

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.693 2021.10.12

医療情報ヘッドライン

コロナワクチン「追加接種の必要あり」 時期は2回接種完了から8カ月以上

▶厚生労働省 厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会

コロナ患者診療の特例評価を拡充 緊急往診のロナプリーブ投与は5倍に

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2021年10月8日号

新厚労相に後藤氏、 コロナ対策「検証して対策を強化」

経営TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定) (令和3年4月分)

経営情報レポート

医療提供体制の確保とコロナ・感染症に対応する 2022年度診療報酬改定の方向性

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 常陽経営

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

コロナワクチン「追加接種の必要あり」 時期は2回接種完了から8カ月以上

厚生労働省 厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会

厚生労働省は、9月17日の厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会で、新型コロナウイルスを2回接種した場合でも「追加接種の必要がある」と提示し、了承された。1、2回目接種のときと同様に、まずは医療従事者、ついで高齢者、65歳未満の順で進めていく方針だ。2回接種完了からの接種間隔は、諸外国の対応にならって「8カ月以上後」とする。

10月4日に発足した岸田文雄内閣の堀内詔子ワクチン担当相は、「12月開始を想定し、自治体に接種体制の確保をお願いしている」と発言しており、年内にも医療従事者向けの3回目接種がスタートする見込みとなった。

■3回目接種で中和抗体価上昇

首相官邸HPによれば、10月6日時点での新型コロナウイルス総接種回数は1億7,028万2,269回。1回以上接種者は9,142万4,509回で接種率は72.2%、2回接種完了者は7,885万7,760回で接種率は62.3%。65歳以上高齢者の接種率は1回以上が90.7%、2回接種完了者が89.5%となっている。一方で、ワクチンの有効性については、時間が経つと減少する可能性が指摘されてきた。世界でもっとも先進的にワクチン接種を進めてきた国であるイスラエルでは、8月30日に追加接種の対象を12歳以上に拡大。アメリカも全国民を対象とした追加接種の計画を進めている。

対象を高齢者や基礎疾患を有するハイリスク者に絞っているものの、フランスやドイツ、イギリスもすでに追加接種を実施している。

各国が追加接種に踏み切ったのは、新型コロナウイルスの開発・製造に携わる各社から、3回目接種により中和抗体価が増加するとのデータが発表されているのが大きい。

ファイザー社は、55歳以下において、2回目接種から7日後の中和抗体価と比較すると、3回目接種から1カ月後の中和抗体価は野生株が4倍以上、ベータ株は10倍以上上昇。デルタ株に関しては、2回目接種から1カ月後の中和抗体価と比較すると、3回目接種から1カ月後に55歳以下は5倍以上、65歳から85歳は11倍以上上昇したという。

モデルナ社の調査結果はより顕著で、2回目接種から6カ月後に追加接種し、その14日後に中和抗体価を測定したところ野生株で約23倍、ベータ株約32倍、ガンマ株約44倍、デルタ株は約42倍に増加と報告している（アストラゼネカ社も同様に中和抗体価が増加すると発表している）。

■「交差接種」も一定の要件下で容認される

なお、1回目と2回目で違う種類のワクチンを使う「交差接種」については、アナフィラキシーショックなど重い副反応が出た人などが一定の要件でできるよう予防接種実施規則及び予防接種実施要領を改正することも了承された。要件としては、「mRNA ワクチン接種後に重篤な副反応が生じたため、2回目に mRNA 以外のワクチン接種を受ける場合」「1回目と2回目に同一のワクチンの接種を受けることが困難な場合」が盛り込まれる予定だ。

コロナ患者診療の特例評価を拡充 緊急往診のロナプリーブ投与は5倍に

厚生労働省

厚生労働省は9月28日、「『感染防止対策の継続支援』の周知について」と題した事務連絡を発出。医療機関・介護施設・障害福祉サービス等事業所の感染防止対策の支援を継続するとともに、コロナ患者診療の特例評価を拡充することを明らかにした。

