

崖っぷち日本の医療、必ず救う！

(民主党医療政策の考え方)

日本の医療に希望を作る

日本は今、医療崩壊の瀬戸際に立たされています。その主たる原因と責任は、「財政制約」という名目で医療費削減及び医師数の抑制を続けたこの10数年の政府にあります。

しかし、ここ数年、国民の皆様のあいだから草の根レベルで新しい動きが芽生えています。兵庫県立柏原病院では子育て中のお母さん達が「小児科を守る会」を結成し、地域一体で医療を育てる活動を進めています。また、分娩時の不幸な事故で産科医が逮捕された福島県立大野病院事件をきっかけに、医師の過酷な勤務実態と訴訟リスクにさらされている現状が浮き彫りとなり、その解決に向けてさまざまな議論や運動が展開されています。

私たちは、このような地域の医療現場で立ち上がりつつある活動に「日本の医療現場再建の“希望”」を見いだしています。私たち民主党も“医療志民”として、この希望を普遍化、全国化するために立ち向かいます。

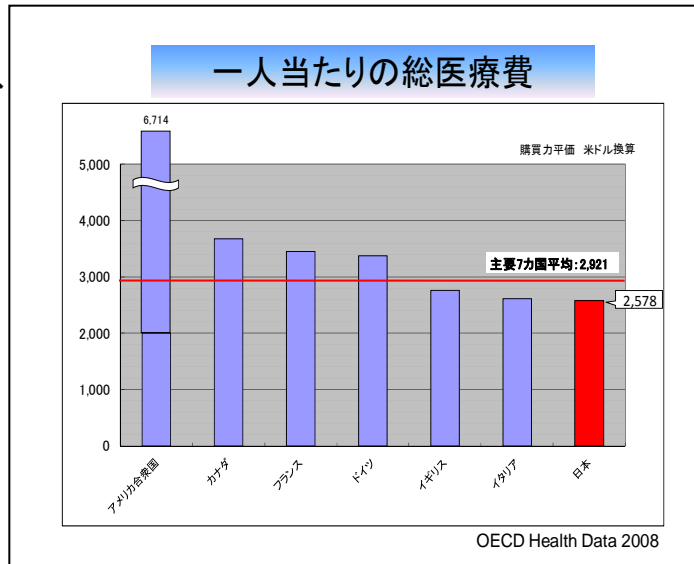
国の責任で医療制度を作り、持続させる

自公政権はこの5年間、毎年2200億円の社会保障費を削減してきました。その結果、現在の日本は、OECD諸国（先進30カ国）の中で医療費の対GDP比が22位、一人あたりの医療費は17位、人口10万人当たりの医師数は26位でOECD平均310人に対し206人という有様です。ちなみに、先進7カ国の中では全て最下位です。

日本の医療崩壊は、労働力不足が引き起こす過剰労働が大きな原因のひとつとなっています。その克服のため、医療従事者の人材養成・活用・確保を効果的に進めていかなければなりません。

私たちは長期的には医療費を対GDP比でOECD平均の8.9%程度（現在日本は8.1%）まで引き上げることを目指すべきと考えています。そのために、まず、1.2兆円の予算を投入する案を考えました。そして、今後15年間で「実働の医師数」を10万人増やす計画を作っています。

各界・各層の代表の意見を幅広く聴き、医療への信頼を医療者側、患者側からお互いに高めあいながら、医療の抜本改革に関する目標と工程を民主党が責任を持って確立、推進します。

