



第 6 章
KEIJU
MONTHLY
LETTER

地域の存続

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

最近、以下のような報道を見た。

地方都市で大学が減少し、人口減少と少子化が進む中、地方経済に悪影響を与える懸念が高まっている。例えば、富山県高岡市の高岡法科大学は、学生募集を停止し、閉校の決断を下した。都市部への若者の流出が加速し、地域経済の沈下を招く恐れがある。

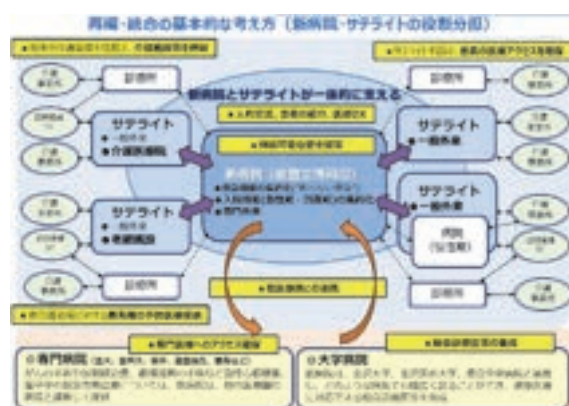
このような状況に対し、地域の大学は新たな学部やプログラムを導入して再生を目指しており、例えば函館大学は環境ビジネス副専攻を設け、地域の産業と連携している。自治体も大学との連携を強化し、若者の流出を防ぐ取り組みを始めている。

大学の淘汰が進む中、地域経済を守るためには、大学と自治体、企業の協力が重要であるとの認識が広がっている。

そういえば、能登唯一の高等教育機関として、石川県、七尾市、商工会議所などが当時20億円を投じて、1988年に経営情報学科（定員300人）で七尾短期大学を創設した。1993年には397人が在学したが、1996年より定員割れとなり、2004年3月末に閉校した。最終年度の卒業生は、留学生14人を含む29人であった。16年間で約1,700人が卒業している。

当時の経営学教授や米国人情報学教授との交流は、私にとっても七尾市民にとっても素晴らしい刺激となったし、その卒業生は、当法人をはじめ行政、金融など多くの企業に就職した。

この学校の存続と地域の衰退が地域の勢いにも関わったし、先の高岡法科大学の閉校が同地区の経済にも関わるに違いない。そういった意味で、ここにこそ、先の記事のように行政や企業が資金を含めての援助が必要だったのではないかと思ってしまう。



七尾市の問題として、次は専門学校だ。七尾看護専門学校も国際医療福祉専門学校七尾校も定員割れが続く。これに対して、私学だからと言って、行政が手をこまねていいものだろうか。これらの人材を供給する学校がなくなれば、地域の衰退がさらに進む。少子化の下での競争の中で、学生確保には、教育環境の整備と学費、住居などの経済的支援が必須である。その支援をしてでも、地域の活性化という果実を得ることができるはずだろう。

さらに、この学校の問題の次の課題は、病院の存続だ。病院の存続の問題は需要と供給のマッチングだ。需要がない、すなわち患者がいなければ、病院は存続できない。一方、供給がない、すなわち病院すらない地域からは住民は安心を求めて去っていく。

県は奥能登統合病院構想を進める。震災後に高齢化した人口が3万程度の地域に新病院を作るといふ。そして、これまでの公立4病院は診療所、介護施設化するという。街中の病院を消していいものか。これは、財政や機能集約の問題ではなく地域の存続の問題だと思えてならない。

復興のための自動運転

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

4月の末に中国・深圳市をビジネスミーティングで訪問した。そこで、兼ねてから試してみたかった自動運転車に乗ることができた。Huawei社が自動車メーカーと連携して販売する日本では見たこともないブランドだ。すでに、単なるEV（電気自動車）を超えたスマートカーと言える。スマホや家電共有のHarmony OS上で車は動く。内装の機能も驚きだが、ヘッドライトがプロジェクターとなって前面の大画面で映像の投影する機能まである。

そして、そんなことよりも自動運転だ。無数のカメラとミリ波レーダーが埋め込まれて、まるで細心の注意を払う野生動物の目や耳や神経のように環境や周辺のデータを収集する。試乗は、もちろんわれわれのために緊急時対応の運転手が同乗しているものの、スマホと連動したマップアプリで行先を検索し、ルートを承認すればあとは自動だ。信号停止はもちろんのこと、道路を渡ろうとするバイクや歩行者へ気遣いし、となりの車線の車の動きを把握し、路上駐車のを避けるなど、つまらないほど安定していた（右のQRコードで私の驚声と共に動画参照可能）。

