



緩和医療

The Journal of Palliative Medicine

Vol.29 (2024)



緩和医療研究会編



目次



卷頭言		1
総説		3
雑報		7
活動報告		10
投稿規定		13
編集後記		

巻頭言



緩和医療の話題

川崎医科大学 総合内科学 4 瀧川 奈義夫

700-8505 岡山県岡山市北区中山下 2-6-1

川崎医科大学総合医療センター内科

電話： 086-225-2111

FAX： 086-232-8343

この1年間、緩和医療の分野ではさまざまな注目すべき動きがありました。ここでは、個人的に興味深かった話題を3つご紹介します。

1. 緩和ケア病棟の新設と地域医療への貢献

2024年4月、静岡県藤枝市立総合病院に新たに緩和ケア病棟が開設されました。この病棟には、患者や家族がくつろげる控室や専用の台所、セラピー犬と触れ合える談話室など、快適に過ごせる設備が整っています。また、日本緩和医療学会の認定医2名と看護師が連携し、高品質なケアを提供しています。この開設により、静岡県内の緩和ケア病棟は5カ所、計129床となりました。特に藤枝市のある静岡県中部では、これが初めての緩和ケア病棟となるため、地域の患者や家族にとって大きな安心材料となります（<https://www.asahi.com/articles/ASS4K5178S4KUTPB008M.html>）。一方で、岡山県には8病院で計143床の緩和ケア病床がありますが、県南部に集中しており、地域バランスの改善が今後の課題です。

2. 社会的処方の普及と孤立・孤独への対応

2024年12月、神奈川県川崎市内の病院に勤務する日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医でもある緩和ケア医が、がん

患者への治療や緩和ケアを通じて「社会的処方」の重要性について発信しました。（<https://www.asahi.com/articles/DA3S16116817.html>）。社会的処方とは、医薬品ではなく「人とのつながり」を処方することで、孤独や孤立といった問題を解消し、心の健康を支える取り組みです。「処方」という言葉が使われるため、医療関係者の役割に思われがちですが、実際には地域全体で取り組むことが重要です。地域のイベントや支援活動に患者をつなげることで、精神的な負担を軽減し、より豊かな生活を送ることができるようになります。このアプローチは、今後の緩和ケアにおいて大きな役割を果たすと期待されています（<https://eemachi.pref.osaka.lg.jp/2023/07/8066/>）。

3. 緩和ケアに関するドキュメンタリー映画の公開

2025 年 1 月、滋賀県近江八幡市にあるヴォーリズ記念病院の緩和ケア病棟を舞台にしたドキュメンタリー映画『近江ミッション 願いと祈りと喜びと』が公開されました。本作は、2022 年末から 2024 年 6 月までの約 1 年半にわたり、500 日以上取材を通して、終末期の患者や家族の姿を記録したものです（<https://www.asahi.com/articles/DA3S16121565.html>）。この映画は、緩和ケアの現場のリアルな姿を伝えることで、一般の人々にもその重要性を知ってもらうきっかけとなっています。現在、東京の TOHO シネマズやイオンシネマを中心に上映されていますが、岡山にもきて欲しい作品です。

まとめ

これらのトピックは、緩和医療の現状と今後の方向性を示す重要な事例です。患者の QOL の向上、家族のサポート、地域医療の充実といったさまざまな視点から、緩和ケアの在り方が見直されています。今後も、地域や社会全体で支え合う仕組みづくりが求められていくでしょう。

総説

呼吸器腫瘍患者の Advanced Care Planning (ACP) の問題点

第二章 防衛機制と患者精神状態の不安定性

川崎医科大学 総合内科学 4 山根 弘路 越智 宣昭 瀧川 奈義夫

700-8505 岡山県岡山市北区中山下 2-6-1

川崎医科大学総合医療センター内科

電話： 086-225-2111

FAX： 086-232-8343

緒言

Advanced Care Planning (ACP) の施行に関しては現実問題として、メリットの存在とともに数多くのデメリットとその施行にいくつかのバリアが存在することが、わが国および世界中から報告されている。¹⁻⁴ 一般的に進行期がん患者に対する ACP 施行に関するバリアのなかで、とくに重要と考えられるいくつかの項目について、筆者らが 2023 年日本肺癌学会の学会誌「肺癌」に投稿した内容を踏まえ、⁵ 4 回にわたって解説するシリーズの 2 回目。

