

2009年1月31日

2008年度全国MFICU実態調査 最終報告（回答率100%）

全国周産期医療（MFICU）連絡協議会

担当 北里大学病院 海野信也

亀田総合病院 鈴木 真

はじめに

わが国の全総合周産期母子医療センターを対象として、各センターのMFICU運用の実態調査を行った。調査時点は2008年10月から11月に実施し、この時点で総合周産期母子医療センターの指定を受けている75施設のMFICU担当者にアンケートを依頼し、全施設から回答があった。（総合周産期母子医療センター以外の周産期センターからも回答を受領しているが、本報告書では総合の施設から受領した回答のみを集計している。）

報告書をまとめる際に、施設名の公表は望ましくないとする施設が21施設あったので、今回の報告書では個別施設の希望を考慮して特定の施設や地域が明らかにならないよう配慮して記載した部分がある。今回の調査は基本的に2006年に実施した調査（<http://mficu.umin.jp/problems/report-2006.pdf>）と同一の形式となっており、若干質問項目の入れ替えと追加を行っている。前回の調査報告とあわせると2005-2007年の3年間のわが国の総合周産期母子医療センター産科部門の状況がより理解しやすくなると思われる。

本調査に基づく提言（これまでの調査の際の提言と重複するが、未だ実現に至らないため、改めて提言を行いたい）

1. 母体搬送受入先の決定を円滑化するために、大都市圏では**専門の搬送先照会斡旋機関を構築**する必要がある。各都道府県で十分な体制を整備した上で、**県境を越えた搬送斡旋のためのシステム構築を進めていく必要がある**。
2. 母体搬送の受入先決定の効率の指標として、決定までの受入照会先施設数を用いるのは合理的でない。むしろ**受入先決定までの時間を用いるのが合理的**である。
3. 総合周産期母子医療センター産科は**過重な勤務条件下で運営**されている。**病院側は勤務する医師が労働基準法の範囲内で勤務できるように勤務体制を整備すべき**である。そのためにはまず、**必要な人員枠を確保し、その上で一人でも多くの医師を雇用することが必要**であり、そのような努力を通じて勤務条件の緩和をはかっていく必要がある。そして当直医とオンコール医に対して、その勤務内容に応じた、他の医療機関の処遇とのバランスを考慮した適切な報酬を支払うべきである。
4. 総合周産期母子医療センターは地域での周産期医療の確保を目的として整備されており、**ここでの24時間体制の維持は行政側にとっての必須事項**である。その観点から**MFICUやNICUの当直医には、行政から緊急的な措置として、地域での周産期医療への貢献に対して付加的報酬が直接、支払われるべき**である。過重な勤務条件下で適正な報酬も支払われないという状態が放置されれば、産婦人科医の総合周産期母子医療センターからの撤退による地域周産期医療体制の決定的な崩壊が起こることになる。（病院自体が経営に苦慮している状況では病院が自主的に周産期センターの医師への待遇の適正化を行うことはきわめて難しい。地域周産期医療を守るためには少ない人数で24時

間体制を組まざるをえない周産期医療現場の医師の過酷な勤務条件を正當に評価する必要がある。)

5. MFICU の算定基準の見直しと明確化が必要である。特に、適応症例の見直し、症例による算定期間の延長が必要である。
6. ハイリスク妊娠共同管理料は、現状では実用性が全くない。抜本的な改正が必要と思われる。
7. MFICU 勤務者の最大の悩みは NICU の不足により、迅速かつ適切な対応をすることができないことである。総合周産期母子医療センターにおける NICU の増床を含め病的 newborn の受入体制の強化が必要である。

調査結果

1) 病床数と診療実績

		回答数	総数	平均値	最大値	中央値	最小値	
病床数	MFICU	75	504	6.7	15	6	3	
	MFICU を除く産科	75	2259	30.1	100	29	5	
	NICU	75	948	12.6	36	9	6	
	NICU を除く新生児	73	1586	21.7	60	20	6	
2006 年(度) 診療実 績	分娩数	74	54379	734.9	2129	654.5	10	
	帝切数	74	17771	240.1	610	214.5	8	
	帝切率	74	32.7%	35.6%	80.0%	34.4%	10.6%	
	母体搬送依頼数	67	11313	168.9	463	156	28	
	母体搬送受入数	72	7909	109.8	359	101.5	13	
	母体搬送受入率	67	66%	74%	100%	76%	24%	
	東京・ 大阪	母体搬送依頼数	11	2753	250.3	426	251	153
		母体搬送受入数	12	1262	105.2	164	103.5	64
		母体搬送受入率	11	46%	44%	75%	38%	24%
	ヘリコプターによる母体搬送受入数		73	91	1.2	30	0	0
	1 件以上の搬送 18 施設				5.1	30	2.5	1
	未受診妊婦の受け入れ数		67	395	5.9	43	4	0
	母体搬送自施設からの送り出し症例数		69	184	2.7	19	1	0
	母体搬送依頼症例のうち県外から依頼率症例の割合		56	7.5%	6.3%	42.1%	2.5%	0.0%
母体搬送受入症例のうち県外症例の占める割合		63	4.8%	4.8%	29.2%	2.2%	0.0%	

