

【目次】

サマリー	2
1. はじめに<省略>	
2. 地域包括ケアシステム構築プロセスの概要<省略>	
3. 地域包括ケアシステムを進める政府の狙い<省略>	
4. 患者・住民が求める「真の地域包括ケアシステム」	3
(1) 「真の地域包括ケアシステム」とは何か(3頁)	
(2) 公立みつぎ病院の実践から学ぶべきこと(3頁)	
5. 「真の地域包括ケアシステム」構築に向けた保団連要求	4
(1) 「真の地域包括ケアシステム」を構築するための保団連要求(5頁)	
<国への要求>(5頁)	
<国及び自治体への要求>(6頁)	
<自治体への要求>(7頁)	
(2) 地域医療の現場における実践的な取り組み(8頁)	
(2)-1 患者・住民が求める「真の地域包括ケアシステム」確立に向け て地域医療に取り組む保団連・保険医協会の姿勢(8頁)	
(2)-2 医師・歯科医師が果たすべき具体的な取り組み(9頁)	

※ 省略したものを含めて全体の見解をご覧いただく場合は、『地域包括ケアシステムに対する見解』（全体版）を参照ください。

【サマリー】

高齢者を対象にした「地域包括ケアシステム」は、『持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律』では、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と位置づけられている。

高齢者が、住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び日常生活の支援が「総合的」に確保される社会の確立は、患者・住民、医療・介護担当者の願いである。ただし、これは一人ひとりの人権が尊重され、本人や家族が自宅で療養することを希望する場合が前提で、病状により入院治療や施設入所を要する際は、必要な入院・入所が確保される制度の構築を前提としなければならない。

しかし政府は、これらの願いを逆手にとって、疾病や介護リスクへの対応の責任を個人に転嫁し、医療、介護に対する国庫負担・企業負担の削減と営利市場化を目的とした「社会保障と税の一体改革」を「地域包括ケアシステム」の名の下に推し進め、今後見込まれる高齢者人口の増大とそれに伴う医療・介護ニーズの拡大に対し、社会保障費と医師や看護師など医療従事者数を最大限に抑制して対応しようとしている。政府が進める地域包括ケアシステムは、国の役割は後退させ、市場取引を通じて医療・介護ニーズを満たそうとするものであり、これでは、公平性のみならず、倫理性も損なわれ、格差医療・格差介護が横行する。

そもそも医療・介護は、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と定めた憲法 25 条に則り、いつでも、どこでも、誰でもが費用の心配なく、国の責任で必要なサービスを受けられるようにすべきであり、「地域包括ケアシステム」を本当に患者・住民のための制度とするためには、十分な予算と、人的・物的基盤を国の責任において整備すべきである。

長年にわたって政府が進めてきた医療・介護をはじめとした社会保障制度の改悪や診療報酬・介護報酬抑制の結果、医療崩壊・介護崩壊が進んでいる。保団連は、政府が「地域包括ケアシステム」の名の下に進める社会保障改悪と営利市場化の狙い・問題点を明らかにするとともに、いつでも、どこでも、誰でもが費用の心配なく、国の責任で必要なサービスを受けられるよう、①国庫負担の拡充、②非営利とフリーアクセスの堅持、③必要な医療・歯科医療が提供できる診療報酬を含めた医療保障制度の充実、④必要な介護が提供できる介護報酬を含めた介護保険制度の充実、⑤医療・介護従事者、行政、住民の連携、⑥住民を含めた地域からの発信の確保などを保障した「真の地域包括ケアシステム」の実現を、国と自治体に要望する。なお、地域包括ケアシステムにおいて歯科の関わり、役割が明確でない。歯科医療の役割と評価を強めるべきだ。

「真の地域包括ケアシステム」は、私たち自身が患者と一緒にあって作りあげてこそ実現できる。私たちは地域の医師・歯科医師として、「開業医宣言」*の理念に基づき、①多職種連携の推進、②サービス担当者会議への参加やケアプラン策定への協力、③困難事例の把握と地域包括支援センターとの連携、④地域ケア会議への参加、⑤困難事例解決に向けた制度改善要求などへの取り組みを強め、患者・住民が求める「真の地域包括ケアシステム」の実現に取り組んでいくものである。

