

科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成 23 年 6 月 17 日現在

機関番号：32620

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2009～2011

課題番号：21592779

研究課題名（和文）喉頭摘出者の心理的・社会的適応の経時的変化とソーシャルサポートの因果関係

研究課題名（英文）The longitudinal study of the psychological and social adjustment of Laryngectomized patients and its relationship with the social support received.

研究代表者

小竹 久実子 (KOTAKE KUMIKO)

順天堂大学・医療看護学部・准教授

研究者番号：903206393

研究成果の概要（和文）：喉頭摘出者の QOL 及び心理的適応の術前、退院前、退院 3 ヶ月後、6 ヶ月後、退院 1 年後間に有意差はみられなかった。退院 3 か月後と 6 か月後にフォーマルの情動的サポートが最も下降していた。心理的・身体的ケアと併せて、社会復帰できるように、術前から退院 1 年後までの時期ごとのサポートがあることで QOL や心理的適応を高める可能性が示唆された。特に、退院 3 か月後～6 か月後の情動的サポートを強化していくことが重要と考える。

研究成果の概要（英文）：The QOL and psychological adjustment for the Laryngectomized patients weren't significantly different when analyzed at the time of pre-surgery, pre-discharge, discharge after 3 months, discharge after 6 months and discharge after 1 year respectively. As for formal support, informational support decreased after discharge times of 3 months and 6 months. It was suggested that the patients need psychological and physiological support for social rehabilitation from pre-surgery to discharge after 1 year. We think that if the patients receive the support, they will be able to improve their QOL and psychological adjustment. In particular, There is a need to increase the informational support provided to the patients after discharge time of 3 months and 6 months.

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2009 年度	1,200,000	360,000	1,560,000
2010 年度	1,000,000	300,000	1,300,000
2011 年度	1,300,000	390,000	1,690,000
年度			
年度			
総計	3,500,000	1,050,000	4,550,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学・がん看護学

キーワード：がん看護学、咽頭摘出、口腔がん、咽頭がん、喉頭がん、ソーシャルサポート、QOL

1. 研究開始当初の背景

本邦において、口腔・咽頭・喉頭がん(以後、喉頭部周囲がんと称す)の罹患数は 13,000 例

であり(松田ら, 2008)、その 1/10 以上の人が喉頭摘出を余儀なくされる状況にある。喉頭部周囲のがんにより喉頭を摘出する人た

ちは、突然声を失うことでコミュニケーション障害が生じ、身体的障害はもちろん心理的・社会的な障害を生じる。年齢的にも、壮年期から高齢者の罹患が多い（小竹ら,2006）。この年齢層の喉頭周囲がんによる全喉頭摘出術施行は、本人の生き甲斐喪失や生活そのものの影響が生じる恐れがあることはもちろん、社会的に貢献している時期であり、指導的立場で部下を育てている立場の方が多いことが予測され、社会的損失は大きいと考えられる。

まず第1に、喉頭摘出手術後の失声を受け入れがたいという心理的適応の障害が挙げられる。突然失声となり、意思疎通がスムーズにできなくなることは、人が生きていく上で大きな危機的状况に陥ることはいうまでもない。先行研究においても、喉頭摘出後にうつ傾向がみられること（Birkhaug EJ, et al., 2002）、部屋に閉じこもったまま家族とも交流しない喉摘者がいること（小竹ら, 2006）、閉じこもりにより、抑うつの上昇、生活満足度低下、自尊感情低下や社会的役割低下へとつながること（安藤, 2005）が報告されており、今まで慣れ親しんできた自分の声を失うことへの心理的影響は大きい。そのため、心理的適応していけるためのソーシャルサポートが重要と考えられる。著者らは、Doddsら（1991）の心理的適応モデルを基盤に、喉頭摘出者患者会の会員を対象にして、失声障害をもつ喉頭摘出者の心理的適応の構造を明らかにし、ソーシャルサポートが心理的適応に影響を与えることを示した（基盤研究 C、研究番号 19592580、H19-H20）。Doddsら（1991）の心理的適応モデルは、視覚障害者に対するモデルであり、その内容は、7つの心理的変数（うつ・不安、自尊感情、ローカルオブコントロール、自己効力感、障害受容、障害者への態度、帰属意識）によって定義されている。しかし、著者らの結果は横断研究によるものであり、因果関係を明らかにするためにはさらに縦断研究を行う必要がある。

第2に、喉頭摘出者は、失声によるコミュニケーション障害が、心理的な適応障害のみならず社会的な適応障害へと移行する可能性があることである。先行研究では、約6割がコミュニケーションの問題で社会的に影響があり（Armstrong E et al, 2001）、失声によって失職した喉頭摘出者は 17.4%に上ること（小竹ら,2005）が報告されている。声に代わるコミュニケーション手段として、食道発声、電気喉頭（EL）による発声などのほか、無声の筆談やジェスチャーがある。社会生活上、代用声を獲得することが望ましいが、食道発声は獲得に長期間の訓練が必要であり、著者らの実態調査(2005)によれば、喉頭摘出者のうち食道発声使用者が4割弱と少ないことがわかっている。また、術後半年間は4割以上の喉頭摘出者が筆談のみで生活している状況も報告されている（Armstrong E et al, 2001）。筆談やジェスチャーのみで生活している人は、コミュニケーションに時間を要することや伝達の部分でのスムーズさに問題が生じるため、心理的・社会的に不適応となりや

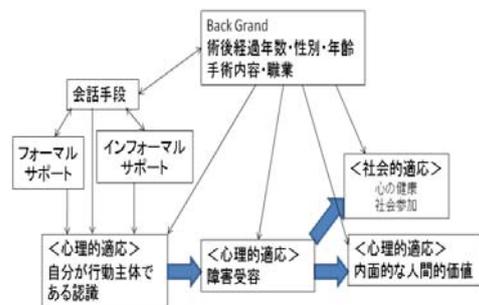
すいことが推測される。その状態から適応へとつなげるためには、第2の音声獲得へのサポートが重要なカギと考えられる。

第3に、喉頭摘出者に対するソーシャルサポートの体制は現在不十分であり、継続的な支援ができていない。著者ら(2006)は、喉頭摘出者に対する公的なサポートは退院後にはほとんどみられず、地域や家族との連携も見られない実態を明らかにし、サポートの充実を図ることが社会統合の促進に有用である可能性を示唆した。ソーシャルサポートは、情動的・情緒的・道具的サポートに分類され（House, 1981）、受けとるだけではなく、与えることが重要であること（金ら, 2000）が報告されている。さらに、期待されたサポートは生活上のストレスを緩衝する効果があり、特に自尊感情・情緒的苦痛・孤独感などの心理的ストレス反応に有効であることが報告されている（Cohen & Wills, 1985; House, 1981）。期待されたサポートとは、本人が求めているサポートと解釈できる。そのサポートは、喉頭摘出者の失声のストレスに対しても有効である可能性が期待されるが、どの段階でどのようなサポートが影響するのかは明らかにされていない。

本研究は、喉頭摘出者（以後、喉摘者と称す）の心理的適応、社会適応のプロセスを経時的に明らかにし、そのプロセスの各段階にどのようなソーシャルサポートが必要であるかを明らかにすることを目的とする。

著者らは、基盤研究 C「ソーシャルサポートによる喉頭摘出者の心理的適応と QOL への影響に関する研究」（研究番号 19592580、H19-H20）によって、喉摘者の心理的適応の一部である“自分が行動主体である認識”にソーシャルサポートが影響することを明らかにした。また、上記の研究では、縦断的研究のための研究チームを組織し、経時的データを取得するための準備を整えた。本研究は上記研究に引き続き、喉摘術後の経時的変化を追跡することにより喉摘者の心理的適応、社会的適応、会話手段の獲得状況と、各時点でのソーシャルサポートの影響を明らかにしようとするものである。

仮説(概念枠組み)



2. 研究の目的

喉頭摘出術後の経時的変化を追跡することにより喉摘者の心理的適応、社会的適応、会話手段の獲得状況と、各時点でのソーシャルサポートの影響、地域差を明らかにするこ

とが目的である。

3. 研究の方法

1) 対象 喉頭摘出術を受ける入院患者 300例 (東京 200 例、他地方 100 例)

2) 調査項目

a) 心理的適応: NAS-JPALversion

以下の 7 側面で定義し測定する尺度 (原版 Dodds A et al, 1991; 日本語版 鈴嶋ら, 2000; 日本語版喉頭摘出者用 小竹ら 2004)。

(1)不安・うつ 6 項目、(2)障害の受容 9 項目、(3)帰属スタイル 6 項目、(4)喉頭摘出者への態度 4 項目、(5)自己効力感 3 項目、(6)自尊感情 3 項目、(7)ローカスオブコントロール 2 項目。得点解釈は全項目において、高得点ほど心理的適応が高いと解釈する。NAS-J 尺度は障害や慢性疾患への心理的適応を測定する尺度で、視覚障害用、パーキンソン病用、変形股関節症用などが開発されている。下位尺度のうち、帰属スタイルは、他の下位尺度とは異なる動き方をすることがわかっており (Dodds et al., 1994)、鈴嶋ら (2006) は心理的適応尺度に含めないことを提唱した。従って、本研究でも帰属スタイルを除外した。

b) ソーシャルサポート

インフォーマルサポート尺度 MOS: Medical Outcomes Study20 項目 (情緒/情動的サポート、実際のサポート、愛着サポート、積極的
社会交流サポート 5 段階評定) (Cathy Donald et al., 1991))を用いた。

フォーマルサポート尺度 HPSQ-25: Hospital Patient Satisfaction Questionnaire-25 の 13 項目 (技術的評価、人間的側面、情動的側面 5 段階評定) (尾藤ら, 2005)を用いた。

c) 健康関連 QOL: SF-36v2 日本語版 QOL 尺度として SF-36 v2 日本語版の 36 項目(1)身体機能(PF) (2)日常役割機能(身体)(RP) (3)日常役割機能(精神)(RE) (4)身体の痛み(BP) (5)社会生活機能(SF) (6)全体的健康感(GH) (7)活力(VT) (8)心の健康(MH)を用いた。

d) 基本的属性

基本的属性として、年齢・性別・家族構成・手術名・手術日・退院日を確認した。

e) 会話手段

コミュニケーション方法として、会話手段 (食道発声・電気喉頭・シャント発声・筆談・ジェスチャー) とその獲得状況と会話時間数を調査した。

f) 社会復帰の有無

社会的適応を確認する指標の一部として、社会復帰の有無 (職業の有無と内容、社会活動の有無と内容)、患者会参加の有無と回数/月を調査した。

g) 患者の健康状態

患者の状態観察の項目として、診断名、術式、治療名、現在の状態 (永久気管孔、顔面及び腕の浮腫、嚥下困難、便秘、頸部の可動域、肩の可動域、嗅覚・臭覚、頸部の皮膚) を調査した。

