

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

2026年度

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



目次

体制及び実績	.....P2
サービス概要	.....P3～P7
詳細説明	.....P8～P17
個人情報保護・研修教育体制	.....P18
参考 実績	.....P19
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)	.....P20
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)	.....P21
参考: 特定保健指導と重症化予防の違い／年間スケジュール	.....P22
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	.....P23
参考価格一覧	.....P24

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)

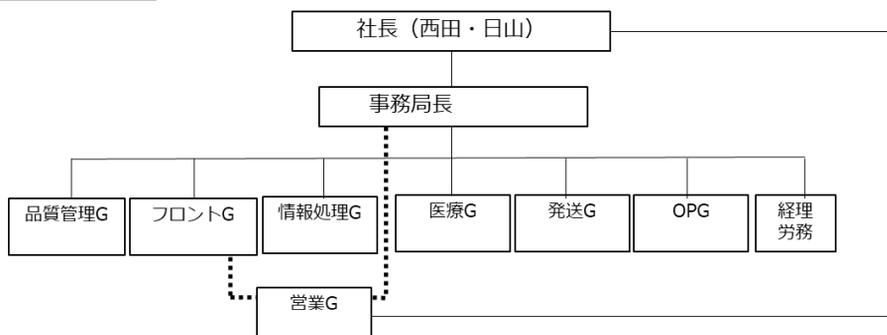


約120の保険者と契約し、福岡市内のコールセンターからタブレットや電話で特定保健指導、重症化予防指導などを行っています。

<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勸奨・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:2026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

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。

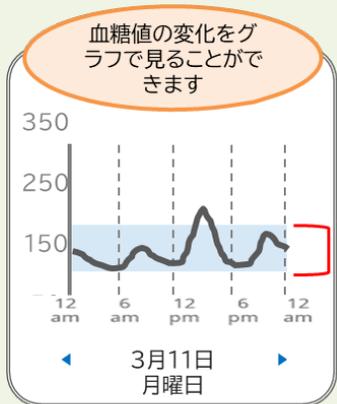
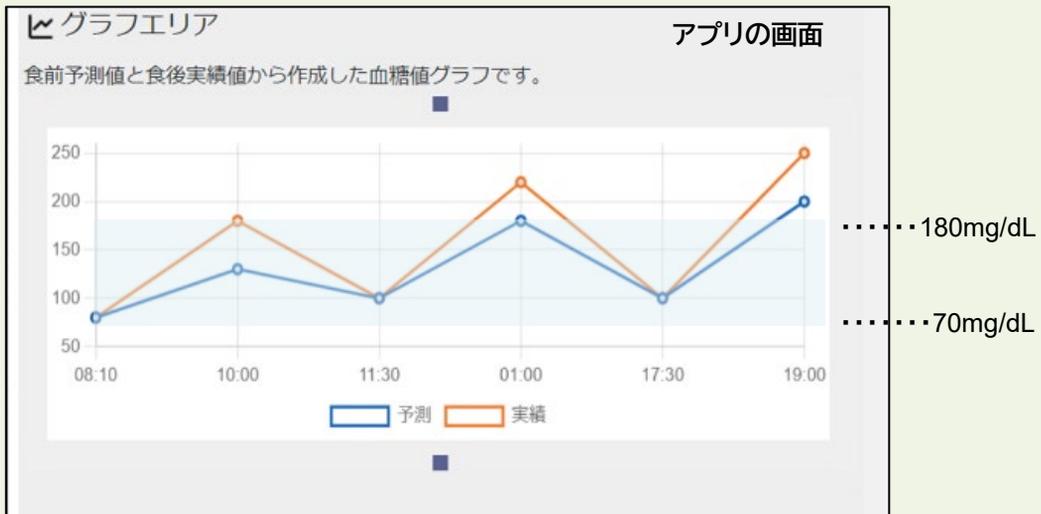
アプリを使って学んでほしいこと

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出来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、医療機関を紹介するだけでなく、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

課題：通院継続率は約半数

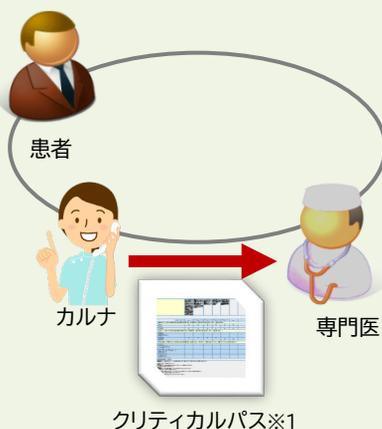
多忙で院時間がとれない

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



クリティカルパス※1

課題
専門医が少ない

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	専門医が少ないことについての解決案			
		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

● 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、
・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

【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
※生活指導指導情報
※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。

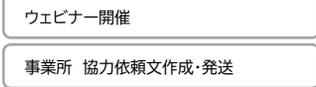
サービス概要(2)

【事業全体図】

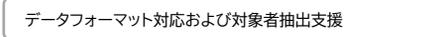
事業全体と作業の流れを示します。



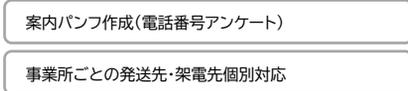
●事業所調整: 事業主・事業所担当者に事業の目的、主旨等を説明し、協力を依頼します。



