

## 平塚市における看取りの課題やツールに関しての御意見回答一覧

No	種別	平塚市の看取りの課題	解決するためのツールの提案	その他
1	訪問看護	病院、クリニック、医師によって看取りへの方針決定、ご家族本人への説明等異なり、現場で困ることがある。	横浜市のツールのようなガイド的なものがあれば、医師も共有いただけるか。	
2	訪問介護	エンディングノートなど普及啓発は必要だとは思いますが、包括の事業として行うよりも、民間に事業委託するなどの検討をした方が良いと思います。包括としての主の支援業務が滞らないようにしようが良いと思います。一般企業などで講演会やエンディングノート啓発事業などを行っているのを見聞しますので、業務委託などでも十分普及できるのではないのでしょうか。	横浜市のサポートマップはわかりやすくできていると感じました。「ひらつか安心ファイル」の中に綴じ込みができるようになっていると見やすいかもしれません。「ひらつか安心ファイル」自体、持っていない利用者もいるので、もう少し普及すると良いと思います。お客様や家族に状態の変化が具体的にわかるようになっていて良いと思います。介護職員用のものは、もう少し詳しく要望や身体状況を記入できるとよいと思います。2枚ともほとんど内容は一緒のものなので統一してしまってもいいと思います。	
3	訪問介護	特にありません。	特にありません。	ケアマネージャーを通して、在宅医療チームで情報共有を行い、本人様の状態や状況の変化等があれば、担当者会議でケア内容の確認・変更等を行ってくださっているため、看取り期の課題や困難に感じた事はないように思われます。
4	訪問介護		・横浜市の様な在宅療養ケアマップがあれば、ご家族も今後のことを聞くだけでなく可視して理解して頂きやすいと思います。 ・看取りのチーム（医師・訪看・薬剤師・ケアマネ・ヘルパー）以外に全身状態が悪化していくご本人様やご家族の不安をゆっくり傾聴してより添っていただける役割の人が看取りチームに加わっていただければいいかなと思いました。	お元気な内から、ご本人様の希望される終末をよく聞いておくようにしたい。訪問診療の先生は、ご家族にとってもいねいに今後についてお話しして下さいます。ご本人様の意向もご家族に伝えながら今後の生活イメージをチームで共有できるようにしていきたい。
5	訪問介護	全体としての課題や大きな問題については特にありません。現状、多くの現場でケアマネージャーさんや看護師さん、薬剤師さんが綿密に連携して下さることが多いと感じています。強いて挙げると、直近で一件だけ、医療（訪問医、看護）の方向性や、ご家族の意向などが介護にほとんど伝わってこないケースがありました。医療とご家族の話し合いにケアマネージャーさんも呼ばれず、結果、ケアマネージャーさんからの情報共有もあまりされず。結果、現場の介護スタッフが非常に不安な状態での看取り期介護となりました。	ご本人様、と家族様の意向を明確に受け取れるもの医療の方向性や、身体状況の変化に伴う介護の方法（変更など）をタイムラグなしで共有できるような仕組みが欲しい。横浜市のものは分かり易くて良いと思います。実際には、ツールの実効的な運用（理解、配布、使用など）が課題になると思います。	
6	訪問介護	・訪問介護員の人材不足での夜間・早朝も含め対応の困難な点 ・看取りケアについての研修不足で介護員のスキル不足を感じたこともありました。	研修の開催を希望します。	
7	訪問介護	該当事例が少なく、ご家族と相談しつつ対応していますが、最後は医療が主となるので「看取り」の前までが訪問の分野だと思っています		
8	訪問介護	訪問医療への理解が浸透してないのか。市民への告知。		
9	訪問介護	「看取り期」は訪問看護さんがメインとなっていられ、私ども（訪問介護）にはなかなか連絡が回ってきません。もう少し訪問看護さんとの連携が取れるとご利用者さんにとって良い看取り期になると思います		
10	訪問介護		横浜市のツールはとても分かりやすく参考になります。	訪問介護は、医師、看護師の指示のもとケアしています。今までの看取りケアの中で、利用者様に対しての分からない事があれば、連携をとる事が訪問介護としては安心につながります。ご家族の、看取りへの理解が出来ているのか、受け入れることが出来ているか？と思う事があります。
