

〔論文〕

口腔がん患者の心理社会的ニーズと QOL

隅田好美

口腔がんでは一般的ながんと同様の問題点とともに、特有の問題が生じる。口腔がんには舌癌、歯肉癌、頬粘膜癌、口底癌、上顎洞癌、口蓋癌、咽頭癌等がある。主ながん治療として外科療法、化学（薬物）療法、放射線療法があり、外科切除では咀嚼障害、摂食嚥下障害や構音障害などの口腔機能障害や顔貌の変形をきたす。口腔機能障害や顔貌の変形は、日常生活に影響するだけでなく社会関係に影響することもあり、特に構音障害は仕事に影響することも多い。口腔がんの治療による直接的間接的な影響に対し、再建術や歯科補綴による形態や機能の改善、摂食嚥下障害や構音障害へのリハビリテーションなど多職種による支援が行われている。また、顔貌の変形による心理的苦痛には、リハビリメイクによる支援も行われている。放射線治療では唾液分泌の低下、味覚異常、口腔内乾燥感などの副作用が生じる。唾液分泌低下による2次的な合併症として多発性う蝕（むし歯）や進行性歯周疾患があることから継続的な口腔管理が重要となる。

Kleinman によると「疾患（disease）」とは治療者の視点から見た問題であり、生物医学的モデルにより病いや障害を構成する（Kleinman1988=1996：4-37）。一方、「病い（illness）」は本質的な経験や患うことの経験であり、患者や家族、社会の人々がどのように症状や能力低下を認識しているか、患者が苦悩や問題にどのように対処すれば良いと判断しているかということも含まれる」と述べている。口腔がんに関する「疾患」としての生物医学的モデルの研究は数多くなされ、医学的な進歩に貢献してきた。しかし、日本では口腔がん患者の生活を支えるための研究や心理社会的支援など「病い」に関する研究が多いとは言い難い。Kleinman は「一個人の病いをもつ特有の意味を検討することで、苦悩を増幅させる悪循環を断ち切ることが可能である」と述べている。口腔がん患者が抱える特有の問題点を詳細に明らかにすることは、口腔がん患者の療養生活の質の向上や安心して暮らせる社会を構築するために急務である。本稿では先行研究より口腔がん患者が抱える特有の心理社会問題を整理し、がん施策を踏まえて医療ソーシャルワーカー（以下「MSW」）としてどのような支援を行う必要があるのかを検討する。

1. がん施策の推移

がん罹患数の2015年推計値は、約982,100人であり（男性約56万、女性約42万）、がんの部位別罹患数では男性で前立腺(18%)、胃(16%)、肺(16%)、大腸(14%)、女性では乳房(21%)、大腸(14%)、肺(10%)、胃(10%)の順に多い（がん統計編集委員会 2016：14）。口腔・咽頭がんの

罹患者数の推計値は、男性が13,000人（男性のがん患者の2%）で、女性が6,500人（女性のがん患者の2%）である。2003年に日本で治療された口腔癌患者1901ケースでは、舌癌47.2%、下顎歯肉17.5%、上顎歯肉11.9%、口底9.9%、頬粘膜8.1%等であった（Cancer Registry Committee 2003：16）。年齢は60歳代が最も多く、60歳以上が66.8%を占めた。

がんは1981年から日本の死因の第1位を占め、2014年のがん死病者は368,103人であった（がん研究振興財団 2016：15）。人口10万対死亡率は293.5人であり、総死亡の28.9%を占めている。がんの部位別の死亡数は男性では肺(24.0%)、胃(14.4%)、大腸(12.0%)、肝臓(8.8%)の順に多く、女性では大腸(14.9%)、肺(14.0%)、胃(11.0%)、膵臓(10.2%)の順であった。人口10万対死亡率において口腔・咽頭、食道、胃、喉頭、肺、膀胱の死亡率は、男性が女性の2倍以上であった。

がんが国民の疾病による死亡の最大の原因となり、国民の生命及び健康にとって重大な問題となっていることから、2006年6月にがん対策基本法が成立し、翌年4月に施行された。がん対策基本法における基本的施策は、①がんの予防及び早期発見の推進、②がん医療の均てん化の促進等、③研究の推進等である。がん医療の均てん化の促進の1つとして、がん患者の療養生活の質の維持向上が明記された。

