



週刊WEBマガジン



医業経営

2026.3.31

医療情報ヘッドライン

有料職業紹介 の適正化 に向けた提言 紹介手数料の上限導入 や返戻制度に言及

▶日本医師会

医療情報システム 安全管理GL改正案 保守委託機関編 の新設へ

▶厚生労働省 検討会

週刊 医療情報

2026年3月27日号
看護師国家試験、
CBT導入見据え課題整理を

経営情報レポート

業務効率化とコスト削減につながる
マイナ保険証の導入と
医療経営への影響

経営TOPICS

統計調査資料 病院報告
(令和7年11月分概数)

経営データベース

ジャンル: 業績管理 > サブジャンル: 未収金防止策
法的手段の選択肢
不正行為発生を防ぐ整備体制

発行: 税理士法人 森田会計事務所

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

有料職業紹介の適正化に向けた提言 紹介手数料の上限導入や返戻制度に言及

日本医師会

日本医師会の松本吉郎会長と今村英仁常任理事は3月18日の定例記者会見で、四病院団体協議会と共同で設置した「有料職業紹介事業に関するワーキンググループ」の報告書「医療分野における人材確保と有料職業紹介事業等の適正化に向けた提言」を公表した。

紹介手数料の上限規制の導入や、返戻金制度の義務化および返戻水準の標準化を図る必要性を提言。日本医師会と四病院団体協議会は報告書で整理した内容を踏まえ、厚労省へ必要な対応を要望する方針だ。

■東京の病院では紹介手数料率が 医師22.7%、看護職20.1%

現在、医療機関の経営は物価高騰や人件費の上昇により、かつてない危機的状況に直面しているが、採用コストを価格へ転嫁することができないため、有料職業紹介にかかる高額な紹介手数料が大きな負担となっている。

こうした状況を受けて日本医師会と四病院団体協議会はワーキンググループを設置。5回の協議を実施し今回の取りまとめに至った。

報告書ではまず、「有料職業紹介事業の利用状況と高額な手数料負担の現状」を紹介。福祉医療機構の「2025年度病院の人材確保に関する調査結果」によると、「常勤医師を募集する際に使用した媒体・経路」として「人材紹介会社」が78.4%と最も高く、「採用に結び付く効果ももっとも高かった媒体・経路」は「人材紹介会社」が43.9%を占めていた。

医療機関の有料職業紹介事業への依存度は高く、年々手数料総額は増加しており、2023年度は医師が約247.6億円、看護職は約579.9億円に達しているという厚労省のデータも提示。東京病院協会の報告書から手数料の実態（2022年度）をみると、医師の

場合、平均手数料率22.7%、平均手数料額335.9万円、看護師の場合はそれぞれ20.1%、159.8万円と非常に高額であることがわかる。

また、「職業紹介業に関するアンケート調査報告書」（2023年3月、三菱UFJリサーチ&コンサルタント）によると医療・介護・保育分野では、紹介手数料に「不満」「やや不満」と回答した割合が82.0%にのぼり、3分野以外の41.6%と比較し極めて高かった。

■返戻期間の長期にわたる設定と 初期数カ月は高率の水準設定を

報告書では「高額な紹介手数料への緊急的対応」として、紹介手数料の上限規制を導入する必要性が「極めて高い」と提言。ただし上限を高くすると高い水準に収れん・固定化するリスクや、過度に低くした場合には現場の体制維持が困難となる可能性など、副作用に配慮した制度設計を要望した。

さらに、早期離職のリスクを紹介事業者が適切に分担する仕組みが必要であることから、返戻金制度の義務化および返戻水準の標準化も必要な対応であると提言した。

適正認定事業者の場合、6カ月以内の離職に対する返戻金制度が設けられているものの、事業者によって返戻率は異なり、多くは1カ月以内で80~50%、2~3カ月以内で30%程度、3~6カ月以内では5~10%程度とほとんど返金されていない。

保証期間直後の離職も多くみられることから、長期の返戻期間の設定と、返戻率は少なくとも初期数カ月は高率を確保、以降も合理性のある水準設定を強く求める姿勢を示した。

さらに返戻金制度の不十分さから、定着期間に応じた手数料体系（成果型報酬体系）の導入を求める声もあることを紹介している。

医療情報
 ヘッドライン
 ②

医療情報システム安全管理GL改正案 保守委託機関編の新設へ

厚生労働省 健康・医療・介護情報利活用検討会

厚生労働省は3月17日に「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」を開催し、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6.1版」(案)を提示した。

最新の技術的な動向、巧妙化する医療機関へのサイバー攻撃の状況等を踏まえた内容の必要な見直しを行うため、現行の「第6.0版」から改定を実施する。

新たなガイドライン(GL)には、これまでの4構成に「保守委託機関編」を追加する考えで、医療機関と事業者において責任の所在を具体化するとともに、サプライチェーン全体で安全管理を図るよう促す意図がうかがえる。今後パブリックコメントの反映結果を同WGに諮問し、5月に公表する予定だ。

