

プロフェッショナルのチームワークに関する考察

～チーム医療のインプットからプロセスに向けたチーム・マネジメント～

草野 千秋

1. はじめに

様々な産業や組織において「チーム」が職務設計に組み込まれ、日常的に用いられるようになってきている。高度で専門的な知識、技術、スキルで職務に従事するプロフェッショナルや知識労働者⁽³⁾といわれる人々で構成される専門職組織も例外ではない。代表的な専門職組織である医療現場でもチームが日常的に必要とされ(印南、1998)、近年ではプロフェッショナルに求められるスキルの1つがチーム環境で働く能力になっている(Freid, Topping, Edmondson, 2005)。

チーム活動はより高い成果が期待されているのだが、現実には個々の能力の高いプロフェッショナルで形成された医療チームでさえ、医療過誤などがたびたび問題となっている。また、医療のみならずプロフェッショナルの仕事は秘儀的で第三者には理解が難しく、重要でありながら十分な調査研究ができにくい領域でもある。チームで働く能力がプロフェッショナルの職務要件の1つであるならば、システムとしてチームを機能させるために、プロフェッショナルのチーム・メカニズムを分析することは意義あることではないだろうか。

そこで本稿では、個人の能力を発揮することを評価されるプロフェッショナルが、チームの中で他者との協働をどのように進めているのかに注目し、チーム医療を事例にチームワークのメカニズムを明らかにする。構成は以下のとおりである。2では、様々なプロフェッショナルのチームを整理しチームワークが課題であることを提示する。3では、事例分析の枠組みとなるチーム・メカニズムのモデルにチーム有効性モデルを取り上げる。4では、筆者が調査したチーム医療の事例を分析し、5では考察とまとめを提示する。

2. 様々なプロフェッショナル・チームが抱える課題

チーム研究は、航空、医療、研究開発、ITなど専門職組織、組織内のプロフェッショナルや技術者を対象としたものが多い。プロフェッショナルは本来、自律性と自己裁量が保証された自己完結型の職務を遂行し、それが彼らの評価の対象とされていた。しかしながら、科学技術の発展によって高度な知識や技術を伴うプロフェッショナルの仕事もより高度で複雑になったため職務が細分化され、協働(collaboration)、チームといった職務形態を用いなければ職務を

完遂できなくなっている。つまり、従来の仕事の取組み方、姿勢、考え方とは異なるため、プロフェッショナルのチーム活動では問題が生じやすく、その解決に向けてチーム研究の対象とされることが多いのである。特に、当該研究を先導してきたのは航空産業のクルー・チーム、次いでチーム医療の研究である。

(1) 航空、研究開発、ITにおけるチームの課題

クルー・チームの研究は、航空事故の60%～80%がヒューマン・エラーによるものとされ、コックピット内のクルーらのチームワークを重視し安全性を高める試みが、その目的であった。クルー・リソース・マネジメント(Crew Resource Management : CRM)といわれ、クルーらの相互作用を促進し効果的にするための訓練とその有効性の評価など、理論的・実践的側面の両面において体系的な取組みが行われ、いまでも続いている(Salas, Bowers, Edens, 2001)。航空業界でのチーム議論は、安全性と効率性を目的としたチームワークの訓練に焦点があてられている。

研究開発(R&D)では主に製造業や製薬業において、競争優位の源泉である高度な科学知識・技術を用いたイノベーションの創出、有効かつ効率的な技術・製品開発や改善・改良の実現を目指し(堀江・犬塚・井川・2007)、様々なアプローチでチーム・マネジメント研究が蓄積されている。例えば、製薬組織のR&Dチームは多様な専門分野で構成され、リーダーが専門的能力で優位であるとは限らない。リーダーの影響力が限定的であるので、リーダーシップ行動は従来とは異なり、対組織向けの行動を優先させたチーム・デザインが必要であると考えられている(小野、2007)。また、R&D組織において最重要課題は独創性・創造性の生成である。独創性・創造性はリーダーがチームの多様性、異質性を取り入れるチーム・マネジメントによって作られるもので(矢野、1998)、メンバーにも創造性(あるいは独創性)とそのベースとなる知識を獲得・共有する能力が求められる。したがって、R&Dチームでは、イノベーションのための知識創造の生成、知識共有や知識移転のメカニズム、チーム・リーダーのマネジメントに関する研究が多くなっている。

ITなどソフトウェアや情報産業ではプロジェクト・チーム研究がさかんである。プロジェクトのチーム能力を向上させること、チーム・パフォーマンスを高めることに関心が寄せられ、プロジェクトチーム・マネジメントとして注目されている。当該産業ではチームに限らず組織内で働く人員が様々な国籍をもち、同じプロジェクトに関わっていても地理的に離れている場合も少なくなく、このような環境でプロジェクトを成功に導かなければならない。とはいえ、仕事の進め方には国や文化によって違いがあり、日本のような対人関係を重んじる文化的価値を有する国では、硬い人間関係で結ばれたチームでないと集団としてのパフォーマンスを出すことが難しいといわれている(榎田・松尾谷、2004)。人間的側面を重視してチーム・パフォーマンスを高めるためのチーム作りという点で、チーム・ビルディングの研究なども行われている。プロジェクト・マネジメントにおいて、チーム・ビルディングとは、「一つのプロジェクトに関わるすべての人と意識を合わせ、情報を共有し、目標を確定していくことであり、コミュ

ニケーション・マネジメントの領域である」(山内、2002)と考えられている。プロジェクト・チーム研究では、対人関係コミュニケーションとリーダーシップの重要性が指摘され(榎田・松尾谷、2005;山内、2002)、これらを中心に研究がすすめられている。

産業や職務内容の差異にもかかわらず、プロフェッショナル・チームはチームワークという共通の課題があると考えられるが、その実態は十分に分析されているわけではない。次に、本稿の事例対象であるチーム医療について課題を検討したい。

(2) チーム医療の課題

航空に次いで多いのが、チーム医療に関する研究である。日本では2000年前後から整理することが困難なほど研究が増えている。航空では、社会心理学などを用いてチームをシステムとして捉えた分析的なチーム・マネジメント研究が主流であるが、医療、特に日本では医師以外の医療従事者による経験的な記述が占めている。概ね、メンバーである医療従事者の間にはチーム医療に対して各々が抱えている認識にズレがある(細田、2003;田村・中田・倉谷・清水・渡、2004)という見解が多く、その源泉として潜在的なコンフリクトの存在に注目が集まった。医師と看護師間には、医療の歴史的背景や法的規定「医師の指示」など医師優位から専門職による階層性である「専門職支配(Freidson, 1970)」が存在し、パワーの不均衡があると指摘されている。そこで医師と看護師および医療従事者間の協働性に焦点をあて、チーム医療の類型化や協働の要素として、コミュニケーションと情報の共有をどのように促進するかが研究対象とされた(細田、2003;高山、2002)。コミュニケーションと情報共有の欠如がコンフリクトの起因と推測され、リーダーのマネジメントだけでなく、そもそもリーダーは誰がなるべきなのかといった職能間における権限・責任問題にまで議論が拡大している。

