

## ＝医療機関・福祉施設の調達を見直す＝

今回は、事業経営を効果的・効率的にする手段として、通常の産業では様々な工夫をされている調達に関し、医療機関、福祉施設の実態について考えてみます。

メーカーの状況、卸売業界の状況、医療機関・福祉施設の内部環境の複数の面から考えてみます。

### <医療機関・福祉施設の調達の規模と実態>

医療機関や福祉施設は、サービス提供の面では、いろいろと話題になりますが、その経営面の基礎的な部分である調達が話題になることは、あまりありません。

医療機関や福祉施設は、右図のように、建物や医療機器の投資を行うとともに、直接サービスに使う医薬品や医療材料、介護用品、食事や消耗品等の多様な調達を行っています。収入に対する各購入額の規模は、医療経済実態調査からみると、病院であれば、平均して医薬品であれば 14%、医療材料は 9%、食材、消耗品は 5%の規模になります。比率で見れば小さく見えますが、医療費規模が 40 兆円に到達し、入院医療費が 16 兆円規模になる現在では、それぞれの病院での調達合計は、年間約 4～5 兆円になります。

また、病院の建設・設備投資(建物、医療機器等)の具体的な数値は公表されていませんが、国立病院機構の数値で言えば、収入に対して、約 4～5%の建設投資、3～4%の設備投資となっており、仮に、これと同じ水準で他の病院も行っているとすると、年間約 1 兆から 1.5 兆円の規模となります。このほか、クリニックや薬局がありますので、その調達額はさらに、大規模になります。

一方、福祉施設については、介護経営実態調査等で経費の内訳が細かく出ていないため、全体像は不明ですが、関東地区のある社会福祉法人(特養、在宅双方を実施)の実績をみると、食材、消耗品で収入(居住関係の利用者負担を除く)に対して約 5%の支出であり、介護費総額から推計すると、全体では約 5 千億から 1 兆円の規模になっていると考えられます。

こうした調達規模は、今後の医療費・介護費の増加で、今後とも増加することが確実ですが、これらが、本当に効率的に行われているかどうかは、あまり注目されません。仮に、効率的に行われていないとすると、その費用を最終的に、保険料や税金で負担している納税者が、無駄にその費用を負担している＝医療機関や福祉施設の取引先である卸やメーカーを保護していることになってしまいますが、その全容は明らかになることはありません。

例えば、公的機関では、これらの調達は入札が原則となっており、入札の方法を変えたら、落札率(＝契約額÷予定価格)が7割になった・安くなったと報道されたりしますが、本当に安いのでしょうか？ 個人的な経験で言えば、入札で安くなることは、まずありません。落札率が9割を下回るようでは、予定価格が高すぎただけのことです。実際の取引では、公的価格、民間価格といった、取引先ごとに卸、メーカーが販売価格の目安(実勢価格等からの割引率)を作っていると考えられますが、それをどう打ち破り、また、仮に一度成功しても数年後には新方式で、さらに価格を下げる取り組みを展開することが必要と考えます。

