

週刊WEB

# 医業 経営

MAGA  
ZINE

Vol.794 2023.10.31

医療情報ヘッドライン

## がん治療と仕事の両立支援を見直しへ 「指導料」の算定回数が低水準

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

## 訪看STのオンライン資格確認を義務化 端末導入などに42.9万円まで実費補助

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

週刊 医療情報

2023年10月27日号

## 介護職賃上げ「月6千円 程度が妥当」厚労相

経営TOPICS

統計調査資料

## 医療施設動態調査 (令和5年6月末概数)

経営情報レポート

## 万が一の事故に備える 医療事故調査制度の概要

経営データベース

ジャンル:医業経営 > サブジャンル:事業継承

## 診療所M&A手続きの流れ 医療法人の合併の形態や手続き

発行:税理士法人ネクサス

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

# がん治療と仕事の両立支援を見直しへ 「指導料」の算定回数が低水準

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、10月18日の中央社会保険医療協議会総会で、がん治療と仕事の両立を支援することで算定できる「療養・就労両立支援指導料」の算定回数が低水準であることを明らかにした。

2022年6月時点で113件、外来腫瘍化学療法診療料1および2を届出していた施設ではわずか1施設にとどまっており、算定要件の見直しが必要の状況といえる。医療費を抑制する観点もあり、がん治療は入院から外来療法への移行が推進されているが、支援体制の脆弱ぶりが浮き彫りになった格好だ。

## ■度重なる見直しも効果は出ていない

日本では、労働人口の約3人に1人が何らかの疾患を抱えながら働いているとされている。死因1位のがんも例外ではなく、厚労省の「国民生活基礎調査」によれば、仕事をしながら通院してがん治療をしている人は増加傾向にあり、2010年32.5万人（男性14.4万人、女性18.1万人）だったのが、2022年には49.9万人（男性19.2万人、女性30.7万人）と17.4万人も増えている。

人生100年時代を見据え、「生涯現役社会」の実現を政府が目指していることを踏まえると、この傾向は今後も続くと考えられる。

2018年診療報酬改定で「療養・就労両立支援指導料」（1,000点）が新設されたのも、その流れを受けてのものだ。ところが、前述のとおり算定件数は非常に少ない。

「令和4年度入院・外来医療等における事態調査」によれば、新設された2018年は10件、2019年が19件、2020年はコ

ロ禍の影響もあり39件、2021年は多少伸びたがそれでも110件、そして2022年は113件と伸び悩んでおり、明らかに算定しにくい制度設計となっていることが窺える。

ただ、これまでも見直しは行われている。

2020年診療報酬改定では初回800点、2回目以降400点としたほか、看護師もしくは社会福祉士に相談した場合の評価「相談支援加算」（50点）を新設。2022年には「相談支援加算」の対象職種に精神保健福祉士と公認心理士を追加した。

がん以外の対象疾患の拡大や、情報通信機器を用いた場合の規定（初回696点、2回目以降348点）も加えるなどの拡充が図られてきたが、効果は出ていない。

## ■細かい情報提供が算定のハードルに

そもそも、「療養・就労両立支援指導料」を算定するには、企業からの勤務情報提供書が必要だが、提出様式は実に細かい。

対象となる患者が就労現場でどんな作業をしているかだけでなく、作業負荷や出張の有無、勤務時間が柔軟に調整できるかといった情報を盛り込まなくてはならず、相当の手間がかかる。

外来腫瘍化学療法診療料を算定している施設のほとんどが、「療養・就労両立支援指導料」の算定をしないのもうなずける。

そうした現実を知る診療側委員は、この日の総会で「シンプルな情報提供のあり方を検討すべき」と発言しており、提供情報の簡素化が今後の論点となってくることは間違いなさそうだ。

# 訪看STのオンライン資格確認を義務化 端末導入などに42.9万円まで実費補助

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

中央社会保険医療協議会総会は 10 月 18 日、訪問看護ステーション（訪看 ST）でのオンライン資格確認導入義務化を武見敬三厚生労働相に答申。厚生労働省が今後、法令改正などを進め、保険証とマイナンバーカードの一体化を行う 2024 年秋までに開始する。

システム整備やネットワーク環境事情などやむを得ない事情で対応が遅れる事業所もあることをふまえ、期限付きの経過措置も設けられる予定だ。

## ■事務作業負担や返戻レセプト削減効果を期待

すでに義務化されている医療機関では、専用端末を受付などに設置して対応しているが、患者の居宅を訪問する訪問看護ステーションはモバイル端末でマイナンバーカード（マイナ保険証）を読み取ることになる。

