

分担研究報告書

スクリーニング・トリアージプログラムを普及するための研究：  
ワークショップの有用性の検討

研究分担者 明智龍男<sup>1,2</sup> 森田 達也<sup>3</sup> 木澤 義之<sup>4</sup> 松本 禎久<sup>6</sup>

研究協力者 内田 恵<sup>1,2</sup> 奥山 徹<sup>1,2</sup> 木下寛也<sup>5</sup>

1. 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野
2. 名古屋市立大学病院 緩和ケア部
3. 聖隷三方原病院 支持緩和医療科
4. 神戸大学大学院医学研究科 先端緩和医療学分野
5. 東葛病院 緩和ケア科
6. 国立がん研究センター東病院 緩和医療科

**研究要旨**

本研究の目的は、苦痛のスクリーニングをどのようにすれば効果的、効率的に導入・運用し、患者・家族のために役立てることができるかを学ぶワークショップの有用性を評価し、その適切な対象者について検討することである。スクリーニングに困難を感じているがん拠点病院の医師・看護師・薬剤師を対象に、スクリーニングをどうすれば効果的・効率的に導入・運用できるか、患者・家族のために役立てることができるかを学ぶワークショップを開催し、ワークショップ直前・直後・3ヶ月後にアンケート調査を行った。直前・直後アンケートではワークショップに参加した51名全員から回答を得た。ワークショップへの参加で、スクリーニングに関する知識10項目のうち6項目が参加直後で有意に改善しており、ワークショップの有用性が示唆された。スクリーニングに関する考えにおいてはスクリーニングの有用性が再認識された。ワークショップに関する感想は概ね良好であった。ワークショップ3ヶ月後のwebアンケートにも7割以上の参加者が回答し、3ヶ月以内にその内容を実践に移した参加者が3割以上であった。スクリーニングの実践における妨げ（スクリーニングの為の人員が不足していることが妨げとなっている・スクリーニング対象患者を選ぶことが難しいことが妨げになっている）はワークショップ直前と比較して3ヶ月後では有意に減少していた。また、ワークショップの内容を実践に取り入れた参加者においては、スクリーニング実施の妨げ4項目のうち2項目（スクリーニングの為の人員が不足していることが妨げになっている・スクリーニングが陽性だった患者をフォローアップする体制がないことが妨げになっている）が減少し、ワークショップの有用性が示された。ワークショップ直前のスクリーニングに関する知識は参加施設のがん患者登録数・症例数・スクリーニング経験歴・

PCT 経験歴等と正の相関があり、またワークショップ直前のスクリーニングに関する考えは参加者の施設における病床数やがん患者数や症例数と負の相関にあり、緩和ケアチームやスクリーニングの経験が少なく、病床数やがん患者数が比較的少ないスクリーニングに困難を感じているがん拠点病院の医師・看護師・薬剤師がワークショップの対象者として適しているかもしれない。

## A．研究目的

本研究の目的は、苦痛のスクリーニングをどうすれば効果的、効率的に導入・運用し、患者・家族のために役立てることができるかを学ぶワークショップの有用性を評価し、その適切な対象者について検討することである。

## B．研究方法

スクリーニングに困難を感じているがん拠点病院の医師・看護師・薬剤師を対象に、スクリーニングをどうすれば効果的・効率的に導入・運用できるか、患者・家族のために役立てることができるかを学ぶワークショップを開催した。ワークショップ直前・直後・3ヶ月後に以下を実施した。

### 【直前アンケート】

ワークショップ参加者を対象に、スクリーニングに関する知識(スクリーニングに適切な時期を知っている・生活のしやすさに関する質問票について知っている・Support Team Assessment Schedule (STAS) について知っている・Palliative care Outcome Scale (POS)/Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) について知っている・MD Anderson Symptom Inventory(MDASI)について知っている・Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)について知っている・スクリーニングの質問紙のカットオフ値を知っている・スクリーニング結果等データの集積方法を知っている)、スクリーニングに関する考え(スクリーニングの対象患者がわからない・スクリーニングのツールの説明には時間がかかる・スクリーニングのツールの記入方法は難しい・スクリーニングの結果を担当医にフィードバックする方法を知っている・スクリーニングの有用性は高い)、スクリーニングに関する経験(スクリーニング陽性の患者に社会資源サービスを紹介しても受診しない・スクリーニング陽性の患者に緩和ケアチームを紹介しても

