

調査結果

今回は23施設のみからの報告にとどまり、比較的大規模な施設からの報告が多かった。

1. 医師数

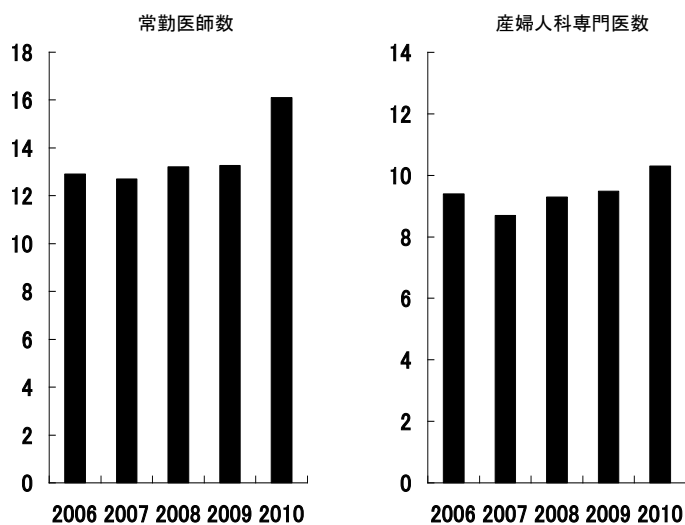


図1 常勤医師数、産婦人科専門医数の年次比較

常勤医師数は前年より2.8名、専門医は0.8名多くなっていた。これは施設の規模の偏りによる可能性が考えられた。

2. 診療体制について

診療体制は、産婦人科および産科・婦人科独立の体制はほぼ同数であった。子ども病院併設産科施設および産科専門施設では原則として産科診療のみであった。それ以外の施設では10名未満の施設では産科/婦人科区別なく診療している施設が多く20名以上の施設では産科/婦人科が独立している施設が多かった。

