



慶應義塾大学ビジネス・スクール

青梅慶友病院と大塚宣夫

青梅慶友病院は1980年に精神科医師の大塚宣夫氏によって設立された老人病院であるが、現在ではベッド数798、スタッフ840人を擁する大病院となり、入院待機者が常時600人以上にのぼるといわれている。大塚氏は早くから、病院はサービス業であると定義し、独自の病院経営理念と斬新な施策によって注目を集めてきた。大塚氏は「自分の親を安心して預けられる施設作り」を志して病院を始めたが、政府・業界の規制が厳しい医療業界において業界の常識に反する考え方や施策を打ち出し、いまなお理想の老人病院に向けて進化を遂げていた。¹⁾

大塚宣夫氏は1942年生まれ、1968年に慶應義塾大学医学部を卒業した。専門は精神科で勤務医となったが、71年から2年間フランス政府給費留学生として渡仏し精神薬理学を研究した。帰国の翌年に友人に依頼されて初めて老人病院を見た衝撃から、自ら老人病院開設を思い立ち、アルバイトに精を出して資金を貯め、支援者との出会いに恵まれて80年に病床数147の老人病院を東京都下青梅に開業した。

ケースライターは2003年8月、青梅市の慶友病院で大塚宣夫氏に面会し、病院設立の経緯、病院経営の理念、医療政策に対する考え方、起業家精神の興隆策などについて意見を聞いた。

¹⁾ 病院は「一般病院」、高度先進医療に対応する「特定機能病院」、および成人病や老人病など3ヶ月以上の長期入院を主とする「療養型病床群」に分けられる。一般に「老人病院」といわれているのは、入院患者の6割以上が65歳以上の人で占められ、一般の病院より医師や看護師の数が少なく、その代わり介護の専門スタッフをおくことを義務付けられている病院で、急性期の治療が終わり、なお医療と介護が必要な老人のための病院である。

本ケースは中村学園大学教授石田英夫が作成した。ケースは経営管理に関する適切あるいは不適切な処理を例示しようとするものではない。ケースの作成に当たって、大塚宣夫氏ほか青梅慶友病院スタッフの方のご協力をいただいたことを感謝したい。

本ケースは慶應義塾大学ビジネス・スクールが出版するものであり、複製等についての問い合わせ先は慶應義塾大学ビジネス・スクール(〒223-8523 神奈川県横浜市港北区日吉本町2丁目1番1号、電話 045-564-2444、e-mail: case@kbs.keio.ac.jp)。また、注文は<http://www.kbs.keio.ac.jp/> 慶應義塾大学ビジネス・スクールの許可を得ずに、いかなる部分の複製、検索システムへの取り込み、スプレッドシートでの利用、またいかなる方法(電子的、機械的、写真複写、録音・録画、その他種類を問わない)による伝送も、これを禁ずる。

Copyright© 石田英夫 (2004年11月作成、2008年2月改訂)

大塚宣夫氏との一問一答

Q. あなたは医療専門職、病院経営の専門的経営者、それとも起業家ですか？

5 A. 起業家だと思います。組織の維持はあまり得意ではありません。この病院も事業というより私の趣味・道楽に近いといえます。病院に来るのが楽しみで、時間があけば、ここに来てしまします。ゲーム感覚的なところがある。800 の駒（スタッフ）を使ってするゲームと考えれば本当に面白い。私は昔、競馬、マージャン、将棋などもやったことがあります。病院を始めてからは全くなくなりました。このゲームは、手を入れたら入れただけの結果が出
10 ます。自らの医療の構想をもつと、自分でやらざるをえなくなります。医師という立場からすれば、専門(精神科)の研究をして適当に人生を楽しむという道もありました。フランス留学から帰ってくるとき考えたことが2つありました。1つは、毎年誕生する医師数は従来2千人だったのが、各県に医学部をつくって年8千人にふやす計画がスタートしていました。このペースで行くとやがて医師の失業者が出てくるだろうという予測がなされており、需給
15 関係から勤務医の相対的地位低下は避けられないと思いました。第二は、医師の粗製濫造で質的低下が起これ、そうすると医療過誤と訴訟が多発するだろうとも考えました。その場合、弁護士の資格をとって医療法務の専門家になるのはどうかと思いました。しかし、弁護士の資格をとるのに必要な勉強量と時間を弁護士に聞いてみると、最低でも2年間必死に勉強せねばならないというものでした。私は半年間考えて、司法試験を受けるより、病院なり診療
20 所という形で独立する方がより確実との結論に達しました。もうひとつ、2番目の子供が重度心身障害者だったので、サラリーマンでは満足に養っていけないという事情もありました。

Q. 老人病院に決めたいきさつをお聞かせください。

25 A. フランスから帰国した翌年に、親しい友人から「痴呆で寝たきりの祖母を預かってくれる所がなくて困っている。このままでは一家共倒れになりかねない。入院できる病院を探してくれないか」という依頼をうけて近郊の老人病院を訪ねました。老人病院を見るのは初めてでしたが、すごいショックを受けました。とにかく暗くて、不潔で、臭い。“長生きした人がその罰として死ぬまで入れられている収容所”とも言うべき悲惨な状況でした。当時、私の
30 両親も70歳を過ぎ、一人っ子である妻の両親も健在でした。自分のこと、親のことを考えあわせ「親を安心して入れられる施設を自分でつくろう」と決心したのです。たまたま医師資格を持っていたので病院にしましたが、病院でなくてもよかったです。医者になってからも格別の志のなかった自分でしたが、自分の進むべき道が見えた気がしました。高齢化社

会に向かって老人激増の見通しははっきりしていました。

とりあえず 19 ベッドの診療所でもいいからと計画し、1 年間アルバイトに精を出して 1 千万円を貯め、77 年から場所探しをはじめました。青梅のあたりは東京では土地の安い所で、アルバイトでよく来ていたので土地カンがありました。しかし、手持ちの資金では適当な土地はなかなか見つかりませんでした。加えて、儲け主義の“悪徳老人病院”が新聞などで取り上げられていましたので、土地が見つかってでも周囲からの反対等もありました。土地探しの途中で何度も挫折しそうになりましたが、その度に、自分が決めたことだからもう少しやってみよう自分に云いきかせました。探しはじめて 1 年半経った 1978 年春、たまたま地元農協の応接室を借りて土地の検討をしていた時に部屋を間違えて入ってきた霞農協組合長(野崎省吾氏, 当時 53 歳)に出会いました。それが強運のはじまりです。すぐに彼の自宅をしばしば訪問するようになり、老人の激増と老人病院の必要性を熱心に説きました。私の全財産が 2 千万円しかないのにあきれたこともあったのでしょうか。所有する土地の上に私の希望する形の建物を建てて貸して下さり、運転資金 1 億円借入れの保証人まで引き受けていただくことになりました。但し、経営責任は一切負わないという条件付きです。わずか 38 歳の何の実績もない若造にしめて約 6 億円の投資をして下さったのです。