2007 年(度) 診療実 績	分娩数	74	57936	782.9	2331	712.5	190	
	帝切数	74	19163	259.0	616	234	54	
	帝切率	74	33.1%	35.5%	63.0%	34.5%	11.5%	
	母体搬送依頼数	70	12442	177.7	477	143	15	
	母体搬送受入数	74	8264	111.7	340	99.5	15	
	母体搬送受入率	69	62.2%	72%	100%	76%	21%	
	東京・ 大阪	母体搬送依頼数	12	3196	266.3	443	270.5	86
		母体搬送受入数	13	1339	103.0	211	95	46
		母体搬送受入率	12	41.9%	41%	65%	38%	25%
	ヘリコプターによる母体搬送受入数	73	131	1.8	30	0	0	
	1件以上の搬送 25施設			5.2	30	2	1	
	未受診妊婦の受け入れ数	68	475	7.0	52	5	0	
	母体搬送自施設からの送り出し症例数	70	259	3.7	23	2	0	
	母体搬送依頼症例のうち県外から依頼率症例の割合	59	8.6%	6.9%	44.1%	2.7%	0.0%	
母体搬送受入症例のうち県外症例の占める割合	66	5.8%	5.5%	28.8%	2.6%	0.0%		

2) 産婦人科医の勤務体制

		回答数	総数	平均値	最大値	中央値	最小値
産婦 人科 常勤 医師 数	全体	75	950	12.7	37	9	3
	(大学病院を除く)	47	408	8.7	21	8	3
	産婦人科専門医	75	706	9.4	25	8	2
	(大学病院を除く)	47	308	6.6	13	6	2
	母体胎児暫定指導医	75	79	1.1	2	1	0
	母体胎児研修開始医	74	185	2.5	10	2	0

3) 夜間勤務・当直体制

当直制(労働基準法における宿直)ではなく、夜間勤務をとっているとの回答は2施設のみだった。2交代制が1施設、3交代制が1施設だった。(夜間勤務であるから当然翌日は休みになるはずだが、1施設からは、「原則は休み。しかし休みはとれず超過勤務としている。」とのコメントが寄せられている)。他の73施設はすべて当直制をとっていた。このうち翌日の勤務は5施設が休み、7施設は原則午前中、1施設は午後3時までと回答した。58施設では通常勤務をとっていた(2名の当直者中1名は翌日フリー、1名は通常勤務という施設が1、回答せず2)。翌日休みと回答した施設からは、「原則休みだが午前中は残務、

オペ等でほとんど勤務しています。」というコメントが、午前中までとして施設からは、「現実には午後も勤務している。」「現実には終日勤務し、時間外をつけることになります。」「原則は10時でoff、ただし外来、手術があればそれが終わるまで勤務。」というコメントが付記されていた。

			回答数	平均値	最大値	中央値	最小値
当直体制	当直医数	全体	72	1.8	4	2	1
		初期研修医を除く	72	1.6	3	1.15	1
	産婦人科医一人あたり月間当直回数（当直、日直を各1単位とし、24時間の日当直の場合は2単位として計算）		71	6.8	14	7	4
	当直料/night	全体	70	22613	60000	20000	8000
		大学病院	28	16855	50000	15000	8000
		大学病院以外	42	26452	60000	20000	10000
オンコール	制度あり		71				
	報酬全くなし		11				
	オンコールに対してあり(/night)		19	5404.2	25000	3020	860
	呼ばれた場合			時間外勤務としている場合、1回あたりの金額を決めている場合等 多様			

勤務実態を明らかにするためにはオンコールの回数、そして実際に呼ばれる回数等も検討する必要があるが、今回の調査では質問事項に入っていない。

当直・オンコール体制について以下のようなコメントが寄せられている。

- 常勤医の確保が困難で、当直体制を維持するのに苦労している。現在は大学からの応援で何とか当直をやりくりしている。

4)救急医療体制について：各施設の救急医療体制について、今回の調査で新たに調査項目に加えた。回答によるとICUは66施設で、救急救命センターは57施設でヘリポートは34施設で併設されており、近隣に利用できるヘリポートがある施設が4施設あった。また、麻酔科の体制では緊急手術に対して24時間麻酔科医が対応する施設が61施設だった。ま

た基本的に産婦人科医が対応と回答した施設が 2 施設あった。その他の施設では、緊急時、状況に応じて臨機応変に麻酔科医と産婦人科医が対応しているのが現状と考えられた。

