

NCCN 腫瘍学臨床実践ガイドライン™

精神的苦痛の管理

2008年 第1版

つづく

NCCN精神的苦痛の管理：委員会委員

* Jimmie C. Holland, MD/Chair θ
Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

Barbara Andersen, PhD θ
Arthur G. James Cancer Hospital &
Richard J. Solove Research Institute at
The Ohio State University

William S. Breitbart, MD θ †
Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

Moreen M. Dudley, MSW ξ
Fred Hutchinson Cancer Research Center/
Seattle Cancer Care Alliance

Stewart Fleishman, MD £ θ
Consultant

Caryl D. Fulcher, RN, MSN, CS θ
Duke Comprehensive Cancer Center

Donna B. Greenberg, MD θ †
Dana-Farber/Brigham and Women's
Cancer Center | Massachusetts General
Hospital Cancer Center

Carl B. Greiner, MD θ
UNMC Eppley Cancer Center at
The Nebraska Medical Center

Rev. George F. Handzo, MA, Mdiv £
Consultant

Paul B. Jacobsen, PhD θ
H. Lee Moffitt Cancer Center and Research
Institute at the University of South Florida

Sara J. Knight, PhD θ
UCSF Comprehensive Cancer Center

Kate Learson ¥
Consultant

Michael H. Levy, MD, PhD † £
Fox Chase Cancer Center

Sharon Manne, PhD θ
Fox Chase Cancer Center

Randi McAllister-Black, PhD θ
City of Hope

Amy Peterman, PhD θ
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University

Michelle B. Riba, MD, MS θ
University of Michigan Comprehensive
Cancer Center

Neal E. Slatkin, MD £ Ψ
City of Hope Cancer Center

Alan Valentine, MD θ
The University of Texas M. D. Anderson
Cancer Center

Lynne I. Wagner, PhD θ
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University

Michael A. Zevon, PhD θ
Roswell Park Cancer Institute

θ 保健行動を含む精神医学、心理学

† 内科学

‡ 血液学/腫瘍血液学

£ 緩和治療、疼痛管理、パストラルケア、腫瘍学ソーシャルワークを含む支持療法

ξ 骨髄移植

¥ 患者擁護

† 腫瘍内科学

Ψ 神経学/神経腫瘍学

* 文書委員会委員

目次

[NCCN精神的苦痛の管理：委員会委員](#)[ガイドライン更新事項の要約](#)

キーとなる用語

- ・ [精神的苦痛 \(DIS-1\)](#)
- ・ [癌における精神的苦痛の定義 \(DIS-2\)](#)
- ・ [精神的苦痛管理のための標準的ケア \(DIS-3\)](#)

[評価および治療プロセスの概要 \(DIS-4\)](#)[予測される精神的苦痛症状 \(DIS-5\)](#)[精神的苦痛測定のための評価ツール \(DIS-A\)](#)[心理社会的精神的苦痛をもつ患者の特徴 \(DIS-B\)](#)[心理学的/精神医学的治療ガイドライン \(DIS-6\)](#)[ソーシャルワークサービス \(DIS-18\)](#)[聖職者サービス \(DIS-19\)](#)[標準的管理およびガイドラインの実践に関する推奨事項 \(DIS-26\)](#)[標準的ケアの施設内評価 \(DIS-27\)](#)[終末期問題に関してはNCCN苦痛緩和医療ガイドラインを参照のこと](#)[癌性疼痛に関してはNCCN成人の癌性疼痛ガイドラインを参照のこと](#)[ガイドライン索引](#)[精神的苦痛の管理ガイドラインを印刷する](#)

[この文書の利用に関するヘルプは
ここをクリック](#)

[原稿](#)[参考文献](#)

臨床試験：NCCN は、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

NCCN加盟施設における臨床試験のオンライン検索は [ここをクリック](#)：

nccn.org/clinical_trials/physician.html

NCCN コンセンサスカテゴリー：

特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリー-2A である。

[「NCCNコンセンサスカテゴリー」](#) を参照

[精神的苦痛の管理ガイドライン \(患者用\)
を注文する。](#)

このガイドラインは、現在受け入れられている治療アプローチに対する見解について、執筆者らが合意に達した内容を記したものである。このガイドラインを適用または参照しようとしている臨床医には、個別の臨床状況に応じて医学的判断を下した上で、患者のケアまたは治療法を決定することが期待される。全国総合癌ネットワークは、その内容、使用、または適用についていかなる表明も保証も行わない。その適用または使用についていかなる責任も負わない。このガイドラインの著作権は全米総合癌ネットワークにある。NCCN の書面による許諾なく本ガイドラインおよびここに含まれるイラストを複製することは、いかなる形態においても禁止する。©2008.

ガイドライン更新事項の要約

精神的苦痛の管理ガイドライン 2007 年第 1 版から 2008 年第 1 版への変更点を以下にまとめる。

(DIS-B)

- 「精神的苦痛リスクの高い患者」の下：委員会は「霊的/宗教的心配」を追加した。

(DIS-10)

- 「自殺リスク」経路；「患者の安全の確保」の下：委員会は「監視を強化、鋭利な物体の排除を考慮、精神科医による診察を考慮」を追加した。

(DIS-20)

- 霊的評価、上の経路：委員会は「霊的カウンセリング」を追加した。

「精神的苦痛」

「精神的苦痛」という用語を選択した理由：

- 「精神医学的」、「心理社会的」または「情動的」という言い方よりも受け入れられやすく、精神病患者呼ばわりされているという印象が薄いから。
- 「正常」という印象を与え、あまり後ろめたさを感じさせないから。
- 定義付けと自己申告による測定が可能だから。

[癌における精神的苦痛の
定義 \(DIS-2\)](#)

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリー2Aである。

臨床試験：NCCNは、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

癌における精神的苦痛の定義

精神的苦痛とは、癌そのもの、その身体症状およびその治療を有効に克服していく能力を妨害し得る心理的（認知的、行動的、情緒的）、社会的、かつまたは霊的性質をもつ多因子性の不快な情緒的経験をいう。精神的苦痛には、弱さ・悲しみ・恐怖といった一般的で正常な感覚から、抑鬱・不安・パニック・社会的孤立・実存のおよび霊的危機など生活に支障を来し得る問題に至るまで、連続的な広がりがある。

[精神的苦痛管理のための
標準的ケア \(DIS-3\)](#)

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリ—2A である。

臨床試験：NCCN は、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

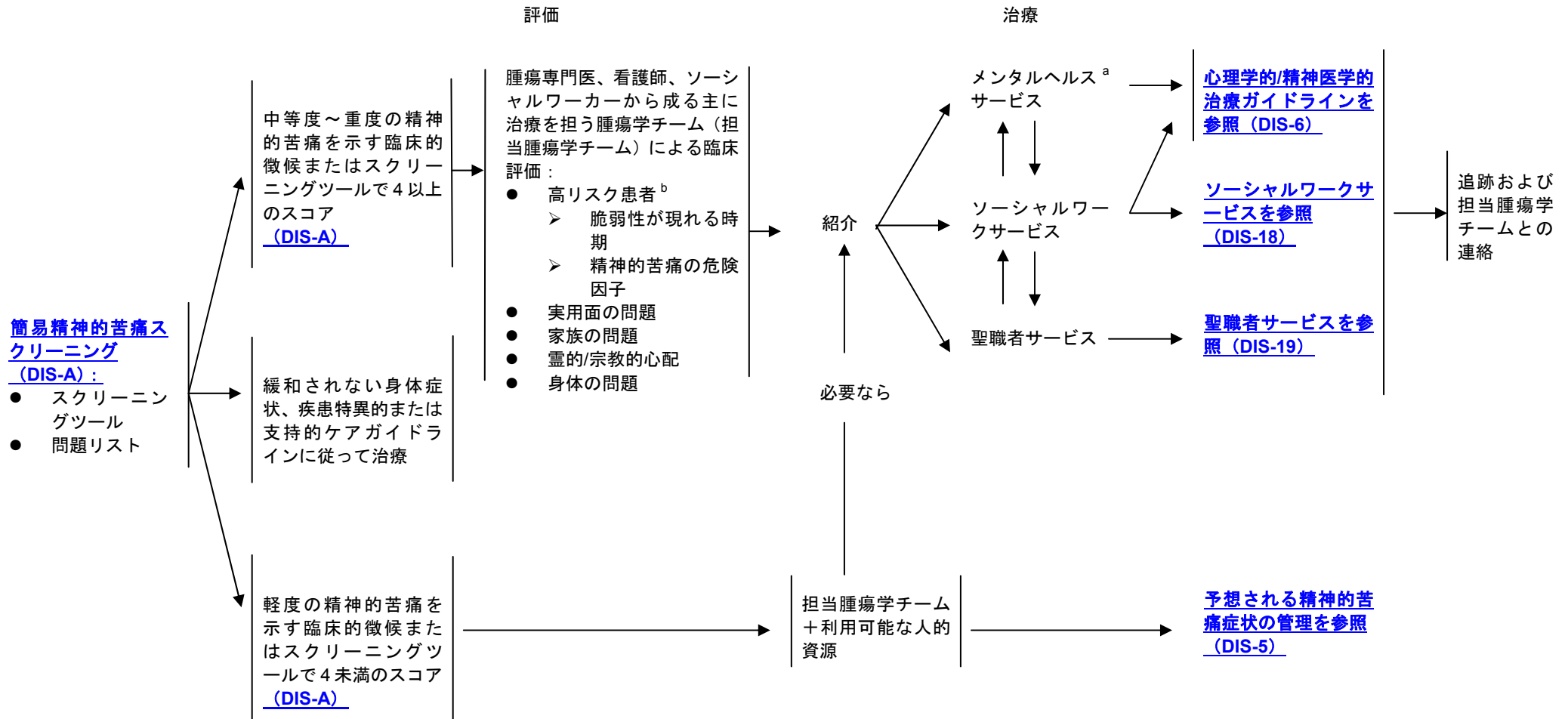
精神的苦痛管理のための標準的ケア

- すべての病期において精神的苦痛の認識、モニター、文書化および迅速な治療が必要である。
- すべての癌患者について精神的苦痛に関するスクリーニングを、初診時、適当な間隔で定期的に、さらに臨床的必要性、特に疾患状態の変化（寛解、再発、進行）に応じて実施する。
- スクリーニングでは精神的苦痛のレベルと性質を特定する。
- 精神的苦痛は臨床実践ガイドラインに従って評価および管理する。
- 精神的苦痛管理のための標準的ケアを実践するための集学的委員会を施設内に設置する。
- 医療関係者およびケア提供聖職者が精神的苦痛の評価と管理に関する知識と技能を確実に身につけられるような教育および訓練プログラムを策定する。
- 癌の心理社会的側面について経験豊富な有資格メンタルヘルス専門家および有資格ケア提供聖職者が、スタッフの一員としてまたは紹介により、すぐに活動できるようにしておく。
- 医療契約にメンタルヘルス専門家によるサービスに対する医療費償還制を組み込む。
- 臨床健康アウトカム測定に心理社会的領域の評価（QOL や患者と家族の満足度など）を組み入れる。
- 患者、家族、および治療チームに精神的苦痛の管理は医療全体にとって不可欠な部分であることを知らせ、治療センターおよび地域社会で心理社会的サービスに関する適切な情報を提供する。
- 精神的苦痛の管理の質を施設内の継続的資質向上（Continuous Quality Improvement: CQI）プロジェクトに組み入れる。

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリ2A である。

臨床試験：NCCN は、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

評価および治療プロセスの概要



^a精神科医、心理学者、看護師、臨床看護専門家、ソーシャルワーカーおよび聖職者カウンセラー。

^b[心理社会的精神的苦痛患者の特徴を参照 \(DIS-B\)](#)

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリー2Aである。

臨床試験：NCCNは、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

[支持的ケアガイドラインのNCCNガイドライン目次を参照](#)

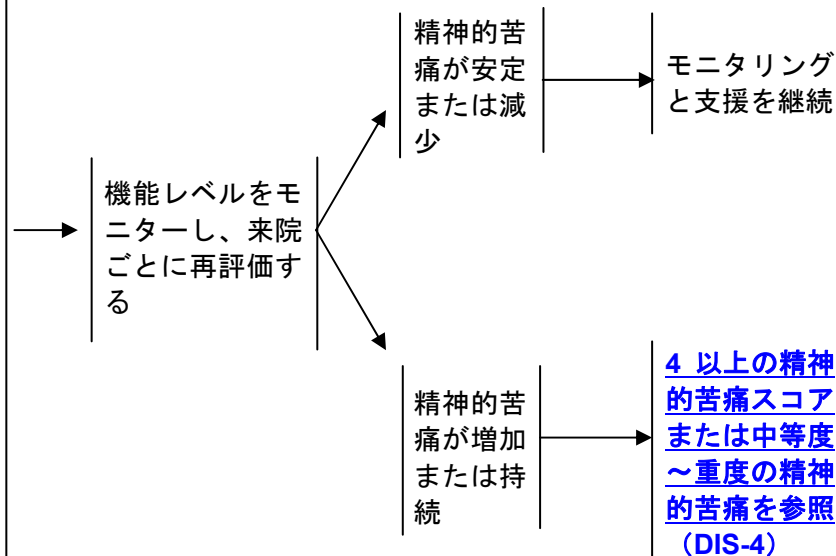
予測される精神的苦痛症状

- 精神的苦痛に対する脆弱性のリスクが高い患者^b
- 将来および不確実さに対する正常な恐怖や不安の自覚および他覚症状
 - 病気に関する心配
 - 普通の健康状態を失うという悲しみ
 - 怒り、制御できない感覚
 - 睡眠不良
 - 食欲不振
 - 集中力の低下
 - 病気と死のことばかり考えてしまう
 - 疾患または治療副作用

インターベンション

- 診断、治療選択肢および副作用の明確化
 - 患者に疾患と治療選択肢を確実に理解してもらう
 - 適切な患者用教材を参照する (NCCN 患者のための治療ガイドラインなど)
 - 病期の変わり目には精神的苦痛に対する脆弱性が増す場合があることを患者に教える
 - 精神的苦痛を正しく認識する
 - 信頼関係を築く
 - ケアの継続を確保する
 - 各種資源を動員する
 - 症状管理のための薬物療法を考慮する：
 - 鎮痛薬
- [\(NCCN成人の癌性疼痛ガイドラインを参照\)](#)
- 抗不安薬
 - 催眠薬
 - 抗鬱薬
- 支援団体かつまたは個別のカウンセリング
- 家族の支援とカウンセリング
- リラクゼーション、瞑想、創造性を用いた治療 (美術、ダンス、音楽など)
- 運動