■現行の第6.0版では安全管理措置を

中心に見直しを実施

「医療情報システムの安全管理ガイドライン」は、e-文書法、個人情報保護等に対応するための情報セキュリティ管理のガイドラインとして2005年に初版が策定された指針であり、現時点では2023年5月に改定された「第6.0版」が最新となっている。

2023年4月からオンライン資格確認導入が原則義務化され、おおむね全ての医療機関でネットワーク関連のセキュリティ対策が必要となったことを踏まえ、第6.0版では医療機関に求められる安全管理措置を中心に内容の見直しを実施。

具体的には「外部委託、外部サービスの利用に関する整理」、ネットワーク境界防御型思考にゼロトラストネットワーク型思考を取り入れる有用性や、非常時の対応や対策を示す「情報セキュリティに関する考え方の整

理」、eKYC(電子本人確認)の活用など「新技術、制度・規格の変更への対応」といった内容が盛り込まれた。

実効性を高めるために全体の構成が大きく見直され、「概説編」、「経営管理編」、「企画管理編」、「システム運用編」の4編で再構成。医療機関の特性ごとに参照すべき箇所が明確に示され、システム運用専任の担当者の有無と、医療情報システムがオンプレミス型かクラウドサービス型かという2つの軸で、4パターンに分類された。

■システム管理を外部に委託する

小規模医療機関が対象

今回の見直しでは、現行の4構成に「保守委託機関編」を追加する方針だ。

特に専任の医療情報システム担当者が不在の医療機関では、利用するシステムのほとんどの管理を、外部の事業者に委ねることが通常と言える状況にある。

そこで本編の対象を「システム運用担当者が不在」、「小規模で、経営管理と企画管理の部門が区別されていない」、「セキュリティアップデートを含めたシステム保守を十分に事業者に委託している(積極的なSaaSの活用や、保守契約による委託が想定される)」小規模医療機関と定義。医療機関が実施すべき遵守事項が端的にまとめられている。

対象について注釈で「事業者がセキュリティアップデートの責任を負うこと」が契約書や約款等に記載されている場合にのみ対象となり、記載がない場合や不明確な場合には医療機関側の責任となっている可能性があることも記載。「不明確な場合は必ず契約事業者に直接確認し、責任の所在を明確にすること」を念押しした。

医療情報①
 医道審議会
 部会

看護師国家試験、 CBT導入見据え課題整理を

厚生労働省は 17 日、看護師などの国家試験（国試）の見直しに関する基本方針を盛り込んだ報告書案を医道審議会・保健師助産師看護師分科会の部会に示し、おおむね了承された。コンピューターを用いる CBT の導入を見据え、具体的な課題を整理していく方針が示された。

報告書案では、看護師や保健師、助産師の国試に CBT を導入することで、動画や音声を活用したより現場に即した出題が可能になるほか、採点の迅速化といった利点があると指摘した。

医師の国試でも、医療現場で求められる知識や技能の確実な習得を目的に、CBT 導入に向けた議論が医道審の検討部会で進められている。一方で、看護師国試は受験者数が多く、養成機関も多様な点が課題となる。試験会場ごとに一定水準の性能を備えたモニター・サーバーなどの機器を整備する必要があるほか、試験中の機器やネットワークのトラブル対応、不正防止のための環境整備など、円滑な運用に向けた調整事項は多い。

このため報告書案では、医師や歯科医師など他職種の検討状況も踏まえつつ、CBT 導入の具体的な課題と目的を改めて整理する必要があるとした。

試験方式については、全受験者が同一問題に解答する従来型に加え、問題を蓄積して受験者ごとに異なる問題を出題する「プール制」など複数の方式があると整理。将来的なプール制導入を見据え、まずは同一問題方式による段階的な CBT 導入も考えられるとした。

また、非公開で行われてきた部会の議論として、受験者数が比較的少ない助産師国試から導入する案も示されたことに言及。厚労省では今後、選択肢の一つとして検討を進めるとしている。このほか、看護師、保健師、助産師の国試の出題内容や出題数、試験時間についてはおおむね妥当と評価し、現行を維持する方針とした。

状況設定問題については、短い状況設定文を付けた一般問題との違いを明確にするなどの理由から、3 問連続で出題する「3 連問」を原則とするのが望ましいとした。

近く最終的な報告書を公表し、医道審の保健師助産師看護師分科会に取りまとめた内容を報告する。

医療情報②
 厚生労働省
 実施

在宅医療のICT導入、 モデル事業実施へ

少子高齢化が進展する中、在宅医療を担う医療従事者の確保が困難になることを見据え、厚生労働省は ICT 導入による効率化を進めるモデル事業を実施する。

在宅医療に必要な連携を担う拠点の医療機関などを対象に ICT 導入を支援し、必要経費を補助する。モデル地区の公募要領を定め、都道府県に通知した。

モデル事業では、都道府県が設定する在宅医療の圏域ごとに「モデル地区」を選定し、病院や診療所、薬局、訪問看護ステーションなど複数の施設が連携して ICT を導入する。補助対象は、デジタルデバイスとアプリケーションのいずれも可とし、患者情報の共有や訪問スケジュールの最適化、診療・服薬指導の記録の自動化など、業務の効率化を図る。

