

## 総説

# コミュニティにおけるセルフヘルプグループを基盤とした サポートネットワークシステム研究の今日的課題と展望

大木秀一<sup>1</sup> 谷本千恵<sup>1</sup>

## 概要

健康に関する課題を抱えた当事者の自発的参加と意思の共有で、セルフヘルプグループ (Self-help group: SHG) が形成される。複数の同種異種の SHG がつながり、多職種がゆるやかに連携・協働することでコミュニティにおけるサポートネットワークシステム (Support network system: SNS) が構築される。その形成プロセスは、内発的発展論とエンパワーメント理論に通底するボトムアップ・自発的なものであり、従来型のトップダウン式の行政支援と補完し、相互変容が期待できる。SNS による当事者支援は保健・医療・福祉・心理などに細分化された領域・職種を越境して、ケア科学、ホリスティックケアと言う包括的視点から俯瞰できる。今後はケア科学におけるコミュニティの中心としての保健医療福祉系大学の存在意義がクローズアップされるであろう。

キーワード セルフヘルプグループ、サポートネットワークシステム、内発的発展論、エンパワーメント、ケア科学

## 1. はじめに

筆者は、本学附属地域ケア総合センターの助成金研究 (2004-2009 年度, 研究代表者) および、独立行政法人福祉医療機構助成事業 (2006-2009 年度, 研究協力者) などにより、多胎育児家庭を支援するシステムの構築に関する参加型実践研究を進めてきた<sup>1,5)</sup>。そのプロセスで多胎児サークル (当事者グループ: SHG) 同士の連携と多職種 (行政・医療・研究・他団体) とのゆるやかな連携・協働による全県レベルのネットワーク (いしかわ多胎ネット: SNS) を構築し「地域多胎ネット」と言う概念で整理してきた。いしかわ多胎ネットに端を発した、県や地域レベルでの複数の多胎育児支援ネットワーク間の連携は現在全国展開しつつある。

以上を通じて、当事者を主体とした比較的小規模な SHG の連携から、複数の SHG と多職種を巻き込んだ SNS の構築と言うプロセスが、支援課題 (親子, 精神, 高齢者など) によらず、比較的汎用性の高いアプローチとして一般化できると考えた。なお、SNS と言う用語は現段階では筆者自身の考えに基づいた用語であることを予め断っておく。さらに、支援活動とは一見接点のない発展論, 社会ネットワーク理論, 創造学, ビジネス論, 経営学などの諸分野と通底・類似する考え

方が多数認められた。

共著者の谷本は、長らく精神看護の領域を中心に SHG の研究に従事しており<sup>6,8)</sup>、その有用性・将来性、さらには看護領域における実践と研究の可能性に着目していた。

本稿における筆者の考えを簡潔に述べると、「当事者主体の支援グループ (SHG) は、専門的知識とは別体系の経験的知識を有し、また必然的にボトムアップに発展していく可能性を秘めている。そのネットワーク化 (SNS) は、従来型の行政主体のトップダウンの支援体制と補完・相互変容 (後述) しつつ効果的なケアと支援をなす有力な社会資源となる可能性がある」と言うことである。また、こうした、SHG, SNS, さらにこれらを支援するセルフヘルプクリアリングハウス<sup>6)</sup> (SHC) ないしセルフヘルプ (情報) 支援センターなどは時代の要請に合致したものであり、地域の活性化, コミュニティ再生につながり、今後の保健医療行政・施策, 保健医療福祉系大学の在り方に少なからぬ影響を及ぼすと予測する。なお、ここで言う SHC とは地域レベルで様々な SHG を支援する情報収集・発信センターのことである。SNS と SHC の異同は現段階では未整理である。

以上は、比較的研究の歴史が短い分野であり、その多くが実践知に基づくため、SHG, SNS の効果は経験的には了解できても理論的には必ず

<sup>1</sup> 石川県立看護大学

しも実証されていない。しかし、「自然科学的に」十分に実証されなくとも、少なくとも当事者が受けるリスクに比べれば、救われる人は確実に増えると考えられる。

本論文の目的は、SHGを基盤としたコミュニティレベルでのSNSに関する研究の今日的課題と展望を整理し、ケアの時代における看護学研究が扱うべき課題に新たな提言をすることである。

なお、用語の定義については、定義自体がまだ渾沌としている部分もあり、必要最低限の理解を促すものにとどめた。文献に関しては網羅的な入門書を中心にした。

## 2. セルフヘルプグループ (SHG)

### 2.1 SHGの特性

#### (1) 概論

共通の問題や課題、悩みを抱えた当事者同士の集まりは、保健医療福祉領域では、当事者グループ、自助グループ、本人の会、疾患であれば患者会、その家族であれば家族会など様々な呼称があり、数十年の歴史を持つ<sup>6)</sup>。本稿では便宜上SHG<sup>9-19)</sup>と統一する。しかし、必ずしも疾病や障がいだけでなく、生活のしづらさ全般が対象である。SHGの定義は多数あるが、「SHGは、生活上の共通課題に取り組むために自発的に集まり相互援助と目的達成を狙った小グループであり、個人ないし社会の変化をひき起こそうとする」としておく。当事者性、共感、自発性、自主性などはSHG成立の重要要件である。行政職が当事者の支援と言う場合、単に当事者を集めているにすぎない例も多い。また、当事者がSHGと認識していなくても、SHG機能を果たしている場合もある。

現在ではSHGに関する共通理解がある程度なされている。本稿では、国内でのSHGの概念を中心に、今後の研究発展に接近する。欧米のSHGとは歴史的・文化的・宗教的背景が異なり、同一線上で考察しにくい点があるからである。

筆者の実感として、当事者自身は「学術的な」用語を持って理論展開はしないし、必ずしもそれを希望しているわけでもない。しかし、専門的概念にかなり近いことを実践知として体得している場合や、専門職とは全く異なる発想から問題提起・解決のアプローチをすることがある。専門職がSHGに表面的に関わると、SHGに否定的な立場をとったり、逆に素朴な素人肯定論を唱えたり、単なる体験談とSHGの機能とを混同しやすい。

紙面の都合で、SHGに関する様々な課題や問題点については触れていないが、SHGと言っても現実には種々多様である。研究者が行う理論的整理と現実の活動にはそれなりの相違があることは認識すべきであろう。

SHGの特徴としてはメンバー（当事者）の、①共通の問題、②共通のゴール・ビジョン、③対面的相互関係、④対等な関係、⑤自発的参加、⑥主体性重視、⑦専門家との多様な関係、などがあげられる。SHGの機能や概念が拡張している現在、例えば③では必ずしもface-to-faceの関係でなく、オンラインネットワークによるサポートの有効性なども指摘されている<sup>20)</sup>。

