

平成30年度第3回奈良県公立大学法人奈良県立医科大学評価委員会議事概要

開催日時 平成30年10月18日(木) 14:00~16:00

開催場所 奈良県文化会館集会室A・B

出席者

(委員) 安田委員長、今中委員、竹田委員、堀委員

(法人) 杉山理事、阪本法人企画部長、西浦病院経営部次長、上野財務企画課長

その他財務企画課職員

(事務局) 青山福祉医療部理事、西野病院マネジメント課長、森本課長補佐

その他病院マネジメント課職員

議 題

(1) 第3期中期目標(案)について

公開・非公開の別

公開(傍聴者1人、報道関係者 0人)

内容

[議事]

(1) 平成29年度業務の実績に関する評価結果について

・事務局より「資料1」、「資料2」及び「資料3」の説明

竹田委員

1-1 専攻医の登録率確保を掲げているが、この制度は今年度始まったばかりである。
現状の医大卒業生の奈良県内での専攻医登録率はどれくらいか掴んでいるか?

県 今年の確定値を掴んでおり、医大卒の研修修了者が、県内の施設で専攻医登録した数は、対象者102名に対し、登録者が102名で今年の実績はかなり良かった。
一般的に、この制度が始まったら、都市部に医者が集中すると言われていたのと、後期研修医の定着率を勘案し、この目標値を掲げている。

竹田委員

1-2 地域枠入学者数を状況に応じて変えていくのはどれくらいの頻度でやるのか?

県 直近の実績として平成27~29年度の3年平均を直近実績として、第3期目標期

間開始の平成31年度には平成28～30年度の3年平均というように、スライドさせて、実績値をとるように考えている。その実績を基に、どれくらいの頻度で地域枠入学者数を見直していくかは、制度の問題もあるので、医大と相談しながら決めていく。

竹田委員

奈良県に残る学生が少なければ、地域枠を増やしていく、という考え方になるということになるのか。

県 県としては、地域枠が県内定着率の向上に資する、と考えているので、このような考え方で設定した。もちろん、今のままでも県内定着率が上がれば問題はないので、このような条件付きの設定とした。

竹田委員

心配なのは、地域枠をあまり増やすと、地域枠の合格者は学力が低い可能性もあるので、医師国家試験の合格率が低下する懸念がある。そこは大丈夫か。

あと、人数を変える場合は、2年前に入試制度変更を予告しなければならないが、そこは大丈夫か。

県 医学部のレベルが全体的に上がっているので、医学部の場合は地域枠を増やしても、そんなに学生のレベルが下がるとは考えていない。

平成25年度に医大の入試制度を変更し、後期合格者の割合を増やした。それにより、入試難易度は上がったが、東京など遠方から来る学生が多くなった。

これらの学生達の県内定着率の実績はまだ出ていないので、今後の県内定着率の実績をみた上で、下がる場合は地域枠を増やすような仕組みとしている。

竹田委員

地域枠で入学しながら、卒業時に奨学金を全て返済して地元に戻る学生も多い。滋賀医大でもそのような例は結構あった。

県 奈良県では制度として地域枠と緊急医師確保枠があり、前者は奨学金はなく、後者が奨学金付きの義務を課す制度である。

前者は単に、奈良県在住又は奈良県の高校出身者を優先的に採用する制度で、こちらの制度を活用しようと考えているところ。

安田委員

3点確認したい。目標項目と価値目標の関係で、1点目は、価値目標6の「県民の健康増進への貢献」のところで、目標の部分で、健康増進への取り組みがもう一つ見えてこない。2点目は教育の目標項目のところで、「良き医療人」という言葉に最高の医学と最善の医療を行う、という形容詞を付けているが、これは「良き医療人」という言葉が、それらを備えている、ということか。「良き医療人」がそれを備えているのであれば、成果目標の中で、それらをどうやって獲得するのか、という項目がない。

