

2011/2012 年 MFICU 実態調査結果

1. アンケート回答数

2011 年 72 件, 2012 年 62 件の回答があった。

2. 設立母体・周産期母子医療センター認可について

調査対象の設立母体は大学附属病院 40%、国公立病院 40%弱、赤十字病院、組合立など官立病院とそのほか社会福祉法人、恩賜財団、私立病院などがそれぞれ 10%強であった (図 1)。

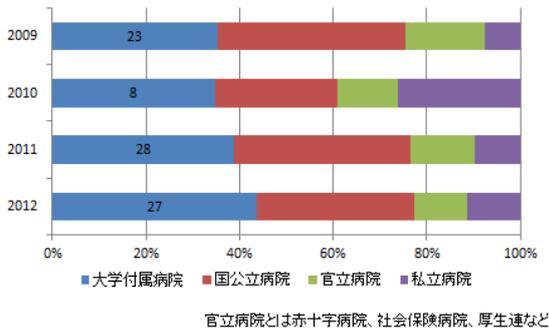


図1 周産期母子医療センターの設立母体

総合周産期母子医療センターが 70%、地域周産期母子医療センター20%強、残りがその他の周産期医療施設であった (図 2)。

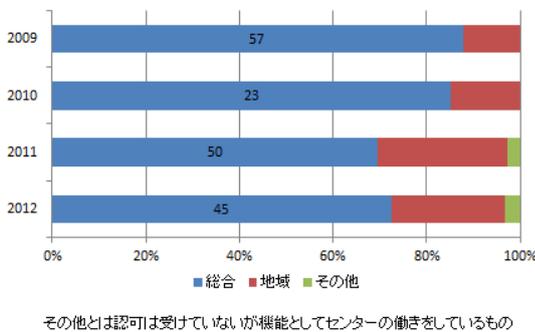


図2 周産期母子医療センターの種別

3. 救急医療体制等について

1) 救命・集中治療体制について

母体救命疾患の搬送が多い周産期母子医療セン

ターでは救命救急センター、ICU の併設が 70% を超えており、各科との連携が行える体制があることが示された (図 3)。

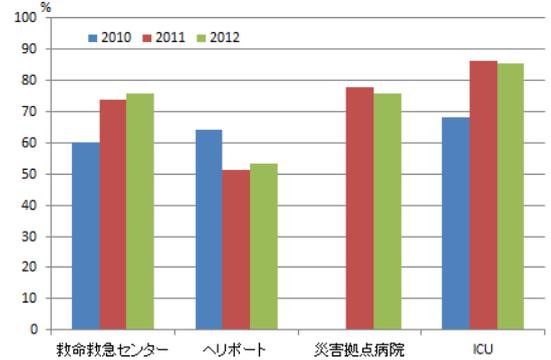


図3 救急体制・集中治療体制

また、多くの施設が災害拠点病院に指定されており、大規模災害時に母児の安全性を確保できるように運用を決定する必要がある。次回は連携体制について調査を行う必要がある。

2) 麻酔体制について

手術における麻酔体制では、状況に応じて麻酔科が麻酔を行うものも含めると 95%以上の手術を麻酔科が行っているが、すべての手術について麻酔科が麻酔を行う率が低下している (図 4)。

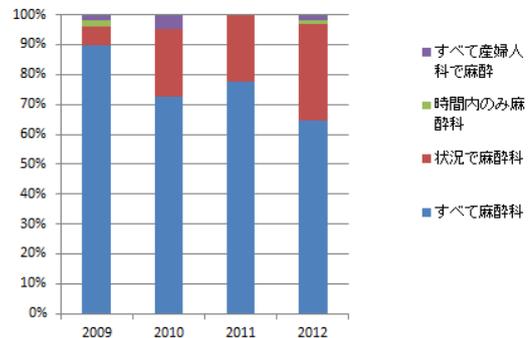


図4 産科麻酔の麻酔科の関与と輸血体制について

産婦人科医が増員されない中において、産婦人科医が麻酔を担当することは医療安全の観点から考えて問題があるので、病院管理者に対して麻酔科医の増員を提言することが必要である。