SHGの独自性としては、①ヘルパー・セラピー原則、②プロシューマー、③非専門的援助、などがあげられる。

①は援助する人が最もよく援助を受けると言うものである<sup>9)</sup>。支援をする人と受けると言う従来の主従関係の構図を根本的に変える。当事者は援助者役割を演じることで、自分自身の問題をより理解できると同時に「自分の経験が役に立つ」という実感により自尊感情の回復、双方のエンパワーメントにつながる。

②はサービスの受け手こそが最もよくニーズを知っているので、コンシューマー（利用者）はプロデューサー（援助者）に対して多くの貢献をしていると言うことである<sup>9)</sup>。その意味でSHGは潜在的に専門家に貢献する。この点を理解しないと、専門職の考える支援と当事者の求める支援に隔たりが生じる。

③に関しては、SHGの有効性を論じるときに対専門職との関係だけでは不十分であり、専門家の専門的知識、SHGの経験的知識、素人の単なる思いつきの3者関係での区別が必要である。つまりSHGと「単なる素人集団」と何が違うのかを明らかにせず、当事者集団と専門職集団の2者を対比すると、短絡的な素人肯定（ないし否定）論、素人見直し論に陥る危険がある<sup>11)</sup>。SHGの知識は、組織化された経験的知識であり、その場限りの個人的・個別的な体験談、専門職の専門的知識とも性質を異にする。

筆者は、①は、ピアサポートを受けたピアが、次のピアサポーターになると言う循環型支援<sup>2, 3, 5)</sup>にもつながり、②は、医療経済的な観点から、SHGの当事者が専門職にはない健康上のサービスや知識を生み出しており、トフラーの言う生産消費者の富の創出の概念<sup>21)</sup>に通じると考える。③は、

専門職が当事者グループと関わる時に常に意識すべき点であろう。

## (2) 研究の歴史

海外においてSHG研究の萌芽がみられるのは1960年代であり、その後、精力的な研究が展開され、一部は翻訳され<sup>9, 13)</sup> SHG研究の普及に多大な貢献をした。SHGの概念や理論が本格的に国内に紹介されたのは1980年前後である。それ以降次第にSHGに関する文献が蓄積された。福祉領域で久保<sup>10, 17)</sup>、岡<sup>11, 15)</sup>、久保ら<sup>14)</sup>、中田<sup>16)</sup>、高松<sup>18)</sup>、岩田<sup>19)</sup>、による概念整理と理論構築が進んできた。保健学分野では山崎ら<sup>12)</sup>の研究がある。

SHGの学術的研究は日本では歴史が非常に浅い。その理由として、定義、機能評価、有効性などが未確立であるだけでなく、SHG自体が欧米で成立しやすい文化的素地を有していたことがあげられる。研究の多くは福祉学領域であり、看護系での体系的な研究は少ない。

例えば、井上<sup>22)</sup>は「親の会」の国内文献の網羅的検索を行っているが、文献の種類は活動報告、総論・私見が大半であり、学術的研究はほとんどみられない。研究の場合も質問紙調査や聞き取り調査レベルのものが主である。文献数自体は近年、特に1998年から2003年にかけて急増し、その後、比較的安定しているが、論文タイトルや掲載誌名を概観する限り、内容的には井上の指摘と大差はない。

SHGの数の把握は非常に難しい。それはSHGの定義もさることながら、SHG自体の寿命の短さや匿名性にもよる。国内でSHGのリストないしダイレクトリ<sup>10, 17)</sup>が作成されるとき、その多くは、疾病・障がいあるいはその回復者に関するものであり、より広い意味での公衆衛生学的な課題に対するSHGは把握されにくい。したがって、支援に当たる専門職も、SHGとは目に見える重要で深刻な課題に対する当事者のサポートグループと言う認識が強い。そのため、一見支援の本質が見抜きにくい課題では、当事者（サークル）が専門的支援の隙間から漏れる可能性があると思われる。筆者が関わってきた、多胎育児支援などがその例である。健康に関する問題を広い視野で考えることでSHG概念の有効性は拡大すると思われる。

## 2.2 日本におけるSHGの本質論

日本と言う歴史的・文化的文脈の中でのSHG

の本質論は岡<sup>11, 15)</sup>が詳細に考察している。働きの要素として「わかちあい」を基本とした「ひとりだち」「ときはなち」の概念はSHGの理解にとって参考になる。

「わかちあい」とは、「複数の人が情報や感情や考え方などを同等な関係の中で自発的に情緒的に抑圧されずに交換すること」である。施設や病院で一見SHG的な活動をしている場合があるが、網羅的組織化には包摂と排除の原理が働く危険性がある。日本古来からの「ムラ社会」あるいは「町内会」などはSHGの原型と誤解されやすいが、「わかちあい」を期待しにくい。

「ひとりだち」とは、「わかちあいを通じて、自分自身の状況を管理し、問題解決を自己決定し、社会参加・社会貢献していくこと」である。SHGの意義は決して相互依存・運命共同体の状態になることではない。

「ときはなち」とは、「自尊感情を取り戻し、周囲の人々の差別と偏見を改め、社会制度の不平等性をなくしていくこと」である。

3要素それぞれにおいてメンバーが自己に向かう内向きの側面と、社会に向かう外向きの側面を持つ。例えば、「わかちあい」は内向きには例会における体験の語り、外向きにはピアサポートや会報の発行などがある。「ひとりだち」は内向きには、自己決定を、外向きには社会参加を、「ときはなち」は内向きには自尊感情の回復を、外向きには社会変革の要素を持つ。

筆者は、内向き・外向き両者のバランスが重要であると考え、内向きの要素が強くと閉鎖的・自己完結的になりやすく、逆に外向きの要素が強調され過ぎるとSHGの原点である「体験の共有」が希薄化するからである。内向きの要素はSHGの固有のケア機能としての価値を有し、また、外向きの要素があるから、SHGの社会的意義が存在すると思われる。

## 3. SHGを基盤としたSNSの構築

以下の論考の概要を便宜的に図1にまとめた。SHG自体のたどるプロセスは岩田<sup>19)</sup>に詳しい。メンバー数が増えるとグループは巨大化・組織化、発展し、消滅に向かう。ただし、これは一つのSHGの範囲内でのことである。SHG同士の新たな「つながり」やSHGの社会的意義を考えた場合に、同じ課題を持つSHG同士の連携、SNSのようなより規模の大きなネットワークの構築も一つの選択肢である。

