

## 調査結果

### 1. 設立母体

調査対象 65 施設の設立母体は大学附属病院 23、国立、都府県立、市立など公立病院 26、赤十字病院、組合立など官立病院 11、そのほか社会福祉法人、恩賜財団、私立病院など 5 より回答が得られた (図 1)。総合周産期母子医療センターは 57、地域周産期母子医療センター 8 であった。

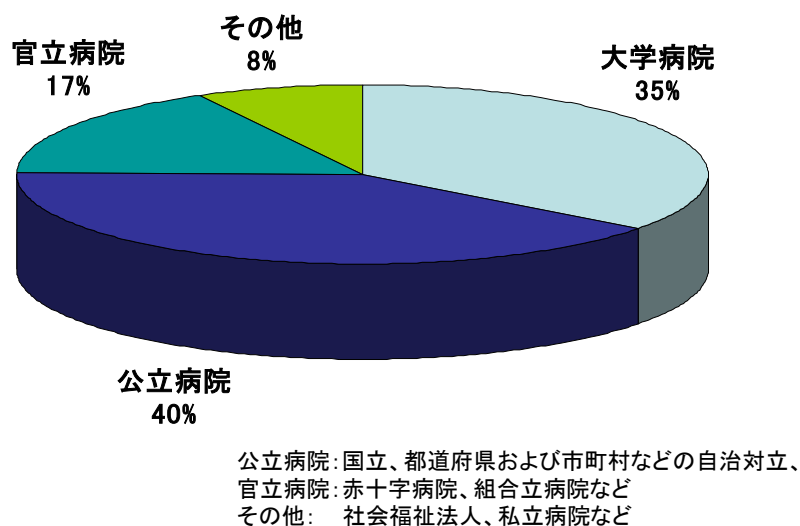


図1 周産期母子医療センターの設立母体

### 2. 救急医療体制について

1) 併設施設は IUC 併設 54 施設、救急救命センター 31 施設、ヘリポート併設 28 施設であった。ICU、救命救急センターともに有していない施設が 8 施設あった。母体救命を行う上では併設により、各科との連携が望まれる。

#### 2) 麻酔体制について

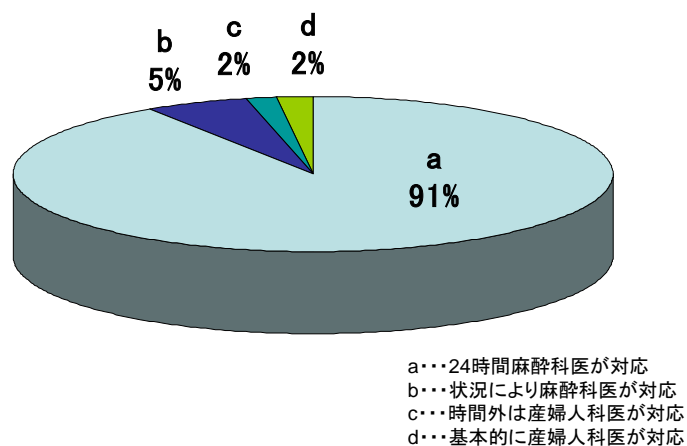


図2 麻酔科の体制について

91%の施設で麻酔科が24時間対応していることは、我々にとっては非常に有り難いことである。一方で時間外は産婦人科、基本的には産婦人科という施設が1施設ずつあり今後の改善が望まれる。

### 3) 母体搬送体制について

母体搬送を受け入れられなかった時の対応については、最も多かったのは周産期母子医療センターが受入先を探して搬送元に連絡するとあった。

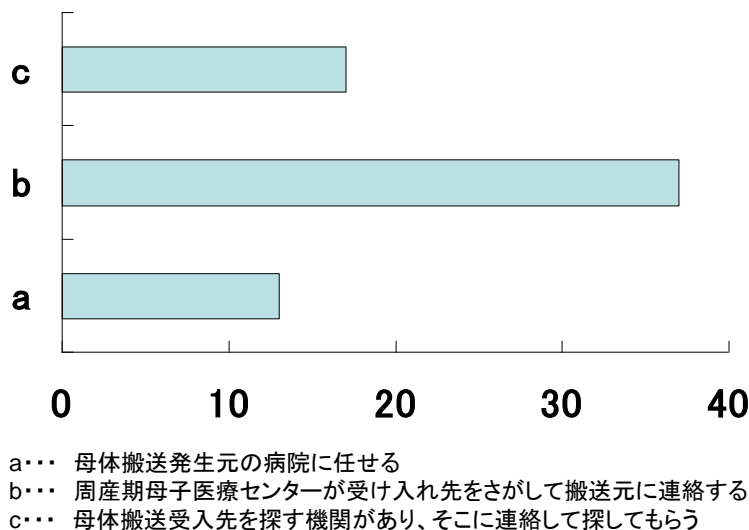


図3 搬送受入不能時の対応について

また一部の自治体では母体搬送受入施設を探すために独立した機関が設置されている。その設立母体と搬送先を探しているコーディネーターの職種を示す。設立母体とは運営費用を負担している組織とする。

