

2012.1.10

週刊WEB

医業経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

24年度厚労省予算概要、膨らむ社会保障費
一般会計は26兆6,873億円、前年度比7.9%減

厚生労働省

次期改定、地域医療の崩壊の食い止めに期待
診療報酬・介護報酬改定について日医見解

日本医師会

2 経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向(平成23年6月~7月号)

3 経営情報レポート

改定率プラス1.2%で決着
2012年介護保険制度改正のポイント

4 経営データベース

ジャンル:人材・人事制度 サブジャンル:クリニックの人事制度
能力主義人事制度の導入
職能資格等級と役職制度

24年度厚労省予算概要、膨らむ社会保障費 一般会計は26兆6,873億円、前年度比7.9%減

厚生労働省は平成23年12月24日、同24年度予算案の概要を公表した。一般会計については、26兆6,873億円で、前年度に比べて2兆2,765億円、7.9%の減額となっている。この他に、年金交付国債（一般会計）2兆4,879億円、東日本大震災復興特別会計1,276億円などが計上されている。

うち、社会保障関係費は26兆2,152億円（前年度比2兆3,001億円、8.1%減）で、内訳は年金8兆1,037億円（同22.0%減）、医療10兆2,442億円（同3.2%増）、介護2兆3,392億円（同6.1%増）などとなっている。

社会保障関係費は、基礎年金の国庫負担分のうち、2兆6,000億円分を一般会計に計上しなくて済む交付国債で手当てした。このため総額は26兆3,901億円と前年度より見かけ上8.1%減となったものの、同国債の影響を除くと0.4%増で、実態としては全体の抑制には踏み込めていない印象が強い。

項目別にみると、年金は8兆1,417億円で、前年度比22.0%の大幅減となった。交付国債の活用に加え、特例で本来より2.5%高くなっている給付水準を3年で元に戻すことにしたためだ。12年度の年金額は、4月から物価下落分を反映して0.3%減となり、10月からは特例水準解消に向けた減額（0.9%減）が始まるため、計1.2%減となる見込みだ。

税と社会保障の一体改革で軒並み負担増となる案を見送ったなか、年金は特例水準解消

を打ち出すなど給付抑制に着手した分野だ。それでも交付国債の影響を除くと、関連費用は1.4%増となる。特に、70～74歳の窓口負担を現在の1割から本来の2割に戻す案も先送りした医療分野は、医師らに支払う診療報酬を0.004%の微増としたこともあり、2.5%増の8兆6,036億円の膨らんだ。診療報酬増を志向する民主党政権の下、微少とはいえ2回連続のプラス改定となったことに、厚労省内には、今後もプラス、という方向感が出かねないとの懸念が出ている。

医療・介護関係の平成24年度主要施策を見てみると、（1）診療報酬改定プラス0.004%（10兆1,962億円）、（2）介護報酬改定プラス1.2%（2兆4,033億円）、（3）在宅医療・介護の推進35億円、（4）地域医療支援センターの拡充7.3億円、（5）地域ケアの多職種協働等の推進7.7億円、（6）小児がん対策の推進4億円、（7）ライフ・イノベーションの一体的な推進127億円などが目立つ。

また、震災復興特別会計の中で医療関係について見てみると、（1）医療・介護・障害福祉の利用料負担・保険料軽減措置142億円、（2）被災地復興に向けた臨床研究中核病院の整備5.1億円、（3）災害時の安心につながる在宅医療連携体制の推進10.5億円、（4）医療情報連携・保全基盤の整備9.5億円などとなっている。

次期改定、地域医療の崩壊の食い止めに期待 診療報酬・介護報酬改定について日医見解

日本医師会は平成 23 年 12 月 22 日の定例記者会見で、原則 6 年に一回行われる同 24 年度診療報酬・介護報酬同時改定に関する見解を明らかにした。

日医は、今般の診療報酬改定におけるプラス改定は、「野田総理大臣が就任前の 8 月に『平成 24 年度の診療報酬改定では基本的にマイナスはない』と発言されたことをまさに実行されたものとする」との見解を示した。また、医師の疲弊、産科医療・小児医療・救急医療等、地域医療の崩壊を少なからず食い止めるものであると確信すると評価。その上で、「厚生労働省政務三役を含め、関係者の皆様のご尽力に深く感謝申し上げます」と評価するコメントを出した。

