

■ 実践研究

Bangladesh 医療プロジェクトにおける人間関係トレーニングの効果に関する考察

ー トレーニングから組織開発 (OD) への枠組み変換の必要性ー

The effect of Human Relations Training on the behaviors of health service providers in JICA medical project in Bangladesh.

中村和彦

(南山大学人文学部心理人間学科)

Dilder Ahmed Khan

(Bangladesh Dhaka MCHTI)

村上いずみ<sup>1</sup>

(JICA フィリピン事務所)

長谷部幸子<sup>1</sup>

(天使大学看護栄養学部)

南山大学人間関係研究センターは、JICA（国際協力機構）および国立国際医療センター医療協力部の依頼により、国際医療協力の分野において人間関係トレーニング（Human Relations Training）の導入・実践を行ってきた（中村, 2003a）。「人間関係トレーニング」とは、「ラボラトリー・メソッドによる体験学習」の通称であり（津村・山口, 2005）、国際協力の分野においてこの方法を実践する場合に、特にこの名称を用いてきている。1999年以降、本センターは人間関係トレーニングを3つの医療プロジェクト（パキスタン母子保健プロジェクト、カンボディア母子保健プロジェクト、Bangladesh・リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクト）において導入・実践してきた（実践報告は中村, 2000; 中村・川浦, 2001; 山口・グラバア, 2003; 中村, 2003b; グラバア・長谷川, 2003を参照のこと）。本研究では、筆者らが2002年度より担当したBangladeshのケースを取り上げ、そこでの実践と評価、そして今後の課題について考察を行うものである。

国際医療協力の分野において、人間関係トレーニングの実施が必要とされた背景には、2つの流れがあると考えられる。1つは、1990年代以降における、国際協力における「モノ中心」から「人間中心」へのパラダイム・シフトである（久木田, 1998）。人間関係への視点は「人間中心」のパラダイムにおける重要なテーマである。もう1つの流れは、医療分野における「患者中心の医療観」（Stewartら, 1995; 山本訳, 2002）への注目である。患者中心の医療観に基づき、患者を尊重し、丁寧なコミュニケーションを心掛け、質の高い医療サー

<sup>1</sup> 元JICA Bangladesh・リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクト長期専門家

ビスを提供するために、医療従事者に対してコミュニケーション・スキル・トレーニングが欧米を中心に実施されてきている (Sheldon, 2005)。このような時代の流れの中で、国際医療協力において人間関係トレーニングを実施する際の教訓を明らかにし、今後の課題を明確にすることは、今後同様の活動を実施していくために非常に重要である。

本研究は3部から構成されている。第I部は、バングラデシュのケースにおける実践記録として、人間関係トレーニングに関する諸活動とその実践プロセスについて簡略に記述する。第II部では、人間関係トレーニング実践の効果について、質的・量的データを用いて分析を行い、考察を行う。第III部では、今後の課題として、本ケースから得られた教訓を考察するとともに、今後のHRT実践では、“トレーナー機能”という現在の枠組みから、“組織開発 (OD)” の枠組みへの変換が必要であることを提言する。

## 第I部 本ケースにおける人間関係トレーニングの実践

### 1. ケースの概要

本研究では、2002年9月～2004年8月にかけて行われた、JICAバングラデシュ・リプロダクティブヘルス人材開発プロジェクトでの人間関係トレーニング（以下、HRTと略す）に関する諸活動を扱っていく。当プロジェクトは、バングラデシュにおける出産時乳児死亡率を低めることを最終目的として、ダッカ市内にあるMCHTI (Maternal & Child Health Training Institute) での臨床機能およびトレーニング機能を高めることを目的としたプロジェクトであった。

当プロジェクトにおいてHRTが実施されることになった契機は以下のものであった。JICAプロジェクト・リーダーが、本センターによるHRT実践の先行例だったパキスタン母子保健プロジェクト (中村, 2003b) でのHRT実践を視察した。視察後、当リーダーはバングラデシュ・プロジェクトにおいてHRTが実施されることを願い、2002年度に本センターに対してHRT導入の打診を行った。本センターでは、当プロジェクトでのHRT実施を筆者 (中村) が代表して執り行うことが決定され、2002年8月以降、以下の4回に渡って筆者らがバングラデシュ・ダッカ市に派遣された。第1回派遣：2002年9月 (1週間、短期専門家：中村、長期専門家：長谷部)、第2回派遣：2003年2～3月 (約1ヶ月間、短期専門家：中村、長期専門家：長谷部・村上)、第3回派遣：2003年8月 (約2週間、短期専門家：中村・長谷部、長期専門家：村上)、第4回派遣：2004年8月 (約2週間、短期専門家：中村、長期専門家：村上)。

### 2. HRT実施の目的とロジック・モデル

MCHTIは、産科と小児科の臨床機能 (外来と入院病棟) と、外部の看護師や保健ワーカーに対する研修機能の、2つの機能を持つ機関である。HRTを導入するにあたり、まずはMCHTIのスタッフ (医者・看護師) の中からHRTを

実施できるファシリテーターを数名養成し、養成されたファシリテーターが院内スタッフに対してHRTを実施する、という手順で行れた。HRTの目的は以下の3点であった。

**【HRT実施の目的】**

- ①HRTを実施できるファシリテーション能力が高まる
  - ②HRTでのファシリテーション能力を他のトレーニングに応用できる
  - ③MCHTIスタッフの患者に対する行動やスタッフ間の人間関係が改善される
- 上記のHRTの目的を達成するための過程として、Appendix 1に示したロジック・モデル（Nakamura et al., 2004）を想定した。

**3. HRT実施過程**

当プロジェクトにおけるHRT実施過程を概観するために、2年間の流れをTable 1に示した。大別すると、①導入期、②ファシリテーター養成期、③養成された現地ファシリテーターによるHRT実施期、の3段階に分けることができると思われる。以下では、各時期でのワークショップ内容について簡潔に記述する。

Table 1. 当プロジェクトにおける HRT 実施の流れ（【 】内は活動目的）

	筆者およびプロジェクト側の活動	MCHTI 側の活動
2002年 9月	<b>【HRT 実施に関するコンセンサス形成】</b>	
	- HRT デモ・ワークショップ（4日間） - 今後、MCHTIにてHRTを導入していくことで合意	- 7名のMCHTIスタッフが参加
2003年 2月～3月	<b>【HRT ファシリテーション・スキルの養成】</b>	
	- “Basic course of HRT”（6日間ワークショップ） - “Facilitator Training”（7日間ワークショップ） - 8名のファシリテーターが今後のHRTをMCHTIスタッフに対して実施していくことで同意	- 21名のMCHTIスタッフが参加 - ファシリテーター8名が養成された
2003年 4月～8月	-JICA 長期専門家による観察助言とサポート	
2003年 8月	<b>【HRT のモニタリングおよびスーパービジョン】</b>	- 臨床スタッフ（医師・看護師）に対する3日間HRTワークショップ×5回（計83名の参加者）
	- スーパービジョン（臨床スタッフに対する第5回HRT） - “Advanced Facilitator Training”（4日間ワークショップ）	
2003年 11月	-JICA 長期専門家による観察助言とサポート	- 事務スタッフに対する3日間HRTワークショップ（18名の参加者）
2004年 3月～8月		- サポート・スタッフに対する2日間HRTワークショップ×5回（計100名の参加者）
	- スーパービジョン（サポート・スタッフに対する第5回HRT） - モニタリングと最終評価 <2004年8月末にて当プロジェクト終了>	- 将来の方向性に関する議論

\* サポート・スタッフ：Aya（ベッド・メイキングや介助を担当）、掃除担当、門番、給仕担当などのスタッフ

**3-1. 導入時**

導入期（2002年9月）には、本センターにHRTの導入を依頼したJICAプロジェクト日本人リーダーは任期満了となり、新リーダーのもとでHRTを導入す

ることになった。MCHTIスタッフ（C/P）のみならず、新リーダーや、JICA日本人長期専門家（長谷部を除く）にとっても、HRTは未知のものであったため、最初に、HRTの特徴を紹介するためのデモンストレーション・ワークショップを4日間（1日につき3時間）行った。参加者は、MCHTIスタッフ7名、JICAプロジェクト・リーダーおよび専門家4名であった。MCHTI院長にワークショップへの参加を依頼したが、結果的には院長はワークショップに参加しなかった。

