

■ 特集「人間関係トレーニングの応用」

人間関係トレーニングの国際協力における位置づけ

—医療・教育・参加型開発との接点に関する考察—

Characteristics of Human Relations Training in the area of International Development Cooperation: Comparison with “Patient-Centered Medicine”, Educational Philosophy and Participatory Development

中村和彦
(人文学部心理人間学科助教授)

1. はじめに

国際協力の領域に体験学習による人間関係トレーニングを導入する当センターの試みは、1999年夏のJICAパキスタン母子保健プロジェクトに始まった。これまで3カ国における3つのプロジェクト（パキスタン母子保健プロジェクト、カンボジア母子保健プロジェクト、バングラディッシュ・リプロダクティブヘルスにおける人材開発プロジェクト）に対して、当センター研究員が計6回派遣されてきている（パキスタン母子保健プロジェクトに関する実践報告は、中村, 2000; 中村・川浦, 2001; 山口・グラバア, 印刷中; 中村, 印刷中、を参照のこと）。

今回の特集は、体験学習による人間関係トレーニングが、様々な領域においてどのように実践・応用されているかを記述することを目的としている。しかし、国際協力における体験学習の実践例の紹介は、パキスタン母子保健プロジェクトに関しては前述したように既に発表されており、またカンボジアやバングラディッシュにおける実践は今後この紀要にて報告されると思われる。

“国際協力で体験学習による人間関係トレーニングを応用する”という事態について、現在最も必要とされている検討事項は、国際協力や医療保健の分野におけるこれまでの様々なアプローチと、体験学習による人間関係トレーニングの導入というアプローチの接点を整理し統合することであると考えられる。

本稿では、まず体験学習による人間関係トレーニングについて概観する。次に、関連する領域として、医療保健分野から「患者中心の医療」の考え方を、開発教育の分野からブラジル人教育哲学者であるP.Freireの発想を、そして国際協力（国際開発）の分野からR.Chambersの参加型開発の発想と手法を取り上げる。さらに、それらのアプローチと我々の体験学習によるアプローチの共

通点や相互関係を整理・統合することを試みる。そして、当センターが実施してきているアプローチが、何をめざし、どのような機能を果たし、国際医療保健協力の分野の中でどのように位置づけられるかを論ずるものである。

2. 当センターのアプローチ — 体験学習による人間関係トレーニング

2-1. 体験学習による人間関係トレーニングの概略

パキスタン母子保健プロジェクトへの計4回の派遣、カンボジア母子保健プロジェクトへの計2回の派遣で行われてきたのは、そしてバングラディッシュ人材開発プロジェクトにおいて2003年2～3月の派遣で行われるのは、体験学習による人間関係トレーニングを導入・実施することである。このアプローチは、体験学習による「ラボラトリー・メソッド」と呼ばれているが（津村・山口, 1992）、国際協力で実施する際には“Human Relations Training”という名称を使っているため、本稿でも「人間関係トレーニング」という名称を用いていくこととする。

これまでの国際協力における人間関係トレーニングの導入を以下に簡略にまとめる。まず、これまで実施されてきた実習は全て課題のある“構成的”な実習であった。本来、人間関係で生じているプロセスへの感受性を養うためには、Tグループなどの非構成的なトレーニングが必要とされている。実際、パキスタン母子保健プロジェクトにおいては、カウンターパートからTグループ実施の要請がなされたが、Tグループ実施にはかなりのレベルの語学力がファシリテーターに必要とされるため、実施には踏み切らなかった。

人間関係トレーニングの目標は非常に多岐にわたるため一概には言えないが、ベースにあるのは“プロセスに目を向けること”であろう。体験的なグループ実習では古くから“コンテンツ”と“プロセス”という概念が用いられてきた。“コンテンツ”とはそこで話されている仕事・課題・話題の内容的側面であり、「何（what?）が話されているか」というレベルである。それに対して“プロセス”とはお互いの間で起こっている関係的側面であり、「どのように（how?）」というレベルである⁽¹⁾。患者が話すことの内容のみに関心を持ち、診断することのみを行うコミュニケーションはコンテンツに焦点が当たったものである。それに対して、患者はどんな気持ちか、医療従事者である自分自身の発言の影響はどのようなものか、お互いの関係性はどうか、などにも関心を持ちながら行うコミュニケーションはプロセスにも焦点が当たっている。プロセスに気づきそれに働きかけることによって、1対1での医療コミュニケーションでは患者を安心させ信頼を得ることが可能となり、またグループでの作業では、グループの人間関係が良好になりグループの作業達成度が高まることが仮定されている（Steiner, 1973）。

導入に際しては、最終的な目標を、人間関係トレーニングが実施できるファ

シリテーターを育て、彼女らが自国の医療従事者に対して人間関係トレーニングを実施していくというステップを採用した。つまり、人間関係トレーニングが実施できるファシリテーター・トレーニングを実施した。例えば、パキスタン母子保健プロジェクトにおいては、