受診しない・スクリーニング陽性の患者に精神科/心療内科を紹介しても受診しない・スクリ

ーニングされた結果が、倦怠感や再発不安など、有効な対応方法がない問題のことがある)、スクリーニング実施の妨げ(スクリーニングの為に人員が不足していることが妨げとなっている・外来でがん患者を同定することが難しいなど、スクリーニング対象患者を選ぶことが難しいことが妨げになっている・診療科・主治医の理解が得られないことが妨げになっている・スクリーニング陽性だった患者をフォローアップする体制がないことが妨げとなっている)に関して1点(全くそう思わない)～10点(とてもそう思う)の Numerical rating scale を用いて質問した。加えて背景情報として緩和ケアチーム経験歴・スクリーニング経験歴・職種・自施設での外来患者対象のスクリーニングの有無・自施設での入院患者対象のスクリーニングの有無についても質問した。

### 【直後アンケート】

ワークショップ参加者に、上記に加え、ワークショップに関する感想(スクリーニングに対する興味・関心があがった・スクリーニングに対する意識が変わった・スクリーニングに関して困っていることが解決できた・今後自施設でスクリーニングに関する指導をするのに役立つ・自施設のスクリーニングの充実に自信をつけた・ワークショップの内容を十分に理解できた・ワークショップは今後役立つ内容だった・このようなワークショップは必要である・ワークショップの内容に満足できた・同僚にこのようなワークショップの参加を勧めたい・今後の自施設のスクリーニングの実施が変わる・ファシリテーターは議論を促進した)を1点(全くそう思わない)～10点(とてもそう思う)の Numerical rating scale を用いて質問した。加えてワークショップの時間(長過ぎる・やや長い・適切・やや短い・短すぎる)と自由記載によるワークショップで特に役立った点・改善の余地がある点について質問した。

【3ヶ月後のwebアンケート】

ワークショップ参加者のうち、webアンケートへの参加を希望した対象者に上記、とワークショップで学んだ内容を実践に生かしたかどうか、その場合、どのような内容を生かしたかについて尋ねた。

その他背景情報として、参加者の所属施設情報（年間新入院がん患者数・年間新外来患者数・病床数・緩和ケアチーム（PCT）による年間新規症例数・院内がん登録数）についても情報収集をした。

直前・直後の考えと知識に関する変化と直前・3ヶ月後のスクリーニング実施時の経験と妨げの変化は、Wilcoxonの符号付き順位検定にて解析した。ワークショップ直前の考えや知識と参加者の背景情報と、ワークショップの内容を3ヶ月後に実践に取り入れたか否かと3ヶ月後のスクリーニングに関する経験とスクリーニング実施の妨げの関連に関してはSpearmanの順位相関係数を計算した。

（倫理面への配慮）

本研究への協力は個人の自由意志によるものとし、本研究に同意をした後でも随時撤回可能であり、不参加・撤回による不利益は生じないことを説明した。また得られた結果は統計学的な処理に利用されるもので、個人のプライバシーは厳重に守られる旨を説明した。

C. 研究結果

【直前・直後アンケートについて】

1. 対象者の背景

ワークショップに参加した51名全員から回答を得た。参加者の背景は以下の通りであった（表1）。

表1 参加者背景 (n=51)

		n (%)
専門領域	身体症状緩和医	8 (16)
	看護師	41 (80)
	薬剤師	2 (4)
自施設の外来患者対象のスクリーニング		有 37 (73)
自施設の入院患者対象のスクリーニング		有 40 (78)
緩和ケアチーム経験歴	平均 3.9年 (標準偏差3.0)	
スクリーニング経験歴	平均 1.5年 (標準偏差0.9)	

2. ワークショップの効果：直前・直後アンケートの結果

ワークショップ直前・直後のスクリーニングに関する知識と考えの変化に関しては、ワークショップ直前と直後の知識(スクリーニングに適切な時期を知っている・今使用しているスクリーニングツールのメリットとデメリットを知っている・POS/IPOSについて知っている・ESASについて知っている・スクリーニングの質問紙のカットオフ値を知っている・スクリーニングの結果等データの集積方法を知っている)と考え(スクリーニングの有用性は高い)において有意差が認められた(表2)。

