



MC Healthcare, Inc.

MCHニュース

2012.07.10 Vol.8

# MCH NEWS

## 激動する環境にどう対処する 病院経営のあるべき姿は？ 方向性は？



### 第13回 病院の経営を考える会 (2012年6月1日・2日開催)



エム・シー・ヘルスケア株式会社は6月1日、2日の2日間、東京国際フォーラムで「第13回 病院の経営を考える会」を開催しました。同志社大学大学院教授の浜矩子先生、医療法人社団KNI理事長・株式会社北原脳神経外科病院代表取締役社長の北原茂実先生、ヒューマンケア・システム研究所代表の北川博一先生によるご講演を通じて、激動する環境の中で病院経営はどうあるべきか、どういう方向に進むべきかを考えました。また、少人数によるワークショップでは、「病院経営」「チーム医療」「手術室運営」のテーマごとに、講師を交えた活発な質疑応答を通して問題を再認識し、取り組み方法を学び合いました。

# 「僕富論」から「君富論」への発想の切り替えが暗闇に向かう日本に新たな扉を開きます

グローバル時代の中、日本はどのような問題に直面し、どういうところに向かっていこうとしているのか。国際経済のマクロ分析を専門とされる浜矩子氏が、独自の視点から日本経済の先行きをするどく見通し、明るい未来のためにどうすべきかについて持論を展開、病院の進むべき方向にも一筋の光を指し示しました。

グローバル経済と日本には3つの挑戦すべき課題があり、これらにどう立ち向かうことができるかが今後の展開を決めます。

## 課題1 2つの恐慌=財政恐慌と中央銀行恐慌

課題の1つは「財政恐慌」と「中央銀行恐慌」の2つの恐慌です。ギリシャの財政恐慌が日本では起きないというのは幻想です。日本国債を主に保有している日本人さえも、暴落する可能性が出てくれば経営面を考える法人はすぐにも国債を手放します。そもそも民間が窮地に陥った時にレスキューとなるのが財政・政治です。人や物、金は国境を越えても、財政は国境を越えられない。地球経済時代の中で、財政が国の重荷になれば国民や国家は存続が危うくなります。また、欧州中央銀行（ECB: European Central Bank）のような「通貨価値の番人」である中央銀行が自らの健全性を犠牲にすると、いわゆる「中央銀行恐慌」となります。日本銀行は日本国債買い取り機関となりつつあります。中央銀行恐慌は財政恐慌よりも地球経済全体を混迷に陥らせる怖いものなのです。

## 課題2 1つの戦争=通貨大戦争

財政が窮地に陥った国は、広く資源のある場所にひきこもる「鎖国政策」を取ろうとします。これが現実となってきたのが「TPP問題」。TPPは「自由貿易協定」=「例外なき貿易自由化」として論じられていますが、本質から外れています。TPPは「地域限定排他貿易協定」=「例外なき囲い込み貿易」と読み替えるべきです。囲い込みエリア内だけの貿易は、本来のベストパートナーとも貿易ができず、さらにそのエリアを自分の都合のよいものにしようとするようになります。それは通貨大戦争に発展します。戦後、自由貿易の拡大を目指したIMF=GAATT体制の基で世界経済は発展してきました。それは「自由」「無差別」「互恵」の3つの原理原則に則っているからですが、TPPはこれに違反しています。TPPについてはこうした観点から考えてほしいと思います。

## 課題3 1つの激変=多通貨

激変は通貨の世界で起こります。広域で単一通貨が成り立つためには、①経済実態が完全に取れんされ、地域間の経済格差がない②存在する経済格差を埋める中央所得再分配装置がある—の2つの条件どちらかなければなりません。今のユーロ圏はどちらの条件もありませんので、単一通貨圏として成り立たなくなるのも時間の問題です。日本は、中央所得を再



同志社大学大学院 教授  
浜 矩子 氏

一橋大学経済学部卒。前職は三菱総合研究所主席研究員。1990年から98年まで、同社初代英国駐在員事務所長としてロンドン勤務。帰国後、経済動向に関するコメンテーターとして内外メディアに執筆や出演。著書に「通貨」を知らば世界が読める（PHP研究所）など多数。

分配する財政機構があるため、円の単一通貨圏として成り立っています。しかし、その財政機構は風前のともしび。この条件が欠ければそれぞれの地域で独自の通貨が生まれ、「一国多通貨」の状態になっても不思議ではありません。一国多通貨化はグローバル時代の自然の成り行きだとさえ考えていいかもしれません。