第1回目派遣（1999年8月）：人間関係トレーニングのワークショップ実施

第2回目派遣（2000年2月）：前回受講者に対するファシリテーター・トレーニングの実施

第3回目派遣（2000年8月）：トレーニング担当者のスーパービジョンと実施計画作り

第4回目派遣（2001年3月）：人間関係トレーニングに関するモニタリングと評価

というステップが踏まれた。この結果、トレーニング担当者（カウンターパート）はファシリテーターとして現在でも人間関係トレーニングを実施し続けており、また、組織外の他のNPO団体からトレーニングの要請があるなど、着実に活動が実施されている（2001年3月時点での成果に関しては、中村,印刷中を参照のこと）。

2-2. 国際医療保健プロジェクトで人間関係トレーニングが導入された理由

これまで派遣された3つのプロジェクトに共通する点は、①それらのプロジェクトが妊婦の出産時死亡率を低めることを目的としたリプロダクティブ・ヘルスのプロジェクトであること、②活動の一つとして、医療スタッフを教育する人材の育成がなされていること、であった。体験学習による人間関係トレーニングが、国際保健医療協力でのJICAプロジェクトに導入されたのは、単一の理由や目的からではない。導入の際には複数の理由や目的が存在していた。

A. 医療従事者の患者に対する態度やコミュニケーションが変容していくこと

（特にパキスタンやバングラディッシュにおいて）教育を受けた医療従事者は、教育レベルの低い患者に非受容的な態度で接し、医者から患者へ伝達するコミュニケーションが多い状態であった。医療従事者にコミュニケーションのトレーニングを導入することにより、患者をより大切にしたいコミュニケーション能力や人間関係能力が育成されること、ひいては医療スタッフに“患者中心の医療”観が形成されることが必要とされた。

B. 参加型・体験学習型のトレーニングを実施できるファシリテーター・スキルを育成すること

妊婦の出産時死亡率を低めるためには、妊婦に直接関わる医療従事者（医者、看護婦、地域の保健ワーカー）の質を高めることが重要である。加えて、医療従事者に対するトレーニングが将来的に長期にわたって実施されるため

には、医療従事者のトレーニングができる人材を育てる必要がある。プロジェクトに関わる現地のトレーニング担当者（カウンターパート）が医療従事者のトレーニングを行う際に、知識伝達型のトレーニングのみでなく、参加型・体験学習型のトレーニングを実施できるスキルを高めることが必要とされた。

C. プロジェクトを実施していくカウンターパートのチーム・ビルディング
プロジェクトは通常、長期専門家として派遣されている日本人と現地カウンターパートとがともに働いていく。現地カウンターパート間の人間関係が良好でなく、情報が共有化されない、チームとして協同作業ができない等の弊害が生じ、プロジェクトの活動が滞る場合がある。カウンターパートがチームとして機能するためのチーム・ビルディングが必要とされた。

これら3つの目標は互いに関連しあっている。A.<医療スタッフのコミュニケーション能力>を高めるためには、そのためのトレーニングを立案し実施できるB.<ファシリテーター・スキルの養成>が必要となる。また、トレーニングを立案し実施していくためにはC.<CPのチーム・ビルディング>が必要になる。つまり、A.の必要条件がB.でありC.である。

人間関係トレーニングの導入によって期待される成果を、A.~C.の目標ごとに、「中心の所在のシフト」（誰の欲求に従い行動するか、誰の思いを中心に判断し行動していくか）、及び、「プロセスへの感受性」（コンテンツに対する関心からプロセスへの関心へのシフトと、プロセスに対する感受性の高まり）に分けて示したものが表1である。⁽²⁾

表1. 人間関係トレーニングの導入によって期待される成果

	中心の所在のシフト		プロセスへの感受性	
	態度や欲求の中心 (その際の行動)		コンテンツへの関心から プロセスへの感受性へ	
	導入前	導入後	導入前	導入後
A. 医療従事者の コミュニケーション能力	医者中心 (話す)	患者中心 (聴く)	症状、診断 への関心	患者や自分の気持ち、 お互いの関係性への感受性
B. 参加型・体験学習型の ファシリテーター・ スキル	教師中心 (教える)	学習者中心 (ともに学ぶ)	教える内容 への関心	学習者や自分の気持ち、 ファシリテーターと学習者との 関係性への感受性
C. カウンターパート間の お互いの人間関係 (チーム・ビルディング)	自分中心 (言う)	他者への配慮 (聴く・観る)	仕事の内容 結果への関心	他者や自分の参加の仕方や 気持ち、グループの関係性 やダイナミクスへの感受性

