

# 緩和医療

*The Journal of Palliative Medicine*

**Vol.30 (2025)**



緩和医療研究会編



# 目次

卷頭言	.....	1
総説	.....	3
雑報	.....	6
活動報告	.....	9
投稿規定	.....	16
編集後記		



## 巻頭言



### 治療と緩和の二刀流

— 大谷翔平から考える腫瘍学 —

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

2025年のスポーツ界では大谷翔平選手の活躍が大きな話題となりました。投手と打者という異なる役割を担う姿は、多くの人に驚きと希望を与えましたが、そこに見えるのは単なる「二つの仕事」ではなく、全体として一つのパフォーマンスを形づくる在り方でしょう。医療の世界にそのまま重ねるのは少し乱暴かもしれませんが、腫瘍医療の現場にいと、「治療」と「緩和」という二つの視点をどう持つかについて考えさせられることが多いと感じます。

近年、腫瘍学は大きく進歩しました。分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬の登場により、進行がんであっても長期生存が現実となっています。一方で、治療の選択肢が増えるほど、患者や家族が抱える迷いも増えているようにも感じます。外来で「先生、私はどこまで治療を続けるべきでしょうか」と問われることもあります。その問いに、簡単な答えはありません。

早期緩和ケアの有用性については、すでに多くの報告があります。TemelらのNEJM 2010年の研究<sup>1)</sup>では、転移性非小細胞肺癌患者に対し、標準治療に加えて早期から緩和ケアを併用することで、QOLの改善だけでなく生存期間の延長も示されました。その後のENABLE III試験<sup>2)</sup>でも、早期介入群において症状負担の軽減や死亡リスク低下が示唆されました。

これらのエビデンスを知っていても、実際の臨床では「今、このタイミングでACPを切り出してよいのか」と迷うことが往々にしてあります。治療が奏効している局面で将来の話をするに、どこかためらいが生じます。しかし、患者にとって治療と生活は切り離せません。治療の話をしながらか生活の話をするのは、本来不自然なことではないはずです。

2025 年、団塊世代が後期高齢者となり、がん医療はさらに高齢化の時代に入りました。治療強度と生活の質のバランスは、これまで以上に問われるでしょう。生存期間の延長だけでなく、その時間をどう過ごすのかを一緒に考えることが、腫瘍医に求められているように思います。

治療と緩和の二刀流はもはや理想論ではありません。これは腫瘍医に課せられた責務であり、患者の人生を支えるための不可欠な姿勢です。本誌が、腫瘍学の深化とその実践の場として今後も発展できれば幸いです。

#### 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*. 2010;363:733–742.
- 2) Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, et al. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: The ENABLE III Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2020;38:2519–2529.

## 総説

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

## 第三章 我が国の社会全体に存在する特殊な死生観

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。<sup>1-4</sup> 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、<sup>5</sup> 4 回にわたって解説するシリーズの 3 回目。

### 3. 我が国の社会全体に存在する特殊な死生観

我が国の死生観の特徴を論じるうえで、「社会通念として“死”をいかに捉えているか」という問いは極めて重要である。第二次世界大戦後の高度経済成長期以降、生産性や効率が重視され、“死”とは対極に位置づけられる“生”のみに価値が置かれる社会構造が形成されてきた。その結果、現代日本社会において“死”はしばしば「忌避すべき対象」として捉えられがちである。<sup>6</sup>

一方で、“死”に対する社会的関心は近年むしろ高まりをみせており、メディア空間における“死”に関する著作や表現の無秩序な氾濫を「死のグラフィティ（落書き）」と表現した報告も存在する。<sup>6,7</sup> これらの事象は、社会的文脈のなかで“死”

の解釈が多様化していること、さらに個人レベルにおいても「自らの死」に関する具体的な選好が複雑かつ多岐にわたっていることを示唆している。<sup>8</sup>

こうした社会的風潮は、ACP の実践に大きな影響を及ぼしていると考えられ、ACP の低施行率の一因である可能性が高い。実際、我が国における緩和ケア病棟の遺族調査では、患者が死亡する 3 か月以上前から終末期に関する話し合い、すなわち「人生会議（≡ ACP）」が行われていた割合は全体の約 3 分の 1 にとどまっていた。<sup>9</sup>

