

国家戦略特区等ワーキンググループ ヒアリング（議事録）

（開催要領）

- 1 日時 令和7年6月15日（月）16時35分～17時53分
- 2 場所 永田町合同庁舎7階特別会議室（オンライン会議）
- 3 出席

<WG委員>

座長	中川 雅之	日本大学経済学部教授
座長代理	落合 孝文	渥美坂井法律事務所・外国法共同事業 プロトタイプ政策研究所所長・シニアパートナー弁護士
委員	大槻 奈那	名古屋商科大学大学院 マネジメント研究科教授 ピクテ・ジャパン株式会社 シニア・フェロー
委員	澁谷 遊野	東京大学大学院情報学環准教授
委員	安念 潤司	中央大学名誉教授
委員	堀 天子	森・濱田松本法律事務所パートナー弁護士
委員	堀 真奈美	東海大学健康学部健康マネジメント学科教授
委員	安田 洋祐	政策研究大学院大学教授

<自治体等>

牛山 浩	茅野市 企画部DX推進課 課長
須田 万勢	茅野市 DX企画幹・リードアーキテクト 組合立諏訪中央病院 統括院長補佐
宮原 千佳	組合立諏訪中央病院 副看護部長
大蔵 能律子	組合立諏訪中央病院 看護師長
山岸 暁美	茅野市 特区アドバイザー（ヘルスケア領域） 一般社団法人 コミュニティヘルス研究機構 機構長・理事長 慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室 公立大学法人神戸市立看護大学大学院 臨床教授

<省庁等>

林 修一郎	厚生労働省 保険局医療課 課長
春日 潤子	厚生労働省 保険局医療課 課長補佐
松井 星菜	厚生労働省 保険局医療課 主査

<事務局>

山崎 翼	内閣府 地方創生推進事務局 次長
小山 和久	内閣府 地方創生推進事務局 審議官

松本 修一 内閣府 地方創生推進事務局 参事官
松平 健輔 内閣府 地方創生推進事務局 参事官

(議事次第)

- 1 開会
- 2 議事 心不全患者に対するテレナーシングの活用拡大について
- 3 閉会

○松本参事官 それでは「国家戦略特区ワーキンググループヒアリング」を開始いたします。

本日の議題は「心不全患者に対するテレナーシングの活用拡大について」ということで、茅野市様、関係事業者様、厚生労働省様にオンラインにて御出席いただいております。

本日の資料は、茅野市様、厚生労働省様から御提出いただいております、いずれも公開予定であります。

また、本日の議事についても公開予定でございます。

本日の進め方についてですが、まず、資料の説明を茅野市様、関係事業者様から10分程度、厚生労働省様から10分程度行っていただきまして、その後、委員の方々による質疑に移りたいと思います。

それでは、中川座長に議事進行をお願いいたします。

○中川座長 それでは、これから心不全患者に対するテレナーシングの活用拡大に関する「国家戦略特区ワーキンググループヒアリング」を始めます。

本日は、提案主体である茅野市の関係の皆様、厚生労働省に御参加いただき、ありがとうございます。

まず、茅野市から今回の規制改革案の概要と、茅野市で実施した調査・実証の状況等について、御説明をお願いいたします。

○須田DX企画幹 中川先生、ありがとうございます。

茅野市のアーキテクトを務めています、諏訪中央病院の須田と申します。

今日はお忙しい中、皆様、お時間をいただきまして、ありがとうございます。

まず、私から茅野市の状況について、簡単に御説明申し上げます。

次のページをお願いいたします。

茅野市は、デジタル田園健康特区に御指定いただいております、その中で、在宅医療と交通というところで地域の課題解決をしていくことを主に提案させていただいております。

その中で「地域まるごと病院機能」を提案しております、患者さんは、月に1回とか、それぐらいしか医療機関にはかかりませんし、中山間地域では医療機関までの足が遠いところもありますので、在宅に患者さんがいらっしゃる中で、いかに患者さんの安全を確保するのか、しかも、低コストで確保していくかというところを課題として掲げております。

その中で、在宅医療は、左下に書いてあるように、医療関係者間の中で連携を促進したり、情

報共有を促進したりしていく中で、患者さんが負担を軽減できるような体制を整えてまいりました。

交通に関しても、交通手段をいろいろと見直している中ですが、なかなか完全にはならない。この広い市の中で、病院などへの足を確保することはなかなか大変な状況が続いているところになります。

次のページをお願いいたします。

その中で、今回の提案の背景ですが、今、心不全パンデミックと言われておりますが、茅野市においても心不全の患者さんの増加、高い再入院率が課題になっております。

特に心不全は、急性増悪と寛解を繰り返しながら、だんだんADLが落ちていく病気ですので、急性増悪が一定確率で起こってまいります。

この中で、入院が医療費を引き上げる主な要因になっていると考えております。

この中で、在宅におけるセルフケアが不十分であることが、心不全の増悪リスクとか再入院率、ひいては死亡率の上昇を招くというサイクルが分かっております。この中でセルフケアツールをしっかりと活用すること、また、それを専門職によってサポートしてあげることでセルフケア支援をすることが、心不全患者さんのアウトカム改善につながることを示唆されております。

しかし、右に行っていただき、下記の課題があるために、現状、セルフケア支援や状態悪化時の早期の介入が十分に行われていないという課題があります。

一つは、心不全患者の看護師さんによるセルフケア支援は、今までは対面のみでした。

これは今年、指導料をつけていただいたところではありますが、医療機関にかからなければ指導ができないという現状があります。

もう一つの課題としては、医療機関への交通アクセスが困難ということで、心不全患者さんは高齢者が多くて、免許を返納してしまっている方も多いのです。

そうすると、病院まで来て指導を受けてくださいというのがなかなか大変だということで、そこが課題になっています。

このような地域課題を解決するために、令和7年度に、心不全患者に対するオンライン指導での在宅療養指導料の算定に関して、規制改革の提案を行わせていただきました。

また、内閣府様のお力をお借りして、先端的サービスの開発・実施調査事業によって、心不全患者さんにテレナーシングという形でオンライン指導を行ったときに、どのような効果が得られるのかを実証してまいりました。

今日は、その実証結果を基にして、この規制改革提案に関しての審議をいただければと思っております。

ここから先は、去年の実証調査事業の実施主体であります、コミュニティヘルス研究機構の山岸先生にバトンタッチして、お話ししていただければと思います。

山岸先生、よろしくをお願いいたします。

○山岸アドバイザー 須田先生、ありがとうございます。

では、次のスライドをお願いいたします。

それでは、私から、心不全患者の再入院予防に向けたテレナーシングの実証について、御説明させていただきます。

先行研究では、退院後の心不全患者に対する構造化されたテレナーシングや、看護師主導の電話ケースマネジメントは、再入院や心不全再入院を減らすことがエビデンスとして既に示されています。

