

函館市医療・介護連携推進協議会
情報共有ツール作業部会 第23回会議

日時：令和8年2月25日（水） 19：00～

場所：函館市医師会病院 5階講堂

【次 第】

1 開 会

2 議 事

○報告事項

(1) もしもノートはこだて研修会について（資料1）

(2) LIFE情報と連動した連携サマリーについて

○協議事項

(1) はこだて医療・介護連携サマリーQ&A集

およびモニタリング集計結果について（資料2）

(2) もしもノートはこだての手引きについて（資料3）

3 その他

- ・重症度、医療看護必要度のB項目を地域連携に活用する研究について
- ・他市からの問い合わせ等について
- ・次回の部会日程について

4 閉 会

【配付資料】

- 1 令和7年度 もしもノートはこだて研修会（案）
- 2 はこだて医療・介護連携サマリーQ&A集およびモニタリング集計結果
- 3 もしもノートはこだての手引き

函館市医療・介護連携推進協議会 情報共有ツール作業部会

第23回会議 出席者名簿

※★…部会長および副部会長 ○…幹事

(敬称略)

分 野	所属団体	氏 名	勤務先
医 療	公益社団法人 函館市医師会	○幹事 森田 智	函館市医療・介護連携支援センター
	一般社団法人 函館歯科医師会	中野 敏昭 ※欠席	中野デンタルクリニック
	一般社団法人 函館薬剤師会	星野 志津代	(有)みすず調剤薬局 宮前店
	公益社団法人 北海道看護協会 道南南支部	柴田 香奈美	公益社団法人 函館市医師会病院
	道南在宅ケア研究会	岡田 晋吾	医療法人社団 守一会 北美原クリニック
	函館地域医療連携実務者協議会	★部会長 亀谷 博志	社会福祉法人函館厚生院 函館中央病院
		熊倉 慎治	市立函館病院 事務局
一般社団法人 北海道医療ソーシャルワーカー協会 南支部	石井 義人	社会医療法人 高橋病院	
介 護	函館市居宅介護支援事業所連絡協議会	青木 美香	居宅介護支援事業所 花笑み
	函館市地域包括支援センター連絡協議会	松野 陽	函館市地域包括支援センターたかおか
	函館市訪問リハビリテーション連絡協議会	吉荒 龍哉	介護老人保健施設 ケンゆのかわ
	道南訪問看護ステーション連絡協議会	保坂 明美	訪問看護ステーション フレンズ

入退院支援連携強化研修会 サマリー編

《令和7年度 もしもノートはこだて研修会（案）》

日 時 : 令和8年3月4日（水） 18:30~20:00

場 所 : 函館サーモン・まるなまホール（函館市民会館）大会議室

参加者 : 函館市・北斗市・七飯町の医療・介護関係者, 函館市の障がい福祉関係者

定 員 : 50名程度

目 的 : ○もしもノートの活用周知, 活用促進
○地域の ACP 連携の活発化
○ACP 対話が「当たり前」になる地域づくり

事前学習: もしも動画視聴 (20分)

当日構成: ①もしもノート説明等

○もしもノートとは 山崎先生 (20分)

- ・もしもノートの説明
- ・活用方法の説明

○活用事例紹介 保坂さん (15分)

②2人ワーク・グループワーク

○もしもノートを使った対話実践 (20分)

○グループワーク (25分)

『地域で取り組む ACP (仮)』

- ・実践してみた感想
- ・地域で ACP 対話が当たり前になるために何ができるか

○共有 (10分)

講師および座長:

座長 函館中央病院 亀谷さん

講師 市立函館病院 山崎先生

訪看 ST フレンズ 保坂さん

ファシリテーター 情報共有ツール作業部会メンバー

令和7年度
もしもノート
研修会

【日 時】 令和8年3月4日（水）

18:30～20:00（受付18:00）

【場 所】 函館サーモン・まるなまホール
（函館市民会館） 大会議室

【参加者】 函館市・北斗市・七飯町の医療・介護関係者
および函館市の障がい福祉関係者

【内 容】 講演「もしもノートについて」
2人ワーク「もしもノートを活用した話体験」
グループワーク『地域で取り組むACP（仮）』



【申込方法】
申し込み Google フォーム⇒<https://x.gd/eUBts>





(R8年3月 掲載予定分)

