

外来診療報酬包括化推進にむけた 厚生労働省の戦略

～生活習慣病管理料(糖尿病)の観点から～

大阪府医師会理事

中石滋雄

生活習慣病管理料

- 診療所・中小病院むけの外来包括診療報酬点数
- 包括対象範囲は医学管理・検査・投薬・注射であり、基本診療料・処置・画像診断は対象外。

生活習慣病管理料の名称・適応疾患

	名称	適応疾患
平成8年	運動療法指導管理料	高血圧症
平成12年	生活習慣病指導管理料	糖尿病・高血圧症・高脂血症
平成14年	生活習慣病指導管理料	糖尿病・高血圧症・高脂血症
平成18年	生活習慣病管理料	糖尿病・高血圧症・高脂血症
平成20年	生活習慣病管理料	糖尿病・高血圧症・脂質異常症

診療報酬改定の特徴

	診療報酬改定の特徴	生活習慣病管理料改定の特徴
平成8年		初の疾患単位(高血圧症)外来包括点数を設定。
平成12年 平成13年	(社保本人3割に) (小泉首相就任)	生活習慣病全般に拡大。
平成14年	初の医療本体部分マイナス改定	200点引き上げ 算定の考え方につき議論がおこる が多くの医療機関では算定を断念。
平成18年	史上最大のマイナス改定 (小泉首相退任)	150点引き下げ
平成20年		250点引き下げ

生活習慣病管理料(糖尿病 院外処方 月1回受診)診療点数の推移

	点数	自己負担額 (社保本人)	血糖検査 のみ	3ヶ月ごと 定期検査	血糖・血液 生化学検査	左記および 心電図検査
平成8年	適応なし					
平成12年 平成13年	1131点	2260円 3390円	828点	975点	1049点	1125点
平成14年	1333点	3990円	820点	959点	1029点	1109点
平成18年	1173点	3520円	806点	917点	973点	1067点
平成20年	923点	2770円	778点	887点	941点	1037点

導入意図と算定上の問題点

	厚生労働省の導入意図に対する 演者の考察	算定上の問題点
平成8年	包括算定のパイロット点数導入 (高血圧に限定した特殊な条件)	資格要件(運動療法に経験の 豊富な医師)
平成12年	広範な生活習慣病包括診療報酬 導入への布石	
平成14年	高点数による政策誘導 本体部分マイナス改定へのフェイント	事実上の2重料金制
平成18年	算定促進のための政策誘導 (点数引き下げ)	療養計画書様式の変更 (フリーワード入力からチェック式入力)
平成20年	強制包括化への意思表示	療養計画書入力項目の簡素化 同発行間隔の延長

医療機関の反応

	厚生労働省の導入意図	医療機関の反応
平成8年	包括算定のパイロット点数導入	算定実績ほとんどなし
平成12年	生活習慣病包括算定への布石	算定実績ほとんどなし(薬剤一部負担金免除の矛盾が指摘されるが問題化せず。)
平成14年	高点数による政策誘導	一部の専門性の高い診療所のみ採用普及せず
平成18年	算定促進のための政策誘導(引き下げ)	やや普及するも算定している診療所は対象の約10%
平成20年	強制包括化への意思表示	(後述)

