

原著論文

医師が患者会に関わることを患者はどのように感じているか？ —専門職に期待されるセルフヘルプグループへの関わり—

宝田千夏¹⁾, 孫 大輔²⁾

昭和大学医学部医学科¹⁾

東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター²⁾

抄録

患者会を含むセルフヘルプグループに関わる医師に対して、患者会の患者はどのように感じているか、わが国での報告はない。今回、患者会会員に対するインタビューを通じて、患者会に関わる医師の役割や意義を探った。患者会会員4人(3団体)に対し半構造化面接法によるインタビューを実施し、逐語録からSCAT法により概念を抽出した。〈医師の関わり方への期待〉として【アドバイザーとしての支援的関わり】【患者目線での有益な情報の積極的な共有】【患者の主体性を損ねる過干渉の回避】などの概念が、また〈患者個人に対する有益性〉として【病気に対処するための論理的視点の提供】【自己肯定感の強化による情緒的サポート】などの概念が、また〈患者会に対する有益性〉として【患者会の社会的信頼性の向上】【難病・稀少疾患に関する患者会の発足の契機】などの概念が抽出された。本研究から、患者会に属する患者は医師に対して、患者個人に対する情動的・情緒的サポートや、患者会の社会的信頼性の向上などの有益性を感じており、医師の積極的な関わりや医師との交流を望んでいたが、医師による過干渉が患者会の主体性を損ねるのではないかという懸念も感じていた。

キーワード：患者会，セルフヘルプグループ，専門職，医師，SCAT法

1 緒言

今日、慢性疾患の増加などを背景として自らの健康問題に関心を持つ個人が増え、自律的な活動が高まっている。共通の問題や課題、悩みをかかえた当事者同士の集まりは、当事者グループ、自助グループ、患者会、家族会などさまざまな呼称があり、数十年の歴史を持つが、総じてセルフヘルプグループと呼ばれることが多い[1]。セルフヘルプグループの定義は多数あるが、大

木らは「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引き起こそうとする」と定義している[2]。

わが国では、1920年(大正9年)日本禁酒同盟の設立を始めとして、1947年(昭和22年)の全日本聾啞連盟、脳性麻痺協会の設立などが続き、その後続々と患者会や親の会が設立されるようになった[3]。セ

セルフヘルプグループに関する研究については、1970年代に入ると海外において多くの研究が発表されるようになり、患者本人による指針やセルフヘルプグループへの専門職の関わりが報告されるようになった[3]. わが国では1980年代後半から1990年代に入り、ようやくセルフヘルプグループに対し専門職の目が向けられるようになり、福祉学領域を中心に学術的な研究が報告されるようになった。しかしながら、わが国におけるセルフヘルプグループに関する学術的研究の歴史は非常に浅く、多くは福祉学領域でなされており、医学看護系での研究は非常に少ない[2]. その理由としては、定義、機能評価、有効性などが未確立であるだけでなく、セルフヘルプグループ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などが挙げられている[2].

また、セルフヘルプグループと専門職との関わり方に関しては、専門職の介入が本来のセルフヘルプグループを崩壊させるという一般的意見も多い中、欧米では医療ソーシャルワーカーによる介入が有効であったという報告[4]や、看護職が介入することで家族のセルフケア機能が向上するとの報告[5]があり、両者の関係はその立ち位置を熟慮することで有効であるとも考えられる。わが国では、医師の立場から石井が、専門職によるセルフヘルプグループ支援の利点として、会員の紹介、医学情報の提供、運営に関するアドバイスなどを挙げており[6]、また看護師の高橋は、不妊自助グループに看護職がより対等な立場に関わることで双方がメリットを感じる関係性が作られ、良い協働のモデルとなることを示している[7]. しかしながら、わが国では医師とセル

フヘルプグループの関係性に関する研究がきわめて少なく、特に患者会側の立場から検討した研究は皆無である。

本研究では、医師が患者会に関わることに對して、患者会に属する患者はどのように感じているのか、医師が関わることの利点と欠点はどのようなものか、医師に期待する役割はどのようなものか、などについて、患者会会員に対するインタビューとその分析を通して探索した。

