

週刊WEB

# 医業 経営

MAGA  
ZINE

Vol.618 2020.4.7

## 医療情報ヘッドライン

医学部の地域枠、離脱者が450人も  
今後は書面同意など要件を厳格化

▶厚生労働省 医師需給分科会

新専門医制度のサブスペ領域を再定義  
連動研修は医師偏在を助長しない形に

▶厚生労働省 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会

## 週刊 医療情報

2020年4月3日号

金融資産等を考慮した  
負担のあり方で議論

## 経営 TOPICS

統計調査資料

病院報告

(令和元年9月末概数)

## 経営情報レポート

医療法人のスムーズな事業承継を促す  
認定医療法人制度の概要と活用事例

## 経営データベース

ジャンル：人材・人事制度 > サブジャンル：賃金制度

退職金制度改定の方角性

新しい賃金体系の導入

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

発行：税理士法人 常陽経営

# 医学部の地域枠、離脱者が450人も 今後は書面同意など要件を厳格化

厚生労働省 医師需給分科会

厚生労働省は、3月12日の「医師需給分科会」で、地域枠制度を活用して医学部に進学した9,707人のうち、離脱者が450人いるとの調査結果を明らかにした。

そうした状況を踏まえ、今後は医師不足地域で一定期間診療にあたることを本人・保護者に書面で同意させるなど、要件を厳格化させる方針を示している。

## ■「希望進路と不一致」「地理的要因」が 離脱理由の大半を占める

医学部の地域枠制度は、医師偏在解消対策として2010年に導入された。地域の医師確保を目的としており、都道府県が奨学金を貸与する仕組みとなっている。ただし、卒業後の勤務地が制限されるといった制約があることから近年の定員充足率は不調で、2018年は81.6%に留まっている。また、前出の離脱者調査の結果で明らかになったように、地域枠プログラムの中途での離脱者も少なくない。

ちなみに、離脱者調査によれば、入学後の年数とともに離脱率が高まる傾向があり、特に学部6年次と卒後1～3年目での離脱が多いことがわかっている。しかも、半数以上の233人が「希望する進路と不一致」を理由に挙げており、そのうち155人が「地理的要因」を理由としている。地域枠制度の趣旨が周知されていない、もしくは趣旨を理解していても医師不足地域で診療にあたるのが予想以上に困難を伴うものだったのだろう。すなわち、地域枠制度自体が構造的な欠陥を抱えている可能性もあるが、医師不足地域が存在す

ることは厳然たる事実であり、昨年12月の同分科会では、医師数が最も多い東京都と最も少ない岩手県では、1.9倍の格差があることが示されており、同時に発表した「医師少数3次医療圏」では16県が対象となっている（岩手、新潟、青森、福島、埼玉、茨城、秋田、山形、静岡、長野、千葉、岐阜、群馬、三重、山口、宮崎）。都道府県側も大きな危機感を抱いており、昨年末には岩手など5県が発起人となって「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」を発足し、医師不足解消に向け国に強く働きかけていくことを表明した。厚労省が要件を厳格化する選択肢を提示したのは、こうした状況を踏まえてのものである。

## ■離脱者引き止め策として「知事との面談」 や結婚への配慮も

具体的には、「キャリア形成プログラムで定める医師不足の地域で一定期間従事する」ことを奨学金返還義務の要件とするほか、地域枠制度での受験を志願する際に、その条件で診療にあたることを本人・保護者が書面同意するとしている。さらに、「希望する進路と不一致」が離脱理由の多くを占めていることから、キャリア形成セミナーやキャリアコーディネーターによる定期的な面接、知事激励会や知事との面談といった取り組みで引き止めを図る案も提示し、加えて、結婚を理由に離脱する学生・医師が一定数いることから、卒業生同士で結婚した場合に配偶者の出身都道府県での勤務を認めている自治医科大学の取り組みを参考にしようという意見もある。

# 新専門医制度のサブスペ領域を再定義 連動研修は医師偏在を助長しない形に

厚生労働省 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会

厚生労働省は、3月13日の医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会で、新専門医制度においてより専門性の高い領域となる「サブスペシヤリティ領域」（サブスペ領域）を再定義した。

## ■新専門医制度は「基本領域」と

### 「サブスペ領域」の2層構造

新専門医制度は、従来の専門医制度が乱立している状況を是正するために創設された。従来、専門医は各学会が独自に養成しており統一した基準がなく、質が担保されているか不透明でもあり、また、2002年に専門医を広告することが可能となってからは、乱立状態に拍車がかかっていた。そこで厚労省は2011年から専門医制度の見直し検討を開始し、2014年5月には、各学会に対する第三者機関として日本専門医機構を設立して、養成プログラムの作成を進めてきた。その結果、従来の個別学会単位ではなく、診療領域単位の認定が決定し、内科、外科、小児科、皮膚科といった「基本領域」と、より専門性の高い「サブスペ領域」の2層構造となった。「基本領域」には、地域包括ケアシステムに携わることを視野に入れ、「総合診療医」も設定し、全19領域となっている。

