武庫川女子大学大学院
看護学研究科
博士論文

診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツールの開発

Development of a nursing assessment tool for constructing self-care in adulthood patients with Crohn's disease in the early post-diagnosis period

2023 年　3 月

山本　孝治

目次

要旨 ……1
第１章　序論 ……3
　Ⅰ．研究の背景 ……3
　Ⅱ．研究目的 ……5
　Ⅲ．研究の意義 ……5
　Ⅳ．本論文の構成 ……6
第２章　文献検討 ……7
　Ⅰ．クローン病患者のセルフケア ……7
　Ⅱ．クローン病患者のセルフケアを阻害する要因 ……10
　Ⅲ．クローン病患者へのセルフケア支援 ……11
　Ⅳ．クローン病患者へのセルフケア支援のための看護アセスメント ……13
　Ⅴ．文献検討のまとめ ……14
第３章　研究の枠組み ……16
　Ⅰ．活用する看護理論；Orem のセルフケア不足理論 ……16
　Ⅱ．用語の定義 ……16
　Ⅲ．本研究の概念枠組み ……19
　Ⅳ．本研究の対象者 ……19
第４章　研究の全体計画 ……23
第５章　第１段階研究
クローン病患者のセルフケア構築に向けた支援に必要となる看護アセスメントの視点
……24
　Ⅰ．研究目的 ……24
　Ⅱ．研究方法 ……24
　　1．研究デザイン ……24
　　2．研究協力者 ……24
　　3．データ収集期間 ……24
　　4．データ収集方法 ……25
　　5．データ分析方法 ……25
　　6．分析の真実性・妥当性 ……26
　Ⅲ．倫理的配慮 ……26
　Ⅳ．結果 ……27
　　1．研究協力者の概要 ……27
　　2．分析結果 ……27
　Ⅴ．考察 ……30
　　1．クローン病患者のセルフケア支援に必要となる看護アセスメントの視点 ‥30
　　2．看護実践への示唆 ……33
　　3．研究の限界と今後の課題 ……35

第６章　第２段階研究
診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール（第１版）の作成 …… 36
Ⅰ．研究目的 …… 36
Ⅱ．看護アセスメントツールの作成過程 …… 36
1．看護アセスメントツール案の作成 …… 36
2．看護アセスメントツール（第１版）の作成 …… 36
第７章　第３段階研究
デルファイ法を用いた診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツールの開発 …… 39
Ⅰ．研究目的 …… 39
Ⅱ．研究方法 …… 39
1．研究協力者 …… 39
2．調査方法 …… 39
3．第１回調査 …… 40
4．第２回調査 …… 42
Ⅲ．倫理的配慮 …… 43
Ⅳ．結果 …… 43
1．第１回調査の結果 …… 43
2．第２回調査の結果 …… 45
Ⅴ．考察 …… 47
1．デルファイ法における対象者の妥当性 …… 47
2．看護アセスメントツールの妥当性 …… 47
3．看護アセスメントツールの実用性 …… 49
4．看護アセスメントツールを活用したセルフケア支援 …… 50
5．研究の限界と今後の課題 …… 52
第８章　全体考察 …… 54
Ⅰ．看護アセスメントツールを用いた看護エージェンシーの行使 …… 55
Ⅱ．看護アセスメントツールを用いた患者のセルフケア能力に働きかける看護支援 …… 59
Ⅲ．看護実践への示唆 …… 61
Ⅳ．今後に向けた研究の方向性 …… 62
第９章　結論 …… 64
謝辞 …… 66
文献 …… 67
図表・資料目次 …… 78

要旨

【目的】クローン病は成人前期で発症することが多く、根治療法のない指定難病であり、患者は生涯にわたり療養が必要で、そのためのセルフケアを構築することが重要になる。診断後間もない成人期にある患者はセルフケアが安定しておらず、看護師は的確なアセスメントを実施し支援につなぐ必要がある。本研究は、診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築するための看護アセスメントツールを開発することを目的に、Orem (2001/2005, pp.128-148) のセルフケア不足理論を研究枠組みとして、3 段階のプロセスで研究を実施した。第 1 段階は、クローン病患者のセルフケア構築に向けた支援に必要となる看護アセスメントの視点を明らかにすることを目的とした。第 2 段階は、文献検討および第 1 段階の研究結果をもとに看護アセスメントツール（第 1 版）を作成することを目的とした。第 3 段階は、診断後間もない成人期クローン病患者に特化し、患者の主体的なセルフケア構築を支援する際の看護アセスメントツールの項目の妥当性と実用性について検証することを目的とした。

【方法】第 1 段階では、クローン病患者の看護実践経験を 5 年以上有する看護師 12 名に半構成的面接法による個別インタビューを 1 回実施し、質的帰納的にデータを分析した。第 2 段階では、文献検討および第 1 段階の結果をもとに、診断後間もない成人期クローン病患者に特化した看護アセスメントツール案を作成し、クローン病患者の看護に関する学術論文を 2 編以上発表している看護学研究者の助言を受けて内容を洗練させた。第 3 段階では、クローン病専門医が所属する全国 213 施設に研究協力を依頼し、クローン病患者への看護実践経験のある看護師 466 名に質問紙を配布してデルファイ法による調査を行い、看護アセスメント 66 項目から成るツール案について妥当性と実用性を検証した。デルファイ法による調査は 2 回実施し、同意率は 80%に設定した。

【結果】第 1 段階のインタビュー調査の結果、クローン病患者のセルフケア構築に向けた支援に必要となる看護アセスメントの視点として、[自分の病気・治療・社会資源についての関心と理解]、[病気の受け止めとセルフケアの目標]、[ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの実践]、[病状に応じたセルフケアの実践]、[ストレスの認知と対処]、[周囲からのサポート]の 6 つを抽出した。

第 2 段階では看護学研究者 4 名の助言をふまえ、看護アセスメントツール（第 1 版）

として、病識・健康管理、食事・栄養、排泄に関する 12 分類、66 項目を確定した。

第 3 段階のデルファイ法による調査では 41 施設の協力が得られ、第 1 回調査は 146 名（回収率 31.9%）、第 2 回調査は 94 名（回収率 64.3%）の回答が得られた。第 2 回調査の結果、[自分の病気・治療・社会資源についての関心と理解]は≪自分の病気や治療への関心≫、≪自分の病気や治療についての理解≫、≪利用できる社会資源の把握≫の 3 分類で 12 項目、[病気の受け止めとセルフケアの目標]は≪病気の受け止め≫、≪健康に対する価値≫、≪患者の望みや目標≫の 3 分類で 9 項目、[ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの実践]は≪自主的な療養の実践≫、≪ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの調整≫、≪無理なく継続できるセルフケア≫の 3 分類で 9 項目、[病状に応じたセルフケアの実践]は≪悪化する前兆の察知≫、≪病状に応じた食事とトイレの調整≫、≪肛門部の清潔保持≫、≪肛門科の定期受診≫、≪適切な受診判断≫の 5 分類で 18 項目、[ストレスの認知と対処]は≪ストレスの認知≫、≪ストレスへの対処≫の 2 分類で 4 項目、[周囲からのサポート]は≪困った時の相談相手/同病者との繋がり≫、≪家族のサポート≫の 2 分類で 4 項目、計 56 項目すべてにおいて妥当性が 88%以上、実用性は 85%以上の同意率が得られ、看護アセスメントツールを確定した。

【考察】開発したアセスメントツールには、患者がありたい姿の実現に向け、病気や治療、社会資源をどのように理解しているのか、病状に応じて、またライフスタイル・ライフイベントに合わせてどのようにセルフケアを実践しているのか、周囲からどのようなサポートを得ているのかの視点が含まれており、患者の主体的なセルフケア構築を支援する際のアセスメント項目として妥当性と実用性が確認された。開発した看護アセスメントツールはクローン病患者のセルフケア、セルフケア能力、治療的セルフケア・デマンドの関係をとらえるための包括的な視点、分類および項目が明記されているため、本ツールを活用することで、看護師は患者が描くありたい姿の実現に向けてセルフケアが遂行されているか、その状況をアセスメントして長期的な観点でのセルフケア支援が可能となると考える。

キーワード：クローン病、セルフケア、看護アセスメントツール、成人期、診断後間もない

Key words：Crohn’s disease, self-care, nursing assessment tool, adulthood, early post-diagnosis period

第１章　序論

Ⅰ．研究の背景

クローン病（Crohn’s disease ; 以下 CD）は肉芽腫性炎症性疾患であり、小腸・大腸を中心に全消化管に特徴的な病態を生じ原因不明で根本的な治療法がなく、再燃と寛解を繰り返す（藤谷, 高後, 2011)。CD は潰瘍性大腸炎（Ulcerative colitis ; 以下 UC）と併せて炎症性腸疾患（Inflammatory bowel disease ; 以下 IBD）と呼ばれるが、病変の部位、形態や病態は明らかに異なり、それぞれ独立した疾患と考えられる（日本消化器病学会, 2020, p.2)。CD は肛門周囲膿瘍や難治性の痔瘻といった肛門病変を高頻度に合併し、肛門病変を機に診断される症例が多い（日本炎症性腸疾患協会, 2021 ; 日比, 2010, pp.4-5)。CD の好発時期は 10 代後半から 20 代の成人前期であり、患者の年齢層別にみると成人期が最も多く、全体の約 85.2%を占める（厚生労働省衛生行政報告例, 2020)。CD 患者の男女比では、2：1 で男性が占める割合が高い（櫻庭, 2019)。

CD の治療では根本的な治療法は確立しておらず、内科的治療法では食事栄養療法と薬物療法が実施される。難治性の腸管狭窄や瘻孔を形成した場合は、外科的治療法として、腸管切除もしくは狭窄形成術が施行される。CD の治療目標について、症状を改善する臨床的寛解でなく、粘膜治癒（mucosal healing）を達成することが重要視される（仲瀬, 2019)。本邦では、栄養療法は副作用が少なく安全性が高いことから長年、基本治療として位置づけられ（日本消化器病学会, 2020, pp.36-37)、栄養療法では主に成分栄養剤（elemental diet ; 以下 ED）が用いられる。薬物療法では、2002 年に抗 TNF-α 抗体製剤が承認されて以降、複数の生物学的製剤や免疫抑制剤が治療薬として用いられるようになり、CD 患者を取り巻く治療環境は大きく変化した。一方で、抗 TNF-α 抗体製剤では、継続投与により効果が減弱し二次無効となる症例が存在する。CD の薬物療法は生物学的製剤の登場で飛躍的に進歩した半面、複雑化しており、好適症例や使用順序のエビデンス、長期投与における安全性の検証は十分になされておらず課題である（遠藤, 佐藤, 吉野, 川上, 2021 ; Ishihara, Mishima, Kashima, 2020)。そうしたなかで、患者個々の社会的背景や生活環境を十分に考慮したうえで、医師が治療目標の設定とそれに必要となる適正な治療を判断し、エビデンスを含めた患者への十分な説明と話し合いを通じて、その目標を共有し治療方針を決定することが重要になる（厚生労働科学研究費補助金難治性疾患政策研究事業「難治性炎症性腸管障害

に関する調査研究」（久松班）令和 2 年度分担研究報告書, 2021)。

CD では寛解期においても継続した治療は必須で、患者は永続的な療養が必要となる。CD 患者は薬物療法や食事栄養療法の実施のほか、症状のセルフモニタリングなどセルフケアの実践が必須で、さらには病気の経過や生活と折り合いをつけ、セルフケアを構築することが重要になる。特に CD と診断され間もない時期にある患者は、病状が不安定でセルフケアも安定しておらずセルフケア不足が生じやすいため、看護師が的確にアセスメントし、支援につなぐ必要がある。

IBD 患者を対象にした研究では、セルフケアによる症状マネジメントによって長期に渡る寛解を維持でき、生活や人生を調整することで Quality of Life（以下、QOL）が高まることが報告されている（Plevinsky, Greenley, & Fishman, 2016; Devlen et al., 2014)。IBD 患者のセルフケアの特徴について明確にした報告はあるが（Lovén Wickman et al., 2016)、UC との病態や治療、療養の違いをふまえた CD 患者のセルフケアの特徴は明らかにされていない。また多くの IBD 研究は海外によるものであるが、薬物療法中心の諸外国に比べ、栄養療法を重要な治療として重きをおいている日本とではセルフケアの内容は異なる。

看護師が CD 患者に支援を行う際、患者のセルフケアの状況を的確にとらえることが重要になる。IBD 患者に回答してもらうことでセルフケア能力を測定するツールはすでに開発されており、信頼性・妥当性も示されている（Lovén Wickman, et al., 2018)。しかしその一方で、看護師が患者のセルフケア支援を実践する際に活用できる看護アセスメントツールの開発は未着手で、アセスメントの視点も明確ではない。CD は複雑な病態を示し、患者によって症状は異なる。また、食事栄養療法をはじめ治療が生活と密着しており、患者が行うセルフケアも個別性に富む（石橋, 薮下, 旗持, 2016；片岡, 2015；吹田, 鈴木, 2009)。そのため、看護師は個々の患者の病態、治療と関連させながらセルフケアの状況を的確にアセスメントすることが求められる。くわえて、生物学的製剤による治療の登場により、近年外来での通院治療で病気をコントロールする患者が増加している（河内, 横井, 糸島, 奥津, 2016；日比, 2016, p.114)。そのため、看護師には外来受診時の限られた時間で個々の患者のセルフケア状況を的確にアセスメントしセルフケア支援を充実させる必要がある。

Nurses European Crohn's and Colitis Organisation（以下、N-ECCO）は、患者に対する看護アセスメントは、エビデンスのある統一したアセスメントツールを活用す

ることが肝要であると提言している（Kemp et al, 2018)。しかしながら、アセスメントが行われる環境や看護師の役割、経験によって、看護師がアセスメントする目的や理由、内容が異なることが指摘されている（Duncan, 2011a)。本邦の CD の専門外来では各施設独自に作成した問診票を活用して、患者のセルフケア能力をアセスメントしている実情がある。施設毎に問診票が異なることや個々の看護師の経験知によってアセスメントの視点が異なることで、患者への一貫したアプローチが行えない可能性が考えられる。

以上をふまえ、まず CD 患者が主体的にセルフケアを構築することを支援するうえで必要となる看護アセスメントの視点を明らかにしたいと考えた。これをふまえ、診断後間もない CD 患者のうち発達段階上、最も多い割合を占める成人期にある患者に特化し、患者が主体的にセルフケアを構築することを支援する際に活用できる看護アセスメントの項目を明らかにし、看護アセスメントツールを開発したいと考えた。

Ⅱ．研究目的

本研究は、診断後間もない成人期 CD 患者のセルフケアを構築するための看護アセスメントツールを開発することを研究目的とした。これにあたり、以下の 3 段階のプロセスで研究を実施した。

第 1 段階は、CD 患者のセルフケア構築に向けた支援に必要となる看護アセスメントの視点を明らかにすることを目的とした。

第 2 段階は、文献検討および第 1 段階の結果をもとに看護アセスメントツール（第 1 版）を作成することを目的とした。

第 3 段階は、診断後間もない成人期 CD 患者に特化し、患者が主体的にセルフケアを構築することを支援する際の看護アセスメントの項目の妥当性と実用性について検証することを目的とした。

Ⅲ．研究の意義

本研究の意義は以下の 4 点である。

1. 開発する看護アセスメントツールは CD 患者のセルフケア能力を評価するものでなく、セルフケアの状況をとらえるためのものである。ツールを活用しながら患者と対話していくことで、セルフケアの状況を可視化でき、セルフケアの強みや課題が

明確になる。また、ツールを活用することで、日常的に行うセルフケアの状況を患者と共有しながら振り返ることができる。これにより、セルフケアの課題に対し、なぜ実施がうまくいかないのか、何が原因かその背景をとらえられ、個々の患者に応じたセルフケア支援が可能になる。また、ツールを用いた対話によって、患者が病気とともにこれまでどのように生きてきたのかや何を大事にしてきたのかをとらえられ、病気と共に今後どのように生きていきたいのかを共有でき、セルフケアの強化につなげられる。

2. 診断後間もない CD 患者に開発した看護アセスメントツールを活用することで、患者のセルフケア状況を早期にとらえ、セルフケアの基盤を構築していく時期に、患者が必要とする病気や治療、療養に関するエビデンスのある情報の提供や療養法の手技の提案ができ、セルフケアを強化できる。
3. 開発する看護アセスメントツールを看護師が活用することで、CD 患者へのセルフケアに関する一貫した看護アセスメントが可能であり、必要となる支援が明確にでき、アセスメントから支援をシームレスにつなぐことができる。
4. 生物学的製剤が登場し、多くの CD 患者は入院する機会が少なくなっており、外来における患者のセルフケア支援が重要になっている。セルフケアは患者が日常生活のなかで実践しており、外来において継続したアセスメントを行い支援につなぐ必要がある。外来には CD を含め多くの患者が来院しており、開発した看護アセスメントツールを看護師が活用することで、CD 患者のセルフケアを短時間でかつ的確にアセスメントすることができる。

Ⅳ．本論文の構成

本論では、CD 患者のセルフケアに関する文献検討、研究の枠組み、第 1 段階研究、第 2 段階研究、第 3 段階研究、全体考察、結論で構成する。

第 2 章　文献検討

Ⅰ．クローン病患者のセルフケア

CD 患者のセルフケアの実態を明らかにするために包括的な文献検索を行った。国内文献の検索には医学中央雑誌 web 版（Ver. 5）を用い、国外文献の検索では Pub Med、CINAHL を用いた。国内文献では、「クローン病」AND「セルフケア」を検索キーワードとし、国外文献の検索では、「Crohn's disease」AND「self-care」を検索キーワードとした。結果、計 243 件の文献が抽出された。UC を含む IBD 患者を対象にした文献、CD 以外の疾患をもつ患者を含む文献、小児を対象にした文献、症例報告、ストーマケアに関する文献、文献レビューや疾患・治療に関する文献、介入研究でセルフケアの実態について記載がない文献、医療者を対象にした文献を除き 15 件を選定した。さらにリファレンスサーチの手法で CD 患者のセルフケアの実際について記述される文献 15 件を選定した。最終的に 30 件の文献を分析対象とした。結果、CD 患者のセルフケアの実態として以下の 8 カテゴリーが抽出された（表 1-1、1-2、1-3、1-4）（山本, 布谷, 2021)。

1．クローン病に関する情報の獲得と療養法の模索

患者は発症後、講演会や勉強会に参加し、病気や治療に関する基本的な知識を得て、自分の病変は消化管のどこにあるのかを把握し、病状をとらえるのに必要な炎症や貧血、栄養状態に関する血液検査データについて解釈するようになっていた（中村, 瀧北, 2001)。

最良の治療法を選択するためにインターネットやパンフレットからの情報収集とともに、医療者や同病者に治療効果や副作用症状について尋ねてエビデンスのある情報を得ていた（富田, 片岡, 2017；富田, 片岡, 2012)。また、治療法に限らず食事療法や症状マネジメントといった療養に関しても医療者や同病者から情報を得て、その情報をもとに自分なりの療養法に発展させるための模索をしていた（山本, 中村, 2019a)。

2．再燃を回避するための体調コントロール

患者は、CD が再燃することで生活が儘ならなくなり、ライフイベントや人生にも影響が及ぶことを実感し、完治を目指すのではなく調子の良さを持続させることを目指した体調コントロールの重要性を認識するようになっていた（山本, 中村, 2019a)。再燃体験は患者にとって脅威であり、食事制限の必要性を認知し厳格な食事制限枠の設

定（吹田, 鈴木, 2009)や体調にあわせた家事の手抜き（山本, 中村, 2019b)のような行動変容をおこしていた。また、患者は風邪に罹患すると再燃するリスクが高くなると認識しており、CD 以外の病気への罹患に注意を払い体調管理を行っていた（中村, 瀧北, 2001)。また、抗 TNF-α 抗体製剤を投与する患者は副作用である易感染性を認識し、感染予防対策を実践していた（富田, 片岡, 2012)。運動は体調をよくする効果があるが、適度の運動は疲労につながり体調悪化の誘因になっていた（藤本ら, 2017)。

3. 腹部症状による病勢察知からの対処

患者は、症状の察知は指標というよりも日常ある症状とのわずかなズレや違和感といった感覚的なもので身体の知を高めていた（石橋, 2012)。代表的な症状悪化の認識は腹痛、下痢、排便回数の増加で、受診を判断する症状では、腹痛、有熱、血便、下血があげられた（栫井, 田中, 斎藤, 川上, 山本, 2016)。CD 患者において特に重要視される症状の察知に腸管狭窄に伴う腹部膨満や腸蠕動亢進音の知覚があった（石橋, 2012 ; 山本, 中村, 2019a)。これはイレウスが生じると緊急入院につながるため、患者は特に腹部症状について敏感に察知していた。患者は何らかの症状を察知すると、そのまま経過をみるのか、受診が必要なのかの見極めを行っていた（石橋, 2012 ; 栫井ら, 2016)。その後、自ら調整が可能である食事制限の強化（栫井ら, 2016 ; 中村, 瀧北, 2001)や絶食（Tanaka, Iwao, Okamoto, Ogata, Hibi, & Kazuma, 2009)、ED への切り替え、仕事を休み休息を確保して睡眠時間を多くするといった対処を行っていた(栫井ら, 2016 ; 山本, 中村, 2019a)。

4. 腸管の炎症をおこす引き金となるストレスへの対処

患者は、強い不安やストレスが腸管に炎症をおこし、再燃の引き金になると認識しており（Lesnovska, Hjortswang, EK, & Fisman, 2010 ; Lynch & Spence, 2008)、不安が増大すると自己管理能力や生活満足度の低下をきたしていた（富田, 片岡, 矢吹, 2007)。ストレスへの対処法は患者によって、ストレス要因を明確にして排除をする(Zutshi, Hull, & Hammel, 2007)、医療者や同病者を含めた他者と対話し心配事の共有化を図る（Wåhlin, Stjernman, & Munck, 2019)、ソーシャルサポートネットワークを活用した情報や情緒的支援を得る（柏倉, 2001)、リラクゼーション法を取り入れた情動焦点型コーピングのように様々であった（Wåhlin et al., 2019)。こうしたストレスへの対処法の実践により、疲労感や便秘、腹痛、腹部膨満感といった身体症状が改善することを報告した研究（Garcia-Vega & Fernandez, 2004）もあった。適度な運動

によりストレスの解消を実感でき、治療に前向きな気持ちで臨める効果も示されていた（藤本ら, 2017)。

5. 試行錯誤により見出した自分にあった療養法の長期的な実践

患者は療養法について生活やライフイベント、病状や治療の変化に応じ柔軟に修正をしていた。食事栄養療法では、自分の身体と生活に合った食事制限法を主体的に見出し獲得し（吹田, 鈴木, 2009)、経腸栄養では経鼻チューブの挿入や栄養剤の注入を簡便な方法で自己管理し、生活の一部として適応させていた（Cai, Li, & Zhou, 2018)。食事療法に限らず療養法は生活に根付くが試行錯誤が繰り返されており、その対処について高度なスキルをもつようになっていた（山本, 中村, 2019a； Zutshi et al., 2007)。この過程では失敗をしながら症状への対処法を学習して、治療や療養と生活や社会的役割とのバランスをつかんでいた（山本, 中村, 2019b ; Zutshi et al., 2007)。こうした療養法は生涯続くことから長期的視点で無理なく継続できることが重要視されていた（山本, 中村, 2019a)。

6. 症状コントロールおよび他者との付き合いを維持するための食事と排泄の工夫

CD 患者にとって食事摂取は症状の出現や病状の変化に直結することから、様々な食事療法の工夫が実践されていた。繊維類と刺激物、脂肪の多い食事を摂ると体調を崩すことを経験しており、これらはなるべく控えるべき食品とみなしていた（Lynch & Spence, 2008 ; Zutshi et al., 2007)。調理法では煮つけや蒸す、ゆでる、ミキサーにかけてペースト状にするといった工夫をしていた（大日向, 中村, 2013)。上記以外に体調を崩す食品は同病であっても個人差があるため、自分にあった食品と摂取量を見極めるために試し体験による食の調整を行っていた（布谷, 鎌倉, 深田, 熊澤, 2012 ; Nunotani, 2017 ; 吹田, 鈴木, 2009)。こうした調整により症状をコントロールするだけでなく、食事の満足度が高まることを示した研究（Nunotani, 2017 ; 富田, 2004)もあった。また、患者にとって外食や他者との食事は特に調整が必要となるもので、影響の少ないメニューの選択（中村, 瀧北, 2001 ; 吹田, 鈴木, 2009)、別メニューの注文、食べられる物だけ少量摂取、他者に合わせてもらう、飲食する真似をして誤魔化すといった対処を行っていた（吹田, 鈴木, 2007)。食事に加え ED を活用することは、腸管の安静と栄養補給ができ寛解維持につながる安心感をもたらす療養法といえるものであった（富田, 2008)。さらに ED は調子が悪くなった際に、患者自らの判断で食事から切り替え調整ができる万能なツールといえるものであった（富田, 片岡, 2012 ; 山本,

中村, 2019a)。

排泄に関して患者は、頻回の下痢への対処として常に近くにトイレを見つけておき、便意を感じたら間に合うようにし（Wåhlin et al., 2019)、漏便対策として失禁パットを常備する（山本, 中村, 2019a）ことを実践していた。

7. 家族や同病者、医療者からの支えで療養行動を強化

患者は、体調を崩した時など困った際に協力を依頼できる家族や、周囲に信頼できる相手を見つけておくことを実践していた（柏倉, 2001；富田, 2008；山本, 中村, 2019a)。患者にとって協力が得られる存在がいることは、さり気ない気遣いとともに心強さを感じ（山本, 中村, 2019a)、治療や療養に前向きに臨もうとする健康管理維持の動機づけ（中村, 瀧北, 2001）や体調管理を維持する目標になっていた（富田, 2004；Tanaka et al., 2009；山本, 中村, 2019b)。

同病者との関わりは、経腸栄養について実際に見学や経験談を聞くことで不安軽減につながったり（Cai et al., 2018)、会話の中で新たな気づきや参考にできる療養法の工夫を自らの療養に取り入れていったりすることに役立っていた（小野寺, 1999)。

8. クローン病と共に生きる中での充実した生活の維持

患者は療養について試行錯誤し頑張ってきたことに対し誇りに思い（山本, 中村, 2019a)、病気に適応し成長することを実感して（Lynch, & Spence, 2008)、病者として生きそのなかで充実した生活が送れるようになったことを体感していた(Lesnovska et al., 2010；富田, 2004；山本, 中村, 2019b)。患者は病気中心の生活ではなく、仕事や趣味といった生きがいをみつけ楽しみながら充実感を感じ、さらにはその生きがいを楽しむために体調を維持するようになっていた（山本, 中村, 2019a)。

Ⅱ. クローン病患者のセルフケアを阻害する要因

CD 患者のセルフケアを阻害する要因を明らかにするために包括的な文献検討を行った。国内文献の検索には医学中央雑誌 web 版（ver.5）を用い、「クローン病」AND「セルフケア阻害」を検索キーワードにして検索したが、該当する文献はなかった。国外文献の検索では Pub Med、CHINAHL を用い、「Crohn's disease」AND「self-care inhibition」を検索キーワードとした。結果、CD 患者に限定したセルフケアを阻害する要因を明らかにした先行研究はみあたらなかった。そのため、対象を IBD 患者にひろげ、リファレンスサーチの手法を用い、IBD 患者のアドヒアランスを記述した

書籍 1 冊とセルフケアに関する文献 2 件を選定した。

IBD 患者がノンアドヒアランスを起こすリスクファクターには、患者の教育歴や診断時の年齢、罹病期間、病気や治療の誤解や理解不足、薬剤の副作用に関する懸念、治療効果を含めた臨床経過の不良があった（Lpenburg, 2019)。また、IBD 患者のセルフケア能力に影響を及ぼす要因として、患者の焦りや不安の感情、手術が必要になるかの心配、服用する薬剤の多さ、他者からの無理解の反応があげられていた（Smonlen, & Topp, 2001)。さらに、CD 患者は UC 患者に比べて対人関係上の障害レベルが高く stigma や社会的孤立を感じ、職場をはじめ社会のなかで病気を開示できず、周囲に必要なサポートを求めることができないといったセルフケア阻害要因が示されていた (Jones et al, 2019)。

Ⅲ．クローン病患者へのセルフケア支援

CD 患者へのセルフケア支援の実際を明らかにするために包括的な文献検討を行った。国内文献の検索には医学中央雑誌 web 版（ver.5）を用い、「クローン病」AND（「セルフケア支援」OR「セルフケア看護」）を検索キーワードにして検索したが、該当する文献はなかった。そのため、リファレンスサーチの手法により CD 患者のセルフケアに関する文献に引用されるものでセルフケア支援やセルフケア看護の記述がある文献 2 件を選定した。国外文献の検索では Pub Med、CHINAHL を用い、「Crohn's disease」AND（「self-care nursing」OR「self-care support」）を検索キーワードとした。結果、計 254 件の文献が抽出された。重複した文献、UC を含めた IBD 患者を対象にした文献、小児を対象にした文献、ストーマに特化した支援に関する文献を除き 5 件を選定した。国外文献についてもリファレンスサーチの手法で 8 件の文献を選定した。最終的に国内外の文献あわせて 15 件を文献検討の対象にした。文献を概観したところ、食事栄養療法、ストレスマネジメント、セルフモニタリングの強化、運動療法、生物学的製剤に対するアドヒアランス向上、禁煙に向けた支援に関する報告があった。

1．食事栄養療法のセルフケア支援

CD 患者が自律的に再燃誘引食品か否かを弁別するセルフモニタリングを活用した試し体験行動の強化を狙った食事指導プログラムの検証では、対照群に比べ介入群では試し体験行動の頻度が有意に多くなり、行動の維持には医療者による評価フィード

バックが鍵であることが示されていた（布谷ら, 2012)。その後、同プログラムは行動分析学的アプローチに基づいた改良がなされ、試し体験行動によって患者は再燃の引き金となる食品を見極め、長期的に食事の満足度が向上した（Nunotani, 2017)。

Reimers, Vance, and Young （1995）は、CD 患者が多く使用する ED について、経鼻胃管チューブを患者自らが挿入できることを目標にしたシミレーショントレーニングを活用した支援を実施した。結果、経鼻経管栄養の自己投与により患者は寛解を維持し、ステロイド薬の使用頻度が減少した。

2. ストレスマネジメントのセルフケア支援

Garcia-Vega and Fernandez (2004）は、CD 患者の再燃を誘引するストレスに対し、マネジメントやコーピング行動を実践するプログラムを活用した支援を実施した。結果、プログラムに参加した対象者は対照群に比べ疲労感および腹痛が有意に減少し、ストレスによる生理学的影響を軽減できることを確認した。また、Nemirovsky et al. (2022）や Goren et al. (2021）は、CD 患者に対しカウンセリング法や認知行動療法を活用したストレス低減を目指した支援を実施した。結果、対照群に比べ介入群では日常の心理的ストレスが軽減し、炎症を示すバイオマーカーが低減し再燃を予防する効果があることを確認した。

3. セルフモニタリングを強化するセルフケア支援

片岡（2011）は、CD 患者のセルフモニタリングを強化するために、患者自らが腹部の聴診と触診によるフィジカルアセスメントを実践し療養調整につなぐことができる支援を実施した。結果、患者は自分の腸管についてアセスメントをして、状態に適した食事栄養療法の調整や生活行動の見直しを行った。Kim et al. (2018）は、CD 患者が Web 上で入力した症状日記を活用した支援を実施した。結果、患者は日記を残すことで自身の身体をとらえる機会となりセルフケアが向上し、医療者にとっては遠隔によるモニタリングが可能になるため、患者の予定外の緊急受診が減少した。また、Kim et al. (2017）は、症状日記の活用を継続することで、CD の疾患活動性を表す Crohn's Disease Activity Index （以下、CDAI）のスコアが低下することを示している。また、Jeong et al. (2016）は、Web を用いた症状日記による患者と医療者のメッセージシステムを活用した支援を実施した。結果、介入前に比べ患者は自宅から主治医に直接コンタクトをとって適切なアドバイスを受けることができるため、早期の受診行動につながった。

4．運動療法のセルフケア支援

Victor et al.（2007）は、CD 患者を対象に低強度のウォーキングを継続して行うプログラムを活用した支援を実施した。結果、対照群に比べて介入群では寛解の維持とQOLの有意な改善を確認した。Jones, Baker, Speight, Thompson, & Tew（2020）は、成人 CD 患者に対するトレーニングプログラムを活用した支援を実践した。結果、対照群に比べて介入群では骨密度と筋肉の持久力が改善し、骨粗鬆症や骨折に伴うリスクが低減することを確認した。

5．生物学的製剤に対するアドヒアランス向上に向けたセルフケア支援

Wolf et al.（2018）は、ホームヘルスナースが継続的にアダリムマブの自己注射トレーニングを実施する支援を行った。これにより、患者は主体的に注射を継続し、その結果として対照群に比べて介入群では寛解を維持し医療費が削減された。Pedersen et al.（2012）は、インフリキシマブについて患者自らが疾患活動性に応じて投与日をスケジューリングできる支援を実施した。結果、対照群に比べて介入群では患者の疾患や薬剤、合併症に関する知識が高まりアドヒアランスが向上した。

6．禁煙に向けたセルフケア支援

Nunes et al.（2013）は、CD の疾患活動性を高める喫煙について、患者が禁煙できるように専門家による教育とカウンセリングを取り入れた支援を実施した。結果、408 名中 95 名（31%）の患者が完全な禁煙に成功した。

Ⅳ．クローン病患者へのセルフケア支援のための看護アセスメント

N-ECCO は IBD 患者に看護師が行うべき理想的ケアの基準として Consensus Statement を 2013 年に発表した（O'Connor et al, 2013）。さらに 2018 年には最新のエビデンスと包括的なケアの推進を目指し改訂がなされた 2nd Consensus Statement を発表した（Kemp et al, 2018）。2nd Consensus Statement では、看護師による高度なアセスメントの必要性を強調し、「Statement3E: 患者が疾患のコントロールを含めた健康を維持できるように一貫したアプローチが必要で、エビデンスのある統一したアセスメントツールの活用」を推奨している。また、Duncan（2011b）は「IBD 患者に対する看護アセスメントについて、看護師は意図を明確にしたうえで、バイタルサインや言語的、非言語的コミュニケーションを手がかりに高度なスキルで必要な情報を収集し、分析・評価を行う必要がある」と述べている。

IBD 患者のセルフケアを患者自身による回答をもとに評価する尺度はすでに海外で開発されており、「症状の認識と管理」、「人生の設計」、「新たな対処を見出す」の 3 つのカテゴリーで構成され、内的妥当性について確認がなされている（Lovén Wickman et al, 2018)。しかし、CD の特徴といえる腸管狭窄や瘻孔、肛門病変などの病態や合併症、また食事栄養療法をふまえた CD に特化したセルフケアの評価尺度は国内外でみあたらない。

看護師が CD 患者のセルフケアを支援する際に活用できる看護アセスメントツールの開発は未着手で、具体的なアセスメントの視点も明らかではない。CD は若年に発症し生涯にわたる療養が必要となるため、看護師は患者の診断後早期にセルフケアに関するアセスメントを行い、支援につなぐことが重要になる。

Ⅴ．文献検討のまとめ

文献検討の結果、CD 患者のセルフケアの実態として、「CD に関する情報の獲得と療養法の模索」、「再燃を回避するための体調コントロール」、「腹部症状による病勢察知からの対処」、「腸管の炎症を起こす引き金となるストレスへの対処」、「試行錯誤により見出した自分にあった療養法の長期的な実践」、「症状コントロールおよび他者との付き合いを維持するための食事と排泄の工夫」、「家族や同病者、医療者からの支えで療養行動を強化」、「CD と共に生きる中での充実した生活の維持」が見出された。患者は腸管狭窄に伴う腹部症状や肛門病変といった CD 特有の病変を認識したうえで、病勢察知から現在の自分の病状をとらえ対処につなぐことを実践していた。CD 患者のセルフケアは食事や排泄のように日常生活に密接しており、生涯にわたり実践が必要になるため、長期的視点で無理なく継続でき、試行錯誤の中からより自分にあったものへと進化させていく特徴があった。

CD 患者のセルフケアを阻害する要因として、患者の教育歴や診断時の年齢、罹病期間、病気や治療の誤解や理解不足、薬剤の副作用や手術に関する懸念、治療効果を含めた臨床経過の不良、焦りや不安の感情、服用する薬剤が多いこと、他者からの無理解、stigma や社会的孤立から周囲に必要なサポートを求めることができないことがあった。

CD 患者へのセルフケア支援に関する研究として、食事栄養療法、ストレスマネジメント、セルフモニタリングの強化、運動療法、生物学的製剤に対するアドヒアランス

向上、禁煙を目指した報告があり、支援内容とその効果について報告がなされていた。しかしながら、食事栄養療法やストレスマネジメントなど CD 患者のセルフケアの一部に焦点化した支援とその検証がなされており、患者のセルフケアを網羅的にとらえたセルフケア支援ではなかった。また、生物学的製剤による治療を受けている患者や喫煙する患者など対象を限定しており、CD 患者全般に対するセルフケア支援の実際は明らかになっていない。さらに、CD 患者のなかでも診断後間もない時期にある患者、再燃を繰り返す患者のように状況が異なる患者に対しどのようなセルフケア支援が必要になるのか、また支援を行う際、看護師がその必要性を見極めるアセスメントに関する研究はなされていない。

CD 患者のセルフケア支援において、看護師が具体的にどのような視点でアセスメントを行う必要があるのかは明確になっておらず、アセスメントのために活用できるツールも存在しない。CD は若年に発症し生涯にわたる療養が必要なため、看護師は患者の診断後早期にセルフケアに関するアセスメントを行い、支援につなぐことが重要になる。CD 患者への看護アセスメントにあたって、諸外国に比べ本邦では食事栄養療法に重きをおくなど治療や療養法の特性が異なることから、本邦独自のツールの開発が必要である。以上をふまえ、本研究では CD 患者のセルフケア構築に向けた支援に必要となる看護アセスメントの視点を明確にし、診断後間もない成人期 CD 患者に特化したセルフケアを構築するための看護アセスメントツールを開発したいと考えた。

第 3 章　研究の枠組み

Ⅰ．活用する看護理論；Orem のセルフケア不足理論

Orem (2001/2005, p.42) はセルフケアについて、個人が生命、健康、および安寧を維持するために自分自身で開始し、遂行する諸活動の実践であると定義している。セルフケアは生命過程を調整し、人間の構造の統合性安寧を促進する複合的・後天的な能力で、自発的な学習過程を通じて毎日の生活のなかで発達するものでもある。

Orem (2001/2005, pp.128-148) が提唱するセルフケア不足理論では、人は自分自身のケアを行う存在であることを前提にしており、セルフケア要件、セルフケア能力と治療的セルフケア・デマンドによるセルフケア不足の査定、3 つの看護システムによる支援の方向性が明確にされている。セルフケア要件、セルフケア能力と治療的セルフケア・デマンドを査定することでセルフケア不足を明確にして、個々のセルフケア不足に応じた看護支援を検討する。また、個々のセルフケア能力を見極めることで、看護者主体ではなく、患者の判断や自己決定を尊重した支援を重視する。

本研究で開発する看護アセスメントツールは、診断後間もない成人期 CD 患者のセルフケアに焦点を当て、単に患者のセルフケア能力の査定に留まらず、患者が主体的にセルフケアに取り組めているのかを含め、個々の患者のセルフケア状況を明確にしてシームレスな支援につなぐことを目指すものである。そこで、本研究では Orem のセルフケア不足理論を活用した研究枠組みを設定した。セルフケア不足理論の考えをふまえたアプローチを検討することで、CD 患者自身が健康問題について自分のこととしてとらえ、主体的にセルフケアに取り組むことを目指すことができると考えた。

Ⅱ．用語の定義

1．診断後間もない

CD は 10 代後半から 20 代の成人前期に好発する慢性疾患であり、患者は生涯にわたって永続的に療養に取り組むことから、療養期間を長期的にとらえる必要がある。本研究では診断後間もない時期を以下のとおり定義する。

「CD と診断されて 2 年未満の時期である」

2．成人期

CD の好発年代をふまえ、本研究では Levinson (1978/1992, pp45-122) が定義する

成人前期と中年期の発達期を参考に成人期を以下のとおり定義する。

「おとなの世界のもつ可能性を模索し、最初の選択を試み生活構造を築く成人前期から、自分らしさの模索や葛藤を通じ真の自分として生きることを決断して人生を豊かにしていく中年期までの 17 歳から 60 歳」

3. セルフケア

Orem (2001/2005, pp.41-42)、本庄（2015, p.15）による定義を参考に本研究ではセルフケアを以下のとおり定義する。

「CD 患者が自分の病気や療養はもとより健康に関心を向け、自身の生活状況に合わせて主体的かつ柔軟に療養について対処・調整を行う諸活動である」

4. セルフケア能力

Orem（2001/2005, p.236）が定義するセルフケア・エージェンシーをふまえ、本研究ではセルフケア能力を以下の通り定義する。

「セルフケアを行うための力であり、複合的かつ後天的に備わるもので、自発的な学習過程によって発達し得るものである」

5. セルフケア要件

Orem (2001/2005, pp.45-49）による定義を参考に本研究ではセルフケア要件を以下のとおり定義する。

「CD 患者が変化する環境のなかでも日々の生活において人間の機能、発達、安寧の諸側面の調整に必要となる要件である」

本研究では、Orem が提示した『普遍的セルフケア要件』、『発達的セルフケア要件』、『健康逸脱に対するセルフケア要件』の 3 つのセルフケア要件に準じ、第 2 章の文献検討に用いた国内・海外の文献を参考にして CD 患者の具体的な要件を研究者で検討し、表（2-1、2-2、2-3）に示した。

6. 治療的セルフケア・デマンド

Orem (2001/2005, pp.49-50）による定義を参考に本研究では治療的セルフケア・デマンドを以下のとおり定義する。

「CD 患者がセルフケア要件を満たすためにある一定期間に必要とされるセルフケア方策をすべて合わせたものである」

CD 患者の治療的セルフケア・デマンドは上記のセルフケア要件によって絶対的なものと相対的なものに分かれる。『普遍的セルフケア要件』（表 2-1）と『健康逸脱に

対するセルフケア要件』（表 2-3）を満たすために必要とされる治療的セルフケア・デマンドは、17～60 歳で年代が違ってもその内容は変わらない絶対的なものである。一方、『発達的セルフケア要件』（表 2-2）は同じ成人期であっても発達段階やライフイベントによって具体的な要件が変わってくるため、この要件を満たすための治療的セルフケア・デマンドは相対的なものである。

7. 看護エージェンシー

Orem（2001/2005, pp.267-268）による定義を参考に本研究では看護エージェンシーを以下のとおり定義する。

「看護師がこれまで培った経験知を元にしたケア実践能力であり、CD 患者がセルフケアを主体的に構築するための支援が生み出される」

8. セルフケアの構築

Orem (2001/2005, pp.41-45)、宮本（1996）による定義を参考に、本研究ではセルフケアの構築を以下のとおり定義する。

「CD の発症により新たに必要となるセルフケア要件と治療的セルフケア・デマンドを充足するために、患者が学習によって新たなセルフケアを築いていくことであり、病気とともに生きながら安定感や充実感が得られることを目指すものである」

9. 看護アセスメント

一般的に看護師が行うアセスメントとは、知識と情報を比較して問題があるのかを査定することである（坂下,茂野,後藤, 2021)。看護過程の最初の段階と位置付けられ、情報の収集・分析・集約・解釈のプロセスであるとされる（日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会, 2011)。これらをふまえ、本研究では看護アセスメントを以下のとおり定義する。

「看護師のケア実践能力である看護エージェンシーをもとに行われるものであり、CD 患者のセルフケアに関する情報を患者とのコミュニケーションや観察から系統的に収集、集約して、患者のセルフケア、セルフケア能力、治療的セルフケア・デマンドのそれぞれ、およびそれらの関係をとらえ、患者のセルフケアにおける強みや課題を分析する一連のプロセス」

10. 看護アセスメントツール

慢性疾患やがん患者を対象にした看護師が活用するアセスメントツールに関する文献（西尾, カルデナス, 田中, 2012 ; 小澤ら, 2019 ; 大山, 深田, 鎌倉, 2017）を参考に、

本研究では看護アセスメントツールについて、以下のとおり定義する。

「看護師が日常臨床において系統的かつ意図的な情報収集と分析から、CD 患者のセルフケアを構築する支援につなぐために必要な看護アセスメントの視点や分類、項目を含むツールである。本ツールは患者のセルフケア能力を数値化するスケールでなく、ツールを用いて患者と対話しながら、個々の患者のセルフケア、セルフケア能力、治療的セルフケア・デマンドのそれぞれ、およびそれらの関係をとらえるためのツールである。本ツールを用いてアセスメントを実施し、患者のセルフケアにおける強みや課題を明確にして働きかけることにより患者のセルフケア能力が向上し、ひいてはセルフケア構築が促進する」

Ⅲ．本研究の概念枠組み

Orem のセルフケア不足理論を用いた本研究の理論的枠組みについて図 1 に示す。概念枠組みは、クローン病患者のセルフケア、セルフケア能力、治療的セルフケア・デマンド、看護エージェンシーの要素から成る。

患者のセルフケアと治療的セルフケア・デマンドの関係について、患者のセルフケア要件を満たすために必要とされる方策として治療的セルフケア・デマンドがあり、治療的セルフケア･デマンドの実践的反応として患者のセルフケアが存在する。また、セルフケア要件に対する患者によるセルフケアの実践が存在し、セルフケア実践のなかから新たに患者に求められる治療的セルフケア・デマンドが生じる。