Q. 創業直後の体験はいかがでしたか。

A. 1980 年、1000 坪の土地に 750 坪の建物、ベッド数 147、スタッフ 34 人の老人病院で開業しました。老人病院のノウハウは全くないし、最初の 1 年はたいへんな経験をしました。事業の立ち上げにはすごく金がかかることを実感しました。医療保険からの収入は 3 ヶ月後なのに、毎月まとまったお金がでていくのです。また人件費を抑えるために少なめに人を雇うと、どんどん人が辞めてゆきます。募集しても容易に人は集まりません。そのため看護師、薬剤師、レントゲン技師の仕事、あるいはオムツ交換、入浴介助などもすべて経験しました。診療も当直も自分でしました。最初の 1 年は正規の宿直を 150 日、その他に 100 日病院に泊り、開院後 1 年半は病院を休んだことは 1 日也没有でした。それが後には、現場を知っている強みになりましたが。えらいことを始めてしまった、こんなはずではなかったと思うこともしばしばでした。

病床は早いペースで埋まりました。当時、老人病院に入りたいという人はたくさんいました。6 ヶ月たって満床になりましたが収支はトントンがやっとでした。事業を立ち上げて金も金が回らなくて倒産する例は非常に多いのですが、野崎氏が銀行に 2 億円の融資枠を設定してくれたので、その度に銀行に借りにゆきました。私にとっての一番の幸運はお金を必要なだけ借りることができ、資金繰りに困らなかったことです。そのうち待機者が出るようになり、

それを見た野崎氏の、もっと病院を大きくしたらどうかとの助言もあって開院の2年9ヶ月後には283床にし、その後も満床、待機者の増加、増床というパターンをくりかえし、最初の10年半で現在の規模になりました。しかし、経営はトントンがやっとなりで、借入金だけが大きく膨らんでいました。一息つけるようになったのは1990年以降です。

5

Q. 出資者に見返りはありましたか？

A. 土地代込みで建物建設費用の12%の家賃、それがスタートでした。その後もご自分の方から賃料の値上げの要請や、分け前をよこせなどと言われたことは一切ありませんでしたが、私の人生の哲学として少しでも早くに恩返ししたいと思い、自分の方から申し出て賃料等の値上げをしてもらいました。今でも困った時は私の所に来なさいと野崎氏は言ってくれます。野崎氏は現在80歳でご健在です。2年前まで青梅農協の組合長をしていました。私たちの病院も当初はごく普通の老人病院でした。開院当初、医療の力で年寄りを治そうといろいろやってみても患者様はどんどん状態が悪くなり、次々と死んでしまうという状況が続きました。7~8ヶ月過ぎた頃、診療内容がおかしいと保険支払い機関から呼び出され、それを契機に、徹底的に点滴等を減らしました。ところが、予想に反して患者は元気になりましたので。その後、ヨーロッパの老人施設での対応を目の当たりにして目からうろこが落ちました。わが国の老人病院のあり方の問題点がヨーロッパ旅行で確かめられたわけです。旅行から帰って間もなく「寝たきり老人を起こす」という一文を『文藝春秋』（89年12月）に書きました。その反響は大きく、私たちの病院のあり方が社会的に認められるようになりました。新しいことをやってみようと思うたびに、お金の心配なしにできたのは何よりの僥倖でした。

10

15

20

Q. 病院の通念やタブー壊しには 抵抗や反発がありませんでしたか？

A. 医者仲間から、保険外負担の徴収について「われわれは苦勞して何とかやっているのに、あんなものを許していいのか」と行政に訴えがあったそうです。しかし、患者側からのクレームは1件もありませんでした。その当時は医療行為にのみ診療報酬が支払われる仕組みになっており、経営の帳尻合わせのための過剰な投薬、点滴、検査の施行、あるいはその制度を逆手にとっての、金儲けのためのいわゆる濃厚診療がまかり通っていました。その一方で、生活の環境整備や介護の充実につとめても、どこからもお金が入ってきませんでした。そこで、私の病院では患者様にとって本当に必要な行為だけを行い、足りない分は患者様から頂く、つまり1日2千円の保険外自己負担を頂くことにしました。保険外負担という形で支払いを求めることには問題のあることを承知していましたが、患者様を元気にするサービスに徹する方が社会の認知は受けやすいと考えて踏み切りました。未整備な制度のもとで私たち

25

30

が先駆的実験を行い、その成果を世間に知らしめて賛同を得ていきたいと考えたのです。私たちの最後の味方は患者様やそのご家族であり、絶対に損をさせてはならないと思ってやってきました。

Q. 同業者からの批判や攻撃に耐えられたのはなぜですか？

5

A. 私なりの思い込みの強さ、世間の常識に照らし自分の方が正しいのだという思い込みからです。自宅で老人を看てもずいぶんお金がかかるのに、病院で診てもらったら費用がかからないという方が変ではないでしょうか。また経験的に老人病院には出来高払い制の診療報酬体系は合わない、介護という老人病院の中核機能を“付添い婦”という素人に任すことも私は反対でした。そこで行政にも働きかけて、一定数の介護職員を自前でそろえた病院は定額払い制にすることを提案し、1990年春にそれが実現しました。いわゆる「介護力強化病院」制度のスタートであり、それ以降、老人病院の様相は一変しました。

10

Q. 起業家に不可欠の要件は何であるとお考えですか？

A. 第1に、思い込みが強いこと、そして、その思い込みにそれなりの社会性があることです。単なる独善であれば世に受け入れられません。思い込みと社会性の両方があれば、たとえ業界に受け入れられなくても、社会に受け入れられます。第2に、その仕事が好きなことです。つまり、損得勘定なしにその仕事に打ち込めること、明けても暮れてもそのことばかり考えることができることです。そう考えられると事業は自分の趣味・道楽となり、趣味・道楽と割り切ってしまうと、時間もお金もつぎ込んで惜しくないと思うようになります。加えて自分の趣味道楽にスタッフが付き合ってくれているという“後ろめたさ”があれば、病院スタッフに報いなくてはどう思うようになります。第3に、強運が絶対に必要です。これまでを振り返ると、私が困ったときには必ず助け人なり、制度の変更がありました。最初の11年間は経営的に苦しく、個人保証の借金が32億円にものぼり、利息の支払いがやっとなり、元本の返済までは手がまわらない状況でした。1990年に、老人病院の支払い方式が出来高払い制から定額払い制へとがらっと変わりました。われわれの医療介護のやり方が一番有利なように変わったのです。つまり、診療報酬の支払い方式が定額制になり、従来一人月額27~28万円だったのが、33万円の支払いを受けられるようになり、年間4億円もの利益が出はじめ、借金返済も十分可能になりました。借金が半減したところで病院の施設を全面改装しました。総工費51億円、うち30億円は借入金でした。私はたえず借金を背負い込んで、稼いだものをそこに投入しないと気がすまない性分なのでしょう。

