

**週刊 医業経営**

MAGAZINE

**WEBマガジン**

発行 税理士法人優和

**1 医療情報ヘッドライン**

都道府県ごと医療費抑制へ数値目標—地域医療構想  
政府「2014 骨太の方針」原案示す 薬価、毎年改訂も

政府

安倍首相、混合診療拡大を表明 16年からの実施目指す  
「患者申し出療養制度」を新たに創設

政府

**2 経営TOPICS****統計調査資料**

最近の医療費の動向(平成 25 年 12 月号)

**3 経営情報レポート**

職員の意欲を向上させる  
クリニックの人事評価・賃金システム

**4 経営データベース****ジャンル: 労務管理** サブジャンル: 求人・採用

試用期間の長さの設定

試用期間中の職員を不適合とする基準

## 都道府県ごと医療費抑制へ数値目標—地域医療構想 政府「2014 骨太の方針」原案示す 薬価、毎年改訂も

政府は6月9日、経済財政諮問会議（議長・安倍晋三首相）を開き、経済財政運営の基本指針である「骨太の方針」の骨子案2014年（26年）版を提示した。

骨太の方針は、正式には「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」という名称で、これを通称「骨太の方針」と呼んでいる。

安倍首相は、特に経済再生について、金融政策、機動的な財政政策、民間投資を喚起する成長戦略を三本の矢として実行していく方針を掲げている。この日の会議では「デフレからの脱却を確実なものとし、持続的成長を実現するため、予算、税制、規制改革など政府を挙げて取り組んでいく」と表明した。6月下旬の閣議決定に向け、焦点の法人実効税率引き下げをはじめとする議論は大詰めを迎える。

原案の中で医療改革の医療・介護に関連する項目は、医療費の伸びを抑えるため、都道府県ごとに適正な医療費の数値目標を新たに作るほか、薬の公定価格の見直し時期を改めて、価格の引き下げを促すことを検討するなど、社会保障予算の抑制策を盛り込んだのが特徴だといえる。

原案によると、2014年度の国の予算で、高齢化に伴って初めて30兆円を突破した年金、医療など社会保障費は、「聖域なき見直し

が必要」とした。具体的には、都道府県が来年度から「地域医療構想」をつくる方針に合わせ、無駄のない適正な医療費の数値目標を設ける。来年の通常国会で関連法を改正し、来年度からの実施をめざす。

数値目標を決めるにあたっては、病院が自治体などに送る医療費の請求書「レセプト」の活用を促す。診療や投薬などレセプトのデータを解析することで、薬の出し過ぎなどのムダ削減につなげるねらいである。

原案で医療改革に関連する項目は、次のとおりである。

- (1) **健康長寿を社会の活力に**——生涯現役社会に向けた環境整備等を推進し、高齢者の健康寿命を延伸し、その経験、能力を活かす社会を実現する。希望する人は70歳まで働ける環境整備も検討課題とする。
- (2) **規制改革**——健康・医療産業の発展、多様で柔軟な働き方、起業・新規ビジネスの創出・拡大、農業の成長産業化、対日投資の促進等を重視して規制改革を推進する。
- (3) **社会保障改革**——医療・介護を中心に社会保障給付を効率化・適正化する。その際、先進的に取り組んでいる地域の事例を横展開する。特に、医療・介護提供体制の適正化、保険者機能の強化と予防・健康管理、介護報酬改定の取組み、薬価の適正化、年金給付のあり方の検討、生活保護の適正化等に取り組む。

## 安倍首相、混合診療拡大を表明 16年からの実施目指す 「患者申し出療養制度」を新たに創設

安倍首相は6月10日、混合診療を拡大する方針を打ち出すと表明した。現行制度では、公的保険が使える診療と保険外の診療を併用する混合診療は、原則的に保険診療の分も全額自己負担になる。ただ、保険外診療には最新の治療法など、医師や患者のニーズが高いものがあるため、現在は一部でしか認められていない先進的な医療などに限って、例外的に公的保険が使えるようにしてきた。

10日、安倍首相は東京・慶応病院の先進医療を視察した後の記者団の質問に答えた。安倍首相は混合診療の拡大方針を「保険との併用の治療を可能とする『患者申し出療養制度』（仮称：患者の希望があれば認める仕組み）を新たに創設することになった」と語り、来年の通常国会に関連法案を提出する考えを示した。厚生労働省は、患者の治療の選択肢を拡大するため混合診療を受けられる医療機関を増やす方針を明らかにした。

