

■ 実践研究

パキスタンにおける人間関係トレーニングの実践とその考察 (第4報)

—最終評価及び評価方法の考察—

A Report on Human Relations Training in Pakistan (IV)
— Final Evaluation and a Study of Evaluation Method —

中村和彦
(人文学部心理人間学科助教授)

1. はじめに

JICAパキスタン母子保健プロジェクト（プロジェクト実施期間：1996年6月～2001年6月）に対して、当センターの協力によって体験学習を用いた人間関係トレーニングを導入する試みは1998年度から始まっている。当センターがパキスタン母子保健プロジェクトに関与した活動を表1に示す。

表1. パキスタン母子保健プロジェクトに対する当センターの関与

日程	活動	担当者	実践報告
1998年11月 2週間	C/P研修2名を受入 (南山短期大学にて)	津村 (コーディネーター)	
1999年3月	パキスタン母子保健プロジェクトへの専門家派遣の正式依頼のため、仲佐保氏 (当時プロジェクトリーダー) と平山恵氏が南山短期大学に来学		
1999年8月 4週間	パキスタン母子保健プロジェクトへの第1回目派遣	中村 <人間関係トレーニングのWS実施>	中村 2000
2000年2月～3月 の4週間	パキスタン母子保健プロジェクトへの第2回目派遣	川浦・中村 <ファシリテーター・トレーニングの実施>	中村・川浦 2001
2000年4月 3週間	C/P研修2名を受入 (南山短期大学にて)	中村 (コーディネーター)	
2000年8月 3週間	パキスタン母子保健プロジェクトへの第3回目派遣	グラバア・山口 <スーパービジョン及び今後の実施計画のミーティング>	山口・グラバア 印刷中
2000年11月 3週間	C/P研修2名を受入 (南山大学にて)	山口 (コーディネーター)	
2001年3月 3週間	パキスタン母子保健プロジェクトへの第4回目派遣	中村 <モニタリングおよび評価>	本稿

本稿では、2001年度3月に筆者がパキスタン母子保健プロジェクトに派遣された際に実施した、人間関係トレーニング導入のモニタリング及び評価の報告を行うことを目的とする。また、考察において、体験学習による人間関係トレー

ニングを評価する際の枠組みについて議論を行う。

2. パキスタン母子保健プロジェクトへの体験学習による人間関係トレーニング導入の目標

パキスタン母子保健プロジェクトは、上位目標がパキスタンにおける妊産婦死亡率の減少であり、そのためのプロジェクト目標の一つとして、地域及び母子保健センター内の医療従事者の質を高めるための研修機能の強化が挙げられていた。研修（トレーニング）に関する技術移転と、医療従事者のコミュニケーション能力や人間関係能力の開発を目的として、人間関係トレーニングが導入された。しかし、人間関係トレーニング導入の目標は単純ではない。影響を及ぼす要因の多さや関係者や過程の多さから、保健医療プロジェクト自体が非常に複雑であり（三好, 2001）、それに導入するトレーニングの目標も必然的に複雑になってくる。パキスタン母子保健プロジェクトにおける人間関係トレーニング導入の目標は集約すると以下の3点であった。

①参加型（体験型）教育に関する技術移転

カウンターパート⁽¹⁾（以下C/Pとする）が、医療従事者や妊産婦のトレーニングを実施する際に、従来型の教授型教育ではなく、学習者を大切にしたい参加型教育を実施できるようになること。そのために、参加型教育・体験型教育が実施できるファシリテーターのトレーニング（Facilitator's Training）を行うこと。

②人間関係トレーニングに関する技術移転

トレーナー間、医療従事者間、医療従事者と患者（妊産婦）間の人間関係やコミュニケーションがよりスムーズになるために、人間関係トレーニングを導入し、C/Pが人間関係トレーニングを実施できるファシリテーターに育つこと（彼らがマスター・ファシリテーターとなり、将来的に彼らが他のファシリテーターを育てることによって、人間関係トレーニングがパキスタン全国に広まることが意図された）。

③人間関係トレーニングの導入による副次的結果としての人間関係の向上⁽²⁾

人間関係トレーニングを導入し、その影響として様々な面での人間関係の向上をめざすこと。その影響過程は以下のものが考えられる。

- 1) トレーニングを実施するカウンターパートがより人間性豊かに成長すること（図1 [3-1]）。
- 2) トレーニングを実施するカウンターパートが、互いに協力しながらチームとして機能するように、チーム・ビルディングがなされること（図1 [3-2]）。

- 3) 医療従事者と患者（妊産婦）間の人間関係が向上していくこと（図1 [3-3]）。医療従事者が患者（妊産婦）を尊重するコミュニケーションを行っていく過程を通じて、患者（妊産婦）が自己成長しエンパワーメントしていくこと(図1 [3-3-2])。
- 4) PIMS®内の医療従事者に対して人間関係トレーニングを実施することにより、医療従事者と患者間の人間関係、医療スタッフ間の人間関係が向上すること（図1 [3-4]。また、その積み重ねにより遠い将来、患者を大切に作る組織作りがPIMS内でなされること（図1 [3-4-2]）。