がん対策基本法に基づき2007年のがん対策推進基本計画が策定された。がん対策推進基本計画の全体目標は①がんによる死亡者の減少、②すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上の2つであったが、2012年の改訂では③がんになっても安心して暮らせる社会の構築が追加され、治療から生活、社会へと施策の対象範囲が広がっていった。また、重点的に取り組むべき課題として2007年には①放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成、②治療の初期段階からの緩和ケアの実施、③がん登録の推進の3つが挙げられ、2012年には④働く世代や小児へのがん対策の充実が追加された。

2014年に策定されたがん研究10か年戦略では、「患者・社会と協働するがん研究」が目標となった（厚生労働省 2012）。このがん研究10か年戦略で取り上げられている分野の1つに、「充実したサバイバーシップを実現する社会の構築をめざした研究」がある。サバイバーシップとは「診断・治療後を生きている状態、あるいは生きていくプロセス全体を指す」と定義されている（第3次対がん総合戦略全体の報告と評価に関する研究班 2014：8）。この分野の研究の1つに、「がん患者とその家族の健康維持増進と精神的、社会的問題に関する研究」があり、精神的、社会的問題の不調を含めた問題と、その原因や関連要因になり得る社会的要因に着目した研究が求められている。これらの精神的、社会的問題の支援は、治療の初期段階から実施することががん対策推進基本計画に明記されている。

2. 病状告知と QOL

がん対策推進基本計画（2012）では、がんと診断された時から緩和ケアを行い、全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上を目標としている。がん患者の心理的支援の第一歩は告知である。不適切な方法で告知をされた場合、患者は病気を受け入れることができなかつたり、医師に対して不信感をもつといわれている（Girgis et al. 1995, Okamura et al. 1998）。インフォームドコンセントが提唱され、患者自身が治療方法を選択するための支援を重視するようになった。Buckman は「悪い知らせ」を伝える告知（Breaking the bad news）の「悪い知らせ」とは「患者の将来への見通しを根底から否定的に変えてしまうもの」と定義し、「悪い知らせによる衝撃の大きさは、患者が期待している願望や計画と医学的現状との隔たりの大きさに比例する」という（Buckman 1992=2000：13）。

1950～1970年代には「悪い知らせ」を患者に伝えるべきでないという考えが主流であり、1961年の調査ではがんと診断した医師の9割が患者に告げないとしていたが、1979年には9割の医師が、基本的には患者に伝えると考えていた（Girgis et al. 1995）。Girgis らはがんの告知を「告知しない（Nondisclosure）モデル」「全てを話す（Full Disclosure）モデル」「個々に合わせた告知（Individualized Disclosure）モデル」の3つに分類した（Girgis et al. 1995）。がんの告知は「告知をしないモデル」から「個々に合わせた告知」へと変化しており、「伝えるか否か」から「いつ伝えるか」「いかに情報を分かち合うか」という議論に変化している（Buckman 1992=2000：9）。

告知では医師が提供する情報と、患者が必要と考えている情報の範囲が一致することが重要である。1992年、Buckman はがん告知のコンセンサスとして、患者の感情的な反応に応答するSPIKESの6つのステップを示した（Buckman 1992=2000：67-94）。①面談をする環境を整える（Setting）②患者が自分の病気をどの程度理解しているかを知る（Perception）③病気の診断、予後、詳細について患者がどの程度知りたいかを理解する（Invitation）④患者の希望や反応に合わせて情報を共有する（整理と教育）（Knowledge）⑤患者の感情に応答する（Emotions）⑥計画を立てて完了すること（Strategy Summary）である。1995年にGirgisららは構造化された告知に関する医学教育が必要であると指摘し、がん告知のガイドラインを提唱した。1996年に日本でもがん診療ガイドラインが作成された。