既存の機器を活用しつつ、新たなアプリケーションを導入することも認める。事業の実施に当たっては、学識経験者や医療職能団体、行政職員など外部有識者 5 人以上で構成する検討会の設置を求める。検討会では、導入する ICT の選定に加え、効果の定量・定性的な評価方法、円滑な運用に向けたルールや個人情報の取り扱いに関する文書の策定などについて議論する。

スケジュールは、4 月以降に検討会を立ち上げ、初回会合で参加施設や導入する ICT などの方向性を決定。その後、導入・運用を進めながらモデル事業の進捗や効果を検証し、実施状況に関する中間報告を最低 1 回は行うこととする。2026 年度末には最終報告を取りまとめ、成果発表会を通じて全国展開に向けた知見の蓄積を図る。

モデル事業の応募期間は 27 日～4 月 24 日午後 5 時。採択結果は 4 月末をめどに通知される。事業期間は選定後から 27 年 3 月末まで。併せて、事業内容や応募手続きに関するオンライン説明会を 3 月 26 日と 4 月 10 日に 1 回ずつ開催する。

厚労省は「ICT の活用により多職種間の情報連携を強化し、限られた人材でも質の高い在宅医療を持続的に提供できる体制の構築を目指す」としており、モデル事業で得られた知見を今後の制度設計に生かす考えだ。

医療情報③
 中医協
 報告

医療広告ガイドライン、 近く改正へ

厚生労働省は 18 日、医療広告の規制に関する説明会を開き、「オンライン診療受診施設」が施設内でオンライン診療を行う医療機関名などを広告できるようにするのに併せて、医療広告のガイドラインを改正する方針を示した。ガイドラインは近く改正する方針。

厚労省はまた、医療機関が標榜できる診療科名として「睡眠障害」を早ければ春ごろ追加する見通しだと明らかにした。医道審議会の診療科名標榜部会は 6 日、内科や精神科などと組み合わせる睡眠障害を標榜できるようにするのは「適当」という意見書をまとめた。それを受け、関連学会への意見照会やパブリックコメントを行い、正式決定する。

オンライン診療受診施設は改正医療法が 4 月に施行されるのに伴い、創設される。オンライン診療を受ける場所を公民館などが提供することを想定していて、施設が広告を行う場合の規定を新たに作ることにした。

厚労省は、施設自体が医療を提供するわけではないことを患者が理解できる方法で明示し、患者の適切な選択が阻害される恐れが少ない場合、オンライン診療受診施設に広告を認める。

具体的には、オンライン診療を施設内で行う医療機関や医師の名前、施設名や所在地などを広告できるようにする。厚労省の担当者は説明会で、医療機関が施設を利用してオンライン診療を行うことの広告も認める方針を示した。

週刊医療情報（2026年3月27日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

病院報告

(令和7年11月分概数)

厚生労働省 2026年2月4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7年11月	令和7年10月	令和7年9月	令和7年11月	令和7年10月
病院					
在院患者数					
総数	1 128 754	1 120 589	1 124 130	8 165	△ 3 541
精神病床	253 773	255 220	256 556	△ 1 447	△ 1 336
感染症病床	195	188	220	7	△ 32
結核病床	856	862	895	△ 6	△ 33
療養病床	223 885	224 668	226 098	△ 783	△ 1 430
一般病床	650 045	639 651	640 360	10 394	△ 709
外来患者数	1 160 120	1 258 730	1 214 781	△ 98 610	43 949
診療所					
在院患者数					
療養病床	1 352	1 363	1 358	△ 11	5

注) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

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7年11月	令和7年10月	令和7年9月	令和7年11月	令和7年10月
病院					
総数	76.0	76.2	76.9	△ 0.2	△ 0.7
精神病床	81.0	81.6	81.7	△ 0.6	△ 0.1
感染症病床	10.5	9.2	10.6	1.3	△ 1.4
結核病床	26.2	25.8	26.3	0.4	△ 0.5
療養病床	84.2	84.9	84.7	△ 0.7	0.2
一般病床	72.1	71.9	73.2	0.2	△ 1.3
診療所					
療養病床	38.9	39.4	39.9	△ 0.5	△ 0.5

