

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）

分担研究報告書

緩和ケアスクリーニングに関する困難とその解決方法に関するワークショップの有用性の検討

研究分担者

明智 龍男^{1,2} 内田 恵^{1,2} 奥山 徹^{1,2} 森田 達也³
木澤 義之⁴ 木下 寛也⁵ 松本 禎久⁶

- 1 . 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学
- 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 内科系講座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

本研究の目的はがん患者の苦痛のスクリーニングを患者・家族のために効果的に運用する為のワークショップの有用性について検討することである。ワークショップ直前・直後アンケートでは参加者 98 名全員から回答を得た。スクリーニングに関する知識は参加直後で有意に改善していた。3 ヶ月後の web アンケートにも 67%が回答し、そのうち 3 ヶ月以内に学んだ内容を実践に移した参加者は 24%であった。スクリーニングの実践における妨げは 3 ヶ月後では有意に減少していた。スクリーニングに関する知識はスクリーニング経験歴等と有意に正に相関を示し、スクリーニングに関する考えは所属施設のがん患者数等と負に相関した。本研究でがん患者の苦痛に関するスクリーニング・トリアージプログラムを普及するためのワークショップの有用性が示唆された。対象者は、スクリーニングの経験が少なく、がん患者数が比較的少ないがん診療連携拠点病院の医療者が適している可能性が示唆された。

A . 研究目的

「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の要件の中に、緩和ケアチームと連携し、

スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備することが挙げられている。そこで

2017 年度には、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の第 2 回目を開催した。

本研究の目的は苦痛のスクリーニングを効果的に運用する為のワークショップの有用性と適切な対象者について検討することである。

B . 研究方法

ワークショップにおいては、緩和ケアスクリーニングの課題と展望についての講義(30分)、9つのテーマに関するグループディスカッション(65分×3)、緩和ケアスクリーニングの運用の実際と課題に関する講義(20分)が行われた。9つのテーマは先行研究の中で、緩和ケアスクリーニングを実施中に経験する困難やその阻害因子として頻度の高かったものから抽出した。参加者は7-8人のグループごとに、各テーマ(スクリーニングをするのに必要な時間・人員がない、がん患者の特定方法<スクリーニング対象患者>がわからない、スクリーニング実施について病院の医師の理解が得られない、どのスクリーニングを使うのが良いかわからない<使用しているアセスメントツールのメリットでメリット>、スクリーニングツールの説明に時間を要する・記入方法が難しい、スクリーニングの結果等のデータ集計の方法がわからない、スクリーニングでトリアージされた患者のフォローアップ方法がわからない、スクリーニングでトリアージされた患者のフォローアップ方法がわからない、トリアージされた患者を専門の外来に紹介しても患者が受診しない、スクリーニングで見つかった問題に有効な解決方法が無い)について、その現状、実際どのような事で困っているのか、どのように解決したら良いのかを話し合った。

ワークショップ直前・直後・3ヶ月後のアンケート調査について

【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・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)のリカートスケールを用いて質問した。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関しても質問した。

【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)のリカートスケールを用いて質問した。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、生かしたとしたらどのような内容を生かしたかについて尋ねた。

それ以外の背景情報として、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・病床総数・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。

(統計解析)

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

第2回ワークショップの結果

【直前・直後アンケートについて】

ワークショップに参加した47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=47)

		n
専門領域	身体症状緩和医	8
	看護師	39
自施設の外来患者対象のスクリーニング	有	30
自施設の入院患者対象のスクリーニング	有	43
緩和ケアチーム経験歴	平均 5.6年 (標準偏差3.2)	
スクリーニング経験歴	平均 2.2年 (標準偏差1.4)	

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は全ての項目で、考えにおいては、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、の2項目において有意差が認められた。(表2)

表2. 第2回ワークショップ前後のスクリーニングに関する知識と考えの変化 (n=47 (点数が高いほどそのように思っている))