近年では、不十分なチームワークが医療事故を誘発する危険性がある(厚生労働省、2002)と指摘され、ミスやエラーを防止するとの観点からチーム医療の機能が議論されている。この議論には、先に述べた航空業界で安全性に焦点をあてたCRMを、医療に応用するような検討が継続的に行われている(相馬、2003他)。ミスやエラーが多発し、医療費の増大によって政策レベルの取組みが行われているアメリカ、さらにヨーロッパなどでも安全性の向上を目指し、航空業界のCRMを医療に応用した訓練が実施されている。最初に導入されたのが麻酔科であったことから、ACRM(Anesthesia Crisis Resource Management)といわれ、医療のCRMモデルとなっている。

欧米でも協働性に着目し、パワー、コンフリクト、チーム・リーダーシップに焦点をあてた組織行動研究が展開され、メンバー間のコンフリクトやチームの有効性を改善するためのチーム・ビルディングに関する蓄積がある。医師と看護師のチームワークに関する研究では、両者がチームワークやチーム風土を異なって認識し、チーム内での協働やコミュニケーションに関して看護師よりも医師が高く評価しているという調査がある(Thomas, Sherwood, Helmreich, 2003)。これと同じ調査結果が国内においても報告されている(田村他、2004)。医療では、チー

ム内で主に看護師から医師に対する一方向の潜在的なコンフリクトが存在し、それがチームワークに少なからぬ影響を与えているといえるだろう。ただし、チーム内の「専門職支配」がメンバーの心理的特性を刺激し、それがチームワークに影響を与えていると推測されるが、どのようなプロセスなのか、要因間の関係性については明らかになっているとは言い難い。

(3) まとめ

プロフェッショナル・チームに共通する課題が、チームワークであることを改めて示した。同時に、具体的なチームワークの中身が十分に分析されているわけではないことも明らかになった。欧米ではチーム設計、科学的な訓練・開発を継続的に行い(Salas, Bowers, & Fdens, 2001)、産業界や医療分野でも効果的なチームワークがエラーの回避、マネジメント、スタッフ不足、コスト削減に役立つことが実証的に示されている(Thomas, Sherwood, Helmreich, 2003)。また、医療ではチームワークの問題がチーム訓練で改善しうることも示されている(Schaefer, Helmreich & Scheidegger, 1995)。その際、チームの有効性を説明するためにインプット-プロセス-アウトカムのシステム理論を援用したチーム有効性モデルが用いられている。

そこで本稿でも、このチーム有効性モデルを用いて、インプットとチームワークの関係と、チームワークのメカニズムをチーム医療を事例に明らかにしたい。チーム医療を事例とした理由は、①「潜在的なコンフリクトが活動に影響を及ぼしている」というチームの課題が明確で、分析点を絞れる、②二次資料の大半が経験的記述であり、システマティックな分析を行い、客観的な示唆を得る余地があると考えたからである。

3. 分析枠組み: チーム有効性モデル

チームの有用性には、従業員の才能をよりよく活用して競争力を高めて生産性を向上させること(Manz, 1995; Robbins, 1997)、協働によるプラスのシナジー効果によって業績や品質の飛躍的な改善と新たな創造性をもたらすことなどがある(Katzenbach, Smith, 1993; Robbins, 1997)。これらを期待し、様々な産業や組織で用いられているのがチームである。しかしながら、チームのつもりが結束のないグループであるもの、チームと呼んでもそもそもチームではないもの、高業績を達成するチームとそうでないチームなど問題や課題も多い(Katzenbach&Smith, 1993)。また、シナジー効果が高まるかどうかは、チームワークによって決まり、これがチームの成否に重要な役割を果たすと考えられている。チームがシナジー効果やパフォーマンスを達成するにはチーム形成に携わるリーダーとメンバーがチームに関する知識を習得しているなど、チームを適切に導入しチームワークを機能させる必要がある(Hackman, 2002)。以下では、優れたチームとそうでないチームとの比較を通してチームの有効性に貢献する様々な要因を特定しているチーム有効性モデル(山口, 2009)について概観する。

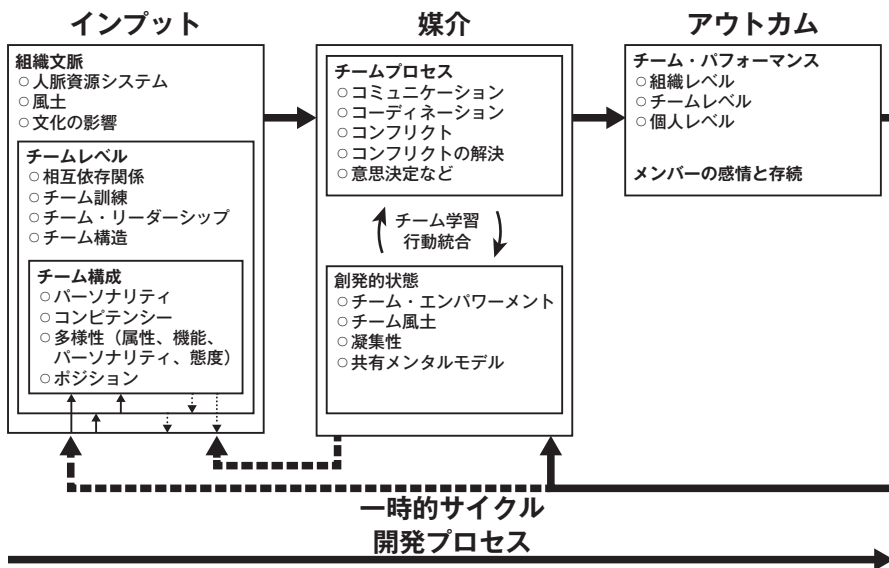
(1) チーム有効性モデルの概観

チーム有効性モデルの多くはシステム理論⁽⁴⁾をもちいたインプット→プロセス→アウトプットの枠組みでつくり、チーム要因とパフォーマンスの影響との関係を予測し仮説をたて、チームの状態を分析し問題の発見ができるようになっている (Healey, Undre, & Vincent, 2004)。欧米の航空や医療の実務の場において、このモデルに基づいたインターベンションが採用され、その有効性が支持されている。

インプットはチーム特性と資源で構成され、これらをチーム・タスク達成のために結合させるのがプロセスである。プロセスはメンバーが相互作用しながら従事する活動で、インプットをアウトプットに変える媒介であり (Freid, Topping, Edmondson, 2005)、どのように変えるのかそのメカニズムを説明できる (Mathieu, et al, 2008)。アウトプットはチーム活動の結果、副産物、チーム活動の評価になる。

プロセスは、チームの目標を達成するためにメンバーの相互作用や調整活動などのチームワークを通して、インプットをアウトプットに変える働きをする (Marks, Mathieu, & Zaccaro, 2001; Baker, Beaubien, Barach et al., 2005)。それが効果的であるとき、チームの有効性が高まると考えられていることから、1980年代後半から1990年代には、プロセスに注目が集まり、チーム有効性に関する理論モデルが数多く開発された。McGrath (1964)モデルにはじまり、修正・拡大を経てCohen&Bailey (1997)が提示したモデル、さらにその後急速に展開している。本稿では、Ilgen, et al (2005)と Mathieu, et al (2008)が提示しているモデルを参考に、図のモデルを提示した。

