

厚生労働科学研究費補助金（がん対策総合研究事業）
分担研究報告書

がん患者に対する質の高いアピアランスケアの実施に資する研究
医療機関内にアピアランスケアを導入する際の阻害・促進要因の検討

研究分担者 飯野 京子 国立看護大学校 看護学部長

研究メンバー：綿貫成明¹⁾、清水陽一¹⁾、長岡波子¹⁾、藤間勝子²⁾、
野澤桂子³⁾、森文子⁴⁾、島津太一⁵⁾、小田原幸⁵⁾

- 1)国立看護大学校、2)国立がん研究センター中央病院アピアランス支援センター、
3)目白大学、4)国立がん研究センター中央病院看護部
5)国立がん研究センターがん対策研究所 行動科学研究部実装科学研究室

研究要旨

アピアランスケアの実装に向けて2件の調査研究を行った。まずは、アピアランス支援の実装に向けて好事例を整理することで、その促進・阻害要因を質的に探索するために、ケアに取り組んでいるがん診療連携拠点病院7病院を選択し、17名の対象者（看護師、医師、薬剤師、ソーシャルワーカー）に医療機関内にアピアランスケアを導入する際の阻害・促進要因に関するインタビュー調査を実施した。その調査は、「実装研究のための統合フレームワーク—CFIR—」¹⁾の枠組みで、介入の特性、外的セッティング、内的セッティング、個人特性等の項目で整理した。1段階目調査を踏まえて、共同研究者間で実装の促進・阻害要因をまとめ、実装のための実装のための行動目標を設定した。設定した目標は、7病院の調査対象者に表面妥当性確認のためにフィードバックを求めた。内容を洗練し、行動目標として、アピアランスケア実践者211項目、管理者10項目を設定した。

2段階目の調査は、前回の調査で設定したアピアランスケア実装のための行動目標について、臨床でどの程度達成されているかに関する実態調査である。対象者は、がん診療連携拠点病院において、アピアランスケアを実践している者とその管理者とし、がん診療連携拠点病院に郵送法にて調査依頼を行い、web上で回答を求めた。

1)内富庸介（監修）、今村晴彦、島津太一（監訳）、『実装研究のための統合フレームワーク—CFIR—』、保健医療福祉における普及と実装科学研究会、2021

A. 研究目的

A-1 背景

治療を受けた乳がん患者の身体症状の苦痛度の上位に、髪の毛の脱毛、乳房切除、まゆ毛の脱毛、まつ毛の脱毛、体表の傷、爪割れ、二枚爪等など外見への変化を伴う症状が患者にとって苦痛であることが報告されている（Nozawa et al., 2013）。さらに、外見の変化により患者のQOLの低下がもたらされている

（Choi et. al., 2014 ; Munsted et al., 1997 ; Carpenter et al., 1994 ; 森ら, 2013）。第3期がん対策推進基本計画（厚生労働省, 2019）では、「尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～」ための課題として、がん治療に伴う外見（アピラン

ス）の変化（爪、皮膚障害、脱毛等）が提示された。

がん患者の外見の変化に対するニーズは個別性が強いために、医療従事者は、顕在的・潜在的ニーズをとらえてニーズアセスメントを行い、タイムリーな支援を行っていることが報告されているが（飯野, 2017）、ケア方法は有効性の根拠に乏しいなど標準化されておらず、試行錯誤しながら支援している現状が報告されている（飯野ら, 2017）。また、全国のがん診療連携拠点病院における調査では（飯野ら, 2019）、医療従事者が多くの種類の支援を実施していることが報告されたものの、医療機関においてアピアランス支援を実践するための課題として、①標準化されておらず、医療従事者により認識が異なる ②医療機関が組織として取り組めていない ③情報や知識、活

用できるツールが少ない ④支援に対する経済的な裏付けがないなどが報告されている。共同研究者らは、がん医療におけるアピアランスケアの標準化及び均てん化を図るとともに、より高度な対応を求められるケースに対処できる指導者の養成が急務であると考え、医療従事者が学ぶ機会を広げるために e-learning による研修プログラムを開発し、実装に向けた試みを行っている。

このたび、地域がん診療連携拠点病院の指定要件（厚生労働省,2022）診療体制の新項目として「がん治療に伴う外見の変化について、がん患者及びその家族に対する説明やアピアランスケアに関する情報提供・相談に応じられる体制を整備していること。」と明記され、一層この分野のケアの実装ががん医療の重点課題として示された。

研究班では、医療機関におけるアピアランスケアの実装研究を現在進めている。実装研究とは、「特定の組織や集団、コミュニティにおいてエビデンスのある介入や取り組みを効果的・効率的に取り入れ、維持していくことを目的とした研究」と定義されている。近年、保健・医療・福祉分野において「実装研究」を推進するためのフレームワークの一つとして汎用性の高い『実装研究のための統合フレームワーク-CFIR：Consolidated Framework for Implementation Research』(以下、CFIR)が翻訳・紹介された（内富ら,2021）。

A-2 目的

第1段階研究

まず、第1段階として2021年度～2022年度にかけて、実装に向けてCFIRの枠組みを用いた質的研究により、医療機関においてアピアランス支援部門を効果的に運用するための促進・阻害する要因について病院幹部、実践スタッフへのインタビューを通して明らかにし、その結果から実装に向けた行動目標を設定することを目的とした。

第2段階研究

第1段階目の調査により抽出した行動目標に関する現時点での達成度を調査し、今後予定される、介入研究の基礎データとすることである。

A-3 用語の定義

・アピアランスケア実装の目標

がんやがん治療により外見が変化しても、患者が適切なアピアランスケアを受けることができ、個人に適した方法で対処することができる、安心して社会生活を送ることができる組織的なケアの提供体制の構築

・アピアランスケアとは

医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケアのこと（厚生労働省, がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（用語の解説） 令和4年8月, p.30 000972176.pdf (mhlw.go.jp))

【第1段階研究】

B. 研究方法：第1段階研究

B-1 研究デザイン

横断的研究、観察研究、半構造化インタビュー、単施設研究、質的研究

B-2 面接調査の方法

フォーカスグループインタビューおよび個別面接調査を対面またはオンライン（Microsoft 365 Teams）で実施した。

B-3 対象施設・対象者（or 参加者？）

1. 選択基準：

対象施設の要件は、がん診療連携拠点病院のうちアピアランス支援部門を有する、または、近い将来に支援部門の設置が決定している病院とした。研究参加者は、対象施設の実務担当者およびその部門の立ち上げに関連した病院の管理者であり、選択基準は以下のいずれも該当する者とし、病院管理者・看護管理者の内

