

平成 17 年度
厚生労働科学研究費補助金
政策科学推進研究事業

生活習慣病の重症化予防に係わる
生活習慣病指導のあり方及び評価に
関する研究

(H17－政策－002)

総括報告書

平成 18 年 3 月

主任研究者

坂 卷 弘 之

はじめに

生活習慣病指導管理料は算定要件や点数の制約が大きいなど、効果的な生活習慣改善に寄与しているとは言い難い。本研究は、管理料の算定状況と算定における患者への指導・説明内容、外部資源の利用状況などを調査し、効果的な生活習慣指導管理のあり方を検討するとともに、外部資源の有効活用の方策を検討することを目的に実施したものである。

その結果、効果ある指導のためには専門スタッフや設備が必要であるものの、院内に十分なスタッフがない施設もあり、現行の指導管理料が必ずしも質の高い指導を支える仕組みとはなっておらず、専門職種が指導に参加できる仕組みづくりの必要が示された。

本研究を実施するにあたり、分担研究者ならびに研究協力者及びみずほ情報総研株式会社の研究員の方々に多大な協力をいただいた。これらの協力なしにはできえなかった研究である。ご協力いただいた各位に心から御礼申し上げます。

平成 18 年 3 月

主任研究者

財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会

医療経済研究機構

坂巻弘之

調査実施体制

主任研究者： 坂巻 弘之 (医療経済研究機構 研究部長)

分担研究者：

池崎 澄江 (医療経済研究機構 研究員)

北澤 健文 (医療経済研究機構 研究員)

研究協力者：

松田 晋哉 (産業医科大学 公衆衛生学 教授)

貴田岡 正史 (公立昭和病院 内分泌代謝科 部長)

齋藤 郁夫 (慶應義塾大学 保健管理センター 所長)

上野 桂子 (社団法人 全国訪問看護事業協会 常務理事)

研究協力組織：

社団法人 全国訪問看護事業協会

社団法人 東京都医師会

全国臨床糖尿病医会

調査委託：

みずほ情報総研株式会社

山崎 学

田中 陽香

目 次

第1章 調査の背景と目的	1
1.1. 調査の背景	1
1.2. 調査フレームワーク	4
第2章 医療施設における生活習慣病指導の実態	6
2.1. 一般医師調査	6
2.2. 生活習慣病の専門医調査	19
2.3. 訪問看護ステーション	41
2.4. アンケート調査の考察とまとめ	48
第3章 生活習慣病指導を実施する組織・企業の現状と今後の課題	49
3.1. 調査方法	49
3.2. 結果：日本型疾病管理組織の現状と課題	50
	57
【資料1】企業ヒアリングメモ	
【資料2】調査票	75

第1章 調査の背景と目的

1.1. 調査の背景

(1) 生活習慣病指導のあり方

糖尿病や高血圧に代表される生活習慣病は、たとえ発症しても自覚症状に乏しく、放置しておくことと合併症の罹患につながり、生活の質を著しく下げるとともに高額な医療費を発生させることから、生活習慣病対策はわが国の健康政策上の重要課題になっている。

生活習慣病の重症化を防ぐためには、薬物治療だけでなく、食生活等の生活習慣を継続的に自己管理することも必要である。しかしながら、軽症の生活習慣病患者では、自覚症状が乏しいため、継続的な自己管理は難しく、途中で挫折し、その結果、重症化してしまうケースも少なからずある。そこで、疾病の重症化を防ぐための自己管理をサポートする「疾病管理」（生活習慣指導管理を含む）への関心が近年高まっている。

一方、生活習慣の指導管理は、生活習慣病の診断のついた患者を対象に実施する場合と、生活習慣病に罹患するリスクの高い集団（被保険者・家族、住民など、以降これらを総称して「住民等」という）を対象とする場合とでは、財源や指導を行う専門職も異なる。

患者を対象に行われる指導管理は、健康保険の下でサービスが提供され、指導計画は医師主導のもとで立案されて、主に医療機関に勤務する看護師、（管理）栄養士等のコメディカル・スタッフが具体的な指導がなされる。これに対し、高リスクの住民等を対象とした指導管理は、傷病の治療には当たらないため、健康保健組合や自治体の保健事業として提供されるサービスであり、財源も各組織の保健事業運営費が充てられる。サービス提供の主体となるものは、職域では、労働安全衛生法による健康管理として実施している場合と、健康保険組合による保健事業として実施している場合とで異なるが、勤務する事業所の産業医や産業保健師であることが多い。また、政府管掌健康保険や国民健康保険の場合では保健師が中心となることが多い。

政策的には、生活習慣病の罹患を抑えることで生活習慣病に関連する医療費のコントロールが重要視されている。主たる対象とされるのは高リスク住民であり、国民健康保険では「国保ヘルスアップ事業」などで実施されている。また、職域での高リスクの住民等を対象とした指導管理は、企業によっては先進的な取組を行っているところも一部あるものの、政府管掌健康保険や国民健康保険、自治体が発行している指導管理は、概して指導の具体的手法や指導後の評価手法の標準化が不十分であり、指導方法が確立しているとは言いがたい。

