

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.772 2023.5.23

医療情報ヘッドライン

財政審、診療所の開業規制を提言 外来医師多数区域の対応に苦言も

▶財務省 財政制度等審議会財政制度分科会

オンライン診療推進の基本方針固まる 普及と適切な実施を促すのが目的

▶厚生労働省 社会保障審議会医療部会

週刊 医療情報

2023年5月19日号

看護必要度見直しの影響など 8つの調査実施へ

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4年度10月)

経営情報レポート

ケース別・形態別に検証 事業継承時の留意ポイント

経営データベース

ジャンル:業績管理 > サブジャンル:経理・会計処理

資産と負債の考え方 試算表のチェック機能

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。

財政審、診療所の開業規制を提言 外来医師多数区域の対応に苦言も

財務省 財政制度等審議会財政制度分科会

財務省は、5月11日の財政制度等審議会財政制度分科会で診療所の開業規制を提言した。

「地域ごとに、病院ごと、病院・診療所間の役割分担を明確にしつつ、必要な医療人材を集中・確保していくことが求められる」としたうえで、「診療科別、地域別の定員を設ける仕組みをとっている」ドイツやフランスの例を挙げ、「もう一步踏み込んだ対応が必要」としている。

■診療所数は増加、東京23区は過剰傾向

医師および診療所の数には明確な地域格差がある。現状は大都市部が過剰で、地方は過小だ。厚生労働省の医療施設調査によれば、2021年の人口10万人当たり無床診療所数は全国平均で78.2なのに対し、特別区（東京23区）が112.5とかなりの差がある。

政令市（84.8）や中核市（79.9）が全国平均に近いことを見ると、「東京一極集中」が顕著であり、医師偏在指標を見ると、1都3県（東京、千葉、埼玉、神奈川）の中でも都市部への偏在が顕著であることがわかる。

上位は1位が東京都区中央部（港区等）で789.8、2位が東京都区西部（杉並区等）で569.1、3位が東京都区西南部（世田谷区等）で413.7だが、最下位の東京都島しょ（大島町等）は131.6なのだ（次いで東京都西多摩（青梅市等）138.1、千葉県山武長生夷隅（茂原市等）145.1）。

こうした偏りを見せている中で、診療所数は増加の一途をたどっている。総患者数の目安となる受診延日数が減少傾向にあることを踏まえると、2008年以降に医学部入学定員

を増やした影響は否めない。2029年頃に医師需給が均衡し、以降は供給過剰になることが見込まれているため、医学部定員は削減の方向で議論が続いているが、削減の結果が医師数・診療所数となって反映されるのはどんなに早くとも6年後（医学部は6年制のため）。開業規制をかけることで、手っ取り早く偏在を解消しようというのが今回の提言だ。

こうした提言をする際、他国の例を持ち出すのが常だが、今回、参考にしたのは日本と同様の公的医療保険制度をとっているドイツとフランス。中でもドイツのような制度設計を目論んでいるようだ。

供給水準が110%を超えると過剰供給とみなして許可制限が入り、家庭医の場合75%未滿、専門医の場合50%未滿となると過小供給とみなすことを資料でも強調している。

■外来医師多数区域での「要請」は有名無実化

日本でも、開業規制がないわけではなく、「外来医師多数区域」で新規開業を希望する場合、その区域で不足する医療機能を担うよう要請することになっている。

ただし、2021年度末時点で、9自治体（都道府県）は要請自体もしていない。要請している自治体でも、全区域で要請しているのは同じく9自治体にとどまる。しかも、要請に従っているのは7割程度と有名無実化しているのが実態だ。それをことさらに強調することで財務省は「苦言」をにじませているわけだが、経済財政諮問会議などの議論にどう影響を与えるのか、また、厚労省の対応にどのような変化が出るのか、注目したい。

オンライン診療推進の基本方針固まる 普及と適切な実施を促すのが目的

厚生労働省 社会保障審議会医療部会

厚生労働省は、5月12日の社会保障審議会医療部会に「オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針」（以下、基本方針）を提示。

