

頭頸部がん術後患者への摂食嚥下支援に関する研修会の効果

Effectiveness of Educational Workshops on Feeding and Swallowing Support for Postoperative Head and Neck Cancer Patients

田中美穂¹⁾ 中畑高子¹⁾ 松尾佳代¹⁾ 秋永和之²⁾ 宮園真美²⁾

1) 福岡歯科大学医科歯科総合病院、2) 福岡看護大学 看護学部 看護学科

抄 録

看護師の頭頸部がん治療を受けた患者への摂食嚥下支援の実践を広く可能にするため、看護師に対して「頭頸部がん術後患者を対象とした摂食嚥下支援に関する研修会」を行い、摂食嚥下支援に関する意識・関心、摂食機能療法の知識(目的・方法)と実践点数(行動自己評価)の変化を、研修会前、研修会后、研修会1か月後に調査した。対象は、口腔がん術後患者の看護を行っている看護師21名とし、研修会内容は頭頸部がん術後患者の摂食嚥下障害の概要と摂食機能療法の内容とした。看研修会后に有意に点数が増加した項目は、「摂食機能療法」に対する意識・関心($p<0.01$)、「摂食嚥下方法の指導」($p<0.05$)で、点数が低下した項目は、「摂食機能療法を行うことに対する不安」($p<0.01$)であった。研修会1か月後は、日常的に実践している項目は知識・実践点数ともに効果が持続していたが、実践機会が少ない「頸部・肩の運動」「口唇の運動」「頭部挙上訓練」「息こらえ嚥下」「頬杖嚥下」「頸部回旋」の知識(目的)点数は低下した。これらの実践機会が少ない6項目の知識を浸透させるために教育環境を整備する必要性が示唆された。看護師の頭頸部がん術後患者への摂食嚥下支援の実践能力向上のために、看護師間での嚥下カンファレンスを定例化し、他職種と連携した実践機会の提供を含めた継続教育に取り組むことで教育効果を維持する必要があると考えられた。

キーワード：頭頸部がん、摂食嚥下支援、研修効果

緒 言

頭頸部がんとは、頭部、顔面、頸部に生じる悪性腫瘍の総称であり、発生部位は鼻腔や口腔、咽頭、喉頭などである¹⁾。頭頸部がんの発生部位は食物の通過経路である口腔や咽頭などを含んでおり、外科的・放射線治療を受けることで嚥下機能に影響を与える¹⁾。

治療による嚥下機能への影響として、外科的治療による障害、放射線治療による障害の2つがある。外科的治療では、腫瘍切除に伴い欠損部位の機能障害が生じる。大きな欠損部位に対して皮弁による再建手術を行っても、再建皮弁は知覚や運動性は持っていないため、切除範囲や手術によって切除された神経・筋肉によっては機能回復には

限界がある場合がある²⁾。放射線療法では、急性期有害事象として照射部位の炎症、疼痛、味覚障害や唾液分泌障害、粘膜の浮腫状変化による感覚低下を生じ不顕性誤嚥の原因となる。晩期有害事象では組織の血流低下や脱神経などにより、組織の繊維化や唾液腺障害によって嚥下に関連する組織の運動障害が生じ嚥下機能に影響を与える³⁾。

このように、頭頸部がん術後患者は外科的・放射線療法に伴う嚥下関連器官の器質的・機能的変化により、治療後の嚥下訓練や嚥下体位などによる代償法を必要とする場合がある。さらに、治療に伴う有害事象(粘膜皮膚炎による疼痛、瘢痕による運動障害)は嚥下訓練や経口摂取に苦痛をもたらし、経口摂取の確立に影響を与える⁴⁾。そのた

め、治療中に経口摂取自体ができなくなり、経口摂取量が減少する事例も少なくない。経口摂取量の減少が進むと栄養障害をきたし、治療中止や感染発症、生存率低下に影響を与え、全身状態の悪化や QOL の低下に直結することが知られている⁵⁾。これらの理由から、頭頸部がん患者に対する口腔有害事象による術後の QOL 低下を予防する取り組みは、大変重要な看護介入のひとつであると考えられる。

口腔有害事象による QOL 低下を予防する取り組みの一つとして摂食機能療法がある。摂食機能療法は摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき行う治療であり、令和2年度から摂食嚥下支援加算が追加されるなど⁶⁾、多職種チームによる効果的な介入とともに推進されており、社会的に必要とされる介入である。

摂食機能療法に関する先行研究では、摂食機能療法を基にした教育プログラムを作成し勉強会を行うことで、ケア提供の動機付けや理解の深化に有効であったこと⁷⁾、脳卒中ユニットにおける看護師の介入による肺炎合併例数の減少や摂食状況の改善に関する報告は散見されるが⁸⁾、その対象は脳血管障害の急性期から慢性期、認知症などの神経変性疾患患者やサルコペニアによる嚥下性肺炎患者であり、頭頸部がん術後患者を対象とした看護師による摂食機能療法に関する研究報告は見当たらなかった。さらに、頭頸部がんの罹患率は日本人の全がんの中でも5%、口腔癌の罹患率は1%程度と少ないため、頭頸部がんに関する専門的な知識を持つ看護師も大変少ないことが報告されている⁹⁾。口腔がんを対象に嚥下リハビリテーションを行っている施設は全国でも約10%と少なく、院内での嚥下リハビリテーションに対するシステム作りやコメディカルへの啓発が課題であると言われている¹⁰⁾。

そこで、本研究では、口腔がんを含む頭頸部がん手術を受けた患者への看護師による摂食嚥下支援の実践を広く可能にすることを目指し、「頭頸部がん術後患者を対象とした摂食嚥下支援に関する研修会」を実施し、その効果を検証することとした。本研究の結果は、看護師特有の弱みとなる部

分を明らかにすることとなり、今後、再教育を行うことで頭頸部がん術後患者に対して効果的な摂食機能療法の実践につながると考える。また、看護師の頭頸部がん術後患者の摂食嚥下支援に対する意識や知識が向上することで、摂食機能療法に関する医師、歯科医師および言語聴覚士など他職種との連携強化に繋がり、頭頸部がん術後患者の QOL 改善に貢献すると考える。