従来の国際協力においては、技術や知識の内容を移転するという、コンテンツに焦点を当てた協力が中心であったと思われる。それに対して人間関係トレー

ニングは、人間関係におけるプロセスにも焦点を当てたアプローチである。学習者が人間関係のプロセスに目を向けることの重要性に気づくことや、プロセスへの感受性を養うことを目的として、研修やトレーニングの場で構造化された実習を学習者に提供していく。実習の中で学習者は他者との間で生じたプロセスに目を向け、お互いにフィードバックをすることで自分の行動の影響に気づき、自己成長を図るといった構造を持っている。このアプローチの源はアメリカNTL (National Training Laboratory) であり、類似したアプローチとしてPfeiffer (1994)、日本では学校教育で用いられているGWT (グループワーク・トレーニング：坂野, 1989)、構成的グループ・エンカウンター (國分, 1992) などが挙げられる。

3. 各領域におけるアプローチ

前節では体験学習による人間関係トレーニングの特徴について概観した。次に、国際医療保健協力において関連するアプローチを概観し、人間関係トレーニングとの接点について考察を行う。以下に取り上げるのは、①医療における“患者中心の医療”観、②教育におけるブラジルの教育哲学者P.Freireの発想、③国際協力におけるR.Chambersによる参加型開発、という3つのアプローチである。

3-1. 医療における“患者中心の医療”

“患者中心の医療”という言葉は、医療業界においてここ5年ほどの間でよく使用されるようになった（例えば、2001年度東京都立病院改革マスタープランなど）。多発する医療事故からの反省、インフォームドコンセントに代表する患者への情報の共通化とコミュニケーションの重要性、などの時代の流れによって、医療従事者中心の医療から、患者中心の医療への転換が叫ばれている。

Stewart (1995) によると、“患者中心の医療”は“病い中心の医療”と対比されるという。疾病を診断することを中心に医療を行うのではなく、患者中心の思考に基づいて患者の訴えを“全体的に診断”することが重要だとした。患者中心の技法としては、①疾患（鑑別診断）と病い体験（患者の考えや感じ方）の両方を探る、②全人的に理解する、③共通基盤を見出す、④予防と健康増進を組み込む、⑤患者－医師関係を強化する、⑥現実的になる、という6つの要素を挙げている。すなわち、“患者中心の医療”とは、疾病の診断と治療のみを目的とした医療ではなく、患者の人間としての全体性に目を向け、患者－医者関係というプロセスにも目を向けたアプローチであるといえよう。

日本における看護学の分野においても、大段 (1972) はRogersのカウンセリング理論の立場から看護人間学を提唱し、人体相手の医療看護ではなく、人間相手の医療看護を実現していく必要性を提言した。以上のように、医学においても看護学においても、“患者のため”の医療が実現される必要があるとい

う指摘は多い。

日本において医療従事者－患者間の関係性やコミュニケーションに関する多くの問題が指摘されているが、パキスタン、バングラディッシュ等の南アジア地方の場合はより深刻である。南アジアの国々には、人々の間に上位者（権威者）－下位者という階層性が歴史的文化的に存在している。医者を中心とした医療従事者は高水準の教育を受けたエリートであり、教育レベルの低い患者を無知な存在と見なし、見下す傾向がある。その結果、医療従事者は患者の話を聴かずに、医療従事者から患者へ一方的に情報を伝達する形態のコミュニケーションになり、医療従事者が患者の危険な状態に気づかないという状況が起こりうる。国際保健医療協力において、医療従事者の患者に対する態度が変容していくこと、具体的には、医療行為の対象としての患者ではなく、人としての患者を尊重していくという“患者中心の医療観（患者尊重の医療観）”という価値観や態度を医療従事者が持つことは非常に重要であると考えられる。

体験学習による人間関係トレーニングは、日本の医療の分野においては、主に看護教育の中でコミュニケーションのトレーニングとして用いられてきた（例えば、傾聴の実習、看護師－患者のロールプレイ、グループワーク実習など）。患者中心の医療に向けて医療従事者に対してトレーニングを行う際に、傾聴する／患者の気持ちに気づき共感する／チームとして協働し動く／フィードバックを受ける／体験をふりかえり体験から学ぶ、などという行動レベルの学びや変容に対して、体験学習による人間関係トレーニングが適用可能であろう。

3-2. 教育学におけるP.Freireの発想と体験学習による人間関係トレーニング

3-2-1. P.Freireの発想 －「銀行型教育」と「課題提起教育」

P.Freireは識字教育に尽力したブラジルの教育哲学者である。彼はその著「被抑圧者の教育学」(1970)において、教育を「銀行型教育」と「課題提起教育」に分けた。「銀行型教育（“banking” education）」とは、教師が一方的に生徒に語りかけ、生徒は語りかけられる内容を覚える（＝容器となる）という方法を指し、教師は預金者、生徒は金庫であるとした。生徒ができる行動範囲は、預金（＝知識）を受け入れ、フェイルし、貯えることであり、この教育方法によって生徒の創造性、変革の可能性を擦り減らすと考えた。また、彼はこの「銀行型教育」を「抑圧の道具」とした。

