

# 日本におけるセルフヘルプ・グループへの期待と問題の現状

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 明治大学大学院 公開日: 2015-10-01 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 三好, 真人 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10291/17571">http://hdl.handle.net/10291/17571</a>

# 日本におけるセルフヘルプ・グループへの 期待と問題の現状

## The expectations and the present conditions of problems to the Self-Help Groups in Japan

博士後期課程 臨床人間学専攻 2012 年度入学

三 好 真 人

MIYOSHI Masato

### 【論文要旨】

セルフヘルプ・グループとは、何らかの問題を抱えた当事者が、回復を志向し主体的に集うコミュニティである。その活動は現在、社会全体に広まり様々なグループが形成されている。本稿では、多様化したグループの定義をめぐる問題と、回復機能を扱った研究を整理することで、グループに対する社会からの期待を記述し、日本においてグループの存在がどのように描かれてきたかを検討する。一方、回復機能が支持され、回復資源として認めてきた先行研究と裏腹に、現在日本のなかでは活動に問題を抱えるグループが少なくない。そこで、筆者がフィールドワークを行ったメンタルヘルスに関わる 2 つのグループの事例を提示することを通じて、社会からの期待と現実問題の双方を指摘することを試みた。結果として以下の視点を抽出した。まず、当事者組織として運営されてきたグループが、現在のメンタルヘルス領域の専門的支援の充実とどのように関わっていくのかという視点、そして、専門的支援の充実のなかで、グループは今後どのような独自性を保ちながら活動を継続していくのかという視点、さらに、専門的支援とグループは協働関係の構築を進めていく必要があるという視点である。

【キーワード】 セルフヘルプ・グループ、回復機能、活動問題、断酒会、生活の発見会

### 1. はじめに

セルフヘルプ・グループ（以下、SHG）とは、「何らかの問題・課題を抱えている本人や家族自身のグループである」（久保，1998）。日本における SHG の形成と発展は田中（2001）によれ

ば「1960年代～1970年代の萌芽期，1980年代の助走期，1990年代の発展期」と，社会に浸透しながらその活動が認められてきたプロセスがある。

伊藤（2001）によれば「生きづらさを抱える人々の問題のほとんどに，セルフヘルプグループが存在するよう」（伊藤，2001）になるほど認知度は高まっている。一方で「生きづらさを抱える人々」とは多様な「人々」を対象にしており，SHGを一括りに語る事が難しくなった。また，それほどまでに広がりを見せたSHGであるが，その多様性ゆえ，未だ存在そのものの定義や活動の実際は不明な点が多い。田中の指摘も「1990年代の発展期」で締めくくられており，2000年代以降，日本のSHGがどのような展開を遂げているかという問題は扱われることが少ない。

そこで本稿では，SHGの回復・定義研究を見直し，SHGへの社会（当事者・専門家・行政・実務家・臨床家・研究者を含むSHGに関わる多様な人々が社会に含まれるだろう）からの期待を，主に回復機能を扱った研究のレビューを行うことで整理する。また，日本のSHGではメンタルヘルスの問題を扱うグループが顕著に発展してきたことを考慮し，臨床心理学領域で扱われた実践的研究をもとにSHGへの期待を検討する。一方で，1990年代の発展期を超えて，「2000年代以降」のSHGは様々な問題を抱えるようになってきていることも指摘されている（Oka，2013）。ここにどのような問題が顕在化しているのかを明らかにするためには，ある程度の活動の経過と規模を持ち，保存されている活動の記録を日本でのSHG活動のプロセスモデルとして扱うことができるケースを検討することに意味があると考えられる。そこで，本稿では「公益社団法人・全日本断酒連盟（断酒会）」と「NPO法人・生活の発見会」という2つのSHGの活動の変遷をたどり，現在のグループが抱える問題点を記述することで，期待と現実の乖離とも言える現象を指摘することを試みる。

## 2. セルフヘルプ・グループへの期待

本章ではSHGに対してどのような期待がなされてきたのかを検討する。そのために，まずグループにおける回復を扱った研究を展望する。その後，SHGとは何かという定義を扱った研究を見直すことでSHGがどのようなグループとして見られ，どのような活動の形態のうえで回復が期待されてきたのかを検討する。最終的にそれらを総合して，近年のSHGを扱った実践的研究を材料とし，実際の現場ではどのようにSHGが描かれているのかを扱っていくこととする。

### 2-1. SHGにおける回復機能

社会に広まったSHGであるが，それでは「なぜ同じ問題を抱える人々が集うことで回復していくのか」という問題に対して様々な研究がなされている。

SHGには専門的な援助とは異なり，何か特別な技術を備えた専門家がグループの中にいるわけではない。参加者はみな問題の当事者である。そのような環境のなかでの参加者の回復についてその機能が提唱されてきた。

伊藤はそのような「回復機能」研究が示してきた代表的な機能は4つに分けられることを示唆している。伊藤（2000, 2009）の指摘を参考に、回復機能を大きく4つの観点からレビューしていく。

### ①「コミュニティの感覚」

「ここにいるひとたちは同じ体験を分かち合っている」「自分たちは仲間である」という「コミュニティの感覚」である（伊藤, 2000）。それまで自分一人で問題を抱えていた状態から、SHGに参加することで同じ問題を抱えた仲間に出会いエンパワメントされるという効果がSHGにはある。岡（1999）はこの現象を「わかちあい」と呼び、参加者が今までためこんでいた気持ちを吐き出し、同じ立場の人どうしだから分かり合えることをわかちあい、情報を交換し合うことができるという機能を提示している。一方で伊藤（2000）はコミュニティの感覚について「これらの感覚はグループ参加と同時に無条件に得られると考えるのには大きな飛躍である。参加によって無条件に得られるものではなく、参加者がグループ内の何らかの相互作用を得て達成されるはずであるが、先行研究ではただ一連の情緒的変化があることの指摘にとどまっている」という問題点も指摘している。

### ②「役割モデリング」

グループのなかで「モデルになる人を選ぶことによって、新しい参加者はそのモデルの考えや行動を模倣しようとしたり、あるいは「あの人にできるなら私も」というように比較の対象とし、参加の動機を高めたり、問題に対処する態度や方法を吸収したりすることができる」（伊藤, 2000）。これは伊藤（2009）の指摘の通り、バンデューラの社会的学習理論に影響を受けた回復メカニズムである。これまで、自分のような問題を抱えた人が社会でどのように適応していくのかが分からない状態から、自分と同じような問題を抱えながらその問題に対処している他の参加者との出会いから得るものは大きい。

### ③「ヘルパーセラピー原則」

Riessman（1965）が提唱した「ヘルパーセラピー原則（Helper Therapy Principle）」はSHGでの回復において多くの研究で用いられている。これは最も単純に言えば、「人は援助することで最も援助を受ける」（三島, 1998）というものになる。「Riessmanはロールプレイングで説得する役割を演じた者の方が説得される役割を演じた者より意見を変更しやすいという社会心理学の実験や、子供の読解能力が教える側の役割を演じることで増進するという報告などを引き合いに出しながら、サービスの恩恵を受けるのは、普通はそのサービスを受ける者だと考えられがちだが、実はサービスを与える役割を担う者の方だと述べる」（伊藤, 2009）。このように、この概念はもともとSHGを舞台につくられたものではない。しかし、これまで自分自身を苦しめるだけであった問題や症状、それらにまつわる体験が他者に伝わることで他者を支え、参考になるということはSHG内で参加者に体験される出来事であろう。そしてそのやりとりによって、参加者は問題の位置づけを容容させ、自身を支えることにつながっていく。またSHGという専門家