11	訪問介護	介護職なので本人・家族の意向を受け止めながら、ケアが出来るようにしていくことが大事。まして身体的に低下していく方々を動かしてケアを進めることは介護技術や知識も大切。	ケアチームで必要なサポートの検討。コロナ化でケアリ方も変わってきている。	これは愚痴になりますが、亡くなった連絡が入らず、訪問してしまっただけで家族から「亡くなりました」と話があり、エンゼルケアも終わっているのと思うことが、今年に入って2件ありました。看取り期のケアは経験していますが、課題と言われても、看護や往診医、家族・本人の意向に沿い、介護が出来るケアを行うだけです。答えになってないかもしれません。考えが生まれません。
12	訪問介護	看取りをするうえで、気になることは以下のようなことです。以下のようなことを考えます。以下の様な悩み事項に対して解決したり、取り決めるツールがあったり、介護職員のスキルアップのための動画、実際にどうすればよいかなどをわかるようにして下さるとやりやすいです。また、どの職種の人がどの内容の介助をするか分解して取り決める仕組みがあるとやりやすいと思います。  水分補給⇒誤嚥したらどうしよう。これがきっかけで窒息したらどうしよう。 食事⇒誤嚥したらどうしよう。のどに詰まらせたりしたら大変だ。これがきっかけで窒息したらどうしよう。 口腔ケア⇒誤嚥したらどうしよう。のどに詰まらせたりしたら大変だ。これがきっかけで窒息したらどうしよう。  薬が飲めない⇒薬を飲まなくても大丈夫か。薬のどに詰まったら大変だ。これがきっかけで窒息したらどうしよう。 呼吸を苦しんでいるとき⇒在宅酸素があったほうご本人は楽ではないか。 水分が取れず、食事もとれないとき⇒せめて点滴だけでもしたほうが良いのでは。何もしないほうがご本人は楽と聞か、どうなんだろう。 痰が絡んで締まっているとき⇒痰吸引をしてもらったほうがご本人は楽になるのではないか。	介護職員のスキルアップのための動画、実際にどうすればよいかなどをわかるようにして下さるとやりやすいです。また、どの職種の人がどの内容の介助をするか分解して取り決める仕組みがあるとやりやすいと思います。	
13	訪問介護	ヘルパーだと医療面の知識が少ないので、状態の変化があった時にすぐに対応が難しく、ケアマネージャーや訪問看護に連絡してからでないと対応ができない。看取りになると毎日、複数回のサービスが必要になるが、人員不足などで対応が難しくなる。1社ではなく他の事業所と協力してサービスに入る場合、共通ノート等で情報共有しているが、連携が大変。	現状は全てにおいて担当のケアマネージャーに相談、ケアマネージャーが各機関に連絡して解決してもらっている。緊急で状態の変化があった時、ケアマネージャーに連絡が取れない場合は直接、看護に連絡させて頂いている。毎日、複数回のサービスに対応が出来ない場合は複数の事業所に入ってもらっている。しっかりと共有したほうが良い情報についてはケアマネージャーに連絡をして各機関に伝えてもらっている。	

## 平塚市における看取りの課題やツールに関しての御意見回答一覧

No	種別	平塚市の看取りの課題	解決するためのツールの提案	その他
14	訪問介護	死に関する話題はオブラートに包んだ話になることが多く、実際の現場では曖昧な表現で話が進んでいきます。支援チーム内でもとらえる側の判断でバラツキが見られます。 家族と本人の意向が違うケースも多く、声がかかい方（弱ってきている本人より、家族が意向を決めるケース）に支援が寄っていく傾向があると思います。 考える能力があるうちに死について考えてまとめてある家庭の支援や本人単独の支援は最終的な目標がはっきりしていてチームとしては動きやすいかと思います。 課題はいっぱいあるのだと思いますが、最後にどうなっていたいのか、最後に近づくときにどのように過ごしたいのかが支援を受けるときにしっかりまとまっていてチーム内で共有できている状況にあれば、最後の期間に望んだものに近い時間の提供ができると思います。 絵にかいたお手本のような看取りと壮絶な看取りとあります。看取りとはの概念も曖昧な気がします。積極治療を望まない？苦しくなく亡くなれる？色々な要素でできていたり個人の主観や死生観が反映されていたり。本人と死についてもう少し話しやすい環境ほしいです。	書面に残してもらえるとツールは良いと思います。考えておきたい人は良いアプローチになるはず。考える人が多くなるのも良い事だと思います。 表現が難しい内容なので自社の取り組みという形より地域での取り組みとしてそのツールを出せることは大きいと思います。何を言われるか分からない（もしかしたら契約解除につながる）内容のツールを急に私たちから提示するのはハードルが高いと感じるので。 一般の方と福祉や医療の人の死生観もかけ離れているので中々大変な課題だと思います。	