Journal of Pharmaceutical Communication
Vol.23 No.2 2025

The Pharmaceutical Communication Society of Japan

原著論文

在宅医療に従事する薬剤師を対象としたアサーションワークショップの効果の検討―アサーションとストレスの関連性―

Effects of an assertion workshop for pharmacists engaged in home care settings -the relationship between assertion and stress-

宮本果奈[1]、清水侑真[2]、藤崎和彦[3]、亀井浩行[1]、半谷眞七子*[1]

Kana Miyamoto[1], Yuma Shimizu[2], Kazuhiko Fujisaki[3], Hiroyuki Kamei[1], Manako Hanya*[1]

キーワード；アサーション、薬剤師、在宅医療、ストレス、コーピング

Keyword ; Assertion, pharmacist, home care, stress, coping

要旨；本研究では、在宅医療に従事する薬剤師を対象にアサーションワークショップ（WS）を開催し、参加した薬剤師に与える影響を分析した。WSでは、アサーションの導入講義（２時間）、及び在宅医療でのチーム医療を想定したロールプレイ（３時間）を行った。参加した薬剤師37名を対象に、チーム医療における薬剤師のアサーション評価尺度（IAS：Interprofessional Assertiveness Scale）をWS前、WS直後、WS１か月後に、在宅医療における薬剤師のストレス調査票（PSS：Pharmacist's Stress Scale for Home Care）とコーピング特性簡易尺度（BSCP：the Brief Scales for Coping Profile）をWS前、WS１か月後に実施した。全調査に回答した35名のうち、在宅医療経験者26名を対象に各評価票の平均値の比較、及び相関性の分析を行った。IASのアサーティブな自己表現の平均値は、WS前と比較してWS１か月後で有意に上昇した。WS前の薬剤師のPSS平均値は、「患者ケア」や「職場環境の対人関係」に関するストレスが高く、WS後には「業務量や業務内容に関するストレス」が高かった。ストレスコーピングは、WS前では、非主張的な傾向がある薬剤師は問題焦点型コーピングを活用しない傾向がみられたが、WS後においてアサーティブな傾向がある薬剤師は問題焦点型コーピングを活用する傾向がみられた。今回実施したアサーションWSは、アサーティブな態度の習得に有用であり、薬剤師の患者ケアなどの対人業務のストレス緩和につながり、ストレス対処の選択肢の拡充につながることが示唆された。

Abstract ; The present study investigated the impact of an assertion workshop（WS）among pharmacists engaged in home care settings. The WS consisted of a 2-hour introductory lecture on assertion and a 3-hour role-play session simulating interprofessional team in home care. Thirty-seven pharmacists participated in the WS. The Interprofessional Assertiveness Scale（IAS）was administered before, immediately after, and one month after the WS. The Pharmacist's Stress Scale for Home Care（PSS）and the Brief Scales for Coping Profile（BSCP）were administered before and one month after the WS. Among the 35 pharmacists who completed all surveys, data from 26 with home care experience were analyzed by comparing mean scores and assessing correlations among scales. The mean score for assertive self-expression on the IAS significantly increased one month after the WS compared to before WS. The mean PSS scores of pharmacists before the WS indicated higher stress related to "patient care" and "interpersonal relationships in the workplace," whereas after the WS, higher stress was reported in relation to "workload and work content." Regarding stress coping, before the WS, pharmacists with non-assertive tendencies were less likely to use problem-focused coping strategies. After the WS, however, pharmacists with assertive tendencies were more likely to engage in problem-focused coping. These findings suggest that the assertion WS was effective in fostering an assertive attitude, which may help alleviate stress associated with interpersonal tasks such as patient care and expand the range of stress management options available to pharmacists.

所属：１　名城大学薬学部
　　２　名城大学大学院薬学研究科
　　３　岐阜大学医学部

1　Meijo University Faculty of Pharmacy
2　Meijo University Graduate School of Pharmacy
3　Gifu University School of Medicine
*Corresponding Auther：半谷眞七子　〒468-8503　愛知県名古屋市天白区八事山150
e-mail：manako@meijo-u.ac.jp

１．緒言

近年、医療の高度化や高齢化に伴う治療ニーズの多様化に対応するため、専門職が互いに連携・補完しあう多職種連携が実践されている[1)]。また、在宅医療の需要の増加により、薬剤師は地域単位で他職種と協働し、安全な薬物療法を支援することが求められている[2)]。しかし、薬剤師は他職種からの業務内容への理解不足や、情報共有時の心理的障壁から生じる対人関係でのストレスを抱えている[3－5)]。また、多職種連携において薬剤師は他職種への提案が受け入れられず、ストレスやチームワークの悪化が生じることが報告されている[6)]。そのため、薬剤師は他職種と円滑に意見共有を行える効果的なコミュニケーションを身に付け、ストレス緩和を図る必要がある。

多職種連携において円滑に情報共有を行うには、顔の見える関係性の構築が求められる[3)]。職種や立場を超えて気軽に話し合える関係性には、それぞれが持つ価値観や考え方を尊重しながらコミュニケーションを図る必要があり[7)]、自他尊重の自己表現方法であるアサーションが有効と考えられる。アサーションは、自身の欲求や意見、感情を率直に表現し、他者と対等な関係を築くための自己主張である[8)]。既に薬剤師のチーム医療におけるアサーティブな態度を評価するIAS（Interprofessional Assertiveness Scale）が開発され[9)]、アサーティブな自己表現ができる薬剤師は医師への処方変更の頻度が高いことが明らかとなっている[10)]。看護師においては、職場ストレスを緩和する手段としてアサーティブなコミュニケーション能力を高めることが有効であり、質の高い患者ケアの提供につながることが示唆されている[11－12)]。対人業務の拡大に伴い、ストレスの増加が懸念される薬剤師において、アサーティブな態度の習得により他職種との心理的障壁やストレスが軽減され、患者への服薬支援が向上することが期待できる。

現在、薬剤師を対象にアサーションを題材とした研究は少なく、特にアサーティブな態度の習得と業務上のストレスとの関連性を調査した研究はない。本研究では、在宅医療に従事する薬剤師を対象にアサーションワークショップを開催し、本プログラムがワークショップに参加した薬剤師に与える影響を分析した。

２．方法

２－１．対象

愛知県内の在宅医療を行っている保険薬局569件に「薬剤師を対象としたアサーションワークショップ」の案内を郵送して参加した薬剤師と、郵送先の保険薬局を介して参加した薬剤師の計37名を対象とした。対象者には説明文書にて、研究の目的と方法、研究への自由意思での参加、参加をいつでも撤回できること、不利益の回避、匿名化と個人情報の保護について説明し、十分納得したことを確認した後に、同意文書への署名により同意を得た。なお、本研究は、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠した名城大学倫理審査委員会の承認（R6－4）を得て実施した。