再評価



^b[心理社会的精神的苦痛患者の特徴を参照 \(DIS-B\)](#)

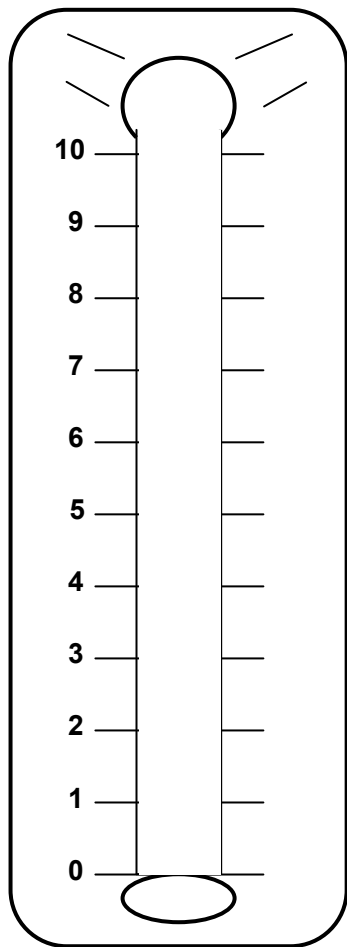
注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリ2Aである。

臨床試験：NCCNは、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

精神的苦痛測定のためのスクリーニングツール

使い方：まず、今日までの 1 週間の精神的苦痛の大きさを最もよく表している数字に丸を付けて下さい。

極度の精神的苦痛



精神的苦痛なし

次に、今日までの 1 週間に問題となったものを示して下さい。必ずすべての項目の「はい」か「いいえ」にチェックして下さい。

はい	いいえ	実用面の問題	はい	いいえ	身体の問題
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	子どもの世話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	外観
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	住居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴/着衣
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	保険/金銭	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	呼吸
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	移動手段	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排尿の変化
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	仕事/学校	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	便秘
		家族の問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	下痢
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	摂食
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	子どもとの関係	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	倦怠感
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	パートナーとの関係	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	むくんだ感じ
		情緒的問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発熱
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	移動
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	抑鬱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	消化不良
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	恐怖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	記憶/集中力
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	緊張	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	口のただれ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	悲しみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	悪心
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不安	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	鼻の乾燥/鼻づまり
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	普段の活動に対する興味 の喪失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痛み
		霊的/宗教的心配	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	性生活
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	皮膚の乾燥/痒み
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	睡眠
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手足のうずき

その他の問題： _____

心理社会的精神的苦痛をもつ患者の特徴[°]精神的苦痛のリスクが高い患者^d

- 精神障害/薬物等の濫用の既往
- 抑鬱/自殺未遂の既往
- 認知障害
- コミュニケーション障害^e
- 重度の併発疾患
- 社会的問題
 - 家族/介護者の対立
 - 不十分な社会的支援
 - 独居
 - 金銭的問題
 - 医療に対するアクセス制限
 - 幼い、または扶養が必要な子ども
 - 若年；女性
 - その他のストレス因子
- 霊的/宗教的心配

脆弱性が増す時期

- 疑われる症状の発見
- 精密検査中
- 診断の確定
- 治療待機中
- 治療様式の変更
- 治療の終了
- 治療後の退院
- 生存者としての生活のストレス
- 医学的追跡および調査
- 治療の不成功
- 再発/進行
- 進行癌
- 人生の終焉

[°]部位特異的的症状とその主要な心理社会的結果については、Holland, JC, Greenberg, DB, Hughes, MD, et al. Quick Reference for Oncology Clinicians: The Psychiatric and Psychological Dimensions of Cancer Symptom Management (腫瘍科臨床医のための早見表：癌の症状管理の精神医学的および心理学的側面)。(Based on NCCN Distress Management Guidelines [NCCN精神的苦痛の管理ガイドラインに基づく])。IPOS Press, 2006.を参照。www.apos-society.orgから入手可能。

^dNCCN緩和ケア腫瘍学臨床実践ガイドラインより。www.nccn.orgから入手可能。

^eコミュニケーション障害には、言語、識字能力、および身体的障害が含まれる。

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリ-2Aである。

臨床試験：NCCNは、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

心理学的/精神医学的治療ガイドライン

腫瘍学チームによるメンタルヘルスチームへの紹介

以下についての評価：

- 精神的苦痛
- 行動症状
- 精神障害の既往/薬物療法
- 疼痛および症状管理
[\(NCCN成人の癌性疼痛ガイドラインを参照\)](#)
- 身体イメージ/性的能力
- 能力障害
- 安全
- 心理学的/精神医学的評価
- その他の医学的原因
(担当腫瘍学チームに照会)

[認知症 \(DIS-7\)](#)

[譫妄 \(脳症\) \(DIS-9\)](#)

[気分障害 \(DIS-10\)](#)

[適応障害 \(DIS-12\)](#)

[不安障害 \(DIS-14\)](#)

[薬物等関連障害/濫用 \(DIS-15\)](#)

[人格障害 \(DIS-17\)](#)

追跡および担当腫瘍学チームとの連絡

^a 精神科医、心理学者、看護師、臨床看護専門家、ソーシャルワーカーおよび聖職者カウンセラー。

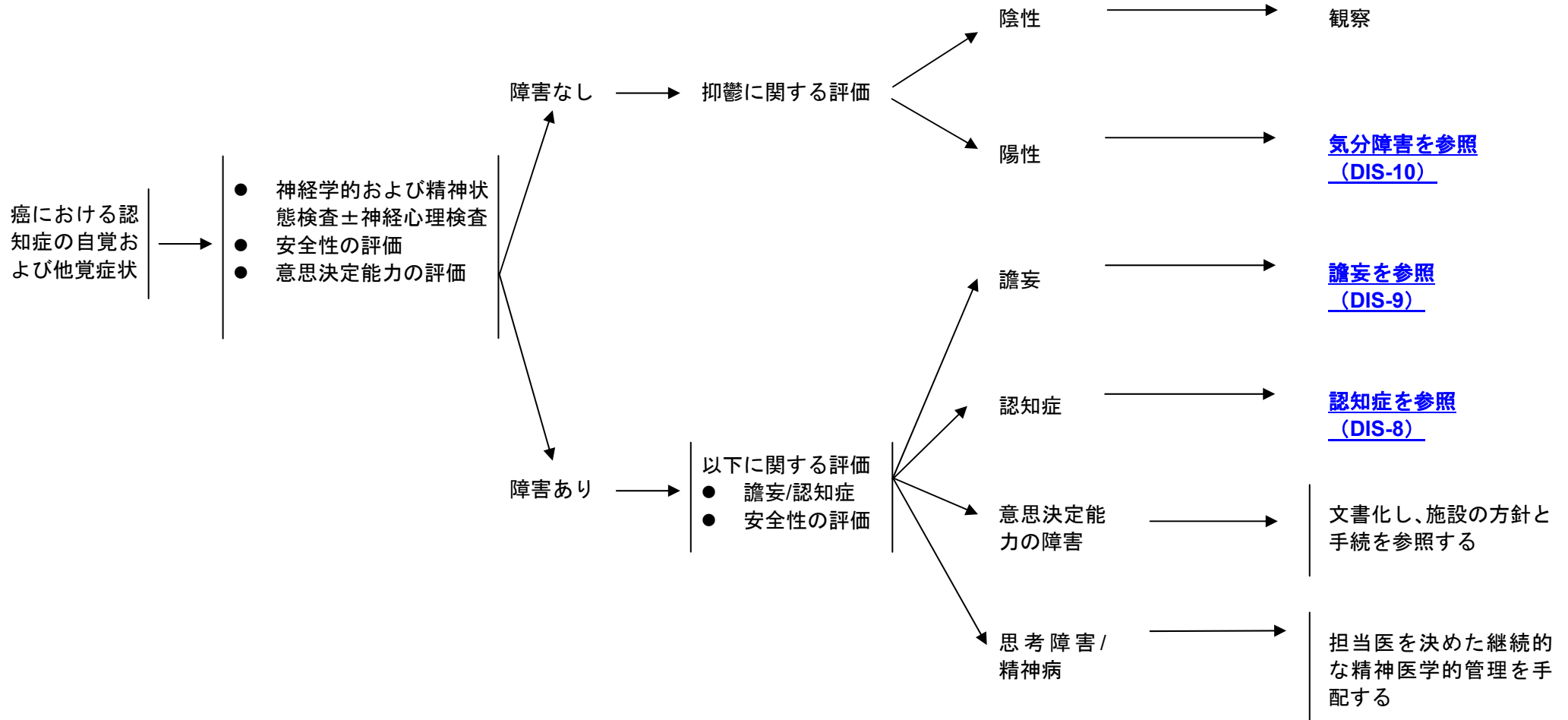
[人生の終焉の問題については、NCCN 苦痛緩和医療ガイドラインを参照](#)

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリ2Aである。

臨床試験：NCCNは、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

認知症
(ICD-10 コード : F00~F03)

評価



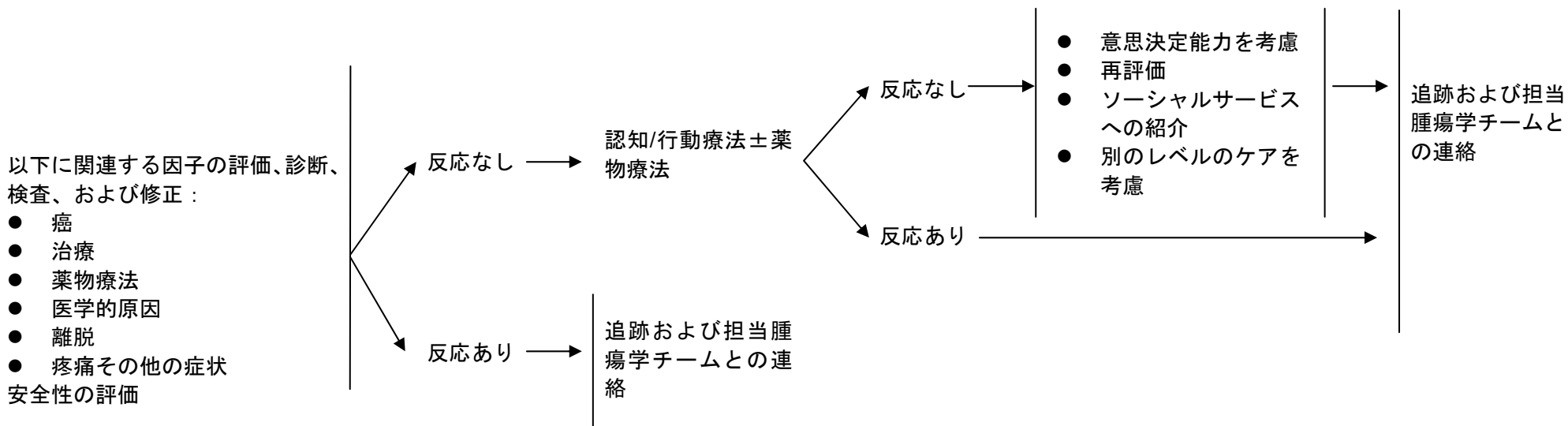
[心理学的/精神医学的ガイドラインに戻る \(DIS-6\)](#)

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリー2Aである。

臨床試験：NCCNは、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

認知症（続き）
（ICD-10 コード：F00～F03）

治療/追跡

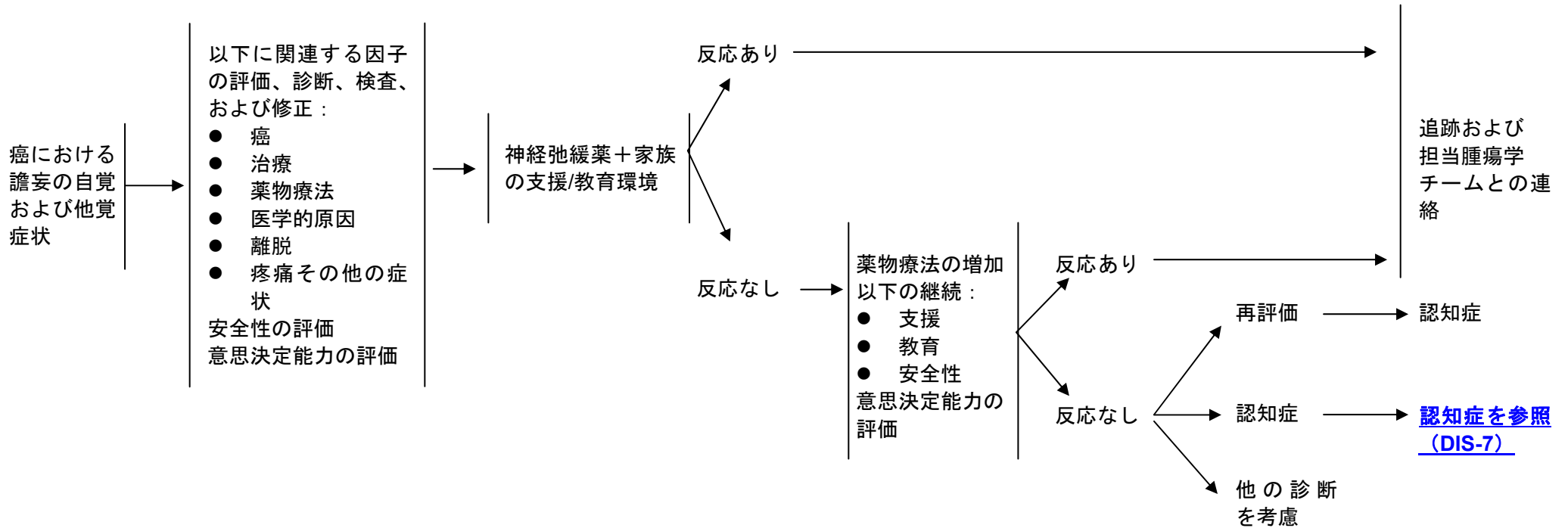


[心理学的/精神医学的ガイドラインに戻る \(DIS-6\)](#)