3) 調査スケジュール

年 月	H21.4月~	H21.4月~	H21.7月~	H20.10月~	H21.4月~
治療経過	調査初回	退院前	3ヵ月後	6ヵ月後	1年後
同意取得	0				
医師記録	0				
看護記録	0				
NAS-J PALver.尺度	0	0	0	0	0
SF-36	0	0	0	0	0
インフォーマルサポート尺度(MOS)	0	0	0	0	0
フォーマルサポート尺度(HPSQ-25)	0	0	0	0	0
会話手段の獲得状況		0	0	0	0
社会復帰の有無		0	0	0	0
患者会参加の有無と回数		0	0	0	0

4) 調査方法

患者登録期間は、平成 21 年 4 月から平成 24 年 3 月までとした。各調査施設の分担研究者または研究協力者は、各施設の入院患者から対象患者を選定し、研究の説明を行い参加の同意を得る。術前と退院前調査は、配票にて実施し、その後の追跡調査は郵送法にて実施。全アンケート終了後、同意の得られた対象者に面談を実施し、現在の心身状態や今後希望することを聴取し、サポート策に活かす。

5) 除外基準

(1)調査参加同意が得られない場合、(2)病状が悪化し、調査の記入が困難な場合、(3)視覚障害等が生じ、内容を読むことが困難な場合、(4)その他の理由により回答が困難と判断した場合、(5)対象者が死亡の場合、(6)90 歳以上の高齢により回答が困難な場合、(7)住所不明の場合とした。

6) 研究等における倫理的配慮

(1)ABC 大学倫理委員会、各病院倫理委員会、に審査を依頼し承認を得て、倫理的に配慮することを保障した研究であることを調査書に明示した。(2)調査用紙は無記名方式とした。さらに、調査用紙に ID 番号を記載し、ID 管理担当とデータ処理担当を分担した。ID 管理者が住所と氏名、手術日、退院日を管理し、データ処理担当は ID 番号のみで管理をして、個人が特定されないように配慮した。(3)調査の目的・予想される効果・調査の方法・回収方法・調査内容・研究結果の公表・問合せ先を明示した。(4)調査内容には、声を失うことに対して質問があり、不快な思いをする可能性があることを説明した。(5)同意する場合には、同意書記入をしていただき調査開始となることを説明した。(6)調査途中でも撤回できることを説明した。(7)術式等、退院時の健康状態をカルテから確認することを説明した。(8)調査協力は任意であり、調査協力の同意をしないとしても治療に影響はないことを説明した。(9)調査用紙は封をして提出できるようにして、研究者以外にはみられないようにしていることを説明した。

7) 分析方法

1)入院から術後 6 ヶ月までの喉摘出者の、心理的適応、社会的適応、会話手段獲得状況を経時的に記述する。2)調査時点ごとの差を検討するために、共分散分析と多重比較を行う。その際、年齢、性別、家族構成を調整因子として投入する。3)調査施設によってこれらのアウトカムに差があるかどうかを、共分散分

析によって検討する。その際、年齢、性別、家族構成を調整因子として投入する。

4. 研究成果

1.対象 (平成 23 年 12 月 3 日現在)

1)東京

同意が得られた 107 名のうち、住所不明 1 名、手術中止となり対象外者 1 名を除く、105 名を調査対象とした。調査途中で中断となった者は 11 名で、調査途中の死亡 10 名、調査協力撤回者 1 名であった。そのため、今回の解析対象は 99 名とした。

2)九州

同意が得られた 58 名を調査対象とした。うち 4 名は術後からの同意であった。調査途中で中断となった者は 10 名で、調査途中の死亡 2 名、術中の術式変更 4 名、状態悪化 3 名、自己退院のため調査中止 1 名であった。そのため、今回の解析対象は 58 名とした。

2.年齢・性別・家族構成・外出時間

1)東京

平均年齢 63.6 ± 8.45 歳で、39 歳から 82 歳までの範囲の年齢層であった (Table1-1)。性別は男性 88 名 (88.9%)、女性 11 名 (11.1%) であり、9:1 の割合であった。家族構成は、2 人暮らし 51 名 (51.5%) と半数を占めており、次いで、3 人暮らし 16 名 (16.2%)、4 人および 5 人暮らし各 13 名 (13.1%) の順であった。術前の外出時間は 30 分～1 時間 26 名 (26.3%)、1～3 時間 23 名 (23.2%) の順であった (Table2-1)。

	mean ± S.D (range)	N (%)
年齢	63.6 ± 8.45 (39 - 82)	
性別		
男		88 (88.9)
女		11 (11.1)
家族構成		
1人	13 (13.1)	
2人	51 (51.5)	
3人	16 (16.2)	
4人	13 (13.1)	
5人以上	6 (6.1)	
現在の職業		
有職	51 (51.5)	
無職	46 (46.5)	
無回答	2 (2.0)	
職業		
会社員	23 (45.1)	
会社経営	2 (3.9)	
公務員	0	
自営業	18 (35.3)	
専業主婦	1 (2.0)	
その他	7 (13.7)	

2)九州

平均年齢 67.2 ± 8.70 歳で、46 歳から 82 歳までの範囲の年齢層であった (Table1-2)。性別は男性 51 名 (88.9%)、女性 7 名 (12.1%) であり、9:1 の割合であった。家族構成は、2 人暮らし 19 名 (32.3%)、次いで、4 人暮らしおよび 5 人暮らし各 11 名 (19.0%)、3 人暮らし 8 名 (13.8%) の順であった。

術前の外出時間は外出しない 13 名 (24.1%)、1～3 時間 11 名 (20.4%)、3 時間～6 時間 10 名

	mean ± S.D (range)	N (%)
年齢	67.2 ± 8.7 (46 - 82)	58
性別		
男		51 (88.9)
女		7 (12.1)
家族構成		
1人	7 (12.1)	
2人	19 (32.8)	
3人	8 (13.8)	
4人	11 (19.0)	
5人以上	11 (19.0)	
無回答	2 (3.4)	
現在の職業		
有職	28 (51.9)	
無職	25 (46.3)	
無回答	1 (1.9)	
職業		
会社員	9 (16.7)	
会社経営	2 (3.7)	
公務員	2 (3.7)	
自営業	9 (16.7)	
専業主婦	4 (7.4)	
その他	4 (7.4)	

	平均外出時間	N (%)
		術前
外出しない		13 (24.1)
30分以内		2 (3.7)
30分～1時間		8 (14.8)
1時間～3時間		11 (20.4)
3時間～6時間		10 (18.5)
6時間以上		6 (11.1)
無回答		8 (14.8)
N		54

(18.5%) の順であった (Table2-2)。

3. 会話時間・手段

1)東京

会話時間は、術前では 1～3 時間 31/99 名 (31.3%)、30 分～1 時間 27 名 (27.3%) の順で、退院前では 30 分～1 時間 16/57 名 (28.1%)、

平均会話時間	術前	退院前	3ヶ月後 N (%)	6ヶ月後	1年後
会話しな	2 (2.0)	3 (5.3)	4 (7.0)	4 (7.8)	3 (9.4)
30分以内	14 (14.1)	15 (26.3)	13 (22.8)	13 (25.5)	4 (12.5)
30分～1時間	27 (27.3)	16 (28.1)	12 (21.1)	16 (31.4)	12 (37.5)
1時間～3時間	31 (31.3)	14 (24.6)	16 (28.1)	10 (19.6)	5 (15.6)
3時間以上	22 (22.2)	8 (14.0)	9 (15.8)	7 (13.7)	8 (25.0)
無回答	3 (3.0)	1 (1.8)	3 (5.3)	1 (2.0)	0
N	99	57	57	51	32

30 分以内 15 名 (26.3%)、退院 3 ヶ月後 1～3 時間 16 名 (28.1%)、30 分以内 13 名 (22.8%)、退院 6 ヶ月後 30 分～1 時間 16/51 名 (31.4%)、30 分以内 13 名 (25.5%)、退院 1 年後 30 分～1 時間 12/32 名 (37.5%)、3 時間以上 8 名 (25.0%) であった (Table3-1)。術後会話をしないと回答した人 1～2 名みられた。

会話手段は、退院前の筆談者 92.9%、ジェスチャー 48.2%、退院 3 ヶ月後から 6 ヶ月後は 80% 前後が筆談で、42～31% 前後がジェスチャーを使用していた (Table4-1)。食道発声は退院 3 ヶ月後から 10% を越え、退院 1 年後には 37.5% が使用できるようになっている。

会話手段	術前	術後	3ヶ月後 N (%)	6ヶ月後	1年後
食道発声	—	2 (3.8)	6 (10.5)	9 (17.6)	12 (37.5)
電気喉頭	—	0	7 (12.3)	7 (13.7)	3 (9.4)
筆談	—	52 (92.9)	45 (78.9)	41 (80.4)	22 (68.3)
ジェスチャー	—	27 (48.2)	24 (42.1)	16 (31.4)	10 (31.3)
シャント発声	—	0	3 (5.3)	3 (5.9)	4 (12.5)
その他	—	3 (5.4)	3 (5.3)	3 (5.9)	1 (3.1)
無回答	—	2 (3.6)	0	0	0
N	—	56	57	51	32

シャント発声を含めると 50% が代用音声を獲得していた。それに対し、筆談は 6.3% に減少していた。電気喉頭使用者は、退院 1 年後には 9.4% とあまり使用されていない状況であった。他に、術前の声を録音しておき、パソコンで発声できるようにする方法やポメラ (電子式筆記用具) などを準備している患者もみられた。

2)九州

会話時間は、術前では 1～3 時間 17/54 名 (31.5%)、30 分～1 時間 13/54 名 (24.1%) の順で、退院前では 3～6 時間および 30 分以内

平均会話時間	術前	退院前	3ヶ月後 N (%)	6ヶ月後	12ヶ月後
会話しな	3 (5.6)	1 (2.5)	1 (3.0)	1 (4.2)	0
30分以内	6 (11.1)	10 (25.0)	6 (18.2)	1 (4.2)	1 (7.7)
30分～1時間	13 (24.1)	5 (12.5)	6 (18.2)	4 (16.7)	5 (38.5)
1時間～3時間	17 (31.5)	5 (12.5)	4 (12.1)	11 (45.8)	2 (15.3)
3時間～6時間	12 (22.2)	10 (25.0)	9 (27.3)	5 (20.8)	5 (38.5)
6時間以上	0	0	0	0	0
無回答	4 (7.4)	9 (22.5)	7 (21.2)	2 (8.3)	0
N	54	40	33	24	13

