

第66回 MSGR
緩和ケア

2014.7.28

Early Palliative Care for Patients with Metastatic
Non-Small-Cell Lung Cancer

The New England Journal of Medicine 2010;363:733-42

研修医 中込 貴博
緩和ケア科 許山 美和

NEJM 2010;363:733-42

NEJM 2010;362:1211-18

NEJM 2012;367:1616-25

Lancet oncol 2013;14:638-46

NEJM 2014;370:2506-14

Lancet 2014;383:1721-30

TOPICS

早期緩和ケア

QOL

意思決定支援

METHODS

- 期間：2006年6月7日～2009年7月15日まで
- 施設：Massachusetts General Hospital (Boston)
- 対象：転移性非小細胞肺癌と新たに診断された外来患者



対象となった患者をランダムに
“early palliative care”群と“standard care”群へ
1:1に割り当てた。

両群とも、肺癌の診察・治療は通常通り行った。

METHODS

- Early palliative careとは
 - ①病状の理解と説明
 - ②対症療法（支持療法）
 - ③治療法の意味決定支援
 - ④精神的支援
 - ⑤専門職への紹介

METHODS

研究にエントリーした時点と約12週後において

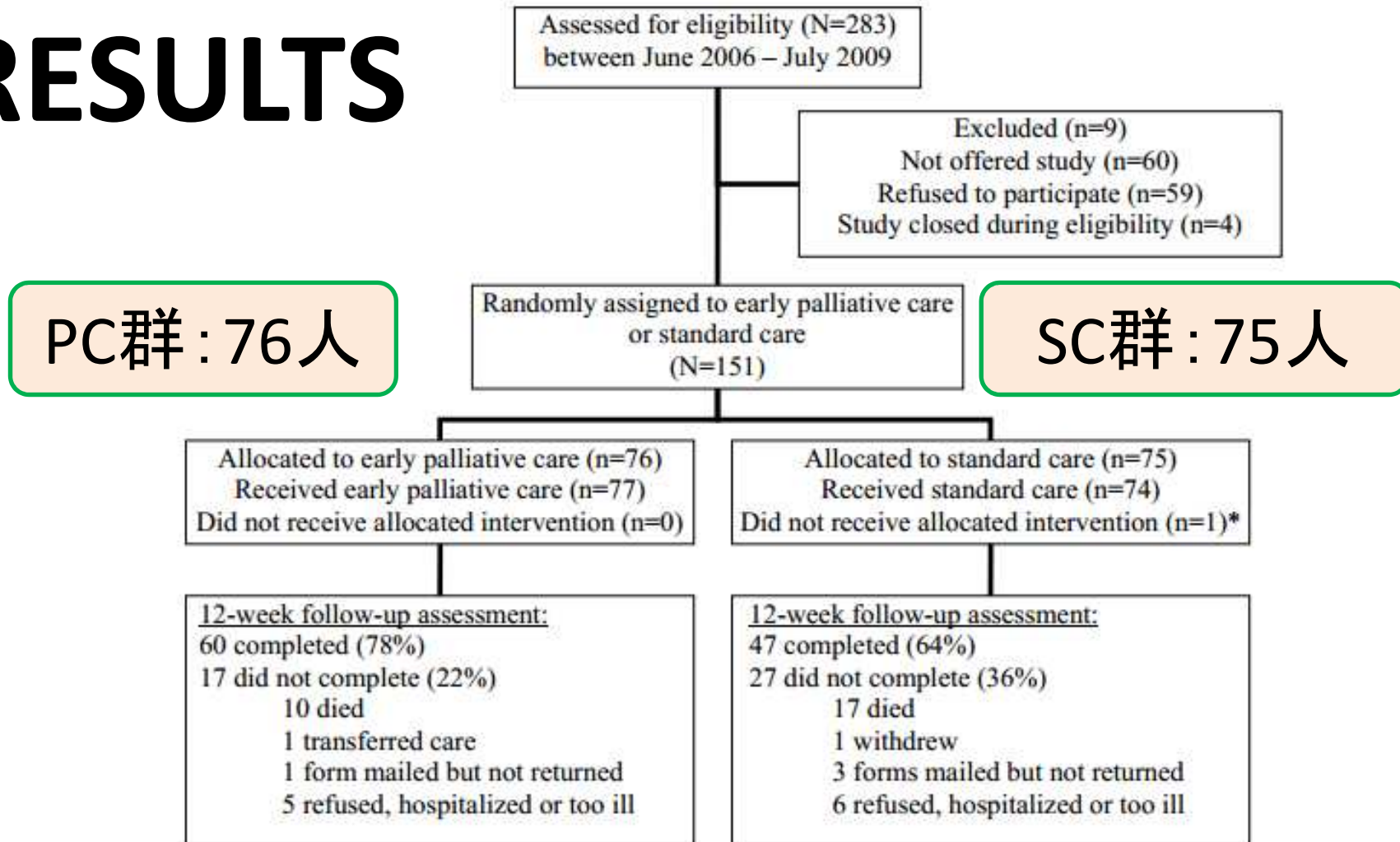
- ①うつ病スケールの変化 (HADS ,PHQ-9)
- ②QOLスコアの変化 (FACT-L ,LCS ,TOI)

