



週刊WEB  
マガジン



# 医業経営

2026.6.9

医療情報ヘッドライン

## 高性能AIの 悪用リスクを 踏まえた対策を 医療機関の優先的 確認事項を整理

▶厚生労働省

## 医療法人情報 第三者提供制度 を議論

## GL策定に向けて 匿名化処理の案を提示

▶厚生労働省 社会保障審議会

経営TOPICS

統計調査資料 最近の医療費の動向／概算医療費  
(令和7年度12月号)

経営データベース

ジャンル: 医療制度 > サブジャンル: 医療関連法規  
医療保険、年金保険、社会福祉に関連する法律  
社会保障制度の特徴

週刊 医療情報

2026年6月5日号  
開業規制の医師過多区域、  
5都府県の9圏域候補

経営情報レポート

必要利益を確保する!  
福祉施設収益改善のための  
業績管理のポイント

発行: 税理士法人ブレインパートナー

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

# 高性能AIの悪用リスクを踏まえた対策を 医療機関の優先的確認事項を整理

## 厚生労働省

厚生労働省は5月27日、各都道府県衛生主管部（局）に対し事務連絡「高性能 AI の悪用リスクを踏まえたサイバーセキュリティ対策の強化について」を发出。今回の事務連絡は、5月18日に内閣官房国家サイバー統括室などが发出した、医療分野を含む重要インフラ事業者に対する注意喚起を受けての対応だ。

厚労省は電子カルテや医療機器、院内ネットワークなど重要システムの安全性確保に向けて、医療機関におけるサイバーセキュリティ対策の重点事項をまとめ、対策が適切に講じられているか確認を要請するとともに、高性能AIの悪用リスクに備えた対策を行うよう注意喚起した。

### ■脆弱性の発見・修正に特化したミツスの発表を機に政府が対策強化へと着手

4月にアメリカのAnthropic社より、サイバーセキュリティ上の脆弱性検出に特化した極めて高性能なAIモデル「Claude Mythos（クロード・ミュトス）」が発表された。このフロンティアAIモデルは、脆弱性の発見・修正において高速化が期待される一方、攻撃者に悪用されることで、サイバー攻撃がより高速かつ大規模に行われるおそれがある。

そこで国家サイバー統括室は重要インフラ事業者において、高性能AIにおける喫緊の課題に対する施策「Project YATA-Shield」を取りまとめた。

18日に发出された重要インフラ事業者への注意喚起では、次の3点を強調した。

- ① 経営層のリーダーシップの下でのサイバーセキュリティ対策
- ② 基本的なサイバーセキュリティ対策の確実な

実施及び更なる対策の強化

- ③ 高性能 AI による高速化する脆弱性の発見・修正等への対応

①は、必要な投資と捉えリスクマネジメントとして実施すること、②では、資産管理や脆弱性対策、インシデントへの対応・復旧や、実施状況の機動的な確認の重要性を明記。③では、脆弱性のリスク評価やパッチ適用・リスク緩和措置の速やかな実施を促している。

### ■チェックリストを活用し対策の確認・見直しを

これを受けて厚労省は、医療機関で優先的に確認すべき事項を8点に整理した。

- ① 経営層の関与とガバナンスの強化
- ② 医療情報システムの適切なリスク管理
- ③ 脆弱性対策と資産管理の徹底
- ④ ランサムウェア対策の強化
- ⑤ インシデント対応体制の整備
- ⑥ 人的対策（教育・訓練）の徹底
- ⑦ サプライチェーン・医療機器対策
- ⑧ 事業継続（BCP）と診療継続体制の確保

③では、ソフトウェアや機器の資産管理（棚卸し）の継続的な実施や迅速なアップデート、既知の脆弱性への対応を遅滞なく実施することのほか、サポートが終了した機器の使用を見直す必要性を提起。⑤では、初動対応手順（封じ込め・影響範囲確認等）の明確化や、厚労省、関係機関、ベンダなどへの報告・連携体制を確保するよう訴えた。

厚労省は本事務連絡の終わりに、これらの内容を踏まえ最低限の遵守事項をまとめた「医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」を参照し、このリストを満たしているか確認の上、対策を改めて見直す機会とするよう促している。