生活習慣病診療報酬を包括化する理念

- “診療の質の向上”
 - 生活習慣病治療の標準化
 - チーム医療の充実

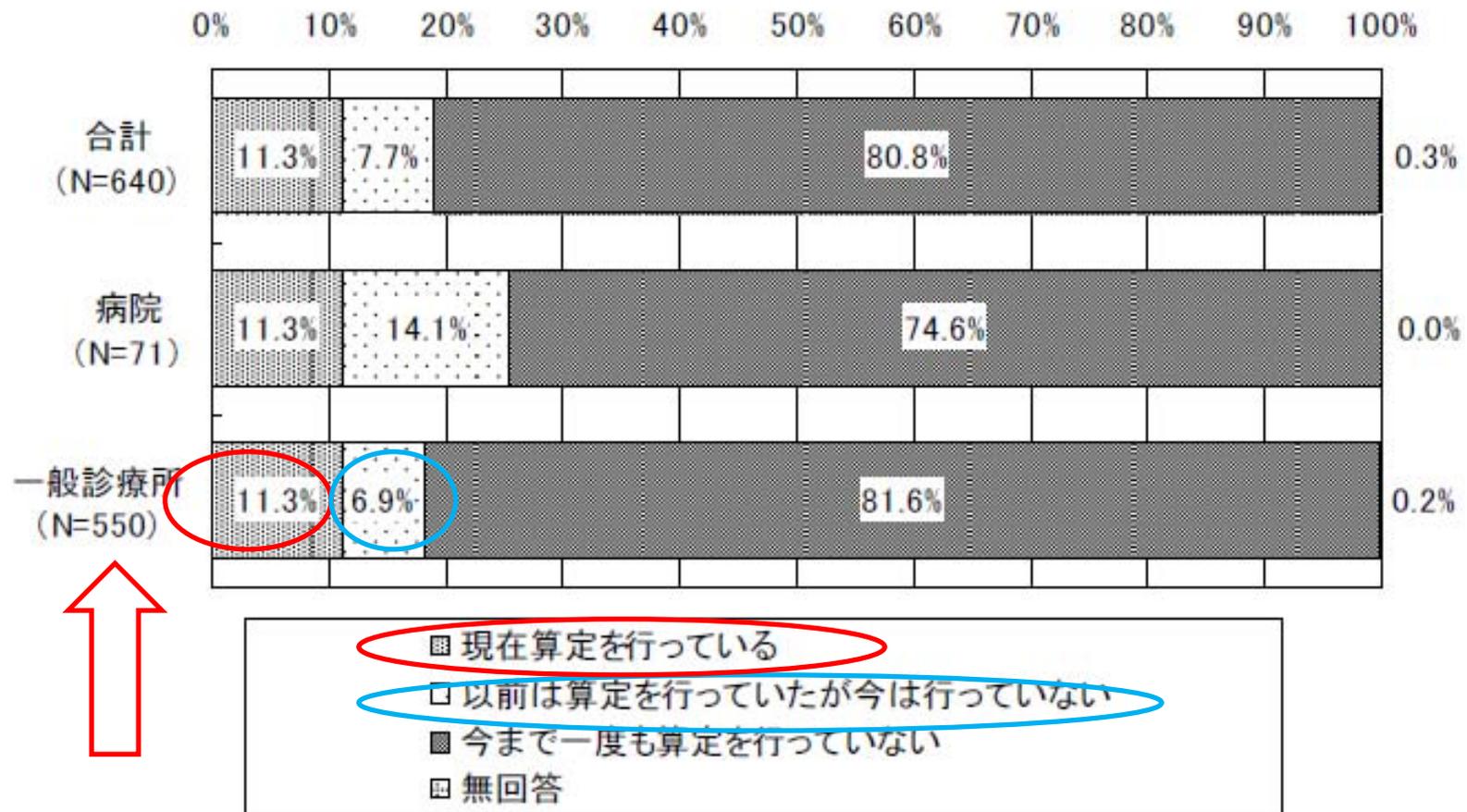
生活習慣病診療報酬を引き下げる理由

- 生活習慣病診療への医療費財源配分
 - 患者数の増加
 - 特定健診制度による患者の顕在化

生活習慣病管理料引き下げのために 厚生労働省が用いた手法

- アンケート調査
 - 平成19年7月診療分での実態調査
 - 有効回収数 病院71施設(回収率42.7%) 診療所550施設(回収率42.8%)
- 厚生労働省の希望する結論
 - 生活習慣病管理料の診療報酬を引き下げるべきである。
- その理由
 - 生活習慣病診療にかかる診療報酬包括化のために、医療機関の算定実績を増加させる必要がある。

