

日本の外来診療における経済的持続可能性と診察時間の損益分岐点に関する網羅的分析

日本の医療制度、特に外来診療における「診察時間」と「経営健全性」の相関関係は、単なる医療サービスの質の問題に留まらず、複雑な診療報酬体系と医療機関のコスト構造に規定された構造的な課題である。患者が抱く「3時間待ちの3分診療」という不満の裏側には、医療機関が赤字を回避し、持続可能な経営を維持するために計算し尽くされた経済的合理性が存在している。本報告書では、2024年度(令和6年度)の診療報酬改定の内容を反映しつつ、病院およびクリニックにおける外来1分あたりのコスト、損益分岐点となる診察時間、そして経営の安全性を確保するために必要とされる時間的限界について、詳細なデータに基づき包括的に分析する。

医療機関におけるコスト構造の多層的把握

医療機関を運営・維持するためには、医師の人件費のみならず、看護師、医療事務、コメディカルなどの多職種にわたる人件費、電子カルテや検査機器の導入・保守費用、建物の賃料や減価償却費、光熱費、そして医療材料費といった多額の固定費および変動費が発生する。外来診療を「時間」という軸で切り出したとき、その1分1秒には明確な経済的コストが割り当てられている。

時間あたり運営コストの定量的算出

一般的な内科系クリニックや中小規模病院の外来部門において、外来診療を1時間維持するために必要なコストは、概ね30,000円程度と算出される¹。この数値は、医療機関の規模や立地条件、保有する設備、スタッフの配置基準によって変動するものの、日本の標準的な医療提供体制における一つの重要な指標として広く用いられている。

この1時間あたり30,000円というコストを時間軸で分解し、最小単位でのコストを算出すると、以下のようになる。

項目	算出数値	備考
1時間あたりの運営総コスト	30,000円	人件費、設備費、材料費、光熱費等を含む ¹
1分あたりの運営コスト	500円	$30,000円 \div 60分$ ¹
1秒あたりの運営コスト	約8.33円	$500円 \div 60秒$

この「1分あたり500円」という数字こそが、医師が診察室で患者と向き合っている間に刻一刻と消費されている経費の正体である。診察が長引けば長引くほど、この500円というコストが積み上がり、

診療報酬によって得られる収益を圧迫していくことになる。

人件費率の構造と経営への影響

医療機関の支出において最も大きな割合を占めるのは、一貫して人件費である。厚生労働省の「第24回医療経済実態調査」に基づくデータによれば、一般診療所(医療法人)における売上高人件費率は平均して約49.0%に達しており、個人の診療所であっても約25.0%程度となっている²。

人件費の定義には、医師、看護師、事務スタッフの給与や賞与だけでなく、各種手当、法定福利費(社会保険料など)、福利厚生費も含まれるため、見かけ上の給与額以上に経営上の負担は大きい²。また、2024年度の診療報酬改定では、医療従事者の賃上げ(ベースアップ)を目的とした「外来・在宅ベースアップ評価料」などが新設されたが、これはあくまでスタッフの処遇改善のための原資であり、医療機関の純利益を直接的に押し上げるものではない点に注意が必要である³。

2024年度診療報酬改定と外来単価の現状

診察時間の限界を決定付けるもう一つの大きな要因は、提供した医療サービスに対して公的に支払われる「診療報酬」の単価である。日本の医療は公定価格制であり、提供する行為ごとに点数が定められているため、1人あたりの単価には統計的な平均値が存在する。

基本診療料の引き上げとその背景

2024年度(令和6年度)の診療報酬改定では、物価高騰や人件費の上昇に対応するため、初診料および再診料の引き上げが行われた。しかし、その上げ幅は極めて限定的である。

項目	旧点数(改定前)	新点数(2024年度)	引き上げ幅
初診料	288点	291点	3点(30円) ³
再診料(診療所)	73点	75点	2点(20円) ³
外来診療料(200床以上病院)	74点	76点	2点(20円) ³

1点は10円に換算されるため、再診料は1回あたり750円となる。このわずか750円という基本料金の中に、医師の技術料、看護師の補助、受付の事務、施設の維持費がすべて含まれていると考えると、単独では極めて薄利な構造であることが理解できる。

