

案し「民主党政策ビジョン」を改訂しました。

「民主党政策ビジョン」では、従来型の補助金や優遇措置に依存する活性化ではなく、沖縄本来の魅力や特性を最大限活用することを基本的な方向性として、経済振興・雇用創出、自然環境政策、教育政策等、沖縄の真の自立と発展への道程を示しています。

また沖縄には依然として在日駐留米軍専用施設の多くが集中するなど、県民は過重な負担を強いられています。これら負担軽減を目指すとともに、基地縮小に際して生ずる雇用問題には、セーフティネットの確保も含め、十分な対策を講じます。また、当事者としての立場を明確にするためにも在沖米軍の課題を話しあうテーブルに、沖縄県なども加わることができるよう働きかけます。

### アイヌ民族の人権を尊重した 総合的施策確立へ

2008年6月に国会で採択された「アイヌ民族を先住民族とすることを求める決議」、また2007年の「先住民族の権利に関する国連宣言」も踏まえ、アイヌ民族の人権を尊重し、権利を確立する総合的施策を進展させます。

### 北方領土問題

わが国の固有の領土である択捉島、国後島、色丹島および歯舞群島のいわゆる北方4島の返還が今日なお実現を見るに至っていないことは痛恨の極みです。民主党はこれら4島の一括返還を目指します。また、経済・文化交流等を通じたロシア国民との信頼醸成、元居住者に対する支援、国民世論の喚起など、返還にむけた環境整備についても積極的に取り組みます。

## 子ども・男女共同参画

### 出産・子育てにかかる 経済的・精神的負担の軽減

子どもを持つすべての保護者が、ゆとりと責任をもって子育てができるよう社会的な支援を強化します。子ども手当や出産時助成金、育児休業給付の充実など、子どもが生まれてから成長していく過程にかかる経済的支援を総合的に充実させます。

また、男女がともに家族としての責任を担い、健康で仕事や自己啓発、地域活動もできるよう、ワークライフバランスのとれた働き方を確保するとともに、多様な働き方に応じた保育ニーズへの対応や、学童保育の待機児童解消を進め、保育環境を向上させます。

さらに、保健所や児童館などの子育て支援機能を強化し、育児不安や地域での孤立を解消するため、子育て支援相談や子育てを支える地域ネットワークづくりを推進します。

### 月額2万6000円の「子ども手当」創設

次代の社会を担う子ども一人ひとりの育ちを応援する観点から、扶養控除や配偶者控除を見直し、行財政改革の断行により、子ども手当を創設します。子どもが育つための基礎的な費用(被服費、教育費など)を保障するため、中学校卒業までの子ども1人あたり、月額2万6000円を支給します。

### 出産時助成金の支給

出産時には、保険給付による現行の出産一時金(約35万円)に加え、国庫を財源として、出生児一人あたり20万円の助成金を給付し、ほぼ自己負担なしに出産できるようにします。

### 子ども家庭政策の一元的取り組み

子どもや家庭政策に係わる政策の立案、執行機関を一元化します。

子どもや家庭に係わる問題については、幼稚園は文部科学省、保育所は厚生労働省、通学路は国土交通省、塾は経済産業省など多くの省庁にまたがっています。民主党は、縦割り行政の弊害をなくし、包括的な取り組みを進めます。

### 幼保一本化の推進

待機児童を解消し、就学前の子どもたちにとって質の良い居場所を確保していくため、縦割り行政を是正し、幼稚園と保育所の一本化を推進します。

約2万人といわれる保育所入所を待つ待機児童がいる一方で、幼稚園では定員割れの状況が発生しています。NPOなどが行っている家庭的保育制度(保育ママと呼ばれてきたもの)など、地域の多様な人材・施設などの積極活用も含め、待機児童解消に向けた具体策を実行します。

### 学童保育の拡充

安全・安心な子どもの居場所づくりのために、学童保育の拡充が求められています。家庭と同じように過ごせる居場所としての学童保育を、全児童対策とは別に、適正な規模で、専門の指導員のもとで、希望するすべての小学生が入れるように拡充します。

### 有害情報から子どもを守る

残虐な暴力や性暴力などの有害情報から子どもを守るため、書籍の区分陳列や放送時間帯の配慮など、

### ワークライフバランスの実現

時間外勤務手当の割増率を現行の25%から50%に引き上げ、長時間労働によるメンタルヘルスの悪化、過労死・過労自殺などを防ぐため、健康・安全配慮義務、健康確保のための労働時間管理を徹底します。

