

令和 7（2025）年 2 月 21 日

厚生労働省保険局長殿

全国周産期医療（MFICU）連絡協議会

代表幹事 村越 毅

公益社団法人日本産科婦人科学会

理事長 加藤 聖子

公益社団法人日本産婦人科医会

会長 石渡 勇

一般社団法人日本周産期新生児医学会

理事長 田中 守

総合周産期母子医療センターにおける周産期医療提供の維持・継続のために必要な

緊急対応のお願い（要望書）

私ども全国周産期医療（MFICU）連絡協議会は、わが国における地域周産期医療を支える高次医療機関である総合周産期母子医療センターおよび地域周産期母子医療センターに指定された施設で勤務している産婦人科医（原則として各施設の産科責任者を含む）で構成されている団体です。現在総合周産期母子医療センター107施設、地域周産期母子医療センター67施設が会員（会員数288名）となっています。私どもは、わが国の周産期救急医療の最前線で、ハイリスク妊娠、分娩、緊急の母体搬送に日々24時間体制で対応しています。

現在、総合周産期母子医療センター（以下、「総合周産期」）の産科部門、特に比較的小規模の施設で、令和6（2024）年度診療報酬改定における「母体・胎児集中治療室管理料」の要件の改正を直接のきっかけとして、危機的な状況が急速に拡大しています。これまでも産婦人科の不足のために安定した勤務体制を維持することができず、総合周産期母子医療センターの産科部門としての機能を十分に果たしているにもかかわらず、「母体・胎児集中治療室管理料」が算定できない施設が（私どもの調査で）8施設（総合周産期全体の7%）存在していました。しかし、今回の改定後は、それが20施設（総合周産期全体の18%）へと急増しており、今後もさらに増加することが強く懸念されています。このような「母体・胎児集中治療室管理料」の非算定は、比較的人口の少ない地域の母体胎児集中治療室（以下、「MFICU」）が6床以下の比較的小規模なセンターに集中的に発生しています。こうした施設では、収入の大幅な減少により、これまでどおりの診療体制を維持することが難しくなっています。このままでは、わが国の周産期医療水準の維持ができなくなってしまうと懸念されます。本要望書は、そのような事態が出来ることを回避することを目的として、厚生労働省に緊急の対応をお願いするものです。

本要望書は、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、日本周産期新生児医学会とも協議を行い共同で提出させていただいています。

- 総合周産期母子医療センターにおける周産期医療提供の維持・継続のために必要な緊急対応のお願い
 - 私ども、全国周産期医療（MFICU）連絡協議会は、厚生労働省に対して、総合周産期母子医療センター産科部門の機能をこれまでどおり維持するために最低限必要な、以下の対応の緊急的な実施をお願いいたします。
 - ◇ 令和 6（2024）年度診療報酬改定における「母体・胎児集中治療室管理料」の医師配置に関する要件のうち、新たに追加された「当該専任医師は、宿日直を行う医師ではないこと。」という一文を凍結すること。
- 要望の理由について
 - MFICU における二つの医師配置要件について
 - ◇ 総合周産期母子医療センターの MFICU の職員に関する要件として、厚生労働省医政局の「周産期医療体制の構築に係る指針（周産期指針）」では以下のように示されています。「(a) 24 時間体制で産科を担当する複数（病床数が 6 床以下であって別途オンコールによる対応ができる者が確保されている場合にあっては 1 名）の医師が当該医療施設内に勤務していること。(b) MFICU の全病床を通じて常時 3 床に 1 名の助産師又は看護師が勤務していること。」医師に関しては、24 時間体制で産科を担当する複数の医師が医療機関内に勤務すること（MFICU が 6 床以下の場合は、1 名はオンコールでも可）が求められていることとなります。
 - ◇ MFICU に求められる充実した設備の整備と豊富な人員の配置の実現を、診療報酬の面で支えるのが、総合周産期特定集中治療室管理料のうちの母体・胎児集中治療室管理料（以下、MFICU 管理料）という特定入院管理料です。MFICU 管理料の算定により、MFICU 入室患者さん 1 名当たり 1 日 7,417 点が診療報酬に加算されることとなります。「MFICU 管理料の算定要件」は、「周産期指針」の要件とは別に設定されています。令和 6（2024）年改定以前の「MFICU 管理料」の医師配置に関する要件は以下のようなものでした。「専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。」
 - ◇ 「周産期指針」では「産科を担当する複数（病床数が 6 床以下であって別途オンコールによる対応ができる者が確保されている場合にあっては 1 名）の医師の当該医療施設内常駐」であるのに対し、「MFICU 管理料の算定要件」では「専任の医師の MFICU 内常駐」となっており、MFICU が 6 床を超える施設でも医師は複数である必要はないものの、MFICU 内に常駐が求められていました。
 - 令和 6（2024）年診療報酬改定以前の MFICU の医師配置要件への現場の対応について
 - ◇ 現場では、総合周産期として MFICU 管理料を算定するためには、この二つの要件の両方を満たすことが求められ、対応を行ってきました。具体的には、複数の産科を担当する医

