

サクラメントにおけるセルフ・ヘルプ・グループメンバーの生活と意識

Life and Consciousness of Self Help Group Members in Sacramento

牧野田 恵美子

1. サクラメントにおけるセルフ・ヘルプ・グループ

米国カリフォルニア州サクラメント南部コンシューマーセンターは、地域で精神保健活動をしていた当事者達が働きかけて1989年に設立した精神障害者のセルフ・ヘルプ・グループの活動の拠点である。月曜から土曜までの週6日、昼間、精神障害者が通って、さまざまなグループ活動をしている。そのプログラムについては既に報告しているので¹⁾、ここで詳述しないが、わが国でいえば、日常活動はデイケアに近い。しかし、根本的な違いは、当事者が運営し、プログラムの総てを当事者自身が担っていることである。活動の主要な目的は、当事者の相互援助と、それを通してメンバーが社会の一員として役割を果たせるようになることである。また、その活動は、グループ活動ばかりではなく、精神病院を定期的に訪問し、入院者にセンター活動を紹介し、退院後の利用を勧めたり、他機関と協力して当事者の福祉や権利を守り、促進するための活動を行なっている。また、センターに来所しているメンバーは、自発的意志により参加しており、本人に通う意志があれば誰でも受け入れており真の動機づけがあるか、社会復帰の目標が達成できるか、病状が安定しているかなどの諸々の条件や制約などは一切ない。来たい人は誰でも受け入れるし、辞めるのも自由である。アバウトで、効果を数量的に出したりすることはない。参加の仕方も参加日数も本人が決める。来所しても、プログラムに参加せず庭でお喋りをし

ててもいいし、隣の部屋で寝ててもよく、本人の意志が尊重され、強制されることはない。ただし、参加者に暴力を振るったり、建物や物を故意に壊すこと、セクシャルハラスメントのみが禁じられている。また、プログラムを妨害したりすると、誰かがそれを注意し他の人に迷惑をかけないようにしている。

2. セルフヘルプグループの哲学

セルフヘルプグループの哲学は、当事者が、当事者のために、当事者によって活動することである。従って、グループの決定は、すべての参加者の意見によって決定される。また、参加者一人一人の意志、自己決定、自己選択が徹底的に尊重される。メンバーも職員も、精神病体験者であり、メンバーあるいは職員という役割はあるが、その関係は平等であり、精神病体験者として相手の相談に乗ったり、援助したりする。職員は何時も相談に乗る役割ではなく、職員が調子を崩した時にはメンバーが声を掛け話を聞いてあげたりもする。従って、その役割や固定的ではなく、流動的である。そして、病気を抱えてはいるが、病名によって処遇されるのではなく、同じような体験をした人間として、経験を分かち合うことを大切にしている。ここでは、医師やソーシャルワーカーなどの専門家は居らず、同じ体験をした人同士の集まりであるから、指導されたり、上から与えられると感じないですみ、仲間の支えを感じ、居心地が良く、自分が孤独ではないことを実感することが

できると職員は強調していた。

グループの目標は、自尊心を強化し、自己評価を高め、社会生活を送れるようにすることである。病気のために、多くの精神障害者は仕事もなく孤独で自分の存在意義を感じることができなくなっており、「自分は、駄目だ」と自暴自棄になったり、何もする気になれなくなる。競争社会であるアメリカにおいては、その感情は、日本より強いかもしれない。ありのままの自分を受容して生活することは簡単ではない。だからこそ自尊心を強化し、自己評価を高め、自己主張をしなければ相手は分かってくれない。甘えてはもらえないのである。社会生活をよりスムーズに送るためには、それに加えて、自己の感情のコントロールすることが必要である。自己主張はするが、感情をぶつけるのではなく、感情をコントロールして相手に自分のやりたこと、やりたくないこと、相手にしてほしいことなどを適切に伝える必要がある。自分の感情のままに発言したり、行動することはささなければならない。「病気だから感情が押さえられない」「病気だからうまくできない」では地域社会とうまくやっていけない。病気を抱えていても、自分の行動には責任を持たなければ、社会では受け入れてもらえないのである。