特にエビデンス上、効果が期待されるのは、看護師による構造化された支援、リスクに応じた対象設定、異常時の迅速な介入体制が組み込まれている場合とされています。

したがって、今回、茅野市の実証は、ここにお示ししたプロトコルやトークスクリプト、体制構築で質を担保し、中山間地域の実装可能なモデルとして具現化したものと御理解ください。

今回、諏訪中央病院において、2025年10月から2026年1月までの期間に心不全で入院し、治療を受けて退院する患者62名を対象に、退院直後からのテレナーシングを実施しました。

対象者の平均年齢は81歳。まさに心不全患者の中心層である高齢者の方々です。

介入内容としては、入院中からセルフケア教育を行い、退院後、看護師が週1回、合計4回電話により療養指導を行うものです。

患者さんには、先ほど須田先生からもお話がありましたが「ハートノート」を活用していただき、体重、脈拍、病状、生活習慣などを記録し、その内容を基に、看護師が状態確認とセルフケア支援を行っております。

心不全は、息切れや浮腫が明らかになる前から、体重変化、活動量の低下、服薬状況、食事不安など、生活の中に悪化のサインが現れます。看護師がそのサインを患者さんと一緒に確認し、必要に応じて受診調整や医師との連携につなげる、また、これら一連のことが御自身または御家族でできる、つまり、セルフモニタリング支援が再入院予防におけるテレナーシングの役割と言えます。

次のスライドをお願いします。

次に、実証結果です。

4回のテレナーシングの完遂率は、85%でした。

平均年齢81歳の患者さんであっても、週1回のテレナーシングは十分に受け入れられたと考えています。

また、期間中の心不全悪化による再入院率は8%でした。

もちろん、今回の調査は、対照群を置いた比較試験ではありませんので、結果の解釈には慎重が必要です。

しかし、日本における心不全患者の退院後1年以内の再入院率が30~45%とされることを踏まえると、退院直後の1か月間に集中的に支援することの有用性は十分に示唆されたと考えています。

もう一つ重要なのは、1回当たりの指導時間です。

今回の平均実施時間は、約15分でした。

現行制度では30分以上の指導が求められていますが、実態としては、15分程度でも状態確認、

セルフケア支援、必要時の受診調整は可能でした。

患者さんや御家族からは、退院後も見守られている安心感がある、週1回の電話が心強い、体調変化時に、迅速に医師につないでもらえたという評価がありました。

さらに重要だったのは、1回目のテレナーシングは、入院中に患者さんを担当していた病棟看護師が担ったということです。患者さんにとっては、お世話になった看護師からの電話であるため、安心して体調や生活上の不安を相談することができました。

一方、看護師にとっても、退院後の患者さんが実際にどのように生活し、入院中に行った退院指導がどのように受け止められ、実践されているのかを把握する貴重な機会となりました。

つまり、初回を病棟看護師が担うことは、患者さんにとっての安心だけでなく、看護師にとっても退院支援の質を高めるフィードバック機会となり、双方に有用な仕組みであることが確認されました。

次のスライドをお願いします。

一方で、制度上の課題が残っております。

令和8年度診療報酬改定により、在宅療養指導料について、2回目以降の療養指導であれば、情報通信機器を用いた場合にも算定できるようになりました。これは、茅野市が求めていた方向に制度改革を進めていただけたものと受け止めております。

しかし、今回の実証で有用性が示唆されたモデルを現場で実装するには、なおここに示すとおり、3つの壁があります。

第一に、初回は対面が必須であること。

第二に、1回30分以上の指導であり、月2回までとされていること。

第三に、対象者が1年以内に心不全で2回以上入院した患者に限られていることです。

この3つの要件が残る限り、今回の実証で見た退院直後に病棟看護師が初回につながり、退院後1か月間は、週1回、その医療機関の看護師が15分程度の短時間支援を継続するというモデルは制度に乗りません。

本日提案するのは、まさにこの3点の柔軟化です。

これは、単なるオンライン化の要望でも、対象を無制限に広げる提案でもありません。安全性、質の担保、対象者の適正化という観点を踏まえた上で、再入院を防ぐために、支援が必要な時期に、必要な頻度で、必要な患者に看護を届けるための制度設計の見直しです。

次のスライドをお願いします。

少し詳細をお話しさせていただきます。

1つ目の提案は、初回のオンライン算定を病棟看護師が提供した場合、入院中の病棟看護師が行う場合は可能とすることです。

現行制度では、初回は対面が必須となります。

もちろん、初回到患者状態を把握し、信頼関係を構築することが重要であるという考え方は、私どもも全く同じです。

ただし、今回の提案は、初めて会う看護師がオンラインで初回指導を行うものではありません。

今回の実証は、入院中からセルフケア教育を行っており、患者さんと病棟看護師は既に対面で関係性を築いています。病状、治療経過、生活背景、理解度も把握しています。つまり、オンライン指導に必要な対面での事前把握は、入院中に既に行われています。

特に茅野市のような中山間地域では、通院そのものが患者さんにとって大きな負担です。心不全患者さんの多くは高齢で、息切れや倦怠感があり、運転免許を返納している方も少なくありません。退院直後の最も不安定な時期に、制度上の要件を満たすためだけに通院を求めることは、患者さんの負担の軽減にも、再入院予防にも逆行します。むしろ初回だからこそ、早くつながる必要があります。そして、入院中に担当していた病棟看護師だからこそ、オンラインでも対面と同等の安心感を提供できます。

加えて、病棟看護師が退院後の患者さんの状況を把握できることは、自分たちが提供した退院指導が在宅生活の中でどのように機能しているかを知る機会となり、病棟看護の質の向上にもつながります。

もちろん、退院後に別の医療機関の外来でフォローアップする場合には、初回は対面という要件は合理的だと思います。

しかし、入院していた病棟の看護師、つまり、病状も経過も把握し、人間関係の構築もできている看護師が情報通信機器を用いて療養指導を実施する場合には、条件つきで初回も算定可能とすることを提案します。

次のスライドをお願いします。

2つ目の提案は、1回30分以上、月2回までという要件を1回15分以上、月4回までに柔軟化するということになります。

現行制度では、30分以上の指導が求められています。

療養指導の質を担保する必要があることは当然です。

しかし、心不全の再入院予防において重要なのは、単に長く話すことではありません。重要なのは、退院直後の状態変化を短い間隔で繰り返し確認することです。

今回の実証では、平均15分程度のテレナーシングで患者さんの状態確認、セルフケア支援、必要時の受診調整が行われました。つまり、15分であっても、質を担保した支援は可能であることが示されています。

また、高齢の心不全患者さんにとって、30分以上の指導は、体力や集中力の面で負担になる場合があります。

一方で、15分程度であれば、受け入れやすく、継続しやすい。そして、月2回よりも週1回、月4回つながることで、増悪兆候の早期発見とセルフケア意識の向上が期待できます。

