

第7章 確認コミュニケーションに関連する看護師のチームワーク要因

著者	鬼塚 佳奈子, 高木 修
雑誌名	現代社会における人間関係とリスク
ページ	125-137
発行年	2010-03-31
その他のタイトル	Teamwork factor of nurses that relates to confirmation communications
URL	http://hdl.handle.net/10112/2815

第7章 確認コミュニケーションに関連する 看護師のチームワーク要因

鬼塚 佳奈子
高木 修

はじめに

病院組織内には、その目的に応じて設定されたチームが多様に存在する。それらのチームによって、今日の医療は遂行されている。医療安全の達成についても、チームレベルでの取り組みに関心が高まっている。一方で、医療事故の主要な要因の一つにコミュニケーションエラーがある。このコミュニケーションエラーについては、確認コミュニケーションを行うことが有効であると考えられている (e.g., 鬼塚・高木, 2006 ab)。これらをふまえると、コミュニケーションエラーについても、チームによって、確認コミュニケーションが促進されれば、医療事故の低減が期待できるであろう。

確認コミュニケーション

医療事故の重要な原因の一つとして、これまでの先行研究から明らかになっていることは、コミュニケーションの失敗である。こうしたコミュニケーションの失敗を低減するためには、確認コミュニケーションというコミュニケーション方法が有効であると考えられる。

この確認コミュニケーションは、送り手のパフォーマンスとしては、自分が伝えたことについて相手が正しく理解できているか、相手が行動に移せるだけの充分量の情報が伝えられているかを確認することが求められる。一方、受け手のパフォーマンスとしては、自分の情報への理解が正しいかというメタ認知の確認が求められる。この確認コミュニケーションは、口頭によるコミュニケーションで行われることがいっそうの効果をもたらすとも考えられる。

一般に組織におけるコミュニケーションのチャネルには、フォーマルなものインフォーマルなものがある。フォーマルチャネルは、組織構造に基づいた伝達経路であり、組織によって規定されているものである。また、インフォーマルチャネルは偶発的、自発的に生まれるものであり、伝達経路が個人の私的な人間関係によって規定されているものである。

確認コミュニケーションは、看護師個人の安全意識に基づいて偶発的、自発的に行われるこ

とが多い。しかしながらその一方で、看護師個人の安全意識は、職場の向安全規範によって規定されている（鬼塚・高木，2006a）。つまり、職場において、確認コミュニケーションが行われることが期待されているのである。

これらのことを踏まえると、確認コミュニケーションは、形式的にはフォーマルチャネルに匹敵し、また、自発的という点においてはインフォーマルチャネルに匹敵する、つまり、職場規範によって規定される自発的なコミュニケーションというセミフォーマルコミュニケーションチャネルであると位置づけできるのではないだろうか。

インフォーマルなものをフォーマルなものにするには、現場の負担が大きく、そこにはかならず、違反行為が出てくることは容易に推測できる。そこで、確認コミュニケーションをセミフォーマルコミュニケーションとして位置づけ、促進していくことが医療安全のために有効な対策として考えられるのである。

看護師のチームワーク

病院組織内において、一人の患者を中心とした多職種によるチーム、病棟内における業務遂行のために設定されたチーム、院内感染対策チームなど、ある目的に特化して編成されたチームなど、実に多様なチームが存在している。その一形態として看護師によるチームが存在する。

まず、近代医療の形式であるチーム医療について理解を深めることが、病院組織内における看護師チームを理解するのに有用であろう。

チーム医療

近年我が国においてチーム医療への関心が高まっている。チーム医療とは、患者の診療のために、病院の関連部署および、医療従事者が各々その職務を結集して行う医療（大城，2003）のことである。このチーム医療への関心の高まりの背景として次のことが考えられる。

まず、疾病構造の変化である。戦後間もなくの日本人の死因は第1位が全結核、第2位が肺炎、気管支炎、第3位が胃腸炎という感染症が主なものであった。これに対して、現代の死因は、第1位が悪性新生物、第2位が心疾患、第3位が脳血管疾患という慢性疾患へと変化していることである。慢性疾患の特徴は、1）完全に治癒することはない、2）長期的な治療が必要である、3）患者自身が治療に主体的に参加することが求められる、4）生活習慣の変更を求められるということが主に挙げられる。治療が長期に渡ることは、患者も医療従事者も様々な問題に直面する機会が多くなる。つまり、そういった様々な問題に対応するには、より多様な幅広い視点で患者を援助する必要性が生まれてきたのである。