2 方法

2014年2月～3月にかけて、難病・慢性疾患の患者会の会員4人(3団体)を対象に、半構造化面接法によるインタビュー(個別インタビュー2人、フォーカスグループ2人)を実施した。対象者の選出は便宜的サンプリングにより、研究者の知人で元患者会所属の方に紹介してもらう形で複数の患者会代表や患者会会員にメールにてコンタクトを取り、同意を得られた方4名とした。本研究は理論構築を目指すものではなく、いまだ概念化されていない患者会に医師が関わる活動の意味を、患者との対話を通して探索的に探求するものであり、便宜的サンプリングによった。インタビュー項目は、「患者会に医師が関わることに對してどう思うか」「医師が患者会に関わることのメリットは何だと思うか」「医師が患者会に関わることで困ったことはあるか」「患者会に関わる医師に何を期待するか」などであった。インタビューの所要時間は約60分から90分であった。インタビューは主に医学生である筆頭著者(C.T.)が行い、医師である共著者(D.S.)はインタビュー方法の適切性を確認するため1人目の

対象者(表1の[1])のインタビュー時のみ同席した。

インタビューは同意を得てICレコーダーにより録音し、逐語録を作成した。逐語録より、SCAT(Steps for Coding and Theorization)法を用いて質的分析を行った[8]。これは大谷により開発された、グラウンデッド・セオリーを基にした分析手法である。SCAT法はデータに記載されている内容をより一般的な表現へと変換する具体的な4ステップのコーディングと、積み重ねたコーディングから一般的な理論を導き出そうとする手続きとから構成される。この方法によって複数の概念を抽出し、概念をつなぐ形で各個人の語りの概要を簡潔に文章化した。その後、全体で概念を統合するため、概念とデータを継続的に比較しながら同様の概念を統合し、概念名を修正した。複数の類似概念からカテゴリーを生成し、概念を分類した。分析過程において当初の概念抽出は筆頭著者(C.T.)が行い、その後質的分析の経験がある共著者(D.S.)がレビューする形で、2名の研究者が協同して概念の統合と概念名の修正、およびカテゴリーの生成を行った。

倫理的配慮として、インタビューの対象者に対しては、ヘルシンキ宣言に則り、いつでも協力を拒否する権利があること、不快なことがあればインタビューを中断できることなどを伝えた上で参加を要請した。研究者が、本研究の趣旨と目的、データの公開方法、個人情報保護について十分に説明し、書面で同意を得た。

3 結果

インタビュー対象者の属性、所属する患

者会の特徴、患者会における役割などを表1にまとめた。インタビューテキストの分析により、3つのカテゴリーと12の概念が抽出された(表2)。以下、患者会患者の語りの分析結果を記述する。カテゴリーは〈〉、概念は【】で囲んで示し、テキストは斜体で示した。前後の文脈が読み取りにくい部分には()で注釈を付記した。[]は抽出したデータの話者(表1の記号に対応)を示す。以下に、カテゴリーごとにデータの分析結果を述べる。

(1) 医師の関わり方への期待

カテゴリー〈医師の関わり方への期待〉は、【アドバイザーとしての支援的関わり】【患者目線での有益な情報の積極的な共有】【患者会の主体性を損ねる過干渉の回避】【医師との継続的な対面交流】【医師と患者が協同した学習機会】【難病・稀少疾患患者会に対する研究医の参加】の6つの概念で構成されていた。

患者は、患者会に関わる医師に対して【アドバイザーとしての支援的関わり】や【患者目線での有益な情報の積極的な共有】を求めている。普段からその疾患と患者に携わっている医師だからこそできる有益な情報提供や、患者が抱える生活レベルでの問題に対する助言などを通して支援的に関わってもらいながらも、【患者会の主体性を損ねる過干渉】を懸念しており、患者会のあり方や運営にまで過度に干渉してほしくないという思いがあった。

【アドバイザーとしての支援的関わり】

患者会ではサポートイブであってほしいとか、できないことを受け入れてほしいとか、「できない」っていうのは…行動でも

結果でもという意味ですけれども、それも受け入れた上でアドバイスをくれたりする。[1]

例えば、患者会の運営まで気になされて、「今どんな状況？」で「こんなことやってます」、「じゃ、こうしたほうが良いよ」ってアドバイスをされる先生、これは本当にありがたいんですよ。でしゃばりはしないんですよ。[3]