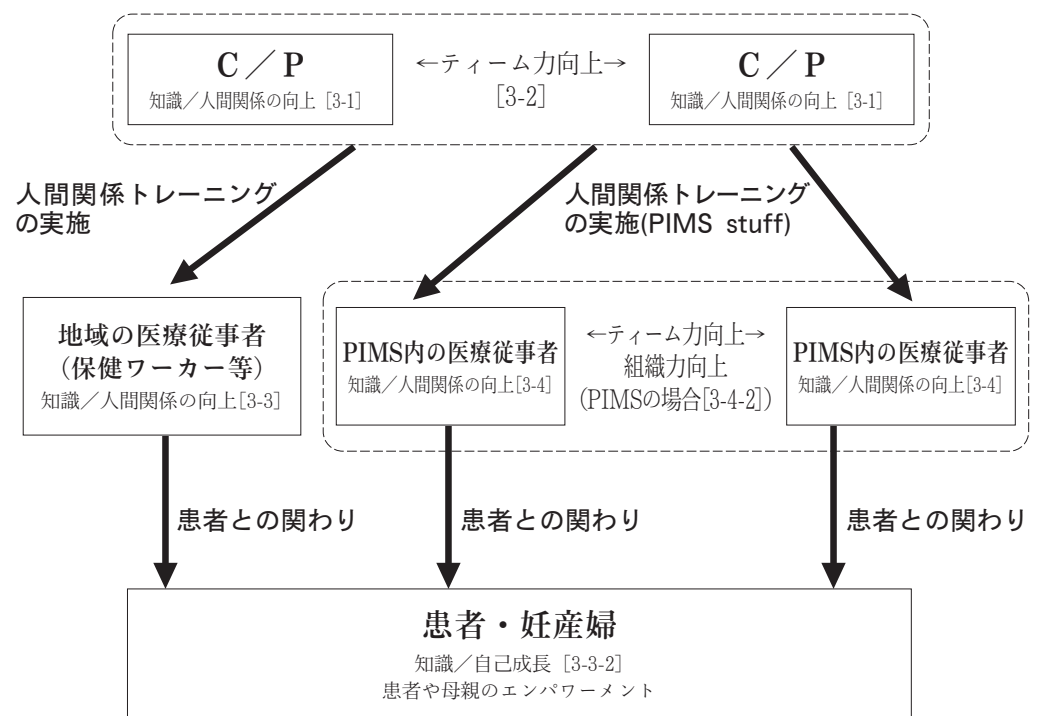


図1. 知識及び人間的成長（自己成長、コミュニケーション力の向上、チーム力の向上）の普及モデル

3. 体験学習による人間関係トレーニング導入の評価

3-1. 評価を行う側面と方法の選定

人間関係トレーニングに関するこれまでの技術移転活動の成果／影響について評価を行うために、以下の手法をとった

まず、評価のためのデータ収集法であるが、心理学研究法に基づくデータ収集法は、面接法、観察法、調査法、実験法、の4つに分けることができる。実験法はプロジェクト活動の評価には馴染まないと思われるので、実験法を除いた他の3方法に関して、人間関係トレーニングの効果測定として用いることができる具体的な評価方法を表2に示した。また、データ収集が可能であった方法について、その対象を表3に示した。

表 2. 人間関係トレーニング導入の効果測定に関するデータ収集法

具体的なデータ収集方法		データの有無 (今回)
A.面接法 (インタビュー法)	A-1.C/Pへのインタビュー	○
	A-2.組織内の医療従事者(同僚)へのインタビュー	×
	A-3.JICA日本人長期専門家へのインタビュー	○
	A-4.トレーニー(トレーニング参加者)へのインタビュー	×
	A-5.患者(妊産婦や病院利用者)へのインタビュー	×
B.観察法	B-1.観察(トレーニング場面及びミーティングの観察)	○
	B-2.参加観察(準備およびふりかえりミーティングの中で)	×
C.調査法 (数量的/記述的)	C-1.トレーニー(トレーニング参加者)への調査(自己評定)	
	C-1-1.直後: Post Workshop Questionnaire	○
	C-1-2.事後: ワークショップ終了後の現場での調査	×
	C-1-3.事前-事後デザイン	×
	C-2.トレーニー(トレーニング参加者)に対する他者評定	
	C-2-1.直後: Workshop直後の相互評定	×
	C-2-2.事後: ワークショップ終了後の現場での調査	×
	C-2-3.事前-事後デザイン	×
	C-3.患者(妊産婦)や利用者(患者の家族等)に対する調査	×
D.その他に、あるケースについて面接法または観察法で検討していく→事例研究法		
E.具体的事実(来院者数、参加者数)などの指標	○	

