

日本語主本文翻訳 (表・ 図注を含む)

原題 : Raising Awareness of Oral Care Through Co-Creation: A Qualitative Evaluation Study With Patients and Healthcare Professionals in a Hospital Setting

著者 : Charlotte Nielsen、Nadja Buch Petersson、Helene Mathilde Dalgaard、Bettina Trettin

PMID : 42740587。DOI : 10.1111/scs.70319

原文 : <https://www.ebi.ac.uk/europepmc/webservices/rest/PMC13575593/fullTextXML>

原著著作権表示 : © 2026 The Author(s). Scandinavian Journal of Caring Sciences published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of Nordic College of Caring Science.

原著・ 翻訳の利用条件 : CC-BY-NC-4.0 <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

AI翻訳。独立AI原文レビュー済み。歯科医師による監修は実施していない。原図・ 図中文字・ 別ファイルの補足資料を含まない。日本語への翻訳という改変を加えた。

表中の結合セルは元の値を繰り返して表示する。

原著の書誌情報・ 著者情報

掲載誌: Scandinavian Journal of Caring Sciences

巻: 40

号: 3

論文番号: e70319

著者・ 所属 : Charlotte Nielsen (所属1、 2、 3)

責任著者 : Charlotte Nielsen

著者識別子 (ORCID) : Charlotte Nielsen (<https://orcid.org/0000-0002-8920-7758>)

著者メール : Charlotte Nielsen (charlotte.nielsen@rsyd.dk)

著者・ 所属 : Nadja Buch Petersson (所属4)

著者識別子 (ORCID) : Nadja Buch Petersson (<https://orcid.org/0000-0003-4418-2451>)

著者・ 所属 : Helene Mathilde Dalgaard (所属1)

著者識別子 (ORCID) : Helene Mathilde Dalgaard (<https://orcid.org/0009-0009-4417-8840>)

著者・ 所属 : Bettina Trettin (所属3、 5、 6)

著者識別子 (ORCID) : Bettina Trettin (<https://orcid.org/0000-0003-3851-7294>)

共創を通じた口腔ケアへの意識向上：病院における患者と医療専門職を対象とした質的評価研究

抄録

目的

口腔ケアの改善を目的とした方策を導入して6か月後に、病棟の患者と職員が臨床実践において口腔ケアをどのように経験し、実践しているかを探究する。

研究デザイン

口腔ケアを改善する方策の試行に参加した病棟の患者と職員の経験を探究する質的研究である。方策は、患者用の口腔ケア用品セットと歯科衛生士による支援であった。

方法

データ収集は、4病棟での参与観察、患者への12件の個別半構造化面接、および職員26人による4つのフォーカスグループで行った。データ解析は Ricoeur の解釈理論に基づいた。データ収集は2024年5月から6月に実施した。

結果

口腔ケア実践について、(1) 実践の変化への第一歩として口腔ケアへの意識を高めること、(2) 入院中に口腔ケアの優先順位が下がること、(3) 口腔ケアでは個人的・専門職としての境界に折り合いをつける必要があること、という3つのテーマが浮かび上がった。

結論

共創された介入は口腔ケアへの意識を高め、組織の各階層にわたる文化的変化の初期段階を示した。しかし、持続する障壁は、臨床実践における文化的変化が複雑で徐々に進む性質を持つことを浮き彫りにしている。

患者ケアへの示唆

本研究は、外部の歯科専門知識と患者用の用品セットを統合することで、持続的な口腔ケア実践を促進することを目的とした介入を提案する。

影響

本研究は、患者と職員の双方に対する知識と支援の強化が、病院での口腔ケア実践の改善に不可欠であることを示している。正当性が認められたアプローチを確立することは、職員が個人的な境界を乗り越える助けとなりうる。また、患者と職員との共創は、口腔ケア実践の持続可能な改善につながる可能性を持つ。

報告方法

本研究は、質的研究の報告に関する COREQ 基準に従った。

患者の貢献

当該部門の患者代表が、研究のデザイン、実施および結果に関する議論に協力者として参加した。

共創

文化的変化

入院

実装

入院患者

口腔ケア

口腔衛生

¹ オーデンセ大学病院 口腔顎顔面外科、オーデンセ C、デンマーク

² オーデンセ大学病院 形成外科研究ユニット、オーデンセ C、デンマーク

³ 南デンマーク大学 健康科学部 臨床研究部門、オーデンセ M、デンマーク

⁴ UCL ユニバーシティ・カレッジ 看護学部門、オーデンセ M、デンマーク

⁵ オーデンセ大学病院 皮膚科・アレルギーセンター、オーデンセ C、デンマーク

⁶ オーデンセ大学病院 革新的医療技術センター、オーデンセ、デンマーク

*

連絡先：

Charlotte Nielsen (

charlotte.nielsen@rsyd.dk

)

デンマーク歯科衛生士協会

デンマーク地域連合の開発研究基金

日付 (rev-recd) : 2026年6月21日

受付日 : 2026年1月29日

受理日 : 2026年8月26日

PMC公開日：2026年09月15日

PMC履歴 (pmc-live)：2026年09月16日

PMC最終変更日 (pmc-last-change)：2026年09月16日

電子公開日：2026年9月15日

冊子刊行日：2026年9月

1

序論

口腔疾患は世界で推定35億人に影響し、さまざまな病態を含む [1]。口腔の健康は世界の保健において長らく軽視されてきたが、多くの口腔疾患は予防可能であり、口腔の健康は全身の健康に不可欠であるとますます認識されている。WHO の口腔保健に関する世界戦略2023～2030は、口腔ケアをユニバーサル・ヘルス・カバレッジと病院ケアに統合することを提唱し、看護実践における重要な構成要素として口腔ケアを強調している [1]。入院患者は特に脆弱であり、口腔衛生不良は、とりわけ多疾患併存のある人で合併症のリスクを高める [2, 3]。口腔内には自然に約700種の細菌が生息しうるため、う蝕、歯周炎、口腔感染症などの病態を予防するには、定期的な口腔ケアが不可欠である。これらの病態は、疼痛を引き起こし、栄養を損ない、肺炎や心血管疾患などの全身合併症のリスクを高める可能性があり、全身の健康とウェルビーイングにとっての口腔ケアの重要性を強調している [4, 5]。口腔ケアとは、感染を予防しウェルビーイングを促進するために、口、歯および歯肉の清潔と健康を保つことを指す [6]。看護実践における口腔ケアは、患者への必要な用具の提供から包括的な口腔ケアの実施まで、さまざまな水準の支援と介入を含む [7]。

2

背景

重要性への認識が高まりつつあるにもかかわらず、病院の看護実践では口腔ケアの優先順位は依然として低く、時間的制約、知識の不足、不十分な訓練によってしばしば軽視され、患者の健康とウェルビーイングに悪影響を及ぼしている [7, 8, 9]。エビデンスによれば、口腔ケアは頻繁に省略され、実施されなかった看護ケアの中で繰り返しみられる要素となっている [10, 11]。いくつかの研究は、こうした省略を説明するため、看護実践で口腔ケアを提供する際の課題や障壁を特定しようとしてきた。研究では、高齢者、脳卒中後の患者、集中治療下の患者のケアを含む多様な場面で、知識の不足、技能の不十分さ、臨床的指導の欠如といった要因が特定されている [7, 8, 12, 13, 14]。これは、職員の口腔ケア能力を強化するための教育・訓練の取り組みが必要であることを示している。研究は、時間的制約、口腔ケア用品の不足、専門職の責任の不明確さ、臨床ガイドラインの欠如などの組織的障壁も明らかにしている。また、口腔ケアは構造化された日課や標準化された手順によって支えられていないことが多く、日々の看護業務に一貫して組み込まれていない。口腔の健康を記録・評価する仕組みが限られていることも、ケア計画に日常的に組み込まれず、臨床記録の一部としてモニタリングされないため、日々の実践で口腔ケアが見過ごされる一因となる可能性がある [7, 8, 13, 14, 15]。さらに、口腔ケアの提供に対する職員の抵抗感も、別の障壁として特定されている。看護師は口腔ケアを、患者のプライバシーと自律性を損ないかねない、境界を侵す可能性のある行為と捉えることが多い。そのため、親密で侵襲的なものとみなされる口腔ケアについて、会話を始めたり援助を申し出たりすることを避けるようになる [7, 13, 14]。しかし患者は一般に、口腔ケアの援助を無礼なものではなく支援的なものと捉え、看護師から始めてほしいと期待していることが多い [7, 16, 17]。総合すると、これらの知見は、個人と組織の双方の要因が、病院での看護実践における口腔ケアの軽視にどのように寄与するかを浮き彫りにしている。