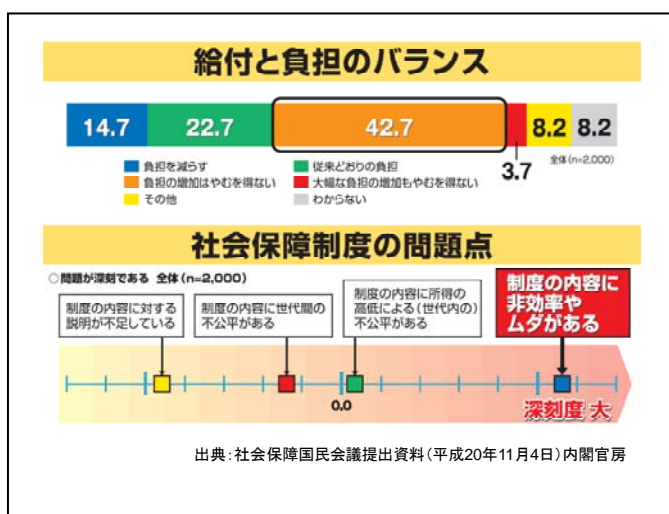


民主党医療政策（詳細版）

社会保障制度の安定

●国の責任で社会保障制度を維持発展

自公政権が「骨太の方針 2006」で打ち出した社会保障費削減方針（年 2200 億円、5 年間で 1 兆 1000 億円）は撤廃します。2008 年の社会保障国民会議の発表によると、社会保障の 5 分野（年金、医療、介護、少子化対策、雇用対策）に対する国民の満足度は医療が最も高く、年金が最も低いという結果です。しかし、緊急に改革が必要な分野は「年金」が 1 位、「医療」が 2 位となっており、年金制度は「崩壊」、医療制度は「崖っぷち」にあると受け止められています。さらに、圧倒的多数が、社会保障制度の問題点として非効率性、無駄が深刻であることをあげています。民主党は各制度の無駄な構造を改め、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ーネットを堅固なものにします。国民皆年金、国民皆保険を守り、ワークライフバランスを見つめなおし、求職者に対する新たなセーフティーネットを構築します。



●医療は提供する側と受ける側の協働作業

医療は提供する側と受ける側の協働作業です。各界・各層の代表の意見を幅広く聴取し、医療の抜本改革に関する目標と工程を定めた基本方針を策定、建議する会議体の枠組みと、民主党政権が責任を持ってその実現を図る体制を確立します。

高度救命救急を行う 3 次救急病院の開設等、国民が生活圏内で必要な医療が受けられるよう、各都道府県が定める医療計画を抜本的に見直します。また、医療事故における「真相の究明」、「医療側の誠実な対応」、「事故の再発防止」を実現し、医療への信頼を高めます。

予防医療の推進

●予防医学の推進

子宮頸がんの予防に有効なヒトパピローマウイルス (HPV) ワクチンの日本での開発を推進し、任意接種に対する助成制度を創設します。重篤な小児の髄膜炎の主要原因菌であるヘモフィルスインフルエンザ菌 b 型 (Hib) ワクチンの定期接種化を図ります。新型インフルエンザ対策も踏まえ、肺炎球菌ワクチン接種の対象年齢を拡大します。

自治体の保健師採用基準の年齢要件の撤廃を徹底し、保健師の採用を積極的に進めます。保健師と住民が連携した啓蒙活動や健康診断の受診勧奨、健康教室の開催など、予防医療の一環として、保健活動を全国的に推進します。

心筋梗塞や脳卒中等の原因である動脈硬化を防ぐため、メタボリックシンドローム対策や禁煙対策など、個人で取り組むことのできる健康管理の態勢づくりをします。また、子どものころから生活習慣改善に対する啓発活動を推進します。未成年者の喫煙防止、成人の喫煙率低下のため、禁煙対策に取り組めます。

医療の安心・納得・安全

●医療の安心・納得・安全

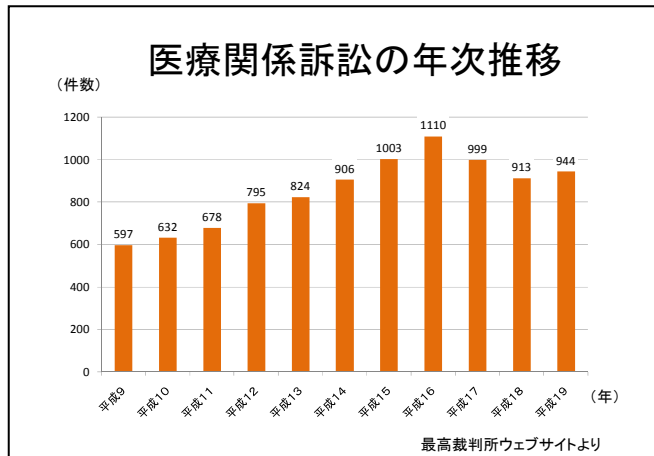
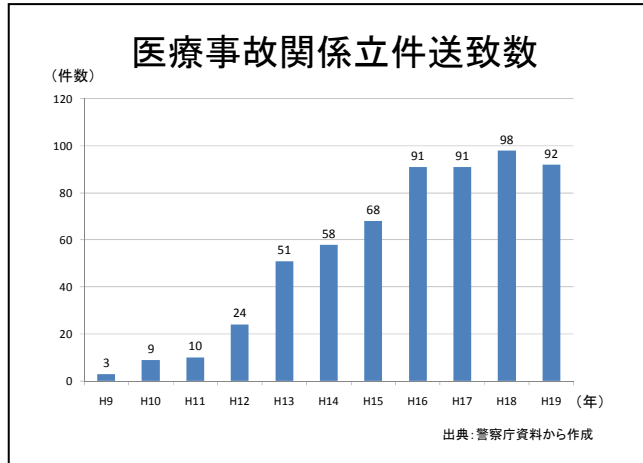
患者・家族の立場に立って、医師・医療機関との意思疎通を円滑化する「医療対話仲介者（メディエーター）」を一定規模以上の医療機関に配置します。医療機関には、患者・家族への診療経過の説明、死因究明の努力、医療事故発生時の調査委員会の設置を義務付けます。各都道府県に設置される医療安全支援センターが、院外調査チームによる調査や裁判外紛争処理事業者（第三者 ADR）の紹介を行うことを柱とした『医療における患者の尊厳を保障し、安全・納得を得られるための法律』を成立させます。事故情報については、指定分析機関への届出義務をすべての医療機関に拡大し、分析や再発防止策の提言体制を強化します。