一方、「課題提起教育（“problem-posing” education）」は、現実世界の中で、相互に主体的に問題あるいは課題を選び設定し、現実世界の変革に向かうための教育を意味している。この場合、教師と生徒は「銀行型教育」のような垂直パターンの関係ではなく、対話関係が成立するとしている。「対話をとおして、生徒の教師、教師の生徒といった関係は存在しなくなり、新しい言葉、すなわち、生徒であると同時に教師であるような生徒と、教師であると同時に

生徒であるような教師が登場してくる。…かれらは、すべてが成長する過程にたいして共同で責任を負うようになる」(p.81)とし、生徒の省察を通して教師自身も省察する存在とした。また、Freire (1967) では「教育は伝えあいであり、対話である。知識の伝達などではない。それは語り合う主体相互の出会いなのだ。それぞれの頭のなかにある考えを、おたがいにとって意味あるものにたらしめようとする努力なのだ」(p.223)と述べ、教育における対話の重要性を指摘した。Freireの言葉による両教育の対比を表2に示した。

表2. P.Freireの言葉による両教育の比較

銀行型教育	課題提起教育
情報の伝達 対話に抵抗する、教師から生徒への 一方向の情報の伝達	認識の行為 (そのための対話) 対話は、現実のヴェールを剥ぐ認識 行為にとって不可欠
教師-生徒の二分法 教師の活動も二段階に分かれる 1)授業の準備: 認識対象を認識 2)その対象を逐一説明する →生徒は内容を暗記する (認識行為はない) ※認識対象は教師の所有物	教師-生徒の活動を二分することは ない (教師はある時点で認識し、ある時 点で語りかける、という二段階で はなく、常に認識している) ※認識対象は教師と生徒の省察の対 象
創造性を押しとどめる	創造性それ自体に根ざす
生徒を援助の対象として取り扱う	生徒を批判的施行者にする
抑圧の道具	解放の道具

Freireは特に貧困な状態にある人々に対して教育を行う際に、知識の伝達としての「銀行型教育」を否定し、「課題提起教育」を行う必要性を示した。「銀行型教育」は受容学習であり、「課題提起教育」は発見学習であるとも位置づけることができよう。伊東 (1975) は、Freireの発想と、カウンセリングで有名なC.Rogersの「人間中心のアプローチ (person-centered approach)」の考え方を取り入れ、「人間中心の教育」という概念を提唱している。その中で伊東は、「文化財中心の教育」(既存の知識を教える教育)と「人間中心の教育」(学習者が自ら発見し学ぶ教育)を対比した。

Freireや伊東の考え方からすると、教育において重要なのは、学習者の主体性、学習者自身の発見と創造性の開発、学習者の自己実現に向けての学習者自身によるプロセスの推進、といった学習者が主役であるという発想(“学習者中心”の教育; learner centered education)であると言える。そして、体験学習による人間関係トレーニングは、学習者が自らの体験から学ぶ過程をファシリテーターが支援するという、学習者中心の教育が具現化された一つの方法である。

3-2-2. Freireの考え方と人間関係トレーニング導入における接点

体験学習による人間関係トレーニングが導入される際には、図1のような二重構造となる。当センターから派遣された日本人短期専門家は、人間関係トレーニングを実施できるファシリテーター・トレーニングを行うとともに、カウンターパート自身がファシリテーターとして実施するトレーニングのスーパービジョンを行う。この際、我々日本人専門家は人間関係トレーニングに関する情報は持っているが、その国・組織・人々に適切な導入方法や影響などの知見は全くもっておらず、トレーニングの中で体験する様々な事柄から新たに認識を行い学ぶことが必要となる。そういう意味で、我々日本人専門家も必然的に「教師であると同時に生徒である存在」となる。この際、日本人専門家とカウンターパートとの対話が非常に重要になる。

ファシリテーターとしてトレーニングを実施していくカウンターパートは、この二重構造の中で、まさに「教師であると同時に生徒である存在」としてトレーニングに携わることになる。ファシリテーター・トレーニングとその後の実践において彼らは、トレーニング参加者が自ら発見するという“学習者中心の教育”を実践していくことの重要性に気づき、対話関係を持てる参加型・体験学習型のトレーニングを実施していくスキルを高めていく過程を歩んでいく。⁽³⁾