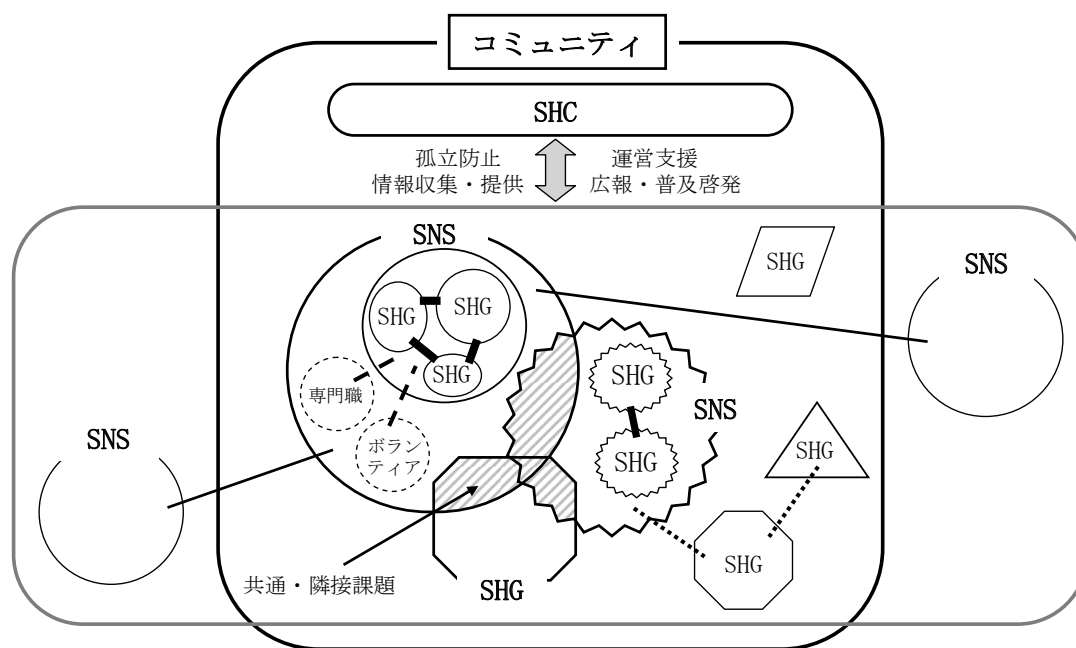


図1 コミュニティにおけるセルフヘルプグループ (SHG), サポートネットワークシステム (SNS), セルフヘルプクリアリングハウス (SHC) の関係を表すイメージ図 (図の形が生活上の困難の違いを, 線の種類が結びつきの強弱を表す)

同じ課題を持つ SHG (のリーダー) 同士がつながり, 多職種と連携, 協働し SNS が構成される. 共通・隣接する課題に対して SHG, SNS 同士が連携する場合もある. SNS が拡大・組織化すれば, SNS 内にさらに特別なニーズを持つ当事者に対応できるサブグループが生まれる場合もある. 現状では少ないが, 様々なテーマの SHG, SNS を支援する SHC がある. 実際には SNS が SHC 的な役割を果たす場合も多く, コミュニティの範囲もしばしば特定できない. 「当事者の数や課題の種類」により SHG, SNS, SHC の範囲や規模は多様であろう. 様々な「越境」もみられる. 活動地域よりも SHG, SNS, SHC の本質的な意義が重要である.

SNS に関しては, 筆者の経験に基づく論考が大きいことを断った上で, 以下の役割や有効性を指摘したい. ①情報量の飛躍的な増加と拡散, ② SHG におけるリーダーやキーパーソンに対するケアとリスクの分散 (バーンアウトの防御), ③自己完結に終わらない発展性を持った社会活動, ④ SHG 活動の安定性・継続性と専門機関への信頼度の増加, ⑤地域特性の再評価, などである<sup>15)</sup>.

この場合, SNS の基盤は同じ課題を持ちつつも独自の活動をする SHG の連携である. さらにコミュニティにおける多職種との連携による SNS の構築, 全国展開, といったボトムアップの発展をたどることが重要である. 共感をもとにした共通のゴールやビジョン, ミッションを持たないまま, いきなりトップダウン式に組織展開を行っても, 必然的に内部崩壊せざるを得ないと思われる.

福祉分野では SHG 自体の理論的概念整備は非常に精緻である一方で, その発展プロセスが SNS というコミュニティレベルの枠組みで論じられることは少ない. その意味で原田<sup>23)</sup> が子育て

支援の分野での実践活動を通して論じている, 「子育て (自主) サークルから子育てネットワークへ, それを支援する子育て支援ネットワーク」と言う考え方は有用である. 以上は, 筆者が考える SHG, SNS, SHC との着想に近い. その背景には, 支援課題の量 (当事者数) と質 (課題の重さ) が関係するものと思われる. SHG の活動基盤は基本的には脆弱である. これは人材や資金などが大きく関係する. もちろん発展的に解散することもあるが, 当事者が望まない形で自然消滅する場合も多い. 特に, 行政主体の当事者グループはいったん行政の手を離れると容易に崩壊しやすい.

同じ悩みを持つ SHG 同士が交流・つながりを持つ可能性もある (サークルリーダー会など). SHG のリーダーがある程度の経験と知識を積み重ねると, 必然的に外部に目が向くからである. 社会を変えようと働くグループは, メンバー自体もそれを支援する者も人間的に成長する<sup>24)</sup>. SHG のつながりは当事者を中心に自然発生することもあるが, 多くの場合には専門職による何らかのきっかけ作りや仕掛けが必要になる. その際,

参考になると思われる視点を以下に述べておく。

SHG から SNS への発展プロセスでは、当事者主体の経験的知識、暗黙知を広く共有できる形で形式知へ変換し<sup>25-27)</sup>、伝達していく必要がある。しかし、この種の作業は研究としても、また、当事者の活動としても一般的に非常に限定されている。このことが、SHG、SNS の有効性を実証しにくくしている一因であると思われる。

また、SHG あるいは支援関係者は人と人が「つながる」と言う表現を好んで使う。しかし、ネットワークと言う表現は、当事者だけでなく専門職においてもイメージ主導で語られることが多く、つながるための方法論が科学的に論じられることは少ない。その際に、看護系では触れられる機会が少ない理工学系の複雑ネットワーク理論<sup>28, 29)</sup>などは社会的ネットワークに対して、これまでにない新たな理解もたらす可能性がある。なぜならば、勘や経験だけに頼っていても効果的なつながりや情報伝達は難しいからである。

さらに、専門職と当事者の関係と役割の違いを明確にしておく必要がある。実践活動においてはこの点がしばしば曖昧になりやすいと考える。一般に両者の関係には「平行過程の原理と原則」<sup>19)</sup>と呼ばれるものがある。しかし、筆者の知る限り「研究」専門職（研究職、大学職など）と「業務」専門職（行政職、医療職など）が明確に分けて論じられることはない。従来の報告や当事者の認識では、専門職とは、漠然と業務専門職を指す場合が多い。一方で、SHG に関する調査研究、広範な理論・知識体系の構築と普及、学術的情報発信の大半は大学の研究職が行っている。もちろん、両者が明確に区別できるものではないが、大学研究職の持つ当事者との比較的自由度の高い関係性と、領域に縛られない専門性は固有の特性と考えるべきであろう。