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	
スクリーニングに適切な時期を知っている	6	5.0-6.0	8	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	4.0-7.0	8	7.0-8.0	<0.001
生活のしやすさに関する質問票について知っている	8	7.0-10.0	9	8.0-10.0	0.016
Support Team Assessment Schedule(STAS)について知っている	8	6.0-9.0	9	8.0-10.0	0.001
Palliative Care Outcome Scale(PCOS)-Integrated/Palliative Care Outcome Scale(POS)について知っている	3	1.0-2.0	3	2.0-6.0	<0.001
MD Anderson Symptom Inventory(MDASI)を知っている	2	1.0-3.0	3	2.0-5.0	<0.001
Edmonton Symptom Assessment System(ESAS)について知っている	1	1.0-5.0	6	3.0-8.0	<0.001
スクリーニングの質問票のカットオフ値を知っている	2	1.0-5.0	6	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	2	1.0-5.0	6	5.0-8.0	<0.001
スクリーニングの対象患者がわからない	5	2.0-5.0	2	2.0-5.0	0.058
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	3.0-7.0	0.185
スクリーニングツールの記入方法は難しい	5	4.0-7.0	5	4.0-7.0	0.471
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	5	3.0-7.0	7	5.0-8.0	<0.001
スクリーニングの有用性は高い	6	5.0-8.0	7	6.0-8.0	0.008

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7点以上が3割弱であったが、それ以外の項目においては7点を超えるものが5割を超えていた。(表3)また、ワークショップの時間に関してはやや長い(2人)・適切(40人)・やや短い(5人)との回答が得られた。

	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点
スクリーニングに対する興味・関心があがった	0	0	0	0	1	3	7	12	8	16
スクリーニングに対する意識が変わった	0	0	0	1	3	4	8	13	10	8
スクリーニングに関して困っている事が解決できた	1	0	1	0	10	6	11	16	2	0
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	0	4	2	11	14	8	7
自施設のスクリーニングの実施に自信をつけた	0	4	0	3	10	6	11	9	2	1
ワークショップの内容を十分に理解できた	0	0	2	1	6	2	4	14	10	8
ワークショップは今後役立つ内容だった	0	0	0	0	1	3	6	16	9	12
このようなワークショップは必要である	0	0	0	0	1	0	5	10	10	21
ワークショップの内容に満足できた	0	0	0	0	2	3	7	11	12	12
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	0	6	2	8	11	5	15
今後自施設のスクリーニングの実施が変わる	0	2	1	3	4	8	7	13	3	5
ファシリテーターは議論を促進した	0	0	0	0	3	1	3	12	6	22

自由記載においては特に役立った点として、他施設の実際/工夫/方法/解決策/対策/考え方を知ることができた・自施設の問題/課題や解決策が明らかになった・自施設の特徴や良いところを確認できた・病棟スタッフに実施してもらえ方法を知ることができた・リンクナースの活用について学べた・他の職種の巻き込み方がわかった・困難感や悩みを共有できた・ツールについて理解が深まった・スクリーニングのタイミングがわかった・集計データの活用について検討できた等が、改善点としては、失敗例を上げ、その解決法を聞きたかった・もう少し、成功例、失敗例の報告を聞きたい・全体でシェアする時間をもう少し長く取れると良い・時間が短い・時間が長い・医師の参加者を増やすべき・もう少し募集人数が多いとうれしい等が挙げられた。

【3ヶ月後のwebアンケートについて】

ワークショップの参加者47名のうち30名(64%)がwebアンケートに回答した。4名(13%)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・運用の見直し、スクリーニングのシステムの構築、リンクナースによるスクリーニング結果のチェック等が挙げられた。

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全ての項目において有意差が出なかった。

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(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) $r=0.426(p=0.02)$ と関連していた。

第1回・第2回ワークショップを合計した結果【直前・直後アンケートについて】

ワークショップに参加した98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4)

表4 参加者背景 (n=98)

		n
専門領域	身体症状緩和医	16
	看護師	80
	薬剤師	2
自施設の外来患者対象のスクリーニング	有	67
自施設の入院患者対象のスクリーニング	有	83
緩和ケアチーム経験歴	平均 4.7年 (標準偏差3.2)	
スクリーニング経験歴	平均 1.8年 (標準偏差1.2)	