わが国では、精神障害者の多くは、仲間の支えは支えとして重んじながらも、相談や援助、グループ活動においては、仲間よりも専門家を頼る傾向がある。また、「病気だから」と病気を免罪符にすることで、自分の行動が許されるという思いが強いように思う。勿論、病気を抱えていることの辛さや大変さはその経験のない者に理解できないものがあることは十分承知しているが、サクラメントのセルフ・ヘルプ・グループでは、仲間の力を信じ、病気に逃げないで自分を高めようと当事者自身が努力している。勿論全てのメンバーが努力しているとは言えないが、各メンバーの向上をめ

ざして活動しているグループであることは明らかである。

3. メンバーのセルフ・ヘルプセンターの生活と意識

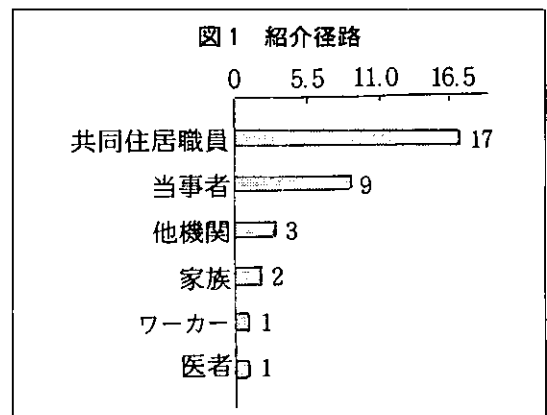
セルフ・ヘルプ・グループメンバーはどのような生活を送っているか、セルフ・ヘルプ・グループの哲学についてどう考え、グループの活動をどう評価しているかを知りたく、面接調査を行ったので、その結果について報告したい。

(1) 調査対象と調査期間

サクラメント南部コンシューマーセンターのメンバー33名に面接し、1995年5月の1ヵ月間に聞き取り調査を行った。なお、通所1ヵ月未満の者は除外した。性別については、男18名、女15名であった。グループの参加者は、1日平均30人といわれているが、1ヵ月以上続けて来ているメンバーは、40～50人である。男女による数の統計はないが、あまり差はないようである。

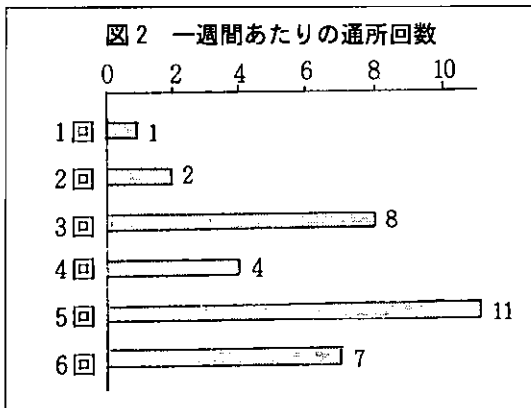
(2) メンバーのセルフ・ヘルプ・グループへの参加状況

誰のすすめや紹介でこのセンターを利用したかについては、ボードケアホーム（日本のグループホームや共同住居）の職員が最も多く、17名、51%を占めている（図1）。次いで、当事者に紹介さ

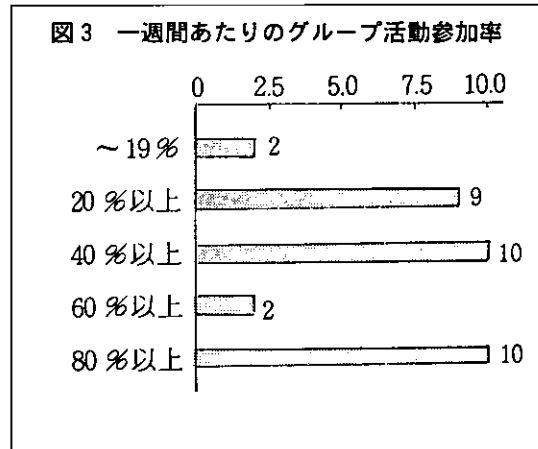


れてが9名、27%で、このセンターの利用者や元利用者も含まれている。いかに当事者同士の助け合いの影響があるかがこの来所経路からもうかがわれる。

1週間、6日のうち何日くらい通所しているかをみると、週5日が33%と最も多く、次いで週3日が24%となっている。それぞれの自分の予定に合わせて通所日を選んでおり、週6日毎日来る人は、他にいくところがないので、センターに来ていたり、日数の少ない人は職業訓練を受けたり、カレッジに通ったり、趣味の絵を習うなど他の機関を有効に利用しているなど、来所回数が多いから良いというものでもない(図2)。