麻酔科の体制について、以下のようなコメントが寄せられている。

- 麻酔科対応について：麻酔科当番は一人のため、緊急性がなければ順番待ち、緊急性があり合併症がなければ自科麻酔のことも。

母体搬送依頼に対して受入不能であった場合の対応について、複数回答で、「母体搬送元の病院に任せる」のが 21 施設、「受入先をさがして搬送元に連絡する」のが 50 施設、「母体搬送受入先をさがす機関がありそこに連絡してさがしてもらう」のが 14 施設だった。詳細については、2007 年に実施した調査「平成 19 年度 周産期救急体制の実態に関する緊急調査」http://mficu.umin.jp/problems/report-2007_10.pdf を参照されたい。行政による母体搬送受入先斡旋機関としては、札幌市、千葉県、神奈川県、大阪府で稼働している。

県境をまたぐ搬送システムについては、7 施設から存在しているという回答が寄せられた。具体的には近畿圏の広域連携システムのことを指すと考えられる、このシステムは現時点では検討過程にあり、今後の体制整備が期待されている。

5) 分娩費用について：今回、はじめて分娩費用調査を行った。産科医療補償制度の導入等により、今後引き上げを予定している施設が多いが、調査時点の分娩費用の総額の概算は以下のようなものであった。

		施設数	平均	最大	中央値	最小
正常経 膣分娩	入院日数	75	5.9	7	6	4
	費用 (万円)	71	40.6	75	37	26
予定帝王切開	入院日数	73	8.5	12	9	5
	費用 (万円)	66	40.3	116	35	20

6) MFICU に関する諸問題：MFICU の導入以来、各地域で保険適用の範囲についてのばらつきが依然として残っており、現場の混乱の原因となっている。本調査では、MFICU 加算適用範囲の問題について検討することにした。

MFICU 加算について：MFICU 加算は都道府県により同一条件でも算定可能な場合、不可である場合がある。そこで、地域間でどれほどの差があるかを明らかにするために調査を行っている。

MFICU 加算が算定できない総合周産期母子医療センター：69 施設中 3 施設で MFICU 加算が算定できない状況にある。これらの施設からは以下のようなコメントが寄せられてい

る。MFICU 加算は、24 時間体制で周産期救急患者の受入を行う役割を果たすべき総合周産期母子医療センターの安定的な経営のための加算である。産婦人科医の不足、看護スタッフの不足の影響により、現場がどんなに努力しても体制を維持できない医療現場の実情の一端を示していると考えられる。

- 施設、産婦人科医の人数から加算がとれていない。
- 7：1 看護を優先させるため、MFICU 加算は算定していない＝産科の売り上げ減少

算定期間について：MFICU 加算は 14 日間という限定がある。これについて、以下のよう
な意見が寄せられた。

- MFICU 加算の 14 日制限は何とかして欲しい（もう少し延長して欲しい）というのが、
当院（特に事務方）の希望です。
- MFICU 加算が 2 週間では短すぎる。
- 14 日限度がやりにくい。病棟内の重症度にマッチしないので。
- 重症の切迫流産の適応期間を延長してほしい
- 20 週代前半の切迫早産例では 2 週間までという算定期間は短い。
- 算定日数上限の延長。現状では算定率が 60% 程度となってしまっている。
- 入院日数 14 日という制限が実情に全く合わない。せめて 30 日にして欲しい。
- 算定可能期間内の有効な利用を考え、一般病床との移動を含めた管理を実施している
が、症状などを考慮すると、大変管理が難しい状況が発生している。一般の ICU と同
様に 1 回の入院であれば、複数回の入室があっても上限 14 日として算定出来ること
を希望する。

査定について：MFICU 加算については、3 施設で適応を満たしているはずの症例で査定
を受けた経験を持っていた。その具体的内容は以下のようなものであった。

- 35 週以降の管理の必要性について
- 合併症妊娠、妊娠高血圧症候群、多胎妊娠、胎盤位置異常、切迫流産、胎児発育
遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの
- 産褥搬送症例に対する MFICU 加算は PIH の場合のみ算定できる。

自主規制：このような実態を踏まえ、68 施設中、12 施設で MFICU 加算請求に関して自
主規制を行っていることがわかった。それについては以下のようなコメントが寄せられて
いる。

- 以前査定されていた経緯があり自主規制をしているが、年々規制を緩和しできる限
り請求する方向としている
- 患者負担、査定されない範囲を考慮
- 周産期加算の基準が明確でないので、ハイリスク妊娠分娩加算の基準を参考にして
加算対象としている

- 14 日以内の適応を満たしている症例における MFICU 加算請求への自主規制の有あり（7 日以内をめどにしている）
- 3 4 週以後の切迫早産、PROM と産後搬送例の軽症は請求していない。支払基金より指導があったため
- たとえば切迫早産だが安静入院のみなど比較的軽症の場合

産褥搬送症例における MFICU 加算について：産褥搬送症例に対する MFICU 加算については、前回調査でも大きな問題となった。今回の調査では 44 施設で算定可能、17 施設で算定不可との回答がなされ、依然として地域によって判断が異なる実態が明らかになった。前回調査の結果をふまえて保険局担当者と意見交換を行った効果かどうかは定かでないが、平成 20 年 4 月の診療報酬改定に伴い、A303 総合周産期特定集中治療室管理料の項目で算定対象妊産婦の定義として、「なお、母体とは、産褥婦を含むものであること」という一文が追加された。これまで産褥婦の加算が認められていない地域では、この点についての疑義照会を行ってみてはいかがかと思われる。

