

# 医薬品流通の 課題解決策と挑戦



クレコンリサーチ&  
コンサルティング株式会社社長

木村 仁

令和元年7月12日(金)  
10:50~11:50

講演3では、クレコンリサーチ&コンサルティング社長の木村氏に、医薬品流通の課題解決策と挑戦と題してお話しいただいた。

木村氏は、流通改善ガイドライン、販売情報提供活動ガイドライン、秋の消費増税の課題を明確にしながら、機能別自社コストの把握を根拠とした価格説明力、販売情報提供活動ガイドラインを逆に利用し卸の実力をを見せていく必要性、今回の消費増税に関する本体薬価交渉の重要性について説明。その上で、会う人、会える人を増やすこと、詳細なデータとそれを見える化することが説得力につながると力説された。

## 医薬品卸を取り巻く現状

### ●人口減少と現役人材の確保

日本の人口は3年前の2016年に33万人、2年前の2017年に39万人超、昨年は44万人超が減ったそうです。品川区の人口が約38万人ですから、毎年、品川区1つ分以上の人口が減っていることになり

ます。

今後の最大の課題は、2040年に団塊ジュニア世代が高齢者となり現役世代が減少することです。一方、近年、高齢者の若返りがみられ就業率が上昇しているといわれています。確かに、高齢者のデジタルのリテラシーは高まりますが、デジタルの操り手、もっというとAIを使い始めるためには

必ず人の力が必要になり、そのような方々は産業だけをわかっていればいい、デジタルだけを理解できればいい、というわけではなく、双方をわかる人材が、需要に対し、急速な供給不足になっていきます。増える産業の見識がある高齢層の方々と、少ないデジタルを操れる若年層の人材を組み合わせ、いかにエコシステムを作っていくかが、企業の経営、業界の発展、日本の持続性・成長性の鍵になりますし、協業によるシェアリングやオープンイノベーションの考え方を他人事ではなく、真剣に実行する時期にきていると思います。

### ●効率化の余地がある医療

現在は第4次産業革命の真っ只中です。インターネットによって皆さんの行動が変わってきています。いわゆる行動変容です。例えばアマゾンなどによって消費者の行動や動線が変わりました。

ところが、医療の世界だけあまり変わっていません。むしろ、日本に限らず、診察の待ち時間、手術を受けるまでの時間、薬をもらうまでの時間などは延びています。外の世界では圧倒的に利便性が向上しているにもかかわらず、医療だけが未だに非常に時間がかかっています。これは日本においても、国民にとっては多大な機会損失です。

例えば、医療機関を受診するために半休を取ります。半日かかるということが日本人の受診、あるいは健診の億劫さにつながって早期発見、予防・未病に悪影響を及ぼし、健康寿命の増進を阻害しています。

今後、このような人口動態にある日本において、この課題に対応する取り組みが官民双方で表面化することが予想され、取り組みの数々に対し、いかに医薬品卸業界がイニシアチブを取るかが重要になってくると思います。

### ●医薬品卸を取り巻く直近の課題

本日は、流通改善ガイドライン、販売情報提供活動ガイドライン、消費増税をメインにお話しますが、医薬品卸を取り巻く直近の課題としては次のことが挙げられます。

1つは、調剤報酬、薬剤費が伸びない、つまり

トータルの医薬品市場が成長しないことです。市場が伸びなければ、川下の交渉は厳しくなります。卸売ベースの医療用医薬品市場は8.5兆円前後に今後もコントロールされていくと予想しております。

もう1つは、川上の製薬企業も厳しいことです。特に開発パイプラインが未充足な製薬企業が多数あります。そのため、既存の製薬企業はアローアンスの減額、最終原価の上昇で、卸の皆さんの絞り込みをかける大きな流れが生まれてくると思われます。背景には、スペシャリティ品が増え、品目ごとの医療機関への納入先は減少する一方、薬価基準制度や新薬創出加算制度の今後の方針が不透明であることにあるといわれています。さらに、後発品の数量が増加していく、後発品自体も原価低減の限界をやがて迎えるという課題もあります。一方で、新薬やデバイス等のテクノロジーは急激に進歩し、日本では単一薬価制度と医薬品卸による安定した流通環境もあり、米国を中心とした新規参入の製薬企業は増えていくことが予想され、彼らをいかに早い段階でキャッチするかという新しい課題もあります。これらは従来とまったく違う環境です。

