

2040年を見据えた 医薬品卸の 役割について



(一社) 日本医薬品卸売業連合会
理事 国際委員会委員長

眞鍋 雅信

医薬品卸の社会的使命

私達医薬品卸の社会的使命は次の2点に集約されると思います。

まずは医薬品の安定供給です。

国民の健康と生命を守る医療提供体制を下支えるのが医薬品の安定供給です。

自然災害、戦争、テロなどの状況下においても医薬品は安定的に供給されなければならず、医薬品卸は平時からの備えを怠ってはなりません。

もうひとつは、医薬品の価格交渉です。

保険医療の対象である薬価は、医療機関への市場実勢価格を薬価調査の結果に基づき定期的に改定されています。

医療機関との価格交渉において単品単価で早期

(概ね半年以内)に妥結することが薬価基準制度を支える医薬品卸の社会的な使命であると考えます。

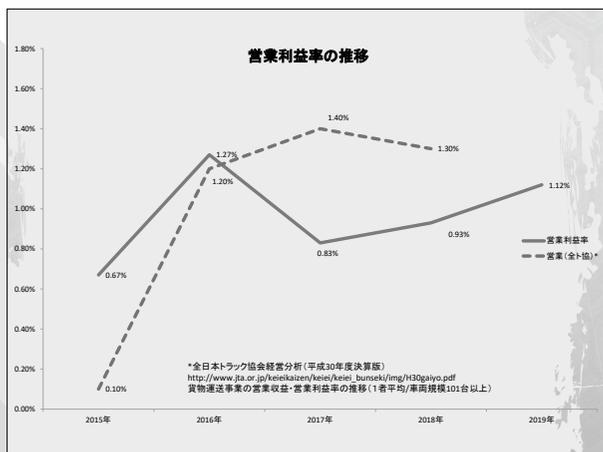
医薬品卸経営実績概観

まず医薬品卸の現在の経営的な状況を概観します。

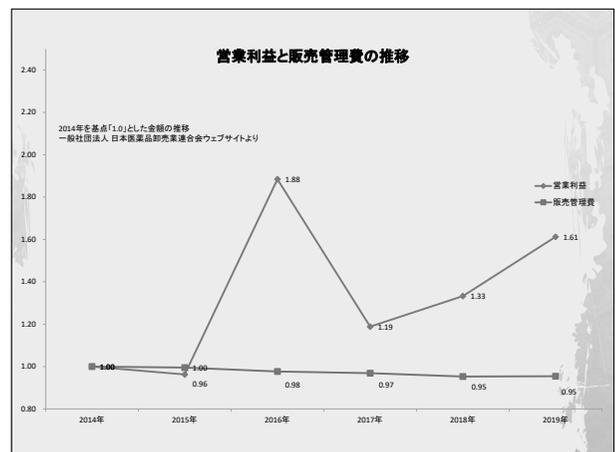
図表1は、一般社団法人日本医薬品卸売業連合会のウェブサイトに掲載されている情報と、同じく公開情報である全日本トラック協会の経営分析情報を比較したグラフです。物流を担う業界としては水準的にはほぼ同じ営業利益率を示しています。ただし個人的な印象としては貨物運送業の方が利益率が高いように思えます。

図表2は、同様に卸連合会のウェブサイトに公

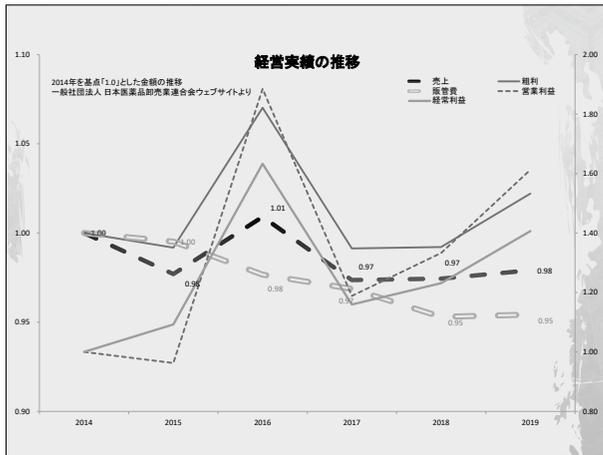
図表1



図表2



図表 3



開されている会員企業全社の営業利益と販売管理費についてのグラフです。

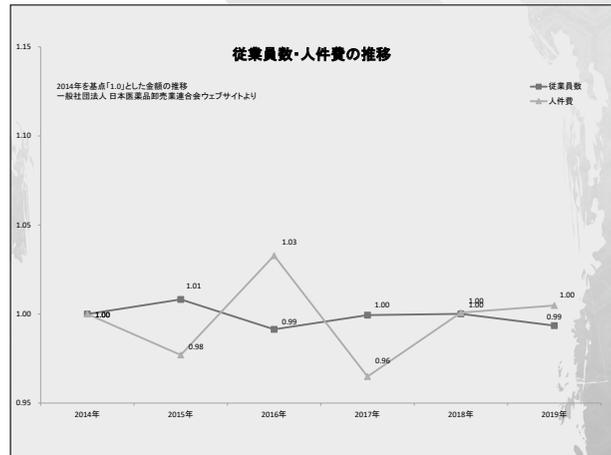
2016年は特異な年であって、非常に高額な肝炎治療薬や承認後何度も薬価を引き下げられた抗がん剤が上市された2014年から2年が経過し、それらの売上が急拡大した年であります。これからの数枚のスライドで売上に関するデータはこの年だけスパイク（急上昇）します。

さて折れ線は2014年を基点としてその後の営業利益と販売管理費の金額の推移を追ったものです。販売管理費はほぼ横ばいであり、裏を返せばこれ以上の効率化は相当に困難なのかもしれません。

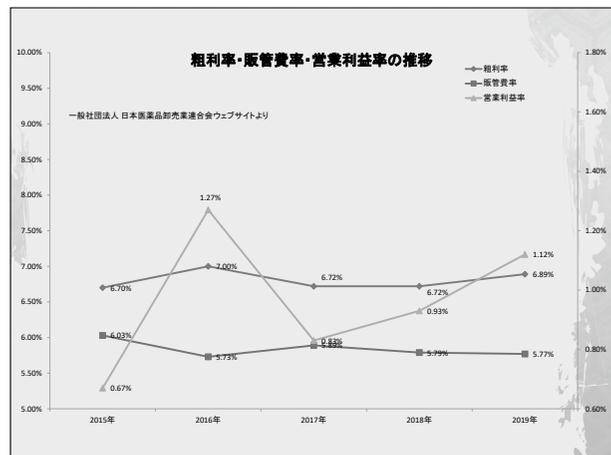
図表 3 の 2 軸の折れ線グラフは、2014年を基点としてその後の売上、粗利、販管費、営業利益、経常利益のそれぞれの推移を追ったものです。販売管理費はほぼ横ばいであり、裏を返せばこれ以上の効率化は相当に困難なのかもしれません。2016年を除いては2014年との対比で売上は微減で推移しています。営業利益が上昇しているのは粗利の増加もありますが、販売管理費の減少によるところが大きいのではないのでしょうか。