政府は今月下旬にまとめる成長戦略に盛り込み、来年の法改正をめざしており、早ければ2016年度から実施する。

「混合診療」問題は小泉政権に始まり、医師会など多くの抵抗を受けていた経緯がある。ところが安倍首相が今年4月16日に首相官邸で開いた経済財政諮問会議と産業競争力会議の合同会議で、保険診療と保険外診療を併用する「混合診療」の大幅な拡大の検討を関係閣僚に指示したことで「再燃」した形となった。安倍首相側には6月の成長戦略の柱の

一つに据えたい考えがあった。

混合診療拡大をめぐるっては、政府の規制改革会議が、医師と患者の合意を条件に大幅に広げる「選択療養」を提案した。安全性や効果の確認を慎重にするべきだとする厚生労働省と調整を進めてきた。

新たな仕組みでは、個々の患者の要望に応じて混合診療をできるようにし、病気の種類や治療法に制限は設けない。政府は9日、公的な医療保険を使うことが認められる医療と、認められない医療を併用する混合診療を受けやすくするため、「患者申し出療養」（仮称）を来年度にも創設する方針を固めたものである。

政府の主張は、混合診療について〈1〉患者の希望に応じ、幅広い分野の医療を受けられるようにする、〈2〉受診できる病院数を全国的に増やす、〈3〉申請から2～6週間以内に受診可能にすることが柱で、特に審査期間等の短縮・迅速さを求めている。

現行では、相談を受けた医師は、実施計画を国の専門家会議に提出し、同会議は、安全性や効果を審査、新薬や医療機器については原則6週間以内には是非を判断する。今は審査に3～6カ月かかる。

実施できる医療機関は、実績のある中核的な15病院（東大病院など）と、その協力病院で、それ以外の医療機関も申請でき、専門家が原則2週間ほどで混合診療をできる環境が整っているか審査し、一定の基準を満たせば、地方の診療所でも混合診療が可能になる。

# 最近の医療費の動向

平成25年 12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 21 年度	35.3	21.5	10.5	5.3	4.7	11.0	1.3	12.0	1.7
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
4～9月	18.9	11.2	5.4	2.8	2.4	5.8	0.7	6.7	1.0
10～3月	19.5	11.6	5.7	2.9	2.6	5.9	0.8	6.9	1.0
平成 25 年 4～12 月	29.4	17.3	8.4	4.3	3.7	8.8	1.1	10.6	1.5
4～9月	19.5	11.4	5.6	2.8	2.4	5.9	0.7	7.0	1.0
10～12月	9.9	5.8	2.9	1.5	1.3	3.0	0.4	3.6	0.5
11月	3.3	1.9	0.9	0.5	0.4	1.0	0.1	1.2	0.2
12月	3.3	2.0	1.0	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。

「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)	(再掲)	(再掲)
									医科 入院 +医科 食事等	医科 入院外 +調剤	歯科 +歯科 食事等
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
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
4～9月	18.9	15.3	7.3	6.6	1.3	3.2	0.4	0.05	7.7	9.8	1.3
10～3月	19.5	15.6	7.5	6.8	1.3	3.4	0.4	0.05	7.9	10.2	1.3
平成 25 年 4～12 月	29.4	23.5	11.2	10.2	2.0	5.2	0.6	0.09	11.8	15.4	2.1
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
10～12月	9.9	7.9	3.8	3.4	0.7	1.8	0.2	0.03	4.0	5.3	0.7
11月	3.3	2.6	1.2	1.1	0.2	0.6	0.1	0.01	1.3	1.7	0.2
12月	3.3	2.6	1.3	1.1	0.2	0.6	0.1	0.01	1.3	1.8	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ていない。