### ●地域医療への取り組み

地域医療に関しては、ご存じの通り、全国均一に進むのではなく、地域や自治体によって進み方も進む速度も異なります。病院の在り方に大きな影響を与える地域医療構想も、その地域における病院の状況によって受け止め方が異なります。また、地域によって疾患に対する取り組みもかなり差があります。

ですので、各地域における取り組みとその進捗を、医薬品卸は本社と現場の連携で、マッピングし、見える化し、その上で課題を解決するスタディの提案を行い、目に見える形の結果を、自治体やその地域の医師会などにあげていただくことが重要です。例えば、糖尿病の重症化予防が国を挙げた取り組みですが、近年は自治体や医療関係者だけの役割として任されているのではなく、民間事業者も巻き込んだ活動が想定されており、地域住民の健康寿命の延伸を実証するスタディの実

施が考えられます。また、医療費の適正化の視点からいえば、フォーミュラリーの作成支援は常に視野に入れておくべきと考えます。今後は保険者の力が強くなります。医薬品卸は、保険者(国保)イコールとしての自治体も顧客として捉える必要があります。

このような取り組みは、すぐにはお金にはなりません。が、トライし続け、積み重ねることによって、5年後、10年後になって誰も真似できないノウハウとなり、宝となるでしょう。このようなことができるリソースと知見を医薬品卸は持っているとは私は考えています。

ただ、それが一日、一日の営業活動の阻害要因となりがちで、5年、10年で相乗効果を生み出すものとみなされず、社内でバラバラに散らばりがちなだけなのだと思います。地域医療連携と社内連携はセットであると考えます。

## 流通改善ガイドライン

### ●求められる価格説明力

最優先すべき1丁目の解決策は、今回のテーマでもある流通改善ガイドラインです。1番地は、価格説明力だと私は思っています。これは、対川



資料を示して分かりやすく説く

下、対川上、ともに必要です。

市場が伸びている間は率で語られることが多く、まとめた交渉だったと思いますが、薬剤費の伸長抑制により卸売市場が8.5兆円辺りで推移すると、医療機関側、調剤薬局側は薬価差をより取りたくになります。そのときに、きちんとした根拠がないと、流通改善を進めることは難しくなります。また、公正取引の観点でのリスクもあります。単に「その率では引き受けられません」といっているだけでは、いろいろな不信感につながっていくでしょう。ですから、価格説明力を向上していく必要があるのです。

### ●活動量に基づく価格提示

ですので、相手にどの程度見せるかは別として、機能別の活動量をしっかり把握することは、価格説明力を向上させる上で重要です。

実は、一般消費材や他の業種の流通業では管理会計が行われています。ただ、他業種の流通業のほうが管理は難しい傾向があります。それは、公定価格が決まっていないからです。また、種類も多く、しかも頻繁なモデルチェンジがあります。そういった中でも、単品単価で取引しています。

ですので、医薬品業界での価格説明の根拠は各社でつくることのできるはずですが、価格提示の新たな根拠の示し方を確立する必要があると思います。

対川下の観点でいうと、販売先別コストの把握とそれに基づく交渉です。例えば、病院市場何床以上、それ未満の診療所、調剤薬局チェーン何店舗以上、それ未満の調剤薬局、セグメント別に受注がオンラインかどうか、配送回数が何回か、イレギュラー配送が何回

か、返品がどれくらいあるのか、製品構成がどうなのかなどに基づいて、どれくらい活動量・工数があるのか、コストがかかっているかを、販売先のセグメント別に把握し、それに基づいて提示することがこれからの基本になっていくべきと考えます。また、得意先の経営状態を把握、シミュレーションし、見える化することにより、債権リスクを低下させると共に、薬価差の代わりに経営課題の解決の提案を行える社内体制を構築することも重要です。

