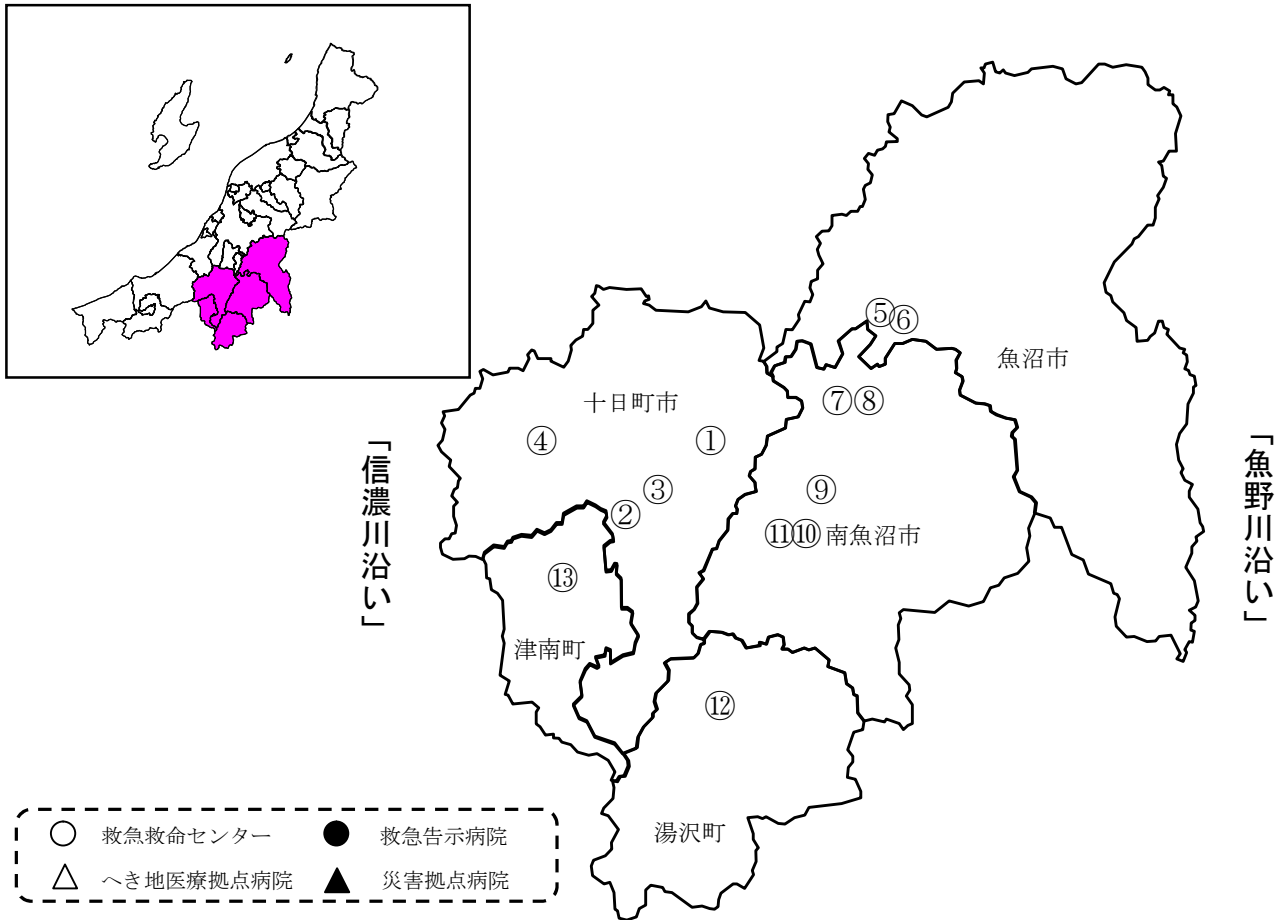


5 魚沼圏域



市区町村	No.	施設名	機能別区分
十日町市	①	厚生連中条第二病院	
	②	上村病院 (平成30(2018)年3月末で閉院予定。社会福祉法人「清津福祉会」に経営譲渡され、同年4月から当該法人が無床診療所を開設して外来診療を行う予定。)	●
	③	新潟県立十日町病院	●△▲
	④	新潟県立松代病院	●
魚沼市	⑤	ほんだ病院	
	⑥	魚沼市立小出病院	●