諾を得た後、対象者（参加者）の候補者の推薦を得た。参加は任意とした。

1)がん診療連携拠点病院のうち、病院に国立がん研究センター中央病院におけるアピアランスケア研修修了者が所属していること。

2)上記病院において、アピアランス支援部門の導入や現在の運営について関わっている実務担当者または管理部門の者

2. 除外基準：

1)アピアランス支援部門がない病院職員

2)アピアランス支援に関わっていない職員

B-4 研究 (or データ収集？調査？) 期間
2022年3月～2023年9月

B-5 面接調査により収集する情報

項目は、近年、保健・医療・福祉分野において「実装研究」を推進するためのフレームワークの一つとして汎用性の高い、CFIRを参考として背景情報の収集およびインタビューガイドを作成した。インタビューをより効果的に実施するために、事前に研究者間でインタビューのパイロットテストを行った。

1.参加者背景

1)参加者の個人の背景

職位、年齢、性別、勤務年数、業務でがん患者に接した年数、所属部門、資格、アピアランス研修受講の内訳

2)医療機関のアピアランス支援の概要

アピアランス支援部門設置年または開設予定年、支援部門のスタッフ数と内訳、アピアランス支援に関する研修及び会議、委員会の有無、患者用資材の有無と内容、ガイドライン等の用状況

2)インタビューの方法とインタビューガイド

インタビューガイドは、CFIR（内富ら,2021）を参考に作成した。

3)分析方法

1. 解析方法

1)参加者の個人背景データの分析手順

調査票を用いて収集した個人背景データや所属施設におけるアピアランス支援状況については、参加者の集団の特徴を示すために、記述統計量を算出した。

2)インタビューデータの分析手順

フォーカスグループインタビューの内容はICレコーダーに録音し、それを逐語録として越した後、以下の手順で分析を行った。

2人の研究者が、独立して逐語録データの中から実装に影響する要因と判断された発言を抽出した。その後、CFIR項目で最も当てはまるいずれかに分類し、コードをつけた。その後、2人の分類表を突き合わせて、異なった分類やコードの箇所についてコンセンサスが得られるまで話し合い、統合した。初回インタビューのコーディングを行い、そこでの不一致点についての議論を研究メンバー全体でも行い、その結果をその後のコーディングに活用した。

次に、明らかにしたアピアランスケアの促進・阻害要因について、研究者間で優先順位の高いものを抽出した。さらに、実践スタッフとしての促進要因、管理者としての促進要因と分けて、それぞれに行動目標を設定した。

分析の経過の中で、メンバーで討議された内容について十分な解釈を得るために、逐語録全体を複数回精読しながら進めた。グループでやり取りされた逐語録の内容について推論をできるだけ少なくし、データについて信憑（信用）性（credibility）、确实（明解）性（dependability）、確認可能性（confirmability）、転用可能性（transferability）等の真実性を確保するために、以下のように取り組んだ（Holloway, et. al., 2002）。

①「信憑性」の確保のために、研究者である司会者は、インタビューにおいて、意味不明な点があった場合は、その都度確認し、進行係がリアルタイムに主なテーマや視点をまとめ、セッションの

終わりにその要約をフィードバックのために参加者に提示した。データについて、参加者によるチェックを受け、発言の意図の解釈に齟齬が無いか確認した。また、毎回の討議を振り返り、テーマとする内容について語りやすい雰囲気であったか、司会の言い回し等で会話の促進・阻害がないか検討し、次の会の討議をより質の高いものにするよう努力した。

②分析の適切性を評価できる「確実性」と分析の過程を追うことができる「確認可能性」を確保するために、分析過程を正確に記録に残し、データの一貫性を確保するとともに、他者が妥当性を判断できるようにする。これは、得られた結果を他の類似の状況に当てはめるための「転用可能性」の確保にも有用である。

③分析の全般を通じて、共同研究者間で討議することで先入観・主観的なバイアスを排除し、分析のプロセスの質の担保と研究プロセスの監査を相互に進めながら実施した。

逐語録の分析をもとに研究グループで作成した行動目標について、調査対象施設に戻して表面妥当性の検討を行った。

(倫理的配慮)

本研究は、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」(文部科学省・厚生労働省・経済産業省, 2022)を遵守して行った。研究参加の候補者には、参加前に説明文書を用いて口頭でも研究目的、方法、自由意志による参加、予測される利益・リスク、情報管理の方法等の倫理的配慮を説明し、書面による同意を得た。インタビュー実施後3か月間は、同意撤回できる機会を設定した。また本研究は、国立国際医療研究センターの倫理委員会の承認を得て(NCGM-S-004416-00)実施した。

C. 研究結果

1. 対象者 (or 参加者) 背景

調査実施施設は7施設であり、そのうち、対面でインタビューを行ったのが1施設、オンラインでインタビューを行ったのが6施設であった。

参加者は、合計16名(男性1名、女性15名:看護師12名(管理者2名、スタッフ10名)、医師1名(副院長)、薬剤師1名、社会福祉士1名、心理士1名)であった。

2. インタビュー時間

インタビュー時間は、平均61.9分、最長92分、最短45分であった。

3. 分析の結果

1) 行動目標について

インタビューおよび分析の結果、実践スタッフ用については20項目、管理者用については11項目の行動目標が生成された(表1,2)。

また、アピアランスケアを促進するための行動目標は、実装の経過により異なることが分析から示され、「導入期」「実装期」「維持期」に分けられた。以下はそれぞれの時期の定義である。

①導入期:アピアランスケアに組織的に取り組むことに同意し、院内の体制づくりをする時期。

②実装期:患者に対し、組織的にアピアランスケアを提供するシステムを構築する(役割分担ができて、患者にケアが提供できる)時期

③維持期:業務に組み込まれ、Plan-Do-Check-Act(PDCA)サイクルを回すために評価と振り返りを行う(ワークフローに入る/クリニカルパスに入る、一般的なことになる、通常の業務となる)時期。また、医療圏全体のアピアランスケア均てん化に向け、他院と協力しケアや情報提供を行う時期

表 1,2

表1 アピアランスケアを促進するための行動目標（実践スタッフ用）

＜導入期＞

- 1 アピアランスケアの組織的取り組みに同意する
- 2 医療として提供できるアピアランスケアを明確にし、病院職員に明示する
- 3 アピアランスケアの理念や実践方法を病院職員が共有するために働きかける
- 4 アピアランスケアについて院内の各部門が連携する体制を作る
- 5 アピアランスケアに関する患者や家族からの相談対応ルートを明確にする
- 6 アピアランスケアに関する医療職からの相談対応ルートを明確にする
- 7 多職種で連携し、アピアランスケアに取り組む