実施形態や特性を整理したうえで、オンライン診療に期待される役割や現状の課題、国および自治体の取り組みの方向性を示した。

■オンライン診療料の届出はまだ4%程度

基本方針の冒頭には「策定の経緯等」の章が設けられ、策定の背景に言及。オンライン診療が解禁されるまでの経緯も記されている。

そもそも医師法は「無診察治療」を禁じているため、遠隔での診療はグレーな方法だった。しかし、情報通信技術が著しく進化して画像・音声が高品質になったうえ、地域の医療提供体制との兼ね合いもあり、ニーズが増加。段階的に利活用の環境が整備され、現在は保険適用されるに至った。

ただ、コロナ禍で社会全体でのオンラインシフトが急加速する中でも、オンライン診療が普及したとはとてもいえない。

オンライン診療料（現在はオンライン初診料）の届出状況は、2021年7月時点で7,067（病院649、診療所6,418）。これは、全体の約4%であり、普及したとはとてもいえない状況だ（厚労省「医療施設調査」によれば、2020年10月1日時点で「活動中の医療施設」は178,724施設）。

一方、オンライン診療に対する患者の評価は概ね高い。「令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和3年度調査）かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に

関する実施状況調査」によれば、オンライン診療を受けた患者の70%以上が、「診療の時間帯を自分の都合に合わせて」「待ち時間が減った」「リラックスして受診でき、症状などを話しやすかった」という設問に「そう思う」と回答。また、対面診療と比べて「十分な診察を受けられない」「対面診療と比べて十分なコミュニケーションが取れない」という設問には80%以上が「そう思わない」と回答している。

■導入の参考となる手引き書の作成も進める

患者の評価が高いのに普及が進まないことを受け、基本方針では国および自治体の取り組みの方向性として「医療機関が導入時に参考とできるような事例集、手引き書、チェックリストなどを作成」「オンライン診療の課題を整理し、エビデンスを収集・構築」「オンライン診療実施医療機関を、地域住民が把握しやすいように工夫する」などを提示。

同時に医療機関側にも「必要に応じて都道府県又は市町村等と連携」を求めており、自治体へ導入支援を要請する絶好機といえるかもしれない。

オンライン資格確認等システムの導入が4月から義務化され、1月からは電子処方箋も運用開始。全国医療情報プラットフォームの整備も進められており、オンライン診療が今後拡充していくのは必然の状況だ。

どこまでリソースを割くかはともかく、インフラとして整備し、医療機関としての機能をいつでも拡張できるようにしておくのが得策ではないだろうか。

医療情報①
 中央社会保険
 医療協議会

看護必要度見直しの影響など 8つの調査実施へ

中央社会保険医療協議会は10日の総会で、2024年度の診療報酬改定に向けて年度内に行う入院・外来医療に関する調査の概要を決めた。22年度に行われた改定の影響を明らかにして、これからの議論に役立てるため、一般病棟入院基本料などに導入されている「重症度、医療・看護必要度」（看護必要度）の見直しの影響など8つの調査を行う。

医療機関を対象に年度内に行うのは、看護必要度の施設基準の見直しのほか、地域包括ケア病棟入院料や回復期リハビリテーション病棟入院料の実績要件の見直しによる影響などの調査。

厚生労働省のスケジュールによると、6-7月に調査を行い、中医協に8-9月ごろ結果の速報を報告する。医療機関向けの調査のうち7つは22年度に続いて行う。23年度には、医療資源が少ない地域の医療機関の実態を明らかにするためのヒアリングを新たに行う。10カ所程度の医療機関から外来診療や在宅医療の実施状況などを聞く。

看護必要度の調査は、一般病棟入院基本料などを届け出ている医療機関を対象に行う。

看護必要度は、「モニタリング・処置等」（A項目）、「患者の状況等」（B項目）、「手術等の医学的な状況」（C項目）の3つの観点から入院患者の状態を評価する仕組み。

それにより以下のどれかに該当する患者を「重症患者」と見なし、そうした患者の受け入れ割合の基準が入院料ごとに設定されている。

▼A項目2点以上・B項目3点以上

▼A項目3点以上

▼C項目1点以上

22年度の改定では、「心電図モニター管理」をA項目から削除するなど評価項目を見直し、重症患者の受け入れ割合の基準も入院料ごとに修正した。

そのため今回の調査では、23年1-3月の受け入れ割合が前年の同じ時期に比べてどう変化したかなどを聞く。また、高度で専門的な急性期医療を提供する病院への評価として、22年度に新設された急性期充実体制加算を届け出ているかも質問する。