外来単価を構成する要素

医療機関における1人あたりの平均外来単価は、概ね2,500円から3,000円の間で推移している¹。この単価は、以下の要素の組み合わせによって形成される。

1. 基本診療料：初診料または再診料（外来診療料）。
2. 加算項目：特定疾患療養管理料、生活習慣病管理料、時間外対応加算、地域包括診療加算など。
3. 検査・画像診断：血液検査、尿検査、レントゲン、エコー、CT等。これらは実施した場合のみ算定される。
4. 処置・投薬：院内処方の場合の薬代、処方箋発行料、注射、点滴など。

内科クリニックの例で見ると、生活習慣病や発熱症状の評価で行う一般的な検査項目の場合、3割負担の患者で窓口負担が1,430円から1,800円前後、つまり総額(10割)では4,800円から6,000円程度になることもあるが、これらは検査を伴う場合に限られる⁷。検査を行わない単純な再診(いわゆる「薬のみ」に近い状態)の場合、単価は約2,000円程度まで低下する¹。

損益分岐点となる診察時間の数理的導出

医療機関が赤字を出さずに運営を続けるためには、1時間の運営コストを、その時間内に診察した患者からの総収益で上回らなければならない。この経済的均衡点から、1人あたりに割ける「限界診察時間」を数理的に導き出すことができる。

損益分岐点(Break-even Point)の計算モデル

以下の変数を用いて計算を行う。

- 1時間あたりの運営総コストを $C = 30,000$ 円とする。
- 患者1人あたりの平均期待収益(外来単価)を $R = 2,750$ 円とする(検査あり再診と検査なし再診の加重平均¹)。

このとき、赤字を回避するために必要な1時間あたりの最低患者数 N は、

$$N = \frac{C}{R} = \frac{30,000}{2,750} \approx 10.9 \text{ (人/時間)}$$

となる¹。すなわち、1時間に約11人の患者を診察しなければ、その時間は経営的に赤字となることを意味している。

この11人を1時間(60分)で均等に診察する場合、1人あたりの平均診察時間 T は、

$$T = \frac{60}{N} = \frac{60}{10.9} \approx 5.5 \text{ (分/人)}$$

となる¹。

「5分30秒」という絶対的な時間的限界

以上の計算に基づけば、日本の外来診療において赤字にならないギリギリの診察時間は、1人あたり約5分30秒である¹。医師がこの5分30秒を超えて1人の患者に時間を割くことは、経済学的な視点に立てば、他の患者を診る機会を失い、1時間あたりの収益がコストを割り込むリスクを直接的に高める行為に他ならない。

しかし、この5分30秒という数字は、あくまで「1時間中、1秒の休みもなく患者が途切れない」という理想的な稼働率100%を想定した数値である。現実の医療現場では、患者の入れ替え時間、診察の準備、カルテの記載、スタッフへの指示といった「非診察時間」が発生するため、実質的な限界はさらに厳しくなる。

経営安全圏の確保と「3分診療」の構造的必然

損益分岐点ギリギリの5分30秒で診察を行うことは、経営上の余裕(バッファ)が全くない状態を意味する。患者のキャンセル、急患の対応、複雑な病状の説明、紹介状の作成、あるいは医療ミスの防止に向けた慎重な判断など、予期せぬ要因で時間は容易に浪費される。そのため、医療機関が安定的に存続するためには、損益分岐点を上回る効率性を追求せざるを得ない。

安全運用のための必要人数と時間配分

経営を安定させ、設備投資や将来の修繕、スタッフの昇給原資を確保するためには、1時間あたり15人から20人の診察を目標とするのが一般的である¹。この目標人数から逆算される診察時間は、以下ようになる。

1時間あたりの患者数	1人あたりの診察時間	経営評価
11人	約5分30秒	損益分岐点(赤字回避の最低線)
15人	4分	標準的な安全運用ライン
20人	3分	高収益・安定経営ライン

これが、世に言われる「3分診療」が構造的に発生する最大の理由である¹。医師の個々の能力や意

欲の問題以前に、日本の診療報酬制度とコスト構造の組み合わせが、経済的合理性の帰結として「3〜4分」という時間を導き出しているのである。

診察時間を奪う「非診察行為」のコスト

診察時間とは、医師が患者と向き合っている時間だけを指すのではない。医師の労働時間には、以下のような収益を直接産まない（あるいは報酬が極めて低い）付随業務が含まれており、これらが「正味の診察時間」をさらに圧縮している。