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

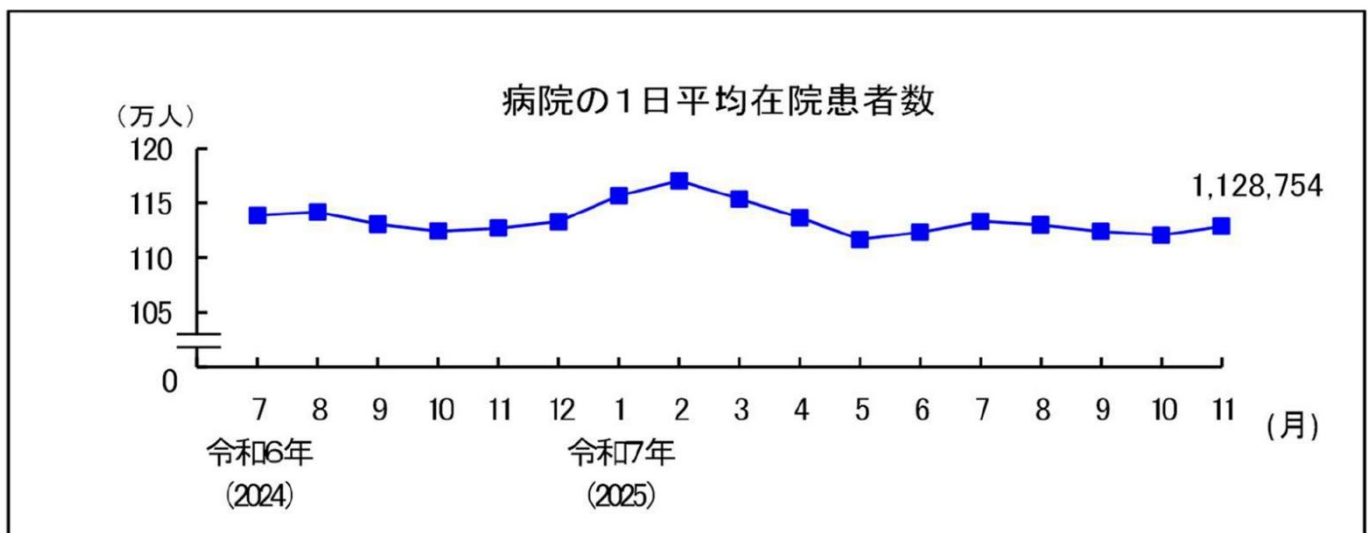
3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和7年11月	令和7年10月	令和7年9月	令和7年11月	令和7年10月
病院					
総数	25.5	24.4	25.0	1.1	△ 0.6
精神病床	263.0	238.5	240.5	24.5	△ 2.0
感染症病床	10.2	9.9	9.8	0.3	0.1
結核病床	60.5	57.1	61.3	3.4	△ 4.2
療養病床	119.8	114.3	117.2	5.5	△ 2.9
一般病床	15.6	14.8	15.1	0.8	△ 0.3
診療所					
療養病床	107.9	104.6	98.5	3.3	6.1

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

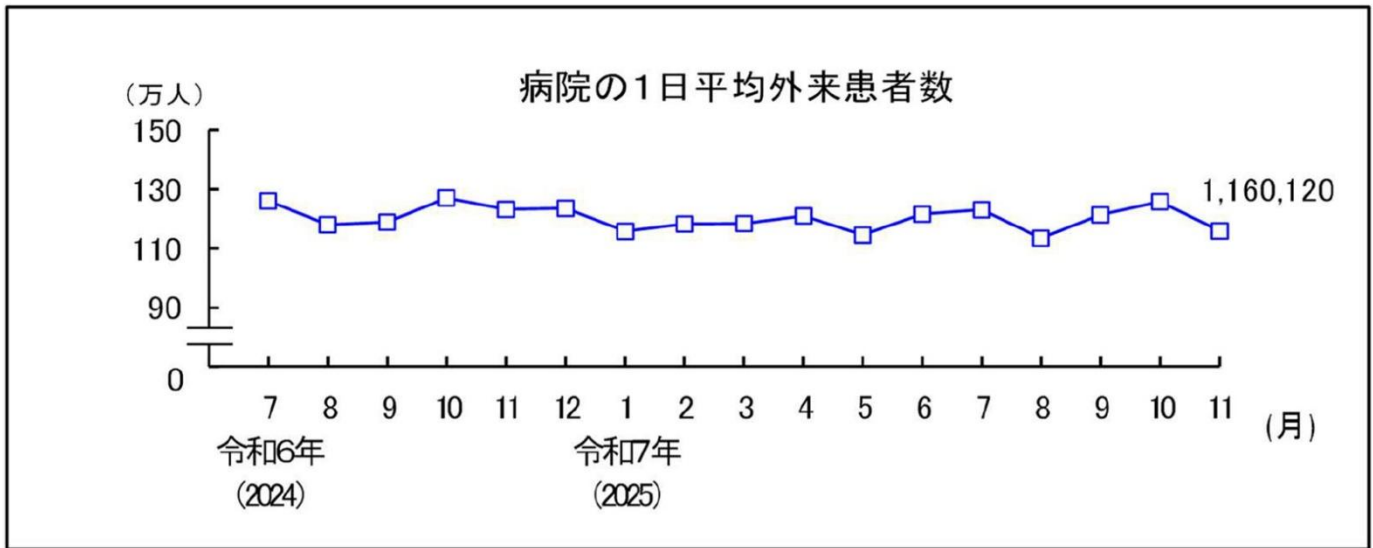
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数})}$