２－２．プログラムの概要（Fig.１）

2024年10月６日に午前２時間、午後３時間の計５時間のワークショップ（以下WS）を実施した。参加者は４、５名の小グループに分かれ、午前と午後でグループのメンバーを入れ替えた。午前はアサーションに関する導入講義として、自己と他者への理解を深めるために６種のワークを行った。午後は在宅医療において課題[13)]となっている「老老介護の便秘患者」及び「医療用麻薬使用患者」を題材として、チーム医療を想定したロールプレイ（Table 1）を実施した。参加者は患者・患者夫・看護師・薬剤師のいずれかの役割を

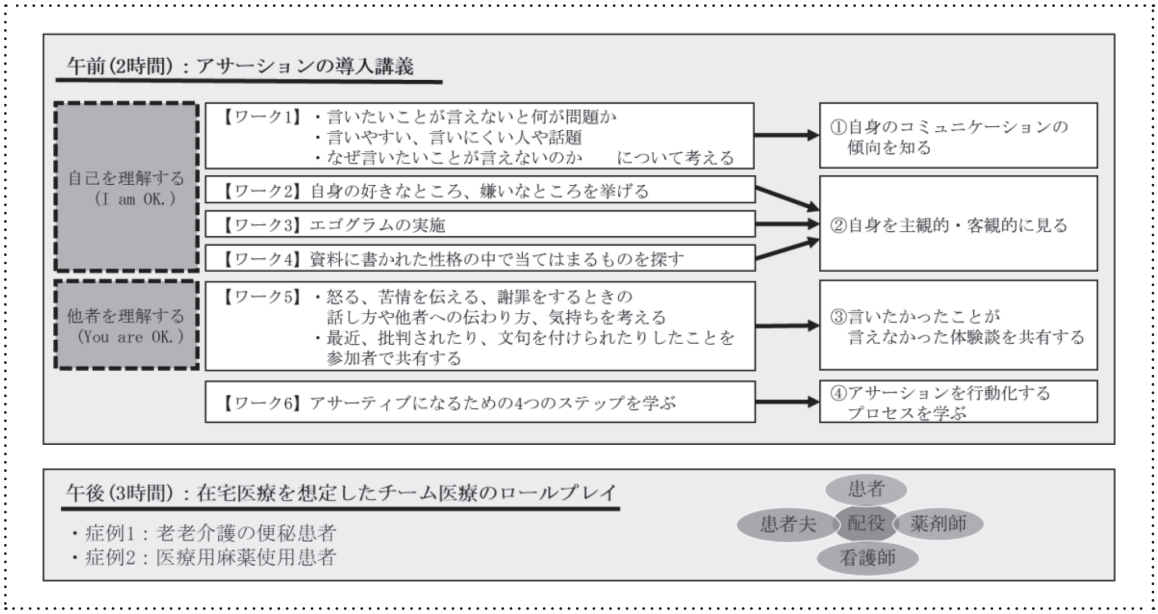

Fig. 1　プログラムの概要

Table 1　チーム医療のロールプレイで使用したシナリオ（一部抜粋）

場面設定	看護師が患者宅に訪問中に薬剤師が訪問し、患者の状態や薬剤について話し合う設定
症例１	「老老介護の便秘患者」 72歳女性、アテローム性脳梗塞 ・半年前、脳梗塞で入院し、２か月前から自宅で療養中。 ・意識はしっかりしているが、注意力が散漫傾向で、日中はほとんどベッド上で過ごしている。 ・食事など日常の生活は２歳年上の夫が行っている。脳梗塞で左片麻痺のため、トイレの介助が必要。 ・退院時（２ヶ月前）は、夫と一緒に家の中を歩いたり、手足を動かすリハビリをしていたが、最近はほとんど行っていない。 ・１か月前から、夜間眠れないという訴えがあり、睡眠薬を服用している。 ・現在要介護３で、月に２回医師の診察、薬剤師の訪問、週に２回看護師が血圧など患者の状態の確認に来ている。ヘルパーは毎日昼に食事の介助、お風呂などの日常生活を助けている。 ・食欲もあり、夫の作る食事を１日３回摂っている。たまにコンビニで買うが、食事摂取は問題ない。 【使用薬剤】 １．バイアスピリン錠　１回１錠　１日１回朝食後 ２．シロスタゾールOD錠100mg　１回１錠　１日２回朝夕食後 ３．アトルバスタチン錠10mg　１回１錠　１日１回夕食後 ４．アムロジピン錠５mg　１回１錠　１日１回朝食後 ５．ランソプラゾールOD錠15mg　１回１錠　１日１回朝食後 ６．サイレース錠１mg　１回１錠　１日１回就寝前 ７．酸化マグネシウム330mg　１回１錠　１日３回毎食後 ８．ケトプロフェンテープ20mg　７枚
患者	便秘と下痢の繰り返しでこれ以上夫に迷惑をかけたくない。 《課題》看護師の訪問中に薬剤師が訪ねてきたので、薬剤師に「何かあったのですか」と言う。
患者夫	下剤のお薬カレンダーへのセットを薬剤師に依頼した。 《課題》薬剤師が訪ねてきたので、排便コントロールが上手くいく薬について薬剤師に相談する。
薬剤師	下剤の調節を患者夫に説明したが、患者夫の要望を受けて、下剤をお薬カレンダーにセットした。 《課題》患者に「お加減いかがですか？」と声掛けをし、患者や患者夫、看護師の言葉を受けて返答する。
看護師	患者は便秘と下痢を繰り返しており、薬剤師が下剤をお薬カレンダーにセットしたことに不信感がある。 《課題》看護師の立場になって、これまでの経緯と薬剤師への要望を伝える。

Table 2　対象者の属性及び背景（薬剤師業務に関する調査票）（n=26）

		人数（名）	%
性別	女性	16	61.5
	男性	10	38.5
勤務年数	平均（年）	24.1 ± 12.7	
勤務先	保険薬局	22	84.6
	ドラッグストア	2	7.7
	病院	2	7.7
勤務形態	常勤	12	46.2
	管理職	7	26.9
	経営者	6	23.1
	非常勤	1	3.8
在宅経験年数	平均（年）	7.6 ± 5.0	
他職種との関わり	あり	23	88.5
関わりのある職種†	医師	20	76.9
	介護支援専門員（介護職）	19	73.1
	看護師	17	65.4
	薬剤師	13	50.0
	介護職	13	50.0
	介護支援専門員（医療職）	9	34.6
	その他	7	26.9
アサーション講習会	参加経験あり	1	3.8

†：複数回答

担い、各役割に与えられる課題をもとにロールプレイを15分間実施した。なお、訪問看護師を対象とした先行研究[14]では、在宅療養移行時に連携を強化したい職種として、病棟看護師に次いで薬剤師を挙げており、薬剤師はコミュニケーションが取りづらい職種として看護師を挙げていることから[15]、薬剤師と看護師の連携強化を目的に上記の配役とした。終了後はロールプレイの内容に対してグループごとに振り返りを行い、参加者全員で共有した。