利用者はマイナンバーカード 1 枚で訪問看護が受けられるほか、過去の薬剤情報や特定検診の結果を網羅的に提供できるため、「健康・医療データに基づいたより適切な看護につながる」（厚労省が 9 月 29 日の社会保障審議会医療保険部会に提示した資料より）メリットがある。訪問看護ステーション側も、資格確認業務の負荷やレセプト作成の手作業が軽減できるほか、誤記リスクやレセプト返戻の削減効果が期待できる。なお、訪問看護ステーションに対する財政支援は、以下を対象に 42.9 万円まで実費を補助する。

- マイナンバーカードの読取・資格確認等のためのモバイル端末等の導入
- ネットワーク環境の整備
- レセプトコンピュータ、電子カルテシステム等の既存システムの改修

## ■オンライン資格確認の導入、病院・薬局は順調

ちなみに、10 月 1 日時点で医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の導入状況は、「義務化対象施設」の 93.8%が運用開始、97.1%が準備完了だが、まだ 1 万 3,065 施設が運用開始できていない状況だ。

施設類型別に見ると病院と薬局は比較的整備が早く、病院が 94.4%、薬局が 94.2%である一方で、内科診療所は 83.4%、歯科診療所は 80.4%と足並みがそろっていないと言いがたい。

これらを都道府県別で見ると、病院は秋田 100%、新潟 99.2%、岩手 98.9%、鹿児島 98.7%、山形 98.5%と軒並み高く、最下位の東京 87.1%、神奈川 87.9%以外の 45 道府県は 90%以上となっている。

薬局は最下位の沖縄も 91.1%と全都道府県が 90%以上だった。

このように、オンライン資格確認ができる環境は整備されてきたといえるが、肝心のマイナンバーカード（マイナ保険証）の利用は進んでいない。

オンライン資格確認自体は現在まで約 16.4 億件行われているものの、マイナンバーカード（マイナ保険証）によるものはわずか約 5,100 万件、紙の保険証によるものは約 15.8 億件となっており、読み取り用の端末の設置は進んでいるものの、ほとんど利用されていない状況だ。

政府と厚労省は「より良い医療の提供のため」マイナ保険証の利用促進にさらなる力を注ぐ方針だが、果たしてどの程度の効果が出るのか、今後も注視する必要があるだろう。

医療情報①

武見敬三  
 厚生労働相

## 介護職賃上げ「月6千円 程度が妥当」厚労相

政府が月内にまとめる経済対策に盛り込む方針の介護職員らの賃上げについて、武見敬三厚生労働相は19日、月6,000円程度が妥当だとの考えを示した。

ただ、現時点で決定しているものではないとし、人材不足により医療や介護、障害福祉分野のサービス提供体制が危機的な事態となっていることも踏まえて検討していくとした。

武見氏はこの日、神奈川県川崎市にある小規模多機能型居宅介護施設「ひつじ雲」を視察した。その後、記者団に対して、介護職員の賃金について「本当のことを言えば多ければ多いに越したことはない」とし、通常の労働者の平均賃金と同等になるよう引き続き努力する必要があると強調した。

また、「ひつじ雲」のように地域に密着した介護サービスを提供する施設を各地域でいくつも整備していく重要性を指摘。そこで働く人を国がどのようにサポートし、多くの人材を育てていくかが課題だとの認識も示した。

医療情報②

厚生労働省  
 事務連絡

## 介護保険第9期保険料設定で 「計算シート」活用を

介護保険料の1号保険料負担で一定以上の所得の範囲の取り扱いが検討されていることを受けて、厚生労働省老健局介護保険計画課は17日、保険者の都道府県・市町村の介護保険主管部（局）に事務連絡を出した。

第9期計画期間（2024-26年度）に向けた検討をする際、議論の方向性を考慮するよう求めるとともに、「保険料計算シート」の活用も促した。

保険料の負担見直しの議論を巡っては、介護保険制度を持続可能なものにするため、社会保障審議会・介護保険部会で、サービス費の利用者負担を2割にする対象拡大の是非などを22年秋から議論している。年末までに結論を出す方針。

同部会が22年にまとめた意見書では、標準段階の多段階化や高所得者の標準乗率を引き上げたり、低所得者の標準乗率を引き下げたりすることなどについて検討し、具体的な段階数、乗率などについて「早急に結論を得ることが適当」だとする方向性を示していた。

17日の事務連絡では、市町村が保険料設定に向けた検討を行う際、この方向性を織り込む

必要があると強調。7月に「全国介護保険担当課長会議」で示された標準段階を13段階とする例などを参考に保険料設定に向けた検討を行う必要性を挙げている。

具体的な乗率については、地域包括ケア「見える化」システムに掲載している「保険料計算シート」を活用することで、標準乗率、公費軽減割合、最終乗率の設定を確認することができるとして積極的な利用を促した。