◆病院:1日平均在院患者数の推移

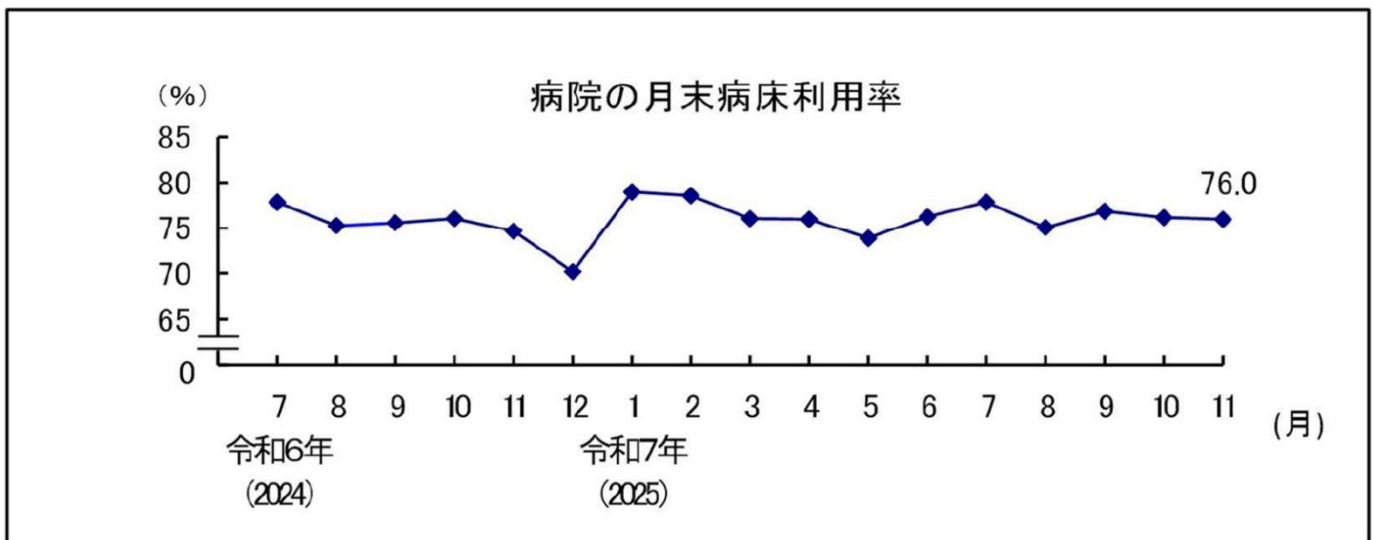


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

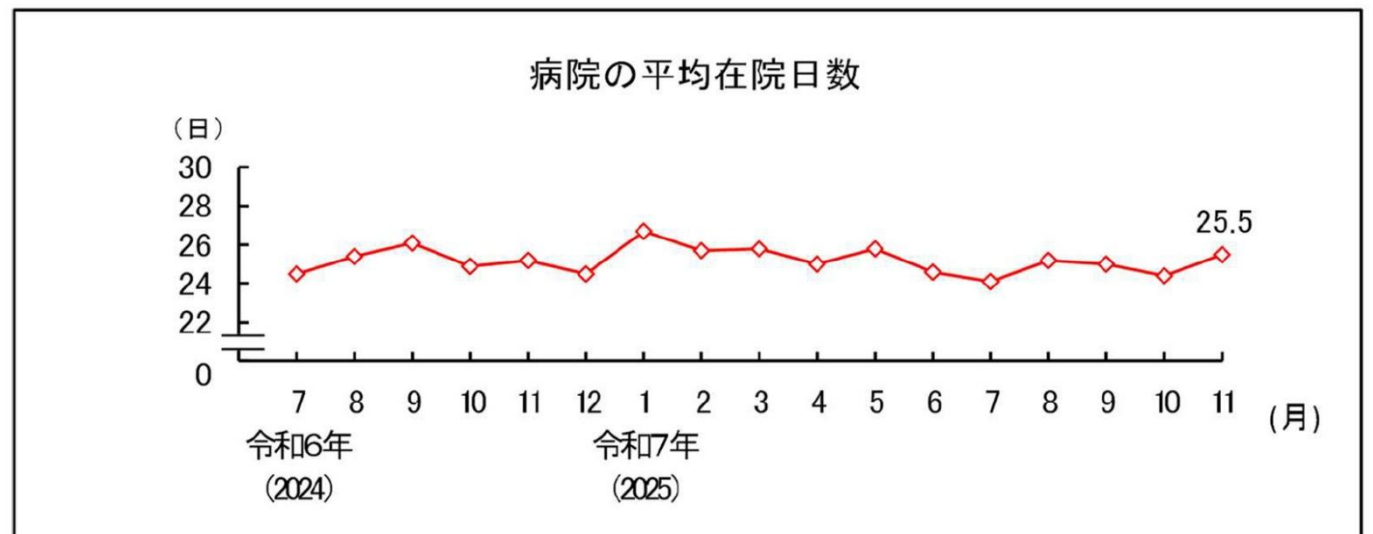
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



病院報告（令和7年11月分概数）の全文は
 当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



経営情報
レポート
要約版



医業経営

業務効率化とコスト削減につながる

マイナ保険証の導入と 医療経営への影響

1. マイナ保険証の導入背景と現状
2. マイナ保険証活用による医療DXの進展
3. 未来の医療を見据えたマイナ保険証の展望
4. 医療機関における業務効率化とコスト削減