口腔ケア提供の課題に対応して、病院での実践を改善するためにいくつかの介入が開発されてきた。看護職員向けの教育プログラムは、知識、態度および技能を向上させ、患者の口腔衛生と義歯衛生の改善につながることが示されている [12, 18, 19]。しかし Schaffthuisen らは、口腔ケアプロトコルの導入後、看護師の口腔ケアに対する態度は有意には改善せず、援助に依存する患者では口腔衛生ケアプロトコルの遵守が低下したことを見いだした [19]。口腔ケアキットや専用用具を用いた介入も、例えば頭頸部癌の治療中の患者や、米国の病院での院内肺炎の減少において、口腔ケアのアウトカムを改善している [20, 21]。これらの知見と一致して、「肺炎予防のための医療現場における口腔保健ツールキット」[22] や AACN の実践アラート [23] など、エビデンスに基づく臨床資料は、有効な口腔ケア実践を導入するための構造化された指針を提供し、入院患者の呼吸器合併症の予防における口腔ケアの役割を強調している。しかし、こうした指針が利用可能であっても、日常の看護実践への統合は依然として一貫していない。さまざまなアプローチで短期的な利点が示されてきたが、それらの成果が日常の看護実践に一貫して反映されているわけではない [12, 18, 19, 20, 21]。さらに、看護師と歯科専門職の密接な多職種連携は、口腔ケアの提供を強化し、患者の口腔の健康と生活の質を改善し、職員の能力を高めることがエビデンスから示唆されている。これは、腫瘍診療の場や多職種による学生研修プログラムで示されている [24, 25]。

既存文献はデザイン、状況および評価が非常に不均一であり、研究間の比較可能性と確実な結論を導く能力が制限されている。そのため、持続的な影響や介入の日常の看護実践への統合が制約され、実装における状況的要因への対応力も限られる。こうした背景から、本論文の新規性は、一貫した十分な口腔ケアの提供を確保するため、口腔ケアにどのようにより適切に取り組み、看護実践に統合できるかを探究する点にある。これには、持続可能な変化を生み出すうえでの利用者の関与と状況に応じた調整の重要性も含まれる。

3

本研究

3.1

目的

本研究は、口腔ケアの改善を目的とする方策の導入から6か月後に、病棟の患者と職員が臨床実践において口腔ケアをどのように経験し、実践しているかを探究することを目的とした。

3.2

口腔ケアを改善する方策

本研究は、より広範な研究プロジェクトである「口腔ケアプロジェクト」の一部である。このプロジェクトは、特定された臨床上の障壁に基づき、患者と職員の双方の口腔ケア実践の変化を支える方策を開発することで、入院患者の口腔ケアを改善することを目的としている。プロジェクトは、ニーズと障壁の特定、共創による方策の設計・開発、臨床実践での導入・評価という3つのサブ研究で構成された。

最初のサブ研究では、口腔ケアの4つの主要な障壁が特定された。(1) 直感に基づく口腔ケア、(2) 口腔ケアが背景に埋もれること、(3) 自立した患者であっても口腔ケアの援助を必要とすること、(4) 口はこれまで生きてきた人生を映すこと、である [7]。全体として、これらの障壁は、患者と職員の双方における知識の不足と口腔ケアへの関心の乏しさに根ざしていた。第2のサブ研究では、患者、看護師、看護補助者および口腔ケアの臨床専門家を含む方策の共創に、これらの障壁が活用された [26]。本論文では、口腔ケアを充実させる方策の導入後の看護実践の評価に焦点を当てた、第3のサブ研究の知見を提示する。6か月の導入期間後、4病棟で、臨床での口腔ケア実践と、口腔ケアに関する患者および職員の経験を探究した。

口腔ケアの方策は、口腔ケアに関する知識と意識を高めるよう設計された。一つの方策は試行病棟の患者を対象とし、歯ブラシ、歯磨剤および健康に関わる口腔ケアの重要性を強調したポストカードを入れた口腔ケア「用品セット」を、入院時に提供した。このメッセージは、病棟に掲示・設置したポスターやチラシによって補強された。

もう一つの方策は試行病棟の職員を対象とし、4つの試行病棟のそれぞれから、専任の主要関係者を集めて計7人のネットワークを構築し、2人の歯科衛生士が支援した。歯科衛生士は、口腔ケアの基礎知識と健康への影響について構造化された講義を行い、職員が挙げたテーマ（特定の患者事例や口腔ケア製品など）についての議論を促し、隔週で病棟をフォローアップ訪問した。訪問中には、口腔ケア実践のロールモデルとしてベッドサイドでの患者ケアにも参加した。さらに、職員は追加の支援のため、必要に応じて電話または電子メールで歯科衛生士に連絡できた。主要関係者は、病棟固有のニーズへの対応、歯科衛生士の活用促進、口腔ケアへの関心の維持を通じて、現場の関与を促進した。

全体的な目的は、病棟内での口腔ケア実践に関する知識、意識および関与を強化することであった。口腔ケアの方策は、データ収集前の6か月間にわたって導入され、その後に本評価研究を実施した。

本研究の目的は、日常の臨床実践に組み込まれた口腔ケアの経験を探究することであったため、個々の患者が介入の特定の要素にどの程度接したかは、系統的に評価しなかった。

4

方法

4.1

研究デザイン

本研究では、入院中の口腔ケアに関する患者と職員の経験を探究するため、質的研究デザインを用いた。口腔ケアへの意識と知識を高めることを目的とする方策の導入後に、4病棟で調査を実施した。Ricoeur の解釈理論に着想を得た現象学的・解釈学的アプローチを適用した。このアプローチは、患者と職員が表現する参加者の生きられた経験に焦点を当てる点で現象学に根ざしており、臨床実践の観察によって補完される。患者と職員の視点を、同じ臨床現象の相補的な表現として解析することで、病院という状況の中で共有される実践としての口腔ケアを、統合的に解釈できた。Ricoeur の現象学的・解釈学的哲学に沿って、現象学的記述を解釈の基盤とする。参加者が表現すること（テキストが述べること）から、背後にある意味の解釈（テキストが語っていること）への弁証法的な往還を通じ、このアプローチは現象学的洞察と批判的解釈学の哲学を組み合わせ、批判的解釈によるより深い理解を可能にする [27]。本研究では、患者との半構造化個別面接 [28] と、職員によるフォーカスグループ [29] を組み合わせた。このアプローチにより豊富なデータセットが得られ、経験の記述と状況に関する洞察の双方が可能となり、病院での口腔ケアを深く解釈する基盤が形成された [30]。

4.2

研究の場

方策は、大規模大学病院の4病棟に導入された。内科病棟と外科病棟が含まれていた。病棟を表1に示す。

表1（原著ラベル：TABLE 1）

試行病棟の特性。

試行病棟	診療分野	病床数	看護職員数
病棟1	外科系、耳鼻咽喉科	16	28
病棟2	内科系、呼吸器内科	13	35
病棟3	内科系、感染症科	15	35
病棟4	外科系、形成外科	18	42

4.3

募集

募集には、入院期間が2日以上患者、および身の回りのケアに直接従事する職員という組入れ基準に基づき、目的のサンプリングを用いた。除外基準は、認知または言語上の制約によって面接に参加できない患者と、身の回りのケアに直接従事していない、または短期の臨時雇用である職員であった。計12人の患者と26人の職員が本研究に参加した。患者群には男女が含まれ、年齢は54～94歳、入院期間は2～35日であった（表2参照）。職員は主に女性であり、正看護師と看護補助者の双方が含まれた。本研究における「看護師」は、臨床評価、ケア計画および看護ケアの提供に責任を負う正看護師を指す。一方「看護補助者」は、職業訓練を受け、正看護師の監督下で基本的なケアを提供し、患者の日常活動を支援する職員を指す。参加者の年齢は25～75歳で、勤務経験は1年未満から30年超までさまざまであった（表3参照）。全体として、参加者は参加した4病棟の職員を代表するものと考えられた。

表2（原著ラベル：TABLE 2）

患者の特性。

参加者番号	性別：F = 女性、M = 男性	年齢：歳	入院期間：日
P1	M	66	9
P2	F	54	7
P3	M	61	2
P4	M	67	11
P5	M	94	5
P6	F	72	3
P7	M	79	35
P8	F	72	10
P9	F	64	7
P10	M	54	3
P11	F	63	21
P12	M	77	14

表3（原著ラベル：TABLE 3）

職員の特性。

参加者番号	性別：F = 女性、M = 男性	年齢：歳	教育：看護師、看護補助者	勤務経験：年
職員1	F	47	看護師	20

参加者番号	性別：F = 女性、M = 男性	年齢：歳	教育：看護師、看護補助者	勤務経験：年
職員2	F	46	看護師	20超
職員3	F	37	看護師	12
職員4	F	37	看護師	3
職員5	F	25	看護師	3
職員6	F	30	看護師	3
職員7	F	53	看護師	30超
職員8	F	55	看護補助者	20超
職員9	F	43	看護補助者	19
職員10	F	54	看護師	30超
職員11	F	50	看護補助者	20超
職員12	F	26	看護師	0.5
職員13	F	26	看護師	0
職員14	F	43	看護補助者	20超
職員15	M	37	看護補助者	3
職員16	F	51	看護師	20超
職員17	F	37	看護師	11
職員18	F	47	看護師	20超
職員19	F	36	看護師	6
職員20	F	56	看護師	20超
職員21	F	63	看護補助者	20超
職員22	F	49	看護補助者	20超
職員23	F	26	看護師	20超
職員24	F	46	看護補助者	6
職員25	F	64	看護補助者	20超
職員26	F	75	看護師	30超

