

[学術論文]

薬物依存問題の「家族」相談援助

——ジェンダーの視点を取り入れた支援の可能性について——

How to support the “families” with drug dependence problems
— toward the gender sensitive approach —

石川 昭 見

Terumi ISHIKAWA

Studies in Humanities and Cultures

No. 5

名古屋市立大学大学院人間文化研究科『人間文化研究』抜刷 5号
2006年6月

GRADUATE SCHOOL OF HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES

NAGOYA CITY UNIVERSITY
NAGOYA JAPAN
JUNE 2006

[学術論文]

薬物依存問題の「家族」相談援助

——ジェンダーの視点を取り入れた支援の可能性について——

石川 昭見

要旨 日本の薬物依存問題の家族相談に訪れるファースト・クライアントは薬物依存者本人（以下、本人）の母親という続柄の人が多いことが、いくつかの家族支援プログラムや相談援助の実践から分かる。家族の中で薬物依存の問題が明らかになったときに、断薬させようとしたり、付随する諸問題の尻拭いをしたりして、さまざまな対処行動を主導するのは母親なのである。母親は罪責感や不安を抱いており、こうしたイネイブリングを続けてしまう。その背景にあるのは、成人後も子どもの問題を親の責任とみなす傾向と、加えて子育ては依然として女性のみに求められる性役割の一つであるという現実である。イネイブリングが本人による自分自身の問題への直面化を妨げていることを理解していても、内面化された役割期待や、本人が引き起こす諸問題による日々の困難な状況、夫の無理解などのために、母親はイネイブリングを容易にやめることができないと考えられる。母親の行動は決して「共依存」ということばだけで片付けられない。薬物依存の「家族」相談援助においては、こうした母親のおかれた状況に焦点を当て、ジェンダーの視点から支援を行うことが必要である。そして過剰な責任を負い、追い詰められている母親は、フェミニズムの知見にふれることによって、その重荷を下ろしイネイブリングから解放されるとともに、自身のための人生を考えるきっかけをつかむことができると考えられる。

キーワード：薬物依存の家族相談援助、女性への性役割期待、ジェンダー、イネイブリング、共依存

はじめに

日本において薬物依存⁽¹⁾の家族相談の場にファースト・クライアントとして登場するのは、薬物依存者の母親という続柄の人が多いことが、いくつかの家族支援プログラムの報告から分かる（山野 1999, 2000, 2001b；友杉 2005）。わたしが関わっている家族支援のプログラムにおいても、参加者の続柄や参加頻度、参加者の話から、薬物依存の問題への対処行動を主導するのは母親だということがわかる。最初に行動を起こしてさまざまな相談機関にコンタクトをとるの

も、家族支援プログラムに継続して参加するのも、配偶者、父親、きょうだいよりも母親が圧倒的に多い。また、父親と母親との温度差が激しいこともうかがえる。

その背景として考えられるのはどのような社会的状況であり、家族を支援するにあたってどのような視点が有効なのだろうか。まず、この問題を家族病理として捉える従来の考え方とは異なるアプローチをしている、二つの援助実践の報告からヒントを得たい。その上で、ファースト・クライアントの大部分を占める母親が現代社会のなかでおかれている状況に焦点を当て、さらに援助効果を高めるために必要な視点はいかなるものかについて考える。

1 薬物依存問題を抱える家族への援助

1.1 当事者活動と援助実践

本稿が基づいているのは、薬物依存症回復者による活動と連携し、薬物依存症本人および家族の自助グループにおける回復や当事者同士のかかわりに重点をおいて行われた家族援助の報告と、そうした実践の一つにおけるフィールドワークである。薬物依存症の回復には、自助グループと回復者によるリハビリテーション施設が有効であり、家族にも家族の自助グループが役立つことが、当事者によって明らかにされている。

このように困難を抱える当事者が、それを専門家に定義してもらったり解決を一任したりしないという動きは、さまざまな分野で起こっている。中西正司と上野千鶴子は、共著『当事者主権』のなかで、当事者による運動で培われた経験や当事者自身の知、「当事者学」がこれまでの社会のしくみや考え方を変革する力をもつことを論じている。中西と上野は、「何が『問題』になるかは、社会のあり方によって変わるから」、「当事者」を「問題をかかえた」人々とは呼ばず、「ニーズを持った人々」と定義し（中西・上野 2003：9）、「当事者主権」という立場について次のように述べる。

当事者主権は、何よりも人格の尊厳にもとづいている。主権とは自分の身体と精神に対する誰からも侵されない自己統治権、すなわち自己決定権をさす。私のこの権利は、誰にも譲ることができないし、誰からも侵されない、とする立場が『当事者主権』である。（中西・上野 2003：3）

この立場に依拠すれば、依存症の問題で困っている家族も自助グループで自分の問題を自分で定義し、当事者同士の関わりのなかで回復し、専門家は伴走者にすぎず、当事者は必要なニーズを満たすためにそれを利用、変革していけるといえるだろう。したがってわたしは、専門家と呼ばれる援助者が実践の第一の根拠とするのは、当事者の経験から得られた知見であると考え。

ただし、家族には本人とは異なる状況がある。多くの場合、本人が薬物依存の問題に直面した後も、本人の問題を肩代わりする家族には、家族の立場の人々が取り組むべき問題（3.4参照）

が見えず、自分自身の苦しさに目を向けにくい。いわゆる「当事者主権」というときの「当事者性」がない状態なのである。したがって、まず当事者性を獲得する必要がある。そのため、家族が本人の問題を肩代わりする背景にあるものは何かを理解し、家族の取り組むべき問題への気づきを助けるという視点が援助に求められる。そして、家族が当事者性をもって自らのために自分自身に向き合っていくには自助グループが不可欠であり、援助には当事者活動との連携が必要である。