参考資料

【厚生労働省】：令和4年度 国民医療費の概況 令和5年 第4回「医療DX 令和ビジョン2030」
令和5年 第1回ゲノム医療基本計画 WG 令和6年 マイナ保険証の利用促進について 他

2

医業経営情報レポート

マイナ保険証活用による医療DXの進展

■ オンライン資格確認の高度化

マイナ保険証の導入により、医療機関の窓口における資格確認がオンラインで完結できるようになったことから、患者は受付での待ち時間の短縮や、保険証の持ち忘れによる診察への支障を回避できるようになりました。また、医療機関側にとっても、資格確認業務の効率化や、保険証の確認ミスによる医療費請求の遅延などを防ぐ効果が期待できます。

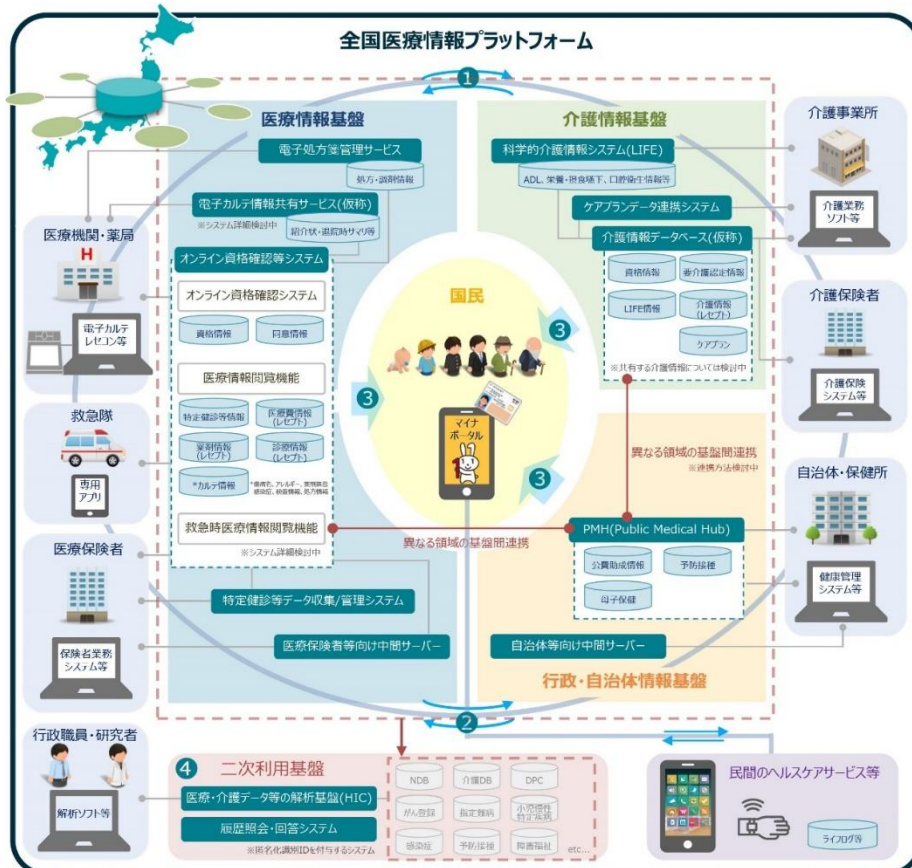
さらに、患者の同意に基づいた医療情報（アレルギー情報や投薬履歴など）を紐づけることで、より安全で質の高い医療提供体制を構築することが可能となりました。

■ 医療情報の共有・連携の実現状況

マイナ保険証の普及により、オンライン資格確認等システムを拡充させ、情報プラットフォームを構築することで、全国の医療機関での保健・医療・介護の情報が一元化されます。

これにより、患者が過去の診療情報等を提供することに同意することで、医療機関間での情報共有が容易になります。この共有システムにより、医療チーム全体での連携が深まり、質の高い診療サービスの提供が可能となります。

◆ 全国医療情報プラットフォームの全体像(イメージ)



