WEB MAGAZINE

No.202

2011.11.8

週刊WEB 医業経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

介護保険料、大企業社員は月 900 円増
「総報酬割」制度を来年度導入した試算を提示
厚生労働省　老健局

通所介護で機能訓練の強化めぐり賛否分かれる
社保審介護給付費分科会時間区分見直しを提案
厚生労働省　老健局

2 経営TOPICS

統計調査資料
最近の医療費の動向　平成23年4月～5月号

3 経営情報レポート

労務管理トラブルを未然に防ぐ
医療機関に潜む労務リスク対応策

4 経営データベース

ジャンル:医業経営　サブジャンル:事業継承
納税資金確保対策の種類
相続財産評価引下げによる節税対策

医療情報
ヘッドライン 1
厚生労働省
老健局

介護保険料、大企業社員は月 900 円増
「総報酬割」制度を来年度導入した試算を提示

厚生労働省老健局は 10 月 31 日、社会保障審議会の介護保険部会で、40～64 歳の現役世代が支払う介護保険料について、加入者の平均年収が高い健康保険組合ほど負担を重くする「総報酬割」と称する制度を来年度導入した場合の試算を提示した。これによると、大企業が運営する健康保険組合の１人当たり負担額（月額、労使合計）は、導入しない場合より 900 円多い 5,800 円になる予定で、厚労省はこの結果生じる国庫負担の軽減分を介護職員の給与維持に回す方針としている。

現行の介護保険制度は、給付費の５割を税金、２割を 65 歳以上の高齢者、３割を 40～64 歳の現役世代が負担する仕組みとなっており、その中で、現役世代分は加入者数に応じて、均等にそれぞれの健康保険組合に割り振っている。厚労省は国民健康保険を除く健康保険の負担分について、加入者の年収の平均に応じて傾斜配分する仕組みを取り入れる方針としている。

総報酬割を完全導入した場合、平均年収が低い中小企業の社員が入る全国健康保険協会（協会けんぽ）の１人当たり負担額は軽減され､導入しない場合よりも 100 円低い 4,000 円になる。健保組合でも平均年収の高い約４分の３の組合では負担が増えるが、負担が減る組合もある。

最も負担が重い上位 10 組合では、１人当たり負担額が導入しない場合の２倍程度に跳ね上がるという。これにより、大企業などの反発が強いため、完全導入は難しいとの見方がある。

同省は全体の３分の１を総報酬割にし、残り３分の２を従来の人数割にした場合の試算も併せて公表した。この場合、健保組合の１人当たり負担額は導入しない場合よりも 300 円多くなる。

総報酬割の導入に伴い、政府は協会けんぽへの補助金を減らす方針を示している。完全導入の場合で 1,300 億円、３分の１の導入で 430 億円、国の負担が軽くなるという。

同省は負担の増える現役世代の理解を得るため、利用者負担の引き上げ策も示した。比較的所得の多い高齢者の利用料負担を現在の１割から２割に引き上げることや、介護施設の相部屋の入居者にも室料を求めることなどを検討する。同省はこうした負担増の代わりに、介護報酬の増額や低所得高齢者の保険料負担の軽減を認めるように、財務省と交渉する構えとしている。

介護報酬の増額は介護職員の給与の維持に充てる。現在は 09 年度の補正予算で設けた基金からのお金で職員の給与を月１万 5,000 円上乗せしているが、基金は今年度で切れる。このため、職員給与を維持するには介護報酬を大幅に増やすことが必要となっている。

医療情報
ヘッドライン2
厚生労働省
老健局

通所介護で機能訓練の強化めぐり賛否分かれる
社保審介護給付費分科会時間区分見直しを提案

厚生労働省老健局は 10 月 31 日、社会保障審議会の介護給付費分科会を開き、サービスごとの個別論点検討の第二段階として、通所介護、リハビリテーション、予防給付、居宅介護（予防）支援の報酬や算定要件などについて議論を行った。

主な議論内容は、平成 24 年度介護報酬改定での通所介護サービスの基準と報酬の見直し案を提示し、現行の「3－4時間」「4－6時間」「6－8時間」などに分かれている時間区分を、「3－5時間」「5－7時間」「7－9時間」などに見直す等となっている。

