

2026年度 サービスカタログ

2006年に医学者が九州大学病院発企業として設立しました。
役員に、現役の教授など業界有識者が在籍しています。

<役員一覧>

- ・井口登與志(糖尿病専門医／福岡市健康づくりサポートセンター センター長)
- ・中島直樹(糖尿病専門医／九州大学病院MIC 教授)
- ・小林邦久(糖尿病専門医／福岡大学筑紫病院 教授)
- ・西田大介(カルナヘルスサポート 筆頭代表取締役 社長)
- ・日山富士代(カルナヘルスサポート 代表取締役 社長)

<主な業務内容>

- ・特定保健指導(年間約70,000件)
- ・生活習慣病重症化予防(年間約50,000件)
- ・特定健診データベース提供(年間約70,000件)
- ・特定健診保健指導データ電子化(年間20,000件)
- ・糖尿病疾病管理研究(通称カルナスタディー 12年継続)

約120保険者と契約し、福岡市内のコールセンターから
タブレットや電話で特定保健指導、重症化予防指導などを行っています。



株式会社 カルナヘルスサポート
住所: 〒810-0054 福岡市中央区今川1-25-12
TEL: 050・5306・1092



カルナの特徴

高い専門性:教授クラスの医師・専門医・コメディカルを配置

- ①非専門医へ治療方法のコンサルテーションをする事業を実施していた
- ②“クリティカルパス”システムにより高い水準での質の標準化を実現

指導プログラムのオーダーメイド

- ①指導員全員が、カルナの従業員(オーダーメイドプログラムへの対応教育が可能)
- ②“クリティカルパス”システムによりオーダーメイドプログラム管理が可能

高い参加率・受診率

- ①オンライン診療を組み込むことにより忙しい勤労世代の通院環境構築
- ②24時間血漿グルコース測定器(リブレ®)、血圧計、スマートウォッチ、尿テープ、各種アプリを提供し患者の治療意欲向上

その他の特徴

- ・SIMカード搭載のiPad を一人一人に貸与し、非対面での指導実施（アプリインストールや設定は不要）
- ・時間、場所の制約少なく指導実施が可能 土日祝日も対応可能

目次

データヘルス計画に対応したカルナサービス

- ・特定保健指導
- ・受診勧奨
- ・重症化予防
- ・遠隔禁煙外来
- ・健診勧奨
- ・歯科健診勧奨・受診勧奨
- ・パンチング
- ・コンサルテーション
- ・参考価格

体制および実績

会社紹介

2006年に医学者が九州大学病院発企業として設立しました。役員に、現役の教授など業界有識者が在籍しています。

<役員一覧>

- ・井口登與志(糖尿病専門医／福岡市健康づくりサポートセンター センター長)
- ・中島直樹(糖尿病専門医／九州大学病院MIC 教授)
- ・小林邦久(糖尿病専門医／福岡大学筑紫病院 教授)
- ・西田大介(カルナヘルスサポート 筆頭代表取締役 社長)
- ・日山富士代(カルナヘルスサポート 代表取締役 社長)

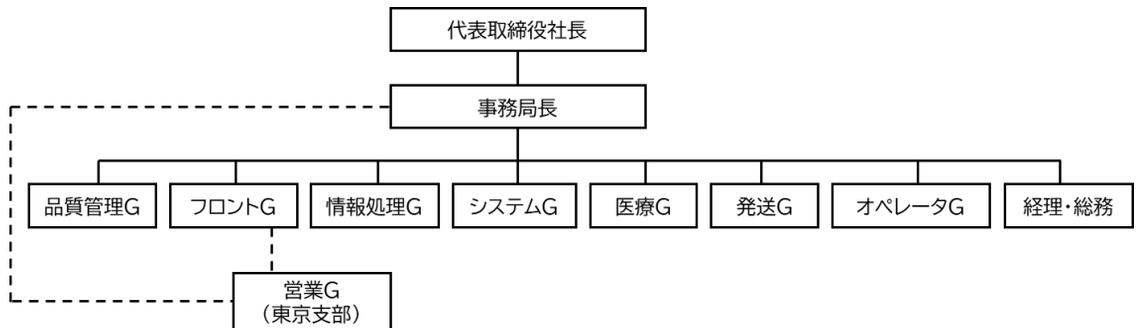


約120の保険者と契約し、福岡市内のコールセンターからタブレットや電話で特定保健指導、重症化予防指導などを行っています。

<主な業務内容>

- ・特定保健指導(年間約70,000件) ・生活習慣病重症化予防指導(年間約50,000件)
- ・特定健診データベース提供(年間約70,000件) ・特定健診保健指導データ電子化(年間20,000件) ・糖尿病疾病管理研究(通称カルナスタディー 12年継続)

組織図



職員数:102名(2025年2月10日時点)

【各Gの業務概要】

- 品質管理G:業務の品質管理
- フロントG:お客様対応窓口
- 情報処理G:データ処理・システムのタスク処理
- 医療G:保健指導
- 発送G:パンフレット・iPad・保健指導記録などの発送
- OPG:特定保健指導の参加勧奨・日程調整電話
- 経理労務G:社内の経理と労務
- 営業G:顧客対応

認証

個人情報の管理は、プライバシーマークを取得し、以下の社内規定を定め、運用しています。
 取得日:2015年10月2日
 認証番号:第18860192(06)号
 有効期間:2025年10月19日～2027年10月18日

資格

社会保険診療報酬支払基金 特定保健指導機関登録番号 :4020700193

個人情報保護・研修教育体制

個人情報保護体制

■個人情報保護法について

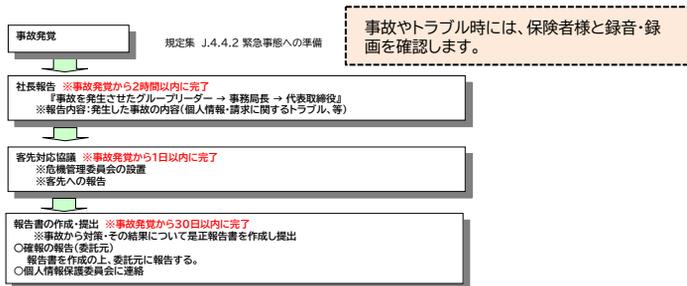
保険者様との業務委託契約に基づき、必要な個人情報保護対策を講じ以下のガイドライン等を遵守いたします。
 「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成29年4月14日 個情第534号、医政発0414第6号、薬生発0414第1号、老発0414第1号、個人情報保護委員会事務局長、厚生労働省医政局長、同省医薬生活衛生局長、同省老健局長通知 平成29年4月14日(令和7年6月一部改正))及び「都道府県において定める個人情報の取り扱いにかかわる条例」等

■データの取り扱いについて

- ・**個人情報に関する処理の全部又は一部の再委託はありません。**すべての業務は事務所内で行っていますので個人情報が出外することはありません。
- ・個人情報の記録媒体は、個人情報管理台帳に基づき、保存期限まで確実に管理を行っております。(保存期間を超えても厳重に保管しております。)廃棄の申し出があった場合、データ削除、破棄証明を提出します。クラウドシステムのデータベース、クラウドストレージ (BOX)、ファイルサーバー以外の記録媒体にデータを保管することはありません。
- ・**会話は全録音、面談は全録画**しております。必要時は再生し内容を確認することが可能です。保険者様と正確な状況を共有しながら、対応の検討等を進めていくことが可能です。
- ・**指導は担当制ではなくチームで実施**しております。担当制にすると、適当ではない内容の指導をしていた場合、最後まで誰も気が付かず終わるという様なことが考えられます。また、相性が良くない場合などは脱落の要因となることが考えられます。このため当社では、指導はチーム制としております。対象者が指導のたびに同じ話をするということがないよう、指導時は前回までの指導内容を振り返ることをルールとしています。
- ・業務はITシステムにより管理しております。対象者の予定と指導者の予定を組み合わせ、「いつ・どの指導者が・どの対象者に・何を指導する」というスケジュール管理を行うことで、抜け落ちを防止しています。
- ・1封筒1個人情報とし、発送の封入時に個人情報が2枚にわたることはありません。
- ・アドバイスレターなどの発送物は、リーダーが内容を確認することで確定します。

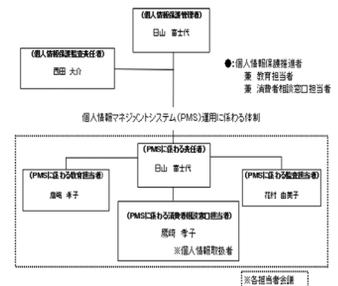
■緊急時体制について

個人情報の漏洩等、重大事故時には、規定により以下の対応が定められています。
 ※定例会を待つことはありません。



■苦情及び相談における体制

会話はすべて録音しており、問題があったときには詳しい内容を保険者様と共有しながら解決に向けてご相談することが可能です。
 クレーム等に対する対策は、個人情報保護規定「苦情・相談受付規程」により、外部からの個人情報に係る問い合わせ・相談等を受け付けて対応するための手順を定めています。
 また、問い合わせ・相談は「PMSに係わる消費者相談窓口」にて受け付けし、必要時は随時ご相談します。



研修・教育等体制

■医師の体制について

糖尿病専門医(九州大学教授(元)1名、九州大学教授(現)1名、福岡大学筑紫病院教授(現)1名、女性医師1名)、循環器専門医(福岡大学西新病院准教授(元)1名)、が在籍しております。

医師による医療機関からの問い合わせ対応、問題がある対象者への対応、指導方針について検討などを行います。

■医療機関からの問い合わせ対応について

- ・過去10年以上の福岡市地域の重症化予防で福岡県医師会、福岡市医師会との連携が構築できておりますので、医療機関に関する情報提供が可能です。
- ・対象者からの問い合わせ時に健康相談などがあった場合には、対象者本人に限らずご家族のことも同様にお答えしています。

■基礎指導者育成体制について

- ・新規採用時や業務変更時など、1ヶ月～2ヶ月の期間で**基本的な知識の教育**を行います。また、定期的に個別教育を行っています。教育後は必要項目についてテストを行い、合格点を取った時点で終了としています。

■On the Job Training体制について

- ・育成の主体は業務を行いながら**ITシステムが教育を行うOJT体制**です。
 具体的には、電話を行いながら(対面面接時は対象者とPCを見ながら)、紙芝居のように進んでいく画面に従って指導を行います。その際、対象者の状態に応じて変化する指導内容を確認することで、自然と指導内容やポイントを把握していきます。

データヘルス計画に対応したカルナサービス

重点 必須	点数	カルナサービス	説明	資料名	ページ 番号	
総合評価指標(大項目1) デジタル活用の体制整備						
デジタル活用推進	○	6	カルナアプリ	保健指導(特定保健指導・重症化予防)において、CGM記録・透析導入シミュレーション・生活記録などのデジタル活用(アプリケーション)を実施	特定保健指導 重症化予防	10 ・ 21
PHRの体制整備①	○ ○	5	コンサルテーション	a. 特定健診結果の閲覧用ファイルを月次で支払基金に提出 b. 40歳未満の事業主健診データの事業主への提供依頼 c. 事業主を通じた情報発信や医療費通知の発送時等に、マイナンバーカードの健康保険証利用に係るメリットや初回登録の手順について周知・広報などのコンサルテーションを実施	コンサルテーション	42
PHRの体制整備②		7		40歳未満の事業主健診データについて事業主から提供を受けるとともに支払基金に提出し、加入者がマイナポータルで自身の健診情報を閲覧できるようにする、などのコンサルテーションを実施	コンサルテーション	42
総合評価指標(大項目2) 特定健診・特定保健指導の実施(法定の義務)						
特定健診・特定保健指導の実施率(実施率が基準値以上)	○	5~10	健診勧奨	健診未受診者に対し、手紙(必要に応じて電話)で健診の受診勧奨 <実績> 健診受診率 約30%増	健診勧奨	36
			参加勧奨電話および携帯番号調査(※参加率向上対策)	参加勧奨電話を実施、また案内パンフに、「事業所の代表電話に取り次いでほしくない方は、携帯番号をお教えください。事業所へは電話しません。」と記載し、携帯番号を取得(webアンケート) <実績> 電話による参加勧奨 参加率+10%up 携帯番号取得 参加率+5%up	特定保健指導	9
			アイテムによる体感型特定保健指導プログラム	NEW ・ビッグデータ解析を活用した高い効果 ・アイテムを活用した高い参加率・満足度を実現した「アイテムによる体感型特定保健指導プログラム」を2025年度より提供 ・重症化予防と特定保健指導の同時実施プログラムも可能 <実績> 完走率 90%以上 -2kg-2cm達成率 25%以上 階層改善率 35%以上	特定保健指導	8~11
			保健指導会社 選定・支払代行・管理・評価	NEW 保健指導会社の選定、契約・支払代行、指導内容について指示・指導・助言を専門医が行い、集計・評価も実施	選定・支払代行・評価	13
被扶養者の特定健診・保健指導の実施率(基準値に対する達成率)		1~10	健診勧奨	同上	健診勧奨	36
			参加勧奨電話および携帯番号調査(※参加率向上対策)	同上	特定保健指導	9
			アイテムによる体感型特定保健指導プログラム	NEW 同上	特定保健指導	8~11
			パンチング(※実施率向上対策)	特定健診・人間ドック・本人からの検査結果提供・保健指導の結果が紙の場合、必要な項目をパンチングしXMLを作成 ※パンチング対象は特定健診、特定保健指導の項目	パンチング	40
肥満解消率		1~10	特定保健指導	NEW <実績> カルナの初回面接受診者における、肥満解消率は20~40%	特定保健指導	12

	重点	必須	点数	カルナサービス	説明	資料名	ページ番号
総合評価指標《大項目3》 要医療の者への受診勧奨、糖尿病等の重症化予防							
個別に受診勧奨・受診の確認	○		5				
医療機関への受診勧奨基準において速やかに受診を要する者の医療機関受診率	○		5~10	専門医によるオンライン診療受診勧奨	NEW ・専門医によるオンライン診療をご紹介可能 ・特定保健指導および重症化予防においても、受診勧奨を強く行うのがカルナの特徴 <実績> カルナの通院開始率は15%~40%程度	受診勧奨	15~18
糖尿病性腎症等の生活習慣病の重症化予防の取組Ⅰ			5				
糖尿病性腎症等の生活習慣病の重症化予防の取組Ⅱ			5	勤労世代向け専門医によるオンライン診療連携重症化予防プログラム	NEW a.抽出基準(医学的・予算の面から基準値提示) b.専門職(専門医・専門コメディカル)が実施し、クリティカルパスによる専門医-保健指導連携 c.健診結果・レセプト(医科・調剤・DPC)分析による糖尿病性腎症等対象者概数把握 d.未治療者及び治療中断者への受診勧奨(面接)および結果把握 e.対象者のHbA1c,eGFR,尿蛋白等の検査結果確認(自己採血キット)および取組前後でアウトカム指標評価	重症化予防	21~25
3疾患(高血圧症・糖尿病・脂質異常症)の状態コントロール割合			1~9		<実績> 2021年度 複数健保融合事業 結果 ・糖尿病 HbA1c (8%以上:24.1%→18.1% ▲6%) ・高血圧症 収縮期血圧 (160mmHg以上:23.2%→19.0% ▲4.2%) ・脂質異常症 中性脂肪 (400mg/dl以上:52.4%→24.9% ▲27.5%)		
総合評価指標《大項目4》 予防健康づくりの体制整備							
コラボヘルスの体制整備	○	○	6	コンサルテーション			
退職後の健康管理の働きかけ			4		a.退職後の健康管理に関する情報提供 b.自治体を実施する保健事業の周知をする等周知協力の取組 などの事務局運営	コンサルテーション	42
総合評価指標《大項目5》 後発医薬品の使用促進、加入者の適正服薬を促す取組の実施状況							
					当該サービスは実施していません		
総合評価指標《大項目6》 がん検診・歯科健診等の実施状況							
がん検診の実施状況	○		5				
がん検診の結果に基づく受診勧奨			5~10	受診勧奨(がん)	<実績> 勧奨成功率は15~30%	受診勧奨	36
市町村が実施するがん検診の受診勧奨	○		3				
歯科健診・受診勧奨	○		8	受診勧奨(歯科)	<実績> 勧奨成功率は15~30%	受診勧奨	38
歯科保健指導	○		5				
予防接種の実施			2				

