

平成30年度第2回 新小樽市立病院改革プラン評価委員会 議事概要

日 時 平成30年8月6日（月）午後6時30分～午後7時30分

会 場 小樽市立病院 2階講堂

出席者 委員長 伊藤一氏（小樽商科大学商学部 教授）

副委員長 中村博彦氏（中村記念病院 理事長・院長）

委 員 土橋和文氏（札幌医科大学病院 病院長・教授）

高野拓也氏（公認会計士高野事務所 公認会計士・税理士）

夏井清人氏（小樽市医師会 理事）

病 院 局 並木病院局長、近藤院長、馬淵統括理事、櫻木特任理事、
久米田理事・副院長、田宮理事・副院長、信野理事・副院長、
高丸理事・副院長、越前谷理事・副院長、萩原理事・看護部長
有村主任医療部長・院長補佐、金子事務部長、白井薬剤部長、
金谷副看護部長、田中検査科室長、保科地域医療連携室次長、
渡辺栄養管理科主幹、佐藤リハビリテーション科主幹、
南出臨床工学科主幹

事 務 局 佐々木事務部次長、澤里事務部主幹、柴田事務課長、鈴木経営企画課長、
三田医事課長、堀合診療情報管理課長

欠席者 委 員 山崎範夫氏（小樽商工会議所 専務理事）

【1 開会】

（委員長） お晩でございます。本日はご多忙のところお集まりいただきありがとうございます。ただ今から、「平成30年度第2回新小樽市立病院改革プラン評価委員会」を開催いたします。はじめに委員の出席状況について、事務局からお願いします。

（事務局） 本日は、評価委員会委員6名の日程を調整させていただきまして、全員出席可能な状況でありましたが、山崎委員より所用のため欠席との連絡をいただきまして、本日は委員長を含め5名の出席でございます。

【2 協議】

（委員長） それでは、次第2番目の「協議」に入りたいと思います。

まず、確認ですが前回の委員会でスケジュールを協議し、今回の第2回と次の第3回の委員会で、皆様方から「平成29年度 of 取組状況及び収支状況等に対する意見」と「改革プランの推進に関し必要な事項についての意見」をいただくことになっています。

前回の委員会では、事務局から平成29年度の取組状況と収支状況について説明がありましたが、皆様方からの意見をまとめていくために、新たに評価表を作成してもらいました。本日、この評価表に基づいて、皆様方から、率直な意見や評価をするために必要な質問をいただきたいと思います。まず、事務局から評価表の説明をお願いします。

(事務局) 本日の資料であります改革プラン評価表(平成29年度分)の作りをご説明させていただきます。右側に大項目ごとにAからEの委員評価とコメントを記載していただく書式となっています。1から7ページは、29年度 of 取組状況の評価で、前回の委員会でご紹介している内容です。8から11ページは、平成29年度 of 経営指標に係る数値目標の評価で、数値は前回の委員会でご説明のとおりです。なお、中央部分にポイント欄を新たに設け、29年度 of 状況と、各項目の位置付け等を記載しています。評価表の作りについては以上となります。

(委員長) 評価表の作りは、事務局説明のとおりでありまして、先ほど申し上げましたとおり、本日はこの評価表の大項目ごとに意見や質問もいただきたいと思いますと思っております。

各委員からの評価に関しては、期日を決めて、8月中旬ごろになると思いますがこの評価表を事務局に提出していただき、事務局で整理したものを、次の第3回委員会で皆様方と詰めていく形にしていきたいと考えています。

それでは、まず、評価表1ページの平成29年度 of 取組状況の評価から入りたいと思います。大項目「1. 民間的経営手法の導入」について、中項目が(1)から(3)まであります。ご意見やご質問等がありますでしょうか。

(副委員長) 地域医療支援病院を見据えた分析を行うとか、総合入院体制加算の取得を目指すとなっていますが、何年後に取得するなど具体的なスケジュールはできていますか。

