

癌治療後に発声及び構音の障害を有した患者における 発話能力と社会復帰についての検討

山田真由

A Study of Speech Ability and Social Rehabilitation in Patients Who Suffered from Phonation and Articulation Disorders After Treatment for Cancer

Mayu Yamada

癌の治療後に不安を抱えたまま退院し様々な人間関係の中に戻る時、今後の生活問題は徐々に増大し深刻化してくる。本稿では癌治療後の発声及び構音障害を有した患者が職場や家庭に復帰する際に起こる問題点を明示し、言語聴覚士の立場から見た病院スタッフが行うべき対応と癌発症に伴う生活変化を視野に入れた福祉制度のあり方について検討した。6名の事例(喉頭癌3名、上顎癌1名、舌癌1名、肺癌1名)を対象に発話明瞭度検査とアンケート調査を行い、発声及び構音訓練を実施し手術後平均2年4ヶ月間の経過を追った。復帰を可能にする要因として、発話明瞭度、代替コミュニケーション手段の有効性、再発の有無や予後、職場の休暇制度の有無が挙げられた。また癌の告知の問題や家族への支援体制作りも重要であり、患者を支える家族と病院スタッフ、患者会との連携の中で適切な対応の必要性を指摘した。

キーワード 癌、発声、構音、発話能力、社会復帰、言語療法

1 はじめに

癌による死亡者数は日本において1981年から常に全死亡者数の第一位を占めている。佐藤(2000)によると2000年の全癌患者数は約57万人と推計され、今後毎年2万人ずつ増加すると予想されている。癌の増加に伴い発症後のQOLの向上や心理的なサポートの重要性は認識されつつあるにも拘らず、本研究で扱う口腔・喉頭の癌において人生の楽しみの一つである会話や食事に障害を残す場合がある事についてはあまり注目されていない。これらの癌で起こる発声・構音・嚥下障害の医学リハビリテーションはわれわれ言語聴覚士の業務の一つである。そしてこの途上で患者から病気の再発や退院後の社会適応など今後の生活に対

する様々な不安の声を聴く事は実に多い。退院は患者や家族にとって喜びである事は言うまでもない。しかし一方で大きな悩みの始まりになるのである。

これらの患者の社会復帰に伴う問題は非常に重要である。しかし、検索した先行研究ではこれまであまり検討されていないようであった。本稿では言語聴覚士の立場から見た病院スタッフが行うべき対応と癌発症に伴う生活変化を視野に入れた福祉制度の必要性及び今後の対応のあり方について提示したい。

なお本稿で意味する「社会復帰」とは、病院から退院し家庭や職場に戻り再び生活する事と定義する。「職場復帰」とは再び就労する事、「家庭復

婦」とは入院前の家庭内での役割を再び担う事、あるいは家庭内での生活リズムを再び取り戻す事と定義している。また「コミュニケーション」とは言語的な発話や文字による意思伝達に加え、表情や身振り手振り等の非言語的なものも含むと定義する。

2 目的と研究方法

(1) 目的

本研究は癌治療後に発声及び構音の障害を有した患者が発話能力の低下を補い生活する現状を明示し、社会復帰時の問題点と病院スタッフの対応、及び必要な福祉制度を検討する事を目的とする。

(2) 研究方法

癌治療後の6事例を対象に検査及び調査を行った。発声・構音機能に関しては発話明瞭度検査を実施し評価した。コミュニケーション能力と社会復帰に関してはアンケート調査を実施し検討を加えた。

①対象事例(表1)

対象は1999年7月から2000年10月の間に愛知県厚生連昭和病院言語療法室にて言語訓練を行った癌治療後患者6例(男性5例、女性1例)である。この6例を選定した理由は、第一に6例とも本研究に協力する事を了解し、癌治療後の患者が抱える問題に対し一般の理解を得たいという希望が筆者と一致したためである。第二に癌治療時から調査時まで定期的に言語訓練を受け経過が追えた事、第三に偶然患者と言語聴覚士の立場で出会い、筆者との信頼関係を確立する事が出来た事、第四に自身の癌治療と発声・構音障害を正しく理解し、治療や訓練を行う中で精神的な安定があった事が挙げられる。6例の手術時の平均年齢は56歳(47～64歳)、言語療法実施平均期間は1年7ヶ月(4ヶ月～5年11ヶ月)である。6例の内訳は、喉頭癌3例、上顎癌1例、舌癌1例、肺癌1例で、手

術実施例で切除部位が重複していた事例はなかった。これらの事例に対し2001年4月末(手術後9ヶ月～6年10ヶ月、平均2年4ヶ月)までの経過を追った。

②明瞭度検査による比較(表2)

発声及び構音機能については100音節、単語、文章、および会話明瞭度検査を実施した。100音節明瞭度は100個の音節をランダムに平仮名表記した用紙を患者に音読させ、言語聴覚士以外の病院職員5名に1回のみ聴取させ聞こえた通り復唱するよう指示し、正しく復唱できた場合を1点、誤った場合を0点とし割合(%)を算出した。単語明瞭度検査は「構音検査法試案1」(日本聴能言語士協会・日本音声言語医学会編)の単語検査50語を音読させ、音節発語明瞭度と同様に復唱させ正答2点、誤答0点とし割合を算出した。音節と単語の復唱は評定者に正解を教えないブラインド法で聞き取りの学習を防いだ。文章明瞭度は「北風と太陽」を音読させ、会話明瞭度は「名前、住所、年齢、電話番号、来院方法、趣味」の6項目について患者と言語聴覚士との会話を録音し、これを病院職員5名に聴取させそれぞれ5段階(1:全て分かる、2:ほとんど分かるが時々分からない言葉がある、3:予め話題を知っていればどうにか分かる、4:ほとんど分からないが時々分かる言葉がある、5:全く分からない)で評価させた。これらの検査は最高点と最低点を除外した3名のスコアの平均値を出し、それぞれの明瞭度とした。

③アンケートによる状況の把握(表3)

アンケート実施期間は2000年10月2日から12月15日の間である。アンケートでは、①コミュニケーション能力についての自己評価、②生活面、③福祉制度利用、④発症からこれまでの気持ちを訊ねた(表3)。回答方式は選択式と自由記述形式である。

表1 対象事例の概要

	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6
疾患名	喉頭癌	舌癌	肺癌	喉頭癌	喉頭癌	上顎癌
障害	発声(喉頭摘出)	構音(舌部分切除)	発声(左反回神経麻痺)	発声(喉頭摘出)	発声(喉頭摘出)	構音(左上顎摘出)
性別	男	女	男	男	男	男
年齢	67	48	67	56	66	59
手術時年齢	61	47	—	54	64	58
手術後経過月数	6年10ヶ月	10ヶ月	—	1年10ヶ月	2年	9ヶ月
初回時入院期間	約1ヶ月	約2ヶ月	約2ヶ月	約2ヶ月	約4ヶ月	約4ヶ月
訓練実施期間	5年11ヶ月	4ヶ月	6ヶ月	1年9ヶ月	1年1ヶ月	4ヶ月
退院後の状況	退職後生活	小学校教諭へ復職	退職後生活	会社事務職へ復職	退職後生活	建設作業員へ復職
家族構成	妻と2人	夫、両親、息子2人の6人	妻、息子夫婦、孫の5人	妻、娘の3人	妻と2人	1人で職場寮生活
意思伝達	食道発声法	通常の発声法	通常の発声法	筆談使用	筆談使用	通常の発声法
伝達意欲の変化	あり	なし	なし	なし	あり	あり
会話しようと思う相手	家族	家族、職場の人、友人	家族、友人	家族	家族、友人、初対面の人	なし
外来診察通院回数	1回/4ヶ月	1回/1ヶ月	2回/1ヶ月	2回/1ヶ月	2回/1ヶ月	2回/1ヶ月
外来言語訓練回数	4回/1ヶ月	4回/1ヶ月	2回/1ヶ月	4回/1ヶ月	4回/1ヶ月	2回/1ヶ月
再入院	なし	なし	2回あり	なし	3回あり	1回あり
入院時及び外来通院時の職場制度利用状況	—	入院中:2ヶ月間の長期療養休暇(有給) 退院後:1か月間の長期療養休暇(有給) 復職後:半日休暇、行事の代休、指定休(年3回)	—	入院中:2ヶ月間の長期休職制度(病欠、給料の60%支給) 退院後:1年1ヶ月間休職。 復職後:月2回の有給。	—	入院中:職場の制度なし。職場の寮のため入院中は住所不定者扱い。 退院後:退院の翌日から出勤。仕事がない日に通院。
福祉サービスの内容	身体障害者手帳3級、障害年金	—	—	身体障害者手帳3級、障害年金	身体障害者手帳3級、障害年金	生活保護
アンケート実施時期	発症後6年1ヶ月	発症後3ヶ月	発症後8ヶ月	発症後1年4ヶ月	発症後1年8ヶ月	発症後3ヶ月
備考				退院後は治療のため毎日通院。入院拒否。	退院時はリハビリのため毎日通院。	

(2001年4月末時点)

表2 明瞭度検査の概要

100音節明瞭度検査	評定者は患者の音読する100音節を聞こえた通りに復唱。正答1点、誤答0点で算出。
単語明瞭度検査	評定者は患者の音読する50単語を聞こえた通りに復唱。正答2点、誤答0点で算出。
文章明瞭度検査	評定者は患者の音読する「北風と太陽」を5段階に評価。
会話明瞭度検査	評定者は「名前、住所、年齢、電話番号、来院方法、趣味」について患者と言語聴覚士の会話を5段階に評価。

表3 アンケート項目

<p>①現在のコミュニケーション能力についての自己評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人と話す時に自分の言葉がどのくらい正確に相手に伝わっていると思われますか。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 全て伝わっている、 2. 時々伝わっていない事がある、 3. ほとんど伝わらないが時々伝わる事がある、 4. 全く伝わらない、 5. その他 ・人と話す時にはどんな方法が一番多いですか。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 今まで通りしゃべる、 2. はじめから筆談する、 3. はじめから人工喉頭を使う、 4. 食道発声法、 5. 話して通じない時に筆談を使う、 6. 話して通じない時に人工喉頭を使う、 7. その他 ・人と話しをしようという意欲の変化はありますか。 <p>ある、 ない</p> ・どのような意欲の変化がありますか。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 初対面の人とでも積極的に話す、 2. 以前から知っている人であれば自分から話す、 3. 家族となら自分から話す、 4. あまり自分からは話しかけない、 5. ほとんど話さない ・意思伝達する上での心配な点は何ですか。(自由記述)
<p>②今後の生活について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今後はどのような生活をする予定ですか。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 職場復帰、 2. 家庭復帰、 3. その他 ・今後の生活で心配なことは何ですか(複数回答)。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 病気の再発、 2. 体調、 3. 仕事、 4. 対人関係、 5. 痛み、 6. 家事、 7. その他 ・具体的に心配していることは何ですか。(自由記述) ・生活の上で不便さを感じることは何ですか。(自由記述)
<p>③福祉制度の利用について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・これまでに福祉制度を利用したことがありますか。 <p>ある、 ない</p> ・利用したことのある福祉制度は何ですか(複数回答)。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 身体障害者手帳を持っている(音声言語そしゃく機能障害3級)、 2. 障害年金を受給している、 3. その他 ・福祉制度に関する事で、退院後の病院通院、家庭生活及び仕事を続ける際に実際に困ったことがありますか。(自由記述)
<p>④現在の気持ちについて</p> <p>これまでの入院から現在に至るまでを振り返って考えたこと、強く感じたことがありましたらお書きください。(自由記述)</p>

3 各事例の発症後経過

事例1：67歳男性、無職。妻と2人家族。会社員として工場勤務していた1990（平成2）年頃から発声しにくさを自覚した。定年退職後は趣味の卓球や買い物を楽しみながら生活を送っていた。しかし1994（平成6）年に症状増悪のため自宅近くの開業医3箇所を診察を受けた。この時は原因が分からず放置したが、さらに症状が悪化し4箇所目の病院で喉頭癌発症が明らかになった。病状の告知はあり、化学療法及び放射線療法を実施したが根治には至らず、1994（平成6）年10月（61歳時）喉頭・甲状腺摘出術及び永久気管孔作成術を受けた。術後に音声喪失し11月から食道発声訓練¹⁾を開始した。約10ヶ月を経て食道発声法を獲得し、電気人工喉頭²⁾や筆談を用いずに音声のみの会話が可能となった。この後は時々自分の話しの内容が伝わらないと感じる事がありながらも日常会話は可能となり訓練は終了した。再発は無く趣味を楽しみつつ生活を送っており、今後は食道発声法を指導する側として活躍しようと意欲的である。

事例2：48歳女性、小学校教師。夫、両親、息子2人（大学生と高校生）の6人家族。家族の協力を得ながら仕事と家事の両立をしていた。2000（平成12）年3月頃から濃い味の食べ物が舌にしみる事を自覚し、5月に舌左側に白苔があることに気付いた。仕事が忙しいため7月の夏季長期休暇時に受診すれば良いと軽い気持ちで考えていた。しかし夫に促されて5月に受診し軽度舌癌（左舌縁）と判明した。家族へは病名告知された。しかし家族の希望で本人には前癌状態と説明された。同年6月（47歳時）に舌部分切除術を受けた。切除部位は小さく再建は行われていない。この後化学療法を行い同年7月より言語訓練を開始した。訓練初期は舌の可動域制限のためサ行とイ列に歪みがあった。その後退院するまでに徐々に軽減し

た。職場は3ヶ月間の長期療養休暇を利用し、代務教師が派遣されたため支障はなかった。約2ヶ月間の入院と自宅療養生活約1ヶ月を経て無理なく復職し同時に訓練を終了した。現在は病前に比べると明瞭度低下の自覚はあるけれども意思伝達に支障はない生活を送っている。

事例3：67歳男性、無職。妻と息子夫婦と孫1人の5人家族。企業の技術職を定年退職後、畑仕事等をしながら生活していた。2000（平成12）年2月頃から咳がひどく、声のかすれと背部の痛みに気付き受診し左肺癌と診断された。これに伴う左反回神経麻痺のため声帯の動きが悪く絶えず声がかすれている。病状の告知はあり、同年4月に入院した。癌が進行状態のため手術適応外と判断され、化学療法と放射線療法を施行し言語訓練は6月より開始された。退院後に再度治療目的で入院し、8月の退院後言語訓練は終了した。この後2001（平成13）年3月に悪性腫瘍の増大のため約2ヶ月間入院し、現在は自宅療養生活を送っている。

事例4：56歳男性、会社員。妻と娘1人の3人家族。妻は1992（平成4）年に発症した脳梗塞のため失語症となり意思伝達が困難な状態にある。入社時から約35年間製造業務を担当していた。1999（平成11）年1月社内の成人病検診にて喉頭部の異常を指摘され2月に受診し、軽度喉頭癌と診断を受けた。病名の告知はあり、化学療法と放射線療法を施行したが根治せず、同年6月（54歳時）喉頭全摘出術及び永久気管孔作成術を受けた。7月より食道発声訓練を開始した。術後には痛みと共に気管孔が狭くなり呼吸しにくいとの訴えが強くあり、再度入院を勧められたが拒否し毎日来院通院した。このため5回に渡って復職時期を延期し合計1年3ヶ月間休職した。復職後は職場側の配慮から事務職へ配置転換となった。現在は月2回の有給を利用し診察と訓練を受けている。食道

発声法の獲得には至っておらず意思伝達には筆談を用いている。生活に楽しみを見出せないとの訴えがあり、趣味のパチンコと飲酒で気を紛らわせる日々が続いていた。しかし仕事や生活に徐々に慣れ、自分なりの生活リズムを掴みつつあるところである。

事例5：66歳男性、無職。妻と2人家族。公認会計士として勤務した後定年退職し、趣味のカラオケと飲酒を楽しみながら生活していた。1990（平成2）年12月頃から痰がよく絡むと自覚したが放置し、1999（平成11）年3月受診し喉頭癌の診断を受けた。病名の告知はあり、放射線療法および化学療法実施後、同年4月（64歳）喉頭全摘出術及び永久気管孔作成術を受けた。8月より食道発声訓練開始し、翌年の2000（平成12）年5月には会話が可能になった。精神的にも余裕ができ友人と旅行を楽しむ事もあった。同年9月右頸部リンパ節転移により再入院・再手術となり訓練で獲得された音声を再び失った。手術の影響で右口唇、右舌、頸部と肩関節に麻痺による可動域制限が残り理学療法開始となった。この時食道発声訓練は医師の判断で中止となった。この後自主訓練により再度食道発声法を身につけたと報告を受けた。さらに2度入退院を繰り返し、現在は病状が進行し入院中である。

事例6：59歳男性、建設会社作業員。妻と離婚し会社寮生活で親類とも絶縁状態にある。1999（平成11）年11月頃から左側の頬腫脹、鼻痛、鼻出

血と上顎痛があった。しかし仕事の都合がつかず放置し、2000（平成12）年4月受診し進行状態の左上顎癌と診断を受けた。病名の告知はあり、同年6月入院し寮を出たため住所不定扱いとなり生活保護の医療扶助を受給した。放射線療法及び化学療法を行ったが根治せず、同年7月（58歳）左上顎全摘出術及び遊離複合組織移植術を受けた。当初の診断では左眼球摘出の可能性もあり手術を拒否した。しかし医師らの懸命な説得に促されて手術を受けた。内胸動脈皮弁による再建があり、移植片が左側の口腔内に大きく腫れ出して容貌が変化し、開口障害とタ行とサ行音に歪みが生じたため同年9月4日から構音訓練と開口訓練を開始した。退院後元の会社寮に戻り、翌日から働かねばならず体力的に厳しい状況だった。退院後約1ヶ月半で手術部位の感染による治療のため約2週間生活保護を受けての再入院となった。現在も元の会社で体全体の痛みを耐えながら仕事を続け、仕事がない日に通院している。

4 結果

(1) 明瞭度検査結果（表4）

各事例の明瞭度は表の通りである。全体に一音節よりも単語の明瞭度が良好なのは、一音節ずつでは聞き取りにくい音でも音が連続することで前後の繋がりがや発話速度、抑揚、リズムなどが手がかりとなり他者に伝わりやすくなっているためと考えられる。

表4 各明瞭度検査間の比較

	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6
100音節 (%)	54.3	75.7	68.7	0.0	0.0	56.7
単語 (%)	82.4	100.0	97.3	0.0	0.0	98.0
文章	2.0	1.0	2.0	5.0	5.0	2.3
会話	2.0	1.0	1.0	5.0	5.0	1.6

※ 文章と会話は5段階評価

(2) アンケート結果 (表5)

①コミュニケーション能力についての自己評価

1) 伝達能力について

「自分の言いたい内容が正確に相手に伝わっているか」の質問では、「1. 全て伝わっている」2名、「2. 時々伝わっていない事がある」3名、「3. ほとんど伝わらないが時々伝わる事がある」1名で「4. 全く伝わらない」との答えはなかった。

2) 伝達手段について

「人と話す時にどんな方法が一番多いか」の質問では、「今まで通りしゃべる」、「はじめから筆談する」が各2名、「食道発声法」、「話して通じない時に筆談を使う」、各1名で、「話して通じない時に人工喉頭を使う」、「始めから人工喉頭を使う」との答えはなかった。

3) 人と話す意欲について

話す意欲の変化は「ある」、「ない」とも各3名だった。

4) 意欲の変化の内容について

変化があると答えた人のみ5段階評価で一番当てはまるものを挙げてもらった。「初対面の人でも積極的に話す」、「家族となら自分から話す」、「あまり自分からは話しかけない」が各1名で、「以前から知っている人であれば自分から話す」、「ほとんど話さない」との答えはなかった。

5) 意思伝達上の心配について

意思伝達上の心配事を自由記述してもらった。「声がかもった感じがする」、「以前と比べて迫力のある声が出ない」、「話していても途中で声が出なくなる時がある」、「体調によって声の調子も違う」との回答があった。

②生活面について

1) 今後の生活予定について

今後の生活予定は、「職場復帰」、「家庭復帰」とも各3名だった。「職場復帰」と回答した3名の復帰までの状況は、1ヶ月間自宅療養をしながら

家事で体を慣らした後に復職（事例2、女性）、1年1ヶ月の自宅療養後に復職（事例4、男性）、退院日翌日から復職し職場寮生活に戻る（事例6、男性）というものだった。「家庭復帰」と回答した3名は入院時から定年退職後の生活を送っていたため、退院後は自宅で療養しながら家庭内での役割を果たす生活となった。

2) 今後の生活で心配な事について (図1)

心配な事を6項目中から複数回答で挙げてもらった。結果は、「病気の再発」、「体調」が各4、「仕事」、「対人関係」、「痛み」が各1で、「家事」との答えはなかった。全例において「病気の再発」と「体調」の心配があった。

3) 具体的な心配な事について

心配事の具体的な内容について自由記述を求めた。「病気が再発すること」が4、「元気でいられるかどうか不安」、「他の病気にかかる」と治りが悪いこと、「体の痛みのこと」が各1だった。

4) 生活上の不便さを感じていることについて (図2, 3)

生活上の不便さを自由記述で挙げてもらった結果を図2、3に件数ごとにまとめた。全体に楽しみの喪失、身体的管理面での不便さ、食事やコミュニケーション上の問題など多岐に渡っていた。

③社会福祉制度利用について

1) 福祉制度利用の有無

対象者の福祉制度利用状況は、「ある」4名、「ない」2名だった。

2) 福祉制度利用の内容

「ある」と答えたケースに利用した福祉制度について複数回答で訊ねた。「身体障害者手帳を持っている（音声言語そしゃく機能障害3級）」、「障害年金を受給している」が各3、「その他」1だった。「その他」の内容は「生活保護の医療扶助を受けた」だった。身体障害者手帳内の助成で

表5 アンケート結果

	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6
正確に伝わっているか	時々伝わっていない事がある	全て伝わっている	全て伝わっている	ほとんど伝わらないが時々伝わる事がある	時々伝わっていない事がある	時々伝わっていない事がある
どんな伝達方法が多いか	食道発声法	今まで通りしゃべる	始めから筆談する	話して通じない時に筆談を使う	始めから筆談する	今まで通りしゃべる
意欲の変化の有無	ある	ない	ない	ない	ある	ある
意欲の変化内容	家族となら自分から話す	—	—	—	初対面の人でも積極的に話す	あまり自分からは話しかけない
退院後予定	家庭復帰	職場復帰	家庭復帰	職場復帰	家庭復帰	職場復帰
生活の心配	体調	病気再発、仕事	病気再発、体調	病気再発、体調	病気再発、対人関係	体調、痛み
福祉制度利用の有無	ある	ない	ない	ある	ある	ある
福祉制度の種類	身体障害者手帳3級交付、障害年金受給	—	—	身体障害者手帳3級交付、障害年金受給	身体障害者手帳3級交付、障害年金受給	生活保護受給

図1 今後の生活で心配なこと

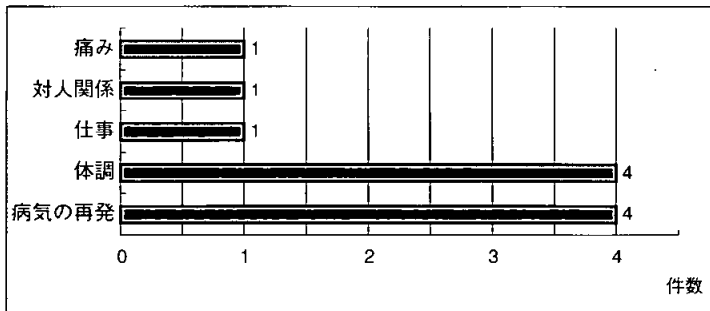


図2 症例別の不便さの訴え件数

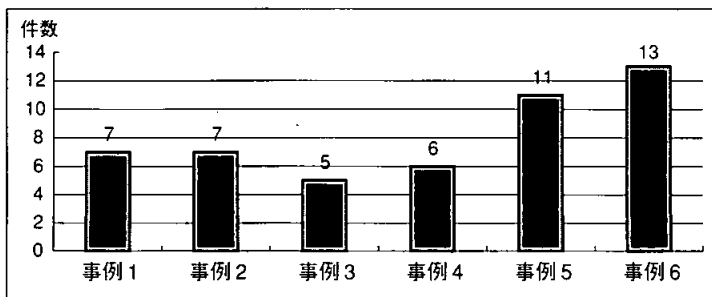
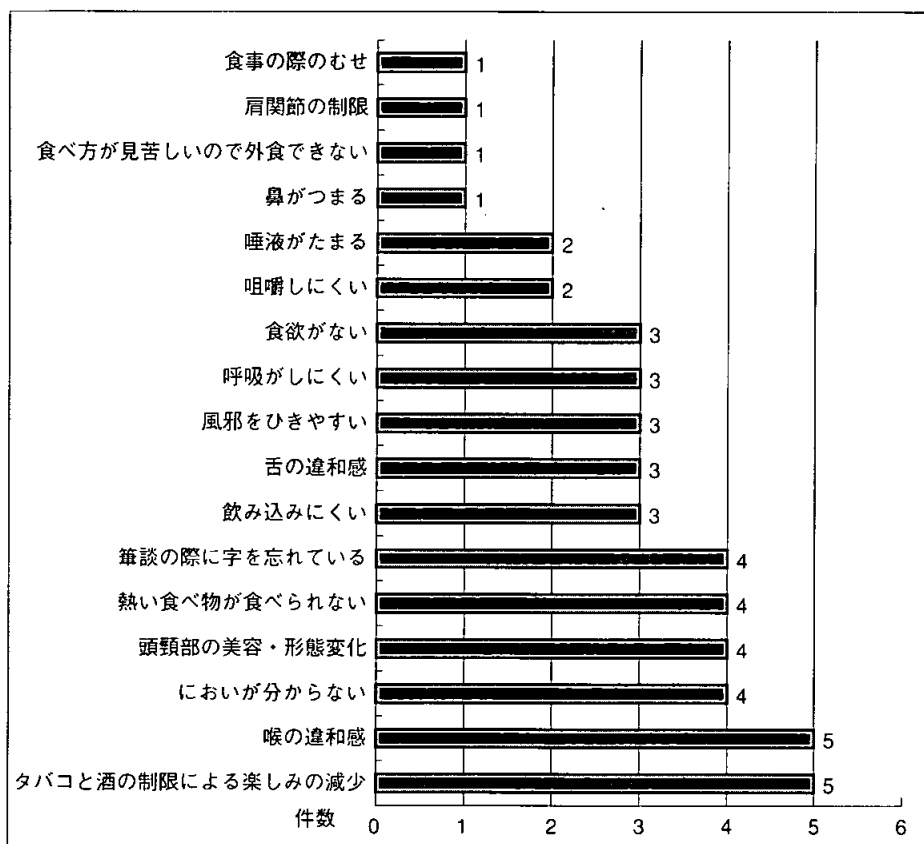


図 3 生活上の不便さ



は、「電気人工喉頭を購入の際に助成を受けた」、「市から心身障害者扶助料を受けている」、「医療費の助成を受けている」だった。

3) 福祉制度に関して困ったこと

福祉制度に関することで退院後の病院の通院や家庭生活、あるいは仕事を続ける際に実際に困った事については全員が無いと答えた。

④発症からこれまでの気持ちについて

入院から現在に至るまでを振り返って強く感じた事などの自由記述を求めた。「今まで当たり前だった話したり、食べたりする事が出来るのが本当に有難い」、「家族が支えてくれて嬉しい」、「なるようにしかならない」、「他人と接触することが

億劫だ」、「家族に八つ当たりしてしまう」、「筆談するのが億劫だ」、「病院スタッフからの症状への説明が十分ではない」、「入院生活がやるせない」、「食道発声は話したい時にすぐに発声できない時があり辛い」、「楽しみが無い。早く死にたい。」との記述が得られた。

5 考察

(1) 発話明瞭度と社会復帰について

一般に発話明瞭度が高ければ社会復帰は良好だと言われている。本研究でも事例2は小学校教師として職場や家庭に適応しており、この明瞭度は100音節で75.7%、単語で100%と高かった。しか

し社会復帰に影響する要因は発話能力だけではない。事例4は100音節及び単語明瞭度0%で音声表出が全く無い状態にあり、事例6は100音節56.7%、単語98.0%であったにも拘らず職場復帰を果たしている。これらの事例で職場復帰が可能だったのは、事例4がパソコン中心の事務職、事例6が会話を多く求められない建設作業員で、両者とも職場の理解が得られ、筆談などの音声機能の代替手段を用いる事が可能だった事が挙げられる。ただし代替手段の使用には、元々文字を書く習慣が無いなど文字を書く事自体が苦痛である場合や人工喉頭は持ち運びが面倒で音声が不快等の幾つかの問題点も指摘される。近年患者側からの要請に応えこれらの問題を解消する開発が進み、より使いやすい人工喉頭や付属機器が発売されている。患者ニーズに合った医療機器の開発要請を行うと共に、代替手段の有効性を考慮しながら活用する必要がある。

(2) コミュニケーション能力の自己評価と意欲について

発声可能な事例において検査結果と自己評価はほぼ一致しており、それぞれ適確に自己の状態を認識していたと言える。事例4・5は音声のみの評定では「全く分からない」状態でありながら自己評価では「全く伝わらない」と答えていなかった。これは両者とも筆談の代替手段を用い、発声が不可能であっても代替手段を活用することで会話明瞭度の低下を補っているためだと言える。

結果から見ると、対象者は検査上では十分な明瞭度があっても日常コミュニケーション上では様々な苦勞があり、その影響で会話意欲に変化をきたした事例もあった。ここでの苦勞とは「環境音の影響で自分の声がかき消されてしまう」、「十分に意思が伝わらず誤解を受けた」等である。この結果自分から人に話しかけなくなる、誤解を避けるために初めから筆談を使用する、家族や親し

い人としか会話しなくなる等、コミュニケーション意欲の低下が生じている例もあった。中には話しくくはなつたけれどもコミュニケーションの機会をより多く持とうと考え、表情や身振りなどを加えた方法で音声機能の低下を補おうと試みる前向きな変化を挙げる例もあった。

復帰後の生活では全事例が発話時の不便さを感じており、自分のコミュニケーションスタイルを変化させた上で人と付き合わざるを得ない状況がある。我々はこれを認識し配慮する必要がある。

(3) 退院後の生活面の変化について

癌による発声・構音障害を有する患者の社会復帰後は、多かれ少なかれ生活の変化が生じている。例えば溝尻ら(2000)は、口腔・中咽頭癌の患者の多くは就労年齢にある事が多いため、治療後に身体的活動性は保たれていても、失業・配置転換・社会からの孤立等の社会的不利を被りやすいと指摘している。一説には癌を発症した労働者の中で癌を理由に昇進拒否・同僚からの孤立・就職機会からの排除など仕事上の差別を受けた人の割合は90%にも上ると言われている(福岡 1997)。このように社会復帰後の人生設計を否が応でも考え直さねばならない状況に追い込まれる事態も生じており、これは復帰後の深刻な問題点となっている。

本研究対象6例の中でも、対象者の生活変化は癌の経過により異なつた。経過が良好な事例の生活変化としては、楽しみの減少や食事・身体的管理など個人的なものが挙げられ、特に地域活動や余暇活動への意欲や関心が低下している例は無かつた。しかし入退院を繰り返している事例では徐々に消極的になり病状の悪化も加わつて家族としか関われなくなる傾向が見られた。また外的な容貌変化や食事時の不便さ、健常者の中にいる事への違和感や疎外感、予想しなかつた生活上の不便さ等から外出を自ら制限してしまう場合もあ

り、この事でさらに孤独感や人と関わることへの恐れ意識を感じている場合も多い事が明らかとなっている。

生活の変化に対して解決策や助言が聞ける場として、同様な疾患を持つ者で構成される患者会³⁾がある。このような会への参加は非常に有効である。しかし会の活動地域が遠方である場合や、就労者には時間的に参加が困難などの問題もある。また参加できたとしても個々の病状や経過の差、抱える問題によって十分な解決策が見出せない事もあり、患者会の性格を理解した上での活用が求められる。先行研究では舌癌や上顎癌に限った形態での患者会は見当たらなかった。しかしこのような場合少人数の患者同士でグループを作る事も有効である。当事者間での情報提供や闘病生活を語り合うことはお互いにとって精神的な支えとなり、何らかの問題解決への糸口となる場合が多い。事例に応じた適切な情報提供や精神的支えが病院スタッフに必要な事は言うまでもないが、限られた条件の中で当事者同士支え合う視点も必要である。

(4) 患者の心理面について

本研究の対象者全員が病気の再発と今後の体調不安、自然に話せなくなった事へのもどかしさ等心理的な問題を抱えている。中には再発や孤立の不安、苛立ちから家庭不和を招いた事例もある。これは同じ問題に悩む患者にとって普遍的な深刻な問題である。

発声・構音訓練を行う中で、家族が闘病生活を支えてくれて嬉しいという声を聴く事が度々あり、患者を支える大きな心の拠り所は家族であると実感させられる事があった。しかし中には家族が重い病気を抱えている、家族と元々仲が悪いなど精神的な支えを家族に期待する事が困難なケースも存在する。福岡(1997)は、家族は重要な一員を失うかもしれないという恐れと直面しながら

なおかつ患者自身の心理的な苦痛を受け止め、実際の支えとなる役割を期待されており、癌の診断が家族にとっても危機であると指摘している。支えを必要としているのは患者だけでなく家族もまた同様である。このため精神面の支えを家族だけに求めるのは困難であり、入院時から退院後の生活に渡るまでの長期的支援を病院スタッフと患者会が一体となっていくことが重要である。

チーム医療を行う際に患者に関わる職種は、熊倉(1992)のまとめでは耳鼻咽喉科医、頭頸部外科医、歯科医、口腔外科医、形成外科医、放射線医、看護婦等の医療スタッフ、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等のリハビリスタッフ、医療ソーシャルワーカー、介護福祉士等の福祉スタッフ、栄養士、心理療法士などが挙げられている。これらのスタッフがそれぞれの役割を果たしつつ連携し、安心できる入院生活と退院後の地域及び職場生活の支援体制を整える事が期待される。

しかし病院スタッフの問題として最大のものは、精神面への対応が全ての患者に対し十分に実践されているとは限らない事である。患者の話に耳をじっくり傾け精神的な援助をしていく事の重要性は十分に理解されていても、家庭や仕事上での問題まで踏み込んで対応できる場合は限られており、家庭や仕事上での人間関係まで丁寧に聴き、精神的な安らぎが得られるような援助をする事はマンパワーの面からも困難な場合が多い。精神面までのフォローに及んで患者と向き合う事は、病院スタッフ各々の技量や考え方、環境による差が大きく一様ではないのが現状である。

癌治療では患者、家族、病院スタッフのより良いコミュニケーションが必要な事は言うまでもない。しかしコミュニケーションに障害をきたしている事例の場合、周囲の者はさらに患者の話をもじっくり聴く配慮や組織的な支援を行う事が必要であると言える。

(5) 社会福祉制度利用について

本研究の対象者6例中2例は全く福祉制度を利用していなかった。この2例は会話明瞭度が「良く分かる」水準にあり、身体障害者手帳の音声言語そしゃく機能障害（3級、4級）に該当しなかったためである。これらの事例に限らず、音声言語そしゃく障害があっても現行福祉制度の対象者となるには非常に厳しい条件をクリアしなければならない。癌による発声・構音障害患者は身体機能が保たれている上に、音声機能の「喪失」や「著しい障害」に当てはまらず、福祉制度の対象者となれない事もある。また事例の中には生活保護を受給していても福祉サービスを利用したことが無いと当初考えていたなど福祉制度への関心が薄い場合もある。今後は音声言語そしゃく障害に関して等級の見直しを行い、現在の2等級のみではなく細かな等級の設定が必要である。また医療的な援助が長期に渡る場合が多いため、適切な福祉サービスが受けられる体制が必要である。

喉頭摘出者に発声訓練については、1973（昭和48）年度からの身体障害者地域福祉活動促進事業の中で「食道発声訓練事業」を制度化し各県に発声団体の設立が助成されている。これを全面改訂し1979（昭和54）年からは障害者社会参加促進事業の一つとして音声機能障害者発声機能訓練事業への補助が整備された。この補助金が訓練会場費や講師への謝礼として使用されている（松本1980）。また1988（昭和63）年には食道発声指導のための「音声機能障害者発声訓練指導者養成事業」が追加され、全国各ブロックで2泊3日の研修会を毎年実施している。このように発声訓練への行政の取り組みの中で、食道発声法を身につけた人が第二の人生の目標としてボランティアの指導者として取り組んでいるケースも多い。松本（1980）は、アメリカには1916年創立の私立スピーチセンターがあり、運営は国からの補助、寄

付、講義料によっていると報告している。日本では病院や施設にある言語訓練室あるいは患者会で発声指導を受ける事が多い。しかし食道発声訓練を行う施設は少なく、患者会へも前述の問題で参加できない場合がある。現状では患者へのサービスは充分ではなく、市町村レベルでの医療・リハビリテーション・生活を包含した福祉制度の拡充が求められている。

(6) 癌の告知と社会復帰・予後について

社会復帰の際には自分の病状をどれだけ正しく認識しているかが重要となる。本研究の6例中5例は正しく病状が告知されており、医学及び社会リハビリテーションが円滑に行えた一つの要因だった。自分の病状を正しく把握しなければ復帰後の生活リズムや仕事への取り組み方等を整える事は難しい。しかし告知された本人や家族の衝撃は大変大きいものであり、告知の際は各事例に最適な方法が選択される事が大切である。患者に関わる全スタッフは、本人や家族に対して少しでもショックが緩和されるよう誠実な対応と説明をすべきである。

本研究で早期受診と復帰の関連は明確ではなかった。しかし事例1・5のように自覚症状が出ても数年間放置し治療方針に影響を及ぼした例や、事例2・6のように仕事の都合で受診を先送りし癌発症に気付かなかった例もある事から早期受診の意識は重要だと言える。

また本研究が対象とした癌の内、肺癌は除き喉頭癌・舌癌・上顎癌は癌の中でも罹患率が低いとの共通点がある。富永ら（1999）の調査では、1993年の癌の罹患率は全部位の総罹患率に対して男女とも胃が最も多く（男26%、女19%）、次いで男性では肺（14%）、結腸（12%）が高く、女性では乳房（15%）、結腸（12%）の順であると報告している。これに対し喉頭癌は男性1%、女性0.05%、口腔・咽頭癌は男性2%、女性1%だった。

このため入院時や復帰時に患者本人や周囲の理解を得るためにより適切な情報提供が求められている。佐藤（2000）は、5年生存率は全ての癌で40%、喉頭癌で83%と報告し、木田ら（2000）は舌癌で70%以上と報告している。これらは一般的に「良く治る癌」と言われている。しかし全く元の生活が出来る訳ではなく、手術が成功し退院してからも不自由さを感じつつ長期間生活する事になるのである。このためこのような患者に対して医療や福祉側からの援助は大変重要であり、さらに議論されるべき問題である。

6 おわりに

誰も自分の身に人と話せなくなる事態が起こるとは考えていない。しかし癌という我々にとって身近な病気で発話能力が低下し、社会生活に支障をきたし突然大きな不安の中に身を置く事態は実際に起こっている。これを個人の問題として捉えるのではなく、医療や福祉制度の中で十分な支援を行う事が重要である。特に癌治療後のスピーチリハビリテーションは、この存在自体が一般にも病院スタッフの中でもあまり知られていない。我々言語聴覚士はこれらの障害に悩む患者が適切にサービスを利用できるよう自身の存在をよりアピールする努力が必要である。また障害を有した後の生活再建への支援として、患者を取り巻く人々の理解を高め助言していく事は今後ますます活発に行われる事が切望される取り組みである。今や医療現場において福祉的な視点はどの職種においても必要不可欠なものである。患者の側に立った医療や福祉サービス提供の実践を我々現場で働く者は忘れてはならない。

謝辞：本研究の検査及び調査に御協力いただきました対象者の方々に謹んで感謝の意を表します。本研究に御指導賜りました日本女子大学名誉教授

田端光美先生、日本聴能言語福祉学院聴能言語学科 渡辺佳弘先生、松江医療福祉専門学校言語聴覚士科 伊澤幸洋先生に深く感謝致します。またMKリハビリテーション病院言語聴覚士 会田生也様、愛知県厚生連昭和病院リハビリテーション科、地域医療保健福祉連携室の皆様にご心より御礼申し上げます。

註

- 1) 食道発声法とは食道に取り込まれた空気を口から出す際に、咽頭及び食道の粘膜が振動して作られる音を音源として発声する方法である。喉頭摘出術後に訓練する発声法として知られている。
- 2) 電気による振動音を音源とする発声法。電気振動体を顎下部に当てた状態で構音動作を行う。取り扱いが簡単なため音声によるコミュニケーションを早期に回復させる際に有効である。しかし声の調子が単調で会話が不自然になる等の問題点も指摘されている。
- 3) 全国的規模で活動する代表的な喉頭癌患者の団体に日本喉摘者団体連合会がある。1970（昭和45）年設立、全国59団体、登録会員約9000人で、各会週1～3回の発声教室を開き、会員の中で指導員を選び主に食道発声法を訓練し大きな成果をあげている。

文献

- 1 愛友会編：愛友会誌。愛友会、26：36-37、51-53、72、1998。
- 2 福岡欣治：ガン患者ケアのための心理学（浅野茂隆、谷憲三朗、大木桃代、編）。真興交易医書出版部、1997、pp.22-31。
- 3 今井智子、山下夕香里、鈴木規子、他：構音障害者用文章了解度検査法の開発—口腔・

- 中咽頭痛術後患者への使用経験一. 音声言語医学, 38 : 357 - 365, 1997.
- 4 伊藤元信：単語明瞭度検査の感度. 音声言語医学, 34 : 237 - 243, 1993.
 - 5 荻安誠, 益田慎, 羽飼富士男, 他：言語聴覚療法シリーズ14 音声障害. 建帛社, 2001, pp.16 - 199.
 - 6 木田亮紀, 遠藤社平：舌癌治療の変遷と未来. JOHNS, 16 (4) : 545 - 548, 2000.
 - 7 北村武編：頭頸部腫瘍. 医学書院, 1971, pp.3 - 15.
 - 8 小林範子：食道音声の訓練. 音声言語医学, 39 : 456 - 461, 1998.
 - 9 小林範子：構音検査—聴覚による分析—. 音声言語医学, 41 : 142 - 146, 2000.
 - 10 小池三奈子, 新美典子, 湯本英二, 他：パネルディスカッション2喉頭全摘の声のリハビリ—喉頭を取るとき、取られるとき、そしてそれから—. 音声言語医学, 40 : 76 - 78, 1999.
 - 11 内富庸介：がん医療の現在2000—4がんとストレス (国立がんセンター中央病院がん医療サポートチーム, 編). 医事出版社, 2001, pp.5 - 18.
 - 12 熊倉勇美：舌切除後の構音機能に関する研究. 音声言語医学, 26 : 224 - 235, 1985.
 - 13 熊倉勇美：口腔器官の器質的異常に伴う言語障害. 音声言語医学, 29 : 208 - 211, 1988.
 - 14 熊倉勇美：言語聴覚療法臨床マニュアル (日本言語療法士協会, 編). 協同医書出版, 1992, pp.218 - 223.
 - 15 熊倉勇美：舌機能と構音. 音声言語医学, 38 : 390 - 395, 1997.
 - 16 厚生省：厚生白書平成12年度版. ぎょうせい, 2000, pp.358 - 360.
 - 17 厚生省大臣官房障害保健福祉部企画課：三訂身体障害認定基準. 太陽社, 1994, pp.147 - 221.
 - 18 厚生統計協会編：国民の福祉の動向・厚生 of 指標. 厚生統計協会, 1998, pp.169 - 173.
 - 19 松本武子：がん疾患等の治療による機能障害者の社会復帰について. 東洋大学社会学部紀要, 17 : 59 - 78, 1980.
 - 20 溝尻源太郎, 熊倉勇美：口腔・中咽頭がんのリハビリテーション. 医歯薬出版, 2000, pp.73 - 78.
 - 21 日本ホスピス・在宅ケア研究会編：退院後のがん患者支援ガイド. プリメド社, 1995, pp.8 - 15, 28 - 41, 68 - 69.
 - 22 佐藤武男：会報・日喉連第30号 (日本喉摘者団体連合会, 編). 日本喉摘者団体連合会, 2000, pp.1 - 3.
 - 23 佐藤武男：食道発声法—喉摘者のリハビリテーション—. 金原出版, 1993, pp.26 - 30.
 - 24 谷口まり子, 浦田亜希, 川内美紀：癌告知を受けた患者の心理面の考察. 熊本大学教育学部紀要, 自然科学45 : 99 - 109, 1996.
 - 25 富永祐民, 大島明, 黒石哲生, 他編：がん・統計白書—罹患/死亡/予後—1999. 篠原出版, 1999, pp.85 - 148.
 - 26 全国患者会障害者団体要覧編集室：全国患者会障害者団体要覧第2版. プリメド社, 1999, pp.231 - 244.
 - 27 全国手話通訳問題研究会編：聴覚・言語障害者とコミュニケーション. 一橋出版, 2000, pp.96 - 108.