開所している日は、毎回来ている人も、必ずしも、プログラムに参加しているとは限らない。何をするのも自由であるから、プログラムに興味があったり、有意義だと思っていれば参加するだろうし、他のことに関心があれば、参加しない。そこで、プログラムの参加状況を調べた。おおまかに分析すると、来所した日の8割以上の時間はプログラムに参加している人が約3割、40%から60%がこれまた3割で、来所はしても、プログラムにはほとんど参加せず、6割以上の時間はそれ以外のことをしている人が3割強いる(図3)。この質問は、職員のアドバイスにより、「どのくらいの時間プログラムに参加していますか」と聞き、

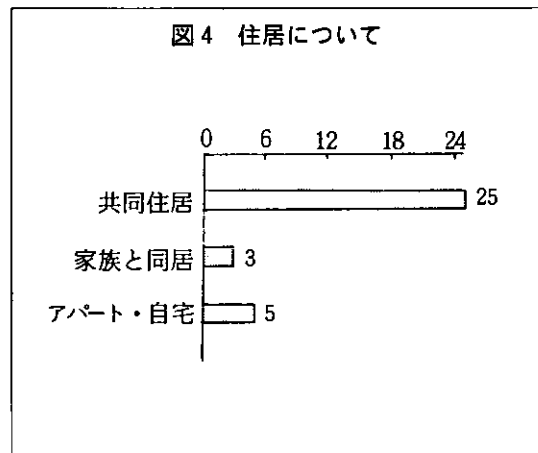


筆者がその人の来所日からプログラムへの参加率を算出した。参加率を聞いても、答られない人が多かったり、正確でないとの職員の意見であった。

(3) メンバーの生活状況

①住居について

ボードアンド・ケア・ホーム(共同住居やグループホーム)に住んでいる人が、7割以上で、家族と同居している人は3名で1割もない。家族と同居している人のうち、成人で親と暮しているのは1名のみでこの人はアフリカ系の男子であった。それ以外は娘と一緒に暮す男性1人、配偶者(彼女はうつ病)と暮す男性1人であった。アパートや自宅での一人暮らしが5人いた(図4)。



文化の違いが大きいですが、アメリカでは、成人すれば例え障害をもっていても親は経済的にも日常的にも面倒をみることはない。親も周囲の人もそれは当然のこととして日本のように「親亡き後」のことを思い悩んだり、親が心休まることなく障害を抱えた大の大人のことを心配しながら生活するというのではない。わが国では、年老いても、障害を持った娘や息子の経済的、日常的な面倒をいつまでもみなければならぬ²⁾。その余裕がある場合は別としても、いつまでも障害を抱えた大人を年老いた親が心配し、不安を抱きながら生活をするということがなくなるような社会的な援助、保障の充実が必要であろう。

ボードアンド・ケア・ホームには、管理人がおり住居や食事は支給され、2人で1部屋に住んでいることが多い。入居者はSSI（詳しくは後述）による収入で生活している。この給付は、カリフォルニア州では無収入の者で1ヵ月640ドル支給されるが（1995年調査当時）、ボードアンド・ケア・ホームに住んでいる人には、731ドルが支給され、そのうち居住費、食費などの必要経費671ドルはホームの管理人に直接支払われる。居住者が自由に使える1ヵ月の小遣い60ドルは本人名義ではあるが管理人に送られ、毎日渡されている人と、1ヵ月まとめて渡されている人がおり、金銭管理が充分でない者は毎日渡されている。

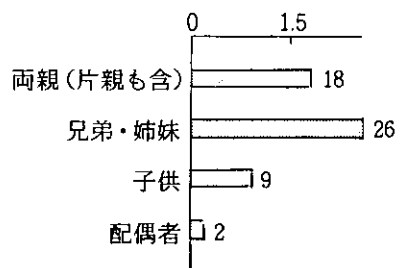
わが国のように、ホームに対する補助金はなく、すべて入居者が支払う費用（実際には、郡政府から直接送られる）で賄われる。精神障害者のためのボードアンド・ケア・ホームは1500人分ともその倍ともいわれ、正確には把握できなかったが³⁾、補助金はなくなるとも、住居費が安いことや他に良い仕事がないこと、宗教的な意味から障害者のための仕事することに意義を見いだしているなどの理由から、多くのボードアンド・ケア・ホームが存在している。そのホームから、セルフヘル