- カルテの入力と確認：電子カルテの操作時間は、診察時間と同等か、それ以上の時間を要する場合がある。
- 診療情報提供書（紹介状）の作成：250点の報酬があるが、作成に15分以上かかることも珍しくなく、時間あたり収益としては赤字要因となる。
- 多職種への指示出し：看護師や薬剤師、リハビリスタッフへの的確な指示。
- 患者の動線待ち：患者が診察室に入り、荷物を置き、着席し、また出ていくまでの「物理的なタイムラグ」。

これらの「収益を産まない時間」を1人あたり1〜2分と仮定すると、1時間20人を診るためには、純粋な対話時間は実質1〜2分にまで制限されることになる。

2024年度改定による生活習慣病管理の激変

2024年度の診療報酬改定において、最も外来診察時間に影響を与えたのは「生活習慣病管理料」の再編である。これは、これまでの診療報酬体系を根底から揺るがす大きな変更となった。

特定疾患療養管理料からの除外と影響

これまで多くの内科クリニックで算定されていた「特定疾患療養管理料(225点)」の対象疾患から、高血圧症、糖尿病、脂質異常症の3疾患が除外された⁵。これらの患者に対しては、新設された「生活習慣病管理料(II)(333点)」を算定することとなったが、この算定要件が極めて厳格である。

- 療養計画書の作成と交付：個々の患者に応じた療養計画書を作成し、説明した上で、患者の署名（同意）を得る必要がある⁵。
- 説明に要する時間の増大：現場の調査によれば、この計画書の説明には平均して5分以上の追加時間を要しており、中には説明だけで10分以上かかるケースもある¹⁰。

算定のパラドックス：増収分を上回る時間コスト

生活習慣病管理料(II)は333点であり、従来の特定疾患療養管理料(225点)より108点(1,080円)高い設定となっている。しかし、この1,080円を得るために「5分以上の追加時間」が必要になるということは、先述の「1分500円」のコスト計算に照らせば、2,500円分以上の時間的コストを消費していることに等しい。

さらに、書類作成や説明に時間を取られることで、待合室の混雑が激化し、他の患者を診る時間が削られる「機会損失」が発生している¹⁰。実際に「書類書きに時間が取られ、患者さんの話を聞く時間

が減った」「外来が30分以上余計にかかるようになった」という不満が医療現場から噴出している¹⁰。このように、点数上の「単価アップ」が、時間軸での「収益性低下」を招くという逆説的な事態が生じている。

施設規模による経済的限界の差異

診察時間の限界は、医療機関の規模(病床数)によっても大きく異なる。これは診療報酬制度が、規模に応じた効率性や役割分担を前提に設計されているためである。

大規模病院における「外来診療料」の制約

200床以上の病院においては、再診時に「再診料」ではなく「外来診療料(76点)」を一律に算定する³。この外来診療料には、簡易な検査や処置の費用が包括されていることが多く、診療所のように検査を細かく実施することで収益を積み上げるモデルが通用しにくい構造となっている¹²。

病院経営において外来は、それ自体で大きな利益を上げる部門というよりも、手術や入院といった高度医療への「入り口(ゲートウェイ)」としての役割が期待されている。そのため、病院の外来医師には、短時間で重症度を見極め、適切な専門部署へ振り分けるという「振り分けの効率」が極めて強く求められる。

規模別の特定疾患管理料の格差

慢性疾患の管理料についても、病院の規模が大きくなるほど算定点数は低く設定されている。

施設規模	特定疾患療養管理料(改定後)
診療所	225点
100床未満の病院	147点
100床以上200床未満	87点

出典:⁸

この点数勾配は、大規模な病院ほど「1人あたりの管理に時間をかけてはならない(あるいは、軽症の慢性疾患は診療所に任せるべきである)」という政策的誘導を反映している。100床以上200床未満の病院においては、診療所の3分の1程度の点数しか得られないため、経営を維持するためには

診療所の3倍のスピードで診察をこなすか、あるいは外来を大幅な赤字として受け入れた上で入院収益で補填するという、極めて不健全な二択を迫られることになる。

診療科ごとの特性と時間の不均衡

診療科によって、診察時間の限界値は大きく異なる。これは、診療行為の「密度」と「報酬」のバランスが科ごとに異なるためである。

小児科：かかりつけ評価と時間のジレンマ

小児科においては、未就学児を対象とした「小児かかりつけ診療料」などの包括的な点数が設定されている。

- 初診時：約640～760点台¹³
- 再診時：約440～570点台¹³

これらは一般的な内科再診(75点)と比較して遥かに高いが、これは小児の診察が、成人の診察よりも時間がかかること、および保護者への詳細な説明や生活指導が不可欠であることを制度が一定程度評価している結果である。しかし、それでも2024年度改定での引き上げは10点程度に留まっており、感染症対策(発熱患者等対応加算20点)などの追加要件を満たさなければ、経営的な余裕は決して大きくない⁵。

