

令和 7 年度第 1 回札幌市医療体制審議会

在宅医療体制検討部会

日 時：令和 7 年12月 9 日（火） 18:30～20:00
会 場：ORE札幌ビル 8 階大会議室

次 第

- 1 開 会
- 2 議 事
 - (1) グループ診療制度の検証について
 - (2) その他
- 3 閉 会

1. 開 会

○事務局（加藤） ただいまより令和7年度第1回札幌市医療体制審議会在宅医療体制検討部会を開催いたします。

委員の皆様にはお忙しい中、本日の当会議に御出席いただきありがとうございます。

私は、本部会で事務局を務めさせていただきます、保健福祉局ウェルネス推進部地域医療担当課長の加藤でございます。本日は、議事に入るまでの進行を務めさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

まず、委員の紹介のところでありますが、初めに前回の部会から委員の変更がございましたので、事務局から御紹介させていただきます。一般社団法人札幌市医師会地域医療部長、尾形和泰委員に代わり熊谷範子委員です。熊谷委員から一言御挨拶いただけますと幸いです。

○熊谷委員 御紹介いただきました札幌市医師会の熊谷と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局（加藤） ありがとうございます。

次に本日の委員の皆様の出席状況についてですが、委員総数名12名中、会場に9名、オンラインで3名御出席、全員御出席いただいております。

札幌市医療体制審議会規則第4条の規定により出席数が過半数を超えておりますことから本日の会議は成立することを御報告させていただきます。

次に会議の公開についてでございます。

本部会につきましては札幌市情報公開条例第21条に基づきまして、原則として公開で開催することとなります。情報公開条例第7条に規定される非公開情報を扱う場合は非公開といたしますが、本日の議事については非公開情報がないことから公開にて開催いたします。そのため、会議室後方には傍聴席を設けております。

また、公開の原則に基づきまして、後日、議事録を札幌市公式ホームページ上で掲載いたしますので、併せて御承知おきます。

最後に、会議に先立ちまして、資料の確認をさせていただきます。

上から本日の次第、次に資料1、本日の議事の説明資料として、グループ診療制度の検証についてでございます。最後に、資料2、令和6年度在宅医療に関する実態調査結果となっております。

資料はお揃いでしょうか。不足等あれば事務局までお申し出をお願いいたします。

それでは、早速ですが、議事のほうに移りたいと思います。

以降の進行については多米部会長をお願いいたします。

どうぞよろしくお願いいたします。

○多米部会長 それでは、議事に入る前に部会長の職務代理者につきまして、尾形委員に代わりまして、熊谷委員を指名させていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

それではよろしくお願いいたします。

2. 議 事

それでは議事に入ります。

議事（1）グループ診療制度の検証につきまして、事務局より説明をお願いいたします。

○事務局（千葉） 地域医療担当係長の千葉と申します。

私から御説明をさせていただきます。

では、議事につきまして、資料1に沿って説明をさせていただきます。

まず、グループ診療体制の検証結果につきまして御説明をさせていただきます。

制度の概要につきまして、昨年度の部会でも簡単に御説明をしたところではございますけれども、改めて概要について説明をさせていただきます。

まず、制度の目的ですけれども、在宅医療を行う医療機関における24時間対応の体制構築によりまして、「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」それぞれの場面における在宅医療体制を整備するとしております。それぞれの場面における体制ということで

下に示しておりますけれども、日常の療養支援の場面におきましては、市民が住み慣れた地域で継続的な医療を受けられる。急変時の対応の場面におきましては、市民が急変時に必要な対応が受けられること。看取りの場面におきましては、市民が望む場所で看取られる体制ということとしております。

次に、制度の設計について御説明をいたします。

まず、制度全体ですけれども、在宅医療を担う主治医、それから主治医を支援する副主治医、後方支援医療機関からなるグループを10区で整備しております。

それぞれの役割ですけれども、まず副主治医。これは主に在支診、在宅療養支援診療所、または、在宅療養支援病院の医師に当たりますけれども、役割としましては、在宅医療を行う医師、主治医への助言ですとか、技術支援を行うこと。また、夜間休日などで主治医の不在時に代診医として患者の急変に備えて待機することとしております。このシステムについて、主治医・副主治医システムという形で、平成27年度から運用を開始しております。

次に、後方支援医療機関ですけれども、こちらの役割については、在宅患者の急変時の受け入れを行うこととなっております。

その下、緊急時後方支援病院、ちょっと名前が似ているのですけれども、こちらについては、日曜・祝日に後方支援医療機関が受け入れ不可の場合の患者の受け入れを行うという役割になっておりまして、この体制のことを在宅緊急時後方支援病院体制といて、平成29年度から開始をしております。この基本的な設計につきましては、北海道が行っております補助事業に基づく設計となっております。

資料5ページ目になります。

次に、主治医・副主治医システムの設計について少し詳しく御説明をいたします。

概要につきましては、先ほど御説明したとおり、夜間休日などで主治医が不在となるときに、代診医を事前に調整をしまして、患者の急変に備えて待機するというものでございます。こちらの利用の対象なのですけれども、そのグループに参加する医療機関の中で、原則、機能強化型の在支診、在支病、在支診1、2に当たるものを除くということにしておりまして、それ以外の在支診3ですとか、在支診の届け出をしていない医療機関が対象となっております。在支診の届け出状況によって、対象を限定しているということが、後ほど検証結果の中でも触れさせていただきますが、この制度の一つの特徴となっております。