	設立母体	
宮城県	自治体	医師
栃木県	自治体	医師
千葉県	自治体	医師と診療アシスタント
東京都	自治体	助産師
神奈川県	自治体	事務官（県救急医療情報センター職員）
山梨県	県医師会	医師
奈良県	自治体	医師
大阪府	府産婦人科医会	医師
沖縄県	周産期センター	医師

自治体外への搬送システムのある自治体は滋賀県、徳島県、三重県と近畿ブロック周産期医療広域連携であった。

3. 周産期医療施設の勤務体制について 数字は総合周産期センターのみ ( ) 内は全施設  
産婦人科として勤務は 33(39)、産科単独の勤務 24(26)であった。医師の勤務状態の質問では産科と婦人科の診療が分離されている(産科と婦人科の両方に従事する医師数 0)と回答したのは7施設、逆に産婦人科として運用している、つまり産科専任医師 0、婦人科専任医師 0、と回答したのは 15(20)であった(図2)。

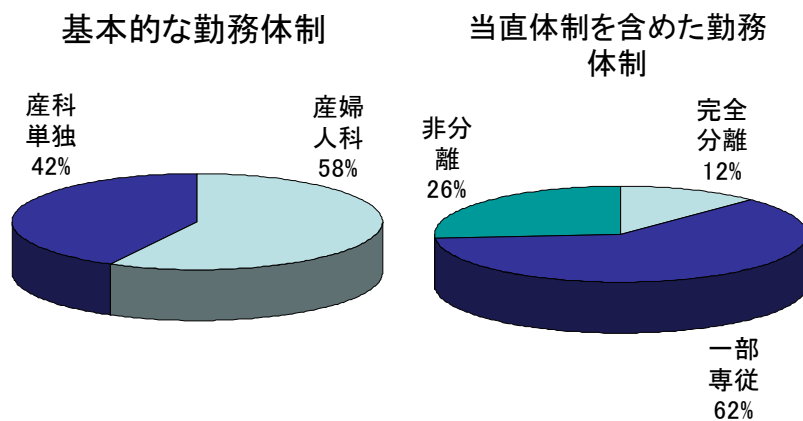


図4 周産期医療施設の勤務体制

#### 4. 医師数

産婦人科常勤医師数は全体では 743(797)、最大 38(38)名、最小 3(3)名、中央値は 10(10)名であり、大学付属病院だけでは最大 38 名、最小 8 名、中央値は 19 名と大学に多くの人材がいることが示された。常勤医師 7 名以下の施設は 13 あり、小児病院に併設された産科施設 4 カ所すべてが含まれていた。産婦人科専門医数は全体では 541(603)名、最大 26(26)名、最小 2(2)名、中央値は 7(7)名であり、大学付属病院だけでは 448 名、最大 26 名、最小 3 名、中央値は 15 名であった。

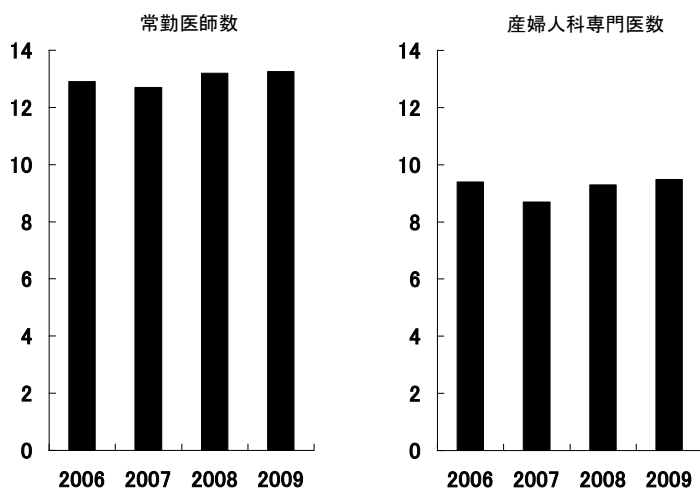


図5 常勤医師数、産婦人科専門医数の年次比較

MFICU 専任医師を置いているのは 25(25) 施設、MFICU を含む産科専任医師を置いているのは 38(40) 施設であった。一方、婦人科専任医師を置いていると回答した施設は 27(30)であった。産科当直に関わる医師の数についてはこども病院を除くと 5 名以上はであった。定員があり 1 名以上の欠員がある施設が 20 施設あった。非常勤医師を確保している施設は 31 施設あった。

### 5. 母体胎児専門医および専門医研修状況について

母体胎児専門医暫定指導医は 95.4%の施設でおり、いない施設が 3ヶ所、2 名いる施設が 4ヶ所であった。母体胎児専門医は全体で 34 名(40)名、0 名 13(14)施設、1 名 12(16)施設、2 名 6(7)名、3 名 2(2)名、4 名 1(1)名であり、77.2(78.56)%の施設で 1 名以上の母体胎児専門医が勤務していた。また、母体胎児専門医研修医師は全体で 112(121)名おり、0 名 14 (19)施設、1 名 10(10)施設、2 名 11(12)施設、3 名 12(13)施設、4 名 7(8)施設、5 名 2(2)施設、6 名 1(1)施設であり、87.5(84.6)%の施設で 1 名以上の母体胎児専門医研修が行われていた。

