

応用ツール⑱ 本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報

※本応用ツールはご本人の思いをつなぐための書式としてご活用ください。

下記は **時点** で確認できている情報です。今後も意向は変化していく可能性があります。適宜、対話を繰り返していただきますようお願いいたします。

1. 氏名 _____ 生年月日 _____ 年齢 _____

2. 意思確認実施機関 _____ ・意思確認者（相談員等） _____

3. 意思確認対象者 本人 家族や友人等：（氏名） _____ による推定意思の確認

※ACP実施の有無にかかわらず会話等により聞き取れた本人の思いがある場合も下記に記入。

4. ACPを実施する上で参考にしたツール	<input type="checkbox"/> もしもノートはこだて <input type="checkbox"/> 機関独自のツール（ _____ ） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
5. もし生きることができている時間が限られているとしたら、大切にしたいこと（複数回答あり）	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 仕事や社会的な役割 <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできること <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> できる限りの治療が受けられること <input type="checkbox"/> ひとりの時間がもてること <input type="checkbox"/> 家族の負担にならないこと <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
6. もし自分の意思をはっきりと示せなくなり、生きることができている時間が限られているとしたら、希望する医療・ケア	<input type="checkbox"/> 身体に大きな負担がかかっても、できる限り長く生きられる治療 <input type="checkbox"/> 身体に大きく負担がかかる処置は希望しないが、そのうえで少しでも長く生きられる治療 <input type="checkbox"/> 延命的な治療はおこなわず、できる限り苦痛を緩和して自分らしい時間を過ごすこと <input type="checkbox"/> 今はわかりません <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
7. 人生の最期を過ごしたいと希望する場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 今まで治療を受けていた病院（医療機関） <input type="checkbox"/> ホスピスや緩和ケアを中心に行っている病院（医療機関） <input type="checkbox"/> 老人ホーム、介護施設など <input type="checkbox"/> 今はわかりません <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
8. 自分の意思が示せなくなったとき本人が望む医療・ケアを推定できる人はいるか？	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない *「いる」の場合 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
9. 会話等から確認できた本人の思いなど	



※これまでの項目について、特記事項等がある場合は応用ツール⑲をご活用ください。

各機関で独自のACPの取り組みを行っている場合は、そちらを実施の上、情報共有シートとしてご活用ください。独自の仕組みがない機関では、厚生労働省が作成している「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」および、その「解説編」を確認の上、ACPの取り組みの一つとして、函館市医療・介護連携支援センターのホームページにて紹介している「もしもノート」を参考に実施をご検討ください。

作成者 所属 _____ 記入者 _____
 ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____