

2014.12.24

週刊WEB

発行

税理士法人ゼニックス・コンサルティング

医業経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

地域別収支率 どの地域でも前年比悪化
消費税増税による支出増も影響か

(公社)全日本病院協会

[救急医療]救急業務における
ICTの活用・導入進む

総務省消防庁

2 経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向(平成26年4~5月号)

3 経営情報レポート

コーチングが変わる、意欲が向上する
医療現場におけるNLP理論の活用

4 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

職員が起こした交通事故による医療機関の責任
職員の解雇における正当な事由とは

地域別収支率 どの地域でも前年比悪化 消費税増税による支出増も影響か

公益社団法人 全日本病院協会は 12 月 12 日、平成 26 年度病院経営調査報告を行った。

平成 26 年度全日病全会員 (2,423 病院) を対象に、平成 26 年 5 月時点の一般状況および収支状況について調査した。回答数は 930 病院であり、回答率は 38.4%であった。

■概要

①調査目的

病院の経営収支の状況の把握

②調査客体

全日本病院協会会員病院を対象 (平成 26 年 5 月時点の全会員 2,423 病院)

③調査内容

病院の一般状況及び収支状況について調査

④調査期間

平成 26 年 5 月 1 日から 5 月 31 日までの間

⑤調査方法 (略)

⑥調査票の回収

回答病院数は 930、回答率は 38.4%

■平成26年度調査結果の総括

●全日病全会員 (2,423 病院) を対象に、平成 26 年 5 月時点の一般状況および収支状況について調査した。回答数は 930 病院であり、回答率は 38.4%であった。

●回答病院のうち、医療法人は 748 病院であり、80%以上であった。DPC 対象病院は 271 病院 (29.1%)、準備病院は 60 病院 (6.5%) であった。病床種別では、一般病床のみが 363 病院、一般・療養病床併設が 338 病院と多かった。

●地域別収支率は、いずれの地域でも平成 25

年に比して悪化しており、特に東京では、40%が赤字である。また、推計キャッシュフローでも同様に悪化している。

- 病床種別収支率は一般病床のみで悪化し、病床規模別収支率では、200 床以上で悪化。また、DPC 対象病院でも悪化がみられた。
- 平成 25 年 5 月時点で、7 対 1 一般病棟入院基本料であった 258 病院は、平成 26 年 5 月は、7 対 1 が 250 病院、10 対 1 が 7 病院、13 対 1 が 1 病院となった。また、7 対 1 経過措置の 15 病院は、7 対 1 が 8 病院、10 対 1 が 7 病院となった。
- 平成 25 年、26 年同一回答病院 (598 病院) の比較では、病床利用率と外来患者数が減少、また従業員数および入院・外来一人一日当たり単価が増加した。

これらの結果を総括すると、平成 26 年度調査では、総じて収支が悪化している。特に悪化が認められるのは、「東京の病院」「一般病床のみの病院」「200 床以上の病院」「DPC 対象病院」である。この原因としては、診療報酬改定による急性期入院医療の厳格化が考えられるが、消費税増税による支出増も大きな要因と推測される。

また、5 月時点では 7 対 1 入院基本料の減は小幅であったが、大きな動きは経過措置の終了する 10 月以降と考えられる。

急性期入院医療の経営悪化は、地域医療提供体制に大きな影響を及ぼすことから、診療報酬体系や消費税のあり方について、十分に論議する必要がある。

『救急医療』 救急業務における ICT の活用・導入進む

総務省消防庁は12月9日、「救急業務のあり方に関する検討会」を開き、「消防と医療の連携」などについて討議した。この検討会は、「傷病者の搬送および傷病者の受け入れの実施に関する基準」の運用効果や「現場活動時間を短縮させる取り組み」などについて、アンケート調査等資料から検証を行っている。

検証資料としてのアンケート調査が今年10月から11月、都道府県消防防災主管部局や消防本部などを対象に実施された。その結果、実施基準の策定・運用の工夫による収容所要時間の短縮効果は、中規模（人口10万人以上70万人未満）消防本部で最も実感されていることがわかった。

