原 著

女性の新卒看護師のアサーティブネス尺度の開発

Development of a Female Novice Nurse Assertiveness Scale

鈴木英子^{1),*}, 高山裕子¹⁾, 丸山昭子²⁾, 吾妻知美³⁾, 富田幸江⁴⁾, 山本貴子¹⁾,
松尾まき¹⁾, 小檜山敦子¹⁾, 佐藤京子²⁾

Eiko Suzuki, Yuko Takayama, Akiko Maruyama, Tomomi Azuma, Sachie Tomita,
Takako Yamamoto, Maki Matsuo, Atsuko Kobiyama, Kyoko Sato

キーワード：アサーティブネス，尺度，新卒看護師

Key words：assertiveness, scale, novice nurse

Abstract

Aim: This study aims to develop a novice nurse assertiveness scale to enable the provision of support of assertiveness.

Methods: We created a draft novice nurse assertiveness scale based on qualitative, previous studies and literature review, and examined the validity and reliability by administering a questionnaire survey to 1,285 novice nurses working in seventeen hospitals.

Results: Because there was a difference in the mean total scores of the draft NNAS between male and female, we determined to analyze 701 female novice nurses. Sixteen items and three factors were extracted using factor analysis that uses the maximum likelihood technique with promax rotation.

Further, we performed a confirmatory factor analysis to test the fitness of the hypothetical model obtained from an explanatory factor analysis, and obtained the following confidence coefficients: a Cronbach's alpha of .81, a correlation coefficient of .60 from a test-retest, and a correlation coefficient of -.49 with the J-RAS (Japanese version of the Rathus assertiveness schedule).

Conclusion: The validity and reliability of the scale developed in this study was on the whole excellent.

要 旨

目的：新卒看護師のアサーティブネス測定尺度を開発することを目的とした。

方法：質的先行研究と文献研究に基づき，新卒看護師のアサーティブネス尺度の原案を作成した。17病院の新卒看護師1,285人を対象に質問紙調査を実施し，妥当性と信頼性を検証した。

結果：性別によるNNAS原案の総合得点の平均値に差が認められ，女性の有効回答701人を分析対象とした。最尤法，プロマックス回転での因子分析により16項目3因子が抽出された。さらに，確証的因子分析により探索的因子分析で得られた仮説モデルの適合度が確認された。信頼係数は，クロンバックα係数は.81，再テスト法の相関係数.60，基準関連妥当性の日本版Rathus assertiveness scheduleとの相関係数-.49であった。

結論：信頼性，妥当性は概ね良好であった。

受付日：2017年3月3日 受理日：2017年6月30日

1) 国際医療福祉大学大学院看護学分野 International University of Health and Welfare Graduate School of Nursing 2) 松蔭大学看護学部 Faculty of Nursing, Shoin University 3) 京都府立医科大学保健看護学研究科 Kyoto Prefectural University of Medicine, Graduate School of Nursing 4) 埼玉医科大学保健医療学部 Faculty of Health & Medical Care, Saitama Medical University

* E-mail: eikosuzuki@iuhw.ac.jp

I. 緒 言

アサーティブネスとは米国で生まれた概念で, Alberti & Emmons (1986/1994) は「他人の権利を尊重しながら自分の権利を守ることを基本に, 無理なく自分を表現するためのコミュニケーション能力」と定義し, アサーティブネス・トレーニングを健常者の訓練として体系化した。

看護の領域においても研究が積み重ねられており, Crosley (1980) や Lee & Crockett (1994) は, 看護師がアサーティブネスを習得することで効果的に仕事ができるようになることを指摘している。

新卒看護師のアサーティブネスは, リアリティショック (糸嶺ら, 2006) や職業コミットメント (吾妻・鈴木, 2007), バーンアウト (Suzuki et al., 2006) との関連が報告されている。さらに「新卒看護師がアサーティブになれず, 不安が口にできないと, 自信がないのに一人で業務を行ってしまうことが予想され, 医療事故の危険が高い状況が生じる可能性がある」との報告 (鈴木ら, 2014) もある。したがって, 新卒看護師のアサーティブネスを高めることが望まれる。

アサーティブネスの評価尺度の研究も行われており, 野末・野末 (2001), 勝原・増野 (2001), 増野・勝原 (2001) は, 看護師のアサーション・トレーニングプログラム及びアサーティブネス尺度を開発している。しかし, 勝原・増野の尺度は信頼性の検証のみで妥当性は検証されておらず, 野末・野末は, 質問紙の内容を公開していない。また, 日本にアサーティブネスの概念が導入されてから (平木, 1993, p. 24-25) 久しいがわが国においては信頼性, 妥当性が検証され総合得点でアサーティブネスを捉える尺度は見当たらなかった。