の支援から離れたフィールドという特性上、これまで専門家の援助を受ける側のみであった参加者にとって他者を支援する側にまわるというこれまでになかった出来事が起きる。

#### ④「知識」の伝達機能

Borkman (1976) は SHG では「体験的知識 (Experiential Knowledge) の交流と蓄積が行われている」と主張した。体験的知識は「ある状況への直接の関与から習得された洞察は真である、という高度の確信」を示しており、そうした知識は専門的知識と異なり、实际的で、長期的進展よりもむしろ「今ここでの行動」に志向していて、生理・病的に限定されるむしろ心情的なものを含んだ全体的な知識である(伊藤, 2000) とされ、専門家が用いる「専門的知識」とは異なった性質をもつものである。高松 (2009) は「体験的知識」と「専門的知識」の違いを「医者や心理士は治療の専門家ではあるが、問題を抱えて日常生活をどう生きるかという意味では専門家ではない。当事者は 24 時間その問題と付き合っているのだから、その問題の専門家でもあるし、様々なノウハウをもっている。それは同じ問題を持つ他者の生き方にも参考になるもの」と表現している。

また、グループに存在する「知識」という側面では Levy (1976) や Antze (1976) の研究がある。Antze (1976) は各々の SHG は、取り扱う問題に関する一定の知恵を求め、メンバーが回復への秘伝として尊ぶ、特殊化された教え (teaching) の体系を持つと見ていた。彼は、こうした「教え」をあえてイデオロギーと呼び、この機能こそが、メンバーの軽快の状態を維持させ、再発 (ぶり返し) のプロセスを防ぐ鍵という意味で、メンバーにとっての SHG の機能と役割の中核をなすものであると位置づけた (三島, 1998)。また、それらの「教えの体系」や「イデオロギーはしばしば成文化されていて、例えば、AA の「12 のステップ」や「ハイヤー・パワー」などがそれにあたる」(伊藤, 2000) とされる<sup>1</sup>。さらに「グループの中で、やり取りされる情報やアドバイス、問題の根本的理由に関する説明力といった言語的情報にこそ、SHG の固有性の鍵がある」という Levy (1976) の仮説を伊藤は指示しており、SHG にはこのようにグループが扱う問題にたいして「イデオロギー」と称されるほどの何らかの強固な方向付けを有していることが参加者の回復を支える一つの要因であると言える。

## 2-2 セルフヘルプ・グループの定義

では、上記のような回復機能がなされる SHG とはどのようなグループなのかという問題についてその定義を見直す。まず、多くの先行研究で用いられてきたもののひとつに Katz & Bender (1976) による以下の定義がある。邦訳は村山 (1979) による訳を参照した。

「セルフヘルプグループは、自然的に結成された相互援助と特定の目的の達成をねらった仲間 (peer) の小グループである。メンバーは通常、相互援助のために集まり、メンバーのもつ共通のハンディキャップとか生活を苦しくさせている問題とかに取り組み、望ましい人格

ないし社会変化を引き起こそうとする。提唱者やグループ・メンバーは、既存の社会施設や組織では要求が満たされていないか、その可能性がないと考えている。セルフヘルプグループは、顔をつき合わせてのつき合いを強調し、メンバーの個人的責任を強調している。精神的な支えばかりでなく、物質的な援助もなされることが多く、メンバーの個人的同一性を高めるような価値観なり、イデオロギーを啓蒙しようとしている」(Katz & Bender, 1976)

Katz & Bender の定義には「メンバーの個人的同一性を高めるような価値観なり、イデオロギーを啓蒙しようとしている」のようにその時代特有の文化的背景を象徴するような文言も含まれているが、久保(1998)によれば、これまで海外において多くの研究が存在しており、定義と分類については多くのものが存在するが、「それほど大きな変化はみられない」ことも現実であると思われる。

また、岡(1985)が海外の様々な研究者の意見をレビューし、SHGにはその定義から二つのはたらきが意識されているということを指摘している。それは、参加者個人の変容を促す意味での「治療的機能」と、制度変革や啓発といった「社会的機能」である。

そして、岡(1990)は、日本におけるSHGの展開について、SHGという用語は日本においては、保健医療・心理療法の分野において使われており、いわゆる患者会・家族会として扱われることが多く、神経症患者、アルコール依存症患者、精神障害者のような心理的問題を抱えたサポートシステムとして捉えられていることが多いことを述べており、日本ではSHGとは何かというと、

- 
- 1 「12のステップ」とはAAの創始者ビルを中心につくられたアルコール依存からの回復のプログラムである。ビルは十二使途を連想し、宗教的な表現を織り込んだ12のステップの草案を思いついたが、宗教ではなく心理学を作るべきだと反対する仲間との激しい議論の末に、現行の「12のステップ」がまとまることとなった(葛西, 2007)。「12のステップ」の内容は以下の通りである。「私たちが踏んだステップを示す。回復のプログラムとして示されているものである。1. 私たちはアルコールに対して無力であり、思い通りに生きていけなくなったことを認めた。2. 自分を越えた大きな力が、私たちを健康な心に戻してくれると信じるようになった。3. 私たちの意志と生きかたを、自分なりに理解した神の配慮にゆだねる決心をした。4. 恐れずに、徹底して、自分自身の棚卸しを行い、それを表に作った。5. 神に対し、自分に対し、そしてもう一人の人に対して、自分の過ちの本質をありのままに認めた。6. こうした性格上の欠点全部を、神に取り除いてもらう準備がすべて整った。7. 私たちの短所を取り除いてくださいと、謙虚に神に求めた。8. 私たちが傷つけたすべての人の表を作り、その人たち全員に進んで埋め合わせをしようとする気持ちになった。9. その人たちやほかの人を傷つけない限り、機会あるたびに、その人たちに直接埋め合わせをした。10. 自分自身の棚卸しを続け、間違ったときは直ちにそれを認めた。11. 祈りと黙想を通して、自分なりに理解した神との意識的な触れ合いを深め、神の意志を知ることと、それを実践する力だけを求めた。12. これらのステップを経た結果、私たちは靈性に目覚め、このメッセージをアルコールクスに伝え、そして私たちのすべてのことにこの原理を実行しようと努力した」

12のステップに記されている「神」という言葉が宗教との結びつきを連想させるかもしれないが、2, 3, 11, にあるように「神」とは「自分なりに理解した神」のことであり、特定の宗教の神を意味するものではない。そして、2にある「自分を越えた大きな力」のことが一般的に「ハイヤー・パワー」であると理解されている。12のステップを文言そのままではなくとも、基本指針として活動するSHGは多く、それらのグループは12ステップグループと呼ばれることもある。