通所介護については、（1）個別機能訓練加算Ⅰを廃止し、基本報酬に組み入れて包括化するとともに、看護職員が配置されている通常規模型以上の基本報酬を適正化する、（2）小規模型の基本報酬について、実態に応じた適正化を行う、（3）利用者の自立支援の観点から、個別的な機能訓練を評価する加算を創設する、（4）サービス提供実態や家族介護支援の観点から、時間区分の見直しと延長加算により長時間サービスを評価する仕組みとする、（5）生活相談員と介護職員の人員配置基準について、柔軟な人員配置を認めるために常勤換算方式と、事業所毎配置を導入する、（6）事業所と同一建物に居住する利用者について、送迎分の適正化を図る、といった論点が示された。

このうち（1）と（3）は1セットとし、（1）では、一般的に行われている機能訓練については基本報酬に包括化し、（3）では新たに特別な機能訓練を行っていることに着目した加算を設けるというものだ。

また、（2）の小規模型の基本報酬については、平成 23 年介護事業経営実態調査結果を踏まえて、報酬引下げを行いたい考えとしている（現行の 17％上乗せから、実態調査による 15％程度への引下げ）。

通所リハについては、医療と介護のシームレスな連携を図るために、（1）リハマネジメント加算の算定要件を見直す、（2）1 時間以上 2 時間未満の短時間型通所リハの強化を行うほか、「医療の必要性の高い利用者の受け入れの評価」、「サービス提供時間が異なっても整合性のとれた報酬体系とする」、「要介護度の変化をアウトカムとして、事業所ごとの評価を行う」ことなどが示されている。

訪問リハについては、（1）リハ指示を出す医師の診察頻度を利用者の状態像にあわせて柔軟な対応を可能とする、（2）介護老人保健施設を地域で在宅療養を支援する拠点として位置づけるために、老健施設から提供される訪問リハを見直す、（3）リハ専門職と訪問介護のサービス提供責任者が同一時間帯に利用者宅を訪問し、リハ専門職からサービス提供責任者へ指導等を行うことを評価する、（4）サテライト型訪問リハ事業所の整備を検討するとの論点が示された。

経営 TOPICS
❖
「統計調査資料」
抜 粋

厚生労働省
2011年10月25日公表

最近の医療費の動向

平成23年4月～5月号

1　制度別概算医療費

●医療費の推移

（単位：兆円）

	総　計	医療保険適用								公　費
		70歳未満	被用者保険	本　人	家　族	国民健康保険	（再掲）未就学者	70歳以上	（再掲）75歳以上	
平成19年度	33.4	17.4	9.5	5.0	4.5	7.9		14.5		1.5
平成20年度	34.1	17.7	9.8	5.2	4.6	7.9	1.3	14.8	11.4	1.6
平成21年度	35.3	18.1	10.0	5.3	4.7	8.1	1.3	15.5	12.0	1.7
平成22年度	36.6	18.6	10.3	5.4	4.9	8.3	1.5	16.2	12.7	1.8
4～9月	18.1	9.1	5.0	2.7	2.4	4.1	0.7	8.0	6.3	0.9
10～3月	18.5	9.4	5.3	2.8	2.5	4.2	0.8	8.2	6.4	0.9
平成23年4～5月	6.2	3.1	1.7	0.9	0.8	1.4	0.2	2.8	2.2	0.3
4月	3.1	1.6	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.4	1.1	0.2
5月	3.0	1.5	0.8	0.4	0.4	0.7	0.1	1.4	1.1	0.2

注 1. 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会における審査分の医療費（算定ベース）である。
注 2. 医療保険適用 70 歳以上には、長寿医療の対象（平成 19 年度以前は老人医療受給対象）となる 65 歳以上 70 歳未満の障害認定を受けた者を含む。医療保険適用 75 歳以上は、後期高齢者医療の対象となる者に係る計数である。
注 3. 「公費」欄には、医療保険適用との併用分を除く、公費負担のみの医療費を計上している。