## 今こそ3つの課題に立ち向かう

今こそ、3つの挑戦すべき課題に立ち向かわなければ、「自分さえ生き残ればよい」という排他的な考えになります。その先には「暗闇」しかありません。ではどうすればよいのか。私は「僕富論」から「君富論」への発想の切り替えが必要だと考えます。

国産品や自社製品の愛用に代表されるように、いま多くの国や企業が「僕富論」に傾いています。しかし、「君・あなた」のために何をするかを考えるべきです。つまりトヨタの社員が日産車を購入する、病院は最大のライバル病院に患者さんを差し出す、大学は互いに学生集めをする—ということです。

そんなことはできるわけがないとの反論もあるでしょうが、歴史を振り返ってみると、善し悪しはあっても「まさか」と思われていたことは必ず起こっています。この「まさかは必ず起こる」を皆さんと共有し、「君富論」の普及に全身全霊を傾けていただきたいと思います。これが今日参集された皆さんと私との契約であり、この契約の履行状況によって、日本経済は暗闇に突入するのか、新たな扉を開くことができるかが決まるのです。



「通貨」を知らば世界が読める  
浜 矩子 著  
PHP研究所

# 皆保険の呪縛から解き放ち 「何ができるか」を考え、想いを実現しましょう

自らを株式会社北原脳神経外科病院代表取締役社長とする北原茂実氏は、「世のためにより良い医療をより安く」「日本の医療を輸出産業に育てることに貢献する」という創設時から追求し続けている理念に基づく挑戦を披露、日本を崩壊から救う方策を提案しました。

## 医療費抑制が招いた医療崩壊

医療とは「いかにして人が良く生き、良く死ぬか、その全てをプロデュースする“総合生活産業”」です。その医療が今、過度の医療費抑制によって崩壊の危機にあります。患者が増え医療が高度化・複雑化する一方で、医療費抑制によって人材は不足、検査なども抑制せざるを得なくなり、医療産業を廃れさせる結果となったのです。医療費抑制は皆保険の当然の帰結だと思います。というのは日本の皆保険は、ピラミッド型の人口構成、右肩上がりの経済、病気になる人が少ない、という発展途上国向きのものなのです。いまや日本は、国債の多発で借金が膨らみ経済は崩壊、少子高齢化、疾病構造の変化と、皆保険の前提条件が崩れています。また、皆保険はセーフティーネットではありません。所得の低い人は保険から追い出され、裕福な人にとって有利なシステムになっています。

## 必要な「医療≠医療機関」

医療を崩壊から救うためにはどうすべきか。総医療費の増額やプライマリーバランス(基礎的財政収支)の維持が必要不可欠で、そのためには①高い経済成長②消費税以外の増税③医療費自己負担の増額④理論的な医療・福祉の自由化、産業化、国を越えた展開一しかありません。しかし、小選挙区制は投票する高齢者の意に沿うことが優先され、若者の意見が反映されません。自分のことしか考えず、全体を見ないという「思考停止」が国を滅ぼそうとしています。

望ましい医療の形は、▽必要な「医療≠医療機関」の認識▽「病院=研究開発機関」が理想▽真に低コスト高品質な医療の確立一で、医療を「産業化」「自由化」することです。例えば保険証のICカード化は、重複検査を抑制し、医療費を削減しますが、一方で誤診情報も残りますので、質の低い病院淘汰にもつながります。

## 日本医療の輸出産業化

震災から学んだことは、住民参加型の復興をしなければ、数十兆円の復興事業はODA(政府開発援助)的な公共事業になってしまうということです。崩壊する社会システムの中、今後行政に代わるものとして期待できるのはNPO、NGOだと思います。北原グループでは、北原脳神経外科病院とNPO法人日本医療開発機構を有し、カンボジアHHRDなど海外事業、



株式会社北原脳神経外科病院  
代表取締役社長

北原茂実氏

1979年東京大学医学部卒業後、同大医学部附属病院、三井記念病院、東京都府中病院など勤務を経て、95年北原脳神経外科病院開設(現・北原国際病院)。96年医療法人社団北原脳神経外科病院開設(現・医療法人社団KNI)。現在、医療法人社団KNI理事長、NGO日本医療開発機構理事長、株式会社北原脳神経外科病院代表取締役社長。著書に「病院がトヨタを超える日」「病院が東北を救う日」(講談社)など。