# 医療法人情報 第三者提供制度を議論 GL策定に向けて匿名化処理の案を提示

厚生労働省 社会保障審議会 医療法人情報の第三者提供に関する専門委員会

厚生労働省は5月22日に社会保障審議会医療法人情報の第三者提供に関する専門委員会の初会合を開催。4月1日から施行された医療法人の経営情報のデータベース（MCDB）に係る第三者提供制度のガイドライン策定に向けて議論を行った。

ガイドラインの検討に際し考えられる視点として、匿名化処理基準や、医療法人情報を利用する必要性、意義、有用性および相当の公益性の確認方法、さらに安全管理措置、手数料、申請方法、不適切利用への対応についての妥当性を提示した。

今回は主に再識別防止策について議論を行い、基本的な考え方を整理するとともに、経営情報単体、事業報告書などの情報を連結させた情報の申請があった場合といった各ケースにおける匿名化処理の案を示した。

## ■第三者にはオーダーメイド集計

### または医療法人情報を提供

2023年の医療法改正において、「①医療法人の経営情報の収集及びデータベースの整備をし、②収集した情報を国民に分かりやすくなるよう属性等に応じてグルーピングした分析結果の公表、③医療法人に関するデータベースの情報を研究者等へ提供する制度を創設する」ことが定められ、①と②は2023年8月1日、③は今年4月1日に施行された。

これにより、全ての医療法人は、毎会計年度終了後に経営情報を都道府県知事に報告することが義務化され、データベースに記録された医療法人情報は、相当の公益性を有する調査や学術研究または分析を行う研究者等に提供することが可能となった。

なおデータ提供方法は、依頼者からの申請

を受けて厚労省（独立行政法人福祉医療機構・WAMに委託）が統計の作成を行い、その結果を提供する「オーダーメイド集計」で行うほか、これにより研究目的が達成できない場合に、医療法人情報が提供されることとなる。

第三者へのデータ提供にあたって、あらかじめ社会保障審議会の意見を聴くことも義務付けられており、審査基準などを定めたガイドラインについて検討を行うため、同委員会が設置された。

同委員会では情報の利用における相当の公益性の有無を利用目的・内容、成果物の内容・公表方法を踏まえて判断するとともに、個人および法人の権利利益の侵害防止も含めて総合的に審査を行う。

## ■連結させた情報の申請があれば

### さらなる匿名化を

厚労省は今回、再識別防止（匿名化処理）の基本的な考え方について、法人名、医療機関コードなど、ただちに識別につながる情報は空欄化し、住所、病床数、役員数、職員数、損益計算書の金額などは、識別につながりやすいため匿名化する案を提示した。

さらに、経営情報と法人単位の事業報告書や病床・外来機能報告などを連結させた情報は、識別につながる可能性が高くなることから、必要に応じてさらなる匿名化を行い、そのうえで識別につながる可能性は同委員会の個別審査において判断する案を示した。

データの円滑な活用に向けて緩やかな匿名化にとどめるか、情報保護のため厳格な基準を設けるべきか、着地に向けて議論を進め、6月以降にガイドラインを策定する予定だ。

医療情報①  
 厚生労働省  
 通知

## 開業規制の医師過多区域、 5都府県の9圏域候補

第8次医療計画（後期）が2027年度に始まるのに先立って、厚生労働省は外来医療の提供体制の確保に関するガイドラインを見直し、各都道府県に5月28日付で通知した。

外来医師多数区域のうち、医師が特に過剰な「外来医師過多区域」の候補として東京・区中央部など5都府県の9つの二次医療圏を示した。

新たなガイドラインには、外来医師過多区域の設定や区域内での取り組みなど国が24年末にまとめた医師偏在対策のパッケージの内容を反映させた。都道府県は、外来医師多数区域を秋ごろ指定・公表するなど準備を進め、第8次外来医療計画（後期）を年度内に策定する。