表 3. データ収集が可能であった方法

データ収集方法	内 容
A-1. C/Pへのインタビュー	C/P 3名に対して筆者がインタビューを実施
A-3. 日本人長期専門家へのインタビュー	2名の日本人長期専門家に対して筆者が実施
B-1. 観察	筆者がワークショップ2回を観察
C-1-1. Post Workshop Questionnaire	C/Pが実施してきたPWQのデータを使用
E. 具体的事実の指標	これまでのワークショップ回数と参加者数を整理

また、2.で述べたトレーニング導入の目標に照らし合わせ、技術移転活動の成果/影響を評価する側面として以下のものを用いることとした(数値は図1と対応)。

- 1) 参加型教育のファシリテーター能力の向上 [1]
- 2) 人間関係トレーニングの実施に関して
 - [2-1] 人間関係トレーニングのファシリテーター能力の向上
 - [2-2] 人間関係トレーニング実施体制
- 3) 人間関係トレーニングの成果に関する評価
 - [3-1] C/Pの自己成長
 - [3-2] C/P間のチーム力の向上
 - [3-3] トレーニングを受けた医療従事者の人間関係能力の向上
 - [3-3-2] 上記医療従事者と関わった患者(妊産婦)の成長

[3-4] PIMSにおける医療従事者の人間関係能力の向上

[3-4-2] 上記の結果としてPIMSの組織体制の向上

データが使用可能な方法（表3の各方法）と、上記の各側面を組み合わせ、表4にあるような評価マトリックスを作成した。今回の評価では表4の評価マトリックスを用いながら、側面ごとに人間関係トレーニング導入の効果を評価していくこととした。

表4. 人間関係トレーニング導入の評価マトリックス（側面×方法）

側面		方法	A-1. C/Pへのインタビュー	A-3. JICA日本人 長期専門家 へのインタビュー	B-1. 観察 今回はC/Pが 実施したトレーニングの観察	C-1-1. 直後：PWQ ワークショップ 終了後の 質問紙	E. 具体的事実 今回は実施 されたWS数 と参加者数
1) [1] 参加型教育のファシリテーター能力の向上			○	○	× 時間不足と時期が合わなかったため、観察していない	× 参加型トレーニングのPWQデータはあるが、筆者が未参照	× 参加型で行われたトレーニングが存在しているが、未調査
2) 人間関係トレーニングの実施に関して	[2-1] 人間関係トレーニングのファシリテーター能力の向上		○	○	○	○	—
	[2-2] 人間関係トレーニングの実施体制の評価		○	○	○	○	○
3) 人間関係トレーニングの成果・影響に関する評価	[3-1] C/Pの自己成長		○	○	○	—	—
	[3-2] C/P間のチーム力の向上		○	○	○	—	△
	[3-3] トレーニングを受けた医療従事者の人間関係能力の向上		△	—	—	○	△
	[3-3-2] 上記医療従事者と関わった患者（妊産婦）の成長		—	—	—	—	—
	[3-4] PIMS医療従事者の人間関係能力の向上		○	—	—	○ PIMSスタッフに対するトレーニング	△
	[3-4-2] 上記の結果としてPIMSの組織体制の向上		—	—	—	—	—

○：モニタリング及び評価 可能
 △：間接的にモニタリング及び評価 可能
 ×：モニタリング及び評価 不可能（評価のためのデータ無し）
 —：該当せず（コンセプト不一致）

なお、表4に示されたように、[3-3-2]や[3-4-2]のようなトレーニング実施による間接的効果（2次的効果）に関するデータは今回得ることができなかった。そもそもこの2つのレベルにおける成果はすぐに現れるものではない。したがって、今回のモニタリング及び評価では、[3-3-2]及び[3-4-2]における成果に関しては扱わないものとした。

3-2. 各側面における人間関係トレーニング導入の評価

[1] 参加型教育のファシリテーター能力の向上

現在、様々なトレーニングが参加型・体験型で実施されており、この形態でトレーニングを実施できるようになったこと自体が大きな成長であると思われる。この項目に関しては、人間関係トレーニングの影響は一部であり、日本人長期専門家がカウンターパートと継続的に関わった結果であると思われる。

〈A-1〉（C/Pへのインタビュー）および〈A-3〉（日本人長期専門家へのインタビュー）のデータの中で顕著だったことは、以前は「教える」スタイルだったのに対して、現在は「聴く」スタイルに変化してきたことである。C/Pは3名とも、トレーニング中に話すことが少なくなったこと、参加者とコミュニケーションをとることが多くなったことに言及し、また2名が「参加型で（参加者が）自分で変わろうとするトレーニングをより多く導入するようになった」「ゲストレクチャー以外のものはほとんど参加型でトレーニングを実施できるようになった」と報告していた〈A-1〉。また、トレーニングに参加した地域の保健ワーカーから「人間的に温かいトレーニングは初めてだった」という反応をもらったことがあるとのことであった〈A-3〉。

以上のように、インタビューに基づいた主観的な報告ではあるが、C/Pは参加型でトレーニングを構成することの重要性を理解し、また人間関係トレーニング以外のトレーニングも参加型で計画し実施するスキルを身に付けた、という成果が生まれている。⁽⁴⁾