そこで, われわれは世界での使用頻度が最も高い Rathus assertiveness schedule (Rathus, 1973) の日本版である J-RAS を開発 (鈴木ら, 2004) し, 新卒看護師のアサーティブネスがバーンアウトの影響要因であること, 新卒看護師においては, アサーティブネスが高くても低くてもバーンアウトしやすいことを明らかにした (Suzuki et al., 2006, 2008)。しかし, アサーティブネスは, 国, 年齢, 場, 相手によって違うと言われている (鈴木, 2006)。J-RAS は, 外国のアサーティブネス尺度の日本版であり, 文化の差があると思われ, さらに, 質問項目が「レストランにおいて……」のように全て日常における事例で作成されているため, 職場での日本の新卒看護師の自己表現は測定できないと危惧された。

また, 新卒看護師のアサーティブ得点が低い (鈴木, 2006) ことも報告されている。社会人として一步を踏み出した新卒看護師のコミュニケーションは重要であり, 新卒看護師の態度やコミュニケーションのあり方を把握し, これを改善する施策を構築するために, 新卒看護師に特化したアサーティブネスの評価尺度が必要であると考えた。日本人のアサーティブネスは他国に比べ低い (鈴木, 2006) ことが報告されている。また, 日本には, 和を大切にし, 曖昧で, 「察し」の文化があり (阿部, 2002; 宮脇, 1999), 本音を率直に表現するよりも, 敢えて本音を言わない曖昧な自己表現によって, 他者に察してもらうことが適切な場合もある。曖昧で, 相手の気持ちや意図を察しコミュニケーションをとる場合, どのようなコミュニケーションをアサーティブとするのか, 日本人特有のアサーティブネスとは何か, どの程度察すればいいのか, どの程度の曖昧さが求められるのか, 相手や状況にも左右されるので, これを捉えることは困難であると思われた。したがって, 従来にない視点でアプローチすることを試みた。

われわれはアサーティブでないという逆方向からアサーティブネスを捉えることを目指した。そして, 職場での新卒看護師のアサーティブネスを評価する尺度を開発するために, まず, 先行研究の質的研究により日本の新卒看護師がアサーティブになれない状況を明らかにし報告した (鈴木ら, 2014)。

本研究では, 新卒看護師のアサーティブネス向上を意図し, アサーティブになれない状況を基に新卒看護師のアサーティブネス評価尺度を開発する。

II. 研究方法

1. 質問項目作成の方法

質問項目は, 以下の手続きで作成した。

1) アサーティブネスの定義

平木 (1993) は, 「お互いを大切にしながら, それでも率直に, 素直にコミュニケーションをすることをアサーションという」と記述しており, 鈴木 (2014) は, 「相手を不愉快にさせることなく, 自分の気持ちを表現し, 折り合いをつけ, 問題解決に向け自己主張すること」と記述している。しかし, 自記式質問紙においてお互いを大切にしているか, 相手が不愉快にならないかの測定は困難である。本研究では, 「アサーティブネスとは, 自分の気持ちや意見を率直に適切に伝えるこ

とのできるコミュニケーション能力」と定義した。

そして、本研究のアサーティブネスの定義とは逆である「自分の気持ちや意見を率直に適切に伝えることのできないコミュニケーション」を捉え、アサーティブネスとは逆方向からアサーティブネスを評価することを試みた。

2) 質問項目の概要

Rathus (1973) は、アサーティブネスの尺度 (Rathus Assertiveness schedule: RAS) 作成における過程では、大学生に依頼して「行動したかったけれど社会的結果を恐れて行動しなかったこと」の記録を日記としてつけてもらい、それを参考にしたと報告している (Rathus, 1973)。われわれは、これを参考にして、先行研究の質的調査で新卒看護師のアサーティブになれない状況を明らかにし報告した (鈴木ら, 2014, 2012)。これは、新卒看護師が職場で①言いたかったけれど言えなかった、断りたかったけれど断れなかった状況 (以後：言えなかった状況) ②言わなければよかった、押しつけなければよかった状況 (以後：言わなければよかった状況) である。この研究において得られた内容を1文脈1単位でそれぞれの文脈について、意味内容の類似したものについてまとめ、カテゴリーとサブカテゴリーに分類して9カテゴリー (言えなかった状況) と4カテゴリー (言わなければよかった状況) を得た。これを基に、素データの表現や先行研究などを参考にし、複数の研究者で議論を重ね、サブカテゴリー内の事例項目数が多く、業務中によく起こると考えられる状況の項目を中心に各カテゴリーから1～2項目を選定し、全23項目の質問文からなる「新卒看護師のアサーティブネス尺度 Novice nurses assertiveness scale」 (以下、NNAS) の原案を作成した。この際、「言わなければよかった」状況はその性質上逆転項目にしないと表現しにくい、さらにアサーティブネスを逆方向から捉えているため、少しでも理解しやすくするため「言わなければよかった」状況の全てを逆転項目 (質問項目：2, 10, 11, 12, 13, 14) とした。これにより、得点が低いほど「言わなければよかった」すなわち「言い過ぎる」、得点が高いほど「言えなかった」すなわち「言えない」とした。