市区町村	No.	施設名	機能別区分
南魚沼市	⑦	新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院	○●▲
	⑧	南魚沼市立ゆきぐに大和病院	●△
	⑨	五日町病院	
	⑩	南魚沼市民病院	●
	⑪	齋藤記念病院	●
湯沢町	⑫	町立湯沢病院	●
津南町	⑬	町立津南病院	●

当圏域は、県内7圏域の中で最大の面積を有し、県土の約21%を占めています。その地勢は起伏の激しい魚沼丘陵により「信濃川沿い」地域(十日町市、津南町)と「魚野川沿い」地域(魚沼市、南魚沼市、湯沢町)の2つの地域で設定されています。また、人口は、県全体の約7.2%を占めています。

三次救急や高度専門医療に対応するため、圏域内の公立病院の医療再編を行い、平成27(2015)年6月に魚沼基幹病院を開設しました。魚沼基幹病院を中心に、機能分担による地域完結型医療を目指し、新たな取組を実施しています。

医療再編前は人口対医師数が県内7圏域の中で最も低い状況であったことから、医療再編や魚沼基幹病院開設による影響を注視しているところです。

重点課題1：地域医療連携ネットワーク

データ

〈加入者数(米ねっとカード発行枚数)・累計〉 (単位：人)

住所地	平成26年3月	平成27年3月	平成28年3月	平成29年3月
魚沼圏域	3,691	8,740	13,022	17,005
魚沼市	1,909	4,179	5,841	6,770
南魚沼市	1,324	3,804	5,675	7,307
湯沢町	441	627	716	870
十日町市	17	116	324	1,383
津南町	0	14	466	675
〈参考〉圏域外	14	49	93	112
加入者数総計	3,705	8,789	13,115	17,117

※ 表頭月の月末の状況。

〈加入者数の対人口割合〉 (単位：%)

住所地	平成26年3月	平成27年3月	平成28年3月	平成29年3月
魚沼圏域	2.1	5.2	7.8	10.3
魚沼市	5.0	11.2	15.8	18.6
南魚沼市	2.2	6.5	9.8	12.7
湯沢町	5.3	7.6	8.9	10.8
十日町市	0.0	0.2	0.6	2.6
津南町	0.0	0.1	4.7	7.0

※ 表頭月の月末の加入者数を各時期直近の推計人口(出典：県統計課)で除したものの。

出典：月別・地域別利用登録者数(カード交付数)
(魚沼地域医療連携ネットワーク事務局調べ)

現状分析

- (1) 魚沼圏域は、人口10万対医師数が県平均を下回るなど、広大な生活圏に対して医療従事者が少なく、かつ、医師については高齢化が進んでいます。このままの傾向が続けば地域医療を支えることは困難になります。
- (2) 圏域内の医療機関等の連携により、限られた医療資源を有効に活用して効率的な医療提供を推進するためのツールとして、医療機関等をネットワークで結び、患者の診療情報、検査情報、処方・調剤情報及び市町の健診情報等の医療・健康データの共有を図る魚沼地域医療連携ネットワーク(愛称：うおぬま・米(まい)ねっと。設置・運用主体：NPO法人魚沼地域医療連携ネットワーク協議会(以下「米ねっと事務局」という。))が、平成26(2014)年4月から運用を開始しています。
- (3) 平成29(2017)年3月末時点で、魚沼圏域の住民のうおぬま・米ねっとの加入者数(米ねっとカード発行枚数)は17,005人で、圏域人口に占める加入者の割合は10.3%です。