2. 防衛機制と患者精神状態の不安定性

防衛機制とは個人が受け入れがたい状況、または潜在的に危険な状況に直面したときに、危険に対する不安を軽減しようとする無意識（超自我）に行われる心理的防衛のメカニズムである。防衛機制には心的な外傷が発動された状況やその強度・頻度などに応じて健康なものと不健康なものが存在し、これらは全て自己の精神状態維持のためになされる一種の自己防衛である。⁶ ヴァイラントらは防衛機制を人の発達段階別に階層化して分類することで、防衛機制が様々な臨床場面で患者精神の保護のために働いていることを明らかにし、その後の臨床心理学研究の進歩に大きく貢献した。⁷ ヴァイラントの 4 分類を Table 1 に示す。進行期がん患者に

多く認められる「否認」・「歪曲」などがレベル 1 に属し、⁸「行動化」・「病氣不安症」などはレベル 2 に属する防衛機制と云える。これらの未熟で一部病的な防衛機制は現実の社会生活において多くの支障をもたらす可能性があることが指摘されている。一方、レベル 4 の成熟した発達段階で認められやすい防衛機制に属する「受容」や、今この瞬間の精神状態に深く注意を払うことでストレスの軽減を図る「マインドフルネス」などの状態は社会生活への適合性は良好で問題となることが少ない。したがって、レベル 1 や 2 で認められる防衛機制をそのまま長期間放置することは患者の精神的健康の質や社会適応性を損なうリスクがある。がん患者は、告知後の心的外傷

をはじめとして、手術、化学療法、あるいは放射線療法に対する不安、病気による QOL の低下や予後に関する不安、再発への恐れ、緩和ケア移行時の心的外傷など、病気の進行に伴う様々なイベントが起こる度に強いストレスに晒され続ける。そのため、病気や進行度に拘わらずがん患者の約半数に適応障害やうつ病といった精神疾患の存在が報告されている。⁹ すなわち、ACP 施行の際にはこれらの精神状態の不安定性（不健康で未熟な防衛機制の状態）が生じやすく、このことは直接的な ACP 施行のバリアとなりうる。

また、患者自身が希望を維持するための未熟ではあるが健康的な否認（ヴァイラントの 4 分類：レベル 1）をどのように対処するかについても問題がある。つまり、現状で治癒が不可能

であることを前提として、生存期間延長を企図したがん薬物療法を施行している時に 70～80%の患者は治癒を目的とすることは不可能であることを理解できていない。^{10,11}このような状況下に ACP を実践することは抑うつ状態を新たに作り出す、あるいは内在する適応障害を悪化させる危険性を有しており、患者心理に内在する防衛機制は健康なものであれ、不健康なものであれ、バリアとなりうることを医療者は理解しておくべきである。

（文責：山根弘路）

Table 1. Villant's Classification of psychological defense mechanism

Level 1	Pathological
<u>Conversion, Denial, Distortion, Delusional, projection, Splitting, Extreme projection, etc</u>	
The first level are certain mechanisms that could be said to be functioning in an extreme level, having as a result for one to appear as an unstable and an irrational person. These could, also, be called the “psychotic” defenses.	
Level 2	Immature
<u>Somatization, Passive aggression, Projection, Introjection, Projective identification, Wishful thinking, Fantasy, Acting out, etc</u>	
The second level are called immature simply because they are seen as socially undesirable because they are difficult to deal with, are out of touch with reality and lead to affect negatively one’s ability to cope effectively. They are mostly seen in major depression and personality disorders.	
Level 3	Neurotic
<u>Social comparisons, Displacement, Rationalization, Dissociation, Isolation, Hypochondriasis, Intellectualization, Reaction formation, Regression, Undoing, Withdrawal, etc</u>	
The third level of defense mechanisms is considered neurotic because they cause long-term problems in people’s relationships and interaction with others.	
Level 4	Mature
<u>Acceptance, Altruism, Anticipation, Patience, Respect, Mindfulness, Sublimation, Suppression, etc</u>	
The last level of defense mechanism is called the mature level. These mechanisms help an individual to optimize success in relationships and through human interaction. Emotions and thoughts are involved in this helping an individual towards a wittier and more fulfilling life.	