「治療的機能」を指向するグループを指してきたと思われる。

岡の主張からは、日本のSHGは治療的機能を検討されることが重視されており、社会変革や啓発活動の主体となる社会的機能は認識されることが少なかったことが窺える。しかし、両者の関係について岡は「両向性」という性格を持ち、同時に二つの機能を持つことが多いとも述べている。また伊藤（2009）も「二つの機能は密接であり、セルフヘルプ・グループが既存の専門的援助に欠けているものを顕わにして社会を変えてゆくという側面を持つにしても、それは、セルフヘルプ・グループが個人を変えてゆくという機能と別個にしてとらえることはできず、むしろ、セルフヘルプ・グループは個人を変えてゆくことを通じて社会にもはたらきかける」と解説を加え、全く別の機能ではないことを述べている。

SHGの定義や活動の方向性においてはSHGの多様な活動のあり方によって、様々な見解が存在している状況であると思われる。

では、ここで日本におけるSHGとは「心理的問題を抱えた人々へのサポートシステム」として捉えられてきたことが多いという指摘を再度鑑みると、日本の臨床心理学者はSHGをどのようにとらえているかという視点から定義にアプローチすることにも意味があると考えた。そこで、日本における臨床心理学の分野でSHGを研究してきた高松（2009）による定義を参照する。

「セルフヘルプグループ（self-help group）とは、同じ悩みや障害を持った人々たちによって作られた小グループのことである。その目的は、仲間のサポートを受けながら、自分自身で、問題と折り合いをつけて生きていくことである。問題解決を目指したり社会に対して働きかけるグループもあるが、解決できない問題（障害や死別など）とどうつきあっていくかを考えるのもセルフ・ヘルプグループの大きな特徴である。専門家がグループ開設・維持に協力することもあるが、基本的に本人たちの自主性・自発性が最も重視される」（高松，2009）

高松の定義においても問題解決のための治療的機能と、社会に働きかける社会的機能が両方とも盛り込まれているが、やはり治療的機能の方がメインである印象を受ける。SHGとは何かという問題に関しては、その時代・文化の影響や、国民性や社会の要請によって様々であるようである。

一方で、近年では、専門家指導の「サポート・グループ」（高松，2009）や、集団精神療法、病院内で専門家によって整備された患者会、デイケアなどのグループ活動と混同されることも多いと思われる。しかし、上記した定義や特徴が守られる「当事者の主体的な活動」をSHGと考えるべきであろう。

### 2-3. セルフヘルプ・グループにおける実践的研究

ここまでSHGにおける「回復機能」を扱った研究と「定義」を概観してきたが、SHGに対し

てどのような期待がなされてきたのかという視点を SHG の描かれ方に注目して検討する。

まず回復機能の説明により、三島（1998）は、「SHG は、問題を抱える内部者（insider）の視点から、従来の専門職や行政によるサービスに全くない新たなパラダイムを提示する」（三島、1998）と述べるように当事者主体の SHG における専門的援助にない利点が強調され、行政などの公的機関による支援でもなく、民間営利組織による支援でもない、第三の支援の有り様からも期待される存在とした。

また、社会運動的側面のみならず、高松（1998）は「死別や、アルコール依存、薬物依存、ギャンブル、買い物依存、摂食障害、リストカットなどの問題を解決という道筋をつくるのが困難などしようもない問題」として症状名をあげ、それら問題を持ちながら、あるいは問題と折り合いをつけながら、生き延びていくしかない問題に対して SHG は大きな成果を挙げてきていると述べる。

アメリカで行われた大規模な精神療法に対する効果研究でも、「アルコール依存症等のアディクションの問題を抱えるクライアントには、SHG による回復効果の方が個人セラピーよりも有意に高い」（Seligman, 1995）というエビデンスが示されているように、臨床への還元を考慮しても、SHG は単なる当事者の社会運動とみなすことは出来なくなっている。

さらに、コミュニティ心理学の観点からは、問題を抱えた当事者が人とつながって生きていく関わりを支える取り組みである「地域社会とのつながりのなかでの臨床」（下川、2012）や、高島（2007）が「協働 Collaboration」の概念を「さまざまな専門家ときには非専門家も交えて、積極的で生産的な相互交流や相互対話を重ねながら、共通の目標や見通しを確認し、問題解決に必要な社会資源を共有し、必要ならば新たに資源や社会システムを開発する活動」と定義しているように SHG のような「非専門家（当事者）」の活動もコミュニティ資源として重要視していく必要性が主張されてきた。

臨床心理学領域においては近年、いくつかの SHG での回復を扱った事例的な研究がなされている。例えば、アトピー性皮膚炎患者の SHG 参加者へのインタビューを行った和田（2007）の研究では、参加者の「心的変容プロセス」を記述している。和田の研究を要約すると以下のようになる。【 】は和田が分析により抽出したカテゴリーを再現した。

治療に対する無力感に苛まれたアトピー性皮膚炎患者が、同じ症状を持った人々に出会えるという場を求めて【SHG 参加の動機】、SHG への門戸をたたく。そこで、同じく症状を持ちながらも社会で活動する仲間と出会う【わかちあい】。そして、自分を受け入れてくれる仲間との出会いがこれまで自身が抱えてきたスティグマや負い目から解放させ、自分自身を受容できるようになる【受容体験】。そして孤独から解放され、拠り所となる【つながりの形成】が行われる。さらにグループへの参加が軌道に乗ることで、他の参加者との相互交流の機会も増える。そのなかで、被援助者でありながら、他の参加者を援助するという役割も

加わり、【自己の位置づけ】が変化していく。そして社会への参入を果たす【自身の回復】へつながる。

和田の研究はアトピー性皮膚炎患者の心的変容を扱い、臨床場面でアトピー性皮膚炎患者へ SHG を紹介する際などに参考になる研究と位置づけられている。また、アトピー性皮膚炎が慢性疾患であることを考慮すると、当事者同士がつながれる場を専門家が提供できることはクライエントのクオリティーオブライフを高める上でも有効な手段であろう。

また、方（2006）は「断酒会」参加者 43 名へのインタビューを通じてアルコール依存症者の回復過程を明らかにしている。方は回復過程を「飲酒問題生活、治療導入の企図、治療導入、断酒試行・実行、断酒継続生活」という 5 段階にまとめており、断酒会の実践そのものの詳細を扱った研究ではないが、断酒継続には断酒会の存在が欠かせないことを明らかにし、アルコール依存症にとって断酒会という SHG が如何に重要な場として機能しているかを示している。

近年の質的研究におけるナラティブ・アプローチからの SHG の分析も行われている。北村・能智（2014）では、グループへの参与観察を通じて、非行者の親の会参加者が非行という問題に向き合うにあたり、どのような語り方や語るときの変遷を成してきたかを分析している。グループの持つオルタナティブなストーリーを参加者がどのように認識し、取り入れていくかについて詳細な分析が行われている。

一方で、上述した和田が今後の課題として述べているのは「すべてのアトピー性皮膚炎患が他の SHG において本研究の結果で得られたような心的変容プロセスをたどるとは限らない」という重要な視点である。また、北村・能智も「本研究のインタビューは比較的会に継続的に参加している人が中心であり、会に来る頻度が非常に稀な参加者や、途中で例会に来なくなる参加者の語りや体験の変化のプロセスについては本研究の結果と異なっている可能性がある」と同様の問題点を指摘している。各々の研究は、SHG における回復者へのインタビューを通してそのストレングスを記述してきたものである。しかし、和田、北村・能智の指摘の通り、それらは回復者のストーリーであって、その地平に乗ることのできなかつた参加者、および、その場に生じる問題を扱えてはいない。両者の論文はそれを目的とするものではないため、当然のことなのだが、SHG は構造化された集団療法とは違い、参加者がグループ運営の段階から成り立たせる。そのため、グループへ来なくなる参加者や、グループの持つ回復のストーリーをたどれない参加者の存在は、直接グループそのものの存続を危うくしかねない。本章では、SHG への期待と、それを表現する実践的論文をレビューした。しかし、それらの期待はグループが力を持ち、正常に機能することで発揮されるものであると思われる。グループが回復機能を果たし続けるためには、回復を表現した研究では扱われなかつたグループの抱える問題点、回復のストーリーからは見えてこない議論も検討していく必要がある。そこで次章では、日本における SHG の抱える課題を検討する。