これは単に算定回数を増やす提案ではありません。所要時間の合計を大きく拡大するものではなく、30分を月2回という現行の考え方を15分を月4回という現場実態と再入院予防に即した形で組み替える提案です。30分話したかではなく、必要なタイミングで、必要な頻度で悪化を防ぐ支援が届いたかを評価する制度へ変える必要があると考えています。

次のスライドをお願いします。

3つ目の提案は、1年以内に2回以上の入院歴という一律要件を見直し、BNP等の客観的リスク指標に基づいて、入院がたとえ1回であっても、算定可能とすることです。

現行制度では、心不全による入院が1年以内に2回以上あった患者が対象とされています。対象者を適正化する必要があることは理解しています。

しかし、この要件では、初回退院であっても、再入院リスクが高い患者さんを取りこぼす可能性があります。

参考資料の有識者ヒアリングでも、初回退院時は、薬剤調整や生活管理を定着させる重要な時期であり、セルフケア支援やテレナーシング介入の重要性が高いことが指摘されています。

また、初回入院直後の患者さんは、言わば心不全と暮らし始める初心者マークの時期であり、この時期こそ、介入による行動変容が期待できるとの意見も示されています。

2回入院してから支えるのでは、遅い場合があります。再入院を待ってから制度の対象にするのではなく、再入院リスクの高い患者さんを早く見つけ、早く支える制度に変える必要があります。そのためには、入院回数だけでなく、BNP値等の客観的リスク指標を用いた対象の選定が必要です。

BNPは、心不全の重症度や治療反応を示す生化学マーカーであり、今回の実習でもテレナーシングにより、入院時と比較して改善する傾向が確認されています。

これは、対象を無制限に広げる提案ではありません。

入院回数という形式的な要件だけでは拾えない高リスク患者を客観的指標に基づいて、適切に選定するリスクベースの制度設計への見直しになります。

最後にまとめます。

退院後の心不全患者に対するテレナーシングは、再入院や心不全入院を減らすというエビデンスはありますが、ここにはエビデンス・プラクティスギャップがありました。

今回の茅野市の実証は、そのエビデンスを実装可能なモデルとして具現化し、また、実装上必要な制度改革を3点提案させていただいております。

入院医療機関の看護師が行う場合には、初回からオンラインを可能とすること。

1回15分以上、月4回までを認めること。

そして、入院回数だけでなく、客観的リスク指標に基づいて対象者を設定することの3点です。令和8年度改定で、2回目以降のオンライン算定が認められたことは、大きな前進です。

しかし、2回目以降のみ、30分以上月2回まで、2回以上入院歴という現行要件のままでは、今回の実証で有用性が示唆されたモデルを制度上、再現できません。

したがって、今回の提案は、診療報酬改定の否定ではなく、改定を現場で機能する形にするための補完提案と考えていただきたいと思います。

また、これは茅野市だけの個別要望ではありません。高齢化が進み、医療資源が限られ、交通アクセスに課題を抱える全国の地域に共通する課題です。

再入院してから支える制度ではなく、再入院を防ぐ制度へ、退院後に患者さんを制度の空白に置かないために、ぜひこの3点の算定要件の柔軟化を御検討いただけたらと思います。

以上になります。

ありがとうございました。

○中川座長 ありがとうございました。

次に、厚生労働省から、情報通信機器を用いた療養指導に関する在宅療養指導料の取扱いと、今回の提案に対する考え方等について、御説明をお願いいたします。

○林課長 厚生労働省の保険局医療課長の林と申します。

資料に基づいて、御説明させていただこうと思います。

まず、2つめくっていただいて、19ページが、今回の改定の内容をお示ししているものでございます。

これまでの在宅療養指導料につきましては、対面で行うことを前提に、30分以上ということでは変わっておりませんが、170点でございました。

これが、右側に「改定後」とございますが、情報通信機器を用いて行った場合を新たに設けまして、これについての点数を設けたということでございます。

また、月2回まで算定できるという条件についても、これまで同様に設けてございます。

そういう改定の内容を申し上げました上で、18ページ、今の御提案に対して、最初に口火を切らせていただくという意味でコメントをさせていただければと思います。

提案されている事項につきましては、今御説明いただいたとおり、①～③までと認識してございます。

退院後1回目のテレナーシングを入院中の病態を把握している病棟看護師が行った場合についても、算定可能とすること。

現行は、外来で、対面で行った方についてテレナーシングを行うことになっていますが、これが入院中に看護師であった方であればいいのではないかと御指摘だと理解しております。

2点目は、今御説明がありましたとおり、30分ではなく、15分掛ける4回を可能にしてほしいということ。

3つ目に、1年以内に心不全による入院が2回以上という要件だけに限定するのではなく、もう少し対象の患者を広げてほしいという御要望だということでございます。

まず、この御要望への受け止めに関しまして「対応方針」に書いてありますが、診療報酬改定のルールといいますか、これは恐らく、今までも同様だと思うのですが、原理原則の話を先にさせていただきます。

診療報酬改定は、日本の医療公定価格の中で、あらゆるメニューとか値段を決めているということでございますので、あらゆる分野、あらゆる医療行為につきまして、たくさんの御要望を毎回いただいております。

分科会で、毎回大体1,000を少し下回る程度、800ぐらいの御要望をいただくことが多くございます。

そうした中で、各学会がファクト、エビデンスをそろえて、次の優先順位を上げてもらおうということ、しのぎを削っているということでございますし、私どもも、医療費の財源につつま

しては、保険料といったことも非常に厳しい中で、改定の予算の範囲で、エビデンスのあるものから優先順位をつけて採択することを毎回行ってございます。

特区の提案ということでいただいておりますので、これにつきましては、私どもはこのように形で、特に入念に確認させていただくとさせていただいておりますが、原理原則が変わるということではないということで、ナラティブではなく、科学的なファクター、エビデンスが必要であることについては、まず申し上げたいと思います。

さらなる見直しにつきまして御要望をいただいたわけですが、御提案の手法を用いて行った場合のファクト、エビデンスが必要だと考えてございまして、そうしたデータ等も確認しながら、今後の診療報酬改定に向けて、私どもとして、まず事務局として確認や検討をさせていただき、必要に応じて中医協にお諮りさせていただくことになろうかと思っております。

具体的な提案につきまして、1つ目の退院後初回は、入院中の病態を把握している看護師が行えばいいのではないかとということにつきましては、3ついただいている中では、一番効果が期待しやすいことだと思いますし、実際に比較試験を行うこともなかなか困難なものだと思いますので、現場の実態を踏まえて考えていくものかなと受け止めてございます。

2つ目の30分枠に縛られない分割算定を可能にすることという御要望につきましては、これまでの30分とは、対面により指導を実施した場合の評価と同様の設定でございまして、これを短くすることにつきましては、かなり野心的な御提案だと思っております。

今までの療養指導の考え方ということで申し上げますと、外来を受診されて、医師の診療なども行われる機会があることを前提に、健康確認や受診勧奨といったことではなくて、患者さんの実際の生活の状況をより深く把握しながら、必要に応じて行動変容を促していくような指導を行っていくことを前提にしたものだと思っております。