について、

“PC”群、“SC”群の2群間で比較、検討した

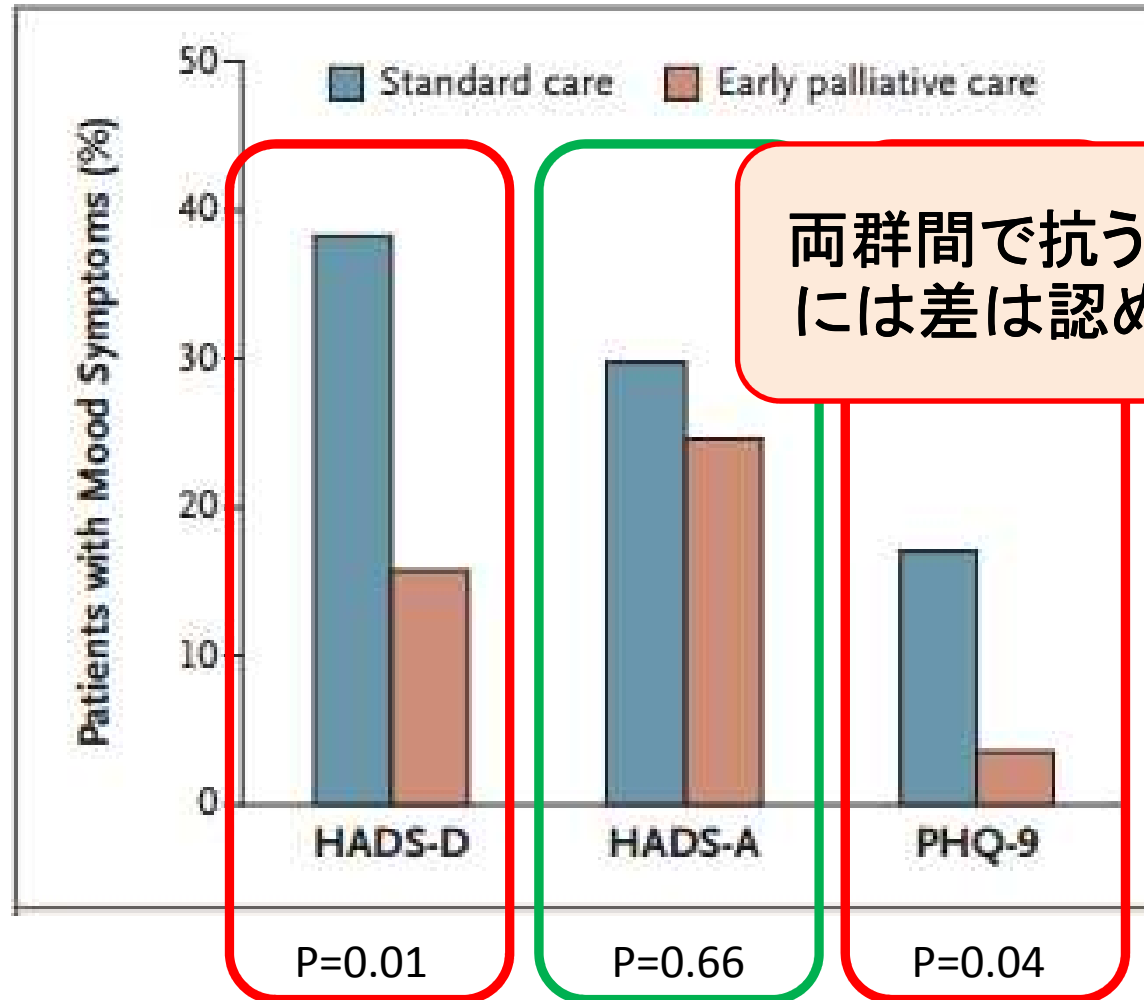
Supplemental Figure: CONSORT Diagram

RESULTS



* One patient randomized to usual care was erroneously assigned to palliative care at the time of randomization and therefore is included in the early palliative care study arm.