抗体カクテル療法と呼ばれる中和抗体薬「ロナプリーブ」については、外来での投与が従来の3倍である2,850点に、自宅・宿泊療養者への緊急往診時の投与は5倍の4,750点となる。

■「入院せずとも使えるように」と首相

ロナプリーブは、「カシリビマブ」と「イムデビマブ」という2種類の抗体を混ぜ合わせた医薬品。ウイルスに結合して増殖を抑制し、重症化を予防する効果があることが明らかとなっている。このタイミングで特例措置が講じられたのは、いわゆる第5波で医療体制が危機的な状況に陥り、自宅療養者が急増したことが背景にある。

原則的には入院の対象となる中等症でも自宅療養を余儀なくされた患者が多かったため、緊急往診対応ができるクリニックの評価を手厚くしようというのが狙いだ。

同日、菅義偉首相（当時）は首相官邸での記者会見で「中和抗体薬（ロナプリーブ）がすでに3万4,000人に使用された」「診療報酬も大幅に引き上げて、入院しなくても自宅への往診や外来診療でも使えるようにした」と発言している。

ロナプリーブ投与だけでなく、「疑い患者への外来診療」も特例評価を拡充。院内トリ

アージ実施料を現行の300点から550点に引き上げる。なお、対象となるのは「診療・検査医療機関」のみで、自治体HPでの公表を要件としている。また、小児外来では、9月末までとされていた「医科50点、歯科28点、調剤6点」の特例を2022年3月末まで継続することも発表された。

■新規感染者数は大幅減も警戒体制を緩めず

感染防止対策の支援についても、10月1日から12月末までの補助が継続されることになっている。病院・有床診療所（医科、歯科）は10万円上限、無床診療所（医科・歯科）は8万円上限、薬局、訪問看護事業者、助産所は6万円上限。第5波のピークだった8月中旬から下旬に比べ、新規感染者数は大幅に減った。8月20日には2万5,866人だったのが、10月6日には1,126人と約95%減。新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードは、10月6日の会合で感染状況について「第5波以前の水準まで減少している」とした。

一方で、同アドバイザリーボード座長の脇田隆宇国立感染症研究所長は「弱毒化につながる変異が日本のウイルスにあるということはない。動物に感染させて調べないと（確実なことは）言えないが、それを調べるほどの変化はない」と発言。警戒を緩めるべきではないとの見方を示している。

いずれにしても、感染防止対策の徹底および対応体制の整備は、“次の脅威”に備える意味でも重要であり、診療報酬や補助での支援が継続されることは朗報だといえよう。

医療情報①
 後藤茂之
 厚生労働相

新厚労相に後藤氏、 コロナ対策「検証して対策を強化」

10月4日の臨時国会で選出された岸田文雄首相は、新内閣の厚生労働相に、自民党の新型コロナウイルス感染症対策本部座長の後藤茂之衆院議員を充てた。後藤厚労相は翌5日に就任後初めての記者会見に臨んだ。会見で後藤厚労相は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策について、厚労相就任にあたり首相から「ワクチン・治療薬の実用化と確保、それから病床および医療人材の確保、在宅療養者に対する対策の徹底や検査の拡充、そうしたことをしっかり取り組むように」と指示を受けたことを明かした。

また、国民に心配をかけた要因として「陽性判明後の健康観察がうまくいかずにそのまま自宅療養中に悪化をするとか、非常に厳しい状況に陥ることが起きてしまった」ことを挙げ、「感染の拡大に病床の確保が追いつかない、そういう事態が見られたことが非常に大きな問題だったと思っており、今回医療提供体制を充実していくにあたって健康観察やあるいは早期の適切な診療を受け入れられるような体制整備をしっかりとっていく必要がある」などと述べた。

さらに、コロナ対策に関わる大臣が複数存在し「船頭が多い」「司令塔の不在」という指摘に対しては、「批判に対しては真摯に耳を傾けていきたい」としたうえで、関係大臣の協力連携を強調。「一体何が今回の健康危機管理のボトルネックになったのかよく検証をして我が国の健康危機管理を抜本的に強化していくことにしっかりと取り組んでいきたい」などと述べた。