次いで、専門職の細分化が考えられる。医学や医療技術の進展に伴う専門性の深化が進み、それを担う各専門職の重要が高まっているのである（Table 1）。近代医学が科学を支柱とする

Table 1 制定された身分法年表（細田，2003）

年	制定された身分法
1948年	医師 薬剤師 保健婦（のちに保健師） 助産婦（のちに助産師） 看護婦（のちに看護師）
1951年	診療エックス線技師（のちに診療放射線技師）
1958年	衛生検査技師（のちに臨床検査技師と衛生検査技師）
1965年	理学療法士 作業療法士
1971年	視能訓練士
1987年	社会福祉士 介護福祉士 臨床工学技士 技師装具士
1991年	救急救命士
1997年	言語聴覚士 精神保健福祉士 介護支援専門員

ものである以上、専門化への傾斜を強くもつのは当然のことである。しかしながら、こうした専門化によって、一人の患者の抱える問題が細分化されてしまい、患者の全体像を把握することが難しくなってしまう。結果、統一した医療の提供が困難になるという問題も一方で発生している。

最後に、患者の権利が拡大してきたことである。これまでの医療従事者が当該疾病への治療に対する処方のみを行うというパターンリズムから脱却し、患者の社会的背景も取り入れて、全人的に捉え、患者とその家族を含めたQOL（Quality of life）の向上を目指す医療が求められるようになってきことである。また、患者自身にも、積極的に自身の治療に主体的に関与することが求められるようになった。

こうした背景のもとで、患者中心の高品質の医療を提供するために、また、専門化に傾倒した近代医療の短所を補完するものとして、それぞれの専門職がチームを組み、統一した医療の提供をする必要性が高まったのである。

看護師チーム

病院組織内のチームの一形態として、看護職によるチームがある。高度な医療や多様化する患者のニーズに対応するために、看護師に求められる役割も多様になってきており、チームで

Table 2 各看護方式と内容

方 式	内 容	長 所	短 所
チームナーシング	リーダーのもとで、看護師がチーム体制を組んで、患者中心の看護を行う。 患者は、不特定、複数の看護師に看護される。	看護内容を低下させないで、看護力を平均化することができる。	交代勤務のため、成員が日替わりとなる。 申し送りやカンファレンスで継続性を図る努力が必要になってくる。
固定チームナーシング	リーダーのもとで、看護師がチーム体制を組んで、患者中心の看護を行う。 チームおよびリーダー、サブリーダーは一定期間固定される。 個々の患者には受け持ちの看護師がおり、固定したチームが支援する。	チームが固定しているの で、継続性はチームナー シングより優れている。	固定チームの結束力がな ければ実施できない。 年度途中の配置転換や退 職者がでると、業務遂行 が困難になる。
プライマリーナーシング	1人の患者に1人の看護師が入院から退院まで、24時間責任を持って、看護に当る。 ただし、担当看護師不在の時は、不特定の看護師に看護される。	看護師にとっては責任が 明確になり、職務満足度 が高くなる。 看護師の主体性、自立性 が育つ。	看護師の能力の差が看護 に反映してしまう。 看護師間のコミュニケー ションが不足しやすいの で、援助要請がしにくい。
受け持ち方式	1人の看護師が1人又は特定の患者を受持ち、患者の看護、処置、与薬、診療介助などすべてをおこなう。 患者は1人の看護師に看護される。	患者と看護師の良好な関 係が保たれる。 看護師は患者を総合的に 把握しやすく、看護計画 がたてやすい。	看護師の能力の差が看護 に反映してしまう。 看護師間のコミュニケー ションが不足しやすいの で、援助要請がしにくい。
機能別看護方式	検温、与薬、処置、注射などの係を決めて、その日の業務を行う。 患者は不特定の複数の看護師に看護される。	看護作業を分業化するた め、時間と労力が節約で きる。 看護師を能力に応じた作 業に割り当てることがで きる。	患者にとって、担当者が 不在になる。 患者と看護師の関係性が 希薄なものとなる。 看護師の職務満足が低く なりやすい。

看護することに関心が高まっている。

看護師のチームは、その病院組織においてどの看護方式を採用しているのかによって、病棟内にチーム¹⁾と呼べるものが存在するか否かが決まる。看護方式には、主に5つの方式に分類することができる (Table 2)。