患者のセルフケアとセルフケア能力の関係について、セルフケア能力を駆使した実践状況として患者のセルフケアが存在する。また、患者のセルフケアが実践されることでセルフケア能力は向上し、発達する。

セルフケア能力と治療的セルフケア・デマンド、看護エージェンシーの関係について、患者のセルフケア能力よりも治療的セルフケア・デマンドが上回っている場合、すなわち患者によるセルフケア能力によって治療的セルフケア・デマンドが充足できない場合、セルフケアが不足しているとみなし、看護エージェンシー、つまり看護師がもつケア実践能力が必要になる。

診断後間もない成人期 CD 患者は、診断とともに治療が開始される。このことは患者にとって新たなセルフケア要件を満たすための治療的セルフケア・デマンドを意味するものであり、発症前までに患者が有していたセルフケア能力、また患者が行って

いたセルフケアのみで治療的セルフケア・デマンドを充足することは困難となる。そこで患者のセルフケア能力を高めるには看護エージェンシーを高める必要がある。「診断後間もない成人期 CD 病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール」を開発し、開発したツールを用いて、患者のセルフケア、セルフケア能力、治療的セルフケア・デマンドのそれぞれ、およびそれらの関係をアセスメントし支援につなぐことで、患者のセルフケア能力が向上し、さらにはセルフケアが構築する。

Ⅳ．本研究の対象者

1．対象者を成人期に設定した理由

本研究で開発する看護アセスメントツールは成人期にある CD 患者を対象に活用できるものとした。対象者を成人期に設定した理由は、以下の 2 点である。

1 つめに、成人期にある CD 患者は本邦において年齢層別にみると 85.2%と最も多くの割合を占めており（厚生労働省衛生行政報告例, 2020)、より多くの患者にツールを活用することができると考えたためである。また CD の好発時期は 10 代後半から 20 代前半の成人前期であり、診断されて間もない時期に焦点をあてる本ツールを活用させるためである。

2 つめに、成人期は自分の生活基盤をつくりあげ維持していくが、進学や就職、就労、結婚や出産、育児のように様々なライフイベントが生じる時期でもある。成人期にある CD 患者は、日々の生活に加えライフイベントに応じた療養との折り合いをつけ、セルフケアを構築することが重要になる。修士課程の研究（山本, 中村, 2019a）において、成人期にある CD 患者がセルフケアの構築が必要な状況として、自分の生活に合った食事栄養療法の実施と継続が困難な状況や、腹部や下痢の症状が生活に支障をきたす状況をあげた。患者は再燃を繰り返すと退職に至るなど生活が儘ならなくなることを実感し、これがセルフケアを構築する契機となることを明らかにした。CD が好発する 10 代後半から 20 代前半はアイデンティティを確立する時期にあたり (Levinson, 1978/1992, pp112-117)、患者は病気の影響を受けやすく症状を異常であるととらえることに困難さがあり身体像が混乱しやすく、自己肯定感も低くなる傾向が報告されている（河内ら, 2016；木戸, 2014；Lynch & Spence, 2008)。また、成人期にある CD 患者では、療養と就学、就労との両立が困難であることや社会との接点が多く外食や飲酒の機会があり食事の調整が必要となり（Lesnovska et al, 2010；吹田,

鈴木, 2007)、ストレスを感じやすく（Wåhlin et al, 2019)、病気による stigma を付与しやすく（Taft, Keefer, Leonhard & Nealon-woods, 2009)、再燃を引きおこす要因が多く存在する。

以上のことから、成人期にある CD 患者に対し看護師はセルフケアの状況を的確にとらえ、患者が主体的にセルフケアを構築できるような支援を充実させる必要がある。

2. 対象者を診断後間もない時期に設定した理由

本研究で開発する看護アセスメントツールは CD と診断されて間もない時期にある患者を対象に活用できるものとした。その理由は、以下の 2 点である。

1 つめに、CD と診断されて間もない時期では 18.6～37.9%の患者にすでに狭窄や瘻孔がみられ（横山, 2016)、病状が不安定なケースが多い。また、診断後は病状に応じて生物学的製剤や免疫調節薬、栄養療法などの治療が開始される。このことは患者にとって新たな治療的セルフケア・デマンドを意味するものであり、診断前までに患者が有していたセルフケア能力のみで治療的セルフケア・デマンドを充足することは困難である。

2 つめに、CD は個別性が高く、患者は一般的な病気の知識を基盤に、経験的に得られたセルフマネジメントの基準をもつようになるが（石橋, 薮下, 旗持, 2016)、生活と療養に折り合いをつけ、自らセルフケアを編み出しあらゆる状況に対しセルフケアを柔軟に調整ができるようになるには一定の時間を要する。Orem（2001/2005, pp.235-263）はセルフケア能力について、自発的な学習過程を通じて毎日の生活の中で発達するとし、その具体的な発達の程度について、①未発達、②発達中、③発達しているが、安定していない、④発達し、安定している、⑤再発達し、安定している、の 5 つの段階を示した。診断されて間もない患者は、上記の①、②、③に該当すると考えられ、安定を目指しセルフケアを発展させる時期にある。この時期はセルフケアが安定していないことから、CD 患者においても発症したことへの受け止めが十分ではなく食事療法の実施が困難であったり（赤松, 竹村, 2017)、症状に対する適切な対処も困難な状況にあり病気に振り回される状況に陥りやすい。

以上より、CD と診断されて間もない時期では、治療的セルフケア・デマンドが高まり、セルフケア能力の不足が生じやすい。この時期に、看護エージェンシーによる働きかけとして、看護アセスメントツールを活用し、セルフケア構築に向けた支援につなぐことで、患者のセルフケアの発達と安定の獲得ができると考えた。

なお、本研究では診断されて間もない時期について、診断されて 2 年未満と定めることにする。この期間に定めた理由は以下の 3 点である。

1 つめに、IBD 患者を対象にした研究で、診断後 1 年未満の患者はうつ症状など心理的に不安定な状態をきたしやすいことが報告されている（Choi et al., 2019)。また、CD と診断され 18 か月以内にある患者を対象にした研究では、疾患の経過が不安定で見通しをたてることが難しく自己評価が低いとした報告もある（Lynch & Spence, 2008)。これらから診断されて 18 か月以内の時期にある患者は、病気に対する受け止めが十分でなく、セルフケアを構築するにあたっては看護師による支援が不可欠であると考えたためである。

2 つめに、IBD と新たに診断された患者への支援において、なるべく早い時期に個々の患者が必要とする情報を提示すべきであるとされる（Mullin, Griffiths, & White, 2019)。IBD に関する治療や療養について患者が得ておくべき情報は多岐に渡り、これをふまえ患者自らがセルフケアについて取り組むようになるには、看護師が必要とする情報を提示し、患者が自分に合った方略を検討できるよう共に考えていくことが必要になる。セルフケア支援は入院時だけでなく退院後の外来においても患者が日常生活を送るなかで支障をきたしていないか、セルフケアの実践状況を見極め、継続した関わりが重要になるため、診断されて 2 年未満の期間が必要になると考えたためである。

3 つめに、CD の看護を専門とする研究者 4 名へのインタビューの結果、研究者が想定する診断後間もない時期は、6 か月から 2 年未満と期間にばらつきがあった。この理由に、診断直後でも病状が安定しセルフケアの実践に取り組める患者がいる反面、病状の不安定さや病気を受け止めることができずに心理的な落ち込みからセルフケアを実践することが難しい患者もおり、診断後間もないとする時期は個人差があることがあげられた。前述した通り、診断後間もない患者とは、Orem（2001/2005, pp.235-263）が提唱するセルフケア能力が①未発達、②発達中、③発達しているが、安定していない時期であると考え、本研究では時間的経過をもたせ診断されて 2 年未満という期間に設定した。ただし、この時期はあくまでも目安であり、診断後 2 年以降にある患者でもセルフケアが未発達である場合、本研究で開発する看護アセスメントツールは活用されるものとする。

第 4 章　研究の全体計画

本研究は 3 段階のプロセスで実施した（図 2）。

第 1 段階では、CD 患者のセルフケアの実態と特徴を明らかにするために文献検討を行った（山本, 布谷, 2021)。また、CD 患者の看護実践に 5 年以上取り組んでいる看護師にインタビュー調査を行い、看護アセスメントの視点を明確にした。

第 2 段階では、文献検討および第 1 段階の研究結果をもとに、看護アセスメントツール案を作成し、CD 患者の看護に関する学術論文を筆頭著者として 2 編以上発表している看護学研究者に助言を受けて内容を洗練させ、看護アセスメントツール（第 1 版）を作成した。

第 3 段階では、デルファイ法を用いて看護アセスメントツールの妥当性と実用性について、看護師による専門家集団のコンセンサスを得た。デルファイ法による調査は 2 回実施し、看護アセスメントツールを確定させた。

第 5 章　第 1 段階研究

クローン病患者のセルフケア構築に向けた支援に必要となる看護アセスメントの視点

Ⅰ．研究目的

第 1 段階では、CD 患者のセルフケア構築に向けた支援に必要となる看護アセスメントの視点を明らかにすることを目的とした。なお、CD 患者へのセルフケア支援は外来・入院を問わず、患者の生活を見据えて行われるため、本研究における看護アセスメントの視点は外来、病棟といった看護活動の場を問わず看護師に必要なアセスメント視点とした。

Ⅱ．研究方法

1．研究デザイン

CD 患者のセルフケア構築に向けた支援に必要となる看護アセスメントの視点を明らかにすることが目的であり、看護アセスメントは看護師が行う一連の思考プロセスであるため、看護師の語りを通して明らかにする必要があると考え、質的記述的研究デザインを用いることにした。

2．研究協力者

関西地区と九州地区にある CD 専門の 2 つの医療施設のいずれかの外来または病棟に勤務しており、かつ CD 患者の看護実践に 5 年以上携わっている看護師を研究候補者とした。研究候補者の選定にあたり、研究協力施設の看護部責任者より CD 患者のセルフケアを支援するために適切なアセスメント視点をもつと判断する看護師を推薦いただいた。

研究者が研究協力施設の看護部責任者に研究の目的と方法、倫理的配慮、選定基準を口頭および文書で説明し、看護部責任者より研究候補者に研究説明文書（資料 1）と研究協力への意思確認回答書（資料 2）を配付いただいた。意思確認回答書で参加意思を示した候補者に研究者から連絡をとり、研究の詳細について口頭および文書で説明し、同意が得られた者を研究協力者とし、同意書（資料 3）に署名を受けた。

3．データ収集期間

データ収集期間は、2020 年 6 月から同年 8 月であった。

4. データ収集方法

半構成的面接法でデータを収集した。COVID-19 の感染状況を考慮し、事前に研究協力施設の看護部責任者および研究協力者にインタビューの実施が可能であるか、またインタビュー方法として対面とオンラインのどちらがよいか確認した。対面でインタビューを行う際は 3 密を回避し、研究協力者、研究者ともに事前の体調確認と手指消毒を行い、マスク着用のうえ 2m 以上の距離を保ち、着席した。また、インタビュー前後に室内の机や椅子、手すり、ドアノブを消毒した。

インタビューではまず研究協力者の年齢や看護師経験年数などの属性について質問した。その後、IC レコーダーを使用してよいかを研究協力者に確認し、了承を得てから録音を開始した。オンラインの場合もオンライン会議のレコーディング機能では音声だけでなく動画の撮影となるため、プライバシー保持の観点から音声のみを録音する IC レコーダーを用いた。インタビューはインタビューガイド（資料 4）をもとに「CD 患者のセルフケア支援において、看護師にはどのようなアセスメントが必要と考えるか」、「CD 患者のセルフケア支援において、看護師が観察やアセスメントするべきだと考える視点」について質問し、研究協力者に自由に語ってもらった。

インタビューは個別に行い、1 名につき 1 回実施し、時間は 45～60 分程度とした。

5. データ分析方法

データ分析は谷津（2010, pp.67-72）による質的看護研究の分析方法に準じて行った。この理由として、本研究の目的を達成するためにはデータ分析は、看護師が語った看護アセスメントの視点の意味内容を損なわないかたちで行う必要があると考えたためである。谷津（2010, pp.67-72）による分析方法では、「データの中にあるどのような可能性もすくいあげ、かつ余分な部分をそぎ落とす」ための分析が重要視される。コード化では、データの意味を損なわない「適切な長さに切り分ける」、要約しすぎず具体的描写を拾い上げるよう「データに忠実でいる」ことが重視される。また、カテゴリーの生成では、類似性・相違点を見出し、データに忠実なカテゴリー名をつけていくうえで、コード同士のつながりを大事にし、そのつながりが読み取れるようなカテゴリー名をつけることを大事にされる。データとコード、カテゴリーを行き来して、解釈内容の妥当性を確認し、解釈を深めていく解釈学的循環を行う。これらによって、CD 患者のセルフケア支援として、特徴的な看護アセスメントの視点を明確にできると考えた。

分析は以下の手順で行った。

①IC レコーダーの録音内容から逐語録を作成した。逐語録を繰り返し読み、CD 患者のセルフケアを支援するための看護アセスメントの視点に該当する文節に着目し、可能なかぎり研究協力者の言葉を用いてアセスメントの視点を要約して表現したものをコードとした。コード化にあたり、データに現れる描写やニュアンスを拾い上げるように留意した。

②コード化したものについて文脈を考慮して類似点、相違点を比較し、コードに共通して見出される意味ごとにまとまりをつくり、その意味を表すサブカテゴリーを生成した。

③サブカテゴリーについて、さらに共通性のあるものでまとめ、より抽象的かつ概念的な意味を表すカテゴリーを生成した。

6. 分析の真実性・妥当性

サブカテゴリー、カテゴリーの生成にあたっては、文脈からの逸脱がないかデータに戻りつつ、コード化や抽象化の妥当性を確認し、解釈を深める解釈学的循環の手法(谷津, 2010, p.140）をとった。真実性の確保の観点から研究協力者の語りを大切にして、実際に語られた言葉や概念とカテゴリー、サブカテゴリーの名称との比較を行った。また、データ内容や分析の経過について適切に記録に残し、定期的にデータの解釈について質的研究に精通した専門家のスーパーバイスを受け、分析結果に対する妥当性の確保に努めた。

Ⅲ. 倫理的配慮

第 1 段階研究は、武庫川女子大学（No.20-06）の研究倫理委員会、および日本赤十字九州国際看護大学（19-026）の研究倫理審査委員会の承認を得た。研究候補者には、研究者が文書と口頭で研究の目的、方法を説明した。また、インタビュー調査への参加は自由意思に基づくものであり、不参加や途中辞退の権利があること、またそのような場合も不利益を生じないことを説明した。くわえて、データ分析については個人が特定できないようにデータを処理すること、学位論文および学会、学術雑誌へ公表することを文書と口頭で説明し、同意書に署名を受けた。本研究では、研究候補者の選定と推薦が各施設の看護部責任者よりなされるため、研究候補者へ研究参加への強制力が働かないように、研究協力への意思確認回答書は研究候補者から研究者へ直接

返信するように求めた。

Ⅳ．結果

1．研究協力者の概要

研究協力者は女性が 11 名、男性が 1 名の計 12 名であった（表 3）。平均年齢は 41.6 歳、看護師経験年数の平均は 19.3 年（5-35 年）、CD 患者の看護実践経験年数の平均は 13.3 年（5-35 年）であった。

インタビュー方法は、対面実施が 5 名、オンラインでの実施が 7 名であった。インタビューの実施時間は平均 48.3 分であった。

2．分析結果

分析の結果、140 のコードを抽出し、19 のサブカゴリーを生成し、6 つのカテゴリー[自分の病気・治療・社会資源についての関心と理解]、[病気の受け止めとセルフケアの目標]、[ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの実践]、[病状に応じたセルフケアの実践]、[ストレスの認知と対処]、[周囲からのサポート]を生成した（表 4-1、4-2）。

以下、文中ではカテゴリーを[　]、サブカテゴリーを『　』、コードを≪　≫、研究協力者の語りを“　”内に斜体で記し、（　）内に研究協力者のアルファベット A～L とコード番号を示した。個人の特定を避けるため、方言の一部は話の筋を変えずに標準語に修正した。

1)[自分の病気・治療・社会資源についての関心と理解]

このカテゴリーは、患者の自分の病気や治療、利用できる社会資源についての関心と理解の状況を看護師がとらえる視点である。看護師は、患者への問診やコミュニケーションを通じて患者の『自分の病気や治療への関心』をとらえる必要があると考えていた。そのうえで、患者が消化管のどこに病変があるのか、併発する合併症など『自分の病気や治療についての理解』や、指定難病の申請を含めた『利用できる社会資源の把握』をとらえる必要性を感じていた。

“*まずはやっぱり病識と言うか、患者さんが病気についてしっかり理解できているかっていうのは患者さんとお話しながらちょっとこう確認している…（中略）…内服とか食事療法とかあとは生物学的製剤とか薬物療法もしていかなきゃいけないので、その治療に対する必要性とかも理解しているかっていうのを確認…（中略）…意識*

しながら、聞いてる感じです。”（K-2）

“切除の場所はちょっと（患者が）パーフェクトに理解してるかって言ったらできてないかもしれないけど…（中略）…腸の部位、患者さんにも「どこに狭窄があるんでしょう」みたいな感じで、S 状（結腸）のどこにあるか上行結腸なんか、「だからこっちの方が痛いのかなあ」っていう話もしつつ確認する。”（E-1、E-2）

2)[病気の受け止めとセルフケアの目標]

このカテゴリーは、患者が CD という病気をどのように受け止めているか、何をセルフケアの目標としているのかを看護師がとらえる視点である。看護師は患者と日頃からコミュニケーションをとり関係性を構築し、患者の言動や表情から『病気の受け止め』をとらえる必要があると考えていた。また、セルフケアへの取り組みについて患者に問診し、『健康に対する価値』をとらえる必要性を感じていた。『患者の望みや目標』について、看護師は患者が望む目標をとらえつつ、それに向けてセルフケアが実践されているかを分析する必要性を認識していた。

“継続してこっちも関わることが大事だと思ってる。で、あっ受け入れができたんだなと思ったら、次の話にするとか…（中略）…心配な不安なところを察知して、ケアしていくことが大事だと思って…。”（E-3、E-4）

“自分なりに見出したやり方をそれが今後のその人の目標に沿っていけるのかどうかっていうのを考えながら支援をしている。”（D-2）

3)[ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの実践]

このカテゴリーは、ライフスタイル・ライフイベントに合わせた患者のセルフケアの実践状況を看護師がとらえる視点である。看護師は、患者が日常的に行う内服管理や食事療法について、『自主的な療養の実践』として取り組めているかを問診やコミュニケーションから情報収集し分析する必要があると考えていた。また、患者の発達段階、仕事や家庭での生活状況をふまえ、『ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの調整』についてとらえる必要性を感じていた。さらに、看護師は『無理なく継続できるセルフケア』といった長期的な観点から、患者のセルフケアの状況をとらえる必要があると考えていた。

“成人の人だったら仕事だったり学生の人だったら学校生活だったり。そっから派生して食事にじゃあ仕事場での食事どうなのか、みんなとどう食事してるのかとか…（中略）…患者さんの生活で中心になってるところから、セルフケア考えていくよ

うな感じにしてますね。”（D-3）

“*思い立った時に注意するだけじゃなくて、日々なんか考えながら生きていかないといけないって…（中略）…それやったら無理なくじゃないですけど、この方法やったらやるの自体しんどいけど、この方法やったら普通に自分の生活の中に折り込んでいけるのかなっていうやつの方がいいのかなって…。”*（C-5、C-6）

4)[病状に応じたセルフケアの実践]

このカテゴリーは、患者が悪化の前兆を察知しながら病状に合わせたセルフケアをどのように実施しているかについて看護師がとらえる視点である。看護師は問診と腹部のフィジカルアセスメントを組み合わせた観察から情報を収集し、患者の採血データと腹部や肛門部の症状に基づく『悪化する前兆の察知』についてとらえる必要があると考えていた。また、看護師は腸管狭窄や短腸症候群などの病態に関連して生じうる腸管の通過障害や下痢症状を推測し、患者が食物繊維類の制限や止痢剤を調整するなどの『病状に応じた食事とトイレの調整』状況をとらえる必要性を感じていた。肛門部の観察は羞恥心を伴うため、看護師はプライバシーを確保し、病気の症状として観察する旨を患者に伝え、『肛門部の清潔保持』について、日頃どのように清潔ケアを行っているのか確認する必要があると認識していた。患者が羞恥心から診察を嫌がっていないか、症状があっても隠す様子がないか確認し、『肛門科の定期受診』の状況をとらえ、受診していない場合はその理由についてとらえる必要があると考えていた。また、イレウスなどの症状の場合、患者による『適切な受診判断』がなされているかをとらえる必要性を感じていた。

“*お腹の調子が悪いとか下痢が続いてるとか出血が多いっていうのがやっぱりこれ以上いくとちょっと異常だなっていうのが多分ご本人が一番わかってる…（中略）…やっぱりちょっとあれっ？て思って酷くならないうちにというかたちで… 。”*（H-7）

“*絶食にして水分だけにしてエレンタールにして、徐々に通ってきたら、また段階食にして戻していくようなご自身の結構確立された対処方法があるのか、意向を確認しつつ…。”*（A-4）

“*いつ肛門診療を受けたとか一応そういう情報を取って。で、患者さんに「いつ肛門科受診されてますけど、最近はどんなですか？」とか「お尻の状態とかは落ち着いてますか？」とかちょっと確認しながら…”*（G-1）

5)[ストレスの認知と対処]

このカテゴリーは、生活のなかで何が、患者にとってストレスなのか、また患者がストレスにどのように対処しているのかを看護師がとらえる視点である。看護師は、患者の病気や仕事などによる『ストレスの認知』について、問診や患者の表情、反応を観察してとらえる必要があると考えていた。また、運動や他者に悩みを話すなどの『ストレスへの対処』について患者とのコミュニケーションから情報を得て、とらえる必要性を感じていた。

“再燃してるかどうかのこともそうだけど、何かストレスかかることが生活の中であったのかなとか、今どういう生活してるんだろうっていうとこに立ち戻って考えるようにしてます。”（D-14）

“ストレスはもちろん病状の悪化の要因になると思うので…（中略）…全てを取りきることもできないと思いますんで、どこかで発散できるように問診の時に「なんかストレス発散できてますか？」っていうふうには聞くようにしてます。”（B-7）

6)[周囲からのサポート]

このカテゴリーは、患者が家族や同病者など周囲とどのようにつながり、周囲からどのようなサポートを得ているのかについて看護師がとらえる視点である。看護師は患者が『困った時の相談相手』として誰に話をしているのか、食事や生物学的製剤の自己注射など療養に関する『家族のサポート』状況はどうか、また『同病者との繋がり』についてとらえる必要があると考えていた。

“あと常に患者さん（の周り）にはサポート力があるかとかも、一応聞いてますけどね。「困った時にどこに言ってるの？」って口に出して…（中略）…会社の中で誰に言うかとか。”（E-8）

“結構ご本人様は「別に変わりはないです」って言われても奥様の方が「いやいや、調子悪かったでしょう」みたいな感じで奥様の方からの情報が頂けたりとか…（中略）…奥様の介入があることでちゃんと薬を飲めてたりとかヒュミラがそれこそ打てるとか…。”（F-4）

Ⅴ．考察

1．クローン病患者のセルフケア支援に必要となる看護アセスメントの視点

CD 患者のセルフケア構築に向けた支援に必要となる看護アセスメントの視点とし

て、[自分の病気・治療・社会資源についての関心と理解]、[病気の受け止めとセルフケアの目標]、[ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの実践]、[病状に応じたセルフケアの実践]、[ストレスの認知と対処]、[周囲からのサポート] を生成した。

明らかになった視点は、看護師が個々の CD 患者のセルフケア・エージェンシー、すなわちセルフケアに携わる能力（Orem, 2001/2005, pp.235-263）をアセスメントしていることを示していると考える。Orem (2001/2005, pp.235-263) はセルフケア・エージェンシーの力（パワー）を構成するものとして 10 の要素をあげている。[自分の病気・治療・社会資源についての関心と理解]の視点は、Orem のパワー構成要素の〈セルフケアについての技術的知識を権威ある資源から獲得し、それを記憶し、実施する能力〉と〈セルフケアの枠組みの中で推論する能力〉のアセスメントに相当すると考える。CD は全消化管に炎症をきたし、腸管狭窄や瘻孔の形成、肛門病変、関節炎などの腸管外合併症を併発するなど病態は複雑であり、同じ病気であっても症状や併発する合併症、治療への反応には個人差がある。そのため、患者の『自分の病気や治療についての理解』状況をアセスメントすることはセルフケア支援の基盤になると考える。〈セルフケアの枠組みの中で推論する能力〉は、セルフケアの必要性が理解できる能力に位置付けられている（和田, 2011)。看護師は患者の病気や治療、社会資源についての理解状況にとどまらず、セルフケアの必要性をどのように認識しているかを含めてアセスメントする必要があると考える。

[病気の受け止めとセルフケアの目標]は、Orem のパワー構成要素の〈動機づけ（すなわち、生命、健康、および安寧に対してセルフケアがもつ特徴と意味に合致したセルフケアへの目標指向性）〉のアセスメントに相当すると考える。看護師はセルフケア支援において、まず患者の『病気の受け止め』や『健康に対する価値』をアセスメントし、患者が生活や人生のなかで価値をおくものを共有して、病気との折り合いのつけ方を共に考えていくことが個に応じたセルフケア支援につながると考える。本庄 (2015, pp.17-19) は慢性病者のセルフケア看護において、患者のありたい姿をとらえることの重要性を述べている。看護師は病状コントロールだけでなく、病気とともに患者がどのように生きていきたいと考えているのかという『患者の望みや目標』を考慮する必要がある。CD は成人前期に好発し、特に発症間もない時期では将来に不安を感じやすく自己肯定感が低いことが報告されている（富田ら, 2007 ; Lynch & Spence,

2008)。看護師が[病気の受け止めとセルフケアの目標]についてアセスメントする関わりをもつことで、患者は病気を持ちながらも自分がどのように生きていきたいのかを見つめる機会が得られると考える。

[ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの実践]は、Orem のパワー構成要素のうち以下の 4 つの要素に相当すると考える。『自主的な療養の実践』は、〈セルフケア操作の開始と継続に必要なだけの身体的エネルギーの制御的使用〉と〈セルフケア操作を開始し遂行するのに必要な運動を実施するにあたって、身体および身体部分の位置をコントロールする能力〉に相当すると考える。『無理なく継続できるセルフケア』は、〈セルフケアの調整的目標の最終的達成に向けて、個別的なセルフケア行為あるいは行為システムを、先行の行為および後続の行為と関係づける能力〉に相当すると考える。また、『ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの調整』は、〈セルフケア操作を、個人、家族、およびコミュニティの生活の相応する側面に統合し、一貫して実施する能力〉に相当すると考える。看護師は患者の『ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの調整』に加え、セルフケアの自主性や長期的な視点での継続可能性についてもアセスメントしていた。CD 患者のセルフケアの特徴の 1 つに試行錯誤により見出した自分にあった療養法を長期的に実践することがあげられる（山本, 中村, 2019a)。石橋ら（2016）は CD 患者に対する看護師の実践知として、患者が一般的な知識を基盤に経験的に得られたセルフマネジメントの基準をもつかをとらえていると報告している。看護師は、患者のセルフケアの実践を把握するに留まらず、経験則から自分なりの基準をもってセルフケアを編み出したり応用させているかをとらえることで、長期的に継続でき、その患者の生活に合ったセルフケアであるかをアセスメントできると考える。

[病状に応じたセルフケアの実践]は、Orem のパワー構成要素の〈自己のケアについて意思決定し、それらの決定を実施する能力〉のアセスメントに相当すると考える。CD 患者は、腹痛や下痢症状をもとに病勢を察知し対処するセルフケアを日常的に実践している（石橋, 2012)。病状悪化の前兆は個々の患者で異なるが、とくに腹部症状は外見からわかりにくく、症状の出現形態も多彩である。そのため、看護師は個々の患者の病状を念頭に置き、『悪化する前兆の察知』を掴み、『適切な受診判断』から対処につなぐ意思決定についてとらえる必要がある。『悪化する前兆の察知』には過去に同様の経験を積み身体の知を高めることが必要なため、難易度が高いセルフケアに

あたるが、看護師がアセスメントしたことを患者に伝えていくことで、患者のセルフモニタリングを高めることができると考える。肛門病変については CD 特有のもので肛門がんを合併するリスクの報告（二見, 東, 2011）があるため、『肛門部の清潔保持』や『肛門科の定期受診』は欠かすことができないセルフケアである。しかしながら、患者は羞恥心から肛門部の症状があっても医療者へ伝えずに我慢することが懸念される。そのため、看護師が患者との関係性を構築し、肛門部のセルフケアに関するアセスメントを継続して実施することで、患者が『肛門部の清潔保持』と『肛門科の定期受診』の必要性について意識するようになり、セルフケアの向上につながると考える。

[ストレスの認知と対処]は Orem のパワー構成要素の〈セルフケア・エージェンシーとしての自己、およびセルフケアにとって重要な内的・外的条件と要因に注意を払い、そして必要な用心を向ける能力〉のアセスメントに相当すると考える。CD 患者にとってストレスは腸管炎症を生じさせる起因になる（林, 篠邉, 神部, 石黒, 水野, 加藤, 1996）ため、『ストレスへの対処』は重要なセルフケアである。CD 患者は几帳面で責任感が強い反面、内向的で感情をおさえる傾向をもつことが報告されており(Sexton & Bernstein, 2015)、ストレスに鈍感となり無意識にストレスフルな状態が持続することも考えられる。ストレスに対処する行動をおこすためには、患者がストレスを自覚することが不可欠で、腸管炎症を防止するためにも早い段階で対処することが重要になる。

[周囲からのサポート]は Orem のパワー構成要素の〈セルフケア操作の遂行に適した、認知技能、知覚技能、用手的技能、コミュニケーション技能、および対人関係技能のレパートリー〉のアセスメントに相当すると考える。CD を含む IBD 患者は stigma によって社会から孤立しやすいため（Taft et al, 2009)、体調を崩すなど『困った時の相談相手』の存在や家族を含めた周囲に病気をどのように伝えサポートを得ているのか等、ソーシャルサポートネットワークをアセスメントする必要がある。ソーシャルサポートネットワークをもつことによりセルフケアの実行が効果的に支えられるため(宗像, 1989)、看護師は患者の社会における役割や関係性についてアセスメントを行う必要がある。看護師のアセスメントによる関わりを通して、患者は必要な時に周囲からサポートを得るための準備態勢を構築する機会が得られると考える。

2. 看護実践への示唆

第 1 段階の研究により、看護師が個々の CD 患者のありたい姿をとらえ、セルフケ

ア構築に向けた支援において必要となるアセスメントの視点が明らかになった。これまで CD 患者のセルフケア支援において、看護師にはどのようなアセスメントが必要となるのかについては国内外で明らかになっておらず、本研究により看護師は症状マネジメントに留まらない包括的な視点でアセスメントが必要と考えていることが新たに示された。生成した 6 つのカテゴリーおよびサブカテゴリーは、CD 患者のセルフケアを構築する際の看護アセスメントの視点が網羅されており、第 2 段階のツール案作成に活かすことができる。

CD 患者へのセルフケア支援において、看護師は患者と関係性を構築し、コミュニケーションからその患者の病気や治療、社会資源についての関心や理解状況をとらえる。同じ患者であっても病状は経過とともに変化し、利用できる社会資源や治療も変わるため、その都度、患者が医師による説明を正確に理解しているかを確認し、必要に応じて看護師が補足説明を行い、患者が病状に応じたセルフケアの実践ができるように支援する。

長期的にセルフケアを継続するには、患者が望む目標をもつことが有用である。患者が目標を見出せるように、看護師は病気の経過に加えこれまでの生活状況を聴き、今後の生活の在り方を一緒に考える。患者が望む目標が明確になれば、その実現に向け日々の生活においてセルフケアをどのように実践するか、具体的な取り組みを一緒に考える姿勢をもつことが重要である。

セルフケアは個々の患者の生活に合わせ柔軟に調整することが重要になる。セルフケアを調整する具体的な方法として、他の患者がライフスタイルやライフイベントに応じて行っているセルフケアの実践例を看護師が紹介することも有用と考える。セルフケアは学習プロセスであるため (Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2012)、患者が自分の取り組みをリフレクションする機会をつくり、看護師が承認や助言することも必要であると考える。

患者が病状悪化の前兆を察知するための支援として、セルフモニタリング方法について説明する。患者によるセルフモニタリングと看護師によるフィジカルアセスメントの結果をもとに看護アセスメントを実施し、患者にフィードバックすることで、患者が病勢を察知し対処するセルフケアにつなぐ。また、看護師は患者が病気に限らず生活や将来に対する思いを表出する機会をつくり、ストレスを認知し適切に対処しているかをアセスメントする。患者が普段表出していない気持ちを言語化し自分の感情

に気づけるよう支援することも必要であると考える。

周囲のサポートについて、看護師は患者の家族や友人、職場における対人関係に加え、困った時に SOS を発信しているのかを確認し、相談が難しい状況がある場合、誰にどのように話をしたらよいのかを患者と一緒に考える。また、患者が孤立せず、病気とともに生きることやセルフケアの目標を考える機会を得られるように同病者と話ができる場を設定することも必要と考える。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、研究協力者が関西地区と九州地区にある CD 専門の医療機関 2 施設に勤務する看護師であった点があげられる。それらの医療機関に通院または入院する患者の重症度や治療の状況、看護方針が個々の看護師の看護アセスメントに対する考え方に影響した可能性があり、今後、調査地域や医療機関を拡大して、データを収集し検討する必要がある。

また、第 1 段階の研究はセルフケア構築に向けた支援に必要となる看護アセスメントの視点を明らかにすることが目的であったため、分析では生成された視点となるカテゴリーを列記することまでを行った。今後、生成したカテゴリー間の関係性の分析をすすめることで、CD 患者のセルフケア支援におけるアセスメント視点を構造化することが課題である。

第 6 章　第 2 段階研究

診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール（第 1 版）の作成

Ⅰ．研究目的

診断後間もない成人期 CD 患者に特化したセルフケアを構築する看護アセスメントツール（第 1 版）を作成することを研究目的とした。

Ⅱ．看護アセスメントツールの作成過程

1. 看護アセスメントツール案の作成

CD 患者のセルフケアに関する文献検討（山本, 布谷, 2021）および、第 1 段階研究の結果をもとにツール案を作成した（表 5-1、5-2、5-3 ; 図 3）。ツール案は、アセスメントの項目、アセスメントの分類、視点の順に帰納的に抽出した。具体的には、まず文献検討および、第 1 段階の CD 患者に看護を実践する看護師のインタビュー調査で生成したサブカテゴリーを確認したうえで、より具体的なセルフケアの実態（表 1-1、1-2、1-3、1-4）や必要なアセスメントの視点（表 4-1、4-2）が記述されるコードをベースにしてアセスメントの項目を作成した。また、項目に用いる言葉や表現は、表 2-1、2-2、2-3 の CD 患者のセルフケア要件を参考にし、過不足がないかを確認した。コードをベースにアセスメント項目を作成した理由は、CD 患者のセルフケアの状況をとらえるために必要なアセスメントの内容が具体的に表現されていたためである。

次に、アセスメントの項目で類似するものをまとめ、アセスメントの分類として意味を成す名称をつけた。同じくアセスメントの分類についてまとまりをつくり、CD の病態と治療の特性をふまえ[病識・健康管理]、[食事・栄養]、[排泄]の 3 つの視点を抽出した。結果、看護アセスメントツール案して、[病識・健康管理]は 7 つの分類で 54 項目、[食事・栄養]が 3 つの分類で 21 項目、[排泄]が 2 つの分類で 16 項目となり、合計 91 項目となった。

2. 看護アセスメントツール（第 1 版）の作成

作成した看護アセスメントツール案について、CD 患者の看護論文を執筆している研究者にインタビューを実施し、アセスメントの視点と分類、項目の過不足と内容の妥当性について意見を得た。

1）研究者の選定

医学中央雑誌による検索で、CD 患者の看護に関する論文が 2 編以上、学会誌に掲載されている筆頭著者である研究者 5 名に連絡をとり、インタビュー調査の協力について依頼した。調査協力の承諾が得られたら、調査依頼書（資料 5）、同意書（資料 6）、看護アセスメントツール案を送付した。同意書は署名後に返送してもらい、看護アセスメントツール案はインタビュー実施前に目を通して頂くよう依頼した。

2）インタビュー実施期間

インタビューの実施期間は、2020 年 12 月から 2021 年 1 月であった。

3）インタビュー方法

インタビューは個別に行い、1 名につき 1 回実施し、時間は 45～60 分程度とした。インタビュー方法はオンライン会議ツールを用いることにし、レコーディング機能は使用せず IC レコーダーで録音した。インタビュー内容は事前に送付した看護アセスメントツール案について、「診断後間もない成人期 CD 患者のセルフケア支援に特化したアセスメント項目であるか」、「アセスメントの視点および項目として過不足がないか」を質問し、研究者より意見を伺った。結果、4 名の研究者より同意を得てインタビューを行った。

4）インタビュー結果とツール案の修正

（1）アセスメント項目の削除と変更

ツール案について、研究者から「診断後間もない時期の患者の病態や治療への反応に即した視点・項目に焦点をあてる方がよい」という指摘を受け、以下の 3 点を修正した。1 つ目に CD の診断間もない時期は、腸管狭窄よりも炎症所見が多いことや外瘻の併発、痔瘻に対するシートン法ドレナージを施行する症例は少ないため、該当する項目（表 6-2 の No.45、No.51、表 6-3 の No.71、No.78、No.89、No.90、No,91）を削除し、一部の項目（表 6-2 の No.50、No.53）について表現を変更した。2 つ目に診断後間もない患者では、生物学的製剤による効果減弱は起きにくいことや、アダリムマブ（ヒュミラ®）による自己注射を実施することは少ないため、該当する項目（表 6-1 の No.10、No.11、表 6-2 の No.49）を削除することにした。3 つ目に、診断後間もない時期の患者は病気をもちながら満足がいく人生を送る状況に至ることは困難であると指摘を受け、該当する項目（表 6-2 の No.35）を削除した。同じく、診断後間もない患者では自分にあったセルフケアを編み出したり、新たにセルフケアを生み出す

ことは難しいと指摘を受け、該当する分類『セルフケアを生みだす力』とそれを構成する項目（表 6-2 の No.40、No.41、No.42）を削除した。

また、研究者から「病状や疾患活動性だけをとらえる項目が含まれている」と指摘を受け、該当する項目（表 6-3 の No.58）を削除することにした。さらに、「アセスメントにおいて内容が重複した項目があるため、簡便なツールにした方がよい」という指摘があり、該当する項目（表 6-1 の No.1、No.8、No.13、No.14、No.15、No.19、No.20、No.21、表 6-2 の No.34、表 6-3 の No.60、No.62、No.73、No.74、No75、No.81）を削除することにした。このほか、「CD 患者のセルフケアの特性を考慮し、定期的に受診する必要性の理解や栄養状態をふまえた食事栄養摂取のようにわかりやすい表現にした方がよい」という指摘を受け、該当する項目（表 6-1 の No.17、表 6-2 の No.39、表 6-3 の No.59、No.61、No.63）の表現を変更した。

研究者 2 名より「身体査定や症状アセスメントの項目が多く含まれており、セルフケアに特化したツールにした方がよい」という指摘を受けた。一方で他の研究者 1 名より「セルフケアをとらえる際、下痢の症状など CD に特徴的な症状アセスメントを行い、そこから症状への対処をどのように行うのか、アセスメントする場合もある」という意見もあった。そこで、身体査定や症状アセスメントの項目についてはそのまま残し、第 3 段階の調査結果をふまえ削除するか否か、判断することとした。

（2）追加したアセスメントの項目

研究者から、「診断後間もない時期にある患者に対する支援において、セルフケアの実践が可能な心理的状況にあるかの分析が重要になる」という意見を受け、病気についての受け入れや不安などの心理的側面をアセスメントする項目（表 6-1 の No.1）、2））を追加した。また、「患者がセルフケアを実践し、成功や失敗した体験は行動変容やセルフケアを継続していくことへの動機づけになる」という意見を受け、項目（表 6-2 の No.27））を追加した。このほか、研究者より、「セルフケア支援において、患者がこの先どのように生活していきたいのか、自分の考えをもっているかをとらえることは目標の設定や生活を調整するうえで重要になる」という意見を受け、項目（表 6-2 の No.28））を追加した。

結果、[病識・健康管理]は 7 つの分類で 41 項目、[食事・栄養]が 3 つの分類で 14 項目、[排泄]が 2 つの分類で 11 項目、合計 66 項目を第 1 版の看護アセスメントツールとして確定した（表 6-1、6-2、6-3；図 3）。

第 7 章　第 3 段階研究

デルファイ法を用いた診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツールの開発

Ⅰ．研究目的

CD 患者への看護を実践した経験のある看護師を対象にデルファイ法による調査を行い、診断後間もない成人期 CD 患者に特化し、患者が主体的にセルフケアを構築することを支援する際の看護アセスメントの項目の明確化を行い、看護アセスメントツールを開発することを目的とした。

Ⅱ．研究方法

1．研究協力者

CD 患者が受診する医療施設に勤務し、CD 患者への看護を実践した経験のある看護師を対象とし、看護師経験年数や役職の有無、配属先は問わないこととした。条件に看護師経験年数を設定しなかった理由は、CD の専門病院は全国的に少なくエキスパートといわれる看護師を選定することが難しいと判断したためである。デルファイ法を用いた多くの研究では 5 年以上の臨床経験のある看護師や認定看護師などを対象にしており、専門家集団の知識や臨床経験の均一化をはかられている（加藤，山内，2017；山本，小玉，亀井，上野，2016；中川，山内，2014）。Keeney, Hasson, McKenna (2011) はデルファイ法による調査において、協力者の専門的な知識などを均質にできない場合、協力者の人数をより多く設定する必要があると述べている。これをふまえ、看護師経験年数よりも CD 患者への看護実践について経験のある多くの看護師から回答を得ることを優先した。

2．調査方法

第 3 段階ではデルファイ法を用いた質問紙調査を実施した。デルファイ法は、専門家集団からのアンケートの回答を統計的にまとめ、フィードバックを繰り返し、回答者の意見を収斂する方法である（Polit & Beck, 2004/2010, p.246）。デルファイ法による調査は質問紙を用い、直接対面での話し合いが不要で、回収された回答を分析し、要約し、新しい質問紙とともに専門家にフィードバックする。フィードバックされた集団の視点をもとに専門家は新たに質問に回答する「回答―分析―フィードバック―回

答」というプロセスが繰り返され、意見が洗練されるプロセスを辿ることができる(Burns & Grove, 2013/2015；Couper, 1984；Polit & Beck, 2004/2010, p.246)。

デルファイ法による質問紙調査を採用した理由は以下のとおりである。CD の専門医療機関は全国各所にあり、直接、臨床の看護師が一堂に会して看護アセスメントツールについてディスカッションする場を設定することが難しく、限られた時間内で同メンバーによる意見を集約することも困難であると考えた。デルファイ法による調査を用いることで、多数の看護師からの意見を統計的にまとめることが可能で、無記名による質問紙調査であるため、看護師より率直な回答を得ることができると考えた。

2 回のプロセスでデルファイ法を用いた調査を行った。まず第 1 回として、看護アセスメントツール（第 1 版）の妥当性・実用性について専門家集団による回答を得た。妥当性と実用性について調査した理由は、診断後間もない成人期 CD 患者の特徴をふまえたアセスメント項目としてふさわしい内容であるか（妥当性）、臨床の現場で実際に看護師がアセスメントできる項目であるのか（実用性）を検証したいと考えたためである。質問紙（資料 7、13）には、「以下の、診断後間もない成人期 CD 患者のセルフケアを構築するための看護アセスメントツールの各項目について、このツールのアセスメント項目として、妥当性があるか、臨床における実用性があるか、それぞれ最も該当するところに☑をしてください。」と明記した。第 2 回では第 1 回の調査結果をふまえ、看護アセスメントツール（第 1 版）を見直し、第 2 版を作成し、アセスメント項目の妥当性と実用性について、再度、専門家集団より回答を得て、その結果をもとにツールを洗練し確定した。

3. 第 1 回調査

1）看護アセスメントツール（第 1 版）・質問紙の作成（資料 7）

看護アセスメントツール（第 1 版）の、診断後間もない成人期 CD 患者のセルフケア構築を支援するアセスメント項目としての妥当性と実用性について、それぞれ 4 段階のリッカートスケールで回答を求める質問紙を作成した。リッカートスケールは、「4：非常にあてはまる」、「3：あてはまる」、「2：あてはまらない」、「1：全くあてはまらない」で回答を求めた。4 段階にした理由は、奇数の 5 段階の場合、中心に位置する「どちらでもない」を選択する回答が多くなり（Polit & Beck, 2004/2010, pp.368-370；南, 野嶋, 2017)、研究協力者によるアセスメント項目の実用性・妥当性に対する明確な回答が得られず、十分な検証ができないと考えたためである。また、

記載される項目以外に必要だと考えるアセスメントがあれば、具体的な項目、その項目が必要だと考える理由を自由記述で回答を求めた。また、協力者の属性として、性別、年齢、看護師経験年数、CD 患者に対する看護実践経験年数、所属部署（外来・病棟）、役職、資格についての質問項目を設定した。

