

下咽頭がんによる喉頭全摘出者の退院後1年間の 生活のしづらさの実態 ——質的研究——

小竹 久実子¹⁾, 山田 雅子²⁾, 鈴嶋 よしみ³⁾,
岩永 和代⁴⁾, 羽場 香織¹⁾, 高橋 綾⁵⁾

抄 録

目的: 下咽頭がんによる喉頭全摘出者の退院後1年間の生活のしづらさを記述し、退院後の生活の視点をもった看護援助のあり方を検討することである。

研究方法: 対象は、喉頭全摘出術目的の入院から退院した後1年が経過し、調査の同意が得られた者で、退院1年後のインタビュー調査に協力する意思が確認された4人である。半構成的面接法を用い、内容は、退院1年経った段階での「退院後の生活」について具体的に語ってもらい、生活上の困難など「生活のしづらさ」についてたずねた。

結果: 下咽頭がんによる喉頭全摘出者の退院後1年間の生活のしづらさは、＜日常生活がままならないつらさ＞＜容易に支援を求められないつらさ＞＜心の嘆き＞の3大カテゴリーで説明でき、この3大カテゴリーが互いに関連しあう構造が示された。

考察: 術前術後にセルフケアを高めるような知識や実践が不足しており、入院前の外来から退院後の生活の視点をもって、入院前の外来から病棟、退院調整、訪問看護師へとシームレスな看護をする必要性と術前の自己決定の支援を充分に行う必要性が示唆された。

キーワード: 下咽頭がん、喉頭全摘出者、退院後1年間、生活のしづらさ、生活の視点

I. はじめに

日本における口腔・咽頭・喉頭部がんの罹患数は、2008年データでは約21,000例であり(Matsuda et al., 2014)、基準人口を1985年日本モデル人口とした場合、男性15.2%、女性4.3%で、がんのなかでも症例は少ない(国立がん研究センターがん対策情報センター, 2015)。日本の喉頭がん罹患率は、人口10万人あたり約3人で、同じ気道系のがんである肺がんと比較するとその発生率は低い。下咽頭がんは、1983年から2011年にかけて、9%から21%へと著しく増加している(加藤ら, 2013)。下咽頭がんは、飲み込みづらくなる等の症状がでたときに気づく。そのため、がんはすでに喉頭周囲に浸潤し、頸部リンパ節転移の状態がみられ、喉頭全摘・食道再建術・

リンパ節郭清術や放射線化学療法が行われる。頸部から肩にかけて広範囲に腫瘍部位を摘出するため、嚥下や味覚・嗅覚、失声等の口腔機能に関連した問題が生じ、発症前の生活は取り戻すことはできない。

喉頭摘出後は、新しいライフスタイルをつくるのが社会復帰のための大きな課題となってくるが、術後の生活支援が十分でない現状が多く報告されている(小竹ら, 2006; Woodard et al., 2007; Lundström et al., 2009; Law et al., 2010)。香西ら(2014)によれば、頭頸部がん患者で退院後1年以上経過している喉頭摘出者は、多重問題を抱え、苦悩し、手探りしながら生活を立て直しているという結果報告がある。その結果から、看護師は患者のセルフケアを基本とした「自己決定を支える姿勢を持続けること」が重要であることを指摘している。また、小竹ら(2012)の喉頭摘出者における術前から退院1年後までの縦断調査では、SF-36V2のQOL値が退院3か月後に下降し、1年後に術前と近似値に戻る傾向と、身体機能、日常役割機能(身体および精神)、社会機能が20~30点台(NBS得点)と低値のまま推移する結果

受付日: 2015年11月30日 受理日: 2016年7月1日

1) 奈良県立医科大学医学部

2) 聖路加国際大学大学院看護学研究所

3) 東北大学大学院医学系研究科

4) 福岡大学医学部

5) 埼玉県立大学保健医療福祉学部

であった。この結果から、下咽頭がんの患者は、退院1年後まで生活が困難な状態ですごしているといえるが、具体的な内容は明らかではない。

下咽頭がんは、前述したように著しく増加している。そのため、喉頭摘出術後、口腔機能を喪失した患者の退院後の具体的な生活のしづらさの実態を明らかにすることは、支援方法や体制を構築するための重要な資料となる。同時に、患者理解を深めるための重要な視点を与えてくれることにもつながると考えた。

II. 目 的

下咽頭がんによる喉頭全摘出者の退院後1年間に体験した生活のしづらさを記述し、退院後の生活の視点をもった看護援助のあり方を検討することである。

III. 方 法

1. 研究デザイン

面接の逐語録、手紙、メモを用いた質的帰納的記述研究である。

2. 研究対象者

対象は、喉頭全摘出術を受けた患者で、研究者が術前から縦断調査の研究対象とした者のなかから、退院1年後の調査終了の段階で面接に協力することに同意した4人である。4人はいずれも、喉頭摘出術の症例が比較的多い医療機関1施設から、術後退院して1年が経過した者である。

3. 調査期間

調査期間は2012年4月～2014年2月であった。

4. データ収集方法

半構成的面接法で、面接内容は、がん情報センターのホームページで公開されているがん情報サービスの一般の方向けサイトの「下咽頭がん」における「生活と療養」の「日常生活を送る上で」に関する資料を枠組みとして、質問内容を構成した。退院後1年間にわたっての食事摂取や嚥下、便秘、気管孔、リンパ浮腫、呼吸、会話、入浴、制度の利用など社会資源の活用に関する「生活のしづらさ」についてたずね、生活上の困りごとを具体的に語ってもらった。対象者4人がいずれも喉頭全摘出によって発声できないため、面接時の筆談で用いたメモと、インタビュアーが音声のない口唇の動きによる会話を聞き取ったメモから、面接終了後ただちに文章を整えたものをデータとした。また、データは、面接の目的に沿って研究対象者が記述して持参した手紙、そして、家族が付き添って代弁し語った内容も用いた。面接所要時間は、30分程度とした。面接は、外来受診時に、筆談が

できるテーブルのある場所で行い、時間は患者が希望する時間に面接を行った。

5. 分析方法

退院後1年間の生活のしづらさについてのデータは、以下の手順で内容分析した。

①1人の面接ごとに、速やかに可能な限り文章化した。②文章の意味内容が切れるところで、ひとつの意味内容が含まれるようにコード化した。③類似するコードをまとめ、サブカテゴリー化した。④サブカテゴリーから内容を網羅できるカテゴリー名を命名し、さらに大カテゴリーを命名した。⑤大カテゴリー間の関係を検討した。

6. 質的研究の真実性の確保

喉頭摘出者のソーシャルサポート研究の専門家5人およびスーパーバイザー1人による分析結果の妥当性の検討を繰り返し行い、分析方法の厳密性の確保に努めた。

IV. 倫理的配慮

研究への参加・協力の自由、個人情報や語りの内容は匿名化し、プライバシーの保護に努めることを口頭および文書にて説明し、同意を得た。面接は、患者の負担にならないように、答えたくない質問は答えなくてよい旨を伝え、本人の意思を尊重しながら行った。面接中、患者の一般状態等に变化がある場合には、ただちに面接を中断することとした。研究者が所属していた大学の倫理審査委員会（No.19004）の承認を得て実施した。

V. 結 果

1. 対象の概要

面接は、一般状態の観察をしながら、患者が主体的に伝えたいという気持ちを大切にして進めた結果、所要時間は1時間程度であった。

平均年齢は、64歳（SD=±1.8歳）であり、性別は、男性3人、女性1人であった（表1）。

2. 喉頭全摘出者の生活のしづらさ

退院後1年間の「喉頭摘出者の生活のしづらさ」について、大カテゴリー3、カテゴリー7、サブカテゴリー44、コード166に集約された。大カテゴリー、カテゴリー、サブカテゴリーの関係を図1に示した。

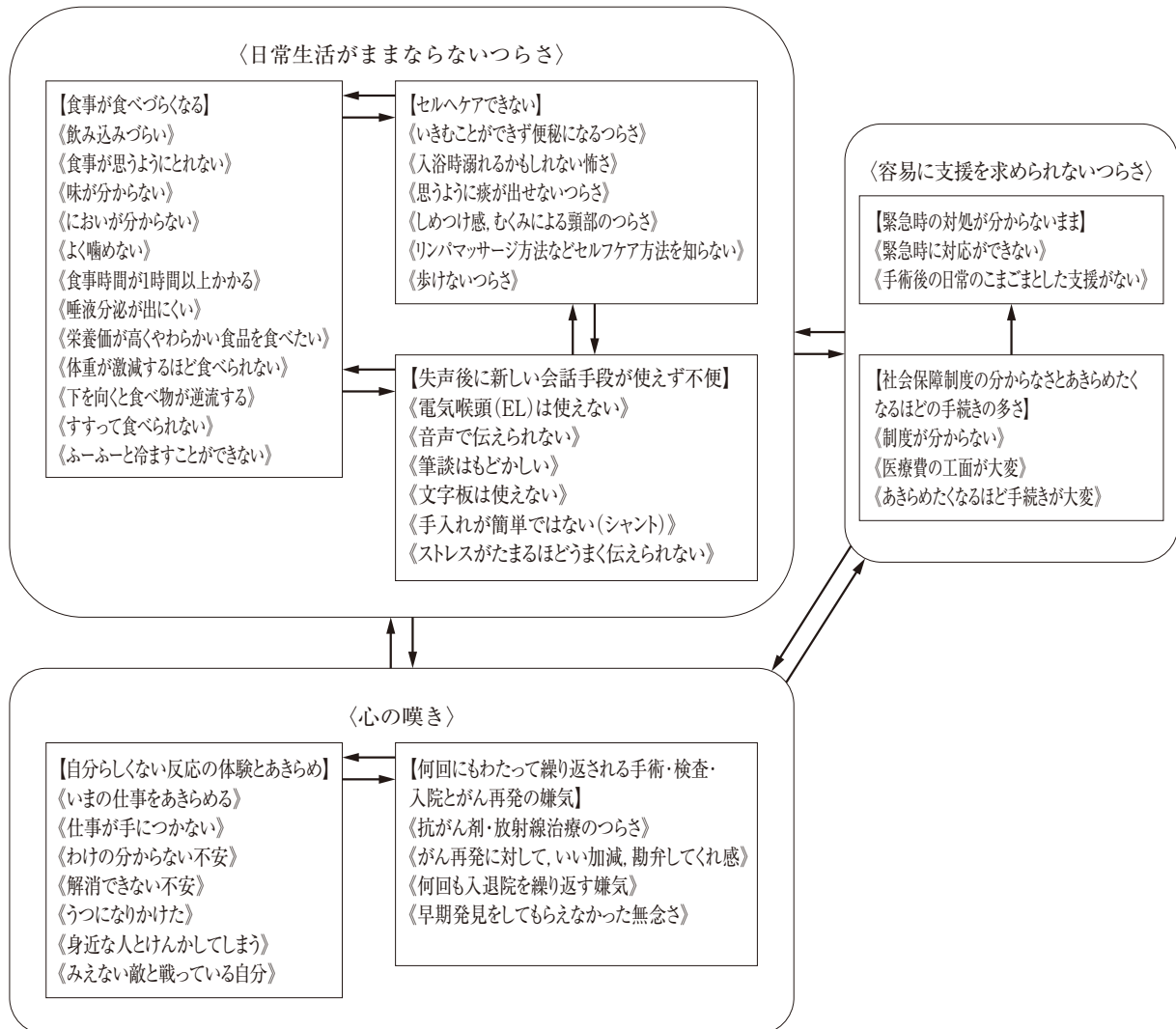
大カテゴリーは< >、カテゴリーは【 】、サブカテゴリー《 》、コードは「 」を示す。

1) <日常生活がままならないづらさ>

【セルフケアできない】と【食事が食べづらくなる】と【失声後に新しい会話手段が使えていない】のカテゴリーが抽出された。以下に各カテゴリーの解説をする。

表1 対象者の概要

対象者	年齢	性別	病名	ステージ	主な会話手段	手術前職業	退院後職業	家族
A	60歳代	男性	下咽頭がん	Ⅳ期	筆談	あり	あり	2人暮らし
B	60歳代	男性	下咽頭がん	Ⅳ期	筆談	あり	なし	2人暮らし
C	60歳代	女性	下咽頭がん	Ⅳ期	無音口唇会話	なし	なし	5人暮らし
D	60歳代	男性	下咽頭がん	Ⅳ期	筆談	なし	なし	2人暮らし



〈 〉大カテゴリー、【 】カテゴリー、《 》サブカテゴリー

図1 喉頭全摘出者の退院後1年間の生活のしづらさ

(1) 【セルフケアできない】

《いきむことができず便秘になる辛さ》《入浴時溺れるかもしれない怖さ》《思うように痰が出せない辛さ》《しめつけ感、むくみによる頸部の辛さ》《リンパマッサージ方法などセルフケア方法を知らない》《歩けない辛さ》の6サブカテゴリー、41のコードが抽出された。

コードには、「便秘もあり困っている」「お風呂は、いまは慣れたが、最初は怖かった」、「痰は出て苦しくなる時があった」「すぐむせて咳がでる」「顔を横に向けることがむずかしい」「首のしめつけ感があった」「首のま

わりがむくみやすいので、リンパの流れをよくする方法を教えてください」「手術したら終わりではなく、その後の生活も考えて手術してほしい」、「退院してから数日前まで、要介護4で外に出られない状態だった」等が挙げられた。

このカテゴリーでは、術前に身につけていたセルフケアがうまくできないつらさが示された。

(2) 【食事が食べづらくなる】

《飲み込みづらい》《食事が思うようにとれない》《味が分からない》、《においが分からない》、《食事時間が1時

間以上かかる》、《唾液分泌が出にくい》などの12サブカテゴリ、35コードが抽出された。

コードには、「飲み込みづらい」「食事時間が1時間以上かかり、あまり食べられない状態が続き、30 kg以上やせてしまった」「味覚・嗅覚はない」「唾液は出にくい」「食べ物をよく噛むことができず、柔らかい食べ物が中心になったり、時間がかかるために途中で食事をやめてしまった」「食事して、顔を下に向けると飲んだものが戻ってきて、のどの声帯のところ止まっていたものが止まらなくなる」「そばをすすって食べることはできない」「熱いものもだめ」等が挙げられた。

このカテゴリでは、必要な栄養摂取ができていないつらさや、食事を味わい楽しむこと等がうまくいかない生活実態が明らかになった。

(3) 【失声後に新しい会話手段が思うように使えず不便】

《電気喉頭 (EL) は使えない》《音声で伝えられない》《筆談はもどかしい》《文字板は使えない》《手入りが簡単ではない (シャント)》《ストレスがたまるほどうまく伝えられない》の6サブカテゴリ、16コードが抽出された。

「電気喉頭は購入したが使っていない。機械音が気になる」「無声で会話をしている」「コミュニケーションは筆談」「伝えたいことが筆談でしか伝えられないので、妻にあたることもあった」「あいうえお板のようなものも購入したが子どものおもちゃとなっており、使っていない」「自分の伝えたいことがうまく伝えられないのでストレスがたまる」等が挙げられた。

このカテゴリでは、言語的コミュニケーションが肉声ではできなくなり、代替手段を使うがうまく使えず、言いたいことがうまく伝えられないつらさが集約された。

これらの3カテゴリは、術前までの生活のなかで培ったセルフケア能力を活用することができず、新たに生活をつくる課題に直面したつらさが集約されており、いずれも人が生きるうえでの基本的な日常の営みである「食べる」「伝える」「呼吸をする」ことがうまくいかないつらさであったため、＜日常生活がままならないつらさ＞とした。この3カテゴリは、食事が摂れなければ排泄もうまくいかず、気力も減退し、会話手段も思うように使えないことも付加されてストレスがたまるという悪循環が退院後から退院1年後までの間でみられた。

2) <容易に支援を求められないつらさ>

【緊急時の対処が分からないまま】と【社会保障制度の分からなさ】とあきらめたくなるほどの手続きの多さの2カテゴリが抽出された。

(1) 【緊急時の対処が分からないまま】

《緊急時に対応ができない》《手術後の日常のこまごまとしたことに対する支援がない》の2サブカテゴリ、4コードであった。

コードには、「声を出せないから、なにかあったときにすぐによべないし、不安があった」「(家族の言) 具合が

悪くなって動けなくなったときに、夫は声が出ないから救急車をどうやって呼んでもらおうかと不安になった。声が出ないから連絡してもすぐに来てもらえないから、このまま死んでしまうのではないかとという恐怖もあった」「手術したら終わりではなく、その後の生活も考えて手術してほしい」が挙げられた。このカテゴリでは、緊急時の対処を覚えてもらうことなく退院してしまい、いざというときに困った状況や、患者だけではなく、その家族の具合が悪くなったとき、救急車を呼べず、死の恐怖を体験したことから、＜容易に支援を求められないつらさ＞がうかがえた。

(2) 【社会保障制度の分からなさ】とあきらめたくなるほどの手続きの多さ】

《制度が分からない》《医療費の工面が大変》《あきらめたくなるほど手続きが大変》の3サブカテゴリ、24コードが抽出された。

コードには、「医療費がかかって大変だった。これほど高額になるとはだれも教えてくれなくて、退院のときに初めて会計用紙をみてびっくりする状況だった」「入院費をどうやって工面しようか悩んだ」「高額医療費制度を知らなかったの、いよいよ生活できなくなると思ったが、ネットで調べたりして分かったが、もう少し早く入院中に知りたかった」「介護保険の申請が、娘が調べてきてくれて手続きをして受けられたが、分からなかったら大変なことになっていた」「これらの制度を使い切るには、結構手続きや書類が面倒で、どうにもならなくなり途中で投げ出したくなる」が挙げられた。

このカテゴリでは、必要な情報が得られないこと、経済面での工面、高額な医療費がかかる際の社会保障制度の説明がなく、医療費の工面に苦労したことや、手続きが大変で分かりにくいことがあり、諦めたくなるほどの思いをもったという内容が集約された。

この2カテゴリは、いずれも社会保障に関連した内容であり、社会の支援体制に関するつらさである点が共通していることから、同じカテゴリに集約された。

3) <心の嘆き>

【自分らしくない反応の体験とあきらめ】と【何回にもわたって繰り返される手術・検査・入院とがん再発の嫌気】の2カテゴリが抽出された。

(1) 【自分らしくない反応の体験とあきらめ】

《いまの仕事をあきらめる》《仕事が手につかない》《訳の分からない不安》《解消できない不安》《うつになりかけた》《身近な人とけんかしてしまう》《みえない敵と戦っている自分》の7サブカテゴリ、29コードが抽出された。

コードには、「この3月で職場復帰も諦めた」「つい妻にあたってしまう」「がんが見つかるとうつになりかけた」「2か月目で10 kg やせて、うつになりかけた」「会社に籍があるときは、落ち着かなかった」等が

挙げられた。

このコードでは、がんや再発による心の葛藤、今後の生活のこと、さまざまな事象が自身のなかで、自分らしさを保持できない状況に追い込まれ、コントロールしようと思っても根底にあるスピリチュアルな部分のつらさが生じていることがうかがえた。それゆえに周囲につらくあたり、みえない敵と戦っているような感覚に陥り、自分らしさを失う状態を体験し、あきらめの境地にも至っている内容が抽出された。

(2) 【何回にもわたって繰り返される手術・検査・入院とがん再発の嫌気】

《抗がん剤・放射線治療のつらさ》《がん再発に対して、いい加減、勘弁してくれ感》《何回も入退院を繰り返す嫌気》《早期発見してもらえなかった無念さ》の5サブカテゴリ、21コードが抽出された。

コードには、「食道2回、胃2回、大腸1回、下咽頭も含めて1年半の間に6か所の手術を行い、プロヴォックス(シャント発声)を含めると7回の入退院を繰り返し、いい加減、嫌になってもう入院はこれで終わりと思っていた」「どこかにがんができていたら8回目の入院となる。『もういい加減、勘弁してくれ!』だ」「40歳から毎年人間ドックを受けて、1年おきに内視鏡をやってもらっていたが、発見することができなかった」等が挙げられた。

このカテゴリでは、がんの発生やがんの再発によって、何度も入退院と検査を繰り返すこととなり、いつまでこのような状態が続くのかとうんざりした様子が見え、病気に起因するつらさが集約された。

この2カテゴリは、決して避けることはできない事象であり、自己の存在危機をもたらすような根本的なスピリチュアルなつらさが表出されており、心の嘆きととらえた。

この根本に抱えている〈心の嘆き〉と〈日常生活がままならないつらさ〉は相互作用が生じ、さらに〈容易に支援を求められないつらさ〉が加わり、3つのカテゴリ間には、それぞれ関連する関係性を示し、1年経っても病気に関連する生活のしづらさが継続しているという構造が見いだされた。

このように3つの大カテゴリが互いに関連し合っ下咽頭がんによる喉頭全摘出者の退院後1年間の生活のしづらさを構成していた。

VI. 考 察

1. 退院1年間の生活のしづらさの3大カテゴリの関係

退院1年間にわたって〈心の嘆き〉が根底にあるうえに、いままでの生活習慣が適用できず、支援も容易に求められない状況である構造がみられた。

〈日常生活がままならないつらさ〉は、退院後1年の

間に「食べる」「排泄する」「話す」「呼吸する」という習慣化された生活がままならない様子が見え、本研究の対象者は、平均年齢が60歳代であり、長年、社会的役割を担ってきた方々である。下咽頭がんの手術は、声帯の切除が含まれる。声帯は、食道と気管の開閉をする役割があり、誤嚥防止や、胃から逆流しないようにする役割、排便時などにいきむ働きがある。そのため、喉頭摘出者は、ただ単なる便秘が生じるのではなく、“いきむことができない”という機能的な障害が加わった便秘が生じる。

また、喉頭摘出者は、呼吸経路を変更するため、嚥下や唾液分泌、口や鼻から空気がおもらすことによる味覚・嗅覚の喪失、および、麺類をすすって食べることができなくなる。人は、味や臭いが分かってこそ、「おいしさ」が分かり食欲が増す。下咽頭がんは、手術だけではなく、放射線化学療法も手術前後に加わることから、その影響で食道がダメージを受けて拡張しにくく、狭窄しやすい状況がある。さらに、声帯摘出のために、食べたものが胃から逆流して鼻から出てしまう状況が生じる。食べることがままならないうえに、排泄も思うようにいかない。結果、退院1年後、著しい体重減少という状態が生じる。この日常生活のままならないつらさは、互に関連し合っていることが考えられる。

永久気管孔が頸部に造設され、ダイレクトに空気が入り込む状態である。本来であれば、口腔内機能にある唾液分泌によって加湿され、鼻腔内のフィルター機能で不要物は除去されて空気が肺に運ばれるが、永久気管孔の場合は異なる。加湿のために頸部にガーゼ類で気管孔を覆うが、痰分泌の調節はむずかしく、気管切開の狭窄などが生じ、呼吸困難や頸部のしめつけ感の症状がみられる。さらに、入浴時には、気管孔から湯が入り、溺死するかもしれないという恐怖体験をしていた。

また、いままで、慣れ親しんできた自分の声が奪われ、容易には伝えられない状況の生活がある。代用音声の会話方法は、肉声とは異なるため、機械で音を出す電気喉頭はさまざまな点から使えないという患者が4人中全員であり、退院1年後も筆談やジェスチャーによる会話であった。このことは、精神力を低下させ、食欲低下にもつながることがあり、日常生活がままならない状況を引き起こしていた。この〈日常生活がままならないつらさ〉は、人が生きるうえで基本的な営みの部分が障害されるつらさであり、互に関連し合っ負の連鎖が生じた状況であったことが考えられる。

食事において、Holstら(2013)は、在宅療養移行時に栄養指導を的確に行う必要があるが、看護師・退院調整看護師等の知識不足と入院期間短縮の理由等によってケアが行われていないため、入院中から患者の栄養状態の悪化による体重激減などがある実態を報告している。この報告は、本研究結果も類似していた。このことから、われわれは下咽頭がん患者の看護について、まずは、医

療従事者の知識を高める必要性と、退院後の生活を見ずして支援できるかわかりが大切であると考えた。その支援があることで、〈日常生活がままならないつらさ〉の軽減が図れるものと考えた。また、Holstら(2013)は、教育・組織・経済の3点を改善する必要性を報告しており、本研究においても退院後の生活を具体的にイメージした支援をするための看護師教育や組織体制を整える必要性が示唆された。

〈日常生活がままならないつらさ〉を軽減する支援のひとつに社会資源の活用があるが、分かりにくい制度や面倒な手続き、自分で調べないとだれも制度について教えてくれないという、容易に支援を求められない現状がある。また、高額な医療費による経済面のつらさや、失声により緊急時に電話をして救急車をよべない、手遅れになる恐れなど、〈容易には支援を求められつらさ〉が生じるだけではなく、容易に支援が求められないことによって、“日常生活がままならなくなる”という負の連鎖がうかがえた。

本研究の下咽頭がんの患者は、がんや再発によって、退院1年間に入退院や検査を繰り返していた。手術をすれば終わると思っていたが、がんによって治療が繰り返される。これがいつまで繰り返されるのかという嫌気は、うつやわけの分からない不安など、精神状態を不安定にさせ、【自分らしくない反応の体験とあきらめ】を生むという状況につながるがうかがえた。繰り返されるがんにより、〈仕事をあきらめる〉、いままで生きてきた人生をあきらめるという事が生じ、周囲につらくあたってしまおうといった【自分らしくない反応】は、自己統制できないことが根底にある嘆きととらえられる。この繰り返しは、「またか」という思いやイライラが生じ、避けようと思っても避けられない、向き合う必要があるが向き合えないというスピリチュアルなく心の嘆き〉のつらさであると考えた。

以上のことから、この3大カテゴリーは、互いに関連し合って生活のしづらさが生じていると考える。〈心の嘆き〉をもちながら生きようとするが、いままでの日常生活は送ることができず、新しい生活を獲得しなければならない。しかし、その生活はままならず、その生活を支えるための支援も容易には受けられない状況があった。その体験を繰り返すたびに、心の嘆きが生じ、スピリチュアルな面を揺るがされるという負の連鎖がうかがえた。

2. 退院後の生活の視点をもった看護への示唆

1) 自己決定支援にかかわる看護師のサービス向上が求められること

本研究の対象は、退院後1年間に生活のニーズが満たされていない状況であった。このことから、入院前の外来、手術前後、退院前後、退院1年後まで喉頭摘出者のタイミングに合わせて、患者本人が退院後の生活をイ

メージし、日常生活の支援が必要であると考えた。下咽頭がんによって広範囲な手術をすることが、退院後の生活にどれほどのつらさをもたらすのか、われわれ看護師は改めて考え、深く理解する必要がある。

また、人生のターニングポイントで的確に自己決定できるように、生活の視点で情報提供をすることが看護につながる。たとえば、術前に介護保険や高額医療費制度のこと、退院後の生活のこと、退院前では、実際に退院後の生活をイメージして本人が生活できるように支援すること(自立支援)、退院後の生活において困ったことはないかを把握しながら、困っている点を支援することなどである。

一方、現在の医療情勢からすると、入院期間短縮のため、クリティカルパスに沿った看護が一般的となり、患者の個別性に合わせた看護を病棟で実践することがむずかしいという現状があること、また、病棟看護師は、限られた勤務時間のなかで、喉頭摘出者の思いを十分に聞き取るだけの時間の確保が困難である状況がある。一般に病院勤務の看護師が、生活の視点のあるアプローチが脆弱になりやすいことが指摘されている状況から、患者が必要としている情報を十分に伝えないまま、意思決定支援にまで到達していない現状が推察された。そして、これらの要因が喉頭摘出者の退院後の生活のしづらさに影響していると考えた。前述したように、入院期間短縮によって、病棟看護師だけでは支援が継続できないため、外来、退院調整、訪問看護師、救急外来等は、喉頭摘出者の退院後の生活や緊急時の対応方法を知って、看護をつなぐ必要があると考える。まずは、看護者からつながることで、さまざまな多職種との連携がつながってくるといえる。

今回得られた結果から、退院後の生活の視点をもった喉頭摘出術を受ける・受けた患者に対する看護援助について考察する。

2) 生活の視点をもった具体的な看護実践への示唆

食事に関しては、術前から嚥下の問題が生じていることから、入院前の外来からかわる必要があると考える。術後、声帯を摘出するため、味覚・嗅覚の消失、熱いものは口で冷ますことができないこと、麺類をすすれなくなること、唾液分泌の低下、嚥下困難などの情報提供を術前の段階から行っていく必要がある。そのことで、意思決定支援にもつながっていくと考える。

具体的な例として、食べやすい食材や味覚・嗅覚が戻る訓練法、麺類をすすることができないなど、退院後の生活をイメージし、「これならできるかもしれない」と思えるような具体策を明示しながら、本人を勇気づけつつ、いっしょに考えること、つらさが緩和されるように、思いを受け止めながら、根気強くかわることが必要であろう。小竹ら(2012)は、心理的適応構造が「自分が行動主体である認識」「障害受容」「内面的な人間的価値」といった3層構造であり、「自分が行動主体である認識」

にソーシャルサポートは影響することを見いだしている。その「自分が行動主体である認識」は、自己効力感とローカスオブコントロールにあたる部分であり、“これならできるかもしれない”といった感覚をもてることで、障害受容は高まり、自己の存在価値を高める可能性を示すものである。その部分に働きかける具体的な支援をすることが心理的適応を促進させるものと考えられる。

会話方法に関しては、下咽頭がんの場合、手術が広範囲に及ぶため食道発声の獲得がむずかしい。そのため、術前にあらかじめ自分の声を録音しておき、術後は変換ソフトを用いての自分の肉声による会話、タブレット端末に入力した文章を音声で再生するアプリケーションによる会話等、簡易に使用ができるIT技術を用いて、代用音声できる機器を用いることも有効であると考えられる。

排泄に関しては、他のがん患者の便秘の状態とは異なり、「いきめない」ことを改めて認識する必要がある。食物繊維の多い食事の工夫や水分摂取の工夫等含めて、心身を整える全体的なアプローチが必要であるが、退院後1年経っても、便秘が解消されるに至っていない。これは、看護師として改めて考え直すべき重要な課題であり、常にどのような状況かその状態を把握し、対策を立てるべき支援である。

他には、頸部から肩周囲にかけてリンパ浮腫が生じ、痛みが生じる問題等がある。これらのことを病棟看護師は重要視して、術後から退院後の生活を意識してセルフケアできるまでの看護が必要である。しかしながら、本研究結果からほとんど行われていない状況が明らかとなった。そのため、術後からリンパ浮腫を軽減できるように支援するとともに、本人やご家族が退院後にできるような訓練法を指導していく必要があると考える。

がんに関しては、治療等の繰り返しにより嫌気がさしている状態であった。この〈心の嘆き〉を緩和するケアは重要であるが、緩和ケアができていない現状があった。看護としては、入院前の外来の段階から、スピリチュアルな痛みに対して、患者の思いをじっくりと聞き、受けとめ、退院後の生活でセルフケアできるように支援し、生活上での困りごとをいっしょに考えるなど、意思決定できるように支援することが必要であると考えられる。

VII. 本研究の限界と課題

本研究の限界は、一医療機関を受診している患者の調査であるため、地域差等に言及できないこと、データは記憶によるものであること、筆談や無声発声であったことから十分に語られていない可能性がある点である。また、外来通院可能な患者を対象としているため、健康状態が比較的安定した患者の語りであった点がある。

今後の課題は、喉頭摘出者は退院1年間の生活のしづらさを抱えたままであることから、生活の視点をもった

看護力を高めるための看護師へのアプローチである。また、入院前の外来の時点から退院後の在宅生活に合わせたシームレスな看護の提供、意思決定支援ができるような看護教育プログラムの考案とシステムづくりが必要である。

VIII. 結 論

退院後1年間の生活のしづらさは、〈日常生活がままたならないつらさ〉〈容易に支援を求められないつらさ〉〈心の嘆き〉の3大カテゴリーにより表された。この3大カテゴリーは互いに関連し合うという構造が明らかになった。術前術後にセルフケアを高めるような知識や実践が不足しており、入院前の外来から退院後の生活の視点をもって、入院前の外来から病棟、退院調整、訪問看護師へとシームレスな看護をする必要性と術前の自己決定の支援を十分に行う必要性が示唆された。

謝辞

調査にご協力くださいました喉頭摘出者のみなさまに深く感謝いたします。この研究は、日本学術振興会科学研究費補助金（基盤研究C）によって行われたものである。

文献

- Holst M, Rasmussen HH (2013) : Nutrition Therapy in the Transition between Hospital and Home : An Investigation of Barriers. *Journal of Nutrition and Metabolism*, 2013 : 1-8, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/463751>.
- 香西尚実, 名越民江, 南 妙子 (2014) : 多重問題を抱える頭頸部がん患者の退院後の生活体験, *日本看護科学学会誌*, 34 : 353-361.
- 加藤孝邦, 波多野篤, 齊藤孝夫 (2013) : 頭頸部癌 特集 耳鼻咽喉科・頭頸部外科領域疾患の最新疫学, *耳鼻咽喉科・頭頸部外科*, 85 (13) : 1076-1083.
- 国立がん研究センターがん対策情報センター (2015) : 全国がん罹患モニタリング集計; 2012年罹患数・率報告. http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/brochure/monitoring.html (2015/6/11).
- 小竹久実子 (2012) : 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, *科学研究費補助金 (基盤研究 (C))*, 課題番号21592779, 2009-2012.
- 小竹久実子, 鈴鴨よしみ, 甲斐一郎, 他 (2006) : 喉頭摘出者に対するフォーマ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.
- Law IK, Ma EP, Yiu EM (2009) : Speech intelligibility, acceptability, and communication; Related quality of life in Chinese alaryngeal speakers. *Archives of Otolaryngology; Head and Neck Surgery*, 135 (7) : 704-711.
- Lundström E, Hammarberg B, Munck-Wikland E (2009) : Voice handicap and health-related quality of life in laryngectomees; Assessments with the use of VHI and EORTC questionnaires. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 61 (2) : 83-92.

Matsuda A, Matsuda T, Shibata A, et al. (2014) : Cancer Incidence and Incidence Rates in Japan in 2008 : A Study of 25 Population-based Cancer Registries for the Monitoring of Cancer Incidence in Japan (MCIJ) Project. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 44 (4) : 388-396.

Woodard TD, Oplatek A, Petruzzelli GJ (2007) : Life after total laryngectomy : A measure of long-term survival, function, and quality of life. *Archives of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 133 (6) : 526-532.

|| 英文抄録 ||

Difficulty of Realities on Daily Life of Laryngectomized Patients with Hypopharyngeal Cancer for a Year After Discharge

—A Qualitative Study—

Kumiko Kotake¹⁾, Masako Yamada²⁾, Yoshimi Suzukamo³⁾,
Kazuho Iwanaga⁴⁾, Kaori Haba¹⁾, Aya Takahashi⁵⁾

1) Faculty of Nursing, Nara Medical University, 2) Graduate School of Nursing Science, St. Luke's International University,

3) Graduate School of Medicine, Tohoku University, 4) Faculty of Medicine, Fukuoka University,

5) Department of Nursing, Saitama Prefectural University

Purpose : The purpose of this study is to clarify the difficulty of realities of daily life and how to provide long-term nursing care with a viewpoint on the daily life of patients who have undergone laryngectomy with hypopharyngeal cancer for a year after discharge.

Method : We conducted semi-structured interviews with four laryngectomized patients with hypopharyngeal cancer at one year after discharge and who gave consent to participate in this study. The semi-structured interviews were based on our made interview guide (difficulty in their daily life activities). Data were qualitatively and inductively analyzed.

Results : Three large categories were extracted as “difficulty of daily life activities”, “difficulty of acquiring of support”, and “grief”. The three large categories are mutually related to each other. We found that laryngectomized patients have continued to the difficulty of live their daily lives even one year after discharge.

Conclusion : It was suggested that laryngectomized patients need nursing care with a viewpoint on specific daily life activities in a seamless and preoperative self-decision-making process over the long-term from outpatient before hospitalization.

Key words : hypopharyngeal, laryngectomized patients, one year after discharge, difficulty of daily life, view of daily life