(金子事務部長) 地域医療支援病院の取得については、未だ具体的なスケジュール等は定めておりません。当院の紹介率・逆紹介率は、取得するにはまだまだ乖離がありますから、取得を目指してまずは少しずつ紹介率・逆紹介率を上げていこうという取組を進めている状況でございます。

(副委員長) 紹介率・逆紹介率の具体的な数値はどうなっていますか。

(並木局長) 平成29年度は、紹介率33%程度で逆紹介率は27%程度です。今年度から一生懸命取り組んでいるところです。

(副委員長) 何年後に取得するという具体的なスケジュールではなくて、まずはそれに向けて努力をする状況ということですね。

(並木局長) 当院では選定療養費も取っていないため、そういうことも含めてこれから取り組んでいかなければならないかなと思っています。

(副委員長) わかりました。

(夏井委員) 改革プラン評価表の中でKPIという表現で評価されていますが、KGIはどのように設定されていますか。

(事務局) KPIに関しましては、具体的な取組状況というところで各大項目・中項目に関して、改革プラン本体の収支計画を最終的に到達させるために、各々具体的な取組の中で数値目標等を設定しています。改革プラン期間 of 平成32年度までに、これらのKPIを達成することで改革プラン本体 of 最終的な目標を達成するという見込みで計画した指標です。

(夏井委員) 平成32年度 of 数値設定や目標設定が、色々な項目について、それぞれ設定されていて、それに向かって年々黒字化されていくという話でしょうか。

(事務局) はい、そうです。

(夏井委員) ありがとうございました。それともう一つ、それに対して経営成績というかキーファクターといったものも検討しながら出されるのでしょうか。

(事務局) 具体的な取組の中で最も重要な指標という項目ということで設定し、それを KPI として定めております。

(夏井委員) 例えば、KPI 設定値が「会議の件数が 1 件」とされていますが、ただ会議をやりましたということで「達成」という考えではなくて、どのような取組をして、どのようなディスカッションをして、どのようにみんなで理解したかということや、議題も具体的なことがあって初めて「達成」とするべきではと思います。今回この委員会で会議されていますので、今回の議事録を参考にいただければ幸いです。

(委員長) 他にございませんか。

(土橋委員) やはり紹介患者の増加と逆紹介率の増加は公立病院では不可欠な問題だろうと思います。いかなる工夫をしているかということですが、実はそれほど難しいことではなくて、恐らく電子カルテシステムを使っているでしょうが、この時のコストの取り方について、単なるお返事というのを廃止し、きっちりとコストを取るようなお返事の体系を組めば、それだけで自動的に上がると思います。

それともう一つは、紹介率・逆紹介率の比率ですが、通常は紹介率 1 に対して逆紹介率 2 はないと厳しい。紹介してきたのに逆紹介が 2 あるのはどういうことかということですが、ご自身たちで抱えないという指標です。つまり、民間病院と併診する場合、当該病院には半年に 1 回来てその都度大きな検査をして返してあげるということをすれば、紹介率より逆紹介率の方が凌駕するというのが普通ですので、是非それを目指していただきたい。また、紹介率を上げるには、やはり看護師の力が非常に強いので、「紹介文・紹介状があったでしょうか」という確認をしっかりとっていただきたいと思います。