	重点	必須	点数	カルナサービス		説明	資料名	ページ 番号
総合評価指標《大項目7》 加入者に向けた予防・健康づくりの働きかけ								
生活習慣改善のための事業 及び喫煙対策事業の実施			1~5	日帰り合宿研修		レストランや宿泊施設で集合教育 ・人気プログラムで、募集開始から数時間で満席となる		
				遠隔禁煙外来		自由診療で行う遠隔禁煙外来 ・バレニクリンやニコチンパッチ利用 <実績> ・成功率70.9% (クリニックでの実績:30.8%)	遠隔禁煙外来	32~33
運動習慣の改善	○		1~5	アイテムによる体感型特定保健指導プログラム NEW 勤労世代向け専門医によるオンライン診療連携重症化予防プログラム		特定保健指導および重症化予防により各種項目は改善 <実績> 食事改善率 40%~60% 運動改善率 30%~50%	特定保健指導 重症化予防	8~11 25
食生活の改善	○		1~5					
睡眠習慣の改善	○		1~5					
飲酒習慣の改善	○		1~5					
喫煙対策	○		1~5	特定保健指導と遠隔禁煙外来の同時実施		特定保健指導と遠隔禁煙外来を同時実施することで、特保のポイント取得と遠隔禁煙外来を一度に実施 <実績> 禁煙成功率 70.9%	遠隔禁煙外来	34
こころの健康づくり			5	当該サービスは実施していません				
インセンティブを活用した事業の実施	○		6	アイテムによる体感型特定保健指導プログラム	NEW	●参加動機づけのアイテム(インセンティブ)活用参加のモチベーション向上、成功体験による満足度向上 ●成果インセンティブ 体重2kg減少で途上国の給食支援“TABLE FOR TWO”へ800円を寄付(社会貢献)	特定保健指導	8
こどもにとってより良い医療の在り方			5	当該サービスは実施していません				
性差に応じた健康支援			5	当該サービスは実施していません				
ロコモティブシンドローム対策			5	当該サービスは実施していません				
その他の保健事業			0					

遠隔特定保健指導

アイテムによる体感型 特定保健指導プログラム

サービス概要(1)

【基本的な考え方】

特定健康診査結果から抽出した、積極的支援及び動機づけ支援対象者に、継続的に保健指導を実施することで、生活習慣改善を図り、生活習慣病の重症化を防ぎます。特に、「個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブを提供する取り組みに係るガイドライン」を参考に、『アイテムによる体感型特定保健指導プログラム』を開発しました。

【本提案の特徴】

■ ビッグデータ解析(AI推奨)

初回面接はZoomで行い、画面を共有しながら「面談ナビゲーションシステム」を使って対象者と一緒に行動目標を立てています。このシステムは、紙芝居のように画面を順番に進めることで、ストーリー仕立てで面接が進行する仕組みです。

行動目標を立てる際には、過去のデータや検査値をもとに**ビッグデータ解析を活用し、効果が高いと考えられる目標案を優先的に表示**します。例えば、血圧の高い方には「塩分を控える」が上位に表示され、運動に関しては「ジョギング」よりも「ウォーキング」が推奨されます。

・検査値
・過去の実績(ビッグデータ解析)を考慮して、効果が高いと思われる行動目標案が上から表示されます。(AI推奨)

例えば、血圧の高い方には、「塩分を控える」などが上位に表示され、運動では「ジョギング」より「ウォーキング」が上位になります。また、運動禁忌もチェックされます。

8. 行動目標の設定

過去の保健指導データ(ビッグデータ)をもとにあなたの検査値を考慮してコンピューターがおすすめ行動目標を提示します。一緒に考えてみましょう。
上から順におすすめのものになっています。

チェック	目標	削減実績(kg)	1日の削減カロリー	必要回数(回/週)	目標回数(回/週)	資料
<input type="checkbox"/>	塩分を控える	1.1	87.1	3.5	表示	
<input checked="" type="checkbox"/>	野菜から食べる	0.8	80.0	3.5	表示	
<input type="checkbox"/>	脂質(揚げ物)を減らす	0.7	81.0	3.5	表示	
<input type="checkbox"/>	欠食をしない	0.7	78.0	3.5	表示	

効果をあげる!

患者様のための資料

野菜から食べる

「野菜を食べる」や「野菜から食べる」といった目標は、体重減少の効果があるの? 摂取カロリーを増やしたり、順番を変えるだけで摂取カロリーは変わらないのでは?

特定保健指導のなかで、野菜に関する目標を設定した対象者の結果

-1.08 kg

平均約1kgの減量に成功!

「野菜を食べる」や「野菜から食べる」といった目標は、「食べる」というプラス側の行動であることから、体重・腹囲を減らすことが目的である特定保健指導には向いていないのではないかと見られてきましたが、**充分な効果があり、その難易度もそれほど高いことが分かりました。**

特に「野菜から食べる」は**食後血糖値を上げる**ことが分かっていることから、積極的に野菜に関する目標を推奨しています。

■ アイテムを活用した保健指導

アイテムを選んで実践! 特定保健指導のご案内

STEP1 お申込み

QRコードから面接日時をお申し込みください。
※面接は平日の夜や土・日も可能です!
自宅や車内などあなたの好きな場所から面接できます!



STEP2 遠隔面接

カルナが選んだ約15アイテム(商品)から、興味のあるアイテムを**保健師・管理栄養士と選びます**

アイテムの関連の基礎知識を学びます

- 食品
- 運動用品
- ヘルスケア機器
- 睡眠・休養関連
- 旅行

STEP3 3か月の実践

・アイテムを受け取り、実際に行動目標を実践してみましょう。

・実践結果をアプリに入力してください。アプリが苦手な方は紙の記録用紙を準備しています。
・積極的支援の方で最後まで完了された方にはクオカード¥1,000分進呈します。

健康保険組合 特定保健指導委託先

株式会社 カルナヘルスサポート

カルナヘルスサポートは平成18年に九州大学病院産科センター企業として設立されました。
所在地 〒810-0054 福岡県福岡市中央区今川1丁目25番12号 <http://www.carina-hs.co.jp/>
☎ 050-5306-6702(電話受付時間:平日9時~18時)

知識だけでなく成功体験を実感!
飽きさせない!

2024年度までは、知識や資料を提供して実践を促す方法をとっていましたが、2025年度からは「知識だけでなく成功体験を実感してもらう」ことを目的に、新たなプログラムを開始しました。それが、「アイテムによる体感型特定保健指導プログラム」です。

具体的には、リブレや減塩しょうゆといった、自分では買おうと思ってもなかなか買わないような約15品目のアイテムを活用します。

対象者は、これらを使った行動目標を設定し、3か月間実行します。その体験を通じて「できた!」という成功体験を味わい、満足度を高めていただく仕組みです。

アイテムは、弊社の医師が参加する倫理委員会で「健康上問題ない」と判断されたものだけを採用しています。

さらに、この取り組みは「以前も特定保健指導を受けたが、再び対象となった」という、いわゆる「リポーター」への対策としても有効です。新しいアイテムを取り入れることで飽きがこず、再挑戦のモチベーション維持にもつながると考えています。

【アイテム例】

- ・CGM(リブレ2)
- ・血圧計
- ・スマートウォッチ
- ・尿テープ
- ・野菜セット
- ・減塩スープ
- ・カロリー食
- ・バランスボール
- ・プッシュアップ
- ・ヘルスケア用品(電動歯ブラシなど)
- ・休養関連(入浴剤など)
- etc.....

【倫理委員会】

研究倫理審査委員会番号 22000210

サービス概要(2)

【事業全体図】

事業全体と作業の流れを示します。



- 事業所調整: 事業主・事業所担当者に事業の目的、主旨等を説明し、協力を依頼します。

ウェビナー開催

事業所 協力依頼文作成・発送

- データ受領: 健保から対象者の基本情報および健診結果を受領します。

データフォーマット対応

- 案内パンフ: 対象者へ配布する案内パンフレットの作成・発送をします。

案内パンフ作成(電話番号アンケート)

事業所ごとの発送先・架電先個別対応

- 参加勧奨: 参加勧奨電話を行います。(健保により実施するかどうか異なります。)

SMS活用(参加勧奨)

トークフローカスタマイズ

同意書

- 月次報告

- 初回面接: 遠隔面接を実施します。

月次報告 システム参照

月次報告 個人カルテ

ビッグデータ(AI推奨)

アイテム体感型特定保健指導

- 評価・効果測定

専門医によるオンライン診療連携

最終・中間報告会(業務評価)

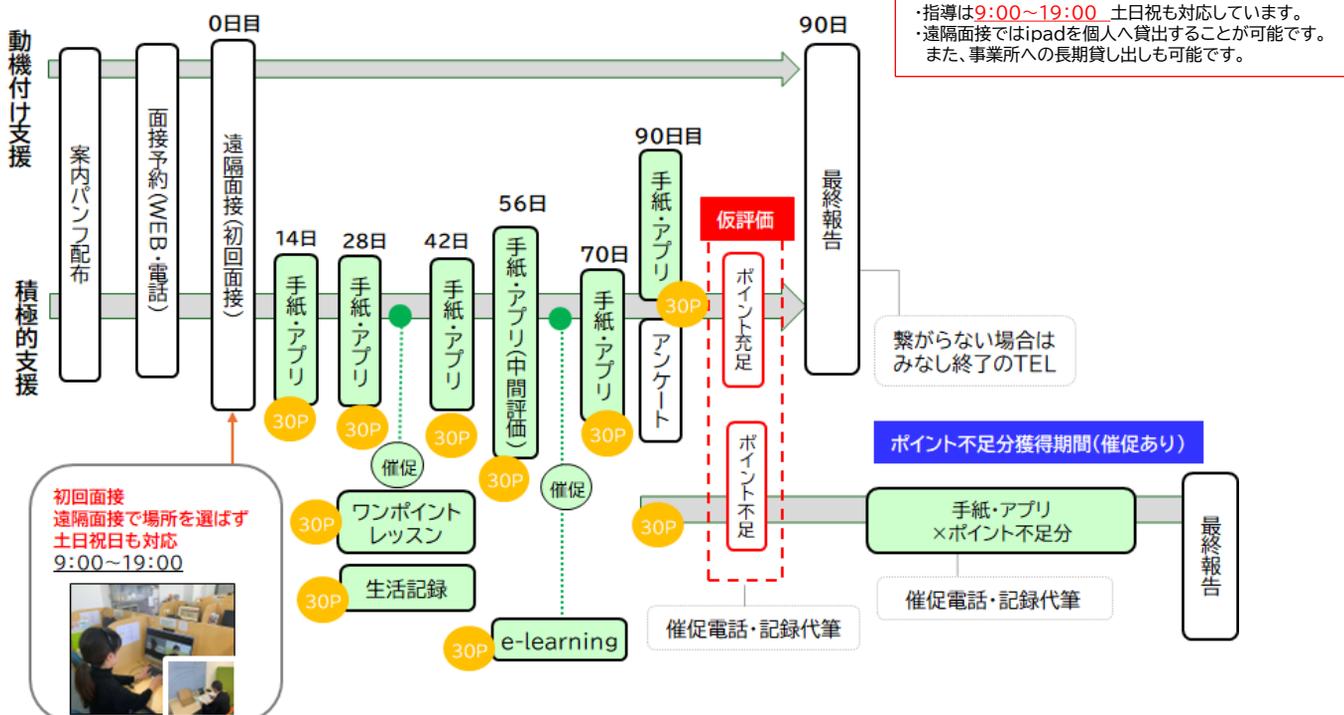
- 継続支援: 3ヶ月の支援を行います。

効果評価(指導の翌年度健診)

アプリ・紙併用

SMS活用(催促電話)

仮評価



サービス概要(3)

ウェビナー開催

事業所へ健保名で依頼文を送付し、事業への協力を依頼することに加え、事業主、事業所担当者を対象にしたウェビナーを複数回開催します。

ウェビナーでは、生活習慣病等の重症化予防の制度背景、目的、意義等を中心に説明します。

データフォーマット対応および対象者抽出支援

多くの健保では、業者指定のCSVを出力するのは難しく、システム会社に依頼するなど費用と手間がかかってしまいます。そこで、これまで当社では、対象者のデータは**各健保が出力できる形式(XML, Excel, CSV)で対応**してきました。(過去当社とデータのやり取りをしたことのある健保は、**新たなデータフォーマットの調整は不要**)

また、対象者抽出が難しい健保に対しては、**対象者の抽出作業(無料)**を行います。

事業所ごとの発送先・架電先個別対応

案内パンフの発送方法は、健保により各事業所の事情が異なります。

カルナでは、各健保に事業所ごとの対応をヒアリングし、プログラムにより間違いが無いよう対応しています。

健保ごとに設定

- 健保ごとに調整
- 被保険者／被扶養者ごとの発送種類
- 事業所単位での発送種類

事業所ごとに設定

- 発送方式の種類
- 健保一括(事業所ごと仕分け)
- 事業所一括(部署ごと仕分け)
- 事業所個人宛
- 自宅

個人に適用

- 下記条件から決定
- 保険者名
- 事業所名
- 被保険者／被扶養者

宛名書き

健保へ(事業所ごと)ヒアリング

システムへ設定

プログラムにより制御、自動作成しています。

複雑

アプリ・紙併用

2024年度より、継続支援にアプリの利用を可能としましたが、アプリが苦手な方のために手紙(紙)運用も併用していました。アプリの方が利用しやすいと考えていましたが、多くの方が紙運用を選択されています。

このため、対象者がアプリか紙を選べる運用を行います。

アプリか紙を選べます



効果評価 (指導の翌年度健診)

保健指導終了時の値は、自己申告値であることから、最終的には翌年度の健診結果で効果評価を行います。特に、指導の翌年度の健診結果を使った事業最終評価を各健保ごとに行い、データヘルス計画の根拠データとして活用できるように提示します。

月次報告 システム参照

「月次報告(月例会)」にて、指導内容の詳しい内容をシステムで参照しながら報告します。

<リアルタイム情報>

【参加勧奨】

- 参加勧奨文書送付数
- 電話による参加勧奨実施数
- 勧奨結果(同意を得られた人数、得られなかったものについてはその理由)

【保健指導】

- クリティカルパス(システム)に指導内容、結果は全て入力してあります。

<相談事項>

- 連絡が取れなくなった場合
- 中断した対象者がいた場合
- 対象者等からの問い合わせ対応した場合
- 資格喪失者が確認された場合

※セキュリティ上(VPNやPKIが必要)、健保担当者はシステム操作をせず、zoomで当社担当者が操作をして表示する方式を取ります。

対応No.	対応日時/予定日時	対応種別/ポイント	対応者名
システム画面 内容: 障害切り情報(休養・参加・中止・改高)			
4 (復旧)	2023/03/20	通訳TEL 0分	アクション2/3 (Phase 3) 【最終ポイントと抄録確認】 保安衛法4回【最終評価アンケート実施】(12 特保 全国健康保険協会 福岡支部)
未該当(特保)【無病】			
改高状況 休養: 変化なし/運動: 不明/食事: 不明/喫煙: 不明/その他: 不明			
3 (済)	2023/03/08 00:16	通訳メール	アクション1/3 (Phase 3) 最終評価アンケート・送付 (12 特保 全国健康保険協会 福岡支部)

サービス概要(4)

ビッグデータ(AI推奨)/アイテム体感型特定保健指導

初回面接は、遠隔(zoom)を使って、**面談ナビゲーションシステム**を**対象者と一緒に見ながら**進めていきます。(約30画面)
 ※アイテムなしの場合、アイテム選択画面をバイパスして進みます。

1. 生活習慣改善プログラムのご説明

生活習慣改善プログラムとは
 生活習慣改善プログラムとは、あなたの健康的な生活習慣を身に付け、生活習慣病を予防するためのプログラムです。健康な生活は、健康的な生活習慣を身につけることで実現します。健康な生活習慣を身につけることで、生活習慣病の予防や改善が期待できます。

「次へ」を押すことで画面が切り替わり、指導が進んでいきます。(約30画面)

3. 確認結果から見たあなたのリスクの判定・確認

検査値の確認や運動禁忌のチェックなどを行います。

項目	単位	目標値	判定
心臓病の発症	有病率(%)	10.0	10.0
脳卒中の発症	有病率(%)	10.0	10.0
糖尿病の発症	有病率(%)	10.0	10.0
脂質異常症の発症	有病率(%)	10.0	10.0
高血圧の発症	有病率(%)	10.0	10.0
メタボリックシンドロームの発症	有病率(%)	10.0	10.0

● アイテムの選択

生活習慣改善のターゲット

- 1 カルナプログラムの説明
- 2 サーキットの確認
- 3 確認結果から見たあなたのリスクの判定・確認
- 4 生活習慣改善のターゲット
- 5 生活習慣改善のアイテム
- 6 コール設定
- 7 取り消し

生活習慣改善のターゲット(炭水化物、塩分、運動など)を決めます。

カルナ A太郎様

アイテム002

健康的な食事(概論)