●健保連「『かかりつけ医』が最重要課題の一つ」

外来医療の調査は、「かかりつけ医機能」への評価とされる機能強化加算や地域包括診療料などを届け出ている医療機関を対象に行う。日本医師会や病院団体の研修を修了した医師がいるかどうか、夜間・休日の診療や往診・訪問診療への対応など、どのような「かかりつけ医機能」をカバーしているかなどを把握する。さらに、一般の約2,000人を対象にウェブ調査も行い、「かかりつけ医」を決めているかどうかや、どのような役割を「かかりつけ医」に求める

かなどを尋ねる。調査の実施案は、中医協の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」が4月に取りまとめた。10日の総会ではそれへの反対意見はなく、了承された。

中医協がこの日、総会に先立って開いた診療報酬基本問題小委員会で支払側の松本真人委員（健康保険組合連合会理事）は、「健保連では『かかりつけ医』を次回の改定の最重要テーマの一つだと認識しており、『かかりつけ医機能』を中心に担う医師がどのように配置されているのか、幅広く実態を把握するべきだと考えている」と述べた。

松本委員はその上で、学会の認定を受けている医師の数なども参考に「かかりつけ医」の配置の実態を踏まえて議論できるよう、厚労省に工夫を求めた。

医療情報②
 中央社会保険
 医療協議会

DPCになじまない病院、 「退出勧告検討を」

中央社会保険医療協議会の支払側委員は10日の小委員会で、DPCの仕組みになじまない病院について制度からの退出勧告を検討すべきだと主張した。入院症例の適切なコーディングを促すため院内に設置した委員会を決められた回数開いていないDPC対象病院が一定数あるとする調査結果を踏まえた指摘で、他の支払側委員からも適切に運用されるよう改善を求める声が上がった。急性期病院がDPC制度に参加するためには、「コーディング委員会」を本来は年4回以上開く必要がある。厚生労働省は「毎月開催することが望ましい」としており、1年間の開催が4回未満だった病院の状況を個別に確認しているという。

2022年度のDPC対象病院のうち、DPC標準病院群に該当する1,495病院を対象に厚労省が実施した調査結果によると、21年11月～22年10月のコーディング委員会の開催が4回未満だった病院が116病院（7.8%）あった。また、DPCコーディングに携わる部門全体において診療情報管理士が配置されていない病院が57病院（3.8%）あったほか、DPCコーディングの入力後の確認作業について、13病院（0.9%）が確認を行わないと回答した。

これらの調査結果は、10日に開催された診療報酬基本問題小委員会で報告された。

議論では、松本真人委員（健康保険組合連合会理事）が、調査結果を見るとコーディングに関する人員配置や手順、委員会の開催に関して、いずれも適切な状態とは言えないと指摘。その上で、「制度の目的に実態を近づけるために退出勧告も検討すべきだ」と強調した。

安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）は、コーディング委員会を必要な回数開いていない病院が一定数あることへの懸念を示し、改善するよう厚労省に求めた。

DPC制度を巡っては、これまでも見直しを求める声があった。21年10月の小委員会で支払側委員が、医療資源の投入量が極端に少なかったり、在院日数が平均から外れていたりするDPC対象病院に警告を行い、それでも改善が見られなければ制度から退出させる仕組みを取り入れるよう提言した。（以降、続く）