回答はJ-RASと同様の回答法を採用した。6件法で、1点：まったくわたしの特徴とは異なり、まったく当てはまらない、2点：かなりわたしの特徴とは異なり、当てはまらない時の方が多い、3点：どちらかという

とわたしの特徴と異なり、どちらかと言えば当てはまる、4点：どちらかというわたしの特徴に近く、どちらかと言えば当てはまる、5点：かなりわたしの特徴に近く、かなり当てはまる、6点：まさにわたしの特徴そのものであり、きわめて当てはまる、とした。

先行研究の新卒看護師の記述したアサーティブになれない状況の事例を、特別な状況から一般的に起こり得るように抽象化し、質問文を作成した。質問文から読み取れる意味と、それが類別されるカテゴリーとの一致の程度を見るテストを2015年6月～7月に看護師経験者10人を対象に実施した。一致率が低い質問文や、わかりにくい表現、回答しにくい項目の表現の削除と追加、修正を繰り返し、抽象度を上げながら再度ワーディングを行ったうえで再調査をすることを重ねた。カテゴリーごとの一致状況が過半数となり、わかりにくい質問文の表現を改訂したうえで、23の質問項目の作成作業を終了した。

2. 調査方法

2015年9月～11月に関東東海地方の大学病院と関連病院12と国立病院機構5病院に勤務する新卒看護師1,285人を対象として、自記式質問紙調査を実施した。再テストは、9月初旬に17病院のうち共同研究者の勤務する関連病院の3病院 (349人) に依頼した。Carmines & Zeller (1979/1983) によると本テストー再テストは2から4週間後がよいとされるため、1回目の調査から約3週間後に、再調査を行った。1回目と2回目のデータは、生年月日により照合した。

3. 調査内容

1) 対象者の属性

生年月日、性別、実務職種、最終学歴、配偶者および子どもの有無とした。

2) アサーティブネス

質的先行研究と文献研究に基づき、新卒看護師のアサーティブネス尺度の23項目の原案を作成した。回答は6件法とした。

3) 基準関連妥当性

基準関連妥当性を分析するために日本版 Rathus assertiveness schedule (以下 J-RAS) を使用した。J-RAS は、鈴木ら (2002 年 11 月) が Association for Advancement of Behavior Therapy から許可を得て作成したもので、原版は 1973 年に Rathus が開発した全 30 項目の評

価尺度 RAS である (Rathus, 1973). 鈴木ら (2004), Suzuki et al. (2007), 鈴木ら (2007) は, 異なった対象において信頼性, 妥当性を検証している. J-RAS は, 原版同様, 全 30 項目からなり, 合計得点は-90~90 で, 点数が高いほどよりアサーティブであることを表す.

4. 分析方法

1) 項目分析と kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性

度数分布と記述統計量の確認, 平均値と標準偏差の算出, 相関分析 (IT 相関の基準 0.3), kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性を検証した.

2) 構成概念妥当性

構成概念妥当性を検討するために, 取り上げた項目で患者に対するアサーティブの概念が説明されているかどうかを 10 名の研究者で検討した. また, 1 回目の調査結果で探索的因子分析を用い, 最尤法, プロマックス回転を施した. 因子固有値 1.0 以上, 因子負荷量 0.4 以上, さらに, 探索的因子分析で得られた仮説モデルの適合度を検証的因子分析により確認した.

3) 基準関連妥当性

基準関連妥当性の検証は NNAS の総合得点と J-RAS の総合得点との関係性を検討するため, J-RAS との Pearson の相関係数を求めた.

4) 信頼性の検証

(1) 内部一貫性 (内的整合性)

1 回目の調査結果のクロンバック α 係数を求めた.