実際、ショッピングモールの駐車場で、車が自分で空きスペースを探し出して駐車する機能やホテルの玄関で車を呼べば、無人で駐車場から車が走ってくる機能も実装されている。

表のように自動運転の「レベル」は、SAE（Society of Automotive Engineers：米国自動車技術者協会）が定義した「自動運転レベル0～5」によって分類される。すでに米国西海岸や中国武漢では、場所には限られるようであるが、レベル4の無人の自動運転タクシーが走行しているという。

ここ数年のAIの進歩からすれば、自動運転が進むのはそんなに遠い未来でないような気がする。しかし、これ

自動運転のレベル定義（SAE J3016）

レベル	特徴	運転主体	例
レベル0（無運転）	警告や一部支援はあるが、すべて人が操作	人間	現在車全体
レベル1（運転支援）	一定の条件（例：ニアアラートや車線逸脱防止）のみ支援	人間	アダプティブ巡航コントロール
レベル2（運転者監視）	ニアアラートと車線逸脱防止、自動ブレーキ、自動ステアリング	人間	Tesla/Autopilot、日産/ProPILOTなど
レベル3（運転者監視）	決められた条件下で自動運転可能。緊急時人は操作	車（条件付き）	Waymo/Argo（限定範囲）
レベル4（高度運転）	特定の条件下で完全自動運転（人が介入不要）	車（条件付き）	Waymo（米国）、Nuro/Archeron（中国）など
レベル5（完全自動運転）	すべての条件下で人間不要	車	まだ実現されていない



まで実証されている都市部で自動運転が待たれているのだろうか。否！人口減少と高齢化地域、すなわち、公共交通機関が乏しい地域における住民の足という機能を重視すべきではないだろうか。商店が少なく遠方へ買い物に行く必要があり、かつマイカーの免許を返納した高齢者と、学校が遠方へ統合され塾や部活帰りの時間が制限される子供たちの足がいま求められているからだ。

テクノロジーの恩恵を真っ先に受けるのは、このような地域の住民を先にすべきだろう。都会のように便利さの恩恵を受けられない地域でこそ、生活の足として、また物流として自動運転車を使うべきだと思う。震災で傷つき、生業が難しくなった能登の復興にこそ、このテクノロジーの恩恵を享受させてほしいと強く思う。

ブラック・スワン

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

日本語でSwanという鳥のことを『白鳥』という。そもそも白い鳥が大前提なのだ。冬場の邑知潟や七尾西湾でも白鳥を見る。

実際、古今東西でも『白鳥』だ。古代ローマ時代のラテン語の格言：「黒い白鳥などいない」＝「絶対にありえないこと」の比喻ともされた。しかし、1697年にオーストラリアで黒い白鳥ブラック・スワンが発見されたことで、それまでの「常識」が覆されたという。この発見により、「ありえないと信じられていたことが実際には起こりうる」ことの象徴となり、ナシーム・ニコラス・タレブ（Nassim Nicholas Taleb）が提唱した概念（2007年著書『ブラック・スワン-不確実性とリスクの本質』にて広まる）となった。

ブラック・スワンの3条件として

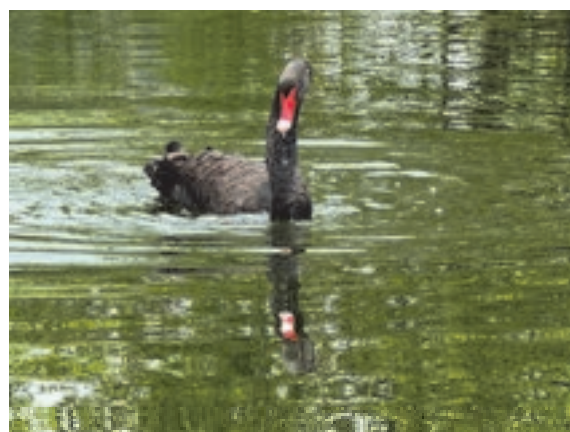
- 予測不能であること（予期されていなかった）
- 甚大なインパクトを持つこと（影響が非常に大きい）
- 後からは説明可能に見えること（事後的合理化）が上げられる。

タレブは、9.11同時多発テロ（2001）、インターネットの爆発的普及、ソビエト連邦の崩壊（1991）をそのブラック・スワンの事例として挙げていると言う。

その後も、ブラック・スワンはたびたび私たちの前に現れる。3.11東日本大震災、リーマンショック、Covid-19の世界的なパンデミック、ロシアによるウクライナ侵略なども挙げられるかもしれない。