## ■地域医療を確保できる医師養成のため 効率的な研修を

1. 国民にとってわかりやすいものか
2. 地域医療提供体制に影響を及ぼさないか
3. 医学の学問としての観点から打倒であるか
4. 専攻医のキャリア形成において妥当か

「サブスペ領域」を定めるうえで、厚労省が再定義した要件は前述の4点であり、そのうえで、さらに「連動研修を行い得る領域」「連動研修を行わない領域」「少なくとも1つのサブスペ領域を修得した後に研修を行う領域」に分けているが、診療科目を見るとわかりやすい。例えば内科基本領域に紐づくサブスペ領域は、「連動研修を行い得る領域」が消化器内科、内分泌代謝・糖尿病内科など、「少なくとも1つのサブスペ領域を～」は肝臓内科、消化器内視鏡、糖尿病内科などが該当する。

そして、「連動研修を行わない領域」にはアレルギー、感染症、老年科、腫瘍内科となっている。つまり、診療科目の内容によって、連動研修で対応のスキルが習得できるか否かを切り分けており、「サブスペ領域」は、その性格上、社会のニーズの変化や医療の進化によって増加・細分化していく可能性が高い。

現時点でも、追加で約90領域が認定される見込みだとされる。しかし、狭い領域の専門医だけが増えてしまえば、地域医療が崩壊してしまう。「基本領域」を必須としているのは、そうした事態を防ぐためであり、厚労省は「1人の医師がキャリアの中で、基盤となる専門医1つとサブスペ領域の専門医1つ程度を取得し、地域医療の中で十分に幅広い診療が行えるような領域設定をすること」と日本専門医機構に要請している。迷走を続けてきた新専門医制度だが、サブスペ領域の効率的な研修を促す要件定義が固まったことで、ようやく本格的に軌道へ乗ることが期待される。

医療情報①  
 社保審医療  
 保険部会

## 金融資産等を考慮した 負担のあり方で議論

厚生労働省は3月26日、社会保障審議会医療保険部会(部会長＝遠藤久夫・国立社会保障・人口問題研究所所長)の会合を開き、「改革工程表2019における検討項目」などについて議論した。この日厚労省は、工程表2019の検討項目として以下の3点を示した。

- ▼金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担のあり方
- ▼医療費について保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的な見える化など
- ▼今後の医薬品等の費用対効果評価の活用

また、議論に先立ち「後期高齢者世帯の貯蓄の状況」「世帯主の年齢階級別貯蓄・負債現在高(2人以上の世帯)」のデータを示した。

後期高齢者世帯における平均貯蓄額は1096万円となるが、貯蓄額の分布は貯蓄がない世帯が16%弱、3000万円以上の高額貯蓄者が10%弱で、二極化がみられた。

2人以上世帯における貯蓄現在高は、40歳未満の世帯が600万円(負債現在高は1248万円)で負債過多となった。これに対し、40～49歳世帯の貯蓄現在高は1012万円(負債現在高1105万円)でほぼ拮抗した。

年齢が上がるにつれ貯蓄現在高が増加する一方、負債現在高は大幅に減少しており、70歳以上世帯で貯蓄現在高2249万円、負債現在高104万円となっている。

金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担のあり方について、佐野雅宏委員(健康保険組合連合会副会長)は、負担能力に応じた負担の仕組みとすることには賛成の立場としたうえで、「そのためにはマイナンバー等を含めたインフラ整備が必要であるが、新たな仕組みの実現に向けてのタイムスケジュールが分からない。明確にしてもらいたい」と求めた。

井上隆参考人(日本経済団体連合会常務理事)は、「現役世代から見ると自分たちに負担が偏っているように見える。彼らに対してアンバランスを解消していくという方向性を見せる必要があり、方向性だけでも早く議論を始めることで制度の信頼性を高められる」とし、「まずは公平な制度とすることで国民の信頼性を得られるかがカギだ」と述べた。安藤伸樹委員(全国健康保険協会理事長)は、「公平性を担保するためには金融資産だけでいいのか。不動産も含めてきちんと把握できる仕組みを作っていないと難しい」と主張した。その他の委員からも、金融資産だけをみるという方向性に対し、慎重な検討が必要とする意見が相次いだ。(以下、続く)

医療情報②  
 医療等情報  
 利活用 WG

## 4月取りまとめに向け初会合 ～3月26日に医療等情報利活用WGを開催

厚生労働省は3月26日、「健康・医療・介護情報利活用検討会医療等情報利活用ワーキンググループ（WG）」の初会合を開いた。

森田朗・津田塾大学総合政策学部教授を主査に選出し、以下などについて議論した。

- ▼保健医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みおよび標準的な医療情報システム
- ▼電子処方箋
- ▼医療情報システムの安全管理に関するガイドライン改定素案

同WGは、パーソナル・ヘルス・レコード（PHR）や、保健医療情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みの推進について検討を進める「健康・医療・介護情報利活用検討会」の下に「健診等情報利用ワーキンググループ」とともに位置付けられている。