・ 生活習慣病管理料の算定状況（図表 2）

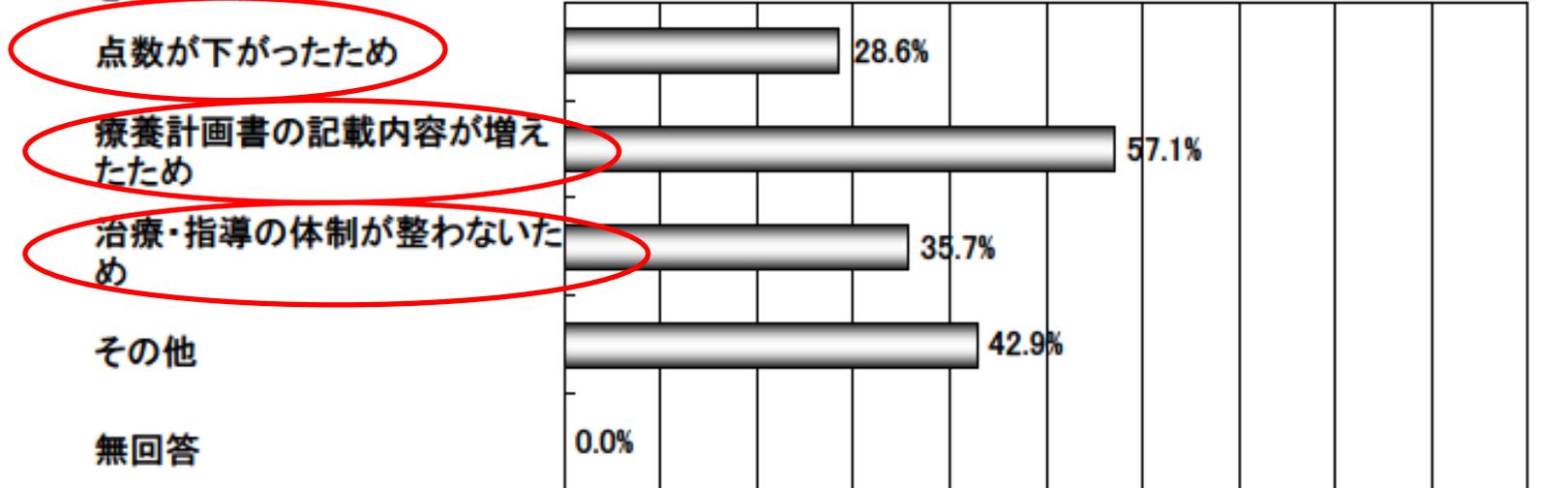


・ 生活習慣病管理料算定医療機関における患者数（図表 3）

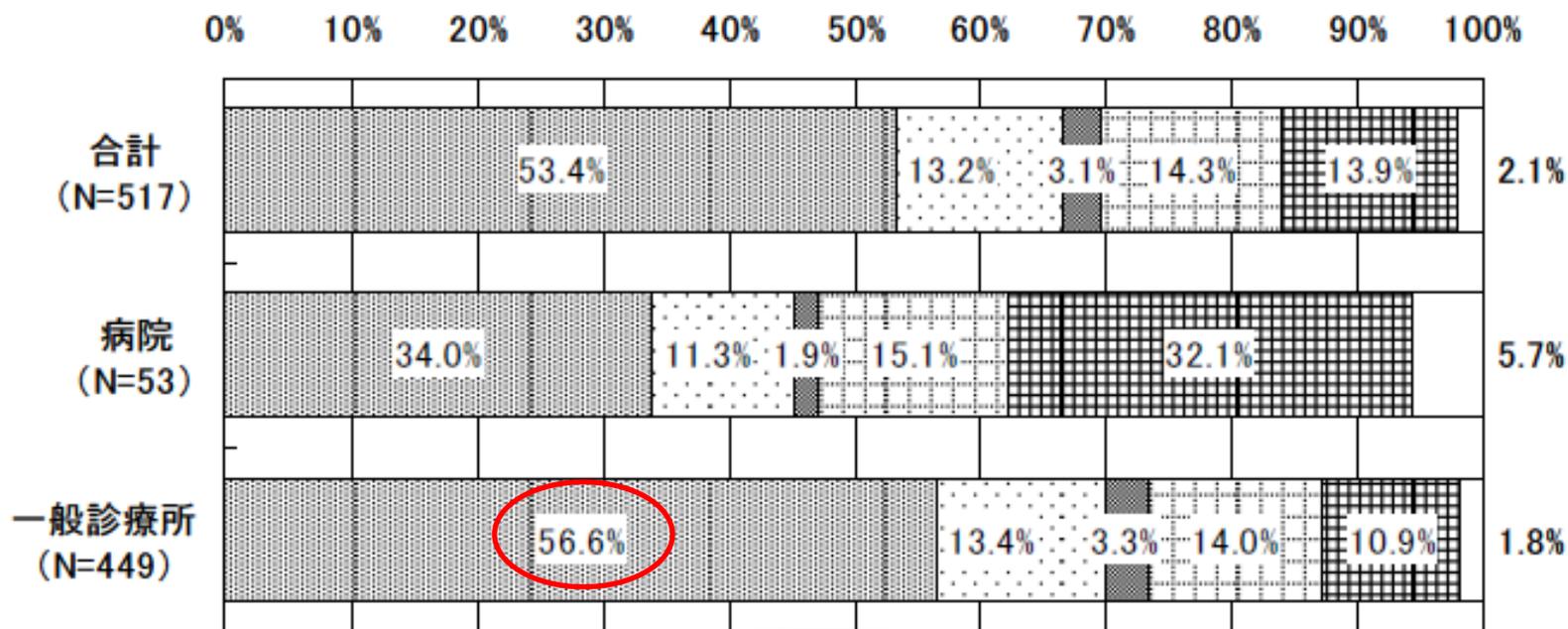
		平成 17 年 6 月	平成 18 年 6 月	平成 19 年 6 月		
					うち服薬中	治療者に占める服薬者の割合
病院(N=8)	高脂血症	12.0 人	9.0 人	7.7 人	6.4 人	94.4%
	高血圧症	78.0 人	61.3 人	51.3 人	47.0 人	92.2%
	糖尿病	36.4 人	24.4 人	18.4 人	17.5 人	95.2%
一般診療所 (N=62)	高脂血症	12.1 人	14.8 人	18.1 人	14.8 人	79.6%
	高血圧症	27.6 人	30.4 人	36.6 人	33.3 人	91.1%
	糖尿病	7.2 人	9.4 人	12.1 人	10.1 人	83.6%

・ 以前は算定を行っていたが現在は算定していない理由（図表 1 3）

平成18年4月以降算定をやめた(N=14)



今まで一度も算定を行っていない理由（図表14）



- 点数の設定が高く、患者の負担増につながるから
- 療養計画書を作成することが手間だから
- 算定について患者に説明するのが面倒だから
- 自施設単独での対応が難しかったから
- その他
- 無回答

厚生労働省がアンケート結果から導きだした結論

- 生活習慣病管理料を算定されている患者の満足度は高い。療養計画書の記載も充実している。(アンケート結果の提示は略)