3) 輸血体制について

多くの施設では輸血ストックが院内にあり、供給体制に問題はないと考えられた。しかし、輸血をオーダーをして投与可能となる時間が30分以内の施設が56%にとどまっており、「産科危機的出血への対応ガイドライン」における緊急輸血体制について調査する必要があると考えられた。

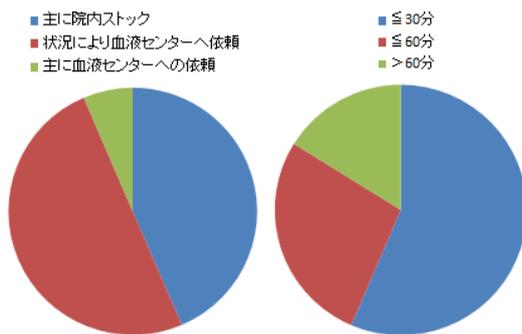


図5 輸血体制について

IVRは70%の施設で可能であり、条件付きで可能を含めると85%以上となっている。一部の不可能な施設では近隣のIVR可能施設との連携が必要と考えられる。

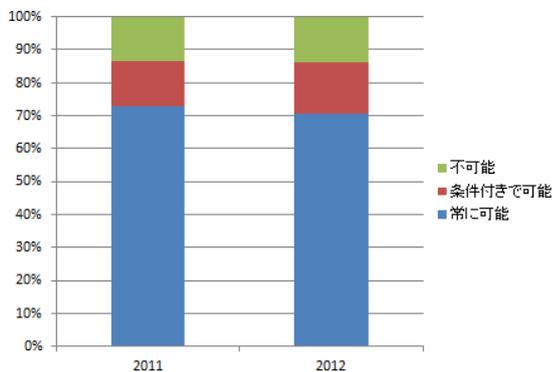


図6 IVR体制について

4) 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、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」であった。

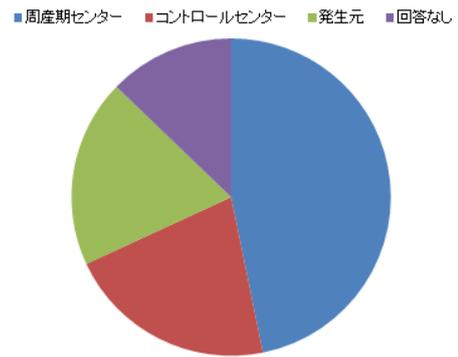


図7 母体搬送先検索体制について

自治体や医会などが設立した母体搬送受入施設を検索する独立した機関が設置されている自治体が10か所あった。これらの施設のある多くは人口の多い自治体で多かった。母体搬送発生元が独自に探すという自治体が9か所あり、医療施設の負担を考えると、何らかの対応が必要であると考えられた。

表1 都道府県別の母体搬送先を検索する施設

	搬送先を検索する施設
北海道	発生元
札幌市	コンロトールセンター
青森県	発生元
岩手県	コンロトールセンター
宮城県	コンロトールセンター
秋田県	周産期センター
山形県	発生元
福島県	回答なし
栃木県	コンロトールセンター
群馬県	周産期センター
茨城県	周産期センター
埼玉県	コンロトールセンター
千葉県	コンロトールセンター
東京都	コンロトールセンター
神奈川県	コンロトールセンター
山梨県	周産期センター
長野県	周産期センター

新潟県	発生元
富山県	回答なし
石川県	発生元
福井県	周産期センター
静岡県	周産期センター
岐阜県	周産期センター
愛知県	発生元
三重県	周産期センター
滋賀県	周産期センター
京都府	周産期センター
大阪府	コントロールセンター
兵庫県	発生元
奈良県	コントロールセンター
和歌山県	発生元
鳥取県	回答なし
島根県	回答なし
岡山県	周産期センター
広島県	発生元
山口県	周産期センター
徳島県	周産期センター
香川県	周産期センター
愛媛県	回答なし
高知県	周産期センター
福岡県	周産期センター
佐賀県	周産期センター
長崎県	周産期センター
熊本県	周産期センター
大分県	周産期センター
宮崎県	回答なし
鹿児島県	回答なし
沖縄県	周産期センター

自治体外への搬送システムのある自治体は近畿ブロック周産期医療広域連携、東京を中心とした首都圏では首都圏広域搬送構想の試験導入が行われている。そのほか岡山県、福岡県、熊本県、三重県、栃木県で設置されている。

