

週刊WEB

医業経営

MAGAZINE

Vol.616 2020.3.24

医療情報ヘッドライン

大学病院の「無給医」は7,068名 4,249名は「合理的な理由あり」

▶文部科学省

未承認先進医療と併用できる 患者申出療養制度の患者数が激減

▶厚生労働省 患者申出療養評価会議

週刊 医療情報

2020年3月17日号

医師労働時間短縮計画 ガイドライン骨子案を提示

経営 TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査 (令和元年10月末概数)

経営情報レポート

スタッフのモチベーションを高める 能力に応じた賃金制度の構築法

経営データベース

ジャンル：医業経営 > サブジャンル：職員との関係 労働契約の意義 職員の解雇をめぐる問題

京都税理士法人
KYOUGO TAX ACCOUNTANTS ASSOCIATION

京都本社
〒602-8028 京都府東山区南禅寺3丁目3番1号 13F 京税ビル
TEL: 075-693-6353 FAX: 075-693-6895

東京本社
〒826-0089 大阪府東淀川区藤本1丁目4番15号 センシブル
TEL: 077-569-6530 FAX: 077-569-6543

大阪支店
〒930-0001 石川県金沢市北沢町1-1-3 北沢駅前ビル3F
TEL: 06-6244-1883 FAX: 06-6244-1678

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

大学病院の「無給医」は7,068名 4,249名は「合理的な理由あり」

文部科学省

文部科学省は2月7日、昨年6月に公表した「大学病院で診療に従事する教員等以外の医師・歯科医師に対する処遇に関する調査結果」を更新して発表し、いわゆる「無給医」が計7,068名いることがわかった。うち、今後支給する、もしくは遡及を含め支給する対象として大学側が回答したのは59大学病院計2,819人だった。

4,249名（72大学病院）は、「合理的な理由」があるため、労務管理の専門家への相談を踏まえて給与を支給しないとしている。

■「無給医」問題は、2018年10月にNHKが報道したことがきっかけで発覚

「無給医」の問題は、2018年10月にNHKが報道したことがきっかけで文部科学省が全国すべての国公立、私立大学の附属病院を調査したもので、調査対象は99大学108大学病院、31,801人におよんだ。

その結果、給与（謝金を含む）を支給しているのは24,733人で全体の78%で、逆にいえば22%が無給医であるということになった。うち、合理的な理由がなく給与を支給していなかったため、「遡及を含め」給与を支給するのは804人（29大学病院）、合理的な理由はあるが、労務管理の専門家への相談を踏まえ、「今後」給与を支給するとしたのは2,015人（44大学病院）だった。

（注）マスメディアで報道されている無給医の人数は、この「遡及を含め」もしくは「今後」支給するとした人数の合計

■大学院生は医局員として無給で働く“慣習”が根強く残っている

この中で、もっともコンプライアンス的に問題があるのは「合理的な理由がない」にも関わらず給与が支給されていなかったケースである。なぜそうなったのか、大学側の回答として多かったのは「自己研鑽・自己研究等の目的、又は大学院の研修の一部という目的で診療に従事」というもので、16大学病院482人が該当した。次いで多かったのが、「労働条件勤務日を超えて」もしくは「労働上限時間や研修範囲を超えて」診療に従事していたもので5大学203人、労働時間の管理・把握が不十分であることや労務管理に関する書類など「事務手続上の不備」が10大学119人だった。大学には診療科ごとに医局があり、大学院生は医局員として無給で働く“慣習”が根強く残っている。丁稚奉公の意味合いも強いが、大学は教員の定員が決まっていることから、給与を出せる医師の数が限られているという事情もある。診療報酬が定められているため、必要以上に人件費をかけられないというのも現実としてあるだろう。

一方で、「働き方改革」は、2024年から医師にも適用される。今年4月の診療報酬改定では細かい部分まで決まらなかったが、2022年の次期改定では、時間外労働だけでなく、給与の仕組みについても評価される仕組みが導入される公算が高い。また、コンプライアンスの観点からも、雇用契約の締結が求められるようになっていくとみられる。