 - ⇒生活習慣病管理料を普及するべきである。
- 約9割の医療機関が算定していない理由は点数が高すぎるためである。
 - ⇒点数を引き下げるべきである。
- 以前は算定を行っていたが現在は算定していない理由は療養計画書の記載内容が増えたためである。
 - ⇒療養計画書の記載を簡素化すべきである。

アンケート結果に対する演者の考察

- 生活習慣病管理料を算定されている患者の満足度は高い。療養計画書の記載も充実している。
⇒時間をかけた丁寧な診療が評価されている。これは、高い点数にささえられており、点数引き下げによりその基盤がくずれる。
- 約9割の医療機関が算定していない理由は点数が高すぎるためである。
⇒事実上の2重料金がその理由である。診療内容に自信のある医療機関のみが算定しており、その診療内容は高い点数にささえられている。

アンケート結果に対する演者の考察

- 以前は算定を行っていたが現在は算定していない理由は療養計画書の記載内容が増えたためである。

⇒ “出来高算定のほうが本管理料算定よりも点数が高いため”という選択枝があれば、これが最も多い回答となったと予想される。充実した疾病管理体制をとる医療機関においてはすでに2重料金状態は解消し、前回の引き下げを機に算定をとりやめたところが多いと思われる。

また、16年改定までの療養計画書はフリーワード入力であったのに対し、18年改定で何の説明もなく導入されたチェック式入力は当初大変な違和感があった。点数引き下げに加えて、突然の様式変更を理由に算定をとりやめた可能性も否定できない。チェック式入力に変更した理由については演者はころあたりがあるが、ここでは述べない。

