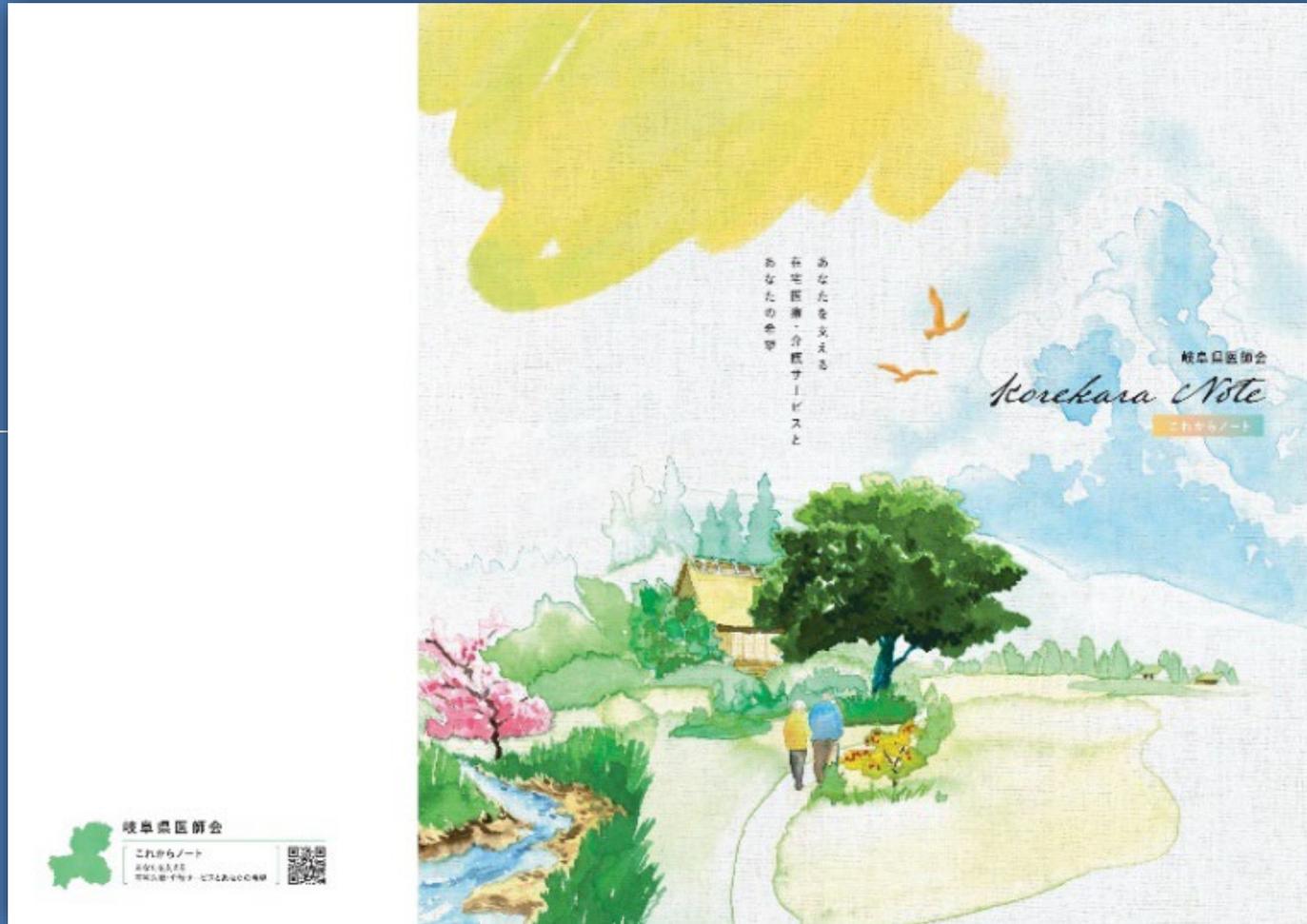


岐阜県医師会版エンディングノート 「これからノート」の作成について



1. 事業概要

- 岐阜県医師会が中心となり、「これからノート（エンディングノート）」を作成
- 病気を中心とした在宅医療・ACP支援ツール
- 令和5～6年度にワーキンググループで検討・作成

2. 事業の背景

- 地域によってエンディングノートの普及が不十分
- 在宅医療・看取り現場で意思決定支援ツールの必要性
- 救急現場での患者意思尊重（心肺蘇生指示書等）の課題

3. これからノートの特徴

- 病気ごとの治療・ケア希望を記載できる
- 多職種で共有可能な構成
- 患者自身が記入しやすい
- 厚労省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に準拠

4. 作成体制・工程

- 医師会・多職種・行政によるワーキンググループ設置
- R5年度：原案作成（WG5回開催）
- R6年度：デザイン調整・試作版配布（WG3回開催）
- 令和7年3月末完成。8000冊印刷し、医療機関、自治体へ配布

5. ノートの構成

- 第1章：在宅ケア・介護サービスの説明
- 第2章：自分を支える人・人生観・病気への思い
- 第3章：もしもの時の医療・ケアの希望
- 第4章：死期が近づいた時の説明・救急対応・心肺蘇生指示書