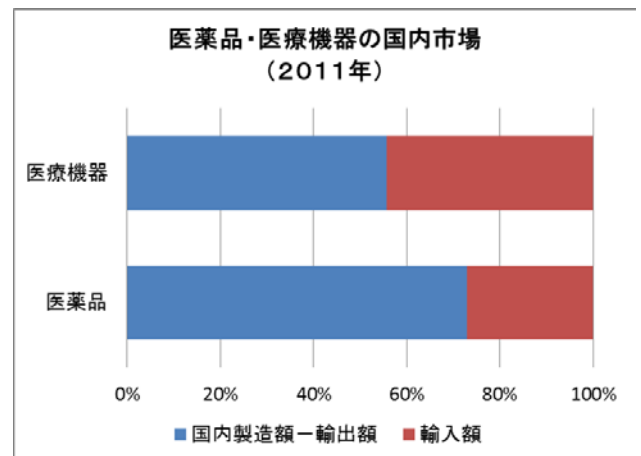
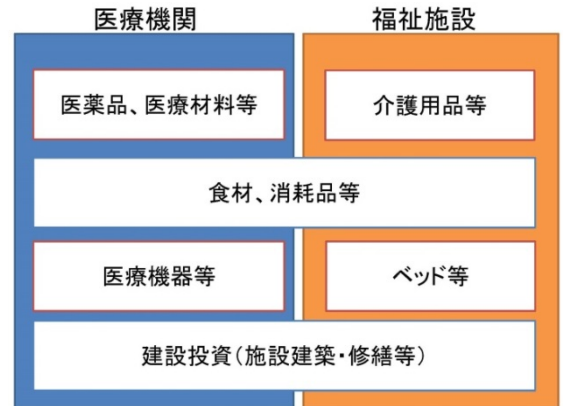
さて、ここからは、最近、政府の成長戦略にも位置付けられた医療機器等に焦点を絞ります。

### <医療機器メーカーの競争と開発戦略>

日本の医薬品、医療機器等の市場規模は必ずしも明らかではありませんが、薬事工業生産動態統計から推計(国内製造額から、輸出額を減じて、輸入額を加えた単純計算)すると、医療機器市場の規模は、医薬品の市場規模の約 1/4 にあたる 2.3 兆円となります。

また、医薬品と医療機器とでは、国内製造額(から輸出額を除いた額)と輸入額のウエイトが、大きく異なるという特徴(右図)もあります。2011 年では、医薬品は国内市場規模の約 1/4 に輸入品はとどまっていたが、医療機器では国内市場の半分弱が輸入品と、輸入の比率が高い水準になっています。

さらに、医療機器、特に生体機能補助・代行機器等の高度管理医療機器の分野では、未だに外国製品の優位性が高いため、日本と外国のメーカー間での競争が弱く、その結果、医療機関の購入価格は高くなりがちであり、その結果、国民負担を重くしているのではないかと考えます。



こうした分野では、昔から日本メーカーの参入が期待され、具体的に促されてきましたが、実際には、うまく行きませんでした。日本の製造業は、家電等の大量販売で潤っており、こうした生命関連の後発参入のリスクを引き受けなかった結果だと思いますが、国内家電産業の崩壊、医療機器市場の利益率の高さの魅力、政府の成長戦略で医療機器等の開発が位置づけられたこと等から、少しは動き始めたようですが、どのように変わって行くかは未知数です。

また、メーカー間で一定の競争がある分野でも、各メーカーの開発戦略により、競争が抑制されている分野もあります。現在の医療機器は、機器単体で利用されることは少なく、ほとんどが情報処理・画像処理のシステムに繋がっています。ある情報処理・画像処理システムを一旦導入すると、このシステムに繋がられるかどうかで、医療機器の選択幅＝競合関係が決まります。したがって、このシステムが多様な機器に開かれたもの（オープン）か、特定のメーカーに限定されたもので、医療機器の調達価格を決めることになります。これら情報処理・画像処理システムの多くは、特定の医療機器メーカーが提供していますが、建前はオープンと言いながら自社独自の処理をして、実際には自社の医療機器しか繋がられないようなクローズなものにしています。これにより、初期の導入（情報処理・画像処理システムを導入）のときには、メーカー間の競争が起きますが、約5年後におきる医療機器の更新の際には、そのメーカーのものしか買えないので、まず価格は高止まりすることになります。

パソコンの分野でも、昔は、ハードを売るために、ハードに密接に関連したOSソフトを提供する時代が20~30年前にありましたが、今では、OSソフトは事実上WINDOWSに一本化され、ハードは何でもよくなった結果、機器の価格は大幅に下がりました。これと比較すると、日本国内の医療機器の状況は、20年以上前のビジネスモデルと同じです。隣の中国では、その国の広さから全国的に保守が難しいという理由もあり、システムの仕様等はオープンにされ、繋がられる機器は多様になっているとの話もあり、既に、この面では、中国に負け始めています。