最近の医療費の動向

/ 概算医療費（令和4年度10月）

厚生労働省 2023年3月3日公表

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			
平成30年度	42.6	24.0	13.1	7.1	5.3	10.9	1.4	16.4	2.1
令和元年度	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2
令和2年度	42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1
令和3年度4～3月	44.2	25.0	14.1	7.9	5.2	10.8	1.3	17.1	2.2
4～9月	21.9	12.4	7.0	3.9	2.6	5.4	0.7	8.4	1.1
4～10月	25.7	14.5	8.2	4.6	3.0	6.3	0.8	9.9	1.3
8月	3.7	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
9月	3.6	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.4	0.2
10月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.4	0.9	0.1	1.5	0.2
令和4年度4～10月	26.4	14.9	8.6	4.8	3.2	6.3	0.8	10.3	1.3
4～9月	22.6	12.7	7.3	4.1	2.7	5.4	0.7	8.8	1.1
8月	3.8	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.4	0.2
9月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
10月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	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	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者			
本人		家族							
平成30年度	33.7	22.2	16.9	16.0	16.6	35.3	21.9	93.9	
令和元年度	34.5	22.6	17.3	16.5	16.8	36.4	21.8	95.2	
令和2年度	33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0	
令和3年度4～3月	35.2	23.5	18.2	17.5	17.2	37.9	22.1	93.9	
4～9月	17.4	11.6	9.0	8.6	8.5	18.7	11.5	46.6	
	8月	2.9	2.0	1.5	1.4	1.5	3.1	1.9	7.7
	9月	2.9	1.9	1.5	1.4	1.4	3.1	1.7	7.7
	10月	3.0	2.0	1.6	1.5	1.5	3.3	1.9	8.0
令和4年度4～10月	21.1	14.1	11.1	10.5	10.7	22.4	14.1	55.1	
4～9月	18.0	12.0	9.5	9.0	9.2	19.1	12.0	47.0	
	8月	3.0	2.1	1.7	1.6	1.6	3.2	2.0	7.6
	9月	3.0	2.0	1.6	1.5	1.5	3.2	2.0	7.9
	10月	3.1	2.1	1.6	1.5	1.6	3.3	2.2	8.1

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 診療種別別概算医療費

● 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										
平成30年度	42.6	34.0	16.5	14.6	3.0	7.5	0.8	0.26	17.3	22.0	3.0	
令和元年度	43.6	34.7	16.9	14.9	3.0	7.7	0.8	0.30	17.6	22.6	3.0	
令和2年度	42.2	33.6	16.4	14.2	3.0	7.5	0.7	0.36	17.1	21.8	3.0	
令和3年度4～3月	44.2	35.3	16.9	15.3	3.1	7.8	0.7	0.43	17.6	23.0	3.1	
4～9月	21.9	17.5	8.4	7.6	1.6	3.8	0.4	0.21	8.7	11.4	1.6	
	8月	3.7	2.9	1.4	1.3	0.2	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.2
	9月	3.6	2.9	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.4	1.9	0.3
	10月	3.8	3.0	1.5	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	1.9	0.3
令和4年度4～10月	26.4	21.2	10.0	9.4	1.9	4.5	0.4	0.29	10.4	13.9	1.9	
4～9月	22.6	18.1	8.4	8.1	1.6	3.8	0.4	0.24	8.8	11.9	1.6	
	8月	3.8	3.0	1.4	1.4	0.3	0.7	0.1	0.04	1.4	2.1	0.3
	9月	3.8	3.0	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3
	10月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.6	2.0	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			
平成30年度	25.4	25.2	4.7	16.4	4.2	8.4	0.23
令和元年度	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27
令和2年度	23.1	22.8	4.4	14.5	3.9	7.6	0.32
令和3年度4～3月	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0	0.37
4～9月	11.9	11.7	2.2	7.6	2.0	4.0	0.18
8月	1.9	1.9	0.4	1.2	0.3	0.6	0.03
9月	2.0	1.9	0.4	1.2	0.3	0.7	0.03
10月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.4	0.7	0.03
令和4年度4～10月	14.2	14.0	2.5	9.1	2.3	4.8	0.24
4～9月	12.1	11.9	2.1	7.8	2.0	4.1	0.21
8月	2.0	2.0	0.3	1.3	0.3	0.7	0.04
9月	2.0	2.0	0.3	1.3	0.3	0.7	0.04
10月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04