施策の展開

【課題】

- (1) うおぬま・米ねっとに対して十分な認識のない圏域住民もあり、自身や圏域にとって必要なものという意識の醸成は十分とはいえません。また、圏域内の地域間でも加入者数の偏りが見られます。共有できる医療・健康データを増やすために、加入者数が少ない地域はもとより、圏域全体の加入者数を更に増加させるための取組

が必要です。

- (2) システムの有用な機能が十分に周知されていないこと、操作が煩雑なこと及び研修機会が十分でないことなどから医療従事者等の活用の意欲や操作の習熟度に差が見られます。このため、医療機関等におけるシステムの利用・活用の程度にも差が生じています。医療従事者等のうおぬま・米ねっとの機能や操作に関する知識を深め、医療機関等における利用・活用を促進する取組が必要です。

【目標】

より多くの圏域住民がうおぬま・米ねっつに加入することにより医療・健康データを蓄積するとともに、医療従事者等が利用・活用しやすいシステムとなるよう改善を進めます。また、将来的にこの圏域の地域包括ケアシステムを情報面で支える基盤に発展させることを目指します。

<数値目標>

魚沼圏域の住民のうおぬま・米ねっつへの加入率を、平成32(2020)年度までに圏域人口の30%以上にすることを目指します。また、平成35(2023)年度までにさらに増加させます。

【施策】

米ねっつ事務局は、ネットワークの実施主体として地域住民の加入者数を増加させ、医療機関等での利用・活用を促進するための取組を実施します。また、医療機関等、市町及び県等の関係機関は、うおぬま・米ねっつの維持・活用に向け、米ねっつ事務局の取組の円滑な実施のために協力し、圏域全体で一体的に取り組みます。

(1) 圏域住民に対する加入促進の取組

ア 米ねっつ事務局

- (ア) 医療機関や圏域内で行われる各種の会議やイベント会場に出張して集中的な加入受付の取組を行っており、実施回数の増加や新たな出張先の開拓などにより取組を強化します。
- (イ) 圏域住民がうおぬま・米ねっつの加入や医療・健康データを共有する医療機関等の登録をしやすくするため、加入申込手続の簡素化の検討を進めます。
- (ウ) 圏域住民が自らうおぬま・米ねっつに積極的に関与できるようにするため、うおぬま・米ねっつに蓄積された医療・健康データの一部を住民自ら参照できるようにするなどのシステム改修の検討を進めます。

イ うおぬま・米ねっつに参加している医療機関等及びその従事者

診療や接遇等において、うおぬま・米ねっつに加入する必要性やメリットを患者に説明し、加入意欲を向上させることで、米ねっつ事務局の取組を支援します。

ウ 市町

- (ア) 圏域住民からの加入申込みの受付処理に加え、ホームページや広報誌等にうおぬま・米ねっつのメリット等を掲載し、普及啓発を図ります。
- (イ) 所管地域内で行われる会議やイベント等の情報を米ねっつ事務局に提供する

などして米ねっと事務局の取組を支援します。

エ 県

所属のホームページでの情報提供等により、うおぬま・米ねっとのメリット等の普及啓発を図ります。

(2) 医療機関等での利用・活用の促進に向けた取組

ア 米ねっと事務局

(ア) 医療機関等からシステム操作等に関する意見を十分聴き取り、意思疎通を図りながらシステムを改善していきます。

(イ) うおぬま・米ねっとの操作に習熟した従事者等を育成するため、システム操作に関する研修会等の機会を増やします。また、医療機関等からの操作に関する照会等に応えるため、サポートデスクの充実に努めます。

(ウ) システム導入の際にかかる初期費用及び運用に係る負担金が高額であるという意見もあることから、医療機関の負担感の軽減と同時にうおぬま・米ねっとが将来においても持続可能なシステムとして運用できる費用負担のあり方の検討を進めます。そのうえで、未参加医療機関等にうおぬま・米ねっとへの参加を呼びかけます。