２－３．アンケート調査と内容

参加者には、WS前に薬剤師業務に関する調査票（Table 2）への回答を依頼した。薬剤師業務に関する調査票は、対象者の性別、勤務年数、勤務先、勤務形態、在宅医療での経験年数、現在の職場での他職種との関わりの有無、関わりのある職種、アサーション講習会の参加経験の有無、及び「他職種との連携で上手くいかないこと」、「他職種との連携でストレスを感じること」に関する自由記述の項目から構成される。また、WS直後には、「多職種連携に対する意識変化」について自由記述を求めた。

３種類の評価票による調査は、薬剤師を対象にチーム医療でのアサーション評価を目的としたInterprofessional Assertiveness Scale（以下IAS）[9]、薬剤師を対象に在宅医療でのストレス評価を目的としたPharmacist's Stress Scale for Home Care（以下PSS）[4]、勤労者を対象にストレスコーピング評価を目的としたthe Brief Scales for Coping Profile（以下BSCP）[16]を用いた。本研究の主目的は、参加者のアサーティブな態度の習得であり、より質の高いデータを得ることに重点を置くため、IASはWS前、WS直後、及びWS１か月後に計３回実施した。PSSは全51項目、BSCPは全18項目と一定の設問数を有しており、回答者の負担軽減を図るため、PSSと

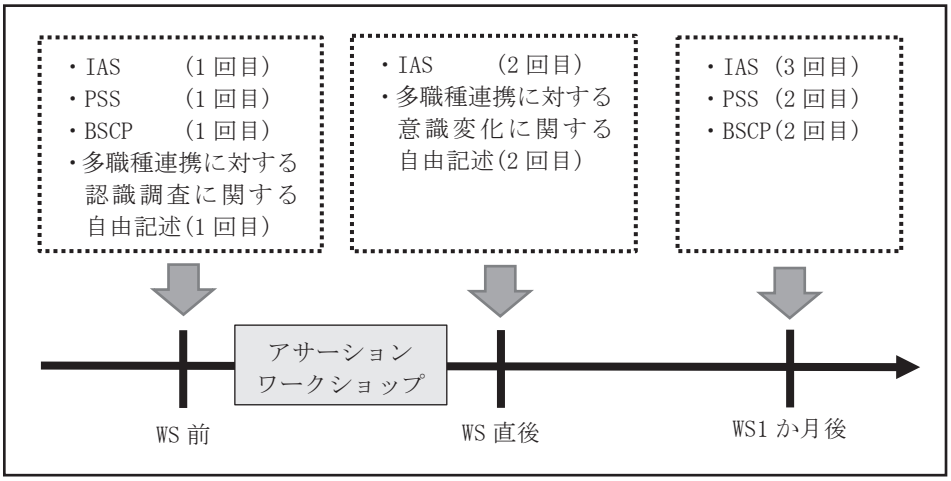

Fig.２　プログラムの調査スケジュール

BSCPはWS前、及びWS１か月後に計２回実施した（Fig.２）。なお、先行研究[4, 9, 17]より３種類の評価票はいずれも信頼性及び妥当性が証明されている。

IASは「１．非主張的な自己表現（NA）」、「２．アサーティブな自己表現（AS）」、「３．攻撃的な自己表現（AG）」の３因子18項目から構成される。回答は、「６：きわめて当てはまる」「５：かなり当てはまる」「４：どちらかと言えば当てはまる」「３：どちらかと言えば当てはまらない」「２：当てはまらない時の方が多い」「１：全く当てはまらない」の６段階スケール評価で実施した（Fig.３）。

PSSは「１．患者ケアの難しさや無力感」、「２．上司との関係および職場環境」、「３．業務量や業務内容に関する負担」、「４．患者やその家族とのコミュニケーション」、「５．他職種とのコミュニケーション」の５因子51項目から構成される。回答は、「５：常に強くストレスを感じる」「４：常にストレスを感じる」「３：時々ストレスを感じる」「２：ほとんどストレスにならない」「１：ストレスにならない」の５段階スケール評価で実施した（Fig.４）。

BSCPは「１．問題の直接解決」、「２．解決のための助けを相談」、「３．気分転換」、「４．視点の切り替え・発想の転換」、「５．他人に感情をぶつける」、「６．がまんと先延ばし」の６因子18項目から構成され、第１、２因子は問題焦点型コーピング、第３、４、５、６因子は情動焦点型コーピングに相当する。回答は、「４：よくある」「３：ときどきある」「２：たまにある」「１：ほとんどない」の４段階スケール評価で実施した（Fig.５）。

２－４．WSの有効性評価・分析方法

IASは、WS前とWS直後、及びWS１か月後における因子別平均値をFriedman検定を用いて分析し、各時期の比較にはBonferroni法を用いた多重比較を行った。PSS、及びBSCPは、WS前とWS１か月後における因子別平均値をWilcoxonの符号付順位検定を用いて比較した。また、WS直後のAS平均値が3.5以上の参加者をAS上位群とし、WS前とWS１か月後におけるPSS因子別平均値を同様に比較した。WS前とWS１か月後におけるIASとBSCP間の相関性は、Spearmanの順位相関係数を用いて分析した。解析には、統計解析ソフトIBM SPSS Statistics 28.0（IBM株式会社、東京）を使用し、$p < 0.05$を統計的有意差ありとした。なお、WS前とWS１か月後におけるPSS因子別平均値は、順位付けを行うために小数点第２位までを示した。