図 チーム有効性モデル



出所: Mathieu, Maynard, Rapp et al (2008)より筆者作成

(2) インプット

インプットは、チーム構成、チーム・レベル、組織文脈で構成される。

(2)-1 チーム構成

チーム構成は、人口学的特性、個々人のパーソナリティ (個性)やコンピテンシー⁽⁵⁾、メンバー間の関係性である。ここでのコンピテンシーはチームの効果的なパフォーマンスを発揮するために必要な知識・スキル・態度(KSAs)をさし、チームワーク・コンピテンシーともいう。メンバーがチームワークの知識をもっていると、役割や責任においてコミュニケーションを高めることができ、チームワーク・コンピテンシーをより習得し(Ellis, Bell, Ployhart, et, all, 1995)、円滑なチーム形成が実行できるようになる(Mathieu and Schlze, 2006)。

(2)-2 チーム・レベル

チーム・レベルは、メンバー間におけるタスクの相互依存関係の設計、チーム訓練、リーダーシップ、チーム構造から成る。タスクの相互依存関係⁽⁶⁾と多様性はプロセスに最も影響を与える要素である(Brorrill, Carletta, Carter, 2001)。チームのタスクはその重要度に応じて優先順位が決定され、タスク間の連携や相互依存関係がパフォーマンスを決定する。タスクの多様性がパフォーマンスを高めるとは限らないが(Jehn & Bezrukova, 2004)、タスクの複雑性や多様性はチームの相互依存関係を高めるので、不確実性がますことでコミュニケーションや調整が必要になり(Freid, Topping, Edmodson, 2005)、コミュニケーションや相互関係のレベルが高まるチーム構造とマッチすることが証明されている(Schweikhart&Smith-Daniels,1996)。また、タスク相互依存関係を高める設計が、協力や学習といったチーム・プロセスを促進し(Cohen &Bailey, 1997)、チームの自律性、凝集性、コミュニケーションなど、チームの媒介と組織パフォーマンスの関係を良好にする(Barrick, Bladley, Kristof-Brown et al, 2007)。

チーム訓練は効果があるが、過度な期待はできない可能性がある(Salas, Nichols & Driskell, 2007)。例えば、チームワークのKSAs訓練は個人よりチームへの訓練に有効であるが、訓練対象を個人かチームにするかは、タスク形態、作業の流れなどの相互依存関係で決まる(Kozlowski and Ilgen, 2006)。また、チームワークの知識は個人を対象とした訓練に有用で(Mathieu, Maynard, Rapp et al, 2008)、比較的短期間の訓練で知識が改善することが明らかになっている(Kozlowski & Ilgen, 2006; Ellis, Bell, Ployhart et al, 2005)。さらに、訓練がチーム・メンバー間の信頼や技術的支援を高めることも示されている(Kirkman, Rosen, Tesluk et al, 2004)。チーム訓練は、その必要性を分析し(why)、誰に(who)、いつ(when)、何を(what)、どのように(how)訓練するのか、体系的な訓練設計によってパフォーマンスを改善可能にするものであると考える。

Burke, Stagl & Kleinら(2006)によれば、チーム・リーダーシップには課業志向(タスク達成に対処する行動)と人間関係志向(メンバーの開発とチームの連帯・維持に向けた行動)の2つのリーダーの行動がある。2つの行動はともにチーム・パフォーマンスへの効果・影響が確認されているが、課業志向は適度な影響しかなく、人間関係志向はチーム学習と有効性への効果

が支持されている(Burke, Stagl & Klein et al, 2006)。リーダーシップ・スタイルについては求心力(Balkundi and Harrison, 2006)に加え、最近ではコーチングとリーダーシップの共有などが注目されている。また、メンバーの成熟度によって効果的なリーダーシップは変化する(Hersey & Blanchard, 1977)。メンバーの成熟度が低ければ指示的行動を、高ければメンバーの自主性や自律性を尊重したリーダーシップが有効であることが示されている。成熟度は特定課題の達成に対するメンバーの能力と意欲であり、レディネスという。「能力とは、特定課題の遂行に関して、その課題遂行者が持つ知識、経験、スキル(技能)」、「意欲とは、特定課題の遂行に関して、その課題の遂行者が持つ自信、熱意、動機の強さ」(Hersey & Blanchard, 1977)である。チーム・リーダーは課題行動(リーダーの指示・指導の量)、人間関係行動(連帯的支援)、メンバーのレディネス・レベルの相関に基づき、最適な状況対応的なリーダーシップ・スタイルをとることが望ましいと考えられる。

(2)-3 組織文脈

チームに対する影響がチーム外にあって、組織から生じるものを組織文脈、組織外部から生じてチームの機能に影響を与えるものを環境文脈という。組織文脈の主な役割は報酬や教育を提供しチームを支援することである。報酬は個人を対象にするがチームという活動形態を促進するなら、チームへの貢献を組み入れた報酬体系、チームワークKSAs訓練の提供などのチーム志向の人的資源政策を整備するとチームのエンパワーメントが高まること(Kozlowski and Ilgen, 2006)、組織がチームワークを支持する風土もエンパワーメントの効果が認められている(Mathieu, Gilson, & Ruddy, 2006)。多くの研究で明らかにされているのは、協力と集団的活動で一致している文化はチームの有効性を促進することである。

(3) プロセス(媒介)

インプットをアウトプットに変える媒介であるプロセスは、内部プロセスと個人の心理的特性(Cohen and Bailey, 1997)、チーム・プロセスと創発的状態(Mathieu, Maynard, Rapp et al, 2008)など2つに分けて考えられている。つまり、プロセスは、インプットによる実際のチーム活動の経過とともに形成される個人が抱くチームへの認知的、感情的な状態との相互作用・影響によって決まるものと捉えられる。

(3)-1 チーム・プロセス⁽⁷⁾

チーム・プロセスにはチームワークとタスクワークがある(Mathieu, Maynard, Rapp et al, 2008他)。タスクワークは、チームの中で一人で遂行しなければならない、個人で完結する活動である。チームワークはメンバー間でコミュニケーションをとったり、助け合うなどの相互作用の活動でチームの有効性を決定する主たる要因になる。チームが目標を達成するのは、プロセスで相互作用や調整をもちいながら、メンバー間で意思決定や問題を解決するか否かによ

る。このようなプロセスでは、チーム・リーダーシップのスタイルがメンバーに影響を及ぼすことになる。特定のリーダーシップ・スタイルが常に有効であるとは限らず、またリーダーシップ自体が重要であるとも限らない(Robbins, 1997)。リーダーはチームのインプットや状況に応じて、適切なプロセスやリーダーシップをとらなければならない。

一方、メンバーはチームワークがどのようなものであるかという最低限の認識が求められる(Swezey, Salas, 1992)。メンバーが目標を共有し、それを達成するためお互いに協力しようとする意思によって、チームワークの成否が決まる。そのために、メンバーは相互依存関係を最適に行えるチームワーク・スキル(知識、スキル、態度:KSAs)を有することが必要になる(Salas, Sims, Klein, et al., 2003)。

(3)-2 個人の心理的特性(創発的状態)