それと、物理的に紹介率を下げる要素が二つあります。一つ目は院内紹介です。つまり、A 科で受診して B 科を同時に併診するという場合には紹介料が発生いたしませんので、紹介率をどんどん下げてしまう要素になります。これはできれば、サービス低下にならない程度に抑制するということです。入院時の他科受診も同じことが言えまして、これもあまり頻発させますと、見かけ上の紹介率を極めて低くさせてしまう要素ですので、この辺は病院全体で取り組む必要があると思います。この点については、自分の医療圏から他の医療圏にどのくらい流出しているかをしっかりと数字として掴んでおく必要もあろうかと思っています。これがないと、つまりここを操作できるような要素を何か 1 つ持っておかないと、いつまで経っても単に紹介率・逆紹介率が上がっていかないと思います。具体的には、マクロデータからすると、ここの地域の利用率は恐らく 3 割を割るのではという数字が出ています。つまり、現在日本の医療では好きなのところに受診できますので、患者さんも好きなのところに行ってしまう訳ですけども、これを高めていく工夫、すなわち札幌圏に流出した患者さんの 2 次フォローアップをどうやっていくかを真剣に考えた方が良いと思います。その点が少し気になりました。

(委員長) 事務局からご意見等ございますか。

(金子事務部長) 今、お話のあった小樽地域の方がどれくらい札幌圏に受診しているかとい

う数字的なものにつきまして、先日後志の地域医療構想説明会がございまして、その資料では、平成 27 年度の国の受療動向という中で、入院については小樽地域の方は 76%が小樽市で、23%が札幌で受診しているという数字が出ております。外来については 90%以上が小樽市で、札幌へは 9%ほど受診しているという数字が出ております。

(土橋委員) 失礼しました。逆に覚えておりました。ありがとうございます。

(委員長) 「1. 民間的経営手法の導入」に関してはよろしいでしょうか。先ほど KPI に関して質問が出ましたけれども、この計画案に関して私達委員はタッチしておりませんので、計画案まで評価することはできないのですが、ご指摘の様にこの計画がいかに目標達成に繋がるかというパスと言いますか、戦略的なマップ、そういうものを本来しっかり作っていただくことが必要であると思っております。

それでは、次の「2. 経費削減・抑制対策」の項目に入りたいと思います。この項目に関してご意見やご質問等はございますか。

(高野委員) 「(1) 委託契約の点検・見直し」について、取組状況のところで 1 億円以上の契約を対象に分析する記載がありますが、委託費全体が 10 億円ぐらいと推測され、そう考えていくともう少しハードル、つまり 5 千万円だとか 3 千万なのかというのは議論があると思いますが金額を下げての検討が必要ではないかと思いますが、その辺りはどのようにお考えでしょうか。

(事務局) 今のご指摘のとおり、金額の低いものも今後手掛けていかなければと思っておりますが、まずは金額の大きいものから着手している状況です。今後、ハードルを下げて検討していきたいと思っております。

(高野委員) 了解いたしました。あと 1 点、留意事項になるのですが、本来外部委託化するのが実は望ましいのではないかとという項目もあろうかと思います。ただ、こういう指標があるが故に委託化しないという方向に意識が働いてしまって、結果として全体の利益を損ねることも起こり得るのでその点についてはご留意いただければということでよろしくお願いします。

(委員長) ありがとうございます。他にございませんか。

(土橋委員) 細かい事で恐縮ですが、医療材料と医薬品の圧縮についてお尋ねします。採用数 1 増 1 減の原則により、在庫の設定値あるいは採用医薬品の設定値が 1,550 品以下ということで相当少ないと思います。これは、逆に診療科に不自由を起こしていないのかが心配です。つまり、使いたいものが使えていないのではないかと心配になる数値だと思います。その時に、昨今ですとコードが非常に多くなったので、在庫数というかコード数はいくら持っても同じで、結局、積み上がった在庫がどれくらいあるかということ自体が問題であろうと思います。そこで質問ですが、在庫は材料あるいは医薬品で何日ぐらい持っていますか。それから、ベンチマークをとるにあたってここでは何パーセント以上のベンチマークを目指していますか。また、使用する物品においては必ず「逆ざや」の物品が存在する訳ですが、これがどの程度入っていますか。それから、総額規制で非常に重要なのは、やはり高額医薬品に対する数、特にバイオシミラーを使っているかどうかについて伺いたいと思います。

