

生活習慣病管理料に 関する考察

中石内科医院

中石滋雄

第62回日本糖尿病学会近畿地方会

2025年11月29日

大阪国際会議場

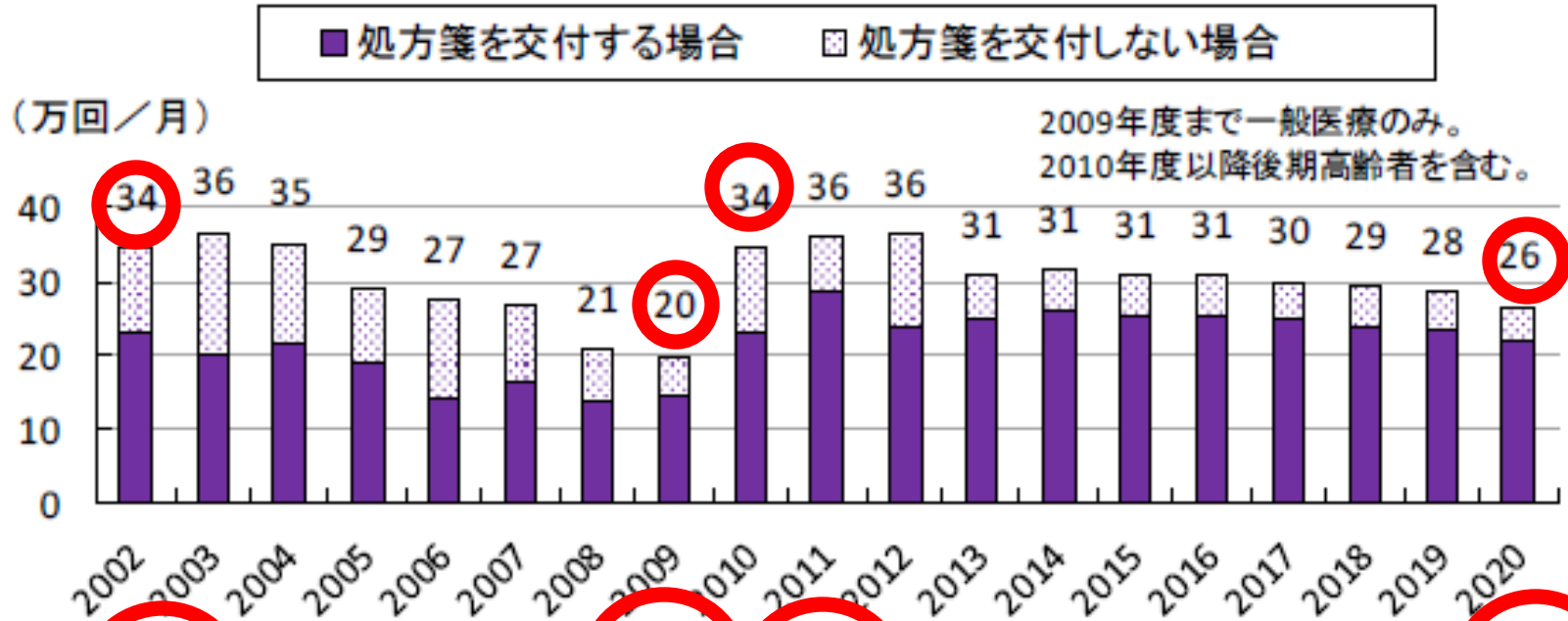
はじめに

- 糖尿病・高血圧症・脂質異常症を対象とする生活習慣病管理料が、診療報酬点数表に掲載されている。
- 生活習慣病管理料は、行政が診療所等における診療報酬を包括払いに誘導することを主たる目的とするために導入したものと考えられ、運動療法指導管理料として、はじめて1996年に掲載された。
- 生活習慣病管理料は、その時々 of 政治的条件に影響をうけながら現在まで存続してきたが、2024年診療報酬改定まで算定は低迷し、その存在意義がいまいなままであった。
- 2024年改定において、診療報酬の包括払いとは無関係の点数操作に利用され、現場に混乱をもたらしている。

生活習慣病管理料の歴史

改定年度		
1996年	運動療法指導管理料として設定（対象疾患は高血圧症）	
2000年	糖尿病・脂質異常症に対象疾患拡大	
2002年	生活習慣病指導管理料に名称変更 診療報酬点数の大幅な引き上げ	史上初の診療報酬マイナス改定
2006年	生活習慣病管理料に名称変更 同引き下げ	療養計画書様式変更 （フリーワード→チェック式）
2007年		アンケート調査
2008年	同大幅な引き下げ（調査結果を踏まえて）	療養計画書様式変更（簡略化）
2010年	後期高齢者医療保険にも対象拡大	
2022年		投薬の費用が包括除外
2024年	生活習慣病管理料Ⅱの設定	特定疾患管理料。特定疾患処方 管理加算の対象疾患から高血圧 症・糖尿病・脂質異常症が除外