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					
平成30年度	16.7	35.4	37.1	8.9	7.1	8.9	11.3	13.5
令和元年度	17.3	36.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0
令和2年度	18.3	37.2	38.9	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
令和3年度4～3月	18.5	38.7	40.4	10.1	7.9	9.7	11.7	15.2
4～9月	18.4	38.4	40.1	10.0	7.9	9.5	11.7	15.0
8月	18.8	38.5	40.2	10.3	7.9	9.7	11.7	15.4
9月	18.5	38.8	40.5	10.2	7.9	9.7	11.7	15.3
10月	18.3	39.2	40.9	9.9	7.9	9.5	11.6	14.9
令和4年度4～10月	18.6	39.7	41.4	10.3	8.1	9.3	11.9	15.2
4～9月	18.6	39.6	41.3	10.3	8.1	9.3	11.9	15.2
8月	18.7	39.7	41.4	10.7	8.1	9.3	11.9	15.6
9月	18.8	40.1	41.7	10.5	8.2	9.5	11.9	15.5
10月	18.8	40.5	42.2	10.2	8.1	9.3	12.0	15.2

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を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を受診延日数で除して得た値である。



経営情報
レポート
要約版



歯科医院

ケース別・形態別に検証

事業継承時の 留意ポイント

1. 歯科医院の事業継承の実態
2. 親子間事業継承の留意ポイント
3. 第三者継承時の留意点
4. 医療法人の事業継承時の留意ポイント



参考資料

ビズアップセミナー資料：「ケース別・形態別に検証 歯科医院のスムーズな事業承継手法」

講師：税理士法人ネクサス 代表社員・税理士 角田 祥子氏

1

医業経営情報レポート

歯科医院の事業継承の実態

開業歯科医師として必ず直面するのがリタイア問題です。院長の高齢による閉院というケースは少なくありませんが、身内の後継者や師弟後輩、紹介による第三者への継承により、診療を継続して地域医療への貢献を続けたいと考える院長もいます。

一方で、新規開業を考えている歯科医師は、近年の土地代金やテナント賃料の値上がりに加え、建築費や医療機器代金の高騰など、開業時の投下資金上昇による資金調達の難しさや事業計画策定の困難さから、ゼロからのスタートではなく、すでに設備が整い、患者も継続できる既存の歯科医院を事業継承したいと考えているケースも多くみられます。