チーム・プロセスが展開されると、そこで形成されるメンバー間の相互作用によって、メンバーの態度、感情、認知などの心理的な要素が加わる。チーム・プロセスが観察可能な行動であるなら、心理的側面は目に見えないがチーム・プロセスの背後で重要な影響を及ぼし作用している要素といえる(山口, 2008)⁽⁸⁾。目に見えにくい要素であるため研究は少ないが、凝集性、共有メンタルモデルの比較的豊富な研究を中心に概観する。

チームの凝集性とは、「共通の目的を達成するために団結しようとするプロセス」、「チーム・タスクに対するメンバーのコミットメント」(Goodman, Ravlin & Schminke, 1987)と定義され、メンバーを自発的に集団に留まれる力である(山口, 2008)。チームの凝集性にはタスク凝集性と対人関係凝集性がある。前者はチームのタスクや目標に対するコミットメントや魅力、後者はメンバーの魅力やチームの選好である(Evans and Jarvis, 1980)。チームの凝集性は、パフォーマンスを高める行動と相関関係があり、チーム・タスクが複雑であるほどメンバー間の相互作用と調整が増して凝集性とパフォーマンスの関係が強くなることが確認されている(Beal, Cohen & Burke, 2003)。

共有メンタルモデルは、チームで取り組む課題や遂行の内容・方法、チームやメンバーの特性についての知識やイメージがメンバー間で共有されていることである(Cannon-Bowers, 1993; Mathieu, Heffner, Goodwin et al, 2005)。メンバーがタスクに関して共通のスキーマを持っているタスクの共有メンタルモデル、メンバーがどのような相互作用をするのかを理解しているチームの共有メンタルモデルの2つがある。これらはチーム・プロセスやチームの有効性に影響し、パフォーマンスを促進することが明らかにされている(Cannon-Bowers, 1993; Mathieu, Heffner, Goodwin et al, 2005)。しかしながら、共有メンタルモデルだけでは説明できないことが示され、チームの結束やコンフリクト、メンバーのコミットメントなどの要因も影響すると考えられている(山口, 2008)。

最近ではチーム学習にも注目が集まっている。チーム学習はメンバーが望んでいる成果を生み出すために、一致協力してチームの能力をのばしていくプロセスである(Senge, 1990)。チー

ム内での疑問の提示、フィードバックの探求、試みと結果の議論といった相互作用でパフォーマンスに変化を起こす一連のプロセスである(Edmondson, 1999)。相互作用と経験を通して、個人が一連の相互依存に関する知識、スキル、パフォーマンスの能力を習得すること(Kozlowski and Ilgen, 2006)、知識の習得・共有・結合・応用を通して、活動の中で暗黙知を形式知に変えることでもある。チーム学習はタスクの発揮やチームの質的な関係にポジティブな関係にあること(Zellmer-Bruham & Gibson, 2006)が示されている。

(4) アウトプット

チームの有効性は組織環境に応じて無数にあり(Cohen, Bailey, 1997)、なおかつチームの目標によって異なる。とはいえ、チームを管理の対象とする限り、具体的に何を有効性として測定するかは重要である。一般的には、個人、チーム、組織、クライアントの4つのレベルに関して、パフォーマンス(生産性、質、効率性など)と態度(満足、コミットメント、信頼性など)が測定の対象となる。チームの評価としてもっとも重視すべきはクライアントによるものであるとされ(Hackman, 2002)、他の3つのレベルの有効性は、クライアントの有効性を最大限考慮して特定される。チームはプロセスのタスク遂行過程でメンバーの態度・感情などの心理的要素が加わり、それがプロセスやパフォーマンスに影響するため、メンバーの心理的要素の測定が可能でなければならない(山口, 2008)。

図のモデルは、インプットがプロセスを、プロセスがアウトプットを規定することを示すが、具体的なプロセス経過は明らかではない。組織は所期の目的を達成するため、インプットに要する資源を用意してチームを形成する。そしてリーダーやメンバーによって内部で進行するプロセスが決定される。したがって、組織の目的とインプットされた資源に応じて形成されるべきプロセスは異なる(Cohen & Bailey, 1997; Salas, Bruke, Cannon-Bowers, 2000)。そこで次では、事例として医療組織を取り上げ、チーム医療のプロセス・メカニズムを検討する。

4. 事例分析

本稿で使用するデータは筆者がA機関で実施した「チーム医療に関する意識調査⁽⁹⁾」の結果である。A機関はがん治療や消化器系統に関する国内有数の高度先進医療機関である。聞き取りによればA機関にはインプットが異なる3種類のチームがある。サンプルの抽出にあたっては、各類型から1チームずつA機関に選択してもらった。各チーム全員には記述式質問紙票への配布、1チームのカンファレンスへの参与観察、各チーム・リーダーへのインタビューを行った。

(1) データと分析方法

チームワークを明らかにするために、質問紙調査ではインプットとプロセスの関係性に注目してインプット、プロセス、アウトプットのデータを集めた。チームワークは行動と心理的側

面と捉えることもできるため、本調査では、プロセスとチームワークを同様と考えて質問を以下のように作成している。

第1に、インプットは特にタスクに関するものである。各自のタスク、メンバーとのタスクの重複およびタスク間の関係を認識しているかの項目である。第2に、チーム・プロセスについては、(1)タスクを遂行するための実際の活動、(2)コミュニケーション・ツール、(3)意思決定、(4)チーム・リーダーシップ、リーダー像に関して質問している。これらの項目から、プロセスにおけるメンバーの相互依存関係、リーダーの役割と貢献からチームワークのメカニズムを分析する。第3に、チームに対する評価として、チームワークの必要性、チームワークの満足度、評価、各自に与える影響などを聞いた。本調査の対象機関は治療成績等が国内でも有数であり、疾病の性質上、クライアントへのアンケート、インタビューが困難なため、アウトプットは、チームおよび個人レベルに限定している。

リーダーへのインタビューでは、インプットとしてチーム特性の認識とそれに基づくリーダーシップ・スタイルを、プロセスとして彼らが実践しているチーム・マネジメントを詳細に聞き取り、質問紙のデータとあわせてチームワークへの役割・貢献に適したリーダーシップ・スタイルか否かを分析している。

(2) 調査結果と分析

臓器癌チーム1

このチームは臓器系の治療を担当している(たとえば、肝臓ガンや膵臓ガンなど)。様々な症例について高度な知識、能力をもった各診療科の代表医師がメンバーとして結集し、治療活動と治療方針の決定を実行するチームである。筆者が参与観察したカンファレンス、リーダーのインタビュー、チーム・メンバーへのアンケートを分析した結果を以下にまとめた。

治療活動は独立したタスクワークで、メンバー間のタスクは連続的相互依存関係にあり、次に引き継がれるタスクのコンティンジェンシー要因になっている。メンバーのタスクは専門領域が異なるため、互いのタスク境界が明確で、治療のアプローチやプロセス、考え方や行動が多様な性質をもつ。カンファレンスでは症例に対してメンバーが各々の専門的な立場から見解を述べることから始める。参加したメンバーはすべて意見を述べて治療の選択肢を広げ、議論を深めながら方針を絞り込み決定していく。治療方針の決定というタスクは、メンバー間で問題を検討し解決するチーム的相互依存関係のもとで実行している。