同一症例に対する複数回請求について：依然として運用に統一がとれていない実態がある。算定不可とした施設が 22 施設ある一方、同一月内で複数回算定可能と回答した施設が 40 施設（このうち 10 施設は、各請求が（別入院で）14 日以内なら可能と回答）だった。また月が異なれば複数回請求が可能とした施設が 7 施設だった。

6) ハイリスク分娩管理加算とハイリスク妊娠共同管理料の算定について

ハイリスク分娩管理加算とハイリスク妊娠共同管理料は、平成 18 年度から新たに導入され、平成 20 年度に大幅改定がなされた。前者については、診療報酬改定における産科重点評価の目玉的存在である。導入後半年経過した時点での現場の評判は、以下のようなものであった。ハイリスク妊娠共同管理料については、非常に評判が悪く、多くの否定的意見が寄せられた。

		回答数	症例数			
			平均値	最大値	中央値	最小値
ハイリスク分娩管理加算	算定可	66	16.8	100	10	1.5
	算定不可	8				
ハイリスク妊娠共同管理料	算定可	48	1.4	11	0	0
	算定不可	22				
平成 20 年度に導入されたハイリスク分娩管理加算、ハイリスク妊娠管理加算、妊産婦緊急搬送入院加算による増収の程度（円／月）		55	1861337	9720000	1390000	8300

以下のようなコメントが寄せられている。

ハイリスク分娩管理加算の問題点について：

- 算定対象疾患が少ない、わかりづらい
- 上記加算はしているが、条件となっている産婦人科医の負担軽減策は一切具体的に
なされておらず、病院側からも無視され続けている。増収分は単なる病院の増収に
しかすぎない。
- 適応週数の拡大を希望
- MFICU 加算とのかねあい・自費入院への移行時には算定できないなど算定条件が
複雑←事務部門からの意見です
- 適応症が少ない
- 伝票運用のため、算定の判断が医師、看護師に任せっきりになり算定漏れが多くな
っている
- 該当患者かどうか判断がつきにくい場合の確認方法
- 適応の判断（病名、適応日数）
- 当院での分娩者が対象のため産褥期搬送の症例が算定できない。
- 現場への還元は皆無。産科医には絵に描いた餅です。
- MFICU の費用に包括されており、算定しにくい
- ハイリスクの条件を見直す必要もあると考えます。ハイリスク妊娠管理加算は
BMI35、40 歳以上などは経産婦でも同じリスクであるのに算定できず、条件に合
う人が意外に少ない
- ハイリスク分娩＝MFICU 入室であるのにも関わらず同時算定ができない
- 算定の取り漏れが多数ある

上記コメントのうち、MFICU 加算との同時算定についての指摘については、ハイ
リスク分娩管理加算が一般病床を対象としたものであり、MFICU から一般病床に
移った症例について算定可能であることから、運用上大きな問題とはなっていない
と思われる。適応疾患については、確かに非常に複雑であり、今後改善が望ましい。

ハイリスク分娩管理加算を算定できていない理由：

- 勤務医の負担軽減体制が整備されていない
- 施設基準届出準備中
- MFICU 加算があるため
- 条件が整っていない
- 算定要件を満たしていない
- 施設基準の体制が整っていないため
- 医師事務作業補助体制加算の施設基準を満たしていない為
- Dr クラークを設置していないから

ハイリスク分娩管理加算については、今回の改定で、施設基準が強化された。「病院勤
務医の負担の軽減に対する改善の状況」について、病院勤務医の負担の軽減に資する計
画、病院勤務医の勤務時間の把握、職員等に対する周知の有無に関しての届出が求めら
れることになった。この届出について、各施設の足並みは必ずしも一定ではなく、せつ
かくの産婦人科の状況改善を意図した診療報酬改定の恩恵に十分浴することのできな
い施設がでてるのが現状である。

ハイリスク妊娠共同管理加算について：

- 搬送もとの施設で算定基準がわかりづらいという 治療の計画を一緒に行う事の実事をつくるのが困難＝遠方が多い
- 搬送元の医師が同伴しないことが多い
- 届出をしていない
- 請求していない
- 地域の先生も望んでいच्छゃらないようで、算定していない
- 過去に1例もなし。現実的に運用不可能です。
- 実際に前医と共同で妊娠管理を行うことはないので、施設基準の届出をしていない
- 算定要件を満たしていない
- 搬送もとは搬送後の病状に興味を示さない
- 算定要件を満たしていない
- 共同管理を行っていない
- リスクを恐れて開業医が共同管理を行わない
- 施設基準に合致しない
- 搬送元の先生が忙しくて来院できない
- 搬送元との運営上の連携がうまくいっていない
- 開業医の同伴が少ない
- 周産期加算対象者は算定できない
- 診療所医師に時間的余裕が無く、来院が難しい
- 算定可となっているが実際は運用されていない。労力の割りに、管理料が安すぎるため、運用されていない
- これまで運用実績なし
- 届出をしていないため
- 施設基準未取得
- いままで2件しかない。他院の医師が同伴しているかわかりづらい点
- 現実的にあまりありません
- 登録施設が少ない
- 母体搬送元の施設からの請求がない
- 届け出ている施設はあるが利用なし
- ①実績がない。 ②20年度改定で算定要件が緩和（転院搬送時）されたが、ドクターヘリ等で当院医師が迎えに行くため算定要件をクリアできない。
- 届け出をしていない為
- オープンシステムとなっていないから
- 病院間の連携が困難