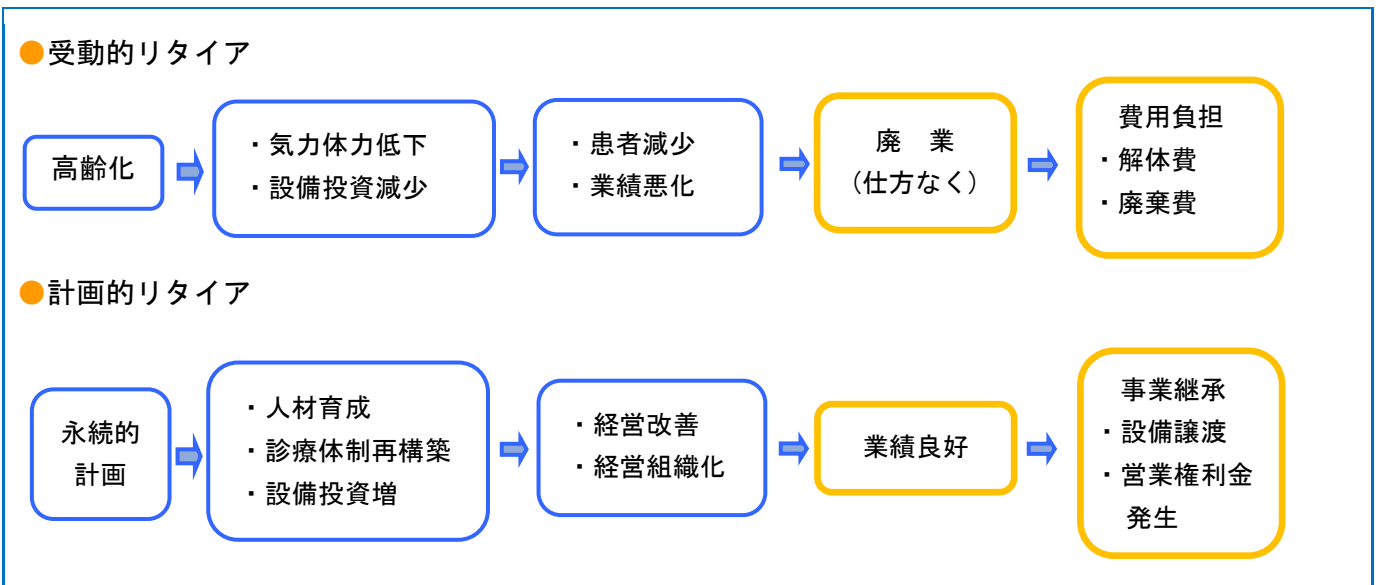
そこで、本レポートでは、スムーズに事業継承を行うためのポイントを解説します。

■ 歯科医師のリタイアの実態

日本の超高齢化社会では、歯科医師だけでなく全体的に高齢化が進む一方で、少子化による人口減少が予想されています。院長の人生設計の中で「リタイア」が見えてきたころ、リタイア後に歯科医院をどうするかを考えたとき、選択肢としてあげられるのが事業継承です。

歯科医師のリタイアには、「受動的なリタイア」と「計画的に事業継承を進めるリタイア」があります。

■ 開業歯科医師のリタイアの実態



(1) 受動的リタイア

患者の減少は、院長の高齢化による身体的理由や、診療を行う気力の低下によるもの、また、患者の高齢化でもおこります。特に住宅地に根差した診療所では、患者減少によって業績の悪化が起こり、新たな増患対策を講じたり、設備投資や勤務歯科医師の雇用も難しいため、余儀なく廃業となるケースが見受けられます。

2

医業経営情報レポート

親子間事業継承の留意ポイント

医療法人において、親子間の事業継承で問題となるのは、医療法人の理事長が交代するケースです。出資持分がある医療法人の場合、出資金の評価や譲渡額の決定、その他、持ち分に関わらず、役員退職金、医療法人の債務継承と金融機関との交渉、他役員や社員との調整、スタッフとの雇用継続協議等があります。

また、MS法人がある場合や、戸建て診療所の場合、土地建物の所有者が親である理事長個人の場合には、継承後の対応が求められます。個人事業の場合で、開設者である親がリタイアする際は「新規開設」となり、開設許可申請など新規開設に伴う手続きが必要となります。

いずれにしても、親子間継承では、身内であるが故の留意ポイントがあります。

■ 親子間継承成功のポイント

親が事業を譲りたいと思う一方で、子が医院の財務状況や診療体制、患者層、スタッフの状況などを知らずに継承が決まってしまう場合があります。

また、子が歯科医師としての経験年数が少ない、経営者となることがどういうことかという知識がない、覚悟ができていない、親から言われたから何となく継承したなどの案件も過去にはあり、事業継承には十分な準備期間が必要です。

(1) 事業継承の項目とスケジュールの立案

親子間継承については、項目別にスケジュールを立案することが求められます。

親子間なので、話し合いの場を数多く設定し、各項目をクリアしていきながら進めると、後々のトラブルを防ぐことにつながります。

(2) 環境変化の把握

親が開業した当時と子が継承する時では、診療所周辺の環境が多く変わっている可能性があります。交通網の変化（環状線や新しい道路等の開通や移動）、商業施設の増加や閉店、人口の変化、競合医院の開設等、継承時の環境に合わせた新たな診療方針や診療体制（診療時間やスタッフの人員体制）を構築する必要があります。