リーダーのチームに対する考え方は以下のとおりである。①高水準の異なる能力を持った診療部門の集まり、②メンバーは専門領域の多様性、独立性を認め、お互いのタスクワークへの信頼と共有メンタルモデルが形成され、コンフリクトがない、③専門性にもとづく完全な分業体制である。このような認識で、メンバーの能力を創造性につなげて当該機関を代表する新しい治療方法の開発を目標にチーム・マネジメントを行っている。具体的に、リーダーはメンバー

の相互依存関係を高めることに徹し、カンファレンスですべてのメンバーが意見を述べる機会を与える調整的スタイルをとり、唯一の指示としてメンバーが互いの治療活動に参加することを奨励している。

メンバーは、役割分担を明確に認識し(9名)、メンバー間でタスクの重複や治療プロセスの調整を自主的に行い(4名)、チームワークが専門性の尊重と協力、それに伴う責任の共有である(7人)という共通認識ができていた。そのため、リーダーへの要求がカンファレンスにおける治療方針の決定に際する調整役であった(8名)。チームへの評価では、チームワークによって業務が効率的になる(8名)と回答し、満足度、評価ともに高い。その理由がチームワークは彼らの専門性の向上に直結し、学習機会になることがあげられていた。

病棟・耳鼻咽喉科チーム

チームは、当該病棟の医師と看護師が1組になって担当患者の治療にあたる複数のサブチームで構成されている。チーム・リーダーが病棟患者の主治医(10年以上の経験をもち手術ができる医師とレジデントの2人1組)と看護師を決めてサブチームをつくり、各チームが独立して治療活動を行う。チームの活動はカンファレンスに限定され、サブチームの患者の治療方針を主治医が中心となり他のサブチームの医師の意見を交え、最終的には主治医が決定する。

チームとはいえ、実質的には各サブチームが独立した権限をもち、唯一のチーム活動は合同カンファレンスでの医師間の治療方針の意見交換程度といえる。したがって、タスクは全体に対して個々に貢献する集合的相互依存関係と、医師間ではカンファレンスでチーム的相互依存関係が若干みられる程度である。メンバーである看護師のタスクは、医師-看護師の「指示命令-報告連絡」の関係で情報を医師に伝達することに限定されている。カンファレンスではさらにその情報提供の機会が乏しくなるような環境にある。

チーム・リーダーのチームの考え方も上記と一致している。医師に対する絶対的な信頼に対して看護師のタスクワークを限定的に捉え、さらに看護師のタスクに疑問を持っている。情報伝達において、情報の質を危惧しており、「正確かつ的確」ということが強調されていた。専門分野を持たず、ジョブ・ローテーションがある看護師が治療に有用な情報をいかに提供できるかがチームの課題と指摘している。チーム・リーダーの行動は、万が一、医師間の合意形成と合意が得られないときのみ調整と決断を下し、基本的には主治医であるメンバーに仕事遂行とその責任をゆだねる委任的スタイルをとっている。

それに対して、メンバーのチームに対する考え方は以下のとおりである。当該チームは医師-看護師間の階層的なチームワークが形成されている(8名)。協力関係、情報共有を重視している(7名)のだが、看護師は医師との意見交換など対等関係(4名)を、医師は看護師に治療方針を左右するような有益な情報提供(5名)を求めており、そもそも、チーム形成の段階で、両方で役割とチームワークに対する認識が異なっている(8名)。このようなチーム環境でメンバーが求めているリーダー像は、多職種をまとめる調整型のリーダーシップと適切な判断と

行動でチームを導くリーダーであった(8名)。チームの評価は、看護師は医師とのコミュニケーションが不足(4名)、医師は時間やマンパワー不足、チームワークが十分でないと感じており、チームワークへの満足度も合わせ低い(8名)といえる。有益な情報もたらされそれを共有することや、そのためのメンバーの意識改革が今後の課題として挙げられていた。

緩和ケアチーム

一般病棟に入院する癌などの悪性腫瘍の患者に対して、身体的、精神的、社会的苦痛を和らげるケアを担当するチームである。医師をチーム・リーダーに当該機関の各診療部門から医師、看護師、ケースワーカー、理学療法士、薬剤師がメンバーとして集められている。メンバーは、当該機関が職務経験の要件をクリアしたものを選定し、緩和ケア資格研修に参加して緩和ケアの認定を受けている資格保有者である。他のチームとは異なるインプットで、緩和ケアのチーム訓練を受けチームワークの知識をもったメンバーで構成されたチームである。

メンバーは、緩和ケア研修によって、チームの目的である「患者中心」、「QOLの向上」という患者の尊重を達成するために、互いのタスクワーク、役割分担、専門性を尊重し協力するというチームワークについて共通知識をもっている。このチームは、患者の身体的・精神的な変化が短期間で生じ、そのたびに治療方針の検討が実施され、方針が変更するという特徴をもっている。

チーム・リーダーも緩和ケアチームに適したリーダーシップ・スタイルをとり、各診療科から依頼を受けた患者の担当者を選定、治療方針の方向性の提示、各診療科との調整を主導的に行っている。さらに、医療専門職の各職種が集まっているため、メンバーが自然とヒエラルキーを意識する傾向になる。チーム・リーダーは、カンファレンスにおいて医師を調整して他職種が議論できる環境を設定し、メンバーの対等な参画を実現させるために、ときに主導的、支援的行動を使い分けている。

メンバーのチームに対する考え方は、チームの目的、各自の役割、役割分担、チームワークについて認識が一致していた(8名)。資格によって互いのコンピテンシーが保証されており、タスクの相互信頼・依存関係が良好になっていた。また患者の短期的な変化に応じて治療方針の変更や判断を下さなければならないので、カンファレンスでの意見交換の役割が大きく(7名)、カンファレンスがコミュニケーション・ツールであり、機能している(7名)との共通認識をもっていた。チームへの満足度、評価はともに高い。特に、コ・メディカルの全員(3名)が、医師とのチームワークに貢献するための学習意欲が高くなっている。なぜなら、緩和ケアではコ・メディカルの知識・スキルが重要であるが、医師には専門外なため十分に対応できない。そのため、コ・メディカルの意見・情報、業務が尊重され、彼らのチーム参加への意欲を高めているからであった。しかしながら、メンバーは各自の所属診療部門と緩和ケアチームとの兼任であり、時間的制約、各自の知識不足など、チーム以外に対する組織および環境要因には不満や問題意識をもっていた。