未承認先進医療と併用できる 患者申出療養制度の患者数が激減

厚生労働省 患者申出療養評価会議

厚生労働省は、2月13日の患者申出療養評価会議で、「患者申出療養制度」の実績を報告し、2018年7月から2019年6月末の1年間にこの制度を利用した患者数は38人だった。初めて導入された2016年7月～2017年6月末は111人、翌年の2017年7月～2018年6月末は84人であり、漸次の減少傾向が明らかとなっている。同会議では「一般国民に対するPR強化」「事務手続きの簡素化」の必要性を訴える声が挙がっており、制度の啓発不足と煩雑な手続きが普及を阻害している可能性もあるとみられる。

■2015年5月に法改正で制度導入が決定 したが、「混合診療の解禁」には至らず

「患者申出療養制度」は、未承認薬をいち早く使いたいというニーズに対応するため2016年4月に導入された。日本では、必要かつ適切な医療は基本的に保険収載されているというのが政府および厚労省のスタンスだが、がんや心臓病、指定難病などでは海外でいち早く開発された医薬品や医療機器が存在するのも事実である。もちろん、患者が希望すれば治療を受けることは可能だが、全額自己負担となってしまったため、金銭的なハードルがどうしても高くなる。

そこで、規制改革推進会議が2014年3月に保険診療と保険外診療を併用する混合診療を提案し、同年6月に閣議決定された規制改革実施計画でスキームが示され、翌2015年5月には法改正によって制度導入が決定した。

ただし、「混合診療の解禁」という形にはならなかった。保険給付の対象となることから、保険診療との整合性を保つために「国において安全性・有効性を確認」したうえで、あくまで保険収載を目的とした実施であることを確認する手続きが必要となっている。

■PR強化と手続きの簡素化が進むか注視

具体的には、患者の申し出がなされたのち、臨床研究中核病院が実施計画を作成し、国の会議で検討されたのち、ようやく実施が決定する。厚労省は「計画書の受理から6週間以内に結論、実施」としており、最短でも1カ月半待つ必要がある。当然、実際はそれよりも時間がかかっており、2017年11月に規制改革推進会議の医療・介護ワーキング・グループでは、最初の相談から申請まで約3～8カ月半かかっていることが報告された。

このことから、患者にとって有用性の高い制度とは言い難く、また、病院側にも知見が蓄積されにくい仕組みとなっている。

その反省から昨年9月には、想定プロトコルを事前準備することで大幅な時間短縮を実現する仕組みが承認され、申請から2週間以内に実施までこぎつけられるようになったものの、まだ一般への周知がなされていないのが実態だろう。患者に有効な先進医療の選択肢を用意でき、かつ医療の進化を促すことが可能となるスキームであるだけに、評価会議で論じられたようなPR強化と手続きの簡素化が進むか否かを注視していきたい。

医療情報①
厚生労働省
検討会

医師労働時間短縮計画 ガイドライン骨子案を提示

厚生労働省の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」(座長＝遠藤久夫・国立社会保障・人口問題研究所長)は3月11日に会合を開いた。

この日厚労省は「医師労働時間短縮計画ガイドライン骨子案」を示し、これについて議論した。医師労働時間短縮計画ガイドライン骨子案は、以下で構成される。

- ①趣旨
- ②策定義務対象医療機関
- ③計画期間
- ④計画の対象医師
- ⑤策定の流れ
- ⑥記載事項
- ⑦医師労働時間短縮目標ラインとの関係
- ⑧評価機能による評価における計画の位置づけ

①の趣旨については具体的な記載がなく、②については、医師の時間外労働時間が年960時間を超えるB/C水準の医療機関と、B/C水準の指定を受ける予定はないが医師の時間外労働時間が年960時間を超える医療機関とした。

③の計画期間は、2023年度までの計画期間は21年4月1日までの任意の日から24年3月末日とした。また、24年度以降の計画期間は24年4月1日から5年後までの任意の日とした。④の対象医師については、「医師全員、長時間労働を行う診療科や医師個人に限定することも可」とされ、⑤については以下が示された。

- ▼「医療勤務環境改善マネジメントシステム」のPDCAサイクルの活用
- ▼チームの組成、構成、既存の委員会の活用、意見交換の場の設定
- ▼医療勤務環境改善支援センターの策定支援
- ▼都道府県への提出