■ 患者の「信頼」と「安心」の継承

親子間の継承の場合、継承前に子が継承する診療所に勤務することは難しくはないと思われます。

実際に勤務しながら既存患者への挨拶ができ、よりスムーズに継承が進んだり、第三者への継承と違い、親からのアドバイスも受けやすいと思われます。

3

医業経営情報レポート

第三者継承時の留意点

現院長に後継者がいなく、自力では後継の歯科医師を探せない中、やむを得ず譲渡するケースで、取引業者やコンサルティング会社からの紹介で継承が決まる場合があります。

現院長の理念や診療方針を、しっかりと仲介する担当者に伝え、あとでトラブルにならないように事業継承を進めることが非常に重要です。譲歩できないこと、できることを整理して、相手に伝え、双方が納得して継承に至ることが理想ですが、話が違くと途中で頓挫するケースも少なくありません。継承条件には様々な項目があり、双方十分に協議を行い、スムーズな事業継承を行う必要があります。

■ 事業継承する項目

(1) 資産関連のハード部分

戸建て診療所であれば土地建物、テナントであれば内装工事である固定資産と医療機器や事務機、家具などの償却資産、備品消耗品や診療材料、賃貸であれば敷金等の預かり金、その他、様々なものがあります。

診療所だけでなく、医療法人格の継承であれば、出資金や拠出金、現預金や未収金、借り入れやリース等の債務もあります。何をどう継承するかを協議し決める必要があります。

■ 資産関係のハード部分

- 土地建物もしくは内装工事等（設備工事、外構工事、看板等含む）
- 償却資産である医療機器や事務機
- 無形固定資産である現預金や未収金等
- 備品材料等の在庫（医療用・事務用品等）
- 医療法人であれば出資金
- 賃貸であれば敷金・保証金
- 借入・リース等の債務
- 車両
- 印刷物・広告等

(2) カルテ等のソフト部分

カルテの継承は患者を引き継ぐこととなります。「カルテ」というデータを引き継ぐのはもちろんですが、「患者の気持ち」をも引き継げるかというのがポイントです。

また、スタッフをそのまま雇用することも多く、スタッフの人件費だけでなく、人柄や能力といった個人能力まで引き継ぐこととなりますので、スタッフとの事前のコミュニケーションも必要です。

4

医業経営情報レポート

医療法人の事業継承時の留意ポイント

医療法人が事業継承を行う際には、監督官庁の許認可が必要です。売主、買主とも医療法人同士の場合は合併となる場合も想定され、例えば出資持分ありの医療法人と出資持分なしの医療法人では合併ができません。

医療法人には様々な法人形態がありますが、基本的に許認可を受けてから進むため、監督官庁との事前協議を行い、方向性を決めることがスタートとなります。

■ 医療法人継承の注意点

歯科医院の継承には、売主側が医療法人の場合と買主側が医療法人の場合があります。

売主側が医療法人の場合は、歯科医院を個人で継承するのか、医療法人ごと継承するのかを決めなければなりません。

また、買主側が医療法人の場合も、歯科医院だけ医療法人に分院として組み込むのか、合併という手段をとって医療法人ごと吸収するのかを決めることがポイントです。

(1) 医療法人の継承: 社員と役員(理事・幹事)

医療法人を継承する場合、社員及び役員(理事、監事)が全員交代となるのが一般的です。

継承時期に合わせ、臨時社員総会と理事会を開催して、社員・役員が辞任し、新たな社員・役員が就任すること、その後、新理事会で理事長を決めます。

出資持分ありの医療法人では、出資持分をどうするのか、各役員の役員報酬をどうするのか等について取決めをしなければいけません。

■ 社員・役員の変更

● 臨時社員総会・理事会の開催

議題 第一号議案 旧社員・役員の辞任と辞任時期

第二号議案 新社員・役員の就任と就任時期

第三号議題 新役員の役員報酬

他、議題の事例

第四号議題 法人名称・診療所名称の変更

第五号議題 継承後の金融機関からの借入(定款に借入に関する条項がある場合)

第六号議題 理事数・監事数の変更(理事増加の際、理事総数の上限変更の場合)