師を 24 時間確保できる施設では、そのうち 1 名は MFICU 内常駐とし、1 名は当該医療施設内常駐とする、医師配置が十分ではなく複数の医師を 24 時間確保できない、MFICU が 6 床以下の施設では、1 名を MFICU 常駐とし、1 名のオンコール医が待機して常にバックアップする体制をとる、ということになります。このような運用で、これまで全国の総合周産期の産科部門は運営されてきました。

- ◇ 宿日直対応の可否については、これまで「周産期指針」においても、「MFICU 管理料の算定要件」においても、全く記載されていませんでした。
 - ◇ 夜間・休日の体制を宿日直対応とするかどうかについては、宿日直許可取得の有無とその施設の運営方針次第ということになりますが、診療の密度が比較的高くない宿日直対応が可能な施設では、宿日直対応となっていた施設が多かったのが実情でした。
- 令和 6（2024）年度の診療報酬改定における「MFICU 管理料」の医師配置に関する要件の見直しの内容とその影響について：
- ◇ 令和 6 年度診療報酬改定「MFICU 管理料」の医師配置要件：令和 6 年度診療報酬改定における「MFICU 管理料」の医師配置要件は以下のようになっています。「以下のいずれかを満たすこと。①専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。（以下、略）② 専ら産婦人科又は産科に従事する医師（宿日直を行う医師を含む。）が常時 2 名以上当該保険医療機関内に勤務していること。そのうち 1 名は専任の医師とし、当該治療室で診療が必要な際に速やかに対応できる体制をとること。（以下、略）」（下線部分が今回の見直しで追加）」要件①では、これまでの要件に「当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。」という一文が追加されています。要件②は今回の改定で新たに設定されたものです。MFICU 管理料の算定のためにはこの二つの要件のどちらかを満たす必要があることになります。
 - ◇ 「MFICU 管理料」の医師配置に関する要件の問題点：今回の診療報酬改定における見直しの結果、医療機関内に常時複数の産婦人科従事医師を確保できる施設では、その医師は宿日直を行う医師でも容認されることになりました。この要件②により、比較的規模が大きく、夜間・休日も複数医師が勤務可能で、宿日直許可を取得している施設では、MFICU 管理料の算定がしやすくなりました。しかし、その一方で、勤務する産婦人科医師数自体が少ないために複数医師の確保ができない比較的小規模施設では、要件①で算定することが必要になりました。その場合、その施設で宿日直許可が取得できている場合も、夜間・休日について交替勤務で対応しなければなりません。この改定により、MFICU 病床数が 6 床以下の施設で、これまでは夜間・休日対応ができる医師が少ないため、MFICU 内 1 名＋オンコール 1 名という体制で算定してきた施設の中で、算定を継続できない施設が急増することになったのです。新たに追加された「宿日直対応不可」という条件は、MFICU を夜間、休日に担当すると、担当した時間のすべてが労働時間となることを意味します。その場合、連続労働時間規制や勤務間インターバルへの対応が難しくなるとともに、通常の