＜実装期＞

- 8 患者向けの説明資材を準備する
- 9 治療のクリニカルパスにアピアランスケアを含める
- 10 病院としてアピアランスケアに対応していることを内外に明示する
- 11 外見の問題を医療者に相談してもよいことを患者に伝える
- 12 外見の問題について相談できる場所や対応者などを患者に明示する
- 15 業者との契約が必要な場合に使用する、ひな型を作成する
- 16 アピアランスケアに関して（実際の対応事例、疑問点、手順書、契約書など）を他の病院と情報交換する
- 17 医療圏のケアの均てん化に向けた研修会や相談対応などを実施する

＜維持期＞

- 13 アピアランスケア担当者と各部門のリンクナースなどが定期的に情報交換を行う
- 14 実施したアピアランスケアについて診療録に記録する
- 18 アピアランスケアをより良くするために現状を分析・評価する
- 19 長期的に関わる必要がある患者に対応する仕組みを作る
- 20 アピアランスケアの活動について職員や患者から評価を得る機会を作る

表2 アピアランスケアを促進するための行動目標（管理者用）

＜導入期＞

- 1 アピアランスケアの組織的取り組みに同意する
- 2 がん対策にアピアランスケアが明記されたことなど社会の変化を病院職員に周知する
- 3 アピアランスケアの理念や実践方法を共有するために病院職員に働きかける
- 4 知識や意欲が高く、役割を期待できる者をアピアランスケア担当者として選任し、公式に任命する
- 5 公式な会議でアピアランスケアについて発言する
- 6 アピアランスケアについて、がん相談支援センターでも対応できる体制を整備する
- 7 役割を期待できる職員に対して研修会や学会への参加を病院として支援する
- 8 アピアランスケアに必要な経費を予算化する

＜維持期＞

- 9 長期的にアピアランスケアの必要がある患者に対応する仕組みを作る
- 10 アピアランスケアの活動について職員や患者から評価を得る機会を作る
- 11 アピアランスケアをより良くするために現状を分析・評価する（件数、満足度など）

第2段階研究

A-2 目的

第2段階研究

第1段階目の調査により抽出した行動目標に関する現時点での達成度を明らかにする。この第2段階研究の調査結果は、今後予定されている介入研究の基礎データとなる。

B. 研究方法

第2段階研究：がん診療連携病院におけるアピアランスケア実装の行動目標に関する医療従事者の認識に関するWeb調査

B-1 研究デザイン

横断的研究であり、Web調査を用いた量的研究

B-2 対象(or 参加)者

1. 選択基準：

全国のがん診療連携拠点病院 456 施設を対象とし、そこに勤務する看護管理者 1 名および管理者が推薦する？実践スタッフ 5 名を候補参加者とした。選択基準は以下のいずれにも該当する者とした。

- 1)がん診療連携拠点病院に所属していること。
- 2)看護管理者およびアピアランスケアに関わっている実践スタッフ
- 3)実践スタッフの職種は問わない

B-3 研究(データ収集)期間

2023年2月～2023年4月

B-4 収集した情報

(1)参加者の個人の背景

年齢、性別、通算臨床経験年数、職位、資格、所属、アピアランス支援の認識、アピアランスケア研修受講の内訳

(2)医療機関のアピアランス支援の概要

アピアランス支援部門設置状況、アピアランスケアの実施内容

(3)アピアランスケア実装の取り組みの現状

2)アピアランスケア実装の行動目標

第1段階のインタビュー結果をもとに、行動目標を設定し、「非常によくできている」から「全くできてない」の5段階のリッカート尺度による評価指標とした。

アピアランス実践者の質問項目

20項目とした。管理者の質問項目

行動目標 11項目とした。

(倫理的配慮)

本研究は、第1段階と同様、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」(文部科学省・厚生労働省・経済産業省, 2022(or 2023))を遵守して行った。無記名のweb調査であり、個人は特定されないこと、自由意志により参加すること、情報管理等の倫理的配慮について調査票添付の説明文書で説明した。web調査票(or survey monkey)の参加「同意」欄にチェックマークを付して返送することで、本研究への参加に同意したものとした。本研究に当たり、国立国際医療研究センターの倫理審査委員会の承認(NCGM-S-004416-00)を得て実施した。

C/D. 結果及び考察

453 病院の各候補施設の管理者 1 名およびスタッフ 5 名にアンケートを送付した結果、管理者 97 名(回答率 21.4%)、スタッフ 397 名(回答率 17.5%)より回答を得た。(図 1～8、表 3～10)。

表 3,5
図 1,5

1. アピアランスケアの必要性和実施について

アピアランスケアを医療者が行う必要性については、管理者も実践スタッフも「とてもある」「ある」で90%を超えており(図1,図5)、行うべき職種としてはほぼすべての回答者が看護師を、また過半数を医師や薬剤師と回答していた。一方で、病院内・外の理美容家と半数程度が回答しているなど、医療職以外との職種も含めた

多職種協働が期待されていた(表6)。また、アピアランスケアを適切に実施できているという認識が低かった(図1,図5)。今後、他の回答からもアピアランスケア実施に対する自信が低くなっている項目とも合わせて、ケア実施に対する自信が持てない理由を詳細に分析する必要がある。

表 6、
図 1,5

2. アピアランスケア実施の形態など

アピアランスケアの実施の形態としては、相談支援センター実施している形態が過半数を占めていたが、相談対応者が決められていなかったり、アピアランスケア活動チームやリンクナースの存在などは設置されていなかったりする現状が示された(図2,6)。現在は、相談支援センターのみのケアとなっていることが示され、病院内全体の実装に向けた取り組みが必要であると考えられる。

図 2,6

3. 行動目標の達成度

管理職の行動目標は、実施できている程度の自己評価5段階中3段階目までの項目が大多数であった。また、「全くできていない」と回答した者の多い項目は、「職員や患者から評価を得る機会」、「より良くするための現状分析・評価」といった評価に関するものが多かった。次いで組織的な活動のための予算化ができているなど、予算に関する項目が多かった。このように、実践に関しては、より良くするための行動ができていないことや、組織的活動のための予算化の課題などが挙げられていた(図4,8)。

図 4,8

スタッフの行動目標で達成度が高かったのは、「患者に(アピアランスケアについて)相談してもよいことを伝える」、「患者向け資料を準備する」などアピアランスケアに直接関わることであった。また、「全くできていない」と回答した者が多かった項目は、「治療のクリニカルパスに加