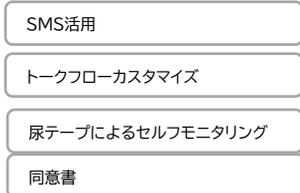
●データ受領: 健保から対象者の基本情報および健診結果を受領します。



●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。



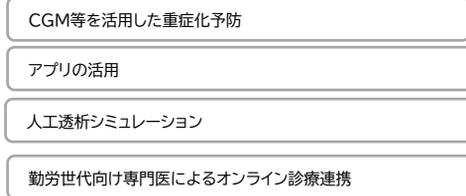
●参加勧奨: 参加勧奨電話を行います。(健保により実施するかどうか異なります。)



●月次報告



●初回面接: 遠隔面接を実施します。

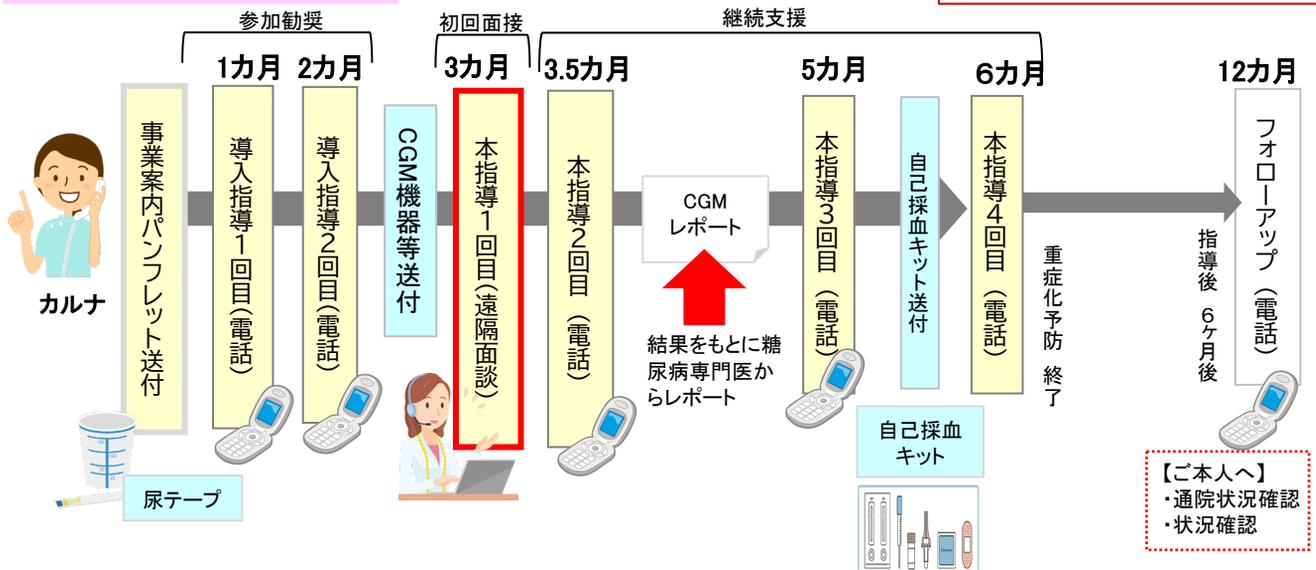


●継続支援: 2回の電話支援を行います。



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、事業所への長期貸出しも可能です。



【ご本人へ】
 ・通院状況確認
 ・状況確認

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

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。

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>緊急夜間対応(夜間・祝日・休日)</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>【最終指示: なし】</p> <p>■高血圧: 未記入</p> <p>■糖尿病: 未記入</p> <p>■喫煙: 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: 不明 / 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 2) 【最終ポイントと評価確認】 参加率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>本朝(特保)【備考】</p> <p>130、現在開催中(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 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)

システム画面

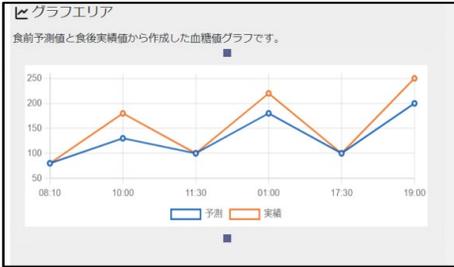
サービス概要(4)

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**。

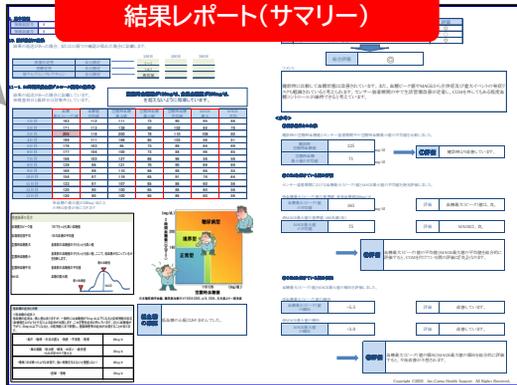
zoomでご説明しながら、CGMを装着してもらいます。



※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

血圧計と減塩食

2



アプリに入力

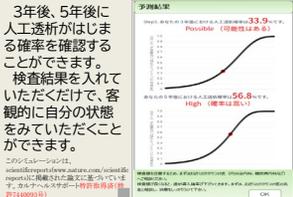
スマートウォッチと減塩食

3



アプリに入力

透析予測



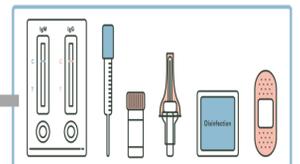
e-learning

当社が作成(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。

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。

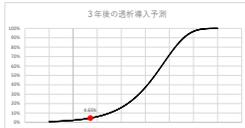
このまま放置すると 3年後、5年後に人工透析がはじまる確率

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** % 尿たんぱく (+) (±)