病院稼働時間に勤務可能な医師数が減少します。その結果、現有の医師数でどうやりくりしても、通常診療自体の維持ができなくなってしまうのです。(算定できなくなった施設の大多数では、MFICU 管理料は算定できないまま、夜間、休日に産婦人科医 1 名＋オンコール 1 名の体制を宿日直対応で確保し、総合周産期母子医療センターに求められる 24 時間の救急患者さんの受入と緊急手術に対応する体制を維持しています。) 今後、医師の働き方改革が進んで、複数の医師を常時確保するのに十分な医師数となれば、このような状況は回避できるようになるかもしれませんが、当面は、そのような状況を期待することは全くできません。

- ☆ **MFICU 管理料と他の集中治療系管理料との違い：**今回の診療報酬改定では、MFICU 管理料以外の集中治療系の管理料についても、医師の配置要件について「宿日直を行う医師ではないこと」という要件の追加が行われていますが、特定集中治療室管理料 (ICU 管理料) においては、「宿日直を行う医師ではないこと」が求められる特定集中治療室管理料 1,2,3,4 の 4 つのカテゴリー以外に、「専任の医師(宿日直を行っている専任の医師を含む)が常時、保険医療機関内に勤務していること。」という要件設定の特定集中治療室管理料 5,6 が新設されています。また新生児特定集中治療室管理料 (NICU 管理料) においては、「専任の医師(宿日直を行っている専任の医師を含む)が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。なお、当該医師のみで対応できない緊急時には別の医師が速やかに診療に参加できる体制を整えていること。」という要件設定の NICU 管理料 2 というカテゴリーが存在しています。「宿日直対応不可」という要件の追加は、ICU 及び NICU の現場にも大きな影響を及ぼしています。しかし、少なくとも ICU、NICU では、宿日直対応をとらざるを得ない場合でも、点数が低くなるため収入は減少するものの、管理料自体が算定できないという事態には至っていません。これに対して、MFICU 管理料では、そのようなカテゴリー設定が存在していないため、要件②を満たすために必要な常時複数医師を確保できない施設では、「宿日直を行う医師ではない」医師で要件①を満たす勤務体制を組まないと管理料自体を全く得られなくなってしまうという制度になってしまっているのです。この点は他の集中治療室管理料の設定と大きく異なっています。本来は、MFICU 管理料においても、医師の勤務場所、宿日直対応の可否についての要件が異なるカテゴリー設定が行われるべきと考えられますが、今回の改定ではそれが行われませんでした(私ども全国周産期医療(MFICU)連絡協議会は、令和 4 (2022) 年 4 月に厚生労働省医政局・保険局長宛にこのようなカテゴリーの設定を求める要望書を提出し、交渉を行いました。令和 6 年度改定では受け入れていただけませんでした(添付文書参照))。

- ☆ 「周産期指針」における MFICU の医師配置要件では、「産科を担当する複数医師の確保」ということが一貫して求められています。また、MFICU 管理料の医師配置要件では、要件②で「専ら産婦人科又は産科に従事する」複数医師の医療機関内の確保(宿日直対応可)が求められています。このような診療科の特定や複数医師確保を求める要件は ICU、NICU には存在しません。MFICU においては、「周産期指針」で求められている「帝王切開術が必要な場合、30 分以内に児の娩出が可能な人員配置」という緊急対応機能の確保のために、最低限複数の産婦人科医・産科医が常時 30 分以内に手術に入ることのできる体制を整備

することが必要であるためと考えられます。総合周産期母子医療センターの産婦人科医の勤務条件の厳しさについて、よくご理解いただきたいと思います。

- ◇ これまで総合周産期母子医療センター産科部門は、オンコール医の配置や宿日直対応等を工夫することで、求められる医療機能、特に緊急手術対応能力を、小規模施設においても確保してきました。しかし、今回の改定で「宿日直対応」が認められなくなったことにより、これまでどおりの診療を行っても、その体制維持に必要とされてきた管理料が全く認められない状況になってしまいました。このままでは、比較的小規模な総合周産期母子医療センターの機能維持は難しくなります。このような事態を回避するためには、MFICU 管理料においても ICU 管理料 5 や NICU 管理料 2 に相当するカテゴリ設定を行うことが必要です。次回の診療報酬改定に向けては、是非、そのようなカテゴリ設定に向けた検討をお願い申し上げます。しかし、それまでの間にも、現場の体制の崩壊が強く懸念されます。緊急的な、少なくとも今回の改定以前に問題なく MFICU 管理料の算定ができていた施設においては、算定が可能となるような対応が必要と考えられます。