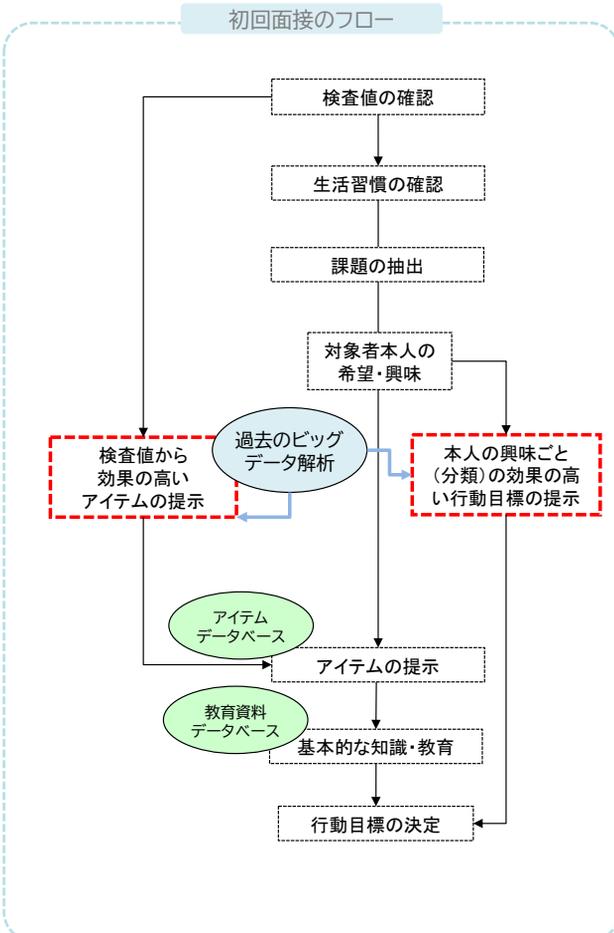
健康的な食事の基本的な考え方は、エネルギー(カロリー)の摂取と消費のバランスを整えることです。

ターゲットに応じて、検査値を考慮したアイテムが順番に出てきます。例えば、血圧の高い方には、塩分の高い食品や、強度の高い運動器具は後の方に出てきます。

画面を選択すると、このアイテムに関連した教育資料が提示されます。

このアイテムの良い点、注意点が医師のコメントとして表示されます。

項目	目標	削減実績(kg)	1日の削減カロリー	必要回数(回/週)	目標回数(回/週)	資料
● 揚げ物を減らす	1.1	87.1	3.5	4	表示	
● 脂質/分目にする	1.0	77.8	7.0			
● 炭水化物を減らす	1.44	112.0	4.9			
● 有酸素運動を行う(ウォーキング/階段)	1.33	103.4	5.3			
● 脂質を減らす					7	



AI推奨

カルナ A太郎様

8. 行動目標の設定

過去の保健指導データ(ビッグデータ)をもとにあなたの検査値を考慮してコンピューターがおすすり行動目標を提示します。一緒に考えてみましょう。**上から順におすすめのものになっています。**

チェック	目標	削減実績(kg)	1日の削減カロリー	必要回数(回/週)	目標回数(回/週)	資料
✓	炭水化物を減らす	1.1	87.1	3.5	4	表示
✓	野菜から食べる	0.8	80.0	3.5		表示
	脂質(揚げ物)を減らす	0.7	81.0	3.5		表示

・検査値
 ・過去の実績(ビッグデータ解析)を考慮して、効果が高いと思われる行動目標案が上から表示されます。(AI推奨)

例えば、血圧の高い方には、「塩分を控える」などが上位に表示され、運動では「ジョギング」より「ウォーキング」が上位になります。また、運動禁忌もチェックされます。

参考:実績(複数の健保が集まった事業)

・完走率/体重変化/階層変化 の実績

■完走率

完走率	
92.5%	
うち、積極的支援	うち、動機付け支援
89.1%	99.4%

※同一プログラムで実施した複数健康保険組合の初回面接実施者1,488人のうち最終評価ができた者
 総数
 最終評価者数(1,488人) / 初回面接者数(1,377人) × 100 = 92.5%
 うち、積極的支援
 最終評価者数(882人) / 初回面接者数(990人) × 100 = 89.1%
 うち、動機付け支援
 最終評価者数(495人) / 初回面接者数(498人) × 100 = 99.4%

さらに、健診結果(2021年度、2023年度)をもちいて分析をしました。

- ・2021年度 健診データ(指導前)
- ・2022年度 指導実施
- ・2023年度 健診データ(指導後)

※分析対象データは、指導前後の検査値に欠損のなかった対象者のみ

■体重変化

積極的支援

アウトカム	人数	割合
-2kg・-2cm達成	259	26%
-1kg・-1cm達成	110	11%

動機づけ支援

アウトカム	人数	割合
-2kg・-2cm達成	136	27%
-1kg・-1cm達成	42	8%

積極的支援・動機づけ支援ともに、1/4以上の方が-2kg,-2cmを達成していました。
 また、10%程度の方が、-2kg,-2cmまでは行かなくとも、-1kg,-1cmは達成していました。

■階層化変化

積極的支援

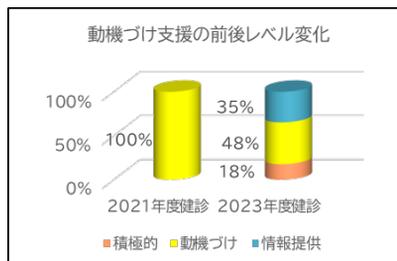
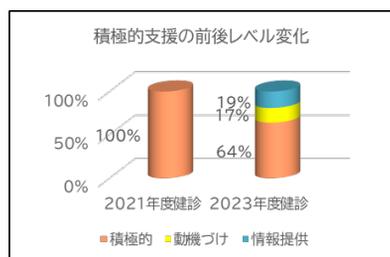
階層化	人数	割合
積極的→積極的	635	64%
積極的→動機づけ	167	17%
積極的→情報提供	188	19%
合計	990	100%

維持
 改善
 改善(2段階)

動機づけ支援

階層化	人数	割合
動機づけ→積極的	88	18%
動機づけ→動機づけ	237	48%
動機づけ→情報提供	173	35%
合計	498	100%

悪化
 維持
 改善



積極的支援・動機づけ支援ともに、35%以上の方が階層レベルが改善していました。
 特に、19%の方が積極的から情報提供と2段階の改善をしています。

■当社の対応について満足度調査を行いました。

満足度:平均85点(100点満点)

【主なご意見】

- ・特保と重症化予防の重複対象者がカルナの事業に参加し効果が確認できた。
- ・当組合は糖尿病が多くCGM利用など可視化が評価できる。
- ・最初の事業案内は紙で届く方が手に取って見ていただきやすいのでよい。
- ・オンライン診療の重症化予防に興味あり。保健事業に携わり3年くらい、分からないことがあってもきちんと教えてくれる。
- ・連携が取れていて良い。カルナとの毎月のやり取りについては満足。
- ・SMS利用について検討してほしい。
- ・架電タイミングを細かく連携出来たらよい。・指導内容がもっと詳細に分かるとうよい。

参考: 事務作業取りまとめ

特定保健指導を複数の保健指導事業者へ委託することがあると思います。
 複数の事業者へ委託すると、契約・支払作業、進捗管理、事業全体の評価などが煩雑になります。
 そこで、当社では、100人以上の特定保健指導を委託して頂ける健保さまに対しては、無償で事務・管理・評価の取りまとめを実施します。

保健指導は、単に有資格者が行えばよいというものではなく、標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)や特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引きといったレギュレーションを守らなくてはなりません。
 また、医学的知識も要求され、**健保の担当者や代行業者**が、委託先の保健指導会社の管理・評価をするのは無理があります。



長年の経験をもとに、保健指導会社のチェックを行います。

- 保健指導会社の選定(プログラムチェック)
 - ・保健指導会社のプログラムがレギュレーションに合致しているかを確認します。
- 保健指導会社との契約
 - ・複数の保健指導会社と契約する場合、金額交渉、契約締結作業を行い、取り纏めます。
- 定例会
 - ・全保健指導会社を集め(zoom)で、みんなで進捗や問題点を話し合うことで、健保特有の課題や解決方法を共有します。(委託事業者ごとの定例会は必要なく、月に1回の定例会で済みます。)
- 実施管理
 - ・保健指導の内容が、医学的に問題ないかを確認します。(専門医が確認します)
 - ・指導実績に間違いがないかを確認します。
 - ・個人情報の取り扱いに問題がないかを確認します。
- 評価
 - ・保健指導会社のデータの取り扱い方(統計処理)が適正か確認します。
 - ・専門医や統計学者等に確認をしてもらい、報告書が適正かを評価します。
 - ・評価指標を統一し、事業全体の評価を行います。(医学者が監修します)
- 支払
 - ・複数の保健指導会社と契約する場合、支払いを代行し、取り纏めます。

※ 本サービスは無償であることから、サービス提供数には上限がございます。

社会貢献のご紹介

体重2kg減少で途上国の給食支援“TABLE FOR TWO”へ800円を寄付します。

《寄付の流れ図》

企業・団体で参加する

▶ TABLE FOR TWOプログラム

TABLE FOR TWOプログラムの事業所食堂・レストランでの実施方法、小売食品の購入・商品開発・販売での実施方法、自動販売機での実施方法をご案内します。

▶ カロリーオフセットプログラム

サービスの利用や、イベント参加でカラダを動かすことによって、カロリーをオフセットすることができ、開発途上国の学校給食や、畑の設備費として寄付されます。

▶ 商品購入

TABLE FOR TWOプログラム対象食品が購入できるお店を一覧紹介します。

▶ 寄付

寄付による事務局運営へのご支援のご案内です。

▶ そのほか

製品、スペース協賛等でTABLE FOR TWOをご支援くださりたい方へのご案内です。



1回の給食(350kcal程度)は20円の現地価格に相当します。

もしあなたが2キロ痩せたら
 $7,000\text{kcal}/\text{kg} \times 2\text{kg} = 14,000\text{kcal}$ が削減されたと考えられます。

これを給食回数に直すと
 $14,000\text{kcal} \div 350\text{kcal}/\text{回} = 40$ 回分の給食となります。

1回分の給食費が20円ですから
 $40 \times 20\text{円} = 800\text{円}$ が寄付されます。

**2キロ痩せると800円の寄付がされ
 途上国の子供たち40回分の給食が寄付されたこととなります。**

<https://jp.tablefor2.org/aboutus/profile.html>
 から一部図を加工

受診勧奨

勤労世代向け専門医によるオンライン診療連携
受診勧奨プログラム

サービス概要(1)

【基本的な考え方】

特定健康診査結果から抽出した、血糖、脂質、血圧リスクの高いものに対して未通院者に対し受診勧奨を実施します。特に、2024年度診療報酬改定による制度改正を受けて、弊社ではオンライン診療に参加していただける**専門医グループを構築**し、医療機関を紹介するだけでなく、**クリティカルパス※1**を使った**医療機関との情報連携(保健指導の内容と治療内容)**に基づく指導を実現します。

【本プログラムの特徴】

■ 多様なプログラム

		CGM	血圧計	スマートウオッチ	アプリ利用	案内パンフ	指導回数	オンライン診療との連携
受診勧奨(通知)	糖尿病					●	手紙 2回	案内のみを実施する
	高血圧症					●		
	脂質異常症					●		
受診勧奨(簡易)	糖尿病					●	電話 2回	受診予約の取次ぎまでを実施する
	高血圧症					●		
	脂質異常症					●		
受診勧奨(標準)	糖尿病	●			●	●	電話 2回 Zoom 1回	機器のデータをオンライン診療を行う医師に提供する。
	高血圧症		●		●	●		
	脂質異常症			●	●	●		

■ オンライン診療との連携(受診率向上・医療機関との連携強化)

課題: 通院継続率は約半数

多忙で院時間がとれない

解決案: オンライン診療

課題: 質の悪いオンライン診療

解決案
専門医チームが行う
オンライン診療

【オンライン診療中の検査について】

患者さまには、地域の医療機関で検査を受けていただきます。地域の医療機関には大きく分けて二つのパターンがあります。

① 提携先医療機関が近くにある場合

事前に「検査のみ」を実施する契約を結んでいる医療機関で、患者さまは待ち時間なくスムーズに検査を受けられます。

② 提携先医療機関が近くにない場合

患者さまが普段から通院している医療機関で検査を受けるケースです。この場合は、主治医から地域医療機関に紹介状をお渡しし、検査結果を共有していただきます。

保健指導情報もクリティカルパスに入力される



カルナ

クリティカルパス



カルナから最新の治療プロトコルを提供

治療計画/実績管理
※CGM等の重症化予防情報
※生活習慣指導情報
※医療機関からクリティカルパス結果取得

クリティカルパスを見ながら診察

患者ID	氏名	性別	年齢	糖尿病	高血圧	脂質異常	その他
1000001	田中 太郎	男	65	●	●	●	
1000002	佐藤 花子	女	58	●	●	●	
1000003	鈴木 一郎	男	72	●	●	●	
1000004	高橋 美穂	女	61	●	●	●	
1000005	山本 健太	男	55	●	●	●	
1000006	中村 由美	女	68	●	●	●	
1000007	小林 大輔	男	52	●	●	●	
1000008	渡辺 真理	女	63	●	●	●	
1000009	吉田 拓也	男	59	●	●	●	
1000010	松本 千代	女	66	●	●	●	

オンライン診療医療機関



コメディカル

患者

医師

専門医が少ないことについての解決案

● 重症のみを対象(赤枠)

疾患名	検査項目	優	良	可	不可
糖尿病	HbA1c(%)	6未満	6以上~7未満	7以上~8未満	8以上
	血糖値(空腹時)mg/dL	110未満	110以上~130未満	130以上~160未満	160以上
高血圧症	血圧(収縮期)mmHg	140未満	140以上~160未満	160以上~180未満	180以上
	血圧(拡張期)mmHg	90未満	90以上~100未満	100以上~110未満	110以上
脂質異常症	中性脂肪(mg/dL)	150未満	150以上~300未満	300以上~400未満	400以上
	HDL-C(mg/dL)	40以上	35以上~40未満	30以上~35未満	30未満
	LDL-C(mg/dL)	120未満	120以上~140未満	140以上~160未満	160以上

非専門

専門

● 6か月間の短期集中

本事業では、6か月間で糖毒性(インスリン抵抗性)を解除※2し、適正な処方の方の確立を目指します。

6ヶ月後 ⇒ 地域医療機関へ
10ヶ月後 ⇒ フォローアップ

■ 受診勧奨

未通院の場合に地域医療機関通院再開か、オンライン診療を受けるかを本人の意向で決める。

■ オンライン診療の紹介

・導入指導1回目では、地域医療機関の対面診療を紹介します。

・対面診療に対し、「忙しい・専門医が違い」等の理由で通院しない人に対し、はじめてオンライン診療の紹介を行います。

● 福岡の地の利

専門医が比較的多い福岡を起点とする

● 専門医にメリットのあるツールの提供

クリティカルパスによる最新の治療プロトコルの知見が得られる

※1 クリティカルパスとは、医療チームが効率的に治療を進めるための計画や指針および結果を記載するツール。

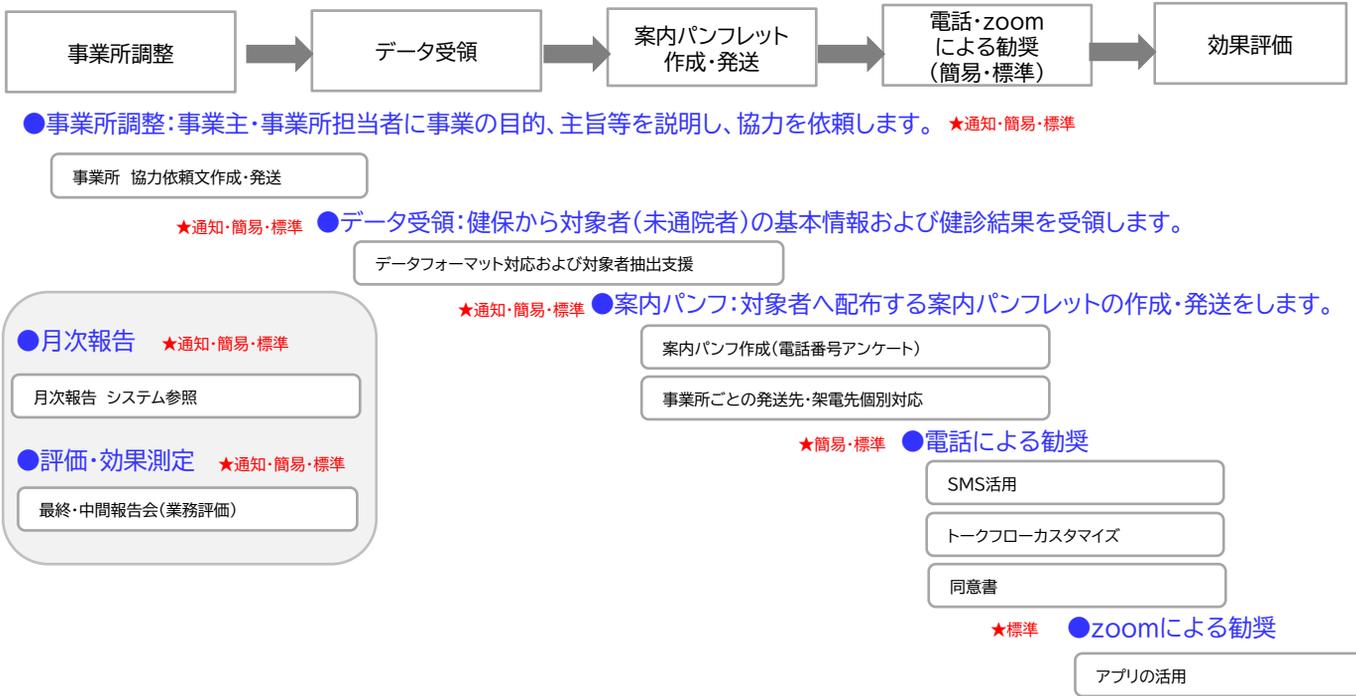
本事業では、クリティカルパスはカルナから提供されるが、保健指導会社(カルナ)と医療機関(オンライン診療)が双方入力し、連携して利用することから「連携パス」と呼ばれる。