15

20

25

30

Q. ご自分の経営哲学をどのようにして病院内に徹底させていますか？

A. 大切なのは自分達の組織は何を目指しているのかを明確にし、かつ、くり返し伝えること、そしてその一方で一人一人の実践の度合いを評価する仕組みをつくることです。技術・知識は現場で学び、働けるようになります。新人がこの病院に入ってきたとき「仕事はしなくても、挨拶だけはきちんとしなさい」、「後を通る人にも挨拶できないといけない」などと厳しく要求します。サービス業は一人の不心得者が 99 人の努力を帳消しにしてしまう、いわゆる $100-1=0$ の世界ですから、マイナス 1 の人間にならないようにしなさい、もしそうになったら組織から排除されますよと言います。実際、「全員評価制度」で退職勧告される人も出てきます。全員評価制度は開院してから 2, 3 年目に始め、職員 800 余になった現在でも十分信頼に足る評価方式だと思っています。

Q. 日本で起業活動を盛んにするにはどうしたらよいと思いますか？

A. 日本の社会は基本的にねたみ、やっかみ社会です。成功者は足を引っ張られ、税制も稼いだ者が罪人のように扱われる。他の人と違うことをする者は世間が許さない。また、日本は社会主義国家、統制国家のようです。お上には逆らわないばかりか、お上にしてもらうことに安らぎを感じるのです。社会保障制度が良い例で、お上に頼ることが結局高くつくという自覚がないのです。起業を盛んにするためにも、お上への依存心を捨てることから始めないとだめだと思います。福沢諭吉先生の本を読むと当時と今の日本が全然変わっていないことがよくわかります。医療というと補助金の話がでますが、私は補助金をもらったことも、お願いしたこともありません。理由の第一は、自分の趣味・道楽のために公のお金を使うのはいかがなものかという気持ちがあり、もうひとつはひとたび補助金をもらってしまうと、私のような自堕落な人間は次から補助金のない事業に関心がなくなってしまうのではないかと恐れるからです。これこそアントレプレナー精神が萎えてしまう元凶なのです。当然、補助金なしには成り立たない事業には参入しません。

Q. わが国社会には、お上に依存する体質がしみついているのでしょうか。

A. 日本に一番活気があり、うまく行っていたのは敗戦後の 30 年間位だったのではないのでしょうか。いつの世にも生まれつきのアントレプレナーが 1~2 割はいます。全く起業に向かない人も 2~3 割はいます。残りの 6 割の人は機会に恵まれれば出てくる。敗戦後はそういう人がどんどん出てきた時期でした。今のように社会がカチッと固まってしまうと、この 6 割組は起業できません。また、わが国の教育も独立心を育てるよりも、規格品を育てることに熱心ですし、社会に依存的な人が増えているように思います。これでは将来は暗いですね。

医療機関の経営も、医師でも、医師以外でも、能力のある人がやればよいのです。医師のなかには自分は良いことをしているのに何でこんなに経営が苦しいんだ、真面目にやっていたら経営が成り立つようにしてほしいと言う人が多い。しかし、良い医療、真面目にやっている経営等すべて自分の都合から見た基準に照らしてです。どの分野でも高い生産性で社会に報いなくてはなりません。生産性は市場が判定します。医療分野といえども毎年2割はつぶれ、新規参入がある方がよいのです。「潰れるのは例外」というのはおかしい。銀行はつぶさないというかつての政府の規制と保護が何をもたらしたかをご存知の通りです。

私は「とにかくいろいろやってみよう」と発想するわけですが、それは自分のいい加減さと楽天さが源泉になっているのではないかと思います。やったことが当たらなければ、直ぐにやめればいいのだし、当たればそれを更に広げていけばいいのです。人間は始めたからには全力を投入するものだし、思いもかけなかった力が湧いてきます。この病院は入院待ちの人が多いのだから、規模を拡大すればよいではないかと言われますが、趣味・道楽はあまり大規模にやるものではありません。世間のニーズも刻々に変わりますし、規模が大きくなると素早さが無くなります。また、私どもの立場は医療保険や介護保険の枠内ではできないことをいろいろ実験してみようという「実験研究開発センター」ですから、自分の目の届く範囲でさらに掘り下げて行き、その成果を社会に発表し、提言していくという役割があります。従って拡大よりも深堀りこそが進む道です。

Q. 起業家人生を振り返って、どう思いますか？

A. 大変満足しています。ただし、30年時計を戻してもう1度やってみろといわれたら、断ります。なぜなら、失敗も沢山ありましたが、それを通して学んだこともそれ以上にありました。結果として、私の能力ではこれ以上うまくやれない、今より良い結果を出せるとは思えないからです。

Q. 理想の病院作りも容易なことではないと思いますが。

A. それを苦勞と思うか、思わないかです。とくに人の問題で、こんなものはやめてしまおうと思うこともあります。一夜明ければ収まり、元気になります。

Q. 起業家の陥りやすい落とし穴は？

A. 過去の成功への過信です。一度うまく行くと人はそのやり方をもっと精緻にかつ、規模を大きく展開します。ところが世の中は既に変わり、そのやり方はあわなくなっている可能性があるのです。また、自力で成功したのではないのに、たまたま他の要因でうまく行ったのを

自力でやったと思ってしまう点もあるでしょう。まさに成功体験は失敗のもとになるといったところでしょうか。

5 青梅慶友病院の経営理念と施策の展開

青梅慶友病院は「自分の親を安心して預けられる施設づくり」を目指してスタートし、現在の経営理念は「老後の安心と輝きを創造する」こととされ、「新しい医療、介護、生活・文化の仕組みを創り、高齢者の日々の質の向上に奉仕する」ことを経営目標としていた。病院はサービス業であり、顧客である患者と家族の支払いによって経営が成り立っているのであるから、患者を「患者さま」と呼ぶのは当然である大塚氏は考え、病院内で理念と目標の徹底をはかってきたが、これまで多くの試行錯誤が繰り返されてきた。大塚氏が最初に考えたことは老人病院の3K、“汚い、臭い、暗い”を可能な限り減らすことであった。そのため建物の外壁や内装を明るくし、清掃に十分お金をかけた。大塚氏は開院当初から日に何回も病棟をまわって不快臭をチェックして「何とかしなさい！」と叫んで歩いたという。