4.4

データ収集

観察ガイドと面接ガイドは、研究目的と口腔ケアに関する既存文献を指針として、研究チームが協働して帰納的に作成した。質問は既知の障壁を反映する一方、未知の視点にも開かれたものとなるよう設計した [7, 13]。このアプローチにより、参加者は口腔ケア実践について新たな洞察を提供することができた。

データ収集は、口腔ケアの方策の6か月の導入期間が終了した後、2024年5月から6月に実施した。この時期に行うことで、方策が時間の経過とともにどのように経験されたか、また口腔ケアへの高まった意識が初期導入段階を超えて持続したかを探究できた。本研究後、口腔ケアへの意識を高めるうえで有用と認められたため、これらの方策は病院の全病棟で、より恒常的に利用可能とされた。現在、病棟は口腔ケア用品を利用できるが、「用品セット」の資材は各病棟で調達する責任を負う。また、プロジェクトの発端となった口腔顎顔面外科との連携を通じて、歯科衛生士の支援も引き続き利用可能である。

看護師長と、口腔ケアに特に関心を持つ主要関係者がゲートキーパーを務め、臨床現場へのアクセスを提供し、参加者の募集とデータ収集過程の調整を支援した。研究に関する書面の情報を事前に提供し、参加者は研究者から口頭での説明も受けた。各観察の前に、観察について口頭または書面によるインフォームド・コンセントを取得した。この方法を選択したのは、本研究が低リスクであり、病棟や勤務帯をまたいで職員に同行する際には書面による同意が実務上難しい場合があるためであった。面接とフォーカスグループでは、口頭と書面の両方によるインフォームド・コンセントを確保した。これはデンマークの法令に従ったものであった。

研究チームは6人の研究者からなり、臨床および質的研究の経験を持ち、学術的な訓練を受けた看護師5人と、学士号を有する歯科衛生士1人で構成された。チームには若手研究者と経験豊富な研究者の双方が含まれ、筆頭著者と最終著者は質的研究方法論の正式な訓練を受けた経験豊富な研究者である。データ収集は3人の研究者が行った。1人の研究者が4病棟の職員のフォーカスグループを進行し、他の2人の研究者がそれぞれ2病棟を担当して、参与観察と患者面接を行った。これらの研究者は臨床的背景を持っていたが、参加病棟の職員や患者との事前の関係はなかった。ただし、職員は「口腔ケアプロジェクト」全般については知っていた。

6人の研究者全員がデータの解釈に関与した。解析は主に3人の研究者が担当し、その中には質的解析に豊富な経験を持つ上級研究者が含まれ、方法論的な厳密性と一貫性を確保した。3人の研究者が以前から「口腔ケアプロジェクト」に関与していたことは、データ収集と解釈に影響した可能性がある。しかし、研究チーム内での再帰的な議論と、それまで関与していなかった研究者の参加によってこれに対応し、解析の開かれた姿勢を支えた。

4.5

参与観察

参与観察は、2日間の日勤帯と夕方の勤務帯にわたる8回のセッションで構成され、各病棟で1日平均6 h 行われた。研究者は、口腔ケアを主な焦点として看護師と患者の相互作用を観察するとともに、患者と職員の経験および各病棟の臨床実践をより広く理解するため、一般的な日常活動も観察した。観察は、Spradley の9つの主要な次元、すなわち空間、行為者、活動、物、行為、出来事、時間、目標および感情 [31] を指針として、綿密な観察を構造化し、研究者が開かれた探索的なアプローチを維持する助けとした [31]。研究者の関与の程度は低く、各セッションの直後にフィールドノートを作成し、記述を拡充して転記した。これらのノートには、研究者による観察の詳細な記述と、非公式の会話から得られた発言の引用が含まれた。Spradley の9つの次元に基づく観察ガイドを作成し、全体的な観察アプローチを概説するとともに、データ収集中に焦点を当てる具体的な領域を定めた。

4.6

面接

患者との個別半構造化面接を、病棟内の個室で計12件実施した。目的は、入院中の口腔ケアに関する経験を探究することであった。面接の所要時間は10～18 min (平均13 min) で、デジタル録音し、逐語的に文字起こしした。半構造化面接ガイドを用い、参加者が自身の経験について自由に語るよう促した [28]。患者には、例えば「入院中の口腔ケアをどのように経験していますか」「口腔ケアについてどのようにお考えですか」といった自由回答式の質問をした。この面接アプローチは、微妙な違いを含む経験を明らかにすることを意図し、面接中に生じた考えを探究するために追加の質問を用いた [28]。

4.7

フォーカスグループ

看護師と看護補助者は、各試行病棟で1回ずつ、計4回のフォーカスグループのセッションと一緒に参加した。目的は、口腔ケアを改善する方策の導入後の、職員の口腔ケアに関する経験を探究することであった。各セッションは1 h で、病棟内の会議室で実施した。この場所により、職員は臨床業務の場から離れすぎずに参加できた。フォーカスグループは、共通理解を築き、口腔ケアに関する職員の見方を探究するために用いた [29]。グループは病棟職員を反映した同質的なもので、2～11人の参加者から構成された。筆頭著者が、「病棟の患者さんへの口腔ケアをどのように説明しますか」「口腔ケアについて尋ねたり援助したりすることをどう感じますか」といった質問を含むガイドに基づき、グループ討議の司会を務めた。司会者は、議論や経験・視点の交換が行われるよう相互のやり取りを促した。ガイドには、新たな話題や視点が生まれるよう自由回答式の質問を含めた [29]。

4.8

データ解析

データセットは、フィールドノートと、面接およびフォーカスグループの逐語録で構成された。Ricoeur の解釈理論に従って、すべての資料を、同じ現象の異なる表現を示す単一の一貫したテキストとして扱った [27]。このアプローチでは、解析においてデータ源別に知見を区別しない。むしろ、Ricoeur のテキストの自律性の概念に従い、意味をテキスト全体の水準で解釈することで、データセット全体から「意味の余剰」が生じることを可能にする [27]。このように、観察、面接およびフォーカスグループの組合せは、研究対象の現象について、より豊かで微妙な違いを含む解釈に寄与する。資料は、ソフトウェア NVivo 12 を用いて、一つの一貫したテキストとして解析した。チームの4人の研究者が協力して解析に取り組んだ。

Ricoeur の解釈理論に基づき、解析は、素朴な読解、構造分析、批判的解釈と考察の3つの水準で行った [27, 30]。素朴な読解では、開かれた受容的な姿勢でテキストを繰り返し読むことによって、テキストに対する初期の理解を形成した。構造分析によって、テキスト全体にわたるより深い解釈が導かれた。構造分析では、観察と参加者の発言の引用 (すなわち「テキストが述べること」) から、その背後にある意味の解釈 (すなわち「テキストが語っていること」) へと進んだ。意味単位を特定し、凝縮して解釈した後、テキストの意味の余剰を表すテーマにまとめた (表4の例を参照) 。

表4 (原著ラベル : TABLE 4)

構造分析の例。

テキストが述べること「意味単位」	テキストが語っていること「意義の単位」	テーマ
患者さんが歯ブラシを求めるのは、鏡のポスターを読んで「ああ、そうだ、歯ブラシを持っていない」 と思うからだと思います。今は歯ブラシを求める患者さんがいます (職員1) ; パンフレットやカードも見て、それに気づくようになります (職員14) ; 今では自立した患者さんにも尋ねています。以前はそうしていませんでした (職員17) ; 病室、浴室、廊下にポスターを貼りました。医師の朝のミーティングで話したので、医師も気づくようになりました。今では皆が知っていて、よい考えだと思っています (職員1) ; 口の中に乾いた痂皮がある、とても複雑な状態の患者さんのために、彼ら [歯科衛生士] を活用しました。関わってもらえてよかったです。いろいろなよい製品を見つけてくれて、患者さんの歯と粘膜が改善しました。その方は今後どうすればよいかについても、役立つ助言を受けました (職員12) ; ...	口腔ケアへの意識を高めることで、臨床実践に緩やかではあるが意味のある変化が始まった。ポスター、パンフレットおよび職員間のコミュニケーションを通じて、病棟環境の中で口腔ケアがより目に入るようになり、患者と職員の双方が新たな形で口腔ケアに関わるよう促された。患者が口腔ケア用品を求めることは増えており、入手しやすい情報が、自分自身の口腔の健康に対する意識の高まりを支えたことが示唆される。同時に、職員は、それまで自立していると考えていた患者に対しても、より積極的に口腔ケアに取り組み始めた。これは、日常ケアの一部としての口腔ケアへの意識の高まりを反映している。 ; この意識は歯科衛生士の関与によってさらに強化された。その専門知識は、複雑な症例のアウトカムを改善しただけでなく、口腔ケアへのより広い意識にも寄与した。しかし、この発展は直線的でも、完結したものでもなかった。患者が口腔ケアにより注意を払うようになった一方で、援助を求めることをなおためらう人もおり、職員の関与も一貫していなかった。その結果、意識の高まりが患者の口腔ケア習慣への系統的な支援に必ずしもつながるわけではなかった。こうした微妙な違いは、意識を高めることが実践の変化に向けた不可欠な最初の一步である一方、より広範で継続的な変化の過程の一部にとどまることを示唆している	実践の変化への第一歩として口腔ケアへの意識を高めること