医療情報②
 社会保障審議会
 医療部会

改定の基本方針、 感染症への対応求める意見

厚生労働省は10月4日、社会保障審議会医療部会（部会長＝永井良三・自治医科大学長）の会合を開き、2022年度診療報酬改定の基本方針について議論した。この日厚労省は、22年度診療報酬改定の基本方針について、基本認識として、以下の4点を例示した。

- ▼新型コロナウイルス感染症（COVID-19）をはじめとする新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築
- ▼健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▼患者・国民に身近で、どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進、
- ▼社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

そのうえで、基本的視点として、以下の5つを例示した。

- ▼COVID-19をはじめとする新興感染症等に対応できる医療提供体制を構築する視点
- ▼医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進する視点
- ▼医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進に関する視点
- ▼患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療を実現する視点
- ▼効率化・適正化を通じて、制度の安定性・持続可能性を高める視点

またそれぞれについて、具体的方向性が例として示された。

厚労省の提案に対し、小熊豊委員（全国自治体病院協議会会長）は、「COVID-19 を通じて地域における医療環境が大きく異なることが明らかになった」とし、「視点や方向性に地域間の差に関する記述や地域の実情に配慮した文面がない」と指摘。地域を尊重する文言を入れるよう求めた。今村聡委員（日本医師会副会長）は、基本認識に感染症対策を加えるのは当然としたうえで、「COVID-19 に比べて残りの3点は22年度の改定に限る話ではなく、かなり長期にわたる課題であり、毎年、議論するのはどうなのか。長期的な大前提として扱ってもいいのではないかと提案した。

島崎謙治委員（国際医療福祉大学大学院教授）も、「基本方針は来年の診療報酬のものなのか、長期的なビジョンを示すものかは切り分ける必要がある」と同調した。（以降、続く）

医療情報③
 社会保障審議会
 医療部会

最先端医療の病床設置特例の 全国展開で議論

10月4日の社会保障審議会医療部会では、国家戦略特区における最先端医療に係る病床特例の全国展開についても議題となった。6月18日に閣議決定された成長戦略フォローアップでは「世界最高水準の高度医療を提供する医療機関から病院の開設・増床の許可申請があった場合、都道府県は必要な病床数を基準病床数とみなして許可できる特例の全国展開を2021年度中に検討する」とされたことを受け、厚労省はこの日、「都道府県知事から厚生労働相に協議し、同意を得た場合には設置が可能としてはどうか」とする案を示した。

現行の医療法では、全国的に一定水準以上の医療を確保するため基準病床制度を設けており、病床過剰地域において公的医療機関等の開設・増床等を行わない方針となっているが、首相の認定を受けた国家戦略特区の最先端医療については、病床過剰地域であっても「特区病床特例」として必要病床の設置が可能となる。現在、4区域7自治体の10事業者が認定されている。（以降、続く）

介護保険事業状況報告 (暫定) (令和3年4月分)

厚生労働省 2021年6月29日公表

概要

1 第1号被保険者数 (4月末現在)

第1号被保険者数は、3,581万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数 (4月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、684.2万人で、うち男性が217.0万人、女性が467.3万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約18.7%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである。)

3 居宅(介護予防)サービス受給者数 (現物給付2月サービス分、償還給付3月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、394.1万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数 (現物給付2月サービス分、償還給付3月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、86.7万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である。)

5 施設サービス受給者数 (現物給付2月サービス分、償還給付3月支出決定分)

施設サービス受給者数は95.5万人で、うち「介護老人福祉施設」が55.7万人、「介護老人保健施設」が35.0万人、「介護療養型医療施設」が1.6万人、「介護医療院」が3.4万人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、4施設の合算と合計が一致しない。)

6 保険給付決定状況 (現物給付2月サービス分、償還給付3月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、8,049億円となっている。

(1) 再掲:保険給付費(居宅、地域密着型、施設)