（文献 7 より引用）

【引用文献】

- 1) 木澤義之. わが国におけるアドバンスケアプランニングの方法論の確立とその有効性に関する研究. 科学研究費助成事業 研究成果報告書. 2016-6-
- 2) Lum HD, Sudore RL, Bekelman DB. Advance
20. <https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-25460886/25460886seika.pdf>.

- care planning in the elderly. *Med Clin North Am.* 2015; 2:391-403.
- 3) Grant MS, Back AL, Dettmar NS. Public Perceptions of Advance Care Planning, Palliative Care, and Hospice: A Scoping Review. *J Palliat Med.* 2021; 24:46-52.
- 4) Brighton LJ, Bristowe K. Communication in palliative care: talking about the end of life before the end of life. *Post grad Med J.* 2016; 92:466-470.
- 5) 山根弘路, 越智宣昭, 瀧川奈義夫. 肺がん診療における Advanced Care Planning 肺癌. 2023; 63:147-152.
- 6) Schacter DL, Gilbert DT, Wegner DM. *Psychology* 2nd ed. New York: Worth Publishers; 2011: 482-483.
- 7) 監修 井上令一 翻訳 四宮滋子、田宮聡 カプラン臨床精神医学テキスト DSM-5 診断基準の臨床への展開(3 版). 東京: メディカルサイエンスインターナショナル; 2016: 173-190.
- 8) Morita T, Inoue S, Chihara S. Denial in terminally ill cancer patients' manifestations and contributing factors. *Jpn J Gen Hosp Psychiatry.* 2000; 12:144-151.
- 9) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piaseysky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA.* 1983; 249: 751-757.
- 10) Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, Finkelman MD, Mack JW Keating NL, et al. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med.* 2012; 367: 1616-1625.
- 11) Oishi T, Sato K, Morita T, Mack JW, Shimodaira H, Takahashi M, et al. Patient perceptions of curability and physician reported disclosures of incurability in Japanese patients with unresectable/recurrent cancer: a cross-sectional survey. *Jpn J Clin Oncol.* 2018; 48:913-919.

雑報

表題：がん性疼痛に対する薬物療法のピットフォール（非オピオイド鎮痛薬）

川崎医科大学 総合内科学 4 三村 彩香、河原 辰由樹、瀧川 奈義夫

700-8505 岡山県岡山市北区中山下 2-6-1

川崎医科大学総合医療センター内科

電話： 086-225-2111

FAX： 086-232-8343

1. はじめに

がん性疼痛の治療で、非オピオイド鎮痛薬は非常に重要な役割を果たします。特に呼吸器がんでは、胸壁への浸潤や骨転移が原因で体制痛が起こりやすく、その痛みを緩和することで患者さんの生活の質（QOL）向上が期待できます。

非オピオイド鎮痛薬をうまく使うためには、適応、副作用、薬物相互作用を理解し、患者さんの状態に合わせた柔軟な対応が必要です。今回は、非オピオイド鎮痛薬の基礎知識や実際の使い方、臨床上の注意点についてわかりやすくお話しします。

2. 非オピオイド鎮痛薬の種類と使い方

非オピオイド鎮痛薬には、大きく分けて以下の 2 つがあります：

- NSAIDs（非ステロイド性抗炎症薬）
- アセトアミノフェン

WHO の必須医薬品リストには、アセトアミノフェン、パラセタモール、イブプロフェンが挙げられていますが、使用する薬剤は国の医療環境や患者さんの状態によって選ばれます。¹ 日本では、アセトアミノフェンの使用量制限が 2011 年まであり、そのため NSAIDs が主に使われてきました。しかし、現在では国際標準量での使用が可能になり、アセトアミノフェンの使用が増えています。