⑥に関しては、以下の項目がそれぞれ挙げられた。

■必須記載 4 事項

- ▼労働時間数
- ▼労務管理・健康管理
- ▼意識改革・啓発
- ▼策定プロセス

■任意記載 3 事項

- ▼タスク・シフト/シェア
- ▼医師の業務の見直し
- ▼その他の勤務環境改善

■複数医療機関への勤務で論点

またこの日は、厚労省が複数医療機関に勤務する場合の追加的健康確保措置の取り扱いについて論点を示した。追加的健康確保措置については、以下などを示した。

- ▼どちらの医療機関で代償休暇を所得させるかについては、面接指導における原則の考え方（常勤と非常勤で勤務している場合には常勤で勤務している医療機関が実施する等）の考え方を踏まえつつ、各医療機関間で調整するとしてはどうか
- ▼代償休暇は必要な疲労回復を目的とする趣旨に鑑み、予定されていた休日についても代償休暇に参入できる（休日においても出勤を命じられる場合があることを踏まえると休日を実際に取らせることにより代償休暇が付与されているとの考え）こととしてはどうか

これに対して、仁平章構成員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）は、「そもそも連続勤務の時間制限と勤務間インターバルが大前提とした。（以下、続く）

医療情報②
日本医師会
提出

医師の働き方検討委員会が 答申書提出

日本医師会（日医、横倉義武会長）の「医師の働き方検討委員会」（委員長＝相澤好治・北里大学名誉教授）はこのほど、2018年9月の横倉会長からの諮問「医師の健康確保と地域医療体制を両立する働き方の検討―医師独自の健康管理・勤務環境改善策を中心に―」に対する答申書を提出した。3月11日の定例記者会見で公表された。また、同日に開かれた「医師の働き方改革の推進に関する検討会」で、今村聡副会長から説明された。

答申書は、以下の6部構成となっている。

- ① 医師の健康確保と地域医療提供体制を両立する働き方
- ② 「医師の働き方改革に関する検討会」報告書の概要
- ③ 医療機関のマネジメントの重要性
- ④ 産業保健活動の確実な履行
- ⑤ 健康確保のための具体的提言～補完的健康確保措置
- ⑥ 大学病院の重要性と医師の働き方

また、まとめでは、「『医師の健康への配慮』と『地域医療の継続性』の両立を図るには、地域医療体制の整備、医師の偏在対策、勤改センターの充実、診療報酬の見直し、適正な患者の受療行動、タスク・シフト/シェアの推進、さらなるICTの導入等医療環境の改善が進められるべきだが、並行して病院管理者と医師が中心になり、個々の病院における働き方の改善により医師の健康確保・増進を図る方向を模索し、実施することが必要である」などとしている。

医療施設動態調査 (令和元年10月末概数)

厚生労働省 2019年12月24日公表

病院の施設数は前月に比べ 8施設の減少、病床数は 507床の減少。
 一般診療所の施設数は 72施設の増加、病床数は 353床の減少。
 歯科診療所の施設数は 4施設の減少、病床数は 1床の減少。

1 種類別に見た施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	令和元年10月	令和元年9月			令和元年10月	令和元年9月	
総数	179 502	179 442	60	総数	1 619 236	1 620 097	△ 861
病院	8 292	8 300	△ 8	病院	1 528 708	1 529 215	△ 507
精神科病院	1 054	1 054	-	精神病床	326 582	326 666	△ 84
一般病院	7 238	7 246	△ 8	感染症病床	1 884	1 888	△ 4
療養病床を有する病院(再掲)	3 655	3 662	△ 7	結核病床	4 301	4 370	△ 69
地域医療支援病院(再掲)	617	617	-	療養病床	307 506	308 444	△ 938
				一般病床	888 435	887 847	588
一般診療所	102 703	102 631	72	一般診療所	90 472	90 825	△ 353
有床	6 619	6 644	△ 25				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	770	780	△ 10	療養病床(再掲)	7 778	7 882	△ 104
無床	96 084	95 987	97				
歯科診療所	68 507	68 511	△ 4	歯科診療所	56	57	△ 1

