

セルフヘルプグループとセルフヘルプ・サポーター、  
そしてソーシャルワーク：  
自死遺族「本人の会」の事例を用いた理論的考察

岡知史（上智大学）

Thomasina Borkman（George Mason University）

掲載雑誌：

ソーシャルワーク研究（相川書房）

第37巻3号（2011年10月31日発刊予定）

# セルフヘルプグループとセルフヘルプ・サポーター、 そしてソーシャルワーク： 自死遺族「本人の会」の事例を用いた理論的考察

岡知史（上智大学）

Thomasina Borkman（George Mason University）

本稿の目的は、セルフヘルプグループ（以下、SHG）と接点をもつソーシャルワーカーに理論的指針を示すことである。その際、SHGを支援している立場にないソーシャルワーカー（以下、ワーカー）も含めて考えている。その指針では以下の2点を示す。まず、当事者主導であるSHGと専門職主導であるサポートグループの違いを述べる。もう1点は「セルフヘルプ・サポーター」と呼ばれる新しいタイプの専門職を、従来の伝統的な専門職と対比しながら説明し、そこから日本のワーカーがその実践の幅を広げたいことを考えたい。現在SHGにかかわる専門職の多くは、医師や看護師、心理士などの「治療者」であり、基本的に当事者がもつ問題を「個人の問題」としてとらえている。それに対して、ワーカーは当事者のグループや組織に注目し、その社会的あるいは環境の問題に取り組む、ほとんど唯一の専門職である。したがって、もしワーカーがセルフヘルプ・サポーターとして働けるのならSHGの発展に大きく貢献できる可能性がある。

本稿でこの2点を取り上げた理由は、現在、わが国ではSHGの定義をめぐって混乱があり、特にサポートグループとの混同が目立つからである。この混同は、近年改正された社会福祉士養成課程（厚生労働省, 2008）によってさらに進むだろう。なぜならこの新しい養成課程では、SHGはワーカーのグループワークの結果として作られるものであるかのように書かれているからである。私たちは、このような養成課程で学んだワーカーが、SHGが望まない方法でそれを支援したいと思うのではないかと危惧している。そして、その危惧から、セルフヘルプ・サポーターというモデルを日本のワーカーに紹介したいとも思うのである。

以上のことを論じるにあたっては、以下の2種類の資料を用いる。一つは岡が自死遺族「本人の会」(SHG)との3年にわたるフィールドワーク(Oka, 2010b, 2011; Oka, Tanaka, Ake & Kuwabara, 2011)である。「本人の会」のメンバーのなかには専門職主導の（自死遺族のための）サポートグループにも参加してきた人がいるので、サポートグループについての文献だけではなく、そのメンバーの経験から学んだことをサポートグループの記述に活用した。さらにこの「本

人の会」に関連した悲嘆についての文献レビューを行った。ここで自死遺族「本人の会」を選んだのは、自死遺族への支援ほど現在の日本において、当事者主導の SHG と専門職主導のサポートグループの差違をめぐって厳しい論争（その一端は清水の論文(2010)、自死遺族ケア団体全国ネット報告書(2009)、厚生労働省主催のシンポジウム議事録(2011)等からうかがえる）が行われているところはないと考えたからである。さらに日本の自死遺族「本人の会」は、近年になって結成されたため調査がほとんど行われておらず、ワーカーには知られてない。またグリーフワークをめぐる議論をいくつか紹介したい。というのも日本の自死遺族「本人の会」はグリーフワークには否定的であるが（岡・田中・明, 2010）、英語圏の研究者のなかにはそのグリーフワークへの拒否的な態度を支持する論調が見られ、それが日本にはあまり紹介されていないと考えたからである。このように、ここでは自死遺族「本人の会」を中心にとりあげるが、ここで述べられたことは多くの SHG にも当てはまることだと信じている。

もうひとつの資料は、主として Borkman が、SHG とその支援についての長年の研究から得たものである。Borkman は *International Journal of Self-Help and Self Care* という SHG 研究では唯一の国際専門誌の編集者であり、国際的な視点からこの問題について議論できる数少ない研究者の一人である。（注 1）

## 1. セルフヘルプグループとサポートグループ

当事者主導の SHG あるいは専門職主導のサポートグループにかかわることを願う専門職にとって、この 2 種類のグループを区別することは非常に大切であることを私たちは強調してきた（Oka, 2010a; 岡・Borkman, 2000; 岡・高畑, 2000）（注 2）。SHG とサポートグループの最も本質的な違いは、誰がグループを所有し、グループの方向性を決定するのか。それは当事者なのか、専門職なのかということである（White & Madara, 2002, p. 29）。SHG においては、当事者以外に誰もグループに関することを決めることはできない。いかにミーティングを開くか、どのような枠組みでものごとを考えていくか、組織としてグループにどのような構造を考えるか、そして場合によってはグループを解散するかどうか当事者だけで決めなければいけない。

研究者によっては、SHG を当事者が主導する心理療法のグループととらえ、伝統的な心理療法集団との比較のなかで、その心理学的な特徴にのみ注目している（たとえば Hurvitz, 1977; Lieberman, 1990）。しかし、本稿の読者であるワーカーは、SHG の心理療法的な側面について議論することには大きな関心を

もたないだろう。そうではなく社会的な側面について議論したいのである。しかしながら、その社会的側面は当然その社会や時代、当事者の問題によって大きく違ってくる。たとえば Kurtz(1997)は、サポートグループを SHG と心理療法のグループの中間の形として理解しているが、そこでは「SHG は典型的にはメンバーとしての資格がある人なら誰でも受け入れるが、心理療法のグループはそうではない。心理療法の専門職のグループのサービスを利用するのは有料であるが、SHG では利用料が課せられることは希である」(p. 6)という。このような差違は日本の自死遺族の支援では見られない。専門職主導の多くのグループは公的な精神保健サービスの施設や公的な助成を受けた民間の団体によって運営されており、料金は発生しない。要するに SHG とサポートグループの差違を一般化するのは難しいということである。

そこで本稿では、自死遺族の支援をめぐる特に顕著な SHG とサポートグループの差違に注目することにした。というのは、その差違は必ずしも他の分野でも普遍的に見られるものではないにしても、それを理解することで、なぜ SHG のリーダーとグリーフケアの専門職の間で厳しい論争があるのかが見えてくるはずであり、また、これを考察することによって SHG とサポートグループの差違の重要性に気づくことができると考えたのである。その差違を以下のように、哲学、コミュニティ、そしてアドボカシーという項目のもとにまとめてみよう。

## 1.1 哲学:「ときはなちに向かう考え方」

十分に発展した SHG は、専門職とは違った視点で、メンバーの問題を理解し、解決に向かっていくという「理論的枠組み」をもっている。その SHG の「枠組み」は多くの研究者を魅了してきた。たとえば Antze (1979)は、それを「イデオロギー」と呼び、次のように述べる。

SHGは自らが取り組む問題についてある種の智恵をもっていると主張する。すなわち回復への秘訣としてメンバーが尊重する特殊な「教え」の体系があるのである。... その「教え」を私は「イデオロギー」と呼びたい。... これには、グループが明確に表明している信念だけではなく、グループの慣例、行動規範、スローガンや、好まれて使われる言葉の表現も含まれている。(p. 273)

この「イデオロギー」という用語は、その後、Suler (1984) やKurtzとChambon (1987)の論文で使われたが、1990年代になると使われなくなる。それは『助け合いのイデオロギー』などという、SHGが宗教的なカルト集団のように誤解されたり、あるいは専門職やその他の人々の集団よりも、イデオロギー的だと

思われたりしてしまう」(Kennedy & Humphreys, 1994, p. 182)からなのだろう。それに代わってKennedyとHumphreys (1994)は「世界観」という言葉を用いた。しかし、この用語も他の論文ではほとんど使われていない。これらの論文では「イデオロギー」であれ「世界観」であれ、もっぱら心理学的な現象に関連して論じられている。しかしながら、そこでは社会的環境、特にSHGのメンバーにとって抑圧的な社会的条件は十分に考慮されていない。

一方、Borkman(1999)が提唱した「ときはなちに向かう考え方」(a liberating meaning perspective)という概念では、社会的な要素も含まれている。すなわち、

スティグマが与えられた状況にある人々は、自らを解き放つ考え方を必要としている。それは人々を自己嫌悪と否定的な自己像、自分たちは良くないのだという思いから解放するのである。人々は自らの人間性を再確認し、問題を建設的に解決する方法を求めている。(p. 115)