患者は医師の説明が遠回しであったり、言葉が専門的すぎること、情報が多すぎること、医師が患者のニーズに適切に答えていないことに不満を感じ、励ましや希望、安心を与えてくれる告知を望んでいるといわれている（Girgis et al. 1995, Okamura et al. 1998）。2001年の調査では、日本の口腔外科医の48.9%が口腔がんの告知を積極的に行っていた（立石ら 2001）。しかし、63.6%が告知後のサポート体制が不十分だと考えていた。口腔がんは確定診断時だけではなく、転移、化学療法や放射線療法の副作用、再手術により口腔機能障害が重度化することなど、治療

のさまざまな段階で心理的苦痛が生じる。さらに、口腔がんが治癒した後も口腔機能障害等により心理社会的ニーズが生じる。そのため、診断時からの継続的な心理社会的ケアを行う体制が必要だといえる。

Rudnickらは筋萎縮性側索硬化症患者のパーソナリティーをアセスメントした告知を提唱している (Rudnick et al. 2000)。患者のパーソナリティーにより「悪い知らせ」を聞いたときの感情表出や対処の方法は異なる。その対処方法は今までの生活で生じた問題への対処方法と一致している。そのため、患者のパーソナリティーをアセスメントし、パーソナリティーに即した方法で「悪い知らせ」を告げることで、患者が困惑することが軽減できたと報告している。

ソーシャルワーカーはクライアントのニーズとストレングスを理解するために社会生活歴 (social history) をアセスメントする (Johnson and Yanca1983=2004 : 170-181)。社会生活歴をアセスメントする目的は、クライアントと環境の相互作用の理解、クライアントの独自性の理解、クライアントの充足されていないニーズを充足する可能性のある方法を見いだすことである。発症前の口腔がん患者と他者の人間関係の築き方を理解することで、患者個々の口腔がんによる問題の独自性を理解することが可能となる。また、過去の問題に対する対象方法を知ること、個々の患者に即した口腔がんによるニーズを充足するための方法を見いだす可能性が高くなるといえる。

3. 口腔がん患者の QOL

Quality of Life は「生命の質」や「生活の質」と訳される。QOL の定義は統一された概念がないが、主観的側面と客観的側面があり、多次元に捉えなければならないということは、多くの研究者のコンセンサスを得ている (James et al. 1991=1998 : 333, Brown 1997=2002 : 1-6, WHO 2002)。WHO は QOL を「個人が生活する文化や価値観の中で、目標や期待、基準および関心に関わる自分自身の人生の状態についての認識」と定義し、身体的領域、心理的領域、自立のレベル、社会的関係、生活環境、精神性／宗教／信念の 6 つの領域について客観的な認識と主観的な自己申告から測定しようとした (WHO 2002 : 4)。

頭頸部がんの疾患特性を考慮した QOL 評価として、University of Washington Quality of Life Questionnaire (UW-QOL)、European Organization for Research and Treatment of Cancer, head and neck cancer quality of life questionnaire module (EORTC QOQ-H&N35) などが広く利用されている。UW-QOL は口腔内の状態・口腔機能、身体的状態・身体機能、心理的状态とともに外観・活動・クレーション (気晴らし) に関する項目が含まれている。EORTC QOQ-H&N35 は口腔内の状態や口腔機能低下に関連する項目、身体に関する項目とともに、家族や他人の前で食べる時の苦勞を問う social eating や、家族や友人との交際や人前に出ることの苦勞を問う social contact など社会的な関係が含まれている。

日本では1990年代に口腔がん患者の QOL 評価を行うための質問紙作成の研究が行われ（尾崎ら 1992, 大村ら 1992, 光藤ら 1992, 苦瓜ら 1993), 質問紙による患者の主観的な QOL 評価と, 言語機能や摂食嚥下機能（砂川ら 1997), 口腔がんの進行度や治療方法（山本ら 2000, 砂川ら 1997) などの専門職による客観的評価との関連について報告されている。

口腔がん患者の確定診断後からの心理社会的苦痛や生活上の問題点は, WHO が提唱する QOL の 6 つの領域での要因が相互に関連している。外科手術により歯牙や舌, 歯槽骨等の一部を喪失することで咀嚼障害や摂食嚥下障害, 構音障害, 味覚障害など「身体的領域」の機能が低下し, QOL が低下する（苦瓜ら 1993, 砂川ら 1997)。咀嚼機能や摂食嚥下機能の低下により食べることができるものが制限されたり, 放射線療法や化学療法により味覚異常が生じ, おいしさの感覚が充足されなくなることが「心理的領域」に影響する。また, 顎骨の除去による顔貌の変形が, 「心理的領域」「社会的関係」に影響する。

