がん対策において ソーシャルワーカーに期待されること ～緩和ケア、地域連携を中心に～

健康局　がん・疾病対策課
がん対策推進官　秋月　玲子

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

本日の内容

1. がん対策について
2. がん診療連携拠点病院について
3. 緩和ケアの充実について
   ①緩和ケアに関するこれまでの取組
   ②治療に伴う副作用や合併症
   ③在宅緩和ケアとの連携
   ④外来からの地域連携
   ⑤症状緩和目的での緩和ケア病棟の利用
4. 就労支援
5. ソーシャルワーカーの皆さんに期待したいこと
6. その他

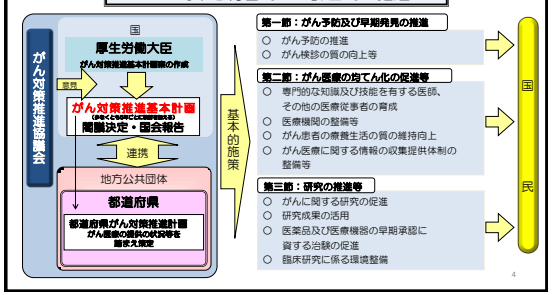
本日の内容

1. がん対策について
2. がん診療連携拠点病院について
3. 緩和ケアの充実について
   ①緩和ケアに関するこれまでの取組
   ②治療に伴う副作用や合併症
   ③在宅緩和ケアとの連携
   ④外来からの地域連携
   ⑤症状緩和目的での緩和ケア病棟の利用
4. 就労支援
5. ソーシャルワーカーの皆さんに期待したいこと
6. その他

がん対策基本法

（平成18年法律第98号、平成19年4月施行）

がん対策を総合的かつ計画的に推進



第一節：がん予防及び早期発見の推進
- ○ がん予防の推進
- ○ がん検診の質の向上等

第二節：がん医療の均てん化の促進等
- ○ 専門的な知識及び技能を有する医師、その他の医療従事者の育成
- ○ 医療機関の整備等
- ○ がん患者の療養生活の質の維持向上
- ○ がん医療に関する情報の収集提供体制の整備等

第三節：研究の推進等
- ○ がんに関する研究の促進
- ○ 研究成果の活用
- ○ 医薬品及び医療機器の早期承認に資する治験の促進
- ○ 臨床研究に係る環境整備

がん対策推進基本計画

（平成24年6月）

全体目標【平成19年度からの10年目標】

- （1）がんによる死亡者の減少（75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少）
- （2）すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上
- 新（3）がんになっても安心して暮らせる社会の構築

重点的に取り組むべき課題

- （1）放射線療法、化学療法、手術療法の質なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成
- （2）がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- （3）がん登録の推進
- 新（4）働く世代や小児へのがん対策の充実

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

1. がん医療
①放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実とチーム医療の推進
②がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成
③がんと診断された時からの緩和ケアの推進
④地域の医療・介護サービス提供体制の構築
新⑤医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組
⑥その他（希少がん、病理診断、リハビリテーション）

2. がんに関する相談支援と情報提供
患者とその家族の悩みや不安を減少させ、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。

3. がん登録
法的位置づけの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させる。

4. がんの予防
平成34年度までに、成人喫煙率を12%、未成年の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現する。

5. がんの早期発見
がん検診の受診率を5年以内に50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成する。

6. がんの研究
がん対策に資する研究をより一層推進する。2年以内に、関係省庁が連携して、がん研究の今後の方向性と、各分野の具体的な研究事項等を明示する新たな総合的がん研究戦略を策定する。

新**7. 小児がん**
3年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始する。

新**8. がんの教育・普及啓発**
子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。

新**9. がん患者の就労を含めた社会的な問題**
就労に関する一つの課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す。

がん対策の推進について

平成27年度予算額　２１２億円（２６年度予算額　２３０億円）

基本的な考え方
○ 平成１９年４月に施行された「がん対策基本法」及び同年６月に策定され、平成２４年６月に見直しがされた「がん対策推進基本計画」を踏まえ、総合的かつ計画的に対策を推進する。

放射線療法、化学療法、手術療法の質なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成	27年度予算案	26年度予算額
	20億円	23億円
(1) がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成	0.4	0.4
・がん医療に携わる看護研修事業	0.2	0.2
・医科歯科連携事業	0.2	0.2
(2) がん診療連携拠点病院の機能強化	19.8	21.8
がん患者の治療と職業生活の両立	**3.4億円**	**3.1億円**
・がん診療連携拠点病院機能強化事業（がん患者の就労に関する総合支援等）	2.1	2.0
がん予防・早期発見の推進	**31億円**	**39億円**
(1) がん予防	1.5	1.5
・健康的な生活習慣づくり重点化事業（たばこ対策促進事業）	0.4	0.4
(2) がんの早期発見	30.0	31.3
・がん検診推進事業	13.1	26.4
・新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業（参考）平成２６年度補正予算	12.0	0
・働く世代の女性支援のためのがん検診の推進　６１億円		

小児へのがん対策の推進	27年度予算案	26年度予算額
	4.2億円	3.8億円
・がん診療連携拠点病院機能強化事業（小児がん拠点病院機能強化事業）	2.4	2.0
・小児がん拠点病院整備費	1.0	1.0
がんに関する研究・がん登録・がんと診断された時からの緩和ケアの推進及びがん医療に関する相談支援、情報提供体制の整備	**153億円**	**160億円**
・革新的がん医療実用化研究事業	86.6	86.6
・がん政策研究事業	3.2	3.6
・都道府県健康対策推進事業（がん登録及び緩和ケア研修等）	10.8	7.8
・国立がん研究センター運営費（全国がん登録データベース試験検証・運用管理等）	2.3	6.3
・がん診療連携拠点病院機能強化事業（緩和ケア推進事業・在宅緩和ケア地域連携事業）	2.7	3.5
・がんと診断された時からの相談支援事業	0.4	0.4

本日の内容

1. がん対策について
2. がん診療連携拠点病院について
3. 緩和ケアの充実について
   - ①緩和ケアに関するこれまでの取組
   - ②治療に伴う副作用や合併症
   - ③在宅緩和ケアとの連携
   - ④外来からの地域連携
   - ⑤症状緩和目的での緩和ケア病棟の利用
4. 就労支援
5. ソーシャルワーカーの皆さんに期待したいこと
6. その他

7

がん診療連携拠点病院制度（平成13年～）

【背景】

- 我が国において、がんによる死亡は昭和56年以降、死因の第1位を占め、がん患者数は毎年増加傾向を示している。
- このような状況において、がん診療体制の一層の充実を図るなど、がんに関する積極的かつ効果的な施策の展開が重要かつ急務であった。

【目的】

- 日常生活圏域において、全人的な質の高いがん医療の均てん化を図ること。

【方法】

- 二次医療圏に1カ所程度を目安に、都道府県知事が推薦する医療機関について、第三者によって構成される検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認めるものを指定する。

平成25年　がん診療体制のあり方に関する検討会資料、
平成13年　地域がん診療拠点病院の整備について　　より

8

がん診療連携拠点病院に係る診療報酬加算

①	がん診療連携拠点病院加算	500 点
②	がん治療連携管理料	500 点
③	がん治療連携計画策定料1	750 点
④	がん治療連携計画策定料2	300 点

①がん診療連携拠点病院加算

500点

がんの診断で紹介入院。入院初日に算定。

②がん治療連携管理料

がんの診断で紹介され、外来で化学療法または放射線治療を行った場合に算定。

500点

③がん治療連携計画策定料１

がんの種類や治療法ごとに治療計画を策定し、患者・連携医療機関に文書提供することで情報共有。退院時に算定。

750点

④がん治療連携計画策定料２

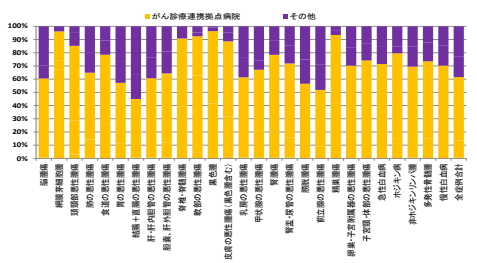
300点

②の算定後、状態の変化などにより連携医療機関より紹介され、治療計画を変更した場合に算定。

9

全国のがん患者の拠点病院への集約状況について
（がん種別）（対象：全入院症例）

がん種により差はあるものの約6割が集約している

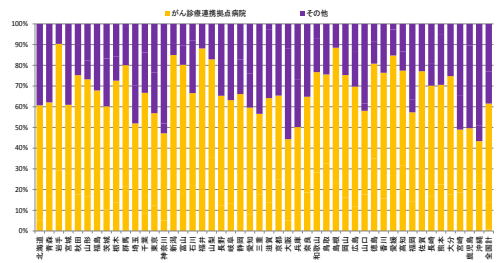


出典：厚生労働科学研究「がん診療連携拠点病院の機能のあり方及び全国レベルのネットワークの開発に関する研究（報告書2012（主任研究者：国立がん研究センター　加藤雅志）