2 開設者別にみた施設数及び病床数

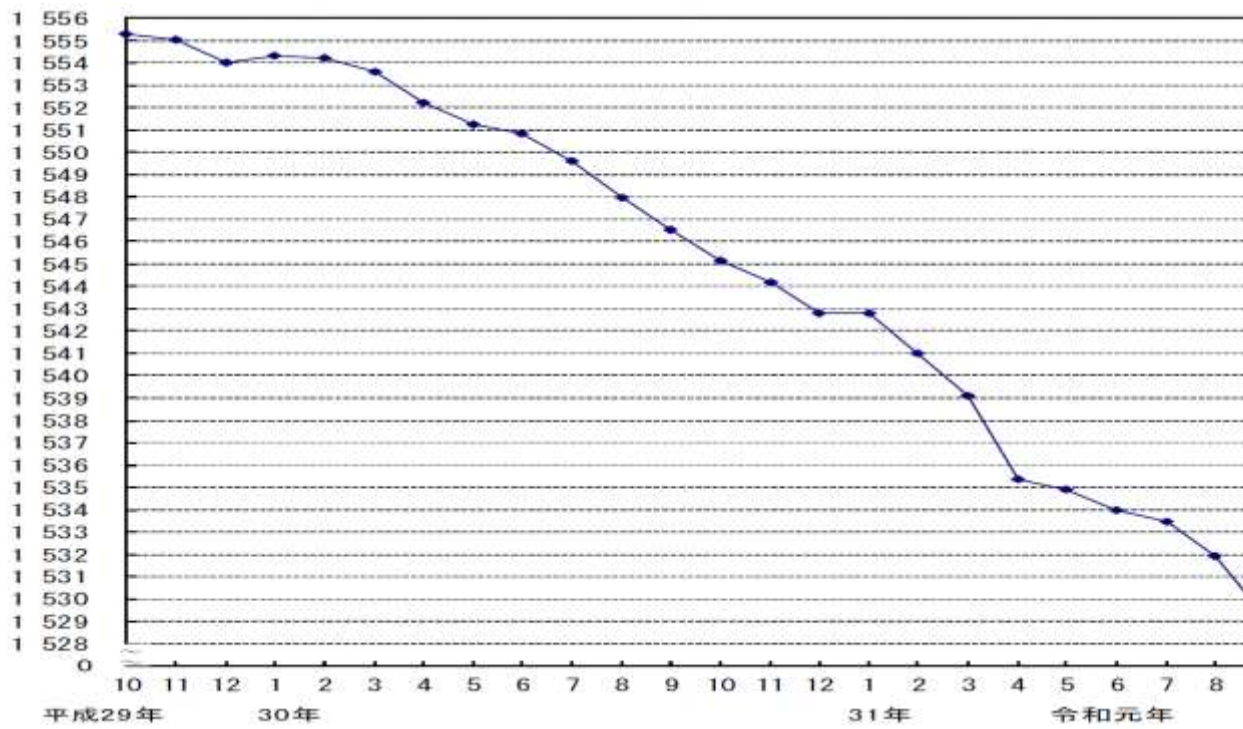
令和元年10月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 292	1 528 708	102 703	90 472	68 507
国 厚生労働省	14	4 622	20	-	-
独立行政法人国立病院機構	141	53 213	-	-	-
国立大学法人	47	32 743	148	19	1
独立行政法人労働者健康福祉機構	32	12 262	1	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 135	2	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 752	3	-	-
その他	23	3 597	360	2 156	3
都道府県	198	52 227	253	176	7
市町村	612	125 044	2 911	2 144	253
地方独立行政法人	108	42 266	34	17	-
日赤	91	35 234	205	19	-
済生会	84	22 824	52	-	1
北海道社会事業協会	7	1 715	-	-	-
厚生連	101	32 127	67	25	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	9	1 934	293	-	2
共済組合及びその連合会	41	13 269	140	-	5
国民健康保険組合	1	320	16	-	-
公益法人	199	49 096	503	261	102
医療法人	5 714	854 977	43 674	68 925	14 824
私立学校法人	112	55 082	187	38	17
社会福祉法人	197	33 640	10 026	352	38
医療生協	82	13 719	302	245	51
会社	31	8 411	1 673	10	11
その他の法人	211	44 292	756	284	115
個人	172	16 207	41 077	15 801	53 077

