

## 第2章

# 医師として、経営者として



## 2-1 経営者として

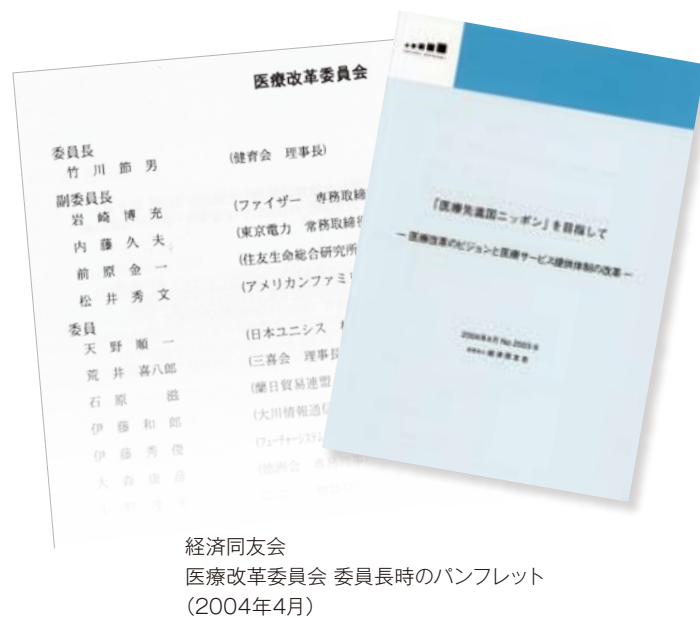
### 東京都私立病院会青年部会 (現・東京青年医会)と 経済同友会への参加

大学病院を経て、医師として健育会の病院経営に参加するようになった80年代、「高齢者病院=悪徳病院」というイメージが社会で蔓延している影響もあってか、私はすぐには病院の経営には魅力を感じませんでした。そのような中、高齢者病院の改革に立ち上がった先輩方もいました。そして、そのような先輩方の「よい高齢者医療」をめざすグループの見学にも行き、プライドをもって高齢者医療に取り組む医師たちを目の当たりにし、少しずつ私も希望を抱きはじめました。

しかし、病院経営の道に進むと決めた時点では、私は医師としての経験はありましたが、経営者の経験は全くありませんでした。そこでまず参加したのが、東京都私立病院会青年部会(現・東京青年医会)の早朝勉強会です。この青年部会は1984年に発足された「将来の医療の位置づけの模索」を主題に東京都の私立病院および有床診療所などの若手経営者が集まる会で、当時、河北総合病院理事長 河北博文先生が代表を務めておられました。その早朝勉強会は翌1985年より医療に偏らない見識を高めることを目的に各界に講師をお願いし、毎週金曜早朝6時半より開催されています。これに私も33歳の頃より約10年、ほぼ休まず毎週参加しました。

また、妻の親戚である富士ゼロックス元取締役会長の小林陽太郎さんに経営について学ぶためにはどうしたらいいのかを相談に行きました。小林さんからは、ご自身が当時副代表幹事(後に代表幹事)を務めていた経済同友会で沢山の経営者の生きた話を聞くのが一番だとアドバイスを頂き、35歳の時に経済同友会に入ることになりました。医師として経済同友会に参加するのは、私が初めてのケースでした。

この2つの場で、私は日本を牽引する経営者や各省庁の役人に会い、話を聞き、経営というものを実学で学びました。様々なことを学ぶ中で、病院というものは公益性が大きく、国の制度によってその経営が大きく影響を受けること、そして、



経済同友会  
医療改革委員会 委員長時のパンフレット  
(2004年4月)

だからこそ制度をしっかりと理解し、また国の進むべき方向性や変化を見通す先見性が大切なのだということが大きな気づきとなりました。

そんな折に読んだピーター・ドラッカーの言葉の中にあつた、「経営とは、人を通じて正しいことをすることだ」という一節が非常に心に残りました。私にとって「人を通じて」とは、人をマネジメントする能力、そして「正しいことをする」とは、病院を通じて正しい質の高い医療サービスを提供することだと考えました。私は以来、この言葉を座右の銘として経営を行っています。

### 医療はサービス業である

私は大学病院の勤務医時代、押し寄せる患者さんを診ることに疲れ果ててしまい、振り返れば時には患者さんに不遜な対応をしてしまったこともありましたが、しかし、そんな私に患者さんが不満を言うことは決してありませんでした。一体何故なのでしょう。それは当時、一般的に患者さんは弱者で、治療をしてほしければ、医師をはじめとした医療従事者の言うことを聞くしかないという風潮があったからです。しかし、このような関係は両者にとって好ましいはずもなく、私は次第に患者さんともっと対等な立ち場で対峙できないかと考えるようになっていきました。そのような中、前述の経営の勉強をするようになり、経済同友会