10

全国のがん患者の拠点病院への集約状況について
（都道府県別）（対象：全入院症例）

地域差はあるものの約6割が集約している

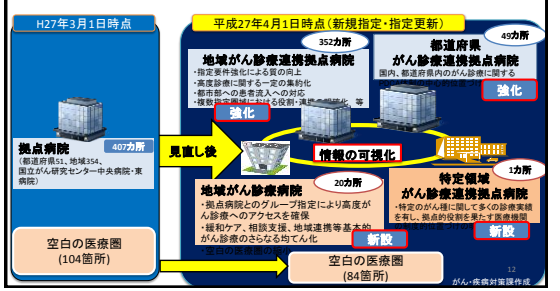


出典：厚生労働科学研究「がん診療連携拠点病院の機能のあり方及び全国レベルのネットワークの開発に関する研究（報告書2012（主任研究者：国立がん研究センター　加藤雅志）

11

新たながん診療提供体制の概要

○ 104の医療圏で拠点病院が整備されていないこと、拠点病院間で診療実績の格差があることなどの課題に対応するため、また、ライフステージ毎の問題にも対応するために小児がん拠点病院、地域がん診療病院等を設置した。



12

地域がん診療病院

○ 地域がん診療病院は、拠点病院のない2次医療圏を中心に拠点病院とグループとして指定するもの。
○ その役割は当該2次医療圏内で受けることが望ましいがん医療の提供、すなわち、一般的な手術、外来化学療法、緩和ケア、相談支援（特に地域連携に関すること）、がん登録のほか、拠点病院や在宅医療提供機関との地域連携等が求められている。

【背景】
- 平成13年より、がん診療連携拠点病院をすべての二次医療圏に原則1つ整備することをめざし、平成25年9月の時点で397の医療機関が指定されていた。
- 未だに107の医療圏で拠点病院が整備されていないこと、拠点病院間で診療実績の格差があることなどの課題に対応するため、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」が設置された。
- 検討会で、地域の医療資源を考慮し、また最大限に活用するために連携が必要であることや地域の実情に見合った体制の構築が必要という議論がなされた。

【目的】
- 限られた医療資源の中で、がん医療の質を保ちつつも均てん化を進めていく。

【役割】
- 当該2次医療圏内で受けることが望ましいがん医療の提供、すなわち、一般的な手術、外来化学療法、緩和ケア、相談支援（特に地域連携に関すること）、がん登録のほか、拠点病院や在宅医療提供機関との地域連携（例：拠点病院で初期治療を終えた患者のフォローアップ、高度な技術を要する治療や自施設で診療経験が十分にない患者を拠点病院へ紹介すること、在宅医療提供機関への紹介）等が求められている。
- 拠点病院のない2次医療圏を中心に拠点病院とグループとして指定。

平成25年　新たながん診療体制のあり方について　報告書
平成25年　がん診療提供体制のあり方に関するワーキンググループ　報告書　より

13

指定要件の違いについて①

○ 地域の実情を踏まえつつ、医療資源の少ない空白の二次医療圏であっても、診療実績および医療施設については、がん診療連携拠点病院に準じた質を担保した上でがん医療を提供出来るように要件を定めた。

＜診療実績＞

	がん診療連携拠点病院	地域がん診療病院
診療実績	下記1または2を概ね満たすこと。 1. 以下の項目をそれぞれ満たすこと。 • 院内がん登録数　500 件以上 • 悪性腫瘍の手術件数　400 件以上 • がんに係る化学療法のべ患者数　1000 人以上 • 放射線治療のべ患者数　200 人以上 2. 相対的な評価 • 当該2次医療圏に居住するがん患者のうち、2割程度について診療実績があること。	• 当該2次医療圏のがん患者を一定程度診療していることが望ましい。

＜医療施設＞

	がん診療連携拠点病院	地域がん診療病院
医療施設	• 放射線治療に関する機器の設置（リニアックなど、体外照射を行うための機器であること。） • 外来化学療法室の設置 • 原則として集中治療室設置 • 白血病を専門とする分野に掲げる場合は、無菌室設置 • 術中迅速病理診断実施可能な病理診断室の設置	• 自施設で放射線治療を提供する場合には、放射線治療機器の設置（リニアックなど、体外照射を行うための機器であること。） • 外来化学療法室は同左 • 集中治療室を設置することが望ましい。 • 無菌室は同左 • 病理診断室は同左

14

指定要件の違いについて②

○ 高度な手術やその他の治療については拠点病院との連携によって確保する一方、地域がん診療病院においても、一般的な手術、外来化学療法、緩和ケア、相談支援など必要ながん医療を提供出来るような診療従事者（緩和ケアチーム等）の配置を要件とした。

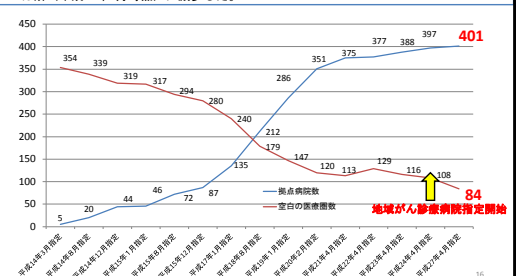
＜診療従事者に関する指定要件＞

	がん診療連携拠点病院	地域がん診療病院
手術	• 手術療法に携わる常勤医師	• 手術療法に携わる医師
放射線診断・治療	• 放射線治療に携わる専従医師（原則として常勤） • 放射線診断に携わる専任医師（原則として常勤） • 常勤、専従の放射線技師（2名以上の配置、放射線治療専門放射線技師が望ましい） • 機器の精度管理、照射計画等に携わる常勤の技術者（医学物理士であることが望ましい） • 放射線治療室への常勤、専任看護師の配置（がん放射線療法看護認定看護師であることが望ましい）	• 放射線治療を実施する場合は専従医師の配置 • 放射線診断医の規定無し • 常勤、専従の放射線技師（放射線治療専門放射線技師が望ましい） • 技術者の規定無し • 放射線治療を実施する場合は放射線治療室への常勤、専任看護師の配置（がん放射線療法看護認定看護師であることが望ましい）
化学療法	• 化学療法に携わる常勤かつ専任の医師（原則として専従） • 常勤、専任薬剤師の配置（がん専門薬剤師等であることが望ましい） • 外来化学療法室に専任、常勤の看護師（がん看護専門看護師等であることが望ましい）	• 化学療法に携わる常勤医師（原則として専任） • 薬剤師の規定なし • 看護師は同左
病理	• 病理診断に携わる常勤、専従の医師 • 専任の細胞診断業務に携わる者（細胞検査士が望ましい）	• 病理診断に携わる専任の医師の配置が望ましい。 • 細胞診断業務に携わる者の配置。（細胞検査士が望ましい）
緩和ケアチーム	• 身体症状緩和専門の専任医師（原則として常勤、専従が望ましい） • 精神症状緩和に携わる医師（常勤、専任が望ましい） • 専従、常勤の看護師（要件に規定された専門看護師であること）	• 医師については同左 • 専従、常勤の看護師（要件に規定された専門看護師であることが望ましい）
相談支援センター	• 専従と専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人ずつ（相談員基礎研修1～3を修了していること）	• 同左（1人は相談員基礎研修1，2までの修了でよい）
院内がん登録	• 研修を修了した専従の院内がん登録実務者1人以上	• 同左

15

拠点病院数と拠点病院のない二次医療圏数の推移

○ 2014年８月より地域がん診療病院を設置。
○ 地域がん診療病院設置により、空白の二次医療圏が、１０８カ所（平成26年4月時点）から８４カ所（平成27年4月時点）に減少した。