表2. 研修会前後のスクリーニングに関する知識と考えの変化 (n=51)

項目	実施前		実施後		p値*
	中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲	
<0点: そう思わない~10点: そう思う>					
スクリーニングに適切な時期を知っている	6	5.0-7.0	7	6.0-8.0	<0.001
今使用しているスクリーニングツールのメリットとデメリットを知っている	6.5	5.0-8.0	8	7.0-9.0	<0.001
生活のしやすさに関する質問紙について知っている	8	7.0-9.0	9	8.0-10.0	0.036
Support Team Assessment Schedule (STAS)について知っている	8	6.0-9.0	8	8.0-9.0	0.024
Palliative Care Outcome Scale (POS)・Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS)について知っている	2	1.0-5.0	5	2.0-6.0	<0.001
MD Anderson Symptom Inventory (MDASI)を知っている	3	1.0-5.0	5	2.0-6.0	0.002
Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)について知っている	3	1.0-5.0	6	4.0-7.0	<0.001
スクリーニングの質問紙のカットオフ値を知っている	4	1.0-5.0	7	5.0-8.0	<0.001
スクリーニングの結果等データの集積方法を知っている	3	1.0-5.0	6	5.0-8.0	<0.001
スクリーニングの対象者がわからない	5	2.0-8.0	3.5	2.0-6.0	0.596
スクリーニングのツールの説明には時間がかかる	6	5.0-8.0	5	3.0-6.0	0.001
スクリーニングツールの記入方法は難しい	5	3.0-7.0	4	3.0-6.0	0.012
スクリーニングの結果を担当医にフィードバックする方法を知っている	7	4.0-8.0	7	6.0-8.0	0.006
スクリーニングの有用性は高い	6	5.0-8.0	8	7.0-9.0	<0.001

\*Wilcoxonの符号付き順位検定 四分位範囲: 25%-75%

ワークショップに関する感想はスクリーニングの実施に関する自信に関しては8点以上が3割であったが、それ以外の項目においては8点を超えるものが5割を超えていた(表3)。

表3 ワークショップに関する感想 (n=51)

	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点
1点(全くそう思わない)～10点(とてもそう思う)										
ファシリテーターは議論を促進した	0	2	1	1	2	1	4	7	12	21
今後自施設のスクリーニングの実施が変わる	1	0	0	1	10	3	9	11	11	5
同僚にこのようなワークショップの参加を勧めたい	0	0	0	2	7	4	5	5	11	17
ワークショップの内容に満足できた	0	0	1	0	5	2	9	6	12	16
このようなワークショップは必要である	0	0	0	1	1	2	4	10	13	20
ワークショップは今後に役立つ内容だった	0	0	0	0	3	1	8	15	12	12
ワークショップの内容を十分に理解できた	0	0	0	0	4	4	12	14	8	9
自施設のスクリーニングの実施に自信をつけた	1	0	1	3	12	7	12	9	5	1
今後自施設でスクリーニングに関する指導をするのに役立つ	0	0	0	2	4	3	12	13	12	5
スクリーニングに関して困っている事が解決できた	0	0	0	2	7	14	13	8	5	2
スクリーニングに対する意識が変わった	0	0	1	0	6	1	12	9	11	11
スクリーニングに対する興味・関心があがった	1	0	1	0	1	0	7	11	13	17

また、ワークショップの時間に関してはやや長い(1人)・適切(44人)・やや短い(3人)・短すぎる(1人)との回答が得られた。

自由記載においては特に役立った点として、他の施設の取り組みや状況・工夫・困りごとに関して知ることができた・話し合う事ができた、問題点の対比ができた、問題解決ができた、スクリーニング後のフィードバック方法を知る事ができた、トリガーされた患者のフォローアップ法を知る事ができた、スクリーニングの必要性や意義を再認識できた、学びの場になった等が、改善点としては、他施設の資料やスクリーニングシートが見たい、同じ現状の施設の人と話し合いたい、ディスカッションの時間やディスカッション内容の発表時間が短い、多職種で参加したい、会場が狭い等が挙げられた。