自死遺族のSHGがグリーフケアの専門職によるサポートグループとどのように違うかを論じるとき、この「ときはなちに向かう考え方」という概念が、他の用語よりも有用だろう。なぜなら、この概念は、より社会的な問題に関係し、SHGは自らを「心理治療グループ」とは考えないからである。次に、日本の自死遺族の「ときはなちに向かう考え方」を紹介し、遺族が置かれた状況について遺族へのカウンセリングサービスを含めて考えてみたい。

### 専門職サービスとグリーフワークアプローチ

最初に自死遺族がどのような社会的環境のなかでSHGを結成するに至ったかを述べよう。日本では長い間、自死する人が多く (McCurry, 2006; Yamamura et al., 2006)、約300万人もの家族が自死遺族として残ることになった(Chen et al., 2009)。政府は自死予防のための対策を始め、そこでは自死遺族が事後対応(postvention)の対象として支援されることとなった (Yamashita et al., 2005)。その結果、多くの場所で専門職主導のサポートグループが結成されることとなった (Khan et al., 2008) (注3)。

専門職による遺族支援については、ここで二つのことを確認しておく。ひとつは自死遺族のグリーフケアの効果については日本ではほとんど疑われてこなかったということである。しかしBreen (2010-2011)も述べているように、「『正常な』悲嘆にある人に対する(専門職の)援助はほとんど効果がないか、あるとしてもごく僅かであることが調査研究によって示されている」(p. 285) (Currier, Neimeyer & Berman, 2008; Jordan & Neimeyer, 2003も参照)にも

かかわらず、このことは、あまり日本のグリーフケアの専門家によって論じられていないと思われる。このような状況では、専門職主導のサポートグループは役に立たないと公言することは（たとえ、その体験からそれを実感したとしても）遺族にとって容易なことではなかったということである。

二つめのポイントは、日本の死別ケアにかかわる専門職は、基本的にグリーフワークのアプローチを使い、その実践に悲嘆回復段階説を実践に取り入れているということである（自死遺族ケア団体全国ネット，2006，2007，2008）。Breen (2010-2011)が、グリーフカウンセリングの実践についての文献をレビューして以下のように要約したことは、日本においても当てはまるのである。すなわち

カウンセラーたちは、回復への段階とは、必ずしも順番どおりに現れるわけではないし、そのとおりになるものではないことを認めてはいるものの、それでも次のように信じているのである。すなわち悲嘆は期限付きのものであるが、クライアントは特定の段階で止まってしまうこともあるから、多くの場合、クライアントと亡くなった人との関係を終結させるよう促すことを優先的に考えるのである。... このような悲嘆についての理解は、次のようなグリーフワークの仮説に一致する。すなわち、健康な悲嘆のためには、悲嘆の痛みを外に表現することが必要であり、それによって悲嘆回復のプロセスを通過するのである。... このようなグリーフワークの仮説は、悲嘆とは時間的に限りあるものとし、悲嘆はいくつかの段階を経て（終了する）死別への反応であると理解している理論家にとっては中核的な考え方なのである。このようなグリーフワークの仮説は（実際には）実証するデータに乏しく、理論的にも批判されているのだが、さまざまな学問分野での大学の教育課程でも、大学卒業後の訓練過程でも、悲嘆を理解するときには欠かせないものとして教え続けられている。(p. 286)

さらに問題なのは、このグリーフワークの仮説に「1980年代後半から非常に厳しい批判が出ていて」(Bonanno & Kaltman, 1999, p. 771)、こうした考え方や悲嘆回復段階説に対する批判や疑いが英語文献のなかでは見うけられ(Holland & Neimeyer, 2010; O'Rourke, 2010)、科学的な根拠のない「神話」(Holmanら, 2010; Konigberg, 2011)であるとまで言われているが、こうしたことは日本では、あまり知られていない。

その結果として多くの専門職主導のサポートグループは悲嘆回復段階説に基づいて実践されていると思われ、そこに参加した遺族は、次の段階に進み、最後には回復したという段階にまで到達するように勧められているように感じる。

こうした専門職は「悲嘆がいつまで続いていて、回復できないことは、『病的な』悲しみの典型であるとしてしまう」(Wortman & Silver, 1989, p. 352) のである。そして悲嘆が段階を経て回復していくというグリーフワークの「非現実的な仮定が保健専門職や周囲の人々に共有されている場合. . . 喪失を体験している人の苦痛を必要もないのに、いっそう大きくさせ、自分たちの喪失に対する反応はその状況には合わない不適切で異常なものだと思いこませることにつながってしまうかもしれないのである」(Wortman & Silver, 1989, p. 355)。日本においては、自分たちの支援がいかにか効果的かということを示すデータを得るために、サポートグループの参加者にはグループ参加のたびに回復の程度を自己評価させることがある。専門職が作成した尺度に沿ったこのような自己評価は、先にWortmanとSilverが指摘したように、遺族のさらなる自己否定につながる恐れがあるのである。なぜなら遺族は自分の気持ちを点検することで、まだ回復が遠いことを感じ、自分自身のどこかが変だと思いこんでしまうかもしれないからである。

さらには、死別をめぐる文化の違いによって「最終的な目標は亡くなった人との愛着的なつながりを切ること」(Bonanno & Kaltman, 1999, p. 760) というグリーフワークのアプローチは、日本の人々には受け入れがたいものかもしれない(山添, 2011)。死者とどう向き合うかという問題は大きく文化に依存するのである(Rosenblatt, 2008)。そしてグリーフワークの考え方は「北米で流行している実践の考え方が、特定の文化に片寄っているという結果であり、そこにおいて悲嘆は孤立した個人の経験とされ、回復が進むにつれて死者とのつながりが切れることが強調される」(Shapiro, 1996, p. 313) のである。Shapiro (1996) によれば、

精神保健の分野での死別についての考え方は、(特定の)文化のなかにある考え方と、専門職の集団のなかにある思い込みを無造作に組み合わせたものでいっぱいになっていて、その思い込みは、現在の文化のありかた、専門職のありかたをそのまま肯定するようなものになっている。その思い込みのなかには「死別体験はある時点ではつきりと終わるものだ。死者の面影を思い続けるということは病的なことである」という考え方も含まれている。(p. 314)

悲嘆カウンセリングで使われる概念は科学的なもので、したがってどの文化にある人々にも適用可能な普遍的なものだと思われるが、実際はそうではなく特定の文化に依拠していることはStroebeら(1992)も述べている。繰り返しになるかもしれないが、重要なことなので以下に引用する。

悲嘆カウンセリングや悲嘆にかかわる心理治療は原則的に次のような考え方に基づいている。つまり時間が経過すれば、遺族は死者とのつながりを切り、愛着を諦め、新しい自己像を築く必要がある。その新しい自己像は、亡くなった人とは関係がないもので、人は他の人との関係を築いていかなければいけないという考え方である。(p. 1206)

ある日本の自死遺族は公開された討論会で『喪の作業』（グリーフワーク）を経ることによって最終的に新しいアイデンティティを獲得して人生を歩み始めるということ...（に）非常に抵抗感がある」（自死遺族ケア団体全国ネット, 2010, p. 62）と述べているが、これはこの文化の差違というものだろう。

これと対照的なのが、日本の文化に注目したKlass (2001) の考え方である。彼は「死者との関係が継続することは、日本では昔から文化の一部になっている」(p. 751)とし、「日本では死者の魂は、生者と交流している」(Klass & Goss, 1999, p. 550)という。さらにKlassは、この問題について歴史的、宗教的な（おそらく日本の多くの人には考えてもみなかった）考察をしている。つまり「西洋の歴史においては、家族や親族、部族など亡くなった先祖とのつながりは断続的に抑圧されてきた。それはそのときの政治勢力と直接につながっていた唯一神との関係をより重視したためである」(Klass, 2001, p. 759)という。またキリスト教の歴史においては「天国についての対立的な考え方が続いていた。つまり天国とは人間的な場所であって、私たちが地上において愛した人とのつながりがそこで継続される場所なのか、それとも天国とは非人間的な場所であって、そこでは瑣末な人間関係は、唯一神とのつながり、あるいは唯一神との融合に取って代わられるのか、という二つの考え方があった」(Klass, 1999, p. 169)。これが西洋諸国において「20世紀の大半において、(死者との)永続的な絆は悲嘆における病的な症状であると見なされてきた」(Klass, 2006, p. 844)ひとつの理由だというのである。

さて、ここまで読まれた読者は、なぜ日本の自死遺族たちが専門職主導によるサポートグループに失望して自らSHGを結成するに至ったのか理解していただけだと思う。これらのグループは以下に述べる「ときはなちに向かう考え方」を展開するようになるのである。