6. 一般的なエンディングノートとの違い

項目	一般的なノート	これからノート
内容	財産・葬儀・相続等	病気・医療・ケア中心
利用者	本人・家族	本人・家族・多職種
記入時期	健康時	病気・在宅医療導入時

特徴 1



やまい わたしの病への想い

主とする病名

話し合った日	年 月 日	年 月 日
話し合った人		
病気の症状や身体の変化 記入例) ・抗がん剤が始まった。 ・要介護になった。 ・骨折し入院してしまった。 ・食事がとれなくなってきた。		
想い、心配事・不安 記入例) ・痛みが我慢できなくなったらどうしよう。 ・抗がん剤で気持ち悪くなった時心配。 ・リハビリを頑張りたい。		
治療・ケアの希望 記入例) ・何もしてほしくないが痛みが強い時は、薬をつけてほしい。 ・できる限り、がんの治療をしたい。 ・自然に任せて穏やかに過ごせたらいい。		
医療・介護スタッフからあなたへメッセージ		

あなたの現在の健康状態や症状を整理し、自分の想い(これからどうしたいか)を考えてみましょう。そして、家族・身近な人や、医療・介護スタッフに想いを伝え、最適な治療法やこれからの生活について一緒に話し合ってみましょう。



年 月 日	年 月 日	年 月 日

やまい わたしの病への想い

- ・既存のエンディングノートにはないページ。
- ・自分の病気を正しく理解し、病気に対する想い、不安を記入。
- ・病気に対する今後の治療・ケアの希望を家族や医療スタッフに共有。
- ・病気によって想い、治療・ケアの希望が変化する。

心肺蘇生（胸骨圧迫、人工呼吸及びAEDの使用）に関する医師の指示書について

- 患者が蘇生の希望がないと意思表示されていても、救急要請を受けた救急隊は消防法において心肺蘇生をしなければならないとされている

そのため、傷病者の意思に沿わない心肺蘇生がされるといった問題があり、R4年10月に**岐阜県メディカルコントロール協議会**にて救急プロトコルの改定があり、**心肺蘇生に関する医師の指示書**が作られた

- 亡くなるときに救急車を呼ぶとはどういうことか理解をしてもらいたい

心肺蘇生（胸骨圧迫、人工呼吸及びAEDの使用）に関する医師の指示書^{*1}

当該患者が心肺停止となった場合、患者（あるいは代話者）の自発的な意思に基づいて行われた「**心肺蘇生を受けない**」決定を尊重し、**心肺蘇生を実施しないでください**^{*2}。
指示にあたっては、当該時の標準的医療等を考慮しています。

患者氏名：	生年月日：	年	月	日
住 所：				
電話番号：	-	-		
病状の概要（終末期の状況など）				

【患者（代話者）記入欄】

私は、何者にも強制されず、治療についての判断ができる状態で「心肺蘇生を受けない」決定をしました。心肺蘇生を受けなければ命が失われることを理解したうえで、上記の指示内容についてかかりつけ医と十分に話し合い、ここに同意いたします。^{*3-4}

患者署名^{*5}：

記入日： 年 月 日
有効期限： 年 月 日^{*6}

（代筆した場合、代筆者の氏名： 患者との関係： ）

代話者署名^{*7}： 患者との関係：

【医師記入欄】

医師署名：

医療機関名：

所在地： 県 市 町

電話番号： - -

電話番号（時間外等）： - -

この指示書は、岐阜県MC協議会が指定する様式である

特徴 2-2

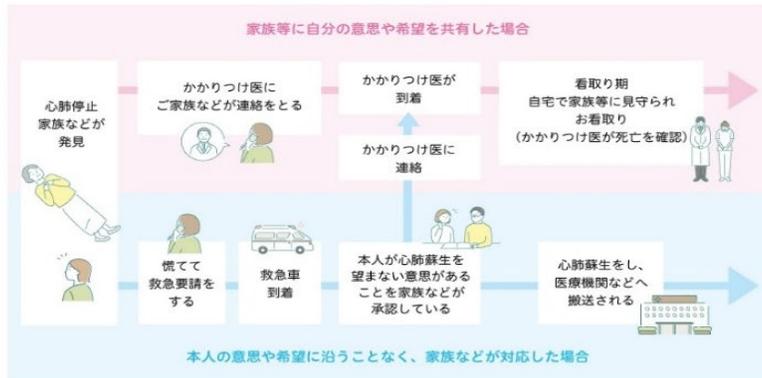
救急車を呼ぶということ



かかりつけ医と事前に話し合いをし、「在宅で看取りをする」と決めていたとしても、最期が近くなり本人の状態から不安を感じ、とっさに救急車を呼んでしまうことがあります。救急車を呼ぶということは、「命を助けてほしい」というお願いをすることです。救急隊は患者の命を救うことを第一に考え、救命処置を施します。心肺蘇生を行わないというご本人・ご家族等の意思があっても、口頭だけの確認では、救急活動の原則のもと救急隊員は心肺蘇生を行うことになります。その結果、本人が望まない医療処置を受け、自宅で穏やかな最期を迎えたいと思っても、それができなくなってしまいます。