大塚氏は医師になった初期のころから、病院や医療専門職の横暴さ、不親切ぶりに疑問をもち、自分の病院開設を期にサービス業として社会のニーズに応えることを自分の使命と考えた。ただしついた結論は、老人病院は家族のための施設であり、家族のニーズは一旦患者を預けたら最後まで面倒を見てくれること、肉親を施設に預けることへの“後ろめたさ”を減らしてくれること、そして延命よりも患者に豊かな日々を送ってもらうことの3つであった。当時、老人病院では、入院期間が長期化すると経営上不利になるという理由で半年から1年経つと退院を迫り、その結果高齢者は半年か1年後に次の居場所を求めて転々とするというのが普通であった。さらに、経営の帳尻合わせのための“注射・検査・薬漬け”が日常化し、介護力不足のためにベッドでの“寝かせきり”やベッドへの“縛りつけ”が横行していたという。家族のための施設と位置づけたことから、青梅慶友病院では年365日、24時間、家族の面会時間の制限を一切なくした。患者の状態のいかに問わず、何日でも患者のそばに居ることができ、家族のための無料宿泊室もつくった。また家族が希望すれば、患者の外出・外泊は原則自由であり、アルコールを含めて飲食類の持ち込みも自由とし、病院内には患者と家族と一緒に過ごすための空間が院内のあちこちに設けられていた。こうした努力の積み重ねの結果、青梅慶友病院は“ホテルのような雰囲気づくり”に成功している。玄関先のホールには女流画家田村能里子が描いた華やかな大壁画がある。

大塚氏は既存の枠にとらわれない発想で時代に先駆けていろいろな取り組みを実行してきた。

開院翌年の 1981 年には食事の外部委託をやめて、病院内で食事をつくることにした。1982 年には病院内の雰囲気をもくするのために体育大学出身者の「生活活性化員」の病棟への配置を始めた。83 年には人事評価を開始、しかも今でいう 360 度評価式の「全職員による全職員評価」を導入し、その結果を給与・賞与に反映させるようになった。85 年には老人病院で一般化していた患者の「抑制」（縛りつけなど）を全面的に禁止した。87 年にはサービス品質を高めるための「品質評価委員会」をスタートさせている。そして病棟ごとのサービス体制を相互にチェックする仕組みを定期的実施した。

1988 年には、大塚氏のヨーロッパ視察の結果から、「寝たきり起こし」を開始した。当時この病院でも大半の患者が終日ベッドに寝たきりの状態であったが、大塚氏の指示で患者をベッドから離そうとすると、医師や看護師から強い抵抗があった。彼らは「安静の必要があるから寝せているのに、突然起こして車椅子に座らせれば、病状は悪化し、死に至る危険すらある。その責任は一体誰が取るのか」と反発した。大塚氏は病院長である私が責任を取る、と約束して実施に踏み切った。その結果は、寝たきり起こし活動の対象となった患者 345 人中 131 人（38%）に「明らかに好ましい変化」が見られた。表情は生き生きとし、周囲への関心、話かけへの応答など、精神活動の活発化の兆候がみられた。²⁾ 医療保険制度が老人医療のあるべき姿をゆがめている現状を憂え、有志とともに組織した「老人の専門医療を考える会」などを通じて大塚氏は世に訴えてきたが、1990 年 4 月には診療報酬制度の改定により、介護者の数を従来の 2 倍そろえた老人病院には、「出来高払い制」に代えて「一括定額払い制」が認められることになった。これにより青梅慶友病院のように介護中心の病院（介護力強化病院）の収支は大きく改善することになり、従来の制度のもとでの「過剰診療」にブレーキがかかり、老人病院のイメージも大きく変わることが期待された。³⁾ この年大塚氏は最後の 5 号棟の増設を行い、ベッド数はそれまでの 5 割増の 836 床となった。

92 年にはプロの音楽家などによる「慶友コンサート」が毎月開かれるようになった。93 年には患者および家族用の宿泊施設が病院内に開設された。94 年には寿司や洋食など美味しい食事を患者仲間、あるいは家族とともに、ワインやお酒なども飲みながら食事をする「美食倶楽部」が開かれるようになった。また朝食メニューの選択制や夕食時間の 6 時への繰り下げが実施された。この年 11 月には、患者が家族や介護の人とともに四季折々の花をめでながら散策できる 800 坪の「遊歩公園」が開設された。95 年には「患者様・ご家族アンケート」が実施され、その後定期的に行われるようになった。また「大塚理事長への直行便」という箱も設置され、患者・家族だけで

²⁾ 大塚宣夫「“寝たきり老人”を起こす」『文藝春秋』1989 年 12 月号

³⁾ 大塚宣夫『老後・昨日、今日、明日』主婦の友社、1990 年

なく職員でも投書できることになっている。

2000年には介護保険制度が施行された。それにともない青梅慶友病院の病床は医療保険適用病床を減らし、介護保険病床への転換をすすめてきており、現在の種類別病床数は医療保険病床 252床、介護保険病床 546床となっている。793人の入院患者の平均年齢は87.6歳で、うち8割は女性であり、平均在院期間は3年7ヶ月である(付表1)。入院患者の病名別構成を示すと、痴呆性疾患 29%、痴呆性と身体的疾患の合併 48%、身体的疾患 23%となっている。病院の職員構成は付表2に示すとおりであるが、看護(ナース)および介護(看護助手、ナースエイド)の人数が法定人数よりかなり多く、それに加え「生活活性化員」が各病棟に1人配置されていた。彼らは体育系大学を出た男性職員で、患者の食事、起居、排泄、入浴などの介護に当たっており、この病院がモットーとする「家族の介護を超えるケア」の実践に当たっていた。またこの病院には「フードサービス部」があって、調理員常勤18人、非常勤85人が働いており、個々の患者のニーズにあった美味しい食事を提供することに力を入れていた。そのために患者個人毎の好みや注意事項を記した「食札」を用いて管理していた。またプラスチック食器をやめて家庭の食器に近いものに代えていた。

一般の病院では、第一に医療、第二に介護、最後に患者の生活が来るという優先順位が存在するが、青梅慶友病院ではそれを逆転させて、第一に患者の生活、第二に介護、最後に医療がくるべきだとしている。大塚氏はそれを図1のように図式化している。人生最後の何年かを生活する場としての機能をまず整え、次に生活するのに必要な介護の機能を充実させる。医療は必要な時にだけ表に出てきて相応の役割を果たすという構図になっていると説明し、高齢者の生活を豊かにするためにはその方が優れていると大塚氏は考える。そして、その目的を達成するためには組織のあり方も「逆ピラミッド」型が望ましいと大塚氏は考える。企業組織は一般に経営者、管理者、現場スタッフという階層構造をなしているが、顧客に一番近いのは現場スタッフである。一般に病院では「院長や医師が看護婦に指揮命令し、看護婦は介護の人に命令し、最後には介護の人が顧客である患者に対して指揮命令する」ということが行なわれている。しかし、最も大事なのはお客様だから、顧客を頂点に置く。病院内でいちばん偉いのは第一線で働く介護や看護の現場の人たちである。直接顧客に接する現場の人だけが「生産者」だといってよいのである。管理職や経営者の仕事は、現場の人が働きやすいようにサポートしてあげることだと大塚氏は考えている(図2)。⁴⁾

現場スタッフに権限を与え、現場の主体性を確保するために、14ある病棟を独自の事業部とみなして予算を与え、必要な人員を配分したうえで、どのようなサービスを顧客に提供するかは病棟の責任者である看護師長の裁量に任されている。3ヶ月ごとに1病棟400万円程度の予算を与え、