利用方法につきましては、下の図でも示しておりますけれども、主治医から医師会に事務局を担っていただいておりますので、こちらへ副主治医の調整の依頼が入るところからスタートしまして、依頼がありましたら事務局が副主治医を調整の上、主治医に紹介をいたします。その後、主治医から副主治医に対して、患者の診療情報などを提供した上で、該当日に副主治医が待機、必要に応じて診療を行うというところです。

その後、主治医から事務局への報告書の提出とか、事務局から待機をした副主治医に対して謝金の支払い、それから、副主治医による実際の診療が発生した場合で、かつ、主治医がその診療報酬を請求した場合については、主治医から副主治医へ報酬を支払うといった一連のフローとなっております。

続きまして、在宅緊急時後方支援病院体制の説明になります。

こちらの概要については、日曜・祝日、年末年始、グループ内の後方支援医療機関が受け入れができない場合などに、在宅医療を行う医療機関からの要請によって、急変患者の入院受け入れを行う当番病院を整備しているというものでございます。当番日時間帯については、日曜・祝日、年末年始、当番病院数については、1医療機関となっております。

当番病院の役割としては、在宅医療を行う医療機関からの患者を受け入れるための病床の確保、それから要請があった場合の患者への診療の実施となっております。こちらの当番に御参画いただいている医療機関数としましては、現在33医療機関となっております。

引き続き、在宅緊急時後方支援病院体制の概要ですけれども、こちらの利用対象につき

ましては、こちらは在宅医療を行う医療機関全てを対象としているところです。

利用の方法につきましては、こちらは医療機関の医師から、当日の当番病院の医師に対して、直接連絡をして承諾調整をしてから、患者を搬送するといったフローになっております。

当日の当番病院が対応できない場合、市立札幌病院に依頼という形になっております。実際、当番病院がこの体制による患者の受け入れがあった場合には、事務局である医師会に、その旨実施の報告をいたしまして、医師会から協力金の支払いをしているという流れでございます。

続きまして、資料8ページ、制度の利用実績でございます。

まず、主治医・副主治医システムですけれども、こちら表でお示ししておりますが、各年度の利用件数につきましては、2019年度を除きまして4件以下というところで推移しております。さらに、直近2022年以降は利用の実績がないというところでございます。また、利用の実績がある区、医療機関についても、表に示しております4区、医療機関数としては7施設のみというのが実績でございます。

続きまして、在宅緊急時後方支援病院体制の利用実績でございます。

こちら、各年度利用件数については、4件から20件程度で推移しております。

ここまでが、制度の概要について御説明をさせていただきました。

ここから、制度の検証について御説明をしていきます。

まず、検証の目的ですけれども、現行のグループ診療制度が、先ほど目的のところでも申しました「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」の場面における、在宅医療体制の整備に向けて、有効な制度であるかというところの検証を行いまして、制度の見直し、その他必要な施策の改善を図るということとしております。まず、この検証におきましては、先ほど制度設計のところでお説明をさせていただきましたが、北海道が行っております補助事業の活用を前提とした見直しを検討することとしております。

資料11ページ目、検証の体制についてでございます。

こちらにつきましては、昨年度の部会で御審議いただきましたとおり、ワーキンググループを設置いたしました。ワーキンググループのメンバーにつきましては、資料の表にお示ししています7人の委員の皆様にご参加をいただきまして、開催をしたところでございます。

次のページになります。

ワーキンググループの開催状況ですけれども、全4回開催をさせていただきました。この中で、事務局が作成した制度の検証結果と改善の方向性案について皆様から御意見をいただいたところでございます。

次に、資料13ページ目になります。

ここから、検証の方法についてになります。

まず、このグループ診療制度のロジックモデルをお示ししております。一番上が制度の目的ということで、冒頭御説明した内容になっております。

下の四つの枠ですけれども、まず左端の活動というのが、本制度が実際に何を行うかというところを示しておりまして、制度の周知ですとか、主治医・副主治医システムの運用、在宅緊急時後方支援体制の運用といったところが該当します。

その隣のアウトプットですけれども、この活動を行った結果として現れるものということで、制度の認知度ですとか、主治医不在時の副主治医による待機・代診、それから、後方支援病院による急変患者の受け入れなどが該当いたします。

その隣、初期アウトカムになりますけれども、アウトカムにつきましては、制度がその対象に対してもたらした変化ということで、制度を利用した在宅医療を行う医療機関の24時間対応の体制の構築・強化といったような成果、状態を指しております。

さらにその右端ですね、中間アウトカムになりますけれども、これは初期アウトカムよりも、より長期的な効果、成果を指しておりまして、本制度の目的に関わる「日常の療養支援」「急変時対応」「看取り」それぞれの場面において目指す成果ということになって

おります。

こういったロジックモデルで、本制度がこういった活動を通じて、最終的にこういった目標、成果を達成しようとしているのかというのをお示ししております。

次、14ページ目になります。

今お示したロジックモデルに基づきまして、検証を行うための視点を設定しております。表ですけれども、大きく妥当性、効率性、有効性のこの三つについての視点、それに関連する質問と該当するロジックモデルの段階をまとめた表になります。

まず、妥当性に関する視点として政策のニーズですけれども、政策によってそもそも解決すべき課題があるかとか、その課題が他の制度などで満たされていないかどうかといったような検証、それからその下、制度の設計というところについては、制度の目的ですとか、内容・対象といったものの手段が政策の目的に対して妥当かといったような視点でございます。

