



2007年3月20日

平成18年度 全国MFICU実態調査報告書・暫定版(回答率98%)

北里大学病院周産母子センター
海野信也

はじめに

わが国の全総合周産期母子医療センターを対象として、各センターのMFICU運用の実態調査を行った。調査時点は2006年8月から11月までで、この時点で総合周産期母子医療センターの指定を受けている60施設のMFICU担当者にアンケートを依頼した。現時点で59施設から回答があった。(総合周産期母子医療センター以外の周産期センターからも回答を受領しているが、本報告書では総合の施設から受領した回答のみを集計している。)

質問事項のうち、「母体搬送依頼数」について、質問作成者は、「母体搬送依頼を受けた数」を意図していたが、設問の不備により、「自施設からの母体搬送を他施設に依頼した数」と受け取って回答したと思われる施設、および、母体搬送依頼数の記録がないと思われる施設があり、集計できたのは48施設にとどまった。

報告書をまとめる際に、施設名の公表は望ましくないとする施設が23施設あったので、今回の報告書では特定の施設や地域が明らかにならないよう配慮して記載することにした。

調査結果

1) 病床数と診療実績

		回答数	総数	平均値	最大値	中央値	最小値	
病床数	MFICU	59	422	7.2	15	6	3	
	MFICUを除く産科	58	1798	30.5	100	28	12	
	NICU	59	751	12.7	33	9	6	
	NICUを除く新生児	58	1334	22.6	96	21	6	
2005 年(度) 診療実 績	分娩数	59	41513	754.8	1942	584	149	
	帝切数	59	12551	228.2	478	193	42	
	帝切率	59	30%	30%	75%	31%	12%	
	母体搬送依頼数	49	9161	187	465	155	23	
	母体搬送受入数	49	6125	125	432	97	23	
	母体搬送受入率	49	67%	72%	100%	75%	27%	
	母体搬送受入数	59	7212	131	432	96	23	
	東京・ 大阪	母体搬送依頼数	11	2708	246	378	250	114
		母体搬送受入数	11	1180	107	200	98	38
母体搬送受入率		11	44%	46%	79%	39%	27%	

2) 産婦人科医の勤務体制

		回答数	総数	平均値	最大値	中央値	最小値
産婦人科 常勤 医師 数	全体	59	710	12.9	38	9	3
	(大学病院を除く)	39	308	7.9	17	8	3
	産婦人科専門医	59	516	9.4	26	7	2
	(大学病院を除く)	39	232	5.9	12	6	2
	母体胎児暫定指導医	59	59	1.1	2	1	0
	母体胎児研修開始医	59	108	2.0	13	1	0

3) 夜間勤務・当直体制

当直制（労働基準法における宿直）ではなく、夜間勤務をとっているとの回答は 3 施設のみだった。これらの施設では 2 交代制をとっていると考えられたが、翌日が休みと回答したのは 1 施設、他の 2 施設は通常勤務とのことだった（翌日休みとした施設からは、「夜間勤務の翌日は原則は休みだが通常は勤務せざるを得ない。（但し、時間外手当が支給される）午後から帰宅する場合もある」とのコメントが寄せられている）。他の 56 施設はすべて当直制をとっていた。このうち翌日の勤務は 8 施設は原則午前中と回答したが、他の 48 施設では通常勤務をとっていた。また当直中の分娩等について付加的な給与が用意されているのは 2 施設にすぎなかった。

		回答数	平均値	最大値	中央値	最小値
当直 体制	当直 医数	全体	56	1.77	4	2
		初期研修医を除く	56	1.46	3	1
	産婦人科医一人あたり月 間当直回数		55	6.53	10	7
	当直 料/ni ght	全体	51	21190	60000 *	20000
		大学病院	17	13711	28682	11600
		大学病院以外	34	24929	60000 *	10000
オン コー ル	制度あり		49			
	報酬あり		36			
	オンコールに対してあり		9	8391	30000	5000
	呼ばれた場合		32	時間外勤務としている場合、1 回あたりの金額を決めている場合等 多様		