さらに、わが国の地域医療の機能維持のためには、診療報酬だけでなく、介護報酬も同様に重要との見解を示し、「今般の介護報酬改定において、処遇改善交付金分を含めた引き上げがなされたことは、これまで進めてきた処遇改善の取り組みが逆行することなく、サービスを利用する国民に対する介護の質の低下が免れたことのみならず、これまで厳しい処遇のなか献身的に活動されてきた介護従事者を支えるものと確信している」との意向を明らかにした。

「もう少し上のプラス改定が希望だった」
小宮山厚労相

診療報酬・介護報酬改定をめぐっては毎回、

厚労省・財務省、日本医師会や健保連、などとの折衝過程や利害関係が話題となる。小宮山厚生労働大臣が 12 月 21 日の平成 24 年度予算大臣折衝後に行った会見では、ダブル改定について「もう少し上のプラスが希望だった」と、満足と悔しさが混じったコメントを述べた。

小宮山大臣は、まず、財務省が診療報酬のマイナス改定を求めていたが、ネットで 0.004% プラス改定に決着したことについて、「首の皮 1 枚でもプラスにすると行ってきた。それは約束通りです」と成果を強調。その上で、0.004% に対する見解としては、「もうちょっと上の幅へいけばよかったという希望はある」とコメントした。さらに、財務省が本体で切り込むという提案をしてきたことについて、「小児科とか産科、そうしたところがどれだけ前回の改定をプラスにしたことで増えたかというようなデータもしっかり示し、(略) 党からの意向も踏まえて、今回こういう形で決着ができたことはよかったと思っている」との「公約維持」を示した。

また、1.2% の改定率アップとなった介護報酬改定については、「私どもはプラス 2% ということを言っていたのですが、財務省はもっとずっと厳しい数字を言っていたので、このプラス 1.2 というのはプラス 2 から物価の分の 0.8 をひいた実質的にこちらが取りたかった最低限のものは取れたものと思っている」と成果を強調した。

最近の医療費の動向

平成23年6月～7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				国民健康保険	(再掲)未就学者	70歳以上		(再掲)75歳以上
			本人	家族	本人	家族					
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4～7月	12.4	6.2	3.4	1.8	1.6	2.8	0.5	5.6	4.4	0.6	
6月	3.1	1.6	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.4	1.1	0.2	
7月	3.1	1.6	0.9	0.5	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 4～7月	12.4	10.0	4.7	4.4	0.9	2.1	0.3	0.03	5.0	6.5	0.9
6月	3.1	2.5	1.2	1.1	0.2	0.5	0.1	0.01	1.3	1.6	0.2
7月	3.1	2.5	1.2	1.1	0.2	0.5	0.1	0.01	1.3	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 4～7月	2.3	1.4	1.8	5.0	1.4	1.7	7.4	0.3	1.3	7.1	7.7
6月	2.1	1.3	1.9	5.5	1.5	1.6	7.6	0.2	0.7	6.5	7.6
7月	0.6	0.0	0.8	2.8	0.2	1.0	7.8	1.9	0.5	3.5	6.7

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 4～7 月	0.3	0.4	0.3	1.4	1.6	1.5	2.0	0.1	0.5	0.2
6 月	0.2	0.1	0.0	1.0	0.9	0.4	2.4	0.1	5.1	0.7
7 月	1.9	2.2	2.6	2.5	0.3	0.4	3.0	1.5	6.5	1.3

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 4～7 月	3.3	2.7	3.6	2.6	3.4
6 月	3.2	3.2	3.5	2.4	3.5
7 月	2.6	1.4	3.2	2.1	3.0

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。

「最近の医療費の動向(平成 23 年 6～7 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。

改定率プラス 1.2%で決着 2012 年介護保険制度改正のポイント

ポイント

1 2012 年介護報酬改定の全体動向

.....