2）第 1 回調査の依頼

調査依頼は以下の手順で行った。

(1) 日本炎症性腸疾患協会のホームページの全国の診療医リストに掲載されている医療施設（2021 年 2 月 13 日現在）のうち、CD の専門医が所属する 213 施設の施設長もしくは看護部責任者に研究依頼書（資料 8）を郵送して研究協力依頼を行った。研究に協力可能な場合は、研究協力の意思確認書（資料 9）に研究協力者の選定基準を満たす看護師の人数を記載していただき返送を受けた。結果、213 施設のうち 41 施設（19.2%）から同意を得られ、施設の内訳は大学病院が 15 施設、一般病院が 23 施設、クリニックが 3 施設であった。

(2) 研究協力の意思確認書の受領後、施設側から提示された人数分の研究協力者宛ての研究協力依頼書（資料 10）、研究同意書（資料 11）、看護アセスメントツール（第 1 版）・質問紙（資料 7）、返信用封筒を、施設長もしくは看護部責任者に郵送し、配付を依頼した。41 施設の計 466 名の看護師に研究に関する資料を送付した。最終的に第 1 回調査では、146 名（31.9%）の看護師より同意が得られた。

3）調査期間

第 1 回調査は、2021 年 8 月～2021 年 10 月までとした。

4）分析方法

質問紙の回収後、研究協力者の属性は項目ごとに記述統計により算出した。アセスメント項目については、妥当性と実用性それぞれで、「4 : 非常にあてはまる」、「3 : あてはまる」の回答数を集計し、これを同意とみなし、全体の回答数のうちの同意割合を算出した。本調査におけるデルファイ法の同意率は 80%以上に設定をした。デルファイ法を用いた研究では同意率について、51～70%までの幅がありその設定に関して確立したものはなく（Polit & Beck, 2004/2010)、本邦における看護師を対象にした研究では 80%に設定したものが多い（藤田, 植木, 北尾, 前田, 藤原, 2018)。本研究ではツールの開発にあたって、文献検討（山本, 布谷, 2021）と第 1 段階の研究結果をもとに案を作成した後、看護研究者にアセスメントの視点と項目の内容的妥当性につい

て意見を受けており、第1版の段階で一定の洗練がなされていると考え、同意率を80%に設定した。

5)看護アセスメントツール（第2版）の作成

第1回の調査結果をふまえ、同意率が80%以上を占めたアセスメントの項目を看護アセスメントツール（第2版）に反映させ、80%未満の項目は削除した。また、第1回調査の質問紙の自由記述の回答について、診断後間もない成人期CD患者のセルフケアを構築するアセスメントの項目として妥当であるかを検討した。回答された自由記載の内容について、類似するものを統合し、看護アセスメントの分類およびセルフケアの視点にあたるかを検討し配置した。併せて、本ツールは患者のセルフケア能力の査定を目的にしていないため、項目の文末表現を≪できているか≫から≪しているか≫に統一した。

4. 第2回調査

1）看護アセスメントツール（第2版）・質問紙の作成（資料13）

看護アセスメントツール（第2版）について、第1回調査同様に診断後間もない成人期CD患者のセルフケアを構築するアセスメント項目として、妥当性と実用性について、それぞれ4段階のリッカートスケールで回答を求める質問紙を作成した。リッカートスケールは、「4：非常にあてはまる」、「3：あてはまる」、「2：あてはまらない」、「1：全くあてはまらない」で回答を求めた。第2回調査の回答にあたっては、第1回調査の意見から変更してよいことを明示した。なお、第2回調査の質問紙には第1回調査結果について、同意率80%を示したグラフと除外および追加した項目を明示し、協力者がこれを参考に回答できるようにした。また、第1回調査の質問紙において、妥当性・実用性を回答する欄を並列にしていたため、実用性の回答において記入漏れがみられた。よって、妥当性を回答した後、実用性を回答する様式に変更した。

2）第2回調査の依頼

第2回調査では、第1回調査の研究協力の同意があった看護師146名宛てに、第2回調査研究説明書（資料12）、看護アセスメント（第2版）・質問紙（資料13）、返信用封筒を郵送した。結果、94名（64.3%）の看護師より返送・回答が得られた。

3）調査期間

第2回調査は、2022年1月～2022年3月までとした。

4）分析方法

質問紙の回収後、第 1 回調査同様に協力者の属性は項目ごとに記述統計により算出した。アセスメントの項目については、妥当性と実用性それぞれで、「4：非常にあてはまる」、「3：あてはまる」の回答数を集計し、これを同意とみなし、全体の回答数のうちの割合を算出した。デルファイ法の同意率についても、第 1 回調査と同様に 80%以上に設定して、これをもって本ツールのアセスメントの項目としてコンセンサスが得られたものと判断した。

Ⅲ．倫理的配慮

第 3 段階研究は、武庫川女子大学（No.21-01）の研究倫理委員会、および日本赤十字九州国際看護大学（20-021）の研究倫理審査委員会の承認を得た。研究協力者には、第 1 回調査の依頼時に、研究協力依頼書を用いた書面を送付した。研究協力依頼書には、研究の目的、デルファイ法を用いた調査方法、プライバシー保護を含めた倫理的配慮とその対策、調査への参加は自由であること、また本調査は 2 回調査で行うが、第 1 回調査の回答後であっても途中で辞退しても問題ないこと、研究に協力しなくても不利益を生じることはないこと、研究結果は学位論文および学会、学術雑誌へ公表することを明記した。研究協力依頼書に記載した内容をふまえ研究協力に同意する場合、同意書に署名をし、返信用封筒で返信してもらった。質問紙は無記名での回答とし、研究協力者毎に返信用封筒を用い返送してもらうようにした。第 1 回調査で返送してもらう同意書および質問紙は、別々の返信用封筒とし、研究協力者個々に研究者へ直接返送をしてもらうようにした。また、封筒を開封する際、同意書と質問紙が連結し個人が特定されないように配慮をした。

Ⅳ．結果

1．第 1 回調査の結果

1)研究協力者の属性（表 7）

研究協力者 146 名の性別は女性 140 名（95.8%）、男性 6 名（4.2%）で、平均年齢（標準偏差）は 37.8 歳（9.0）、看護師経験年数の平均は 15.3 年（8.5）、CD 看護実践経験年数の平均は 7.8 年（6.2）であった。調査時点の所属は、外来が 38 名（26.0%）、病棟が 107 名（73.2%）、無回答 1 名（0.8%）であった。

2)妥当性と実用性の同意率（表 8-1、8-2、8-3）

第 1 回調査の結果、診断後間もない成人期 CD 患者のセルフケアを構築する看護アセスメントの項目として、妥当性があるかどうかについて「4：非常にあてはまる」、「3：あてはまる」が回答全体の 80%を占めた項目（同意率 80%以上）は計 65 項目であった。同意率 80%未満であった項目は、[病識・健康管理]の≪自己の存在価値や自己能力を過小評価していないか≫の 1 項目であった。実用性については、同意率 80%以上は計 61 項目であった。同意率 80%未満であった項目は、[病識・健康管理]の≪自己の存在価値や自己能力を過小評価していないか≫、≪目標・ありたい自分を目指すには、セルフケアの微調整が必要だと認識しているか≫、≪セルフケア実践での成功・失敗体験を経験しているか≫、≪自分の体調の変化を記録しているか≫の 4 項目、[食事・栄養]の≪1 日の摂取すべきカロリーを認識できているか≫の 1 項目の計 5 項目であった。第 1 回調査の結果をふまえ、妥当性または実用性において同意率 80%未満であった 5 項目について、アセスメント項目から削除すべきか研究者間で検討したうえですべて削除することにした。

また、[食事・栄養]に含まれる≪症状に応じた絶食、成分栄養剤への切り替えができているか≫（表 8-3 の No.55））は、[病識・健康管理]に含まれる≪症状を察知したら食事・栄養療法の切り替えができているか≫（表 8-2 の No.38））と記載内容が類似していたため、実用性の同意率が低い≪症状に応じた絶食、成分栄養剤への切り替えができているか≫を削除することにした。

第 2 段階の研究で保留にしていた身体査定や症状アセスメントの 8 項目については、第 1 回調査結果ではいずれの項目も妥当性、実用性ともに 80%以上の同意率が得られたが、セルフケアのアセスメントに特化した簡便なツールにするため、また身体査定や症状アセスメントの項目は疾患活動性評価スコアや血液検査データからアセスメントすることが可能であるため、8 項目（表 8-1 の No.15）、表 8-2 の No.33)、表 8-3 の No.42)、No.46)、No.48)、No.56)、No.57)、No.61)）すべて削除することにした。

3）自由記載の回答をふまえた看護アセスメント項目の追加・修正

研究協力者による自由記載の回答から追加したアセスメント項目は、[病識・健康管理]に分類される≪飲酒を控え、禁煙をしているか≫、≪現在の自分の検査データを把握しているか≫、≪処方された内服/点滴/注射を指示どおり服用/実施しているか≫、≪自分の思いを医療者に伝えられているか≫、≪療養生活にストレスを感じていない

か≫、≪ストレスにどのように対処しているか/対処してきたか≫、≪療養生活を実質的・手段的にサポートしてくれる存在がいるか≫、≪精神的な支えや相談ができる存在（同僚、家族、友人、医療者、同病者）がいるか≫の計 8 項目であった（表 9）。第 1 版では、アセスメントの分類として、ストレスマネジメントや周囲のサポートが含まれていなかったため、新たに『ストレスマネジメントする力』、『ソーシャルサポートを確保する力』をアセスメントの分類として設定した。

また、自由記載に、「指定難病の制度に加え手続の方法やその時期を理解していないと制度を利用できず治療の継続ができなくなる」と回答があり、これをふまえ[病識・健康管理]の≪指定難病に関する制度を理解しているか≫を≪指定難病に関する制度、更新手続きの方法・時期を理解しているか≫に変更した（表 8-2 の No.32））。同じく、「CD 患者は肛門部の皮膚障害を生じやすいためすでに症状があった場合、悪化を防止するスキンケアも重要になる」と回答があり、[排泄]の≪下痢、便失禁による皮膚障害を予防するためのスキンケア（汚染防止と清潔保持）を行っているか≫を≪下痢、便失禁による皮膚障害の予防・悪化防止のためのスキンケアを行っているか≫に変更した（表 8-3 の No.63））。

3)看護アセスメントツール（第 2 版）

第 1 回調査結果をふまえ、[病識・健康管理]は 8 つの分類で 43 項目、[食事・栄養]が 3 つの分類で 9 項目、[排泄]が 2 つの分類で 8 項目、合計 60 項目を第 2 版の看護アセスメントツールとして確定し（表 10-1、10-2；図 3）、質問紙を作成した（資料 13）。

2. 第 2 回調査の結果

1)研究協力者の属性（表 11）

研究協力者 94 名の性別は女性 91 名（96.8%）、男性 3 名（3.2%）で、平均年齢は 38.7 歳（8.7）、看護師経験年数の平均は 15.5 年（8.5）、CD 看護実践経験年数の平均は 8.9 年（6.5）であった。調査時点の所属は、外来が 30 名（31.9%）、病棟が 64 名（68.1%）であった。

2)妥当性と実用性の同意率（表 12-1、12-2、12-3）

診断後間もない成人期 CD 患者のセルフケアを構築する看護アセスメント 60 項目すべて、妥当性と実用性いずれも同意率 80%以上であった。

3)看護アセスメントツールの修正と確定

第 2 回調査の結果をふまえ、看護アセスメントツール（第 2 版）のアセスメントの

視点、分類および項目について研究者で検討を行った。結果、[病識・健康管理]の視点には 8 つの分類と 43 の項目が含まれ、複数の視点が混在しており、実用性において課題があった。また、CD 患者のセルフケアの状況を情報収集して分析する際、[病識・健康管理]、[食事・栄養]、[排泄]の 3 視点のみでは足らず、第 1 回調査の回答をふまえ追加したストレスマネジメントやソーシャルサポートの視点を含める必要があった。そのため、第 1 段階の研究で明らかにした CD 患者のセルフケアに対する 6 つの看護アセスメントの視点（[自分の病気・治療・社会資源についての関心と理解]、[病気の受け止めとセルフケアの目標]、[ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの実践]、[病状に応じたセルフケアの実践]、[ストレスの認知と対処]、[周囲からのサポート]）をアセスメントツールの視点とした。ツールのアセスメントの分類についても、第 2 版では『力』で表現をしており、本ツールはセルフケア能力を査定するものではないため、第 1 段階の研究で抽出されたサブカテゴリーに修正することにした。これをふまえ、該当する 60 項目のアセスメントを新たに設定した視点と分類に基づき、配置し直した。アセスメント項目について、≪しているか≫の文末表現が目立ち、個々の患者のセルフケアの実践を≪している≫、≪していない≫の二分で評価するかたちになるため、患者の多様なセルフケア状況をアセスメントできるようにすべて体言止めの表現に修正することにした。

また以下の内容が類似するアセスメント項目について、統合し表現を修正した。≪薬の服用、成分栄養剤の注入についての実施状況≫と≪処方された内服/点滴・注射の服用/投与状況≫を統合し、≪処方された内服/成分栄養剤/点滴・注射の服用/投与状況≫とした。≪腹部症状で悪化の前兆の察知≫と≪肛門症状の自覚≫を統合し、≪腹部と肛門症状の変化や違和感から悪化の前兆を察知≫とした。≪肛門症状を早期に察知して対処に繋ぐ実施状況≫は、≪発熱・下血や肛門病変の変化に応じた受診判断≫に統合させた。

以上の修正をふまえ、[自分の病気・治療・社会資源についての関心と理解]は 3 つの分類で 12 項目、[病気の受け止めとセルフケアの目標]は 3 つの分類で 9 項目、[ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの実践]は 3 つの分類で 9 項目、[病状に応じたセルフケアの実践]は 5 つの分類で 18 項目、[ストレスの認知と対処]は 2 つの分類で 4 項目、[周囲からのサポート]は 2 つの分類で 4 項目、合計 56 項目を確定した看護アセスメントツールとした（表 13-1、13-2、13-3；図 3）。

Ⅴ．考察

1．デルファイ法における協力者の妥当性

デルファイ法による調査の参加人数について、50 名以上が望ましいとしたもの（吉田, 2018）や最終段階で 50～60 名程度確保できれば十分であるとしたもの（藤田ら, 2018）がある。研究目的やデータ収集期間を考慮した人数にする必要があることが示されるが（Keeney, Hasson & McKenna, 2000）、確立したエビデンスは示されていない（Keeney, Hasson & Makenna, 2006）。本研究では最終段階である第 2 回調査で 50 名を大幅に超える 94 名の看護師から回答が得られた。また、デルファイ法を用いた調査では専門家集団のサンプリングが重要視されるが、本研究の第 1、第 2 回調査ともに研究協力者の看護師経験年数の平均は 15 年を超えており、CD 看護実践経験年数の平均についても 7.8 年と 8.9 年であった。Benner（2001/2005）は中堅レベルの看護師について、同系の診療科で 3～5 年経験すると、患者の全体像を把握できると述べている。本調査の回答をした看護師の CD 看護実践経験の平均年数はこれを超えており、CD 患者の看護を実践する集団であったと考える。一方で、第 1 回、2 回の調査ともに CD 看護実践経験年数が 2 年に満たない看護師が複数名いた。本研究では、全国的に CD の専門医療機関が少なく、エキスパートといわれる看護師を選定することが困難な状況であるため、経験年数よりも CD 患者への看護実践について経験のある多くの看護師から回答を得ることを優先させた。結果、CD 患者が数多く受診する医療施設に勤務する多数の看護師による回答を得ることができた。CD 患者が数多く受診する医療施設では、看護師は CD 患者に関わる機会が多く、日常的に CD 患者のセルフケアに関するアセスメントを実施していると推察でき、そのアセスメントの視点が本調査の回答に反映されていると考える。また、本研究では第 2 段階において、CD 患者の看護に関する学術論文を発表している看護学研究者による助言を受けてアセスメント項目について洗練させていた。第 3 段階のデルファイ法による調査では、CD 看護の実践経験がある看護師、つまり実践家となる集団の意見を集約することができ、ツールの妥当性と実用性は確認されたと考える。さらに研究協力者は外来または病棟に所属する看護師であったため、外来・病棟の場を問わず、CD 患者の生活を見据えたセルフケア支援におけるアセスメント項目としての回答が得られたと考える。

2．看護アセスメントツールの妥当性

確定した看護アセスメントツール（以下、本ツール）は個々の患者の病状やライフ

スタイル・ライフイベントに応じたセルフケアの実践、病気・治療・社会資源についての関心と理解だけでなく、病気の受け止めとセルフケアの目標、ストレスの認知と対処、周囲からのサポートといった心理社会的側面を含め幅広いアセスメント項目を網羅している。本ツールは、第 2 回調査で 56 項目すべての妥当性について 88%以上の高い同意を得た。

本庄 (2015, pp.32-45)は、日本の文化的背景を反映させた慢性疾患をもつ人のセルフケア能力を測る質問紙 Self-Care Agency Questionnaire（以下、SCAQ）を開発した。SCAQ には、「健康のために気をつけていること」、「健康のために選んでいること」、「体調を整えること」、「生活の中で続けること」、「支援してくれる人をもつこと」の 5 つの構成概念があり、これを念頭に看護師は患者と対話しながらセルフケアの状況をとらえてケアにつなぐ。「健康のために気をつけていること」は本ツールの[自分の病気・治療・社会資源についての関心と理解]の『自分の病気や治療への関心』、『自分の病気や治療についての理解』、[症状に応じたセルフケアの実践]の『悪化する前兆の察知』に対応すると考える。「健康のために選んでいること」は本ツールの[ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの実践]の『自主的な療養の実践』に対応すると考える。「体調を整えること」は本ツールの[ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの実践]の『ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの調整』、[病状に応じたセルフケアの実践]の『病状に応じた食事とトイレの調整』、[ストレスの認知と対処]に対応すると考える。「生活の中で続けること」は本ツールの[ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの実践]の『無理なく継続できるセルフケア』に対応すると考える。「支援してくれる人をもつこと」は本ツールの[周囲からのサポート]が対応すると考える。

したがって、慢性疾患をもつ人のセルフケア能力を測る質問紙との比較においても本アセスメントツールの項目は妥当であるといえる。

SCAQ は慢性疾患患者に広く活用されるため、慢性疾患に共通する項目で構成されており、CD 患者特有の ED 摂取や肛門部の症状マネジメントやスキンケア、ストレスへの対処に関する項目は含まれていない。また、SCAQ には含まれていないが、本ツールに含まれるアセスメントの分類として『利用できる社会資源の把握』、『病気の受け止め』、『健康に対する価値』、『患者の望みや目標』があった。本邦には難病患者に対する就労支援や指定難病制度があり、CD は対象疾患となるが、制度を利用す

るには患者による申請および更新が原則とされる。『利用できる社会資源の把握』には、就労支援や指定難病制度の更新手続きの理解状況をアセスメントする項目が含まれ、診断後間もない患者が制度を理解したうえで手続きを行い、サービスや医療受給ができる支援につなぐ必要があるため、重要なアセスメントといえる。診断後間もない時期にある CD 患者は病状が安定せず、抑うつや心理的に不安定な状態をきたしやすく（Choi et al., 2019)、こうした状況にある場合、患者は主体的にセルフケアの実践に取り組むことは難しい。『病気の受け止め』には、患者の病気や治療の受け止めと不安が含まれており、診断後間もない患者の場合、優先的に実施すべきアセスメントであると考える。『健康に対する価値』には、診断前の患者のセルフケア状況や、就学・就労と治療・療養の優先順位の設定をアセスメントする項目が含まれ、成人期としての役割を担って責任を負う特徴（Levinson, 1978/1992, pp83-122)を反映したアセスメントといえる。『患者の望みや目標』には、ありたい姿を患者がどのようにとらえるのかが含まれており、病気とともに生きる自己をとらえアイデンティティを発達、再構成するか（清水, 2008）に関わり、ありたい自分を実現するための主体的な取り組みや、安定感、充実感を目指したセルフケアを構築する支援において重視すべきアセスメントである。

よって、確定したアセスメントツールは、診断後間もない成人期 CD 患者のセルフケアを支援するうえで妥当な看護アセスメント項目を含むものであると考える。

3. 看護アセスメントツールの実用性

本ツールは、第 2 回調査で 56 項目すべての実用性について 85%以上の高い同意を得た。川島, 岡, 上星（2020）は看護アセスメントでは、「看護師が患者との対話を通して情報収集し、有効な情報かどうかの確認を繰り返すなかで見きわめ、推論していく能力を発揮する必要がある」と述べている。本ツールのアセスメント項目は、≪腹部と肛門症状の変化や違和感から悪化の前兆を察知≫のように、看護師が患者とのコミュニケーションや問診を通してセルフケアの状況を的確にとらえるために必要な内容を含んでおり、実用性があると考える。また、Beckwith, Dickinson, & Kendall (2010）は看護アセスメントについて看護上の問題を明確にするに留まらず、どのような支援が必要になるのかケアの方向性を見出すまでの一連の過程が含まれることを明示している。本ツールの項目は CD 患者のセルフケア要件が具体的に表現されているため、不足する部分や課題を明確にでき、必要な支援につなぐことが可能であると考

える。

第 1 回調査で削除された≪自己の存在価値や自己能力を過小評価していないか≫は唯一妥当性、実用性ともに同意率 80%未満となったアセスメント項目であった。CD を含む IBD 患者は自己肯定感が低い傾向にあるため（Opheim et al., 2020)、過小評価がセルフケアに影響する可能性を考え、この項目を含めていたが、看護師による回答では妥当性・実用性ともに低かった。この理由として、患者が自分の存在や能力を過小評価しているかについて、どのように情報収集し分析をするのか具体性がなく実用的ではないと判断されたと考える。≪目標・ありたい自分を目指すには、セルフケアの微調整が必要だと認識しているか≫、≪セルフケア実践での成功・失敗体験を経験しているか≫の項目は、いずれも実用性の同意率が 80%未満であった。診断後間もない患者では病気や治療に関する不安を感じやすく心情が揺れ動く時期であり（Lynch & Spence, 2008)、目標やありたい自分を思い描くことは難しく、セルフケアの成功・失敗体験の経験も乏しいことが想定されるため妥当性はあるが、実用性に乏しいという判断であったものと考える。≪自分の体調の変化を記録しているか≫、≪1 日に摂取すべきカロリーを認識できているか≫の項目についても、実用性の同意率が 80%未満であった。体調や症状について CD 患者が手帳や日記に記録し、これをもとに看護師がセルフケア支援につないだ報告はあるが（Kim et al, 2018 ; Kim et al, 2017 ; Jeong et al, 2016)、本ツール（第 1 版）では単純に体調の変化を記録しているか否かをとらえるに留まっており、記録の内容から何を見出すのかが表現されておらず、実用性に問題があると判断されたと考える。また、CD 患者の食事栄養療法において摂取すべきカロリーの量よりも、脂質や食物繊維を含めた食事内容についての認識と摂取状況をとらえる方が臨床において実用的であると判断されたのではないかと考える。

4. 看護アセスメントツールを活用したセルフケア支援

第 2 段階のデルファイ法による調査で、診断後間もない成人期にある CD 患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツールとして 6 視点・18 分類・56 項目が確定した。CD 患者のセルフケア支援に活用できる看護アセスメントツールは国内外でみあたらず、本ツールを看護師が活用することで、CD の特徴や慢性性を考慮したアセスメントから必要な支援につなぎ、患者が主体となってセルフケアを構築することが期待できる。

本ツールの特徴として患者のセルフケアを≪できている≫、≪できていない≫の二

分による評価やセルフケア能力を数値化して量的に測定するものではないことがあげられる。セルフケア看護において本庄（2015, pp.40-42）は、「患者との対話の時間をつくり、どうありたいのかを捉え、その実現のために生活で継続できる具体的な方法を考え、患者自身が意思決定できる支援が重要である」と述べている。本ツールには患者のセルフケアの状況をとらえるための視点および項目が設定されており、患者と対話しながらアセスメントの項目を確認し、現時点の実践状況や取り組むうえでの問題点や問題が生じている理由や背景、強化した方がよいところを一緒に確認ができる。看護師による患者教育では、患者の療養行動の問題に注目する傾向があるが（河口, 2018；大池ら, 2016)、本ツールを活用することで、患者が実践できているところや強みをとらえることができる。患者にとってセルフケアは日常的なものであり、できている事実に気が付かないことがある。そのため、看護師が本ツールを用いたポジティブフィードバックを行い、患者の強みを伸ばして自信につなげることができれば、強化が必要なセルフケアへの波及効果も期待できる。

患者との対話において、どうありたいかやありたい自分について話す際、言語化が難しかったり、抽象的な内容であれば具体的なセルフケア方策の検討が難しくなる。特に診断後間もない時期にある患者では病気や治療、療養に関する知識が不足する部分もあるため、それらをふまえた生活や将来像のイメージをもちにくく、どうありたいかの言語化が難しいことが考えられる。そのため、ありたい自分について話してもらう前に、本ツールを用い、現在の生活状況からまずは一緒に確認していき徐々にこの先の生活に関する話題へ進めていくコミュニケーションが可能である。

Riegel et al. (2012) は「セルフケアは学習プロセスである」と述べており、診断後間もない時期にある患者は学習プロセスのなかでも基盤を形成する時期にあたるため、看護師による関わりは重要になると考える。この時期に本ツールを活用することで、終始看護師から患者に向けて行われる指導型のセルフケア支援でなく、『病気の受け止め』や『患者の望みや目標』をふまえた個々の患者のセルフケア状況に応じた支援が実現でき、ひいてはセルフケアの構築につながると考える。

CD について生物学的製剤は次々に新しい薬剤が承認されており、患者は病気や治療に関する主体的な情報収集から、複数の治療選択肢のなかから自分が受ける治療を決定していく必要がある。本ツールを用いることで患者が生活において重視する習慣や価値観・信念をとらえることが可能であり、それらを尊重するために治療法で何を

選択したらよいのか一緒に検討することができる。これら一連の関わりを継続することで、患者の意思決定するセルフケアを促進することにつなぐことができる。

生物学的製剤が CD の治療薬に承認されて以降、多くの患者は寛解の長期維持が可能になり、外来で治療を受けることが多くなった。そのため、外来における看護師の CD 患者に対する関わりは重要になるが、外来では限られた時間で必要な情報を収集しアセスメントから必要な支援につなぐことが求められる。本ツールはアセスメントの項目が分類や視点でまとめられているため、患者の心理面や生活の状況にあわせ必要な項目について焦点化してアセスメントができる。

セルフケア支援で本ツールを継続して活用することで、複数の看護師が患者を担当したとしても一貫したアセスメントがなされ、統一したセルフケア支援が可能である。看護師がとらえた情報は看護記録やチームカンファレンスで共有がなされる際、共通したアセスメントの視点・項目であるため、情報の整理や把握がスムーズで、看護の方向性の共通認識が図れ、連携が強化できる。また、CD の病態や治療、療養の特殊性をふまえているため、CD 患者への看護の実践経験が少ない看護師においてもエビデンスをふまえたアセスメントの実施が可能である。さらに、具体的なアセスメント項目を設定しているため、セルフケア支援の実施前と実施後で、患者のセルフケアの状況がどのように変化したのか、比較検証が可能である。また、看護師によるセルフケア支援が妥当であったのか、看護支援の評価にも活用できる。

5. 研究の限界と今後の課題

第 1、2 回調査ともに CD 看護実践経験年数が 2 年に満たない研究協力者が含まれており、デルファイ法を用いた専門家集団による評価には一部限界があったといえる。しかしながら、本研究では、文献検討および第 1 段階の研究結果をもとにツール案を作成し、看護研究者の助言をふまえ修正した第 1 版をもって、デルファイ法による調査を 2 回実施し、アセスメントの 56 項目すべてにおいて妥当性は 88%以上、実用性は 85%以上の同意率が得られたことから、本ツールの妥当性と実用性は確認されたと考える。

また、第 3 段階研究では全国の CD 専門医が所属する 213 施設のうち同意が得られた 41 施設（19.2%）に調査を実施したが、関東や関西を中心とした都市部に位置する CD 患者が数多く受診する医療施設が主であった。都市部の地域特性が回答に影響している可能性があり、今後、地方の医療施設を調査対象として拡大して調査を実施す

る必要がある。

本ツールの外来や病棟における活用の具体的な検証はできていない。診断後間もない成人期 CD 患者に対し、本ツールを用いてどのようにアセスメントをすすめ支援につなぐか、プロトコルを作成するとともに、看護師が行ったアセスメントの結果を記述し、患者のセルフケアやセルフケア能力、治療的セルフケア・デマンドの関係からとらえた強みや課題を明確にできるフォーマットの作成について検討が必要である。

また、診断後間もない成人期にある CD 患者を対象に本ツールを用いたセルフケア支援を行い、セルフケアにどのような変化がみられるかを検証していく必要がある。CDAI や検査データを含めた疾患活動性の評価とあわせて本ツールの有用性を検証することも課題である。くわえて、実際に本ツールを用いて患者へのセルフケア支援を行った看護師に有効性や活用上の課題について調査し、臨床での実用化に向けた検証が必要である。

第 8 章　全体考察

全体考察では、第 1 段階から第 3 段階の研究結果および考察をふまえて診断後間もない成人期 CD 患者のセルフケアを構築するための看護アセスメントツールを活用した支援について検討する。

第 1 段階では、CD 患者の看護実践に 5 年以上取り組んでいる看護師へのインタビュー調査を通して、CD 患者のセルフケア構築に向けた支援に必要となる看護アセスメントの視点を明らかにした。視点として、[自分の病気・治療・社会資源についての関心と理解]、[病気の受け止めとセルフケアの目標]、[ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの実践]、[病状に応じたセルフケアの実践]、[ストレスの認知と対処]、[周囲からのサポート]の 6 つを抽出した。看護師は患者がありたい姿の実現に向け、病気や治療、社会資源をどのように理解しているのか、病状に応じて、またライフスタイル・ライフイベントに合わせてどのようにセルフケアを実践しているのか、周囲からどのようなサポートを得ているのか、包括的な視点でアセスメントする必要性が示唆された。

第 2 段階では、文献検討および第 1 段階の結果をもとに看護アセスメントツール案を作成し、看護研究者に助言を受けて、第 1 版を作成した。結果、病識・健康管理、食事・栄養、排泄に関する 12 分類、合計 66 項目を確定した（図 3）。

第 3 段階では、デルファイ法による調査を通して、診断後間もない成人期 CD 患者に特化し、患者が主体的にセルフケアを構築することを支援する際の看護アセスメントの項目について妥当性と実用性を検証し、ツールを開発した。結果、[自分の病気・治療・社会資源についての関心と理解]は 3 つの分類で 12 項目、[病気の受け止めとセルフケアの目標]は 3 つの分類で 9 項目、[ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの実践]は 3 つの分類で 9 項目、[病状に応じたセルフケアの実践]は 5 つの視点で 18 項目、[ストレスの認知と対処]は 2 つの分類で 4 項目、[周囲からのサポート]は 2 つの分類で 4 項目、合計 56 項目から成る看護アセスメントツールとした（図 3）。本ツールを活用することで、患者との対話を通してセルフケアの状況から強みや課題を確認でき、意思決定を含めた主体的なセルフケアの実施につなぐことが期待できる。

本研究における新たな知見は、第 1 段階では CD 患者が主体となってセルフケアを

構築することを支援する際、必要となる看護アセスメントの視点明らかにしたこと、第 2 および第 3 段階では第 1 段階で明確にしたアセスメントの視点をふまえ、診断後間もない成人期 CD 患者に特化し、患者が主体的にセルフケアを構築することを支援する際の看護アセスメントの項目を明らかにしたことである。それらの結果より、診断後間もない成人期 CD 患者のセルフケアを構築するための看護アセスメントツールを活用した支援について、以下、検討した。

Ⅰ．看護アセスメントツールを用いた看護エージェンシーの行使

本研究では、Orem (2001/2005, pp.447-450) のセルフケア不足理論を用いた研究枠組みを設定し、看護アセスメントツールを開発した。本ツールを活用するのは診断後間もない成人期 CD 患者であり、この時期の患者は新たな治療的セルフケア・デマンドへの対応が必要になるため、セルフケア能力によって治療的セルフケア・デマンドを充足できないセルフケア不足の状態に陥りやすい。そのため、本ツールを活用することで看護エージェンシーを高め、それによって、患者のセルフケア能力が向上し、ひいてはセルフケアを構築する。Dennis (1997/1999) は、看護エージェンシーを行使するにあたって、(1)治療的セルフケア・デマンドを緩和、あるいは変更する、(2)ケア行動を用いることによって、患者が遂行できないセルフケア（依存的ケア）を補足する、(3)患者が新しい能力を発達させるのを促す、(4)患者自身が自分の能力を働かせ実行するように手助けする、(5)患者の行動能力を低下させてしまうかもしれない有害な影響から患者を保護する、ことに留意すべきであると述べている。この 5 点をふまえた本ツールを用いた看護エージェンシーを行使することについて以下、考察を論じる。

(1)治療的セルフケア・デマンドを緩和、あるいは変更する

本ツールは診断後間もない成人期 CD 患者に求められるセルフケアの内容を網羅しているため、治療的セルフケア・デマンドについて看護師は的確にとらえることができ、デマンドの調整や変更に向けた支援につなげられる。本ツールを用いながら患者とともに治療的セルフケア・デマンドを確認し、患者のセルフケア能力で充足可能であるかを判断する。充足が難しいセルフケアについては、代替えの療養法に変更ができるのか、患者は実行可能であるのかを一緒に検討する。CD 患者に求められる一般的なセルフケアを杓子定規のとおり型にはめ患者に強いるのではなく、ツールを用いてセルフケアを柔軟で実行可能なものへと変容していくことが期待される。診断後間も

ない成人期 CD 患者における具体例として、腹痛や下痢といった症状が改善したら ED の服用量を減らして、食事の量を増やすことを検討する食事栄養療法の緩和があげられる。代替えの療養法への変更では、CD 患者が ED の服用により下痢の悪化や味覚が合わず経口摂取が困難な場合、経鼻経管栄養チューブを患者が自己挿入し、就寝している間に ED を注入する方法が検討される。患者の体調をふまえ療養法を緩和したり、代替えの療養法を考えるには、CD の病態や治療をはじめ専門的知識・技術に基づく検討が必要である。そのため、診断後間もない時期にある患者にとって難易度の高いセルフケア・デマンドになる。そこで、専門的知識・技術を有する看護師による看護エージェンシーを発揮して、患者のセルフケア能力を高められるように支援する。

(2)ケア行動を用いることによって、患者が遂行できないセルフケア（依存的ケア）を補足する

CD 患者の場合、ADL の低下は生じにくく（小松, 前川, 神里, 渋谷, 山崎, 片平, 2005)、Orem (2001/2005, pp.322-324) が提示した看護システムにあたる全代償的看護システムが実行される状況は少ない。しかしながら、診断後間もない時期では腸管の炎症が強く入院に至った場合、発熱、倦怠感、腹痛や下痢といった身体症状が顕著となり ADL が低下する。また、腸管の炎症が強い場合、CD では治療の一環で絶食の上、完全静脈栄養療法の点滴が施行される。腸管の炎症が強いと、貧血が進行し、歩行や移動が困難になることや、点滴施行のため一人で入浴を行えないなど患者が遂行できないセルフケア（依存的ケア）が生じる。看護師は、患者の身体症状や ADL 状態をアセスメントし、歩行や車いすによる移動の介助や清拭などの保清の援助について、どの程度セルフケアを補足したらよいのかを見極め、部分代償看護システムを実行する必要がある。腸管の炎症が軽減して身体症状が消失したら、部分代償看護システムから支持・教育システムへ移行して、患者のセルフケアが発揮できるように支援する必要がある。

自宅においても患者が体調を崩してセルフケアの遂行が難しくなった場合を想定して、家族や周囲からセルフケアの補足を受けられるように支援体制をつくっておくことも重要になる。本ツールの『困った時の相談相手/同病者との繋がり』、『家族のサポート』の分類をもとにアセスメントを継続的に行い、セルフケア支援につなげ、患者のソーシャルサポートを高める必要がある。

(3)患者が新しい能力を発達させるのを促す

診断後間もない時期は CD 患者にとって新たなセルフケア・デマンドが求められる状況にあり、Orem (2001/2005, pp.235-263) が示すセルフケア能力に関して①未発達、②発達中、③発達しているが、安定していない、に該当し、安定を目指しセルフケアを発展させていく時期である。この時期は病気や治療、療養に関する知識を吸収しやすいため (本庄, 2015, p.35)、看護師は知識の提供に留まらず患者が自分に合ったセルフケアを新しく生み出すことを意識できるように支援する。本ツールは『自主的な療養の実践』の分類をはじめ患者が主体となってセルフケアを実施する表現で項目が記載されているため、これを参考に個々の患者が日常生活に取り入れ、試し、自分の療養法として発達していくことができているかを看護師はアセスメントする。新しい能力の発達には、患者が新たなセルフケアを実践して課題があったのかや、その効果を看護師と検証することが必要と考える。長期的な観点から患者に関わり、新しい能力が発達できるようにアセスメントし支援する必要がある。診断後間もない成人期 CD 患者における具体例として、自分の身体と生活にあった食品と摂取量を見極め自分なりの食事療法を見出すことや、外食や会食時の飲食店やメニュー選び、他者への食事療法の伝え方などのセルフケアを生み出すことがあげられる。CD では、摂取した食品が起因となって腸管の炎症が悪化するが、体調を崩しやすい原因食品は患者によって異なる。そのため、患者が自分の身体に合うものを見つけて、摂取を控える行動をとることは重要なセルフケア・デマンドにあたると考える。看護師は、患者が自分に合う、または控えるべき食品の認識や外食を含めた実際の食事療法の状況を確認する。患者が自分に合った食品の見極めができていない場合は、過去に体調を崩した時に摂取した食品を確認したり、摂取した食事と体調の変化について記録することを勧め、一緒に振り返る機会を設ける。体調に影響する食品や摂取量、会食における対処法を患者が認識したことを確認したら、実際の食事で調整することを試してもらい、その結果、体調の変化があったのかを確認して、その効果を実感できるように支援し、患者のセルフケア能力を高める。

(4)患者自身が自分の能力を働かせ実行するように手助けする

患者の主体的なセルフケアの実践を育む関わりに該当し、Orem (2001/2005, pp.320-326) の看護システムの指示・教育的システムにあたる。指示・教育的システムの「セルフケア・エージェンシーの行使と開発を処置・調整する」は看護師のみなら

ず、患者の行為としても位置付けられており、協働して行うことが重要になる。本ツールは CD 患者のセルフケアについて、具体的で患者にも理解しやすい表現で示しているため、日常生活でどのように取り組めばよいのかや、自分に合った療養法の確立に向けた検討ができる。診断後間もない CD 患者はセルフケアの構築に向けて発展途上の状態にあるといえ、本ツールを用いたアセスメントによって患者が状況に応じ療養法を修正したり、発展させて試行錯誤のなかから自分流の療養法を確立すること(山本, 中村, 2019a）につなぐことができる。また、本ツールを用いたアセスメントによって、患者は学びのプロセス（野口, 2007）を辿ることができると考える。患者の学びのプロセスには、自己を客観視し、自己理解を深めるなかで成長を実感していくことが明記されている。看護エージェンシーを発揮するために、看護師は患者に関心を寄せ、関係性を構築しながら対話を重視し、言語化されにくいニーズや価値観・信条をとらえる。セルフケア構築につながる患者の学びのプロセスが生じるように看護師は、対話における効果的なフィードバックを行う必要がある。フィードバックによって患者は客観的に実践するセルフケアや現在の自分の状況をみつめたり、自己理解を深める機会となり、成長の実感にもつながると考える。フィードバックのタイミングや方法は、患者の状況に合わせ実施できるように看護エージェンシーを高める必要がある。

(5)患者の行動能力を低下させてしまうかもしれない有害な影響から患者を保護する

診断後間もない CD 患者の行動能力を低下させる可能性がある有害な影響として、CD の診断時に、患者が難治性の病気であると知りそのショックから心理的に衝撃を受けることが考えられる。患者が心理的に衝撃を受けている場合、否定的な感情をもち病気の否認や治療を拒否する反応を示すなどセルフケア行動をとることが困難な状況に陥ることがある。そのため、本ツールの『病気の受け止め』に含まれる項目から患者の心理的側面をアセスメントし、病気や治療をどのようにとらえているのか、不安に感じていることを明確にする。成人期は生活の基盤をつくりあげ維持していく時期にあたるため、難治性である CD を発症したことで患者は将来の見通しをもてずに不安を感じやすい。患者が漠然とした不安をもつ場合は、不安の内容を直接尋ねても返答できないことも考えられるため、『健康に対する価値』に含まれる項目をもとに、病気を発症する以前のセルフケアや何を大事に生きてきたのかを話してもらい、患者の思いをとらえる。また、心理的に衝撃を受ける患者は、診断時に医師による病気や

治療に関する説明がなされても、心理的な動揺から正しい認識をもてない可能性が考えられる。患者が情報の不足や誤解している様子がみられる場合は、本ツールを用いて CD 患者のセルフケア内容を一緒に確認しながら正確な情報の伝達や補足説明をして、患者が病気をもち治療や療養を行う自分についてイメージできるように支援する。否定的な感情が強い場合は、身体症状のコントロールを優先しセルフケアの実施を強要せず見守る姿勢をもち、患者がどのような価値・信念をもつのかをとらえ、これを尊重した支援を行う。患者が病気について関心をもちはじめたら、本ツールを一緒に確認しながら病気をもつ自己アイデンティティを構成できるように看護エージェンシーを行使する。

以上から、本ツールの活用により看護エージェンシーが高まり、患者のセルフケア能力が向上し、セルフケアが構築すると考える。

Ⅱ．看護アセスメントツールを用いた患者のセルフケア能力に働きかける看護支援

Orem (2001/2005, pp.238-243) はセルフケア操作のための能力について、「セルフケア要件を充足するための病気に関連した直接的なセルフケア活動を行う個人が身につけた能力である」と定義し、この能力に働きかける看護支援の重要性を強調している。診断後間もない時期にある患者は、セルフケア操作のための能力はまだ十分に備わっていないため、本ツールを用いることで、患者のセルフケア能力に看護師が直接的に働きかけることでき、セルフケア構築が強化されると考える。セルフケア操作とは、セルフケアに向かって方向づけられた、意図的行為に関連する知的、評価的、精神運動的過程のことで、(1)評価的操作、(2)移行的操作、(3)生産的操作がある（Orem, 2001/2005, pp.251-256；Dennis, 1997/1999)。以下、上記の 3 つのセルフケア操作をふまえ、本ツールを用いた診断後間もない成人期 CD 患者のセルフケア能力向上に向けた看護支援について考察する。

(1)評価的操作に働きかける看護支援

Orem (2001/2005, pp.253-254) は評価的操作について、セルフケア要件とそれを充足するための手段を知ることであると述べている。セルフケア要件は、CD 患者に必要となる一般的な要件に加え、生活と療養における調整や折り合いをつけることが含まれるため、評価的操作は個々の患者でその様相は異なるといえる。また、その操作の調整は患者自身で行われるため、その調整の塩梅は第三者にはとらえにくく、看護師

が一概に説明できるものでもない。そのため、患者が経験のなかからセルフケアを習得できるように支援することが重要になる。セルフケア要件を充足するための手段として、経験的知識や調整するための技術的知識が有効になる。CD の場合、ED を溶解する微温湯の量や服用するスピード、突然の排泄に間に合うようタイミングを見計らったトイレへの移動など多くの技術的経験が求められる。診断後間もない CD 患者の評価的操作に働きかける支援として、本ツールのアセスメント項目に網羅されるセルフケアの内容をもとに、技術的経験における微調整について実践的な例を具体的に提示し、患者が療養に活かすことができるようにする。診断後間もない患者の場合、経験が未熟なため、患者が日々療養で工夫したことを療養日記に記し、経験知が蓄積されるように支援する。併せて、診断後間もない患者ではセルフケアに関するレパートリーが少ないため、看護師は同病の長期に渡って療養する患者が実践するセルフケアの実践例を紹介・提案することも有用と考える。

(2)移行的操作に働きかける看護支援

Orem (2001/2005, pp.253-254) は移行的操作を、セルフケアについて判断し、意思決定することであると述べている。移行的操作は、評価的操作で導き出されたセルフケア要件を充足するための手段から、何を選択するのかを判断する能力にあたる。CD 患者への意思決定支援に関して、セルフケアを高めて自分に合った治療法を選択できるように継続した関わりをもつ必要性が報告されている（布谷, 2019；富田, 片岡, 2012)。治療法の選択に限らず、CD 患者は日常的に実施するセルフケアにおいても、体調の変化を察知して休息を取り入れるか否か、イレウスの兆候がみられたら絶食して ED に切り替えるか否かといった意思決定が繰り返しなされる。Paterson, Russell, & Thorne (2001) は、慢性疾患患者が日常的なセルフケアの意思決定に積極的に関わることで症状コントロールと寛解維持につながるが、一方でその複雑さから受動的となり意思決定に関与できないケースがあると述べている。セルフケアの意思決定では患者が自ら判断する能力が求められるため、セルフケアのなかでも高度な諸活動にあたるといえる。患者が意思決定する際、どのような選択肢があるのかを見定め、いずれかの選択をした場合の経過やその方向性をイメージし、これらを加味した判断から決定を成す一連のプロセスを辿ることが重要であると考える。診断後間もない時期にある患者の移行的操作に働きかける支援として、本ツールのアセスメント項目のうち患者による判断が必要になるセルフケアを提示して、仮の状況を設定したうえで実際

に意思決定に向け判断するシミレーションを行う機会をもつ。また、CD 患者のセルフケアにおける意思決定は日常的かつ繰り返し行われるため、実際に判断した実例を振り返って妥当であったかや、判断に困った状況を聴き取って一緒に検討する。こうした関わりによって、セルフケアの意思決定における一連のプロセスを患者は体感でき、判断する能力が培われ移行的操作の主体性が育めると考える。

