

あいざわ・たかお

1947年長野県松本市生まれ。73年東京慈恵会医科大学卒業後、信州大学医学部附属病院勤務(内科学第二講座)を経て、88年社会福祉法人恵清会理事長。94年社会医療法人慈泉会 相澤病院理事長・院長就任。2008年社会医療法人財団 慈泉会相澤病院理事長・院長。17年に院長を退任し、現在は社会医療法人財団慈泉会理事長、相澤病院最高経営責任者。同年日本病院会会長。

くと共に、治療法の進歩や国民の努力によって随分今は新規の感染者数が減ってきていますので、多分医療現場の逼迫というものは、相当和らいでいるというふうに思います。ベッド数を計算することによって、すぐに予測がつくということですが、

なぜ「逼迫」と言われるのか?

— それでも医療現場の逼迫が情報として数多く発信されているのはどうしてですか。

相澤 政府の発信が一つですね。逼迫度も重症者の方に用意したベッド数のうちの何%が埋まっているかが、逼迫しているかどうかの判断の一つの基準になっていきます。その意味でいくと、何をもってそう判断するのかがよく分かりません。

— というのも、患者さんも重症化のベッドにずっと留まっているわけではありません。状態が落ち着けば中等症のベッドに移されますし、検査で陰性になったらすれば、一般病棟にも移されます。その患者さんにとって

一番適切な治療あるいは療養を受けられる場所に移動していいのかもしれませんが、その移動がうまくいかないと言ってしまう。

— どうやってそのミスマッチを解消すべきですか。

相澤 今では患者さんの治療データはレセプト(保険者に請求する診療報酬明細書)を見れば、その日に何をやったか分かる仕組みになっています。入院して10日目でも何をやっているか患者さんごとに分かるのです。

— 救急車の搬送先がないという問題がありましたか。

相澤 搬送先が見つからないという問題はコロナ以前からありましたが、例えば脳卒中やくも膜下出血で重体の病気になる

コロナ禍での医療崩壊問題はデータを基本にして議論すべき

「松本モデルは公立病院と民間病院が日頃からお互いに足りない部分を補完し合うモデル。それが持続可能な医療につながります」

医療逼迫と言われるが、「しつかりとしたデータに基づいた議論が必要だ」と警鐘を鳴らすのは日本病院会会長で長野県松本市にある相澤病院の最高経営責任者相澤孝夫氏だ。例えば、コロナの重症化率も低いことが判明しており、それに基づいた医療体制が求められる。同氏は3市5村で形成する「松本モデル」について「普段から連携を進めてきた」と語る。相澤氏が語る公立病院と民間病院の連携の姿とは?

重症化リスクが低下

— 病院の持続的な発展を目指す中で、足元の医療現場をどう見えていますか。

相澤 日々、コロナウイルスに対する様々なデータが出てきているのですが、最初の頃のデータと今のデータは随分違ってきています。例えば、重症化する人の割合を見てみると、昨年1月から4月の間は9・8%と変わっていましたが、6月から8月のデータでは1・62%しかありません。それだけ重症化リ

スクが低いということです。

重症化した患者さんは集中治療室に入って人工呼吸器で治療を受けますが、その重症化率が1割と落ちていたのが、現実には1・62%しかないです。そうすると、必要なベッド数も変わってきますね。毎日何人の方が新たに感染し、そのうちの何人の方が重症化するかと考えると、毎日1千人いたとしても重症化した患者さんは16・2人という計算です。

— そして重症化した患者さんの治療には15日くらいかかると言

われていますので、16・2人×15日というのが必要なベッド数になります。ですから、感染者数が1千人から減って500人になれば、ベッドはその半分で済みますし、もっと減って100人になれば、1千人のときの10分の1になるわけです。

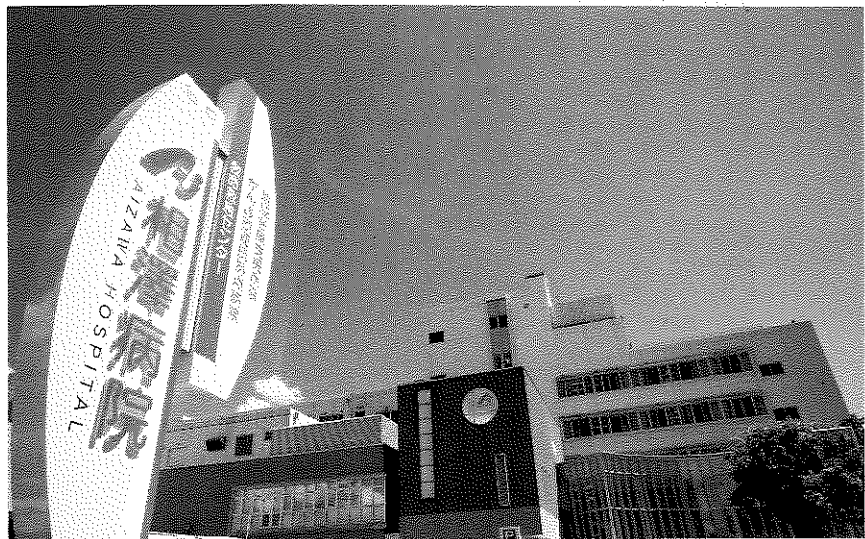
したがって、細かい数字をたくさん公表するよりも、新規の感染者数を減らすことが重要になります。感染者数を減らすことができれば、当然、医療現場の逼迫もなくなります。また、治療法が改善して重症でいる期