7) 総合周産期母子医療センター産婦人科全般の問題点について：以下のような意見が寄せられた。

- 施設の対応能力の問題
 - 当院にはERがなく、精神科がない。内科も分野によっては専門科医がいないなど他科の体制が十分でないため、母体の診療に苦慮することがあります。
 - こども病院であるため母体合併症や輸血の可能性の高い前置胎盤などの管理ができず、また切迫早産についてもNICUが満床で受けられないことも多いため、産科のベッドの稼働率が低い。
 - 母子専門病院なので他科領域の母体合併症への対応が困難である。
 - 個室がないため感染症患者の管理が難しい

- スタッフ不足、過重労働の連続に加え、医師以上に医療機器の老朽化も進んでいます。しかし病院全体が赤字体制から脱却できず極度の予算不足に陥っており、周産期医療への助成・補助金も全く現場には回ってきません。不可解な状況だと感じています。改善に向け個人レベルで鋭意努力中です。他県の総合周産期センターでの予算執行状況などを、知りたいと思っております。
- NICU 不足問題
 - NICU 満床時において、管轄内施設からの搬送依頼への対応が難しい。
 - NICU 満床で MFICU が空いていても受入できないことが多く MFICU は常に 1-3 床空いている
 - NICU の医師複数名の突然の退職のため、一時機能低下のため母体搬送依頼が受け入れ困難となった。現在、漸次回復していますが、当院でも全国的に不足な新生児科医の確保が重要な問題となりました。
- 人員不足の問題
 - 分娩数の増加に対して、医師、助産師数の増加のないこと
 - 来年 4 月から大学の方針で 1～2 名減ることになりそうで、存続についてとても危機感を強く持っています
 - 看護師、助産師不足が深刻である
 - 医師不足で過重労働になっています。自治体病院ですので分娩料が上がらずに待遇改善が追い付きません。
 - 当直医の確保が最大の問題で、現在は 5 名の常勤スタッフとレジデント 1 名の計 6 名に救命救急医を 1 名加えた当直体制となっている。これは当直医 7 名の確保がないと MFICU の保険認可が不可能という社会保険事務局よりの厳しい指導に対する苦肉の策として認められたものであるが、実際の対応は拘束の産科医がすべて行っている。
- 症例の集中の問題
 - 重症症例の集中化
 - 通常分娩の増加に伴い、MFICU の後方ベッドが埋まってしまい、産婦人科としての病床が不足している。随時、病院側と調整し他科の病床を借用してしのいでいる。
 - 県内唯一の MFICU であり、最後の砦ですが、分娩の集中や NICU 満床のため、搬送を他施設に紹介、あるいは当院入院中の患者さんも母体搬送したことがあります。また、病院は一般の 2、3 次救急も扱っているため、他科の緊急手術が行われていた場合、超緊急帝王切開に対応できない可能性があります。山梨県は当院が受け入れられない場合、母体、産褥適応は山梨大学、新生児適応は国立機構甲府病院しか搬送する場所がありません。山梨大学は NICU がなく、甲府病院は麻酔科や循環器内科などがなくバランスが悪い環境にあります。県外搬送する時が近い将来やってくる可能性があります。
 - 産婦人科施設の減少で婦人科手術紹介が多くなり、先に婦人科手術で予定枠が埋まり、緊急帝王切開の入る余地がなくなり麻酔科との交渉が難しくなっている。周産期センター維持に麻酔科医師の増員確保も重要であるが現実には困難
 - 母体搬送以外の産婦人科救急疾患（急性腹症など）の受け入れ要請が急増している。他の病院が当直をやめたり、救急を断っており、当院に集中してきている。当院は、当直医ひとりで対応しており、困難を極めることもあり、やむなく受け

入れを断ることにより墨東のような批判をうけるのでは、と恐れます。

- 満床時の対応。京都だけでは解決できない場合。人手不足。病院間の母体搬送に対する温度差（医師も含めて）
- 二次病院の勤務医の減少があり、すこしでもリスクのある症例は三次病院である当院に紹介されるようになっている。我々も十分なマンパワーがあるわけでもないのに。MFICU の安定した管理には産科医だけでなく、新生児科医、麻酔科医の協力が不可欠であるが、いつもぎりぎりの線で何とか運営されている感じです。