看護業務を遂行するうえで、チームがクローズアップされるのは、「チームナーシング」と「固定チームナーシング」である。両者とも、リーダーのもとにチームが編成され、一人の患者に対して看護を行うものである。前者は、チームが日々変わっていくのに対して、後者はリーダ

1) Salas, Dickinson, Convers & Tannenbaum (1992) によると、「チームとは、価値のある共通の目標や目的の達成あるいは職務の遂行のために、力動的で相互依存的、そして適応的な相互作用を行う二人以上の人々からなる境界の明瞭な集合体である。なお各メンバーには課題遂行ための役割や職能が与えられており、メンバーである期間は一定の期限がある」と定義づけている。

一とメンバーを一定期間固定するところが大きな違いである。これらのチームは、一人の患者の看護目標を達成するという目標をチーム内で共有しており、各メンバーが自らの果たすべき職務を明確に認識しており、その目標達成のために相互依存的な関係性にあるということからも、チームであると定義づけることができるだろう。このようにチームで看護を行うということは、患者に提供する看護の質が保証される場所に最大の長所があるが、そのためにはチームワークが機能していることが必須である。

その他の方式としては、患者と看護師が対一の関係性を構築し、患者の看護、処置、与薬、診療介助などをすべて行う、「プライマリーナーシング」と「受け持ち方式」がある。患者と看護師の良好な関係が保たれ、患者の個別性を重視した看護を行うことができる。

しかし、この方式では、看護師個人の資質や能力如何によって看護の質が異なってくる。最後に「機能別看護方式」がある。これは、各業務に担当の看護師を配置し、看護業務を分業化して行うものである。これらの3つの看護方式を採用している病棟においては、看護師間の関係性は職場集団であるといえるが、チームとは呼べない。

看護師のチームワーク

看護師のチームワークについては近年関心が高まり、チームワークの効用についての研究がなされ始めている。良好なチームワークは、インシデントを減少させ（大塚ら，2006）、看護師の仕事意欲や職務満足を高め、患者に提供する看護の質に良い影響を与えていた（e.g., Amos, Hu, & Herrick, 2005; 高山・竹尾，2009）。優れたチームワークは、患者にとっての安全、つまり、事故やインシデントが少なく、患者中心の医療が受けられることと、医療従事者にとっての安全、つまり、働き続けたいと思えることと仕事のやりがいを感じることができ、仕事意欲が高まるという二つの効果をもたらすと考えられる。

本研究の目的

以上の議論を踏まえ、本研究は、医療安全のための確認コミュニケーションの促進要因の検討を検討していくことを目的とする。具体的には、チーム内では、実際にはどのようなチャネルで確認コミュニケーションが行われているのかについて確認し、その促進に関わるチームワーク要因をインタビュー調査を通じて検討する。

方 法

1) 調査期間：2007年12月3日から2008年1月24日

- 2) 調査協力病院：近畿圏にある26診療科を標榜する高度総合医療施設（病床数：600床）。
- 3) 調査方法：半構造化面接による面接調査
- 4) 調査協力者：内科系病棟3病棟6チームに所属する看護師28名
リクルートの方法：各々の部署の師長が、各チームの中から、新人、中堅、ベテランにあたる看護師をそれぞれ1～2名を選定した。
- 5) 調査内容：
 - (1) 主な聴き取り項目
「チーム内でのコミュニケーションについて（コミュニケーション全体の風通しのよさ、確認コミュニケーションのなされかたについて）」、「チーム内での人間関係について」、「リーダーシップについて、メンバーシップについて」であった。
 - (2) 調査所要時間 一人あたり60分から120分
- 6) インフォームド・コンセントについて：面接を行う前に、「調査の目的」、「協力者の権利」、「データの処理や管理」、「プライバシーの保護」、「面接結果の公表」について協力者に十分な説明を行い、同意を得た上で面接を行った。
- 7) 記録の方法：協力者本人から了承が得られた場合のみ録音し、それ以外は随時筆記にて記録した。面接終了後、了承が得られた協力者分のみ逐語録を作成した。

結果と考察

調査協力病院の概要

1) 固定チームナーシング

病棟に所属する看護師を2チームに分けて、各チームは患者グループを継続して受け持つ。個々の患者には継続する受け持ち看護師が存在し、固定チームが支援する。チームリーダーと