表 2 コントロールセンターの設立母体とコーディネータの職種

岩手県	自治体	医師、助産師
宮城県	自治体	医師
栃木県	自治体	医師
埼玉県	自治体	助産師
千葉県	自治体	医師、診療アシスタント、看護師、助産師
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）
大阪府	府産婦人科 医会	医師
奈良県	自治体	医師

母体搬送コントロールセンターのコーディネータの職種は 6 施設で医師、4 施設で助産師、1 施設で看護師、2 施設で非医療職となっていた。母体搬送コントロールセンターだけでなく、周産期母子医療センターにおいても、医師・助産師などの負担を少なくするためにも、搬送先の検索を非医療者でも可能となるシステムの構築が必要であると考えられた。

4. 周産期医療施設の勤務体制について

産科と婦人科の区別のない勤務体制として勤務は 60%強と最も多く、産科単独の勤務 20%、

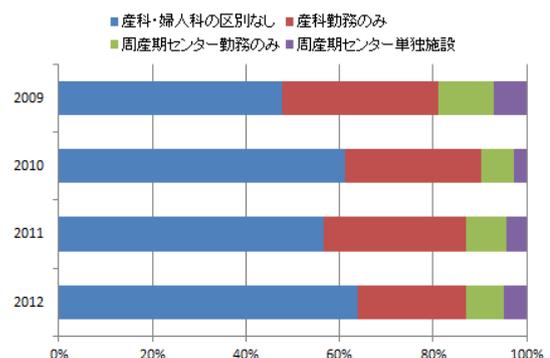


図8 勤務体制について

残りは産科のみの標榜施設と周産期センター単
独勤務であった。産科単独勤務が少なくなり、
産科・婦人科の区別のない勤務が増加している
ようである（図8）。

5. 医師数

産婦人科常勤医師数は全体では 726 名、最大 66
名、最小 4 名、中央値は 15 名であった。医師数
の平均値は 3 年前に増加しその状態が続いてい
る。しかしまだ少数で運用している施設もあり、
増員が望まれる。

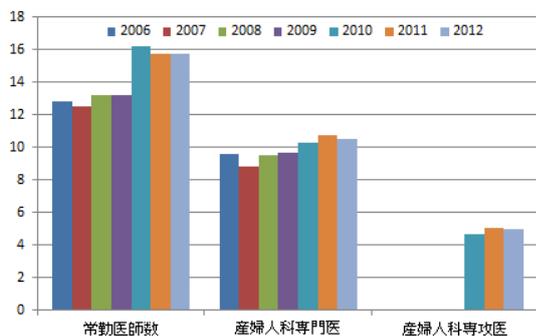


図9 施設当たりの医師数の年次推移

6. 母体胎児専門医について



図10 母体胎児専門医取得・研修状況

母体胎児専門医暫定指導医および指導医はす
べての施設にいた。母体胎児専門医がない施設
が 12 施設あったが、そのうち 8 施設では母体
胎児専門医研修医師がいた。母体胎児専門医研

修開始医師は徐々に増加していることが示され
たが、その一方で、施設当たりの専門医は若干
減っており、専門医が一般病院へ行っている可
能性が示された。

7. 病床数

MFICU 病床は若干増加していた。一方、産婦
人科病床、特に産科病床が減少していた。新生
児病床がほとんど存在しない。これは正常新生
児が母体の付属物として扱われているためであ
る。正常新生児を入院時として扱うことを認め
てもらふ必要があるかもしれない。