(エ) うおぬま・米ねっとを現在の地域医療連携ネットワークから地域医療介護連携ネットワーク（地域包括ケアシステムを情報面で支える基盤）に発展させ、医療機関のみならず在宅医療や介護分野への活用を目指し、圏域内の医療・介護及び行政の関係者からの意見聴取や協議の場を設定し、検討を進めます。

イ うおぬま・米ねっとに参加している医療機関等及びその従事者

うおぬま・米ねっとへの医療・健康データの蓄積を進めるとともに、医師だけでなく医療クランク等の端末操作に従事する者を米ねっと事務局が開催する研修会等に派遣し、うおぬま・米ねっとのメリットに関する知識やシステム操作に対する習熟度を高めます。

ウ 市町・県

米ねっと事務局と連携し、圏域で行う糖尿病やCKD等の生活習慣病対策等に関する保健・医療施策の企画立案や効果測定におけるうおぬま・米ねっとを活用した情報収集方策の検討を進めます。

重点課題2：糖尿病

データ

(単位：千人)

項目(新潟県)	平成20年	平成23年	平成26年	出典
推計患者数(患者所在地)				患者調査 (厚生労働省)
悪性新生物	6.2	6.0	5.7	
脳血管疾患	8.3	5.0	4.6	
虚血性心疾患	1.0	1.1	0.9	
糖尿病	3.7	3.6	4.3	
精神疾患	10.8	9.2	8.1	

(単位：人)

項目	魚沼圏域	新潟県	年度	出典
糖尿病受療率 (人口10万対)	総数 150 入院 18 外来 132	総数 148 入院 14 外来 133	H25	新潟県保健医療需要調査 (福祉保健課)
標準化死亡比	男 77.6 女 76.9	男 88.7 女 99.3	H23～27	福祉保健課調べ

(単位：人)

項目	区分	平成26年	平成27年	平成28年	出典
糖尿病性腎症により新規に 透析が導入された人数 (医療機関所在地別)	新潟県	283	314	335	新潟県人工腎臓透析の 実施状況調査 (医務薬事課)
	魚沼圏域	13	19	19	

(単位：人)

項目	平成28年	出典
病院におけるヘモグロビンA1c検査者数※1	12,094	南魚沼地域振興局健康福祉環境 部調査
うちヘモグロビンA1c8%以上の人数	1,237	
うち40～64歳的人数	377	

※1 魚沼圏域内14病院において、平成28年7月1日から9月30日までの3か月間に受診(外来・入院)し、ヘモグロビンA1cを検査した患者数

(単位：人)

項目	平成 27 年度	出典
国保特定健診及び住民健診受診者数※2	15,509(100%)	南魚沼地域振興局 健康福祉環境部調 査
うちヘモグロビン A1c8%以上の人数(受診者に占める割合)	126(0.8%)	
職域健診の受診者数※2	27,767(100%)	
うちヘモグロビン A1c8%以上の人数(受診者に占める割合)	233(0.8%)	

※2 魚沼圏域内で、平成 27 年 4 月 1 日から平成 28 年 3 月 31 日までの期間に健診でヘモグロビン A1c を検査した人数
(75 歳未満)

(単位：人)

項目	魚沼圏域	年度	出典
診療所からの糖尿病患者紹介・ 逆紹介数	病院数 9	H27	南魚沼地域振興局健康福祉 環境部調査
	実人数 432		

現状分析

- (1) 新潟県では、糖尿病の推計患者数が増加しています。
- (2) 魚沼圏域の糖尿病受療率（人口 10 万対）は 150 となっており、県平均 148 を上回っています。
- (3) 新潟県及び魚沼圏域では、糖尿病性腎症による新規透析患者数が増加しています。
- (4) 魚沼圏域の国保特定健診及び職域健診でヘモグロビン A1c を検査した人のうち、ヘモグロビン A1c 8%（国際標準値）以上の人が 0.8%います。