震災復興プロジェクト、デジタルホスピタル開発プロジェクトなどに挑戦しています。とくにカンボジアHHRDは国丸ごとを請け負い、日本ブランドの医療を作り上げようというもので、日本の医療の輸出産業化、究極のパッケージ輸出です。まさにODAに代わる経済協力のスキームであり、これによって国際的な信頼関係が醸成され、結果日本の社会改革につながるかと信じています。一つひとつの企業ではなく、システムで考えることが必要です。そのシステム構築ができるのが総合生活産業の医療です。

## 想いを形にする力を持つ

当グループが取り組むファームプロジェクト・物忘れ共済は、メディカルパークを作り、高齢者は週1回ファームで働き認知症を予防、認知症になっても最期まで生産者として働けるというシステムを構築するというものです。八王子まちおこしでは、NPOプラザの開設や23大学と連携したデジタル・ゲート・ライブラリーなどで賑わう仕組み作りに挑戦しています。他にも「はびるす・あしたば・トラベルサポート」「ほったらかしの理想郷」など独自のシステムを構築中です。

大切なのは、医療以外の世界で何が起きているのかを正しく「識る」、その中で何ができるのかを正しく「想う」、それにチャレンジすることです。想いを形にする力を持ちましょう。社会が崩壊しようとしている中で、医療だけを語っても仕方ありません。いま必要なことは「今日から何ができるか」を考えることです。「思考は必ず実現する」と信じましょう。



「病院」がトヨタを超える日  
北原茂実 著  
新潮社

## 経営改善は停滞の第一歩、 新たな戦略を次々と打つことが必要です

元国立病院機構財務部長の北川博一氏は、2004年度から実施した国立病院での経営改善実践例と、その後勤務した民間病院グループでの経営改善実践例をエピソードを交えて具体的に紹介。さらに、今後の病院事業展開に向けてのポイントなどについてご講演いただきました。

### 外部依存体質などが経営改善を阻む

国立病院機構(NHO)勤務時代には国立病院の経営改善に携わり、その後勤務した民間病院グループの経営改善に関与しました。どちらも組織の本部という立場でしたが、これらの経験をもとにお話すると、病院の経営改善を阻む要素として、「外部依存」と「孤立した組織・経営文化」という2つの側面があります。「外部依存」は、▽サービスの範囲・値段を国等が決定する▽サービスの枠組みには公的な規制が強い▽サービスの対価を利用者は一部しか支払わない—という、医療・介護制度そのものが背景にあります。従って施設内の内部管理体制には目が向かないのです。

「孤立した組織・経営文化」は、極度の縦割りという、医療機関特有の職種別組織になっていることに要因があります。このような組織では、▽経営に関心が無い▽過去を否定しない▽求心力がない—という職員が多くなります。また、施設内の情報共有も不足しており、医療機器を非常に高い「特別価格」で購入するなどの例も多くみられます。

いずれにしても、他産業、一般企業では当然のように行われている、「内部管理の改善」と「情報収集・共有」が医療界ではまったくといっていいほどできていません。

### 内部管理の改善で経営は好転

このような環境を改善するために、私が実行した具体策をご紹介しますと、▽徹底した情報開示による比較・分析を行った▽表面的な言い訳を遮断して、今あるもので改善を志向した▽成果の出たものは高く評価した▽結果が出ないものは、最終的に経営責任を明確にした▽グループ実施の効果が高いものは徹底して展開した—などが挙げられます。要は、一般企業と同じように、内部管理の改善を徹底したのです。これにより、国立病院機構の病院や私が関与した民間病院では、大幅な経営改善に成功しました。

一方で、今後の病院事業を展望した場合、それを制約するものとして、「外部要因」と「内部要因」の2つの要素があることを理解しておくことが必要です。外部要因としては、医療費財政の限界という問題があります。病院の収入はほとんどが医療保険収入ですが、ここ数年の傾向である「医療費バブルの時代」がそう長く続く訳がありません。



ヒューマンケア・システム研究所代表

北川博一氏

1963年福井県生まれ。東京大学卒業後、86年に厚生省入省。保険局、障害保健福祉部、大津市勤務などを経て、2005年国立病院機構財務部長。08年に翠会ヘルスケアグループ統括長として、事業再生を担当。10年にヒューマンケア・システム研究所を設立・開業。近著は「データで分かる病院経営の実学」(MASブレン)