⁴⁾ 大塚宣夫「老後の安心と輝きを創造する」 企業経営研究所 『企業経営』No. 60、AUTUMN、1997

図1 老人病院のサービス優先順位の転換

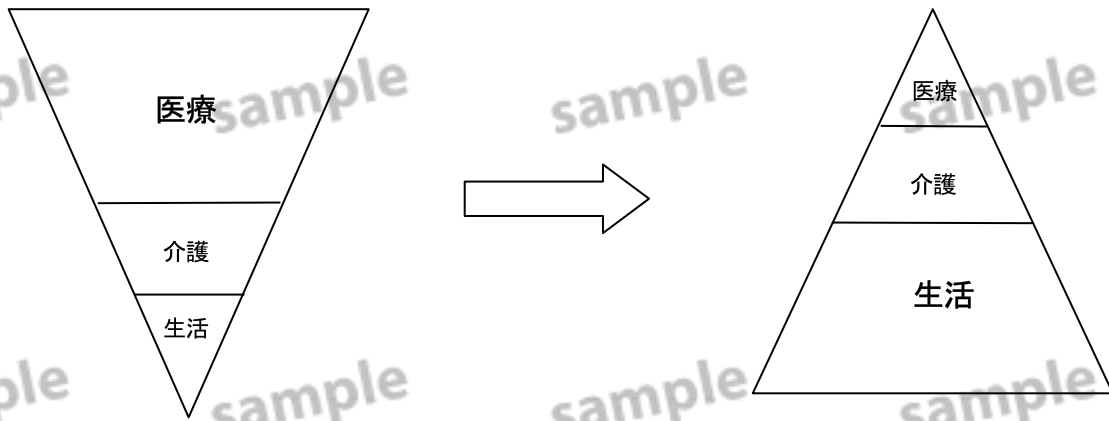
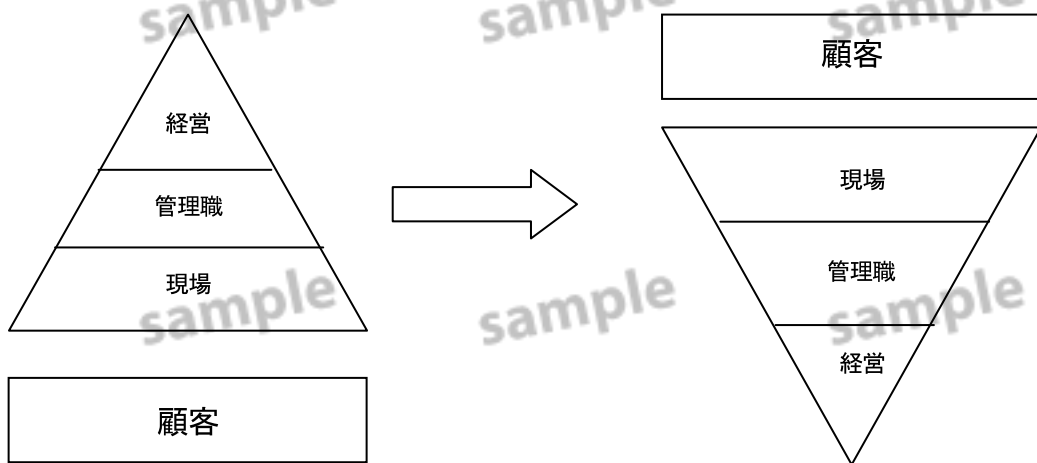


図2 組織階層の“逆ピラミッド”



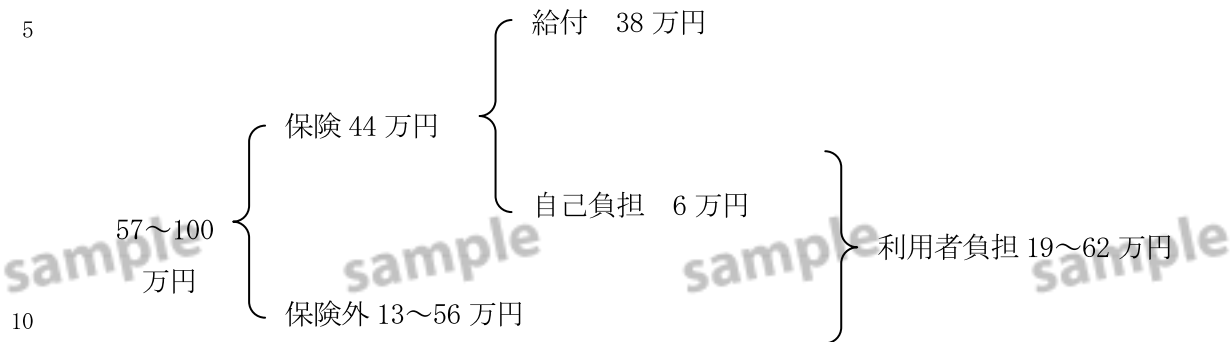
サービスを可能な限り最大化するように病棟間で競わせている。⁵⁾ 逆さまのピラミッド体制では病棟看護師長の権限は大きく、「医師といえども、看護師長の評価を得なければ主治医として呼んでももらえない仕組みになっており、看護師長と喧嘩して辞めさせられた医師は何人もいる」という。⁶⁾ 病院の現場で患者の生活、看護、介護のすべてを取り仕切れるのは看護師以外にいないという考えで、一人の患者に対して一人の看護師が責任を持って対応する「一人一任対応」という体制がとられている。

病院の経営成果をしめす数値は公表されていないが、青梅慶友病院はこのように介護・看護を重

⁵⁾ 大塚宣夫「豊かな最晩年をつくるーサービス業としての老人病院」『企業経営』No. 80、AUTUMN 2002

⁶⁾ 大塚宣夫「老人病院からみた高齢社会」新資本主義研究会 研究会資料 No. 79、2003

視した体制をとっており、人件費率は 52%である。病院の大半が赤字経営といわれるなかであって、同病院の利益率はかなり高いといわれている。患者 1 人 1 月当り収入構造は次のようになっている。



同病院の収入は入院患者 1 人当り 57~100 万円、そのうち 44 万円は保険収入で、保険給付が 38 万円、自己負担 6 万円である。患者の保険外自己負担に 13~56 万円という幅があるのは、個室と多人数部屋 (2 人、4 人、6 人) の違いである。個室に入ると、1 日 2 万円、月 60 万円程度の自己負担、4 人部屋だと 1 日 6 千円、月約 19 万円の自己負担となり、自己負担の平均額が月 19~62 万円となっている。