もし無ければ、この形容詞は付けなくてもよいと思う。

それから、3点目、研究に関して、目標項目と価値目標16が同じになっている。そうであれば、価値目標17と価値目標18はどういう位置付けになるのか。

県 1つ目は、2期中期目標で設置した県民健康増進支援センターを活用して取り組みを進め、県民の健康増進に結びつけていきたいと考えている。

その他の取り組みについては、医大の中期計画で記載願いたいと考えているところ。

2つ目は、最高の医学と最善の医療を行うのが「良き医療人」と考えており、これらを心の教育などの取り組みにより育てていきたいと考えている。これらも、中期目標に基づいて具体的な取り組みは医大において検討されるもの。

3つ目、ご指摘のとおりであるが、県の願いとして、他分野連携や研究体制の強化はやっていただきたいので、明確にするためにあえて記載している。

堀委員

資料1の医大に期待することに、高度医療、急性期医療、慢性疾患とある。

これは、高度医療と急性期医療と慢性疾患医療を3つの柱に位置付けたものか。

そこがわからない。慢性疾患のところだけ医療がない。ここは苦労されたのかなと思うが、何を目標とするのかが非常に曖昧になる。

2点目、先ほどの地域貢献の研究のところで、「実践的研究に取り組む」という具体的な言葉がある。実践的研究というのは、基礎研究を排除する意味である。しかし、後の目標分野「研究」のところでは、PubMed論文数が出てくる。PubMed論文は基礎研究の論文が圧倒的に多い。特定機能病院の認定を受けるための1つの要件として、論文数があるが、どの病院も基礎の論文で数を稼いでいる。

基礎と実践をどのように考えているのか。

3点目は、9-5の糖尿病医療に係る非専門医から専門医への紹介数の増加について。

これは、他の項目とレベル感が違って、少し細かい印象を受ける。これを掲げる背景と目的は何か。奈良医大に糖尿病専門医が少ない、ということか。

県 慢性疾患としたのは、医療に限定せずに、地域包括など介護の取り組みも含めた意味合いである。訪看ステーションなど介護への人材供給や、取り組み支援などを含め

た役割に期待している。

堀委員

そうすると、医療という言葉がいるのでは？

県 医療のみでなく、介護も含めた概念で考えている。

堀委員

慢性疾患は病気のことである。我々が提供するの医療行為である。その意味で、他の言葉と並列にするなら、慢性疾患医療とするのがいいと思う。介護の意味合いを含める場合でもそうだと思う。

県 検討する。

2点目の研究の部分が、基礎を除外しているような印象とのご指摘であるが、これも再度検討する。

3点目、奈良県では糖尿病ネットワークを立ち上げ、非専門医は専門医に紹介をして下さい、という働きかけをしている。医大はその中心的な役割を果たしてもらいたいと考えている。そのような考え方から、この指標を設定している。

県の医療費適正化計画にも糖尿病対策を掲げているので、整合性を図る意味もある。

堀委員

奈良医大は、糖尿病専門医が少ないのか

県 そうではないと思う。奈良医大には糖尿病学講座もあって力を入れている。糖尿病専門医が少ないかまではきちんと把握していないが。

堀委員

医療の供給側として、この項目を目標として掲げるほどのものなのか。

県 県としては重要な取り組みと考えている。

堀委員

紹介数の増加はそんなに大きな問題ではないのでは。

循環器の中では重症化予防の方がウェイトとして大きいと思う。

他には、がんの対策などである。紹介数は重要性がそれほどないので理解がしにくかった。県として、そういう考えであれば結構である。

堀委員

今後、奈良医大に求める役割は、高齢者医療などになるのでは。本来、医大は急性期病院であるので、在宅との連携などは、直接的には医大は主導的立場ではない。しかし今後、地域の大学は地域連携などが求められるから、あえてこれを書くのか、どうするのか、議論が必要。従来のように急性期に特化するのか。高齢者医療がうまくいくように医大が主導するのか、議論が必要。

県 慢性疾患と高齢者医療への取り組みについて、看護師の質向上のところで特定行為研修への取り組みや、地域貢献（診療）の病病連携などで記載している。

今中委員

糖尿病専門医への紹介数は、増加すればいいけども、糖尿病患者全てを専門医だけではまかなえない。
他の項目と比べてレベル感が違う。項目としてわざわざあげる必要があるのか。