(事務局) 医薬品に対する採用数 1 増 1 減に関しまして、現場で不自由を起こしているのではというご質問については、申し訳ございませんが私の方では把握しておりませんので、後ほど別の者がお答えしたいと思います。

(土橋委員) 在庫量などについては、多分、SPD が在庫量、購入量、使用量の 3 つはすぐに出してくれると思います。これが、コンビニエンスストアだと 2 週間、大きな病院で大体 38 日、民間病院ですと 30 日程度。そこが在庫の分岐点と言われておりますので、多分、低ければ低いほど良いと思います。それで貴院はどれくらいかなと。それで大体 SPD が頑張っているかどうか、監視できる数字なものですから。

(事務局) SPD に関しましては、平成 29 年度は検討中ということで今年度あらためて検討しているところです。在庫数ですが、まず薬剤に関しましては薬剤部に確認したところ約 8.1 日分となっております。医療材料に関しましては、各現場における定数管理は行っていない状況ですので、院内在庫数の把握ができておりません。SPD 倉庫で管理している物に限りますが、約 3.25 日分の在庫となっております。

(土橋委員) SPD 倉庫は院内ですか、それとも院外ですか。

(事務局) 院内となっております。

また、逆ざやについてですが、いわゆる保険償還の点数が付いているもので当院が扱っている品目数は約 2,700 点で、金額では年間約 2,900 万円程度となります。このうち、100 点ほどが逆ざや状態です。金額に換算いたしますと、償還差額全体では約 4,650 万円のプラスですが、逆ざや部分は約 100 万円のマイナスという試算でございます。

(土橋委員) パーセンテージはまだしも総額としては非常に低いので、適正かと思います。ただ、これも多分消費税が増えてくると、どんどんと知らない間に増えていきますので、定期的に監視していかないと大変なことになります。これは、診療科に監視しろと言っても無理なものですから、事務でしっかりとやっていなければならないと思いますのでよろしくお願いします。

(事務局) もう一点、医療材料のベンチマークに関しましては、当院では未実施の状況です。

先ほど申し上げました SPD と合わせて検討していくこととなっております。

(土橋委員) あと、バイオシミラーについて、多分入っているとは思いますが、積極的に入れる方向なのでしょうか。

(白井薬剤部長) バイオシミラーだけではなく、高額薬品ということでは、モノクローナル抗体抗がん剤などがかなり高額な薬品として挙げられています。後発品を出していない薬品については仕方がないのですが、後発品を出している抗がん剤につきましては、市場の評価を考えてなるべく早めに切り替えております。バイオシミラーについては、医学上の評価がありますので、使えるものについては使っております。特に低分子製剤は切り替えておりますが、高分子製剤については難しいものがありますので進んでいない部分もありますが、なるべくそういうものは後発品を使うということであります。

それともう一つよろしいでしょうか。今、厚生労働省から高額な抗がん剤についての複数回使用に関する通知が来ており、使えるものは複数回使うようにはしているのですが、当院の場合は、病院の規模からしますとなかなか同じ日に同じものを

使う患者さんがあまりいないというのが現状です。

(土橋委員) ありがとうございます。バイオシミラーはおっしゃるように若干危ないところがあり、初回投与は避けた方が良いと思いますが、安定期に入る患者さんについては、特にリウマチ系の疾患群については、恐らく置き換えられるだろうと思います。恐らく次年度となるのでしょうか、消費税等々出てきますので、かなりの勢いで増えるだろうと思います。それと、もう一つは薬剤部処方の方ですが、一般名処方をしているのかどうかですが、これはなかなか難しいことだろうとは思いますがいかがでしょうか。多分この規模の病院ですとかなりの節約になるだろうと思うのですが。

(白井薬剤部長) 医薬品の採用に当たりましては、基本的には1増1減を原則として採用しております。

それから、一般名処方につきましては、この4月から保険点数も上がったということもありますので現在、内部で調整しております。薬事委員会、医局会を通して、秋頃から導入という準備を進めております。システム的な問題もありますので、ここら辺を上手くベンダーと調整しまして、もうそろそろ進めたいと考えております。

