資料Ⅱ

がん診療連携拠点病院におけるアピアランスケア実施の促進・阻害要因の検討

令和３年度　厚生労働科学研究費助成金（がん対策推進総合研究事業）
「がん患者に対する質の高いアピアランス支援の実装に資する研究」
研究分担者　飯野京子

がん診療連携拠点病院におけるアピアランスケア実施の促進・阻害要因の検討

研究分担者 飯野京子　国立看護大学校　教授
研究協力者 藤間勝子　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長
野澤桂子　目白大学　看護学部看護学科　教授
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・心理療法士
島津太一　国立がん研究センター がん対策研究所 行動科学研究部室長
綿貫成明　国立看護大学校　教授
長岡波子　国立看護大学校　助教
森文子　国立がん研究センター看護部

研究要旨
先行研究（飯野ら，2019）によれば，アピアランスケアを実践するための課題として，①支援の内容が標準化されておらず，医療従事者により認識が異なること②医療機関が組織として取り組めていないこと③情報や知識，活用できるツールが少ないこと④支援に対する経済的な裏付けがないことなどの 4 つの問題点が示されている。そこで，本研究グループは，組織としての取り組みや経済的裏付けといった主に運用課題の解決を目指して，研究を行うこととした。
具体的には，実装研究の枠組みである Consolidated Framework for Implementation Research （CFIR）を参考に，既に医療機関内においてアピアランスケアを組織的に実施している研究参加者を対象に，効果的に運用するための促進要因や阻害要因をインタビューし，網羅的に抽出する質的研究を行う。その際，1 施設 1 グループで 4-5 グループ，合計 20 名に対して CFIR を参考に作成したインタビューガイドを用いた。現在，がん診療連携拠点病院 2 施設の看護師のインタビュー調査が終了した状況である。
そして，本調査を基盤として次年度には，全国的な量的調査により関連要因などを明らかにしていく予定である。これらの研究の過程を通して，効果的かつ効率的な介入方法の開発を目指すことは，治療に伴う外見変化を有する患者に対するケアの均てん化に貢献する。

A. 研究目的

研究者らは，全国のがん診療連携拠点病院における調査（飯野ら，2019）などの様々なアピアランスケアに関する調査研究を実施してきた。そのなかで，医療従事者が患者の支援ニーズを実感し，多くの種類の支援を実施していることが明らかになった。しかし，一方でアピアランスケアを実践するための課題として，①支援の内容が標準化されておらず，医療従事者により認識が異なること　②医療機関が組織として取り組めていないこと　③情報や知識，活用できるツールが少ないこと　④支援に対する経済的な裏付けがないことなどの 4 つの問題点も示された。

実際に，「がん患者に対するアピアランスケアの手引き 2016 年度版」（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,2016)によれば,「推奨度B:科学的根拠があり勧められる」支援内容は50項目中5項目しかなく,アピアランスケアは有効性の根拠の乏しい分野である。本調査を含む研究班全体としても,前述の①支援内容の標準化や③活用ツールの充実の課題を解決するために,日本がんサポーティブケア学会と手引きの改訂を行い2021年10月にアピアランスケアガイドラインを発行するなど,試行錯誤しながらケア内容の充実に取り組んできた。

本調査では,②医療機関が組織として取り組むためにどうしたらよいか,④経済的裏付けをどのようにしたらよいか,などの主に運用課題の解決を目指して研究を行うこととした。つまり,ケアの均てん化を目指し,エビデンスをふまえたアピアランスケアの臨床における効果的な導入方法を検討する。

具体的には,実装研究[1)]の枠組みであるCFIR[2)]を参考に,既に医療機関内においてアピアランスケアを組織的に実施している研究参加者に,効果的に運用するための促進要因や阻害要因をインタビューし,網羅的に抽出する質的研究を行うことを計画した。

そして,本調査を基盤として次年度には,全国的な量的調査により関連要因などを明らかにしていく予定であり,その基礎的研究として重要な研究である。これらの研究の過程を通して,効果的かつ効率的な介入方法の開発を目指すことは,治療に伴う外見変化を有する患者に対するケアの均てん化に貢献する。

なお,本調査で用いる「アピアランスケア」とは,がん治療(手術,がん化学療法,放射線療法等)に伴う外見の変化に対するケアのことである。

(補足)

1)「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。

2)「CFIR」はConsolidated Framework for Implementation Researchの略語

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が翻訳・紹介された『実装研究のための統合フレームワーク-CFIR:Consolidated Framework for Implementation Research—』(内富ら,2021)。CFIRでは,実装で考慮すべき観点が網羅されており,研究者が実装関係者の見落としを防ぐためのガイドの役割もある(Damschroder et al., 2009)。実装において考慮すべき観点は,1.介入の特性(介入の出処,エビデンスの強さ,相対的優位性,適応性,試験可能性,複雑性,デザインの質とパッケージング),2.外的セッティング(患者のニーズと資源,コスモポリタニズム,同業者からの圧力,外的な施策やインセンティブ,費用),3.内的セッティング(構造特性,ネットワークとコミュニケーション,文化,実装風土,実装の準備性),4.個人特性(介入についての知識や信念,自己効力感,個人の行動変容のステージ,組織との一体感,その他の個人特性),5.プロセス(計画,エンゲージング,実行,振り返りと評価)からなる。それぞれのインタビューガイド例が示されており,それぞれ必要な項目を研究に用いることが推奨されている。そこで,本研究ではその枠組みを使用することとし,翻訳に関わった実装研究の専門家が研究協力者として参加している。