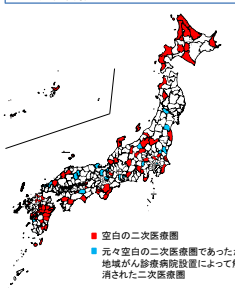


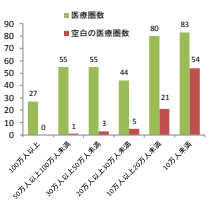
16

がん・疾病対策課作成

全国における空白の二次医療圏の分布状況

○ 地域がん診療病院の設置によって、全国的に、空白の二次医療圏であった地域が一定程度解消された（１０８地域→８４地域）。





現時点における空白の二次医療圏数
→８４地域

17

がん・疾病対策課作成

本日の内容

1. がん対策について
2. がん診療連携拠点病院について
3. 緩和ケアの充実について
   ①緩和ケアに関するこれまでの取組
   ②治療に伴う副作用や合併症
   ③在宅緩和ケアとの連携
   ④外来からの地域連携
   ⑤症状緩和目的での緩和ケア病棟の利用
4. 就労支援
5. ソーシャルワーカーの皆さんに期待したいこと
6. その他

18

がん対策推進基本計画（平成24年6月閣議決定）

① 緩和ケア病棟から在宅緩和ケアへのスムーズな移行と、在宅がん患者急変時の緩和ケア病棟における速やかな受け入れが求められている。

② 平成29年6月までに、がん診療に携わる全ての医療従事者が、緩和ケアに関する知識及び技術を習得することが求められている。

第4 分野別施策と個別目標
1．がん医療
（3）がんと診断された時からの緩和ケアの推進
（取り組むべき施策（一部抜粋））

- 患者とその家族が抱える様々な苦痛に対する全人的なケアを診断時から提供し、確実に緩和ケアを受けられるよう、患者とその家族が抱える苦痛を適切に汲み上げ、がん性疼痛をはじめとする様々な苦痛のスクリーニングを診断時から行うなど、がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制を整備する。また、患者とその家族等の心情に対して十分に配慮した、診断結果や病状の適切な伝え方についても検討を行う。
- 拠点病院をはじめとする入院医療機関が在宅緩和ケアを提供できる診療所などと連携し、患者とその家族の意向に沿った切れ目のない在宅医療の提供体制を整備するとともに、急変した患者や医療ニーズの高い要介護者の受入れ体制を整備する。

（個別目標）

- 関係機関などと協力し、3年以内にこれまでの緩和ケアの研修体制を見直し、5年以内に、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを目標とする。

19

がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会

○ 緩和ケア研修会の質の確保を図り、がん診療に携わる医師が緩和ケアについての基本的な知識を習得し、がんと診断された時から適切に緩和ケアが提供されるようにすることを目的とし、緩和ケア研修会を実施している。
○ 平成29年度までに、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを目標

○背景
「がん対策推進基本計画（平成24年6月閣議決定）」において、「がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得する」ことが目標として掲げられていることを踏まえ、がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会を実施する。

○目的
がんと診断された時から痛みをはじめとした、がんによる苦痛に対する緩和ケアの知識、技能、態度を習得し、実践できることを目的とする。

○概要
- 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」（厚生労働省健康局長通知）に基づいて実施。
- 実施主体　がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院　等
- 対象　がん診療に携わる全ての医師・歯科医師。なお、その他の医療従事者の参加は妨げない。
- 特にがん診療連携拠点病院では、自施設のがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標とする。

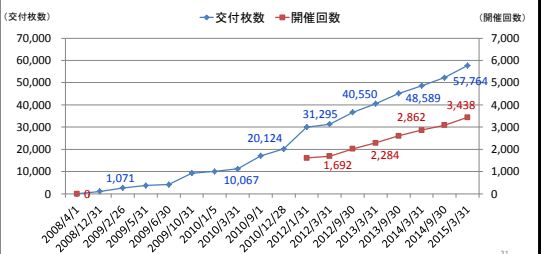
○実績
緩和ケア研修会の修了者数：平成27年3月31日時点において、**57，764名の医師が修了**。

○主な内容
緩和ケア研修会は、次に掲げる内容が含まれていることとされている。
①苦痛のスクリーニングとその結果に応じた症状緩和について、②呼吸困難・消化器症状等のがん疼痛以外の身体症状に対する緩和ケア、③不安、抑うつ及びせん妄等の精神心理的症状に対する緩和ケア、④がん患者の療養場所の選択、⑤地域における医療連携、⑥在宅における緩和ケアの実際について　等

20

「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」開催回数と修了証書の交付枚数の推移

○ 緩和ケア研修会の開催回数や、修了証書の交付枚数は、年々増加している。



出典：緩和ケア研修会報告書より、がん・疾病対策課にて作成

21

拠点病院指定要件の改正内容（緩和ケア）

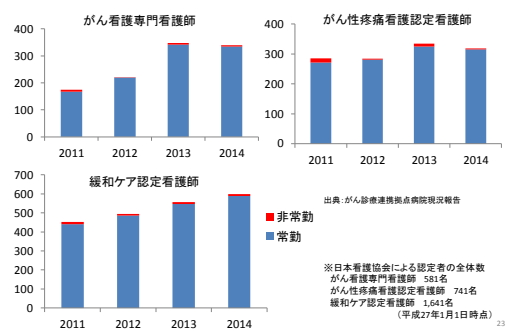
【目標】（平成26年1月）
患者とその家族などががんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和されることをめざす。

【拠点病院指定要件の主な改正点】（赤字は新項目）

緩和ケアチームの人員配置	求められる主な取組	ねらい
●専任の身体症状担当医師 ●精神症状担当医師 ●専従の看護師 **がん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師**のいずれかの配置を義務化 ●協力する薬剤師 ●協力する臨床心理に携わる者	**苦痛のスクリーニングの徹底** 診断時から外来及び病棟での系統的な苦痛のスクリーニングの実施を義務化	患者の苦痛の拾い上げの強化。患者が苦痛を表現できる。
	緩和ケアチームの看護師による外来看護業務の支援・強化 がん患者カウンセリング等、緩和ケアチームの専従看護師の役割・義務を明確化	がんと診断されたときから患者が切れ目のないケアを受けられる。
	苦痛への対応の明確化と診療方針の提示 緩和ケアチームへの診療の依頼方法など対応を明確化し、患者とその家族に診療方針を提示	全ての診療従事者により苦痛への系統的な対応を行う。
	迅速な苦痛の緩和（医療用麻薬の処方等） 全ての診療従事者と緩和ケアチームの連携による、迅速な対応を義務化	患者の立場に立って苦痛をできるだけ早く緩和する。
	地域連携時の症状緩和 症状緩和に係る院内パスに準じた地域連携パス、マニュアル等の整備	入院時の緩和ケアが退院後も継続して提供される体制を構築する。
	緩和ケア研修の受講促進 若手医師が緩和ケア研修会を修了する体制を整備	自施設のがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了する。

22

拠点病院における専門、認定看護師数の推移



出典：がん診療連携拠点病院現況報告

※日本看護協会による認定者の全体数
がん看護専門看護師　581名
がん性疼痛看護認定看護師　741名
緩和ケア認定看護師　1,641名
（平成27年1月1日時点）

23

がん医療の推進②

平成24年度診療報酬改定

緩和ケアを行う医療機関の評価

- 小児の緩和ケアについては、特別な配慮を必要とすることから、がん性疼痛緩和指導料、緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料に小児加算を新設し、小児緩和ケアの充実を図る。
  - （新）　がん性疼痛緩和指導料　小児加算　50点
  - （新）　緩和ケア診療加算　小児加算　100点
  - （新）　外来緩和ケア管理料　小児加算　150点

【算定要件】（注）外来緩和ケア管理料は新設
15 歳未満の小児患者に対し、当該指導管理を行った場合に算定する。

外来緩和ケアの更なる評価

- がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるよう、緩和ケアの経験を有する医師が、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して療養上必要な指導を行った場合の評価を行い、緩和ケアの充実を図る。