オンラインも認めることになりましたので、そういう行動変容を促していくことに時間を使って指導していくということではなくて、もっと短時間で患者さんの生活の状況を確認して、状況が悪ければ受診勧奨するような使い方ができるのではないかと御提案なのだと思いますし、効果があると、今日、言葉でおっしゃっているということだと思いますが、今まで想定してきたようなものと同じように、効果が高いものなのかどうかについて、よく検証していく必要があるのではないかと思います。

こうやって申し上げますと、時間と単価の設定はリンクしておりますので、今日の御提案は、どういう単価ということは御提案がなかったわけですが、そこについての御要望ではないと承知しておりますが、短い時間になれば、単価の設定についても、それに応じて検討していく必要があるということだと思っております。

算定対象者の要件の見直しにつきましても似たようなことだと思っております、効果が高い患者さんにこうした医療資源を投入していくことが原則だと思いますので、広げていくということであれば、それなりの根拠をもって検討していくことが必要なのではないかと考えてございます。

厚労省側からの現時点でのコメントは、以上でございます。

○中川座長 ありがとうございます。

それでは、委員の皆様から御質問、御意見をお伺いできればと思いますが、いかがでしょうか。
安念委員、お願いします。

○安念委員 御説明いただいて、どうもありがとうございました。

厚労省さんに伺いたいのですが、素人のばかな問いで誠に申し訳ないのですが、18スライド目の「考え方」で、3つポツがありまして、第1点目は、割に検討にのりやすいだろうという御指摘を今いただいた。

第2点目と第3点目は、データが必要であるという御指摘でした。

確かに、これまでのルールを変えることについて、何の根拠もなしに、ただ単に直感に基づいて、いいのではないかということを変えるのは、それはできないことは私もよく分かりますが、この場合、例えば2つ目のポツの「データ」とは、一体どういうものをどのように取得すればよろしいのだろうかということを考えざるを得ないと思うのです。

例えば15分だけ介入した患者さん、30分介入した患者さんを比較するのでしょうか。それとも、30分掛ける2で介入した患者さんと、15分掛ける4で介入した患者さんを比較することになるのでしょうか。

また、比較するといっても、厳密に言えば、対照群は、他の要件というか、他の事情は全て同じであるということに設定しなければならないわけですが、普通は、生身の人間については不可能でございますね。

だといえますと、どのようなデータを取ればよいのか、参考までに教えていただければと存じます。

○中川座長 厚労省様、お願いします。

○林課長 厚労省医療課でございます。

こうしたエビデンスの取り方は科学的なことだと思いますので、いろいろな学会などでいろいろな方法を考えておられると思います。

介入しない群と介入する群を比較して、有効性を示すような方法が取られる場合もあると思いますし、もしも介入しないことが、もはや倫理的に許されないような状況においては、介入の方法を2つ選択して、その間で、専門的には非劣性と言ったりしますが、同等の効果があることを示すような方法が取られる場合もあるということでもあります。

もちろん、こうした指導で、どのぐらい無作為の割りつけをして、どれだけ重たい形で研究ができるかという現実の難しさがあることは承知しますし、そういった中で、できないことをしてほしいとまで求めるのは難しいということですが、だからといって、データがなくてもいいということにもなりませんので、そうした現実と実際の理想的な研究方法との間で、実行可能なものを探っていくことになるのではないかと思います。

○安念委員 分かりました。

ありがとうございます。

○中川座長 それでは、落合先生、お願いします。

○落合座長代理 ありがとうございます。

私からも、厚労省様にまず2つお伺いしたいことがございます。先ほど安念先生からデータのお話がありましたが、令和8年の診療報酬改定においても、何らかデータを検討されていたのではないかと思いますので、それがどういうものであったのかを教えていただきたいという点が1点目です。

第2点目は、今回、必ずしも厚労科研のような形ではないと思いますが、今回の調査報告を取りまとめていただいて、一定の報告もしていただいております。これを厚労省様がおっしゃっている、先ほども科学的なものであるというお話もございましたが、エビデンスとして見る可能性があるのか、ないのかをお伺いしたいと思います。また、エビデンスをつくるのであれば、何らか要件があるということであれば、それを教えていただきたいと考えましたので、以上の2点をお伺いできればと思います。

○林課長 ありがとうございます。

今回、中医協でお諮りさせていただいたものにつきましては、糖尿病の患者と慢性心不全の患者をセットでお諮りさせていただきました。

糖尿病のほうは無作為化比較試験ということで、直接面談と電話指導の群、面談の一部を遠隔面談に置き換えた遠隔群ということで、指導方法の異なる2つの方法を比較することを行ったものでございます。

心不全の方につきましては、1つの群で介入前と介入後を比べる方法が取られておりまして、介入前1年間の入院頻度と、スマートフォンでのビデオ通話を用いた遠隔での介入後の入院の頻度を比較するようなデザインが取られたものでございます。

どの程度の研究デザインを取ればいいのか、事前に申し上げるのは、なかなか難しいものもございまして、サンプルサイズがどれくらいであるとか、その研究のデザインがどのくらい周到に割りつけられているものであるとか、いろいろなこととの総合的な判断として決まってくるものだと思いますので、こうでなくてはいけないと申し上げるつもりもないわけでございますが、科学者の方々になるほどと思える程度のものになるといいなという希望でございます。

○落合座長代理 ありがとうございます。

診療報酬改定でどういったものが用いられたかという点は、御説明いただいた側面があるかと思えます。もし可能であれば、茅野市のどなたにお伺いするのがよいかという点はありますが、今回の調査報告についても、一定の必要な科学的な見地からの検討もされているのではないかとともに思えます。もちろん、先ほど厚労省様がおっしゃったような数字や、サンプル数、条件の設定などは千差万別なので、一律にどうこうと言えないというお話もありましたが、科学的に妥当であると考えられていること自体は、十分に御設計されているのではないかと推測しています。そこはまず考え方をお示しいただいたほうが、これ自体もどう評価できるか、また、さらに追加して行すべきものがあるのであれば、何なのかという話に進んでいくために、合理的な道筋になるのではないかと思いますので、茅野市のどなたかお答えいただける方にお答えいただくと、ありがたいです。

○中川座長 茅野市様、お願いします。

○須田DX企画幹 茅野市の須田です。

林課長、御無沙汰しております。ありがとうございます。

落合先生に今お話しいただきましたが、今回の調査のデザインは、研究という形を取って行わせていただいています。

詳しくは、また山岸先生に補足いただければと思うのですが、諏訪中央病院の倫理委員会を通しまして、研究のデザインをしっかりと組んで行ったものでありますが、エビデンスレベルが非常に高いかと言われれば、そこはなかなか。

