

2011年7月11日

2009年度全国MFICU実態調査報告書

全国周産期医療(MFICU)連絡協議会

担当 北里大学 海野信也
亀田総合病院 鈴木 真

はじめに

全国周産期医療(MFICU)連絡協議会参加施設を対象として2009年度(年)のMFICU運用に関わる実態調査を行った。本調査はMFICU連絡協議会のMLに参加している施設および一部不参加の総合周産期医療センターを対象とした(今回の報告書ではMFICU加算に関わる部分は総合周産期母子医療センターからの回答のみを元に集計し、その他の部分について両者もしくは併記とした)。これまでのと同様に本報告書をもとに提言がなされ、多くの改善が行われることを期待したい。

本調査に基づく提言

1. 総合周産期母子医療センターにおける常勤医師数、産婦人科専門医数の昨年と大きな変化はなく、94%の施設では当直体制がとられており、その45%が一人当直体制であることから、人員は十分な状態ではないと考えられ、欠員の補充はもちろん定員増が望まれる。当直翌日の勤務状況ではやや改善されたものの未だに68%は通常勤務であり、さらなる改善が求められる。
2. MFICU管理加算では算定基準(日数、入院回数など)は全国で統一されておらず、基準を明確化し、自治体間での格差がなくなるようにすることが必要である。また、22週から28週ころまでの切迫早産や前期破水例では長期入院が必要な症例が散見されるため、対象を限定して算定期間の延長が求められる。
3. MFICU入院時の費用についての説明、様々な書類など医師以外、特に事務系でも可能な仕事が多いので、医師の処遇改善に対する様々な取り組みを病院として行うように要求する。
4. 帝王切開など緊急時の麻酔科の体制として、9%が24時間麻酔科対応でないことは非常に問題であり、各病院に改善を求めたい。
5. 1都1府7県においてコーディネーター制度が導入されている。これらの自治体以外においても様々な形で本制度を導入することは円滑な受入体制の整備に不可欠であり、また予算化することにより人員の確保にもなるため積極的な導入を推進したい。
6. 医療提供は厳密な自治体の区分内で行われているわけではないので自治体外搬送がある確率で認められる。近畿ブロック周産期医療広域連携のように少し広い範囲での搬送受入を考えることが、より円滑な搬送受入が可能となるかもしれない。
7. それぞれの医療機関がどのような機能を果たしているかを客観的に評価する必要がある。この評価おために周産期死亡率、妊産婦死亡に関わるクリニカルインディケータの作成し利用することを提案したい。