県

医療機関向けに、糖尿病のパンフレットを作成した、県内の医療機関全てに配布して強気に推進していきたいので、レベル感が違うかもしれないが、あえてこれを設定している。

今中委員

そのパンフレットを確認したい。そのパンフレットは専門医への紹介数が多くなることを目指しているのか。

県 この取組は紹介数を増やすためのものではなく、糖尿病の重症化を防ぐために、早期に専門医にかかるための取り組みを進めるものである。

竹田委員

これを医大にやって下さい、というのは少し変だと思う。これらの中で、医大に大きな役割を果たしてほしい、ということで掲げるなら良いが。

県 奈良県糖尿ネットワークの中で、医大に大きな役割を果たしてほしい、ということ。他に良い指標がないので、紹介数を指標にしている。

今中委員

災害医療の項目で、BCPの記載がない。まずはBCPを職員に周知することが重要。
目標に訓練の実施をあげるのは少しおかしい。

県 大規模災害が起きた際、関連する病院と連携して対応が必要。そのためには訓練が必要なので、そういう意味で記載している。

今中委員

ここの項目にBCPの単語を入れた方が良いと考える。

県 そのように検討する。

今中委員

24-3について、医薬品・診療材料費の比率や、24-4 労務系委託費+給与費の比率について、これらの比率を減らすと、他の項目の比率が上がる。

一般的に高度医療を進めると、医薬品比率と診療材料比率は上がる。

目標としては、医薬品や診療材料費の値引き率の向上の方がふさわしいのでは。

ただし、目標値を設定するのが難しいと思うが。

大学病院では、この比率は必ずしも下がらない。

県 医薬品比率は、高額医薬品などの影響もあるので、今のご指摘もふまえて検討する。
ただ、目標値は他大学比較としているので、他大学でも同様な影響を受けることから、影響は一定吸収されると考えている。

労務系委託費+給与費についても、他の比率が上がってよいという考えではないが、一定の比率に抑えたいという意味である。

竹田委員

7-1：搬送時受入照会回数について、回数が多いのは救急が受入先を探すのに時間かかっている。これはどうかなど。

7-2：24時間365日ER型救急体制を構築した結果、照会回数が減ったということで、指標を使うのでは意味があるが。

医大の責任ではないので、7-1：搬送時受入照会回数は取ってしまって、7-2：24時間365日ER型救急体制の効果を説明するのに、7-1を使ったらどうか。

それと、8-1：DMATチームを増やすのが目標なのはどうか。

災害の際、医大のDMATは外に出て行くし、奈良県で災害が起きた時は他府県のDMATが来る。

DMATチームを増やすと車を準備したりいろいろコストが増えるし、災害派遣した

ら病院が手薄になる。

県 7-2ができる前提で7-1を設定している。

以前は救急搬送時照会件数4回以上の照会割合は11%程度だったが、ここ数年1~2%ずつ減ってきている。

8-1について、医大には現在DMAT4チームあるが、それを増やしたい。

医大で4チームではやや少ないので増やしたい、との話を聞いている。

竹田委員

12-1：医師国家試験合格率について、私大は受からない人に受検させない。

常に国公立トップテンなどの方がよいのでは。

12-3：CBTの成績の悪い人は国家試験の合格率が良くないことはわかっている。

目標値を点数にするより、下位何%とかの人に、14-1の学習支援を受けれるようにするとかの方が良いのでは。

県 トップテンの話はそのような観点もあるので検討させていただく。

14-1成績下位者に対して支援は行うが、12-3もご指摘の観点も踏まえて検討する。

竹田委員

PubMed論文数2400件はどうか。

働き方改革などで、研究の時間が削られ、論文に割く時間が少なくなる。

今は国立の新設医大より論文数は多いが、医大がこの目標に簡単にうん、というのか、と思う。

あと19-1：質の高いがん治療実施比率で、60%としているが、この目標をクリアするため、患者を選択するようなこともあり得る。この設定をするのであれば、どういう治療をするために、どういう機械を導入させるとか、そういうのと合わせていかないと。