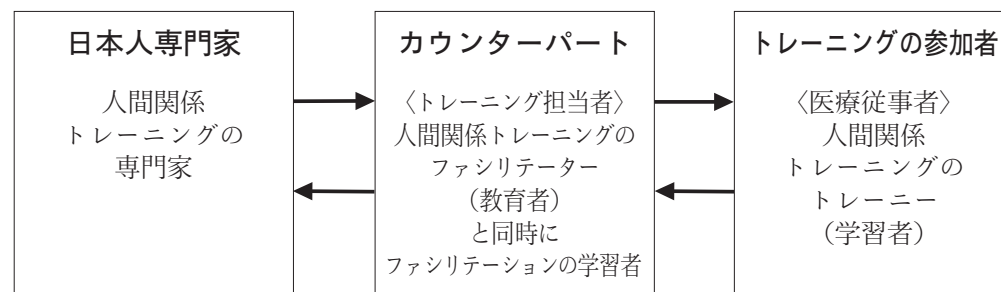


図1. 人間関係トレーニングの導入における教育者—学習者の二重構造

3-3. 国際協力における参加型開発と体験学習による人間関係トレーニング

前節ではFreireの考え方を中心に、教育について考えてきたが、国際協力においてはより上位概念である「開発 (development)」という、非常によく用いられる言葉が存在している。国際協力において、教育分野における開発 (教育の整備・発展を支援する目的で行われる活動) は、近年「教育開発」と呼ばれている (江原, 2001)。体験学習による人間関係トレーニングの導入は、国際医療保健協力の分野ではあるが、トレーニングという教育を扱うものであり、教育開発と医療保健協力の双方を橋渡しするものであると考えられる。

では次に、国際協力において非常に重要な手法である「参加型開発」について、まずR.Chambersの考え方や手法を概観していく。また、それらの発想や手法と、体験学習による人間関係トレーニングとの接点や応用を考察していく。

3-3-1. 国際協力における参加型開発

国際協力における参加型開発で有名な人物はR.Chambersである。彼は、先進国の専門家がトップダウン的に開発を進めるのではなく、農村の住民に対してボトムアップ的に調査を行い、住民が主体的に開発に参加していく「主体的参加型農村調査法：PRA (Participatory Rural Appraisal)」を提唱した。Chambers (1997) は、PRAを「農村の人たちが自分の生活や状況についての知識を共有し、高め、分析し、計画し、行動でき、モニターし、評価するような一連のアプローチや手法」(邦訳p.254)としている。専門家は外部者であるという大前提に立ち、農村の人々から外部者が学ぶという姿勢、支配せずにファシリテートする態度と行動、が重要視される。

PRAという名称についてChambers自身は、より包括的な用語を用いた方がよいことを示唆していたが(邦訳p.5)、その後、参加型のアプローチは「主体的参加による学習と行動：PLA (Participatory Learning and Action)」という名称が代表的になりつつある(プロジェクトPLA,2002)。住民同士が、または住民と外部専門家が共通の経験をともにしながら、学習と行動のプロセスを主体的に進め、開発を行っていくという考え方と手法である。また、Chambers (1995) は開発における新旧パラダイムを、「モノ中心の開発」と「人間中心の開発」と呼び、両者の違いを表3のように示した。

表3. 2つのパラダイム (Chambers,1995: 斎藤,2002より引用)

	モノ	人間
開発の本質	青写真	過程
開発の形態	計画	参加
目標	あらかじめ決定	次第に明確化
政策決定	中央集権	分権化
方法	普遍的に標準化	地域ごとに多様
技術	決まったパッケージ	選択できる
専門家の役割	制御する	エンパワーメントする
途上国の人々の立場	便益授与者	主体
成果	インフラストラクチャー	能力構築
行為の過程	トップダウン	ボトムアップ

住民主体のボトムアップ型で進められる新パラダイムによる開発ではなく、旧パラダイムのような、外部の専門家による(特に経済学的発想による)トップダウン型の開発は、様々な弊害を生んできた。例えば、インドネシアのダム開発における2002年度に生じた訴訟問題などの、主にインフラストラクチャー開発における不適合性の弊害がある。また、住民のプロジェクトに対する内発的動機づけの低さのためにプロジェクトが進行しないこと、またはプロジェクト終了後に活動が持続しないこと、等の内発的動機づけの問題も生じている。住民の“エンパワーメント”をめざした開発が必要とされている。

3-3-2. Chambersの参加型開発のアプローチと人間関係トレーニングとの接点

ChambersのPRAは開発のプロセスを包括した手法であり、体験学習による人間関係トレーニングは開発プロジェクトにおける1手法であることを前提として、両者の接点を考察していく。その際、①人間関係トレーニングを導入する際、②PRA等の参加型開発を実施していく際、という2点から考察を行う。