その下、効率性に関する視点につきましては、制度の運用に関して、制度の利用手続きに利便性があるかですとか、実施体制が整っているかといったような検証になります。

最後に有効性に関してですけれども、こちらは、まず制度の認知度、制度が医療機関に十分知られているか。それから、アウトカムとの関係につきましては、活動の結果のアウトプットがアウトカムに与えた影響について検証を行うということでこういった形でまとめております。

続きまして、制度の検証に使用したデータになります。

今回の検証におきましては、主に昨年度実施をいたしました、市内医療機関を対象とした在宅医療に関する実態調査の結果を用いて検証を行っております。調査結果全体につきましては、今日この場でちょっと御説明はいたしませんけれども、資料2としてまとめておりますので、後ほど御参照いただければと思います。その他、制度の運用主体でございます、札幌市医師会への調査ですとか、制度の利用実績などをデータとして用いております。

では、ここからは、検証の結果について御説明をいたします。

先ほど御説明をした三つの視点に分けて一つずつ説明をして参ります。

まず、政策のニーズ、それから制度の設計に関する結果からになります。

こちらの結果を示している表なのですが、まず、左端の列が視点になりまして、真ん中の列ですね、中央の列で、検証を行った主なデータ、実態調査の結果等をお示ししております。一番右の列がその結果を踏まえた課題等をお示しております。

まず、制度のニーズ、課題があるかといったようなところにつきましては、今回実態調査において在宅医療を行う医療機関の急変時対応の実態、状況をお聞きしております。その結果、在宅医療を行う医療機関の中には往診体制のない医療機関があったりですとか、また、往診体制があっても、往診が必要な事例に対する実施の割合が9割未満の医療機関があるといったような結果。それから、往診ができない場合、実施していない場合に、こういった対応をとるかというところについて、救急搬送で対応するといった医療機関が7割程度あったとか、あと、在宅医療を行う医療機関のうち、急変患者の入院医療機関をあらかじめ決めているかというような質問に対して、決めていないという医療機関が約半数あったといった結果があります。そういった結果を受けまして、課題といたしましては在宅医療を行う医療機関の24時間対応の体制構築、強化といったようなところが課題として見えてきたというところでございます。

その下、他の制度等でこのニーズ、課題が満たされていないかというところにつきましては、他の制度として、そもそも診療報酬で在支診、在支病の施設基準があったりですとか、また、在宅療養後方支援病院といった施設基準もございます。また、各種加算などもあります。また、民間の制度としても、往診の外部委託といいましょうか、そういった制度もございますので、行政として、制度として考えるときに、こういった診療報酬などとの整理も必要だと考えております。

次に、本制度がそもそも政策の目的に対して妥当かというところで、まずこちらは口

ジックなのですがけれども、先ほどのロジックモデルでこの制度の活動、それから活動の結果としてのアウトプット、そこからのアウトカムとこのロジックについて検証するものでございますけれども、こちらについては本制度の運用で、主治医が不在のときの副主治医の代診ですとか、後方支援病院による急変患者の受け入れ、こういった結果が現れることで、在宅医療の体制の構築・強化に繋がるかといったようなロジックになりますけれども、ここについては、目的に対して妥当ではない可能性があるといったような結果と考えております。

その下、制度の内容、対象がニーズと一致しているかということで、これについては、実態調査の結果で医療機関に対して本制度の利用希望の有無ですとか、また、希望しない場合にはその理由というのを聞いておりますけれども、その中で往診の実施、それから、入院医療機関の確保といったようなところが十分ではない医療機関であっても、「利用する場面がない」といったような理由で制度の利用希望がないという結果が得られております。

そういった結果を踏まえますと、在宅医療を行う医療機関が24時間対応体制構築に求める支援とこの制度が合っていない、そこにギャップがある可能性があるかと分析をしております。

引き続き、政策のニーズ・制度の設計というところについて、主治医・副主治医システムの個別の制度についてお示しをしております。

主治医・副主治医システムの内容・対象について、これがニーズと一致しているかというところにつきましては、先ほど制度の概要の説明の中で、現行の制度の対象であるのは在支診以外、それから在支診の3であると御説明をさせていただきました。この現行制度の対象である在支診以外というのは、実態調査の結果、診療時間外の往診体制というのは、そもそも体制がある医療機関は36%程度というところと、また、体制があっても実施している場合であっても、その往診の実際の事例数というのは在支診に比べると少ないといったような結果がありました。

一方、現行制度の対象外となっております在支診1・2、機能強化型の在支診につきましては、診療時間外の往診体制については94%の医療機関があるといったようなところ。それから、往診の実施数、事例数につきましても、在支診以外、それから在支診3に比べると多いといったような結果が得られております。

こういった実態調査の結果を踏まえますと、制度の内容に対して利用の対象というのが適当ではない、適切ではない可能性があると考えております。

さらに、制度の内容の部分ですけれども、制度の利用希望がない医療機関の理由として主治医・副主治医の連携等に不安があるといったような回答もございました。現行の制度につきましては、単純にその主治医が不在のときの代診を副主治医に依頼をすると、その調整を行うといったような仕組みですがけれども、そもそも、主治医と副主治医間の日頃の連携を促すような仕組みが前提として必要ではないかといった可能性があると考えております。