12週後の抑うつ・不安の変化



両群間で抗うつ薬の内服率には差は認められなかった

抑うつ症状の有意な改善効果が認められた

12週後のQOLスコアの変化

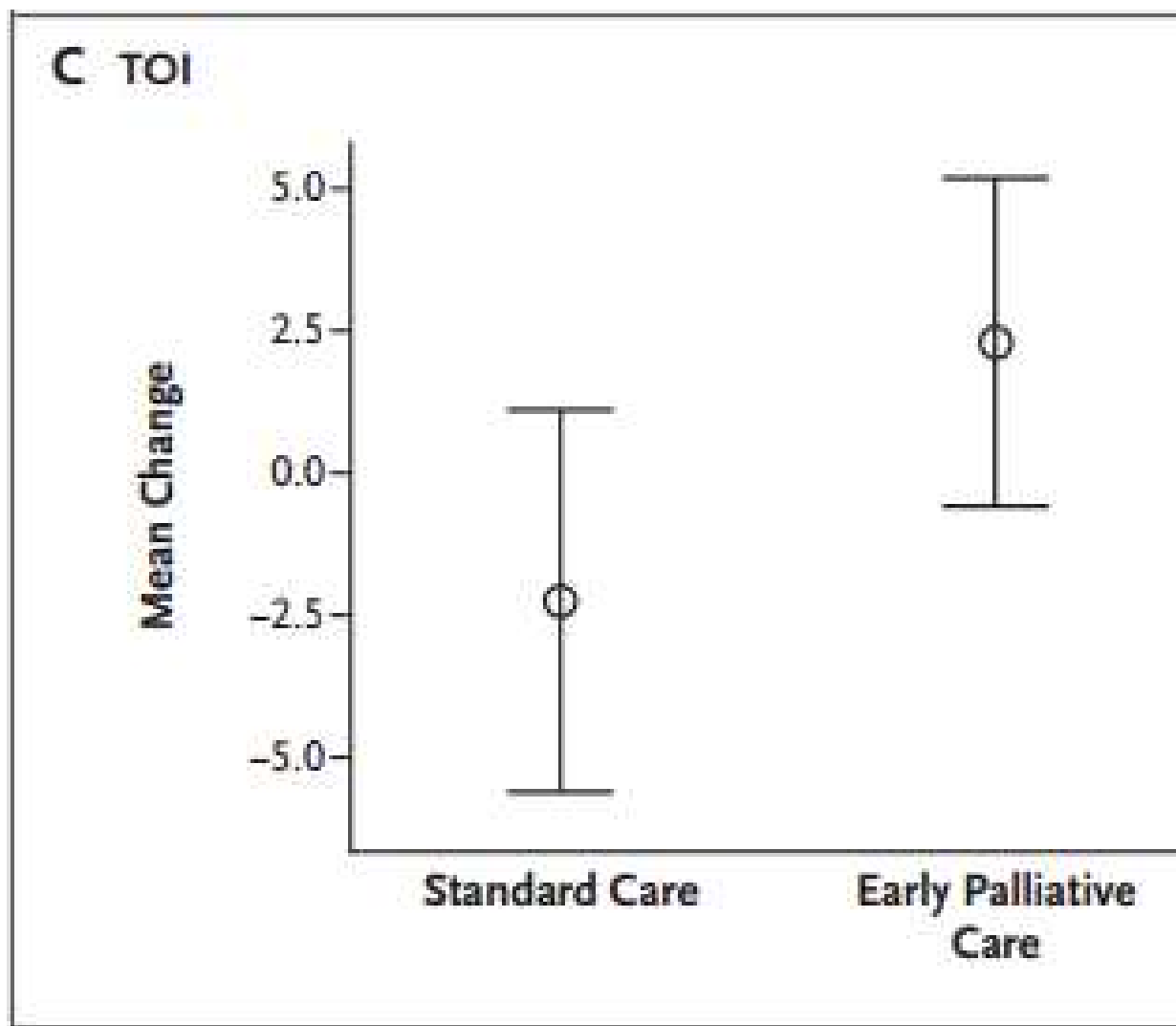
Table 2. Bivariate Analyses of Quality-of-Life Outcomes at 12 Weeks.*

Variable	Standard Care (N=47)	Early Palliative Care (N=60)	Difference between Early Care and Standard Care (95% CI)	P Value [†]	Effect Size [‡]
FACT-L score	91.5±15.8	98.0±15.1	6.5 (0.5–12.4)	0.03	0.42
LCS score	19.3±4.2	21.0±3.9	1.7 (0.1–3.2)	0.04	0.41
TOI score	53.0±11.5	59.0±11.6	6.0 (1.5–10.4)	0.009	0.52

FACT-L、LCS、TOIともに
PC群で有意に高かった

TOI 12週間の変化率

(QOLの指標)