また、妻の出産後の男性の産後休暇、男性の育児休業取得の一層の促進、有期雇用労働者の育児・介護休業取得の保障などを推進することで、男性・女性を問わず、すべての労働者が、仕事と家庭生活の両立、健康確保、地域活動、自己啓発など、一人ひとりの意識やニーズに応じて、健康で充実して働き続けることのできる社会、ワークライフバランスの実現を目指します。

### 真の男女平等のための基盤づくり

真の男女平等のための基盤づくりを進めます。自立・自律能力の形成を教育目標に据え、職業体験学習、男性の家庭参加促進教育を進めます。教員、医療福祉関係、警察官、入管職員など人権に密接にかかわる仕事の従事者への男女平等教育を進めるとともに、政策・方針決定過程への女性の参画を拡大するためクォータ制を含む積極的差別是正措置を講じます。

### 生涯を通じた女性の健康保障

性と生殖に関する女性の権利と健康を守るための施策の拡充を図り、女性が心身ともに健康で生き生きと自立して過ごせるよう、総合的に支援します。

民主党は、10代の望まない妊娠や中絶を減らし、また性犯罪の被害や加害を防ぐためにも、男女ともに年齢にふさわしい性教育を行います。

女性と男性の生物学的性差や社会的性差に着目しつつ、女性の心身の症状を診る「性差医療」を拡充します。男女間で発症のしやすさや症状、薬の副作用に差があったり、老年期の健康に悪影響を及ぼしかねない病気について、女性の社会的文化的状況を考慮した医療が行われるようにします。

(※不妊治療に関しては、p.4生殖補助医療に係わる法整備を参照)

### 男女共同参画の視点に立った国際協調

世界の紛争地域では、多くの女性と子どもが犠牲となり、被害を被っています。開発途上国においても一般に女性は教育、雇用、健康等の面で男性に比べて弱い立場におかれています。紛争国や開発途上国において、女性の教育水準向上と仕事の充実を図ることは、貧困を是正し、男女格差・国際間格差を解消するために重要な方策です。日本の援助はこうしたジェンダー（社会的、文化的に形成される男女の違い）

の視点をもっと重視する必要があります。

民主党は、ODA予算配分(※)と実施に際して、調査、計画、立案、推進、評価の段階に、男女共同参画の視点を取り入れます。また、女性や子どもに関わる関連法については、未だ国際的な標準に達していないことから、母性保護に関する条約など関係条約の締結を促進します。

(※p.15 ODAの活用・「人間の安全保障」などへの取組み参照)

### 選択的夫婦別姓の早期実現

選択的夫婦別姓等の導入のため、民法を改正します。

現在日本では、本人が希望しても夫婦別姓は認められておらず、婚姻した夫婦の96%で女性が改姓していますが、仕事上の事情から結婚前からの姓を名乗り続けたい、生来の姓を自己のアイデンティティとを感じるなどのさまざまな理由で夫婦別姓を望む人が選択できる制度を求める声が若い世代を中心に増えています。民主党がこれまで提出してきた「民法改正案」では、婚外子(非嫡出子)の相続差別をなくすこと、再婚禁止期間を100日に短縮する内容も盛り込んでいます。

### 嫡出推定制度の改善

近年問題となっている「戸籍のない子」問題の解消に向け、民法772条の嫡出推定規定等を改正します。

同条は、離婚後300日以内に誕生した子を前夫の子と推定するという規定を置いています。しかし、推定をくつがえして真実の父子関係を確定するための「嫡出否認の訴え」は前夫からしか起こせず、それができないために戸籍も持てない子どもが存在するなどの弊害が生じています。

最近の法務省通達によって、離婚後に妊娠したことを医師が証明した場合には前夫の子とせずに出生届が受理されるようになりましたが、別居中に妊娠したケースなどについてはまだ解決されていません。

離婚による婚姻の解消の場合、離婚に先行して事実上の離婚状態にある期間が存在することが社会通念上一般的と考えられることから、一定の条件のもとで推定排除を認める規定を民法、戸籍法に追加します。

料電池技術、太陽光発電技術、超伝導技術、バイオマス技術など環境エネルギー技術の研究開発や実用化への重点化を図ります。

## 厚生

### 国の責任で社会保障制度を安定維持

年金や生活保護、障がい者の所得保障、その他低所得者対策などの所得保障について国の責任を明確に位置付け、すべての国民が迎える高齢期や、困窮した場合のセーフティネットを堅固なものにします。