* 60,000 円は、1 施設のみ。他に、50,000 円が 1 施設。40,000 円が 3 施設。

勤務実態を明らかにするためにはオンコールの回数、そして実際に呼ばれる回数等も検討する必要があるが、今回の調査では質問事項に入っていない。

当直・オンコール体制について以下のようなコメントが寄せられている。

- 当直制を維持するのに必要な医師の確保が困難。
- 医長はオンコールで呼ばれた場合に報酬がない。

4) MFICU に関する諸問題 : MFICU の導入以来、各地域で構造上の指導内容や保険適用の範囲についての著しいばらつきが認められ、現場の混乱の原因となっている。本調査では、構造の問題、MFICU 加算適用範囲の問題について検討することにした。

MFICU の構造について :

個室構造 : 20 施設、大部屋構造 : 16 施設、個室と大部屋の混合 : 23 施設だった。MFICU 認可の際に 6 施設が指導を受け、改造 (4 施設は開設前、2 施設は開設後) を行っていた。指導の内容は、以下のようなものだった。

- 1) 床面積の不足を指摘された。
- 2) 閉鎖空間とするために、前後に扉をつけること。
- 3) ナースステーションを MFICU 側と後方病床側で分けるよう指導され、ナースステーションにパーテーションを設置し二つに分けた。
- 4) 総合周産期特定集中治療室管理料の徴収について。NICU と MFICU の看護体制を適切に区分すること (改善報告書を提出)
- 5) 個室構造の扉を撤去し、扉を付け直して大部屋構造にした (大改造を余儀なくされた)。
- 6) ガウン着用、モニター設置場所について

MFICU の構造について、他の ICU と同様に 1 室でなければならないということは全くないこと、個室構造で構わないことが所管の厚生労働省雇用均等児童家庭局母子保健課から示されている。それに基づいて、個室構造が認められた場合と、各地域の社会保険事務所の判断で、通常の ICU と同様の施設基準 (大部屋構造が必須) が当てはめられる場合があったと考えられる。看護単位については産科病棟と MFICU は独立している必要があり、それが不完全とみなされ、指導を受けたと思われる。

MFICU 加算について : MFICU 加算は都道府県により同一条件でも算定可能な場合、不可である場合がある。MFICU 加算自体が認められる施設が限定される (原則総合周産期母子医療センターだけに認められている) ため、個別の施設の立場で保険者と交渉するのが難しい現状がある。そこで、地域間でどれほどの差があるかを明らかにするために調査を行った。

算定期間について：MFICU 加算は 14 日間という限定がある。これについて、以下のような意見が寄せられた。

- 切迫早産、胎胞膨隆症例や Preterm PROM など、14 日間の MFICU 期間後も、intensive care が必要な症例がベッドを占有するが、加算がとれない。
- がんばって管理しても 14 日しか算定できないのも矛盾を感じる人が多い。部屋で算定するのではなく、重症度に応じて病名でつけられる様にして欲しい。術後に入る部屋が MFICU の部屋が使い勝手がよいとは限らないので。
- 妊娠週数の早い人にとって、2 週間は短すぎる
- 2 週間以上入院の場合、算定できない
- 現実には 14 日以上の方が多く。満床でも加算がとれない
- 加算対象の日数が 14 日では少ない症例が多い

査定：MFICU 加算については、7 施設で適応を満たしているはずの症例で査定を受けた経験を持っていた。その具体的内容は以下のようなものであった。

- ウテメリンの本数で重症度を判断する審査委員がいて過剰と査定されたことが以前ありました。
- 不明の理由で査定されている、MF12 床で 1 日平均 3.1 人の加算です。仕方なく自主規制している
- 胎児異常での査定、1 週間以上の前期破水や切迫早産管理（26 週未満）での査定、双胎間輸血症候群でのレーザー治療の査定など
- 現状では MFICU 使用病床（正規の使用）の 20-30% 程度しか加算請求できていない
- 子宮頸管縫縮術後の切迫流産または切迫早産について総入院日数の 2 分の 1 以上を加算すると査定された。
- MFICU 加算への査定（分娩停止胎児ジストレスで搬送された症例・適応なし）
- 産褥搬送に対して算定不可ではないかとの返戻が来ているが査定までには至っていない。
- 胎児異常の算定に対する〇〇県の審査委員の運用の問題（ほとんど査定されている）。（MFICU については胎児異常は適応に含まれている。超音波検査等の胎児異常が適応外となっているものと混同されているものと思われる。）