本研究は、看護師に「頭頸部がん術後患者を対象とした摂食嚥下支援に関する研修会」を行い、研修会前後および研修会1か月後の看護師の意識・関心、知識と実践点数(行動自己評価)の変化を明らかにすることを目的とする。

研究方法

1. 用語の定義

摂食機能療法とは、摂食嚥下機能障害に対する評価および複数の訓練の総称であり、訓練内容は、食べ物を用いない間接訓練と食べ物を用いる直接訓練がある(表1)。中でも、息こらえ嚥下、頸部回旋、頬杖嚥下は、手術や放射線療法による影響で咽頭通過の左右差、咽頭残留、誤嚥、嚥下障害が生じることへの特殊な訓練法である¹¹⁾。

[説明]

- ・息こらえ嚥下は、声門閉鎖機能が低下している患者に対して嚥下と呼吸法を組み合わせることで誤嚥を防ぐ方法である。
- ・頸部回旋は、咽頭通過の左右差がある場合に頸部を回旋し嚥下することで咽頭通過を改善する方法である。
- ・頬杖嚥下は、頸部回旋に加えて頬杖をつくような姿勢をとり嚥下することで食物の通過を誘導する方法である。

2. 対象者

福岡歯科大学医科歯科総合病院に勤務する、頭頸部がん術後患者の摂食機能療法に携わっている看護師25名。対象看護師は複数の診療科が入院する混合病棟に所属しており、頭頸部がんの中でも、口腔がんおよび頸部食道がん、咽頭・喉頭がん術後患者の看護を行っている看護師とした。

表1 摂食機能療法の内容

| 間接訓練 | 目的・方法 | 直接訓練 | 目的・方法 |
|-------------|---|--------------|---|
| 1. 頸部・肩の運動 | 頸部の拘縮予防および改善とリラクゼーション | 9. 食形態による代償法 | 障害の程度に合わせて食事の物性・形態を調整することで残留や窒息を防ぐ |
| 2. 口唇の運動 | 口唇の筋力、拘縮、感覚低下予防のため、口輪筋に沿ってストレッチや伸展運動を行う | 10. 姿勢による代償法 | 体幹角度を調整することで食塊を送り込みやすし、誤嚥を軽減・防止する |
| 3. 舌の運動 | 舌の筋力、拘縮、感覚低下予防のため、舌を前後、左右方向へ動かす | 11. 複数回嚥下 | 一口につき複数回嚥下することで咽頭残留を除去し誤嚥を防止する |
| 4. アイスマッサージ | アイス綿棒で前口蓋弓、舌根部などを軽くなぞったり押しマッサージ効果により嚥下反射を誘発する | 12. 交互嚥下 | 異なる物性を交互に嚥下することで口腔・咽頭残留物を除去する |
| 5. ブローイング | 吹く動作により鼻咽腔閉鎖に関わる神経・筋群を活性化する | 13. 息こらえ嚥下 | 声門閉鎖機能が低下している患者に対して、嚥下と呼吸法を組み合わせて誤嚥を防ぐ |
| 6. 発声訓練 | 呼吸機能や嚥下関連器官を強化することで嚥下機能の改善を図る | 14. 随意的咳 | 食物の咽頭残留や喉頭侵入を排出させるため、意識的に咳嗽・呼出を促す |
| 7. 開口訓練 | 最大限に開口することで舌骨上筋群の筋力を向上し、舌骨挙上や食道入口部開大を改善する | 15. 頸部回旋 | 咽頭通過に左右差がある場合、通過が悪い方に頸部を回旋し嚥下することで残留を軽減する |
| 8. 頸部挙上訓練 | 仰向けの状態で頭だけを上げることで、喉頭挙上に関わる筋力を強化し咽頭残留を少なくする | 16. 頰杖嚥下 | 頸部回旋に頰杖をついた状態で嚥下することで、食道入口部の通過を改善する |

3. 調査期間

令和5年7月16日から8月31日。

4. 調査方法

対象看護師に対して、「頭頸部がん術後患者を対象とした摂食嚥下支援に関する研修会」を開催し、研修会実施前後および研修会1か月後に質問紙調査を行った。

質問用紙の配布は研修会2週間前に研究者が対象者に対して、説明文書1枚とともに研修会実施前、研修会実施後および研修会実施1か月後の質問用紙を対応のあるデータとなるようにそれぞれホッチキスで綴じ、3回分の提出用封筒とともに配布した。質問紙調査の実施期間は①研修会実施前は研修会2週間前から研修会直前まで。②研修会実施後は研修会終了直後から研修会終了1週間まで。③研修会実施1か月後は研修会終了1か月後からその2週間後までとした。

質問用紙の回収は、対象者が記入後、無記名で提出用封筒に封緘し病棟内に設置した回収箱に提出してもらい研究者が回収した。

5. 研修会内容

摂食嚥下支援の研修会内容は、摂食機能療法の内容と頭頸部がん術後患者の摂食嚥下障害の概要をもとに作成したものである。令和4年7月に頭頸部がん術後患者を対象とした摂食嚥下支援に関する研修会を開催しており、今回はその内容を見直し実施した。1回の学習会は60分で同じ内容を5回開催し、対象者25名中21名が受講した。

研修会内容は、当院で使用している摂食機能療法のテンプレート内容から抽出した間接訓練法7項目、直接訓練法6項目に「開口訓練」「頰杖嚥下」「頸部回旋」を追加した計16項目の目的・対象・方法と頭頸部がんの手術・放射線療法による摂食嚥下障害について講義形式で行った。講義に用いる資料は、日本摂食嚥下リハビリテーション学会「訓練法のまとめ(2014版)」を参考に作成した。また、講義の中で間接訓練の実際の動画や頭頸部がん術後患者の嚥下内視鏡検査と嚥下造影検査動画を供覧した。嚥下造影検査結果をもとに、嚥下反射のタイミングや喉頭挙上量、咽頭残留や誤嚥の程度などが改善したことを確認し、効果的な訓練方法であることを確認しながら説明した。