(土橋委員) ありがとうございます。

(委員長) 他にございませんか。

(各委員 発言なし)

(委員長) では、次に進みます。3番目の大項目「3.収入増加・確保の対策」で、中項目が(1)から(8)まであります。何かご質問・ご意見等がございましたらお願いします。

(土橋委員) DPCについて、非常に活用されて診療科の意識付けに寄与しているという記載があります。どういう指標をDPCに対して持ってくるかということについて、今はほとんどのDPC病院では、非常に簡単に行うとすれば二つの指標があります。つまり、DPCⅢ群退院率というのをコード別に出して各科を指導していく。DPCⅡ群退院というのは、全国平均の退院日数ということになりますので、つまり、Ⅲ群比率が多いと全国平均と比べて非常に長い入院を取っているということになります。大学病院ですと、実はⅡ群未満が6割ということであったりするのですが、これが少なくとも50%未満であるというのがとても簡単だと思うのですが、そういう分析をなさっているのか。もう一つは、非常に平易に出せる数字としては「出来高／DPC比率」、収入に対して45%はDPCでしょうから、その分を出来高で積み上げたものと比較する。これが多分ロスを考えると5%ぐらい高くないと、つまり1.05、1.08とかいう数字を出さないと、多分、病院としてはちょっとしんどいと思います。こういう数値を見られるものがあるかということを確認したいのですが。

(堀合診療情報管理課長) 当院にはDPC委員会がございまして、こちらの方で経営分析ということでソフトを入れて行っております。また、病棟の運営検討委員会がございまして、こちらにてベッドコントロールも兼ね合わせたシートを出しております。当院としましては、先ほど土橋先生がおっしゃっていたDPC入院期間ⅠからⅢでも、退院割合というのは出しておりませんが、2週間に1回の間隔でDPC入院期間Ⅱを超えた患者さんのリストを全医師に配布しまして、なるべく回転の良い病床運営を

していただくようにしております。当院の平均ですが、ⅠとⅡを合わせた患者さんの割合は6割程度ということで、やはりそこをもう少し高めていかなければいけないということで作業を進めているところです。

(土橋委員) ありがとうございます。恐らく、各科にベッドを埋めてくださいと指導をしていきますと、実はどんどん入院期間を長くしにいつて見かけ上埋めてしまう、というかなり不自由な格好になる。逆に言うとそのような数字を出しにいつて、非効率的と言ったら変ですが「早く帰してね、空く分は病院全体で埋めますよ。」というスタンスをしっかりとしていれば、効率が良くなっていくと思います。簡単に出来ますので、これは是非、疾患・コード別をなされた方がよろしいかと思います。

(委員長) ありがとうございます。他にございませんか。

(副委員長) クリニカルパスの活用は良いのですが、パスの設定で、よくオフィシャルに出してしまうと結構薬剤を多めに使ったり、結局パスを使ったらかえって病院としては持ち出しが増えて損することがあるのですが、その辺のチェックはしているのでしょうか。

(越前谷副院長) パスをコストできちんと把握しましょうという動きを行う計画はあります。メディカルコードにて算定してもらうということを要求しているのですが、結果がまだ出てきていません。システムを整えているところであり、運用し適応している最中ということでご理解いただきたいと思います。

(委員長) ありがとうございます。他にございませんか。

(各委員 発言なし)

(委員長) なければ、大項目「4.その他」のところで中項目が2つありますが、何かご質問・ご意見はございますか。

(各委員 発言なし)

(委員長) よろしいですか。なければ次の「Ⅱ平成29年度経営指標に係る数値目標の評価」に入りたいと思います。「1.収支改善に係るもの」ということで、項目が3つございますけれども、これについてご意見等ございますか。