国が示した外来医師過多区域の候補は、以下の双方に該当する地域。5圏域は東京都内の医療圏だった。

- ▼開業医の偏在度合いを示す外来医師偏在指標が「全国平均値＋標準偏差」の1.5倍以上
- ▼可住地面積当たり診療所数が上位10%

都は、それらの中から原則として医療圏単位で外来医師過多区域を指定。区域内で無床診療所の新規開業を希望する医師に対し、「地域で不足する医療」や「医師不足地域での医療」の提供を要請・勧告したり、要請・勧告に従わない場合は保険医療機関としての指定期間を3年以下（通常6年）に短縮したり、参入規制する。

保険医療機関の指定期間が短縮された診療所は、都道府県から要請・勧告を受けたかどうかや、要請・勧告に従わない理由などを「医療情報ネット」（ナビイ）で公表する。

ガイドラインでは、「地域で不足する医療」の例として、以下などを挙げた。

- ▼夜間・休日の初期救急医療
- ▼在宅医療
- ▼発熱外来
- ▼警察医会への協力

具体的な内容は地域で協議して決める。「かかりつけ医機能」の報告データや医療計画の指標、医療機関へのアンケート結果などを協議の参考にするのが望ましいとしている。

厚労省は、外来医師過多区域や外来医師多数区域の状況を27年度に随時把握する。

医療情報②  
 衆院本会議  
 可決

## ケアプラン一部有料化へ、 介護保険法改正案が衆院通過

ケアプラン作成費の一部有料化などを盛り込んだ介護保険法の改正案が5月26日、衆院本会議で賛成多数により可決され、衆院を通過した。登録制を導入する一部の住宅型有料老人

ホームを対象に、ケアプラン作成などのサービスについて、原則 1 割の利用者負担を求める。

現在、「10 割給付」とされているケアプランの作成について、介護保険制度の持続可能性を確保する観点から、一部自己負担を導入する。対象は、中重度の要介護者や医療ニーズの高い高齢者を受け入れる住宅型有料老人ホーム。改正案では、新たなサービス類型として「登録施設介護支援」を創設。ケアプラン作成や生活相談などを一体的に提供し、利用者に 1 割の負担を求める。ケアプランの有料化には、住宅型有料老人ホームで問題視されてきた入居者に過剰な介護サービスを提供する「困り込み」を是正する狙いもある。

改正案には、入居者の安全確保の観点から、中重度の要介護者などが入居する住宅型有料老人ホームに登録制を導入し、事前規制の対象とする項目も盛り込んだ。新たに「登録施設介護支援」を担う事業者が、ケアプランの作成などを巡ってホーム側と対等に協議できる制度設計を目指す。住宅型有料老人ホームへの登録制導入は、公布日から 2 年以内、「登録施設介護支援」の創設は、公布日から 3 年以内に施行される。

医療情報③  
 厚生労働省  
 WG

## 医療情報システム管理GL、 第7.0版に

厚生労働省は 5 月 29 日、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第 7.0 版」の改定内容を示した。専門人材不足に対応した保守委託機関編が追加され、二要素認証の適用対象の明確化、クラウド型電子カルテ導入も視野に入れた内容になっている。

6 月の正式発出を目指す。同日の「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」で報告した。当初は「第 6.1 版」として作業が進められていたが、最終的に「第 7.0 版」へと改められている。国家サイバー統括室が策定する「重要インフラのサイバーセキュリティに係る安全基準等策定指針」が 2023 年 7 月に改定されており、各省庁のサイバーセキュリティガイドラインのよりどころとなる、同指針への準拠が求められた。

厚労省は、この指針が変わった場合には整数部の数字を変えて対応するという考え方を示した上で、経済産業省・総務省による「二省ガイドライン」更新やクラウド型電子カルテの推進方針への対応も重なり、内容の改定幅が大きいと判断して「第 7.0 版」とするとしたと説明した。

構成では、「保守委託機関編」を新設したことが大きな特徴だ。セキュリティの専門人材が不足しがちな中小規模の医療機関が単独で対応することは現実的ではないとの問題意識が背景にある。すべてのサーバーにおけるセキュリティの更新を業者に委託している医療機関については、当該編を遵守することで他の編の項目も遵守しているとみなす運用とする。