内容は、1日目がMCHTI内での人間関係にまつわる諸問題のブレイン・ストーミング（データ収集）、2日目がロールプレイによるコミュニケーション実習（実習“How do you feel the FWV?”）、3日目がグループワーク実習（ブロックモデル）、4日目が今後の導入を決定するためのミーティングであった。MCHTIスタッフは2日目および3日目の実習とふりかえりからHRTの意味を体得したようであった。4日目のミーティングでは、MCHTIスタッフ側から、まずはファシリテーターを養成し、その後ファシリテーターが他のスタッフに対してHRTを実施することが提案され、今後のHRT導入についてMCHTIスタッフ（7名）、JICAプロジェクト・リーダーおよび長期専門家、筆者の間で合意された。

### 3-2. ファシリテーター・トレーニング実施時

2002年9月の合意に基づき、2003年2月～3月にかけて、HRTを体験するための“Basic Course of HRT”ワークショップ（6日間×各3時間；MCHTIスタッフ21名が参加）と、HRTファシリテーター養成のための“Facilitator Training”ワークショップ（7日間×各3時間；MCHTIスタッフ15名が参加）が、筆者と長谷部（当時JICA長期専門家）によって実施された。両ワークショップにおける各プログラムの目的と内容をAppendix 2に示した。

“Facilitator Training”終了後、今後実際にHRTを実施していくにあたり、8名のファシリテーターが認定された。ファシリテーター8名、JICA長期専門家および筆者の間で今後のHRT実施計画が話し合われ、まずは臨床スタッフ（MCHTI内の医師と看護師）全員に対して、3日間（各2.5時間）のHRTワークショップを実施することとなった。なお、HRT実施の際には、8名のファシリテーターが2チームに分かれて実施していくことが決定された。

### 3-3. トレーニング実施時

2003年4月より、養成されたファシリテーターによるHRTワークショップが臨床スタッフに対して実施された。参加者には、職務としての参加命令が院長名で出された。また、村上JICA長期専門家によるアドバイスやサポートによって、現地ファシリテーターによるHRTが実施されていった。ファシリテーターがHRTを実施し始めた当初は、小講義が長すぎる、「聴く」実習などで実習のルールが徹底できない、ふりかえりが表面的に行われる、トレーニングの目

的をファシリテーターが伝えきれない、などの問題が見られた。これらの問題の一部は、2003年8月における筆者と長谷部（当時 JICA 短期専門家）によるスーパービジョンおよび4日間のワークショップ（“Advanced Facilitator Training”；Appendix 3 参照）によって修正された。

2003年11月に行われた事務スタッフに対するHRT実施では、臨床スタッフに対するトレーニングと同じパッケージが用いられたが、ファシリテーターは参加者から「なぜHRTが必要なのか理解できない」といった批判を受けた。その後、サポート・スタッフに対するHRTを実施するまでに約4ヶ月のブランクが空いたが、これには二つの要因が考えられる。一点目は、事務スタッフからの批判によって、ファシリテーターのHRTを実施しようとするモチベーションが下がったことである。二点目は、サポート・スタッフには非識字者が多く、読み書きができなくても実施できる実習を開発する必要があり、その壁を乗り越えるまでに時間が必要であったためである。

2004年3月から開始されたサポート・スタッフに対するHRTでは、ファシリテーター自身が開発した、ランプや写真を使った独自の実習が用いられた。また、参加者の理解力に合わせるように小講義が短くわかりやすくなった。サポート・スタッフには、彼らの研修機会が少ないことも手伝って、HRTは好評であった。2004年8月に行われたHRTワークショップをもって、MCHTI全スタッフに対するHRT実施は一巡した。2004年8月末をもってJICAプロジェクトは終了し、JICAによるHRT実施に対するサポートも終了した。

2003年4月～2004年8月の間に、（現地の）ファシリテーターは自らの手によって、MCHTIスタッフに対して実施したHRTは、計11ワークショップ、計28セッション（計74時間）、参加者201名であった（MCHTI以外の医療従事者に対するトレーニングも含めると合計時間はより多くなる）。なお、JICAプロジェクトが終了した2004年8月以降、MCHTIスタッフに対するHRTは実施されていない。

## 第Ⅱ部 本ケースにおける人間関係トレーニングの効果

### 1. MCHTIスタッフに対する調査の結果

MCHTIスタッフに対する、HRT実施の効果に関するインタビュー調査は、2004年8月に、最終評価のデータ収集として実施された。

#### 1-1. 調査の方法

HRT実施がMCHTIスタッフに及ぼしたインパクトを調査するため、Table 2に示した3項目のインタビュー調査がMCHTIスタッフに対して行われた。インタビューは全スタッフの約25%に当たる46名に対して行われた。なお、インタビューの際は、現地調査員がベンガル語でインタビューを行い、ベンガル語のデータを現地調査員が英語に翻訳した上で、筆者が分析を行った。



Table 2. MCHTI スタッフに対するインタビュー項目（実際はベンガル語に翻訳した上で実施）

項目 1. 【MCHTI での HRT の必要性】 “Is it necessary for MCHTI staff to have more HRT in future?”
項目 2. 【将来の HRT への参加意思】 “Do you want to participate in HRT in future, and do you want to learn more?”
項目 3. 【HRT 実施による変化】 “Does HRT make any differences in your current daily fieldwork?”

## 1-2. スタッフに対するインタビューの結果と考察

項目 1（MCHTIでのHRTの必要性）に対しては、96%のスタッフが「必要である」と答えた。インタビューの際に得られた理由（自由回答）について、筆者が分類を行った結果をTable 3に示した。Table 3における、カテゴリーa.～d.では、何らかの変化（病院、チーム、個人の行動、学習）について言及されている。また、カテゴリーe.とf.にて、HRT自体について言及されている。e.からはHRT実施が1回のみでは少ないと感じているスタッフがいること、f.からは、現状のHRTの質をより高めていく必要性をスタッフを感じていることがわかる。

Table 3. 項目 1（MCHTI での HRT の必要性）に対する理由（自由回答：カテゴリー化は筆者による）

カテゴリー	反応数(人数)	反応例
a. 病院のサービスの向上	n=10(2/8)*	病院の向上、よりよいサービスを提供する、サービスのアップグレード、我々のモットーは人々への奉仕
b. チームワーク向上	n=4 (3/1)	団結して働くこと、よりよい関係を作る
c. 個人の行動の向上・変革	n=7 (6/1)	行動を変えることが必要、院内での行動の向上、我々の誤った態度の修正
d. より学ぶため	n=4 (0/4)	より学ぶため、体験のために、より詳細を知るため
e. 更なるトレーニングの必要性	n=9 (5/4)	HRT の時間は不十分、再度のトレーニングが必要
f. HRT 自体の向上の必要性	n=5 (4/1)	より高い質の HRT 実施が必要、新しいバージョンの HRT、他のトピックスでの HRT
g. 一部のスタッフに必要	n=3 (2/1)	一部の医師に必要、低い職層での実施が必要
h. 「必要なし」	n=2 (0/2)	自分は既に HRT を受けた、自分は充分学んだ

\* 括弧内の左側は臨床+事務スタッフの中での反応数、右側はサポート・スタッフの中での反応数

次に、項目 2（将来のHRTへの参加意思）については、13%のスタッフが「自分は将来のHRTに参加したくない」と答えていた（Table 4参照）。特に臨床スタッフ（医師・看護師）にその割合が高いことがTable 4から伺える。Table 5には、項目 2 に対する理由について、筆者が分類を行った結果を示した。中には、c.の“自己の向上”のように、非常に内省的な反応や、更なるHRT実施を積極的に歓迎するd. “更なるHRTの必要性”のような反応も見られた。