### 「悲しみとともに生きる」

日本の専門職主導のサポートグループは精神保健関係の施設や病院で開かれていることが多い。このことは自死遺族の問題が、精神保健の枠組みでとらえられていることをよく示している。SHGのメンバーによれば、これがサポート



グループに遺族が引きつけられない理由の一つになっている。というのも、遺族のなかには精神保健専門職に不信感をもっている人がいる。かれらの愛する人は精神疾患をもっていたが、精神保健専門職はその命を救うことができなかったからである。あるいは精神保健にかかわる施設が、死者についての悲しい記憶を思い出させるのである。また遺族は精神科の患者として自分たちを扱ってほしくないと考えている。多くの遺族はまだ大きな悲しみのなかにいるので、グリーフワークの専門職は遺族を「回復途上の人」として導き、また保護する対象とみなすのである。

それに対して自死遺族のSHGは「悲嘆の病理化」(Granek, 2010)を拒否する。そして「悲しみとともに生きる」ことを正常なことだとする。専門職のケアが必要な患者として回復を目指すのではなく「悲しみとともに生きる」ことの重要性を強調する。専門職は継続する悲嘆を「病的」とし、それによって悲しみ続ける遺族に否定的な自己像を押しつけてしまうのだが、それを撥ね退けるのである。遺族はもはや自らを無力とは考えない。回復という与えられた目標を拒絶しながら、彼らを感じる内なる力とは、Bonanno(2004)がレジリエンス(以下「しなやかさ」と表記)と呼ぶものであろう。

「回復」という用語は、正常な状態が一時的に診断基準を満たすかあるいは満たさない程度の精神症状、たとえば鬱症状やPTSDになり、それが通常、短くても数ヶ月続いて、そののち徐々にきっかけになった出来事が起こる以前のレベルまで戻っていくという道筋を暗示している。完全な回復は、かなり早く現れるかもしれないし、長くて1年や2年はかかるかもしれない。一方「しなやかさ」とは、安定したバランス状態を保つ能力を意味する。... 喪失やトラウマに対する「しなやかさ」とは(他の出来事とはつながっていない)単独の、潜在的には非常な混乱をもたらす特別な出来事、たとえば親しい人の死や激烈で生命を脅かす危険性のある状況にさらされた人が、その特別な出来事を除けば普通の環境において、心身の働きを比較的安定した健康的なレベルに保つことができるという能力である。さらにいえば「しなやかさ」は単に異常な精神症状がないということだけではない。「しなやかな」人は正常な状態においても一時的な混乱は経験するかもしれない。たとえば、何かにとりつかれたような状態や不眠が数週間続いたりすることもあるだろう。しかし全体的には安定した一貫して安定した心身の状態を保ち、生産的な経験とポジティブな感情をもつことができるのである。(pp. 20-21)

岡が自死遺族「本人の会」のリーダーに聞いたところ、会のわかちあいのなかでは、どのようなことが話されても「だいじょうぶですよ」と受けとめられ

るということだった。「異常だ」とか「精神的に病んでいる証拠だ」と言われることがない。たとえば、ある母親は死んだ息子の妻に対する強い怒りを表現し、「呪いのわら人形」を作った話をした。ある親は、愛する子どもの腐乱し痛んだ遺体について微に入り細にわたって話した。ある夫婦は子どもの自死があまりにも悲しく、少しずつその子の遺骨を食べてしまったという。このような話を同様の経験がない人が聞くと非常に驚き、専門的なケアやカウンセリングが必要だと思ってしまうかもしれない。しかしながらSHGでは、みんながその話に耳を傾け、非常に大きな悲しみの前には当然の反応であると受け入れるのである。

### 「悲しみもまた私たちのもの」

サポートグループでは専門職はしばしば遺族に彼らの心で何が起きているのか、そして悲嘆からどうやって回復すればいいのかを説明する。悲嘆の性格や悲嘆に関連して生じる心身の不調、そして悲嘆回復段階説等の心理学理論についても詳しく説明する。専門職は、このような態度によって自分たちのほうが遺族よりも悲嘆についてよく知っていると伝えているのである。死別ケアの専門職は癌の専門医が癌を扱うように悲嘆を扱う。そしてその専門医が癌を患者の身体から除去するように、遺族の心のなかから悲嘆を除こうとする。

それに対してSHGのメンバーは「悲しみは私たちのものであり、他人に処理してもらえないものではない」と主張する。彼らは死別の悲しみについて、それを体験したことがない人よりもよく知っているといい、遺族こそがもっとも悲しみについて語る資格があるのだという。彼らは専門職が彼らの悲しみを「病い」として扱うことを欲しないし、許もしない。「私たちの悲しみは、私の身体と同じように私たちのもの」と公言する。リーダーたちは日本の古語においては「かなしむ」とは「愛しい」ことであり「悲しい」ことであった事実を好んで引用する。伝統的な日本の感性では「悲しみ」と「愛」は分離できないものであった。彼らは愛するゆえに悲しむのである。病的だから悲しむのではない(Oka, 2011)。これを「経験的知識」と呼んでもいいだろう。Borkman(1976)は言う。

経験的知識とはものごとを直接に経験することによって得られる真実であり、他人から与えられた情報をもとに推察したり考え込んだりして得られる真実ではない。... 「経験的知識」という言葉には、状況に直接的にかかわっていたことから得られる洞察こそが真実であるという強い確信が

含まれている。なぜなら人は現象のただ中であって得た知識こそ有効であり、信じるに足るものだと信じるからである。(pp. 446-447)

## 1.2 コミュニティ

SHG とサポートグループのもう一つの違いは、サポートグループが一時的な集団的な話し合いであるのに対して、SHG はミーティングの外でも交流ができる一種の継続的なコミュニティとして機能していることである。遺族にとって自由に話せるコミュニティは重要である。なぜなら彼らはもともとのコミュニティでは非常に孤立していることが多いからである(Feigelman, Gorman & Jordan, 2009)。Cerel ら(2008)は家族の自死が、その家族と周囲の社会的ネットワークとのコミュニケーションを歪めてしまう 3 つの可能性について述べている。すなわち社会的に非難されることによって、また自死の理由が秘密にされることによって、遺族自身が自ら孤立してしまうことによって、それは生じるのである。SHG が時間の制限にとらわれないネットワークと、ミーティングと日常生活とに連続性をもたせていることで、遺族のコミュニティとして機能していることを以下に示したい。

### 日常的なサポートと仲間の支え

ヒューマンサービスを専門職的、非専門職的に分けるとすれば、専門職は時間的に制限があり、SHG を含む非専門職的なものは時間の制限に左右されない(Gartner & Riessman, 1977, pp. 110-111)。つまり専門職主導のサポートグループは月 1 回か隔月の 2-3 時間のグループセッションにおいて支援がなされるのである。専門職やボランティアは、グループの参加者にプライベートな電話番号は教えないのが通例である。またグループセッションの外では遺族とはあまり話そうとしない。Jordan と Neimeyer (2003)は、悲嘆カウンセリングが有効ではない一つの理由として、援助に使われる時間が限られていることがあるのではないかと述べている。つまり「何回のセッションがあるかという量と、いつそれが行われるかというタイミングが、単に貧弱すぎて測定できるほどの効果が現れないのかもしれない」(p. 773-774) という。

この支援に限られた時間しか使われないということは、SHG のリーダーがよく指摘する専門職主導のサポートグループの限界の一つである。彼らは言う。「1ヶ月か2ヶ月ごとに数時間、支援して、なんとかなるものなのか？」リーダー

によっては自分のプライベートな電話番号をメンバーに公開し、24時間いつでも遺族を援助できる準備をしている。ただリーダーだけが援助する役割を担っているのではない。メンバー一人ひとりが助けあっているのである。専門職主導のサポートグループは、グループの参加者どうしがメールのアドレスや電話番号を交換したりすることを勧めないことが多い。それに対して SHG は人々が友達になり、仲間になる場所としてある。Feigelman と Feigelman (2011)は、自死遺族「本人の会」の様子を以下のように書いているが、それは岡が日本の遺族から聞いたことと一致する。

なんども繰り返し私たちが聞いたことは、遺族にとって新しい友情は自分たちが楽になるためにはとても重要だったというのである。家族が自死したあと、人とのつながりが少なくなってしまうと彼らは感じている。というのも、親しい他の家族や友人が亡くなった人について厳しいことを言い、亡くなる原因の一部になったのではと非難めいたことを言うからである。また遺族の喪失感に気づかなかつたり、遺族を避けたりする行動は、遺族の気持ちを傷つける。(それに対して) 自死によって、あるいは他の原因による突然の死によって別離を体験した人は、思いやりを示すのに何を言い、支えるにはどう振るまえば良いのかを知っているのである。(p. 182)