SC群: -2.3
±11.4

PC群: +2.3
±11.2

両群間で
有意差あり
($P=0.04$)

★END-OF-LIFE CAREの違い

“aggressiveな終末期ケア”を受けた割合

▪ SC群: 54% (30人/56人)

▪ PC群: 33% (16人/49人)

P=0.05

電子カルテ上に蘇生の意思表示(DNAR)

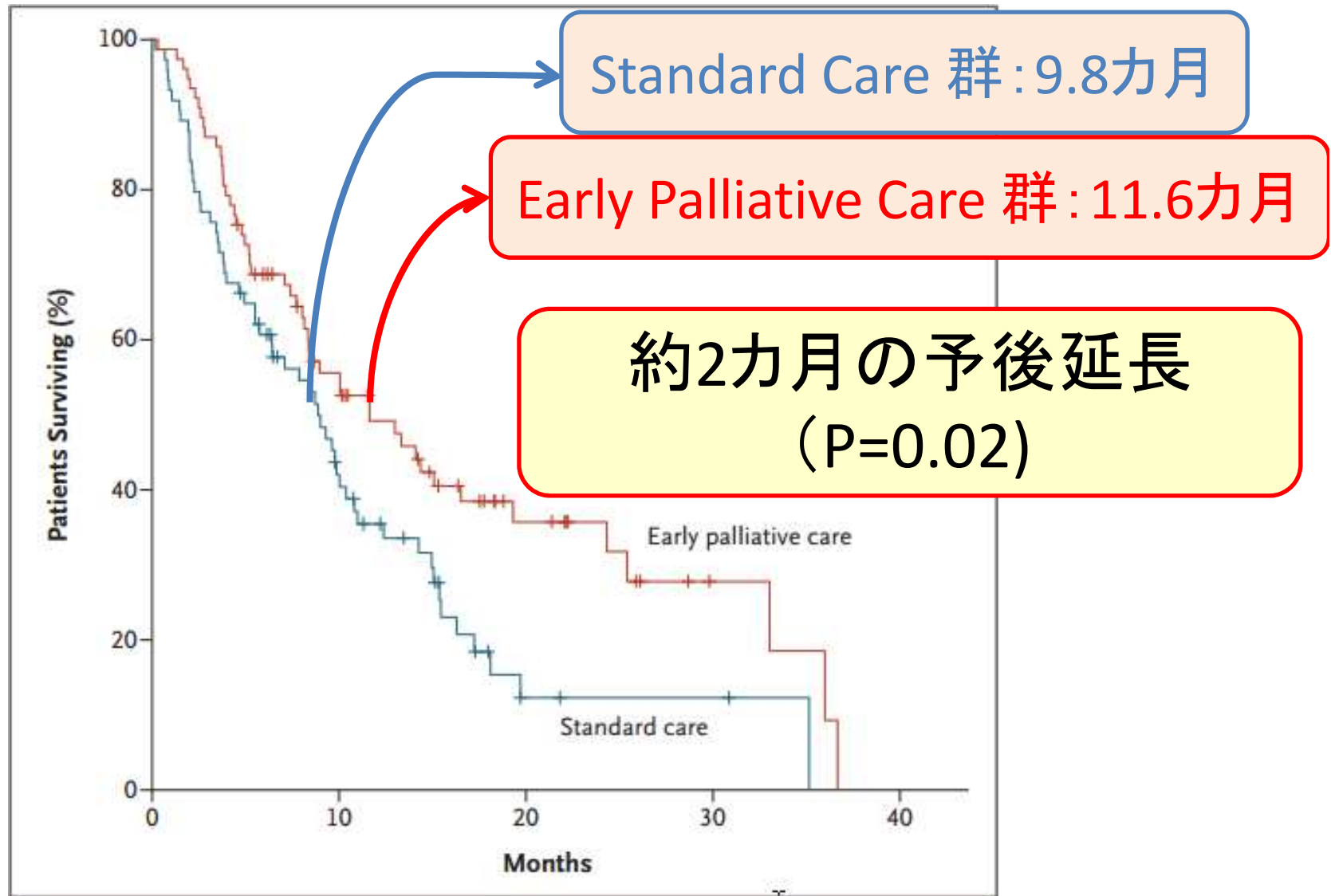
の記述があった患者の割合

▪ SC群: 28% (11人/39人)

▪ PC群: 53% (18人/34人)

P=0.05

★2群間の平均生存期間の比較



RESULTS

転移性非小細胞肺癌に対する早期緩和ケアは

- 抑うつ (HADS-D、PHQ-9)、QOL (TOI)
を有意に改善する
- END-OF-LIFEの段階で非侵襲的なケアを
受けることにつながる
- 生存期間の延長につながる