また、物価高や賃上げの動きが顕著で、安定的な財政運営の重要性が高まっているため、毎年の保険料の余剰についても考え方を示した。

基金残高と繰越金の合計額が少ない保険者は、第9期の保険料の設定に当たり、余裕を持った保険料設定を求めた。

一方、基金残高と繰越金が相当程度積み上がっている保険者については、これらを保険料上昇の抑制に充当するなど、「保険料上昇の抑制に留意した適切な保険料設定」を検討するよう呼び掛けた。

医療情報③  
 厚生労働省  
 検討チーム

## 強度行動障害児特別支援加算 の評価見直しも

厚生労働省は18日、障害福祉サービス等報酬改定検討チームの会合で、強度行動障害に関する検討の方向性を示した。

障害児入所施設などでの受け入れを促進したり、支援体制を拡充したりする観点から、強度行動障害児特別支援加算の評価の見直しを検討する。

強度行動障害者への支援に関しては、「強度行動障害を有する者の地域支援体制に関する検討会」が3月に取りまとめた報告書で、自閉スペクトラム症や知的障害で強度行動障害を有する人は、その特性に適した環境調整や支援が行われない場合、本人の困りごとが著しく大きくなって行動上の課題が引き起こされることを取り上げ、「個々の特性に応じた関わり方や環境の整備など適切な支援の継続的な提供が必要である」と指摘。

地域の支援体制の在り方として、医療との連携体制の構築や支援人材のさらなる専門性の向上、子ども期からの予防的支援・教育との連携などを挙げていた。

こうした状況などを踏まえ、厚労省は18日の会合で、強度行動障害児特別支援加算について、状態がより強い児童などへの支援を取り上げ、専門人材の配置や支援計画策定などのプロセスを求めた上で、評価を見直すことを検討するよう促した。

放課後等デイサービスについても、支援スキルのある職員の配置など同様の方向性を示した。検討チームのアドバイザーからは、強度行動障害児の判定基準に関する質問などが出た。

週刊医療情報（2023年10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。

# 医療施設動態調査 (令和5年6月末概数)

厚生労働省 2023年8月31日公表

病院の施設数は前月に比べ 1施設の減少、病床数は 600床の減少。  
 一般診療所の施設数は 59施設の増加、病床数は 174床の減少。  
 歯科診療所の施設数は 12施設の減少、病床数は 増減なし。

## 1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	令和5年6月	令和5年5月			令和5年6月	令和5年5月	
総数	180 672	180 626	46	総数	1 564 361	1 565 135	△ 774
病院	8 131	8 132	△ 1	病院	1 486 858	1 487 458	△ 600
精神科病院	1 057	1 058	△ 1	精神病床	319 934	320 313	△ 379
一般病院	7 074	7 074	-	感染症病床	1 909	1 909	-
療養病床を有する病院(再掲)	3 423	3 427	△ 4	結核病床	3 820	3 820	-
地域医療支援病院(再掲)	689	689	-	療養病床	275 616	275 883	△ 267
				一般病床	885 579	885 533	46
一般診療所	105 272	105 213	59	一般診療所	77 445	77 619	△ 174
有床	5 751	5 762	△ 11				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	528	533	△ 5	療養病床(再掲)	5 153	5 221	△ 68
無床	99 521	99 451	70				
歯科診療所	67 269	67 281	△ 12	歯科診療所	58	58	-

