Japanese Journal of Comprehensive Rehabilitation Science (2024)

Original Article

日本の喉頭摘出者の１つの患者会における食道発声訓練システムと食道発声指導へのニーズ

渡邉直美,[1] 鎌倉やよい,[2] 深田順子[1]

[1]愛知県立大学看護学部
[2]日本赤十字豊田看護大学

要旨

Watanabe N, Kamakura Y, Fukada J．Esophageal speech training system and needs for esophageal speech training in a laryngectomy patient association in Japan. Jpn J Compr Rehabil Sci 2024; 15: 17-26.

【目的】日本の喉頭摘出者の１つの患者会における食道発声訓練システムおよび食道発声指導へのニーズを明らかにする．

【方法】喉頭摘出者の患者会Ｘ会の食道発声訓練システムを参加観察した．食道発声指導へのニーズは同会の発声訓練士７名，食道発声学習者 11 名，家族８名に対してインタビューガイドに基づき半構造化面接を実施し，質的帰納的に分析した．

【結果】Ｘ会は，日本喉摘者団体連合会（以下，日喉連）によって組織化や指導体制等が整備され，12 名の発声訓練士が食道発声，電気喉頭の訓練を行っていた．訓練では，Ｘ会が発刊する「発声練習教本」などが用いられていたが，実際の指導方法や訓練内容・方法は各発声訓練士の裁量に任されていた．Ｘ会の食道発声指導へのニーズとして，『食道発声の指導方法・指導内容の改善』『患者会の組織改革』が得られた．前者は【科学的根拠に基づいた確実に発声できる指導への改善】【上達した学習者への指導方法の改善と役割付与】，後者は【指導力のある訓練士から訓練を受けるための訓練士自身の継続教育システム構築】【指導に対して学習者・家族が意見を言える患者会への変革】などの各３カテゴリから構成された．

【結論】Ｘ会では，12 名の発声訓練士によって代用発声法の指導が行われていた．Ｘ会の食道発声指導へのニーズとして，「食道発声の指導方法・内容の改善」や「患者会の組織改革」へのニーズが示された．

キーワード：食道発声，発声訓練，喉頭摘出者患者会，患者会組織

著者連絡先：渡邉直美
愛知県立大学看護学部
〒 463-8502　愛知県名古屋市守山区上志段味東谷
E-mail：n-watanabe@rctoyota.ac.jp
2024 年２月５日受理

利益相反：本研究において，利益相反は存在しない．

序論

喉頭全摘術や下咽頭喉頭頸部食道切除術後の患者は，喉頭が摘出されて声帯を失い，呼吸経路として永久気管孔が造設される．声帯を失うことにより，術後は声帯振動による音声機能を喪失する．

音声によるコミュニケーション手段を失うことは，社会生活や職業の継続にも大きな影響を与え，海外の報告では，喉頭摘出後の患者の 40〜57％が深刻な抑うつ状態を生じていること［1］，日本においても Quality of Life（QOL）に影響すること［2，3］が報告されている．そのため，喉頭摘出後の患者が生活を再構築し QOL を維持するには，新たなコミュニケーション手段として代用発声法を早期に獲得する必要がある．

代用発声法には，筆談，ジェスチャー，電気式人工喉頭，シャント発声および食道発声がある．近年，シャント発声の普及が目覚ましく，特に欧米では喉頭摘出後の９割以上がシャント発声を選択するといわれている［4］．一方，アジア諸国におけるシャント発声の選択率は，日本において約１割程度，韓国でも１割に満たないこと［4］が報告されている．

日本における代用発声法の使用実態をみると，2000 年代初頭は，筆談 5〜16.2％，ジェスチャー1〜12.6％，気管食道シャント法 0.2〜5％，電気式人工喉頭 9〜21.4％［5，6］，食道発声法 42.7〜78％［5，6］と報告されている．2017 年の調査では，シャント発声 1.3％，電気式人工喉頭 14.7％，食道発声 51.4％，食道発声と電気喉頭の併用 21.8％，［7］と報告されており，日本においては食道発声法の獲得者が多い現状にある．

食道発声法とは，口から食道内に空気を取り込み，腹圧等を調整して空気を吐き出す時に，食道を振動させて音（原音）を生成し，口唇や舌で構音する方法である．その音声は肉声感があり，道具を使用せずにいつでもどこででも発声することができるというメリットがある．一方で，食道発声の獲得には，長期間毎日の継続的な反復練習が必要であり［6，7］，食道発声の練習開始から１年以上経ても習得できない者も多く［6］，練習効果の不確かさや自分に合わない練習方法がストレスになっていることが報告されている［8］．