これに対し、医療現場で実施する指導管理については、後述のようにいくつか問題はあるものの、生活習慣病の専門の医療機関において、専門医や専門スタッフによりさまざまな取組がなされているとともに、中には科学的にデザインされた研究として医学的な評価がなされた研究報告も存在する。したがって、生活習慣病指導のあり方を検討するに当たっては、まず医療における実態を調査することが重要と考えられる。

(2) 生活習慣病に関する診療報酬とその課題

一方、生活習慣病指導管理を効果的、効率的に実施するためには、指導に関するコストをどのように補填するかについても留意する必要がある。上述の通り、健康保険組合等が保健事業で実施する場合には、健保組合の事業費から補填されることになるが、生活習慣病の診断名が付いて治療の一環として指導がなされる場合は、診療報酬による指導がコストを補填する財源となる。

診療報酬は、単にかかったコストを評価するだけではなく、政策誘導の手段としても機能するものであり、わが国において疾病管理により生活習慣病の重症化予防を促進していくためには、その技術を診療報酬の中で適切に評価していくことが不可欠である。

現在、わが国における診療報酬において、生活習慣病の治療・重症化予防に活用できると考えられる報酬としては「生活習慣病指導管理料」があるが、これは医療機関において必ずしも積極的に活用されているとは言えない状況である。

算定要件である、1) 月に1回以上の総合的な指導及び治療管理、2) 3ヵ月に1度の「生活習慣の総合的な指導及び治療管理に係る計画書」の作成—については、患者の病態の重症化予防に寄与しているかどうかについて、実証的な検証がなされていないという状況である。

生活習慣病の治療においては薬物治療のみでなく、生活習慣の改善も重要である。そこで生活習慣病指導については、上述の生活習慣病指導管理料だけでなく、特定疾患療養指導料、外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料などの診療報酬点数も設定されている。

- ・ 特定疾患療養指導料：地域かかりつけ医が計画的に療養上の指導を行うことを評価するもの。診療所 225 点、100 床未満の病院 147 点、200 床未満の病院 87 点
- ・ 外来栄養食事指導料：医師の指示に基づき管理栄養士が栄養指導するもの。月 1 回 130 点、初回月のみ 2 回
- ・ 集団栄養食事指導料：医師の指示に基づき管理栄養士が栄養指導するもの。月 1 回 80 点

歴史的には、高血圧症に対して運動療法指導管理料が平成 8 年 4 月に新設され、その後、平成 12 年 4 月糖尿病、高脂血症に適応拡大、平成 14 年 4 月に生活習慣病指導管理料へ改組されたという経緯であるが、当初、運動療法指導管理料の算定には「運動療法について相当の経験を有する医師が運動療法にかかる指導せんを交付し、総合的な治療管理を行った場合」という条件があったために、活用はほとんどされていなかったというのが実状であった。

生活習慣病指導管理料は、平成 14 年度診療報酬改定により、従来の運動療法指導管理料について、名称が変更されるとともに、算定要件の変更など大幅な見直しが行われたものである。しかし、当該見直しにより「指導管理等」「検査」「投薬」及び「注射」の費用はすべて所定点数に含まれることとなり、点数が引き上げられたため、検査等がなくても患者負担が高くなるという問題が生じている。また、3ヵ月に1回「生活習慣の総合的な指導及び治療に関する計画書」を作成しなければならない等の条件が課されていたり、医療機関に対してのみの報酬となっているため、医師が多忙の中で算定するのはなかなか困難という実態がある。

このような中、三次予防は、医療機関を中心としながらも、看護師等が十分な時間をかけて生活管理を行うことが必要となっており、医療機関外の機関の生活習慣病指導・管理事業の可能性、評価することも必要となっていると考えられる。

表1 生活習慣管理指導に活用できる診療報酬の算定件数

	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15
運動療法指導管理料	50,341	38,370	83,921	77,167	115,699	146,174		
病 院	9,756	6,368	4,427	4,867	10,059	14,670		
診 療 所	40,585	32,002	79,494	72,300	105,640	131,504		
生活習慣病指導管理料							343,447	364,571
病 院							58,971	48,922
診 療 所							284,476	315,649
[参考] 特定疾患療養指導料	11,027,840	11,197,505	11,021,806	13,176,835	13,067,855	13,769,731	12,224,018	12,884,829
病 院	1,947,595	2,067,521	1,964,706	2,132,917	2,209,547	2,186,511	2,038,908	1,959,001
診 療 所	9,080,245	9,129,984	9,057,100	11,043,918	10,858,308	11,583,220	10,185,110	10,925,828

