

## 原著

# 家庭医療後期プログラム研修医の日常診療における 経営的側面の考察

吉本 尚<sup>\*1</sup>, 松下 明<sup>\*1</sup>, 佐古 篤謙<sup>\*1</sup>, 田中 久也<sup>\*2</sup>, 紺谷 真<sup>\*3</sup>

\*1 奈義ファミリークリニック

\*2 津山ファミリークリニック

\*3 日本原病院

キーワード 医療経営, 家庭医療, 診療所, 家庭医療後期研修プログラム

### 【要旨】

目的：家庭医療後期研修プログラム研修医の日常診療における経営的な分析は今までされていない。そこで家庭医療後期研修医の日常診療を経営的に分析することにより、現状把握と改善点を探った。対象・方法：家庭医療後期研修プログラムに登録している当診療所で2007年4月から2008年3月までの1年間に「研修医1人が実際に得た診療報酬」を収入、「実際の奈義ファミリークリニックの支出を医師数3で割った場合の給与費、材料費、検査委託費など」を支出とし、厚生労働省発表の医療経済実態調査で公開されている平均的な診療所と比較した。結果：1年間に研修医が診察した患者はのべ5517人であり、そこから3953万円の収入があり、支出は2548万円であり収支差額は1405万円であった。一方、医療経済実態調査では6828万円の収入、3427万円の支出があり、収支差額は3401万円であった。結論：家庭医療後期研修プログラム修了後に1人診療所を運営する場合、経営的に見ると診療スタイルの変化が必要である可能性がある。

### 目的

家庭医療後期研修プログラムの到達目標の中には、すべての医師が備える組織・制度・運営に関する能力として、自身の施設の財務・経営に関するマ

ネジメントを習得することが挙げられている<sup>1)</sup>。しかしながら現時点では、「診療所でどの程度の患者数を確保すれば、日常的に家庭医療を提供しながら経営的にも健全に組織を運営できるか?」という情報は無い。

また家庭医療後期研修プログラム研修医(以下、後期研修医と記す)は教育診療所・小病院で外来教育を受けるが、そこでの診療スタイルと、修了後に1人診療所を運営する立場になった場合の診療スタイルを比較すると、経営的な側面からみて差異が生じると筆者は予想しているが、後期研修医の外来診療の現状や、修了前後でどの程度の差異が生まれ、それにより診療スタイルや医師のストレスはどのように変化するかなどといった情報は無い。海外のデータでは後期研修医の外来診療について、米国のThe Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)が発行しているfamily medicine program requirementとして、3年間の家庭医療研修プログラムにおいて初年度に150人の外来管理、3年間で1650人の外来管理を最低限のラインとして定めている<sup>2)</sup>。しかし、日本家庭医療学会の家庭医療後期研修プログラムにおいて、そういった規定についての記載は見られない。

そこで我々は手始めとして、家庭医療後期プログラムにて研修中の後期研修医の日常診療を経営

## 原 著

的に分析し、後期研修医の目線から現状把握と改善点を探った。

### 対象・方法

対象となる奈義ファミリークリニック（以下、当診療所）は人口約 6500 人の奈義町にあり、田舎型の診療所である。2006（平成 18）年度より家庭医療後期研修プログラムに登録している。いわゆる公設民営の診療所で、土地と診療所の建物は町の財政管理となっている。標榜は内科・小児科で、グループ診療を行っており、当時 3 名の医師が診療を行っていた。院外処方を行っており、スタッフは看護師 6 人（常勤 4 人）、事務 3 人（常勤 2 人）である。診療所は午前 3 時間 30 分、昼 2 時間、午後 2 時間の診療枠があり、当該研修医（筆者）の 1 週間の日程は表 1 に示すとおりで、外来 7 枠／週、訪問診療 4 枠／週、予防接種・健診 1 枠／週であった。尚、他の 2 名の医師もほぼ同様のスケジュールで業務を行っており、平均として 2.0 人の医師で外来業務を行っていた。（表 1）

まずは研修医 1 人が 2007 年 4 月から 2008 年 3 月までの 1 年間に「実際に外来で診察した患者、もしくは訪問診療を行った患者から得た診療報酬」を収入、「当診療所の実際の給与費、材料費、検査委託費などを 1/3 にしたもの」を支出として収支差額を算出した。収入は当診療所で診療時間内に実際に診察をした患者に限り、夜間休日対応、校医・園医・自衛隊・特養・産業医など各種診察料、嘱託料は収入から除外した。支出に関しては当時 3 人医師によるグループ診療の形をとって