[2-1] 人間関係トレーニングのファシリテーター能力の向上

この側面については、ファシリテーターとして必要とされるスキルごとに検討していく。なお、スキルの分類は中村・川浦（2001）と同様であるため、双方を比較することにより、2000年3月から2001年3月までの1年間で、C/Pのファシリテーター能力がどのように変化・向上したかを理解することが可能となる。

プログラムのデザイン：

ねらいを設定できること、ねらいを中心としてミーティングを進めていくこと、ねらいのもとでふりかえり用紙を作成したり、ワークショップ後の質問紙を作ったりすることはできている。また、担当や役割を割りふること、実習の

ための材料を用意することは自分たち独自でできる〈B-1〉。

ただし、様々なトレーニングを並行して行っている多忙さゆえに、PIMSの医療従事者のトレーニングは新たな実習を開発しながら行うわけではなく、参加者に実習が合っていないかもという疑問を持ちながらも毎回同じプログラム・パッケージを実施している状態であった〈A-3〉。

ただし、参加者に合ったトレーニングをデザインしていく力がより発展していくかどうかは、カウンターパートの動機づけとミーティングの時間を確保できるかどうかによると考えられる。

プログラム中：

インストラクション

インストラクションは、以前に比べていねいに、参加者の側に立って行えるようになったと思われる〈B-1〉。ファシリテーターを何度も行った体験や、その体験を通しての自信が〈A-1〉、ていねいなインストラクションが可能になったことにつながっていると思われる。

介入

C/Pの2名は、実習中に課題の達成を目指すような介入は全くなくなった〈B-1, A-3〉。他のC/Pは、課題の達成をめざす介入が時々あるとのことだった〈A-3〉。また、最近では、介入する前にファシリテーター同士でその場で相談し、その後介入するということもあり〈A-3〉、ファシリテーターがチームとして機能しながら動けるようになってきていることが伺えた。

プログラムのまとめ

プログラムのまとめの際に、インタビューを行って参加者の気づきを取り上げてまとめていくことの重要性は理解されており、プログラムの終了時にインタビューを行い、トレーニング中での学びを日常の仕事の中でどう生かしていくかについて丁寧にまとめを行っていた〈B-1〉。ただし、現在はまとめのインタビューは常に1名の医師が行っており〈A-3〉、また他のファシリテーターも「伸ばす必要があるスキルはインタビュー・スキル」と語っていた[A-1]。他のファシリテーターもインタビューとまとめを担当することで、体験の中からインタビュー・スキルを高めていく必要がある。

体験学習のプログラムの終了時に、ファシリテーターがコメントを一方向的に伝えるのではなく、学習者にインタビューを行いながらまとめていくことがなされていること自体、学習者中心の発想が浸透している証拠であり、非常に意味があることであろう。

プログラム終了時：

レビュー・ミーティングを実施することの重要性は理解されており、日本人長期専門家が継続的に参加してもらえたことで、我々が不在している時期にレビュー・ミーティングが継続的に実施されてきていた〈A-3〉。レビュー・ミーティングの内容も、ファシリテーターの動きなどについてふりかえられるようになってきている〈B-1〉。このレビュー・ミーティングを継続することと、互いにフィードバックしあう態度を維持できることが、今後のカウンターパートの成長に大きく関連していると思われる。

全体として：

インタビュー・データから推測すると、ファシリテーターの「聴く」力はかなり伸びたと思われる〈A-1, A-3〉。相手を尊重し、大切にできる態度の重要性は伝わりつつあると思う。ただし、時には立場の低い参加者を見下したりする態度や行動は現在でもあるようで〈A-3〉、ファシリテーター間のフィードバックし合える体制・環境・雰囲気を持続していくことにより、相手を尊重する態度や行動がより定着していくことを期待する。

[2-2] 人間関係トレーニング実施体制

C/Pが自らの手によって人間関係トレーニングを始めたのは、2000年春の第2回目派遣以降であった。それ以降から2001年3月までに開催されたワークショップは24回であり、参加者数は計435名である〈E〉。これまでの人間関係トレーニング参加者の中で、「学びや気づきがなかった」と否定的な反応を示したのは3名のみであった。また、参加者の中にはトレーニングに非常に刺激を受け、「患者に対してよく聴くことを試みたい」「コンセンサスによって民主的にものごとを進めていくのは大切だ」と記述し、再度トレーニングを受けることを希望している参加者も存在していた〈C-1-1〉。

トレーニングを実施した後にふりかえりのために行うレビュー・ミーティングは実施されているが、時間的な関係で参加者に合わせてプログラムをアレンジすることや実習を新たに創ることができるまでの余裕はない状態である〈A-3〉。

[3-1] C/Pの自己成長

C/P自身の自己評価では、「聴くようになったと家族から言われるようになった」(C/P 3名)、「“～すべき”という指示的なオリエンテーションが自分にあることに気づいた」、「人間の平等性をより意識するようになった」、「否定的なフィードバックも受け入れることができるようになった」などという変容が報告された〈A-1〉。日本人専門家からは「話すよりも、聞いたり、尋ねたりする行動が多くなった」、「自己をふりかえることはまだ甘いのではないか。トレーニング後の自己評価票を導入したが、常に（選択肢の）"excellent"に〇