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリ2Aである。
臨床試験：NCCNは、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

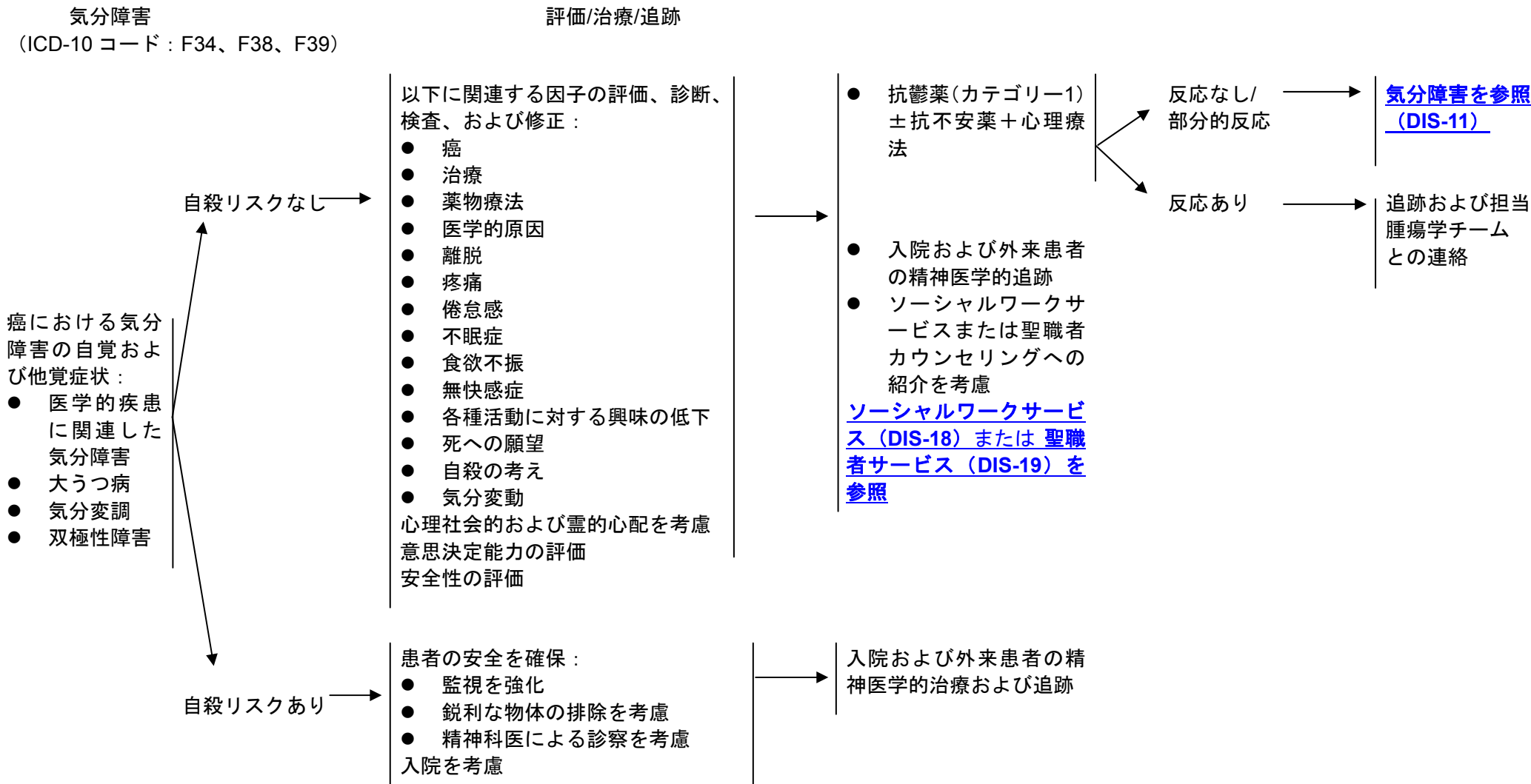
譫妄（脳症）
(ICD-10 コード：F05)

評価/治療/追跡



[心理学的/精神医学的ガイドラインに戻る \(DIS-6\)](#)

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリ-2A である。
臨床試験：NCCN は、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。



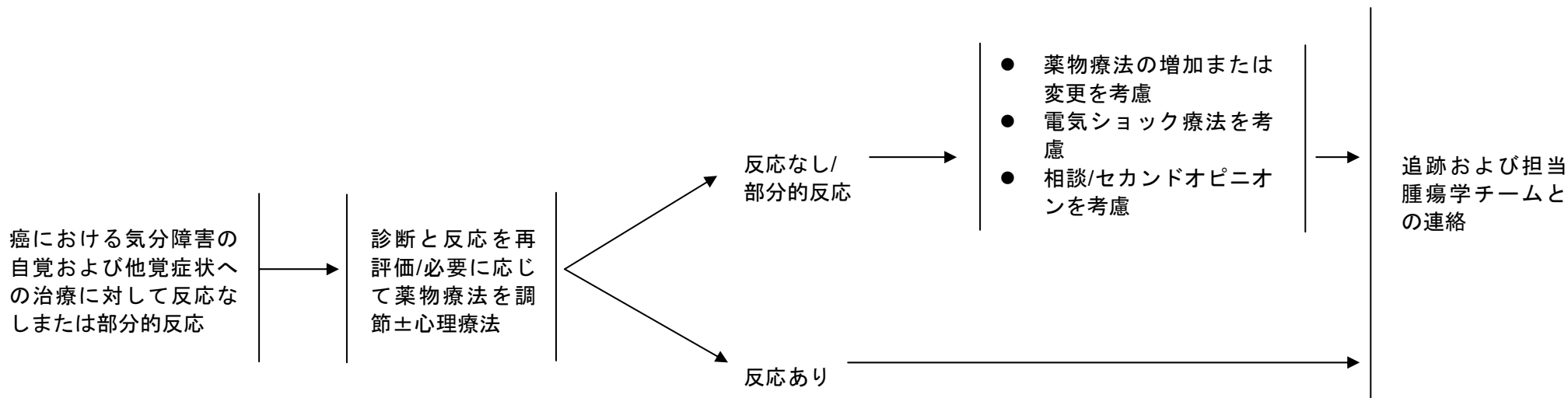
[心理学的/精神医学的ガイドラインに戻る \(DIS-6\)](#)

注意 : 特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリー2A である。

臨床試験 : NCCN は、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

気分障害（続き）
（ICD-10 コード：F34、F38、F39）

評価/治療/追跡

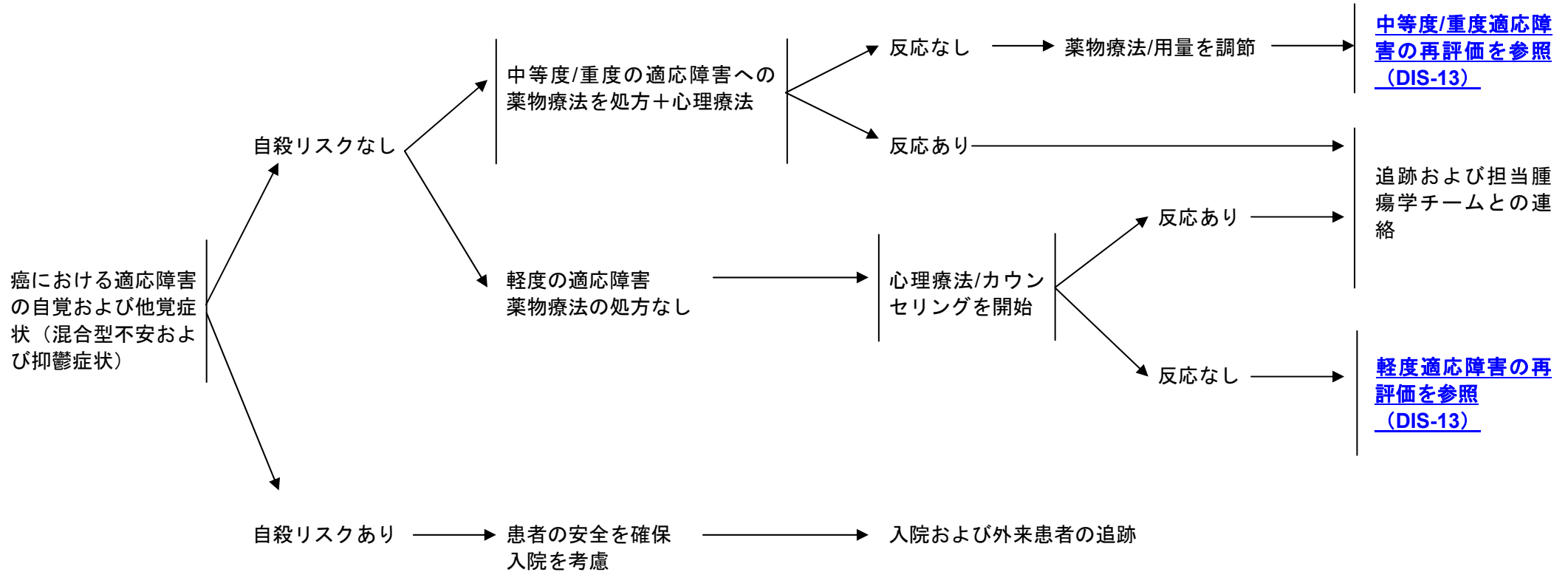


[心理学的/精神医学的ガイドラインに戻る \(DIS-6\)](#)

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリ2Aである。
臨床試験：NCCNは、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

適応障害
(ICD-10 コード : F43.2)

評価/治療/追跡



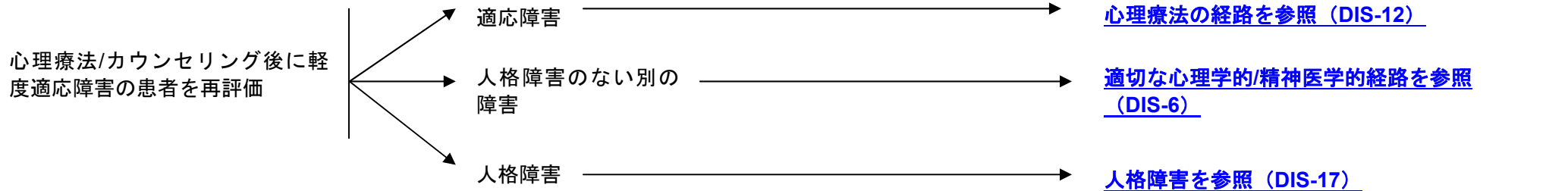
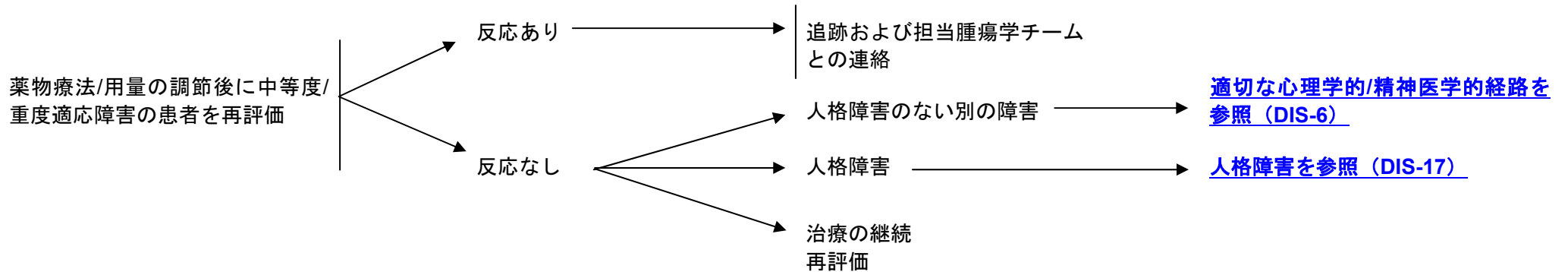
注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリ-2A である。

臨床試験：NCCN は、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

[心理学的/精神医学的ガイドラインに戻る \(DIS-6\)](#)

適応障害 (続き)
(ICD-10 コード : F43.2)

評価/治療/追跡



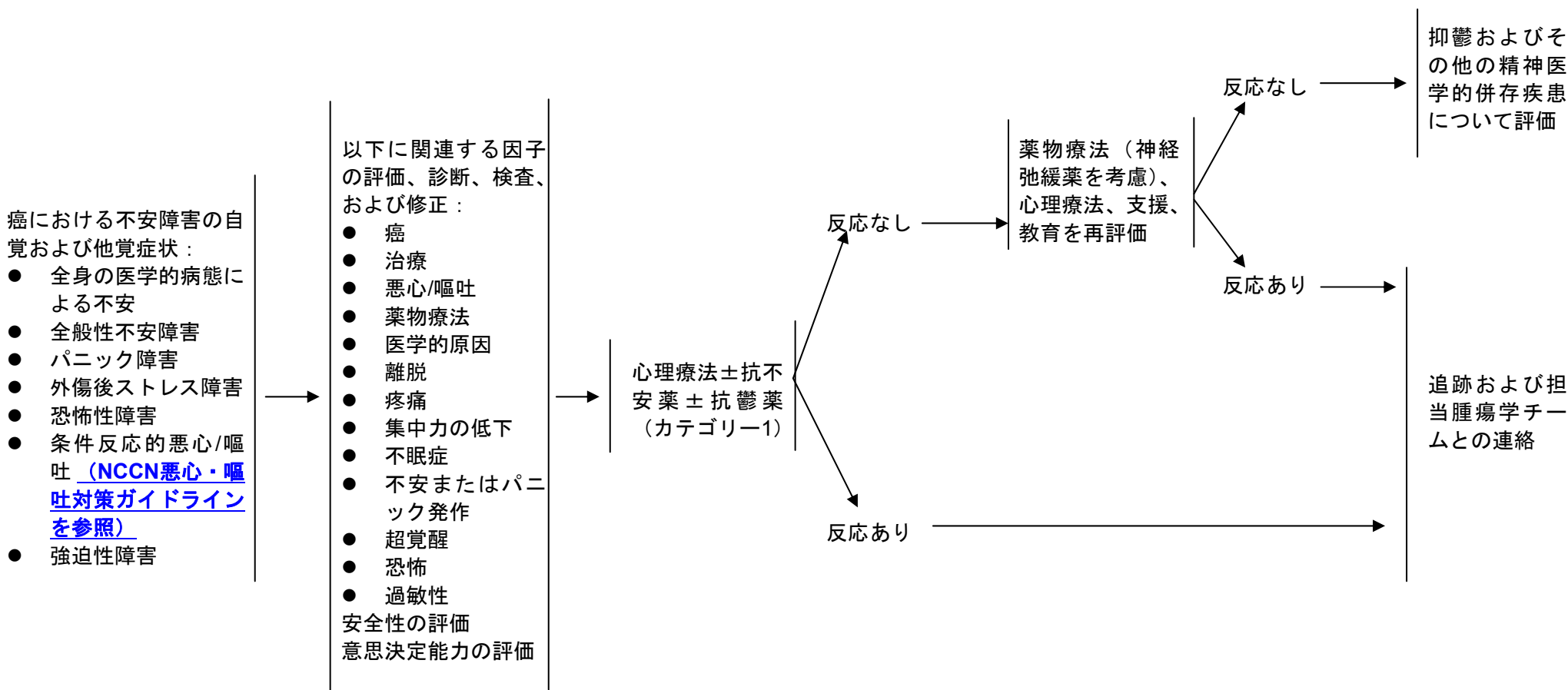
[心理学的/精神医学的ガイドラインに戻る \(DIS-6\)](#)