二要素認証の適用範囲の明確化もポイントだ。27 年度から二要素認証が遵守事項となる方針は既定路線だったが、これまでのガイドラインでは対象となるシステムの範囲が曖昧だった。

第 7.0 版ではクライアント端末とサーバーについて対応することを明示した。一方で、27 年 4 月 1 日時点で対応が困難な医療機関については、次期システム改修での対応を許容する緩和措置も設けた。（以降、続く）

週刊医療情報（2026年6月5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。

# 最近の医療費の動向

## ／概算医療費（令和7年度12月号）

厚生労働省 2026年4月28日公表

### <結果のポイント>

#### 1 概算医療費とその伸び

- 令和7年度 12月の医療費は4.3兆円（対前年同月比 +2.4%）
- 令和7年度（4月～12月）の医療費は36.8兆円（対前年同期比 +2.4%）  
 （令和6年度は48.0兆円、対前年度比 +1.5%）

#### 2 「一日当たりの医療費」の伸び

- 令和7年度 12月の対前年同月比 +4.5%
- 令和7年度（4月～12月）の対前年同期比 +3.4%（令和6年度は、対前年度比+1.1%）

## 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					75歳以上		
		被用者 保険	本人 家族		国民健康 保険	(再掲) 未就学者			
令和3年度	44.2		25.0	14.1			7.9	5.2	10.8
令和4年度	46.0	25.8	15.0	8.4	5.6	10.7	1.4	18.0	2.2
令和5年度	47.3	26.2	15.7	8.9	5.8	10.5	1.5	18.8	2.3
令和6年度 4～3月	48.0	26.1	15.9	9.2	5.7	10.2	1.3	19.6	2.3
4～9月	23.7	12.9	7.8	4.5	2.8	5.1	0.7	9.6	1.2
4～12月	36.0	19.6	11.9	6.9	4.3	7.7	1.0	14.6	1.8
10月	4.1	2.2	1.3	0.8	0.5	0.9	0.1	1.7	0.2
11月	4.0	2.2	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2
12月	4.2	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.7	0.2
令和7年度 4～12月	36.8	19.8	12.2	7.2	4.3	7.6	0.9	15.2	1.8
4～9月	24.3	13.1	8.0	4.7	2.8	5.1	0.6	10.0	1.2
10月	4.2	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.7	0.2
11月	4.0	2.2	1.4	0.8	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2
12月	4.3	2.3	1.4	0.9	0.5	0.9	0.1	1.8	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」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。（以下同）

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、生活保護などの公費負担のみのデータである。なお、令和2年8月診療分以前のデータは、診療報酬明細書において「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療（第1公費）のデータを集計したものである。

●1人当たり医療費

(単位：万円)

	総計	医療保険適用							75歳以上
		75歳未満					国民健康保険	(再掲)未就学者	
		被用者保険	本人		家族				
令和3年度	35.2		23.5	18.2	17.4	17.2	37.9	22.1	93.9
令和4年度	36.8	24.5	19.4	18.4	18.8	38.9	24.4	95.7	
令和5年度	38.0	25.2	20.2	19.1	19.9	40.0	26.0	96.5	
令和6年度4~3月	38.8	25.4	20.5	19.5	20.0	40.5	25.1	97.4	
4~9月	19.1	12.5	10.0	9.5	9.8	20.1	12.6	48.3	
	10月	3.3	2.2	1.7	1.7	3.5	2.1	8.3	
	11月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.7	3.4	2.1	8.0
12月	3.4	2.2	1.8	1.7	1.8	3.5	2.2	8.3	
令和7年度4~12月	29.9	19.5	15.8	15.1	15.4	31.1	18.9	74.2	
4~9月	19.7	12.8	10.4	9.9	10.1	20.6	12.5	49.1	
	10月	3.4	2.2	1.8	1.7	3.6	2.1	8.5	
	11月	3.3	2.1	1.8	1.7	3.3	2.1	8.0	
12月	3.5	2.3	1.9	1.8	1.8	3.6	2.1	8.5	