内部要因としては、「経営改善は停滞の第一歩」という現実があります。数年で改善したものは、数年で悪化します。次々と新たな戦略を打つことが必要です。

### 地域貢献の追求が病院の持続性高める

私はこれまで、数多くの病院の経営改善に関与してきましたが、職員に対しては、極力、「あなた方が携わっている医療という業種は、地域に貢献することです。地域貢献を追求することが、翻って、病院の持続性を高めて経営が良くなるんです」と言ってきました。日本の病院経営者には、「経営」という言葉にアレルギーを持つ人も多いのですが、一般企業的な経営感覚が必要であることを意識させることも必要です。

今、経営が安定し好調な病院も、次の10年も続くとは限りません。また、今、苦しい病院も行動変容と蓄積で、その立場が変わることもあります。特に、今後は医療政策が大きく転換しますので、自院の進むべき方向性を定め、その実現に向けて突き進むことが求められます。

また、今後の病院経営は、他院とのグループ化、情報共有化、調達共同化などが、これまで以上に必要になってきます。病院の経営改善は「世の中の当たり前のことを病院の中で当たり前のこととしてやる」ことができれば、達成できるものです。特別なノウハウはないはずです。



データで分かる病院経営の実学  
北川博一 著  
MASブレン

# 診療報酬の個別点数より、 病院経営には中期的な動向が重要です

中央社会保険医療協議会(中医協)委員でもある印南一路氏は、「医療政策」が専門。今回の診療報酬改定の背景となった基本的な考え方や、制度設計の経緯について紹介するとともに、医療政策という側面から、日本の医療制度の現状や、今後の見通しについて解説しました。

慶應義塾大学総合政策学部教授  
中央社会保険医療協議会委員

印南一路氏



## 民間主体の医療提供体制

医療提供は国の責務ですが、日本の場合実際には民間が中心になって提供しています。先進国の中でも特異なシステムで、これが日本の医療政策にさまざまな影響を及ぼしています。

民間は必ず事業収入を拡大し、利益を上げなければなりません。これを前提として、政策サイドは政策を考えなければなりません。一方、収入のほとんどが社会保険である経営サイドは、政策の動向を理解しなければ、中期戦略を立てることができません。ある意味、民間サイドから政策サイドに働きかけることも可能です。そういう意味で日本では、政策と経営は密接に結びついているのです。政策サイドは経営を、経営サイドは政策を理解する必要があります。

私は、「医療政策は国民に良質な医療をあまねく提供すること」だと考えています。あまねくというのは、必ずしも平等ではないかもしれませんが、公平であるということです。それを実現させるには、▽医療提供体制(物理的なアクセス機会を保障)▽医療保険制度(財政的なアクセスを保障)▽診療報酬制度(良質な医療を提供) — という3つの大きなポイントがあります。

## 診療報酬制度が医療の質を担保

実際に、医療政策には、医療提供に関する政策と、保険に関する政策がありますが、それに診療報酬そのものも連動しています。医療提供体制は、保健医療計画によって病院の新規開設や統合、廃止などが厳しく規制されてい

ます。また、都市計画法により市街化調整区域では病院の開設ができなくなりました。医療提供体制如何で、患者獲得競争が激しくなり、経営にも影響を与えることとなります。

医療保険制度は、例えば自己負担率が高ければ患者は受診を控えるというように患者の受診行動を規定します。外来受診時自己負担は、患者の受診抑制につながると言って反対されました。

診療報酬は、病院収入の大枠を決めています。どこに点数配分するかで、その病院の収入が大きく変わってきます。診療報酬が1点上がれば、国全体で医療費が80億円上がることもあります。再診料が大きな議論になるのは、たった1点でも、国全体に、また、病院の収入に大きな影響を与えるからです。日本の医療制度は、民間主体の提供体制なので、施設基準や人員配置基準に基づく診療報酬制度が、医療の質を担保しているのです。

## 急性期に医療資源が集中する

今後の動向や方向性について、私見を交えてお話しします。

診療報酬については、現在行われて



いるストラクチャー指標だけでなく、プロセス指標やアウトカム指標が取り込まれていくと考えています。これらの要素が加わることで、非常に複雑化するかもしれません。アメリカの病院で行われているように、アウトカムで支払を決めるのが理想だと思いますが、患者重症度の調整などが必要となり、事務コストが大きくなるため、現実的には非常に難しいと思います。