※2 糖毒性(インスリン抵抗性)とは、高血糖状態が続くことで、インスリンが効きにくくなる状態。

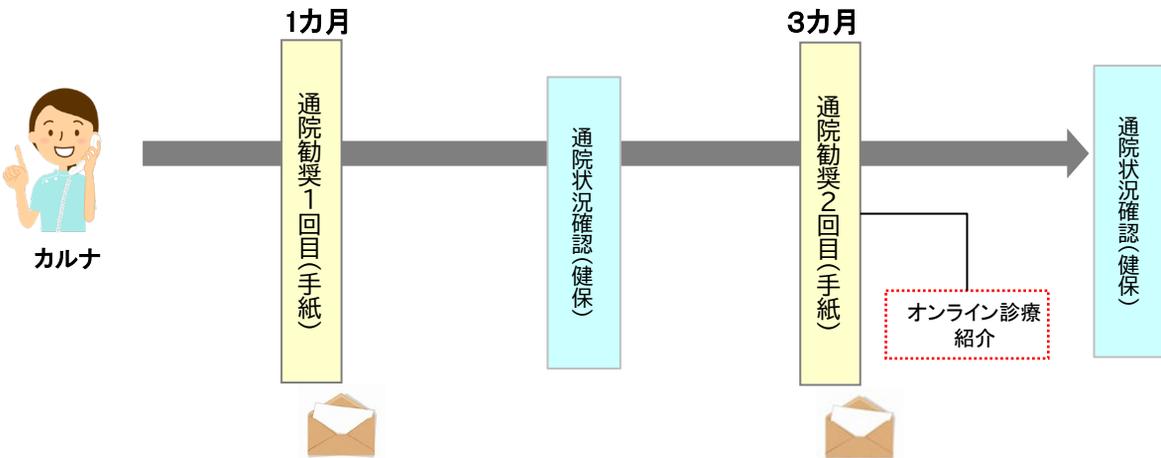
サービス概要(2)

【事業全体図】

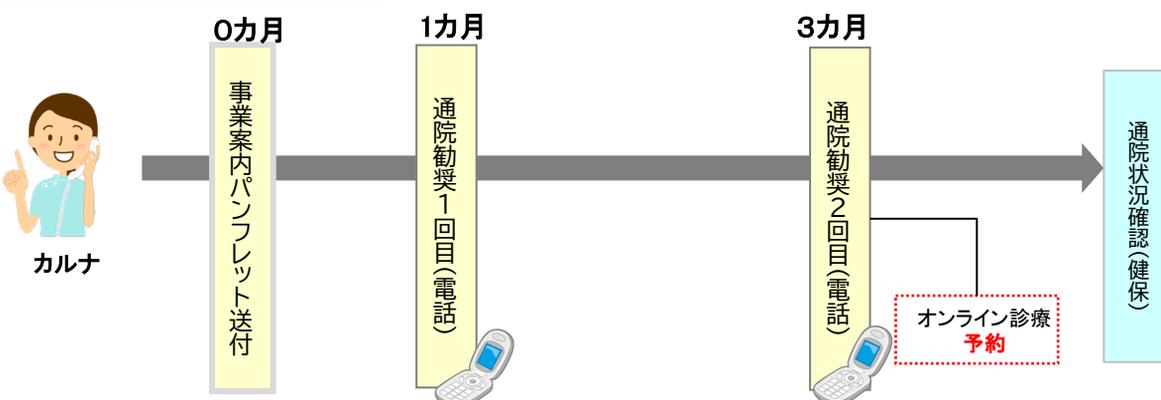
事業全体と作業の流れを示します。



受診勧奨 (通知)

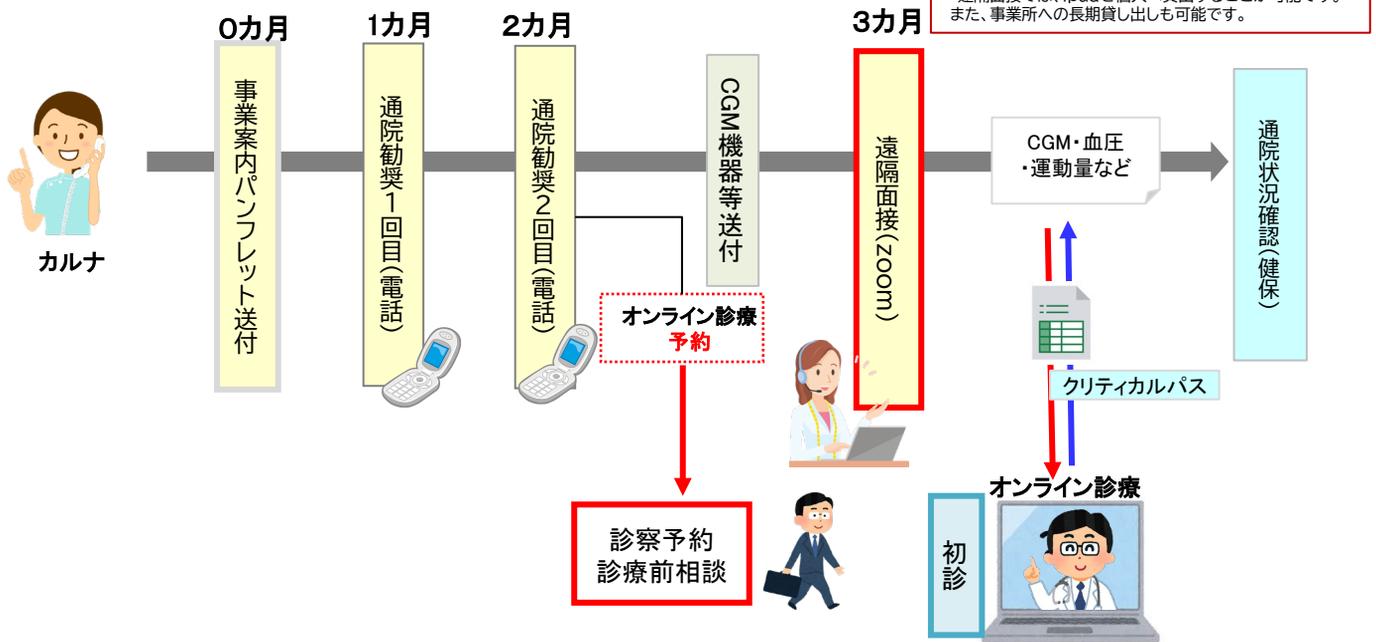


受診勧奨 (簡易)



サービス概要(3)

受診勧奨 (標準)



データフォーマット対応および対象者抽出支援

多くの健保では、業者指定のCSVを出力するのは難しく、システム会社に依頼するなど費用と手間がかかってしまいます。そこで、これまで当社では対象者のデータは、**各健保が出力できる形式(XML, Excel, CSV)で対応**してきました。(過去当社とデータのやり取りをしたことのある健保は、**新たなデータフォーマットの調整は不要**)
また、対象者抽出が難しい健保に対しては、**対象者の抽出作業(無料)**を行います。

事業所ごとの発送先・架電先個別対応

案内パンフレットの発送方法は、健保により各事業所の事情が異なります。当社では、各健保に事業所ごとの対応をヒアリングし、プログラムにより間違いが無いよう対応しています。

健保ごとに設定

- 健保ごとに調整
- 被保険者/被扶養者ごとの発送種類
- 事業所単位での発送種類

事業所ごとに設定

- 発送方式の種類
- 健保一括(事業所ごと仕分け)
- 事業所一括(部署ごと仕分け)
- 事業所個人宛
- 自宅

個人に適用

- 下記条件から決定
- 保険者名
- 事業所名
- 被保険者/被扶養者

宛名書き

健保へ(事業所ごと)ヒアリング

システムへ設定

プログラムにより制御、自動作成しています。

複雑

月次報告 システム参照

「月次報告(月例会)」にて、指導内容の詳しい内容をシステムで参照しながら報告します。

<リアルタイム情報>

【参加勧奨】

- 参加勧奨文書送付数
- 電話による参加勧奨実施数
- 勧奨結果(同意を得られた人数、得られなかったものについてはその理由)

【保健指導】

- クリティカルパス(システム)に指導内容、結果は全て入力してあります。

<相談事項>

- 連絡が取れなくなった場合
- 中断した対象者がいた場合
- 対象者等からの問い合わせ対応した場合
- 資格喪失者が確認された場合

※セキュリティ上(VPNやPKIが必要)、健保担当者はシステム操作をせず、zoomで当社担当者が操作をして表示する方式を取ります。

対応No.	対応日時/予定日時	対応種別/ポイント	対応者名
<p>内容</p> <p>緊急対応(4回/週) 緊急連絡(2回/週)</p> <p>運動状況: フォーキングを週に2回程度、1日に60分程度実行</p> <p>【医師指示: なし】</p> <p>【検査・測定値: 未記入】</p> <p>【状態: 未記入】</p> <p>体重: 80.4 kg / 腰囲: 86.0 cm / 血圧(収縮期/拡張期): 138 mmHg / 99 mmHg</p> <p>改善状況: 体重: 変化なし / 運動: 改善 / 食事: 変化なし / 喫煙: 非喫煙 / その他: 不明</p>			
4 (復旧)	2023/03/20	通院TEL 0分	アクション2/3 (Phase B) 【最終ポイントと抄録確認】 療養第4回 (最終評価アンケート実施) (12 特保 全国健康保険協会 福岡支部)
<p>本票当 (特保) 【医師】</p> <p>○ 3 0、現在療養中 (延期の場合は25日以内)</p> <p>【署名: 幸川 2023/03/20 16:49】</p>			
<p>改善状況: 体重: 不明 / 運動: 不明 / 食事: 不明 / 喫煙: 不明 / その他: 不明</p>			
3 (済)	2023/03/08 00:16	通院メール	アクション1/3 (Phase B) 最終評価アンケート 送付 (12 特保 全国健康保険協会 福岡支部)

サービス概要(4)

CGM等の利用とアプリ

機器とアプリは組み合わせて使います。

CGM:24時間血漿グルコース測定器(リブレ®)

1



★血糖値の70%を70~180mg/dLの範囲に入れる事を目標にします。
 Step1:食事をとる前に、この食事であればどこまでピークが上がるかを予測します。
 Step2:予測と結果が異なる場合、なぜしたかを検証します。
 Step3:1日の終わりに、血糖全体の70%を70~180mg/dLの範囲に入ったか確認します。

これを14日×3食=42回実施すると、かなりの方が**血糖ピーク予測が当たるようになります**。
 同時に、どうすればピークを抑えることができるかも分かるようになり、**CGMを付けていない時も血糖コントロールがうまくなります**。

zoomでご説明しながら、CGMを装着してもらいます。



アプリに入力

※画像はアポットジャパンHPより

クリティカルパスを見ながら診察

コメディカル

患者

医師

オンライン診療医療機関

アプリ

- ファイル共有
- 行動履歴記録
- CGM記録
- 生活記録
- e-learning
- ウェブチャット
- 透析予測
- アラムナーゼ

CGM記録

リブレ装着時、食事前に血糖ピークを患者が予想することで、“何を食べてどのくらい血糖値が上がるか”を実感してもらうことができます。

生活記録

食事の写真や、リブレのグラフの写真をアップロードしたり、血圧などの記入が可能です。

血圧計

2



アプリに入力

スマートウォッチ

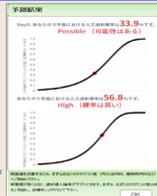
3



アプリに入力

透析予測

3年後、5年後に人工透析がはじまる確率を確認することができます。検査結果を入れていただくだけで、客観的に自分の状態をみていただくことができます。



e-learning

医師が監修した安全な内容の教育動画をアプリで配信します。

検査値が良くなると、透析導入確率が下がってきます。

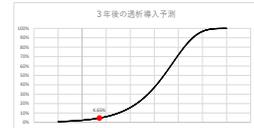
このまま放置すると 3年後、5年後に人工透析がはじまる確率

あなたの健診結果のうち、以下の3項目をもちて計算しています。

eGFR ※(1) **75** mL/min/1.73m2 HbA1c ※(2) **8.0** % 尿たんぱく (十)

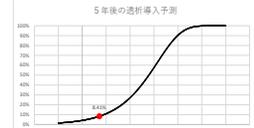
あなたの**3年後**の透析導入確率

4.65 %



あなたの**5年後**の透析導入確率

8.41 %



参考:実績(総合健保)

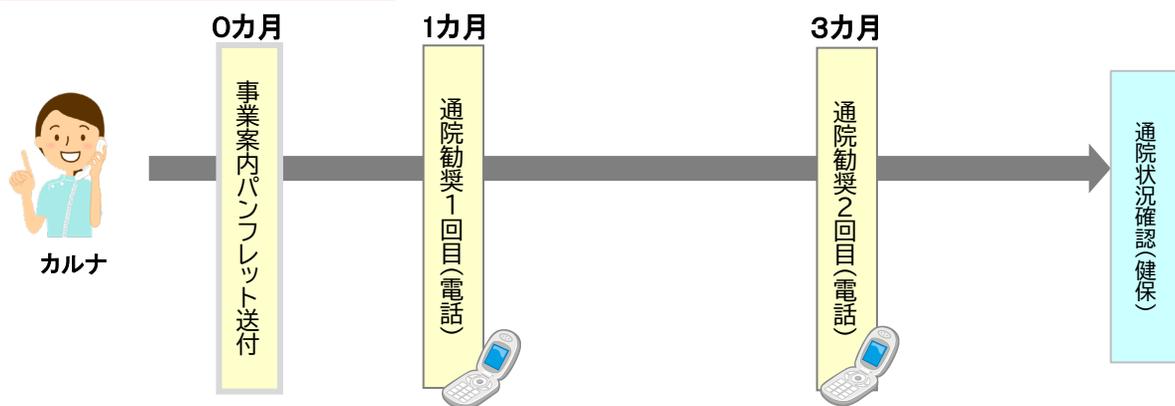
■受診勧奨(簡易)の実績を示します。 ※総合健保

【内容】

- ・案内パンフレット
- ・2回電話

★オンライン診療紹介はありません。

受診勧奨 (簡易)



事業年度	対象数(人)	受診開始数(人)	受診率	対象疾患
2020年	318	84	26%	糖尿病
2021年	300	83	28%	
2022年	237	43	18%	
2023年	413	128	31%	

【通院拒否理由】

- ・時間がない ☞待ち時間が長い
- ・自覚症状がない ☞自覚症状に気づいていない
- ・自己管理している・次の健診結果を見て ☞専門的治療を受けている気がしない

通院拒否理由	人数	比率
時間がない	172	31%
経済的理由	11	2%
近くに病院がない	0	0%
他疾患で受診中	11	2%
自覚症状がない	140	25%
面倒である	32	6%
検査結果を知るのが怖い	2	0%
自己管理している・次の健診結果を見て	183	33%
合計	551	100%

