

日時 平成 27 年 11 月 24 日 (火)  
18 時 45 分から 20 時 30 分  
場所 つくば市役所 2 階 201 会議室

## 「介護施設との意見交換会」会議録

- 1 つくば市医師会長挨拶
- 2 参加者 別紙出席者名簿
- 3 意見交換議題 成島先生進行  
(敬称略)

成島：(会議冒頭) 重症度があつて厚労省が在宅と言っているが、現実には地域の介護力の低下という所をみると、全部が在宅と言うのはあり得ない。そのなかで施設の位置づけは重要な部分にある。つくば市は比較的、他の地域と比べると介護福祉施設、老健施設とも非常に充実している。意見交換会をとおして、この地域で、どういう発信をして行けるのかは、他の地域にとっても良い参考・目標になるのではないだろうか。皆様からの意見を出して頂き、皆さんが地域の関わりのあり方をどのように進めていきたいのか意見をお聞かせ願いたい。

医師会としても連携を図っていくうえで、どういう協力をしあえるのか。老健施設は自己完結型である程度出来てしまう。今後、老人人口が増える中、2025 年問題で認知症、経済的に困窮者が増えて来る。そういう人たちの関わりを我々医師も一生懸命やっていますが、施設の皆様がどう考えているのかお聞かせねがいたい。どういうふうに関わっているのか施設の方針や受入の考え方をお聞かせ願いたい。

坂入：特養とショートステイ、ディサービス、グループホームの施設がある。我々が所属する老人ホーム団体、茨城県老人福祉施設協議会があり、科学的介護のスローガンのもと、利用者に適切なアセスを行ない、地域包括ケアに向け、リハビリを行ない、特養から地域に戻ってもらう取組みもある。そこに至る迄は、地域包括ケアで関わらせてもらっている。ディサービス、ショートステイ、地域のケアマネや小松崎先生といい連携をとり、介護を受けるようになって、安心して暮らせる地域づくりを作っていければと考えている。

成島：かかりつけ医からの特養は、終の棲家的イメージを持っている。入ったらそこで最後までイメージがある。今後は上手くりハビリが出来、帰せるような体制づくりが大変だが、そういう考えを持つ施設がでてきているのか

坂入：個人的な思いとして、それにはシステム作りが大変だろうが、施設での看取りも取り組んでいるが、夜間のスタッフ配置で、施設の問題もあるが近くの Dr に来てもらうには難しい問題もある。あえて、自宅で看取るもの選択肢の一つとしてあっていいのではと考える。

成島：終の棲家で最後まで、病気や体制によっては、地域で循環出来ることが可能か、医療に関して、クリティカルパス疾患に対して、介護や病状によってもそれに近いことが出来るのでは。今回 4 月から特養入所は要介護 3 以上と縛りが出来た。ある程度介護度の

ハードルが出来た。今後、国から指針があるのではないか。

菊地：地域包括ケア、医療連携は具体的にこういうものだというものとは言えないが、開所 5 年目に行なったユニット型の特養施設で、入所待機者がいるが、空室も出来るが、待機者に聞くとまだ良いです。殆ど、入所者がいない。実際待っている人は家で、その時は大変なので申し込んできたが、ある程度落ち着いてくると、自宅で生活したい。あるいは老健施設に入所して、リハビリをする。のが最近感じられる。今後、施設としても空室が出来たらどうしようと考えている。特養でも、多床室、ユニット型と金額的にも家族もシビアになっている。今年 4 月の改正もあるが、その辺も重要な課題である。当初から施設看取りも積極的に行なっている。看取りを希望している方が殆どで、医師、看護師など看取り体制もあるが、比較的医師、看護師の協力が得られて、最後まで施設で看取る体制も十分整っている。

成島：年間待機者 50 万人と言われているが、ユニットで空室になる場合もある。いつも満室かと思っていた。

菊地：1 か月、2 か月と空室の場合もある。

成島：地域密着型サービスで、グループホーム、小規模多機能型の場合には空室情報をみんなまで共有している。市の関係者、医師が情報をつかんでいる。居宅とか情報は流れるのか