まず、人間関係トレーニングをプロジェクトに導入していく際についてである。パキスタン母子保健プロジェクトに人間関係トレーニングを導入する際は、人間関係トレーニングのワークショップを実施することは既に日本人側によって決定されており、1999年夏のワークショップ及び2000年春のファシリテーター・トレーニングともトップダウン型で始められた（中村, 1999; 中村・川浦, 2001）。これは野田（2000）の「トップダウンの参加型」に該当する。幸い、パキスタン母子保健プロジェクトでは、トップダウンで導入した体験学習による人間関係トレーニングは結果的にカウンターパートに好評であり、カウンターパートは内発的に動機づけられてトレーニングを実施していった。一方、バングラディッシュ人材開発プロジェクトでは、最初に導入する際（2002年9月）に、人間関係に関する問題点のブレインストーミングを行い、2回の模擬プログラムを体験してもらった後に、今後どのように人間関係の問題を改善していくかをミーティングで話し合う、というプロセスを踏んでボトムアップ式に計画を行った。

人間関係トレーニングという手法は1つの「ツール」と考えられる。カウンターパート（住民）はこのツールを体験したことがないため、体験前に導入するかどうかを決定することは不可能である。すなわち、導入の際には、ある程度トップダウン型で実施し、体験してもらうことは必要である。一方、かなり早い時期に、人間関係について何が問題であり、どうしていきたいかを、カウンターパート（住民）とともに考え、取り得る方法を決定することをファシリテートしていくという、ボトムアップ式の関わりも重要である。パキスタン母子保健プロジェクトでは、後者のためのミーティングを、第2回目派遣の最後の1週間、及び、第3回目派遣の際（山口・グラバア, 印刷中）に実施した。体験学習による人間関係トレーニングの実施のための立案と行動について、どこかの段階で主体的参加によってボトムアップ式に決定する、という手順を踏むことは必須であると考えられる。

次に、PRAを実施していく際に人間関係トレーニングが貢献できる点について述べる。PRAやPLAを進めていく際に、住民の主体的参加と話し合い、そして住民による決定は不可欠であるが、その過程に必ず生じるのが人間関係の問題である。住民が話し合い、今後の方向性を決定していくためには、住民間の人間関係で生じるプロセスに介入していくこと、つまり、住民がチームとして動くためのチーム・ビルディングが必要になる場合がある。参加型開発の手法によってコンテンツ（計画や企画の内容）を進めていく際に、人間関係のプロセスに介入する手法がPRAやPLAにはないが、我々のアプローチに

はその視点や手法がある。(Tグループをベースとした)人間関係トレーニングの素養を持つ専門家は、グループ・ファシリテーターとして機能しながら、ミーティングの中で介入していくことが可能であるし、時にはOff the Job Trainingとして人間関係トレーニングの実習を導入することで介入することも可能であろう。

久保田(2002)は、地域での参加型開発に携わる専門家(開発ワーカー)に求められるものとして、「内省的実践」を挙げている。内省的実践とは、「『計画を立てる』、『実践する』、『評価する』という三つの行為を、コミュニティの『いま・ここ』の状況の中で繰り返し行うこと」としている(p.89)。専門家を交えた住民同士での何度でも行われる対話の中で、専門家と住民が互いに自らの行動をふりかえり、反省し、新しい活動に主体的に関与していき、そのために「いま・ここ」での関わりを大切にしてお互いの関係で生じているプロセスもふりかえりながら、プロジェクトを進めていくことが重要であるといえよう。

4. 考察 —各アプローチの統合—

これまで、体験学習による人間関係トレーニングのアプローチ、医療における患者中心の医療観、教育における学習者中心の発想、国際協力における住民中心の参加型開発、のそれぞれの分野について概観してきた。どのアプローチにも共通することが、①対話の重要性⁽⁴⁾、②行動主体者(=患者、学習者、カウンターパート、住民)中心の価値観や態度、③人間関係におけるプロセスへの関心、の3点であろう。

では、対話、行動主体者中心の価値観や態度、プロセスへの関心、の間の相互関係はどうなっているのでしょうか？筆者は、現時点において図2に示したような相互関係を考える。図2で仮定した相互影響関係を以下に示す。

- ①行動主体者中心の価値観や態度を持つことにより、Freireが指摘するように対話の重要性に気づき、対話的な教育や開発を試みる。
- ②対話的な関わりをすることにより、自分が持つ認識とは異なる新たな認識を得ることができ、それが学びや気づきとなり、行動主体者中心の価値観や態度が強化される。
- ③プロセスへの関心の高まりは、他者の言葉になっていない思いや気持ちに気づこうとする動き、自分自身が他者に与えている影響を知ろうとする動きにつながり、対話することを試みる。
- ④対話の中でプロセスを共有化し、フィードバックをお互いに受け与えることで、よりプロセスに気づくことができ、プロセスへの感受性が高まる。

- ⑤行動主体者中心の態度を持つことにより、自分と他者（行動主体者）との関係性や、自分が行動主体者に及ぼしている影響に気づこうとする。
- ⑥プロセスに目を向けることにより、自分が行動主体者に及ぼしている影響に気づき、自分自身の関わり方をモニターして行動を変革することができる。
- ⑦対話を通しての行動主体者中心のアプローチにより、行動主体者が積極的に参加関与して活動が成功することにより、行動主体者中心の価値観や態度がより強化される。
- ⑧プロセスを重視しながら対話を試みることにより、グループプロセスが促進されグループが成長し、それによって成員の満足度が高まり活動の達成度も高まることを通して、プロセスへ関心を向けることの重要性がより強化される。