心肺蘇生を行わないという意思表示

岐阜県メディカルコントロール協議会(*1)の作成した、【心肺蘇生(胸骨圧迫、人工呼吸・AED使用)に関する医師の指示書】は、たとえ慌てて救急車を呼んでしまっても、この指示書を家族が救急隊員に示し、救急隊員がかかりつけ医に連絡を取り確認ができれば、心肺蘇生を中止することができます。とっさに判断することは難しいものです。日ごろから、かかりつけ医や訪問看護師と「状態が悪くなった時にどうするか」、事前に話し合っておくことが必要です。



(*1) 岐阜県メディカルコントロール協議会とは？

医師会をはじめ、消防・医療機関従事者で結成された救急業務に関する事項についての調査審議を行う協議会です。

「心肺蘇生をしない」ための医師の指示書について

この指示書は、患者さんの「心肺蘇生を受けたくない」という意思を尊重し、回復の見込みがない終末期の方が穏やかに最後を迎えたいという意思を守るためのものです。心肺停止になったときに、医師や救急隊が患者さんの意思を守るための指針となります。家族等は、この指示書を救急隊に提示し、救急隊は、救急活動報告書等に添付し保管します。(※1)

「心肺蘇生」とは？

心肺蘇生とは、心臓や呼吸が止まったときに命を助けるために行う治療です。具体的には次のことを行います

胸骨圧迫	胸を強く押して血液を循環させること
人工呼吸	口から息を吹き込んで呼吸を助けること
AEDの使用	電気ショックで心臓の不整脈を止める機械を使用すること

しかし、これらの処置は必ずしも成功するわけではなく、体に負担がかかることもあります。

【この指示書の使い方と記入の流れ】

1	患者本人または代託者の意思確認(※2)	まず、かかりつけ医とよく話し合い、「心肺蘇生をしない」ことを決めます。患者さんが自分で判断できない場合は、ご家族(代託者)が意思を確認し、署名することもできます。(※7)
2	記入内容の準備	○患者情報(名前、生年月日、住所など)を記載します。 ○かかりつけ医に現在の病状(終末期の状態など)を詳しく記載し署名してもらいます。
3	代筆・署名をする(※5)	決定内容に基づき、患者が自分で判断できない場合は、代託者が記載できます。ここで言う代託とは、患者本人に十分な判断能力が備わっていない場合、患者の代わりに同意・承諾することを指します。
4	大切に保管する	この指示書は、緊急時に救急隊や医療機関に提出する大切な書類です。すぐに取り出せる場所に保管しておきましょう。

⚠ 注意してほしいこと

- 緊急時には慌てずにかかりつけ医に連絡を
この指示書が有るとき心臓や呼吸が止まった時は、まずかかりつけ医に連絡してください。
- どうしても119番する場合は指示書を提示
やむを得ず救急車を呼ぶ場合、この指示書を救急隊に見せてください。
- 6か月ごとに更新が必要(※6)
指示書には有効期限があり、患者記入日から6か月ごとにかかりつけ医と話し合い、確認が必要です。

かかりつけ医の皆様へ(※3)(※4) — ここからは、かかりつけ医へ向けての確認事項になります。—

※3 心肺蘇生を希望しない旨について、かかりつけ医と話し合ったうえで同意するという意思表示患者が署名する場合、かかりつけ医は、患者が穏やかな精神状態にあり、治療方針に同意する能力があることを確認します。代託者が署名する場合、代託者は、患者の事前の意思、信念、価値観などを考慮して署名します。かかりつけ医は、代託者による同意が患者の事前の意思や信念等を反映したもので、法的な医療大事を考慮した合理的な判断であることを確認し、代託者の連絡先と合わせて患者のカルテに記録します。

※4 かかりつけ医は、患者もしくは代託者と指示内容について話し合った日付を患者のカルテに記録します。

- ・ 県民に、亡くなった時に救急車を呼ぶとどのような問題があるか、わかりやすく説明
- ・ 希望しない心肺蘇生が行われる可能性があり、救急車を呼ばずに、かかりつけ医に必ず連絡をしましょうという注意書きを掲載

- ・ 心肺蘇生をしないための医師の指示書の説明文
- ・ 岐阜県MC協議会の説明文書をもとにわかりやすく編集

7. 活用方法と効果

- 情報収集：患者が自身の希望・価値観を記入
- 話し合い：家族・医療者と将来の医療・ケアを共有
- 記録・共有：多職種で意思決定内容を共有
- 見直し：状態や希望の変化に応じて更新

8. 成果と今後の展望

- 多職種・患者家族から実用性・分かりやすさで高評価
- 在宅医療現場での意思決定支援ツールとして期待
- 令和7年3月末完成後、医療機関、自治体向けの活用研修・県民向けの書き方講座を展開し、県内の普及を目指す。

9. 「これからノート」 まとめ

- 病気を中心とした、おそらく初のエンディングノート。
- 在宅医療の導入の手引書として利用できる。
- 家族と一緒に何度も話し合いながら書ける。
- 病気に対してしっかり理解し、今後の病状の見込みがわかったうえで、延命処置の選択をしてもらえる。
- 終末期の状態、救急搬送の説明をすることで、家族が安心して自宅で看取る体制ができる。