図表 4 は、従業員数と人件費に着目したグラフです。こちらも2014年を基点としております。一部の医薬品の影響で売上が大きく伸びた2016年には人件費が増加しています。業績連動型の賃金制度を導入している会員企業が多いからでしょうか。一方で人員はほぼ横ばいで推移しています。卸連合会のウェブサイトからは情報を得ることができませんが、この間の総社員数における正規社員と非

図表 4



図表 5



正規社員の内訳の変化にも注目したいところです。

図表 5 は、粗利率、販管費率と営業利益率の売上比を表しています。2016年に販管費率が下がった要因のひとつは売上高が大きく伸びたからです。この年は粗利率も若干上昇しました。それ以外の年では粗利率は概ね 6 % 台後半を推移しており大きな変化はありません。販管費率も 6 % 弱を推移しています。

社会保障制度の変遷

医療、介護、福祉から地域包括ケアシステムへ至るまで 2040年へ向かって

医療用医薬品市場は昭和36年の国民皆保険制度の導入から大きく様変わりしています。医療保険の需要拡大がおもな原因とみられ、市場が急拡大しました。医薬品生産額の伸び率は昭和36年から

39年までは20%を超える高い伸びを示していました。昭和40年に入ってから、8%、11%、11%と二桁台の伸び率を維持していました。伸び率こそ落ちていますが平成の初めに4兆円台であった市場規模は今や倍以上に成長しています。その間、医療を含む社会保障制度はどのような変遷を遂げたかについて見ていきます。

■ 医療と介護 Stage 1

昭和36年に国民皆保険が導入されるまでは多くの国民が抱えていた医療ニーズは未充足のままです。潜在需要は莫大にあってもファイナンスの後押しがなければ実現しません。社会保険制度により医療ニーズは急速に顕在化してきました。元々大きなニーズがあったので保険制度によるファイナンスがつくことで需要は急拡大していきます。昭和58年までに医療提供体制も急速に充

実していきます。老人医療費の無料化などもありサービス提供量は急増しました。これによって多くの国民の健康が維持され、命が守られました。よって高齢者の健康は増進し、平均寿命も伸びていきました。

平均寿命の延伸に大きく貢献したのが新生児や乳幼児の死亡率の低下です。図表6は、出生1,000に対しての新生児・乳幼児の死亡率の推移を時系列で表しています。医学の発展とともに新生児・乳幼児の死亡率は激減しているのが見て取れます。

平均寿命の延伸は実際に高齢化が進んだことも貢献しています。図表7に示されているのは、1960年を基点とした各年齢階級別の女性の死亡率です。80歳代の女性では死亡率が40%台まで下がってきています。1960年代に100名亡くなっていたが現代では40名しか亡くならないということで国民の多くが長寿を謳歌していることが分かります。

これらのことから我が国は急速に高齢化をしてまいりました。図表8が示すのは、1920年を基点とした各年齢階級別の人口の推移です。1920年にわずか全国で8万人弱であった85歳以上人口が現代では5百万人弱まで増えています。実に60倍以上の増加となっています。更に65歳以上人口でみると約3百万人だった人口がいまや総人口の4分の1を占めるほどに増えています。特に1990年代に入ってから伸びが顕著です。

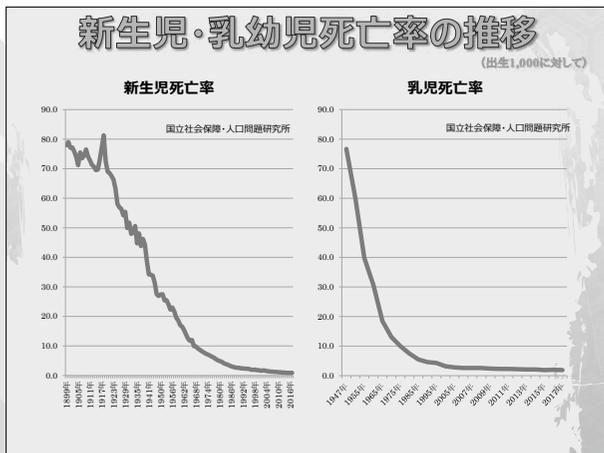
人口の推計は非常に確度が高い統計の一つです。大きな天変地異が連続して発生することでもなければ大きく外れることはないでしょう。現在の人

医療と介護 Stage 1

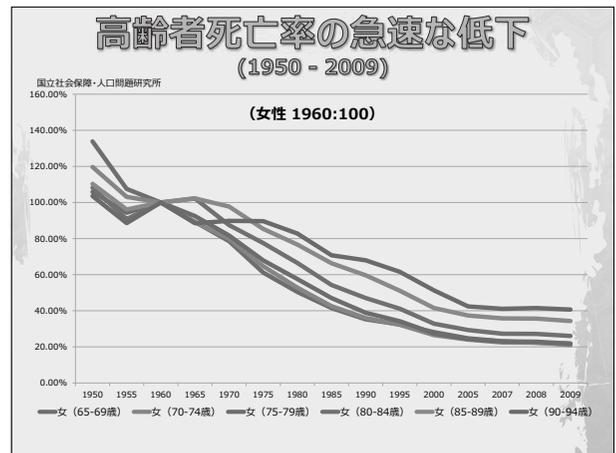
- ① ~1961年:未充足の医療ニーズ
- ② 政策対応:国民皆保険制度+給付率増加(特に老人医療)
- ③ ~1983年:医療需要顕在化+サービス提供量増加
- ④ 高齢者増加、長寿化