こうしたメーカーの旧態依然とした開発戦略も、医療機器分野の過当競争を維持できる要因となっています。

### <医療機器等の地域での流通・取引実態>

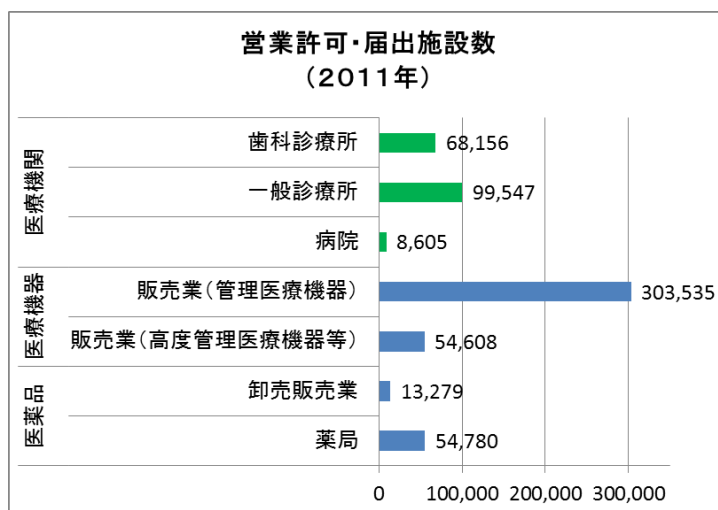
医療機器のほとんどは、医療機関はメーカーから直接購入することはなく、医療機器販売業という卸売業を通じて購入します。さて、医療機関の調達先となる、これら販売業は、どのくらいの数があるのでしょうか。

右図は、医薬品・医療機器を医療機関に販売する施設の数を示すものです（厚生行政報告例から）。

医薬品卸売販売業は、1万種類を超える医薬品について約1.3万か所ですが、医療機器販売業では、500種類を超える高度管理医療機器（ペースメーカー等の身体に埋め込むものなど）に関するものが5.5万か所、1,300種類を超える管理医療機器（MRI、CT、内視鏡、腹腔鏡等の厚生労働省承認が必要な機器等）に関するものが30万か所あります。

病院が9千か所を切り、診療所も10万か所を切るなかで、医療機関の何倍もの取引先があるのが医療機器の実態です。医療機器がこの水準ですから、通常の単純な医療材料等の販売先になると、これより多いものと考えられます。

このように医療機器卸売の業界は、医薬品に比較して過当競争なのですが、それがそのまま温存されているところを見ると、今の取引結果は、卸売側に有利に働いているとみることができます。医薬品に比較して、医療機器、医療材料の市場規模は小さいのですから、相当の利益率がなければ、この水準を維持することはできないはずですが、かつて流通が過剰と言われた呉服業界では市場収縮とともに多くの小売・卸売業が淘汰されたのと比較すると、いかに恵まれた環境にあることがわかります。これを維持するために、医療費＝保険料・税が使われているということになるのですが、皆さんは、合理的な負担と考えるでしょうか？



さて、この医療機器等の卸売業界からは、「変な」取り組みをして、取引水準を維持していることが聞こえてきます。例えば、最近、国立病院機構や他の公的病院グループ内の病院の出来事として聞こえてきた事例を紹介すると、「病院各フロアに、医療機器の卸売業が、無料で女性を配置し、医師等の業務の手伝いや御用聞きをやっている。」「副院長が、自分の診療科の使用する医療材料を、特定取引先の物を指定し、院長や事務の言うことを聞かない。」「入札で、あるメーカーの医療機器が落札したが、ある大学から派遣されてきた医師が、別のメーカーのものでないとダメと言出し、入札を取り消そうとした。」

などと、一般の人が聞けば、びっくりするようなことがあります。もちろん調達価格は高いに決まっています。

概ね、卸売側の過当競争を背景とした医師等と特定商品の「密接な」関係という旧態依然とした取引慣行の存在と、医師の行動を制御できない病院・法人のガバナンスの欠如という二つが相まっての問題です。