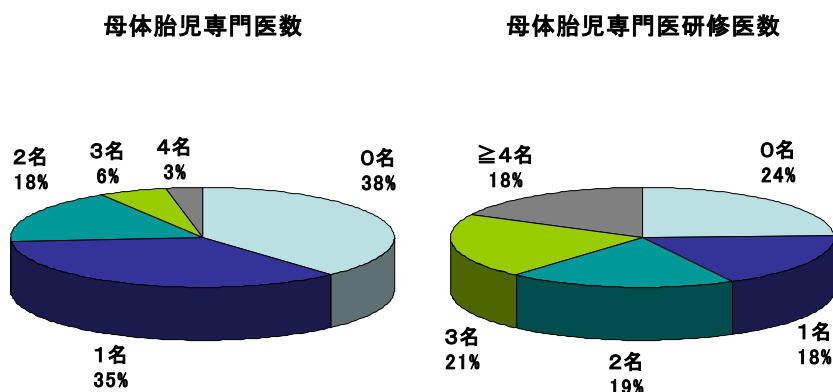


図6 母体胎児専門医及び専門医研修状況

### 6. 病床数

MFICU 病床は最大 25 床、最小 3 床、中央値 6 床、総数 380 床、MFICU を除く産科病床は最大 100 (100) 床、最小 12 (10) 床、中央値 29 (28) 床、総数 1813 (1994) 床であった。NICU 病床は最大 36 (36) 床、最小 6 (3) 床、中央値 12 (9) 床、総数 690 (737) 床、GCU 病床は最大 40 (40) 床、最小 0 (0) 床、中央値 19 (18) 床、総数 1082 (1143) 床、NICU/GCU を除く新生児病床は最大 80 (80) 床、最小 0 (0) 床、中央値 0 (0) 床、総数 341 (429) 床であった。産科病床に比べ新生児病床が少ない理由としては正常新生児が入院扱いとなっていないため病床数として数えられていないという背景がある。昨年度との比較では MFICU・NICU とともに後方病床を含めて病床の増加はなかった。算出の方法を一定化させる必要がある。

## 7. 分娩数

分娩数は最大2477、最小141、平均値782.9、中央値711、総数44624であった。帝王切開数は最大579、最小62、平均値259.0、中央値261、総数14765、帝王切開率は最大76.6、最小6.4、中央値36.6、平均36.6であった。分娩数、帝王切開数/率の年次比較ではいずれも徐々に増加していることが示された。

多胎、早産について以下に示す。

	総数	最大	最小	中央値	平均値
多胎分娩数	2555	95	8	43	44.8
多胎分娩率		22.6	1.8	5.7	6.4
早産数	8724	340	60	139	153.1
早産率		68.8	8.2	21.3	22.7
<28週未満	1272	81	1	19	22.3
<24週未満	481	60	0	4	8.4
34-36週	4858	211	5	79	85.2

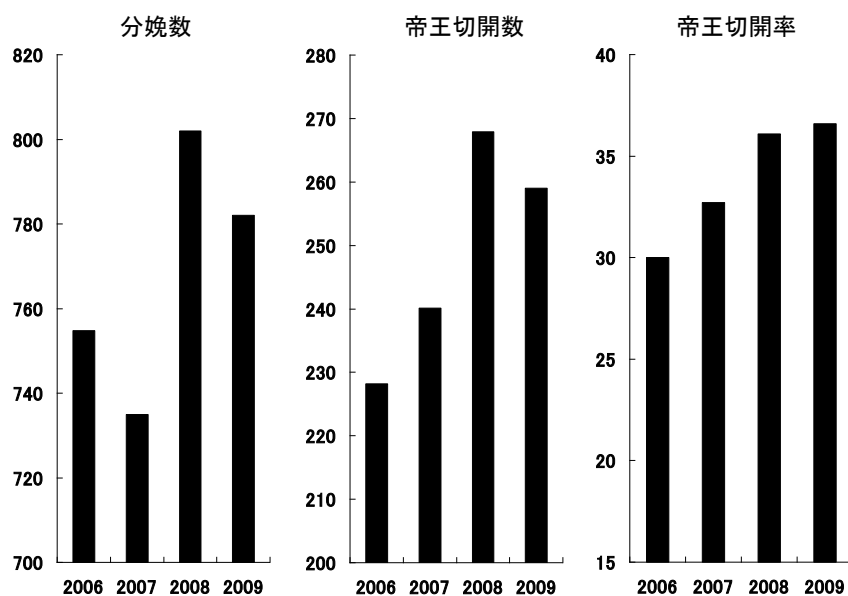


図7 分娩数・帝王切開数/率の年次比較

年次推移では母数に相違があるので実数の比較は難しいが、帝王切開率はほぼ横ばいであった。

## 8. 母体搬送・産褥搬送

母体搬送依頼数は

受入率100%施設が7施設(12.3%)、90%以上の施設が21施設(36.8%)、多くの施設で出来る限り受け入れる体制をとっていることが伺えた。50%未満が11施設あり、これらの所在地は東京・神奈川・大阪であり搬送受入が困難な状況があることが示された。このような地域では前述