- 搬送システムの問題

- 他県からの搬送妊婦が症状軽快しても逆搬送する二次/三次施設がないこと。
- 他院への連絡で浪費する医師の手間が、あまりにも多すぎる。
- 搬送に関するコーディネーターが必要なのではないのでしょうか。
- 地域周産期センターの数の減少と能力の低下

- 総合周産期母子医療センターと MFICU に係る制度上の問題

- 保険診療とはいえ金額の話をするとうらやまられる。この説明を医師がさせられている。
- 個室を MFICU に当てているので、単純な個室希望者を入れられない（高額になる）
- 患者より入室を拒否されることがある
- MFICU 加算対象者でなくても症状的理由で MFICU に入院させざるを得ない場合がある。
- 毎朝 MFICU 収容患者を相談し決定しているが、症例の重なりがある時、部屋数 6 しかないので誰を収容して誰を退出させるか苦慮している
- MFICU のベッドの稼働率の維持（ムラがある）当院は全国でも珍しく一人で当直をし、麻酔科も待機という非常に厳しい条件のもと緊急帝王切開娩出 30 分以内 という条件をかるうじて厳守している現状があるためストレスも多い。病院内の他科の協力のもとなんとか維持している現状がある。また、医師の高齢化も問題となっている。また当院は個室ではないため MFICU に入ると母子同室ができないため個室に移る傾向もある。
- 10/5 の墨東病院の事例からも明らかなように、各 MFICU を維持している周産期センターで厳しい状況に置かれています。特に夜間、休日に少ない人数で母体搬送を受け、数多くの分娩を平行して担当し、毎日必死の思いで診療を行っています。
- さまざまな管理料の収益が産婦人科へ還元されているとは思えない。他科との問題もあり。おそらく、施設収益となり、産婦人科の待遇はよくなっているかもしれないが。管理料によりどれだけ産婦人科医師のメリットがあるか？具体的に調べてもらいたい。

- 分娩費用の問題：

- 分娩費：分娩料；95,000 円で、分娩時支払いが 330,000 円程度と、MFICU にも関わらず、近隣の病院・診療所より安価である点

- 千葉県全体として

- NICU 病床数、医師数が絶対的に不足している。千葉県の特徴としては NICU がしっかりしているにもかかわらず、産科医不足している施設がある（船橋中央病院、君津中央病院、松戸市立病院）。
- 現状では母体搬送はなんとか県内で処理できているが、上記に挙げた周産期中核病院が 1 箇所でも倒れると一気に厳しい状況に転じる。
- 600 万の県民を支えるためには医師の供給源が千葉大学 1 校だけではとうてい無理である。今後、医師供給の目安の立たないところに補助金を投入することは避けるべきと考えている。幸いその他大学付属病院が 7 カ所あり、これらがうまく連携して活性化し、安定的な医療提供がされるように、県に提案しているところである。

➤ 医学生に対する周産期医療セミナーを全県挙げて行う必要性を感じています。

8) 考察

(ア) **分娩数について**：総合周産期母子医療センターの分娩数は増加傾向にある。2005年と2007年の分娩数の比較ができる58施設では、52施設で分娩数の増加が認められ、全体で、19%増加していた。2006年と2007年の比較が可能な74施設では、60施設で増加しており、全体では9%増加していた。高次医療機関への低リスク分娩を含めた分娩の集中が指摘されており、それはハイリスク分娩への対応、緊急時の対応という点では、合理的な変化と考えられる。しかし、医師数については2005年と2007年の比較が可能な59施設について、31施設で増加、21施設で不変と、増加傾向にはあるものの全体としての増加率は7%にとどまっている。業務量の増加に医師数の増員が追いついていない現状があり、それが現場で「症例の集中」という印象が形成される原因となっていると考えられる。

分娩現場は急速に変化している。それには、(ハイリスク妊娠を早期に高次医療機関に紹介する等の)医療機関側の変化だけではなく、低リスク分娩であってもむしろ確実な高次医療機関での分娩を選択する妊婦の側の変化も含まれている。

(身近な一次分娩施設がどんどん減少しているという根本的な問題もある。)総合周産期母子医療センターを含む高次医療機関がそのような変化に適切に対応できなければ、新たな「分娩難民」等の社会問題を醸成することが危惧される。2007年に総合周産期母子医療センターで出生した児は日本全体の6%に満たないのである。

