

も っ て  
MOTTE

Moshimonotokini Omoiwu Tsutaeru TEchou

も しものときに サンプル  
想 いを つ たえる 帳  
手



記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏 名 \_\_\_\_\_

## この手帳(もって MOTTE)について…

あなたの大切な想いを綴った手帳になりますので、  
いつも身近に保管してください。

もしものときのために、  
保険証やお薬手帳とセットで持っておきましょう。  
わかりやすい場所に保管しておきましょう。

保管場所は信頼できる人に伝えておく心安心です。

この「もしものときに想いをつたえる手帳」・「もしものときに  
想いをつたえる手帳 書き方の手引き」は、話し合いを始めるこ  
とを手助けするものです。

書き方の手引きの設問にお答えいただきながら、ご家族やあ  
なたの代わりに意思決定してくれる人(意思決定代理人)と話  
し合いを持ちましょう。

また、あなたの想いがより尊重されやすくなるよう、意思決定  
代理人以外のご家族や知人、かかりつけ医等の医療従事者にも  
あなたの想いや考えを伝えておきましょう。

想いを伝えた後でも、いつでも内容を訂正したり、書き直すこ  
とができます。病状や症状が変化したときや誕生日や記念日な  
どの節目に、考えを整理してみましょう。

その上で、考えが変わった点があれば書き直してみてください。

では「もしものときに 想いをつたえる  
書き方の手引き」を参考に書き写してみましょう



-  1 意思決定代理人はどなたになりますか？(手引き8ページ)  
お名前と間柄と連絡先(携帯番号等)を記入してください。  
もしあてはまる人がいないときは、「頼める人がいない」に  
をつけてください。

氏名 \_\_\_\_\_ 間柄 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 間柄 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 間柄 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

頼める人がいない ( サンプル )

-  2 上記の方に意思決定代理人になってほしいと思っている  
ことを、直接伝えていますか？  
伝えていて内容を一緒に相談しているのであれば、「あなたの  
意思を了解している」という意味で署名をしてもらって  
ください。

氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_



 3 あなたは、もしものとき、どのような治療を望みますか？

(手引き 13 ページ)

- 生命維持(延命)を最も重視した治療
- 生命維持(延命)効果を伴った基本的、一般的な治療
- 体に負担の少ない治療のみを行い、自然にゆだねることを重視した治療

上記の選択肢を選んだ理由を記載してみましょう。

 4 症状が悪化したとき、下記の治療はどうしますか？

(手引き 16~19 ページ)

症状が悪化して自分の意思が伝えられないとき

心臓 マッサージ等  してほしい  してほしくない  わからない

人工呼吸器の装着  してほしい  してほしくない  わからない

栄養・水分補給に関して

経鼻経管栄養  してほしい  してほしくない  わからない

胃ろう  してほしい  してほしくない  わからない

中心静脈栄養  してほしい  してほしくない  わからない

水分を維持する程度の点滴

してほしい  してほしくない  わからない

自然にゆだねること  してほしい  してほしくない  わからない

痛みを取ることを  してほしい  してほしくない  わからない

 5 これだけはやってほしい治療やケア（看護や介護）の希望があれば、その内容や理由を書いてみましょう。

（手引き 13 ページ）

---

---

---

 6 病状の悪化等により、自分の想いを伝えられなくなった場合に、どこで治療やケアを受けたいですか？

- 病院       自宅       介護施設  
 わからない       それ以外(具体的な場所 \_\_\_\_\_)

 7 その場所を選んだ理由を書いてみましょう。  
また、その時どなたと一緒にいたいでしょうか？

理由：

---

---

一緒にいたい方：

---

---



 8 病状が悪化し、自分の想いが伝えられなくなったときに、あなたの想いと あなたの大切な人（意思決定代理人）の考えが違う時はどうしてほしいですか？（手引き 20 ページ）

- 私の想いのとおりにしてほしい
- 私の想いを基本として、医師と意思決定代理人で相談して決めてほしい
- 私の想いと違ったとしても、医師と意思決定代理人で相談して決めてもいい
- どちらともいえない（具体的にお書きください）

サンプル



その他にも何か伝えたいことはありますか？  
自由に記載してみましょう。

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## 私のたいせつな情報

ふりがな			
名 前	男・女		
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月 日
現住所	〒		
電話番号	自宅	携帯	
血液型	A B O AB	Rh(+・-)	不明
緊急連絡先	名 前	間柄	連絡先
			自宅 携帯
			自宅 携帯
かかりつけ医	名 前		連絡先
ケアマネジャー	名 前		連絡先
病 名 既 往 歴			



## もしものときに 想いをつたえる 手帳

Moshimonotokini Omoiwo Tsutaeru TEchou

この大切な手帳を身近にもってほしい…

そんな願いを込めて「**MOTTE**:もって」と名付けました。

### 作成元

在宅医療介護連携相談センターたておう ACP 部会

### 主要参考文献

わたしの想いをつなぐノート（宮崎市）

これからの治療・ケアに関する話し合い：

アドバンス・ケア・プランニング神戸大学（厚生労働省委託事業）

この手帳は法的拘束力を伴うものではありません。また、書いた想いが必ず実現するとは限りません。ご理解の上、ご使用ください。

ご本人が記載できない場合は、

MOTTE アドバイザーが記載のお手伝いをいたします