そして、2024年1月1日にわが大地を襲った能登半島地震だ。単なる自然災害ではなく、

- 時間的盲点（正月）
- 地理的盲点（過疎・高齢地域）
- 複合的脆弱性（災害×高齢社会×医療資源希薄）



を突いたという点で、「想定外の枠外から襲ってくる事象＝ブラック・スワン」と語り継がれるかもしれない。

そのブラック・スワン対策で、まさに、われわれが『災害でも医療を止めない』ことを実行できた「想定外を想定せよ」という合言葉で進めたBCM（Business Continuity Management）だ。それは、単に建築・構造・設備だけではなく、備蓄、バックアップ協定、人員計画と職員支援、そして災害に強い先進のICT・DXだ。

災害時には、医療に対して、消防や警察、自衛隊と同様に大きな負荷がかかる。その対策としてのBCMにゆとりが必要だ。世は、効率化、適正化という言葉の下、ゆとりをそぎ落とす方向だ。国は、社会保障費ばかりではなく、物価等の高騰にも拘らず、医療費を削減し医療のゆとりを削ぎ落そうとする。

しかし、最近よく現れるブラック・スワンに対して対抗できる手段は「想定外を想定する」だけのゆとりであるような気がしてならない。

“病”院から“健”院へ

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

病院を英語ではhospitalという。その語源はラテン語の hospes（ホスベス）という語に由来する。この語は「客」や「宿主（ホスト）」を意味し、そこから派生して「もてなし」や「保護を提供する場所」といった意味を持つようになったという。もともとhospital は「病院」というよりも、「巡礼者、旅人、貧しい人々を受け入れる施設（ホスピスのようなもの）」という意味だった。現代的な医療施設としての意味になったのは、中世から近代にかけて医療機能が中心になってからだという。したがって、hotelとかhospitality（おもてなし）という言葉も同じ語源なのである。

また、中国語で病院は医院（yīyuàn）だ。まさに、医療をする場、医者がいる場ということになり、明快だ。

さて、病院だ。“病”は傷病、すなわち創傷（けが）や病気であり、それを治す場が病院ということになるだろう。明治の初期に、この病院という言葉が、旧・長崎養生所を時の明治政府が長崎病院と名付けたところから始まったようだ。

その後、西南の役や日清・日露戦争における傷痍者の救護のために病院が発展した。西南の役で日本赤十字病院が作られ、また今日の国立医療センターの母体となる陸軍病院、海軍病院が各地に作られた。また、日本の国民病ともいえる結核という感染症対策のため、全国に結核療養所が作られた。まさに、戦争と結核が日本の病院の起源だとするならば“病”の場である病院という言葉にその意義があったものと考えらる。

さて、わが国における今日的な課題は、戦争、あるいは交通戦争ともいわれた事故多発の時代ではない。感染症は未だ脅威であり、がんや脳・心臓にかかわる病気の治療も重要であるものの、それだけではない。それよりも人口の急減だ。特に、地方の方が都会よりも急速に進展する。さらに、高齢者の減少は軽微であり、



生産年齢と呼ばれる働き方世代の急減が社会問題となる。

病院の門を叩くけがや病気の患者を診て、速やかに退院させるのが病院の使命であった。しかし、人口が減少するということは、当然患者数も減ってくる。これで、病床を維持し、病院の持続可能性を担保することはあり得ない。また、国に対してこの状況の病院の維持のためだけに診療報酬や補助金を増やせという声は、全くナンセンスだ。

それでは、解決策をどこに見出すべきなかだ。もちろん、自らの法人の特徴と地域性がある以上、全体最適の策はあり得ない。高齢社会の現在、誤嚥性肺炎や心不全、脳卒中、尿路感染症などの繰り返す疾患も多い。また、これら繰り返す疾病により介護保険サービスと病院を「行ったり来たり」する患者も増えてくるだろう。そんな中、病院医療の前後にある生活の場や介護サービスと強固な連携という形を形成する。この輪の中のメンバーとつなげることと情報を共有することが、地域の包括ケア、いや生活を含めると包括ヘルスケアシステムとしてエコシステムを組むことになるだろう（図）。

そういった意味で、私たちは、そろそろ“病”から決別し、医療・健康・生活を支援する場として“健”院をつくるという考え方が必要なのではないだろうか。

連立方程式

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

本年6月13日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2025（骨太の方針2025）」は、向こう1年の政府の方向性を規定するものだ。当然、財務省や厚生労働省の施策もこれに従うこととなる。その中で、医療介護の分野では、特に2026年診療報酬について、

医療・介護等の現場の厳しい現状や税収等を含めた財政の状況を踏まえ、これまでの改革を通じた**保険料負担の抑制努力も継続**しつつ、力強い賃上げの実現や昨今の物価上昇による影響等について、経営の安定や現場で働く幅広い職種の方々の賃上げに確実につながるよう、的確な対応を行う。具体的には、**高齢化による増加分に相当する伸びにこうした経済・物価動向等を踏まえた対応に相当する増加分を加算**する。