以上により本稿では、研究対象として、当事者活動と連携している二つの援助実践を選んだ。1.2では、それらの実践報告とその一つにおけるフィールドワークに基づき、薬物依存問題で相談援助の場に現れる家族の本人との続柄をみていく。

1.2 家族への支援プログラム参加者、相談者の続柄

山野尚美が大阪地区で1998年10月から2000年3月の18ヶ月間（三十六回）と、2001年1月から12月の12ヶ月間（二十四回）に行った薬物依存者を抱える家族に対する支援プログラムの報告によると、新規参加者に占める母親の割合はそれぞれ約60%、約70%であり、前者における全参加者に占める母親の割合は80%にもなったという（山野 1999, 2000, 2001b）。以下の表は、薬物依存者本人との続柄別のプログラム参加人数と、本人の年齢層をまとめたものである。

表 1. 続柄別参加人数

期間	1998年10月～2000年3月	2001年1月～2001年12月
全参加人数	250 (55)	39
母親	197 (34)	28
父親	37 (14)	9
配偶者	8 (4)	1
きょうだい	7 (2)	1
その他	1	0
参加継続状況	母親が他の者に比べて、より継続的に参加	—————

1998年10月～2000年3月：のべ人数（新規参加人数）、2001年1月～2001年12月：新規参加人数。山野（2000：203-205；2001b：124）をもとに作成。

表 2. 薬物依存者本人の年齢層別人数

期間	1998年10月～2000年3月	2001年1月～2001年12月	
15-19歳	7 (15%)	10歳代	3
20-24歳	15 (33%)	20歳代	21
25-29歳	10 (22%)		
30-34歳	7 (15%)	30歳代	11
35-39歳	2 (4%)		
40歳以上	1 (2%)	40歳代	3
不明	4 (9%)	50歳代	1

山野（2000：203-205；2001b：124）をもとに作成。

以上から、薬物依存者の家族への支援を展開するにあたっては、山野の述べるように⁽²⁾、相談や支援プログラムを訪れる「家族」としてまず把握すべきは、成人した薬物依存者の親であることが分かる。なかでも第一に母親が家族相談援助のクライアントになるといえるのだ。

また、わたしがボランティアとして活動に関わっている、薬物依存の問題を抱える家族のための相談室においても、相談者および家族支援のプログラム（当初は月一回。2005年2月からは月二回）参加者について同様のことが分かる。この相談室の2002年から2005年の年報によると、新規相談におけるファースト・クライアント（はじめに電話あるいはEメールでコンタクトをとった人）のうち、母親と父親の占める割合はそれぞれ31.4～42%、8.2～11.2%で、母親は父親より3～4倍多かった。また家族支援のプログラム参加者は毎回概ね10名前後で、本人との続柄別に集計を行っていないため詳細は不明であるが、わたしが2004年から2006年現在まで同席して観察した限りでは、参加者の続柄は母親がほとんどであった⁽³⁾。

嗜癖問題⁽⁴⁾の相談に本人ではなく家族を訪れるのは、嗜癖問題を扱う援助者の間では不思議なことではない。嗜癖問題において最初に困り果てるのは、さまざまな対処行動をとりやすい身近な家族だからである。そのなかでも相談機関に現れるのは母親が多いというのは、薬物依存の特徴といえるかもしれない。妻がファースト・クライアントの多くを占めるアルコール依存症のケースに比べると、薬物依存症は依存に至るまでの期間が短く、比較的早期に問題化しやすい。そのため、薬物依存症の相談ケースにおいては、本人が未婚であることが多く、最も身近な家族は母親ということになる。

ではなぜ、薬物依存者の親として相談機関に登場するのは父親よりも母親の方が圧倒的に多いのだろうか。わたしはその背景として、薬物依存の原因論を含めた社会通念と性別役割分業に基づく社会構造を挙げる。

2 家族にとっての薬物依存

2.1 薬物依存をめぐる社会通念

薬物依存は、日本では長らく薬物「乱用・中毒」と呼ばれ、非行や犯罪という社会的逸脱、反社会的行為として捉えられてきた。従来の「ダメ。ゼッタイ。」の考え方（薬物の恐ろしさを強調する、予防のみの対策）による教育も、その延長線上にある。最近ようやく、薬物事犯で服役中の受刑者に対して、ダルク（Drug Addiction Rehabilitation Center、略称DARC）⁽⁵⁾の回復のプログラムを用いたものへと転換される動きや、薬物事犯者のための民間の行刑施設がつけられる計画がある⁽⁶⁾。しかし、現在でも薬物依存についての社会意識は「犯罪」「廃人」「異常」「立ち直れない」などのままであり、「害を知って使い始めたのだから自己責任」とみなされやすい。

こうした捉えられ方の背景として、日本の薬物対策の歴史が挙げられよう。斎藤学と野口裕二は、時代によって変化する物質乱用への社会の反応と、物質乱用の医療化の有効性および限界に

ついて論じている。そのなかで、日本の近代国家としての統合は、阿片の流行と阿片戦争による中国人社会の変動に連鎖して生じたと述べられている（斎藤・野口 1992 : 276）。

それによると、かつて安全な伝承医薬であった阿片が、十七世紀以降、流行病的乱用の対象になり、1840年、ついに清朝は阿片の輸入をコントロールしていたイギリスとの間に阿片戦争を起こしたが敗れた（斎藤・野口 1992 : 276）。敗戦後、清は、欧米列強との不平等条約締結を余儀なくされ、帝国主義的進出を受けることになった。これを見た当時の日本の施政者たちは、中国の二の舞を演じまいと、阿片輸入を水際で防ごうとしたのである。日本の国家としての薬物に対する厳しい姿勢はこうして始まった。

