



週刊WEB マガジン



# 医業経営

2026.6.2

医療情報ヘッドライン

## 24年度 精神科病院の 虐待届出通報は6千件超 260件で 虐待の事実 を認定

▶厚生労働省 社保審部会

## 高市首相 医療DXや AI推進を要請 予防医療は総合的 な対策のとりまとめ

▶政府 経済財政諮問会議

経営TOPICS

統計調査資料 病院報告  
(令和8年1月分概数)

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

週刊 医療情報

2026年5月29日号  
リハビリ「統括調整室」  
新設分野横断的に政策推進

経営情報レポート

知っておきたい医療費削減の仕組み  
高額療養費制度改定のポイント

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。

# 24年度 精神科病院の虐待届出通報は6千件超 260件で虐待の事実を認定

厚生労働省 社会保障審議会障害者部会

2024年度、全国の精神科病院で看護師・医師らによる患者への虐待が260件あったことを厚生労働省が社会保障審議会障害者部会で明らかにした。

2024年4月施行の精神保健福祉法改正により、精神科病院で業務従事者による虐待を受けたと思われる患者を発見した場合、速やかに都道府県や指定都市に通報することが義務付けられるとともに、都道府県知事（指定都市の市長）には、精神科病院における業務従事者による障害者虐待の状況等を公表することが義務付けられた。

厚生労働省は1月19日の社会保障審議会障害者部会で、その調査結果を公表。それによれば、通報・届出は全体で6,258件あり、被虐待者数は413人（男性192人、女性209人、不明・その他12人）。虐待を行った職種は看護師が202人と最も多かった。

## ■事案に応じて立入検査を行い、事実認定した場合は改善命令を実施

2022年に精神保健福祉法（24年4月施行）が改正されたことにより、精神科病院の虐待防止に関する規定が新設。従事者への研修や患者の相談体制の整備といった措置を病院管理者に課したほか、虐待を発見した際の通報が義務化された。

通報を受けた都道府県は、通報内容に基づいた「虐待通報受付票」や「事前確認チェックシート」を作成し、これらの資料を活用した適切な状況把握を行う必要がある。

その後、事案に応じて立入検査による事実確認を行い、職員と外部有識者で構成された会議で虐待事実の判断および対応方針を決定し、事実を認定した場合は改善命令を実施。

なお、都道府県・指定都市での虐待対応に必要な経費の財政的支援として、2025年度

は4,100万円の予算が充てられている。

また、厚労省は調査結果の参考資料として、虐待の類型と定義を紹介。暴行や正当な理由のない身体拘束を行う「身体的虐待」、わいせつな行為に関する「性的虐待」、暴言や拒絶的な対応、差別的言動など心理的外傷を与える「心理的虐待」、患者を衰弱させる減食や長時間の放置といった「放棄・放置」、財産を不当に処分したり、不当に利益を得る「経済的虐待」がある。

## ■6,258件のうち1,514件が発見者、4,744件が本人による通報

今回初めて公表された実態調査の結果によると、通報・届出は全体で6,258件あり、内訳は虐待を受けたと思われる精神障害者を発見した者によるものが1,514件、虐待を受けた本人によるものが4,744件だった。

事実認定した虐待を種別・類型ごとに見ると、身体的虐待が158件、心理的虐待が131件、性的虐待が23件、放棄・放置（ネグレクト）が23件、経済的虐待が4件だった。

虐待を行った業務従事者の職種は、医師14人、看護師202人、准看護師58人、看護助手54人、作業療法士2人、精神保健福祉士3人、その他業務従事者9人、不明9人で、保健師や社会福祉士、公認心理士、医療事務は0人となっている。

虐待があった場合に病院がとった措置について、「通報や届出に関して、報告徴収を行った件数」が258で最も多く、「職員又は精神保健指定医により、入院患者や関係者に質問を行った件数」が220、「改善計画の提出を求めた件数」が189、「職員又は精神保健指定医により、診療録や帳簿書類を検査した件数」が172、「診療録や帳簿書類の提出・提示を命じた件数」が170と続いた。

# 高市首相 医療DXやAI推進を要請 予防医療は総合的な対策のとりまとめ

政府 経済財政諮問会議

高市早苗首相は5月22日に経済財政諮問会議を開催し、強い経済を作るための社会保障改革について議論を行った。

その中高市首相は厚生労働大臣と財務大臣に対し、社会保障負担率の目標の検討や、真に公平な応能負担を実現する医療費窓口負担など、具体的な給付と負担の見直しの検討を進めるとともに、改革項目の2026年度中の具体化と工程の明確化を要請。さらに、労働供給制約が強まる中でも必要な医療・介護サービスを確保するための提供体制構築や、医療・介護分野のDX、AI・ロボティクスの活用を通じた生産性向上とサービスの質の向上、攻めの予防医療への取り組みの推進を求めた。