岐阜県
糖尿病性腎症・慢性腎臓病(CKD)
重症化予防プログラムの作成

～慢性腎臓病（CKD）対策との連携・一体化に向けて～

岐阜県 糖尿病性腎症重症化予防事業の経緯

- 糖尿病性腎症重症化予防の取組を推進していくために、県は、岐阜県医師会、岐阜県糖尿病対策推進協議会と糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定を締結するとともに、この協定に基づき平成29年12月1日「岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定した。
- 令和6年3月 国の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」が改定されたことに伴い、令和6年12月1日「岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を改定した。
- プログラム改定にあたり、透析予防の観点から、2018年設置の慢性腎臓病（CKD）対策との連携を推進し、非糖尿病の慢性腎臓病患者にも介入できるよう、抽出基準を見直し、プログラムを効率化した。名称についても「岐阜県糖尿病性腎症・慢性腎臓病(CKD)重症化予防プログラム」に変更した。

2017/12/2
策定

岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

郡市医師会と保険者との連携体制

(2019年10月28日改訂)

未受診者・治療中断者への対応

【対象者抽出】 保険者（市町村）が抽出

- ① 特定健康診査で
 - 空腹時血糖126 mg/dl以上 または
 - 随時血糖200 mg/dl以上 または
 - HbA1c 6.5 %以上
- ② レセプト上、過去に糖尿病治療歴がある
- ① または ② であるも、レセプトデータ上で過去1年間に糖尿病受療歴がない者

【受診勧奨と保健指導】

保険者は、文書通知、個別面談、家庭訪問、電話などの方法により、医師会の先生方への受診勧奨をします。また、治療連携（眼科、歯科、糖尿病・腎臓専門医等）に必要な**糖尿病連携手帳**を渡して、医療専門職が保健指導を実施します。

受診勧奨について保健師から相談されたら、ご判断をお願いします。

【対象者がかかりつけ医を受診】

- ◆ 未受診や治療中断を非難せず、受診したことを褒め、かかりつけ医として血糖管理治療を開始してください。
- ◆ 連絡票で受診があったことを保険者に報告し連携してください。
- ◆ 定期的に血糖、HbA1cを測定し、検査結果や処方内容を**糖尿病連携手帳**に記入してください。

通院中で重症化リスクが高い者への対応

【対象者抽出】 特定健康診査結果より保険者（市町村）が抽出

- ① 糖尿病性腎症第2～4期と思われる者
- ② リスク要因（肥満、高血圧、脂質異常、高尿酸血症）がある者
- ③ 生活習慣・家族歴にリスク要因ある者、生活習慣改善が困難な者

保健指導候補者名簿が、かかりつけ医へ送付されます。保健指導の必要性を確認し患者の同意を得て、保健指導への参加を促してください。

【保険者（市町村）による保健指導】

依頼票に従って専門職による保健指導を実施します。**糖尿病連携手帳**は、かかりつけ医による受診状況や検査結果の記録、保健指導内容の記録に活用され、情報共有に役立ちます。

保険者（市町村）へ保健指導依頼表を送付し、保健指導を依頼し、指導内容や効果については、情報を共有し、連携してください。

【対象者抽出】 かかりつけ医が保健指導の必要な患者を抽出

- ① 糖尿病治療中に腎機能低下が判明し保険者（市町村）による保健指導が必要とかかりつけ医が判断した者
- ② 管理栄養士等の配置がないなど実践的な保健指導が困難な場合
- ③ 専門医療機関との連携が困難な地域

【かかりつけの先生方へのお願い】

本プログラムが確実に実行されるためには特定健康診査データが必要です。通院中の患者さんにも、**特定健康診査**をしてもらってください。もしくは**特定健康診査情報提供事業**にご協力ください。

岐阜県は
尿中
アルブミン定量
件数が全国37位

糖尿病から腎臓を守りましょう!!

糖尿病があると、尿中に糖や脂質、たんぱく質などが排出され、腎臓がダメージを受けます。糖尿病性腎症は、糖尿病の合併症の一つで、尿中にたんぱく質が排出されることで、腎臓の働きが低下し、最終的に透析や移植が必要になる場合があります。

糖尿病性腎症の予防には、血糖コントロールが最も重要です。また、血圧、脂質、尿酸値のコントロールも大切です。定期的な検査と医師の指導に従って治療を受けることが大切です。

糖尿病性腎症の予防には、血糖コントロールが最も重要です。また、血圧、脂質、尿酸値のコントロールも大切です。定期的な検査と医師の指導に従って治療を受けることが大切です。

糖尿病治療中の皆さん「糖尿病連携手帳」をお持ちですか？

糖尿病連携手帳は、血糖値の記録や検査結果、処方薬の記録などを一元管理できる便利な手帳です。医師や医療従事者と共有することで、より適切な治療を受けることができます。

糖尿病は、血糖値の管理だけでなく、眼、腎臓、心臓、脳血管などの合併症や、歯周病の定期検診も必要です。糖尿病と診断されたら「糖尿病連携手帳」を持ち、医療機関を受診する際には必ず手帳をお見せください。

岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

「糖尿病連携手帳」をお持ちですか？

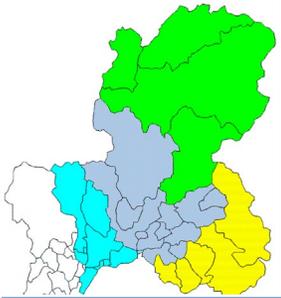
窓口でご提示ください

岐阜県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

岐阜県糖尿病性腎症重症化予防 連携体制整備

(地域医師会担当理事・専門医・かかりつけ医・行政・保健師等で構成)

