

第1回協議会でいただいた ご意見に対する対応について

第1回協議会でいただいたご意見に対する対応

1 第8次宮崎県医療計画の中間見直し及び現計画（周産期医療）の概要について

No	いただいたご意見	対 応
1	実際に分娩を取り扱っている産婦人科医、助産師の数の把握し、計画に掲載いただきたい。	現在、県内の分娩取扱施設（25施設）に対し、「周産期医療体制に関する調査」（別添：参考資料）を実施中（メ：8/31）。回答集計後、計画に掲載予定。
2	助産師の勤務先や勤務内容は多様。潜在助産師についても対応を考えていただきたい。	宮崎県ナースセンターにおいて、潜在看護師・助産師を対象とした学び直しのための研修や就職相談等を実施。
3	アドバンス助産師は、登録料5万円、登録に係る研修費用10万円必要。他県ではアドバンス助産師に対する支援を行っているところもある。本県でも助産師を育成する観点から必要ではないか。	アドバンス助産師の認証を取得するメリットや現場のニーズ等を把握した上で、助成の必要性について検討する。
4	NICU目標値は、診療報酬加算を取得している病床数で評価すべきでは。	県としては、診療報酬加算の有無に関わらず、NICUとしての機能を果たす病床数を目標値として管理したい。 また、この考えに基づいて、第8次医療計画（R6.3月策定）の目標値を定めており、過去の実績との整合性や経年評価の観点から、計画途中での目標値の設定方法の変更は控えたい。
5	出生数が年々減少しておりNICU・GCUの稼働率も変化している。目標値は実状に見合った数値にしていくべきであり、診療報酬加算のとれた数値を出す方が良い。	現状に合わせて目標値を修正する。 将来のNICU・GCUの必要病床数については、第9次医療計画に向けて、引き続き検討を重ねる。 目標値を診療報酬加算病床数へ変更することについては、No4のとおり。

2 本県の周産期医療の現状について

No	いただいたご意見	対 応
1	NICUの症例数が減少し、看護職のスキル維持が課題。県外では、NICUが稼働しているところに看護職が研修に行く「出向制度」がある。本県でも同様の制度があると良い。	本県においては、新人助産師の研修を行う医療機関等に対して、研修費用の助成を実施。 「出向制度」については、鹿児島県や鳥取県で実施実績あり。（鹿児島県の概要は以下のとおり） 実施にあたっては、委託先や研修受入先の確保等を行う必要があるが、今後、NICUの体制も含め、医療計画等で検討していく。 なお、県立病院においては、必要に応じて、日南病院の看護職を宮崎病院で研修させるなどにより、スキル維持・向上に努めている。

【（例）鹿児島県】

委託先：鹿児島県看護協会

委託内容：協議会の設置・運営（年2回）

協議会の実施する事業

- ・助産師の出向や研修の検討
- ・計画立案（対象施設の選定・調整）
- ・運営（対象施設及び出向助産師の支援）等

研修内容：主に2～3日間の研修（研修元施設から研修先施設への一方向研修）

研修内容は、受入施設が主に作成

実績(R5～R7)：（1）出向支援 なし

（2）研修支援 R5年度 6名 R6年度 5名 R7年度 7名

3 第8次宮崎県医療計画（周産期医療）における施策の評価及び見直しの方針（案）について

No	いただいたご意見	対 応
1	R8年度診療報酬で新設された「産科管理加算」を取れている施設がどのくらいあるか把握してほしい。	現在、実施中の「周産期医療体制に関する調査」で把握予定。
2	2年後に導入される「分娩費」や「出産時一時金」の新たな給付方式について、対象となる助産所の要件を確認してほしい。	新制度の対象助産所・助産師については、厚生労働大臣が指定・登録する仕組み等を設けることとされている。具体的な対象要件については、現在、国において協議・検討中。情報が入り次第、共有する。
3	他県では、産後ケアアプリを活用している事例あり。	4～5ページのとおり
4	県立宮崎病院がGCU 3床を休床としているので、地域周産期母子医療センターのGCU目標数は、その分を加味して「30床」とした方がいいのではないか。	県立宮崎病院のGCU 3床休床は臨時的な措置であり、今後の医療需要によっては、3床を稼働させることも想定されている。このため、正式に廃止されるまでは3床はカウントし、目標値は「33床」としたい。
5	今度、NCPR（新生児蘇生法）のPコース※を実施するが、応募者が多く、定員がすぐ埋まった。分娩施設の集約化で、救急救命士も非常に不安を感じている模様。複数回開催したいため、県からの補助があるとありがたい。 ※救急車内や自宅など、分娩施設外での出生を想定した基本的な新生児蘇生法習得。救急救命士や救急隊員などが対象。	分娩取扱施設の減少が進む中、本研修会の重要性はますます高くなっているものとする。県としても支援の方法を検討したい。
6	若年妊婦や妊婦健診未受診妊婦などの特定妊婦の対応については、県が主体的に動いていただきたい。	特定妊婦担当課と協議を実施。対策を検討してまいりたい。