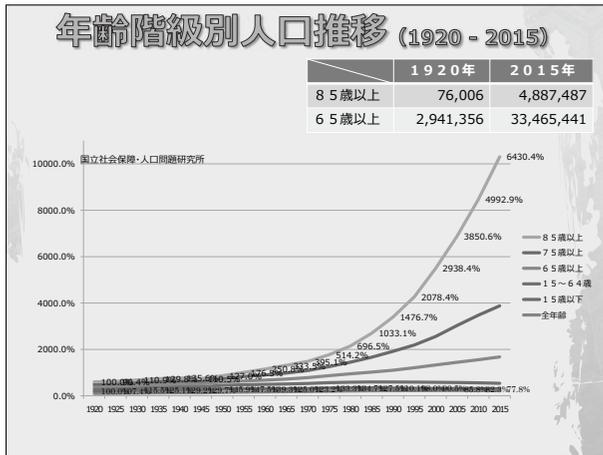
図表6



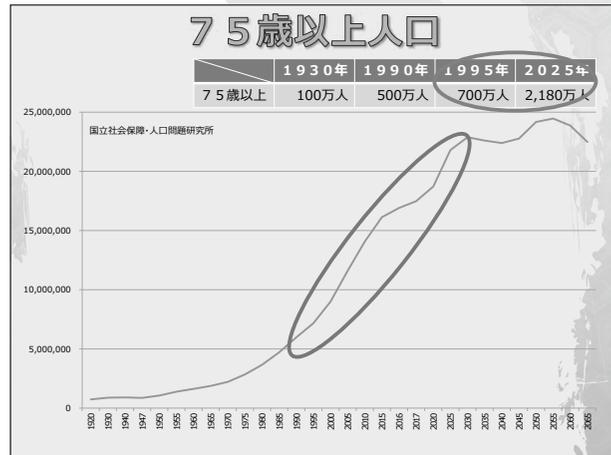
図表7



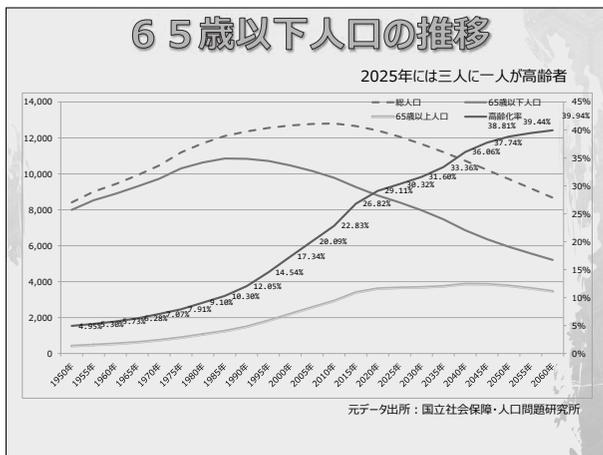
図表 8



図表10



図表 9



医療と介護 Stage 2

- ⑤ 新たな社会的ニーズ：「要介護者」
- ⑥ ~2000年：未充足の介護ニーズ
- ⑦ 政策対応：介護提供体制整備+介護保険制度創設
- ⑧ ~2008年：介護需要顕在化+サービス提供量増加

口動態から将来を推計したのが、図表9であります。高齢化はどんどん進んで2025年には3名にひとりが「高齢者」となります。

それよりも懸念されるのが現役世代の減少です。人生を長く楽しむことのできる高齢化は喜ぶべきことですが、少子化はいただけません。大規模な少子化対策が必要とされることはグラフを読み取る限り論を待ちません。

先の図表8にもありましたとおり、1990年代以降に75歳以上の後期高齢者が急増しています。現在の推計では1990年に約5百万人であった後期高齢者が2025年に2千万人を突破します。いわゆる団塊の世代がもれなく後期高齢者になっているのが2025年です(図表10)。

さらにこの世代の次の世代、「団塊ジュニア」と呼ばれる人たちが後期高齢者になるのが2040年です。2025年にはまだ医療や介護の担い手に

少しは余裕もあるのですが、2040年時点で果たして医療や介護を提供する担い手が量的に足りているかどうか不安があります。

■ 医療と介護 Stage 2

さて我が国は医療保険制度によって未充足な医療ニーズを満たしてきました。これによって大量の高齢者が発生することとなりました。そしてこれが新しい社会ニーズを生み出すことになりました。当時、いわゆる「寝たきり老人」と言われていた高齢者はその実態が「寝かされたきり老人」であることが少なくありませんでした。

しかし医療提供体制が充実し、十分な医療を受けることで健康な高齢者が増える一方で介護の必要な高齢者も大量に発生しました。1990年代から始まった高齢化は、その増加の速度はあまりに早く、伝統的な家族介護では全く間に合いません。

そこで未充足の介護ニーズを満たすために2000年に介護保険制度が発足します。それに先駆け多くの介護サービス提供体制が整備されました。「保険あってサービスなし」では困るからです。介護保険制度が始まる2000年までに総事業費9兆円を投じてサービス提供体制の第一弾整備が実施されました。医療と同様に社会保険制度でファイナンスの後押しを受けて介護サービス給付は順調に伸び続けました。

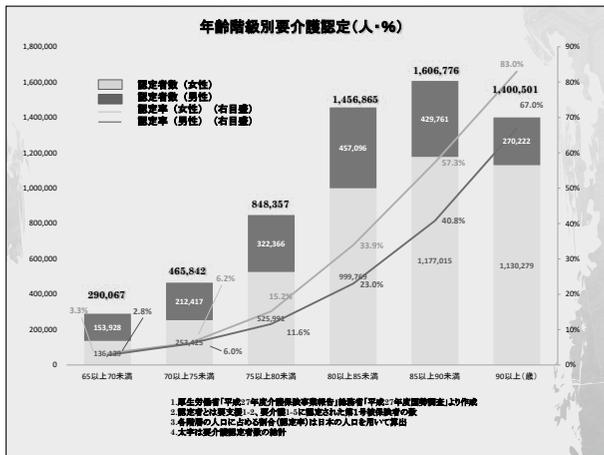
図表11は、年齢階級別の要介護認定の男女別認定者数と認定率です。80歳代から急速に要介護認定率が上昇します。90歳代の男性の認定者数が、がくんと減少するのは男女の平均寿命の違いからでしょう。いずれにせよ男女ともに85歳以上では約半数が要介護者であることが分かります。このグラフとつづく2枚のグラフが新しい社会的問題の発生を予見させます。我が国は縄文時代以来の