今後、主に保健医療情報や電子処方箋の実現などをテーマに議論を進め、4月中にも取り組みの方向性を取りまとめる方針としている。

この日は冒頭、吉田学医政局長があいさつに立ち、次のように述べた。

「ICTをはじめとした情報通信技術を健康、医療、介護にフル活用して、利用者のサービスの質を上げ、医療や介護現場の業務の効率化へ繋げる必要がある。例えば、国民の一人ひとりが過去の医療情報をスマートフォンで閲覧し自らの健康管理や予防に活用できればメリットのある社会が作れる。このように、データヘルスで何がどうできるのかも、分かりやすく発信すべきだ。そのためにどのような仕組みの道筋をつけていくか、セキュリティを含めてシステムの標準化をどうするのかなど、横断的、包括的に議論していただきたい」と訴えた。

また、保健医療情報の利活用について、近藤則子構成員（老テク研究会事務局長）は、「認知症患者が増加するなか、共有するデータには本人だけでなく主たる介護者、本人が指定した個人、団体などの緊急連絡先も加えてほしい」と発言し、田宮菜奈子構成員（筑波大学医学医療系教授）も、「介護や医療では患者を取り巻く社会情報なども重要となる。患者個人の情報だけでなく、家族への紐付け、家族歴などの連携情報の扱いも考えてもらいたい」と要望した。

### ■処方箋の電子化、欧米では当たり前

電子処方箋については、現在、運用ガイドライン案を公開してパブリックコメントを募集している。（以下、続く）

# 病院報告

## (令和元年9月末概数)

厚生労働省 2019年12月25日公表

### 1 1日平均患者数（各月間）

	1日平均患者数（人）			対前月増減（人）	
	令和元年9月	令和元年8月	令和元年7月	令和元年9月	令和元年8月
<b>病院</b>					
<b>在院患者数</b>					
<b>総数</b>	1 227 174	1 238 341	1 232 468	△ 11 167	5 873
精神病床	282 434	283 213	282 543	△ 779	670
結核病床	1 491	1 519	1 486	△ 28	33
療養病床	269 276	270 467	270 531	△ 1 191	△ 64
一般病床	673 901	683 064	677 840	△ 9 163	5 224
(再掲)介護療養病床	28 669	29 166	29 882	△ 497	△ 716
<b>外来患者数</b>	1 296 867	1 306 935	1 379 652	△ 10 068	△ 72 717
<b>診療所</b>					
<b>在院患者数</b>					
療養病床	4 126	4 146	4 195	△ 20	△ 49
(再掲)介護療養病床	1 540	1 545	1 569	△ 5	△ 24

注1) 病院の総数には感染症病床を含む。注2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。注3) 平成30年7月分、7月分については、平成30年7月豪雨の影響により広島県の病院1施設から報告がないため、集計から除いている(以下同)。

### 2 月末病床利用率（各月末）

	月末病床利用率（%）			対前月増減	
	令和元年9月	令和元年8月	令和元年7月	令和元年9月	令和元年8月
<b>病院</b>					
<b>総数</b>	78.9	78.0	80.6	0.9	△ 2.6
精神病床	85.7	86.0	86.2	△ 0.3	△ 0.2
結核病床	34.2	34.8	34.1	△ 0.6	0.7
療養病床	86.3	87.0	87.0	△ 0.7	0.0
一般病床	74.2	72.3	76.8	1.9	△ 4.5
介護療養病床	89.7	90.2	90.2	△ 0.5	0.0
<b>診療所</b>					
療養病床	52.5	52.6	53.5	△ 0.1	△ 0.9
介護療養病床	68.2	68.2	69.9	△ 0.0	△ 1.7