のような専門機関においてコーディネーターが搬送先受入先を決定するというシステムがうまく活用されているものと考えられた。

		総数	最大	最小	中央値	平均値
母体搬送	依頼数	9 7 6 6	4 6 2	3 0	1 5 1	1 7 1. 3
	受入数	6 3 1 8	3 5 2	2 1	1 0 6	1 1 0. 8
	受入率		1 0 0	2 1. 3	7 7. 9	7 3. 4
	母体救命	6 1 7	7 3	0	6	1 1. 2
	都道府県外 から	2 3 4	3 6	0	2	4. 1
	へり搬送	6 4	1 4	0	0	1. 1
	未受診	2 2 7	1 4	0	3	0. 4
	送り出し	2 6 0	4 4	0	1	4. 8
		総数	最大	最小	中央値	平均値
産褥搬送	依頼数	4 3 4	3 8	0	5	7. 9
	受入数	4 0 4	2 7	0	5	7. 2
	受入率		1 0 0	5 0	1 0 0	9 3. 4
	母体救命	2 3 6	2 3	0	3	4. 5
	都道府県外 から	1 8	1 0	0	0	0. 3
	へり搬送	3	2	0	0	0. 1
	未受診	2 2	3	0	0	0. 4
	送り出し	3 5	1 1	0	0	0. 7

受け入れた搬送のうち、母体救命に関わる搬送の割合は母体搬送では9.8%、産褥搬送では58.4%と産褥期は産褥期出血やDICなど母体救命に関わる状態が多く、より円滑な搬送受入体制と各科との連携が予後を改善するためには必要であると考えられた。