【現行】　がん性疼痛緩和指導管理料（月1回）　【改定後】

がん性疼痛緩和指導管理料	100点	⇨	（新）　がん性疼痛緩和指導管理料1	200点
			（改）　がん性疼痛緩和指導管理料2	100点

【施設基準】
当該医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。
【算定要件】
がん性疼痛緩和指導管理料1：緩和ケアの経験を有する医師が直接当該指導管理を行った場合に算定する。

24

がん医療の推進③

平成26年度診療報酬改定

がん患者指導管理の充実

➢ がん患者の精神的なケア、抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理の重要性が増してきていることを踏まえ、医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医師又は薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の指導管理の評価を新設する。

【現行】

がん患者カウンセリング料	500点

【改定後】

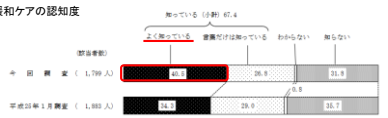
がん患者指導管理料	
1 医師が看護師と共同して治療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合（1回に限り）	500点
2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 （6回に限り）	200点
3 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 （6回に限り）	200点

【施設基準】
1は従来のがん患者カウンセリング料と同様。
2の場合
① 当該保険医療機関に、緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。
② 1に掲げる看護師は、5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修（6月以上600時間以上）を修了した者であること。等
3の場合：
① 当該保険医療機関に、化学療法の経験を5年以上有する医師及び専任の薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。
② 1に掲げる薬剤師は、3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例以上有する者であること。等
【対象患者】
1の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者。
2の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、STAI-J（STAI日本語版）で2以上の項目が2項目以上該当する者、又はDCS（Decisional Conflict Scale）40点以上のものであること。
3の場合：悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射されている者。（算定期間は、抗悪性腫瘍剤の投薬若しくは注射の開始日前30日以内、又は投薬若しくは注射をしている期間に限る。）

25

一般市民の緩和ケアの認識

○緩和ケアの認知度



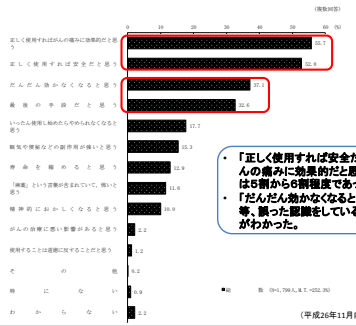
○緩和ケアを開始すべき時期の認識

- **緩和ケアのことを、「よく知っている」と回答した者は40.5%であり、基本計画策定時の34.4%より増加した。**
- **緩和ケアを開始すべき時期について、「がんと診断された時から」と回答した者の割合は57.9%と基本計画策定時（58.3%）と同程度の結果であった。**

（平成26年11月内閣府「がん対策に関する世論調査」）

26

一般市民の医療用麻薬の認識



- **「正しく使用すれば安全だと思う」、「正しく使用すればがんの痛みに効果的だと思う」ということを認識していた者は5割から6割程度であった。**
- **「だんだん効かなくなると思う」や「最後の手段だと思う」等、誤った認識をしている者が3人に1人程度いることがわかった。**

（平成26年11月内閣府「がん対策に関する世論調査」）

27

医療用麻薬各国消費量の比較

モルヒネ、フェンタニル、オキシコドンの合計
（１００万人１日あたりモルヒネ消費量換算（ｇ））

	2000−02	2001−03	2002−04	2003−05	2004−06	2005−07	2006−08	2007−09	2008−10	2009−11	2010−12
オーストリア Austria	471.9	547.9	631.2	734.4	880.7	1,100.8	1,313.0	1,502.2	1,543.9	1,655.7	1,717.5
カナダ Canada	484.3	615.8	790.6	884.0	1,049.3	1,227.8	1,337.1	1,588.5	1,727.8	1,912.6	1,940.8
オーストラリア Australia	265.8	299.3	333.1	362.6	410.8	496.6	616.5	753.8	829.3	975.7	1,169.4
アメリカ USA	711.4	872.2	1,030.4	1,203.0	1,355.4	1,514.6	1,639.4	1,725.0	1,791.5	1,801.5	1,775.9
フランス France	274.3	305.5	329.8	377.9	459.1	556.2	601.1	637.0	687.1	701.9	711.3
イギリス UK	152.7	151.6	184.7	251.9	295.5	270.2	287.5	320.5	471.5	1,281.3	1,433.2
ドイツ Germany	352.5	425.9	581.1	726.8	1,082.3	1,336.4	1,523.3	1,413.2	1,421.1	1,438.3	1,269.1
日本 Japan	25.9	38.8	49.2	60.8	68.7	76.7	82.9	96.8	110.5	120.0	118.3
イタリア Italy	46.6	72.2	94.6	123.2	140.0	157.4	191.7	266.2	306.1	371.1	302.2
韓国 Korea	21.0	21.0	18.2	22.7	36.2	55.8	84.2	124.2	172.2	189.5	217.5

＊国際麻薬統制委員会（INCB）・統計のために定義された１日投与量（S-DDD：フェンタニル 0.6mg ＝オキシコドン 75mg ＝モルヒネ 100mg）で換算

現状として、医療用麻薬の消費量がまだまだ少ない。

28

本日の内容

1. がん対策について
2. がん診療連携拠点病院について
3. 緩和ケアの充実について
   - ①緩和ケアに関するこれまでの取組
   - ②治療に伴う副作用や合併症
   - ③在宅緩和ケアとの連携
   - ④外来からの地域連携
   - ⑤症状緩和目的での緩和ケア病棟の利用
4. 就労支援
5. ソーシャルワーカーの皆さんに期待したいこと
6. その他

29

治療による副作用や合併症の現状

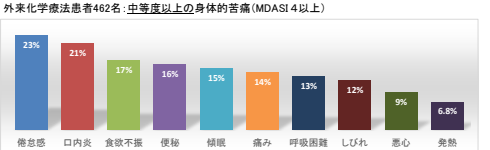
がん自体の症状やがん治療による副作用により苦しまれている患者が多くいる。

- 抗がん剤治療による副作用の苦痛度ランキング
（2009年、通院治療センターで抗がん剤治療を受けている患者638名）

	1	2	3	4	5
男性	全身の痛み	吐き気	発熱	口内炎	しびれ
女性	頭髪の脱毛	吐き気	しびれ	全身の痛み	便秘

出典：「国立がん研究センター中央病院」HPアピアランス支援センターの項より

- 外来化学療法患者462名：中等度以上の身体的苦痛（MDASI４以上）



Yamagishi A et al. J Pain Symptom Manage. 2009 May;37(5):823-30.

30

副作用や合併症に関するガイドライン

	ガイドラインの整備状況		
	米国	欧州	日本
制吐薬	○	○	○
がん疼痛	○	○	○
骨髄抑制	○	○	○（好中球減少のみ）
倦怠感	○	–	–
神経障害	○	–	–
粘膜障害	–	○	–
呼吸困難	–	○	–
皮膚障害	–	–	–
リハビリテーション	–	–	○
サバイバーシップ	○	–	–

（日本癌治療学会、がん支持療法多国籍学会、米国臨床腫瘍学会、NCCNのホームページを元にがん対策・健康増進課が作成）

＜参考＞
標準的治療の実施割合；高度催吐性リスク化学療法における制吐剤処方率　60.5%
（拠点病院169施設の院内がん登録及びDPCデータに基づく解析）

31

肺がん患者の悩みや負担

表 3-6　肺がんの"症状・副作用・後遺症"　細分類別　上位 10 位

	2003 年		2013 年
1	治療後の体力低下・体力回復	1	その他　薬物療法による副作用の持続
2	持続する術後後遺症（痛み・胃こわ）	2	薬物療法による脱毛
3	他の持続する術後後遺症	3	薬物療法による食欲不振や味覚変化
4	薬物療法による脱毛	3	薬物療法によるその他の副作用症状
5	（持続する症状）痛み	5	薬物療法による外見の変化（爪が黒くなる、皮膚症状）
6	その他の持続する症状	5	治療後の体力低下・体力回復
7	その他薬物療法による副作用の症状	6	歩行時、階段昇降時等の身体を動かしたときの息切れ、息苦しさ、動悸
8	薬物療法による吐き気	7	薬物療法による末梢神経障害（しびれ、違和感等）
9	歩くと目まいや息苦しさ	7	薬物療法による下痢や便秘
10	体を動かすと息苦しい	7	持続する術後とその周辺の痛み、しびれ、つっぱり感など