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリ-2A である。

臨床試験：NCCN は、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

不安障害
(ICD-10 コード : F40、F41)

評価/治療/追跡

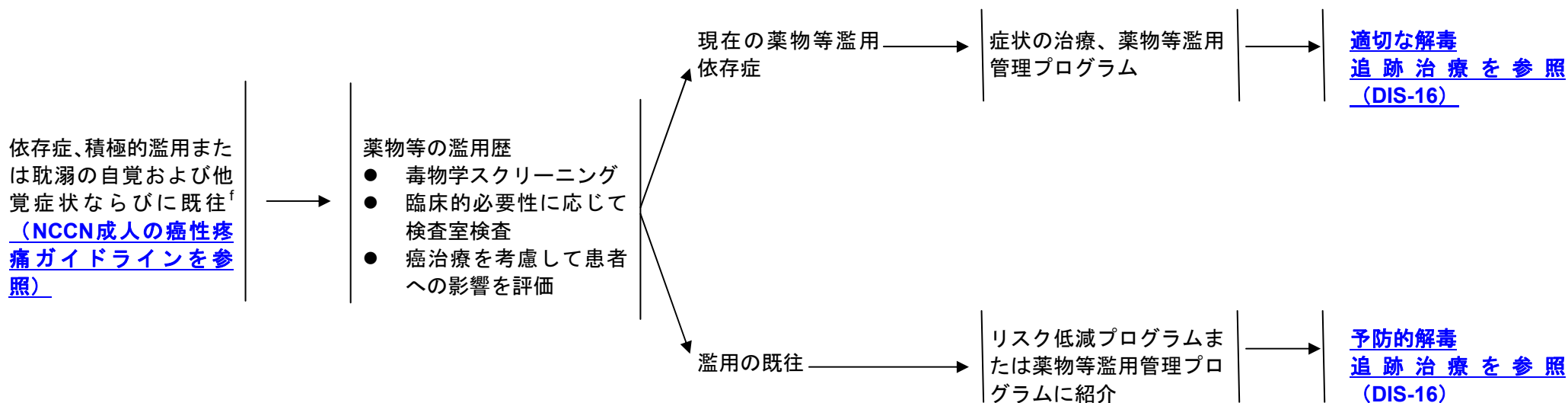


[心理学的/精神医学的ガイドラインに戻る \(DIS-6\)](#)

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリー2A である。
臨床試験：NCCN は、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

薬物等関連障害/濫用
(ICD-10 コード : F09~F19)

評価/治療



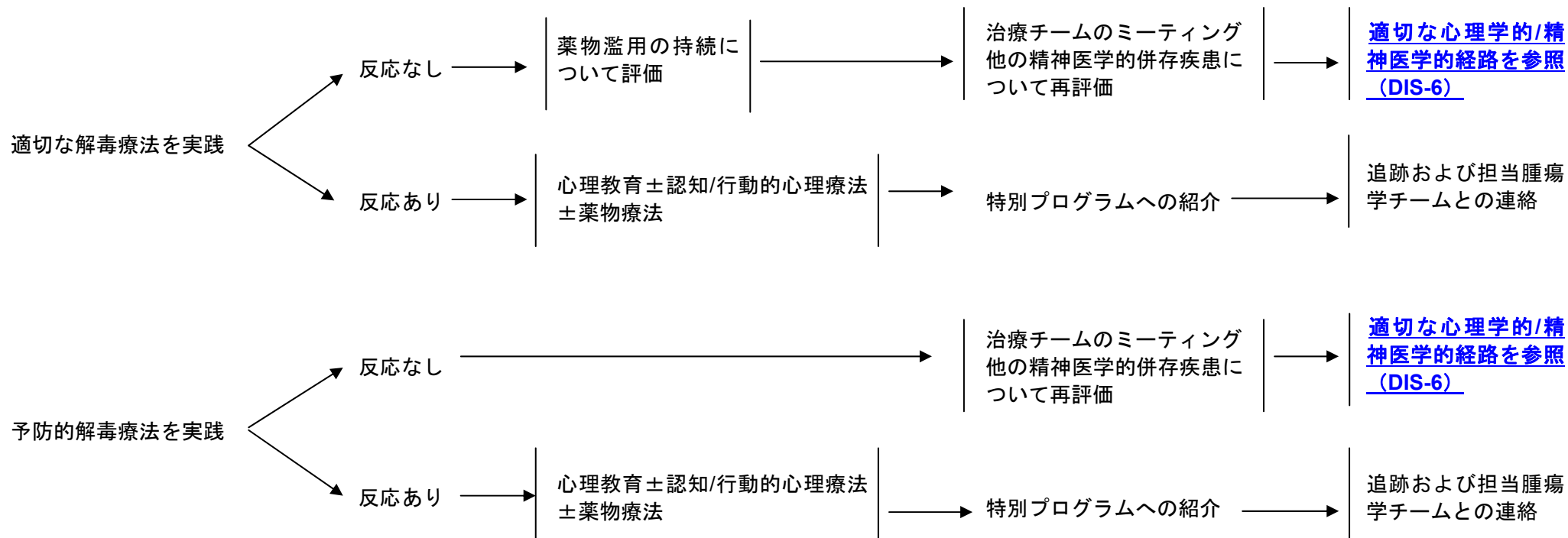
[心理学的/精神医学的ガイドラインに戻る \(DIS-6\)](#)

^fオピオイド、アルコール、タバコ、その他

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリー2Aである。
臨床試験：NCCNは、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

薬物等関連障害/濫用 (続き)
(ICD-10 コード : F09~F19)

追跡



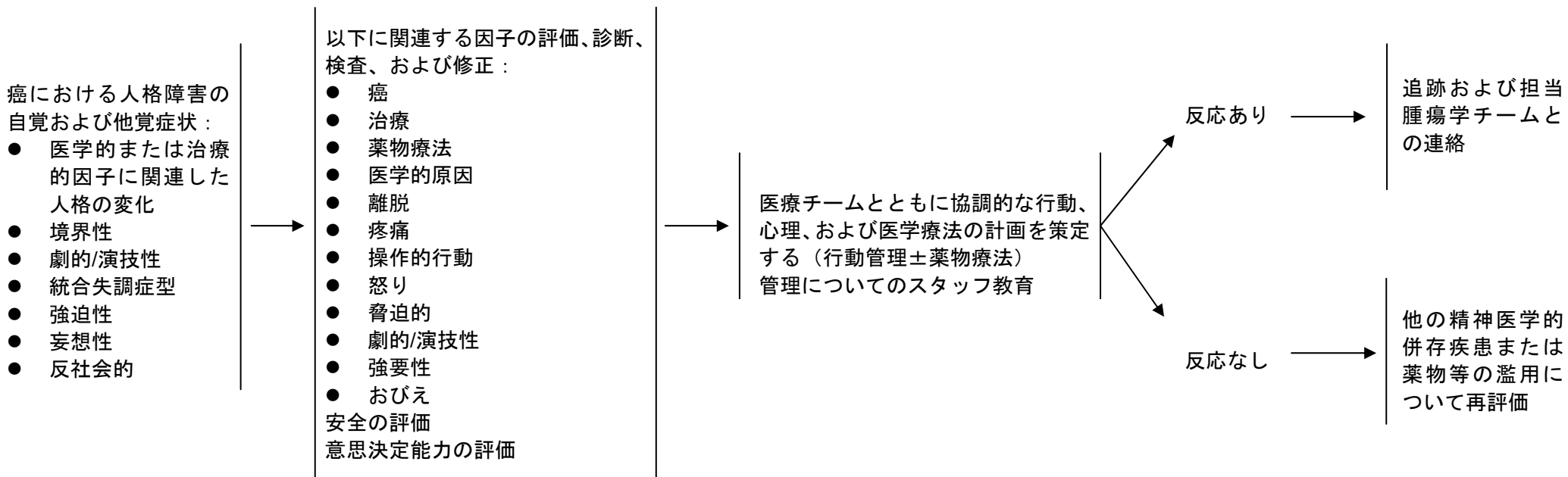
[心理学的/精神医学的ガイドラインに戻る \(DIS-6\)](#)

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリー2A である。

臨床試験：NCCN は、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

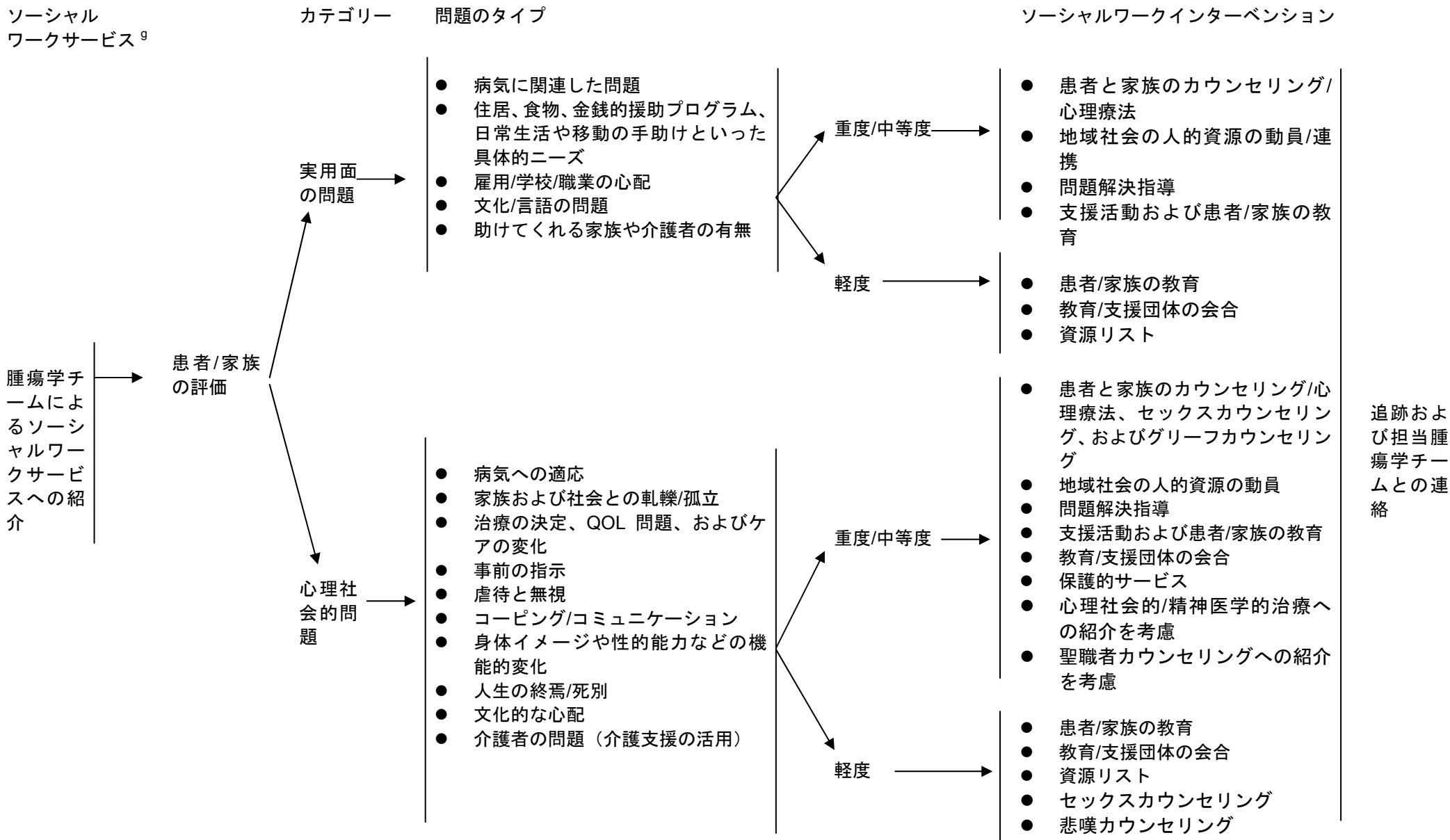
人格障害
(ICD-10 コード : F60)

評価/治療/追跡



[心理学的/精神医学的ガイドラインに戻る \(DIS-6\)](#)

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリー2Aである。
臨床試験：NCCNは、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。



⁹ ソーシャルワークサービスは心理学的/精神医学的治療ガイドラインを用いたメンタルヘルスサービスを含む。

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリ2Aである。

臨床試験：NCCNは、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

[NCCN苦痛緩和医療ガイドラインを参照](#)

聖職者サービス

腫瘍学チームによる
聖職者サービスへの
紹介

→ 聖職者による評価

- [悲嘆 \(DIS-20\)](#)
- [死と来世に関する心配 \(DIS-20\)](#)
- [矛盾したまたは難問を背負った信念体系 \(DIS-20\)](#)
- [信仰心の喪失 \(DIS-20\)](#)
- [人生の意味/目的に対する懸念 \(DIS-20\)](#)
- [神との関係に関する心配 \(DIS-20\)](#)
- [宗教団体からの孤立 \(DIS-21\)](#)
- [罪悪感 \(DIS-22\)](#)
- [絶望 \(DIS-23\)](#)
- [宗教上の信念と勧められた治療の葛藤 \(DIS-24\)](#)
- [儀式的ニーズ \(DIS-25\)](#)