菊地：情報は回っていない。市の介護福祉課に聞くと、待機者がいると教えてくれる。

成島：福祉施設の空室情報はありなのか、まずいのか。グループホーム、小規模多機能は空き室情報を月 1 回回ってくる。

菊地：空室情報の公表は問題ない。年 1 回公表で、月 1 などこまめに情報周知はしていない。

成島：介護ベットは介護資源なので情報は医師も共有出来るのか、例えばつくば地域などの情報は可能なのか、全施設が来ているわけではないので、決めるのは難しいと思うが、その辺りは働きかけすれば、月 1 の空室情報を居宅が持つことによって、偏った空き待ちも解消される。居宅、ユニットと金額も違うが、どなたかその辺りのお考えがあればお聞かせ願いたい。

前島：空室情報は F A X で病院とか、ケアマネが懇意にしている施設で対応しているが、基本、特養は公にするのが年 1 回となっている。従来型は部屋が安い、ユニット型は高い。従来型も今年 8 月から部屋代を取りなさいと通達があり 19, 000 円取る事になった。19, 000 円は安い。ユニット型は 30, 000 円から 50, 000 円取っている。介護保険プラス要介護度によって部屋代と食事代となるとユニットは高額であり、厚生年金時給者が入所する。うちの施設の従来型で安いにも関わらず、待機者は 100 人いる。待機者に入所の電話を入れると今は大丈夫と断ってくる。本当に必要な待機者がいるわけではない状況。ユニットと従来型で、特養は補助事業なので安いが、15 年からユニットに新しくなった時から、部屋代をホテルコストとしてとっている。厚生年金も上限一杯でもらっている人でないと入れない。家族が年金を家のローンとかに使っている。在宅は基本、要介護 5、寝たきりだとみられる。一番みられないのが認知症で、その方々が施設に入ってきてどうにもならない状態になる。職員にやめられてしまうと大変なので、先生にお願いしている。在宅は安いので、在宅でいいや。料金の問題が一番空床を増やしている状態だ。

成島：ユニットは空きが出る場合があるが、多床室従来型は殆ど空きはない。

前島：従来型は一杯。多床室は一杯でもユニットは空いているから、利用者から直接ケアマ

ネに連絡が入る。厚労省が言っている待機者は何十万人と現実ユニット施設でのギャップがある。要するに金の問題だ。年金をたくさんもらっている人が安い従来型へ入所してくる。心では高いユニット行けばと思っている。希望すれば、条件が叶っていれば入れる。年金の多いは入所の条件にない。そこを問題にしないといけない。年金が多い人を下にすれば。年金を家族が使っていること自体おかしい。ユニットのショートはなおさらきつい。ケアマネは営業してはいけないと言うが、病院に電話して退院する場合など営業する場合もある。ケアマネの力はおおきい。

小島：医療関係者と話す機会がないが、利用者の方々を見て思うが、看取りの部分や短期入院があるが、短期入院についてはある程度対応出来るが、それ以上は出来ない。研修しないと出来ない。研修する機会がなかなかない。介護職が研修に時間を割いて研修に参加するのは問題もある。多職種が集まる会議のなかで、個々の問題をおうのも大事な部分かも知れない。全体のトータル的に利用者全体の地域的に考えたほうが良い。つくば市、つくばみらい市地域密着型が求められている。地域ケア会議を設けるとか実際立ち上げるとか、コーディネートする機関、部署が必要。市とか行政が行なうのか聞きたい。

成島：施設のなかで困った例で、さあどうするとなった場合、老人福祉施設の場合、規程があつて嘱託医、配置医が関わる。配置医がオールマイティに全てを行なうのではなく、他からどのように関わってくるのか、我々かかりつけ医がどのように関わってくるのか、多くは在宅での困難事例で、施設にお願いするしかないケースとか、施設に入ると事足りて目標に達した印象を持つ。施設に入れたことで、施設は認知症が増えて来ている。元気な認知症は何処でも大変。近隣の病院も受けてくれない。かなり遠方の病院へお願いする場合もある。薬も拒否、暴力行為や色々な症状が出てしまう場合がある。皆さんとこれから連携するとかかりつきとして施設の中で困った事例がある場合、事例検討を一緒にやるのは可能かなと思っている。医療介護連携拠点事業が来年3月で終わる。その後、各自治体が行なう事になっている。行政が行なうので、医師会がやるより皆さんは関わりが上手く出来るのではないか。在宅の困難事例だけではなく、内部の困った事例などを出して頂き一緒に検討する。先程出た喀痰吸引に関しては、厚労省は医療従事者がやるが数が足りないので、介護の方にもやって頂ける。医師がサインすれば、出来るが、始まってから5年立つが、サインした記憶もない。実際、厚労省は歌い上げて始まったが全然なされていない状況。厚労省の施策がよくわからない。今後は認定看護師が医療部分に入り、やっていこうという話しも出ているが、絵に描いた文字になるのでは？喀痰吸引は研修する時間も取れないし、必要とされているがうやむやのにされ、その施策が活かされないのが現実ではないだろうか。包括ケアの在宅の部分に限るものでなく行政が行なうので、施設の方も積極的に参加すればいいのでは。