例えばランダム化した比較試験ですかと言われると、そういうものではないのですが、テレナーシングという手法自体もそうですし、心不全に対する介入方法として十分なエビデンスがある「ハートノート」を使っていますので、我々はリアルワールド、つまり、中山間地域というフィールドの中で、そのような手法を用いたときに、実際にどのような効果が得られるのかというところを実証させていただいた側面が強いかと思っております。

そして、その時間に関しても、何の指導でもいいというわけではないと思っています。

今回「ハートノート」というツール自体が非常に優秀で、これは医療者が見ても、患者が見ても、例えばヘルパーさんが見ても、誰が見ても、点数をつけていけば、例えば体重が増えたかとか、息が苦しいかとか、誰でも分かることで点数をつけ、その点数を基に患者さんの状態とか、そのときにどのようなアクションを取ればいいのかが分かるという共通言語ですので、こういうものを使った場合に、15分で済んだというエビデンスを今回出させていただいたかなと思っております。

一旦、以上です。

山岸さん、何か補足があれば、お願いいたします。

○山岸アドバイザー ありがとうございます。

私からは、冒頭にもお伝えしたとおり、心不全患者さんの退院後のテレナーシングに関して、エビデンスは既に出ている。国内レビューは、様々な文献からもその効果は証明されている。

ただ、エビデンスがあっても、現場の実装がなかなかできないところで、エビデンス上、明らかになっている構造化された支援とか、リスクに応じた対象選定、異常時の迅速な介入体制が組み込まれているとか、先ほど須田先生からあったエビデンスのあるモニタリングツールを使うとか、そういったどうすれば実装できるのか、また、実装して効果があるのかというところは、エビデンスをつくる場所よりも、実装科学研究として、今回、研究を展開したと御理解いただけたらと思います。つまり、エビデンスは既にあって、それをどうやって現場で実装するかというところの実証調査を行ったということです。

○須田DX企画幹 そして、その調査結果は、まだ内閣府様から厚生労働省様にレポートが共有されていないことが今日分かりましたので、ぜひそこも共有していただければと思っています。

以上です。

○落合座長代理 ありがとうございます。

そうしましたら、内閣府の事務局にお伺いしたいのですが、レポート自体は、内閣府の調査研究事業で行っているものでもあると思いますので、内閣府では、最終的な報告書が完成した後なのかもしれませんが、厚労省と御連携いただくこと自体は問題ないのでしょうか。

○松平参事官 地方創生推進事務局の松平です。

おっしゃるとおり、私どもの調査予算を活用しているものですので、一定まとまった段階で共有させていただくことは、差し支えございません。

○落合座長代理 ありがとうございます。

そうしましたら、今のを踏まえて、厚労省様にも、今後検討していただけるということでもあります。次回の例えば令和10年度改定があると思います。御説明いただいた中で、必ずしもランダム化比較試験ではないかもしれないがというお話もありましたが、逆に、厚労省様から御説明いただいた令和8年のものも、全部ランダム化比較試験というわけではなかったように思います。

そうすると、エビデンスのつくり方として、必ずしもランダム化比較試験とまではおっしゃっていない点もあったかと思えます。また、山岸先生から、もともとエビデンスがあって、それを実証にというお話でもありました。その基になるエビデンスも含めて評価していただく中で、検討・検証を一緒に進めていただくことが重要ではないかと考えております。そういった点を見ながら、場合によって、追加でどこまで行っていただけるかどうかは、様々な予算上の問題もあるかもしれませんが、できることとできないこともあるのかもしれませんが、できる限り茅野市の御関係の皆様とも対話しながら、例えば次回の1年半というか、2年というか、準備していくことを御議論していただくことはできないかとは思いましたが、いかがでしょうか。

○林課長 そうですね。

実際問題として、最初に申し上げたように、私どもは何百も御要望をいただきますので、そういうことは御理解いただきたい。

要は、エビデンスをそろえるために、こちらで準備することはなかなか難しいということは御理解いただきたいのですが、そうしたファクター、エビデンスをいただけるものについては、しっかりと評価させていただくことになると思います。

伺っていますと、今までの在宅療養指導という枠に乗るようなサービスとは少し違った、新しい退院後の療養管理の仕組みをやっているのかもしれないと、今お伺いしながら思っておりましたが、そうしたものの有効性といいますか、そういったことを新たに考えていけないといけないのかもしれないと思いましたが、いずれにしても、今後、御提供いただけるような資料等につきましては、他の御提案と同様に、しっかりと拝見いたしたいと思えます。

○落合座長代理 分かりました。

ありがとうございます。

厚労省から前向きにお話しいただいた部分がありますが、内閣府でも、予算がどうつくのかという点はあると思います。そこは全部厚労省で手配できるわけでもないというお話もありましたので、サポートできる点があれば、できる限りぜひ継続してサポートしていただきたいと思います。

ております。

以上です。

○中川座長 ありがとうございます。

それでは、安田委員、お願いします。

○安田委員 どうもありがとうございます。

私からは1つコメント、あと、茅野市さん、厚労省様にそれぞれ質問が細かく言うと2個ずつあります。

まず、コメントなのですが、先ほど来、エビデンスに関する話が上がっております。私自身も経済学者なので、割と社会科学系の中でエビデンスを重視する部類の研究をしてはいるのですが、今回、国家戦略特区というもともとの趣旨を考えると、著しくマイナスのことが起きるといふ蓋然性が低ければ、そんなにきめ細かくエビデンスを取得する必要はないのではないかと。これは時間もかかりますし、そもそもこういったテレナーシングが有効だという事前の見立てがある程度立っているときに、それを行うグループと行わないグループを分けてやるのは、たとえ科学的な精度が上がっても、倫理的な問題もかなり出てくるかもしれません。危険性が低ければ、全てのエビデンスが整う前から一旦ある程度は認めてみて、弊害が出ない限り、制度を拡大していくという精神のほうが望ましいのではないかと個人的には考えております。

ただ、背後に診療報酬の改定の話も関わっているので、現行のやり方に従わなければいけないという事情も理解していますが、これはコメントです。

今回、御提案が3つあるのですが、1つ目に関しては、厚労省サイドもおおむねそちらの方向でというお話だったので、提案2と3について、それぞれ御質問があります。

まず、2なのですが、平均的な時間が大体15分程度だったという報告があったのですが、ばらつきはどれぐらいあったのかがちょっと気になるのです。あくまでも平均時間は15分だけでも、人によっては30~40分かかるとかだと、一律15分にすることのリスクは若干あるかなと。

この辺りは、もしもばらつきも出ているのであれば、伺いたいというのが1つ目です。

提案3に関して、客観的リスク指標の話に言及されているのですが、名前を忘れてしまっていますが、よく使われるデータなどを参照にと言及されていて、具体的に、例えば複数のリスク指標、例えばBNP値とか、代表的なものがあると思うのですが、この辺の客観的リスク指標を現行の「2回入院」という要件の代わりに使う場合の具体的な基準というのはもう検討されているのでしょうか、それとも、認められてから考えるものなのか。