※「開業医宣言」は、全国保険医団体連合会が、これからの医療をより良くする決意をあらわすものとして、4年間の討議を経て第 27 回総会(1989 年)で採択し、第 36 回大会(1998 年)で「5. 診療の記録」を修正したものです。下記ホームページに全文を掲載しています。

<https://hodanren.doc-net.or.jp/nyuukai/kaigyoi.htm>

1. はじめに＜省略＞

2. 地域包括ケアシステム構築プロセスの概要＜省略＞

3. 地域包括ケアシステムを進める政府の狙い＜省略＞

4. 患者・住民が求める「真の地域包括ケアシステム」

(1) 「真の地域包括ケアシステム」とは何か

超高齢社会を迎える中で、いつまでも健やかに生活ができることは、国民みんなの願いであり、病気や要介護状態となった場合に、いつでも、どこでも、誰でもが、費用の心配なく、必要な医療・介護を受けられるシステムの構築は、大変重要である。

地域包括ケアシステムが想起されてきた社会理論として、①地域包括ケアを「当事者がこれまで生活してきた地域社会の中で、健康を損なう疾病に対する予防を心がけながら暮らし、病気になったら治療を行い、それが完治しなくても適切な支援を受けながら生活を継続させるヘルスケア」と位置づける、②こういったヘルスケアが希求される背景として、人びとの健康や病気に対する「認識枠組み」が、疾病の完治をめざす「医学モデル」から生活の質のよって規定される「生活モデル」に移行したことがあるとされている（猪飼周平ら）。

患者・住民にとっては、怪我や病気が治癒し、元通りの社会生活に復帰できることは最大の願いである。しかし、どんな治療を行っても罹患前と全く同じ状態に戻ることは困難な場合もあり、機能の低下や再発リスクの中で社会生活を営むことになる。したがって、その時代における最新の治療がすべての患者に提供できるよう全力をあげることを前提としつつ、機能低下を有する人が日常生活を送れるような社会システムの構築が必要であり、この社会システムが機能するためには、見守りや介護といった生活支援、住まいや移動手段、買い物の確保といった生活サポート機能の充実と、医療保障の充実が不可欠である。

「真の地域包括ケアシステム」とは、いつでも、どこでも、誰でもが費用の心配なく、国の責任で必要な医療・介護サービスを受けられるよう、①社会保障に対する国庫負担の拡充、②非営利とフリーアクセスの堅持、③必要な医療・歯科医療が提供できる診療報酬を含めた医療保障制度の充実、④医療・介護従事者、行政、住民の連携、⑤住民を含めた地域からの発信の確保などを保障、⑥在宅において尊厳ある生活を全うできるものでなければならない。

(2) 公立みつぎ病院の実践から学ぶべきこと

「地域包括ケアシステム」の概念の基となったのは、広島県公立みつぎ総合病院の院長を務めた山口昇医師が提唱し、1974年から、同病院が取り組んだ「医療と福祉にまたがる、

ケアの実践」である。山口医師は「国に在宅ケアに関する制度が何もない頃」から、「病院を退院後寝たきりになってしまうケースが増え」ていくことに問題意識を抱き、「訪問看護、訪問リハビリ等の在宅ケアによる寝たきりゼロ作戦」を推進したと著書（「地域包括ケアシステム」高橋紘士編・オーム社所収）で述べている。

「病院医療の転換」を入口に、「健康づくり（保健・予防）および介護・福祉との連携を伴う仕組みを構築」する試みが、町ぐるみの取り組みに発展したのが、「地域包括ケアシステム」だった。

しかし、同著で山口医師自身も「地域包括ケア」という呼称も用いているものの、氏はそれを「地域包括医療・ケア」と名付け、次のように定義している。

- ① 地域に包括医療を、社会的要因に配慮しつつ継続して実践し、住民が住みなれた場所で安心して生活できるようにそのQOLの向上をめざすもの。
- ② 包括医療・ケアとは治療（キュア）のみならず保健サービス（健康づくり）、在宅ケア、リハビリ、介護・福祉サービスのすべてを包含するもので、施設ケアと在宅ケアとの連携および住民参加のもとに、地域ぐるみの生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療・ケアである。
- ③ 地域とは単なる Area ではなく Community を指す。