注1) 月末病床利用率 =  $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

注2) 病院の総数には感染症病床を含む。

### 3 平均在院日数（各月間）

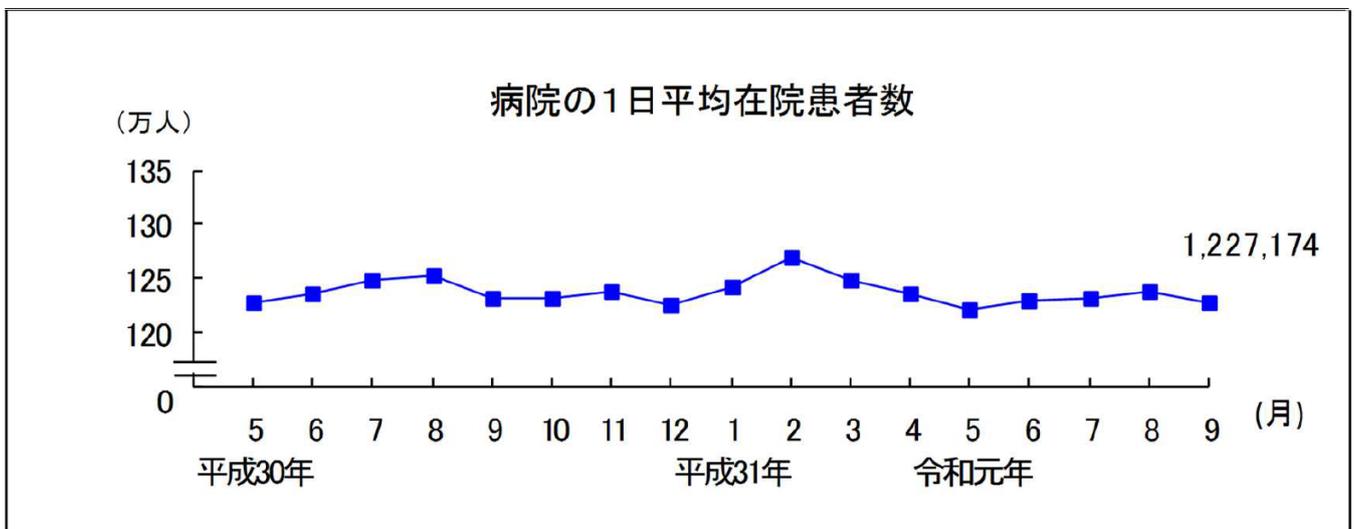
	平均在院日数（日）			対前月増減（日）	
	令和元年9月	令和元年8月	令和元年7月	令和元年9月	令和元年8月
病院					
総数	27.7	26.7	26.3	1.0	0.4
精神病床	267.9	268.1	252.8	△ 0.2	15.3
結核病床	70.3	66.8	62.5	3.5	4.3
療養病床	139.2	138.5	136.2	0.7	2.3
一般病床	16.1	15.6	15.4	0.5	0.2
介護療養病床	298.2	330.3	324.9	△ 32.1	5.4
診療所					
療養病床	103.9	100.1	101.3	3.8	△ 1.2
介護療養病床	145.7	145.6	147.9	0.1	△ 2.3

注1) 平均在院日数 =  $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 (\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

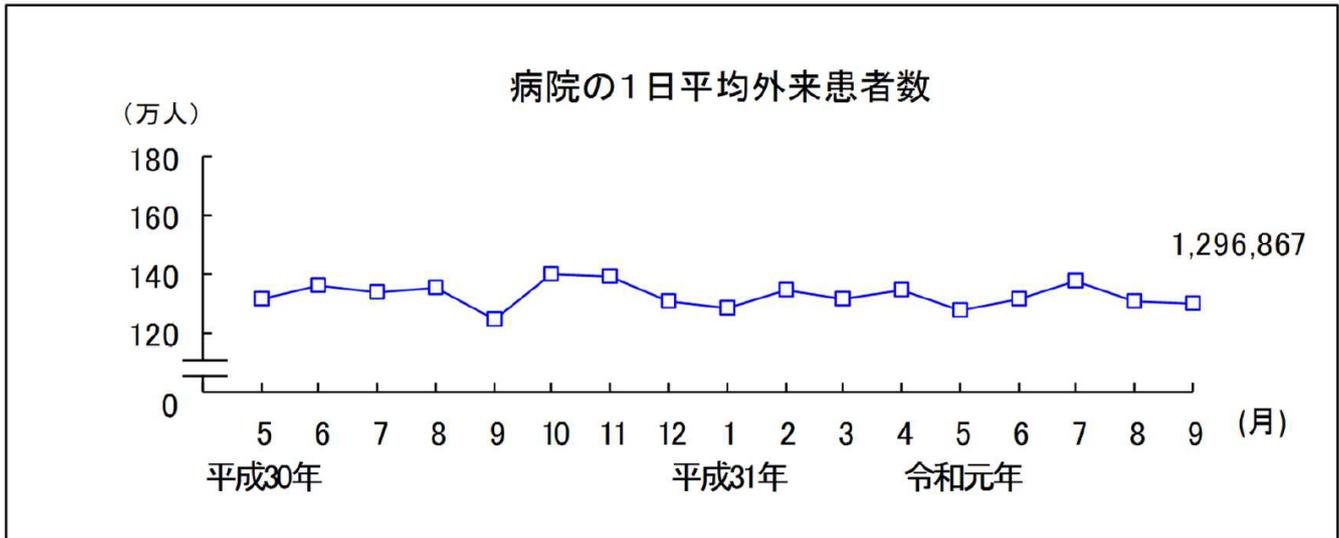
ただし、療養病床の平均在院日数 =  $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left( \begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} \\ \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