産後ケアアプリ 都道府県導入状況調査 (R8.8.18時点 N=38)

● 都道府県によるアプリ導入

0 都道府県

● 一部市町村で導入あり

7 都道府県

都道府県内の一部の市町村において予約・管理アプリを導入・運用中

● 未導入

20 都道府県

県域での一括や市町村での個別導入もない状況

● 状況未把握

11 都道府県

管内市町村の導入実績を現時点で都道府県として未把握

🏢 主な導入自治体と利用サービス名称（抜粋事例）

都道府県	導入市町村名	導入サービス・事業者名
埼玉県	上尾市	
神奈川県	横須賀市（無償での実証実験として導入）	テオテ産後ケア（株式会社グッドボタン）
兵庫県	神戸市、明石市	
福岡県	未把握	株式会社ミラボ
長崎県	長崎市、大村市	産後ほっとLINE（株式会社TOGLABO）

※東京都、群馬県については導入サービス等未把握

📅 今後の導入見込 （一部市町村で導入済みの7自治体を除くN=31）



今後導入予定（予算化・時期調整）

1自治体

※宮城県：R9、4月～予定。アプリではなくSaaS型クラウドサービスを構築予定。



システム構築・実証を検討中

9自治体



現時点で導入予定なし

21自治体

産後ケアアプリに関する課題

課題の5ジャンル分類整理 (N=38自治体)



01

自治体間の制度差・運用不統一

利用料金・回数・減免制度等の差異により、システム共通化や広域調整が困難。



02

コストと費用対効果の格差

小規模自治体での導入費用負担感や、利用者数に見合う効果が得られにくい点。



03

対面支援・アセスメント懸念

アプリ予約化に伴い、緊急ケア要否の事前把握や対面相談機会が減る懸念。



04

システム互換性・対応制限

既存の母子手帳アプリとの連携難や、アウトリーチ型事業者等の対応難。



05

国主導の標準化・要望

自治体個別の対応には限界があり、国による制度設計や標準化方針を求める声。



アプリ（Webシステム）導入によるメリット

（長崎市：産後ほっとLINE）

- リアルタイムで空き状況が確認できる
- オンラインで24時間予約が可能
- 予約情報が行政と共有され、その内容をもって利用申請とすることができる

（上尾市：TEOTE）

- 上記機能に加え、承認→実績管理→回数管理が可能
- 利用希望した施設が満室であったとしても、その施設にキャンセルが発生した場合は、利用者へ空き状況が通知できる
- 市町村への利用申請の手続きがいらないことから、行政側の事務負担が軽減する
- 心配な産婦の情報を早期に確認することができる



アプリ導入によるデメリット、懸念事項

- 実施施設の参入状況によっては、「アプリ予約」のできる施設とできない施設が発生する
- 利用者全員にアプリ利用を強制することはできないことから、アプリ以外の予約方法も別途準備する必要あり（Web申請、対面申請、電話申請など）
- 予約が簡単にできる一方、キャンセルをすることのハードルが下がり、以前より直前のキャンセルが増加した。施設においては、受入のために物品や食料、人員配置の調整等、受入に係る準備をしているため、施設側より苦情が寄せられている。
（※キャンセル時に希望者へ空き状況を再通知することは仕様上可能な場合あり）
- 容易に申請できることから、利用者が急増した（上尾市：導入前の4倍）。
- 導入に係る費用負担が生じる（上尾市：5年契約で 計 10,000千円）