プレンターに来て日中を過ごしているのである。ホームによっては、朝夕、小型バスで送迎しているところもあった。

②家族について

家族と同居していない30名のうち、家族との交流があるのは22名で約7割は、何等かのかたちでの家族との交流をもっている。配偶者がいる人が2名あるが、1名は別居していて、現在は一人暮らしである。両親あるいは片親がいる人は18名で、5割以上いたが、兄弟姉妹のみの人が15人で4割強だった。子供のいる人は3割弱、9人いたが、子供と同居しているのは1人のみである（図5）。

図5 健在する家族の続柄（複数回答あり）



家族のうちの6割はサクラメントに住んでいる。家族は、日頃の面倒はみていないが、多くはなんらかの交流をもっており、近くに住んでいれば親の誕生日に訪問したり、クリスマスなどには兄弟の家に泊まりに行くなどしている。

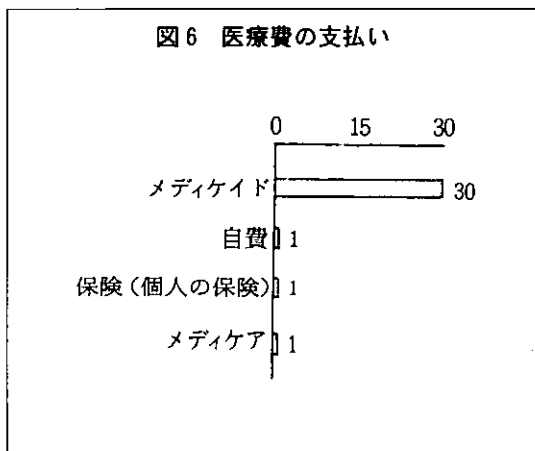
③収入

SSIが約8割で27名、貯金を取り崩して生活している人が1名、仕事による収入がある人が2名であった。SSI (Supplement Security Income、所得補足給付) は、無収入あるいは経済的に困窮している障害者、高齢者に対し経済的な保障をおこなうものである。ここに通所している者は病気・障害のために働けず、収入がないので、SSIを支給されている。SSDI (Social Security Disable

Insurance、社会保障障害年金) を支給されているのは2名おり、SSDIは、10年以上勤務し、障害のために仕事についたり収入を得ることができない者に対する障害年金である。GA (General Assistance、生活保護) で、障害者として認定されていない低所得者のためのものであるが、ほとんどの者が精神障害が認定されているのでGAの支給を受けている者は1名のみである。GAの支給額は月266ドルと食事券で、SSIに比較して支給額は少ない。

(4) 医療費について

メディケイド (Medicaid、カリフォルニア州では、Medi-calと呼んでいる、医療扶助) によって医療費を支払っている人が30人、9割。メディケア (Medicare、老人・障害者保険)、1人。自費1人。民間医療保険、1人であった (図6)。



メディケイドは、障害者、母子家庭等 SSI を受給している低所得者、その他の低所得のため医療費を支払えない者を対象とし、各種医療サービスが現物支給される。

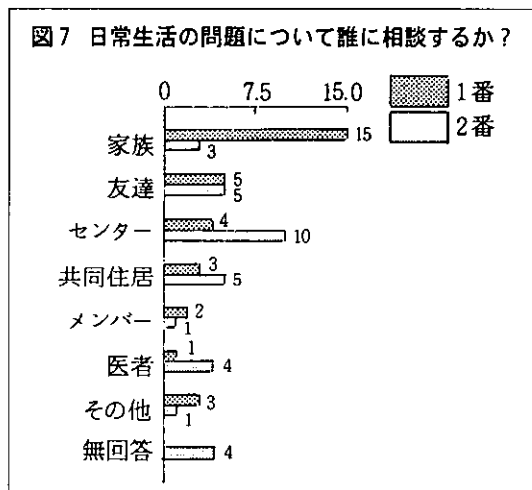
メディケアは、SSI の受給資格をもつ65才以上の者と SSDI 受給資格を持つ65才以下の障害者が対象となる。

日本のように、国民皆保険でないアメリカでは、

企業医療保険、民間医療保険に加入していない者は、高額な医療費を支払わなければならないが、精神障害と認定され、メディケイドによって医療を受けられる者は医療費の心配をせずに治療ができる。