その理由として，わが国では食道発声の指導を患者

©Kaifukuki Rehabilitation Ward Association 2024

会に委ねてきた背景がある．喉頭摘出者の患者会では，食道発声を先に獲得した喉頭摘出者が指導者（発声訓練士）となり，電気式人工喉頭，食道発声，気管食道シャント発声の獲得に向けた指導が行われてきた．特に食道発声の指導については，患者会での指導によって，食道発声の獲得者を輩出してきた実績から，喉頭摘出者でなければ食道発声の指導はできないといわれ，医療者の関与がほとんどなされてこなかった．最近では，医師，看護師，言語聴覚士がチームを組んで，喉頭摘出者の代用発声法について相談を受けたり，退院後にも代用発声の指導に取り組む施設や［4］，喉頭摘出者の QOL 向上や患者会の活性化に向けて，医療者と市町村が連携している報告も散見される［9］．しかし，そのような医療施設や地域の取り組みは，まだ少なく，今後全国的に広げていくことが望まれる．

本研究の目的は，日本における喉頭摘出者の 1 つの患者会で行われている食道発声訓練システムおよび食道発声指導へのニーズを明らかにすることである．これによって，食道発声指導への医療者の関与の必要性や喉頭摘出者の患者会と医療者との連携のあり方について明示し，喉頭摘出術を受けた患者に対する発声のリハビリテーションに寄与すると考える．

方法

1．研究デザイン

参加観察および質的帰納的研究

2．参加観察方法

研究者が，日本喉摘者団体連合会（以下，日喉連）に所属する患者会 X 会（以下，X 会）へ 2018 年 3 月～9 月の間に計 11 回，80～120 分 / 回の発声教室に参加して，発声教室の運営方法，指導状況，学習者の練習状況を観察し記録した．

日喉連は，日本全国の喉頭摘出者の患者会の中心を担う組織である．X 会は日喉連に所属する 53 患者会の 1 つであり，中部日本ブロックに所属する中規模の患者会である．日喉連における X 会の位置づけを図 1［10］に示す．