SHG のミーティングに参加した人たちは、ミーティングの前でも後でも、ミーティングの外でも互いに支え合うのであって、それがエンパワメントにつながるのである。

### 分かちあいの場と日常の場の連続性

時間の制限という点でサポートグループと SHG では集まりの形が違ってくる。サポートグループでは、専門職もボランティアも多忙なスケジュールに縛られている。ミーティングは時間通りに始まり、終わる。サポートグループに参加したことがある遺族の会のリーダーは、以下のような体験をしたという。会場に行くと、始まる時間前だというので沈黙のなかで独り待たなければならなかった。そして集まりでは、ある人が涙ながらに体験を語っていたが、スタッフが突然「申し訳ありませんが、もう終わりの時間になりました」と言うのでびっくりした、という。サポートグループは通常、混み合っている精神保健関連の建物や公的施設を利用して開かれているので、時間通り終わらなければいけない。ミーティングが終わると、スタッフは自分の仕事に戻り、遺族は一

人残されることになる。都合の悪いことには、参加した遺族はミーティングの外では互いに話すことは遠慮するように言われることがしばしばあるのである。

それに対して SHG では時間の縛りが無い。専門職は別の仕事をかかえ、ボランティアはそれぞれの私的な生活のなかに別の役割があるが、遺族はいつでも遺族である。その結果、SHG の集まりは長く続くことが多い。ある会を例として取り上げてみよう。そこでは例会開始 1 時間前かそれ以前に主なメンバーは会場にいて他のメンバーや新しく来る人を待ち、来れば対応する。ミーティングが始まれば、まずは参加者が一人ずつ全体に簡単な自己紹介をする。そのあと、グループは亡くなった人との関係によって小さなグループに分かれる。たとえば、子どもを亡くした人、親を亡くした人、配偶者を亡くした人というように。もっとも深いわかちあいは、この小さな同質性の強いグループで行われるが、因みに Jordan と Neimeyer (2003) によれば、このグループの同質性の確保は専門職主導のグループでは難しく、専門職主導のグループにはあまり効果がないという一つの理由になっている可能性がある。その小グループが終わったあとは全員が再び一つに集まり、こんどはお茶とお菓子が出て自由におしゃべりをする。このプロセスをリーダーたちは「クールダウン」と呼ぶ。この時間に、内心の深い感情を吐露する非日常的な場面から、社交を楽しむ日常的な場面へと移行するからである。そのあとミーティングは「お開き」になるが、参加者はそのあとの喫茶店や居酒屋などの気楽な集まりに誘われる。そこで何時間も自由に話す。時には食べたり飲んだりしたあと、カラオケに行き、深夜まで楽しく歌うこともある。ある自死遺族は自分たちの SHG とサポートグループと比べて次のように言う。

「明るくて元気だね」と当事者以外の人から言われるとムカつきます。今、こうやって元気でも、「えっ何が分かるのよ」って感じになります。ところが当事者に「いつも元気ね」って言われると「そうよそうよ」と言える。それは、そこに悲しみがあるって分かるからです。だから笑うこともできる。大きな声で笑いあっても許せるところがあるんですよね。だから分かち合い (SHG) の中は笑うこともあります。... (一方、) 私自身が分かち合いたくてボランティアの会 (サポートグループ) に行ったときですが、誰も笑わないんですよ。お通夜のようなんです。それが非常に苦しかった時があります。ボランティアの会でね、お通夜のように迎えてくれるんですよ。静かな感じで、黒っぽい服なんか着てね。誰も話もされない。自分で悲しくない時もあるの。遺族でも涙がでない時もあるのよ。遺族でも、その日によって。そうすると、なんかここで泣かなきゃいけないんじゃないかなと思うの。無理に悲しい遺族を演じている自分がいたりしてね。(自死遺族ケア団体全国ネット, 2009, p. 69)

SHG は治療グループではなく、コミュニティだからこそ遺族はそこで笑うこともできる。そこでは非常に深い感情までわかちあう非日常的なわかちあいの場と、飲み屋で飲み、カラオケで歌うという日常的な場の連続性が保たれているのである。

### 1.3 アドボカシーとエンパワメント

SHG とサポートグループの 3 つめの差違としては、サポートグループでは、支援する専門職は自らの専門にかかわらない問題についてはあまり取り上げないということである。自死遺族の場合は、専門職主導のサポートグループはもっぱら遺族が直面する心理的あるいは対人関係的な問題を扱う。しかし自死遺族はさまざまな経済的、社会的、法的問題に悩まされている（田中，2009）。SHG は遺族がかかえるどんな問題にも取り組もうとする。遺族を傷つきやすい弱い存在としてではなく、社会的に不利な立場に置かれた人として理解し、SHG は遺族の社会的権利の拡大のため努力し行動を起こしていく。

#### スティグマとの闘い

日本では自死は「道徳的な行為」と考えられてきたことがあったが(Young, 2002)、Leenaarsら(2002)が指摘したように、日本には自死に対するスティグマがあることは事実であり、「自死が不幸にも起きたとき、日本人は何事も起こらなかったかのように行動する。… 遺族は自死を家族の恥だと思い、放っておかれることを望み、外からの支援を受けようとはしない」(p. 195)と言われてきた。このような状況にあって、全国自死遺族連絡会は 2010 年 6 月から、自死遺族のスティグマや差別に対抗するための運動（具体的には差別撤廃のための法制度の確立を求める署名運動や啓発活動）を展開している（全国自死遺族連絡会，2011）。

全国自死遺族連絡会のホームページにはスティグマのために苦しい生活を強いられている遺族の例が紹介されている。それによると、まず経済的問題である。たとえば、ある女性は賃貸アパートで自死したが、そのアパートの所有者から損害賠償金の請求が家族に届く。誰も自死者が出た部屋を借りたいとは思わないだろうと所有者はいうのである。賠償金はアパートの改築費用と家賃補償、神道式のお祓い料まで含まれていた(Buerk, 2011; 平舘, 2010; Ryall, 2010)。さらに遺族は葬儀の際に頼らなければいけない宗教者にも苦しめられた。宗教者は自死を罪と考えているからであった。ある遺族は「自死で亡くなった魂は

地獄に行く」と言われたという。極端な場合は、戒名に自死を意味する文字を入れられた。また遺族は死後さまざまな手続きを行うときに苦しんでいる。たとえば遺族は遺体を初めて見つけた者になることが多いが、そのときは警察の前で何度も発見したときの状況を説明しなければならない。それは遺族にとって非常に苦痛な体験となる。首を吊った父親なんとか助けようとして遺体を動かしたばかりに警察からひどく叱責された人もいる。要は、遺族はいろんな体験をするのだが、そのたびに警察から見下げられているという屈辱感を味わうのである。遺族は警察だけではなく、遺族に対して強い偏見をもつ（亡くなった子どもの）学校の教師や、勤め先の上司などとの間で同様の経験をしている。

上記の差別反対運動に加えて、自死遺族「本人の会」のリーダーたちは通常「自殺」と呼ばずに「自死」と呼ぶ。「自殺」という言葉が遺族にはあまりに厳しいというだけではなく、「自死」と言い換えることによって人々の意識を変えようということだろう。「自死」も「通常の死」として差別なく受けられることを遺族は願っているのである。

### 法的問題解決への支援

自死遺族は自死の原因になったことをめぐって法的に争わなければいけないことがある。たとえば自死が不動産の価値を下げたといって補償金を請求したアパートの所有者について上記で述べたが、その件について法廷で争うことに決めた遺族がいる。あるいは、いじめが自死のきっかけになったという遺族は、子どもたちの間でのいじめを防げなかったということで学校を訴えている。ある女性は、夫の強いられた過労が自死を招いたのだと夫が勤務していた会社を告訴している(Kawanishi, 2008を参照)。しかしながら自死遺族が法的な手段に訴えることは容易なことではない。なぜなら遺族は多くの場合、家族の自死によって経済的に損失を受けていて、さらに訴訟費用を負担することが難しいからである。また日本では問題解決のために裁判を利用することは比較的希であり難しい。小都市に住んでいる場合は、どうやって信頼できる弁護士を見つけるかも大きな問題である。なぜなら弁護士にとっては小都市や郡部では大きな企業や学校は重要な顧客であり、それらの顧客層を相手に裁判を起こすような孤立した小さな家族を助けようとする人は少ないのである。