(土橋委員) どれくらいの収益を目指すのかという設定が重要ではないかと思います。つまり、一般的には人件費を削減することは不可能ですので、そこを固定費としてどのような設定をしていくかというところで演算式を出していく訳なのですが、ほとんどの病院でやっているのは、「人件費／(診療収入額－医薬品医療材料費)＜80%」というのを科ごとに全部、あるいは疾患ごとに行っている。つまり、非常に高い物品・薬品を使うのは収入増にはなっているのですが、決して収益として増にはなっていないというところを数値化することが、必要になると思います。非常に簡単にやるには、「(人件費＋医薬品医療材料費)＜診療収入×80%」というのと同じ数値になりますけれども、これらを基にして指導していくことが必要になると思います。つまり、例えば人件費は固定と考えてそれに対して収益をどこまで上乘せしていくかという数字になっていきますので、数だけだととても達成できないのでそこをコンパクトにして単価を上げて回転させる。そうすると比率が、各部門の材料費が上がってきます。その一定式というのはどこかでフラットに達しますので、そこまで頑張る。あなたの科はコンパクトにやるのか、それとも数を入れるのかというの

を科ごとに出していかなるを得ないので、そのような工夫が事務方で必要となってくる。数字も診療科ごとに出してみると結構面白いのですが、これは診療科としては辛いのですけれども、そういう数値になると思います。

(金子事務部長) 診療科ごとの材料費は、SPD がきちっと入っていない中では、レセプトデータにおける償還部分や手術台帳からある程度の分かる範囲で一定程度の数字は出しています。しかし、診療科ごとの材料などは把握できていないため、全体ですと次の「2.経費削減に係るもの」の指標にあります。職員給与費率が平成29年度では53.9%、材料費比率が24.5%でこれらを足しますと78.4%と、先生がおっしゃられた80%を切る数字にはなっていますが、診療科ごとまでの分析には至っていない状況にはあります。

(委員長) 土橋委員のところでは、診療科ごとにやっているのですか。

(土橋委員) 表立ってできないので、裏数字として使っています。診療科に見せる数字は10個ずつあり、会ったときに話しをするのですが、ただそれを会議に出すかということ中々出せない。決まりきった数字しか当然出てこないのですけれども、裏では取っています。

(委員長) 手術室とか共通で使うところの散布率と言いますか、それについては。

(土橋委員) 按分できない検査とかは按分しなくてもよい数字を持っていくしかない。按分を正確にやろうと思っても絶対にできないので無理だと思います。病院中が大赤字の時にいくらやっても全く無駄ですが、これだけ収支が合ってくるとおそらく科ごとに相当差が出てくると思います。そういう細かい認識をすると診療科に関してインパクトが強いということになりますので、出す価値があると思います。

(委員長) ありがとうございます。私もある病院でヒアリングしたことがあります。院長さんだけが知っているというケースがよくあるのですね、やはり。では、他にございますか。

(各委員 発言なし)

(委員長) では次に「2.経費削減に係るもの」ということで、中項目が(1)から(3)までありますが、ここで何かございますか。

(高野委員) 「(2)材料費比率」が未達成ということで質問いたしますが、例えば在庫の管理上、廃棄ロスとかが問題になっていることはないでしょうか。

(金子事務部長) 確かに薬品や通常で材料で、使用期限がきてそのまま使えなくなって廃棄するということはあります。薬品は数字を押さえているのですが、それ以外の材料につきましては金額的なものは押さえきれていない現状にあります。

(高野委員) そこは今後の在庫管理上の改善テーマだと思いますのでよろしくお願いします。

(委員長) ありがとうございます。では、「3.収入確保に係るもの」に入りたいと思います。(1)から(6)までございますが、これに関して何かございますか。

(副委員長) 「(6)平均在院日数」だけは精神科を除いておりますが、病床利用率や平均患者単価なども精神科を除いた数字を出した方が分かりやすいというか、比べやすいので両方出した方がよいと思います。精神科以外は病床利用率が非常に高いと聞いておりますので。