(3)生産的操作に働きかける看護支援

Orem (2001/2005, pp.254-256) は生産的操作について、セルフケア要件を充足するための行為を遂行することであると述べている。生産的操作は評価的操作で見出されたセルフケア要件を充足するための手段について移行的操作による意思決定をふまえて、実際に遂行する能力にあたる。Dennis (1997/1999) は生産的操作には、セルフケア行動が望ましい期待される成果をもたらすかどうかを持続的に患者が確認するモニタリングの実施が重要であると述べている。診断後間もない時期にある患者の生産的操作に働きかける支援として、定期受診で患者が来院した際に、日頃実践するセルフケアについて本ツールを用いて一緒に確認する関わりをもちモニタリングする機会をつくる。その際、看護師は患者が描くありたい姿をとらえておき、セルフケアの実践により期待される成果として、ありたい姿に近づいているかを確認して、患者にフィードバックする。ありたい姿と日々実践されるセルフケアがリンクしないと、目的が明確でないまま漠然とセルフケアを実践するかたちになり、原動力がなくなりセルフケア能力は低下すると考える。ありたい姿は患者の病状やライフイベント、発達段階によって変化する可能性があるため、看護師は本ツールを用いてありたい姿を適宜とらえるとともに、ありたい姿の実現に向けたセルフケアの実践であるか、その状況をアセスメントする。また、Dennis (1997/1999) は期待される成果の評価について、適切な時点で行うことが重要であると述べており、診断後間もない患者においては、セルフケアの基盤を構築していく時期にあたるため、繰り返し評価を実施して患者がセルフケアを習得できるように支援する。

Ⅲ．看護実践への示唆

本ツールは患者の生活に焦点をあてているため、入院・外来を問わず活用することが可能である。診断後間もない時期にある CD 患者が入院する場合、その多くは腸管の炎症が強く、病状が悪化している状況にある。病棟の看護師は、入院当初より本ツ

ールを用いたアセスメントを行い、患者が退院後の生活がイメージできるように、仕事や家庭での役割と療養をどのように実践するのか、アセスメント項目に照らし合わせながら具体的な方法を検討する。外来に通院する患者に対して、外来の看護師は、定期受診時の問診で本ツールを用い、患者のセルフケア状況についてアセスメントを実施する。外来では 1 人の患者に関わる時間が限られているため、通院毎に本ツールの分類または視点別を順番にアセスメントして、個々の患者の強みや課題を見極める。アセスメントした結果は看護記録に記載し、通院ごとにアセスメントを継続することで患者がどのような経過を辿っているかのアセスメントが可能となり、長期的な観点でのセルフケア支援につなぐことができる。病棟および外来で共通したアセスメントの視点・分類・項目を用いることで、一貫したアセスメントが可能となり、シームレスなセルフケア支援につなぐことも期待できる。

Ⅳ．今後に向けた研究の方向性

今後の研究の方向性として、以下の 2 点があげられる。

1 つめは、診断後間もない時期以外の CD 患者に活用可能な看護アセスメントツールのバリエーションを増やすことである。本邦では近年、CD 患者の高齢化が進んでいるため（山本, 2021)、加齢による影響などを含めた老年期患者のセルフケアに特化した看護アセスメントツールの開発が必要と考える。老年期の患者は認知機能や身体機能が低下し、セルフケア不足の状態に陥りやすいため、セルフケア要件を充足するために看護エージェンシー高めることが必要になる。

2 つめは、開発した本ツール用いた CD 患者のセルフケア構築に向けた看護教育プログラムを開発することである。CD 患者に携わる看護師を対象とした教育実態ニーズ調査において、CD は特異的な病態を呈しケアの複雑さがあるため、看護師は必要な判断を下すには幅広い知識と経験が必要であると認識していることが示されており(Dupuis, Marshall, Hayes, Cytryn, & Murray, 2009 ; Leary, Mason, Punshon, 2018)、その学習ニーズは高いと考える。欧米では IBD 専門看護師の資格制度や N-ECCO 主催の看護師向けの教育セミナー、E ラーニングによる学習システムなど CD の看護を学習できる環境の整備が進んでいる。一方、本邦では CD 患者にかかわる看護師が学習する機会や学習環境は十分とはいえず、各医療施設内で勉強会を企画・開催しているのが実状である。そのため、本ツールを用いた教育プログラムを開発することで、

CD 患者のセルフケア支援に特化したエビデンスを構築し、看護の質向上に寄与する意義がある。CD 患者の看護に携わる看護師を対象に、本ツールを用いてどのように看護アセスメントを行うのか、看護アセスメントからどのようにケアにつなぐかを示した看護実践モデルの開発と教育プログラムのパッケージ化を目指す。

第 9 章　結論

本研究は、診断後間もない成人期 CD 患者のセルフケアを構築するための看護アセスメントツールを開発することを研究目的とし、3 段階の研究を実施した。

第 1 段階は、CD 患者が主体となってセルフケアを構築することを支援する際、必要となる看護アセスメントの視点を明らかにすることを目的とした。CD 患者の看護実践に 5 年以上携わっている看護師 12 名に半構成的面接法による個別のインタビューを実施し、質的帰納的にデータを分析した。結果、CD 患者のセルフケアの構築に向けた支援に必要となる看護アセスメントの視点として、[自分の病気・治療・社会資源についての関心と理解]、[病気の受け止めとセルフケアの目標]、[ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの実践]、[病状に応じたセルフケアの実践]、[ストレスの認知と対処]、[周囲からのサポート]の 6 つを抽出した。看護師は患者がありたい姿の実現に向け、病気や治療、社会資源をどのように理解しているのか、病状に応じて、またライフスタイル・ライフイベントに合わせてどのようにセルフケアを実践しているのか、周囲からどのようなサポートを得ているのか、包括的な視点でアセスメントする必要性が示唆された。

第 2 段階は、看護アセスメントツール（第 1 版）を作成することを目的とした。文献検討および第 1 段階の結果をもとに看護アセスメントツール案を作成し、CD 患者の看護に関する学術論文を 2 編以上発表している看護学研究者 4 名に助言を受けて内容を洗練させ、第 1 版を作成した。結果、病識・健康管理、食事・栄養、排泄に関する 12 分類、合計 66 項目を確定した。

第 3 段階は、診断後間もない成人期 CD 患者に特化し、患者が主体的にセルフケアを構築することを支援する際の看護アセスメントツールの項目の妥当性と実用性について検証することを目的とした。CD 患者への看護を実践した経験のある看護師を対象にデルファイ法による調査を行い、[自分の病気・治療・社会資源についての関心と理解]は 3 つの分類で 12 項目、[病気の受け止めとセルフケアの目標]は 3 つの分類で 9 項目、[ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの実践]は 3 つの分類で 9 項目、[病状に応じたセルフケアの実践]は 5 つの分類で 18 項目、[ストレスの認知と対処]は 2 つの分類で 4 項目、[周囲からのサポート]は 2 つの分類で 4 項目、合計 56 項目から成る看護アセスメントツールを確定した。看護師は本ツールを活用するこ

とで、単に患者のセルフケア能力を査定することに留まらず、患者との対話を通してセルフケアの状況から強みや課題を確認でき、意思決定を含めた主体的なセルフケア構築を促すことが期待できる。

本研究における利益相反は存在しない。

謝辞

本研究の全過程において多くの方々に多大なご協力をいただきました。厚く御礼申し上げます。

研究協力者の皆様には、貴重なお時間をいただき快くインタビュー、質問紙への回答に応じてくださり、誠にありがとうございました。研究協力者の皆様が所属される施設の院長、看護部長、部署の管理者はじめ、スタッフの皆様には、調査にあたって大変あり難いご協力を賜りました。

ご指導いただきました成人慢性看護学分野の布谷麻耶教授には研究計画の段階から論文作成に至るまで、終始一貫して温かい指導をいただきました。大学院博士課程在学中は、大学から離れた場所に居を置いており、web を通じたゼミやメールを用いた添削指導などきめ細やかなご指導をいただきました。厚く御礼申し上げます。

研究を進めるにあたり、医療法人錦秀会インフュージョンクリニックの阪上佳誉子看護課長、社会医療法人社団高野会大腸肛門病センター高野病院の山田恵子看護師長には研究実施にあたるご協力とご助言をいただきました。

副指導教員の在宅看護学分野の新田紀枝教授、小児看護学分野の藤田優一教授には、定期的に開催したゼミにおいて研究における妥当性等多くのご助言をいただきました。このほか、学内の諸先生方、様々ご支援いただきました博士後期課程の在学生の皆様に感謝申し上げます。

なお、本研究は 2020～2024 年度科学研究費補助金（基盤研究 C）20K10800（研究代表者：山本孝治）の助成を受けた。

文献リスト

赤松志麻,竹村淳子.(2017). クローン病患者が退院後に体験した食事療法への困難に関する文献検討. 大阪医科大学看護研究雑誌, 7, 55-61.

Beckwith, S., Dickinson, A., & Kendall, S.(2010). Exploring understanding of the term nursing assessment: A mixed method review of the literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 7(2), 98-110.

Benner, P. (2001/2005).井部俊子(監訳), ベナー看護論新訳版-初心者から達人へ(pp.11-32). 医学書院.

Burns, N., & Grove, S.(2013/2015).黒田裕子(監訳), 看護研究入門原著第 7 版 評価・統合・デビデンスの生成(pp.391-393).エルゼミアジャパン.

Cai, Q., Li, F., & Zhou, Y.(2018). Experiences of Chinese patients with Crohn's disease in the self-administration of nasogastric feeding. A descriptive qualitative study, *PLoS One*, 13(7), 1-18.

Choi, K., Chun, J., Han, H., Park, S., Soh, H., Kim, J., Lee, J., Lee, Hyun., Im, J., & Kim, J.(2019). Risk of anxiety and depression in patients with Inflammatory bowel disease: A nationwide, population-based study. *Journal of Clinical medicine*, 8(5), 654-667.

Couper, M. R.,(1984). The Delphi technique: characteristics and sequence model. *Advances in Nursing Science*, 7(1),72-77.

Dennis, C, M. (1997/1999). 小野寺牡紀(訳),オレム看護論入門-セルフケア不足看護理論へのアプローチ(pp.24-94). 医学書院.

Devlen, J., Beusterien, K., Yen, L., Ahmed, A., Cheifetz, A., & Moss, A. (2014). The burden of inflammatory bowel disease: a patient-reported qualitative analysis and development of a conceptual model, *Inflammatory Bowel Disease,* 20(3), 545-552.

Duncan, J. (2011a). Nursing assessment. In Whayman, K, Duncan, J, & O'connor, M.(Eds.), *Inflammatory bowel disease nursing* (pp.81-94). Quay Books Division, MA Healthcare Ltd.

Duncan, J. (2011b). Nursing assessment in inflammatory bowel disease. *Gastrointestinal Nursing,* 9(1), 14-20.

Dupuis, M., Marshall, J, K., Hayes, S, M., Cytryn, K., & Murray, S. (2009). Assessing the educational needs of Canadian gastroenterologists and gastroenterology nurses: Challenges to optimal care in Crohn's disease, *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 23(12), 805-810.

遠藤克哉,佐藤倫紀,吉野祐貴,川上瑶子. (2021). 生物学的製剤による炎症性腸疾患の治療. *Medical Sclence Digest*, 47(11), 575-578.

藤谷幹浩,高後裕.(2011).3.炎症性腸疾患の診断／クローン病.診断基準と重症度.渡辺守(編),IBD(炎症性腸疾患)を究める.(pp.72-73). メジカルレビュー社.

藤本悠,水野光,瀬戸奈津子,布谷麻耶,市川奈央子,清水安子.(2017). クローン病患者の運動の捉え方と影響要因の検討. 日本難病看護学会誌, 21(3), 181-193.

藤田優一,植木真悟,北尾美香,前田由香,藤原千恵子.(2018). 看護師を対象とするデルファイ法を用いた国内文献の研究手順の実態.武庫川女子大学看護学ジャーナル,3,35-42.

吹田麻耶,鈴木純恵.(2009). クローン病者の食生活体験のプロセス. 日本看護研究学会雑誌, 32(5), 19-28.

吹田麻耶,鈴木純恵.(2007). クローン病者の食事を通じた他者との関わりの体験. 日本難病看護学会誌, 12(2), 147-155.

二見喜太郎,東大二郎.(2011). 5.クローン病肛門病変に対する外科治療.渡辺守(編),IBD(炎症性腸疾患)を究める. (pp.232-233).メジカルレビュー社.

Garcia-Vega, E., & Fernandez, C.(2004). A stress management programme for Crohn's disease. *Behaviour Research and Therapy,* 42, 367-383.

Goren, G., Schwartz, D., Friger, M., Banai, H., Sergienko, R., Regev, S., Abu-kaf, H., Greenberg, D., Nemirovsky, A., Ilan, K., Lerner, L., Monsonego, A., Dotan, I., Yanai, H., Eliakim, R., Horin, S., Slonim-Nevo, V., Odes, S., & Sarid, O.(2021). Randomized controlled trial of cognitive-behavioral and mindfulness-based stress reduction on the quality of life of patients with Crohn disease. *Inflammatory Bowel Disease*, 28(3), 393-408.

林繁和,篠邉泉,神部隆吉,石黒義浩,水野伸匡,加藤徹哉.(1996). 炎症性腸疾患における心身医学的検討. 消化器心身医学, 3(1), 37-44.

日比紀文(編).(2010). 炎症性腸疾患. 医学書院.

日比紀文. (2016). 第 1 章 IBD のチーム医療とその必要性 1)きめ細やかな IBD 治療をめざして. 日比紀文(監修), チーム医療につなげる！IBD 診療ビジュアルテキスト (pp.14-16). 羊土社.

本庄恵子.(2015). 基礎から実践まで学べるセルフケア看護. ライフサポート社.

石橋千夏,薮下八重,旗持知恵子. (2016). 看護師がとらえるクローン病患者のセルフマネジメント. 日本難病看護学会誌, 20(3), 205-213.

石橋千夏.(2012). クローン病患者の病勢の察知と対処. 大阪府立大学看護学部紀要, 18(1), 69-74.

Ishihara S., Mishima Y., & Kashima K. (2020). Biologic therapy options for Crohn's disease, *Shimane Journal of Medical Science,* 37(2), 45-50.

Jeong, D., Kim. K., Jang, B., Kim, E., Jung, J., Jeon, S., Lee, H., Kim, E., Park, K., & Cho, K.(2016). The clinical usefulness of a web-based messaging system between patients with Crohn disease and their physicians. *Medicine,* 95(26), 1-5.

Jones, K., Baker, K,m Speight, R., Thompson, N., & Tew, G.(2020). Randomised clinical trial: combined impact and resistance training in adults with stable Crohn's disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics,* 52, 964-975.

Jones, J., Nguyen, G., Benchimol, E., Bernstein, C., Bitton, A., Kaplan, G., Murthy, S., Lee, K., Cooke-Lauder, J., & Otley, A.(2019). The impact of Inflammatory bowel disease in Canada 2018: Quality of life. *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology*, 2(S1), 42-48.

栫井万里絵,田中真琴,斎藤凡,川上明希,山本則子.(2016). クローン病患者の病状悪化の認識と受診判断遅れの可能性. 日本慢性看護学会誌, 9(1), 2-9.

柏倉栄子.(2001). クローン病患者のソーシャル・サポートの実態. 東北大学医療技術短期大学部紀要, 10(2),101-106.

片岡優実. (2015). 慢性看護実践のエビデンス 第 6 回-2 クローン病患者の看護に関するエビデンス-治療法の変遷に伴うセルフマネジメント支援について-. 日本慢性看護学会誌, 9(2), 97-102.

片岡優実.(2011). 慢性病看護の新しい技術第 4 回クローン病患者の腸のセルフケアアセスメントに対する看護援助技術患者のセルフケア能力を向上させるためのフィジカルアセスメント. 看護実践の科学, 36(8), 57-61.

加藤広美,山内豊明.(2017).デルファイ法による脳卒中患者に必要なフィジカルアセスメントの検討(第 2 報)-12 脳神経を除く全身に焦点をあてて-.日本看護科学会誌,37,234-243.

河口てる子(編).(2018).熟練看護師のプロの技見せます！慢性看護の患者教育-患者の行動変容につながる「看護の教育的関わりモデル」-(pp.8-10).メディカ出版.

河内恵美,横井和美,糸島陽子,奥津文子. (2016). 炎症性腸疾患患者における国内の看護研究の動向と看護課題. 人間看護学研究, 14, 23-29.

川島美佐子,岡美智代,上星浩子.(2020).看護アセスメント能力の概念分析. 日本保健医療行動科学会雑誌, 35(1), 30-43.

Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H.(2011). *The Delphi technique in nursing and health research*(pp.48-53). United Kingdom, Wiley-Blackwell.

Keeney, S., Hasson, F., & Mckenna, H.(2006). Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*,53(2),205-212.

Keeney, S., Hasson, F., & Mckenna, H.(2000).Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008-1015.

Kemp, K., Dibley, L., Chauhan, U., Greveson, K., Jaghult, S., Ashton, K., Buckton, S., Duncan, J., Hartmann, P., Ipenburg, N., Moortgat, L., Theeuwen, R., Verwey, M., Younge, L., Sturm, A., & Bager, P. (2018). Second N-ECCO consensus statements on the European nursing role in caring for patients with Cohn's disease or Ulcerative colitis, *Journal of Crohn's and Colitis,* 12(7), 760-776.

木戸恵美.(2014). 思春期から青年期にクローン病をもつ人の療法法を遵守できない体験. 日本小児看護学会誌, 23(3), 18-25.

Kim, E., Lee, Y., Jang, B., Kim, K., Kim, E., Lee, H., Jeon, S., & Kwak, S.(2018). Disparity in Crohn's disease activity between home and clinics is associated with unscheduled hospital visits due to disease flares. *The Korean Journal of Internal Medicine,* 33(5), 902-910.

Kim, E., Park, K., Cho, K., Kim, K., Jang, B., Kim, E., Jung, J., Jeon, S., Jung, M., Lee, H., Yang, C., & Lee, Y.(2017). Development of a web-based, self-reporting symptom diary for Crohn's disease, and its correlation with the Crohn's disease

activity index. *Journal of Crohn's and Colitis,* 11(12), 1449-1455.

小松喜子,前川厚子,神里みどり,渋谷優子,山崎京子,片平洌彦.(2005).クローン病(CD)患者の人生の満足度に関わる要因について．日本難病看護学会誌, 9(3),179-187.

厚生労働省衛生行政報告例.(第 10 章.2020 年度特定疾患（難病）医療受給者証所持者数．性・年齢階級・対象疾患別)https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450027&tstat=000001031469.(最終閲覧日：2022 年 11 月 8 日)

厚生労働科学研究費補助金難治性疾患政策研究事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」(久松班)令和 2 年度分担研究報告書. (2021). 潰瘍性大腸炎・クローン病診断基準・治療方針. 令和 2 年度改訂版, 27-57.

Leary, A., Mason, I., & Punshon, G. (2018). Modelling the inflammatory bowel disease specialist nurse workforce standards by determination of optimum caseloads in the UK. *Journal of Crohn's and Colitis*, 12(11), 1295-1301.

Lesnovska, P.K., Hjortswang, H., EK, A.C., & Frisman, GH.(2010). Patients' perspective of factors influencing quality of life while living with Crohn disease. *Gastroenterology Nursing,* 33(1), 37-46.

Levinson, D.J.(1978/1992).南博(訳),ライフサイクルの心理学(上).講談社.

Lovén Wickman, U., Yngman-Uhlin, P., Hjortswang, H., Wenemark, M., Stjernman, H., Riegel, B., & Hollman Frisman, G. (2018). Development of a self-care questionnaire for clinical assessment of self-care in patients with inflammatory bowel disease: A psychometric evaluation, *International Journal of Nursing Studies,* 89, 1-7.

Lovén Wickman, U., Yngman-Uhlin, P., Hjortswang, H., Wenemark, M., Stjernman, H., Riegel, B., & Hollman Frisman, G. (2016). self-care among patients with inflammatory bowel disease, *Gastroenterology Nursing,* 39(2), 121-128.

Lynch, R., & Spence, D.(2008). A qualitative study of youth living with Crohn disease. *Gastroenterology Nursing,* 31(3), 224-230.

南裕子,野嶋佐由美.(2017).看護における研究(第 2 版)(p.149).日本看護協会出版社.

宮本眞己.(1996). 感性を磨く技法 3 セルフケアを援助する(pp.4-6).日本看護協会出版社.

Mullin, C., Griffiths, K., & White, L(2019). The newly diagnosed patient. Sturm,A. & White,L(Eds). *Inflammatory Bowel Disease Nursing Manual*(pp.217-223). Switzerland：Springer.

宗像恒次.(1989). セルフケアとソーシャルサポートネットワーク-理論概説-. 日本保健医療学会年報,健康問題とセルフケア/ソーシャルサポートネットワーク, 4, 1-19.

中村真理子,瀧北佳代.(2001). クローン病患者の自己効力と生活行動に関する調査―再燃との関係について―. 日本看護学会論文集:成人看護Ⅱ, 32, 318-320.

仲瀬裕志. (2019). 炎症性腸疾患治療の現状と将来. 日本消化器病学会雑誌,116(3), 185-192.

Nemirovsky, A., Ilan, K., Lerner, L., Cohen-Lavi, L., Schwartz, D., Goren, G., Sergienko, R., Greenberg, D., Slonim-Nevo, V., Sarid, O., Friger, M., Regev, S., Odes, S., Hertz, T., & Monsonego, A.(2022). Brain-immune axis regulation is responsive to cognitive behavioral therapy and mindfulness intervations from a randomized controlled trial in patients with Crohn's disease. *Brain, Bejavior, & Immunity-Health,* 19, 1-10.

日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会第 9・10 期委員会.(2011). 看護学を構成する重要な用語集,1.

日本炎症性腸疾患協会(編).(2021).クローン病の診療ガイド(pp.10-12).文光堂.

日本消化器病学会(編).(2020).炎症性腸疾患(IBD)診療ガイドライン. 南江堂.

中川名帆子,山内豊明.(2014).デルファイ法による臨床現場が求める全身清拭の知識項目に関する調査研究.日本看護技術学会誌,13(2),117-125.

西尾ゆかり,カルデナス暁東,田中克子.(2012). 糖尿病患者のセルフケアに関するアセスメントツールの文献検討. 大阪医科大学看護研究雑誌, 2, 74-80.

野口美和子.(2007).千葉大学看護学部におけるセルフケアに関する研究.千葉看護学会会誌,13(2),91-96.

Nunes, T., Etchevers, J.M., Merino, O., Gallego, S., Garcia-Sanchez, V., Marin-Jimenez, I., Menchen, L., Acosta, M., Bastida, G., Garcia, S., Gento, E., Ginard, D., Marti, E., Gomollon, F., Arroyo, M., Monfort, D., Garicia-Planella, E., Gonzalez, B., Loras, C., Agusti, C., Figueroa, C., & Sans, M.(2013). High smoking cessation rate in Crohn's disease patients after physician advice-The

TABACROHN Study. *Journal of Crohn's and Colitis*, 7(3), 202-207.

布谷麻耶.(2019). 炎症性腸疾患患者における治療選択の意思決定支援-国内外の文献検討-. 日本慢性看護学会誌, 13(1), 2-9.

Nunotani, M.(2017). Effectiveness of a dietary support program based on behavior analysis approach for patients with Crohn's disease. *Gastroenterology Nursing*, 40(3), 229-238.

布谷(吹田)麻耶,鎌倉やよい,深田順子,熊澤友紀.(2012). クローン病患者への食事指導プログラムの開発と有効性の検証. 日本看護科学会誌, 32(3), 74-84.

O'Connor, M., Bager, P., Duncan, J., Gaaremstroom, J., Younge, L., Detre, P., Bredin, F., Dibley, L., Dignass, A., Gallego Barrero, M., Greveson, K., Hamzawi, M., Ipenburg, N., Keegan, D., Martinato, M., Murciano Gonzalo, Pino Donnay, S., Price, T., Ramirez Morros, A., Verwey, M., White, L., & Janneke van der Woude, C.(2013). N-ECCO consensus statements on the European nursing role in caring for patients with Cohn's disease or Ulcerative colitis, *Journal of Crohn's and Colitis,* 7, 744-764.

小野寺美和.(1999). クローン病の患者とその家族の意思決定にかかわる要因について. 神奈川県立看護大学校看護教育研究集録, 24, 389-395.

大池美也子,長谷川直人,道面千恵子,滝口成美,伊藤ひろみ,伊波早苗,安酸史子,河口てる子,下村裕子,小林貴子,井上知恵,横山悦子,東めぐみ,小田和美,近藤ふさえ,小長谷百絵,大澤栄実,岡美智代,林優子,小平京子,太田美帆,恩幣宏美,下田ゆかり.(2016).「看護の教育的関わりモデル」を活用した教員とのアクションリサーチによる看護師の実践に対する認識の変化.日本看護科学会誌, 36, 19-26.

大日向陽子,中村美和子.(2013). クローン病患者の心のゆとりと食事摂取状況の特徴-潰瘍性大腸炎患者との比較-. 山梨大学看護学会誌, 12(1), 1-7.

大山末美,深田順子,鎌倉やよい.(2017). がん患者の抑うつ状態を早期発見するためのアセスメントツールの開発. 日本がん看護学会誌, 31, 105-115.

Opheim, R., Moum, B., Grimstad, B. T., Jahnsen, J., Berset, I. P., Hovde, O., Huppertz-Hauss, G., Bernklev, T., & Jelsness-Jougensen, L.(2020). Self-esteem in patients with inflammatory bowel disease. *Quality of Life Research*, 29, 1839-1846.

Orem, D．E．(2001/2005) .小野寺牡紀(訳),オレム看護論-看護実践における基本概念(第４版). 医学書院.

小澤桂子,森文子,遠藤久美,佐藤まゆみ,高山京子,川地香奈子,佐藤禮子.(2019). がん化学療法における貧血アセスメントツールの開発, 千葉県立保健医療大学紀要, 10(1), 35-42.

Paterson, B, L., Russell, C., & Thorne, S. (2001). Critical analysis of everyday self-care decision making in chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 335-341.

Pedersen, N., Elkjaer, M., Duricova, D., Burisch, J., Dobrzanski, C., Andersen, N., Jess, T., Bendtsen, F., Langholz, E., Leotta, S., Knudsen, T., Thorsgaard, N., & Munkholm, P.(2012). eHealth: individualisation of infliximab treatment and disease course via a self-managed web-based solution in Crohn's disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 36(9), 840-849.

Plevinsky, J., Greenley, R., & Fishman, L. (2016). Self-management in patients with inflammatory bowel disese: strategies, outcomes, and integration into clinical care, *Clinical and Experimental Gastroenterology,* 9, 259-267.

Polit, D.F., & Beck, C. T.(2004/2010).近藤潤子(監訳), 看護研究 原理と方法第 2 版. 医学書院.

Reimers, T., Vance, M., & Young, R.(1995). Teaching self-administration of nasogastric tube insertion to an adolescent with Crohn disease. *Journal of Applied Behavior Analysis,* 28(2), 231-232.

Riegel, B., Jaarsma, T., & Stromberg, A.(2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194-204.

坂下貴子,茂野香おる,後藤奈津美.(2021). 第 5 章看護過程展開の技術.有田清子,井川順子,石田寿子,今井宏美,榎本麻里,後藤奈津美,坂下貴子,茂野香おる,丹生淳子,任和子,松尾理代,屋宜譜美子(編),系統看護学講座専門分野Ⅰ基礎看護技術Ⅰ基礎看護学 2(第 18 版)(pp.302-316). 医学書院.

櫻庭裕丈.(2019).Treat-to-target strategy によるクローン病の自然史改変,弘前医学, 70(1), 82-84.

Sexton, KA., & Bernstein, MT.(2015). Chapter2. Stress, distress and IBD. Knowles,

SR., & Mikocka-Walus, AA(Eds). *Psychological aspects of Inflammatory bowel disease* (pp10-19).New York: Routledge.

清水紀子.(2008).中年期のアイデンティティ発達研究:アイデンティティ・ステイタス研究の限界と今後の展望.発達心理学研究,19(3), 305-315.

Smolen, DM., & Topp, R.(2001). Self-care agency and quality of life among adults diagnosed with Inflammatory bowel disease, *Quality of Life Research*, 10, 379-387.

Taft, T., Keefer, L., Leonhard, C., & Nealon-Woods, M.(2009). Impact of perceived stigma on inflammatory bowel disease patient outcomes, *Inflammaoty Bowel Disease*, 15(8), 1224-1232.

Tanaka M., Iwao, Y., Okamoto, S., Ogata, H., Hibi, T., & Kazuma, K.(2009). Coping strategy when patients with quiescent Crohn's disease recognize that their conditions are worsening, *Journal of Gastroenterology,* 44(11), 1109-1112.

富田真佐子.(2008). クローン病患者におけるQOL関連要因の探索とモデルの構築. 四国大学紀要, A30, 215-226.

富田真佐子.(2004). 食事療法や経腸栄養法を行っている寛解期クローン病患者のQuality of Life. お茶の水医学雑誌, 52(1), 41-62.

富田真佐子,片岡優実.(2017). クローン病患者における抗 TNFα 抗体療法に対する意思決定と QOL への影響, 日本難病看護学会誌. 22(2),161-173.

富田真佐子,片岡優実.(2012). クローン病患者の抗 TNF-α 抗体療法導入による体験プロセス. 四国大学紀要, A37, 103-112.

富田真佐子,片岡優実, 矢吹浩子.(2007). クローン病患者において病状の不安定さがもたらす日常生活への心理社会的影響, 日本難病看護学会誌, 11(3), 198-208.

Victor, Ng., Millard, W., Lebrun, C., & Howard.(2007). Low-intensity exercise improves quality of life in patients with Crohn's disease. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 17(5), 384-388.

和田由佳.(2011). オレム看護論の 10 のパワー構成要素に着目した高齢者の内服自己管理能力チェックリストの考案. 島根県立大学短期大学部出雲キャンパス紀要, 6, 113-123.

Wåhlin, M., Stjernman, H., & Munck, B.(2019). Disease-related worries in persons

with Crohn disease. *Gastroenterology Nursing,* 42(5), 435-442.

Wolf, D., Jaganathan, S., Burudpakdee, C., Seetasith, A., Low, R., Lee, E., Gucky, J., Yassine, M., & Schwartz, D.(2018). Adherence rates and health care costs in Crohn's disease patients receiving certolizumab pegol with and without home health nurse assistance: results from a retrospective analysis of patient claims and home health nurse data. *Patient Prefer Adherence,* 12,869-878.

山本孝治.(2021). 老年期クローン病患者の療養生活の実際：加齢による影響、心理的変化、ニーズに焦点をあてた分析. 日本看護研究学会雑誌, 44(2), 237-249.

山本孝治,中村光江.(2019a). 青年期以前に発症した中年期クローン病患者の生活の再構築. 日本看護研究学会雑誌, 42(1), 17-29.

山本孝治,中村光江.(2019b). 女性クローン病患者の療養生活の経験-妊娠、出産、育児に焦点をあてて-. 日本難病看護学会誌, 23(3), 265-274.

山本孝治,布谷麻耶.(2021).クローン病患者のセルフケアに関する文献検討-国内外の文献を対象にした検討-.日本慢性看護学会誌,15(1),1-11.

山本由子,小玉敏江,亀井智子,上野佳代.(2016).高齢者のウェルネス型健康生活チェック表の作成：デルファイ法による内容妥当性の検討.日本看護科学会誌,36, 103-113.

谷津裕子.(2010). Start Up 質的看護研究(初版). 学研メディカル秀潤社.

横山薫.(2016). 8)IBD の長期予後. 日比紀文(監修), チーム医療につなげる！IBD 診療ビジュアルテキスト(pp.66-67). 羊土社.

吉田雅博.(2018).診療ガイドライン推奨作成のための合意形成法-Delphi 法についての調査報告-.東京女子医科大学雑誌,88 臨時増刊 1,35-37.

Zutshi, M., Hull, T., & Hammel, J.(2007). Crohn's disease: a patient's perspective. *International Journal of Colorectal Disease,* 22(12), 1437-1444.

図表・資料目次

図表

図 1．本研究の理論的枠組み ····· i
図 2．本研究の全体計画 ····· ii
図 3．看護アセスメントツールを確定するまでの過程 ····· iii
表 1-1～1-4．クローン病患者のセルフケアの実態(1)～(4) ····· iv
表 2-1．クローン病患者の『普遍的セルフケア要件』8 つのセルフケア要件 ··· viii
表 2-2．クローン病患者の『発達的セルフケア要件』 ····· ix
表 2-3．クローン病患者の『健康逸脱によるセルフケア要件』 ····· x
表 3．第 1 段階研究の研究協力者の属性 ····· xi
表 4-1～4-2．クローン病患者のセルフケア構築に向けた支援に必要となる看護アセスメントの視点(1)～(2) ····· xii
表 5-1～5-3．診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール（案）の作成過程(1)～(3) ····· xiv
表 6-1～6-3．診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール案(1)～(3) ····· xvii
表 7．第 3 段階研究　第 1 回調査の研究協力者の属性 ····· xx
表 8-1～8-3．第 1 回調査　診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール（第 1 版）の同意率(1)～(3) ····· xxi
資料 9．第 1 回調査の自由記載回答をもとに追加したアセスメント項目 ····· xxiv
資料 10-1～10-2．診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール第 2 版(1)～(2) ····· xxv
表 11．第 3 段階研究　第 2 回調査の研究協力者の属性 ····· xxvii
表 12-1～12-3．第 2 回調査　診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール（第 2 版）の同意率(1)～(3) ····· xxviii
表 13-1～13-3．確定した診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築するための看護アセスメントツール(1)～(3) ····· xxxi

資料

資料 1　第 1 段階研究　研究説明書 ･････････････････････････････････････ xxxiv
資料 2　第 1 段階研究　協力への意思確認回答書 ･････････････････････････ xxxvii
資料 3　第 1 段階研究　同意書 ･･･ xxxix
資料 4　第 1 段階研究　インタビューガイド ･････････････････････････････ xl
資料 5　第 2 段階研究　調査依頼書 ･････････････････････････････････････ xli
資料 6　第 2 段階研究　同意書 ･･･ xlii
資料 7　看護アセスメントツール（第 1 版）・質問紙 ･････････････････････ xliii
資料 8　第 3 段階研究　施設宛ての研究依頼書 ･･････････････････････････ xlvi
資料 9　第 3 段階研究　施設からの研究協力の意思確認書 ･････････････････ l
資料 10 第 3 段階研究　協力者宛ての研究説明書 ･････････････････････････ li
資料 11 第 3 段階研究　同意書 ･･･ liv
資料 12 第 3 段階研究　第 2 回調査研究説明書 ･･････････････････････････ lv
資料 13 看護アセスメントツール（第 2 版）・質問紙 ･････････････････････ lvii

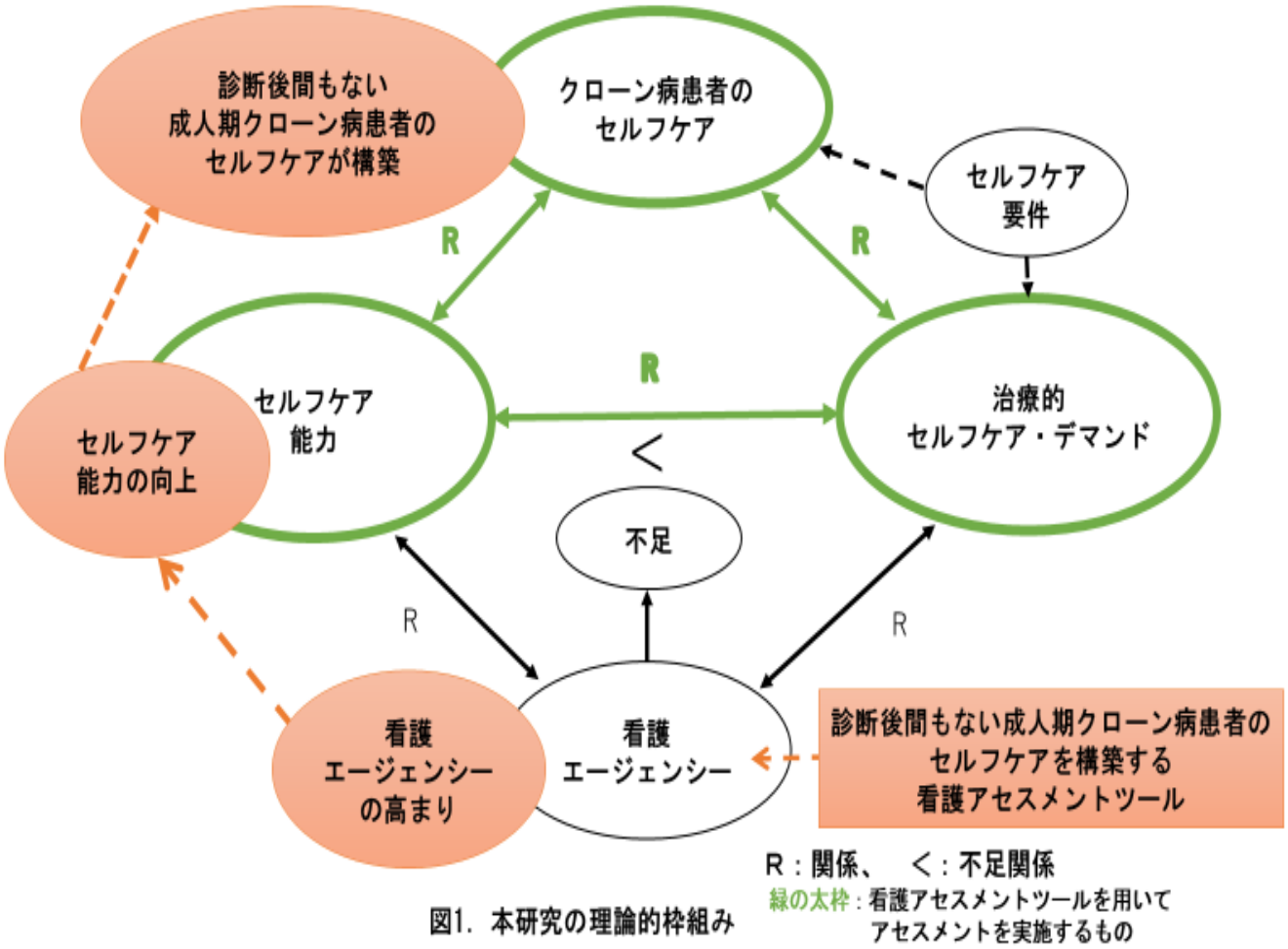


図1. 本研究の理論的枠組み

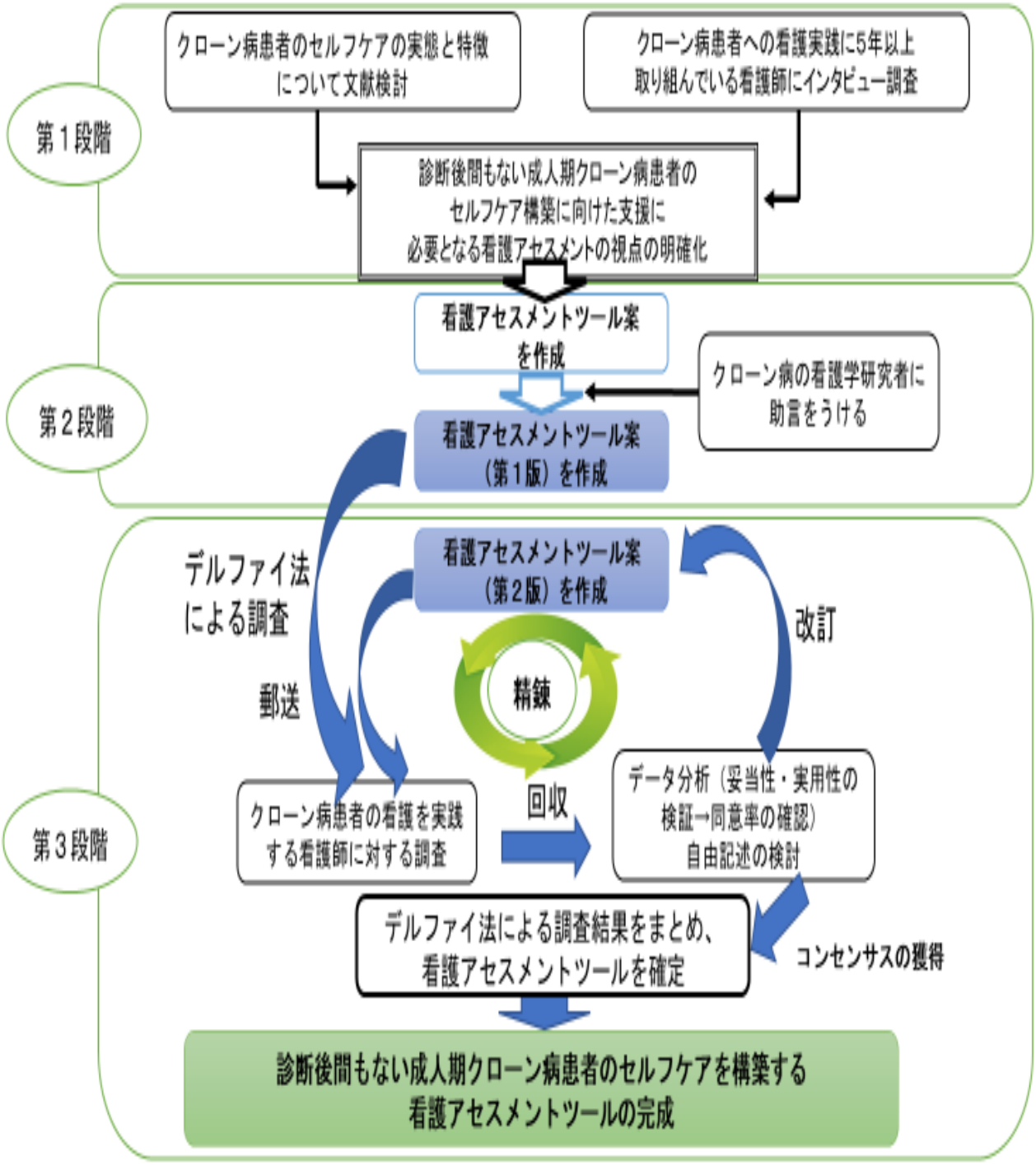

第１段階
クローン病患者のセルフケアの実態と特徴について文献検討
クローン病患者への看護実践に5年以上取り組んでいる看護師にインタビュー調査
診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケア構築に向けた支援に必要となる看護アセスメントの視点の明確化
第２段階
看護アセスメントツール案を作成
クローン病の看護学研究者に助言をうける
看護アセスメントツール案（第１版）を作成
第３段階
デルファイ法による調査
郵送
看護アセスメントツール案（第２版）を作成
改訂
精錬
回収
クローン病患者の看護を実践する看護師に対する調査
データ分析（妥当性・実用性の検証→同意率の確認）自由記述の検討
デルファイ法による調査結果をまとめ、看護アセスメントツールを確定
コンセンサスの獲得
診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツールの完成

図2. 本研究の全体計画

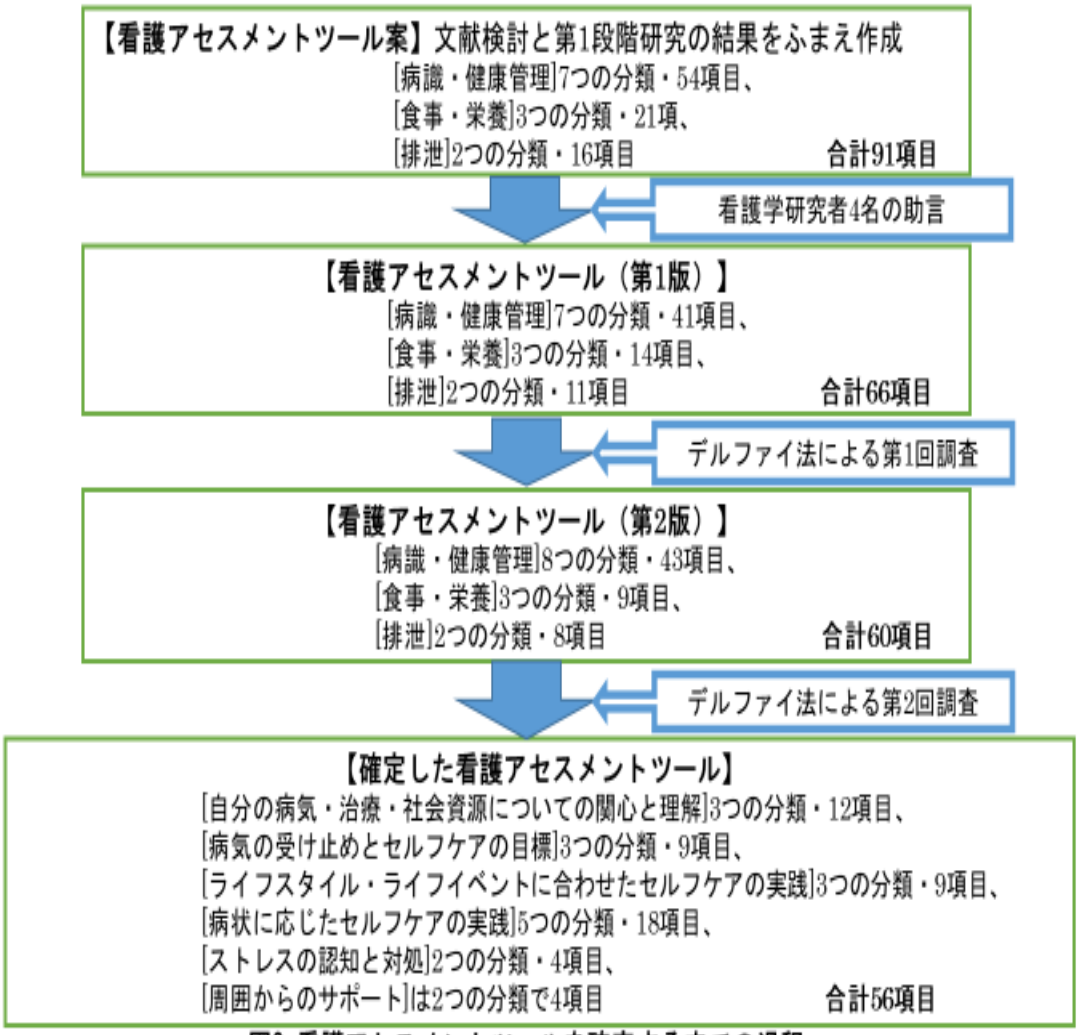


図3. 看護アセスメントツールを確定するまでの過程

表1-1. クローン病患者のセルフケアの実態(1)