と明記された。最後の行の「増加分を加算」が、医療関連団体と勝利宣言に似た浮かれ騒ぎを招いている。しかし、その前文における「保険料負担の抑制努力も継続」は気になるところであるし、全文を読めば、浮かれている場合ではないことも想像つく。まして政治状況の不透明感もこの基本方針そのものの実効性とともな気になるところである。財政当局はどこを責めてくるのか？そのヒントは以下の数式にあるのではないだろうか？

医療費 = P（Price 価格）× Q（Quantity 量）

だ、Pは言わずと知れた診療報酬改定率、単価である。これを、物価・賃金の上昇に見合うだけ上げるとわれわれは主張するし、骨太にも書いてある。問題は、Qだ。Qは、外来患者数であり入院患者数など「計れる量」だ。地域医療構想やこれまでの入院料等の診療報酬の算定基準の厳格化で量の減少が図られているのだ。すなわち、財政当局からすると、Pを上げてもQを下げれば、医療費は変わらないということになる。



日テレNEWSより

さらに、

利益 = P × Q - C（Cost 費用）

だ。Cはかかる費用である。高騰する物価としての材料費や光熱費ならば、大きくなる一方だ。ここでもう一つ大きな、費用があることを忘れてはいけない。人件費である。人材は病院にとっては宝である。しかし、今後、日本の人口、特に生産年齢人口は極端に減少する。そして、産業間で人材の厳しい獲得競争となる。そこで必要なことは、一人当たりの生産性向上、すなわち少ない人数で多い人数と同じことができる体制を組むことだ。そのために、DXの導入やロボット、センサーの活用は必須である。

診療報酬、医療制度では、人員配置基準でがんじがらめだ。いくらこれら仕組みを入れたところで、人は必要で、そのために多くの採用コストをかけねばならないのである。ならば、人員配置基準の見直し、Cを下げることになり、またDXの導入原資となるのではないだろうか。

このように、P、QそしてCの連立方程式が、医療の持続可能性に大いにかかわっているのではないだろうか。

手取りを増やす

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

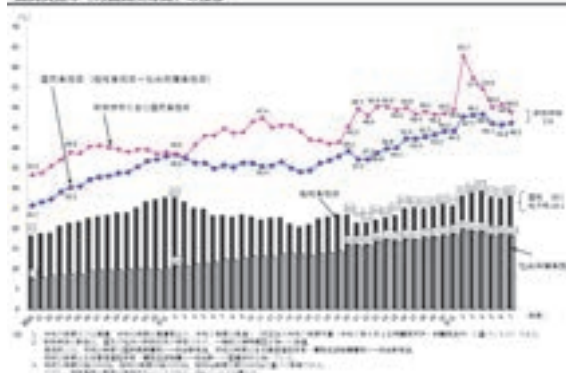
国内の政治が混迷すると為政者は、海外へ国民の目を向けて点数稼ぎをしようとする。日韓、日中で起るトラブルは、彼の国の内政問題に起因する。直近で、わが国は、（これは外圧かもしれないが）アメリカに5,500億ドルの投資パッケージを提示し、8月にはインドの首相来日に合わせて同国に対して68億ドル、TICADの開催に合わせて、アフリカ諸国に55億ドルの投資をするという。また、リターンを求める投資ではなく、アジア、アフリカ諸国に対して、毎年200億ドル以上の援助（ODA）も行う。このように内政は「石破下ろし」の混乱と単独過半数政権がないという混迷の中だが、対外には羽振りのいい発言が目立つのである。この金はどうするのか心配するのは、私だけだろうか。

さて、内政の話である。「国民負担率」という言葉がある。これは、（租税負担＋社会保障負担）／国民所得であらわされる比である。これは右図のような年次推移を取る。直近では幾分下がっている。これは、恐らく賃金上昇で所得が上がったことが影響しているかもしれないが、全体のトレンドとして右肩上がりである。なので、「手取りを増やす！」を旗印にあげる政党は、この中で、社会保障負担を下げることを公約として躍進するのである。

国民からすると、給与の40数%を引かれるのはけしからんという論理はあるものの、わが国の国民負担率はOECD諸外国に比べて決して大きくない。データでは22位ということで、ルクセンブルク84.6%、フランス69.9%、デンマーク65.9%と、いわゆる高福祉国で高い数値を取る。

与野党を問わず、政策には責任が付きまとう。それでは、この国民負担率を下げるにはどうするか。まさに小さな政府を目指し、何でもお上に文句を言えば何とかしてくれるという世界から、自分のことは自分でという世界を