筆者は SHG が拡大し、ネットワーク化・組織化していくことだけが最善だとは考えていない。一定の役割を終え、自然解散することも一つの選択肢である。また、機が熟さないうちに組織化を行い失敗に終わる事例もある。さらに、当事者自身が SHG を社会変化のための資源と言う専門職的な価値観で意味付けしているとは限らない。しかし、何らかの社会的貢献を望む当事者、SHG が存在するのであれば、SNS と言う形態は有効なのではないかと考える。

#### 4. SHG, SNS と内発的発展論およびエンパワメント理論

SHG, SNS は従来の行政・専門職主導のトップダウン式の支援とは全く異なる、当事者主体のボトムアップの支援と言うパラダイムを提供する。即ち、現在の保健医療供給体制の限界を補う可能性を秘めている。この点を、内発的発展論<sup>30-32)</sup>、コミュニティ・エンパワメント<sup>24, 33, 34)</sup>の概念から論じる。

##### 4.1 内発的発展論

内発的発展論は、社会科学の分野で 1960 年代後半から 1970 年代に誕生し、日本では鶴見<sup>30)</sup>が提唱し発展してきた概念である。ここで SHG, SNS との関連で主要概念を整理する。

内発的発展論を保健医療上のレベルで論考したものとしては、社会福祉学の分野では高田<sup>35)</sup>が、保育学の分野では中谷<sup>36)</sup>が示唆に富んでいる。

内発的発展論自体は、西欧をモデルとする近代化論がもたらす様々な弊害を予防するための社会変化の過程として構築されてきた。内発的発展の担い手は、そのめざす価値と規範を明確に指示する。近代化論はアメリカを中心に形成される一般理論である一方、内発的発展論は、途上国・第三世界の個別的経験や事例に基づいて構築される抽象度の低い理論化から出発する。

西川<sup>31)</sup>は内発的発展の特性として以下をあげている。①人間の全人的発展を目的とする。②他律的、支配的発展を否定し分かち合い、人間解放など共生の社会づくりを志向する。③内発的発展の組織形態は参加、共同主義、自主管理等と関連する。④内発的発展は地域分権と生態系重視に基づき、自律性と定常性を特徴とする。

内発的発展の単位は地域である<sup>30, 31)</sup>。大理論から出発するのではなく、人間が実際に生活を営む、地域と言う小単位から、人間を見つめなおそうとする。普遍から個別へ、国家から地域社会へと言う分析方法は、ボトムアップのプロセスをたどる。それゆえ、地域の実情に合わせて異なる発展経路・多系的発展がある。内発的発展では「手段として」ではなく「目的として」の参加を重視する。これは住民自身がプロジェクトや組織の主導権を取り、主体となって参加すると言う、プロセスを重視する形態である。

川勝ら<sup>32)</sup>は、内発的発展の発展とはほかならぬ人間の成長であり、不条理な苦痛の存在と現状を知り、解決に向けた方向付けが内発的発展論の

課題としている。つまり、地域と言う文脈に存在する個、人間そのものの内発を視野に入れることが必要になる。その際、「本来責任を負うべきでないにもかかわらず、外的条件のために人間が負わされた不条理な苦痛を軽減するために、その現状を知り、先頭に立って解決のために働く主体」であるキーパーソンの存在が重視される。内発的發展においては、他律的支配的發展は否定され、分かち合いや人間解放などの共生の社会づくりが目指される。それゆえ、必然的に内から、下から、地方からと言う方向性を持つ。以上、内発的發展論は近代化論、發展論と言う世界規模の視点からの概念であるが、その基本思想にあるものはSHG、SNSの持つ、不利からの解放、当事者主体性、ボトムアップ、「場」としてのコミュニティなどの概念に通底することがわかる。

#### 4.2 エンパワメント理論

エンパワメントの概念は「権利や権限を与えること」と言う意味の法律用語として17世紀に使われ始めた。社会的に広く使われ始めたのは第二次世界大戦後の米国公民権運動、フェミニズム運動などの社会変革活動を契機とする。近年では、社会福祉、発展途上国開発、医療・看護、教育など広範な分野で使われ、その概念も様々な拡大解釈されている。しかし、共通する概念として「社会的に差別や搾取を受けたり組織の中で自らコントロールしていく力を奪われた人々が、そのコントロールを取り戻すプロセス<sup>24)</sup>」をエンパワメントと言う言葉で表そうとしている。それは、人間尊重社会、即ち、すべての人間が本来持つ潜在力を最大限に伸ばし発揮できる社会の実現を意味している。

森田<sup>33)</sup>はエンパワメント概念本来の意味を定義、理論化することを試みている。エンパワメントの概念は1970年代から米国で頻繁に使われ始め、それは草の根運動の中から生まれ、社会変革の実践の中で使われたと指摘する。その概念化においてempowermentのemを「内」と言う接頭語として解釈している点が興味深い(通常は「・・・にする」と言う接頭語とみなされる)。即ち、「内」と「力」がエンパワメントを理解する鍵だとする。したがって、「互いの内在する力に働きかけ合うこと」「一人ひとりが潜在的に持つパワーや個性を再び息吹かせ、すべての人が持つ内的なりソースにアクセスすること」と位置付けている。われわれは、比較、差別、偏見など

様々な外的抑圧にさらされるうちにこれを自ら受け入れ、自分自身を抑圧する内的抑圧を生じさせる。内的抑圧は自己を内へ閉じ込め、内外の抑圧が自己否定、無力感を生むのである。エンパワメントはこの内外の抑圧を共感、連帯、信頼、権利意識などの肯定的パワーで取り除き、自己のあるがままを受容し、内在する資源に働きかけることである。

久木田ら<sup>24)</sup>によれば、エンパワメントは「すべての人間の潜在能力を信じ、その潜在能力の発揮を可能にする人間尊重の平等で公平な社会の実現する価値観に根差し、社会的搾取を受けたり、自らコントロールしていく力を奪われた(dis-empowerment:非力化)人々がそのコントロールを取り戻すプロセス」である。

久木田ら<sup>24)</sup>はさらにエンパワメントは一定の順序を経て行われることを見出し、以下のように整理している。①基本的ニーズレベル(生存にかかわるレベル)、②アクセスレベル(パワーを生み出す様々なリソースへのアクセスにより、社会的・経済的エンパワメントが進む)、③意識化レベル(社会的ネットワークの広がり、参加機会、自己の置かれた状況への意識化、権利やより高い価値への認識、目標設定、自己の役割への意識化、知識の獲得)、④参加レベル(積極的な社会活動への参加、組織化、政治的発言力、政治的エンパワメント)、⑤コントロールレベル(多面的なエンパワメント促進、コントロール権と自由な選択、外部集団への積極的な働きかけ)。このうち①に関しては基本的人権の保障と言う側面から、衣食住のみでなく、安心感・信頼感、自己尊重、自己選択・自己決定などを含める立場もある。以上のプロセスは、多胎育児支援のSHGがSNS、全国組織化へと外向きに発展していく段階(現段階では③~④に向かう途上であろう)で筆者が観察した状況<sup>15)</sup>に酷似している。