未曾有の事態に直面します。そしてそれは世界のどこにも起きてこなかった事象です。

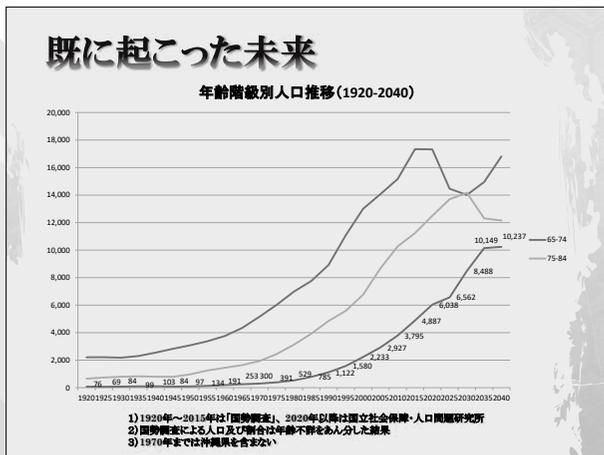
図表12が示しているのは、65歳以上74歳未満、75歳以上84歳未満、85歳以上という年齢階級の人口の推移です。1980年代、1990年代からこの階級の人口が急増していることが見て取れます。2025年に65歳以上74歳未満のグラフががくんと下がります。これはいわゆる団塊の世代の方たちが75歳以上84歳未満の年齢階級へ移動するからです。1920年に8万人弱の85歳以上人口が2040年には1千万人に到達します。前のグラフからわかるとおりその半数が要介護者ということになります。もちろん85歳以上の階級の下の年齢層にも一定の割合で要介護者が含まれます。

図表13は、前回の東京オリンピックの直後の1965年を基点としたときに各年齢階級の人口推移を表したグラフです。どの階級も増加していますが、85歳以上人口の伸びが突出しています。東京オリンピックからの70年で85歳以上人口は実に40倍まで増加するという推計です。繰り返になりますがその半数が要介護認定を受ける年齢層にあります。介護保険制度が整い、介護サービスの提供体制が拡充してきたとは言うものの、「要介護認定を受けられたのであれば、どうぞ安心して介護サービスを受けてください」とは言い切れない状況が迫ってきています。更に2040年の日本において人類が初めて遭遇する大量の「虚弱な高齢者」が出現します。これについては以降のスライドで説明します。

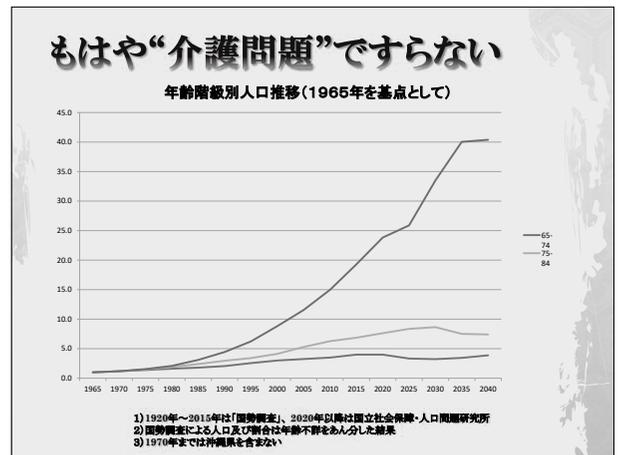
図表11



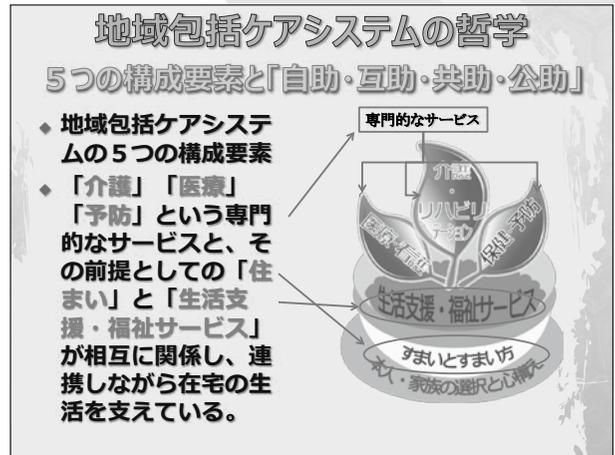
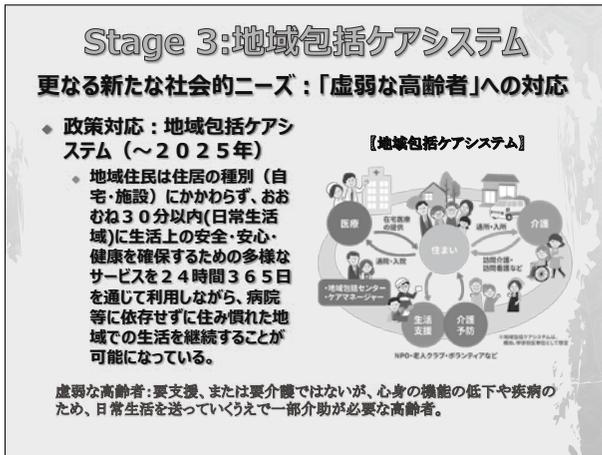
図表12



図表13



図表14



■ Stage 3：地域包括ケアシステム

急速に進む高齢化対策として、団塊の世代がもれなく後期高齢者に達する2025年を目途として地域包括ケアシステムの構築が急がれています。

地域住民は住居の種別（自宅・施設）にかかわらず、おおむね30分以内（日常生活域）に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になるというものです。しかし大きな問題があります。それは人類が初めて直面する大量の「虚弱な高齢者」という存在です。虚弱な高齢者とは要支援、または要介護ではないが、心身の機能の低下や疾病のため、日常生活を送っていくうえで一部介助が必要な高齢者のことです。急増する85歳以上人口の約半数が要介護状態ですが、残りの半数が現役並みの体力を維持しているわけがありません。食事や入浴、排泄が自立していても、それ以外の多くの場面で生活の支援が必要な高齢者が大半です。これらの問題を解決するための地域包括ケアシステムです。

● 地域包括ケアシステムの哲学

図表14は、「植木鉢図」と呼ばれ、地域包括ケアシステムの哲学を表しています。地域包括ケアシステムは5つの構成要素からなります。

まずは自分自身の人生最終盤をどのように過ごすか「本人・家族の選択と心構え」が必要になります。そして「すまいとすまい方」で何処で誰と

生活するのかを選択します。その暮らしの中で「生活支援・福祉サービス」が提供されますが、専門的な必要なサービスについては「医療・看護・介護・リハビリ・保健・予防」がそれぞれの専門家から提供されることとなります。この植木鉢図には花がありません。地域包括ケアシステムに関わるある方のお話では「花が咲く時は、その方の人生の全ての思いが成就して天に召された時」だそうです。