を付けてしまうなど、細部までふりかえることはまだ少ない」という声が聞かれた〈A-3〉。

C/Pが家族から変化したというフィードバックを受けたという事実は特記すべきであろう。「話す」「指示する」という一方向的コミュニケーションから、「聴く」「尋ねる」という双方向的なコミュニケーションに変化していったことが伺える。人間関係トレーニングのファシリテーターは、自らも自分の体験から学ぶことが非常に重要であるが、上記のデータからするとC/P自身も自らの体験から学び、フィードバックから学んでいる姿が伺える。ただし、体験をふりかえる際の繊細さや感受性については、成長の余地が残されているかもしれない。筆者も3回の派遣の経験から、パキスタンの人々は基本的に自己肯定的であり、自己批判的に内省をあまりしない傾向があり、しかもそれはある種の防衛機制によって生じているように感じられた。

[3-2] C/P間のチーム力の向上

人間関係トレーニングを約1年間で24回のワークショップをチームで開催していること自体が、C/Pのチーム力が高まったことを示している〈E〉。C/P自身からは「人間関係トレーニングは全員で働く機会であり、一緒に働く機会が増えたこと自体が大きい。よいチームになりつつある」「コンセンサスで決定し、民主的であろうとしている」「人によってコミットメントがまちまちでそれが問題である」という声が聞かれた〈A-1〉。日本人専門家からは「話し合いの仕方が変わった。ミーティングでまずねらいの話し合いから入るなど、系統的に話し合えるようになった」、「階層や職種の壁を越えることはやはり難しいが、その中でもチームとしてやろうとしている」、「新しく来たコーディネーターの影響も大きいが、協力体制ができてきている」という見方であった〈A-3〉。実際に筆者が観察したレビュー・ミーティングでも、手順を踏んだ進行がなされており、ふりかえりの中でもファシリテーター間でフィードバックがなされるなど、導入当初とは明らかに異なるミーティングがなされていた。ただし、どうしても医師の発言が多くなり、看護師は聞く・頷くという参加の仕方になるなど、職種の壁は皆無ではないことが感じられた〈B-1〉。

以上のように、C/Pがともに働く場ができたことがベースとなり、また、民主的な話し合い、手順を踏んだ進行など、彼らがファシリテートしているグループワークにおいて必要な事柄を、自分達のミーティングの中でも意識しながら実施していることが伺えた。指摘されている「階層の壁」は日本での医師－看護師関係でも同様であり、この壁が無くなることは難しいと思われる。しかし、その壁を当然のものとしてせず、民主的であるようにC/P自身が意識的に働きかけていること自体に大きな意味があると思われる。人間関係トレーニングの導入は、ファシリテーターであるC/P自身の人間関係に大きな成果を生み出したといえる。

[3-3] トレーニングを受けた医療従事者の人間関係能力の向上

この側面は、トレーニング参加者のうち、地域の保健ワーカー（LHW: Lady Health Worker）に対して行われた人間関係トレーニングの効果が対象になる。保健ワーカーに対する研修では、医療知識に関連した内容が3/4ほどであり、残り1/4としてコミュニケーション・トレーニングを中心とした人間関係トレーニングが採り入れられた。2000年3月から2001年3月までの1年間で10回計147名のワーカーが研修を受けた〈E〉。研修後の質問紙では、おおよそ9割の研修生がワークショップの内容を“excellent”と評価していた〈C-1-1〉。しかしながら、ワークショップにおいて体験した気づきを、受講者である保健ワーカーが現場においてどのくらい生かしているかはC/Pも把握しておらず〈A-1〉、本稿においてその効果を明言することはできない。

[3-4] PIMSにおける医療従事者の人間関係能力の向上

C/Pのインタビューの中で、トレーニングを受けたPIMSの医療従事者の反応例が挙げられていた〈A-1〉。

「参加者にはポジティブな影響があると思う。トレーニングされた人から『日常に戻って現場の人間関係にいるとフラストレーションがたまる』と時々電話がある。彼らは日常に戻ると、学んだことを実践していこうという動機づけが、周りの人があまりにもひどいので、動機づけが下がってしまうようだ。だから彼らはもう一度体験できるリフレッシュ・トレーニングをしてくれ、と言ってくる。」

この例は、あるタイプの参加者にとって人間関係トレーニングの体験が刺激的であり、学びが多いものであることを示すものである。患者とのコミュニケーションに日頃から疑問を感じている参加者は、人間関係トレーニングの体験によって刺激を受け、学びを実践しようと動機づけられている。他方、職場での環境的な要因によって、参加者の気づきを生かすことが難しくなっている状況が存在している。その一例は、上位者の権威と抵抗である。C/Pの一人は以下の状況を語っていた〈A-1〉。