エンパワメントがさらに進むと最終的には、パワー関係の両側に合った弱者と強者の関係性が互いに変化し、「全体的な構造変化」をもたらす。このようなプロセスを相互変容(トランスフォーメーション)と言う。これは、「強弱の立場の逆転ではない」と言うフレイレ<sup>37)</sup>の主張に通じる。即ち、抑圧と非抑圧の逆転は抑圧搾取構造の再生産に過ぎないからである。

相互変容は、通常、社会的、経済的、政治的側面だけでなく、内面的、心理的变化や価値観の変化を伴う。なぜなら、エンパワメントが弱者の

強化と力（パワー）の獲得を意味するのに対し、相互変容は強者も含む「関係性の変化」をもたらすからである。SHGのヘルパー・セラピー原則は、SHG内での個人レベルでの関係性の変化とも考えられる。

相互変容と言う概念は、SNSにおけるパートナーシップと言う考え方にも関係する。即ち、複数の平等な関係にあるパートナー（時にステークホルダーでもある）が単に出会うだけでなく、互いの専門性を認めながら歩み寄ると言う関係がSNSの基本的発想だからである。従来の二分的主従関係（例えば、治療者と患者、支援者と非支援者、専門家と非専門家）に対する疑問や意識変化は医療や教育、さらにはビジネスの世界などでも近年幅広く起きている<sup>32)</sup>。

#### 4.3 内発的發展論・エンパワーメント理論におけるコミュニティと言う視点

内発的發展論は地域を、エンパワーメント理論は個人を基本単位にして発展してきた<sup>36)</sup>。しかし、地域と個人は元来不可分の関係にある。即ち、個人のエンパワーメントを考える場合に、必然的にその個人が所属するコミュニティを考えざるを得ない。例えば、安梅<sup>34)</sup>はエンパワーメントを、セルフ・エンパワーメント、ピア・エンパワーメント、コミュニティ・エンパワーメントの段階に分けている。そして、エンパワーメントをホリスティックケアと捉え当事者とそれを取り巻く環境の総体を視野に入れている。

SHGが単独で存在しているわけではない。特に、SHG同士がつながり、多職種とSNSを形成する場合に、必然的に、活動する「場」としての地域社会、あるいは人間集団としてのコミュニティと言う存在がクローズアップされてくる。

即ち、各々のSHGやSNS自体は独自性を持っているが、そこには必然的にコミュニティと言う状況や文脈が発生する。コミュニティに関する議論は非常に多彩であるが、広井<sup>38)</sup>の「人間が、それに対して何らかの帰属意識をもち、かつその構成メンバーの間に一定の連携ないし相互扶助（支え合い）の意識が働いているような集団」との理解はSHG、SNSを考える上で参考になる。

また、「人間の重層社会における中間的な集団」<sup>38)</sup>と言うコミュニティの捉え方は示唆に富む。即ち、コミュニティは原初からその内部的な関係性と外部との関係性の両者を持つ二重性があり、外部に対して開いた性格を有する。つまり、コミュニテ

ィ作りと言うこと自体に外部とつながる要素が含まれている。筆者は、先に示した岡<sup>11, 15)</sup>が論考したSHGが本質的に持つ内向き・外向きの性格はこの点でコミュニティ理論とつながるのではないかと考えている。

コミュニティは定住者と外部居住者の融合により安定し、継続性を維持する一方、新参者が創造的な融合を生み出す多様性と相互作用を提供する。この点においてコミュニティは創造性と言うテーマとも結びつく。つまり、SHG、SNSと言う概念は外部に開かれることで、本来的に従来にない新たな知の創造を生み出す素地を有するのである。以上から、SHG、SNSと言う発展過程はコミュニティの特性を色濃く反映し、しかも知的創造に連動するプロセスと捉えることができよう。

#### 5. ケア科学からみたSHG、SNS研究の展望

次に、SHG、SNSの研究を広く「ケア科学」と言う枠組みの中で論じることとする。その理由はSHG、SNSと言う概念をもとにケアの本質<sup>39)</sup>に迫り「人間に対するホリスティックなケア科学」<sup>38, 40)</sup>を俯瞰しうるからである。

医療には、自然科学（サイエンス）としての側面と同時に人文科学・社会科学・人間科学としての側面がある。ここで言うサイエンスとは、西欧近代科学のことであり、本質的には、①普遍的法則性の追求と、②経験的・実証的合理性の要素を持ち、典型的には数量的説明に代表される。しかし、それと同時に、医療は単なる自然科学の臨床的応用にとどまらず、「癒し」「物語り」「スピリチュアリティ」などに代表されるように、人間全体・ホリスティックなケアの側面を色濃く持った営みでもある。日本ではケアとしての医療は、国家戦略として自覚的に展開されてはならず、しかもサイエンスとしての側面よりも一段低いものとして見なされがちである。つまり、ケアとしての医療が明確に位置付けされていない。

医療におけるサイエンスとケアは分断された状況で互いに独自の発展を遂げてきた。サイエンスが主体と対象（自然）との関係を切断し、その統御を思考するのに対し、ケアはむしろ対象との共感・一体性・親和性を基本的要素とする。また、サイエンスが機能的・網羅的な実証性や客観性を重視するのに対し、ケアはむしろ対象の個別性・経験の一回性を志向する。ここではケア全体を2つの主軸で「便宜的に」4分割し、全体像を簡潔