一方、もう一つの課題であるICT（情報通信技術の総称）を活用では、政府や総務省内でも円滑かつ適切な搬送・受入体制の確保において改めて重要と認識している。地方公共団体におけるICTを活用した救急業務の高度化に係る取組を一層推進していく方向で一致している。

ICTの活用効果は、救急車内の傷病者のバイタルサイン（血圧、脈拍、心電図等）及び傷病者の状態を把握できる動画を携帯電話通信網経由で医療機関に送り、医療機関の医師がこれを携帯電話でリアルタイムに把握できる。医師は救急隊員に対して適切な救急応急処置等の指示をし、救急隊が指示に基づく応急措置を講じることで救命率の向上につながっている。

「救急業務のあり方に関する検討会」で紹介された【平成25年以降に救急業務でのICTを導入した団体数】は、「導入している」16、「導入していない」31だった（平成25年）。

<導入例>

- 秋田県（秋田市消防本部）：タブレット端末を活用し、救急搬送の受け入れ先や救急指定病院の状況等が即座に判明可能。聴覚障害者や外国籍傷病者との意思疎通やボイス機能付き。システムの切り替えコストは、従来より負担減となった。
- 大阪府（救急搬送支援・情報収集・集計システム：ORION）：スマートフォンで特定病態疾患傷病者の病態チェックリストや応需可能な病院情報を活用し搬送を実施している。一般病態にあっても、他の救急隊の搬送状況等を把握し搬送している。入力項目が簡素化されており、救急隊員の負担軽減につながるシステムとなっている。
- 千葉県（ちば救急医療ネット）：千葉市では、救急医療機関等が消防機関等に提供している応需情報（受入れの可否、空床数等）をタブレット端末での応需情報の確認や搬送先医療機関の選定に係る実証試験を行っている。
- 兵庫県（阪神医療福祉情報ネットワーク：h-Anshin むこネット）：阪神南北医療圏域の6市1町の市医師会及び病院が参画する二次救急システム、医療機関機能情報システム及び患者情報共有システムから構成されている。

最近の医療費の動向

平成 26 年4～5月号

1 制度別概算医療費

● 医療費

(単位：兆円)

	総 計								
		医療保険適用							公 費
		75 歳未満	被用者 保険	本 人	家 族	国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75 歳以上	
平成 22 年度	36.6	22.1	10.8	5.4	4.9	11.3	1.5	12.7	1.8
平成 23 年度	37.8	22.6	11.0	5.5	5.0	11.5	1.5	13.3	1.9
平成 24 年度	38.4	22.8	11.1	5.6	5.0	11.6	1.5	13.7	2.0
平成 25 年度	39.3	23.1	11.3	5.8	5.0	11.8	1.4	14.2	2.0
4～9月	19.5	11.4	5.6	2.8	2.4	5.9	0.7	7.0	1.0
10～3月	19.8	11.7	5.8	2.9	2.5	5.9	0.8	7.1	1.0
平成 26 年度4～5月	6.6	3.8	1.9	1.0	0.8	2.0	0.2	2.4	0.3
4月	3.3	1.9	0.9	0.5	0.4	1.0	0.1	1.2	0.2
5月	3.3	1.9	0.9	0.5	0.4	1.0	0.1	1.2	0.2

- 注 1. 審査支払機関（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）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。
医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。
- 注 2. 「医療保険適用」の「70 歳以上」には、後期高齢者医療の対象（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に係るデータが含まれる。
- 注 3. 「医療保険適用」の「75 歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。
「公費」は医療保険適用との併用分を除く、公費負担のみのデータである。

2 診療種類別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

総計		診療費	医科 入院	医科 入院外	歯科	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
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
平成 23 年度	37.8	30.3	14.4	13.3	2.7	6.6	0.8	0.09	15.2	19.8	2.7
平成 24 年度	38.4	30.8	14.8	13.4	2.7	6.6	0.8	0.10	15.6	20.0	2.7
平成 25 年度	39.3	31.3	15.0	13.6	2.7	7.0	0.8	0.12	15.8	20.6	2.7
4～9月	19.5	15.6	7.5	6.8	1.4	3.4	0.4	0.06	7.9	10.2	1.4
10～3月	19.8	15.7	7.5	6.8	1.4	3.6	0.4	0.06	7.9	10.5	1.4
平成 26 年度 4～5月	6.6	5.2	2.5	2.3	0.5	1.2	0.1	0.02	2.6	3.5	0.5
4月	3.3	2.6	1.2	1.2	0.2	0.6	0.1	0.01	1.3	1.8	0.2
5月	3.3	2.6	1.3	1.1	0.2	0.6	0.1	0.01	1.3	1.7	0.2