## ■実効的な担い手確保や次世代型インフラの構築に27年度から集中的に取り組む方針

上野賢一郎厚生労働大臣は同会で、「持続可能な社会保障制度の構築に向けて」と題した資料を提示。高齢者人口がピークを迎える2040年に向けて、社会保障の担い手の確保や、攻めの予防医療を通じた健康寿命の延伸への取り組みにおいて、厚労省が考える目指すべき姿を明らかにした。

まず社会保障の担い手確保について、現状の課題として現場の生産性向上の取り組みが道半ばであることや、これまでの人材確保は縦割りで量的な「マンパワー」の確保や養成にフォーカスされてきたことを指摘した。

当面の対応として、実際の経済・物価の動向が26年度診療報酬改定時の見通しから大きく変動し、医療機関の経営状況に支障が生じた場合、27年度予算編成において必要な調整を行うこととしているが、今後はデジタル・AI時代の変化に対応した人材確保・養成

を進めるとともに、地域に不可欠な施設や設備を、計画的に整備するという投資戦略を示した。具体的な目指すべき姿としての以下の2点を掲げた。

- ①医療・介護・福祉の実効的な担い手確保
- ②『次世代型インフラ』の構築

①では人材確保・養成を協議するプラットフォームの構築や、養成課程におけるテクノロジー導入、②ではICT技術、AI、ロボットの活用による生産性向上、データの共有・利活用、サイバーセキュリティ対策の推進や、地域に不可欠なインフラ整備の推進などに取り組む考えだ。

こども家庭庁・文部科学省とともに、27年度から集中的に取り組む方針を明記した。

## ■攻めの予防医療ではがん検診や認知症、更年期症状への対応強化

次に厚労省における「攻めの予防医療」等の推進については、栄養・食生活、がん・循環器等、歯科保健、認知症、リハビリテーション、性差に由来するヘルスケアへの予防における総合的な対策をとりまとめる方針を提示した。

主な施策として、人口当たりの死亡率が上昇を続けるがんの検診を推進するほか、2040年には認知症が584.2万人、軽度認知障害(MCI)が612.8万人にのぼると予想されるなか、超早期対応を可能にする医療提供体制や連携モデルの研究などに取り組み、健康寿命の延伸を図る考えを示した。

また、更年期症状をはじめとする女性の健康課題を社会全体の問題と捉え、対応の推進や「女性の健康総合センター」の機能強化を図る姿勢だ。

医療情報①  
 厚生労働省  
 省内に新設

## リハビリ「統括調整室」 新設分野横断的に政策推進

厚生労働省は 19 日、「リハビリテーション統括調整室」を省内に新設した。

初代室長には江浪武志大臣官房審議官（医療介護連携、データヘルス改革担当）が就任。このほか、地域での介護予防や高齢者の保健事業などの関係部局の職員計 17 人体制で、分野横断的にリハビリテーション政策を進めていく。

「理学療法士及び作業療法士法」が 1965 年に施行されてから、60 年余りが経つ。

近年ではリハビリ専門職の活躍の場が医療、介護にとどまらず、予防や健康増進の分野にも拡大している。国が今後、「攻めの予防医療」の具体化に取り組んでいく上で、リハビリ専門職への期待が高まっている。

厚労省は、医療・介護・障害福祉の垣根を越えたリハビリ政策を推進するため統括調整室を新たに設け、制度的な見直しなどを検討していく。

同日の閣議後の記者会見で上野賢一郎厚労相は、「国民の健康の増進に寄与するリハビリテーションを戦略的に推進していきたい」と述べた。

医療情報②  
 全国自治体  
 病院協議会

## 石油由来製品の供給不安 医療界で顕在化

中東情勢の悪化に伴う石油由来製品の供給不安定による影響が医療界でも顕在化してきた。

全国自治体病院協議会が 21 日に開いた常務理事会では、塗料が確保できず工事を中断したり、業者から医療用手袋の値上げを通知されたりするなどの報告があった。

常務理事会後の記者会見で全自病の望月泉会長が明らかにした。小阪真二副会長は、自身が病院長を務める島根県立中央病院で、9 月に予定している個室設置工事について、塗料の供給が滞り、計画が中断していると説明した。

また、医療用手袋については、耐油性・耐薬品性に優れたニトリルグローブの価格を 2 倍に引き上げるとの通達を卸売業者から受けた病院があったと望月会長が説明。これにより、年間で約 700 万円のコスト増となる見込みという。中には、比較的値上がり幅が小さいプラスチックグローブへ切り替える病院も出始めているという。

病理診断に用いるパラフィンの供給不足を懸念する声も上がり始めた。現時点で診療への影響は出ていないものの、卸売業者から「在庫はあと数カ月分しかない」と説明を受けたケースもあると望月会長は述べた。全自病は、石油由来製品の安定供給と適正価格の維持に向け、万全の対策を講じるよう求める要望書を厚生労働省に提出している。