追跡および担当
腫瘍学チームと
の連絡

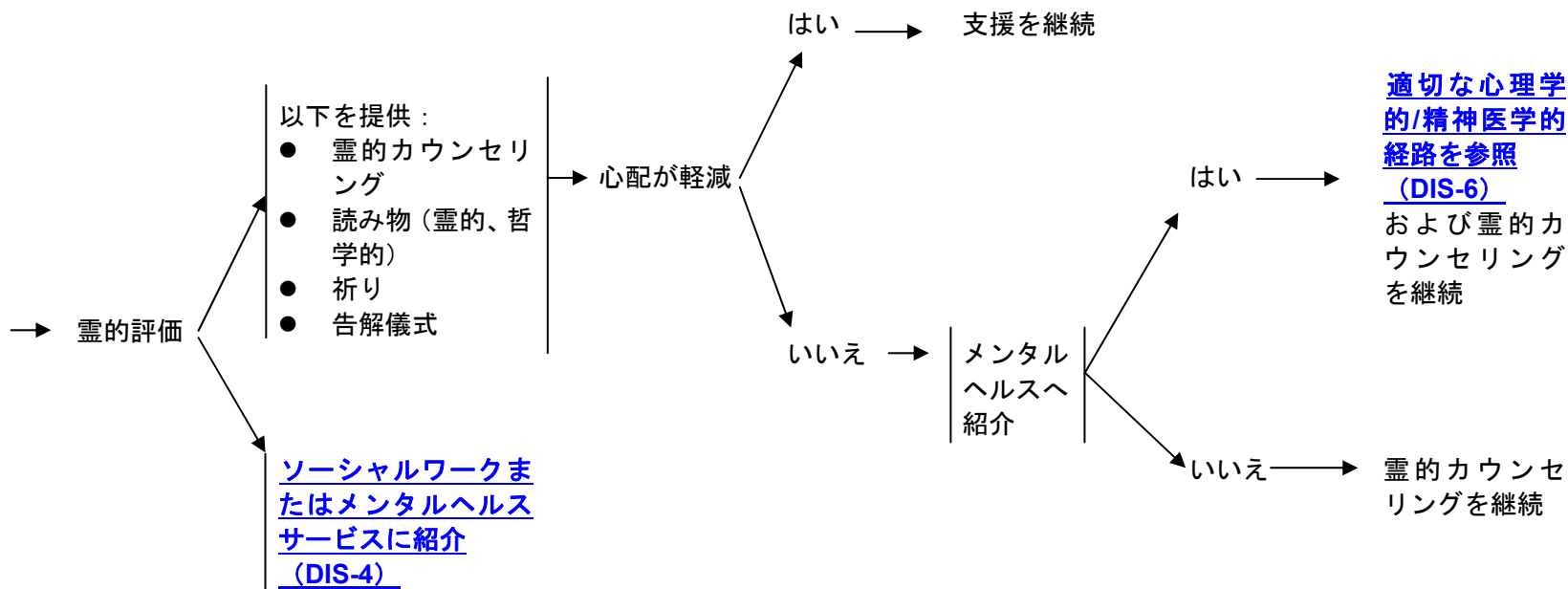
注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリー2A である。

臨床試験：NCCN は、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

聖職者サービス

以下の徴候：

- 悲嘆
- 死と来世に関する心配
- 矛盾したまたは難問を背負った信念体系
- 信仰心の喪失
- 人生の意味/目的に対する懸念
- 神との関係に関する心配



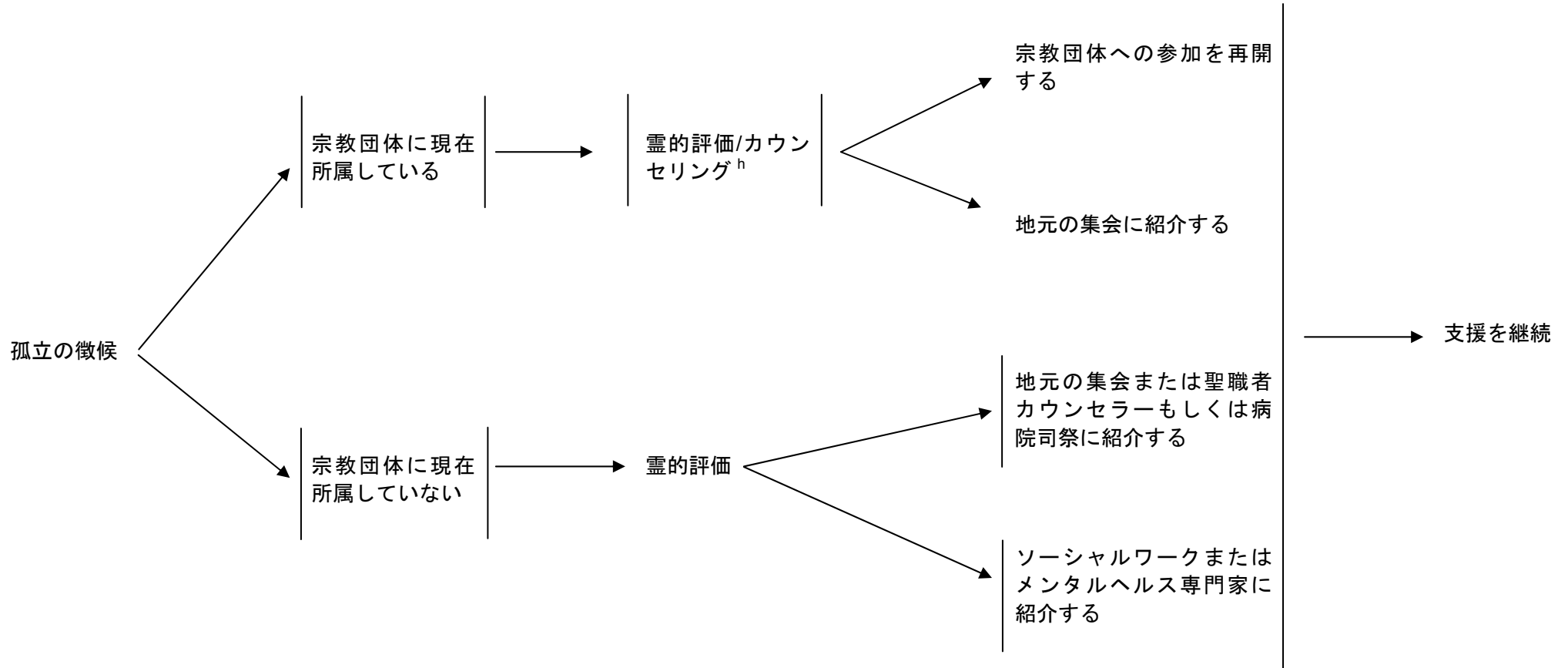
[聖職者サービスに戻る \(DIS-19\)](#)

[NCCN苦痛緩和医療ガイドラインを参照](#)

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリ-2A である。

臨床試験：NCCN は、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

聖職者サービス：宗教団体からの孤立



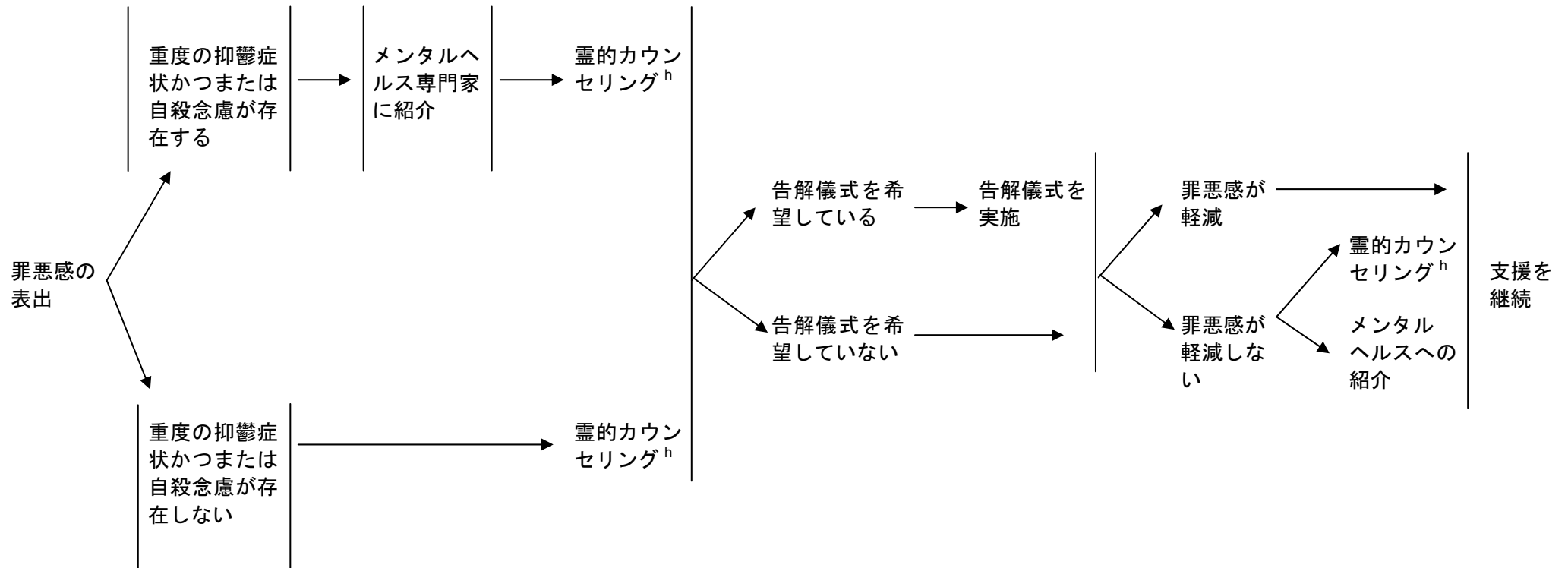
^h 同じ宗派の聖職者への紹介。

[聖職者サービスに戻る \(DIS-19\)](#)

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリ2Aである。

臨床試験：NCCNは、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

聖職者サービス：罪悪感



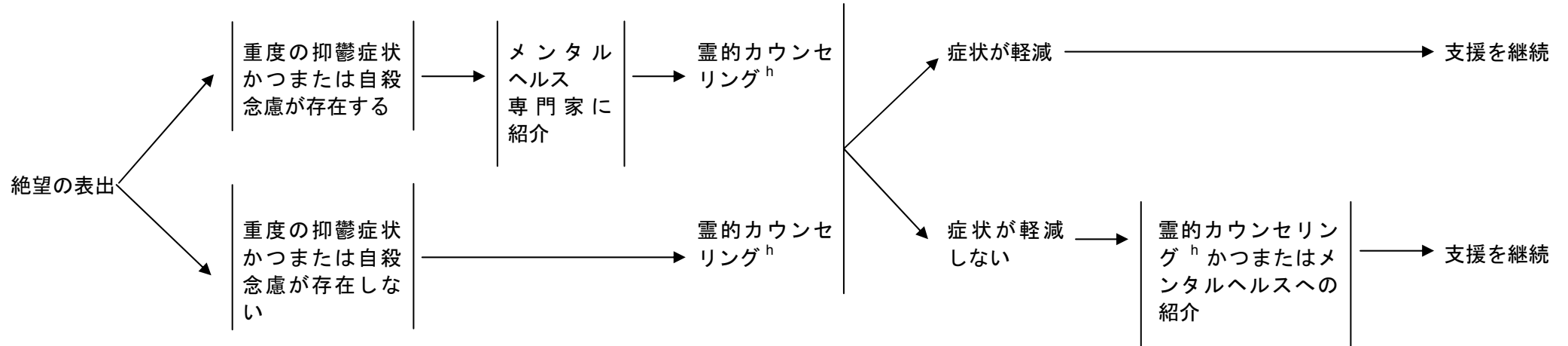
^h 同じ宗派の聖職者への紹介。

[聖職者サービスに戻る \(DIS-19\)](#)

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリー2A である。

臨床試験：NCCN は、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

聖職者サービス：絶望



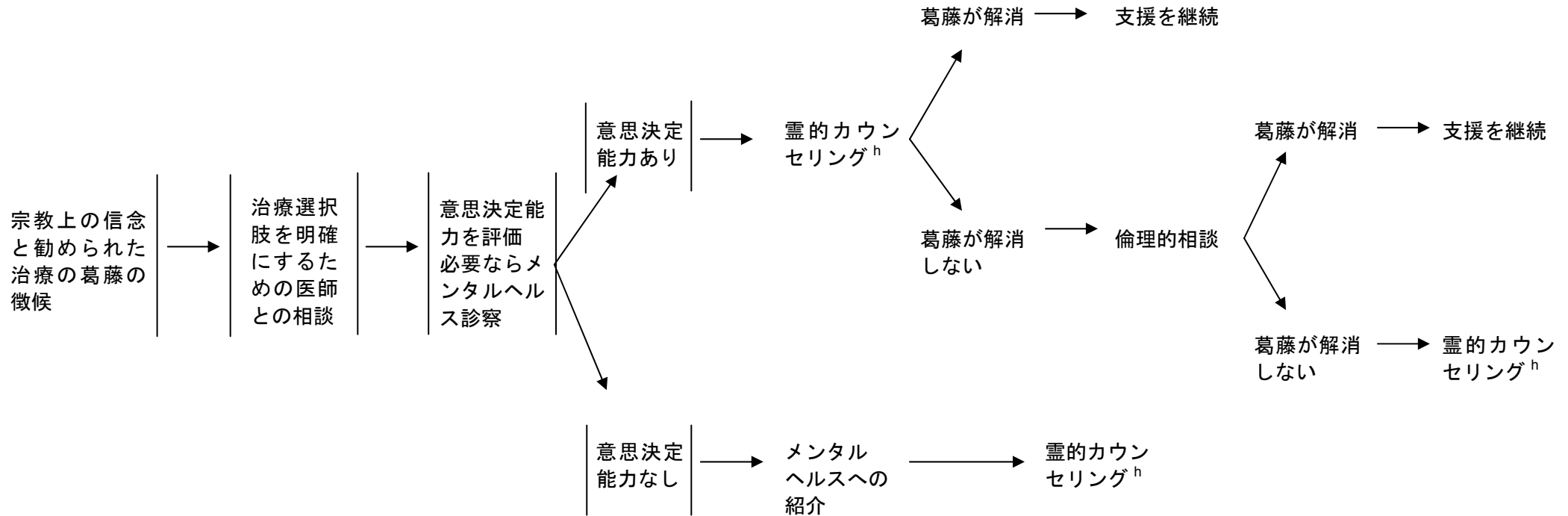
^h 同じ宗派の聖職者への紹介。

[聖職者サービスに戻る \(DIS-19\)](#)