6. 調査内容

調査内容は、基本属性と摂食嚥下支援に関する意識・関心、摂食機能療法の知識(目的・方法)と実践(行動自己評価)の変化とした。

1) 基本属性

年齢、性別、看護師経験年数、口腔関連の研修を受けた回数、摂食機能療法に関する研修を受けた回数、摂食機能療法実践経験年数を調査した。

2) 調査項目

意識・関心は、「摂食機能療法」「摂食嚥下状態の観察」「摂食嚥下方法の指導」「摂食機能療法時の他職種との連携」「嚥下訓練を行うことに対する不安」の計5項目を「全くない(していない)」から「すごくある(している)」の7段階尺度と自由

記述により質問した。

摂食機能療法に関する知識と実践(行動自己評価)は、当院で使用している摂食機能療法のテンプレート内容から抽出した間接訓練法 7 項目(頸部・肩の運動、口唇の運動、舌の運動、アイスマッサージ、ブローイング、発声訓練、頭部挙上訓練)、直接訓練法 6 項目(食形態による代償法、姿勢による代償法、複数回嚥下、交互嚥下、息こらえ嚥下、随意的咳)と、当院の摂食機能療法のテンプレートには記載はないが、頭頸部がん術後患者に行われている訓練法の「開口訓練」「頬杖嚥下」「頸部回旋」を追加した 16 項目をもとに作成した質問用紙を使用した。知識では訓練法の目的、方法に対する知識がどの程度あるのか、実践(行動自己評価)では訓練法に対する実践の自信の程度を「全く知らない(できない)」から「とてもよく知っている(できる)」の 7 段階尺度と自由記述により調査した。

質問紙調査は、研修会前後および研修会 1 か月後に同じ項目で調査した。

7. 分析方法

研修会参加数は 21 名(参加率 84%)であった。研修会参加者 21 名のうち質問用紙の回収数は研修会前 21 名(回収率 100%)、研修会后 21 名(回収率 100%)、研修会 1 か月後 21 名(回収率 100%)であり 21 名を分析対象とした。

データの分析は摂食機能療法に関する知識と実践(行動自己評価)、摂食機能療法に関する意識について、「全く知らない(できない)」を 1 点、「ほとんど知らない(できない)」を 2 点、「あまり知らない(できない)」を 3 点、「どちらでもない」を 4 点、「少し知っている(できる)」を 5 点「かなり知っている(できる)」を 6 点、「すごく知っている(できる)」を 7 点として統計処理をした。

教育効果として研修会前後および研修会 1 か月後の 3 時点を比較した。すべてのデータは正規性の検定を行い、正規分布していないことからノンパラメトリック検定の Friedman で分析を行い、有意差のあった項目は Scheffe 多重比較を行った。

統計処理には、NSTATwin32 を使用し、有意水準は 5%未満とした。本研究では中央値だけでは有意差が分かりにくいことから、平均値も記載し

た。

8. 倫理的配慮

研究者から対象者へ説明文書とともに調査用紙を配布し、アンケートを提出しないことによる不利益は生じないことを保証し、調査用紙に「同意する」というチェック欄を設け、所定の回収箱へ提出してもらうことによって研究参加の同意を得た。

研究成果については個人が特定できないよう配慮し、質問用紙は無記名とし、縦断的な変化をみるために個人番号を調査用紙に記載することを説明文書に明記した。本研究は、筆者の所属する大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。(許可番号第 638 号)

結 果

対象者の摂食機能療法に関する意識・関心、知識と実践点数(行動自己評価)について、研修会前後および研修会 1 か月後の 3 時点を比較した。その結果を以下に示す。

1. 属性

対象看護師は、35.9±10.4 歳、臨床経験年数は 13±10.2 年(平均±SD)、女性が 100%であった。口腔関連の研修を受けた回数(±SD)は 1.9±2.2 回、摂食機能療法に関する研修を受けた回数は 1.5±2.1 回、摂食機能療法実施経験年数は 1.6±2.0 年(平均±SD)であった。

2. 摂食嚥下支援に関する意識・関心の変化

研修会前から 1 か月後の全ての項目の中央値は 5 点(少しある)~6 点(かなりある)であり、頭頸部がん術後患者の摂食嚥下支援に関する意識・関心は、どちらでもない(4 点)よりも高値であった(表 2)。特に研修会前に最も意識・関心が高い項目は「他職種連携」(中央値 6 点・平均値 5.57 点)であった。

一方、研修会前の「摂食機能療法を行うことに対する不安」の中央値は 6 点(かなりある)であり、頭頸部がんの摂食嚥下支援に意識・関心はあるが実践に対して不安が強いことが分かった。

研修会后に有意差を認めたものは 3 項目で、「摂食機能療法」($p<0.01$)、「摂食嚥下方法の指導」($p<0.05$)は上昇し、「摂食機能療法を行うことに対

表2 頭頸部がん術後患者に対する摂食嚥下に関する意識・関心 (n=21)

| | | 研修会前 | 研修会后 | 研修会1カ月後 | 有意差 | Scheffe多重比較 | |
|------------------------|---------|------|-------|---------|-------|-------------|------------|
| 1 摂食機能療法 | 意識関心がある | 中央値 | 5 | 6 | 5 | 0.0006 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 5.095 | 6 | 5.429 | | 前vs1カ月後：- |
| | | 標準誤差 | 0.2 | 0.13 | 0.2 | | 後vs1カ月後：* |
| 2 摂食嚥下状態の観察 | 意識関心がある | 中央値 | 5 | 6 | 6 | 0.08 | 前vs後：- |
| | | 平均値 | 5.524 | 5.952 | 5.667 | | 前vs1カ月後：- |
| | | 標準誤差 | 0.177 | 0.14 | 0.18 | | 後vs1カ月後：- |
| 3 摂食嚥下方法の指導 | 意識関心がある | 中央値 | 5 | 6 | 5 | 0.0009 | 前vs後：* |
| | | 平均値 | 5.333 | 6 | 5.19 | | 前vs1カ月後：- |
| | | 標準誤差 | 0.22 | 0.15 | 0.22 | | 後vs1カ月後：** |
| 4 摂食機能療法時の他職種との連携 | 意識関心がある | 中央値 | 6 | 6 | 5 | 0.02 | 前vs後：- |
| | | 平均値 | 5.571 | 6.048 | 5.333 | | 前vs1カ月後：- |
| | | 標準誤差 | 0.21 | 0.16 | 0.23 | | 後vs1カ月後：* |
| 5 摂食機能療法を行うことに対する不安がある | 不安がある | 中央値 | 6 | 5 | 5 | 0.007 | 前vs後：* |
| | | 平均値 | 5.762 | 4.429 | 4.714 | | 前vs1カ月後：* |
| | | 標準誤差 | 0.2 | 0.29 | 0.23 | | 後vs1カ月後：- |