2　種類別概算医療費

●医療費の推移

（単位：兆円）

	総　計	診療費				調剤	入院時食事療養等	訪問看護療養	（再掲）医科入院＋医科食事等	（再掲）医科入院外＋調剤	（再掲）歯科＋歯科食事等
			医科入院	医科入院外	歯科						
平成19年度	33.4	27.4	12.5	12.4	2.5	5.2	0.8	0.06	13.4	17.5	2.5
平成20年度	34.1	27.7	12.8	12.4	2.6	5.4	0.8	0.06	13.6	17.8	2.6
平成21年度	35.3	28.5	13.2	12.7	2.5	5.9	0.8	0.07	14.0	18.6	2.5
平成22年度	36.6	29.6	14.1	13.0	2.6	6.1	0.8	0.08	14.9	19.0	2.6
4～9月	18.1	14.7	7.0	6.4	1.3	2.9	0.4	0.04	7.4	9.4	1.3
10～3月	18.5	14.9	7.1	6.5	1.3	3.1	0.4	0.04	7.5	9.7	1.3
平成23年4～5月	6.2	4.9	2.3	2.2	0.4	1.1	0.1	0.01	2.5	3.2	0.4
4月	3.1	2.5	1.2	1.1	0.2	0.6	0.1	0.01	1.2	1.7	0.2
5月	3.0	2.5	1.2	1.1	0.2	0.5	0.1	0.01	1.2	1.6	0.2

注１．診療費には、入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額は含まれていない。
注２．入院時食事療養等には、入院時食事療養の費用額に入院時生活療養の費用額を合算している。

3　医療機関種類別概算医療費

(1) 医療機関種類別　医療費の動向

●医療費総額の伸び率（対前年同期比）

（単位：%）

	総計	医科計	医科病院					医科診療所	歯科計	保険薬局	訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ
				大学病院	公的病院	法人病院	個人病院				
平成18年度	0.1	▲ 0.2	▲ 0.4	3.0	▲ 2.0	0.9	▲12.6	0.3	▲ 2.8	3.4	12.5
平成19年度	3.1	2.3	2.4	4.2	1.4	3.5	▲12.3	2.0	▲ 0.2	8.9	8.4
平成20年度	1.9	1.1	1.4	4.6	▲ 0.0	2.4	▲14.1	0.3	2.6	5.3	15.9
平成21年度	3.5	3.0	3.4	5.6	3.3	3.4	▲ 4.2	1.9	▲ 0.7	7.9	10.8
平成22年度	3.9	4.1	5.4	7.9	5.5	5.0	▲ 5.8	1.2	1.8	3.6	11.8
4～9月	3.9	4.3	5.7	7.9	5.9	5.4	▲ 5.4	1.2	1.4	3.0	12.7
10～3月	3.9	3.9	5.1	8.0	5.2	4.7	▲ 6.1	1.2	2.2	4.3	10.9
平成23年4～5月	3.3	2.1	2.3	5.9	1.9	2.1	▲ 7.0	1.7	2.1	9.3	8.3
4月	3.0	1.8	2.0	5.9	1.2	1.9	▲ 6.9	1.4	1.3	8.8	6.7
5月	3.7	2.5	2.7	5.9	2.5	2.4	▲ 7.2	2.0	2.9	9.8	10.0

注１．病院は経営主体別に分類している。
注２．「大学病院」には、病院のうち、医育機関である医療機関を分類している。
注３．「公的病院」には、病院のうち、国（独立行政法人を含む）の開設する医療機関、公的医療機関（都道府県、市町村等）及び社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会等）の開設する医療機関を分類している。但し、医育機関を除く。
注４．医療費には、入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額を含んでいる。

(2) 主たる診療科別医科診療所　医療費の動向

●医療費総額の伸び率 (対前年同期比)

(単位：%)

	医科診療所	内科	小児科	外科	整形外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	その他
平成 19 年度	2.0	2.2	▲ 2.4	▲ 0.3	4.1	0.1	0.5	1.0	0.9	5.2
平成 20 年度	0.3	▲ 0.7	2.4	▲ 2.4	1.9	2.5	▲ 0.2	1.6	1.7	1.5
平成 21 年度	1.9	2.7	▲ 0.2	0.7	4.1	0.3	▲ 2.3	0.7	▲ 2.0	2.4
平成 22 年度	1.2	0.9	2.5	▲ 3.0	1.6	2.1	0.8	1.9	6.3	1.2
4～9月	1.2	1.1	3.3	▲ 3.1	1.3	2.1	0.5	2.3	3.2	1.7
10～3月	1.2	0.8	1.9	▲ 2.8	1.8	2.1	1.1	1.6	9.1	0.6
平成 23 年 4～5 月	1.7	2.0	1.8	▲ 1.0	2.7	2.9	▲ 1.2	1.0	4.3	0.8
4 月	1.4	1.6	3.9	▲ 1.8	1.4	1.9	▲ 2.4	1.0	8.7	▲ 0.5
5 月	2.0	2.4	▲ 0.4	▲ 0.1	4.1	3.9	0.1	1.1	▲ 0.3	2.2