国民負担率（対国民所得）の推移



作っていかねばならない。震災にあっても、個人の復旧にお上は手を貸さない。それに対応するためには、自分で災害保険に入っておかねばならないということだ。老後の社会保障としての年金に期待できないならば、若いころからせせと貯金するしかない。

医療も全く同じだ。国民皆保険の下で、いつでもどこでも一定水準の質の医療をわずかな自己負担で受けられる世界は、それなりに金がかかっていることを理解せねばならない。医療は50%の保険料という割り勘負担と40%の税からの補填、わずか10%の保険料負担の上に成り立っているのである。国民負担率を下げるために医療の費用の中で、保険料負担と税からの補填を減らすのならば、医療の質とかかりやすさを落とさざるを得ないことを全国民が納得せねばならない。

「手取りを増やし」ながら、行政サービスや医療・介護・福祉サービスを享受していくためには、自腹をどの程度許容するのか。互助の考えをどこまで進めるか、改めての議論が必要のようだ。

インフラの危機と強靱化に残された時間

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

自由民主党・高市早苗新総裁が10月4日に決まった。多くの皆様と共に応援していただけに感慨ひとしおだ。その後の同日の記者会見の様態をすべて聞き直した。大手マスコミで取り上げられていない医療について力強い答弁だ。全国の病院経営が悪化している最中であり期待したい。以下に医療関連部分を抜粋してみる。

- 急がなきゃいけないのは、病院、介護施設。病院は7割が赤字、介護施設は倒産過去最高だ。診療報酬や介護報酬の改定を待ってられない。ここは補正予算を使って支援を検討。
- 財源は税収の上振れから。
- 財政の健全化の前に困っている人を助けなくて何が国だ。健康・医療も然り。投資をすれば需要増と税収増あり。賢い投資をするワイズスペンディングが方針だ。

埼玉県八潮市で1月に起きた道路陥没事故。突然転落し、犠牲となったトラック運転手のご冥福を祈りたい。これを受け、国土交通省が全国の古くて大きい下水管を調べたところ、計300キロメートルで陥没につながるリスクがあることがわかったと9月17日に報告された。

バブル経済と戦後の復興と共に全国の下水道管が敷設され、それが今、老朽化しているのだ。八潮と同じ事象が全国で起こりえることとなる。この強靱は必須だ。そして、この老朽化という話題は、インフラとしての上水道管も橋も道路も地下道・地下施設も公共施設も、、そして病院でもある。

1985年（昭和60年）の第一次医療法改正では地域ごとの医療計画によって、初めて医療施設の設置・病床数の基準、許可制への移行が謳われた。これによって、いわゆる「駆け込み増床」が発生。時はまさに日本のバブル経済期も重なり、旺盛な資金供給もあって病院と病床の大幅な増加を見たのであった。

この病院・病床が築40年以上となるタイミングだ。2023

年の病院機能報告調べで、築年数が30年以上：53%、40年以上：27%、50年以上：9.3%、60年以上：2.4%(151病院)とされる。



特に、40年以上では二次救急病院：748（46%）、三次救急病院：65（4%）、また地域の病院数で東京147、大阪134、北海道96と言われている。

東日本大震災、熊本地震、能登半島地震の他、風水害など災害が頻発、激甚化している。さらには南海トラフによる東南海地震や首都圏直下地震など、それぞれ今後30年以内に、80%、70%の確率で起きると予測されている。必ず来ることを覚悟しなければならないのだ。国民の安全・安心のために、インフラ強化は必須だ。特に、災害発生時から、消防、警察、自衛隊と同様に、サービス要求量が激増し、フル活動しなければならない病院は強靱化が求められるのだ。

救急を担う病院の強靱化が必須だ。全国で救急搬送数の60%は民間病院が受け入れる。さらに大都市部ではこの数字が大きくなる。強靱化のためには、先に示した築年数の病院の耐震化が必要となる。しかし、8月の中医協で示されたように建築単価は2024年で46.5万円/m²と高騰する。急性期病院では、さらにこの倍の単価と聞く。これでは、改築困難な病院による廃業の決断もやむを得ない。

診療報酬を原資とし、わずかな利益率、あるいは赤字病院での耐震化、改築は不可能な状況だ。1993年（平成5年）に、米国のヒル＝バートン法（Hospital Survey and Construction Act, 1946）を参考に、当時の病院団体、日本医師会、行政、政治家がつくりあげた医療施設近代化整備事業という補助金制度の復活を強く求めたい。日本の病院の強靱化のために残された時間はわずかだろう。

3つのデジタル

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

世の中、DXの話で持ち切りだ。当法人も全国からDXの先兵として注目を浴びている。ここで、再認識することを目的に、あえて次の「3つのデジタル」を右図の画像分野のデジタル化を例に再認識してみたい。