続きまして、在宅緊急時後方支援病院体制の制度の内容・対象がニーズと一致しているかというところですがけれども、この体制の内容に関して、体制自体は日曜・祝日に限定をしたものでございますけれども、調査の結果を見ますと、夜間の受入、休日も含めてですけれども、夜間の受け入れ先の調整が特に困難であるといったような意見ですとか、患者の状態でいいますと、感染症併発の患者様ですとか、あと認知症の方ですね、そういった方の受け入れ先の調整が困難という意見がございました。また、こういった患者について当番病院で必ずしも受け入れられないケースもあるということで、確実な受け入れを希望する声があったところです。

また、ワーキングの中でも受け入れが必要な患者と当日の当番病院が対応可能な診療科ですとか、病態というのが必ずしもマッチングしないような場合もあるのではないか、そういった場合は、やはり救急搬送といったような対応になっているということがあるのではないかと御意見を頂戴しております。

こういったところを踏まえまして、当番病院の不応需の実態というのは事務局からは、我々も正確にといいますか、把握できていないところもございますので、こういった当番病院の側の不応需の実態ですとか、要因の把握が必要だというところ、それから、当番体制の確保、当番病院がより円滑に患者を受け入れできるような仕組みの構築というのが必要な可能性があるという認識をしております。

続きまして、結果の大きな二つ目ですね、制度の運用に関する結果ですけれども、こちらは主治医・副主治医システムと在宅緊急時後方支援病院体制、表を分けてお示しをしておりますが、手続きの利便性について聞いたところ、実態調査の結果からは、やはりその利用希望がない医療機関のうち、その理由として、事前の調整の手間ですとか、事務手続きが煩雑に感じるといったような医療機関がございました。

こういったところから、少しでも手間というか、負担を軽減するために利用に係る調整ですとか、事務手続きについて軽減を図る必要があるのではないかと認識しているところでございます。

最後に大きな結果の3つ目ですね、制度の認知度とアウトカムの関係についてというところでございます。

まず、制度が医療機関に十分知られているかというところですが、実態調査の結果、この制度の認知度というのは、主治医・副主治医システムにつきましては、在宅医療を行う医療機関のうち54%。緊急時後方支援病院体制につきましては、69%という数字でございました。また、制度の利用希望がない理由の中でも、内容を十分に理解していないという回答がありました。

こういったところから、医療機関の制度の認知度が十分ではない、また、内容についても十分に理解されていない可能性があるということで、認知度の向上ですとか、より具体的な制度内容への理解促進が必要と考えております。

また、在宅医療に関わる医療機関以外の関係機関に対しても、この制度について周知をしていく必要があるといったところで考えております。

最後に、アウトカムに対してどのような影響を与えたかという部分でございますけれども、先ほど利用実績の中でもお話ししましたが、制度開始以降、利用の件数は低調であるというところでございます。そのため、現時点においては、結果が出ていない、実績が出ていないというところで、当然、成果、アウトカムへの影響も小さいものと考えております。

資料23ページ、検証結果のまとめになります。

まず、結果の一つ目、政策のニーズ、制度設計に関する結果というところで、制度の内容・対象が在宅医療を行う医療機関のニーズ等と必ずしも合っていない可能性があるというところで、まず、課題の一つ目としては、医療機関のニーズに沿った制度設計の見直しが必要であるというところを挙げております。

次に、結果の二つ目、制度の運用に関する結果ですけれども、制度の利用手続きですとか事前調整が医療機関にとって利便性が低いといった可能性があるというところで、これを受けて、課題の2点目としては、制度の利便性向上のための運用の見直しというの也需要だというところを挙げております。

最後、結果の3番目、制度の認知度・アウトカムとの関係に関する結果につきましては、現行の制度に対する医療機関の認知が十分でないといったところで、課題の3点目として、制度の認知度向上、理解促進のための周知強化が必要というところを挙げております。

現行の制度につきましては、妥当性、それから有効性が低い可能性があると考えておりますけれども、実績として、利用件数が少ないといった状況でございますので、現時点での評価は限定的であると認識をしております。

では、ここまでは検証の結果の御報告になります。

ここから、これを受けた今後の制度の方向性と、具体的な改善策について御説明をさせていただきます。

まず、今後の制度の方向性についてでございます。

先ほど御説明したとおり、現行の制度につきましては、妥当性有効性の部分で低いといった可能性を認識しておりますけれども、利用件数が少ないといったところで現時点での評価は限定的であるという認識でございます。

そこで、まずは、現行制度を維持しながら、継続しながら課題 1 から 3、青字でお示しをしておりますけれども、この部分に対して先ほど設計の部分で道の補助事業を前提とした対応を行うことで、利用件数の増加に向けた改善を行いまして、その上で、改めて評価を行いたいと考えております。

あわせて、将来的なといいますか、制度のより抜本的な見直しというところも見据えまして、新たな制度設計案についても並行して行っていくといったところを方向性として考えております。

本日、委員の皆様には、まず、この大きな方向性について御協議をいただければと考えております。

続きまして、26 ページ目になります。

方向性に沿った具体的な改善策について、4 点御説明をしていきます。

1 点目が医療機関のニーズに沿った制度設計の見直し、課題 1 への対応の部分でございます。2 点目が制度の利便性向上のための運用の見直しと、こちらが課題 2 への対応の部分でございます。3 点目が制度の認知度向上・理解促進のための周知強化というところで、課題 3 への対応になります。そして、最後、4 番目が新たな制度設計案の検討というものでございます。