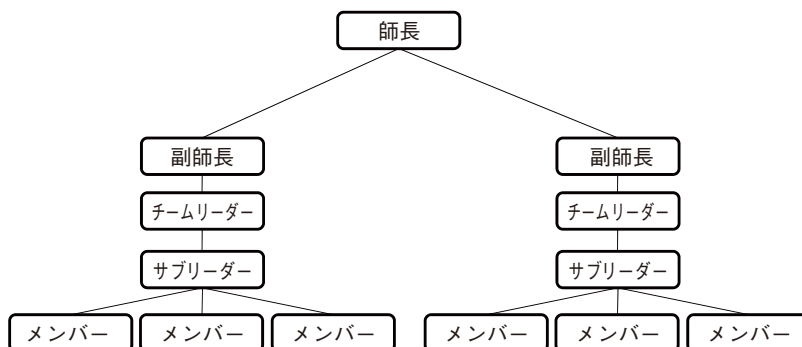


Figure 1 各病棟の組織図

Table 3 分析対象者の経験年数病棟ごとの内訳

I 病棟				II 病棟				III 病棟			
Aチーム		Bチーム		Aチーム		Bチーム		Aチーム		Bチーム	
ID	経験年数(年)	ID	経験年数(年)	ID	経験年数(年)	ID	経験年数(年)	ID	経験年数(年)	ID	経験年数(年)
I_A_1	3	I_B_1	2	II_A_1	2	II_B_1	2	III_A_1	4	III_B_1	2
I_A_2	4	I_B_2	2	II_A_2	3	II_B_2	2	III_A_2	2	III_B_2	3
I_A_3	5	I_B_3	3	II_A_3	4	II_B_3	4	III_A_3	3	III_B_3	5
I_A_4	9	I_B_4	4	II_A_4	9	II_B_4	5	III_A_4	5	III_B_4	14
		I_B_5	5	II_B_5	10	III_A_5	10				
		I_B_6	10								

サブリーダーは一定期間固定される。病棟の組織図はFigure 1の通りである。チームリーダーを副師長が兼任している病棟もある。

2) 日勤チームの組織

日勤チームの組織は、上記の組織と若干の変更がある。その日の一番経験年数が長い看護師が「その日のリーダー」としてチームリーダーになる。この、「その日のリーダー」は病棟によって異なることがあるが、経験年数3年目以上の看護師がなる。

調査協力者の属性

分析対象者の平均看護師経験年数は4.86年（SD=3.19）であった。病棟ごとの内訳はTable 3の通りである。

調査対象チームの概要

それぞれのチームで人間関係のあり様について様々な特徴が認められた。

1) I 病棟

呼吸器内科、総合内科、神経内科の3診療科からなる病棟である。病床数は50床であった。1チームで20名から25名の患者を受け持つ。抗がん剤による化学療法を行っている患者や、ターミナル患者²⁾を多く抱える病棟である。

I 病棟Aチームの人間関係

職務上だけでなく、プライベートでもスタッフ間で関わりがあり、メンバー同士が能動的に

2) 抗がん剤などを用いた積極的な治療をせず、主に緩和治療を行っている患者。

関係性を築いていた。チーム会³⁾も頻回に行われており、職務上の問題についての共有は充分に図られていた。

I 病棟Bチームの人間関係

良好な人間関係が認められた。特に、先輩看護師と後輩看護師間において信頼関係が築けていた。先輩看護師が積極的に各メンバーに対して声かけを実践していることや、チームとして働くことについての意義を意識するように働きかけていた。結果、各メンバーそれぞれが、チームの一員であるという意識が高いことがうかがえた。先輩看護師が有する看護観についても、直接的に言葉では伝えないが、それを反映させた看護を患者に提供する場面を見せることで、後輩看護師がそれを自立的に受け止め、自身の看護観へと反映させていることもうかがえた。

2) II病棟

消化器科の単一診療科からなる病棟である。病床数は55床であり、1チーム25名程度の患者を受け持つ。抗がん剤による化学療法を受けている患者、ターミナルの患者を多く受け持つ病棟である。

II病棟Aチームの人間関係

人間関係が良好だとは言いがたいことが認められた。職務外での関わりがほとんど認められなかった。メンバー間で職務上の志向性が異なり、職務上の葛藤を抱えているメンバーが少なかった。メンバー間で信頼関係が十分に築けていない様子が見られた。