施策の展開

【課題】

新潟県及び魚沼圏域では、糖尿病の患者が増加し、それに伴って合併症を有する患者数も増加傾向にあります。腎症や網膜症などの心血管系合併症は、患者の QOL 低下や要介護状態の原因になります。

患者が合併症を起こさず普通に生活を送れるように、早期発見・早期治療はもとより、ヘモグロビン A1c 値を良好に保つためには、生活習慣を改善することが何よりも重要です。

これまでの取組から、魚沼圏域では成果も見えてきましたが、糖尿病患者の合併症を発症させず、重症化を防ぐためには、患者の早期掘り起こしの徹底など一層の対策の充実が必要です。

【目標】

魚沼地域医療連携ネットワーク等の患者データを活用して、患者も医療関係者も同じ目標で地域の健康を守るため、ヘモグロビン A1c 8%（国際標準値）以上の患者数を減少させ、重症化予防を推進します。

<数値目標>

- (1) 受療中患者（病院に通院または、入院中の 40～64 歳）のうち、ヘモグロビン A1c

8%以上の患者の割合を平成32(2020)年度までに半減させ、平成35(2023)年度までにさらに減少させます。

(現状数値:平成28(2016)年) 11.7%

(中間目標:平成32(2020)年) 半減

(2) 国保特定健診及び職域健診受診者(75歳未満)のうちヘモグロビンA1c8%以上の人の割合を平成32(2020)年度までに0.7%(0.1ポイント減)に減少させ、平成35(2023)年度までにさらに減少させます。

(現状数値:平成28(2016)年) 0.8%

(中間目標:平成32(2020)年) 0.7%

【施策】

生活習慣病の代表的疾患である糖尿病の疾病管理モデルを確立させるため、魚沼圏域全体の関係機関が協働し、働き盛り世代(40~64歳)をターゲットに、プロジェクト8(※)を以下の4点を柱として総合的に推進します。

(1) 医療者プロジェクト8(ヘモグロビンA1c8%以上の患者を放っておかない)

医師・歯科医師・看護師・薬剤師・管理栄養士などの医療関係者が、糖尿病及び合併症の地域実態について認識を共有し、糖尿病患者の重症化及び透析や壊疽等の合併症の発症を防ぐため治療及び指導を行います。

(2) 連携プロジェクト8(ヘモグロビンA1c8%以上が続いたら病院で精密検査)

ア 機能分担

(ア) 病院は、インスリン導入や合併症の評価及びコントロール不良者への集中介入などを実施します。

(イ) 診療所は、安定期の通院治療及び生活指導を実施します。

イ 病診連携の推進

何でも相談できるかかりつけ医と精密検査及び入院を担当する病院医師は、緊密な連携を図り患者を支援します。

ウ 医療機関と市町及び県との連携推進

医療機関と市町及び県は、糖尿病患者の重症化を防ぐため、連携して受療中断及び放置の人への支援を行います。

(3) 患者プロジェクト8(ヘモグロビンA1c8%以上の自分や家族を放っておかない)

患者や家族が、定期健診を受け家族ぐるみで健康管理や生活習慣の改善に取り組めるよう、健診後の指導会や教室、地域医療魚沼学校等において普及啓発を行います。

また、市町及び県は、広報、各種イベント等の機会を通して、糖尿病予防や重症化防止のための情報発信や啓発を継続して行います。

(4) 健診プロジェクト8（地域・職域保健の取組）

市町及び事業所は、健康診断の受診率を高め、糖尿病の早期発見に努めるとともに生活習慣の改善に向けた支援を行います。

市町は、住民健診及び特定健診で要精密検査や医療が必要とされた人を、確実に医療につなげます。

また、職域の健康診断で要精密検査や医療が必要とされた人を、健診機関や事業所が連携して支援します。

※ 糖尿病患者のヘモグロビンA1cを合併症リスクの分岐点となる8%未満にする取組