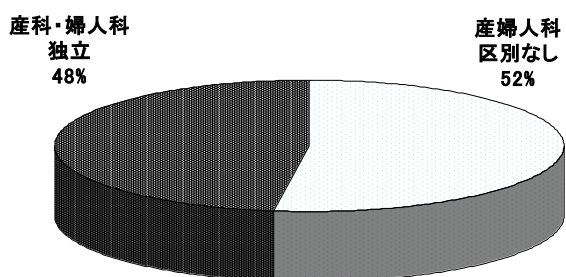


図2 産婦人科の勤務体制

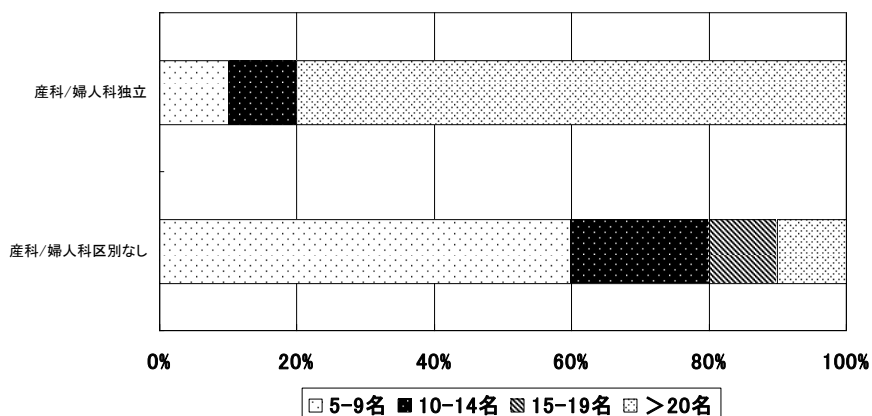


図3 診療体制と常勤医師数

3. 母体胎児専門医および専門医研修状況について

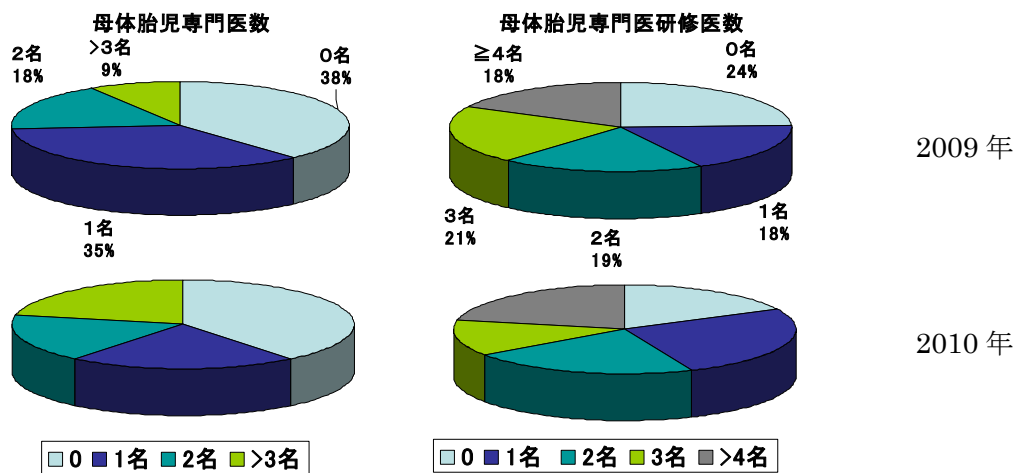


図4 母体胎児専門医、研修開始医師数

母体胎児専門医は増加しているが、母体胎児専門医のいない施設が1/3程度あった。母体胎児専門医研修開始医師の割合も増えており、今後増加することが考えられた。しかし、一方で母体胎児専門医研修医師が全くいない施設があることも事実であり今後の課題である。

4. 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2施設のみで、ほとんどの施設は当直体制体制であった。