(5) メンバーの日常生活への支援

日常生活上の問題を誰に相談するかについて調査した。まず第1に相談する人は誰か、次に相談する人は誰かを質問した。何かあった時に第1に相談する人は最も信頼している人であるが、1人だけでなく、もっと他の人にも相談したいと思うであろう。第1に相談する人で、最も多いのは家族で、5割弱ある。第2に相談する人で、最も多いのはセルフ・ヘルプ・センターの職員である。次いで、第1相談、第2相談とも友人であった (図7)。多くのメンバーは家族とは、住んでいない



ので、相談する人は家族よりも、センターの職員だったり、ボードアンド・ケア・ホームの職員であろうと予想していたが、その予想に反して、何かあった時に相談するのは家族であった。日本では何かあった時にまず相談するのは家族であるが⁴⁾、アメリカでもこれは同じで、たとえ一緒に住んでいなくとも、家族の存在は大きい。

(6) セルフ・ヘルプ・センターの存在意義とセルフ・ヘルプに対する意識

メンバーにとって、セルフ・ヘルプ・センターのどんなことが自分の役に立っていると認識しているかをみた。これは、回答例を示さず、本人の回答の同じ内容をまとめた。1位が、「他の利用者と話をすること」で、39%、2位が「グループ活動が良い」が36%で、3位が「おいしい食事」であり、センターに来ることにより、他の利用者と話をしたり、グループ活動があること、雰囲気良く快適であること、そして、それらが、症状の安定や精神的安定につながるなどさまざまな来所の利点があげられている(表1)。おいしい食

表1 センターの利点(複数回答あり)

	人数	%
他の利用者と話すこと	13	(39.1)
グループ活動が良い	11	(36.7)
おいしい食事	10	(30.3)
快適な雰囲気 (周囲の環境を含む)	8	(24.2)
多くの情報と助言	4	(12.1)
社 交	4	(12.1)
コーヒーやその他の飲み物	4	(12.1)
症状軽減や安定	3	(9.1)
リハビリテーション	3	(9.1)
心が開かれる	2	(6.1)
リラクゼーション	2	(6.1)
衣服がもらえること	2	(6.1)
コミュニケーションスキルが得られる	1	(3.0)
仕事をする機会が得られる	1	(3.0)
道徳心が育つ	1	(3.0)
ソーシャルサポートが得られる	1	(3.0)
幸福感が得られる	1	(3.0)
様々な体験が得られる	1	(3.0)
時間をつぶせる	1	(3.0)

N=33

事というのは、週3回昼食が提供され(メンバーが作る)、その食事がドアンド・ケア・ホームに比べおいしいので、この食事を楽しみにしている。

これらのグループ活動の利点は、必ずしも当事者でが運営するものでなくとも得られるのではな

いかという疑問が生じる。そこで、セルフヘルプ活動の利点についてどのように考えているかを調査した。しかし、この質問も、回答例を示めさなかった。回答例を示すと回答を誘導してしまうので、これを避けた。しかし回答が難しかったようである。この質問に答えたのは、14名(42%)に過ぎなかった。これは、このようなセルフ・ヘルプ・グループの意義について考えているメンバーは必ずしも多くはないということであり、多くのメンバーは、自分にとってどんな利点や意味があるかは考えられるが、もっと高度な意義についてまで考えている人は、そう多くはないのかもしれない。あるいは例を出されればそうかと思うが、例を示されないと見つからないのかもしれない。それは、前述してのように、このセンターを利用する人の動機や目的などは問題にしておらず、「来たい」と思えば誰でも利用できるので、問題意識の低い人や病状が安定しない人もいるのことも影響しているように思う。

セルフ・ヘルプ活動の意義や利点については「当事者として体験を分かち合うことができる(専門家は、頭では理解していても、病気の体験がないから、本当にはわかっていない)」「自尊心

表2 セルフヘルプ活動の利点(複数回答あり)

	人数	%
当事者としての体験を分かち合うことができる (専門家は病気の体験がない)	4	(12.1)
自尊心を養うことができる	4	(12.1)
お互いに助け合うことができる	3	(9.1)
知性を養うことができる	1	(3.0)
自信が得られる	1	(3.0)
エンパワーメントが高まる	1	(3.0)
当事者主導の活動ができる	1	(3.0)
皆が対等で、上下関係がない	1	(3.0)
仕事をする機会が得られる	1	(3.0)