27 ページ目になります。

まず、改善策の一つ目、改善策の 1、制度設計の見直しの一つ目として、主治医・副主治医システムの利用対象の見直しについて御説明をさせていただきます。

スライド下にあります左側の図、主治医から副主治医に対して、不在時の待機ですとか、代診の依頼が可能というのが現行のシステムですけれども、これを右側の見直し案でお示ししておりますとおり、副主治医同士ですとか主治医同士ですね、主治医と副主治医間で依頼が可能な形にするといったことを検討しております。

このときの検討事項として①から③まで 3 点挙げておりますけれども、まず、1 点目としては、代診の依頼が可能な副主治医の範囲として、事務局案としては、今、特段限定せずに全てグループに参加する、全ての副主治医を対象とするということを考えておりますけれども、この副主治医の範囲というのは、例えば、在宅医療を行う医師の数などによって限定をするかといったような検討事項があると考えております。

また、検討事項の 2 点目としては、代診依頼が可能な要件というところで、そもそも在支診につきましては、診療報酬上の連携医療機関というのがございますけれども、それとの整理、本制度との整理をどうするかといったような点があると考えております。こちら事務局の案としましては、原則的にはその在支診の届け出上の連携医療機関による代診連携を基本としながら、それらの医療機関で調整ができない、難しい場合に、本システムを利用できるといったような案を今検討しているところでございます。

最後、検討事項の③ですけれども、代診を担う主治医の範囲についてですけれども、これも事務局案として、最初からということではないですけれども、例えばグループに一定期間、例えば 1 年間ですとか、そういった一定期間参加している主治医については、他の主治医からの依頼に対して、代診の役割を担ってもらおうといったようなことを検討しているところでございます。こちらの皆様には、まず、これまで主治医のみであった利用対象、在支診 1・2 である副主治医にも拡大するといった方向性について、御協議をいただきたいというところと、その上で、より拡大するにあたっての課題、それからこちらで、今、事務局案として挙げております検討事項①から③について御意見をいただければと考えております。

制度設計見直しの 2 点目としては、医療機関間の連携に関する設計の見直しという部分で、こちらについては主治医・副主治医システムですとか、在宅緊急時後方支援体制の利

用には、日頃の医師同士、医療機関同士の連携ですとか、そういったものが、そもそも前提として必要ではないかといったような結果を踏まえまして、主治医・副主治医間の日頃の連携促進に繋がるような主治医から副主治医への支援、そういったものを促す仕組み、調整する仕組みですとか、また、主治医・副主治医間、それから主治医・副主治医と、あと後方支援病院の間の患者情報の共有などに関するルール策定といったところも、今後検討が必要ではないかと考えております。

次が改善策の２、制度の運用見直しについてでございます。

こちらについては、主治医・副主治医間の代診に係る診療報酬の取り扱いについての事務手続き上の変更というところで考えておりまして、現行、代診に係る診療報酬の取り扱いについては、主治医・副主治医間の話し合いによってどちらが請求するのかといったようなことを決めるというような運用になっておりますけれども、これは、制度として、例えば、主治医が請求するといったような一律の原則的にそういった制度としての運用に変更するといったようなところを考えております。こういったところによって、少しでも主治医・副主治医間の調整ですとか、負担、手間を減らせないかということで検討しております。

次に改善策の３、周知の強化についてですけれども、こちらについては、資料のスライドにお示ししていますような４点で考えております。

１点目在宅医療を行う医療機関ですとか、後方支援病院への周知機会の拡大と内容の充実ということで、現状も、周知を行っていないわけではないですけれども、より多くの医療機関に知ってもらえるようにといったようなところで、機会の拡大ですとか、工夫、それから内容の充実を図っていききたいというところでございます。

それから、新規開業する医療機関ということで、こちらは新たに開業して在宅医療に参入するところをターゲットにこういった医療機関への周知も新たに始めたいというところだすとか、あと在宅緊急時後方支援病院体制に加わっていただいている、参画いただいている当番病院への協力依頼、定期的な協力依頼の実施、それから、在宅医療の関係機関ですね、医療機関だけではなくて、薬局ですとか訪問看護事業所ですとか、居宅介護支援事業所、その他関係いただいている機関への周知というのも行なって参りたいと考えております。

次に改善策の四つ目ですね。新たな制度設計案の検討についてでございます。

こちらは、まず、２４時間対応の在宅医療体制の整備に向けて、在宅医療を行う医療機関以外の関係機関ですとか、あと市民、それから在宅医療の利用者、そういったニーズを把握するためのまず調査を行っていききたいということ。それから、これらの調査結果ですとか、先に御説明をした見直しの結果なども踏まえまして、現行の補助事業の枠組みにない支援内容も含めて、新たな制度設計案について検討を行うこと。それから、北海道に対して、この札幌市の在宅医療の現状ですとか、課題を適宜共有しながら、検討する新たな制度設計についても、必要に応じて協議ですとか、要望を行っていくといったようなことを考えております。

最後に、今後の予定でございます。

今、御説明させていただきましたけれども、検証結果の報告、それから検証結果を受けた改善策について、本部会で協議をいただきまして、取りまとめた改善策につきまして、来年度以降の制度から順次実施をしまして、その評価を行っていききたいと予定をしております。

事務局からの説明は以上になります。

検証結果を受けた制度の今後の方向性の部分、それから、具体的な改善策の内容について御提示させていただいた案に対する御協議をお願いしたいと思います。

よろしくお願いいたします。

○多米部会長　ありがとうございました。

なかなか利用者が増えていかないということで現状と問題点、そして改善案、幅広く御

説明いただきましたけれども、御意見、御質問等ございましたら挙手を願います。

どうぞ。大友委員。

○大友委員 まず、質問からなのですが、27枚目のスライドの改善策の見直しのところの1の主治医・副主治医システムの利用者対象の見直しの検討事項①の「在宅医療を行う医師数等により対象限定する」というのがちょっと意味が分からなかったのですけれども、教えていただけますか。