### 3. セルフヘルプ・グループが抱える問題

田中(2001)による「1960年代～1970年代の萌芽期, 1980年代の助走期, 1990年代の発展期」という日本のSHG発展のプロセスが示されてきた。そして, 様々な国内外の回復研究のレビューを見ても, SHGへの社会の期待の高さが窺われる。しかし, 2000年代以降, 日本のSHGは様々な問題を抱えるようになってきていることも指摘されている(Oka, 2013)。本章では, 前章で提示したSHGへの期待とともに, 問題にも目を向けていくことで, これまでその回復機能に注目されることで見過ごされがちであったSHGへの期待と問題の乖離と呼べる現象を抽出する。そして2000年代後半以降の現在の日本のSHGが抱える問題を実際のグループの事例とともに提示していく。

#### 3-1 回復機能の伝達という問題

まず, SHGとはもともと専門的な援助では恩恵を受けられなかった人々の集いという側面や, 社会的にマイノリティな立場にある人々の場であるという側面がある。つまり, 社会情勢によってその活動の方向性が左右されるケースが考えられる。回復機能はそのSHGの持つ社会的文脈によって変化していくのではないだろうか。

回復機能研究について, 伊藤(2000)は「限定された局面でのみ分析的な有効性をもつが, セルフヘルプ・グループの機能に関して根本的な説明になっていない」と機能を「部品」としてバラバラに捉えてきた結果, 結局それらがグループで起きるリアリティを反映していないことを批判している。さらに, 三島(1997)の述べるように, 個々の回復機能は理解可能であるが, 「諸機能を有機的に結びつけるような作業には手つかずのままである」という問題が残る。

日本においてSHG研究における文献の蓄積が始まったのが1980年代と言われており, 1930年代からSHGが組織されはじめた欧米に比べ, 未だその歴史は浅い。さらに日本における多くのグループがアメリカで生まれたAlcoholics Anonymous(AA)を中心とした欧米タイプを模倣したものとなっている。定義を扱った研究の概観でも見受けられたように, SHGは社会・文化的背景を多分に受ける特色を持つ。しかし, 欧米のAAを模倣したSHGが, 日本のなかで適合しているのかという疑問も残る。現に, 断酒会とAAは同じアルコール依存症者のSHGでありながら, 全く違う発展の仕方を遂げてきている。

つまり, SHGでの回復機能は, 個々の限定された局面では意味を持つが, 参加者一個人が活動を継続させていくなかでの一貫した説明力を持っていないという指摘ができる。前出した伊藤(2000)はSHGの機能は「ブラックボックスのまま放置されていた」とまで述べる。それら研究者の指摘は, 研究者間だけにとどまらない。現在, 日本のSHGにおいて, 会員数の減少, 高齢化によって次世代へのグループの継承に問題を抱えているSHGが多数存在する。その中で参加者たちは, 自分たちの拠り所としてきたはずの回復実践を次世代にどう伝えたいのか分から

ないという問題を抱えているケースの報告もなされており（三好，2014），回復ストーリーの伝達という作業の難しさが挙げられる。

### 3-2 組織，もしくはコミュニティとしての運営面での問題

SHGによる回復研究が示してきたことの基盤にあるのが当事者による活動という大原則である。上記してきた様々な回復機能も当事者に主体性があるからこそ成り立つものであった。しかし、「当事者主体」という場にはそれゆえの様々な問題が生じ，特にその運営面に対しては困難を抱えるケースが多いことが報告されている（中田，2003）。中田（2003）はSHG運営上の問題として、「予算・費用」問題，「メンバーの募集・定着」問題，ミーティングの内容や活動マニュアルに関する「ミーティング運営」問題，参加者への呼びかけや会報の作成に関する「会報・プログラム」問題，行政や支援機関に呼びかけを行う「マスコミ・情報機関」問題，運営者として他の参加者へ気を配る「リーダーの状況」に関する問題をあげている。また，岡（2002）はSHG参加者が「熱心なリーダーと受け身的な会員の2極化」状態にあり，リーダーへの負担が大きくなっていると述べる。この問題に関しては，欧米との文化差も生じていると思われる。高橋（1998）が，日本の集団主義的社会的側面に注目し「日本の患者会（SHG）が，入会するものであり，アメリカのような必要な時にだけ利用するものではない」と指摘しているように，欧米のSHGと日本のSHGは活動のあり方が違ってきたことが考えられる。AAなどの代表的なグループは運営が寄付金を基にされるのに対し，日本のSHGは会員の会費などでまかなわれているなどの違いも関係しているだろう。Oka（2013）は日本のSHGの歴史的展開を，「SHGがその存在を自分たち当事者だけのための活動にとどめるのではなく，社会に対して認可を得て，活動規模を大きくしていったことが，特徴である」という指摘をしている。日本においてこれまで規模を拡大させてきたSHGは多くの場合入会制度や参加者の会費で活動を維持してきたり，全国組織となり，特定非営利法人（NPO）化するという方針をとってきた背景がある。しかし，規模が拡大した後に，その活動を規模の拡大に見合うレベルで維持することは容易ではないことが，近年の運営問題を抱えたSHGの様子から伺われる。次節以降において，その現状と要因の分析を試みる。

### 3-3 成熟したセルフヘルプ・グループにおける会員数の減少—2つのSHGの事例

前節で述べたとおり，日本におけるSHGに様々な問題が存在している。そのことは，社会的認知を高め，活動が認められたSHGでも例外ではない。Oka（2013）の「SHGがその存在を自分たち当事者だけのための活動にとどめるのではなく，社会に対して認可を得て，活動規模を大きくしていったことが，特徴である」という指摘を鑑みれば，日本では活動が拡大し，社会的認知を得ることがSHG活動のモデルになってきたことと言える。しかし，それらSHGが問題を抱えている現在の状況下では，SHGを再検討していく課題があるとも捉えられる。そこで，本節では，日本を代表する歴史を持つ2つのSHGにおける事例的な報告を行う。筆者はこの2つのSHGに