### 3. ワークショップの効果：3ヶ月後アンケートの結果

ワークショップの参加者 51 名のうち 38 名(75%)が web アンケートに回答した。12 名(32%)がワークショップの内容を実践に生かしたと回答した。実際に生かした内容として自由記載に、スクリーニングの用紙・対象者・運用・集計方法の見直し、スクリーニングのシステムの再構築、他施設のフィードバックの方法を導入、紙ベースから電子カルテへの移行の準備を始めた等が挙げられた。

ワークショップ直前と3ヶ月後のスクリーニングに関する経験とスクリーニング実施の妨げの変化は以下の通りであった。(表4)

表4. 研修会前と研修会3ヶ月後のスクリーニング実施時の経験と妨げの変化 (実施前 n=51) (実施後 n=38)

項目	実施前		実施3ヶ月後		p値*
	中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲	
< 0点: そう思わない～10点: そう思う >					
スクリーニング陽性の患者に社会資源サービスを紹介しても受診しない	5	3-7	6	4-6	0.089
スクリーニング陽性の患者に緩和ケアチームを紹介しても受診しない	5	4-7	8	4-8	0.165
スクリーニング陽性の患者に精神科・心療内科を紹介しても受診しない	7	5-8	8	6-8	0.049
スクリーニングされた結果が、他患部や再発不安など、有効な対応方法がない問題のことがある	7	6-9	8	6-8	0.976
スクリーニングの為の人員が不足していることが妨げとなっている	8	7-10	4	4-6	<0.001#
外来でがん患者を特定することが難しいなど、スクリーニング対象患者を選ぶことが難しいことが妨げになっている	8	5-9	4	2-6	<0.001#
診療科・主治医の理解が得られないことが妨げになっている	6	4-9	4	2-6	0.012
スクリーニング陽性だった患者をフォローアップする体制がないことが妨げとなっている	8	6-9	4	4-6	0.001

\*Wilcoxonの符号付順位検定 四分位範囲: 25-75%

#: p<0.001

3ヶ月後の web アンケートでワークショップの内容を実践に取り入れたか否かが、スクリーニング実施の妨げ1(スクリーニングの為の人員が不足している事が妨げとなっている) =0.369 (p=0.023)とスクリーニング実施の妨げ2(スクリーニング陽性だった患者をフォローアップする体制が無い事が妨げになっている) =0.462(p=0.004)と関連していた。

### 4. 参加者の背景とワークショップ直前の知識・考えとの関連

ワークショップ直前の知識や考えと関連のある参加者の背景としては、知識(スクリーニングに適切な時期を知っている)はPCTによる年間新規症例数 =0.286 (p=0.046)・院内がん登録数 =0.307 (p=0.032)と、知識(今使用しているスクリーニングツールのメリットとデメリットを知っている)はPCTによる年間新規症例数 =0.399 (p=0.005)・院内がん登録数 =0.299 (p=0.037)と、知識(生活のしやすさに関する質問票について知っている)はスクリーニング経験歴 =0.302 (P=0.032) と、知識(POS・IPOSについて知っている)は年間新外来がん患者数 =-0.311 (p=0.028)と、知識(スクリーニングの質問紙のカットオフ値を知っている)はPCT経験歴 =0.288 (p=0.041)と、考え(スクリーニングの対象患者がわからない)はPCTによる年間新規症例数 =-0.367 (p=0.009)と、考え(スクリーニングのツールの説明には時間がかかる)はPCT経験歴 =0.335 (p=0.016)・年間新入院がん患者数 =-0.348 (p=0.013)・年間新外来がん患者数 =-0.322 (p=0.023)・病床総 =-0.382 (p=0.006)・PCTによる年間新規症例数 =-0.298 (p=0.038)・院内がん登録数 =-0.456

( $p=0.001$ )と、考え(スクリーニングのツールの記入方法は難しい)は年間新入院がん患者数  
=-0.280 ( $p=0.049$ )・病床数  
=-0.311( $p=0.028$ )・PCTによる年間新規症例数  
=-0.292( $p=0.042$ )・院内がん登録数  
=-0.469 ( $p=0.001$ )と関連していた。

#### D. 考察

ワークショップへの参加で、スクリーニングに関する知識 10 項目のうち 6 項目が参加直後  
で有意に改善しており、ワークショップの有用性が示唆された。スクリーニングに関する考え  
においてはスクリーニングの有用性が再認識された。ワークショップに関する感想は概ね良  
好であった。