Table 4. 項目 2（将来の HRT への参加意思）に対する MCHTI スタッフの反応

職種	“Yes, I want”	“No, I don't want”	total
臨床スタッフ（医師・看護師）	n=13 (76.5%)	n=4 (23.5%)	17
事務スタッフ	n= 6 (85.7%)	n=1 (14.3%)	7
サポートスタッフ（アヤ・守衛）	n=21 (95.5%)	n=1 ( 4.5%)	22
合計	n=40 (86.7%)	n=6 (13.0%)	46

Table 5. 項目 2 (将来の HRT への参加意思) に対する理由 (自由回答: カテゴリー化は筆者による)

カテゴリー	反応数 (人数)	反応例
a. より学ぶため	n=14(2/12)*	より学ぶため、人間関係を学ぶことに関心あり、HRT をより知るため、更なる体験のため
b. 仕事の向上	n=11 (5/6)	よりよいサービスの提供、毎日の仕事の改善、患者との関係の向上、この病院をよくするため
c. 自己の向上	n=10 (5/5)	自己発達、自分の間違いの修正、自分の態度を変えるため
d. 更なる HRT の必要性	n=7 (6/1)	学びには終わりなし、自分が忘れたことを思い起こすため、HRT は 1 年に 1 回は必要
e. 新たな HRT の場合	n=4 (3/1)	もしも新しいレッスンが提供されるなら、新しい課題ならば、アドバンス・レベルならば
f. 「参加したいとは思わない」	n=6 (5/1)	私は充分に変わった、HRT については全て学んだ、私には必要なし、退職が近いから

\* 括弧内の左側は臨床+事務スタッフの中での反応数、右側はサポート・スタッフの中での反応数

更に、項目 3 (HRT 実施による変化) では、Table 6 のような反応が得られた。中には、a. のような抽象的な反応も見られたが、c. “グループワークの重要性” や d. “コミュニケーション” などはまさに HRT が目的としていたものであり、それが参加者であったスタッフに伝わっていることが伺える。また、f. “内省的な態度” のように、非常に内省的な人間関係観を形成したスタッフも一部に見られた。

Table 6. 項目 3 (HRT 実施による変化) に対する反応 (カテゴリー化は筆者による)

カテゴリー	反応数 (人数)	反応例
a. 何らかの変化	n=7 (7/0)*	少し変わった、変化をもたらした、個人の行動、etc
b. 学びの応用	n=6 (3/3)	学んだことを応用、自分の行動を変えようと試みる、etc.
c. グループワーク	n=11 (3/8)	協力、団結、いい結果はいいグループワークがもたらす、etc.
d. コミュニケーション	n=5 (3/2)	患者とのコミュニケーション、他者の扱い方、etc.
e. サービスの質	n=5 (0/5)	自分のサービスの向上、よりよいサービスを提供、etc.
f. 内省的な態度	n=6 (4/2)	感受性、注意力、忍耐強さ、献身、自分の間違いを認めること
g. スタッフ間の関係	n=3 (3/0)	アヤをより理解した、よりよい関係、他病棟のスタッフと仲が深まった
その他 (それぞれの反応は n=1)		- 自分の家庭生活の変化 - より上のスタッフに従うこと - 仕事への関心が増した - 他者をやる気にさせること

\* 括弧内の左側は臨床+事務スタッフの中での反応数、右側はサポート・スタッフの中での反応数

以上の結果からすると、MCHTI における HRT は全般的にスタッフに歓迎されていることがわかる。また、スタッフによる認知としては、HRT の効果として、サービスの変化やコミュニケーションの変化、個人レベルでの態度や行動の変化など、いくつかの変化があった。しかし、一部には、HRT の必要性やそれがもたらした変化について、表面的でステレオタイプ的な反応があったことも否めない。特に、インタビューが行われた時期が、JICA プロジェクトが終了しようとしている時期であり、「よき終わり」への雰囲気・規範や、C/P が新たな援助を期待するような雰囲気がある時期であった。そのような雰囲気・規範が、JICA 側の筆者によるインタビューに対して、HRT をよりポジティブに表現させる要因になった可能性もある。

スタッフの自己認知によるバイアスを除くためには、サービスを受ける対象者である患者に対して調査を実施する必要がある。以下では、上記の調査

(スタッフに対するインタビュー)の5ヵ月後に実施された、HRTの効果を測定するための患者に対するインタビュー調査の結果を検討していく。

## 2. 患者満足度調査の結果

HRTの効果測定のための患者満足度調査は、2005年1月に実施された。HRT実施前の事前調査を行っていないため、事前事後テストデザインは用いることができない。そのため、ダッカ市内の公立病院における患者満足度とMCHTIのそれを比較することによって、MCHTIスタッフの患者に対する関わり方や態度を検討することとした。

### 2-1. 調査の方法

人間関係トレーニングの導入を行ったMCHTIは、産婦人科と小児科であり、患者(または付き添い)のほとんどは女性である。患者に対してインタビューによってデータを得る際に、患者とのラポールを形成するために、3名の女性インタビュアーによってベンガル語でインタビューが実施された。インタビューを実施した病院には院長から公式の許可を得た。患者に対するインタビューは2005年1月中旬に実施された。インタビューに用いられた6項目をTable 7に示す。

Table 7. 患者に対するインタビュー項目 (実際はベンガル語に翻訳した上で実施)

a-1. Did your doctor behave to you kindly and gently? (医師は親切にやさしく振舞ったか?)	1. no	2. very few	3. sometimes	4. often	5. always
a-2. Did your doctor listen to you with patience? (医師は忍耐強く聴いてくれたか?)	1. no	2. very few	3. sometimes	4. often	5. always
b-1. Did the nurses or FWVs behave to you kindly and gently? (看護師は親切にやさしく振舞ったか?)	1. no	2. very few	3. sometimes	4. often	5. always
b-2. Did the nurses or FWVs listen to you with patience? (看護師は忍耐強く聴いてくれたか?)	1. no	2. very few	3. sometimes	4. often	5. always
c. Did Ayas in this hospital behave to you kindly, and respond to you friendly? (アヤは親切で友好的か?)	1. no	2. very few	3. sometimes	4. often	5. always
d. Are you satisfied with this hospital about staffs' behavior? (スタッフの行動に対する全体的な満足度は?)	1. Not at all	2. satisfied a little	3. mildly satisfied	4. quite satisfied	5. very satisfied

最終的に、MCHTIではn=84、対象群となった小規模公立病院ではn=91、大規模公立病院ではn=82のデータを得た。産科/小児科および入院/外来の割合はカウンターバランスされた。なお、外来患者の中には、看護師やアヤと関わっていない患者がいたため、その際は該当する質問は行われなかった(該当する項目の回答は欠損値として扱われた)。

### 2-2. 患者インタビュー調査の結果と考察

MCHTIにおいてスタッフの関わり方に対する患者の認知および満足度が高いことを検討するために、対象病院を独立変数とした一元配置分散分析を行った。その結果をTable 8に示す。



Table 8. 各インタビュー項目に対する病院ごとの平均値および一元配置分散分析結果

		n	mean	Tukey HSD	S.D.	F value	possibility
<a1> 医師の親切さ	MCHTI	84	4.12		1.07	3.29	p<.05
	小規模公立病院	91	4.33	*]	1.05		
	大規模公立病院	82	3.90		1.16		
<a2> 医師の聴き方	MCHTI	83	4.01		1.25	2.30	p<.10
	小規模公立病院	91	4.14		1.21		
	大規模公立病院	82	3.76	1.13			
<b1> 看護師の親切さ	MCHTI	77	3.64		1.19	2.74	p<.10
	小規模公立病院	78	3.60	+]	1.20		
	大規模公立病院	82	3.26		1.03		
<b2> 看護師の聴き方	MCHTI	75	3.64		1.20	2.19	n.s.
	小規模公立病院	77	3.87		1.13		
	大規模公立病院	69	3.46	1.21			
<c> アヤの親切さ	MCHTI	72	3.10		1.48	6.36	p<.01
	小規模公立病院	80	3.34	*]	1.29		
	大規模公立病院	67	2.54		1.35		
<d> スタッフに対する全体的な満足度	MCHTI	84	3.74		1.16	2.69	p<.05
	小規模公立病院	91	3.44	+]	1.23		
	大規模公立病院	82	3.32		1.23		