て研究の承諾を得てフィールドワークを実施しており、データはフィールドワークのなかで得られたものも含まれる。

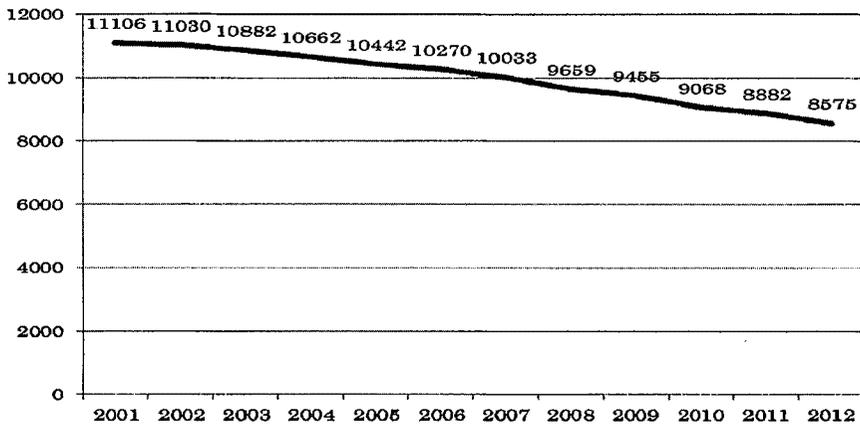
### ケース1 「公益社団法人・全日本断酒連盟（断酒会）」

公益社団法人・全日本断酒連盟とは、通常「断酒会」として知られるアルコール依存症者のためのSHGである。アルコール依存症のSHGはアメリカで生まれたAlcoholics Anonymous (AA)が日本でも活動を展開している。またそのほかにも日本国内でもいくつかのアルコール依存症者のSHGがあるが、そのなかでも最大の組織が公益社団法人・全日本断酒連盟である。1950年代前半にいくつかのアルコール依存症者の会が芽生え始め、1963年に高知県の断酒会を中心にそれらが結成されたのが、現在の全日本断酒連盟のはじまりである。活動はすぐに全国に広がっていき、各地に存在する断酒会が加盟し、全国規模の「断酒会」となった（たとえば、東京で活動する「NPO法人・東京断酒新生会」は独自のNPO組織としての活動も行うが、全日本断酒連盟に加盟する断酒会である）。2014年現在の加盟断酒会数は約650団体にのぼる。1963年の高知県での結成以降、活動を社会に広めていき、1970年には「社団法人・全国断酒連盟」となる。行政・医療との連携活動も積極的に行われ様々な方面からの要請を高めていった。各地の断酒会が保健文化賞を受賞し、市民運動や当事者活動にも数多く参加している。2009年には公益社団法人化し、広く社会全体のアルコール依存症問題に対して活動を展開する使命を担うこととなった。会員数は正式な記録が残っている上では、2001年には11106名の会員がいる。しかし、近年会員数は減少傾向にあり、2012年には8575名まで減少している（図1）。

### ケース2 「NPO法人・生活の発見会」

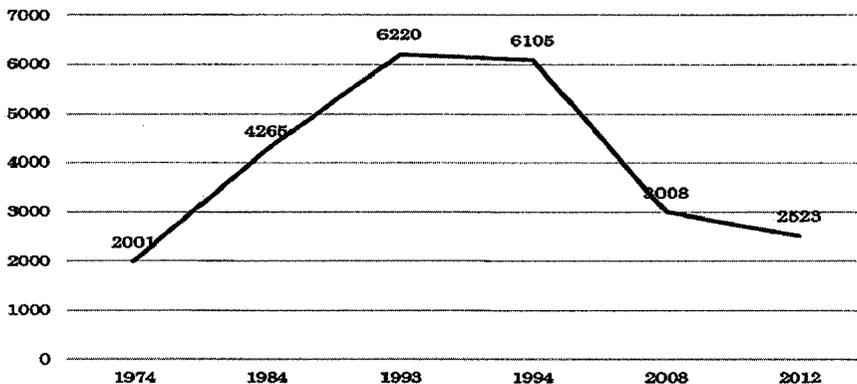
「生活の発見会」は社交不安障害・強迫性障害・パニック障害などの問題を抱える参加者が日本固有の精神療法である森田療法の理論をもとに回復を支え合うSHGである。活動の開始は、森田療法の創始者である森田正馬（1874～1938）の治療時代にその原型ができていたという意見が研究者の間で一致している（比嘉，2002など）が、実際に現在の「生活の発見会」のかたちを取ったのは、1970年に初代会長長谷川洋三によって会が整備されたことによる。比嘉（2002）によれば、「生活の発見会」は、通常月に1度開催される「定例地区集談会」と呼ばれる「ミーティングの場」を全国140カ所に設けている全国組織のSHGである。最も規模が拡大した約20年前のピーク時には会員数が6000人を数え、1998年には長年のメンタルヘルス活動への貢献により「保健文化賞」を受賞、活動35周年を迎えた2005年には特定非営利活動法人（NPO）化したのが、近年参加者が減少し、現在はピーク時の半分以下の2500人前後にまで減少している（図2）。2010年に活動40周年を迎えているが、現在、参加者の減少、高齢化、固定化、財政難といった問題を抱えている（比嘉，2009）。

日本を代表する2つのSHGの大まかな活動の概要と、会員数の推移を見てきたが、これらは、



出展：断酒会（2012）全団連その状況

図1 断酒会会員数の推移



出展：生活の発見（1995），生活の発見会総会資料（2008，2012）

図2 生活の発見会会員数の推移

活動が長期化し、規模が拡大しても、その維持を困難とする SHG が日本のなかに出てきたことを意味していると思われる。田中（2001）による「1960年代～1970年代の萌芽期、1980年代の助走期、1990年代の発展期」のプロセスには、発展した後の姿が記述されていない。上記の参加者数推移に見られるように2000年代以降に参加者の減少が顕著になっており、活動が拡大したあとに、その活動を維持することが当事者たちにとってどれほど大きな問題になっているかは容易に想像できるとともに、2000年代に、断酒会と生活の発見会がどのような問題に直面したのかを考察する必要がある。SHG はもともと専門的な援助では恩恵を受けられなかった人々の集いという側面や、社会的にマイノリティな立場にある人々の場であるという側面があり、社会情勢によってその活動が十分に左右されるケースがあることを述べた。そこで、次節では、参加者数の減少の要因を分析するために、メンタルヘルスの問題を扱う両 SHG における社会情勢の

変化を追っていく。

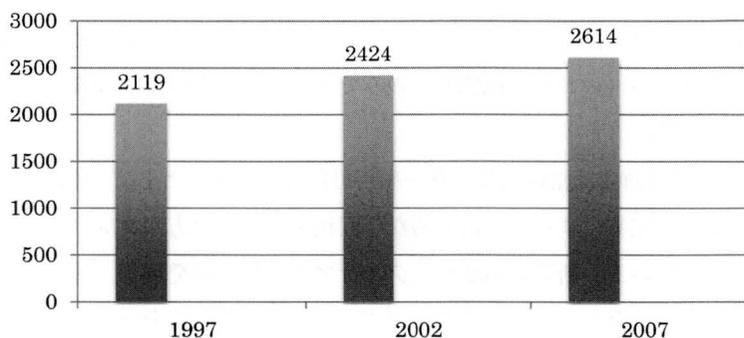
### 3-4 セルフヘルプ・グループは専門的知識とどう併存しあうのか

断酒会，生活の発見会は両者ともにアルコール依存症と神経症候群というメンタルヘルスの問題を扱っている。日本における近年の医療サービスおよびメンタルヘルスに関わる専門支援機関の充実が目覚ましい。断酒会，生活の発見会のようなメンタルヘルスに関わる問題を抱えた人々のSHGは，医療サービスの充実や，専門的知識の発展や変遷がグループの魅力を失わせることにつながるかもしれない。そこで，本節では断酒会についてはアルコール医療の統計的データ，アルコール医療の現状を提示し，生活の発見会については森田療法の現状を検討することで，両SHGが置かれた社会状況を考察することを試みる。