日本における薬物対策は、法による規制と水際での取り締まりに加えて、薬物の恐ろしさを強調する予防啓発活動が合わせて行われることによって、薬物に対する社会一般の強いマイナスイメージを形成することに成功したといえよう。薬物の違法性は家族に苦悩と罪責感をもたらす一因となっていると考えられる。アルコール依存もアルコールという薬物への依存であるが、その依存対象は合法であり、直ちに犯罪となることはない。違法か合法かによって本人や家族に与えられるスティグマは大きく異なるだろう。

また、薬物の密輸入をゼロにすることは事実上不可能である。日本では薬物を使い始めた人に対しては、処罰しか行われず、回復のための国家的な取り組みはなかった。回復者がいなければ、「一度使ったらおわり」、「強い意志でやめるしかない」という誤った認識が一般化し、合法の処方薬や市販薬への依存に関しても同様に「意志の問題」あるいは「立ち直れない」との誤解がある。

こうして本人も家族も回復への希望をもてず、多くの援助者の間でも回復が信じられていない。日本ではまだ既存の医療や保健、福祉、司法の枠組みのなかでコントロールするという発想が根強いようだ。

2.2 性別役割分業と母親の罪責感

これに加えて親、特に母親は強い罪責感を抱く。山野によると、家族支援プログラム参加者のうち、親の立場の人ときょうだいや配偶者の立場の人とで共通する発言が異なる。親に共通する発言は、「薬物依存者の薬物使用開始の原因が、自らの過去における何らかの養育の失敗にある」、「薬物依存者の断薬についてのすべての責任は親である自らがその一切を負うべきである」（山野 2002 : 70）という内容であり、特に母親には薬物使用の原因を養育の失敗とする思い込みと、それに対する強い自責感が見られるという（山野 2001a : 28）。一方、きょうだいおよび配偶者にあたる参加者においては、「冷たいかもしれないが、自分がその巻き添えになることは受け入れられない」という発言が共通するというのである（山野 2002 : 70）。

以上の報告から考えられることは、本人と同じ住居内で過ごしてきた時間が同様に長いと思わ

れる親ときょうだい、そして短期間の関係だとしても親密さでは親やきょうだいとの関係に劣らない配偶者との間にも、薬物依存者本人への思いに大きな違いがあるということである。また、親のなかでも特に母親は「自分の育て方が原因だ」と考えやすいことが分かる。これに対して、薬物依存を母親の育て方のせいにして責め、暴力で薬物依存者を押さえ込もうとする父親の姿（友杉 2005 : 55）も報告されている。

わたしは、こうした親、特に母親の罪責感の背景として次の三点を挙げる。一点目は、社会的逸脱とみなされる子どもの行為は、親の育て方や家族関係の問題として捉えられるという傾向である。育て方については特に母親の問題とされやすい。これらは、マスメディアが犯罪容疑者の親の取材に殺到すること、近隣や親戚、知人などから責められた経験や、「世間に申し訳ない」、「他人に危害を加えるのではないか」という気持ちについての家族の語りから明らかである。また、依存症の家族原因論の立場をとる相談機関や書籍は多く、これらによっても家族は追い詰められると考えられる（石川 2003）。

二点目は、薬物依存に付随する問題、たとえば借金、家賃の滞納、損害賠償、欠勤、欠席、事故、対人関係のトラブル、暴力、失業などは、本人が責任をもつ問題でありながら、家族はトラブルの相手方から代理責任を果たすよう要求されたり、応じなければ非難されたり、仲介を求められたりすることである⁽⁷⁾。父親よりも母親の方が家においてこうした状況に追い込まれる頻度が高いだろう。これが毎日のように続けば、たとえ本人の問題だと理解していても、肩代わりをしても依存が食い止められないことを認識していても、どうにかせねばという気持ちになる。このように家族が日々苦境に立っていることは、援助の場において軽視されてはならないだろう。

そして三点目は、子どもの主たる養育者が母親であるという日本社会の現状である。この背景には、サラリーマンと専業主婦と子どもからなる家族を「標準家庭」としてつくられた社会制度、すなわち近代家族を前提として構成された社会がある。主たる養育者であることは、母親個人が自由に選択したライフスタイルというより、性別役割分業に基づく社会構造の問題なのである。

こうした背景ゆえに、薬物依存者の問題が実質的にその母親の責任に帰されやすく、母親は罪責感を父親と共有できないと推測できる。

2.3 「共依存」概念と母親の罪責感

薬物依存を育て方の問題と捉えた母親がとりやすい行動は、共依存とみなされ、母親の病理が問題にされやすいが、その捉え方は援助において有効なのだろうか。

母親を含めて依存症者の周りには、本人が引き起こすさまざまな問題の尻拭いに奔走したり、何とか断薬させようとして説教したり懇願したり相談しに行ったり、ありとあらゆる手立てを行う。こうした行動はイネイブリング (enabling)、それを行う人はイネイブラー (enabler) と呼ばれ（信田 2000 : 52-54）、イネイブラー自身の病理を表すことばとして「共依存」が用い

られることがある。イネイブラーは、依存症者への尻拭いや世話焼き、叱責や懇願などによって一切を支配されているように見えるが、酒や薬物のコントロールを試みては失敗する依存症者同様、実はそれらの行動で自分の「必要とされる必要」を満たし、パワーを得ているとされる。「共依存者」の行動が、依存症者の問題への直面化（「底つき」）を妨げ、さらなる嗜癖行動へ突き進むことを可能にする（enable）、と説明される場合がある。