Scheffe多重比較 **：1%有意差あり *：5%有意差あり -：有意差なし

a：研修会前 vs 研修会后 b：研修会前vs研修会1カ月後 c：研修会后vs研修会1カ月後

する不安」は低下していた($p<0.01$)。研修会1か月後に有意差を認めたものは3項目で、「摂食機能療法」($p<0.05$)、「摂食嚥下方法の指導」($p<0.01$)、「摂食機能療法時の他職種との連携」($p<0.05$)は、いずれも低下していた。

「摂食機能療法を行うことに対する不安」点数は、1か月後も低下しなかった。

研修会前から中央値5点と高値で、研修会1か月後、最も高い点数(中央値6点・平均値5.6点)となったのは「摂食嚥下状態の観察」であった。

3. 間接訓練の知識と実践点数(行動自己評価)の変化

研修会后ではすべての項目の知識・実践点数ともに有意に上昇したが($p<0.01$)、研修会1か月後には「頸部・肩の運動」「口唇の運動」「舌の運動」「ブローイング」「開口訓練」「頭部挙上訓練」の6項目で知識点数が低下していた($p<0.05$)(表3)。知識点数が低下した6項目の中で「頸部・肩の運動」は知識点数の目的・方法点数ともに低下したが、それ以外の5項目では目的点数のみが低下した。「頸部・肩の運動」「口唇の運動」「舌の運動」「ブローイング」「開口訓練」「頭部挙上訓練」は、研修会后に有意に点数が上昇し、1か月後に低下したが、研修会の中央値と同点であり低下は認めなかった。

研修会1か月後の中央値で最も高い項目は、脳血管障害患者や認知症患者に対して実践する「アイスマッサージ(知識・実践)」と、簡便で侵襲の少

ない「発声訓練(知識・実践)」の6点(かなり知っている)であった。一方、最も中央値が低い項目は「頸部・肩の運動(実践)」「口唇の運動(実践)」「頭部挙上訓練(実践)」の4点(どちらでもない)で、看護師が日頃実践する機会が少ない項目であったが、研修会1か月後に有意差は認めなかった。平均値をみると、研修会1か月後の平均値は4.19点~6点の範囲であった。

4. 直接訓練の知識と実践点数(行動自己評価)の変化

「食事形態による代償法」「姿勢による代償法」は、日常的に脳血管障害や認知症患者に対して実践しており、研修会前から知識と実践点数ともに中央値が5点(少し知っている)・6点(かなり知っている)でもともと高値であったが、研修会后さらに知識・実践点数は上昇し($p<0.05$)、研修会1か月後まで維持していた(表4)。また、「食事形態による代償法」「姿勢による代償法」に加えて、日頃よく実践している「複数回嚥下」「交互嚥下」「随意的咳」は、知識・実践点数ともに研修会后($p<0.05$)、研修会1か月後($p<0.01$)で有意に上昇し、中央値7点(すごく知っている)・平均値6.42~6.61点の最高点数となった。

看護師が実践する機会が少ない「息こらえ嚥下」「頬杖嚥下」「頸部回旋」は、研修会前の中央値は最低点の1点(全く知らない)~3点(あまり知らない)と低値で、特に実践点数が低かったが、研修会后、研修会1か月後ともに点数は有意に上昇した

($p<0.01$)。しかし、「息こらえ嚥下」「頬杖嚥下」「頸部回旋」の1か月後の実践点数は中央値4点(どちらでもない)・5点(少しできる)であり、他の項目の中央値と比較すると低値であり、最も実践機会が少ない「息こらえ嚥下」が全体的に低い点数であった。

平均値をみると、研修会1か月後の直接訓練の範囲は5.19~6.61点で、間接訓練の範囲(4.19~6点)よりもやや点数が高かった。

つまり、日常的に実践している項目は知識・実践点数ともに上昇しやすい傾向にあり、その効果は研修会1か月後まで持続していた。実践機会が少ない項目は、間接訓練と同様に知識点数と比較すると低い傾向であったが、直接訓練では全ての項目で研修会1か月後まで効果は持続しており、間接訓練よりも知識・実践点数の平均値が高い傾向であることが分かった。

考 察

1. 意識・関心の変化

研修会后、「摂食機能療法」の意識・関心が向上し「摂食機能療法を行うことに対する不安」が低下したことは、研修会により頭頸部がん術後患者の摂食嚥下障害の特徴や、頭頸部がん術後患者の摂食機能療法について一定の観察項目や具体的対応策を提示することで意識・関心が高まり、知識が補われたことで看護師の不安が軽減できたと考えられ¹²⁾、先行研究と同様の結果を得た。

研修会1か月後、「摂食機能療法」($p<0.05$)、「摂食嚥下方法の指導」($p<0.01$)が低下していたことは、今回の研修会内容では患者指導するまでの訓練法の理解やアセスメント能力は獲得できなかったことが推測される。また、外科的治療で切除範囲や放射線治療の有無によっては、嚥下障害が軽度で介入を必要としない患者も存在することから、頭頸部がん術後患者に対する摂食機能療法、指導的介入に関する意識が低くなっている可能性も考えられる。

研修会前から「他職種連携」の意識・関心が高かったことを考慮すると、頭頸部がんは症例数が少なく参考となる文献に限りがあるため⁷⁾、専門的な知識の学習機会が少ないことから、実践に対

して不安があり言語聴覚士など専門的な他職種へ依存していた可能性がある。

頭頸部がんは手術の切除範囲や放射線治療の照射部位が明確であり、嚥下障害の重症度が予測可能¹³⁾なため、術前に主治医や嚥下診療に携わる他職種と嚥下障害の重症度や介入の必要性について情報共有することで看護師の嚥下支援に関する意識や知識が向上し、より積極的な摂食嚥下支援の介入に繋がると考える。

2. 間接訓練の知識と実践点数(行動自己評価)