### ●処方元と非処方元

皆保険の欧州の多くの国では、処方元と非処方元では一薬剤当たりの価格が違います。病院のほうが安く、調剤が高いのです。これには理由があります。病院では大包装ボトルで購入し、調剤薬局ではペイシェントパックと呼ばれる一患者一処方当たり単位のPTPシート入りボックスで購入するケースが多いからです。欧州では、包装単位に薬価が設定されており、100錠入りのボトルと28錠入りPTPの1ボックスでは、100錠入りのボトルのほうが割安感が出ます。ところが、日本では力価で薬価がついているので、例えば、100錠入りであれば、28錠入りは280円になります。薬価制度自体、薬価リスト自体が違うのです。

ちなみに、イギリスは日本と違って税方式のサービスですが、それを受けている病院はすべて日本という厚生労働省の一部門が価格交渉を行います。薬局には薬局用のドラッグタリフと呼ばれる薬価リストがあり、病院とはまったく別です。

ところが、日本だけは病院が外来を行っています。海外の先進国では基本的に病院は入院と救急だけです。外来は病院グループ内であっても別のクリニック部門が診療を行っています。ですから、納入が病院なら入院用か救急用と決まっています。しかし日本では、外来も行っているため、入院用と外来用で薬価をどう分けるのかなどの問題が出てきます。つまり、力価の問題と外来の線引き問題が存在するのです。ですので、処方元と非処方元の違いは、医薬品卸の得意先セグメント別の活動量やコストを根拠に差がついていく建付

けが必要です。

### ●イレギュラーな配送と返品

活動量による価格提示において、イレギュラーな配送と返品は今まであまりに軽く見過ごされてきたと思います。特に後者は、薬機法の改正における薬局間の在庫の在り方と医薬品のトレーサビリティにも影響を与えます。これらは社会コストです。流通改善ガイドラインの中にも書いてありますが、恐らく流通改善懇談会などで今後、課題になってくるでしょう。各企業の定めている配送回数や得意先と合意した通常の配送回数を上回る急配をイレギュラー配送とし、期末に在庫過多になって返ってくるような返品をイレギュラーな返品とすればいいと考えます。

返品にもいろいろな種類がありますが、そういったものを定義化して、医薬品卸の皆さんの活動量に応じてきちんとお金をいただくようにしていく必要があります。イレギュラーな配送であれば有料化します。イレギュラー配送は他の先進国はほとんど有料です。返品もイレギュラーな返品は、しっかり有料化しなければなりません。しかし、それを実現するためには、まずは得意先のセグメント別にどの程度の活動量、コストが発生しているかを把握しておく必要があります。

### ●川上に対する“見える化”

価格説明力をつけることは、川上にも有効です。得意先カテゴリー別に、これくらい活動量・コストがかかるから、これくらいリベート・アローアンスが必要であるということを証明しやすくなるからです。このことは、必要な予算を説明し、確保をする製薬企業の流通部門にとっても有益で、win-winであると思います。

このとき、単に活動した量だけでなく、目に見えないコストも可能な限りすべてリベート項目に反映し、額に反映して、各製薬企業に合った形で提案していかないと、どんどん最終原価率が上がっていきます。これは、いますぐ行う必要があると思います。

## 販売情報提供活動ガイドライン

### ●協力によるシステム構築

次に、販売情報提供活動ガイドラインですが、これは避けては通れません。まずは、第4条第6項が医薬品卸独自の項目です。医薬品卸と製薬企業では、医療機関への情報提供の性質が異なるために、この項目があるわけですが、リポートの一部とアローアンスの多くは、医薬品卸の情報提供の活動にかかわっています。それらなくしては、利益が得られない現状があります。製薬企業は、このガイドラインとこの項目を厳格に捉え、リポートとアローアンスを縮小させるケースが増えることが予想されます。