出所：「平成8-15年 社会医療診療行為別調査」（厚生労働省）

特定疾患療養指導料は、高血圧症、高脂血症、糖尿病のような生活習慣病の疾患に限定されたものではないため、生活習慣病指導管理料よりも大きい。

表2 生活習慣病指導管理料の内容・経緯

平成8年4月	運動療法指導管理料（高血圧症に適応）新設	
平成12年4月	糖尿病、高脂血症に適応拡大	
平成14年4月	生活習慣病指導管理料へ改組	
生活習慣病指導管理料		
	【平成16年4月現在】	【参考】 【平成18年4月改定案】
1 院外処方せんを交付する場合		
イ 高脂血症を主病とする場合	1,050点	900点
ロ 高血圧症を主病とする場合	1,100点	950点
ハ 糖尿病を主病とする場合	1,200点	1,050点
2 上記1以外の場合		
イ 高脂血症を主病とする場合	1,550点	1,460点
ロ 高血圧症を主病とする場合	1,400点	1,310点
ハ 糖尿病を主病とする場合	1,650点	1,560点
※1. 許可病床数200床未満の病院及び診療所にて算定可能。		
※2. 指導管理等、検査、投薬及び注射の全費用が含まれる。		
※3. 1ヵ月に1回以上の総合的な指導及び治療管理を実施。		
※4. 生活習慣に関する総合的指導・治療管理計画書を作成、3ヵ月に1回以上は交付する。		
※5. 平成18年4月改定においては、達成すべき目標や具体的な改善項目が明確になるよう、療養計画書の様式を変更することになっている。		

平成18年4月改定案では、「生活習慣病管理料」に変更の予定である。

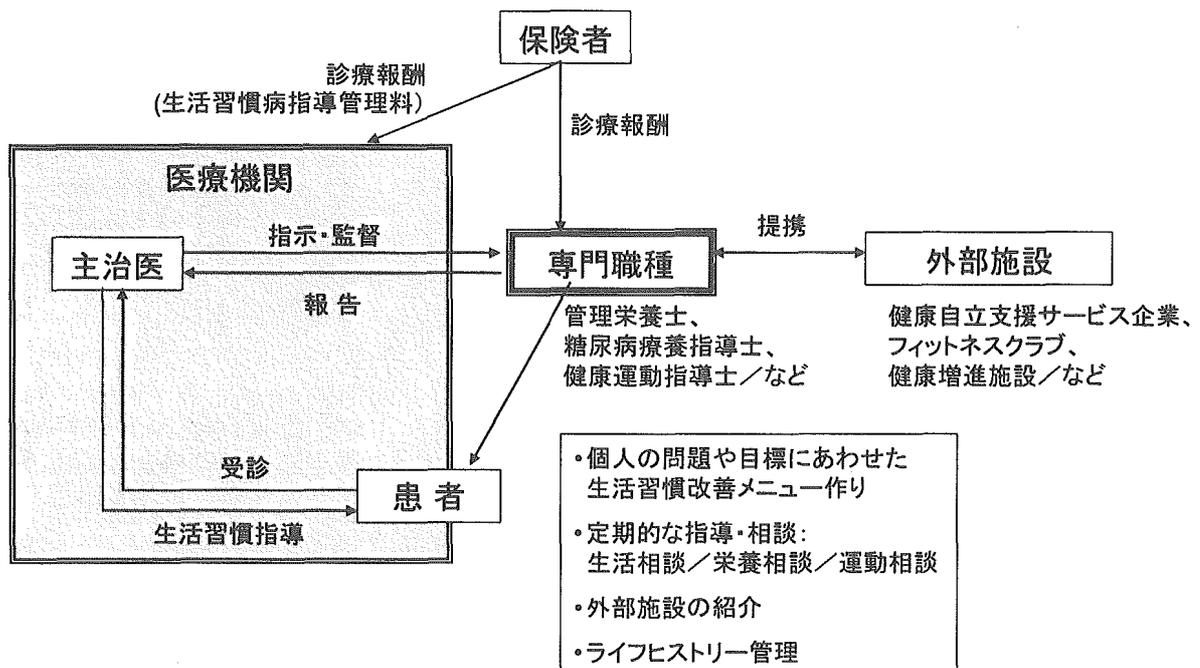
1.2. 調査フレームワーク

以上に述べたように、わが国では、患者を対象とした生活習慣病の自己管理サポートのために、診療報酬上、生活習慣病指導管理料があるが、この算定要件や点数の制約が大きいなど、効果的な重症化予防に寄与しているとは言い難い。本研究では、管理料の算定状況と算定における患者への指導・説明内容、外部資源の利用状況などを調査し、効果的な生活習慣指導管理（以下「指導」という）のあり方を検討するとともに、外部資源の有効活用の方策を検討することを目的とした。