## 2 開設者別にみた施設数及び病床数

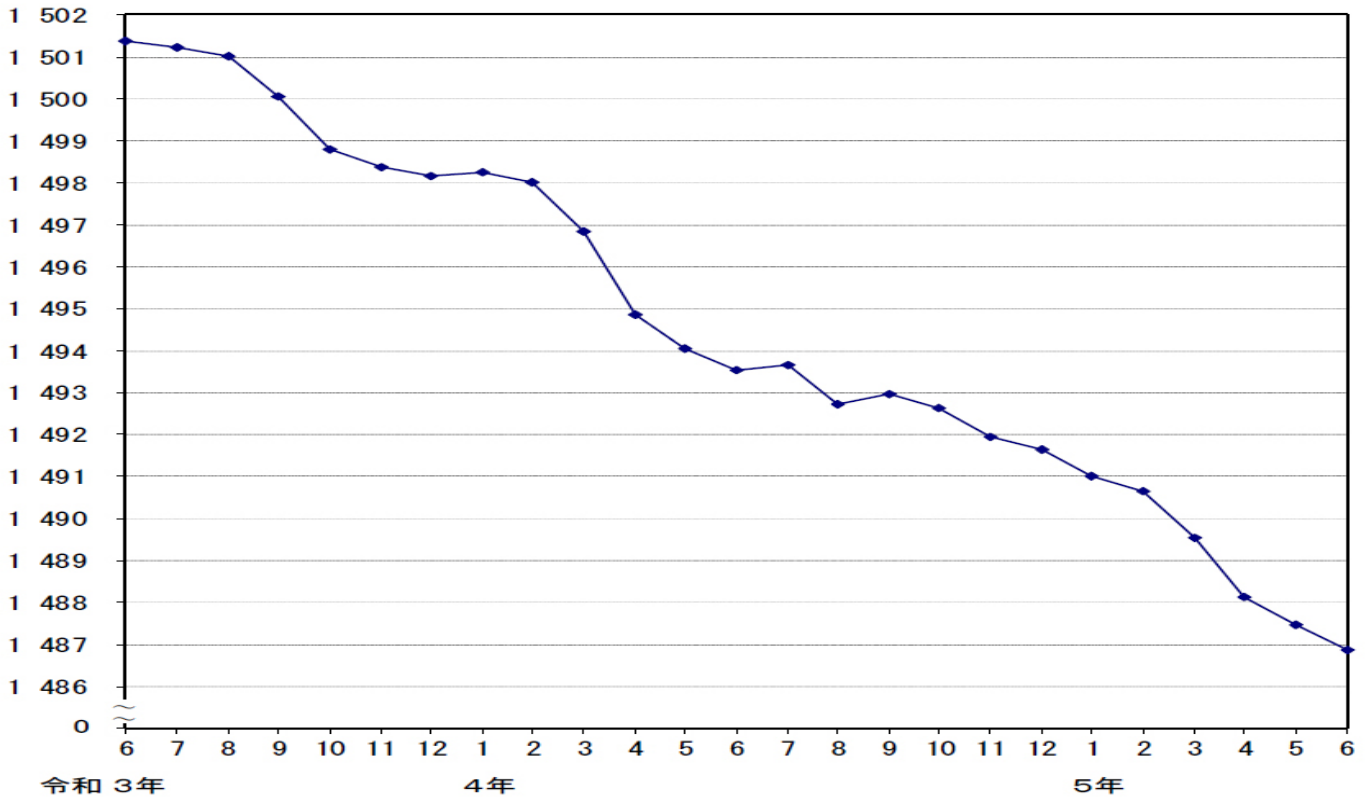
令和5年6月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
<b>総数</b>	8 131	1 486 858	105 272	77 445	67 269
国 厚生労働省	14	4 130	19	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	52 262	-	-	-
国立大学法人	47	32 728	145	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	11 703	1	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 046	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 272	3	-	-
その他	18	3 372	368	2 170	4
都道府県	187	46 192	291	186	7
市町村	596	119 684	3 420	1 972	246
地方独立行政法人	131	51 935	37	17	-
日赤	91	34 208	205	19	-
済生会	83	22 069	55	10	1
北海道社会事業協会	7	1 622	-	-	-
厚生連	98	31 003	64	44	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	1
健康保険組合及びその連合会	6	1 370	269	-	2
共済組合及びその連合会	39	12 890	131	-	3
国民健康保険組合	1	320	13	-	-
公益法人	188	46 342	478	146	89
医療法人	5 656	833 945	46 600	60 548	16 618
私立学校法人	112	55 727	195	38	15
社会福祉法人	201	33 899	10 430	383	44
医療生協	79	13 032	290	182	48
会社	26	7 713	1 591	7	12
その他の法人	199	41 091	1 160	376	148
個人	115	10 303	39 507	11 347	50 031