専門職主導のサポートグループは、このような社会的、法的問題にはほとんど助けにならない。なぜなら彼らの役割は、法的なあるいは心理治療とは関係のない支援につなぐことよりも、「心理的な治療」に限定されてしまっているからである。

ここまで専門職主導のサポートグループと当事者主導の SHG の違いについて述べてきた。これまでは、この二つのグループの違いを曖昧にしたまま専門職の支援が行われてきたと言えるだろう。そのため「SHG への支援」として、結果としてはサポートグループを育成することが多かったと思われる。次の問題は、このようにサポートグループと SHG とをはっきりと区別した場合、専門職の支援のありかたも代わってくるはずであるが、果たしてどのように変わるのか、ということである。それを見るために次章では新しい専門職のタイプ（セルフヘルプ・サポーター）について論じたい。

## 2. セルフヘルプ・サポーターと伝統的な専門職

本稿の 2 番目のテーマとして「セルフヘルプ・サポーター（以下 SH サポーター）」という新しい概念を紹介したい。これは SHG のメンバーではないが、SHG の自律性と優れた点を認める専門職や行政担当者等をいう。SHG の文献には SHG の自己決定能力を尊重する専門職がすでに登場している。SHG が援助を求めるときにのみ彼らは援助するのである（Borkman, 1999; Farquharson, 1995; Wilson, 1995）。しかし彼らに共通の呼び名は無かった。

Borkman は 1970 年代に彼女にとって最初の SHG 研究を行ったが、そこでの対象は吃音者の会であった。一人の言語治療士がそのグループの発足の支援をしていた。彼のクライアントがそのまま最初のグループのメンバーとなった。彼は大学内に空間を確保し、会員確保のための広報も支援した。そして公共の場で話すという活動を提案していた。グループの基礎が固まったとき、彼は引き、例会にも出なくなった。そしてグループがアドバイスを求めるときにのみ提案をしたのである。さらに別の SH サポーターとしては、1980 年代 Borkman はアメリカ北西部のセルフヘルプ支援センターの所長に会う。いったいどういふきっかけで支援センターにかかわるようになったと聞くと、ソーシャルワーカーでもあった所長はこう答えた。つまり彼女は生活保護を受けている女性たちが楽しくそして経済的にも自立できるように援助するグループワークを行っていたが、時間がたつにつれて彼女たちはしだいに元気がなくなり、ついには精神的な症状まで出てくるようになった。そのとき彼女は生活保護を受けている女性たちの SHG が近くにあることに気がついた。そこでは女性たちがパートタイムの仕事をしたり、技術を身につける学校にいたりして互いに励ましあいながら自信と希望をもって生きていた。それをみた彼女は SHG の相互扶



助と比べると自分の治療は効果がないのだということを潔く認めた。そして治療者としての仕事を辞め、SHG とそのメンバーの仲間としてセルフヘルプ支援センターで働くことにしたという。

Borkman はこのような専門職を「共感的専門職」と呼ぶ(Borkman, 2006)。その特徴は SHG メンバーの「経験的知識」から学び、それを尊重する。SHG の指導者としてではなくパートナーとして共に働く。セルフヘルプの働きを支援するが、管理しようとしなない。逆に、伝統的な専門職は「専門職の視点しか認めず、それとは違うどんな援助や社会的支援の形も認めないか、最小限の役割しか認めない」(Farquharson, 1995, p. 82)ので、結果として SHG の自然なやりかたに対して、自分たちの都合の良いように指導しようとしたり管理しようとした。この両極端のタイプの間には SHG の自立的な働きを部分的に高く評価する専門職がいる。

こうした状況のなかで「SH サポーター」という用語は定着していく。それは上に例示したように、セルフヘルプのアプローチを尊重し、参加者や社会にもつその価値を認め、SHG の必要に応じて支援できるし、そうする姿勢をもった専門職、行政職員、その他の外部者のことである。以下に SH サポーターの特徴として 5 つ例示したい。それは(1) SHG への尊敬、(2) SHG の多様性の理解、(3) SHG は規範的コミュニティであるとの理解、(4) 応答的態度と社会教育の重要な理解、(5) 後述する「二つの帽子問題」の処理である。

## 2.1 SHG への尊敬

ソーシャルワーカーはいかに SHG にアプローチすべきだろうか。ここで思考実験をしてみよう。物理学の博士たちが、なんらかの理由で自分たちのコミュニケーションスキルを向上させたいと集まって SHG のようなものを作っているとしよう。物理学者たちは私たちの知らないことを多く知っている人たちだから、私たちは彼らを無力な、どうしようもない人たちであると思うことはできない。それに彼らが何を必要としているのか、どんな集まりにしたいと思っているのかを推測するのも難しい。だから飛び込んで入って行って、グループを仕切るなどということも考えないだろう。そうではなくて SH サポーターでもあるソーシャルワーカーは、まず、そのグループのメンバーを能力もあり限界もある個人として見る。それから、その人たちが自分たちで問題に取り組み、自分自身をそして社会を変えていく能力があると信じる。メンバーは固有の価値観と問題解決の方法をもったコミュニティの一員であると考え。メンバーは、その体験によって専門職の知識と異なる貴重な「体験的知識」をもつと認

める。そしてグループの自律性と高い倫理性に敬意を払う。

このような態度や信念、価値観は、SHGのメンバーがソーシャルワーカーなどの専門職に期待するものなのである。Wilson (1995)は、さまざまなSHGがどのような援助をソーシャルワーカーなどの専門職から期待しているかを調査したが、そこで出てきたのが、上記に述べたような態度であり、それこそがSHサポーターの姿なのである。要するにSHGは敬意をもって遇せられることを望んでいる。自分たちの問題に対しては自分たちの体験から対処でき、誰からどんな支援を受けて、どんな手段で問題を解決するかを自分で決めることができる智慧ある人間であると認められることを希望している。SHサポーターは人とグループ、組織の力を知っている。弱いところではなく、強いところに注目するのは、ソーシャルワークの良く知られたストレngths視点に一致する。

## 2.2 SHGの多様性の理解

日本ではSHGを支援する専門職の多くは、そのSHGが取り組む問題の治療者である。たとえば、アルコール依存症者のSHGを支援するのは、アルコール依存症の治療者、吃音者のSHGの場合は言語療法士、難病児親の会を支援する大半の専門職は医療専門職である。このことは複雑な問題を生じさせる。つまり専門職は自分たちの専門職主導の治療グループの経験に基づいてアドバイスをしがちであり、そのことがSHGのありかたに微妙な影響を与え、結果としてSHGの経験的知識の特質を損ねることになりうるのである。

それに対してSHサポーターはSHGについてよく知っていて、SHGのアプローチと専門職の考え方の違いを理解している。SHGは対処する病気や依存症、家族の問題、社会の問題の違いによってさまざまな形があることを学んでいる。たとえば、アルコール依存症者には週1回の例会出席のために外出することは易しいが、在宅で介護している人には月に1度、例会のために外出することも難しい。希な病気の患者会は医療の専門家とともに活動し、病気についての最新の情報を得たいと思うだろうが、身体障害者のグループはリハビリの専門職がその活動に参加するのを好まないかもしれない。SHサポーターはSHGについて一般化することは難しいことを知っている。SHGのそれぞれの独自性を知り、そのグループの人々に適したやり方を見つけていくことを尊重している。

## 2.3 規範的コミュニティとしての理解

SH サポーターは SHG が治療グループというより、コミュニティなのだということを知っている。特に医療に直接かかわらない SHG の場合は、従来のものとは違った治療法を提供するものと考えたり、あるいは専門職による治療グループと比べたりするのではなく、セルフヘルプの原理(Riessman, 1997)に従う「規範的コミュニティ(normative community)」と考えたほうがより正確であり、有用でもある。「規範的コミュニティ」とは、教会や市民運動グループ、政党など特定の価値観や考え方を共有するコミュニティのことである (Rappaport, 1994)。その規範とは SHG のメンバーが共通の問題を理解し対処するために発展させてきた価値観や「ときはなちに向かう考え方」をいう。SHG のメンバーであることは、治療グループに所属することや専門的な援助をうけていることより、ボランティア団体や教会、労働組合に加わることと似ている。SHG を規範的コミュニティとみることによって、メンバーのアイデンティティの変化や考え方、個人の体験談、人間関係のネットワーク、社会的サポートの増加などに着目することができる (たとえば Humphreys & Rappaport, 1994; Rappaport 1994)。SHG の「メンバーは、専門職の援助を受け、そのために他の人と違っているというクライアントではない。生活者なのである。そして、その生活体験を理解するには、専門職の援助を受けている集団と比較することは必ずしも適当ではない」 (Rappaport, 1994, p. 123)。Rappaport は精神疾患をもつ人の SHG である GROW の調査を長年行ってきたが、彼が驚いたのは、GROW のメンバーが自分自身について語る時、その語りや、精神科医や看護師等の専門職の治療を受けている精神科患者とは大きく違うということであった。つまり GROW のメンバーは自分自身を病んでいるものとは見ず、また現実には薬物治療を受けていても、自分の行動を制御するために薬に依存しているとは思っていなかった。そうではなく「思いやりとわかちあいのコミュニティにあって、与える者であると同時に受ける者であり、良い方向に変わることができるという希望と自信をもつ者」と考えていた(Rappaport, 1994, p. 122)。