研究に当たっては、以下の問題意識のもと調査フレームワークを設定した。

- ・ 生活習慣病の多くは一般診療所で診療を受けており、一般診療所の医師を中核とした指導を実践できる枠組みが必要。
- ・ 指導を効率的に行うためには患者の日常生活に密着した地域でのサービス提供が必要であり、その観点からも一般診療所が主体となるべき。
- ・ 指導を受ける患者から受けているサービスの内容がみえることが重要。そのためには、医師の監督のもとで、専門職種の指導や施設の利用をより容易にする報酬のあり方を考える余地がありうるのではないか。
- ・ 専門職種が働きやすい条件（医療機関との提携・連携）を整え、これらの連携についての診療報酬のあり方を考えるべきではないか。

これらの問題意識をもとに研究フレームワークは、現行の医療機関における主治医・患者関係をもとに、生活習慣指導の指示は主治医が行い、必要に応じ、外部の専門職種の関与を検討するモデルとなっている。



生活習慣病指導管理料は、200床未満の病院または診療所が算定できるが、それらの医療機関の中でも、生活習慣病の受診患者数が多く、必要な資源を保有している医療機関と、プライマリケアの機能を担っている医療機関に分けることができる。

本研究においては、前者に勤務しており、生活習慣病の診療を中心に行っている医師を「専門医」、後者の医師を「一般医」とよんでいる（注：一般の専門医、一般医の定義と異なっている）。

専門医では、栄養士をはじめ専門スタッフを保有していることが多く、外部資源の利用は、運動施設の利用などに限られると思われるが、一般医ではスタッフも設備も不十分と思われるため、質の高い生活習慣病指導管理のためには外部資源の利用が検討されるべき部分もあると考えられる。

一方、専門医が当該疾病に対する専門知識をもとに行っている生活習慣病指導管理について、現状を把握することは、外部資源の利用が普及した場合、それらの外部施設での指導管理の標準化の参考になるとともに、専門施設での指導管理に関するコストを把握することで、将来的に診療報酬算定の基礎資料を提示することにつながる。

それでは、医療機関以外において、どのような外部組織が将来生活習慣病指導管理を担いうるのだろうか。すでに、健康保険組合や自治体を対象顧客として一次・二次予防を目的とした「疾病管理企業」が誕生している。しかし、現行の診療報酬体系では、病院・診療所以外の施設でなんらかの診療報酬の算定ができる施設は、調剤薬局、訪問看護ステーション、助産所等限定されており、前述の企業において診療報酬を算定できる仕組みの実現には課題が多いものと考えられる。そこで、現状で診療報酬を算定している上記施設のうち、生活習慣病指導管理に中心的に関ることと思われる看護師が勤務する訪問看護ステーションが将来的に生活習慣病指導管理を担当しうるものではないかと考えられる。

訪問看護ステーション等の外部施設では、専門スタッフ（管理栄養士、糖尿病療養指導士、健康運動指導士等）による個人の問題や目標にあわせた生活習慣改善メニュー作り、定期的な指導・相談、外部施設の紹介などとともに、ライフヒストリー管理が行われる。

これらのフレームワークをもとに、①一般医アンケート調査、②専門医（高血圧、糖尿病）アンケート調査、③訪問看護ステーションアンケート調査を実施し、④疾病管理企業・組織ヒアリング調査を行った。

一般医アンケート調査では、プライマリケア医での生活習慣病の診療ならびに生活習慣病指導管理の現状を明らかにし、外部専門職種の参加の必要性について検討することにした。次に、専門医調査では、対象として高血圧、糖尿病を専門に診療していると思われる医師を対象に、生活習慣病指導に関するスタッフ、時間、資材を中心に調査し、標準化の可能性とコストに関する情報を収集した。訪問看護ステーション調査では、そこでの現在の生活習慣病指導の現状と将来の方向性について調査し、さらに先進事例として疾病管理企業・組織ヒアリング調査では、新たな生活習慣病指導管理の工夫として何が行われていて、保険医療制度に組み込む際の問題点課題を明らかにすることを目的として調査を実施した。

第2章 医療施設における生活習慣病指導の実態

2.1. 一般医師調査

2.1.1. 方法

社団法人 東京都医師会の協力を受け、東京都内の二次保健医療圏〔北多摩北部圏域〕に属する一般診療所（内科／循環器科を標榜している全ての医師）および「病院要覧」による該当地域200床未満の病院合計218施設に対する往復郵送法によるアンケート調査を平成17年12月1日発送12月19日回収で実施した。

【調査内容】

- ・ 医療機関属性：診療所・病院の別、開設主体、併設施設、生活習慣指導に関するスペース・人員の有無
- ・ 生活習慣病指導管理料算定：算定状況、非算定の理由、算定上の問題点、今後の意向
- ・ 生活習慣病指導管理の状況：高脂血症、高血圧、糖尿病のそれぞれに対する指導内容、外部組織・機関の利用 / 等