同様の発想は、多くの医師・歯科医師が持っていた。地域包括ケアという言葉が用いられる以前から、地域で医療・歯科医療を提供する臨床医は、個々の疾患を重視するのみならず、患者の心身の状態、家族、生活環境にも留意し、地域の保健、予防、リハビリテーション、福祉、環境、公害問題等についても積極的な役割を果たす努力を行い、こうした中で在宅医療や医療連携を実践し、社会保障の充実を求めてきた。各地で進められている「地域包括ケアシステム」の構築はこうした取り組みの延長線に位置するものでもある。

なお、御調町で大きな成果をあげることができた原因は、行政が積極的に関わったことにある。このことは、「地域包括ケアシステム」は、ボランティアによって支えるものではなく、国や行政が責任を持つことで、活かすことができることを証明している。さらに言えば、住民や医療・介護担当者が動けば行政を動かすことができるし、行政を動かすことが地域住民の命と健康を守るために重要であることを改めて認識させられる。

5. 「真の地域包括ケアシステム」構築に向けた保団連要求

患者・住民が求める「真の地域包括ケアシステム」を実現していくには、専門職と住民が連携し、実践の中で知った地域の困難、高齢者の困難の解決に取り組みながら、同時に国・自治体の制度・施策をよりよくしていくことが必要不可欠である。

これを実践する上で、私たちが守るべき原則は、①医療・介護は、ナショナルミニマム保障として、国による公的な給付を柱に保障される、②自治体・住民の互助機能によるサービスはその補完として提供されること、③患者・利用者とその家族の幸せや人権、生き甲斐といった、人生の幸福と人間としての尊厳が守られているかを検証し、システム改善指標の一つとすべきことである。

政府の「地域包括ケアシステム」で指摘している5つの構成要素（①介護、②医療、③予防の専門的なサービスと、その前提としての、④住まいと、⑤生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支える）の実現は大変重要であるが、問題は「自助を基本としながら互助・共助・公助の順で取り組んでいくことが必要」（厚生労働省平成20年度老人保健健康増進等事業による「地域包括ケア研究会 報告書 ～今後の検討のための論点整理～」）の考え方である。

「地域包括ケアシステム」で指摘した5つの構成要素を真に実現させるためには、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と定めた憲法25条に則り、国がしっかりと財源負担を行い、診療報酬や介護報酬の引き上げ、医療担当者の公的養成、医療・介護をはじめとした設備への公的助成の実施、患者窓口負担の軽減などを行うことが何よりも必要である。また、モデル事業は、補助金やマンパワーが確保されて取り組まれた。今後すべての自治体で地域包括ケアシステムの構築に取り組むにあたって、財源や人がどれだけ確保できるのか不安も広がっている。これについても国として必要な援助を行うべきである。

なお、「真の地域包括ケアシステム」を構築するためには、医療や介護制度の構築やネットワークづくりだけではなく、生活問題全て含めた改善策が必要であり、一人ひとりの人権が尊重されるシステムでなければならない。

こうした視点から保団連は、患者・住民が求める「真の地域包括ケアシステム」構築に向け、次の実現を求める。

(1) 「真の地域包括ケアシステム」を構築するための保団連要求

<国への要求>

- ① 患者・住民が求める「真の地域包括ケアシステム」の実現のためには、公衆衛生・保健・医療・介護・福祉の諸制度が確立され、総合的に提供される必要がある。そのためには、国がしっかりと財源負担を行い、費用の心配がなく、これらのサービ

公衆衛生 大百科辞典
公衆衛生とは、環境衛生の改善、伝染病の予防、個人衛生の原理にもとづく衛生教育、疾病の早期診断と予防的治療のための医療および看護業務の組織化、さらに地域社会のすべての住民が健康を保持するにたる生活水準を保障するような社会機構の発展を目指して行われる地域社会の努力を通じて、疾病を予防し、生命を延長し、健康と人間的能率の増進をはかる科学であり、技術である。

スが受けられるようにすること。特に、医療保険や介護保険における窓口負担の拡大や保険給付外しを止め、患者負担を大幅に引き下げること。また、健診・検診受診における自己負担金を廃止し、保健指導が充実できるよう、自治体への財政援助を行うこと。