+ p<.10 \* p<.05 \*\* p<.01

Table 8の結果からすると、MCHTIは大規模公立病院に比べて、項目b-1, c, dについて有意に高い平均値が得られた一方、項目a-1, a-2, b-2, cについては、小規模公立病院の方が有意ではないが高い値となった。つまり、MCHTIスタッフによる患者への関わり方の患者による認知は、大規模公立病院と比べると良好であるが、小規模公立病院と比べると劣っている、という結果であった。d. スタッフの行動に対する全体的な満足度はMCHTIが最も高く、特に外来についてこの値が高かった。つまり、MCHTIは、病院スタッフ全体の、特に外来における患者に対する行動が良好であったことが推測できる。

ところで、小規模公立病院における数値が高かったという結果からすると、病院スタッフの忙しさが、患者への関わり方に影響しているという可能性が考えられる。忙しさを表す指標としては“(外来の1日あたりの)患者数(平均) / (各入院病棟の)病床数”を得ることができた。そこで、“患者数/病床数”と“HRTの実施の有無”を独立変数とし、スタッフの患者への関わり方の指標(a-1, a-2, b-1, b-2, c)を媒介変数とし、患者による病院スタッフの行動に対する全体的な満足度(d)を従属変数としたパス解析を行った。そのパス・ダイアグラムをFigure 1に示す。

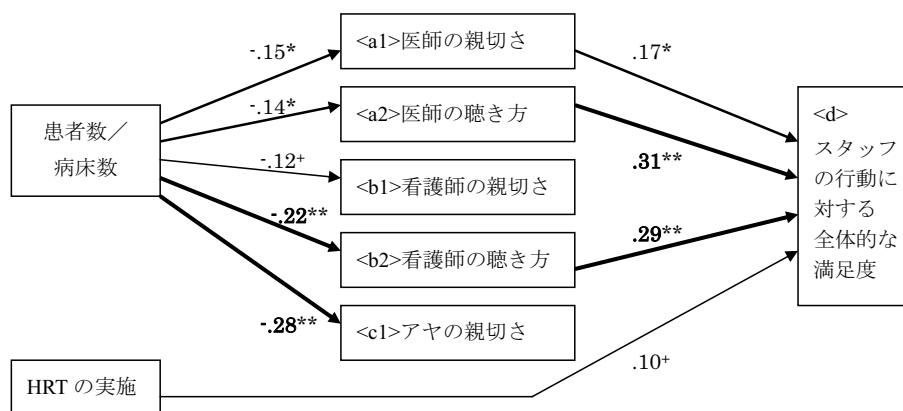


Figure 1. スタッフの行動に対する全体的な満足度を従属変数としたパス解析の結果 (数値はβ:標準化偏回帰係数を示す; +:p<.10, \*p<.05, \*\*p<.01)

Figure1の結果からすると、医師・看護師・アヤの関わり方（に対する患者の認知）は、病床数や患者数と負の関連があり、HRT実施の影響はなかった。すなわち、病床数や患者数が少ないほど、スタッフの関わり方に対する患者の認知は良好であり、病床数や患者数が多いほど、スタッフの関わり方は良くないと認知される傾向が見られた。“患者数／病床数”という環境的な要因がスタッフの関わり方に影響しており、HRT実施がスタッフの関わり方の指標に影響していなかったことより、今回のHRT実施による効果は、環境要因を超えるほどの機能を持っていなかった、ということになる。実際、HRT実施は各スタッフに対して1回のみであり、忙しさという環境要因を克服する程のHRTの効果を得られるためには、より継続的なトレーニング実施が必要であったと考えられる。

ところで、“医師の聴き方”や“看護師の聴き方”という、聴き方に関する要因が、患者のスタッフの行動に対する全体的な満足度に有意に影響していたという事実は注目に値する。この結果は、患者満足度の高めるための医療として、医療スタッフの聴く力を高めることが重要であることを示唆している。加えて、HRT実施と全体的な満足度との間に正の影響関係の傾向が見られた。

### 3. HRT実施の効果に関する全体考察

スタッフに対するインタビュー結果からは、HRTによってある程度の効果があったことが推察された一方で、患者に対する調査結果からは、MCHTIにおけるスタッフの患者への関わり方が良好であったのは一部（外来での全体的な満足度）のみであったことが明らかになった。スタッフの患者に対する関わり方について、MCHTIは大規模公立病院に比べると良好であるが、小規模公立病院に比べると劣っている部分もいくつか見られた。つまり、2年間にわたるHRT活動は、いくつかの成果が見られた一方で、環境のよい小規模公立病院を凌ぐほどに、患者に対するスタッフの関わり方の質を高めることはできなかった、ということになる。

スタッフに対するインタビューでは、一部のスタッフから、より質の高いトレーニングを望む声が聞かれた。患者に対する調査結果からも、HRTは環境要因を上回る程の効果が見られていない、ということを示していた。すなわち、これらの結果が共通していることは、より持続的なHRTの実施が必要であった、ということであろう。実際には、2004年8月のプロジェクト終了以降、MCHTIにおけるHRTは実施されていない。以下では、この点を中心に、HRT実施のパラダイム・シフトを含めた今後の課題の提言と考察を行う。

## 第Ⅲ部 国際医療協力における人間関係トレーニング実践の今後の課題

### 1. 本ケースからの教訓

前述したように、本ケースにおけるHRT実施の目的は以下の3点であった。

### 【HRT実施の目的】

①HRTを実施できるファシリテーション能力が高まる

②HRTでのファシリテーション能力を他のトレーニングに応用できる

③MCHTIスタッフの患者に対する行動やスタッフ間の人間関係が改善される

目的①および目的②に関する成果については、本稿では詳しく述べられていないが、ファシリテーターに対するインタビュー結果および筆者らの観察により、ある程度満足できる成果が得られていた (Nakamura, et al. 2004)。目的③については、第Ⅱ部2節にて明らかになったように、患者インタビュー調査による他病院との比較の結果、HRT実施による効果は一部に限られており、環境のよい小規模公立病院を凌ぐほど、スタッフの患者に対する関わりの質を高めることはできなかった。また、重大な問題は持続可能性の低さであろう。JICAプロジェクト終了以降、MCHTIにおけるHRTは実施されておらず、C/P独自によるHRT活動は持続していない。HRTがより効果的であり、より持続可能であるためには、どのような要因が影響しているのだろうか。以下では、本ケースから得られた教訓について考察を行っていく。また、考察を行っていく枠組みとしてGRPIモデル (Beckhard, 1972) を用いていく。このモデルは、本来はチーム発達の診断のために開発されたモデルであるが、組織行動についても応用可能であるとされている (Noolan, in press)。

GRPIモデルでは、チームや組織が発達していくには、G(Goal:目標)、R(Roles:役割)、P(Procedures:手続き)、I(Interactions:相互作用) が順に明確になり、成員の間で共有化されることが必要である、と仮定されている。例えば、サッカーならば、<G:目標>勝つために相手のゴールにボールを入れることが共有化され、<R:役割>そのために誰がフォワードであり誰が守備であるかを明確にし、それぞれの役割が共有化される必要がある。次に、<P:手順>サッカーの戦術として、マンツーマンで守備を行うか、ゾーンで守るか、サイドから攻撃するか、など、チームでどのようにものごとを進めるかが明確になり共有化される必要があり、そして<I:相互作用>選手同士のアイコンタクトやサポートなどの、お互いの関わりの質が高まることが重要となる。本ケースの状況をGRPIモデルに当てはめて、HRT活動に関する診断を以下で行う。

G(目標)：HRT実施の目標は何で、それは様々なレベルの成員間に共有されていたのであろうか？ HRTの最終目標は、スタッフ-患者間の関係を改善し、医療サービスの質を高めることであった。これはファシリテーターにある程度共有化されていたが、より詳細なレベルでは目標の焦点化ができていなかった。すなわち、HRTによる改善対象は、スタッフ-患者間のコミュニケーションと、スタッフ-スタッフ間のコミュニケーション (チームワーク) の双方に焦点づけられており、筆者らとファシリテーターに共有化されていた目標は複数のものが含まれており、その意味で明確ではなかった。