2013がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査「がんと向き合った4054人の声」
研究代表者　山口建（静岡県立静岡がんセンター）

32

副作用や合併症に関する臨床研究

	海　外	国　内 ★
難治性疼痛・神経障害性疼痛	• メチルプレドニゾロン vs プラセボ（JCO 2014）＊ • デュロキセチン vs プラセボ（JAMA 2013） • ケタミン vs プラセボ（JCO 2012）※ • ガバペンチン vs プラセボ（JCO 2004）	• デュロキセチン vs プラセボ（RCT）実施中
呼吸困難	• セルトラリン（SSNI）vs プラセボ（Current/Open Phase Ⅲ）※ • モルヒネ vs プラセボ（Current/Open Phase Ⅲ）※ • モルヒネ vs プラセボ（BMJ 2003）※	• モルヒネ、コルチコステロイド コホート研究
悪心嘔吐・消化管閉塞	• Methotrimeprazine vs ハロペリドール（Current/Open Phase Ⅲ）※ • オクトレオチド vs プラセボ（JPSM 2015）※ • レボメプロマジン ／ オンダンセトロン vs プラセボ（Closed Phase Ⅲ）※ • 機序に基づく薬剤選択 vs 一律の薬剤選択（Closed Phase Ⅲ）※	• プロクロルペラジン RCT試験実施中 • オランザピンRCT試験実施中 • 漢方薬（第二相試験）
倦怠感	• デキサメサゾン vs プラセボ（JCO 2013）# • メチルフェニデート vs プラセボ（JCO 2003）#	• コルチコステロイド コホート研究
悪液質・食欲不振・脱水	• 栄養指導+EPA+運動+イブプロフェン vs 標準治療(Current/Open Phase Ⅲ）※ • メゲストロール ／ デキサメサゾン vs プラセボ（Closed Phase Ⅲ）※ • 輸液1000ml vs プラセボ100ml（JCO 2013）#	
せん妄	• ハロペリドール vs リスパダール vs プラセボ（Closed Phase Ⅲ）※	

※豪州の支持療法多施設研究グループ（PaCOSC）　#米国（MDACC）　＊欧州（EAPC）　☆支持療法に関する亜新的がん医療実用化研究事業：5課題
（がん対策・健康増進課で検索・作成）

33

本日の内容

1. がん対策について
2. がん診療連携拠点病院について
3. 緩和ケアの充実について
   ①緩和ケアに関するこれまでの取組
   ②治療に伴う副作用や合併症
   ③在宅緩和ケアとの連携
   ④外来からの地域連携
   ⑤症状緩和目的での緩和ケア病棟の利用
4. 就労支援
5. ソーシャルワーカーの皆さんに期待したいこと
6. その他

34

在宅緩和ケア地域連携事業（平成24年度～）

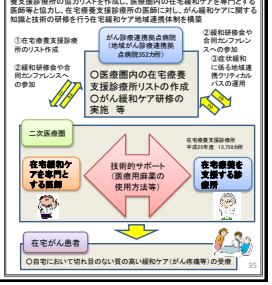
背景と課題

- がん対策基本法は「がん患者の意向を十分尊重したがん医療提供体制の整備」を理念とし、がん対策推進基本計画に「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を目標としている。
- このことから、**いつでも、どこでも、切れ目のない質の高い緩和ケアを受けられることが大切である。**
- 死期が迫っている**がん患者が希望する療養場所は、自宅が63%**となっている。

➢ 病院での治療を終え、がん患者自身が住み慣れた地域（自宅）での療養生活を希望する等のニーズに応じた医療を提供するため、**がん診療連携拠点病院と地域の診療機関が連携し、切れ目のない質の高い緩和ケアを提供**できる体制整備を図る必要がある。

事業内容

がん診療連携拠点病院において都道府県と連携し、二次医療圏内の在宅療養支援診療所の協力リストを作成し、医療圏内の在宅緩和ケアを専門とする医師等と協力し、在宅療養支援診療所の医師に対し、がん緩和ケアに関する知識と技術の研修を行う在宅緩和ケア地域連携体制を構築



35

緩和ケア推進事業（緩和ケアセンターの整備）

【背景】
がん対策推進基本計画（平成24年6月閣議決定）において、緩和ケアについては「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が重点課題に掲げられている。現在、がん診療連携拠点病院（全国397カ所）を中心に緩和ケアチームや緩和ケア外来など一定数整備された一方、専門的緩和ケアにたどり着けない、施設間の質の格差等の指摘があり、拠点病院で提供される緩和ケアの体制強化と質の向上が求められている。
がん疼痛をはじめとする苦痛を抱えた患者に対してより迅速かつ適切な緩和ケアを提供するため、チーム医療や外来、地域連携を含めた診療の質の向上をめざし、緩和ケアの提供体制について組織基盤の強化と人材の適正配置を図るため、平成25年度には都道府県がん診療連携拠点病院を中心に整備を進めた「緩和ケアセンター」について、機能強化を図るとともに、地域がん診療連携拠点病院に対象を拡大し、整備を進めている。

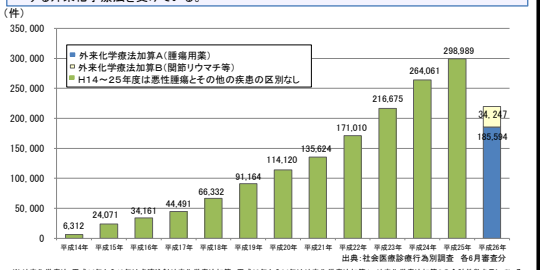
36

本日の内容

1. がん対策について
2. がん診療連携拠点病院について
3. 緩和ケアの充実について
   - ①緩和ケアに関するこれまでの取組
   - ②治療に伴う副作用や合併症
   - ③在宅緩和ケアとの連携
   - ④外来からの地域連携
   - ⑤症状緩和目的での緩和ケア病棟の利用
4. 就労支援
5. ソーシャルワーカーの皆さんに期待したいこと
6. その他

がん医療の現状（入院から外来へ）

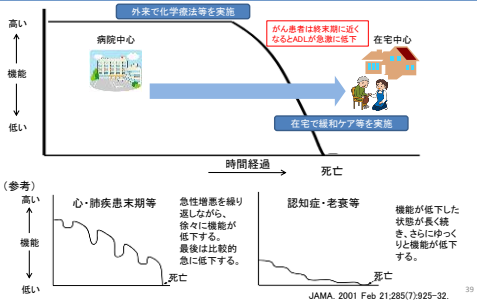
○ 外来化学療法加算の算定件数は増加傾向にあり、平成26年には185,594人が悪性腫瘍に対する外来化学療法を受けている。



※ 外来化学療法：平成14年から19年は点滴注射外来化学療法加算、平成20年から24年は外来化学療法加算1、外来化学療法加算2の合計件数を示している。
※ 平成26年度診療報酬改定において、皮内、皮下、筋肉内注射を除いた点滴等による薬剤投与が評価の対象となったため、平成26年と平成25年以前とは当該加算の対象範囲が異なる。

外来がん患者の経過

○ 外来化学療法等の実施は病院中心であるが、緩和ケアが中心になると在宅医療へ移行する。
○ がん患者の終末期は他の疾患に比べて期間が短いとされている。



JAMA. 2001 Feb 21;285(7):925-32.