B. 研究方法

1. 対象

(1) 適格性基準

研究参加者は,以下の選択基準をいずれも満たす者とする。

1)全国がん診療連携拠点病院であり,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病院に所属する。
2)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である。

(2) 目標症例数
1施設1グループ4-6名程度,4～5グループ合計　20名

2.研究方法及び手順
(1)観察項目及び収集する情報

収集する情報項目は,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,事前に研究者間でパイロットテストを行う。

1) 背景情報
収集する情報は,参加者背景とアピアランス支援の実態である。

2)インタビューの方法とインタビューガイド
参加者の都合を調整した上で,プライバシーが保たれ,落ち着いて話ができるような場所で実施する。始める前に別紙で背景情報を確認する。
フォーカスグループインタビューを企画するが,日程が合わない場合は個別インタビューを行う。また,Covid-19感染状況によりオンラインでインタビューを行う。
日程やインタビュー会場は,グループインタビュー及び個人インタビューのいずれも,参加候補者の同意取得後にメールにて都合のよい日程,会場を確認して調整する。
インタビューガイドは,CFIRを参考に作成した。
＜導入＞
まずは,アピアランス支援部門で実施しているアピアランスケアの特徴について紹介いただき,その後,アピアランスケア実施における促進・阻害要因について以下の内容に沿って話を進める。同意説明文書の中にインタビューガイドの内容を示し,順不同でもよいので重要な点を漏らさず話してもらうように促す。
①アピアランスケアの実践について（介入の特性）
・アピアランスケア方法は,誰がどのように決定したか。（介入の出処）
・管理者はアピアランスケアのエビデンスの質,妥当についてどのように考えているか。（エビデンスの強さと質）。
・部門を設置しての変化はあったか。代替手段と比較してどうか（相対的優位性）。
・どのような費用が発生するか（費用）。
②組織外に関すること（外的セッティング）
・患者のニーズや意向がどの程度考慮されているか（患者のニーズと資源）。
・組織外との連携は実際にはどのようにしているか（コスモポリタニズム）。
・政策,ガイドラインが部門設置に影響を与えたか。与えたとしたら,どのような影響があったか（外的な施策やインセンティブ)。
③アピアランス支援部門に関すること（内的セッティング）
・スタッフ間の連携の内容と方法(ネットワークとコミュニケーション)
・部門運営のために組織の支援状況,どのような期待などがあるか(実装風土)。
・どの程度必要性を感じて設置したか（変化への切迫感）。
④プロセス
・アピアランスケアの実践に,どのような役割を果たしたか(計画)。
・アピアランスケアの実践のキーパーソンは誰か,公式なリーダー以外に期待をはるかに上回る役割を果たす人はどんな人か(オピニオンリーダー,チャンピオン)。
・アピアランスケア部門外の人はアピアランスケアを支援するか（外部チェンジエージェント）。

・アピアランスケアに参画しているキーパーソンは誰か（主要なステークホルダー）。
・計画に沿って実施されたか(実行)。
・アピアランスケアの評価をどのようにしているか(振り返りと評価)。

最後に,支援部門を効果的に運用するための促進,阻害要因で最も重要であるのはどの点か話してもらう。

(2) 情報収集の方法と手順

1)研究参加者背景

インタビューの前に,職種,年齢,経験年数等分析に必要な最小限の対象属性により構成される「研究参加者背景調査票」に記入を依頼する。これは,討議内容とは連結できないように単純集計で処理する。

2) インタビューの方法

研究者は,参加者に対し,インタビューガイドに基づき発言を促し,討議しながら論点を整理していく。発言内容をICレコーダーに録音する。同一施設で異なる職位の参加者が含まれることも想定されるが,内容がアピアランス支援立ち上げに関するものであり,結果的に多様な職位の取り組みを引き出し,意見交換が促進されると想定している。

①1グループ4-6名程度,4,5グループ合計　20名設定し,研究者は,司会者として意見を活発に促がす役割を果たすために参加する。
②フォーカスグループインタビューの場所は,プライバシーが守れる静かなところを設定する。
③インタビューの時間は,参加者の都合の良い時間を調整し,1時間程度とする。承諾のプロセス含め全体で1時間20分程度を予定している。
④フォーカスグループインタビューは,相互作用を通しての進行が重要であり,司会者は,参加者に自由に語ってもらえるようにする。