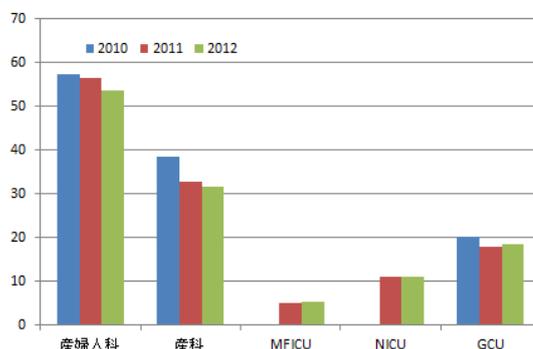


図11 病床数

8. 分娩数

施設当たりの分娩数は減少している。一方、

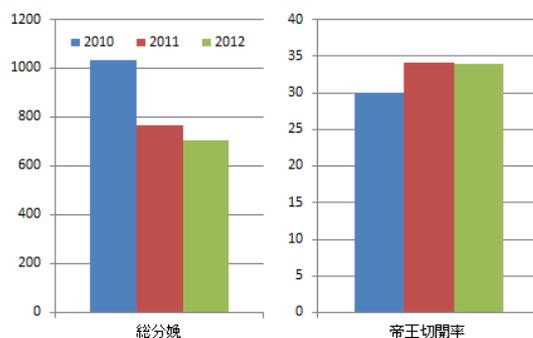


図12 分娩数・帝王切開率

帝王切開率は 4 ポイント増加している。このこ
とはハイリスクが増えていることを示してい
ると考えられる。

早産率は18%程度となっているが、妊娠28週未満の早産率は減少していることが示された。

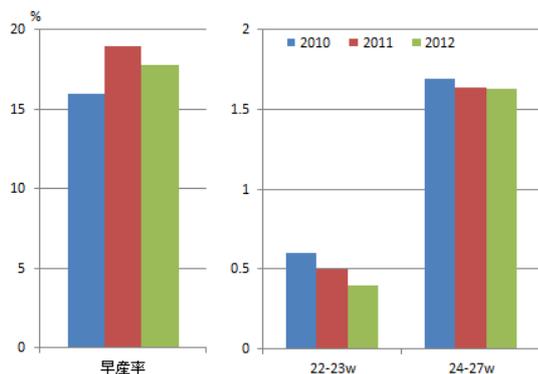


図13 早産率

9. 母体搬送・産褥搬送

母体搬送依頼数・受け入れ数は徐々に減少しているが、受け入れ率は75%前後で推移している（施設当たり）（図14）。

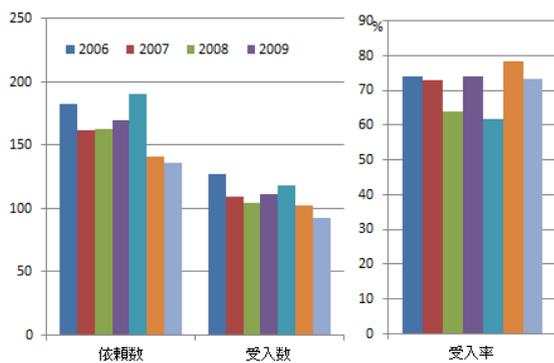


図14 母体搬送依頼数・受入数/率

産褥搬送は2012年には全体で315件の依頼があり、301件、95.6%が受け入れられていた。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、円滑な搬送受入体制がとられていることが示された。

10. 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施設のみでここ数年体制を変化させた施設はない。ほとんどの施設は当直体制もしくは当直+オン

コール体制であった。

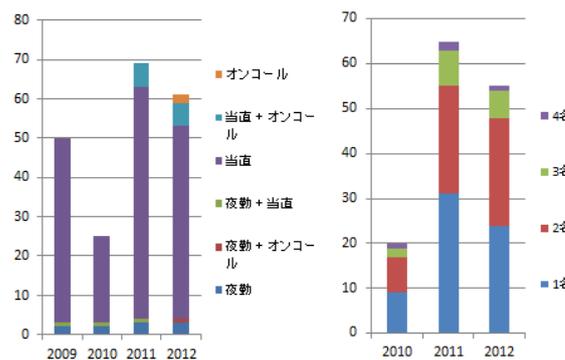


図15 夜間の勤務体制

当直の人数は1名、2名ともに42.9%で、この二つで85%となっている。当直回数は徐々に減少している。これは医師数の増加を反映しているものと考えられる。一方で当直料は減額されていることが示された。これは医師数の増加に伴い人件費が増加したため、当直料が減額しているのか、もしくは手当の部分が補強されているのか、今後詳細な検討が必要と考えられる。