（国立病院機構に係る事例は、本部経営層に、お伝えしましたが、今のところ改善の話はありませんので、今の本部ではこうした現状を受け入れるということか・・・と残念に思っています）。

また、医薬品と違って、医療機器等の卸とメーカーの仕入価格に関する力関係も、価格が高止まりする要因です。医薬品の場合には、現状では、ほとんどの卸が全国展開グループに属していますので、一つの卸で、概ね全メーカーの商品を扱うことから、卸とメーカーの間での仕入価格低下のインセンティブが働き～その結果として医療機関等への納入価格も効率化されることになる可能性が生じます。

しかし、医療機器の卸は、その数からみてわかるように、処置用機器、画像診断システム、生体機能補助・代行機器等の多様な機器を全て扱えるような総合卸は数が少なく、あったとしても地域で一つと、卸とメーカーの交渉が厳しくなる要素はあまりありません。さらに、小さな卸では、特定のメーカーしか扱わないという場合が多く、その結果、医療機器の卸は、メーカーに対して、価格交渉力がないという現象が生じています。実際に、医療機器の卸売価格は、メーカーからの仕入価格(メーカーの仕切価)に、自社のマージンを乗せて売っただけでも、医療機関が買ってくれることが多いとの由。したがって、メーカーも卸も、特に価格を効率化する要因は生じないわけです。

この卸とメーカーとの間の力関係を崩さないと、医療機関や納税者の負担は増えるばかりになります。

### <国立病院機構での経験と広がる共同調達の実像>

以上のような病院を取り囲む外部環境の下で、国立病院機構の在職時代に、建設投資、設備投資の効率化に取り組むべきポジションになり、ある意味、単純な仕掛けと、丁寧な手順で一定の効果を出すことに成功しました。

医療機器については、大型の放射線機器の病院別の共同入札を院長の皆さんの支持を受けて着手しましたが、結果としては、概ね、本体価格は直営時代の 5~6 割の値段で買ったのではないかと考えています。その当時を振り返ると、いろいろと面白い話がありましたが、本体価格が下がった理由は、次の 3 点と考えています。

- ① メーカーから直接購入としたこと(複雑な流通を飛ばす)
- ② メーカーに固執しないで、必要な機能を揃えること(使用の標準化)で、メーカー間の競争をさせたこと
- ③ 本体、オプション等の価格の割り振りについて、仮に同額入札の場合には本体が安いものを落札者とするとしたこと(入札の要件に書いた)

1 年目は、各病院の現場も不慣れで、病院によっては、使いたくないと思われるオプション機器を大量に買ったのですが、それが上記の③と連動して、本体価格を下げる要因となりました。メーカーから見れば、支払われる額は同じなのですから、③の要件があれば、必ず本体を安くします。この結果、予想された下げ幅より、本体価格は大きく下がるという成果を出すことに成功しました。

大事なのは、この下がった価格を起点として、次の年にどんな取り組みをするかでした。

- ① 前年度購入したオプションの購入実態を調べて、実際の使用がほとんどなかったことを公表することで、当年度購入のオプションが、ほぼゼロになったこと。
- ② 本体を安くしたように見せて、その後の保守料を高くして、トータルで利益を得るという経営戦略に対抗して、本体に保守 6 年分の値段を含めて入札することにしました。

この 2 点により、メーカーは、初年度に得られたオプションでの利益を失い、かつ、保守料で利益回収する方法も失うこととなりました。

この 2 年のトライアルで、概ね、従来、「国立病院価格」と言われた高い価格水準を切り下げること成功したわけですが、その後は、対象となる機器を拡大してはいるものの、実質的な効果はあまり出ていません。

