

講演 2

短中期視点における 日本の医薬品流通市場の課題



クレコンリサーチ&コンサルティング
株式会社
代表取締役社長

木村 仁

平成30年7月13日(金)
13:50~14:50

講演2では、クレコンリサーチ&コンサルティングの木村社長に「短中期視点における日本の医薬品流通市場の課題」と題してお話しいただいた。

木村社長は、薬価制度改革と流通改善ガイドラインの課題を指摘した上で、卸の受益部分が圧縮される方向にあり、生き残り策として提案型営業への転換を説かれた。そして、提案できる営業になるには、階層・部署の違う人脈づくりのほか、多角的な価値提供材料を持つことが重要だとし、さらに、製薬企業や自治体への提案力、情報提供力による対価をもらえる仕組みの構築まで視野に入れるべきだと提言された。

キーワードは「国民目線」

●ライフラインとしてのお仕事と分かりにくい商習慣

初めに、西日本豪雨による被災者の皆さまにお見舞い申し上げます。

本日は「医薬品流通」という視点で、商取引、いわゆる流通改善ガイドラインについてお話しします。今回の災害被害におけるライフラインとして

の医薬品卸の皆さまのお働きに感銘を受けながら、自らの非力さを痛感するとともに、国民により知られるようにと強く思います。その一方で、この業界を知らない方からみれば、理解が難しい商習慣があります。いまは官邸の権限が強く、官邸にどう見られているかで対応が変わってくるからです。そこで、今後のキーワードは「国民目線」だと考えています。

●薬価に対する不信感

当然、我々も業界サイドから厚労省を通じて官邸に主張をします。しかし私の想像では3つの不信感があるように思います。1つは薬価に対する不信感です。薬価収載後においては、薬価調査に基づいて薬価が改定されますが、本当に透明性があるのか、もっとオープンに、極論すればシステム化すればいいという話があるのではないかと思います。2つ目はメーカーの販管費、特にMR活動で、3つ目は調剤薬局の薬価差です。この3つの不信感が根本的に官邸サイドにあるのではと感じています。それらを軸に、官邸から、厚労省へ改善要求があるのだろうと想像しています。ですから、厚労省としては、ここをできるだけソフトランディングしていくことに苦慮しているのではないかと思います。さらに来年10月に予定されている消費増税への診療報酬への対応も組み合わせり、かつてない難しいお立場に、業界だけでなく、省庁としてもあると感じます。

ですので、流通改善ガイドラインや販売情報提供活動ガイドラインを最初のステップとして、業界も省庁も官邸サイドに対して、改善の結果を示していかなければならないのです。

流通改善ガイドラインの課題

●川上から川下への順番

そこで、流通改善ガイドラインが今後どう進んでいくかについてお話しします。公正取引の関係でガイドライン自体には具体的な数字はなく、抽象的だったり、逃げ道があるような表現もあります。

現段階は第1フェーズです。第1フェーズは、川上流通です。今回の相談案件15件のうち13件が川上だったと聞いています。なぜ先に川上かというのと、本格的な川下との交渉が7月になるというのに加え、厚労省としては適正な流通経費を支払っていないメーカーに改善させ、その姿勢を川下、特に調剤薬局チェーンへも要求したいと考えているからです。

メーカーの場合、予算は既に決まっているので、ガイドラインへの対応は無理だといいます。しか

し、過度な会社に対しては指導していくと思います。この第1フェーズが9月、10月くらいまででしょう。

次が、川下です。最終的なねらいは、良い悪いは別にして調剤チェーンにあるように感じます。いかに調剤チェーンに指導を与えられるかを考えていると推測します。

●かかりつけ薬局ビジョン

いま、かかりつけ薬局とか薬局ビジョンがありますが、これも国民から見ると納得がいくかどうかの視点で、国民が行きたいと思う薬局には、ある程度の点数を付けましょうというものです。一方、その方針に沿わない薬局は、生き残れなくなっていく方向になっています。しかし、その診療報酬の付け方が理に適っていればいいのですが、様々な利害関係から、違う部分、つまり薬価差への指導に短中期的にはなるのではないかと思います。極端な例は、一定以上の薬価差は国に返還するイギリスのようなクローバックの仕組みです。