間が短くなれば、重症者のベッドはもっと少なくて済みます。

ただし、これは大雑把な計算で、年齢によって重症化の比率が異なりますから、どういう年齢の方が1日平均何人いらっしやるかによって必要なベッド数も変わってきます。例えば90歳以上の人の重症化率は16・64%。ですから、90歳以上の方が毎日どれくらい新規の感染者になっているかによっても、90歳以上の方に必要な重症ベッド数も決まってくるわけです。

— こういう計算を積み重ねてい

日本病院会会長 (相澤病院最高経営責任者)
相澤 孝夫
Aizawa Takao



24時間365日体制の救急医療を中心に、先進的ながん治療施設なども整えている「相澤病院」(長野県松本市)

かりとしたデータに基づいて物事をきちんと見なければいけない。なぜうまくいってなかったのか。もともと連絡・調整がうまくいかないような仕組みになっていなかったか。本当の真実は何かということこ

地域連携の成功事例となっている「松本モデル」とは?

— その中で日本には約8千の病院があり、そのうちの8割は民間病院です。コロナ対応は主に公立病院が行いましたが、この民間病院と公立病院の連携をどう進めるべきですか。

相澤 全国の病院の中で急性期の患者さん、コロナで言えば急性期の重症・中等症の患者さんを診られる機能と施設設備、それに対応できる職員を備えている病院はいくつかあるかという点、実は統計がないのです。

厚生労働省の統計を見ると、病院は一般病院、精神病院、療養型病院、感染症病院と分けられているのですが、一般病院と

は、かつて「その他」に分類されていた病院です。これが7000超あるのですが、この中には「回復期病院」と言われる回復期リハビリテーション病院なども含まれています。この病院に感染症の急性期の患者さんを診てくれと言えるでしょうか。

それなのに、一般病床のベッドが98万床あるのだから、重症患者も受け入れることができず。間違ったデータ、あるいは確かでないデータで何かを言っていると感情だけの問題になってしまうということ。そこをしっかりと見て病院ごとの連携を進めなければなりません。

— その連携という点では、相澤さんが経営する相澤病院がある「松本モデル」が成功事例と言われていますね。

相澤 私たちは30年くらい前から松本医療圏の中で、救急医療と災害医療について皆で話し合ってきました。救急医療災害対策委員会を作り、医療圏にある各病院が委員会のメンバーと

も、受け入れ先が見つからず、十何番目の病院でようやく引き受けてくれるということは普段から起こっていたのです。ですから、感染症だから起こったわけではなく、普段から円滑な仕組みが構築されていなかった。

目先の物事について感情的になっ

るを捉えて、物事をきちんと話していかなければいけません。これは危機管理上、日本全体の仕組みの問題として考えなければいけないですね。

相澤 そうです。米スタンフォード大学で医療の統計を専門としている私の知り合いからは「日本はデータをよく集めるけ

なっ

り、

なっ

り、

なっ

り、

なっ

り、

なっ

り、

日頃からの連携が不可欠

— 日頃からの連携ですね。

相澤 そうですね。突然やろうとしても難しいでしょうね。最初は救急医療を何とか地域で完結させるにはどうすべきから始めて、医師会長や大学、各病院、保健所もメンバーに加わり、3市5村の首長にも参加していたらどうになりました。

そして、救急医療検討委員会、災害医療検討委員会、ドク

ターヘリに関する委員会などを開いて討論し、最後に大本の会議で了承する。これを毎年繰り返してきました。自治体も大学も、病院も医師会も皆が一緒になっ

相澤 個人的には人口50万、60万人を1つの医療圏にして重篤な疾患を治療する病院が2つ

くらいあればいいのではないのでしょうか。例えば、松本地域では信州大学医学部附属病院と私

どもの相澤病院が担っています。それを支える2次救急では曜日ごとに2次救急をやる病院

を決め、整形外科が強い病院や外科が強い病院、内科が強い病院など、特徴に合わせて補完し

てもらうようにしています。

相澤 そうですね。救急の患者さんも相澤病院から信大に紹介したり、信大から頼まれたり

します。相澤病院に来た救急の

患者さんの話を聞いて、主治医が他の病院だったり、今はそんなに重症ではないけれども、入院は必要だという患者さんの場合は、私たちの病院から私たちの病院の救急車を使って、そちらの病院に逆搬送することなども頻繁に行っています。

— コーディネーターとしての役割を果たしていますね。

相澤 ええ。長い年月をかけて役割分担をしてきたのです。ですから、もうそれが当たり前

になっています。自分のところで全部抱えようとはしません。大きな病院が1つあって、それ

が全部を仕切ってしまったら、今の松本モデルにはなって

いなかったと思います。

病院も大きな病院から中規模、小規模の病院があるわけ

です。そういう病院が、各々の持ち分の中で病院機能と自分たちが