1. デジタイゼーション Digitization

アナログ情報（光・映像）をデジタルデータに変換する段階だ。データ化としてアナログの写真・映像をデジタルデータとして扱えるようにする。目的は「情報をデータ化して保存・再利用しやすくする」こととなる。具体として、フィルムから画像センサー基盤によるデジタルカメラへの移行やJPEGなどのデジタル画像データとして保管、スキャンによるデータ化などがあげられる。

2. デジタイゼーション Digitalization

デジタル化した画像データを活用して、撮影・編集・共有などのプロセスを効率化することを目的とする。AI補助撮影やデータ化した画像データをクラウド上やSNSなどオンラインで共有するなど、撮影から共有までのプロセスを一元管理することになる。プロセスの効率化による生産性の向上フェーズといっていだろう。

3. デジタルトランスフォーメーション Digital Transformation (DX)

デジタル技術を使って、写真や映像の「意味」や「使われ方」そのものを変えることとなる。目的は「社会や文化の変革」と「新たな価値創出」だ。具体的には、カメラ画像を利用したAI医療診断や自動運転まで広がって、はじめて社会の仕組みが変わるトランスフォーメーションということになるだろう。

さて、医療におけるデジタル化だ。まさにデータ化は、紙カルテから電子カルテへの変更だ。そして、デジタイゼーションはその医療データを診療・検査・看護などの業務をつなぎ、ミス防止、時間短縮を図る段階だといえる。そういった意味で、当院が進めた歴史を振り返ると、



アナログ・デジタル進化の3段階 (カメラ・画像)

1996年のオーダリングシステム導入は紙カルテをデータ化するより前に、処方やオーダー、検査結果の共有で仕事のプロセスを大幅に効率化し、その後、紙のデータ化である電子カルテは2002年に導入したという流れであり、生産性向上からKAIZENが進んだケースかもしれない。

そして、医療DXである。医療の仕組みそのものを再構築する段階ということになる。そういった意味では、当院を含めて日本の医療現場でどこまで進んでいるのだろうか。第2段階の生産性向上のフェーズは、医療の質、安全、連携、働き方改革に寄与している。しかし、この域を超える仕組みができていくのかいささか不安を覚えてしまう。

単なるデータ化、デジタル連携を越えて、医療提供の仕組みそのものを変えていく真のDXを求めていく道筋はこれからが正念場だ。

自助・互助・共助・公助、そして「商助」～ 85歳以上人口急増時代に向けて ～

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

人口問題を考えるとき、同じ統計でも視点を変えると新たな課題が見えてくる。厚生労働省の年齢階級別人口増減率のグラフを見ると、2025年に団塊の世代が全員75歳以上となり、65歳以上人口の伸びが鈍化する一方で、2030年以降に85歳以上人口が急増することが読み取れる。生産年齢人口はすでに減少が続いており、年金受給者数の増加もピークアウトする可能性がある。しかし、この85歳以上人口の急増こそが、今後の日本社会にとって最大の構造変化となる。

85歳以上の約6割は要介護認定者とされ、自力で移動や買い物、通院が難しい層である。したがって、救急車需要の増大、在宅医療・介護の急拡大、生活支援ニーズの爆発的増加など、地域社会の基盤を揺るがす課題が現実味を帯びてくる。これにどう向き合うかは、国だけでなく、自治体が「住みやすい街」か「しぼむ街」かを分ける決定的要因となる。

地域包括ケアシステムの整備は進むが、従来の「自助・

互助・共助・公助」だけでは限界が見え始めている。単身世帯の増加で自助は弱まり、互助は担い手不足、共助は介護人材・特に訪問介護ヘルパーの深刻な不足が続く。公助も人口減少下では財政拡充が難しい。四助すべてが細りつつある中で、近年注目されるのが、民間企業がサービスや製品で高齢者の困りごとを解決する「商助」という概念である。

生活支援・家事代行、介護事業者に加え、小売業、薬局、ドラッグストア、移動サービス、フィットネス、金融など、多様な企業が商助の担い手となりうる。高齢者の生活課題は、企業にとっては新たな価値創出の源泉であり、地域にとっては暮らしを支える重要なインフラにもなり得る。

医療・介護機関が自ら生活支援領域を担うのか、それとも多様な企業との連携を軸に地域を支えるのか。85歳以上人口急増時代に向け、私たちは今まさにその選択が問われている。



NO.285
発行日 2026.1.5

WITH — 地域と、仲間と、未来と。

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

あけましておめでとうございます。

2026年、日本はすべての団塊の世代が75歳以上となった2025年という大きな節目を越え、高齢者人口は一定規模で推移する一方、生産年齢人口が本格的に減少していく局面に入ります。医療や介護を取り巻く環境は、診療報酬改定や制度見直しに加え、物価・人件費の高騰、医療人材の不足、さらには地域社会そのものの縮小など、これまで以上に複雑で、多層的な課題が同時進行する時代となりました。もはや単一の正解を探す時代ではなく、複数の要素が絡み合う「連立方程式」を解き続けながら前に進む覚悟が、医療機関には求められています。