^{2,3}

3. 効果と副作用のメカニズム

NSAIDs

プロスタグランジン（PG）合成を抑制し、鎮痛・解熱・抗炎症作用を発揮します。

COX-1 と COX-2 の阻害により、胃腸の粘膜障害や腎障害が起こりやすくなります。⁴

アセトアミノフェン

中枢神経系に作用し、痛みの閾値を上げることで鎮痛効果を発揮します。

主な副作用は肝障害で、過量投与や肝機能低下のある患者さんに注意が必要です。⁵

4. がん患者における疼痛管理のポイント

がん患者では、特に以下の点に注意が必要です：

1. 患者さんごとの臓器機能（肝臓・腎臓・心機能）に応じた薬剤選択
2. 体制痛に対する NSAIDs の有効性

ただし長期投与では、副作用リスクを考慮しながら薬剤を選ぶことが重要です。特に腎機能障害リスクのある患者さんには、アセトアミノフェンが推奨されます。^{6,7}

5. NSAIDs と腎障害

NSAIDs は腎血流を調節するプロスタグランジンの合成を抑制し、腎機能障害を引き起こすことがあります。特に高齢者や腎障害を持つ患者さんはリスクが高いため、十分に注意して投与する必要があります。⁸

アセトアミノフェンは、適正使用であれば腎機能への影響は少なく、比較的安全とされています。⁹

6. アセトアミノフェンと肝障害

アセトアミノフェンは肝臓で解毒されますが、過量投与や重度の肝機能障害を持つ患者さんでは、肝障害のリスクが増加します。特に高齢者や低栄養状態の患者さんでは、慎重な投与が必要です。^{10,11}

まとめ

- 非オピオイド鎮痛薬は、呼吸器がんに伴う体制痛の管理においてとても重要な役割を果たします。
- 薬剤選択は患者さんの状態を総合的に評価し、副作用リスクに配慮して行うことが必要です。
- 特に NSAIDs 使用時には腎機能、アセトアミノフェン使用時には肝機能に注意しながら投与を進めましょう。

【引用文献】

- 1) World Health Organization model list of essential medicines: 21st list 2019. [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization. [updated 2022 July 10; cited 2022 July 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325771>.

- 2) 甲斐健太郎、池田俊也、武藤正樹. アセトアミノフェン鎮痛目的利用の国内外差およびその普及による薬剤費低減の可能性. 薬剤疫学. 2012;17:75-86.
 - 3) 北条美能留, 石井浩二, 原哲也. がん疼痛に対する薬物療法 (鎮痛薬・医療用麻薬・鎮痛補助薬) -現状とピットフォール-がん疼痛に対する薬物療法-非オピオイド鎮痛薬-. 日本臨床麻酔学会誌.2017 ; 37 : 355-360.
 - 4) 佐野 統. 2.非ステロイド抗炎症薬 (COX-2 阻害薬) . 日本内科学会雑誌 2011 ; 100 : 2888-2901.
 - 5) Chandrasekharan NV, Dai H, Roos KL, et al. COX-3, a cyclooxygenase-1 variant inhibited by acetaminophen and other analgesic/antipyretic drugs: cloning, structure, and expression. Proc Natl Acad Sci U S A 2002;99: 13926-13931.
 - 6) Bruera E, Higginson IJ, Ripamonti C, Gunten C eds. Textbook of Palliative Medicine. London: Hodder Arnord, 2006. pp380-389.
 - 7) Mercadante S, Casuccio A, Agnello A, et al. Analgesic effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in cancer pain due to somatic or visceral mechanisms. J Pain Symptom Manage. 1999;17:351-356.
 - 8) McKenna F, Borenstein D, Wendt H, et al. Celecoxib versus diclofenac in the management of osteoarthritis of the knee. Scand J Rheumatol. 2001;30:11-18.
 - 9) 平田純生, 門脇大介, 成田勇樹. NSAIDs による腎障害 -COX2 阻害薬およびアセトアミノフェンは腎障害を起こすか-日本腎臓学会誌 2016;58:1059-1063.
 - 10) 米田晃敏, 日浦政明, 鳥山 司ら. アセトアミノフェンによる急性肝不全・急性型の 1 例. 肝臓 2018;59:363-369.
 - 11) Lucena MI, Andrade RJ, Tognoni G, et al. Spanish Collaborative Study Group on Therapeutic Management of Liver D. Drug use for non-hepatic associated conditions in patients with liver cirrhosis. Eur J Clin Pharmacol. 2003;59: 71-76.
-