確かに嗜癖行動のサイクルを回しているものとして、イネイブラーは役割を果たしており、「共依存」は依存症者と周りに関わる人々との関係をうまく言い表したことばである。しかし、わたしはイネイブリングの根本にある母親の罪責感や不安、恐怖に焦点を当てる必要があると考える。母親の行動を理解するには、子どもへの責任意識や、自分の存在意義を決定するほどの「我が子」の存在の大きさまで辿る必要がある。これらは社会から期待される女性役割が内面化されたものである。

したがって、「共依存」とされている行動は、フェミニストの臨床家たちが名づけ直したように「過剰責任行動（over-responsible behavior）」と捉え、この社会において女性が社会的に成長する過程で身につけるよう求められる役割の方を見直していく必要がある（Krestan & Bepko 1991=1997）。わたしは、適応の度が過ぎたのではなく、この社会への適応そのものが平等な責任分担に対して「過剰」なのであると考える。援助の場で「共依存」概念を使うときには、信田が述べる限定的な定義⁽⁸⁾に基づいて捉える必要があろう。

3 家族への援助に必要な視点

子どもの薬物依存の問題で相談に訪れる母親への援助を考える上で重要なのは、母親には2.2で述べた社会的な背景があることを理解し、個々の家族関係や子育てに原因を帰さないことではないだろうか。以下、どのような援助が有効なのかについて考えてみたい。

3.1 薬物使用開始のきっかけと「要因」

実際、薬物依存症から回復している人々の語りから、薬物を使用するきっかけも回復過程もさまざまであることが分かる⁽⁹⁾。ある薬物に依存する人の特徴は一概には言えないだろう。

さらに、西村直之が説明するように、薬物依存は他の問題と同様に、単に家族関係のみが要因ではなく、さまざまな要素が重なり合って生じる事態（西村 2001：15-16）である。こうした捉え方の方が、家族のみを原因とするよりも現実の複雑さをつかめるし、家族を援助する上でもいたずらに罪責感をあおらない。

また、依存症問題においては本人よりもまず家族が先に困り果てて相談に訪れ、その援助は家族への介入から行われる。家族介入というと、家族関係の調整が行われやすいが、関係調整で依存症が消えるわけではないだろう。実際、家族関係に着手するのは本人にとっても家族にとって

も負担が大きい。本人の回復を妨げかねないし、混乱する家族に「家族関係を見つめ直せ」と言えば、罪責感をあおり、イネイプリングへ駆り立てることになると考えられる。

したがって、家族関係の調整を援助の焦点とするのは効果的ではない。では、実際に他にどのような点がポイントとなるのだろうか。次に、山野（1999, 2000, 2001a, 2001b, 2002）による実践とわたしが関わっている家族相談室の取り組みからそのヒントを得たい。

3.2 二つの実践から得られるヒント——家族のための援助

これらの実践は従来の家族支援における問題点を浮き彫りにしている。その問題点とは、①本人の回復いかんで家族の回復が決まるのだという認識に基づいた関わり方は家族の苦しみを長引かせるだけであること、②結果家族は本人に対してなかなかイネイプリングをやめることができないこと、③本人が引き起こす多くの問題を家族が肩代わりせざるを得ない状況があり、家族自身が困っていて援助を必要としていること、④本人がクスリをやめても家族は不安なままであること、⑤家族が自助グループにつながりにくいこと、が主なものとして挙げられる。これらの問題に対して、山野の実践とわたしが関わっている家族相談室の取り組みに共通する視点は、家族に対するソーシャルワークである。そこでは「家族病理」という捉え方や「共依存」概念による説明もない。

たとえばわたしが関わっている家族相談室で、ソーシャルワーカーが家族に伝えるのは「専門家にも家族にもダルクのスタッフにも、本人にクスリをやめさせることも、本人を回復させることもできない」、「本人はトライ・アンド・エラー（クスリを使ったりやめたりすることを含めて自分なりにいろいろな経験をする。クスリを手に入れるためなら何でもするようになることで生じるさまざまな問題を自分で経験すること）をした上で回復に向かっていくので、家族にできるのはそれを邪魔しないことだけ」、「やめさせようとして今までしてきたことをすべてやめる」、「不安や恐れなどの気持ちを静めるのに役立つ自助グループに行ってみる」ということである。

また、山野は「薬物依存者の家族に対する初期介入プログラムの指針」として、「プログラム参加への不安の軽減」、「適切な知識の提供」、「同じ立場にある人との出会いの機会提供」、「家族自身の心理・社会的脆弱化への気づきとその改善支援」を挙げる（山野 2002 : 75）。さらに、薬物依存者の家族に対するソーシャルワーク実践における中心課題として、疾病としての薬物依存の認知、過度な自責感の軽減、家族の役割と責任範囲の再確認、家族自身の社会生活上の諸問題の解決、薬物依存者との関係の修復の五項目を挙げる（山野 2002 : 77）。

これらの実践に共通する方向性として、本人の状態（クスリの使用状況、回復の進み具合、入院、服役など）にかかわらない家族自身の回復という発想があるのではないだろうか。どちらも本人にクスリをやめさせるためではなく、困難を抱えた家族自身が健康を取り戻すための支援を

行っているといえるだろう。焦点が本人ではなく家族に当たっている。すなわち、本人がいかなる状況にあれ、家族は楽になれるはずであり、それが援助目標なのだということである。