えること」、「業者との契約の雛型を用意すること」、「他の病院との情報交換を行うこと」など、組織全体や業者、他の病院に関連する活動の項目であった。このようにスタッフは直接的なケアの関わりはできていても、組織的な取り組みに関することはあまりできていないと認識されていた。

4. アピアランスケア実施の阻害要因

アピアランスケアを実践できない阻害要因としては、「自信がない」ことが最も多かった。具体例としては、「爪のケア」など稀なケアや「業者との対応」などであった(表9)。アピアランスケアの範囲は、がん薬物療法、放射線療法、手術療法などに関わる多様な影響、多様な臓器器官系統と心身を含む多岐な項目にわたる。このことから、それぞれの専門領域等で共通する重要な基本的事項、専門的事項などを整理してすみ分けるとともに、多領域・多職種が有効に連携する在り方などの検討が重要である。その他に、なぜケアに自信が持てないのかの背景・理由をより詳細に分析し、スタッフが自信をもってケアに関わることができるような具体的な支援や研修プログラムの在り方が求められる。

5. アピアランスケアの評価方法

アピアランスケアの発展のために進歩かつ個別性が高いケアについて、その都度、その患者ごとに評価しながら取り組むことが必要である。本調査における「アピアランスケアの評価方法」に関する結果からは、「相談件数」を評価指標としている回答が最も多かった(表10)。

「相談件数」は、介入の「プロセス」または「アウトプット」の評価に過ぎず、「アウトカム」としての評価指標・方法が今後は必要になってくる。また、管理者の調査では、評価について「全くできていない」という回答が多く、評価項目や評価方法などについて、「相談件数」だけでは示せないケアの質的な評価、あるいはケアの効果に関するアウトカム評価の方法を今後さらに検討していく必要がある。

表
9,10

E. 結論

アピアランスケア実装の行動目標に関する医療従事者の認識をインタビューおよびアンケートにより調査したところ、以下のことが示された。

1. アピアランスケアを組織として取り組む必要性が高く認識されていたが、適切に実施できているという回答者はすくなかった。
2. アピアランスケアの実施者は看護職が最も多かったが、多様な職種で実施することが望ましいとされていたため、実装に向けては多職種による取り組みを検討する必要がある。
3. アピアランスケアを実施できない理由としては、自信がないことが最も多かった。外見？ケアはがん集学的治療のいずれにおいても重要であり、アピアランスケアの専門性の確立とともに、施設内外との連携の在り方を検討し、患者にとって切れ目のないケアを必要が

ある。

F. 健康危機情報

該当なし。

G. 研究発表

専門学会誌への投稿を準備中である。

表3 管理者の参加者背景

		mean(SD)		N=97	
		n	(%)	n	(%)
年齢		52.6	(5.1)		
経験年数		29.9	(5.7)		
性別	男性	0	(0.0)		
	女性	96	(99.0)		
	不明	1	(1.0)		
病院の種類	がん専門病院	10	(10.3)		
	大学病院	19	(19.6)		
	総合病院	67	(69.1)		
	その他	1	(1.0)		
職位	看護部長	13	(13.4)		
	副看護部長	19	(19.6)		
	その他	65	(67.0)		
職種	看護職	97	(100.0)		
認定看護師	がん薬物療法看護	22			
	がん性疼痛看護	5			
	緩和ケア	7			
	乳がん看護	4			
	皮膚排泄ケア	1			
	救急看護認定看護師	1			
	集中ケア	1			
	慢性呼吸器疾患看護	1			
専門看護師	13	(13.4)			
がん看護	11				
慢性疾患看護	2				
認定看護管理者	19				
				所属	
				看護部長室	28 (28.9)
				病棟	15 (15.5)
				外来診療部門	1 (1.0)
				外来診療部門	12 (12.4)
				通院治療センター	15 (15.5)
				がん相談支援センター	21 (21.6)
				緩和ケアチーム	16 (16.5)
				教育担当	3 (3.1)
				その他	14 (14.4)
				研修受講経験	
				国立がん研究センター主催研修	25 (25.8)
				国立がん研究センター外主催研修	47 (48.5)
				研修会の受講したことがない	35 (36.1)
				所属施設院内教育・勉強会など	25 (25.8)
				所属施設外の教育・勉強会など	25 (25.8)
				医療機関以外が主催する研修	29 (29.9)
				学会主催	21 (21.6)
				製薬会社主催	11 (11.3)
				その他	3 (3.1)
				国立がん研究センター受講経験	
				基礎編	25 (25.8)
				応用編	18 (18.6)
				特別編2017	1 (1.0)
				特別編横浜	1 (1.0)

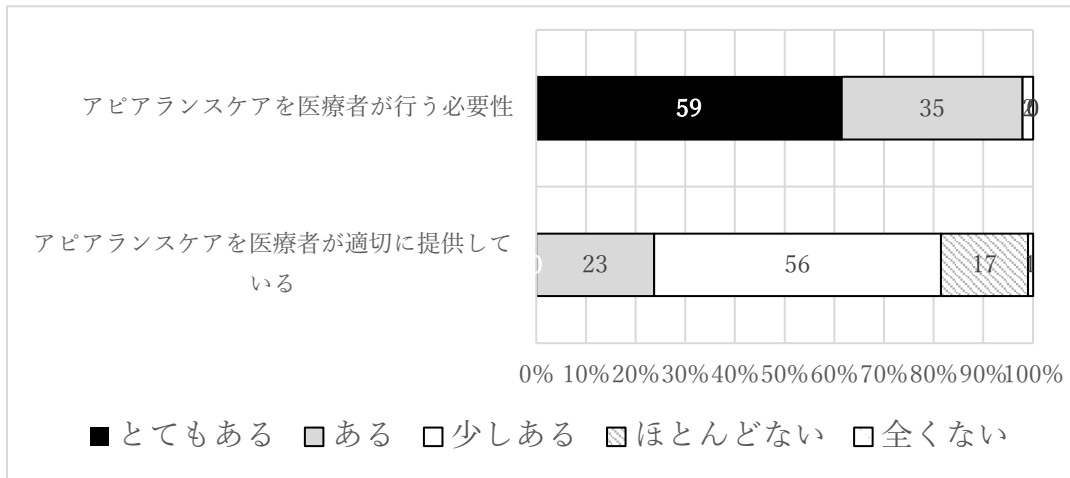


図 1 : アピランスケアを医療者が行う必要性・適切にできているか

表 4 : 管理者の認識する「アピランスケアを行うべき職種」

N=97		
	n	(%)
看護師	97	(100.0)
医師	59	(60.8)
薬剤師	49	(50.5)
社会福祉士	50	(51.5)
心理士	50	(51.5)
理美容家 (院内)	46	(47.4)
理美容家 (院外)	48	(49.5)
その他	5	(5.2)
誰でもできるようにする	4	(4.1)