居宅(介護予防)サービス分は3,818億円、地域密着型(介護予防)サービス分は1,299億円、施設サービス分は2,434億円となっている。

(2) 再掲:高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費

高額介護(介護予防)サービス費は234億円、高額医療合算介護(介護予防)サービス費は11億円となっている。

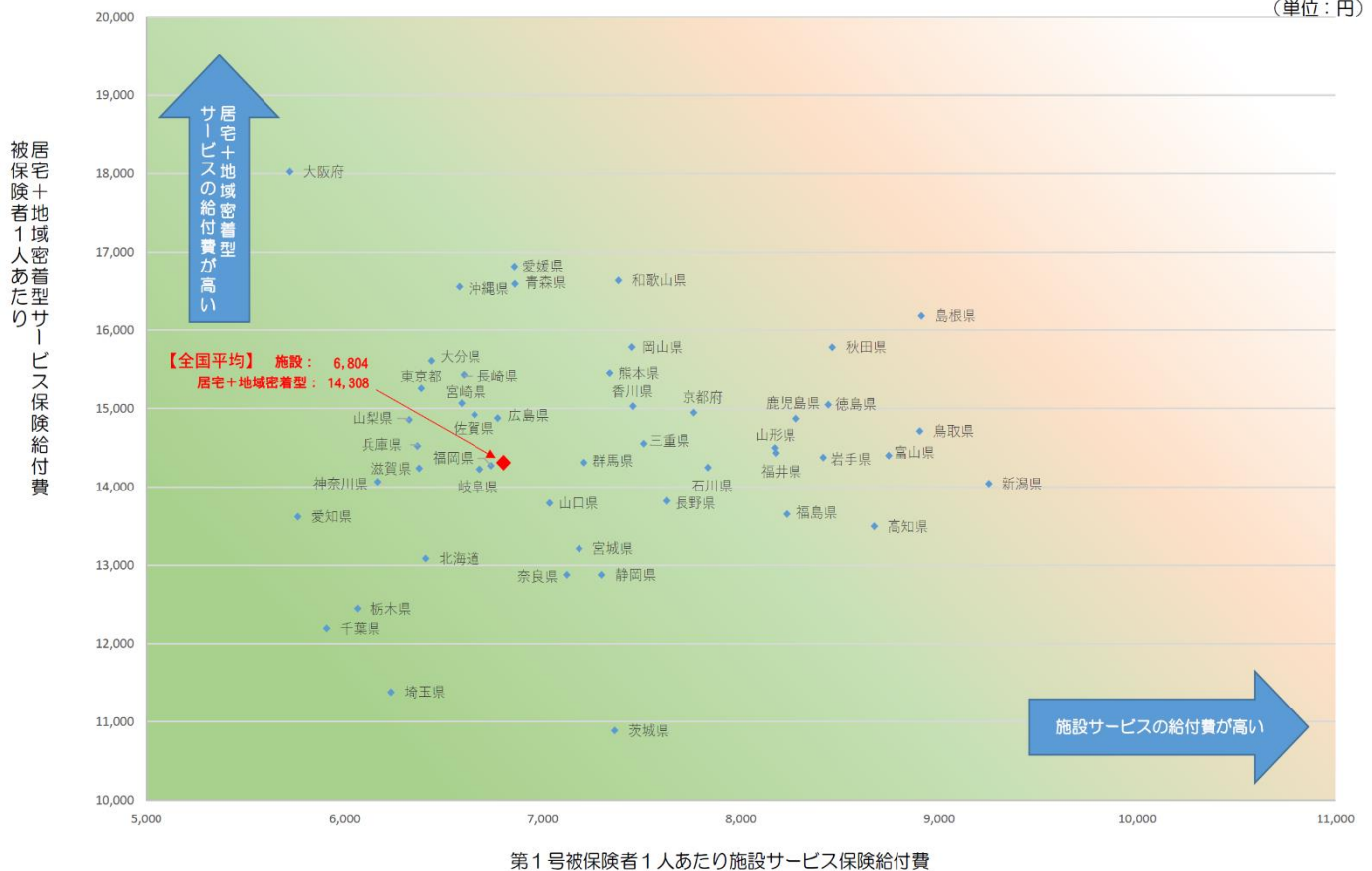
(3) 再掲:特定入所者介護(介護予防)サービス費

特定入所者介護(介護予防)サービス費の給付費総額は253億円、うち食費分は158億円、居住費(滞在費)分は95億円となっている。

(特定入所者介護(介護予防)サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である。)