ワークショップ 3 ヶ月後の web アンケート  
にも 7 割以上の参加者が回答し、3 ヶ月以内に  
その内容を実践に移した参加者が 3 割以上存  
在した。スクリーニングの実践における妨げ  
(スクリーニングの為の人員が不足している  
ことが妨げとなっている・外来でがん患者を同  
定することが難しいなど、スクリーニング対象  
患者を選ぶことが難しいことが妨げになって  
いる)はワークショップ実施直前と比較すると  
3 ヶ月後では有意に減少していた。また、ワー  
クショップの内容を実践に取り入れた参加者  
においては、スクリーニング実施の妨げ 4 項目  
のうち 2 項目(スクリーニングの為の人員が不  
足していることが妨げになっている・スクリー  
ニングが陽性だった患者をフォローアップす  
る体制がないことが妨げになっている)が減少  
し、ワークショップの有用性が示された。

ワークショップ直前のスクリーニングに関  
する知識(スクリーニングに適切な時期を知っ  
ている・今使用しているスクリーニングツール  
のメリットとデメリットを知っている・生活の  
しやすさに関する質問票について知っている  
・POS/IPOS を知っている・スクリーニング  
の質問紙のカットオフ値を知っている)は参加  
施設のがん患者登録数・症例数・スクリーニ  
ング経験歴・PCT 経験歴等と正の相関があり経験  
があることで知識が増え、またワークショップ  
直前のスクリーニングに関する考え(スクリー  
ニングのツールに時間がかかる・スクリーニ  
ングのツールの記入方法が難しい)は参加者の施  
設における病床数やがん患者数や症例数と負

の相関にあり、患者数が多いとスクリーニング  
に関する困難さが減少する傾向にあった。緩和  
ケアチームやスクリーニングの経験が少なく、  
病床数やがん患者数が比較的少ない拠点病院  
の医師・看護師・薬剤師がワークショップの対  
象者として適しているかもしれない。

#### E. 結論

ワークショップによる好ましい効果が認め  
られ、参加者からも好評であり、その有用性が  
示唆された。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

(英文原著論文)

1. Akechi T, et al: Author reply: Brief screening of breast cancer survivors with distressing fear of recurrence Breast Cancer Res Treat 156: 205-206, 2016
2. Akechi T, Uchida M, Okuyama T, et al: Does cognitive decline decrease health utility value in older adult patients with cancer? Psychogeriatrics, 2016
3. Yamauchi T, Akechi T, et al: History of diabetes and risk of suicide and accidental death in Japan: The Japan Public Health Centre-based Prospective Study, 1990-2012 Diabetes & metabolism 42: 184-191, 2016
4. Yamada A, Akechi T, et al: Long-term poor rapport, lack of spontaneity and passive social withdrawal related to acute post-infectious encephalitis: a case report SpringerPlus 5: 345, 2016
5. Sugiyama Y, Akechi T, et al: A Retrospective Study on the Effectiveness of Switching to Oral Methadone for Relieving Severe Cancer-Related Neuropathic Pain and Limiting Adjuvant Analgesic Use in