医療情報③  
 障害福祉の  
 関連8団体

## 障害福祉の賃上げ率 4.74% 全産業との差わずかに縮小

障害福祉の関連8団体は、加盟する1,442事業所の2026年度の賃上げ率は4.74%だったとする調査結果を公表した。前年度を0.13ポイント下回ったものの、全産業平均も0.2ポイント低下。賃上げ率の差は0.31ポイントとなり、前年度からわずかに縮小した。

賃上げ額は月1万2,318円で、前年度比0.5%増。このうちベースアップ分は7,531円で、4.3%増となった。

障害福祉の現場でベースアップが進んだ背景には、25年度補正予算で措置された賃上げ支援事業の活用がある。障害福祉従事者への幅広い賃上げ支援として1万円を支給するもので、8団体の調査によると、85.3%がこの補助金を取得していた。

6月に見直される「福祉・介護職員等処遇改善加算」については、福祉・介護職員を対象に最大6.3%の賃上げを目指す「加算Ⅰ」のイ・ロを算定予定とする事業所が82.8%を占めた。現行の同加算Ⅰの算定率を3.9ポイント上回っており、上位区分への移行が進みつつある。

ただ、8団体は「全産業平均との賃金格差は、7.7万円と大きな開きがある状況だ」として27年度障害福祉サービス等報酬改定に向け、基本報酬などの大幅な引き上げが必要だと訴えている。

調査は、障害福祉現場での賃上げや物価高騰の影響を把握するため4月22日～5月11日に実施された。参加したのは、日本知的障害者福祉協会と全国社会就労センター協議会、全国身体障害者施設協議会、全国社会福祉法人経営者協議会、全国身体障害者福祉施設協議会、日本相談支援専門員協会、全国介護事業者連盟、全国児童発達支援協議会の8団体。

医療情報④  
 日本病院団体  
 協議会

## 病院側の「逆ザヤ」是正を要望へ ～22日の代表者会議で国に要望を決定

円安の影響で医療材料の購入価格が保険償還価格を上回る「逆ザヤ」が多くの病院で発生し、中東情勢でそれが深刻化する恐れがあるため、日本病院団体協議会は22日の代表者会議で逆ザヤを是正する仕組みを国に要望していくことを決めた。

会議後の記者会見で神野正博議長（全日本病院協会会長）が明らかにした。

現行の仕組みでは、供給が著しく困難で十分に償還されていない特定保険医療材料は製造販売業者などからの要望を踏まえ、不採算品再算定として保険償還価格が引き上げられてきた。

神野氏は、病院側の逆ザヤに関しては是正する仕組みがなく、中東情勢の悪化により逆ザヤが大きな問題となる可能性があるかと懸念した。また、円安の影響で輸入品の価格が上がっていることから、「売る方も償還価格より高い値段を提示しているのだと思う」と述べた。

同席した池端幸彦副議長（日本慢性期医療協会副会長）は、病院の整形外科では全体の約3割で逆ザヤが生じていると説明。（以降、続く）

週刊医療情報（2026年5月29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8年1月分概数)

厚生労働省 2026年4月10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8年1月	令和7年12月	令和7年11月	令和8年1月	令和7年12月
病院					
在院患者数					
総数	1 140 768	1 128 261	1 128 754	12 507	△ 493
精神病床	252 356	253 557	253 773	△ 1 201	△ 216
感染症病床	194	186	195	8	△ 9
結核病床	827	847	856	△ 20	△ 9
療養病床	225 581	225 306	223 885	275	1 421
一般病床	661 810	648 365	650 045	13 445	△ 1 680
外来患者数	1 124 734	1 222 669	1 160 120	△ 97 935	62 549
診療所					
在院患者数					
療養病床	1 317	1 343	1 352	△ 26	△ 9

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8年1月	令和7年12月	令和7年11月	令和8年1月	令和7年12月
病院					
総数	77.9	69.5	76.0	8.4	△ 6.5
精神病床	81.0	81.0	81.0	△ 0.0	0.0
感染症病床	9.5	6.4	10.5	3.1	△ 4.1
結核病床	24.8	25.0	26.2	△ 0.2	△ 1.2
療養病床	86.1	84.9	84.2	1.2	0.7
一般病床	74.7	60.9	72.1	13.8	△ 11.2
診療所					
療養病床	39.5	38.4	38.9	1.1	△ 0.5