表 調査結果

チーム有効性モデル	臓器系治療チーム	耳鼻咽喉病棟チーム	緩和ケアチーム
インプット			
メンバーの多様性	各診療部門の代表医師（10名） 外科2名、内科3名、消化器内科2名、 消化器検診1名、放射線科1名、病理1名	診療部門の医師と看護師（10名） 耳鼻咽喉病棟医師6名 耳鼻咽喉病棟看護師4名	緩和ケア資格医療従事者（8名） 身体・精神症状担当医師4名、看護師1名 ケースワーカー、理学療法士、薬剤師（各1名）
タスク相互依存関係	治療活動→連続的相互依存関係 治療方針の決定→チームの相互依存関係	治療活動と治療方針の決定 →集団共有的相互依存関係 医師と看護師→指示命令・伝達報告	治療活動→互酬的相互依存関係 治療方針の意思決定→チームの相互依存関係
チーム・リーダーシップ	委任的・調整型スタイル	委任的・調整型スタイル	説得的・調整型スタイル
プロセス			
コミュニケーション	カンファレンス インフォーマルな治療活動への参加	定期的なカンファレンス	頻繁なカンファレンス
意思決定	情報共有と意見交換によるコンセンサス	サブリーダーの決定	情報共有と意見交換によるコンセンサス
創発的状態	凝集性、共有メンタルモデルの促進	凝集性、共有メンタルモデル 信頼の低下	凝集性、共有メンタルモデル、信頼の促進
アウトプット			
チームの満足度・評価	高い	低い、医師と看護師双方が不満の増大	高い
その他	所属診療部門業務の効率化、学習機会	階層間の格差意識の拡大、リーダーへの不満	モチベーションと学習意欲の向上

5. 考察とまとめ

本稿では、プロフェッショナル・チームの課題としてチームワークを抽出し、チーム医療を事例にプロセスのメカニズムを検討した。チーム有効性モデルを用いて、第一に、インプットがプロセスにどのような影響を与えるのかをインプットの異なる3チームで比較している。第二に、チームワークに関してはプロセスにおいて個人の心理特性とチームワークの各要因がどのように結び付いているのかを分析し、アウトプットとの関係を検討した。

(1) 考察

プロセスを規定するインプット要因

プロフェッショナル・チームにFriedson（1970）の指摘する「専門職支配」である階層性が存在する場合、目に見えないパワーの不均衡が生じる。それがプロセスにおいて下位層から上位への潜在的コンフリクトの要因となる可能性が示唆された。その対策となりうるのがチーム訓練とチーム・リーダーシップのスタイルと考えられる。チームワークの知識は個人を対象とした訓練で効果があり（Mathieu, Maynard, Rapp et al, 2008）、チーム・メンバー間の信頼や技術的支援を高める（Kirkman, Rosen, Tesluk et al, 2004）との指摘が、本調査でも示された。そのメカニズムは、訓練による資格取得がメンバーのチーム・タスクの品質保証となり階層性がもたらすコンフリクトが解消され、チームの凝集性、共有メンタルモデル、さらに学習意欲につながっていると推測される。

チーム・リーダーシップは課題行動、人間関係行動、メンバーのレディネスの相関によって

有効なスタイルが変わるが、メンバーのレディネスがより重要であると考えられる。レディネスが高いほど、自主性、自律性を尊重する委任的スタイル、タスク間の連携やチーム的相互依存関係を高めるタスク設計が有効性を発揮する。ただし階層性がある場合は、メンバーのレディネスを正確に把握したうえで、状況に応じて指示的スタイルと支援的スタイルを高度に使い分ける必要があるだろう。

プロセスのメカニズム

チーム・メンバーの階層性はチーム・リーダーシップのスタイルによって、チームワークではなく上司－部下関係を作りだし、コミュニケーションが制限される。それが下位層で目に見えないコンフリクト意識を高め、チームへの信頼、凝集性が低下する。これらの循環がチームへの不満を高めると考えらる。一方、タスクの相互依存関係を高めるコミュニケーション形態はメンバーの協働・調整・協力・参加、タスクとチームへの責任感を促進し、学習機会を提供することになり、学習意欲を高める。このようにチーム・プロセスが有効に機能すると個人の心理的側面にポジティブに作用し、チームへの凝集性と共有メンタルモデルを高め、チームへの満足や評価が高まる。既存研究でも指摘されているように、プロセスにおいてコミュニケーションの重要性が本調査でも明らかにされた。

(2) まとめ

チーム有効性モデルにそって検証すると、プロフェッショナル・チームでは、インプットでタスクの相互依存関係を高めるチーム設計とチーム・リーダーシップのスタイルがプロセスに多大な影響を与える重要な要因であることが示された。プロフェッショナルの特徴として、プロセスではタスク・コミュニケーションを促進することが、チーム・プロセスと個人の心理的特性のシナジー効果をもたらし、チームへの満足度を高めるといえる。チーム医療ではチームワークに問題があり、チーム訓練で改善しうることが指摘されていたが、本調査においても研修においてチームワークの知識を習得することでも同様の結果をもたらすことが明らかにされた。しかしながら、医療従事者がチーム訓練や研修を受ける機会を得るのは限られているので、チームワークへの本質的な解決策とは言い難い。この点においてチーム・リーダーがいかにチーム・マネジメントを実践できるかが課題となる。これらについてはリーダーシップ・スタイルのさらなる調査研究が必要となる。

本調査の限界として、アウトカムがチームの満足と評価という個人あるいはチーム・レベルに限定されている。チームの成果は個人、チーム、組織レベルで測定されるべきであり、今後はこれらの測定指標と測定が必要となる。さらに、医療だけでなく、他のプロフェッショナル・チームでも調査を実施してプロフェッショナル・チームへの一般化も課題としてあげられる。

(注)

- (1) チームは、社会心理学(Kozlowski&Bell, 2003他)、経営学における組織行動論(Robbins, 1997他)など学際的でなおかつ実務家(Katzenbach&Smith,1993他)も関心をよせるテーマであり、ある程度の共通見解がみられるが、定義が一致しているわけではない。本稿ではチームと捉えるための条件として、①明確な目的・目標があること(West, 2004; 山口, 2008)、②タスクとコミュニケーションの相互作用があること、③チーム内外の境界が明確であること(Hackman, 2002; 山口, 2008)、④チームの意思決定と責任を共有すること(West, 2014)とする。さらに、グループとの明確な違いを特徴づけるものとして、業績は個々の投入量の総和より高い水準をもたらすシナジー効果を生む(Robbins, 1997)ことを加える。
- (2) プロフェッショナルは医師や弁護士など古典的専門職を起源とし、高等教育期間で長期教育訓練を受け、専門的な資格や学位を保有し、職業団体に準拠し公共奉仕する人を指す(太田, 1993)。19世紀以降には、科学者や建築家など新興専門職、さらにその対象や議論は拡大している。プロフェッショナル(専門職)の定義、要件に関する詳細については、竹内(1971)、太田(1993)、藤本(2005)らを参照されたい。
- (3) 知識労働者とは「高度の専門能力、教育又は経験を備えており、その仕事の主たる目的が知識の創造、伝達、または応用にある(Davenport, 2005)」とし、主に非定型的な仕事を行う新興専門職、またDracker(2002)は定型的な仕事にも従事するテクノロジストも含めている(三輪, 2011)。三輪(2011)は先行研究を整理し、「何らかの専門知識、ならびに関連する知識や思考力を用いて、知識の創造、伝達、編集、あるいは応用や完全を行う仕事に従事する者」と広く定義している。
- (4) システム理論は、Boulding(1956, 2004)とBertalanffy(1962)がすべてのシステムはオープン・システムという認識をもちいて示したものである。システム理論には①インプット②プロセス③アウトプットやフィードバック・ループが含まれ、さらにシステムをとりまく環境がそれらに影響を与えることが知られている。
- (5) 高い業績を示す人の行動特性(McClelland, 1987)、ある職務や状況に対して基準に照らして効果的、もしくは卓説した業績をもたらす個人の潜在的特性(Spencer & Spencer, 1993)をいう。
- (6) タスクの相互依存関係は、Thompson(1967)によって3つに分類されている。①集団共有的相互依存関係(pooled interdependence)は相互関係の必要性はなく全体に対して、個々に貢献する。②連続的相互依存関係(sequential interdependence)は一方向の流れの業務において、前メンバーのタスクが次のメンバーに引き継がれる。前のメンバーのタスクが後のメンバーのコンティンジェンシー要因になる。③互酬的相互関係(reciprocal interdependence)は各メンバーのアウトプットが他のメンバーのインプットとなるため、お互いにコンティンジェンシー要因になる。さらに、Freidら(2005)は、チーム的相互依存関係(team interdependence)を加えている。これは、メンバーが業務やそれに関連した活動を行うときに、問題を究明・解決し、チームとして協働するものである。
- (7) チーム・プロセスとは何かという統合した概念はまだないが、少し挙げておく。メンバーや外部者との間で生じるコミュニケーションとコンフリクトのような相互作用(Cohen and Bailey, 1997)、集団の目標を達成するために、タスクワークを組織化する認知的、言語的、行動的活動を通してインプットをアウトプットに変えるメンバーの相互依存活動(Marks, Mathieu, Zaccaro, 2001)など。
- (8) 行動面と心理面を合わせてチームワークと捉える場合もある。
- (9) 質問紙の作成期間は1ヶ月、Aセンターの助言を得ながら修正を行った。配布から回収の期間は、2004年9月～10月である。各リーダーへのインタビューの日時は以下のとおりである。チーム1のリーダーは2004年12月17日15:00～17:00、および同日にカンファレンスに参加。チーム2のリーダー

