下資本を回収し得ないからである。かくて配置薬業に取つて金融は極めて重要であつて、懸場帳がその為めの抵当物件になつて居た事は既に一言した。然し終戦前後の異常な時代には懸場帳の財産価値も低下し、従つて之を担保とする金融の道も失われたが、富山に於いては昭和24年12月以降、奈良に於いては26年より、共に配置業者は、信用保証協会を通じて、懸場帳を担保とし、1人当10万円以内（後15万円）期間6ヵ月（後1カ年）の融資を受け得る事になつた。爾来富山に於いては、26年12月末迄に融資を受けた者延628名、融資高4,400万円、奈良では27年末で、延308名、3,500万円に達した。

9. 配置家庭薬の直面する問題

(i). 経済的立場から見た配置家庭薬、 此処に云わんとする意味は配置家庭薬が、品質的にも、價格的にも、消費者の需要をよく充足させ、新薬その他の医薬品に伍して今後も依然存続し得るかと云う事である。資本主義の発展過程に於いては、先づ生産革命が行われて、機械による大量生産が一般化し、次いで之に対応して配給革命が生じて、大量販売の原則が確立される。之の事は、百貨店、連鎖店等大規模小売企業を発生させ、又回転率本位の商業経営を招来した。而して大量販売は、不特定多数の消費者を対象とするもの故、一般大衆に対する活潑なる宣伝を必要とする。かくて有名商標品が生じ、消費者は周知化された品質價格の故に販売業者の説明なしに購買するに至る。之が近代の一般的傾向である。之に対して配置家庭薬業は、その生産面に於いては、僅かの例外あるも、殆が多量小量生産であり、その販売面に於いては、商品の回転率を無視した徹底した小量個別販売であつて、従つて商品に対する宣伝は余り問題にされない。斯様な状態では、生産費も配給費も高からざるを得ない。例えば、配給費について見るに、消費者價格を100とした場合、配置薬に於いては、それは75なるに対し、一般医薬品は⁴⁾56で、相当な開きがある。か様うに開きがあるのは、売れるか否か分からないのに予め置いて行くと云う事よりする資金コストと消費者が小売店舗に出掛ける迄の足代が加算される事にも依るのであろう。問題は一般消費者が、その様な云はば過剰サービスとも云うべきものを、何時迄どの程度、歓迎するかと云う事である。近代の購買慣習、交通機関の発達医薬品販売業者の増加等は之に否定的な答えを与える様うである。もしそうであるとすれば、配置なるサービスより生ずるコスト増分を消費者に転嫁し得ずして、少く共その一部を業者が負担せざるを得ないのであろう。即ち、品質の改善並にその宣伝による消費者の信頼増加（品質改善費及び宣伝費の負担増）か、或は價格切下により、販路の維持を計る事になるが、何れにしても業者の利益減少を招く事は明かである。之を避ける為めには、一方に於いては生産合理化による生産費の切下、他方では、伝統的な配置販売そのものに再検討を加え、配給費、特に資金コストの節減を計らねばなるまい。かくて品質の改善、宣伝の強化と共に、経営規模の拡大、少品種大量生産などを協同組織強化によつて推し進め、更にその様な生産面に於いて、従来の多品種長期間配置を改め、簡易治療薬として真に売れ足の速いもの、小品種、小量、多数戸短

4) 経営学論集 第26集. P 366.

期配置と云う方法に、即ち上述の近代的生産販売の原則に少しでも近づけるのでなければ、その経済的存在理由を失う事となる。

(四) 医療制度より見た配置家庭薬。明治政府は、西洋の医学と医療制度を採用し、医師の診察と薬剤師の投薬により疾病の治療を行う方針を取つたので、主に和漢薬より成る売薬（家庭薬）を軽視し、且つその存在を異端視したのは当然であつて、早晚之が廃滅を期していた様うである。然し乍ら医療施設乃至医療担当者の実情は、此の制度上よりする国民医療需要に応じ得ず、結局十分開花し得ずして今日に至つた事は周知の通りである。従つて簡易治療薬たる売薬も大いにその存在余地を見出して、民衆の知識水準向上と共に明治以後大発展をしたのであつて、配置薬又同様であつた。然るに国民健康保険の出現は、配置薬業者の心胆を寒からしめた様うである。之は昭和9年9月、当時立案中であつた国民健康保険（13年より実施）に対して、それは富山配置売薬の絶滅を来すものとして、富山売薬同業組合の名に於いて反対決議をして居り、更にその反対運動乃至陳情が全国的規模に於いて爾後数年続けられている事からも分る。⁵⁾尤も之迄の処、統計で見られる如くそれ程の影響を受けなかつた様うであり、又最近の国民治療方法に関する統計によつても、買薬によるもの41%（1952年）を占め、医師の39%を上廻つている。⁶⁾之等は国民医療に於ける家庭薬の根強さを物語るものである。然し国民総医療費約2,000億円（1953年）の中、52%が社会保障医療関係よりの支払である事を思えば、今後国民健康保険その他の社会保障医療が積極的に推進されれば、往年の不安が再来し、且つ現実化する可能性もないとは云えないであろう。従つてその対策としては、根本的には、社会保障医療に融合する外はないであろう。

10. 結 論

以上我国の配置家庭薬の現況を各面より述べて来たのであるが筆者の不明乃至怠慢により、斬新適切な資料を欠き、十分明かに為し得なかつた事は遺憾である。然し二百余年の歴史を有する配置家庭薬は幾多の風雪にもめげず、依然健在である事は知る事が出来よう。唯その前途を思う時、之迄辿つて来たものと同様であるとするには聊か疑問なきを得ない。大勢的に之を見れば、経営面に於ける後進性と、医療制度面に於ける社会保障医療の発展と云う両面より狭撃されて、その前途は寧ろ隘路化するであろう。従つて配置薬業者は、之迄の大きな存続発展の理由であつた配置薬の利点、即ち配置薬が医薬品需要の特殊性たる、緊急性乃至不可測性、秘密性、因習性等に最もよく適合すると云う事にのみ依頼せず、社会的経済的基盤の変化にも十分留意して、その発展対策を樹立しなければならぬであろう。

5) 富山県売薬同業組合沿革史。P 527.

6) 社会保障年鑑。1955年版。P 170.