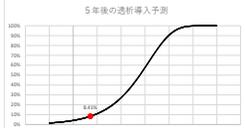
あなたの**3年後**の透析導入確率

4.65 %



あなたの**5年後**の透析導入確率

8.41 %



詳細説明

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、継続的に保健指導を実施することで、重症化予防を図ります。特に、2024年度診療報酬改定による制度改正を受け、「勤労世代向け生活習慣病オンライン診療プロジェクト」との連携により、密接な専門医との連携に基づく指導を実現します。

【本プログラムの特徴】

■ カスタマイズ(発送/申し込み方法と参加勧奨電話)

<発送>

対象者へ送る案内パンフレット等の発送先と発送方法は、同じ組合でも事業所によって異なることがあります。

具体的には、**・健保へ一括して納品(事業所ごとに仕分け)**・事業所へ一括して送付(部署ごとに仕分け)・事業所へ個人宛に送付・自宅へ送付・勤務先住所がある場合は勤務先、ない場合は自宅 など事業所ごとに「この事業所はこの方法で」と健保から指定されます。

本提案では、このような**発送方法の健保ごとカスタマイズ**に対応します。

<申し込み方法と参加勧奨電話>

対象者の保健指導申込方法は、主に3種類あります。①完全申込制 ②電話による参加勧奨実施 ③申込+電話による参加勧奨。この3種類に対し、直通電話番号があるか/ないかで、電話による参加勧奨をするか、事業所窓口で取次ぎ依頼を行うかどうか異なります。これらは、被保険者/被扶養者で別々に健保から指定されます。

本提案では、このような**申し込み方法と参加勧奨電話の健保ごとカスタマイズ**に対応します。

■ 人工透析導入確率シミュレーション

2022年および2024年に発表した論文をもとに、取得した特許(特許7440093号)を使った人工透析導入シミュレーションを使い指導を実施します。

人工透析となった場合の生活、5年生存率(現在60%程度)などの情報を伝え、**自身の3年後および5年後の人工透析導入確率を提示**します。また、検査値がどの程度良くなると、確立がどの程度下がるかをシミュレートし、治療・生活習慣改善の意識を醸成します。

■ 試薬・機器を活用した保健指導

尿テープ(尿糖・尿蛋白・尿中微量アルブミン・尿中食塩濃度)・CGM(リブレ®24時間持続血糖測定)・血圧計・活動量計(スマートウォッチ)・自己採血キット等を活用した保健指導を行います。

特に、CGM(リブレ®)を使う場合、食後の**血糖ピークを予想するアプリケーション**(特許申請予定)を使い、「なにをどのくらい食べるとピークがどの程度になる(個人差があります)」というピーク予測を14日間×3食=42回行うことで、食事と血糖ピークの関係、目標を理解してもらいます。これにより、**CGMを装着していなくとも、血糖コントロールがうまく出来るようになります**。

■ 高い専門性(専門医・コメディカルチームとクリティカルパス(ITシステム))

本事業には、糖尿病・代謝内科、循環器の専門医やコメディカル(保健師・看護師・管理栄養士等)が複数参画しています。定期的な**カンファレンス**を通じ、**チーム医療(保健指導)**を実現しています。

また、指導時には**クリティカルパス**と言われる指導ナビゲーションシステムを使い、指導者の医学的知識背景をバックアップしています。

■ 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)

現在の医療システムは高齢者向きになっており、忙しい勤労世代が通院を継続するのは非常に困難です。

そこで、「忙しい・専門医が遠い」などの理由で通院を拒否する対象者に対し、生活習慣病の専門医集団が行う「勤労世代向け生活習慣病オンライン診療プロジェクト」を紹介し、受診率向上を図ります。

また、このプロジェクトでは、クリティカルパス*1を使って情報連携を行うことから、連携強化が図れます。

*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。

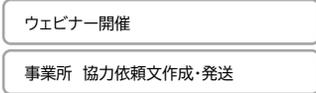


事業全体図

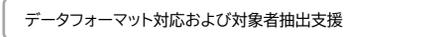
事業全体と作業の流れを示します。



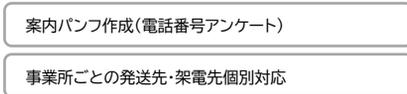
●事業所調整: 事業主・事業所担当者に事業の目的、主旨等を説明し、協力を依頼します。



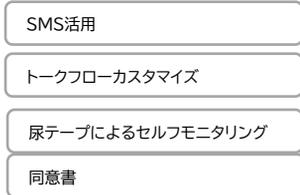
●データ受領: 健保から対象者の基本情報および健診結果を受領します。



●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。



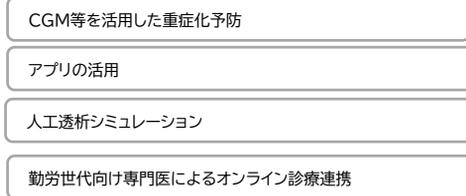
●参加勧奨: 参加勧奨電話を行います。(健保により実施するかどうか異なります。)