X 会は，1966 年に設立され，県内の 2 か所で発声教室の運営を行っている．X 会の発声教室では食道発声，電気喉頭の訓練が行われている．

3．質的帰納的研究の方法

3.1　研究対象

対象者は，X 会の発声訓練士，食道発声学習者（以下，学習者）および付き添い家族である．X 会の会員数は，86 名（2021 年度）である．会員のうち 12 名

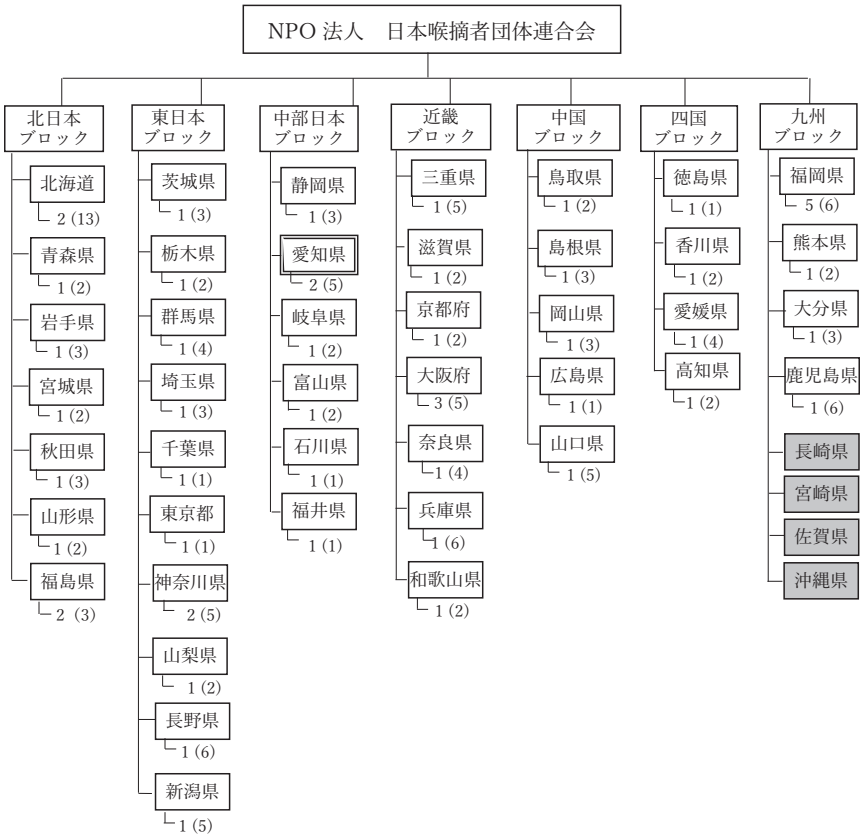

図 1． NPO 法人日本喉摘者団体連合会および各ブロックの患者会・発声教室数
注 1）各都道府県名の下の数字は患者会数，（　　）は発声教室数を示している．
注 2）患者会は，全都道府県 47 のうち 43 に存在し，患者会が存在しない県はグレー網掛けで示す．
注 3）X 会の県を ▭ で示す．

が発声訓練士の資格保有者であり，うち８名が食道発声，４名が電気式人工喉頭の指導を担当している．学習者は 14 名であり，家族の付き添いは任意である．本研究では，研究参加の同意を得られた食道発声の指導を担当する発声訓練士７名（87.5％），学習者 11 名（78.6％），家族８名を対象とした（表 1）．

発声訓練士とは，患者会独自の資格である．喉頭摘出者（喉頭全摘術や下咽頭喉頭頸部食道切除術後）で，食道発声の発声音の大きさや明瞭性が健常者に近く，日喉連が主催する一定の講習を受けた者に与えられる資格である．発声訓練士は，食道発声だけでなく，電気式人工喉頭やシャント発声を指導することができる．

3.2 手続き

2019 年８月～10 月に X 会の参加者に対し食道発声指導へのニーズについて，インタビューガイドに基づき半構造化面接を実施した．インタビューガイドは，学習者および家族には，患者会が運営する発声教室で行われている食道発声の指導に対する思いや望むこと，発声訓練士には，発声教室で行っている食道発声の指導に対する思いや望むことから構成された．面接は，対象者の声が他者に聞こえないプライバシーが確保できる場所で実施した．発声訓練士および家族には，それぞれ平均 13.7 分±6.2 分および 23.0 分±5.8 分の面接を各１回実施した．学習者には，研究者が口頭で質問し，筆談で回答する面接を平均 10.5 分±3.9

表 1． 対象者の属性

1）発声訓練士

NO	年代	性別	術式	指導歴	指導した人数	食道発声獲得者数
T1	70	男	喉頭全摘	５年 11 か月	18	8
T2	60	男	喉頭全摘	１か月	0	0
T3	60	男	喉頭全摘	10 か月	9	9
T4	80	男	喉頭全摘	10 年以上	30	25
T5	70	男	喉頭全摘	１か月	0	0
T6	70	男	喉頭全摘	１年７か月	15	12
T7	70	女	喉頭全摘	９年３か月	5	2

2）学習者

NO	年代	性別	術式	手術後の年月	入会後の年月	所属クラス
L1	60	男	喉頭全摘	７か月	５か月	初心
L2	70	男	喉頭全摘	３年６か月	２年３か月	初級
L3	70	男	咽喉食	４年 10 か月	４年７か月	
L4	80	男	咽喉食	３年７か月	３年５か月	
L5	70	男	喉頭全摘	２年５か月	１年 11 か月	
L6	50	女	喉頭全摘	４年 11 か月	４年６か月	中級
L7	70	男	咽喉食	４年６か月	４年３か月	
L8	60	男	喉頭全摘	４年８か月	４年６か月	
L9	70	男	喉頭全摘	４年０か月	３年７か月	
L10	70	男	喉頭全摘	１年１か月	５か月	
L11	60	男	喉頭全摘	２年 10 か月	１年３か月	上級

3）家族

NO	年齢	続柄	職業	付添年数	付き添い頻度
F1（L）	60	妻	パート	２年５か月	毎回
F2（T）	70	妻	パート	２年４か月	毎回
F3（T）	60	妻	パート	６年位	毎回
F4（T）	70	妻	主婦	４年７か月	毎回
F5（L）	80	妻	主婦	７か月	毎回
F6（T）	70	妻	主婦	５年	毎回
F7（L）	70	妻	パート	１年位	毎回
F8（L）	80	妻	主婦	４年４か月	毎回