出典) 厚生労働省：電子カルテ情報共有サービスについて

3

医業経営情報レポート

未来の医療を見据えたマイナ保険証の展望

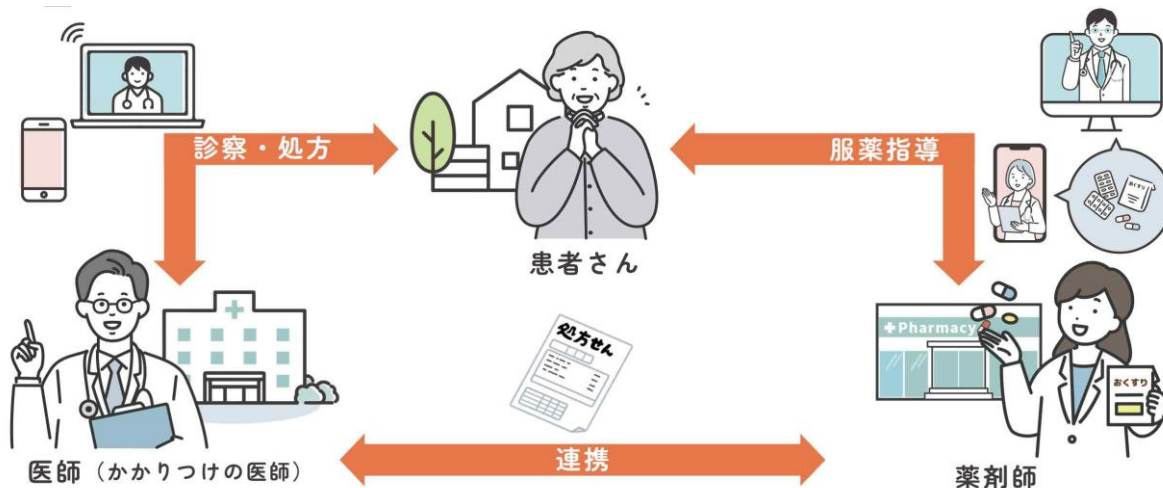
■ 遠隔医療の発展

マイナ保険証の普及は、オンライン診療・オンライン服薬指導をより身近なものとし、時間や場所にとらわれない柔軟な医療アクセスを実現します。

これにより、高齢者や重症患者、へき地に住む方など、これまで医療機関へのアクセスが困難だった方々へも質の高い医療を届けることが可能となります。

さらに、オンライン診療・オンライン服薬指導の普及は、医療従事者の負担軽減や医療資源の効率的な活用にもつながり、日本の医療システム全体の持続可能性の向上に貢献することが期待されています。

◆ オンライン診療 イメージ図



出典) 厚生労働省：オンライン診療について

■ 医療情報のシームレスな連携

マイナ保険証の普及によって、異なる医療機関間での患者情報の共有が円滑化し、より適切な診断や治療が可能となり、重複検査の削減にもつながります。

将来的には、救急医療の現場でも即座に患者の既往歴や服薬情報を確認できるようになり、より迅速で適切な救急対応が実現可能となります。

■ パーソナライズド・メディシンの実現

個人の医療データが統合的に管理されることで、AIによる高度な分析が可能となります。

具体的には、個人の体質や遺伝情報、生活習慣といったデータを医療情報と組み合わせることで、一人ひとりに最適化された医療や病気予防、健康増進につながるサービスを提供できます。さらに、予防医療の観点からも、個人の健康リスクを早期に特定して、適切な予防措置を講じることが可能となります。

4

医業経営情報レポート

医療機関における業務効率化とコスト削減

■ 受付業務の改善効果

前述のとおり、マイナ保険証導入による最大のメリットは、受付業務の大幅な効率化にあります。従来、患者は診察の度に保険証を提示し、医療機関側はその都度、情報の確認や入力作業に追われていました。

しかし、マイナ保険証を用いることで、これらの煩雑な作業を簡素化できます。

◆ 受付業務の改善ポイント

● 患者情報の正確かつスピーディーな取得

マイナ保険証をカードリーダーにかざすだけで、患者の氏名、住所、保険情報などを瞬時に取得できます。手入力によるミスや確認作業を省き、待ち時間の短縮、患者満足度の向上につながります。

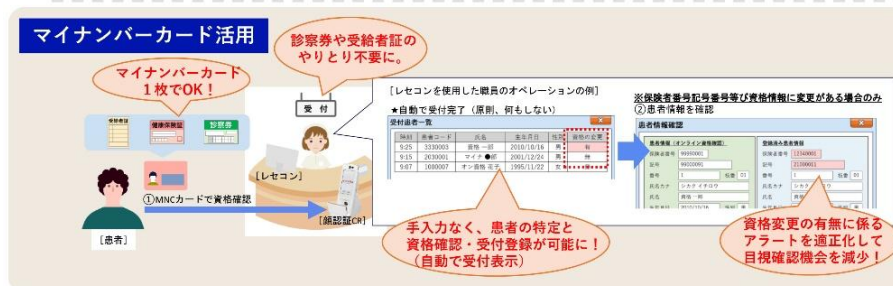
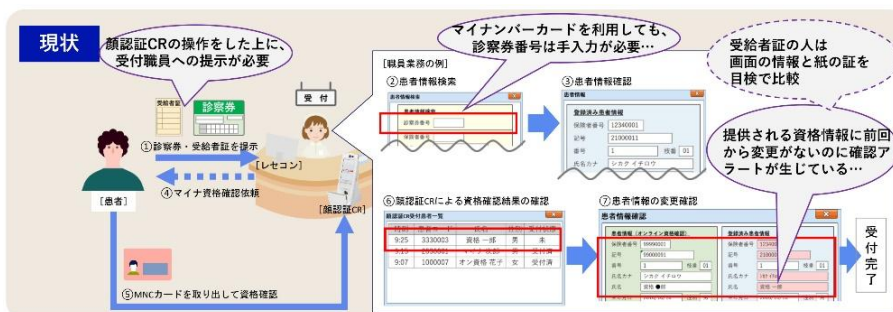
● 資格確認の即時実行