この辺りは、ある程度客観的な基準があるのであれば、実際に実装するのもスムーズにいくだろうなということで、以上の2つが茅野市様サイドへの質問です。

厚労省様に関しては、提案2で、15分か、30分かで議論になっているわけですが、そもそもの対面でなぜ30分になっているのか。

現行は30分だから、そうなのだという話かもしれませんが、先ほど御説明にあったように、新しい「ハートノート」を使っていると、そもそもの面談期間みたいなものが非常に短縮できるといふことを踏まえると、対面であっても、そういった新しいサービスを使っていれば、必ずしも

30分にとらわれる必要はない気もするのですが、30分の根拠は何なのかが少し気になりました。これは対面、オンラインに限らず、なぜ30分なのかということです。

そこが現状の特に「ハートノート」を使ったケースとマッチしていないのであれば、本来的には、そちらを踏まえて、対面の時間を再検討してもいいのではないかと思います。

最後に、提案3も似ているのですが、入院が2回という要件に割とこだわられているようだったのですが、重要なのか。

そもそも論として、入院回数は、先ほどの説明にもあったように、かなりしゃくし定規の基準なので、BNP指標等を使って、より丹念な健康状況、リスク状況に応じてテレナーシングを行うほうが科学的だし、いいような気がするのですが、なぜ2回という基準になっているのか、伺いたいです。

以上です。

○中川座長 それでは、茅野市様、厚労省様の順番でお答えください。

○須田DX企画幹 茅野市の須田でございます。

御質問ありがとうございます。

おっしゃるとおり、まず、指導時間のばらつきはあったところなのですが、そこに関しては、短いほうも、長いほうもちゃんと理由がありますので、そこに関して、山岸さんにも補足をいただければと思っております。

もう一つ、BNP値の基準に関しては、一応、100以下というところで、陰性尤度比が高い、つまり、100を超えていなければ心不全の確率が低いという指標であると私は理解しておりますが、その値が絶対条件かと言われると、例えばこの療養指導費につくお金の総計がどれぐらいかみたいなどころもあると思いますので、あまり条件が緩過ぎると、予算オーバーしてしまうみたいなどころもあるので、そこは厚労省様とお話ししながら、コストエフェクティブネスというか、パフォーマンスも考えながらカットオフを設定していくのがいいのかなと思っております。

もう一つ書いてあるマジックスコアみたいなのは、BNPだけではなくて、ほかのいろいろな状況も勘案して決めるところになりますが、あまりに面倒くさ過ぎると、現場の運用上、問題になってしまうところもありますので、できればシンプルな項目で線引きをできればと個人的には思っている次第です。

最後に、安田先生がおっしゃったとおり、これはやったら駄目なのではないかと懸念されるような、ネガティブな効果が出うような提案ではないと思っておりますので、例えば全国的に一律に診療報酬改定がされるのは2年後になりますが、我々が特区メニューとして、先行してエビデンスを出していくという意味でも、リアルワールドでやっていく自治体として選定していただければ、我々のほうで追加のエビデンスを出していくことも可能かと思っておりますので、そこも含めて検討いただければと思っております。

山岸さん、何か補足いただければ、お願いいたします。

○山岸アドバイザー ありがとうございます。

確かに御指摘のとおり、実施時間にはばらつきがありました。

ただ、これは介入の質が不安定だったというよりも、患者さんの状態であったり、不安であったり、受診調整の必要に応じて、看護師が支援量を調整した結果だとお考えいただきたいと思います。

心不全の退院直後の支援で一番重要なのは、一律に30分以上話すことではなくて、悪化超過を確認し、セルフケアを支援し、必要時に医師や外来につなぐこと。

これがこの実証では15分という平均時間であったところで、15分である程度質の担保のある介入ができたということの証明だとお考えいただけたいのかと思っております。

以上です。

○中川座長 厚生労働省様、お願いします。

○林課長 厚労省です。

まず、特区と診療報酬改定の性格ですが、看護師さんが患者さんのおうちに電話をかけて、悪いことが起きることは想像されないというのは、そのとおりだと思うのです。

だから、特区だから認めればいいではないかということには、申し訳ないけれども、ならなくて、これは診療報酬の財源をお預かりしている身として、予算を伴う、診療報酬という財源の発動を伴うものでありますから、一定のタイミングでしか行うことができないし、しっかりと保険者側の理解を得て、議論した上でないと、予算の要望として、しっかりとしたプロセスで検討していく必要があるということは、御理解いただいているのだと思いますが、改めて御理解を賜りたいと思っております。

その上で、御質問であります。対面ではなぜ30分かということに改めて御質問いただいたということでございます。

これは、もともと30分になっているものなので、そのときに30分と決めた理由について、何か文書が残っているということではないわけですが、お話を伺っていると、今御提案いただいたサービスは、もともと想定したサービスとは少し違ったものを御提案いただいているのだと受け止めております。

最初にも申し上げましたが、オンラインがなければ、患者さんは外来に通うことができているわけで、そういう外来に通って受診されている中で、さらに30分の看護師さんとの面談でありますから、生活状況を確認して、必要な行動変容に向けての動機づけとか、手法、技術といったものをディスカッションする時間として使われていたのだと思いますし、今御提案いただいているものを伺う限りでは、医師の診察が頻繁に行われていない中で、ツールを使って生活状況を確認して、効率よく医師に受診すべきかどうかを確認するというような方向で使われているものだと思いますので、そこは恐らく、30分であれ、15分であれ、その時間の意味がかなり違うものについて、今ここで論じているのではないかと考えているところでございます。

それから、入院が2回という要件につきましても、これは全国で使うものでありますので、何らか客観的な要件でリスクの高い方、この財源を使うに当たって、効率よく効果を上げられる方を選んで要件にしているということでございます。

入院2回にこだわる必要はないのではないかとすることは、もちろんそういう部分はあると

思いますが、違うラインを引くということであれば、それは十分に客観的に意味があるものである必要があると考えてございます。

以上です。

○安田委員 どうもありがとうございました。

時間も限られていますので、私からのリプライはなしで。

皆さん、どうもありがとうございました。

○中川座長 ありがとうございます。

それでは、堀天子委員、お願いします。

○堀（天）委員 ありがとうございます。

まさに今のやり取りで、補足してお伺いしたいと思っていたのですが、今回、特区の提案で、中山間地域の市においては、医療機関までの距離が遠く、移動手段の確保が困難なことから、通院への負担感があり、地域医療における看護師不足もあるので、医療体制の持続性に課題があり、今回の御提案があると理解していたのですが、今回、このように、特区ということであるとしても、費用の負担を伴う診療報酬改定では、全国一律でしか対応できないという御回答があったということではよろしかったでしょうか。

例えば地域を特定する形で、診療報酬改定全体をしなくても、認める余地があるのかと思っていたのですが、そこはいかがでしょうか。

もしできないということになりますと、今後のスケジュールをどのように想定されているかについて、お伺いしたいと思います。

○中川座長 厚労省様、お願いします。

○林課長 今までの特区の歴史の中でも、同様のことを申し上げていると思っておりますが、特区だけに何か診療報酬上の特別の措置をとということは、これまでもなかったと理解しております。