IAS（Interprofessional Assertiveness Scale）評価票

以下の評価票（IAS）について、あてはまる評価の□に✓を入れてください。
※チェックは１つ

質問事項	評価					
	全く当てはまらない	当てはまらない時の方が多い	どちらかと言えば当てはまらない	どちらかと言えば当てはまる	かなり当てはまる	きわめて当てはまる
私は他職種の提案に対し納得していないと思っていても、「納得していない」と言えなくて困ることがある。	□	□	□	□	□	□
地位の高い医師が間違っていると思われる発言をした時には、その医師の話だけではなく、自分の意見もみんなに聞いてほしいと思う。	□	□	□	□	□	□
治療やケアのことで他職種と交渉することは避けたいと思う。	□	□	□	□	□	□
他職種が私に何かをしてほしいと頼んできた時には、必ず頼まれた理由を知ろうとする。	□	□	□	□	□	□
私は、しばしば"No"と言えなくて困ることがある。	□	□	□	□	□	□
もしも誰かが私の悪い噂を流した時には、私は噂を流した張本人にできるだけ早く会い、その噂について話をつける。	□	□	□	□	□	□
正直なところ、私はよく他職種に利用されていると思う。	□	□	□	□	□	□
他職種のサービス内容があまり良くない時には、それが誰であっても苦情を申し出る。	□	□	□	□	□	□
時々、意見が飛び交うような活気のあるカンファレンスをしたいと思うことがある。	□	□	□	□	□	□
チーム医療において何か重要な役割を果たした時には、私の功績を他人にも知ってもらいたいと思う。	□	□	□	□	□	□
私は、一度提案したことを取り消すことは恥ずかしいことだと思う。	□	□	□	□	□	□
私は必要時に他職種に電話をかける時でさえ、ためらいを感じる。	□	□	□	□	□	□
私は、自分と同じ役職に就いている多くの同僚と同じように、他人に勝って昇進しようと努力している。	□	□	□	□	□	□
他職種からの苦情に対して、自分の意見をどう言ったらよいのか分からないことがしばしばある。	□	□	□	□	□	□
ルールを自分の都合で破ろうとしていたら、ルールを守るように口論や喧嘩をしてでも注意する。	□	□	□	□	□	□
私は自分の気持ちを隠したりしないし、自分の気持ちに率直である。	□	□	□	□	□	□
カンファレンス時に他の人が雑談をしている時にはその人達に静かにしてもらうように注意するか、話を聞くように伝える。	□	□	□	□	□	□
時々、他職種に対して何も言えなくなることがある。	□	□	□	□	□	□

Fig. 3　IAS（Interprofessional Assertiveness Scale）[9)]

在宅医療における薬剤師のストレス調査票（PSS）

＜調査票のご記入にあたって＞
以下の項目について、自分にとってストレスを感じる出来事かどうかを「常に強くストレスを感じる」、「常にストレスを感じる」、「時々ストレスを感じる」、「ほとんどストレスにならない」、「ストレスにならない」の５段階に分けて、□に✓を付けてお答えください。

No		常に強くストレスを感じる	常にストレスを感じる	時々ストレスを感じる	ほとんどストレスにならない	ストレスにならない
1	薬剤師として患者のケアの見通しが立たない	□	□	□	□	□
2	患者に対して納得のいくケアができない	□	□	□	□	□
3	患者とゆっくり関わったり話をするための十分な時間が無い	□	□	□	□	□
4	上司と考えが食い違う	□	□	□	□	□
5	事務仕事など、薬剤師としての仕事以外の労働が多すぎる	□	□	□	□	□
6	十分に休憩時間を確保できない	□	□	□	□	□
7	医師の方針や考え方に納得がいかない	□	□	□	□	□
8	在宅訪問先の衛生環境が悪く、不快な思いをする	□	□	□	□	□
9	在宅医療に思うように介入できず、職能が発揮できない	□	□	□	□	□
10	苦しんでいる患者や家族の支えになれない	□	□	□	□	□
11	患者が自分の将来の見通しを立てられない様子を見る	□	□	□	□	□
12	患者に怒鳴られたり、暴言を吐かれる	□	□	□	□	□
13	上司から信頼されていない	□	□	□	□	□
14	職場に気持ちを打ち明けたり相談できる人がいない	□	□	□	□	□
15	納得のいくケアをするための十分な時間が無い	□	□	□	□	□
16	在宅訪問時間の調整が難しい	□	□	□	□	□
17	患者や家族が、治療や予後について医師からどのように説明を受けているかはっきりしない	□	□	□	□	□
18	良かれと思って対応したケアが患者や家族に誤解される	□	□	□	□	□
19	仕事量に見合う調剤報酬が得られない	□	□	□	□	□
20	薬剤師の仕事が他職種に理解されない	□	□	□	□	□
21	ターミナル患者のケアに無力である	□	□	□	□	□
22	予後を告知されていない患者にどのように対応したらよいか分からない	□	□	□	□	□
23	患者から命令口調で指示される	□	□	□	□	□
24	上司の対応が遅い	□	□	□	□	□
25	急変時に即座に対応しなければならない	□	□	□	□	□
26	医師の対応が遅い	□	□	□	□	□
27	対応する職種によって言葉や態度を変える患者をケアする	□	□	□	□	□
28	患者や家族から信頼されていない	□	□	□	□	□
29	患者のためにしたいことが雇用主の方針で思うようにできない	□	□	□	□	□
30	報告書等の書類作成が煩雑である	□	□	□	□	□
31	自分の技術や薬局で提供できるサービスが不足している	□	□	□	□	□
32	患者や家族の不安や要望に十分に対応できない	□	□	□	□	□
33	受け持ち患者や親しくしていた患者が死亡する	□	□	□	□	□
34	患者による迷惑行為がある	□	□	□	□	□
35	困難なことが起きた時に同僚や他職種のサポートがない	□	□	□	□	□
36	人手が十分でない	□	□	□	□	□
37	予定外の仕事が入る	□	□	□	□	□
38	自分の仕事が医師に理解されない	□	□	□	□	□
39	対応する薬剤師によって言葉や態度を変える患者をケアする	□	□	□	□	□
40	懸命にケアしているのに、患者や家族に理解されない	□	□	□	□	□
41	経営者側から効率アップの要請がくる	□	□	□	□	□
42	他職種への連絡作業が多く、負担に感じる	□	□	□	□	□
43	患者の症状の進行に対し無力である	□	□	□	□	□
44	困難なことが起きた時に上司のサポートが無い	□	□	□	□	□
45	協力的でないスタッフと一緒に働く	□	□	□	□	□
46	時間に追われて仕事をしなければならない	□	□	□	□	□
47	業務時間外の患者対応がある	□	□	□	□	□
48	協力的でない医師と働く	□	□	□	□	□
49	コミュニケーションが取りづらい患者をケアする	□	□	□	□	□
50	薬剤師1人で在宅訪問することが負担に感じる （ex：重い荷物をもつ、男性独居宅に入るのに恐怖を感じる）	□	□	□	□	□
51	在宅患者が増えたとき、公平に患者と関わることができない	□	□	□	□	□

Fig. 4　PSS（Pharmacist's Stress Scale for Home Care）[4)]

ストレスコーピングに関する調査票

＜調査票のご記入にあたって＞
困ったこと、悩みなどに出会ったとき、あなたはどうすることが多いですか。次の例のそれぞれについて、ふだんそのような対応を選ぶことがよくあるかどうか、「よくある」、「ときどきある」、「たまにある」、「ほとんどない」の４段階に分けて、□に✓を付けてお答えください。

No		よくある	ときどきある	たまにある	ほとんどない
1	原因を調べ解決しようとする	□	□	□	□
2	今までの体験を参考に考える	□	□	□	□
3	いまできることは何かを冷静に考えてみる	□	□	□	□
4	信頼できる人に解決策を相談する	□	□	□	□
5	関係者と話し合い，問題の解決を図る	□	□	□	□
6	その問題に詳しい人に教えてもらう	□	□	□	□
7	趣味や娯楽で気をまぎらわす	□	□	□	□
8	何か気持ちが落ち着くことをする	□	□	□	□
9	旅行・外出など活動的なことをして気分転換する	□	□	□	□
10	「何とかなる」と希望をもつ	□	□	□	□
11	その出来事のよい面を考える	□	□	□	□
12	これも自分にはよい経験だと思うようにする	□	□	□	□
13	問題の原因を誰かのせいにする	□	□	□	□
14	問題に関係する人を責める	□	□	□	□
15	関係のない人に八つ当たりする	□	□	□	□
16	問題を先送りする	□	□	□	□
17	いつか事態が変わるだろうと思って時が過ぎるのを待つ	□	□	□	□
18	何もしないでがまんする	□	□	□	□