○多米部会長 事務局いかがですか。

○事務局（千葉） 御質問ありがとうございます。事務局です。

例として挙げた医師数に応じてというのは、例えば、在宅医療を担う医師が1名の医療機関、一人の医療機関を対象にするですとか、そういった案というか、例としてお示しをしたものでございます。

○大友委員 代診を行う副主治医が一人で往診をしている医者だったら、副主治医しているよ？意味が分からない、ちょっと。

○事務局（千葉） 代診の依頼をできる対象とする医療機関の範囲ということで、例えば、自院で在宅医療を普段担っている医師の数が、複数名いらっしゃるような医療機関は対象外とし、在宅医療を担う医師の数がお一人の医療機関は、この代診の依頼システムの利用を可能にするという案でございます。

○大友委員 この見直し案の上の矢印のときに、限定するときがある？

○事務局（千葉） 上の横矢印というか、副主治医から出る矢印といいますか、そのときにということでございます。

○大友委員 分かりました。

○多米部会長 よろしいですか。

そのほか何かございますか。

○高橋委員 戻って悪いのですが、スライドの8ページ目の検証結果のところですが、2019年に利用件数が多かった理由とか、2022年からずっとゼロになってしまっている実績がなくなった理由というのは何か分かっているのでしょうか。

○多米部会長 事務局いかがですか。

○事務局（千葉） 御質問ありがとうございます。事務局です。

2019年に実績が多かったという、その厳密なというか、正確な理由については、要因については、把握していないのですが、内訳のところでは中央区が10のうち9となっておりまして、特定の医療機関からの依頼の件数というか、実績が多かったというところでございます。なので、幅広く利用されたというものではないというところが一つございます。

また、2022年以降ですね、0というところも、これも当初から1ですとか、2といったような件数ですので、ここで2022年以降何かあったのか、新型コロナの発生などもございましたけれども、ちょっと具体的に何か要因が特定できているといったような状況ではございません。

○多米部会長 どうぞ。

○大友委員 これは、札幌市のこの説明に書いてあるとおり、医療機関が非常に限定されていて、うちの診療所に依頼があったところなのですが、その先生が在宅医療をやめられたので、パタッとなくなった。それまではうちの診療所にはあったというものです。

○多米部会長 よろしいですか。

そのほか何かございますか。

これ後方支援病院って、今33ということですけども、数は増えている、減っている、現状維持どうなのでしょうかね。

○事務局（千葉） 御質問ありがとうございます。

今、正確な数字はすぐ出てこないのですが、大きく増減しているものではないです。

○多米部会長 特に増えているわけでもないし、減っているわけでもないということですか。

ね。

はい、分かりました。

どうぞ、大友委員。

○大友委員 では、意見させていただきたいと思います。

検証とかですね、私いろいろ意見を言ったのですが、すごく意見が反映されていて、非常によいものができたかなと思っていて感謝しています。ありがとうございます。

まとめのほうの見直しに行くのですが、まず、主治医・副主治医システムというものの見直し案の右の図、①のところなのですが、主治医でも副主治医でも、どちらも代診を応需できたりとか依頼できたりするというシステムになるので、主治医、副主治医という名前はもう必要ないのではないかと思います。誰が主治医であっても副主治医であっても、お互いさまに代診をするというシステムなので、道の事業は、主治医、副主治医ですが、この見直し案にすれば、主治医、副主治医という名前じゃなくてもよいかなと思っています。

どうしてそう思うかというと、この全体の検証設計の見直しのところで感じるのは、主治医は経験がない、在宅医療の経験があまりない医師、副主治医は経験があってもいまいやっている医師と捉えているのではないかなと思われるのですが、実際にはそうではありません。主治医という人が、年取ったり、経験がすごくあって、在宅医療の経験もあって、ただ体制として、往診を依頼しなければいけない場合というのは存在しています。

それから、副主治医の場合ですね、往診を応需する側のほうがすごく若い先生で、大きな診療所に勤めていて、あまり在宅医の経験がないということもよくあります。なので、この副主治医が経験があっても主治医が経験がないという固定観念はちょっと外して考えていただいたほうがよいと思います。

例えば、技術支援ということに関しても、主治医のほうがよっぽど知識とか経験を持っている場合がありますので、カンファレンスによって、みんなで勉強するという形にしたほうがよいのではないかなと思っています。

○多米部会長 今の委員からの、主治医・副主治医制という名前の問題と、それから、主治医と副主治医の中身は実際とは違うのではないかな、現実と違うのではないかなという御意見がございましたけども、事務局、何か試案とかございますか。

○事務局（千葉） 御意見ありがとうございます。事務局です。

そもそものこの名前が道の事業の名前で、設計当初から、開始当初から続いてきたということ、確かに当初から実際に参加いただいている医療機関を見ますと、開始当初から主治医ということで、ずっとそのままというのでしょうか、なっている医療機関もごございますので、道の中の事業のこの主治医、副主治医というものの定義と、今、札幌市における医療機関、実際に参加いただいている医療機関の実態が合っていないといったところの御意見かと思っておりますので、今後この制度の見直し、今、皆様に御意見を頂戴いたしますけれども、この対象の見直しと併せて、改めてこの札幌市の制度における、各医療機関の皆様一律で本当にグループという形にするのか、何かしら別の名前とか定義でつくるのかといったところについては、本日の御意見も踏まえて検討させていただきたいと思っております。