3.3 家族の回復

「回復」の定義については多くの議論があるが、その問題の当事者性をもつ一人一人が自分自身について考えて、捉えられるものである。したがって、「回復」の意味は人によって異なる。どれが正しいと判断することはできない。

わたしは、山野による実践とわたしが関わっている家族相談室の取り組みを受けて、家族の回復を家族自身が生きやすくなることとして捉える。それは本人の回復いかんによらない家族の回復である。この発想は、本人死亡後も家族の自助グループで自分の回復に取り組んでいる人がいることや、家族の自助グループにおいてもアルコール依存や薬物依存の本人の自助グループ同様、「12のステップ」が自身の回復のために用いられていることから導き出されるだろう⁽¹⁰⁾。

家族には家族の回復のために向けた援助が行われる必要がある。この視点は、薬物依存の原因を家族関係のみに求めるものではない。山野は、プログラム参加前の家族による対処（叱責、哀願、説得によって薬物使用をやめるよう約束をとりつける）、「事態の悪化を防ぐために当事者が引き起こす問題の処理に奔走する」、「使用者の薬物問題への関わりを生活における最優先課題とする」)について次のように言う。

とかく共依存概念に結びつけられがちです。しかし、薬物関連問題への知識を与えられることなく、自力のみで本人の薬物使用をやめさせなければならない状況に置かれた場合に、当然とられる対処行動としても十分理解が可能であると考えられています（山野 2001a : 28)

同時に、家族がそうしたイネイブリング行動から解放されることもまた可能であるはずだ。家族の回復はその延長線上にあると考えられる。では、家族の回復に向けて援助を行うとき、薬物依存者本人と家族とのかかわりについてはどのように捉えればよいのだろうか、また、家族がイネイブリング行動から解放されるにはどのような援助が必要なのだろうか。

3.4 家族関係と薬物依存——本人と家族の相互作用

家族への援助として、本人の問題の尻拭いがかえって回復を妨げるということを伝えることで、本人と家族の関係性に言及するのは、家族に原因を帰することとは異なる。このことによって、家族自身に取り組むべき問題が明らかになる。家族に取り組むべき問題とは、本人の問題を本人に返し、尻拭いややめさせようとするのをやめることである。本人の問題と家族の問題を区別することは、家族が不安や過剰な罪責感から解放されるために必要である。

確かに現在の社会では、育った家族の関係性が人の生き方に及ぼす影響は小さくない。それはACと自認した人々の語りや、それを受けて行われている援助実践からよく分かる。しかし、援助者が家族に対して、薬物依存の原因として家族関係や育て方を責めることで何が得られるのだろうか。3.1で述べたように、薬物依存は一要因で説明されえないし、家族関係の変化が回復をもたらすわけでもない。

では、母親が尻拭いや世話焼きをやめ、不安を静めるためにはどのような援助が必要なのだろうか。ただ「育て方が原因ではないから、不安を鎮めて下さい」と伝えればすむのだろうか。それは単に母親個人の努力に期待しているのと同じである。したがって、もしできなければ母親の努力不足を意味することになる。あるいは、援助者自身が意図していなくても、イネイブリングをやめないのは結局、母親が問題を「否認」しているという解釈が入り込みやすい。これでは、親の育て方や家族関係に焦点を当て、親の罪悪感をあおり、イネイブリングから抜け出ることを妨げかねない。そこでわたしはジェンダーの視点からの家族支援を提案したい。

4 ジェンダーの視点

4.1 ジェンダーの視点を取り入れた援助の有効性について

先に述べたように、薬物依存の問題に関する家族支援というのは、多くの場合母親に対する援助から始まるといえる。そういう意味で本稿のタイトルでは、「家族」相談とした。母親に対していかに援助を行い、自助グループへの橋渡しを行うかが援助のポイントになるのである。

母親には社会から求められる母親としての役割期待が責任となつてのしかかる。家族の外に仕事をもっているか否かに関係なく、女性の生き方において子育てが大きな位置を占め、自分の存在価値にまでつながっている。そのため母親はイネイブリングをやめられず、精神的にも追い詰められる。こうした性役割規範と、女性の選択肢の少なさを認識した上で援助が行われる必要がある。単に家族問題の解決ではなく、社会構造の変革を見据える視点が援助する上で必要だということである⁽¹¹⁾。

母親が過剰責任の重荷を下ろすには、フェミニズムによって発見された事実にふれることが有効であり、母親への援助において役立つ視点はジェンダーであるとわたしは考える。ジェンダーの視点は、妻や父親、きょうだいにとっても生き方を見直す機会を生む可能性がある。次に、こうした視点からの援助の一つとして、フェミニストカウンセリングを取り上げる。

4.2 ジェンダーの視点に基づく援助の試み——フェミニストカウンセリング

日本におけるフェミニストカウンセリングは、1980年東京で河野貴代美によって開始された。「フェミニストセラピー “なかま”」という実践が始まりである。

河野は二十数年間の実践を振り返り、フェミニストカウンセリングの理論化の試みについてま

とめている。それによると、従来のカウンセリングにおいては発達理論を根拠にした各流派による技法が一般的であるのに対して、フェミニストカウンセリングについては一部の部分的な試みを除き、女性独自の発達理論の必要性は合意されていないという。かわって論じられてきた「スタンス」は、「フェミニストであればよい」派と「カウンセリングの教育を受けた実践者でなければいけない」派とに分けられ、フェミニズムとカウンセリング技法のどちらを重視するかという論議に至る。しかし、河野は両者をいかに統合するかが問題であるとし、「フェミニズムの『何』を、カウンセリングの『何』に合体させるかが問われなければならない」と述べる（河野 2002 : 22-23）。