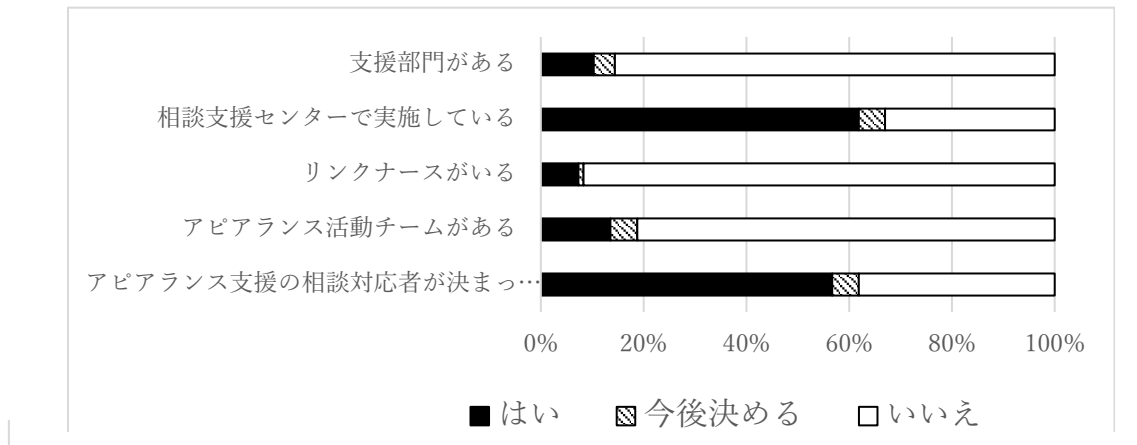


図 2 : アピアランスケアをどのように実施しているか (管理者)。

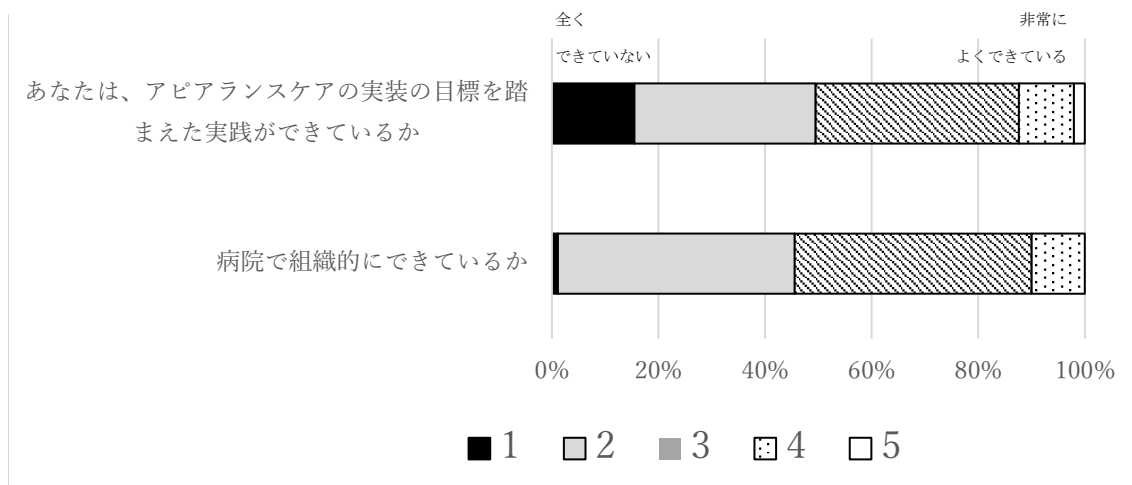


図 3 : アピアランスケアが組織的にまたは個人で実施できているか (管理者)