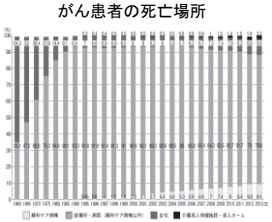
希望する療養場所と死亡場所の差異

終末期の療養場所に関する希望

自宅療養を希望 63.3%

出典：終末期医療に関する調査（各年）

がん患者の死亡場所



緩和ケア病棟 9.5%、自宅 9.6%
診療所・病院 78.6%（2013年）

がん患者の在宅医療への移行にあたっての課題①

○ 遺族調査では、40%が在宅医療を「もっと早く・もう少し早く受診すれば良かった」と回答。
○ 医療相談・連携室の関与や、往診医師・看護師との面談が行われている方が、適切なタイミングで在宅医療の導入が行われている。

●在宅診療を受けて死亡した患者の遺族1,049名を対象とした質問紙調査。723名より回答（69%）。

➢ 往診を担当する医師を初めて受診した時期について

- もっと早く受診すればよかった 23%
- もう少し早く受診すればよかった 17%
- ちょうどよかった 53%
- もう少し遅く受診すればよかった 0.4%
- もっと遅く受診すればよかった 0.8%

40%

	もっと早く・もう少し早く受診すれば良かった (n=285)	ちょうどよかった (n=384)	P
医療相談・連携室が関わっていた	52%(147)	63% (243)	0.002
苦痛がだいたい緩和されていた	53% (150)	63% (242)	0.010
往診する医師や訪問看護師と顔合わせをした	53% (150)	62% (239)	0.013

出典：日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2」

外来がん患者の在宅医療への移行のタイミング

○ 在宅紹介のタイミングが迅速であることは、在宅での死亡と正の相関がある。

全国の緩和ケアを提供する訪問看護ステーション1000カ所への郵送アンケートで回答のあった568名の進行期がん患者に関する調査結果

	在宅での死亡 (N=312)	病院での死亡 (N=256)	P値
在宅紹介のタイミングが迅速であった。（訪問看護師の認識として）	169(54.2%)	96(37.5%)	<0.001
在宅紹介のタイミングが迅速でなかった。（訪問看護師の認識として）	143（45.8%）	160（62.5%）	

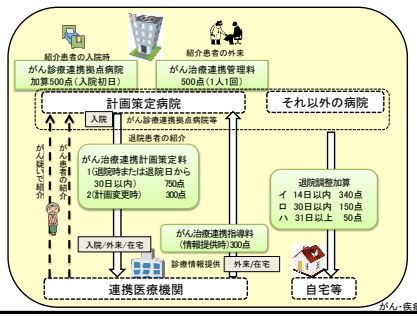
● がん死亡者568名のうち、在宅で死亡した患者の方が、病院で死亡した患者よりも、在宅紹介のタイミングが迅速であった割合が有意に高かった。

出典：Fukui S et al. Late referrals to home palliative care service affecting death at home in advanced cancer patients in Japan: a nationwide survey. Annals of Oncology 22: 2113-2120, 2011のデータを元にがん・疾病対策課作成

がん・疾病対策課作成

がん医療の診療報酬における主な地域連携の評価

入院からの地域連携についての評価となっている。



がん・疾病対策課作成

43

本日の内容

1. がん対策について
2. がん診療連携拠点病院について
3. 緩和ケアの充実について
   - ①緩和ケアに関するこれまでの取組
   - ②治療に伴う副作用や合併症
   - ③在宅緩和ケアとの連携
   - ④外来からの地域連携
   - ⑤症状緩和目的での緩和ケア病棟の利用
4. 就労支援
5. ソーシャルワーカーの皆さんに期待したいこと
6. その他

44

緩和ケア病棟入院料

緩和ケア病棟入院料（A310）

① 緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。
② 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合は、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。
③ 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、地域の在宅医療を担う保健医療機関と連携し、緊急時に在宅での療養を行う患者が入院できる体制を保健医療機関として確保していること。
④ 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、連携している保険医療機関の患者に関し、緊急の相談等に対応できるよう、24時間連絡を受ける体制を保険医療機関として確保していること。

1. 30日以内の期間 4,926点
2. 31日以上60日以内の期間 4,412点
3. 61日以上の期間 3,384点

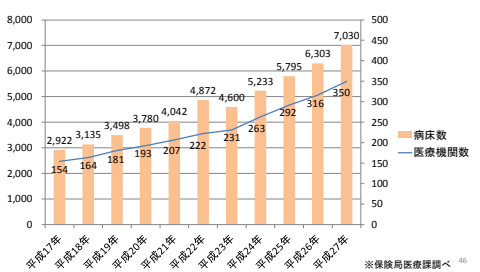
（包括範囲）
- 第1章基本診療料のうち、第2部第2節入院基本料等加算の一部
  （医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、医療安全対策加算等）
- 第2章第2部在宅医療の一部
  （退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料 等）

を除き、全ての診療（検査、手術、放射線治療等を含む）が包括されている。

45

緩和ケア病棟入院料を算定している医療機関数・病床数の推移

緩和ケア病棟入院料を算定している医療機関数・病床数は、年々増加している。



※保険局医療課調べ

46

緩和ケア病棟と在宅緩和ケアの連携の必要性

緩和ケア病棟には、在宅医療との連携体制の構築が期待される。

がん対策推進基本計画（平成24年6月）
- 拠点病院をはじめとする入院医療機関が在宅緩和ケアを提供できる診療所などと連携し、患者とその家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療の提供体制を整備するとともに、急変した患者や医療ニーズの高い要介護者の受入れ体制を整備する。

➢ 緩和ケア病棟に期待される役割

平成27年厚生労働省 緩和ケア推進検討会
「地域緩和ケアの提供体制について（議論の整理）」より抜粋

- 『緩和ケア病棟は、がん疼痛をはじめとする身体的苦痛が増悪した場合のバックベッドとしての役割を果たし、症状が落ち着いたら、患者や家族の意向に沿った形で、在宅への復帰を図る。』ことが期待される。

➢ 緩和ケアに関する地域連携の必要性

平成27年厚生労働省 がん対策推進協議会
「がん対策推進基本計画 中間評価報告書」より抜粋

- 現在のがん診療においては、全身状態が悪化するまで、複数の抗がん剤治療を継続したり、患者やその家族の在宅療養に対する不安が大きく意思決定ができない場合があるため、かかりつけ医や在宅医、訪問看護ステーションなどの在宅医療サービスに紹介するタイミングが余命が短い時期となることが多く、患者・家族と在宅医療を行う医療従事者との間に信頼関係を構築するための時間がほとんど残されていない状況がある。がん患者・家族の療養生活の質を向上させるためにも、急速に状態が悪化するがんという疾患の特性を十分に考慮し、地域医師会のネットワーク等を活用しつつ、より早期から退院後の生活を見越した医療ニーズのアセスメントや調整・支援を行い、在宅医療・介護との連携体制の構築を推進していくことがきわめて重要である。

47

ホスピス・緩和ケア病棟の外来機能に関する調査

○ 苦痛のある患者であっても、入院までの待機期間が1か月以上かかる施設がある。
○「余命が1か月未満で苦痛がある患者」であっても、入院までの待機日数が11日以上必要な施設は約20%ある。

●ホスピス・緩和ケア病棟306施設（緩和ケア病棟入院料届出受理施設　平成26年2月時点）
常勤緩和ケア医（1施設に複数名あり）へのアンケート調査　243名（回収率　79%）

➢ **入院までの待ち時間**

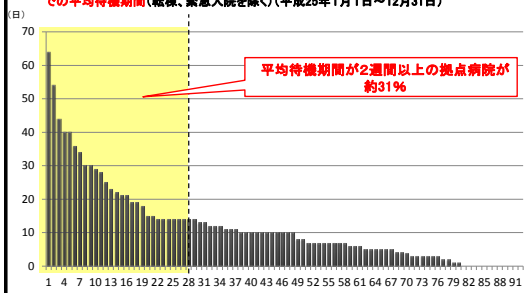
	余命＜1か月 苦痛あり		1～3か月 苦痛あり		6～12か月 苦痛あり	
2日以下	72	30%	63	26%	55	23%
3～10日	120	49%	109	45%	79	33%
11日～1か月	41	17%	58	24%	69	28%
1か月以上	6	2.5%	8	3.3%	35	14%
欠損	4	1.6%	5	2.1%	5	2.1%

がん研究開発費「進行・再発がん患者の治療方針決定における意思決定新モデルの確立に関する研究」班『ホスピス・緩和ケア病棟の外来機能に関する調査』

48

緩和ケア病棟入院までの平均待機期間

がん診療連携拠点病院における緩和ケア病棟に入院した患者の申し込みから入院するまでの平均待機期間（転棟、緊急入院を除く）（平成25年1月1日～12月31日）



H26年度がん診療連携拠点病院等の現況報告書を元にがん・疾病対策課作成

49

緩和ケア病棟への緊急入院について

○ 緩和ケア病棟へ緊急入院となった在宅がん患者の事例では、入院期間は20日未満

- 緊急入院で想定される医療内容
  - ➢ 薬剤調整（医療用麻薬など）、胸・腹水の除去、輸液・輸血療法、抗生剤治療、酸素投与、鎮静、緊急放射線照射等
- 調査対象
  →2013年1月～2014年12月緩和ケア病棟（東京都清瀬市）に緊急入院した169名