【患者目線での有益な情報の積極的な共有】

先生方が持つてる情報で患者会が役に…患者会に役に立てそうであるんだったら、積極的にこっちに言ってほしいなっていうのはあります。[4]

多分アメリカにいらして…（アメリカでの治療法を）「これもいいですよ」っていうよりは、もっと危機感を持っていたと感じていて…そういう治療に、そういう患者の方に多く接していた先生たちは、なんとかしなきゃって…。[1]

【患者会の主体性を損ねる過干渉の回避】

医師主導だと患者は受け身になってしまって、結局その、患者が自分が、自分主体なんだっていう意見だったり、自分の人生なんだからっていう意欲だったり…受け身のままで終わる患者会はもったいないなと思って。[1]

医者がいてくれたらより専門的な知識とか増えるから。ただ、医者がいること言いつらくなることって多々あると思う…それまで否定されると患者会って活性化しないんじゃないかな。[2]

また、患者は短い時間であっても【医師との継続的な対面交流】を重視しており、

講演会などでは難しかった医師との意思疎通が、対面での交流によって容易となり、満足度も高まる。また患者会の勉強会に医師が参画する【医師と患者が協同した学習機会】を通して、患者の実践知に基づいた医学的情報の提供が可能となると感じていた。

【医師との継続的な対面交流】

でも会えばボロボロと出てくるんですよ…一時間であれだけだったので、結構一時間くらいでいいので会えるといいかな。[4]

懇親会とか二次会的なのに医者がかくとか。そしたら、お酒も入って話しやすいし。[2]

【医師と患者が協同した学習機会】

患者会の総会をするときには医療講演会も一緒に設けて、そこで講演していただいて、治療薬の話とか、あの、副作用の話とか、テーマをこちらからお願いして、先生にお話ししてもらおうっていうことはしてもらっていますね。[4]

すごく慣れている先生がいらっちゃって、そういう先生が毎回来ていて、みんなすごくすがって話を聞く。でも…（患者で経験を話してくれる人が）一緒に必ずペアで入っていて…やっぱり励みになるし、医学的などところと、体験ベースの実践ベースの話と…やっぱり両方の柱で答えてもらっているっていうことは、すごくすごく大事だと思います。[1]

難病・稀少疾患の患者会の場合、治療法や治療薬が確立していないため、研究に対する大きな期待があり、【難病・稀少疾患患者会に対する研究医の参加】を重視する傾向にある。

【難病・稀少疾患患者会に対する研究医の参加】

治療法がない病気なんで、治療法ができるとか、治療薬ができるとか…やっぱり患者の願いもそこにあるので、それを実現しようと思ったときにやっぱり医師の関わりなくしては実現できない。[4]

(2) 患者個人に対する有益性

カテゴリー〈患者個人に対する有益性〉は、【医学的信頼性が高い助言の提供】【未承認薬を含む最新治療に関する情報の提供】【病気に対処するための論理的視点の提供】【自己肯定感の強化による情緒的サポート】の4つの概念で構成されていた。

患者会に関わる医師の、患者個人に対する有益性として、患者会活動に伴う偏った意見や非専門的意見の横行などに対して、それを是正するような【医学的信頼性が高い助言の提供】がある。また特に難病や稀少疾患の場合は、【未承認薬を含む最新治療に関する情報の提供】のニーズが高いにも関わらず、十分に情報が提供されていないと患者は感じていた。

【医学的信頼性が高い助言の提供】

自分の経験だつたりに基づいて偏った意見を言ってしまうたり、治療法だつたりに偏ったことを言ってしまうと、まだ、薬をもつかむ思いで来ている人たちって、鵜呑みにしてしまったり、変なサプリメントを飲んでしまったり、お茶を飲んじゃったり…そうならないように専門家の視点は必要ですね。[1]

専門的なことにもすぐ答えていただける先生なので…最近、私たちの質問にも答えていただいたり…非常に助かっている

んですよ。[3]

【未承認薬を含む最新治療に関する情報の提供】

新薬の情報とかは…医者とか知っているだろうし、お薬の情報は知りたいな…あとは友達とも言っていたけど、治験の情報…普通の治療でいける人はいいけど、末期の人は受けたがる。末期の人はほんまに、治験を探すぐらい。けど、治験のことを知っている医者がそんなに多くないから。[2]