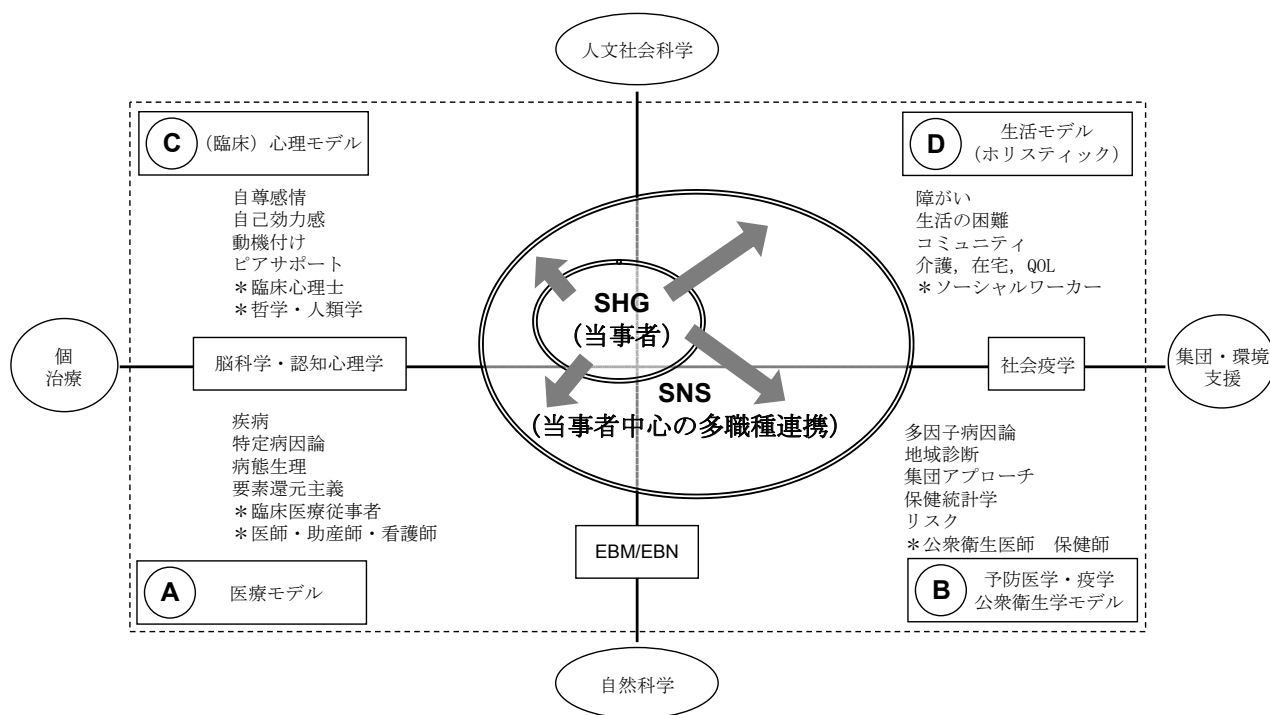


図2 ケア科学の全体像におけるセルフヘルプグループ (SHG), サポートネットワークシステム (SNS) の位置付け

SNS には業務専門職には難しい行政的・地域と支援課題を越境した隙間のない継続的な支援の可能性がある。その際、比較的自由に活動することができる当事者や大学研究職にコーディネーターとしての役割が期待される。

に整理しておく (図2)。これは広井<sup>38, 40)</sup>の原案を基本に、筆者の考えを大幅に取り入れている。現実には領域間で様々にクロスオーバーしている。縦軸は科学を自然科学と人文社会科学に分けている。自然科学 (近代西欧科学) は物理学を中心として発展してきた。その帰結として、疾患の要素還元主義・単一要因論 (特定要因説) に親和性を持つ。人文社会科学は、人間の心理社会的な側面に光を当て、かつ対象の個別性をより重視している。

横軸は、個あるいは治療を中心に据えるか、集団・支援を中心に据えるかである。人間の集団を考える場合には必然的に人間を取り巻く環境と言う要素が加味される。広い意味での生態系と言ってもよい。左側は人間の個体としての側面に主たる関心を向けた何らかの治療的なアプローチであり、右側は個人を取り巻く広い意味での環境に目を向け、治療よりもむしろ、環境の改善、環境や生活への支援を行うアプローチである。

こうしたモデルはそのまま専門職資格や学問分野、そのための養成教育にまで影響していると考えられる。この中で看護職の「ケア科学」での期待は大きく<sup>38, 40)</sup>、医療モデルを持ちながらも生

活モデル、さらにはその他のモデルを併せ持った専門職として、ケア科学全体を俯瞰できる可能性が期待できる。

以上のようにケア科学を整理してみると、実践的な視点からは、別の課題が見えてくる。当事者にとっては学問領域やその基盤モデルが問題なのではなく、生活者としての本人たちの困難をいかに克服し、包括的な社会的支援を受けられるかが差し迫った問題である。

専門特化された専門職にとっては、自分の領域におけるサポートだけで十分 (あるいは手一杯) と考えがちな点が問題なのではないだろうか。多くの場合、当事者が望むのは限定的な個別支援だけでなく、自分たちに対するトータルな支援体制である。これは、全面的な依存体質とは本質的に次元が異なる。専門職の役割あるいは専門領域に「重複」があることよりも「隙間」があることの方がより大きな問題なのである。したがって、隙間のない継続した支援を行うためには、専門職には積極的に他領域の知識や考え方を吸収・越境していく姿勢が求められよう。

その場合に当事者を中心とした SHG や SNS、様々な分野の SHG の連携ないし SHC のような



「外向き」の志向性を持つ組織が有効な役割を果たしうることは明らかである。SHG, SNSあるいはSHCが潜在的に持つ外向きの力は、縦割りの行政区分のような「地区」を越境して連携できるだけでなく、「カテゴリー（支援課題）」をも越境できる横への広がりを持つ点を見逃してはいけないと考える（図2）。

以上のように、様々な困難を抱えた当事者を中心に考えた場合に、包括的な視野を持つことのできる当事者や専門職としての大学研究職のコーディネーターとしての役割がクローズアップされるのではないだろうか。

元来SHGは困難を持った少数の当事者の共感・心理的な分かち合いが出発である。その効果も主として心理的な側面に訴える部分（例えば、自尊心、自己効力感、生き抜く力など）を基本とした生活面での改善が多い。その意味では、SHGは発生的には医療モデルに近接する心理モデル、生活モデルに属すると言えよう。もちろん、その比重はSHGの持つ課題や困難の種類によって異なってくる。疾患の場合には臨床医療職とのかかわりは必然的に密になる。

SHGが内発的な発展を遂げ一定の組織基盤とコミュニティにおける認知度、社会的な活動能力をつけSNSになってくると、必然的に集団レベルでのアプローチ、自然環境・社会文化的環境などを意識した支援を主とした公衆衛生学モデル、生活モデルとしての社会資源に発展すると思われる。

現状では、SHG概念が渾沌としているため、理論的には機能として心理モデル・構造として生活モデルの枠組みの中で論じられることが多く、自然科学的な役割や有効性はあまり論じられていない。SHG, SNSの広い意味での治療的な効果や予防医学的側面がより深く探求される必要があると思われる。

近年、専門分野の境界領域の学問的発展も目覚ましい。例えば、脳科学・認知心理学に代表されるように、医学モデルと心理モデルの接近は急速に進んでいる。SHGの心理的な効果が単なる現象論・情緒的記述のレベルを超えて進んで行けば、おそらく自尊心、自己効力感の高まりなどの物質的基盤が次第に解明されていく可能性がある。

また、1990年代に入り医療事情を一新させたEBM（Evidence-based medicine）は、臨床医学の不確実性に対する疫学的アプローチの有効性を示すものである。EBMに続き、EBN（Evidence-

based nursing）の展開など関連諸領域で様々な追随と独自の発展を遂げている。今後はSHG, SNSの有効性が疫学的エビデンスを持って評価されていく必要もある。

社会疫学<sup>41, 42)</sup>は近年発展してきた疫学の一分野であり、人間集団の健康事象に影響を与える、広義の社会的要因（社会・文化・心理・政治・経済的要因）を探る。それは、包括的にとらえた人間の健康に対する社会的要因の影響が、一般の予想をはるかに上回ることが明らかになってきたからである。ソーシャルキャピタル、社会ネットワーク、社会的格差のような今日のテーマが健康に与える影響が研究されており、看護学領域とも親和性が高い<sup>43)</sup>。困難を抱える当事者の個人レベルさらに、集団（地域）レベルでの社会資源としてのSHG, SNSが健康に与える影響の大きさの定量評価は必須の課題と思われる。現状では、SHG, SNSに対する疫学研究は皆無に近く、しかもその多くは文献研究や質問紙による量的実態把握のレベルにとどまっている。