N=33

を養える」「お互いに助け合うことができる」などで、その他、表2のような利点が述べられた。

5. まとめ

セルフ・ヘルプ・センターのメンバーの平均像は、ボードアンド・ケア・ホームに住みSSIにより収入を得て週5日センターの通っている人である。今回の調査では、セルフ・ヘルプの思想を理解している人は、必ずしも多くはなかった。リーダー的役割をとっている人やセンターで職員として働いている当事者の願いは必ずしもメンバーに浸透しているとは言えなかった。しかし、これら、指導的存在を果たしている精神障害者の活動は、メンバーに大きな影響を与え、彼等の努力が何人かのメンバーを育て、当事者運動を進展させている。メンバーは、他の当事者との話や、グループ活動を通して精神的に快適な時間を過ごすことができ、精神的に安定できる。グループ活動は、更に地域社会の一員としての役割を果たし自尊心を得られるような生活を目指しているが、それがどこまで得られているかまで検証することはできなかった。しかし、印象としてはあるが、メンバーは、自己の能力に応じて、グループの一員、社会の一員としての役割を果たしており、わが国の精神障害者に比べ、自分の権利も主張するが義務も果たし、他人に迷惑をかけないよう、あるいは、他人の権利を守る行動をとっているように思う。これは、病状が重篤だから出来ないとか軽度だから出来るということではなく、その人の育った社会や教育の差が大きいのと思う。

調査に協力してくれたメンバー、さまざまな助言、指導をして下さったセンター職員のコニーに深く感謝し、筆を置きたい。

註

1) 牧野田 恵美子、精神保健におけるセルフ・ヘルプグループと援助技術について、社会福祉 第

36号、日本女子大学社会福祉学科、1996年

- 2) ぜんかれん、精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ、93(1)、92年の家族に対する調査では、回答者のうち70才以上が約30%で、在宅障害者のうち、「まとまったものには手とどかない」とそれ以下の経済状態の家族が6割以上を占めている。また、「将来への見通しが立てられない不安や焦りあせりと不安をもつ」在宅障害者の家族は「おおいにあり」が50%、「少しあり」が28%あった。
- 3) 精神保健関係のボードアンド・ケア・ホームには、高齢者のためのホーム、知的障害者のためのホーム、精神障害者（高齢者を除く）のためのホームがある。精神障害者で高齢者が入居しているホームや、知的障害者のホームに入居している精神障害者もあり、郡政府、州政府に聴取したが、ホームの数や入居人員は明確に把握できなかった。
- 4) わが国の作業所や回復者クラブの調査で、「大切な人」あるいは「自分を支えてくれている人」の第1位は家族であり、次いで友人となっている。
 - ・牧野田恵美子、精神障害者の働く場づくりとソーシャルサポート、社会福祉第28、29合併号 日本女子大学社会福祉学科 1988年
 - ・藤井達也、社会復帰活動における「生活の支え合い」の追跡調査、精神障害者と社会復帰、Vol. 17, No. 2 (通巻16)、やどかり出版 1998年

文献

- ・A・ガードナー、F・リースマン、久保絃章訳：セルフ・ヘルプ・グループの理論と実際
- ・Sally Zinman : Definition of Self-Help Groups, Reaching Across, 1987
- ・Consumer Self-Help Peer Counseling Manual, Sacramento Consumer Self-Help Center.
- ・大沢いずみ、セルフヘルプの意義とプロセス、社会福祉、第36号 日本女子大学社会福祉学科 1995年

- ・池谷澄子、精神障害者によるソーシャルアクションとセルフ・ヘルプ・グループ活動、ソーシャルワーク研究、Vol.19. No. 2, 74号 相川書房、1993年
- ・グリーン・渡辺律子、1980年代における米国のセルフ・ヘルプ・グループの実践と研究の動向、ソーシャルワーク研究、Vol. 15. No.1, 57号 相川書房、1989年

〈資料〉

表1 調査対象者数

	人 (%)
男 性	18 (54.5)
女 性	15 (45.5)
合 計	33 (100)

表2 センターの通所期間

期 間	人 数 (%)
6カ月未満	8 (24.2)
～2年	9 (27.3)
～3年	6 (18.2)
～4年	1 (3.0)
5年以上	9 (27.3)
合 計	33 (100)

注 3カ月未満：5人
4年～5年：0人

表3 紹介経路

紹介経路	人 数 (%)
ボードアンド・ケア・ホームの職員	17 (51.5)
当事者	9 (27.3)
他機関の職員	3 (9.1)
家 族	2 (6.1)
ワーカー	1 (3.0)
医 者	1 (3.0)
合 計	33 (100)