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリ2Aである。

臨床試験：NCCNは、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

聖職者サービス：宗教上の信念と勧められた治療の葛藤



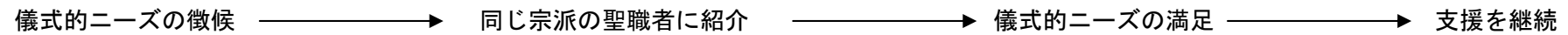
[聖職者サービスに戻る \(DIS-19\)](#)

^h 同じ宗派の聖職者への紹介。

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリー2A である。

臨床試験：NCCN は、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

聖職者サービス：儀式的ニーズ



注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリー2Aである。

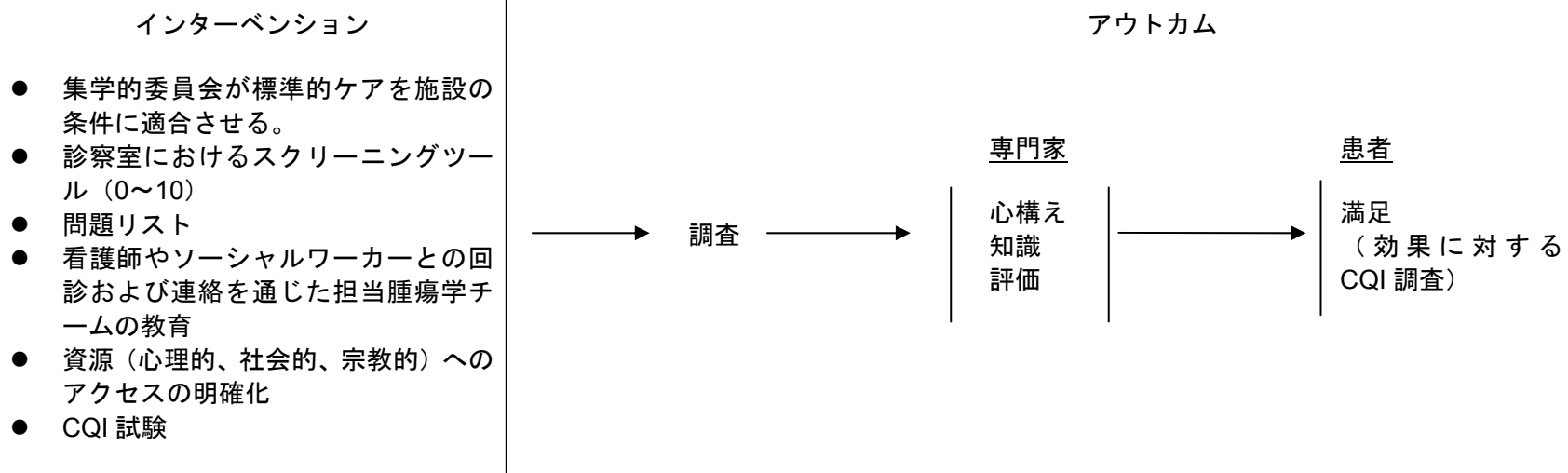
臨床試験：NCCNは、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

標準的管理およびガイドラインの実践に関する推奨事項

- 標準的管理およびガイドラインを実践するための施設内集学的委員会の設立を奨励する。
- 簡便スクリーニングツールとパイロット治療ガイドラインを探究するための多施設共同試験を実施する。
- 精神的苦痛の管理の質における施設内 CQI（継続的資質向上）プロジェクトを奨励する。
- スタッフ、患者および家族のための精神的苦痛の管理への教育アプローチを策定する。

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリ 2A である。

臨床試験：NCCN は、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

標準的ケアの施設内評価ⁱ

ⁱ 疼痛管理ガイドラインの実践/評価に基づく。

注意：特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリ-2A である。

臨床試験：NCCN は、すべての癌患者に対する最良の管理法は臨床試験にあると考えている。臨床試験への参加が特に勧められる。

原稿

NCCN コンセンサスカテゴリー

カテゴリー1: 高レベルのエビデンスに基づき、推奨が適切であるという点で NCCN 内のコンセンサスが統一している。

カテゴリー2A: 臨床経験を含むやや低いレベルのエビデンスに基づき、推奨が適切であるという点で NCCN 内のコンセンサスが統一している。

カテゴリー2B: 臨床経験を含むやや低いレベルのエビデンスに基づき、推奨が適切であるという点で NCCN 内のコンセンサスが統一していない（ただし大きな意見の不一致はない）。

カテゴリー3: 推奨が適切であるという点で NCCN 内に大きな意見の不一致がある。

特に指定のない限り推奨事項はすべてカテゴリー2A である。

概要

米国では、2007 年中に 1,444,920 例の癌症例が新たに診断され、559,650 例が癌で死亡すると推定されている¹。すべての患者が様々な病期において癌の診断と治療に関連した苦痛をある程度経験する。癌ケアは短時間で慌ただしいものとなりがちで通院治療に移行してきているため、医師が患者の苦痛に気づくことはだんだんと難しいものになりつつある。そのため、癌患者の心理社会的苦痛を管理するための臨床実践ガイドラインの策定は非常に重要である²。

調査によると、患者の 20~40% が有意なレベルの苦痛を示している^{3,4}。しかし、現実には苦痛が認識され、心理社会的援助を紹介される患者は 10% に満たない⁵。癌患者は、この疾患につきまとうた良くないイメージから、何世紀にもわたってその診断を告知されることがなかった。その結果として、医師が病気について患

者と自由に話し合うことは不可能であった。しかし、この状況は 30 年ほど前から一変してきており、今では診断と治療選択肢が患者に十分に知らされるようになってきている。このように認識が高まっているにもかかわらず、患者は苦痛を申告するのを躊躇する。「心理学的」、「精神医学的」および「情動的」という言葉は、「癌」という言葉と同様に良くないイメージを抱かせる場合がある。そのため、患者は多くの場合、自分の苦痛を医師に告げない。医師はというと、外来診察を短時間で慌ただしく終えてしまうことが多く、患者の心理的な問題について尋ねようとしめない。これらの障害によって苦痛はしかるべき注意を向けられないままになっているが、これは癌患者の全体的ケアにとって極めて重要な構成要素である。今や精神腫瘍学は、特に QOL の向上、症状の管理および制御に関連した癌ケアの重要かつ不可欠な部分となっている^{6,7}。患者と家族には、この方面のケアが等しく重要であることを知らせておく必要がある⁸。

心理社会的障害は癌患者に重度の苦痛をもたらす。苦痛を認識して治療することができないでいると、いくつかの問題が生じる。苦痛を感じている患者は、来院回数を増やしたり、救急科に駆けつけたりすることがある。また、治療に関する意思決定に支障を来したり治療に専念できなくなったり、さらには医師や医療に不満を抱くようになったりもする。苦痛が極度に高まった患者（不安、抑鬱、怒りがみられる患者）の管理には余分な時間がかかり、多忙な腫瘍専門医にとってストレスとなる。癌患者の心理的苦痛を早期に発見して効果的に管理するためには、おそらく体系的なスクリーニングが不可欠である^{9,10}。癌患者の苦痛を軽減して QOL を全体的に向上させるには、心理社会的インターベンションが有効であることが示されている。

「患者の権利宣言」は、全体的健康管理における心理社会的問題に対応していない。取締機関（Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [病院認定合同委員会] や Health Plan Employer Data and Information Set [保健計画雇用者データ情報セット (HEDIS)] など）は現在、患者の意思決定やケアの倫理的側面に関する基準を確立しつつあるところである。しかし、心理社会的ケアは依然としてほとんど基準が存在しない分野となっている。

NCCN 苦痛管理ガイドライン委員会は、外来癌ケアの提供に関わるあらゆる分野、すなわち腫瘍学、看護学、ソーシャルワーク、精神医学、心理学、および聖職者からの代表者で構成されている。患者会の代表も委員に加わっている。聖職者はこれまで医療チームに含まれていなかったが、癌の診断は実存的危機を引き起こすため、聖職者も招かれるようになった。癌などの生命に関わる病気に対処するにあたり、多くの患者は聖職者の支援を求めるようになる。ある調査では、85%

を超える患者が癌との闘いにおいては霊的および宗教的信念が支えになると述べている¹¹。

苦痛の定義

患者ケアの心理社会的側面の特徴付けに「苦痛」という言葉を選択したのは、他の用語よりも良くない印象が少なく、受け入れられやすいためである。また、苦痛は、自分や家族が癌の診断を受けたときに生じる正常な反応であると考えられる。苦痛には、癌とその治療に立ち向かうストレスに対する「正常な」反応（健康の喪失に関する悲しみ、将来に関する恐怖）から、精神障害（重篤なうつ病や全般性不安障害）の基準を満たすほど強い症状を示すもの、重度の社会的または家族的問題、あるいは顕著な霊的危機まで、連続的な広がりがある。「苦痛」は、患者の感情に関する質問をするときに医療関係者にとって使いやすい言葉でもある。この良くないイメージを与えない言葉を使うことで、この種の質問に患者が恥ずかしい思いをしたり腹を立てたりするのではないかという臨床医の心配を軽減することができる。たとえば「今日の痛みは 0 から 10 のスケールのどのあたりですか」といった客観的な質問で患者の痛みを簡単かつ気持ちよく知ることができるように、患者に「今日の苦痛は 0 から 10 のスケールのどのあたりですか」という質問をすることは腫瘍専門医や看護師にとって苦痛に関する会話の糸口となる¹²。委員会はまた、患者が苦痛の理由（原因）を示すことができる 1 枚ものの「問題リスト」を使って、患者に待合室で（苦痛に関する）質問に答えてもらうことも勧める（DIS-A）。

癌患者に関する場合、苦痛は、癌そのもの、その身体症状およびその治療を克服していく能力を妨害する感情的、心理的、社会的、または霊的性質をもつ多因子性の不快な経験と定義される。苦痛には、弱さ・悲しみ・恐怖といった正常な感覚から、臨床的抑鬱・不安・パニック・孤立・実存的または霊的危機など生活に支障を来し得る状態に至るまで、連続的な広がりがある。

標準的苦痛管理ケア

NCCN 委員会は、疼痛治療のための資質改善ガイドラインをモデルとして標準的苦痛管理ケアを策定した¹³（DIS-3）。委員会が提案する標準的苦痛管理ケアは幅広い性質を持ち、それぞれの施設や患者ごとに、個別のニーズに合わせて調整する必要がある。そこに示された基準の最も重要な目標は、苦痛が認識されず対処されないままに終わる患者を確実にゼロにすることである。そのため、第一の原則は疼痛の場合と同様、すべての病期において苦痛の認識、モニター、文書化および迅速な治療を期すこと、となる¹⁴。

NCCN の標準的苦痛管理ケアは、すべての癌患者について苦痛レベルを確認するためのスクリーニングを、初診時、適当な間隔で定期的に、さらに臨床的必要性、特に疾患状態の変化（寛解、再発、進行）に応じて実施することを勧めている。スクリーニングでは苦痛の全体的な性質だけでなく、その原因も特定する。

患者には、自分とその家族の苦痛を腫瘍学チームに報告することの重要性を理解してもらわなければならない。委員会は、主に治療を担う腫瘍学チーム（腫瘍専門医、看護師、ソーシャルワーカーから成る担当腫瘍学チーム）が外来患者の苦痛の評価とトリアージにおいて中心的役割を担うことを認めている。患者の苦痛のレベルと原因を担当腫瘍学チームが理解していれば、その評価と治療のために適切な心理社会的資源を患者に送り届けることができる。チームの看護師は、患者の来院ごとに常に立ち会って全体的に患者と関わり、追加的な質問をして患者をカウンセリングサービスに紹介する機会があるという点で、鍵となる人物である。腫瘍学チームが患者を心理社会学スタッフに紹介する際は、苦痛を NCCN 苦痛管理ガイドラインに従って管理する必要がある。

NCCN 委員会は、この癌患者における苦痛管理のための最初の支持的ケアガイドラインを、ソーシャルワーカー、聖職者カウンセラーおよびメンタルヘルス専門家（心理学者、精神科医、精神医学ソーシャルワーカー、精神科看護師）のために策定した。委員会は、すべての癌センターが、標準的ケアを実施し、苦痛管理努力を監督する責任を担う集学的委員会を設立することを勧める（DIS-4）。そして、この集学的委員会を通じて、腫瘍学チーム、メンタルヘルス専門家および聖職者カウンセラーが苦痛管理の適切な知識と技能を確実に身につけられるような教育および訓練プログラムを策定する必要がある。また、癌にまつわる心理社会的側面への対応について経験豊富なメンタルヘルス専門家および聖職者が、癌センターのスタッフの一員としてまたは紹介により、すぐに活動できるようにしておく。施設内の集学的委員会は、苦痛管理が医療全体にとって不可欠な部分であることを患者が確実に理解できるよう、患者と家族のための教育プログラムを策定する必要がある。

医療契約には、苦痛の評価と治療のための患者サービスに対する医療費償還制を組み込んでおく。現在のところ、通常の医療保険契約には心理学的または社会的サービスは含まれていない。これらのサービスを対象としているのは行動健康プランであるが、医学的疾患を持つ患者における医学心理学統合ケアの必要性は見過されていることが多い。

臨床健康アウトカム測定には、心理社会的領域の評価（費用効果、QOL、患者と

家族の満足度など)を組み入れる必要がある。治療アウトカムを評価する研究者は、患者の自己申告による満足度と QOL レベルを考慮しなければならない。

最後に、苦痛管理の質を施設内の継続的資質向上 (CQI) プロジェクトに組み入れておく必要がある。品質向上は、患者のニーズの評価と、苦痛の認識および治療の増進に必要なシステム変更の特定を通してのみ可能となる。NCCN 委員会は、各施設がこの標準的ケアを採用し、施設内集学的委員会がその実施の責任を担って初めて、患者の苦痛に対する治療の向上という目標が達成されると考えている。