各 10/40 名(25.0%)、退院 3 ヶ月後 3~6 時間 9/33 名(27.3%)、30 分以内および 30 分~1 時間各 6/33(18.2%)、退院 6 ヶ月後 1~3 時間 11/24 名(45.8%)、3~6 時間 5/24 名(20.8%)、退院 1 年後 3~6 時間および 30 分~1 時間各 5/13 名(38.5%)であった(Table3-2)。術後会話をしないと回答した人は 1 名みられた。

4.職業

1)東京

職業は、術前に 51.5%が職業有りとして回答していたが、退院 3 ヶ月後~6 ヶ月後は 30%台、退院 1 年後には 25%と減少していた(Table5-1)。退職の理由として、定年退職者もみられるが、失声による退職者が、術前 15 名(15.2%)、退院 3 ヶ月後 9 名(24.3%)、退院 6 ヶ月後 7 名(23.3%)、退院 1 年後 8 名(33.3%)と上昇していた。術後の失職に対する不安の意見が複数名きかれ、特に 40 歳前後の壮年期層の患者から、術後の職業のあっせんサポートを求める意見が聞かれた。

Table5-1.職業の有無
職業の有無

	術前	退院前	3ヶ月後 N(%)	6ヶ月後	1年後
有	51 (51.5)	—	18(31.6)	20(39.2)	8(25)
無	46 (46.5)	—	37(64.9)	30(58.8)	24(75)
退職理由					
定年退職	24	—	19	17	14
失声により退職	15	—	9	7	8
その他	13	—	6	5	1
無回答	2(2.0)	—	2(3.5)	1(2.0)	0
N	99	—	57	51	32

2)九州

職業は、術前に 51.9%があると回答していたが、退院 3 ヶ月後~6 ヶ月後は 40%前後、退院 1 年後には 46.2%であった(Table5-2)。退職の理由として、定年退職者もみられるが、失声や病気による退職・自営廃業が、術前 9 名(16.7%)、退院 3 ヶ月後 3 名(25.0%)、退院 6 ヶ月後 2 名(15.4%)、退院 1 年後 2 名(28.6%)であった。

Table5-2.職業の有無
職業の有無

	術前	退院前	3ヶ月後 N (%)	6ヶ月後	12ヶ月後
有	28(51.9)	—	13(39.4)	10(41.7)	6(46.2)
会社員	9(16.7)	—	3(23.1)	2(30.0)	1(16.7)
会社経営	2(3.7)	—	2(15.4)	2(20.0)	1(16.7)
公務員	2(3.7)	—	1(7.7)	2(20.0)	2(33.3)
自営業	9(16.7)	—	3(23.1)	3(30.0)	2(33.3)
主婦	4(7.4)	—	3(23.1)	2(20.0)	0
その他	4(7.4)	—	2(15.4)	0	0
無	25(46.3)	—	12(36.4)	13(54.2)	7(53.8)
退職理由					
定年退職	15(27.8)	—	3(25.0)	5(38.5)	3(42.9)
失声により退職	7(13.0)	—	1(8.3)	2(15.4)	2(28.6)
病気により退職・自営業廃	2(3.7)	—	2(16.7)	0	0
その他	1(1.9)	—	4(33.3)	1(7.7)	1(14.3)
無回答	1(1.9)	—	2(16.7)	5(38.5)	1(14.3)
無回答	1(1.9)	—	8(24.2)	1(4.2)	0
N	54	40	33	24	13

5.地域活動・喉頭摘出者のための活動・患者会入会状況

1)東京

地域活動については、術前に活動していた 18.2%であったが、退院 3 ヶ月後では 5.3%に減少し、退院 6 ヶ月後 9.8%、退院 1 年後 15.6%と術前に近づく値となっていた(Table6-1)。

Table6-1.地域活動の有無
地域活動の有無

	術前	術後	3ヶ月後 N(%)	6ヶ月後	1年後
有	18(18.2)	—	3(5.3)	5(9.8)	5(15.6)
無	68(68.7)	—	45(78.9)	39(76.5)	23(71.9)
無回答	13(31.1)	—	9(15.8)	7(13.7)	4(12.5)
N	99	—	57	51	32

喉頭摘出者のための活動については、7~9%が活動していた(Table7-1)。

Table7-1.喉頭摘出者のための活動の有無
喉頭摘出者のための活動の有無

	術前	術後	3ヶ月後 N(%)	6ヶ月後	1年後
有	—	—	4(7.0)	1(2.0)	3(9.4)
無	—	—	41(71.9)	46(90.2)	25(78.1)
無回答	—	—	12(21.1)	4(7.8)	4(12.5)
N	—	—	57	51	32

退院前に患者会に入会する人 7%に過ぎず、退院 3 ヶ月後に 22.8%、退院 6 ヶ月後に 31.4%、退院 1 年後で 40.6%と上昇しているが、53.1%は入会していない状況であった。入院中は、食道発声の患者会の方が見えて発声方法を紹介したり、DVD を見せて会話手段の方法をみせたりしている状況だが、病院内に患者会による食道発声訓練教室の開催等は見られず、シャント発声の会のみ、月に 1 回開催されている。これは、院内にシャント発声の手術を行える医師がおり、術後のフォローとして、担当した患者同士で定期的に集合できるようにサポートをしている。入会しない理由として、「距離が遠い」、「人と会いたくない」、「参加しても上達しない」、「体調不良」、「場所がわからない」があげられた。

Table8-1.患者会入会
患者会入会の有無

	術前	退院前	3ヶ月後 N(%)	6ヶ月後	1年後
入会した	—	4(7.0)	13(22.8)	16(31.4)	13(40.6)
入会していない	—	49(86.0)	42(73.7)	33(64.7)	17(53.1)
無回答	—	4(7.0)	2(3.5)	2(3.9)	2(6.3)
N	—	57	57	51	32

2)九州

地域活動については、術前は活動していた 10.3%であった。退院 3 ヶ月後では 9.1%、退院 6 ヶ月後 4.2%と減少したが、退院 1 年後 7.7%とやや上昇した(Table6-2)。

Table6-2.地域活動の有無
地域活動の有無

	術前	退院前	3ヶ月後 N (%)	6ヶ月後	12ヶ月後
有	6(10.3)	—	3(9.1)	1(4.2)	1(7.7)
無	39(37.2)	—	22(66.7)	20(83.8)	11(84.6)
無回答	10(22.4)	—	8(24.2)	4(16.7)	1(7.7)
N	58	40	33	24	13

喉頭摘出者のための活動については、4~18.2%が活動していた(Table7-2)。

Table7-2.喉頭摘出者のための活動の有無
喉頭摘出者のための活動の有無

	術前	退院前	3ヶ月後 N (%)	6ヶ月後	12ヶ月後
有	—	—	6(18.2)	1(4.2)	1(7.7)
無	—	—	15(45.5)	18(75.0)	11(84.6)
無回答	—	—	12(36.4)	5(20.8)	1(7.7)
N	58	40	33	24	13

退院前に患者会に入会する人は 30.0%で、退院 3 ヶ月後に 33.3%、退院 6 ヶ月後に 50.0%と上昇しているが、退院 1 年後で 38.5%となっていた。今回調査対象となった 3 施設ともに、病院内で患者会が開催されており、術前または退院前までに患者会見学の機会があ

る。入会しない理由として、「距離が遠い」、「面倒」「体調不良」があげられた。

Table 8-2 患者会入会の有無と未入会の理由

患者会入会の有無	術前	退院前	3ヶ月後 N (%)	6ヶ月後	12ヶ月後
入会した		12(30.0)	11(33.3)	12(50.0)	5(38.5)
入会していない		22(55.0)	14(42.4)	11(45.8)	8(61.5)
無回答		8(15.0)	8(24.2)	1(4.2)	0
未入会理由					
・会があることを知らなかった	9(5.0)	3(9.1)	9(18.2)	0	
・知っているが迷っている	1(2.5)	4(28.6)	1(9.1)	1(12.5)	
・人も気はない	8(20.0)	6(42.9)	6(54.5)	3(37.5)	
・その他	9(20.0)	2(14.3)	2(18.2)	2(25.0)	
N	58	40	33	24	13

6. QOL

1) 東京

QOLの結果はTable9-1に示す通りである。術前から退院1年後まで、身体的・精神的・社会的問題が続いているという結果であった。

身体面において、身体機能(PF)は、術前から平均47.9点台であり、退院前には39.1点、退院3ヶ月後で37.9点と最も下降し、退院6ヶ月後には40.0点、退院1年を経過しても43.5点台であった。共分散分析後、有意差のあったものに対し、多重比較(Tukey-Kramer検定)を行った結果、術前と退院前、術前と退院3ヶ月後、術前と退院6ヶ月後に有意差がみられた(p<.05)。患者会会員とでは、退院前から退院6ヶ月後までに有意差がみられた(p<.05)。

日常生活機能(身体;RP)は、術前から平均39.1点と低く、退院3ヶ月後には28.0点と最も下降し、徐々に上昇して退院1年後に35.4点台と低いまま経過していた。患者会会員42点と比べても低かった。共分散分析後、多重比較の結果、術前と退院3ヶ月後、術前と退院6ヶ月後、退院3ヶ月後、退院3ヶ月後と1年後に有意差がみられた(p<.05)。また、患者会会員とでは、退院3ヶ月後から6ヶ月後に有意差がみられた(p<.05)。体の痛み(BP)も、患者会会員(50.7点)と比べて、40点台となっており、退院前42.6点が最も下降し、退院1年後に47.4点台となっていた。術前と退院前では有意差がみられた(p<.05)。患者会会員とでは、術前から退院6ヶ月後まで有意差がみられた(p<.05)。さらに、活力(VT)も患者会会員(52.5点)と比べて、40点台となっており、退院3ヶ月後が最も下降し(43.9点)、退院1年後に49.6点となっていた。多重比較の結果、患者会会員とでは、術前から退院6ヶ月後まで有意差がみられた(p<.05)。全体的健康観においても、患者会会員とでは、退院前から退院6ヶ月後まで有意差がみられた(p<.05)。術前から退院1年後まで身体面の変化はみられないこと、患者会員と比べると低い得点であることから、健康状態の問題が退院1年後まで続いていることが明らかとなった。

心理面において、心の健康(MH)は、患者会会員(58.2点)と比べて平均40点台と低く(p<.05)、退院3ヶ月後が42.4点と最も下降し、退院1年後は46.8点となっていた。患者会会員とでは、術前から退院6ヶ月後まで有意

差がみられた(p<.05)。日常役割機能(精神;RE)も、退院3ヶ月後が32.4点と最も下降し、退院1年後39.4点と30点台をたどっており、低い値を示した。多重比較の結果、術前と退院3ヶ月後に有意差がみられた(p<.05)。患者会会員(44.9点)と比べて、術前から退院6ヶ月後まで低かった(p<.05)。術前と比べて退院3ヶ月後に最も低くなること、患者会会員と比べて術前から低い得点が続いていることから、日常役割機能としての精神状態の問題がある。また、心の健康は術前から退院1年後まで低い状態が続いていることが明らかとなった。