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は全ての項目で、考えにおいてもスクリーニングの対象者がわからない以外の全ての項目において有意差が認められた。(表5)

表5 ワークショップ前後のスクリーニングに関する知識と考えの変化 (n=98 (点数が高いほどそのように思っている))

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	
スクリーニングに適切な時期を知っている	6	5.0-7.0	8	6.0-9.0	<0.001
今使用しているスクリーニングツールのメリットを知っている	6	5.0-8.0	8	7.0-9.0	<0.001
生活のしやすさに関する質問票について知っている	8	7.0-10.0	9	8.0-10.0	0.002
Support Team Assessment, Schedule(SAS)について知っている	8	6.0-9.0	9	8.0-9.0	<0.001
Palliative Care Outcome Scale(POS) Integrated Palliative Care Outcome Scale(IPOS)について知っている	1	1.0-4.0	4	2.0-6.0	<0.001
MD Anderson Symptom Inventory (MDASI)を知っている	2	1.0-5.0	4	2.0-6.0	<0.001
Edmonton Symptom Assessment System(ESAS)について知っている	2	1.0-5.0	6	3.0-6.0	<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	3	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患者がわからない	5	2.0-6.0	3	2.0-6.0	0.111
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	3.0-7.0	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	5	3.0-6.0	0.022
スクリーニングの結果を迅速にフォローアップする方法を知っている	5	3.0-6.0	7	5.0-8.0	<0.001
スクリーニングの有用性は高い	6	5.0-8.0	7	6.0-9.0	<0.001

Wilcoxonの符号付順位検定
四分位範囲: 25-75%

ワークショップに関する感想は全ての項目において7点を超えるものが5割を超えていた。(表3)また、ワークショップの時間に関してはやや長い(3人)・適切(84人)・やや短い(8人)・短い(1人)との回答が得られた。

	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点
スクリーニングに対する興味・関心があがった	1	0	1	0	2	3	14	23	21	33
スクリーニングに対する意識が変わった	0	0	1	1	9	5	20	22	21	19
スクリーニングに関して困っている事が解決できた	1	0	1	2	17	20	24	24	7	2
今後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	8	5	23	18	7	2
自施設のスクリーニングの実施に自信をつけた	1	4	1	6	22	13	23	18	7	2
ワークショップの内容を十分に理解できた	0	0	2	1	10	6	16	28	18	17
ワークショップは今後の役立つ内容だった	0	0	0	0	4	4	14	31	21	24
このようなワークショップは必要である	0	0	0	1	2	2	9	20	23	41
ワークショップの内容に満足できた	0	0	1	0	7	5	16	17	24	28
想像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	13	6	13	16	16	32
今後自施設のスクリーニングの実施が変わる	1	2	1	4	14	11	16	24	14	10
ファシリテーターは議論を促進した	0	2	1	1	5	2	7	19	18	43

【3ヶ月後のweb アンケートについて】

ワークショップの参加者 98 名のうち 68 名 (67%) が web アンケートに回答した。回答者のうち 16 名 (24%) がワークショップの内容を実践に生かしたと回答した。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 6)

表6. 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 (研修会前 n=88 研修会 3ヶ月後 n=68)

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>						
経験	スクリーニング積極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	0.29
	スクリーニング積極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	6	4-8	0.47
	スクリーニング積極性の患者に精神科・心療内科を紹介しても受診しない	6	5-8	7	6-8	0.01#
	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	7	5-9	8	6-8	0.385
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	9	7-10	6	5-9	<0.001#
	外来でがん患者を対応することが難しいなど、スクリーニング対象患者を運ぶことが難しいことが妨げとなっている	8	6-10	6	4-8	<0.001#
	診療科・主治医の理解が得られないことが妨げとなっている	7	4-9	5	3-6	0.05#
	スクリーニング積極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	6	4-6	0.001#