DISCUSSION

PC群ではaggressiveな治療を受けた割合が少ないのに、生存期間が延長したのはなぜか？

- ➡ QOLの低下、抑うつ気分は生存期間を短縮させうるという報告がある
- ➡ 早期緩和ケア介入により、病期・症状に見合った治療方針の決定を手助けできた
- ➡ ホスピス等での症状緩和ケアが、患者の病状安定に貢献した可能性がある

DISCUSSION

“転移性非小細胞肺癌”“単施設”に限定

➡より一般化したProtocolによる再考は必要
しかしながら、本論文は

早期緩和ケアが患者のQOL向上に貢献する
ことを客観的に証明した初めての論文

CONCLUSIONS

転移性非小細胞肺癌において、
早期の緩和ケアの介入は

- QOLと抑うつ¹の改善をもたらす
- END-OF-LIFE における非侵襲的なケアに導く

➡早期緩和ケアの介入による効果は、
生存期間の延長にも寄与する可能性がある

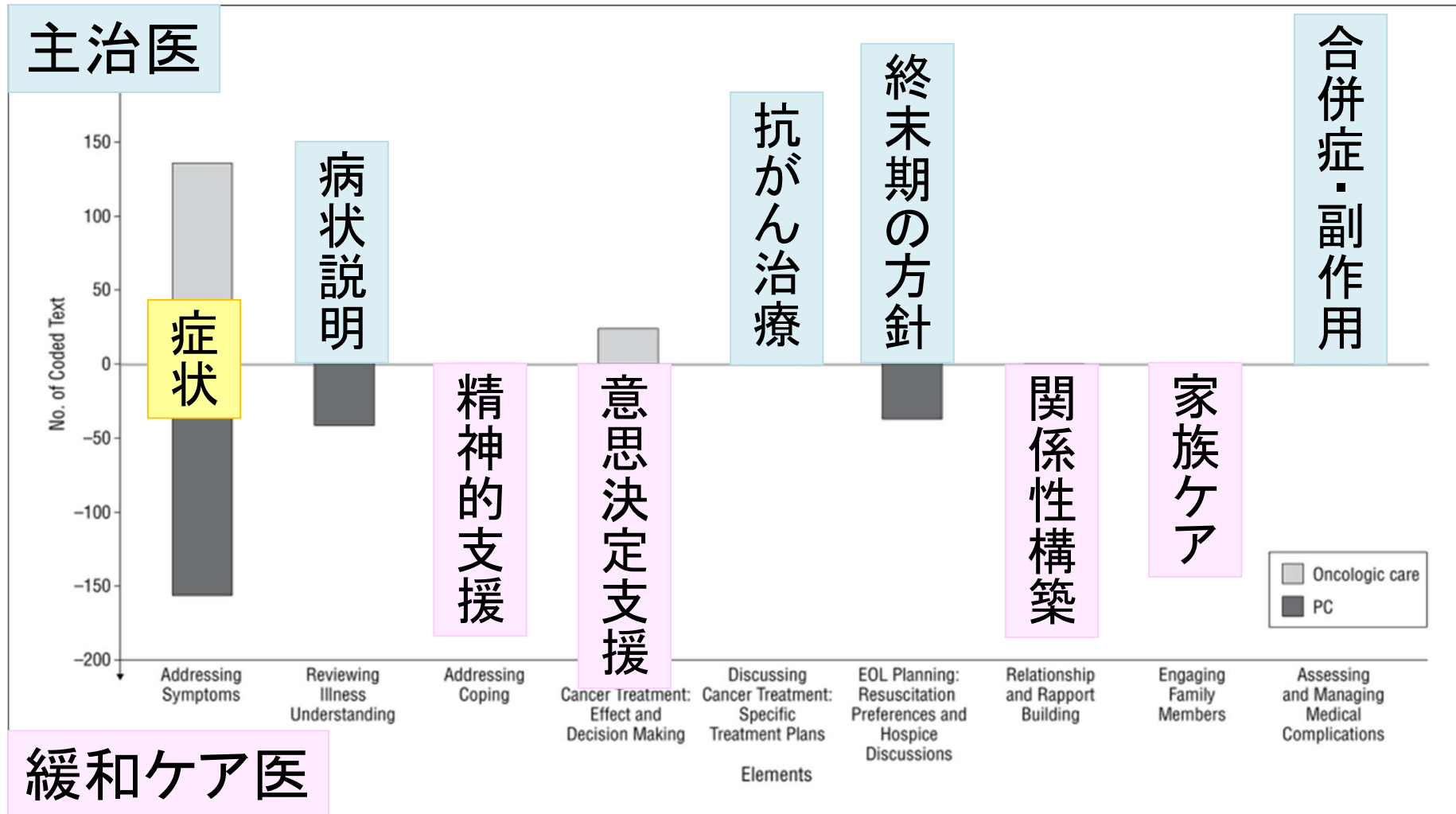
I. 「早期緩和ケア」とは

II. がん以外でも緩和ケア

III. 緩和ケアの進歩

緩和ケア外来の内容

Jaclyn,
JAMA Intern Med 2013;173(4)