●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。『医療の納得・安全法案（略称）』に基づいて、医療事故の科学的原因

究明を目的とした院内調査委員会、これを補完する医療安全支援センターが設ける調査チーム（第三者機関）が調査し、患者・家族、医療機関へ報告します。

事故情報については、指定分析機関への届出義務をすべての医療機関に拡大し、分析や再発防止策の提言体制を強化します。



●無過失補償制度の創設

医療提供側の過失が明確でない医療事故により死亡もしくは高度の障害・後遺症が生じた患者を短期間のうちに救済するため、また、医事紛争の早期解決を図るため、すべての公的保険医療機関、薬局、介護施設において発生した医療等事故事例全般を対象に、訴訟提起権とは区別した公的な無過失補償制度を創設します。補償原資は保険料、健康保険料、公的支出とし、制度運営のための基金を創設します。これにより、産科のみならず、すべての診療科における訴訟リスクを出来る限り回避し、また、訴訟を提起しても医療側の過失を明らかにできず、補償を

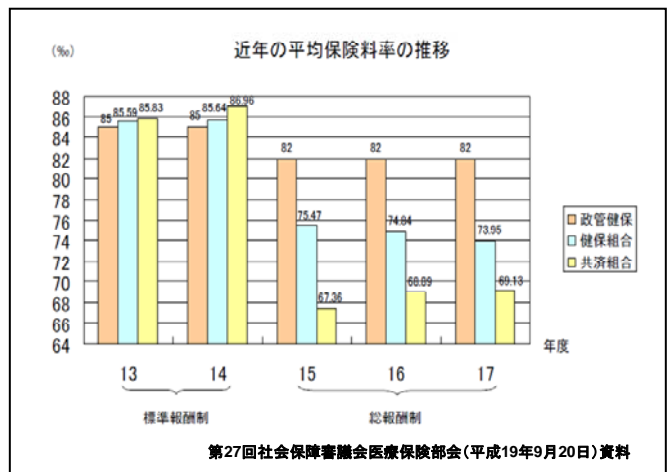
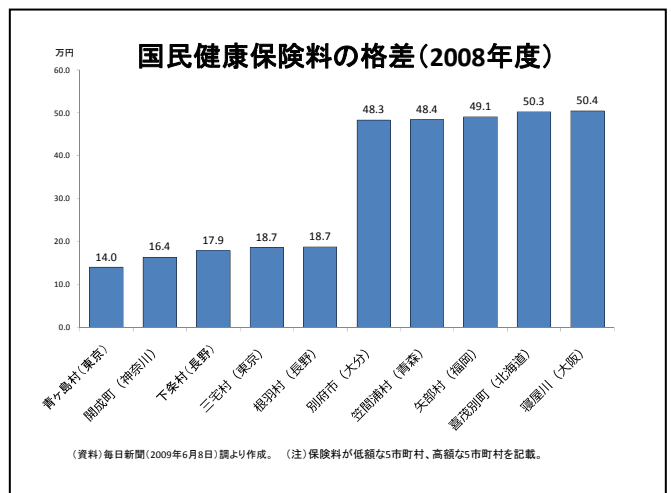
受けることができない患者側の負担も軽減します。