このような時代認識のもと、2026年、けいじゅヘルスケアシステムは「WITH — 地域と、仲間と、未来と。」を旗印に進もうと考えます。これは、病院が単独で地域医療を支える時代は終わり、患者さん、地域住民、行政、他の医療・介護・福祉機関、そして院内のすべての職員と「共にある」ことが、これからの医療の前提条件であるという強い意思表示です。

医療DXについても、私たちは新たな段階に入っています。導入すること自体が目的であった時代は終わり、現場で使われ、業務を支え、患者さんの安心と医療の質向上につながってこそ、その価値が問われます。2026年は、構想や理念を語る年ではなく、実際の現場で「実るDX」を一つひとつ積み重ね、働き方の改善と持続可能な医療提供体制の構築につなげていきます。

同時に、人材不足が常態化する時代においては、多職種が役割の垣根を越えて連携し、それぞれの専門性を最大限に発揮することが不可欠です。医師、看護師、コメディカル、介護士、事務職が互いを尊重し合い、役割を分担しながら一つのチームとして機能する「ONE



TEAM」の医療こそが、けいじゅヘルスケアシステムの強みであり、地域から信頼され続ける基盤であると考えています。

また、2年前の能登半島地震という未曾有の経験は、医療における「レジリエンス」、すなわち困難に直面しても折れず、回復し、学びを次につなげる力の重要性を私たちに教えてくれました。この経験を過去の出来事として風化させるのではなく、災害対応、事業継続、地域連携の在り方に生かし、未来の医療や介護を守る知恵として昇華させていくことも、私たちの責務です。

けいじゅヘルスケアシステムは、2026年を「共創と実装の年」と位置づけます。地域と、仲間と、そして未来と共に歩みながら、変化の時代においても地域に必要とされ続ける医療・介護サービスを、全職員一丸となって形にしていきたいと思います。

国民会議

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

2月8日、電撃的に衆議院議員選挙2026が行われた。結果はご承知のとおり、高市早苗自民党による歴史的な大勝であった。2026年度予算が事実上の「人質」となる中、30年ぶりとなる診療報酬改定率3.09%を実現するためには、予算執行力を備えた強い政権の誕生を歓迎したい。

高市自民党の公約の一つに、「2年間の食料品に関する消費税ゼロ」が掲げられている。選挙後の会見では、これは給付付き税額控除の制度設計が整うまでの「つなぎ」の政策であり、その方法や財源については、給付付き税額控除と一貫性を持たせた形で、政府・与野党・有識者による国民会議を設置して検討するとされた。消費税に関する中間報告は、6か月後を目途にまとめられるという。

一方で、消費税収の減少による社会保障財源の確保、赤字国債発行の増大、さらには為替リスクなどについて、多くのマスコミや有識者から疑問の声が上がっているのも事実である。しかし、硬直化した日本の制度に対する強い危機感と、それを打ち破ろうとする明確な意志があるならば、必ずや解を導き出すことは可能であると信じたい。

さて、この「国民会議」という名称に、私は特別な思いを抱いている。2008年、当時の福田赳夫内閣総理大臣の肝いりで「社会保障国民会議」が設置された。戦後のベビーブーマー、いわゆる団塊の世代がすべて75歳以上となる2025年を見据え、社会保障の持続可能なあり方を計画的に見直すという大命題のもと、国民的議論を醸成しようとしたものである。

2008年11月の最終報告では、
第一に、医療・介護・年金・子育てを一体として捉え、社会保障の将来像を初めて体系的に提示し、「高齢者中心」から全世代型社会保障への転換を明確に打ち出した。



第二に、社会保障を「コスト」ではなく、「人への投資」であり、経済成長の基盤であると位置づけ、「安心」と「活力」の両立を掲げた。

第三に、給付と負担の関係を正面から議論し、消費税を含む安定財源の必要性を明言、「負担を避けて制度維持は不可能」であると率直に指摘した。

さらに医療・介護分野では、フリーアクセスの維持、医療提供体制の機能分化と連携、介護における医療との連携強化と在宅・地域重視の方向性が示された。

振り返れば、この提言は、その後の社会保障制度改革や厚生労働行政に極めて大きな方向性を与えたと確信している。この会議に、当時まだ無名であった私、神野正博が委員として抜擢され、担当大臣のもと、今も親しくしている伊藤達也内閣総理大臣補佐官（当時元金融大臣）、香取照幸内閣官房社会保障国民会議事務局参事官（後の厚生労働省年金局長）らと議論を重ねたことは、今も鮮明に記憶している。その際、私から提示した「医療のトリレンマ（コスト・質・アクセス）」の考え方が、現在も使われていることを思うと感慨深い。