	退院患者数	入院期間（中央値）
死亡退院	131名	15日
生存退院	38名	19日

169名のうち、緩和ケア病棟に緊急入院できず、一般病棟に一時入院し、後日緩和ケア転棟した症例が、31名（18.3%）

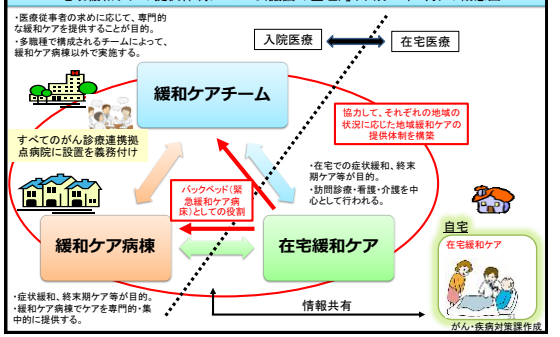
（理由）
- 緩和ケア病棟満床
- 入院面談が未実施
- その両方

村上; Palliative Care Research 2015;10(3):911-14

50

求められる地域連携の取り組み

「地域緩和ケアの提供体制について（議論の整理）」（平成27年8月）の概念図



がん・疾病対策課作成

本日の内容

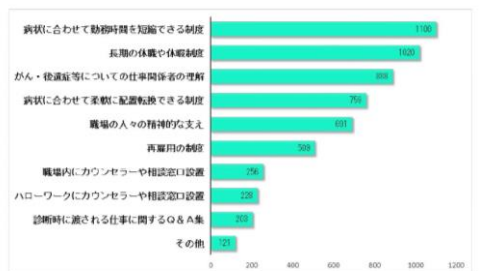
1. がん対策について
2. がん診療連携拠点病院について
3. 緩和ケアの充実について
   ①緩和ケアに関するこれまでの取組
   ②治療に伴う副作用や合併症
   ③在宅緩和ケアとの連携
   ④外来からの地域連携
   ⑤症状緩和目的での緩和ケア病棟の利用
4. 就労支援
5. ソーシャルワーカーの皆さんに期待したいこと
6. その他

52

がん診断後の就労状況の変化

53

安心して仕事を続けるために必要なこと



回答者計=1,616名

54

診断時から現在までの仕事に関する悩み

表 6-4　診断時から現在までの仕事に関する悩み　（複数回答）

2013年		
仕事に関して悩んだこと	件数	(%)
体力の低下	571	(15.6%)
病気の症状や治療による副作用や後遺症による症状	499	(13.6%)
通院や治療のための勤務調整や時間休の確保	481	(13.1%)
仕事復帰の時期	392	(10.7%)
経済的な問題	379	(10.3%)
外見の変化	303	(8.5%)
病気の症状や治療による副作用や後遺症への対処方法	264	(7.2%)
職場の上司や同僚、取引先への説明の仕方	164	(4.5%)
職場の事務手続き（休職手続き、傷病手当など）	140	(3.8%)
職場でのコミュニケーション	117	(3.2%)

55

がん患者・経験者の就労支援の進捗

平成24年6月	第二期　がん対策推進基本計画策定 ・重点的に取り組むべき課題に**「働く世代や小児へのがん対策の充実」** ・分野別施策に**「がん患者の就労を含めた社会的な問題」**を追加
平成25年～	がん患者の就労に関する総合支援事業（健康局） 治療と職業生活の両立等の支援対策事業（労働基準局） がん患者等に対する就職支援モデル事業（職業安定局）
平成26年1月	がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針改正
平成26年2月-6月	がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会（計5回）
平成26年8月	がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会　報告書公表

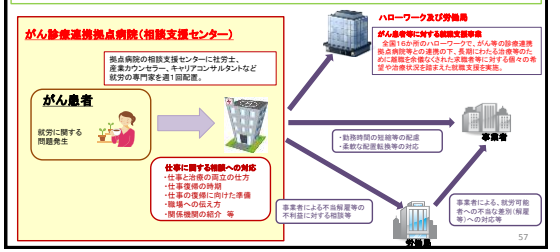
56

がん患者の就労に関する総合支援事業

目的

○がん患者は、生活費や治療費などの経済面はもとより、仕事と治療の両立の仕方や仕事への復帰時期等に不安を抱いており、就労を維持するための情報提供や相談体制の整備が望まれている。
※がん対策基本法（平成18年法律第98号）に基づき国が策定する**がん対策推進基本計画**（以下「基本計画」）においては、平成24年6月に見直しを行い、重点的に取り組むべき課題として「**働く世代や小児へのがん対策の充実**」が重点課題とされたところ。

○本事業は、がん診療連携拠点病院の相談支援センター等に就労に関する専門家を配置し、がん患者が抱える就労に関する問題をくみ上げ、就労に関する適切な情報提供と相談支援を行うことを目的とする。



57

治療と職業生活の両立等の支援対策事業（平成25年度～）

1　趣旨・目的

○　疾病を患った後も、治療を継続しながら就労しなければならない労働者が増えているが、そのような労働者に対する適切な健康管理による職場復帰支援は、労働者の福祉の向上はもとより、事業者や社会にとっても、労働損失を避け、労働生産性を上げるための重要な対策となっている。
○　また、疾病を持つ労働者の中には、通院や治療と仕事の両立のための体制が不十分なことから、就労可能な健康状態にもかかわらず、復職、継続就労することが困難な場合があり、事業場における作業関連疾患をもつ労働者の職場環境整備や就労支援の整備が必要となっている。
○　平成24年に開催された「治療と職業生活の両立等の支援に関する検討会」の報告書においても、治療と職業生活の両立を支援することの重要性が指摘され、今後、行政の取り組みとして、企業等に対して、治療と職業生活の両立を支援するためにどう取り組むべきかを示したガイドラインやマニュアル等を作成し、周知・徹底を図ることが提言されている。
○　そこで本事業では、作業関連疾患等の疾病を抱えた労働者が就労を継続するための事業場における支援対策を検討することを目的とする。

2　事業概要

○　長期にわたる治療等が必要な疾病を抱えた労働者の就労継続に関する事例を収集し、就労継続支援のあり方に関する検討を行うとともに、就労継続支援の指針等を作成し、広く関係者に周知する。

3　主な事業内容（委託内容）

＜平成25年度＞
○長期にわたる治療が必要な作業関連疾患等の疾病を抱えた労働者の就労継続に関する事例等の**収集**
※対象には、脳血管疾患、心疾患、筋骨格系疾患、職業性がん、ストレス性疾患等を含む。
○労働者の就労継続支援に関する**留意事項の作成・周知**

→

＜平成26年度＞
○平成25年度に作成する留意事項を活用した**事例集の作成**
○**事例集の周知**（研修会の開催等）

→

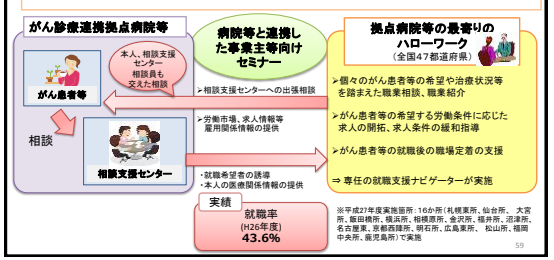
＜平成27年度＞
○治療と職業生活の両立支援対策に関する**指針の普及**（研修会開催）

58

がん患者等に対する就職支援事業

平成28年度予算要求額　248百万円（27年度予算額85百万円）

○　25年度から、ハローワークに専門相談員を配置し、がん診療連携拠点病院等と連携したがん患者等に対する就職支援モデル事業を開始し、平成27年度は全国16か所において実施している。
○　28年度は、3年間のモデル事業で蓄積した就職支援ノウハウや知見を幅広く共有し、がん患者等の就職支援について、**事業の実施箇所数を拡充し、全国で実施する（全国16か所→48か所）。**



※平成27年度実施箇所：16か所（札幌東所、仙台所、 大宮所、飯田橋所、横浜所、相模原所、金沢所、福井所、沼津所、名古屋東、京都西陣所、明石所、広島東所、 松山所、福岡中央所、鹿児島所）で実施