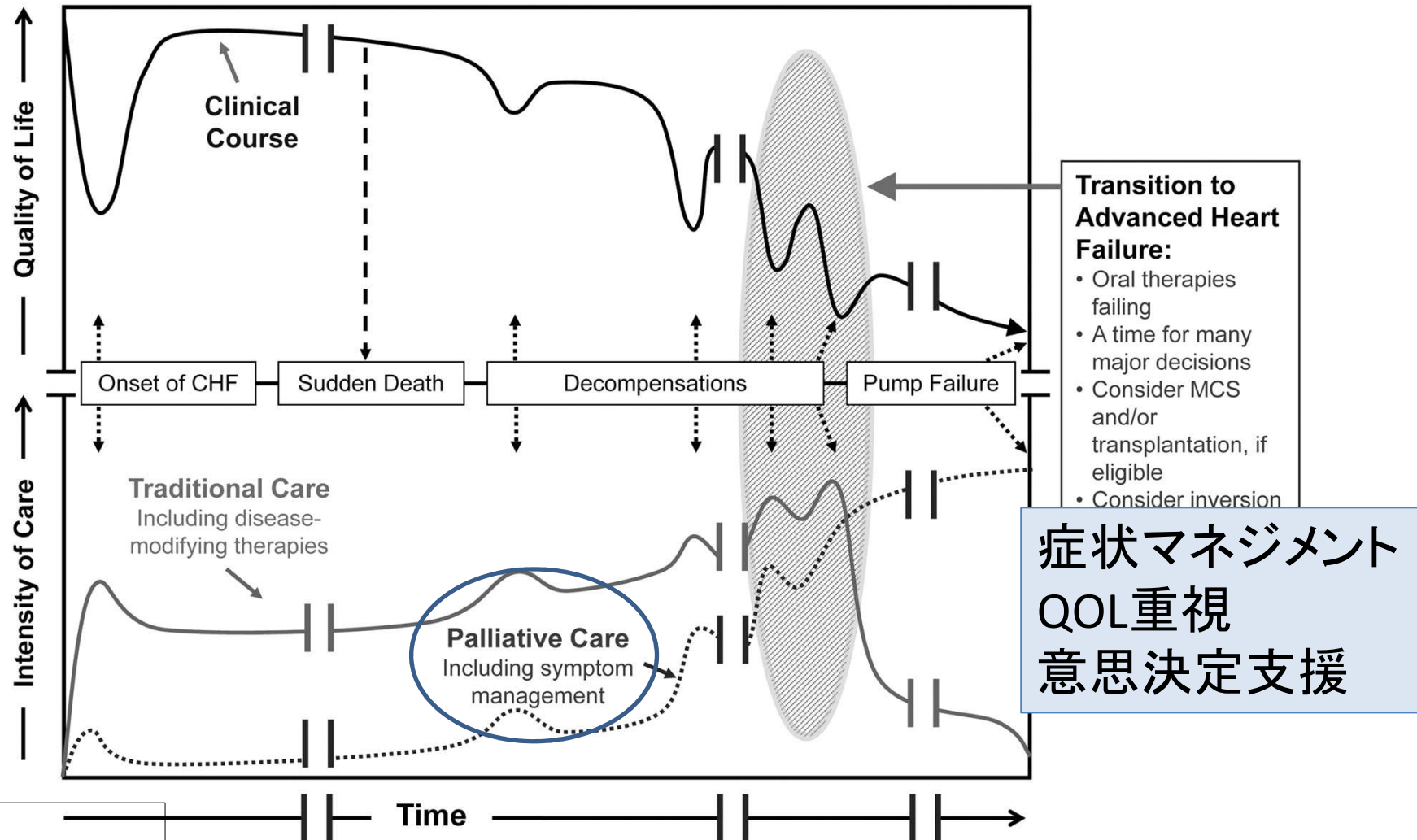
主治医 + 緩和ケアのコラボ ⇒ より良いがん医療

終末期症状出現率(%)