年次推移では大きな変化は認めていないが受入数、受入率とも昨年より上昇している。

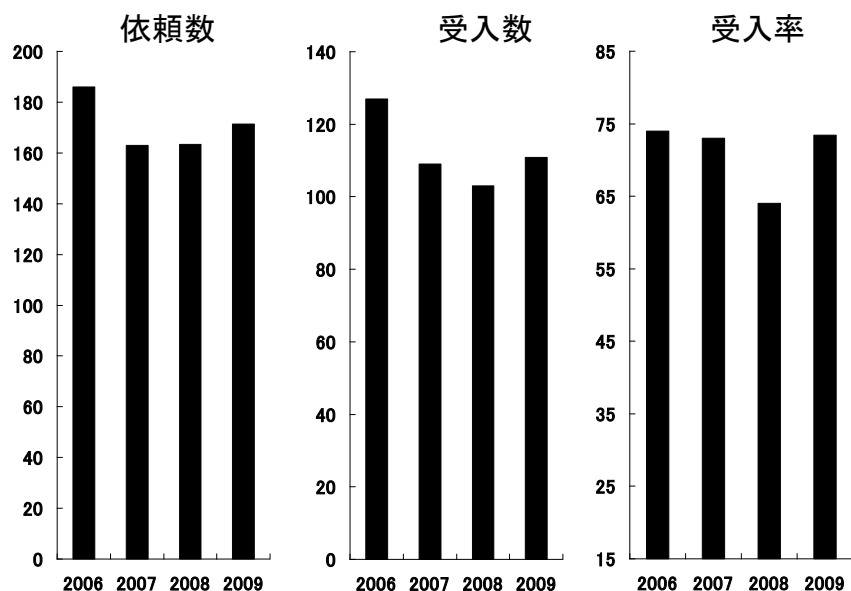


図8 母体搬送依頼数・受入数/率の年次比較

### 9. 夜間勤務体制

夜勤務体制で交代勤務制をとっているのは3施設のみで、ほとんどの施設は当直体制、当直+オンコール体制であった。

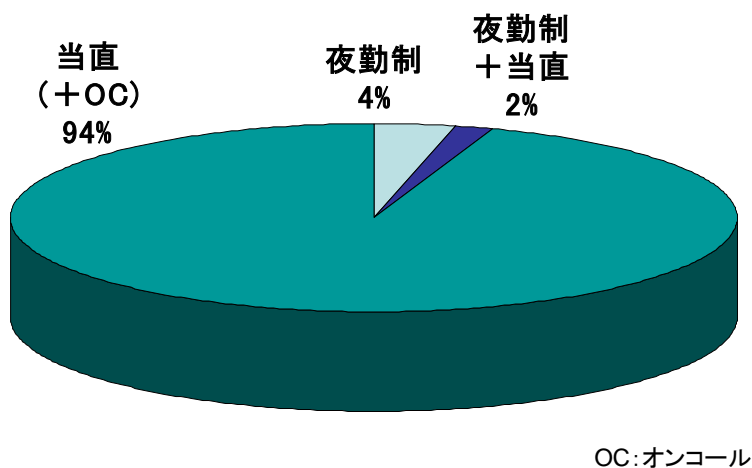


図9 夜間勤務体制

#### 1) 夜勤体制について

夜勤体制をとっている2施設においては、勤務医師数は1名および3名であった。

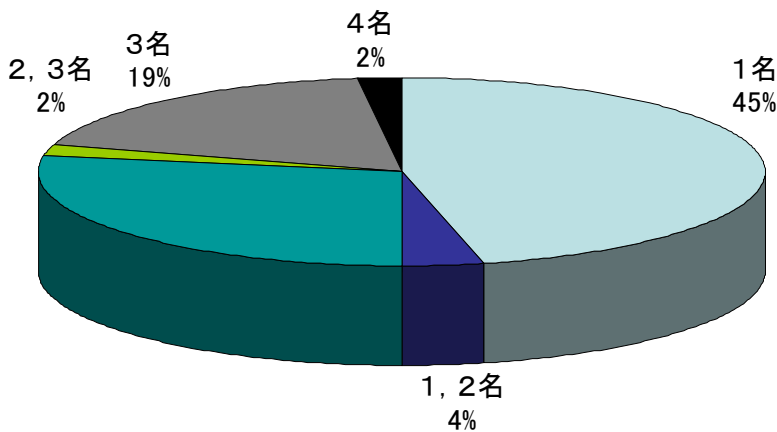


図10 当直体制時の医師数

2) 当直体制について

当直体制をとっている施設の当直医師数は最大4、最小1、中央値2、平均1.8であり、当直医が一人である施設が全体の約半数であった。研修医を含むと最大5、最小1、中央値2、平均2.0であった。ひとりの一月当たりの当直日数は最大12、最小4、中央値6、平均6.25、平均6.7であった。当直料は以下のものであった。

	最大	最小	中央	平均
当直料	75000	6000	20000	23235
休日日勤+当直料	160000	11400	40000	46397

休日などの一日（日直+当直）当たりの勤務報酬は平日当直料の2倍であった。

夜勤勤務および当直時の診療業務に対する時間外勤務手当支給の有無では39施設、72.2%で「あり」と回答した。「分娩に対する手当」として全分娩に対して報酬のある施設は18施設、その他時間外の報酬として「ハイリスク分娩」は5施設、「帝王切開」は3施設、「時間外手当として支給」は23施設あった。報酬がまったくないという施設は15施設であったが、前年が23施設であったので徐々に待遇が改善されている。

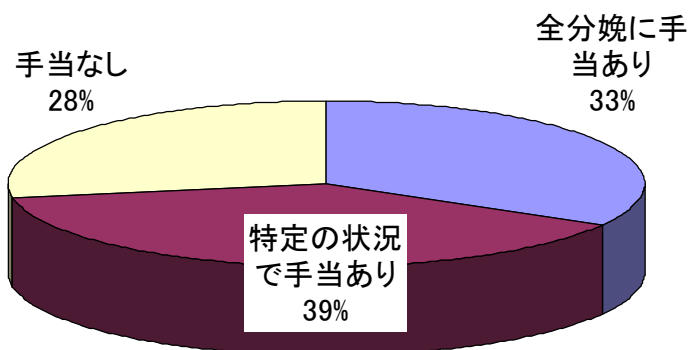


図11 当直中の診療に対する報酬



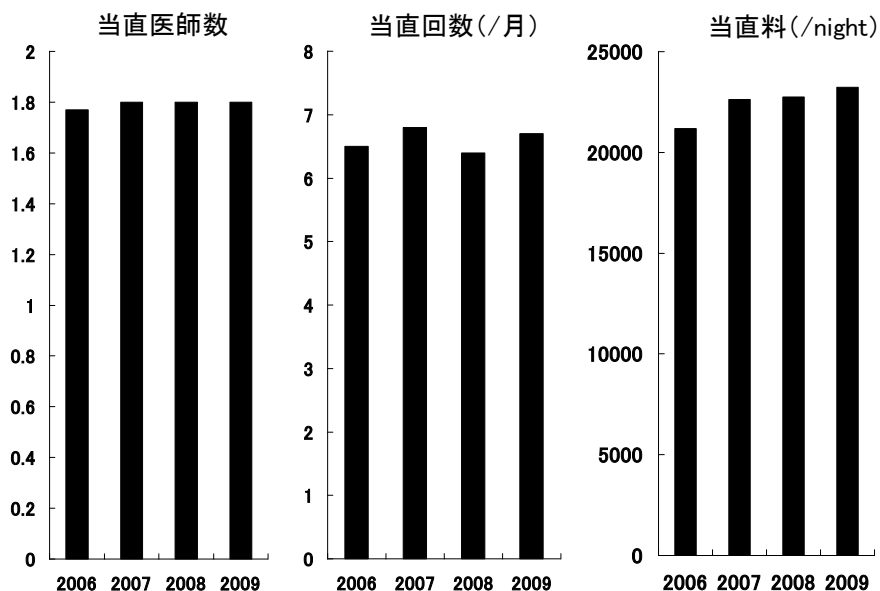


図12 当直医師数、月間当直回数、当直料の年次比較

時間外勤務に対する報酬額は、「分娩」に対しては最大2万円、最小2000円、中央値1万円であった。「ハイリスク分娩」に対しては最大2万円、最小5000円、中央値5000円、「帝王切開」に対しては最大3万円、最小1万円、中央値1万5000円であった。母体搬送受入促進で診療報酬が増額されたが、母体搬送の受け入れに対しての報酬が得られている施設はなかった。時間外手当は回答が時間当たり、1件当たり、一勤務当たりとまちまちであり今回の検討からは除いた。いま挙げたなんらかの報酬が発生している施設は38施設(70.4%)あり、これにその他処遇改善策がなされている10施設を加えると48施設(88.9%)でなんらかの処遇改善がされていることになる。