長期間病気に苦しんでいる患者は根拠のない治療法を頼ったり、感情的な思考に振り回されたりしがちであるのに対し、患者会の医師によって【病気に対処するための論理的視点の提供】を受けることで、病気に対してコーピングできるようになると感じていた。また、普段主治医との関係性で悩みを抱える患者にとっては、患者会の医師に自己の努力を肯定してもらい励ましてもらうことで、【自己肯定感の強化による情緒的サポート】を受けていた。

【病気に対処するための論理的視点の提供】

論理が分かると、それなりに考えられるんですよ。それまで分からないから、理不尽な目に合っている…目に見えない力で自分をこう左右されているような…感情に溺れてしまっていたところから、ロジックを組み合わせて考えられる。[1]

やっぱり、治療を生活に落とし込めていなくて…しんどくなっている人が多くて…そういうところに原因があるんだつたら、そこをなんとか、その理不尽さをロジックで攻めるっていうか。[1]

【自己肯定感の強化による情緒的サポー

ト】

できてないところばかりを言われて自信をなくしてしまっている人が、そういうオープンな場だったり、足を運ぶようなマインドを持った先生たちに出会って、「今までよく頑張ってきたね」って言ってもらって…医師からこう言ってもらえたっていうことが、彼女にとってはすごく大きくなって。 [1]

(3) 患者会に対する有益性

カテゴリー〈患者会に対する有益性〉は、【患者会の社会的信頼性の向上】【難病・稀少疾患に関する患者会の発足の契機】の2つの概念で構成されていた。

患者会に対する有益性として、患者は、医師が患者会に関わることで、対外的に【患者会の社会的信頼性の向上】が得られると感じていた。また、難病や稀少疾患の場合、全国に患者が点在していることも多く、その疾患の専門の医師が関わることで、【難病・稀少疾患に関する患者会の発足の契機】となるという有益性があることも語られていた。

【患者会の社会的信頼性の向上】

運営するにあたっては患者会だけではやっていけないので、「対外的に患者主体でやっていますが、アドバイザーとしてこの先生に来てもらっています。ミーティングに来てもらっています」とかを対外的にいうことで、信頼性が上がる。 [1]

医師がいるっていうのも、何がメリットあるかって言ったら、やっぱり患者会に対する信頼性とか…ちゃんと医師もいるんですよっていう。 [2]

【難病・稀少疾患に関する患者会の発足の

契機】

その病気自体を専門に診ている先生がいないとか全国に本当に少ないとかだと、「その先生と患者会したいです」とか、他に知っている患者さんいませんか?とか、他の患者さんに会いたいです!ってなるとつなげてもらって、「じゃ、今度集まりましょう」というところから、少しずつ参加する人が増えていく。 [1]

4 考察

本研究によって、患者会に属する患者は医師が患者会に関わることにに関して、患者個人に対する情動的・情緒的サポートや、患者会の社会的信頼性の向上など多くの有益性を感じており、医師の積極的な関わりや医師との交流を望んでいながらも、医師による過干渉が患者会の主体性を損ねるのではないかという懸念も感じていることが明らかになった。

専門職が患者会を含むセルフヘルプグループとどう関わっていくべきかという問題は以前から研究者の間で議論されており、阪下はセルフヘルプグループと専門職という両者の関係は、調整、相互補完、パートナーシップといった関係が望ましいが、過剰な干渉、パターンリズム、当事者支配などがその最適な関係を阻むと述べている[9]。セルフヘルプグループに対する保健師の認識を調査した谷本は、専門職による支援のあり方について「グループの立ち上げ時には支援が必要だが活動が軌道に乗れば当事者主体に任せるべきである」という意見と、「グループによっては専門職のリーダーシップや支援が継続的に必要である」という意見の2つに分かれたこ

とを報告している[10]. 蔭山は, セルフヘルプグループと専門職の代表的な関係モデルとしてコンサルテーションモデルとパートナーシップモデルを取り上げており, 前者はセルフヘルプグループの課題を自らの責任で自らが解決できるように専門職が導くというモデルであり, 後者はセルフヘルプグループと専門職が共通した目的を持ち, それを達成するためお互いの特性を活かした努力を継続し成長していくというモデルである[11]. 本研究の結果からも, セルフヘルプグループと専門職の関係について, 患者会側は医師の積極的な関わりを求めながらも医師による過干渉を回避したいという, パターナリズムではなくパートナーシップによる関係性を求める姿勢が伺える.