頸部の外科手術を行った患者の QOL は, 行っていない患者よりも低いと報告されている (Kovács et al. 2015)。頸部の傷跡による影響だけではなく, 開口障害, 口腔乾燥, 粘性性の唾液など口腔内の状態の悪化や, 嚥下, 経管栄養, 体重減少など栄養に関する項目の悪化に加え, social eating や social contact など社会関係が低下する (Kovács et al. 2015)。また, 口腔がんの頸部リンパ節転移の制御は, 生命の予後を左右する重要な因子である (日本口腔腫瘍学会口腔癌治療ガイドライン改訂委員会, 日本口腔外科学会口腔癌診療ガイドライン策定委員会合同委員会 2013 : 107)。頸部リンパ節へ転移した患者は死を認識することが多くなるため, 頸部リンパ節転移が QOL の低下要因の 1 つとなると推察される。

しかし, 継続的に QOL を評価した研究では, 治療直後よりも 2 年後に, QOL の総合点が改善していたと報告されている (Kovács et al. 2015, Bajwa et al. 2016)。総合点が改善した場合でも, 一部の項目が改善しないこともある。栄養摂取の支援に関するニーズや social eating に関するニーズは 4 年後も改善されなかった (Kovács et al. 2015)。また, 経済的現状は改善が遅いという報告もある (Bajwa et al. 2016)。

4. 口腔機能障害と社会的問題

口腔がんによる社会的喪失は, 口腔がんの重症度と相関関係があるといわれている (Rylands et al. 2016)。また, 顔貌の変化, 社会的孤立, 不安, うつ状態などが QOL に大きな影響を与える (Bajwa et al. 2016)。口腔がんの外科手術は切除部位により, 外面に傷跡が残ったり, 顔貌が変形したりする。佐藤らが行った質的研究では, 顔貌の変化の辛さ, 摂食障害の辛さとともに, 「人目が気になる」ということが語られ, そのことが外出の減少に繋がっていた (佐藤ら 2008)。西倉は人がお互いを顔で認識することや, 顔が言語的・非言語的コミュニケーションにおいても大きな役割を担うことから, 人が共存する場では顔が関心の焦点になるという (西倉

2009：14)。そのため直接顔貌の変化に対して他者から何か言われなくても、視線で傷つくことが多い。佐藤らはボディーイメージが変化したことに対する援助の必要性を提唱し、その援助のために病院・在宅・地域が連携するシステム作りが必要だと述べている（佐藤ら 2008）。

また、手術後の口腔機能障害により離職などの社会的、経済的影響が生じ QOL が低下する（山本ら 2000）。男性は社会的機能、経済的困窮に関する QOL のスコアが顕著に悪く（Kovács et al. 2015）、労働能力や趣味、精神的余裕の自己評価が低い人の QOL が低いと報告されている（苦瓜ら 1993）。一方、佐藤らは「障害と共に生きるための工夫や技術を身に付けて適応」する手段の 1 つとして、「自分の仕事や役割を遂行することで自分の存在意義を確認できる」と述べている（佐藤ら 2008）。これらのことから就労支援は経済的安定により「生活の質」を向上させるだけではなく、仕事を継続することで自分の存在意義を確認し生きがいを感じる可能性が高くなるという「生命の質」を高めるために重要となる。