- ◇ 以上の理由により、「母体・胎児集中治療室管理料」の医師配置に関する要件のうち、新たに追加された「当該専任医師は、宿日直を行う医師ではないこと。」という一文を凍結することによって、比較的小規模施設においても、改定前と同一の要件で母体・胎児集中治療室管理料の算定が可能としていただくようお願いいたします。

● 【参考】総合周産期母子医療センターの「母体・胎児集中治療室」とは：

総合周産期母子医療センターは、「母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能」を有する医療施設として都道府県から指定され、その医療機能の具体的な内容としては、「相当規模の母体・胎児集中治療室を含む産科病棟及び NICU を含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠（重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等）、胎児・新生児異常（超低出生体重児、先天異常児等）等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、脳血管疾患、心疾患、敗血症、外傷、精神疾患等を有する母体に対応することができる」こととされています（令和 5 年 6 月 29 日付医政局地域医療計画課長通知 医政地発 0629 第 3 号「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」における「周産期医療の体制構築に係る指針（以下、周産期指針）」）。都道府県による総合周産期母子医療センターとそれを補完する地域周産期母子医療センターの指定は平成 8（1996）年に開始され、平成 23（2011）年までに全都道府県で体制が整備されました。現在総合周産期母子医療センターは 112 施設、地域周産期母子医療センターは 296 施設となっています（令和 6（2024）年 4 月 1 日現在）。

総合周産期母子医療センターを含む周産期医療体制整備に関する指針は、当初平成 8（1996）年、厚生省（当時）が平成 8（1996）年 5 月 10 日に都道府県に対して発出した児童家庭局長通知「周産期医療対策整備事業の実施について」において「周産期医療システム整備指針」として示されました。平成 15（2003）年に一部改正の後、平成 22（2010）年には、大幅改正の上「周産期医療体制整備指針」と名称変更が行われました。平成 29（2017）年に第 7 次医療計画整備指針が示された際に、医療計画（周産期医療）との一体化が行われ「周産期医療体制の構築に関する指針」となり、令和 5（2023）年の第 8 次医療計画整備指針に引き継がれています。

● 【参考】総合周産期母子医療センターと MFICU の整備過程について：

MFICU の医師配置については、総合周産期母子医療センターの整備過程で、特に比較的小規模な施設で、一貫して大きな課題になってきました。以下、煩瑣な事項を含みますが、この間の事情についてご説明します。

- 平成 8（1996）年 5 月 10 日、当時の厚生省は、児童家庭局長通知「周産期医療対策整備事業の実施について」を都道府県に送り、「周産期医療システム整備指針」を示して、総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センター等のシステム整備を行うよう求めました。その中では、総合周産期の MFICU は 6 床以上、NICU は 9 床以上の規模が必要とされ、MFICU の医師配置に関する要件として、「24 時間体制で産科を担当する複数の医師が勤務していること」と記載されていました。当時、国は、都道府県に対して、この指針に基づく周産期医療体制の整備を強く求め、10 年を目途に全国で整備することを目標としていました。しかし、総合周産期母子医療センターとして指定を受けるためには、病院として整備する必要のある MFICU と NICU の病床数が多いこと、産婦人科でこのような医師の要件を満たす体制をとることができるのは大学病院を含む一部の大規模施設に限定されていたこと等のため、都道府県による総合周産期母子医療センターの指定はなかなか進みませんでした。
- そのような現場の実情を踏まえて、平成 15（2003）年、周産期医療システム整備指針の改正が

行われ、MFICU3 床以上、NICU6 床以上という比較的小規模な総合周産期母子医療センターが認められるとともに、MFICU の「24 時間体制で産科を担当する複数の医師」という要件について、「病床数が 6 床以下であって別途オンコールによる対応ができる者が確保されている場合にあっては 1 名」でも許容するという括弧書きが追加されることになりました。