参 考

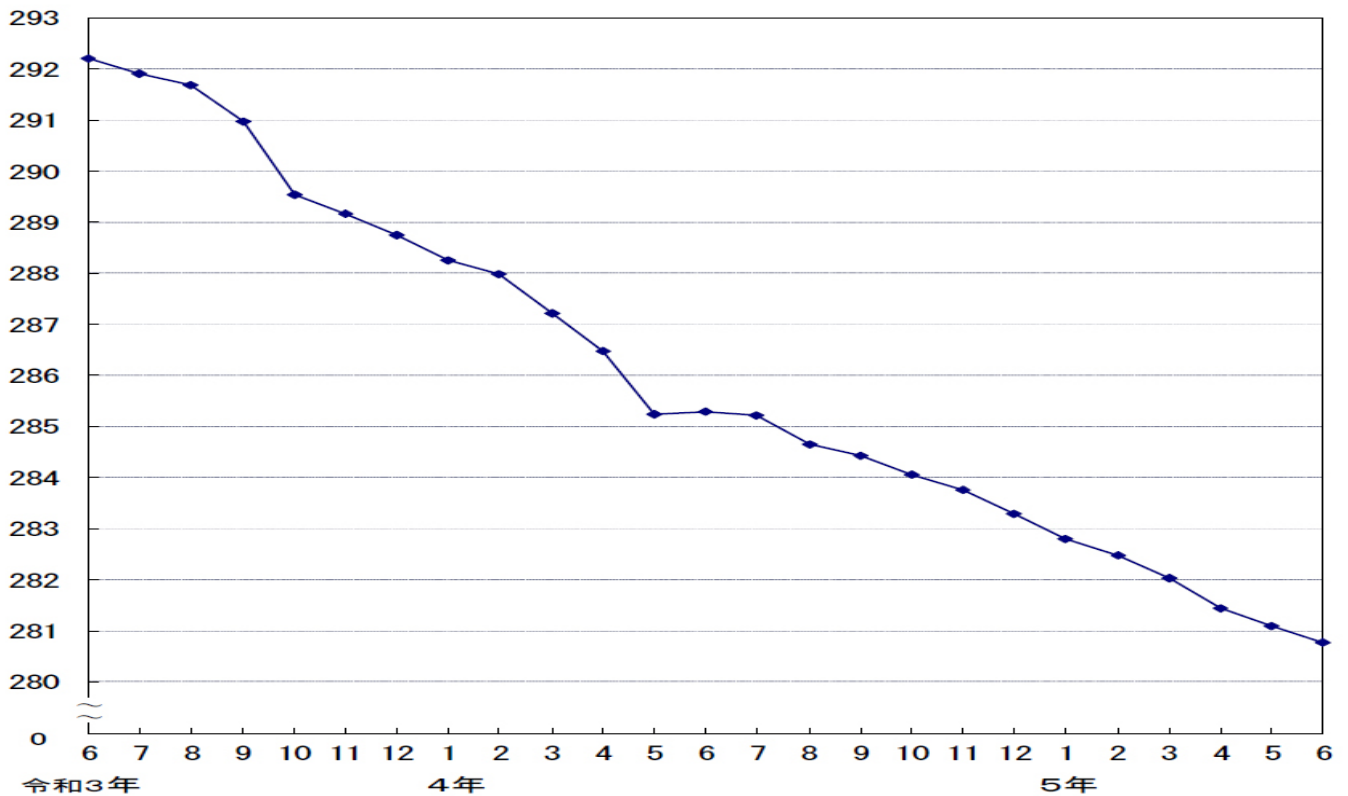
病床（千床）

病院病床数



病床（千床）

病院及び一般診療所の療養病床数総計



医療施設動態調査（令和5年6月末概数）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。





医業経営

万が一の事故に備える

# 医療事故

## 調査制度の概要

1. 医療事故の発生と相談件数の実態
2. 医療事故調査制度設立の背景と根拠法令
3. 事故発生から再発防止の提言までの流れ
4. 医療事故発生時の対応ポイント



### ■参考資料

【一般社団法人 日本医療安全調査機構（医療事故調査・支援センター）ホームページ】：研修ワークブック  
院内調査のすすめ方 医療事故調査・支援センター 2022年 年報（2023年3月）

# 1

## 医業経営情報レポート

# 医療事故の発生と相談件数の実態

医療法では医療事故を「医療に起因し、または起因すると疑われる死亡または死産」であり、かつ「管理者が予期しなかったもの」と定義しています。

医療事故は様々な要因が複雑に影響し合って発生しています。その根底には、人間の誤認識や誤動作によって引き起こされる「ヒューマンエラー」があります。人間は必ず何らかのミスを行います。ヒューマンエラーの発生を完全に防ぐことは不可能だと言ってもいいでしょう。

医療を行う者にとって医療事故はあってはならないことです。

しかし、残念ながら全ての医療機関が事故なく医療行為を行うということは現実的に難しく、大病院から小さなクリニックまでその可能性を秘めています。

### ■ 医療事故発生報告件数

多くの職種が連携して診療を行う「医療機関」においてはスタッフ同士のやり取りの中でヒューマンエラーが発生してしまい、ちょっとしたミスが命にかかわる深刻な問題にまで発展してしまうことがあります。

こういった事故は、医療機関の信頼を失墜させてしまうばかりでなく、患者の安全性を脅かし、多額の賠償責任を負うなど、取り返しのつかない大きな損害につながりかねません。

日本で唯一の医療事故調査・支援センターである「日本医療安全調査機構」にはたくさんの医療事故に関する情報が集まり、日々情報公開を行っています。

「医療事故調査・支援センター2022年 年報（2023年3月）」によると医療事故発生報告件数は年々減少傾向にあるものの、一定数存在しているのが現実です。

### ◆ 医療事故発生報告件数の推移



\*医療事故発生報告件数を四半期ごとに表記している。

出典：医療事故調査・支援センター2022年 年報

# 2

## 医業経営情報レポート

# 医療事故調査制度設立の背景と根拠法令

### ■ 医療事故調査制度設立の背景

医療法の改正によって2015年10月より「医療事故調査制度」が施行されました。医療事故調査制度は医療法に基づき、予期しない死亡の原因を調査し、再発防止を図る制度です。