ありがとうございます。

○多米部会長 はい。大友委員、よろしいですか。

もう一つどうぞ。

○大友委員 この検討事項①②③はあるのですが、これはこのシステムにある程度制限をして、予算を超えないようにとか、そういうものかと思うのですが、まず一つ、在宅医療①の在宅医療を行う医師数ということで、うちの診療所も3人で大体やっているので、3人とも学会に行ってもどこかの代診をお願いするということもあつたりします。

それからの②の「施設基準で届出した連携医療機関による代診の調整ができない場合に

利用する」と書いていますけれども、そもそもこの施設基準で届け出した連携医療機関同士で代診が成り立っているかというのですね、ほとんど成り立っている例がありません。実際に、あまりやっていないです。

それから、主治医のうちグループに一定期間参加している場合は、さっき言ったように、主治医が結構経験のある先生がいるので、これは入れなくてもいいのではないかなと思います。

これ、私は個人的には、もっと利便性を高める形で、条件をなるべく外すほうが利用が増えるのではないかと思います。なるべく外すほうがいいのではないかと思います。もし、予算が超えてしまった場合には、予算があるところまでという形にするというのでもいいのではないかなと思っています。

以上です。

○多米部会長 ありがとうございます。

今の御意見につきまして、事務局のほうで何か考え等ございましたら教えてください。

○事務局（千葉） ありがとうございます。事務局です。

まず、検討事項の一つ目ですね、医師数に対して、医師数での制限につきまして、必ずしも医師の数が複数いるからといったような御意見について、ワーキンググループでも頂戴しております。こちらについては、今、事務局としてもそういった医師数という線引きはしないほうがよいのではないかとか、しないような形を考えているところです。

また、在支診との連携ですね。実態としては、あまりこの施設基準の中での連携医療機関との協力というのができていないといったようなところも御意見としていただいておりますけども、こちら辺は実態も含めて検討させていただきたいと思います。一方で、診療報酬上の施設基準がありますので、そことの何らかの整理というのは必要ではないかと考えております。

最後、その主治医の範囲につきまして、先ほど、一つ前の御意見でいただいたように、必ずしも主治医だからといって経験が短いわけではないといったような今の実態を踏まえますと、この一定期間参加といったような案ではなく、全ての主治医、主治医という言い方なのかかわからないですけれども、全ての医療機関とするといったところも一つの案かなと思います。

全体として、御意見、今あったように、利便性というか、せっかく対象を広げてもより利用する要件ですとか、いろいろな制限がかかって使いにくくなってしまったら意味がないといえますか、そことのバランス、利便性とのバランスというのも必要だと考えております。

予算がある中で、どこにより優先的に支援を行っていくかというところだと思いますので、御意見をいただいた上で、利用回数、利用件数というのでしょうか、例えば月当たりの利用件数ですとか、1医療機関当たりの利用件数の上限を設けるといったようなことも含めて、事務局として検討させていただきたいと思います。

○多米部会長 利用対象を広げたいということが一番の目的ですので、現場の声を聞いていただいて、なるべく多く利用していただけるように見直しいただきたいなと思っております。

そのほか何かございますか。

○西澤委員 すみません、ちょっと頭の中が整理できていないのですが、この主治医、副主治医は在宅医療をやっている先生ということですよ。そして、主治医をしていて、副主治医がいると。それが逆になることもありますね。普通やっているのは、一人でなく大体グループでやって、その人が主治医も副主治医もやっているのが現実ではないかなと思います。

例えば、大友先生、3人いれば3人で主治医というか、担当を決めているけども、その人が学会行ったときはこの人が診るというふうにカバーし合っているというのが今の現実だと思いますので、今、この検討をやっている意味があまり理解できないのですが。

○多米部会長 大友委員、具体例をちょっと挙げていただいて説明していただければ。

○大友委員 おっしゃる通りだと思います。

これ、もともと主治医・副主治医って名前は長崎在宅ネットとかから取ってきて、一人の患者さんに主治医という人と副主治医という人をつけてバックアップするという制度がもともとなのですけれども、それがいろんなところに行って、主治医をバックアップする人を副主治医と名づけるようになって、道でこういう事業ができたのではないかなと思います。

ただ、それは患者さんによって、ある人が主治医になって副主治医になったりというのがもともとあった仕組みだと思っています。

おっしゃる通りだと思います。

○西澤委員 ありがとうございます。ということは、たまたま一人の患者にとっては、この人が主治医で、副主治医もいるけども、逆の場合もあるということですね。

そのように理解しました。

であれば、この検証はこれでいいと思いますが、既に現場ではグループ化されているので、なかなかここに参加してといってもできないのではないかなという気もするのですね。大友先生、現状を分かっていると思いますので、その辺りの整理を生かしてやったほうが目的もはっきりするし、効果もはっきりすると思います。

○多米部会長 ありがとうございます。

そのほか何か御意見、御質問ございますか。

○大友委員 改善策2のところなのですけれども、制度として主治医が請求することに変更するとありますが、私ども代診することも間々あるのですけれども、主治医が請求する場合が楽な場合と、自分で請求するほうがいい場合とありまして、例えば、請求が簡単な人とかですね、こちらでやってしまったほうが楽な場合がありまして、これに決めてしまうと結構大変な場合もありますので、よく制度というか、そういう仕組みを理解していただいて、制度設計していただきたいと思います。