重症化予防プログラム運用推進に向け、地域毎に 顔の見える連携会議開催を推進



総括 岐阜県糖尿病対策推進協議会 岐阜県医師会	実務 糖尿病性腎症重症化予防WG	県 (国保関係)	県 (衛生関係)	県 管轄保健所
		省庁内連携		
		国民健康保険課	保健医療課健康推進室	

令和4年
特定健診受診率
/保健指導実施率

	地区	医師会数	市町村	市町村	保健所名
39.8 / 30.1	岐阜	7	9	9	岐阜
37.8 / 41.3	西濃	6	11	11	西濃
39.6 / 33.4	中濃	2	3	3	関
		2	10	10	加茂
40.2 / 58.3	東濃	2	3	3	東濃
		1	2	2	恵那
54.4 / 89.8	飛騨	3	4	4	飛騨

保健所管轄毎の
糖尿病対策地域ネットワーク会議が
既存

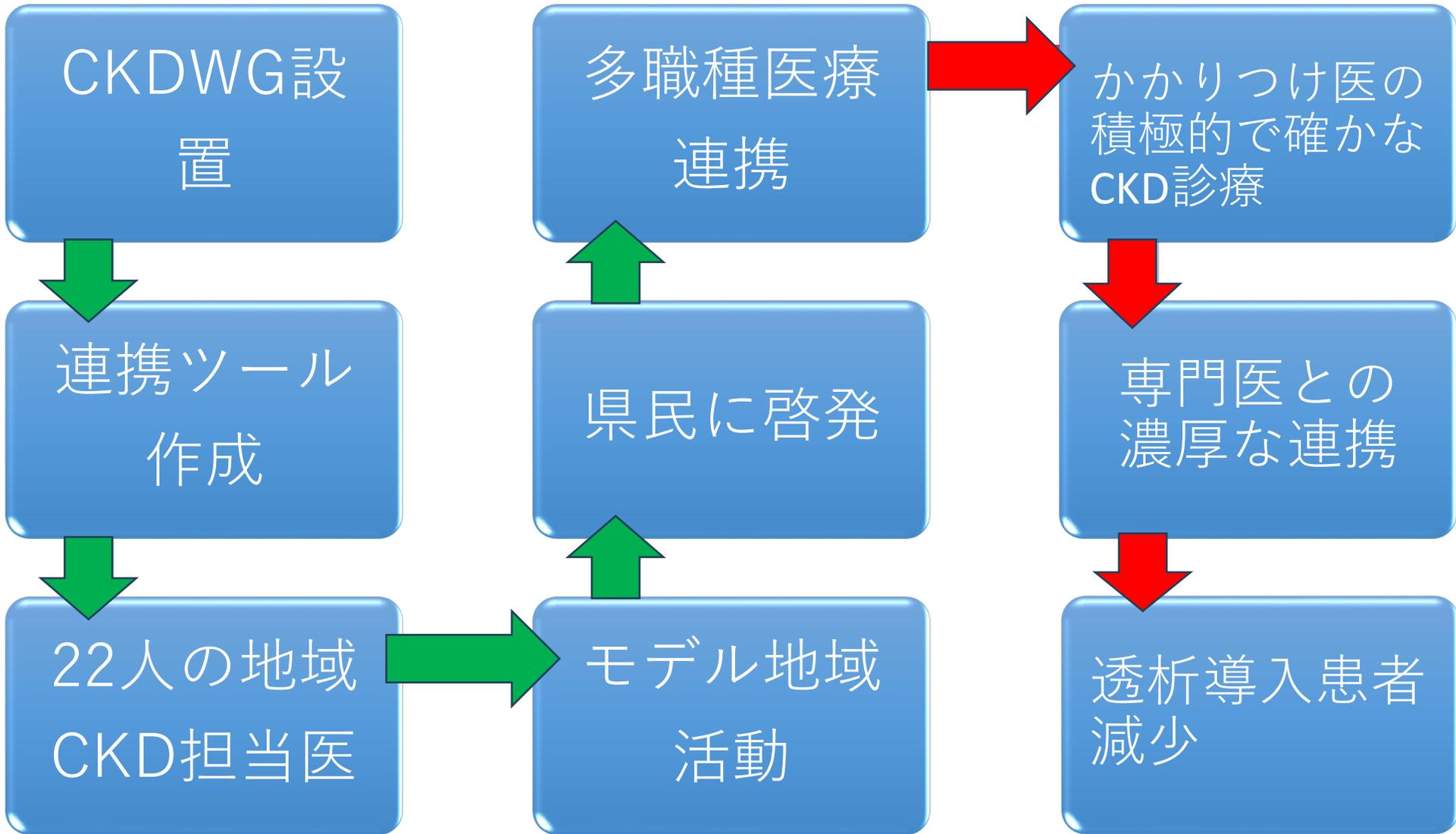
岐阜県医師会CKD対策

- 各地域で医療情勢、人口、疾患数、問題点が異なる。
- これを熟知しているのは地域の医師や行政、医療従事者、企業である

医師会が軸となり、地域医師会と連携をとることでより良い疾患対策が取れる

- 岐阜県医師会を軸とし、地域かかりつけ医代表、腎臓専門医、行政によるワーキンググループを設置し、対策を企画
- モデル地域で企画を実施
- 各地域医師会に担当理事を選出し、モデル地域での実績を横展開