	がん	AIDS	心疾患	COPD	腎疾患
痛み	35-96	63-80	41-77	34-77	47-50
抑うつ	3-77	10-82	9-36	37-71	5-60
不安	13-79	8-34	49	51-75	39-70
混乱	6-93	30-65	18-32	18-33	-
倦怠感	32-90	54-85	69-82	68-80	73-87
呼吸困難	10-70	11-62	60-82	90-95	11-62
混迷	9-69	74	36-48	55-65	31-71
嘔気	6-68	43-49	17-48	-	30-43
便秘	23-65	34-35	38-42	27-44	29-70
下痢	3-29	30-90	12	-	21
食欲不振	30-92	51	21-41	35-67	25-64

心不全 / Palliative Care

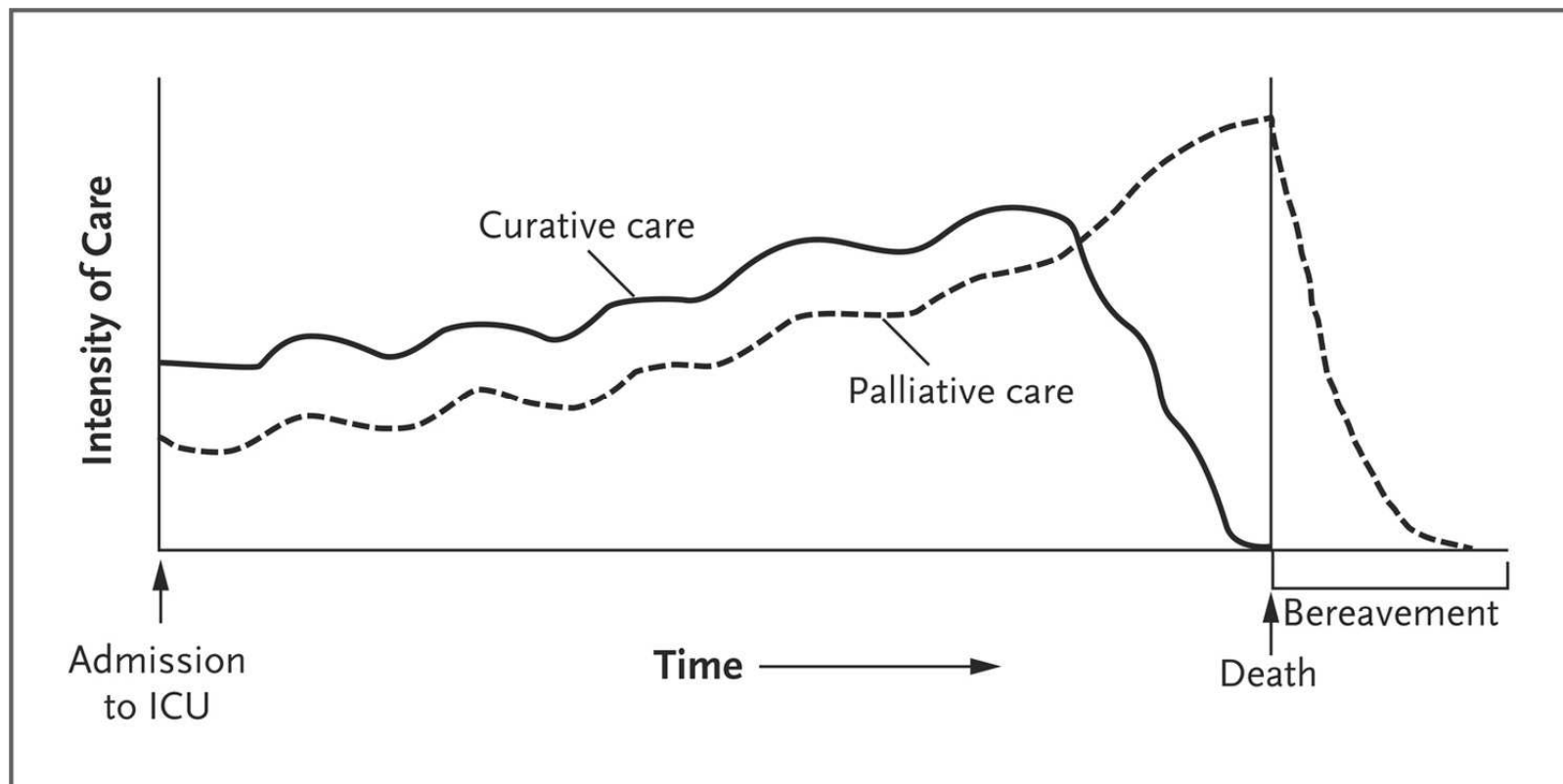
“Decision making in Advanced Heart Failure” Allen L, Circulation 2012



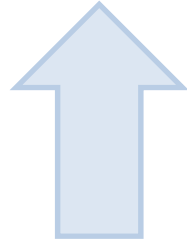
Dying with Dignity in ICU

Deborah , N Engl J Med 2014; 370:2506-14

‘Palliative care in the ICU has come of age.’