●月次報告



●初回面接: 遠隔面接を実施します。

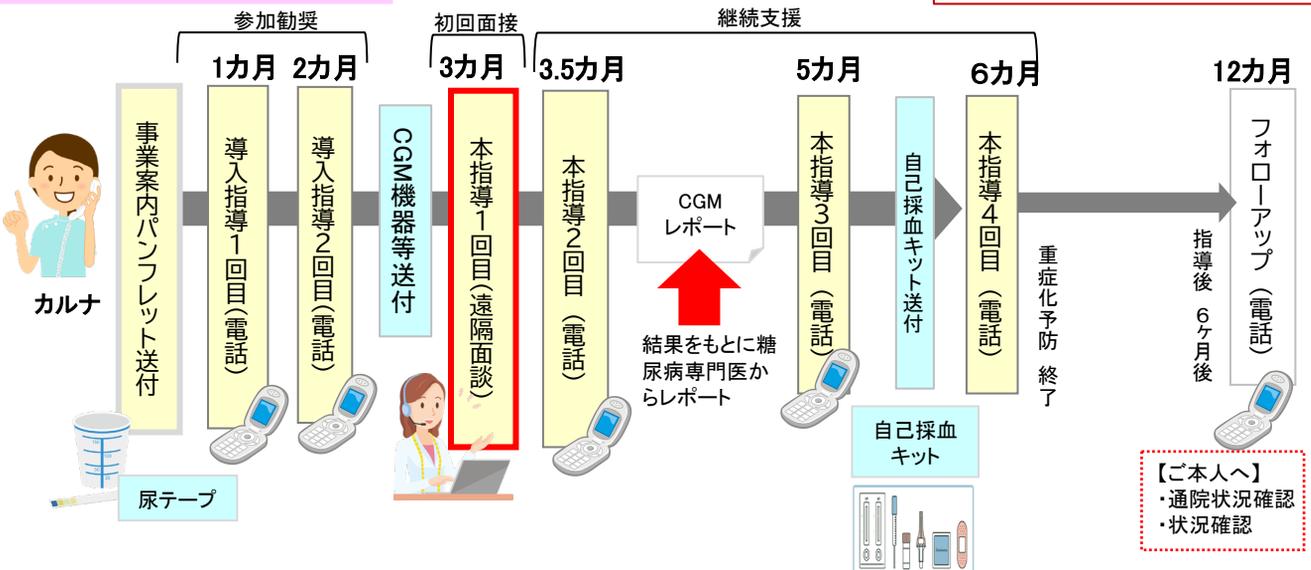


●継続支援: 2回の電話支援を行います。



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、事業所への長期貸出しも可能です。



【ご本人へ】
・通院状況確認
・状況確認

実施内容(1)

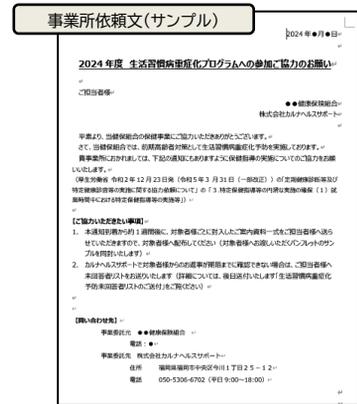
●事業所調整:事業主・事業所担当者に事業の目的、主旨等を説明し、協力を依頼します。

■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。

■事業所 協力依頼文作成・発送

各事業所への協力依頼文(健保名)の作成・発送をします。
作成に際しては、健保と協力して作成・承認を得ます。



●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。

■データフォーマット対応および対象者抽出支援

<データフォーマット対応>

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。このため、各健保が出力できる形式(XML、Excel、CSV)で対応します。また、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です。**

<対象者抽出支援>

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。

※データのやり取り方法は、①BOX(弊社提供) ②健保指定ストレージ ③CD・DVD ④紙 のいずれかとなります。セキュリティ上、メールでの添付は出来ません。

●案内パンフレット: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。

■案内パンフレット作成(電話番号アンケート)

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。
封筒はカルナが準備し、印刷(無料)まで行います。
作成に際しては、健保と協力して作成・承認を得ます。

連絡先確認アンケート(サンプル)



事業所に取次ぎをされたくない方に、直接つながる携帯番号を聞き取ります。

案内パンフレット(サンプル)



事業所の代表電話に、あまりに多く取次ぎを依頼すると、クレームにつながります。そこで、webアンケートによる、電話番号聞き取りを実施した結果、2024年度事業では、携帯の電話番号を覚えてくれる方が、全体の10%いました。これにより、参加勧奨時、**事業所の代表電話で取次ぎを依頼する件数が10%削減**出来ました。

■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。
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ます。

<発送:発送先の個別対応>

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

<架電:申し込み方法と参加勧奨電話の個別方法>

対象者の保健指導申込方法は、主に3種類あります。①完全申込制 ②電話による参加勧奨実施 ③申込+電話による参加勧奨。この3種類に対し、直通電話番号があるか/ないか、被保険者/被扶養者で別々に健保から指定されます。本事業では、これら申込方法と架電方法の個性性に対応します。

実施内容(2)

●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

電話による参加勧奨を実施しますが、知らない電話番号を取らない方が増えてきたため、架電直前にSMS(ショートメッセージ)で予告をします。

■トークフローカスタマイズ

参加勧奨(導入指導1・2)のトークフローは全ての健保で同じでしたが、「参加率を上げたい健保」、「参加率よりも事業所や対象者からのクレームを減らしたい健保」とニーズが異なっていることから、健保のニーズに合わせて、参加勧奨の強さを変更、カスタマイズを可能とします。なお、指導を行う保健師・管理栄養士が、曜日や時間を変えて4回まで架電を実施します。(留守電には個人情報を入れない)

■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

■同意書

多くの保健指導会社は、在宅保健師と委託契約を締結します。

これは健保から見ると、再委託(保健指導会社に委託、保健指導会社が在宅保健師に再委託)となることから、個人情報保護法上、対象者本人からの同意書が必要となります。

健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス
平成29年4月14日(令和7年4月一部改正) 個人情報保護委員会 厚生労働省 P37