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

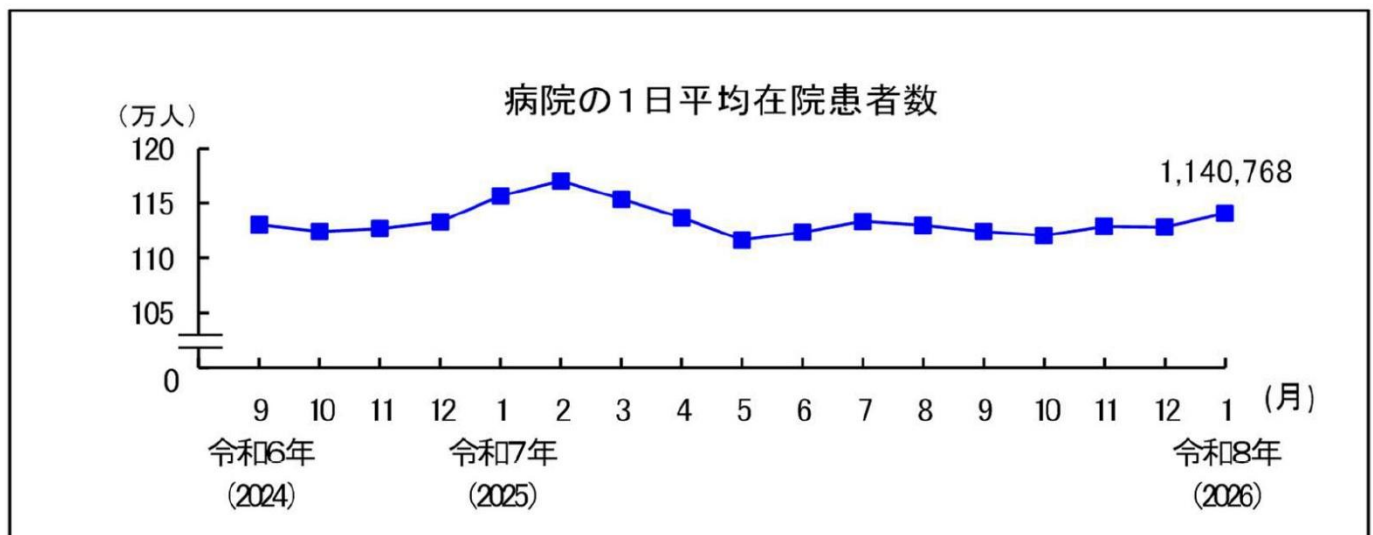
### 3. 平均在院日数(各月間)

	平均在院日数(日)			対前月増減(日)	
	令和8年1月	令和7年12月	令和7年11月	令和8年1月	令和7年12月
病院					
総数	26.1	24.1	25.5	2.0	△ 1.4
精神病床	262.3	238.9	263.0	23.4	△ 24.1
感染症病床	10.4	8.8	10.2	1.6	△ 1.4
結核病床	59.1	54.0	60.5	5.1	△ 6.5
療養病床	118.0	106.3	119.8	11.7	△ 13.5
一般病床	16.1	14.7	15.6	1.4	△ 0.9
診療所					
療養病床	102.4	91.0	107.9	11.4	△ 16.9

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

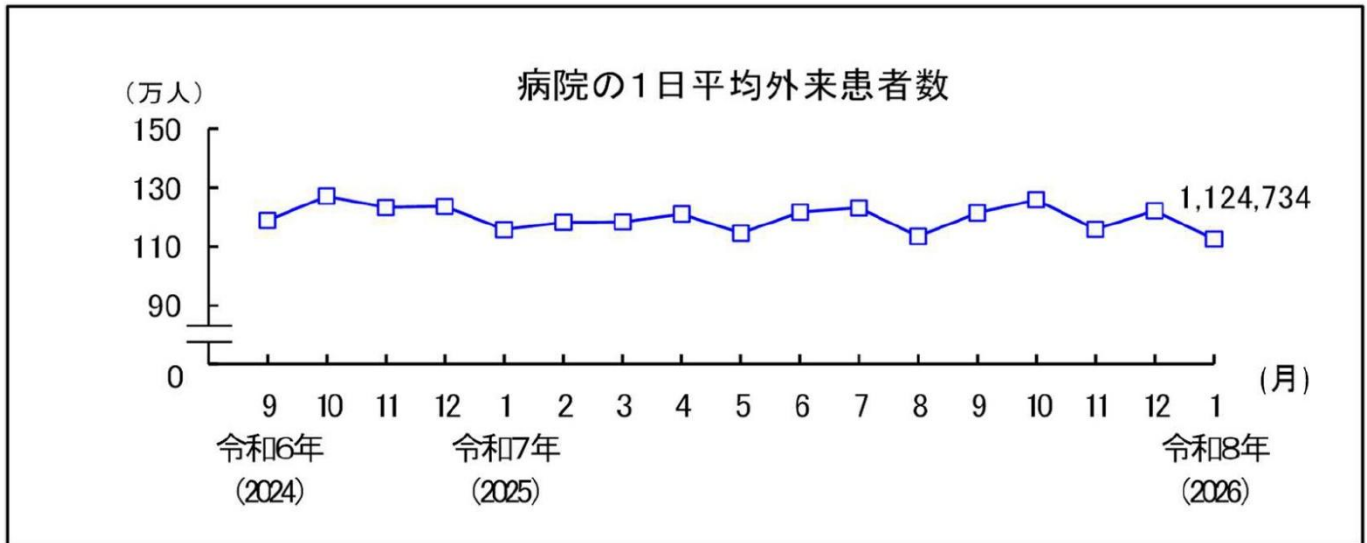
ただし、療養病床の平均在院日数 =  $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2(\text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数})}$