第1号被保険者1人あたり保険給付費【都道府県別】

(単位:円)



出典:介護保険事業状況報告(令和3年2月サービス分)

※高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費は含まない。

※保険給付費については、第2号被保険者分を含んだ数値を使用している。



経営情報
レポート
要約版



制 度 改 正

医療提供体制の確保とコロナ・感染症に対応する

2022年度診療報酬 改定の方 向 性

1. 次期診療報酬改定に向けた検討事項
2. かかりつけ医機能強化と医療機関連携を推進
3. 需要増加を見越した在宅医療・訪問看護への対応
4. 地域医療構想の実現に向けた入院医療と今後の展望



■参考資料

【厚生労働省】：2022年度予算概算要求の概要 中医協 総会資料 2020年度医療費の動向

1

医業経営情報レポート

次期診療報酬改定に向けた検討事項

■ 2022年診療報酬改定の方向性

次期診療報酬改定に向けて、中央社会保険医療協議会総会（以下、中医協総会）において2021年7月より議論が進められています。

2022年診療報酬改定は、これまで進めてきた医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進、医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進などを踏襲しつつ、コロナ・感染症対応を意識した改定内容となる見通しです。

また、2022年度厚生労働省概算要求における重点要求（ポイント）を見ると、「新型コロナウイルス感染症の経験を踏まえた柔軟で強靱な保健・医療・介護の構築」を掲げていることから、コロナ対応を意識しつつ地域包括ケアシステムを推進していきたいという政府の考えが読み取れます。

◆2022年度厚生労働省概算要求における重点要求(一部抜粋)

●新型コロナウイルス感染症の経験を踏まえた柔軟で強靱な保健・医療・介護の構築

◆新型コロナウイルス感染症を克服する保健・医療等提供体制の確保

- ⇒新型コロナウイルス感染症から国民を守る医療等提供体制の確保 56億円（28億円）
- ⇒検査体制の確保、保健所・検疫所等の機能強化、ワクチン接種体制の構築 29億円（18億円）

◆地域包括ケアシステムの構築等

- ⇒地域医療構想・医師偏在対策・医療従事者働き方改革の推進等 1,822億円（1,725億円）
- ⇒救急・災害医療体制の充実 129億円（116億円）
- ⇒地域包括ケア、自立支援・重度化防止の推進 417億円（408億円）
- ⇒認知症施策推進大綱に基づく施策の推進 130億円（125億円）
- ⇒介護の受け皿整備、介護人材の確保 1,113億円（1,092億円）

◆予防・重症化予防・健康づくりやデータヘルス改革

- ⇒健康寿命延伸に向けた予防・重症化予防・健康づくり 69億円（62億円）
- ⇒データヘルス改革の推進 559億円（499億円）

計数は2022年度概算要求額（デジタル庁計上分を含む）、（ ）内は令和3年度当初予算額

出典：厚生労働省 2022年度予算概算要求の概要

■ コロナ・感染症への対応と算定状況

政府はこれまで新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の特例的な対応として、一時的に報酬額を引き上げるなどして対応してきました。