注1) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。

注2) 1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

2. 診療種類別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

	総計	診療費				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								
令和3年度	44.2	35.3	16.9	15.3	3.1	7.8	0.7	0.43	17.6	23.0	3.1	
令和4年度	46.0	36.8	17.4	16.2	3.2	7.9	0.7	0.51	18.1	24.1	3.2	
令和5年度	47.3	37.6	17.9	16.4	3.3	8.3	0.7	0.61	18.7	24.7	3.3	
令和6年度4~3月	48.0	38.1	18.4	16.3	3.4	8.4	0.8	0.72	19.2	24.7	3.4	
4~9月	23.7	18.8	9.1	8.1	1.7	4.1	0.4	0.35	9.5	12.2	1.7	
	10月	4.1	3.3	1.6	1.4	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.1	0.3
	11月	4.0	3.2	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	0.3
12月	4.2	3.3	1.6	1.4	0.3	0.8	0.1	0.06	1.6	2.2	0.3	
令和7年度4~12月	36.8	29.1	14.1	12.4	2.6	6.5	0.6	0.61	14.7	18.9	2.6	
4~9月	24.3	19.3	9.3	8.2	1.8	4.3	0.4	0.40	9.7	12.4	1.8	
	10月	4.2	3.3	1.6	1.4	0.3	0.8	0.1	0.07	1.7	2.2	0.3
	11月	4.0	3.2	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.07	1.6	2.1	0.3
12月	4.3	3.3	1.6	1.4	0.3	0.8	0.1	0.07	1.7	2.2	0.3	

注) 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。

●受診延日数

(単位：億日)

	総計	診療費			調剤	訪問看護療養		
		医科入院	医科入院外	歯科				
令和3年度	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0	0.37	
令和4年度	24.3	23.9	4.3	15.6	4.0	8.4	0.43	
令和5年度	24.8	24.3	4.4	15.9	4.0	8.9	0.50	
令和6年度 4～3月	24.9	24.3	4.4	15.9	4.0	9.0	0.59	
4～9月	12.4	12.1	2.2	7.9	2.0	4.4	0.28	
	10月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.8	0.05
	11月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.8	0.05
12月	2.2	2.1	0.4	1.4	0.3	0.8	0.05	
令和7年度 4～12月	18.6	18.1	3.3	11.8	3.0	6.7	0.50	
4～9月	12.3	12.0	2.2	7.8	2.0	4.4	0.33	
	10月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.4	0.8	0.06
	11月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.06
	12月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.8	0.06

注) 受診延日数は診療実日数(調剤では処方せん枚数(受付回数)、訪問看護療養では実日数)を集計したものである。受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数(受付回数)は含まれない。

●1日当たり医療費

(単位：千円)

	総計	医科入院		医科入院外	歯科	調剤	訪問看護療養	(参考) 医科入院外+調剤	
		食事等含まず	食事等含む						
令和3年度	18.5	38.7	40.4	10.1	7.9	9.7	11.7	15.2	
令和4年度	18.9	40.4	42.1	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4	
令和5年度	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.4	12.1	15.5	
令和6年度 4～3月	19.3	41.7	43.5	10.2	8.5	9.4	12.3	15.5	
4～9月	19.1	41.4	43.1	10.2	8.4	9.4	12.3	15.4	
	10月	19.1	42.1	43.8	10.2	8.5	9.3	12.2	15.4
	11月	19.1	42.2	44.0	10.1	8.5	9.2	12.3	15.3
	12月	19.2	42.1	43.9	10.0	8.6	9.4	12.3	15.5
令和7年度 4～12月	19.8	42.8	44.6	10.5	8.7	9.8	12.2	16.0	
4～9月	19.7	42.6	44.5	10.5	8.7	9.7	12.2	16.0	
	10月	19.8	43.2	45.0	10.6	8.7	9.9	12.1	16.1
	11月	19.8	42.6	44.4	10.5	8.7	9.6	12.3	16.0
	12月	20.1	43.2	45.0	10.5	8.9	10.2	12.2	16.5

注) 1日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数(調剤では総処方せん枚数(総受付回数)、訪問看護療養では総実日数)で除して得た値である。「医科入院外+調剤」の1日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外の受診延日数で除して得た値である。歯科の1日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科の受診延日数で除して得た値である。