#### ◆病院:1日平均在院患者数の推移

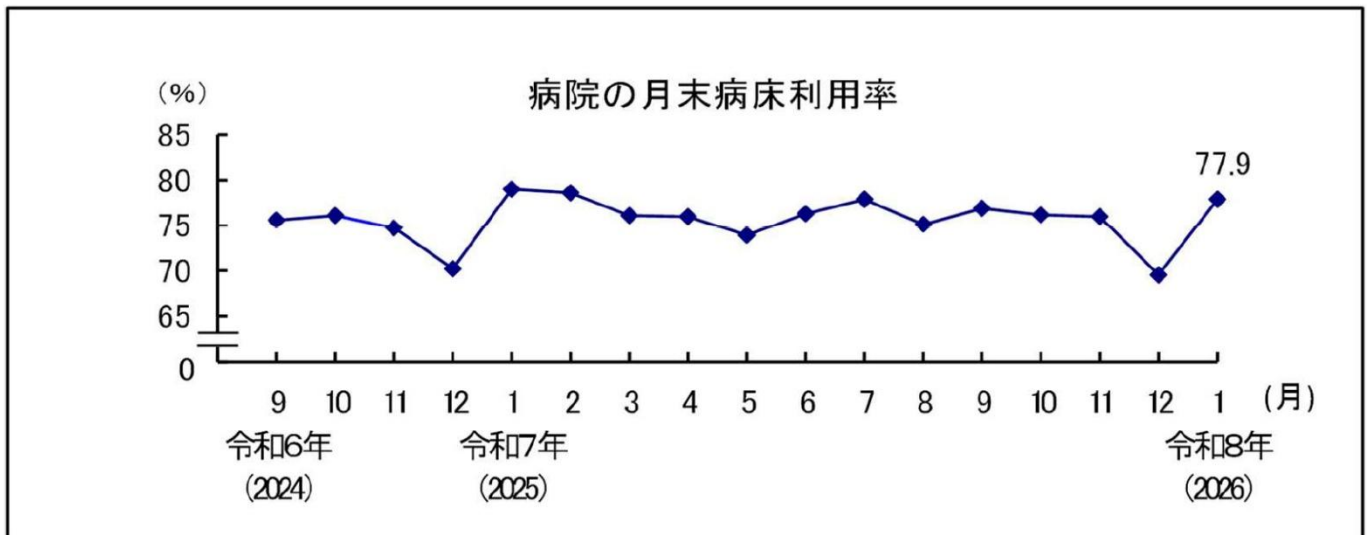


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

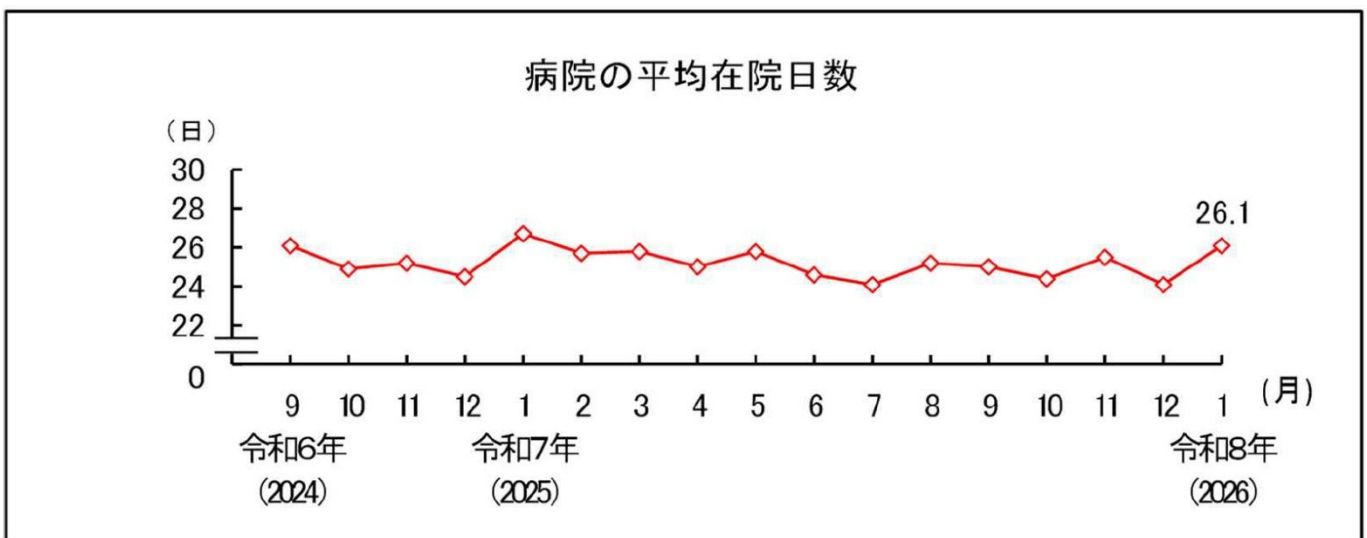
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆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8年1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