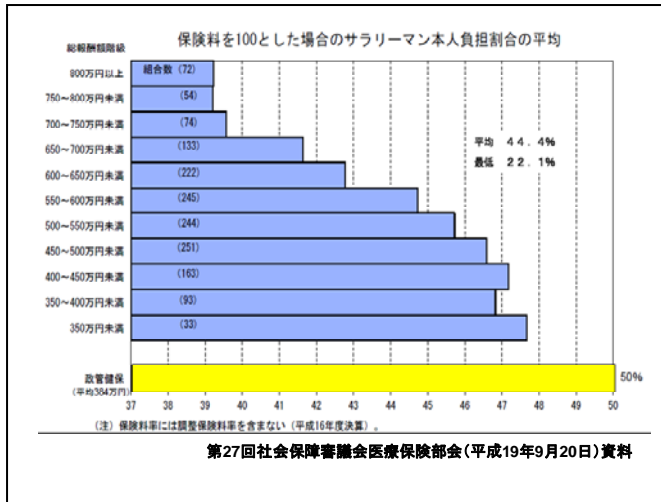
国民皆保険制度の維持発展

●後期高齢者医療制度の廃止と医療保険の一元化

2008年4月から75歳以上の高齢者を対象として始まった後期高齢者医療制度は国民を年齢で差別し、高齢化率が上昇するほど75歳以上の保険料負担が増える仕組みです。民主党はこの制度を廃止し、医療制度に対する国民の信頼を回復します。廃止に伴う国民健康保険の財政負担増は国が支援します。さらに、国民健康保険を運営する自治体への財政支援を強化し、地域間の格差を是正します。わが国の医療保険制度は国民健康保険、被用者保険（組合健保、協会けんぽ）など、それぞれの制度間ならびに制度内に負担の不公平があり、これを是正します。

被用者保険と国民健康保険を順次統合し、将来、地域医療保険として、医療保険制度の一元的運用を図ることにより、国民の生命・健康を公平に支える医療保険制度を実現し、国民皆保険制度を守ります。高齢者の保険料負担は現行水準の概ね維持または軽減、若年負担について現行水準の概ね維持、70歳以上の自己負担を1割、現役並み所得者については2割とし、医療給付費に占める公費割合の増加等を図ります。





●包括払い制度の推進

国内どこに住んでいても、医学的根拠に基づく医療（EBM）が受けられるよう、急性期病院において、より一層の包括払い制度（特定の疾患に定額の報酬が支払われる制度）の導入を推進します。同時にクリティカルパス（*）を可能な限り導入し、療養病床においては食費・居住費を含めた包括払い制度を導入します。超急性期・回復期・維持期リハビリテーションについては、その重要性を考慮し、当面は出来高払い制度としますが、スタッフの充実度および成果を検証し、将来的には包括払い制度に組み込みます。

なお、後期高齢者医療制度でも外来医療費を定額にできる「包括払い」のような制度が導入されていますが、仕組みはまったく異なります。75歳以上の高齢者のかかりつけ担当医が、慢性疾患を抱えがちな高齢者について、定期的に診療計画書を作成し、生活全般にかかわる指導・診察を行えば後期高齢者診療料が算定できるというものです。これは医療現場の理解を得られておらず、後期高齢者に限って医師へのフリーアクセスが制限され、必要な検査ができなくなる恐れがあることなどから民主党は反対しています。

*クリティカルパス：医療の内容を標準化し、質の高い医療を提供することを目的として、疾患ごとに入院から退院までの経過や検査の予定などをスケジュール表のようにまとめたもの。

●新しい医療技術、医薬品の保険適用の迅速化

製造・輸入の承認や保険適用の判断基準を明確にして、審議や結果をオープンにし、その効果や安全性が確立されたものについて、速やかに保険適用します。

●後発医薬品（ジェネリック薬品）

医療を提供する側と受ける側とが医療の情報を共有しつつ、患者負担の軽減、医療連携を推進するという観点から、後発医薬品の普及、電子カルテによる診療情報の伝達網等の整備を推奨します。実際に調剤薬局、保険薬局で患者同意のもと後発医薬品が

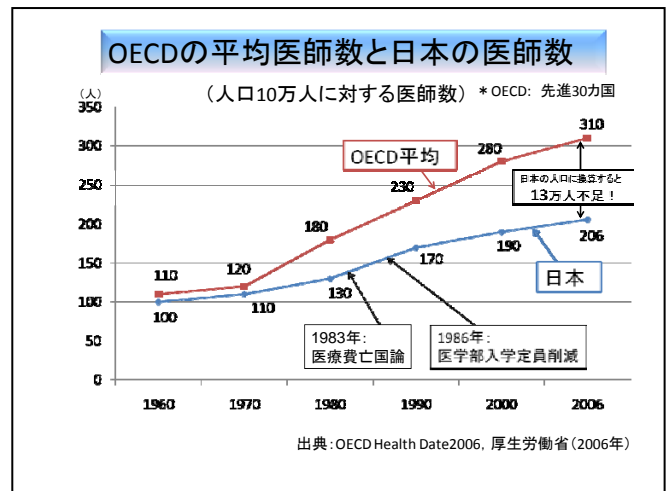
処方された場合も含め、医薬品の銘柄情報が医師や医療機関にフィードバックされ、その情報が長期間保有されるようにします。後発医薬品はその効果において先発品と同等であるという評価を得ていますが、厳密な意味での比較対照試験は不十分であり、公的機関による評価のための情報収集を推進します。

医療提供体制の整備

●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。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。

大学医学部定員を1.5倍にします。新設医学部は看護学科等医療従事者を養成する施設を持ち、かつ、病院を有するものを優先しますが、新設は最小限にとどめます。地域枠、学士枠を拡充し、医師養成機関と養成に協力する医療機関等に対して、十分な財政的支援を行うとともに就学する者に対する奨学金を充実させます。