注2) 病院の総数には感染症病床を含む。

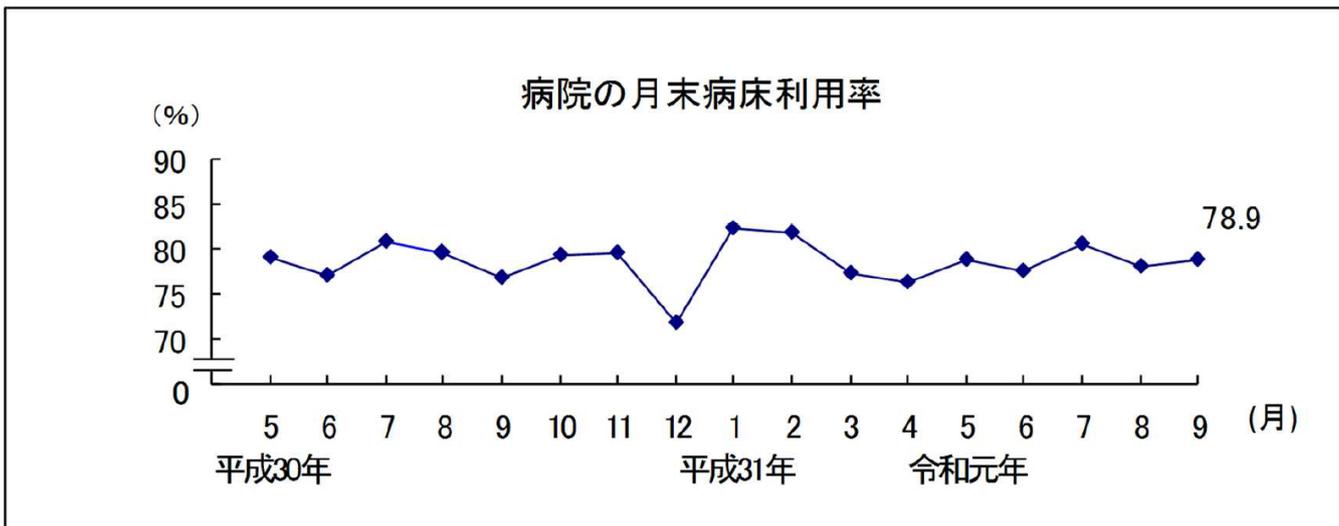
#### ◆病院:1日平均在院患者数の推移



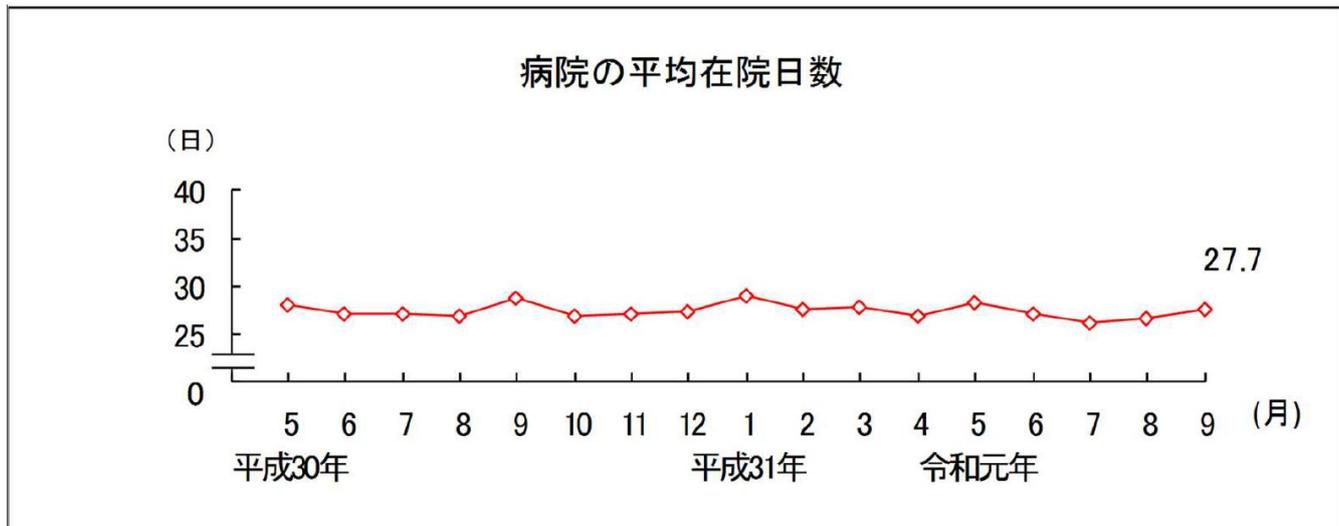
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移





経営情報  
レポート  
要約版



制 度 改 正

医療法人のスムーズな事業承継を促す

# 認定医療法人制度の 概要と活用事例

1. 認定医療法人制度の概要と出資持分リスク
2. 申請に必要な運営に関する要件
3. 手続きの流れと活用事例



## 参考文献

厚生労働省：「持分の定めのない医療法人への移行認定制度の概要」

「持分なし医療法人」への移行を検討しませんか？

「持分によるリスクと持分なし医療法人の移行事例に関する調査研究」報告書

青木恵一氏監修 税理士法人青木会計編著「新税法・医療法対応 医療法人の事業承継完全ガイド」

# 1

医業経営情報レポート

## 認定医療法人制度の概要と出資持分リスク

### ■ 認定医療法人制度の概要

#### (1) 認定医療法人制度が3年間延長

2017年10月1日より改正後の認定医療法人制度がスタートし、令和2年度の税制改正大綱により3年間の期間延長が決定しました。現在、認定制度の活用を検討されている医療法人においては朗報ではあるものの、できるだけ早めの対応が求められます。

