

「人権を尊重する 地域包括ケア」へ

京都民医連が目指す 地域包括ケア

2014年11月22日
京都民医連理事会

～はじめに～

人口問題研究所が公表している資料によると、2025年には高齢者人口がピークを迎え、64歳以下の人口は減っていくことが予想されています。超高齢化・少子化時代は、すでに進行しています。単独を含む高齢者だけの世帯・認知症や障がいを持った高齢者が増大する中で、どうすれば、誰もが尊厳ある人生を送れるようにできるのかは非常に重要な課題です。

政府は、「最期は家で迎えたい」という国民の願いを逆手にとって、自己責任という名目での自助・互助を押しつけ、国の責任を後退させるという憲法25条を否定するシステムを作ろうとしています。

しかし、人は一人では生きていけません。また、生きがいが必要です。一人にしないため、安心して居られる場所作り、役割作りが必要です。また、年を重ねるほど、その人のこれまでの人のつながりを大切にしなければなりません。京都市内でも、府内でも、地域の人々のつながりは薄れてきています。だからこそ、「誰もが人間らしく尊厳ある人生を送れるようにするには、元気な時から、住み慣れた地域で、今まで以上に人と人とのつながりがあるまちづくり」が必要になっていると考えます。私たちはこれを「地域包括ケア」と呼ぶことにしました。

私たちは、国が進めようとしている「自己責任に基づいた地域包括ケア」ではなく、「人権を尊重する地域包括ケア」を実現することが大切であると考えます。この実現のため、私たちの事業を拡大・充実するだけでなく、地域にあるすべての他法人・事業所や地域の方々との連携をすすめていかなければならないという決意を持つに至り「京都民医連が目指す地域包括ケア」の提言を創りました。

あくまでも視点は、地域興し、そして人権が尊重された住み続けられるまちづくりです。京都民医連として、地域の方々や民医連以外の事業所の方々と協力して地域包括ケアをすすめていきたいと考えています。

第一章は、京都民医連が目指す地域包括ケア宣言です。私たちの認識と、めざそうとする地域包括ケアの定義、それを実現するために必要な内容を、11の項目にまとめました。

第二章は、その中で、特にすぐに取りかかる必要があると思われる3項目について、具体的な目標を決めました。

最後に、「京都民医連が目指す地域包括ケア宣言」の補足説明を付け加えました。

各法人・事業所や共同組織の役員会、班会等で議論し、健康で人権が保障されたまちづくり、人権を尊重した地域包括ケアを目指して実践しましょう。

今回提案しきれなかった分野については、今後の様々な取り組みを通じて京都民医連として深めていきます。一定の時期に、京都民医連として実践内容をまとめ、交流する場を持ちます。

第一章

京都民医連が目指す 地域包括ケア宣言

人権を尊重する地域包括ケア

京都民医連が目指す 地域包括ケア宣言

人権を尊重する地域包括ケア

地域住民が自分らしく暮らし続けられるまちづくりを目指して

～医療・介護職としての私たちの使命～

今後日本は、65歳以上の高齢者人口が増える一方、65歳未満人口が減少し、高齢化率は2013年の25.0%から2025年には30.3%に上昇すると予測されています。そして「多死社会」を迎えます。特に大都市圏ではその傾向がより加速します。さらに、高齢者世帯や高齢者の単身世帯、認知症のある方だけの世帯など、地域とのつながりや支援から阻害されやすい世帯が多くなると予測されています。また、今後急激に増加する男性高齢者の単身世帯は、地域からの孤立がより深刻になるのではと懸念されています。

誰もが人間らしく尊厳ある人生を送れるようにするために、住み慣れた地域で、今まで以上に人と人とのつながりがあるまちづくりが必要になっています。私たちはこれを「地域包括ケア」と呼ぶことにします。既に幾つかの地域では具体的な取り組みが進められており、民医連の法人・事業所も関わっているところも少なくありません。地域包括ケアは、民医連綱領に掲げられている「いのちの平等」と「人権が尊重」される「安心して住み続けられるまちづくり」を目指して、地域の様々な方々と連携をすすめていく私たち民医連の運動と重なる部分が多々あります。しかし、国は、こうした要求に応える形を取りながら、介護給付費の削減と国の負担削減を目的に、①自助や互助を強調し、国民の「自己責任」に転嫁させ、国の責任を大きく後退させる、②財源を高齢者や低所得者ほど負担が重くなる消費税に頼るなど、介護保険をはじめとした社会保障の内容を変質させようとしています。