### 3) オンコール体制について

オンコール体制は44施設(81.5%)で行われており、35施設で1人、9施設で2人体制である。オンコールの呼び出しに対して報酬が発生するのは16施設(29.6%)のみであった。その報酬額は最大25000円、最小1240円、中央値5000円であった。

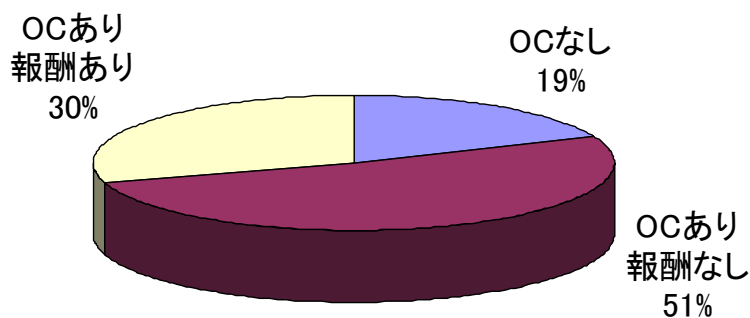


図13 オンコール体制(OC)について

#### 4) 当直翌日の勤務

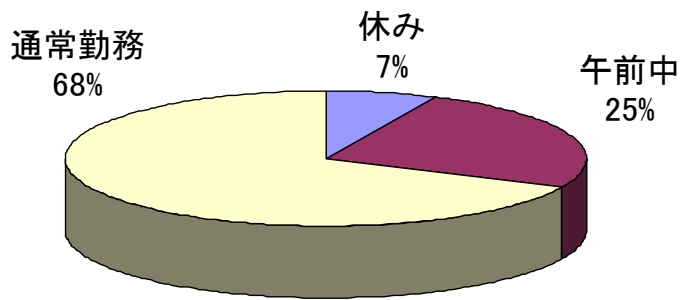


図14 当直翌日の勤務体制

翌日が休みとなる施設が増加しているが、通常勤務が68%（前年72%）であり、さらなる改善が求められる。

#### 8. 分娩費用・入院日数に

正常経膈分娩の入院日数はほとんど変化はみられなかったが、入院費用は約2万円増額していた。分娩に対する収入は昨年との比較では、入院人数に変化はないものの入院費用は約5万円増加していた。また、帝王切開についてもほぼ同様の結果であった。