院長がHRTに望んだ目標は、スタッフの仕事への動機づけが高まること、スタッフの遅刻がなくなること、などであった。この院長のニーズとHRTの目標とにはズレがあり、完全には目標が共有化されていなかった。また、HRTへの参加者であったスタッフには、なぜ現段階でHRTが必要なのか、なぜ患者との関係を良好にする必要があるのか、という目標が共有化されてなかった。例えば、「“患者に優しい病院”認定のために、患者満足度を高めることが今年の目標である」という宣言が院長からなされ、ミッションとビジョンが明確になり、それらがスタッフ全員に浸透していれば、G（目標）はより明確で共有化されたものになったかもしれない。

R(役割)：目標を達成するために、誰がどのような役割を担い、その役割が適切であり、かつ、その役割が成員に共有化されていたか、というのがこのレベルである。まず、ファシリテーターがHRTを実践する役割を担ったが、彼らは忙しい臨床を持つ人々で、研修の専門家ではなかった。理想的には、HRD部門（もしくはOD部門）の研修担当専門家がHRTを実施していくのが望ましい。しかし、現実には難しい状況も多いと思われる。

また、HRTの実施を誰が決定し、誰が計画し実行するか、について、決定者は形式上院長であり、実行のための推進役は形式上トレーニング・コーディネーターであった。しかし、内省的にふりかえると、影の（実質上の）決定者と推進役は、元プロジェクト・リーダーであり、その決定の実行推進役は筆者（中村）でありJICA専門家であった、という矛盾が存在していたように思われる。院長が決定者・推進者・責任者となるよう、院長のコミットメントと内発的動機づけをより高める必要があったと考えられる。そして、Role（役割）に関する矛盾とあいまいさは、HRT導入時における院長との“心理的契約”に関わる問題に帰属することができよう。

P(手順)：目標を達成するための手順は明確であり、現状に適しており、成員に共有化されていたか、というのがこのレベルである。院長命令で全員に対してHRTを実施する、という手順は適していたと思われる。ただし、3日間のトレーニングで、対人間のコミュニケーション実習とグループでのコミュニケーションの双方を詰め込んだのは実習として要素が多すぎであった。Freedman（2000）は、トレーニングなどの介入を行う場合、トレーナーは一度に多くの要素を盛り込みたくなるものだが、必要最低限の要素のみを盛り込むことが望ましいという、“just enough”の発想の重要性を主張している。彼の観点からすると、3日間のHRTを実施する際に、Goal（目標）やビジョンと一致した、より優先順位が高い要素のみに絞る必要があっ

たと思われる（例えば、対人間コミュニケーションで、患者との関わりの方に焦点を当てた実習を実施する、など）。

I(相互作用)：参加者の中には、新しい形態のトレーニングを楽しみ、多くを学んだ者もいた一方、強制的に参加させられたことにより、参加者の内発的動機づけが低く、真剣に学ぼうとしなかった者もいた。これは、Goal（目標）のレベルと関連している。また、HRTの中の学習コミュニティとしての風土作り（例えば、シェアリングの際に正直なフィードバックを勧めるなど）は、ファシリテーターにとって非常に高度なスキルが必要とされるが、当然ながらそのレベルまでの関わり方のスキルは経験不足のため養成されておらず、ファシリテーターと参加者の相互作用の質にも多くの課題があった。

以上のように、GRPIモデルをベースとした診断からすると、HRT活動はG（目標）のレベルから明確でなく、また共有化されておらず、最初のステップからうまく機能していなかったことがわかる。最初のステップとして、目標形成（ミッションやビジョン形成を含む）とその合意形成がいかに重要であるかが理解できる。HRT実施の際に、トレーニングがうまくいかなかった場合、ファシリテーターの資質やスキルの問題（つまり、I：相互作用のレベル）に帰属しがちであるが、実は個々人の関わり方の質より前段階に、目標・役割・手順という諸レベルでの明確化・共有化が必要であろう。本ケースでは、2002年9月における最初の派遣で、筆者（中村）はカウンターパートとの合意を形成したつもりであったが、院長との合意形成（心理的契約）について手抜かりがあったことを認めざるを得ない。目標の重要性、特にトップとの目標の摺り磨り合わせがいかに大切であるか、が本ケースから得られた教訓の1つである。

GRPIの各レベルが明確であり、成員に共有化されていたならば、国際協力の分野で重要とされる“持続可能性”も当然高くなるであろう。つまり、HRT導入という活動を行いながら（または、行う前に）、その活動をよりマクロな視点から見る理論的枠組みが必要であり、それらの枠組みの視点を持ちながら内省的に実践を行うことの必要性がある。

## 2. 「トレーニング」から「組織開発（OD）」へ

本ケース、および、パキスタンとカンボジアにおけるHRT導入（中村, 2000; 中村・川浦, 2001; 山口・グラバア, 2003; 中村, 2003b; グラバア・長谷川, 2003）では、筆者（中村）を含めた当センター員はトレーナーとしての派遣要請によって現地に赴き、現地にてファシリテーター・トレーニングを実施するという、“トレーナー”としての機能と役割を果たしていた。しかし、上記の考察から得られた教訓は、単なるトレーナーとしてHRTを導入していただくだけでは、病院という“組織”の変革に対しては限界がある、というものである。ト



レーニングを依頼され、それを実施し、その成果を評価するという、現状の“トレーナー機能”を超えて、よりマクロな視点を持ち、組織が変革していく過程をモニタリングしつつ、トレーニングという介入手法を実施していくことが必要であろう。“トレーナー機能”を超えた、よりマクロな枠組みを提供してくれるのが、米国NTLを中心に発達してきている組織開発（Organization Development: 以下ODと略す）の考え方である。前述のGRPIモデルもODのための1つの診断モデルである。以下では、ODの概略を示すとともに、ODの発想を生かした今後の課題について考察を行う。

Table 9. 現代のODにおける介入の種類（Cummings & Worley, 2005）

<b>1. Human process Interventions（ヒューマン・プロセスへの介入）</b> 組織成員間に生じる社会的なプロセス（コミュニケーション、意思決定、リーダーシップ、グループ・ダイナミクス）に対する介入。	
Coaching	マネージャーやエグゼクティブに対するコーチング（上司へのコーチング研修は Training）
Training	最も古い介入方法、個人のスキルや知識を高めるためのトレーニング
Process Consultation	チームに対するプロセス支援、成員間の人間関係を高めるための診断と介入
Third-party Intervention	問題解決や取引、調停などのように、第三者が入ることによる介入
Team-Building	チームの課題遂行と問題解決の能力を高めるための諸活動
Organization Confrontation meeting	組織の問題を洗い出し、アクションを探る会議の実施（GE のワークアウト）
Intergroup Relations	組織内の異なるグループ間や部署間の関係を改善するための介入
Large-group Interventions	組織のステークホルダー間の価値や方向性を折り合わせていく介入（Future Search 等）
<b>2. Technostructural Interventions（技術構造的介入）</b> 仕事の分配、部署間の調整、生産やサービスの生み出し方、仕事の流れのデザイン、などの組織の構造や技術的な問題に関する介入。	
Structural Design	プロセス・ベース、ネットワーク・ベースの構造作り、部門や部署の再編も含む
Downsizing	レイオフ、アウトソーシング等による人員削減
Reengineering	仕事の流れの再統合、既存の業務の流れを見直し、業務プロセスを再設計する
Parallel Structures	業務や変革に関するアイデアを、プロジェクト型チーム、QC などを用いて出させることによって、従業員関与（EI）を高めようとする介入
High-Involvement Organizations	組織構造のフラット化、決定への参加、情報のオープン化によって、EI を高める介入
Total Quality Management	日本でもお馴染みの TQM（品質管理）
Work Design	エンジニアリング・アプローチ、動機づけアプローチ、社会・技術システム・アプローチなどによって、業務デザインに対して介入していく方法
<b>3. Human Resources Management Interventions（人材マネジメントへの介入）</b> 有能な人々を組織に引きつける要因に関連。日本での人事考課（評価や報酬システム、昇任、能力開発、キャリアデザイン）に関連する。	
Goal Setting	明確で挑戦的な目標を設定することによる介入、目標のレベルは個人・チーム・部署等
Performance Appraisal	パフォーマンス評価の方法などに関する介入
Reward System	賃金や昇格等、従業員の満足に関連する要因への介入
Career Planning and Development	いわゆる、「キャリア計画」と「キャリアデザイン」
Managing Workforce Diversity	女性・マイノリティ・障害者の様々なニーズに対する対応と実践
Employee Wellness	従業員のストレス・マネジメント（精神的・財政的）
<b>4. Strategic Interventions（戦略的介入）</b> 環境（競争相手）との関連で今後必要とされる戦略に関する介入。	
Integrated Strategic Change	“Strategic Planning”に関連、環境要因や内的要因を加味した上での戦略計画と浸透
Mergers and Acquisitions Integration	組織の合併や吸収による新たな組織作りへの介入
Alliances	提携（2つの会社が同じ目標に向かって協働する）への介入
Networks	1社では解決できない問題を3～4社で解決していくネットワークへの介入
Culture Change	戦略や環境に適切な組織内の文化（風土）を発達させるもの
Self-Designing Organizations	組織自体がその戦略に向けて自らをデザインし実行していくキャパシティを創る介入
Organization Learning and Knowledge Management	新たな知識が生成される組織学習とそれらを用いるマネジメント