日本国憲法第25条1項は「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」と国民の権利を謳い、2項で「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」と国の責任を明確に規定しています。

京都民医連は、民医連綱領に謳われている「憲法の理念を高く掲げる」立場にたち、「健康な時も、病気や障がいを持って、出来る限りその人が望む場所で生活を続け、最期を安らかに迎える」という希望がかなえられるまちづくりを目指します。そのため、共同組織と一緒に運動の「架け橋」となって、民医連内外の広範な人々・団体・事業所等と協力・共同をすすめながら、医療・介護・福祉・地域住民などが一体となった「人権を尊重する地域包括ケア」を目指します。

上記を達成するために、私たちは以下の項目に取り組みます。

一、共同組織や民医連内外の事業所や地域の人々等と協力・共同しながら、高齢者や障がいを持った人達が、共に生き共に居場所が持てる地域づくりに取り組みます。

- 一、予防活動を重視し、医療・介護制度での予防活動・リハビリに積極的に取り組むとともに、共同組織の方々と一緒に、健康サークルや歩こう会など予防に寄与する活動を強化していきます。
- 一、認知症を生きる方々が、社会から孤立し不安な毎日を送ることがないように地域づくりを目指します。そのために、職員の認知症に関する専門知識や対応能力を高めます。同時に、地域で認知症の方を支えるための啓発事業に取り組みます。
- 一、職員の育成、専門職の確保等を通じて在宅医療・介護の質の向上を図ります。
- 一、入院医療との連携の強化、在宅等での看取りに取り組みます。
- 一、24時間365日対応できる在宅医療・介護事業を行い、民医連内外の事業所と共同しながら、最期まで地域ですごしたいという希望にそえるように地域ケア会議やネットワークづくりに参加します。
- 一、医療・介護と連携した良質な「住まい」づくりに挑戦します
- 一、自宅で過ごすことが困難になった時も、可能な限り今までの人生が継続できるよう、地域に密着した地域から信頼される施設を作ります。各事業所は災害時に避難所としての役割を果たします。
- 一、医科・歯科・薬局・介護の相互連携を強めます。
- 一、医療・介護に携る従事者の労働条件の改善に努めます。
- 一、「無差別・平等」の観点から、安心して利用できる医療・介護制度の実現を目指し、国や自治体への働きかけを強めます。

第二章

すぐに取りかかる必要のある3項目

☆京都民医連認知症対策

☆24時間365日対応できる在宅医療・介護事業の実現

☆“生活を支える” “地域を支える” ひとづくり

京都民医連認知症対策

(1) オレンジプランの期間（平成 25 年度～29 年度）に合わせ、職員内外での大規模な啓蒙と研修活動を推進します。

- ① 認知症サポーターを共同組織構成員の 50%、常勤職員の 100%を目指します。
（オレンジプラン平成 24 年 9.2 万人→平成 29 年 12 万人） ※ () 内は京都市オレンジプラン
- ② 認知症キャラバン・メイト（サポート・リーダー）を職員・共同組織合わせて 200 名を養成。
（オレンジプラン平成 24 年 3580 人→平成 29 年 7000 名）
- ③ 認知症サポート医を 2 名から 5 名へ増加を図ります。
（オレンジプラン平成 24 年 33 名→平成 29 年 100 名）
- ④ 介護支援専門・ソーシャルワーカーなど相談員は、特に単身者や重症認知症事例の対応能力の向上をめざした研修を計画していきます。
- ⑤ 看護師認知症対応力向上研修受講 100 名（オレンジプラン平成 25 年度から 29 年度 2000 名）及び認知症サポートナース 20 人（同 200 人）
- ⑥ 医療従事者（医師看護師除く）認知症対応力向上研修 100 名修了
（オレンジプラン平成 25～29 年度 2000 人）
- ⑦ 認知症介護実践リーダー研修 10 名受講
（オレンジプラン平成 24 年度 416 人→平成 29 年度 900 人）
- ⑧ 認知症ケア専門士、全事業所で 1 名以上の取得を目指します。