自主規制：このような実態を踏まえ、56 施設中、14 施設で MFICU 加算請求に関して自主規制を行っていることがわかった。それについては以下のようなコメントが寄せられている。

- 症状の安定したものについては自主規制している。
- 患者さんの経済的理由で、MFICU 加算請求を自主規制することがあります。
- 査定もあるため、自主規制を行い、徐々に請求日数を増加させている
- 現状では MFICU 使用病床（正規の使用）の 20-30% 程度しか加算請求できていない
- 病状が軽症の場合、MFICU 加算請求を自主規制している。
- ICU 管理後いったん MFICU に入室させるが加算していない。
- 産褥 HELLP、産褥子癇、産後 DIC など不安を抱きつつ加算している。
- 妊娠 3 週以降の切迫早産などで自主規制している。
- 生活保護、助産申請者など経済的に支払い能力がない症例。
- 軽症の場合、極短期間の場合、他患者との釣り合いを考慮する場合など。

産褥搬送症例における MFICU 加算について : 55 施設中 33 施設は算定可能、22 施設が算定不可と回答した。同一地域でも回答に食い違いがある場合もあり、現場の混乱が推測される。産褥搬送管理は総合周産期母子医療センターの重要な役割の一つと考えられ、症例数はそれほど多くないと思われるので、加算の範囲を厚労省が明確に示すべきであると思われる。この問題については以下のようなコメントが寄せられている。

- 重症産褥搬送症例に対して適応がないこと。
- 産褥重症患者(例えば弛緩出血、など)が算定できない。
- 産褥 HELLP,産褥子癩、産後 DIC など不安を抱きつつ加算している。

同一症例に対する複数回請求について : 51 施設中、同一月内で複数回算定可能と回答した施設が 30 施設 (このうち 14 施設は、各請求が (別入院で) 14 日以内なら可能と回答)、月が異なれば可能とした施設が 7 施設(このうち 6 施設は各請求が 14 日以内なら可能と回答)、算定不可とした施設が 17 施設だった。

5) ハイリスク分娩管理加算とハイリスク妊娠共同管理料の算定について

ハイリスク分娩管理加算とハイリスク妊娠共同管理料は、平成 18 年度から新たに導入されたが、現場の評判は、算定条件が現場の実情とかけ離れていて、算定できない症例が多すぎる等の意見が多く、今一つである。そこで総合周産期母子医療センターでの現状と問題点を確認した。

		回答数	症例数			
			平均値	最大値	中央値	最小値
ハイリスク分 娩管理加算	算定可	51	5.1	30	3	0
	算定不可	6				
ハイリスク妊 娠共同管理料	算定可	30	0.6	3	0	0
	算定不可	23				

これらの新制度については、以下のようなコメントが寄せられている。

ハイリスク分娩管理料について

- 条件が細かい。
- 対象者の縛りがきつい。
- 適応が狭すぎる。合併症妊娠ならば全てに算定可能とすべきと考える。
- 病院の収入増のみで各医師の収入増と結びついていない。
- MFICU 加算後にハイリスク分娩管理加算を取り忘れることが多い。
- その入院で分娩に至らなければ算定できない。治療が奏効して一時退院できる場合は算定できないというのは不合理である。

ハイリスク妊娠共同管理加算について

- 手続きが煩雑な割に点数が低い。
- オープンシステムをとっているため加算困難。
- 基本的に搬送紹介受けたものは丸投げされている。

- 現実にそぐわない。
- 算定の適応が不可解、適応症例の選択がおかしい。
- 現実では共同で管理する症例はない。
- 開業医は母体搬送時に来院しない。
- 共同診療では、正常妊婦のみを主に扱い、異常となった段階で紹介扱いとしている協定が存在しているため、現状で、共同診療としてハイリスクを管理することはしていない。
- 紹介元医療機関があまり請求を望まない。