II病棟Bチームの人間関係

チーム内における新人看護師数が多く、指導的立場にいる看護師は、新人の技術的な面でのフォローに追われ、余裕がなくなっている様子が見られた。そのため、メンバー間で看護の質を向上するために必要なコミュニケーションが充分になされておらず、目標達成に向けての効果的な相互作用ができていなかった。ゆえに、チームとしての一体感を感じにくい状態であった。

3) III病棟

内科（分沁・代謝）、循環器科、皮膚科の3診療科からなる病棟である。病床数は、53床で、

3) チームの問題や、カンファレンスの時間が取れないときに、患者の看護目標や看護計画について話し合う機会。チームによって開催頻度や時間が変わってくる。

1 チーム25名程度の患者を受け持つ。糖尿病患者も受け持ち、患者教育⁴⁾も行っている病棟である。

Ⅲ病棟Aチームの人間関係

比較的良好な人間関係が認められた。職務中および、休憩時間中の関わりの中で、チームのメンバーについての相互理解もできていた。そのため、個人が抱える問題をチーム内で共有することができ、適切な支援ができていた。

Ⅲ病棟Bチームの人間関係

メンバー間での相互信頼関係が確立され、強いつながりが認められた。各メンバーがチームの一員であることを強く意識し、自律的に職務をこなしている様子が見えてきた。

確認コミュニケーションについての検討

得られたデータから、確認コミュニケーションに関する部分を抽出し、コミュニケーションチャネルの検討を行った結果、以下のチャネルを抽出することができた。

チャネル1：先輩看護師から後輩看護師への声かけ

「先輩看護師が後輩看護師に対して、声かけという形で、自分が気になった時行っている」と答えた看護師は15人であり、この多くの回答者が中堅以上の看護師であった。この「声かけ」とは、業務規定の中において規定されている規則ではないが、安全で迅速な業務遂行のために行うことが強く期待されているものである。この確認コミュニケーションは偶発的なものが多く、役割上発生する上下の人間関係によって自発的に行われるものであることが見出された。看護師経験年数が多い看護師は、確認コミュニケーションとは、送り手として自らの役割上行うべきものであるとの認識が高いことがうかがえる。

チャネル2：自分の理解に確信が持てないときに、聞きやすい先輩を選択して確認する

「自分の理解が正しいかの確信が持てないときに、聞きやすい先輩を選択して聞くという形で行っている」と答えた看護師は8人であった。この回答を行った看護師は、経験年数3年未満の看護師が多かった。このような経験年数が比較的少ない看護師は、主に、受け手としての確

4) 糖尿病の治療の目標は、合併症の予防、進展阻止をすることにより、患者の生活の質を維持することにある。そのため、患者自身が糖尿病を深く理解し、自己管理のもと血糖コントロールが行えるように、知識、技術を身につけ、治療に関する自発性を育てていくことを目的とした教育。通常患者は、2週間程度の入院により、食事療法、運動療法を実体験し、継続すべき生活習慣の基本を身につける。

認コミュニケーションを行っていることがわかった。聞きやすい先輩かそうでない先輩かは、日ごろの人間関係のあり方が規定しており、業務外でも交流があるかないかということが大きく影響を与えていた。この確認コミュニケーションは、偶発的で、自発的なものであり、かつ、私的な人間関係によって規定されるものであることが見出された。

チャンネル3：自分の理解に確信が持てないときに、チーム内の誰であっても確認する

「自分の理解が正しいかの確信が持てないときに、チームの先輩誰であっても、確認するという形で行っている」と答えた看護師は4人であった。この回答をしたのは経験年数3年未満の看護師であった。チャンネル2と同様、経験年数が比較的少ない看護師は、受け手としての確認コミュニケーションをとることが多いことがわかった。このチャンネルによる確認コミュニケーションは、偶発的で自発的なものであるが、私的な人間関係に規定されることなく、フォーマルな役割上の人間関係によって規定されていることが見出された。

チャンネル4：リーダーへの報告

「リーダーに自分が受けた指示を報告するという形で行われている」と答えた看護師は1人あった。この確認コミュニケーションは、申し送り時や、業務内ミーティングの際に必然的に行われるものであり、フォーマルな人間関係のもと行われるものであった。疑問に思った時にするコミュニケーションではなく、業務の一環として行う報告という行動の副次的効果としての確認を行っているものであった。