解析は弁証法的な過程に従い、部分と全体の間を繰り返し往還することで、形成されつつある解釈をテキスト全体および素朴な読解による第一印象と照合して検証した。この解釈過程は経験的資料に根ざし、純粋に帰納的な解析アプローチを通じてテキストと密接なつながりを保った。解析の目的は、テキストそのものに

基づいて、参加者の経験についてより深い理解と解釈を得ることであった [27]。最終的な批判的解釈と考察は、関連理論および既存研究との対話を通じて形成した [27]。理論と既存研究は、テキストの意味をさらに展開し、知見をより広い理論・研究の文脈に位置づけるための解釈資源として、解釈の最終水準でのみ導入した。

テーマは例示的な発言の引用とともに提示し、その後に、データセット全体にわたる生きられた経験の共有された意味を反映する解釈を示す。理論と既存研究を用いた批判的解釈は、考察の節に示す。

4.9

倫理的配慮

本研究はヘルシンキ宣言の倫理指針に従った [32]。看護師長は病棟へのアクセスを仲介し、研究情報を事前に配布した。ただし、参加の判断は個々人が行い、任意性を確保し、不当な影響の可能性を最小限にするため、研究者が直接同意を取得した。参加者には、研究について、および不利益を受けることなくいつでも撤回できる権利について、口頭と書面の両方で情報を提供した。面接および観察への参加前に、書面と口頭によるインフォームド・コンセントを取得した。適格な参加者全員が参加に同意した。すべてのデータを匿名化し、文字起こしと解析の際に個人を識別できる情報を除去することで、機密性と参加者の保護を確保した。データは安全に保存し、研究チームのみがアクセスできるようにした。本研究はデンマークデータ保護庁に番号21/48355で登録されており、デンマークの法令に従い、追加の倫理承認は必要としない。

4.10

厳密性と再帰性

本研究は、透明性と信頼性を確保するため、COREQ チェックリスト（質的研究の報告に関する統合基準）に従い、その基準を研究の実施と報告の双方に活用した [33]。信頼性は、信憑性、適用可能性、一貫性および確証可能性に関わる方策によって確保した。信憑性は、4病棟での参与観察を含む複数の病棟での現場への関与と、観察、患者面接、職員のフォーカスグループを組み合わせる方法論的トライアングレーションによって支えられた。複数の研究者がデータ収集と解析の両方に関与し、継続的な議論で解釈を探究・検証することで、研究者間のトライアングレーションも適用した。適用可能性は、参加病棟と参加者の特性を含む研究状況の詳細な記述を提供し、読者が知見を他の場に適用できるか評価できるようにすることで高めた。一貫性は、Ricoeur の現象学的・解釈学的アプローチに基づく系統的で透明な解析過程によって確保した。解析は、NVivo ソフトウェアの使用と研究チーム内の協働的な解析の議論に支えられ、素朴な読解、構造分析、批判的解釈という構造化された過程に従った。確証可能性は、研究チーム内の再帰的な意識によって強化した。研究者の背景と役割を記述しており、参加者との事前の関係がなかったことが、データ収集中の開かれた姿勢を支えた。解釈は経験的資料に根ざし、例示的な発言の引用によって裏づけられ、知見が個々の研究者のバイアスではなく参加者の経験を反映することを確保した。

5

知見

最初の素朴な読解により、口腔ケア実践についての洞察が得られ、患者と職員の双方で口腔ケアへの意識が高まっていることが明らかになった。しかし、口腔ケアの充実を妨げる持続的な障壁も依然として明白であった。構造分析を通じて3つのテーマが浮かび上がり、表5に示す。

表5 (原著ラベル : TABLE 5)

構造分析で浮かび上がったテーマ。

テーマ
実践の変化への第一歩として口腔ケアへの意識を高めること
入院中に口腔ケアの優先順位が下がること
口腔ケアでは個人的・専門職としての境界に折り合いをつける必要があること

5.1

実践の変化への第一歩として口腔ケアへの意識を高めること

口腔ケアに焦点を当てたことで病棟職員の意識が高まったことを、ある参加者は次のように表現した。「病室、浴室、廊下にポスターを貼りました。医師の朝のミーティングで話したので、医師も気づくようになりました。今では皆が知っていて、よい考えだと思っています。」(職員1)

口腔ケアへの意識の高まりは、臨床実践での口腔ケアの捉え方の変化を示していた。プロジェクトは、さまざまなコミュニケーション戦略を通じて、口腔ケア推進への職員の積極的な関与を促し、患者ケアだけでなく職員間でも対話を生み出した。また、ある職員は、患者がどのように口腔ケアに取り組むよう促されたかを次のように語った。「患者さんが歯ブラシを求めるのは、鏡のポスターを読んで『ああ、そうだ、歯ブラシを持っていない』と思うからだと思います。今は歯ブラシを求める患者さんがいます。」(職員1)

職員は、患者の口腔ケアへの関心が高まったと感じていた。これはおそらく、ポスターや用品セットを含む、目に入りやすく利用しやすい情報資料が、意味があり関心を引くものと受け止められたためである。参与観察では、患者が提供された情報を読み、口腔ケアが不十分であることの影響を認識するようになっていたことが明らかになった。しかし観察からは、これらの資料の見えやすさや活用にはばつきがあることも浮き彫りになった。病室にポスターを掲示していた病棟もあったが、全病棟で一貫して目につく状態ではなかった。

意識の変化のもう一つの重要な要素は歯科衛生士の関与であり、ある職員は次のように述べた。「口の中に乾いた痂皮がある、とても複雑な状態の患者さんのために、彼ら [歯科衛生士] を活用しました。関わってもらえて良かったです。いろいろなよい製品を見つけてくれて、患者さんの歯と粘膜が改善しました。その方は今後どうすればよいかについても、役立つ助言を受けました。」(職員12)

歯科衛生士の専門知識は、口腔ケアに関する集団としての理解に重要な役割を果たしているようにみえた。口腔ケア製品についての技術的な指導を提供するだけでなく、多職種連携を促し、臨床実践での口腔ケアの正当性を補強した。外部の医療専門職として患者の抵抗感を乗り越える助けとなり、口腔ケアへのより効果的な関与を支えたようであった。複雑な口腔保健ニーズへの対応では、その役割が特に高く評価され、患者

ケアの重要なパートナーと位置づけられた。

患者の口腔保健ニーズに対して職員が自ら働きかけることは不可欠であり、ある患者は次のように述べた。

「いいえ、助けてほしいとは頼まないと思います。それなら[口腔ケアを]やめてしまうでしょう。職員の方にはすでにとてもよく助けてもらっているのです、頼めることにも限度がありますし、歯を磨くのを手伝ってほしいと頼むのは、なんだか変な感じがします。」(P11)

これは一部の患者が口腔ケアの援助を求めることをためらっていることを反映し、職員側からその支援を求めることの重要性を示している。

患者の口腔ケア習慣を積極的に導く職員の関与は一貫しておらず、一定の障壁が残っていた。患者は必要な製品を受け取っていても、その使用について効果的な支援を欠くことが多かった。患者個人の習慣が病院の日課と合わない場合にも、別の課題が生じた。しかし職員は、自ら働きかけると、患者が口腔ケア用品や支援を自分から求めるようになりやすいことを経験しており、好ましい行動変化の始まりを示していた。この口腔ケアへの意識の高まりは、口腔ケアを新たな形で看護実践に統合するための第一歩となりうる。

5.2

入院中に口腔ケアの優先順位が下がること

口腔ケアへの意識が高まっても、入院中にそれを維持することは依然として難しかった。ある患者は次のように述べた。「そうですね、入院している間は、あまり考えていませんでした。私がそうだったような状態で入院すると、歯を磨くことは真っ先に思い浮かぶことではありません。」(P6)

患者は口腔ケアを重要と認識していたが、入院中はしばしば二次的な関心事となった。急性疾患に伴う要求によって、患者の注意はより差し迫った医学的な問題へ向けられた。疲労、移動能力の低下、ストレス、不安などの要因がこれに寄与していた。患者は、病気の経験が生活全体を占めるようになるにつれ、以前は日常的に行っていた口腔ケアが意識の背景に埋もれていった様子を語った。

職員も、入院中の口腔ケアへの意識を維持することに難しさを感じていた。「...足に傷があつて入院されたら、私が気にかけるのはそこです。ひどい痛みがあるかもしれませんし、手術の準備も必要です。口腔ケアよりも関連性の高い情報がほかにもあるので、その話は次の担当者[職員]が続ければよいと思ってしまいます...。」(職員16)