研修会前後では、すべての項目の知識・実践点数が向上していることから、研修会の中で頭頸部がんの嚥下障害について知識が深まったことで、行動自己評価の実践点数も上昇したと考える。

また、8項目中2項目で研修会1か月後まで知識・実践点数が維持できていたということは、研修会後で学んだ知識を日々の看護業務の中で意識して確認したことで、ある程度の知識が定着したのではないかと考える。

しかし、研修会1か月後に実践機会が少ない6項目で知識(目的)点数が低下したことから、エビングハウスの忘却曲線では学習した記憶は学習直後から減少しはじめ1週間後に77%、1か月後には79%を忘れてしまうため¹⁴⁾、忘却曲線を参考に定期的に復習することで学習内容を定着させることが必要であると考えられた。一方、研修会1か月まで実践点数を維持できていたことは、研修会の中で訓練法の実践方法を動画で供覧したことで、看護技術の習得において手順や手技をイメージしやすくする役割を果たし動画教材が効果的であった¹⁵⁾ことが考えられた。

間接訓練において研修会1か月後に最も低い点数であった項目は「頸部・肩の運動」「口唇の運動」「頭部挙上訓練」で、全て実践点数という結果から、看護師が行う摂食機能療法は認知症患者に対する直接訓練を中心に行っており、間接訓練を実践する頻度が少ないため間接訓練の実践点数は直接訓練の平均値よりも低値であったと考えられる。

3. 直接訓練の知識と実践点数(行動自己評価)

研修会前から「食形態による代償法」「姿勢による代償法」の点数が高値であったことは、頭頸部がんを除く摂食機能療法において姿勢による代償

表3 間接訓練内容からみた研修会前後および研修会1カ月後の3時点比較 (n=21)

| | | 研修会前 | 研修会後 | 研修会1カ月後 | 有意差 | Scheffe多重比較 | |
|------------|----------|------|-------|---------|-------|-------------|------------|
| 1 頸部・肩の運動 | 目的を知っていた | 中央値 | 5 | 6 | 5 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 4.14 | 6.23 | 5 | | 前vs1カ月後：- |
| | | 標準誤差 | 0.373 | 0.136 | 0.316 | | 後vs1カ月後：** |
| | 方法を知っていた | 中央値 | 3 | 6 | 5 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 3.048 | 6.23 | 4.95 | | 前vs1カ月後：* |
| | | 標準誤差 | 0.355 | 0.152 | 0.28 | | 後vs1カ月後：* |
| | 実践できそう | 中央値 | 2 | 6 | 4 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 1.857 | 5.81 | 4.38 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.241 | 0.214 | 0.288 | | 後vs1カ月後：- |
| 2 口唇の運動 | 目的を知っていた | 中央値 | 5 | 6 | 5 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 4.095 | 6.23 | 5.19 | | 前vs1カ月後：- |
| | | 標準誤差 | 0.3 | 0.167 | 0.297 | | 後vs1カ月後：* |
| | 方法を知っていた | 中央値 | 3 | 6 | 5 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 3 | 6.09 | 4.9 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.3 | 0.167 | 0.275 | | 後vs1カ月後：- |
| | 実践できそう | 中央値 | 1 | 6 | 4 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 1.8 | 5.8 | 4.57 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.254 | 0.177 | 0.289 | | 後vs1カ月後：- |
| 3 舌の運動 | 目的を知っていた | 中央値 | 5 | 6 | 5 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 4.286 | 6.286 | 5.476 | | 前vs1カ月後：- |
| | | 標準誤差 | 0.359 | 0.14 | 0.235 | | 後vs1カ月後：* |
| | 方法を知っていた | 中央値 | 3 | 6 | 5 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 3.476 | 6.09 | 5.38 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.356 | 0.181 | 0.2 | | 後vs1カ月後：- |
| | 実践できそう | 中央値 | 2 | 6 | 5 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 2.048 | 5.857 | 4.952 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.304 | 0.173 | 0.262 | | 後vs1カ月後：- |
| 4 アイスマッサージ | 目的を知っていた | 中央値 | 5 | 6 | 6 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 4.714 | 6.238 | 6 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.293 | 0.152 | 0.182 | | 後vs1カ月後：- |
| | 方法を知っていた | 中央値 | 5 | 6 | 6 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 4.38 | 6.048 | 6.048 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.341 | 0.2 | 0.161 | | 後vs1カ月後：- |
| | 実践できそう | 中央値 | 2 | 6 | 6 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 2.333 | 5.61 | 5.8 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.311 | 0.243 | 0.224 | | 後vs1カ月後：- |
| 5 ブローイング | 目的を知っていた | 中央値 | 2 | 6 | 5 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 2.381 | 6.048 | 4.762 | | 前vs1カ月後：* |
| | | 標準誤差 | 0.319 | 0.188 | 0.3 | | 後vs1カ月後：* |
| | 方法を知っていた | 中央値 | 1 | 6 | 5 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 2.143 | 6 | 4.857 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.332 | 0.195 | 0.286 | | 後vs1カ月後：- |
| | 実践できそう | 中央値 | 1 | 6 | 5 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 1.571 | 5.429 | 4.571 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.234 | 0.263 | 0.28 | | 後vs1カ月後：- |
| 6 発声訓練 | 目的を知っていた | 中央値 | 5 | 6 | 6 | 0.005 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 5.286 | 6.238 | 5.952 | | 前vs1カ月後：- |
| | | 標準誤差 | 0.219 | 0.181 | 0.2 | | 後vs1カ月後：- |
| | 方法を知っていた | 中央値 | 5 | 6 | 6 | 0.0002 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 4.762 | 6.238 | 6 | | 前vs1カ月後：* |
| | | 標準誤差 | 0.337 | 0.181 | 0.228 | | 後vs1カ月後：- |
| | 実践できそう | 中央値 | 2 | 6 | 6 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 2.333 | 6.095 | 5.905 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.354 | 0.194 | 0.238 | | 後vs1カ月後：- |
| 7 開口訓練 | 目的を知っていた | 中央値 | 3 | 6 | 5 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 3.19 | 6.238 | 4.857 | | 前vs1カ月後：- |
| | | 標準誤差 | 0.4 | 0.167 | 0.269 | | 後vs1カ月後：* |
| | 方法を知っていた | 中央値 | 3 | 6 | 5 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 2.667 | 6.143 | 4.952 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.347 | 0.158 | 0.253 | | 後vs1カ月後：- |
| | 実践できそう | 中央値 | 1 | 6 | 5 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 1.905 | 5.81 | 4.667 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.275 | 0.254 | 0.278 | | 後vs1カ月後：- |
| 8 頭部挙上訓練 | 目的を知っていた | 中央値 | 2 | 6 | 5 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 2.333 | 6.095 | 4.571 | | 前vs1カ月後：* |
| | | 標準誤差 | 0.386 | 0.167 | 0.289 | | 後vs1カ月後：* |
| | 方法を知っていた | 中央値 | 1 | 6 | 5 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 1.952 | 5.905 | 4.476 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.3 | 0.217 | 0.297 | | 後vs1カ月後：- |
| | 実践できそう | 中央値 | 1 | 5 | 4 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 1.524 | 5.238 | 4.19 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.235 | 0.291 | 0.328 | | 後vs1カ月後：- |