Fig. 5　BSCP（the Brief Scales for Coping Profile）[16]

「他職種との連携で上手くいかないこと」、「他職種との連携でストレスを感じること」、「多職種連携に対する意識変化」に関する自由記述は、研究者２名で内容の類似性のある記述を整理し、分類を行った。１名の研究者が分類した結果をもう１名の研究者が再度分類し、共同著者同士で解釈が一致するまで議論を行った。

３．結果

３－１．対象者の属性及び背景（Table 2）

WSに参加した薬剤師37名のうち、WS前、WS直後、WS１か月後の調査全てに回答したのは35名であった（有効回答率：94.6%）。本研究で用いたPSSは、対人業務を中心とした在宅医療における薬剤師のストレスを測定する調査票であり[4]、「在宅訪問先の衛生環境が悪く、不快な思いをする」、「在宅医療に思うように介入できず、職能が発揮できない」など、在宅医療未経験者には回答が困難と考えられる質問項目があった。そのため、WS前、WS直後、WS１か月後の調査全てに回答した35名のうち、在宅医療未経験者９名を除外した26名を解析対象とした。

解析対象者26名のうち、女性は16名、男性は10名、平均勤務年数は24.1±12.7年であっ

Table 3　IASの因子別平均値±標準偏差（S.D.）　（n=26）

因子		WS前	WS直後	WS１か月後
１．非主張的な自己表現(NA)	（８項目）	2.84±0.66	2.57±0.61*1	2.72±0.63
２．アサーティブな自己表現(AS)	（７項目）	3.49±0.60	3.66±0.65	3.70±0.65*2
３．攻撃的な自己表現(AG)	（３項目）	3.06±0.90	3.21±0.84	3.10±0.71

Friedman検定、Bonferroni法
*1：WS前＞WS直後（p＜0.05）
*2：WS前＜WS１か月後（p＜0.05）

Table 4　PSSの因子別平均値±標準偏差（S.D.）　（n＝26）

因子		WS前	WS１か月後	p
１．患者ケアの難しさや無力感	（14項目）	3.15±0.54	3.04±0.52	0.246
２．上司との関係および職場環境	（９項目）	3.13±0.87	3.15±0.78	0.795
３．業務量や業務内容に関する負担	（13項目）	3.10±0.58	3.09±0.59	0.976
４．患者やその家族とのコミュニケーション	（10項目）	3.02±0.67	3.02±0.74	0.954
５．他職種とのコミュニケーション	（５項目）	3.08±0.68	2.98±0.64	0.308

Wilcoxonの符号付順位検定

た。勤務先は保険薬局22名、ドラッグストア２名、病院２名であり、勤務形態は常勤12名、管理職７名、経営者６名、非常勤１名であった。アサーション講習会の参加経験があると回答した参加者は１名であった。

平均在宅経験年数は7.6±5.0年であり、他職種と関わった経験があると回答した参加者は23名であった。具体的な職種として医師20名、介護支援専門員（介護職）19名、看護師17名、薬剤師13名、介護職13名、介護支援専門員（医療職）９名が挙げられた。その他の職種は理学療法士２名、養護教諭、市の高齢介護課・健康課の職員、作業療法士、言語聴覚士、幼稚園教諭の各１名であった。

３－２．各評価票の因子別平均値の変化及び相関関係

１）IAS因子別平均値の変化（Table 3）

アサーティブな態度を評価するIASの平均値±標準偏差（S.D.）は、「１．非主張的な自己表現（NA）」でWS前2.84±0.66、WS直後2.57±0.61、WS１か月後2.72±0.63と、WS前と比較してWS直後で有意に減少し（p＜0.05）、非主張的な自己表現を行う傾向が弱まった。「２．アサーティブな自己表現（AS）」は3.49±0.60、3.66±0.65、3.70±0.65と、WS前と比較してWS１か月後で有意に上昇し（p＜0.05）、アサーティブなコミュニケーション能力が向上した。「３．攻撃的な自己表現（AG）」では有意差は認められなかった。

２）PSS因子別平均値の変化（Table 4）

ストレスを評価するPSSは、WS前とWS１か月後の因子別平均値の変化に対し、全ての因子で有意差は認められなかった。WS前の平均値±標準偏差（S.D.）は、「１．患者ケアの難しさや無力感」3.15±0.54が最も高く、「２．上司との関係および職場環境」3.13±0.87、「３．業務量や業務内容に関する負担」3.10±0.58、「５．他職種とのコミュニケーション」3.08±0.68、「４．患者やその家族とのコミュニケーション」3.02±0.67の順となり、患者ケアや職場環境にストレスを感じていた。WS１か月後の平均値±標準偏差（S.D.）は、「２．上司との関係および職場環境」3.15±0.78が最も高く、「３．業務量や業務内容に関する負担」3.09±0.59、「１．患者ケアの難しさや無力感」3.04±0.52、「４．患者やその家族とのコミュニケーション」3.02±0.74、

Table 5　AS上位群におけるPSS因子別平均値±標準偏差（S.D.）　（n＝14）

因子		WS前	WS１か月後	p
１．患者ケアの難しさや無力感	（14項目）	3.37±0.50	3.09±0.52	0.055
２．上司との関係および職場環境	（９項目）	3.37±0.80	3.14±0.88	0.096
３．業務量や業務内容に関する負担	（13項目）	3.26±0.64	3.24±0.62	0.806
４．患者やその家族とのコミュニケーション	（10項目）	3.15±0.61	3.09±0.86	0.665
５．他職種とのコミュニケーション	（５項目）	3.29±0.67	3.13±0.75	0.218

Wilcoxonの符号付順位検定

Table 6　BSCPの因子別平均値±標準偏差（S.D.）　（n＝26）

因子		WS前	WS１か月後	p
問題焦点型コーピング	（全６項目）	3.35±0.57	3.49±0.46	0.371
１．問題の直接解決	（３項目）	3.53±0.51	3.60±0.42	0.501
２．解決のための助けを相談	（３項目）	3.17±0.76	3.38±0.61	0.201
情動焦点型コーピング	（全12項目）	2.26±0.33	2.23±0.41	1.000
３．気分転換	（３項目）	2.50±0.85	2.58±0.80	0.626
４．視点の切り替え・発想の転換	（３項目）	3.15±0.66	3.08±0.66	0.753
５．他人に感情をぶつける	（３項目）	1.31±0.46	1.38±0.52	0.153
６．がまんと先延ばし	（３項目）	2.06±0.39	1.90±0.54	0.184