ODはK.Lewinが提唱したアクション・リサーチのモデルをベースとしており、ODとは「組織において、個人や組織の効果を高めるために、行動科学の原理や実践を応用していく体系的なプロセスである」（French & Bell, 1999, p.1）

と定義されている。ODが“トレーニングの単なる実施”とは異なる部分は、ODではトレーニング実施は介入（またはアクション）の1種類であるという点である。また、介入（アクション実施）の前後に、契約→データ収集→データ分析→フィードバック→アクション計画→アクション実施→評価→終結、という体系的な一連のプロセスが想定されている（Tschudy, in press）。なお、日本において1970～80年代に流行したODは、アクション実施の段階が中心であり、特にアクションの中でも体験学習による実習を用いた対人関係改善のためのトレーニングやチーム・ビルディングに焦点づけられていたと考えられる。実際は、Cummings & Worley（2005）によると、ODにおける介入方法は4種類（「ヒューマン・プロセスへの介入」、「技術構造的介入」、「人材マネジメント的介入」、「戦略的介入」）に大別されている（Table 9参照）。当時流行した、体験学習を用いた実習は「ヒューマン・プロセスへの介入」の中のTrainingとTeam Buildingの2種類にすぎない。また、介入（アクション）はODの中の1段階にすぎない。つまり、日本における当時のODは非常に狭義の“OD”であり、本来のODはより包括的であることを強調したい。

ODにおける一連のプロセスの中で、成功の鍵を握るのが“契約”であるといわれている。クライアントが望むこと、ODコンサルタントが提供できることを話し合い、今後取り組む事柄について相互的な同意を形成し、心理的な契約を結ぶことがこの段階で重要なことである。JICAプロジェクトの場合は、プロジェクトに関する契約は国と国との間で交わされているが、HRT実施に限ってカウンターパート（特にトップ）と専門家との間で、今後の期待や実施していくプロセスについて相互の合意を得ることは可能であろう。当然、予定通りに進まないことがあり、その場合はその度に“再契約”を行うことになる。契約といっても、“法的な契約”ではなく、カウンセリングなどでも用いられる“心理的な契約”を意味している。

次のステップが、データ収集および分析である。これらは、介入方法を決定する前に、組織自体を診断するために行われる。トレーナーの場合は、クライアントからトレーニング実施を依頼され、そのトレーニング内容もクライアントから依頼されることが多いため、学習者のニーズ調査が行われることはあっても、この“組織の診断”は実施されないことが多い。技術的なトレーニングや、個人的なスキルの開発を目的としたトレーニングならば、診断なしのトレーニング実施も可能であろう。しかし、例えば、人間の身体という複雑なシステムに対して手術を行うという場合、事前に医師が患者を診断することと同じで、組織のような複雑なシステムに対して介入を行う場合は、そのシステムの状態について診断を行う必要がある。組織の診断は、インタビュー、サーベイ、観察などによってデータが収集され、組織モデルに基づいたデータの分析が行われる。分析結果はクライアントにフィードバックされ、その上でクライアントとともに介入やアクションの方法について話し合われる。つまり、「はじめ

に（トレーニングという）介入方法ありき」というプロセスが“トレーナー機能”であるのに対して、データを収集し、データに基づいて介入方法をクライアントと共同で決定していくのがODコンサルタントの機能である。

Freedman（2000）は、ODコンサルタントによる介入を行うタイミングに関する“just in time”原理を主張している。彼はまず、個人の集まりが高パフォーマンス・チームになっていくために、4つのプロセスの次元があることを想定した。①個人的・対人的ダイナミクス、②グループ・ダイナミクス、③課題遂行と目標達成（参加型問題解決と意思決定のあり方）、④バウンダリー・マネジメントと集団間関係、の4つである。チームがうまくいかない場合、通常、人材開発トレーナーは、①や②のレベルに対して介入をしたがると彼は指摘した。しかし、彼が主張する“just in time”原理からすると、まずは③のプロセスに介入し、④のプロセスに対しても備えをするが、①や②のプロセスへの介入は、③のレベルの介入のみでは変化が生じないことをチーム自身が認識するまで待つ必要がある、としている。なぜならば、①や②のレベルへの介入は抵抗が生じる可能性が高く、①や②のプロセスに対して焦点を当てるためには、対象となるチームのメンバーのレディネスや必然性が必要であるためである。

HRTはまさに①や②のプロセスに対して介入を行うものであるが、Freedmanの主張からすると、病院という組織開発を行う際に、いきなり①や②のプロセスへの介入を行うのではなく、まずは③のレベルについて焦点を当て、目標を明確にすることや、意思決定システムを明確にするなどの介入が必要であったことが示唆される。このように、いつ、どのような介入を、どのようなプロセスで実施していくか、について、ODの様々な知見や示唆を与えてくれる。

ところで、HRTを導入する際に、我々はトレーナー機能を果たすのか、それともODモデルを用いた活動を行うか、という2分法にて本稿では議論を行ってきたが、外部コンサルタントの役割に関してより精緻化された分類がある。近年、米国のODコンサルタントによって最も多く読まれているBlock（1999）では、コンサルタントの役割は、1）“片腕”役割（a pair-of-hands role）、2）専門家役割（expert role）、3）協働役割（collaborative role）の3つに分けられている。また、Freedman & Zackrisson（2001）は、Blockの分類に基づきながら、2）専門家役割を更に分け、①外部の片腕（extra-pair-of-hands）、②トレーニング／教育スペシャリスト（training/educational specialist）、③技術的専門家（technical expert: techspert）、④ODコンサルタント（OD consultant）の4タイプに分類した。以下に各タイプの簡単な説明を記す。

①外部の片腕タイプとは、本来は内部の人材にて果たされるべき機能が、何らかの理由によって機能しないために、外部の人間がそれを担う場合である。担当者の異動や病気による不在、その機能を果たす役割の人物（例えばマネージャー）が多忙のため、その課題が行えない（実行しようと思えばできるが、その気がない）、などという状況が該当する。内部責任者がコントロールを行

い、外部者は、内部責任者による指示で動くこととなる。このタイプは、内部に変化のための十分な情報や専門性があることが前提であり、国際協力における介入には当てはまらない。