●現役医師の有効活用策で医療従事者不足を軽減

救急、産科、小児、外科、へき地、災害等の医療提供体制を再建するため、地域医療計画を抜本的に見直し、支援を行います。医療機関の役割分担を考慮した連携の推進、短時間正規勤務制の導入、国公立病院などの定数を増やし、地域医療の維持に資する兼業は解禁することなどにより、現役医師の活用を進めます。都道府県単位で「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、医療従事者の確保・あつせん、休職者の復職支援等を行います。

同センターではこのほか、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来診療や夜間診療の分担などを促進します。

なお、厚生年金病院及び社会保険病院は公的存続

させることを原則に、新たに「地域医療推進機構（仮称）」を設置して医療法上の公的医療機関に位置づけ、両病院の管理、運営にあたらせます。

●臨床研修の充実

一貫性のある学部教育、前期・後期臨床研修を通じて質の高い専門医を養成し、専門医が研修医の指導医となる臨床研修システムの構築を図ります。政府は医学部卒業後の臨床研修制度を実働医師数の調整に利用してきました。医療費抑制のために2年の臨床研修を義務化し、医師不足が顕著になると、今度は実質上1年の義務化へと見直し、研修医を地域医療に従事させようとしています。これは大変な誤りです。質の高い臨床医を養成する臨床研修制度には、専門医制度の確立が不可欠であり、総合医も専門医と位置づける必要があります。これまでの卒後臨床研修の成果を客観的に評価し、前期臨床研修の全国均てん化を図ることによって、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・外科医療研修などの分野を中心にインセンティブを付与することによって、偏在を解消します。

●勤務医の就業環境の改善

医師養成、活用策により実働医師数を増加させるとともに、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。大学病院などにおいて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ない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。市中病院とのバランスを考慮し、国立大学法人付属病院・ナショナルセンター運営費交付金および私学助成金の抜本拡充等により、これら病院の医員の待遇の改善に努めます。

●医療従事者の職能拡大と定員増

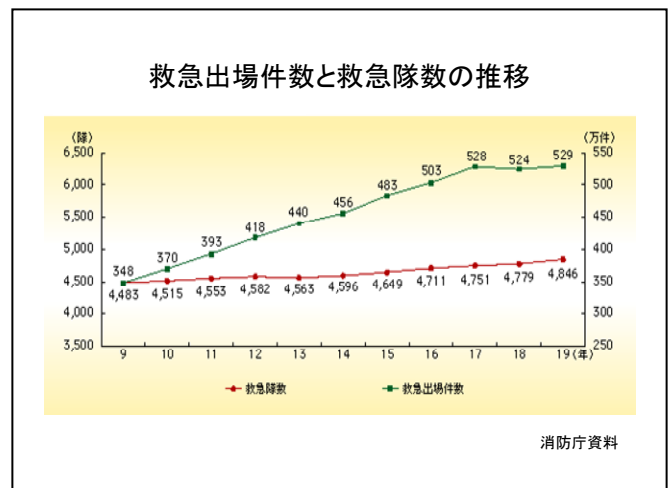
薬剤師、理学療法士、臨床検査技師などコメディカルスタッフの職能拡大と増員を図り、医療提供体制を充実させ、医療事故防止、患者とのコミュニケーション向上を図ります。専門的な臨床教育等を受けた看護師等の業務範囲を拡大し、医療行為の一部を分担します。病院勤務医が診療のみならず、診断書や意見書、紹介状の作成など事務手続きをしなければならないことにより、医師不足に拍車がかかっていることから、医師の事務を分担する医療事務員

（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96台＝08年8月現在）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高規格化し、救急本部ごとのドクターヘリ（現在16機）配備を目指します。

救急救命士の職能拡大を着実に図ります。例えば、救急搬送時、意識障害の鑑別には血糖値の測定が必要であり、救急救命士も簡易な血糖値の測定ができるよう体制の整備に着手します。



●国立高度専門医療センター・国立病院の機能の明確化

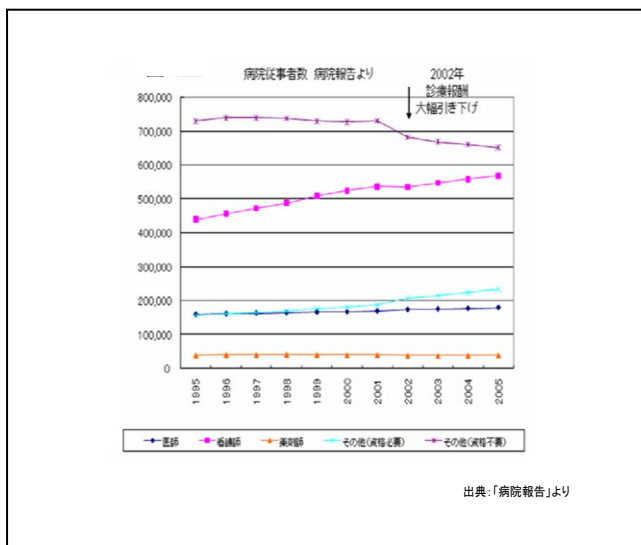
国立高度専門医療6センター（以下、NC）は平成22年度から独立行政法人となりますが、本来の高度専門医療機能、そして研究機関としての機能と使命を果たすためには、これまでの債務を背負って、現状維持すら難しいといわざるを得ません。独法化の際にはこれまでの長期債務を切り離し、これを処理するスキーム確立に取り組みます。