その他の議題

※勤務歯科医師を歯科医院管理者にする場合、役員(理事)に就任する必要があります。

ジャンル:業績管理 > サブジャンル:経理・会計処理

資産と負債の考え方

病医院の「資産」や「負債」には
どのようなものがあるか教えてください。

■流動資産と固定資産

資産とは、将来的に現金を生み出すもの（価値があるもの）をいい、現金、未収入金、建物、機械、土地等が含まれます。

そして資産は、流動資産と固定資産に分類されます。資産の中には、以下等の現状を把握することができる情報が含まれています。

- ①病医院の資金がいくらあるのか
- ②医業収益に対して回収しなければならない債権（つまり未収入金）はいくらあるのか

また、未使用の医療材料などの在庫は、資産の中でも流動資産という分類に含まれますが、この流動資産とは流れ動く資産であり、換金が1年以内に行えるものです。

一方、固定資産は、流動資産とは逆に1年以内の換金は困難と思われるものです。

また、換金の可否に関わらず、病医院の建物・附属施設等、備品、コンピュータや応接セットなど、そして車両や建物敷地である土地も、この固定資産のなかに含まれます。

■流動負債と固定負債

負債とは、将来現金で支払われるものであり、支払手形、買掛金、借入金等が該当します。

そのうち、資産と同様、支払期限が1年以内に到来するものは流動負債に、1年以内に到来しないものを固定負債に表示します。具体的な例を挙げると、診療材料などを請求書扱いで購入し、決算日時点ではまだ支払をしていない買掛金や、その買掛金を現金の代わりに手形で支払い、まだ支払期日が到来していない支払手形の残高、また決算日までに経費等の支払請求を受けているにもかかわらず、支払条件などの期間的なズレでまだ支払われていない未払費用、さらに1年以内に返済予定の金融機関からの借入の残高である短期借入金などが該当します。



固定負債には、金融機関から長期で借入をして1年以内に返済予定がないものが計上されています。これらが代表的な負債です。

ジャンル:業績管理 > サブジャンル:経理・会計処理

試算表のチェック機能

試算表による収益状況の チェックのしかたについて教えてください。

ある取引についての会計処理は、最初に簿記用語に翻訳する作業、つまり「仕訳」を行います。仕訳とは、簿記処理上、勘定科目に分けることをいいます。仕訳の段階で重要なのは、左側と右側の金額は必ず同額であるということ、当然ながら、医療機関においてもこの処理方法は同様です。

(1)仕訳と転記のチェック

個々の伝票では、左右の金額は同額になります。そして、総勘定元帳への記入は、この仕訳によって作成された伝票を左側と右側へ書き移していただくだけであるため、試算表上の金額というのは、個々の伝票一枚ごとに記入された金額の合計額にすぎません。

したがって、「仕訳」と「転記」が正確に行われていれば、試算表の左右の合計金額は必ず一致することになります。逆に、一致していない場合は、作業工程のいずれかでミスがあったことを意味するため、行った作業に関して再点検が必要です。

(2)試算表の記入方法

試算表上では、当期利益の欄が設けられておらず、利益の金額を把握することができません。

したがって、試算表から利益がどのくらいあったのかが分かるように、さらに、その計算が正しく行われたかどうかをチェックできるようにするためには、以下をチェックする必要があります。

- ①財産状況を表す「貸借対照表」と収支状況を表す「損益計算書」に試算表を分解
- ②その両方の利益が一致したときに残高が一致するかどうか

(3)精算表の実務的取り扱い

学問上の簿記では、試算表を分解するために必要な計算書を「精算表」と呼んでいますが、これは試算表上の分類が属するグループによって、それぞれの金額を「貸借対照表」と「損益計算書」に分けてスライドさせていくだけのものです。そこで、試算表の配列を活用し、支払手形を境に切り離すことで、別途作成せずに対応できます。ただし、これは現実的で有用性が高い方法ながら、簿記の理論からは若干乖離した処理でもあります。そして、切り離した「貸借対照表」と「損益計算書」をそれぞれ集計した上で、左側と右側の金額が一致するように利益（または損失）を書き込み、両方の利益（または損失）が一致するかどうかを確認して完了します。なお、利益の場合は「貸借対照表」では右側、「損益計算書」では左側になります。

一方、損失の場合は「貸借対照表」で左側、「損益計算書」では右側になります。