カテゴリー	サブカテゴリー	クローン病患者のセルフケアに関する記述	著者，発表年
クローン病に関する情報の獲得と療養法の模索	クローン病の病気や治療に関する基本となる知識を得る	自分の病変部位と状態を知っている、講演会や勉強会に参加をする	中村，滝北，2001
		血液検査データの値を理解している	中村，滝北，2001
		セルフコントロールに関して、病気と上手く付き合っている、疾患の知識がある、食事療法に詳しい、情報収集しているという割合が高い	富田，2008
	新たな治療や自分に合った療養法について情報を模索する	クローン病では、これからの自分と家族の生活も考え、効果の期待と不安の両面から、従来からの治療か新しい治療かを選択する	富田，片岡，2017
		最良の治療法を選択するため、エビデンスの高い情報を入手し、価値観、生活の在り方を踏まえ選択していく。抗TNF-α抗体療法を選択した患者は情報収集として、医師に自分から質問、インターネットを用いた	富田，片岡，2017
		治療選択の情報収集として、パンフレットやインターネット、わからないことについては納得をするまで医療者に質問をしたり、同病者から体験談として治療効果や副作用症状の情報を得る	富田，片岡，2012
		医療者や同病者から情報を得て自分なりの模索する	山本，中村，2019a
再燃を回避するための体調コントロール	再燃を回避し体調コントロールする重要性を認識する	体調の良し悪しは日常生活だけでなく、ライフイベントや人生にも影響することを実感し、体調コントロール次第であると認識する	山本，中村，2019a
		治すのではなく調子の良さを持続させることを目指し、他者や仕事よりも自分を優先して維持させるようになる	山本，中村，2019a
		再燃体験で食事制限の必要性を認知し、食べることへの恐怖を感じ、厳格な食事制限枠の設定を実施する	吹田，鈴木，2009
		どんと構える気持ちの持ち方で体調をみて家事は手を抜く	山本，中村，2019b
	感染予防を徹底する	風邪をひくと再燃するリスクが高いので注意し、体調を崩しやすい状況に対する注意意識をもつ	中村，滝北，2001
		抗TNF-α抗体製剤の副作用である易感染性に対し、継続して感染予防に努める	富田，片岡，2012
	低強度の運動は症状を安定させる	運動は適度な疲労をもたし、症状や体調を良くするが、過度な疲労となれば症状や体調を悪化させる	藤本ら，2017
		低強度のウォーキングプログラムは有益な効果をもたらし、疾患の症状を悪化させることなく症状が改善し、QOLを向上させる	Victor et al., 2007
腹部症状による病勢察知からの対処	腹部症状と違和感を察知して、対処の必要性を判断する	察知は指標でなく、日常ある症状とのわずかなズレや違和感といった漠然した感覚で感じ取っている（身体の知）	石橋，2012
		腹痛、下痢、排便回数の増加の症状があると病状悪化を認識する	栫井ら，2016
		腹痛、有熱、血便の症状があると受診を判断する	栫井ら，2016
		腸管狭窄に伴う腹部膨満や腹痛、腸蠕動亢進の音の知覚があった	山本，中村，2019a
		腹痛でもイレウスの痛みは区別される	石橋，2012
		症状出現すると、自分の回復のパターン（経過を見極める、波が過ぎるのを待つ、受診で確かめる、待っている猶予はない）を把握しており、いずれかの対処をとる	石橋，2012
		患者による自己判断調整として栄養剤は有効であるが、受診すべきタイミングを逸している可能性がある	栫井ら，2016
	症状の自覚で、食事を調整する	排便回数で食事や栄養療法を調節する	中村，滝北，2001
		症状悪化したら、食事を抜いて栄養剤の調整、消化の良い食事にする	栫井ら，2016
		腸管狭窄がある場合、絶食は効果的な対処戦略になる	Tanaka et al., 2009
		症状が悪化する状況において、70%が「食事の内容を変更する」ことを実施している	Tanaka et al., 2009
		症状を知覚したら食事療法の実践と成分栄養剤への切り替えを行う	山本，中村，2019a
	症状悪化で休息、睡眠を確保する	休息と睡眠を確保する	山本，中村，2019a
		症状悪化すると仕事を休む、睡眠を多めにとる	栫井ら，2016

表1-2. クローン病患者のセルフケアの実態(2)

カテゴリー	サブカテゴリー	クローン病患者のセルフケアに関する記述	著者，発表年
腸管の炎症を起こす引き金となるストレスへの対処	ストレスは腸管炎症の誘因になることを自覚する	日常生活のストレスと症状とは関連し、対処をしないと心理的な影響を引き起こした、対処として、知識や対処戦略、社会的援助、予防的健康法の実践があった	Lesnovska et al., 2010
		ストレスがクローン病に影響すること、だからこそストレスがない生活に慣れなければならないことも理解している	Lynch & Spence, 2008
		病状悪化や手術への不安を強くなると、自己管理や病気に付き合っていくという意識がもてなくなる	富田，片岡，矢吹，2007
		症状が強まりセルフケアが困難になれば生活満足度は低下する	富田，片岡，矢吹，2007
	ストレスマネジメントの実践で症状緩和を実感する	ストレッサーは患者に影響を及ぼすがストレス要因の排除は不可能である、ただしストレス軽減方法を提供することは可能である	Zutshi, Hull, & Hammel, 2007
		心配事について誰かに話すことで心配事の共有をはかる、相手は専門家でなく同病者や友人でよい、同病者や患者組織への参加も有効である	Wåhlin, Stjernman, & Munck, 2019
		ソーシャルサポートネットワークからの情報や情緒的支援を得たことで、ストレス緩和や対処の実践に繋ぐ	柏倉，2001
		ストレスに対する焦点を変えたり、リラクゼーション法により心配する思考を制御させることは有用である、また働けることは患者の自尊心を保つうえで重要となる	Wåhlin, Stjernman, & Munck, 2019
		ストレスマネジメントの指導を受けると、治療後の疲労感、便秘、腹痛、腹部膨満の減少を認めた	García-Vega & Fernandez, 2004
	運動によりストレス解消を実感する	体を動かすことで、治療に前向きな気持ちで取り組める、ストレス解消を実感する	藤本ら，2017
		ウォーキングプログラム実施前と比較して、生活満足度が上昇し、運動を取り入れていくと、ライフストレスの有害な生理学的影響を緩衝する	Loudon et al., 1999
試行錯誤により見出した自分に合った療養法の長期的な実践	試行錯誤により自分に合った療養法を見出し長期的に実践する	再燃を起とした学習サイクルをふみ、食事栄養療法の効果と限界を痛感し、QOLの向上を目指した試行錯誤の体験学習へと続く	吹田，鈴木，2009
		発病後、指示・指導された食事栄養療法から試行錯誤による模索を繰り返しながら、自分の身体と生活に合った食事制限法を主体的に見出し、獲得していく	吹田，鈴木，2009
		経鼻栄養の自己管理を含む生活に適応し、新しい正常性が再構築された後、チューブ挿入による影響は問題でなくなっていった	Cai, Lim & Zhou, 2018
		生活の場面で試行錯誤された工夫は生活に根付くが、生活やライフイベントに応じて繰り返し修正がなされる	山本，中村，2019a
		患者は疾患と日常生活の変化、症状の変化に対処するための高度なスキルをもつことができる	Zutshi, Hull, & Hammel, 2007
		失敗をして体調を整えながら育児を両立しバランスをつかんでいく	山本，中村，2019b
		若年発症で、患者は生涯にわたり特定の症状に対する影響を対処し学習する、比較的若年の時期で対処スキルを発達させなければならない	Zutshi, Hull, & Hammel, 2007
		療養は生涯続くため、長期的視点で無理なく継続できることが重要視される	山本，中村，2019a

表1-3. クローン病患者のセルフケアの実態(3)

カテゴリー	サブカテゴリー	クローン病患者のセルフケアに関する記述	著者，発表年
症状コントロールおよび他者との付き合いを維持するための食事と排泄の工夫	繊維類、刺激物と脂肪を控えた食事を摂取する	食事について痛みが増すから脂肪の多いものは控える、狭窄により動けなくなる、外出する時は前もって食べない	Lynch & Spence, 2008
		食物は60%で症状を悪化させ、特にスパイス、油性食品、ナッツに注意が必要。低繊維食や白身の肉では症状が減少、症状に影響する食品を選択していく	Zutshi, Hull, & Hammel, 2007
		潰瘍性大腸患者に比べ食生活や症状悪化の不安など療養上の問題を感じやすく、野菜類は煮物やスープ等調理方法を工夫し、煮物、煮つけ、蒸す、ゆでるなど油を取らない。n-3PUFA摂取量増加には含有量の多い魚をすり潰し、ペースト状態にしてミキサーにかけ消化しやすい形態で摂取する	大日向，中村，2013
	自分にあった食品と量を見極め食の調整を行う	食事指導プログラムにより試し体験行動（自分にとって安全な食品か否かの弁別）を有意に行うようになる	布谷ら，2012
		食品を試しに摂取し、弁別して、自分の健康状態に合う食事療法を実践する	Nunotani, 2017
		再発誘因食品を見極めるための試し体験を行い、食欲への対処法の獲得、予定や体調に合わせた食事調整ができるようになる	吹田，鈴木，2009
		成分栄養剤やジュースを飲んで食欲への対処法の獲得を行う	吹田，鈴木，2009
		患者は再燃の引き金になる食品を判断し、長期的に食事の満足度を向上できるようになる	Nunotani, 2017
		クローン病は消耗性の疾患であり、患者の消化吸収は低く、それに応じた食事内容および食事量を個別に調整する必要がある、症状を抑えることだけでなく、より満足のいく食事をすることがQOLを高める	富田，2004
	外食や他者との食事における食事摂取を工夫する	魚中心の食事、脂肪、繊維類、刺激物は避け、外出時はメニューを考え選択し食事制限を考えている	中村，滝北，2001
		外食時はメニューを考えて選ぶ、宴会や特別な日でも食事制限を考えている	中村，滝北，2001
		仕事や付き合いの予定、摂取した食事内容と体調を考慮して、食事内容と量を判断して加減をする	吹田，鈴木，2009
		他者との食事の場での自分なりの対処法を確立し、別メニューを注文、食べられる物を少量摂取、主導権を握り他者に合わせてもらう、予定を考え食事を調整、飲食する真似をして誤魔化す、他者の目を気にせず割り切ることを実践する	吹田，鈴木，2007
	成分栄養剤は症状の安定と体調悪化に用いる万能なツールである	経腸栄養により腸管の安静と栄養補給を行い寛解維持ができれば、安心した食事ができる	富田，2008
		抗TNF-α抗体療法をしていても食に関する不安から開放されず、食事療法継続の継続と悪くなったらエレンタールを服用する	富田，片岡，2012
		成分栄養剤は医療者に頼らず自ら体調にあわせた調整ができる万能なツールである	山本，中村，2019a
	頻回の下痢を見据えたトイレの把握と失禁パットを常備しておく	寛解期にあっても常に近くにトイレを見つけておき、便意感じたら間に合うようにしておく	Wåhlin, Stjernman, & Munck, 2019
		下痢を見据えて外出先のトイレの把握や失禁パットの常備など日常的に対処する	山本，中村，2019a
家族や同病者、医療者からの支えで療養行動を強化	家族や信頼できる他者の存在で前向きになれる	信頼できる相手がいること、何か急に誰かの手助けがいる時に助けてくれる相手がいることが必要である	柏倉，2001
		悩みを打ち明けられる人、心の支えとなる人を多く確保し、病気とうまく付き合っていこうという意識を高める	富田，2008
		再燃時に協力を依頼できる頼れる存在を確保しておく	山本，中村，2019a
		さり気ない家族の気遣いを感じ、体調コントロールが強化される	山本，中村，2019a
		共に生活を管理しサポートできるパートナーが存在し、自ら役割を担うことが健康管理維持の動機付けとなり、長期間の寛解維持を可能にする	中村，瀧北，2001
		セルフコントロール感は周りのサポートによってさらに高められ、インフォーマルなサポートよりもむしろ医療的サポートがQOLを向上させる	富田，2004
		既婚者は受診のために休みをとる対処戦略を行う傾向があり、大事にしたい家族の存在が、慎重かつ適切な対処行動に影響する	Tanaka et al., 2009
		病気を話して周りの協力を得る術をみにつける。子どもの面倒や家事の手伝いを夫と親から、気遣いとさりげなく行われ、やさしさとつながりがうまれていく。更には、家族はかけがえない存在で、家族のために元気でいたいと体調を維持する目標になる	山本，中村，2019b
	同病者の経験で新たな気づきと意欲が高まる	ピアによる同じ年代の患者が経鼻経管栄養を経験しているのを見て不安が軽減、自己挿入の意欲が高まった	Cai, Lim & Zhou, 2018
		同病者と知り合え自分だけではないという安心感を得て、共感ができる存在として認識をする。経験談は説得力があり、新たな気づきや参考にできる部分を取り入れていく	小野寺，1999
	医療者による継続的なフィードバックにより療養行動の実践が向上する	看護師による継続的な支援を受けると自己注射のアドヒアランスは向上する	Wolf et al., 2018
		試し食事の行動は、医療者によるフィードバックで患者のセルフモニタリングや試し食事行動の継続の向上に繋がった	布谷ら，2012
		患者教育とカウンセリングに基づく禁煙戦略が、安全な禁煙にむけた支援に効果的であることが示唆された	Nunes et al., 2013
		クローン病患者へのケア提供は、包括的な方法で行われるべきで、栄養士やカウンセラーを含むチームアプローチが不可欠となる	Zutshi, Hull, & Hammel, 2007
		シミレーショントレーニングによる経鼻胃管の挿入により、挿入パフォーマンスは向上し、正確な手順を実施し続けられた	Reimers, Vance, & Young, 1995
クローン病と共に生きる中での充実した生活の維持	療養実践による効果を実感して病気とうまく付き合っていることを体感する	試行錯誤して自分なりに頑張ってきたことを誇りに思い、病気だったからこそ得られた喜びを感じる	山本，中村，2019a
		病気に適応していくことは成長していくことであり、心理過程はクローン病として生きていく経過の一部で生じるものである	Lynch & Spence, 2008
		症状のコントロールにより幸福感を感じることができる、病気をもちながら良好なQOLにするためには克服をしていくべき戦略がある	Lesnovska et al., 2010
		セルフケアの知識や技術を習得するだけでなく、それにより症状をコントロールし、日常生活を楽しむ余裕や充実した仕事の遂行が可能になり、「病気とうまく付き合っている」と感じ、QOLが向上する	富田，2004
		病気をもちながら出産、育児できたことで女性としての喜びを実感する	山本，中村，2019b
	楽しみと生きがいをみつけて病気とともに自分らしく生きる	病気だけでなく、仕事や趣味といった生きがいをみつけ楽しみながら自分らしく生きる	山本，中村，2019a
		生きがいにより充実感を得て体調の良さを実感し、生きがいを楽しむために体調を維持するようになる	山本，中村，2019a

表1-4. クローン病患者のセルフケアの実態(4)

カテゴリー	サブカテゴリー	クローン病患者のセルフケアに関する記述	著者，発表年
家族や同病者、医療者からの支えで療養行動を強化	家族や信頼できる他者の存在で前向きになれる	信頼できる相手がいること、何か急に誰かの手助けがいる時に助けてくれる相手がいることが必要である	柏倉，2001
		悩みを打ち明けられる人、心の支えとなる人を多く確保し、病気とうまく付き合っていこうという意識を高める	富田，2008
		再燃時に協力を依頼できる頼れる存在を確保しておく	山本，中村，2019a
		さり気ない家族の気遣いを感じ、体調コントロールが強化される	山本，中村，2019a
		共に生活を管理しサポートできるパートナーが存在し、自ら役割を担うことが健康管理維持の動機付けとなり、長期間の寛解維持を可能にする	中村，瀧北，2001
		セルフコントロール感は周りのサポートによってさらに高められ、インフォーマルなサポートよりもむしろ医療的サポートがQOLを向上させる	富田，2004
		既婚者は受診のために休みをとる対処戦略を行う傾向があり、大事にしたい家族の存在が、慎重かつ適切な対処行動に影響する	Tanaka et al., 2009
		病気を話して周りの協力を得る術をみにつける。子どもの面倒や家事の手伝いを夫と親から、気遣いとさりげなく行われ、やさしさとつながりがうまれていく。更には、家族はかけがえない存在で、家族のために元気でいたいと体調を維持する目標になる	山本，中村，2019b
	同病者の経験で新たな気づきと意欲が高まる	ピアによる同じ年代の患者が経鼻経管栄養を経験しているのを見て不安が軽減、自己挿入の意欲が高まった	Cai, Lim & Zhou, 2018
		同病者と知り合え自分だけではないという安心感を得て、共感ができる存在として認識をする。経験談は説得力があり、新たな気づきや参考にできる部分を取り入れていく	小野寺，1999
	医療者による継続的なフィードバックにより療養行動の実践が向上する	看護師による継続的な支援を受けると自己注射のアドヒアランスは向上する	Wolf et al., 2018
		試し食事の行動は、医療者によるフィードバックで患者のセルフモニタリングや試し食事行動の継続の向上に繋がった	布谷ら，2012
		患者教育とカウンセリングに基づく禁煙戦略が、安全な禁煙にむけた支援に効果的であることが示唆された	Nunes et al., 2013
		クローン病患者へのケア提供は、包括的な方法で行われるべきで、栄養士やカウンセラーを含むチームアプローチが不可欠となる	Zutshi, Hull, & Hammel, 2007
		シミレーショントレーニングによる経鼻胃管の挿入により、挿入パフォーマンスは向上し、正確な手順を実施し続けられた	Reimers, Vance, & Young, 1995
クローン病と共に生きる中での充実した生活の維持	療養実践による効果を実感して病気とうまく付き合っていることを体感する	試行錯誤して自分なりに頑張ってきたことを誇りに思い、病気だったからこそ得られた喜びを感じる	山本，中村，2019a
		病気に適応していくことは成長していくことであり、心理過程はCDとして生きていく経過の一部で生じるものである	Lynch & Spence, 2008
		症状のコントロールにより幸福感を感じることができる、病気をもちながら良好なQOLにするためには克服をしていくべき戦略がある	Lesnovska et al., 2010
		セルフケアの知識や技術を習得するだけでなく、それにより症状をコントロールし、日常生活を楽しむ余裕や充実した仕事の遂行が可能になり、「病気とうまく付き合っている」と感じ、QOLが向上する	富田，2004
		病気をもちながら出産、育児できたことで女性としての喜びを実感する	山本，中村，2019b
	楽しみと生きがいをみつけて病気とともに自分らしく生きる	病気だけでなく、仕事や趣味といった生きがいをみつけ楽しみながら自分らしく生きる	山本，中村，2019a
		生きがいにより充実感を得て体調の良さを実感し、生きがいを楽しむために体調を維持するようになる	山本，中村，2019a

表2-1. クローン病患者の『普遍的セルフケア要件』8つのセルフケア要件

セルフケア要件	クローン病患者の具体的な要件
1.十分な空気摂取の維持	該当なし
2.十分な水分摂取の維持	･頻回の下痢による脱水予防のための十分な水分摂取の維持
3.十分な食物摂取の維持	・腸管切除による消化吸収能低下に起因する低栄養予防のための十分な栄養摂取の維持 ・腸管炎症による消化吸収能低下に起因する低栄養予防のための十分な栄養摂取の維持 ・腸管狭窄によるイレウス予防を意識した十分な食物摂取の維持 ・下痢や腹部症状をきたさないよう脂質の摂取を制限 ・栄養状態に応じた成分栄養剤（経管栄養を含め）を摂取
4.排泄過程と排泄物に関するケアの提供	・頻回の下痢で肛門周囲膿瘍、痔瘻を併発しないように清潔を保持 ・臀部のスキンケアを継続して実施 ・外出時、突然の排泄に間に合うようにトイレを確認 ・漏便を回避するために早めにトイレへ移動 ・漏便対策のために失禁パッドを準備
5.活動と休息のバランスの維持	・下痢と栄養状態不良に起因する体力消耗を温存する休息の確保 ・体力消耗による倦怠感を考慮した、活動と休息のバランスを維持 ・夜間の睡眠を十分に確保 ・倦怠感や疲労を自覚したら、休息を確保
6.孤独と社会的相互作用のバランスの維持	・食事制限や下痢症状に応じた外出 ・stigmaや社会的な孤立を感じることなく、役割を担い実行 ・病気や治療、療養について、周囲の状況に応じカミングアウト ・周りに誤解を受けないように、必要時に病気について説明
7.人間の生命、機能、安寧に対する危険の予防	・再燃は安寧を妨げることを認識 ・ストレスは病気を悪化（再燃）する誘因と認識 ・ストレッサーを認識して、適切なコーピングによるストレスマネジメントの実践 ・再燃を誘発する暴飲暴食やアルコールの摂取、喫煙をしない
8.人間の潜在能力、既知の能力制限、および正常でありたいという欲求に応じた社会集団の中での人間の機能と発達の促進	・病気を受けとめて、病気役割を認識して実行 ・病気や再燃に関する経験をを元に、自分なりの対処法を見つけ潜在能力を見出す

※表1-1～4の文献を参考にして研究者で具体的な要件を検討して示した

表2-2. クローン病患者の『発達的セルフケア要件』

セルフケア要件	クローン病患者の具体的な要件
【成人期】	・将来の不安があっても、ありたい自分に向かって自らの進路を選択 ・就職や転職による環境やライフスタイルが変化しても体調を維持 ・結婚後に環境が変化しても対処および調整する ・（女性の場合）妊娠・出産で、中止薬剤や妊娠による腹部膨満出現、ホルモンバランスの変化に伴う体調の変化に対処

※表1-1～4の文献を参考にして研究者で具体的な要件を検討して示した

表2-3. クローン病患者の『健康逸脱によるセルフケア要件』

セルフケア要件	クローン病患者の具体的な要件
1.病理学的事象や状態に関連する特殊な物理学的・生理学的作用因または環境的条件にさらされた場合、あるいは、病気をもたらしたり、それに関係することがわかっている遺伝的・生理的・心理的状態の証拠が存在する場合に、適切な医学的援助を求め、確保する	・体調悪化を察知して、成分栄養剤に切り替える対処 ・体調が悪化したらそのまま経過をみてよいか、医学的援助が必要か、受診が必要であるか判断する（放置しない） ・症状や療養で困っている、悩んでいる場合、医療者に相談する（一人で抱え込まない）
2.発達への影響も含め、病理学的な条件と状態がもたらす影響と結果を認識し、それらに注意を払うこと	・腹部や全身症状に関する病勢察知を自覚する ・病気の難治性、重症性による再燃の持続に対する薬物療法、食事栄養療法の継続した実践 ・腸管合併症の併発（腸管狭窄・イレウス、瘻孔＜内瘻・外瘻＞、膿瘍、穿孔、出血）に対し、新たな対処、調整を実践 ・腸管外合併症を併発（肛門部病変、関節炎、虹彩炎/ブドウ膜炎）に対し、新たな対処、調整を実践 ・腸管切除術の術後で下痢に対する対処、食事栄養療法の実践 ・ストレスが病気に及ぼす影響を認識して、セルフマネジメントを実践
3.特定のタイプの病気を予防し、病気そのものを治療し、人間の統合的機能を調整し、欠損もしくは異常を修正し、廃疾を代償するために医師が処方した診断的・治療的処置、およびリハビリテーションを効果的に実施する	・再燃したら食事を控え、成分栄養剤に切り替える調整 ・生物学的製剤の定期的な投与を遵守し、薬剤の血中濃度を維持 ・生物学的製剤の効果減弱を見極め、投与間隔の短縮や薬剤量の調整を主治医に相談する ・処方された内服薬/成分栄養剤は確実に服用する（服薬コンプライアンス）
4.発達への影響も含め、医師が処方もしくは実施した医学的ケアの、不快や害をもたらすような影響を認識し、注意を払い調整する	・成分栄養剤の独特の味と匂いの対策でフレーバーや経管栄養法を用いる ・成分栄養剤による下痢予防のため経腸栄養法を用いる ・経管栄養はチューブの清潔保持と苦痛を軽減できるチューブ選択と挿入方法の工夫 ・暴飲暴食を回避するために、食欲をコントロール ・腹部症状や下痢の誘因になる食品を見定め、摂取を制限する ・仕事や家庭が忙しくても、定期受診を継続 ・生物学的製剤による治療の特徴と副作用を理解し対処する ・生物学的製剤による易感染性を認識し、感染予防行動を実践
5.自分が特殊な健康状態にあり、専門的なかたちのヘルスケアを必要としていることを受け入れることで、自己概念（自己像）を修正する	・病気を受けとめて、治療や療養に取り組む姿勢がある ・病気を受けとめて、薬物療法、食事栄養療法の必要性を認識して実行する ・病気や治療について、適切な情報源から収集して知識を獲得 ・病気と治療、療養をふまえた自分のライフスタイル、将来の姿をイメージする ・自分なりの療養法を見出してセルフケアが確立する ・ありたい自分の姿に向けて、病気や治療による影響を考えながら折り合いをつける ・再燃を繰り返す場合、その原因を考え、対策を考慮する
6.病理学的な条件と状態の影響、ならびに医学的な診断と治療処置の影響のもとで、持続的な人間としての発達を促進するようなライフスタイルを守って、生活することを学ぶ	・再燃や入院による学業や就労への影響について対処する ・下痢や腹部症状による通学、通勤への支障、日中における活動に対処する ・仕事や学校の休みを調整して外来通院を優先する ・病気や治療、症状と生活において、何を優先して折り合いをつけるべきかを認識する

※表1-1～4の文献を参考にして研究者で具体的な要件を検討して示した

表3. 第1段階研究　研究協力者の属性

協力者	性別	年代	看護師経験年数（年）	クローン病患者の看護実践経験年数（年）	インタビュー時間（分）
A	女性	40代	15	12	42
B	女性	30代	14	7	62
C	女性	30代	11	5	58
D	男性	20代	5	5	51
E	女性	50代	32	10	51
F	女性	30代	19	8	48
G	女性	40代	15	15	35
H	女性	30代	16	11	56
I	女性	40代	25	15	45
J	女性	50代	32	30	42
K	女性	30代	12	7	43
L	女性	50代	35	35	46

表4-1. クローン病患者のセルフケア構築に向けた支援に必要となる看護アセスメントの視点(1)

カテゴリー	サブカテゴリー	コードの例
自分の病気・治療・社会資源についての関心と理解	自分の病気や治療への関心	積極的に患者から質問があるか（K-1）
		病気や治療について調べた情報をもっているか（L-1）
	自分の病気や治療についての理解	自分の病気や病変の部位、なぜ狭窄症状が起きるのか理解しているか（E-1）
		炎症、病変がある腸の部位、狭窄がどこにあるのかを認識しているか（E-2）
		本人の病気や治療について理解が難しいという感じがあるか（H-1）
		本人の理解力はどうか（H-2）
		患者が病気についてしっかりと理解できているか（K-2）
		小腸型か大腸型なのかについて理解をしているのか（K-3）
		小腸の部分切除で何cm残っているか理解しているか（K-4）
		情報について正しく知っているか（L-2）
		痔瘻の管理、早期発見は大事なことだと認識しているか（L-3）
	利用できる社会資源の把握	うまく社会資源を活用しているか（I-1）
		指定難病の申請を忘れていないか（J-1）
病気の受け止めとセルフケアの目標	病気の受け止め	患者が納得いくかたちで投与ができているか（B-1）
		疾患の受け入れの程度、病気をどう感じているのか（C-1）
		病気に対する受入れができているか（E-3）
		心理的な受入れができているか（E-4）
		診断されて病気を自分自身が受け入れるのに時間がかかっているか（F-1）
		診断を受けて、その時々で出てくる症状、今後のことを考えて、気持ちが変わっていったか（H-3）
	健康に対する価値	病気の優先順位が低いか（A-1）
		健康を極力優先しているか（B-2）
		調子が悪いと食事を控えてエレンタールを代わりにとって自分の体のことを考えているか（B-3）
		生活で何を大事にしているのか（D-1）
		寛解期だったり健康状態を維持するには何が必要か、大事なのかを知っているか（L-4）
	患者の望みや目標	クローン病をどのように捉え、真剣に治療に取り組みたい、治したいのか、今のままでよいのか（C-2）
		今一番近い目標で言うとどの辺までの生活が望みなのか（C-3）
		どういうふうになりたいのか（C-4）
		自分なりに見出した食事のやり方が、その人の目標に沿っているか（D-2）
		患者がどうしたいのか（E-5）
ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの実践	自主的な療養の実践	ヒュミラの自己注射を自分でできるか（F-2）
		内服や食事療法が管理できているか（K-5）
		説明を受けてその上で患者が自主的に治療、療養に取り組めているか（K-6）
		薬が飲めていたり食事の管理がきっちりなされているか（K-7）
		寛解期でも食事療法が基本で実施できているか（L-5）
	ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの調整	罹患歴が長い患者は独自で編み出した日常生活での対処とか方法をしているか（B-4）
		生活にあったセルフケアになっているか（D-3）
		ライフイベントに合わせてセルフケアの変容ができているか（D-4）
		生活環境が変わると生活に合わせてセルフケアを考えることができているか（D-5）
		病状との兼ね合いで仕事など調整ができているか（H-4）
		普通の生活ができているか（J-2）
		食べる、寝る、夜型の生活か、体内リズムが壊れていないか（J-3）
		仕事やプライベートの用事を調整して受診することができているか（K-8）
	無理なく継続できるセルフケア	無理なく普通に生活に折り込んでいけるのか（C-5）
		無理のない楽に負担がないかたちで続けられるセルフケアか（C-6）
		具体的に無理なく実践可能で目標がクリアできる療養方法か（C-7）
		自宅に帰って本人がセルフケアを実施できる範囲か（H-5）
		本人が実際できそうな方法か（H-6）

（ ）内は研究協力者のアルファベットA～L、コード番号

表4-2　クローン病患者のセルフケア構築に向けた支援に必要となる看護アセスメントの視点(2)

カテゴリー	サブカテゴリー	コードの例
病状に応じたセルフケアの実践	悪化する前兆の察知	お尻に関して痔瘻、肛門周囲膿瘍のような痛みとか熱とか自覚があるか（A-2）
		体の感覚が採血データと一致しない時はより体の変化に敏感になれているか（D-6）
		体の変化に気づいて腸管狭窄、イレウスとか合併症の発見に繋げているか（D-7）
		炎症があっても症状がない人には、体のセンサーをもっと敏感にしているか（D-8）
		お腹の調子が悪い、下痢が続いている、出血が多いとか症状がこれ以上続くと異常だなというのを自分で分かっているか（H-7）
		肛門部の症状に関して本人が注意することができているか（H-8）
		重症化に伴う腹痛や肛門病変でお尻の症状、下痢が多くなったかどうかについて患者が察知しているか（K-9）
	病状に応じた食事とトイレの調整	症状悪化時にエレンタールは飲むという折り合いをつけることができているか（A-3）
		まず絶食で水分だけにして、エレンタール、徐々に通ったら段階食に戻していく患者自身の確立された対処法をもっているか（A-4）
		下痢は止痢剤をうまく使って、“ここぞ”という外出の時に飲んでいるか（A-5）
		トイレで困っていないか（D-9）
		外出先でトイレの位置を事前にリサーチしているか（D-10）
		調子が悪かったらトイレにすぐ行けるその人なりに工夫をしているか（D-11）
		下痢止めを使って外出先での排泄コントロールをしているか（D-12）
		病状的に狭窄があって食物繊維を避ける必要があるか、脂質を摂ってもいいかを考えているか（E-6）
	肛門部の清潔保持	お尻が不潔にならないように洗ったり、自分で注意できているか（B-5）
		肛門周囲膿瘍は不清潔だと生じるので、お尻の清潔を保てているか（D-13）
		肛門部の清潔に関して日頃どのようにしているのか（H-9）
		細目にウォシュレットで洗っているかどうか、下着に膿が付くか、パットを使用しているか（H-10）
	肛門科の定期受診	肛門診を嫌がっていないか（F-3）
		定期的な肛門科受診でサーベイランスのがん検診を受けているか（G-1）
		肛門科の診察を嫌がっていないか（G-2）
		サーベイランスを受けているのか、痔瘻があっても放置をしていないか（I-2）
		定期的な肛門科受診で痔瘻の診察を受けているか（L-6）
	適切な受診判断	イレウスにならないよう早めの対応をしているか（A-6）
		受診をしなくても大丈夫かどうかの判断をしているか（E-7）
ストレスの認知と対処	ストレスの認知	精神的不安定というかストレスを抱えたりしていないか（B-6）
		何かストレスがかかることが生活であったか（D-14）
		トイレで困っていてストレスになっていないか（D-15）
		肛門病変への不安な部分があるか（I-3）
	ストレスへの対処	運動とかストレス発散で動いてとか、趣味をもっているか（A-7）
		どこかでストレス発散をできているか（B-7）
		ストレスを抱えて体調悪化する人もいるから、看護師に話をしてくれるか（B-8）
		本人にとってストレスがかかる出来事は乗り越えられるように自己管理方法を考えていけているか（D-16）
		ストレスの出来事を乗り越えられたら生活に適応していけるか（D-17）
周囲からのサポート	困った時の相談相手	困った時に誰に言っているか、自分で口に出して言っているか（E-8）
		患者が困った時に周りからサポートが得られるか（E-9）
		困った時のSOSをどんなふうにして出していくとよいのかわかっているか（I-4）
		患者の周りとの関係性が構築されているか（I-5）
	家族のサポート	奥様の介入があることで薬を飲めたりヒュミラが打てたり、サポート的な部分が受けられているか（F-4）
		家族に話せるのか、食事の準備で協力をしてもらえるのか（H-11）
		家族の支援があるか（J-4）
	同病者との繋がり	他の患者と話す機会があるのか、繋がりをもっているか（H-12）
		患者会や患者同士で食事のことなどアドバイスだったりいろんな話をする機会をもっているか（H-13）

（　）内は研究協力者のアルファベットA～L、コード番号

表5-1. 診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール（案）の作成過程(1)

第1研究のサブカテゴリー	文献検討のサブカテゴリー	No	アセスメントの項目	アセスメントの分類	視点
自分の病気や治療についての理解	クローン病の病気や治療に関する基本となる知識を得る	1	クローン病について病態・症状・治療の基本的な知識を理解できているか	病気や治療についての理解力	病識・健康管理
自分の病気や治療についての理解	クローン病の病気や治療に関する基本となる知識を得る	2	自分の病変部位や合併症について理解できているか		
自分の病気や治療への関心	—	3	納得がいくかたちでの治療が実施されているか		
自分の病気や治療についての理解	クローン病の病気や治療に関する基本となる知識を得る	4	クローン病が難治性疾患で寛解維持が重要であると理解できているか		
自分の病気や治療についての理解	クローン病の病気や治療に関する基本となる知識を得る	5	自分に処方されている薬剤の名称と効用を理解できているか		
自分の病気や治療についての理解	クローン病の病気や治療に関する基本となる知識を得る	6	治療薬の副作用について理解ができているか		
自分の病気や治療についての理解	クローン病の病気や治療に関する基本となる知識を得る	7	薬の服用、成分栄養剤の注入を正しい方法で実施できているか		
自分の病気や治療についての理解	クローン病の病気や治療に関する基本となる知識を得る	8	食事・栄養療法の必要性を理解できているか		
自分の病気や治療への関心	新たな治療や自分に合った療養法について情報を模索する	9	病気や治療の正確な情報を自ら調べることができているか		
自分の病気や治療についての理解	新たな治療や自分に合った療養法について情報を模索する	10	生物学的製剤の効果減弱の症状を理解できているか＜生物学的製剤投与患者＞		
自分の病気や治療についての理解	新たな治療や自分に合った療養法について情報を模索する	11	ヒュミラ®の自己注射を正しい手順で実施できるか　＜ヒュミラ®投与患者＞		
自主的な療養の実践	再燃を回避し体調コントロールする重要性を認識する	12	治療を継続していく必要性を理解できているか	治療を継続していく力	
自主的な療養の実践	—	13	内服の自己中断や残薬がないか		
自主的な療養の実践	—	14	通院を継続できているか		
自主的な療養の実践	—	15	内服や通院を中断した理由は何か		
自分の病気や治療についての理解	—	16	治療の中断で起こりうる病状の変化を理解できているか		
自主的な療養の実践	—	17	定期的に検査を受ける必要性を理解し、検査を受けることができているか		
無理なく継続できるセルフケア	—	18	治療を継続するうえで支障をきたす事柄がないか		
自分の病気や治療についての理解	新たな治療や自分に合った療養法について情報を模索する	19	生物学的製剤の定期投与の必要性を理解できているか＜生物学的製剤投与患者＞		
自主的な療養の実践	—	20	生物学的製剤の投与を処方されたスケジュールで実施できているか＜生物学的製剤投与患者＞		
ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの調整	—	21	体内バランスを崩す不規則な生活を過ごしていないかどうか	療法と生活のバランスをとる力	
ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの調整	症状悪化で休息、睡眠を確保する	22	睡眠、休息の確保が寛解維持には不可欠であることを理解しているか		
ストレスの察知	ストレスマネジメントの実践で症状緩和を実感する	23	ストレスでセルフケアへの影響、体調に変化が生じていないか		
ストレスの察知	ストレスは腸管炎症の誘因になることを自覚する	24	ストレスは腸管炎症の誘因になることを自覚しているか		
ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの調整	試行錯誤により自分に合った療養法を見出し長期的に実践する	25	ライフスタイル・ライフイベントに合った療養が実施できているか		
ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの調整	試行錯誤により自分に合った療養法を見出し長期的に実践する	26	仕事や学業と療法を両立して症状に応じた調整をはかることができているか		
無理なく継続できるセルフケア	試行錯誤により自分に合った療養法を見出し長期的に実践する	27	セルフケアは無理がなく継続可能であるか		

表5-2. 診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール（案）の作成過程(2)

第1研究のサブカテゴリー	文献検討のサブカテゴリー	No	アセスメントの項目	アセスメントの分類	視点
健康に対する価値	—	28	発症前までに体調不良時はどのようなセルフケアを行っていたか	セルフケアを主体的に行う力	病識・健康管理
健康に対する価値	療養実践による効果を実感して 病気とうまく付き合っていることを体感する	29	自分に関心をもって主体的にセルフケアに取り組もうとしているか		
健康に対する価値	—	30	自分の健康・病気・治療に対する優先順位を低く設定しないか		
健康に対する価値	楽しみと生きがいをみつけて病気とともに 自分らしく生きる	31	自己の存在価値や自己能力を過小評価していないか		
患者の望みや目標	楽しみと生きがいをみつけて病気とともに 自分らしく生きる	32	目標・ありたい自分を目指すには、セルフケアの微調整が必要だと認識しているか		
患者の望みや目標	楽しみと生きがいをみつけて病気とともに 自分らしく生きる	33	病気だけでなく仕事や余暇、趣味をもった生活を送っているか		
患者の望みや目標	楽しみと生きがいをみつけて病気とともに 自分らしく生きる	34	病気とともに今後どう過ごしていきたいと考えているのか		
患者の望みや目標	楽しみと生きがいをみつけて病気とともに 自分らしく生きる	35	病気をもちながら満足がいく人生を送ることができているか		
患者の望みや目標	楽しみと生きがいをみつけて病気とともに 自分らしく生きる	36	病気や治療の影響で楽しみ、生き甲斐、趣味に影響がでていないか		
困った時の相談相手	家族や信頼できる他者の存在で 前向きになれる	37	困り事を自分で抱え込まず、SOSを医療者を含めた第３者に伝達することができているか		
患者の望みや目標	療養実践による効果を実感して 病気とうまく付き合っていることを体感する	38	セルフケアの実践で、安定感・充実感を感じているか		
利用できる社会資源の把握	クローン病の病気や治療に関する 基本となる知識を得る	39	自分に適応される就労支援、指定難病に関する情報を把握し活用しているか		
自主的な療養の実践	試行錯誤により自分に合った 療養法を見出し長期的に実践する	40	医療者から指導された療養だけでは限界があり、自らセルフケアを生み出す必要性を感じているか	セルフケアを生み出す力	
自主的な療養の実践	試行錯誤により自分に合った 療養法を見出し長期的に実践する	41	自らセルフケアを生み出すことが重要であると認識する動機（きっかけ）があったか		
自主的な療養の実践	試行錯誤により自分に合った 療養法を見出し長期的に実践する	42	自分に合ったセルフケアを編み出し、生活に組み込んでいるか		
悪化する前兆の察知	腹部症状と違和感を察知して、 対処の必要性を判断する	43	患者特有の体調の変化があるか	症状の変化に気づく力	
悪化する前兆の察知	腹部症状と違和感を察知して、 対処の必要性を判断する	44	腹部症状の察知で悪化の前兆を察知できているか		
悪化する前兆の察知	腹部症状と違和感を察知して、 対処の必要性を判断する	45	狭窄が出現する前の症状を予兆として把握できているか		
悪化する前兆の察知	腹部症状と違和感を察知して、 対処の必要性を判断する	46	症状の変化や違和感について意識し、それに気が付くことができているか		
悪化する前兆の察知	腹部症状と違和感を察知して、 対処の必要性を判断する	47	自分の体調の変化を記録しているか		
悪化する前兆の察知	腹部症状と違和感を察知して、 対処の必要性を判断する	48	独自の前兆を認識し、それを捉えようとしているか		
悪化する前兆の察知	腹部症状と違和感を察知して、 対処の必要性を判断する	49	生物学的製剤による効果減弱を察知できているか＜生物学的製剤投与患者＞		
病状に応じた食事とトイレの調整	症状の自覚で、食事を調整する	50	狭窄症状を察知したら食事・栄養療法の切り替えができているか	症状に応じて対処する力	
自主的な療養の実践	腹部症状と違和感を察知して、 対処の必要性を判断する	51	症状に応じて処方された屯用の薬剤を使用しているか		
ライフスタイル・ライフイベントに合わせた セルフケアの調整	症状悪化で休息、睡眠を確保する	52	症状に応じて休息をとっているか		
適切な受診判断	腹部症状と違和感を察知して、 対処の必要性を判断する	53	イレウスや肛門病変の変化で必要な受診判断ができているか		
悪化する前兆の察知	腹部症状と違和感を察知して、 対処の必要性を判断する	54	体調の変化を正確に医療者に伝えることができているかどうか		

表5-3. 診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール（案）の作成過程(3)