- ② 必要な医療・介護が提供できるよう、診療報酬・介護報酬を引き上げること。
- ③ 医師・歯科医師、看護職員、薬剤師、歯科衛生士等の役割の見直しについては、医学的観点から十分な検討を行い、慎重にすること。
- ④ 医療従事者・福祉従事者の養成と安定した労働環境の実現に国が責任を持つこと。特に看護師やヘルパーの雇用確保は喫緊の課題である。
- ⑤ 地域包括支援センターに求められている役割を発揮するために、人員増や機能強化を国の負担で実施できるようにすること。また、保健所を増やし、住民や保健・医療・介護・福祉担当者の要求に応えた地域の公衆衛生・保健・医療・介護・福祉体制を自治体とともに国の責任で整備すること。

＜国及び自治体への要求＞

- ① 「かかりつけ医」・「総合診療専門医」・「かかりつけ歯科医」等の制度を用いてフリーアクセスの制限を行わず、必要なときに必要なサービスが十分に受けられるようにすること。
- ② 終末期をどこで迎えるかべきかは、終末期を迎える人の病態や環境によって大きく異なる。在宅最優先ではなく、本人や家族の希望に沿った終末期を選べることを前提とすること。また、容体急変に対応できる後方機能病院等の確保体制を整備すること。
- ③ 医療費抑制を目的とした医療機関の再編・淘汰、ベッド数削減、医師数の抑制などをやめ、提供体制の確保に国と自治体が責任を持つこと。特に不足している特別養護老人ホームの拡充や、介護事業所の整備を行うこと。必要病床数については、科学的根拠を基に、十分な議論を行うこと。また、早期退院を余儀なくされた患者の追跡調査を行い、早期退院が患者の予後に及ぼす影響を検証すること。
- ④ 非営利によるサービス提供の原則を堅持して、公共性・公益性を貫くこと。
- ⑤ 健やかに生きるためには、しっかりとした栄養摂取が不可欠で、口腔衛生と口腔機能の維持・管理が大変重要であり、介護保険において要介護認定時に口腔機能アセスメントを位置づけること。また、地域包括支援センターとの連携を強化すること。

なお、歯・口の機能低下は、加齢性筋肉減弱（少）症（サルコペニア）や運動器症候群（ロコモティブシンドローム）の前兆とも考えられ、「オーラル・フレイル（歯・口の機能の虚弱）」の予防が、全身の健康に寄与する。

生活習慣病の改善に口腔内ケアが重要な影響を与えることがわかってきており、歯科健診・検診の充実、歯科疾患予防や摂食嚥下と全身疾患との関わりの研究・啓蒙・

評価の充実、病院から在宅の流れの中で口腔の情報が共有できる地域連携をさらに評価すること。

- ⑥ 認知症が今後増大することが予測されている。認知症にならない対策、認知症になっても早い段階での対応を強化することで重症化の予防も期待できる。一方、重度の認知症のある人は徘徊やせん妄があり、在宅でも施設でも大きな負担となる。こうしたことから、次の対策を強化すること。

ア. 歯科には認知症の発見機能が期待されるとしているが、具体的な手順などは示されていない。認知症対応における連携方法や手順、評価などを明確にし、歯科の役割、位置づけを明確化し、評価する。

イ. 認知症に対する専門知識と倫理観を持った介護職員の育成及び処遇改善を早急に行う。

- ⑦ 高齢期を健やかに迎え、過ごすためには、精神的にも、身体的にも健やかであることが欠かせない。運動機能の維持、禁煙などを含めた生活習慣の取り組み、感染症対策、予防、機能維持が求められ、必要な医療を受けられることが必要である。特に、認知症、うつ病、口腔機能、運動機能、感染症などへの取り組みを強化すること。

- ⑧ 現場での様々な取り組みを集約・分析し、課題を明らかにするとともに好事例を広げていくこと。また、介護者（家族等）が抱える問題点や課題を調査し、介護者に対する支援を強化すること。

- ⑨ 医療・介護等の連携を進める上で、ICT（情報通信技術）の活用による情報共有と管理は大変重要である。しかし、重要な個人情報が含まれることから、個人情報の保護を優先し、企業による利活用の禁止、マイナンバー制度との連動は止めること。