また、認定制度を活用した医療法人は、2019年8月31日現在で認定申請件数が325件、認定済み医療法人が約220件となっています。

#### (2) 事業継続をサポートするために創設

認定医療法人制度は、多額の相続税の支払いのために出資持分払戻請求権が相続人により行使されることで、医業継続が困難になる事態を回避し、当該医療法人が引き続き地域医療の担い手として、住民に対し医療を継続して安定的に提供できるようにするため、医療法人の任意の選択を前提とした移行促進策として創設されました。

### ◆ 移行促進策の具体的内容

#### ① 税制措置

##### ● 相続税の猶予措置

相続人が持分あり医療法人の持分を相続または遺贈により取得した場合は、その法人が相続税の申告期限までに移行計画の認定を受けた医療法人であるときは、その持分に対応する相続税額については、移行計画の期間満了までその納税が猶予され、持分の全てを放棄した場合は、猶予税額が免除される。

##### ● 贈与税の猶予措置

移行計画の認定を受けた医療法人の出資者が持分を放棄したことにより、他の出資者の持分が増加することで、贈与を受けたものとして他の出資者に贈与税が課される場合、その放棄により受けた経済的利益に対応する贈与税額については、移行計画の期間満了までその納税が猶予され、当該他の出資者が持分の全てを放棄した場合は、猶予税額が免除される。

#### ② 融資制度

● 出資持分の払戻が生じ、資金調達が必要となった場合、独立行政法人福祉医療機構による新たな経営安定化資金の貸付けを受けることができる。

# 2

## 医業経営情報レポート

# 申請に求められる運営に関する要件

### ■ 運営に関する 8 要件の概要

移行計画の認定には、掲げられた4つの要件のうち、「運営に関する要件」を満たし、かつ、持分なし医療法人への移行後もこれらを6年間維持することが求められます。

「運営に関する要件」は全部で8項目あり、それぞれの要件を満たす必要があります。

#### ◆ 運営に関する 8 つの要件

- (1) 医療法人の関係者に対し、特別の利益を与えないこと
- (2) 役員報酬等を定めており、不当に高額とならないような支給基準であること
- (3) 株式会社等に対し、特別の利益を与えないこと
- (4) 期末の遊休財産額が直近に終了した会計年度の事業費用の額を超えていないこと
- (5) 法令違反等の事実がないこと
- (6) 社会保険診療収入等の合計額が全収入金額の80%を超えること
- (7) 自費患者に対し請求する金額が、社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている
- (8) 診療収入が医師等の給与や患者のために直接必要な経費の150%以内であること

### ■ 医療法人の関係者の範囲と特別の利益の内容

「運営に関する要件」のひとつに、当該医療法人の関係者への特別の利益禁止があります。

この当該医療法人の関係者の範囲は広く、医療法人の理事、監事、使用人、出資者、社員（以下、社員等）の配偶者や三親等内の親族、社員等からの金銭その他の財産によって生計を維持している者等も含まれます。

#### ◆ 社員、理事、監事、その他の当該医療法人の関係者の範囲

- ① 医療法人の理事、監事、使用人等
- ② 出資者（従前の出資者で持分を放棄した者を含む）
- ③ 医療法人の社員
- ④ ① ② ③の者の配偶者及び三親等以内の親族
- ⑤ ① ② ③の者と事実上の婚姻関係が認められる者及び⑤の者と生計を一にしている親族
- ⑥ ① ② ③の者からの財産によって生計を維持している者及び⑥の者と生計を一にしている親族

また、医療法人の関係者に対する特別の利益については、具体的に以下が挙げられます。

◆特別の利益の内容

- イ) 当該医療法人の所有する財産をこれらの者に居住、担保その他の私事に利用させること
- ロ) 当該医療法人の余裕金をこれらの者の行う事業に運用していること
- ハ) 当該医療法人の他の従業員に比し有利な条件で、これらの者に金銭の貸付をすること
- ニ) 当該医療法人の所有する財産をこれらの者に無償または著しく低い価額の対価で譲渡すること
- ホ) これらの者から金銭その他の財産を過大な利息または賃貸料で借り受けること
- ヘ) これらの者からその所有する財産を過大な対価で譲り受けること、またはこれらの者から当該医療法人の事業目的の用に供するとは認められない財産を取得すること
- ト) これらの者に対して、当該医療法人の役員等の地位にあることのみに基づき給与等を支払い、または当該医療法人の他の従業員に比し過大な給与等を支払うこと
- チ) これらの者の債務に関して、保証、弁済、免除または引受け（当該医療法人の設立のための財産の提供に伴う債務の引受けを除く）をすること
- リ) 契約金額が少額なものを除き、入札等公正な方法によらないで、これらの者が行う物品の販売、工事請負、役務提供、物品の賃貸その他の事業に係る契約の相手方となること
- ヌ) 事業の遂行により供与する利益を主として、または不公正な方法で、これらの者に与えること