この第2フェーズまでを国は、ガイドラインに沿って指導・策定してくると思います。

●公定マージン導入の実現性

次に、第3フェーズはまだ想像の域です。公定マージンではないかといわれています。しかし、個人的な見解ですが、財務省は、市場実勢価に基づいて下がっていく現行の薬価制度自体には問題はなく、透明性が必要だと考えているのではないかと思います。厚労省は、公定マージン導入は嫌だとお話しされていました。つまり、厚労省も財務省も、流通改善がうまくいけばいいわけです。

私は、公定マージンは、法制度上、かなり実現が難しいと思っています。ただ、万一、流通改善を納得させるだけの結果が出なければ、公定マージンは、厚労省の権限の関係から最後に考える選択肢の1つになる可能性があるのではないかと思います。

●日本の薬価制度の問題点

薬局の薬価差に対してですが、ヨーロッパの中

の皆保険が入っている国では、処方元と非処方元での薬価制度が違います。日本だけが分かれています。ただ、日本では病院の外来と院内処方があるため、それが難しいのが現実です。海外では外来は基本的に調剤薬局で、病院は入院だけです。日本の場合、病院で外来も行っていますので、病院が薬剤を購入したとき、入院用と外来用で薬価が違うことが可能なのかという問題があります。まず、その線引きをすべきだというのが私の持論です。

流通改善への対応

●債権管理部門との情報共有

流通改善への対応における工夫ですが、まずボランタリーチェーン等のコンサルティング企業への対策があります。大きく2社ありますが、加入や委託する前にしっかり情報が医療機関から入る関係づくりを行っておく必要があります。そして社内の情報共有が大切です。例えば、支店長や営業所長が本社に伝えるべきことを担当者に伝えているか、彼らが重要な情報をリアルタイムで本社に届けているか、ということです。加入後に、その薬局さんはこういう厳しい状況でしたのでこうなりましたでは遅いのです。各人が自分の仕事を守るための仕事ではなく、会社を守るための仕事というキーワードで、職位を超えた情報共有を徹底すべきだと思います。そうすることにより、加入する前に、こちらから提案することができます。

また、このようなことをするためには、本社が調剤薬局を中心とした経営状況の把握と予測を常にしておくことが基本です。そろそろ4月分の報酬が入ってくる時期ですが、思ったより厳しいと気づく薬局がこれから増えてくるでしょう。現場が債権管理部門と情報を共有して、債権リスクを常に把握しておく必要があります。

●財務状況に基づく交渉を行う

こうした共有が図られれば、今度は「攻めの交渉」ができます。実は、薬局との交渉には損益や利益率とともにキャッシュフローもあります。資金



日本の医薬品流通市場の課題について話す木村社長

繰りです。調べてみると、キャッシュフローのいいところは妥結が遅いことです。つまり粘れるわけです。

一方、悪いところは、早く妥結する傾向にあることです。こうした情報を債権管理部門から営業にフィードバックすることが重要です。資金繰りの計算は簡単ですので、そのような情報をデータ化し、現場と共有し、アラートを流すことは、交渉においてお互いに良い状況を生み出す可能性があります。

●会う人を増やす、会える人を増やす

後は、総じていえるのは、会う人を増やすことと変えることです。いままでのように担当者1人で行くのではなく、自分とは違う分野の専門家を同行させることです。つまり、自分とは何か違う話ができる人と行くべきなのです。

また会う相手も、いつもの担当者だけでなく、複数の階層の人に会うべきです。自社では横のつながりで人を増やす、相手は縦の階層で会う人を増やすということです。

当然、上の人に会うには、何かネタがないといけませんので、面白いこと、新しいことを進めている人を連れていくといいでしょう。会う人、会える人を増やす、変えていくことは、組織対組織の関係で新たな価値を見出し、業者ではなくパートナーとなるための極めて重要なポイントです。従来、営業担当者の個性や支店・営業所なりのやり方でビジネスをしたがるものですが、それでは継

続的な流通改善は難しいのです。

短期的視点での取り組み

●MRの情報提供への規制

ここまです流通改善についてですが、それと並行して、卸売業界の変革に関して大変なことになるといわれている2つの項目をお話します。

1つは情報提供に関することです。販売情報提供活動ガイドラインが出ます。国はメーカーの販管費を見ており、MRのあり方に規制が入ります。それに付随して、MSの情報提供のあり方についてもメスが入ってきます。