また、根治切除が困難な進行期固形腫瘍患者を対象とした研究においても、標準的な一次治療終了後に ACP が実践

されていた症例は約 7 分の 1 にすぎなかった。<sup>10</sup>

さらに、ACP の実臨床への導入が最も進んでいるとされる英国からの報告においても、ACP は概ね半数の患者において有益と評価される一方で、一定数の患者が拒否感を示すこと、またその実践には相当の時間と労力を要し、すべての患者に一律に実施することは現実的ではないこと、さらには患者や家族にとって心理的負担となる場合があることも指摘されている。<sup>11,12</sup>

以上を踏まえると、死を否定的に捉える方向性のもとで形成されてきた我が国独自の死生観は、ACP 施行における明確なバリアの一つであると考えられる。そのため、患者個々の死生観を的確に評価することは、ACP を実践するうえで臨床的に極めて重要である。「国民性」という枠組みで一括して議論を進めることには限界があり、“死”の解釈は本質的に流動的かつ時代とともに変化するものであるという認識を常に持つことが重要と考えている。

(文責：山根弘路)

## 【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. 2016-6-20. <https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-25460886/25460886seika.pdf>.
- 2) Lum HD, Sudore RL, Bekelman DB. Advance 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, Piaseyky 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

## デジタル抄読会

### 表題：肺がん患者の救急外来受診から見えてきた、患者社会性について

～Influence of Primary Care Physicians on End-of-Life Treatment Choices in Lung Cancer

Diagnosed in the Emergency Department. J Pers Med 2025. からの考察～

川崎医科大学 総合内科学 4 市山成彦、山根弘路、三村彩香

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

肺がんは、現在もなお世界的にがん関連死亡の主要な原因の一つである。多くの症例は一般外来診療で診断されるが、一部は救急外来（emergency department：ED）受診時に偶発的に発見される。しかし、こうした偶発的に発見された患者の臨床的特徴や最終的な治療方針、特に居住形態やプライマリ・ケア医（primary care physician：PCP）の有無といった社会的背景因子との関連については、いまだ十分に明らかにされていない。

Kawaharaらは、2018年4月から2021年12月までの期間に、単施設のFree access型救急外来を受診し悪性腫瘍と診断された患者を対象とした後ろ向き研究を実施した。救急外来受診から60日以内に悪性腫瘍と診断された症例を解析対象とし、年齢や性別などの患者背景、疾患進行度、治療方針に加え、独居の有無やPCPの有無といった社会的背景因子を抽出し、治療方針決定までのプロセスとの関連を統計学的に解析した。

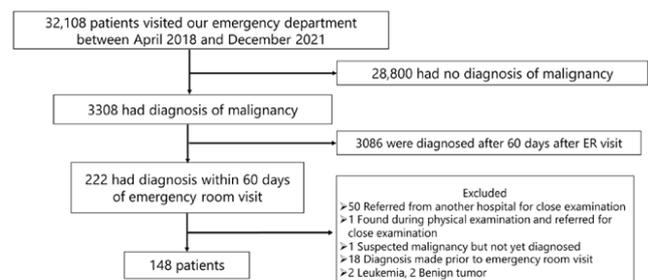


図1 患者リクルートの流れ（Ref1よりFigure1を引用）

研究期間中に救急外来を受診した患者は 32,108 例であり、診断結果や治療選好に関する情報は診療録を基に収集された。著者らは、60 日以内に悪性腫瘍と診断された症例を「がんに関連する症状または徴候により救急外来を受診した可能性のある症例」と定義し、32,108 例中 148 例がこの定義に該当した (図 1)。この 148 例のうち、23 例が肺癌であり、その患者背景は図 2 に示されている。診断時点で 69.6%が遠隔転移を有するIV期症例であり、60.9%が手術、化学療法、または放射線療法を含む何らかの抗がん治療を受けていた。