最新医療経営 掲載記事  
(2004年7月)



や青年部会を通じて様々な経営者の方のお話を聞くにつれ、医療といわゆる一般的なサービス業には共通点も多く、「医療は本質的なサービス業である」と考えるようになったのです。

通常のサービス業においては、サービスを提供する者が少しでも手を抜けば顧客からクレームが出ます。顧客とサービスを提供する側は対等といえるでしょう。また、時には顧客によって職員のスキルや人間性が育っていくというメリットもあるでしょう。私は、それは医療の世界でも同じではないかと考えたのです。患者さんの声に応え、コミュニケーションを進めていくことで患者さんとの信頼関係が生まれ、更により良い医療サービスに結びついていく。また、そのことによって医療従事者の人間性も育っていく。そのような意味で、私は、医療従事者と患者さんが対等な立場で関係を築くべきであり、医療はサービス業の側面も持つべきだと考えています。



## 2-2 民間の活力で崩壊する医療に歯止めを

### 日本の医療崩壊を危惧

私が病院経営に携わるようになった頃、経営母体が公的なものは、概して料金が「安い」だけでサービスの質はあまりよくありませんでした。しかし、病院は聖域であり、「国公立の病院ではお金のことは考慮せず高度な医療が行われており、一方で民間病院は、経営第一で効率性重視の経営が行われている」と考えられていました。しかし、私は、お金の糸目をつけずに医療を行うことが長く続くとは思いませんでした。ちょうど国鉄が多額の赤字を抱えて民営化した時代。国有鉄道だからと言って赤字は許されないという時代にさしかかっており、医療にも必ずそういう時代が来ると私は考えはじめていました。

そのような中、国家財政の悪化が問題となり、やはり補助金をたよりにした赤字体質の国公立病院の経営に限界が生じ、医療崩壊が叫ばれはじめました。私は社会的にも、民間病院が立ち上がるべき時代になってきたと直感しました。まず「民間=悪徳」のイメージを取り払うには、国公立以上に質の高い医療を提供する必要があります。もちろん、民間は自分たちできちんと利益を出していかないと潰れてしまいます。ですから私は、経済同友会の活動に参加して、医療の質を落とさず無駄を省いた経営を学びました。民間だからこそ「効

率的で質の高い医療を提供すること」ができると確信していたのです。

今では国立病院は姿を変え、国立病院機構になりました。非常に限られた予算の中で職員はがんばっています。そういう時代がきたわけです。そして私は、病院の運営においても国公立の病院とは違った角度で、民間にしかできないことを追求し、民間が民間としての機能を発揮していくことが大切だと意を強くしています。



日本経済新聞 (2007年)



中央公論 (2008年)



日本医療政策機構シンポジウム (2006年2月)

### 規制改革への想い

限られた国の財源の中で、どうやって高齢化が進む日本の医療を守るかという時に、社会保障、いわゆる弱者救済ということだけでは医療は崩壊していくでしょう。そう言う意味で、1996年、私が健育会グループの理事長になった直後に出された第1次橋本内閣規制緩和委員会の答申は、非常に印象的でした。

それまで、医療や福祉、社会保障は聖域として規制緩和の対象外でした。しかし当時、答申の中で『医療分野も規制緩和の対象であり、例外ではない』と示されたのです。そして、規制緩和の基

本的な考え方として示された「経営努力、マネジメント能力があるところが効率的かつ、良いサービスを展開する」、「限られた財源の中で効率的に質の高い医療を提供するためには、株式会社による病院経営が不可欠」という提言があり、私は、その考え方に共感し、以来、その考えのもとに健育会グループの運営を行うことにしました。第3章で詳しく触れますが、この考えがひとつの実として結実したのが、株式会社ヘルスケアシステムズの設定です。

また、2006年には、経済同友会の社会保障改革委員会の副委員長を務め、日本政策医療機構のシンポジウム等でも、社会保障費の配分についてや混合医療の導入等について意見を述べてきました。その後2007年には経済同友会の規制改革委員会の副委員長(医療分科会 分科会長)も務めさせて頂き、「医療経営の自由度を高めると共に、公的保険の役割と適用範囲を見直すことにより、公費負担増によらない医療サービスの質的向上と量的確保を実現する。」ことなどを提言としてまとめました。