● 進化する「植木鉢図」（図表15）

この植木鉢図も時代の変化にあわせて進化してきました。

まず「本人・家族の選択と心構え」の部分が「本人の選択」部分が前に切り出されました。本人の意志に関係なく家族が本人の人生の行き先を決めてしまえるような誤解を与えない表現に変更されています。また各種専門サービスの土台となる

図表15



「土」の部分、「生活支援・福祉サービス」から「介護予防・生活支援」へと変更されました。介護予防のあり方を専門的な「介護施設による支援」から「専門職の関わりを受けながらも、その中心はセルフマネジメント、地域住民、NPO法人等」とされました。あくまでも「自助・互助」が真ん中になります。これからの介護予防は専門的で「特殊なサービス」ではなく、日常生活に「当たり前にあるサービス」となります。さらに地域包括ケアシステムにおいては貧困や障害の問題も取り扱うことから福祉サービスは社会福祉士と言った専門家が提供すべき専門的なサービスと位置づけられました。

様々な社会問題について自分や家族で対応する場合が「自助」、友人や町内会やカルチャークラブの仲間などで自助を支えてもらうのが「互助」、社会保険などの仕組みを使い費用負担も支援されるのが「共助」です。年金、医療、介護などの各種社会保険制度がそれです。それでも乗り越えられないような困窮を解決するのが生活保護に代表される社会福祉制度による「公助」になります。自助、互助、共助、公助の順番というのは地域包括ケアシステムにおける大切な考え方です。

●地域包括ケアシステムの成長 (図表16)

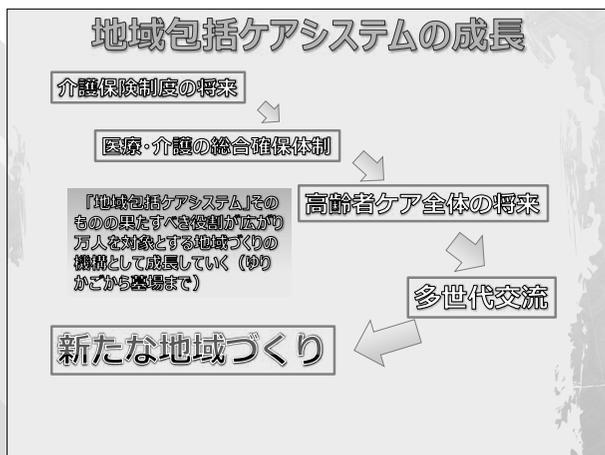
この10年ほどの間に地域包括ケアシステムは成長し、その理念が深掘りされてきています。成長というよりも深化、深まったと言うべきでしょうか。最初は介護保険の将来像として議論されていたものが、やがて医療と介護の境目を失くして総

合的に確保されるべき体制という認識に変わり、やがて高齢者ケア全体の将来として語られるようになりました。そして今では多世代交流にも焦点があたり、地域創生、新たなまちづくり、地域づくりという役割を持つようになってきています。

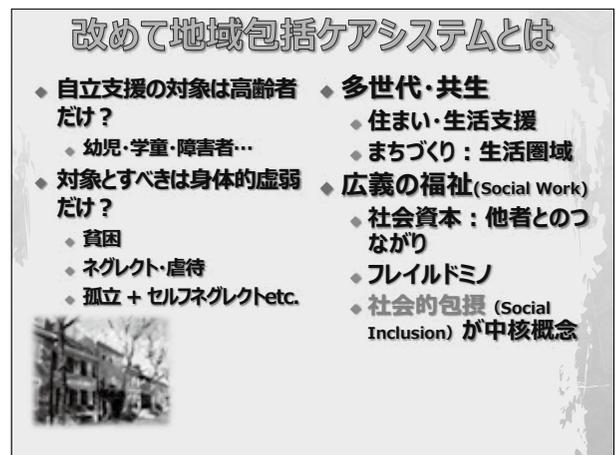
●地域包括ケアシステムとは (図表17)

改めて地域包括ケアシステムをめぐる議論の中で浮き彫りになってきたのは自立支援の対象は高齢者だけなのか、ということです。幼児や学童や障害者も地域で支援を必要としているはず。そして対象とすべきは身体的虚弱だけでいいのか。貧困やネグレクト・虐待についても地域で取り組むべき課題ではないでしょうか。地域包括ケアシステムにおいては「多世代・共生」といった概念を尊重します。一人ひとりの住民の住まいと生活支援を生活圏域において実現するための「まちづくり」です。広域ではなく、概ね中学校区や小学校区といった程度の圏域でしょうか。また地域包括ケアシステムは広い意味での福祉です。人と人とのつながり、絆を社会資本として捉えます。引きこもりの高齢者の足腰が弱って、たまの外出で転倒し入院する。そのまま寝たきりになって認知症が進んでしまうという「フレイルドミノ」を避けるためにも、このような高齢者を社会へ引っ張り出すのが地域包括ケアシステムの役割です。つまりは社会的包摂がその中核概念となります。

図表16



図表17



データヘルス改革推進本部

医療、介護、福祉におけるデジタルトランスフォーメーション
2040年へ向かって

7年8ヶ月続いた安倍政権に変わって菅政権のビジョンとしては「デジタル立国」と「地方創生」が重要とされています。特にデジタル化については政権交代後に大きく前進することが期待されています。ヘルスケアの分野でも同様の期待があります。マイナンバーカードを様々な行政サービスを繋ぎ合わせるためのアイテムとして活用していくのでしょうか。行政手続きを限りなくオンライン化していくことが新しい政権の一つの目玉政策になるのではないのでしょうか。

●データヘルス改革推進本部

データヘルス改革推進本部が政府内に設けられました。ICTを活用した健康・医療・介護について、これまでの反省を踏まえて患者や国民の目線で活用すべきとの提言がなされました。膨大な健康・医療・介護のビッグデータを分析でメリハリのある政策立案に役立てていこうということでしょうか。また国民が自ら予防や健康管理をする上にお

図表18

データヘルス改革推進本部

以下の体制をデータヘルス改革推進本部として構成する。データヘルス改革推進本部の庶務は関係部局の協力を得て、保険局医療介護連携政策課及び政策統括官(統計・情報政策担当)情報化担当参事官室において処理する。