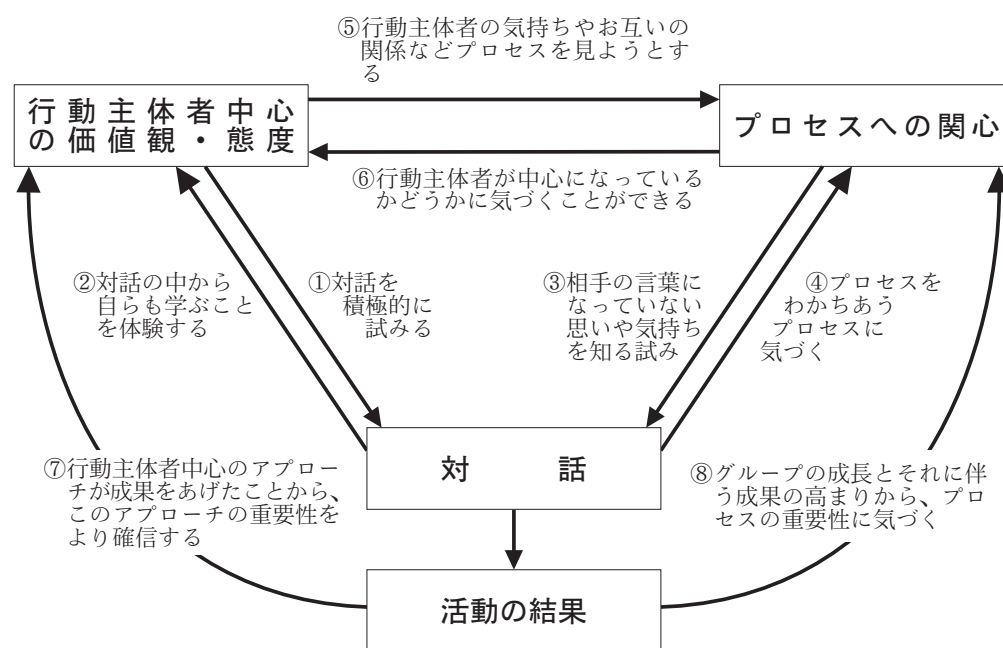


図2. 対話・行動主体中心の態度・プロセスへの関心の関係図

体験学習は学習者中心の教育方法である。患者中心の医療観、Freireの教育観、参加型開発における住民中心のアプローチなど、他の領域における“行動主体者中心の価値観・態度”は、体験学習による人間関係トレーニングの根底にある教育観と一致するものである。加えて、体験学習による人間関係トレーニングは、“人間関係のプロセスへの感受性”というオリジナルな考え方と手法を持っている。体験学習による人間関係トレーニングの源はK.Lewin⁽⁵⁾によるTグループであるが（津村, 1992）、Tグループの中で重視される「今ここで関わりの中で起こっているプロセスから学び、プロセスに対する感受性を養う」という発想と態度は、国際協力場面においてファシリテーターとして機能する専門家や開発ワーカーにとって非常に意味があると考えられる。

脚注

(1) “コンテンツ”と“プロセス”という両概念が専門家の中でもあいまいであり、二分法として捉えることは難しいという主張は、Geroski & Kraus (2002)を参照のこと。

(2) 体験学習は「学習者中心の教育」であり、期待される成果は教育者側が目標として設定はするが、その成果を押し付けることや、その成果に向かって学習者を操作することは慎まなければならない。あくまでも学習者が自ら自分自身の目標を設定し、自己成長に取り組んだ結果としての“期待される成果”である。

(3) パキスタンでは初等・中等教育において教師が絶対的・権威的な存在であり、ほとんどの教育が教師から生徒への伝達型で実施されている。パキスタン母子保健プロジェクトにおいてファシリテーター・トレーニングを受けた医師は、以下のように教育観が変わったことを報告していた。

「初めて（人間関係トレーニングを）体験した時、ほとんど理解できたけれど、違っていたのは教師－生徒関係だった。始めは全く理解できなかった。17日間一緒にいて、自分の中に変化を感じた。体験学習は長い変容が生じることを確信した。これを人々のために使いたいと思った。」

(4) 「対話」やコミュニケーションが重要であるとするムーブメントは各領域で起こり始めている。医療領域では2001年に「医療コミュニケーション学会」が設立され、また開発分野では、日本では未開拓であるが「開発コミュニケーション」という分野が確立されつつある。

(5) K.Lewinは、国際協力の領域において2つの偉大な貢献をしたことになる。1つの流れは、彼が始めたTグループであり、これは体験学習による人間関係トレーニングのアプローチに受け継がれている。もう1つの流れは彼が提唱したAction Researchであり、これも参加型開発では非常に重要な手法とされている（cf. 平林, 2001）。K.Lewinの偉大さをさらに感じるとともに、両アプローチの統合・融合の意味をLewinに回帰して考察することも意味があろう。

引用文献

坂野登（監修）. 1989. 『学校グループワークトレーニング』. 遊戯社.