注1. 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

3 医療機関種類別概算医療費

(1)医療機関種類別医療費

●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 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
平成 23 年度	3.1	2.1	2.4	4.3	2.1	2.3	▲ 6.0	1.6	2.6	7.9	9.5
平成 24 年度	1.7	1.8	2.4	4.1	2.6	2.0	▲ 5.9	0.3	1.4	1.3	19.0
平成 25 年度	2.2	1.4	1.7	3.5	0.7	2.2	▲ 6.4	0.7	0.8	5.9	14.3
4～9月	2.9	2.1	2.3	3.7	1.4	2.9	▲ 5.3	1.6	1.2	7.0	15.3
10～3月	1.5	0.8	1.1	3.3	0.1	1.6	▲ 7.5	▲ 0.1	0.5	5.0	13.3
平成 26 年度 4～5月	0.4	0.1	0.3	0.4	▲ 0.5	1.1	▲ 6.4	▲ 0.4	1.4	0.9	13.5
4月	0.6	0.4	0.6	0.8	▲ 0.2	1.4	▲ 5.9	▲ 0.2	1.3	1.1	12.9
5月	0.2	▲ 0.1	0.0	0.1	▲ 0.9	0.8	▲ 6.8	▲ 0.5	1.6	0.7	14.2

注1. 医科病院の種類について、「大学病院」は医育機関をいう。「公的病院」は国（独立行政法人を含む）の開設する医療機関、公的医療機（開設者が都道府県、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いう（ただし、医育機関を除く）。

注2. 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

(2)主たる診療科別医科診療所の医療費

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	医科 診療所	診療科								
		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 22 年度	1.2	0.9	2.5	▲ 3.0	1.6	2.1	0.8	1.9	6.3	1.2
平成 23 年度	1.6	1.5	1.9	▲ 0.1	3.5	2.5	▲ 0.3	1.5	▲ 0.6	2.5
平成 24 年度	0.3	▲ 0.1	▲ 4.5	▲ 3.0	1.8	0.1	1.0	3.8	2.2	0.8
平成 25 年度	0.7	1.0	▲ 1.3	▲ 2.2	1.8	0.8	▲ 0.7	2.5	▲ 2.3	1.2
4～9月	1.6	1.9	▲ 0.6	▲ 1.4	2.4	1.3	0.1	2.7	0.7	1.7
10～3月	▲ 0.1	0.1	▲ 1.9	▲ 3.1	1.2	0.2	▲ 1.6	2.4	▲ 4.8	0.6
平成 26 年度 4～5 月	▲ 0.4	▲ 1.8	0.5	▲ 3.1	2.1	0.9	▲ 1.3	2.2	4.1	0.1
4月	▲ 0.2	▲ 1.5	1.6	▲ 3.1	1.9	0.7	▲ 1.7	1.6	5.8	▲ 0.0
5月	▲ 0.5	▲ 2.0	▲ 0.6	▲ 3.2	2.3	1.1	▲ 0.9	2.7	2.4	0.2

(3)経営主体別医科病院の入院医療費

●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	歯科病院
平成 22 年度	7.5	8.2	8.1	6.3	6.3	3.2
平成 23 年度	3.2	2.2	3.9	2.7	2.5	▲ 2.2
平成 24 年度	3.1	5.0	3.5	2.3	2.8	▲ 1.0
平成 25 年度	1.6	1.0	1.1	1.8	2.2	▲ 4.0
4～9月	2.0	1.5	1.6	2.2	3.2	▲ 3.5
10～3月	1.2	0.5	0.7	1.3	1.2	▲ 4.6
平成 26 年度 4～5 月	0.6	▲ 1.5	▲ 0.1	1.2	2.4	▲ 4.2
4月	0.7	▲ 1.7	▲ 0.2	1.3	2.9	▲ 4.2
5月	0.6	▲ 1.4	0.0	1.1	1.9	▲ 4.1