制 度 改 正

# 知っておきたい医療費削減の仕組み 高額療養費制度 改定のポイント

1. 高額療養費制度の概要と見直し延期の背景
2. 高額療養費自己負担限度額の変更点
3. 高額療養費制度見直しの行方
4. 制度変更の動向と今後の注目点



## ■参考資料

【厚生労働省】：令和4年度 国民医療費の概況 高額療養費を利用される皆様へ 高額療養費制度の見直しについて 高額療養費自己負担割合 令和8年度診療報酬改定に向けた主な検討スケジュール（案） 他

# 1

## 医業経営情報レポート

# 高額療養費制度の概要と見直し延期の背景

厚生労働省は持続可能な医療保険制度の構築や所得に応じた負担の見直しなどを目的に、2025年8月から段階的に高額療養費制度の見直しを行うことを決定しました。

しかし、物価高騰による家計の負担増の回避や、「がん、難病の患者団体」の訴えなどにより、当初予定されていた自己負担限度額の見直しは見送りとなりました。これは制度全体の凍結を意味するものではなく、2026年以降、今後の動向を注視しながら段階的な調整が再検討される見込みです。以上を踏まえて、本稿では、高額療養費制度の基本的な仕組みについて確認し、医療費を取り巻く状況や、検討された変更と今回見送られた背景について解説します。

### 制度の基本的な仕組み

高額療養費制度は、ひと月に医療機関に支払った額が高額になった場合に、定められた上限額（自己負担限度額）を超えて支払った額を払い戻す医療保険制度です。この制度は、国民皆保険制度の一環として設けられており、高額な医療費がかかっても、経済的な理由で必要な医療を受けられないということがないよう、患者負担を軽減するという重要な役割を果たしています。医療費の自己負担割合は、年齢や所得によって異なり、以下のようになっています。

#### ◆患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額(令和8年8月～令和9年7月)

	所得区分			負担割合	月単位の上限額 (円)		年単位の上限額 (円)
	年収換算	健保 (標準報酬月額)	国保 (旧ただし書き所得)		多数回該当	多数回該当	
70歳未満	約1,160万円～	83万円以上	901万円超	3割 (※1)	270,300 + (医療費-901,000) × 1%		<140,100>
	約770万円～約1,160万円	53万円～79万円	600万円～901万円		179,100 + (医療費-597,000) × 1%		<93,000>
	約370万円～約770万円	28万円～50万円	210万円～600万円		85,800 + (医療費-286,000) × 1%		<44,400>
	～約370万円	26万円以下	210万円以下		61,500		530,000 (※6)
	住民税非課税				36,900		<24,600>

	所得区分			負担割合	月単位の上限額 (円)		年単位の上限額 (円)
	年収換算	健保 (標準報酬月額)	国保・後期 (課税所得)		外来 (個人ごと)	多数回該当	
70歳以上	約1,160万円～	83万円以上	690万円以上	3割	270,300 + (医療費-901,000) × 1%		<140,100>
	約770万円～約1,160万円	53万円～79万円	380万円以上		179,100 + (医療費-597,000) × 1%		<93,000>
	約370万円～約770万円	28万円～50万円	145万円以上		85,800 + (医療費-286,000) × 1%		<44,400>
	～約370万円	26万円以下 (※2)	145万円未満 (※2、※3)		22,000 (年間上限216,000)	61,500	530,000 (※6)
	住民税非課税			70-74歳 2割 (※4)	11,000 (年間上限96,000)	25,700	<24,600>
	住民税非課税 (所得が一定以下)			75歳以上 1割 (※4)	8,000	15,700	180,000

(出典)  
 厚生労働省：医療費の一部負担（自己負担）割合について

※1 専ら教育費等の者については2割。  
 ※2 収入の合計額が50万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合も含む。  
 ※3 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。  
 ※4 課税所得が28万円以上かつ年収収入十その他の合計所得金額が200万円以上（複数世帯の場合は320万円以上）の者については2割。  
 ※5 「年収換算：～約200万円（健保：15万円以下、国保：86万円未満）」区分に該当することが確認できた者は、年間上限41万円を適用し、令和9年8月以降に償還払い。  
 ※6 「年収換算：～約200万円（健保：15万円以下、国保：後期：28万円未満）」区分に該当することが確認できた者は、年間上限41万円を適用し、令和9年8月以降に償還払い。