15

人材の処遇と評価システム

20

究極のサービス業を目指している青梅慶友病院としては、顧客である患者と家族に幸せになってもらうためには、病院のスタッフが幸せでなければならぬし、良い人材で固めなくてはならないと大塚氏は考えていた。「私の役割は職員を豊かに幸せにすることです。そうすれば後は自然に流れてうまくいきます」と大塚氏は述べている。良い人材をとるためには、報酬を同業より高くすることが必要であるから、青梅慶友病院の賃金・福利費を周囲の病院と比べると 2 割程高かった。しかし、同病院の仕事は精神的にも肉体的にもきつく、「おそらくよそより 3 割増しであろう、従って待遇と負担の差は同病院の方が 1 割以上マイナス」ということになる。その差は「奉仕の心で埋めるしかない。奉仕の心のない人には、ここはきつい職場」だと大塚氏は言う。⁷⁾ この病院の労働時間は年間 1,756 時間で、残業はほとんどないといわれる。有給休暇を取るにも制約はな

25

30

⁷⁾ 大塚宣夫「輝きを呼び戻せ」青梅慶友病院 1997

く、ほとんどの現場スタッフは有給休暇を 100%消化していた。大塚氏は管理職に対しても残業はしないように勧めている。管理職には残業手当がつかないから面白くないだろう、面白くないことはしてもらいたくない、というのが大塚氏の考えであった。一般に病院従業員の年間離職率は 20%と高かったが、青梅慶友病院では 12-3%であった。

この病院では早くから、誰でもが誰でもを評価できる「全員評価制度」をとっていた。評価システムは次の 5 種類からなる。

- A. **全員の自己評価** 勤務交代希望の少ないこと、遅刻・早退、仕事の努力、同僚への協力、優先順位づけ、改善工夫、報告、公私区別、挨拶、言葉使い、身なり、患者への個別対応、常時声をかけているか、〇〇様と呼んでいるか、など 20 項目を自己評価して 100 点満点の自己総合評点を出す。
- B. **相互評価** 全員の職名が評価表に記載されており、誰についてでも評価を記入できる。評価段階は「とても良い」「良い」「普通」「やや悪い」「悪い」の 5 段階の総合評価である。その目的は「職員の日常の努力や貢献度を正しく評価し、賞与や給与に反映させる」こととされている。
- C. **管理者による相対評価** 基本方針の理解、患者様に優しく親切、挨拶がよい、勤務が当てになる、安心して任せられる、仕事熱心、陰日なたがない、上司同僚への協力、優先順位付け、報告・連絡の 10 項目について評価し、総合評価を 1 : 2 : 7 : 2 : 1 の強制分布で実施する。
- D. **一般職による上司評価** 理事長、院長以下の医師、婦長、室長、部長、次長、課長などすべての管理職に対して、基本方針の理解、病院全体への関心、問題解決行動、部下の個人的事情の把握、部署の掌握、行事への参加など 8 項目の評価と総合評価を行う。
- E. **管理職同士の評価** 管理職全員が相互に良い点、悪い点を無記名で評価する。

一般職については相互評価によって 7-8 割方評価が決まるが、最終的にはトップ以下管理職が判定している。数十人に対して評価を記入する人が多いという。無記名で提出し、評価結果を本人に知らせることはしていない。管理職については下からの評価および相互評価を考慮し、基本的にはトップが判定している。上司による評価と仲間評価が大きく異なるような場合には人事配置を再検討することがある。全員評価システムは長い経験を経て定着していると思われるが、グループによる特定の職員への意図的な評定行動もありうるから、たえず異常値をチェックし、監視していることが必要だという。A から E までの評価で、下の D と E に評価された人については本人に通知するが、それに伴いボーナスが大きく低下し、退職にいたるケースも少なくないという。これら以外に、「病院及び理事長に対するアンケート」があり、給料、仕事、当病院の将来、

当病院勤務の誇り、職場の人間関係、理事長の経営姿勢について満足度をたずねるアンケート調査も行なわれている。

或る研究者が青梅慶友病院の入院患者の家族数人をインタビューした結果が付表3に示されている。⁸⁾

5

関係者の見解

10 青梅慶友病院の或る病棟の看護師長は、大学病院や他の老人病院勤務の後、この病院に勤務して18年になるが、次のように述べている。

「老人病院や精神病院では、職員側が優位にたった対応が今でも多く見られますが、この病院では患者様の立場で接するので、心を痛めずに仕事ができます。大塚先生流の経営の仕方が今では世に広がっていますが、すぐに真似できるのは表面的なことだけです。全員評価制度は全体として有効だといえますが、地味だけど良い働きをする人、人に見えないところで熱心に仕事をする人の個性が十分評価されないという問題もあります。この病院では患者様へのひどい扱いは必ず成敗される点が他の病院との違いです。厳しいガラス張りの下で包み隠しのない対応をなさいと理事長に言われています。」

20

同病院の看護開発室長はわが国では数少ない老人看護専門看護師であるが、次のように語っている。

「以前勤務した都立病院と違うのは、この病院では目指すものが明確に示されていることで、そのため仕事がとてもやりやすいです。理事長のリーダーシップはトップダウンとされていますが、看護の立場から納得できないことがあれば、はっきり理事長に対しても言うことができます。新しいことを提案すると、よしやってみようと言ってくれるので有難いです。私は人に良く思われたい人間なので、最初は評価制度が心配でしたが、全然気にすることはありませんでした。半年に一度、わが身を正す効果があります。“ナースは天使”といわれるよりも、病院はサービス業といわれる方が、私にはすっきりして働きやすいと思います。」

30

⁸⁾ 豊福一朋「顧客歓喜 (Customer Delight) による医療マーケティング—新たな視点からの顧客満足の分析と評価」慶應義塾大学大学院経営管理研究科修士論文 2004年

勤続 24 年のある看護師は次のように語っている。

「よその老人病院では、看護師に辞められると困るので管理が甘くなっています。この病院では私たちの負担はたしかに大きいと思います。昼間は座っている時間がありませんし、夜勤でも仕事をしつづけます。給料・福利など労働条件は良くしてもらっています。ここに長く勤めている人は大塚理事長の理念に共鳴しています。先生の理念の実現に自分たちが役立っているという誇りがありますから、仕事がきついというよりむしろやりがいを感じます。全員評価の結果を知って動揺し辞めていく人もいます。私も最初の頃は評価結果に少し動揺しましたが、患者様に優しく、自分に正直に働いていけばいいのです。評価のチェック項目はどこに気をつけて働けばよいかのわかりやすい指針となっています。私は 1 号棟だけの患者様 180 人位の時にこの病院に入りましたが、病院が大きくなって理事長の考え方は変わっていません。以前のようにはお会いできなくなりましたが、今でもいろいろな機会に理事長のお話を聞けるし、私たちの意見を取り上げてくれます。」