は2005年1月4日14:00～19:00、チーム3のリーダーは12月7日15:00～17:00。チーム2、チーム3は治療部位や精神的に敏感な診療が多く、プライバシーに関わるためカンファレンスに参加しなかった。

参考文献

- Baker, D.P., Beaubien, J., Barach, P., et al., (2005) "Medical Teamwork and Patient Safety: The Evidence-based Relation", Literature Review, *AHRQ Publication* No.05-0053, April.
- Balkundi, P., & Harrison, D.A. (2006) "Ties, Leaders, and Time in Teams: Strong Inference about Network Structure's Effects on Team Viability and Performance", *Academy of Management Journal*, 49 (1), pp.49-68.
- Barrick, M.R., Bradley, B.H., Kristof-Brown, A.L., & Colbert, A.E. (2007) "The Moderating Role of Top Management Team Interdependence: Implications for Real Teams and Working Groups", *Academy of Management Journal*, 50 (3), pp.544-557.
- Beal, D.J., Cohen, R.R., Burke, M.J., & McLendon, C.L. (2003) "Cohesion and Performance in Groups: A Meta-Analysis Clarification of Construct Relations", *Journal of Applied Psychology*, 88, pp.989-1004.
- Bertalanffy, L. (1962) General systems theory: A critical review, *General System*, 7, pp.1-20.
- Borrill, C., Carletta, J.C., Carter, A., et al., (2001) The effectiveness of health care teams in the National Health Service, Final report to Department of Health.
- Boulding, K. (1956/2004) General systems theory - the skeleton of science. In: *Management Science*, Vol.2, No.3, April 1956, pp.197-208. Reprinted in *E CO* Vol.6, Nos.1-2, Fall 2004, pp.127-139.
- Burke, C.S., Stagl, K.C., Klein, C., Goodwin, G.F., Salas, E., & Halpin, S.M. (2006) "What Type of Leadership Behaviors are Functional in Teams? A meta-Analysis", *Leadership Quarterly*, 17, pp.288-307.
- Cannon-Bowers, J.A., Salas, E., & Converse, S.A. (1993) Shared mental models in expert team decision making In Castellan Jr NJ (ed), *Individual and group decision making: Current issues*, Lawrence Erlbaum Associates Philadelphia, pp.221-246.
- Cohen, S.G., & Bailey, D.E. (1997) "What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite.", *Journal of Management*, Vol.23, pp.239-290.
- Davenport, T.H. (2005) *Thinking for a Living: How to Get Better Performance and Results from Knowledge Workers*, Harvard Business School Press.
- ドラッカー, P. (2002) 「テクノロジストの条件」、上田惇生編訳、ダイヤモンド社。
- Edmondson, A.C. (1990) "Psychological safety and learning behavior in work teams" *Administrative Science Quarterly*, 44 (2), pp.350-383.
- Ellis, P.J., Bell, B.S., Ployhart, R.E., Hollenbeck, D.R., & Ilgen, D.R. (2005) "An Evaluation of Generic Teamwork Skills Training with Action Teams: Effects on Cognitive and Skill-Based Outcomes", *Personnel Psychology*, 58, pp.641-762.
- 榎田由紀子・松尾谷徹 (2004) 「チームビルディングスキルの開発事例」『プロジェクトマネジメント学会誌』 Vol.6, No.2, pp.9-11.
- Evans, C.R., & Jarvis, P.A. (1980) "Group Cohesion: A Review and Reevaluation", *Small Group Behavior*, 11, pp.359-370.
- Freid, B.J., Toppin, S., & Rundall, T.G., (2005) "Groups and Teams in Health Services Organization (chapter6)", *Health Care Management. Organization and Design and Behavior*. 5th edition, Shortell, S.M. & Kaluzny, A.D., eds, Albany, NY: Delmer.
- Friedson, E. (1970) *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press, Inc. (進藤雄