また、国立大学病院についても、地域高度医療の最後の砦として、医療人材養成、研究機関としての機能を保持するため、同様の債務切り離し措置に取り組みます。同時に、大幅に削減されてきた国立大学病院運営費交付金については、速やかに国立大学法人化直後の水準まで引き上げ、十分な額を確保するよう取り組みます。

●地域医療を守る医療機関を維持

累次の診療報酬マイナス改定が地域医療の崩壊に拍車をかけました。総医療費対 GDP 比を OECD 加盟国平均まで今後引き上げていきます。まず、医師確保などを進め、看護師、医療クランク、医療ソーシャルワーカー、医療メディエーター、補助者などの増員に努め、地域医療を守る医療機関の入院については、その診療報酬を増額します。その際、患者の自己負担が増えないようにします。4 疾病 5 事業を中核的に扱う公的な病院(国立・公立病院、日赤病院、厚生年金病院等)を政策的に削減しません。中医協(中央社会保険医療協議会)の構成・運営等の改革を行います。

*4 疾病 5 事業：4 疾病はがん、脳卒中、急性心筋梗塞(こうそく)、糖尿病。五つの事業は救急医療、災害時医療、へき



地医療、周産期医療、小児医療

●レセプトオンライン請求の原則化

レセプトのオンライン請求を「完全義務化」から「原則化」に改め、過疎地の診療所をはじめとする小規模医療機関の撤退などに象徴される医療現場の混乱や地域医療の崩壊が起こらないようにします。レセプトのオンライン化は本来、医療機関と調剤薬局等が医療情報を共有しつつ、事務効率の向上、医療費の過大・不正請求の防止、検査や投薬の重複チェックなど医療の透明化、平準化に資するものです。しかし、政府が 07 年に閣議決定した請求の「完全義務化」は、関係者の理解が十分得られていません。導入にあたっては、患者情報のセキュリティ強化とあわせ、医療機関でのコスト面、人材面での負担が過度にならないよう、国による財政負担や診療報酬上の十分なインセンティブを設けます。また、医療費の内容と単価がわかる領収書が発行されるようにします。外来管理加算の 5 分要件に関しては、外来管理に時間要件はなじまないことを踏まえ、診療所負担の軽減を図るため撤廃します。

●がん対策

国内どこに住んでいても最善のがん検診・治療が受けられる体制を確立します。乳がんや子宮頸がん、大腸がん、肺がん、胃がんなど有効性が高いがん検診受診率を大幅に向上させるよう受診しやすい体制を整備を行います。がん予防に有効なワクチンの開発・接種の推進、禁煙対策の徹底化等を通じてがんの予防対策をより一層強固なものにします。がん患者への最新のがん関連情報の提供や相談支援体制などを充実させます。民主党は「がん対策基本法」を成立させましたが、がん患者や家族も加わった「がん対策推進協議会」の運営や「がん対策推進基本計画」が着実に推進されるよう取り組みます。また、日本のがん対策の現状把握、ならびに今後の推進のため、がん登録の法制化を検討します。

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・後期卒業研修を担い、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。

●安心して産み育てることのできる医療

周産期母子医療センターのもつ機能を明確化・再分類・整備拡充し、産科病院のネットワーク化を推進します。都道府県の責任で救急本部業務と連携させながら周産期情報システムおよび搬送先照会システムを改善します。

医師・助産師・看護師の業務範囲の見直し、共同体制(スキルミックス)を促進します。

現在の出産一時金(2009 年 10 月から 42 万円)を見直し、国からの助成を加え、出産時に 55 万円までの助成を行います。開業医が地域小児科センターで時間外外来を担当する共同化、小児救急医療のシステム化、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。新生児特定集中治療室(NICU)を現行 2000 床から当面 2500 床へと増床し、後方支援病床を拡充します。

●生殖補助医療に係わる法整備

代理出産など生殖補助医療のあり方が社会的な問題となっていますが、日本には生殖補助医療に関する法律が存在せず、日本産科婦人科学会の自主規制に頼っているのが現状です。生殖補助医療に関する基本法制定も視野に入れ、取り組みを進めていきます。