一方で、診療報酬の要件そのものに、人口が少ない地域を何らか特定して、そういった場合にだけ認めるような場合、要件を緩和するといったことがないわけではないのだと思いますので、全国一律ということはもちろん大原則ではありますが、特に何か特別な事情がある場合において、中医協で諮った上で、中山間地域が定義になるのかは分かりませんが、特定の地域において特定の配慮をしていることは、今までになかったわけではないということだと思います。

いずれにしても、特区だけ期中に何か特別にお金が使えらるということではない旨は御理解いただきたいと思います。

○堀（天）委員 承知しました。

要件の中で、何かしら特定した地域について緩和されたものを検討する余地がゼロではないという御回答だったかなと思いました。

そうすると、全国一律で、例えば都心部で非常にアクセスが便利なところの皆さんについても、同じような形で認めてほしいというわけではないと思いましたので、その御配慮も含めて、今後、御検討いただきたいと思います。

最後は意見でございます。

以上です。

○中川座長 ありがとうございます。

堀真奈美委員、お願いします。

○堀（真）委員 茅野市さん、発表をありがとうございました。

日本全国で超高齢化が進み、心不全患者の急増がある中、再入院の予防に取り組まれ、できる限り現場に即した形で、エビデンスを提供されようという努力をすごくされてきたと評価しています。

この問題は、この地域だけではなくて、将来的には全国的な問題でもあるとおっしゃっていましたが、先ほど別の堀委員がおっしゃっていたように、現状において、全ての医療機関で30分ではなくて、15分でできるかとかと考えますと、多分、地域性が大きいのではないかと。つまり、中山間地であること、地域の看護師が不足していること、先ほど80歳以上の方も多という話もありましたが、高齢者の状態などによって変わるのではないかと。

なので、私自身が確認したいことは、こうした地域の事情に即した診療報酬における要件の緩和を検討していただきたいという話と理解しましたがそれでよいのかどうか。

今回は、聞いている限り、診療報酬の価格そのものについては言及されていなかったかと思えます。要は、加算の要件緩和の話だけではなくて、診療報酬の単価の引き上げなどについても要望されているのかどうか、茅野市さんに確認したいと思っています。

先ほど厚生労働省さんは、そういう話ではないと考えるとおっしゃっていたので、私もそうなのかと思ったのですが、今回は発言がなかったで、そこについて確認したいというのが1点です。

それから、診療報酬体系そのものは、先ほどから全国一律の公定価格というお話がありましたが、最終的には、国民全体の医療費に関わるものであって、保険料や公費、自己負担の在り方にも関わります。よって、個別対応でできるところと、相対的に全体最適が求められるようなところがあると思いますので、現行体系だとなかなか難しいところもあるのではないかと思います。他方、地域別の診療報酬体系という議論も最近出てきているのではないかと思います。確認したいのは、全国一律で同じように茅野市さんの提案を認め、拡大していただきたいと茅野市さん自身は考えているのか、それとも、茅野市さんと同じように、中山間地域の看護師さんが不足していて、高齢者が多い、あるいは心不全の患者が多いようなエリアで、試行的に実施したいと考えているのかという2点を茅野市さんに伺いたいと思います。

もう一点、厚生労働省さんに伺いたいのは、30分というところについてなのですが、診療報酬やほかの報酬体系を見てもそうですが、時間は30分区分だけではなくて、比較的いろいろなパターンがあるかと思えます。実験的に、特区だから特別扱いではなくて、この特区を逆に活用して、30分の場合と15分の場合でどうなのかを検証、費用対効果を見ることもできないかと。もちろん、厚生労働省自身がやることは難しいのかもしれませんが、費用対効果を見ていく可能性もあるのではないかと。

要は、トータルの価格を変えないで、むしろ15分でできるエリアもあるならば、それはそれで認めていくことも、報酬総額を変えないならば、できるのではないかと思うのですが、そこについてどう思うのかを1件伺えればと思います。

よろしく申し上げます。

○中川座長 それでは、茅野市様、厚労省様の順番に申し上げます。

○須田DX企画幹 茅野市の須田です。

御質問ありがとうございます。

1点目に関して、指導料に関しては、例えば今、2回の場合は、情報通信機器を用いた場合は1回148点がつくことになっておりますが、4回にした場合は、恐らく、その半分程度の金額になるのではないかと考えております。ここは我々が決められるところでもないので、強く提案するわけではないのですが、我々もそれで倍稼ぎたいと思っているわけではなくて、地域の実情に応じた条件がついてくると、その診療報酬を活用しやすくなるという意見を持っております。

我々の看護師のリソースも大変不足している中ではございますので、看護師がやりやすい形で、働きやすい形で診療報酬をつけてくれないと、看護師がそこに実働としてなかなか動員できないところがありますので、お金を増やしてくださいというわけではなくて、実情に合わせて分配してくださいと申しているつもりでございます。

もう一点は、これを全国展開していくときの条件に関しての茅野市の意見ですが、我々は特区ですので、地域課題に応じてというか、地域課題を基にした提案を出しているつもりですので、全国で一律に皆さん同じ問題を抱えているかというところは、なかなか難しいかなと。我々のほうで全て把握しているわけではないと考えております。

ただし、全国に1,700自治体ある中で、我々と同じような課題、中山間地域という人口減少社会において、交通インフラが整わない課題を抱えている自治体は、ざっと見て1,000以上あるかなと考えておりますので、東京の都心はどうかというところは別としても、我々の提案が有用というか、これをやっていただいたときに、診療報酬を上手に使いながら、心不全ケアを遠隔で上手にできるような自治体が増えるのではないかと考えております。

以上です。

○堀（真）委員 ありがとうございます。

厚生労働省さんのほうも御意見を伺えますか。

○林課長 御質問は、30分という時間のパターンを例えば多様化させて、それぞれがどのような効果を上げているか、複数の選択肢が選べるような形にして研究してみたらどうかという意味の御質問だったかなと思います。

診療報酬体系も相当複雑になっていますので、そういったものを多様化させることのメリットもある一方で、よりどんどん複雑化していくことについて、全国の皆様はどう思われるかということも悩ましいところではございますが、そういった御意見として、一旦受け止めさせていただいて、私どもも効率的・効果的な医療が行われることが大事だと思っていて、今と同じようにしておくことを目的としているわけではありませぬので、こういった在り方がいいのかというの

は、今後も模索していきたいと思っております。

中山間地域についての議論がありました。私どもも同様に思っていて、中山間地域の定義はなくても、例えば過疎法の適用地域とか、いろいろな線の引き方があるのかもしれませんが、日本全国を地図で色を塗って見たら、ほとんどの地域がそれに該当しますので、特区の一市町村でという話ではなくて、全国の課題として考えていく必要があると思いますし、そうであるがゆえに、きちんと中医協でも議論していく必要がある問題だと思っております。

