注目！がん看護における最新エビデンス

宮下光令 教授
東北大学大学院 医学系研究科
保健学専攻 緩和ケア看護学分野

みやしたみつのり：1994年3月東京大学医学部保健学科卒業，臨床を経験した後，東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻助手・講師を経て，2009年10月東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野教授。専門は緩和ケアの質の評価。

看護師による電話カウンセリングによる早期からの緩和ケアが進行がん患者の生存率を向上させるかもしれない。

Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, et al. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care：Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. J. Clin. Oncol. 2015；33（13）：1438-1445.

連載第１回（本誌Vol.７，No.５）で，2010年にNew England Journal of Medicine誌に掲載されたTemelらによる早期からの緩和ケアの有効性を示す研究を紹介しました。Temelらの研究は，早期から緩和ケアを行うことによって患者のQOLが向上するだけでなく，生存期間も延長したという世界中が驚く結果でした[1]。

今回紹介する論文も，早期からの緩和ケアに関するものです。Temelらの研究との大きな違いは，Bakitasらによる研究は「看護師の電話によるカウンセリング」が介入の主体になっていることです。今回の研究が行われたNorris Cotton Cancer Centerは米国ニューハンプシャー州の田舎の地域でしたので，現実的な方法として電話によるカウンセリングが採用されました。

Bakitasは，ENABLE（Education, Nurture, Advise Before Life Ends）という看護師による多要因の心理教育的介入を開発しました。その後，ランダム化試験によって進行がん患者のQOLを向上させることを示し，2009年にJAMA誌に報告しています[2]。

ENABLE III研究では，この心理教育的な介入をfast-track研究法という早期に介入する群と遅れて介入する群にランダムに対象を分け，早期からの介入の有効性を検討しました[3]。対象は予後が６～24カ月の進行がん患者で，早期からの群では進行がんの診断後，標準治療と並行してENABLEの介入を受け，遅延群では診断の３カ月後以降にENABLEの介入を受けました。ENABLEの介入内容を**表１**に示します。

早期群には104人，遅延群には103人が割りつけられ，早期群では88％，遅延群では69％が３セッション以上を完遂しました。診断後24週までの期間でQOLや症状，気分などは２つの群で差が見られませんでしたが，１年間の生存率は早期群63％，遅延群48％と有意な違いを認めました（**図**）。Temelらの研究で見られた死亡前２週間の化学療法，ICUの利用，ホスピスの利用日数などは，今回は差が見られませんでした。また本研究では，家族に対する電話カウンセリングも同時に実施しており，早期群では３カ月後の抑うつの割合が少ないことが報告されています（**表２**）[4]。

2010年のTemelによる報告後，2014年のカナダのZimmermannによる報告でも，早期からの緩和ケアが進行がん患者のQOLを向上させることが示されました[5]。しかし，今回の結果は，QOLは群間で差がなく，生存率が向上し介護者の抑うつが低下するというものでした。QOLの向上が見られなかったの

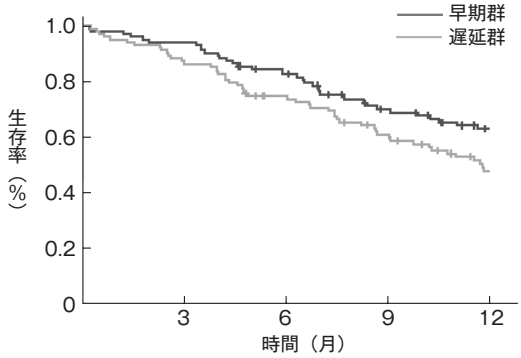
《表1》ENABLEの介入内容

- 高度実践看護師（APN）による構造化された毎週の4回の電話によるカウンセリング
- APNによる月に１回以上の電話でフォローアップ

〈電話教育セッションの内容〉

- アセスメント（NCCN推奨のつらさと支障の寒暖計やNRS）
- 苦痛の原因の同定と緩和
- 問題解決法
- コミュニケーションとソーシャルサポート
- 症状マネジメント
- アドバンス・ケア・プランニングと未達成のタスク
- 地域のリソース　など

《図》生存曲線



各時点での生存者数

早期群	104	98	83	62	48
遅延群	103	89	73	55	39

は，２群の介入開始の差が３カ月と短かったからかもしれませんが，その理由は確かではありません。早期からの緩和ケアが推進されるようになってからまだ日が浅く，「誰が」「いつ」「どのように」介入することがベストであるか，まだ分かっていないことばかりです。

また，日米のがん医療の状況は大きく異なりますので，米国やカナダの結果がそのまま日本にあてはまるとは限りません。それでも看護師による電話カウンセリング中心の介入で進行がん患者の生存率の向上が見られたのは，私たちにとっても大変勇気づけられる結果です。緩和ケアの専門医が少ない日本では，看護師が中心となって早期からの緩和ケアを普及するモデルの構築が有効かもしれません。今回の研究における早期からの緩和ケアは「がん看護を積極的に展開する」と言い換えることもできる，私たちの日々の看護の延長上にあるものだと思われます。

《表2》早期からの緩和ケアの家族に対する効果（P<0.1のみ抜粋）

	２群の差の平均と標準誤差※	P値	効果量
全対象者のベースラインからの３カ月の変化			
抑うつ（CES-D）	−3.4±1.5	0.02	−0.32
死亡した患者のみの36週の分析			
抑うつ（CES-D）	−3.8±1.5	0.02	−0.39
介護負担（ストレス）（MBCB-SB）	−1.1±0.4	0.01	−0.44
QOL（CQOLC）	−4.9±2.6	0.07	−0.30

※数値がマイナスであることが早期群の方が点数が減少していることを示す。

引用・参考文献

1）Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N. Engl. J. Med. Aug 19 2010；363（8）：733-742.

2）Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer：the Project ENABLE II randomized controlled trial. JAMA. Aug 19 2009；302（7）：741-749.

3）Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, et al. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care：Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. J. Clin. Oncol. May 1 2015；33（13）：1438-1445.

4）Dionne-Odom JN, Azuero A, Lyons KD, et al. Benefits of Early Versus Delayed Palliative Care to Informal Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer：Outcomes From the ENABLE III Randomized Controlled Trial. J. Clin. Oncol. May 1 2015；33（13）：1446-1452.

5）Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer：a cluster-randomised controlled trial. Lancet. May 17 2014；383（9930）：1721-1730.