表4 一週間あたりの通所回数

回 数	人 数 (%)
1 回	1 (3.0)
2 回	2 (6.1)
3 回	8 (24.2)
4 回	4 (2.1)
5 回	11 (33.3)
6 回	7 (21.2)
合 計	33 (99.9)

表5 一週間あたりのグループ活動参加率

%	人 数 (%)
～19%	2 (6.1)
20%以上	9 (27.3)
40%以上	10 (30.3)
60%以上	2 (6.1)
80%以上	10 (30.3)
合 計	33 (100.1)

表6 住居について

	人数 (%)
ボードアンド・ケア・ホーム	25 (75.8)
家族と同居	3 (9.1)
アパート、自宅	5 (15.1)
合計	33 (100)

表7 家族との交流

	人数 (%)
あり	22 (73.3)
なし	8 (26.7)
合計	30 (100.0)

表8 健在する家族の続柄 (複数回答あり)

	人数 (%)
両親 (片親も含)	18 (54.5)
兄弟・姉妹	26 (78.8)
子供	9 (27.3)
配偶者	2 (6.1)
合計	55

N=33

表9 家族の居住地 (複数回答あり)

	人数 (%)
サクラメント	33 (60.0)
カリフォルニア州	9 (16.3)
他の州 (アメリカ)	11 (20.1)
不明	2 (3.6)
合計	55 (100)

N=55

表10 収入

	人数 (%)
SSI *1	27 (81.8)
SSDI *2	2 (6.1)
GA *3	1 (3.0)
仕事	2 (6.1)
貯金	1 (3.0)
合計	33 (100)

*1 SSI: 低所得の障害者等への所得補足給付

*2 SSDI: 就労者の障害年金

*3 GA: 生活保護

表11 医療費の支払い

	人数 (%)
メディケイド *1	30 (91.0)
自費	1 (3.0)
民間医療保険	1 (3.0)
メディケア *2	1 (3.0)
合計	33 (100)

*1 メディケイド: 低所得の障害者等への医療扶助

*2 メディケア: 老人医療制度

*1 をカリフォルニア州ではメディカル (medi-cal) と名称している

表12 診断

	人数 (%)
精神分裂病	9 (27.3)
うつ病	5 (15.1)
薬物依存	3 (9.1)
アルコール+分裂病	3 (9.1)
アルコール依存	2 (6.1)
双極性感情障害 *1	2 (6.1)
不明	9 (27.3)
合計	33 (100)

*1 双極性感情障害 (bipolar disorder)

: 躁鬱病

表13 日常生活上の問題について誰に相談するか？

a. 第一に相談する人

	人 数 (%)
家 族	15 (45.5)
友 達	5 (15.1)
センターのスタッフ	4 (12.1)
ボードアンドケアホームのスタッフ	3 (9.1)
センターのメンバー、インターン	2 (6.1)
医 者	1 (3.0)
そ の 他	3 (9.1)
合 計	33 (100)

b. 次に相談する人

	人 数 (%)
センターのスタッフ	10 (30.3)
友 人	5 (15.1)
ボードアンドケアホームのスタッフ	5 (15.1)
医 者	4 (12.1)
家 族	3 (9.1)
センターのメンバー、インターン	1 (3.0)
そ の 他	1 (3.0)
無 回 答	4 (12.1)
合 計	33 (99.8)

表14 センターでの利用者の仕事(複数回答あり)

	人 数 (%)
床 拭 き	15 (45.5)
ゴミ捨て	11 (33.3)
部屋掃除	10 (30.3)
トイレ掃除	9 (27.3)
皿 洗 い	8 (24.2)
吸い殻処理	8 (24.2)
昼食準備	7 (21.2)
庭の清掃	6 (18.2)
仲間の相談にのる	6 (18.2)
グループ司会	6 (18.2)
料 理	5 (15.1)
会 計	5 (15.1)
新人のオリエンテーション	5 (15.1)
ワープロ打ち	3 (9.1)
そ の 他	3 (9.1)

N=33

表15 就労の希望

	人 数 (%)
あ り	18 (58.1)
な し	13 (41.9)
合 計	31 (100)

注 就労中2人

表16 求職活動

	人 数 (%)
している	4 (22.2)
していない	14 (77.8)
合 計	18 (100)

N=18