#### 3-4-1 アルコール医療の専門化と個別アプローチの開発

樋口（2008）によって行われた「アルコール依存症専門病院新規受診者数」の推移を参照する（図3）。1997年から2007年まで5年間隔で行われた調査では，全国11箇所のアルコール依存症専門病院の新規受診者数を明らかにしている。11病院とは，旭山病院（北海道），東北会病院（宮城県），埼玉県立精神医療センター（埼玉県），船橋北病院（千葉県），駒木野病院（東京都），滋賀県立精神医療センター（滋賀県），金岡中央病院（大阪府），高嶺病院（山口県），雁ノ巣病院（福岡県），菊陽病院（熊本県），国立病院機構久里浜アルコール症センター（神奈川県）であり，アルコール依存症専門病院の全国サンプルであった。これら11病院におけるアルコール依存症新規受診者数は増加傾向にある病院が多く，全体でも10年に2119名から2614名に増加している。

図3に示されたアルコール医療専門病院への受診者の増加とともに，今回注目したデータがある。幸地・福島・須脇ら（2007）は全国精神科治療施設，計5005施設に対してアルコール関連



出典：精神障害者の地域ケアの促進に関する研究（主任研究者，宮岡等）：平成19-21年度総合研究報告書：厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業；アルコール依存症の病態と治療に関する研究について（分担研究者，樋口進）

図3 アルコール依存症専門病院新規受診者数

疾患の診療についての調査を行っている（回収率は23.9%）。調査では、精神病院、精神科診療・クリニック、有床総合病院、無床総合病院の4施設分類でのアルコール関連疾患への診療実態が報告された。結果、精神病院の88.8%が過去一年間にアルコール関連疾患に外来・入院に積極的に対応していたのに対し、精神科診療所・クリニックでは、34.9%の施設で「受診がない」「受診を断っている」という結果が出ており、「専門施設にまかせるべき」という声も上がっている。このように、アルコール依存症という‘否認の病気’、かつ、その他の合併症を併発することが多い病気に対しては、精神科医療に携わっていると言えども、全ての医療機関で、患者を受け入れる体制が整っているとは言い難い。精神科医療の専門家のなかでも専門的なプログラムや施設が必要であると言える。

上記のように、日本におけるアルコール依存症への援助はより専門化（Specialization）してきたことがうかがわれる。

そして、近年では、日本ではじめてアルコール依存症治療の専門病棟を設立し、アルコール医療の中心を担ってきた久里浜病院（現：久里浜医療センター）の「久里浜方式」にさえ、治療成績の乏しさ、また、集団療法に適應できない患者の増加などにより、認知行動療法（CBT）を取り入れた治療システムが構築されてきている（澤山・米田・白川ほか、2004；宮川・真栄・米田ほか、2007）。従来の久里浜方式では集団療法、自助グループへの参加、ミーティングの重視といった内容が治療プログラムに組み込まれていたが、個を対象とした動機付けの意味で認知行動療法のプログラムが重視されている。集団に適さない患者の増加を受け、久里浜式認知行動療法・認知行動療法は患者の個別性に対応でき、動機付けの乏しい患者にも取り組みやすいなどの利点があるという。あくまで治療導入への認知行動療法アプローチであり、断酒会のようなSHGへの参加意義は未だに認められているが、最新の専門医療が個人の技法に向かう場合、断酒会のようなSHGは魅力を失いかねない。また、データを挙げてみてきたように、アルコール医療はより「専門化」の流れのなかにある。2013年5月には、飲酒欲求を低減させる薬剤であるアカンプロサートカルシウム（商品名レグテクト）が日本でも認可され、治療に用いられ始めている。これまでの薬物療法では、ジスルフィラム（商品名ノックピン）とシアナミド（商品名シアナマイド）の2種類（いわゆる抗酒薬）のみであったが、このような変化もアルコール医療に影響を及ぼしている。

Oka（2011）は、「断酒会は結成当時は唯一利用可能なモデル」として活動を展開していたが、近年の医療サービスの充実によって、医療的な「回復モデル」の方がメンバーに指示されるようになってきたと述べている。新薬の承認や、デイケアサービスの発展等、専門的なサービスの優位性が保たれると、断酒会のような当事者のコミュニティはその魅力を保ちにくくなってしまおうだろう。

### 3-4-2 森田療法の変化と生活の発見会

生活の発見会においては森田療法との関係が重要になってくる。もともと生活の発見会は森田療法の理論学習により当事者が回復を指向したSHGである。森田療法は創始者の森田正馬（1874～1938）自身の神経症体験から生まれたものであることは多くの森田療法家・研究者の指摘するところであり、当事者によるセルフヘルプという現象にもともと親和性があった。さらに森田の治療を受けたものが「形外会」と呼ばれる当事者会を組織し、森田もそれに参加している。その後も当事者活動は引き継がれ、森田療法を広めた森田の弟子達も、当事者組織の存在を重要視していた。

しかし、森田療法が「精神療法」としての基盤を整え、大学病院の精神科病棟への入院森田療法の移植が行われる時代になると、だんだんと森田療法における自助集団組織化の土壌が薄れ、医師対患者という医療機関におけるサービスと化してくる（牛島，2006）。

そのようななかで、「医師による入院により狭き門ではなく、森田療法の大衆化を実現する」（長谷川，1974）と生活の発見会を興したのが創始者の長谷川洋三であった。当時の森田療法は入院療法が主であり、長谷川の言うように森田療法を受けることが「狭き門」であったと思われる。神経症者のニーズに応えられない森田療法を長谷川の運動は当事者のものとした。神経症者のニーズに乗り、生活の発見会活動は軌道にのる。会員数を伸ばし、日本でも有数の規模を持つSHGとなった。

しかし、長谷川亡き後、生活の発見会は様々な要因が相まって会員数を減らしていくことになり、再び森田療法の当事者活動は力を失っていくことになる。そしてその傾向は、森田療法そのものが基盤をゆるがせたのと同じ頃であった。入院治療をもとに展開してきた森田療法は、治療者と患者が生活をともにするという治療構造に行き詰まり、外来型の治療へ移行していく。入院施設も次々と閉鎖され、「原型」をとどめることが難しくなった。森田療法はひとつの時代を終え、新しい森田療法を模索していく時代に入る。外来で受けられる森田療法のやり方が模索され（中村 敬・北西憲二・丸山 晋ほか，2009）、学会がガイドラインを作成したが、この頃より、Acceptance and Commitment Therapyを中心とする第三世代の認知行動療法との類似が国内外から指摘されるようになり（Hoffman，2008など）、2000年代後半からの森田療法は認知行動療法との類似・相違が大きなテーマとなっている。

このような森田療法自体の混乱もとれる事態は、生活の発見会会員にも大きな影響を及ぼしている。まず、類似・相違問題にある認知行動療法は、2010年に日本で唯一精神療法として保健点数化された。なぜ日本固有の精神療法であり、これまで多大な実績を残してきた森田療法はそのような待遇にならないのかというのは当事者たちにとって当然の疑問としてあがる。さらに、外来型の移行した森田療法は、クリニックなどの環境で森田神経質以外の多様な病態の患者に用いられ実績をあげているという報告が盛んにされている（伊丹，2000；山田，2011；細谷，2011など）。これまでは森田神経質のための治療法としてアイデンティティを確立してきた森田