前島：施設長をやって13年、一番感じる事は、利用者が預けたらそのまま、大騒ぎになる。成島先生、学園病院にお世話になりしている。これから糖尿病利用者が増え、デイサービスで、70歳代、糖尿病で下足なしで透析を月水金行なっている。訪問入浴をやっている。訪問入浴は部屋を開ける。膝関節症で歩くのが困難なので、部屋片付け出来ない。うちのケアマネが片付けをお願いできないか相談を受けた。入所は透析をしている場合は出来ない。医療がそこをカバー出来れば、透析者も入所出来るのではないか。透析の前がぐったりして顔色が悪い。糖尿病を患っている人が多い。認知症になって、服薬管理を看護師が行なう。医療が密着していれば随分違うのではないか。その辺をどうしたら良いのか考え中。利用者1人に対して、医師が相談にのってくれるので助かってい

る。各施設で相談にのってくれる先生と連携してやると良いのではないかな。

看取りも最初から行なっているが、問題は、死亡診断書を嘱託医が9時迄は書いてくれる。朝7時から書いてくれる。例えば12時に亡くなった場合朝まで看護師が見るが、7時まで死亡診断書が書いてもらえない。9時から7時迄の間、死亡診断書を書いてくれる医師がいればいいと思う。なかなかいない。

藤澤：特養のショート、ディサービスに関して在宅医、他の医師とサービスで繋がりを持っている。ケアハウスがある。施設の方針として、看取りを行なっている。最後までいられる施設として入所時にどうするか意思確認をしている。医師はいつでも変更出来ますと話している。3か月はベッドを開けておく。戻ってくる事もあるので、契約上ショートで再入所する事もある。在宅医療サービスで、ショートに入ってきて具合が悪くなる。嘱託の先生は、かかりつけの医師にかかってもよいと言うが、緊急時には、Drの使命で見てくれるが、かかりつけ医に看て欲しいと言うが、体調が急変の場合は、家族に話し、嘱託医で対応する事にしている。医療法上施設に往診は可能か。

成島：ショートスティの場合は問題ありません。入所している場合はまずい。あくまで配置医が関わることなので。

藤澤：家に帰せない方、ショートで入院まで行かない時にご協力願いたい。先生も患者が待っているのです、その辺気にして中々往診できない。

成島：施設で最後までと言っているが、病院へという事もあるんだなと、在宅の場合、がん末期で家で看取ると言っていたが、救急車で病院へ翌日亡くなった。かかりつけ医が必ずしも、往診、訪問診療を対応していないかかかりつけ医は対応出来ない。自分が看てる患者であれば、ショートスティ先に行き対応可能。

田村：在宅医療の先生方も上手くいっている。ケアマネが在宅医療の方をおつれする場合、家族、先生意見書、看護師、施設長、ケアマネ、栄養士が一つとなり受入っている。専門医の先生にお願いして夜中でも看てもらっていた。特別連携が取れてないという問題はないが、一つ不安は、元気だったが亡くなって、すぐ救急車を呼んだが、その時点で運べない。かかりつけ医が遠くだったので、警察医をお願いしたい。警察医の先生も、都合が悪くだめ、知り合いの先生に来て頂いた。警察で見つけられない時などあるのか。

成島：警察医もやっている。月2回位、検案死がある。医師が診て、病死、疾患を抱えている人が亡くなって当然の場合は問題ないが、入所して介護が必要でまだまだの人が亡くなった場合、死体検案が必要となるので、警察に連絡して、警察医は担当があるので、警察が連絡をとり対応する。基本的には、警察医が行って対応する。事件性の有無、独居や施設の場合多床室の場合大勢いるので、判断が難し場合もある。警察医は1人ではない。何人も登録している。南地区4から5人、北地区3人位いる。誰かが対応する。

田村：急場は家族にも話し、遠くの先生にお願いした経緯があった。在宅でディサービス、ショートスティを受け入れている。先生にどうしても聞きたい場合は、直接電話しても良いか。