「ここでは、残念ながら学歴や程度によってまわりの人は判断する。もっと自由に自分の信じていることをやっていきたいが、邪魔をされることがある。…シニア・パーソン（病院における上位者）は、自分が偉いと思っており、全てを知っていると思っている。それが間違い。誰でも知らないことはあるし、間違いは犯す。彼らは、自分よりもよいことができる人の出現を怖がっている。自分が信じていることを、人々のためになることを、もっと自由にできるようになりたい。」

この例のような、上位者の権威的・保守的・防衛的態度が、組織をヒューマニスティックなものに変革しようとする動きに対する最大の抵抗となる。

成果のまとめとして

1998年度から始まった、当センターによる人間関係トレーニングの導入は、

2001年度春の時点で、C/Pが人間関係トレーニングの意味を深く理解し、ファシリテーターとして人間関係トレーニングを自らの力によって実施できるようになったという、大きな成果を挙げるに至っている。2003年1月現在、彼らによる実践は、PIMS内の抵抗勢力に苦しみながらも続けられている。また、組織外のNGOから「人間関係トレーニングを自分達のスタッフに対して是非ともしてほしい」という要請があり、彼らが実践している。インタビューの際にC/Pが「この国が人間関係トレーニングを必要としている。学校や警察などにも広がっていく必要がある。」という言葉を読んでいたことが印象的である。パキスタンに蒞かれた体験学習による人間関係トレーニングの種が、C/P自身の意志で育ち始めている状況であると思われる。

4. 考察 —パキスタン母子保健プロジェクトの成功の要因—

パキスタン母子保健プロジェクトにおいて、体験学習による人間関係トレーニングの導入が成果を収めたのには、いくつかの要因があった。この要因について考察をしていく。

内発的動機づけが高いC/Pの存在

現在もファシリテーター・チームをリードしているC/Pの医師2名は、人間関係トレーニングの発想と手法に高い関心を示し、学ぶことに対して非常に動機づけが高かった。両名とも他の国への留学経験があり、パキスタン内での人間関係やコミュニケーションにある種の不満感を持っていた。今回のように、C/P自身が学びたいという動機づけを持ち、かつ、現状の人間関係について問題意識を持ち、変革したいと感じている場合、ファシリテーターとしてのスキルを内発的に高めていけるとと思われる。

日本人長期専門家によるフォローアップ

我々は現地に長く滞在しても4週間が限度である。我々トレーニング短期専門家の派遣と派遣の間をつなげる、人間関係トレーニングを理解している日本人長期専門家の存在は非常に大きい。パキスタン母子保健プロジェクトにおいても、我々が実施したファシリテーター・トレーニングに日本人長期専門家の長谷部氏がC/Pと同じ立場で参加し、我々が不在している時もC/Pが行うミーティングやワークショップとともに参加してフォローアップをしていただけた。

組織内での環境的な要因

PIMS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きっかけとなったのが、軍部からの至上命令であった。2000年夏に、「PIMSは患者に対する対応が非常に悪いという評判があり、人間関係トレーニングを全職員に実施すること」という至上命令がPIMSの総長に対して出された。総長も人間

関係トレーニングの導入に積極的であり、C/Pであるトレーニング・コーディネーターに対して様々なサポートを行った。PIMS内では、人間関係トレーニングの実施に抵抗するシニアの医師が何人か存在し、自分の部下をトレーニングに送らないなどの形でC/Pの実践の邪魔をしていた。それでもトレーニングの実施を続けることができたのは、至上命令の存在、総長のサポート、という“追い風”が環境的に存在していたからであると思われる。もちろん、抵抗に屈することなくトレーニングを実施しつづけたC/Pの信念の強さによるところも大きい。

人間関係トレーニングからの学びの特徴－宗教の教えとの共通性－

パキスタンはイスラム教であるが、ファシリテーター・トレーニングやワークショップの参加者、またC/Pから、人間関係トレーニングでの体験とイスラム教におけるアラーの教えとの共通性について言及した発言を、複数回耳にした。例えば、C/Pの一人は「よい人間関係を持つことは大切なことだと、宗教上からもこれが正しいということはみんなわかっている。でもできていない。」と述べていた。また、2000年春のファシリテーター・トレーニングに参加した、敬虔なイスラム教徒の看護師は「このトレーニングは他の人々に“アラー”のメッセージを伝えていくのに非常に有用である。」と述べていた。人間関係トレーニングの中で体験する「聴く」「他者の思いに目を向ける」「協同する」という気づきは、日常の忙しさや人間関係的な要因によって実践できていないであろう、宗教をベースとする人間関係観を思い起こすきっかけとなり、日常の実践に勇気づけるものであるかもしれない。イスラム教における“教え”と人間関係トレーニングからの学びとの関連性という興味深いテーマは、今後の課題としたい。