(2) それぞれの地域で顔の見える関係づくりとポジショニング確立のプランを立て実践します。

- ① 医療機関から介護事業所や包括支援センター・サポート医・民生委員等へ、介護事業所から医療機関と医療従事者（訪問活動…サポート医、病院連携室など）へそれぞれ訪問・懇談し、「私たちの事業所・職員への注文・要望・期待」などのアンケートに取り組みます。
- ② 特に医療系事業所の、地域ケア会議への参加を図ります。
各地域・事業所毎に医療介護活動交流集会を開催し、必ずすべての事業所がそれぞれ医療なら介護系、介護なら医療系の事業所とともに活動の交流実践を図れる機会を作っていきます。可能な地域エリアでは、民医連外事業所ともこのような活動交流の場を作ります。

(3) 医療機関、特に病院における、認知症対応力の向上を図ります。

- ① かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者を 40 名にします。
（オレンジプラン平成 24 年度 1035 名→平成 29 年度 2000 名）
- ② すべての病院で、物忘れ外来の開設と担当者を配置し、初診で診断と制度利用に向けた検査・書類作成が図れるようにしていきます。
- ③ 病院における認知症ケアチームの設置と事業所間の活動交流を図ります。

(4) 認知症ケアのレベルアップと事業強化を継続的に推進します。

- ① 認知症疾患患者を支援する施設に挑戦します

：小規模多機能・複合型サービス・グループホームなど。

- ②認知症カフェ・若年性認知症対応デイケアに挑戦し、認知症治療病棟との連携強化の方向を検討します。
- ③「京都民医連認知症研究会」ないしは、「認知症ケア研究所」の創設を検討します。
- ④京都民医連の持つ資源を活かしたスペシャルチームを可能な地域で結成します。

24時間365日対応できる在宅医療・介護事業の実現

～いつでも『来てもらえる』『通える』『泊まれる』
『相談にのってもらえる』『診て(看て)もらえる』～

現存する事業の維持・発展を前提とし、各法人・事業所で特に重視すべき事業課題として以下を進めていきましょう。

(1) 医療・介護と連携した良質な「住まい」づくり

「住まい」は人権保障の基本です。介護力が不足している人でも在宅生活ができる「住まい」、低所得者でも入居できる費用の設定、質の高い居住性の確保、医療・介護・地域の協同に支えられた安心、地域社会への参加保障などを重視します。関連法人や既存の施設との連携づくりや相互の質の向上に取り組みます。共同組織とも協力しながらすべての法人で「住まい」づくりに積極的に取り組みます。

(2) 予防給付はずしへの対応

政府は2017年度末までに予防給付の訪問介護・通所介護を「新総合事業」にすべて移行します。これが実施されると、予防給付を受けている要支援の方々が重度化することが予測されます。そうならないように、予防の時点から専門性のある資格職が対応できるよう、制度改定後も運動を継続し、必要な改善を求めていきます。また、改定の変更に伴う新総合支援事業については、「生活を支える事業(訪問介護・通所介護等)は住み慣れた地域で暮らしていくためには不可欠」との視点から、事業対応を共同組織と共に進めます。また、共同組織と協力して、「民医連の介護・福祉の理念」を共有する、ボランティアや民医連の介護職の確保と養成を進めます。

(3) 在宅医療（在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院）

在宅療養支援診療所・病院を充実させ、多職種の間が見え隙間のない在宅医療の流れを作り、事業所を超えたチームを作ります。希望される方の在宅看取りにも積極的に取り組みます。

(4) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

地域で、介護と看護を一体的に提供することで、地域を支え、「24時間の安心」を保障する事業として、訪問看護ステーションの大規模化と機能強化も含め、具体化をすすめます。

(5) 小規模多機能居宅介護・複合型サービス

なじみの関係で柔軟なサービス提供が行える強みを活かし、認知症や医療依存度の高い利用者の在宅生活を支え、入院・在宅をつなぐ役割を発揮する事業所として、各法人で建設を検討します。

(6) 訪問看護

医療と介護の連携の「要」となる訪問看護ステーションは、地域包括ケアを推進する地域の重要な拠点です。大規模化、24 時間営業、在宅緩和ケア等の技能の習得と対応、民医連内外の医師とのスムーズな連携形成などに取り組む必要があります。訪問看護の体制と機能強化、後継者育成について検討をすすめます。