- Japan J Palliat Med 19: 1051-1059, 2016
6. Onishi H, Akechi T, et al: Early detection and successful treatment of Wernicke encephalopathy in a patient with advanced carcinoma of the external genitalia during chemotherapy Palliat Support Care 14: 302-306, 2016
  7. Okuyama T, Uchida M, Akechi T, et al: Current Status of Distress Screening in Designated Cancer Hospitals: A Cross-Sectional Nationwide Survey in Japan Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN 14: 1098-1104, 2016
  8. Ogawa S, Akechi T, et al: The relationships between symptoms and quality of life over the course of cognitive-behavioral therapy for panic disorder in Japan Asia-Pacific psychiatry : official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists, 2016
  9. Ogawa S, Akechi T, et al: Anxiety sensitivity and comorbid psychiatric symptoms over the course of cognitive behavioral therapy for panic disorder British Journal of Medicine & Medical Research 13: 1-7, 2016
  10. Ogawa S, Akechi T, et al: Predictors of comorbid psychological symptoms among patients with social anxiety disorder after cognitive-behavioral therapy Open Journal of Psychiatry 6: 102-106, 2016
  11. Momino K, Akechi T, et al: Collaborative care intervention for the perceived care needs of women with breast cancer undergoing adjuvant therapy after surgery: a feasibility study Jpn J Clin Oncol, 2016
  12. Kubota Y, Okuyama T, Uchida M, Akechi T, et al: Effectiveness of a psycho-oncology training program for oncology nurses: a randomized controlled trial Psychooncology 25: 712-718, 2016
  13. Kawaguchi A, Akechi T, et al: Insular Volume Reduction in Patients with Social Anxiety Disorder Frontiers in psychiatry 7: 3, 2016
  14. Ishida K, Akechi T, et al: Psychological burden on patients with cancer of unknown primary: from onset of symptoms to initial treatment Jpn J Clin Oncol 46: 652-660, 2016
  15. Inoguchi H, Akechi T, Uchida M, et al: Screening for untreated depression in cancer patients: a Japanese experience Jpn J Clin Oncol, 2016
  16. Fujisawa D, Okuyama T, Akechi T, et al: Impact of depression on health utility value in cancer patients Psychooncology 25: 491-495, 2016
  17. Fujimori M, Akechi T, et al: Factors associated with patient preferences for communication of bad news Palliat Support Care: 1-8, 2016
  18. Akizuki N, Akechi T, et al: Prevalence and predictive factors of depression and anxiety in patients with pancreatic cancer: a longitudinal study Jpn J Clin Oncol 46: 71-77, 2016
- (和文著書)
19. 國頭英夫(著) 明智龍男(監修): 死にゆく患者(ひと)とどう話すか 医学書院, 2016
  20. 明智龍男: 総合病院精神科での研修の重要性. In: 永井良三 (ed) 精神科研修ノート. 診断と治療社, 東京, pp. 41-42, 2016
- (和文総説)
21. 明智龍男: 認知機能に障害のある Over80 歳のがん診療の諸問題とその実際 Cancer Board 2: 267-272, 2016
  22. 明智龍男: がん患者の精神症状緩和-サイコオンコロジーの視点から 泌尿器外科 29: 239-244, 2016
  23. 坂本宣弘, 奥山徹, 内田恵, 明智龍男, 他: せん妄を併発した時に抗精神病薬は使用するか? 緩和ケア 26: 424-427, 2016
  24. 伊藤嘉規, 奥山徹, 明智龍男: 小児がん患者・家族のこころのケア 医薬ジャーナル 52: 101-103, 2016