注 1）咽喉食：下咽頭喉頭頸部食道全摘出術を示す．
注 2）家族は，（L）：学習者の家族，（T）：発声訓練士の家族を示す．

分実施した．インタビューは対象者の発声の負担，筆談の負担を考慮し，短時間の設定とした．

4．分析

4.1　X 会への参加観察

参加観察した結果について，患者会の食道発声訓練システムに関する内容をまとめた．まとめる段階で，適宜 X 会の会長に相違がないことを確認した．

4.2　質的帰納的研究

対象者から得られた質的データから逐語録を作成し，X 会の指導への希望・要望・期待・ニーズに関する文を抜粋し，コードを抽出した．各コードを類似性に基づきサブカテゴリ，カテゴリを生成した．さらに，カテゴリ間の関係性を検討し，食道発声の指導へのニーズの全体像をテーマとした．

データの解釈の妥当性と真実性を確認するために，コーディング内容の確認を対象者に依頼し，メンバーチェッキングを実施した．分析の全過程において，質的研究に精通した看護学研究者からスーパーバイズを受けた．

5．倫理的手続き

参加観察を含む質的帰納的研究は，愛知県立大学研究倫理審査委員会から承認を得た（承認番号 29 愛県大学情第 6-29）．対象者には，研究目的・方法，参加は自由意思であり，参加せずとも不利益はないこと，匿名性の確保等を口頭および書面で説明し，同意を得た．

結果

1．X 会の食道発声訓練システムの実際

参加観察の結果，X 会の食道発声訓練システムは以下のとおりであった．

X 会は，日喉連によって，組織化や発声の指導体制等が整備されてきた．X 会は，県内 2 か所で発声教室を開催している．それぞれ週 1 回および月 2 回開催され，1 回の発声教室は約 2 時間である．

X 会の発声訓練システムとして，発声訓練士が 12 名おり，初心，初級，中級，上級，電気喉頭のクラスがあり，各クラスの学習者 2〜3 名に対して発声訓練士 1 名が配置されている．

訓練では，X 会が発刊している「発声練習教本」が主に使用されている．これは，1958 年作成された「食道発声教本」を適宜改訂した冊子であり，食道発声や電気式人工喉頭による発声訓練の内容が記されている．食道発声の訓練については，原音発声から歌の練習まで 10 段階で構成され，発声方法と発声音が記されている．この冊子の使用方法や訓練内容・方法，訓練を進めるペースは，各発声訓練士の裁量に任されていた．

2．食道発声指導に対する患者会参加者のニーズ

患者会参加者のニーズについて，50 のコード，13 のサブカテゴリ，6 つのカテゴリが生成された．さらに，6 カテゴリは 2 つのテーマ『食道発声の指導方法・指導内容の改善』，『患者会の組織改革』に分類され，表 2 に示した．

【　　】はカテゴリ，《　　》はサブカテゴリ，〈　　〉はサブカテゴリを代表するコードを示した．

2.1　『食道発声の指導方法・指導内容の改善』：3 カテゴリで構成された．

（1）【科学的根拠に基づいた確実に発声できる指導への改善】

学習者は，〈科学的に指導して欲しい（L10)〉〈声が必ず出るような指導があると良い（L6)〉といった《科学的根拠に基づく指導への改善》を望んでいた．さらに，学習者は〈食道再建者向けの個別の指導の強化をお願いしたい（L4)〉のように《術式に応じた指導を希望》していた．また，〈あまり発声状況が進歩していない会員の今後が心配になる（L10)）といった《上達しない学習者への指導方法の改善》の必要性を感じていた．

（2）【上達した学習者への指導方法の改善と役割付与】

家族は，〈電話で名前が言えるとかの練習もあって良いと思う（F3（T))〉，発声訓練士は〈フリーディスカッションもたまに取り入れても良いのでは（T3)〉のように《上級者への指導方法の改善》が必要であると感じていた．さらに，家族からは〈上級のクラスになって，指導がなく「今日も独りぼっちだ」ってなってしまっている（F1（L))〉と上級クラスの学習者に対して《上級者への役割付与を期待》していた．

（3）【個別にゴールが設定でき，時代に即して楽しめる訓練内容への改善】

家族は，〈家で話すだけの目的の人と勤めている人は違うから，違う指導をするのも必要だと思う（F3（T))〉，発声訓練士からは〈食道発声にこだわらず，特に年配には，電気喉頭を勧めるとか，まずは代用発声によって患者と家族の意思の疎通ができるように指導する（T7)〉のように，年代や社会背景に応じて，《学習者の日常生活に役立つゴール設定をした指導内容への改善》を望んでいた．さらに，家族は〈主人が生徒の時，練習の内容が古くて単調だと感じた（F2（T)〉のように，現在使用しているテキストの内容について，《時代に即し，楽しめて，多岐に渡る練習内容への教本の改善》を求めていた．