尚,グループで話し合った内容については,互いに口外しないよう,フォーカスグループインタビューの終了時に確認しあう。

3. 倫理的事項

本研究は,国立国際医療研究センター研究倫理審査の承認を得た（NCGM-S-004416-00）。

4. 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,記述統計量を算出する。

(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,逐語録にして,意味内容毎に,内容を整理する。
以下の手順で行う。
①逐語録全体を先入観を持たずに精読し,全体の意味合いをつかむ。
②がん診療連携拠点病院においてアピアランスケア実施の促進・阻害要因を意味する部分を文脈を損なわないように抜き出す。
③データ全体から同義の内容を分類し,コード化する。意味の解釈が妥当であるか複数で確認しながら進める。
④コードについて共通して見出される類似性の意味内容をもとに抽象度を高めまとめる。

グループ討議された内容について十分な解釈を得るために,逐語録全体を精読しながら進める。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,データについて信憑（信用）性（credibility）,確実（明解）性(dependability),確認可能性(confirmability),転用可能性(transferability)等の真実性の確保として以下を計画している（Holloway, et. al., 2002）。

（ア）「信憑性」の確保のために，研究者である司会者は，討議において意味不明な点があった場合は，その都度確認する。
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として参加者に提示することで，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できる。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する。
（イ）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。
（ウ）全般を通じて，共同研究者間（がん看護の専門家および看護研究者）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する。

C. 結果

現在，がん診療連携拠点病院2施設の看護師のインタビュー調査が終了した。現在の結果の概要は以下の通りである。

1. アピアランス支援の実際
・実施部門
　がん相談支援部門
　アピアランス外来
・担当者の職種：看護師（がん看護専門看護師，がん薬物療法看護認定看護師），医師（皮膚科医，腫瘍内科医師）

2. アピアランスケア方法は，誰がどのように決定したか
・国立がん研究センター研修修了生が院内に働きかけた
・看護部が推進した
・医師が必要性を認識して開催できた

3. 部門設置後の変化。代替手段と比較してどうか
・院内の中で化学療法に関する皮膚障害をどこに紹介すればよいか体制として明確になった。（患者から生活に支障があうために，訴えも多く，医師も困っていた）
・看護外来でアピアランスケアのことを宣伝しているので，患者から相談の申し出がある。看護師からも相談がある。
・エビデンスのある説明ができるようになった，説明内容が統一できるようになった。
・認定看護師資格を取得したばかりの看護師に，説明に入ってもらった。認定の方は能力も興味もある。
・教材を作成し，周囲の教育を行い，全体の能力を高めた。
・長くやっていると医師・看護師から「こんな教室あるよ」と勧めてもらえるようになった。相談に行く部門が明確になった。

4. どのような費用が発生するか
＜発生した費用＞
・大きな物品の購入は必要はなかった。ウィッグのサンプルを置いたりできている。
・業者から商品を置かせてもらいたいと連絡があった。
・ウィッグのサンプル，ネイル用品などそろえるのに費用がかかった。
・棚の設置や，備品等多様な費用
＜援助＞
・市の助成金，がん連携病院に指定されていることで金銭的支援があった
・病院としても，部門にお金を使うことは認められた，よい使いみちであると認められた。

・病院で患者のニーズに対して毎年いくらか費用を使えるので,使っていいといわれている。

5. 患者のニーズや意向がどの程度考慮されているか。
＜患者の訴えから＞
・患者のニーズに合わせ,回数増加,イレギュラーの日を増加
・化学療法室の看護師が,患者の日々のかかわりのなかで患者のカバーメイクなどのニーズを聞いていた。
＜専門的ケアが必要な患者＞
・放射線皮膚障害の場合は,がん放射線看護認定看護師を紹介した。

6. 政策,ガイドラインが部門設置に影響を与えたか。与えたとしたら, どのような影響があったか。
＜がん対策推進基本計画の明記＞
・外来を設置するときに,上司に説明する折に,がん対策推進基本計画でアピアランスケアについて明示されていることは大きかった。
・組織を動かすうえでは,がん対策推進基本計画に掲載されたことは大きい
＜ガイドライン＞
・上司に提案するときに,ガイドラインに書いてあるというと納得がはやい。
・日々の診療の中で,ガイドラインがあることは,医師にとって影響が大きかった。
・臨床において,医師,スタッフにはガイドラインが有用である。

7. アピアランス支援部門に関すること
：スタッフ間の連携の内容と方法
・医療者の共通理解のため電子カルテに入力した
・関わった後は記録に残しているので,病棟のスタッフなども確認できている。

8. 部門運営のために組織の支援状況,どのような期待などがあるか。
・病院の管理者ががんセンター勤務経験があった
・診療報酬（患者相談支援料）に関しては,認定看護師が関わると加算されるが,アピアランスケアについては現在のところ無料である。今後はどうするか検討中
・アピアランスケア外来を維持するためには,有志の会にしないでがん診療の委員会のワーキングの中に入れた
・がん診療の支援部門の審議事項に中に公的にアピアランスが入った。
・アピアランスに関連のある皮膚科医が委員会のメンバーに入った。
・労災病院であり就労との両立支援が病院としても重要である。病院としてのミッションに結びつくということで期待がある。

9. 組織外との連携の実際はどのようにしているか。
・県の看護協会と連携で,研修会を開催した。
・他の施設と病院での実際を紹介できた。
・県単位での研修会は参加しやすい。
・日本がん看護学会の特別関心グループ（SIG）で情報を聞いたり,ガイドラインを見たり,困ったら（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の）野澤先生や藤間先生に聞ける体制がある。聞いたらヒントをいただけるのではと思う。