療法がその活用の裾野を広げているわけであるが、そのことは生活の発見会当事者をエンパワメントするとともに困惑させる要因でもあると思われる。発達障害者に森田療法が有効であったという専門家の報告がなされても、生活の発見会の体験的知識を発達障害者に伝えることは容易ではない。

当事者とともにあった森田療法は、医療サービスの充実と森田療法の専門化という現象により、大きく変化を遂げてきた。そしてその変化は生活の発見会という現代の当事者活動を必ずしもエンパワメントすることにつながっていない現状があるのではないだろうか。

#### 4. まとめ：期待と現状の乖離、そして今後の研究への示唆

ここまで述べてきたことを総合して、日本におけるSHGへの期待と問題の乖離とも言える現状を、「規模の縮小の要因の分析」、「SHGのアイデンティティという問題」、「SHGと専門家の協働という問題」の3つのポイントから考察することで今後の研究への示唆を述べる。

第一に、本稿で事例として検討した「断酒会」と「生活の発見会」の規模の縮小の要因の検討から見えるものを考察する。両グループの歴史的展開を紐解くと、両者はともに発足当初にはアルコール依存症者にとって、また、神経症者にとっての唯一利用可能な回復のコミュニティであったと思われる。断酒会においては、アルコール依存症への治療が確立しない時代から、当事者の知恵を集結させ、多くの回復者を生み出してきた。それらの要因が本研究の前半部でまとめた「回復機能」に凝縮されているものと考えられる。しかし、本研究では、近年のアルコール医療の充実と治療法の「個別化」「専門化」の流れをデータを用いて示した。それらは少なからずとも会員の減少という問題に繋がり、断酒会活動を再検討させる要因になっていると筆者は考える。それは、生活の発見会も同様であった。参加者が基盤とする森田理論が医療化し、入院から外来の治療法として確立されていく変遷のなか、「当事者による森田理論」を魅力あるものとして保つことが難しい状態にあると思われる。医療化や専門家の支援の充実がSHGがかつて持っていた魅力と期待を失わせつつあるという現状があると思われる。

それでは、SHGはこれまで持っていた魅力失い、その役割を終えたのではないかという議論が生じると思う。そこで第二に、回復機能を扱った研究に示されてきたことは「現在でも当事者が集うことでしかでないこと」であろうかという問題を提起したい。本稿で概観してきた回復機能に関する研究は、確かにSHG活動のコア部分であり、多くの当事者を回復へ導いていく動機になり、エンパワメントしてきたことは間違いのない事実である。しかし、現在のSHG事情は多様化していることを指摘してきた。断酒会の事例にもあげた、院内ミーティングの充実やデイケア、集団精神療法など、SHG活動と類似した専門家支援の充実がSHGのアイデンティティをゆらがせていると考える。それらはAAをはじめとしたSHG活動の成功によって、専門家が学び発展してきた治療法であるのだが、専門家による「専門化」がSHGの魅力を失わせるというのは皮肉な話となってしまう。

そこで現状の分析を踏まえ、SHG が社会に活動の意味を見出しつつ存続していくには現在の SHG にしかできない活動を再検討していく必要があると筆者は考える。先行研究に、いくつかのヒントがある。例えば、Borkman (1999) は SHG における知恵の交流とは、その場でシェアされる体験談のやりとりにとどまるものではないという指摘をしている。グループが活動を継続することで、多くの参加者の語りと体験が蓄積され、集積 (collective) されたものが「体験的知識」として伝達可能なものとなる。つまり、活動が継続され組織としてのかたちを保ちながら構築されることでしか生まれない「知識」が SHG にはあると主張できる。また、北村・能智 (2013) が分析したオルタナティブ・ストーリーが生成される様子や、Oka&Borkman (2011) による専門的支援にアンチテーゼを掲げる自死遺族の会の事例など、SHG にかしできない新たな視点を発掘していくことが求められており、専門的支援と当事者同士による支え合いの場に、互いが尊重し合える違いが存在することが、SHG がこれからも社会のなかでアイデンティティを保ちながら活動を継続していく鍵となると思われる。

一方で、様々な SHG が問題を抱えている現状を見ると、SHG の独自性を保つこととは別の問題として、SHG 内部から専門家との協働のニーズを求める声上がる (三好, 2014)。第三の視点として、専門家との協働の在り方が模索される必要を提示したい。SHG は臨牀的に有効な資源であるという認識があるにも関わらず、「活動や援助特性に関する専門家の理解は十分であると言えない」(板東, 2005) のが実際ではないだろうか。高嶋 (2007) による協働の定義に「非専門家を交えて」という文言が入っていることを示したように、協働とは専門家間に限定された相互作用ではない。また、「当事者研究」に注目が集まり、心理学領域でも当事者という概念が活発に議論されている (宮内, 2010)。専門家が当事者の知恵に注目するようになっている社会的コンテクストがある。これまでの SHG は、専門家に関与しないという部分が強調され過ぎてきた傾向がある (例えば、三島 1998 など)。しかし、当事者による活動だからこそという点に主眼を置き、ある意味専門家が不可侵な領域ととらえることは、今後の SHG にとっても、専門家にとっても利点が少ないと思われる。両者が持つストレングスが互いに独立しているということと、両者が関係性を持たずに無関心でいることは違う。両者が互いの領域を理解しあい、補い合うネットワークの構築を進めていくことが重要になってくると思われる。そのための専門家による SHG 理解を深めていくには、回復機能研究や、回復者のストーリーとともに、グループが抱える問題、失敗事例の分析、失敗からのリカバリーの分析など様々な角度から SHG に起きる現象を蓄積していくアプローチが必要になってきていると考える。

#### 引用文献

- Antze, P (1976) The Role of Ideologies in Peer Psychotherapy Organization: Some Theoretical Considerations and Three Case Studies. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 12(3), 323-346.
- 方仁成 (2006) 断酒会におけるアルコール依存症者の回復過程, *心理臨床学研究*, 24 (4), 464-475.
- 板東充彦 (2005) セルフヘルプ・グループへの所属過程——対人恐怖心性の高い者が多いグループにおける調査.