ため、当診療所を共同運営したと仮定した場合の支出として、診療所全体の支出の 1/3 という値を用いた。

次にこれらの結果を用いて他診療所との比較検討を行った。比較検討の材料として、厚生労働省発表の第 15 回医療経済実態調査（2005（平成 17）年 6 月実施）<sup>3)</sup>を用いた。公開されているデータの内、個人経営・無床診療所で、医業収入に対する医薬品費比率階級が 10% 未満の診療所 220 施設の平均値を用いた。データは単月のみのため、すべての値を 12 倍して 1 年間の数値として用いた。項目は医療経済実態調査とほぼ同様に給与費・委託費・減価償却費・その他とし、医薬品費・材料費を今研究では合わせて材料費として示した。

最後に、研修医が 1 年間で得た収入と上記医療経済実態調査の支出を用いて、一般的な診療所を 1 人医師で経営できるかどうか検討・考察した。

### 結果

1 年間で研修医が診察したのべ患者数は 5517 人であり、そのうち外来受診数は 4762 人（86.3%）、訪問診療数は 755 人（13.7%）であった。患者内訳は 15 歳未満 1675 人（30.4%）、15 歳以上 65 歳未満 1459 人（26.4%）、65 歳以上 2383 人（43.2%）であった。男女比は男性 2361 人（42.8%）、女性 3156 人（57.2%）であった。在宅医学総合管理料はのべ 144 回算定されていた。平均外来数は 4.7 人／時間、平均訪問診療数は 2.0 人／時間であった。1 人当たりの診療報酬は平均 7165 円であった。収入としては計 3953 万円の収入があり、内訳は外来 2064 万円（52.2%）、訪問診療 1569 万円

表 1 当診療所における当該研修医の 1 週間のスケジュール表

	月	火	水	木	金	土
9:00~12:30	外来	外来	研修	外来	外来	交代制
14:00~16:00	往診	往診	往診	研修	予防	
16:00~18:00	外来	外来	往診		外来	

# 原著

(39.7%), 予防接種・健診 316 万円 (8.0%) であった。一方支出は 2548 万円であり、収支差額は 1405 万円であった。医療経済実態調査の結果は 1 年間の収入が 6828 万円、支出が 3427 万円で、収支差額は 3401 万円であった。支出の詳細は表 2 に示したとおりである。

## 考察

後期研修医の経営的な評価を行った。純粹に当診療所の支出を 1/3 とした場合においては 1405 万円の収支差額を生み出すことができたが、現状の診療を医療経済実態調査の平均的な診療所 (平均医師数 1.1 人) で行くと仮定すると、表 2 の仮説に示すとおり 526 万円の収支差額しか生み出すことができないこととなる。一方、人事院の平成 20 年度の職種別民間給与実態調査においては、医師の平均給与 (手当・賞与除く) として年間 1134 万円 (平均 40 歳)、医科長は 1464 万円 (平均 48 歳)、病院長は 1833 万円 (平均 59 歳) と算出されている<sup>4)</sup>。本研究では収支差額の中から医師の給与が捻出される (収支差額のすべてが医師の収入となるわけではない) ため、医師の平均給与からみると収支差額 526 万円という数値は少ない値である。給与額に関しては各個人の価値観などにも左右されるため一概には論ずる事ができないが、仮に現在の外来患者診療数、訪問診療数の

割合をそのままに医療経済実態調査の平均的な診療所で年間 1000 万の収支差額を得るためには、外来平均数 5.2 人 (+0.5 人) / 時間、訪問診療数 2.3 人 (+0.3 人) / 時間の診療が必要であり、外来年間 2000 万円の収支差額を得るためには外来平均数 6.5 人 (+1.8 人) / 時間、訪問診療数 3.1 人 (+1.1 人) / 時間の診療が必要である。

この患者数増加分を現状の時間枠の診療で補おうとすると、時間で計算すると現状で 12.5 分の外来診療を、1000 万円の収支差額を生むためには平均 11 分、2000 万円の収支差額を生むためには平均 8.9 分の診療内容に変化していかなくてはならなくなる。訪問診療数が上記ほど増やせない場合はこれ以上に患者 1 人あたりの外来時間を短縮する必要が出てくるだろう。この変化を生み出すために、プログラム修了生は自身の診療時間や診療スタイルを変化させる必要性が生じる可能性があり、この変化によるストレスの増大や家庭医としてのアイデンティティの危機に陥る可能性も否定できないと考える。このような現実的な診療所経営の問題に対応するために、プログラム研修中に経営的な独立を図れるようにトレーニングを行うべきか、研修後に行うべきかについては議論が必要と考えるが、現在の日本の診療報酬においては米国の場合と比較して、経営的に独立するために診療すべき患者数が多くなることは避けられ