第1研究のサブカテゴリー	文献検討のサブカテゴリー	No	アセスメントの項目	アセスメントの分類	視点
自主的な療養の実践	症状の自覚で、食事を調整する	55	下痢やその懸念で水分摂取を控え脱水が生じていないか	脱水をきたさないように水分摂取を調整する力	食事・栄養
自主的な療養の実践	症状の自覚で、食事を調整する	56	下痢の状態に応じた水分摂取ができているか		
自主的な療養の実践	症状の自覚で、食事を調整する	57	脱水が生じやすいことを踏まえた水分摂取ができているか		
悪化する前兆の察知	—	58	炎症が生じていないか、疾患の活動期にあるか	低栄養をきたさないように食事栄養療法を行う力	
病状に応じた食事とトイレの調整	—	59	腹部症状が出現し、食事摂取に影響していないか		
悪化する前兆の察知	—	60	採血データには表れない症状があるか、感冒への罹患や生活との関連がないか		
病状に応じた食事とトイレの調整	—	61	炎症による吸収障害と下痢で低栄養状態がおきていないか		
病状に応じた食事とトイレの調整	—	62	吸収障害から電解質バランスが崩れていないか		
病状に応じた食事とトイレの調整	—	63	１日の活動量に相応した食事や成分栄養剤の摂取による総カロリーであるか		
病状に応じた食事とトイレの調整	—	64	低栄養状態から活動、生活への影響が現れていないか		
病状に応じた食事とトイレの調整	自分にあった食品と量を見極め食の調整を行う	65	1日に摂取すべきカロリーを認識できているか		
病状に応じた食事とトイレの調整	繊維類、刺激物と脂肪を控えた食事を摂取する	66	繊維や脂肪が少ない食材の選択と調理法を実践しているか	自分の病状と症状に合わせた食事栄養療法を実践する力	
病状に応じた食事とトイレの調整	外食や他者との食事における食事摂取を工夫する	67	外食や外出先で食事療法を実践しているか		
病状に応じた食事とトイレの調整	外食や他者との食事における食事摂取を工夫する	68	会食の場での対処法を考え、その対処について実践できているか		
病状に応じた食事とトイレの調整	自分にあった食品と量を見極め食の調整を行う	69	体調を崩しやすい原因食品を自覚しているか		
病状に応じた食事とトイレの調整	自分にあった食品と量を見極め食の調整を行う	70	自分の病態・ライフスタイルに合った食事療法が実践できているか		
病状に応じた食事とトイレの調整	繊維類、刺激物と脂肪を控えた食事を摂取する	71	狭窄によるイレウスを防止するための繊維が多く詰まりやすい食事療法ができているか		
病状に応じた食事とトイレの調整	症状の自覚で、食事を調整する	72	症状に応じた絶食、成分栄養剤への切り替えができているか		
病状に応じた食事とトイレの調整	成分栄養剤は症状の安定と体調悪化に用いる万能なツールである	73	成分栄養剤、ハーフEDは再燃予防効果があることを理解しているか		
病状に応じた食事とトイレの調整	成分栄養剤は症状の安定と体調悪化に用いる万能なツールである	74	成分栄養剤を取り入れた食事栄養療法を実践している		
病状に応じた食事とトイレの調整	成分栄養剤は症状の安定と体調悪化に用いる万能なツールである	75	成分栄養剤を飲みやすくするための工夫をしているか		
病状に応じた食事とトイレの調整	—	76	下痢や下血を起こしていないか	排泄に伴う症状に対処する力	排泄
病状に応じた食事とトイレの調整	—	77	下痢や下血で生活に影響をきたしていないか		
病状に応じた食事とトイレの調整	—	78	狭窄による排便困難が起きていないか		
病状に応じた食事とトイレの調整	頻回の下痢を見据えたトイレの把握と失禁パットを常備しておく	79	外出前に事前にトイレの場所を確認しているか		
病状に応じた食事とトイレの調整	頻回の下痢を見据えたトイレの把握と失禁パットを常備しておく	80	便失禁を考慮して下着の替えやナプキン等を準備しているか		
肛門部の清潔保持	—	81	下痢によって肛門症状、スキントラブルが出現していないか	肛門症状悪化を防ぐ力	
悪化する前兆の察知	—	82	肛門部の症状を自覚しているか		
悪化する前兆の察知		83	肛門部の症状で生活に影響をきたしていないか		
肛門部の清潔保持	—	84	肛門の清潔を保持する必要性を理解しているか		
肛門部の清潔保持	—	85	下痢、便失禁による皮膚障害を予防するためのスキンケア（汚染防止と清潔保持）を行っているか		
適切な受診判断	—	86	肛門病変があっても医療者へ表出していない（伝達していない）状況がないか		
悪化する前兆の察知	—	87	肛門症状を早期に察知して対処に繋いでいるかどうか		
肛門科の定期受診	—	88	肛門科の受診とサーベイランスを定期的に受けているか		
悪化する前兆の察知	—	89	シートン法ドレナージの場合、違和感や排膿があるか		
悪化する前兆の察知	—	90	外瘻を形成しているか、排液による皮膚症状が出現していないか		
悪化する前兆の察知	—	91	外瘻からの排液で生活に影響をきたしていないか		

表6-1. 診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール案(1)

研究者からの意見	No.		アセスメントの項目	アセスメントの分類	視点
No4,6,7,8と重複する【削除】	1	削除	クローン病について病態・症状・治療の基本的な知識を理解できているか	病気や治療についての理解力	病識・健康管理
診断後間もない患者では、セルフケアを支援する前に病気に対する受け入れをアセスメントすることが重要【追加】	追加	1)	病気について受け入れができているか		
診断後間もない患者では病気や治療に対する不安を抱きやすく、心理的側面のアセスメントが重要【追加】	追加	2)	病気や治療に不安を感じているか		
	2	3)	自分の病変部位や合併症について理解できているか		
	3	4)	納得がいくかたちでの治療が実施されているか		
	4	5)	クローン病が難治性疾患で寛解維持が重要であると理解できているか		
	5	6)	自分に処方されている薬剤の名称と効用を理解できているか		
	6	7)	治療薬の副作用について理解ができているか		
	7	8)	薬の服用、成分栄養剤の注入を正しい方法で実施できているか		
アセスメントの視点「自分の病状と症状に合わせた食事栄養療法を実践する力」と重複する【削除】	8	削除	食事・栄養療法の必要性を理解できているか		
	9	9)	病気や治療の正確な情報を自ら調べることができているか		
診断後間もない時期に生物学的製剤の効果減弱は起きにくい【削除】	10	削除	生物学的製剤の効果減弱の症状を理解できているか＜生物学的製剤投与患者＞		
診断後間もない患者ではヒュミラ®が実施されることは少ない【削除】	11	削除	ヒュミラ®の自己注射を正しい手順で実施できるか　＜ヒュミラ®投与患者＞		
	12	10)	治療を継続していく必要性を理解できているか	治療を継続していく力	
No.18と重複する【削除】	13	削除	内服の自己中断や残薬がないか		
No.18と重複する【削除】	14	削除	通院を継続できているか		
No.18と重複する【削除】	15	削除	内服や通院を中断した理由は何か		
	16	11)	治療の中断で起こりうる病状の変化を理解できているか		
検査というより定期的な受診に表現を変更した方がよい【変更】	17	12)	定期的に検査を受ける必要性を理解し、検査を受けることができているか → 定期的に受診する必要性を理解できているか		
	18	13)	治療を継続するうえで支障をきたす事柄がないか		
No.18と重複する、生物学的製剤を治療に含める【削除】	19	削除	生物学的製剤の定期投与の必要性を理解できているか＜生物学的製剤投与患者＞		
	20	削除	生物学的製剤の投与を処方されたスケジュールで実施できているか＜生物学的製剤投与患者＞		
No25,26と重複する【削除】	21	削除	体内バランスを崩す不規則な生活を過ごしていないかどうか	療法と生活のバランスをとる力	
	22	14)	睡眠、休息の確保が寛解維持には不可欠であることを理解しているか		
	23	15)	ストレスでセルフケアへの影響、体調に変化が生じていないか		
	24	16)	ストレスは腸管炎症の誘因になることを自覚しているか		
	25	17)	ライフスタイル・ライフイベントに合った療養が実施できているか		
	26	18)	仕事や学業と療法を両立して症状に応じた調整をはかることができているか		
	27	19)	セルフケアは無理がなく継続可能であるか		

※)なしの数字は表5のNo.を表す

※)の数字は新たに設定したアセスメント項目

※網掛けした項目・分類は削除

表6-2. 診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール案(2)

研究者からの意見	No.		アセスメントの項目	アセスメントの分類	視点
	28	20)	発症前までに体調不良時はどのようなセルフケアを行っていたか	セルフケアを主体的に行う力	病識・健康管理
	29	21)	自分に関心をもって主体的にセルフケアに取り組もうとしているか		
	30	22)	自分の健康・病気・治療に対する優先順位を低く設定しないか		
	31	23)	自己の存在価値や自己能力を過小評価していないか		
	32	24)	目標・ありたい自分を目指すには、セルフケアの微調整が必要だと認識しているか		
	33	25)	病気だけでなく仕事や余暇、趣味をもった生活を送っているか		
追加したNo.28)と重複する【削除】	34	削除	病気とともに今後どう過ごしていきたいと考えているのか		
診断後間もない患者では病気をもちながら満足がいく人生を送る状況に至ることは難しい【削除】	35	削除	病気をもちながら満足がいく人生を送ることができているか		
	36	26)	病気や治療の影響で楽しみ、生き甲斐、趣味に影響がでていないか		
	37	27)	困り事を自分で抱え込まず、SOSを医療者を含めた第３者に伝達することができているか		
診断後間もない患者ではセルフケアが成功・失敗する経験が重要【追加】	追加	28)	セルフケア実践での成功、失敗体験を経験しているか		
診断を受け患者がこの先どうしていきたいのか自分の考えをもっているかをアセスメントすることが重要【追加】	追加	29)	この先どのように生活していきたいのか自分の考えをもっているか		
	38	30)	セルフケアの実践で、安定感・充実感を感じているか		
就労支援と指定難病について、それぞれ分けた項目にした方が分かりやすい【変更】	39	31)	自分に適応される就労支援、指定難病に関する情報を把握し活用しているか → 自分が利用できる就労支援に関する情報を収集しているか		
就労支援と指定難病について、それぞれ分けた項目にした方が分かりやすい【追加】	追加	32)	指定難病に関する制度を理解しているか		
	40	削除	医療者から指導された療養だけでは限界があり、自らセルフケアを生み出す必要性を感じているか	セルフケアを生み出す力	
診断後間もない患者がセルフケアを生みだすことは難しい【削除】	41	削除	自らセルフケアを生み出すことが重要であると認識する動機（きっかけ）があったか		
	42	削除	自分に合ったセルフケアを編み出し、生活に組み込んでいるか		
	43	33)	患者特有の体調の変化があるか	症状の変化に気づく力	
	44	34)	腹部症状の察知で悪化の前兆を察知できているか		
診断後間もない時期に腸管狭窄は起きにくい【削除】	45	削除	狭窄が出現する前の症状を予兆として把握できているか		
	46	35)	症状の変化や違和感について意識し、それに気が付くことができているか		
	47	36)	自分の体調の変化を記録しているか		
	48	37)	独自の前兆を認識し、それを捉えようとしているか		
診断後間もない時期は生物学的製剤の効果減弱は起きにくい【削除】	49	削除	生物学的製剤による効果減弱を察知できているか＜生物学的製剤投与患者＞		
診断後間もない時期は腸管狭窄は起きにくいため、「症状を察知したら」に【変更】	50	38)	狭窄症状を察知したら食事・栄養療法の切り替えができているか → 症状を察知したら食事・栄養療法の切り替えができているか	症状に応じて対処する力	
診断後間もない患者が屯用の薬剤を使用することは少ない【削除】	51	削除	症状に応じて処方された屯用の薬剤を使用しているか		
	52	39)	症状に応じて休息をとっているか		
診断後間もない時期はイレウス・腸管狭窄は起きにくく、炎症で生じる「発熱・下血」に【変更】	53	40)	イレウスや肛門病変の変化で必要な受診判断ができているか → 発熱・下血や肛門病変の変化で必要な受診判断ができているか		
	54	41)	体調の変化を正確に医療者に伝えることができているか		

※)なしの数字は表5のNo.を表す

※)の数字は新たに設定したアセスメント項目

※網掛けした項目・分類は削除

表6-3. 診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール案(3)

研究者からの意見	No.		アセスメントの項目	アセスメントの分類	視点
	55	42)	下痢やその懸念で水分摂取を控え脱水が生じていないか	脱水をきたさないように水分摂取を調整する力	食事・栄養
	56	43)	下痢の状態に応じた水分摂取ができているか		
	57	44)	脱水が生じやすいことを踏まえた水分摂取ができているか		
病状、疾患活動性だけを捉える項目のため【削除】	58	削除	炎症が生じていないか、疾患の活動期にあるか	低栄養をきたさないように食事栄養療法を行う力	
栄養状態に応じた食事や栄養摂取ができているかをアセスメントすることが重要【変更】	59	45)	腹部症状が出現し、食事摂取に影響していないか → 栄養状態に応じた食事栄養摂取ができているか		
症状の察知について、No.43,44に重複【削除】	60	削除	採血データには表れない症状があるか、感冒への罹患や生活との関連がないか		
腹部・下痢症状から低栄養をきたしていないかをアセスメントすることが重要【変更】	61	46)	炎症による吸収障害と下痢で低栄養状態がおきていないか →腹痛や下痢のため食事摂取を控え低栄養を生じていないか		
下痢症状による電解質バランスを低栄養状態として捉えるため、No.61に重複【削除】	62	削除	吸収障害から電解質バランスが崩れていないか		
低栄養に至らないための食事栄養摂取であるかをアセスメントすることが重要【変更】	63	47)	１日の活動量に相応した食事や成分栄養剤の摂取による総カロリーであるか → 低栄養をきたしやすいことを踏まえた食事栄養摂取ができているか		
	64	48)	低栄養状態から活動、生活への影響が現れていないか		
	65	49)	1日に摂取すべきカロリーを認識できているか		
診断後間もない時期に腸管狭窄は起きにくい【削除】	66	50)	繊維や脂肪が少ない食材の選択と調理法を実践しているか	自分の病状と症状に合わせた食事栄養療法を実践する力	
	67	51)	外食や外出先で食事療法を実践しているか		
	68	52)	会食の場での対処法を考え、その対処について実践できているか		
	69	53)	体調を崩しやすい原因食品を自覚しているか		
	70	54)	自分の病態・ライフスタイルに合った食事療法が実践できているか		
	71	削除	狭窄によるイレウスを防止するための繊維が多く詰まりやすい食事療法ができているか		
	72	55)	症状に応じた絶食、成分栄養剤への切り替えができているか		
	73	削除	成分栄養剤、ハーフEDは再燃予防効果があることを理解しているか		
成分栄養剤に関する知識や実践について、No.7,72に重複【削除】	74	削除	成分栄養剤を取り入れた食事栄養療法を実践しているか		
	75	削除	成分栄養剤を飲みやすくするための工夫をしているか		
診断後間もない時期では腸管狭窄は起きにくい【削除】	76	56)	下痢や下血を起こしていないか	排泄に伴う症状に対処する力	排泄
	77	57)	下痢や下血で生活に影響をきたしていないか		
	78	削除	狭窄による排便困難が起きていないか		
	79	58)	外出前に事前にトイレの場所を確認しているか		
	80	59)	便失禁を考慮して下着の替えやナプキン等を準備しているか		
肛門部の症状、スキンケアについて、No.82,85に重複【削除】	81	削除	下痢によって肛門症状、スキントラブルが出現していないか	肛門症状悪化を防ぐ力	
	82	60)	肛門部の症状を自覚しているか		
	83	61)	肛門部の症状で生活に影響をきたしていないか		
	84	62)	肛門の清潔を保持する必要性を理解しているか		
	85	63)	下痢、便失禁による皮膚障害を予防するためのスキンケア（汚染防止と清潔保持）を行っているか		
	86	64)	肛門病変があっても医療者へ表出していない（伝達していない）状況がないか		
	87	65)	肛門症状を早期に察知して対処に繋いでいるか		
	88	66)	肛門科の受診とサーベイランスを定期的に受けているか		
診断後間もない時期にシートン法を施行している患者は少ない【削除】	89	削除	シートン法ドレナージの場合、違和感や排膿があるか		
診断後間もない時期では外瘻を併発している患者は少ない【削除】	90	削除	外瘻を形成しているか、排液による皮膚症状が出現していないか		
	91	削除	外瘻からの排液で生活に影響をきたしていないか		

※)なしの数字は表5のNo.を表す
※)の数字は新たに設定したアセスメント項目
※網掛けした項目・分類は削除

表7. 第3段階研究 第1回調査の研究協力者の属性

				n
性別	女性	人数（%）	140 (95.8)	146
	男性	人数（%）	6 (4.2)	
年齢（歳）		平均値±標準偏差	37.8±9.0	144
看護師経験年数（年）		平均値±標準偏差	15.3±8.5	145
クローン病看護実践経験年数（年）		平均値±標準偏差	7.8±6.2	139
所属	外来（人）	人数（%）	38 (26.0)	146
	病棟（人）	人数（%）	107 (73.2)	
	無記名（人）	人数 （%）	1 (0.8)	
役職	係長・主任	人数（%）	31 (21.2)	146
	看護師長	人数（%）	9 (6.1)	
資格	専門看護師	人数（%）	3 (2.1)	142
	認定看護師	人数（%）	9 (6.3)	
	消化器内視鏡技師	人数（%）	5 (3.5)	
	その他	人数（%）	4 (2.8)	

表8-1.　第1回調査　診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール（第1版）の同意率(1)

視点	分類	No	アセスメント項目	妥当性			実用性			第1回調査をふまえた修正・削除
				n	「4:非常にあてはまる」「3:あてはまる」の回答数	同意率	n	「4:非常にあてはまる」「3:あてはまる」の回答数	同意率	
病識・健康管理	病気や治療についての理解力	1)	病気について受け入れができているか	146	141	96.6%	144	139	96.5%	「…受けいれているか」に変更
		2)	病気や治療に不安を感じているか	146	145	99.3%	144	142	98.6%	
		3)	自分の病変部位や合併症について理解できているか	146	139	95.2%	144	134	93.1%	「…理解しているか」に変更
		4)	納得がいくかたちでの治療が実施されているか	146	138	94.5%	144	134	93.1%	「…理解しているか」に変更
		5)	クローン病が難治性疾患で寛解維持が重要であると理解できているか	146	143	97.9%	143	138	96.5%	「…理解しているか」に変更
		6)	自分に処方されている薬剤の名称と効用を理解できているか	146	139	95.2%	143	134	93.7%	「…理解しているか」に変更
		7)	治療薬の副作用について理解ができているか	146	134	91.8%	144	132	91.7%	「…理解しているか」に変更
		8)	薬の服用、成分栄養剤の注入を正しい方法で実施できているか	146	140	95.9%	144	139	96.5%	「…理解しているか」に変更
		9)	病気や治療の正確な情報を自ら調べることができているか	146	130	89.0%	144	121	84.0%	「…自ら調べているか」に変更
	治療を継続していく力	10)	治療を継続していく必要性を理解できているか	146	145	99.3%	144	140	97.2%	「…理解しているか」に変更
		11)	治療の中断で起こりうる病状の変化を理解できているか	146	141	96.6%	144	132	91.7%	「…理解しているか」に変更
		12)	定期的に受診する必要性を理解できているか	146	146	100.0%	144	142	98.6%	「…理解しているか」に変更
		13)	治療を継続するうえで支障をきたす事柄がないか	145	140	96.6%	144	139	96.5%	
	療養と生活のバランスをとる力	14)	睡眠、休息の確保が寛解維持には不可欠であることを理解しているか	146	137	93.8%	143	120	83.9%	
		15)	ストレスでセルフケアへの影響、体調に変化が生じていないか	146	141	96.6%	144	129	89.6%	症状アセスメントの項目のため削除
		16)	ストレスは腸管炎症の誘因になることを自覚しているか	145	140	96.6%	143	129	90.2%	
		17)	ライフスタイル・ライフイベントに合った療養が実施できているか	146	140	95.9%	144	132	91.7%	「…実施しているか」に変更
		18)	仕事や学業と療養を両立して症状に応じた調整をはかることができているか	146	140	95.9%	144	138	95.8%	「…調整しているか」に変更
		19)	セルフケアは無理がなく継続可能であるか	146	140	95.9%	144	137	95.1%	

※)の数字は表6のNo.を表す

※網掛けにした項目は削除

表8-2.　第1回調査　診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール（第1版）の同意率(2)

視点	分類	No	アセスメント項目	妥当性			実用性			第1回調査をふまえた修正・削除
				n	「4:非常にあてはまる」「3:あてはまる」の回答数	同意率	n	「4:非常にあてはまる」「3:あてはまる」の回答数	同意率	
病識・健康管理	セルフケアを主体的に行う力	20)	発症前まで体調不良時はどのようなセルフケアを行っていたか	146	125	85.6%	142	117	82.4%	
		21)	自分に関心をもって主体的にセルフケアに取り組もうとしているか	146	137	93.8%	142	123	86.6%	
		22)	自分の健康・病気・治療に対する優先順位を低く設定していないか	146	121	82.9%	143	115	80.4%	
		23)	自己の存在価値や自己能力を過小評価していないか	145	115	79.3%	143	107	74.8%	同意率80%未満のため削除
		24)	目標・ありたい自分を目指すには、セルフケアの微調整が必要だと認識しているか	146	128	87.7%	143	114	79.7%	同意率80%未満のため削除
		25)	病気だけでなく仕事や余暇、趣味をもった生活を送っているか	146	133	91.1%	144	124	86.1%	
		26)	病気や治療の影響で楽しみ、生き甲斐、趣味に影響がでていないか	146	137	93.8%	143	128	89.5%	
		27)	困り事を自分で抱え込まず、SOSを医療者を含めた第３者に伝達することができているか	145	133	91.7%	142	130	91.5%	「…伝達しているか」に変更
		28)	セルフケア実践での成功・失敗体験を経験しているか	146	127	87.0%	144	113	78.5%	同意率80%未満のため削除
		29)	この先どのように生活していきたいのか自分の考えをもっているか	146	135	92.5%	143	119	83.2%	
		30)	セルフケアの実践で、安定感・充実感を感じているか	145	123	84.8%	142	118	83.1%	
		31)	自分が利用できる就労支援に関する情報を収集しているか	146	131	89.7%	144	124	86.1%	
		32)	指定難病に関する制度を理解しているか	146	139	95.2%	144	134	93.1%	「指定難病の制度だけでなく更新手続きの方法・時期を理解しているか」に変更
	症状の変化に気づく力	33)	患者特有の体調の変化があるか	145	140	96.6%	143	135	94.4%	症状アセスメントの項目のため削除
		34)	腹部症状の察知で悪化の前兆を察知できているか	145	138	95.2%	143	136	95.1%	「…察知しているか」に変更
		35)	症状の変化や違和感について意識し、それに気が付くことができているか	146	143	97.9%	144	140	97.2%	「…気が付いているか」に変更
		36)	自分の体調の変化を記録しているか	145	128	88.3%	144	115	79.9%	同意率80%未満のため削除
		37)	独自の前兆を認識し、それを捉えようとしているか	146	137	93.8%	142	123	86.6%	「独自の悪化の前兆を認識し…」に変更
	症状に応じて対処する力	38)	症状を察知したら食事・栄養療法の切り替えができているか	146	137	93.8%	144	133	92.4%	「…切り替えをしているか」に変更
		39)	症状に応じて休息をとっているか	146	140	95.9%	143	129	90.2%	
		40)	発熱・下血や肛門病変の変化で必要な受診判断ができているか	146	139	95.2%	144	136	94.4%	「…受診判断をしているか」に変更
		41)	体調の変化を正確に医療者に伝えることができているか	146	141	96.6%	144	135	93.8%	「…伝えているか」に変更

※)の数字は表6のNo.を表す

※網掛けにした項目は削除

表8-3.　第1回調査　診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール（第1版）の同意率(3)

視点	分類	No	アセスメント項目	妥当性			実用性			第1回調査をふまえた修正・削除
				n	「4:非常にあてはまる」「3:あてはまる」の回答数	同意率	n	「4:非常にあてはまる」「3:あてはまる」の回答数	同意率	
食事・栄養	脱水をきたさないように水分摂取を調整する力	42)	下痢やその懸念で水分摂取を控え脱水が生じていないか	146	141	96.6%	144	130	90.3%	症状アセスメントの項目のため削除
		43)	下痢の状態に応じた水分摂取ができているか	146	140	95.9%	144	133	92.4%	「…水分摂取をしているか」に変更
		44)	脱水が生じやすいことを踏まえた水分摂取ができているか	146	137	93.8%	144	128	88.9%	「…水分摂取をしているか」に変更
	低栄養をきたさないように食事栄養療法を行う力	45)	栄養状態に応じた食事栄養摂取ができているか	146	137	93.8%	143	132	92.3%	「…食事栄養摂取をしているか」に変更
		46)	腹痛や下痢のため食事摂取を控え低栄養を生じていないか	146	136	93.2%	143	129	90.2%	症状アセスメントの項目のため削除
		47)	低栄養をきたしやすいことを踏まえた食事栄養摂取ができているか	146	137	93.8%	142	129	90.8%	「…食事栄養摂取をしているか」に変更
		48)	低栄養状態から活動、生活への影響が現れていないか	146	136	93.2%	143	127	88.8%	症状アセスメントの項目のため削除
		49)	1日に摂取すべきカロリーを認識できているか	146	126	86.3%	143	114	79.7%	同意率80%未満のため削除
	自分の病状と症状に合わせた食事栄養療法を実践する力	50)	繊維や脂肪が少ない食材の選択と調理法を実践しているか	146	136	93.2%	142	125	88.0%	
		51)	外食や外出先で食事療法を実践しているか	146	137	93.8%	143	120	83.9%	
		52)	会食の場での対処法を考え、その対処について実践できているか	146	136	93.2%	143	118	82.5%	「…実践しているか」に変更
		53)	体調を崩しやすい原因食品を自覚しているか	146	141	96.6%	143	133	93.0%	
		54)	自分の病態・ライフスタイルに合った食事療法が実践できているか	146	142	97.3%	143	135	94.4%	「…実践しているか」に変更
		55)	症状に応じた絶食、成分栄養剤への切り替えができているか	146	137	93.8%	143	126	88.1%	38）と類似しており、38）より実用性低いため削除
排泄	排泄に伴う症状に対処する力	56)	下痢や下血を起こしていないか	146	144	98.6%	144	140	97.2%	症状アセスメントの項目のため削除
		57)	下痢や下血で生活に影響をきたしていないか	146	144	98.6%	144	138	95.8%	症状アセスメントの項目のため削除
		58)	外出前に事前にトイレの場所を確認しているか	146	124	84.9%	144	117	81.3%	
		59)	便失禁を考慮して下着の替えやナプキン等を準備しているか	146	126	86.3%	144	119	82.6%	
	肛門症状悪化を防ぐ力	60)	肛門部の症状を自覚しているか	146	142	97.3%	144	138	95.8%	
		61)	肛門部の症状で生活に影響をきたしていないか	146	141	96.6%	144	140	97.2%	症状アセスメントの項目のため削除
		62)	肛門部の清潔を保持する必要性を理解しているか	146	138	94.5%	144	135	93.8%	
		63)	下痢、便失禁による皮膚障害を予防するためのスキンケア（汚染防止と清潔保持）を行っているか	146	139	95.2%	144	127	88.2%	「皮膚障害の予防に加え、悪化防止のためのスキンケア」に変更
		64)	肛門病変があっても医療者へ表出していない（伝達していない）状況がないか	146	139	95.2%	144	126	87.5%	
		65)	肛門症状を早期に察知して対処に繋いでいるか	145	131	90.3%	143	128	89.5%	
		66)	肛門科の受診とサーベイランスを定期的に受けているか	146	133	91.1%	144	127	88.2%	

※)の数字は表6のNo.を表す

※網掛けにした項目は削除

表9. 第1回調査の自由記載回答をもとに追加したアセスメント項目

自由記載例	追加したアセスメント項目	該当する アセスメント分類	該当する視点
嗜好品について、喫煙の有無（有の人は1日何本か）、よく食べていた食物	飲酒を控え、禁煙をしているか	病気や治療についての 理解力	病識・健康管理
禁煙			
自分の現在の生活のデータを把握しているか	現在の自分の検査データを 把握しているか	病気や治療についての 理解力	病識・健康管理
貧血の有無・程度、栄養状態etc			
医師から指示された内服/点滴/注射を予定通りに投与できているか	処方された内服/点滴/注射を 指示どおり服用/実施しているか	治療を継続していく力	病識・健康管理
セカンドオピニオンを活用しているか	自分の思いを医療者に 伝えられているか	治療を継続していく力	病識・健康管理
自分に合った病院orDrか			
今後の食生活を考えた時のストレス（食べたいものを食べたい時に食べられない）	療養生活にストレスを 感じていないか	ストレスマネジメント する力	病識・健康管理
これまでの困難にあった場合の対処法	ストレスにどのように対処して いるか/対処してきたか	ストレスマネジメント する力	病識・健康管理
精神的症状のコントロール（をしているか）			
家族や友人の疾患に対する理解度はどうか、理解しようとする姿勢がそもそもあるか	療養生活を実質的・手段的に サポートしてくれる存在がいるか	ソーシャルサポートを 確保する力	病識・健康管理
家族のサポート体制や本人のキーパーソンの存在と援助力を把握しているか			
支援してくれる存在に対して患者が信頼関係にあるかどうか			
コミュニケーション関連の項目として 医療者以外の第3者（キーパーソン）との関係やサポートの有無			
精神的な支えになり、相談ができる相手はいるか	精神的な支えや相談ができる存在 （同僚、家族、友人、医療者、同病者） がいるか	ソーシャルサポートを 確保する力	病識・健康管理
自分の症状を相談できる相手がいるか			
クローン病患者でのコミュニティの確立			
患者の対人交友関係（友人や医療職との）			
病気であることを第3者（特に同級生や同僚、パートナー、恋人）に伝えることができているか			

表10-1. 診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール第2版(1)

視点	分類	No		アセスメントの項目
病識・健康管理	病気や治療についての理解力	1)	(1)	病気について受け入れているか
		2)	(2)	病気や治療に不安を感じているか
		3)	(3)	自分の病変部位や合併症について理解しているか
		4)	(4)	納得がいくかたちでの治療が実施されているか
		5)	(5)	クローン病が難治性疾患で寛解維持が重要であると理解しているか
		6)	(6)	自分に処方されている薬剤の名称と効用を理解しているか
		7)	(7)	治療薬の副作用について理解しているか
		8)	(8)	薬の服用、成分栄養剤の注入を正しい方法で実施しているか
		9)	(9)	病気や治療の正確な情報を自ら調べているか
		追加	(10)	飲酒を控え、禁煙をしているか
		追加	(11)	現在の自分の検査データを把握しているか
	治療を継続していく力	10)	(12)	治療を継続していく必要性を理解しているか
		11)	(13)	治療の中断で起こりうる病状の変化を理解しているか
		12)	(14)	定期的に受診する必要性を理解しているか
		13)	(15)	治療を継続するうえで支障をきたす事柄がないか
		追加	(16)	処方された内服/点滴/注射を指示どおり服用/実施しているか
		追加	(17)	自分の思いを医療者に伝えられているか
	療養と生活のバランスをとる力	14)	(18)	睡眠、休息の確保が寛解維持には不可欠であることを理解しているか
		17)	(19)	ライフスタイル・ライフイベントに合った療養が実施しているか
		18)	(20)	仕事や学業と療養を両立して症状に応じた調整をしているか
		19)	(21)	セルフケアは無理がなく継続可能であるか
	セルフケアを主体的に行う力	20)	(22)	発症前まで体調不良時はどのようなセルフケアを行っていたか
		21)	(23)	自分に関心をもって主体的にセルフケアに取り組もうとしているか
		22)	(24)	自分の健康・病気・治療に対する優先順位を低く設定していないか
		25)	(25)	病気だけでなく仕事や余暇、趣味をもった生活を送っているか
		26)	(26)	病気や治療の影響で楽しみ、生き甲斐、趣味に影響がでていないか
		27)	(27)	困り事を自分で抱え込まず、SOSを医療者を含めた第３者に伝達しているか
		29)	(28)	この先どのように生活していきたいのか自分の考えをもっているか
		30)	(29)	セルフケアの実践で、安定感・充実感を感じているか
		31)	(30)	自分が利用できる就労支援に関する情報を収集しているか
		32)変更	(31)	指定難病に関する制度、更新手続きの方法・時期を理解しているか
	症状の変化に気づく力	34)	(32)	腹部症状の察知で悪化の前兆を察知しているか
		35)	(33)	症状の変化や違和感について意識し、それに気が付いているか
		37)	(34)	独自の悪化の前兆を認識し、それを捉えようとしているか
	症状に応じて対処する力	38)	(35)	症状を察知したら食事・栄養療法の切り替えをしているか
		39)	(36)	症状に応じて休息をとっているか
		40)	(37)	発熱・下血や肛門病変の変化で必要な受診判断をしているか
		41)	(38)	体調の変化を正確に医療者に伝えているか
	ストレスマネジメントする力	16)	(39)	ストレスは腸管炎症の誘因になることを自覚しているか
		追加	(40)	療養生活にストレスを感じていないか
		追加	(41)	ストレスにどのように対処しているか/対処してきたか
	ソーシャルサポートを確保する力	追加	(42)	療養生活を実質的・手段的にサポートしてくれる存在がいるか
		追加	(43)	精神的な支えや相談ができる存在（同僚、家族、友人、医療者、同病者）がいるか

※)の数字は表8のNo.を表す

※( )の数字は新たに設定したアセスメント項目

表10-2. 診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール第2版(2)

視点	分類	No		アセスメントの項目
食事・栄養	脱水をきたさないように水分摂取を調整する力	43)	(44)	下痢の状態に応じた水分摂取をしているか
		44)	(45)	脱水が生じやすいことを踏まえた水分摂取をしているか
	低栄養をきたさないように食事栄養療法を行う力	45)	(46)	栄養状態に応じた食事栄養摂取をしているか
		47)	(47)	低栄養をきたしやすいことを踏まえた食事栄養摂取をしているか
	自分の病状と症状に合わせた食事栄養療法を実践する力	50)	(48)	繊維や脂肪が少ない食材の選択と調理法を実践しているか
		51)	(49)	外食や外出先で食事療法を実践しているか
		52)	(50)	会食の場での対処法を考え、その対処について実践しているか
		53)	(51)	体調を崩しやすい原因食品を自覚しているか
		54)	(52)	自分の病態・ライフスタイルに合った食事療法を実践しているか
排泄	排泄に伴う症状に対処する力	58)	(53)	外出前に事前にトイレの場所を確認しているか
		59)	(54)	便失禁を考慮して下着の替えやナプキン等を準備しているか
	肛門症状悪化を防ぐ力	60)	(55)	肛門部の症状を自覚しているか
		62)	(56)	肛門部の清潔を保持する必要性を理解しているか
		63)変更	(57)	下痢、便失禁による皮膚障害の予防・悪化防止のためのスキンケアを行っているか
		64)	(58)	肛門病変があっても医療者へ表出していない状況がないか
		65)	(59)	肛門症状を早期に察知して対処に繋いでいるか
		66)	(60)	肛門科の受診とサーベイランスを定期的に受けているか

※)の数字は表8のNo.を表す

※( )の数字は新たに設定したアセスメント項目

表11. 第2段階研究第2回調査の研究協力者の属性

				n
性別	女性	人数（%）	91 (96.8)	94
	男性	人数（%）	3 (3.2)	
年齢（歳）		平均値±標準偏差	38.7±8.7	94
看護師経験年数（年）		平均値±標準偏差	15.5±8.5	91
クローン病看護実践経験年数（年）		平均値±標準偏差	8.9±6.5	90
所属	外来（人）	人数（%）	30(31.9)	94
	病棟（人）	人数（%）	64(68.1)	
役職	係長・主任	人数（%）	20 (21.5)	93
	看護師長	人数（%）	7 (7.5)	
資格	専門看護師	人数（%）	1 (1.1)	91
	認定看護師	人数（%）	4 (4.4)	
	消化器内視鏡技師	人数（%）	8 (8.8)	
	リウマチケア看護師	人数（%）	1 (1.1)	

表12-1. 第2回調査　診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール（第2版）の同意率(1)

視点	分類	No	アセスメント項目	妥当性			実用性		
				n	「4:非常にあてはまる」「3:あてはまる」の回答数	同意率	n	「4:非常にあてはまる」「3:あてはまる」の回答数	同意率
病識・健康管理	病気や治療についての理解力	(1)	病気について受け入れているか	94	94	100.0%	94	92	97.9%
		(2)	病気や治療に不安を感じているか	94	93	98.9%	94	94	100.0%
		(3)	自分の病変部位や合併症について理解しているか	94	92	97.9%	94	92	97.9%
		(4)	納得がいくかたちでの治療が実施されているか	93	91	97.8%	94	94	100.0%
		(5)	クローン病が難治性疾患で寛解維持が重要であると理解しているか	92	91	98.9%	94	93	98.9%
		(6)	自分に処方されている薬剤の名称と効用を理解しているか	94	93	98.9%	94	91	96.8%
		(7)	治療薬の副作用について理解しているか	94	90	95.7%	94	91	96.8%
		(8)	薬の服用、成分栄養剤の注入を正しい方法で実施しているか	94	93	98.9%	94	92	97.9%
		(9)	病気や治療の正確な情報を自ら調べているか	93	83	89.2%	94	83	88.3%
		(10)	飲酒を控え、禁煙をしているか	94	85	90.4%	94	88	93.6%
		(11)	現在の自分の検査データを把握しているか	94	93	98.9%	94	89	94.7%
	治療を継続していく力	(12)	治療を継続していく必要性を理解しているか	94	94	100.0%	94	92	97.9%
		(13)	治療の中断で起こりうる病状の変化を理解しているか	94	91	96.8%	94	92	97.9%
		(14)	定期的に受診する必要性を理解しているか	94	94	100.0%	94	93	98.9%
		(15)	治療を継続するうえで支障をきたす事柄がないか	93	91	97.8%	94	92	97.9%
		(16)	処方された内服/点滴/注射を指示どおり服用/実施しているか	94	93	98.9%	94	92	97.9%
		(17)	自分の思いを医療者に伝えられているか	94	91	96.8%	94	89	94.7%
	療養と生活のバランスをとる力	(18)	睡眠、休息の確保が寛解維持には不可欠であることを理解しているか	94	88	93.6%	94	90	95.7%
		(19)	ライフスタイル・ライフイベントに合った療養が実施しているか	94	94	100.0%	94	91	96.8%
		(20)	仕事や学業と療養を両立して症状に応じた調整をしているか	94	93	98.9%	94	91	96.8%
		(21)	セルフケアは無理がなく継続可能であるか	94	94	100.0%	94	92	97.9%

表12-2. 第2回調査　診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール（第2版）の同意率(2)

視点	分類	No	アセスメント項目	妥当性			実用性		
				n	「4:非常にあてはまる」「3:あてはまる」の回答数	同意率	n	「4:非常にあてはまる」「3:あてはまる」の回答数	同意率
病識・健康管理	セルフケアを主体的に行う力	(22)	発症前まで体調不良時はどのようなセルフケアを行っていたか	94	83	88.3%	94	80	85.1%
		(23)	自分に関心をもって主体的にセルフケアに取り組もうとしているか	94	94	100.0%	94	92	97.9%
		(24)	自分の健康・病気・治療に対する優先順位を低く設定していないか	94	90	95.7%	93	85	91.4%
		(25)	病気だけでなく仕事や余暇、趣味をもった生活を送っているか	93	90	96.8%	94	86	91.5%
		(26)	病気や治療の影響で楽しみ、生き甲斐、趣味に影響がでていないか	94	92	97.9%	94	88	93.6%
		(27)	困り事を自分で抱え込まず、SOSを医療者を含めた第３者に伝達しているか	94	93	98.9%	94	93	98.9%
		(28)	この先どのように生活していきたいのか自分の考えをもっているか	94	92	97.9%	94	90	95.7%
		(29)	セルフケアの実践で、安定感・充実感を感じているか	94	92	97.9%	94	84	89.4%
		(30)	自分が利用できる就労支援に関する情報を収集しているか	94	91	96.8%	94	85	90.4%
		(31)	指定難病に関する制度、更新手続きの方法・時期を理解しているか	94	92	97.9%	94	87	92.6%
	症状の変化に気づく力	(32)	腹部症状の察知で悪化の前兆を察知しているか	94	92	97.9%	94	91	96.8%
		(33)	症状の変化や違和感について意識し、それに気が付いているか	94	94	100.0%	94	94	100.0%
		(34)	独自の悪化の前兆を認識し、それを捉えようとしているか	94	93	98.9%	94	91	96.8%
	症状に応じて対処する力	(35)	症状を察知したら食事・栄養療法の切り替えをしているか	93	92	98.9%	94	90	95.7%
		(36)	症状に応じて休息をとっているか	94	94	100.0%	94	93	98.9%
		(37)	発熱・下血や肛門病変の変化で必要な受診判断をしているか	94	93	98.9%	94	92	97.9%
		(38)	体調の変化を正確に医療者に伝えているか	93	93	100.0%	94	93	98.9%
	ストレスマネジメントする力	(39)	ストレスは腸管炎症の誘因になることを自覚しているか	94	93	98.9%	94	91	96.8%
		(40)	療養生活にストレスを感じていないか	94	89	94.7%	94	90	95.7%
		(41)	ストレスにどのように対処しているか/対処してきたか	94	90	95.7%	94	91	96.8%
	ソーシャルサポートを確保する力	(42)	療養生活を実質的・手段的にサポートしてくれる存在がいるか	94	93	98.9%	94	94	100.0%
		(43)	精神的な支えや相談ができる存在（同僚、家族、友人、医療者、同病者）がいるか	94	93	98.9%	94	93	98.9%

表12-3. 第2回調査　診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール（第2版）の同意率(3)

視点	分類	No	アセスメント項目	妥当性			実用性		
				n	「4:非常にあてはまる」「3:あてはまる」の回答数	同意率	n	「4:非常にあてはまる」「3:あてはまる」の回答数	同意率
食事・栄養	脱水をきたさないように水分摂取を調整する力	(44)	下痢の状態に応じた水分摂取をしているか	94	91	96.8%	94	90	95.7%
		(45)	脱水が生じやすいことを踏まえた水分摂取をしているか	94	89	94.7%	94	91	96.8%
	低栄養をきたさないように食事栄養療法を行う力	(46)	栄養状態に応じた食事栄養摂取をしているか	94	92	97.9%	94	88	93.6%
		(47)	低栄養をきたしやすいことを踏まえた食事栄養摂取をしているか	94	90	95.7%	94	87	92.6%
	自分の病状と症状に合わせた食事栄養療法を実践する力	(48)	繊維や脂肪が少ない食材の選択と調理法を実践しているか	94	92	97.9%	94	89	94.7%
		(49)	外食や外出先で食事療法を実践しているか	94	89	94.7%	94	85	90.4%
		(50)	会食の場での対処法を考え、その対処について実践しているか	94	89	94.7%	94	87	92.6%
		(51)	体調を崩しやすい原因食品を自覚しているか	94	93	98.9%	94	91	96.8%
		(52)	自分の病態・ライフスタイルに合った食事療法を実践しているか	94	93	98.9%	94	91	96.8%
排泄	排泄に伴う症状に対処する力	(53)	外出前に事前にトイレの場所を確認しているか	94	88	93.6%	94	87	92.6%
		(54)	便失禁を考慮して下着の替えやナプキン等を準備しているか	94	88	93.6%	94	86	91.5%
	肛門症状悪化を防ぐ力	(55)	肛門部の症状を自覚しているか	94	94	100.0%	94	94	100.0%
		(56)	肛門部の清潔を保持する必要性を理解しているか	94	93	98.9%	94	92	97.9%
		(57)	下痢、便失禁による皮膚障害の予防・悪化防止のためのスキンケアを行っているか	94	94	100.0%	94	91	96.8%
		(58)	肛門病変があっても医療者へ表出していない状況がないか	94	93	98.9%	94	91	96.8%
		(59)	肛門症状を早期に察知して対処に繋いでいるか	94	92	97.9%	94	88	93.6%
		(60)	肛門科の受診とサーベイランスを定期的に受けているか	94	88	93.6%	94	90	95.7%

表13-1. 確定した診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築するための看護アセスメントツール(1)

視点	分類	No		アセスメント項目	妥当性 n	妥当性 「非常にあてはまる」「あてはまる」の回答数	妥当性 同意率	実用性 n	実用性 「非常にあてはまる」「あてはまる」の回答数	実用性 同意率	アセスメント項目の修正・統合
自分の病気・治療・社会資源についての関心と理解	自分の病気や治療への関心	(9)	①	病気や治療の正確な情報の主体的な収集	93	83	89.2%	94	83	88.3%	
		(11)	②	現在の自分の検査データの把握	94	93	98.9%	94	89	94.7%	
	自分の病気や治療についての理解	(3)	③	自分の病変部位や合併症についての理解	94	92	97.9%	94	92	97.9%	
		(5)	④	クローン病が難治性疾患で寛解維持が重要であることへの理解	92	91	98.9%	94	93	98.9%	
		(6)	⑤	自分に処方されている薬剤の名称と効用の理解	94	93	98.9%	94	91	96.8%	
		(7)	⑥	治療薬の副作用についての理解	94	90	95.7%	94	91	96.8%	
		(12)	⑦	治療を継続していく必要性の理解	94	94	100.0%	94	92	97.9%	
		(13)	⑧	治療の中断で起こりうる病状の変化についての理解	94	91	96.8%	94	92	97.9%	
		(14)	⑨	定期的に受診する必要性の理解	94	94	100.0%	94	93	98.9%	
		(18)	⑩	睡眠、休息の確保が寛解維持には不可欠であることの理解	94	88	93.6%	94	90	95.7%	
	利用できる社会資源の把握	(30)	⑪	自分が利用できる就労支援に関する情報収集	94	91	96.8%	94	85	90.4%	
		(31)	⑫	指定難病に関する制度、更新手続きの方法と時期の理解	94	92	97.9%	94	87	92.6%	
病気の受け止めとセルフケアの目標	病気の受け止め	(1)	⑬	病気についての受け止め	94	94	100.0%	94	92	97.9%	
		(2)	⑭	病気や治療に関する不安	94	93	98.9%	94	94	100.0%	
		(4)	⑮	治療についての受け止め	93	91	97.8%	94	94	100.0%	
	健康に対する価値	(22)	⑯	発症前の体調不良時におけるセルフケアの実施状況	94	83	88.3%	94	80	85.1%	
		(24)	⑰	自分の健康・病気・治療に対する優先順位の設定	94	90	95.7%	93	85	91.4%	
	患者の望みや目標	(25)	⑱	病気だけでなく、仕事や余暇、趣味を含めた生活状況	93	90	96.8%	94	86	91.5%	
		(26)	⑲	病気や治療が楽しみ、生き甲斐、趣味に及ぼす影響	94	92	97.9%	94	88	93.6%	
		(28)	⑳	この先どのように生活していきたいのかの考え	94	92	97.9%	94	90	95.7%	
		(29)	㉑	セルフケア実践による安定感と充実感の実感	94	92	97.9%	94	84	89.4%	

※( )のNo.は表12のアセスメント項目の番号表す

※○記号No.は最終確定した項目番号を表

表13-2. 確定した診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築するための看護アセスメントツール(2)