6) 総合周産期母子医療センター産婦人科全般の問題点について:以下のような意見が寄せられた。

- MFICU が完全に独立していないためどうしても産科病床との混合業務となっている
- 医師不足が最優先課題です
- 病院機構上、独立センター化されていないため（センター長なし）専任医師の確保が難しい。
- 当直勤務が一般病棟や夜間救急外来と兼務であり、緊急事態が重なると当直医や待機医だけでは対処不可になることが予想される（今のところそのような事態にはなっていないが）
- 応需率が徐々に低下していること。
- 分娩数、母体搬送数が増加している。県内の中核病院の産婦人科でハイリスク妊娠を扱わなくなり、大学への紹介が増加している。MFICU・NICU の人員がとにかく少なく、今後の運営は難しくなっている。医局内でも産科離れがある。退局予定者もいる。
- MFICU を有する病院へ分娩が正常産を含めて集中する傾向にある。結果としての集約化が生じている。MFICU 開設の際に看護師・助産師の数は院内での異動によりあわせたが、医師の増員はなし。書類上処理しただけ。〇〇県では依頼を受けたセンターが受け入れられない場合、その搬送先をさがすことにしている（依頼の重複を避け、依頼医の負担を軽減するため）さがす間、業務に支障が出ている。コールセンターが必要。またこちらがさがしている間依頼医が仮眠をとっていたなどとの報道はかわいそうである。
- 今年度に入ってから、近隣産科施設の減少と、一次医療機関での症例の選択基準の変化（少しでもリスクがあると取り扱わずに紹介をしてくるようになりました）により、母体搬送症例数およびその結果としての分娩数の増加が著しく、本院医師および助産師の疲弊が問題となっています。また、もちろんベッド数も不足気味です。
- 病院全体の看護師不足のため産科病棟の夜勤看護師は3名であり、MFICU が4床以上利用となった場合、看護師数が基準を満たさなくなる。看護師補充の目途が立っておらず、病院側からハイリスク分娩管理加算・ハイリスク妊娠共同管理料の申請が出来ないと言われた。NICU 病床は慢性的に満床状態が続き母体搬送依頼を受けられないことが多いため、MFICU が満床となることはほとんどない。短期的には NICU 増床の予定はなく、看護師数の問題を考えると、総合周産期母子医療センターとしての役割を十分に果たしているとはいえない状態である。
- MFICU に対する補助金が、病院全体の予算に組み込まれて MFICU に直接こないこと。そのため、事務員なども雇えない。慢性的な医師、助産師、看護師不足が続いていていつ事故が起こってもおかしくない状況。最近では、少しでもリスクがあると外来紹介

されてくるため、産科の新患数、患者延べ数とも急増しており、産科外来の負担が大きくなっている。婦人科も含め、勤務医の過重労働が続いており、精神的にダウンするものやそれに近い状態の者が増えている。

- ヘリコプターが使えない夜間、悪天候時の搬送が苦慮する。妊娠週数が進行し、搬送元に返そうとすると拒否されることが少なくない。新生児の地元への搬送も同様に搬送先がなかなか見つからない。新生児のバックトランスファーにもヘリをうまく使えるようにしてもらいたい。
- 医師数の不足により専任医の確保が困難である。兼任医に頼らざるを得ない。
- 分娩数、母体搬送数が増加しているが、周産期センターでは医師へそれに見合った待遇が得られない。
- 訴訟になったときの精神的負担から医師は分娩をしたがらないし、ハイリスクの受け入れに消極的。
- 開業医はすぐに母体搬送を行い、ローリスクハイリターンを享受しているが、受けての医師はハイリスクローリターンで、毎日ロシアンルーレットをやらされている現状を打開しないと、いずれ産科医療は崩壊するでしょう。
- 料金の問題、無保険の場合(低所得、外国人)、支援ベット(後方ベット)数が不足。
- NICU が満床で搬送を受けられないことが多い。
- ○○県では MFICU の後方ベッドの規定があり、ましです。
- 県内の公的病院で分娩を扱わない病院が増え、また、大学では人員不足があり、当院への母体搬送数が増加している。
- 多胎が集中すると NICU の病床不足が持続する事態となる。
- ○○県では品胎症例が多く MFICU より NICU のベッド不足が問題となっている
- 一般的に言われている医師不足・女性医師問題に悩んでいる
- 集約化で患者さんと若手医師は集中してきていますが、受け皿となる産科病床、産科医師定員を総合病院である為、他科との兼ね合いから増床、増員させる事に制約があり苦慮しています。
- 管理料が高額なため患者から高すぎるとクレームがでる
- MFICU は高額なため入院を拒む患者さんもいらっしゃる。
- NICU の病床管理とうまく連動して運用していくこと。NICU・MFICU のどちらかが満床で母体搬送が受け入れられないことが多い。最近では MFICU が満床で断ることが増加している。
- 届け出上の看護師（助産師）数は充足しているが、重症度等実態にみあった看護師数が不足し看護量が加重になっている。
- 搬送直後などは MFICU に収容し易いが MFICU 以外にも同様の患者がいるのでそれらの患者同士で情報交換されると説明に苦しい。
- MFICU を増やしたいが看護師数の問題（病院の総定員の枠）で難しい。
- 増床（6 から 9 床）を考えていますが、医師、助産師とも人数不足である。
- 後方ベッドが足りず MFICU から出られない患者が出ること。
- 部屋移動が頻回になった。
- MFICU に誰を入れて誰を出すか毎日検討している。
- ハイリスク患者が MFICU 満床で入れない時、後方病床にハイリスク患者が入るため、準夜、日勤の看護師のマンパワーが足りなくなる。
- 近隣の産婦人科が分娩の取扱いを中止しており、正常分娩が昨年比に急増している。このため、母体搬送を今年はお断りすることが多くなっている。正常分娩の制限を考えている。
- 現在の人数では 2 人当直体制を組むのが困難で、やむなく 1 人当直・1 人オンコール体制でがんばっていますが、2 人いればな～、と思うことが時々あります。やはり人の間