社会面において、社会生活機能(SF)は、退院3ヶ月後32.4点と最も下降し、退院1年後も38.8点と低いままであった。多重比較の結果、術前と退院3ヶ月後に有意差がみられた(p<.05)。患者会会員とでは、退院3ヶ月後から6ヶ月後まで有意差がみられた(p<.05)。退院3ヶ月後に得点が低くなっていること、患者会会員と比べて、退院6ヶ月後も低くなっていることから、退院3ヶ月後に社会復帰における問題が生じていることが明らかとなった。

Table 9-1 心理的機能のQOL(東京)の術前・退院前・退院3ヶ月後・退院6ヶ月後

	術前		退院前		退院3ヶ月後		退院6ヶ月後		退院1年後		患者会会員	
	N=58	N=39	N=39	N=37	N=49							
身体機能(PF)	47.9±10.8	39.1±15.6	37.9±16.1	40.0±15.6	43.5±14.0	44.9±13.7	43.5±14.0	44.9±13.7	43.5±14.0	44.9±13.7	43.5±14.0	44.9±13.7
日常生活機能(身体)(RP)	39.1±10.0	28.0±14.8	32.0±14.8	33.2±14.5	35.4±14.4	42.1±14.4	39.1±10.0	32.0±14.8	33.2±14.5	35.4±14.4	42.1±14.4	39.1±10.0
体の痛み(BP)	47.4±11.3	42.6±10.8	43.8±10.1	44.3±10.1	47.4±10.3	50.7±10.7	47.4±11.3	42.6±10.8	43.8±10.1	44.3±10.1	47.4±10.3	50.7±10.7
日常役割機能(精神)(RE)	45.7±9.5	43.0±7.8	43.0±7.8	43.9±8.5	44.9±8.6	43.9±8.5	45.7±9.5	43.0±7.8	43.0±7.8	43.9±8.5	44.9±8.6	43.9±8.5
活力(VT)	49.6±11.7	44.6±9.7	43.9±10.7	43.9±9.1	49.6±10.0	50.7±10.3	49.6±11.7	44.6±9.7	43.9±10.7	43.9±9.1	49.6±10.0	50.7±10.3
社会生活機能(SF)	40.8±10.2	34.3±13.0	34.3±13.0	33.7±13.8	38.8±13.1	44.9±13.7	40.8±10.2	34.3±13.0	34.3±13.0	33.7±13.8	38.8±13.1	44.9±13.7
日常役割機能(精神)(RE)	40.7±14.4	33.4±14.5	34.7±14.5	34.7±14.5	39.4±14.5	44.9±13.7	40.7±14.4	33.4±14.5	34.7±14.5	34.7±14.5	39.4±14.5	44.9±13.7
心の健康(MH)	43.8±11.2	42.4±10.8	42.4±10.8	44.1±10.0	46.8±10.4	50.7±10.7	43.8±11.2	42.4±10.8	42.4±10.8	44.1±10.0	46.8±10.4	50.7±10.7
全体的健康観	72.7±21.1	72.8±20.0	74.3±21.3	72.2±20.0	78.8±20.4	84.9±21.6	72.7±21.1	72.8±20.0	74.3±21.3	72.2±20.0	78.8±20.4	84.9±21.6
身体的健康観	49.4±19.8	47.0±20.4	44.2±20.4	44.2±20.7	44.9±20.7	44.9±20.7	49.4±19.8	47.0±20.4	44.2±20.4	44.2±20.7	44.9±20.7	44.9±20.7
精神的健康観	33.3±16.9	33.3±16.9	33.3±16.9	33.3±16.9	33.3±16.9	33.3±16.9	33.3±16.9	33.3±16.9	33.3±16.9	33.3±16.9	33.3±16.9	33.3±16.9
社会的健康観	45.0±18.1	41.7±19.2	43.8±17.9	43.8±20.3	45.1±21.2	45.0±18.1	45.0±18.1	41.7±19.2	43.8±17.9	43.8±20.3	45.1±21.2	45.0±18.1
自己効力感	72.0±20.0	69.9±19.3	69.0±19.3	62.8±19.6	64.4±20.9	70.0±23.9	72.0±20.0	69.9±19.3	69.0±19.3	62.8±19.6	64.4±20.9	70.0±23.9
ロカス・オブ・コントロール	37.1±24.4	39.1±23.3	39.2±21.6	39.2±21.6	39.4±20.0	43.5±24.5	37.1±24.4	39.1±23.3	39.2±21.6	39.2±21.6	39.4±20.0	43.5±24.5
ロカス・オブ・コントロール	39.0±20.4	40.1±19.7	38.1±18.1	39.2±19.7	39.4±20.0	43.5±24.5	39.0±20.4	40.1±19.7	38.1±18.1	39.2±19.7	39.4±20.0	43.5±24.5
健康観(身体)(Functional)	72.2±19.4	62.9±21.1	61.4±21.5	72.1±20.6	62.9±19.4	62.9±19.4	72.2±19.4	62.9±21.1	61.4±21.5	72.1±20.6	62.9±19.4	62.9±19.4
健康観(精神)(Functional)	71.6±19.7	60.4±21.0	73.0±23.1	73.0±23.1	64.4±20.9	64.4±20.9	71.6±19.7	60.4±21.0	73.0±23.1	73.0±23.1	64.4±20.9	64.4±20.9
健康観(精神)(Functional)	74.3±20.1	73.6±19.1	74.5±20.7	71.8±20.6	75.1±20.4	75.1±20.4	74.3±20.1	73.6±19.1	74.5±20.7	71.8±20.6	75.1±20.4	75.1±20.4
健康観(社会的相互作用)(Positive Social Interaction)	75.6±19.6	74.9±20.9	70.1±22.6	69.1±22.9	71.9±21.0	71.9±21.0	75.6±19.6	74.9±20.9	70.1±22.6	69.1±22.9	71.9±21.0	71.9±21.0
全体的健康観	76.7±18.4	73.8±18.6	73.8±18.6	73.8±18.6	77.0±19.1	77.0±19.1	76.7±18.4	73.8±18.6	73.8±18.6	73.8±18.6	77.0±19.1	77.0±19.1
健康観(身体)	73.6±19.6	67.1±19.6	76.1±19.3	72.9±20.2	67.1±19.6	67.1±19.6	73.6±19.6	67.1±19.6	67.1±19.6	72.9±20.2	67.1±19.6	67.1±19.6
健康観(精神)	77.0±14.3	78.6±13.5	72.9±14.9	70.8±15.5	75.6±12.1	70.8±15.5	77.0±14.3	78.6±13.5	72.9±14.9	70.8±15.5	75.6±12.1	70.8±15.5
健康観(社会的相互作用)	79.9±14.1	79.6±15.6	71.9±15.4	70.7±15.2	78.6±11.9	78.6±11.9	79.9±14.1	79.6±15.6	71.9±15.4	70.7±15.2	78.6±11.9	78.6±11.9
健康観(社会的相互作用)	78.7±17.7	78.0±17.4	73.2±14.0	73.1±17.6	75.1±13.0	68.7±13.7	78.7±17.7	78.0±17.4	73.2±14.0	73.1±17.6	75.1±13.0	68.7±13.7

2) 九州

QOLの結果はTable9-2に示す通りである。術前から退院1年後まで、身体的・精神的・社会的問題が続いているという結果であった。

身体面において、身体機能(PF)は、術前から平均38.8点台であり、退院前には31.9点、退院3ヶ月後34.7点、退院6ヶ月後37.8点、退院1年後33.8点と1年後まで術前より低いままであった。共分散分析後、多重比較(Tukey-Kramer検定)を行った結果、術前と退院前、退院3ヶ月後、退院1年後間に有意差はみられなかった。患者会会員(43.9点)とでは、退院前に有意差がみられた(p<.05)。

日常生活機能(身体;RP)は、術前から平均37.6点と低く、退院3ヶ月後29.6点と最も下降し、退院1年後に30.7点台と低いまま経過していた。患者会会員42点と比べて

も低かった。共分散分析後、多重比較の結果、術前、退院3ヶ月後、退院6ヶ月後、退院1年後間に有意差はみられなかった(p < .05)。患者会会員とでは、退院3ヶ月後に有意差がみられた(p < .05)。体の痛み(BP)も、患者会会員(49.2点)と比べて、術前48.3点、退院前47.0点、退院3ヶ月後が42.1点と最も下降し、退院1年後に45.5点となっていた。患者会会員とでは、退院3ヶ月後で有意差がみられた(p < .05)。さらに、活力(VT)も患者会会員(52.5点)と比べて、40点台となっており、退院前が最も下降し(44.2点)、退院1年後に45.3点となっていた。多重比較の結果、患者会会員とでは、退院前に有意差がみられた(p < .05)。全体的健康観においては、患者会会員とでは、有意差がみられなかった。術前から退院1年後まで身体面の変化はみられないことから、健康状態の問題が退院1年後、その後も続いていることが明らかとなった。

心理面において、心の健康(MH)は、術前が38.8点と最も低く、退院前40.8点、退院3ヶ月後41.6点、退院6ヶ月後43.6点と徐々に回復したが、退院1年後は47.8点と低いままであった。患者会会員(47.5点)とでは、術前と退院前間に有意差がみられた(p < .05)。日常役割機能(精神; RE)も、退院3ヶ月後が34.2点と最も低く、退院1年後34.3点と30点台をたどっており、低い値を示した。患者会会員(41.9点)と有意差はみられなかった(p < .05)。術前から得点が変わらないことから、退院1年後、その後も心理的問題が続いていることが明らかとなった。

社会面において、社会生活機能(SF)は、退院3ヶ月後35.0点と最も下降し、退院1年後も36.2点と低いままであった。患者会会員(41.4点)と有意差はみられなかった。退院3ヶ月後に得点が低くなっていることから、退院3ヶ月後に社会復帰における問題が生じていることが明らかとなった。