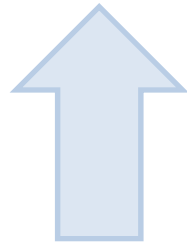
QOL向上



意思決定支援

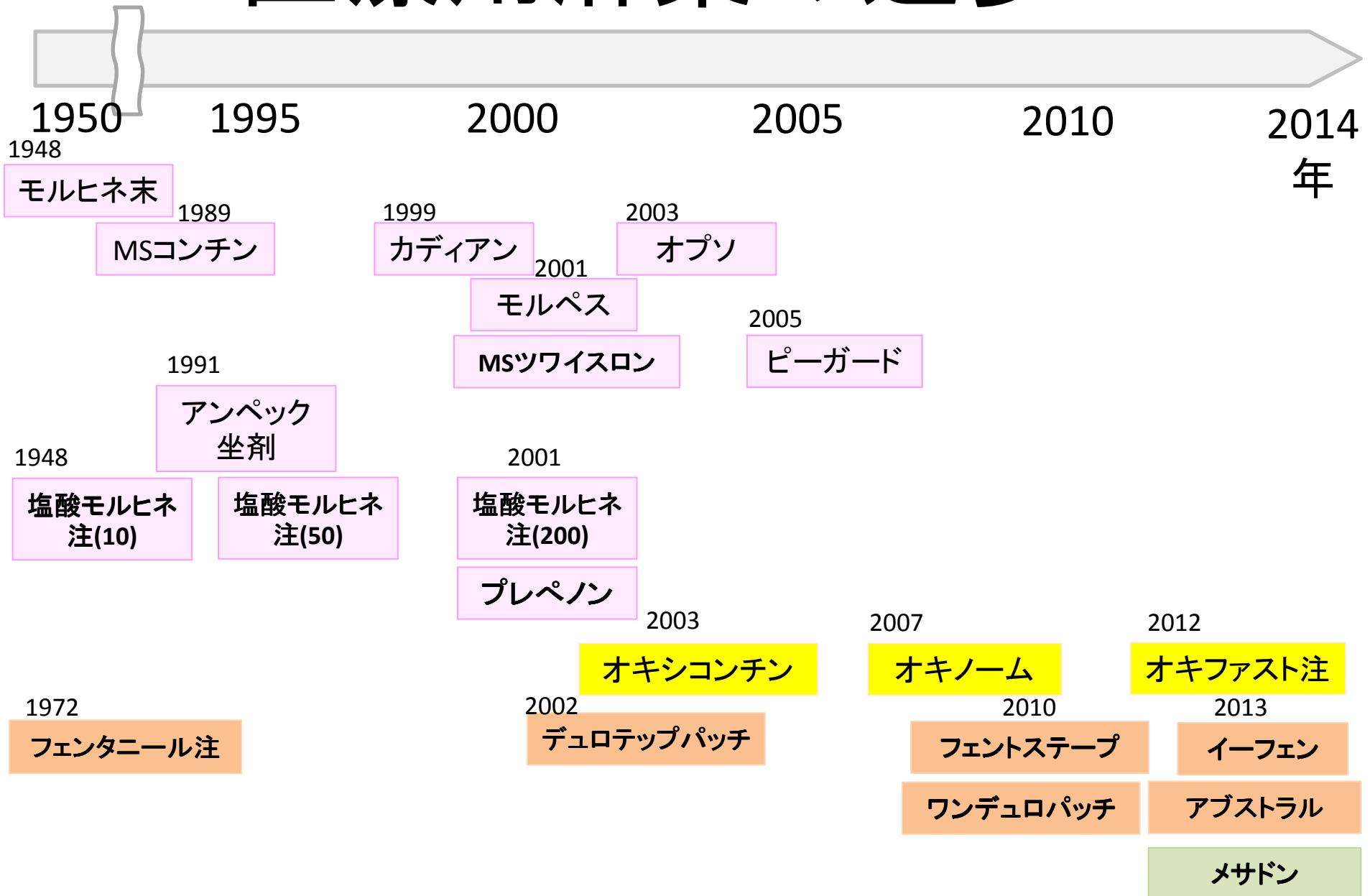
Support of decision making

- ・信頼関係
- ・タイミング
- ・コミュニケーションスキル



早期緩和ケア

医療用麻薬の進歩



がん診療連携拠点病院の要件

早期緩和ケア→QOL向上

- 緩和ケア外来、チームの充実
- すべてのがん患者に苦痛のスクリーニング
- すべての2～5年目の医師に緩和ケア研修必修化

顔の見える連携→QOL向上（療養・最期）

- 地域の拠点＝**緩和ケアセンターの設置**