2026年の今、生産年齢人口が急減する2040年に向かつて、新たに設置される国民会議には、消費税や税額控除といった「税」の議論にとどまらず、それをどのように使い、いかなる社会を形づくるのかという、日本の国の仕組み、そして社会保障制度そのものの在り方を、正面から議論してほしいと強く願っている。

TQM2.0 — Well-Beingを目指せ

けいじゅヘルスケアシステム 理事長 神野正博

2月28日に開催した第31回董仙会TQM（Total Quality Management）大会では、年度後期大会として各部署から15題の改善活動の発表がなされた。今回は特別審査員として関西学院大学の森藤ひろ教授をお招きした。森藤教授からは、「DXを用いたミクロ・メソ・マクロのウェルビーイングの相互作用を現場で確認できたことは初めてで、本当に見事であり、美しいと感じました。背景には理念とビジョンの共有、そして思いやりの心が不可欠であることもわかりました。」

という大変うれしい講評を頂戴した。この言葉を受け、改めて、これからの改善活動の方向性を「TQM2.0」として考えてみたいと思う。

人口減少社会において、医療はかつてない制約条件の中に置かれている。人は減り、財源は限られ、医療需要は質的に複雑化している。こうした状況の中で、「いかに少ない人数、小負担で高い質の医療を提供するか」という問いは、もはや理念ではなく経営の前提条件となった。

その解の一つが、TQM（Total Quality Management）の再定義にあると私は考えている。これまでTQMは、ムダの排除、標準化、効率化、コスト削減といった文脈で語られることが多かった。もちろんそれは重要である。しかし人口減少社会の医療において、TQMを単なる効率改善の手法として捉えるだけでは不十分だ。これから必要なのは、「TQM2.0」——すなわち、組織と個人のWell-Beingを高める経営哲学としてのTQMである。

医療の質とは何だろうか。それは医療技術の高度さだけではない。患者が安心して医療を任せられること、職員が誇りとやりがいを持って働けること、そして組織が持続可能であること。この三つがそろって初めて「高い質の医療」と言える。

森藤教授の言葉にあるように、Well-Beingはミクロ・メソ・マクロという三つの階層で相互に関係している。ミクロは個人の幸福であり、患者や職員一人ひとりの安心感や満足感を指す。メソは組織の幸福であり、チーム医療の成熟や職場の心理的安全性、組織の持続可能性といった状態である。そしてマクロは社会の幸福であり、地域から信頼される医療体制や社会全体の安心感である。

TQMの本質は、「ばらつきを減らし、仕組みで支える」ことである。待ち時間が短縮される、医療安全が向上する、説明が標準化される。こうした改善は患者の不安を軽減し、安心という主観的



幸福度を高める。すなわちミクロのWell-Beingの向上である。

一方で、見落としはならないのが職員のWell-Beingだ。業務が見える化され、役割が明確になり、改善提案が組織に反映される文化があれば、職員は「自分たちが組織を良くしている」という自己効力感を持つことができる。心理的安全性が高まり、離職率は低下し、チーム医療は成熟する。これはメソ、すなわち組織のWell-Beingの向上につながる。

そしてその結果として、地域から信頼される医療機関が生まれる。医療事故は減り、経営は安定し、地域に安心を提供する医療体制が維持される。これはマクロ、すなわち社会のWell-Beingの向上である。ミクロ・メソ・マクロのWell-Beingは独立したのではなく、相互に作用しながら高まっていくのである。

ただし重要なのは、TQMを「管理のための道具」にしないことである。チェック項目が増え、書類が増え、評価が締め付けになれば、現場の幸福度はむしろ低下する。TQM2.0は監視の仕組みではなく、自律と創意を引き出す仕組みでなければならない。

ここでDXの役割が大きくなる。データによって改善効果を可視化し、AIが標準化を支援し、人はより創造的な仕事や対話に集中することができる。効率化の先に、人間らしさを取り戻すことができるのである。少人数社会において質を高めるとは、まさにこの構造をつくることにほかならない。

医療は単なるコストではない。社会を支える基盤であり、安心というインフラである。その持続可能性を支えるのは制度改革だけではなく、日々の小さな改善の積み重ねだ。改善活動は数字のためではなく、人を幸せにするためにある。

TQM2.0とは、質の向上と幸福度の向上を同義にする経営である。

少人数社会の医療は、縮小ではなく進化でなければならない。その進化の鍵は、「幸福を生む改善」にある。