苦痛測定のためのスクリーニングツール

癌患者の苦痛をスクリーニングするために、いくつかの超簡便法が考案されている。最もよく知られているツールは苦痛温度計であり、これは疼痛測定の場合と同様の 0 (苦痛なし) から 10 (極度の苦痛) の尺度である¹⁵⁻¹⁹。この方法はいくつかの試験によって検証済みである。このスクリーニングを用いて外来診療で実施された必要性評価調査では、20~40%の患者に有意なレベルの苦痛が認められている。苦痛のスクリーニングに用いられるその他の方法には、Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G; 癌療法の機能的評価-一般用) と Brief Symptom Inventory (BSI; 簡易症状インベントリ) の 2 つがある。

苦痛温度計は大ざっぱな 1 項目質問スクリーニングであり、癌と無関係のものも含むあらゆる原因による苦痛を認識する。患者は、「過去 1 週間の苦痛は 0 から 10 の尺度のどのあたりでしたか」という質問に、尺度に印を付けて答える。検証済みの Hospital and Anxiety Scale (病院不安尺度) との比較に基づくと、4 以上のスコアが評価を要する有意なレベルの苦痛を示していることになる。この場合には、看護師、ソーシャルワーカー、または腫瘍専門医が、患者に有意な苦痛があるかどうかを判定する。看護師は、第二段階のスクリーニングとしていくつか追加の質問を行う。苦痛温度計と同じページにある問題リストでは、患者に身体的、実用的 (移動や金銭など)、心理的、社会的、または霊的問題を特定してもらう (DIS-A)。記入されたリストは看護師が再検討するが、それは、すべての来院診察に立ち会うのは看護師であり、苦痛温度計/問題リストを見て明確化のための質問を行うのにふさわしい人物と言えるためである。ソーシャルワーカーは、多忙な診察室で直に対応できる状態にないことが多い。患者の苦痛レベルが軽い場合、担当腫瘍学チームは自ら問題を扱うか支援団体を勧めるか選択できる。

FACT-G の QOL 尺度は Cella らが考案したものである²⁰。携帯コンピュータに記録されている患者の反応をパーソナルコンピュータにダウンロードして、医師が患者を評価するときにそれを患者カルテに記入する。これにより、医師は患者が

身体的、心理的、および社会的にどのように機能しているかを判定できる。

BSI はジョンズ・ホプキンス大学シドニー・キンメル総合癌センターで用いられている方法で、すべての新患を対象に、診察を待っている間にボランティアが質問を行う²¹。回答を直ちにスキャンし、スコア化する。スコアが非常に高い患者にはソーシャルワーカーが直ちに面談を行う。スコアが中レベルの患者には、呼び出して面談の予約を入れてもらう。スコアが低い患者には支援サービスの存在を知らせる手紙を送る。

癌患者の苦痛を確実に認識するため、委員会は、苦痛レベルを評価するための「苦痛温度計」と、それに付随する苦痛原因を特定するための「問題リスト」から成る簡便診断ツール (DIS-A) を用いて待合室ですべての患者を評価することを勧める。カナダでは感情的苦痛を 6 番目のバイタルサインとし、脈拍、呼吸数、血圧、体温および痛みとともにルーチンにチェックしている²²。

初期評価、トリアージ、治療

初期評価には、危険因子、実用・家族・身体の問題、および霊的または宗教的心配の評価を含める。苦痛についてのリスクが高い患者には、精神障害や抑鬱の既往、薬物等の濫用、認知障害、重度の併発疾患、社会的問題およびコミュニケーション障害がある患者が含まれる (DIS-B)。心理社会的苦痛の危険因子には、若年、女性、独り暮らし、幼い子どもがいること、ストレスが蓄積している患者や過去に精神科の治療を受けたことのある患者、アルコールや薬物等の濫用歴がある。特定された問題に基づき、患者を適切な支援サービス (メンタルヘルス、ソーシャルワークまたは聖職者サービス) に紹介する。

中等度から重度の苦痛またはスクリーニングツールでスコア 4 以上の患者については、担当腫瘍学チームが評価を行う。委員会は、多くの病院において利用できる資源はソーシャルワーカーのみであり、そのソーシャルワーカーが心理的、社会的、霊的問題のすべてに対処していることも認めている。しかし、そのような状況においても、患者の治療のこれらの分野のそれぞれについて臨床実践ガイドラインを使用することが重要である。また、患者の紹介を受けた専門家が、その患者の問題の解決には別の分野の方が適しているとも考えることもある。この場合、その専門家はサービスが不連続で断片的なものにならず、患者が 1 つの提供システム内でケアを受けることができるよう紹介先を調整する必要がある。患者の苦痛管理のために紹介を受けた支持的ケア専門家は、メンタルヘルス、ソーシャルワーク、または聖職者ケアなど、その分野について癌における苦痛を管理するために策定された臨床実践ガイドラインを用いて患者を評価しなければならない。

軽度のストレス（スコア4未満）は担当腫瘍学チームがルーチンに管理を行うものであり、委員会はこれを癌の診断と治療に対する正常な反応の一環として「予想される苦痛」症状と呼んでいる。身体症状が軽減していない患者は、疾患特異的または支持的ケアガイドラインに従って治療する。

医療スタッフは、正常なストレスレベルと、それを超えて支援サービスへの紹介が必要と思われるレベルとを識別するよう努めなければならない。チームで管理できる「正常な」症状とは、将来に関する恐怖・心配・不確実性、病気および治療の効果と副作用に関する心配、健康の喪失に関する悲しみ、怒りや生活をコントロールできていないという感覚、睡眠・食欲・集中力の不良、および病気と死の考えへの没頭をいう。これらの症状は、不確実性が非常に大きいとき、すなわち疑われる症状についての精密検査時、診断時、治療待機時、つらい治療サイクルを受けているとき、逆説的な不安や苦痛が生じる治療終了時、腫瘍専門医のもとに追跡来院する前、些細ではあるが再発を意味するような症状が現れたとき、実際に再発したとき、病気が進行したとき、治療が不成功に終わったとき、緩和またはホスピスケアに移るとき、および人生の終焉に気づいたときに特に問題となることが多い。

これらの悲痛な問題を第一に扱うのは担当腫瘍学チームである。腫瘍専門医、看護師、およびソーシャルワーカーにはそれぞれ極めて重要な役割があり、チームでこれらの問題に取り組むことになる。何よりも重要なのは医師と患者のコミュニケーションであり、患者が診断を知るだけでなく治療選択肢とその副作用を理解することもできるよう、相互に尊重し合った人間関係の中で行われなければならない。質問をすることや患者にゆったりとした気分になってもらうことに十分な時間を割く必要がある²³。診断時のコミュニケーションが良好であれば、将来に向けて前向きな信頼関係を築くことができる。言われたことを患者が確実に精神的に把握できていることが重要であり、これは話し合いの内容を図に描いたり録音したテープを渡したりすることで補強できる。

腫瘍学チームは、これが患者にとって非常に困難な経験であり、苦痛が生じるのは正常で、当然に予想されるものであることを正しく認識していなければならない。患者がスタッフに対して苦痛を表出できれば、いくらかの苦痛の緩和になると同時に信頼関係の構築にもなる。チームは患者のための社会的支援を確保し、支援団体、テレビ会議、電話相談といった地域社会の人的・物的資源に関する情報を患者に提供する必要がある。患者は、心理的ストレスの管理を扱った様々な情報源や教育資料のことを知っているべきである。役立つ情報源の一部を以下に

挙げる。

- ASCO (American Society of Clinical Oncology [臨床腫瘍学会]) の患者向けウェブサイト「People Living with Cancer (癌と共に生きる人々)」(www.plwc.org.)
- NCCNがAmerican Cancer Society (米国癌協会) と共同で作成した米国癌協会のNCCN患者ガイドライン (www.nccn.org)

上記に加えて、医療関係者が患者に臨床ケアを提供するのには以下のガイドラインが役立つ。

- ACCC (Association of Community Cancer Center [地域癌センター協会]) 癌プログラムガイドライン (www.accc-cancer.org)
- National Breast Cancer Centre (国立乳癌センター) と National Cancer Control Initiative (国立癌コントロールイニシアチブ) が策定した成人癌患者の心理社会的ケアのための臨床実践ガイドライン (<http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/cp90syn.htm>)

苦痛が睡眠や食欲を害しているときは、就寝時の催眠薬や日中の抗不安薬の投薬を考慮すればよい。痛みが管理されていなければ苦痛も管理できないため、痛みがあるときにはそれに対処しなければならない。患者に腫瘍学チームが治療の中核となっていること、およびそれは維持されていくことを実感してもらい、ケアの連続感を強化する必要がある。チームは患者に、治療中および疾患過程に普通よりも大きな苦痛を何度か覚える場合があること、ときどき大きな苦痛を経験しても驚かなくても良いことを助言しておかなければならない。大きな苦痛を感じたときにはチームに報告してもらうようにしておけば、チームがその苦痛を評価した上で支援サービスに紹介することにより適切な援助を獲得できるようになる。患者の苦痛が中等度または重度（温度計スコア4以上）の場合、ガイドラインは腫瘍学チームに対し、それをきっかけにして直ちにメンタルヘルス専門家、ソーシャルワーカー、または霊的カウンセラーなどへ、問題リストで特定された問題に応じて適切な紹介を行うよう勧めている。臨床評価においては、担当腫瘍学チームは、過度の心配や恐怖、過度の悲しみ、はっきりしない思考、落胆や絶望、深刻な家族の問題、および霊的危機といった一般的な症状にはさらに詳しい評価が必要であることを認識しておかなければならない。

メンタルヘルスサービス

メンタルヘルス専門家は、苦痛の性質、行動、心理的症状、精神医学的既往、薬物療法の使用、疼痛その他の身体症状の管理、身体イメージと性的能力、および

意思決定能力と身体の安全など、心理学的または精神医学的評価を実施することが期待される。この評価は、精神科医、心理学者、看護師、臨床看護専門家およびソーシャルワーカーが実施することになる。これらの専門家は必ずメンタルヘルスの評価と治療の技能を身につけていなければならない。癌患者によく見られる心理学的および精神医学的障害の特定には、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition text revision (DSM-IV-TR [精神障害診断統計マニュアル、第 4 版改訂版]) を使用した。そして委員会は、最も多く遭遇する 7 つの障害、すなわち認知症、譫妄 (脳症)、気分障害、適応障害、不安障害、薬物等濫用関連障害、および人格障害について評価・治療ガイドラインを策定した (DIS-6)。

認知症と譫妄は癌治療の経過中に起こり得る認知変化であり、患者の意思決定能力を重度に損なうおそれがある^{24,25}。認知症は一定期間をかけて、通常は治療後に発生する。軽度の認知症は時として chemo-brain (ケモブレイン、化学療法後の脳機能障害) と呼ばれることがある。認知症は認知行動療法によって治療可能で、これに薬物療法を併用したりしなかったりする (DIS-8)。反応がなければ、患者をソーシャルワークサービスに紹介することができる。譫妄は突発することがあり、通常は可逆性である。譫妄は神経弛緩薬で治療できるが、同時に家族の支援と教育が必要である (DIS-9)。

気分および適応障害の患者は自殺傾向を示す場合がある。自殺リスクのない気分障害の患者は通常、抗鬱薬と心理療法によって管理し、これに抗不安薬を併用したりしなかったりする。ソーシャルワークサービスや聖職者カウンセリングへの紹介を考慮しても良い (DIS-10)。軽度の適応障害の患者には薬物療法は処方しない。中等度から重度の適応障害は薬物療法と心理療法で治療する。自殺リスクのある患者では、監視の強化や鋭利な物体の排除といった安全措置と精神科医による診察を考慮する。必要なら、このような患者は入院させて、適切な精神医学的治療を提供すべきである (DIS-12)。

不安障害はほとんどの患者に共通してみられる²⁶。まず患者を評価して、不安が全身性の病態 (たとえばホルモン分泌腫瘍、ある種の薬物療法 [気管支拡張薬] の作用、アルコールまたは麻薬からの離脱、疼痛、または他の何らかの苦痛を伴った身体症状) に関係しているかどうかを判定する。評価には治療に関する患者の意思決定能力の査定も含めなければならず、損なわれている場合には患者の身体的安全を確保する。医学的原因が除外されれば、心理的原因に関連した不安障害の性質、すなわち全般性不安障害 (通常は既存で、病気によって悪化する)、パニック障害 (これも、以前からパニック症状のあった患者で病気がきっかけにな

って再発すると考えられる)、外傷後ストレス障害 (つらい癌治療後、または過去の恐ろしい事象の衝撃的記憶を呼び起こすような癌治療中に起こり得る)、恐怖性障害 (針、病院、血液恐怖症)、条件反応的悪心/嘔吐かつ/または強迫性障害 (意思決定の困難、病気に関する反芻的思考、薬物療法への恐怖を引き起こす既存の障害) のいずれであるかを特定する。化学療法誘発性悪心・嘔吐は NCCN 制吐ガイドラインに記載のとおり管理すればよい。

不安に勧められる治療 (医学的原因を排除した後) は、抗不安薬や抗鬱薬 (カテゴリー 1) を併用または併用しない心理療法である。不安が初期治療に反応したときは、担当腫瘍学チームが追跡を行う。反応が認められなければ、患者を再評価して別の薬物療法 (神経弛緩薬) による治療を行い、心理療法、支援、および教育を継続する。それでもまだ反応がなければ、抑鬱その他の精神医学的併存疾患について患者を評価する (DIS-14)。

オピオイド、アルコールまたはタバコの積極的濫用または耽溺の既往がない癌患者で薬物等の濫用が見られることはまれである。治療の経過中に発生する薬物等の濫用または依存症は、おそらく症状管理が不十分なことによるものであり、症状の制御と管理を向上させることによって治療できる。薬物等の濫用の既往がある患者では癌治療に対するその影響を評価し、リスク低減または薬物等の管理プログラムに患者を紹介すべきである (DIS-15 および DIS-16)。

ソーシャルワークサービス

ソーシャルワークサービスは、患者に心理社会的または実用面の問題が存在する場合に勧められる (DIS-18)。ソーシャルワーカーが患者を評価し、問題が心理社会的または実用面の問題の分野に含まれるかどうかを判定する。