Scheffe多重比較 **：1%有意差あり *：5%有意差あり -：有意差なし

a：研修会前 vs 研修会後 b：研修会前vs研修会1カ月後 c：研修会後vs研修会1カ月後

表4 直接訓練内容からみた研修会前後および研修会1カ月後の3時点比較 (n=21)

| | | 研修会前 | 研修会後 | 研修会1カ月後 | 有意差 | Scheffe多重比較 | |
|--------------|-----------|------|-------|---------|-------|-------------|------------|
| 1 食事形態による代償法 | 目的を知っていた | 中央値 | 6 | 6 | 6 | 0.24 | 前vs後：- |
| | | 平均値 | 5.85 | 6.23 | 6.19 | | 前vs1カ月後：- |
| | | 標準誤差 | 0.21 | 0.152 | 0.177 | | 後vs1カ月後：- |
| | 方法を知っていた | 中央値 | 5 | 6 | 6 | 0.04 | 前vs後：- |
| | | 平均値 | 5.33 | 6.09 | 5.95 | | 前vs1カ月後：- |
| | | 標準誤差 | 0.295 | 0.152 | 0.2 | | 後vs1カ月後：- |
| | 実践できそう | 中央値 | 5 | 6 | 6 | 0.03 | 前vs後：- |
| | | 平均値 | 4.9 | 5.76 | 5.9 | | 前vs1カ月後：* |
| | | 標準誤差 | 0.344 | 0.205 | 0.217 | | 後vs1カ月後：- |
| 2 姿勢による代償法 | 目的を知っていた | 中央値 | 6 | 6 | 7 | 0.18 | 前vs後：- |
| | | 平均値 | 5.85 | 6.19 | 6.33 | | 前vs1カ月後：- |
| | | 標準誤差 | 0.241 | 0.13 | 0.199 | | 後vs1カ月後：- |
| | 方法を知っていた | 中央値 | 5 | 6 | 7 | 0.007 | 前vs後：- |
| | | 平均値 | 5.52 | 6.09 | 6.28 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.272 | 0.167 | 0.196 | | 後vs1カ月後：- |
| | 実践できそう | 中央値 | 5 | 6 | 7 | 0.003 | 前vs後：- |
| | | 平均値 | 5.38 | 5.95 | 6.19 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.296 | 0.175 | 0.235 | | 後vs1カ月後：- |
| 3 複数回嚙下 | 目的を知っていた | 中央値 | 5 | 6 | 7 | 0.002 | 前vs後：* |
| | | 平均値 | 5.28 | 6.23 | 6.42 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.331 | 0.136 | 0.612 | | 後vs1カ月後：- |
| | 方法を知っていた | 中央値 | 5 | 6 | 7 | 0.0003 | 前vs後：* |
| | | 平均値 | 5.14 | 6.19 | 6.52 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.346 | 0.177 | 0.148 | | 後vs1カ月後：- |
| | 実践できそう | 中央値 | 5 | 6 | 7 | 0.0002 | 前vs後：- |
| | | 平均値 | 4.85 | 6.04 | 6.42 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.379 | 0.175 | 0.162 | | 後vs1カ月後：- |
| 4 交互嚙下 | 目的を知っていた | 中央値 | 6 | 6 | 7 | 0.0003 | 前vs後：* |
| | | 平均値 | 5.23 | 6.23 | 6.57 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.371 | 0.152 | 0.13 | | 後vs1カ月後：- |
| | 方法を知っていた | 中央値 | 5 | 6 | 7 | 0.0001 | 前vs後：* |
| | | 平均値 | 5.04 | 6.14 | 6.57 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.399 | 0.173 | 0.13 | | 後vs1カ月後：- |
| | 実践できそう | 中央値 | 5 | 6 | 7 | 0.0001 | 前vs後：* |
| | | 平均値 | 4.85 | 6.04 | 6.61 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.379 | 0.2 | 0.128 | | 後vs1カ月後：- |
| 5 息こらえ嚙下 | 目的を知っていた | 中央値 | 3 | 6 | 5 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 3.09 | 5.9 | 5.28 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.377 | 0.194 | 0.25 | | 後vs1カ月後：- |
| | 方法を知っていた | 中央値 | 3 | 6 | 5 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 2.85 | 5.52 | 5 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.373 | 0.254 | 0.3 | | 後vs1カ月後：- |
| | 実践できそう | 中央値 | 1 | 5 | 4 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 2 | 5.04 | 4.66 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.323 | 0.288 | 0.3 | | 後vs1カ月後：- |
| 6 随意的咳 | 目的を理知っていた | 中央値 | 5 | 6 | 7 | 0.001 | 前vs後：* |
| | | 平均値 | 5.47 | 6.19 | 6.47 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.263 | 0.177 | 0.16 | | 後vs1カ月後：- |
| | 方法を知っていた | 中央値 | 5 | 6 | 7 | 0.002 | 前vs後：- |
| | | 平均値 | 5.38 | 6.04 | 6.47 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.296 | 0.175 | 0.16 | | 後vs1カ月後：- |
| | 実践できそう | 中央値 | 5 | 6 | 7 | 0.0004 | 前vs後：- |
| | | 平均値 | 4.8 | 5.95 | 6.42 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.375 | 0.2 | 0.17 | | 後vs1カ月後：- |
| 7 頬杖嚙下 | 目的を知っていた | 中央値 | 4 | 6 | 6 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 3.61 | 5.85 | 5.76 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.465 | 0.198 | 0.24 | | 後vs1カ月後：- |
| | 方法を知っていた | 中央値 | 3 | 6 | 6 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 3.14 | 5.76 | 5.66 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.443 | 0.227 | 0.26 | | 後vs1カ月後：- |
| | 実践できそう | 中央値 | 2 | 5 | 5 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 2.52 | 5.14 | 5.19 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.406 | 0.241 | 0.3 | | 後vs1カ月後：- |
| 8 頸部回旋 | 目的を知っていた | 中央値 | 3 | 6 | 6 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 3.19 | 5.85 | 5.71 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.417 | 0.186 | 0.24 | | 後vs1カ月後：- |
| | 方法を知っていた | 中央値 | 2 | 6 | 6 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 2.8 | 5.76 | 5.61 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.411 | 0.194 | 0.27 | | 後vs1カ月後：- |
| | 実践できそう | 中央値 | 1 | 5 | 5 | 0.0001 | 前vs後：** |
| | | 平均値 | 2.28 | 5.14 | 5.33 | | 前vs1カ月後：** |
| | | 標準誤差 | 0.385 | 0.21 | 0.28 | | 後vs1カ月後：- |