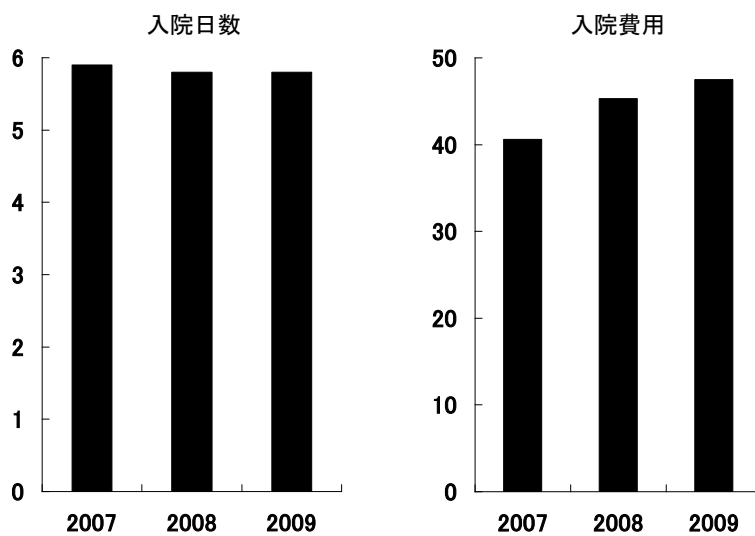


図15 正常経膈分娩の入院日数/入院費用

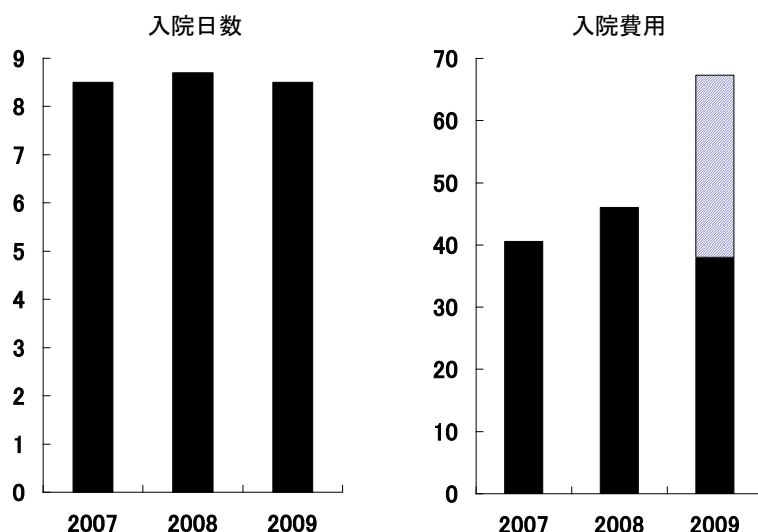


図16 帝王切開分娩の入院日数/入院費用

注) 塗りつぶしは本人負担分網掛けは保険部分であり、総額が病院収入となる。前年までは病院ごとに、全額と本人負担分がまちまちであった

## 9. 診療報酬

### MFCIU 管理加算

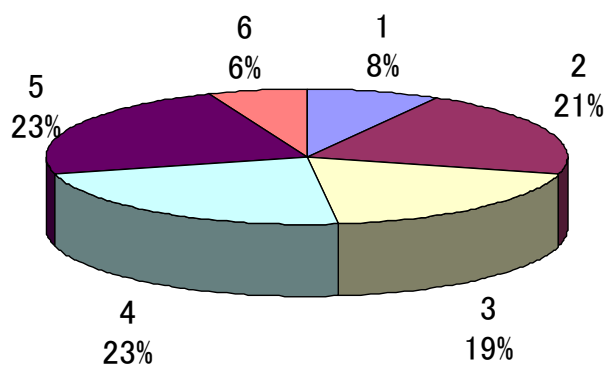
1) 14日以内の適応を満たした請求に対する査定のあった施設は、8施設(7自治体 東京都、大阪府、新潟県、石川県、島根県、愛媛県、熊本県)であり、前年と同様であった。その理由は「産後になった」、「内容に関するもの」であった。また、14日以内の適応を満たしている症例における MFICU 加算請求への自主規制を行っている施設が8施設(6自治体 青森県、新潟県、石川県、長野県、広島県、愛媛県)あり、その理由は「患者の負担を考慮して」という回答があった。

産褥搬送症例に対して MFICU 加算の算定不可能な施設が8施設(7自治体 東京都、群馬県、新潟県、静岡県、三重県、大阪府、福岡県)あった。以上まとめてみると

	14日以内の適応を満たした請求に対する査定	適応を満たしている症例における請求の自主規制	産褥搬送症例に対して MFICU 加算の算定不可
青森県		○	
群馬県			○
東京都	○		○
新潟県	○	○	○
長野県		○	
石川県	○	○	
静岡県			○
三重県			○

大阪府	○		○
広島県		○	
島根県	○		
愛媛県	○	○	
福岡県			○
熊本県	○		

同一妊娠での複数回請求では1妊娠1回限り（14日以内）の算定というものから、各請求が14日以内であれば、同月内でも算定可というものまであり、統一されていない状況は変わっていない。



- 1: 同一月でも各請求が14日以内なら算定可
- 2: 同一月でもトータルの請求が14日以内なら算定可
- 3: 各請求が14日以内なら算定可
- 4: 同一妊娠でのトータルの請求が14日以内なら算定可
- 5: 算定不可
- 6: 不明

図17 複数回入院のMFICU管理加算の算定基準

## 2) ハイリスク分娩管理加算

ハイリスク分娩管理料の月間算定数は最大109、最小1、中央値10.5、平均17.5であった。しかし以下のような問題点が指摘されている。

### 適応が増えてほしい

出血のある低置胎盤では不可

MFICU 退室後の算定日数に制限がある

ドクターのオーダー入力によって算定することができるが入力がなく事務から照会する事が多々あること

事務的なミスからよく算定していない場合がある

結果的に経腔自然分娩で保険請求しない症例では請求していません

例えば、40歳以上の初産婦で入院翌日予定要切を例えば8日間フル加算が可能ですが、翌日分娩誘導して経腔分娩した際は産褥が自費となり算定は2日間となります。安易な序切にインセンティブを結果的にかけているようにも感じています。

算定可能期間が短い症例がある

自分達で入力するのが手間

多胎の帝王切開例は算定していない

総合周産期特定集中治療室管理料を算定しているため算定していない

3) ハイリスク妊婦管理加算

ハイリスク妊娠管理料の月間算定数は最大319、最小0、中央値14、平均23.7であった。

4) 妊産婦緊急搬送入院加算について

妊産婦緊急搬送入院加算ハイリスク妊娠管理料の月間算定数は最大33、最小2、中央値9、平均9.8であった。

5) 産科の収益について

増収がみられたのは57%に及んだが、23%が不変、9%が減収となった。

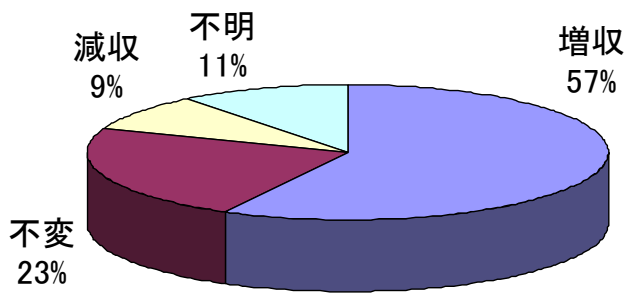


図18 前年比の収益について

増収となった理由については

- 1・・・分娩数の増加 18
- 2・・・ハイリスク妊娠・分娩の増加 18
- 3・・・診療報酬改定による増加 18
- 4・・・分娩介助料の値上げ、分娩費の増額