クリニックに関する診療報酬の算定状況を見ると、院内トリージ実施料（入院＋外来）の算定回数については、前年同月と比較し2～5倍の増加となりました。

2

医業経営情報レポート

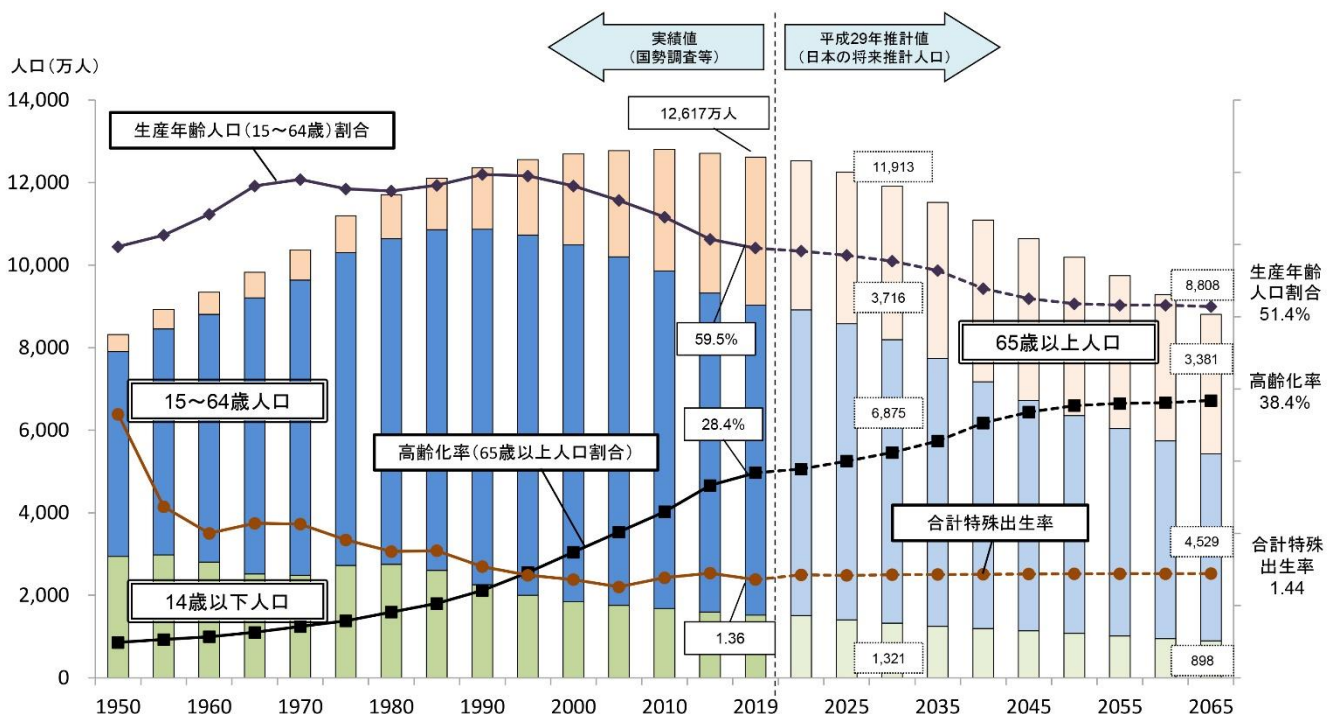
かかりつけ医機能強化と医療機関連携を推進

■ 外来医療をとりまく環境変化とかかりつけ医機能・医療機関連携強化の推進

日本の人口は減少局面を迎え、2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されています。

一方、64歳以下の人口・人口割合は減少が見込まれ、働き手の不足、少子化などが懸念されています。

◆日本の人口の推移



(出所) 2016年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は2015年までは総務省「国勢調査」、2016年は総務省「人口推計」、2016年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」(※2015年までは確定値、2016年は概数)、2017年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

出典: 中医協 総会(第482回)資料

健康寿命及び平均寿命は延伸している状況で、今後も更なる患者の高齢化が予想されるとともに、医療費の伸びが懸念されます。

15歳未満の外来患者数・人口の推移を見ると、15歳未満の人口は減少しているにもかかわらず、15歳未満の患者数はさほど減少しておらず、今後も小児医療等の需要は一定数見込まれる状況です。

こうした外来医療を取り巻く環境の変化に対応すべく、かかりつけ医は、予防や健康づくり、治療、専門医療機関への紹介、終末期医療への対応も含め、地域の医療・保健福祉の中心となる必要があります。