患者の自己負担割合は、年齢や所得によって決まっており、一般的には70歳未満の場合は3割、70歳以上は1割から3割（所得に応じた区分により）となっています。

ただし、この自己負担割合で計算された医療費が高額になった場合、高額療養費制度によって、定められた上限額（自己負担限度額）を超えた部分が払い戻されます。

# 2

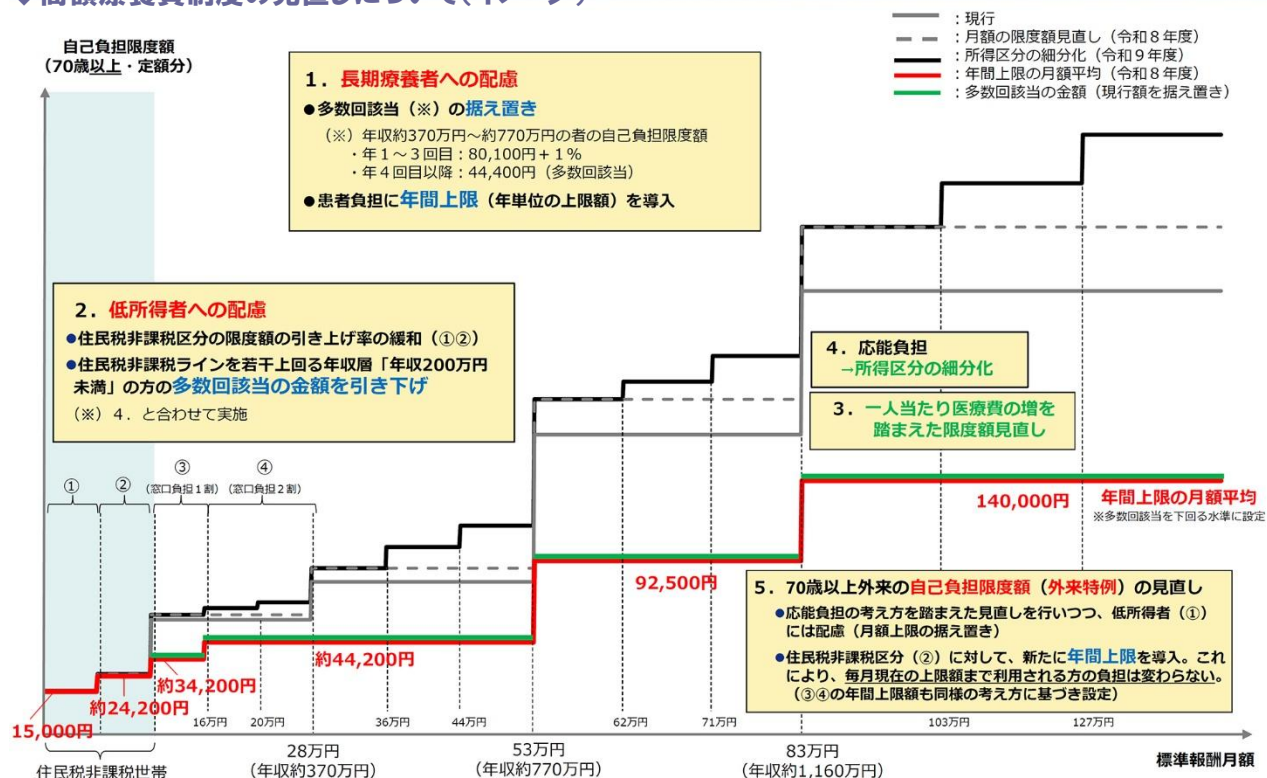
## 医業経営情報レポート

# 高額療養費自己負担限度額の変更点

### ■ 2025年度の負担引上げ見送りについて

前述の通り、2025年8月から予定されていた、高額療養費の自己負担限度額の見直しが見送りとなりました。しかし、改正の見送りは制度全体の凍結を意味するものではなく、2026年から今後の動向を注視しながら段階的な調整が再検討される見込みです。

### ◆ 高額療養費制度の見直しについて(イメージ)



(出典) 厚生労働省: 高額療養費制度の見直しについて

### ■ 主な変更点

#### ● 各所得区分の自己負担限度額の引き上げ

令和8年8月からは、低所得者の負担に配慮しつつ、一人当たり医療費の伸びに応じて月額負担上限額を見直します。

#### ● 各所得区分の細分化

令和9年8月からは、応能負担という観点に基づき、所得区分をよりきめ細かいものとするため、現在の限度額から著しく増加することがないように配慮しつつ、所得区分の細分化を行います。