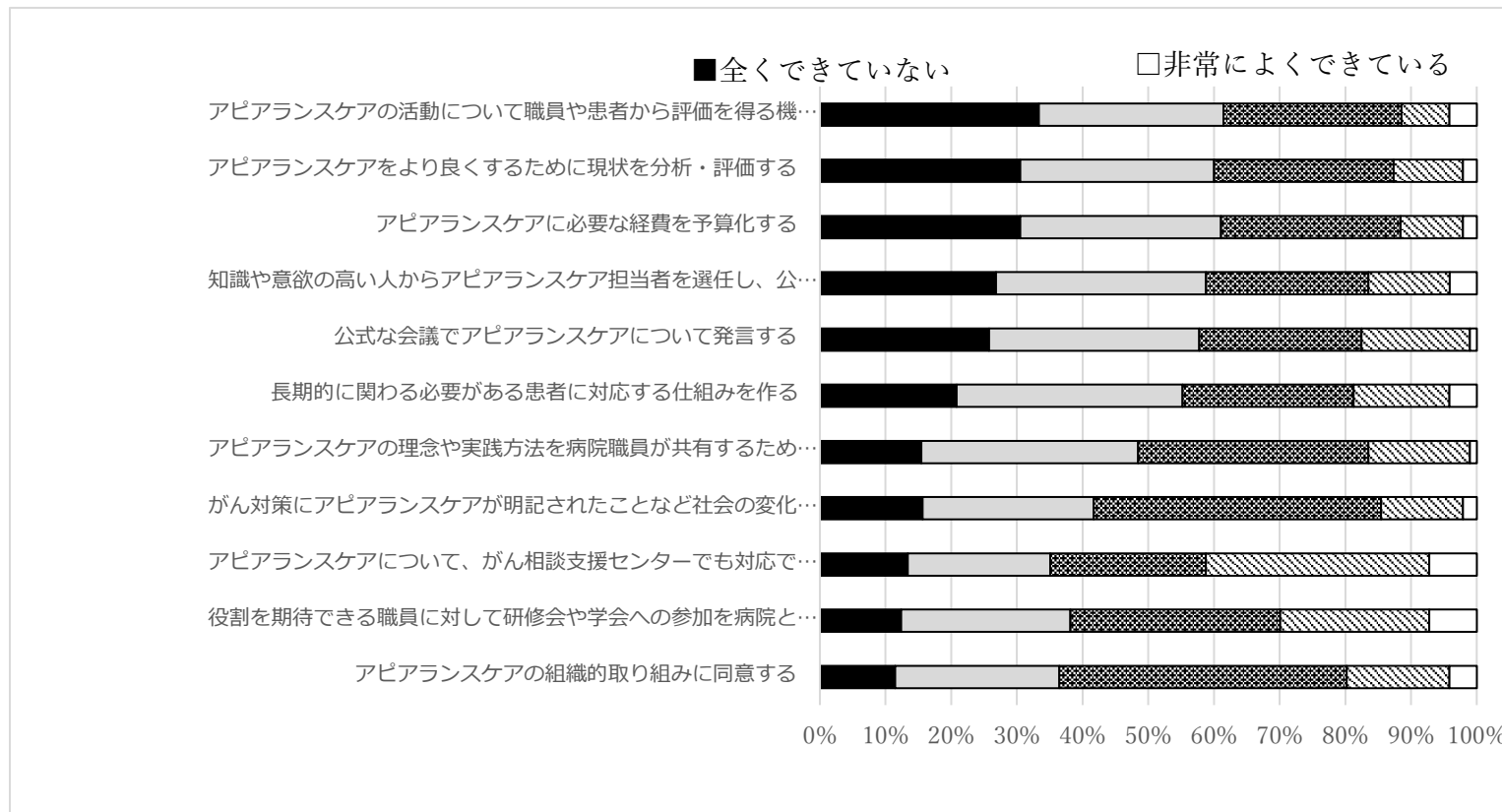


図 4：行動目標の達成度（管理職用）

スタッフ用結果

表5 実践スタッフ参加者背景

	mean(SD)		n	(%)
年齢	45.7(7.7)	認定看護師	189	(47.5)
臨床経験年数	21.5(8.1)	がん薬物療法	88	
	n (%)	がん性疼痛	21	
性別		がん放射線療法	14	
男性	12 (3.0)	緩和ケア	34	
女性	383 (96.2)	乳がん看護	26	
不明	3 (0.8)	皮膚・排泄ケア	4	
病院の種類		透析看護	1	
がん専門病院	33 (8.3)	不明	1	
大学病院	103 (25.9)	専門看護師	43	(11.3)
総合病院	247 (62.1)	がん看護	40	
その他	20 (5.0)	遺伝看護	1	
職位		小児看護	2	
副看護部長	5 (1.3)	認定看護管理者	1	
師長	20 (5.4)	その他 (一部抜粋)	27	
副師長	54 (14.5)	がん相談員	4	
主任	81 (21.7)	リンパ浮腫関連	4	
資格		研修受講経験		
看護師	390 (98.0)	国立がん研究センター主催研修	97	(24.4)
社会福祉士	6 (1.5)	国立がん研究センター以外主催研修	189	(47.5)
心理士	2 (0.5)	受講したことがない	136	(34.2)
所属		所属施設院内教育・勉強会など	80	(20.1)
看護師		所属施設外の教育・勉強会など	90	(22.6)
看護部長室	5 (1.3)	医療機関以外が主催する研修	121	(30.4)
病棟	89 (22.4)	学会主催	55	(13.8)
外来・診療部門	36 (9.0)	製薬会社主催	42	(10.6)
外来	79 (19.8)	その他	8	(2.0)
通院治療センター	92 (23.1)	国立がん研究センター受講経験		
相談支援センター	79 (19.8)	基礎編	94	(23.6)
緩和ケアチーム	63 (15.8)	応用編	50	(12.6)
その他	35 (8.8)	特別編2017	5	(1.3)
社会福祉士		特別編横浜	3	(0.8)
通院治療センター	6			
緩和ケアチーム	1			
心理士				
通院治療センター	1			
相談支援センター	1			

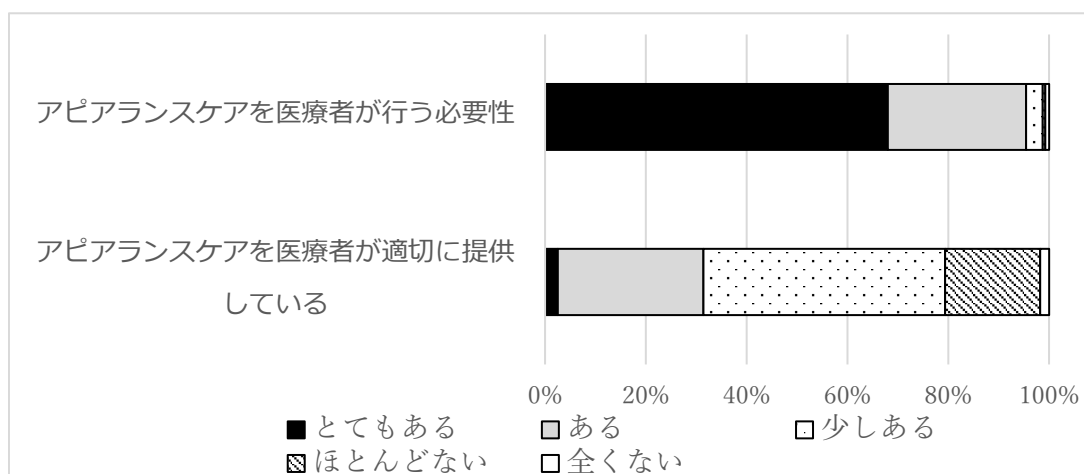


図5：アピアランスケアを医療者が行う必要性・適切にできているか（スタッフ）

表6：スタッフが認識する「アピアランスケアを行うべき職種」

N=398

支援の実施者	n	(%)
看護師	395	(99.2)
医師	206	(51.8)
薬剤師	186	(47.0)
社会福祉士	112	(28.1)
心理士	173	(43.5)
理美容師（院内）	200	(50.3)
理美容師（院外）	184	(46.2)