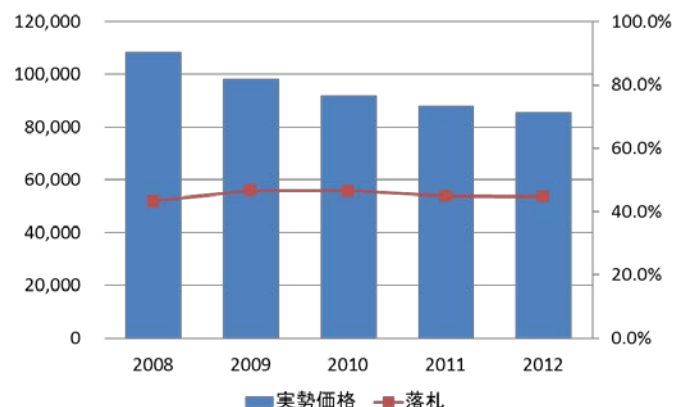
右図は、当初から行っている CT64 列(毎年の調達の際の仕様変化が少ない代表例)の価格等の変化です。棒グラフは、入札時に市場調査して得られた価格水準であり、折れ線グラフは、その平均の市場価格に対して、どの程度の比率で落札したかを示すものです。

棒グラフは、256 列等の上位機種種の発売等により、年々、価格が下がって行きますが、折れ線グラフは、ほぼ一定で推移しています。これが、取引先ごとに卸、メーカーが販売価格の目安(実勢価格からの割引率)を作っていると考え背景です。

したがって、現時点では、国立病院機構では、別に共同で買わなくても、予定価格を折れ線グラフ付近に設定すれば、個別で買っても結果は同じと思われます。新たな「国立病院価格」ができた訳ですから、市場価格の平均さえわかれば、共同である必要はないのです。

問題は、この折れ線グラフのラインを、もう一段、どのように下げるか、まだ共同調達の対象となっていない中小機器をどうするか・ということのはずなのですが、有効な手立てを打てていない(過去の成果に胡坐をかいている)・これが今の国立病院機構本部の調達の実態です(建築部門も同じことが言えます)。

CT64列 共同入札効果



今年、労災病院との大型医療機器の共同入札が行われていますが、内容をみると、この方式の工夫の一つである仕様の標準化を放棄したような入札単位ですので、これまでの効果すらも維持できるか疑問なところではあります。

また、他の公的病院では共同入札が流行しているようです。その最終的な価格分析は不明ですが、概ね国立病院機構のラインを目安に、各公的病院ごとの価格水準を各メーカーは出しているのではないかと推測されますが、実際には、これをどのように、もう一段下げるか・新たな価格ラインを出すかが、各経営層は問われているのでしょう。

しかし、聞くところによると、公的病院の経営層の一部には、外部評価を受けるための報告書に「共同入札を実施」と書きたいというだけで、取り組みを始めようとする例もあるようで（それを聞いたときには思わず笑ってしまいました）、こうした実態が、公的病院の調達の実態に近いのではないかと思います。

### <民間病院での調達の実態>

一方、民間病院では、一部の病院グループで、消耗品等の一括調達はありますが、まず公的病院のような共同調達ブームはありません。本来的には、公的より民間のほうが、経営失敗のツケは大きいのですから、理事長、院長は一生懸命に考えるべきなのでしょうが、そうした動きが広がらないことは不思議でなりません。

拙著「データでわかる病院経営の実学」でも書いていますが、地域スーパーが共同調達会社を作り、今ではプライベートブランドまで作って品質とコストの改善に努力していることと比較すると、いかに意識面で遅れているか、皆さんもお判りになることでしょう。

先日、県単位の病院団体に講演した際に、この疑問をぶつけてみましたが、予想通り、芳しい反応ではありませんでした。過去、トライアルの話はあったようですが、いつの間に立ち消えになったとのこと。

