

患者様へのご案内

高血圧症、糖尿病、脂質異常症 で通院されている方へ

2024年6月より厚生労働省が取り決めた診療報酬改定がございます。
 今回新たに**高血圧症、糖尿病、脂質異常症**などの生活習慣病を主病気とする方々の治療に対して生活習慣病管理料が設けられました。
 これにより、これまで「特定疾患療養管理料」として料金をいただいておりますが6月より「**生活習慣病管理料**」としてご料金をいただくこととなります。
 こちらは厚生労働省の取り決めであるため全ての医療機関で同様の対応が行われることとなります。

これまでと何が変わる？

①医療費は変わるの？

これまでの特定疾患療養管理料から「**生活習慣病管理料**」に移行する上で患者様がお支払いする医療費に多少の増加がございます。
 窓口自己負担（ひと月）1割の方：130円、2割の方：260円、3割の方：380円

②治療方法が変わるの？

治療方法も大きく変わりはありませんが、「**療養計画書**」を活用した治療方法になります。療養計画書は6月以降の1回目の来院時に患者様に署名をいただき、患者様にお渡しいたします。

2回目以降の定期受診時には療養計画書（継続用）をお渡しいたします。

③滞在時間は変わるの？

6月以降の最初のご来院時に患者様に署名をいただきますが、多くのお時間をいただくことはございません。



療養計画書について

以下の画像のような療養計画書を活用していきます。
 初回到赤枠の患者署名欄に署名をいただきます。

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用		(記入日: 年 月 日)	
患者氏名: (男・女)		主病:	
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日生(才)		<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症	
ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること			
【目標】	<input type="checkbox"/> 体重:() kg <input type="checkbox"/> BMI:() <input type="checkbox"/> 収縮期/拡張期血圧(/ mmHg)		
	<input type="checkbox"/> HbA1c:(%)		
【①達成目標】:患者と相談した目標	()		
	()		
【②行動目標】:患者と相談した目標	()		
	()		
【重点を置く領域と指導項目】	□食事	<input type="checkbox"/> 食事摂取量を適正にする <input type="checkbox"/> 食塩・調味料を控える <input type="checkbox"/> 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす <input type="checkbox"/> 外食の際の注意事項() <input type="checkbox"/> 油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす <input type="checkbox"/> その他()	
		<input type="checkbox"/> 節酒:[減らす(種類・量:)を週(回)] <input type="checkbox"/> 間食:[減らす(種類・量:)を週(回)] <input type="checkbox"/> 食べ方:(ゆっくり食べる・その他()) <input type="checkbox"/> 食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	
	□運動	<input type="checkbox"/> 運動処方:種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週(日)) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍(拍/分 or)) <input type="checkbox"/> 日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・) <input type="checkbox"/> 運動時の注意事項など()	
		<input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> 禁煙・節煙の有効性 <input type="checkbox"/> 禁煙の実施方法等	
□その他	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 余暇 <input type="checkbox"/> 睡眠の確保(質・量) <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) <input type="checkbox"/> その他()		
【検査】	<input type="checkbox"/> 血液検査項目(採血日 月 日) <input type="checkbox"/> 総コレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> 血糖(□空腹時 □随時 □食後()時間) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 (mg/dl) <input type="checkbox"/> HbA1c: (%) <input type="checkbox"/> HDLコレステロール (mg/dl) <input type="checkbox"/> LDLコレステロール (mg/dl)		
	※血液検査結果を手交している場合は記載不要 <input type="checkbox"/> その他 ()		
【その他】			
<input type="checkbox"/> 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) <input type="checkbox"/> その他 ()			
※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入 患者署名 _____ 医師氏名 _____			