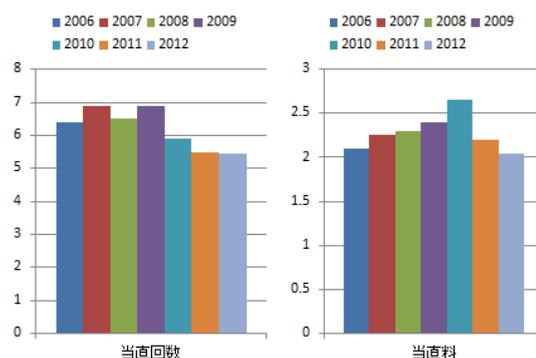


図16 当直回数・当直料について

1) オンコール体制について

オンコール体制は2012年には90%の施設で行われており、その中の60%は拘束医師が1名、40%が2名体制であった。オンコールに対する報酬は徐々に支払われないようになってきている一方で、呼び出しに対して報酬は徐々に支払われるようになってきていることが示され、賃金が労

働実態にみあうようになってきていると考えられた。

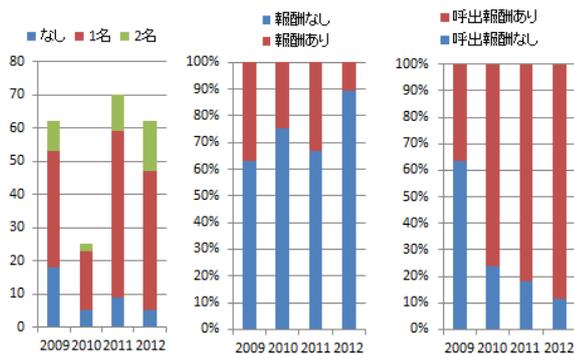


図17 オンコール体制

2) 当直翌日の勤務

2011年・2012年の比較では、翌日が通常勤務となっている割合が増加してきている。翌日の勤務緩和が困難であれば、労働の対価としての報酬、その他の日を休日するなどのさらなる改善が求められる。

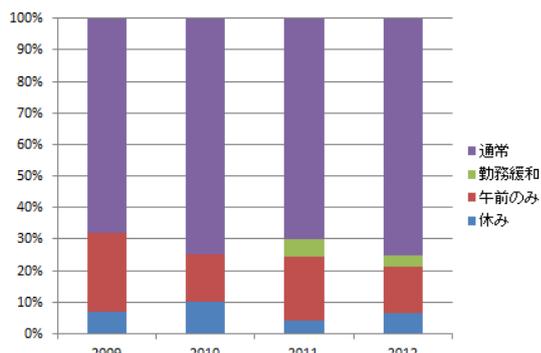


図18 当直翌日の勤務体制

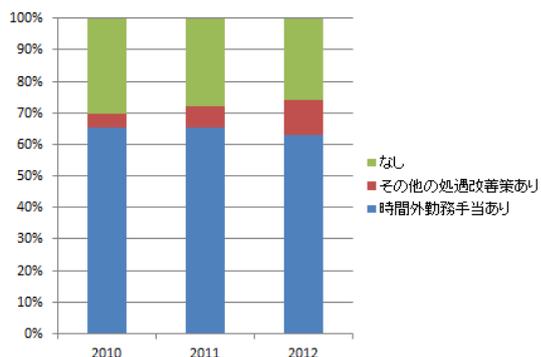


図 当直時の診療業務に対する時間外勤務手当支給

8. 分娩費用・入院日数に

正常経膈分娩のここ3年間は入院日数・入院費用ともに、ほとんど変化がみられなかった。帝王切開の入院期間についてもほぼ同様の結果であった。入院費用については保険収入を含めた病院収入について回答を求めているが、まだ周知されておらず、ばらつきがあった。

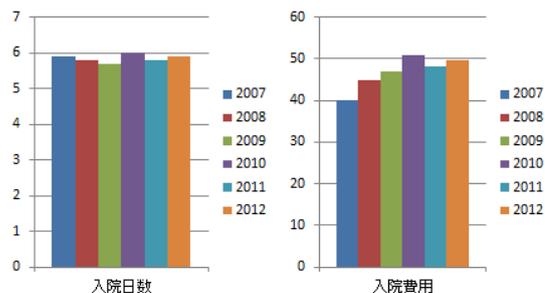


図19 正常経膈分娩の入院日数と入院費用

分娩費用、帝王切開費用ともに施設間の格差が大きく、正常経膈分娩の費用についても最も高かったのは90万円、最も安かったのは18万円、帝王切開分娩の費用で最も高かったのは150万円、最も安かったのは13万円（患者負担金額のみの可能性がある）であった。