10) その他の意見

該当患者が多い時は入室基準が厳しく、少ない時はゆるくなりがちである
産婦人科医が十分でないため婦人科の時間外患者の対応に苦慮している
医師不足
電子カルテになり勤務表だけでなく先導に MFICU 担当スタッフが一同病室の患者の記録を入力していると後日指摘を受けるのではという問題が生じた。
MFICU 加算対象との pt がかさなる場合がある
・2wのしぼりあり適応があっても出さざるをえない。・部屋がいっぱいの場合適応があっても加算できない(他の部屋で同じ事をしているのに)③居住性が施設基準のしぼりのため悪い(空調など)出たがる人が多い。
・入室の説明(費用含め)医師が行う事が多い。・14日しぼり部屋につけるのではなく病態につけられるとよいのに…。

ご案内しているにも関わらず、患者本人の手続きの申請が遅れると限度額以上の請求になり未収のリスクがある(心配な患者がいる)
常に満床となっている点
妊娠 20 週後半から切迫早産で入院している症例で妊娠に至らなかった場合(例えば胎胞脱出や頸管異常短縮例など)に MFICU 加算が算定できなくなっているにもかかわらず、同様の管理の継続が必要な場合がある。もう少し算定可能期間を長くできないものでしょうか?
MFICU 常勤医だけでは当直が廻らず、婦人科チームの先生にもお願いせざるを得ない。その場合適切な搬送コーディネーターが出来なくなる場合もある。そのような事態を回避するため、現在搬送コーディネーターの常勤化を県や病院にお願いしている。
毎年のことですが、自府県で搬送先が決まらない時などの時間がかかる事。近年いろいろ騒がれたわりには、特に何も変わっていないこと。産科にしてもNICUにしても満床で受け入れられない事が多すぎる事など)
分娩数があたまうちになりつつある
産婦人科が足りない県ワースト 1 位の山梨の現状を報告します。山梨県は人口 87 万人の小さな県です。平成 21 年度の分娩数は約 6700 件で、ここ 2 年分娩数は 200 件ずつ減少しています。分娩を扱っている医療機関は病院 7(甲府盆地 5 富士吉田地域 2)診療所 9(甲府盆地 9)助産院 1 です。診療所で約 2600 分娩を扱っています。ところが来年から 250 分娩を扱っている診療所が 1 軒分娩を止めるため、大きな甲府盆地にある 5 病院で扱うこととなります。それぞれの施設で年間 500 月 40 増になります。現状のままでは人も施設も許容量を超えています。今から行政を巻き込み対策を立てなければなりません。
市内の産婦人科急輪番週(3 週に 1 回)のみ 2010 年 10 月から 2 人当直体制になったが、その他の週は MFICU 当直医師 1 人と拘束医師 1 人で分娩と産婦人科救急に対応せざるを得ない。
・当院の場合＝MFICU であり、非 MFICU の個室がないので非医療的・人道的理由で個室収容の必要のある患者(死産・新生児ターミナルケアなど)を個室に収容すると医学的理由で MFICU に収容すべき患者を収容できない事がある。・医学的理由によると MFICU 利用率が低く母由院から再三改善を迫られる。母体重症を診られないこども病院系の周産期センターにとっては MFICU という制度そのものがやや重荷だが、収入源なので仕方がない。③当院のように既存病棟の一部を MFICU 化した病棟(MFICU の指定が比較的早かった病院に多いと思われる)では、これまで MFICU と位オオ案産科病棟を同一看護単位で扱ってきた。しかし今年度、厚生局から看護単位を分けるように指導された。MFICU の稼働率にばらつきが大きいため、看護単位を分けると人員の無駄が多いのだが、交渉の通じる相手ではなく困っている。
産褥期の母体搬送はリスクが高く多数のスタッフの呼び出しを要するが加算がとれない。
事務的の専門科がないために種々の加算や手続きにも医師が加わらなければ話しが進まない(県の事務職の異動が多く医事関係の専門職が少ない)
MFICU 加算の 14 日制限をもう少し延長して欲しいと思います。前回は記載しましたが運用においては、医師不足と NICU 不足の中での重症のみならず中等症症例(以前なら二次医療機関で取り扱う症例)の集中に悪戦苦闘しています。
MFICU の稼働率は 90%を超えているが、算定率は 40%程と低い。算定対象の 14 日を超えて入院している患者が多い点が挙げられる。
・NICU、GCU 不足による他施設への新生児搬送の増加。・母体救命対象症例の院内連携(救命 ICU 満床

の際の対応

MFIGU/NICU の受入可能であっても、手術室の状況から搬送受入ができないことがある