Variables	No. (%)
Median age (range)—year	75.0 (53–96)
Gender	
Male/Female	14 (60.9)/9 (39.1)
Performance status	
<2/≥2	17 (73.9)/6 (26.1)
Smoker	
Yes/No	15 (65.2)/7 (30.4)
Unknown	1 (4.3)
Smoking status	
20 PY/≥20 PY	1 (6.7)/13 (86.7)
Unknown	1 (6.7)
Metastatic disease	
Yes/No	16 (69.6)/7 (30.4)
Multiple cancers	
Yes/No	5 (21.7)/18 (78.3)
Living alone	
Yes/No	10 (43.5)/13 (56.5)
Presence of PCP	
Yes/No	15 (65.2)/8 (34.8)

Abbreviations: PY; pack per year, and PCP; primary care physician.

Variables	Metastasis		p-Value
	Yes	No	
Living situation			
Lives alone	8, (80.0%)	2, (20.0%)	p = 0.405
Lives with family	8, (61.5%)	5, (38.5%)	
Primary care physician			
Yes	9, (60.0%)	6, (40.0%)	p = 0.345
No	7, (87.5%)	1, (12.5%)	

図 2 患者背景と患者環境 (Ref1 より table3.4 を引用)

がんの進行度と居住形態、あるいは PCP の有無との間には有意な関連は認められなかった (図 2)。一方で、PCP の存在は最善支持療法 (best supportive care : BSC) の選択と有意に関連しており (p=0.023) (図 3)、年齢 (75 歳をカットオフ) と治療方針との間には有意差は認められなかった。

Variables	Treatment Choice		p-Value
	Any Treatment	BSC	
Living situation			
Lives alone	7, (80.0%)	3, (61.5%)	p = 1.000
Lives with family	8, (20.0%)	4, (38.5%)	
Primary care physician			
Yes	7, (46.7%)	7, (100%)	p = 0.023
No	8, (53.3%)	0, (0.0%)	

Abbreviations: BSC; best supportive care.

図 3 治療選択とかかりつけ医の存在との関連性 (Ref1 より table5 を引用)

本研究の結果から、「独居」といった現代社会に特徴的な背景因子は、がんの病期や積極的抗がん治療の選択とは有意な関連を示さなかった一方で、かかりつけ医の存在は BSC が選択される可能性の高さと関連していた。これは、PCP を有する患者では終末期におけるケア目標がより明確に共有されている可能性や、医師との信頼関係が在宅での BSC の実践を支えている可能性を示唆している。以上より、プライマリ・ケアへのアクセスは終末期医療における患者選好の明確化に影響を及ぼし得る要因であり、かかりつけ医の存在が終末期腫瘍診療における個別化されたアプローチの重要性を再認識させる結果であったと考えられる。

**【引用文献】**

- 1) Kawahara T, Ochi N, Kirishi H, Sunada Y, Mimura A, Ichiyama N, Kosaka Y, Nagasaki Y, Nakanishi H, Yamane H, Takigawa N. Influence of Primary Care Physicians on End-of-Life Treatment Choices in Lung Cancer Diagnosed in the Emergency Department. *J Pers Med.* 2025;15:339.

## 活動報告

2025年9月6日

### 日本緩和医療学会 第7回中国・四国支部学術大会 ランチョンセミナー2

「肺癌患者のトータル治療戦略における ACP の介入ポイントについて考える」

(緩和医療研究会・中外製薬株式会社共催)

座長：山根弘路

演者：小原弘之・笠原庸子

#### 【会議報告】

2025年9月6日12時20分より、日本緩和医療学会第7回中国・四国支部学術大会のランチョンセミナーとして、徳島大学大塚講堂において「肺癌患者のトータル治療戦略における ACP の介入ポイントについて考える」と題したセミナーを、中外製薬株式会社との共催により開催しました。

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）は、患者さんが将来の医療やケアについて意思決定を行い、その内容を医療者やご家族と共有するプロセスであり、緩和医療において重要な役割を担うものとして広く認識されています。一方で、ACP の実施にはさまざまな障壁が存在し、症例によって得られるアウトカムにばらつきが生じることも課題として指摘されています。