がん対策推進基本計画（2012）には就労を含めた社会的問題への支援が含まれているが、必ずしも全ての相談員が就労に関する知識や情報を十分に持ち合わせているとは限らない。そのため、「MSW がおこなうがん患者への就労支援相談のマニュアル」が作成された。しかし、厚生労働省研究班によると、がんに罹患した勤労者の 30% が依願退職し、4% が解雇されている（厚生労働省 2012：32）。浸潤性のがんやリンパ節転移が認められる口腔がんである StageⅢ・Ⅳ^{注1)}では、手術前に就労をしていた人の 53.8% が身体的原因により退職しており（山本ら 2000）、他のがんと比較して離職率が高い。現代の日本では、中高年の人が一度退職すると再就職は困難である。MSW の業務指針には入院、入院外を問わず、生活と療養の状況から生ずる心理的・社会的問題の解決、社会復帰、経済的問題の解決に関する援助が定められている。就労支援が必要な口腔がん患者には、離職前からの早期介入が重要だといえる。口腔がんの治療を行いながら仕事を継続することで経済的な安定を図るとともに、生きがいを持って生きることができるように、歯科専門職と MSW の連携体制の構築が必要である。

また、がん対策推進基本計画（2012）の目標には、療養生活の維持向上や安心して暮らせる社会の構築がある。口腔がん発症後に自殺した事例を検討した尾崎らの研究では、無歯顎のため流動食しか食べられない高齢者が、がんによる疼痛などで抑うつ傾向になったことに加え、山村で生活保護を受けながら独り暮らしをおくっていたために孤立に陥ったことが自殺の要因だと推察していた（尾崎ら 1995）。また、高齢者は生に対する執着心が希薄になることから、苦痛を乗り越えて生きようとする気力の低下が自殺願望を助長していたと考察していた。食生活の変化が QOL に影響することは前述したとおりである。さらに、ネガティブな心理状態により生きる意欲が低下したことに加え、社会環境や生活環境の要因により孤独に陥ったことでがん患者の心理的苦痛が助長され、自殺に至ったと考えられる。

このような家庭環境や社会環境を考慮する必要性が高い患者への支援は、医療職だけでは限界

がある。口腔がん患者の心理面や生活問題に関する支援には、MSWを含めた多職種連携が必要だといわれている（南 2000，立石ら 2001，村上ら 2012）。がん患者への生活を支えるために MSW と連携する必要性は、医療職にも認識されてきている。しかし、日本では口腔がん患者におけるチーム医療に、MSW が介入することは少ない。イギリスでは UW-QOL と Patient Concerns Inventory Head & Neck Cancer (PCI-HN) を使用した、頭頸部がん患者のフォローアップをスクリーニングする研究が行われている。PCI-HN は頭頸部がんの患者が身体、機能、治療関係、社会、心理領域の相談を望んでいるのかどうかを把握するために開発された (Rogers et al. 2016)。UW-QOL と PCI-HN を診療のルーティーンとして実施することで、多職種による連携が行われている。がん対策推進基本計画（厚生労働省 2012）の目標の 1 つに、チーム医療の推進があることから、MSW と連携した口腔がん患者への心理社会的支援体制を構築を促進する必要がある。

5. 高齢者口腔がん患者の地域包括ケア

口腔がん患者は60歳以上が66.8%を占めている。(Cancer Registry Committe 2003:16)。日本の高齢化率が14%を超え高齢社会を迎えた頃より、高齢者や認知症患者の口腔がんの治療の選択に関する研究が見られ（柳澤ら 1994，中山ら 1995，山田ら 1997），2015年には90歳以上の超高齢者への外科的治療の選択に関する研究も報告されている（坂本ら 2015）。しかし、高齢者の手術は身体的ストレスや入院による環境の変化が心理面のストレスとなるため、精神障害や認知症発症の危険性についても考慮する必要があるといわれている（大島ら 1988）。

高齢者の治療の選択には、手術による合併症のリスクや廃用症候群のリスク、快復力の減退など身体的要因以外にも、家族の協力体制（大島ら 1988，柳澤ら 1994，山田ら 1997）や経済状態（柳澤ら 1994，中山ら 1995）に考慮する必要がある。高齢や認知症などのために口腔内や食事の自己管理が困難になることも多い。また、摂食嚥下機能低下に合わせた調理や、交通が不便な病院への送迎など、日常生活で家族の協力が必要となる。交通等の社会的要因が受診の遅れや術後管理に影響するという報告もある（柳澤ら 1994）。しかし、老々介護のため家族介護力が低下している場合も少なくない。