活動報告

2024 年 10 月 5 日

特別講演

「がん性疼痛緩和の基本と最近の話題」

～ 患者への向き合い方とチームのあり方 ～

演者：医療法人 つたや会 在宅診療所いずも

橋本 達也 先生

【会議報告】

2024 年 10 月 5 日 13 時より、NPD 貸会議室 岡山高島屋 1F フロア A にて、本年度の緩和医療研究会学術講演会が開催されました。

最初に、川崎医科大学総合医療センター看護部主任である竹内真知子氏による、胃がん患者のトータルペインに関する症例発表が行われました。続いて、島根大学麻酔科学講座の前講師であり、前島根大学緩和ケアセンターセンター長を務められた橋本達也先生をお招きし、教育講演が行われました。

橋本先生は、1999 年に島根大学麻酔科学講座に入局され、2001 年に大学院に進学されました。以降、鎮痛薬の基礎研究、がん性疼痛緩和の実践活動、およびペインクリニックの分野において精力的に取り組まれ、各領域で多大な業績を挙げられています。今回のご講演では、がん性疼痛管理の基礎から臨床応用までを網羅し、各治療法の選択基準、メリット・デメリット、適応条件について、明快かつ実践的な解説をいただきました。さらに、令和 6 年 4 月より転籍された在宅診療所いずもにおける地域医療活動についてもご紹介いただきました。特に、地域医療現場で直面する問題点やその対処法についても詳説され、参加者にとって共感を呼ぶ内容が多く、実践的な知識として大いに参考となりました。現在、先生は在宅診療所いずもにて精力的に診療活動をおられ、緩和ケア分野における第一線でリサーチマインドを兼ね備えた数少ない専門的緩和ケア医として、今後のさらなるご活躍が期待されます。私自身も、がん医療に携わる者として、橋本先生をお手本にして、研究と医療実践の両面で努力を重ねる決意を新たにいたしました。改めて貴重なご講演に心より感謝申し上げます。

講演後には、現地参加者全員による ACP（Advance Care Planning）のタイミングと内容について検討するワークショップを開催しました。ACP の現状と具体的な問題点について意見交換を行い、日頃の臨床現場で直面する「患者の治療選好や療養の場の選択」という課題に対し、活発な討議を行う貴重な機会となりました。今回の学びを今後の診療に積極的に活かしていく所存です。

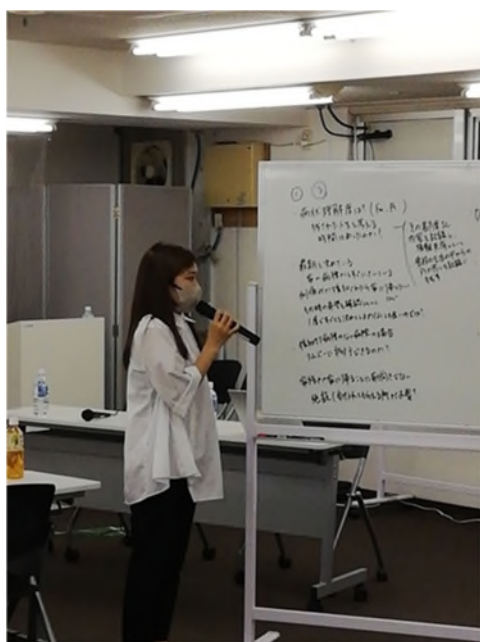
（文責：河原辰由樹）



積極的に意見交換する参加者



特別講演の橋本先生



ワークショップでグループの意見をまとめて発表しました。

緩和医療研究会

開催日時 2024年 **10月5日（土）** 13:00～15:00

開催形式 ハイブリッド開催（会場・WEB同時配信）

開催会場 NPD貸会議室 岡山高島屋 1F フロアA
住所：岡山市北区錦町1-5 タイムズ岡山タカシマヤ1階（JR岡山駅より徒歩5分）
【ご注意】会場でご参加の方はワークショップもご参加をお願いします。