注．　医科診療所ごとの主たる診療科別に医科診療所を分類して、医療費を集計している。

(3) 入院　医科病院医療費の動向

●1施設当たり医療費の伸び率 (対前年同期比)

(単位：%)

	医科病院	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院
平成 19 年度	4.2	3.9	3.9	3.9	1.7
平成 20 年度	2.9	3.1	2.8	2.6	▲ 1.0
平成 21 年度	4.0	4.5	4.4	3.6	2.9
平成 22 年度	7.5	8.2	8.1	6.3	6.3
4～9月	7.7	8.6	8.1	6.7	5.9
10～3月	7.3	7.9	8.0	6.0	6.8
平成 23 年 4～5 月	3.7	3.1	3.9	3.0	3.5
2月	4.0	3.8	4.5	3.2	3.5
3月	3.3	2.5	3.4	2.8	3.6

注．　医療費には、入院時食事療養の費用額及び入院時生活療養の費用額を含んでいる。

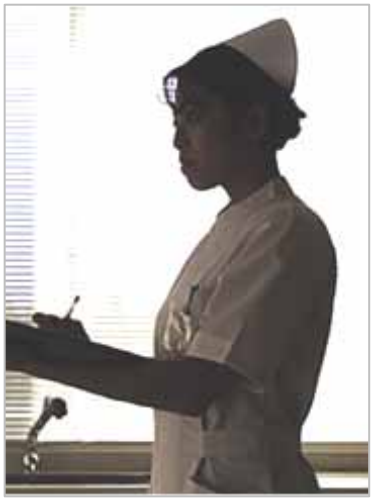
医業経営情報レポート 要約版

ジャンル：人事・労務

労務管理トラブルを未然に防ぐ
医療機関に潜む労務リスク対応策

ポイント

1. 医療機関の労務管理の現状と課題
2. 労務トラブル回避に必要な組織づくりの視点
3. 原因別にみる労務リスクとその対策



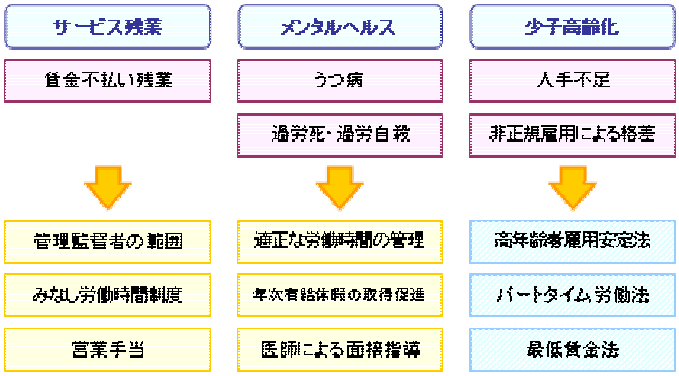
1 医療機関の労務管理の現状と課題

■ 医療機関における労務管理の今日的課題

今日、業種を問わずサービス残業や過重労働の増加が問題となっています。「名ばかり管理職」や「未払い残業代」に関わる報道も珍しいものではありません。しかし、医療機関では労務に関する情報と知識が少ないことが影響して、自院における脅威の可能性を認識することができないままであるケースも多く見られます。

こうしたなか、退職した労働者からの「申告」によって労働基準監督官が臨検を行ったり、事業所に対して、労働基準監督署へ出頭するよう命令したりする事例が増加しつつあります。医療機関も決して例外ではないものの、一般に労働基準監督署が取り上げた重点指導項目との関係が薄いようにみえるために、関心が低いことも事実です。しかし、医療機関は他の業種の企業等と比べ、労働環境の整備が遅れているところが比較的多く、表面化していないトラブルを抱えている可能性があります。