5. 体験学習による人間関係トレーニングの評価に関わる議論

まず、国際協力プロジェクトの評価は、目標との関連で行うことが重要であるとされ、JICAプロジェクトにおいてもPCM (Project Cycle Management) ワークショップによって作成されたPDM (Project Design Matrix) 上での目標や成果と対応させて評価を行うことが奨励されている。本稿においては、人間関係トレーニングに関するPDM作成は行わなかったが、トレーニング導入の際の目標と合わせて表4の評価マトリックスを作成し、評価を行った。当然ながら、評価を行う際には、評価を行う側面と方法を明確にした後、データ収集を行うことが重要である。

ところで、評価の問題を考察する際には、数量的データと質的データに関する議論が非常に重要になってくる。体験学習による人間関係トレーニングの成果を評価する際にも、数量的なデータを用いて効果測定を行う方法（中村、印刷中）と、質的なデータを用いながら効果を記述していく方法に大別される。

グループ・アプローチの大家であるRogers (1970) は、ベーシック・エンカウンター・グループの効果を検討する際に、数量的なデータによる知見と質的なデータによる知見を示した。彼は、特に後者を「現象学的研究」と呼び、参加者が自らの体験を記述した質的データ（言語による記述）を扱う方法が「実り多い」（邦訳p.189）と考えた。本稿においても、インタビュー及び観察による質的データを用いながら、成果を記述することによって評価を行った。国際協力という場合は、まさに現場（フィールド）であり、また数量的データを測定することが難しい状況が存在している場である。数量的データの測定が困難な要因は以下の通りである。

- 最終的な段階の効果（最終受益者である患者への効果）が表れるまで時間がかかること
- プロジェクト活動が非常に忙しく、その一方で効果測定をしていく時間的余裕がないこと
- 日本語の測定ツールが存在していても、現地言葉に翻訳する必要があること
- 文化的要因による測定の信頼性の問題（例えば、パキスタンでは、5ポイントの評定スケールで測定した場合、最大値の5に○を付けることが非常に多くなる）
- 国際協力では「参加型評価」という概念があり、C/Pも自らの活動の評価を行うことが重要とされるが、数量的データの測定と分析をC/Pとともに行うためには、測定と統計的分析の手法も移転する必要があること（労力、C/Pの内発的動機づけ、など問題が多い）

もちろん、国際協力の領域において、活動の効果を数量的に測定することには大きな意味がある。例えば、JICAプロジェクトの場合は、JICA、政府、相手国政府といった第三者に対して、明瞭かつ客観的に説明していく必要がある。数量的なデータは第三者に対する説得力があり、そのためには綿密に計画されたPRE-POSTデザインによる数量的な調査を行うなどの方法が有効であろう。一方、プロジェクトの数多くの活動に対して、数量的データのみから成果を評価していくことには無理がある。国際協力の分野での実践はフィールドワークである。フィールドワークにはエスノグラフィー（民族誌的アプローチ：他者の生活世界や意味世界を言語的に描くこと）という質的データを用いる手法が用いられ（箕浦, 1999）、このことからすると国際協力での実践にも質的データの方が馴染みやすいと考えられる。国際協力の分野における数量的データを測定する方法を確立していくと同時に、現場（フィールド）である以上、質的データを用いた評価方法の意義と手法を探求していく必要がある。以下では、心理学における数量的データと質的データに関する議論から、評価方法の問題を考察していく。

質的データの短所として、やまだ（1997）はデータの代表性と客観性の問題

を挙げている。数量的データを測定する際はサンプル数を多くすることで母集団を代表している論拠とする。一方、質的データは少数のサンプルを利用することになるため、そのサンプルが母集団を代表している保証がないという問題である。この点についてやまだは、「質的データでは数量的データのもつ統計学的なサンプルの「代表性」とは異なる基準で、「代表性」の概念を考えるべきである。数量的データではサンプル数の少なさは致命的であるが、質的データではそうではない。」と述べている (p.180)。そして、事例の質的な典型性を考慮すべきだとした。

これと同様の議論が、臨床心理学における事例研究法についてなされている。中村 (1984) は、「科学の知」に対比して「臨床の知」という言葉を用い、科学の知が分析的・数量的であり、論理主義的であるのに対して、臨床の知は総合的・記述的であり、共通感覚的であるとした。また、山本 (2001) は、事例研究法を用いて一般化を行う際に、本質に迫りうる典型例を抽出することの重要性に触れている。

これらの指摘からすると、国際協力において質的データを用いて評価を行う場合には、観察やインタビューを行う対象人物がいかにか典型的であるかどうかという基準が重要であるといえる。今回インタビューを行ったC/Pの2名と日本人長期専門家2名は、1999年度夏の間関係トレーニング導入時から一緒に活動し、また1名のC/Pも2000年春からともに活動してきており、今回の導入の効果を知る典型的な存在であったと考える。