- 三・宝月誠訳(1992)『医療と専門家支配』、恒星社厚生閣)。
- 藤本昌代(2005)『専門職の組織構造—組織準拠性と移動—』文真堂。
- Goodman, P.S., Ravlin, E., & Schminke, M. (1987) “Understanding Groups in Organizations”, *Research in Organizational Behavior*, 9, pp.121-173.
- Hackman, J.R. (2002) *Leading Teams*, Harvard Business Scholl Publishing Corporation. (田中滋訳(2005)『ハーバードで学ぶ「できるチーム」5つの条件』生産性出版)。
- Healey, A.N, Undre, S & Vincent, C.A. (2004) “Development observational measures of performance in surgical teams” *Quality and Safety in Health Care*, 13, pp.33-40.
- Hersey, P., & Blanchard, K. H. (1997) *Management of Organizational Behavior*, 3rd ed., Prentice-Hall. (山本成二・水野基・成田攻訳(1978)『行動科学の展開：人的資源の活用－入門から応用へ』日本生産性本部)。
- 堀江常稔・犬塚篤・井川康夫(2007)「研究開発組織における知識提供と内発的モチベーション」『経営行動科学』Vol.20, No.1, pp.1-12.
- 細田満和子(2003)『「チーム医療」の理念と現実』日本看護協会出版会。
- Ilgen, D.R., Hollenbeck, J.R., Johnson, M., & Jundt, D. (2005) “Teams in Organizations: From Input-Process-Output Models to IMOI Models”, *Annual Review of Psychology*, 56, pp.517-543.
- 印南一路(1998)「組織としての病院」、『組織科学』、31巻3号、pp.16-26.
- Jehn, K.A., & Bezrukova, K. (2004) “A Field Study of Group Diversity, Group Context, and Performance”.
- Katzenbach, J.R., & Smith, D.K. (1993) “The Discipline of Team”, *Harvard Business Review*, March-May.
- Kirkman, B.L., Rosen, B., Tesluk, P.E., & Gibson, C.B. (2004) “The Impact of Team Empowerment o Virtual Team Performance: The Moderating Role of Face-to-face Interaction”, *Academy of Management of Journal*, 47 (2), pp.175-192.
- 厚生労働省(2002) 医療安全推進総合対策『医療安全対策検討会議報告書』<http://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/tp1030-1y.html>.
- Kozlowski, S. W. J., & Bell, B. S. (2003) Work groups and teams in organizations. In W. C. Borman & D. R. Ilgen (Eds.), *Comprehensive handbook of psychology: Industrial and organizational psychology*. 12:333–375. New York: Wiley.
- Kozlowski, S.W.J., & Ilgen, D.R. (2006) “Enhancing the Effectiveness of Work Groups and Teams”, *Psychological Science in the Public Interest*, 7 (3), pp.77-124.
- Manz, Charles, C & Sims, Henry P., Jr., (1995) *Business Without Bosses*, John Wiley & Sons. (守島基博監訳、『自律チーム型組織』、生産性出版、1997)
- Marks, M.A., Mathieu, J.E., & Zaccaro, S.J. (2001) “A Temporally Based Framework and Taxonomy of Team Processes”, *Academy of Management Review*, Vol.26, No.3, pp.356-376.
- Mathieu, J.E., Heffner, T.S., Goodwin, G.F., Cannon-Bowers, J.A., & Salas, E. (2005) “Scaling the Quality of Team-mates’ Mental Models: Equifinality and Normative Comparisons”, *Journal of Organizational Behavior*, 26, pp.37-56.
- Mathieu, J.E., Gilson, L.L., & Ruddy, T.M. (2006) “Empowerment and Team Effectiveness: An Empirical Test of an Integrated Model”, *Journal of Applied Psychology*, 91, pp.97-108.
- Mathieu, J.E., Schulze, W. (2006) “The Influence of Team Knowledge and Formal Plans on Episodic Team Process-performance Relationships”, *Academy of Management Journal*, 49 (3), pp.605-619.
- Mathieu, J.E., Maynard, M.T., Rapp, T. and Gilson, L. (2008) “Team Effectiveness 1997-2007: A Review of Recent Advancements and a Glimpse into the Future”, *Journal of Management*, 34 (3), pp.410-476.

- McClelland, D.C. (1987) Characteristics of successful entrepreneurs. *Journal of Creative Behavior*, (21) 1, pp.18-21.
- McGrath, J.E. (1964) *Social Psychology: A Brief Introduction*, New York: Holt, Rinehart & Winston.
- 三輪卓己(2011)『知識労働者のキャリア発達—キャリア志向・自律的学習・組織間移動』中央経済社.
- 小野善生(2007)「リーダーシップ行動の再検討—エーザイ株式会社アルツハイマー型認知症治療薬「アリセプト」探索研究チームの事例研究—」『日本経営学会誌』Vol.19, pp.3-14.
- 太田 肇(1993)『プロフェッショナルと組織』同友館.
- Robbins, S. P. (1997) *Essentials of Organization Behavior*, 5th Editions, Prentice – Hall. (高木晴夫監訳、『組織行動のマネジメント』、ダイヤモンド社、1997)
- Salas, E., Burke, C.S., Cannon-Bowers, J.A. (2000) “Teamwork: emerging principles”, *International Journal of Management Reviews*, Vol.3 (4), December, pp.339-356.
- Salas, E., Bowers, C.A., Edens, E(Eds.) (2001). *Improving Teamwork in Organization*. Lawrence Erlbaum. (田尾雅夫監訳(2007)『危機のマネジメント—事故と安全:チームワークによる克服—』ミネルヴァ書房).
- Salas, E, Sims, D.E, Klein, C, & Burke, C.S. (2003) “Can Teamwork Enhance Patient Safety?” in *Teamwork in Health Care*, Risk Management Foundation of Harvard Medical Institution, July Vol.23, No.3, pp.5-9.
- Salas, E., Nichols, D.R., & Driskell, J.E. (2007) “Testing Three Team Training Strategies in Intact Teams”, *Small Group Research*, 30 (3), pp.309-330.
- Schaefer, H.G., Helmreich, R.L., & Scheidegger, D. (1995) “Safety in the Operating Theatre —Part1: Interprofessional Relationships and Team Performance”, *Current Anaesthesia and Critical Care*, 6, pp.48-53.
- Schweikhart, S.B., & Smith-Daniels, V. (1996) “Reengineering the work of caregivers; Role redefinition, team structures, and organizational redesign.” *Health Care Management Review*, 41, pp.19-36.
- Senge, Peter. M. (1990) *The Fifth Discipline: The Art and Practice of The Learning Organization*. (守部信之他(1995)『最強組織の法則—新時代のチームワークとは何か』徳間書店).
- 相馬孝博(2003)「CRM(Crew Resource Management)の医療分野への応用について」『病院』第62巻第7号、pp.574-577.
- Spencer, L.M. & Spencer, S.M. (1993) *Competence at Work*: New York, Wiley.
- 高山智子(2002)「チーム医療における患者医療者関係」鷹野和美編『チーム医療論』医歯薬出版株式会社.
- Swezey, R. W., & Salas, E. (1992) Guidelines for use in team-training development. In Swezey, R. W., & Salas, E. (Eds.), *Team: Their Training and Performance*. Norwood, NJ: Ablex, pp. 219-45.
- 竹内 洋(1971)「専門職の社会学—専門職の概念—」『ソシオロジ』第16巻第3号、pp.45-66.
- 田村由美・中田康夫・倉谷由佳・清水有希・渡祐子(2004)「「褥瘡対策チーム」に所属する専門職のチーム医療に対する認識」『神大医保健紀要』第20巻、pp.21-33.
- Thomas, E.J., Sherwood, G.D., Helmreich, R.L., (2003) “Lesson From Aviation : Teamwork to Improve Patient Safety”, *Nursing Economics*, September-October Vol.21, No.5.
- Thompson, J.D. (1967) *Organization in Action*, New York: McGraw-Hill. (高宮晋監訳『オーガニゼーション・イン・アクション』同文館、1991)
- West, M.A. (2004) *Effective teamwork : Practical lessons from organization research*. 2nd ed. Malden, MA: BPR Blackwell.
- 山内貴弘(2002)「お客様満足とコスト削減のためのコミュニケーション・マネジメント」『プロジェクトマネジメント学会誌』第4巻第3号、pp.34-38.
- 矢野正晴(1998)「企業の研究開発チームの異質性と獨創性—製薬企業A社の組織の実証研究」『組織科学』

第31巻第3号、pp.61-73.

山口祐幸(2008)『チームワークの心理学 よりよい集団づくりをめざして』サイエンス社.

Zellmer-Bruhn, M., & Gibson, C. (2006) “Multinational Organization Context: Implications for Team Learning and Performance”, *Academy of Management Journal*, 49 (3), pp.501-518.

(2016.10.31 受理)