通院拒否理由の大部分は、「専門医によるオンライン診療」で解決できるはず

重症化予防事業

勤労世代向け専門医による
オンライン診療連携重症化予防プログラム

サービス概要(1-1)

【本プログラムの特徴】

本事業は2つの特徴があります。

(1) CGM(リブレ®)を活用したアプリ(独自開発)による指導

リブレを付けただけでは血糖値は改善しません。空腹のときや食後はどのくらいの血糖値になっていればコントロールが良いといえるのかを覚えてもらうことと、その値に近づくためにはどのような工夫をすればよいのかを学んでいただくことが重要です。アプリを使い、CGM記録を使った血糖コントロールを学んでいただきます。

血糖値が70~180mg/dLに70%以上入っている場合、HbA1c7.0%未満を達成できる可能性があるとしてされています。第79回米国糖尿病学会学術集会で発表、Diabetes Careで公表されました。

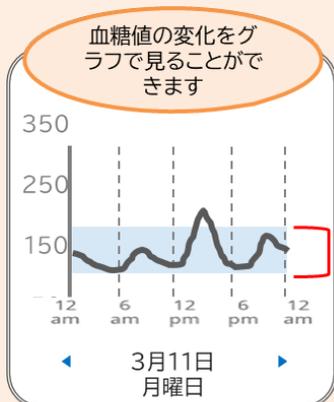
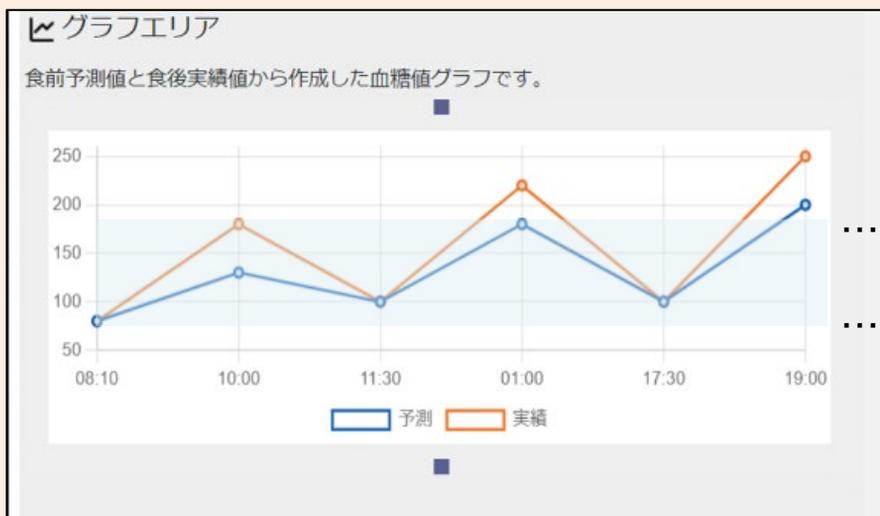
アプリを使って学んでほしいこと

血糖値の70%を70~180mg/dLの範囲に入れる生活習慣の工夫の仕方

- Step1: 食事をする前に、この食事であればどこまでピークが上がるかを予測します。
- Step2: 予測と結果が異なる場合、なぜズレたかを検証します。
- Step3: 1日の終わりに、血糖全体の70%が70~180mg/dLの範囲に入ったか確認します。



これを14日×3食=42回実施すると、かなりの方が**血糖ピーク予測が当たるようになります**。同時に、どうすればピークを抑えることができるかも分かるようになり、**CGMを付けていない時も血糖コントロールがうまくなります**。



昼食後に急上昇か…
ラーメンだけって野菜がないからよくないのかな…



野菜を先に食べると血糖値の急上昇を抑えることができます。
70~180mg/dLの間にあるようにしましょう



2週間貼ったままで過ごしていただき自己管理を行ってまいります。

サービス概要(1-2)

(2) 専門医チームが行うオンライン診療との連携(受診率向上・医療機関との連携強化)

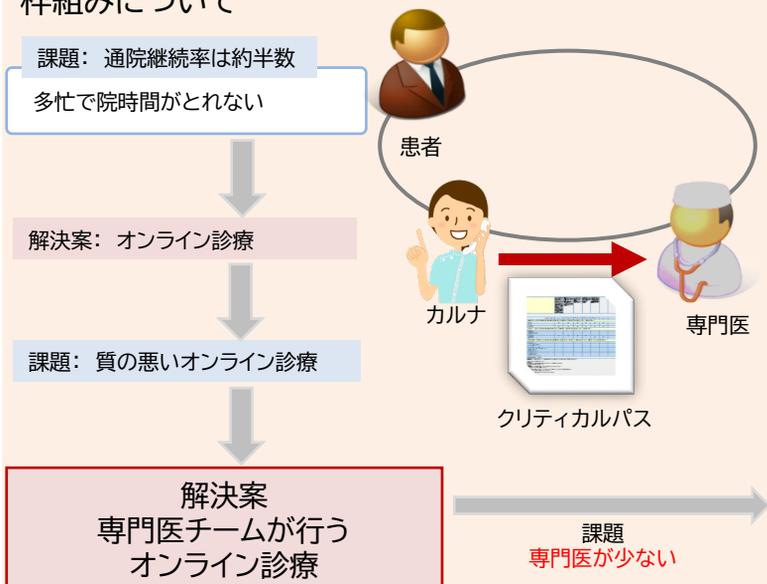
生活習慣病の重症化を防ぐには、定期的な通院が欠かせません。しかし、勤労世代の多忙な方にとって通院時間を確保するのは容易ではなく、実際に生活習慣病患者の通院継続率は約半数にとどまっています。こうした状況を踏まえ、2024年からはオンライン診療が解禁され、通院負担を大きく軽減できる制度が整いました。

多くの医療機関がオンライン診療を提供し始めていますが、その一方で問題も生じています。主な課題は、オンライン診療を行う医療機関の中には医師が診察をせずに処方を行っている、健診結果などのデータがないまま初診を行っている、往診料を請求している、まったく専門分野ではない診察を行っているなど、質が悪いことにあります。このような課題を解決するためには、専門医がオンライン診療を行えばいいのですが、患者数に比べて専門医が非常に少なく、さらにオンライン診療に対応する専門医となると、ほとんど存在しないことが背景にあります。

そこで弊社では、多忙な専門医に働きかけ、オンライン診療に参加していただける専門医グループを構築しました。弊社の強みは、この専門医によるオンライン診療をご紹介できる点にあります。

なお、カルナでは、医療機関を紹介だけでなく、保健指導の内容と治療内容をクリティカルパス※1を使って医療機関と情報連携を行っています。

枠組みについて



【オンライン診療中の検査について】
患者さまには、地域の医療機関で検査を受けていただきます。地域の医療機関には大きく分けて二つのパターンがあります。
① 提携先医療機関が近くにある場合
事前に「検査のみ」を実施する契約を結んでいる医療機関で、患者さまは待ち時間なくスムーズに検査を受けられます。
② 提携先医療機関が近くにない場合
患者さまが普段から通院している医療機関で検査を受けるケースです。この場合は、主治医から地域医療機関に紹介状をお渡しし、検査結果を共有していただきます。

専門医が少ないことについての解決案

● **重症のみを対象(赤枠)**

疾患名	検査項目	優	良	可	不可
糖尿病	HbA1c(%)	6未満	6以上~7未満	7以上~8未満	8以上
	血糖値(空腹時)mg/dL	110未満	110以上~130未満	130以上~160未満	160以上
高血圧症	血圧(収縮期)mmHg	140未満	140以上~160未満	160以上~180未満	180以上
	血圧(拡張期)mmHg	90未満	90以上~100未満	100以上~110未満	110以上
脂質異常症	中性脂肪(mg/dL)	150未満	150以上~300未満	300以上~400未満	400以上
	HDL-C(mg/dL)	40以上	35以上~40未満	30以上~35未満	30未満
	LDL-C(mg/dL)	120未満	120以上~140未満	140以上~160未満	160以上

非専門 | 専門

● **6か月間の短期集中**
本事業では、6か月間で糖毒性(インスリン抵抗性)を解除※2し、適正な処方の確立を目指します。

6ヶ月後 ⇒ 地域医療機関へ
10ヶ月後 ⇒ フォローアップ

- **受診勧奨**
未通院の場合に地域医療機関通院再開か、オンライン診療を受けるかを本人の意向で決める。
- **オンライン診療の紹介**
・導入指導1回目では、地域医療機関の対面診療を紹介します。
・対面診療に対し、「忙しい・専門医が遠い」等の理由で通院しない人に対し、はじめてオンライン診療の紹介を行います。

● **福岡の地の利**
専門医が比較的多い福岡を起点とする

● **専門医にメリットのあるツールの提供**
クリティカルパスによる最新の治療プロトコルの知見が得られる

保健指導情報もクリティカルパスに入力される



カルナ

クリティカルパス



カルナから最新の治療プロトコルを提供

治療計画/実績管理
※CGM等の重症化予防情報
※生活習慣指導情報
※医療機関からクリティカルパス結果取得

クリティカルパスを見ながら診察

オンライン診療医療機関

コメディカル

患者

医師

※1 クリティカルパスとは、医療チームが効率的に治療を進めるための計画や指針および結果を記載するツール。
本事業では、クリティカルパスはカルナから提供されるが、保健指導会社(カルナ)と医療機関(オンライン診療)が双方入力し、連携して利用することから「連携パス」と呼ばれる。
※2 糖毒性(インスリン抵抗性)とは、高血糖状態が続くことで、インスリンが効きにくくなる状態。

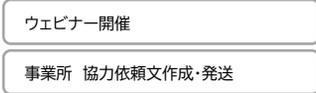
サービス概要(2)

【事業全体図】

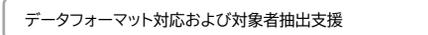
事業全体と作業の流れを示します。



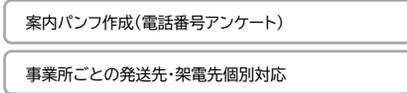
●事業所調整: 事業主・事業所担当者に事業の目的、主旨等を説明し、協力を依頼します。



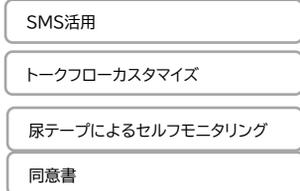
●データ受領: 健保から対象者の基本情報および健診結果を受領します。



●案内パンフ: 対象者へ配布する案内パンフレットの作成・発送をします。



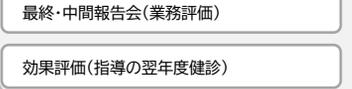
●参加勧奨: 参加勧奨電話を行います。(健保により実施するかどうか異なります。)



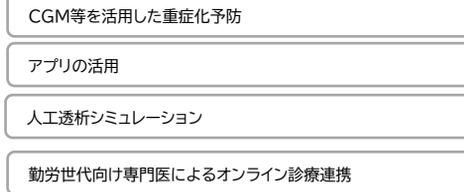
●月次報告



●評価・効果測定



●初回面接: 遠隔面接を実施します。

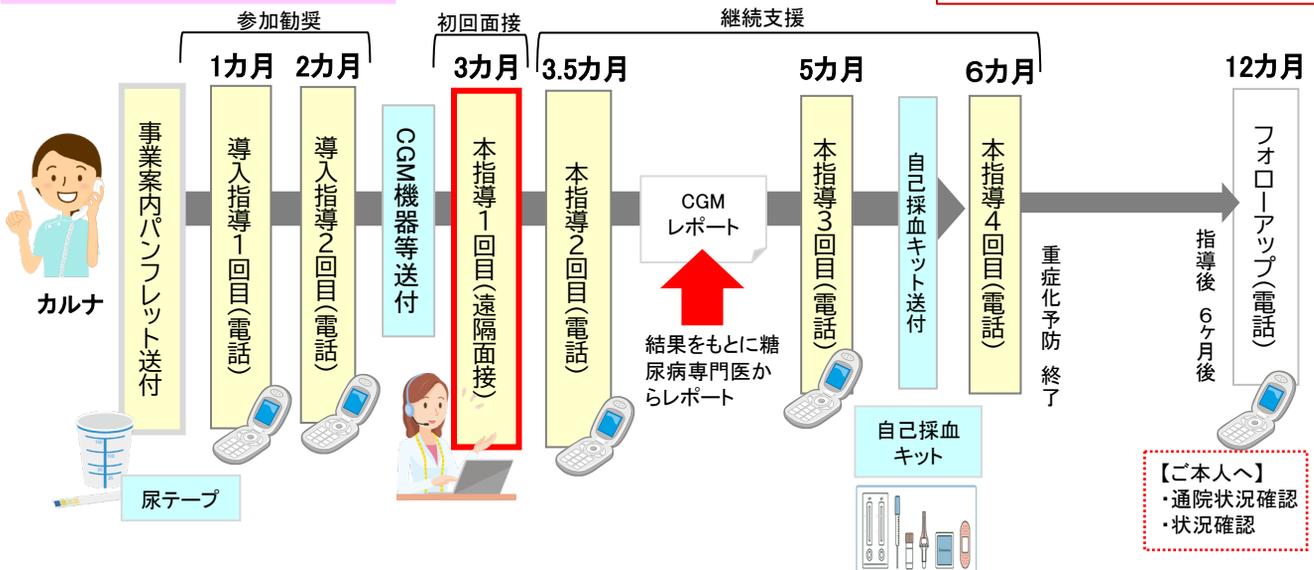


●継続支援: 2回の電話支援を行います。



重症化予防(保健事業)

・指導は9:00~19:00 土日祝日も対応しています。
 ・遠隔面接では、ipadを個人へ貸出することが可能です。
 また、事業所への長期貸し出しも可能です。



サービス概要(3)

ウェビナー開催

事業所へ健保名で依頼文を送付し、事業への協力を依頼することに加え、事業主、事業所担当者を対象にしたウェビナーを複数回開催します。
 ウェビナーでは、生活習慣病等の重症化予防の制度背景、目的、意義等を中心に説明します。

データフォーマット対応および対象者抽出支援

多くの健保では、業者指定のCSVを出力するのは難しく、システム会社に依頼するなど費用と手間がかかってしまいます。そこで、これまで当社では、対象者のデータは**各健保が出力できる形式(XML, Excel, CSV)で対応**してきました。(過去当社とデータのやり取りをしたことのある健保は、**新たなデータフォーマットの調整は不要**)
 また、対象者抽出が難しい健保に対しては、**対象者の抽出作業(無料)**を行います。

事業所ごとの発送先・架電先個別対応

案内パンフの発送方法は、健保により各事業所の事情が異なります。
 カルナでは、各健保に事業所ごとの対応をヒアリングし、プログラムにより間違いが無いよう対応しています。

健保ごとに設定

健保ごとに調整
 ・被保険者／被扶養者ごとの発送種類
 ・事業所単位での発送種類

事業所ごとに設定

発送方式の種類
 ・健保一括(事業所ごとと仕分け)
 ・事業所一括(部署ごとと仕分け)
 ・事業所個人宛
 ・自宅

個人に適用

下記条件から決定
 ・保険者名
 ・事業所名
 ・被保険者／被扶養者

宛名書き

健保へ(事業所ごと)ヒアリング

システムへ設定

プログラムにより制御、自動作成しています。

複雑

尿テープによるセルフモニタリング

単に「通院しましょう」というだけではなく、体の状態を詳しく説明する資料と尿テープをお送りし、自己検査をしていただくことで、体の状態を目で見て理解でき、通院の必要性を感じていただける指導を行います。

案内文書に尿テープ

- ・尿糖
- ・尿蛋白
- ・尿中微量アルブミン検査
- ・尿中食塩濃度

を同封し、**リトマス紙のように色が変わることを自分の目で確認してもらう**とともに参加および受診勧奨を行うことで、参加および受診率向上を図ります。

通院拒否理由	人数	比率
時間がない	172	31%
経済的理由	11	2%
近くに病院がない	0	0%
他疾患で受診中	11	2%
自覚症状がない	140	25%
面倒である	32	6%
検査結果を知るのが怖い	2	0%
自己管理している・次の健診結果を見て	183	33%
合計	551	100%

受診をしないと答えた方の理由



尿テープセット

効果評価 (指導の翌年度健診)

保健指導終了時の値は、自己申告値であることから、最終的には翌年度の健診結果で効果評価を行います。特に、指導の翌年度の健診結果を使った事業最終評価を各健保ごとに行い、データヘルス計画の根拠データとして活用できるように提示します。

月次報告 システム参照

「月次報告(月例会)」にて、指導内容の詳しい内容をシステムで参照しながら報告します。

<リアルタイム情報>

【参加勧奨】

- ・参加勧奨文書送付数
- ・電話による参加勧奨実施数
- ・勧奨結果(同意を得られた人数、得られなかったものについてはその理由)