- ⑩ 家族の介護負担軽減を進めること。福祉用具購入、福祉用具貸与、住宅改修をさらに利用しやすくすること。

＜自治体への要求＞

自治体をどう位置づけて対応するのが地域では課題になる。自治体は、住民や医療団体・福祉団体とともに、共同して国に対して社会保障の改善に向けた働きかけを協力・協働して行う対象である。同時に、自治体自身が地域包括ケアシステム構築の重要な役割を担うことから、改善を要求すべき対象でもある。自治体にはこうした2側面があることを前提に、取り組みを進める。

- ① 医療計画や介護保険事業計画の策定に当たって、下記の点を重視すること。

ア) 病床削減や、医師の役割の縮小、フリーアクセスの制限等を前提としないこと。

イ) 日常生活圏域境界情報や日常生活圏域ニーズ調査をはじめ、地域包括ケアに関する現状や要求を「見える化」して公開し、自治体における課題や計画について地域住民や医療・福祉担当者の意見を反映すること。

ウ) 歯科健診・検診の充実と受診率向上、歯科疾患予防や摂食嚥下と全身疾患との

関わりの研究・啓蒙・評価の充実、病院から在宅の流れの中で口腔の情報が共有できる地域連携のさらなる評価を行うこと。

エ) 介護保険事業計画の策定にあたっては、「住民の意見・思いを取り入れる」ことが何より肝要である。自治体は誰もが参画しやすいような説明会の機会を設けるとか、パブリックコメントをしっかりと政策に反映させる必要がある。

② 国に対して下記の実現を求めること。

ア) 非営利によるサービス提供の原則を堅持して、公共性・公益性を貫く。

イ) 医療従事者・福祉従事者の養成と安定した労働環境の実現に国が責任を持つ。特に看護師やヘルパーの雇用確保は喫緊の課題である。

(2) 地域医療の現場における実践的な取り組み

(2)-1 患者・住民が求める「真の地域包括ケアシステム」確立に向けて地域医療に取り組む保団連・保険医協会の姿勢

患者・住民が求める「真の地域包括ケアシステム」を実現する上で、保団連第27回総会(1989年)で採択した「開業医宣言」(1998年の第36回大会で「5.診療の記録」を修正)は実践的な取り組みの道筋を照らすものである。

全国の保険医協会・保険医会には開業医とともに多くの勤務医が入会しているが、「開業医宣言」で示した医療に対する姿勢は、勤務医も含めた全保険医が、患者・住民が求める「真の地域包括ケアシステム」を実現する上で目指すべき医療の在り方を示している。開業医が発言することはもちろんだが、特に改革の川上におかれている病院の勤務医が、多職種連携の中で、患者の家族や生活環境、地域における医療・福祉の整備情報を把握し、必要な入院医療の確保や社会基盤の整備の必要性を訴えていくことは、大変重要である。

なお、財政困難や老人医療費の財政圧迫などの政府の宣伝の中で、国民の中には、社会保障改悪に対する誤解やあきらめを抱いている人も少なくない。このため、政府の政策の本質を患者、住民に訴えること、必要な医療を提供できる医療保障制度を築くことが何よりも求められている。

①全人的医療：私たちは個々の疾患を重視するのみならず、患者の心身の状態、家族、生活環境にも気を配り、全人的医療に努力する。

②地域医療：私たちは住民の身近な存在として、日常診療に責任を持つと同時に、地域の保健、予防、リハビリテーション、福祉、環境、公害問題等についても積極的な役割を果たす。

③医療機関等の連携：私たちは最も適切な医療を行うため、診療機能の交流等を通じ他の医師、医療機関等との円滑な連携に努める。同時に、他の医療・福祉従事者の役割を重視し、患者を中心とした緊密な協力関係を保つよう努力する。

- ④社会保障 : 医療を資本の利潤追求の市場に委ねてはならず、すべての国民が医療・福祉を受けられるよう、社会保障を充実することは近代国家の責務である。私たちは国民とともに社会保障を守り、拡充するため努力する。

なお、超高齢社会に突入した日本が如何に高齢者に人間らしい最後の時間を過ごすことが出来る国創りをするかが、世界的にも注目されている。保団連は、開業医宣言の理念に立脚し、戦争のない平和な社会の中で、命と健康が守られ、患者・利用者とその家族の幸せや人権、生き甲斐といった、人生の幸福と人間としての尊厳が守られる地域包括ケアシステムの構築を国と自治体に要望するものである。