セルフヘルプグループに対する専門職の役割に関して, Toseland はソーシャルワーク専門職の観点から, 物質的サポートの提供, コンサルタントとしての役割, セルフヘルプグループを導き発展させる役割などを挙げている[12]. また井上は, セルフヘルプグループ代表者が医師や看護師を含む専門職に期待する役割に関して調査した結果, 会の維持活動への支援, 会員の紹介, 精神的支え, 療養上の情報提供, 立場を超えた人としての付き合い, などの役割が期待されていたと報告しており[13], 今回の研究結果である情動的・情緒的サポートや医師との継続的交流, 患者会維持への支援という役割と重なるところが多く認められた.

今回の結果で見られた, 主体性を損ねる医師による過干渉に対する懸念について, 同様のことが先行研究でもいくつか言及

されている. セルフヘルプグループの援助効果について文献検討した谷本は, その援助機能の本質はメンバーの力付け (empowerment) であり, セルフヘルプグループが援助機能を発揮するためにはグループの自律性が重要であるため, 専門職が関わる場合は介入しすぎないことが重要と述べている[1]. また Kurtz は, 専門職による「非干渉」も「過干渉」もセルフヘルプグループに否定的な影響を及ぼすものであり, 相互理解のもと「適度な干渉」こそが重要であると述べている[14]. セルフヘルプグループは本来「参加の自発性」と「本人 (当事者) であること」が基本的要素であり, 専門職に依存して自律性をなくしたグループはその基本要件を満たさない. しかし, 実際にはセルフヘルプグループに専門職が関わっていることも多く, 専門的知識や情報を提供したりグループの運営を援助したりしているが, そのことによりセルフヘルプグループに専門職の価値観が持ち込まれることに警鐘を鳴らす者もいる[1]. 専門職は医学モデルや治療モデルにもとづく価値観を持っており, それは「疾患や問題は治すべきものであり, 取り除かれるべきものである」(問題化)であり, これこそがメンバーたちを生きづらくしている一因と考えることもできる[1]. すなわち, セルフヘルプグループの本来の援助機能であるメンバーへの力付け (empowerment) が可能になるためには, セルフヘルプグループの「主体性」が重要であり, 専門職は過剰に介入してその「主体性」を奪ってしまわないように慎重になるべきであろう.

先行研究では言及されていない新しい結

果として、主治医ではなく患者会に関わる医師から得られる【自己肯定感の強化による情緒的サポート】が挙げられる。本来は主治医が行うべきフォーマルな情緒的サポートが得られないまま主治医との関係性が固定化している場合、患者会に関わる第三者的な立場の医師から、より大きな情緒的サポートを得られる可能性を示している。乳がん患者の情報ニーズに関して文献検討した瀬戸山によると、患者はエビデンス情報だけではなく他者の体験談などナラティブ情報を必要としており、患者会やサポートグループ、オンラインコミュニティにおいても大きな情動的・情緒的サポートを得ていること、また短い診察時間の中で主治医から十分なサポートを得るのが困難な現状を考えると、そうしたインフォーマルサポートの充実が必要であることを述べている[15]。

また、比較的患者数が多い慢性疾患の患者会と難病・稀少疾患の患者会における違いも語られていた。特に後者では、【難病・稀少疾患患者会に対する研究医の参加】が切実に求められており、またそもそも【患者会の発足の契機】になることも多い。難病・稀少疾患の場合、全国に点在している患者の情報を持っているのがその疾患の研究医や専門医であるため、そもそも患者会の発足において医師の関わりが重要になる。また治療がほとんどない難病・稀少疾患の場合、研究医に参加してもらうことで最新治療について少しでも情報を得たいというニーズが非常に高く、医師の参加が不可欠に近いということが語られていた。

本研究の限界として、インタビュー対象

者が4名（3団体）と少ないこと、そのため患者会の類型も少ないことが挙げられる。患者会を含むセルフヘルプグループには、専門職との関係性においても多様な関係性のものが存在すると思われ、またどのような疾患の患者会か、患者会か家族会（親の会）かなどによって状況は大きく変化すると考えられる。