主な入院理由に注意が向けられるため、より差し迫った医療ニーズが優先され、口腔ケアの優先順位はしばしば下がっていた。職員は口腔ケアの重要性を認めていても、それを優先事項として維持するには継続した努力が必要であった。以前の習慣に戻る傾向に加え、実践の継続性と口腔ケアに関する明確な指針の不足により、特に日々の業務量や既存の日課が優先されると、口腔ケアが後回しにされるおそれがあった。

これは、普段は自立しているものの入院中には援助に依存する患者にも当てはまったが、職員はそれに気づいていないことが多かった。次のフィールドノートにその様子が記されている。「私たちの部門では患者さんの大半が自立しているので、口腔ケアはご自身でしていただくものと考えています。」(職員、フィールドノート)

また、ある患者は次のように述べた。「もちろん、普段なら自分でしますが、頭の中がいっぱいいっぱい...そういうことは忘れてしまうんです。」(P7)

職員は、自立しているとみなされた患者も含め、入院患者の口腔ケアを確保するうえで重要な役割を果たしていた。これらの患者は自分の口腔ケアを管理することを期待されていたが、身体的制約、病気に関連した認知機能の障害、心理的苦痛によって、その能力が損なわれることが多く、支援なしに口腔ケアの日課を始めたり維持したりすることが難しかった。職員が支援の必要性を主に身体的自立と結びつけ、入院に伴う認知的・心理的な障壁によって支援を要する患者を見落とすことで、食い違いが生じた。また、口腔ケアは重要な医療介入ではなく基本的なセルフケアの作業と捉えられることが多く、追加の負担をかけたくないと援助を求めるのをためらう患者もいた。職員の責任は口腔ケア用品の提供にとどまらず、普段は自立している患者のニーズも入院中には変化しうると認識し、指導と支援のニーズを評価して対応することにまで及んでいた。

5.3

口腔ケアでは個人的・専門職としての境界に折り合いをつける必要があること

口腔ケアが健康にとって重要であるという認識が、個人的な態度と相反する場合があります、職員は口腔ケアに関して、専門職としての責任と個人的な境界の間の緊張に折り合いをつけていた。「自分が入院して、看護師に歯を磨いたかと尋ねられたら、私が歯を磨くかどうかあなたがあなたに何の関係があるの、と思うでしょう。」（職員3）。

職員は口腔ケアについて話す際に控えめに振る舞うことが多く、専門職としての姿勢と個人的な境界の間の緊張が明らかになった。患者に口腔ケアについて尋ねることが、踏み込みすぎや個人への批判として受け取られるのではないかと、多くの職員が恐れていた。参与観察でも、職員が口腔ケアを私的な事柄と捉え、口腔ケアについて尋ねることが、恩着せがましい、あるいは見下した態度と思われるかねえと懸念していることが示された。その結果、多くの職員は、口腔ケアが自分たちの正当に尋ねられる範囲の外にあると感じていた。

しかし、具体的な物品について尋ねることは、より踏み込みが少ないと感じられることがあった。「歯ブラシを持っているか尋ねるのは踏み込みすぎだとは思いますが、歯磨きの手伝いが必要かと尋ねるのは、間違いなく踏み込みすぎに感じます。」（職員4）

歯ブラシを持っているかどうかなど、具体的な物品について患者に尋ねることは、一般に許容されると考えられていた。しかし、歯磨きの援助を申し出たり、患者の口を観察したりする話に移ると、会話ははるかに個人的なものになった。

患者の受け止め方は大きく異なっていた。入院中には別の規範が当てはまるという理解が、一般に共有されているようであった。ある患者は、口腔ケアについて尋ねられることを踏み込みすぎと感じるか質問され、次のように答えた。「いいえ、まったく...病気になったら、そういうものです。そんなことは気にしません。気になるのは自分の病気です。[口腔ケアについて尋ねるのは]ごく自然なことだと思います...。」（P9）

口腔ケアについて話す際の抵抗感に対処するため、一部の職員は「口腔ケアプロジェクト」を、話題を取り上げるための正式な文脈として利用した。「プロジェクトになっていてよかったです。個人的には、大人の男性に歯ブラシを忘れなかったか、歯を磨いたかと尋ねるのは、踏み込みすぎだと感じます。とても私的なことですし、私はまるで母親のようにそこに立っているわけです...。プロジェクトのおかげで話題にしやすいになりました。専門職としての口実に使えるからです。」（職員3）

「口腔ケアプロジェクト」は、この話題を扱うための正当な枠組みを提供し、踏み込みすぎと思われずに口腔ケアについて会話を始めやすくする専門職としての根拠となった。これによって職員は、専門職としての責任と患者の個人的な境界の尊重を両立しやすくなったが、そのような枠組みがなければ、日常実践での両立は難しい場合があった。

6

考察

本研究は、歯科衛生士の支援と対象を絞ったコミュニケーションの取り組みを通じ、口腔ケアの方策が職員と患者の意識を高め、臨床実践の初期の変化を促したことを示している。しかし、入院中に口腔ケアの優先順位が引き続き低くなることは、競合する臨床上の要求のため口腔ケアが頻繁に省略されるという、先行研究で述べられたパターンを反映している [7, 10]。自立した患者でさえ困難に直面しており、一貫した専門職の支援の必要性が明らかになった。職員は口腔ケアを扱う際に個人的な境界にも対処しなければならなかったが、プロジェクトはそのような会話を始める正当な理由を提供し、敬意を払い専門職としての態度で話題を扱いやすくした。したがって、これらの知見は、意識の向上が口腔ケアを看護実践の持続的な構成要素として統合するための重要な第一歩であり、そのためには文化的および構造的な支援の双方が必要であることを示唆している。

6.1

口腔ケア実践において生まれつつある文化的変化

この考察では、口腔ケア実践と生まれつつある文化的変化を理解するため、ケアリング科学と組織理論を統合する。ケアリング科学の観点から、口腔ケアは看護の基本的側面であり、尊厳、脆弱性、患者の身体的ニーズへの注意深さと結びついている。しかし、そのようなケアは、実践で何が優先され、実施されるかを形づくる組織的文脈に埋め込まれている。Schein の組織文化理論を適用し、正式な手順だけでなく、身体に関する親密性、専門職としての責任、ケアの優先順位についての根底にある前提によって、口腔ケアが組織の各階層でどのように形づくられるかを理解する [34]。

知見は、これらの方策が、完全に定着した文化的変化というより、初期段階の変化に寄与したことを示唆している。これは、人工物、価値観、基本的前提という相互に関連する3つの水準を区別する Schein の組織文化モデルによって理解できる [34]。人工物の水準 [34] では、目に見える実践が変化し始めた。歯科衛生士の存在と用品セットの活用は、臨床実践での口腔ケアへの気づきをもたらした。これらの変化は、実用的な用具としてだけでなく、口腔ケアの重要性を強調する文化的なシグナルとしても機能した。価値観の水準 [34] では、口腔ケアは専門職の責任としてますます認識されるようになった。対象を絞ったコミュニケーション、教育および関与を通じて、職員は患者の健康とウェルビーイングにとっての口腔ケアの重要性を、より強く認識するようになったと述べた。競合する臨床上の優先事項に関わる課題が続いていても、口腔ケアは看護実践の正当な構成要素として、より明確に位置づけられるようになった。基本的前提の水準 [34] では、プロジェクトは、口腔ケアが個人的な事柄または周縁的な看護業務であるという見方を問い直し始めた。歯科衛生士の関与と用品セットの配布は、個人の身体的境界、抵抗感および看護ケアについて当然視されていた考えを振り返るきっかけとなった。これらの前提は完全に変容したわけではないが、知見は文化的変化が生まれる余地がつくられたことを示唆している。全体として、知見は、複数の組織階層にわたって変化が生じ、臨床実践の変化と意識の高まりが、専門職としての価値観や前提に徐々に影響していたことを示している。

しかし、これらの変化はなお脆弱であり、持続のためには継続的な支援が必要である。

この解釈は先行研究と一致する。Rasmussen らは、口腔ケアを補足的な作業ではなく患者ケアの不可欠な構成要素として認識する、看護の文化的転換の必要性を強調している [16]。彼らは、口腔ケアは単なるウェルネス上の問題ではなく、合併症予防に不可欠な患者ケアの基本的側面として捉えるべきだと論じている。さらに、口腔ケアを看護実践に十分に統合するための対話と教育の重要性を強調している [16]。本研究で適用した口腔ケアの方策には、口腔ケアに関する対話と教育の双方を促進する可能性がある。先行研究と一致して、口腔ケアキットや選択された用具の使用が、口腔ケアの提供に好ましい影響を及ぼすことが示されている [20, 21]。同様に、複数の研究は、看護実践における口腔ケアの改善の中核に教育を位置づけている [8, 13, 14, 35]。Pai らは、口腔ケアキットと訓練の組合せが臨床的に有用であることを示した [20]。しかし、Schaffthuisen らが指摘したように、そのような改善は時間とともに弱まる可能性があり、持続的な組織の関与の必要性が強調される [19]。これは、共創された小規模な介入が、孤立した実践改善にとどまらず、組織の各階層にわたる文化的変化を始めうることを示している。したがって、ケアリング科学と組織理論を統合することで、口腔ケアが人工物、価値観および根底にある前提を含む組織文化によってどのように形づくられるかが示される。ケアリング科学がケアにおいて重要なことを明らかにする一方、組織理論は、そのような実践が日常の臨床現場でどのように維持され、または軽視されるかを説明する。