実用面の問題とは、病気に関連した問題、具体的ニーズ (たとえば住居、食物、金銭的援助、日常生活や移動の手助け)、雇用・学校・職業の心配、文化または言語の問題、および助けてくれる家族や介護者の有無をいう。このガイドラインでは、問題の重篤度によって異なるインターベンションについて概説する。

心理社会的問題とは、病気への適応、家族との軋轢や社会的孤立、意思決定の困難、QOL 問題、事前の指示、家庭内の虐待や無視、コーピングまたはコミュニケーションスキル、機能的変化 (身体イメージや性的能力など)、および人生の終焉や死別に関する問題 (文化的および介護者の問題を含む) をいう。

ソーシャルワーカーは軽度の心理社会的問題には、患者と家族の教育、支援団体、

かつまたは悲嘆カウンセリングの利用によって、また利用可能な地元の資源を紹介することによって介入する。中等度から重度の心理社会的問題では、カウンセリングや心理療法の利用（セックスおよび悲嘆カウンセリングを含む）、地域社会の人的資源の動員、問題解決の指導、見解の主張・教育および保護サービスの利用が可能である。心理社会的または精神医学的治療への紹介を考慮しても良い。

聖職者サービス

多くの患者が病気との闘いに宗教的および霊的資源を活用しており、祈りが大きな助けになると述べている。Memorial Sloan-Kettering Cancer Center（メモリアル・スローン・ケタリング癌センター）で行われた試験では、無作為に選別した患者 300 例のうち 65%が自分のことを非常にまたは相当に信心深いと述べた。宗教や霊的なことが病気との闘いにおいて強さと心地よさを与えてくれると述べた患者は 50%を超えていた。別の 30%は宗教や霊的なことがいくらかの心地よさの源になっていると述べた。これらの事実は、かなりの数の人々が宗教や霊的なことを 1 つの病気克服法として利用していることを示唆している。

癌の診断は一種の実存的危機であるため、委員会は心理社会的サービスの一部として聖職者カウンセリングを含めた²⁷。問題の性質が霊的または宗教的なものである場合は、その患者のすべてを聖職者カウンセリングに紹介するべきである。委員会は人が聖職者カウンセリングを求めることが多い 11 種の疾患関連問題を特定し（DIS-19）、その問題のそれぞれについて治療ガイドラインを用意している。この 11 種の問題には、悲嘆、死と来世に関する心配、矛盾したまたは難問を背負った信念体系、信仰心の喪失、人生の意味や目的に対する懸念、神との関係に関する心配、宗教団体からの孤立、罪悪感、絶望、宗教上の信念と勧められた治療の葛藤、および儀式的ニーズが含まれる。

聖職者カウンセラーは問題を評価した上で、霊的または哲学的読み物、霊的助言や指導、祈り、告解儀式などを提示する。問題が霊的カウンセリング以外のニーズを示唆しているときは、患者をソーシャルワークまたはメンタルヘルスサービスに紹介することもある。反応を示した患者には支援を継続する。問題が軽減しない患者は、患者の希望により霊的カウンセリングを継続しながら、メンタルヘルス評価に紹介する。大きな家族内の葛藤を抱えている患者には、聖職者インターベンションに加えてソーシャルワークへの紹介が勧められる。罪悪感や絶望を抱えている患者は重度の抑鬱症状や自殺念慮を示すこともあるため、メンタルヘルス専門家による評価が必要である。

ニーズのプランニング：苦痛管理の質の評価

委員会は、苦痛管理を実施して監視するための集学的委員会を NCCN 施設内に設立することを奨励する（DIS-26）。また、簡便スクリーニングツールを探究するための多施設共同試験と、ツールを比較するパイロット試験が必要である。スクリーニングツールの臨床使用例が報告されている²⁸⁻³²。

委員会は、苦痛管理の質を査定するための集学的 CQI（継続的資質向上）試験、癌患者の苦痛に対する認識を高めるための患者とスタッフへの教育アプローチ、および苦痛管理プログラムの効果ならびに標準的ケアおよびこの NCCN ガイドラインの有効性を評価するためのスタッフ・患者・家族の調査を奨励する。NCCN 治療ガイドラインは毎年見直され、エビデンスに基づくインターベンションが追加される。このプロセスから、標準的ケアとガイドラインの実施、評価、および改善のためのフィードバックの重要な役割が強調される。

苦痛管理の利点

委員会は、苦痛を抱えている患者の早期の診断と他科への紹介にはいくつかの利点があると考えている。すなわち、患者が良質のケアを受けることができ満足感が増す、医師と患者のコミュニケーションが向上する、信頼と尊敬が増大する、患者が推奨治療法によく従うようになる、などである。Mayo Clinic（メイヨークリニック）癌センターが実施したランダム化試験では、進行癌への放射線療法を受ける患者の全体的 QOL に対する集学的インターベンションの有効性が評価された³³。その結果、8 回に構成された集学的インターベンションを受けた患者では、治療中の QOL が維持されたり向上したりした。それに対し、対照群の標準ケアを受けた患者では QOL が有意に低下した。また、苦痛のある患者の早期診断および治療は、電話や追跡来院の回数が減ることによりスタッフの時間の節約につながる（患者の不安が診断されていないと電話や追跡来院が多くなる）。

まとめ

NCCN 苦痛管理ガイドラインでは、評価および治療モデルにより、簡便スクリーニングツール（苦痛温度計と問題リスト）を用いてすべての新患の苦痛徴候を診察室または待合室で迅速に評価することを勧めている（DIS-A）³⁴。苦痛温度計でスコアが 4 以上であれば、さらに詳しい評価と心理社会的サービスへの紹介が必要になる。どのサービスを選択するかは、問題リストで特定された問題分野によって決まる。実用面の問題や心理社会的問題を抱えた患者はソーシャルワーカーに、感情的または心理的問題（過度の悲しみ、心配、緊張）がある患者はメンタルヘルス専門家に、そして霊的心配を抱えた患者は聖職者カウンセラーに紹介す

る。

このモデルは、担当腫瘍学チームのメンバー（腫瘍専門医、看護師、ソーシャルワーカー）が中心となって運営する。スクリーニングの第一段階として、チームのメンバーが苦痛温度計のスコアと問題リストでチェックされた項目を読み取る。スクリーニングの第二段階では、看護師がもう少し詳しい質問を行う。チームメンバーの 1 人以上が施設および地域社会内で利用できるメンタルヘルス、心理社会的および聖職者カウンセリングの資源に精通していることが重要である。これら資源の氏名と電話番号の一覧を腫瘍専門クリニックに備え、頻りに更新しておくことが必要である。

委員会はガイドラインの実施について以下のことを推奨する。

- このガイドラインの利用を実施および監視するための集学的委員会を各施設内に設立することを奨励する。
- 簡便スクリーニングツールと治療ガイドラインを探究するための多施設共同試験を実施する。
- 苦痛管理プログラムを評価するための施設内 CQI 試験を奨励する。
- 医療スタッフ、患者および家族のための苦痛管理に関する教育アプローチを策定する。

標準的ケアには、各施設で提供する臨床ケアに適合するよう変更や修正が必要である。医療スタッフは、苦痛の治療に利用できる資源について認識していなければならない。癌に関連した苦痛に対処する訓練を受けたメンタルヘルス専門家や聖職者にアクセスできるようにしておくことが重要である。癌における苦痛を治療すれば、患者とその家族および治療スタッフの全員の利益となり、病院運営の効率も向上することになる。苦痛の管理は癌ケアにとって不可欠な部分であることをよく認識してもらうための患者と家族の教育も等しく重要である。

これらのサービスの費用は行動健康保険や医療保険では償還されないため、医療契約はこれらのサービスを無視していることが多い。医療サービスを断片化しないためには、心理社会的苦痛の治療サービスに対する費用償還制度を医療契約に含めなければならない。癌患者にとっては、メンタルヘルスサービスと医療サービスの統合（分離していないこと）が極めて重要である。QOL 評価と費用効果分析を含むアウトカム試験も必要である。苦痛の管理は全体的医療の一部に含まれるものであることを、患者と家族に知らせておかなければならない。多くの癌患者にとって、霊的なことや宗教も診断や病気と闘う上で重要な役割を果たすものとなる。このような患者の心理社会的サービスでは、聖職者サービスが不可欠な

部分を構成する。

最後に、集学的委員会が CQI 試験による標準的苦痛管理の評価の責任を負わなければならない（DIS-27）。現在のところ、患者が受けている心理学的ケアの質はルーチンに監視されていない。認定団体による心理社会的ケアの質の直接的な検証や、その提供に関する最低限の実施基準の確立も行われていない。委員会は、いずれは心理社会的ケアも施設の報告カードに組み入れられるようになると信じており、そうならなければならないと考えている。

NCCN 緩和ケアガイドライン委員会に関する情報開示

NCCN ガイドラインを作成するための委員会会議では、毎回開始時に各委員が、研究支援、顧問委員会委員、あるいは議長事務局への参加といった形で受けた財政的支援について開示を行った。委員会委員は、Abbott-Ross、Celgene、Eli Lilly、GlaxoSmithKline、Pfizer、PharmaAdura および Purdue Pharma 各社から支援を受けたことを明らかにした。業界からまったく支援を受けていない委員もいる。委員会は、いずれの委員についても、委員会審議への参加を許可できない理由となるほどの利害関係の衝突は存在しないと判断した。

参考文献

1. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer Statistics 2007. CA Cancer J Clin. 2007;57(1):43-66.
2. Holland J.C., Anderson, B, et al. NCCN Guidelines for Distress Management. JNCCN 2007;5:66-98.
3. Carroll BT, Kathol R, Noyes R, et al. Screening for depression and anxiety in cancer patients using the hospital anxiety and depression scale. Gen Hosp Psychiatry 1993;15:69-74.
4. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, et al. The prevalence of psychological distress by cancer site. Psychooncology 2001;10:19-28.
5. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. Cancer. 2005;104(12):2872-2881.
6. Holland JC. Psychological Care of Patients: Psycho-Oncology's Contribution. J Clin Oncol. 2003;21(23S):253s-265s.
7. Holland JC. Improving the human side of cancer care: Psycho-oncology's contribution. Cancer J. 2001;7:458-471.
8. Carlson LE, Bultz BD. Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: Making the case for economic analyses. Psycho-Oncology. 2004;13(12):837-849.
9. Carlson L.E, Bultz BD. Cancer distress screening. Needs, models, and methods. J Psychosom Res. 2003;55(5):403-409.
10. Zabora JR: Screening procedures for psychosocial distress. In: Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, et al., eds.: Psycho-oncology. New York, NY: Oxford University Press.1998:653-61.
11. Fitchett G, Handzo G. Spiritual assessment, screening, and intervention. In: Holland JC, ed. Psycho-Oncology. New York: Oxford University Press. 1998:790-808.
12. Loscalzo M, BrintzenhofeSzoc K. Brief crisis counseling. In: Holland JC, ed. Psycho-Oncology. New York: Oxford University Press. 1998:662-675.
13. American Pain Society Quality of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. JAMA 1995;274:1874-1880.
14. Breitbart W. Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. Supportive Care in Cancer. 1995;3(1):45-60.
15. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, et al. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma. Cancer 1998;82:1904-1908.
16. Ransom S, Jacobsen PB, Booth-Jones M. Validation of the Distress Thermometer with bone marrow transplant patients. Psycho-oncology. 2006;15(7):604-612.
17. Patrick-Miller LJ, Broccoli TL, Much JK, Levine E. Validation of the Distress Thermometer: A single item screen to detect clinically significant psychological distress in ambulatory oncology patients. J Clin Oncol (Meeting Abstracts). 2004;22(14_suppl):6024.
18. Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC, et al. Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. Cancer 2005;103:1494-1502.
19. Hoffman BM, Zevon MA, D'Arrigo MC, Cecchini TB. Screening for distress in cancer patients: The NCCN rapid-screening measure. Psycho-Oncology. 2004;13(11):792-799.
20. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, et al. The functional assessment of cancer therapy scale: Development and validation of the general measure. J Clin Oncol 1993;11:570-579.
21. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 1983;249:751-757.
22. Bultz BD, Holland JC. Emotional distress in patients with cancer: the sixth vital sign. Community Oncology. 2006;3(5):311-314.
23. Ryan H, Schofield P, Cockburn J, et al. How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. European Journal of Cancer Care. 2005;14(1):7-15.
24. Cohen, M.Z., & Armstrong, T. "Cognitive dysfunction." In C. Yarbro, M. Frogge, M. Goodman (Ed.), Cancer Symptom Management 3rd Edition: 635-650. Boston: Jones and Bartlett, 2004.
25. Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al. Occurrence, Causes, and Outcome of

Delirium in Patients with Advanced Cancer: A Prospective Study. Arch Intern Med. 2000;160(6):786-794.

26. Stark D et al. Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relation to Quality of Life. J Clin Oncol. 2002;20(14):3137-3148.

27. Post SG, Puchalski CM, Larson DB. Physicians and Patient Spirituality: Professional Boundaries, Competency, and Ethics. Ann Intern Med. 2000;132(7):578-583.

28. Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, et al. Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer patients. Br J Psychiatry 1990;156:79-83.

29. Hopwood P, Howell A, Maguire P. Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer: Validation of two self-report questionnaires. Br J Cancer 1991;64:353-356.

30. Ibbotson T, Maguire P, Selby P, et al. Screening for anxiety and depression in cancer patients: The effects of disease and treatments. Eur J Cancer 1994;30A:37-40.

31. Kornblith AB, Holland JC. Model for quality of life research from the Cancer and Leukemia Group B: The telephone interview, conceptual approach to measurement, and theoretical framework. J Natl Cancer Inst Monogr. 1996;20:55-62.

32. Jacobsen PB, Ransom S. Implementation of NCCN Distress Management Guidelines by member institutions. JNCCN 2007;5:99-103.

33. Rummans TA, Clark MM, Sloan JA, et al. Impacting quality of life for patients with advanced cancer with a structured multidisciplinary intervention: a randomized controlled trial. J Clin Oncol. 2006;24(4):635-642.

34. Holland JC, Bultz BD. The NCCN Guideline for Distress Management: A case for making distress the sixth vital sign [Commentary]. JNCCN 2007;5:3-7.