以上の結果から、確認コミュニケーションの4つのチャンネルを抽出することができた。しかし、当初想定していた、コミュニケーションの当事者間による確認コミュニケーションが行われることはほとんど認められなかった。極めて流動性が高いという職務の特性上、コミュニケーションを行う二者間だけでは、確認コミュニケーションを行うことは困難であり、チームの他のメンバーによって、補完的に行われていることが考えられる。

また、主に経験年数によって、送り手側による確認コミュニケーションをするのが多いのか、受け手側による確認コミュニケーションをするのが多いのかがほぼ決まっていることが明らかとなった。つまり、経験年数によって確認コミュニケーションが行われるチャンネルが、業務上の役割によって規定されていることが考えられる。すべてのチャンネルに共通していることは、自発的に行われているコミュニケーションであるということである。

以上より、確認コミュニケーションは安全・的確に業務を遂行するためには、なされるべきであるとの認識のもと自発的に行われており、そのチャンネルや動機については、自らの立場や役割の認知によって規定されていることが推察される。つまり、自発的であるが、それがチー

ムの一員として職務に携わる以上することが強く求められるという職場規範によって規定されるコミュニケーションであると位置づけることができる。これらのことから確認コミュニケーションは、セミフォーマルチャネルであると位置づけることが可能であるといえよう。

確認コミュニケーションに関連するチームワーク要因の検討

まず、得られたデータから、チームワークに関連する要因として、「職位間知識」「チームワークに関する知識」「ストレス・サインに関する知識」「支援の要求」「支援の受託」「支援の提供」「チームワークの重要性に関する信念」「集成的見当識」「集成的効力感」「相互信頼」「プライベート人間関係」「職務上人間関係」を抽出した（高木・鬼塚（2008）で報告）。これらのチームワークに関連する要因と確認コミュニケーションの各チャネルの関連性について、相関分析を用いて検討した（Figure 2）。

結果、各確認コミュニケーションと関連するチームワーク要因が示された。先輩看護師から

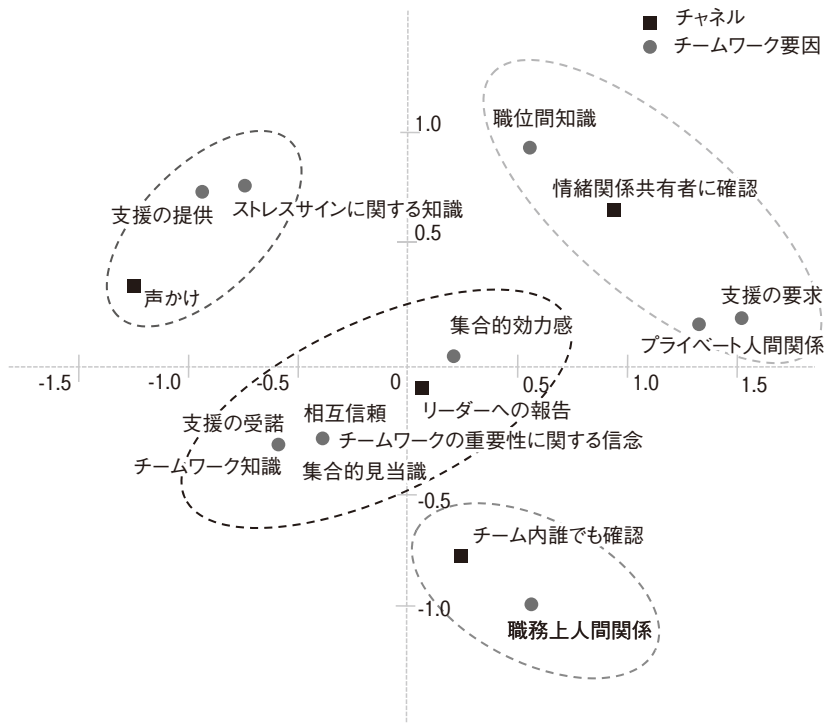


Figure 2 確認コミュニケーションの各チャネルとチームワーク要因との関連性

- 注1) チャンネル1: 「先輩看護師から後輩看護師への声かけ」を「声かけ」と略して表記している。
- 注2) チャンネル2: 「自分の理解に確信が持てないときに、聞きやすい先輩を選択して確認する」を「情緒関係共有者に確認」と略して表記している。
- 注3) チャンネル3: 「自分の理解に確信が持てないときに、チーム内の誰であっても確認する」を「チーム内誰でも確認」と略して表記している。