例えば、「年収約770～1,160万円」(70歳未満)の区分の方の場合、現行では一律の自己負担限度額ですが、細分化により「年収約770～950万円」「年収約950～1,040万円」「年収約1,040～1,160万円」の3区分に分けられ、所得が高くなるほど自己負担限度額も高くなります。

# 3

## 医業経営情報レポート

# 高額療養費制度見直しの行方

### ■ 日本難病・疾病団体協議会の声明

今般の改正に対し、一般社団法人日本難病・疾病団体協議会（JPA）は2025年2月21日に「高額療養費制度における負担上限額の引き上げ」に関する緊急声明を発表しました。

JPAは、政府が予定していた段階的な上限額の引き上げに対し、「多数回該当」部分の据え置き決定については評価する一方で、その他の区分において最大70%もの引き上げが予定されている点については強い懸念の声を上げました。

声明では、「引き上げによりこれまで制度の恩恵を受けていた患者が限度額に届かず、セーフティネットから外れてしまう可能性がある」として、特に現役世代で治療と就労を両立しようとする人々に深刻な影響が出ることを指摘しました。

また、制度の支出を約3兆円から2兆円程度へと抑制できるとする政府の試算については、「セーフティネットとしての機能の縮小を意味し、受診抑制や重症化のリスクも懸念される」と批判しています。

さらに、議論のプロセスにおいて「資料の不十分さ」や「当事者不在の審議」への問題提起も行われました。JPAは「制度の持続可能性」を否定するものではなく、拙速な制度変更ではなく、丁寧で当事者参加型の議論を通じた再検討が必要だという声も上げています。

### ◆ 日本難病・疾病団体協議会の声明

#### 1 制度の持続可能性への懸念

制度の持続可能性への懸念は高いが影響は低い。

1



#### 2 患者のセーフティネットからの脱落

患者のセーフティネットからの脱落は深刻な影響を及ぼす。

2



#### 3 議論プロセスへの問題提起

議論プロセスへの問題提起は影響も懸念も低い。

3



#### 4 受診抑制のリスク

受診抑制のリスクは影響が高いが懸念は低い。

4



### ■ 全国がん患者団体連合会(全がん連)のアンケート結果

一般社団法人全国がん患者団体連合会（全がん連）は、2025年1月に「高額療養費制度の負担上限額引き上げ反対に関するアンケート」を実施し、3,623人の声を取りまとめました。

# 4

## 医業経営情報レポート

# 制度変更の動向と今後の注目点

### ■ 高額療養費制度の見直しのポイント

このような意見を踏まえ、長期療養者や低所得者の経済的負担の在り方に配慮しつつ、制度を将来にわたって堅持していくため、厚生労働省は、以下の見直しを行う方針です。

#### ◆ 高額療養費制度の見直しのポイント

##### (1) 長期療養者への配慮

- ① 多数回該当の金額を据え置き—長期に継続して治療を受けている方の経済的負担を増加させない。
- ② 「年間上限」の導入—多数回該当に該当しない長期療養者の経済的負担にも配慮する観点から、新たに「年間上限」を導入。これにより、月単位の「限度額」に到達しない方であっても、「年間上限」に達した場合には、当該年においてそれ以上の負担は不要となる。

##### (2) 低所得者への配慮

- ① 住民税非課税ラインを若干上回る年収層である「年収 200 万円未満」の方の多数回該当の金額を引き下げる。
- ② 外来特例の限度額引上げの際、「住民税非課税区分」に外来年間上限を導入し、年間の最大自己負担額（12ヶ月限度額を負担される方の負担額）を現在よりも増加させない。

### 医療制度改革に向けた次世代の課題

2025 年以降、団塊の世代が 75 歳以上となり、高齢人口の急激な増加が予想される中、医療費の増大は避けられない課題となっています。

また、現役世代の数は急速に減少しているため、一人あたりの社会保障負担は増大し、現行の医療保険制度の持続可能性が揺らぐ可能性があります。

#### ◆ 現状の課題

##### ● 社会保障制度の持続可能性の確保

人口構造の変化（少子高齢化）の中で、今後も増加し続ける社会保障給付費に対して、財政的な持続可能性をどう実現するかが重要な課題となっています。特に都市部と地方ではニーズや課題が異なるため、地域ごとの特性を考慮した対策が必要です。

##### ● 医療費適正化のための政策連携

医療制度の持続可能性を確保するためには、経済・財政との連携を強化し、統合的な改革を進める必要があります。特に、医療費適正化、医療 DX の推進、民間資金の活用など、多角的なアプローチが求められます。

##### ● 世代間の給付と負担の公平性

現行制度は高齢者への給付が中心で、現役世代に大きな負担がかかっています。この構造を見直し、保険料率の見直しや高齢者の応能負担の拡大、診療報酬体系の改革など、財政基盤の強化と世代間・世代内の公平な負担の仕組みづくりが課題となっています。

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 就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します。