◆医療機関が抱える労務管理課題



医療機関は職員個々の能力を集結させて運営される組織であり、職員の力がなければ日常業務を行うことが不可能です。

そのため、労務問題は医療機関にとって最大の経営課題なのだと認識しなければなりません。

■ 院内コンプライアンスと労務環境管理

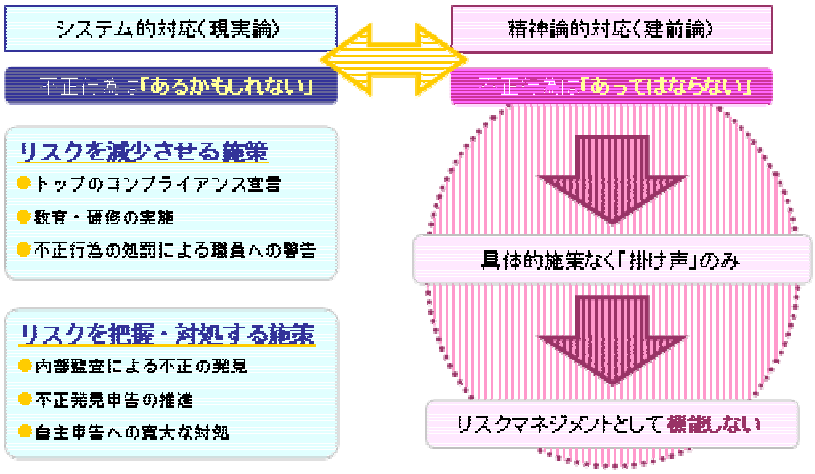
職員数が多くはない診療所では特に、一定の業務を一人の職員が長期間担当することも珍しくありません。こうした事情が院内で不正行為が行われる背景にあると指摘されることがありますが、就業規則をはじめとした各種規程が整備され、適切な労務管理のもとで業務を行うことができれば、自らが働く組織（診療所）への帰属意識向上にもつながり、不正行為などルールを逸脱する行為の抑止力になるという考え方もあります。職員定着率の低下についても、労務管理状況に問題が存在し、帰属意識が希薄であることが理由となっているケースもみられます。

これらを打開するためには、院内のコンプライアンス確立を宣言すべく、トップである院長が院内ルールの提示と、安定した労務環境の整備を職員に約束することが必要です。

◆院内の内部統制対策の考え方　～ 理論と現実 ～

労務管理にリスクを抱えていながら、事業主側がそれらに気付かずに放置することによって、労務トラブルを招いてしまう可能性が次第に高くなります。

就業規則やその他院内規定の整備で対応可能なもの、また組織づくりを見直して職員の意識を変えようとする取り組みなど、医療機関がとるべき労務トラブル回避のためには、その前提として労務をめぐるリスクを把握する必要があります。



■ 最近の労働関連法改正への対応は必須事項

高度で専門的な領域の業務であるために、医療職あるいは医療機関従事者は、伝統的に自身の職務に対する意識と能力向上への意欲が高いといわれます。このように高い職業意識に裏打ちされた献身的な業務提供を、社会から求められてきた結果、医療機関は一般的に労務環境整備に関する対応が遅れがちな傾向にあると指摘されることもあります。

◆事業主に対応が求められている事項　～ 潜在する労務リスクに関連する法改正等 ～

①男女雇用機会均等法改正による雇用環境整備
禁止差別事項の追加、セクシャル・ハラスメント対策の義務化
②パートタイマーの雇用環境整備
「パート労働法」改正による労働条件文書交付と紛争解決の義務化
③育児・介護休業取得対象、期間の拡大
１年以上雇用の契約職員も取得可能に、子の年齢が最大１歳６か月まで
④時間外労働管理の重視
36 協定、職員の労働時間の把握と身体的・精神的健康管理の必要性

一方で、労働者側である職員は、近年の労働者権利の意識高揚の影響により、様々な情報を入手することが可能となりました。

このため、労働者側が積極的に環境・待遇改善に声を上げるケースも増えてきていますが、同時に事業主である医療機関が対応できる体制が整っていない現状もうかがわれます。

したがって、医療機関としては、就業規則改定など一定の取り組みで成果をみることができるリスクについては、早急な対応が求められることは当然ですが、その他潜在する労務リスクに対して、原因別に対策を講じる必要があります。