そして本年2013年4月には第二次安倍内閣が設置した「規制改革会議」の健康・医療ワーキング・グループの専門委員に任命されました。医療を本質的なサービス業と捉える私にとって、医療分野の規制改革に取り組むことは、いわばライフワークのひとつです。これからも医療/病院経営の専門家の立場から、国民生活の改善と経済活性に資する医療分野の規制改革の一翼を担っていきたく考えています。



## 2-3 西伊豆病院院長時代の貴重な経験

### 多忙な西伊豆病院 院長時代

初代・理事長と私は経営手法という点で、考え方に違いがありました。そのような事から、初代・理事長から「病院を作って、自分の想いを実現してはどうか」という話をいただき、私は埼玉県に急性期の病院を開院しようと動いていました。そのような折、西伊豆地区で、大量出血により患者さんが亡くなる事故が起きました。それがきっかけとなり静岡県から西伊豆地区に救急病院をつくりたいという話をいただきました。そこで、「せっかく病院を作るのであれば、地元から望まれているところに」ということで初代・理事長と話し合い、埼玉県での計画を中止して西伊豆病院を開院する意思決定をしました。

西伊豆病院の開院に当たって、自治体は多方面に声をかけたそうですが、採算が合わないために名乗りを上げるところがなかったようです。そのような中、手を挙げたのは私たちだけでした。当時の厚生省の課長からも、「僻地救急60床、絶対つぶれるので、やめたほうがいい」とアドバイスを受けたことを、つい昨日のこのように覚えています。しかし私は、その頃に座学で学んでいた経営について、実際に取り組むことができるため、自らの理想の医療経営を実現できるよるびを感じていました。

1989年7月、私は初代・理事長の部下で行動力のある事務職の人間を連れ、西伊豆病院の院長に就任しました。当初、医師が集まらない場合は私1人で診るということを考慮して規模を60ベッドとしました。また職員を集めるために奔走したのですが、幸い医師5人体制でスタートすることができました。

しかし看護師の多くは、救急病院の経験が浅かったため、皆さん大変苦労されました。

私は診療も第一線でおこなっており、外来の後は入院患者さんを担当しました。開院当初より外来を訪れる患者さんは多く、最高で週に4回外来を担当しました。そして夕方遅くになってようやくミーティングを行うなど、経営に関する仕事は深夜までおよび、職務は多忙を極めました。



当時の西伊豆病院パンフレット



### ツートップ制の発想

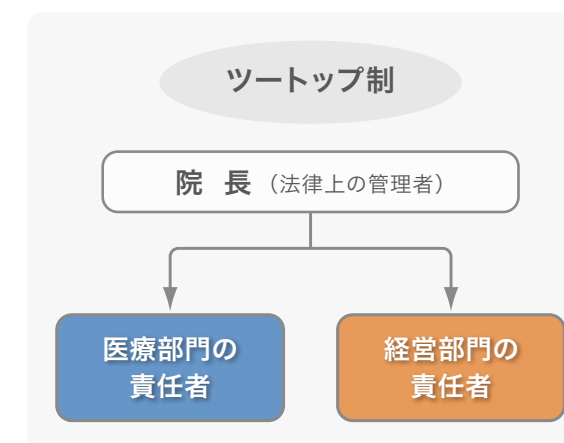
西伊豆病院で院長として、診療部門の統括と病院経営の仕事朝から夜遅くまで日々続ける中で、私は診療部門を統括する者に求められる役割・責任・能力と経営者に求められるそれはまったく別のものであるということに気づきました。そして、それを1人で担うには時間的・体力的に限界があることを実感し、医療と経営を分けるという発想にたどり着いたのです。

これが「ツートップ制」という考え方の管理体制です。診療行為に関する部門を管轄し、医療の質を管理する「医療部門の責任者(メディカルディレクター)」と、経営部門を管轄し、効率的な経営を実現する「経営部門の責任者(マネージングディレクター)」の2名により病院を運営することで、双方がそれぞれの専門領域から組織を支える。