表 2 収支の詳細

本研究の収入は実際の研修医の収入、支出は実際の当診療所の支出を医師数 3 で割ったものであり、それに伴い従業員数は 3 人 (実際は 9 人) となっている。医師の給与費は含まれていない。仮説の収入は奈義 1/3 の収入と同値であり本研究の支出は厚労省の支出と同値である (単位: 万円)

	本研究	厚労省	仮説
収入	3953	6828	3953
支出	2548	3427	3427
材料費	302	339	339
委託費	356	221	221
給与費	1216	1630	1630
減価償却	35	278	278
その他	639	958	958
従業員数	3	4.7	4.7
収支差額	1405	3401	526

## 原 著

ないと考える。

今研究の限界点は1つ目に、対象が家庭医療後期研修プログラム2年目の医師1人の診療のみであり、普遍性に乏しい点が上げられる。しかし先に述べたとおり、わが国の家庭医療後期研修プログラムは外来診療数に関する規定がなく、実際の後期研修医の外来・訪問診療などの診療状況は不明であり、その他の報告も見られないため、比較しうる対象がないのが現状である。2つ目に診療所を1人で経営する際に、現在の診療がそのまま維持されるのかなど、現在の収支に影響を及ぼす変化についての検討に乏しいことである。グループ診療の3人目の医師としての診療では、他の医師、特に長きに渡ってその診療所で診療を行っている医師に患者が多くまわる可能性があるが、1人診療所院長としての診療では患者数が増える可能性がある。院内・院外研修枠を診療に当てることで患者数が増える可能性もある。また、当院ではグループ診療を行っており、自分の外来がない日に他の医師が患者を診る場合を考えてカルテへの記載を行っているが、1人診療所ではカルテを記載する量を減らすことができる可能性があり、患者をより多く診ることができるかもしれない。一方、在宅支援診療所として在宅医学総合管理料を算定するためには、24時間の対応体制を確保しなければならず、在宅患者を現在ほどは確保できない可能性もある。しかし本研究では平均12人/月の在宅医学総合管理料の算定であり、例えばターミナルケアが必要で、刻々と状態が変化し、頻回に対応するような患者が複数いなければ1人診療所でも対応可能かもしれない。3つ目に医療経済実態調査の結果は平成17年6月の単月の調査結果であるため、純粋に12倍するだけでは実態にそぐわない可能性がある。ただし現時点で利用できる資料としてTKC医学会が発行しているTKC医業経営指標があるが、そちらの結果も平成18年度の個人・無床・院外処方診療所では年間3000万円強の収支差額となっており、妥当

な数値であると筆者は考えている<sup>5)</sup>。4つ目に2006(平成18)年度には診療報酬改定があり、診療本体で-1.36%、薬価改正で-1.8%の診療報酬削減があり、在宅支援診療所の設置と在宅総合医学管理料が新設されるなどの大きな変化があったことである。収入として用いた後期研修医の診療データは2007年度のものであるが、支出として用いた医療経済実態調査の結果は2005(平成17)年のものであるため、データ比較をする際には注意が必要であると思われる。最後に、収支差額1000万円、2000万円を算出するために用いた計算は委託費や医薬品費、材料費といった変動費については考慮しているものの、診療患者数が増えるにつれて増える可能性のある給与費、減価償却費といった固定費は考慮していないため、スタッフの残業や増員、設備投資などといった固定費の増加によって必要診療患者数はさらに増える可能性がある。

また、本研究の将来性として、本研究のデータを3つの方向性から考える事ができることが挙げられる。1つ目は本研究で述べている後期研修医からみた視点である。2つ目はプログラムを提供する診療所経営者から見た視点である。経営者からみると、後期研修医を受け入れた際の経営的な側面については非常に重要である。後期研修医を受け入れることで、待ち時間が減り、患者増につながったり、小児科や外科などの患者が増えたりするなどの変化を当院では感じているが、これらの分析は今後の研究課題である。また、一般的に、現時点での日本のグループ診療の戦略において、在宅診療に重点を置くことが経営的なメリットとなっている。そのため現在は訪問診療をあまり行っていない診療所で後期研修医を受け入れ、教育を行いながら24時間対応可能な在宅支援診療所として在宅医学総合管理料を算定し、定期的に計画を立てて訪問診療をすることは経営的なメリットが出る可能性がある。このあたりの診療所経営者から見た研究は、今後後期研修医が増えてくる