参 考

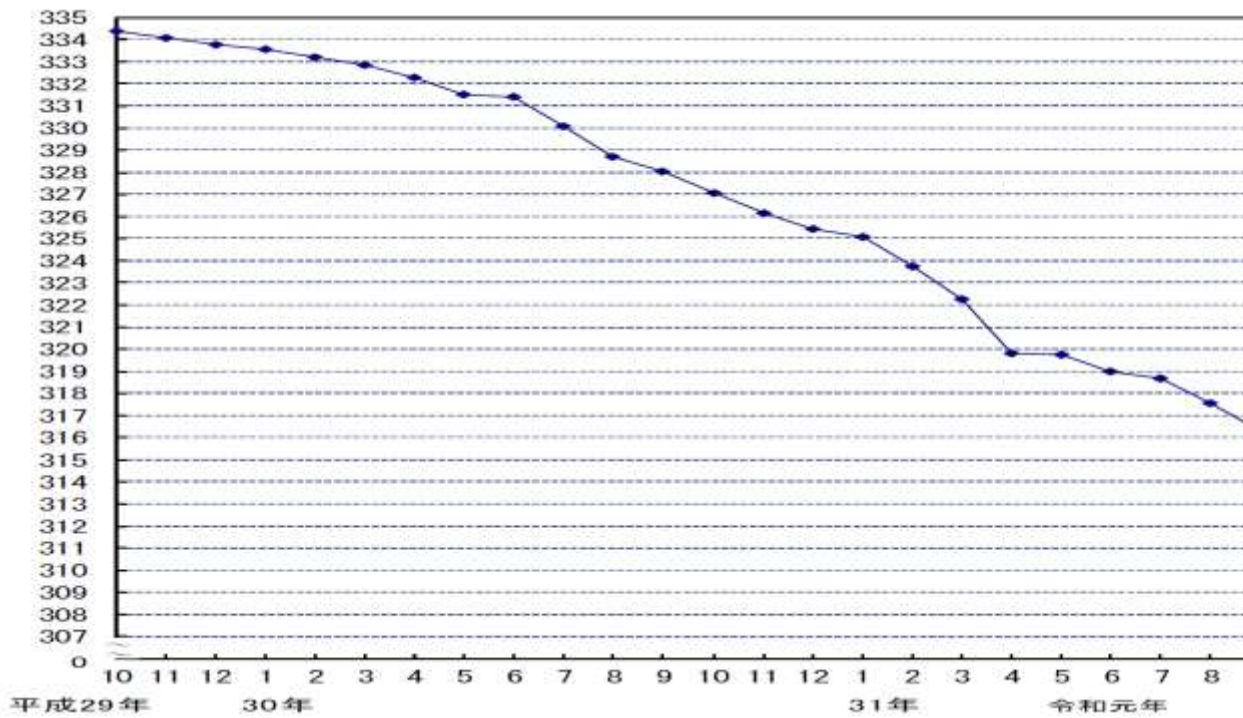
病院病床数

病床（千床）



病院及び一般診療所の療養病床数総計

病床（千床）





経営情報
レポート
要約版



歯科

スタッフのモチベーションを高める

能力に応じた 賃金制度の構築法

1. 歯科医院における給与制度構築の必要性
2. 職務遂行能力に基づいた処遇制度
3. スタッフの能力に応じた賃金制度の策定法
4. 業績と連動した賞与制度の構築ポイント



参考文献

【厚生労働省ホームページ】：平成30年 賃金構造基本統計調査資料より 【医業セミナー】「歯科医院の賃金・賞与制度の作り方」より（講師）株式会社M&D医業経営研究所 代表取締役 木村 泰久氏

1

医業経営情報レポート

歯科院における賃金制度構築の重要性

歯科医院スタッフの給与は、過去の支給実績や他の歯科医院の求人データを参考にして決定されていたりすることが多く、賃金制度を構築し、スタッフの能力等によって給与を支給している歯科医院は少ないのが現状です。

また、厚生労働省は、「働き方改革」の実現に向けて、柔軟な働き方ができる環境づくりや賃金引き上げと労働生産性向上を掲げ、法改正に対応した労務管理の徹底を進めています。

歯科医院のスタッフのモチベーションアップには、支給される給与が重要な要素です。地域医療への貢献や医療従事者としてのやりがいだけでなく、生活の基盤となる給与の適正化・明確化は医院活性化の方法のひとつです。