10. アピアランスケアの実践のキーパーソンは誰か,公式なリーダー以外に期待をはるかに上回る役割を果たす人はどんな人か
・キーパーソンは専門看護師,認定看護師
大事なところは医師を動かして実績を残している
・病棟・外来看護師が役割を果たしてほしいが研修会を開いてもすべてのスタッフに実践できずにいる。

11. アピアランスケア部門外の人で，どのような人がアピアランスケアを支援するか。
・認定看護師
・国立がん研究センターのアピアランス支援研修会に参加したスタッフ
・化学療法室の看護師

12. アピアランスケアの評価をどのようにしているか。
・外来予約件数
・支援内容（電子カルテの中でケアした内容をわかるように明示した）
・患者さんからの評価は聞いたことはない

13. 支援部門を効果的に運用するための促進，阻害要因で最も重要である のはどの点か
＜促進要因＞：
・関わる医療従事者のやる気
・看護師が医師とともに病院を動かすことになったこと。
・看護師がコーディネートして関わった。
・がん診療の委員会で話し合えたのが大きかった
・周りの方の協力をいただけた。
・興味をもって研修会に参加したスタッフがいた。

＜阻害要因＞：
- スタッフの人数や職種の不足（看護師も医師も不足）
- ハード面：決められた日に決められた場所を設定できない
- 総合病院でがん診療のみではないこと
- 病院長ががんに理解がないと難しい
- 総合病院で，いろんな部門があり，ケア部門の移動を求められており，場所を検討する必要がある。
- 人が変わると方針が変わる。

D. 考察と今後の方向性

医療機関内にアピアランスケアを導入する際の阻害・促進要因の検討を行うために，「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，インタビューを進めてきた。
これまでに個人努力，組織的取り組みなど促進・阻害要因が語られてきたが，まずは対象者を増やし，引き続き多様な要因について情報収集していきたい。
その後，CFIR の分析に専門的に関わっている共同研究者と質的に分析を行う。

そして，インタビュー結果をふまえ，質問紙を作成し，質問項目を洗練し，がん診療連携拠点病院看護師対象に web 調査予定である。

E. 引用文献

Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., et al. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. Implementation Science, 4, 50. http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-4-50 (2021 年 12 月 17 日確認).

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 (2016). 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.

Holloway, I., & Wheeler, S(2002)/野口美和子監訳(2006).ナースのための質的研究入門(第 2 版).医学書院, 東京.

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. (2019). 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. *Palliative Care Research, 14*(2), 127-138.

飯野京子, 嶋津多恵子, 佐川美枝子, 綿貫成明, 市川智里, 栗原美穂, 上杉英生,

栗原陽子，坂本はと恵，稲村直子，杉澤亜紀子，宮田貴美子，長岡波子.
(2017). 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), 709-715.

厚生労働省 (2018). 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).

国立がん研究センター(2018).がん情報サービス用語集「均てん化」.
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/qa_words/word/kintenka.html (2021年12月9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.

日本がんサポーティブケア学会 (2021). 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，東京.

Polit,D.F. & Beck, C.T.(2004) / 近藤潤子監訳(2010). 看護研究　原理と方法(第2版). 医学書院，東京.

内富庸介監修(2021).『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，東京.
https://www.radish-japan.org/files/CFIR_Guidebook2021.pdf (2021年12月9日確認)

F. 健康危険情報

特記すべき問題なし。

G. 研究発表

(1) 論文発表
該当なし。

(2) 学会発表
なし。

H. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得
   該当なし。
2. 実用新案登録
   該当なし
3. その他
   特記すべきことなし。

令和4年度　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きている。

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ンラ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、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）、確実（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

表 1,2

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　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）を得で実施した。

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と実施について

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える。

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ことが多かった。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」、「患者向け資材を準備する」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

表
9,10

アピアランスケアの発展のために進月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。

E. 結論

アピアン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。

管理者用結果

表３　管理者の参加者背景

	mean(SD)		
年齢	52.6(5.1)		
経験年数	29.9(5.7)		
	n	(%)	
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	43	(44.3)	
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		

		N=97	
		n	(%)
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)