②トレーニング／教育スペシャリストとは、外部者がトレーニングや教育の専門家であり、(組織成員のニーズを評価した上で) トレーニングのデザイン・開発・実施・評価を行うというタイプである。専門性は外部専門家にあるとされる。従来のHRT導入における役割はこのタイプであったと考えられる。③技術的専門家は、技術上の専門性を外部者が有しており、外部者が知識や技術、スキルについての解決法を内部者にもたらずタイプである。国際協力における外部者から内部者への技術移転によく見られるタイプである。

④ODコンサルタントのタイプは、内部リーダーや組織内成員とともに協働しながら変革のプロセスを歩むものである。両者の関係は相互依存(interdependent)とされ、意思決定は双方によってなされる(Block, 1999)。変革における各ステップについて、外部者と内部者が議論を重ねながら、実行計画をお互いの同意の上で決定していく。伝統的には、ODコンサルタントは“プロセス”の専門家として考えられていたが(「プロセス・コンサルテーション」; Schein, 1998)、Freedmanらは、今日においてはODコンサルタントが②トレーナー／教育担当や③技術的専門家と手を結び、統合的なコンサルティングを実施する必要性を示唆している(Freedman & Zackrisson, 2001; p.43)。

国際医療協力分野におけるHRT実施に限ると、外部者である我々の役割は②トレーニング／教育スペシャリスト、または、②+④(トレーナーの機能も持つODコンサルタント)、のどちらかであると考えられる。そして、②トレーニング／教育スペシャリストの機能(上述した「トレーナー機能」)のみで、HRT導入が成功するのは、以下の全ての条件がプロジェクト側に揃っている場合のみであろう。

- a. HRT導入の目的が個人レベルでの達成目標であること(患者に対する医療スタッフのコミュニケーション・スキルの改善、など)
- b. HRT実施の目的が、当該組織のビジョンや変革目標と一致していること
- c. C/Pの少なくともトップがHRTを理解した上での導入を希望していること
- d. C/Pの中にHRTを実践していくのに適切な役割を持つ人材(トレーナー)がいること
- e. C/Pの多くが現状(患者へのサービス)に満足しておらず、変革の必要性を感じていること
- f. 日本人専門家がHRTの目的と特徴を理解しており、HRT活動に対するサポートが期待できること

上記の条件が全て揃っている場合は非常に少ないと思われる。特に、a.~e.の中の1つでも条件が揃っていない場合は、④ODコンサルタントのタイプによる協働的な役割として活動することが必要となる。例えば、a.については、



HRTの導入目的に、チーム・ビルディングや病院の風土改革など、グループ・レベル以上の目的が含まれる場合、ODの発想が必要となろう。また、b.については、HRT実施が組織のビジョン等と一致していない場合、その組織のビジョン形成やストラテジック・プランニング（strategic planning：戦略計画）をODの枠組みとして事前に行う必要がある。c.における、C/Pのトップとの合意形成は、前述したように非常に重要である。もしもC/Pのトップとの間にHRT実施の合意が形成されない場合は、HRT導入を見送り、トップの期待に合うような介入方法を考えていく必要がある。d.のトレーニング実施を専門とする人材がいるかどうかは、パキスタンにおける母子保健プロジェクトと本ケースとが異なっていた点である。パキスタンでは、トレーニング実施を専門とする医師・看護師チームが存在していたが、バングラデシュ・プロジェクトでは研修専任は4名のみであり（うち3名はアシスタント）、多くのHRTトレーナーは臨床との兼任であった。HRTを実施していくのに適切な役割が存在していない場合、組織内にその役割を創ることが重要であり、これもODの枠組みからの発想が必要となる。最後に、e.について、HRTの参加者となる組織内のスタッフに、変化に対する何らかの動機づけがない場合、Off-the-Job TrainingであるHRTを実施しても、参加者がその学びを現実に生かそうとしないことが考えられる（Freedman & Zackrisson, 2001）。その場合、HRTを受けたスタッフが日常の現場で学びを応用しようとするための工夫（何らかのシステム導入）が必要となる。

以上のように、トレーニングの対象が個人のスキル開発のみではなく、その組織の文化や風土を含めた組織全体の変革を伴う場合は、組織開発（OD）による発想を持ちながらC/Pと協働的にアクションを進めていくことが重要であろう。

## 要約

本稿は、バングラデシュでの医療プロジェクトにおける、人間関係トレーニング（HRT）導入に関するケース研究である。第I部では、2年間にわたるHRTの実施過程を簡潔に記述した。また、第II部では、HRTが病院スタッフに及ぼした効果について、スタッフに対するインタビュー調査と、患者に対するインタビュー調査に基づき検討を行った。その結果、スタッフはHRTの効果に対して肯定的であったが、患者に対する調査の結果からは、本病院は環境がよい小規模公立病院に比べて、スタッフの患者に対する関わりが良好であるとはいえず、HRTの効果を高めるためにはより持続的なトレーニングの必要性が示唆された。第III部では、本ケースでのHRT導入の質をより高めるための視点や方法を、GRPIモデルに基づき考察を行った。特に、トップとの再合意と成員の動機づけを高めるための目標（ミッションやビジョン）の明確化の必要性を述べた。また、組織の変革を目標にする場合は、“トレーナー機能”として