2.1.2. 結果

(1) 回答率ならびに医療機関に関する基本情報

発送 218 件に対して回答は 77 件（回収率 35.3%）であった。

回答のあった医師が所属する医療機関についての基本情報をみると、施設種類では、無床診療所が 63 施設（81.8%）と最も多かった。

問 1 施設種類

	N	%
01 無床診療所	63	81.8%
02 有床診療所	4	5.2%
03 病院	4	5.2%
無回答	6	7.8%
計	77	100.0%

施設の開設主体では、個人が 52 施設（67.5%）と最も多く、次いで医療法人 22 施設（28.6%）であった。なお、承認施設について、①日本糖尿病学会認定教育施設、②日本循環器学会認定研修施設／研修関連施設、③日本肥満学会認定肥満症専門病院であるかどうかを問うた（問 3）が、該当する施設との回答はなかった。

問 2 開設主体

	N	%
01 個人	52	67.5%
02 医療法人	22	28.6%
03 その他	2	2.6%
無回答	1	1.3%
計	77	100.0%

併設する施設については、訪問看護ステーションの 3 施設、居宅介護支援事業所の 2 施設以外、併設施設はなかった。

問 4 併設施設（複数回答有）

	N	%
01 訪問看護ステーション	3	3.9%
02 介護老人保健施設	0	0.0%
03 介護老人福祉施設	0	0.0%
04 デイケア／デイサービス	0	0.0%
05 居宅介護支援事業所	2	2.6%
06 検診センター	0	0.0%
07 健康増進施設（運動施設）	0	0.0%
08 特になし	70	90.9%
無回答	2	2.6%
計	77	100.0%

生活習慣病指導のための栄養指導・運動指導を実施することが可能なスペースがあるとするものは、栄養指導が 28 施設 (36.4%) であり、運動指導は 14 施設(18.2%)であった。

問 5・問 6 栄養指導・運動指導を実施することが可能なスペースの有無

	01 有り	02 無し	無回答	計
栄養指導を行うスペース	28	47	2	77
	36.4%	61.0%	2.6%	100.0%
運動指導を行うスペース	14	62	1	77
	18.2%	80.5%	1.3%	100.0%

学会認定の専門医ならびに生活習慣病指導に関する専門資格保有者の有無については、日本医師会認定健康スポーツ医、管理栄養士を配置している施設がそれぞれ 12 施設 (15.6%)と多く、これらの施設における配置人数の平均は、それぞれ 1.2 名、1.3 名であり、多い施設では 2 名配置していた。

問 7 資格保有者の配置状況

	いる	割合 (%)	平均	最大値	最小値
1 日本糖尿病学会認定専門医	4	5.2%	1.3	2	1
2 日本糖尿病学会認定研修指導医	1	1.3%	2.0	2	2
3 日本循環器学会認定専門医	8	10.4%	1.4	2	1
4 日本医師会認定健康スポーツ医	12	15.6%	1.2	2	1
5 認定看護師 [糖尿病看護]	1	1.3%	2.0	2	2
6 管理栄養士	12	15.6%	1.3	2	1
7 糖尿病療養指導士	4	5.2%	1.3	2	1
8 生活習慣病予防士	1	1.3%	2.0	2	2
9 生活習慣病予防指導士	1	1.3%	2.0	2	2
10 実践健康教育士	1	1.3%	2.0	2	2
11 健康運動指導士	1	1.3%	2.0	2	2
12 健康運動実践指導者	1	1.3%	2.0	2	2

割合は、有効回答 77 施設に対する割合。

平均・最大・最小は「いる」とする施設における値。

(2) 生活習慣病指導管理料算定の状況

生活習慣病の平均的な 1 ヶ月あたりの外来延患者数は、高脂血症が平均 94.6 人/月、高血圧が 136.5 人/月、糖尿病が 57.1 人/月であり、最も多い施設では高脂血症、高血圧が 900 人/月、糖尿病が 420 人/月であった。

問 8 1 ヶ月あたりの平均的な外来延患者数

	N	平均	SD	最大値	最小値
01 高脂血症を主病とする患者	70	94.6	141.2	900	0
02 高血圧症を主病とする患者	70	136.5	158.6	900	0
03 糖尿病を主病とする患者	69	57.1	96.3	420	0
計	70	96.3	138.9	900	0

SD: 標準偏差 (以下同じ)

主病が重複している場合にはそれぞれの項目に計上

生活習慣病指導料算定の有無については、算定している患者がいるとする施設は 22 施設 (28.6%) であり、算定している患者はいないとする施設が 54 施設 (70.1%) であった。

問 9 生活習慣病指導管理料を算定している患者の有無

	N	%
01 算定している患者はいない	54	70.1%
02 算定している患者がいる	22	28.6%
無回答	1	1.3%
計	77	100.0%

算定している患者がいらない場合は問 10 から 13 に回答、いる場合は問 14 から 19 に回答。

問 9 において「生活習慣病指導管理料を算定していない」と回答した施設において、これまでに生活習慣病の指導管理が必要で指導を行ったにも拘わらず、生活習慣病指導管理料を算定しなかった患者がいたかについて問うたところ、「いた」とするものは 30 件 (55.6%) であった。