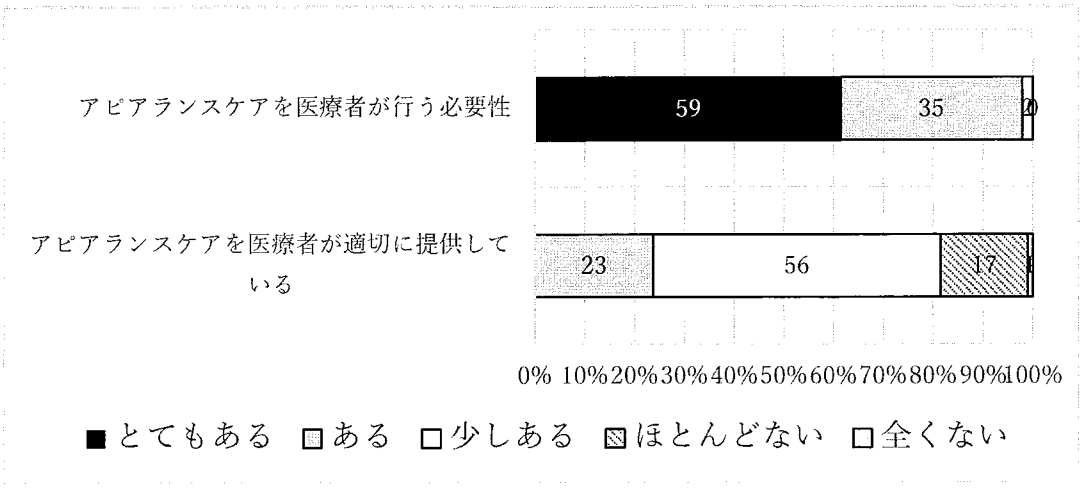

図１：アピアランスケアを医療者が行う必要性・適切にできているか

表４：管理者の認識する「アピア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)