私はここを非常に危惧しています。なぜなら、いまのところ国は、卸売業者は複数の製品を取り扱っているの、メーカーとは違う、卸売業としての情報提供と、メーカーの販促代行としての情報提供という2つの側面があるとガイドラインに定義されています。ところがアローアンスと連動して、前者が厳格化されていく可能性があります。いまはMRのガイドラインですが、このままでは、卸売業界にとっても大きな収益減となるファクターではないかと思っています。

●アローアンスの延命とリベートの定義

アローアンスはどんどん減っていきます。メーカーは処方量が大切なので、幹部は薬局計上の売上をほとんど見ません。一方、卸は薬局計上の売上のデータを使います。これからメーカーと交渉



資料を確認しながら耳を傾ける聴講者

するときは、処方元に換算した売上で交渉した方が、フィーが取れる確率が高いでしょう。販管費がどんどん削られていく中で、アローアンスも削られていきます。しかし、できるだけ減額の手緩める意味で、アローアンスに対して同列で話ができるようにデータ武装しておくことが重要です。

同時に、減額されていくので、できるだけいまのうちに代替の価値、例えば、災害などの有事の場合の対応、ライフラインとしての医薬品卸の価値、言い換えれば、もし医薬品卸でなければどのくらいコストがかかるかといった目に見えない部分の価値をいまのうちにリベートとして定義し、入れておくことも、極めて重要だろうと思っています。

●提案し、契約し、対価を得る

しかしながら、こうした対応はあくまで延命的なものですから、今後、割合を大きくすべき部分は、ガイドラインの軸に沿った提案型の販促受託です。3年くらいのレンジで販促受委託契約を、具体的にはe-リテリングとかCSO(委託MR)と同じ基準で契約をしっかりとって、その分は販促受委託契約の対価として獲得するスタイルにしていけないと、今後、規制が厳しくなり、アローアンスはほとんど取れなくなるかもしれません。いまのうちからこういったレッスンをするために、提案書をつくって契約して、対価を獲得することを始めるべきです。これがBtoBビジネスの基本です。

将来、販売情報提供活動ガイドラインの要素と重なり、卸の仕入原価(流通経費=仕切価-リベート)の一本化と販促代行部分の別口化(販管費)の流れに入る可能性があります。国民から見ても自然な形です。メーカーがe-リテリングの企業や委託MRに支払っても薬価には反映されません。なぜ卸売業者に払う販促代行の部分だけ薬価調査の対象になり、それによって薬価が変わるのか、このことは不自然であり、流通経費と販促代行の部分は別にする必要があるからです。

その意味で、私はこれから分社化、つまり契約する窓口を、例えば製品のタイプとか、市場のセグメントによって変えていくといった卸のカメレ

オン化が絶対必要だと思っています。

●分社化と流通経費の明確化

例えば、非常に高額なスペシャリティを契約する会社と、特許が切れたジェネリックを扱う会社は別であるべきです。さらには、ジェネリックを扱う会社だけはまだもっと水平で、横で手を組んでもいいと思います。スペシャリティを別口にするには、付加価値やソリューションのようなものを付けて、メーカーにデータを付けたり、価値を提供するという分社化していかないと、恐らく立ち行かないと思います。

いま米国は、この分社化の流れに入っています。高額の薬とジェネリックではまったく違います。窓口が一緒だと、結局全部流通経費に入ってしまう、せつかく最初マーケティングの経費を予算として取れたとしても、次の年には流通部門の経費になってしまいます。

そして将来的には、価格のあり方は国民から見ても納得できるよう、流通に本当にかかっているところだけが考慮される薬価調査にし、それ以外は別口です、という流れに3年間かけてしていくべきだと私は思っています。

ということで、繰り返しになりますが、いまやるべきことは「提案」であり、「販促受委託契約」です。準備しておくのは「分社化」で、これは窓口の分社化です。そうすることが、国民から見ても納得できる仕入原価のあり方につながっていくと思います。