これは、健保組合の第三者への情報提供のうち、「被保険者にとって利益となるもの、又は医療費通知など事業者側(健保組合等)の業務の負担が膨大である上、明示的な同意を得ることが必ずしも合理的であるといえない範囲」については、被保険者から**黙示による包括的同意**が得られているとの指針を示しています。



保健指導会社内の保健師
→再委託にあたらぬ
→黙示による包括的同意でOK
→同意書不要
→参加勧奨からすぐに指導実施可能



保健指導会社外の在宅保健師
→再委託
→黙示による包括的同意ではNG
→同意書が必要
→同意書が来ないと指導できない

参加勧奨は、電話で行うため同意書を取得するためには、「書類」を対象者に記載してもらい、郵送してもらう必要があります。しかしながら、多くの対象者が**書類を返してくれないのが実情**です。

このため、当社では在宅保健師・管理栄養士の活用をやめ、全ての指導者は直営で行っています。

当社の保健師・管理栄養士は全て直接雇用であるため、本来同意書は必要ではありませんが、**必要であれば同意書の取得をおこないます。**

実施内容(3)

●初回面接: 遠隔面接を実施します。

■CGM等を活用した重症化予防

初回面接は、遠隔(zoom)でナビゲーション画面を見ながら進めていきます。

面談ナビゲーションシステムの画面

面接は、ナビゲーションシステムの画面を対象者と一緒に見ながら進めていきます。

- ・検査値についてのリスクの説明
- ・通院状況、服薬状況、検査実施状況の把握
- ・合併症兆候の確認
- ・必要な知識の提供

主治医との連携

スタート時、合併症の兆候を確認した場合には、対象者を通じて主治医へお手紙を渡していただきます。



CGM: 24時間血漿グルコース測定器(リブレ®)

1

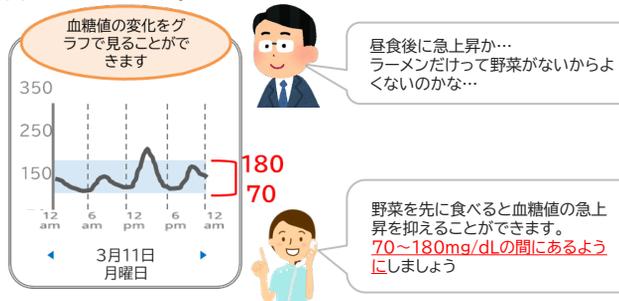
CGMは、測定器ですので、装着しただけでは何の意味もありません。CGMを使って何をすることが重要です。カルナは、世界的にも最も多くのCGM(リブレ®)を使った指導経験のある機関のひとつです。

zoomでご説明しながら、CGMを装着してもらいます。



リブレは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。

※画像はアポットジャパンHPより



血糖値が70~180mg/dLに70%以上入っている場合、HbA1c7.0%を達成できる可能性があるとされています。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



★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、なぜズレたかを検証します。

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。

CGM以外に、血圧計・減塩食・スマートウォッチ・自己採血キットを活用します。

血圧計と減塩食

2



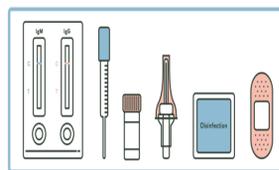
スマートウォッチと減塩食

3



自己採血キット(郵送健診)

4



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。

実施内容(4)

■アプリの活用

アプリを使い、CGM記録を使った血糖コントロールや生活記録を使った血圧コントロールなどを学びます。また、「勤労世代向け生活習慣病オンライン診療プロジェクト」とは、データ連携しています。

アプリの項目

ファイル共有 写真やPDFファイルをも、共有ファイルとして登録します	行動変容記録 目標をのぞいて日々の記録を行います	CGM記録 食事後の血糖値を予測し実際の値と比較します	生活記録 ご自身の食事等の記録にご利用ください
e-learning 生活改善のための教育動画です	ワンポイント LESSON 病気のことや健康に関するワンポイントレッスンをを行います	透析予測 シミュレーション 3年、5年後における人工透析導入確率を算出します	アナムネーゼ 合併症の自覚症状や全身の身体状態などの質問をさせていただきます

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、“何を食べると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

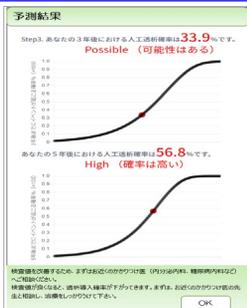
食事の写真や、リブレのグラフの写真をアップロードしたり、血圧などの記入が可能です。

【食事】 1 【多数】 1 【操作】 / 1
30分過ぎなし
測定高度がなかったため血糖値測定にエラー発生
糖 白米
脂 鶏卵半個
食 鶏肉
夜 夜間血糖

【食事】 1 【多数】 1 【操作】 / 1
30分過ぎなし
測定高度がなかったため血糖値測定にエラー発生
糖 白米
脂 鶏肉
食 鶏肉
夜 夜間血糖

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。



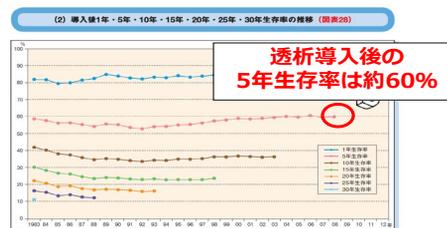
e-learning

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。

医療機関で検査するたびに、アプリで確認

■人工透析導入確率シミュレーション

3年先、5年先の透析導入の確率を提示することで受診の必要性を自覚していただきます。糖尿病になり高血糖状態が続くと、腎臓にある尿をろ過する糸球体という部分が傷つけられ、腎臓の機能が低下してしまいます。このような糖尿病が原因となって起きる合併症「糖尿病性腎症」で透析を導入することになった人は、全透析患者のうち39.1% (2019年末現在) と高い割合を占めています。また、透析が始まると、5年生存率は約60%と言われています。