(7) リハビリテーション

入院・施設・外来・在宅のどの場面でもセラピストの専門性が発揮できる体制と、必要な時にすぐ利用できるリハビリ事業所をめざします。

訪問リハビリの事業を強化し、リハビリに特化した通所施設の検討や既存通所事業所での個別機能訓練への取り組みを強めます。共同組織・地域事業所と協力して転倒予防と認知症予防のプログラム・運動作りに取り組めます。介護職やケアマネジャーへのリハビリ専門知識の普及に努めます。リハビリの充実のため、リハ医の養成に努めます。

(8) 保険薬局

訪問薬剤師の役割が急速に拡大しています。在宅患者の薬効評価や副作用のモニタリングなどを行うために、バイタルサインのチェックを行うなど訪問スタイルを確立していきます。訪問薬剤師を増やし、必要な時には医師への処方変更を提案するなど、専門性を発揮できるようにします。また、在宅生活を支える一員として、他職種との連携を強化していきます。

(9) 地域包括支援センターの役割の重視

貧困・格差が大きく広がる中で、「公的機関」という立場から、潜在化している実態、要求を掘り起こし、「人権を尊重する地域包括ケア」を地域住民のものとしてリードする役割を果たします。

“生活を支える” “地域を支える” ひとつづくり

- (1) “人が人を呼ぶ” 選ばれる、働き続けられる事業所（職場）づくりをすすめます。
選ばれる事業所であり続ける事が健全な経営へ繋がります。専門職としてのスキルアップの積み重ねと職種間の対等平等な関係づくりをすすめます。
- (2) 医療・介護・福祉の垣根のない多職種連携と、事業所が違って、どの職種も対等平等に意見が言える関係をつくっていきます。
- (3) 介護職確保のため、介護福祉士実習施設への登録を積極的にすすめるとともに、介護職員初任者研修養成講座を開催します。
介護職部会を中心とした活動を強め、全日本民医連の介護職キャリアパスの活用（案）を基本に介護職の育成をすすめます。
- (4) 介護職・ケアマネジャー等を対象に、わかりやすい医療講座を開催します。
- (5) 法人、京都民医連内の医療と介護の連携を強化するため、「医療と介護の架け橋交流会」（事例検討会等）を開催します。
- (6) 訪問看護ステーションの体制強化と特色のあるステーションづくりをすすめ、24 時間 365 日のサポートが提供できるよう、民医連内外の協力・連携をすすめます。
- (7) 在宅をフィールドに働くリハビリのセラピスト配置のために、セラピストの十分な数の確保と質の向上をすすめます。
- (8) 地域包括ケア推進のため、社会福祉士等の資格を持つ事務職員の確保をすすめるとともに、介護事業運営に強い事務幹部の養成を京都民医連・法人として位置付けていきます。
- (9) 各法人で年度毎のケアマネジャー養成計画を立て、育成の視点での法人を超えた人事交流や質を高める研修をすすめます。
- (10) 事業所・職種毎で実践している“人権を尊重した医療・看護・介護”を、IT 等を活用しながら、地域や他事業所へ積極的に発信し交流を深めます。
- (11) 参加者が元気になる、ドクター・看護・介護ウェーブ運動をすすめます。
- (12) 診療所所長の高齢化が特に進んでいます。在宅医療の要となる診療所所長を担う医師の確保と養成に取り組みます。病院・在宅でのカンファレンス等へ参加できる条件をひるげ、在宅で働く医師が、診療所内だけの活動に終わらないよう、全日本民医連・地区医師会・保険医協会等への参加を強め、民医連内外の医師の交流を広めます。また、必要な専門医資格が取得できるよう支援していきます。
- (13) 病院医師や非常勤医師の在宅医療への参画の機会を広げ、あわせて必要な研修を保障していきます。
- (14) 在宅で働く職員確保ができるよう、職員の労働・賃金・雇用形態の検討をすすめます。
また、総合化する医療・介護事業所の全体管理者の育成のための課題と政策を明らかにしていきます。

【補足説明】

「京都民医連が目指す 地域包括ケア宣言」の説明文書

「京都民医連が目指す 地域包括ケア宣言」(以下「宣言」)は、京都民医連の事業所、職員・共同組織の方々だけではなく、広く民医連外の方々にも私たちが目指す「地域包括ケア」とは何かを明らかにしています。タイトルの下に、簡潔な言葉でまとめました。それは「人権を尊重する地域包括ケア」です。