(2) テスト再テスト法

1 回目の調査から 3 週間後に 2 回目の調査を行い, テスト-再テスト法で Pearson の相関係数を求めた. また, 1 回目の有効回答者のうち 2 回目の有効回答者を除いた群と 2 回目の有効回答者との NNAS, 年齢, 実務職種, 最終学歴, 婚姻の有無, 子どもの有無を比較した. 平均の差は t 検定, 率の差は χ^2 検定を行った.

5. 倫理的配慮

対象医療機関の看護部管理者に, 研究の趣旨 (研究の意義, 倫理的配慮, データを本研究以外に用いないこと等) を文書と口頭にて説明し同意を得て, 病棟師長を通じて無記名の質問紙を看護師に配布するよう依頼した. 対象看護師には, 配布文書にて研究の目的, 方法, 倫理的配慮について説明し, 結果公表に際して

の匿名性を保証した. また, データは本研究の目的以外には使用しないこと, 参加・不参加・中止は自由であり, 参加の拒否や, 同意後の中止などによる不利益は一切ないこと, 回収袋への投函をもって同意とさせていただきます旨を説明した. さらに, ヘルシンキ宣言及び文部科学省の疫学研究に関する倫理的基本指針に基づき, 細心の注意を払うことを約束し, 質問紙は封をしたうえで設置した回収袋に入れるように依頼した. その折, 不同意の場合には回収袋への投函の義務はなく, 白紙での投函も可能であることを伝えた. 本研究は, 国際医療福祉大学倫理委員会の審査を受け, 承認を得た (2015 年 10 月 20 日, 承認番号 15-Ig-62).

Ⅲ. 研究結果

1. 回収率と対象の特性

1 回目の調査の回収数は 857 人, 回収率 66.7%であった. 性, NNAS の原案に欠損や重複がないものを有効回答とした. 有効回答は 774 人 (60.2%) であった. 男性 63 人 (8.1%), 女性 701 人 (90.6%), 不明 10 人 (1.3%) であり, NNAS 原案の平均は男性 64.1 点, 女性 67.4 点で有意な差が認められた ($P < .05$). このため女性の新卒看護師 701 人を分析対象とした. 対象者の属性を表 1 に示した. 女性 701 人の平均年齢 22.7 ± 3.0 歳 (Mean $\pm$ SD), 最低年齢は 18 歳, 最高年齢は 45 歳であった. 実務職種は, 9 割以上が看護師であり, 最終学歴は, 看護専門学校卒が 6 割近かった. 殆どの者が子どもはいなかった.

2 回目の調査対象は 349 人であり, 回収数は 184 人 (52.7%) であった. 女性の有効回答は 136 人 (39.0%) であった.

1 回目の有効回答者のうち 2 回目の有効回答者を除いた群 565 人と 2 回目の有効回答者 136 人との NNAS 16 項目, 年齢, 実務職種, 最終学歴, 婚姻の有無, 子どもの有無を比較した結果, 最終学歴のみ有意差が認められた (表 1).

各項目の平均値と標準偏差を計算し, 天井効果及びフロア効果のみられる項目がないことを確認した. 相関分析により, 全体得点と項目得点の相関の低い 0.3 未満の 6 項目を確認した. さらに, kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性は最終 16 項目で基準値は .86 であった.

1 回目の調査において最終 16 項目での NNAS の平均得点は, 67.4 ± 10.1 (Mean $\pm$ SD) 点, 最小値 32.0 点, 最大値 96.0 点であった.

表 1 対象の特性 (1 回目のデータの比較)

	全数	N = 701	2 回目有効回答 者を除いた者	N = 565	2 回目調査参加 有効回答者	N = 136
項目						
NNAS の平均と SD (16 項目)	67.43	±10.11	67.59	±10.28	66.74	±9.34
年齢の平均と SD	22.69	±3.00	22.56	±2.69	23.22	±4.04
実務職種						
看護師	657	(93.7%)	533	(94.3%)	124	(91.2%)
保健師	2	(0.3%)	1	(0.2%)	1	(0.7%)
助産師	33	(4.7%)	23	(4.1%)	10	(7.4%)
不明	9	(1.3%)	8	(1.4%)	1	(0.7%)
最終学歴						**
看護専門学校卒	414	(59.1%)	350	(61.9%)	64	(47.1%)
看護系短期大学卒	84	(12.0%)	44	(7.8%)	40	(29.4%)
看護系大学卒	134	(19.1%)	118	(20.9%)	16	(11.8%)
看護系大学院卒	2	(0.3%)	2	(0.4%)	0	(0.0%)
5 年一貫過程	56	(8.0%)	43	(7.6%)	13	(9.6%)
他の学部 of 短大, 大学卒	9	(1.3%)	7	(1.2%)	2	(1.5%)
不明	2	(3.0%)	1	(0.2%)	1	(0.7%)
配偶者						
有	11	(1.6%)	11	(1.9%)	0	(0.0%)
無	680	(97.0%)	544	(96.3%)	136	(100.0%)
不明	10	(1.4%)	10	(1.8%)	0	(0.0%)
子供						
有	14	(2.0%)	8	(1.4%)	6	(4.4%)
無	676	(96.4%)	547	(96.8%)	129	(94.9%)
不明	11	(1.6%)	10	(1.8%)	1	(0.7%)