視点	分類	No		アセスメント項目	妥当性 n	妥当性 「非常にあてはまる」「あてはまる」の回答数	妥当性 同意率	実用性 n	実用性 「非常にあてはまる」「あてはまる」の回答数	実用性 同意率	アセスメント項目の修正・統合
ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの実践	自主的な療養の実践	(10)	㉒	飲酒と禁煙の実施状況	94	85	90.4%	94	88	93.6%	
		(16)	㉓	処方された内服/成分栄養剤/点滴・注射の服用/投与状況	94	93	98.9%	94	92	97.9%	(8)「薬の服用、成分栄養剤の注入についての実施状況」を統合
		(23)	㉔	自分に関心をもった主体的なセルフケアの実施状況	94	94	100.0%	94	92	97.9%	
	ライフスタイル・ライフイベントに合わせたセルフケアの調整	(19)	㉕	ライフスタイル・ライフイベントに合った療養の実施状況	94	94	100.0%	94	91	96.8%	
		(20)	㉖	仕事や学業と療養との調整	94	93	98.9%	94	91	96.8%	
		(49)	㉗	外食や外出先での食事療法の実施状況	94	89	94.7%	94	85	90.4%	
		(50)	㉘	会食の場での対処法の実施状況	94	89	94.7%	94	87	92.6%	
	無理なく継続できるセルフケア	(15)	㉙	治療を継続するうえで支障をきたす事柄	93	91	97.8%	94	92	97.9%	
		(21)	㉚	無理がなく継続可能なセルフケアの実施状況	94	94	100.0%	94	92	97.9%	
病状に応じたセルフケアの実践	悪化する前兆の察知	(33)	㉛	腹部と肛門症状の変化や違和感から悪化の前兆を察知	94	94	100.0%	94	94	100.0%	(32)「腹部症状で悪化の前兆の察知」、55)「肛門症状の自覚」を統合
		(34)	㉜	独自の悪化の前兆の認識、それを捉えようとする姿勢	94	93	98.9%	94	91	96.8%	
	病状に応じた食事とトイレの調整	(35)	㉝	症状察知からの食事・栄養療法への切り替え	93	92	98.9%	94	90	95.7%	
		(36)	㉞	症状に応じた休息の確保	94	94	100.0%	94	93	98.9%	
		(44)	㉟	下痢の状態に応じた水分摂取状況	94	91	96.8%	94	90	95.7%	
		(45)	㊱	脱水が生じやすいことを踏まえた水分摂取の状況	94	89	94.7%	94	91	96.8%	
		(46)	㊲	栄養状態に応じた食事栄養摂取の状況	94	92	97.9%	94	88	93.6%	
		(47)	㊳	低栄養をきたしやすいことを踏まえた食事栄養摂取の状況	94	90	95.7%	94	87	92.6%	
		(48)	㊴	繊維や脂肪が少ない食材の選択と調理法の実施状況	94	92	97.9%	94	89	94.7%	
		(51)	㊵	体調を崩しやすい原因食品の認識	94	93	98.9%	94	91	96.8%	
		(52)	㊶	自分の病態・ライフスタイルに合った食事療法の実施状況	94	93	98.9%	94	91	96.8%	
		(53)	㊷	外出前のトイレの場所の確認	94	88	93.6%	94	87	92.6%	
	肛門部の清潔保持	(54)	㊸	便失禁に備えた下着の替えやナプキン等の準備	94	88	93.6%	94	86	91.5%	
		(56)	㊹	肛門部の清潔を保持する必要性の理解	94	93	98.9%	94	92	97.9%	
		(57)	㊺	下痢、便失禁による皮膚障害の予防・悪化防止のためのスキンケアの実施状況	94	94	100.0%	94	91	96.8%	
	肛門科の定期受診	(60)	㊻	定期的な肛門科の受診とサーベイランスの受療状況	94	88	93.6%	94	90	95.7%	
	適切な受診判断	(37)	㊼	発熱・下血や肛門病変の変化に応じた受診判断	94	93	98.9%	94	92	97.9%	(59)「肛門症状を早期に察知して対処に繋ぐ実施状況」を統合
		(58)	㊽	肛門病変についての医療者への表出状況	94	93	98.9%	94	91	96.8%	

※()のNo.は表12のアセスメント項目の番号表す

※○記号No.は最終確定した項目番号を表

表13-3. 確定した診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築するための看護アセスメントツール(3)

視点	分類	No		アセスメント項目	妥当性 n	妥当性 「非常にあてはまる」「あてはまる」の回答数	妥当性 同意率	実用性 n	実用性 「非常にあてはまる」「あてはまる」の回答数	実用性 同意率	アセスメント項目の修正・統合
ストレスの認知と対処	ストレスの認知	(39)	49	腸管炎症の誘因としてのストレスの認識	94	93	98.9%	94	91	96.8%	
		(40)	50	療養生活におけるストレスの認識	94	89	94.7%	94	90	95.7%	
	ストレスへの対処	(41)	51	ストレスへの対処の実践状況/これまで行ってきた対処経験	94	90	95.7%	94	91	96.8%	
		(27)	52	困り事を自分で抱え込まず、医療者を含めた第３者にSOSを伝達する状況	94	93	98.9%	94	93	98.9%	
周囲からのサポート	困った時の相談相手/同病者との繋がり	(17)	53	自分の思いを医療者に伝達する状況	94	91	96.8%	94	89	94.7%	
		(38)	54	医療者に体調の変化を正確に伝達する状況	93	93	100.0%	94	93	98.9%	
		(43)	55	精神的な支えや相談できる存在（同僚、家族、友人、医療者、同病者）	94	93	98.9%	94	93	98.9%	
	家族のサポート	(42)	56	療養生活を実質的・手段的にサポートしてくれる存在	94	93	98.9%	94	94	100.0%	

※()のNo.は表12のアセスメント項目の番号表す

※○記号No.は最終確定した項目番号を表

研　究　説　明　書
（研究に対する協力のお願い）

資料1

1．研究計画名　**（※本研究は「武庫川女子大学・武庫川女子短期大学部研究倫理委員会」の審査を経て、承認を得ています。）**

クローン病患者のセルフケアを支援するために必要となる看護アセスメントの明確化

2．研究の目的及び意義

クローン病は未だ完治には至らず寛解期においても継続した治療、療養は必須となります。患者は栄養療法や症状のモニタリングなどのセルフケアの実践が必須で、更には病気の経過や生活と折り合いをつけ、セルフケアを構築することが重要になります。支援においては患者のセルフケアを適切に評価することが重要になりますが、クローン病に特化したセルフケア支援で活用できる看護アセスメントツールの開発は未着手です。

そこで、クローン病患者へのセルフケア支援において、看護師がどのような項目・視点でアセスメントを実践しているのかを明らかにし、看護アセスメントを明確化する必要があると考えました。クローン病患者に対する看護アセスメントの項目・視点を明らかにすることによって、個々の患者の病状や生活背景に応じたセルフケア支援へとつなげることができ、患者のセルフケアの向上に寄与できると考えます。

上記をふまえ、本研究は、クローン病患者のセルフケアを構築するための看護アセスメントツールの開発に向け、看護アセスメントの項目・視点を明確化することを目的とします。

3．研究実施者

（研究実施代表者）武庫川女子大学大学院看護学研究科 博士後期課程1年
山本孝治

（研究責任者）武庫川女子大学大学院看護学研究科 教授　布谷麻耶

（その他の研究実施者）

4．研究期間と研究方法

（研究実施期間）倫理審査委員会承認後～2021年3月31日

（研究方法）

本研究は、クローン病専門の医療施設に勤務しており、クローン病患者の看護実践について5年以上取り組んでいる25歳以上の看護師10名と、2編以上クローン病の看護に関する論文で筆頭著者である25歳以上の看護研究者5名の合計15名程度を研究対象者にします。　研究方法は対象者に個別のインタビューを実施します。インタビューでは、いくつか質問をさせていただきますが、その後自由にお話し頂きます。日時はご都合により調整し、プライバシーが確保できる場所を準備いたします。

インタビューに際しまして以下の点についてご承諾をお願いいたします。
①インタビューは1回実施し、時間は45～60分程度を予定しています。②インタビューの内容はICレコーダーで録音します。③尋ねられても、話したくないことについては、話す必要はありません。
録音したインタビューデータは、文字に起こした後に分析をします。分析の際、研究者間でデータについて検討いたしますが、個人が特定されないように匿名化いたします。

5．研究対象者として選定した理由

本研究では、クローン病患者のセルフケア支援に必要となる看護アセスメントの明確化を行うため、日頃クローン病患者の看護実践を行っている看護師を対象にインタビューを実施します。支援内容を具体的に言語化でき、アセスメントの項目・視点について自分の考えを言語化するには5年以上の経験が必要であると考えました。

6．研究対象者に生じる負担や予測されるリスク及び利益

これまでのご自身の経験を語ることができ、それを通して看護実践を振り返る機会となります。またこの研究に参加していただくことにより、看護アセスメントの項目・視点が明らかになり、個々の患者の病状や生活背景に応じたセルフケア支援へとつなげることができ、クローン病患者のセルフケアの向上に寄与できます。

本研究では、患者へのセルフケア支援の実施において困難を感じた経験を語って頂くことから、過去のつらい経験を思い出し、心理的負担が生じるリスクがあります。そのため、話したくないことは無理に話していただく必要はありません。心理的負担を感じられた場合は、直ちにインタビューは中止しますので、お知らせください。

本研究では、インタビュー調査の実施による時間的拘束や研究協力への断りづらさが考えられます。調査にあたっては、インタビュー当日の体調の確認を行い、体調がわるい場合は即中止いたします。開始後、疲労の増強や心理的影響を及ぼした場合は、直ちにインタビューを中断しますので、お知らせください。

7.研究協力に係る任意性と撤回の自由

本研究への参加は任意であり、研究への参加を断られても不利益を被ることはありません。また、いったん参加に同意され研究が開始された後でも、いつでも研究への参加を取りやめることができ、そのために不利益を被ることはありません。また、研究への参加の有無が研究者の学業成績や単位取得に影響を与えることはありません。

研究への参加は自由意思が尊重されます。研究への協力の諾否について、看護部の責任者から問い合わせがあっても研究者は応じないことをお約束します。

研究への参加を同意される場合には、別紙添付の同意書に署名をいただきます。同意撤回される場合は添付した研究参加の同意撤回書にご署名のうえ、研究者にお申し出ください。

8.個人情報や提供された試料・情報についての取扱い(保護、保管および廃棄の方法)

1）年齢・氏名・性別に関する情報は、記号・番号化を行い個人情報が特定されないようにします。意思確認書、同意書、プロフィール調査票、コード対応表、面接に使用したICレコーダー、データ分析の資料、データを保存したCDについては、研究責任者である布谷が大学の研究室の鍵のかかる棚に保管します。

2）研究データは研究終了後の5年間、または研究結果の最終公表後3年間のいずれか遅い日までの期間、保管し、その後、処理します。処理の際は、匿名化を確認した後、用紙についてはシュレッダーにかけ、データについては電子保存媒体を初期化して物理的に破壊します。研究参加の同意を撤回された場合、その時点で得られたデータは速やかに破棄します。

3）データ分析を研究分担者と共同で行う際には、研究責任者所属の大学内のセミナー室、または研究室で行います。データに関する検討は紙媒体の資料を配布し行い、電子ファイルのやり取りは行いません。検討後は毎回、研究責任者が紙媒体の資料をすべて回収し、上記の期間、研究室の鍵のかかる棚に保管いたします。

4）本研究の結果をまとめた後、看護アセスメントツール案を作成し、ツール案の妥当性と実用性について調査を実施する計画です。その際、本研究で得られたデータの一部を使用する可能性がありますが、データの使用時は上記1）に記載しました匿名化したデータのみを厳重な管理のもと取り扱います。

5）研究の結果は、学位論文および学会、学術雑誌等で公表されることがありますが、名前や個人を特定できる情報は公開されません。

9.研究に関する研究計画書等の開示・情報公開の方法

本研究の研究計画書及び、研究の方法に関する資料は、他の研究対象者の個人情報保護および研究の独創性を確保した状態で入手または閲覧することが可能です。希望される方は、下記の研究者の連絡先にご連絡ください。

10. 研究協力者本人への結果の開示

研究結果をご希望でしたら研究者へご連絡ください。研究結果を公開の報告書、学会発表要旨、発表論文の形でお渡しします。

11. 知的財産権の帰属

研究の参加による知的財産についての帰属はございません。

12. 研究のための費用及び利益相反

この研究は、文部科学省科学研究費（基盤C）補助金により研究者のもとで公正に行われ、研究協力施設への助成金は無く、研究経費もかかりません。この研究における申告すべき利益相反はありません。

13. 研究対象者の経済的負担又は謝金

研究に参加するにあたり経済的な負担はありません。
インタビューへのご協力にあたり、クオカード1,000円分をお渡しいたします。

【研究計画の内容に関する問い合わせ先】

（研究実施代表者）武庫川女子大学大学院看護学研究科 博士後期課程1年
山本孝治

（研究責任者）武庫川女子大学大学院看護学研究科 教授　布谷麻耶
連絡先（Tel[redacted] Email:[redacted]

以上の内容をよくお読みいただき、ご理解いただいたうえでこの研究に参加することに同意していただける場合は、別紙の「研究参加への同意書」に署名し、日付を記入して担当者にお渡し下さい。

資料 2

研究協力への意思確認回答書

研究課題名：クローン病患者のセルフケアを支援するために必要となる看護アセスメントの明確化

研究目的：この研究は、クローン病患者のセルフケアを構築するための看護アセスメントツール開発に向け看護アセスメントの項目・視点を明確化することを目的とします。

研究方法：

本研究は、クローン患者の看護実践について 5 年以上経験がある看護師の方を研究対象者にします。

研究方法は個別のインタビューを実施します。インタビューでは、いくつか質問をさせていただきますが、その後自由にお話し頂きます。日時はご都合により調整しプライバシーが確保できる場所を準備いたします。

インタビューは、1 回実施し、時間は 45～60 分程度予定しています。インタビューの内容は IC レコーダーで録音します。

研究参加に同意頂ける場合の回答方法：

参加に同意を頂ける方は、同封しております、文書「面接調査への協力同意と連絡方法」に必要事項を記入して頂き、返信用封筒にてご返送ください。

研究参加に同意を頂いた方には、別途研究の詳細についてご説明いたしますが、ご不明な点等ございましたら、以下のお問い合わせ先へご連絡をお願いいたします。

【研究の内容に関する問い合わせ先】
武庫川女子大学大学院看護学研究科　博士後期課程 1 年
山本　孝治
連絡先
Tel [redacted]
Email [redacted]

面接調査への協力同意と連絡方法

私は「面接調査への協力依頼」を理解し、「研究課題名：クローン病患者のセルフケアを支援するために必要となる看護アセスメントの明確化」についてのインタビューを受けることに同意します。

施設名 _____

お名前 _____

電話番号 _____

メールアドレス _____

研究者からご連絡をとらせていただく方法について、下記のチェックボックスのうちご希望の項目にチェック☑を入れてください。

☐ 電話のみ

☐ メールのみ

☐ どちらの方法でもよい

確認事項

1. 上記に記載いただいた個人情報は、インタビュー実施の日程調整以外で使用することはございません。

2. 研究実施代表者より、インタビュー実施の日程調整の連絡をとらせていただきます。インタビュー実施までに協力のご意向に変わりがございましたら、お断りいただいても構いません。

3. 正式な同意書については、インタビュー実施前に本研究の説明を文書と口頭でさせていただき、ご署名をお願いいたします。その際、同意撤回書もお渡しいたします。

資料 3

武庫川女子大学大学院看護学研究科　博士後期課程 1 年
山本　孝治　様

同　意　書

私は、「クローン病患者のセルフケアを支援するために必要となる看護アセスメントの明確化」の研究について、以下の項目の説明を受け理解しました。

つきましては、この研究に協力することに同意します。

（説明を受けた項目の□にチェックをいれてください）

- □ 研究の目的及び意義
- □ 研究期間と研究方法
- □ 研究対象者として選定した理由
- □ 研究対象者に生じる負担や予測されるリスク及び利益
- □ 研究協力に係る任意性と撤回の自由
- □ 個人情報や提供された試料・情報についての取扱い（保護、保管及び廃棄の方法）
- □ 研究に関する研究計画書等の開示・情報公開の方法
- □ 研究対象者本人の結果の開示
- □ 知的財産権の帰属
- □ 研究のための費用及び利益相反
- □ 研究対象者の経済的負担又は謝金
- □ 研究計画書の内容に関する問い合わせ先

令和　　年　　月　　日

協力者名（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話（携帯・自宅）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

資料 4

インタビューガイド

研究課題名「クローン病患者のセルフケアを支援するために必要となる看護アセスメントの明確化」

1. 質問

1)日頃、クローン病患者に対し、どのようにセルフケアを意識して支援を実践しておられますか。
具体的な事例がありましたら、それについてお話しください。

2)クローン病患者に対するセルフケア支援で、必要だと考える視点があればお話ください。

3)クローン病患者のセルフケア支援において、観察・アセスメントするべき視点がありましたらお話しください。

4)3)で捉えた情報を、どのようにセルフケア支援へつないでおられますか。

5)クローン病患者へのセルフケア支援の実施で、困難を感じたご経験についてお聞かせください。

6)クローン病患者へのセルフケア支援について、今後充実させる必要があることについてお考えをお聞かせください。

資料 5

様

武庫川女子大学大学院　看護学研究科博士後期課程 1 年
山本　孝治

ご依頼

謹啓

清秋の候、CIVID-19 感染拡大による未曾有の災禍のなか、この難局に立ち向かわれておられることと存じます。そのようななか恐縮ですが、研究のご協力についてご検討いただけますこと感謝申し上げます。

本研究は山本孝治の武庫川女子大学大学院博士後期課程における第 1 段階の研究にあたります。
研究の詳細は、別紙資料をご確認頂けましたら幸いです。
ご多忙の折、誠に恐縮でございますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

謹白

記

研究テーマ：診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツールの開発

研究方法　：インタビュー調査
ZOOM を用いたオンラインでのインタビューを実施いたします。

研究対象者：2 編以上クローン病の看護に関する論文で筆頭著者である 25 歳以上の看護研究者 5 名

データ収集期間：2020 年〇月〇日（〇）〇時～

別紙資料　：研究同意書（2 枚）　※1 枚は記入後、ご返送をお願いいたします。
QUO カード受取り確認書　※記入後、ご返送をお願いいたします。

この研究に関するお問い合わせ先　：

研究実施者：武庫川女子大学大学院　看護学研究科博士後期課程 1 年　山本　孝治
[redacted]
TEL：[redacted]　Email：[redacted]
研究責任者：武庫川女子大学大学院　看護学研究科　教授　布谷　麻耶
[redacted]
TEL：[redacted]　Email：[redacted]

以上

資料 6

武庫川女子大学大学院看護学研究科　博士後期課程1年
山本　孝治　様

同　意　書

私は、「診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツールの開発」の研究について、以下の項目の説明を受け理解しました。

つきましては、この研究に協力することに同意します。

（説明を受けた項目の□にチェックをいれてください）

- □ 研究の目的及び意義
- □ 研究期間と研究方法
- □ 研究対象者として選定した理由
- □ 研究対象者に生じる負担や予測されるリスク及び利益
- □ 研究協力に係る任意性と撤回の自由
- □ 個人情報や提供された試料・情報についての取扱い（保護、保管及び廃棄の方法）
- □ 研究に関する研究計画書等の開示・情報公開の方法
- □ 研究対象者本人の結果の開示
- □ 知的財産権の帰属
- □ 研究のための費用及び利益相反
- □ 研究対象者の経済的負担又は謝金
- □ 研究計画書の内容に関する問い合わせ先

2020 年　　月　　日

協力者名（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所（職場）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話（職場）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

資料7

「診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール（第１版）の開発」に関する質問紙

研究にご協力いただける方は、以下の質問に回答をお願いいたします。
質問紙は全部で３ページあります。

1．ご自身について、該当するものに☑してください。また（　）に数字、［　］に必要事項を記入してください。

性別：　【　□　男性　　□　女性　　□　その他　】

年齢：（　　）歳

看護師としての経験年数（四捨五入で記入）：（　　）年

クローン病患者に対する看護実践の経験年数（四捨五入で記入）：（　　）年

所属部署：　【　□　外来　　□　病棟　　□　その他［　　］　】

役職：　【　□　看護師長　　□　主任・係長・看護副師長　　□　役職なし　】

資格：　【　□　専門看護師　　□　認定看護師　　□　その他［　　］　□　特になし　】

2．以下の、**診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツール**の各項目について、
このツールのアセスメント項目として妥当性があるか、臨床における実用性があるかを、それぞれ
「非常にあてはまる」、「あてはまる」、「あてはまらない」、「全くあてはまらない」のうち最も該当するところに☑をしてください。

分類	視点	アセスメントの項目	妥当性				実用性			
			非常にあてはまる	あてはまる	あてはまらない	全くあてはまらない	非常にあてはまる	あてはまる	あてはまらない	全くあてはまらない
病識・健康管理	病気や治療についての理解力	1）病気について受け入れができているか								
		2）病気や治療に不安を感じているか								
		3）自分の病変部位や合併症について理解できているか								
		4）納得がいくかたちでの治療が実施されているか								
		5）クローン病が難治性疾患で寛解維持が重要であると理解できているか								
		6）自分に処方されている薬剤の名称と効用を理解できているか								
		7）治療薬の副作用について理解ができているか								
		8）薬の服用、成分栄養剤の注入を正しい方法で実施できているか								
		9）病気や治療の正確な情報を自ら調べることができているか								
	治療を継続していく力	10）治療を継続していく必要性を理解できているか								
		11）治療の中断で起こりうる病状の変化を理解できているか								
		12）定期的に受診する必要性を理解できているか								
		13）治療を継続するうえで支障をきたす事柄がないか								
	療養と生活のバランスをとる力	14）睡眠、休息の確保が寛解維持には不可欠であることを理解しているか								
		15）ストレスでセルフケアへの影響、体調に変化が生じていないか								
		16）ストレスは腸管炎症の誘因になることを自覚しているか								
		17）ライフスタイル・ライフイベントに合った療養が実施できているか								
		18）仕事や学業と療養を両立して症状に応じた調整をはかることができているか								
		19）セルフケアは無理がなく継続可能であるか								

※　**次頁に続きます（残り２ページあります）**

分類	視点	アセスメントの項目	妥当性				実用性			
			非常にあてはまる	あてはまる	あてはまらない	全くあてはまらない	非常にあてはまる	あてはまる	あてはまらない	全くあてはまらない
病識・健康管理	セルフケアを主体的に行う力	20）発症前まで体調不良時はどのようなセルフケアを行っていたか								
		21）自分に関心をもって主体的にセルフケアに取り組もうとしているか								
		22）自分の健康・病気・治療に対する優先順位を低く設定していないか								
		23）自己の存在価値や自己能力を過小評価していないか								
		24）目標・ありたい自分を目指すには、セルフケアの微調整が必要だと認識しているか								
		25）病気だけでなく仕事や余暇、趣味をもった生活を送っているか								
		26）病気や治療の影響で楽しみ、生き甲斐、趣味に影響がでていないか								
		27）困り事を自分で抱え込まず、SOSを医療者を含めた第３者に伝達することができているか								
		28）セルフケア実践での成功・失敗体験を経験しているか								
		29）この先どのように生活していきたいのか自分の考えをもっているか								
		30）セルフケアの実践で、安定感・充実感を感じているか								
		31）自分が利用できる就労支援に関する情報を収集しているか								
		32）指定難病に関する制度を理解しているか								
	症状の変化に気づく力	33）患者特有の体調の変化があるか								
		34）腹部症状の察知で悪化の前兆を察知できているか								
		35）症状の変化や違和感について意識し、それに気が付くことができているか								
		36）自分の体調の変化を記録しているか								
		37）独自の前兆を認識し、それを捉えようとしているか								
	症状に応じて対処する力	38）症状を察知したら食事・栄養療法の切り替えができているか								
		39）症状に応じて休息をとっているか								
		40）発熱・下血や肛門病変の変化で必要な受診判断ができているか								
		41）体調の変化を正確に医療者に伝えることができているか								
食事・栄養	脱水をきたさないように水分摂取を調整する力	42）下痢やその懸念で水分摂取を控え脱水が生じていないか								
		43）下痢の状態に応じた水分摂取ができているか								
		44）脱水が生じやすいことを踏まえた水分摂取ができているか								
	低栄養をきたさないように食事栄養療法を行う力	45）栄養状態に応じた食事栄養摂取ができているか								
		46）腹痛や下痢のため食事摂取を控え低栄養が生じていないか								
		47）低栄養をきたしやすいことを踏まえた食事栄養摂取ができているか								
		48）低栄養状態から活動、生活へ影響が現れていないか								
		49）1日に摂取すべきカロリーを認識できているか								
	自分の病状と症状に合わせた食事栄養療法を実践する力	50）繊維や脂肪が少ない食材の選択と調理法を実践しているか								
		51）外食や外出先で食事療法を実践しているか								
		52）会食の場での対処法を考え、その対処について実践できているか								
		53）体調を崩しやすい原因食品を自覚しているか								
		54）自分の病態・ライフスタイルに合った食事療法が実践できているか								
		55）症状に応じた絶食、成分栄養剤への切り替えができているか								
排泄	排泄に伴う症状に対処する力	56）下痢や下血を起こしていないか								
		57）下痢や下血で生活に影響をきたしていないか								
		58）外出前に事前にトイレの場所を確認しているか								
		59）便失禁を考慮して下着の替えやナプキン等を準備しているか								
	肛門症状悪化を防ぐ力	60）肛門部の症状を自覚しているか								
		61）肛門部の症状で生活に影響をきたしていないか								
		62）肛門部の清潔を保持する必要性を理解しているか								
		63）下痢、便失禁による皮膚障害を予防するためのスキンケア（汚染防止と清潔保持）を行っているか								
		64）肛門病変があっても医療者へ表出していない（伝達していない）状況がないか								
		65）肛門症状を早期に察知して対処に繋いでいるか								
		66）肛門科の受診とサーベイランスを定期的に受けているか								

※　次頁に続きます（残り１ページあります）

3．上記２に記載されたアセスメント項目以外に、診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築するために必要となるアセスメント項目があれば、以下に具体的に記入してください。
また、その項目が必要だと考えた理由も記入をお願いいたします。

必要だと考えるアセスメント項目（具体的に）	必要だと考えた理由

ご協力ありがとうございました。

資料 8

医療法人〇〇〇〇〇
△△△△病院
院長　　〇●　□△　　様

研究のご協力のお願い

若葉の候、COVID-19 感染拡大による未曾有の災禍のなか、この難局に立ち向かわれておられることと存じます。現在、私は、「診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツールの開発」というテーマで武庫川女子大学大学院看護学研究科博士後期課程において研究に取り組んでいます。本研究を行うにあたり、クローン病患者さんへの看護を実践される看護師の方に調査への協力をお願いしております。

つきましては貴院ご所属の看護師の方に調査のご協力を賜りたいと考えております。本研究の詳細については次頁以降に明記していますので、ご確認頂けますと幸いです。

調査にご協力頂ける場合は、大変お手数ですが、下記の連絡先までご連絡頂けますようお願い申し上げます。

COVID-19 感染症への対策を講じられているなか大変恐縮ですが、何卒ご検討の程よろしくお願い申し上げます。

【研究にご協力頂ける場合のご連絡について】

研究にご協力頂ける場合、8 月 10 日（火）までに以下の①または②のいずれかの方法でご連絡をお願いいたします。

①下記のメールアドレス宛にご連絡ください。
連絡頂く際、貴院おいて本調査の対象者となる看護師の方の人数の明記をお願いいたします。

[redacted]
武庫川女子大学大学院看護学研究科　博士後期課程 2 年
山本　孝治

②同封しております研究協力意思確認書に必要事項をご記入の上、返信用封筒を用い研究者までご返送ください。

1．研究課題名

診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツールの開発

（日本赤十字九州国際看護大学研究倫理審査委員会　承認番号　20-021　）

（武庫川女子大学大学院研究倫理審査委員会　　承認番号　21-01　）

2．研究の目的

本研究は、クローン病患者さんの看護を実践する看護師を対象にデルファイ法による調査を行い、診断後間もない成人期クローン病患者さんのセルフケアを構築する看護アセスメントツールを開発することを目的にしています。

3．研究の意義

本研究により、診断後間もない成人期クローン病患者さんに特化したセルフケアを構築する看護アセスメントツールを開発できれば、看護師による的確なアセスメントからシームレスなセルフケア支援が実現可能になると考えています。

4．研究対象者

クローン病患者さんへの看護を実践した経験のある看護師

5．研究対象者としての選定理由

本研究ではデルファイ法による調査を実施し、クローン病の患者さんへの看護を実践した経験のある看護師の方を専門家集団とし、質問紙に回答頂き看護アセスメントツールの妥当性と実用性を検証します。そのため、クローン病の患者さんが多く来院される医療施設に所属される看護師の方を対象にしたいと考え、日本炎症性腸疾患協会のホームページの全国診療医リストに掲載されている医療施設（2021 年 2 月 13 日現在）に勤務し、クローン病患者さんへの看護を実践した経験のある方を対象とすることにしました。

本研究では、より多くの看護師の方からのご意見を反映させるために看護師経験年数や外来・病棟の所属といった条件は設定しておりません。

6．研究方法

1)研究デザイン：　デルファイ法による質問紙調査

※デルファイ法とは、専門家集団からのアンケートの回答を統計的にまとめ、フィードバックを繰り返し、回答者の意見を収斂する方法です。

2)調査の実施期間：　1 回目は、2021 年 8 月～同年 10 月

2 回目は、2022 年 1 月～同年 3 月（予定）

3)データ収集方法

(1)質問紙等の配布

本研究の調査にご協力頂ける場合、後日、研究対象者となる看護師の方に配付する質問紙等の書類を貴院宛てに一括して郵送いたします。お手数ですが、クローン病患者さんへの看護を実践した経験のある看護師の方を選定して頂き、調査に関する資料について配付をお願いいたします。

(2)同意書の記載と質問紙への回答

本研究ではデルファイ法による調査を２回行います。調査を 2 回行うことで専門家集団のコンセンサスに近づけ、アセスメント項目を精錬します。初回調査では、同意書の記入と質問紙への回答を依頼します。同意書には、ご所属の施設名と住所、所属部署、氏名を記載して頂きます。同意書に記載された情報は 2 回目の調査の際の郵送手続き以外で使用することはありません。2 回目の調査は、初回の調査で回答を頂いた方に個別に質問紙等を送付し、改めて調査実施を依頼します。2 回目の調査では同意書の記載は求めません。

(3)同意書と質問紙の回収

質問紙と同意書についてそれぞれ別個の返信用封筒に入れて研究者宛てにご返送いただき回収します。初回の調査についての返送は 2021 年 10 月 31 日までにお願いする予定です。

7. 研究参加に伴う利益／不利益への対応

本研究において対象者の方に生じる負担として、質問紙に回答する時間があげられます。回答にはかかる時間はおよそ 20 分程度です。この時間を参考に、質問紙に回答するか否かをご検討頂くよう依頼をいたします。

質問紙へ回答頂くことで、これまでの看護実践を振り返り、クローン病患者さんへの望ましいセルフケア支援について検討する機会になります。さらに、本研究により、クローン病患者さんに対する看護アセスメントの項目・視点が明らかになり、個々の患者さんの病状や生活背景に応じたセルフケア支援へとつながる可能性があります。

8. 研究協力に係る任意性と撤回について

1)研究への参加は自由意思によるものです。研究への参加を拒否されても不利益が生じることは一切ありません。質問紙と同意書は別紙であり、別々の返信用封筒に入れて返送していただき、氏名や所属先と質問紙を一致しないようにいたします。よって、誰がどの回答をしたのかは分かりません。

2)本研究では、同意書と質問紙のご返送をもって研究参加に同意いただいたといたします。

3)本研究は同意書と質問紙を別紙とし、集計の際も別にして取り扱うことから、質問紙と個人の連結が困難であるため、送付後に同意の撤回は受け付けることができません。

4)1 回目の調査において、同意書の送付がなく質問紙のみが返送された場合は、質問紙と同意書の連結ができないため、質問紙への回答をデータとして取り扱います。

5)上記についてご理解いただき、選定において対象者の自由意思が尊重され強制力がはたらくことがないように、また研究参加や拒否により業務等に影響することがないようにご配慮をお願いいたします。

6)研究協力の任意性を担保するために、研究対象者の諾否の状況、回答数について、研究者にお問い合わせ頂いても応じることはできません。

9. 個人情報や提供された試料・情報についての取扱い(保護、保管および廃棄の方法)

研究の過程で得られた情報は、研究関係者（研究責任者と共同研究者）以外には触れられないように研究責任者の研究室の鍵のかかる棚に、研究終了報告日から 10 年間保管し、その後、処理します。処理の際は、匿名化を確認した後、用紙についてはシュレッダーにかけ、データについては電子保存媒体を初期化して物理的に破棄します。同意書に記載された情報はパスワードをかけて保存します。質問紙の回答はすべて数値化して研究室に設置するパソコンの Excel にデータ入力し、こちらもパスワードをかけて保存します。

本研究の結果は、学位論文および学会、学術雑誌等で公表されることがありますが、氏名や個人を特定できる情報は公開されません。

10. 研究に関する研究計画書等の開示・情報公開の方法

本研究の研究計画書は、他の研究対象者の個人情報保護および研究の独創性を確保した状態で入手または閲覧することが可能です。希望される方は、下記の研究者の連絡先にご連絡ください。

11. 研究結果の開示

研究結果をご希望でしたら研究者へご連絡ください。研究結果を公開の報告書、学会発表要旨、発表論文の形でお渡しします。

12. 知的財産権の帰属

研究の参加による知的財産についての帰属はございません。

13. 研究のための費用及び利益相反

この研究は、文部科学省科学研究費（基盤 C）補助金により研究者のもとで公正に行われ、研究協力施設への助成金は無く、研究経費もかかりません。この研究における申告すべき利益相反はありません。

14. 研究対象者の経済的負担又は謝金

研究に参加するにあたり経済的な負担はなく、謝金はございません。

15. 研究に関する相談窓口

本研究に関してお尋ねになりたいことがありましたら、下記の連絡先へいつでも遠慮なくお申し出ください。

＜研究実施代表者＞

武庫川女子大学大学院看護学研究科　博士後期課程 2 年

山本孝治

連絡先（Tel[redacted]　Ema[redacted]）

＜研究責任者＞

武庫川女子大学大学院看護学研究科　教授　布谷麻耶

連絡先（Tel[redacted]　Ema[redacted]）

研究協力の意思確認書

資料 9

本院は「調査依頼書」を理解し、「研究課題名：診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツールの開発」についての調査への協力について同意します。

施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設責任者のお名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メールアドレス ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご協力頂ける看護師の方の人数 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿名＿＿＿

研究にご協力頂ける場合、下記のメールアドレスへご連絡を頂くか、
若しくは本書を返信用封筒に同封のうえ、8 月 10 日（火）までにご返送ください。

調査までに協力のご意向に変わりがございましたら、お断りいただいても構いません。
その場合、下記にご連絡をください。
ご不明な点等ございましたら、以下のお問い合わせ先へご連絡をお願いいたします。

【研究の内容に関する問い合わせ先】
＜研究実施代表者＞
武庫川女子大学大学院看護学研究科 博士後期課程 2 年
山本孝治
連絡先
[redacted]
Tel: [redacted]
Email: [redacted]

＜研究責任者＞
武庫川女子大学大学院看護学研究科 教授 布谷麻耶
連絡先
[redacted]
Tel: [redacted]
Email: [redacted]

研　究　説　明　書
（研究に対する協力のお願い）

資料10

１．研究計画名　（※本研究は「武庫川女子大学・武庫川女子短期大学部研究倫理委員会・日本赤十字九州国際看護大学研究倫理委員会」の審査を経て、承認を得ています。）

診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツールの開発

２．研究の目的及び意義

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
私はかねてより、クローン病患者さんのセルフケアに関心をもち研究に取り組んできました。クローン病の場合、食事栄養療法や薬物療法、排泄への対処など患者さんは多くのセルフケアを日常的に実践されています。こうしたセルフケアに患者さんが主体的かつ柔軟に取り組まれる姿を目の当たりにした経験から、上記の研究計画に取り組むことに至りました。
本研究は、クローン病患者さんの看護を実践した経験のある看護師を対象にデルファイ法による調査を行い、診断後間もない成人期クローン病患者さんのセルフケアを構築する看護アセスメントツールを開発することを目的にしています。
本研究により、診断後間もない成人期クローン病患者さんに特化したセルフケアを構築する看護アセスメントツールを開発できれば、看護師による的確なアセスメントからシームレスなセルフケア支援が実現可能になると考えています。
なお、研究へのご協力は任意であり、お断りになっても不利益が生じることはございません。研究に参加して頂くことで、クローン病患者さんに対する看護実践への示唆を得られ、質の高い看護について検討できると考えます。以上を踏まえ、研究にご協力頂けますと幸いです、何卒よろしくお願い申し上げます。

３．研究実施者

（研究実施代表者）武庫川女子大学大学院看護学研究科 博士後期課程2年　　山本孝治

（研究責任者）武庫川女子大学大学院看護学研究科 教授　布谷麻耶

４．研究期間と研究方法

（研究実施期間）倫理審査委員会承認後～2023年3月31日

（研究方法）

1）研究デザイン：　デルファイ法による質問紙調査
※デルファイ法とは、専門家集団からのアンケートの回答を統計的にまとめ、フィードバックを繰り返し、回答者の意見を収斂する方法です。
2）研究対象者　：　クローン病患者さんへの看護を実践した経験のある看護師
3）調査実施期間：
本研究では調査を2回行います。調査を2回行うことで専門家集団のコンセンサスに近づけ、アセスメント項目を精錬します。
1回目は2021年8月～同年10月
2回目は2022年1月～同年3月（予定）

4）データ収集方法
（1）質問紙等の配付
1回目の調査では質問紙等の書類は貴院の看護部に一括して郵送いたします。ご協力頂きたい看護師の方には看護部の責任者により配付がなされます。2回目の調査では、初回の調査で回答を頂いた方に個別に質問紙等を送付し、改めて調査実施を依頼します。
（2）同意書の記載と質問紙への回答
本研究ではデルファイ法による調査を2回行います。
今回は初回の実施にあたるため、同意書の記入と質問紙への回答をお願いいたします。同意書には、氏名、ご所属の施設名と住所、所属部署の記載をお願いいたします。同意書に記載された情報は2回目の調査の際の郵送手続き以外で使用することはありません。2回目の調査では同意書の記載は求めません。
（3）同意書と質問紙の回収
質問紙と同意書について同封しております2枚の返信用封筒にそれぞれ別個にして、研究者宛てにご返送ください。
お忙しいところ恐縮ですが、返送は2021年10月31日までにお願いいたします。

5．研究対象者として選定した理由

本研究ではデルファイ法による調査を実施し、クローン病の患者さんへの看護を実践した経験のある看護師の方を専門家集団とし、質問紙に回答頂き看護アセスメントツールの妥当性と実用性を検証します。そのため、クローン病の患者さんが多く来院される医療施設に所属される看護師の方を対象にしたいと考え、日本炎症性腸疾患協会のホームページの全国診療医リストに掲載されている医療施設（2021年2月13日現在）に勤務し、クローン病患者さんへの看護を実践した経験のある方を対象とすることにしました。

本研究では、より多くの看護師の方からのご意見を反映させるために看護師経験年数や外来・病棟の所属といった条件は設定しておりません。

6．研究対象者に生じる負担や予測されるリスク及び利益

本研究において対象者の方に生じる負担として、質問紙に回答する時間があげられます。回答にはかかる時間はおよそ20分程度です。この時間を参考に、質問紙に回答するか否かをご検討ください。万一、著しく時間的負担を感じたり、業務への支障が生じた場合、回答を中断、中止していただいて構いません。

質問紙へ回答頂くことで、これまでの看護実践を振り返り、クローン病患者さんへの望ましいセルフケア支援について検討する機会になります。さらに、本研究により、クローン病患者さんに対する看護アセスメントの項目・視点が明らかになり、個々の患者さんの病状や生活背景に応じたセルフケア支援へとつながる可能性があります。

7.研究協力に係る任意性と撤回について

1）研究への参加は自由意思によるものです。研究への参加を拒否されても不利益が生じることは一切ありません。質問紙と同意書は別紙であり、別々の返信用封筒に入れて返送していただき、氏名や所属先と質問紙を一致しないようにいたします。よって、誰がどの回答をしたのかは分かりません。

2）本研究では、<u>同意書と質問紙のご返送をもって研究参加に同意頂いたといたします</u>。

3）本研究は同意書と質問紙を別紙とし、集計の際も別にして取り扱うことから、質問紙と個人の連結が困難であるため、送付後に同意の撤回は受け付けることができません。

4）同意書の送付がなく質問紙のみが返送された場合は、質問紙と同意書の連結ができないため、1回目の調査のデータとして取り扱います。

5）研究参加への強要があった場合、研究者へご連絡ください。

6）研究への協力の諾否について、看護部の責任者から問い合わせがあっても研究者は応じないことをお約束します。

8.個人情報や提供された試料・情報についての取扱い（保護、保管および廃棄の方法）

研究の過程で得られた情報は、研究関係者（研究責任者と共同研究者）以外には触れられないように研究責任者の研究室の鍵のかかる棚に、研究終了報告日から10年間保管し、その後、処理します。処理の際は、匿名化を確認した後、用紙についてはシュレッダーにかけ、データについては電子保存媒体を初期化して物理的に破棄します。同意書に記載された情報はパスワードをかけて保存します。質問紙の回答はすべて数値化して研究室に設置するパソコンのExcelにデータ入力し、こちらもパスワードをかけて保存します。

本研究の結果は、学位論文および学会、学術雑誌等で公表されることがありますが、氏名や個人を特定できる情報は公開されません。

9.研究に関する研究計画書等の開示・情報公開の方法

本研究の研究計画書は、他の研究対象者の個人情報保護および研究の独創性を確保した状態で入手または閲覧することが可能です。希望される方は、下記の研究者の連絡先にご連絡ください。

10. 研究協力者本人への結果の開示

研究結果をご希望でしたら研究者へご連絡ください。研究結果を公開の報告書、学会発表要旨、発表論文の形でお渡しします。

11. 知的財産権の帰属

研究の参加による知的財産についての帰属はございません。

12. 研究のための費用及び利益相反

この研究は、文部科学省科学研究費（基盤C）補助金により研究者のもとで公正に行われ、研究協力施設への助成金は無く、研究経費もかかりません。この研究における申告すべき利益相反はありません。

13. 研究対象者の経済的負担又は謝金

研究に参加するにあたり経済的な負担はなく、謝金はございません。

【研究計画の内容に関する問い合わせ先】

（研究実施代表者）武庫川女子大学大学院看護学研究科 博士後期課程2年
山本孝治
連絡先（Tel:[redacted]Email[redacted]）

（研究責任者）武庫川女子大学大学院看護学研究科　教授　　布谷麻耶
連絡先（Tel:[redacted] Email: [redacted]）

以上の内容をよくお読みいただき、ご理解いただいたうえでこの研究に参加することに同意していただける場合は、別紙の「同意書」に署名し、「質問紙」に回答し、返信用封筒にてご返送下さい。

武庫川女子大学大学院看護学研究科　博士後期課程 2 年
山本　孝治　様

資料 11

同　意　書

私は、「診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築する看護アセスメントツールの開発」の研究について、研究説明書の内容を読み理解しました。

つきましては、この研究に協力することに同意します。

（説明書の記載項目のうち確認されたら、□にチェックをいれてください）

- □ 研究の目的及び意義
- □ 研究期間と研究方法
- □ 研究対象者として選定した理由
- □ 研究対象者に生じる負担や予測されるリスク及び利益
- □ 研究協力に係る任意性と撤回の自由
- □ 不利益が生じることはない
- □ 協力を申し出た後にも、自由に協力を中止できる
- □ 個人情報や提供された試料・情報についての取扱い（保護、保管及び廃棄の方法）
- □ 同意が得られれば、記録の正確を期すために、内容を録音する
- □ データは本研究以外の目的には使用しない
- □ 研究に関する研究計画書等の開示・情報公開の方法
- □ 研究対象者本人の結果の開示
- □ 知的財産権の帰属
- □ 研究のための費用及び利益相反
- □ 研究対象者の経済的負担又は謝金
- □ 研究計画書の内容に関する問い合わせ先

令和　　年　　月　　日

研究協力者名（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご所属先の施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご所属先の住　所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご所属の部署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※同意書に記載された情報は第 2 回調査の際の郵送手続き以外で使用することはありません。

研　究　説　明　書
（研究に対する協力のお願い）

資料12

1．研究計画名　（※本研究は「武庫川女子大学・武庫川女子短期大学部研究倫理委員会・日本赤十字九州国際看護大学研究倫理委員会」の審査を経て、承認を得ています。）

診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築するための
看護アセスメントツールの開発【第2回調査】

2．研究の目的及び意義

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
先日は研究へのご協力を賜り誠にありがとうございました。初回調査について多くの看護師の皆様にご協力を頂くことができました。つきましては、ご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、2回目の調査についてもご協力をよろしくお願いいたします。
2回目の調査について、下記の説明事項をお読みいただき、質問紙へのご回答をお願い申し上げます。研究のご協力について、今回も任意であり、お断りになっても不利益が生じることはございません。研究に参加して頂くことで、クローン病患者さんに対する看護実践への示唆を得られ、質の高い看護について検討できると考えます。以上を踏まえ、研究にご協力頂けますと幸いです、何卒よろしくお願い申し上げます。
本研究において、診断後間もない成人期クローン病患者さんに特化したセルフケアを構築するための看護アセスメントツールを開発できれば、看護師による的確なアセスメントからシームレスなセルフケア支援が実現可能になると考えています。