注2. 入院時食事療養等に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	医療機関種類別										
		医科計							医科 診療所	歯科計	保険 薬局	訪問 看護 ステー ション
		医科病院				大学 病院						
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	
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	
4～9月	1.7	1.8	2.4	4.3	2.8	2.0	▲ 6.4	0.1	1.9	0.9	17.8	
10～3月	1.7	1.8	2.3	3.9	2.4	2.0	▲ 5.3	0.5	0.8	1.6	20.1	
平成 25 年 4～12 月	2.3	1.5	1.8	3.4	0.8	2.4	▲ 5.8	0.8	0.8	6.3	14.5	
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	
10～12月	1.2	0.5	0.9	2.8	▲ 0.2	1.5	▲ 6.9	▲ 0.6	▲ 0.0	4.9	13.1	
11月	1.3	0.5	0.3	2.9	▲ 1.3	1.1	▲ 6.7	0.8	1.6	4.5	12.3	
12月	2.0	1.2	1.8	4.1	0.8	2.1	▲ 5.4	▲ 0.3	0.9	5.6	14.7	

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、公的医療機関（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									
		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 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
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
4～9月	0.1	▲ 0.3	▲ 4.0	▲ 3.2	2.1	0.2	1.3	3.1	▲ 0.1	1.1
10～3月	0.5	0.2	▲ 4.9	▲ 2.8	1.6	▲ 0.0	0.8	4.6	4.2	0.6
平成 25 年4～12月	0.8	1.1	▲ 2.8	▲ 2.0	1.8	1.0	▲ 0.3	2.7	▲ 1.2	1.3
4～9月	1.6	1.9	▲ 0.6	▲ 1.4	2.4	1.3	0.1	2.7	0.7	1.7
10～12月	▲ 0.6	▲ 0.4	▲ 6.4	▲ 3.4	0.5	0.4	▲ 1.1	2.6	▲ 4.5	0.4
11月	0.8	0.6	▲ 4.1	▲ 2.2	1.8	4.7	0.2	3.3	1.1	1.2
12月	▲ 0.3	▲ 0.6	▲ 4.2	▲ 3.7	1.9	1.0	▲ 1.9	4.0	▲ 3.2	1.0

## (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 21 年度	4.0	4.5	4.4	3.6	2.9	▲ 1.9
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
4～9月	3.2	5.6	3.9	2.3	2.2	▲ 0.5
10～3月	2.9	4.4	3.1	2.3	3.5	▲ 1.4
平成 25 年4～12月	1.7	1.1	1.2	1.8	2.8	▲ 3.8
4～9月	2.0	1.5	1.6	2.2	3.2	▲ 3.5
10～12月	0.9	0.3	0.3	1.1	2.0	▲ 4.5
11月	0.6	0.8	▲ 0.3	0.7	2.6	▲ 5.1
12月	1.5	1.0	1.0	1.6	2.8	▲ 4.7