2.2　『患者会の組織改革』：3 カテゴリで構成された．

（1）【指導力のある訓練士から訓練を受けるための訓練士自身の継続教育システム構築】

発声訓練士自身から〈会が存続するために訓練士の指導力の統一（T8)〉が必要であること，発声訓練士の家族からは〈ちょっと話せるようになったからといって指導員（発声訓練士）になってしまうのは，どうかと思う（F4（T))〉など，《訓練士の指導レベルの統一が必要》とのニーズがあった．さらに，発声訓練士の家族からは，〈発声訓練士自身を教育するようなシステムがあると良いと思う（F4（T))〉など，《訓練士の継続教育のシステムが必要》とのニーズがあった．

（2）【指導に対して学習者・家族が意見を言える患者会への変革】

学習者は，〈雑音が入っても……（中略）……．こういう意見が率直に言えるといい（L5)〉〉など，《学習者が指導方法に対して率直な意見が言える場が必

表 2. 患者会 X における食道発声の指導に対するニーズ

テーマ	カテゴリ	サブカテゴリ	コード
食道発声の指導方法・指導内容の改善	科学的根拠に基づいた確実に発声できる指導への改善	科学的根拠に基づく指導への改善	科学的に指導して欲しい（L10）
			どうすれば空気が飲めるのかわかるように教えて欲しかった（L2）
			声が必ず出るような指導があると良い（L6）
			もっと簡単に声が出る方法を教えて欲しい（L1）
			少しでもうまく発声できる方法を指導して欲しい（L10）
			具体的な指導があると良い（L6）
			楽しくわかりやすく教えて欲しい（L1）
		術式に応じた指導を希望	手術の内容で発声が変わるから指導も難しいのかなと周りからみている（L10）
			食道再建者向けの個別の指導の強化をお願いしたい（L4）
		上達しない学習者への指導方法の改善	中級に長くいる人は，違う発声方法を紹介するなどを導くことも重要だと思う（L10）
			あまり発声状況が進歩していない会員の今後が心配になる（L10）
	上達した学習者への指導方法の改善と役割付与	上級者への指導方法の改善	電話で名前が言えるとかの練習もあって良いと思う（F3（T））
			フリーディスカッションもたまに取り入れても良いのでは（T3）
			教科書のように，次のストーリーがわかっていると，話を聞いていても，こういうことを言っているんだろうなと想像はできるけど，それでいいのかって思うこともある（F3（T））
		上級者へ役割付与を期待	上級のクラスになって，指導がなく「今日も独りぼっちだ」ってなってしまっている（F1（L））
			上級の人は，自分の練習方法が確立しているので指導は不要だと思う（L10）
			主人位話せるようになると，ここに来る目的ってないと思うけど，何かの役に立てればと思っているようです（ので上手く使って欲しい）（F1（L））
			高齢者が多いから変化を求めないのかもしれないが，上手い人がフリーであちこち指導ができるような体制になって欲しい（F1（L））
	個別にゴールが設定でき，時代に即して楽しめる練習内容への改善	学習者の日常生活に役立つゴール設定をした指導内容への改善	ゆっくりと発声するよう指導されているが，会社では通じないと思う（F1（L））
			パパっと対応できるような話し方を指導してもらえると良いと思う（F1（L））
			食道発声にこだわらず，特に年配には，電気喉頭を勧めるとか，まずは代用発声によって患者と家族の意思の疎通ができるように指導する（T7）
			家で話すだけの目的の人と勤めている人は違うから，違う指導をするのも必要だと思う（F3（T））
		時代に即し，楽しめて，多岐に渡る練習内容への教本の改善	主人が生徒の時，練習の内容が古くて単調だと感じた（F2（T））
			もう少し楽しめる，教科書が多岐にわたるといいと思うって言っていた（F3（T））
			時代の変化に応じた内容にして次に繋ぐことができるような教本の内容になると良いと思う（F3（T））