Chambers, R. 1995. Paradigm Shifts and the Practice of Participatory Research and Development. In Nelson, N., & Wright, S. eds. “*Power and Participation: Theory and Practice.*” London: Intermediate Technology Publications.

Chambers, R. 1997. “*Whose Reality Counts? : Putting the First Last.*”

London: Intermediate Technology Publications. (野田直人・白鳥清志 (監訳). 2000. 『参加型開発と国際協力－変わるのはわたしたち－』. 明石

- 書店.)
- 江原裕美 (編) . 2001. 『開発と教育－国際協力と子どもたちの未来－』
新評論.
- Freire,P. 1967. “*Educacao Como Pratica Da Liberdade and Extension O
Communication.*” (里見実他 (訳) . 1982. 『伝達か対話か－関係変革の教
育学－』 亜紀書房.)
- Freire,P. 1970. “*Pedagogy of the Oppressed.*” The Seabury Press, New
York. 小沢有作他 (訳) . 1979. 『被抑圧者の教育学』 亜紀書房.)
- Geroski,A.M., Kraus,K.L. 2002. Process and Content in School Psycho-
educational Groups: Either, Both, or None? “*Journal for Specialists in
Group Work.*” Vol.27, No.2, Pp.233-245.
- 平林国彦. 2001. 「Action Research: Who? Why? How? So What?」
国立国際医療センター (編) . 『国際保健医療協力ハンドブック－保健医
療分野で国際協力をめざす人へ』 第2章3節3, Pp.70-74. 国際開発ジャー
ナル.
- 伊東博. 1975. 『人間中心の教育－教師の自己変革をめざして－』 明治図書.
國分康孝 (編) . 1992. 『構成的グループ・エンカウンター』 誠信書房.
久保田賢一. 2002. 「西アフリカでの開発ワーカーの実践－論理検証モード
から物語モードへ」 . 斎藤文彦 (編) . 『参加型開発－貧しい人々が
主役となる開発へ向けて－』 第4章,Pp.81-105. 日本評論社.
- 中村和彦. 2000. 「パキスタンにおける人間関係トレーニングの実践」
『人間関係』(南山短期大学人間関係研究センター紀要) ,第17号, Pp.23-32.
- 中村和彦・川浦佐知子. 2001. 「パキスタンにおける人間関係トレーニング
の実践と考察 (第2報)－ファシリテーター・トレーニングの実践とその成
果－」 『人間関係研究』(南山大学人間関係研究センター紀要) , 第1号,
Pp.165-179.
- 中村和彦. 印刷中. 「パキスタンにおける人間関係トレーニングの実践と考
察 (第4報)－最終評価及び評価方法の考察－」
『人間関係研究』(南山大学人間関係研究センター紀要) , 第2号.
- 野田直人. 2000. 『開発フィールドワーカー』 築地書館.
- 大段智亮. 1972. 『看護の中の人間』 川島書店.
- Pfeiffer, J. W. (Ed.) 1994. “*Pfeiffer and Company Library. Vol.1-28.*”
San Diego, California: Pfeiffer & Company.
- プロジェクトPLA (編) . 2000. 「続社会開発入門－PLA：住民主体の学習
と行動による開発－」 国際開発ジャーナル社.
- Steiner, I. D. 1973. “*Group Process and Productivity.*” New York:
Academic Press.
- 斎藤文彦. 2002. 「開発と参加－開発観の変遷と「参加」の登場－」 斎藤

- 文彦（編）．『参加型開発－貧しい人々が主役となる開発へ向けて－』
第1章, Pp.3-25. 日本評論社.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W.W., McWhinney, I. 1995 “*Patient-Centered Medicine.*” (山本和利 (監訳) . 2002. 「患者中心の医療」
診断と医療社.)
- 津村俊充. 1992. 「ラボラトリーメソッドの誕生と構成要素」 津村俊充・
山口真人 (編) . 『人間関係トレーニング－私を育てる教育への人間学的ア
プローチ』, 第2章. ナカニシヤ出版.
- 津村俊充・山口真人. 1992. 『人間関係トレーニング－私を育てる教育への
人間学的アプローチ』 ナカニシヤ出版.
- 山口真人・グラバア俊子. 印刷中. 「パキスタンにおける人間関係トレーニ
ングの実践と考察 (第3報)」 『人間関係研究』(南山大学人間関係研究セ
ンター紀要) , 第2号.