問 10 生活習慣病の指導管理が必要で指導を行ったにも拘わらず、生活習慣病指導管理料を算定しなかった患者 (問 9 で「01」を選択したもの)

	N	%
01 いた	30	55.6%
02 いない	22	40.7%
無回答	2	3.7%
計	54	100.0%

問10において「生活習慣病の指導管理が必要で指導を行ったにも拘わらず、生活習慣病指導管理料を算定しなかった患者がいた」とする施設で、それらの患者に対する診療報酬の算定について問うたところ、全ての患者について「特定疾患療養指導料」を算定したとするものが14件(46.7%)で最も多かった。

問11 生活習慣病の指導管理が必要で指導を行ったにも拘わらず、生活習慣病指導管理料を算定しなかった患者に対する診療報酬算定方法

	N	%
01 全ての患者について「特定疾患療養指導料」を算定した	14	46.7%
02 「特定疾患療養指導料」を算定した患者もいた	6	20.0%
03 全ての患者について「特定疾患療養指導料」を算定しなかった	10	33.3%
計	30	100.0%

問9において「生活習慣病指導管理料を算定していない」と回答した施設における算定しない理由は、「点数の設定が高く、患者の負担増につながる」が18件(60.0%)と最も多かった。

問12 生活習慣病指導管理料を算定しない理由

	N	%
01 点数の設定が高く、患者の負担増につながるから	18	60.0%
02 3ヵ月ごとに療養計画書を作成することが手間だから	3	10.0%
03 算定について患者に説明するのが面倒だから	3	10.0%
04 自施設単独での対応が難しかったから	3	10.0%
05 その他	1	3.3%
無回答	2	6.7%
計	30	100.0%

今後の生活習慣病指導管理料算定の意向については、「今後も算定するつもりはない」との回答が24件(80.0%)と大半を占めていた。

問13 今後の生活習慣病指導管理料の算定意向

	N	%
01 今後も算定するつもりはない	24	80.0%
02 状況に応じて算定するつもりである	4	13.3%
03 今後は算定可能な患者に対しては極力算定するつもりである	0	0.0%
04 その他	1	3.3%
無回答	1	3.3%
計	30	100.0%

問9において、生活習慣病指導管理料を算定している患者がいるとする22施設における生活習慣病指導管理料の算定状況は、高脂血症17件（有効回答77件に対する割合22.1%、以下同じ）、高血圧症16件（20.8%）、糖尿病14件（18.2%）、1施設あたりの平均患者数はそれぞれ19.8人、40.8人、14.2人と高血圧症が最も多かった。また、処方せん交付とそれ以外についてわけると、処方せん交付の生活習慣病指導管理料算定の割合がやや高く、1施設あたりの平均患者数もやや高い傾向であった。

生活習慣病指導管理料を算定している施設における外来延患者数に対する指導管理料算定患者の割合をみると、高脂血症29.8%、高血圧症31.2%、糖尿病46.8%と、糖尿病での算定割合が高かった。

問14 生活習慣病指導管理料算定患者数

	N	割合(%)	1施設あたりの患者数			
			平均	SD	最大値	最小値
イ 高脂血症を主病とする患者	17	22.1%	19.8	32.8	108	1
ロ 高血圧症を主病とする患者	16	20.8%	40.8	80.3	300	1
ハ 糖尿病を主病とする患者	14	18.2%	14.2	25.3	100	1

問14 生活習慣病指導管理料算定患者数（請求区分別）

	N	割合(%)	1施設あたりの患者数			
			平均	SD	最大値	最小値
1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合						
イ 高脂血症を主病とする場合 [1,050点]	12	15.6%	13.9	26.8	100	0
ロ 高血圧症を主病とする場合 [1,100点]	11	14.3%	36.0	84.3	300	0
ハ 糖尿病を主病とする場合 [1,200点]	12	15.6%	12.9	26.9	100	0
2 1以外の場合						
イ 高脂血症を主病とする場合 [1,550点]	10	13.0%	17.0	31.8	108	0
ロ 高血圧症を主病とする場合 [1,400点]	10	13.0%	25.6	49.2	165	0
ハ 糖尿病を主病とする場合 [1,650点]	9	11.7%	4.9	5.3	14	0

割合は有効回答77件に対する割合。

平均、SD、最大値、最小値は、算定を行っている件数における値。

問14 生活習慣病患者外来患者に占める指導料算定患者の割合

	件数	平均	SD	最大値	最小値
イ 高脂血症を主病とする患者	17	29.8%	35.4%	100%	1%
ロ 高血圧症を主病とする患者	16	31.2%	37.4%	100%	1%
ハ 糖尿病を主病とする患者	14	46.8%	43.1%	100%	3%