表 2. 患者会 X における食道発声の指導に対するニーズ（続き）

テーマ	カテゴリ	サブカテゴリ	コード
患者会の組織改革	指導力のある訓練士から訓練を受けるための訓練士自身の継続教育システム構築	訓練士の指導レベルの統一が必要	会が存続するために訓練士の指導力の統一（T8）
			指導者の指導レベルの統一（T7）
			ちょっと話せるようになったからといって指導員（発声訓練士）になってしまうのは，どうかと思う（F4（T））
			仲間が多くて，「指導員（発声訓練士）」という役割が心地よいのではないかと思う（F6（T））
			会へ入会された方は全員良い声を出してもらいたいという思いで指導している（T5）
		訓練士の継続教育のシステムが必要	東京の患者会では，指導員にもランクがあって，教える人も教えてもらっているということを聞いたので，そういう形があればいいなと思う（F4（T））
			発声訓練士自身を教育するようなシステムがあると良いと思う（F4（T））
			声が出るから指導員になってしまったが，指導員としての教育を受けたわけではないので心配．（F4（T））
			指導員を引き受ける人がいないため，後に引くことができない（F4（T））
	指導に対して学習者・家族が意見を言える患者会への変革	学習者が指導方法に対して率直な意見が言える場が必要	雑音が入っても練習を続けて，時間をかけて修正すれば良い．こういう意見が率直に言えるといい（L5）
			発声の基本は，大事だと思うが，もう少し希望を聞いて臨機応変に指導した方が良いと感じることもある（L10）
			50 歳代から 80 歳代の大人（年寄り）の集まりなので，全員が楽しめるとかそんなのは無理だと思う．それが指導にも表れている．（L10）
			団体で練習することの悪い面である，他の人に影響されやすいことへの配慮もあったらいいと思う（L3）
		家族が指導方法に対して率直な意見が言える場が必要	主人が指導方法の改善を提案したが，なかなか変更が難しかったので，もっと柔軟に対応してもらえると良い（F1（L））
			きっと（主人から）教えて欲しいと思っている人はいると思う（F1（L））
			他のある人について，ゲップがうまく出来ないから話せないんだと主人は気づいているが，その人に指摘することもできない状況のようです（F1（L））
			昔から付き添い者は，練習中は，外にいるのでどんな練習をしているかわからないので公開して欲しい（F2（T））
	食道発声の獲得のみならず，情報交換・家族のケアといった機能の継続	発声を獲得するために患者会が長く継続することを希望	本部と連携して継続できるようやっていく（T8）
			会が長く継続すること（L7）
			この教室の継続を望む（L8）
			仲良くこの会が続けていけば良いと思う（L10）
			家にいては，声は出ないのでこの会の存在は大事だと思う（F5（L））
		情報交換や家族のケアといった患者会の機能が継続することを希望	今，会に来ている目的は，声を獲得することではなく，皆さんの顔を見て安心するというところがある．そんな場であってほしい（F8（L））
			私のストレスも他の家族に言うことですっきりするので，家族のケアができるような会になってほしい（F2（L））
			病気のことや，再発のことなど本人だけでなく家族の心のケアもしてくれるのでいいと思う（F7（L））

注）コード内　L（Leaner）：食道発声学習者，T（Trainer）：発声訓練士，F（Family）：家族を示す．

要》としていた．さらに，家族からは，〈昔から付き添い者は，練習中は，外にいるのでどんな練習をしているかわからないので公開して欲しい（F2（T））〉といった，《家族が指導方法に対して率直な意見が言える場が必要》のニーズがあった．

(3)【食道発声の獲得のみならず，情報交換・家族のケアといった機能の継続】

発声訓練士，学習者，家族は，〈仲良くこの会が続けていけば良いと思う（L10）〉など，《発声を獲得するために患者会が長く継続することを希望》していた．家族はさらに，〈私のストレスも他の家族に言うことですっきりするので，家族のケアができるような会になってほしい（F2（L））〉など，《情報交換や家族のケアといった患者会の機能が継続することを希望》していた．

考察

喉頭摘出術を受けると声を失うことは必然であり，失声に伴う日常生活への影響は計り知れない．看護師がこれまで喉頭摘出者に行ってきた援助は，心理面に関するケアが中心であった．しかし，患者が求めているのは，早く食道発声を獲得して日常生活を再構築することであり，食道発声を早期に獲得するためのリハビリテーションである．

国外では，アメリカ合衆国をはじめ，アフリカ，インド，シンガポール，中国，フィリピン，香港などにも喉頭摘出者の患者会は設立されている．その多くは，同病者による心理的なピアサポートの機能が中心であり，週1回〜月1回飲食店での近況報告や様々な相談等が行われている［11］．発声訓練は，病院勤務あるいは個人経営のSLPらによって行われている［12］．つまり，国外では，医療者は発声訓練，患者会はピアサポートと役割が明確に分担されていた．