Table 9-2. QOL(安楽スコア、心理的適応、インフォームドサポート、フォーカスサポート)得点

	術前	退院前	退院3ヶ月後	退院6ヶ月後	退院1年後	患者会
	N=54 mean ± SD	N=40 mean ± SD	N=35 mean ± SD	N=24 mean ± SD	N=13 mean ± SD	N=220 mean ± SD
身体機能(FP)	38.8 ± 16.8	31.9 ± 19.3	34.7 ± 15.6	37.8 ± 17.6	33.8 ± 17.8	40.7 ± 16.8
日常役割機能(身体)(RP)	37.6 ± 17.5	—	20.6 ± 14.9	36.5 ± 14.9	30.7 ± 16.1	38.7 ± 15.4
体の痛み(BP)	48.3 ± 10.5	47.0 ± 10.9	42.1 ± 11.1	46.5 ± 9.4	45.5 ± 7.2	49.2 ± 11.4
全体的健康観(GH)	44.6 ± 10.1	44.8 ± 8.4	41.9 ± 10.6	44.1 ± 10.4	43.8 ± 8.0	46.6 ± 10.8
活力(VT)	47.1 ± 11.5	44.2 ± 11.8	43.3 ± 12.4	47.7 ± 11.5	45.3 ± 12.5	50.4 ± 11.6
社会生活機能(SF)	40.5 ± 15.9	—	35.0 ± 14.9	38.0 ± 14.5	36.2 ± 17.1	41.4 ± 13.8
日常役割機能(精神)(RE)	38.4 ± 15.7	—	34.2 ± 14.3	37.3 ± 14.7	34.3 ± 17.8	41.4 ± 14.8
心の健康(MH)	38.8 ± 13.8	40.8 ± 13.9	41.6 ± 11.3	43.6 ± 12.1	47.8 ± 13.7	47.9 ± 13.2
不安(α)	69.1 ± 22.4	72.1 ± 22.0	71.5 ± 23.0	71.8 ± 18.5	73.5 ± 22.8	82.1 ± 18.6
安心(β)	—	47.3 ± 20.9	43.6 ± 23.2	46.0 ± 23.9	46.6 ± 22.7	54.9 ± 13.6
安心(信頼的肯定)	—	54.9 ± 18.4	58.6 ± 22.1	57.3 ± 17.5	56.5 ± 16.8	71.5 ± 10.0
態度	46.5 ± 16.4	38.5 ± 17.5	40.0 ± 22.9	48.1 ± 19.5	36.4 ± 5.6	45.0 ± 22.6
自己効力感	73.0 ± 22.5	70.0 ± 23.0	59.7 ± 23.1	56.3 ± 24.9	62.5 ± 21.7	66.0 ± 22.4
自己効力感	59.0 ± 23.7	59.3 ± 23.7	59.0 ± 25.0	54.3 ± 26.7	46.2 ± 24.0	65.5 ± 23.0
インフォームドサポート	90.0 ± 21.7	91.1 ± 22.0	92.8 ± 22.8	93.3 ± 24.7	92.9 ± 20.2	94.0 ± 24.0
フォーカスサポート	79.2 ± 24.1	78.6 ± 22.6	82.5 ± 18.4	87.5 ± 19.5	86.9 ± 22.4	83.9 ± 21.4
感情的サポート(Affective)	75.8 ± 28.1	77.9 ± 23.8	77.7 ± 17.1	83.3 ± 22.6	84.0 ± 22.0	86.1 ± 22.2
情報・感情的サポート	74.8 ± 24.1	74.5 ± 21.7	75.8 ± 18.7	80.4 ± 21.4	84.1 ± 23.0	71.7 ± 21.8
積極的・社会的相互関係	73.1 ± 24.1	73.0 ± 21.5	72.4 ± 15.1	81.5 ± 20.2	81.8 ± 23.2	73.4 ± 22.3
POS(Positive Social Interaction)	75.0 ± 23.8	77.8 ± 18.8	75.6 ± 18.2	82.1 ± 20.0	84.7 ± 22.4	81.0 ± 20.0
技術的サポート	74.0 ± 19.7	77.3 ± 16.2	72.1 ± 15.1	74.5 ± 17.9	75.7 ± 9.0	84.7 ± 12.1
人間的サポート	73.6 ± 18.7	75.9 ± 15.8	71.8 ± 17.1	69.6 ± 20.8	74.5 ± 9.0	69.9 ± 18.2
信頼	76.7 ± 17.8	71.3 ± 20.2	69.1 ± 16.5	71.4 ± 19.9	69.4 ± 19.2	—
合計POS得点	74.8 ± 18.4	73.0 ± 16.8	71.1 ± 15.9	71.8 ± 18.5	73.2 ± 19.1	87.1 ± 18.0

7.心理的適応

1)東京

心理的適応の結果はTable9-1に示す通りである。不安、障害受容、失声障害者への態度、自尊感情、自己効力感、ローカスオブコントロールともに有意差はみられず、術前から退院1年後まで心理的に変化がみられないことが明らかになった。

不安については、術前から退院1年後まで変わらずあることが明らかとなった。術前平均72.7点と最も下降しており、徐々に上昇して退院1年後には78.8点となっているが、大きな変化はみられなかった。患者会会員(85.3点)と比べて、術前から退院6ヶ月後までに有意差がみられた(p < .05)。

障害受容については、術前から退院1年後まで受容が困難な状況にあることが明らかとなった。自覚の段階では40点から50点台、積極的肯定の段階では50点から60点台を推移しており、術前から有意な変化はみられなかった。さらに患者会会員の自覚の段階にも有意差はみられなかった。しかしながら、積極的肯定は、患者会会員とでは、退院前から退院6ヶ月後まで有意差がみられた(p < .05)。

失声障害者への態度については、術前から退院1年後まで有意な変化はみられず、患者会会員同様に、良い印象をもっていないことが明らかになった。退院前(41.7点)は最も下降し、退院6ヶ月後(46.3点)に上昇するが、その後は変わらず維持する状況であった。自尊感情および自己効力感については、術前から退院1年後まで有意な変化はみられず、患者会会員との間においても同様の状態であった。

ローカスオブコントロールについては、術前から退院1年後まで有意な変化はみられず、患者会会員とでは、術前に有意差がみられた(p < .05)。

2)九州

心理的適応の結果はTable9-2に示す通りである。不安、障害受容、失声障害者への態度、自尊感情、自己効力感、ローカスオブコントロールともに有意差はみられず、術前から退院1年後まで心理的に変化がみられないことが明らかになった。

不安については、術前から退院1年後まで変わらずあることが明らかとなった。術前平均69.1点と最も下降しており、徐々に上昇して退院1年後には78.3点となっているが、大きな変化はみられなかった。患者会会員(82.1点)と比べて、術前に有意差がみられた(p < .05)。

障害受容については、術前から退院1年後まで受容が困難な状況にあることが明らかとなった。自覚の段階では40点台、積極的肯定の段階では50点台を推移しており、術前から有意な変化はみられなかった。患者会会員との間においても有意差はみられなかった。

失声障害者への態度については、術前から退院1年後まで有意な変化はみられず、患者会会員同様に、良い印象をもっていないことが明らかになった。退院前(38.5点)に下降し、退院6ヶ月後(42.1点)に上昇するが、退院1年後(36.4点)と再び下降する状況であった。

自尊感情および自己効力感については、術前から退院1年後まで有意な変化はみられず、患者会会員との間においても同様の状態であった。

ローカスオブコントロールについては、術前から退院 1 年後まで有意な変化はみられず、患者会会員とも有意差はみられなかった。

8. ソーシャルサポート

1) インフォーマルサポート

(1) 東京

インフォーマルサポート(MOS)の結果は Table9-1 に示す通りである。実際の(TAN)、愛着(AFF)、積極的社会交流(POS)、情報・情緒的(EMI)においては、術前から退院 1 年後まで有意な変化はみられず、患者会会員との間においても同様の状態であった。

(2) 九州

インフォーマルサポート(MOS)の結果は Table9-2 に示す通りである。実際の(TAN)、愛着(AFF)、積極的社会交流(POS)、情報・情緒的(EMI)においては、術前から退院 1 年後まで有意な変化はみられず、患者会会員との間においても同様の状態であった。

2) フォーマルサポート

(1) 東京

フォーマルサポート(HPSQ)の結果は Table9-1 に示す通りである。人間的サポートおよび技術的サポートにおいては、術前から退院 1 年後まで有意な変化はみられず、患者会会員(人間的平均 70.5 点、技術的平均 66.8 点)とでは、術前(人間的 77.0 点、技術的 79.6 点)および退院前(人間的 78.6 点)との間に有意差がみられた($p < .05$)。

情報のサポートにおいては、術前(平均 79.9 点)と退院 3 カ月後(平均 71.3 点)間、術前と退院 6 カ月後(平均 70.7 点)間に有意差がみられた($p < .05$)。

(2) 九州

フォーマルサポート(HPSQ)の結果は Table9-2 に示す通りである。人間的サポートおよび技術的サポートにおいては、術前から退院 1 年後まで有意な変化はみられず、患者会会員(人間的平均 69.9 点、技術的平均 64.7 点)とでも有意差はみられなかった。

情報のサポートにおいては、術前から(平均 76.7 点)、退院前(平均 71.8 点)、退院 3 カ月後(平均 69.1 点)、退院 1 年後(平均 69.4 点)と有意差はみられなかった。

9. 診断名、病期分類、手術内容、退院前の状態

1) 東京

下咽頭癌が 62/86 名と 72.1%を占めており、病期はIV期 16 名が最も多かった(Table10-1)。

診断名	人数
声門がん	2
声門上がん	8
声門下がん	1
下咽頭がん	62
その他	5
病期分類	
I 期	1
II 期	1
III 期	6
IV 期	16

病院に受診するケースとしては、検診では見つからなかったが、2 か月前に突然頸部が腫脹してきたことで受診したケース、食べ物

飲み込みにくくなって受診したケースなど、食生活の問題や外見上の問題が生じたことによって受診したケースが複数あり、そのためステージがIV期と進んでいる状況であった。特に、食事が喉を通らなくなってしまうケースでは、食事が鼻部から出てしまい涙を流しながら食事摂取する状況の患者もみられた。また、経管栄養に切り替えて手術に臨む患者もみられた。喉頭周囲は、自覚症状が少ないものの、喉の違和感があって近医に受診するケースもある。しかし、発見されにくく、風邪や扁桃腺炎と診断されやすく、何度か受診をすることでやっと発見されるケースが複数名あった。その場合、発見が遅れる上に、IV期まで進んでいるケースがほとんどで、がん専門の病院に紹介され、命に危険を及ぼす事態のため手術を進められ、やむなく手術を決めたケースもあった。他病院にて喉頭周囲のがんが見つかったが、専門医の不足から、がん専門の病院への紹介となったケースがみられた。

手術内容では、喉頭全摘出術、食道再建術を受けてリンパ郭清を行った患者が 77.9%を占めていた(Table11-1)。術後、放射線療法を行った患者が 14%みられた。

	リンパ郭清	
	なし	あり
喉頭全摘出術、食道再建術	1	67
前放射線外照射療法 & 喉頭摘出術	0	2
後放射線外照射療法 & 喉頭摘出術	0	12

退院前の状態では、永久気管孔の問題があると回答した患者 36.0%、その中でも気管内乾燥や淡分泌増加、その他、頸部が締め付けられる感を訴える患者がみられた(Table12-1)。気管孔においては、退院後に狭窄し呼吸困難となるケースもみられた。便秘、味覚・嗅覚障害、頸部や肩の可動域制限が半数近くみられ、顔面浮腫、嚥下困難、頸部の皮膚脆弱の問題を抱えた状態で退院している患者が 1/3 近くみられた。