成島：電話は、診療している時はその状況がわからない。FAXの方が対応しやすい。

小松崎：初めはナースに対応してもらおう。電話の場合、話しを聞いてもらおう。Drにより対応は異なる。

成島：つくば市医師会のHPに連携拠点事業に連携タイムがある。各医師の対応がのっているので、印刷すると確認が容易に出来るので、確認願えれば。

田村：医師がなく何時間も待つてしまった。近くに学園病院、メディカル、筑波大学病院が

あるが、なんで遠い所まで迎えに行かなければならないのかと思った。私は地域密着型の施設管理者をやっている。施設のディサービスで、インフルエンザの注射をして欲しい。サービス時は、医療行為を行なってはいけない決まりがあるので、出来なかった。時間外に予防注射を接種した。利用時間にやってもいいのではないかと。回診にくる先生がその時、そのサービスを行なえば良いのではないかと。利用者が求めているに出来ない。おっくうさ。ニーズのギャップ。

成島：医療法でなく、介護法で決まっている。利用時間内に、医療行為を行なってはならない。関西で、患者をまとめ医療行為を行なって法的に問題視された。検案に対しては、大病院は医者がたくさんいるが、警察医の登録がないのと柔軟に対応が出来ないので応じられない。検案は警察医へ、警察がきちんと捜すべきと思っていた。施設側で探すが良くわからなかった。

下田：ケアマネの視点で述べる。自宅で生活されている方々の介護力が低下している。核家族、高齢者のみ世帯になっている中で、施設を減らす取組みもされているが、施設に頼らなければならない状況にある。費用的な問題もおおきくなってきていて、8月から2割負担になった方がいる。今まで入れていたが、費用負担が増え、費用の高いユニット型は厳しくなっている。代替えする住居型老人ホームとか高齢者住宅は金額的に大分落としてサービスの質が低下している。特養のユニットまで落としてきて競合している。そこを選んで、特養の待機者も減ってきているように見える。特養の開き情報を出せないかと言うことですが、今は、単発的な情報となる。基本的には満杯の状況。たまたま、辞退者が続いて1か月の空白が出来てしまう時がある。その様な情報は直接FAXか電話でケアマネに届いている。ただ定期的に出すような状況にはない。

成島：福祉施設の方にお話を頂いたが、老人保健施設の方に

菅谷：今までの老健施設は入居してしまうと、出る事を忘れてしまう施設。ずっとここにいられるものと思われている。入所者も家族もその様な考え方で、職員も入所したら在宅へ戻す事を意識していなかった。それでは老健本来の役割は全くとれていない。そこで今新たに取組んでいるのは、回復期、病院で言うリハビリ。老健もしっかり役割をとらなくてはならないので、新たな取組みをしている。実際に稼働はしていないが、在宅と病院の橋渡しを老健の機能をしていけばいいのかなと考える。特徴的な所は、老健はみんなが自宅へ帰れる場合もないので、20名看取りしている。学園病院が併設協力機関で、Drが時間外も対応してくれる。施設長不在の場合は協力病院で対応してくれる体制にある。看取りに関しては、充実している。医療的な所として、特養では吸引等、医療度の高い人の受入は難しいと思うが、老健は医師がいるので医療的な所、在宅酸素、吸引が必要な方、気管切開をしている方も受入している。夜勤は看護師が1人になってしまうことで、吸引もたくさんの方の対応は難しいので、制限が加わってしまう。

成島：老健施設も当初は入所3か月と、病院から家に帰すのは忍びないのでワンクッション置くが入所したら一とそのままになってしまい、家に帰すのは大変だと思う。最初から、3か月、半年だよと言えば回せる。何年も入所者は抵抗があるのではないかと。老健施設の改正があり、薬でも抗がん剤なども使える様になってきている。透析患者の入所は厳しいのか。

菅谷：透析に関しては現在は、受入していない。ショートステイであれば、ショートも長いのは問題がある。送迎の日程が上手く行かない。

成島：事例検討会をやっていると、老老介護の問題もあり、透析介護も必要、在宅では限界。

医療度の高い人は何処へ行ったら良いのか。療養を受けてもらっているのは美浦の施設へ行っている。薬は

菅谷：認定抗がん剤の使用はある。施設長・事務局と相談しながらジェネリック薬に替えるとか、この単価なら出来るだろうと対応している。認知症の薬に関しては厳しい。

浅野：介護老人保健施設の役割、在宅復帰へのリハビリ、治療を行なう。機関限られ実際に回復する利用者は現実的に難しい。リハビリスタッフが施設のなかで、社会福祉士の相談員と連携をとり、在宅利用者の特徴を理解していかに連携をとって、治ってはいないがこういう連携をとると在宅生活も可能になる提案をする。その後の在宅生活をマネジメントする一環を担うことが出来る。在宅復帰というのが現実的には在宅に戻れないかたもいる。