(イ) **母体搬送受入率について**：母体搬送の受入率は地域間、施設間の差がきわめて大きい。大都市圏では、複数のセンターで全体としての受入能力を確保しているにもかかわらず、症例の発生ごとに搬送受入の可否を個別施設に確認するという方法をとっているため、個々のセンターにとっては必然的にその受入能力以上の症例の搬送依頼を受けることになる。東京や大阪は全体としては他地域より施設に恵まれているにもかかわらず、受入率が全国平均より低いのはそのためと考えられる。地域に複数の受入可能性のある施設が存在すれば、この方法では搬送先決定に要する手間と時間が増大するのは避けられない。東京を中心とする神奈川・埼玉・千葉、大阪を中心とする和歌山・奈良・京都・兵庫などの地域では、搬送先決定に非常な努力が必要になっている。現状では、都道府県単位の搬送情報システムが稼働しているだけだが、今回の調査で県境をまたいだ搬送の依頼および受入が日常的に行われており、その頻度が増加傾向にあることが明らかになった。従って、県境をまたいだ搬送においても、それを円滑に実施するためのシステムが必要である。今後、専門の受入先照会機関の構築を含め母体搬送先決定の効率化をめざす上で、搬送先決定までの照会回数を指標とするのは合理的でない(同時複数施設照会を行うと必然的に短時間のうちに多数施設への照会が行われ、搬

送先決定までに照会する施設数が増加することになる)。むしろ、搬送先決定までの時間を指標とし、これを短縮する方法を検討するのが合理的であると思われる。

母体搬送の受入数について：受入率が搬送先照会方法の影響を受けるのに対し、受入の絶対数は、その施設が地域周産期医療への貢献度を測る、より客観性のある指標となりうると考えられる。2005年と2007年の比較が可能な58施設では、母体搬送受入数は増加が27施設で、全体では6%減少していた。また2006年と2007年の比較が可能な72施設では39施設が増加していたが、受入数の増加は2%だった。総合周産期母子医療センターは施設数が徐々に増えてきており、それにもなって全体としての受入数の増加は認められているが、個別施設の診療規模の拡大が認められているわけではなく、受入数が減少している施設が少なからず認められることに留意する必要がある。現場の印象としては、低リスクから中等度のリスクの症例の集中が、原因としてあげられているが、より定量的な検討が必要と考えられる。

(ウ) **当直制度：**MFICUは24時間体制で周産期救急に対応するための制度である。当然労働基準法の宿直の範囲内で完結するような職場でないことは明らかである。それにもかかわらず、全国のMFICUで、夜間勤務の体制をとっているところはわずか2カ所(2.7%)にすぎなかった。大多数の施設が宿直制の中で運用されている。また、翌日の勤務については、若干の改善傾向が認められ、前回2006年調査の際、通常勤務の施設が87%を占めていたのが、今回は77%となっている。しかし、依然として大多数のMFICUの勤務医は法令遵守が行われていない不当な労働条件下にあることは明らかな事実である。しかも医師一人当たりの当直回数は増加傾向を認めている。産婦人科医は勤務時間および拘束時間が長いことが指摘されている。日本産科婦人科学会が実施している在院時間調査においても、当直体制の一般病院勤務医の在院時間が298+/-61(平均+/-標準偏差 N=276)時間であったのに対し、大学病院でない総合周産期母子医療センターは315+/-48(N=84)時間であり、総合周産期母子医療センターにおいて他の一般病院と比べて有意に在院時間が長いことが示されている。NICUでも同様だが、現状の総合周産期母子医療センター産科は法令遵守が不可能な過重な勤務条件下で運営されていると考えるべきである。

(エ) **当直料について：**若干の引き上げが行われた施設はあるものの、有床診療所や他の病院と比較して、総合周産期母子医療センターにおける当直料が依然として著しく低水準にあることが示された。

(オ) **オンコールについて：**総合周産期母子医療センターでは24時間体制で緊急手術実施可能な体制を維持するため、複数の産婦人科当直医が義務づけられており(施設基準上は複数当直が「望ましい」という表現になっているが、MFICU加算を算定するためには複数当直が要求されるので事実上の義務付けとなっている)、

MFICU が 6 床以下の場合は、特例として 1 名の当直と 1 名のオンコールでも可とされている。従って、当直医が 1 名の施設ではオンコール医の存在は総合周産期母子医療センターの要件を満たし、MFICU 加算が認められるための必要な条件である。にもかかわらず、前回の調査で当直医が 1 名でオンコール医が無報酬という施設が 3 施設存在していた。今回の調査でもやはり 3 施設が同様の状況であった。繰り返しになるが、これらの施設はただちにオンコール医に報酬を MFICU 加算開始時にさかのぼって支払うべきである。オンコールに対する報酬が支払われる施設は増加したが、その金額はむしろ低下していた。拘束時間がきわめて長いことを改善しない限り、産婦人科医不足問題が解決することはあり得ないと考えられる。勤務時間外の生活が完全に拘束されることへの理解と評価が施設側からなされることで、このような体制を続ける診療科の現場が維持されるための最低限の条件である。

- (カ) **救急医療体制について**：75 施設中 57 施設（76%）に救急救命センターが併設されており、ヘリポートが併設されている施設は 34 施設（45%）だった。母体救命救急症例について、相当数の施設では施設内連携で対応できる可能性が考えられる。また、近接施設を含めれば 50%の施設でドクターヘリを活用した救急搬送体制を整備する可能性がある。2006 年から 2007 年にかけてヘリコプター搬送受入を行った施設は増加傾向にあり、今後各地域で利用が進むものと考えられる。未受診妊婦については地域の実情によって必ずしも総合周産期母子医療センターに搬送されるとは限らないが、全体として増加傾向にあると思われる。