患者への生活習慣指導管理料算定についての説明については、14 施設（63.6%）では説明しているが、8 施設（36.4%）では説明していなかった。

問 1 5 患者に対する生活習慣指導管理料算定についての説明

	N	%
01 している	14	63.6%
02 していない	8	36.4%
計	22	100.0%

これまで、生活習慣指導管理料算定に対して納得しなかった患者がいたかどうかについては、5 施設(22.7%)で「いた」と回答したが、16 施設(72.7%)ではいなかった。

問 1 6 生活習慣指導管理料算定に対して納得しなかった患者の有無

	N	%
01 いた	5	22.7%
02 いない	16	72.7%
無回答	1	4.5%
計	22	100.0%

生活習慣指導管理料算定により、窓口負担が増えることについて患者に納得してもらうために工夫していることについては、9 施設（40.9%）が「パンフレット等の文書類を充実させた」としており、特に何もしていないとする施設は7施設（31.8%）であった。

問 1 7 患者に納得してもらうために工夫していること（複数回答有）

	N	%
01 通院回数を原則として月 1 回に減らし、1 回の診療時間を長くした	8	36.4%
02 指導内容や付加サービス（栄養教室、運動教室等の開催）を充実させた	6	27.3%
03 パンフレット等の文書類を充実させた	9	40.9%
04 特に何もしていない	7	31.8%
05 その他	2	9.1%
計	32	145.5%

療養計画書作成の必要性については、必要ない、必要あるそれぞれが 11 件 (50.0%) であった。また、今年になってから生活習慣病指導管理料を算定した患者のうち、現在も継続的に受診している患者の割合は、平均 83.6%であり、最も継続割合の低い施設では約 40%であった (問 19)。

問 18 療養計画書の作成の必要性

項目	N	%
01 必要ない	11	50.0%
02 必要	11	50.0%
計	22	100.0%

問 19 患者の継続割合

	N	平均	SD	最大値	最小値
今年になってから生活習慣病指導管理料を算定した患者のうち、現在も継続的に受診しているおよその割合	14	83.6	20.8	100	40

(3) 生活習慣病指導管理の実施状況

生活習慣指導管理料算定いかんに関らず、各施設あるいは併設施設での生活習慣病指導管理の状況について調査を行った。実施しているものの割合は、高脂血症、高血圧症、糖尿病のいずれも、「病気に対する知識」、「生活指導」、「栄養指導」、「運動指導」の順に高く、「歩数計・自己血糖測定器・血圧計等の貸与」は低かった。また、疾病別で見ると、糖尿病で指導を行っている割合がやや低かった。

問20-(1) 高脂血症に対する指導管理の状況

	01 自院にて実施	02 併設施設で実施	03 未実施	不明・無回答	計
1 栄養指導（食事指導）	54	1	18	4	77
	70.1%	1.3%	23.4%	5.2%	
2 運動指導	42	0	30	5	77
	54.5%	0.0%	39.0%	6.5%	
3 生活指導	64	0	11	2	77
	83.1%	0.0%	14.3%	2.6%	
4 病気に関する知識	65	0	7	5	77
	84.4%	0.0%	9.1%	6.5%	
5 歩数計・自己血糖測定器・血圧計等の貸与	23	0	47	7	77
	29.9%	0.0%	61.0%	9.1%	

問20-(2) 高血圧症に対する指導管理の状況

	01 自院にて実施	02 併設施設で実施	03 未実施	不明・無回答	計
1 栄養指導（食事指導）	57	1	17	2	77
	74.0%	1.3%	22.1%	2.6%	
2 運動指導	43	0	30	4	77
	55.8%	0.0%	39.0%	5.2%	
3 生活指導	61	0	14	2	77
	79.2%	0.0%	18.2%	2.6%	
4 病気に関する知識	66	0	7	4	77
	85.7%	0.0%	9.1%	5.2%	
5 歩数計・自己血糖測定器・血圧計等の貸与	21	0	47	9	77
	27.3%	0.0%	61.0%	11.7%	

問20-(3) 糖尿病に対する指導管理の状況

	01 自院にて実施	02 併設施設で実施	03 未実施	不明・無回答	計
1 栄養指導（食事指導）	50	1	21	5	77
	64.9%	1.3%	27.3%	6.5%	
2 運動指導	37	0	32	8	77
	48.1%	0.0%	41.6%	10.4%	
3 生活指導	56	0	15	6	77
	72.7%	0.0%	19.5%	7.8%	
4 病気に関する知識	62	0	8	7	77
	80.5%	0.0%	10.4%	9.1%	
5 歩数計・自己血糖測定器・血圧計等の貸与	29	0	38	10	77
	37.7%	0.0%	49.4%	13.0%	