身体に異常がある人や高齢な人しか支援に入らない私たちですが、看護師や訪問医が入っていない方のサービスで訪問時に利用者が死亡していた場合は救急車を呼ぶことになります。 明らかに亡くなっているも死亡しているとは判断出来ず、救急車待ちの間は心肺蘇生を指示されます。その後昼夜問わずに警察から呼び出されて事情聴取されます。2時間ぐらいかかる時もあります。 訪問介護は訪問回数も多いので、第一発見者になることも多いのです。この第一発見者になってしまったときの精神的な事やその後の対応の大変さはどうにかならないものかと思っています。 死の近くにいる人たちへ支援するのは私たちの使命ですが、仕事の範囲を飛び越えるような対応だと思います。プライベートな時間を削って対応しています。 いつ来るか分からないから医療チームの導入が難しいのはわかるんですが。。。
15	訪問介護	当施設では自立からお看取りまで対応しています。ご入居者様がどんな人生を過ごしたいか、どのような終末期を迎えたいかを関係機関を交えてみんなでサポートする。 現時点で行えている施設と思っています。 ご本人様、ご家族様とコミュニケーションを図り信頼関係を築くことがとても大切だと思っています。 また、主治医や訪問看護等の医療機関にも積極的にその方の状態を把握できるよう連携を取ることがとても大切です。 お看取り期前から訪問看護を導入し連携をしておくと思います。 今までに経験した中で病院では面会できず、看取ることができなかったとご家族様の無念な声もよく耳にします。 ですので施設では終末期の入居者様はご家族様がいつでも一緒に過ごせるように対応している時もあります。 ご本人様、ご家族様の悔いの残らないよう対応することがいいと思います。 最後までご本人様やご家族様の望みを少しでも叶えられる施設でありたいと思っています。 当施設では訪看と施設職員、ご家族様とエンゼルケアを行っています。 職員や訪問看護とのデスカンファレンスも実施しています。	デスカンファレンスやグリーフケアの必要性（ケアに関わった職員のケアがとても重要です） 答えになっていなくて申し訳ありません。	
16	訪問介護	ご本人様の意思の尊重があいまいになり、ご家族中心となりがち。ご家族も判断が困難な場面も多く、ご本人様にとっても最善かつ望まれているものか不安を抱える最期の最期で入所されていく。	看取りが進んでいく段階ごとのご本人の希望の共有があれば安心。	
17	訪問診療所	在宅で療養していて、在宅での看取りを展望している症例については、医師、患者、患者家族、訪問看護、ケアマネジャーのあいだで、看取りまでのすごし方のうちあわせができてきている場合が多いと思います。（サポートツールの内容を達成できている。）入所介護施設において、上記のプロセスが十分できているところは少なく、いきあたりばったりの救急要請をおこなって救急医療体制に負荷をかけている実態があります。		市内にある入所介護施設に対して、施設の管理体制を確認する作業が必要であると考えています。
18	訪問診療所	看取りに関しては御家族様により認識の差は大きいと思います。 看取り希望でもいざ呼吸停止に直面すると、救急車を呼んでしまったら警察で検案されることもあります。結局は御家族に十分な説明をして御納得いただいていることが肝要かと存じます。	資料については問題ないと思います。	
19	訪問診療所	特にありません。	特にありません。	特にありません。
20	訪問診療所	・自宅の見取りについて、とくに癌の末期となると、診られる診療所が限定されること。 ・平塚市に限らず全国のことですが、自宅で看取る経験がある患者さん家族が少ない。そのために不安が強い。	・終末期の生理的な変化についてのパンフレット ↓参考 <a href="http://gankanwa.umin.jp/pdf/mitori01.pdf">http://gankanwa.umin.jp/pdf/mitori01.pdf</a> <a href="https://www.kawabe.clinic/wp/wp-content/uploads/2018/04/%e3%82%84%e3%81%99%e3%82%89%e3%81%8b%e3%81%aa%e7%9c%8b%e5%8f%96%e3%82%8a%e3%81%ae%e3%81%9f%e3%82%81%e3%81%ab.pdf">https://www.kawabe.clinic/wp/wp-content/uploads/2018/04/%e3%82%84%e3%81%99%e3%82%89%e3%81%8b%e3%81%aa%e7%9c%8b%e5%8f%96%e3%82%8a%e3%81%ae%e3%81%9f%e3%82%81%e3%81%ab.pdf</a>	・ツールは作ってから上意下達で使うように指示するよりも、実際にツールを使うであろう、関係者が（代表者だけでも）集まって、いろいろと皆で議論しながら作ることで、有効活用されるツールが出来ると思います。そのため市役所外の関係者も含めて、作成のためのチームを立ち上げてプロジェクトとして作るのが良いかと思います。