外科・眼科・耳鼻科：検査・処置回転型モデル

眼科や耳鼻咽喉科、整形外科などの診療科は、医師による「問診」の時間よりも、その前後にスタッフが行う「検査」や「処置」によって収益の多くを稼ぎ出す。

- 眼科：視力検査、眼底検査、眼圧測定などスタッフによる検査。
- 耳鼻科：ネブライザー処置、聴力検査。
- 整形外科：レントゲン撮影、リハビリテーション、消炎鎮痛処置。

これらの診療科では、医師自身の診察時間は1～2分に圧縮され、その間に効率よく診断と方針決定を行い、実際の「時間消費」を伴う作業はスタッフや設備に委ねることで、時間あたりの「回転数」を最大化している。このような診療科では、医師の診察時間を短縮することこそが、クリニック全体の収益性を最大化する鍵となる。

医療DXの導入と診察時間への影響

2024年度改定のもう一つの柱は「医療DX」の推進である。これに伴い、新たな加算が創設された。

- 医療DX推進体制整備加算(8点・月1回)³
- 医療情報取得加算(初診時3点、再診時1～2点)³

これらの加算は、オンライン資格確認や電子処方箋、マイナ保険証の活用を前提としている。長期的には事務作業の効率化が期待されるが、短期的には「システム操作の手間」や「患者への説明時

間」が増大しており、診察時間をさらに削る要因となっている。

特に、高齢者の多い診療現場では、マイナ保険証の利用確認や電子カルテへの情報取り込み作業にスタッフが忙殺され、結果として医師の診察待ち時間が伸びるという本末転倒な事態も散見される。DXによる「1分あたりのコスト削減」が実現されない限り、医師に課せられた時間的限界が緩和されることはない。

患者満足度と経済的生存の相克

診察時間を短縮することは経営上の至上命令である一方で、それは患者満足度の低下というリスクを常に孕んでいる。医療はサービス業としての側面も持ち合わせており、患者が「満足感」を得られなければ、再診率(リピート率)が低下し、中長期的な経営基盤を揺るがすことになる。

「3時間待ちの3分診療」の心理的代償

患者が感じる「待ち時間」の苦痛は、実際の診察時間の短さとセットで語られることが多い。2024年度改定後の生活習慣病管理料の導入により、書類作成のための待ち時間がさらに伸びる一方で、医師がPC画面に向かって書類を作成する時間が増え、患者とのアイコンタクトが減るという事態は、患者の信頼を損なうリスクがある¹⁰。

医師が1人に15分、20分と時間をかければ、その患者の満足度は極めて高まるだろう。しかし、その背後では、待合室で待たされている10人の患者の不満が蓄積し、さらに医療機関は単位時間あたり数千円の赤字を垂れ流し続けることになる。この「個別の質」と「全体の効率・経営」のジレンマこそが、現代の日本の外来診療が直面している最も深刻な問題である。

質の高い診察へのインセンティブの欠如

日本の診療報酬制度の根本的な課題は、「5分診察しても、30分診察しても、基本診療料は同じである」という点にある。時間をかけて丁寧に生活習慣を正し、病気の本質を説き、患者の不安を解消する行為は、病院の収支計算上は「非効率で回避すべき行為」としてカウントされてしまう。

地域包括診療加算(28点)などの「かかりつけ医機能」を評価する加算も存在するが、その算定には24時間対応体制や往診実績、複数の慢性疾患管理といった、極めて重い施設基準が課されている¹⁴。これらのハードルを越えられるのは、地域の中でも一部の体力のある医療機関に限られており、大半のクリニックは依然として「数でこなす」経営モデルから脱却できないでいる。

結論: 持続可能な外来診療のための時間的限界

本調査分析により、日本の病院およびクリニックにおける診察時間の経済的限界が、多角的な視点から浮き彫りになった。

1. 経済的損益分岐点: 外来部門の維持に1分あたり約500円のコストがかかる中、1人あたりの平均単価約2,750円を前提とすると、赤字にならないためのギリギリの診察時間は1人あたり5分30秒である。
2. 経営の安全圏: 急患やキャンセル、事務作業の遅延といった運営リスクを考慮し、再投資やス