注1) 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

注2) 1施設当たり医療費は医療費の総額を審査支払機関に審査支払請求を行った施設数で除して得た値である。

「最近の医療費の動向(平成 26 年 4～5 月号)」の全文は、
当事務所のホームページの「経営 TOPICS」よりご確認ください。

コーチングが変わる、意欲が向上する 医療現場におけるNLP理論の活用

ポイント

- 1 コーチングを高めるNLP理論の活用法
.....
- 2 医療現場のコミュニケーション力を向上する
.....
- 3 相手を理解するための「観察力」を磨く
.....



1 コーチングを高めるNLP理論の活用法

■ 医療機関でも活用されているコーチング

近年日本においてもコーチングの有用性が注目され、ビジネスやマネジメントだけではなく、スポーツや医療機関での活用が広がっています。

コーチングは、相手の個性を尊重しながら意欲と能力を引き出して、抱えている問題の解決や目標達成につなげるという双方向のコミュニケーションスキルです。

医療機関では、職員個々の能力の向上を図るために様々な指導・教育を行う必要性と機会が他業種に比べて多いといえるため、コーチング活用の場面は広いと考えられます。

■ NLP理論の考え方と目的

コーチングのポイントは、「答えは本人が持っている」ということにあります。コーチの役割は、相手（本人）の自発的な行動を促すことによって目的達成への案内をすることですから、自立した人材の育成にはコーチング的視点が不可欠だといえるのです。

一方、NLP（Neuro Linguistic Programming：神経言語プログラミング）とは、五感を通じて認知された情報がイメージ化されるプロセスを含み、自分自身や他人との関係において「望む結果を手にいれる方法」を明らかにするコミュニケーションの方法論です。日本においては、スポーツ分野等で部分的にNLP理論が導入されてきましたが、近年のコーチング活用の場の拡大に伴って、NLPの考え方も徐々に認知されつつあります。

◆NLP(神経言語プログラミング)の定義

Neuro：神経

五感を通じて認知された体験が神経系を通じて処理される

Linguistic：言語

神経系を経由した情報が言語・非言語コミュニケーションシステムを通じて符号化・秩序づけられ、指令としての意味を与えられる

Programming：プログラミング

神経系と言語を組織化して、思考と行動を組み立てる

望ましい目標や成果を達成するために、
自分の思考や行動を自由に組み立てられるようになる

■ コーチングの弱点とうまくいかないケース

コーチングでは、質問によって相手の気づきと学びをサポートしますが、コーチが自分の考えを押し付けたり、説教をしてしまったりすることがあります。こうした状況は、相手もすぐに気が付きますから、コーチングに失望してしまうことになりかねません。

相手を固定観念や先入観で見ている、相手の話を聴きながら答えを想定して質問をしていたりすると、相手が持っている「答え」を呼び覚ますことはできないのです。コーチは善悪の判断や、相手の誤りを正すことがその役割ではありません。コーチには、相手に対して様々な質問を繰り返すことによって、あらゆる角度から検討の機会を提供することが求められています。

NLPでは、「五感を通じて物事を理解する」という前提に立ち、知覚の鋭敏さを養うアプローチがあります。そして、できた状態を五感で理解できるという「自分にとっての確実性」があることから、コーチングで生じる曖昧さを排除することができるのです。

■ NLPはどのように使われているか

NLPには、2つの「アプローチ」の質問があります。

① What do you want ? (成果に焦点をあてる)

あなたはどなりたいのですか？

② What stops you ? (問題に焦点をあてる)