	なし	あり
永久気管孔の問題	18	31
気管内乾燥	—	2
痰分泌増加	—	1
嚥下困難	42	33
便秘	28	45
味覚障害	5	46
嗅覚障害	3	58
顔面浮腫	8	34
腕の浮腫	17	25
頸部の可動域制限	0	42
肩の可動域制限	3	41
頸部の皮膚脆弱	16	28
頸部が締め付けられる感じ	—	3

2) 九州

下咽頭がん 23/58 名と 39.6%を占め、病期 IV期が 53.4%を占めていた(Table10-2)。

診断名	人数
声門がん	5
声門上がん	10
声門下がん	1
下咽頭がん	23
その他	10
医師記録未記入	9
病期分類	人数
I 期	2
II 期	6
III 期	10
IV 期	31
医師記録未記入	9

喉頭全摘出術、食道再建術を受けてリンパ郭清術を行った患者が 42/58 名 72.4% みられた (Table11-2)。術前に放射線療法を受けていた患者 20 名 34.5%、術後に放射線療法を受けた患者 7 名 12% であった。

	リンパ郭清術			放射線療法			化学療法あり
	なし	あり	不明	前照射	後照射	前後照射	
喉頭全摘出術	7	12	-	7	1	1	3
喉頭全摘出術、食道再建術	1	28	3	12	6	2	1
喉頭全摘出術、甲状腺切除術	2	-	-	1	-	-	-
医師記録未記入	8	-	-	-	-	-	-

永久気管孔の問題がある患者 24%、そのうち気管孔周囲の炎症が半数を占め、気管内乾燥や痰分泌増加もみられた。味覚・嗅覚障害、頸部や肩の可動域制限、頸部の皮膚脆弱があり、嚥下困難、顔面浮腫、便秘がある状態で退院する患者がみられた。

	なし	あり
永久気管孔の問題	36	14
炎症あり	-	7
気管内乾燥	-	5
痰分泌増加	-	2
嚥下困難	34	13
便秘	39	7
味覚障害	30	16
嗅覚障害	16	29
顔面浮腫	39	8
腕の浮腫	45	2
頸部の可動域制限	29	17
肩の可動域制限	30	16
頸部の皮膚脆弱	35	11

考察

＜早期診断できる対策の必要性和術前からの心身ケア対策方法＞

最近増加してきているのが、下咽頭による喉頭全摘出術を行うケースである。病期も IV 期の段階であり、かなり進行した状態で発見される状況であった。これは、健康診断でチェックされにくいこと、検診には項目にないことがあげられる。唯一、胃がん検診で喉をファイバースコープが通過する際に確認することができるが、目的が胃であるため見過ごされやすい、発見しにくいことが考えられる。食事が飲み込みにくくなって受診しても、頭頸科および耳鼻咽喉科等の喉頭部の専門医でない場合は、風邪や扁桃腺炎と誤診されやすい状況であった。かなり進行した状態で発見されるケースが多いことから、胃がん検診のように、40 歳以上の年齢は定期的に喉頭部周囲のがん検診を行うシステムを作り、早期に診断できるような対策が必要である。

さらに、術前に嚥下困難な状況となるケースもみられており、食生活が脅かされる状況は生命の危機となる上に、精神状態のバランスも崩れる事態が考えられる。食事をしたものが鼻部から出てしまい涙を流しながら食べるという苦痛があることは、経験した患者

以外はいメージされにくく、対処されにくい。このことは、今まで問題なく行っていたことが行えなくなるという情けなさを感じ、自尊心の低下が生じて、不安やうつへの状態へつながる要因になると考えられる。患者の苦痛を医療従事者全員が周知して関わる必要があり、食事へのケアサポートをしていく必要性が示唆された。人が元気に生きられる基盤の一つは食生活の確保ができていくことであることはいまでもない。その基盤となる食生活が脅かされることは大きな問題である。術前に嚥下困難の問題がある患者には、食事がスムーズに美味しく飲み込みやすい食事を摂取できるようサポートをしていくことが必要であると考えられる。がんに対する恐怖や不安も大きいことが考えられるが、食生活へのサポートをすることによって、不安緩和のケアにつながる可能性があると考えられる。

術後も嚥下困難があり、鼻部から空気が通過しないことによって味覚・嗅覚もわからなくなる状況から、食生活の問題が生じていることが考えられる。人は食事をすることによって生命の維持をすることができる。人にとって生きる基盤となる食生活が障害されている状況は、心身の健康を保ちにくく、不安やうつ状態へとつながりやすいことが考えられる。そのため、食生活へのケアをしていくことが重要であり、食事をおいしく食べられるように、飲み込みがスムーズになるケアの提供が必要である。先行研究で、嚥下障害のある人はない人と比較して、Physical (身体機能)、Social (社会機能)、general (一般的) QOL が有意に低い (Maclean J et al., 2009) 報告があることから、嚥下困難に対するケアは、喉頭摘出者にとって重要なケアである。

声帯を摘出することによって、「いきみ」が困難となるため喉頭摘出者は便秘になりやすい。さらに、食生活の問題も生じるために便秘の状態になりやすいことが考えられる。便秘の問題を抱えて退院している患者が半数以上みられることから、術後のケアとして便秘対策のサポートをしていく必要がある。いきまずに排便できる情報提供や便が硬くならない食事に関する情報提供をしていくサポートをする必要がある。

頸部や肩の可動域制限があることに關しては、手術によって頸部から肩部にかけての筋肉を摘出するために筋肉量が大幅に減少することによるもので、重い荷物をもてなくなる。そのため、肩部の可動運動リハビリを毎日の生活の中で行える方法をプログラムし、日常生活で無理なく強化できる工夫が必要である。

永久気管孔に関して、炎症や気管内乾燥、痰分泌増加などの問題を抱えて退院している患者がみられた。気管孔の狭窄もみられており、呼吸困難など呼吸器系に関する機能障害は、死への恐怖を感じやすく、不安が増強することが考えられる。そのため、退院時に、永久気管孔が乾燥した場合や狭窄が生じた場合の対処方法や緊急時の対応策の情報提

供をしておくことは重要であると考え。万が一、道ばたで倒れた場合に、頸部に気管孔があり、そこから呼吸をしていることがわかる工夫と気管孔による人口呼吸方法の理解のためのセミナー開催等を行って、知識の普及を図ることが必要である。また、痰分泌増加するという事は、気管に炎症が起こっている可能性が考えられるため、気管周囲の炎症の状態や肺炎を生じていないかなどの状態確認が患者本人と家族でできるように情報提供をしていく必要がある。さらに、重要な問題の一つとして appearance (外観)

(Kazi R et al., 2007) を報告しており、ボディイメージの変化に対するケアもさらに考えていくことも必要である。

喉頭全摘出術後放射線療法を受けた人と化学放射線療法を受けた喉頭温存者と比べて、喉頭摘出者は感覚、口腔内乾燥感、唾液粘稠性等の問題があった (Boscolo-Rizzo P et al., 2008) 報告と同様の結果であった。

<QOLの問題>

東京も九州も心身社会的に QOL が低い状態が続いていた。特に、身体面では低い点数となっており、身体的症状マネジメントの必要性があることが明らかとなった。特に、退院前と退院 3 か月後の得点が下降しており、この時期の身体面でのケアの強化の必要性が示唆された。心理面においても日常役割機能精神と心の健康は低く、日常役割機能精神は退院 3 ヶ月後に最も低くなっていたことから、退院 3 か月後における心理的ケアの強化をする必要性が明らかになった。社会機能の面においても、患者会会員と比べて退院 6 か月後まで差が見られたことから、退院 6 か月後までの社会的回復ができるようにサポート体制を整える必要性が考えられた。

先行研究で、部分切除者と喉頭全摘出者の比較において、身体機能、日常役割機能 (身体)、全体的健康感、活力、社会生活機能、日常役割機能 (精神) で喉頭全摘出者が低い

(Weinstein GS et al., 2001) 結果が報告されているが、術前から継続して低い状態であることは新たな発見である。また、喉頭全摘出者とアメリカ国民標準値と比較して、身体機能と日常役割機能 (身体) で有意に低い

(Vilaseca I et al., 2006) 結果が得られているが、縦断的にみても低い状態が続き、患者会会員と比較しても退院 1 年後まで QOL に問題があることも本研究結果で新たに見いだされたことである。さらに、喉頭全摘出術 (プロテーシス挿入) 喉頭温存者と比較して喉頭全摘出者は、身体機能、役割機能、社会機能、全般的 QOL、痛み、呼吸困難、睡眠障害、食欲不振の項目でより QOL が低下していた (Boscolo-Rizzo P et al., 2008) 報告と合致した結果となった。Isabel V ら (2006) において、喉頭摘出者の 2 年後の QOL に関する横断研究結果と本研究の結果と同様の結果を示していたことから、2 年後まで問題が続く恐れが示唆された。

<心理的適応の問題>

声を失うことに対する不安・うつは術前から変わらず続いており、障害受容に関しても

積極的肯定の段階で患者会と比べて退院 6 か月後まで差が見られていた。先行研究で、部分摘出術と比べて喉頭全摘出術を受けた患者は、うつ状態が多くみられた (Claudia B. et al., 2010) 報告があるが、退院 1 年後まで不安・うつ状態が続くということは新たな結果である。また、自己効力感も退院 1 年後まで 50 点台が続いている。自尊感情も術前から変わらない状態であること、失声障害への態度も術前から低い状態が続き、患者会会員とも大きな差はみられなかった。術前から「心の健康」はうつ患者よりも悪い状態であり (Armstrong E et al., 2001)、喉頭摘出直後もうつ傾向がみられる (Birkhaug. E. J et al., 2002) 報告と一致していた。このことから、声を失うという障害を抱えながら生きることに対する前向きな姿勢をもつことがいかに困難であるか、本研究の結果から明らかになった。自分でも何かやれることはあるという感覚をもてるような関わりをしながら、失声障害を肯定し行動を起こせるようにサポートしていく必要性和不安緩和へのケアが必要であることが示唆された。先行研究で、最も重要な問題の一つとして speech (会話)

(Kazi R et al., 2007) があげられており、早期からの代用音声の獲得が心理的適応を促進させる可能性をふまえ (小竹ら, 2006)、プログラム化を図って獲得しやすい環境を整える必要がある。