この宣言を実行するための期間は5年とし、その間に京都民医連が特にすぐに取りかかる必要があると思われる3項目について、具体的な目標を明確にしました。3項目として、「認知症」「24時間365日対応できる在宅医療・介護事業の実現」「“生活を支える” “地域を支える” ひとつづくり」とし、課題ごとに各作業チームを設けて、各課題の取り組みはその作業チームの文書でより明らかにするという構成にしました。従って、「宣言」は、地域包括ケアに対する京都民医連自らに対する評価と課題、そして「あるべき地域包括ケアとは何か」をできるだけ簡潔に平易な言葉を用いることを意識しながら作成しています。

宣言はサブタイトルで始まり、4つの段落構成からなる「前文」と11の行動項目で構成しています。サブタイトルは宣言のスローガンの役割、前文は今日の情勢と民医連が民医連綱領の立場から考える地域包括ケアについて記載しました。当面の京都民医連が果たすべき課題については行動項目に整理して記載しました。

まずサブタイトルは、「地域住民が自分らしく暮らし続けられるまちづくりを目指して～医療・介護職としての私たちの使命～」としました。これは、この宣言が「誰に対し何を行うのか」をタイトルで明確に示すことが最適であると考えたからです。地域包括ケアの対象が「地域住民」であること、この宣言の目的が「自分らしく暮らし続けられるまちづくり」を目指すことであり、これは全日本民医連の綱領の理念そのものです。従って、綱領の実現

に向けて取り組む私たちは、民医連職員(非常勤職員も含む)としての「使命」として地域包括ケアを推進していく役割があることを明確にしました。

地域包括ケアを考える上で、国の資料等も含め客観的な資料分析を行いました。

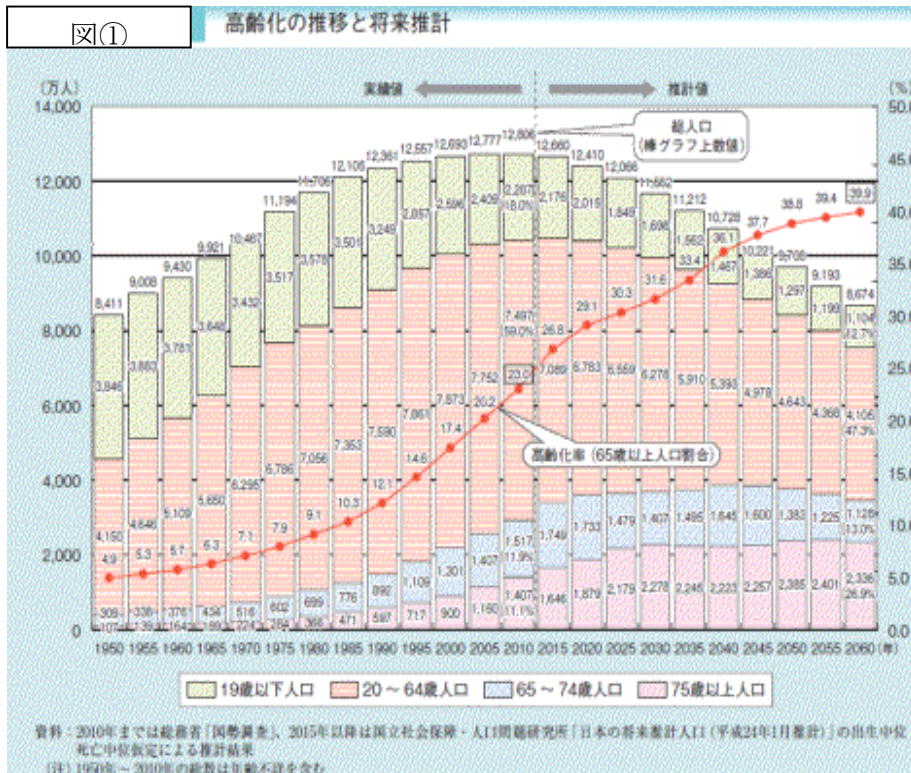
私たちは、今後の日本の人口動態、高齢者人口の動向と「多死社会」を迎える

表① わが国の認知症高齢者数の将来推計

	65歳以上高齢者人口		認知症高齢者数			認知症有病率 (%)
	男	女	男	女	合計	
2010年	1257万人	1692万人	80万人	200万人	281万人	9.5
2015年	1464万人	1924万人	99万人	241万人	341万人	10.1
2020年	1559万人	2053万人	120万人	291万人	411万人	11.4
2025年	1571万人	2086万人	138万人	333万人	471万人	12.9
2030年	1576万人	2107万人	153万人	371万人	525万人	14.2
2035年	1602万人	2138万人	164万人	404万人	569万人	15.2
2040年	1668万人	2200万人	171万人	423万人	594万人	15.3
2045年	1671万人	2186万人	173万人	425万人	598万人	15.5
2050年	1636万人	2131万人	175万人	421万人	596万人	15.8
2055年	1574万人	2052万人	181万人	430万人	611万人	16.9
2060年	1500万人	1964万人	187万人	446万人	634万人	18.3