2 居宅系サービスをめぐる改正

.....

3 施設系サービスに関する改正内容

.....



<参考および引用>

日経ヘルスケア 12月号 特集記事「ここまで分かった 2012 年介護保険制度改正」

1 2012 年介護報酬改定の全体動向

■ 次期介護報酬改定 改定率プラス 1.2%

政府は 2011 年 12 月 21 日、次期介護報酬の改定率をプラス 1.2%と決定しました。厚生労働省が求めてきたプラス 2%から、下落する物価情勢を反映させる形の 0.8%を引いた数字での決着となりました。また、同時改定となる診療報酬は、全体で 0.004%とわずかながらプラス改定を確保し、2回連続でのアップとなりました。

同 12 月 22 日厚生労働省は、ホームページで報道関係者向けに「診療報酬介護報酬改定について」を発表し、このうち介護報酬改定関連項目について下記のように整理しました。

次期介護報酬改定の概要

平成 24 年度介護報酬改定においては、介護職員の処遇改善の確保、物価の下落傾向、介護事業者の経営状況、地域包括ケアの推進等を踏まえ、以下の改定率とする。

改定率 +1.2%

在宅 +1.0%

施設 +0.2%

(改定の方向)

介護サービス提供の効率化・重点化と機能強化を図る観点から、各サービス間の効果的な配分を行い、施設から在宅介護への移行を図る。

24 時間定期巡回・随時対応サービスなどの在宅サービスや、リハビリテーションなど自立支援型サービスの強化を図る。

介護予防・重度化予防については、真に利用者の自立を支援するものとなっているかという観点から、効率化・重点化する方向で見直しを行う。

介護職員の処遇改善については、これを確実に行うため、これまで講じてきた処遇改善の措置と同様の措置を講ずることを要件として、事業者が人件費に充当するための加算を行うなど、必要な対応を講じることとする。

なお、介護報酬改定の考え方と整合を取り、平成 24 年度障害福祉サービス等報酬改定は、福祉・介護職員の処遇改善の確保、物価の下落傾向等を踏まえ、改定率 + 2.0%とする。

改定に当たっては、経営実態等も踏まえた効率化・重点化を進めつつ、障害者の地域移行や地域生活の支援を推進する方向で対応する。

2 居宅系サービスをめぐる改正

■ 訪問介護 / 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

厚労省は、居宅系サービスの見直し案を提示しました。平成 10 月 17 日に示された訪問介護の見直し内容は、生活援助の時間区分を変更、リハビリ職との連携を加算で評価、2 級ヘルパーのサービス提供責任者（以下、サ責）を抱える事業者に減算要件、サ責の配置数を利用者数に応じた基準にする、という 4 点です。

■ 居宅介護支援 / 介護予防支援

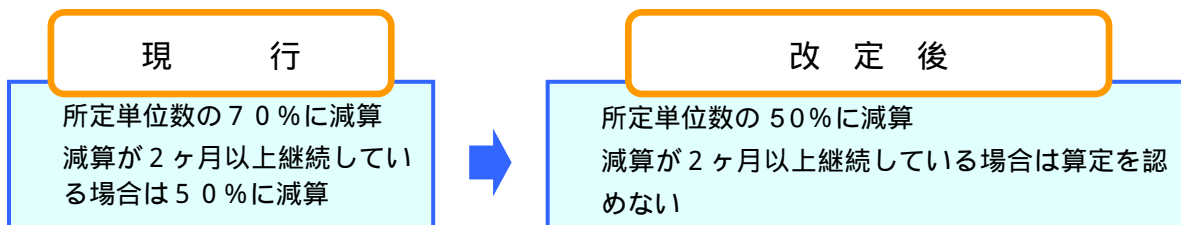
居宅介護支援と介護予防支援については、「自立支援型のケアマネジメント」の推進やケアマネジャーの質の強化、医療との連携促進などがテーマとして掲げられました。