本研究の実践への示唆として、研究結果を広く発信することで、①医師に患者会側のニーズをより良く理解してもらうこと、②多くの医師に適切な関係性で患者会に関わってもらうこと、③難病・稀少疾患患者会の設立や組織化の促進に医師が貢献すること、などが期待できると考える。

5 結語

患者会を含むセルフヘルプグループに専門職がどうかかわるべきかはいまだに議論の多い問題であるが、患者会側も試行錯誤で模索している状態と言える。本研究から、患者会に属する患者は医師に対して、患者個人に対する情動的・情緒的サポートや、患者会の社会的信頼性の向上などの有益性を感じており、医師の積極的な関わりや医師との交流を望んでいたが、医師による過干渉が患者会の主体性を損ねるのではないかという懸念も感じていた。本研究によって、患者会を含むセルフヘルプグループに関わる医師の役割が再考され、患者会と専門職のより良い関係性における協働が進むことを期待したい。

表 1. インタビュー対象者の属性と所属する患者会の特徴

対象者	年齢	性別	患者会	会員数	患者会の主な活動	対象者の患者会での役割	医師参加の形態
1	30歳代	女性	慢性疾患患者会 A (単一疾患)	約 2600 人	ピアサポート	運営メンバー	年数回のイベント時に参加
2	20歳代	男性	慢性疾患患者会 B (複合疾患)	約 200 人	ピアサポート	運営メンバー / 会誌の編集	年 1 回の運営方針決定時に参加
3	50歳代	男性	難病患者会 C (単一疾患)	約 80 人	ピアサポート / 政策提言	団体代表	主に研究医が適宜助言・相談にのる
4	30歳代	女性	同上	同上	同上	支部代表	同上

表 2. 抽出された概念とカテゴリー

カテゴリー	概念
医師の関わり方への期待	アドバイザーとしての支援的関わり
	患者目線での有益な情報の積極的な共有
	患者会の主体性を損ねる過干渉の回避
	医師との継続的な対面交流
	医師と患者が協同した学習機会
	難病・稀少疾患患者会に対する研究医の参加
患者個人に対する有益性	医学的信頼性が高い助言の提供
	未承認薬を含む最新治療に関する情報の提供
	病気に対処するための論理的視点の提供
	自己肯定感の強化による情緒的サポート
患者会に対する有益性	患者会の社会的信頼性の向上
	難病・稀少疾患に関する患者会の発足の契機

文献

- [1] 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 2004; 1: 57-64.
- [2] 大木秀一, 谷本千恵. 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. 石川看護雑誌 2010; 7: 1-12.
- [3] 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 2008; 17: 59-65.
- [4] Carol M. Self-help groups as mutual support: What do carers value? Health and Social Care in the Community 2006; 15: 26-34.
- [5] Pickett SA., Heller T., Cook JA. Professional-led versus family-led support groups: Exploring the differences. Journal of Behavioral

- Health Services & Research 1998; 24: 437-452.
- [6] 石井拓磨. 家族会・親の会への支援. 小児看護 2006; 29: 207-212.
- [7] 高橋司寿子. 看護職と不妊自助グループの協働のあり方: 日米の不妊自助グループスタッフの面接調査から. 岩手県立大学看護学部紀要 2008; 10: 87-92.
- [8] 大谷尚. 4ステップコーディングによる質的データ分析手法 SCAT の提案 - 着手しやすく小規模データにも適用可能な理論化の手続き -. 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要(教育科学) 2007; 54: 27-44.
- [9] 阪下紀子. セルフヘルプグループ生成の要件に関する研究. 佛教大学大学院紀要 2003; 31: 219-233
- [10] 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 2007; 5: 61-70.
- [11] 蔭山正子. セルフヘルプ・グループへの専門職の関わり. 保健の科学 2002; 44: 519-524.
- [12] Toseland RW., Hacker L. Self-help groups and professional involvement. Social Work 1982; 27: 341-347.
- [13] 井上玲子. 病院内小児がん親の会と専門職の関係と役割. 小児保健研究 2013; 72: 721-727.
- [14] Kurtz LF. The self-help movement: Review of the past decade of research. Social Work with Groups 1990; 13: 101-115.
- [15] 瀬戸山陽子, 中山和弘. 乳がん患者の情報ニーズと利用情報源, および情報利用に関する困難 - 文献レビューからの考察 -. 医療と社会 2011; 21: 325-336.