*Wilcoxonの符号付順位検定 四分位範囲: 25-75%

p<0.05

適切な対象者についての検討

参加者の背景とワークショップ直前の知識・考えとの関連を調べ、ワークショップの適切な対象者について検討した。(表 7) 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。

表7. 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 (n=88)

参加者の背景	Spearmanの相関係数										
	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	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	Edmonton Symptom Inventory (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	スクリーニングの対象患者がわからない	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
がん患者登録数	0.12	0.17	0.06	-0.003	-0.16	0.08	0.1	0.17	0.2	0.24	
がん患者数	0.13	0.18	0.008	-0.2	-0.14	0.16	0.29	0.21	0.32	0.24	
症例数	0.13	0.2	0.18	0.05	-0.18	-0.02	0.06	-0.04	0.05	0.15	
経験あり	0.12	0.02	0.14	-0.08	-0.11	0.05	0.005	-0.07	0.04	0.02	
研修会前	-0.18	-0.12	-0.11	-0.12	-0.06	0.02	-0.08	-0.06	-0.001	-0.03	
研修会後	-0.05	0.03	-0.14	-0.02	-0.07	-0.05	-0.05	-0.05	0.05	-0.005	
がん患者登録数	0.13	0.05	-0.16	-0.18	-0.03	0.05	-0.04	-0.05	0.04	0.05	
がん患者数	0.16	0.03	-0.03	-0.2	0.09	0.21	0.13	0.07	0.11	0.27	
症例数	0.12	0.24	0.06	-0.16	-0.14	0.05	0.11	0.08	0.12	0.19	
経験あり	0.06	-0.1	-0.02	0.14	0.18	-0.07	-0.11	-0.16	-0.28	-0.06	
研修会前	0.29	0.008	0.03	0.11	-0.01	-0.29	-0.25	-0.27	-0.13	-0.2	
研修会後	0.17	-0.04	-0.05	0.16	-0.09	-0.23	-0.13	-0.23	-0.21	-0.24	
がん患者登録数	-0.03	0.08	0.06	-0.19	-0.07	0.24	0.22	0.2	0.19	0.22	
がん患者数	0.05	-0.01	-0.07	-0.12	0.09	0.005	0.03	0.04	0.06	0.11	

D. 考察

2 回のワークショップの結果を合計しても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 9 項目の全てが参加直後で改善し、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、結果を担当医にフィードバックする方法への認識が改善された。3ヶ月後のweb アンケートにおいてはスクリーニングに何する妨げ 4 項目が全て有意に軽減していた。