制度が設立される以前にも数々の医療事故が繰り返され、人々の「医療安全」に対する関心が高まり、厚生労働省や医療界、医療事故の被害者から医療事故の再発防止のため医療事故調査制度の創設が切望されていました。

2012年2月には厚生労働省の「医療事故に係る調査の仕組等のあり方に関する検討部会」が発足し、2013年5月に同検討部会の意見を取りまとめ、同意見を受けてすべての医療機関に対する法律上の義務として「医療事故調査制度」が創設されました。

### ■ 医療事故調査制度に関する法令

「一般社団法人 日本医療安全調査機構（以下、機構）」は、医療法第6条の15の下「医療事故調査・支援センター」として日本で唯一の厚生労働大臣の指定を受けています。

#### ◆医療法第6条の15

厚生労働大臣は、医療事故調査を行うこと及び医療事故が発生した病院等の管理者が行う医療事故調査への支援を行うことにより医療の安全の確保に資することを目的とする一般社団法人または一般財団法人であって、次条に規定する業務を適切かつ確実に行うことができると認められるものを、その申請により、医療事故調査・支援センターとして指定することができる。

- 2 厚生労働大臣は、前項の規定による指定をしたときは、当該医療事故調査・支援センターの名称、住所及び事務所の所在地を公示しなければならない。
- 3 医療事故調査・支援センターは、その名称、住所または事務所の所在地を変更しようとするときは、あらかじめ、その旨を厚生労働大臣に届け出なければならない。
- 4 厚生労働大臣は、前項の規定による届出があったときは、当該届出に係る事項を公示しなければならない。

機構は医療法第6条の16で定められている「医療事故に関する業務」を行っており、医療現場の安全の確保を目指して、調査の相談・支援から分析や、再発防止のための普及・啓発などを行っています。

#### ◆医療法第6条の16

医療事故調査・支援センターは、次に掲げる業務を行うものとする。

- 一 第6条の11第4項の規定による報告により収集した情報の整理及び分析を行うこと。
- 二 第6条の11第4項の規定による報告をした病院等の管理者に対し、前号の情報の整理及び分析の結果の報告を行うこと。
- 三 次条第1項の調査を行うとともに、その結果を同項の管理者及び遺族に報告すること。
- 四 医療事故調査に従事する者に対し医療事故調査に係る知識及び技能に関する研修を行うこと。
- 五 医療事故調査の実施に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び支援を行うこと。
- 六 医療事故の再発の防止に関する普及啓発を行うこと。
- 七 前各号に掲げるもののほか、医療の安全の確保を図るために必要な業務を行うこと。

