# 診療、保険のQ＆A　会員アンケート報告
## ー 令和6年診療報酬改定後の医業収益および インクレチン関連薬の自由診療について ー

所 属 ： 土井内科クリニック
氏 名 ： 土井　賢　先生

第81回全国臨床糖尿病医会学術集会　日時:2026年4月11日（土） 会場:第一ホテル両国5F　北斎

**令和6年度診療報酬改定の影響および肥満症治療薬の現状**

本稿では、全国臨床糖尿病医会会員を対象として実施したアンケート結果をもとに、令和6年度診療報酬改定後の医業収益への影響、ならびに肥満症に対するインクレチン関連薬の自由診療の実態と課題について報告する。

**1. 令和6年度診療報酬改定後の医業収益への影響**

令和6年度診療報酬改定後の医業収益について、全国45施設の先生方から回答をいただいた(図1)。改定後の影響を尋ねたところ、53.5%の医療機関が「医業収益が減少している」と回答した(図2)。現場では厳しい経営状況が広がっていることが明らかとなった 。診療報酬単価の低下、とくに生活習慣病管理料が月1回しか算定できないことに伴う減少に加えて、さらに患者数の減少が重なり、収益構造の悪化が進んでいると考えられる。

現在の経営状況については、42%の会員医療機関が「非常に厳しい」または「やや厳しい」と回答した(図3)。また、今後1年から3年の見通しについては、63%の医療機関が不安を感じているとの結果であった。物価高騰や人件費上昇が続くなかで、現場では「何とか診療を継続しているが、余裕はない」という声が多く、持続可能性への懸念が強い状況にある。

経営改善に必要な支援としては、直接的な診療報酬の引き上げを求める声が最も多かった(図4)。一方、国が推進するDX導入支援を挙げた回答は15%にとどまり、政策的に重視されている支援策と、医療現場が直面している切実なニーズとの間には一定の乖離があることがうかがわれた。

今回の診療報酬改定は、全体としては3.09%の引き上げとなり、約30年ぶりのプラス改定と位置づけられている。しかし、その内訳をみると、内科系診療所にとってはなお厳しい内容であった。賃上げや物価高騰への対応を目的とする項目が設けられた一方で、施設基準上の制約は強く、届出や報告を含む実務負担も少なくない。そのため、名目上は増額改定であっても、現場の経営実感とは必ずしも一致していない。

今回のアンケート結果は、単なる一時的な収益変動ではなく、内科系診療所の持続可能性に関わる構造的な問題を示していると考えられる。今後も、会員の先生方の現場の声を継続的に把握し、必要な政策提言につなげていくことが重要である。

**2. 肥満症に対するインクレチン関連薬の自由診療**

次に、肥満症に対するインクレチン関連薬の自由診療について、会員の先生方の現状認識と意見を伺った

会員医療機関のうち、肥満症適正使用推進ガイドラインに適合した体制を有する施設は8施設にとどまり、82%のクリニックでは、保険診療として肥満症治療薬を使用できない状況であった（図5）。さらに、体制を有する施設の中でも、実際に治療を行っている施設は4施設に限られた。そのうち1施設は80例の治療経験を有していたが、残る3施設は少数例にとどまっていた。

一方、体制を有していない36施設のうち5施設、すなわち13.9%が、肥満症に対するインクレチン関連薬の自由診療を行っていると回答した(図6)。そのうち、ホームページ上で公表して実施している施設は1施設のみであった。残る4施設は、患者から求めがあれば実施する、あるいは自院で診療している非糖尿病の肥満症例に限定して実施しているとの回答であった。

他院での自由診療によるインクレチン関連薬の使用に伴う健康被害への対応経験について尋ねたところ、5施設が「経験あり」と回答した。具体的には、副作用の説明が不十分なまま他院で処方され、体調不良を訴えて受診した患者、当院で糖尿病診療を受けているにもかかわらず、他院で自由診療によりオゼンピックを処方された患者、治療中断に伴う体重増加を主訴に受診した患者、非専門施設で初回からGLP-1受容体作動薬の中等量を処方され、消化器症状を来した患者などが報告された。