在宅に戻れないのも一つの選択肢とってもらい、施設を利用してもらいその後の生活を送って頂く。介護老人福祉施設の特徴を我々リハビリスタッフが認識して行かなければならない。同じ地域にこれだけの施設があるがそれぞれの施設の特徴を把握していない。老健施設のスタッフとして勉強して利用者に提案したい。利用者が施設の違いをどれだけ理解しているのか知ってもらうのが、今後の課題。

垣花：循環器外来の医師をしていた。その後施設長をしている。老健の医者業務は、若い医師の臨床研修の場として、活用して良い位、勉強の宝庫な所だ。人の病を学ぶ所という点では良い場所。1年くらいですが、習慣づけられれば簡単だが、日常茶飯事にくるのが発熱だ、臨床医として、どういう原因で、その原因を言い当てるのがないとだめ。老人の一番が尿路感染、気道感染。尿路感染であればどういう抗生剤を使ったらよいのか、薬のタイミングだ。嚥下性誤嚥肺炎を起こして、病院へ移さなければならぬタイミング。朝来て、夕方帰るのでは、正しい判断は出来ない。抗生剤を老健の間、経済的にも当たりの良い、安い安定剤を使って改善させるがそれが駄目になって、病院に送り込むタイミング。決定する能力がなければならぬ。認知症、精神疾患、循環器医者なのに精神科の基礎的な事を気にして物を探る態度が必要。整形外科、骨折が多いが所内で転倒事故が起こった場合、見極めが大変。同族病院へ夜、救急でわずらわせるのは考える。程度によって緊急性で、整形外科にお願いする。整形外科も応分な知識は要求される。病院のバックアップ体制が整っている。老健の医療は軽々しく譲れない。社会政府管掌に対しての発言。老健の医療を甘くみるな。丸めの保健で、薬代も出せとは何事か。進行を抑えるには抗生剤を当てずっぽうであるが、なるべくあたる様に結果往来になれば丸め医療ではそういうことも許されない。老健医療は精力を尽くさない出来ない。

野田澤：医療は老健は施設で負担するのが基本、薬、受診についても、殆ど施設負担になっている。入所、通所、訪問リハビリをして250件、地域の訪問リハをしている。ショートステイで連携している。ケアセンターの在宅復帰を進めていくとなっているが、中々家へ帰るのは難しい。ケアマネを決め施設に入ったが、自宅へ帰るとなった場合、介護状況が厳しいものがあるのが現状。施設内看取り10例。今後どのように利用者の支援をしていったらよいのかが問題。

細谷：老健と特養に関わって来て、それぞれに良いところがある。在宅復帰に向けては、施設ケアマネがリハ会議をとおり検討している。復帰は1か月、2か月ではとうてい出来るものではない。入所の際、家帰るか、施設にするか確認しているが、在宅に帰るのは非常に難しいので、一緒に頑張ってみましょうとリハビリをすることで、どうやったら在宅復帰出来るか考えてきた。いつまで続くかわからない介護に期限を付けている。期

限付けると、帰ってみるかなと、大変になった1か月したら戻って来ても良いですよと老健で受けることを約束して、ベッドの調整をした。帰る方が増えてきた。11月は何名も退所し、空所をどうするか、在宅を支えていくのも老健の役割なので、ショートステイに預かり、体調を整えて、自宅に返す。週2、3回の通所リハも同じ介護スタッフが関わることで、在宅に帰る安心を持っていただけるのかなと思っている。在宅には最初の2、3か月でそれ以上いると施設に馴れて帰れなくなる。介護度が2、3の金のない方がネックになっている。

成島：在宅に関わっていると後方ベッドがあるかないかが違う、重症度に併せてそれぞれの施設が対応してくれる。医療度が必要な人は老健施設にお願いできればありがたい。在宅をやっていく上で、患者、家族にいざとなったら対応してもらえるので、在宅を続けられる。特養、老健の違いもわからない、訪問看護、訪問介護もわかってもらえないのは、我々の説明PR不足を感じている。施設の違いを知ってもらおう。市民にわかってもらうため、施設の皆さんのご協力を頂き、このような場を設けていきたい。