21	訪問診療所	平塚市に限ったお話ではありませんが、訪問診療開始時点でのご本人・ご家族の希望を書面などを用いて確認することが重要と考えます。その方針を基に、医療・介護・看護の多職種がチームとして連携がスタートします。 とはいえ現状としては、ご家族の中で相談をしたいから今は検討中という回答のまま終末期を迎え、結果的に病院搬送になってしまうケースも少なくありません。 そういった、ご本人・ご家族の心境の変化や日々コミュニケーションを取って頂いているケアマネさんはじめ介護スタッフさんや訪問看護師さんと主治医との連携が一番重要であり、一番の課題でもあると考えます。（院長 池田）	上記、課題において多職種を繋ぐICTツールを当院では利用しておらず、電話及びFAXでの連携、またノートを利用した連携を行っております。 MCSやkintoneなど様々なツールが存在しているものの、操作性やセキュリティ面などの知識が乏しく、活用には至っておりません。 地域包括ケアを推進していくために、医療・介護連携ツールの説明会や実際に利用している事例などございましたら、ご教示頂きたく存じます。	

平塚市における看取りの課題やツールに関しての御意見回答一覧

No	種別	平塚市の看取りの課題	解決するためのツールの提案	その他
22	訪問診療所	<p>■当事者間で「看取り」の合意形成ができていれば、自宅でも施設でも「看取り」自体は実施できていると思われます。ただし、そこまでの合意形成をどのように行うか、は課題です。</p> <p>特に、療養の場の選択に関する情報提供や、意思決定支援については、誰が・いつ・どのように、行っているのか、行うべきなのか、不透明で曖昧なままです。</p> <p>■末期がん</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市内にはいわゆる「緩和ケア病棟」「ホスピス」がありません。末期がん患者の選択肢は限定されており、住み慣れた地域で最期まで、というわけにはいかない現状があります</li> <li>・病院では、「最期を自宅で迎えるかホスピスを希望するか、ホスピスなら市外へ」という案内をしていますが、最期はどうなるのか、自宅では死ねないということなのか、やはり最期は苦むのか、その苦しみはどの程度なのか、そしてそれはどれくらい続くのか、ホスピスでない介護が大変なのか、というような患者側の不安があることも意識して説明しているわけではないでしょう。療養の場の選択肢を提示する場合は、同時に選択するために十分な情報も併せて提供することが望ましいと考えますが、十分にできているとはいえません。</li> <li>・また、特別養護老人ホームは、他の高齢者施設と異なり、胸腹水の穿刺や麻薬性鎮痛剤の持続注入等の十分な症状緩和が行えていないケースがあります。疼痛コントロールが必要な末期がん患者は、市外の緩和ケア施設へ転院となります。</li> </ul> <p>■心不全や呼吸不全、認知症などの（非がん患者）の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・非がんの看取りは、ホスピスの利用対象外なのでさらに選択肢が限定されます。</li> <li>・認知症も末期になれば、経口摂取が困難となり、死にいたることも認識されていません。</li> <li>・自宅で看取れなければ、必然的に急性期病院で看取るしかなく、市内の救急医療に負荷をかけている</li> <li>・完治する可能性がない病態で、自宅と病院の間をいったりきたりする患者さんやご家族の負担も大きい</li> <li>・高齢者が急増するなか、「非がん患者の緩和ケア」の必要性を、介護福祉関係者・一般市民にも理解していただく必要がある</li> </ul> <p>■「看取り」までの合意形成をどのように行うか、が課題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一般のかたにとっては、「看取り、死」は苦しいもの、大変なもの、といったような先入観があります。入院したほうが手厚い「看取り」が受けられる、という思い込みも関係者間で根強いようです。