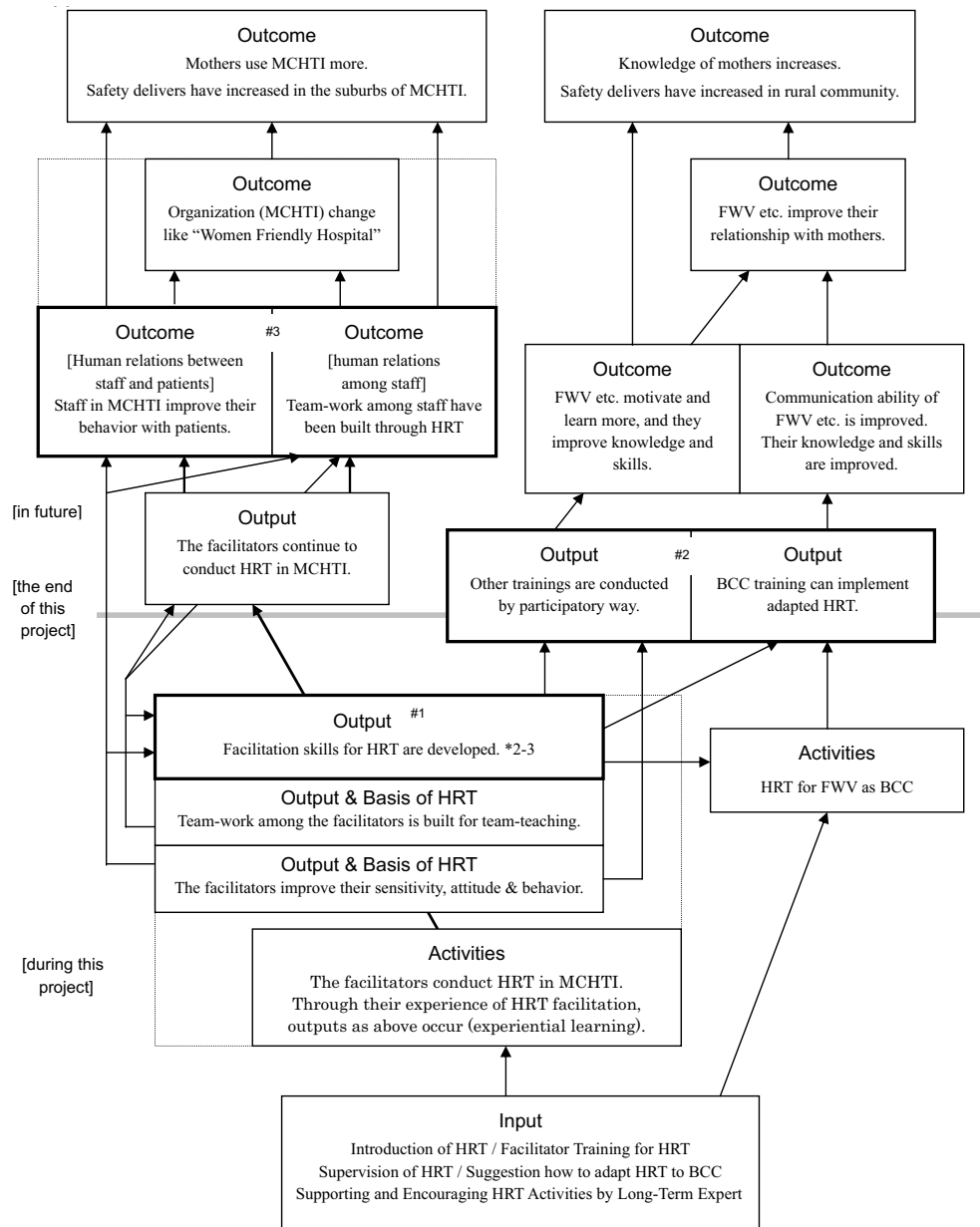
の発想から、組織開発（OD）の発想に変換することの重要性について考察を行った。

※本研究の第Ⅱ部は、平成16年度国際医療協力研究委託事業「住民の主体的な行動変容をもたらす健康増進プログラムの開発に関する研究」の補助を受けて行われた。また、第Ⅲ部は、2005年度に中村が修了したNTL Institute Organization Development Certificate Programにおける学びを基に執筆されたが、そのプログラム研修費の一部は平成17年度文部科学省「大学・大学院における教員養成推進プログラム」の補助を受けた。

## 引用文献

- Beckhard, R. 1972 Optimizing team building effort. *Journal of Contemporary Business*, 1(3), 23-32.
- Cummings, T. G., & Worley, C. G. 2005 *Organization Development and Change (8<sup>th</sup> Edition)*. Thomson, South-Western.
- Block, P. 1999 *Flawless Consulting: A Guide to Getting Your Expertise Used (2<sup>nd</sup> Edition)*. San Francisco: Jossey-Bass/Pfeiffer.
- French, W. L., & Bell, C. H. 1999 *Organization Development: Behavioral Science Interventions for Organization Improvement (Sixth Edition)*. NJ: Prentice Hall.
- Freedman, A. M. 2000 *Developing high Performance Teamwork: Core Competencies in Facilitating Four Critical Team Processes*. Manuscript submitted for publication.
- Freedman, A. M., & Zackrison, R. E. 2001 *Finding Your Way in the Consulting Jungle: A Guidebook for Organization Development Practitioners*. San Francisco: Jossey-Bass/Pfeiffer.
- グラバア俊子・長谷川美穂 2003 カンボディアでの人間関係トレーニング（HRT）の実施－JICA母子保健プロジェクトでの実践（2002年度）－人間関係研究（南山大学人間関係研究センター紀要），2，166-185.
- 久木田純 1998 エンパワーメントとは何か 久木田純・渡辺文夫（編）現代のエスプリNo.376 エンパワーメント：人間尊重社会の新しいパラダイム 至文堂 Pp.10-34.
- 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），17，23-32.
- 中村和彦 2003a 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－人間関係研究（南山大学人間関係研究センター紀要），2，118-132.
- 中村和彦 2003b 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－ 人間関係研究 (南山大学人間関係研究センター紀要), 2, 150-165.
- 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その考察 (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), 1, 165-179.
- Nakamura, K., Kabir Khan, M.O., & Murakami, I. 2004 *The Final Evaluation Report on the Implementation of Human Relations Training in Maternal & Child Health Training Institute (MCHTI)* Unpublished report for JICA Human Resources Development in Reproductive Health (HRDRH) Project
- Noolan, J. A. C. in press Organization diagnosis phases. In B. B. Jones & M. Brazzel (Eds.) *The NTL Handbook of Organization Development and Change*. Chapter 11. San Francisco: Pfeiffer.
- Schein, E. H. 1998 *Process Consultation Revisited: Building the Helping Relationship*. Addison-Wesley. (稲葉元吉・尾川情丈一 (訳) 2002 プロセス・コンサルテーション－援助関係を築くこと－ 白桃書房)
- Sheldon, L. K. 2005 Communication in oncology care: The effectiveness of skills training workshops for healthcare providers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 9, 305-312.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. 1995 *Patient-Centered Medicine: Transforming the clinical method*. Sage Publications Inc. (山本和利 (監訳) 2002 患者中心の医療 診断と医療社)
- Tschudy, T. N. in press An OD map: The essence of organization development. In B. B. Jones & M. Brazzel (Eds.) *The NTL Handbook of Organization Development and Change*. San Francisco: Pfeiffer.
- 津村俊充・山口真人 (編) 2005 人間関係トレーニング第2刷－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 2003 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)－HRTのマスタープラン作り－ 人間関係研究 (南山大学人間関係研究センター紀要), 2, 133-149.



Appendix 1. 当プロジェクトにおける HRT 諸活動のロジック・モデル

Nakamura et al.(2004)より引用

#1, #2, #3 The 3 core objectives of HRT activities

Appendix 2. 2003年2月～3月に行われたワークショップにおける各プログラムの目的と内容

1) 6 days workshop on “**Basic Course of HRT**”

objectives: To experience HRT to make foundation of TOT.

To be aware of “process” in a group and interpersonal relationships.

To be aware of one’s characteristics how to speak and how to listen.

Date	Objective	Activity
22 <sup>th</sup> Feb.2003	To experience of human relation training by “Experiential Learning”.	group work exercise “Food Court” (「匠の里」を変形したカード型実習)
23 <sup>th</sup> Feb.2003	To be aware of paired communication process, etc.	communication exercise “Speaking, Listening and Observing”
24 <sup>th</sup> Feb.2003	To be aware of group process, etc.	group work exercise “Block Model”
25 <sup>th</sup> Feb.2003	To understand the importance of listening, etc.	communication exercise “Listening”
26 <sup>th</sup> Feb.2003	To experience group decision making by consensus, etc.	Consensus exercise “Escape from Crisis”
27 <sup>th</sup> Feb.2003	To apply one’s learning in this workshop.	group work exercise “Take me to the Dental Clinic”

2) 7 days workshop on “**Advanced Course of HRT: Facilitator Training**”

objectives: To understand concepts of HRT / To develop facilitator skills

Date	Objective	activity
3 <sup>rd</sup> Mar.2003	To know about facilitator’s skill of HRT, etc.	Short Lecture “Characteristics of Human Relation Training” Grouping: divided into 4 teams (A/B/C/D)
4 <sup>th</sup> Mar.2003	To understand how to prepare a program of HRT, etc.	Short Lecture “The roles of facilitators” / “How to prepare a program” Preparing a training program by each team
5 <sup>th</sup> Mar.2003	To understand how to conduct a program of HRT, etc.	Short Lecture “How to conduct a training program” Preparing a training program by each team
6 <sup>th</sup> Mar.2003	To develop HRT facilitator’s skills.	Implementation of training program (consensus seeking) by A team Feedback to A team
8 <sup>th</sup> Mar.2003		Implementing leadership exercise by B team Feedback to B team
9 <sup>th</sup> Mar.2003		Implementing information sharing exercise by C team Feedback to C team
11 <sup>th</sup> Mar.2003		Implementing paired communication exercise by D team Feedback to D team

Appendix 3. 2003年8月に行われたワークショップ“Advanced Facilitator Training of HRT”における各プログラムの目的と内容

objectives: To develop and expand facilitators’ skills more. (proceeding simpler / more two-way / getting new exercise / developing capacity for training to illiterate participants)

participants: 11 facilitators (8 facilitators and 3 new facilitators)

date	Objective	activity
23 <sup>rd</sup> Aug.2003	To understand how to implement a simple training program.	Group work exercise (information sharing) “HRD Hospital”
24 <sup>th</sup> Aug.2003	To understand how to implement the simple and plain “listening exercise” program.	Communication exercise “A verbal Message Line” / “Listening Trios”
25 <sup>th</sup> Aug.2003	To understand how to facilitate the sharing phase.	consensus exercise without correct answer “facilitation of sharing” and feedback
26 <sup>th</sup> Aug.2003	To understand how to implement H.R.T. for illiterate participants.	Exercise “A Line of Animal” / “Gobang” Exercise “How to facilitate sharing without writing reflection sheet”