もう1点だけ意見としてなのですが、改善策3の在宅医療機関への周知と書いてあって、いろいろなところに周知すると書いてあるのですが、これは後方支援病院も含めて周知ということなのでしょうか。

○多米部会長 在宅を實際行う医療機関、アンドということで、後方支援病院両方に周知するというところでよろしいでしょうか。

○大友委員 これで大丈夫です。

○多米部会長 今の、どちらかが制度として請求するかということは、現場でやりやすいほうにさせていただくのがいいのかなと思いますので、ちょっと検討させていただくということでよろしいかなと思います。

そのほか何かございますか。

Webからの委員の方は何かございますでしょうか。

ございませんか。

○伊藤委員 ちなみに、このグループ診療制度にのっとらない形で、在宅診療医同士が連携しているケースというものはあるのでしょうか。

○多米部会長 どうぞ、大友委員。

○大友委員 実際、私たちも代診をお願いするときはありますけれども、この制度に乗っからないでやっています。この制度に適合しないので、主治医という定義に私たちは入らないので、例えば、相手が主治医の定義に当てはまらないので、その制度ではなくやっていたりすることは私もあります。

あと、熊谷先生のところは連携のところもあると思うのすけど、実際は多分あんまり使われていないのではないかなと思うのですけど。

○多米部会長 熊谷委員いかがですか実際のところ。

○熊谷委員 実際は、あまり使われていないのですけれども、何回か、例えば、急に親族が亡くなったからその日だけ何かあったらお願いしますですとか、個別指導の時間だけ電

話に出られないからお願いしますとか、そういう例はありましたけれども、普段はそんなに、やっぱり遠慮もあって、なかなか気軽に頼むのが難しいなというのが現状です。

○多米部会長 ありがとうございます。

よろしいですか。

そのほか何かございますか。

○大友委員 一応、ちょっと道の制度と自分の案と持ってきたのですが、配ってもいいですか。

○多米部会長 よろしいですよ。

We bの参加の方にも、データ、資料、共有できるようにしていただければ。

○大友委員 上の在宅医療グループ診療運営案というのが、道の制度になっていて、これにですね。

○多米部会長 ちょっと待ってください。

オンラインの資料を送ってからにさせていただきます。

少しお待ちください。

○事務局（千葉） We bで御参加の皆様ちょっと今、メールが見られる環境かわからないのですけれども事務局から、資料のほうメールで送付させていただいております。

○大友委員 道の制度のところが上のところで、案が下の案になっていますけれども、道の制度で必要なものが、その上限額に書かれているところがそういう項目を決めなさいということだと思うのですが、副主治医人件費、調整担当者人件費、研修実施経費、代診協力費、後方支援協力費となっています。

だから、これが事業と人件費ということになっていて、これらの要素が入るような制度にすると、ある程度この制度をフル活用できるという形になるのではないかなと思っています。だから、制度が、全体としてこれらが入っている。しかも、多分、グループが1個なのか、2個なのか3個なのかよく分からないのですけれども、各区ぐらいのグループをつくらないと、なかなか難しいかなと思うので、何々区という形でつくって、そこに区域連携拠点、積極的医療機関が入る形にすると、制度上やりやすくなるのかもしれないなと思います。

どういうふうにやっていくかは分からないのですが、この仮名はちょっと主治医・副主治医ではなくて、札幌安心在宅医ネットとか、そういう何かちょっとふわっとした名前でもいいのではないかなというのがあるのです。

その中に、別に主治医・副主治医という名前ではなくて、在支診1、在支診2、在支診3、在支診以外というものをごちゃっと入れてしまうというところが、多分、制度としてはいいのかなと思います。

以上です。

○多米部会長 ありがとうございます。

We b参加の委員の方には資料が行っていないと思いますので、後日、資料をきちんと見ていただいて御意見いただければと思っております。

私案でございますので、一応そういう扱いにさせていただいて、参考にはさせていただきたいと思いますが、今この場でどうするかという議論にはならないと思いますが、一つの案ということで参考にしていただければと思っております。

そのほか、何かございますでしょうか。

それでは、ただいまの議論を踏まえまして、グループ診療制度の今後の方向性と改善策につきまして、事務局で検討をしていただくことにしたいと思いますと思いますがよろしいですか。

（「異議なし」）

○多米部会長 それでは、そうさせていただきます。

最後に、議事の（2）その他といたしまして、今後のスケジュールにつきまして事務局から説明をお願いいたします。

○事務局（千葉） 御審議いただきましてありがとうございます。いただいた御意見をも

とに案を修正いたします。その修正した案につきまして、皆様にお諮りする方法ですが、ちょっと書面開催といったような形も含めまして、事務局のほうで一旦検討させていただきますと思います。

よろしくお願いいたします。

○多米部会長 本日の議論を踏まえて、書面開催ということでございますね。

読んでいただいて、御意見等がございましたら事務局のほうに直接お願いいたします。

以上で、本日の議事は終了となりますけれども、事務局から事務連絡等ございましたらお願いいたします。

○事務局（加藤） 事務局でございます。本日は以上でございます。

○多米部会長 ありがとうございました。

3. 閉 会

○多米部会長 それでは、以上をもちまして令和7年度第1回札幌市医療体制審議会在宅医療体制検討部会を閉会いたします。

お疲れさまでした。