【保健指導】

- ・クリティカルパス(システム)に指導内容、結果は全て入力してあります。

<相談事項>

- ・連絡が取れなくなった場合
- ・重症化予防指導を中断した対象者がいた場合
- ・対象者等からの問い合わせ対応した場合
- ・資格喪失者が確認された場合

※セキュリティ上(VPNやPKIが必要)、健保担当者はシステム操作をせず、zoomで当社担当者が操作をして表示する方式を取ります。

システム画面

対応No.	対応日時/予定日時	対応種別/ポイント	対応者名
内容 緊急訪問4回/週、緊急診察化/日 ■運動状況：ウォーキングを週に2回程度、1日に60分程度実行 【最終指示：なし】 ■高血圧・糖尿病：【未記入】 ■喫煙：【未記入】 体重：80.4 kg / 腰囲：86.0 cm / 血圧(収縮期/収縮期)：138 mmHg / 99 mmHg 改善状況 体重：変化なし / 運動：不明 / 食事：変化なし / 喫煙：非喫煙 / その他：不明			
4 (登録)	2023/03/20	通院TEL 0分	アクション2 / 3 (Phase 2) 【最終ポイントと評価確認】 参加申込4回 (最終評価アンケート実施) (12 特保、全国健康保険協会 福岡支部)
本朝言(特保)【振替】 〇30、現在開催中(延期の場合は25日以内) 【署名：幸川 2023/03/20 16:49】			
改善状況 体重：不明 / 運動：不明 / 食事：不明 / 喫煙：不明 / その他：不明			
3 (済)	2023/03/08 00:16	通院メール	アクション1 / 3 (Phase 3) 最終評価アンケート、送付 (12 特保、全国健康保険協会 福岡支部)

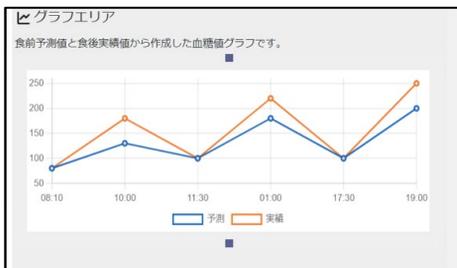
サービス概要(4)

CGM等の利用とアプリ

機器とアプリは組み合わせて使います。

CGM:24時間血糖グルコース測定器(リブレ®)

1



- ★血糖値の70%を70~180mg/dLの範囲に入れる事を目標にします。
- Step1:食事をとる前に、この食事であればどこまでピークが上がるかを予測します。
- Step2:予測と結果が異なる場合、なぜしたかを検証します。
- Step3:1日の終わりに、血糖全体の70%を70~180mg/dLの範囲に入ったか確認します。

これを14日×3食=42回実施すると、かなりの方が**血糖ピーク予測が当たるようになります**。同時に、どうすればピークを抑えることができるかも分かるようになり、**CGMを付けていない時も血糖コントロールがうまくなります**。

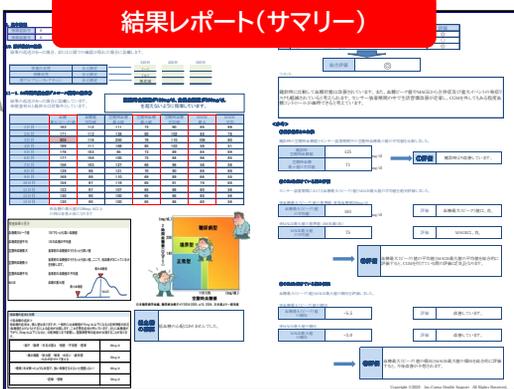
zoomでご説明しながら、CGMを装着してもらいます。



※画像はアポットジャパンHPより

アプリに入力

結果レポート(サマリー)



結果レポート(約20ページ)



アプリ

CGM記録

生活記録

アプリ機能一覧:

- ファイル共有
- 行動履歴記録
- CGM記録
- 生活記録
- e-learning
- ワンポイント
- 透析予測
- アナムネージ

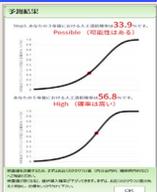
リブレ装着時、食事前に血糖ピークを患者が予想することで、“何を食べてどのくらい血糖値が上がるか”を実感してもらうことができます。



食事の写真や、リブレのグラフの写真などをアップロードしたり、血圧などの記入が可能です。

透析予測

3年後、5年後に人工透析がはじまる確率を確認することができます。検査結果を入れていただくだけで、客観的に自分の状態をみていただくことができます。



e-learning

医師が監修した安全な内容の教育動画をアプリで配信します。



血圧計と減塩食

2

アプリに入力



スマートウォッチと減塩食

3

アプリに入力

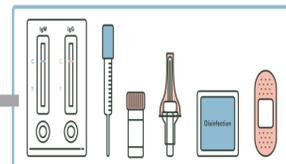


検査値が良くなると、透析導入確率が下がってきます。

自己採血キット(郵送健診)

4

アプリに入力



約半年の指導後に血液検査を受けていない方は、採血キットをお渡しし、検査値を確認します。

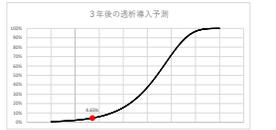
このまま放置すると 3年後、5年後に人工透析がはじまる確率

あなたの健診結果のうち、以下の3項目をもとに計算しています。

eGFR ※(1) **75** mL/min/1.73m2 HbA1c ※(2) **8.0** % 尿たんばく (+)

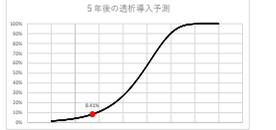
あなたの3年後の透析導入確率

4.65 %



あなたの5年後の透析導入確率

8.41 %



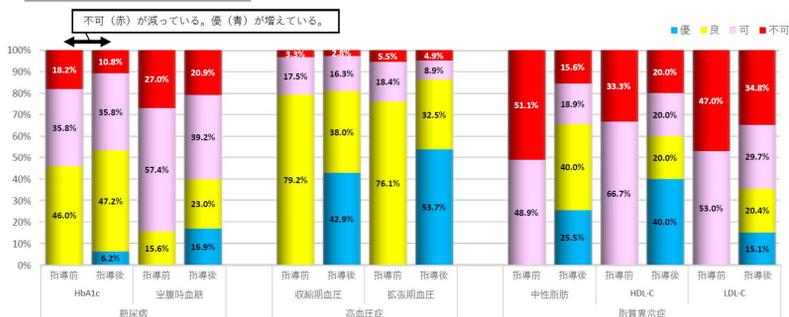
参考:実績(複数の健保が集まった事業)

■重症化予防の効果検証は、3ヶ年されています。(2023年、2024年は健診結果が出揃いのを待っています。)

事業年度	評価期間	データ受領数(人)	指導実施数(人)	参加率	対象疾患
2020年	2019年度健診と2021年度健診	10,069	1,451	14.55%	糖尿病 高血圧症 脂質異常症
2021年	2020年度健診と2022年度健診	16,946	2,944	17.37%	
2022年	2021年度健診と2023年度健診	17,234	2,202	17.82%	
2023年	2024年度健診結果待ち	24,847	3,780	15.21%	
2024年	指導中	未定	未定	未定	

※2023年度参加率低下の理由は、2回連続で架電不通の場合、指導終了ルールを追加したため。

2020年度事業

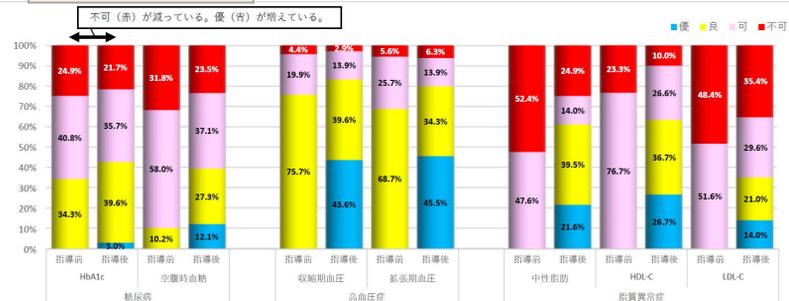


疾患名	検査項目	優	良	可	不可
糖尿病	HbA1c(%)	6未満	6以上~7未満	7以上~8未満	8以上
	血糖値(空腹時)mg/dL	110未満	110以上~130未満	130以上~160未満	160以上
高血圧症	血圧(収縮期)mmHg	140未満	140以上~160未満	160以上~180未満	180以上
	血圧(拡張期)mmHg	90未満	90以上~100未満	100以上~110未満	110以上
脂質異常症	中性脂肪(mg/dL)	150未満	150以上~300未満	300以上~400未満	400以上
	HDL-C(mg/dL)	40以上	35以上~40未満	30以上~35未満	30未満
	LDL-C(mg/dL)	120未満	120以上~140未満	140以上~160未満	160以上

指導前後で赤(不可)が減少、青(優)が増えています。

これは、個人で見ると良好化した人、悪化した人がいても、集団全体としては改善方向に向かったということを示しています。

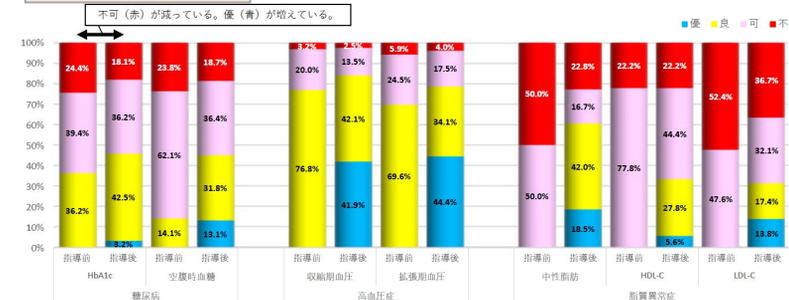
2021年度事業



経年変化を見ると、同様の傾向が確認できます。

これは、この集団に対する介入効果がサチレーション(飽和)を起こしていないということを示しています。

2022年度事業



2020年度~2022年度の事業において、本プログラムは十分な効果を示し、その効果は継続していることが確認されています。

全ての検査値は、有意に改善していることを確認しています。

■当社の対応について満足度調査を行いました。

満足度:平均85点(100点満点)

【主なご意見】

- ・特保と重症化予防の重複対象者がカルナの事業に参加し効果が確認できた。
- ・当組合は糖尿病が多くCGM利用など可視化が評価できる。・重症化予防はカルナのみで実施で満足している。
- ・最初の事業案内は紙で届く方が手に取って見ていただきやすいのよい。
- ・オンライン診療の重症化予防に興味あり。保健事業に携わり3年くらい、分からないことがあってもきちんと教えてくれる。
- ・連携が取れていて良い。カルナとの毎月のやり取りについては満足。
- ・架電タイミングを細かく連携出たらよい。
- ・指導内容がもっと詳細に分かるとよい。
- ・SMS利用について検討してほしい。
- ・データ送付から初回架電までの期間が長すぎる(他の事業者は1週間後くらいでスタートしている)

参考: 勤労世代向け専門医によるオンライン診療連携(その1)

【背景1: 専門性は“こじらせている”患者に要求される】

専門性は“こじらせている”患者に要求されます。“こじらせている”とは、「重症化している」という意味で、具体的にはコントロールが悪い、合併症がいくつか出現している、病歴が長いなどが要素になります。

疾患名	検査項目	優	良	可	不可
糖尿病	HbA1c(%)	6未満	6以上~7未満	7以上~8未満	8以上
	血糖値(空腹時)mg/dL	110未満	110以上~130未満	130以上~160未満	160以上
高血圧症	血圧(収縮期)mmHg	140未満	140以上~160未満	160以上~180未満	180以上
	血圧(拡張期)mmHg	90未満	90以上~100未満	100以上~110未満	110以上
脂質異常症	中性脂肪(mg/dL)	150未満	150以上~300未満	300以上~400未満	400以上
	HDL-C(mg/dL)	40以上	35以上~40未満	30以上~35未満	30未満
	LDL-C(mg/dL)	120未満	120以上~140未満	140以上~160未満	160以上

非専門	専門
-----	----

重症度は、右に行くほど高くなります。
青(優)→黄(良)→ピンク(可)→赤(不可)

黄(良)の範囲から罹患状態になります。
※糖尿病の場合、黄(良)の途中から

赤枠のピンク(可)から専門性は高くなり、
赤(不可)では、非常に専門性は上がりま
す。



・専門性の高いチーム
・専門性の高いサポートITシステム
がないコメディカルが、赤枠の範囲の重
症化予防を行うのは困難です。

また、これはコメディカルに限らず、医師にも同様のことが言えます。

【背景2: かかりつけ医の役割は、専門的治療ではない】

例えば、“癌”の場合、最初かかりつけ医に体調不良で診察を受け、かかりつけ医から中核病院の専門医へ紹介、専門的な検査を経て確定診断、専門医による治療が通常の流れです。

つまり、かかりつけ医は、何かわからない状態の患者の重症度を見極め、重篤な場合、専門治療機関に誘導するのが本来の役割です。ところが、糖尿病に代表される生活習慣病の場合、**専門医が少なく**(糖尿病専門医は6,700人程度。患者1,000万人以上)、また、**地域に偏在**しています。(地方に行くと専門医がいません。)

このため、**非専門医が糖尿病の治療を行わなくてはならない**のが現状です。

【課題】

- ・生活習慣病の専門医は患者数に対して少なく、非専門医が治療を行わなくてはならないこと。

【課題】

- ・専門医は偏在しており、地域格差が大きいこと。

【背景3: 専門医だって楽じゃない】

専門医には専門性が求められます。溢れかえる患者の診察を行いながら、日進月歩で進歩する最新医療を学会・論文などで学び、薬の情報を収集しなくてはなりません。

専門医は出身医局などを中心にグループを作り、勉強会などを通じて最新の治療プロトコール(治療計画)を入手していますが、かなりの労力を要します。

【課題】

- ・専門医でも最新治療プロトコールを必要としていること。

【背景4: 患者だって楽じゃない】

勤労世代が専門医に行く場合、診察までに2~3時間待つのは一般的です。

また、会議や出張で予定が変わること、転勤や引越して通院できなくなるなど、勤労世代が定期的な通院を行うのは、非常に困難です。

【課題】

- ・未通院者が多く、通院開始しても半数近くが中断してしまうこと。

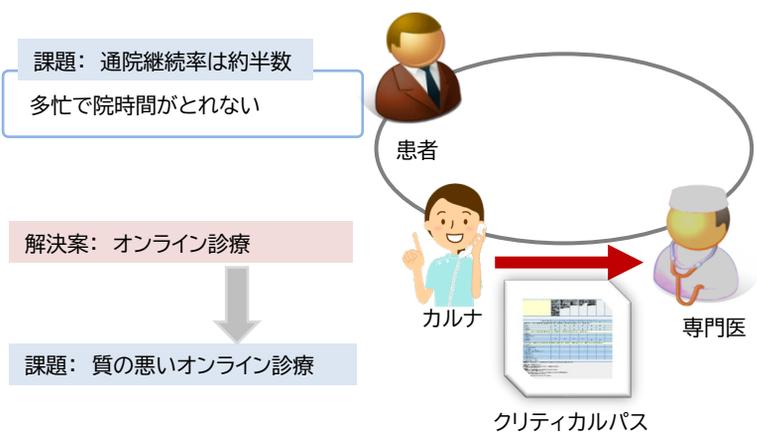
【背景5: 新しい制度】

2024年度の診療報酬改定で、オンライン診療が解禁されました。

参考: 勤労世代向け専門医によるオンライン診療連携(その2)

【解決案】

上記背景1～5を踏まえ、『勤労世代向け専門医によるオンライン診療連携重症化予防プログラム』の枠組みを構築しました。



専門医が少ないことについての解決案

● 重症のみを対象(赤枠)

疾患名	検査項目	優	良	可	不可
糖尿病	HbA1c(%)	6未満	6以上～7未満	7以上～8未満	8以上
	血糖値(空腹時)mg/dl	110未満	110以上～130未満	130以上～160未満	160以上
高血圧症	血圧(収縮期)mmHg	140未満	140以上～160未満	160以上～180未満	180以上
	血圧(拡張期)mmHg	90未満	90以上～100未満	100以上～110未満	110以上
脂質異常症	中性脂肪(mg/dL)	150未満	150以上～300未満	300以上～400未満	400以上
	HDL-C(mg/dL)	40以上	35以上～40未満	30以上～35未満	30未満
	LDL-C(mg/dL)	120未満	120以上～140未満	140以上～160未満	160以上