加藤内科クリニック　加藤光敏先生より、チルゼパチドの適応外使用 では、BMIは16.9と低体重であった。勤務先からさらなる体重減少を求められる環境にあり、自費のオンライン診療でチルゼパチド2.5mgが開始された。その後、体重40kgまで減量し、5mgへ増量した翌日から悪心・嘔吐などの消化器症状が出現し、持続した。救急外来を受診した際に低血糖を認め、使用中止を勧告されたが、本人は注射を継続した。その結果、1週間後に救急搬送され、緊急入院となった。入院時の血糖値は54mg/dLと低値であり、ケトン体はいずれも著明高値であった。悪心・嘔吐による飢餓状態、あるいは正常血糖ケトアシドーシスに近い状態であったと考えられた。一方、肝機能、腎機能、

電解質はおおむね正常範囲であった。

本症例は、神経性やせ症が疑われる背景のもとで、チルゼパチドが不適切に投与され、重篤な正常血糖ケトーシスを来した事例である。オンライン診療では、患者背景、理学的所見、検査成績が十分に評価されないまま処方されていた可能性がある。インクレチン関連薬の自由診療について、何らかの規制、あるいは少なくとも実効性のあるルール整備が必要であることを示唆する症例であった。

肥満症を対象としたインクレチン関連薬の運用について尋ねたところ（図7）、58.1%の先生方が「保険診療での運用が望ましい」と回答した。患者の安全と適切な医学管理を担保するためには、保険診療の枠組みの中で、一定のルールに基づいて運用することが望ましいという考えが中心であった。

自由意見では、保険診療が望ましい理由として、第一に「肥満症は治療を要する疾患である」という認識が示された。肥満症は合併症を伴う医学的疾患であり、保険診療の対象として治療すべきである。また、肥満の改善は生活習慣病の改善に直接寄与するとの意見もあった。第二に、無制限の乱用を防ぎ、適切な医学的判断を担保するためには、一定のルールの下で運用される必要があるとの意見があった。第三に、患者の経済的負担が過大となることへの懸念も多く示された。非常に高価な薬剤であるため、公的な枠組みの中で適切に管理されるべきであるという考えである。

さらに、現在のガイドラインや厳しい施設基準を見直し、常勤の糖尿病専門医やCDEJが在籍するクリニックでは処方可能とするなど、実地診療の体制を踏まえた適応拡大を求める声も多かった。基準が過度に厳格であるため、このままでは肥満症治療が自由診療で行われるものとして固定化されるのではないか、との懸念も寄せられた。

### 3. インクレチン関連薬の自由診療をめぐる三つの局面

この問題を整理するには、インクレチン関連薬の自由診療は、①美容・ダイエット目的、②糖尿病薬の適応外使用、③ガイドラインを満たさない肥満症治療という三つの形態に整理できる。それぞれにおいて医療安全、責任範囲、制度的整合性といった課題を抱えている。

第一のダイエット目的の自由診療については、日本糖尿病学会も2023年11月の時点で、不適切であり慎むべきであるとの注意喚起を行っている。製薬企業も、少なくとも公式には適正使用の徹底を求める立場を示している。しかし、実際の市場動向をみると、売上規模とレセプトデータなどから推定される理論上の保険診療枠を比較した場合、チルゼパチド、セマグルチドともに、相当な割合が自由診療、特に適応外使用に流れている可能性があり、その広がりは看過できない状況にある。この背景には、自由診療の高い収益性がある。医療機関にとって経営上の魅力が大きいこと、さらにオンライン診療を中心とした参入しやすい収益モデルが拡大していることが、こうした実態を後押ししている可能性がある。

近年は、製薬企業の姿勢にも変化がみられる。適応内の自費診療を、保険診療を補完する選択肢として位置づける動きが報じられている。その論理的背景としては、未充足ニーズへの対応、ならびに医師と患者の意思決定の尊重が挙げられる。すなわち、日本では適正使用推進ガイドラインなどの要件が厳格であり、肥満症患者のうち実際に薬物療法へ到達できる割合がきわめて限られていること、また、施設基準を満たさない場合であっても、医学的に肥満症と診断され、医師が必要と判断したうえでの自費診療を一律に否定すべきではない、という考えである。

一方で、このような動きには、企業戦略としての側面も否定できない。肥満症治療薬市場の拡大を背景として、各社が市場シェアの維持・拡大を図るなかで、自由診療市場への関与が強まる可能性がある。現場からは、非専門の医療機関に対しても自由診療を促すような情報提供や働きかけが広がるのではないか、との懸念も示されている。