不妊治療については、適応症と効果が明らかな治療には医療保険の適用を検討し、支援を拡充します。また、子どもを産まない女性が追いつめられることのないように、多様な選択を認める社会の実現を目指します。

●歯科医療改革

歯の健康の保持の推進に関する法律を成立させます。また、身体障害者手帳の交付申請の添付書類として歯科医師の診断書は認められていませんが、そしゃく機能の障害については申請手続に歯科医師の診断書を認めるよう、身体障害者福祉法を改正します。現在、歯科検診は、母子保健法、学校保健法、労働安全衛生法等、年代や所属ごとに異なる法律のもとで実施されていますが、寝たきりの高齢者や障がい者も含め、すべての国民が歯科検診・医療を受けられるようにします。近年、自分の歯が多ければ多いほど、また、適切な義歯が入っているほうが認知症になりにくいことや、児童虐待を受けている子どもには虫歯や未処置の歯が多く、虐待の早期発見に有効なことなども明らかになってきました。今後も歯科医療の重要性にかんがみ、歯科疾患の予防法や治療についても調査研究を推進します。

また、歯科技工物（義歯）については、安価な輸入品の増加等により、品質管理体制を見直す必要が生じています。歯科技工物（義歯）のトレーサビリティの基準を定めるとともに、高い技能を持つ歯科技工士の評価等、技術料や歯科基本料の見直しを検討します。

●新型インフルエンザ対策

これまでの新型インフルエンザ対策は強毒性ウイルスによる「最悪以上の最悪の事態」を想定してきました。しかし、目前にある危機は中程度の毒性のウイルスによる第二波の到来です。新型インフルエンザによる被害を最小限にとどめる対策を充実させます。このため、日中韓を中心に、東アジア全体で新型インフルエンザに対応できる体制をつくります。

新型インフルエンザ発生時の官邸・各省・国立感染症研究所・国立医療センター・大学・地方自治体等の連携を強化し、危機管理体制を再構築し、診断・相談・治療体制の実態を速やかに把握できるようにします。発熱相談センターを強化し、感染症対応の隔離個室確保・整備を進めます。各医療機関の診療マニュアル策定、陰圧個室設置、治療用テント、医療資器材、施設整備を国の予算でその十分な額を支援します。徹底した情報開示を恒常化し、新型インフルエンザ行動計画ガイドラインを全面的に見直し、検疫法のあり方を検討します。ワクチン開発製造・備蓄・流通体制の拡充及び海外との連携を図ります。新型インフルエンザ対策によって従来の病院機能が低下しないよう、病院や医療従事者に対する支援等を充実させます。高病原性鳥インフルエンザが発生した養鶏場に対する経営支援策も強化します。強毒性新型インフルエンザのプレパンデミックワクチンを希望者全てが受けられる体制を整備するとともに、輸血を介した感染防止のための新技術を導入します。

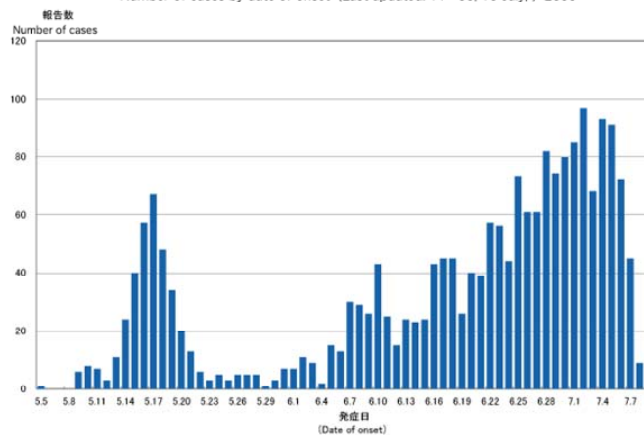
新型インフルエンザ(H1N1)患者数

2009.7.27現在

WHO地域オフィス	患者数	死亡数
アフリカ	157	0
アメリカ大陸	87965	707
東地中海	890	1
ヨーロッパ	16556	34
東南アジア	7358	44
西太平洋	21577	30
計	134503	816
(日本: 7月24日現在)	4986	0

発症日別報告数 (7月10日現在)

Number of cases by date of onset (Last updated: 11:00, 10 July, 2009)