現在の社会保障制度は権限と責任の所在が曖昧です。政府が「三位一体」の改革と称して再三、生活保護財源の国庫負担割合の引き下げを画策したように、国が権限を握り続けたまま、自治体に社会保障財源の負担を押しつけ、社会保障制度そのものが空洞化する危機が生じています。

現物給付である医療については、人口の高齢化が進み、国民健康保険財政の地域格差が広がっており、民主党は国民皆保険を堅持し、持続可能な制度となるよう医療保険制度を改革します。介護・福祉サービスがより身近な地域でその機能を完結できるようにします。医療・介護の保険料やそれぞれのサービス利用時の自己負担分などについて、国民で公平に支えあう総合的な社会保障制度を確立します。

### 医師等確保対策で医療従事者不足を解消

医師不足に対する緊急対策として、国および各地域に「医療従事者等確保支援センター」(仮称)を設置し、医療従事者が不足している地域の要望を受け、自治体病院など医療機関に対して医師の派遣要請・あっせん等を行います。

同センターではこのほか、研修医の適正配置、休職医療者の復職促進、医師の国内研修や国外研修の支援、地域学士入学生に対する奨学金の支給、開業医による地域中核病院の外來診療や夜間診療の分担などを促進します。

一定の要件の下で、国立病院勤務医など医師公務員の兼業を解禁します。短時間正規勤務制の導入等を行い、医療機関の連携を推進し、現役医師の有効活用を図ることで、医師不足を解消します。

### 勤務医の就業環境の改善

医療従事者の勤務条件を改善し、勤務医の離職を防ぎ、国民に良質で安全な医療を提供します。医師の交代勤務制の導入を促進し、勤務医の不払い残業を是正し、当直を夜間勤務に改めます。大学病院などで

無給で働く医局員を常勤雇用とし、医療現場での労働基準法の遵守を徹底します。当直明けに勤務しなければならぬなど医師の善意により医療提供が成り立っている状況では、医療ミスやエラーが発生しやすくなり、ひいては医療の質の低下を招きかねません。

子育てや介護をしながら勤務する医療従事者が働き続けられるよう、また復職しやすいよう、院内保育所の整備やオープン化、保育所への優先入所、病児保育の充実、育児支援などを拡充します。休職医療従事者が復職するための研修支援等を進めます。

### 臨床研修の見直し

質の高い医師を養成するため、医学部卒業後の前期臨床研修医の適正配置および後期の卒後臨床研修の充実を図ります。卒後臨床研修制度導入に伴い、卒業直後の医師が地方の大学に残らず、都市部や市中病院に集中しがちなことから、大学が派遣先の医療機関から医師を引き上げ、地方の医師不足に拍車がかかっています。また、研修医が多くの症例を経験したくとも、都市部など特定の医療機関に集中すれば、症例数や指導医数に見合った医師が育成されるとは限りません。

前期卒後臨床研修について、都市部の研修人数を調整し、各臨床研修先の定員充足率を向上させます。

後期卒後臨床研修については、総合臨床医研修、へき地医療研修、産科・救急・小児医療研修などの分野を中心に充実を図ります。

### 医師養成数を1.5倍に増加

医療崩壊をくい止めるため、また、団塊世代の高齢化に伴い急増する医療需要に応え、医療の安全を向上させるため、医師養成の質と数を拡充します。

実働医師数の正確な調査を行い、高齢化の進展に伴う医療需要増、医師の勤務条件改善を考慮した必要医師数を推計し、これに基づいて医師養成計画を策定します。医師の高齢化、女性医師の増加に伴い医師全体の生涯稼働率は減少傾向にあり、また、医師による丁寧な説明など医療の質の向上が求められ、医師の労働時間が増加していることなどを考慮する必要があります。

当面、OECD諸国の平均的な人口当たりの医師数(人口1000人当たり医師3人)を目指します。

大学医学部の定員増、学士入学や編入制度の拡大、歯学部定員減などにより、大学医学部の定員を1.5倍にします。専門職大学院(メディカルスクール)の創設も検討します。学士入学生に対する奨学金支給などを充実させます。

医師養成を担う大学や医師の養成に協力する医療

機関等に対しては十分な財政的支援を行います。

### 医師不足解消に向けた小児科・産科医療

小児科では開業医が地域小児科センターで時間外外来を担当するといった協働作業による集約化をさらに進めます。小児救急医療のシステム化、医療機関の連携体制の推進、保護者の不安を解消する救急相談体制の整備拡充、小児医療診療報酬引き上げ、小児医療の自己負担軽減を行います。