本セミナーの前半では、山根が免疫チェックポイント阻害薬（ICI）上市後の化学療法の進歩と、それに伴う患者予後の延長が ACP 実施に与えた影響について解説しました。特に、治療選択肢の拡大が意思決定の複雑化を招き、ACP 開始のタイミングに新たな困難が生じている現状を提示しております。

後半では仮想症例を用い、日本緩和医療学会中国四国支部長の小原先生と緩和ケア領域の薬剤師として積極的に ACP に携わっておられる笠原先生にご登壇いただき、ACP の課題の一つである「開始のタイミング」について、最新のエビデンスを踏まえた見解をご紹介いただきました。

#### Advance Care Planning (ACP) アドバンス・ケア・プランニング

≡ 今後の治療・療養について患者本人・家族/友人など親しい人を中心とするCare giverと医療者があらかじめ話し合う自発的なプロセス

患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましい。

アドバンス・ケア・プランニングの内容としては以下のものが必要

- 患者本人の気がかりや意向
- 患者の価値観や目標
- 病状や予後の理解
- 治療や療養に関する意向や選好、その提供体制

#### ACPの問題点

- 患者が結果を予想すること自体が困難
  - 不確実性
  - 低いヘルスリテラシー、重篤な病状
- 話し合いのときは侵襲や有害事象を受け入れられないが、いざとなると受け入れる現状
  - 例) 頭頸部がん患者の気管切開
- 実際の臨床に適用することのむずかしさ
  - 選択肢に具体性がない
  - 手術、化学療法、転院などへの対応

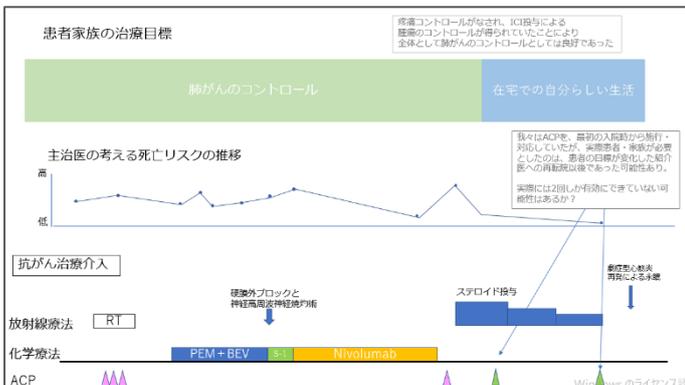
・20%の患者が長生きできる。だから治療を頑張らしましょう。

➡ 自分自身がどうなっていくの不明な段階で予後と今後の決定は不確実性の境

・5人に一人しか長生きできない。だから今後について

➡ あらかじめ考えておきましょう

➡ - 選択肢に具体性がない段階でのACP



当日は、ACP の現状や具体的な課題について活発な意見交換が行われ、「患者さんの治療選好」や「療養の場の選択」といった日常診療で直面する難しいテーマについて、実践的かつ建設的な討議がなされました。

本セミナーは、ACP に積極的に取り組む医療者の知識およびモチベーションの向上に寄与するとともに、抗腫瘍療法の進歩を踏まえた緩和医療の新たな方向性を考える有意義な機会となったものと考えています。緩和医療学会との協働は新たな試みであり、今後も継続していきたいと考えています。

(文責：山根弘路)



End of Life を多種職で支える

## 日本緩和医療学会 第7回中国・四国支部学術大会

**会期** 2025年 9月 6日(土)

**会場** 徳島大学 大塚講堂(徳島市蔵本町) 長井記念ホール(徳島市庄町1丁目)

**大会長** 片山 和久 小松島天満クリニック

**実行委員会  
委員長** 今井 芳枝 徳島大学大学院医歯薬学

**演題募集期間** 2025年 3月1日(土) ~ 4月30日(土)

**参加登録期間** 2025年 7月1日(火) ~ 9月1日(土)

**運営事務局** 日本緩和医療学会第7回中国・四国支部学術大会 運営事務局  
〒560-0001 大阪市西区土佐堀1丁目4番8号 日栄ビル703A あゆみコーポレーション  
Tel: 06-6131-6605 E-Mail: jspm\_chushikoku2025@a-youmei.co.jp  
[https://www.jspm.ne.jp/meetings/branch\\_chugoku\\_shikoku](https://www.jspm.ne.jp/meetings/branch_chugoku_shikoku)