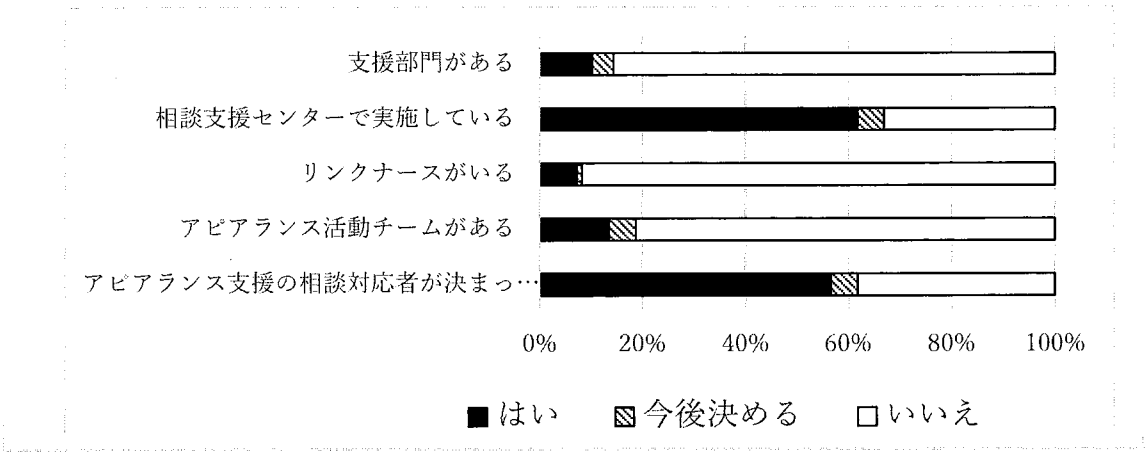

図２：アピアランスケアをどのように実施しているか（管理者）。

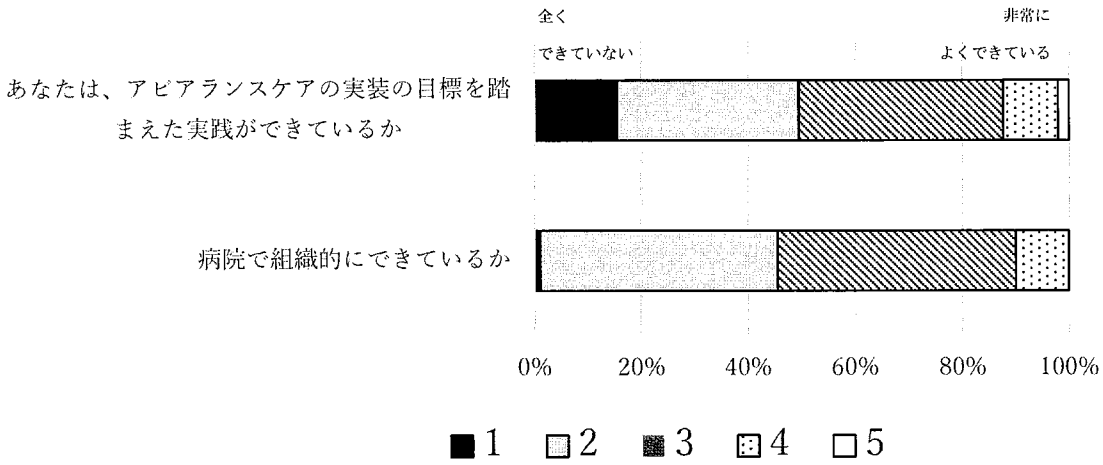

図３：アピアランスケアが組織的にまたは個人で実施できているか（管理者）

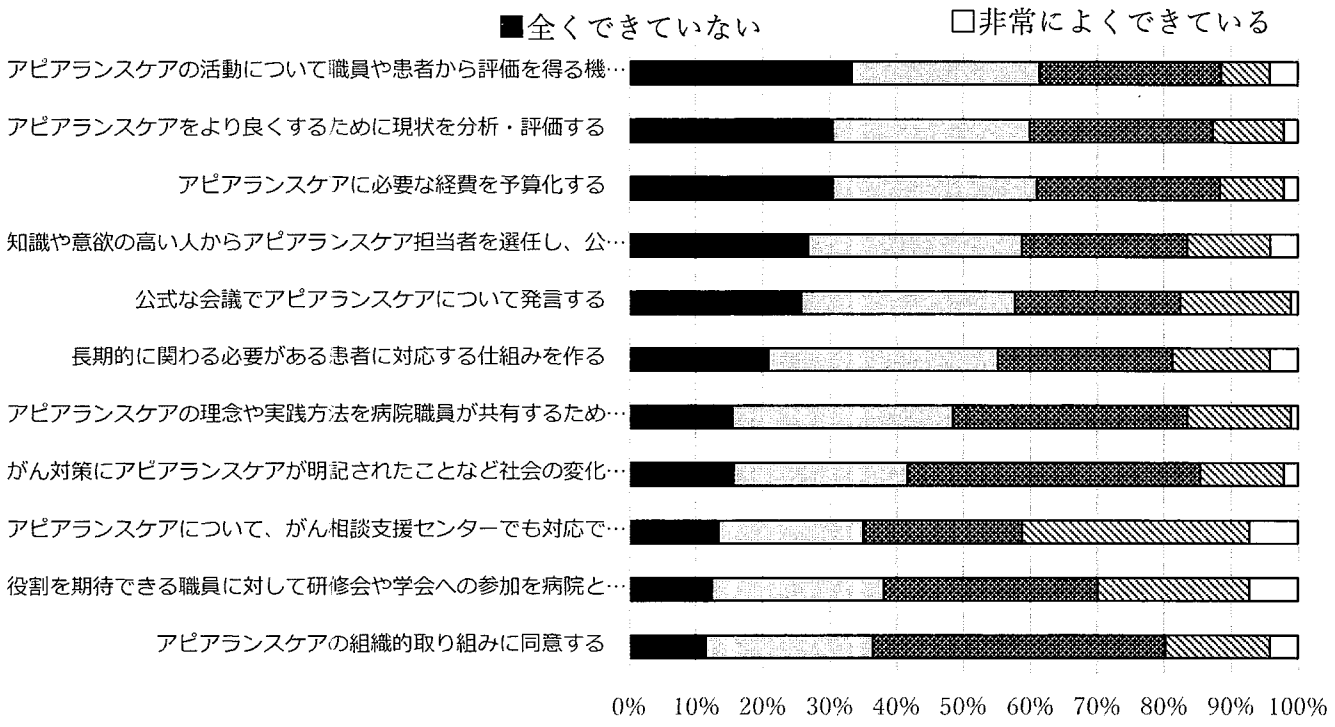

図 4：行動目標の達成度（管理職用）

表 5　実践スタッフ参加者背景

	mean(SD)	
年齢	45.7(7.7)	
臨床経験年数	21.5(8.1)	
	n	(%)
性別		
男性	12	(3.0)
女性	383	(96.2)
不明	3	(0.8)
病院の種類		
がん専門病院	33	(8.3)
大学病院	103	(25.9)
総合病院	247	(62.1)
その他	20	(5.0)
職位		
副看護部長	5	(1.3)
師長	20	(5.4)
副師長	54	(14.5)
主任	81	(21.7)
資格		
看護師	390	(98.0)
社会福祉士	6	(1.5)
心理士	2	(0.5)
所属		
看護師		
看護部長室	5	(1.3)
病棟	89	(22.4)
外来・診療部門	36	(9.0)
外来	79	(19.8)
通院治療センター	92	(23.1)
相談支援センター	79	(19.8)
緩和ケアチーム	63	(15.8)
その他	35	(8.8)
社会福祉士		
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	

	n	(%)
認定看護師	189	(47.5)
がん薬物療法	88	
がん性疼痛	21	
がん放射線療法	14	
緩和ケア	34	
乳がん看護	26	
皮膚・排泄ケア	4	
透析看護	1	
不明	1	
専門看護師	43	(11.3)
がん看護	40	
遺伝看護	1	
小児看護	2	
認定看護管理者	1	
その他（一部抜粋）	27	
がん相談員	4	
リンパ浮腫関連	4	
研修受講経験		
国立がん研究センター主催研修	97	(24.4)
国立がん研究センター以外主催研修	189	(47.5)
受講したことがない	136	(34.2)
所属施設院内教育・勉強会など	80	(20.1)
所属施設外の教育・勉強会など	90	(22.6)
医療機関以外が主催する研修	121	(30.4)
学会主催	55	(13.8)
製薬会社主催	42	(10.6)
その他	8	(2.0)
国立がん研究センター受講経験		
基礎編	94	(23.6)
応用編	50	(12.6)
特別編2017	5	(1.3)
特別編横浜	3	(0.8)