前章で述べた自死遺族たちをこのような規範的コミュニティと考えるなら、なぜ彼らの集まりがあのように長く続くのかがわかる。彼らは本当に同じように悲しむことができる仲間とともにあるのであり、当事者どうしでなければできないように共感しあう。そして愛と悲しみが共にあるという考え方は、そこから発展してきたのである。

## 2.4 応答的態度と社会教育

Unell (1989)によれば、ヨーロッパのセルフヘルプ支援センターには、SHGの支援にあたって「応答的態度(responsive orientation)」が見られるという。それは「支援は、それを求めてきた人に提供する」(p. 138)というものである。従来のワーカーはSHGに自分からやってきて、効率と効果を高めるという理由で、SHGの働きを修正したり改善したり代行したりしたものだが、SHサポーターは、支援が求められたらそれに応じるということをSHGに伝えている。その支援とは、グループ自身が必要と感じた支援であり、専門職がSHGにはこれが必要だろうと判断した支援ではない。彼らはSHGの独立性と自律性を尊重している。

とはいえ、SHサポーターは誰かがくるのをオフィスでただ待っているわけではない。そうではなく一般市民への啓発者として「SHGとともに生きていく」という生き方を提唱する。SHサポーターの前にはSHGという「樹」が緑にしてくれるはずの広大な「荒野」が広がっている。SHGが新しい生き方や人生についての新しい意味を伝えてくることを多く的人是はまだ知らないのである。たとえば、日本では長いあいだ自死遺族たちはSHGのすばらしい可能性を知らないままに孤立した苦しい人生を歩んできた。同時期のアメリカには多くの自死遺族のSHGがあったにもかかわらず、である(Feigelman & Feigelman, 2009)。

日本で次世代のSHGをつくるのは、どんな人だろうか。それは元犯罪者、あるいは受刑者の家族かもしれない。彼らのSHGは日本にはまだ非常に少ないからである。しかし誰が次世代のSHGを作っていくのかは、誰にもわからない。だからこそSHサポーターは一般公衆に語りかける。私たちの社会では完全に無視されている苦悩がどこかに存在することを私たちは認めるべきだ。SHサポーターもそれがどんな苦しみなのか、誰がその苦しみをもっているのかを知らない。しかし、そういった顧みられない苦しみが存在することは知っている。だから、SHGとともに生きる生き方をすべての人に知ってもらうよう働きかける。その最も良い方法は、自分が講師になったりするのではなく、SHGのメンバーにそれを語ってもらうことである。SHGがいかに自分たちの生活を変え、豊かにしたのかを多くの人前で語る機会を提供するのである。残念ながらそういう機会は、日本では、それぞれのグループの集まり以外の場ではほとんどない。SHサポーターは私たちの社会を変え、そしてSHGが公共の場でもっと発言できるように支援すべきだろう。

## 2.5 「二つの帽子問題」の処理

最後に私たちが「二つの帽子問題」と名付けた問題について述べたい。「二つの帽子」とは、専門職だが、同時に自分がかかわる問題の当事者である人にかかわる問題である。たとえば、乳がん患者である看護師、吃音のある言語療法士、愛する人を自死で亡くした死別にかかわるカウンセラーなどが、その例である。この「二つの帽子」をもつ人がサポートグループを立ち上げて、それをSHGだと呼ぶことがある。なぜなら彼らは専門職であるが、メンバーとわかちあえる当事者としての経験ももつからである。こういった人がSHGの良きリーダーになるためには強い自制心が必要である。なぜならSHGにいるときには「専門職の帽子」を脱ぎ、「当事者の帽子」をかぶらなければいけないからである。ただ、この「二つの帽子」を上手に使い分けるのは誰にとっても易しいものではない。だからこそ「二つの帽子問題」と呼ぶわけである。

実際「二つの帽子」をもつ人は同時に「二つの帽子」をかぶり、専門職の立場からも当事者の立場からも状況を理解できると主張しがちである。その結果として「二つの帽子」をもつ人は、メンバーの声に耳を傾けない支配的なリーダーになってしまうことがある。メンバーのほうでも、このようなリーダーは当事者の目からも専門職の目からも物事を見ることができるとして、その優越性を認めてしまう。また、たとえ、そのリーダーがグループに対して支配的にならなくても、そのグループがリーダーになっている人の生活の（補助的な）糧になってしまうことがある。そうなれば自分自身の利益のためにグループの高額の参加費をメンバーから徴収したり、講師として謝金を受け取ったりするようになってしまう。

もちろん「二つの帽子」をもつ人が、多くの人を助けるリーダーやメンバーになる可能性も高いだろう。しかしながら、そのためには彼らは「二つの帽子」を適切に使いこなせる力をもつ必要があるのである。

## 3. むすび: ソーシャルワーカーは何ができるか

ここまでSHGとサポートグループの違いと、新しい専門職としてのSHサポーターについて述べた。これを踏まえてソーシャルワーカーはSHGに対して何ができるのかを最後に考えてみたい。私たちが強調したいのは2点である。ひとつはSHGから学ぶということであり、もうひとつは治療的でない仲介者的役割をワーカーが取れるということである。

### 3.1 SHG から学ぶことから始める

ソーシャルワーカーは人を援助することをいつも心がけているので、SHG につて考える際にも SHG が援助を必要としているという前提に立ち、まずはどう援助したらいいのかと考えてしまうかもしれない。しかしその前にこういう問いを立ててみたらどうだろう。私たちワーカーは SHG から何を学べるのだろうか。

私（岡）の経験を紹介したい。3年前のある日、自死遺族「本人の会」の二人のリーダーが私の研究室を訪ねてくれた。私の研究が遺族の会に役立つと考え、協力を要請されたのである。彼らは自死遺族を支援するはずの専門職がいかに遺族を傷つけ、専門職主導のサポートグループでどれほど苦い思いをしたかを話した。特に、その専門職が実践で使う「悲嘆回復段階説」が遺族を苦しめていると訴えた。そして彼らの主張を裏付けするような研究が私にできないかどうかと尋ねた。私は驚いた。グリーフセラピーについて当時の私にはほとんど知識がなかったが、それでも「悲嘆回復段階説」については学んでいて、古典的で「疑いようのない」理論だと思っていた。そのため、この遺族たちは、その理論を誤解しているのかもしれないと考えた。そしてこう返答した。「すみませんが、私の専門は心理学でも精神医学でもありません。ソーシャルワークです。そういう心理学的な理論を論破することなど私の専門外です。」そして、その後、彼らに協力してくれそうな心理学者の名前をネットで探し出し、メールで送った。しかし彼らから再び手紙を受け取り、私は動かされた。そしてこんどは彼らの考え方を、古典的な心理学の理論に一致しない SHG の固有の考え方として研究してみようと考えた。これなら私の専門の枠内に入るからである。しかし、この論文の第 1 章を注意深く読んでくれた読者なら、私の判断は間違っていたことに気がつくだろう。遺族の主張は正しかった。「悲嘆回復段階説」は遺族を苦しませうるものであった。この論文の第 1 章に示したように、遺族の主張は英文の研究論文では支持されていた。ただ、その大半は日本語ではほとんど紹介されていなかったようだが。

この挿話から何が言えるだろうか。ひとつは、SHG は新しい知識を私たちに提供してくれるということだ。その知識は、メンバーが（時には苦しい）体験から獲得したものであり、私たちが自らの思い込みを排除しないかぎり理解できないものかもしれない。だからこそ、まずは SHG から学ぶことを優先したい。SHG は私たちの実践向上のための非常に優れた教師なのである。