(金子事務部長) この数字につきましては、一般と精神を分けて各委員にお示ししたいと思

います。

(委員長) ありがとうございます。他にございますか。

(各委員 発言なし)

(委員長) それでは、「4. 経営の安定性」に係るものということで(1)のみありますが、これについてはいかがでしょうか。

(各委員 発言なし)

(委員長) それでは、最後に全体を通して、項目に関わる部分もあると思いますが、これに関して何かご意見・ご指摘はございますか。

(副委員長) 実際、自分の病院の患者さんでも決して経済状況が良い訳でもなく、生活保護に近い厳しい状況の方もおり、貴院でも結構未収金が多いのではと思います。特に市立病院ですとあまり厳しくできないということですので、取組状況などを聞かせていただければと思います。

(金子事務部長) 未収金の状況ですが、患者個人の未収金につきましては平成29年度末で2,400万円ほどございまして、対策としましては、医事課の方で日々未収がある方については翌日、翌々日に患者さんの所へ電話をして支払方法などを相談しており、それでもお支払いいただけない場合は未収金管理システムから督促状の送付をしています。督促を何回か出してもお支払いいただけない患者さんにつきましては、債権回収の委託をしている「みずなら法律事務所」にお願いをしている状況です。あとは適時、医療相談というか支払相談、分割納付の相談や高額医療費、公費医療などの申請方法等を入院する際に説明するなどの対策は行っておりますが、なかなか大きく減るといったところまでには至っていない状況です。

(副委員長) 札幌ですと保険に入っていない方が結構いるのですが、小樽はどうでしょうか。入院して急遽保険に入れたとかはありますか。

(三田医事課長) 当院でも救急あるいは土日も入院で入って保険証がない場合がありますので、そこは医事課の職員が患者さんと一緒に、小樽市の方であれば小樽市役所と交渉して、収入がある方は国保、収入がない方につきましては生活保護も含めた上で相談して無保険状態にはならないように活動しております。

(委員長) ありがとうございます。他にございますか。

(土橋委員) いま、病院では看護必要度や医療重症度を非常に高くしなければいけないということで大変なのですが、どのような状況にあるのでしょうか。

(事務局) 看護必要度についてですが、一般病棟の必要度に関しましては、直近1年間で30%を切った月は1回のみであり、おおむね33%前後となっております。

(委員長) よろしいでしょうか。それでは、評価表に関しまして、事務局からデータを各委員宛てに電子メールで送信いたします。各委員におきましては、8月22日(水)までに、事務局あてに返送していただくようお願いいたします。これは、評価ランキング(AからE)を書いてコメントも入れてということで、時間も短いので申し訳ないのですが、コメントも含めて送っていただければと思います。ご意見を事務局で整理いたしまして、次回の委員会で皆様方と詰めていく形にしていきたいと思っております。

次回の委員会は9月3日(月)を予定しております。また、電子メールのやり方

以外の方法を希望する方がおられれば、事務局に言っていただければと思います。

【 3 その他】

(委員長) 次に、議題 5 の「その他」ですが、皆さんから何かございますか。

(各委員 発言なし)

(委員長) それでは、次の開催日について、事務局からお願いいたします。

(事務局) 次回ですが、ただいま委員長からもお話しがございましたけれども、第 3 回の委員会ということで 9 月 3 日 (月)、時間は同じく 1 8 時 3 0 分から、こちらの講堂を会場として行いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

あと、先ほどお話しにもでておりましたが、一般と精神を分けた形の数字を入れてこの資料を近々に送らせていただきたいと思いますのでよろしくお願いいたします。

(委員長) ありがとうございます。他に何かございますか。

【 4 閉会】

(委員長) それでは、本日用意された議題は全て終了しましたので、これで委員会を終わりたいと思います。どうもありがとうございました。

以 上