# 3

## 医業経営情報レポート

# 事故発生から再発防止の提言までの流れ

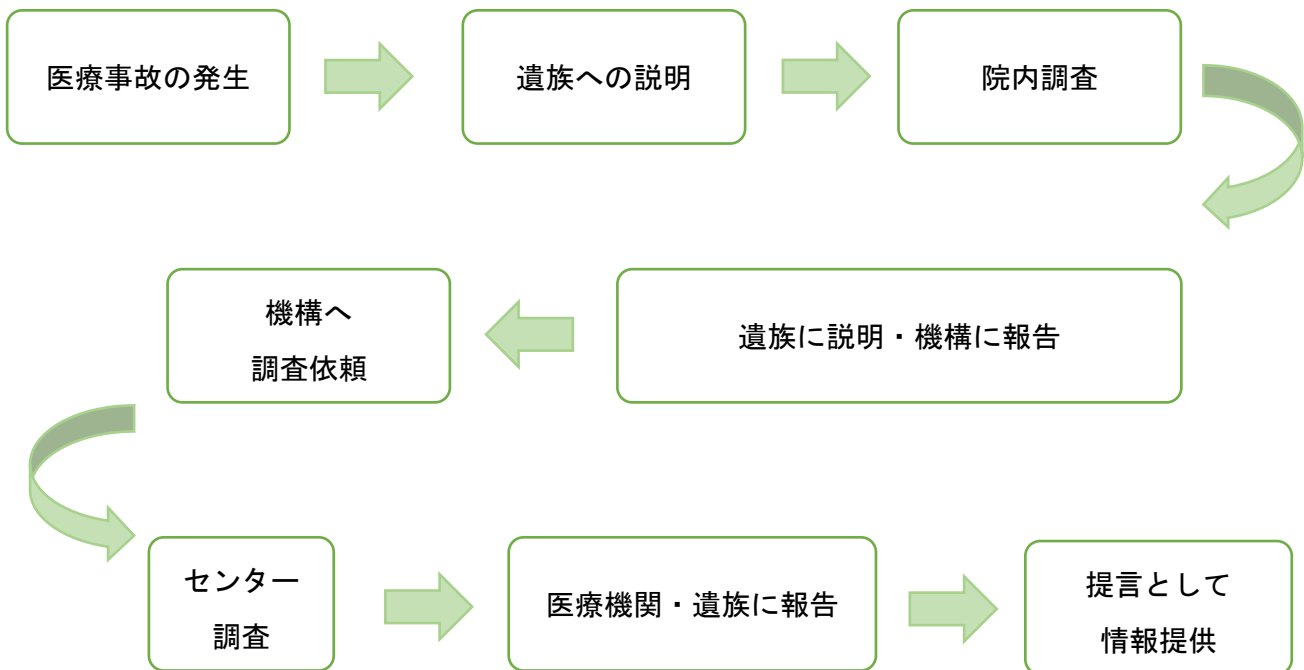
### ■ 医療事故から普及啓発までの流れ

医療事故調査を行う際には、医療機関は「医療事故調査を行うために必要な支援を求めるものとする」とされており、医療の専門家の支援を受けながら調査を行います。

院内事故調査の終了後、調査結果を遺族に説明し、機構に報告します。

その後、医療機関が「医療事故」として機構に報告した事案について、遺族または医療機関が機構に調査を依頼した時に調査を行います。

### ◆ 医療事故発生から再発防止の提言までの流れ



### ■ センター調査

センター調査とは、医療機関が医療事故調査制度における対象として「医療事故」に該当すると判断し、すでに機構に報告した事例に対して、ご遺族または医療機関が機構に調査を依頼した場合に行う調査です。

センター調査は、院内調査結果の医学的検証を行うことにより事故の原因を明らかにし、再発防止を図ることで医療の質と安全の向上に資することを目的としています。また、個人の責任追及を目的とするものではありません。

センター調査は院内調査により記録の検証は終了していることが多いと考えられるため、原則、院内での調査が終了してから調査を開始します。

また、約3か月以内程度で院内調査の結果が得られることが見込まれる場合には、院内調査の結果を受けてその検証を行うこととなります。

# 4 医業経営情報レポート

## 医療事故発生時の対応ポイント

### ■ 医療事故発生時

医療安全担当者は、医療事故発生直後の対応として、発生状況を迅速に把握し、管理者に報告して対応を協議します。緊急対応（緊急対応会議等の開催）では、「医療事故」か否かの判断をします。また、平時から各支援団体（地方協議会）の連絡先などを一覧にしておき、スムーズに連絡が取れるよう整備しておくことが重要です。

機構では院内調査の進め方として研修資料を公開しています。以下は医療事故発生直後の対応の手順です。医療事故か否かである判断は、医療機関の管理者が組織として判断することとなっていますが、様々な事例があり、判断に迷う例も多いです。研修資料の中には医療事故の報告対象と考えられる事例が挙げられていますので、ご確認ください。

### ◆ 医療事故発生直後の対応手順

- ① **医療安全担当者は、医療事故の概要に関する情報を収集し、状況を把握、「事例概要」としてまとめる**
  - ・ 診療記録から概要を確認する
  - ・ 可能な限り現場に赴く
  - ・ 関係者に、事実関係のみ端的に聞き取りをする
  - ・ 患者・家族への説明状況と理解度を把握する
  - ・ 収集した情報をA4用紙1枚程度にまとめる
- ② **緊急対応会議を招集し、以下を協議する（構成メンバーは病院幹部、関連する診療科・職種）**
  - ・ 事例概要の共有
  - ・ 解剖・死亡時画像診断（Autopsyimaging：Ai）の必要性の判断とその説明者の決定
  - ・ 院内調査委員会を設置するか判断
  - ・ 医療事故か否かの判断 [医療事故調査・支援センター（以下「センター」）への報告の判断]
  - ・ 警察・行政への報告の必要性の判断
  - ・ 公表の有無および公表方法の決定
  - ・ 患者・遺族への対応者の決定
  - ・ 対外的な窓口の決定
- ③ **救命対応で診療記録に未記載のメモなどは、追記と分かるように速やかに記載する**
- ④ **「医療事故」の判断に迷う場合や支援が必要な場合は、支援団体連絡協議会窓口、もしくはセンターに相談する**