では、フェミニストカウンセリングは現在、いかなる目的でいかなる理論的基盤のもとに実践されているのだろうか。1998年1月、女性センターの相談業務ガイドラインの必要性が痛感され、河野の呼びかけで六人のメンバー（河野、上野千鶴子、遠藤智子、大塚朋子、高岡香、丹羽雅代、三橋順子）による「女性センター相談業務ガイドライン作成プロジェクト」が発足した（河野 1999 : 158-159）。これにより、相談業務の基本方針として「相談内容を安易に『問題化（病理化）』しないこと」、「ジェンダー分析」、「エンパワーメント」、「ネットワーキング」、「女性政策へのフィードバック」、「地域社会における啓発・啓蒙」の六点が挙げられた（河野 1999 : 162-167）。河野は「フェミニストカウンセリングの理論的装備はジェンダー分析（問題の再定義）であること」（河野 1999 : 163）とし、以下のように解説している。

ジェンダー分析とは相談者にとって（女性はこうあるべきといった）ジェンダー規範がどのように刷り込まれ、それが当事者の感情や行動を支配しているかを丁寧に検討することを意味します。これまで心理的問題は『個人的出来事』の範囲を出ず、したがって問題の因果関係は個人に止まり続けました。つまりジェンダー分析とは、『パーソナル イズ ポリティカル』というフェミニズムのテーマを基本とすることです（河野 1999 : 164）

すなわち、フェミニストカウンセリングの基本姿勢は、クライアントが語る相談内容をその人自身の内面の問題とせず、刷り込まれたジェンダー規範による支配の結果と捉え、その刷り込みと支配の過程を分析するというものであると理解できる。この姿勢を基本としているため、フェミニストカウンセラーは「クライアントのエンパワーと自己実現を援助すること」に加えて、究極的には「性差別社会や社会システムを変える実践に関わること」を目的とする（河野 1999 : 175）。

5 最後に

以上のようにわたしは、ジェンダーの視点を取り入れた家族援助に大きな期待を抱くが、二点だけ留保をつけておきたい。

第一に、フェミニズムの視点をもった援助の実践や紹介は、援助者の独断で決定されるのではなく、クライアントと援助者のやりとりのなかで、選択されていくことだということである。もちろん、その選択が可能となるのは、援助者が、フェミニズムやジェンダー研究の成果を尊重し、その知見から学ぼうとする姿勢をもち、そして実際に社会の性別役割構造を理解しているときである。したがって、これらは援助者に求められる重要な資質であるとわたしは考える。

第二に、いくらジェンダーの視点をもった援助を行っていても、援助者がいつまでも家族を援助者のもとに留めておくのは家族をコントロールする危険性を高めることも指摘しておきたい。自助グループに近い形式でグループワークが行われても、自助グループの代わりにはならない。家族自身が実体験として罪責感や不安、恐怖から楽になって行動を変えていけるのは自助グループにおいてだとわたしは考える。地域の自助グループで仲間とともに回復の道を歩み、それを補うものとして専門家による援助が利用されることが最終的な目標であろう。

本稿では、家族援助において必要な視点について論じてきたが、具体的な援助技法を提示するまでには至らなかった。実際の援助技法については今後の課題としたい。

注)

- (1) アルコールを含むあらゆる薬物へのコントロール喪失は薬物依存と捉えられる。ただし、実際に薬物依存に関する家族相談で挙がるのは、アルコール以外の薬物（覚醒剤、大麻、シンナー、市販薬、処方薬など）への依存が多いようだ。
- (2) 山野は、薬物依存関連問題への治療・援助における家族への介入について、米国におけるモデルの変遷と現場での実践内容を整理し、家族介入のターゲットと目標は次のようなものだったと述べる。①機能不全家族（依存者の配偶者および子ども）…共依存やAC概念を用いて家族を理解し、脆弱化した家族機能を強化促進し、断薬・再発防止に役立てる。②薬物依存問題をもつ母親とその子ども…子どもの健全育成。③薬物関連問題をもつ未成年者の親…親の子育て機能強化を支援することで断薬・再発防止に役立てる（山野 1999：137）。つまり、米国の先行研究と実践は「家族への介入が依存者自身への治療効果の向上を目的とするものと、薬物依存者を親に持つ未成年者の健全育成を目的とするものに大別され、それら以外の薬物依存者の家族を対象とするプログラムは見られなかった」（山野 1999：138）のである。山野は自らの実践に基づき、成人薬物依存者の親を対象とするプログラムを日本独自に確立する必要があると論じた（山野 1999：138）。
- (3) わたしがかかわっている家族相談室は、薬物依存リハビリテーション施設およびその後援会と「共に支え合うが完全に独立して、まだ苦しんでいる薬物依存者にメッセージを送る」という目的を共有し、薬物依存の本人をもつ家族を援助する相談室として2002年に開設された。この相談室では、面接相談の予約を受けるときに複数人での来談を願っているため、面接相談においては父親やきょうだいが母親とともに訪れるケースも少なくない。なお、ファースト・クライアントに占める割合は、2002年から2005年までで、きょうだいが5.5～8.2%、妻が8.3～14.3%であった（名古屋ダルク家族相談室 2003, 2004a, 2004b, 2006a, 2006b）。
- (4) 嗜癖はaddictionの訳語で「アディクション」と表記されることも多い。ある行動や関係が不利益や不都合になっても反復強迫的に繰り返される状態、ある物質・プロセス・関係性へのコントロール喪失を指す。依存症とも呼ばれる。以下の三つに区分されるが、重複や移行もある。①物質嗜癖…アルコール依存