- 本部長：厚生労働大臣
- 顧問：厚生労働省顧問(葛西重雄)
- 本部長代行：事務次官
- 本部長代理：技術・国際保健総括審議官
 - 本部長：医政局長
 - 健康局長
 - 医薬・生活衛生局長
 - 労働基準局安全衛生部長
 - 雇用均等・児童家庭局長
 - 社会・援護局長
 - 社会・援護局障害保健福祉部長
 - 老健局長
 - 政策統括官(総合政策担当)
 - 政策統括官(統計・情報政策担当)
 - 大臣官房審議官(先端管理、科学技術・イノベーション、国際調整、がん対策担当)
- (承前)
 - 大臣官房審議官(医政、精神保健医療、災害対策、医薬品等産業振興担当)
 - 大臣官房審議官(健康、生活衛生担当)
 - 大臣官房審議官(医薬担当)
 - 大臣官房審議官(老健、障害保健福祉担当)
 - 事務局長：保険局長(※本部長と兼務)
 - 事務局長代行：大臣官房審議官(医療介護連携担当)
 - 保険局医療介護連携政策課長
 - 政策統括官(統計・情報政策担当)情報化担当参事官室長

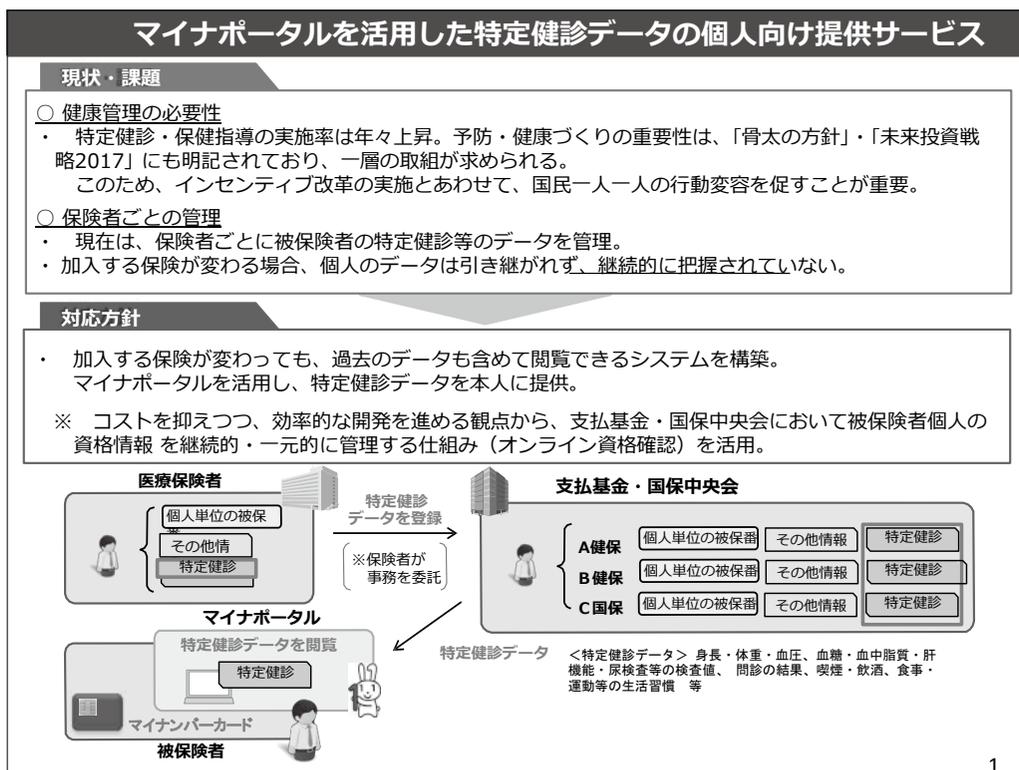
いてもデータヘルスの環境を整えていくのだと思われれます。

図表18にあるとおり、データヘルス改革推進本部は厚生労働大臣が本部長であり、事務次官を筆頭に省内の局長、審議官などが運営にあたります。

●マイナポータル活用(図表19)

健康志向が高まっている現代で健康管理の必要性は誰もが疑わず、実際に特定健診・保健指導の実施率は年々高まっています。ところが現在は、保険者ごとに被保険者の特定健診等のデータを管

図表19



理するため、加入する保険が変わる場合、個人のデータは引き継がれず、継続的に把握されていない実態があります。そこでマイナンバーカードを使って健診データを紐付けすることで加入する保険が変わっても本人が継続してデータを把握できるようにします。

●全国的なネットワークの構築（図表20）

マイナポータルが利用されるかそれに代わる個人識別番号が用いられるのかは現在のところ不明ですが、全国どこでも自分の治療歴が閲覧可能になる取り組みも進みそうです。自宅を離れ旅先で緊急搬送されたとしても、搬送先の病院で患者の過去の治療歴や既往症、服薬中の医薬品などの情報を取得することが可能になります。

●医療・介護データの連結

図表21は、患者の医療データ・介護データを紐付けて分析した研究の一例です。

ある自治体で脳梗塞のために一定期間入院治療を受けた患者の、入院の前後半年間の医療と介護のサービス利用状況を分析しています。

これにより病院での入院中は一般から回復へ回復から療養へのシフトが見られること、一方で半

年後も30%が一般病床に入院していることや、疾患で見ると元々認知症の割合が20~30%程度あり、入院以降、肺炎の割合が30%程度に上昇していることが分かります。

さらに介護保険サービスの観点からは発症後、半年で70%以上が介護サービスを受けていること、サービスの内訳としては、老健と通所介護が増加。その他のサービスの利用割合は、概ね変化なしということがわかり、結果として脳卒中連携パスの利用が低調な疑いが指摘されています。