- その後、この改正も追い風となって都道府県の周産期医療体制の整備が進み、平成 23（2011）年までに全都道府県で、総合周産期・地域周産期母子医療センターが整備されました。このような経緯からも明らかなように、総合周産期の整備過程においては、人口等の関係で比較的小規模な施設とする必要がある場合の必要人員の確保が大きな課題となってきたことになります。MFICU の医師配置要件に関するこの括弧書きは、その後、現在に至るまでのすべての「周産期指針」で記載され続けています。
- 平成 22（2010）年に、周産期医療システム整備指針は再度改正され、「周産期医療体制整備指針」と名称変更しました。その際、総合周産期の職員の確保について、「総合周産期母子医療センターは、次に掲げる職員をはじめとして適切な勤務体制を維持する上で必要な数の職員の確保に努めるものとする。なお、総合周産期母子医療センターが必要な数の職員を確保できない場合には、都道府県は、当該医療施設に対する適切な支援及び指導を行うものとする。」という記載が追加され、総合周産期の機能確保のための人員の確保において、各医療施設の努力に加えて、都道府県にも「必要に応じた支援」という役割が期待されていることが明記されています。この記載も以降の「周産期指針」において引き継がれています。
- 令和 4（2023）年の「周産期医療の体制構築に係る指針」では、医師の配置部署として「当該医療施設内」という語句が追加されています。この修正は、私どもの全国周産期医療（MFICU）連絡協議会からも厚生労働省に対してご検討をお願いしたものでした。それまでの「周産期指針」では産科を担当する医師の配置について「勤務していること」という表現になっており、「場所」が明示的には特定されていなかったことから、周産期医療関係者の間で、現場の医師や病院職員が「MFICU 管理料の算定要件」である「MFICU 内常駐」と同義と誤って解釈してしまうことが懸念されていました。「周産期指針」ではそのような限定は存在しないことを明確にさせていただければと考えたのが、ご検討をお願いした理由でした。

2024年6月（診療報酬改定）前後でのMFICU管理料の算定状況に対するアンケート調査

総合周産期 102施設（加盟施設中97%の回答、加盟施設 105施設/総合C 112施設）

（前回調査）今まで、母体・胎児集中治療室管理料を算定できていましたか？（n=104）

算定不可：8施設（8%） 算定可能：96施設（92%）

（今回調査）診療報酬改定後、母体・胎児集中治療室管理料を算定できていますか？（n=102）

算定不可：18施設（18%） 算定可能：要件① 29施設、要件② 45施設、要件①と②のハイブリッド 10施設

今まで算定できていない8施設は、今回全て算定不可

今まで算定できていた94施設のうち、今回算定不可の施設は10施設（11%）

今回、算定できない理由（今まで算定できていた施設）

- ・ 人数不足
- ・ 人間的に算定要件を満たす勤務体系の構築が不可能であるため
- ・ 当直を2人おいたり待機おくマンパワーがない
- ・ 維持するための医師数が足りない
- ・ 業務上2名当直が不可のため
- ・ 医師の配置要件を満たせない
- ・ 夜間休日のMFICU勤務が宿日直のため
- ・ 算定基準を満たせないため
- ・ 総合周産期特定集中治療室管理料の施設要件①②とも満たすことが不可能なため

アンケート調査後に算定を返上した施設がさらに2施設

→合計で20施設がMFICU管理料の算定ができていない

算定可能施設ゼロは11県

新たに算定できなくなった主要な理由は、MFICU6床以下の比較的小規模な施設が、今回新たに算定要件の①に追加された「当該専任医師は、宿日直を行う医師ではないこと。」という人員配置要件に対応できないことであることが判明している（夜間、時間外2名以上配置可能で要件②で対応できる比較的大規模施設は、すべて算定できている）

- ・ 急激に進行する少子化により地方での分娩数の減少
- ・ 周産期領域の人員不足
- ・ 働き方改革の厳格化により人員増が必要
- ・ 今後、少子化の進行と診療報酬両面からの収入減少により現状維持困難が危惧される