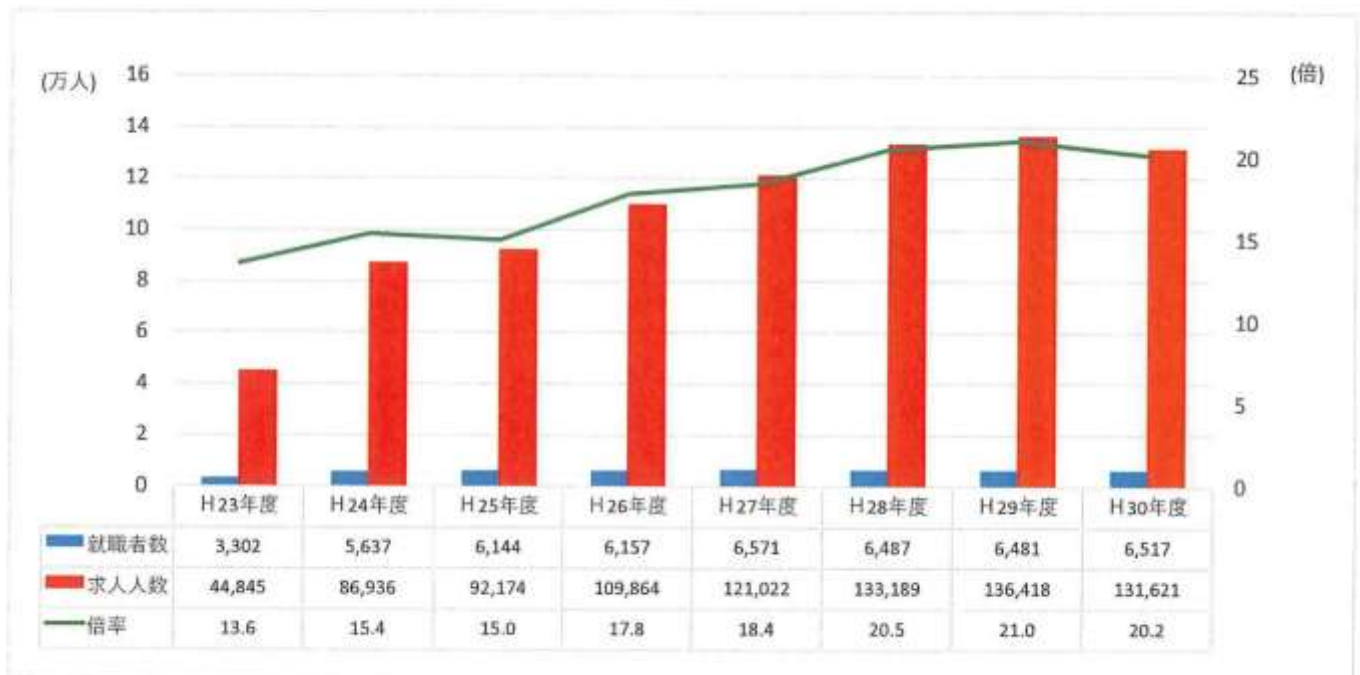
本レポートでは、スタッフのモチベーションを高める賃金制度構築について解説します。

■ 給与制度構築の必要性

(1) 深刻化する歯科衛生士不足

一般社団法人全国歯科衛生士教育協議会の歯科衛生士教育に関する現状調査によると、歯科衛生士の求人倍率は 20.2 倍（平成 30 年度）となっており、平成 23 年と比較すると、6.6 倍の増加で、深刻な歯科衛生士不足となっています。

■ 歯科衛生士の就職者数・求人人数・倍率



(出典) 歯科衛生士教育に関する現状調査 (令和元年 5 月 一般社団法人全国歯科衛生士教育協議会)

2

職務遂行能力に基づいた処遇制度

一般企業では、成果主義の広がりとともに、仕事主義型人事制度が脚光を浴びるようになりました。

成果主義そのものについては、軌道修正や見直しを図る企業も出ていますが、賃金や昇格昇進の基準を「仕事」と定める方向性は、産業界でも医療界でも変わりません。

仕事主義型人事制度のひとつが職能資格制度です。開発されてからすでに20年以上が経過し、様々な改良が施されてきました。近年では歯科医院においても、職能資格制度を従来の年功序列制度と組み合わせて運用しているケースがあります。

■ 人事処遇の核となる職能資格制度

職能資格制度とは、「仕事の困難度・責任度などをベースとした職能資格区分を設け、各職能資格区分ごとに必要な職務遂行能力やレベルを明示した職能資格基準にもとづいて人事処遇を行う制度」と定義されています。