Wilcoxonの符号付順位検定

Table 7　IAS・BSCP間の相関係数　（n＝26）

			IAS		
			NA	AS	AG
BSCP	WS前	問題焦点型コーピング	−0.402*	0.062	0.370
		情動焦点型コーピング	−0.257	0.255	0.342
	WS１か月後	問題焦点型コーピング	−0.316	0.545**	0.333
		情動焦点型コーピング	0.033	0.363	0.378

Spearmanの順位相関係数
**：p＜0.01、*：p＜0.05

「５．他職種とのコミュニケーション」2.98±0.64の順となり、職場環境や業務内容にストレスを感じていた。

３）AS上位群におけるPSS因子別平均値の変化（Table 5）

「１．患者ケアの難しさや無力感」において、AS上位群のPSSの平均値±標準偏差（S.D.）は、WS前3.37±0.50、WS１か月後3.09±0.52であり、この変化は統計学的に有意ではなかった（p＝0.055）。また、第２～５因子においては、WS前後の平均値に統計学的な有意差は認められず、ストレス軽減の可能性を示す明確な証拠は得られなかった。

４）BSCP因子別平均値の変化（Table 6）

ストレスコーピングの評価であるBSCPの問題焦点型コーピングの平均値±標準偏差（S.D.）は、WS前3.35±0.57、WS１か月後3.49±0.46、情動焦点型コーピングの平均値±標準偏差（S.D.）は、WS前2.26±0.33、WS１か月後2.23±0.41であり、この変化は統計学的に有意ではなかった。

５）IAS・BSCP間の相関関係（Table 7）

WS前のIASとBSCP間において「１．非主張的な自己表現（NA）」は、問題焦点型コーピングと有意な負の相関が認められ（r＝−0.402、p＜0.05）、非主張的な自己表現得

Table 8　WS前の多職種連携に対する認識調査に関する自由記述の分類

カテゴリー（n）	回答例（n）	
	他職種との連携で上手くいかないこと(19)	他職種との連携でストレスに感じること(15)
コミュニケーションの困難さ(14)	・医師や介護職とのコミュニケーションが難しい（3） ・各々の立場があるため、一回の話し合いでは上手くいかない（1） ・医師や病院スタッフが多忙で遠慮してしまう（1） ・学校で啓発活動をする際の切り出し方が難しい（1） ・ケアマネージャーとの信頼関係の構築が難しい（1） ・初対面の時にぎこちなくなる（1） ・医師や訪問看護師の要望が分からない（1） ・医療職以外のスタッフと医学的な話が通じない（1） ・病院スタッフの在宅の知識や経験が乏しく、話が噛み合わない（1）	・医師やケアマネージャーが話を聴いてくれない（2） ・ケアマネージャーや看護師とコミュニケーションがとれない（1）
患者情報共有の困難さ（9）	・ICTツールで情報共有し、本意ではないことを誤解された（1） ・施設在宅で、施設職員に情報共有をお願いしたが、共有できていなかった（1） ・ケアマネージャーから返信がない（1） ・十分な情報共有が難しい（1）	・薬剤や受診の情報共有が円滑にいかない（4） ・電話やFaxなど連絡手段を考えることがストレスになる（1）
他職種からの薬剤師の役割認識不足（4）	・看護師が行ってきた薬の管理を薬剤師に移行して欲しいが、手離してくれない（1）	・薬剤師の役割の理解に時間がかかる（1） ・薬剤師の仕事を看護師が行う（1） ・多職種会議に呼ばれない（1）
業務依頼に対する躊躇（4）	・訪問依頼があった際に他の業務があり、すぐに訪問できない（1） ・多職種会議に参加したいが、日時が合わない（1）	・ケアマネージャーからの急な訪問依頼に負担を感じる（1） ・ケアマネージャーに在宅業務依頼をする時にストレスを感じる（1）
処方提案・疑義照会への苦手意識（3）	・他院の医師に情報提供や処方提案、疑義照会をする際に上手くいかない（1）	・面識がない場合の電話や書面でのやり取りで緊張する（1） ・電話で複雑な内容をやり取りする際に負担を感じる（1）

点が高い薬剤師は、問題焦点型コーピングを用いてストレスに対処しない傾向がみられた。また、WS１か月後のIASとBSCP間において「２．アサーティブな自己表現（AS）」は、問題焦点型コーピングと有意な正の相関が認められ（$r=0.545$、$p<0.01$）、アサーティブな自己表現得点が高い薬剤師は、問題焦点型コーピングを用いてストレスに対処する傾向がみられた。

３－３．多職種連携に対する認識調査

WS前に実施した薬剤師業務に関する調査票の『他職種との連携で上手くいかないこと』、及び『他職種との連携でストレスに感じること』の自由記述に関して、内容ごとに分類した（Table 8）。以下、カテゴリーを【　】、参加者の記述を「　」で表した。

『他職種との連携で上手くいかないこと』、及び『他職種との連携でストレスに感じること』は、【コミュニケーションの困難さ】、【患者情報共有の困難さ】、【他職種からの薬剤師の役割認識不足】、【業務依頼に対する躊躇】、【処方提案・疑義照会への苦手意識】の５つのカテゴリーに分類された。

Table 9　WS直後の多職種連携に対する意識変化に関する自由記述の分類　（n＝25）

カテゴリー（n）	サブカテゴリー（n）	回答例（n）
自己に対する気づき(11)	自ら情報発信する必要性(10)	・ネガティブな問題は伝えにくかったが、自分の意見を伝えることが大切だ（3） ・具体的な話の進め方が分かった（2） ・必要な時は自分の意見を言うことが大切だ（1） ・患者ケアについて積極的に意見を発信していきたい（1） ・より良い方向へ行く話であればするべきだ（1） ・相手を尊重しつつ、間違いを正す難しさを実感した（1） ・思いを聞いてもらうことは話を聞き入れることにつながると分かった（1）
	自身の対応の振り返り（1）	・自分の対応を見直すきっかけになった（1）
他者に対する気づき（8）	他者の立場を理解する必要性（6）	・他職種の役を体験し、薬剤師目線ではなく、各々の立場で考えることが出来た（2） ・他職種や患者の立場になって考える大切さを再確認した（2） ・同じ課題を持ち、解決に向かって取り組んでいく仲間意識へ変わった（1） ・他の立場(看護師・患者)の尊重の重要性について変化があった（1）
	他職種の考え方の理解（2）	・各職種の考え方の違いを知ることができ、今後の業務に役立てたい（1） ・他職種の立場になり、他職種視点での考え方や基準があると再認識した（1）
自他尊重（6）	自他尊重の必要性（6）	・各々の思いや方向性が違うことがあるため、情報共有が大切だ（2） ・他職種と互いに尊重しながら、仕事を進めたい（2） ・相手の気持ちを考えながら、I am OK, You are OKを心がけたい（1） ・互いを尊重した話し方をする努力が必要だ（1）