2 労務トラブル回避に必要な組織づくりの視点

■ 厚生労働省「新人看護職員研修ガイドライン」

一般企業では、近年「労働時間管理」が現在の労務管理最大のテーマになっています。医療機関においても、労務トラブルが表面化するケースが増えており、さらにはその原因が多岐にわたるため、複合化・複雑化している現状があります。

◆医療機関の特性からみる労務問題の課題と対応策

課　題	問題点	対応策
ハイリスク職場	職場による労働負荷の差	適正な人員配置
個人主義傾向	長時間労働	定期的面談
コミュニケーション スキル不足	組織の不調和	参加型の意思決定
仕事量の増加 パーキンソンの法則（＊）	人員削減、成果主義による 支援減少	リスナー、コーチング研修
女性就労継続	サービス残業の 常態化	支援を人事考課要素にする
	管理職モデルが少ない	適正仕事量への配慮
		相談窓口・ホットライン
		女性管理職研修

（＊）パーキンソンの法則：歴史政治学者シリル・ノースコート・パーキンソン（英国）
第１法則「仕事の量は、完成のために与えられた時間をすべて満たすまで膨張する」

多職種で日々の業務に取り組む医療機関にとっては、労務トラブルによって組織の活動が停滞してしまう事態は、回避しなければなりません。

■ 組織として理念の共有と意欲の向上を図る

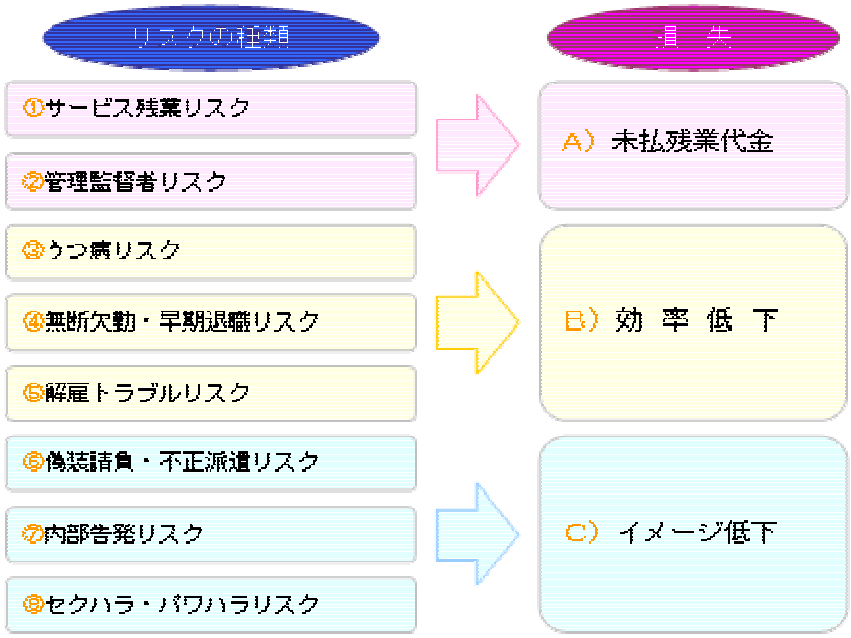
医療機関における労務トラブルを軽減するためには、組織としての目的を共有することが必要です。医療職および医療機関に従事する職員は、元来、貢献意欲とモチベーションが高いため、自身が共感できる目的や目標達成に向けて、個人の努力を組織のために寄与していこうという意思を持っているものです。したがって、理念を掲げ、組織の一員として行動する基本方針を定めることにより、組織文化を浸透させるとともに価値観を共有し、帰属意識を向上させて、職員個々の職務あるいは労働環境に対する納得性を高めることにつなげることができるのです。

そのためには、研修や院内行事の場を通じ、経営トップのメッセージとして、組織が共有すべき目的と理念、そして基本方針を職員に伝えていくことが求められます。

3 原因別にみる労務リスクとその対策

■ 医療機関に潜在する労務リスクとは

医療機関における労務リスクは、その原因別に８つに分類されます。それにより、未払残業代の支払や業務の効率低下、さらに社会的なイメージ低下などの損失が発生する可能性があります。



◆8つの労務リスクとそれにより生じる損失

金銭支払などの直接の経済的損害ばかりではなく、その損失の大きさを予測することが不可能であるイメージ低下、あるいは風評等による社会的損害は、地域から得てきた信頼を失うばかりでなく、患者数の減少など、長期間にわたって将来の医療機関経営を圧迫する要因にもなりかねません。