ランチョン・セミナー 2  
共催：緩和医療研究会/中外製薬株式会社

座長：山根 弘路(川崎医科大学 総合内科学 4)  
山根 弘路 利益相反：該当なし

演者：○山根 弘路(川崎医科大学 総合内科学 4)  
登壇者：小原 弘之(徳山中央病院 緩和ケア内科)  
笠原 庸子(医療法人 秋本クリニック)

ACP (アドバンス・ケア・プランニング) は、患者が将来の医療やケアについて意思決定を行い、それを医療者や家族と共有するプロセスであり、さまざまな有用性が報告されています。現在では、緩和医療の実践において重要な取り組みと認識されるようになってきました。しかしながら、ACP の実施にはいくつかのバリアが存在し、症例によってはその導入によって得られるアウトカムにばらつきが見られることも報告されており、必ずしもすべてのケースで良好な結果が得られるとは限りません。

本ランチョン・セミナーの前半では、ICI(免疫チェックポイント阻害薬)の登場以降における各癌腫の化学療法との進歩と、ACP に伴う患者支援の現状について概説します。特に、化学療法による予後の延長が新たなバリアを生じさせ、ACP の実施に影響を与えている点について説明させていただきます。

後半では、仮想症例を用いながら、緩和ケアの専門家である 2 名の先生方にご登壇いただき、ACP 実施における課題の一つである「ACP 開始のタイミング」についてのご意見を伺います。あわせて、その判断を支える最新のエビデンスについてもご紹介いただきます。

本ランチョン・セミナーを通じて、現在臨床現場で積極的に ACP に取り組まれている皆様のモチベーションと知識の向上に資するとともに、抗腫瘍療法の進歩に伴って生じた新たな課題とエビデンスを整理し、それらを臨床に還元することで、緩和医療の新たな方向性を模索する一助となれば幸いです。

研究責任者：演者自身  
利益相反：山根 弘路 該当なし  
登壇者 利益相反：小原 弘之 該当なし、笠原 庸子 該当なし

2025年10月25日

## 緩和医療研究会 講演会およびワークショップ 特別講演

「ケモとカンワの交差点で思うこと vol1.2」

(緩和医療研究会・中外製薬株式会社共催)

演者：医療法人社団仁生社 江戸川病院 後藤宏顕 先生

### 【会議報告】

2025年10月25日13時より、杜の街グレースオフィススクエア3階ホールBにおいて、本年度の緩和医療研究会学術講演会が開催されました。

はじめに、川崎医科大学総合医療センター看護部 看護師長であり、緩和ケア認定看護師の六原純子氏による「患者と家族のニーズを把握することの困難さ—医療連携の限界—」と題した症例発表が行われました。家族の思いと医療者の認識に齟齬がみられた悪性リンパ腫患者のPCU受け入れをめぐる問題点や、今後の検討課題が提示され、参加者の多くが日常診療で経験し得る内容であったことから、活発な質疑応答が行われました。

続いて、医療法人社団仁生社 江戸川病院 腫瘍血液内科副部長 兼 化学療法センター長の後藤宏顕先生をお招きし、「ケモとカンワの交差点で思うこと vol.1.2」と題する教育講演が行われました。後藤先生は2004年に千葉大学医学部をご卒業後、船橋市立医療センターにて初期研修を修了されました。その後、がん研究会有明病院において消化器外科レジデントとして研鑽を積み、さらに同院の化学療法科および緩和ケア科にて経験を重ね、2010年より江戸川病院腫瘍血液内科に赴任されました。以降、最新のエビデンスに基づく標準治療の導入に尽力されるとともに、身体的苦痛のみならず心理的苦痛にも早期から目を向けた総合的ながん医療を実臨床に取り入れ、多くの患者と向き合っています。今回のご講演では、こうした実践の具体例をわかりやすく提示していただき、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がなされました。さらに、化学療法に伴う末梢神経障害への対応や、近年在宅医療の現場でも導入が進んでいるPCA