後輩看護師に対する声かけによって行われる確認コミュニケーションには、先輩看護師が支援の提供が行ないやすい状況にあること、ストレス・サインに関する知識を有していることと関連が高かった。このことから、他のメンバーの状況や状態を敏感に読み取れることが声かけを促進できることが推測される。

また、自分の理解に確信が持てないときに、聞きやすい先輩を選択して確認することによって行われる確認コミュニケーションは、メンバーがそれぞれ他のメンバーについての知識を持っていることや、支援の要求がなされやすいこと、プライベートでも関わりがあることと関連が高かった。自分の理解があいまいなことを、情緒関係を共有しているメンバーに確認するというのは、あまり望ましくない確認コミュニケーションチャネルではある。しかし、わからないことを誰かに聞けるという状況は重要であって、そういった状況と関連が深いチームワーク要因が明らかにされたことは、とても有用なことである。つまり、わからないことがあれば、誰にどのように支援を要求すればいいのかについて、チーム内で共有されていなかったり、プライベートでも関係性が良好でない場合、このチャネルにおける確認コミュニケーションがなされにくいことが推察される。

リーダーへの報告によって行われる確認コミュニケーションは、「集動的効力感」「相互信頼」「チームワークの重要性に関する信念」「集動的見当識」「支援の受諾」「チームワーク知識」と関連が高かった。チームとして業務を遂行することの必要性や意義を理解し、メンバーとしての責務を果たすことを強く意識することがリーダーへの報告を促進することが考えられる。

まとめと今後の課題

本研究では、確認コミュニケーションに関する看護師チームのチームワーク要因について検討を行った。結果、確認コミュニケーションは職場規範によって規定される自発的なセミフォーマルコミュニケーションと位置づけることが可能であるとの示唆を得ることができた。また、各確認コミュニケーションと関連するチームワーク要因の存在が明らかにされ、確認コミュニケーションの促進するためには、各チャネルとの関連がある要素を識別する必要があること示唆された。

今後さらに、確認コミュニケーションに関連するチームワークの各要因についての精査が必要である。また、チームワークの各要因がどのように確認コミュニケーションの促進に影響を与えるのかについて、影響過程の解明についても今後の課題である。

引用文献

- Amos, M. A., Hu, J., & Herrick, C. A. (2005). The impact of team building on communication and job satisfaction of nursing staff. *Journal for Nurses in Staff development*, 21 (1), 10-16.
- Kron, T. R. N., B. S. (1966). *Nursing team leadership (2nd ed.)*, Philadelphia: W. B. Sanders Company.
(都留伸子 (訳) (1969). ナーシング チーム リーダーシップ 第2版 医学書院)
- 細田満和子 (2003). 「チーム医療」の理念と現実 ——看護に生かす医療社会学からのアプローチ——
日本看護協会出版会
- 鬼塚佳奈子・高木 修 (2006a). 看護師の確認コミュニケーション行動の生起過程に関する研究——職場要因と個人要因のダイナミクスからの検討—— 日本社会心理学会第47回大会発表論文集 458-459.
- 鬼塚佳奈子・高木 修 (2006b). 確認コミュニケーション規範に関する探索的研究——記述的規範の結晶度に着目して—— 日本心理学会第70回大会発表論文集 1334.
- 大城孟 (2003). チーム医療とグループ診療 日本医事新報 4127 55-59.
- 大塚雄市・三沢 良・野口博司・山口裕幸 (2006). 守られる設計、製造上の安全規則に関する考察——創造的心的構えと規則違反行動の関連性についての実証的研究——日本機械学会論文集 73 331-338.
- Salas, E., Dickinson, T. L., Convers, S. A., & Tannenbaum, S.I. (1992). Toward an understanding of team performance and training. In R. W. Awezey, & E.Salas (Eds.), *Teams: Their training and performance*. Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation. pp. 3-29.
- 高木修・鬼塚佳奈子 (2008). 看護師チームの Team competency と人間関係 科学研究費補助金 基礎研究 (C) 研究成果報告書 75-92.
- 高山奈美・竹尾恵子 (2009). 看護活動におけるチームワークとその関連要因の構造 国立看護大学校研究紀要 8 (1) 1-9.