それに対し、第4条第5項があります。医薬品卸と販促受委託企業が該当する項目です。これは委託MRと同じ部分なので、ほぼメーカーと一緒に取り扱いになります。従来のアローアンスモデルを販促受委託モデルにすることは、手がかかりますが、放っておくとアローアンスが極端に減る製薬企業が出る可能性があります。ですから、この条項を逆に利用し、システム化し、販促受委託を契約化し、そのような企業に対応できるようにしておく必要があります。

このとき、システム構築を各社バラバラで行うことは社会コストになると思います。協力し合えるところは協力し合って、逆に利用し、システムを整備してアローアンスを確保します。ゆくゆくは薬剤投与や症例・患者動態のトレースをデータ

化して販促従委託契約を結び、しっかり別口でフィーを獲得することが大事になると思います。

### ●特許品と非特許品

特許品、非特許品でビジネスモデルを分けることも必要です。特許品に関しては、アローアンスを獲得しても、流通部門の予算でワンポケットの場合がほとんどです。ですから、今期、得したと思っても、それは一時的なものになってしまう可能性があります。恒久的にしていくためには、他の部門から予算を獲得する仕組みを構築し、販促受委託化する必要があります。

相手の予算を持っている部門が異なるということは、医薬品卸の活動とその証明となる情報をデータ化し、販売する専門部隊が必要になります。分社化までする必要はあるかどうかは別として、別窓口で、販売情報提供活動ガイドラインに則った形でフィーを取ることが重要です。そのためには、当然データを扱える人や見える化をする人が必要です。そしてもっと大切なことは現場です。  
①本当に処方元に行って情報を取得できるか、取得するために医療機関に何の情報を提供できるかという関係構築、②その構築を容易にするシステムの構築、③同じところばかり通わず、ターゲット先を拡大できるかが重要になると思います。

後発品は将来的に全く異なったビジネスモデルが求められ、利益を上げる生産性向上が必須になります。製薬企業選択モデル、製薬企業と統合した垂直統合型モデル、卸間の協業モデルのいずれか、またはそれらの組み合わせが有効になる可能性があります。

### ●ターゲット先のメーカーとの協働

また、製薬企業の医療機関のターゲット先に関しても重要です。今後、製薬企業は、ターゲット先にアプローチするチャンネルを、医薬品や地域によってよりメリハリをつけていくことが予想されます。MR、MS、インターネット等のチャンネルの使い分けです。

しかし、それぞれが得意とする先で割り当てられるわけではありません。マーケティング部門は、



医薬品流通の課題解決策について話す木村氏



熱心にメモを取る聴講者

その医療機関の処方量のポテンシャルで優先順位をつけ、割り当てる傾向があります。黙っていると、医薬品卸として得意な医療機関、まさしく得意先と、製薬企業が医薬品卸に依頼するターゲット先の医療機関が重ならず、ローポテンシャル先ばかりを割り当てられ、医薬品卸にとっては本業の営業効率を低下させるばかりか、いくら通っても処方量もあまり増えず、結果、アローアンスやフィーも少ないという傾向になりかねません。当然、前に申し上げました医薬品卸が通えるターゲット先を拡大することも重要ですが、一方で、製薬企業の重要ターゲット先と医薬品卸の得意先の重なり合いを見出すターゲットの協働は重要になります。

実際に、処方医にアンケートを実施し、収集しているMSの処方元への活動データでは、MSの訪問を受けている99床以下の開業医において、新規処方理由の実に3割がMSとMRの両方をあげています。

## 消費増税への対応

### ●本体薬価交渉

消費増税に関しては、本体薬価がより重要になっていきます。先ほどの流通改善での価格説明力にも結びつきます。活動量やコストがこれくらいかかっているから価格はこうなりますという話をするとき、当然それは本体薬価を指します。

今回の消費増税は10月に行われますが、かなり

特殊です。薬価が上がる品目、下がる品目が出てきます。それは加算制度があるからです。本体薬価が下がらない品目に関しては、1.08で割って1.1を掛けます。上がる、下がるがあると、当然、仮需が発生する品目と買い控えが発生する品目が出てきます。