Scheffe多重比較 **：1%有意差あり *：5%有意差あり -：有意差なし

a：研修会前 vs 研修会後 b：研修会前vs研修会1カ月後 c：研修会後vs研修会1カ月後

法を日常的に実践していることから、これらの知識が既に広く浸透していたことを示している。

「複数回嚥下」「交互嚥下」「随意的咳」が研修会1か月後に有意に上昇したことは、これら3項目も日常的に実践していたが、研修会前は曖昧な知識で行っていたことが、研修会により知識を身につけ実践していくことで知識と実践能力が向上したことが示唆された。

「息こらえ嚥下」「頬杖嚥下」「頸部回旋」が知識・実践点数ともに研修会後に有意に上昇したことにに関して、「息こらえ嚥下」の知識点数が上昇したことは、研修会により治療や有害事象によって声門閉鎖不全が生じることの理解が得られ、息こらえ嚥下が声門閉鎖を促す方法として認識されたと考える。「頬杖嚥下」「頸部回旋」の知識点数が上昇したことは、研修会により治療によって食物の咽頭通過経路が変形し通過機能障害が起こることの理解が得られたと考える。さらに、研修会の中で嚥下機能検査の動画視聴をしたことで、外からは観察できない嚥下状況を可視化でき、頸部の位置調整や体を傾けることで食物を誘導する方法がイメージできたからと考える。

4. 摂食嚥下支援の定着に向けて

「息こらえ嚥下」「頬杖嚥下」「頸部回旋」の3項目は研修会1か月後には点数が低下していた。これは、頭頸部がん術後患者は認知機能が保たれているためセルフケアによる訓練が可能であり、言語聴覚士が患者へ訓練法を指導した後、看護師が介入する機会が少なくなり、知識や実践が定着しない原因になっている可能性がある¹⁶⁾。看護師が患者の障害を理解し指導的介入が行えるよう、点数が低値となった3項目の必要性や実践方法(頸部位置や角度)を明確に伝える必要がある。

また、当院の特徴として1つの病棟に複数の診療科が入院しているため、先行研究においても指摘されているように、看護師は学習する疾患数が多く効果的な学習方法を見いだせない可能性がある¹⁷⁾。研修転移を促進し実践能力を向上するために、嚥下カンファレンスを定期的に開催し効果的であった動画教材を活用しながら症例検討を行うことは、看護師の効果的かつ効率的な学習機会に繋がると考える。看護師は日常的に実践機会が少

ない項目の実践点数は低下しやすい傾向が分かったため、実践能力を向上するためには、効果的であった動画教材の活用や実技講習会の開催、看護業務の中で言語聴覚士が行う訓練を見学する機会を看護師間でローテーションすることが有効であると考えられる。

頭頸部がん治療による嚥下障害は多様であり¹⁸⁾、患者が安全な経口摂取を確立するためには、口腔外科医だけではなく嚥下診療を行う耳鼻咽喉科医や言語聴覚士、看護師が統一したアプローチを行い、訓練法を患者の生活に定着させることが重要である。頭頸部がん術後患者に対して多職種で介入することは、摂食・嚥下機能や栄養状態を改善することに繋がり¹⁹⁾、治療効果を最大限に引き出すことができる。また、血管柄付遊離皮弁移植手術では、術後の皮弁の安静が必要であり、主治医の許可のもと口腔内操作を開始する。栄養血管の閉塞は皮弁の壊死や再手術のリスクを伴うため、専門的な知識が必要である。看護師が頭頸部がん術後患者に対して、安全で適切な摂食嚥下支援を実施するためには、頭頸部がんの術式や合併症、予測される嚥下障害について、多職種とともに学習会を開催し、専門的知識を伝達することで看護師の実践能力向上を支援することが重要である。

今回の研究結果から、研修会1か月後には点数が低下した項目を認めていたため、記憶の7割を忘却する1週間を目安に、週に1回嚥下カンファレンスを開催し頭頸部がん術後患者の症例検討を通して嚥下障害や訓練法を振り返りことは、研修会内容の知識の定着に繋がると考える。

以上のことから、看護師に対して頭頸部がん患者の摂食嚥下支援に関する教育を行うことで、看護師の頭頸部がん術後患者への摂食嚥下支援に関する知識の習得と看護実践能力を高めることに繋がり、患者の摂食嚥下機能の維持・向上と安全な経口摂取確立の寄与に貢献できると考える。

結 語

摂食嚥下支援に関する研修会の実施は、頭頸部がん術後患者を対象とした摂食機能療法を実施するための意識・関心、知識と実践点数を向上させ

た。また、摂食機能療法の中で点数が低下しやすい項目が明らかにされた。

今後、学習内容の定着と実践能力向上のために看護師間での嚥下カンファレンスを定例化し、他職種と連携した実践機会の提供を含めた継続教育に取り組むことで教育効果を維持する必要があると考えられた。