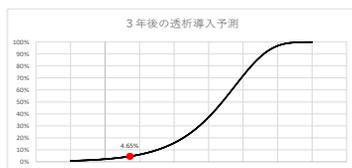
このまま放置すると 3年後、5年後に人工透析がはじまる確率

あなたの健診結果のうち、以下の3項目をもちいて計算しています。

eGFR ※(1) **75** mL/min/1.73m² HbA1C ※(2) **8.0** % 尿たんぱく (+)

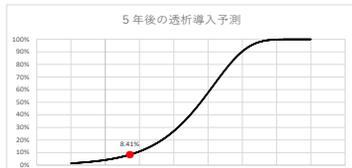
あなたの**3年後**の透析導入確率

4.65 %



あなたの**5年後**の透析導入確率

8.41 %



シミュレーションの対応疾患は 糖尿病または高血圧症

※本シミュレーションは、scientificreports(www.nature.com/scientificreports)に掲載された論文に基づいています。また特許取得済(特許7440093号)です。※糖尿病の方の透析導入確率だけでなく、糖尿病がなく高血圧症のみの方のシミュレーションも可能です。

実施内容(5)

■勤労世代向け専門医によるオンライン診療連携

現在の医療システムは高齢者向きになっており、忙しい勤労世代が通院を継続するのは非常に困難です。

そこで、“忙しい・専門医が遠い”などの理由で通院を拒否する対象者に対し、生活習慣病の専門医集団が行う「勤労世代向け生活習慣病オンライン診療プロジェクト」を紹介し、受診率UPを図ります。

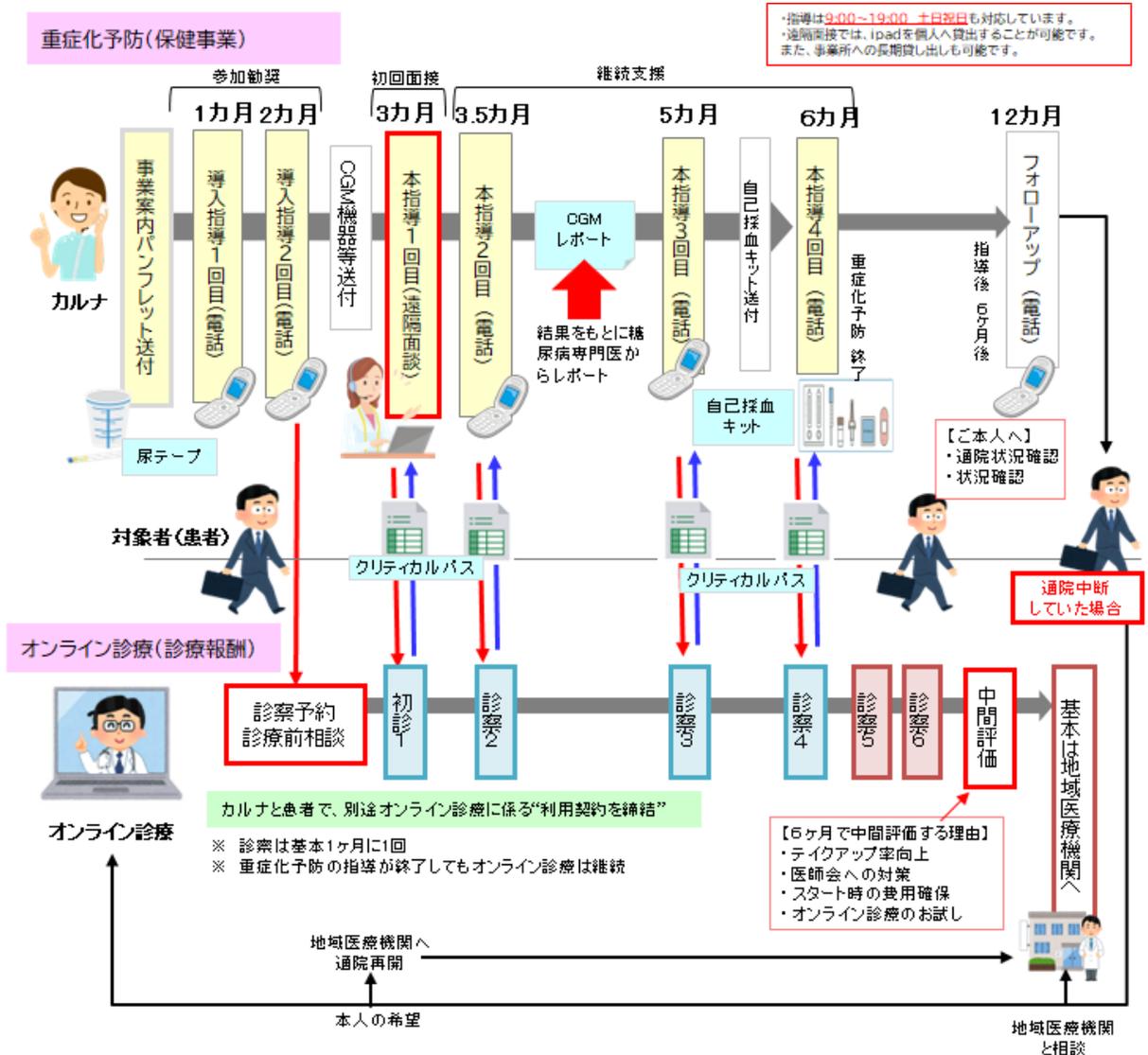
また、このプロジェクトではクリティカルパス※1を使って情報連携を行うことから、連携強化が図れます。