横浜市が作成した、サポートマップ、ケアマップのようなツールは以下の点で有用だと思います</li> <li>・「看取り期の定義」「古い衰えの経過」「支援に向けて大切にしたいこと」を明確にし、当事者間で共通の知識としたこと</li> <li>・看取り時に「何をすれば（どこに連絡すれば）いいか」具体的に示し、当事者にイメージさせたこと</li> </ul>	<p>1) 「看取り」に関する知識・理解を深めるためのツール</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看取り期とはなにか</li> <li>・古い衰えの経過</li> <li>・意思決定支援のポイント</li> <li>・意思決定のポイント</li> </ul> <p>2) 「看取り期支援」における情報や当事者の思いを共有するためのツール</p> <p>患者家族のこころは常に揺れています。看取り期支援は、一度のカンファレンスで済むわけではなく、病棟、在宅、施設など当事者間で情報の共有が欠かせません。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・したがって、誰が・いつ・どのような情報を提供したのか、時系列で記載されていることが重要です</li> <li>・安心ノートや安心ファイルの活用が望ましいのですが、大学ノートでも十分です</li> <li>・医師はどうして「看取り期」と判断したのか。患者家族にどのように説明したのか。</li> <li>・今後の病状経過について、どのように説明されているのか</li> <li>・患者家族の不安や問題はどのようなものなのか</li> <li>・療養の場の選択、ケアプランの作成には、患者家族のどのような思いが反映されているのか</li> </ul> <p>等々</p> <p>不足している情報やサポートが透明化されることで、さらなる支援が提供できます。</p>	
23	居宅介護支援事業所	<p>看取りと言っても、がん、心不全、慢性的病気、認知症等、病気によって経過がちがうので、そのちがいをわかりやすく説明されたパンフレットなどがあるとよい。</p> <p>又、看取りに近づいた時の状態変化が具体的にわかれば家族や介護者、ケアマネ等あわせて対応できると思うので身体の変化についても、わかりやすいパンフレットがあると良い。</p>	<p>①ACPについての理解と日常から話しあえる環境作り</p> <p>②横浜市の「もしも手帳」の平塚版、見やすいパンフレットがあると良い。</p>	
24	居宅介護支援事業所	<p>①看取りを多く行っている訪問介護ステーションや居宅介護支援事業所等、個人また各サービス単位でも看取りの経験値に差がある。訪問診療クリニックも含め、連携を多く図ってきた事業所同士は欲しい連絡や連動した動きもスムーズ。</p> <p>②エンディングノートは内容が多岐にわたり、活用がまだ浸透していない。横浜市の「もしもノート」「もしも手帳」など手軽なツールもあると導入時期を選ばず活用しやすいのではないかと。</p> <p>③「ひらつか安心ファイル」は看取り期において多職種の間が広がった時、非常に活用しやすい。使用についても浸透しているようで早い段階で訪問診療医や訪問看護師より準備をお願いされることもある。</p> <p>④ACPの研修が増える中、看取り＝ACPという概念から活用や導入が後手になりがちのように感じる。利用者様の価値観や意向に関わりの開始から重ねてゆくことで看取り期に入った際には活かすことができると考える。</p> <p>⑤横浜市のツールはコンパクトにまとめられていて良いと思う。しかし、本人の意向はその時々で変化すること考えられるため、看取り期の状態を説明するものと、本人等の意向を確認するもの、関係事業所などの項目は別の紙面で準備できた方がよいと感じた。</p>	<p>①においては、看取りの一般的な研修の他に居宅介護支援事業所においても一定のマニュアルやチェックリストの作成など、国や事業所よっての差異なくサービス提供ができるような仕組み作り。また事例発表などの機会を得て、他のケアマネ、看護師がどのような動きをしたのかの共有ができれば良いのではないかと考える。</p> <p>②意向や価値観を探るツールの作成と普及の為の活動。使用に関する評価やアンケート、使用症例数の把握。手軽なツールからの活用。</p> <p>③活用の継続。</p> <p>④については事例発表などの機会を得て、ケアマネがどのような段階でどのような働きをしたかの共有ができれば良いのではないかと考える。また市民向けも学びの機会があるようなので、広く知って頂くよう、広報活動ができれば良いと思う。</p> <p>⑤本人の意向とその他について、別の書面で準備しつつも、ボリューム大きくならないよう内容を検討。</p>	