認知症高齢者数は、上記の表1の数値を、国立社会保障・人口問題研究所の日本の将来推計人口(出生中位・死亡中位)性別・年齢階級別人口の将来推計(平成24年1月推計)に掛け合わせて算出した。

こと、認知症高齢者が増えることに注目しました（表①・図①参照）。



少子化は、自民党政権での少子化対策の失政が大きく影響していますが、その改善は短期的には非常に困難です。一方、増大する超高齢者に対して京都民医連がどう向き合うかは喫緊の課題になっています。高齢者が増大するということは、必然的に多死社会を迎えます。また、高齢者の単身世帯の増

加や高齢者のみの世帯、そしてその多くが認知症を患っていると考えられますので、より深刻になっていきます。高度経済成長期に会社などに人生を捧げた男性は家事等をしてこなかった方が多く、地域社会にも馴染んでいない人が多数います。そうした人が高齢で独居になると、地域から孤立する可能性が高いことを最初に記述しました。

その上で京都民医連が目指す地域包括ケアは、「誰もが人間らしく尊厳ある人生を送れるようにするために、住み慣れた地域で、今まで以上に人と人とのつながりがあるまちづくり」と定義づけています。この底流には日本国憲法の理念と民医連綱領が流れています。医療や介護を受ける権利は、お金のあるなしに関係なく全ての国民が等しく享受できることです。それを「いのちの平等」という言葉で表しました。

しかし現在の安倍政権及び厚労省は、「まず国の負担削減」ありきで社会保障の改変をすすめています。とりわけ国の責任を後景に追いやり、自助という言葉に現れている「自己責任」を強調している姿勢は断じて容認できません。宣言はその問題点を指摘し、私たちが目指す地域包括ケアとの相違点を明確に示しました。国がモデルにしているデンマークの「高齢者三原則（継続性、自己決定、自己資源の活用）」と比較しても、「自己責任」と「自己決定」は「似て非なるもの」です。デンマークは、数あるサービスから自己の責任で選べることを前提にしており、決して個人の責任を問うていたわけではありません。しかし国が推し進めようとしている地域包括ケアは、財政論が先行し、どのような老後を過ごすかは「個人の貯蓄等の努力次第」だと強調していることが最大の問題です。

社会保障制度改革国民会議が2013年8月に安倍内閣に答申した「社会保障と税の一体改革」の中身は、日本が戦後営々と築き上げてきた社会保障制度の理念を根本から変質させることであり、宣言ではこの点も指摘しました。憲法25条の解釈改憲と言ってよいものです。この

ため敢えて第三段落で日本国憲法第 25 条の 1 項と 2 項を全文記述しました。つまり、私たちが目指す地域包括ケアは憲法の理念そのものを目指すものであり、国が行おうとしている地域包括ケアは最高法規である日本国憲法に照らして重大な問題があることを示すものとして位置付けました。

前文の後段として、京都民医連が「架け橋」となって、地域の様々な個人・団体・事業所等の方々とともにまちづくりを進めていくことを記述しました。その中心には、友の会や医療生協組合員の共同組織の方々が居ることを強調しています。