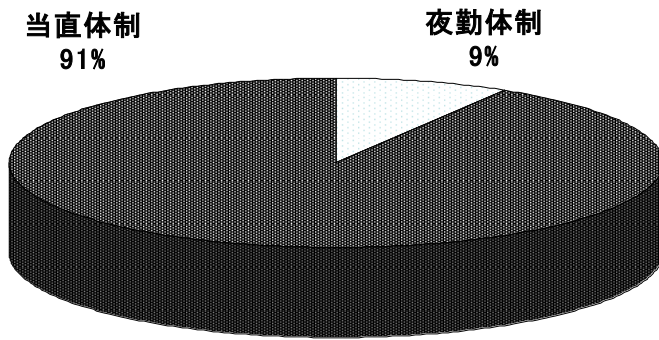


図5 夜間勤務体制

1) 夜勤体制について

夜勤体制をとっている2施設とまだ少数であった。

2) 当直体制について

ひとりの一月当たりの当直日数は若干減少し、当直料は増加した。

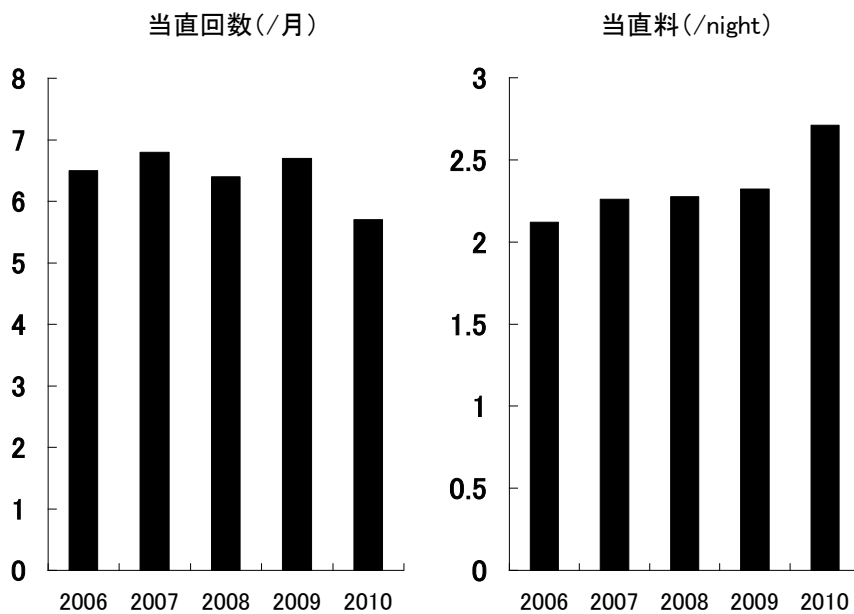


図6 月間当直回数、当直料の年次比較

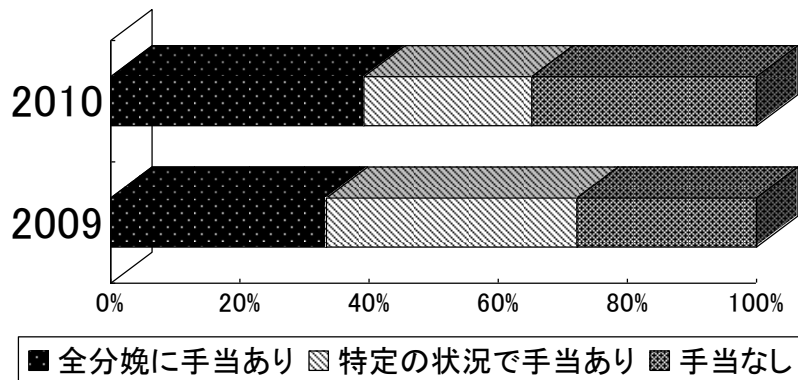


図7 当直中の診療に対する報酬

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は大きな変化は認められず、30%程度で、当直中の診療に対する報酬が支払われておらず改善が求められる。