タッフの昇給を可能にする健全な経営を維持するためには、**1時間あたり15～20人の診察をこなす「3～4分診療」**が構造的な必然として導き出される。

3. 2024年度改定の矛盾：基本診療料の微増に対して、生活習慣病管理料(II)の導入や医療DXへの対応が「診察外の事務的負担」を劇的に増大させており、医師が患者と向き合える「正味の診察時間」はむしろ縮小の危機に瀕している。
4. 規模別の不均衡：大規模病院ほど外来単価は低く抑えられており、病院における外来診察時間は、診療所よりもさらに過酷な「スピードと効率」を追求せざるを得ない仕組みとなっている。

総じて、日本の医師が診察を数分で終えるのは、個々の医師の倫理観やスキルの問題ではなく、日本の診療報酬制度という「設計図」が、そのような行動様式を経済的な生存条件として強いている結果である。患者に寄り添う丁寧な医療を維持するためには、単なる点数の引き上げを超えた、AIによる事務作業の完全自動化、あるいは「診察に費やした時間」を直接的に評価する新たな報酬パラダイムへの転換が不可欠である。それらが実現しない限り、診察室の時計は常に「5分30秒」という見えない壁を刻み続け、医師は「質の向上」と「経済的破綻」の間で、常に薄氷を踏む思いで診療を続けざるを得ないのである。

引用文献

1. 【医師解説】なぜ日本の外来診療は「数分」になるのかー 損益分岐 ..., 3月 8, 2026にアクセス、https://note.com/allufits_2025/n/n4fa33056e20f
2. クリニックにおける人件費率の目安は？適正化のポイントや注意点 ..., 3月 8, 2026にアクセス、https://www.agmedical.co.jp/knowledge/article/article_29/
3. 【2024年度診療報酬改定答申1】急性期一般1は1688点、特定機能7 ..., 3月 8, 2026にアクセス、<https://gemmed.ghc-j.com/?p=59339>
4. 令和6年度診療報酬改定【全体概要版】厚生労働省保険局医療課, 3月 8, 2026にアクセス、<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001251533.pdf>
5. 2024年度 診療報酬改定の要点〈医科〉
<http://www.hhk.jp/hyogo-hokeni-shinbun/backnumber/2024/0325/100001.php>
6. [4] 基本診療料 | I. 保険診療の基礎知識 - 東京都医師会, 3月 8, 2026にアクセス、https://www.tokyo.med.or.jp/doctor/practicing_docs/general/01-04
7. 費用の目安 | 岩沼市土ヶ崎の内科・呼吸器内科・アレルギー科・小児科 | こばやしクリニック, 3月 8, 2026にアクセス、<https://koba-cl.com/fee/>
8. 【2025年度最新版】特定疾患療養管理料の算定要件から対象疾患まで解説 | メディコム, 3月 8, 2026にアクセス、
<https://www.phchd.com/jp/medicom/park/idea/medicalfees-specific-disease-treatment>
9. 【2024年度最新】特定疾患療養管理料とは ～算定点数・オンライン診療を踏まえわかりやすく解説, 3月 8, 2026にアクセス、
https://health2sync.com/ja/blog_corp/medical-fee-disease-telemedicine/
10. 2024 年度診療報酬改定 生活習慣病管理料算定 ... - 茨城県保険医協会, 3月 8, 2026にアクセス、https://www.ibaho.jp/documents/newspaper/hns_202410_1.pdf
11. A002 外来診療料 - 令和6年度診療報酬改定 - ナレティ, 3月 8, 2026にアクセス、
<https://knowlety.jp/ika/r6-a002/>
12. 外来医療に係る評価体系について, 3月 8, 2026にアクセス、
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/dl/s1109-11c.pdf>

13. 2024年度(令和6年)での小児かかりつけ診療料の変更点・算定要件 - クレドメディカル, 3月 8, 2026にアクセス、<https://www.credo-m.co.jp/column/detail/hosyu/2606/>
14. 【2024年度改定対応】クリニックのかかりつけ医機能を評価する「地域包括診療加算」とは？算定要件や施設基準を徹底解説 - YUYAMA, 3月 8, 2026にアクセス、<https://www.yuyama.co.jp/column/clinic/clinic-chiikihoukastushinryoukasan/>
15. 特定疾患処方管理加算の見直し 地域包括診療料等の見直し / 2024年度診療報酬改定 - メディカルINFOナビ, 3月 8, 2026にアクセス、https://mink.nipponkayaku.co.jp/medinfo/seido/2024/detail/detail_12.html