非専門 | 専門

● 6か月間の短期集中

本事業では、6か月間で糖毒性(インスリン抵抗性)を解除※2し、適正な処方確立を目指します。

6ヶ月後 ⇒ 地域医療機関へ
10ヶ月後 ⇒ フォローアップ

■ 受診勧奨

未通院の場合に地域医療機関通院再開か、オンライン診療を受けるかを本人の意向で決める。

■ オンライン診療の紹介

・導入指導1回目では、地域医療機関の対面診療を紹介します。
・対面診療に対し、「忙しい・専門医が遠い」等の理由で通院しない人に対し、はじめてオンライン診療の紹介を行います。

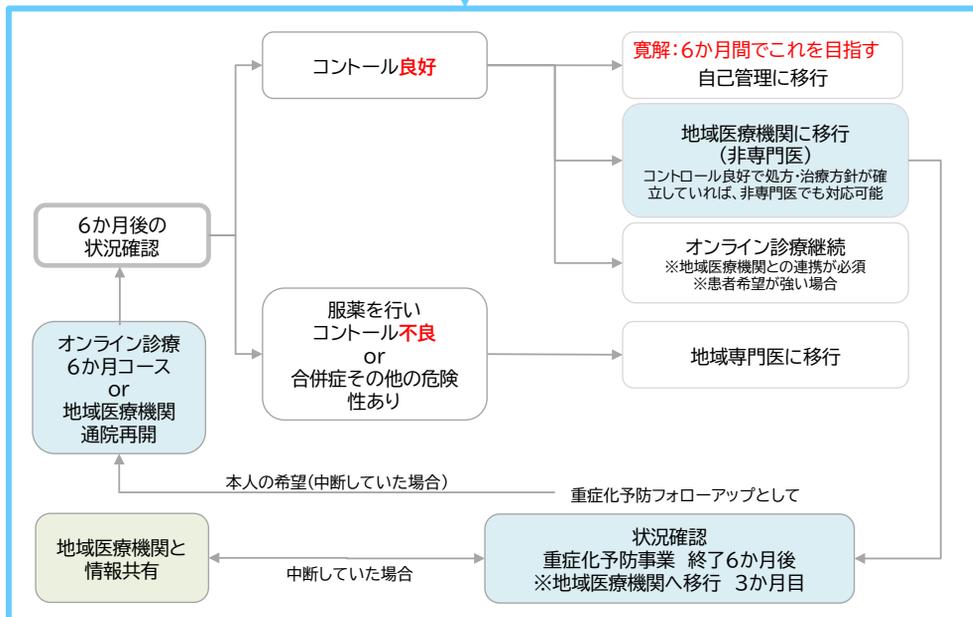
● 福岡の地の利

専門医が比較的多い福岡を起点とする

● 専門医にメリットのあるツールの提供

クリティカルパスによる最新の治療プロトコルの知見が得られる

6ヶ月間の短期集中後のフロー



【オンライン診療紹介基準】

- 現在、未通院もしくは通院中断者
- 重症度赤枠(ピンク・赤)
- 保険診療(自己負担3割)を本人が了解
- カルナと利用契約締結を本人が了解(オンライン診療医療機関と情報共有すること)
- 平成30年3月(4月一部改訂)の厚労省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に適合
- インスリン使用者、重篤な合併症など本プロジェクトが定める除外基準に適合しない者
- その他「診療前相談」で、医師がオンライン診療に適合すると判断した者

参考: 特定保健指導と重症化予防の違い

当社では、コメディカル(保健師・管理栄養士など)が入社すると、まず、特定保健指導業務を行い、一定のレベルに達すると、重症化予防の教育を開始します。

教育では、ロールプレイなどを行うのですが、糖尿病での典型事例をご紹介します。

【重症化予防では「体重減った」は素直に喜べない】



ここ最近で、体重が10kgも減りました。

頑張りましたね！その調子です！！

NG



コメディカル

糖尿病では、急激な体重減少は危険サインです。
インスリンは血液中の糖を、脂肪や筋肉に蓄えるホルモンです。インスリンが出なくなったり、効きが悪くなったりすると体重減少が起きます。
特に、急激な体重減少は、最悪ケトアシドーシスになり、昏睡死亡に至ります。



【重症化予防では「HbA1cが下がった」は素直に喜べない】

HbA1cは糖尿病において最も重要な指標ですが、基礎知識がないと逆に危険になります。



この間の健診で、前の月に病院で検査した時よりHbA1cが2%も下がってました。

頑張りましたね！その調子です！！

NG



コメディカル

急激にHbA1cを下げてると網膜症が進行します。網膜症の進行度(単純性・増殖前・増殖性など)を確認することが重要です。また、自覚症状がないかを確認しましょう。医療訴訟に至った事例もあります！



【「病院に行きましょう」は聞き流される】

糖尿病は自覚症状がないため、そもそも患者は病院に行きたがりません。上記のような問題があった場合、「なぜ病院に行く必要があるのか」を伝える必要があります。



この間の健診で、前の月に病院で検査した時よりHbA1cが2%も下がってました。

網膜症の進行が危惧されます。眼科で眼底検査を受けてください。

OK



コメディカル

「病院に行きましょう」では患者の心に響きません。
・具体的な病院へ行く説明(今回であれば網膜症の進行)
・どのような検査を受けるのか？
・どのように状況を医師に伝えるのか？
を説明する必要があります。
「病院に行きましょう」は免罪符になりません！



上記のような背景は、一例ですが、特定保健指導と異なり、重症化予防を行うコメディカルは、以下の知識・技術が要求されます。

●合併症の兆候を聞き取る技術

・網膜症の兆候を聞き取るのに「網膜症の兆候はありませんか？」と聞いても、患者さんには分かりません。「視野に黒いものが見えたりしませんか？(飛蚊症)」などと聞きましょう。(例)

●検査結果を聞き取った時の検査の知識

・腎症の進行を確認する検査は、2期の時は尿中微量アルブミン、3期では尿中タンパク定量です。医療機関で行った検査結果を見て、状態が判断できるような知識が必要です。(例)

●薬の内容を聞き取った時の薬の知識

・最も使われているお薬はピグアナイド薬ですが、e-GFRが低下すると、ピグアナイド薬には用量制限がかかります。e-GFRを計算できること、お薬が適切か判断できるかの知識が必要です。また、お薬に禁忌や用量に問題がある時は、患者さんを通じて主治医に注意喚起できると良いですね(例)



要素	概要	特保	重症化
1. 合併症の兆候	合併症の兆候を自覚症状から確認	×	○
2. 身体全体の確認	身体全体の状況を確認	△	○
3. 知識教育	対象疾患に関する知識を教育	△	○
4. セルフエフィカシー	自己効力感(やる気)を確認、励まし等の実施	○	○
5. 受診動奨(脱落防止)	通院開始・通院中断の防止	△	○
6. 服薬(処方・服薬指導)	処方・服薬指導・飲み忘れ防止	×	○
7. 検査(検査・検査値判断)	健診値・生化学・特殊検査とその判断	△	○
8. セルフモニタリング	CGM・血圧測定等の自己測定	△	○
9. 行動変容(食事指導・運動指導)	食事・運動指導	○	○

実際には、全ての知識・技術をコメディカルが身に着けることは困難なため、当社では以下の方法で解決しています。

- ・カンファレンス等を行い、専門医や専門性が高いコメディカルのバックアップを受ける。
- ・クリティカルパス(ITシステム)のサポートを受ける。 ※クリティカルパスとは、治療(保健指導)の計画・結果を管理する工程管理ツールです。

参考: 年間スケジュール

年間のスケジュールを記載します。

※翌年度の健診結果による効果評価も記載しています。

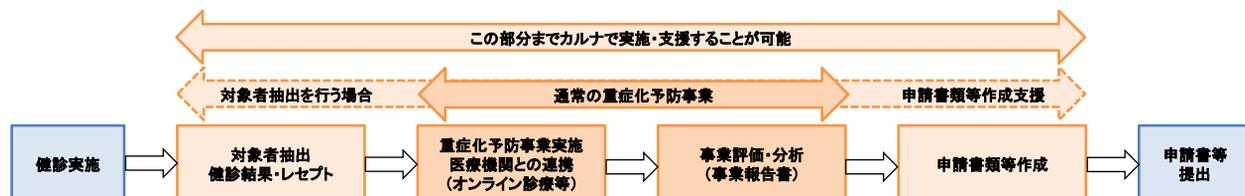
※3月の健診を用いて指導を実施する場合は保健指導の期間が1か月延長となります。

項目	健保・カルナ			対象者本人・カルナ						健保組合			対象者本人						カルナ実施												
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
ヒアリング																															
契約締結																															
詳細打合せ																															
データ抽出・作成																															
データ受領																															
案内送付等																															
申込期間																															
参加動奨																															
保健指導																															
月例報告書・請求書																															
定例会開催																															
中間報告・事業報告													中間																		
最終評価(翌年健診)																															翌年健診

参考:高齢者医療制度円滑運営事業費補助金交付要綱」に基づく国庫補助

当社で実施する「重症化予防」において、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(令和6年3月28日改定日本医師会日本糖尿病対策推進会議厚生労働省)(以下「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」という。)に基づいた方法で行われるものについては、例年4月頃に厚生労働省より通知される「**高齢者医療制度円滑運営事業費補助金交付要綱**」における**国庫補助の対象**となります。

当社では、**事業の実施に加え、申請書類・報告書等の作成を支援**します。



参考:以下は令和7年度の「高齢者医療制度円滑運営事業」抜粋となります。詳細については、厚生省からの通知をご確認ください。

【事業の概要】

- 1、特定保健指導の対象とならない、糖尿病性腎症患者(人工透析治療導入前段階の者)に対して、その重症化を予防するため、医療機関と連携して保健指導を実施する事業(目的:医療費の適正化)
- 2、生活習慣病(高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、慢性腎臓病)患者に対して、その重症化を予防するため、医療機関と連携して保健指導を実施する事業(目的:循環器病の予防・進行抑制)

【事業の要件(①と③は共通)】

上記1の事業<糖尿病性腎症患者>について

- ①保健指導について、対象者の同意があること
- ②実施される保健指導が、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づいた方法で行われるものであること
- ③健保組合においては、令和5年度の特定健康診査の実施率が**単一健保組合 70%以上、総合健保組合 64.6%以上**、かつ特定保健指導の実施率が**単一健保組合 11.4%以上、総合健保組合 5%以上**であること

上記2の事業<生活習慣病患者>について

- ①保健指導の実施について、対象者の同意があること
- ②以下の考え方に基いて対象者を抽出(ただし、対象者を絞る場合には、例えば、より多くの疾患を併発している者を優先)し、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に準じる方法で行われるものであること
(ア)いずれか3つ以上の生活習慣病(高血圧症、脂質異常症、糖尿病、高尿酸血症、慢性腎臓病)を併発している者を対象とする
(イ)生活習慣病の罹患の有無については、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の選定条件に準じ、別表で示す検査値、現在の受診状況又は過去の受診状況のいずれかが該当するか否かで判定する
- ③健保組合においては、令和5年度の特定健康診査の実施率が**単一健保組合 70%以上、総合健保組合 64.6%以上**、かつ特定保健指導の実施率が**単一健保組合 11.4%以上、総合健保組合 5%以上**であること
- ④健保組合においては、過去に複数年度にわたり、糖尿病性腎症の重症化予防事業を実施していること

※過去の事業の実施状況については、提出する証拠書類によって確認、なお、「高齢者医療制度円滑運営事業」による補助の有無は問わない

別表

対象疾患	検査値 ※1	現在の受診状況	過去の受診状況
糖尿病	糖尿病未治療 ※2 の者のうち以下のいずれか ・空腹時血糖 126mg/dl 以上 ・HbA1c 6.5% 以上	現在、糖尿病で医療機関を受診している	過去に糖尿病薬使用歴又は糖尿病にて医療機関を受診歴がある(ただし、直近の健診データ等により糖尿病の診断基準に該当しない対象者を除く)
高血圧症	以下のいずれか ・収縮期血圧 160 mm Hg 以上 ・拡張期血圧 100 mm Hg 以上	現在、高血圧症で医療機関を受診している	過去に高血圧症薬使用歴又は高血圧症にて医療機関を受診歴がある(ただし、直近の健診データ等により高血圧症の診断基準に該当しない対象者を除く)
脂質異常症	以下のいずれか ・中性脂肪 500mg/dl以上 ・LDL コレステロール180mg/dl 以上	現在、脂質異常症で医療機関を受診している	過去に脂質異常症薬使用歴又は脂質異常症にて医療機関を受診歴がある(ただし、直近の健診データ等により脂質異常症の診断基準に該当しない対象者を除く)
高尿酸血症	(受診動機判定値を定めていないため、検査値に基づく対象者選定は行わない)	現在、高尿酸血症で医療機関を受診している	過去に高尿酸血症薬使用歴又は高尿酸血症にて医療機関を受診歴がある
慢性腎臓病	以下のいずれか ・eGFR 45ml/分/1.73㎡未満 ・尿蛋白(1+)以上	現在、慢性腎臓病で医療機関を受診している	過去に慢性腎臓病薬使用歴又は慢性腎臓病にて医療機関を受診歴がある(ただし、直近の健診データ等により慢性腎臓病の診断基準に該当しない対象者を除く)

※1「標準的な健診・保健指導プログラム[令和6年度版]」における「第2編【別添】健診結果とそのほか必要な情報の提供(フィードバック文例集)」参照

※2「標準的な質問票」で「2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射の使用の有無」に対する回答による

遠隔禁煙外来

自由診療による 遠隔禁煙外来プログラム

遠隔禁煙外来

特徴

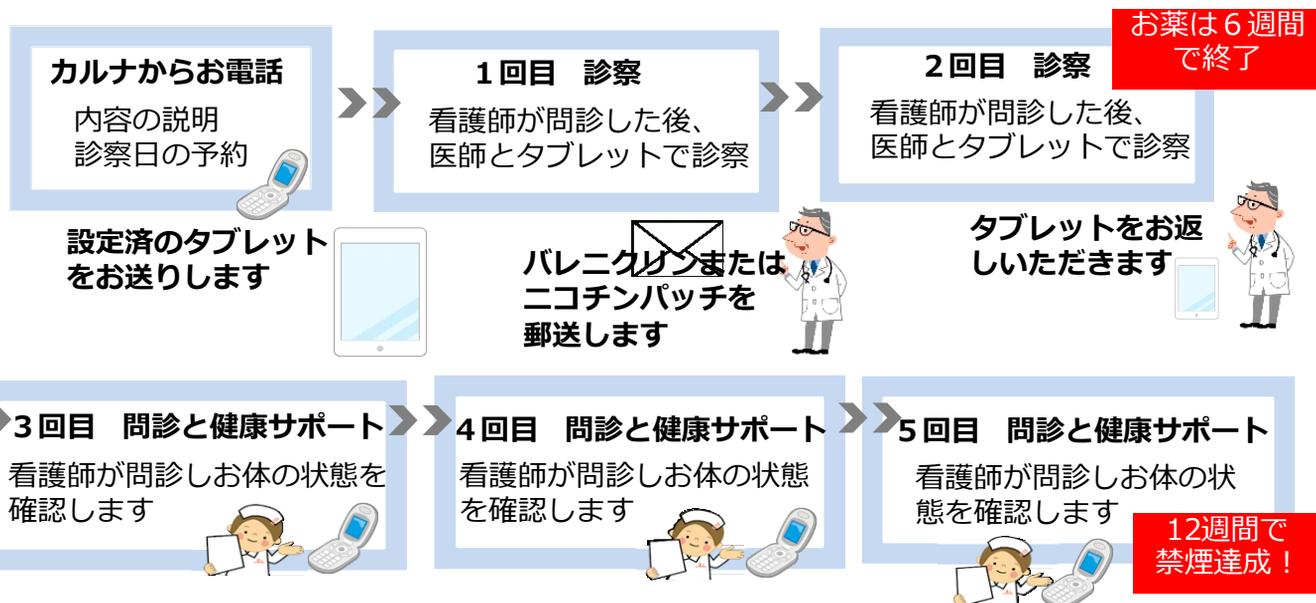
- ・オンラインで医師が診察する(自由診療)
- ・バレニクリンやニコチンパッチを利用する
- ・**コメディカルによる働きかけがある**

概要

通常の禁煙外来は、「医師による指導」のみですが、本プログラムは医師の指導に加え、保健師・看護師・管理栄養士・薬剤師等が事前問診や食事・運動・服薬指導を資料などを使って行うことで、より懇切丁寧な診療を実現します。