題が一番でしょうか。

- MFICU,NICU ともに満床状態となることが多いこと
- マンパワー不足
- ○○病院産科閉鎖に伴う分娩数の増加（昨年よりすでに 150 件増）
- N I C U の慢性的満床による搬送受け入れ率の伸び悩み
- ○○県では4カ所MFICUが認可されているが、県からの補助は1カ所のみで開設以来、県からの補助を受けていない。
- 派遣元の○○大学医局に所属する医局員の減少によって定員割れが続いており、勤務状況は劣悪である。
- 当院周辺の病院でも産婦人科医不足が進行したことにより、○○市では、当院を含めて基幹病院の産婦人科をハイリスク症例の診療に特化させる政策を本年 4 月から開始し、ローリスク症例は診療所で管理している。
- どの公立病院でも同様であると思うが、産婦人科医の定員割れに対して増員の努力を呼びかける場合、MFICU が最低備えるべきマンパワーや勤務条件が明記されていないために現場への負担増でなんとかうまくいけばそのまま勤務状態は放置されているのが現状である。
- MFICU を有する病院での産婦人科医は病床あたり何人とか、入院症例数や分娩数あたり産婦人科医が何人とかの必要条件が示されていれば勤務条件の改善に役立つと思う。
- 他の MFICU の勤務状況は不明であったため、このアンケート調査によって MFICU の勤務実態が明らかになれば大変有意義であると考えられる。
- 看護師の定数が県の条例で定められているため、MFICU 勤務看護師数が不足し、本来、算定できる MFICU 加算ができない。赤字改善を常々、我々に指示するが、公務員定数を盾に看護師の補充を怠り、収入増が見込めるにも関わらず放置する県の態度が理解できない。また、低所得者層が多いため、入院費が払えない患者が MFICU を利用する機会が多い。
- 経済的に苦しい患者は保険の枠内であっても自己負担が増えることを憂慮し、一般病棟に移りたがる。
- MFICU 管理を拒絶する患者がいる
- 3床しかないので緊急母体搬送が連続した場合、やりくりで苦慮する。
- 周辺施設の分娩取り扱い停止や規模縮小に伴い今年になり症例数が激増し、患者収容に困る事がある。

7) 考察

(ア) **母体搬送受入率について**：母体搬送の受入率は施設間の差が大きいですが、特に大都市圏では、複数のセンターで全体としての受入能力を維持しており医療圏が重なるため、個々のセンターにとっては搬送依頼数が多くなるという現象がおきる。東京や大阪は全体としては他地域より施設に恵まれているにもかかわらず、受入率が全国平均より低いのはそのためと考えられる。地域に複数の受入可能性のある施設が存在すれば、搬送先決定に要する手間と時間が増大するのは避けられない。東京を中心とする神奈川・埼玉・千葉、大阪を中心とする和歌山・奈良・京都・兵庫という地域では、搬送先決定に非常な努力が必要になっている。現状では、都道府県単位の搬送情報システムが稼働しているだけだが、県境をまたいだ搬送が日常的に行われている以上、それを円滑に実施するためのシステムが必要と考えられる。