Q. フェイスシート②のフォント等を修正できるという

A: 各サマリーの基本ツール2と【フェイスシート版サマリー】のフェイスシート①②は、フォント等の変更が可能です。基本設定は入力や変更ができないようにシートに保護をかけている状態ですので、シートの保護を解除して変更していただく必要があります。解除手順は下記を参考に行ってください。

シートの保護の解除方法：各ページから、エクセル上部にある【校閲】タブを開き【シート保護の解除】をクリックすると文字の修正等が可能になります。(参考：(R2年6月4日掲載分) Q9と同様回答)

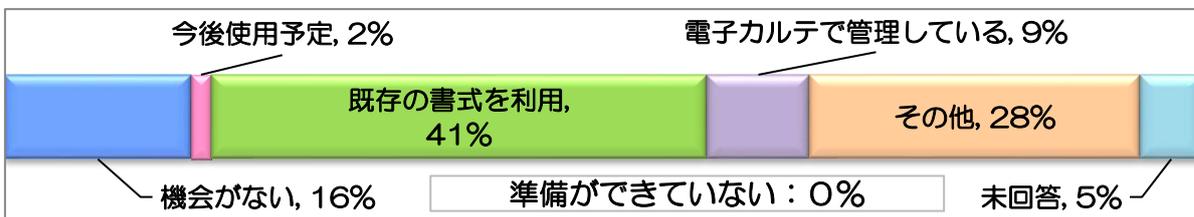
また、この先、ID-Linkを活用したICT連携を進めていくことで、サマリーをデータで共有することが可能となりますと、文字の見づらさ等については解消されることが見込まれます。

情報共有ツール作業部会 はこだて医療・介護連携サマリー
活用状況調査集計結果 R6.7.1～R7.6.30分 (n=134)

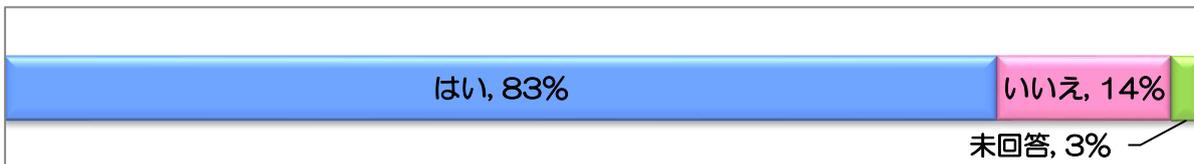
(1) 貴所属機関では、「はこだて医療・介護連携サマリー」(以下「サマリー」と表記)を作成し、情報共有に活用されたことがありますか。



○上記いいえの理由。

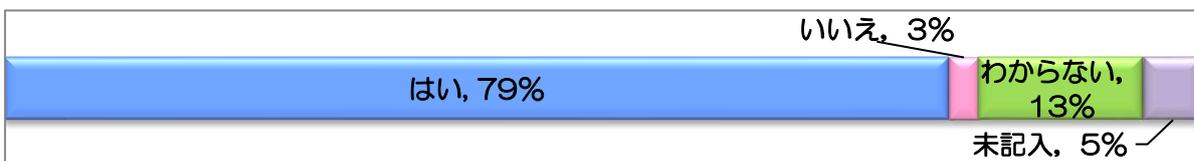


(2) 入退院(所)支援の際、事前に相手先にサマリーを提供していますか。(緊急入院は除く)