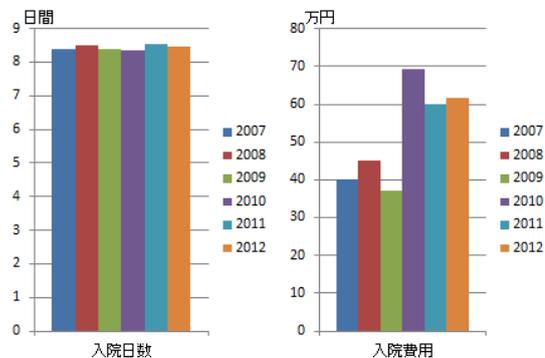


図20 帝王切開分娩の入院日数と入院費用

9. 診療報酬

1) MFCIU 管理加算

a) 14 日以内の適応を満たした請求に対する査定

東京都、神奈川県、静岡県、新潟県、愛知県から報告された。22 週未満の破水症例、胎児異常、産褥症例などが対象となっているとのことであった。

b) 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

青森県、宮城県、東京都、山梨県、静岡県 新潟県、愛知県、大阪府であった。

c) 産褥搬送に対する MFICU 加算が不可

東京都、神奈川県、新潟県、兵庫県、岡山県、広島県、山口県、福岡県

これは厚生労働省からきちんとした文書が出ているので改善を求めたい。

	14 日以内の適応を満たした請求に対する		産褥搬送の MFICU 加算
	<u>査定</u>	<u>自主規制</u>	
青森県		○	
岩手県			○
宮城県		○	
東京都	○	○	○
神奈川県	○		○
新潟県	○	○	○
静岡県	○	○	
愛知県	○	○	
大阪府		○	
兵庫県			○
岡山県			○
広島県			○
山口県			○
福岡県			○

2) ハイリスク分娩管理加算

ハイリスク分娩管理加算の適応があるにもかかわらず査定された施設は3つあり、東京都と兵庫県であった。

3) ハイリスク妊婦管理加算

ハイリスク妊娠管理加算の適応があるにもかかわらず査定された施設は4つあり、東京都、大阪府、兵庫県であった

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の適応があるにもかかわらず査定された施設は3つあり、東京都と和歌山県であった。また、受け入れに伴って医師への報酬がある施設は5つに留まった。

5) 収益について

分娩費用、帝王切開分娩費用はここ数年大きな変化はなく、分娩数が減少していることから施設の平均収入は減少していると考えられるが、MFICU、加算などの運用により53%の施設で増収、37%で変化なしで、減収と回答した施設は10%に留まった。

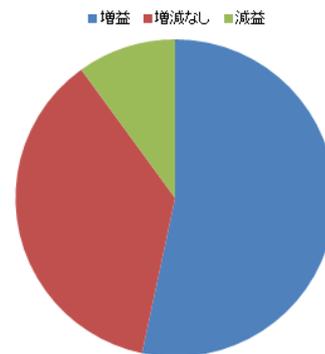


図21 収益について

増益の理由は、分娩数増加、手術の保険点数増額、手術件数増加、分娩介助料増額、ハイリスク症例増加、経営努力であり、減益となった原因は、出産数減少、患者数減少であった。

10. その他、MFICU の運用に関して問題になっている点など

(2012 年)

・生育限界の拡大で22週台の搬送も増加傾向にあるが、NICUに比べ算定期間が短い

・NICU、GCUと異なり転棟、転入が認められない
・病院全体の看護師数の問題で、手術室看護師が当直体制になっていないこと。ハイリスク症例（VBAC、双子、超未など）で看護師を待機で呼び出すと、その看護師が翌日休みになるため、手術室の運営にも影響が出る。かといって、待機してもらわないわけにはいかない……。看護師数確保が一番大きな問題です。

・適応患者が多いため、6床のMFICUの平均入室期間が3日程度、産科病棟35床では、入院患者を対応出来ず、一般内科病棟で常時15名～20名程度の産科「MFICU適応患者を含む」患者の入院治療を行っている。