## 原著

中で受け入れ診療所を確保する意味でも非常に重要性が高いものと思われる。3つ目は家庭医療後期研修認定プログラムを認定する学会としての視点である。2つ目の経営者の視点からとも関係するが、良質な家庭医を育てるために必要な、診療所での研修受け入れを促進させるために、診療所の経営的なメリット・デメリットをきちんと分析しておくことは重要である。またプログラム参加施設が経営的な問題を抱え、後期研修医の最低限の収入が保障されなかったり、後期研修医の受け入れを中止するようなことがないように学会としてもチェックをしていく必要があると思われる。

以上、本研究は家庭医療後期研修プログラムにおける後期研修医の視点から経営的に分析を行ったものであり、問題点はあるものの今までにない試みであると考えている。今後プログラム参加施設や家庭医を目指す医学生、プログラムに所属する後期研修医およびその修了生が増えていく中で、家庭医療の経営的な分析はプログラム参加施設の長期存続のためにも、医学生・研修医・修了生の将来選択のためにも極めて重要と考える。今後は多施設共同研究や経年的な分析によって、さらなる発展した研究を進めていきたいと考えている。

### 追記

本研究は第23回日本家庭医療学会学術集会・総会（2008年東京）にて「家庭医療後期研修プログラム卒業生は、経営的にも健全に診療所を運営できるか？」という演題名で学会賞候補演題として口頭発表を行ったものを加筆・修正したものである。研究の目的として、最終的にはプログラム修了生が経営的に独立して診療所を運営できるかどうかを考察するためのものであるが、演題発表後の講評にて「題目と内容に飛躍がある」と指摘されたため題目を変更し、内容を加筆・修正した。

### 文献

- 1) 日本家庭医療学会：特定非営利活動法人日本家庭医療学会認定後期研修プログラム（バージョン1.0）,2006
- 2) The Accreditation Council for Graduate Medical Education:ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in Family Medicine, 2007  
[http://www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRC\\_progReq/120pr07012007.pdf](http://www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRC_progReq/120pr07012007.pdf)
- 3) 厚生労働省：第15回医療経済実態調査, 2006  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/06/s0621-6.html>
- 4) 人事院：平成20年度職種別民間給与実態調査, 2008  
[http://www.jinji.go.jp/kyuuyo/minn/minnhp/min20\\_index.htm](http://www.jinji.go.jp/kyuuyo/minn/minnhp/min20_index.htm)
- 5) TKC全国会システム委員会：TKC医業経営指標平成19年度版, TKC全国会, 栃木, 2007

# A study of the financial aspect of the clinical practice of a family medicine resident in Japan

Hisashi Yoshimoto<sup>\*1</sup>, Akira Matsushita<sup>\*1</sup>, Atsunori Sako<sup>\*1</sup>,  
Hisaya Tanaka<sup>\*2</sup>, Makoto Kontani<sup>\*3</sup>

\*1 Nagi Family Clinic

\*2 Tsuyama Family Clinic

\*3 Nihonbara Hospital

**key word:** medical management, family medicine, clinic management, family medicine residency program

**Objectives :** The financial analysis of clinical practice about the resident of the family medicine program has not been done in Japan. Therefore, we investigate practices of the resident of the family medicine program in Japan, and tried to know the current financial situation.

**Objects and methods:** We investigated receipts and payments of the resident's practice at Nagi Family Clinic which is registered with a family medicine residency program in Japan for one year from April 2007 to March 2008. And we compared this data with receipts and payments of average clinic data from the statistics of the Ministry of Health, Labour and Welfare in Japan.

**Results:** In one year, at the Nagi Family Clinic, the income was 39.53 million yen and 25.48 million yen was expended from 5,517 patients' visits. On the other hand, from the data of the Ministry of Health, Labour and Welfare, the income was 68.28 million yen and 34.27 million yen was expended.

**Conclusions:** From the financial aspect, there is a possibility that the resident needs to change the practice style when he/she starts solo practice after he/she graduates the family medicine residency program.