アンケート調査の問題点

- 本管理料を算定している全国わずか60ヶ所の診療所のアンケート調査に基づき、国策ともいえる生活習慣病診療の方向性が決められている。
 - ⇒調査した施設数が少なすぎる。
- 今回の調査対象施設での糖尿病患者数はわずか13名であり、専門性をもって診療する医師について調査されていない。
 - ⇒1施設あたりの患者数が少なすぎる。

アンケート調査の問題点

- 多数の患者に対し本管理料を算定している医療機関の実態を調査していない。
- 本管理料を生かした積極的な取り組みについて調査を行っていない。

生活習慣病管理料の果たしてきた役割

- 本（指導）管理料は、充実した疾病管理体制をとる多くの専門クリニックを育んできた。糖尿病専門開業医の全国組織である**全国臨床糖尿病医会**の会員施設における**本管理料の算定率が50%をはるかに超える**ことからそのことが伺われる。
- 同様に各地で特色ある取り組みを支える役割を果たしてきた。

今回の改定に対する医療機関の対応に 関する演者の予想

- 今回の点数引き下げにより、1ヶ月ごとの定期通院・3ヶ月ごとの定期検査を実施する医療機関においてはすでに出来高算定より本管理料算定の点数レベルが低くなった。

⇒現在、本管理料を算定している医療機関の多くが、今回の改定を機に算定を取りやめることが予想される。生活習慣病を計画的に診療する医療機関が、あらたに算定をはじめめる可能性はほとんどない。

- 本管理料はひとつの歴史的役割を終えたと演者は考えている。

今後の生活習慣病管理料の利用のしかた

- 今後、最低レベルの診療を行った場合のみ生活習慣病管理料算定のメリットが生じる。
- 月ごとに算定・非算定の選択ができることを考えると、生活習慣病管理料は診療点数が低い月の**最低保証**として利用される可能性がある。

今回の改定に関する演者の見解

- アンケート結果の評価には論理的矛盾がある。本管理料算定に対する患者からの高い評価は、高点数が基盤となる質の高い医療に対するものである。療養計画書はそれを裏うちする役割を果たしてきた。質を下げて広く算定を促すという方針はこの議論からは演繹されない。
- 療養計画書は、生活習慣病診療の理念を明示するためのものであって、安易に変更されるべきものではない。
- 政策誘導を行うのであれば、本管理料算定と出来高算定との有利・不利の比較をもう少し厳密に行うべきであった。
- 今回の改定で、少なくとも糖尿病(院外処方)に関しては、本管理料は形骸化する可能性が高いものと考えられる。

- 本管理料が導入された時に謳われた、“時間をかけて診察を行い”“患者が納得できる”医療を行うための基盤を整備するという理念を、今改定において厚生労働省は放棄した。包括化推進のみを目的に点数の引き下げを実施したが、その点において戦略を誤っており、方向性を見失っている。結果的に生活習慣病診療の質の低下・診療理念の喪失につながる可能性が高い。

厚生労働省は生活習慣病診療のありかたについて理念と戦略を明示するべきである。

- 厚生労働省は、みずからの言葉で、生活習慣病医療費をなぜ包括化するべきであるのか説明することを求められている。
- 厚生労働省は、みずからの言葉で、生活習慣病診療がどのようにあるべきであるのかを説明することを求められている。

鼓腹撃壤(こふくげきじょう) ～まとめにかえて

- われわれ医師会役員が、医療そのものでなく、医療制度の議論をしなければならない現状は悲劇である。
- 若い優秀な医師が、医療をすてて国会議員として活動しなければならない現状は悲劇である。
- 古代中国の名帝 堯(ぎょう)の時代、国民は誰が統治者であるかも知らずに太平の世を謳歌したと伝えられている。国民の命と健康を守る専門教育を受けたわれわれが、医療制度のことなど心配せずに国民一人ひとりのために診療にうちこめる時代がくることを願ってやまない。

参考文献 生活習慣病指導管理料のめざすもの
南江堂 治療 平成14年12月号 中石滋雄執筆
(中石医院ホームページに掲載 <http://www.nakaishi.jp>)

ご静聴ありがとうございました。