阿部：今年1月から3月に全国老健協会の医師研修の講師をした。厚労省の講師がみっちり話していた。その時の雰囲気では老健は角を曲がったという感じを持った。早く在宅に戻せという事を協調していた。そんなに上手い具合には行きませんよという意見がでていた。名古屋と大阪の施設の成功例2つを話していた。共通している所は、老健はいつの間にか長期に入るものになってしまった。厚労省はあてが外れたものになってしまった。2つとも共通しているのはリハビリ重視、在宅訪問重視。そんな事をやっていてベッドが空きませんかとの質問も出たが、両者ともいつも満床。施設入所予備軍は在宅でたくさんかかえている。短期集中リハビリ、3か月で在宅に帰る人も、在宅に帰ったあとも訪問リハビリで面倒を見る。通える様になったら通ってもらいリハビリするよう事を強調していた。これを取り入れないと置いて行かれるなど思い来春に向け方向性を近づけるよう努力しているところだ。老健、施設の医療行為が制限されている。介護保健と医療保険に分けたのは先進国で日本だけだ。その事態がこういうことを招いている。私の施設では出来るだけ、介護職の人にも、吸引の出来る人の養成をして対応している。労力も意欲も十分持っている人が多く、熱心に力も付けている。県が指導して介護職、ナース、医師も研修にでて行かなければならない。地域の施設の方々が力になってくれそうなところを選んで、研修システムをこのグループで作れないか。地域の介護力として底上げになる。介護施設は介護職がしっかりしていないと内容を高めることが出来ない。看取りは20例から25例。最初は尻込みしたが、現場は夜の事も考えシフトを引いて対応している。システムがしっかりしている。介護職を地域として能力、資質を高められるように考えると今日の集まりも時間の無駄ではなかったのかなと思う。

成島：大勢の方に参加して頂き直接意見を聞く事ができ、今までこういう場がなかった。皆さんの意見考えを聞くことが出来た。今年度事業は、ここで終わってしまう。継続出来るかがここで問題。介護職のスキルアップ、今までは、リーダー研修でリーダーを養成しなくてはならない訪問看護師、ケアマネ、医師にも声かけて行なってきた。今後は、直接現場で関わっている人のスキルアップを図って行かなくてはならない。我々医師会も関わっていくことだ。皆さんにも是非参加して頂き、市民の方にも施設はどういうことを行なうのか知ってもらう必要がある。一般市民向けと施設職員、介護職の皆さんに大きな問題となると思う。皆さんの声を参考にして、探し求めていく。皆さんのご協力お願いします。

中村：3年間つくば市医師会で、この事業を進めてまいりました。今回、介護施設との意見交換会が初めて行なわれ、今年度はこれが最後になると思います。新年度以降はつくば市地域包括支援課で事業を引きついで実施していく。折角集まって頂いたこの事業をこのあとも続けてまいりたい。その節は皆様のご協力をお願いしたい。

根本：つくば市さんと合同に事業をさせて頂いております。つくばみらい市は来年もつくば市さんと一緒に入れて頂けるのであれば、よろしく申し上げます。

会長：最後に、老人の住処を何処に持っていくか、個人の家在宅、家族の介護があつて無事最後まで暮らせるのであれば一番良いが、ただ今の様々な家庭の環境状況によって、上手く行かない。その間の施設は、老健なのか福祉施設なのか色々ある。国は施設の再編を考えている。今後増える老人を地域医療構想のなかで、ベッド数を減すと最終目的になっている。10万人以上の病院に入院出来ない、介護度の問題もあり老人に行かなくてはならない施設はこれから変わっていく傾向にあるのではないか。在宅と中間の施設の看取りも必要になってくる。施設の皆さんは精神的にも大変だ。各施設の協力を得て来年度、つくば市と医師会、施設の方々と協力し地域の老人が上手く全う出来る様な形態を整えて、試行錯誤して行かないとならない。

小松崎：それぞれのところで出来るのは限界がある。みんなで手を携えていくという所になると思う。一生懸命やっている皆さんの力が、上手に利用し空回りしないよう医師会でお手伝いして行くように、また行政と携えて上手くまとまっていくと良いなと願ってやみません。

会長：長い間の有意義な発言ありがとうございました。今後活かして行けたらと思います。

(記録：酒井)