

で購入した弁当で済ませることが多く、特に脂肪の多いものを好み、1回の食事も多めであったという。これらの情報をもとに、本人の同意を得た上で心理教育および栄養指導を実施した。一方、薬物療法としては、olanzapine (max 25mg)、aripiprazole (max 24mg) は効果不十分であったが、quetiapine 700mg/日に置換されたところ、不安焦燥、希死念慮は軽快した。

X年5月に退院後は当科外来で通院加療を受けていた。独居生活のため服薬は自己管理となったが、服薬遵守は良好であった。食事は自炊でカロリーや量を控えめにし、野菜を多く取り入れる食生活を続けており、体重も徐々に減少した。しかし、次第に独居生活を負担に感じ、幻覚妄想が再燃したため、X年11月当科5回目の入院となった。

入院時、体重70kg (BMI 25.0kg/m²) と前回入院時と比較して肥満の改善がみられ、血液生化学検査上も総コレステロール196mg/dl、中性脂肪174mg/dlと正常範囲内であった。DAI-10、SAI-Jはそれぞれ8点、15点で前回入院時と比較していずれも明らかな改善が認められた。

本症例では心理教育実施から7ヵ月後のDAI-10、SAI-Jにおいて明らかな改善がみられた。また、栄養指導後も指導内容を遵守した食事を継続し、約17kgの体重減少と脂質代謝異常の改善を認めた。以上のことから入院中の心理教育および栄養指導が有効であったと考えられる。

今後は、さらに多くの症例に対して、心理教育前後の疾患理解、服薬の重要性の理解度について、評価尺度を用いて評価するとともに、退院1年後の体重、再入院率を評価し、得られた結果をもとに、心理教育および栄養指導の再発防止における有用性を検討する予定である。

9 がん診療に携わる医師の研修に関わって

今村 達弥

新津信愛病院

がん対策基本法を受けて閣議決定された、がん対策推進基本計画において、「がん患者の状況に

応じ、身体的苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備する」ことを目指し、「すべてのがん医療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得すること」が、個別目標の一つとして掲げられた。その実現のために、各都道府県、がん診療連携拠点病院、民間団体等が緩和ケア研修会を開催していくこととなり、2008年4月厚労省より研修会の開催指針が通知された。その中で「精神症状に対する緩和ケア」と「コミュニケーション技術」の研修(以下CST)が必須とされ、精神腫瘍学やCSTの指導(ファシリテーター)ができる精神科医が強く求められることとなった。CSTに関しては、国立がんセンター東病院を中心に開発された「SHARE」という実践ガイドを用いた方法が最もスタンダードとされ、日本サイコオンコロジー学会(以下JPOS)がファシリテーターを養成している。演者も、県立がんセンター新潟病院のがん専門医とペアで、2007年度講習を終えファシリテーターに認定された。各学会主催の緩和ケア研修はばらばらに行われているが、この程、それらを経験した新潟県内の医師および看護師等が「縁」により集まり、県内の緩和ケア研修を自律的に担っていくという動きが始まった。CSTは「JPOS簡易版」を独自に作り、医師だけでなく看護師も共同で行う研修会をプログラムし、7、10、11月に3回に分けて開催した。県は追認する形で主催者となり、厚労省の修了証書を発行することもできた。来年度からいよいよがん診療拠点病院に緩和ケア研修会の主催が義務づけられる。

今発表では、これらの動きの中で、演者が精神科医としてどのような経験をしているか報告し、今後、精神科医がこの領域に多く関わっていただけるよう呼びかけをさせていただきます。