岐阜県 今までのCKD対策→これからのCKD対策



事務局：県医師会

岐阜県**糖尿病**対策推進
協議会

糖尿病性腎症
重症化予防WG

事務局：県

岐阜県**慢性腎臓病**対策
推進協議会

CKD医療連携
WG

糖尿病対策 と 慢性腎臓病対策 の連携

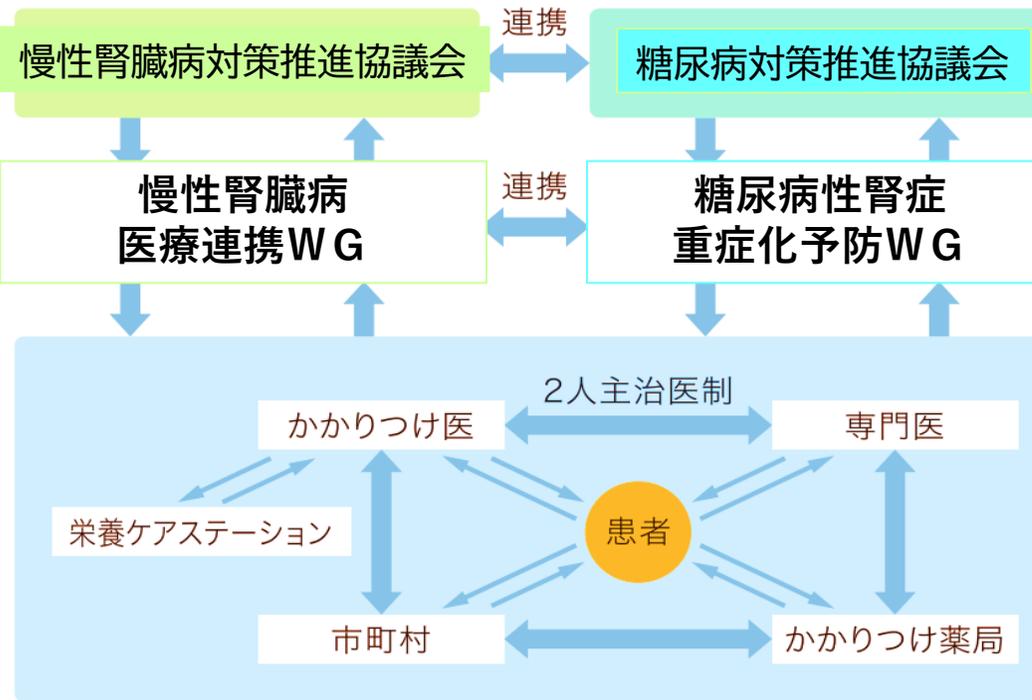
第4次ヘルスプランぎふ21（2024～2035年度）

- ・2028年までに年間透析導入患者数を現在の600名から、500名以下に減少させる
- ・2032年までに糖尿病による透析導入患者数を236名から180名以下に減少させる
- ★2024年度から、糖尿病性腎症・慢性腎臓病(CKD)重症化予防プログラムに改訂

2018/12月
事務局：岐阜県
(再設置)

2020/11月
岐阜県医師会

岐阜県CKD医療連携
マニュアル・ツール作成
(2021/9/13)



2005/11月
事務局：岐阜県医師会

2017/6月
岐阜県医師会

岐阜県糖尿病性腎症
重症化予防プログラム策定
(2017/12/2)

図3 岐阜県の糖尿病性腎症対策、慢性腎臓病対策の連携に関する概要図

項目	目標値	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
透析導入患者数	600												
糖尿病による透析導入患者数	236												
糖尿病性腎症重症化患者数	50												
慢性腎臓病重症化患者数	45												
糖尿病性腎症重症化予防プログラム策定	30												
CKD医療連携マニュアル・ツール作成	15												
2人主治医制導入	10												
かかりつけ薬局整備	5												



岐阜県糖尿病性腎症・慢性腎臓病(CKD)重症化予防プログラム

郡市医師会と保険者との連携体制

(2024年12月1日改定)

慢性腎臓病 (CKD)

【保険者抽出】 特定健康診査結果より抽出

糖尿病ではないが、

①腎機能の低下 (GFR60 mL/分/1.73m²未満) -または 尿異常がみられる者

【優先対象者】

※以下の a~d のいずれかに該当する者

a. 尿蛋白 2 + 以上

b. CKD分類G3b

(GFR45mL/分/1.73m²未満)

c. CKD分類G3a

(GFR60~45 mL/分/1.73m² かつ 尿蛋白陽性)

d. GFR前年比25%以上低下 かつ

GFR60mL/分/1.73m² 未満

【受診勧奨と保健指導】

保険者は、文書通知、個別面談、家庭訪問、電話などの方法により、医師会の先生方への受診勧奨・医療専門職による保健指導を実施します。保健指導等の際には、治療連携（眼科、歯科、糖尿病・腎臓専門医等）構築を推進します。そのために、糖尿病患者では、**糖尿病連携手帳**を活用します。