【コミュニケーションの困難さ】では「医師や介護職とのコミュニケーションが難しい」など、他職種とのコミュニケーションに難しさを感じていた。【患者情報共有の困難さ】では「薬剤や受診の情報共有が円滑にいかない」など、患者情報の共有に苦慮する現状がみられた。【他職種からの薬剤師の役割認識不足】では「薬剤師の役割の理解に時間がかかる」など、薬剤師の役割が他職種に十分に認識されていない現状がみられた。【業務依頼に対する躊躇】では「ケアマネージャーに在宅業務依頼をする時にストレスを感じる」など、他職種の業務依頼に負担を感じていた。【処方提案・疑義照会への苦手意識】では「面識がない場合の電話や書面でのやり取りで緊張する」など、顔が見えない状況でのやり取りに苦手意識があり、精神的負担が伺えた。

3－4．多職種連携に対する意識変化の自由記述

WS直後に実施した『多職種連携に対する意識変化』の自由記述に関して、内容ごとに分類した（Table 9）。以下、カテゴリーを【　】、参加者の記述を「　」で表した。

『多職種連携に対する意識変化』は、【自己に対する気づき】、【他者に対する気づき】、【自他尊重】の3つのカテゴリーに分類された。

【自己に対する気づき】では「必要な時は自分の意見を言うことが大切だ」「自分の対応を見直すきっかけになった」という意見があり、WSを通して自身の対応を振り返り、自ら情報発信をする必要性を感じていた。【他者に対する気づき】では「他の立場（看護師・患者）の尊重の重要性について変化があった」「各職種の考え方の違いを知ることができ、今後の業務に役立てたい」という意

見があり、WSを通して他職種の立場を経験することで、他者の立場への理解に関する記述がみられた。【自他尊重】では「他職種と互いに尊重しながら、仕事を進めたい」「互いを尊重した話し方をする努力が必要だ」という意見があり、自己と他者の両方を尊重する重要性を感じていた。

４．考察

４－１．アサーションWSが参加者に与える影響

本研究では、在宅医療に従事する薬剤師を対象にアサーションWSを開催し、本プログラムが薬剤師に与える影響を検討した。その結果、IASの非主張的な自己表現の平均値は、WS前と比較してWS直後で有意に減少、アサーティブな自己表現の平均値は、WS前と比較してWS１か月後で有意に上昇し、アサーティブなコミュニケーション能力が向上した。非主張的な自己表現はWSにおける自己と他者への気づきによって、WS直後に変化がみられたと考えられるが、アサーティブな態度は、モデリングやフィードバックを通してアサーションの実践を繰り返すことにより習得が可能であり[18－19]、一定の時間を要する。本プログラムにおいても、チーム医療を想定したロールプレイでの実践に加えて、WS終了後も各勤務先で実践経験を積むことにより、アサーションの習熟度が段階的に高まり、WS１か月後のアサーティブ得点が有意に上昇したと推察される。

また、WS直後の薬剤師の自由記述では、自己と他者への認識に関する記述がみられた。アサーションには自己尊重と他者尊重の２つの軸があり、自身を理解していれば、アサーティブな態度で対応しやすくなると示唆されている[8, 20]。今回のWSで実施した自身のコミュニケーションや性格を客観視するワークによって自己理解が深まり、他の参加者の意見が言えなかった体験談を聴くことで他者理解が深まったと考えられる。

現在、在宅医療では多職種連携が求められているが[21]、薬剤師は他職種からの業務内容の理解不足や、情報共有時の心理的障壁が認められている[3]。今回、参加した薬剤師の自由記述からも同様の意見が得られ、多職種連携に苦慮する現状が伺えた。アサーティブな態度は対応する相手や場面で異なるため[22]、多職種が患者テリトリーに介入する在宅医療では、状況に応じてアサーティブなコミュニケーションを取ることは容易ではない。本研究においては、医療チーム内の情報共有不足から他職種との対立が生じるシナリオを設定し、ロールプレイを実施した。参加者は、他職種役との対立構造が存在する状況で、意見の相違に向き合いながら話し合い、積極的に意見を伝える必要性の認識に至った。今回実施したWSは、アサーティブな態度の習得に着目した従来のアサーション・トレーニング[23]と同様に、アサーティブな態度の必要性の喚起に有用であった。

４－２．アサーティブな態度がストレスとその対処方法に与える影響

昨今、在宅医療の推進や対人業務の拡大により、薬剤師は対人関係のストレスを抱えていることが指摘されている[4-5]。薬剤師のストレスを評価するPSSの平均値は、WS前において「患者ケア」や「職場環境」のストレスが上位を占め、先行研究[4-5]と同様に薬剤師は対人関係のストレスを抱えている結果であった。在宅医療では、患者テリトリーでの患者の病状や心理状態の把握、及び他職種との情報共有が必要である。専門性の違いから誤解が生じることもあり、患者や他職種とのコミュニケーションが負担であった可能性がある。WS１か月後のPSS平均値は、「業務量や業務内容に関する負担」では変化がみられなかったが、「患者ケア」や「職場環境」のストレスは減少する傾向がみられた。ア

サーション・トレーニングは、アサーティブな態度の習得によって、対人関係の円滑化や親密性の促進が期待されている[8)]。本プログラムにおいても、アサーティブな態度の習得により、患者や他職種とのコミュニケーションが円滑になり、患者ケアなどの対人業務でのストレスの緩和が期待される。

一方、薬剤師を含む対人援助職はストレスを抱えやすいため[24)]、本研究では、薬剤師のストレスコーピングについて調査した。その結果、WS前において非主張的自己表現の平均値が高い傾向にある薬剤師は、問題焦点型コーピングを活用しない傾向がみられた。非主張的な自己表現は、自己主張の欠如や、自身の意志に反した断念との関連が指摘されている[25)]。今回の結果から、非主張的な傾向がある薬剤師は、問題解決への直接的なアプローチを諦めることが危惧されるため、問題焦点型コーピングの必要性を意識化する必要がある。WS１か月後では、アサーティブな自己表現の平均値が高い傾向にある薬剤師は問題焦点型コーピングを活用する傾向がみられた。アサーティブな態度は、自身の意見を主張できる自信から主体的な行動につながることが示されている[26－27)]。参加者は自己理解を深め、自身が伝えたい意見が明確化されたことで自己主張を行う自信を獲得し、問題解決への積極的な対処行動に結びついたと考えられる。