## 3.2 非治療的、仲介者的役割

専門職が SHG に対してどのような役割を果たしうるのかを論じた文献は非常に多い。ソーシャルワーカーだけに注目しても、日本語では岩田(1994)、英語では Adams(1990)などかなりの著作がこれに関して書かれている。ここでは紙数に限りがあるため、非常に重要でしかも忘れがちだと思われる一つの役割に注目したい。それが非治療的、仲介者的役割である。

読者は以下の国際ソーシャルワーカー連盟が 2000 年に採択したソーシャルワークの定義をご存じだろう。

ソーシャルワーク専門職は、人間の福利（ウェルビーイング）の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人びとのエンパワーメントと解放を促していく。ソーシャルワークは、人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人びとがその環境と相互に影響し合う接点に介入する。人権と社会正義の原理は、ソーシャルワークの拠り所とする基盤である。（日本社会福祉士会, n.d.）

ここには「治療」とか「カウンセリング」といった言葉がない。自死遺族の例を再び取り上げると、SHG にすでにつながった遺族は、ソーシャルワーカーの援助を非常に高く評価し期待していた。その理由の一つとしては、ワーカーは遺族の繊細な心のなかに押し入ろうとしないことがある。彼らの求めているのは心理的なサポートではなく、社会的なサポートである。たとえば、ある自死遺族は SHG の存在を地域で孤立している遺族に知らせたいと思い、市社会福祉協議会のソーシャルワーカーに相談をした。ワーカーは自死遺族の SHG の意義を理解したうえで、自らの社会福祉協議会の広報紙に SHG の記事を載せ、また他市の社会福祉協議会にも連絡をとり、そこでも SHG の記事が掲載されるように働きかけた。またさらにワーカーは公的な建物でも SHG の例会が開けるように市の行政機関に働きかけた（岡・新宮, 2011 予定）。公的機関の広報紙で開催を知らせ、公的機関の建物内で例会を開くことは、自死遺族の SHG の存在など考えたこともない大半の市民が安心して参加するためにはどうしても必要なことであった。それは「怪しい宗教団体」の集会でもなければ、「新手の詐欺」でもないということの証明にもなったからである。

ソーシャルワーカーは地域社会の福祉や医療等のサービスについて深い知識がある。それにどうアクセスし、どう使えばいいか、利用のための条件は何か、サービスを早く手にするにはどうすればいいかなど詳しいことまで知っている。またワーカーは行政の官僚制とはどういうものか、多種多様な専門職はどんなふう働き、非営利団体や福祉団体、基金団体、地域の住民団体、政治団体な

どがどのように動いているのかも知っている。その知識とそれを使いこなすスキルは多くの SHG が持っていないものであり、SHG が福祉や医療等のサービスを利用するときには必要とするものである。ソーシャルワーカーは仲介者的役割を果たすことによって、SHG が行政機関や福祉団体、地域住民組織からサービスや資源を得られるように支援することができる。また、まだ十分に組織化されていない SHG と、行政機構や専門的なサービス機構の間に立って、両者の視点の違いや動き方の違いを「通訳」することができる。つまり仲介者としてワーカーは、その知識と資源、スキルを SHG が利用できるようにすることによって、SHG とそのメンバーのエンパワーメントに貢献できるのである。

一般に SHG が対処しようとする問題や生活条件は、治療や直接的介入で簡単に解決できたり改善できたりするものではない。だからこそ、そういった問題や生活条件とともに生きていかざるを得ない。そして、このような環境のなかでも社会で生きていくために社会的なサポートや援助を必要としている。ソーシャルワーカーは、そういった社会的援助を提供するのにおそらくもっとも適した専門職であることを覚えておきたい。

## 注

1. 本稿は日米の著者の共同執筆なので、まずは英語で書き、その後、日本語に翻訳した。その際、指定された紙数に合うよう若干内容を圧縮している。原文（英語）は以下のサイトに掲載した。  
<http://pweb.sophia.ac.jp/oka/papers/2011/socialwork/>
2. 「専門職主導の SHG」（たとえば Stang & Mittelmark, 2010）、「当事者主導のサポートグループ」（たとえば Stevinson, Lydon & Amir, 2010）という用語が使われることもあるが、本稿では一貫して「SHG」は当事者主導のもの、「サポートグループ」は専門職主導のものとする。
3. いくつかの自死遺族のサポートグループは日本ではボランティアによって運営されている。しかし専門職主導のものも、ボランティア主導のものも同じガイドライン（大塚他, 2009）で運営されていると考え、ここでは両者とも専門職主導のグループとしている。

## 参考文献

- Adams, R. (1990). *Self-help, social work and empowerment*. London: Macmillan.
- Antze, P. (1979). Role of ideologies in peer psychotherapy groups. In M. A.



- Lieberman & L. D. Borman (Eds.), *Self-help groups for coping with crisis : Origins, members, processes, and impact* (pp. 272-304). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, *59*(1), 20-28.
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological bulletin*, *125*(6), 760-776.
- Borkman, T. (1976). Experiential knowledge: A new concept for the analysis of self-help groups. *Social Service Review*, *50*(3), 445-456.
- Borkman, T. (1999). *Understanding self-help/mutual aid: Experiential learning in the commons*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Borkman, T. (2006, December). *Partnering with empowered clients and citizens: Creative synergy for new models of rehabilitation and self-management of chronic diseases and disabilities*. Paper presentation at the 5th International Conference on Social Work in Health and Mental Health, Hong Kong.
- Breen, L. J. (2010-2011). Professionals' experiences of grief counseling: Implications for bridging the gap between research and practice. *OMEGA: Journal of Death and Dying*, *62*(3), 285-303.
- Buerk, R. (2011, February 10). The stigma of Japan's "suicide apartments." *BBC News*. Retrieved from <http://www.bbc.co.uk>
- Cerel, J., Jordan, J. R., & Duberstein, P. R. (2008). The impact of suicide on the family. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, *29*(1), 38-44.
- Chen, J., Choi, Y., Mori, K., Sawada, Y., & Sugano, S. (2009). Those who are left behind: An estimate of the number of family members of suicide victims in Japan. *Social Indicators Research*, *94*(3), 535-544.
- Currier, J. M., Neimeyer, R. A., & Berman, J. S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: A comprehensive quantitative review. *Psychological bulletin*, *134*(5), 648-661.
- Farquharson, A. (1995). Developing a self-help perspective: Conversations with professionals. *Canadian Journal of Community Mental Health*, *14*(2), 81-89.
- Feigelman, W., & Feigelman, B. (2009, Fall). Japanese survivor support groups: A newly emerging phenomenon. *Surviving suicide: A publication of*

- the American Association of Suicidology*. Retrieved from <http://www3.ncc.edu/faculty/soc/feigelb/>
- Feigelman, B., & Feigelman, W. (2011). Suicide survivor support groups: Comings and goings, Part II. *Illness, Crisis, & Loss, 19*(2), 165-185.
- Feigelman, W., Gorman, B. S., & Jordan, J. R. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death Studies, 33*(7), 591-608.
- Gartner, A., & Riessman, F. (1977). *Self-help in the human services*. San Francisco: Jossey-Bass. (久保紘章訳(1985)『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)
- Granek, L. (2010). Grief as pathology: The evolution of grief theory in psychology from Freud to the present. *History of Psychology, 13*(1), 46-73.
- 平舘英明 (2010.12.17.) 「『二次被害』に苦しむ自死遺族」『週刊金曜日』828, 20-21.
- Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2010). An examination of stage theory of grief among individuals bereaved by natural and violent causes: A meaning-oriented contribution. *Omega: Journal of Death & Dying, 61*(2), 103-120.
- Holman, E. A., Perisho, J., Edwards, A., & Mlakar, N. (2010). The myths of coping with loss in undergraduate psychiatric nursing books. *Research in Nursing & Health, 33*(6), 486-499.
- Humphreys, K., & Rappaport, J. (1994). Researching self-help/mutual aid groups and organizations: Many roads, one journey. *Applied & Preventive Psychology 3*, 217-231.
- Hurvitz, N. (1977). Similarities and differences between conventional and peer self-help psychotherapy groups (PSHPGs). In A. Gartner & F. Riessman (Eds.), *Self-help in the human services* (pp. 177-188). New York: Jossey-Bass.
- 岩田泰夫(1994)『セルフヘルプ運動とソーシャルワーク実践』やどかり出版
- 自死遺族ケア団体全国ネット (2006) 『第1回研修会報告書』
- 自死遺族ケア団体全国ネット (2007) 『第2回研修会報告書』
- 自死遺族ケア団体全国ネット (2008) 『第3回研修会報告書』
- 自死遺族ケア団体全国ネット (2009) 『第4回研修会報告書』
- 自死遺族ケア団体全国ネット (2010) 『第5回研修会報告書』
- Jordan, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Does grief counseling work? *Death Studies, 27*(9), 765-786.
- Kawanishi, Y. (2008). On karo-jisatsu (suicide by overwork). *International*