25	居宅介護支援事業所	<p>利用者、患者を中心とした、アドバンスドケアプランニングの理解、医療と介護との連携について、お互いの理解が必要。（例えば、ケアマネ側として：医療、看護に係る量的質的問題が多いため、ケアマネがひいてしまう傾向がある。家族は、ケアマネに相談してこられたり、場合によりグループケアに続く場合もある。）ワンチームとして、互いの役割を理解し、支えあって、チームを作ることが理想的ではと考えました。</p>	<p>アドバンスドケアプランニングの理解。利用者患者を中心とした考え方、利用者、患者が理解しやすいツール。</p>	<p>①医師、訪問看護、現場で対応していただき、コロナ禍の中、有料老人ホームでの看取り、ケアマネとしては、メールでのやり取りをご本人と行い、支えるのみであった。</p> <p>②依頼から4日で亡くなった。ベッドのみの手配。訪看は病院から依頼。のちの手続き時に妻より、こんなに即座にチームでかかわってくれたと感謝された。</p> <p>③心臓疾患、肺疾患、本人施設を最後に希望されてからわずか2日で亡くなってしまった。当日は事前に緊急で訪看も入り、落ち着いて静かに亡くなっていった。</p>
26	居宅介護支援事業所	<p>ケアマネが本人、家族に意向を確認した所、医師からケアマネがおこなうことではなく医療がおこなうことだと注意をされたことがある。たしかに医師や訪看、ケアマネがそれぞれが看取りの意向の確認は行うべきではなく、医師が確認をしたことを情報連携をするべきと思ったので、それからは訪問診療に立ち会い、意向を聞き取るようにしている。「ひらつか安心ファイル」にも横浜市の「もしも手帳」のようなツールがあって、「ひらつか安心ファイル」に追加できれば、チームで連携が取れるのではと感じる。</p> <p>看取り依頼で病院や訪看等から依頼がある時には、すでに意向の確認が終わった中でケアマネとしてはサービス調整するだけが多い。その状態で、本人や家族に寄り添ったプラン作成が難しく感じる。</p> <p>しょうがないことですが、ヘルパーの人が少なく、調整が難しい。</p>	<p>横浜市のように、簡単なもので良いので、絵も交えながら「もしも手帳」のようなものを作成をして、広報等にして頂けると、初回訪問時にも話がきりだしやすいと思います。</p>	

## 平塚市における看取りの課題やツールについての御意見回答一覧

No	種別	平塚市の看取りの課題	解決するためのツールの提案	その他
27	居宅介護支援事業所	往診してくれる医師でも看取りまでしてくれない医師がいる。途中で手を離されて困ることがある。訪看も同様なことがあった。訪看は次の提案をしてくれた。	看取りまでしてくれる医師の情報	入所待ちロングショートステイの場合 医師（今までの主治医）の往診 可の特養と不可の特養がある。 ショートステイ中の特養への往診 可の医師と不可の医師がいる。 特養での看取りを希望していたが救急搬送となり、病院で亡くなったケースあり。 様々なケースの対応の中で自分なりに情報を整理しているが、家族が振り回されてしまった。 老衰の方の看取りを前提とした施設入所が難しい。入所している方が結果看取りとなることはOKでも、家でギリギリまで介護すると入所できる所がほとんどない。（高額になる）介護者が就労していると肩身の狭い思いをすることがある。（仕事よりお母さんでしょ、という視線を向けられると感じると家族から言われたことがある）
28	居宅介護支援事業所	ヘルパー事業所を探すのが大変（特に土・日・夜間など） 医師との連携（訪問診療に同席するなど） ACPを理解する	本人の意向・・・したい事・食べたい物、家族の意向などが記入できる場所があると良い。（訪問看護師などができただけ、意向をかなえられる様対応して下さる） 衰えの経過の図はのせた方が家族も解りやすい。 （特にガン末の方は、本人も家族も病状認識ができていない方が多いため）⇒周知しやすい。 横浜市の「もしも手帳」のようなものが手軽にひらのすけから印刷などできると良いかと思います。	新規のガン末の利用者は、末期でも調査時に動けば認定結果が軽く（支援、介護1など）出てしまう。 介護ベッドやエアマットを利用する方が多いので、区変をかけた軽度者の申請をしたりと手間がかかってしまう。 ガン末の方は、介護度を考慮して頂けると助かります。ご検討頂きたいです。