- 症、薬物依存症、摂食障害など。②過程嗜癖…ギャンブル、仕事、買い物、セックス、万引きなどへの嗜癖。過食一嘔吐や拒食への嗜癖とみなせば摂食障害も入る。③関係嗜癖…①②の基盤。共依存が代表格とされる。
- (5) ダルクは1985年、東京荒川区に誕生した。自助グループなどの経験を通して薬物依存症から回復していた近藤恒夫氏によって、薬物依存者たちの共同生活が開始された。NA (Narcotics Anonymous、薬物依存者の自助グループ) の考え方に基づくプログラムが行われている。回復者によって全国に施設が設立され、2004年に35ヶ所目となる岐阜ダルクが開設された。
- (6) 2005年5月に「監獄法」が抜本的に改正され、「刑事施設及び受刑者の処遇等に関する法律」が成立し、刑務所での矯正教育が義務化された。法務省は再犯率の高い薬物事犯受刑者への指導として、薬物依存からの離脱を目的とする指導プログラムを作成し、各刑務所で実施する方針を立てた。プログラム作成にあたり、「薬物事犯受刑者処遇研究会」が開催され、治療機関や研究者、民間自助団体などが参加した。日本で唯一の薬物依存症リハビリテーションの民間施設、ダルクを創設した近藤恒夫氏やNAメンバーも含まれている(総務省行政管理局 2006; 毎日新聞社 2005; 法務省 2004)。また、過剰収容状態(2004年5月末日で医療刑務所と拘置所を除く63の行刑施設における工場担当職員の一人名あたりの最大受持ち受刑者数が80人以上の施設は13(法務省 2004))を改善するために、法務省はPFI (Private Finance Initiative、公共施設等の建設、維持管理、運営を民間の資金、経営能力及び技術的能力を活用して行う手法(内閣府 2006))で、山口県美祿市に初犯受刑者男女各500人収容の刑務所、「社会復帰促進センター」を新設し、2007年4月からの収容開始を予定した(法務省 2005a, 2005b)。なお、2003年時点で覚せい剤取締法違反者は新受刑者の21.6% (6,774人)、受刑者総数の24.8% (15,098人)を占める(法務省 2004)。
- (7) 山野の研究によると、家族支援プログラムの参加者が初回参加時点で感じている困難は、「薬物使用者の受診・受療の拒否」、「薬物使用者の逮捕の可能性への不安」、「薬物使用者の金銭関連トラブル」、「薬物使用者が就労していないこと」の四つに集約される(山野 2001b: 124)。このように、家族は薬物を使用している者の問題を、自分自身の困難として感じていることが分かる。なお、参加者が薬物使用発覚後に経験した困難は「友人、親族との関係の疎遠化」、「薬物使用者との関係悪化」、「経済的問題」、「薬物使用者の暴力、暴言」、「職業活動の中断、効率低下」などであるという(山野 2001b: 124)。
- (8) 信田は、「共依存」概念が夫婦間暴力において加害者男性の擁護に用いられる危険性と、「女性特有の問題と矮小化することで、女性をバッシングする際の道具にされる危険性」を指摘する。そして、「臨床の場面に限定して使用したいと考えている。つまり変えていくべき関係性にたいしてだけ使用する、という限定性を強調したい」(信田 1999: 173)、「共依存は『関係性』こそが対象なのである。その人の内部ではなく、関係のもち方に焦点化するのだ」(信田 1999: 174-175)と述べる。また、実際の説明では、「不幸でいながら離れられない関係」「愛情という名の支配」「問題をおこすことで相手を支配しようとする人と、世話をすることで相手を支配しようとする人との硬直した二者関係を指す」と表現しているという(信田 1999: 175)。そして、このことばの基準を、「一方の極にいる自分が『困っている』『不幸だ』『硬直している』と感じているかどうか、すなわちその関係にある人たちの感覚・主観」(信田 1999: 175)とする。
- (9) ダルク編集委員会編([1991]2000)、アジア太平洋地域アディクション研究所編(2000)、ダルク女性ハウス編(2005)など。
- (10) 「12のステップ」とは、アメリカで1935年に始まったアルコール依存症者の自助グループ、Alcoholics Anonymous (アルコールリクス・アノニマス、無名(匿名)のアルコール依存症者たち、略称AA)でつくられた、アルコール依存症からの回復のプログラムである。これをもとにしたものが、さまざまな依存症当事者やその家族の自助グループにおいても用いられている。たとえば、薬物依存者にはNarcotics Anonymous (NA)、アルコール(または薬物)依存症者の家族と友人にはAl-Anon (アラノン)、薬物依存者の家族と友人にはNar-Anon (ナラノン)がある(Al-Anon Family Group Headquarters 2005; Nar-Anon

Family Groups Headquarters 2006 ; アラノンジャパンGSO 2006 ; ナラノンG.S.O. 2006)。

- (11) 友杉が述べるように、フェミニズムの視点をもった関わりによってイネイブリングがとまれば、本人は自分の問題に直面し、回復につながる事が考えられる(友杉 2005 : 56-57)。ただし、これは可能性であって、本人の回復の手段として母親への援助を行う理由にはならないとわたしは考える。また、フェミニズムの視点から援助を行う際に重要なのは、クライアントがそれを受け入れてエンパワーされるかどうかである。