表7：アピアランスケアに関する財源

予算の財源	n
病院全体の予算	43
がん診療費	22
寄付	9
その他	18

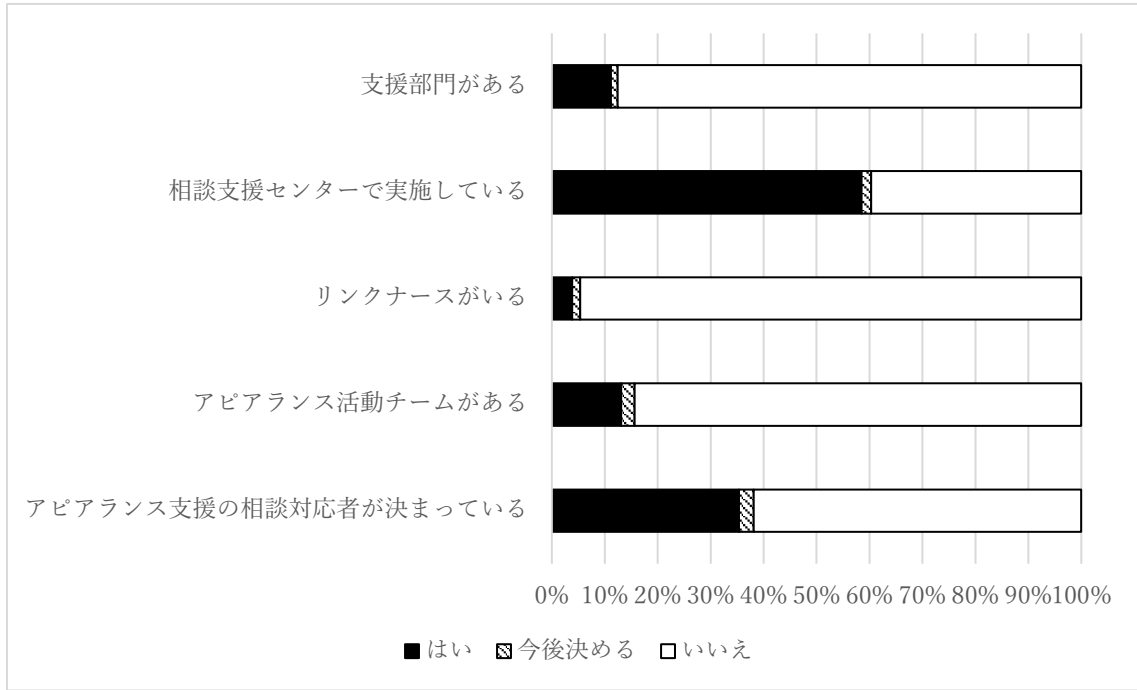


図 6 : アピアランスケアをどのように実施しているか (スタッフ)