さらに、何がMRと違うのかについても、卸連合会として定義し、意見を述べていくことも重要です。

●日本版物流ガイドライン

もう1つは、PICS/GDPとJGSPへの対応です。PICS/GDPは物流の国際基準で、OTCも入っています。JGSPは卸連合会の自主基準です。いまそういう流れで日本版PICS/GDPが近く公表の見込みで、JGSPも見直される予定です。日本版は、例えば温度管理の部分などが緩いです。ただ、だんだんと米国、ヨーロッパの基準に合わせて厳格化されていくと思います。そして、JGSPもそれに対応

せざるを得なくなると思います。ですから、現段階でGDPを読み込んでおくことは、極めて重要だと思います。

●ドラッグストア流通力の脅威

同時に、この流れはドラッグストアも密に関係してくると思います。これからはドラッグストアの売上シェアが増えていくでしょう。国民から見て、ドラッグストアには選ぶ納得性があるからです。いまドラッグストアは「右手に生鮮、左手に調剤」といわれています。何でも揃う利便性によってこれからシェアが拡大すると、出てくるのはセンターフィーや物流センターの開設などです。OTCはセンターフィーの世界に取り込まれましたが、国民からみて納得する形で、医薬品はどうすれば長期的にその世界にならずにすむでしょうか。鍵となるのはPICS/GDPとJGSPです。

●医療用医薬品と一般消費財の違いの明確化

つまり、医療用医薬品は一般消費財とは別であるべきだと認識してもらうことです。米国でもEUでも、医療用医薬品の流通の安全性に関しては特別な法案ができています。つまり、間違いが許されないことを、一般消費財より一段階高いレベルで認識し取り扱っていく仕組みをつくらなければなりません。PICS/GDPやJGSPも、本来はそのためにあります。それに合わせたシステム構築が卸の役目です。そうしなければ、川下の一般消費財と同じシステムにどんどん浸食されてしまいます。

これについても、専門家は長期的な医薬品の安全性の担保の観点でかなり危惧しています。ですから、医薬品の流通システムのあり方について、その重要性と内容を卸連合会でしっかりと丁寧に議論していくべきだと思います。もし、コンセンサスを得て進めていくべきだと判断したのであれば、コンソーシアムづくりを進める必要があります。

今年度、最も急がなければならないのは流通改善ガイドラインへの取り組みですが、それ以外にも、販売情報提供活動ガイドラインへの対応とPICS/GDPとJGSPを関連させた流通システムのあり方も、短中期的に頭に入れておく必要があると

思います。以上が今年度取り組まなければならない短期的な視点です。

中期的視点での取り組み

●電子処方箋の課題

ここからは将来についてお話しします。

いままでの話は、現在の薬価制度の中でいま持っている利益を守る話です。しかし、ただ維持していただくではあまりにも夢がありません。実は7年前の私の資料に予測として挙げられていたもので残っているものは、電子処方箋、メールオーダー、リフィルのみとなりました。遠隔診療はもう始まっています。

まず、電子処方箋です。6月に指針が出る予定だったのですが、まだ出ていません。国はどういう仕組みを考えているかという、処方箋を発行する側は、処方箋引渡書を入力して、患者さんに紙で渡し、中央が管理するメインサーバーにも記録されます。薬局側は、それが本物かどうかをサーバーに照合して確認します。つまり、必ず出し手と受け手の双方で確認するという方法です。電子処方箋のリスクは、改ざんや2回使われることなので、照合が必要と考えられているのです。

ところが、処方箋のたびに中央にデータを出すにはまだ抵抗感が強いのです。このように、電子処方箋は、現時点では難しい部分があると思います。しかし、方向性は示されていますので、認可されれば、いわゆるメールオーダーで自宅に薬が届けられるという世界に入っていくでしょう。

●オンライン服薬指導の可能性

それでは電子処方箋が実現するまで、メールオーダーの世界が出現しないのでしょうか。いまは、処方箋は直接受け渡しをしなければなりません。ただし、処方箋を引き受ける場所と医薬品を渡す場所は異なってもいいと規制緩和されているので、薬剤師による服薬指導が鍵となります。

服薬指導をどこで行うかですが、いまは診察を受けて、それから薬局に行って服薬指導を受けてから薬をもらって帰宅する流れが一般的で、薬剤



提案型営業への転換を説く木村社長

師が医薬品を届け渡す時に処方箋と引き換えに服薬指導することは一部例外を除き非常に非効率な状態となっています。

しかし、オンライン服薬指導もOKになれば世界は変わります。ここは頭の中に入れておいたほうがいいかもしれません。

余談ですが、いまでも院内処方であれば医薬品を郵便で配達してもらってもいいのです。規制上は、医師が服薬指導しているからです。薬局の場合は、対面で服薬指導をしなければなりません。その前提が崩れた時に世界は変わるでしょう。