- 人間性心理学研究, 23(1), 39-50.
- Borkman, T. (1976) Experiential knowledge: A new concept for analysis of self-help group. *Social Service Review*, 50(3), 445-456.
- Borkman, T. (1999) *Understanding Self-Help/Mutual Aid: Experiential Learning in the Commons*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- 長谷川洋三 (1974) 森田式精神健康法. ビジネス社.
- 林 貴子 (2012) セルフヘルプ・グループにおけるグループ運営プロセスの検討——リーダーからみた組織運営要因の質的分析. *社会問題研究*, 61, 113-126
- 比嘉千賀 (2002) 森田療法と「生活の発見会」のセルフヘルプ・グループ機能——活動の時代的変遷を踏まえる視点から. *精神療法*, 28(6), 14-21.
- 比嘉千賀 (2009) 神経質症者の自助グループ「生活の発見会」とメンタルヘルス活動への展開. *臨床精神医学*, 38(3), 303-311.
- 樋口進 (2008) アルコール依存症の病態と治療に関する研究について. 厚生労働科学研究費補助金障害者保健福祉総合研究事業, 精神障害者の地域ケアの促進に関する研究. 平成 19 年度総括・分担研究報告書.
- Hoffman, S. G. (2008) Acceptance and Comittment Therapy: New Wave or Morita Therapy ?. *Clinical Psychology. Science and Practice* 15 280-285.
- 細谷律子 (2011) アトピー性皮膚炎に対する外来森田療法. *日本森田療法学会雑誌* 22(1) 51-57.
- 伊丹仁朗 (2000) サイコソコロロジと森田療法. *こころの科学* 89 92-95.
- 伊藤伸二・中田智恵海 編著 (2001) 知っていますか? セルフヘルプ・グループ一問一答. 解放出版社
- 伊藤智樹 (2000) セルフヘルプ・グループと個人の物語. *社会学評論*, 51(1), 88-103.
- 伊藤智樹 (2009) セルフヘルプ・グループの自己物語論—アルコホリズムと死別体験を例に一. ハーベスト社
- Katz, A. H. & Bender, E. I (1976) Self-help group in western society — History and prospects. *Journal of behavioral sciences*, 12(3), 265-282.
- 葛西健太 (2007) 断酒が作り出す共同性—アルコール依存からの回復を信じる人々—. 世界思想社.
- 北村篤・能智正博 (2014) 子どもの「非行」と向き合う親たちの語りの拡がり—セルフヘルプ・グループにおけるオルタナティブ・ストーリーの生成に注目して—. *質的心理学研究*, 13, 116-133.
- 公益社団法人全日本断酒連盟 (2012) 全団連その状況. 取得日: 2014 年 9 月 23 日 <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002uei9-att/2r9852000002uemr.pdf>>
- 幸地芳朗・福島晴子・洲脇寛・加藤元一郎・松下幸生・宮川朋大・木工岳文・樋口進 (2007) 我が国におけるアルコール依存症の病態と治療の現状—全治療施設・番皆調査の結果より—. *精神神経学雑誌*, 109(6), 541-546.
- 厚生労働省 (1999, 2002, 2005, 2008) 患者調査.
- 久保絃章 (1998) セルフヘルプ・グループとは何か. 久保絃章・石川到覚 (編), *セルフヘルプ・グループの理論と展開—わが国の実践をふまえて—*. pp.2-20. 東京: 中央法規出版
- Kurtz, L. F (1997) *Self-help and support groups—A handbook for practitioners*. London: SAGE Publications.
- Levy, L. H. (1976) 'Self-Help Group: Types and Psychological Process,'. *The Journal of Applide Behavioral Science* 12 (3)310-322
- 三島一郎 (1997) セルフ・ヘルプ・グループの機能と役割—その可能性と限界. *コミュニティ心理学研究*, 1(1), 82-93.
- 三島一郎 (1998) セルフヘルプ・グループと専門職との関わりについての検討. *コミュニティ心理学研究*, 2(1), 36-43.
- 宮川朋大・真栄里仁・米田順一・赤石怜・横山顕・澤山透・樋口進 (2007) アルコール依存症治療における認知行動療法の応用. *精神神経学雑誌*, 109(6), 555-559.
- 宮内洋 (2010) はじめに. In: <当事者>をめぐる社会学調査での出会いを通じて. 北大路書房. pp. i-vi
- 三好真人 (2014) セルフヘルプ・グループ運営者の抱える問題の検討. *臨床心理学*, 14(5), 693-703
- 村山正治・上里一郎 (1976) 心理療法とセルフヘルプカウンセリング (講座心理療法 8). 金剛出版 11-22

- 中村 敬・北西憲二・丸山 晋ほか (2009) 外来森田療法のガイドライン. 日本森田療法学会雑誌 20(1) 91-103.
- 中田智恵海 (2003) セルフヘルプグループ運営上の課題とセルフヘルプ支援センターの役割. 社会福祉実践理論研究, 12, 75-85.
- 岡 知史 (1985) セルフヘルプ・グループの機能について：その社会的機能と治療的機能の相互関係. 大阪市立大学社会福祉研究会研究紀要, 4, 73-93.
- 岡 知史 (1990) セルフヘルプグループの概念をめぐって：欧米の代表的な概念の研究を参照しながら. 社会福祉学, 31(1), 103-127.
- 岡 知史 (1999) セルフヘルプグループ—わかちあい・ひとりだち・ときはなち. 星和書店
- 岡 知史 (2002) 仲間意識と会員意識の乖離—SHGの「会員二極化」仮説. 日本社会福祉学会第50回記念大会発表原稿.
- Oka, T (2011) The "New Life" Model of a Japanese Self-Help Group for Alcoholics. *Sophia University Studies in Social Service*, 35, 15-34.
- Oka, T (2013) Self-Help Groups in Japan: Historical Development and Current Issues. *International Journal for Self-Help & Self-Care*, 7(2), 217-232.
- Oka, T & Borkman, T. (2011) Self-Help Groups, Self-Help Supporters, and Social Work: A Theoretical Discussion with Some Case Illustrations of Family Survivors of Suicide in Japan. *Studies on Social Work*, 37(3), 168-183.
- Riessman, F (1965) The "Helper" therapy principle. *Social Work*, 10(2), 27-32
- 澤山透・米田順一・白川教人・浦野洋子・伊藤桂子・樋口進・宮岡等・白倉克之 (2004) 認知行動療法を中心としたアルコール依存症も新入院プログラム. 精神神経学雑誌, 106(2), 161-174.
- 生活の発見会 (1995) 生活の発見会・目で見る25年目の現状. 生活の発見, 422, 112-116.
- 生活の発見会 (2008) 生活の発見会総会資料.
- 生活の発見会 (2012) 生活の発見会総会資料.
- Seligman, M.E.P. (1995) The effectiveness of psychotherapy — The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 956-974.
- 下川昭夫 (2012) コミュニティ臨床の実践と変化する視点. 下川昭夫編：コミュニティ臨床への招待—つながりの中での心理臨床. 新曜社, pp.33-53.
- 高島克子 (2007) コラボレーション. 日本コミュニティ心理学会編：コミュニティ心理学ハンドブック. 東京大学出版, pp.110-114.
- 高橋 都 (1998) 乳がん患者の相互扶助行動—わが国における病院内患者交流に着目して—. In：久保絃章, 石川到覚編：セルフヘルプ・グループの理論と展開—我が国の実践をふまえて—. 中央法規出版, pp.74-95.
- 高松 里 (1998) セルフヘルプグループと専門職とのかかわり—「サバイバル・モデル」の提案 大阪セルフヘルプ支援センター編. セルフヘルプグループ. 朝日新聞厚生文化事業団
- 高松里 (2009) サポートグループとは何か?. 高松里 (編), サポート・グループの実践と展開. pp.15-30. 東京：金剛出版.
- 田中英樹 (2001) 精神障害者の地域支援—統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーカー—. 中央法規出版.
- 牛島定信 (2006) これからの森田療法. 日本森田療法学会雑誌, 17(1), 15-18
- 和田幸子 (2007) セルフヘルプ・グループにおけるアトピー性皮膚炎患者の心的変容プロセス—修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチによるインタビュー調査から. 臨床心理学 7(4) 507-517
- 山田秀世 (2011) 神経症の傾向を持つ多様な精神疾患の復職支援. 第29回日本森田療法学会プログラム・抄録集.