3

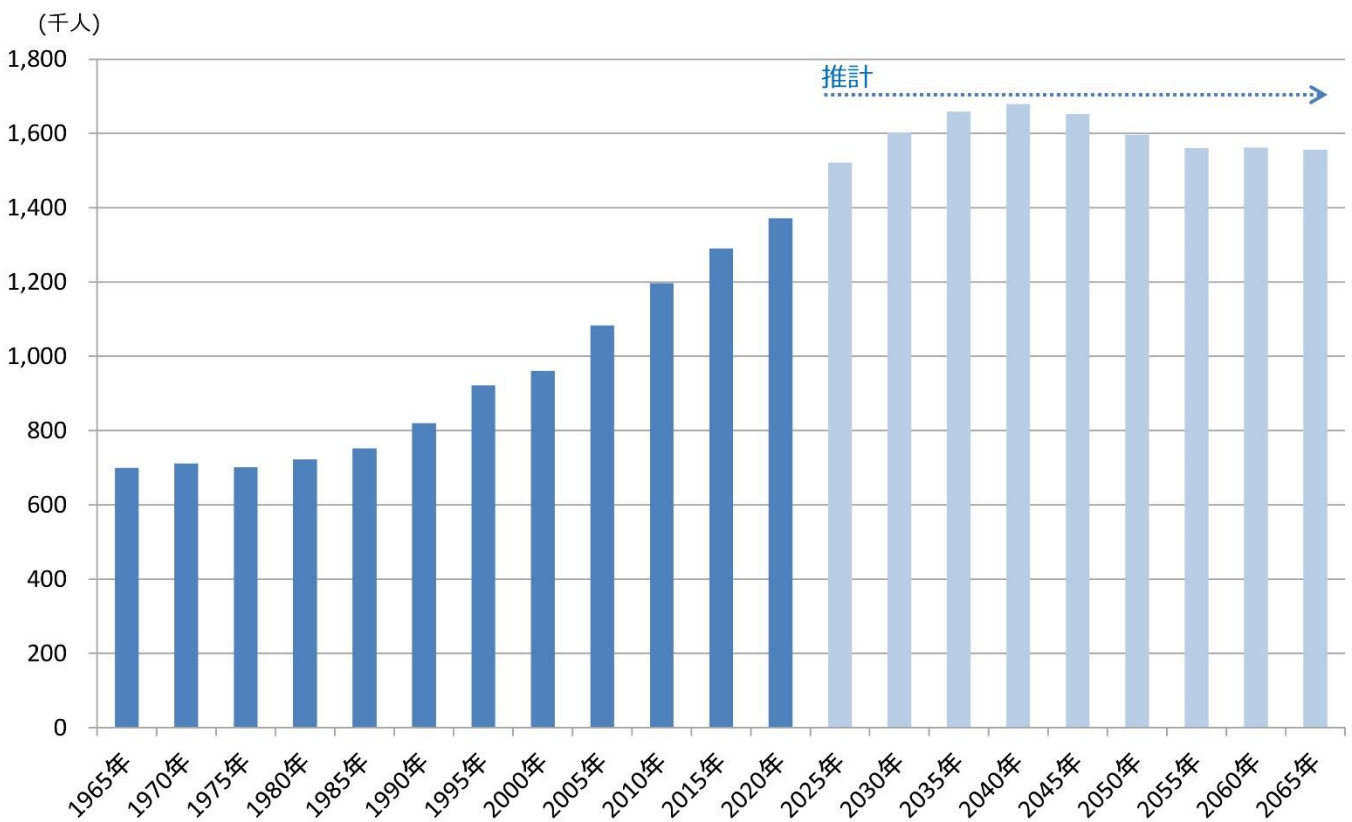
医業経営情報レポート

需要増加を見越した在宅医療・訪問看護への対応

■ 在宅医療をとりまく環境変化と在宅医療の需要・改定論点

現在、日本の年間死亡数は増加傾向にあり、2040年ころまでは増加が見込まれています。最も年間死亡数の多いと予測される2040年と2020年現在を比較すると、約30万人/年の差が推計されています。