昨年 10 月 31 日の給付費分科会で厚労省が示した案は、自立支援型のケアマネジメントの推進に関しては、現行の特定事業所加算（月 300 単位または 500 単位）により、引き続き質の高い事業所を評価します。

一方で、質の低い事業所に対するペナルティーも強化されます。居宅介護支援事業所に義務づけられているサービス担当者会議や、月に 1 回の状況把握（モニタリング）を実施していない場合には、現行では介護報酬を通常の 7 割に減算し、また減算が 2 ヶ月続いた場合は 5 割とする現行の運営基準減算を強化して、減算率を当初から 5 割に、また 2 ヶ月以上続いた場合は算定そのものを認めないように改めることが検討されています。

居宅介護支援と介護予防支援に関する改定案

運営基準減算を強化：サービス担当者会議やモニタリングが実施されていない場合



医療連携に関する加算を引き上げ・拡充

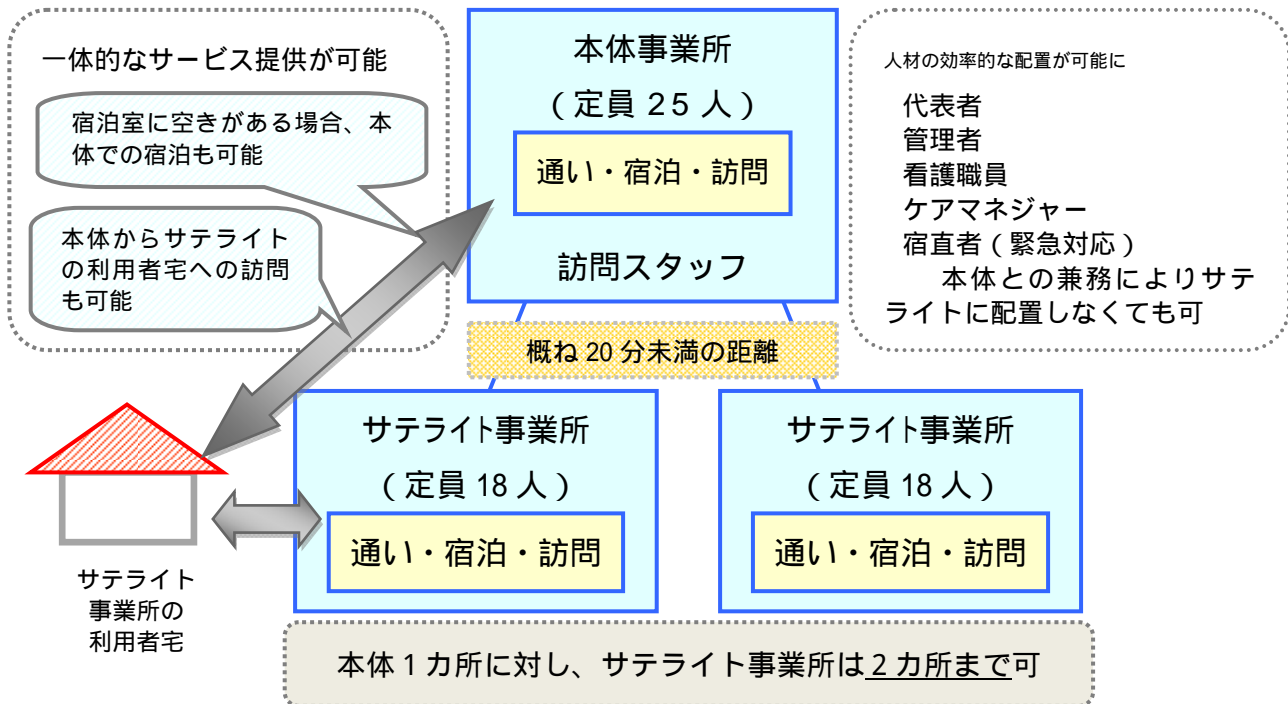
「医療連携加算」（150 単位 / 月）を見直し、医療機関を実際に訪問して必要な情報を提供した場合を高く評価
診療報酬で評価している「在宅患者緊急時等カンファレンス料」などに相当する加算を介護報酬に新設