フロー



- タブレット端末は設定済のものを貸し出します。
- 平日だけでなく土日も診察できます。(完全予約制)
- 診察後はお薬を郵送します

ポイント

ポイントは、以下の4点です。

ポイント1

保険診療外(保健事業＝自由診療)として実施します。

ポイント2

特定保健指導と同時実施が可能です。

ポイント3

副作用防止の観点から服薬期間は

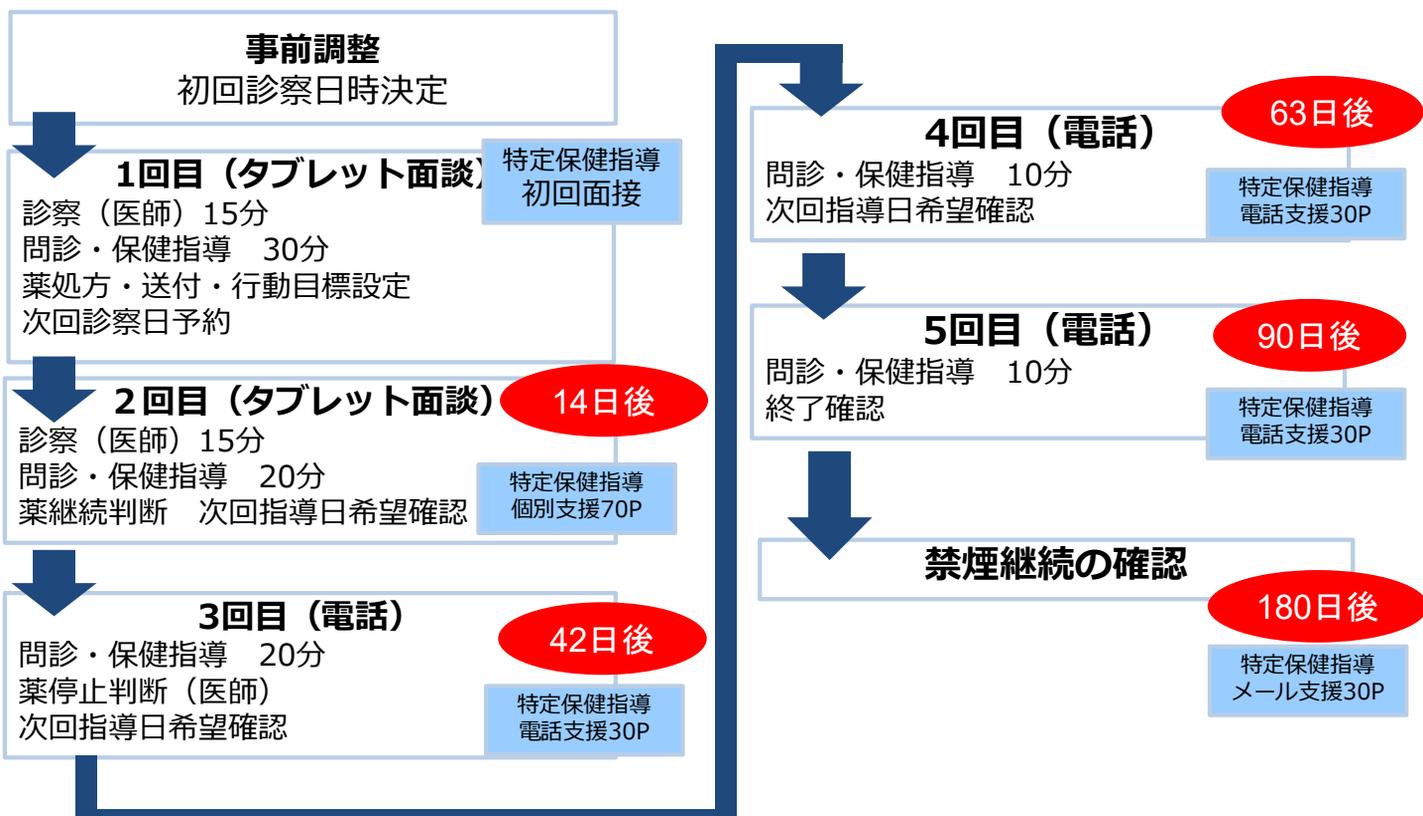
・ニコチネルTTSは2か月(8週間)で終了します。

ポイント4

看護師が事前聞き取りや問診を細かく丁寧に行い、医師は診察に集中して実施します。

ポイント2の詳細～特定保健指導との組み合わせ

特定保健指導と組み合わせる場合、以下の流れとなります。
禁煙指導と一緒に、食事・運動指導も実施します。



ガイドライン

禁煙治療のための標準手順書 第8版(日本循環器学会・日本肺癌学会・日本癌学会・日本呼吸器学会)に準拠した治療を行います。

実績

●通常に禁煙外来の実績

図表 48 ニコチン依存症管理料を算定した患者における5回禁煙治療終了率

(単位:人)				
	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
全体	1,003	34.6	27.8	31.6
病院	176	43.5	27.8	42.3
診療所	827	32.7	27.5	28.6

(注)平成28年4月1日～平成29年3月までの1年間にニコチン依存症管理料の「初回」を算定した患者が1人以上いた1,003施設を集計対象とした。

図表 50 5回禁煙治療終了者における禁煙成功率

(単位:%)				
	施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値
全体	825	89.1	21.4	100.0
病院	157	87.3	17.2	100.0
診療所	668	89.6	22.3	100.0

(注)平成28年4月1日～平成29年3月までの1年間にニコチン依存症管理料の「初回」を算定した患者で5回の禁煙治療終了者が1人以上いた825施設を集計対象とした。

※中医協中央社会保険医療協議会(中央社会保険医療協議会総会)

- ・5回禁煙治療終了率は平均34.6%
- ・5回の禁煙治療終了者における禁煙成功率は平均89.1%



禁煙成功率は89.1%と高く見えるが、治療終了率は34.5%であることから、実際の成功率は89.1%×34.6%=**30.8%**となります。

●カルナの実績

・期間	2018年から2020年までの3年間		
・母数	525人		
・平均年齢	46歳		
・男女比	男 88%、女 12%		
・保険者数	12保険者		
・服薬種類	バレニクリン(チャンピックス®)	※使用率	65%
	ニコチンパッチ(ニコチネルTTS®)	※使用率	35%

中医協報告	
4回以上の継続率	34.6%
5回禁煙治療修了者における禁煙成功率	89.1%
医療機関(継続率×成功率)	30.8%

- ・2017年7月12日
～2017年9月27日
- ・施設数 1,149件
- ・患者数 1,308人分

カルナ	
継続率	77.9%
継続者の禁煙成功率	91.0%
継続率×成功率	70.9%

- ・2018年度～2020年度
- ・健保数 12健保
- ・患者数 525人分

禁煙成功率は中医協報告**30.8%**に対し、カルナ実績**70.9%**と 2.3倍の効果が確認できた。

使用した薬剤による禁煙成功は、バレニクリン92%、ニコチンパッチ88%と効果はほぼ同じことが確認できました。

禁煙成功率	バレニクリン	ニコチンパッチ
	92%	88%

【理由】

禁煙に限らず、意識変容・行動変容が重要な治療においては、応援や励ましといった“言葉や情報”が重要だと考えられます。

健診勧奨

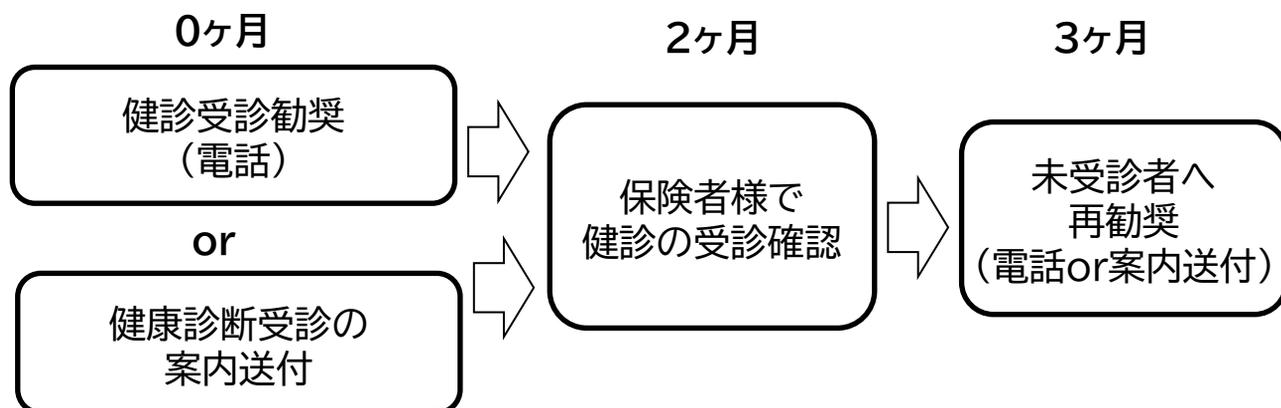
勧奨タイミングに注目した
健診勧奨プログラム

健診勧奨

特定健診・保健指導において、“健診受診”は大前提です。
 しかしながら、被扶養者を中心に健診を受けてくれない方も多くいます。
 カルナでは、**健診未受診者に対し、『健診勧奨』を行うサービス**を提供しています。

カルナの特徴

医療職が勧奨電話を行います。



実績

2016年度 国民健康保険における実証事業として実施

	内容
介入群	パンフレット(既存事業) + 電話
対照群	パンフレット(既存事業)

	対象者数(人)	健診受診者数(人)	成功率(%)
介入群	3,131	1,224	39.1
対照群	12,012	1,060	8.8

※予算の関係上、介入群が少なくなっています。

効果 30.3%(39.1%－8.8%)

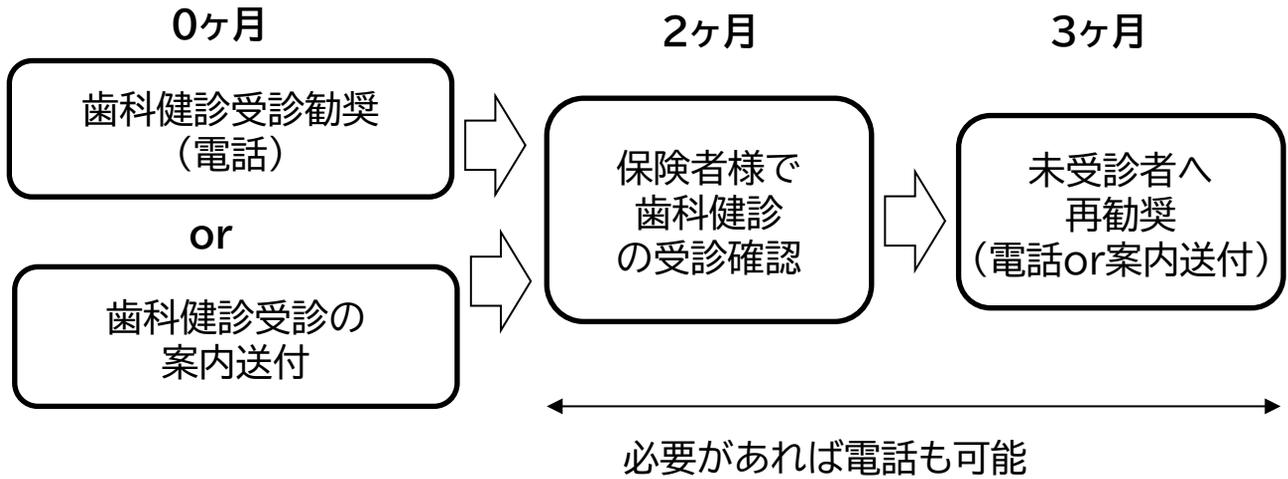
歯科健診勧奨・受診勧奨

勧奨タイミングに注目した
歯科健診勧奨・受診勧奨プログラム

歯科健診勧奨・受診勧奨

歯科健診の受診勧奨

歯科健診を受けるように勧奨します。
案内パンフの作成及び発送、電話による勧奨も可能です。



※歯科健診自体、もしくは歯科健診への補助等が必要です。

パンチング

パンチング

健診結果:紙やPDFしかない場合

健診結果が紙でしか存在していない場合があります。
 これは、企業健診結果の共同利用の場合によくおこっているようです。
 カルナヘルスサポートでは、このような“紙やXML形式でないデータ”をパンチングし、
 XMLを作成するサービスを行っています。



保健指導結果:紙やPDFしかない場合

また、保健指導の結果が紙やPDFでしか存在しない場合、同様にパンチングを行いXMLデータを作成することも可能です。

コンサルテーション

成果報酬型
コンサルテーション

コンサルテーション

成功報酬型コンサルテーション

カルナの実施するコンサルテーションは、成功報酬型です。
報酬パターンは以下の3パターンです。

- (1)加算されていた保険者が加算されなくなった場合
加算されていた保険者が加算されなくなった場、これまでの加算額の半分が報酬となります。
- (2)加算も減算もされていなかった保険者が減算された場合
新たに減算された場合、減算額の半分が報酬となります。
- (3)加算・減算の変更がなかった場合
データヘルス計画の点数上昇×単価 が報酬となります。
※単価は契約時に決定します。

コンサルテーションの内容

カルナの実施するコンサルテーションは、データヘルス計画の総合評価指標ごとに行います。

大項目1 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

特定健診や特定保健指導の実施にかかわる計画立案・管理・実績評価の支援を行います。評価は専門医が監修します。

大項目2 要医療者への受診勧奨、糖尿病等の重症化予防

重症化予防の実施にかかわる計画立案・管理・実績評価の支援を行います。また、評価には専門医による監修を行い、補助金の申請書・報告書の作成支援も行います。

大項目3 予防健康づくりの体制整備

健康保険組合と事業主との推進会議(仮名称)の事務局を行います。
PHRやコラボヘルスの体制整備を行います。

大項目4 後発医薬品の使用促進

ジェネリック通知のアプリ選定や分析・評価にかかわる計画立案・管理の支援を行います。

大項目5 がん検診・歯科健診等の実施状況

がん検診・歯科健診にかかわる計画立案・管理の支援を行います。

大項目6 加入者に向けた予防・健康づくりの働きかけ

健康教室、喫煙対策、メンタルヘルス、ポイント制度(インセンティブ)にかかわる計画立案・管理の支援を行います。

参考価格一覧

			参考価格(税別)	備考
特定保健指導	日程調整電話	案内パンフレット送付 +WEB予約 +電話番号調査 +架電による参加勧奨/日程調整	1,710円/人	封筒は弊社にて作成します。
	動機付け支援	遠隔初回面接+最終評価	7,600円/人	・重症化予防と特定保健指導の同時実施プログラムも可能です。
	積極的支援	遠隔初回面接+継続支援+最終評価	27,600円/人	・重症化予防と特定保健指導の同時実施プログラムも可能です。
	継続支援のみ	継続支援+最終評価案提示 +XML作成(初回面接~最終評価) +請求書案作成	16,980円/人	健診施設様対象のプログラムです。
	アイテム	15アイテム程度(健保様とご相談)	4,500円/人	
	※対象者へ初回面接用のipad(SIMカード入り)貸出が可能です。(8,000円/人)			
受診勧奨 (オンライン診療連携受診 勧奨プログラム)	通知のみ	パンフレット2回	2,000円/人	電話の回数等はカスタマイズ可能です。
	専門医によるオンライン 診療受診勧奨 (簡易)	パンフレット +電話2回	10,000円/人	
	専門医によるオンライン 診療受診勧奨 (標準)	パンフレット +電話2回 +遠隔面談1回(機器利用)	45,500円/人	
重症化予防 (勤労世代向け専門医による オンライン診療連携重症 化予防プログラム)	パンフレット +尿テープ +電話5回 +遠隔面談1回(リブレ等利用)		83,000円/人	・電話の回数等はカスタマイズ可能です。 ・重症化予防と特定保健指導の同時実施プログラムも可能です。
	※自己採血キットをオプションで使用することが可能です。(10,000円/人) ※遠隔面談用のipad(SIMカード入り)貸出が可能です。(8,000円/人)			
遠隔禁煙外来(自由診療)	パンフレット +医師の診察2回 +コメディカルの電話5回 +最終アンケート(禁煙状況確認)		76,310円/人	バレニクリンやニコチンパッチを使う遠隔禁煙外来です。
健診勧奨	パンフレット +電話2回		4,000円/人	電話の回数等はカスタマイズ可能です。
歯科健診勧奨・受診勧奨	パンフレット +電話2回		4,000円/人	電話の回数等はカスタマイズ可能です。
パンチング	紙およびPDFをパンチングし、XML を作成します。		500円/人	特定健診以外の項目を追加した場合は追加費用をお見積りします。
保健指導会社選定・支払代行・管理・評価			500円/人/年	保健指導会社ごとにとりまとめし保険者様へ報告します。
コンサルテーション			要相談	成功報酬型のコンサルテーションです。