- (イ) **当直制度**：MFICUは24時間体制で周産期救急に対応するための制度である。当然労働基準法の宿直の範囲内で完結するような職場でないことは明らかである。それにもかかわらず、全国のMFICUで、夜間勤務の体制をとっているところはわずか3カ所(5.3%)にすぎなかった。大多数の施設が宿直制の中で運用されていることになる。また、翌日の勤務については、ほとんど考慮されず、通常勤務の施設が87%を占めていた。宿直を行っている場合、医療行為を実施する場合には、宿直の範囲を逸脱するため、付加的な給与が支払われなければならないがそのような制度があるのはわずか2施設にすぎなかった。**大多数のMFICUの勤務医は不当な労働条件下にあることが示された。**
- (ウ) **当直料について**：有床診療所や他の病院と比較して、総合周産期母子医療センターにおける当直料が著しく低水準にあること、特に大学病院においては他の施設の半分程度であることが明らかになった。**勤務の実態は、睡眠がとれる宿直ではなく、夜間“勤務”であり、労働に対する正当な対価とは言いがたい。**
- (エ) **オンコールについて**：総合周産期母子医療センターでは24時間体制で緊急手術実施可能な体制を維持するため、複数の産婦人科当直医が義務づけられており、MFICUが6床以下の場合、特例として1名の当直と1名のオンコールでも可とされている。従って、当直医が1名の施設ではオンコール医の存在は総合周産期母指医療センターの要件を満たし、MFICU加算が認められるための必要な条件である。にもかかわらず、今回の調査で当直医が1名でオンコール医が、無報酬という施設が3施設存在していた。これらの施設はただちにオンコール医に報酬をMFICU加算開始時にさかのぼって支払うべきである。オンコールに対する報酬にはなんらの基準は存在せず、全体として著しく低水準であった。**勤務時間外的生活が完全に拘束されることへの理解と評価が施設側からなされることが、このような体制を続ける診療科の現場が維持されるための最低限の条件であると考えられる。**
- (オ) **MFICUの制度の問題について**：MFICU制度は多くの未整備の問題を抱えている。本調査で明らかになったのは、算定基準が地域、保険審査委員によってばらついていること、算定基準自体が合理的なものとは到底言えないことである。MFICUの運用自体は各施設で、きわめて厳格に問題なく行われていると考えられ、現場の医療実態にあった算定基準を明らかにすることによって、現場の状況を改善することが期待できる。
- (カ) **ハイリスク分娩管理加算とハイリスク妊娠共同管理料の算定について**：ハイリスク妊娠共同管理料は現場では全く機能していない。共同管理など現実には行われていないのであり、また必要とされてもいないのである。ハイリスク分娩管理加算については運用が円滑にしている施設とそうでない施設に分かれており、今後現場での努力も必要と思われる。

8) 本調査結果からの提言

- (ア) 母体搬送受入先の決定を円滑化するために、大都市圏では県境を越えた搬送斡旋のためのシステム構築が急務である。具体的なシステムの提案が迅速になされる必要がある。
- (イ) 病院側は勤務する医師が労働基準法の範囲内で勤務できるように勤務体制を整備すべきである。当直医とオンコール医に対して適切な報酬を支払うべきである。
- (ウ) 総合周産期母子医療センターは該当地域での周産期医療の確保を目的として整備されており、ここでの 24 時間体制の維持は行政側にとっての必須事項である。その観点から MFICU や NICU の当直医には、行政から該当地域での周産期医療への貢献に対して付加的報酬が直接、支払われるべきである。
- (エ) MFICU の算定基準の見直しと明確化が必要である。特に、適応症例の見直し、症例による算定期間の延長、産褥搬送症例における算定基準の明確化と周知が必要である。
- (オ) ハイリスク分娩管理加算は対象疾患の拡大、同一入院で分娩しなくても算定可能とすること等の改善が必要である。
- (カ) ハイリスク妊娠共同管理料は、現状では実用性がない。抜本的な改正が必要と思われる。
- (キ) MFICU 勤務者の最大の悩みは NICU の不足により、迅速かつ適切な対応をすることができないことである。総合周産期母子医療センターにおける NICU の増床が必要である。