**: $P < 0.01$, SD, standard deviation

2. 妥当性の検証

1) 探索的因子分析 (表 2)

23 項目での因子分析の結果、回転前固有値 1.0 以上の 5 因子を抽出した。5 因子で累積固有値寄与率は、42.90%であった。スクリープロットで 3 因子に絞り込み、因子分析とクロンバック α 係数算出を複数回行い、①因子負荷量が低い (0.4 未満) もの、因子負荷量が 2 因子にまたがるもの、②クロンバック α 係数を下げる (0.6 未満) 質問を再検討し、質問 7 項目を削除して全 16 項目となった。この削除した 7 項目の中に、相関分析で確認した IT 関連の低かった 6 項目も含まれていた。16 項目での回転前の累積固有値寄与率は、42.67%であった。削除したものは、表 2 の下欄に示した。

16 項目での因子抽出を行った結果、3 因子が抽出された。回転後の負荷量平方和は第 1 因子 3.68, 第 2 因子 2.36, 第 3 因子 2.95 であった。

第 1 因子は、相手からミスを押付けられた、誤解された、人格を否定された、一緒に仕事をしたくないと言われた、私的な依頼をされた、侮辱されたなど相手から不当評価され、納得できない相手の対応を甘受して何も言えず率直でない対応であるため、「他者から

の不当評価を甘受する率直でない受け身的自己表現」とした。第 2 因子は、無視する、拒否する、従わない、反抗的な態度になる、不満そうな顔をする、反発するなど、相手に対する不適切な拒否的もしくは攻撃的な対応であるため「自己権利優先の適切でない拒否的もしくは攻撃的自己表現」とした。第 3 因子は、間違いを指摘できない、問題を感じても何も言えない、断れないなど、自分の意思を伝えられず率直でない対応であるため「他者への配慮優先の率直でない非主張的自己表現」と命名した。

2) 確証的因子分析 (図 1)

探索的因子分析で得られた結果に基づく仮説モデルに、データが合致するかどうか検討するため共分散構造分析を行った。適合度は、GFI = .929, AGFI = .905, RMSEA = .065 ($P < .01$) であった。

3) 基準関連妥当性

J-RAS の平均得点は、 -17.8 ± 20.84 (Mean $\pm$ SD), 最小値 -77 点, 最大値 46 点であり、NNAS の総合得点との相関係数は $-.49$ ($P < .01$) であった。

表2 新卒看護師のアサーティブネス測定尺度

(N=701)

質問 番号	質問項目	$\alpha = .81$	抽出因子			
			第 1 因子	第 2 因子	第 3 因子	共通性
第 1 因子：他者からの不当評価を甘受する率直でない受け身の自己表現 $\alpha = .85$						
15	私は、他の人のミスを私のミスにされたとしても何も言うことが出来ない	.75	-.01	-.07	.50	
5	私は、誤解されても訂正できない	.73	-.04	-.01	.52	
7	私は、人格を否定されたと感じる事があっても何も言えない	.68	.05	.14	.60	
8	私は、仕事ができないから一緒に仕事をしたくないと言われても何も言えない	.61	.08	.14	.52	
16	私は、私的な依頼をされて、業務と関係ないと思っても何も言えない	.61	-.06	.11	.46	
9	私は、面と向かって侮辱されても、何も言えない	.43	.14	.22	.38	
第 2 因子：自己権利優先の適切でない拒否的もしくは攻撃的自己表現 $\alpha = .76$						
14*	私は、しつこく指導されると無視する	-.18	.75	.15	.62	
10*	私は、責められていると思うと反抗的な態度になる	.03	.68	-.07	.45	
13*	私は、依頼された仕事を一方的に拒否したことがある	-.18	.66	.18	.50	
11*	私は、業務量が多いと思うと不満そうな顔をする	.07	.57	-.24	.31	
2*	私は、指導に対して納得できない時には反発する	.30	.49	-.14	.28	
12*	私は、勤務時間外の自由を拘束されそうになったら、従わない	.12	.48	-.03	.24	
第 3 因子：他者への配慮優先の率直でない非主張的自己表現 $\alpha = .69$						
4	私は、他の人の仕事のやり方に疑問をもっても、間違いを指摘できない	.07	-.10	.61	.42	
6	私は、他の人の患者に対する態度に問題を感じても何も言えない	.14	-.05	.58	.45	
1	私は、多大な業務量を行うように依頼された時に、断りたくても断れない	.05	.11	.50	.31	
3	私は、自信がない業務をやるように言われても、断れない	.15	-.10	.43	.28	
因子相関		1.00	.03	.62		
		.03	1.00	.21		
		.62	.21	1.00		