今回の研究対象であるX会は，日喉連の中部日本ブロックに所属する中規模な患者会である．X会の運営や代用発声法の指導に関しては，医療者の関与はなく，喉頭摘出者のみで食道発声訓練とピアサポートの2つの役割を長年担ってきた．そのX会へのニーズ調査では，発声訓練に対する『食道発声の指導方法・指導内容の改善』とピアサポートを含む『患者会の組織改革』のニーズが示された．

前者『食道発声の指導方法・指導内容の改善』のニーズでは，【科学的根拠に基づいた確実に発声できる指導への改善】，【上達した学習者への指導方法の改善と役割付与】，【個別にゴールが設定でき，時代に即して楽しめる訓練内容への改善】の3カテゴリが示された．食道発声法では，空気を口腔内に取りこみ，奥舌で咽頭腔を塞いで空気が鼻腔に逃げないよう蓋をして嚥下し，嚥下した空気が胃に入る前に腹筋を使って吐き出すといった，新たな身体の動きを体得する必要がある．発声訓練士は，自ら体得した身体の使い方をコツとして伝授してきたが，それらを標準化した指導方法・指導内容が求められていた．

このような問題に対し，日喉連は，2015年に日本全国の患者会の指導者に向けた指導者用カリキュラムと共通研修教材を作成し，全国の患者会の指導レベルの統一が図られた［13］．その研修を受けることで「発声訓練士」という患者会独自の資格が与えられ，2021年までに611名が認定されている［14］．X会にも発声訓練士は12名が在籍し，指導にあたっている．しかし，この教材は発声訓練士の資格を得る研修での教材であり，実際の指導においては発声訓練士の経験知が影響すると考えられた．本結果からも実際の指導は，X会の内部においても統一されているとは言い難く，発声訓練士自身が食道発声を獲得した個々の経験に基づく指導が行われていると考えられた．そのため，患者会でこれまで伝承されてきた発声訓練士の食道発声のコツを集約して，医療者がエビデンスを明示し，指導の方法論として標準化・体系化することが必要と考える．

次に，X会の上級クラスの観察からも，上級者への発声訓練士による指導は行われず，学習者相互のフリートークが多いことが課題として示された．発声教室の中には，入会者と初級には個人指導，中級クラス以上には集団指導を実施している発声教室や［13］，上級を修了した「声友クラブ」を設置している教室もある［14］．つまり，発声教室によってクラス分けや各クラスへの指導内容，上級者への指導も異なっていた．そのため，上級者に対しては，会話の明瞭性や流暢性を向上させる訓練プログラムを開発し，喉頭摘出後も職業や社会活動の継続を希望する場合には，学習者の術式や再建方法も考慮して個別の状況に応じた発声のゴールを設定できるよう，医療者が介入する必要があると考える．

また，使用する教材については，X会では，現在も1965年に作成された食道発声教本の使用が継続されていた．改訂されてきたものの，戦後間もない時代の言葉が掲載されており違和感がある．そのため，患者会で伝承されてきた訓練内容についても標準化・体系化して整理し，現代に適した内容とする必要がある．

一方，後者『患者会の組織改革』へのニーズでは，【指導力のある訓練士から訓練を受けるための訓練士自身の継続教育システム構築】，【指導に対して学習者・家族が意見を言える患者会への変革】，【食道発声の獲得のみならず，情報交換・家族のケアといった機能の継続】の3カテゴリが示された．このニーズは，学習者や家族のみならず，発声訓練士自身からも示された．前述したように，日本の喉頭摘出者の患者会は，日喉連によって組織化がなされ，発声訓練士となるための指導者用カリキュラムと共通研修教材が作成された．しかし，X会では各発声訓練士の独自の方法で食道発声訓練が行われており，訓練方法が標準化されているとは言い難い．つまり，日喉連での1回の研修のみでは，時間経過とともに発声訓練士自身が獲得した食道発声のプロセスやコツなどの経験知が優位となることが窺われた．そのため，発声訓練士に対する継続教育が必要である．また，今後も，患者会が長く継続されるためには，発声訓練士，学習者，家族の全員が運営について自由に意見交換できる患者会風土の構築が重要である．そうすることで，3つ目の【食道発声の獲得のみならず，情報交換・家族のケアといった機能の継続】に繋がると考えられる．