最近の医療費の動向/概算医療費(令和7年度12月号)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



## 福祉経営

必要利益を確保する！

# 福祉施設収益改善 のための 業績管理のポイント

1. 福祉施設が収益改善に取り組む必要性
2. 業績管理体制の構築
3. 成果を上げるための月次管理
4. 業績検討会議の進め方
5. 収益改善に成功した施設の事例



# 1

## 医業経営情報レポート

# 福祉施設が収益改善に取り組む必要性

### ■ 福祉施設が取り組む「業績管理」の定義

業績管理は、まず数値目標、管理指標、管理項目を設定し、それを実現するよう具体的な活動計画を策定することから始めます。

業績管理は法人全体レベルだけではなく、拠点別、部門別に細分化し、拠点目標とチームレベルの目標へと展開し、目標の連鎖を作り出し、組織全体の目標意識・活性化を図ります。

業績管理とは、法人の経営目標や部門目標達成のための計画を遂行し、その結果である業績を、法人および部門別に測定・評価し、次の目標設定・計画策定に活用し、経営計画の達成を図ること。

### ■ 課題と取るべき対策を明確にする

次に業績管理体制構築の第二步目として、実績管理をしやすいように年度計画を月次に展開していきます。

しかし、結果だけを後追いしていても何も変わりません。常に先を見据えて、月次展開した目標を達成するために「何を」「誰が」「いつまでに」「どのように」行なうか、といった活動方針を立て、計画通りに実践していくことが求められるのです。

その結果に対してさまざまな角度からの検討や軌道修正を加えることにより、初めて課題と今後取るべき対策が見えてきます。

### ■ 必要資金を確保するためのPDCAサイクル

減収傾向が続く中、今後、施設整備などの事業拡大を検討している施設においては、自己資金を確実に蓄えるための計画を立て、実行していくことが不可欠となります。

#### ◆ 自己資金を確保するための対応ポイント

- 法人の将来必要資金を明確にした上で、確実に自己資金を確保するための事業計画を立てる
- 予算は事業計画に基づいて編成する
- 利益を生み出すために収益管理、コスト管理に徹底して取り組んでいく
- 事業計画の確実な達成に向け PDCA サイクルによる進捗管理を実施する



今後、人的コスト、建替資金や修繕資金を確保するためには、自己資金を確実に増やすための経営管理（業績管理）が必要となっている

# 2

## 医業経営情報レポート

# 業績管理体制の構築

### ■ 年次計画を月次展開し、業績を管理する

前述の通り、業績管理は、年度計画を月次ベースに落とし込み、毎月の業績検討会議を定例開催し、進捗管理を行うといった手順を踏みます。

また、業績が1日単位で変化するデイサービス等の在宅関連事業に関しては、1週単位、1日単位での業績資料を作成し管理する必要があります。

年	単	位
四	半	期
月	単	位
週	単	位



管理サイクルの短期化により、直近の傾向把握が可能となります。  
従来の様に1ヶ月単位での計測では収支悪化の時に手遅れとなります。

業績管理では、定量的指標や定性的指標について具体的な管理項目を設定し、月次でその進捗状況を確認します。

### ◆測定指標(KPI)事例

	測定指標	目標
定量的指標	利用人数アップ	月間延べ利用人数〇人
	稼働率アップ	平均稼働率〇%
	新規登録者アップ	月間新規登録者〇人
	変動費削減	食材費比率〇%
定性的指標	利用者満足度向上	家族アンケート〇点
	サービスの質の向上	月間クレーム〇件
	事故防止	月間重大事故発生〇件

各事業所においてどのような項目で管理すべきかを決め、業績管理フォーマットを作成します。

ここで作成する業績管理フォーマットは、後ほど詳しく解説する業績検討会議でも使用するため、単なる数字の集計だけでなく、何をするのかといった行動計画も盛り込むことがポイントです。