6.2

変化を促進する外部専門家

参加者の経験は、歯科衛生士の関与が、臨床での相互作用に正当性、知識および支援を提供することにより、日々の口腔ケア実践をどのように形づくったかを明らかにした。歯科衛生士は利用しやすい外部専門家として機能し、平日には予約による相談と当日の相談の双方に対応可能であった。知見は、歯科衛生士の関与が用品セットの使用とともに、患者と職員の間での振り返りと専門知識の共有を支えたことを示している。この解釈は、外部専門家が振り返りを刺激し、専門知識を提供し、臨床実践の変化を支えることを示す先行研究と一致する [36, 37, 38]。Kousgaard らは、外部専門家が職員の振り返りを促し、専門知識と指導を提供したため、糖尿病ケアを行う一般診療で好意的に受け入れられたことを見いだした [37]。同様に Surr らは、在宅ケアの場で認知症ケアマッピングを成功裏に導入するには外部専門家の関与が不可欠であるとし、長期的な統合を支えるため、地域の外部専門家を継続して利用できるようにすることを推奨した [36]。歯科衛生士を外部専門家として活用することは、口腔ケアをめぐるやり取りを当たり前のものにする助けにもなったようである。口腔ケアが合併症予防の一部であり、病院ケアに当然含まれる要素と位置づけられると、職員は開始や援助をしやすくなり、認識されていた個人的・専門職としての境界をつなぐ助けとなった。

制度的な観点から、これらの知見は、異なる専門職の論理の間の相互作用を反映するものとしても理解できる。病院職員と歯科衛生士は、異なりながらも重なり合う実践領域を代表し、それぞれが固有の優先事項、知識基盤および規範に導かれている。Reay と Hinings [39] が強調するように、組織内の行為者は、競合する制度的論理に対処して均衡を図る必要があることが多い。一方、Levänen ら [40] は、こうした違いをつなぐ媒介的実践の役割を重視している。本研究では、歯科衛生士の関与が歯科と一般看護の論理の間を媒介し、口腔ケアを日々の臨床看護実践に統合することを支えたようであった。

しかし、本研究の知見と既存文献の双方は、外部の専門知識だけでは持続的な変化を確保するには不十分であることを示している。Alagoz らが強調するように、単一の構成要素では不十分であり、臨床実践を効果的に変えるには包括的で多面的な戦略が必要である [41]。本研究では、口腔ケアを充実させるため、患者と職

員の双方を対象とした多面的なアプローチを用いた。歯科衛生士は外部専門家として、教育セッション、ベッドサイドでの指導、口腔ケア製品の使用説明を通じて職員を支援した。一方、患者の関与は、情報提供ポスター、用品セットおよび歯科衛生士との直接的なやり取りを通じて促された。これらの知見は、外部専門家が知識を導入するだけでなく、日々の実践で振り返りと関与を促すことによって変化に寄与することを示唆している。また、異なる専門職の論理を整合させ、新たな実践の統合を促進する助けとなる可能性もある。これは、外部からの促進支援が単独の実装戦略として機能するのではなく、共創された多面的な介入に統合されると、実践の変化の進展を支え、生まれつつある文化的転換に寄与しうることを示しており、既存研究を発展させるものである。

6.3

実践と今後の研究への示唆

知見は、意識を高めることが口腔ケア実践の持続的な変化への重要な一歩であるものの、それだけでは不十分であることを示唆している。臨床的な観点から、介入は、明確な指針、日々の業務への統合、歯科衛生士との継続的な多職種連携を含め、組織構造と日々の看護ケアに組み込まれるべきである。リーダー層の支援と現場の主要関係者は、臨床上の優先事項が競合する状況で、口腔ケアへの注意を維持する助けとなりうる。

さらに知見は、特に個人的・専門職としての境界に対処することに関して、専門的な看護実践の一部として口腔ケアの正当性を認めることの重要性を明らかにしている。対話と振り返りのための構造化された機会をつくることは、こうした課題に対処する職員を支える可能性がある。今後の研究では、初期の意識の高まりが実践および患者アウトカムの持続的な変化につながるかを検討するため、縦断研究が必要である。さらなる研究では、組織的条件や異なる専門職集団間の相互作用が口腔ケアの統合にどのように影響するかも探究すべきであり、特に、複数の、潜在的には競合する制度的論理を特徴とする状況に注目する必要がある。

6.4

強みと限界

本研究は、フォーカスグループ、個別面接および参与観察から得た質的データを組み合わせる方法論的トライアングレーションを用い、複数の視点から臨床実践を包括的に理解することを可能にした。このアプローチは、面接では経験を探究できず、観察によって理解する必要があった認知機能障害のある患者に関する視点を捉えるうえで、特に重要であった [30]。研究者間のトライアングレーションも研究を強化した。「口腔ケアプロジェクト」への事前の関与がある研究者とない研究者の双方が、データ収集と解析に貢献し、状況に関する洞察と解析の開かれた姿勢との均衡を支えた。研究者の事前の関与はデータ収集と解釈に影響した可能性があるが、研究チーム内での再帰的な議論によってこれに対応した。また、参加者は口腔ケアに焦点を当てた研究であることを知っており、フォーカスグループはプロジェクトに関わる研究者が進行したため、回答に影響した可能性がある。病院内でフォーカスグループを行ったことも、参加者が自由に話そうとする意欲を制限した可能性がある。それでも、データから口腔ケアの障壁に関する豊富な洞察が得られた。一つの限界は、一部の患者面接の深さが比較的限られていたことであり、口腔ケアに関する患者の視点への洞察を制約する可能性がある。しかし、観察データと職員のフォーカスグループによるトライアングレーションでこれを補い、全体の解釈を強化した。さらに、本研究は日常の臨床実践に組み込まれた口腔ケアを探究することを目的としたため、個々の患者が介入要素にどの程度接したかは系統的に評価しなかった。これは経験のばらつきに寄与する可能性がある一方、実際の現場の条件を反映している。また、知見はデータ源をまたいで特定されたパターンによって支持され、全体の解釈を強化している。質的評価として、本研究は臨床実践について微妙な違いを含む理解を提供する。量的アプローチであれば測定可能なアウトカムを得られた可能性はあるが、複数の要因が相互作用するため、そのようなアウトカムを切り分けることは難しい。

7

結論

本研究は、共創された方策の導入後に、文化的変化の初期段階を表す、口腔ケアへの意識の芽生えを示している。知見は、多面的なアプローチが患者と職員を相補的な方法で関与させることにより、組織の異なる階層で口腔ケアへの意識を支えうること示唆している。それでも口腔ケアの持続的な障壁は残っており、臨床実践における文化的変化が、迅速にも容易にも達成できない、緩やかで複雑な過程であることを示している。これらの知見に基づく、今後の取り組みでは、組織の各階層のニーズや状況に合わせた戦略を用い、介入の共創に患者と職員の双方が継続して関与することが有益となる可能性がある。実践への示唆は、口腔ケアへの注意を持続させるための継続的な教育、強化およびリーダー層の支援の重要性を強調している。組織的・文化的な障壁に対処するには、長期的な関与と介入の反復的な調整が必要である。今後の研究への示唆は、共創された介入が臨床実践の持続的な変化にどのように寄与するかを探究し、組織的・文化的条件が臨床現場の口腔ケアをどのように形づくるかについて理解を深めるため、縦断研究が必要であることを強調している。

著者の貢献

C.N. : 概念化、方法論、データ解析 (formal analysis)、調査、執筆 : 初稿作成・レビューおよび編集、プロジェクト管理。N.B.P. : データ解析 (formal analysis)、調査、執筆 : 初稿作成・レビューおよび編集。H.M.D. : データ解析 (formal analysis)、執筆 : レビューおよび編集。B.T. : 方法論、執筆 : レビューおよび編集。

資金提供

本研究は、デンマーク歯科衛生士協会およびデンマーク地域連合の開発研究基金からの助成を受けた。本研究で使用した口腔ケア製品は Sunstar/GUM および Haelon/Sensodyne から提供され、研究チームの専門知識と判断に基づいて選定された。

利益相反

著者らは利益相反がないことを申告する。

謝辞

本研究に快く参加して下さった患者と医療専門職 (HCPs)、ならびに参加病棟に心より感謝する。データ収集と解析に貴重な貢献をして下さった Rosa Heralvsdottir Jensen と Line Louise Rasmussen に特に感謝する。最後に、データ保存とデータ解析ソフトウェアに関する支援を提供して下さった、南デンマーク地域のオーデンセ大学病院 OPEN (Open Patient Data Explorative Network) に感謝する。ChatGPT (OpenAI) は文単位の言語編集に使用した。原稿は南デンマーク大学の Language Services Unit による専門的な校閲を受けた。