■ 要件として問われる役員報酬の支給基準

理事及び監事（以下、理事等）に対する報酬等（報酬、賞与その他の職務遂行の対価として受ける財産上の利益及び退職手当）は不当に高額とならないように支給基準を定めている必要があります。

理事等に対する報酬等の支給基準は、理事等の勤務形態に応じた報酬等の区分及びその額の算定方法並びに支給の方法及び形態に関する事項を定めていることが求められます。

また、理事等が当該医療法人の使用人として給与、賞与等を受ける場合は、理事等の報酬等と使用人として受ける給与、賞与等を併せて評価することが必要です。

具体的な金額等として参考となるのが、社会医療法人と特定医療法人の認定基準です。

◆社会医療法人と特定医療法人の認定基準

**社会医療法人の認定基準**：不当に高額なものとならないような支給の基準を定めていること

**特定医療法人の認定基準**：役員一人につき年間の給与総額(俸給、給料、賃金、歳費及び賞与並びにこれらの性質を有する給与の総額をいう。)が3,600万円を超えないこと

# 3

## 医業経営情報レポート

# 手続きの流れと活用事例

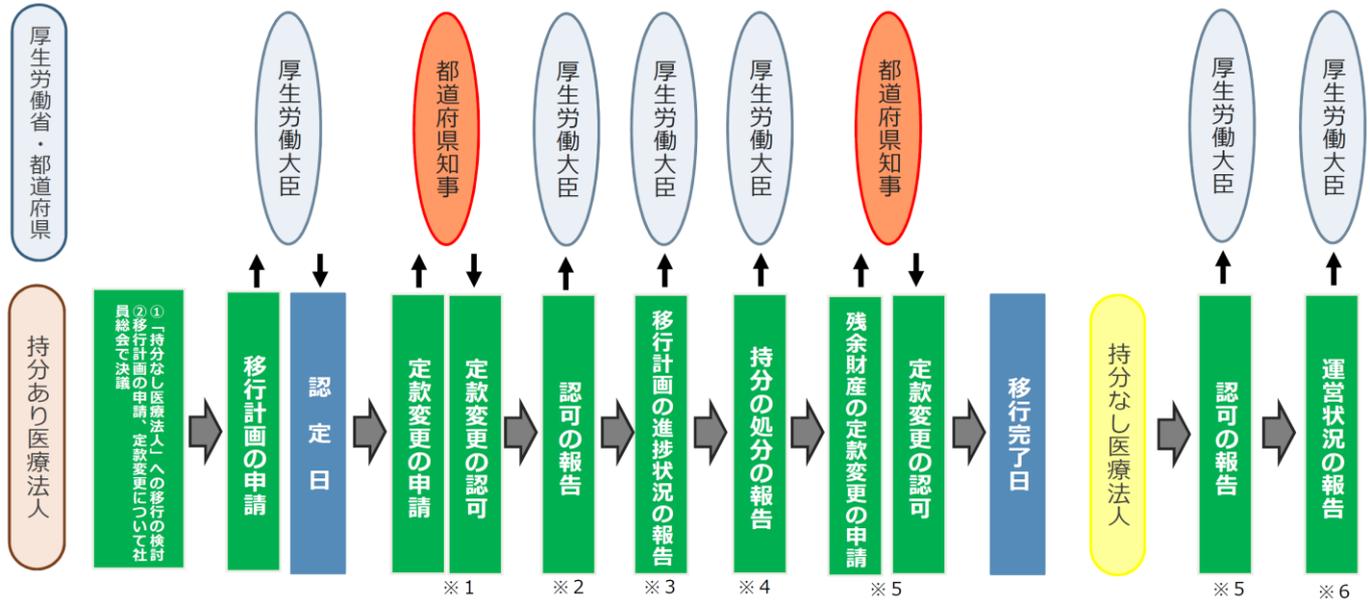
### ■ 認定医療法人制度の手続きの流れ

#### (1) 手続きの流れ

持分なし医療法人への移行には、十分に時間をかけて事前準備を行うことがスムーズな移行へのカギです。

法人内で移行検討委員会を立ち上げ、外部有識者（公認会計士、税理士、コンサルタント等）とシミュレーションの実施や、メリット・デメリットについて整理するなど、十分な検討を行うことが賢明です。認定医療法人制度の手続きの流れは、以下のとおりです。