得意先ごとにどのような品目構成で、消費増税にともなう薬価改定でどう変化し、利益構造がどう変わるかについて担当者、営業所、支店、本社で把握しておくことが極めて重要だと思います。

### ●販売先のキャッシュフロー

同時に、来年4月の診療報酬の改定価への準備として、得意先の損益だけではなく、キャッシュフロー、換言すると運転資金を、よくみておくことが重要です。

運転資金が悪ければ、当然、債権リスクが上がります。企業は赤字で潰れるのではなく、資金がなく潰れるのです。ただ、それだけではありません。過去のデータをみると、運転資金と妥結のタイミングは相関している場合が多いです。運転資金が悪い医療機関は早く妥結する、その逆もしかりということです。この相関が有意だとしたら、価格交渉においても有効だといえます。ですから、大規模調剤チェーン店に限らず、他の医療機関や調剤薬局セグメントにおいても、得意先の運転資金をシミュレーションしておくことは重要であると考えます。

### ●会える人、会う人を増やす

また、あまりにも危険なところはレッドシグナルとして、債権管理部門と現場の間でリアルタイムに情報を共有し、そういうところからは手を引くなどの対策を講じなければなりません。

このようなリスク管理を徹底するためには、現場はできるだけ会える人を増やすことです。中規模の調剤チェーンの店舗でも社長にだけ会ってはダメで、各店舗のトップに会っているだけでもダメです。できるだけ多くの人に会えるよう、一人で囲い込まず、こちら側も会う人を増やします。単に価格の交渉だけでなくいろいろな提案が

できる人を連れていきます。そして、バラバラで交渉しないことです。会える人を増やす、会う人を増やす、これがキーワードです。

そうすることによって、医療機関の経営状況、特に財務情報を常に聞き出しておくのです。こういう活動は、ボランティアチェーンへの加盟の回避を望む場合にも重要になってきます。

繰り返しになりますが、会える人、会う人を増やすことが必要です。社内にはいろいろな方々がいるので、場合に応じて同行する方を選定し、一回の訪問が、医薬品卸、医療機関双方にとって有意義なものとなるよう、債権管理に繋がるよう、製薬企業からのフィーとなる情報提供・収集に繋がる関係構築になるようにしていく意識が重要です。

## まとめ

最後になりますが、流通改善においては、1丁目1番地である価格説明力の確立が急務です。そのためには、得意先のセグメント別に自社の活動量とコストがどのようになっているかを把握することが重要と考えます。これは川下にも川上にも有効です。

販売情報提供活動ガイドラインは、逆に利用し、卸の皆さんだからこそできること、皆さんが行ったほうが効率的なことを見える形にしていく必要があります。

今回の消費増税による薬価改定では、薬価が上がる品目、下がる品目を得意先ごとに把握して利



質問に耳を傾ける木村氏

益管理をします。キャッシュフローをよくみることも重要です。

どのような立場の人であれ、全てに共通するキーワードは会える人、会う人を増やすことです。また、全てにおいて見える化の努力をします。そうした一人ひとりの取り組みが大事になってくると思います。私どもも、本日申し上げました様々な課題を解決するお力に少しでもなれるように努めて参りますので、今後とも末長いご指導を宜しくお願い申し上げます。

## 質疑応答

**質問** メーカーのアローアンスがどんどん変わっていく中で、メーカーに選んでもらえるような、お得意先の間口を広げるための対策を教えてください。

**木村** 製薬企業も同じなのですが、医薬品卸の皆さんの得意先リストの附属情報を見ると、虫食いの部分が多いと感じる時があります。自分はその得意先に強いといっても、その相手と個人的な関係を築けているだけで、双方にとって将来のための有益なコミュニケーションがとれておらず、リストにしてみたら虫食いがある状態になっています。

ですから、本当に得意先に強いということは何なのか、ということを自社で定義した上で、リストのマス目を埋められるまで通えるようになることが基本だと思います。つまり、原点に立ち返ることが重要だと思います。



木村氏に質問する聴講者