データの利用可能性に関する声明

本研究の知見を裏づけるデータは、責任著者への要請に応じて利用可能である。プライバシーまたは倫理上の制約により、データは一般公開されていない。

参考文献 (全件・原文書誌情報)

1. World Health Organization, Global Strategy and Action Plan on Oral Health 2023-2030 (World Health Organization, 2024).
2. E. Caselli, C. Fabbri, M. D'Accolti, et al., "Defining the Oral Microbiome by Whole-Genome Sequencing and Resistome Analysis: The Complexity of the Healthy Picture," BMC Microbiology 20, no. 1 (2020): 120. pmid: 32423437; doi: 10.1186/s12866-020-01801-y; pmcid: PMC7236360

原文XML識別子 : pmid 32423437 ; doi 10.1186/s12866-020-01801-y ; pmcid PMC7236360

3. P. E. Petersen and T. Yamamoto, "Improving the Oral Health of Older People: The Approach of the WHO Global Oral Health Programme," Community Dentistry and Oral Epidemiology 33, no. 2 (2005): 81-92. pmid: 15725170; doi: 10.1111/j.1600-0528.2004.00219.x

原文XML識別子 : pmid 15725170 ; doi 10.1111/j.1600-0528.2004.00219.x

4. P. U. Pedersen, A. Tracey, J. E. Sindby, and M. Bjerrum, "Preoperative Oral Hygiene Recommendation Before Open-Heart Surgery: Patients' Adherence and Reduction of Infections: A Quality Improvement Study," BMJ Open Quality 8, no. 2 (2019): e000512. doi: 10.1136/bmjopen-2018-000512; pmcid: PMC6542424; pmid: 31206058

原文XML識別子 : doi 10.1136/bmjopen-2018-000512 ; pmcid PMC6542424 ; pmid 31206058

5. S. Ehrenzeller and M. Klompas, "Association Between Daily Toothbrushing and Hospital-Acquired Pneumonia: A Systematic Review and Meta-Analysis," JAMA Internal Medicine 184, no. 2 (2024): 131-142. pmid: 38109100; doi: 10.1001/jamainternmed.2023.6638; pmcid: PMC10728803

原文XML識別子 : pmid 38109100 ; doi 10.1001/jamainternmed.2023.6638 ; pmcid PMC10728803

6. B. Quinn, "Best Practices in Oral Care," *Critical Care Nurse* 43, no. 3 (2023): 64-67. pmid: 37257868; doi: 10.4037/ccn2023718; pmcid: PMC10443897

原文XML識別子 : pmid 37257868 ; doi 10.4037/ccn2023718 ; pmcid PMC10443897

7. L. L. Rasmussen, K. H. Vaupell, M. L. Olsen, and C. Nielsen, "Should Oral Care Be About More Than a Gut Feeling? A Qualitative Study Investigating Patients' and Healthcare Professionals' Experiences," *Journal of Clinical Nursing* 32, no. 23-24 (2023): 8126-8136. pmid: 37743621; doi: 10.1111/jocn.16883

原文XML識別子 : pmid 37743621 ; doi 10.1111/jocn.16883

8. H. Rawson, S. Dawson, A. Madhuvu, et al., "Nurses' Experiences of Providing Oral Care to Hospitalised Patients: A Qualitative Study," *Infection, Disease & Health* 30, no. 4 (2025): 343-352. doi: 10.1016/j.idh.2025.05.002; pmid: 40450434

原文XML識別子 : doi 10.1016/j.idh.2025.05.002 ; pmid 40450434

9. H. H. J. van Noort, B. J. M. Witteman, R. den Hertog-Voortman, B. Everaars, H. Vermeulen, and G. Huisman-de Waal, "A Context Analysis on How Oral Care Is Delivered in Hospitalised Patients: A Mixed-Methods Study," *Journal of Clinical Nursing* 29, no. 11-12 (2020): 1991-2003. pmid: 31793109; doi: 10.1111/jocn.15130

原文XML識別子 : pmid 31793109 ; doi 10.1111/jocn.15130

10. H. Mainz, R. Tei, K. V. Andersen, M. Lisby, and M. Gregersen, "Prevalence of Missed Nursing Care and Its Association With Work Experience: A Cross-Sectional Survey," *International Journal of Nursing Studies Advances* 6 (2024): 100196. pmid: 38746807; doi: 10.1016/j.ijnsa.2024.100196; pmcid: PMC11080405

原文XML識別子 : pmid 38746807 ; doi 10.1016/j.ijnsa.2024.100196 ; pmcid PMC11080405

11. B. J. Kalisch, D. Tschannen, H. Lee, and C. R. Friese, "Hospital Variation in Missed Nursing Care," *American Journal of Medical Quality* 26, no. 4 (2011): 291-299. pmid: 21642601; doi: 10.1177/1062860610395929; pmcid: PMC3137698

原文XML識別子 : pmid 21642601 ; doi 10.1177/1062860610395929 ; pmcid PMC3137698

12. S.-J. Wu, C.-C. Wang, S.-C. Kuo, S.-H. Shieh, and Y.-J. Hwu, "Evaluation of an Oral Hygiene Education Program for Staff Providing Long-Term Care Services: A Mixed Methods Study," *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, no. 12 (2020): 4429. pmid: 32575587; doi: 10.3390/ijerph17124429; pmcid: PMC7345339

原文XML識別子 : pmid 32575587 ; doi 10.3390/ijerph17124429 ; pmcid PMC7345339

13. L. Hammond, T. Conroy, and J. Murray, "Exploring Oral Care Practices, Barriers, and Facilitators in an Inpatient Stroke Unit: A Thematic Analysis," *Disability and Rehabilitation* 45, no. 5 (2023): 796-804. pmid: 35188869; doi: 10.1080/09638288.2022.2040616

原文XML識別子 : pmid 35188869 ; doi 10.1080/09638288.2022.2040616

14. L. SuWen, H. YuYang, and B. Wei, "Understanding Oral Care in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study of Nurse Experiences and Practices With Mechanically Ventilated Patients," *Nursing in Critical Care* 30, no. 2 (2025): e13296. pmid: 40034010; doi: 10.1111/nicc.13296

原文XML識別子 : pmid 40034010 ; doi 10.1111/nicc.13296

15. K. P. Emery and F. Guido-Sanz, "Oral Care Practices in Non-Mechanically Ventilated Intensive Care Unit Patients: An Integrative Review," *Journal of Clinical Nursing* 28, no. 13-14 (2019): 2462-2471. pmid: 30793402; doi: 10.1111/jocn.14829

原文XML識別子 : pmid 30793402 ; doi 10.1111/jocn.14829

16. I. L. Rasmussen, N. Halberg, and P. S. Jensen, "Why Doesn't Anyone Ask Me'? Patients' Experiences of Receiving, Performing and Practices of Oral Care in an Acute Orthopaedic Department," *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 37, no. 4 (2023): 1079-1090. pmid: 37231993; doi: 10.1111/scs.13182

原文XML識別子 : pmid 37231993 ; doi 10.1111/scs.13182

17. E. Coker, J. Ploeg, and S. Kaasalainen, "Relying on Nursing Staff for Oral Hygiene Care: A Qualitative Interpretive Description Study," *Geriatric Nursing* 41, no. 6 (2020): 891-898. pmid: 32636022; doi: 10.1016/j.gerinurse.2020.06.015

原文XML識別子 : pmid 32636022 ; doi 10.1016/j.gerinurse.2020.06.015

18. S. Viebranz, M. Dederichs, A. Kwetkat, and I. M. Schüler, "Effectiveness of Individual Oral Health Care Training in Hospitalized Inpatients in Geriatric Wards," *International Journal of Environmental Research and Public Health* 20, no. 5 (2023): 4275. pmid: 36901286; doi: 10.3390/ijerph20054275; pmcid: PMC10001549

原文XML識別子 : pmid 36901286 ; doi 10.3390/ijerph20054275 ; pmcid PMC10001549

19. L. Schafthuizen, L. Spruit-Bentvelzen, M. van Dijk, J. van Rosmalen, and E. Ista, "Implementation of a Nursing Oral Health Care Protocol in a University Teaching Hospital: A Cluster-Randomized Stepped-Wedge Design," *International Journal of Dental Hygiene* 22, no. 3 (2024): 661-671. PMID: 37722075; DOI: 10.1111/IDH.12748

原文XML識別子 : PMID 37722075 ; DOI 10.1111/IDH.12748

20. R. R. Pai, S. Banerjee, L. S. George, A. George, and R. Ongole, "Impact of an Oral Care Intervention Protocol on Oral Health Outcomes in Head and Neck Cancer Patients Undergoing Radiation or Chemoradiation Therapy," *BMC Oral Health* 25, no. 1 (2025): 539. PMID: 40217239; DOI: 10.1186/s12903-025-05877-8; PMCID: PMC11987221

原文XML識別子 : PMID 40217239 ; DOI 10.1186/s12903-025-05877-8 ; PMCID PMC11987221

21. C. Warren, M. K. Medei, B. Wood, and D. Schutte, "A Nurse-Driven Oral Care Protocol to Reduce Hospital-Acquired Pneumonia," *American Journal of Nursing* 119, no. 2 (2019): 44-51. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000553204.21342.01; PMID: 30681478

原文XML識別子 : DOI 10.1097/01.NAJ.0000553204.21342.01 ; PMID 30681478

22. Prevention CUCfDCa, "Oral Health in Healthcare Settings to Prevent Pneumonia Toolkit," (2024), URL: <https://www.cdc.gov/healthcare-associated-infections/hcp/prevention-healthcare/oral-health-pneumonia-toolkit.html>.