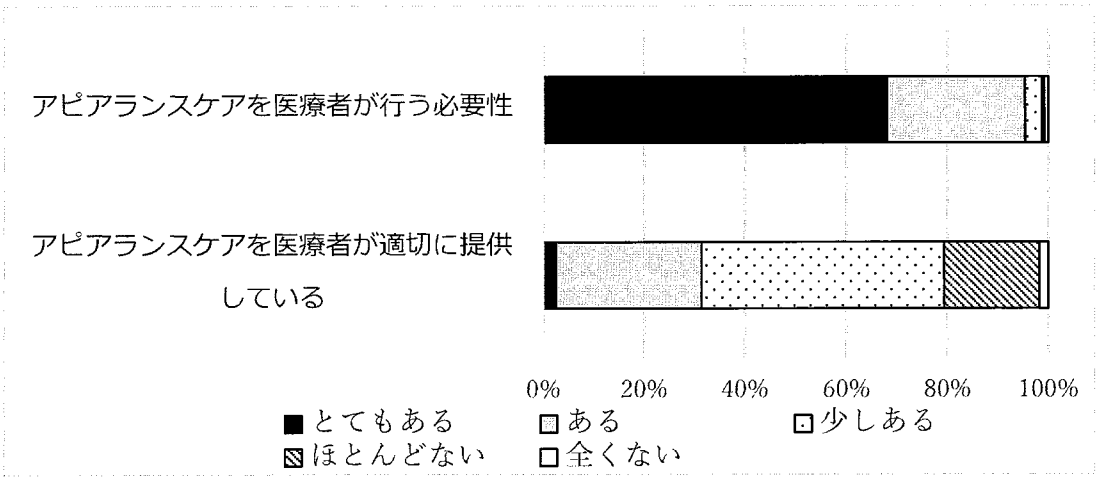

図 5：アピアランスケアを医療者が行う必要性・適切にできているか（スタッフ）

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

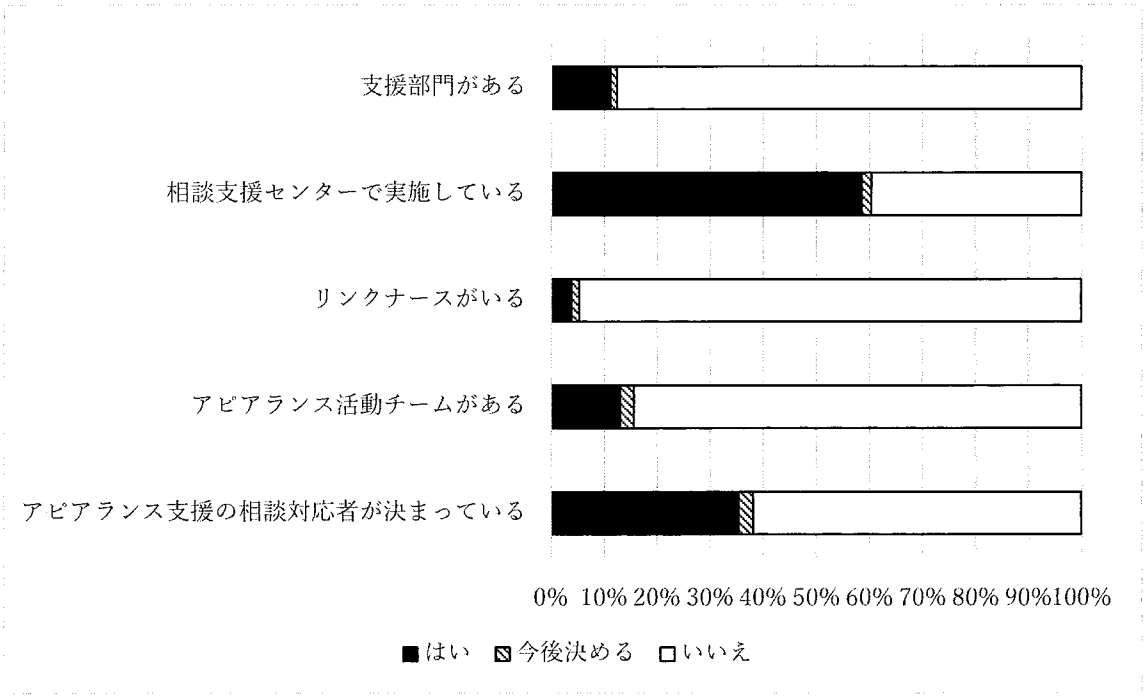

図 6：アピアランスケアをどのように実施しているか（スタッフ）

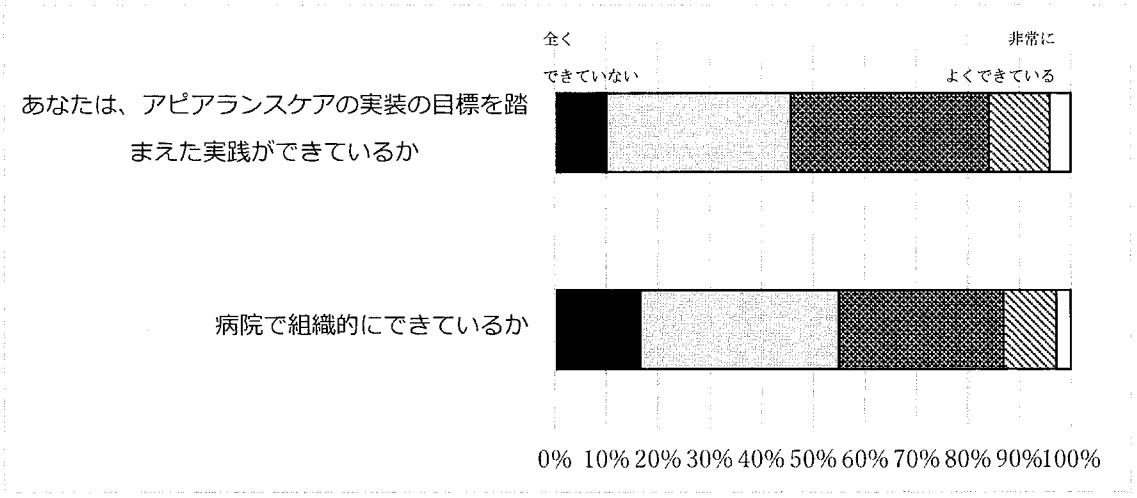

図 7：アピアランスケアが組織的にまたは個人で実施できているか

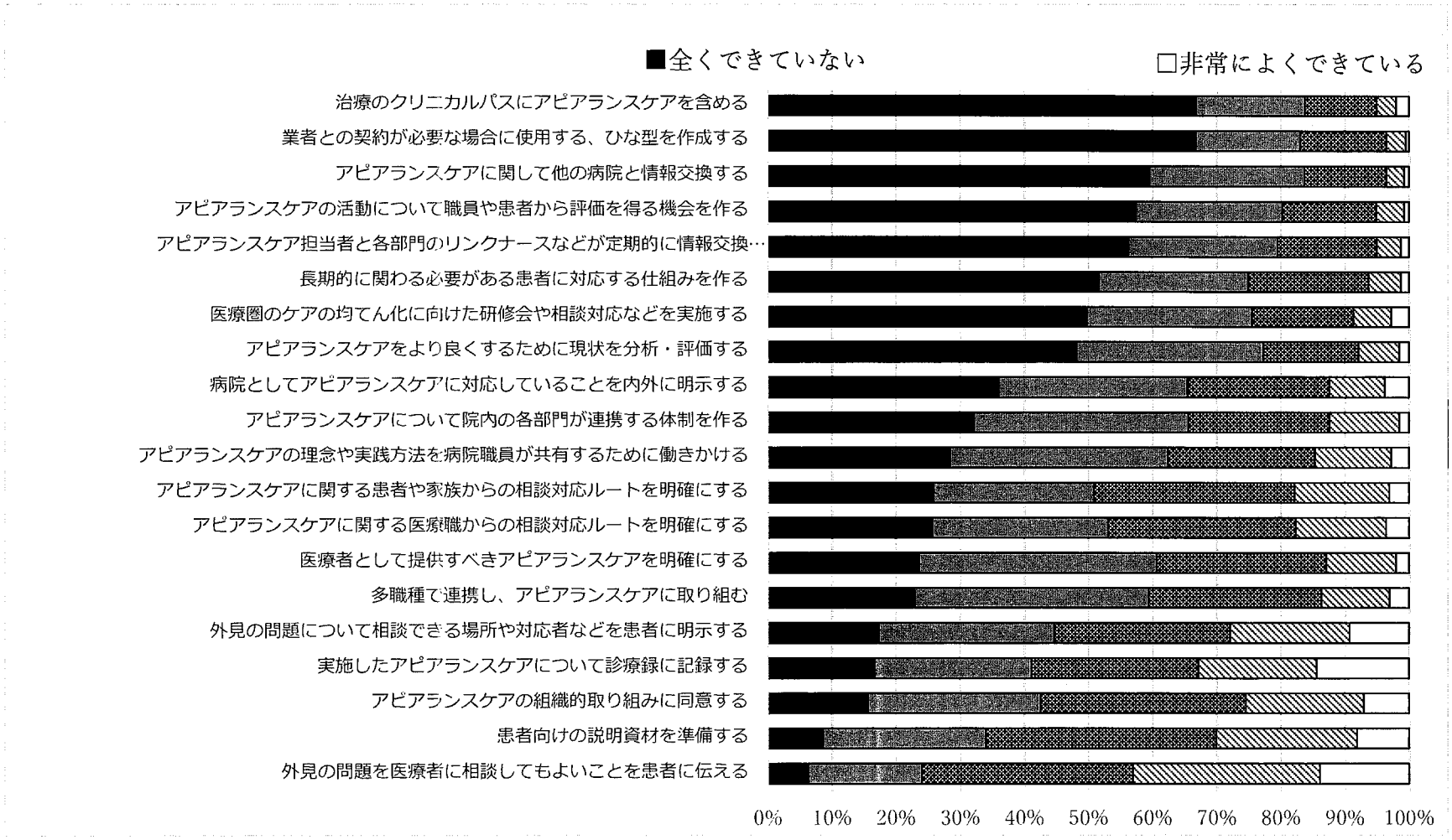

図８：行動目標の達成度（スタッフ）

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、マニュキュア、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きていない	自部署以外で活動ができない	
	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 receving 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). (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, 宮下茉記, 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.

日本がんサポーティブケア学会. 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 relateddistress 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.