出典：日本医療安全調査機構 研修ワークブック 院内調査のすすめ方 2020年度 研修資料

### ■ 院内調査の進め方

院内調査委員会は当該医療機関が主体的に設置・運営します。この委員会は当該事例について収集した情報を検証し、報告書にまとめます。

「中立・公正性」、「専門性」、「透明性」が求められることから、院外から当該事例領域における医療の専門家（外部委員）の参加が原則となっています。

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: 医業経営 > サブジャンル: 事業継承

# 診療所M&A手続きの流れ

**診療所M&Aの流れを教えてください。**

少子高齢化に伴い、診療所においても後継者問題は深刻な状況となっています。こうした中、医院継承（M&A）のニーズは高まってきています。

M&Aのニーズに対しては、最終契約締結までの流れを理解し、アドバイザーの立場で売り先のニーズをきちんと把握することが重要です。

## ■M&Aの流れ

### ①M&Aアドバイザーの選定

M&Aの成功には、医院を譲り受けてくれる「継承候補者」を探さなければなりません。M&Aアドバイザーはその継承候補者を探す役割を担います。M&Aアドバイザーを選ぶうえでは、継承候補者の探索能力が十分かを見極める必要があります。また、M&Aには会計・税務・法務に関する専門的な知識も求められます。

### ②事業価値の評価・医院概要書の作成

確定申告書や決算書から事業価値の評価を行い、継承候補者に対して提示する「希望譲渡価格」を決定します。同時に、医院の魅力を継承候補者に最大限アピールするための「医院概要書」を作成します。

### ③継承候補者への提案

M&Aに関する情報は、外部に漏洩した場合に様々なリスクを負う可能性があります。また、医院概要書には、収支・資産情報等の機密情報が含まれており、情報漏洩が起きないように最大限注意する必要があります。継承候補者への初期的な開示情報は、「ノンネーム」と呼ばれる医院を特定されない範囲での情報により行われます。継承候補者が詳細情報の開示を希望する場合、M&Aアドバイザーと継承候補者との間で秘密保持契約を締結してから、「医院概要書」による提案を行います。

### ④基本合意書の締結

基本合意書とは、医院概要書に記載された財務情報が正しいことを前提に、基本条件（譲渡価格、退職金支給額、引継期間中の報酬額、その他付随する資産売買の条件等）の合意を書面にしたものです。後に行う監査で、万が一財務情報等に誤りがあった場合、譲渡価格を修正する基準を定めます。同時に、継承候補者に「単独交渉権」を付与します。これにより有効期間内は他者との間で医院継承に関する一切の交渉ができなくなります。

### ⑤監査の実施

監査では、基本合意書の前提となる財務情報が適正に作成されているか調査します。会計士等により、総勘定元帳、銀行通帳、各種契約書、人事・労務関連資料などをチェックし、簿外債務等潜在リスクの有無を確認します。同時に、継承後の運転資金必要額などもチェックします。

### ⑥最終契約締結、譲渡の実行

監査の結果を踏まえて、医院譲渡に関する最終契約書を締結します。一般的に、譲渡の実施は最終契約締結後1ヶ月以内に行う場合が多く、その間に必要な様々な手続を行います。最終契約書に定める譲渡日に、両者が必要な手続を行ったことを双方が確認し、譲渡を実行します。

ジャンル: 医業経営 > サブジャンル: 事業継承

# 医療法人の合併の形態や手続き

**医療法人の合併の形態や  
 手続き等について教えてください。**

合併には、合併する医療法人の一つが存続し、他の医療法人はすべて解散する吸収合併と、合併する医療法人がすべて解散して新しい医療法人を設立する新設合併があります。

いずれの合併の場合でも、合併後の医療法人は解散した医療法人の資産や負債、権利義務を引き継ぐことになります。

吸収合併存続医療法人または新設合併設立医療法人は、その主たる事務所の所在地の都道府県知事の認可を受けなければなりません。

また、出資持分のある医療法人は、同じ出資持分のある医療法人と合併しない限り、出資持分のある医療法人を維持することはできません。

## ■認可の申請

合併の認可を受けようとする医療法人は、申請書に次の書類を添付して、都道府県知事に提出しなければなりません。

- ①理由書
- ②社団医療法人の決議または財団医療法人の決議の手続きを経たことを証する書類
- ③合併契約書の写し
- ④合併前の各医療法人の定款または寄付行為
- ⑤合併前の各医療法人の財産目録及び貸借対照表
- ⑥併後の各医療法人に関する以下の書類
  - 定款または寄付行為
  - 合併後2年間の事業計画及び予算書
  - 役員の内任承諾書及び履歴書
  - 開設しようとする病院、診療所または介護老人保健施設の管理者となるべき者の氏名を記載した書面

## ■債権者の保護

吸収合併及び新設合併は、吸収合併存続医療法人または新設合併設立医療法人が、その主たる事務所の所在地において組合等登記令の定めるところにより登記をすることによって、その効力を生じます。

※主たる事務所の所在地においては2週間以内に、従たる事務所の所在地においては3週間以内になすことを要する。