喉頭摘出者の心理的適応構造は、自分が行動主体である認識が高められると、“障害の受容”を高め、“内面的な人間的価値”を高めるという 3 層構造であることが明らかになっている (小竹ら, 2008)。この第 1 層の自分が行動主体である認識に働きかけるケアを行うことで心理的適応が促進される可能性があることから、“これなら自分にもできるかもしれない。やれそうだ。”という自己効力感をもってもらえるようサポートしていくことが重要である。Bandura (1977) の自己効力感を高めるための方策の①遂行行動の達成 (最も重要な要因で、自己効力感は自然発生的に生じるのではなく、自分で実際に行い成功体験を持つこと)、②代理的経験 (自分以外の他人が何かを成功したり達成したりすることを観察すること)、③言語的説得 (自分に能力があることを言語的に説明されること、言語的な励まし)、④生理的情緒的高揚 (酒や薬物やその他の要因について気分が高揚すること) の 4 点を考慮して関わる必要がある。

<ソーシャルサポート体制の問題>

インフォーマルサポートは術前から退院 1 年後まで変化はなく、得られている状態であった。しかしながら、退院 6 か月後に実際の愛着的、情報・情緒的、積極的社会相互サポート得点が最も下降していることから、退院 6 か月後にサポートを強化することを考慮することで社会復帰回復への促進につながる可能性が考えられる。

フォーマルサポートにおいては、情報のサポートが術前と比べて、退院 6 か月後が最も低く、退院 3 か月後も低い結果となった。こ

のことから退院3か月後から6か月後にかけて情報を提供していく必要性が示唆された。

小竹ら(2006)の研究において、インフォーマルサポートとフォーマルサポートの連携体制や継続したサポートがみられないことが報告されており、術前から退院後まで継続してサポートする体制をとる必要性があることが本研究の結果においても明らかになった。病院から在宅へ移行するにあたって、スムーズに療養生活が送れるようにサポート体制を整える必要がある。一つは、介護保険の活用である。入院中に介護保険の申請をすることで退院後に訪問看護を受けられること、どの程度の費用を要するのかなどの情報提供をして、術後にすぐに介護保険を申請し、必要時すぐに訪問看護を受けられる体制を整えることが必要と考える。二つ目は、病院に定期受診をする際に、看護相談室または療養生活支援センターを設置して、日常生活における不安や悩みをじっくり聴く時間を確保するサポートシステムを整えることである。人は、悩んだりした際に、相談できる相手がいることで不安を緩和させ、困難なことも乗り越えられる力をおつことができる。家族とも話をせず閉じこもったまま部屋から出てこない喉頭摘出者もみられていることから(小竹ら、2005)、必要時に相談できる体制を整えることが重要であると考えられる。1年間、声が出せない患者も半数近くみられることから、メール、FAX手紙などの筆記できる方法はもちろんのこと、スカイプなどを利用したテレビ電話を活用し、声が出ないとしても、リアルタイムに顔の見える状態でコミュニケーションがとれることは不安緩和に有効であると考えられる。例えば、気管孔の状態や顔色を画面で観察することができるし、お互いの顔がみえることで非言語的メッセージを受け取ることができ、安心にもつながると考える。また、喉頭摘出者のための情報提供コーナーをホームページ設け、そして、冊子で持ち歩けるようにして、緊急時の対応策などをとれるようにしていくことも必要であろう。

緊急時の対応策においては、医療従事者の教育も必要と考える。特に、頭頸部科病棟の看護師はもちろん、救急対応が必要な場所に所属する医師や看護師、救急救命士の定期的な教育研修は必須と考える。喉頭摘出者が気管孔から呼吸をしていることを知らない医療従事者もいることで対応が遅れ、命に危険を生じる恐れも考えられる。看護師が気管孔を絆創膏でふさいでしまい死亡させた例が2011年12月に愛媛県立病院であったことや、救急搬送する際に気管孔があることを知らずに口から人口呼吸を行ってしまい死亡してしまったケースも以前にみられたことから、医療従事者の知識を高める教育を定期的に行っていくことは重要と考える。

<会話手段のサポートの必要性>

東京と九州地域では、術後の会話手段の使用頻度が異なることが明らかとなった。東京は、退院1年後に食道発声およびシャント発声を使用する人が50%近くを占めているの

に対し、九州地域では電気喉頭を使用する人が50%近くを占めていた。この違いは、東京では、喉頭摘出者のセルフグループである患者会が積極的な活動をしていることが影響していると考えられる。術前に病院に訪問し、食道発声の方法を伝える活動や困ったときの相談コーナーを独自で開催しており、食道発声者が多くなっていると考えられる。シャント発声も九州と比べて多いのは、がん専門の病院でシャント発声の手術を行える医師がいることが影響していると考えられる。海外では、食道発声者は11.3%にすぎず、シャント発声32名(51.6%)が多い(Maria J et al., 2003)。九州では、シャント発声はみられないが電気喉頭が多かった。これは海外の結果と類似していた(Ida K et al., 2009)。これは、調査対象となった3施設ともに、退院時もしくは退院後少なくとも3カ月以内の外来受診時に、電気喉頭の紹介を受け、その時に電気喉頭を購入し、その後も食道発声を取得する機会がないまま、電気喉頭を会話手段としている人が多いことが考えられる。食道発声は、げっぷを出すようにして発声する方法であり、腹筋も必要とする。そのため、食道発声を続けることは、毎日の練習と腹筋力の維持が求められることから、高齢になればなるほど難しくなってくる。食道発声が上手にできていた喉頭摘出者も年々腹筋力が弱まり、発声ができなくなるケースもみられる(小竹ら、2004)。このことから、容易に発声できる代用音声を獲得する方法が求められる。その一つは、シャント発声であろう。先行研究によれば、シャント発声者のQOLは、他の代用音声使用者と比較して高い

(Birkhaug EJ et al., 2002; Kazi R et al., 2007; Law IK et al., 2009)ことから、有効な代用音声の手段といえる。シャント発声は比較的簡単に発声することが可能であるが、コストがかかることや器具管理の問題があることが課題である。それ以外の方法として、パソコンで術前の声を録音しておき術後に活用できるように考えている患者もみられたが、会話手段に関しては進歩がみられていないのが現状である。

ジェスチャーや表情で感情を伝えることはできるが、発声を用いて感情を伝えることもできる。さらに、助けを求めたい時や緊急で誰かを呼びたい時には、発声することによって、速やかに伝えることができる。その声が失われるということは、話したい時に話せず、助けを求めたい時にすぐに誰かを呼べないという問題が手術後に突然生じることとなる。徐々に失うのではなく、突然声が出なくなるのである。この不安と恐怖は計り知れないものがあるだろう。そのため、術前から患者とともに話し合いながら、その患者に合わせて代用音声を獲得しやすい方法を決定していくことが重要であると考えられる。筋萎縮性側索硬化症の患者が使用する方法で考えると発声できる装置が開発されているが、喉頭摘出者も脳内でイメージすると代用発声できるポータブル式の装置開発も必要であろう。

<患者会入会>

東京では、患者会入会は退院前ではほとんどみられず、退院1年後に4割となる状況であるが、九州では退院前から30%が入会し、退院6ヶ月後には50%を占め、退院1年後には38.5%と下降する状況となっていた。東京は、九州と比べて、患者会入会が遅い。その違いの理由としては、九州では3施設ともに、病院内で患者会が開催されており、術前または退院前までに患者会見学の機会がある。そのため実際に患者会の様子を知ることができることから、退院前または退院直後からの入会者が多いと考えられる。

入会しない理由に、「距離が遠い」、「面倒」、「場所がわからない」という意見がきかれた。このことは患者会のある場所の制限があることと、セルフヘルプグループとして喉摘患者会が食道発声訓練などを実施し、訓練できる場所を提供しているが定期的に週3回以上行っている場もあれば、月に1回で指導者もままならない場もあるなど活動にばらつきがある(小竹&佐藤, 2005)ことが考えられる。また、「人と会いたくない」や「体調不良」の理由があげられていることから、心身のケアの必要性があることが推測される。東京には、院内で医師が術後のフォローのために、シャント発声の会を定期的に開催していることから、イメージ化されやすくシャント発声の増加に影響している可能性がある。このことから、入院中に発声訓練教室の練習の様子や体験者の話が聞けるような環境作りをすることによって、早期からの代用音声の獲得と社会交流を促進させる可能性が考えられる。

<失職の問題>

失声による失職者は退院1年後までには30%を超える状況であり、特に働き盛りの40歳代以降の患者から術後の職業のあつせんを求める意見が聞かれたことは見過ごせない。声を失うことによって、今までの地位や職が失われ、生活の危機的状況になることはもちろん、自己のアイデンティティを揺るがす事態となっていることが考えられる。先行研究で、腫瘍部位では下咽頭がん患者のemployment(雇用状況)が最も低く、進行度が進むほどemployment(雇用状況)は低い(Kazi R et al., 2007)報告があることから、下咽頭がん及びIV期が多くなっている現状では、喉頭摘出を受けた患者への職業復帰または職業のあつせんをするサポート体制を整える対策が必要であると考えられる。

<文献>

Armstrong E., Isman K, Kooley P, et al. (2001) : An investigation into the quality of life of individuals after laryngectomy, *Head & Neck*, 23 (1),16 - 24.
安藤富士子 (2005) : 閉じこもりの心理的・社会的要因とその対策, *リハビリテーション医学*, 42, 10, 684-690.
Bandura A. (1977) : Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84; 191- 215.
Birkhaug E J., H J. Arstad et al (2002):

Relation between mood, social support and the quality of life in patients with laryngectomees, *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck*, 259, 197 - 204.

尾藤誠司、鈴嶋よしみ、福原俊一 (2005) : 入院患者用患者満足度尺度の開発 下位尺度と項目の再設定と再検証:HPSQ-25 からHPSQ-13 へ、*医療管理マネジメント学会*, 6(2)、423-428.

Blanchard, S L. (1982) : Current practices in the counseling of the laryngectomy patient, *Journal of Communication Disorder*, 15, 233 -241.

Boscolo-Rizzo P., Maronato F., Marchiori C., et al(2008) : Long-term quality of life after total laryngectomy and postoperative radiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy for laryngeal preservation , *Laryngoscope* , 118(2) , 300-306.

Cathy Donald Sharbourne and Anita L. Stewart (1991) : The MOS Social Support Survey, *Social Science & Medicine*, 32(6), 705 - 714.

Claudia Bussian, Dorit Wollbruck, Helge Danker,et al.,(2010) : Mental health after laryngectomy and partial laryngectomy: a comparative study, *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 267, 261-266.

Cohen, S., & Wills, T A. (1985): Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310 - 357.

De Leeuw J R., De Graeff A. Ros WJ et al (2000): Negative and positive influences of social support on depression in patients with head and neck cancer; A prospective study. *Psycho- Oncology*, 9, 20 - 28.

Dodds, A G., Bailey P., Pearson A, et al.(1991): Psychological factors in acquired visual impairment, The development of an adjustment, *Journal of Visual Impairment & Blindness*, Sep., 306 - 310.