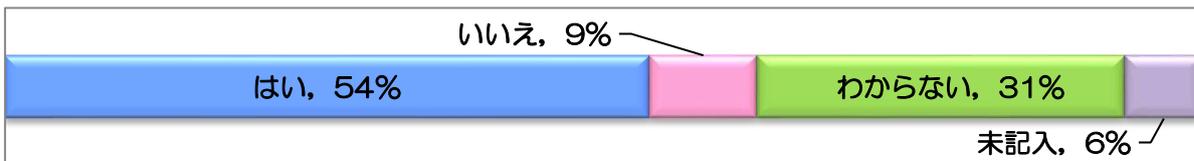


(3) サマリーを活用した情報連携の効果をお聞かせください。

① 事前にサマリーを受けたことで支援やカンファレンスの準備ができた



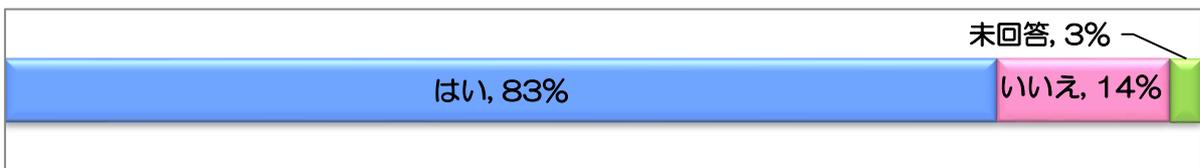
② カンファレンス(担当者会議)の時間短縮になった



③ 支援チーム(病院や在宅・施設)の中で統一したケアを実施できた

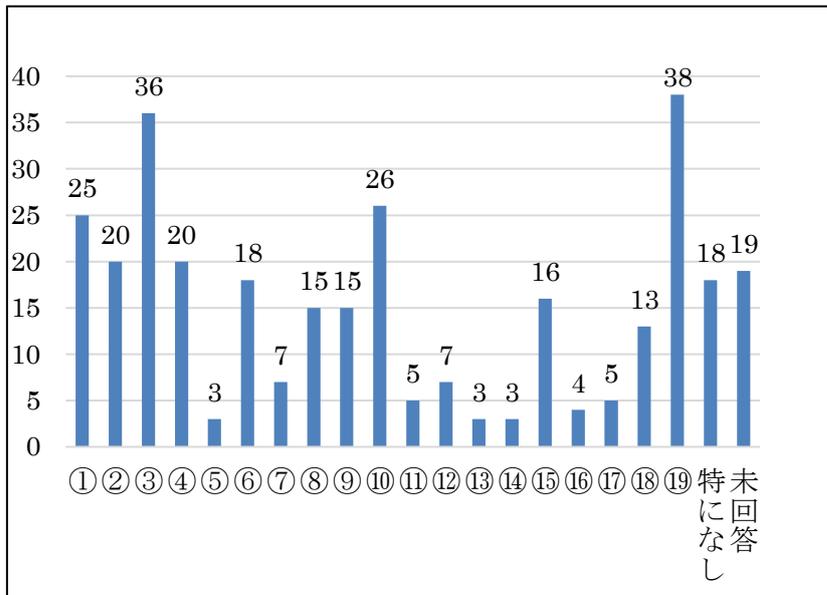


(4) マイナーチェンジ後のサマリーを活用されてみましたか



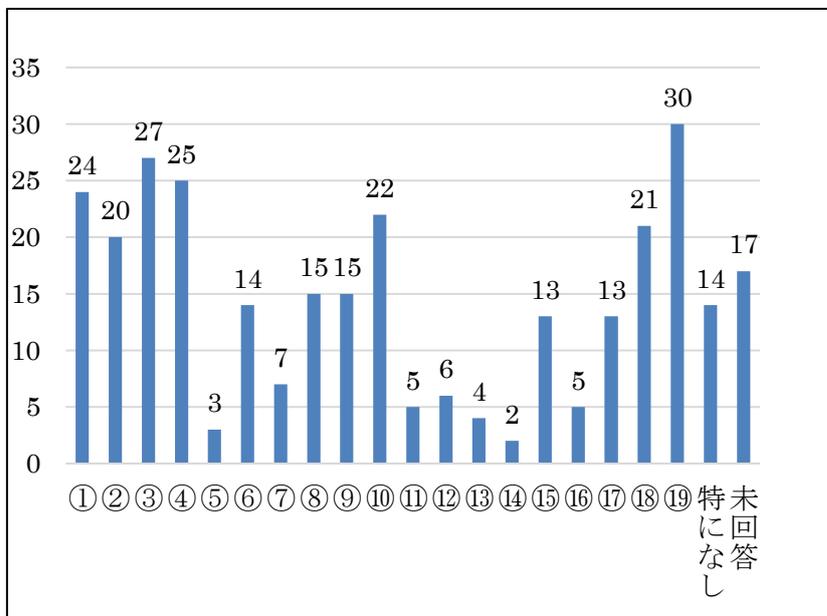
(5) これまでに「応用ツール」の中で、活用したことがあるもの、もらって助かったものを教えてください。