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

1. Onishi H, Ishida M, Tanahashi I, Takahashi T, Taji Y, Ikebuchi K, Furuya D, Akechi T: Subclinical thiamine deficiency in patients with abdominal cancer Palliat Support Care, in press
2. Ogawa S, Kondo M, Ino K, Ii T, Imai R, Furukawa TA, Akechi T: Fear of Fear and Broad Dimensions of Psychopathology over the Course of Cognitive Behavioural Therapy for Panic Disorder with Agoraphobia in Japan East Asian Archives of Psychiatry, in press
3. Furukawa TA, Horikoshi M, Fujita H, Tsujino N, Jinnin R, Kato Y, Ogawa S, Sato H, Kitagawa N, Sinagawa Y, Ikeda Y, Imai H, Tajika A, Ogawa Y, Takeshima N, Akechi T, Yamada M, Shimodera S, Watanabe N, Inagaki M, Hasasegawa A, Investigators ff: How do people use and benefit from smartphone CBT? Content analyses of completed cognitive and behavioral skills exercises with Kokoro-app Journal of Medical Internet Research, in press
4. Sugiyama Y, Kataoka T, Tasaki Y, Kondo Y, Sato N, Naiki T, Sakamoto N, Akechi T, Kimura K: Efficacy of tapentadol for first-line opioid-resistant neuropathic pain in Japan Jpn J Clin Oncol, 2018
5. Onishi H, Ishida M, Tanahashi I, Takahashi T, Ikebuchi K, Taji Y, Kato H, Akechi T: Early detection and successful treatment of Wernicke's encephalopathy in outpatients without the complete classic triad of symptoms who attended a psycho-oncology clinic Palliat Support Care: 1-4, 2018
6. Sakamoto N, Takiguchi S, Komatsu H, Okuyama T, Nakaguchi T, Kubota Y, Ito Y, Sugano K, Wada M, Akechi T: Supportive care needs and psychological distress and/or quality of life in ambulatory advanced colorectal cancer patients receiving chemotherapy: a cross-sectional study Jpn J Clin Oncol: 1-5, 2017
7. Onishi H, Ishida M, Tanahashi I, Takahashi T, Taji Y, Ikebuchi K, Furuya D, Akechi T: Wernicke encephalopathy without delirium in patients with cancer Palliat Support Care: 1-4, 2017
8. Okuyama T, Akechi T, Mackenzie L, Furukawa TA: Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: A systematic review and meta-analysis Cancer Treat Rev 56: 16-27, 2017
9. Ogawa S, Kondo M, Okazaki J, Imai R, Ino K, Furukawa TA, Akechi T: 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 9, 2017
10. Ogawa S, Kondo M, Ino K, Ii T, Imai R, Furukawa TA, Akechi T: Fear of Fear and Broad Dimensions of Psychopathology over the Course of Cognitive Behavioural Therapy for Panic Disorder with Agoraphobia in Japan East Asian archives of psychiatry : official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong Ya jing shen ke xue zhi : Xianggang jing shen ke yi xue yuan qi kan 27: 150-155, 2017
11. Ogawa S, Imai R, Suzuki M, Furukawa TA, Akechi T: The Mechanisms Underlying Changes in Broad Dimensions of Psychopathology During Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder Journal of clinical medicine research 9: 1019-1021, 2017
12. Momino K, Mitsunori M, Yamashita H, Toyama T, Sugiura H, Yoshimoto N, Hirai K, Akechi T: 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 47: 213-220, 2017
13. Ino K, Ogawa S, Kondo M, Imai R, Ii T, Furukawa TA, Akechi T: Anxiety sensitivity as a predictor of broad dimensions of psychopathology after cognitive behavioral therapy for panic disorder Neuropsychiatr Dis Treat 13: 1835-1840, 2017
14. Akechi T, Suzuki M, Hashimoto N, Yamada T, Yamada A, Nakaaki S: Different pharmacological responses in late-life depression with subsequent dementia: a case supporting the reserve threshold theory Psychogeriatrics, 2017
15. Akechi T, Aiki S, Sugano K, Uchida M, Yamada A, Komatsu H, Ishida T, Kusumoto S, Iida S, Okuyama T: Does cognitive decline decrease health utility value in older adult patients with cancer? Psychogeriatrics 17: 149-154, 2017
16. Aiki S, Okuyama T, Sugano K, Kubota Y, Imai F, Nishioka M, Ito Y, Iida S, Komatsu H, Ishida T, Kusumoto S, Akechi T: Cognitive dysfunction among newly diagnosed older patients with hematological malignancy:

frequency, clinical indicators and predictors
Jpn J Clin Oncol: 1-7, 2017

2. 学会発表

1. 明智龍男. (2017年6月). シンポジウム「エンドオブライフからみた老年精神医学」 死にゆく終末期がん患者に対する新たなアプローチ:ディグニティセラピーから学んだこと. 第32回日本老年精神医学会, 名古屋.
2. 明智龍男. (2017年6月). 教育講演 高齢がん患者の精神症状の評価とマネジメント:老年精神科医が知っておきたいエッセンス. 第32回日本老年精神医学会, 名古屋.
3. 明智龍男. (2017年8月). 特別講演 精神科医になるということ. 札幌医科大学医学部神経精神医学講座夏季セミナー, 札幌.
4. 明智龍男. (2017年9月). 市民公開講座「一人ひとりのがん 予防・治療・共生」がんとこころのケア 治療とその後の気持ちの持ち方. 第76回日本癌学会総会, 横浜.
5. 明智龍男. (2017年10月). シンポジウムエキスパートに学ぶ!がん医療におけるせん妄対策で重要なポイントとは せん妄対策のエッセンス-医師(精神科医、心療内科医として). 第30回 日本サイコオンコロジー学会総会, 東京.
6. 明智龍男. (2017年10月). セミナー がん患者の不安・抑うつ:全ての医療者が知っておきたいアセスメントとマネジメントの必須ポイント 不安・抑うつのマネジメント. 第30回 日本サイコオンコロジー学会総会, 東京.
7. 明智龍男. (2017年11月). シンポジウム臨床の難課題に答える がん患者のうつ病、うつ状態に対する抗うつ薬の有用性-系統的レビューの知見を中心に. 第27回日本臨床精神神経薬理学会総会, 松江.
8. 明智龍男, 益子友恵, 宮路天平, & 山口拓洋. (2018年2月). シンポジウム「新しいIT技術にもとづく臨床研究」 がん患者の精神症状に対するスマートフォンアプリケーションの有用性に関する臨床研究:特にeConsentとePROについて. 第9回 日本臨床試験学会, 仙台.
9. 奥山徹, 明智龍男, Mackenzie, L., & 古川壽亮. (2017年10月). 進行がん患者における抑うつに対する精神療法の有用性:系統的レビュー&メタアナリシス. 第30回 日本サイコオンコロジー学会総会, 東京.
10. 山田峻寛, 仲秋秀太郎, 佐藤順子, 阪野公一, 田里久美子, 色本涼, 三村將. (2017年6月). アルツハイマー型認知症患者のQOLの神経基盤-脳血流SPECTによる検討. 第32回日本老年精神医学会, 名古屋.
11. 小島菜々子, 伊藤嘉規, 三木有希, 亀井美智, 伊藤康彦, 奥山徹, 明智龍男. (2017年10月). 名古屋市立大学病院における小児遺族会の経験-4年間の変遷と継続的運営の課題. 第30回 日本サイコオンコロジー学会総会, 東京.
12. 小澤太嗣, 久保田陽介, 松永由美子, 明智龍男. (2017年6月). 多彩な精神症状の再発を繰り返した神経Sweet病による精神病性障害の1例. 第113回日本精神神経学会, 名古屋.
13. 石田京子, 森田達也, 内田恵, 明智龍男, 安藤詳子, 小松弘和, 宮下光令. (2017年6月). 原発不明がん患者の闘病に寄り添った家族の思い:J-HOPE2016調査自由回答から得られたこと. 第22回日本緩和医療学会, 横浜.
14. 仲秋秀太郎, 佐藤順子, 山田峻寛, 阪野公一, 田里久美子, 色本涼, 三村將. (2017年6月). 日本語版QOL-ADの因子構造に関する検討. 第32回日本老年精神医学会, 名古屋.
15. 津村明美, 伊藤嘉規, 奥山徹, 近藤真前, 亀井美智, 伊藤康彦, 明智龍男. (2017年6月). 小児がん患者・家族のための Psychosocial Assessment Tool (PAT)日本語版の開発:表面妥当性の検討. 第22回日本緩和医療学会, 横浜.
16. 東英樹, 明智龍男. (2017年11月). ECTの経時的発作時脳波により、うつ状態の治療効果予測は可能か? 第47回日本臨床神経生理学会, 横浜.
17. 内田恵, 明智龍男, 森田達也, 木澤義之, 奥山徹, 木下寛也, 松本禎久. (2017年10

- 月). がん患者の苦痛に関するスクリーニング・トリアージプログラムを普及するためのワークショップの有用性. 第30回日本サイコオンコロジー学会総会, 東京.
18. 明智龍男. (2017年6月). 身体疾患患者の抑うつ状態の発現メカニズム、評価そしてマネジメント：特にがんに焦点をあてて. 第7回広精協学会 特別講演, 広島市.
19. 木下貴文, 久保田陽介, 中口智博, & 明智龍男. (2017年6月). カフェイン大量服薬による救急搬送後に精神科入院となった若年患者3例. 第113回日本精神神経学会, 名古屋.

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