受診勧奨について保健師から相談されたら、ご判断をお願いします。

【対象者がかかりつけ医を受診】

◆未受診や治療中断を非難せず、受診したことを褒め、かかりつけ医として血糖・血圧等の管理治療を開始してください。

◆連絡票で受診があったことを保険者に報告し連携してください。

◆定期的に必要に応じて血糖、HbA1c、腎機能検査、血圧測定、尿検査(蛋白定量)を行い、検査結果や処方内容を**糖尿病連携手帳**等に記入してください。CKDについては**岐阜県CKD医療連携マニュアルフローチャート**をご参照ください。

糖尿病

未受診者・治療中断者

【未治療者】

①特定健康診査で空腹時血糖または随時血糖(食後3.5時間以上)126 mg/dl以上 -または HbA1c 6.5 %以上の者

【治療中断者】

①または②に該当し、過去1年間に糖尿病の受療歴がない者

①レセプト上、過去に糖尿病治療歴あり

②過去3年間の健診HbA1c6.5%以上を確認

※CKD該当者へは強く受診勧奨を行う

通院中で重症化リスクが高い者

【保険者抽出】 特定健康診査結果より抽出

①糖尿病性腎症第2~4期と思われる者

(尿中アルブミン/Cr定量で判定)

②リスク要因(肥満、高血圧等)がある者

③生活習慣・家族歴にリスク要因ある者

保健指導候補者名簿が、かかりつけ医へ送付されます。保健指導の必要性を確認し患者の同意を得て、保健指導への参加を促してください。

【保険者(市町村)による保健指導】

依頼票に従って専門職による保健指導を実施します。**糖尿病連携手帳**は、かかりつけ医による受診状況や検査結果の記録、保健指導内容の記録に活用され、情報共有に役立ちます。