# 3

## 医業経営情報レポート

# 成果を上げるための月次管理

### ■ 目標達成を可能にする月次管理

福祉施設の経営計画をきちんと月次展開している法人は、決して多いとはいえません。

しかし、このような管理を行わなければ、実績検討や次の対策の検討ができない、あるいは経営計画の早期軌道修正ができないなどといった問題が生じることとなります。

上述したような厳しい経営環境下、以下のような勘定科目を用いて測定指標を定め、月次での業績管理を行うことはもはや経営上の必須課題といえます。

#### ■ 月次展開する勘定科目(例)

収入	年度経営計画や前年の月別稼働率などを参考にします。
変動費支出	月次の収入に変動費比率を乗じます。
職員給料支出 職員賞与支出 非常勤職員給与支出	昇給や賞与、処遇改善加算等の一時金を考慮します。
法定福利費支出	労働保険の支払などがあるため、前年度の構成比を参考にします。(段階的に引き上げされていることを考慮)
その他の固定費支出	毎月均等に配分します。

上記の展開により、月次での計画と実績の差異の把握、その差異の原因分析、その分析結果に基づく対応策の検討、そして実行というPDCAサイクルの実現が可能になり、年度事業目標の達成に結びつきます。

### ■ 目標達成のために誰が何をするかを考える

測定指標が決まったら、その目標を達成するために、「誰が」「何を」「いつまでに」行うのかを決めます。

その際に重要なことは、その担当者からコミットメント(約束)を取るということです。コミットメントは絶対に達成させなければなりませんので、甘いものでは意味がありません。

個別行動計画(アクションプラン)は、年度事業計画にもとづき、担当者別に立てる必要があります。そしてこれは「職員の日常業務における遂行計画」となるものです。

アクションプラン作成のステップは、自身がどのような責任と役割を果たすのか明確にするところから始まります。

# 4 医業経営情報レポート 業績検討会議の進め方

## ■ 業績検討会議の進め方

前月の取り組みを振り返り、いち早く課題を掴み、次の一手を決めるための業績検討会議は、当然、毎月行うことが重要です。

業績検討会議を確実に行うためには、以下のように実施予定日をスケジュールに組み入れることが望まれます。

この業績検討会議を滞りなく開催するためのポイントは、前月の締めを遅くとも 10 日過ぎには完了させ、15 日くらいまでには開催できるようスケジュールを組むことです。

### ■ スケジュール例

3～10 日	10 日～15 日	15 日～20 日
① 運営会議資料作成準備 ② 月次決算締め	③ 会計監査実施 ④ <u>業績検討会議開催</u>	⑤ 議事録作成提出

## (1) 業績検討会議資料作成準備

仮締めができた状態で、会議資料の作成に着手します。会議の開催にあたっては、以下の書類等の用意が必要です。

尚、仮締めは正確さよりも会議日程に合わせることを優先させます。

- ① 稼働率推移
- ② 実利用人数推移
- ③ 登録者数推移
- ④ 事故・クレーム数 など

## (2) 業績検討会議の開催

業績検討会議のポイントは、数値結果、活動結果の発表だけに終わらせず、成功要因、うまくいかなかった要因について究明して、次にどのような活動を行うのかについて話し合う場とすることです。

会議の際には、業績推移が一目で分かる進捗表を活用するとよいでしょう。

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:医療制度 > サブジャンル:医療関連法規

# 医療保険、年金保険、 社会福祉に関連する法律

医療保険および年金保険、社会福祉に  
関連する法律を教えてください。

医療保険では、健康保険法や国民健康保険法などが関連します。年金保険では厚生年金保険法が、また社会福祉に関連する法律は、社会福祉法や生活保護法等が該当します。社会保障制度に係る法律には、健康保険法、国民健康保険法、厚生年金法、また社会福祉法や生活保護法などが挙げられます。