25. 伊藤嘉規, 奥山徹, 明智龍男: がん患者や家族へのこころのケア-望ましい死 (Good Death) と終末期ケア 医薬ジャーナル 52: 85-86, 2016
2. 学会発表
1. Ogawa S, Akechi T, et al. Predictors of Comorbid Psychological Symptoms Among Patients with Panic Disorder after Cognitive-Behavioral Therapy. Association for behavioral and cognitive therapies 50th annual convention; New York 2016 Oct.
  2. Uchida M, Akechi T et al. Association between communication about cancer care and psychological distress, patient's symptom and interference with aspect of patient's life. 43th Annual Scientific Meeting of Clinical Oncology Society of Australia; Gold Coast 2016 Nov.
  3. 明智龍男. シンポジウム 支持・緩和・心理的ケアのエビデンスを創出する多施設共同研究グループ(J-SUPPORT)の設立 多施設共同試験への期待. 第 29 回 日本サイコオンコロジー学会総会; 札幌 2016 年 9 月.
  4. 木下寛也, 明智龍男, 奥山徹, 内田恵, 他. シンポジウム「苦痛のスクリーニングの実際」 緩和ケアスクリーニングの現状に関する全国実態調査. 第 21 回日本緩和医療学会総会; 京都 2016 年 6 月.
  5. 明智龍男. Patient Advocate Program がん患者のこころのケア: がんになっても自分らしく過ごすために. 第 14 回日本臨床腫瘍学会総会; 神戸 2016 年 6 月.
  6. 明智龍男. 教育講演 がん患者・家族との良好なコミュニケーション: 特に Bad News の伝え方に焦点をあてて. 第 14 回日本臨床腫瘍学会総会; 神戸 2016 年 6 月.
  7. 明智龍男. パネルディスカッション 外来で不安・怒りの感情をサポートする 怒りのアセスメントとマネジメント. 第 24 回 日本乳がん学会総会; 東京 2016 年 6 月.
  8. 明智龍男. シンポジウム がん患者の精神症状に対する新たな心理社会的アプローチ 死にゆく患者に対する新たなアプローチ: ディグニティセラピー. 第 112 回 日本精神神経学会総会; 千葉市 2016 年 6 月.
  9. 明智龍男. 緩和ケアにおける精神的ケアのエッセンス. 愛知県痛みを考える会 特別講演; 名古屋市 2016 年 11 月.
  10. 明智龍男. がん患者の精神症状の緩和とサポート: 緩和ケアに従事する医療者が知っておきたい一歩先のスキル. 第 19 回 福山緩和ケア懇話会 特別講演; 福山市 2016 年 11 月.
  11. 明智龍男. がん患者の精神症状の早期発見・評価とマネジメント. 第 12 回関西サイコオンコロジー研究会 特別講演; 大阪市 2016 年 11 月.
  12. 伊井俊貴, 明智龍男, 他. エビデンス精神医療におけるアクセプタンス&コミットメントセラピーの位置づけと役割. 第 16 回日本認知療法学会; 大阪 2016 年 11 月.
  13. 明智龍男. がんこころのケア-がんになっても自分らしく過ごすために. 市立札幌病院 がん診療連携拠点病院 市民公開講座; 札幌市 2016 年 10 月.
  14. 明智龍男. ランチョンセミナー 死にゆく患者とその家族のこころを支えることに精神医学は貢献できるのだろうか?. 第 39 回日本精神病理学会; 浜松 2016 年 10 月.
  15. 樺野香苗, 宮下光令, 岩田広治, 山下年成, 藤田崇史, 林裕倫, et al. 乳がん患者の問題解決能力が再発脅威および不安・抑うつに与える影響. 第 29 回 日本サイコオンコロジー学会総会; 札幌 2016 年 9 月.
  16. 内田恵, 森田達也, 伊藤嘉規, 古賀和子., 明智龍男. 回復が望めない終末期せん妄の治療とケアのゴールとは何か?. 第 29 回 日本サイコオンコロジー学会総会; 札幌 2016 年 9 月.
  17. 猪口浩伸, 清水研, 下田陽樹, 吉内一浩, 明智龍男, 内田恵, et al. 積極的抗がん治療中のがん患者に合併する未治療のうつ病に対するつらさと支障の寒暖計の性能に関する検討. 第 29 回 日本サイコオンコロジー学会総会; 札幌 2016 年 9 月.
  18. 西岡真広, 久保田陽介, 内田恵, 奥山徹,

明智龍男. ACT により good death を実現出来た適応障害を合併した進行がんの一例. 第 29 回 日本サイコオンコロジー学会総会; 札幌 2016 年 9 月.

19. 明智龍男. がんところのケア-がんになっても自分らしく過ごすために. 西尾市民病院市民公開講座; 西尾市 2016 年 7 月.
20. 縦野香苗, 岩田広治, 山下年成, 新貝夫弥子, 向井未年子, 宮下光令, et al. 乳がん患者の再発不安尺度日本語版 Concerns about Recurrence Scale-Japanese (CARS-J) の信頼性・妥当性の検討. 第 21 回日本緩和医療学会教育セミナー; 京都 2016 年 6 月.
21. 二村真, 奥山徹, 内田恵, 明智龍男, 他. 小児白血病治療中にデキサメタゾン誘発性双極性障害が生じ、抗精神病薬を投与した 2 例. 第 174 回東海精神神経学会; 浜松 2016 年 2 月.
22. 岩田好紀, 奥山徹, 内田恵, 明智龍男, 他. コンサルテーション・リエゾン精神医療におけるスポレキサントの使用経験. 第 174 回東海精神神経学会; 浜松 2016 年 2 月.
23. 明智龍男. ミニレクチャー がんの不安や心配はどうすればいいの?. 平成 27 年度厚生労働省委託事業緩和ケア普及啓発キャンペーン; 名古屋 2016 年 1 月.
24. 明智龍男. 教育セミナー がん患者・家族の怒りのアセスメントおよびマネジメント. 第 20 回日本緩和医療学会教育セミナー; 名古屋 2016 年 1 月.

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし