

舌部分切除患者の心理面の変遷に関する質的研究
—M-GTA 分析による—

大西紗也子

日本大学大学院歯学研究科歯学専攻

(指導：植田耕一郎教授，阿部仁子准教授)

緒 言

頭頸部癌とは、口腔、唾液腺、咽頭および喉頭などの頭頸部領域に生じる癌の総称である¹⁾。その治療では外科療法、放射線療法、化学療法などが行われ、術後に高頻度で摂食嚥下機能障害や構音障害を伴う²⁾。術後の食べる楽しみの喪失や、家族や他者とのコミュニケーション能力の低下は、日常生活に大きな支障をきたし、家庭復帰・社会復帰を困難にする。さらに術後の顔貌の変化による精神的な苦痛が、不眠、不安症状、鬱症状を増悪し、Quality Of Life（生活の質：QOL）の低下を招くことが少なくない。頭頸部癌患者の鬱病発症率は15～50%とも言われ、さらに自殺率はその他の癌患者と比較して高いと報告されている³⁻⁶⁾。しかし鬱病発症率や自殺率が高いにもかかわらず、頭頸部癌患者ではQOLの向上に関わる医療従事者による心理的サポートは十分とは言えないのが現状である。

摂食機能療法では、摂食嚥下機能が低下している脳卒中、認知症、そして頭頸部癌等に罹患した患者に対して摂食嚥下リハビリテーションを行っている。頭頸部癌のなかでも、口底部癌、歯肉癌、舌癌といった口腔癌患者を対象に介入しており、特に舌癌患者の割合が多い。

日本において、頭頸部癌患者の40%は口腔癌であり、その60%が舌癌であると報告されている⁷⁾。舌は、構音、摂食、咀嚼、嚥下などの重要な機能を担っているため、舌癌手術後はこれらの機能が障害される。舌癌切除後の機能障害は主に切除部位や範囲に影響され、舌部分切除術と半側切除術では比較的機能障

害の程度は軽いと報告されている。特に、部分切除術では、術後 6 カ月における構音機能が術前とほぼ同じレベルまで回復し、社会復帰上の障害は少なく、精神的健康に大きな問題はないとされている⁸⁾。このため、舌部分切除患者に対する心理面の変遷や精神的健康への配慮の必要性についての報告はない。しかし、当科が介入する舌部分切除患者では、機能障害の程度は比較的軽度であるものの機能障害に対する訴えは強く、機能回復だけでなく社会復帰に必要な心理面のサポートを必要とするケースが多い。

そこで本研究では、舌部分切除患者の心理面をサポートする新たな治療方法を開発するための基礎的研究として、舌部分切除患者の機能面の変化と心理面の変遷を明らかにすることを目的とした。

対象および方法

1. 対象者

2016 年 5 月～2017 年 6 月の間に，舌癌初発により日本大学歯学部附属歯科病院に入院し，舌部分切除術を受けた患者のうち，研究内容を理解し，対象者になることに同意した者 8 名（平均年齢 67.9 ± 12.8 歳，男性 5 名，女性 3 名）を対象とした（第 1 表）。

対象者は，口腔外科で治療が決定し，摂食機能療法科に紹介され，治療が開始した時から術後 6 カ月まで，摂食機能療法科の歯科医師による診療を受けた症例とした。診療内容は，口腔機能の状態変化や生活状況に関する問診，舌運動と構音の機能評価，口腔周囲・肩頸部のマッサージ・ストレッチならびに舌の牽引訓練・負荷訓練を主とした摂食嚥下リハビリテーションを実施した。診療は，入院直後から術後 1 カ月までは週 1 回，術後 2 カ月は 2～3 週に 1 回，術後 3 カ月以降は月 1 回程度の頻度で行った。本研究は日本大学歯学部倫理委員会の承認（倫許 2016-5 号）を受けており，書面にて対象者本人に対し研究の趣旨・方法について説明し，文書による同意を得た。

2. インタビュー実施方法

インタビュー形式は，対象者の回答次第で内容を深く掘り下げることが可能となる半構造化面接を採用した。インタビューは，著者と対象者の 1 対 1 で行い，1 回あたり 45～60 分として 1 人につき 4 回（術前：手術前の外来での来院時か入院時，術直後：手術直後の入院時，術後 3 カ月：手術後 3 カ月経過時，

術後 6 カ月：手術後 6 カ月経過時）行った。ただし，インタビュー対象期間中に追加治療が必要と診断された対象者については，4 回行ったインタビューのうち追加治療を開始した後のインタビューは分析から除外した。また，質問の方向性や方針を記したインタビューガイドを作成し，これに沿ってインタビューを実施した。インタビューガイドは，①口腔内（舌）の感覚について，②身体的・社会的な不安について，③摂食嚥下リハビリテーションに対するイメージについての 3 項目とした。いずれのインタビューも対象者の心理的影響への配慮や，個人情報保護に留意するため，個室にて行った。なお，告知前の内容に関しては，告知後のインタビューにおいて，対象者の記憶に照らし合わせて内容を記録した。

3. 分析方法

分析には修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(Modified Grounded Theory Approach, 以下 M-GTA)を採用した。M-GTA はグラウンデッド・セオリー・アプローチ(Grounded Theory Approach, 以下 GTA)をより理解しやすく，活用しやすく木下が修正した質的研究手法の 1 つである⁹⁾。GTA とは Gluser と Straus によって考案された手法で，社会的相互作用に関係し，人間行動の予測と説明に有用であり，人間と人間が一定の社会的状況下，条件下でやりとりをする医療，看護，福祉，教育のようなヒューマンサービス領域に適した研究手法である^{10,11)}。GTA の特徴として，質的データを使用しながらも，数量的な方法と同じ厳密さで分析を行い，それにより理論を構築していくために，データを

一語，一文節，一行と細分化していくというデータの切片化を行う。これに対し，M-GTA はデータの切片化は行わず文脈で検討するため，そこに反映されている人間の認識や行為，感情，それに関連する要因や条件などを検討することが可能となる研究手法である⁹⁻¹³⁾。本研究では，人と人との複雑な相互作用が進行していく全体の流れを読み取り，データに表現されている文脈を理解するため，GTA ではなく M-GTA の手法を採用した。

本研究の実施と分析は，分析の妥当性と信頼性を確立するために，質的研究の知識と経験を有する歯科医師 2 名と，対象者と面識がなく質的研究の経験を有する言語聴覚士 1 名が行った。

インタビュー内容は対象者の同意を得た上で音声録音したものを逐語録に起こした。個人名や固有名詞などをアルファベットに匿名化して，具体例となる意味のある文節を抜き出し，さらに文節ごとに文章番号を付与してデータとして使用した。個々の対象者名は，A～H をランダムに割り当てた。このデータから概念を生成し，分析ワークシートを作成した。分析ワークシートには，概念名，ヴァリエーション（具体例），理論的メモの項目があり，概念名は単語か短文となるため，概念名の説明を定義に記載した。ヴァリエーションには概念生成の元となる，対象者の語りである生データが記載され，理論的メモには定義とはならなかった解釈案や疑問，反対例や類似例などを記載した。具体的な分析ワークシートの 1 例を示した（第 2 表）。分析を進め，概念が生成された時点で新しく分析ワークシートを作成するため，概念の数だけ分析ワークシートが