医療提供体制については、急性期病床群の議論もなされていますが、どうなるかまったく分かりません。ただ、急性期病院の生産性を表す指標として、「入院患者1人あたり何人の職員がケアしているか」の2008年の数値を見ると、先進諸国の平均0.22人に対して、日本は0.01人です。日本から見ると、アメリカの病院はICUのように見え、アメリカから見ると、日本の病院は介護施設のように見えます。このような背景から、日本の急性期病院に医療資源をもっと集中すべきだという議論もあります。

いずれにしても、病院経営には、2年ごとに改定される診療報酬の個別の点数より、施設体系の中期的な動向とか、地域の疾病構造の変化が重要です。これらを注視することが必要だと言えます。

## 経営補佐、医師負担軽減としての役割が拡大

時代の大きな転換点にある医療機関は、どういう方向に活路を拓いたらいいのでしょうか。筑波メディカルセンター法人事務部門長で事務局次長などを務める鈴木紀之氏が、「チーム医療」をキーワードに、事務部門独自の視点から病院経営改善に向けた方策を考える上でのポイントを解説しました。

公益財団法人筑波メディカルセンター  
法人事務部門長・事務局次長・財団事業推進室室長

鈴木紀之氏



### 変化する事務部門の立場

これまで、病院事務と言えばレセプト業務やカルテ管理、患者の受付、会計といった専ら事務的な仕事をする部門という印象が強くありました。しかしこの30年間で、事務部門の立ち位置が少し変わってきたように感じています。

私が全国の医療施設を訪問して実感しているのは、1つとして同じ病院がないということです。医療現場の環境や規模、機能はそれぞれ違います。全国に8700あるといわれる病院はどれも経営のストーリーが異なりますが、かつては、そのストーリー作りを院長が一人で担うことがほとんどでした。しかし、それを院長だけに求める時代ではもはやありません。これからは事務部門の人がさまざまな形で情報を入手し、自分たちの病院が目指す方向性を院長とともに編み出していく必要があります。

今後の医療界の動向を考えますと、院長一人に任せきりの病院では時代の大きなうねり乗り越えていくことは非常に難しいと思っています。それゆえにヒト・モノ・カネをマネジメントする、またはコーディネートする事務部門としての役割が一層重要になってくるのです。そして事務部門の担当者には、病院の前途をしっかり考え、院長や病院幹部らとともに、八方ふさがりに陥らないよう、あるべき姿を目指して常に軌道修正を加えながら舵取りすることが求められています。

### 裏方としてチーム医療に貢献

医療現場の課題が分かる事務部門の

担当者は、医師や看護師、その他の専門職員とともに医療全体の負担を何らかの形で分かち合う人材になりつつあります。言い換えれば、事務部門は医師らの負担軽減における影の主演となる存在なのです。

また、今後は病院内でチーム医療が上手く機能していかなければ、病院としての役割を最大限かつ効果的に果たすことはできません。そこでもやはり、事務部門の人たちには単に医事課の職員という立場だけではなく、時には病院運営のコーディネーターであったり、時にはデザイナーであったりというようにチーム医療に参画することが求められます。病院を舞台劇に喩えるなら、医師という役者が大いに活躍できるように事務部門は大道具係や照明係、あるいは通行人役などに徹し、チーム医療という演目が見事に花開くようにする役割を担っているのです。

### 人件費増にどう向き合うか

医療収入の右肩上がりの時代は終焉を迎えているというのは、医療に携わっている人の共通認識としてあるのではないのでしょうか。そうした中で、大きな障害となっているのが人件費の増加

です。全病院の医療支出のうち、職員の給与が占める割合はここ10年間、52～55%の間で緩やかに右肩上がりが続けており、これからも毎年少しずつ上がっていくでしょう。病院の総収入は増えないにもかかわらず人件費が増えるという厳しい中で、どううまく経営または運営していくかが医療機関の大きなテーマになっています。事務部門に携わる人は、知恵を結集してこの難しい課題を克服していかなければなりません。

たとえば人件費を抑制する1つの手立として、業務委託するという方法があります。しかし医事課を委託化することにより、レセプト作成業務の精度が落ちてしまったという事例はいくつもあります。仮に業務を委託するにしても、病院全体の活力を損なわない方策を見出す必要があります。