保険者へ保健指導依頼表を送付。保険者が実施した指導内容や効果は、情報共有し、連携してください。

【医療機関抽出】 かかりつけ医が保健指導の必要な患者を抽出

①糖尿病治療中に腎機能低下が判明し、保険者(市町村)による保健指導が必要とかかりつけ医が判断した者

②管理栄養士等の配置がないなど実践的な保健指導が困難な場合

③専門医療機関との連携が困難な地域

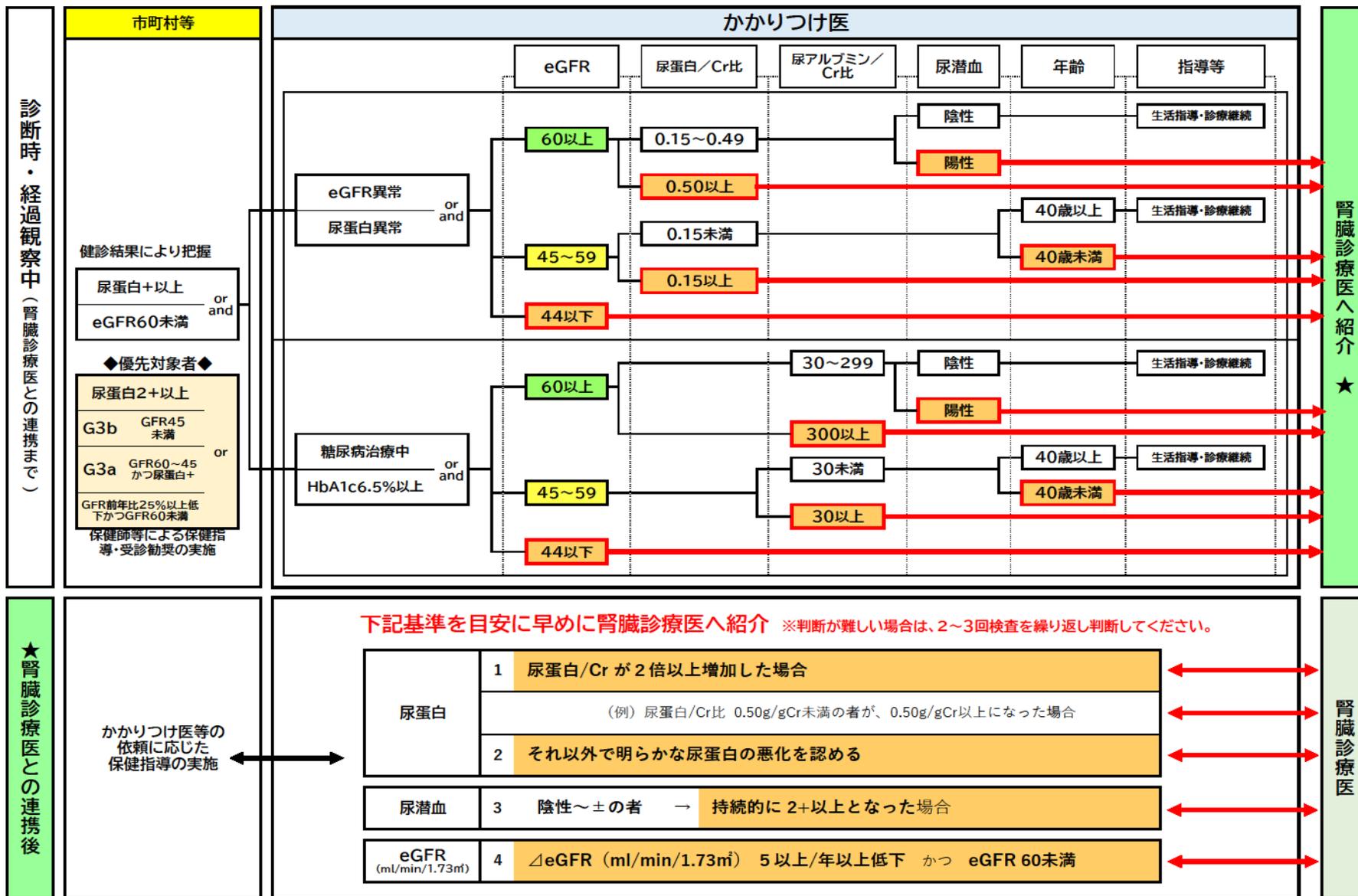
【かかりつけの先生方へのお願い】

本プログラムが確実に実行されるためには特定健康診査データが必要です。

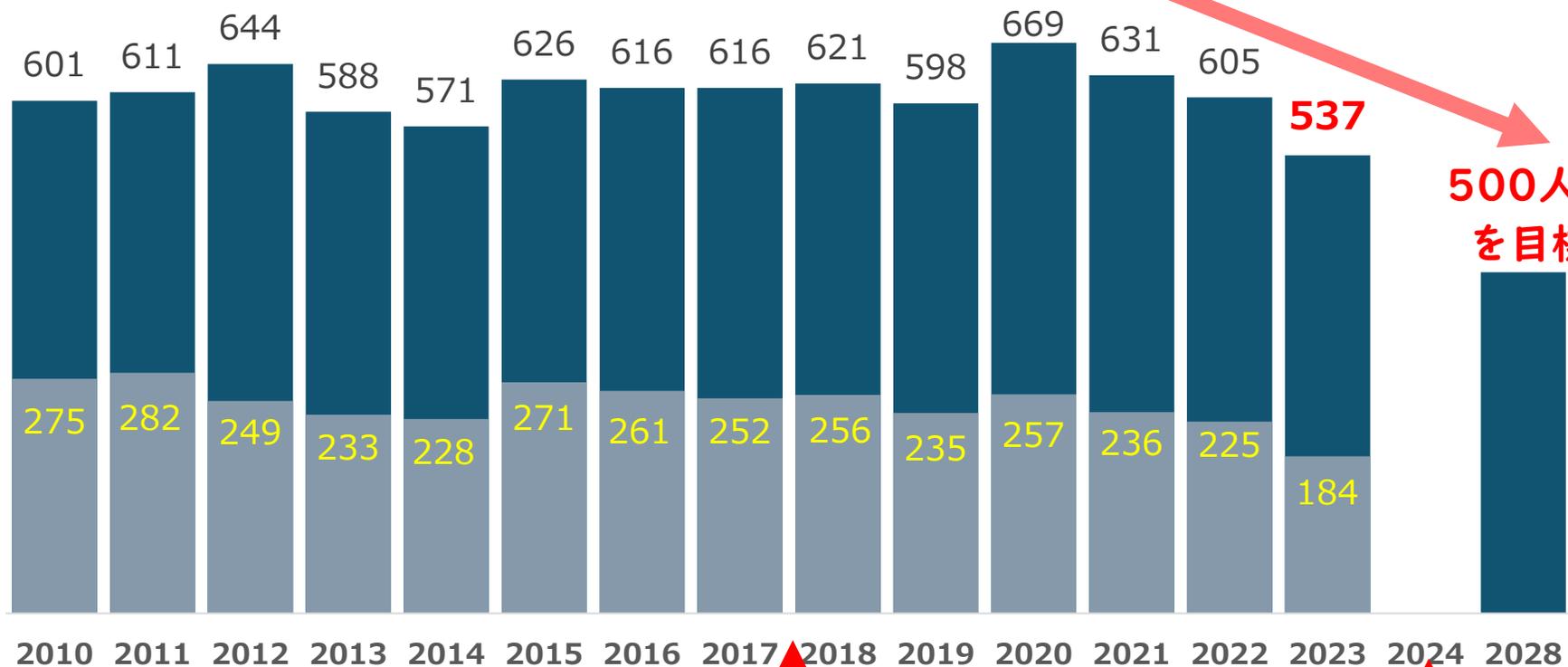
通院中の患者さんにも、**特定健康診査**をしてもらってください。もしくは**特定健康診査情報提供事業**にご協力ください。

* 既存のCKD対策フローチャートと糖尿病性腎症重症化予防プログラムとを組み合わせ、尿たんぱく(尿アルブミン)はクレアチニン比で評価を明記。

新規透析導入の減少を目指したCKD対策



岐阜県の透析導入患者の推移



500人以下
を目標

2005 岐阜県糖尿病対策推進協議会

2017/12/2
岐阜県糖尿病性腎症
重症化予防
プログラム策定

2024 岐阜県糖尿病性腎症・慢性腎臓病
(CKD) 重症化予防プログラム

2020 岐阜県CKD連携ツール発行

2019 岐阜県慢性腎臓病対策推進協議会
岐阜県医師会CKD連携WG