(Patient-Controlled Analgesia) について、その設定方法から利点・課題に至るまで幅広くご教示いただき、会員一同、非常に有意義な時間を過ごすことができました。私自身も、がん医療に携わる者として、後藤先生を一つの指標とし、臨床腫瘍学と緩和医療学の双方を実践することで、患者の ADL および QOL の向上に資する医療を提供できるよう、あらためて努力を重ねていく決意を新たにしました。改めて、貴重なご講演に心より感謝申し上げますとともに、先生の今後のさらなるご活躍を期待いたします。

講演後には、仮想症例を用い、現地参加者全員による ACP (Advance Care Planning) のタイミングおよび内容について検討するワークショップが開催されました。ACP の現状や具体的な課題について意見交換が行われ、日常診療で直面する「患者の治療選好」や「療養の場の選択」といった困難なテーマについて、率直かつ活発な討議がなされました。本講演会で得られた学びは非常に貴重であり、参加者全員のスキル向上に大いに寄与したものと考えられます。

#### 症例【再発大腸がん治療】

42歳、女性、既婚、PS:0 RAS:変異型 RAF:野生型  
合併症：なし 既往歴：特になし  
家族歴：特になし

201X年 12月	上行結腸癌と診断され右半結腸切除術D3の郭清を施行。病理組織診断：リンパ節転移陽性、Stage IIIA adenocarcinoma、根治度 A 補助化学療法：フッ化ピリミジン系内服抗がん剤単剤療法を6ヶ月間実施。
201X+2年 2月	CTで両葉に10個以上の多発肝転移のほか右肺1cm大のSOL2個が認められた為、当科紹介となった。
201X+2年 3月	貧血及び消化管および胆道の閉塞症状を認めず、術後補助療法終了後6カ月以降の再発である為、XELOX+AVA療法開始。腫瘍は縮小し、CTにてPRの継続が確認されていたが、6コース実施後、G3の末梢神経障害が発現
201X+2年 6月	今後の治療について、患者と夫と相談する予定

※XELOX:Capecitabine+Oxaliplatin  
※AVA:Bevacizumab

【文責：長崎泰有】



特別講演の後藤先生



瀧川先生のClosing 風景



ACPについてのWork shop



ACPについてのWork shop

# 緩和医療研究会

**開催日時** 2025年 **10月25日(土)** 13:00~15:00

**開催形式** ハイブリッド開催 [会場+WEB配信]

**開催会場** 杜の街グレース オフィスクエア3階 ホールB  
〒700-0907 岡山市北区下石井二丁目10番8号  
[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。)

**座長**

**山根 弘路 先生** 川崎医科大学 総合内科学4 准教授

13:00~13:15

**第一講演**

『患者と家族のニーズを把握することの困難さ  
- 医療連携の限界 - 』

**演者**

**六原 純子 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**

『ケモとカンワの交差点で思うこと vol.1.2 』

**演者**

**後藤 宏顕 先生** 医療法人社団仁生社 江戸川病院  
腫瘍血液内科副部長 兼 化学療法センター長

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：『 仮想症例を用いてACPタイミングを検討する 』

**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

適切な講演会運用を行うため、講演内容・ワークショップの内容を録画または録音させていただきます。

# 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 2025 年度の岡山緩和医療研究会雑誌は研究会活動報告が 2 編、総説を 1 編の計 3 編の論文を掲載することができました。本研究会の機関誌発行になんとかこぎつけることができ、ひとまずは継続できたことに安堵しております。引き続き、会員の皆様に役立つ機関誌として、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 2027 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 姫路聖マリア病院 呼吸器内科 南 大輔)

#### 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 (姫路聖マリア病院 呼吸器内科)

#### 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](mailto:sogonaika4@med.kawasaki-m.ac.jp)

---

## 緩和医療

The Journal of Palliative Medicine

発行日

2026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