あなたを妨げているものは何ですか？

NLPでは、「アウトカム（＝成果、目標、目的、ゴール）を明確にしていくスキル」と、そのアウトカムと現状の問題のギャップ、つまり「アウトカムを手に入れたいのに止めているもの＝ストッパー（制限）に気づいていくカウンセリング手法」が確立されています。こうして自分を止めていたものに気づくことで、アウトカムを手に入れやすい状態を自分で創り出すことができます。つまり、NLPは自分がコーチとなり、自分の答えを見つけることである「セルフ・コーチング」の実践を助けるツールになるのです。そしてこれは、日常の中で抱えるストレスへの対処法としても活用することができます。

そのほかにも、人それぞれが持っているタイプに応じたコミュニケーションスキルや、自分・相手・第三者の3つの異なる立場から物事を認識する多角的認識手法、相手との信頼関係を築く方法などを身に付けることができます。

人には無意識のうちに身に付けているコミュニケーションのタイプがありますが、日常や職場での人間関係は、これらのタイプが交差するなかで築かれています。つまりNLPは、自分と他者のコミュニケーションを意識化し、これを肯定しようとする支援を提供する理論なのです。

2 医療現場のコミュニケーション力を向上する

■ 患者やその家族とのコミュニケーションに活用

これまで医療の現場では、医師の言葉が絶対で、医師と患者および家族のコミュニケーションそのものが、あまり重視されていない傾向がありました。しかし、1980年代半ばからのインフォームド・コンセントの周知や、近年ではリスク・コミュニケーションなどが注目されるようになり、改めて医療現場でのコミュニケーションの重要性が認識されています。

「患者個々の状態に合った適切な言葉かけができているだろうか」

「症状からのメッセージやサインに耳を傾けられているだろうか」

身体だけの治療ではなく、心のケアによって心身共に弱い立場にある患者の側に寄り添い、患者自身の「治りたい」という意欲を向上することにより、患者の治癒力が引き出されることがあります。

NLPは、症状が示す身体のサインを受け止めようという考え方を身に付けることができ、患者との意思疎通を向上させることにつながります。

■ 院内コミュニケーションに活用する場面

人は、「神経」（＝五感【視覚・聴覚・味覚・嗅覚・触覚】）と、「言語／非言語」の脳での意味づけによって物事を認識し、体験を記憶しています。NLPでは、五感を「視覚」「聴覚」「体感覚（味覚・嗅覚・触覚）」と、大きく3つに分けて考えています。

右利きの人、左利きの人がいるように、人は無意識のうちに、この「視覚」「聴覚」「体感覚」という3つの感覚の中で、優位に使っているものがあります。

同じ話をしても、思い浮かべているものはその人のタイプによって異なります。相手のタイプを見分け、聞き分けて話しかけていくことで、形成した「ラポール（相手との信頼感がある状態）」を深めることができ、コミュニケーションの質がより向上します。

■ 日常業務上のストレスに対処するためのNLP

医療従事者は、日々緊張を強いられながら専門性の高い業務に取り組んでいるために、自分では気づかないストレスが蓄積している場合も少なくありません。

このようなケースで、院内でのコミュニケーション、あるいはストレスへの簡単な対処法にも、NLPを活用することができます。

3 相手を理解するための「観察力」を磨く

■ 五感で知覚し、相手を理解する

五感を使うNLPで、コーチングをより効果的に活用するために最も重要なスキルのひとつが「キャリブレーション」です。これは、コーチングが機能するベースを作るだけでなく、五感による観察力を磨く上で、非常に有効なツールです。

◆キャリブレーションの定義

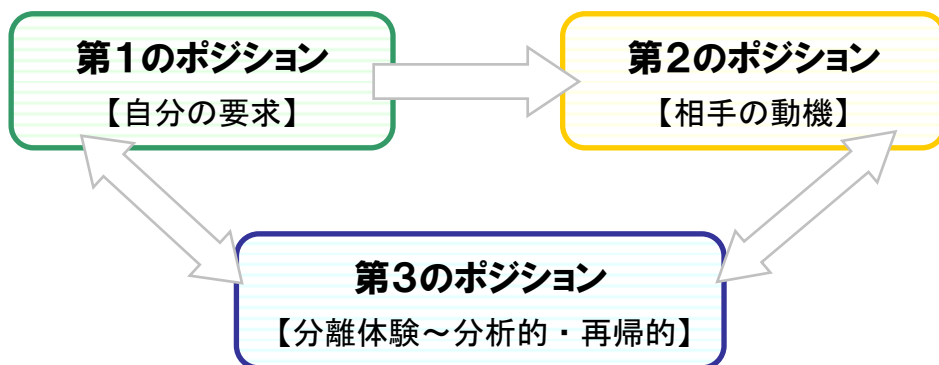
非言語的兆候（言語以外で発信するサイン）を詳細に測り
そこから相手の心理状態や変化を捉えること → 観察すること