生活習慣病管理料の算定回数



特定疾患療養管理料
算定回数 (万回)

1800

2300

2200

2200

*厚生労働省「社会医療診療行為別統計(調査)」から作成。2019年までは一般医療のみ。2010年以降後期高齢者も対象、2013年以降NDBによる全数データ。日医総研リサーチ・レポートNo.115 (2021) より引用

診療報酬点数
(糖尿病)



生活習慣病管理料および特定疾患療養管理料の算定回数

	生活習慣病（指導）管理料	特定疾患療養管理料	算定比
	包括算定（万回）	出来高算定（万回）	
2002年	34	1800	1：53
2008年	20	2300	1：115
2010年	34	2200	1：65
2020年	26	2200	1：85

厚生労働省は診療所等における生活習慣病診療報酬への包括算定誘導に失敗した
その理由は診療所における生活習慣病診療の実態を把握することなく単に診療報酬
点数のあげさげだけをもちいたことによると演者は考える

2007年アンケート調査と2008年改定の結果について

- 2007年厚生労働省は生活習慣病管理料のアンケート調査を実施し、①療養計画書をうけとった患者は診療に満足している、②多くの医療機関で生活習慣病管理料を算定していないのは診療報酬点数が高すぎるからである、③以前算定していた医療機関が算定を取りやめたのは療養計画書の記載が煩雑すぎるからであるとの結論を導き、多くの患者がその療養に満足している生活習慣病管理料算定を広めるためには、①診療報酬点数を引き下げるべきである、②療養計画書を簡素化すべきであるとの、矛盾した結論を導きだし、2008年改定でこれを実行した。

第1回日本医療マネジメント学会近畿地方会（2009）での演者の指摘および結果

- 療養計画書をうけとった患者が診療に満足しているのは、紙を受け取るのではなく、高い点数にささえられた質の高い診療をうけているからであり、点数の引き下げはその基盤を崩すことを指摘した。
- それらの医療機関においては、診療報酬点数の引き下げにより、出来高算定のほうが包括算定より高点数になることから、生活習慣病管理料の算定をとりやめることになった。（全国臨床糖尿病医会での挙手で算定は90%からほぼ0%となった）

包括算定と出来高算定は根本的に異なる 診療形態である

包括算定の特徴

- すべての医療行為はコストとなる（医療行為が保険収載されていなくても実施できる可能性があり、たとえば、必要なら2型糖尿病患者に1型関連の自己抗体を測定してもよい）
- 患者負担が定額となる（患者の安心）
- 設備の共同利用がすすむと思われる

出来高算定の特徴

- 基本的に差益をうみだす医療行為のみが採用される
- 患者負担は医療行為のつみあげとなる。

現在の生活習慣病管理料の設定は、医療倫理に反する存在である

- (例) 糖尿病が主傷病で心房細動をも有する患者の主傷病を、医療機関が診療報酬点数を有利にするためだけに、心房細動を主傷病に、糖尿病を副傷病に変更すると聞いて、患者はどのように感じるであろうか？
- 出来高算定を前提に医療機器を整備し開業したのちに、日本全体の診療形態が包括算定に移行するのであれば、その医療機関はどの方向にむけばいいのか？

生活習慣病管理料（Ⅱ）について

- 2024年改定において設定された生活習慣病管理料（Ⅱ）は、医療費の包括算定・出来高算定の選択の問題とは無関係な診療報酬点数である。
- 特定疾患療養管理料+外来管理加算+特定処方管理加算をまとめて生活習慣病管理料（Ⅱ）としたものであり、医療保険支払い側（医療保険者）がながく実施をもくろんでいる外来管理加算の削除の端緒であると考えられる。
- 外来管理加算の意義を考え直す時期にあるのかもしれない
 - 医師が患者に対し、処置や検査等を必要としない場合でも、計画的な医学管理、丁寧な問診、身体観察、病状や療養上の注意点の説明といった医療行為を行っていることを包括的に評価することです。これは、症状が安定している患者への継続的な診療を評価し、患者への説明責任や、医療機関側の収益を確保する目的があります。（AIによる）

結語

- 増大する国民医療費を考えると、保険診療に一定の枠をはめることは避けられないと思います。
- 出来高算定と包括算定は、単に点数の多寡のみでなく、本質的に異なる診療形態であり、医療のありかたそのものを左右するといつても過言ではありません。点数のあげさげで操作するようなものではないと考えます。
- 一部の疾患のみを包括算定に誘導することは、医療倫理を損ない、医療に対する国民の不信を招く原因となります。
- 新薬の著しく高価な価格設定など、多くの問題とあわせて、どのようにつなぐ必要があるかをしっかりと考えることが必要であると思います。
- 現行の生活習慣病管理料はいったん廃止して、国民全体で議論すべき時がきていると思います。