※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。

★オンライン診療の紹介は、導入指導2回目以降

- ・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。



【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
- ・比較的重症者
- ・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

実施内容(6)

●継続支援:3回の経過観察を行います。

■電話による支援・SMS活用

継続支援は、電話で行います。

【継続支援1回目(本指導2回目)】

CGM等の装着中に指導を行います。機器装着してからのデータを確認し、今後の改善点等を指導します。

【継続支援2回目(本指導3、4回目)】

CGM等の結果をレポートにまとめ、レポートを見ながら反省・今後の改善点を指導します。

結果レポート(サマリー)

総合判定

尿たんぱく、尿糖、尿中微量アルブミンの自己測定結果

項目	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
尿たんぱく	117	124	100	12	84	98	83
尿糖	156	103	127	68	96	58	58
尿中微量アルブミン	129	98	121	70	90	69	69
尿たんぱく	189	99	110	69	89	66	55
尿糖	154	97	119	65	91	74	64
尿中微量アルブミン	133	97	107	65	86	60	56
尿たんぱく	120	90	100	65	86	60	56
尿糖	130	80	100	65	86	60	56

健診時との比較(CGM装着前後比較)

ピーク値およびMAGEによる評価

低血糖の確認結果

24時間持続血漿グルコースのピーク値、ボトム値、平均値、MAGE等の実測値

ピーク値およびMAGEの傾向(傾き)による評価

結果レポート(約20ページ)

お体の状況について医師からのお手紙

CGMのデータ分析

医師からのメッセージ

血糖値の変動グラフ

低血糖の発生状況

高血糖の発生状況

血糖値の傾向(傾き)

返却されたCGMのデータを分析し、レポートを見ながら電話で指導を行います。

また、架電前には、SMS(ショートメッセージ)にて架電予告を行います。

●月次報告

■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に対応した場合
- 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	対応場所/ポイント	対応者	メモ
1	2023/03/01	...	...	...
2	2023/03/02	...	...	...
3	2023/03/08 00:16	...	...	...

実施内容(7)

■月次報告 個人カルテ

月次報告(月報)にて、個人カルテを提出します。

個人カルテ記載内容

<指導情報>

- ・指導日時
- ・指導内容・結果

<継続支援中の情報>

- ・対象者から聞き取った生活状況、検査値、測定値等
- ・合併症兆候

●評価・効果測定

■最終・中間報告会(業務評価)

最終報告会に加え、**中間報告会**を実施し、最終報告における分析内容の要望を聞き取ります。

最終報告書(例)

1.総括

- 1-1. 対象者
 - (1)抽出条件
 - (2)対象者の罹患状況
- 1-2. 指導概要
- 1-3. 実績回数 (参考)月報実績
- 1-4. 指導計画
- 1-5. 評価
 - (1)検査値評価
 - (2)行動変容
 - (3)総合評価
 (参考)尿検査およびCGM評価

2.使用資料

3.結果

- 3-1.検査値評価
- 3-2.行動変容評価
 - (1)通院
 - (2)服薬
 - (3)検査
- 3-3. CDSS評価
- 3-4. 知識教育評価
- 3-5. 自己測定評価
 - (1)尿検査
 - (2)CGM
 (参考)自己効力感

4.考察

- 4-1. 点数化
 - 4-2. 総合評価
- (参考)拒否理由集計
-
- (参考)費用対効果

最終報告書(約40ページ)



■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。

※基本仕様にはありませんが、医学的な評価のためには、健診結果で比較するべきと考えています。

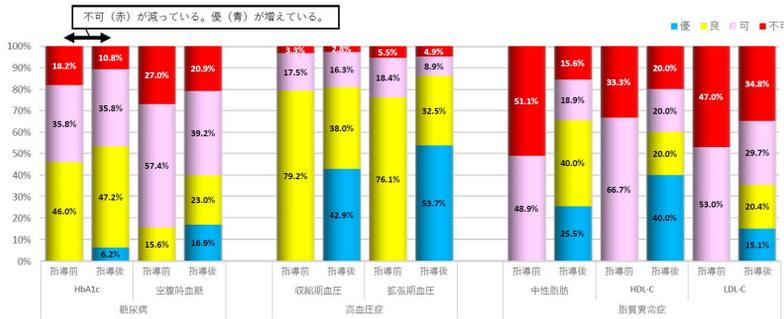
参考:実績(複数の健保が集まった事業)