参加方法 事前申込制 （お申し込み方法は裏面をご参照ください。）

13:00～13:15

第一講演

『胃がん骨転移患者の
トータルペインについて考える』

座長 六原 純子 先生 川崎医科大学総合医療センター 看護部

演者 竹内 真知子 先生 川崎医科大学総合医療センター 看護部

13:15～14:15

特別講演

『がん性疼痛緩和の基本と最近の話題』

座長 山根 弘路 先生 川崎医科大学 総合内科学4 准教授

演者 橋本 龍也 先生 医療法人つたや会 在宅診療所いずも

14:15～14:25

クロージング
リマークス

瀧川 奈義夫 先生 川崎医科大学 総合内科学4 教授

14:25～15:00 対象：現地参加者のみ

ワークショップ

テーマ：『ACPのタイミングと医療連携』

司会 山根 弘路 先生

オブザーバー 六原 純子 先生

会場にご参加のみなさまにはお茶のご提供を予定しております。ご施設のルールに則りご利用ください。

医療関係者※以外の参加はご遠慮いただいております。

※主として医師、歯科医師、薬剤師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床心理士等の医療専門家（医学部・薬学部等の学生を含む）及び医療施設において医療に従事する職員

共催：緩和医療研究会 / 塩野義製薬株式会社

投稿規定

■ 投稿規定

1. 原稿内容は緩和医療の各領域に関する原著、症例報告、短報、雑報、総説、研究会報告（ガイドライン含）とする。ただし、総説は原則として編集委員会の依頼によるものとする。
2. 原稿は邦文または英文とする。
3. 臨床試験などで必要な倫理委員会の承認番号や臨床試験登録番号などは、必ず表紙ページ、もしくは、本文中に明記すること。症例報告においては、患者からの同意取得が望ましいが、同意取得が不可能であった場合その旨本文中に明示すれば投稿は可能とする。
4. 二重投稿、盗用、および捏造が判明した場合以下の対応とする。
 - 1) 審査中であれば論文を却下、掲載後であればその論文を撤回する旨を誌上に掲載する。
 - 2) 編集委員会の判断により非常に悪質と判断された場合は、著者の雇用主や所属団体への告知および調査依頼、あるいは他誌への周知を含めた対応を行う。
5. 利益相反（Conflict of Interest: COI）に関しては、著者全員について、利益相反のある金銭上あるいは私的な関係すべてを明らかにすることが望ましい。
 - 1) 自己申告すべき内容がない場合は、論文の末尾に、「利益相反自己申告：申告すべきものなし」と記載する。
 - 2) 自己申告すべき内容がある場合は、論文の末尾に以下の記載例の如く記載する。
（執筆者の記載例）
 - 著者 A は X 株式会社から資金援助を受けている。
 - 著者 B は X 株式会社の社員である。
 - 著者 C は Y 株式会社の顧問である。
6. 投稿は編集委員会あてに Word で以下の示す投稿例に従って作成したものを E-mail に添付して投稿する。
7. 原稿の採否は編集委員会において決定する。受理した原稿は返却しない。編集委員会からコメントがあった場合は原稿返送後 3 カ月以内に再投稿すること。追加実験等により期日に間に合わない場合は、事務局に連絡の上、期間を延長できるものとする。期限が過ぎた場合には新規投稿として扱う。
8. 原稿の掲載は採用順とする。速やかに掲載を希望する場合には、「特別掲載」と明記する。
9. 初校は著者校正とし、再校以後は編集委員会において行う。

投稿例

(本誌では原著，症例報告，短報，雑報，総説，研究会報告を受け付ける。)

【論文種別を明示】 (例 【症例報告】など 使用言語は英語ないしは日本語のいずれかとする)

【表題】： x x x x x x x x x x

【著者】0000 大学 x x x 学教室

K 崎 T 郎、A 本 B 太郎、C 山 D 夫….