次に別の切り口として、健康転換との関係でSHG, SNSの果たしうる役割をまとめておく。人口構造・疾病構造、保健医療体制、社会・経済構造の変化が相互に影響しながら、段階的、構造的に歴史的变化を遂げることを示すシステム概念を健康転換<sup>44)</sup>と言う。日本の疾病構造で言えば、第1相：感染症、第2相：慢性疾患（生活習慣病がその代表）、第3相：高齢期退行性疾患へと推移している。現在、第2相から第3相への転換が急速に進んでいる。これは単に死亡率だけの問題でない。

例えば、WHOが示すDALY（Disability-adjusted life-years: 障がい調整生命年）上位に占める疾患のうち、特に障がいによる相当生命喪失年数（YLD: Years of Life lost due to Disability）に、大きな影響を与えているのはうつ病、統合失調症、アルコール乱用などに代表される精神科関連疾患や、認知症、難聴、関節症などの高齢期に多い疾患である（2002年値）。現在の治療中心医療ではこれらの疾患に全面的に対応することは難しく、必然的にその代替（オルタナティブ）となる広義のケアが重視されてくる。

ただし、健康転換により将来的に生活モデル（福祉）が医療モデル（医学）に取って代わると言った短絡的な問題ではない<sup>38, 40)</sup>。さらに、健康転換の問題は、資源配分のあり方と言った保健医療政策的な意味をも有する。各専門領域が当事者も

含めて、積極的に他領域へと越境・連携しトータルケアを目指すと言う幅広い視野を持てるかどうかが肝要だと思われる。その際、SHG, SNSあるいはSHCにはケア全体を再構築する上で大きな貢献を果たす可能性が期待できる。

## 6. SHG, SNS に関する研究の可能性

ここまでに、SHG, SNSを内発的發展論、エンパワーメント理論との関係、およびケア科学という視点から論じてきた。しかし、SHG, SNSはこれ以外にも今までに深く論じられたことがない様々な視点での研究課題となる。

SHG, SNSが活動するには人だけでなく「場」あるいは「文脈（コンテクスト）と関連性」が必要であり、それはコミュニティ・環境と言う概念と相互不可分の関係にある。したがって、地域福祉、地域再生など今日的課題に対する有効な視点を提供すると思われる。特に、高齢者や子どもの支援を考える機会が確実に増加している現在、コミュニティとの接点を考え、その役割を再検討することは必然的な帰結である。SHG, SNSは当事者中心、アドボカシー、参加型、あるいは地域再生、地方分権と言う時代の流れにおいてその力を発揮しやすい。従来の福祉領域の研究にはない公衆衛生学・地域看護学の知識理論体系、例えば、コミュニティアズパートナーモデル、地域診断、ポピュレーションアプローチなどがSNS構築の有効なツールとなりうる<sup>1-5)</sup>。しかし、現状ではこの種のツールがSHGからSNSを構築する際に、具体的にはどのように応用できるかについては体系的に整理されていない。

また、歴史的発展理論からいえば、SHGの概念は「第三の波」<sup>21)</sup>（農業社会、産業社会に次ぐ情報化社会）に次ぐ、ポスト情報化の時代、即ち、知の創造、コンセプチュアル社会<sup>45)</sup>、定常化社会の時代に、比較的自然な形で対応できる素地がある。なぜならば、SHG, SNSは、本来的に自発性・総合力（非専門特化）を重視し、知を創出すると言うプロセスを経て社会変化をもたらす活動につながるからである。この点に関しては、広井<sup>38, 40)</sup>がコミュニティ論の中で提唱する物質（市場化）、エネルギー（産業化）、情報（情報化・グローバル化）、生命・ケア（成熟化・定常化・ローカル化）と言う時代的变化の考え方、あるいは、野中ら<sup>46)</sup>が企業経営論で唱える、情報・戦略の時代から知識・価値の時代へとと言う考え方とも通じる。支援という実践活動を推進する一方で、こ

うした巨視的視野でSHG, SNSの存在意義を論じることが有用と思われる。

これまでのSHG研究では、臨床的・事例報告レベルのものや、特定の支援課題を限定的に深く論じることが多く、分野横断的、学際的に論じられることはなかった。SHG, SNSの実践を通じた理論体系の構築は学際的な領域であり、保健医療全体の枠組みの中でも豊富な潜在的な研究テーマを有すると思われる。

## 7. おわりに

SHG, SNS研究は、狭い意味で福祉領域や臨床・地域における個別の疾患や生活課題レベルにとどめて置くだけでは本質に迫れない広範なテーマを持つ。本稿では、これまで論じられることがなかったSHG, SNSに対する内発的發展論・エンパワーメント理論からの接近と、ケア科学と言う全体像を視野に入れた論考を試みた。現在、地域の特性や環境、歴史等を踏まえたローカルなレベルでの知の創出・福祉・環境・街づくりなどではNPOや民間団体などを中心とした市民活動が先行し活発になっている。それと協働しうる知識と実践力を身に付けた教育・研究・地域貢献の担い手、すなわち「コミュニティの中心基地としての（保健医療福祉系）大学」の存在意義がクローズアップされてくるのではないだろうか。SHG, SNSさらにはSHCに対する看護領域での今後の広い視野からの理論的・学際的研究の発展、および実践に期待したい。

## 謝辞

本稿の作成にあたり、山梨大学の大間敏美さんには多大なご協力をいただきました。また、概念整理において本学在宅看護学講座の彦聖美さんから貴重なご助言をいただきました。併せて深謝いたします。

## 引用・参考文献

- 1) Ooki, S. : Population-based database of multiples in childhood of Ishikawa prefecture, Japan. *Twin Res Hum Genet*, 9 (6), 832-837, 2006.
- 2) 大木秀一：多胎児家庭支援の地域保健アプローチ。ビネバル出版、2008.
- 3) 大木秀一、志村 恵、飯田芳枝：石川県における多胎児家庭への支援 -いしかわ多胎ネットの構築とピアサポート活動-。北陸公衛誌, 35 (2), 63-70, 2009.