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。

# 職員の意欲を向上させる クリニックの人事評価・賃金システム

## ポイント

- 1 クリニックの人事評価制度
- 2 役割や能力に対応した等級フレーム
- 3 職員のやる気を高める賃金制度
- 4 人事評価・賃金制度見直しの事例



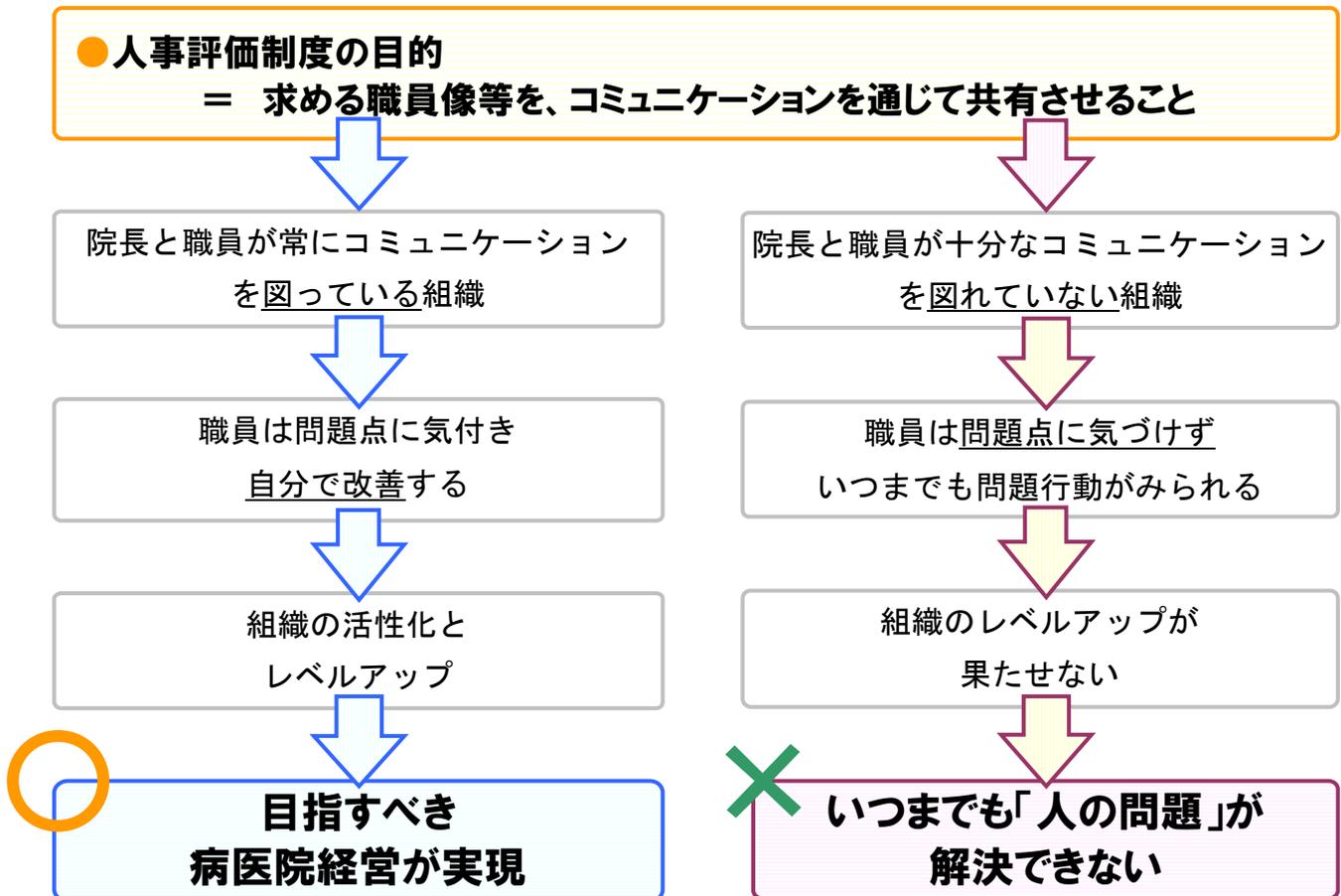
# 1 クリニックの人事評価制度

## 1 クリニックの人事評価制度導入の目的

クリニックにおける人事評価制度とは、院長が職員に対して求める職員像、期待する職員像を明示したうえで、それに対して経営者として成長を後押しするものであり、さらに順次面談等によって職員とコミュニケーションを図ることを通じて、改善点や問題点を注意する結果、個々や組織全体のレベルが向上するものと考えられます。

つまり、職員のモチベーションを高め、組織風土を変えさせるためには、公正な人事評価システムの導入と整備は必要不可欠なものといえます。

### (1) 人事評価の目的イメージ



### (2) 職員評価(処遇)の反映

人事評価制度では、まず院長が期待する職員像などを明確に提示します。そして、それに近づくために必要な職員の取り組みなどを随時フォローすることにより、個々の問題点を改善へと導くことが重要です。

## 2 役割や能力に対応した等級フレーム

### 1 等級フレーム活用のねらい

#### (1) 役割、目標を明確にし、責任感を高める

クリニックにおいて、職員のやる気を引き出し、活性化した体制を構築するためには、人事評価制度の導入の出発点となる目標管理の発想が必要です。

職員に目標ができると、どうすれば目標に近づけるのか、どうすれば課題をクリア出来るのかを考えるようになり、自分で仕事に意思を持って取り組むようになります。そして、目標達成に向かって取り組むほど、自分の行動にも責任を持つようになります。責任は、さらに職員の能力向上の原動力となります。

この結果、仕事で成果を出すことができた経験があるため、問題発見の視野が広くなり、新たな取り組みに対しても積極性があらわれます。

クリニックの組織運営において最も重視すべきなのは、職員のモチベーションです。よって、モチベーションを向上させる一つ的手段として、職位・等級（ランク）は、より効果的に機能させなければなりません。

#### (2) レベルアップが職員満足と患者満足につながる

職員の満足度が高いからこそ、患者が満足を得られるサービスを提供できます。職員の満足度は、クリニックにおいて感じる事が出来る「やりがい」に大きく影響されるものです。