従来、医療機関は保険資格の確認作業に時間を要していましたが、オンライン資格確認システムにより、リアルタイムで資格確認が可能となります。これにより、資格確認業務の負担軽減、医療事務スタッフの業務効率化を実現します。

● 本人確認の厳密化

マイナ保険証のICチップ情報で本人確認が即座に行われるため、なりすまし受診や保険証の不正利用が低減し、医療の安全性と信頼性が高まります。

◆ クリニック等での受付処理のイメージ<再来受付機がない場合>



出典）デジタル庁 診察券とマイナンバーの一体化について（令和6年8月20日）資料

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。



ジャンル:業績管理 > サブジャンル:未収金防止策

法的手段の選択肢

督促を行っても未収金支払いに応じない場合、法的手段を講じるにはどのような手続きが必要ですか。

■法的手段の選択肢～適切性の判断基準

電話・文書・訪問の順番で督促を行っても、患者側に支払にに応じてもらえない場合には、法的手段を講じるという選択肢も検討しなければなりません。

実際には、このような回収プロセスに費やすコストを勘案し、弁護士に依頼して債権回収を実施している医療機関もあります。

回収にかかる職員の人件費と時間に比しては、弁護士に対して成功報酬を支払っても回収実額が増加したという例も聞かれます。

また、大部分の医療費未払患者は、経済的理由や現金の持ち合わせがないなど、確実な回収の方向へ解決を図ることができるケースですが、当初から支払意思のない患者に対しては、直ちに法的手段を取ることも必要でしょう。

裁判所による法的手段として取りうる代表的な選択肢には、①**支払督促**、②**少額訴訟**、③**民事調停**の3つが挙げられます。いずれも万能ではなく、全額の回収に至るとは限らないものの、裁判所を介在させた手続であるため患者側に心理的な圧力を与えることができ、さらに結果として回収へのモチベーションになりうるものです。

3つの法的手段を比較すると、次のように整理できます。

【法的手段の比較表】

	支払督促	少額訴訟	民事調停
概要	債権者の申立に応じ、書面審理のみで簡易裁判所が債務者に支払を命じる督促状（支払督促）を送付する制度	60万円以下の金銭支払請求について、原則審理1回、即日結審となり、簡易裁判所が迅速に判決を下す制度	当事者の間に、裁判官や民間有識者から選ばれた調停委員が入り、双方の主張を整理して話し合いにより解決を図る制度
メリット	請求金額に上限なく簡便な手続で費用が安い	<ul style="list-style-type: none"> 通常訴訟より手続が簡略で、低コスト 審理1回、即日判決 	<ul style="list-style-type: none"> 第三者が公平な立場で意見調整する 低手数料で手続が容易
デメリット	債務者からの異議申立により通常訴訟に移行する（時間、コストを費やすおそれ）	<ul style="list-style-type: none"> 請求額に上限（60万円）あり 同一管轄裁判所に対する訴訟提起は年に10回を限度とする 	<ul style="list-style-type: none"> 調停不調あるいは相手方が話し合いに応じなければ、訴訟へ移行する可能性がある



ジャンル:業績管理 > サブジャンル:未収金防止策

不正行為発生を防ぐ整備体制

不正行為による未収金の発生を防ぐための整備体制とは、どのようなものでしょうか。

■不正行為の発生を防ぐための体制整備

(1)業務分担の明確化

- 会計担当者（レセコン入力者）とレジ担当者のローテーション化
- 看護業務への専念（現金の取扱い禁止）
- 報告体系の確立（看護師 → 師長 → 事務員 → 事務長 → 院長）

(2)電算処理の徹底

- 点数マスターの整備（自費項目の登録）
- レセコンへのデータ入力の徹底
- 手書き領収書の廃止

(3)不正行為防止と未収金管理の流れ

- ① 発生時にはレセコンに登録する
- ② 個人別の台帳に記載する
- ③ 適宜督促して入金を促す
- ④ 督促した結果は、台帳に記載する
- ⑤ 事務長が毎日の発生状況を必ずチェックする
- ⑥ 毎月の発生状況、入金状況、焦げ付きなどを管理者へ報告する

【チェックすべき項目と書類・資料】

- 受付事務員（ヒアリング）
- 病院案内
- カルテ（抜粋 10冊程度）
- 診療料金表（内部資料）
- 請求・領収書（レセコンにより確認）
- 受領現金明細（金種表相当）
- レシート集計表
- 日報関係（レセコン）～患者別診療費一覧

(4)内部牽制と外部監査の視点

- 事務長による内部監査の徹底（受診件数、日報、月報、薬品使用量、未収金）
- 予実管理の実施（毎月）
- 第三者による外部牽制（原因解明目的の現場ヒアリングの実施等）

週刊 WEB 医業経営マガジン No. 913

【著 者】日本ビズアップ株式会社

【発 行】税理士法人 森田会計事務所

〒630-8247 奈良市油阪町456番地 第二森田ビル 4F

TEL 0742-22-3578 FAX 0742-27-1681

本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複製することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。