問題解決に向けた他者へのアプローチは、意見の対立を引き起こす恐れがあり、直接的解決が困難な場合にストレスを生じることが懸念される。先行研究[28)] では、問題焦点型コーピング、情動焦点型コーピングの一方のみの対応は、ストレスの対処に不完全であることが報告されており、ストレスの状況に応じたコーピングの使い分けが重要である。今回実施したアサーションWSは、薬剤師の患者ケアなどの対人業務のストレス緩和につながり、また、ストレス対処の選択肢の拡充につながると考えられる。

４－３．研究の限界と今後の課題

本研究では、愛知県という特定の地域から参加者を募集し、在宅医療における薬剤師のストレス調査票（PSS）を用いたため、在宅医療経験者を解析対象とした。解析対象者が少なく、性別や勤務年数、在宅経験年数などの交絡因子の影響を十分に考慮した検討を行っていないため、この結果を一般化することは難しい。今後は対象の拡大、及び交絡因子の調整を行い、アサーションWSが参加した薬剤師に与える影響を検討する必要がある。

５．結論

本研究は、在宅医療に従事する薬剤師を対象にアサーションWSを実施し、アサーティブな態度の習得に有用であることが明らかとなった。また、WSを通して患者ケアなどの対人業務のストレスの緩和につながり、ストレス対処の選択肢の拡充につながることが示唆された。今回実施したWSは、参加した薬剤師において、患者や他職種との円滑なコミュニケーションを習得する機会となり、患者への服薬支援の質の向上が期待できる。

６．謝辞

本研究を遂行するにあたり、調査にご参加頂きました薬剤師の方々に深く感謝申し上げます。

引用文献

１）厚生労働省．チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集：2011年６月
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehf7-att/2r9852000001ehgo.pdf
（2025年５月13日アクセス）
２）内閣府．規制改革推進会議　在宅医療における薬剤師の役割：2018年３月
https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/suishin/

meeting/discussion/180327/180327discussion07-1.pdf
（2025年６月６日アクセス）

３）鈴木彩夏，半谷眞七子，亀井浩行．薬剤師の在宅医療でのかかわり方および多職種連携の現状と課題に関する質的研究．医療薬学；45（12）：688-697.（2019）

４）Ayana Kani, Manako Hanya, Hiroyuki Kamei, Kenta Murotani. Development of the Pharmacist's Stress Scale for Home Care（PSS）and evaluation of its reliability and validity. *J Pharm Policy Pract*；16：170.（2023）

５）淺野七海，亀井浩行，室谷健太，半谷眞七子．在宅医療における薬剤師のストレッサーの探求．薬局薬学；14（1）：61-69.（2022）

６）林剛，舘知也，髙岡みらい，野口義紘，寺町ひとみ．処方提案や疑義照会におけるチームワーク悪化・ストレス発生に影響する信念対立因子の解明－多変量解析とベイジアンネットワーク解析－．*YAKUGAKU ZASSHI*；140（9）：1151-1164.（2020）

７）定村美紀子，糸井和佳，松岡恵子，浅見恭史，霜越千裕．地域包括ケアシステムにおける多職種連携による服薬支援の課題．帝京科学大学紀要；14：209-213.（2018）

８）堀田美保．アサーティブネス・トレーニング効果研究における問題点．教育心理学研究；61：412-424.（2013）

９）上原亮介，半谷眞七子，藤崎和彦，亀井浩行．チーム医療における薬剤師のアサーション評価尺度（IAS）の開発―尺度開発における妥当性と信頼性の検討―．保健医療福祉連携；12（2）：36-45.（2019）

10）Mitsuaki Ishii, Sachiko Ozone, Shoichi Masumoto, Tetsuhiro Maeno. Relationship between assertiveness in community pharmacists and pharmacist-initiated prescription changes. *Research in Social and Administrative Pharmacy*；19：1380-1385.（2023）

11）大郷みさき，設楽万里子，山崎智子，石﨑有希．精神科ナースのアサーションと職場ストレスとの関連．日本精神保健看護学会誌；19（1）：155-160.（2010）

12）野末聖香．看護師のストレス予防と対処のためのアサーション・トレーニング．ストレス科学；31（3）：209-216.（2017）

13）臼田章則，巽恒治，岡本能弘，西田幹夫．地域の調剤薬局・薬剤師による在宅医療の活動について―名古屋市を例とした現状分析と将来への展望―．医療薬学；27（5）：480-490.（2001）

14）川嶋元子，森昌美，磯邉厚子．訪問看護師が初回訪問までに行う在宅療養移行患者の情報収集の実態．聖泉看護学研究；6：75-82.（2017）

15）水野正子，大石由香里，菊池千草，堀英生，鈴木匡．薬局薬剤師と訪問看護師の患者情報共有による連携の有用性の実践検証．社会薬学；41（2）：167-174.（2022）

16）影山隆之，小林敏生．心の健康を支える「ストレス」との向き合い方－BSCPによるコーピング特性評価から見えること－．第１版．金剛出版，東京．（2016）

17）影山隆之，小林敏生，河島美枝子，金丸由希子．勤労者のためのコーピング特性簡易尺度（BSCP）の開発：信頼性・妥当性についての基礎的検討．産業衛生学雑誌；46：103-114.（2004）

18）McFallRM，TwentymanC．Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling, and coaching to assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*；81：199-218.（1973）

19）Heimberg R G, Becker R E. Cognitive and behavioral models of assertive behavior: Review, analysis and integration. *Clinical Psychology Review*；1：353-373.（1981）

20）園田雅代，中釜洋子．子どものためのアサーション自己表現グループワーク　自分も相手も大切にする学級づくり．第１版．日本・精神技術研究所，東京．（2000）

21）厚生労働省．在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備・運用に関するガイドブック：2025年３月 https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001465325.pdf
（2025年７月３日アクセス）

22）鈴木英子，齋藤深雪，丸山昭子，吾妻智美，香月毅史，佐藤千史．看護管理職の日本版Rathus Assertiveness Schedule（J-RAS）の信頼性と妥当性の検証．日本保健福祉学会誌；14（1）：33-41.（2007）

23）立石彩美. 健常者を対象にしたアサーション・トレーニングの効果に関する文献レビュー．順天堂大学医療看護学部　医療看護研究；9(1)：12-19.（2012）
24）松尾理沙，大塚美菜子，片平志保，竹田伸也．対人援助者のストレス反応に関与する認知的要因についての検討―自動思考、気分の自己統制感、アサーションに対する自己効力感との関連―．日本行動療法学会大会発表論文集；38：386-387.（2012）
25）前原宏美，前原潤一．精神科看護師のアサーションと患者・看護師の信頼関係形成に向けたかかわり．日本健康医学会雑誌；27(1)：24-33.（2018）
26）宇部弘子．アサーション行動とその背景にあるもの．桐生短期大学紀要；11：109-116.（2000）
27）菅沼憲治．アサーティブ行動の構造に関する因子論的研究．千葉商大紀要；31：19-46.（1994）
28）Susan Folkman, Richard S. Lazarus. An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*；21：219-239.（1980）