以上の食道発声指導へのニーズは，日喉連に所属する53患者会の1つであるX会の課題という限界があるものの，食道発声訓練を患者会組織のみが維持して

いくことの課題であろうと推測される．課題解決に向けては，医療者が患者会で行われている訓練や食道発声についてデータ化して科学的根拠に基づく訓練を担い，患者会はピアサポートを中心とした活動を行うといった役割分担が望まれる．さらに，それぞれ役割を分担しつつ，両者が連携することも重要である．そのような連携によって，喉頭摘出者がより食道発声を獲得しやすい環境になると考える．

結論

日本の喉頭摘出者の 1 つの患者会における食道発声訓練システムおよび食道発声指導へのニーズとして，以下の結論を得た．

1．X 会は，日喉連が全国組織する 53 患者会の一つであり，代用発声法の指導に関して医療者の関与はなく，日喉連が資格を付与した発声訓練士 12 名による経験知に基づく指導が伝承されてきた．

2．X 会における食道発声の指導へのニーズとして，『食道発声の指導方法・指導内容の改善』『患者会の組織改革』が示された．

前者には，「科学的根拠に基づいた確実に発声できる指導への改善」

「上達した学習者への指導方法の改善と役割付与」「個別にゴール設定でき，時代に即して楽しめる練習内容への改善」，後者には，「指導力のある訓練士から訓練を受けるための訓練士自身の継続教育システムの構築」「指導に対して学習者・家族が意見を行ける患者会への変革」「食道発声の獲得のみならず，情報交換・家族のケアといった機能の継続」のカテゴリが示された．

謝辞

本研究にご協力頂きました患者会の皆様に心より感謝申し上げます．また，多くのご助言を下さいました慶應義塾大学名誉教授故坂上貴之先生に心より感謝し，ご冥福をお祈り申し上げます．本研究は，JSPS 科研費 JP 18K10352 の助成を受けたものである．

文　献

1. Byme A, Walsh M, Farrelly M. Depression following laryngectomy. A pilot study. Br J Psychiatry 1993; 163(2): 173−6.
2. Shirakawa Y. Correlation between postoperative year and psychological sate of laryngectomized patients. Jpn J Logopedics Phoniatrics 2014; 55(1): 1−7. Japanese.
3. Yoshino K. Total laryngectomy. Nippon Jibiinkoka Tohkeibugeka Gakkai Kaiho 2009; 112(8): 634−7. Japanese.
4. Sinomiya H. Current status of voice restoration after total laryngectomy—Tracheoesophageal shunt voice—. Koutou 2022; 34: 68−70. Japanese.
5. Yamaguchi J, Yamada F, Soejima A, Yamamoto E, Matsumoto K. Survey of patients after laryngectomy. J Jpn Soc Cancer Nurs 1996; 10(1): 29−36. Japanese.
6. Kotake K. The relationships between communication methods for the patients after laryngectomy. J Int Nurs Res 2005; 28(1): 109−13. Japanese.
7. Kotake K, Suzukamo S, Kai I, Iwanaga K, Takahashi A. Social support and substitute voice acquisition on psychological adjustment among patients after laryngectomy. Eur Arch Otorhinolaryngol 2017; 274(3): 1557−65.
8. Minamikawa M. Stress coping of total laryngectomees under esophageal speech training. Bulletin of Department of Nursing, Faculty of Medical Technology, Teikyo University 2011; 2: 23−38. Japanese.
9. Masuyama K, Miyazaki K. Current status of voice restoration with voice prosthesis after total laryngectomy and efforts to obtain financial support for trachoesophageal shunt speech. Koutou 2020; 32, 48−51. Japanese.
10. Japan Federation of Laryngectomees Associations. The current status of voice classes. Available from: https://www.nikkouren.org/%E6%95%99%E5%AE%A4%E7%B4%B9%E4%BB%8B-1/ (cited 2023 March 8).
11. Carroll-Alfano, Miriam A. Education, counseling, support groups, and provider knowledge of total laryngectomy: The patient's perspective. J Commun Disorders 2019; 82: 1−12.
12. Relic A, Mazemda P, Arens C, Koller M, Glanz H. Investigating quality of life and coping resources after laryngectomy. Eur Arc Oto-Rhino-Laryngology 2001; 258(2): 514−7.
13. Takatou T. Past circumstances and present status of alaryngeal speech in Japanese—Case of Ginrei-Kai—. Int J Practical Otolaryngol 1983; 24: 184−9. Japanese.
14. Terasaki A, Mase Y, Tuji K. Relationship between factors support from Self-Help Groups and ways of coping with stress in laryngectomees. J Jpn Acad Nurs Sci 2006; 26(4): 37−45. Japanese.