講演後の夜の会合で、幹部の方数名と話をしましたが、そこでの話は、単純で、かつ、わかりやすいものでした。

「医者は、自分をさらけ出すのが苦手。特に、オーナー達が、共同で実施するとすると、その壁は非常に大きい。」

「民間同士でやるより、公的と一緒にやるほうが早いかもしれない。」

「公的等との結果を出してからでないと、民間全体が動くことはイメージできない。」

この地域は、医療機関が多い激戦区であり、この地ですら、こうした認識であれば、他の地域は推して知るべしです。医療には、まだまだ、産業としてやるべきことがあるようです。

その場で、私に同行した民間病院グループの人から、当該グループで実施した簡単な方法を話してもらいましたが、幹部の方は、関心を持って聞いておられました。

その方法とは、共同で買うかどうかは別にして、「まず、自分達の買っている主要なものの価格と使用量を調べる。」  
「調べた結果を、参加した人だけに示す。」  
「必ず同じ取引先でも、値段が違うことが判明するので、これを利用して個別に価格交渉して安くなる。」というだけのことです。これが成功すれば、はじめて一緒に買う・となるという話です。

これは、同じグループ内での複数病院での実践の話をしたものですが、この問題の背景は、「各病院がいかに調達情報の面では孤立して経営しているか」ということであり、「個別の努力では限界があり、その情報を集めて解析して現場に戻す作業がいかに重要か」、「その役割を担えるのはグループ本部や地域の病院会である（最初は外部利用しても）」という処方箋の話です。

この方法は、ある社会福祉法人でも提案し実践してもらいました（法人内で最も安いところを基準に価格交渉する）が、2億の食品売上の事業規模で、その10%程度の食材の調達額の低下が見込まれる成果が出そうです。

調達側は、まとめ役の意欲、能力、工夫が大事になるということです。これは調達に限りませんが、

### <医療機器等の調達環境をどのように変えるべきか？>

さて、個人的には、今のままでは医療機器等は高止まりし、医療機関の経営を圧迫し、納税者の負担は増え続けると考えており、医療機関や福祉施設の調達行動のほか、政府の取り組みも機軸を変えることが必要と考えています。

まず、事業者側は、流通分野の特徴を踏まえて、その特徴が生み出す「価格の壁」を打ち壊す実践的な取り組みを継続することです。それも同じことを繰り返すことなく。

医療機器、医療材料等の分野で言えば、次のような論理が大事です。

- ① 医師等が求める特定の製品への固執を、強い意志で打ち切ることや、病院の情報処理、画像処理システムを特定の医療機器メーカーに依存しないものに統一すること（法人のガバナンスの問題）
- ② 卸間の競争では値段が下がらない以上、既存の卸に変わる者（例えば商社）を活用し、メーカーとの価格交渉力を高めて値段を下げる。（外部の力を活用して勝負すること）
- ③ 一旦、値段が下がれば、それを法人内、地域内に普及させ、次の新たな取り組みの基盤とすること（自分の成功だけでは止めない普及の問題）

国立病院機構本部が行ってきた共同入札では、中小機器が対象となっておらず価格低下のインセンティブが出ない、大型も価格は下げ止まりという状況を踏まえ、あるブロックで、上記①～③の発想に基づき、全病院参加で当該年度の購入医療機器を一括調達、地域卸ではなく商社の活用を意図する仕組みにより、入札の意見招請をしました。

すると、医療機器販売の団体から、独占禁止法違反、公共調達趣旨に反する等の抗議文が、国立病院機構及び経済産業省に届きました。先に記載したように、地域では過当競争があり、事業者間で棲み分けがなされているのですから、この現状を打壊するような取り組みが業界に衝撃を与えたからでしょう。その多くは、地元の卸の誤解に基づくものだったのですが、これに動揺した国立病院機構本部の対応が問題でした。

本部とブロックの間で意見が一致せず、その結果、一括調達の企画は崩れ、中小機器は地域分割・種別分割の調達に、大型の放射線機器は種別分割の調達と、当初の発想とは異なる小規模なものとなってしまいました。その間、水面下で当該ブロックから相談を受けていた私も、本部に直接行って、状況説明等を行いました。その時、本部から聞いた話には、正直、あきれてしまいました。これは、調達活動を効率化すべき本部経営者の言う話ではないと。。