指導管理を行っていない理由については、栄養指導では、「院内に指導を行えるスタッフがいないため」がいずれの疾患でも最も多く、運動指導では、「院内に指導を行えるスタッフがいないため」と「指導を実施するスペースがないため」とする理由がそれぞれ多かった。

	院内に指導を行えるスタッフがいないため	院内に指導を実施するスペースがないため	患者が多いため、指導を行うのに十分な時間が取れないため	外部機関と連携して、院内では行っていないため	投薬治療で充分であるため	その他	無回答	計
(1) 高脂血症								
1 栄養指導（食事指導）	7 38.9%	1 5.6%	2 11.1%	2 11.1%	1 5.6%	4 22.2%	1 5.6%	18
2 運動指導	12 40.0%	9 30.0%	2 6.7%	1 3.3%	1 3.3%	3 10.0%	2 6.7%	30
3 生活指導	2 18.2%	0 0.0%	2 18.2%	1 9.1%	1 9.1%	4 36.4%	1 9.1%	11
4 病気に関する知識	1 14.3%	0 0.0%	1 14.3%	1 14.3%	0 0.0%	3 42.9%	1 14.3%	7
5 歩数計・自己血糖測定器・ 血圧計等の貸与	2 4.3%	1 2.1%	2 4.3%	2 4.3%	10 21.3%	29 61.7%	1 2.1%	2 4.3%
(2) 高血圧症								
1 栄養指導（食事指導）	6 35.3%	1 5.9%	3 17.6%	1 5.9%	1 5.9%	4 23.5%	1 5.9%	17
2 運動指導	13 43.3%	7 23.3%	4 13.3%	1 3.3%	1 3.3%	3 10.0%	1 3.3%	30
3 生活指導	4 28.6%	0 0.0%	3 21.4%	1 7.1%	1 7.1%	4 28.6%	1 7.1%	14
4 病気に関する知識	1 14.3%	0 0.0%	2 28.6%	1 14.3%	0 0.0%	2 28.6%	1 14.3%	7
5 歩数計・自己血糖測定器・ 血圧計等の貸与	1 2.1%	2 4.3%	1 2.1%	3 6.4%	6 12.8%	33 70.2%	1 2.1%	47
(3) 糖尿病								
1 栄養指導（食事指導）	9 42.9%	1 4.8%	2 9.5%	4 19.0%	0 0.0%	3 14.3%	2 9.5%	21
2 運動指導	14 43.8%	8 25.0%	2 6.3%	3 9.4%	0 0.0%	3 9.4%	2 6.3%	32
3 生活指導	4 26.7%	0 0.0%	2 13.3%	3 20.0%	0 0.0%	4 26.7%	2 13.3%	15
4 病気に関する知識	1 12.5%	0 0.0%	1 12.5%	2 25.0%	0 0.0%	2 25.0%	2 25.0%	8
5 歩数計・自己血糖測定器・ 血圧計等の貸与	4 10.5%	1 2.6%	1 2.6%	4 10.5%	3 7.9%	23 60.5%	2 5.3%	38

生活習慣病指導管理に関っているコメディカルスタッフの有無については、栄養指導では 46 施設(59.7%)、運動指導では 60 施設 (77.9%)、生活指導では 46 施設 (59.7%)、病気に関する知識では 50 施設 (64.9%) が関与していないとの回答であった。

関与している施設では、栄養指導には管理栄養士 13 件 (50.0%) ならびに看護師 12 件 (46.2%) のほか、運動指導、生活指導、病気に関する知識のいずれでも看護師の関与の割合が高かった。

問 2 1 生活習慣指導管理に関っているコメディカルスタッフの有無

	01 非関与	02 関与	不明回答	無回答	計
1 栄養指導 (食事指導)	46 59.7%	24 31.2%	0 0.0%	7 9.1%	77
2 運動指導	60 77.9%	7 9.1%	0 0.0%	10 13.0%	77
3 生活指導	46 59.7%	22 28.6%	0 0.0%	9 11.7%	77
4 病気に関する知識	50 64.9%	17 22.1%	0 0.0%	10 13.0%	77

問 2 1 生活習慣指導管理に関っているコメディカルスタッフ (複数回答)

	01 看護師	02 運動療法士	03 管理栄養士	04 健康運動指導士	05 糖尿病療養管理士	06 作業療法士	無回答	計
1 栄養指導 (食事指導)	12 46.2%	0 0.0%	13 50.0%	0 0.0%	1 3.8%	0 0.0%	0 0.0%	26
2 運動指導	4 40.0%	2 20.0%	3 30.0%	0 0.0%	1 10.0%	0 0.0%	0 0.0%	10
3 生活指導	19 76.0%	0 0.0%	5 20.0%	0 0.0%	1 4.0%	0 0.0%	0 0.0%	25
4 病気に関する知識	15 78.9%	0 0.0%	3 15.8%	0 0.0%	1 5.3%	0 0.0%	0 0.0%	19