(2)-2 医師・歯科医師が果たすべき具体的な取り組み

医師・歯科医師が果たすべき具体的な対策としては、次があげられる。各地域の実態に沿って、「地域包括ケアシステム」への創意ある参加が重要である。なお、これらの役割を果たすためには、医師不足の解消、医師・歯科医師の労働条件の改善とそれを可能にする報酬引き上げ、研修や交流の機会の整備などが不可欠である。

① 在宅医療への取り組みの強化

施設入所者を含めた在宅医療・歯科医療に取り組む医師・歯科医師を増やす。

② 多職種連携の推進（日常医療）

入院、外来、在宅において、他の医科・歯科医療機関、介護、福祉事業を含めた多職種連携を日常的に行う。

- ③ ケアプランが策定されている要介護者については、主治医のサービス担当者会議への出席（欠席の場合は意見照会への対応）や、ケアプランに位置づけられた各サービス計画の提出に協力をする。

④ 困難事例の把握と対応（ケアマネジャーや地域包括支援センターとの連携）

ア) 困難事例を地域ケア会議で検討するため、困難事例を把握し、必要に応じて、ケアマネジャー又は地域包括支援センターへ連絡、問題提起を行い、その結果を把握する。外来診察を通じてだけでは、困難事例は把握するのは困難であり、困難事例把握のために下記について工夫する。

- ・「医療相談係（室）」を設け表示するなど、外来患者さんが困難事例について相談できる状況をつくる。
- ・患者さんの地域での役割を把握する。町内会での役割、社協での役割など。診察の折に声がけし、たしかめる。
- ・ケアマネジャーなどの質問・問い合わせに必ず時間を取る。

イ) 困難事例について、「個別事例としての解決方法」や、「制度として解決すべき課題」について提案を行う。

ウ) 困難事例解決に向けた教訓や課題の共有のため、「個別事例としての解決方法」や、

「制度として解決すべき課題」について、各種研究会・学習会への報告や改善要望へのとりまとめ、提案等を行う。

⑤ 地域ケア会議への参加と、提案

地域ケア会議の定期的な開催を要請し、困難事例があれば、その事例のための会議開催を求める。参加が困難な場合は、参加しやすい日時での提案や、「個別事例としての解決方法」、「制度として解決すべき課題」について提案を行う。

なお、地域ケア会議に歯科が関わっている状況が少ないのが実態である。歯科の参加の位置づけを明確にさせていく。

⑥ 「在宅医療・介護連携支援センター」との連携

必要に応じて、在宅医療と介護連携についての相談窓口を担う「在宅医療・介護連携支援センター」との連携を行う。

⑦ 本人又は家族の情報の共有

本人又は家族が情報共有の中心にいる必要があり、地域ケア会議だけでなく、医療・介護の提供にあたって必要な情報を本人・家族に伝える必要がある。これを確保する上で、本人・家族への情報提供を診療報酬及び介護報酬で評価する必要がある。

なお、最近、「規範的統合」という言葉が、医療・福祉分野で頻繁に使用されている。それは「保険者や自治体の進める地域包括ケアシステムの構築に関する基本方針が、同一の目的の達成のために、地域内の専門職や関係者に共有される状態」と定義されている。しかし、保険者や自治体が進める基本方針への統合は、医療・福祉切り捨てのための統合になっていく危険性が高い。私たち医療者は、政府が進める医療費抑制の理念の下に無批判に「統合」されるわけにはいかない。

医療・福祉の専門職は、「真の地域包括ケアシステム」の構築に向けた取り組みを地域医療の現場から進める一方で、医療・介護をはじめとした社会保障削減の動きや医療の営利市場化・産業化という政府・財界の意図と、その結果もたらされる医療崩壊・介護崩壊を過去の政策とそのもたらした結果の経験の蓄積により見抜く力を持っている。

私たちは、すべての医療・福祉従事者と力を合わせ、社会保障抑制策の危険性を患者・住民に広く伝えるとともに、患者・住民が求める「真の包括ケアシステム」の構築に向けた取り組みを進めるものである。

以上