「価格透明化のため、医療機器の一品(一種)毎の調達を基本にする予定で。複数品目の一括調達は認めない」

「大型機器については、本部での取り組みもあり地域一本は認めるが、中小は地域単位でなければダメ」

「ブロックが参考事例としている病院での一括調達の結果も価格分析が不十分であり、本部として認められない」

「今回の取り組みで値段が下がる理由がわからない。もし、仮に少し下がったとしてもあまり意味はない。それより、民営化の話を進めている今の段階で、業界が騒ぐのは本部としては認められない。」

といった話を直接聞き、まるでお役所のような話に吃驚したものです(本部は、ほぼ全員役所からの出向者ですが)。

さらに、本部とブロックの間で協議をした際に、本部の意見に納得できない職員が食い下がったところ、会議に参加していた法人 No2 が、「そんなことを言うなら、本部の力で、今回の取り組みをやめさせてもよいのだぞ」と発言したことも、その時、聞きました。その発言意図・趣旨は不明ですが、こうした不毛なやりとりを、トライアルすべき購入側内で行っているようでは、困ったものです。

動かぬ病院を動かして様々な取り組みを実験することや、価格動向をまとめて分析し現場に戻して活用を促すのは本部の役割ですが、今や、こうした働きを全く何もせず、机上の論理で、ブロック、病院に指示しているだけでは、調達面では何も成果は出ないでしょう。拳句の果てに、今年の本部の共同入札では、一品調達ではなく複数品目を一括で調達する区分もあることが判明しましたが、自ら声高に言っていた「一品ごとの調達原則」が足元の本部ですら行われていないことにも気づかないような状況です。

これ以上言うと、愚痴、嫌味になりそうですので(笑)、今の国立病院機構本部の抱える問題は、平成 24 年度決算が公表された段階で、まとめて評価したいと思いますが、いずれにしろ調達の区分は小さくなったものの、当該ブロックでの実験結果は、今月には出ます。その成果については、いずれ公表されると思いますが、政治との関わりを重視する機構本部と病院経営の自立を目指すブロックのいずれの発想が正しいか・楽しみにしているところです。

一方、政策側にも、

- ① 医療費等の効率化のため、医療機器等の販売業の統合淘汰を進め産業としての体力を高めること  
(概ね今の数分の1程度の数にならないと、公共事業により増え過剰となった建築土木業の二の舞に。。)
- ② 病院管理のインフラである情報処理、画像処理のシステムの標準を定めて、これを産業として育成すること  
(基本OSとして育てれば、必ず医療は質が向上し、また調達行動が改善し医療費は効率化する。。)
- ③ 民間の調達行動を変化させるような誘導施策を講じること  
(一定規模以上の共同調達会社を設置した場合には、税制優遇等の産業育成措置など。。)

といったことを考えてもらいたいと思います。今や医療費(給付費)の効率化の問題は、今のところ経済的効果の判然としない健康診査の普及は別にして、混合診療と後発品、それから診療報酬改定の議論のみですが、こうした医療を支える関連産業の成長、淘汰も医療費の効率化を進める大事なツールであることを忘れて欲しいところです。

先月 26 日に、医療の進歩に貢献する医療機器を迅速に医療現場に届けることを目指すとする「医療機器産業ビジョン 2013([http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/shinkou/vision\\_2013.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/shinkou/vision_2013.html))」が公表されましたが、流通に関しては掘り下げたものではありませんでした。「早く」も大事ですが、それを支える医療費の負担者としては、できるだけ「安く」も大事です。「卸間の競争が働かない分野で、どう仕組むか」という視点からの新たな政策環境を整え、調達活動に努力する医療機関、福祉施設とともに、新たな一步を踏み出す時に来ていると考えます。

産業を守るだけでは、医療、介護を支える資金は確保できないのですから、効率化の具体的行動が求められます。守るだけで成長しないのは、子供と同じことです。