職位と役割に応じた業務を示す職務基準書があれば、職員の意欲は向上し、また様々な目標設定は、能力向上とともに職員の満足度向上につながります。

#### (3) 職務基準書作成の目的

- ① 職員の成長ステップを明示することで、役割分担、能力開発をスムーズに行えるようになる
- ② 職員が行うべき業務が明確になり、モチベーションアップにつながる
- ③ 人事評価を実施した時点のクリニック全体での職員レベルの状況が把握しやすくなる

### 3 職員のやる気を高める賃金制度

職員規模が小さいクリニックの場合、一般企業や大病院のように毎年4月に新卒者が入職するよりも、他医療機関での勤務経験者が中途採用で入職するケースも多く、必然的にさまざまな経歴を有する職員が入職してくることになります。

そのため、一般的に活用されているような賃金表がクリニックの実情に適合しないため、院長が周りの職員とのバランスを勘案しながら、感覚的に賃金額を決定せざるを得ない場合も少なくありません。

しかし、賃金の設定にあたっては、職員の納得度を高めるためにも、ある程度統一した基準を設けておくことが、クリニックにおいても必要です。

#### 1 賃金制度の構築方法とメリット・デメリット

##### (1) 月次賃金の設定

月次賃金は、主に基本給と諸手当によって構成しているケースが一般的です。これらの賃金を決定するにあたっては、地元の医師会などが策定した賃金表を用いる方法が多いようですが、最近では独自の賃金表を策定し、これから算出した賃金に基づいて、在職中の職員、また将来的に確保する職員に適用させて運用するクリニックが急速に増加しています。

##### (2) 賃金表作成のメリットとデメリット

メリット	<ul style="list-style-type: none"><li>● 賃金決定や運用における恣意性を排除することができるため、職員に安心感を与えることができる</li><li>● 将来の生活設計イメージを職員に示すことができる</li></ul>
デメリット	<ul style="list-style-type: none"><li>● 賃金表に縛られてしまい、経営環境悪化の際に柔軟な対応が取りにくい</li><li>● ある程度賃金額を抑えた表を設計すると、モチベーションをダウンさせてしまう</li></ul>

#### 2 職能給制度の設計と運用の問題

職能給制度とは、職務遂行能力によって職能資格を分け、その資格等級によって給与を決定する制度であり、特に大病院や大企業などで導入されています。

それぞれの等級ごとに能力要件（職能要件書）が明確に示されており、能力や技術が習熟すると上位等級に昇格してゆく仕組みで、等級が上がるほど昇給額が大きくなるため、能力の高まりがそのまま高い給与に繋がることになります。

## 4 人事評価・賃金制度見直しの事例

### 1 能力基準の明示と人事評価

A医院は、管理者である院長のほか、看護師1名、看護助手1名、受付・事務・会計を担当するパート職員2名という体制で診療を行っている無床クリニックです。

今般、2名の正職員に対して職務基準書に基づく人事評価を行い、改めて賃金額を決定するとともに、育成指導を行いました。

#### (1)職務基準書の作成

院内全体のレベルアップに向けて、職員の能力開発は不可欠です。A医院でも、自院に必要な能力を職員の成長段階や役職に応じて明らかにしたものと、職務基準書を作成しました。

これに合わせて、職員一人ひとりの役割を基準に評価するシステムを構築したのです。

#### (2)個别人事評価の実施

職種別人事評価シートによって個人評価を行った結果、その評価は50点中30点となり、まだまだ能力の向上を必要としていることが判明しました。

また、本人の自己評価と院長による評価では10点もの差があり、能力分析と患者に対する反応（結果）の把握に温度差があると認識できました。

#### (3)評価に基づく新たな賃金額を確定

対象となった正職員のうちのひとりである看護師A（36歳）さんの給与については、職務基準書と評価表から号俸を判断し、そのうえで基本給と手当の見直しを実施しました。

その結果、Aさんの給与は現行より10,000円アップという結果となり、本人に対する院長の評価内容も整理できて、今後期待する職員像が明確となったのです。

現行給与		給与改定	
基本給	210,000円	基本給	220,000円
皆勤手当	5,000円 ※遅刻・早退3回もしくは 欠勤1回で不支給	皆勤手当	5,000円
住宅手当	5,000円 ※賃貸者のみ	住宅手当	5,000円
合計	220,000円	合計	230,000円