■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

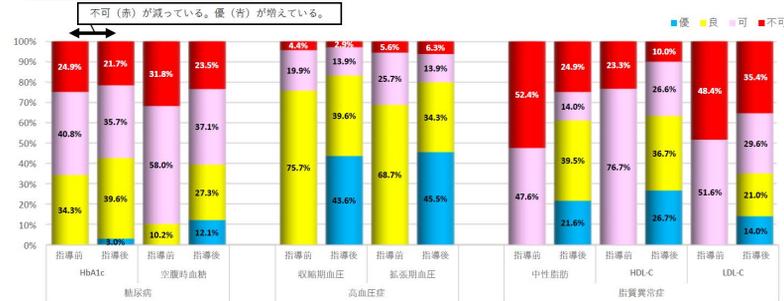


疾患名	検査項目	優	良	可	不可
糖尿病	HbA1c(%)	6未満	6以上~7未満	7以上~8未満	8以上
	血糖値(空腹時)mg/dl	110未満	110以上~130未満	130以上~160未満	160以上
高血圧症	血圧(収縮期)mmHg	140未満	140以上~160未満	160以上~180未満	180以上
	血圧(拡張期)mmHg	90未満	90以上~100未満	100以上~110未満	110以上
脂質異常症	中性脂肪(mg/dl)	150未満	150以上~300未満	300以上~400未満	400以上
	HDL-C(mg/dl)	40以上	35以上~40未満	30以上~35未満	30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

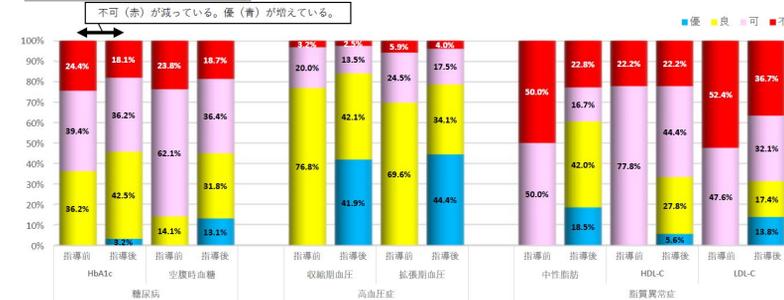
2021年度事業



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。
- ・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。

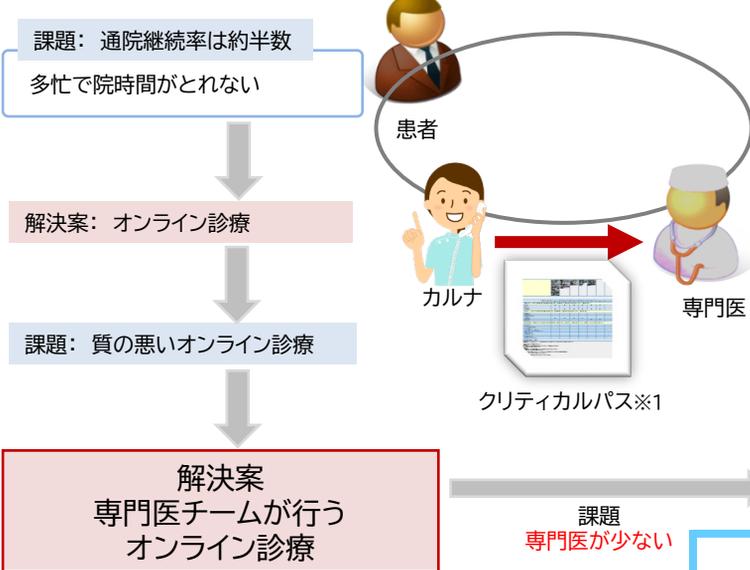
【背景5: 新しい制度】

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

● 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、適正な処方の方針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

【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。

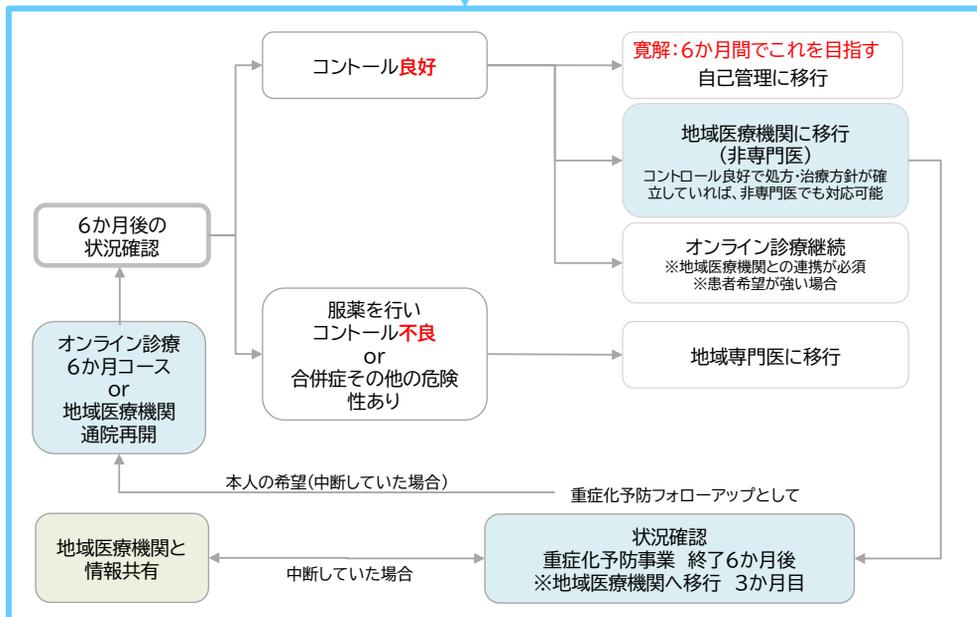
① 提携先医療機関が近くにある場合

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。

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ビグアナイド薬ですが、e-GFRが低下すると、ビ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					
最終評価(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

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)		83,940円/人	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。