●地域医療変革への対応

最後に、地域医療についてお話しします。

国民健康保険は、いままで市町村単位で管理していましたが、2025年には都道府県がリーダーシップを発揮して管理することを目指しています。つまり、保険のガバナンスの抜本強化に向かっているわけです。今年4月からは、市町村で管理していたデータが都道府県で見られるようになりました。ただ、現状は、データが見られるというだけで、あまり活用されていません。今後、都道府県知事の権限を強化し、各市町村のデータを分析・評価できる人材の強化もしていくとしています。

ヨーロッパの皆保険の国々は、ほぼ地域単位で予算が決まっています。あるいはドイツなど職能に起因する保険単位で予算が決まっています。予算がセグメントでコントロールされているわけで、日本はそれを都道府県単位で行おうとしているわ

けです。

●保険者努力支援制度

私が注目しているのは、予算(財政)の強化です。地域医療への対応の一番の問題は、なかなかお金にならないことです。確かに最初はまったくお金にならないかもしれませんが、ここに「保険者努力支援制度」というものがあります。

保険者努力支援制度とは、医療費適正化の取り組み成果を上げた保険者、自治体に対して、実績に応じたインセンティブとして補助金を渡す制度です。現在、予算で約1000億円付いています。補助金は継続性を約束しませんし、ビジネスの競争力の源泉にはなりませんので、依存になるのはいけません。誰もが損せず始めるという意味ではきっかけになります。

実際に取り組んでいる自治体は結構あります。例えば、糖尿病の重症化予防などです。市町村のインセンティブは、だいたいこういう重症化予防とか未病に対するもの、重複投与の改善などが多いのです。

それに対して、都道府県の目標は、どちらかといえば、リーダーシップを発揮しているかどうかということです。市町村を取りまとめて、市町村の評価指標(KPI)を達成できるように促しているか、都道府県全体で結果を出しているか、といったところにポイントが付きます。つまり、うまくデータを活用して、誘導しているかどうかということが重要視されているのです。

実際、こうした取り組みはかなり進められています。獲得しているポイントは西高東低の傾向がありますが、これは西側のほうが1人当たりの医療費が高いので、効果が出やすいからだと考えられます。

●卸による地域への提案

ここに医薬品卸がどう絡んでいくかですが、1つの案として、市町村や都道府県、特に市町村に対し、評価指標を分析して、どうしたら点が付くかといった具体的なスタディを提案することが考えられます。デジタルヘルスを絡めた提案もあり

ますが、最初は紙ベースでもいいでしょう。例えば、学会が出している疾病手帳でもいいと思います。それで記録をさせたグループとさせていないグループで、どのくらい差があったかというスタディでもいいと思います。

具体的な提案がなければ、物事は動きません。ですから、こうした提案は人手不足の自治体も喜びます。健康寿命が延びれば医師会も喜びます。早期発見で患者の掘り起しにもなります。ただ、こうしたサポートは小規模なので、卸売業者としては、あまりお金にならないのですが、支援事業の企業として、まずこういう取り組みに対してわずかな対価を得て実行することが大事だと思います。

モデルケースができた後は、デジタル化、横展開という道が開けます。何事も近道や魔法はないと思います。最終的にどの疾患の患者さんがどこにいるのかというデータが入手できる仕組みの構築も考えられます。現在、表出しているビジネスは迅速で地道な活動の連続の末の結果であること、表面に出て初めて加速するということです。将来の環境に向けて社内で金額は小さくても新しい取り組みを行って対価を得ている人も大切にすることが重要です。医薬品の売上に比べればどんなことでも小さく見えてしましますが、将来の会社の新しい存在意義はそのようなところから生まれるかもしれません。

以上、色々と申し上げましたが、これらのことに少しでも貢献し、新しい医薬品流通の世界が一国民から見えるよう、弊社も踏ん張り時と思ひ努めます。



階層・部署の違う人脈づくりの重要性を強調