グラフ1：活用したことがある応用ツール



- 応用ツールの種類等
- ① 付帯情報管理
 - ② 褥瘡管理
 - ③ 認知症管理応用ツール
 - ④ 食事摂取・栄養管理
 - ⑤ 自己腹膜灌流管理
 - ⑥ 酸素療法管理
 - ⑦ 中心静脈栄養法管理
 - ⑧ 糖尿病治療管理
 - ⑨ 経管栄養法管理
 - ⑩ 膀胱留置カテーテル管理
 - ⑪ 自己導尿管理
 - ⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管理
 - ⑬ 人工呼吸療法管理
 - ⑭ 気管カニューレ管理
 - ⑮ 人工肛門・人工膀胱管理
 - ⑯ 感染に関する管理
 - ⑰ 緩和ケア情報共有シート(MOPN)
 - ⑱ 本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報
 - ⑲ 特記事項

グラフ2：受け取って助かった応用ツール



(6) 「サマリー」の内容について、見直しが必要な箇所があると思われますか。



人生によりそう -もしもノートはこだて-

●人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)ってなんだろう？

もし、自分の気持ちや考えをうまく伝えられなくなったときにそなえて、あらかじめ「どんな医療やケアを受けたいか」を家族や支援者と話しておくことはとても大切なことです。

元気なうちに準備をしておけば、たとえ将来、自分で判断できなくなったとしても、あなたの「大切にしたい思い」を、まわりの人と知ってもらっておくことができます。

人生会議は、あなた自身のためだけでなく、ご家族や、あなたに代わって医療やケアの選択をする人の心の負担を軽くすることにもつながります。いつもの暮らしの中で、少し立ち止まって、これからのことを話し合ってみませんか。

●もしものときのことを考えたことはありますか？

もしも重い病気になったら…。もしも突然事故にあったら…。

『もしもノートはこだて』は、自分で自分のことを決められなくなる「もしも」の時に備えて、あらかじめあなたの思いやその時に望む医療・ケアについて、ご家族や信頼している方、支援者(医療・介護ケアチーム)に伝え、相談するためのノートです。一度目をとおして、あなたの希望する医療・ケアについて考えてみませんか。

【ステップ0】『もしもの時を考える前に…』

『もしもノートはこだて』は、自分で自分のことを決められなくなる「もしも」の時に備えて、あらかじめあなたの思いやその時に望む医療・ケアについて、ご家族や信頼している方、支援者に伝え、相談するためのノートです。

- 気持ちの落ち着いている時に考えましょう。
- 家族や信頼している方と話し合いながら考えてみましょう。
- 年齢や状況によって考えは変わります。
- 考えが変わったら、何度でも話し合しましょう。
- 定期的に見直しましょう。



ウラ面のステップ①～⑤の手順をご確認ください。

以下の各ステップ①～⑤ごとにチェックをしてみましょう

【ステップ①】『あなたの思い、願いを整理する』

1 つめの項目は、「生きることができる時間が限られているとしたら」“あなたは何を大切にしたいですか”もしもの場合に、ご家族や信頼している方があなたの気持ちを知り、判断するのに役立つでしょう。

【ステップ②】『あなたが希望する医療、ケアを考える』

2 つめの項目は、あなたが生きることができる時間が限られた状態となり、その時に自分の意思をはっきりと示せない場合に望む医療やケアのことです。どんな治療を選んでも、つらい症状の緩和は行われますが、希望をあらかじめ伝えておくことで、望まない医療やケアを避けることができます。

【ステップ③】『人生の最期をどこで過ごすかを考える』

3 つめの項目は、“あなたが人生の最期を過ごしたい場所”についてです。もっとも今のあなたの希望に当てはまる場所を選んでください。決められないときは「今はわかりません」を選んでいただいて結構です。介護してくれる支援者やご家族がいれば話し合ってみましょう。

【ステップ④】『あなたの思いを推定できる人を決定する』

4 つめの項目は、あなたの思いを推定できる人とは、自分で自分のことを決められなくなったときに、あなたに代わってあなたが希望する医療・ケアを伝えてくれる人のことです。ご家族でも、親しい友人でも構いません。信頼して任せることができる人をお願いしましょう。

【ステップ⑤】『もしもの時について相談する』

あなたの気持ちの整理がいたら、もしくは整理するために、あなたの願い、医療やケアの希望について支援者と話し合ってみましょう。ご家族や医療・介護スタッフにあなたの健康について相談することも大切です。