3) オンコール体制について

オンコールそのものに対する報酬は22%にしか認められていないが、呼び出しに対して報酬は83%に認められるようになっており改善が認められた。

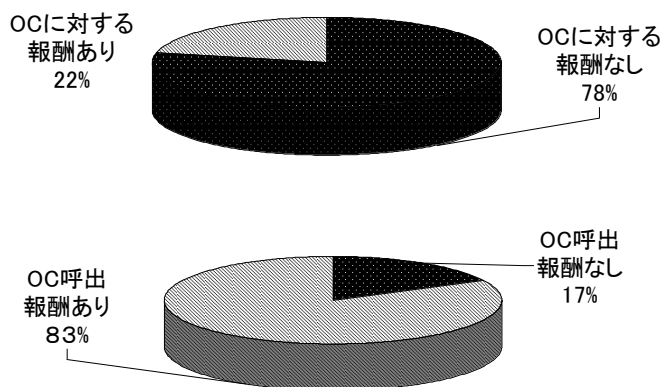


図8 オンコール体制(OC)に対する報酬

4) 当直翌日の勤務

翌日が休みとなる施設もあるが、通常勤務が75%あり、さらなる改善が求められる。

5. 分娩数

分娩数は分娩数、帝王切開数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。

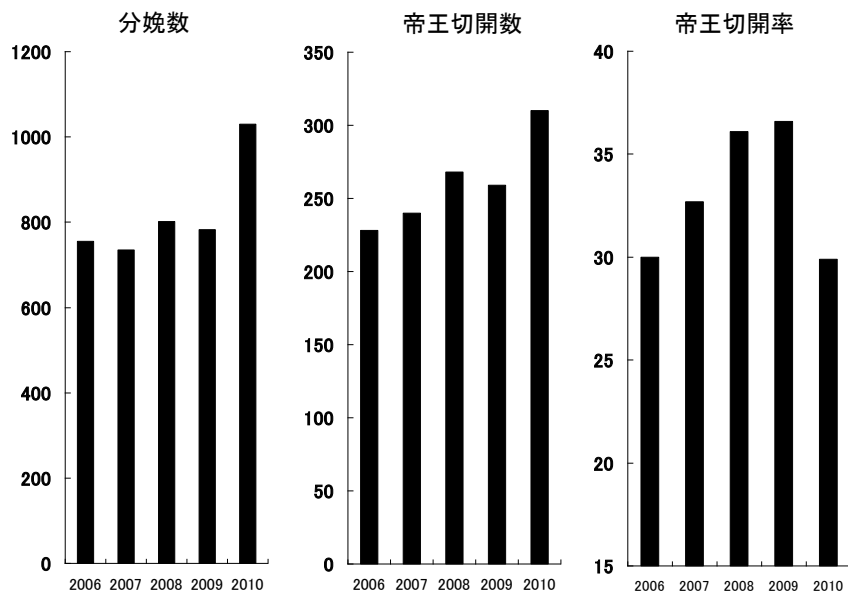


図9 分娩数・帝王切開数/率の年次比較

今回の年次推移では母数に相違があるので実数の比較は困難であると考えられた。

6. 母体搬送・産褥搬送

母体搬送依頼数・受入数ともに増加したが受入率は減少した。

母体搬送で3例、産褥搬送で3例の母体死亡が報告された。産科出血症例、脳出血などの合併症妊娠、産褥期出血や DIC など母体救命に関わる疾患においては、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る。

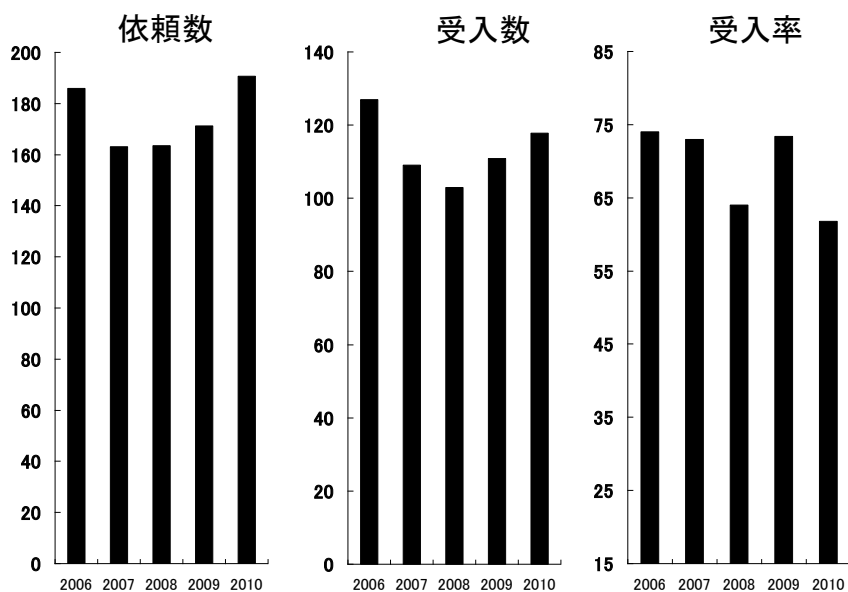


図10 母体搬送依頼数・受入数/率の年次比較

7. 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

9.6%の施設で24時間麻酔科が対応、もしくは状況により麻酔科が対応であったが、基本的には産婦人科が対応という施設があり、改善が必要と考えられた。

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。

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	
札幌市（北海道）		
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。

8. 分娩費用・入院日数に

正常経膈分娩の入院日数はやや延長（前年比）し、入院費用は増額していた。一方、帝王切開分娩では入院日数は若干短縮し、入院費用は自己負担額、病院負担ともに増額していた。