- Journal of Mental Health*, 37(1), 61-74.
- Kennedy, M., & Humphreys, K. (1994). Understanding worldview transformation in members of mutual help groups. *Prevention in Human Services*, 11(1), 181-198.
- Khan, M., Hendin, H., Takahashi, Y., Beautrais, A., Thomyangkoon, P., & Pirkis, J. (2008). Addressing in Asia the problems of survivors of suicide. In H. Hendin, M. R. Phillips, L. Vijayakumar, J. Pirkis, H. Wang, P. Yip, D. Wasserman, J. M. Bertolote & A. Fleischmann (Eds.), *Suicide and suicide prevention in Asia* (pp. 89-96). Geneva: WHO Press.
- Klass, D. (1999). Developing a cross-cultural model of grief: The state of the field. *OMEGA: Journal of Death and Dying*, 39(3), 153-178.
- Klass, D. (2001). Continuing bonds in the resolution of grief in Japan and North America. *American Behavioral Scientist*, 44(5), 742-763.
- Klass, D. (2006). Continuing conversation about continuing bonds. *Death Studies*, 30(9), 843-858.
- Klass, D., & Goss, R. (1999). Spiritual bonds to the dead in cross-cultural and historical perspective: Comparative religion and modern grief. *Death Studies*, 23(6), 547-567.
- Konigsberg, R. D. (2011). *The truth about grief: The myth of its five stages and the new science of loss*. New York: Simon & Schuster.
- Kurtz, L. F. (1997). *Self-help and Support Groups: A Handbook for Practitioners*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kurtz, L. F., & Chambon, A. (1987). Comparison of self-help groups for mental health. *Health & Social Work*, 12(4), 275-283.
- Leenaars, A., Cantor, C., Connolly, J., EchoHawk, M., Gailiene, D., He, Z. X., Kokorina, N., Lester, D., Lopatin, A., Rodriguez, M., Schlebusch, L., Takahashi, Y., & Vijayakumar, L. (2002). Ethical & legal issues in suicidology: International perspectives. *Archives of Suicide Research*, 6(2), 185-197.
- Lieberman, M. A. (1990). A group therapist perspective on self-help groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40(3), 251-278.
- 厚生労働省(2008)『社会福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて』  
Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/>
- 厚生労働省(2011)『平成 22 年度自死遺族ケアシンポジウム開催報告書・議事録』
- McCurry, J. (2006). Japan promises to curb number of suicides. *Lancet*, 367, 383.

- 日本社会福祉士会(n.d.)『国際ソーシャルワーカー連盟 (IFSW) のソーシャルワークの定義』 Retrieved from <http://www.jacsw.or.jp/>
- Oka, T. (2010a, January). The power and potentiality of peer-led self-help groups in comparison with professional-led support groups: Self-help experiences in Japan. Paper presented at The International Conference on Promoting Chronic Care: Towards A Community-based Chronic Care Model for Asia, Hong Kong. Retrieved from <http://pweb.sophia.ac.jp/oka/paper.htm>
- Oka, T. (2010b, July). *An ethnographic study on the anti-professionalism of self-help groups for family survivors of suicide in Japan*. Poster session presented at Ninth International Conference of the International Society for Third Sector Research, Istanbul. Retrieved from <http://pweb.sophia.ac.jp/oka/paper.htm>
- Oka, T. (2011, March). *Action research for developing a worldview of self-help groups of the family survivors of suicide in Japan*. Poster session presented at the first European Conference for Social Work Research, Oxford, England. Retrieved from <http://pweb.sophia.ac.jp/oka/paper.htm>
- 岡知史・Borkman, T. (2000) 「セルフヘルプグループの歴史・概念・理論：国際的な視野から」『作業療法ジャーナル』 34(7), 718 - 722.
- 岡知史・新宮直行(2011 予定) 「事例 34：自死遺族」日本精神保健福祉士養成校協会編『精神保健福祉援助演習 I・II』中央法規出版
- 岡知史・高畑隆(2000) 「ユーザー活動の類型とその支援」村田信男・川関和俊・伊勢田堯編『精神障害リハビリテーション：21 世紀における課題と展望』 (pp. 132-144) 医学書院.
- 岡知史・田中幸子・明英彦(2010) 「グリーフケアは要らない」という声が自死遺族にはある」『地域保健』 41(3), 21-25.
- Oka, T., Tanaka, S., Ake, H., & Kuwabara, S. (2011, July). *Self-help groups for family survivors of suicide in Japan: For empowerment, not grief care*. Poster session presented at the 21st Asia-Pacific Social Work Conference, Tokyo. Retrieved from <http://pweb.sophia.ac.jp/oka/paper.htm>
- 大塚俊弘・濱田由香里・川野健治・伊藤弘人(2009) 「自死遺族を支えるために：相談担当者のための指針：自死で遺された人に対する支援とケア」伊藤弘人編『厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業：自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究：平成 18 年度-20 年度総合研究報告書』
- O'Rourke, M. (2010, February 1). Good grief. *New Yorker*, Retrieved from <http://www.newyorker.com/>

- Rappaport, J. (1994). Narrative studies, personal stories, and identity transformation in the mutual-help context. In T. J. Powell (Ed.), *Understanding the self-help organization: Frameworks and findings* (pp. 115-135). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Riessman, F. (1997). Ten self-help principles. *Social Policy*, 27(3), 6-11.
- Rosenblatt, P. C. (2008). Grief across cultures: A review and research agenda. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 207-222). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ryall, J. (2010, Oct 14). Japanese landlords sue families of suicide victims *The Telegraph*. Retrieved from <http://www.telegraph.co.uk/>
- Shapiro, E. R. (1996). Family bereavement and cultural diversity: A social developmental perspective. *Family Process*, 35(3), 313-332.
- 清水新二 (2010) 「自死遺族の免責性と自殺防止システム」『奈良女子大学社会学論集』 17, 23-35.
- Stang, I., & Mittelmark, M. B. (2010). Intervention to enhance empowerment in breast cancer self-help groups. *Nursing Inquiry*, 17(1), 46-56.
- Stevenson, C., Lydon, A., & Amir, Z. (2010). Characteristics of professionally-led and peer-led cancer support groups in the United Kingdom. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(4), 331-338.
- Stroebe, M., Gergen, M. M., Gergen, K. J., & Stroebe, W. (1992). Broken hearts or broken bonds: Love and death in historical perspective. *American Psychologist*, 47(10), 1205-1212.
- Suler, J. (1984). The role of ideology in self-help groups. *Social Policy*, 14(3), 29-36.
- 田中幸子(2009)「自死遺族支援の二次被害実態と望まれる対応：白死遺族の立場から」『現代のエスプリ』 501, 50-59.
- Unell, J. (1989). Local support for self help: More difficult than it looks? In S. Humble & J. Unell (Eds.), *Self help in health and social welfare: England and West Germany* (pp. 136-147). London: Routledge.
- White, B. J., & Madara, E. J. (Eds.). (2002). *The self-help group sourcebook: Your guide to community and online support groups*. Cedar Knolls, NJ: American Self-help Clearinghouse.
- Wilson, J. (1995). *How to work with self help groups: Guidelines for professionals*. Aldershot, Hants, England: Arena.

- Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(3), 349-357.
- Yamamura, T., Kinoshita, H., Nishiguchi, M., & Hishida, S. (2006). A perspective in epidemiology of suicide in Japan. *Perspektiva epidemije samoubistava u Japanu, 63*(6), 575-583.
- Yamashita, S., Takizawa, T., Sakamoto, S., Taguchi, M., Takenoshita, Y., Tanaka, E., Sugawara, I., & Watanabe, N. (2005). Suicide in Japan. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 26*(1), 12-19.
- 山添正(2011)「日本人の悲嘆過程の心理学的考察(1):死者との絆をめぐって」『神戸親和女子大学大学院研究紀要』7, 25-33.
- Young, J. (2002). Morals, suicide, and psychiatry: A view from Japan. *Bioethics, 16*(5), 412-424.
- 全国自死遺族連絡会(2011)『自死(遺族)への差別問題に光を』 Retrieved from <http://ainokaisendai.web.fc2.com/renrakukai.html>