また、高齢者では口腔がんの治療により、フレイル^{注2)}となり要介護度の重症化に繋がる可能性が高くなる。口腔がん治療により嚥下、経管栄養、体重減少など栄養摂取、social eating や social contact など社会関係に関する項目が低下する (Kovács et al. 2015)。栄養状態の悪化や体重減少、社会関係の減少によりフレイルサイクル^{注2)}の悪循環を繰り返す。さらに、食べることに制限が加わったことで、一人暮らしの高齢者が社会的孤独となり、自殺の要因の1つとなったケースも報告されている（尾崎ら 1995）。高齢者の口腔がん治療では医療的な管理に加え、介護体制を構築することで安定した在宅療養生活を送ることができるような支援が必要となる。

2005年ごろより地域包括ケア体制の整備が進められ、「社会保障制度改革国民会議報告書」（社会保障制度改革国民会議 2013：21）では、「病院完結型」から「地域完結型」の医療に変わらざるを得ないと指摘し、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築など医療・介護の提供体制の再構築に取り組んでいくことが必要だと提言している。2012年に策定されたがん対策推進基本計画には、地域の医療・介護サービスの提供体制構築が、がん医療の個別目標として掲げられている。口腔がんの手術後、唾液分泌低下による2次的な合併症として多発性う蝕（むし歯）や進行性歯周疾患があることから、がん治療後もかかりつけ歯科医による継続的な口腔管理が重要となる。さらに、高齢者の口腔がん患者では退院時にADLの低下が見られなくても、地域のかかりつけ歯科医や地域包括支援センターに情報提供することで、見守り体制を構築することが必要な場合もある。

本稿では先行研究より口腔がん患者が抱える特有の問題点を整理してきた。医療的研究論文でも心理社会問題が数多く取り上げられている。口腔がん特有の問題が日常生活や社会的関係に大きく影響していることから、MSWによる支援は必要である。今後、歯科専門職を始め、MSWを含めた多職種による連携体制をどのように行うことができるのかを検討していく必要がある。

注 記

注1) 腫瘍の進行状態を規定する臨床的因子には、腫瘍の大きさ(T)、頸部リンパ節転移(N)、遠隔転移(M)がある。病期分類はTNM分類をもとに0～Ⅳ期に分類されている。口腔がんのⅠ期およびⅡ期ではリンパ節転移がないが、3期、4期はリンパ節転移を伴う（日本口腔腫瘍学会口腔癌治療ガイドライン改訂委員会、日本口腔外科学会口腔癌診療ガイドライン策定委員会合同委員会 2013：23-25）。

注2) Frailtyの日本語訳は「虚弱」と使われてきたが、「加齢に伴って不可逆的に衰えた状態」という印象を与えてきた（荒井 2015：822）。Frailtyは早期に発見し、適切な介入により生活機能の維持・向上が期待できることから、日本老年医学会では「フレイル」と表記している。フレイルには身体的フレイル、精神心理的フレイル、社会的フレイルがある。フレイルは高齢者の自立を阻害する主要因であり、健康寿命の延伸に重要な課題となっている（島田 2015）。身体的フレイルは体重減少、虚弱（握力低下）、疲労感、緩慢（歩行速度の低下）、活動量低下が挙げられている（Fried et al. 2001）。口腔がんにより摂食嚥下機能が低下することで「低栄養状態→体重減少→サルコペニア→筋力低下→歩行速度低下→活動量低下→消費エネルギーの低下→摂取量低下（低栄養状態）」というフレイルサイクル（Xue et al. 2008）で悪循環に陥る可能性が高くなる。

引用文献

- 荒井秀典, 2015「フレイルの歴史, 概念（特集 超高齢社会におけるフレイルの意義を考える）」『Modern Physician』35(7), 821-822.
- Baile W.F., Buckman R. and Lenzi R. et al., 2000 “SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer” *Oncologist*, 5(4), 302-311.
- Bajwa H.K., Singareddy R. and Alluri K.R., 2016 “High-dose-rate interstitial brachytherapy in oral cancer: Its impact on quality of life” *Brachytherapy* May-Jun; 15(3), 381-386.