【文献表】

- Al-Anon Family Groups Headquarters, 2005, "Twelve Steps" (<http://www.al-anon.alateen.org/steps.html>, March 8, 2006).
- アラノンジャパン GSO, 2006, 「アラノンの書籍」 (<http://homepage3.nifty.com/al-anon/ALPG6.HTML>, 2006.3.8).
- アジア太平洋地域アディクション研究所(略称APARI)編, 2000, 『born again 薬物依存からの再生、回復者たちの声』 APARI東京本部発行.
- ダルク編集委員会編, [1991]2000, 『なぜ私たちはダルクにいるのか——ある民間薬物依存リハビリテーション・センターの記録(改訂版)』 東京ダルク.
- ダルク女性ハウス編集委員会編, 2005, 『私にありがとう——ここに私の居場所がある2』 ダルク女性ハウス(東峰書房発売).
- 法務省, 2004, 「平成16年版犯罪白書のあらまし <第5編> 特集—犯罪者の処遇」 (http://www.moj.go.jp/HO/USO/2004/hk1_5.html, 2006.3.12).
- , 2005a, 「美祢社会復帰促進センター整備・運営事業 PFI手法による新設刑務所の整備・運営事業基本構想」 (<http://www.moj.go.jp/KYOUSEI/MINE/mine05.pdf>, 2006.3.12).
- , 2005b, 「美祢社会復帰促進センター整備・運営事業 PFI手法による新設刑務所について」 (<http://www.moj.go.jp/KOUSEI/MINE/mine10.pdf>, 2006.3.12).
- 河野貴代美, 1999, 「女性センターにおける相談業務ガイドライン(試案)」 河野貴代美編『シリーズく女性と心理> 第4巻 フェミニストカウンセリングの未来』 新水社, 157-179.
- , 2002, 「フェミニストカウンセリングの理論化をめぐるパート1」 『フェミニストカウンセリング研究』 フェミニストカウンセリング学会(新水社発売), 1 : 20-36.
- 石川昭見, 2003, 『嗜癖とジェンダー』 名古屋市立大学大学院人間文化研究科2002年度修士論文.
- Krestan, Jo-Ann & Bepko, Claudia, 1991, "Codependency: The Social Reconstruction of Female Experience," Claudia Bepko, ed., *Feminism and Addiction*, The Haworth Press, (=1997, 斎藤学訳「共依存—女性の経験の社会的構築—」 斎藤学訳『フェミニズムとアディクション——共依存セラピーを見直す』 日本評論社, 51-71.)
- 毎日新聞社, 2005, 「MSN-Mainichi INTERACTIVE あいたくて <薬物依存症> 犯罪者の矯正教育 府中刑務所のグループミーティング」 (<http://www.mainichi-msn.co.jp/kurashi/kokoro/aitakute/archive/news/2005/20050711org00m100106000c.html>, 2006.3.12).
- 名古屋ダルク家族相談室, 2003, 『名古屋ダルク家族相談室2002年報』.
- , 2004a, 『名古屋ダルク家族相談室年報(2003年)』.
- , 2004b, 『2004年相談事例200例(2004年1月1日~11月17日)』.
- , 2006a, 『名古屋ダルク家族相談室年報(2005年)』.
- , 2006b, 『名古屋ダルク家族相談室年報 2005年相談室レポート』.
- 内閣府, 2006, 「PFI概要/PFIとは」 (<http://www8.cao.go.jp/pfi/aboutpfi.html>, 2006.3.12).
- 中西正司・上野千鶴子, 2003, 『当事者主権』 岩波書店.

- Nar-Anon Family Groups Headquarters, 2006, “Nar-Anon Principles” (<http://nar-anon.org/interest.htm>, March 8, 2006).
- ナラノンG.S.O., 2006, 「ナラノンとは？」 (<http://www4.ocn.ne.jp/~nar633/whatsnaranon.htm>, 2006.3.8).
- 西村直之, 2001, 「薬物依存の当事者活動をどう支援していくかーダルクのボランティアスタッフとしての体験からー」『へるす出版 生活教育』45(5):14-19.
- 信田さよ子, 1999, 『アディクションアプローチ——もうひとつの家族援助論』医学書院.
- , 2000, 『依存症』文藝春秋.
- 斎藤学・野口裕二, 1992, 「物質乱用と社会」土居健郎他編『異常心理学講座第10巻 文化・社会の病理』みすず書房, 259-322.
- 総務省行政管理局 (電子政府), 2006, 「法令データ提供システム 刑事施設及び受刑者の処遇等に関する法律」 (<http://law.e-gov.go.jp/announce/H17HO050.html>, 2006.3.12).
- 友杉明日香, 2005, 「薬物依存者の母親」『フェミニストカウンセリング研究』フェミニストカウンセリング学会 (新水社発売), 4:49-58.
- 山野尚美, 1999, 「薬物依存・中毒者を抱える家族に対する支援システムに関する研究」『平成11年度厚生科学研究費補助金 (医薬安全総合研究事業) 薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究 分担研究報告書』:133-138.
- , 2000, 「薬物依存・中毒者を抱える家族に対する支援システムに関する研究」『平成12年度厚生科学研究費補助金 (医薬安全総合研究事業) 薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究 分担研究報告書』:203-211.
- , 2001a, 「薬物依存者の家族支援プログラム——大阪地域における七年間の実践から」『へるす出版 生活教育』45(5):25-29.
- , 2001b, 「薬物関連問題に対するソーシャルワークに関する研究」『平成13年度厚生科学研究費補助金 (医薬安全総合研究事業) 薬物依存・中毒者の予防、医療およびアフターケアのモデル化に関する研究 13年度研究報告書』:123-126.
- , 2002, 「薬物依存者の家族に対するソーシャルワーク—家族自身の心理・社会的脆弱化と初期介入の試み—

(研究紀要編集部は、編集発行規程第5条に基づき、本原稿の査読を論文審査委員会に依頼し、本原稿を本誌に掲載可とする判定を受理する、2006年5月18日付)。