■ 小規模多機能型居宅介護 / 複合型サービス

2006 年度に創設された小規模多機能型居宅介護は、地域包括ケアシステムを支える今後の主力サービスのひとつと位置づけ、その普及促進の観点から見直しが図られます。

厚労省は昨年 11 月 10 日に示した見直し案で、「サテライト型事業所」の創設を提案しました。本体事業所と一体的に運営する小規模事業所（サテライト）の開設を認め、サービスの普及拡大と人材の有効活用を図るといふものです。

サテライト型事業所（小規模多機能型居宅介護）のイメージ



	本体事業所	サテライト事業所
登録定員	25 人まで	18 人まで
通い定員	登録定員の 1/2 ~ 15 人まで	登録定員の 1/2 ~ 12 人まで
宿泊定員	通い定員の 1/3 ~ 9 人まで	通い定員の 1/3 ~ 6 人まで

(*) 日経ヘルスケア：2011 年 12 月号掲載のイメージ図を基に作成

■ 認知症対応型共同生活介護

昨年 11 月 14 日の給付費分科会では、「認知症に対応した適切な介護サービスの提供」の方向性として、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）や小規模多機能型居宅介護、および 24 時間訪問サービスの基盤整備が掲げられました。同時に示されたグループホームの見直し案にも加算の引き上げなどを盛り込み、サービスの強化が図られることとなりますが、その内容は、重度者対応の強化と夜間ケア体制の充実が中心となっています。

3 施設系サービスに関する改正内容

■ 介護老人福祉施設

介護老人福祉施設（特養）は、逆風の改定になる可能性が高くなっています。2011年介護実調で収支差率が9.3%と高かったことや、政府の社会保障・税一体改革成案で地域包括ケアシステムの実現に向けて施設の重点化（重度者対応へのシフトと在宅への移行促進）が盛り込まれたことなどが主な要因です。厚労省が昨年11月10日の給付費分科会で示した改定案には、要介護度別の報酬適正化を目指す項目が挙げられました。

具体的には、重度者の受け入れ促進を図るために軽度者の基本報酬引き下げなどがあり、これはユニット型個室か多床室かを問わず、全体に共通した対応となりそうです。

■ 介護老人保健施設

介護老人福祉施設（特養）は、逆風の改定になる可能性が高くなっています。2011年介護実調で収支差率が9.3%と高かったことや、政府の社会保障・税一体改革成案で地域包括ケアシステムの実現に向けて施設の重点化（重度者対応へのシフトと在宅への移行促進）が盛り込まれたことなどが主な要因です。

■ 介護療養型医療施設

介護療養病床は2017年度末で廃止の方針が決定しているため、老健施設などへの転換促進を図る見直しが進められ、基本報酬は引き下げの方向で検討されています。

老健施設などへの転換を前提に、人員配置基準を一部緩和している「経過型介護療養型医療施設」についても、2011年度末までの期限を6年延長する方針である一方、2012年度以降の新規指定は認められません。

■ 特定施設入所者生活介護

特定施設入所者生活介護は、在宅での限界点を高めるという地域包括ケアシステムの方針に沿った改定内容になると予測されます。

具体的なものとしては、昨年11月10日の給付費分科会の厚労省案に「看取り介護加算」の新設が盛り込まれたほか、在宅で要介護者を支える家族のレスパイト（休息）を確保するため、空室の短期利用を認める案も提示されています。