*は逆転項目

削除した質問項目

- 私は、自分の看護技術で自信がないとき、先輩に自分の技術があっているか確認してもらいたくても言えない
- 私は、指導内容を理解しているかと聞かれたとき、理解していなくても「はい」と答える
- 私は、A先輩に教えてもらった通りにして、別の先輩に「違う！」と叱られても、A先輩に教えてもらったとは言えない
- 私は、心にもなく「すみません」と言う
- 私は、ちょっとした言い合いでも、声が大きくなる
- 私は、自分のミスを指摘されたとき言い訳をする
- 私は、強く叱責されたり、ひどい言い方をされたら、ふてくされる

図1 新卒看護師のアサーティブネス評価尺度の確証的因子分析

3. 信頼性の検証

全体のクロンバック α 係数は .81 であり、下位尺度は、第1因子 .85、第2因子 .76、第3因子 .69 であっ

た。テスト-再テスト法については、1回目と2回目のテストの Pearson の相関係数は .60 ($P < .01$) であった。

4. 総合得点と下位尺度ごとの得点

新卒看護師のアサーティブネス尺度の総合得点は、第1因子6項目、第2因子6項目、第3因子4項目の合計得点とした。本研究は質的先行研究に基づいて、新卒看護師の「言えなかった状況」と「言わなければよかった状況」から質問項目の原案を作成した。本尺度 NNAS は、全16項目からなり、総合得点は16～96の間を取り、得点が低い者は「言い過ぎる」、得点が高い者は「言えない」と解釈する。また、本研究では「アサーティブネスとは、自分の気持ちや意見を率直に適切に伝えることのできるコミュニケーション能力」と定義した。下位尺度ごとの得点は、定義とは逆の率直でないコミュニケーションの受け身的自己表現、非主張的自己表現の各得点が低く、適切でないコミュニケーションの拒否的もしくは攻撃的自己表現の得点が高いとアサーティブである。

Ⅳ. 考 察

1. アサーティブネスの概念

Rathus の開発した RAS では高得点であるほどアサーティブであるとしている (Rathus, 2000)。しかし、日本では RAS が高得点であるとアサーティブであるというのは、当てはまらず、RAS が高得点では攻撃的と解釈されている (玉井ら, 2007)。また、日本の新卒看護師では、RAS 得点が高すぎる者、低すぎる者はバーンアウトしやすいこと、RAS 得点が-10点から10点がアサーティブネス・トレーニングの目標値であると報告されている (Suzuki et al., 2006)。しかし、この目標得点がアサーティブとは一概に言えない。

平木 (1993) は、自己表現には、3つのタイプ①アサーティブ、②攻撃的、③非主張的があるとしている。玉井ら (2007) は、新人看護師に対する先輩看護師の自己主張態度について研究し、3タイプ①厳しい (やつあたりしたり無視する・指示・激しい口調)、②非主張的 (指摘せず自分でしてしまうなど)、③標準的 (納得いくまで話し合うなど) を報告している。

この平木と玉井の概念と本研究の概念は類似している。平木の言う攻撃的、玉井の言う厳しい (やつあたりしたり無視する・指示・激しい口調) は、本研究の拒否的もしくは攻撃的自己主張にあたり、平木と玉井の非主張的は、本研究の受け身的と非主張的にあたりと考える。これにより先行研究と比較しても概念は妥当と考える。

本尺度 NNAS は、先行研究でおこなった質的研究を基に新卒看護師の「言えなかった状況」と「言わなければよかった状況」から質問項目を作成した。全16項目からなり、総合得点は16～96の間を取り、得点が低いほど「言わなければよかった」すなわち「言い過ぎる」、得点が高いほど「言えなかった」すなわち「言えない」とした。

本研究はアサーティブネスを逆からとらえており、アサーティブでない、「受け身的自己表現」、「非主張的自己表現」、「拒否もしくは攻撃的自己表現」の3タイプとする。すなわち、率直でないコミュニケーションの受け身的自己表現、非主張的自己表現の各得点が低く、適切でないコミュニケーションの拒否的もしくは攻撃的自己表現の得点が高いとアサーティブであるとする。