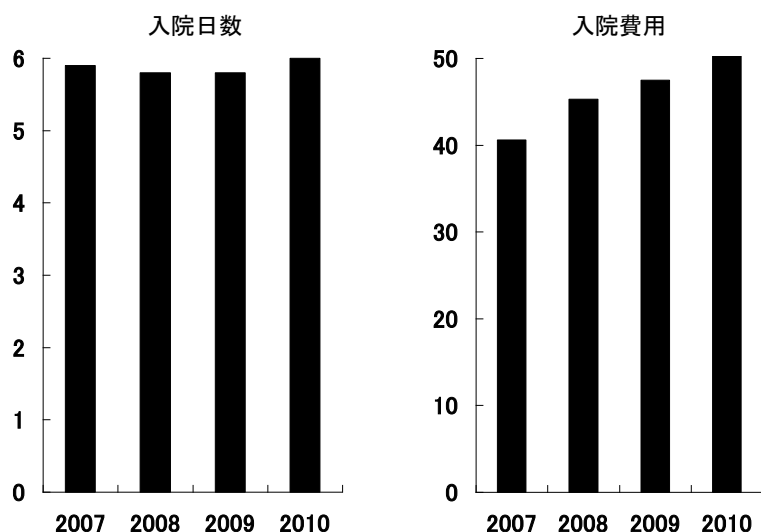


図11 正常経膣分娩の入院日数/入院費用

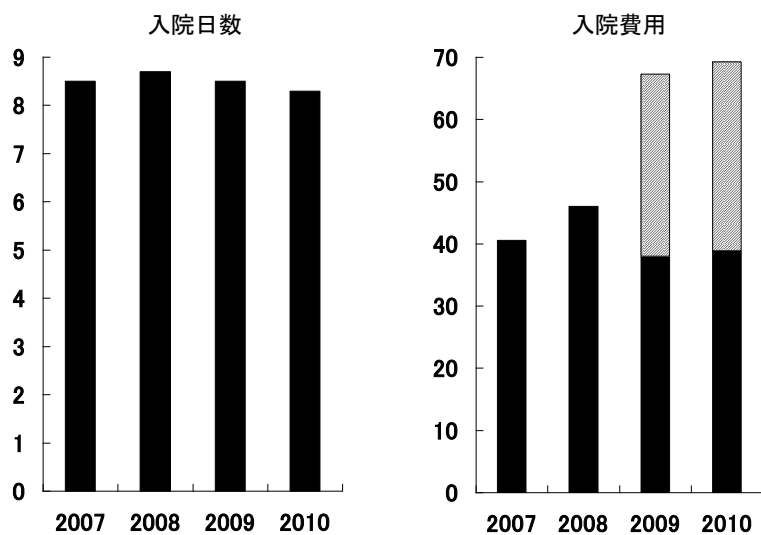


図12 帝王切開分娩の入院日数/入院費用

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。2008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、1施設のみであった。
- 2) 14日以内の適応を満たしている症例における MFCIU 加算請求への自主規制を行っている施設が2施設あり、いずれも「正常分娩（経過）後」という回答があった。

3) 産褥搬送での算定不可が東京都と岐阜県の施設で認められた。

4) 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。

全体として、査定は少なくなっており、自主規制は妥当なものだと判断された。

2) ハイリスク分娩管理加算

すべての施設において数例から数十例/月の算定がされており、運用についてはとくに問題が内容であった。

3) ハイリスク妊婦管理加算

すべての施設において数例から数十例/月の算定がされており、運用についてはとくに問題が内容であった。

4) 妊産婦緊急搬送入院加算について

すべての施設において数例から数十例/月の算定がされており、運用についてはとくに問題が内容であった。

5) 産科の収益について

減収となった施設もあったが、76%が増収であった。

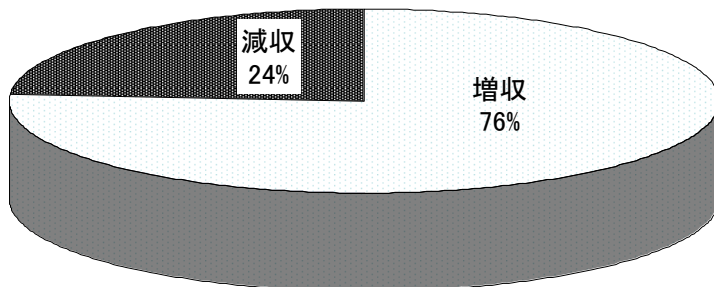


図13 前年比の収益について

増収となった理由については分娩数増加、ハイリスク妊娠・分娩増加、診療報酬改定による増加などさまざまであった。

その他の意見としてもっとも多かったものは、22週から28週ころまでの切迫早産や前期破水など長期入院が必要な症例でMFICU管理加算が14日で算定不能になることの改善が求められており、一律14日では、28週未満の症例では算定期間の延長が求められる。