搬送情報センターの整備は、神奈川、大阪、千葉、札幌という順に始まっている。本年の 9-10 月の東京の事例報道により、東京でもより効率的な搬送情報システムの構築が求められ、急速に検討がすすんでいる。周産期情報センターが円滑に機能するためには、都道府県ごとに確実に受入可能施設からの情報を更新し、それに基づいて、可能な限り無駄のない受入先照会を行う必要がある。

- (キ) **MFICU の制度の問題について**：MFICU 制度は多くの未整備の問題を抱えている。本調査で明らかになったのは、算定基準が地域、保険審査委員によってばらついていること、算定基準自体が合理的なものとは到底言えないことである。MFICU の運用自体は各施設で、きわめて厳格に行われている。現場の医療実態にあった算定基準を明らかにすることによって、現場の状況を改善することが期待できる。

- (ク) **ハイリスク分娩管理加算とハイリスク妊娠共同管理料の算定について**：前回調査報告において以下のように記載した。「ハイリスク妊娠共同管理料は現場では全く機能していない。共同管理など現実には行われていないのであり、また必要とされてもいないのである。」今回の調査結果からも全く同一の考察をせざるを得ない。ハイリスク分娩管理加算については適応疾患と加算点数が増加したことにより、周産期センター等のハイリスク妊娠分娩管理を多数行っている施設では相当程度

の増収になることが期待されている。今回の調査によって、施設により多寡はあるものの、ある程度の増収となっていることが示された。今回の診療報酬改定の目的は、現場の医師不足に起因した分娩施設の急速な減少等、産科医療提供体制の確保にある。しかし、現場からのコメントにあるように、これらの増収が、産科医の勤務環境の改善につながったという事例はごくわずかである。（日本産婦人科医会の調査では 2008 年 6-7 月の時点で、ハイリスク分娩管理加算の現場の医師への還元を行った病院は 66 病院、全体の 7.7%に過ぎない。）各現場の医師は、既に診療報酬改定による増収という形で産科医の勤務環境の改善のために国から各病院に提供されている財源が、政策意図に沿って適正に使用されるように、それぞれの病院の管理者に強く働きかけなければならない。そして各病院の管理者は、現場からの悲痛な声に耳を傾けるべきである。増収分を適正に使用しない病院管理者は、この危機的状況にある医療分野の再建を妨害し、破壊に手を貸していると認識するべきである。

9) 本調査結果からの提言

- (ア) 母体搬送受入先の決定を円滑化するために、大都市圏では専門の搬送先照会斡旋機関を構築する必要がある。各都道府県で十分な体制を整備した上で、県境を越えた搬送斡旋のためのシステム構築を進めていく必要がある。
- (イ) 母体搬送の受入先決定の効率の指標として、決定までの受入照会先施設数を用いるのは合理的でない。むしろ受入先決定までの時間を用いるのが合理的である。
- (ウ) 総合周産期母子医療センター産科は過重な勤務条件下で運営されている。病院側は勤務する医師が労働基準法の範囲内で勤務できるように勤務体制を整備すべきである。そのためにはまず、必要な人員枠を確保し、その上で一人でも多くの医師を雇用することが必要であり、そのような努力を通じて勤務条件の緩和を諮っていく必要がある。そして当直医とオンコール医に対して、その勤務内容に応じた、他の医療機関の処遇とのバランスを考慮した適切な報酬を支払うべきである。
- (エ) 総合周産期母子医療センターは地域での周産期医療の確保を目的として整備されており、ここでの 24 時間体制の維持は行政側にとっての必須事項である。その観点から MFICU や NICU の当直医には、行政から緊急的な措置として、地域での周産期医療への貢献に対して付加的報酬が直接、支払われるべきである。過重な勤務条件で適正な報酬も支払われないという状態が放置されれば、産婦人科医の総合周産期母子医療センターからの撤退による地域周産期医療体制の決定的な崩壊が起こることになる。（病院自体が経営に苦慮している状況では病院が自主的に周産期センターの医師への待遇の適正化を行うことはきわめて難しい。地域周産期医療を守るためには少ない人数で 24 時間体制を組まざるをえない周産期医療現場の医師の過酷な勤務条件を正當に評価する必要がある。）
- (オ) MFICU の算定基準の見直しと明確化が必要である。特に、適応症例の見直し、症

例による算定期間の延長が必要である。

(カ) ハイリスク妊娠共同管理料は、現状では実用性が全くない。抜本的な改正が必要と思われる。

(キ) MFICU 勤務者の最大の悩みは NICU の不足により、迅速かつ適切な対応をすることができないことである。総合周産期母子医療センターにおける NICU の増床を含め病的新生児の受入体制の強化が必要である。