日本には、和を大切にし、曖昧で、「察し」の文化があり (阿部, 2002; 宮脇, 1999)、本音を率直に表現するよりも、敢えて本音を言わない曖昧な自己表現によって、他者に察してもらうことが適切な場合がある。この本音と建て前、曖昧で「察する」能力を含めたアサーティブネスの測定は難しいと思われる。本研究では、「受け身的自己表現」、「非主張的自己表現」、「拒否もしくは攻撃的自己表現」の3つの下位尺度と対極であることがアサーティブネスであるとする。

2. 妥当性

基準関連妥当性は J-RAS との相関係数は-.49で、中程度の逆相関であった。これは、J-RAS は高得点であるほどアサーティブであるのに対し、NNAS は高得点であるほど「言えない」ためである。また、J-RAS は外国の尺度の日本版であり、外国の文化的な特性があり、一般人の日常のアサーティブネスを測定するのに対し、NNAS は新卒看護師の病棟でのアサーティブネスを測定する尺度であるため、相関係数は妥当であると考えられる。また、kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性は良好 (Kaiser, 1970) であった。探索的因子分析により抽出された3因子により確証的因子分析を行った結果、モデルの GFI, AGFI は、統計学的水準を満たしており (山本・小野寺, 2002) 良好な適合度であった。RMSEA は.05以下であれば当てはまりがよく.1以上であれば当てはまりがよくないと判断し (豊田, 2007), .08以下であれば適合度は高いとされている (山本・小野寺, 2002)。本研究では.065であったことから適合度は概ね良好であった。

3. 信頼性

クロンバック α 係数は、全体および第1因子は高かった。第2因子は基準値（木原ら，2016）をみたしており，第3因子は若干低めであったが基準値に近似しているため許容範囲である（小塩，2011）と思われる。

テスト-再テスト法の有効回答は，136人であった。2回目の有効回答者を除いた群と2回目の有効回答群との特性の比較では最終学歴に有意差が出たが，最も重要な NNAS の質問紙の平均には差がなく，その他の指標にも差がないので，2群間は概ね等質であると考えられる。

約3週間後のテストの相関係数は若干低かった。再検査信頼性係数とその評価について小塩（2016）は，相関係数が.50を下回っても，研究者によって評価がバラバラであること，これまで評価の明確な基準が示されてこなかったことを示し，多くの研究者は相関係数が $r = .50$ 未満で信頼性が「不十分」と評価する可能性が高まることを報告している。

本尺度は，概ね信頼性が確保できているものと考えられるが，今後研究を積み重ね，精度を上げていく必要がある。

V. 結 論

NNAS の妥当性，信頼性は概ね検証された。本尺度により看護師のそれぞれの弱み（強み）が把握でき，新人看護師教育や研修会などの効果測定に活用することで，個人に応じた教育的介入が可能となる。

VI. 本研究の限界

日本人の自己表現は本音と建前があり，曖昧で察することが美德とされ，アサーティブネスを正面からとらえるのは困難であると考え，逆方向からアサーティブネスを捉えた。また，表現が難しいため，「言い過ぎた」項目を全て逆転項目にした。このため，尺度を理解すること，分析の結果を理解することが難しいことは否定できない。さらに本研究は，大学病院，国立病院機構の新卒看護師を対象としており，一般化には限界がある。今後もさらなる研究を進め一般化に努めたい。

謝辞：ご協力いただきました病院関係者，新卒看護師の皆様へ感謝いたします。

利益相反：本研究における利益相反は存在しない。

著者資格：ES は研究全般を実施；AM および TA は研究の

着想およびデザインに貢献；YT は統計解析の実施及び草稿の作成；ST，MM，TY，AK，KS は原稿への示唆および研究プロセス全体への助言，すべての著者は最終原稿を読み，承認した。