役職位と資格とは切り離されるので、能力の有無を問わず、勤続年数だけで役職位が与えられるものではなく、能力による資格（国家資格、民間資格とは異なる）が与えられるシステムです。

■ 職能資格制度

職能資格制度とは、職務能力を基準とした人事システムであり、
医療従事者に適用しやすい

■ 職能資格制度の考え方

（1）職務や責任の程度に応じた給与体系

給与は、本人給（等級連動）、職能給（号俸）、職務給（業務に対する手当）、諸手当（調整手当、家族手当、扶養手当、住宅手当等）、役職手当に分かれます。等級と号俸を反映させた「本人給・職能給」と、仕事と業務内容を反映させた「職務給」を採用し、職務や責任の程度に応じた給与の支給を可能にします。

医療機関特性を考慮することで、勤務医、歯科衛生士、歯科助手、技工士、受付などの職種を設定し、それぞれの職能要件を明確にし、適正な評価が可能になります。

なお、職能等級が上がることを「昇格」、本人給が上がることを「昇給」、役職位が上がることを「昇進」と定義します。

3 医療経営情報レポート

スタッフの能力を賃金制度で策定

近年、歯科衛生士の給与が高騰しています。また、最低賃金の上昇により、受付や歯科医療事務、歯科助手の賃金も徐々に上がってきています。

そのため、一旦、賃金制度を構築しても、相場観を持って改定を行う必要があります。新たに賃金制度を策定する場合も現状に合わせて策定するのは当然ながら、将来において変更できるよう、調整を可能にしておくことが求められます。

■ 職能等級の設定

はじめに職能等級を設定します。歯科医院では、職能等級をシンプルなものに設定することがポイントです。初級、中級、上級など、各等級の能力要件を概念的に設定し、それぞれに具体的な要件を当てはめます。ただし、あまり細かく規定すると運用が難しくなるため、各等級のレベルが明確になる程度にとどめておきます。

■ 歯科医院の職能等級の設定

- 1から4等級などとして、それぞれの等級内に3～5段階の給与ランクを設定する

【設定例】

- 1等級（初級）：卒業後、3年程度
- 2等級（中級）：歯科衛生士として一人前レベル
- 3等級（上級）：後輩の指導や部門の統括など、院長の補佐ができるレベル
- 4等級（特級）：主任歯科衛生士など幹部クラス

■ 昇格の考え方と給与水準の設計

職能資格制度による昇格は、1等級（初級）から2等級（中級）は基礎能力によるものであるため、勤務年数2～3年で昇格させます。3年目の賃金を高めに設定し勤務継続につながるようにします。2等級（中級）以上の昇格には、各人の能力や意欲、研修への取り組み等から判断し、特に3等級（上級）には優秀者だけを昇格させます。

- 2等級、3等級には全員が昇格できるわけではない。10人に1人くらいの優秀者だけを昇格させ、幹部に登用する
- 昇格には最低3年～5年程度の期間がかかることを伝えておく
 - 一つの等級は最短3年で昇格できる期待感を確保する
- 昇格にあたっては、そのスタッフの能力と意欲、そして他のスタッフとのバランスを勘案する
- 特に、誰もが「あの人は昇格しても当然」と認めることが重要である。その意味で対象者に対するスタッフ間の評価を把握しておく必要がある

4

医療経営情報レポート

業績に連動した賞与制度の構築ポイント

賞与は、職務遂行の動機付けの手段として最大の効果を発揮します。頑張った人、努力した人に報いる意味は大きいものです。

ただし、スタッフ間では金額や評価・査定をお互いに確認することが多いので、職能資格制度に基づく賞与基準による支給であるということをスタッフに理解してもらい、慎重に運用する必要があります。

■ スタッフのモチベーションを上げる賞与制度

歯科医院では、求人の際に賞与の支給基準を明記して募集していることがあります。一方で、人事評価は行なわずに固定月数で支給している医院が多いのが現状です。しかし、これではスタッフの動機付けは困難であり、固定費として経営を圧迫する要因となってしまいます。

賞与は、歯科医院の業績と人事評価結果に連動する方法で支給する工夫が必要です。

(1) 業績に連動させる際の留意点

職能資格制度による賞与は、経営業績に連動させるのが一つの特長であり、経営業績が上がれば全体の支給額を増やし、悪化すれば全体支給額を減らすため、人件費を変動費化することができます。