3．研究実施者

（研究実施代表者）武庫川女子大学大学院看護学研究科 博士後期課程2年　　山本孝治

（研究責任者）武庫川女子大学大学院看護学研究科 教授　布谷麻耶

4．研究期間と研究方法

（研究実施期間）倫理審査委員会承認後～2023年3月31日

（研究方法）

1）研究デザイン：　デルファイ法による質問紙調査
2）研究対象者　：　クローン病患者さんへの看護を実践した経験のある看護師
3）第2回調査の実施期間：　2022年1月～同年3月
4）データ収集方法
（1）質問紙等の配付
2回目の調査では、初回の調査に協力を頂いた皆さまに個別に質問紙、初回調査の集計結果、返信用封筒を送付しております。
（2）質問紙への回答
今回は2回目の調査にあたりますので、初回調査の集計結果を参考に、質問紙への回答をお願いいたします。初回調査で回答したものから今回変更しても構いません。
（3）質問紙の回収
同封しております返信用封筒を用いて、質問紙を返送頂く郵送法によって回収します。
お忙しいところ恐縮ですが、返送は2022年3月31日までにお願いいたします。

5．研究対象者として選定した理由

本研究ではデルファイ法による調査を実施し、クローン病の患者さんへの看護を実践した経験のある看護師の方を専門家集団とし、質問紙に回答頂き看護アセスメントツールについての検証をいたします。2回目の調査では、初回調査にご協力頂いた看護師の方を対象にしています。

6．研究対象者に生じる負担や予測されるリスク及び利益

本研究において対象者の方に生じる負担として、質問紙に回答する時間があげられます。回答にはかかる時間はおよそ20分程度です。この時間を参考に、質問紙に回答するか否かをご検討ください。万一、著しく時間的負担を感じたり、業務への支障が生じた場合、回答を中断、中止していただいて構いません。

質問紙へ回答頂くことで、これまでの看護実践を振り返り、クローン病患者さんへの望ましいセルフケア支援について検討する機会になります。さらに、本研究により、クローン病患者さんに対する看護アセスメントの項目・視点が明らかになり、個々の患者さんの病状や生活背景に応じたセルフケア支援へとつながる可能性があります。

7.研究協力に係る任意性と撤回について

1）研究への参加は自由意思によるものです。研究への参加を拒否されても不利益が生じることは一切ありません。2回目の調査では、同意書の記載返送は不要ですので、質問紙について誰がどの回答をしたのかは分かりません。
2）初回調査の回答済みであっても、2回目の調査について辞退することは可能です。但し、すでに送付された初回調査の回答は研究データとして取り扱うことをご了承ください。
3）質問紙のご返送をもって研究参加に同意頂いたといたします。
4）2回目の調査では質問紙のみを回答いただくため、個人の連結が困難であり、送付後に同意の撤回は受け付けることができません。
5）研究参加への強要があった場合、研究者へご連絡ください。
6）研究への協力の諾否について、看護部の責任者から問い合わせがあっても研究者は応じないことをお約束します。

8.個人情報や提供された試料・情報についての取扱い(保護、保管および廃棄の方法)

研究の過程で得られた情報は、研究関係者（研究責任者と共同研究者）以外には触れられないように研究責任者の研究室の鍵のかかる棚に、研究終了報告日から10年間保管し、その後、処理します。処理の際は、匿名化を確認した後、用紙についてはシュレッダーにかけ、データについては電子保存媒体を初期化して物理的に破棄します。同意書に記載された情報はパスワードをかけて保存します。質問紙の回答はすべて数値化して研究室に設置するパソコンのExcelにデータ入力し、こちらもパスワードをかけて保存します。

本研究の結果は、学位論文および学会、学術雑誌等で公表されることがありますが、氏名や個人を特定できる情報は公開されません。

9.研究に関する研究計画書等の開示・情報公開の方法

本研究の研究計画書は、他の研究対象者の個人情報保護および研究の独創性を確保した状態で入手または閲覧することが可能です。希望される方は、下記の研究実施代表者の連絡先にご連絡ください。

10．研究協力者本人への結果の開示

研究結果の開示をご希望でしたら研究実施代表者へご連絡ください。研究結果を公開の報告書、学会発表要旨、発表論文の形でお渡しします。

11．知的財産権の帰属

研究の参加による知的財産についての帰属はございません。

12．研究のための費用及び利益相反

この研究は、文部科学省科学研究費（基盤C）補助金により研究者のもとで公正に行われ、研究協力施設への助成金は無く、研究経費もかかりません。この研究における申告すべき利益相反はありません。

13．研究対象者の経済的負担又は謝金

研究に参加するにあたり経済的な負担はありません。

第2回調査にご協力頂きました方で希望される場合、QUOカード500円分を謝礼として送付いたします。ご希望の方は、別紙の「研究協力への謝礼に関する確認書」に必要事項を記入し、同封の返信用封筒にてご返送下さい。

【研究計画の内容に関する問い合わせ先】

（研究実施代表者）武庫川女子大学大学院看護学研究科 博士後期課程2年
山本孝治
連絡先（Tel: [redacted] Email:k-[redacted]

（研究責任者）武庫川女子大学大学院看護学研究科 教授 布谷麻耶
連絡先（Tel: [redacted] mail: nu[redacted]

以上の内容をよくお読みいただき、ご理解いただいたうえでこの研究に参加することに同意していただける場合は、別紙の質問紙に回答し、返信用封筒にてご返送下さい。

資料 13

「診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築するための
看護アセスメントツール（**第 2 版**）の開発」に関する質問紙

研究にご協力いただける方は、以下の質問に回答をお願いいたします。
質問紙は全部で 13 ページあります。

1．ご自身について、該当するものに☑してください。
また（　）に数字、[　　] に必要事項を記入してください。

性別：【　□　男性　　□　女性　　□　その他　　】

年齢：（　　）歳

看護師としての経験年数（四捨五入で記入）：（　　）年
※1 年に満たない方は、〇か月と記載して下さい。

クローン病患者に対する看護実践の経験年数（四捨五入で記入）：（　　）年
※1 年に満たない方は、〇か月と記載して下さい。

所属部署：【　□　外来　　□　病棟　　□　その他［　　］　】

役職：【　□　看護師長　　□　主任・係長・看護副師長　　□　役職なし　　】

資格：【　□ 専門看護師　□ 認定看護師　□ 消化器内視鏡技師
□　その他［　　］　□　特になし　】

2．以下の質問紙への回答をお願いいたします。
本調査では、質問紙について、1）妥当性の評価（２～７ページ）と２）実用性の評価（８～13 ページ）に分けております。
第１回調査の結果を右に示しておりますので参考にされ、質問紙への回答をお願いいたします。
第１回調査で回答したものから今回変更しても構いません。
第１回調査の結果、除外・追加した項目は以下のとおり色分けして示しています。
【除外した項目】
①妥当性、実用性いずれかの「非常にあてはまる」と「あてはまる」の回答の合計（同意率）が 80%未満であった　グレー
②症状アセスメントであり、セルフケアに特化したアセスメント項目ではなかった　緑
③重複した項目であった　青
【追加した項目】
第１回調査の自由記載の回答をもとに新たに追加した項目　黄色

質問紙１）妥当性の評価

<u>診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築するための看護アセスメントツール</u>

の各項目について、

このツールのアセスメント項目として**<u>妥当性</u>**があるかを、それぞれ「非常にあてはまる」、「あてはまる」、「あてはまらない」、「全くあてはまらない」のうち最も該当するところに☑をしてください。

視点	分類	アセスメントの項目	非常にあてはまる	あてはまる	あてはまらない	全くあてはまらない
病識・健康管理	病気や治療についての理解力	1）病気について受け入れているか				
		2）病気や治療に不安を感じているか				
		3）自分の病変部位や合併症について理解しているか				
		4）納得がいくかたちでの治療が実施されているか				
		5）クローン病が難治性疾患で寛解維持が重要であると理解しているか				
		6）自分に処方されている薬剤の名称と効用を理解しているか				
		7）治療薬の副作用について理解しているか				
		8）薬の服用、成分栄養剤の注入を正しい方法で実施しているか				
		9）病気や治療の正確な情報を自ら調べているか				
		10）飲酒を控え、禁煙をしているか				
		11）現在の自分の検査データを把握しているか				
	治療を継続していく力	12）治療を継続していく必要性を理解しているか				
		13）治療の中断で起こりうる病状の変化を理解しているか				
		14）定期的に受診する必要性を理解しているか				
		15）治療を継続するうえで支障をきたす事柄がないか				
		16）処方された内服/点滴/注射を指示どおり服用/実施しているか				
		17）自分の思いを医療者に伝えられているか				
	療養と生活のバランスをとる力	18）睡眠、休息の確保が寛解維持には不可欠であることを理解しているか				
		19）ライフスタイル・ライフイベントに合った療養が実施しているか				
		20）仕事や学業と療養を両立して症状に応じた調整をしているか				
		21）セルフケアは無理がなく継続可能であるか				

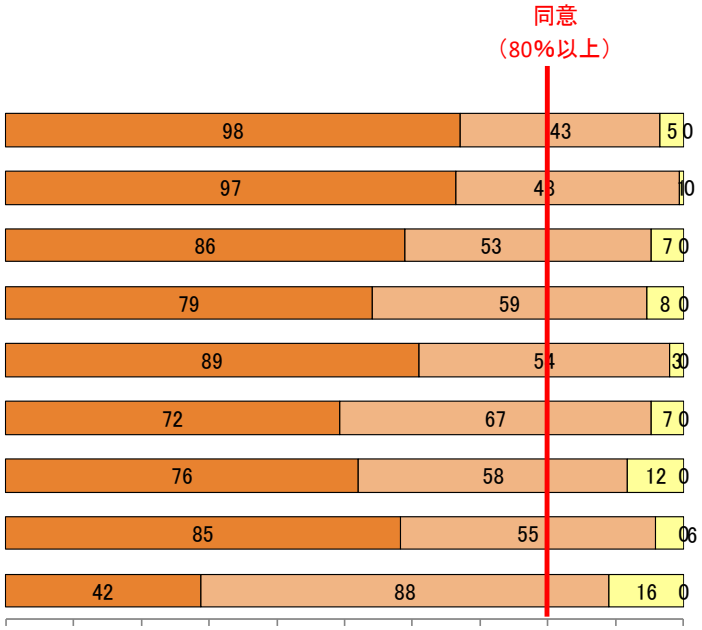
第 1 回調査結果（途中経過）

対象者：全国のクローン病患者が受診する医療施設 41 施設に勤務する看護師でクローン病患者さんへの看護を実践した経験のある看護師 146 名　（2021 年 12 月 4 日現在）

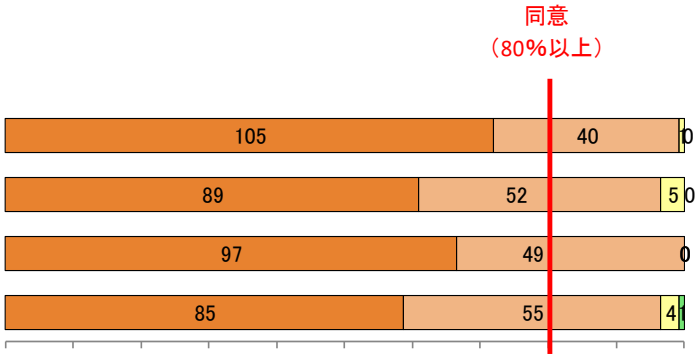
妥当性

視点：病識・健康管理

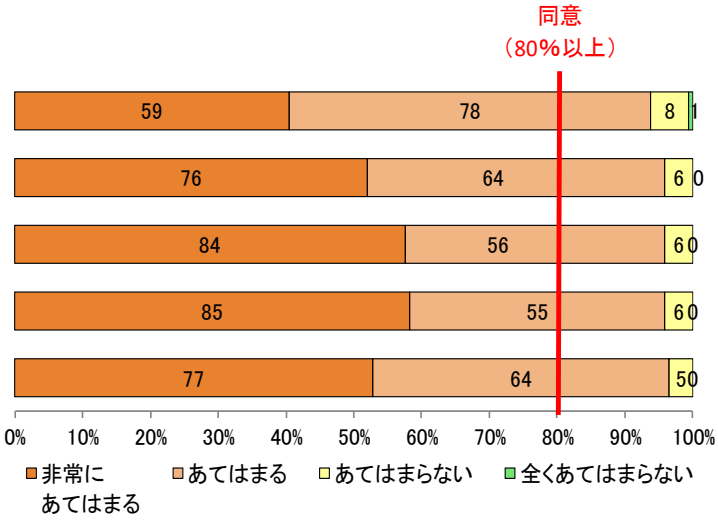
分類：病気や治療についての理解力



分類：治療を継続していく力



分類：療養と生活のバランスをとる力



妥当性・実用性いずれかで同意率80%未満のため除外

症状アセスメントの項目のため除外

重複項目のため除外

質問紙１）妥当性の評価

視点	分類	アセスメントの項目	非常にあてはまる	あてはまる	あてはまらない	全くあてはまらない
病識・健康管理	セルフケアを主体的に行う力	22)発症前まで体調不良時はどのようなセルフケアを行っていたか				
		23)自分に関心をもって主体的にセルフケアに取り組もうとしているか				
		24）自分の健康・病気・治療に対する優先順位を低く設定していないか				
		25）病気だけでなく仕事や余暇、趣味をもった生活を送っているか				
		26）病気や治療の影響で楽しみ、生き甲斐、趣味に影響がでていないか				
		27）困り事を自分で抱え込まず、SOS を医療者を含めた第３者に伝達しているか				
		28)この先どのように生活していきたいのか自分の考えをもっているか				
		29）セルフケアの実践で、安定感・充実感を感じているか				
		30）自分が利用できる就労支援に関する情報を収集しているか				
		31）指定難病に関する制度、更新手続きの方法・時期を理解しているか				
	症状の変化に気づく力	32）腹部症状の察知で悪化の前兆を察知しているか				
		33）症状の変化や違和感について意識し、それに気が付いているか				
		34）独自の悪化の前兆を認識し、それを捉えようとしているか				
	症状に応じて対応する力	35）症状を察知したら食事・栄養療法の切り替えをしているか				
		36）症状に応じて休息をとっているか				
		37）発熱・下血や肛門病変の変化で必要な受診判断をしているか				
		38）体調の変化を正確に医療者に伝えているか				
	ストレスマネジメントする力	39）ストレスは腸管炎症の誘因になることを自覚しているか				
		40）療養生活にストレスを感じていないか				
		41）ストレスにどのように対処しているか/対処してきたか				
	相談や支援をしてくれる存在をもつ力	42）療養生活を実質的・手段的にサポートしてくれる存在がいるか				
		43）精神的な支えや相談ができる存在（同僚、家族、友人、医療者、同病者）がいるか				

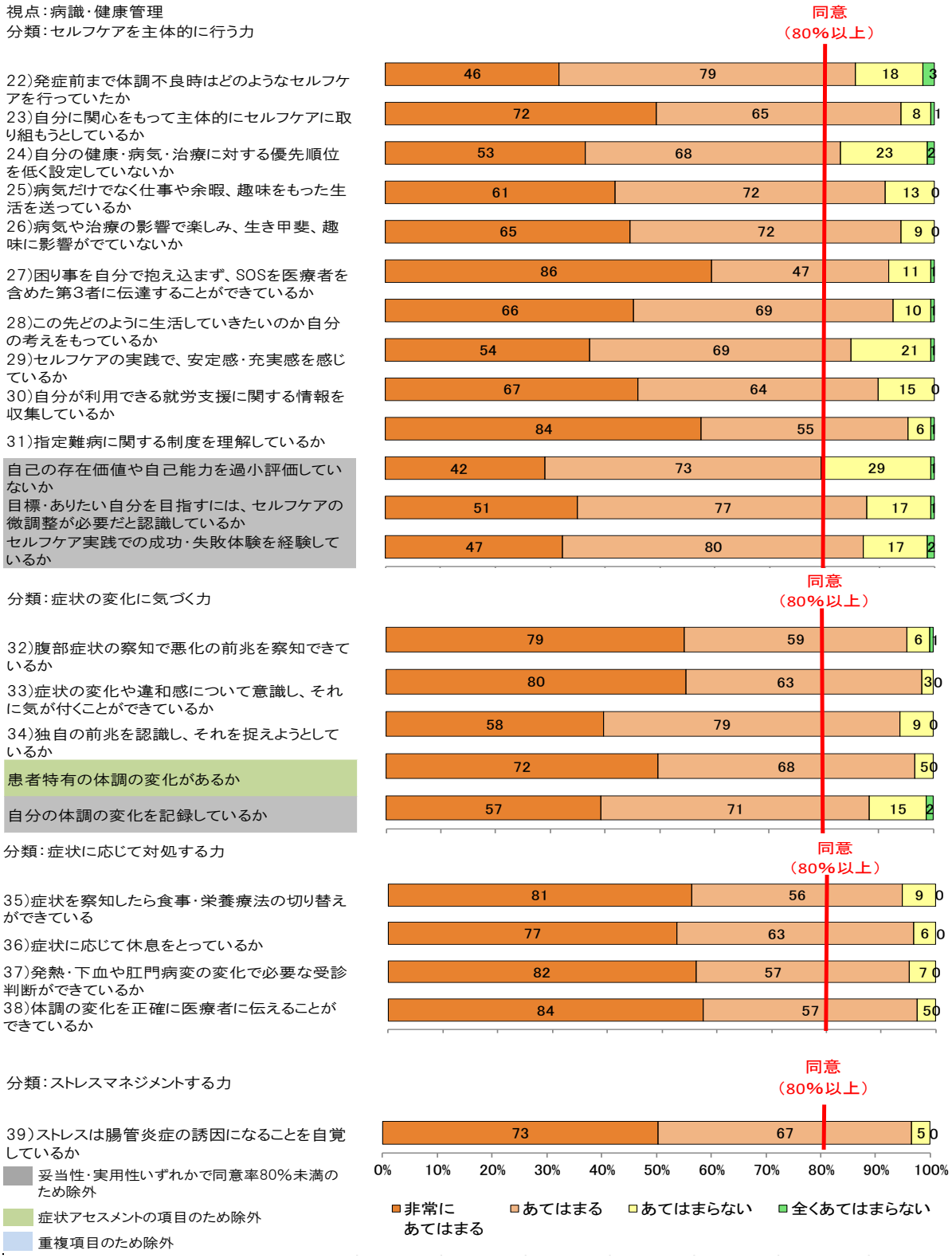
第 1 回調査結果（途中経過）

対象者：全国のクローン病患者が受診する医療施設 41 施設に勤務する看護師でクローン病患者さんへの看護を実践した経験のある看護師 146 名　（2021 年 12 月 4 日現在）

妥当性

視点：病識・健康管理

分類：セルフケアを主体的に行う力



質問紙１）妥当性の評価

視点	分類	アセスメントの項目	非常にあてはまる	あてはまる	あてはまらない	全くあてはまらない
食事と栄養	脱水をきたさないように水分摂取を調整する力	44)下痢の状態に応じた水分摂取をしているか				
		45）脱水が生じやすいことを踏まえた水分摂取をしているか				
	低栄養をきたさないように食事栄養療法を行う力	46）栄養状態に応じた食事栄養摂取をしているか				
		47）低栄養をきたしやすいことを踏まえた食事栄養摂取をしているか				
	自分の病状と症状に合わせた食事栄養療法を実践する力	48）繊維や脂肪が少ない食材の選択と調理法を実践しているか				
		49）外食や外出先で食事療法を実践しているか				
		50）会食の場での対処法を考え、その対処について実践しているか				
		51）体調を崩しやすい原因食品を自覚しているか				
		52）自分の病態・ライフスタイルに合った食事療法を実践しているか				
排泄	排泄に伴う症状に対処する力	53）外出前に事前にトイレの場所を確認しているか				
		54）便失禁を考慮して下着の替えやナプキン等を準備しているか				
	肛門症状悪化を防ぐ力	55）肛門部の症状を自覚しているか				
		56）肛門部の清潔を保持する必要性を理解しているか				
		57）下痢、便失禁による皮膚障害の予防・悪化防止のためのスキンケアを行っているか				
		58）肛門病変があっても医療者へ表出していない状況がないか				
		59）肛門症状を早期に察知して対処に繋いでいるか				
		60）肛門科の受診とサーベイランスを定期的に受けているか				

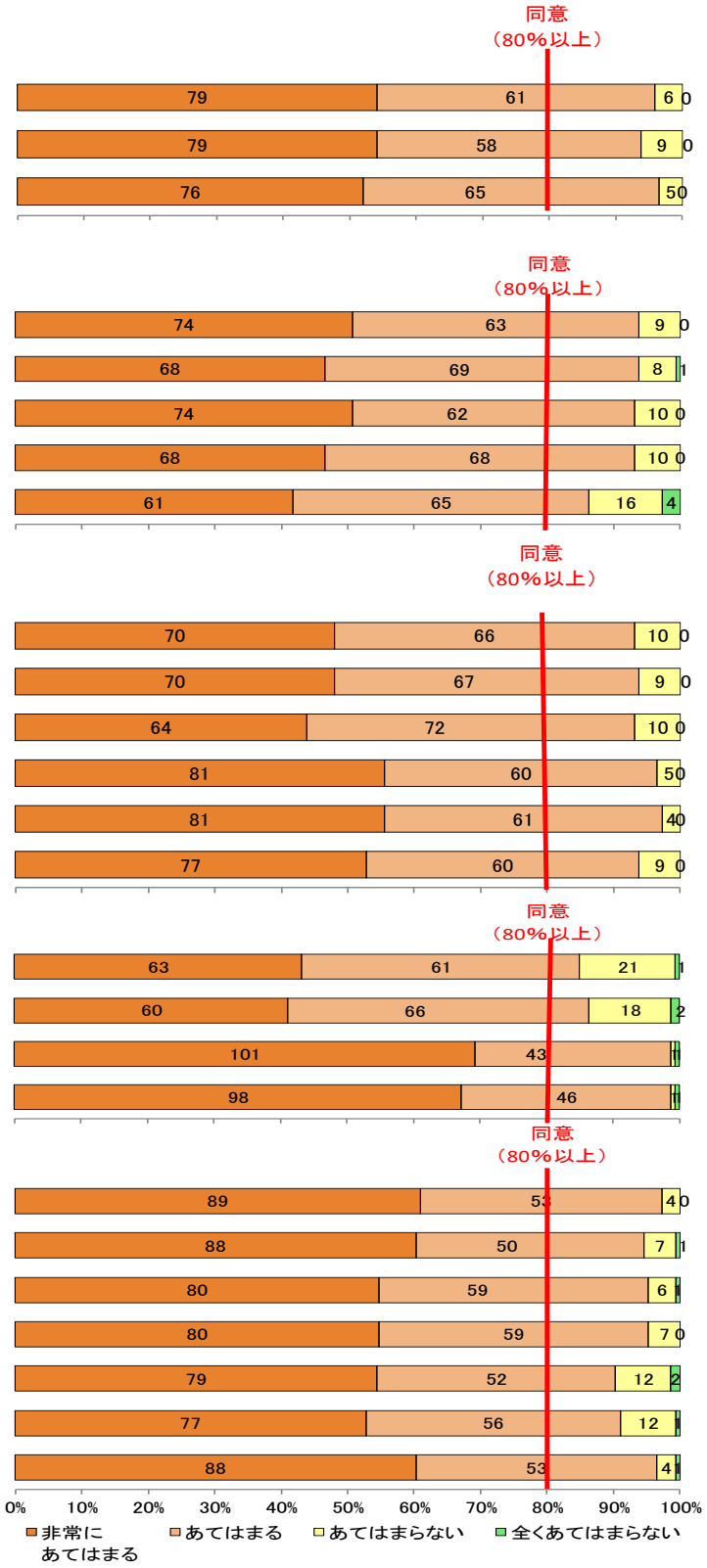
第 1 回調査結果（途中経過）

対象者：全国のクローン病患者が受診する医療施設 41 施設に勤務する看護師でクローン病患者さんへの看護を実践した経験のある看護師 146 名　（2021 年 12 月 4 日現在）

妥当性

視点：食事と栄養

分類：脱水をきたさないように水分摂取を調整する力



妥当性・実用性いずれかで同意率80%未満のため除外

症状アセスメントの項目のため除外

重複項目のため除外

質問紙２）実用性の評価

<u>診断後間もない成人期クローン病患者のセルフケアを構築するための看護アセスメントツール</u>

の各項目について、

このツールのアセスメント項目として**<u>実用性</u>**があるかを、それぞれ「非常にあてはまる」、「あてはまる」、「あてはまらない」、「全くあてはまらない」のうち最も該当するところに☑をしてください。

視点	分類	アセスメントの項目	非常にあてはまる	あてはまる	あてはまらない	全くあてはまらない
病識・健康管理	病気や治療についての理解力	1）病気について受け入れているか				
		2）病気や治療に不安を感じているか				
		3）自分の病変部位や合併症について理解しているか				
		4）納得がいくかたちでの治療が実施されているか				
		5）クローン病が難治性疾患で寛解維持が重要であると理解しているか				
		6）自分に処方されている薬剤の名称と効用を理解しているか				
		7）治療薬の副作用について理解しているか				
		8）薬の服用、成分栄養剤の注入を正しい方法で実施しているか				
		9）病気や治療の正確な情報を自ら調べているか				
		10）飲酒を控え、禁煙をしているか				
		11）現在の自分の検査データを把握しているか				
	治療を継続していく力	12）治療を継続していく必要性を理解しているか				
		13）治療の中断で起こりうる病状の変化を理解しているか				
		14）定期的に受診する必要性を理解しているか				
		15）治療を継続するうえで支障をきたす事柄がないか				
		16）処方された内服/点滴/注射を指示どおり服用/実施しているか				
		17）自分の思いを医療者に伝えられているか				
	療養と生活のバランスをとる力	18）睡眠、休息の確保が寛解維持には不可欠であることを理解しているか				
		19）ライフスタイル・ライフイベントに合った療養が実施しているか				
		20）仕事や学業と療養を両立して症状に応じた調整をしているか				
		21）セルフケアは無理がなく継続可能であるか				

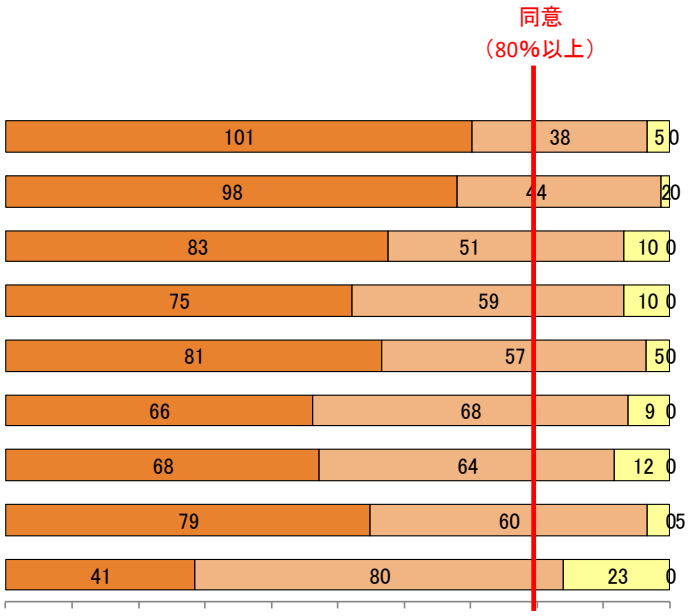
第 1 回調査結果（途中経過）

対象者：全国のクローン病患者が受診する医療施設 41 施設に勤務する看護師でクローン病患者さんへの看護を実践した経験のある看護師 146 名　（2021 年 12 月 4 日現在）

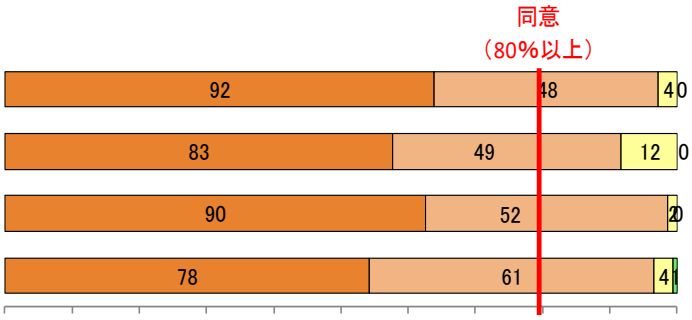
実用性

視点：病識・健康管理

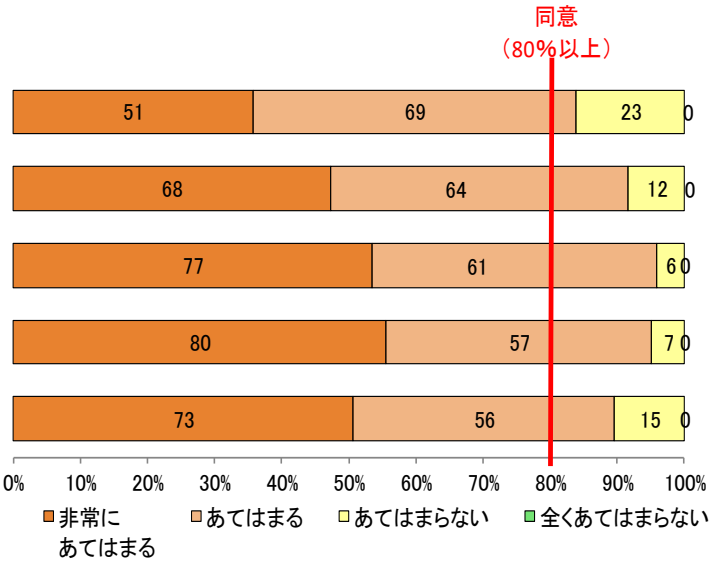
分類：病気や治療についての理解力



分類：治療を継続していく力



分類：療養と生活のバランスをとる力



妥当性・実用性いずれかで同意率80%未満のため除外

症状アセスメントの項目のため除外

重複項目のため除外

２）実用性の評価

視点	分類	アセスメントの項目	非常にあてはまる	あてはまる	あてはまらない	全くあてはまらない
病識・健康管理	セルフケアを主体的に行う力	22)発症前まで体調不良時はどのようなセルフケアを行っていたか				
		23)自分に関心をもって主体的にセルフケアに取り組もうとしているか				
		24）自分の健康・病気・治療に対する優先順位を低く設定していないか				
		25）病気だけでなく仕事や余暇、趣味をもった生活を送っているか				
		26）病気や治療の影響で楽しみ、生き甲斐、趣味に影響がでていないか				
		27）困り事を自分で抱え込まず、SOS を医療者を含めた第３者に伝達しているか				
		28)この先どのように生活していきたいのか自分の考えをもっているか				
		29）セルフケアの実践で、安定感・充実感を感じているか				
		30）自分が利用できる就労支援に関する情報を収集しているか				
		31）指定難病に関する制度、更新手続きの方法・時期を理解しているか				
	症状の変化に気づく力	32）腹部症状の察知で悪化の前兆を察知しているか				
		33）症状の変化や違和感について意識し、それに気が付いているか				
		34）独自の悪化の前兆を認識し、それを捉えようとしているか				
	症状に応じて対応する力	35）症状を察知したら食事・栄養療法の切り替えをしているか				
		36）症状に応じて休息をとっているか				
		37）発熱・下血や肛門病変の変化で必要な受診判断をしているか				
		38）体調の変化を正確に医療者に伝えているか				
	ストレスマネジメントする力	39）ストレスは腸管炎症の誘因になることを自覚しているか				
		40）療養生活にストレスを感じていないか				
		41）ストレスにどのように対処しているか/対処してきたか				
	相談や支援をしてくれる存在をもつ力	42）療養生活を実質的・手段的にサポートしてくれる存在がいるか				
		43）精神的な支えや相談ができる存在（同僚、家族、友人、医療者、同病者）がいるか				

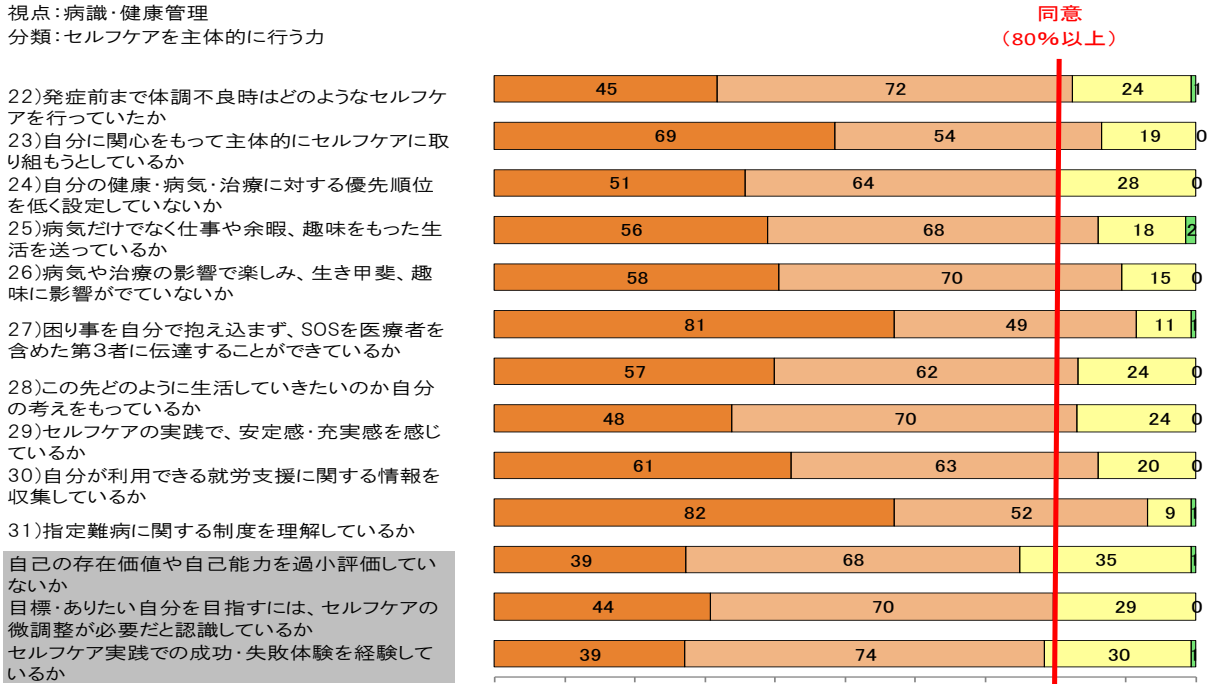
第 1 回調査結果（途中経過）

対象者：全国のクローン病患者が受診する医療施設 41 施設に勤務する看護師でクローン病患者さんへの看護を実践した経験のある看護師 146 名　（2021 年 12 月 4 日現在）

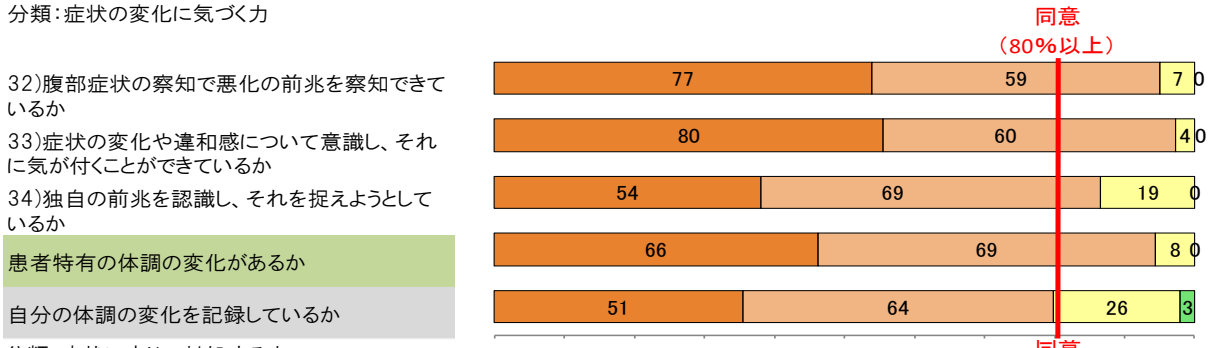
実用性

視点：病識・健康管理

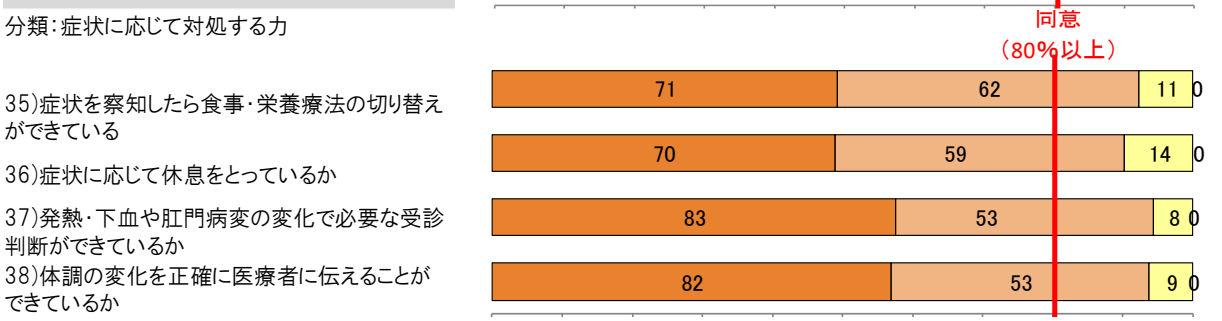
分類：セルフケアを主体的に行う力



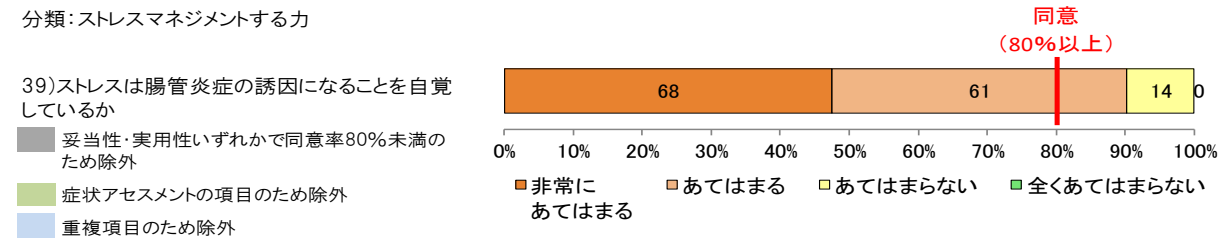
分類：症状の変化に気づく力



分類：症状に応じて対処する力



分類：ストレスマネジメントする力



妥当性・実用性いずれかで同意率80%未満のため除外

症状アセスメントの項目のため除外

重複項目のため除外

２）実用性の評価

視点	分類	アセスメントの項目	非常にあてはまる	あてはまる	あてはまらない	全くあてはまらない
食事と栄養	脱水をきたさないように水分摂取を調整する力	44)下痢の状態に応じた水分摂取をしているか				
		45）脱水が生じやすいことを踏まえた水分摂取をしているか				
	低栄養をきたさないように食事栄養療法を行う力	46）栄養状態に応じた食事栄養摂取をしているか				
		47）低栄養をきたしやすいことを踏まえた食事栄養摂取をしているか				
	自分の病状と症状に合わせた食事栄養療法を実践する力	48）繊維や脂肪が少ない食材の選択と調理法を実践しているか				
		49）外食や外出先で食事療法を実践しているか				
		50）会食の場での対処法を考え、その対処について実践しているか				
		51）体調を崩しやすい原因食品を自覚しているか				
		52）自分の病態・ライフスタイルに合った食事療法を実践しているか				
排泄	排泄に伴う症状に対処する力	53）外出前に事前にトイレの場所を確認しているか				
		54）便失禁を考慮して下着の替えやナプキン等を準備しているか				
	肛門症状悪化を防ぐ力	55）肛門部の症状を自覚しているか				
		56）肛門部の清潔を保持する必要性を理解しているか				
		57）下痢、便失禁による皮膚障害の予防・悪化防止のためのスキンケアを行っているか				
		58）肛門病変があっても医療者へ表出していない状況がないか				
		59）肛門症状を早期に察知して対処に繋いでいるか				
		60）肛門科の受診とサーベイランスを定期的に受けているか				

第 1 回調査結果（途中経過）

対象者：全国のクローン病患者が受診する医療施設 41 施設に勤務する看護師でクローン病患者さんへの看護を実践した経験のある看護師 146 名　（2021 年 12 月 4 日現在）

実用性

視点：食事と栄養

分類：脱水をきたさないように水分摂取を調整する力

44)下痢の状態に応じた水分摂取ができているか

45)脱水が生じやすいことを踏まえた水分摂取ができているか

下痢やその懸念で水分摂取を控え脱水が生じていないか

分類：低栄養をきたさないように食事栄養療法を行う力

46)栄養状態に応じた食事栄養摂取ができているか

47)低栄養をきたしやすいことを踏まえた食事栄養摂取ができているか

腹痛や下痢のため食事摂取を控え低栄養が生じていないか

低栄養状態から活動や生活へ影響が現れていないか

1 日に摂取すべきカロリーを認識できているか

分類：自分の病状と症状に合わせた食事栄養療法を実践する力

48)繊維や脂肪が少ない食材の選択と調理法を実践しているか

49)外食や外出先で食事療法を実践しているか

50)会食の場での対処法を考え、その対処について実践できているか

51)体調を崩しやすい原因食品を自覚しているか

52)自分の病態・ライフスタイルに合った食事療法が実践できているか

症状に応じた絶食、成分栄養剤への切り替えができているか

視点：排泄

分類：排泄に伴う症状に対処する力

53)外出前に事前にトイレの場所を確認しているか

54)便失禁を考慮して下着の替えやナプキン等を準備しているか

下痢や下血を起こしていないか

下痢や下血で生活に影響をきたしていないか

分類：肛門症状悪化を防ぐ力

55)肛門部の症状を自覚しているか

56)肛門部の清潔を保持する必要性を理解しているか

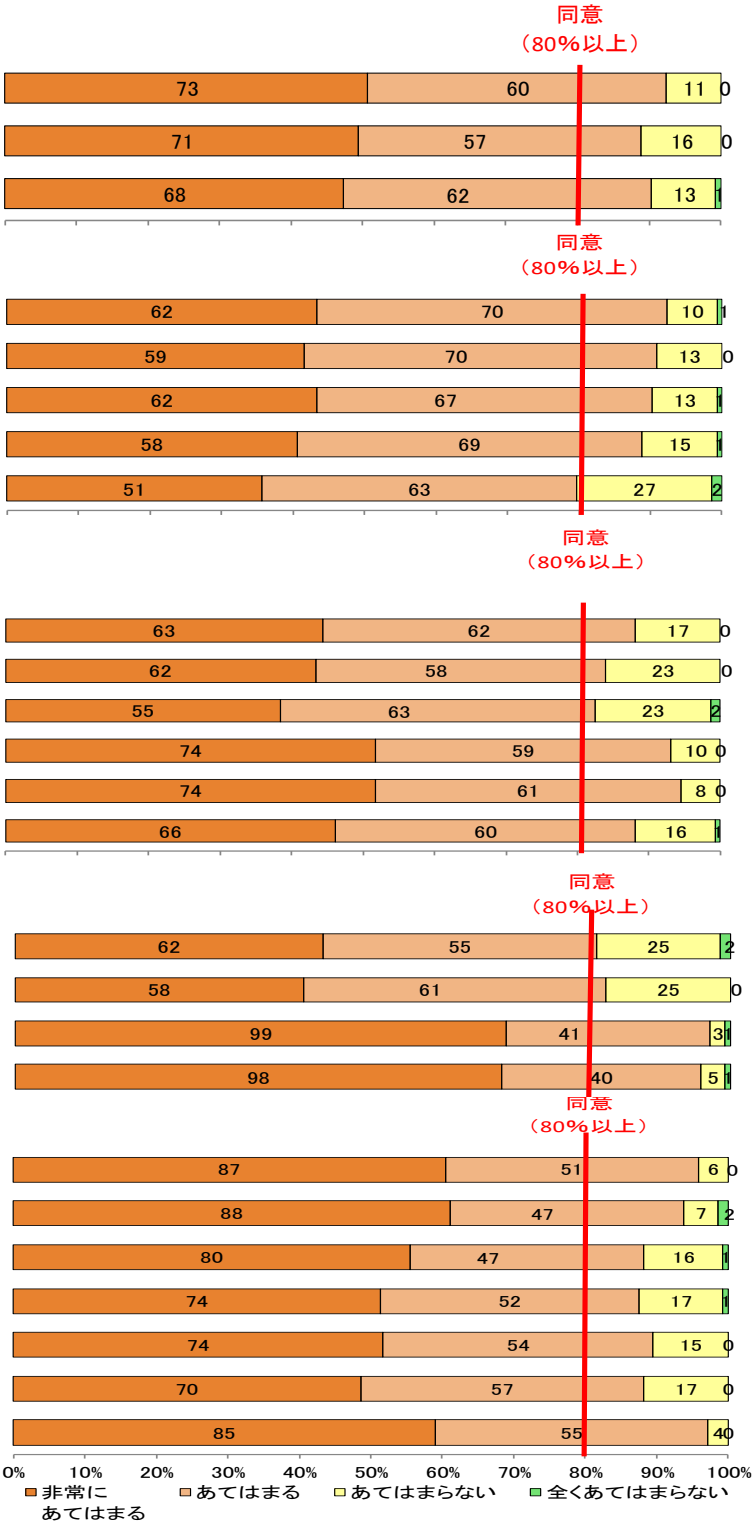
57)下痢、便失禁による皮膚障害を予防するためのスキンケア（汚染防止と清潔保持）を行っているか

58)肛門病変があっても医療者へ表出していない（伝達していない）状況がないか

59)肛門症状を早期に察知して対処に繋いでいるか

60)肛門科の受診とサーベイランスを定期的に受けているか

肛門部の症状で生活に影響をきたしていないか



妥当性・実用性いずれかで同意率80%未満のため除外

症状アセスメントの項目のため除外

重複項目のため除外

1

ご協力ありがとうございました。