・産婦人科医師不足で医師確保が大きな問題
・看護スタッフが人数不足のためMFICUが稼働できない

・DPCでは切迫早産で治療効果が上がって妊娠維持ができるほど入院期間が長くなり1日あたりの診療報酬が少なくなる。

・〇〇県で母体搬送受入数は最も多いにもかかわらずMFICUが認可されない

・厚生労働省からの指導で、MFICU勤務者は他の業務を行ってはいけない、MFICUから離れてはならないと言われたが、現実には通常の病棟業務を行わなければならない。特に夜間は、通常の分娩、産科、婦人科の急患の対応を行っている。

・古い構造なので個室＝MFICUだが、死産や看取りの母児同室など、MFICU加算をとれない個室が必要な患者のためにMFICUが占拠されてしまうことが多い。

・産褥期搬送例が算定不可となっている
・施設の実態上、かなりの部分で、医師の奉仕の精神で成り立っている部分が多い（頑張ってもインセンティブが、頑張った者にならない）。頑張れば損するシステムになっている。施設のみ儲

ける仕組みになっている

・産婦人科医のみならず助産師も不足している。
・MFICU専任医師を0と回答しています。胎児異常が多い当院では、初診、カウンセリングから分娩まで同一医師（外来担当医、病棟担当医の2名）が対応の方が円滑に進むため、基本的に主治医制で運用しています。また、当院はMFICU、一般病床、分娩室、産科手術室がすべて隣接・1フロアにあるため、MFICU専任医師を配置しておりません。さらに、常勤産科医6名は全員、病棟に並立している職員住宅に居住する体制にしており、このことから当直帯は、院内常駐1名、自宅待機2名としています。これがMFICU運営基準に抵触するという判断であれば、施設名の公表は控えていただきたいと考えます

・夜勤に携わる医師の不足
・スタッフ不足で加算がとれない
・MFICUの適応症例が少ない
・当直可能な医師数の減少
・同一入院期間内にMFICUから一般病室に出て、再度MFICU入室した場合にはMFICU加算が算定できない（合計14日以内であっても）
・ハイリスク分娩管理加算と妊娠管理加算が産婦人科医に還元されない

（2011年）

・スタッフが足りないので加算が取れない。
・産婦人科医師の減少
・MFICUの受け入れは、NICUの状態に左右される
・施設の実態上、かなりの部分で、医師の奉仕の精神で成り立っている部分が多い（頑張ってもインセンティブが、頑張った者にならない）。施設のみ儲ける仕組みになっている
・加算対象は多いが請求漏れが多い
・産褥期の加算が取れないこと
・産婦人科医師への手当がない

・MFICU では直接ない事項ですが、加算分の現場への見返りが全くない事

・県外からの受け入れ体制

・救急搬送後症状が安定し数日しか MFICU に入らず、直ぐに重症加算部屋や一般床へ移している

・看護スタッフが基準を満たしていないため、算定できていません

・〇〇県周産期医療は危機的である。平成 10 年頃の半数にまで分娩施設が減少。診療所院長の高齢化で今後も更に減少が予想される。2 次病院は新生児科医がいなくてその機能が発揮されない。MFICU をもった当院 3 次医療機関は産科、NICU とも満床続きで紹介を受けることもできず、詰将棋状態。〇〇県は〇〇大学、〇〇大学、〇〇大学で産婦人科、小児科が構成されていますが、どこの医局も人手不足。国の施策として周産期医療を根本から変えていただかないと大変な事態になると懸念しています。

・昨年厚生局の監査があり、MFICU の医師及び看護師の勤務体制に関して指摘を受け、以降 MFICU 加算は請求していません。

・毎年のことであるが昨年も他府県に 12 例出しており自府県で受け入れ施設がない場合の受け入れ先を探すのに苦勞する。府からの補助が入っていると思われるが現場に全く反映されていない、など。またこの春、計 6 名減員となりセンター運営自体に相当の負担が残った Dr7 名のしかかっている。

・MFICU 加算が 14 日間しかない

・助産師の 3 対 1 看護の体制のため、MFICU 入院中の分娩管理が、分娩部と共同で行うことが困難となり、結果的には患者に対しての安全性が担保できなくなる可能性がある（もしくは、MFICU 加算を取らずに分娩部で管理を行うこととなる→その場合は分娩後の加算が困難）

・早い週数からの切迫流産管理（高位破水など）

が増えてきましたが 14 日間では足りないことが多い。22 週末満ではハイリスク妊娠加算もつきません。

・産婦人科医師不足で医師確保が大きな問題