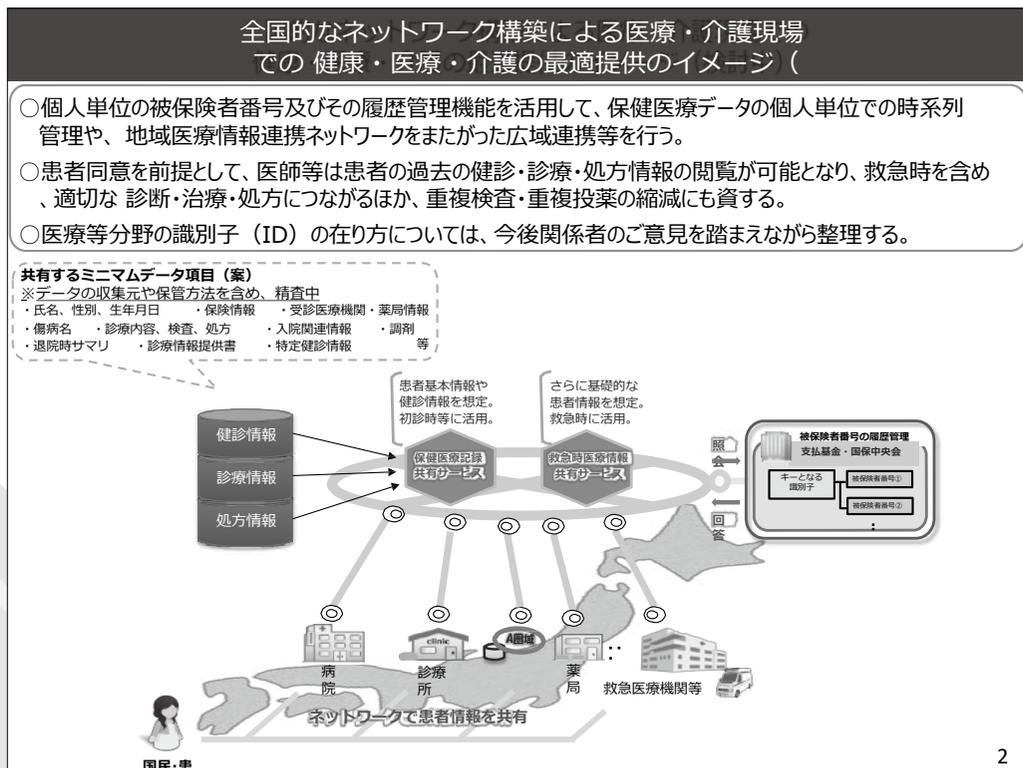
患者のデータを一元管理することで様々に見えるものがあり、国民の健康増進の一助となることが期待されます。

医薬品卸の役割

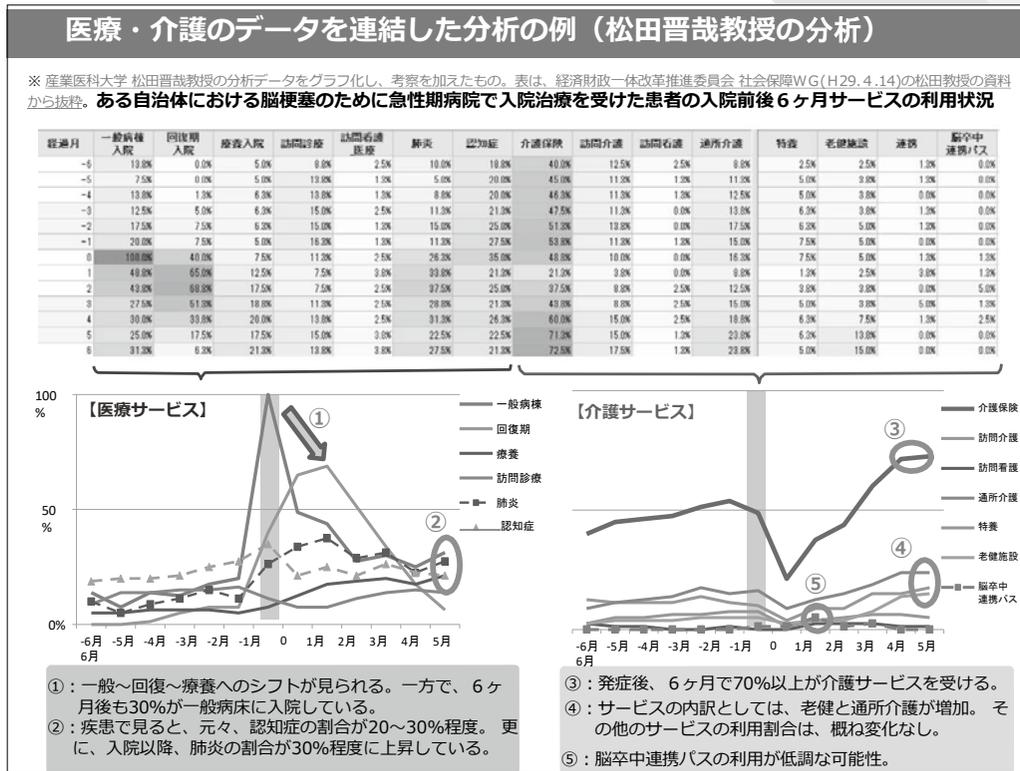
医療、介護、福祉における地域包括ケアシステムとDX 2040年へ向かって

さて地域包括ケアシステムが完成し、また大きくデジタルトランスフォーメーションが進むであろう2040年において医薬品卸は社会的にどのような役割を担うべきなのでしょうか。

図表20



図表21



●地域包括ケア×ヘルスケアDX（図表22）

住民一人ひとりの生活圏域において医療・介護・保健・福祉については切れ目のない連携が達成され、ほとんどの行政手続きがオンライン化されているであろう2040年の社会にあって中心的な役割を果たすのはマイナンバーカードであると思われます。それぞれの住民の医療・介護・保健・福祉のデータが切れ目なく連携されて、あらゆる観点から健康増進や予防を支援する情報を本人が取得できるようになっているでしょう。また住民の同

図表22

地域包括ケア×ヘルスケアDX

- ◆ 2040年には医療・介護・保健・福祉については切れ目のない連携が地域ごとに確立されている。
- ◆ またマイナンバーを中心に国民のデータが効率的かつ適正に活用され健康増進に貢献をしている。

意のもとで同じデータが医療者や介護者など専門的なサービスと共有されていることでしょう。

●Key Word：「デジタル」と「地域」（図表23）

2040年におけるキーワードとして「デジタル」と「地域」を挙げたいと思います。デジタルトランスフォーメーションはあらゆる業界のサービスの品質を世界水準へ押し上げる可能性を秘めています。自分が何処にいるのかは関係なく、地球上のどのような地域にあって世界水準で同じ品質のサービスを受けることができるようになるで

図表23

Key Word：「デジタル」と「地域」

- ◆ 世界水準のサービス
 - デジタルトランスフォーメーションはあらゆる業界のサービスの品質を世界水準へ押し上げる可能性を秘めている。
 - 地球上のどのような地域にあって世界水準で同じ品質のサービスを受けることができるようになるだろう。

- ◆ 地域性の尊重
 - しかしながら多くの人々は住み慣れた地域においてその人らしく一生を過ごしたいものだ。
 - 提供されるサービスは地域の特性(伝統・風土・文化etc.)をより良く反映し、地域住民にとって使い勝手の良いものでなくてはならない。