青梅慶友病院の副院長は、大塚氏が井の頭病院精神科医局長の時、そこに入り、大塚氏が独立して間もなく青梅慶友病院に移ってきた人であるが、次のように述べている。

「大塚先生は普通の医者とは違って、エネルギッシュで統率力があり、人間的に魅力的な人です。病院が大きくなるにつれて、先生も大きくなり、いまでは超人的な感じですが。精神病院や老人病院の経営者は商売っ気のあるちょっと変わった人が少なくないのですが、大塚先生は明るく、志は病院を始める前から一貫して変わりません。病院はサービス業で、決して聖域ではないと考えて、世の常識にしたがって病院経営をすると、医療業界の常識とは衝突してしまうのです。この病院の問題点として、医者が集まりにくいことがあります。入院している人のなかで医療が必要なのは 4 分の 1 くらいで、4 分の 3 は介護が主体です。主役は看護師で、感謝されるのも彼女らと病院です。病院の評判は非常に良いのですが、私の立場からすると、医師にとっても魅力があり、やりがいのある病院にする必要があると思います。私はこの病院に働いていてよかったと思います。有能なカリスマ的リーダーの下にいるのは、依存していればよいかららくです。医師としてはもっと厳しい道もあったかな、という気もしますが。」

青梅慶友病院の事務局長は、地元の銀行支店長として病院に出入りしているうち大塚氏に魅せられて、3 年前にここに移った人だが、次のように語る。

「大塚理事長には、人間も物事も本質で判断するという点で強烈な印象を受けました。かりに病院以外の事業でも一緒に仕事をさせてもらいたかった人です。世の制度や業界の常識に従ってはいは患者様のためにならないという考えで一貫していますが、同時に非常に柔軟性があります。」

銀行に勤務していてオーナー経営者によく接しましたが、大塚先生はオーナーのわがままというものがきわめて薄い人です。どうしてそうなのか不思議なくらいです。人に物をあげるのは好きですが、見返りを期待しませんし、人に物をもらうのは嫌いです。全員評価結果の悪い人はこの組織に要らないと大塚先生は考えています。草履とバック姿で職場に来るような人に良い仕事ができるはずがないと、通勤途上の服装にも注文をつけます。いつも“臨戦体制”で出勤してきてほしいというわけです。しかし、9時始業なのに8時半に出勤するのは一般に美德とされていますが、理事長はそんなことはしなくてもよい、早出の必要があるのならきちんと支払いなさいという考え方です。理事長の求心力でここまでできましたが、どのように次の世代に引き継ぐのかがこれからの大きな問題です。ご息子が精神科医で大学病院の医局にいて、週1回アルバイトに来ますが、理事長はこの病院は私の趣味・道楽でしているのだから、息子は息子と割り切っておられます。」

青梅農協の前組合長、野崎省吾氏はこの地に300年以上住んでいる旧地主の家柄であったが、青梅慶友病院の創生期から大塚氏の支援者であった。野崎氏は大塚氏との出会いから現在までを振り返って次のように語る。

「大塚さんと初めて会ったとき、若いけれど見込みのある人物だと思いました。何が気に入ったかといって、あの飯の食い方です」。当時大塚氏は開業資金を貯めるためにひと月の3分の2は病院の宿直をしていたので、美味しいものを食べるのは、野崎氏の家に行って支援を訴える時だけだったという。「これだけ食べる人なら、少くとも問題が起こっても乗り切るだろうと思いました。大塚さんは気力、体力、考える力、すべてそろっていて、経済人になっても、白い着物を着て神様になってもやれる全天候型の男だと思いました。老人を預かる仕事だからお金の心配をするとそちらに心を奪われると思って、無担保融資で助けてきました。起業してお金に苦労しないというのは稀なケースでしょう。精神病院や老人病院は地元の反対でなかなか建てられません。先ずそれが先決問題ですから、大塚さんをいろいろなところに連れて行って紹介しました。共同で出資した仲間3人には、おかげで老後の楽をさせてもらったと喜ばれています。私と大塚さんのような出会いは滅多にあるものではないと思います。二人三脚でやってきて、お互いに社会的信用も地位も上がりました。私が見込んだとおり、大塚さんは成長して日本の医療をある意味で変えたと思いますし、地元にも雇用面で貢献しました。私も80歳になりましたが、痴呆状態にはなりたくない。そのため、赤身の魚など配合した食事をとり、自分で考案した体操をしています。医者は自分是不養生でも他人に話だけはするからアドバイスは聞くようにしています。」野崎氏が80歳で長い間勤めた青梅農協組合長を退任すると、同氏は青梅慶友病院の会長に就任した。

大塚氏は創業時からの野崎氏の全面的支援に深く感謝していたが、「ボケないためには、食べ物

や飲み物はあまり関係がないと思います。自分の周囲に対して役割を持ちつづけること、自分が周囲に必要とされており、役に立とうという気持のあることこそが大事なのです。それがぷつんと切れた時、人に依存的になってしまいダメになります。何ごとも前向きに取り組もうとする意欲が元気のもとなのです」と語っている。

5

これからの計画

大塚氏の母親は3年前から青梅慶友病院に入院しており、当年95歳であった。彼女は入院前より元気になり、この病院の入院生活にたいへん満足して、大塚氏が会うといつも「お前は本当に親孝行だねえ」といわれる。それを聞くと大塚氏は創業のときの目的が一応達成できたと思う。しかし、「私たちの病院もまだまだ理想に到達していません。もっと患者様の勝手気ままにしないで、職員が6時になったから起きましょう、未だ半分眠っているのに7時だからご飯にしましょうとムリに食べさせたり、本人が嫌だといっても風呂に入れたりして、決まりきった生活のリズムに乗せようとしています。食事もっと美味しい、個々人が望むものを出せば患者様は食べたいと言うはず。やがては私自身がここに入ることになります。そうしたら、人生の最後の時間を一杯わがままに過ごしたいので、その理想にさらに近づいた病院にしたい」と大塚氏は言う。職員の質の向上も課題であると大塚氏は考えている。「知識や技術の向上もさることながら、この病院のお客様は中の上の生活水準の方ですから、花の飾り方やご家族との話し方も相手のセンスに合わせて対応する必要があります。“インスタントコーヒーは飲みません”という層が存在することを理解しなくてはなりません。クレームになって表面化してくるのは氷山の一角に過ぎませんから、まだまだなすべきことは多いのです。」

10

15

20

大塚氏が今着手しているのは、病院の周囲に高齢者の集合住宅を建設することである。入院患者の中で状態が安定し、入院の継続が必要でなくなった人に病院の至近距離にあって、安心して住める住宅を作る計画が進められている。ケアに必要な看護、介護職員が常駐し、医療が必要な時には即座に病院に再入院することを含め、対応が可能になるという。もう1つの具体的計画は小田急線「よみうりランド」に第二病院の建設が進んでおり、20余年に及ぶ青梅での経験と蓄積したノウハウが随所に生かされた病院になるはずである。青梅からは1割のスタッフが移って、ノウハウの移転をはかる。病棟の大きさも青梅の50~60人を20人くらいに小さくして個別対応をより密にする。屋上の展望台からは、新宿の高層ビル街や遠く富士山も眺望できるようになる。病床数は240で、個室が8割を占め、青梅の病院よりも終末医療に近い人たちが多く入り、都心