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



能力主義人事制度の導入

人件費のコントロールと職員のモチベーション向上を図るため、能力主義人事制度を導入する際のポイントについて教えてください。



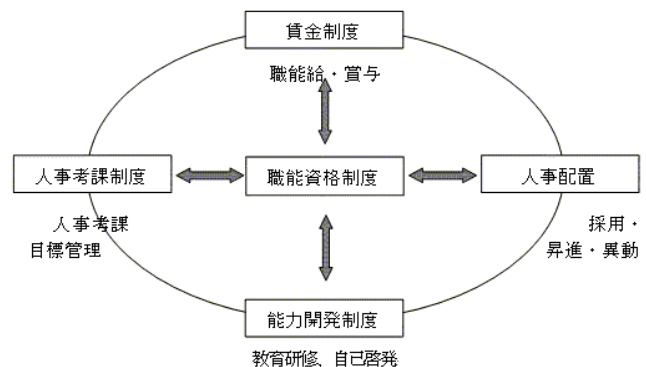
能力主義人事制度は、職能資格制度、職能給体系（賃金制度）、人事考課制度、能力開発制度という4つの柱で構成されています。

医業経営の中で人事に与えられた課題は、能力と仕事と賃金のバランスをとること、つまり能力の高さに応じて仕事のレベルを上げ、賃金を昇給するというシステムを構築し、運用することです。

具体的には、職能資格制度を軸として職員を等級格付けし、その等級に求められる能力、仕事および役割を明確化します。そして等級ごとの基準に対して人事考課を行い、職員一人ひとりの能力と基準のギャップを把握します。さらに、このギャップを埋めるために、職員は能力開発制度のもとで能力の向上に励み、その成果に対するものとして、昇給や昇進といった処遇に反映するのです。

能力主義人事制度導入の手順

職能資格制度の整備から着手し、これを軸として各制度を構築していきますが、各制度は、お互いに深く関連しあっているので、各制度をトータルに整備していくことが重要です。



(1) 職能資格制度の整備

能力を測る基準の整備として、職員を格付けする等級の数と内容を検討します。職務調査を実施し、等級ごとの仕事の洗い出しと求められる能力を明確にしていきます。

(2) 賃金制度の確立

職能給を中心に賃金体系の見直しを図ります。賃金制度の現状を診断し、課題の把握や今後の方向性を固めます。この診断結果をもとに、基本給の構成、手当体系の変更などを進めます。

(3) 人事考課制度の設計

能力を公平に正しく評価しない限り、人材育成と能力開発は達成できません。職能資格制度において明確化した基準をもとに、職員一人ひとりの職務遂行行動を分析し、評価結果をフィードバックできるシステムを形成します。そのために人事考課表や役割分担表を整備します。

(4) 能力開発制度の策定

職員が能力開発に励めるよう、制度化していきます。職員の意志に沿った育成プログラムの充実（研修、OJT）や、キャリア開発の計画について盛り込みます。



職能資格等級と役職制度

現行で制度化していた役職と、職能資格等級はどのように結びつけばよいでしょうか。



上位等級に格付けされている職員の中から、役職者に求められる能力、成果基準を満たしている者を採用します。したがって、上位等級に昇格したからといって、全員が役職者になるというものではありません。

(1) 能力主義における役職

職能資格制度においては、能力レベルの高い者のみが上位等級に格付けされます。この上位等級に格付けされた職員の中から、役職者を任命することが必要です。

したがって、年齢や勤続年数を基準として役職者を登用することはなくなります。

(2) 役職との対応方法

本来、職能資格等級に定員はないものの、実際に任命される役職数は限られています。このため、導入当初から、ある程度柔軟性を持たせて制度を設計しておく方が運用はスムーズになります。また、職員の年齢上昇に対応するためにも、一つの役職に複数の等級を対応させる方が運用しやすいといえます。

例えば、6等級の役職に看護師長が対応している場合には、次のような関係を示しています。

- 6等級に昇格しなければ、看護師長になれない
- 6等級以上はいつでも看護師長になる資格を有する
- 看護師長から降職しても、看護師長になる資格は変わらない

このように、職能資格制度における資格等級と役職位との相互関連は弾力的であり、かつ資格が優先することになります。

よって、自院の実態、および今後の昇進のスピード等を念頭に置いて、資格等級に対応する役職位を設定することが必要です。