■ 知覚することで相手の意図を肯定する

NLPには、「知覚のポジション」というツールがあります。

人は困難に直面した場合、その感じ方にマイナスの影響、すなわちストレスを受けてしまいますが、この3つの「知覚のポジション」のそれぞれに自分自身が立つことで、肯定的な意図を見つけることができ、それにより得られた情報によって、ストレスの原因となっている困難に対する知覚の仕方が変わるという考え方です。

◆「知覚のポジション」とは



■ 「観察力」を向上させ、相手の理解プロセスを知る

相手の心理状態や変化を知覚するためには、自分の「観察力」を磨くことが重要です。ここでは、相手の発信する非言語情報を受け取っていると同時に、自分自身が発している非言語情報も、相手に対して影響を及ぼしているという点に注意しなければなりません。

レポート全文は、当事務所のホームページの「[医業経営情報レポート](#)」よりご覧ください。

経営データベース ①

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 職員との関係



職員が起こした交通事故による医療機関の責任

職員が起こした交通事故で相手方に損害を負わせた場合、当院にはどのような責任が生じるのでしょうか。



職員の交通事故について、医療機関が責任を負う場合の根拠条文は、①民法第715条の使用者責任、および②自動車損害賠償保障法3条の運行共用者責任の2つです。

医療機関がこれらの責任を負う場合について、上記各事案で解説します。

労働基準法の定めによれば、就業規則について、以下のような制限を設けています。

(1)職員が当院所有車両で交通事故を起こした場合

職員が医療機関の所有車両で事故を起こした場合には、職員と共に医療機関がその責任を負います。業務中はもちろんですが、職員が無断で私用に使用した場合にも、医療機関に民法第715条による使用者責任、および自動車損害賠償保障法による運行供用者責任が認められます。

業務上であるか否かについては、本来の業務を遂行している過程で生じた場合のほか、業務に付随した行為をしている場合も該当するとされます。例えば、業務中の飲食・用便、器具整理などの後片付け、突発事故に対する救援等の緊急行為が含まれます。

(2)職員所有の車両で通勤中に交通事故を起こした場合

通勤時における交通事故については、職員の職務執行行為の範囲に含まれます。

従って、①民法第715条により、使用者である医療機関が被害者に対して損害賠償責任を負うこととなります。職員が医療機関への通勤にのみ使用していた自家用車が、通勤途上事故を起こしても、医療機関が運行供用者責任を負うことはありません（東京高判昭45.2.5、東京地判昭47.7.19）。

しかし、医療機関が職員の自家用車を継続的に業務に使用し、燃料費、修理費などの費用も負担していた場合などは、「通勤」は業務使用の前提となる自家用車の「医療機関への持ち込み・持ち帰り」となるので②の運行供用者責任を負うこととなります。

仮に職員が死亡事故を起こした場合、医療機関の社会的評価を著しく失墜させ、また業務に対する重大な支障を生じさせたという客観的事実が存在する場合でなければ、当該職員を懲戒解雇処分には出来ないと解釈できます。また悪質な飲酒運転による事故を起こしたときでも、その事故の態様等如何によっては懲戒権の濫用に該当するケースもあるので、予め就業規則に懲戒解雇事由に該当する行為として明示しておくことがよいでしょう。

経営データベース ②

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 職員との関係



職員の解雇における正当な事由とは法的に職員の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、下記のようなものが一般的です。

- ①長期欠勤
- ②勤務不良
- ③人員整理等の業務上の都合

このほかに、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、一方当事者よりの意思表示で労働契約を終了させることができるのが原則なのです。

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って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、通常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。