- 4) Ooki, S. : Strategy and practice of support for multiple birth families: Evidence-based care and population approach with human network. Pacey H. Krause and Tahlia M. Dailey, eds.: Handbook of Parenting: Styles, Stresses, and Strategies. NOVA Publishers, 175-239, 2009.
- 5) 多胎育児サポートネットワーク：平成 18-20 年度独立行政法人福祉医療機構「長寿・子育て・障害者基金」助成事業 多胎育児支援地域ネットワーク構築事業報告書, 2007-2009.
- 6) 谷本千恵：セルフヘルプ・グループ (SHG) の概念と援助効果に関する文献検討 -看護職は SHG とどう関わるか-. 石川看護雑誌, 1 (1), 57-64, 2004.
- 7) 谷本千恵：当事者グループに対する保健師の認識と関わりの実態. 日本看護研究学会雑誌, 30 (5), 61-70, 2007.
- 8) Tanimoto, C. Hasegawa, M. : Requirements for successful Self-help groups in mental health. 金沢大学つるま保健学会誌, 33 (2), 1-10, 2009.
- 9) アラン・ガートナー, フランク・リースマン：セルフ・ヘルプ・グループの理論と実際 -人間としての自立と連帯へのアプローチ. 川島書店, 1985.
- 10) 久保絃章：自立のための援助論 -セルフ・ヘルプ・グループに学ぶ. 川島書店, 1988.
- 11) 岡知史：セルフヘルプグループの研究 (第 5 版). 自費出版, 1995.  
<http://pweb.sophia.ac.jp/oka/res/selfhelp/shg5/>
- 12) 山崎喜比古, 三田優子：セルフ・ヘルプ・グループの展開とその意義. 園田恭一, 川田智恵子編：健康観の転換. 東京大学出版会, 180-182, 1995.
- 13) A.H. カッツ：セルフヘルプ・グループ. 岩崎学術出版社, 1997.
- 14) 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. 中央法規出版, 1998.
- 15) 岡知史：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, 1999.
- 16) 中田智恵海：セルフヘルプグループ -自己再生の援助形態. 八千代出版, 2000.
- 17) 久保絃章：セルフヘルプ・グループ -当事者へのまなざし. 相川書房, 2004.
- 18) 高松里：セルフヘルプ・グループとサポート・グループ実施ガイド -始め方・続け方・終わり方. 金剛出版, 2004.
- 19) 岩田泰夫：セルフヘルプグループへの招待 -患者会や家族会の進め方ガイドブック. 川島書店, 2008.
- 20) Finn J : An exploration of helping processes in an online self-help group focusing on issues of disability. Health Soc Work. 24 (3), 220-231, 1999.
- 21) アルビン・トフラー：第三の波. 日本放送出版協会, 1980.
- 22) 井上玲子：親の会に関する国内文献の検討. 日本小児看護学会誌, 17 (2), 59-65, 2008.
- 23) 原田正文：子育て支援と NPO -親を運転席に！支援職は助手席に！. 朱鷺書房, 2002.
- 24) 久木田純, 渡辺文夫 編：現代のエスプリ (No.376) エンパワメント. 至文堂, 1998.
- 25) マイケル・ポランニー：暗黙知の次元. 筑摩書房, 2003.
- 26) 野中郁次郎, 紺野登：知識経営のすすめ -ナレッジマネジメントとその時代. 筑摩書房, 1999.
- 27) ドロシー・レナード, ウォルター・スワップ：「経験知」を伝える技術 -ディープスマートの本質. ランダムハウス講談社, 2005.
- 28) 増田直紀, 今野紀雄：「複雑ネットワーク」とは何か -複雑な関係を読み解く新しいアプローチ. 講談社, 2006.
- 29) 増田直紀：私たちはどうつながっているのか -ネットワークの科学を応用する. 中央公論新社, 2007.
- 30) 鶴見和子：2 章 内発的発展論の系譜. 鶴見和子, 川田侃 編：内発的発展論. 東京大学出版会, 1989.
- 31) 西川潤：1 章 内発的発展論の起源と今日的意義. 鶴見和子, 川田侃 編：内発的発展論. 東京大学出版会, 1989.
- 32) 川勝平太, 鶴見和子：「内発的発展」とは何か -新しい学問に向けて. 藤原書店, 2008.
- 33) 森田ゆり：エンパワメントと人権 -こころの力のみなもとへ. 部落解放研究所, 1998.
- 34) 安梅勅江：コミュニティ・エンパワメントの技法 -当事者主体の新しいシステムづくり. 医歯薬出版, 2005.
- 35) 高田真治：社会福祉内発的発展論 -これからの社会福祉原論. ミネルヴァ書房, 2003.
- 36) 中谷奈津子：地域子育て支援と母親のエンパワメント -内発的発展の可能性. 大学教育出版, 2008.
- 37) パウロ・フレイレ：被抑圧者の教育学. 亜紀書房, 1979.
- 38) 広井良典：コミュニティを問いなおす -つながり・都市・日本社会の未来. 筑摩書房, 2009.
- 39) ミルトン・メイヤロフ：ケアの本質 -生きることの意味. ゆみる出版, 2006.

- 40) 広井良典：持続可能な福祉社会 - 「もうひとつの日本」の構想. 筑摩書房, 2006.
- 41) イチロー カワチ, ブルース・P. ケネディ：不平等が健康を損なう. 日本評論社, 2004.
- 42) 近藤克則：健康格差社会 - 何が心と健康を蝕むのか. 医学書院, 2005.
- 43) 大木秀一：看護学の大学院教育における健康科学の役割 - 疫学と看護学の専門性の接点-. 石川看護雑誌, 3 (2), 17-24, 2006.
- 44) 武藤正樹：健康転換の国際比較分析と QOL に関する研究. 平成 4 年度 (財) ファイザーヘルスリサーチ振興財団国際共同研究報告書, 1992.  
[http://www.pfizer-zaidan.jp/search/image/health/health01/fo01\\_036.pdf](http://www.pfizer-zaidan.jp/search/image/health/health01/fo01_036.pdf)
- 45) ダニエル・ピンク：ハイ・コンセプト「新しいこと」を考え出す人の時代. 三笠書房, 2006.
- 46) 野中郁次郎, 竹内弘高：知識創造企業. 東洋経済新報社, 1996.
- (受付：2009 年 10 月 13 日, 受理：2009 年 12 月 25 日)

## Current Challenges and Perspectives Concerning Researchers on the Support Network Systems Based on Self-Help Groups in the Community

Syuichi OOKI, Chie TANIMOTO

### Abstract

We discuss a supportive approach for parties who have many health and medical problems. Self-help groups (SHGs) are formed based on the self-oriented participation of parties with sympathy. Support network systems (SNSs) in the community are formed by the moderate relationship between several SHGs with the same problems and related professional parties. This process is essentially based on mutual empathy. The autonomic and bottom-up process in the formation of SNSs is in good accordance with the endogenous development theory and empowerment theory. This type of support style is different from the traditional top-down public administration support system. Both types of support system could form a complementary partnership with reciprocal transformation. SNSs based on SHGs have much potential to overcome the divisions in current support and care systems in light of total and holistic human care science. The importance of universities related to nursing, health, and welfare as centers of knowledge and practice concerning total care science will be delineated in the near future.

Key words self-help group (SHG), support network system (SNS), endogenous development theory, empowerment, care science