■ 主要な労務リスクと対応策

現在の労務管理の３大テーマとしては、「労働時間管理」「退職・解雇管理」「セクハラ問題」が挙げられます。前述した８つの労務リスクのうち、①・②が労働時間管理に、④・⑤が退職管理、さらに⑧がセクハラ問題に関連しますが、その損失の大きさが予測不能であるため、防止するための対応策が一層の重要性を増すことになります。

■労働時間管理をめぐるリスクへの対応策

労働時間管理をめぐるリスクへの対応策には、就業規則と３６協定の整備で対処します。

■退職・解雇をめぐるリスクへの対応策

負荷を感じている職員に早期対応するための取り組みを設け、無断欠勤を繰り返す職員には、就業規則上に懲戒事由を定めルールとして認識させます。

■組織内モラルをめぐるリスクへの対応策

セクシャル・ハラスメントやパワー・ハラスメントについて、どうして問題行動であるかを組織で共有するようにします。

納税資金確保対策の種類

納税資金を確保するための対策としては、どのような方法がありますか。

代表的なものとして、生命保険の活用と出資金返還の方法が考えられます。

■生命保険の加入による納税資金準備

理事長の死亡に備えて、医療法人が、被保険者を理事長、保険金受取人を医療法人として生命保険に加入しておきます。そして、理事長の相続発生時に、後継者が医療法人から死亡退職金の支給を受けられるようにしておくことは、納税資金確保に有効な方法と考えられます。

また、医療法人から支給される死亡退職金は相続税の課税対象となりますが、下記のように非課税枠が設けられています。

○納税資金としての生命保険のメリット

- ●現金で受取ることができる
- ●遺産分割時の代襲資産となる
- ●受取を指定することにより特定の人に残すことができる
- ●500 万円×法定相続人数の非課税枠がある

○生命保険でカバーしておくべき金額

- ●医療法人 → 死亡退職金全額
- ●被相続人 → （相続税－手取退職金額）

○保険金を子供の一時所得にする

- ●契約者 → 子供、被保険者 → 理事長、受取人 → 子供
- ●一時所得 ＝ {（生命保険－支払保険料）－ 50 万 } × 1/2
- ●子供に収入がない場合、生前贈与で保険料に充当する

■被相続人の出資金を納税資金にする対策

- ●承継者以外の人が相続し、その相続人が社員を脱退し出資金の返還を受ける。
  ※相続後３年以内の場合は譲渡所得になる（20%分離）
- ●生前に被相続人が社員を脱退し、出資金の返還をうける。
  ※みなし配当所得（最高 50%）

相続財産評価引下げによる節税対策

相続財産評価を引下げることによる節税対策とは、どのようなものでしょうか。

純資産価額評価と出資金の評価を引き下げ、相続時に税率を減少させる方法です。

■相続財産評価引下げ対策

医療法人の理事である場合、自分が所有している出資額は当然に相続財産となります。この出資額の評価を下げる対策が、相続対策のひとつです。

出資額の評価方法は、主に①純資産価額、②類似業種比準価額の２つに分類されます。

①純資産価額評価引下げ

資産を減少させる、または負債を増加させることにより出資金の評価を下げ、相続財産を減少させて節税対策とする方法です。

a）借入金による不動産の取得
b）遊休地での賃貸用建物の建築
c）役員退職金のタイムリーな支給
d）オペレーティングリースの活用

②類似業種比準価額評価引下げ　～出資持分１口当たりの利益の引下げ方法

出資金の評価方法中、一般的には類似業種比準価額の方法によって算出される価額が低いとされていますが、医療法人の場合は、上記①との併用方式もあります。

しかし、医療法人は会社等と異なり「配当」を禁じられているため、「配当要素」はありません。よって、類似業種比準価額は「利益」「簿価純資産」の２つの要素から判断されますので、評価要素割合の高い「利益」を引き下げることが相続税の節税対策につながります。

a）法人税の合法的な節税をきちんと行う
b）役員退職金の計上
c）役員の生命保険加入
d）オペレーティングリースを活用し、一時的に巨額の損失を作る
e）含み損のはき出し