# 経営データベース ①

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 求人・採用



## 試用期間の長さの設定

職員の本採用前に試用期間を定める場合、その長さについて、労働基準法等における制限はあるでしょうか。



職員を採用するにあたって、「試用期間」は必ず設けなければならないものではありませんが、本採用の前に一定の「試用期間」を設け、その間に職員としての適格性を判断するのが一般的となっています。

「試用期間」を設ける場合には、就業規則等において、試用期間の長さ（その延長または短縮を含む）、試用期間中の解雇、本採用の手続き、試用期間の扱い（勤続年数への通算の有無）などについて定めておく必要があります。

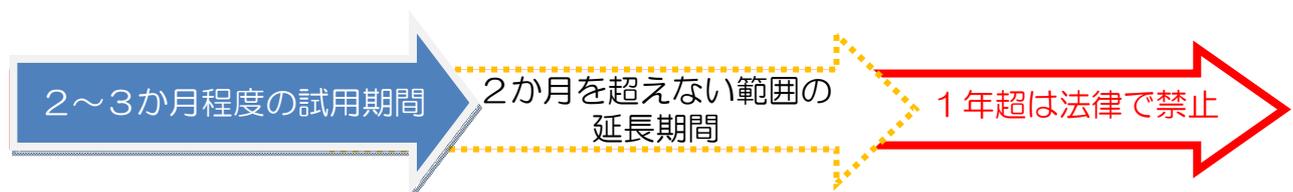
試用期間の長さについては、その目的が本採用とするか否かを見極める期間であることから、2～3カ月程度とする企業や団体が多く、稀には6カ月とするケースも見受けられます。

試用期間の長さについて法的な制限はありませんが、期間を定めて雇用する場合の契約期間は、原則として「1年」を超えないこととされている（労基法第14条）ことから、最長1年と解されますが、試用期間中の職員は身分が不安定であることからみて、必要以上に長い期間を設定することは避けるべきでしょう。

具体的には、「新たに採用した者については、採用の日から3カ月間を試用期間とする。ただし、特殊な事情がある場合は2カ月を超えない範囲で試用期間を延長することがある」などのように、通常は2、3カ月としたうえで試用期間の延長の規定を設け、特殊な事情がある者に限って、その期間を延長するものとし、さらに、延長する場合の最長期間についても定めておくといでしょう。

### ■一般的な試用期間

試用期間の長さ、試用期間中の解雇、本採用の手続き、試用期間の扱いについて就業規則等で定める



## 経営データベース ②

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 求人・採用



### 試用期間中の職員を不適合とする基準

試用期間中の職員を不適合と判断する基準は、具体的にはどのようなものでしょうか。また、その基準について就業規則に明記しておかなければ、正職員への登用を拒否できないでしょうか。



試用期間中の採用取消や、試用期間満了時に正職員への登用を拒否することは、法律上は解雇に当たりますが、試用期間中の解雇をめぐる場合は、一般に通常の解雇より解雇権が広く認められています。

これは、試用期間を設ける目的が、入職前の審査だけでは新規採用者の適格性を十分に把握することができないため、一定期間の勤務状況などを観察することによって、本採用とするかどうかを判断するためであることから、その期間中に職員として不適合と認められた場合には、労働契約を解約することができる、という解約権留保付の特約がなされている期間と解されているためです。

しかし、試用期間中だからといって、使用者に無制限に解雇権が認められるものではありません。判例においても、「客観的に合理的な理由が存在し、社会通念上相当として是認される場合」にのみ許される（昭48.12.12 最高裁大法廷判決「三菱樹脂事件」）と示されています。

試用期間中は解雇権が広く認められている（解約権留保付の特約）

しかし

解雇権は無制限に認められているわけではない

この判例では、「企業者が、採用決定後における調査の結果により、または試用期間中の勤務状態等により、当初知ることができず、また知ることが期待できないような事実を知るに至った場合において、そのような事実に照らしその者を引き続き当該企業に雇用しておくのが適当でないと判断することが、上記解約権留保の趣旨、目的に照らして客観的に相当であると認められる場合」に、解約権を行使できるものとしています。

よって、就業規則等で具体的な事由（基準）を定めていなければ、試用期間中または試用期間満了時に解雇できないものではありませんが、トラブルを最小限に抑えるためには通常の解雇事由（基準）とは別個に、「試用期間中の解雇」の条項を設けて具体的な解雇事由（基準）を定めておいたほうがよいでしょう。