健康保険法	健康保険法は、事業所の雇用労働者および被扶養者の業務外の疾病や負傷、出産、死亡について定めた法律である。国民の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とする。
国民健康保険法	国民健康保険法は、健康保険法と共に、わが国の医療保険制度を支える大きな2本柱の1つで、事業所の雇用労働者や公務員以外の自営業者等を主な対象にした法律である。国民健康保険事業の健全な運営を確保し、社会保障および国民保健の向上に寄与することを目的とする。
高齢者の医療の確保に関する法律	高齢者の医療の確保に関する法律とは、かつては「老人保健法」として制定されていたが、法改正により平成20年4月1日に現在の高齢者の医療の確保に関する法律となり、75歳以上の高齢者および65歳以上の一部障がい者を対象とする後期高齢者医療制度が始まった。 高齢者の医療の確保に関する法律は、「高齢者の適切な医療の確保を図るため、医療費適正化推進計画の作成、保険者による健康診査の実施、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者医療制度の創設」等により国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的としている。
厚生年金保険法	厚生年金保険法は、民間企業の労働者が加入する年金保険について定めた法律である。厚生年金は保険料の一部が自動的に国民年金（基礎年金）に拠出される仕組みから、「2階建て年金」と呼ばれており、これに上乗せする「3階部分」の厚生年金基金についてもこの法律で規定している。特徴としては、老齢・障害・死亡などの保険事故に際し、報酬に比例した年金給付を行うことが挙げられる。

## 社会福祉に関連する法律

社会福祉法	社会福祉法は日本の社会福祉の目的・理念・原則と対象者別の各社会福祉関連法に規定されている福祉サービスに共通する基本的事項を規定した法律。1951年の制定時は社会福祉事業法という名称で、社会福祉基礎構造改革の検討を経て、2000年5月に社会福祉法に名称と内容が大幅に改正され、同年6月に施行されている。
生活保護法	生活保護制度は、生活に困窮する方に対し、その困窮の程度に応じて必要な保護を行い、健康で文化的な最低限度の生活を保障するとともに、自立を助長することを目的としている。
介護保険法	介護保険法は、急激な高齢化の進展に対応するために、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして平成12年に創設された介護保険制度について必要な事項を定めた法律である。「自立支援」「利用者本位（尊厳の保持・自己選択）」を基本理念とし、給付と負担が明確な社会保険方式によって運用されている。
老人福祉法	老人福祉法は、老人の福祉に関する原理を明らかにし、高齢者に対し、心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じて、老人の福祉を図ることを目的としている。 老人福祉法では、老人を65歳以上と規定し、介護保険のサービスを受けられない人を、同法による老人居宅生活支援事業と老人ホームへの入所措置の対象としている。

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:医療関連法規

# 社会保障制度の特徴

## 社会保障制度には、どのような特徴がありますか。

我が国の社会保障制度は、以下のような特徴があります。

### ■社会保障制度

#### (1)すべての国民の年金、医療、介護をカバー(国民皆保険・皆年金体制)

- 社会保障給付の大部分を占める年金・医療・介護は、社会保険方式により運営
- 年金制度は高齢期の生活の基本的部分を支える年金を保障
- 医療保険制度は「誰でも、いつでも、どこでも」保険証 1 枚で医療を受けられる医療を保障
- 介護保険制度は加齢に伴う要介護状態になっても自立した生活を営むことができるよう、必要な介護を保障

#### (2)社会保険方式に公費も投入し、「保険料」と「税」の組み合わせによる財政運営

- 社会保障の財源は、約 60%が保険料、約 30%が公費、約 10%が資産収入等で、保険料中心の構成となっている

#### (3)「サラリーマングループ」と「自営業者等グループ」の2本立て

- サラリーマン(被用者)を対象とする職域保険(健康保険、厚生年金)と自営業者、農業者、高齢者等を対象とする自営業者等グループ(国民健康保険、国民年金)の2つの制度で構成

#### (4)国・都道府県・市町村が責任・役割を分担・連携

- 年金等は国、医療行政は都道府県、福祉行政は市町村がそれぞれ中心となって、社会保障制度を運営
- 医療・福祉サービスにおいては、民間主体の事業者が重要な役割を果たしている

### ■国民皆保険

#### (1)国民皆保険制度の意義

- 国民皆保険制度を通じて世界レベルの平均寿命と保健医療水準を実現している
- 今後とも現行の社会保険方式による国民皆保険を堅持し、国民の安全・安心な暮らしを保障していくことが必要

#### (2)日本の国民皆保険制度の特徴

- 国民全員を公的医療保険で保障
- 医療機関を自由に選べる(フリーアクセス)
- 安い医療費で高度な医療
- 社会保険制度を基本としつつ、皆保険を維持するため公費を投入