存在した。各概念のヴァリエーションから複数の対象者が回答し、内容に偏りが
ないことを概念の有望さとして、概念の有望さが認められる概念を採用した。
概念生成と同時に概念の相互関係も検討し、複数の関連しあった概念のまと
りであるカテゴリーおよびコアカテゴリーを生成した（第 3, 4 表）。生データ
からコアカテゴリーを生成していく過程の 1 例を示した（第 1 図）。さらにコア
カテゴリーごとの結果図を作成し（第 2～4 図）、以上の分析における全体像を
示した総合結果図を作成した（第 5 図）。

結 果

M-GTA を用いた対象者の心理面の変遷として、8 名分、合計 25 回分のインタビューを逐語録に起こし、意味のある文節を抜き出したところ、1572 個の生データが抽出され、この生データをもとに下位概念が生成された。第 2 表に示したような各概念のヴァリエーションから複数の対象者が回答し、内容に偏りが無いことを概念の有望さとした。この有望さが認められる概念を採用し、有望さが認められない概念を削除した結果、107 個の下位概念が生成され（第 3 表）、各概念に対応する番号ごとに振り分けたものを第 4 表の下位概念カラムに示した。この下位概念を生成すると同時に、対象者の不安や心理面の変遷、摂食嚥下リハビリテーションに対する認識に着目し、下位概念相互の関係性の検討を進め、概念間の関係性の調整、修正、統廃合を行った結果、第 4 表の概念のカラムに示す 19 個の概念が生成された。同様に概念同士の関係性を検討した結果、第 4 表のカテゴリーのカラムに示す 9 個のカテゴリーが生成され、最終的にこれらのカテゴリーから第 4 表のコアカテゴリーのカラムに示す 3 個のコアカテゴリーが生成された。さらにコアカテゴリーごとの結果図を作成し（第 2～4 図）、以上の分析結果の全体像を示した総合結果図を第 5 図に示した。以下、抽出されたコアカテゴリー、カテゴリー、概念と共に、対象者の語りを引用し結果を示す。なお、コアカテゴリーは【】、カテゴリーは《》，概念は〈〉、対象者の語りは「」と表し、どの時期か分かるように、アルファベットの後に（）で時期を示した。コアカテゴリー、カテゴリー、概念の通し番号は全て第 4 表と対

応している。

1. 【①不安の変遷】

このコアカテゴリーは、《①告知前の不安》《②告知後の不安》《③転移・再発への不安》の3つのカテゴリーから構成された（第2図）。《①告知前の不安》は、「対象者 E（以下 E）（術前）そのままずっと、たいしたことないなと思って、そのままにして。」と対象者は楽観的であったが、時間が経過しても治癒せず、痛みや違和感が出現し、〈①告知前の口腔内症状の自覚〉により、「対象者 B（以下 B）（術前）で、おかしい、どんどん悪くなってくな、なんかちょっと潰瘍みたいなのができるようになってきてんな、なんて思ってたのね。」といった漠然とした不安が生じた。《②告知後の不安》は、癌と判明したことにより告知前に感じていた漠然とした不安から「対象者 F（以下 F）（術前）癌って怖い病気だから。」と〈②告知後の癌に対する不安・逃避〉が現れ、「対象者 G（以下 G）（術前）どの程度会話とか、食べ物の飲み込み。そういうものがどの程度影響あるんだろうっていう心配はね、もちろんありますよね。」と術後の摂食嚥下機能や会話といった具体的な機能に対する不安が存在した。告知前と告知後では、「F（術前）癌って言われなきゃいいのになあって言う風な気持ちで、その間の不安の方が強いです。」のように、告知前の方が強い不安が認められた。さらに、《③転移・再発への不安》は、告知後から術前では、「F（術前）転移してたら大変だって。その不安の方が大きかったですね。」といった早く治療しないと転移するのではという焦りと不安が存在し、術後は「対象者 D（以下 D）（術直後）

やっぱり、また同じような病気が身体に出るっていうことが一番不安です。」対象者 C（以下 C）（術後 3 カ月）不安はそうですね、再発が 1 番怖いんで。」「F（術後 6 カ月）検査もしたんで、何言われるかなって不安はありますよね。」と継続的に〈③転移・再発への不安〉が存在した。

2. 【②機能回復に対する心理支援】

このコアカテゴリーは、《④食事に対する自己認識》《⑤会話の明瞭度に対する自己認識》《⑥摂食嚥下リハビリテーションの必要性の認識》の 3 個のカテゴリーから構成された（第 3 図）。《④食事に対する自己認識》では、術前は「D（術前）食べることもそうですけれども。食べることは今、離乳食だってなんだってあるじゃないですか。」と、食材を柔らかく調理するなどの工夫をすれば食べられないことはないと楽観視していた。一方、術直後では「B（術直後）チューブがどっか粘膜にぶつかってる感じがして、いつもね。」と経鼻経管栄養による不快感が生じ、経口摂取開始となっても「B（術直後）だって見てさ。ああ、またこれ食べて飲み込むとき痛いんかと思うと、ぞっとするよね。」「C（術直後）ただ、それが終わってから、最初の食事んときも、もっとつらかったです。」といった嚥下痛や舌の動かしにくさから思うように食事が出来ず、〈④食事〉に対するもどかしさと不安を感じていた。退院後から術後 3 カ月では機能の改善と共に徐々に常食に近い食事が出来るようになり、食事に要する時間も術前と変わらなくなることで、「対象者 H（以下 H）（術後 3 カ月）食べにくくはないです。口には、まあ残らない。大丈夫。」とその不安は解消されていた。術後 6 カ月に

なると食事に対する不安は表出されなかった。一方、《⑤会話の明瞭度に対する自己認識》は、術前では「G（術前）私、仕事があるもんですから。会話が不自由になると困るなっていう、あれはありますよね。」と、他人と〈⑤会話〉出来るか、仕事出来るかなど、コミュニケーションに対する具体的な不安が存在するが、術直後では接する相手が、家族や医療従事者であったため、「F（術直後）実際にね、終わってみて、言葉が少ししゃべれるっていうことで、良くなった。」と予想以上に会話が可能であることに安堵していた。しかし、退院後は職場復帰により仕事の関係者と接することで、「E（術後 3 カ月）他の人に言わせると、別に変わらないよとかって言われるんですけど。」との反応に安堵することもあったが、「C（術後 3 カ月）ただお客様と今日電話で仕事で話したんですけど、そのときは『え？』って、『誰ですか』っていうふうな。」と電話で聞き返されたり、自身の会話の不明瞭さを自覚したりすることで、会話に対するもどかしさを感じていた。さらに、このもどかしさは「B（術後 6 カ月）もうちょっと歯切れよく、なんて。何となくこうさ、甘ったるいような。舌っ足らずのような、そんなの。」と 6 カ月経過時点でも解消されていなかった。このことから、対象者は他者とのコミュニケーションに必須となる構音機能の回復に重きを置くようになった。《⑥摂食嚥下リハビリテーションの必要性の認識》は、対象者は「F（術直後）なんて言うのかな、人と接するとか、電話の応対とか、そういうことがどれほど可能か。なるべくそれがうまくできるようになりたいっていうのが。」と健康だった〈⑥術前の日常を取り戻したい〉という希望を持

っており、術後 3 カ月までは口腔機能の不調を自覚していた。このような彼らの生活に対する希望や口腔機能の自覚が〈⑦術後の摂食嚥下リハビリテーション〉に対する意欲になっていた。そのため、術後 3 カ月までは、「B（術後 3 カ月）やっぱり 1 カ月、2 カ月ぐらいのうちは夢中でしょ。」と必死になって自身の機能回復に取り組んでおり、〈⑧術後の精神的に余裕のない状態〉で生活していた。さらに、「F（術後 3 カ月）自分でやろうと思っても、なかなかできないんで。先生に指導してもらって、それをうち帰ってきて、復習するみたいなかたちで。自分自身じゃなかなかできない。」と、意欲はあるものの自宅で行う摂食嚥下リハビリテーションには限界があることを対象者は自覚しており、そのことから外来での摂食嚥下リハビリテーションの重要性を認識していた。術後 3 カ月以降は機能が安定してきたことにより「E（術後 3 カ月）やっぱり、動き。舌の動きが、最初の頃と。動きが良くなってきたような感じ。」といった〈⑨術後の機能回復の自覚〉が生じ、「B（術後 3 カ月）今と変わらないってこと。体重減少もなかったし。多少食べるものは、初めは食べられなかったけど、今は工夫すればどうとでもなるしね。だからそういう意味では全然そういう、体重減少も何もなかったから。それだけは良かったなって。」と〈⑩術後の生活状況への安堵〉も認められ、機能面でも精神面でも、「D（術後 6 カ月）これは、やっていただくことだけじゃなくて、お話を、気持ちを、不安を聞いていただけるといふ、そういう精神的な支えになったっていうこと。これが大きかったと思います。」と、摂食嚥下リハビリテーションに対する感謝が現れていた。

3. 【③精神的健康の獲得】

このコアカテゴリーは、《⑦癌に適応するための心理的変容》《⑧術後の生活に適応するための心理的変容》《⑨本人の意欲に影響を与える環境因子》の3個のカテゴリーから構成された（第4図）。告知前は自分の病態が分からず、癌かどうかははっきりしないという漠然とした不安が存在し、実際癌と告知されると「C（術前）まだ40代でそんな言われるとは思ってなかったですね。」と初めは驚きとショックを受けるが、漠然とした不安は解消されていた。しかし癌そのものに対する不安と逃避が新たに生じると共に、なぜ自分が癌になってしまったのか「対象者A（以下A）（術前）だから鶏と卵じゃないんだけど、舌が歯に当たって傷になったのか、傷になっているのに歯が当たるから痛いのか。」と原因を追究しはじめ、〈⑪病気になった原因に対する自覚〉が生じ、次第に自分なりの解釈モデルが構築された。また、「E（術前）そうですね。すぐやっていたんで。検査も、何かパタパタ。」と比較的初期段階で癌と判明し、治療を開始出来ることに安堵感を感じていた。そして、「E（術前）もうしょうがないなって思って、先生にお任せするしかないなと思って。」と〈⑫告知後の癌に対する自覚・覚悟〉が芽生え、《⑦癌に適応するための心理的変容》が生じていた。さらに、〈⑬術後の見通しに対する不安〉は、癌の転移・再発に対する不安と機能回復に対する不安が挙げられた。癌の転移・再発に対する不安は「E（術後6カ月）今は、転移もしてないって言われたし。大丈夫なんじゃないかなと思うんだけど。」と、臨床検査の結果を担当医から聞くことにより緩和されていた。ま

た、機能回復に対する不安は、「B（術後 3 カ月）結構ね、日常の話やなんかも話せるから、すごくいいなと思う。こう伸ばして、リハビリだけして終わりっていうじゃないからね。気持ちのほうも聞いてくれるしね。」や「C（術後 3 カ月）でもすごい結構、今日もそうだったんですけど、ピンポイントでこの動きが悪いからこうゆうリハビリしてねとか言ってくれと、なんか安心じゃないですけど、ちょっと自分でもこすってマッサージしようかなって、とても助かりましたね。」というように、担当医から日常生活や仕事面の不安を聴取され、その都度機能障害の原因や対応策を提示されることにより緩和されていた。これらの医療従事者の対応が対象者の病状や機能障害に対する客観的評価となり、〈⑭医療従事者からの客観的評価に対する安心感〉が生じていた。安心感を得ることで、「E（術後 6 カ月）今までずっと身体動かしてきたんで。手術してからずっと何カ月間、身体動かさなかったんで。多少、運動したいなっていう気持ちが出てきちゃうんだよ。」と、対象者は〈⑮術後の生活に対する意欲〉が芽生え、「F（術後 6 カ月）これぐらいが限度なのかなと思ったりしてます。」といった機能障害を持ちながら日常生活を送るということに諦念・諦観した。このような〈⑯術後の見通しに対する不安を受容していく過程〉を通して今の自分を受け入れることができるようになり、「D（術後 6 カ月）長生きしなくてもいいんですけれども、最後まで元気で、ねえ。」「F（術後 6 カ月）いや。全然、そういうことは、あんまりなかったんですよ。何とかして治さないと、今まで、もう 66 よと思ってたんですね。だけど、私はまだ 66 なんだと思うようになりまし

たよ，だから。最初から，お話ししたかもしれないけど，ここで負けてちゃいけないわって感じで。そうなんですね。」といった〈⑩価値観の転換〉と人生観の構築が起こり，今の自分の機能に見合った生活スタイルを確立し，《⑧術後の生活に適応するための心理的変容》が生じていた。これらの心理的変容には，〈⑪家族との関わり〉〈⑫仕事との関り〉〈⑬第三者との関り〉といった《⑨本人の意欲に与える環境因子》が関与していた。「A（術前）うちの奥さんが一番心配しているのは，もちろん食べる物が用意できるのかなとか，それ用に用意できるのかなとか，どういうことを退院した後しなきゃいけないのかというレベルが分からないから。」「F（術後 3 カ月）せっかく良くなったんで，夫とか手伝ってもらいながら，買い物とか。それで少しずつやりながら，手伝ってもらいながら，身体の疲れない程度に動いてました。」といった家族のサポートや，「A（術前）しっかり本当に，この期間，今回の入院は，時間は少々かかかってもいいからしっかり治せよと，そういうことなのでね。」と会社の理解が対象者にとって支えとなっていた。また「F（術後 6 カ月）その点では，もう全部辞めなきゃいけないかなと思ってて。自分が役があるんで，その役職も辞めなきゃいけないかなと思ってたんですけど，『大丈夫，聞き取れるから』って言ってくださるんで，大丈夫でしょうかね，先生ね。それで，続けられるかなあと思いながらいるんですね。」といった職場復帰に対する不安でさえも術後の生活に対する意欲となっていた。一方，隣人のような，手術を受けたことを知られたくない相手に対しては「B（術後 6 カ月）嫌だわね，近所は一番ね。知ってる人もいるしね。で