59

地域の福祉サービスに係る新たなシステムの構築

73億円（推進枠）

背景・課題

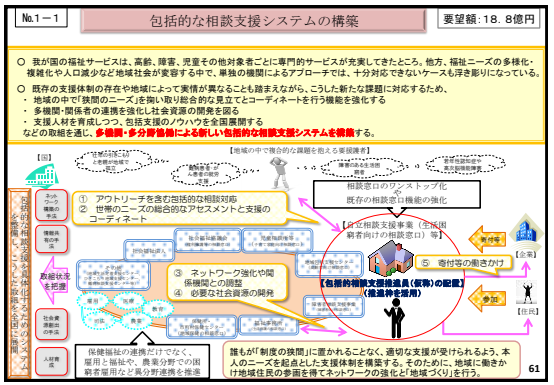
①福祉ニーズの多様化・複雑化
複合的なニーズを有する場合や分野横断的なニーズ等への対応が課題

②高齢化の中で人口減少が進行
地域の実情に応じた体制整備や人材確保が課題

課題解決のための主要な取組

地域の福祉サービスの包括的な提供の仕組み	サービスを効果的・効率的に提供するための生産性向上	地域の福祉サービスに係る新たなシステムを担う人材の育成・確保
○地域包括支援体制の構築【社会局】 ・多機関・他分野協働による新たな地域包括支援システムを構築 **○ひとり親家庭の相談窓口のワンストップ化の推進**【雇児局】 ・子育て、教育、生活、就業に関する相談をワンストップで行える体制を整備 **○生活保護受給者等の居住確保**【社会局） ・在宅生活の見守り や福祉サービスとの連携の下、居住確保を支援　など	**○介護ロボット等の開発の加速化のための支援**【老健局） ・介護ロボット等の開発・普及に必要な支援を一体的に提供できる拠点施設での取組の推進等 **○効果的・効率的な介護サービス提供のためのモデル事業の実施等** ・介護施設や居宅介護支援事業所等のICT化等のモデル事業を実施【老健局）（生産性の向上、事業者間連携等） ・産学官のプラットフォームの構築【社会局】　など	**○潜在介護福祉士・保育士対策の強化**【社会局）・【雇児局） ・離職した介護福祉士の届出システムの構築 ・潜在保育士に対する保育所の優先利用・保育料の補助等 **○質の高い介護人材の養成の推進**【社会局） ・介護福祉士国家試験の合格を目指す学生等に対する修学資金の貸付 **○介護人材の機能分化に資する研修プログラムの開発**【社会局） ・マネジメントや他職種との連携能力向上に資する研修プログラムの開発　など

60



現行の地域における分野別の相談窓口

参考

分　野	関係機関等	具体的な支援メニュー（例）
福祉相談窓口	自治体本庁 福祉事務所 社会福祉協議会	各種福祉制度等の相談、年金、障害者手帳取得等の各種申請等 生活保護制度の相談 生活福祉資金貸付事業、日常生活自立支援事業、ボランティア活動等
仕事・就労	ハローワーク、地域若者サポートステーション、職業訓練機関、就労支援をしている各種の法人・団体（認定就労訓練事業の事業所を含む）等	求人情報提供、職業相談・職業紹介 求職者支援制度、職業訓練、就労の場の提供等
家計	家計相談支援機関、日本司法支援センター（法テラス）、弁護士（会）、消費生活センター（多重債務者等相談窓口）等	多重債務等の問題解決、家計からの生活再建支援等
経済	商店街・商工会議所、農業者・農業団体、一般企業等	就労の場の提供、職業体験、インターンシップ等
医療・健康	保健所、保健センター、病院、診療所、無料低額診療事業を実施する医療機関	健康課題の把握・解決等
高齢	地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等	高齢者の相談支援等
障害	障害者相談支援事業所、障害者就業・生活支援センター、障害福祉サービス事業所等	障害者の生活および就労等に関する相談支援、障害福祉サービスの提供支援等

62

分　野	関係機関等	具体的な支援メニュー（例）
子育て・教育	家庭児童相談室、児童家庭支援センター、児童相談所、地域子育て支援センター、その他子育て支援機関、学校、教育機関、ひきこもり地域支援センター、フリースクール、学習支援機関等	虐待・DV等の相談支援、子育て支援、ニート・ひきこもりの相談支援、学習支援、居場所の提供等
刑余者等	更生保護施設、自立準備ホーム、地域生活定着支援センター等	刑余者や非行のある少年等に対する自立更生のための相談支援（生活基盤確保、社会復帰・自立支援）等
地域	民生委員・児童委員、地域住民、町内会・自治会、社会福祉法人、ＮＰＯ、ボランティア団体、警察、日常生活に関わる民間事業者（郵便・宅配事業者、新聞配達、コンビニエンスストア、電気・水道・ガス等の公共インフラ事業者）等	対象者の把握・アウトリーチ、見守り活動、社会参加支援、居場所の提供、ピアサポート等

63

本日の内容

1. がん対策について
2. がん診療連携拠点病院について
3. 緩和ケアの充実について
   ①緩和ケアに関するこれまでの取組
   ②治療に伴う副作用や合併症
   ③在宅緩和ケアとの連携
   ④外来からの地域連携
   ⑤症状緩和目的での緩和ケア病棟の利用
4. 就労支援
5. ソーシャルワーカーの皆さんに期待したいこと
6. その他

64

社会福祉士に係る施設基準

評価名	施設基準
栄養サポートチーム加算	歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、**社会福祉士**、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。
患者サポート体制充実加算	**当該病院**は専任の医師、看護師、薬剤師、**社会福祉士**又はその他医療有資格者等が当該保険医療機関の標榜時間内において常時１名以上配置されており、患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制をとっている必要がある。
退院調整加算	**当該退院調整部門**に退院調整に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の**社会福祉士**が１名以上配置されていること。
新生児特定集中治療室退院調整加算（１及び２）	**当該退院調整部門**に退院調整及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師又は、退院調整及びＮＩＣＵ以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師及びに専従の**社会福祉士**が配置されていること。
新生児特定集中治療室退院調整加算３	**当該退院調整部門**に退院調整に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の**社会福祉士**が１名以上配置されていること。
回復期リハビリテーション病棟入院料１	**当該病棟**に専任の医師１名以上、専従の理学療法士３名以上、作業療法士２名以上、言語聴覚士１名以上及び在宅復帰支援を担当する専任の**社会福祉士**等１名以上の常勤配置を行うこと。
体制強化加算（回リハ１）	**当該病棟**に専従の常勤医師１名以上及び専従の常勤**社会福祉士**１名以上配置されていること。
地域包括ケア病棟入院料	**当該医療機関**に専任の在宅復帰支援担当者（職種に規定は設けないが、**社会福祉士**のような在宅復帰支援に関する業務を適切に実施できる者をいう。以下同じ。）が１名以上配置されていること。
精神療養病棟入院料	退院支援相談員を、平成26年４月１日以降に当該病棟へ入院となった当該病棟に入院した患者１人につき１人以上指定し、**当該療養病棟病院内**に配置していること。なお、退院支援相談員は、以下のいずれかの者であること。 ア精神保健福祉士 イ保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は**社会福祉士**として、精神障害者に関する業務に従事した経験を３年以上有する者
退院調整加算（精神療養、認知症治療病棟）	**当該保険医療機関内に退院支援担当者を設置し**、専従の精神保健福祉士及び専従する１人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、**社会福祉士**又は臨床心理技術者のうちいずれか１名）が勤務し、退院支援計画の作成等の退院調整を行っていること。

社会福祉士に期待される役割 （私見）

【現在の診療報酬上の評価】
・退院調整が診療報酬上の主な評価。
　（病床機能分化、在宅復帰の推進）
・疾病に関する質問、生活上及び入院上の不安等、様々な相談。
・地域連携室、相談窓口などで活動することが想定されている。
　（回復期リハビリテーションは病棟）

【社会福祉士の活躍の場を広げる】
・外来や病棟など地域連携室や相談窓口以外での活躍の場は？
・病院外で地域におけるコーディネーターとしての役割は？
・医療ソーシャルワーカーにしかできない取組とは何か？

【社会福祉士の業務を細かく評価する】
・患者の問題は複雑化しており、社会福祉士が果たす業務も多種多様で、かつ時間を要する調整業務も多いのでは？
・どのような背景を持つ患者の場合、手間がかかるのか、組織的に調査やデータを収集していくことが必要。

66