○堀（真）委員 ありがとうございます。

確かに、複雑になり過ぎるのはどうかと思います。一方で、異なる地域のニーズを全国一律の診療報酬体系では、なかなか柔軟に対応できないところもあると思います。その仕組みのようなものも将来的に考えていただけるといいのではないかと、厚生労働省さんに対して感じる所です。

それから、茅野市さんにつきましても、先ほど類似自治体が1,000あるというお話でしたが、日本の市町村の数が多過ぎるところではないかと思いますが、地域としての医療のニーズを限られた資源で満たすためにはどうすればいいかということは重要ですので、引き続き、特区の中で検証を続けていただければと思います。

診療報酬改定については、要件緩和できるところはやっていただいて、実証実験を茅野市さんと似ているような自治体さんと一緒にやってみながら、それを積み重ね提案していくことあるのではないかと思います。

以上です。

○中川座長 ありがとうございます。

落合先生、お願いします。

○落合座長代理 ありがとうございます。

私が改めてお伺いしたいと思ったのが、今回、提案が3点ございましたが、それとの関係で、もともと今の要件がどういう理由で設定されているのか、改めてエビデンス等の関係で教えていただきたいと思いました。初回が対面とされている点と、30分と定めた点、また、2回以上の入院歴があるという3つの条件がついていると思いますが、こういったエビデンスで論理的にこういう要件になったのか、厚労省様にお伺いできればと思いました。

○林課長 すみません。先ほどお話ししたと似たような話になってしまうかもしれませんが、まず、初回が対面ということに関しては、今日はオンラインでお話ししているわけですが、最初から会ったことのない関係でコミュニケーションを取るのと、会ったことがあって、初回の指導は対面で行った上で、オンラインで指導を受けるのとでは、なかなか言語化しにくい部分もありますが、その意義が違うのではないかと。最初からオンラインでも同じであるとは言い難いのではないかとということで、こういった形になっているということでございます。

病院の中で、入院中に初回の指導が行われるということであれば、同じではないかという御意見をいただいているのだと思いますので、そういった部分については考える余地があるのかなということで、今回お伺いしているところでございますし、これも含めて、診療報酬改定の中で

扱っていかなくてはいけないことだと思いますが、これについてのエビデンスをどうこうということをお願いしているわけではないということでございます。

2つ目の30分については、最初にも申し上げましたが、30分と決めたときに、何か定量的な根拠があるということではなかったということでございます。

とはいえ、今日、お話を伺っていると、外来で通っていらっしゃる患者さんに30分看護師が指導するという内容としては、今、皆様が想定されているように、生活を確認して、必要によっては受診勧奨することがもともと目指していたこの点数の目的ではなくて、生活の状況を確認した上で、必要な行動変容を促していくところに時間がかかるということがもともとの意図であったと考えてございます。

それから、入院が2回ということについても、この指導をたくさんの方に、リスクが低い方までに導入すると、その分だけ非効率になりますので、効率的に効果を上げていくという観点から、一定のリスクが高い方を選別する方法として、入院が2回ということであるわけでございますが、そこについても、繰り返し入院されている方の再入院予防が最大の目的になっているわけですし、基準になっているわけでございますが、これについても、別の線引きがあれば、それは検討されるべきものだと思いますし、そのときには、それなりの根拠をもって決めていくべきなのではないかと考えてございます。

○落合座長代理 ありがとうございます。

特に最後の点をお伺いしたいのですが、2回とおっしゃっていた点は、1回の場合と2回の場合で、例えば重症化予防や、その後の生涯の医療費など、そういった点に対して一定の効果がある、2回目だけに絞ったほうが、公費の投入として適正であるという算定や計算はされているのでしょうか。

○林課長 診療報酬改定は、総額を診療報酬改定でプラスにできる金額をどう使っていくかということですので、対象患者が増えれば増えるほど、お金がかかるわけです。

だから、一定ハイリスクの方に絞ることによって実現しているということが、最初に決まったときの在り方だったのだと認識しております。

○落合座長代理 ありがとうございます。

このように言ってしまうと良いかはありますが、1点目の対面の点については、会ったほうがという話がありましたが、御説明いただいている内容は、例えばオンライン診療でコロナの特例を恒久化したときに、対面と同等に評価するという原則を立てて、初診対面の場合から、全般的にオンライン診療については、診療報酬で評価することにしていきます。もちろん、全体としては、一部対面診療よりもオンライン診療のほうが評価されていない部分があるのは承知していますが、それにしても、オンライン診療についても、必ずしも一律に切り下げるほどの評価ではないのではないかと考えております。第2点目と第3点目については、具体的なエビデンス上の根拠はないように思われました。

つまり、最終的に政治的な調整になること自体はよく分かりますし、お示しいただいたような診療報酬の決定の構造であることは重々承知しておりますので、全部エビデンスに基づいてでき

ないのも分からないではありません。他方で、今回、これから検討していく中で、そういった数字自体について、非常に強いエビデンスがあるわけではないので、改定に当たっても、それを考慮して、立証の程度というか、そこは相応のもので認めていくことを御検討いただくのが重要ではないかと考えました。

もちろん、地域や、そういった様々な要件を考慮していく中で、あまりこのテーマだけで全ての医療費の増大をというわけにいかないと思われる点も、厚労省様としてあることは分かります。今回のテーマも重要なテーマだと思いますので、可能な条件を設定するなどしながら、主要な提案の内容については、ぜひ実現できるように、建設的に対話をしていただきたいと考えております。

以上です。

○中川座長 ありがとうございます。

そのほかに発言を求める方はいらっしゃいますか。

それでは、茅野市からいただいた提案は、心不全患者の再入院防止をより効果的に進めるに当たり、中山間地域における通院の困難さや看護師不足を踏まえ、地域医療体制の維持に向けた課題解決のための提案であると受け止めております。

また、こうした地域の実態を踏まえた課題やニーズについて、厚生労働省にも一定の御理解をいただけたものと認識しております。

茅野市におかれましては、令和8年度診療報酬改定で算定対象となった心不全テレナーシングの地域における実装を進めるとともに、効果的なテレナーシングの活用拡大に向け、これまでの調査・実証も踏まえつつ、現場における事例やデータの収集等に取り組んでいただきますよう、お願いいたします。

厚生労働省におかれましては、本日の議論を踏まえ、茅野市からの提案について、次回、令和10年度診療報酬改定に向けて、可能なものから速やかに中央社会保険医療協議会における検討や議論の俎上へのせていただきますよう、お願いします。

それが基本だと思いますが、その中での議論の深まりに資するために、茅野市のエビデンス収集等の取組について、内閣府等も適切なサポートをしていただきますよう、お願いします。

それでは、これを持ちまして、心不全患者に対するテレナーシングの活用拡大に関する「国家戦略特区ワーキンググループヒアリング」を終わりたいと思います。

どうもありがとうございました。