も，いろんな人がいるからね。腹の中探られんのもやだしね。」と関わることに
煩わしさが生じていた。

考 察

頭頸部癌患者はしばしば摂食嚥下機能障害を生じ、特に口腔癌患者の 75%は嚥下の困難感を訴える¹⁶⁾。舌は口腔咽頭期嚥下において重要な構造の一つであり、食塊形成や食道への移送を行う。そのため、舌癌患者は罹患部位を切除することにより、舌の形態が変化し、不十分な舌の動き、口腔通過時間の遅延、舌骨挙上の減少、誤嚥、喉頭侵入、喉頭蓋谷や梨状窩残留といった摂食嚥下機能障害が生じる^{17,18)}。また、舌切除により舌の形態が変わり、口腔を占める容積が変化するため、口蓋への接触範囲が変化し、構音障害が生じる¹⁹⁾。このような舌癌術後の機能障害を改善するために行われるのが舌運動訓練や構音障害訓練を主とした摂食嚥下リハビリテーションである。これらの障害は、特に舌を 50%以上切除していると症状が出現しやすいが、部分切除や半側切除でははるかに障害が少ないと報告されている^{16,17)}。このように、舌癌部分切除患者は、進行している舌癌患者や放射線治療を併用している患者と比較して、QOLにも影響が少ないとの報告がされている¹¹⁾。

しかし、予備研究において、術後 1 年以上経過している舌部分切除患者と半側以上切除された皮弁再建患者を比較したところ、舌部分切除患者では、機能は改善しているが、術後の精神的健康状態が悪くなっていた。そのため本研究では、対象者の心理面の変遷と、摂食嚥下リハビリテーションが対象者の心理面にどのような影響を与えるかを明確にするために、機能障害が生じにくいとされている舌部分切除患者を対象とした。このような身体機能や精神状態に問

題がないと一般的にみなされている対象者の心理状況を探ることを目的とした質的研究はこれまでに報告されていない。

本研究の結果、告知前から研究終了時の術後 6 カ月まで、転移・再発や食事、会話に対する不安が存在し、時期によりその内容や程度は変化していた。舌癌患者の術後の生活に関わる障害は主に構音機能障害と摂食嚥下機能障害であると言われており¹⁶⁾、本研究でも、この 2 つの機能障害に対する認識は術前から術後にかけて存在していた（第 5 図）。術前では、対象者は食事よりも会話における機能障害を強く認識しており、これは対象者が食事に対する代償的な対処法は予測出来ていたが、会話は仕事を含めた日常生活において代償的な対処法が予測出来ず、会話の機能障害に対する不安が食事比べて大きくなったことが原因と考えられる。一方術直後では、術前と対照的に食事の機能障害を認識していた。これは、会話は術前に不安に思っていたよりも可能であったが、食事は、経鼻経管栄養から開始され、経口摂取移行初期には嚥下痛が生じたり、食事に時間がかかったりと術前には想定していなかった機能障害を認識したことによると考えられる。術後 3 カ月になると、食事の機能障害に対する不安はほぼなくなっていた。一方、会話の機能障害に対する不安が術直後に比べて強くなっていた。これは術直後の入院中では、会話する相手が家族や医療従事者であり、自分が思っていたよりも会話が出来ることが自信に繋がっていた。しかし、社会復帰することにより関わる人が仕事関係者や初対面の人へと変化し、対象者の中で意思疎通の困難感が生じたことが要因であると考えられる。このよう

に、会話に対する不安の変化には、家族や職場関係者からの客観的評価が大きく影響し、そのような評価を得られる環境因子の存在が、本人に摂食嚥下リハビリテーションに対する意欲を与えることが示された。しかし意欲が生じる一方で、術後 3 カ月から術後 6 カ月では他人との関わりの煩わしさが存在した。これはあえて自身の病気を言わなくても良いような関係性の薄い第三者に対し生じていた。これは第三者に対し気を遣わせては悪いという気遣いを示しているが、本心では第三者と関わることでより自身の病気を再認識してしまい、劣等感を感じてしまうことに対する自己防御であるかもしれない。

舌部分切除ではほとんど構音障害はなく、明瞭度が 70%以上あれば社会復帰に問題ないと言われているが、飴をなめながらのような話し方の特徴があり、話しにくさを訴えることが多いといった報告がある^{20,21)}。本研究でも術後 6 カ月経過していても会話に対するもどかしさの自己認識が存在していた。これは術後 3 カ月と同様に、機能は改善しているが、対象者の中で、自身の機能に満足できていないことが要因であると考えられる。

さらに、本研究では、患者の癌の転移再発に対する不安や術後の生活に適応するための心理的変容が明確になった。彼らは術後 6 カ月の間、病気の告知や機能障害にショックを受け、鬱症状を呈することがあるが、その状況に徐々に適応していた。これは Cohn と Fink が提唱する障害受容といった過程と同様であり^{22,23)}、ここからも、機能的・精神的障害が少ないとされている舌部分切除患者であっても障害を受け入れるための術後の経過に応じた心理支援が必要で

あることが示された。

さらに社会復帰後の対象者は、日常生活における摂食嚥下リハビリテーションの優先順位が変化し、自宅での機能訓練の継続が困難となることが多い。このため、外来における医療従事者による機能訓練と機能評価を受けることで、安心感を得ていた。また、当科では毎回、機能訓練開始前の問診で、生活状況や心理的な不安を聴取し、それに対する対応策を提示している。それにより対象者は機能面だけでなく、心理的な不安を緩和していた。このように、術後 3 カ月以降は機能回復だけでなく、心理支援に対する感謝の概念が現れ、対象者が摂食嚥下リハビリテーションに求めることは、機能回復と心理支援の両方であることが示された。このことから、医療従事者は、対象者が自分の機能に多少の不満を持ちながらも、自分の障害に適応して上手く対処出来るように支援することが、機能回復と同様に重要であることを認識するべきである。一般的に、癌患者に対する心理支援は、精神科医、看護師、臨床心理士などが行っているが、摂食機能療法科は摂食嚥下リハビリテーションを通して、日常生活における患者の訴えを聴取しやすい環境にあり、必然的に歯科医師が患者の心理支援をする役割を担っている。この患者の心理面の変遷を理解し、患者に関わるその他の専門医と患者の精神的健康状態に関する情報を共有することで、患者に有意義な治療を提供することが出来ると考えられる。

本研究では、患者の機能回復と心理面の変化について質的分析を行い、理論的飽和に達したが、分析を進めるなかで、概念としては生成されなかったもの

の、年齢や家族構成もまた心理面の変化に影響を及ぼしている可能性が考えられた。そのため今後の課題としては、年齢、職業、家族構成のような環境因子を含めたインタビューを行い、分析と考察を進める必要がある。

結 論

本研究では、舌部分切除患者の心理面の変遷を明らかにするため、術前、術直後、術後 3 カ月、術後 6 カ月にインタビューを行い、質的研究手法である M-GTA を用いて分析を行った結果、以下の結論を得た。

1. 機能的・精神的障害が少ないとされている舌部分切除患者であっても、告知前から研究終了時の術後 6 カ月まで、転移・再発や食事、会話に対する不安が存在し、癌や術後の生活に適応するための心理的な変容が生じていることが明確になった。
2. 対象者が摂食嚥下リハビリテーションに対して求めることは、術直後～術後 3 カ月までは機能回復であり、機能が安定してきた術後 3 カ月～6 カ月では、機能回復だけでなく、心理支援であることが示された。
3. 医療従事者は、対象者が自分の機能に多少の不満を持ちながらも、障害に適応し、日常生活に上手く対処出来るように支援することが、機能回復と同様に重要であることを認識する必要がある。

謝 辞

稿を終えるにあたり，本研究に際し終始懇篤なるご指導およびご校閲を賜りました日本大学歯学部摂食機能療法学講座植田耕一郎教授，阿部仁子准教授，および国際医療福祉大学成田保健医療学部言語聴覚学科石山寿子准教授に謹んで心より感謝申し上げます。あわせて日頃ご助言ご鞭撻頂きました本学摂食機能療法学講座の皆様に感謝の意を表します。

参考文献

- 1) Richardson AE, Morton R, Broadbent E (2015) Psychological support needs of patients with head and neck cancer and their caregivers: a qualitative study. *Psychol Health* 30, 1288–1305.
- 2) Hasegawa Y, Sugahara K, Fukuoka T, Saito S, Sakuramoto A, Horii N, Sano S, Hasegawa K, Nakao Y, Nanto T, Kadoi K, Moridera K, Noguc K, Domen K, Kishimoto H (2017) Change in tongue pressure in patients with head and neck cancer after surgical resection. *Odontology* 105, 494–503.
- 3) Lydiatt WM, Moran J, Burke WJ (2009) A review of depression in the head and neck cancer patient. *Clin Adv Hematol Oncol* 7, 397–403.
- 4) Neilson K, Pollard A, Boonzaier A, Corry J, Castle D, Smith D, Trauer T, Couper J (2012) A longitudinal study of distress (depression and anxiety) up to 18 months after radiotherapy for head and neck cancer. *Psychooncology* 22, 1843–1848.
- 5) Kam D, Salib A, Gorgy G, Patel TD, Carniol ET, Eloy JA, Baredes S, Chan Woo Park R (2015) Incidence of suicide in patients with head and neck cancer. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 141, 1075–1081.
- 6) Barber B, Dergousoff J, Slater L, Harris J, O’Connell D, EL-Hakim H, Biron VL, Mitchell N, Seikaly H (2016) Depression and survival in

- patients with head and neck cancer. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg 142, 284–288.
- 7) Japan Society for Head and Neck Cancer Registry Committee (2006) Report of head and neck cancer registry of Japan. Clinical statistics of registered patients, 2002. Jpn J Head and Neck Cancer 32, 15–34.
- 8) Lam L, Samman N (2013) Speech and swallowing following tongue cancer surgery and free flap reconstruction - A systematic review. Oral Oncol 49, 507–524.
- 9) 木下康仁 (2003) グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い. 初版, 弘文堂, 東京, 7-22, 42-46, 140-229.
- 10) 木下康仁 (1995) グラウンデッド・セオリー・アプローチ—質的実証研究の再生—. 初版, 弘文堂, 東京, 15-30.
- 11) Aita K, Takahashi M, Miyata H, Kai I, Finucane TE (2007) Physicians' attitudes about artificial feeding in older patients with severe cognitive impairment in Japan: a qualitative study. BMC Geriatr, doi: 10.1186/1471-2318-7-22.
- 12) 木下康仁 (2007) ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチの全て. 初版, 弘文堂, 東京, 15-54.
- 13) Odachi R, Tamaki T, Ito M, Okita T, Kitamura Y, Sobue T (2017) Nurses' experiences of end-of-life care in long-term care hospitals in

- Japan: balancing improving the quality of life and sustaining the lives of patients dying at hospitals. *Asian Nurs Res* 11, 207–215.
- 14) Tsuga K, Yoshikawa M, Oue H, Okazaki Y, Tsuchioka H, Maruyama M, Yoshida M, Akagawa Y (2012) Maximal voluntary tongue pressure is decreased in Japanese frail elderly persons. *Gerodontology* 29, 1078–1085.
- 15) 伊藤元信, 古川政樹 (1991) 舌切除・再建術を受けた患者の発話明瞭度. *音声言語医学* 32, 347-353.
- 16) Huang ZS, Chen WL, Huang ZQ, Yang ZB (2016) Dysphagia in tongue cancer patients before and after surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 74, 2067–2072.
- 17) Costa Bandeira AK, Azevedo EHM, Vartanian JG, Nishimoto IN, Kowalski LP, Carrara-de Angelis E (2008) Quality of life related to swallowing after tongue cancer treatment. *Dysphagia* 23, 183–192.
- 18) Ha J, Sung IY, Son JH, Stone M, Ord R, Cho YC (2016) Analysis of speech and tongue motion in normal and post-glossectomy speaker using cine MRI. *J Appl Oral Sci* 24, 472–480.
- 19) Suarez-Cunqueiro MM, Schramm A, Schoen R, Seoane-Lestón J, Otero-Cepeda XL, Bormann KH, Kokemueller H, Metzger M, Diz-Dios P, Gellrich NC (2008) Speech and swallowing impairment after treatment

- for oral and oropharyngeal cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 134, 1299–1304.
- 20) 熊倉勇美 (1985) 舌切除後の構音機能に関する研究—舌癌 60 症例の検討—, 音声言語医学 26, 224-235.
- 21) Philiponis G, Kagan SH (2015) Speaking legibly: qualitative perceptions of altered voice among oral tongue cancer survivors. Asia Pac J Oncol Nurs 2, 250–256.
- 22) Cohn N (1961) Understanding the process of adjustment to disability. J Rehabil 27, 16–18.
- 23) Fink SL (1967) Crisis and motivation: a theoretical model. Arch Phys Med Rehabil 48, 592–597.

表および図

第 1 表 対象者データ

患者	A	B	C	D	E	F	G	H
年齢	50歳代	60歳代	40歳代	80歳代	70歳代	60歳代	70歳代	70歳代
性別	男	女	男	女	男	女	男	男
結婚歴	既婚	既婚	既婚	既婚	既婚	既婚	既婚	未婚
同居者	有り	無し	有り	無し	有り	有り	有り	無し
仕事	有り	有り	有り	無し	有り	有り	有り	無し
追加治療の有無	有り	無し	有り	無し	無し	無し	有り	有り
インタビュー回数	1回	4回	3回	4回	4回	4回	2回	3回

第2表 分析ワークシートの1例

概念名	自分の口に対する認識(不安)
定義	告知前・術前・術後に感じた口腔内の機能に対する不安
ヴァリエーション	A8 なんか痛いなど。
	A11 そこからゴールデンウィークの旅行に行って帰っても、あるいは旅行中も随分痛かったので、これはちょっと口内炎じゃないんじゃないのかなと思って
	A22 想定していたんですよ。これ、かなり悪いんじゃないのと。痛いの。
	B8 それをしてたのね、で、おかしい、どんどん悪くなってくな、なんかちょっと潰瘍みたいなのができ、痛くなってきてんな、なんて思ってたのね。
	B27 でももしあれだったら。悪いもんでない限りは、取りたくないでしょ。
	C25 だから、今回その新たに、痛みが全然、痛くなって、口内炎みたいな、出来物ができてるなっていうんで、行ったときに、まさかこんなね、って言ったら変ですけど、
	D30 関係があるかどうか、分かりませんけれども。今もやっぱり、口内炎のお薬は頂いてつけましたけれども。あんまり効いてんのか、効いてないのか。こっちのほうが、具合悪くなったから。口全体が、気持ち悪い。
	E10 (入れ歯の調整をちょっと続けて、)はい。それでちょっと長いんで、内科の先生に診てもらったら、それはもう口腔外科だっていうことで。
	F2 「先生なんかここにきてみたいにあるんですけど」って言って。それで、そしたら がんにはならないだろうみたいなことで最初始まったわけなんですよ。でも「先生おかしいですよ。歯の痛みじゃないですよ」って言ったんだけど。
	B2 口の中が血だらけ。それだけでびっくりした。あとよだれが飲み込めない。
	F36 シートがはがれるとかって聞いた。
	C72 電話もらって、がんだから手術しますって言われた、手術前の1週間、2週間ぐらい前が、一番不安だったですね。どんなふうになるだろうっていうふう。
	C73 分からないしね。周りにそういうのをやった経験の人もいなかったりするから、聞くこともできなかったしね。
	C74 それに、決まって手術っていうと、やることが、留守にするからいっぱいあったわけ。これとこれを。
	G2 (気になるところは)先ほど申し上げたように、口の中の変化ですね。
～以下省略～	
理論的メモ	診断・告知前は口の機能や病変に対する不安という様な具体的な不安ではなく、実体のない漠然とした不安がある。この不安が術前の心理面に影響しているかもしれない。告知後や手術後は具体的な口腔内症状の不安へと変化している。

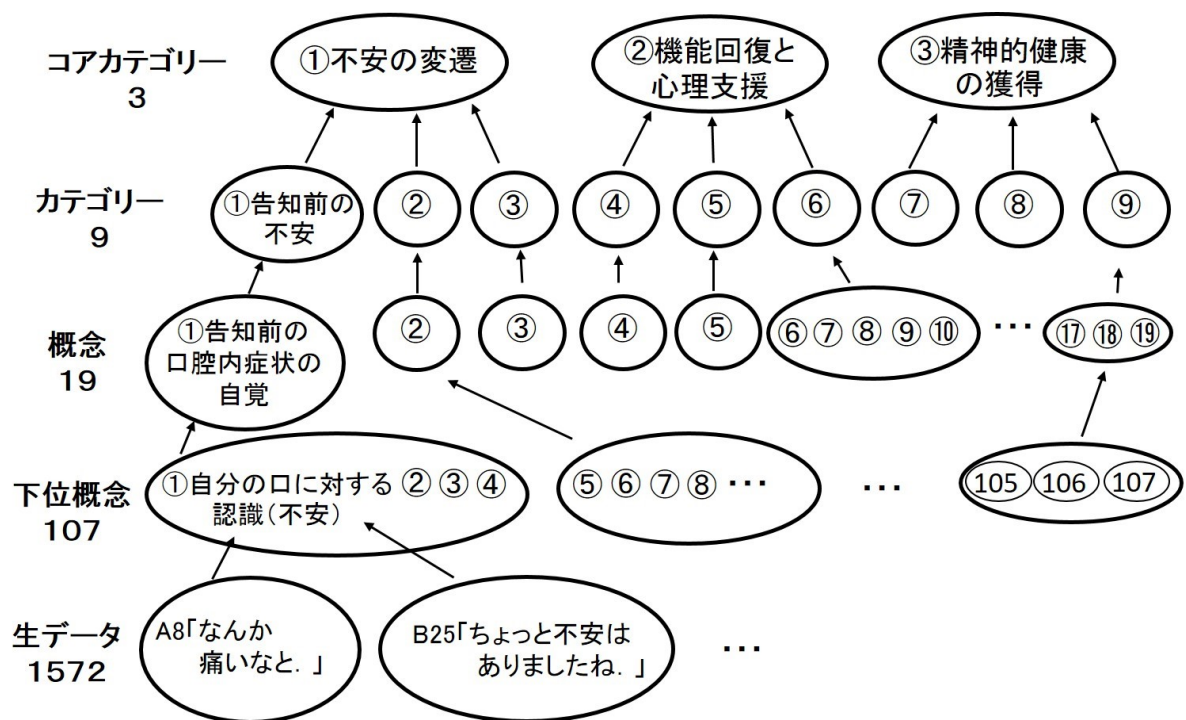
各概念別に作成している。記号は対象者を、番号は逐語録を意味のある文節ごとに区切ったものを示す。術前は黒、術直後は赤、術後3カ月は青、術後6カ月は緑と色分けして示す。

第3表 分析結果（下位概念）

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 1. 口腔内状態に対する認識(不安) | 25. 発音への認識(自覚) | 55. 術後の生活状況(安堵) | 85. 外科への信頼感 |
| 2. 口腔内状態に対する認識(覚悟) | 26. 今後の見通しに対する認識(発音不安) | 56. 舌痛に対する患者のイメージ(珍しい) | 86. 摂食に対する信頼感 |
| 3. 口腔内状態に対する認識(楽観) | 27. 発音への認識(不明瞭) | 57. ショック(落胆) | 87. 第三者の反応(医療者) |
| 4. 口腔内以外の身体症状 | 28. 発音への認識(困難感)(電話) | 58. 自己防衛 | 88. 術後の予測を聞いた事への安堵感 |
| 5. 病氣(癌)に対する不安 | 29. 発音への認識(不安) | 59. 病氣からの解放への期待 | 89. 術後の生活に対するモチベーション |
| 6. 病氣(癌)に対する逃避 | 30. 発音への認識(もどかしさ、イライラ) | 60. 後悔(術前の病氣の認識に対する) | 90. 術後の体調の認識(不調) |
| 7. 病氣(癌)に対する無念 | 31. 発音への認識(楽観) | 61. 後悔(病氣への対応) | 91. 価値観の転換 |
| 8. 病氣(癌)に対する恐怖 | 32. 発音への認識(安堵) | 62. 術後の体調の認識(自覚) | 92. 人生観の構築 |
| 9. 転移に対する不安 | 33. 発音の工夫 | 63. 原因の探求(口の中)(鶏と卵) | 93. 家族への責任感 |
| 10. 再発に対する不安 | 34. 発音への認識(改善) | 64. 解釈モデル | 94. 家族の存在へのありがたみ |
| 11. 食への認識(楽観) | 35. 第三者の反応(友人) | 65. 病氣に対する受容のきっかけ | 95. 第三者の反応(家族) |
| 12. 術後の経管栄養(苦痛) | 36. 術後の第三者とのコミュニケーションの改善(電話) | 66. 病状に対する安堵感(早期発見)(境遇) | 96. 家族のサポート |
| 13. 術後の経管栄養(自覚) | 37. 発音への認識(受容) | 67. 病氣(癌)に対する覚悟 | 97. 家族への信頼感 |
| 14. 食への認識(自覚) | 38. 発音への認識(妥協) | 68. 病氣(癌)に対する自覚 | 98. 術後の生活状況(家庭) |
| 15. 今後の見通しに対する認識(食事不安) | 39. 今後への希望(QOL) | 69. 病氣(癌)に対する安堵 | 99. 第三者の反応(会社) |
| 16. 食への認識(苦痛) | 40. 病氣を治したいという決意 | 70. 病氣(癌)に対する受容 | 100. 会社の理解 |
| 17. 食への認識(ありがたみ)(感慨)(素外素)(おいしい) | 41. 術前の日常生活を継続したい | 71. 今後の見通しに対する認識(疑問) | 101. 仕事・会社への配慮 |
| 18. 食への認識(不安) | 42. 術後のリハビリに対するイメージ | 72. 今後の見通しに対する認識(機能不安) | 102. 仕事への責任感 |
| 19. 食への認識(困難感) | 43. 術後のリハビリに対する疑問 | 73. 今後の見通しに対する認識(回復不安) | 103. 今後の見通しに対する認識(仕事不安) |
| 20. 食への認識(願望) | 44. 術後のリハビリに対する理解 | 74. 今後の見通しに対する認識(不安)(検査) | 104. 術後の生活状況(仕事) |
| 21. 食事の工夫 | 45. 摂食リハに対する概念の変化 | 75. 今後の見通しに対する認識(安堵)(検査) | 105. 第三者に対する気遣い |
| 22. 術後の生活状況(食事) | 46. リハビリ後の口腔機能変化への認識 | 76. 今後の見通しに対する認識(楽観) | 106. 第三者(会社)とのコミュニケーションへの煩わしさ |
| 23. 食への認識(改善) | 47. 自分でやるリハビリに対する認識(自覚) | 77. 今後の見通しに対する認識(受容) | 107. 周囲の反応に対する先入観 |
| 24. 食への認識(安堵) | 48. 摂食リハに対する意欲 | 78. 術後の予測 | |
| | 49. 術後のリハビリに対する感謝(機能面) | 79. 気持ちの発散 | |
| | 50. 術後のリハビリに対する感謝(心理面) | 80. 体調管理の工夫 | |
| | 51. 術直後の振り返り(余裕のなさ) | 81. 価値観 | |
| | 52. 患者の体調の指標 | 82. 患者自身のメンタル調整 | |
| | 53. 術後の体調の認識(快調) | 83. 自己への鼓舞 | |
| | 54. 術後の経過に対する安心感 | 84. 諦念、諦感 | |

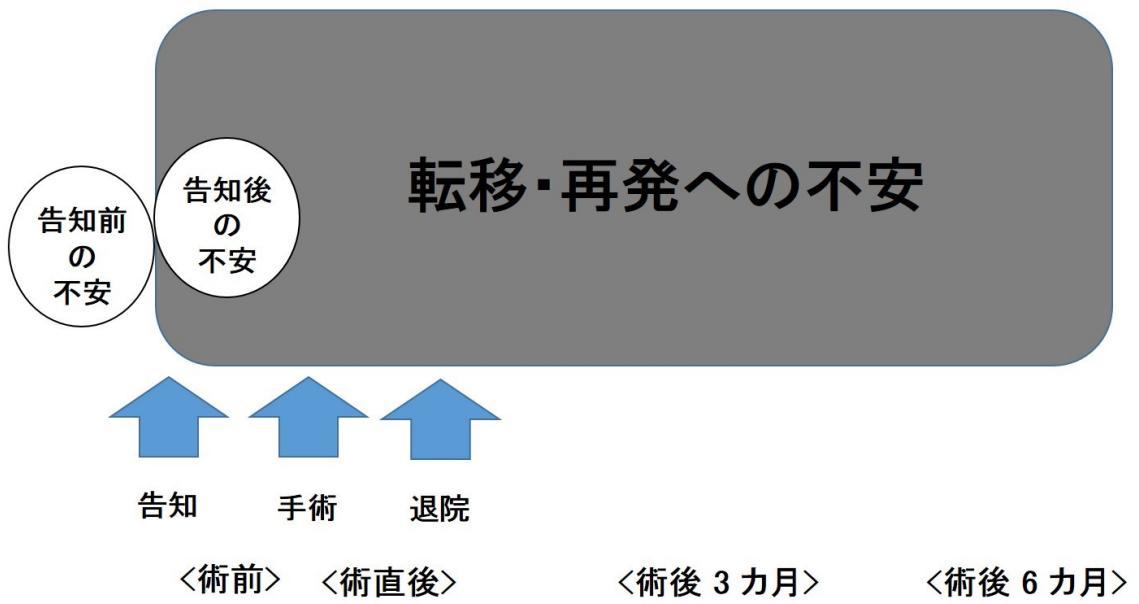
第4表 分析結果（概念・カテゴリー・コアカテゴリー）

コアカテゴリー	カテゴリー	概念	下位概念
①不安の変遷	①告知前の不安	①告知前の口腔内症状の自覚	1～4
	②告知後の不安	②告知後の癌に対する不安・逃避	5～8
	③転移・再発への不安	③転移・再発への不安	9, 10
②機能回復に対する心理支援	④食事に対する自己認識	④食事	11～24
	⑤会話の明瞭度に対する自己認識	⑤発音	25～38
	⑥摂食嚥下リハビリテーションの必要性の認識	⑥術後の摂食嚥下リハビリテーション	39～41
		⑦術前の日常生活を取り戻したい	42～50
		⑧術後の精神的余裕のなさ	51
		⑨術後の機能回復の自覚	52～54
		⑩術後の生活状況への安堵	55
③精神的健康の獲得	⑦癌に適応するための心理的変容	⑪告知後の癌に対する自覚・覚悟	56～66
		⑫病気になった原因に対する自覚	67～70
	⑧術後の生活に適応するための心理的変容	⑬術後の見通しに対する不安	71～84
		⑭医療従事者からの客観的評価に対する安心感	85～88
		⑮術後の生活に対する意欲	89, 90
		⑯価値観の転換	91, 92
	⑨本人の意欲に影響を与える環境因子	⑰家族との関わり	93, 98
		⑱仕事との関わり	99, 104
		⑲第三者との関わり	105～107



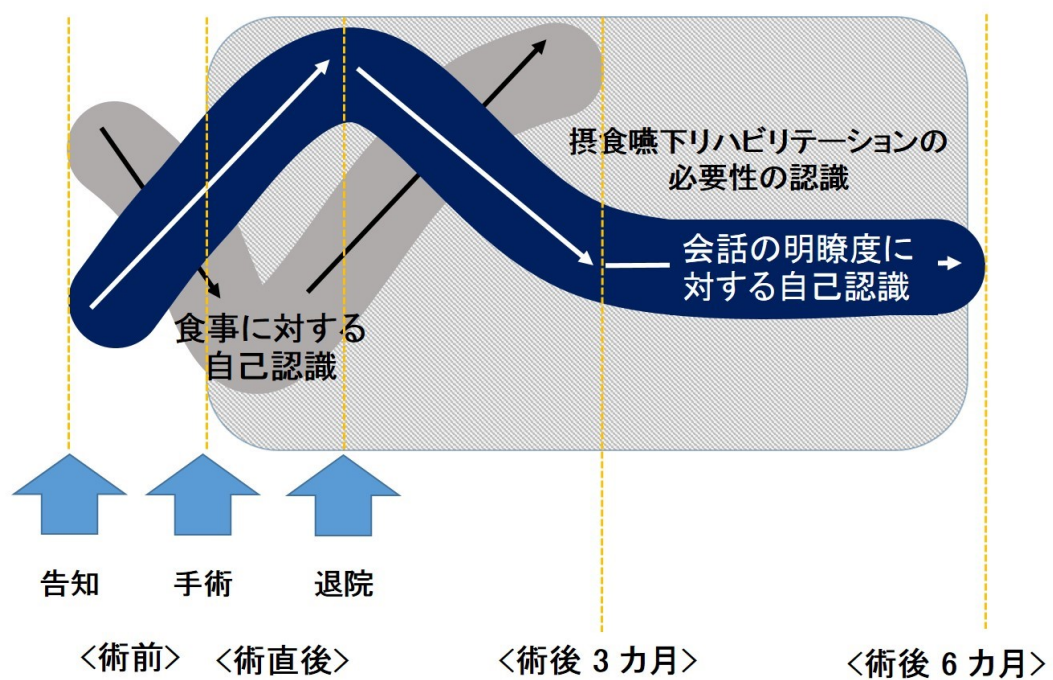
第1図 生データからコアカテゴリーを生成していく過程の1例

良
↑
精神的・機能的健康
↓
悪

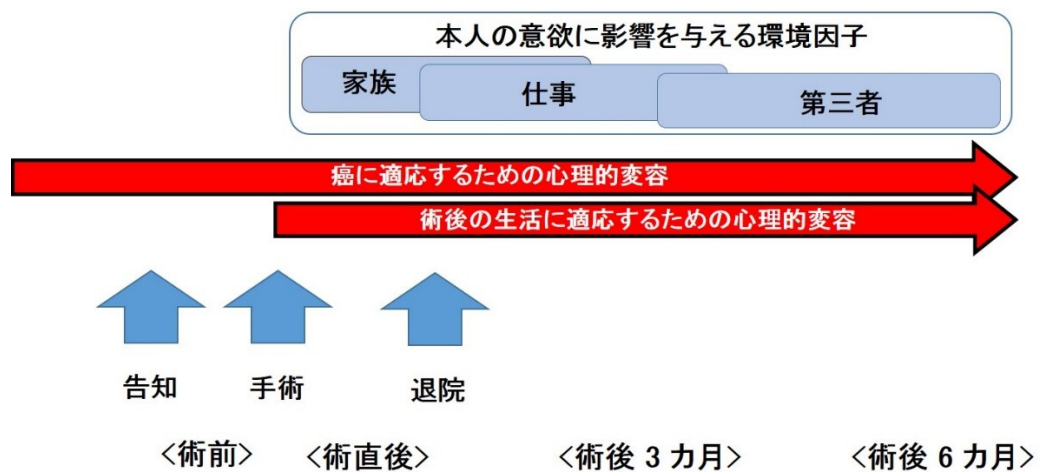


第2図 結果図（不安の変遷）

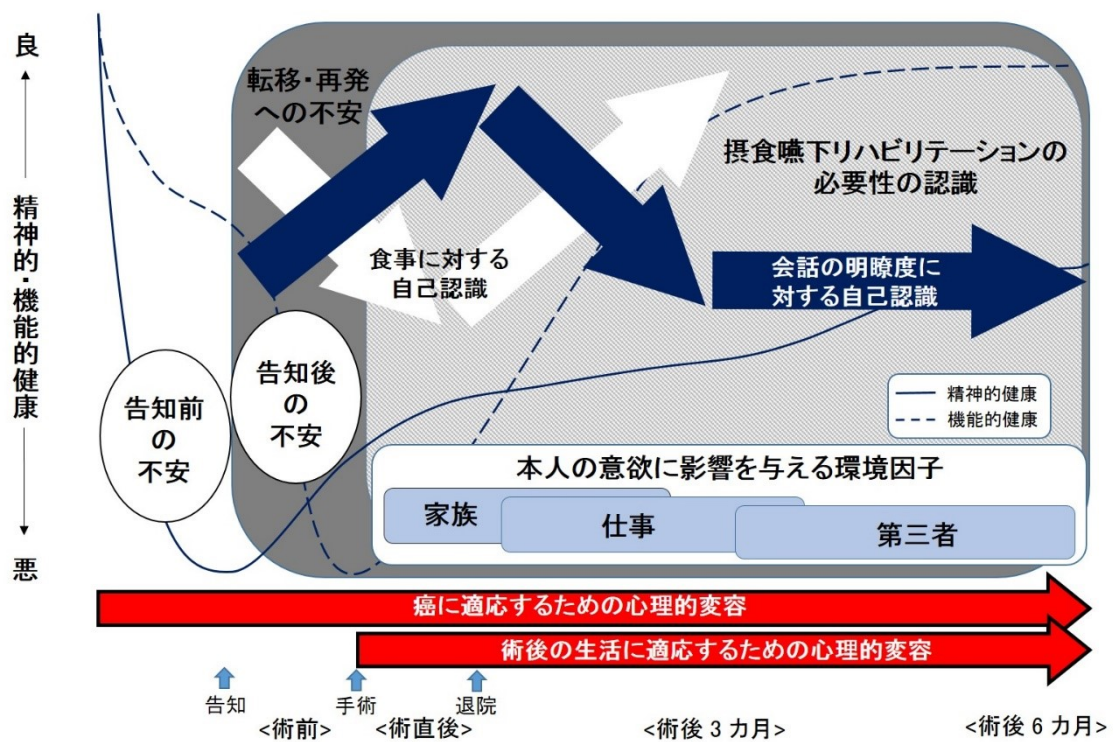
良
↑ 精神的・機能的健康
↓ 悪



第3図 結果図（機能回復に対する心理支援）



第4図 結果図（精神的健康の獲得）



第5図 総合結果図