25

30

に近いので東京・神奈川に住む家族の病院へのアクセスもよくなる。大塚氏は新病院を「老人病院の集大成にしたい」と語っている。

巻末の付録にわが国の高齢者医療保険・介護保険・年金保険制度について簡単に説明してある。

付表1 青梅慶友病院の現況

2004年10月現在

[経営理念] 老後の安心と輝きを創造する

[運営の基本]

- ・サービス業としてダントツの一番をめざす
- ・制度に従うのではなく、制度を創る担い手となる
- ・高い待遇と最高の任務

許可病床数 医療保険病床 252床 (療養病床 222床、特殊疾患療養病床 30床)

介護保険病床 546床 (療養型 306床、痴呆疾患型 240床)

敷地面積 病院敷地 35,194 m² (10,646 坪)

高齢者住宅用敷地 5,351 m² (1,618 坪)

建物延床面積 鉄筋コンクリート 3～5階建 延 26,268 m² (7,951 坪)

開院年月日 1980年2月1日 1号棟 (病床数 147床)

1982年 2号棟 (病床数 283床)

1985年 3号棟 (病床数 558床)

1999年 6号棟 (病床数 836床)

2000年 一部病棟について介護病棟転換 (病床数計 798床)

患者総数 793 男性 159名 (平均年齢 85.1歳) 女性 634名 (平均年齢 87.6歳)

入院時平均年齢 84.8歳

退院時(死亡)平均年齢 88.3歳

平均在院期間 約3年7ヶ月

生活動作の程度 常時寝たままの状態 34.7%

介助によりベッドの上で上体保持ができる 21.4%

自力でベッドの上で上体を起こせる 6.2%

車椅子またはつかまり歩きや杖歩行ができる 29.9%

ほぼ自力で歩行できる 7.7%

入院待機状況 待機者総数 611名

待機期間 個室・2人部屋 3～4ヶ月

4人部屋 3年

6人部屋 4年

付表 2 青梅慶友病院の職員構成

2004年10月1日現在

職種	法定人員	現在人員		
		常勤	非常勤	常勤換算
医師	17	14	20	18
正看護師		109	4	112
准看護師		50	6	54
小計	147	159	10	166
看護助手	203	168	275	289
生活活性化員	—	15	0	15
薬剤師	6	7	0	7
栄養士	1	6	0	6
診療放射線技師	1	2	0	2
臨床検査技師	1	1	0	1
理学療法士	1	6	0	6
作業療法士	1	10	1	11
言語聴覚氏	—	2	0	2
臨床心理士	—	1	2	2
マッサージ師	—	1	0	1
医療ソーシャルワーカー	—	6	2	7
調理員	—	18	85	62
リハビリ助手	—	9	7	13
診療技術助手	—	1	0	1
事務	—	31	9	35
合計	407	457	411	644

職員総数 868人

看護、介護、リハビリ、心理の人数 505人

職員1名に対する患者数 1.58人

付表 3 青梅慶友病院入院患者の家族の聞き取り調査結果

- 病棟に老人病院特有の匂いがない。
- スタッフの気持ちよい対応に感心した。
- 入院後は家族にやさしい気持ちになれた。(入院前は介護が負担で腹がたつこともあった)
- 苦痛を伴う治療をしないという方針に共感した。
- きまった食事時間がない、いつ寝てもよい、室内着など家庭で当たり前のことが病院で可能となったことを喜んでいる。
- スタッフが頻回入浴や清潔に気を配って入院患者の見栄えをよくするように努めている。
- 普通の病院では苦情を言うのに躊躇するが、ここではクレームをすぐ聞いてくれた。
- 院内でスタッフが頻繁に挨拶をしてくれて、スタッフに声かけやすい雰囲気である。
- ここに入院したあと、入院家族に多くの友人ができて、いきがいができた。
- 普通の病院ではプラスチック食器だが、ここでは陶器、漆器を用い、出てくる食事が料亭のように見栄えがよい
- おやつにバリエーションがあり、それぞれの好みが反映されるよう心がけられている。
- 病院周辺の景色がよい。入院している老人の気持ちになると周囲に緑があるほうがよい。
- 遊歩公園の植樹が、車椅子に乗って散歩する時、老人の目の高さにくるように配慮されている。
- 入院後、老人に喜怒哀楽の表情が出るようになった。
- 病院がいったん入院させると、最後まで預かってくれるという安心感がある。
- 最終期を迎える病院なのに患者の表情が豊かである。

出所：豊福一朋「顧客歓喜による医療マーケティング」(慶應義塾大学大学院経営管理研究科修士論文 2004年3月) p.92~94より抜粋

付録

日本の高齢者医療保険・介護保険・年金制度

日本の人口は127百万人を数え、平均寿命は男78.3歳、女85.2歳で、世界の最長寿国のひとつである。出生率は1.28にまで低下しており、2007年以降日本の人口は減少に転ずる。65歳以上の高齢者の比率は1972年に約7%であったが、94年には14%を超え、人口の高齢化が進行している。少子化と高齢化は21世紀日本の大きな社会問題とされている。

日本の医療制度の特色として、1961年以来すべての国民が公的な医療保険制度への加入を義務付けられ、「国民皆保険制度」が実現している。この制度の下で日本国民はどの医療機関でも平等に診療を受けることができる。そして1973年には70歳以上の老人医療の無料化が実施された。しかし、その後の経済成長の低下と人口の高齢化の進行によって医療費の増大、とくに老人医療費（全体の3分の1を占める）の増加が著しく、保険財政の悪化を招き、医療費の抑制が緊要な課題となっている。国民医療費は30兆円をこえ、国民所得に占める比率は8%になっている。

日本の家庭では伝統的に多世代が同居し、家族が老人を介護すべきだという考えが強かった。1963年に老人福祉法が施行され、行政が老人福祉増進の責務を負うことになった。老人ホーム、在宅介護サービス、介護老人施設など、人口高齢化の進行につれて公的支援による福祉施設が拡充されてきた。そして2000年には、それまでの低所得高齢者への福祉サービスと高齢者医療サービスを統合して「介護保険法」が施行されるに至った。それにより、介護の主体は家族から社会に移行し、弱者に対する「施し」としての介護から、国民が誰でもサービスを受けられる「権利」としての介護に変わったといわれる。40歳以上の人は介護保険に加入を義務付けられ、必要とされる介護度の認定にもとづいて介護施設、医療機関または在宅で介護サービスを受けられるようになった。

日本の年金制度は、国民年金法の施行により1961年以来公的年金制度による「国民皆年金制度」をとってきた。公的年金の支給開始年齢は60歳とされてきたが、少子・高齢化の進行から年金財政が悪化し、世代間の負担と受益の公平が問題になってきたため、2001年から年金支給開始年齢を徐々に引き上げ、2013年には65歳とすることが決まっている。日本企業の定年制度は60歳定年が一般化しているが、年金支給年齢の引き上げにともない、65歳までの雇用保障が重要な政策課題となっている。日本の高齢者の就労意欲は高く、労働力率も外国より高い。

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

不 許 複 製

慶應義塾大学ビジネス・スクール

© 2008 年 2 月・RP150