注 (所属に続いて、すべての著者を記載する。著者数に制限はない)

【連絡先】 ☎xxx-00 xx 県 xx 市 xx 区 xxx 0-0-0 0000 大学 x x x 学教室

電話： xxxx-ss-xxxx

FAX： xxx-xxx-xxxx

Email： X X X X X X X X @xxx

【論文種別】から【連絡先】までを別ページで作成し、2 ページ目以降に本文・引用文献・謝辞などを記載する

【本文】 本文を記載 (投稿言語は英語ないしは日本語のいずれでもよいが、本文はいずれの投稿であっても和文/英文共に 4000 字を超えないものとする)

【引用文献】以下の如くの形式で引用文献は記載する

1) 英文 例

原著論文

Siconolfi D, Bandini J, Chen E. (著者は 6 名までは全てを記載、6 名以上は 6 名まで記載し以下 et al.)
Individual, interpersonal, and health care factors associated with informal and formal advance
care planning in a nationally- representative sample of midlife and older adults. Patient Educ
Couns. 2021; 104: 1806-1813. (西暦年 ; 巻 : ページ)

2) 和文 例

ガイドラインなど

日本肺癌学会, 編集. 肺癌診療ガイドライン—悪性胸膜中皮腫・胸腺腫瘍含む 2022 年版. 金原出版; 2022 : 175-256

和文論文など

隈部知更. 日本人の死生観に関する心理学的基礎研究—死への態度に影響を及ぼす要因についての分析—. 健康心理学研究. 2006;19: 10-24.

教科書・書籍など

監修 井上令一 翻訳 四宮滋子、田宮聡 カプラン臨床精神医学テキスト DSM-5 診断基準の臨床への展開(3版). 東京: メディカルサイエンスインターナショナル; 2016: 173-190.

Website など

木澤義之. わが国におけるアドバンスケアプランニングの方法論の確立とその有効性に関する研究. 科学研究費助成事業 研究成果報告書. 2016-6-20.

<https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-25460886/25460886seika.pdf>.

【図表】

(図表については引用文献に引き続き Word 内に添付し投稿する。図表数に制限はないが、4 つ以上ある場合は 5 つ目からは Supplemental Figure として添付し、番号を付記して投稿する。(例: Suppl Figure 1 ないしは 別表 1) Supplemental figure および別表は論文出版時には本文中には提示されず、論文最後尾にまとめて掲載される。)

■ 複写複製および転載複製について

岡山緩和医療研究会では、転写複製および転載複製に係る著作権を有しております。転写転載、転載複製をご希望の方はお問い合わせください。尚、非営利目的での利用については無償で転載利用頂くことが可能です。詳細は当研究会ホームページを通じてご申請ください。

For reproduction and reuse

You may reuse a content for non-commercial use for free. Please contact us directly to obtain the permission for the reuse content in advance via our web site.

編集後記

■ 発刊にあたって

今回 2024 年度の岡山緩和医療研究会雑誌は研究会活動報告が 1 編、総説を 2 編の計 3 編の論文を掲載することができました。本誌にとって昨年に続く機関誌発行となり、ひとまずは継続できたことに安堵しております。今後論文投稿が増加し、会員の皆様に役立つ立派な機関誌として再出発し、活発な意見交換の場になることを期待しています。これにつきましては、会員の皆様のご協力があって初めて成り立つものであり、ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。次回発行は 2026 年 3 月を予定しておりますので、皆様から数多くの玉稿を投稿いただけることを心待ちにしております。

(当番編集委員 川崎医科大学 総合内科学 4 越智宣昭)

編集委員長

瀧川奈義夫 (川崎医科大学 総合内科学 4)

副編集委員長

山根弘路 (川崎医科大学 総合内科学 4)

編集委員

西江宏之 (川崎医科大学 臨床腫瘍科)

越智宣昭 (川崎医科大学 総合内科学 4)

片山英樹 (岡山大学 緩和支援医療科)

南 大輔 (医療法人 ほそや医院)

編集委員会事務局 川崎医科大学 総合内科学 4 教室内

〒700-8505 岡山県岡山市北区中山下 2-6-1 川崎医科大学総合医療センター内科

電話: 086-225-2111

FAX: 086-232-8343

E-mail: sogonaika4@med.kawasaki-m.ac.jp

緩和医療

The Journal of Palliative Medicine

発行日

2025 年 3 月 1 日 発行

発刊者：

岡山市北区中山下 2-6-1

川崎医科大学総合医療センター 内

緩和医療研究会 事務局

缓和医疗

The Journal of Palliative Medicine