こうした製薬企業の動きに対して、医療現場、行政、学会の立場からは、主に三つの問題が考えられる。

第一に、適正使用推進ガイドラインの形骸化である。安全のために設けられたハードルが実質的に骨抜きとなり、ルールが機能しなくなるおそれがある。

第二に、安全管理の低下と副作用データ収集の阻害である。重篤な副作用が発生した場合に適切な対応がなされないリスクがある。また、自由診療で広く使用された場合、正確な安全性データが蓄積されにくくなることも懸念される。

第三に、肥満症の疾患概念が曖昧になることである。企業側は「肥満症の適応がある患者に対する自由診療」と説明するが、それが拡大すれば、肥満症の定義や治療対象としての位置づけが曖昧になる可能性がある。結果として、肥満症が本来の医療対象ではなく、個人の嗜好に基づく消費行動として扱われるおそれがある。その先には、肥満症治療そのものが保険診療から切り離され、自由診療へと押し流される可能性も否定できない。

### 4. 総　括

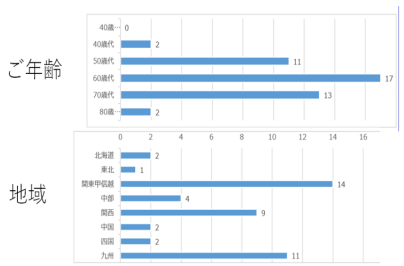
令和6年度診療報酬改定後の医療機関経営は厳しさを増しており、その一方で、自由診療市場の拡大という構造的変化も進行している。自由診療は医療機関にとって収益面での魅力を有する一方、医療の質、安全性、制度の持続性に大きな影響を及ぼす可能性がある。

本アンケート結果は、現場が抱えるこのようなジレンマを示すものである。今後は、医療政策、学会、製薬企業、そして診療現場がそれぞれの立場から課題を共有し、患者安全と医療制度の整合性を両立させる運用のあり方を検討していく必要がある。