◆ 死亡数の将来推計



2020年以前は厚生労働省「人口動態統計」による死亡数（日本人）

2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年4月推計）」の死亡中位仮定による推計結果

出典：中医協 総会（第486回）資料

次に、人生の最期をむかえるとき生活したい場所と死亡の場所の推移を見ると、国民の約3割は、「最期をむかえるときに生活したい場所」について、「自宅」を希望している一方で、病院で最期をむかえる割合が多いことがわかります。

医療費問題、医療従事者減少の見込み、死亡者数の増加見込み、人生の最期を自宅等で過ごしたいという人の割合の多さ等を考慮し、国の政策として在宅での看取りや在宅医療の整備が進められています。

4

医業経営情報レポート

地域医療構想の実現に向けた入院医療と今後の展望

■ 地域医療構想の実現に向けた入院医療の改定論点

(1) 入院医療全般と急性期医療の今後について

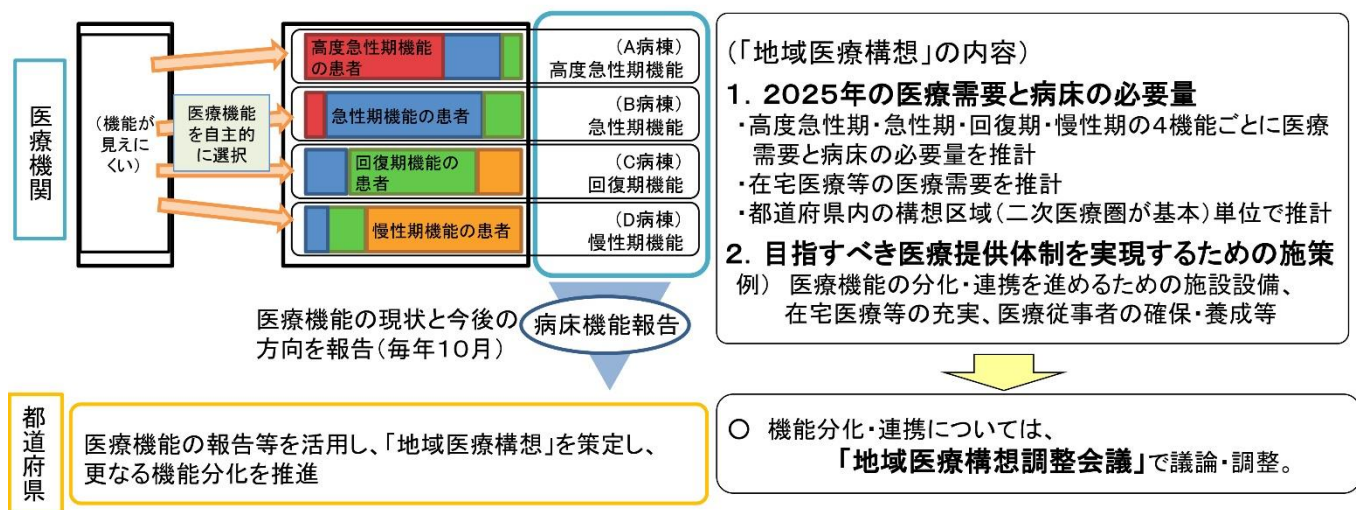
現在、人口の減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するために医療機関の機能分化・連携を進めています。

都道府県は、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、「地域医療構想」として策定しています。

2022年度改定においても新型コロナ禍を踏まえて、より一層、地域医療構想を推進する流れとなりそうです。

急性期医療については、新型コロナの影響で状況が一変したことから、2022年度改定において医療現場に大きな影響を与えるマイナスの改定はないものと考えられます。

◆ 地域医療構想



出典：中医協 総会（第486回）資料

(2) 回復期入院医療について

地域包括ケア病棟入院料・管理料等について、前回改定において、診療実績に係る基準が引き上げられた一方で、新型コロナの影響により、経過措置が延長されている状況です。

こうした状況下では改定の影響を検証することが難しく、時間が必要だという意見もあり、大幅な改定はないものと考えられます。

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。