この体制の導入により、病院経営の最適化をめざすことができると考えたわけです。



竹川節男著  
「30代内科医のしなやかな発想」  
1989年





## 2-4 石巻港湾病院開設、 高齢者医療改革の幕開け(1991年)

### 遅れていた東北で 「最先端の高齢者医療」

西伊豆病院が安定しはじめて一段落し、私は健育会グループの発展について考え、動き始めました。まず、西伊豆病院の院長を退き、竹川病院の院長に就任しました。しかし、当時の竹川病院は、質の高い高齢者専門病院をめざそうとしても、施設は不十分でしたし、1対1で住み込み・泊まりで患者さんの世話をする「付き添いさん」という文化が残っていました。当時、「付き添いさん」には補助金が出て、病院も患者さんも歓迎していましたが、職員ではないため病院の方針に従ってもらうことが難しい状況でした。私は、「付き添いさん」がいることが病院の改革を阻むという問題に気付きました。

そんな折、友人から、宮城県石巻市にあるすでに閉院した病院を買い取らないかという話が舞い込んできました。この病院は、友人の奥さまの

実家が経営していた病院で、私がこの話に興味を示したところ、その友人の兄である弁護士が破産管財人でしたので電話がかかってきて、「焦げつきがあるのは事業団のみなので、手がけてくれれば事業団にも顔向けができる」と話されました。そこで、医療事業団という政府系の金融機関の焦げつきを処理するという意味では、貢献の面もあるかもしれないとも考えました。そして実際に現地に足を運びました。建物もしっかりしており、また、気心の知れた相手なので交渉がしやすいこともあって買い取る事を決め、健育会グループ4番目の病院として、1991年に石巻港湾病院を開院しました。

そこで前述の「付き添いさん」の話に戻りますが、この開院の職員募集に関しては、開院当初より「付き添いさん」無しで募集しました。その結果、「付き添いさん」をつけずにすべて職員でまかなうことができたのです。「遅れていた」東北で最先端の高齢者医療を試みることができました。

石巻港湾病院(1991年開設)



当時の石巻港湾病院パンフレット



## 2-5 竹川病院の療養型病床への 転換(1993年)

### 全面改築にともなう 高齢者医療改革

1993年、初代・理事長は76歳、病院経営を行うには、高齢に達していましたが、熱川温泉病院だけは、直接的に関わっていました。竹川病院は実質、私に任されており、私は石巻港湾病院での実績から「付き添いさん」をつけることは不要だという実感をもっていました。

竹川病院は建物が狭く古くなっており、入浴設備もなかったため、改築の必要がありました。そこで更に質の高い高齢者医療を実践するために、1993年に全面改築を実施し、それを機会に「付き添いさん」を廃止しました。この改築は70名程度の患者さんを抱えたまま1フロアごとにおこないましたが、職員は一致団結して外部とも綿密に連携し、自主的に動いてくれました。

その全面改築の背景には、改築を計画していた1992年に第二次医療法改正が施行され、病院の機能区分として「特定機能病院」「療養型病床群」が法的に位置づけられたことが挙げられます。竹川病院はいち早くその医療法改正に対応し、療養型病床の第一号として認定されたのでした。

社会的に医療改革が求められる機運があり、官民交流の盛んな時代。私も当時厚生省の若手と合宿をするなどし、日本の医療、特に「高齢者病院=悪徳病院」というイメージを払拭するため、真剣に取り組みました。



竹川病院改築時のパンフレット



厚生サロン 掲載



父から学びとったことは、  
現在の経営や医療に生きています。

### 初代・理事長の逝去

初代・理事長は、亡くなる最期の1年程度は元気をなくしていました。改革を進める中で私は、初代・理事長が最後まで関わった熱川温泉病院についても、療養型病床への全面改築を試みました。設計図を見せると、初代・理事長はやはり熱川温泉病院への想いが強く、何度も何度も図面を描き直していた姿が思い出されます。

1995年3月8日、初代・理事長は亡くなりました。葬儀の際、熱川温泉病院の職員が、初代・理事長がこよなく愛した伊豆地方の早咲きの桜「河津桜」を持参してくれたので、それを添えました。

そして翌年、改築も完了し、熱川温泉病院は、「リゾート・リハビリテーションホスピタル」という新しいキャッチフレーズで、現在の姿に生まれ変わりました。

竣工までに紆余曲折ありましたが、結果的に初代・理事長のこの病院への想いもしっかり反映されていると思っております。

私とは経営手法が異なる初代・理事長でしたが、私が初代・理事長から学びとったことは大きく、多くが私の病院経営や医療への姿勢の中に生きています。大きな存在である初代・理事長を失った際、私は「これから、すべて自らの責任でこの健育会グループという組織を動かして行かねば」と、自らに「気合い」を入れ直しました。こうして私は、初代・理事長の後を継ぎ理事長に就任したのです。



熱川温泉病院と初代・理事長