- Brown, R. 1997, *Quality of Life for People with Disabilities 2nd*, Cheltenham, ROOM HELM (=2002, Roy L, Brown 「生活の質：概念の発展」 中園康夫・末光茂 『障害をもつ人にとっての生活の質』 相川書房).
- Buckman. R.M.D, 1992, *How to Break Bad News; A Guide for health Care Professionals*, Univ of Toronto Pr, Toront, (=2000, 恒藤暁監訳 『真実を伝える—コミュニケーション技術と精神的援助の指針—』 13, 診断と治療社, 東京).
- Cancer Registry Committe, 2003, *Report of Head and Neck Cancer Registry of Japan: Clinical Statistics of Registered Patients*, Japan Society for Head and Neck Cancer.
- 第3次対がん総合戦略全体の報告と評価に関する研究班, 2014, 『根治・予防・共生—患者・社会と協働するがん研究—がん研究10か年戦略』.
- http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/pdf/gan10y.pdf (2016.12.22).
- Fried L. P., Tangen C.M. and Walston J., et al., 2001 “Frailty in older adults: evidence for a phenotype.” *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, Mar; 56(3) : 146-56.
- がんの統計編集委員会, 2016, 『がんの統計 '15』 公益財団法人がん研究振興財団
http://ganjoho.jp/data/reg_stat/statistics/brochure/2015/cancer_statistics_2015.pdf(2016.12.21).
- Girgis Afaf and Sanson-Fisher Rob W., 1995 “Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners” *Journal of Clinical Oncology*, 13(9), 2449-2456.
- James E. Birren, James E. Lubben, Janice Cichoelas Rowe and Donna E. Deutchman Ed., 1991, *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*, San Diego Academic Press (=1998, M. Powell Lawton 「虚弱な高齢者の QOL の多次元的な見方」 三谷嘉明訳 『虚弱な高齢者の QOL—その概念と測定』 医歯薬出版).
- Johnson, L. C. and Yanca, S. J., 1983, *Social Work Practice: A Generalist Approach, 7th*, Allyn & Bacon. (=2004, 山辺朗子, 岩間伸之訳 『ジェネラリスト・ソーシャルワーク』 ミネルヴァ書房).
- Kleinman, Arthur, 1988, *The illness narratives: suffering, Healing, and the human condition: Basic Books*. (=1996, 江口重幸・五木田紳・上野豪志訳 『病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学』 誠信書房).
- 厚生労働省, 2012, 『がん対策推進基本計画 平成24年6月』
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf (2016.12.22).
- Kovács A.F., Stefenelli U. and Thorn G. 2015 “Long-term quality of life after intensified multimodality treatment of oral cancer including intra-arterial induction chemotherapy and adjuvant chemoradiation”, *Ann Maxillofac Surg*. Jan-Jun; 5(1), 26-31.
- 苦瓜知彦・鎌田信悦・川端一嘉・他, 1993, 「頭頸部癌術後患者の QOL について」 『耳鼻咽喉科展望』 36(3), 295-303.
- Mental Health: Evidence & Research, Department of Mental Health & Substance Dependence, 2002, World Health Organization; WHOQOL-SRPB, Scoring and Coding for the WHOQOL SRPB Field-Test Instrument.
- 南正高, 2000, 「術後欠損の補綴処置における QOL」 『歯科医学』 63(3), 232-235.
- 光藤健司・伊藤正夫・藤内祝・他, 1992, 「口腔癌患者を主体に：口腔癌患者を主体に」 『日本口腔外科学会雑誌』 38(12), 1845-1850.
- 村上正治・渡邊裕・枝広あや子・他, 2012, 「口腔がん患者への集学的な精神医学的ケア」 『歯科学報』 112