文 献

- 阿部道夫（2002）：変わりたい日本人，変わりたくない日本人，日本の閉塞社会論（第1版），はる書房，東京。
- Alberti R. E., Emmons M. L. (1986)／菅原憲治訳（1994）：自己主張トレーニング（第4版），東京図書，東京。
- 吾妻知美，鈴木英子（2007）：大学病院に勤務する新卒看護師の職業コミットメントに影響する要因，日看管理会誌，11(1)，30-40。
- Carmines E. G., Zeller R. A. (1979)／水野欽司，野嶋栄一郎訳（1983）：テストの信頼性と妥当性（第1版）朝倉出版，東京。
- Crosley J. M. (1980): Preventing nurse 'burnout' "assertiveness training" can be cost effective, Cost Containment, 2(12), 3-5.
- 平木典子（1993）：アサーショントレーニング—さわやかな「自己表現」のために（第13版），24-25，日本・精神技術研究所，東京。
- 糸嶺一郎，鈴木英子，叶谷由佳，他（2006）：大学病院に勤務した新卒看護職者のリアリティ・ショックに関与する要因，日看研会誌，29(4)，63-70。
- Kaiser H. F. (1970): A second generation little jiffy, Psychometrika, 35, 401-415.
- 勝原裕美子，増野園恵（2001）：日本の看護職のためのアサーティブネス・トレーニングプログラムの開発—試案の作成と有効性の評価—，CNAS Hyogo Bulletin, 8, 71-85.
- 木原雅子，加治正幸，木原正博（2016）：医学的測定尺の理論と応用（第1版），メディカルサイエンスインターナショナル，東京。
- Lee S., Crockett M. S. (1994): Effect of assertiveness training on levels of stress and assertiveness experienced by nurses in Taiwan Republic of China, Issues Ment. Health Nurs., 15(4), 419-432.
- 増野園恵，勝原裕美子（2001）：「日本の看護職のアサーティブネス傾向測定ツール」の開発，日看管理会誌，4(2)，20-31.
- 宮脇磊介（1999）：騙されやすい日本人（第1版），新潮社，東京。
- 野末武義，野末聖香（2001）：ナースのアサーション（自己表現）に関する研究（1）—ナースのアサーション（自己表現）の特徴と関連要因—，日精保健看会誌，10(1)，86-94.
- 小塩真司（2011）：SPSS と Amos による心理・調査データ解析（第2版），東京図書，東京。
- 小塩真司（2016）：心理尺度構成における再検査信頼性係数の評価—「心理学研究」に掲載された文献のメタ分析から—，Japanese Psychological Review 2016, 59(1)，68-83.
- Rathus S. A. (1973): A 30-item schedule for assessing assertive behavior, Behavior Therapy, 4, 398-406.
- Rathus S. A. (2000): Rathus assertiveness schedule [RAS], Corcoran, K., Fischer, J. (Eds), Measures for Clinical Practice (3rd. Ed.), 618-620, Free Press, New York.
- 鈴木英子，叶谷由佳，石田貞代，他（2004）：日本語版 Rathus assertiveness schedule 開発に関する研究，日保健福祉会誌，

- 10(2), 19–29.
- Suzuki E., Kanoya Y., Katsuki T., et al. (2006): Assertiveness affecting burnout of novice nurses at university hospitals, *Jpn. J. Nurs. Sci.*, 3(2), 93–105.
- 鈴木英子 (2006) : 看護師の早期離職を防ぐ具体策, 看護人材教育, 2 年目 3 年目職員の戦力化 3(2), 137–143, 日総研出版, 東京.
- Suzuki E., Kanoya Y., Katsuki T., et al. (2007): Verification of the reliability and validity a Japanese version of the Rathus Assertiveness Schedule, *J. Nurs. Manag.*, 15(5), 530–537.
- 鈴木英子, 齋藤深雪, 丸山昭子, 他 (2007) : 看護管理者の日本版 Rathus Assertiveness Schedule (J-RAS) の信頼性と妥当性の検証, 日保健福祉会誌, 14(1), 33–41.
- Suzuki E., Itomine I., Saito M., et al. (2008): Factors affecting the turnover of novice nurse at university hospitals: A two year longitudinal study, *Jpn. J. Nurs. Sci.*, 5(1), 9–21.
- 鈴木英子, 吾妻知美, 平山貴美子, 他 (2012) : 先輩看護師に対し新卒看護師がアサーティブになれない状況と理由, 第 16 回日本看護管理学会年次大会 講演抄録, 193.
- 鈴木英子 (2014) : 看護管理職のためのアサーティブネス, 看護展望, 39(7), 58–64.
- 鈴木英子, 吾妻知美, 丸山昭子, 他 (2014) : 新卒看護師が先輩看護師に対してアサーティブになれない状況とその理由, 日看管理会誌, 18(1), 36–46.
- 玉井保子, 影山隆之, 前田ひとみ (2007) : 新人看護師に対する先輩看護師の自己表現態度について, こころの健康, 22(2), 66–79.
- 豊田秀樹 (2007) : 共分散構造分析—AMOS 編 (第 8 版), 東京図書, 東京.
- 山本嘉一郎, 小野寺孝義編著 (2002) : AMOS による共分散構造分析と解析事例 (第 2 版), ナカニシヤ出版, 東京.