やまだが質的データの短所として挙げたもう一つの点は客観性であった。すなわち、データ解釈に研究者 (評価者) の恣意性・主観性が混入しやすいという問題である。この点について尾見 (2001) は、客観性という基準の代わりに、「相互主観性」 (南, 1994) という基準をフィールドワーク研究において用いていく必要性を主張している。相互主観性とは、はじめは個人の主観に発するものであっても、個人相互間の共通性を獲得して (つまり、多くの主観の間で共有されるならば)、公共性を備えるものとして捉えることができるという考え方である。通常、相互主観性は、ある研究者のモデルや仮説が、他の研究者にも共有されるかどうかという問題の場合に用いられる。国際協力におけるプロジェクトの場合は、C/Pの主観、日本人長期専門家の主観、評価者の主観、関わった人々 (例えば、患者やトレーニング参加者) の主観、という様々な主観が存在しており、違う立場の人々の中で共通な主観は非常に重要な意味を持つと思われる。本稿では、複数の側面×複数の方法からなる表4の「評価マトリックス」を用いたが、これは複数の方法で得られた質的データを比較し、異なる方法間で得られた共通する質的データを“相互主観性がある現象”と見なしている。

以上、国際協力において体験学習による人間関係トレーニングの効果を評価することについて考察を行ってきた。体験学習による人間関係トレーニングの

効果測定に関する研究は、本邦における実践を含めても未だ少ない状況である。体験学習はその誕生時、また日本への導入時には、立案から評価までのサイクルが強調されていた。しかし最近では、立案から実習の実施までのステップに力点が置かれ、評価は次のプログラムの立案のために副次的に行われるものとなってきたと考えられる。ファシリテーターはふりかえりミーディングの中で、内的・主観的に実感するという形の評価で満足して、外的な評価の作業をあまり行ってこなかった。それは、大学教育において学生に対して体験学習を実施するという状況の中で、第三者に対して実践の効果を説明する必要性がなかったこともその要因であろう。今後、体験学習による人間関係トレーニングの効果測定について、様々なデータを収集しながら研究を行うとともに、効果測定の方法に関するより深い議論が必要である。

脚注

(1) カウンターパートとは日本人専門家が技術移転を行う現地の人を指す。本稿で用いる場合は、人間関係トレーニングのファシリテーションを修得し、ファシリテーターとしてトレーニングに携わった人々（母子保健センター・トレーニング部門のパキスタン人医師および看護師）を示す。

(2) 「人間関係の向上」を操作的に定義すると、①自らの特徴に気づき、自己成長すること、②コミュニケーションがよりスムーズになり、相手を尊重したコミュニケーションができるようになること、③グループにおいて、協力体制が高まりチームとして機能するとともに、グループの持つ潜在力（個人のリソースを含む）が活かされるようになること、である。

(3) PIMS : Pakistan Institute for Medical Science (パキスタン医科学研究所) パキスタン母子保健プロジェクトが活動するMCH (母子保健) センターがある施設の名称。なお、2000年8月に当時の軍司令部から、PIMSの全医療従事者に対して人間関係トレーニングを実施するよう命令が下され、C/PがPIMS内で人間関係トレーニングを実施する環境ができあがった。

(4) 参加型のトレーニングが実施されるようになった要因として、人間関係トレーニング導入が及ぼした効果は一部であり、「実践型トレーニング」を導入するためのJICA日本人長期専門家の関わり（小山内・橋本, 2001）によるところが大きいと思われる。

引用文献

南博文. 1994. 「経験に近いアプローチとしてのフィールドワークの知－embodied knowingの理論のための覚書－」『九州大学教育学部紀要（教育心理学部門）』, 39, 39-52.

- 箕浦康子. 1999. 『フィールドワークの技法と実際－マイクロ・エスノグラフィ入門－』 ミネルバ書房.
- 三好知明. 2001. 「技術協力プロジェクトのモニタリングと評価」 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章第3節1., Pp.52-64. 国際開発ジャーナル社
- 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. 印刷中. 「体験学習を用いた人間関係論の授業が学習者の対人関係能力に及ぼす効果について－社会的スキル・対人不安などへの効果および学習スタイルと効果との関連－」 『アカデミア』（南山大学紀要 人文・社会科学編）, 第78号
- 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.
- 中村雄二郎. 1984. 『術語集』 岩波出版.
- 尾見康博. 2001. 「フィールドワーク、現場心理学、フィールド研究」 尾見康博・伊藤哲司（編）. 『心理学におけるフィールド研究の現場』 第1章, Pp.3-17. 北大路書房.
- 小山内泰代・橋本麻由美. 2001. 「パキスタン母子保健プロジェクトにおける「実践的トレーニング」の開発－ピクトリアル・マニュアルを中心として－」 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4章第2節2., Pp.209-215. 国際開発ジャーナル社
- Rogers, C.R. 1970. “*Carl Rogers on Encounter Group.*” Harper & Row (畠瀬稔・畠瀬直子（訳）. 1982, 『エンカウンター・グループ－人間信頼の原点を求めて－』 創元社.)
- やまだようこ. 1997. 「モデル構成をめざす現場心理学の方法論」 やまだようこ（編）. 『現場心理学の発想』 第10章, Pp.161-186. 新曜社.
- 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.
- 山本力. 2001. 「研究法としての事例研究」 山本力・鶴田和美（編）. 『心理臨床家のための「事例研究」の進め方』 第2章, Pp.14-29.