- (4), 469-474.
- 中山明仁・設楽哲也・高橋廣臣・他, 1995, 「加齢と口腔・咽頭疾患 口腔癌: 加齢と治療の選択」『口腔・咽頭科』7(2), 125-131.
- 日本口腔腫瘍学会口腔癌治療ガイドライン改訂委員会, 日本口腔外科学会口腔癌診療ガイドライン策定委員会合同委員会編, 2013, 『科学的根拠に基づく口腔癌診療ガイドライン 2013年版』金原出版.
- 西倉実季, 2009, 『顔にあざのある女性たち—「問題経験の語り」の社会学』生活書院.
- Okamura H., Uchitomi Y. and Sasako M, et al., 1998 “Guidelines for telling the truth to cancer patients” *Japanese National Cancer Center Japanese journal of clinical oncology*, 28(1), 1-4.
- 大村進・小林園生・伊藤健・他, 1992, 「口腔領域悪性腫瘍患者の QOL 測定の質問表作成に関する検討」『日本口腔外科学会雑誌』38(10), 1542-1549.
- 大島仁・米田和典・前田好正・他, 1988, 「口腔癌治療における 1 つの問題点 治療拒絶例および精神障害例について: 治療拒絶例および精神障害例について」『日本歯科心身医学会雑誌』3(1), 12-19.
- 尾崎登喜雄・岡崎則子・米田和典・他, 1992, 「口腔癌患者における quality of life (QOL) の判定に関する新しい試み」『口腔外科学会雑誌』38(4), 590-598.
- 尾崎登喜雄・米田和典・植田栄作・他, 1995, 「自殺した口腔癌患者 3 例における社会的, 医学的問題点」『日本歯科心身医学会雑誌』10(1), 28-33.
- Rogers S. N., Lowe D. and Kanatas A., 2016 “Suitability of the Patient Concerns Inventory as a holistic screening tool in routine head and neck cancer follow-up clinics” *Br J Oral Maxillofac Surg*, May; 54(4): 415-421.
- Rudnick A., Ezra Y. and Melamed E., 2000 “Breaking bad news and personality assessment” *Patient Education and Counseling*, 41(2), 157-160.
- Rylands J, Lowe D. and Rogers S. N., 2016 “Outcomes by area of residence deprivation in a cohort of oral cancer patients: Survival, health-related quality of life, and place of death” *Oral Oncol.*, Jan : 52 : 30-36.
- 坂本由紀・柳本惣市・松下祐樹, 2015, 「90歳以上の超高齢口腔癌患者の臨床的検討」『老年歯科医学』30(3), 318-325.
- 佐藤愛美・金子有紀子・金子昌子・他, 2008, 「顔貌の変化をきたした口腔がん術後患者における退院後の生活実態」『The KITAKANTO medical journal』58(1), 17-26.
- 社会保障制度改革国民会議, 2013, 『社会保障制度改革国民会議報告書—確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋—平成 25 年 8 月 6 日』
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf> (2016.12.22).
- 砂川元・津波古判・平塚博義・他, 1997, 「口腔癌患者の術後 QOL に関する臨床的検討」『琉球医学会誌』17(4), 217-222.
- 島田裕之, 2015, 「身体的フレイルの意義, 概念 (特集 超高齢社会におけるフレイルの意義を考える)」『Modern Physician』35(7), 823-825.
- 立石晃・山崎正詞・大西正信・他, 2001, 「口腔癌の告知に関する現状調査」『日本口腔腫瘍学会誌』13(4), 183-188.
- World Health Organization, 2002, WHOQOL-SRPB, 2012 revision: scoring and coding for the WHOQOL SRPB field-test instrument: users manual
<http://apps.who.int/iris/handle/10665/77778> (2016.12.12).

Xue Q.L, Bandeen-Roche K. and Varadhan R., 2008 “Initial manifestations of frailty criteria and the development of frailty phenotype in the Women’s Health and Aging Study II” *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. Sep; 63(9) : 984-990.

山本憲幸・光藤健司・林康司・他, 2000, 「口腔癌患者における手術後の社会生活変化に関する検討—術後機能障害及び社会的, 経済的变化—」『頭頸部腫瘍』26(1), 57-62.

山田素子・正木日立・岩崎雅充・他, 1997, 「重度の痴呆を有する口腔癌の1例」『老年歯科医学』11(3), 192-197.

柳澤繁孝・清水正嗣・松島凜太郎・他, 1994, 「超高齢者口腔癌患者の治療法改善に関する研究—当科における80歳以上の15症例を対象として—」『口腔腫瘍』6(2), 86-94.