よく新聞でがん生存率とか出るが、大学病院は難しい患者が多いので低くなる。

単純に、この数字をあげていいのか。

県 PubMed論文数について、この6年間で大学院生の数が増えている。それに伴い、論文数も増えた。これは医大とも意見交換して、目標として適切だと考えている。

19-1：質の高いがん治療実施比率について、平成28年度にE病棟が完成し、新しい高度な医療機器を導入した。これを活用して質の高いがん治療実施比率の向上を目指している。

竹田委員

印象だが、働き方改革で有給休暇を倍増とか、障害者雇用率の増加とか掲げている。障害者雇用は、外廻りの清掃など、できることは限られるし、すぐに辞めたり、定着しない。ここまで書くのかな、という印象。新しいことをやるのは良いが、運営費交付金がかかなり少ない。

働き方改革をやろうとすると、人件費がかかる。消費税も上がるし、診療報酬改定もあるので、運営費交付金の見直しは検討すべき。

- 県 障害者雇用について、奈良医大では結構活躍していただいております、雇用率は高い。これは医大の強みであり、伸ばしていただきたいと考えている。
運営費交付金は、ご指摘のとおりで、今後検討していく。

安田委員

障害者雇用率2.82%というのは中途半端な気がする。2.8%とかにしないのか。

- 県 県の障害者計画にこのような数値があげられ、それと整合させている。

今中委員

24-2 未来への飛躍基金はどのような取り組みをしたら増えるのか。

- 県 主にOBの方に、協力をお願いしている。医大への支援呼びかけ等により増やしていく。他に、ふるさと寄附金も活用しており、そちらは税制上のメリットがある。

今中委員

24-1：繰越欠損の縮減について、病院が黒字になることと、運営費交付金や補助金を増やすことで縮減するのか。

- 県 結局、収入と支出の話になるので、病院経営の黒字や、運営費交付金が増えれば縮減されていく。H28年度のE病棟整備で一時的に支出が増えて赤字が拡大したので、それを取り返していくというところ。

安田委員

2～3年のうちにこれは返せるか。

- 県 繰越欠損の話になるので、県の支援も医大の経営努力も必要で、それらで解消していくこととなる。

今中委員

24-3: 医薬品・診療材料費比率の話に戻るが、これを削減して黒字化を目指すのはわかるが、これはあまり目標にならないのでは、値引き率ならわかるが。高度な医療をすると高くなる。

公立医大で最低の比率ということが誇れるのか、というのが難しいところでもある。例えば医業収支の黒字の部分は何%にするとか、そちらの方がわかりやすい。

難しい目標ではあるが。

人件費率はあまりに高ければ下げないといけないので目標にはなるが、ある程度下げている場合は目標にはならない気がする。収入を上げれば人件費が増えても比率は下がるようなことはあるが、直接的な目標にはならない。

大事だと思うので、もう一度申し上げる。

堀委員

材料比率は国立循環器センターは非常に高い。人工心臓とか使うので。

高度な医療の影響を受ければ比率は上がってしまう。

節減できるところをどれくらい節減しているか、そのような評価の方がよいと思う。人件費も本当の評価が難しい。手厚い医療をやろうとすると、人件費は高くなってくる。

例えば、緩和ケアはいくら病床を増やしてももうからない。白内障の手術だけやっていたら儲かるが、大学病院はそんなところではない。

人件費の評価は非常に難しい。評価項目にしなくてもよいのでは。

県 ご指摘をふまえ検討する。

今中委員

慢性疾患と高齢者医療について、教育のところでコミュニケーションを重視して書いてあると思うが医療の内容も大事だと考える。

コミュニケーションに偏重している。

県 医療については一定のレベルに達している。コミュニケーションを重視しているのでそれについて記載している。

堀委員

チーム医療という言葉を入れた方がよい。

安田委員

3期中期目標についていろいろご意見いただいたので、事務局で集約して再度検討していただき、それを再度委員に確認していただいて、とりまとめる、ということをお願いしたい。