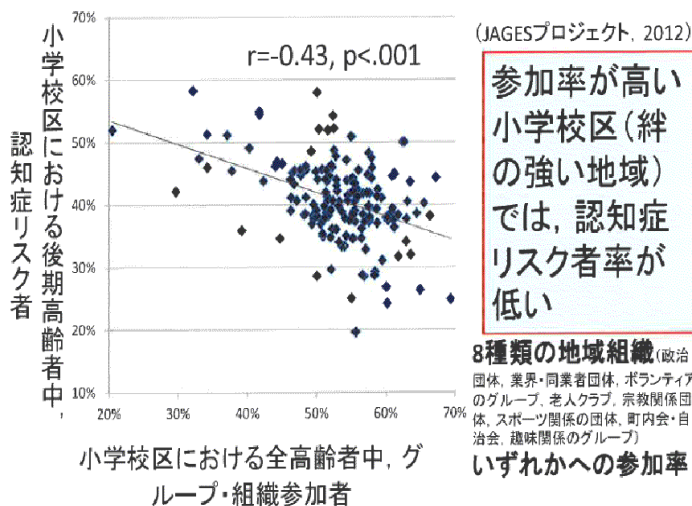
こうした前文の下、11 の行動項目に整理しました。この中には子どもに関する記載はありません。地域包括ケアのまちづくりでは、子どもの問題は大きな課題になっていくのは必定と考えています。多くの自治体でも子どもの育成とセットでの地域包括ケアの事業展開をしているところがあります。ただ、この宣言では敢えて高齢者と障がいを持っている方に対象を絞りました。子どもにまで広げると喫緊の課題が大きすぎて今の私たちの力量では対応しきれないと判断したからです。

人は一人では生きていけません。居場所や社会的役割(生き甲斐)が、生き生きと生きていくためには必要です。まず、そういう地域作りをすることを宣言しました。次に、要介護状態や認知症にならないために、いろいろな予防活動を行うことを宣言しました。

認知症の高齢者が急速に増えています(表①参照)。しかし、問題は「認知症」という病気ではなく、「認知症を生きる方やその家族が、社会から孤立したり、生活を送れなくなること」にあります。認知症対策を最重点課題として明記しました。しかし図②からもわかるように、地域の絆、地域の様々な団体・サークル等と関わっている人は認知症へのリスクが

図② 認知症リスク者率とグループ・組織参加高齢者率

JAGES2010—24市町村162小学校区在住の後期高齢者25,314名



低いことが明らかになっています。各法人、事業所、共同組織で認知症の課題にどう向き合うかを議論していただき、共同組織の構成員と非常勤職員を含む全ての民医連関係者が取り組むべき課題であることを記述しました。

地域包括ケアをすすめていく上で、京都民医連の事業所が、これからも引き続き

地域から信頼され頼りにされる事業所であり続けることが前提です。そのため、医療・介護の質を高めていくことが求められます。京都民医連における「人づくり」はあらゆる面で重要な課題となっています。また質の向上に向けて、専門職の確保と育成、専門性をより高めていくことが求められていきます。各種の資格取得を積極的に推奨し、事業を担える職員の育成が鍵であると考えました。

「多死社会」を迎える中で、看取りは避けて通れない課題です。在宅での看取りを希望される方の要望に応えられるよう努力します。キーワードは「24 時間 365 日対応」をどうすすめていくかです。24 時間 365 日対応できる在宅医療・介護事業を充実させていくと共に、私たち民医連だけでなく、民医連外の事業所と共同して最期まで地域で過ごしたい希望に添えるようなネットワークを作っていくことを宣言しました。また今後の課題として、医科・歯科・保険薬局・介護の連携が重要であることを強調しました。

「住まい」は生活を送る前提です。特に、低所得や介護が必要になった高齢者が安心して住み続けられる「住まい」は重要な課題です。医療・介護と連携した良質な「住まい」づくりに挑戦します。また、既にある地域密着型事業（定期巡回や小規模多機能サービス等）も含め、住み続けられるまちづくりを目指していく上で、京都民医連として取り組むべき課題であることを記述しました。また、職員の労働条件の改善も併せて取り組むべき課題であると考えます。

こうした取り組みを通じて、「人権を尊重する地域包括ケア」の実現を目指しますが、国が、国民の自己責任を強調し、公的責任放棄の方針を持ち続ける限り、多くの国民の幸せが奪われていきます。私たちは、この国に住む 99% の人達が、安心して暮らせるようにするには、国の姿勢を変えさせる必要があると考えます。また、自治体は、住民により近い立場で、細やかに、制度のハザマで苦しむ人がないようにしていく責任があります。「医療介護総合確保法」では、要支援者や虚弱老人への総合事業の運用は自治体の責任となりました。国や自治体に制度改善を働きかけていくことを最後の項目に上げました。「私たちは微力だが無力ではない」。皆さんと一緒に、微力な力を集めて大きな力にし、99% の人たちが幸せになれるようにしていきましょう。