Dodds A G., Flannigan H., Ng L. (1993): The Nottingham adjustment scale, a validation study, *International Journal of Rehabilitation Research*, 16, 177 - 184.

Dodds A G., Ferguson E., Liza, N. G. et al (1994): The concept of adjustment A structural model, *Journal of Visual Impairment & Blindness*, Nov-Dec., 487 - 497.

Fukuhara S, Bito S, Green J, Hsiao A, and Kurokawa K (1998): Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan, *Journal of Clinical Epidemiology*, 51,11, 1037-1044.

Fukuhara S, Ware J E, Kosinski M, Wada S, Gandek B (1998): Psychometric and clinical tests of validity of the Japanese SF-36 Health Survey, *Journal of Clinical Epidemiology*, 51,11, 1045-1053.

福原 俊一、鈴嶋 よしみ、 SF-36v2 日本

- 語版マニュアル (2004) : NPO 健康医療評価研究機構、京都。
- Guidry JJ, Aday L A, Zhang D., et al (1997) : The role of informal and formal support networks for patients with cancer, *Cancer practice*, July/August, 5,(4), 241-246.
- Hann D., Baker F., Dinniston M., et al. (2002) : The influence of social support on depressive symptoms in age and gender differences, *J Psychosomatic Research*, 52, 279 - 283.
- Harry de Maddalena (2002) : The influence of early speech rehabilitation with voice protheses on the psychological state of laryngectomized patients, *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck*, 259, 48 - 52.
- House, J S.(1981) : Work stress and social support. Reading, MA: Addison - Wesley.
- 入谷敏夫 : 言語心理学—コミュニケーションの基礎—, 誠信書房, 東京, 1975.
- Ida K.-Y.Law, MPhil; Estella P.-M.Ma, Edwin M.-L. Tiu(2009) : Speech Intelligibility, Acceptability, and Communication-Related Quality of Life in Chinese Alaryngeal Speakers, *ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURG*, VOL135, No.7, JULY, 704-711.
- Isabel Vilaseca, Amy Y. Chen, Andrea G. Bakscheider(2006) : Long-Term Quality of Life after Total Laryngectomy, *Head & Neck*,(10), 313-320.
- Kazi R. , De Cordova J. , Kanagalingam J. , et al (2007) : Quality of life following total laryngectomy : assessment using the UW-QOL scale. , *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*, 69(2):100-6.
- 金恵京, 甲斐一郎, 久田満他 (2000) : 農村在宅高齢者におけるソーシャルサポートと主観的幸福感, *老年社会学*, 22, (3), 395 - 404.
- 小竹久実子, 鈴嶋よしみ, 甲斐一郎他(2006) : 喉頭摘出者に対するフォーメラルサポートの重要性-喉頭摘出者患者会会員の場合-, *日本看護科学学会雑誌*, 26 (4) ,46-54.
- 小竹久実子, 佐藤みつ子 (2005) : 喉頭摘出者のコミュニケーション方法の関係, *日本看護研究学会雑誌*, 28 (1), 109 -113.
- Law IK. , Ma EP. , Yiu EM. (2009) : Speech intelligibility , acceptability , and communication-related quality of life in Chinese alaryngeal speakers , *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 135(7), 704-11.
- Maclea J. , Cotton S. , Perry A. (2009) : Dysphagia following a total laryngectomy: the effect on quality of life, functioning, and psychological well-being, *Dysphagia*, 24(3), 314-21.
- Matsuda T, Marugame T, Kamo K, Katanoda K, Ajiki W, Sobue T, and The Japan Cancer Surveillance Research Group.(2008): Cancer incidence and incidence rates in Japan in 2002: based on data from 11 population-based cancer registries. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 38: 641-8.
- Maria Jose Ferrer Ramirez, Enrique Estelles Ferriol,,Fernando Guallart Domenech, et al.(2003) : Psychosocial adjustment in patients surgically treated for laryngeal cancer, Spain, *Otolaryngeal Head and Neck Surgery*,129, 92-97.
- Maria Schuster, Jorg Lohscheller, Peter Kummer.et al.,(2003) : Quality of Life in Laryngectomees after Prosthetic Voice Restoration, *Folia Phoniatria et Logopaedica*, Sep-Oct;55(5):211-9.
- Poliby, J. (1977) : Psychological effects of mastectomy on a woman's feminine self-concept, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164(2), 77-87.
- Robbins J, Fisher HB, Blom EC, Singer MI. (1984): A comparative acoustic study of normal, esophageal, and tracheoesophageal speech production, *Journal of Speech Hearing Disorders*, May. (4) , 202-210.
- Salva, C T., & Kallail, K J. (1989) : An investigation of counseling male and female laryngectomees, *Journal of Communication Disorder*, 22, 291 - 304.
- Suzukamo Y., Ohbu S., Kondo T., Kohmoto J. and Fukuhara S.(2006): Psychological adjustment has a greater effect on health-related quality of life than on severity of disease in Parkinson's disease. *Mov Disord* , Jun;21(6):7,61-6.
- 鈴嶋よしみ (2000):NAS-J (The Nottingham Adjustment Scale Japanese Version)に関する研究—心理的適応尺度の開発とその応用: 視覚障害者の場合—, 厚生科学研究費補助金特定疾患対策研究事業, 平成 11 年度研究報告書, 131-138.
- 鈴嶋よしみ, 熊野宏昭, 岩谷力(2001): 視覚障害への心理的適応を測定する尺度—The Nottingham Adjustment Scale 日本語版の開発—, *心身医学*,41(8), 609-618.
- 寺崎明美, 間瀬由記, 小原泉(1997) : 老年期喉頭摘出者の代用音声を困難にしている要因, *日本看護研究学会雑誌*, 20(5), 11-20.
- Vilaseca I. , Chen AY. , Bakscheider AG. (2006) : Long-term quality of life after total laryngectomy, *Head Neck*, 28(4), 313-20.
- W Derks, J. R. de Leeuw, G. J Hordijk, et al (2004) : Reasons for non-standard treatment in elderly patients with advanced head and neck cancer, *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck*, 11, 1 - 11.
- Weinstein G S. , El-Sawy MM. , Ruiz C. , et al (2001) : Laryngeal preservation with supracricoid partial laryngectomy results in improved quality of life when compared with total laryngectomy.,*Laryngoscope* , 111(2), 191-9.
- 矢口久実子, 甲斐一郎, 佐藤みつ子他

(2004) : 改変 Nottingham Adjustment Scale-Japan の喉頭摘出者に対する適用可能性, 日本看護科学学会雑誌, 24 (1), 53-59.
吉野邦俊 (2002) : 喉頭癌の疫学・臨床統計, JOHNS, 18, 723-734.
Zeine L, Larson M. (1999): Pre - and post - operative counseling for laryngectomees and their spouses: an update, Journal of Communication Disorder, 32, 51 - 71.

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[学会発表] (計9件)

- ①小竹久実子、岩永和代、鈴鴨よしみ、甲斐一郎、高橋綾、寺崎明美、喉頭摘出者の心理的適応構造と会話手段の関係、第29回日本看護科学学会学術集会、2009年11月28日、幕張メッセ (千葉)
- ②岩永和代、小竹久実子、鈴鴨よしみ、甲斐一郎、高橋綾、寺崎明美、喉頭摘出者の会話手段の実態—東京と九州・沖縄地区の比較—、第29回日本看護科学学会学術集会、2009年11月28日、幕張メッセ (千葉)
- ③小竹久実子、岩永和代、高橋綾、寺崎明美、喉頭摘出者のQOLに関する研究—東京と九州の差異、第36回日本看護研究学会学術集会、2010年8月21日、岡山コンベンションセンター (岡山)
- ④小竹久実子、鈴鴨よしみ、岩永和代、高橋綾、甲斐一郎、寺崎明美、喉頭摘出者のQOLとSocial supportの関連—東京と九州地域の比較検討—、第30回日本看護科学学会学術集会、2010年12月4日、札幌コンベンションセンター (北海道)
- ⑤岩永和代、小竹久実子、鈴鴨よしみ、高橋綾、甲斐一郎、寺崎明美、喉頭摘出者の会話手段とQOLの関連—東京と九州地域の実態—、第30回日本看護科学学会学術集会、2010年12月4日、札幌コンベンションセンター (北海道)
- ⑥小竹久実子、鈴鴨よしみ、岩永和代、甲斐一郎、高橋綾、松永有紀、寺崎明美、喉頭摘出者の心理的適応の経時的変化—術前から退院1年後まで、第31回日本看護科学学会学術集会、2011年12月3日、高知市文化プラザかるぼーと (高知)
- ⑦岩永和代、小竹久実子、鈴鴨よしみ、甲斐一郎、高橋綾、寺崎明美、喉頭摘出者のQOLの影響要因、第31回日本看護科学学会学術集会、2011年12月、高知市文化プラザかる

ぼーと (高知)

⑧高橋綾、小竹久実子、岩永和代、鈴鴨よしみ、甲斐一郎、寺崎明美、喉頭摘出者の会話手段の実態、第31回日本看護科学学会学術集会、2011年12月、高知市文化プラザかるぼーと (高知)

⑨小竹久実子、岩永和代、羽場香織、九州地域における喉頭摘出者の心理的適応・QOL・Social supportの術前・退院前の経時的変化と患者会会員との比較、第26回日本がん看護学会学術集会、2012年2月11日、くにびきメッセ (島根)

6. 研究組織

(1) 研究代表者

小竹 久実子 (KOTAKE KUMIKO)
順天堂大学・医療看護学部・准教授
研究者番号：90320639

(2) 研究分担者

鈴鴨 よしみ (SUZUKAMO YOSHIMI)
東北大学大学院・医学系研究科肢体不自由分野・講師
研究者番号：60362472

甲斐 一郎 (KAI ICHIRO)
東京大学大学院・医学系研究科老年社会学分野・教授
研究者番号：30126023

岩永 和代 (IWANAGA KAZUYO)
福岡大学・医学部看護学科・講師
研究者番号：40461537

高橋 綾 (TAKAHASHI AYA)
埼玉県立大学・保健医療福祉学部看護学科・講師
研究者番号：70331345

寺崎 明美 (TERASAKI AKEMI)
福岡大学・医学部看護学科・教授
研究者番号：50163910

永松 有紀 (NAGAMATU YUKI)
久留米大学・医学部看護学科・講師
研究者番号：20389472 (H23年度)

(3) 連携研究者

山縣 然太朗 (YAMAGATA ZENTARO)
山梨大学大学院・医学工学総合研究部・教授
研究者番号：10210337

川端 一嘉 (KAWABATA KAZUYOSHI)
癌研有明病院・頭頸部外科・部長
研究者番号：10204760

中川 尚志 (NAKAGAWA NAOSHI)
福岡大学・医学部・教授
研究者番号：70274470