●アスベスト健康対策

被害者の属性により救済内容に格差が生じない「隙間のない救済」を実現するため、縦割り行政を排し、情報公開、情報開示の促進、患者・家族をはじめとする関係者の参加を確保しながら、アスベスト対策を総合的に推進します。石綿被害者救済法による救済レベルを、労災保険給付と同レベルに引き上げます。アスベスト関連疾患に関する情報開示、悪性中皮腫の全数調査を行い、中皮腫登録制度を進展させます。石綿肺などアスベスト関連疾患を救済制度の対象疾患に追加するなど、救済対象を広げ、質の高い診断と治療・研究を推進します。家族や周辺住民への影響については、無料健診など住民等に対する健康管理体制を確立します。アスベスト等に起因する業務災害については、近隣工場労働者、復帰前沖縄米軍基地でのばく露も含め、時効期間が過ぎても請求できるようにします。健康管理手帳制度を改善し、当該企業が倒産等をしている場合は、国による健診など健康管理体制を確立します。

●カネミ油症被害者対策

ダイオキシン類が混入した食用油の摂取により、九州地方を中心に1968年に発生したカネミ油症事件について、民主党の法案提出が契機となって、患者救済のための法律が2007年に成立しました。今後、ダイオキシン類による健康被害の全体像を国の責任

で把握するとともに、医療の自己負担分の支援や健康管理手当、特別遺族給付金の支給等、現在もなお健康被害に苦しむ被害者の支援に取り組みます。

●肝炎総合対策

薬害に起因するものも含め、ウイルス性肝炎の患者数は350万人と推計されており、民主党は肝炎医療費助成法（肝炎患者支援法）を制定し、総合的な肝炎対策を実施します。B型・C型肝炎患者が受けるインターフェロンその他の抗ウイルス剤治療の自己負担額の上限を月額1万円にします。肝炎対策の調査研究を促進し、予防体制を確立します。治療のために休業・休職する患者の生活の安定や、インターフェロン以外の治療に対する支援にも取り組みます。感染症に関する正しい知識の教育、広報を拡充し、感染症患者に対する差別や偏見をなくします。

●難治性疾患対策

難病患者・家族の切実な声が施策に反映されるよう、難病対策委員会の定例開催等といった環境整備を着実にすすめます。新規指定や対象年齢拡大を望む様々な疾患の患者が必要な医療が受けられるよう、現行の難病対策及び希少疾病の新薬開発や保険適用の仕組みを抜本的に改革し、難病に関する調査研究及び医療費の自己負担の軽減を柱とする新たな法制度を整備します。

高額療養費制度に関し、白血病等、長期継続治療を要する患者の自己負担軽減について検討を進めます。

●心身医学

心身医療の提供体制の整備を着実に進めるとともに、不登校、引きこもり、摂食障害等、心の悩みや問題を抱える青少年に対する診療体制を整備します。また、乳幼児健診への専門スタッフの参加等を検討します。本人だけでなく一緒に悩んでいる家族に対しても支援を行います。カウンセリングの再評価を行い、カウンセラーの資格、診療報酬のあり方を見直し、薬剤治療を中心としなくとも適切な治療ができるようにします。

●統合医療の確立ならびに推進

漢方、健康補助食品やハーブ療法、食餌療法、あんま・マッサージ・指圧、鍼灸、柔道整復、音楽療法といった相補・代替医療について、予防の観点から、統合医療として科学的根拠を確立します。アジアの東玄関という地理的要件を活かし、日本の特色ある医療を推進するため、専門的な医療従事者の養成を図るとともに、調査・研究の機関の設置を検討します。

●長期療養病床計画

日本の将来推計人口・平成18年12月版（国立社

会保障・人口問題研究所）の中位出生・高位死亡率を採用すると2025年（平成37年）の総人口は1億1843万人になります。この時の療養病床の入院発生数を推計するため、平成17年患者調査（厚生労働省）の入院受療率（10万対比）と74歳以下の人口推計および75歳以上の人口推計を用いると、2025年は54万3100床となります。しかしながら、「療養病床における医療提供体制に関する調査報告書」（平成16年）によれば約3割の患者が医学的管理を必要としておらず、これが3割削減の根拠です。ちなみに厚生労働省は「同報告書」の解釈を32.9%の患者のみが医学的管理を必要としているとし、23万床の削減計画を打ち出したのです。民主党は2025年の推計入院患者54万人の7割すなわち38万床が必要病床であり、残る17万人はいわゆる社会的入院と解し、在宅あるいは「終の棲家」としての施設としての拡充を図るべきであるとししました。38万床は2006年の療養病床数に一致します。つまり、現在の療養病床は居住施設への転換を図りつつ、急性期病床から亜急性期病床へ、亜急性期病床から療養病床への転換を図りながら、総枠としての療養病床38万床を維持しなければなりません。療養病床は医療を必要とする患者さんが入院しているわけですから食事、居住も医療の一環として捉え、基本の食事・居住費を含んだ包括払いとし、プラスアルファの部分を選定療養とする。さらに終生、医療・介護を必要とする患者さんにとっては、終の棲家で訪問医療・看護・介護を受ける、という観点から個室形態が望ましいと考えます。