23. C. McCauley, A. Szatala, T. Thomas, O. Navarro, and C. Stull, "AACN Practice Alert: Implementing Effective Oral Care Practices for Acutely and Critically Ill Patients," *Critical Care Nurse* 46, no. 1 (2026): e1-e6. DOI: 10.4037/ccn2026463; PMID: 41620110

原文XML識別子 : DOI 10.4037/ccn2026463 ; PMID 41620110

24. H. J. Lee, D. H. Han, J. H. Kim, and H. G. Wu, "The Effect of Comprehensive Oral Care Program on Oral Health and Quality of Life in Patients Undergoing Radiotherapy for Head and Neck Cancer: A Quasi-Experimental Case-Control Study," *Medicine (Baltimore)* 100, no. 16 (2021): e25540. PMID: 33879699; DOI: 10.1097/MD.00000000000025540; PMCID: PMC8078395

原文XML識別子 : PMID 33879699 ; DOI 10.1097/MD.00000000000025540 ; PMCID PMC8078395

25. L. L. Coan, U. A. Wijesuriya, and S. A. Seibert, "Collaboration of Dental Hygiene and Nursing Students on Hospital Units: An Interprofessional Education Experience," *Journal of Dental Education* 83, no. 6 (2019): 654-662. PMID: 31154435; DOI: 10.21815/JDE.019.071

原文XML識別子 : PMID 31154435 ; DOI 10.21815/JDE.019.071

26. C. Nielsen, L. L. Rasmussen, H. Lerche, H. M. Dalgaard, and B. Trettin, "Solutions to Enhance Oral Care Among Hospitalised Patients: A Participatory Design Process Developed Jointly by Patients and Healthcare Professionals," *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 39, no. 4 (2025): e70160. PMID: 41342274; DOI: 10.1111/scs.70160; PMCID: PMC12676510

原文XML識別子 : PMID 41342274 ; DOI 10.1111/scs.70160 ; PMCID PMC12676510

27. P. Ricoeur, *Interpretation Theory: Discourse and the Surplus of Meaning* (TCU press, 1976).

28. S. Kvale and S. Brinkmann, *Interviews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*, vol. xviii, 3rd ed. (Sage Publications, 2014), 405.

29. B. Halkier, "Focus Groups as Social Enactments: Integrating Interaction and Content in the Analysis of Focus Group Data," *Qualitative Research* 10, no. 1 (2010): 71-89.

30. C. Simonj, K. Specht, I. C. Andersen, K. K. Johansen, C. Nielsen, and H. Agerskov, "A Ricoeur-Inspired Approach to Interpret Participant Observations and Interviews," *Global Qualitative Nursing Research* 5 (2018): 2333393618807395. PMID: 30397637; DOI: 10.1177/2333393618807395; PMCID: PMC6207962

原文XML識別子 : PMID 30397637 ; DOI 10.1177/2333393618807395 ; PMCID PMC6207962

31. J. P. Spradley, *Participant Observation* (Waveland Press, 2016).

32. Association WM, "World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants," *Journal of the American Medical Association* 333, no. 1 (2025): 71-74. PMID: 39425955; DOI: 10.1001/jama.2024.21972

原文XML識別子 : PMID 39425955 ; DOI 10.1001/jama.2024.21972

33. A. Tong, P. Sainsbury, and J. Craig, "Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): A 32-Item Checklist for Interviews and Focus Groups," *International Journal for Quality in Health Care* 19, no. 6 (2007): 349-357. PMID: 17872937; DOI: 10.1093/intqhc/mzm042

原文XML識別子 : PMID 17872937 ; DOI 10.1093/intqhc/mzm042

34. E. H. Schein, "Organizational Culture: What It Is and How to Change It," in *Human Resource Management in International Firms: Change, Globalization, Innovation* (Springer, 1990), 56-82.

35. M. Klaic, E. Seng, and R. McGrath, "Factors That Influence Oral Hygiene Care With Hospitalised Stroke Patients: A Mixed Methods Study," *Disability and Rehabilitation* 44, no. 25 (2022): 7926-7935. pmid: 34797190; doi: 10.1080/09638288.2021.2003450

原文XML識別子 : pmid 34797190 ; doi 10.1080/09638288.2021.2003450

36. C. A. Surr, E. Shoesmith, A. W. Griffiths, R. Kelley, J. McDermid, and J. Fossey, "Exploring the Role of External Experts in Supporting Staff to Implement Psychosocial Interventions in Care Home Settings: Results From the Process Evaluation of a Randomized Controlled Trial," *BMC Health Services Research* 19, no. 1 (2019): 790. pmid: 31684943; doi: 10.1186/s12913-019-4662-4; pmcid: PMC6829988

原文XML識別子 : pmid 31684943 ; doi 10.1186/s12913-019-4662-4 ; pmcid PMC6829988

37. M. B. Kousgaard and T. Thorsen, "Positive Experiences With a Specialist as Facilitator in General Practice," *Danish Medical Journal* 59, no. 6 (2012): A4443. pmid: 22677241

原文XML識別子 : pmid 22677241

38. B. Alshahrani, J. Sim, and R. Middleton, "Nursing Interventions for Pressure Injury Prevention Among Critically Ill Patients: A Systematic Review," *Journal of Clinical Nursing* 30, no. 15-16 (2021): 2151-2168. pmid: 33590917; doi: 10.1111/jocn.15709

原文XML識別子 : pmid 33590917 ; doi 10.1111/jocn.15709

39. T. Reay and C. R. Hinings, "Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics," *Organization Studies* 30, no. 6 (2009): 629-652.

40. J. Levänen, S. Lindeman, M. Halme, M. Tervo, and T. Lyytinen, "Bridging Divergent Institutional Logics Through Intermediation Practices: Insights From a Developing Country Context," *Technological Forecasting and Social Change* 176 (2022): 121443.

41. E. Alagoz, M. Y. Chih, M. Hitchcock, R. Brown, and A. Quanbeck, "The Use of External Change Agents to Promote Quality Improvement and Organizational Change in Healthcare Organizations: A Systematic Review," *BMC Health Services Research* 18, no. 1 (2018): 42. pmid: 29370791; doi: 10.1186/s12913-018-2856-9; pmcid: PMC5785888

原文XML識別子 : pmid 29370791 ; doi 10.1186/s12913-018-2856-9 ; pmcid PMC5785888

原文の整合性と訳注

以下は原著の表記・数値・研究上の限界についての注記です。本文中の原著の数値や結論を無断で訂正したものではありません。

訳注1：原文表3の職員23は26歳の看護師でありながら、勤務経験が20年超と記載されている。年齢と職歴の整合性に疑義がある。訳文はXMLに忠実であり、数値を推測して修正せず、原文の不整合として注記する必要がある。

訳注2：原文4.4節では観察の同意を「口頭または書面」で取得したとする一方、4.9節では面接と観察への参加前に「書面と口頭」の同意を取得したと記載している。観察についての同意取得方法が一致していない。両訳文はそれぞれの原文に忠実である。

訳注3：原文5.3節ではP9を男性代名詞heで受けているが、表2ではP9の性別をF（女性）と記載している。日本語で代名詞を省略すること自体は自然だが、原文内の性別表記の食い違いは注記が必要である。

訳注4：原文6.2節はSurrらの研究環境をhome care settings（在宅ケア）と記述しているが、同じXMLの文献36の論文名はCare Home Settings（入所型ケア施設）としている。訳文の「在宅ケア」は本文に忠実であり、引用文献の題名との食い違いを原文の不整合として示す必要がある。

訳注5：原著の研究上の限界として、一部患者面接の掘り下げ不足、研究への事前関与や病院内での討議による回答への影響、個々の患者の介入への接触状況を系統的に評価していないことが明記されている。質的評価であり、意識の変化に関する知見から定量的な臨床効果や長期持続性を確定することはできない。これらは訳文の欠陥ではなく、原著の限界として保持すべき事項である。

原著・翻訳情報

PMID : 42740587 | DOI : 10.1111/scs.70319

原文確認資料 : <https://www.ebi.ac.uk/europepmc/webservices/rest/PMC13575593/fullTextXML>

原著公開日 : 2026-09-15 | 翻訳日 : 2026-09-17

日本語主本文・表・図注 (原図・図中の文字・別ファイルの補足資料を除く)

原著・翻訳の利用条件 : CC BY-NC 4.0 <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/> 商用利用は許諾対象外です。

非公式AI翻訳・歯科医師による監修未実施。原図、図中の文字、別ファイルの補足資料は含みません。研究方法・数値・結論は原著の記述であり、個別患者への診断・治療指示ではありません。原著と最新の診療指針をご確認ください。