研究の限界

今回の調査は、歯科大学付属病院の混合病棟に勤務する口腔関連の知識がある看護師を対象に研究を実施した。そのため、一般病棟に勤務する看護師で同様の結果が得られるとは考えにくい。また、実践点数(行動自己評価)は自己評価によって教育効果を評価したため、今後は客観的評価を含め実践能力を評価検討する必要がある。

謝辞

本研究にご協力くださいました看護師の皆様へ深謝申し上げます。

本研究における利益相反は存在しない。

引用文献

- 1) 合谷真一, 富藤雅之, 塩谷彰浩: 頭頸部癌に伴う嚥下障害. 日本嚥下医学会学会誌, 7(1), 15-21, 2018
- 2) Jeri A. Logemann: 口腔・咽頭癌治療後の摂食・嚥下障害. Logemann 摂食・嚥下障害, 道健一, 道脇幸博(編), 医歯薬出版, 209-210, 2000
- 3) 藤本保志: 頭頸部の器質的疾患により嚥下障害の特徴と治療. 疾患別に診る嚥下障害, 片桐伯真 他(編), 医歯薬出版, 294-295, 2017
- 4) 長崎ひとみ, 中村美和子: 頭頸部がん患者の治療中の食事・栄養摂取量の実態: 化学療法・放射線療法・手術療法患者の比較, 山梨大学看護学会誌, 11(22), 45-50, 2013
- 5) 田中信和: 化学放射線療法の支持療法と治療開発のいままでとこれから. 日本嚥下医学会誌, 46, 60, 2023
- 6) 厚生労働省ホームページ: 令和2年度診療報酬改定の概要, <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000666010.pdf>(2024年7月6日利用)
- 7) 曾根純子, 桧林亜紀子, 笠井倫世 他: 看護師を対象とした摂食機能療法の教育プログラムの効果, 日本農村医学会雑誌, 68, 318, 2019
- 8) 新名由利子, 山田深, 岡崎雅代 他: 脳卒中ユニットにおける看護師を中心とした摂食機能療法, 脳卒中, 31, 23-28, 2009
- 9) 岩井美世子: 頭頸部がんの看護. 頭頸部がんマスターガイド 患者さんと向き合う治療, 青山寿昭 他(編), メディカ出版, 12-15, 2021
- 10) 大重日出夫, 山崎裕, 渡邊哲 他: 歯科口腔外科における口腔癌術後の摂食・嚥下障害への対応, 口腔腫瘍, 20(1)1-10, 2008
- 11) 日本摂食嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会: 訓練法のまとめ(2014版), 日摂食嚥下リハ会誌, 18(1), 55-89, 2014
- 12) 北村知美, 上羽瑠美, 上柳菜摘 他: 嚥下調査票導入による看護師の摂食嚥下評価の変化, 日摂食嚥下リハ会誌, 22(3), 273-277, 2018
- 13) 豊田生子: 頭頸部癌患者に対する嚥下リハビリテーション, 喉頭, 28, 101, 2016
- 14) Ebbinghaus H: Memory. A contribution to experimental psychology. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4117135/pdf/ANS0972-7531-20-155.pdf>(2024年7月6日利用)
- 15) 渋谷寛美, 江藤千里, 鈴木真由美 他: 熟練看護師の看護技術を疑似体験するバーチャルリアリティ教材の開発, 日本シミュレーション医療教育学会雑誌, 8, 21-27, 2020
- 16) 佐藤真理, 北村守正, 浅田摩紀 他: 大規模急性期総合病院における入院時嚥下スクリーニング導入による看護師意識の変化, 日摂食嚥下リハ会誌, 23(3), 194-198, 2019
- 17) 高橋聡子, 上國料美香, 亀岡知美 他: 病院に就業する看護師が展開する学習活動に関する研究, 看護教育学研究, 29(1), 39-52, 2020
- 18) 小泉雄, 佐々木徹, 米川博之 他: 頭頸部がん患者に対する嚥下リハビリテーションチームの活動, 頭頸部癌, 44(3), 269-275, 2018
- 19) 高橋美貴, 大高木淑恵, 藪口美樹 他: 口腔癌治療後の嚥下カンファレンス介入効果, 言語聴覚研究, 12(4), 272-280, 2015

Effectiveness of Educational Workshops on Feeding and Swallowing Support for Postoperative Patients with Head and Neck Cancer

Miho Tanaka¹⁾, Takako Nakahata¹⁾, Kayo Matsuo¹⁾, Kazuyuki Akinaga²⁾, Mami Miyazono²⁾

1) *Fukuoka Dental College Hospital*

2) *Fukuoka Nursing College Faculty of Nursing*

Key Words: Head and neck cancer, Dysphagia nursing, Workshop outcomes

To enable nurses to widely practice feeding and swallowing support for patients treated for head and neck cancer, a training session on feeding and swallowing support for postoperative patients with head and neck cancer was held. Objectives included promoting changes in awareness and interest in feeding and swallowing support, conveying knowledge of feeding function therapy (purpose and methods), and evaluating practice scores (behavioral self-assessment). A survey was conducted before the workshop, after the workshop, and one month after the workshop. The participants were 21 nurses who provided care to postoperative patients with oral cancer. The content of the training session was an overview of eating and swallowing disorders in postoperative patients with head and neck cancer and eating function therapy. Significant increases in scores after the training session were recorded for an awareness of and interest in “eating and swallowing therapy” ($p < 0.01$) and “teaching eating and swallowing methods” ($p < 0.05$). A decrease in the score was recorded for “anxiety about performing eating and swallowing therapy” ($p < 0.01$). One month after the training session, both knowledge and practice scores indicated that education was effective for items that were routinely practiced; however, knowledge (objective) scores decreased for “neck and shoulder exercises,” “lip exercises,” “head-raising training,” “breath-holding swallowing,” “buccal swallowing,” and “neck rotation,” which were items with fewer opportunities for practice. The findings indicate that an educational environment should be created to instill knowledge about these six items, which are rarely practiced. To improve nurses’ ability to provide feeding and swallowing support for postoperative patients with head and neck cancer, maintaining the effectiveness of education by holding regular swallowing conferences and providing continuing education, including opportunities to practice in collaboration with other professionals, is needed.