今後、医療・保健・福祉の分野はかつてない難局に臨むことになるでしょう。

しかし病院の事務部門には、未来の飛躍を信じて先駆的な運営体制への革新を図り、希望ある日本版医療の実践を支える覚悟が必要です。超高齢化社会という未知の時代をリードしていくために医療機関が連携・協力し合い、また事務部門の担当者は医師と医師、医師と看護師をつなぐかすがいとなつてほしいと思います。



# 病院経営における麻酔科の新しい役割と可能性を示唆 手術室の効率化、標準化、安全対策を推進

本格的なDPC時代の中、地域の基幹病院では手術症例数が増加しており、手術室運営の効率化が一つの課題となっています。東海大学医学部麻酔科教授の鈴木利保氏は、急性期医療に特化した東海大学医学部附属病院の取り組み事例を織り交ぜながら、手術室効率化の光と影を解説、病院経営における麻酔科の新しい役割と可能性を示唆しました。

東海大学医学部医学科  
外科学系診療部麻酔科教授

鈴木利保氏



## 病院経営の根幹に関わる手術室効率化

DPCでは在院日数の短縮と入院診療単価の増大によって多くの収益が得られるので、手術件数の増大、集中治療の充実、入院医療の外来化が必須となります。つまり急性期医療への特化が必要で、とくに手術室運営の効率化は病院経営の根幹に関わるといえます。

手術室運営の効率化は、術前術後に生じる収益の大きな差をどうするか、つまりこの期間の入院をいかになくすかがポイントで、術前検査の外来化、合併症のない手術など「入院医療の外来化」の実現が必要です。

手術室数の増設、一足制の導入、導入リカバリーの整備、手術進捗管理システムの導入などへの取り組みも進み、手術室運用の効率化は一定の効果を上げています。とくに手術室スタッフが履き替え無しに手術室エリアに入れる▽個室領域に階段やエレベーターが設置できる▽過剰な清浄度の空調が不要—といった建築的な利点と、患者の乗せ換え回数減による負担・時間の低減、取り違え事故の防止、手術室の密室化の防止といった運用上の利点もあります。

手術室運用の効率化のためには、医療機器や消耗品などの「標準化」もポイントです。とくに手術室の機材に関しては、利便性だけでなく安全性の確保の上からも機種を統一を徹底することが必要です。麻酔器やモニタが手術室と病室で異なる機種では使いづらく、事故が起きる確率も高まります。操作手

順を標準化すれば、業務時間の短縮につながります。標準化によって安全対策ばかりでなく、OJT効率の向上、購入・保守点検時のコスト削減、研修回数の減少や点検業務の簡略化が可能になります。

## 手術室効率化の影「術後患者管理」

手術室運用の効率化による手術症例数の増加によって新たな問題も生じています。多くの手術を少人数の麻酔科医が担当するため、抜管後の患者観察がおろそかになります。

また、ICUは重症患者で占められ、術後管理体制には十分ではありません。8割以上の術後患者は、十分とはいえない看護配置の一般病棟で管理しなければなりません。本来ICUで管理されるべき重症患者が一般病棟で管理しなければならぬというケースもあります。さらに、レミフェンタニルの登場で麻酔の質は向上しましたが、全身麻酔後に抜管された患者の換気状態と酸素化をどのようにモニタするかも課題になっています。回復室や一般病棟での呼吸モニタをどうするのか、これも大きな課題です。



安全な術後患者管理体制を確保するためには、全身管理やモニタなどの看護師教育の見直し、ICU・HCUの有効利用、術後管理専用病棟の利用とセントラル管理、METやRRTなど患者急変時の緊急出動体制の強化などが有効だと思います。麻酔科医は術後患者の呼吸抑制につながる多くの薬物を使用する責任者ですから、主治医や病棟看護師を教育する必要があり、積極的にモニタリングなどの安全対策に取り組む必要があります。

## 麻酔科医のすべきこと

手術室をはじめ急性期医療の多くの部分に麻酔科が関わっており、麻酔科は病院経営の収益性の高い部分を横断的に見ることができるただ一つの診療科です。ですから、これから麻酔科医がすべきことは、手術室の効率化、標準化、安全対策を推進するとともに、ERASプログラムに沿って、患者の術後罹病率低減、入院期間短縮、コスト削減を促すエビデンスを作ることです。手術件数の増加により、時に術後管理が他人任せになります。患者の容態急変は起こりうるものとして、帰室する病棟の体制や人材を考慮し、モニタリングを徹底して行うなど同時に医療安全対策も図ることが大切です。