#### ◆ 認定医療法人制度の手続きの流れ



- ※1 認定後、速やかに、都道府県知事に定款変更の認可申請を行う。
- ※2 認可を受けた日から起算して3か月以内に厚生労働大臣に定款変更の認可を受けた報告を行う。  
なお、3か月以内に定款変更の認可を受けなかった場合には、認定が取り消されることがある。
- ※3 移行期限内で、かつ、移行が完了するまでの間、認定日から1年を経過するごとに、3か月以内に厚生労働大臣に移行計画の進捗状況を報告する。
- ※4 移行期限内で、かつ、移行が完了するまでの間、出資者に持分の処分（放棄、払戻、譲渡、相続、贈与等）があった場合、3か月以内に厚生労働大臣に出資の状況を報告する。
- ※5 移行期限までに、残余財産の帰属先に関する定款変更の認可を受け、持分の定めのない医療法人への移行完了後、3か月以内に厚生労働大臣に定款変更の認可を受けた報告を行う。
- ※6 移行完了後、
  - ①5年を経過するまでの間：1年を経過するごとに、3か月以内に厚生労働大臣に運営状況を報告する。
  - ②5年を経過してから6年を経過するまでの間：5年10か月を経過する日までに厚生労働大臣に運営状況を報告する。

（出典）厚生労働省「持分の定めのない医療法人への移行認定制度の概要」



ジャンル：人材・人事制度 > サブジャンル：賃金制度

## 退職金制度改定の方向性

退職金制度の改定を考察しています。  
 どのような方法があるのでしょうか。

### ■退職金制度課題解決の方向性

退職金に関する課題を解決するための方策は、支給や制度の存廃、および選択する支給時期によって、大きく4つに区分できます。

#### ①支給継続（算定基準の見直し）

支給を継続する場合は、課題を残さない仕組み作りが求められます。

退職金が経営を圧迫している場合は、今後の支給額をカットすることも視野に入れる必要があります。さらに、基本給連動型の退職金を改める手法としては、別テーブル方式、ポイント制、定額制が代表的です。また、支給時

期の変更については、平均年齢が高く、組織活性に支障が出ている病院については、早期退職優遇制度を導入するなどの検討を進め、退職金の一時払いがキャッシュフローに大きな影響をもたらす場合には年金化を視野に入れる必要があります。

#### ②前払い

退職時に支給することなく、その原資を在職中に前払する病院も増えてきています。昨今、職員の退職金に対する考えも様変わりし、「退職金はなくてもよいから、毎月の給与を増やしてほしい」という声も多く聞かれるようになっており、これを検討することも方法のひとつです。また、確定拠出年金を導入し、退職金の受取額を職員の個人責任とすることも可能です。

#### ③選択型

選択型は、職員に従来どおり退職時での支給か前払いかを選択させる方法です。

#### ④廃止

廃止とは、退職金制度そのものを廃止することです。既得権は確保しなければなりません、将来の既得権は一定の手続を踏むことで解消できます。

### ■ポイント制退職金で基本給と非連動させる

ポイント制退職金は、「職能ポイント」を採用し、例えば3等級なら20ポイント、4等級なら30ポイントというように職能資格等級ごとにポイントを設定し、それぞれに在級年数を乗じて累計を算出します。また、「勤続ポイント」として勤続年数に応じたポイントも設定します。この2つのポイントの合算が退職金ポイントであり、これにポイント単価（一般的には1ポイント：10,000円）を乗じたものが退職金支給額となります。

ジャンル：人材・人事制度 > サブジャンル：賃金制度

## 新しい賃金体系の導入

新しい賃金体系の導入を検討しています。各賃金体系の特質や、基本給昇給額の決定方法を教えてください。

### ■賃金体系の特質

#### (1) 職務給

アメリカにおいては、職務給の考え方が賃金体系の基本をなします。各職務に対して評価が行われ、賃金が決定されます。成果主義の考え方がとられ、定期昇給の概念はありません。刺激性の高い体系といえます。

#### (2) 職種給

ヨーロッパにおいては、職種給の賃金体系がとられ、その職種の熟練度によって賃金が決まります。日本でいうパート職員に対する支給方法に似ています。

#### (3) 業績給

短期的な事業の業績や個人業績をもとに賃金を決定するものです。刺激性や適正人件費を重視するなら、これらの成果主義賃金を選択することが望ましいとされています。

#### (4) 職能給

現在保有している能力をもとに賃金を決定します。上記の給与と異なり人間主義の給与体系で日本の組織風土に適しています。

#### (5) 年功給

年齢や勤続年数において賃金を決定します。職員が年功に応じて、能力や成果を上げ続ける場合は有効ですが、病医院の業績が伸び悩む中ではデメリットが目立っています。

### ■基本給昇給額の決定方法

#### (1) 基本給傾斜

新卒で入職し、その後標準的に昇進、昇給した場合の賃金カーブを標準モデル賃金といいます。この標準モデル賃金を基本給のみで作成したものを基本給標準モデルといい、この基本給標準モデルの横軸に対する角度、つまり1歳当たりの格差が基本給傾斜になります。この傾斜をもとに昇給額を決定します。

#### (2) 基本給傾斜の計算方法

基本給傾斜は、原則として40歳標準的管理職の基本給から18歳新卒職員の基本給差額を22年間（18歳から40歳までの年数）で除して求めます。