しかし、業績が悪いからといって賞与支給をゼロにすると、優秀なスタッフから退職してしまう可能性があり、「業績に連動する配分割合」と「最低保証の配分割合」を設定する必要があります。

また、「経営業績に貢献した人に報いる」という考え方にに基づき、経営業績が下がると配分原資が減少しますが、そのなかで頑張った人に厚く報いることで戦力の温存を図ります。

(2) 賞与支給額の計算方法

年間賞与予算は、収入に対する人件費率を算定しておき、総人件費枠から給料の支払い額を控除して設定しておきます。

各人の最低保証賞与は、基本給に一定月数を乗じた金額で設定します。

年間賞与予算から最低保証賞与を控除した金額が、職能資格制度による賞与総額となります。



ジャンル：医業経営 > サブジャンル：職員との関係

労働契約の意義

**労働契約とは、
どのような内容と意義を持つのでしょうか。**

労働者（使用人・被用者＝職員）が使用者（病医院・医療法人）に対して労務（労働）を提供し、使用者はその対価として報酬（賃金）を支払うことを約することを内容とした契約を労働契約といいます。

ここで、労働者とは職業の種類を問わず、労働基準法の適用される事業・事業所に使用され、賃金の支払を受ける者をいいます。ただし、家事使用人は含まれません。そして、この個別的な労使関係について定めた法律が労働基準法です。

労働契約は、期間の定めのないものを除き、一定の事業の完了に必要な期間を定めるものの他は、原則として1年を超える期間を定めることはできません。

また、今後はこの期間を3年とするなど、有期の労働契約の期限が延長される見通しです。

労働契約の締結により、労働者は労務を提供する義務を負い、報酬を請求する権利を有します。

一方、使用者は、労働者より労務の提供を受ける権利があり、それに対し報酬を受ける義務を負います。また、労働者の生命・健康等を危険から保護するように配慮する義務（安全配慮義務）を負うものとされます。

一方、労働基準法は、労働者保護を目的として、労働契約の締結時における規制や労働契約に付随する契約に関する規則を定めています。

具体的には、契約締結時において、下記のような規制があります。

①均等待遇

②労働条件の明示

③損害賠償額の予定の禁止

④前借金相殺の禁止

⑤強制貯金の禁止

労働契約も契約である以上、売買契約等と同様に、締結に際して基本的には契約自由の原則が妥当します。しかし、労働契約の締結については、募集・採用に関する規制や採用内定等をめぐる規制がなされています。



ジャンル：医業経営 > サブジャンル：職員との関係

職員の解雇をめぐる問題

法的に解雇が認められるのは、どのような場合でしょうか。

職員の解雇については、正当な事由が必要とされています。

解雇とは、使用者の一方的な意思表示によって労働契約を終了させることを意味し、原則自由とされていますが、判例において正当な事由を欠く解雇は、権利の濫用にあたり無効という判断がなされています。

解雇事由については、就業規則に明記されているのが通常であり、次のものが挙げられます。

①長期欠勤

②勤務不良

③人員整理

上記のように業務上の都合等が挙げられているのが一般的ですが、労働基準法、男女雇用機会均等法、労働組合法、労働協約等によっても制限がなされています。

期間の定めのない労働契約は、2週間前に解約の申し入れをすることにより終了します。つまり、一方当事者からの意思表示で労働契約を終了させることができることとされています。

しかし、労働基準法においては、使用者からの解約（解雇）は、職員の生活に重大な影響を与えることから、解雇予告期間を30日に延長しており、また予告期間を設けない場合には、30日分以上の平均賃金（解雇予告手当）を支払わなければならないと定められています。

そして、予告手当なしの即時解雇は、やむを得ない事由のため事業の継続が不可能となった場合と、職員に責任のある場合に限り認められるとしています。

このうち、職員に責任のある場合の解雇には、懲戒処分のひとつである懲戒解雇が挙げられます。懲戒解雇は最も重い懲戒処分であり、解雇予告はなされず、予告手当も支給されません。

また、一般に就業規則において、退職金の全部または一部が不支給である旨を定めているほか、再就職にも支障が生じる可能性があるため、職員に不利益が生じるので、処分は慎重に行うことが必要です。