しょう。しかし一方で高齢化が進み、住み慣れた地域で最後まで自分らしく生活したいという需要も当然のことながら発生します。世界水準のサービスであっても地域特性と上手く融合されていなければサービスの受けての満足度は上がらないでしょう。やはり地域それぞれに伝統や文化、歴史があります。都市なのか過疎地なのか、所得水準が高い地域なのかそうではないのか、高齢化の度合いが高いのか低いのかなど地域によって生活の有り様も変わってきます。デジタルと地域性という一見相反する概念をたくみに融合する必要があります。

●切れ目のない連携（商材）（図表24）

さてデジタルトランスフォーメーションが進み、商取引におけるほとんどの手続きがオンライン化されているだろう2040年の医薬品卸にとっての市場環境はどうなっているのでしょうか。地域包括

図表24

切れ目のない連携(商材)

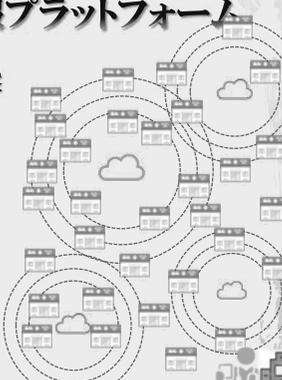
- 医薬品卸の商材
 - 医療・介護・保健・福祉が切れ目なく連携する市場に対して医薬品卸の品ぞろえも市場の実態を反映すべきである。
 - 医薬品だけではなく衛生・介護用品、医療材料・機器、健康器具・食品、福祉用具などの幅広い品ぞろえが求められる。



図表25

地域物流情報プラットフォーム

- 医薬品卸は物流を基盤にした情報プラットフォームを構築
- 例えば患者が「電子処方箋」を送る薬局を選ぶ際に、最寄り薬局の在庫が確認できる
- そのような情報を地域全体で共有してはどうか



アシシステムによって医療・介護・保健・福祉が切れ目なく連携する市場に対しては、医薬品卸の品ぞろえも市場の実態を反映すべきであると思います。つまり医療用医薬品だけではなく衛生・介護用品、医療材料・機器、健康器具・食品、福祉用具などの地域住民の望む幅広い品ぞろえが求められるのではないのでしょうか。

●地域物流情報プラットフォーム（図表25）

事業の特性上、医薬品卸は営業圏域に高密度の物流網を構築しています。これは「毛細血管型物流網」とも呼ばれています。この物流網を基盤に地域ごとに情報システムのインフラストラクチャーを構築できないでしょうか。例えば患者が「電子処方箋」を送る薬局を選ぶ際に、最寄り薬局の在庫を患者自身が確認できるような情報ネットワークを構築し、地域のプラットフォームとし、そのような情報を病院、診療所、薬局などを含む地域全体で共有してはどうでしょうか。

●DX：VMIという手法（図表26）

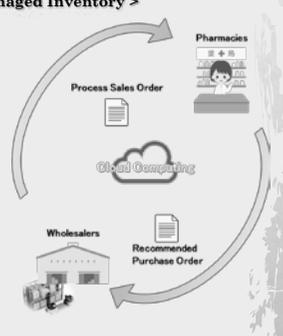
またクラウド・コンピューティングと洗練された人工知能を活用して「納入業者在庫管理方式」の取引の形態を進めるのもよいかもしれません。これは英語でVMIと呼ばれています。VMIでは、薬局の在庫情報や出荷・販売情報を納入業者と共有することで、業者側が在庫を管理・補充する取引形態です。

薬局側のメリットとしては在庫削減、店頭在庫の欠品による販売機会の損失防止、患者を待たせることが少なくなります。卸業者側のメリットと

図表26

DX：VMIという手法
< Vendor Managed Inventory >

- 「納入業者在庫管理方式」
 - VMIでは、薬局の在庫情報や出荷・販売情報を納入業者と共有することで、業者側が在庫を管理・補充
 - 薬局側のメリット
 - 在庫削減、店頭在庫の欠品による販売機会の損失防止
 - 卸業者側のメリット
 - 需要予測の簡素化、商品供給管理による物流コストの最適化、薬局内在庫の品切れによる販売機会の損失防止
- DXによる経営効率化



しては店頭在庫を把握することで需要予測の簡素化、商品供給管理による物流コストの最適化、薬局内在庫の品切れによる販売機会の損失防止が期待できます。薬局にとっても卸にとってもデジタルトランスフォーメーションによる経営効率化が進みます。卸経営の一層の効率化が進めば間接的、長期的には薬価が下がり、国民経済の負担が減少します。医薬品卸としては微力ながらも社会貢献となります。

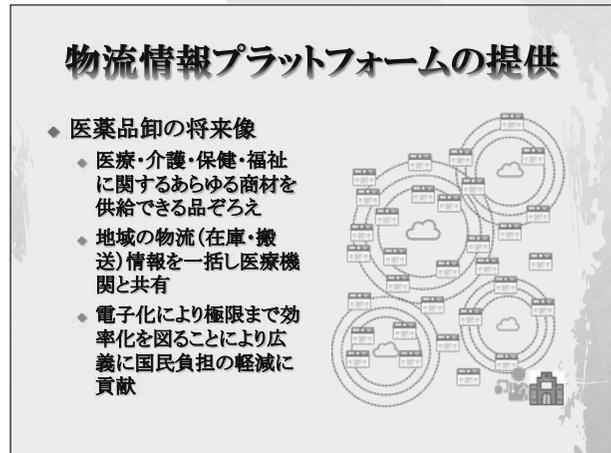
2040年の医薬品卸の将来像

さて今まで色々と述べてまいりました2040年の医薬品卸の将来像についてまとめます。(図表27)

まずは地域包括ケアシステムを前提とした市場において医療・介護・保健・福祉に関するあらゆる商材を供給できる品ぞろえが求められます。それぞれの市場はやはり電子的に連結していると思われれます。マイナポータルで住民ごとに医療・介護・保健・福祉の情報が関係者の間で共有されるし、そこには医療機器、衛生材料、医薬品、福祉用具の購買履歴も記録されているかもしれません。

また医薬品卸の特徴である地域における高密度

図表27



物流とそれを基盤に構築する情報ネットワークによって在庫・搬送などの情報を一括し医療機関と共有することで必要な商品を必要な時に供給できるようになるでしょう。

そして何よりこれらの電子化により極限まで経営の効率化を図ることにより、薬価基準制度のもとで広義に国民負担の軽減に貢献していくのが医薬品卸としての将来の役割ではないでしょうか。

2040年を見据えた医薬品卸の役割について縷縷、述べてまいりました。何かのご参考になれば幸いです。