産科医療については、助産師などとの連携を強化し、安心して出産できる環境を整備します。

また、勤務が過酷なだけでなく、訴訟リスクなども高いことから、すべての医療事故を対象とする無過失補償制度と医療事故の原因究明のための医療安全委員会を設立します。

### 医療の安心・納得・安全

医療情報の開示・評価と、医療機関や治療方法に関する患者の決定を促すことで医療の質を向上させます。医療機関の情報開示、カルテ・レセプトなどすべての医療情報の患者本人等への開示や説明体制の拡充、医療に関する相談支援センターの設置、医療事故調査制度や医療機関の評価制度の確立などを柱とした「患者支援法」を成立させます。どこに住んでいても標準治療として確立された最善の医療が提供される体制を整備するとともに、患者が安心と納得を得られる体制を確立します。

### 医療従事者の資質の向上

医療従事者全体のレベルアップを目指します。特定機能病院は先進・先駆的な医療の開発を担うとともに、専門医教育・研究者養成を行います。

良質なチーム医療の提供を推進し、医薬品の安全管理体制を強化するなどの観点から、各学会等の認定資格制度等の活用を協議しつつ、認定看護師、認定薬剤師などの医療従事者(コメディカルスタッフ)の専門教育を助成します。

地域がん診療拠点病院は国立がんセンターと協力し、化学療法専門医・放射線治療専門医を養成します。臨床研修病院では初期・後期卒後研修を担い、優秀な臨床医を育成し、国は小児科医・産婦人科医・麻酔科医・化学療法専門医・放射線治療専門医等の数値目標を明示します。

### 医療従事者の職能拡大と定員増

医療従事者(コメディカルスタッフ)の職能拡大と定員増により、医療提供体制の充実、医療事故防止、患者とのコミュニケーション向上を図ります。昨今、病院勤務医が診療のみならず、診断書や意見書、紹介

状の作成などさまざまな事務手続きをしなければならず、非効率であるだけでなく、こうした業務負担が医師不足に拍車をかけています。

医師の負担を軽減するため、専門的な臨床教育等を受けた看護師等の業務範囲を拡大し、医療行為の一部を分担します。現在81万人強の病院勤務の看護師を、当面100万人に増員できるよう支援します。薬剤師、理学療法士、臨床検査技師、介護士などの職能を拡大します。医師の事務を分担する医療事務員(医療クラーク)の導入を支援します。

### 救急搬送・救急医療の連携強化

医学的管理の下に実施できる救急業務体制を整備します。救急業務を市町村から原則的に都道府県に移管し、救急本部に救急医療の専門的知識・経験がある医師を24時間体制で配置します。救急本部は、通報内容から患者の緊急度・重症度を判断し、軽症の場合は医療機関の紹介等を行い、重症の場合は救急車や消防防災ヘリ、ドクターカー・ドクターヘリ等、最適な搬送手段により医療機関に搬送します。こうした体制整備のため、ドクターカー(現在90台)をすべての救命救急センター(現在209カ所)に配置し、消防防災ヘリ(現在72機)をドクターヘリとしても活用できるように高規格化し、救急本部ごとのドクターヘリ(現在14機)配備を目指します。

### 医療事故の原因究明および再発防止

医療事故が起こったときに、患者・家族の立場に立った真相の究明とともに、再発防止や患者側の納得が得られる仕組みをつくります。

医療事故等の可能性がある場合や、死亡診断書に記載された死因や経過などについて患者が納得できない場合、医療機関は院内事故調査委員会において、患者と家族に調査報告をするなど話し合いを進めます。医療機関には、同委員会の設置のほか、死亡診断書の充実や患者・家族への診療経過の説明、遺族の承認を得た解剖や死亡時画像診断(Ai)を用いた死因究明の努力を義務付けます。

この説明等の際、患者・家族の立場に立つて十分な知識・情報を提供し、医療側との対話をサポートし、適切な心理的ケアをする医療対話促進者(医療メディエーター)を一定規模の医療機関に配置し、医療機関と患者・家族との対話を促進します。

この報告に患者や家族が納得できない場合、各都道府県に設置される「医療安全支援センター」が、院外調査チームによる調査を実施します。調査と平行して裁判外紛争処理機関による解決を図ることもできるようにします。

事故情報については、指定分析機関への届出義務