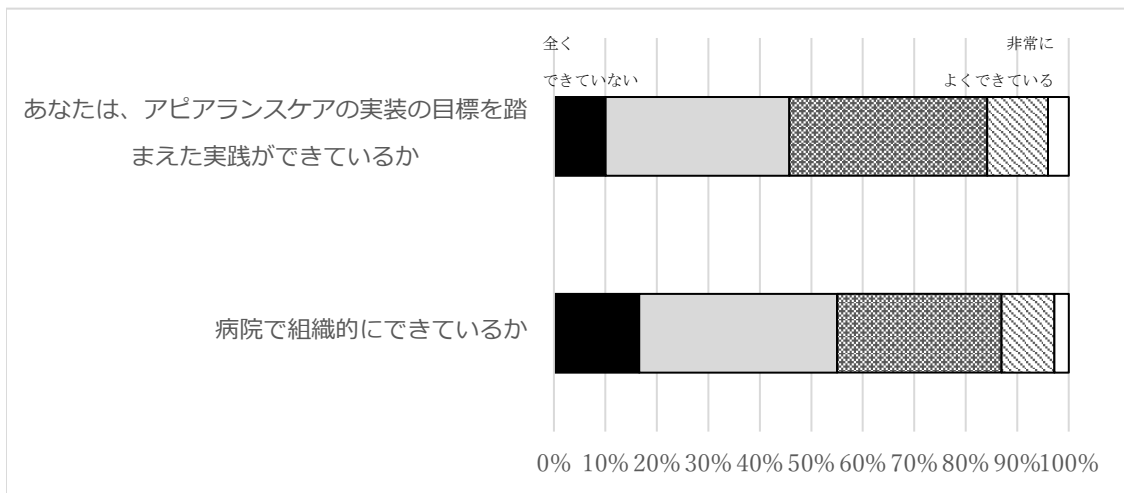


図 7 : アピアランスケアが組織的にまたは個人で実施できているか

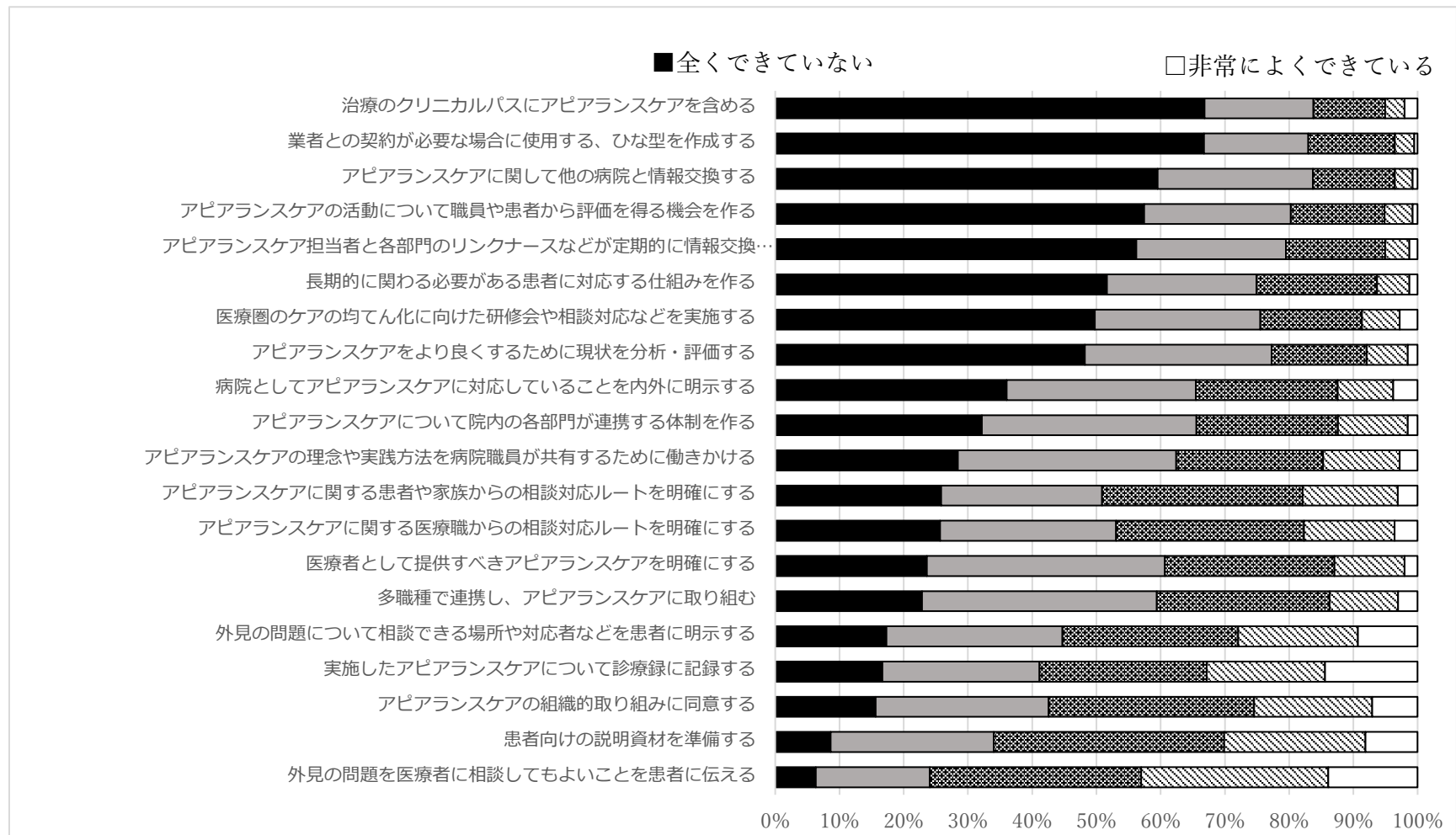


図 8 : 行動目標の達成度 (スタッフ)

表 8 : 患者向け資材の準備に関する自由記述

パンフレットの準備	国立がん研究センター作成のもの？
脱毛(頭髪) に関すること	ケア帽子、帽子
脱毛(眉、睫毛) に関すること	眉や睫毛用化粧品
爪障害に関すること	ネイル用品、マニキュア、コンシーラー 爪ケア製品、ネイルシール
皮膚障害に関すること	カバーメイク、日焼け止め、メイク用品 ケア美容液
浮腫に関すること	弾性着衣
乳房切除に関すること	下着サンプル

表 9 : アピアランスケアを実践できない理由

		N=397	
		n	(%)
自信がない		171	(43.1)
担当者がいない		117	(29.5)
情報がない		90	(22.7)
優先度が低い		86	(21.7)
自由記述			
能力不足を感じる	知識不足		
	爪のケアは自信ない		
	業社製品の紹介が難しい		
	対象患者と関わることが少ない		
組織では困難	個人的にはできるが組織的にはできていない		
	組織的ではなく個人に委ねられている		
	個人の知識や熱量が違い組織的な活動には至らない		
	周囲の協力が得られない		
全ての患者の			
ニーズに対応で	自部署以外で活動ができない		
きていない			
	退院後のフォローができていない		
	相談があった時のみ対応している		
	来訪者(限られた方にのみ)しかできていない		
	患者からの訴えがないから		
	対象者の把握が難しい		
	脱毛のみケアしている		
人員、経済性、			
場所などの不足	人員が不足		
	時間がない		
	場所がない		
	物品がない		

表 10 : アピアランスケアの評価方法

評価方法	
相談件数	78
スタッフの感想	37
アンケート調査	34
訪問件数	29
web サイト閲覧件数	9
その他	
患者満足度	2
ケアのアウトカム	1
看護外来件数	1

文献

- Benjamin, B., Ziginskas, D., Harman, J., & Meakin, T. (2002). Pulsed electrostatic fields (ETG) to reduce hair loss in women undergoing chemotherapy for breast carcinoma: a pilot study. *Psychooncology*, 11(3), 244-248.
- Carpenter, J., & Brockopp, D. (1994). Evaluation of self-esteem of women with cancer receiving chemotherapy. *Oncology Nurs Forum*, 21, 751-757.
- Choi K., Kim I., Chang O., Kang D., Nam J., Lee E., et.al. (2014). Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and depression in breast cancer patients. *Psychooncology*. 23(10), 1103-1110.
- Freedman T.G: Social and cultural dimensions of hair loss in women treated for breast cancer, *Cancer Nursing*, 17(4),334-41,1994.
- Furness PJ: Exploring supportive care needs and experiences of facial surgery patients, *Br J Nurs*, 13;14(12):641-5, 2005.
- がん患者の外見支援に関するガイドラインの構築に向けた研究班編, がん患者に対するアピアランスケアの手引き 2016年版. 金原出版, 東京, 2016.
- 飯野京子, 長岡波子, 野澤桂子, 綿貫成明, 嶋津多恵子, 藤間勝子, 清水弥生, 佐川美枝子, 森文子, 清水千佳子, がん治療を受ける患者に対する看護師のアピアランス支援の実態と課題および研修への要望, *Palliat Care Res*, 14(2), 127-38,2019.
- 飯野京子, 嶋津多恵子他. がん治療を受ける患者への外見変化に対するケア: がん専門病院の看護師へのフォーカス・グループインタビューから, *Palliative Care Research*, 12(3), 709-15, 2017.
- Konradsen H1, Kirkevold M, Zoffmann V: Surgical facial cancer treatment: the silencing of disfigurement in nurse-patient interactions, *J Adv Nurs*, 65(11), 2409-18,2009.
- 厚生労働省. がん対策推進基本計画(第3期), <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000196974.pdf> (2021年11月13日確認).
- 厚生労働省健康局長. がん診療連携拠点病院等の整備について, 2022. [000972176.pdf \(mhlw.go.jp\)](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/000972176.pdf). (2022年11月13日確認).
- Munstedt K., Manthey N., Sachesse S., & Vahrson H.(1997). Changes in self-concept and body image during alopecia induced cancer chemotherapy. *Support Care Cancer*, 5, 139-143.
- 森恵子, 三原典子, 宮下茉莉, 寺岡知里, 梅村知佳, 今井芳枝, 他 (2013). がん化学療法に伴う脱毛体験が患者の日常生活へ及ぼす影響. *The Journal of Nursing Investigation*, 11(1/2), 14-23.
- 日本がんサポーターブケア学会. がん治療におけるアピアランスケアガイドライン 2021年版 第2版, 金原出版, 2021.
- Nozawa K., Shimizu C, Kakimoto M., Mizota Y., Yamamoto S., Takahashi Y., Ito A., Izumi H., Fujiwara Y.(2013), Quantitative

assessment of appearance
changes and related distress in
cancer patients, *Psycho-Oncology*
22: 2140 – 2147 .

野澤 桂子(2014).がん患者のアピアラ
ンス支援 外見と心に寄り添うケア
医療の場で求められるアピアランス
支援. *がん看護*,19(5), 489-493

Rosman S.(2004). Cancer and
stigma:experience of patients
with chemotherapy-induced
alopecia. *Patient Educ Couns.*
52, 333-339.