1

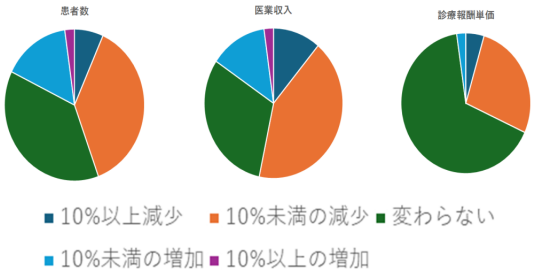
2026年4月11日　第81回全国臨床糖尿病医会

## 図1.令和６年診療報酬改定後の医業収益についてのアンケート　(n=45)



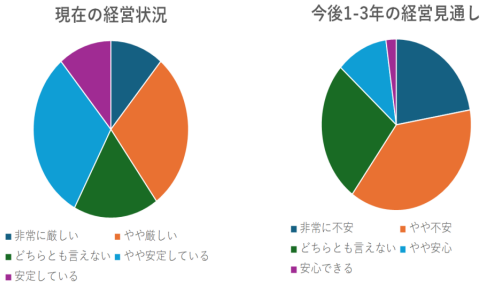

2

## 図2. 令和6年診療報酬改定1年後の影響




3

## 図3.経営情報の見通し



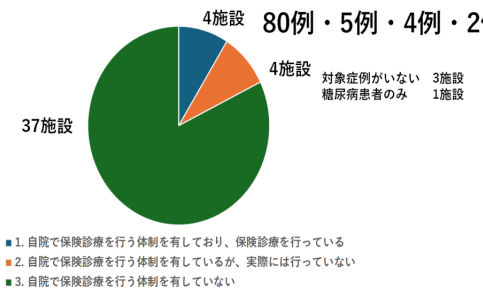

4

## 図4. 経営改善のために必要な支援

人材の合理的活用(事務、看護師にとらわれず、カルテ記入、入力補助、患者への指導補助など)
消費税減税もしくは撤廃
信頼できるAIツールの紹介
クリニックの継承

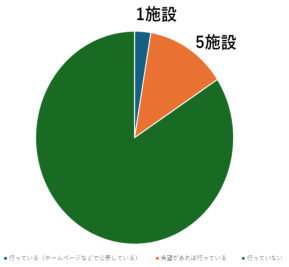
5

## 図5.肥満症に対するGLP-1受容体作動薬およびGIP/GLP-1受容体作動薬の保険診療




6

## 図6.肥満症に対するGLP-1受容体作動薬およびGIP/GLP-1受容体作動薬の自費診療




7

第81回全国臨床糖尿病医会　2026年4月11日

# チルゼパチドの適応外使用中低血糖およびケトーシスを来した症例

加藤内科クリニック　加藤光敏･山下滋雄

8

### 症例：23歳女性、接客業

- 身長 156.5 cm　入院時体重 41.4 kg（BMI 16.9 kg/㎡）

【生活歴】18歳からスナック、21歳でキャバクラ勤務。現在は（Ka町）客単価平均9万円の高級店。22歳時体重46kg。黒服ボーイの厳しいチェックで体重増えると夕食は無しのペナルティ。

【現病歴】

- お店で過体重（46 kg, BMI 18.8）を指摘されており下剤の過剰摂取をして一時40kgまで減量成功も継続できず、一時店を休んでいたが復帰。自費のオンライン診療によりチルゼパチド 2.5 mg 週1回注射を開始し体重40kgまで減量成功。
- 5 mg/週に増量後翌日から嘔吐、嘔気が続くため加藤内科クリニック非常勤医師勤務病院の救急外来を受診。血糖値 58 mg/dlと低血糖であったため、チルゼパチド中止を勧告されたが、帰宅後注射を継続。
- その1週間後、同様の症状にて救急搬送され緊急入院となった。チルゼパチド使用は6週間。

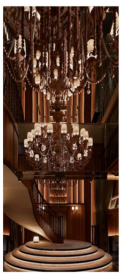
9

## 【入院時検査結果①】

| [血算] | | [生化学] | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| WBC | 4.82 ×10³/μL | TP | 7.2 | g/dL | Na | 138 | mEq/L |
| Neu | 73.9% | Alb | 4.7 | g/dL | K | 4.0 | mEq/L |
| Lym | 22.2% | AST | 30 | U/L | Cl | 100 | mEq/L |
| Mono | 3.1% | ALT | 27 | U/L | T-Cho | 166 | mg/dL |
| Eos | 0.4% | LD | 141 | U/L | ｱｾﾄ酢酸 | 846 | μmol/L |
| Baso | 0.4% | CK | 46 | U/L | 3-OH酪酸 | 4673 | μmol/L |
| RBC | 451 ×10⁴/μL | BUN | 16 | mg/dL | 総ｹﾄﾝ体 | 5519 | μmol/L |
| Hb | 13.8 g/dL | Cre | 0.68 | mg/dL | Glu | 54 | mg/dL |
| PLT | 19.4 ×10⁴/μL | eGFR | 88.9 | mL/分/1.73m² | IRI | 4.3 | μU/mL |
| HbA1c | 5.0% | | | | | | |

10

## 終わりに



【神経性痩せ症(AN)】

- 入院時 BMI 16.9 kg/㎡, 標準体重 53.9 kg の－23%
- 本症例では、外的要因で意図された体重減少
- BMI＜17 kg/㎡(成人18.5未満が目安)
- 体重増加に対する恐怖
- 入院2週間前から始まった自発性嘔吐
- さらなる体重減少の願望(目標体重＜40 kgと)

【オンラインクリニック】

- 自費によるオンラインクリニックにて、チルゼパチドの処方
- 費用は2.5mgで月に4万円程と高額、検査・指導等は全く無し
- 同クリニックのホームページでは、ED治療、AGA、アフターピル処方、性病検査がメインとなっており、薬物による痩身についての記載無し

→何らかの規制が必要と思われる。

11

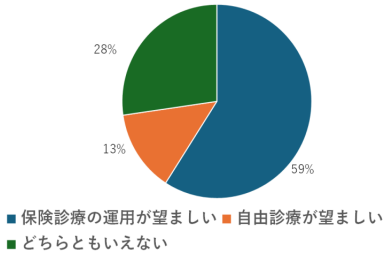



図7. 肥満症に対するGLP-1受容体作動薬
およびGIP/GLP-1受容体作動薬の診療について