

# 高度生殖医療におけるクライアントの 新たな心理・社会的困難（2） 体外受精・胚移植を受ける女性クライアントの語り

宮田 久枝\*

本研究は、高度生殖医療において新たに生じてきているクライアントの心理・社会的困難を体外受精・胚移植を受療する女性クライアントの語りから明らかにしようとするものである。それに先立って、わが国の高度生殖医療における困難を先行研究の分析より明らかにすることを試み報告した。ここでは、出産をめぐる社会規範、高額な治療費、高度生殖医療の技術的特徴の3つを困難として捉えた。本稿では、体外受精・胚移植を受ける女性クライアントの語りより、先行研究で抽出した困難の検証と新たな困難を抽出することを試みた。結果、高度生殖医療によって、従来からの出産をめぐる考え方があらためて強調されている、治療費が高額であること、が検証された。そして、子どもを持つことへの希望の強化、不妊は、夫婦の問題として取り組む必要性があることが新たな困難であった。更に、治療が女性の身体のコントロールを必要とするために、女性が子どもを得ることを選択するという側面が存在していた。

キーワード：不妊治療、高度生殖医療、体外受精・胚移植、女性クライアント、語り

## はじめに

不妊治療は、生殖医療において高度生殖医療（Assisted Reproductive Technology、以下ARTとする）<sup>1)</sup>が確立して以来、大きく変化してきている。本研究は、それによってもたらされたクライアント<sup>2)</sup>の新たな心理・社会的困難を体外受精・胚移植を受ける女性クライアントの語りより明らかにしようとするものである。

従来の不妊治療は、人間の持つ生殖能力を尊重するという治療方針と、不妊の原因が追求しにくいということより、不妊治療の初めには医

療介入の少ない方法が選ばれ、順次進められていた。例えば、まず、基礎体温の測定による女性の性周期の検査を行い、妊娠の可能性の高い時期に性生活を持つなどの治療を行う。それによって効果がでない場合には、卵管の癒着による卵子の輸送障害の有無を検査するというように消去法的・段階的に進められるものであった。今日、ARTによって不妊の原因疾病の診断が早期に可能となったため、治療は従来に比べ的確に行われるようになった。その上、凍結胚移植法、アシステッド・ハッチング<sup>3)</sup>、着床前診断<sup>4)</sup>などのより高い妊娠率を目指した補助的技術も活用されている。

\* 立命館大学大学院社会学研究科博士後期課程

1999年では、総出生児の延べ100人に1人が

体外受精・胚移植（In Vitro Fertilization-Embryo Transfer：以下IVF-ETとする<sup>5)</sup>）よっての誕生であった。この現象は、生殖技術の進歩によって妊娠への成果が上がってきていること、不妊治療を受療できる施設が急激に増加したことによる。つまり、誰もが身近に不妊治療を受療できるという不妊治療の普及による一般化と、クライアントの期待がかけられた結果であるともいわれている（遠藤，1996，長岡，2001）。現在、不妊におけるクライアントの総数は285,000人であり、そのうちARTの受療者は68,000人と4分の1を占めていると推測されており（日本産婦人科学会平成12年度倫理委員会 登録・調査小委員会報告<sup>6)</sup>，2001），妊娠という成果を手に入れることを諦めきれない受療者の累積も伺われる。一方、ARTでの多胎妊娠や早産（喜田，2000，苛原・松崎・桑原・檜尾・前川，2003）といった妊娠期での異常、不妊夫婦の高いストレス状況、女性の心身の不調や育児困難などもいわれている（日本産婦人科学会会告，1996，森・有森・村本，1998）。

不妊治療において、次々と新しい生殖補助技術が提供されることは、クライアントである夫婦にとって福音なのであろうか。医学は、永遠に未完成であり、不確実性は明らかに存在するため（中川，1996），医療の効果が確実になることは永遠に有り得ない。しかし、ARTの目覚ましい発展は、一方では不妊治療の成果が上がり医療での不確実な部分を解消していくこととなり更なる希望を生んでいる。そして他方では、残された不確実な部分は解明の可能性のある希望となる。つまり、クライアントと医療従事者は不妊治療を継続し続けることになる。

このような問題関心に基づいて、ARTによって生じてきている新たな心理・社会的困難を、

まず、先行研究の分析よりその要因を抽出することを試みた。その結果、出産をめぐる社会規範、高度生殖医療の技術的特徴、高額な治療費、とした（宮田，2004）。引き続き、本稿ではIVF-ETを受療する女性クライアントの語りより、先に抽出した3つの困難の検証と、新たな困難の抽出を試みる。

### 1．先行研究にみるARTにおけるクライアントの心理・社会的困難

生殖とは、種族保存のためのものであり自然の営みである。わが国においては、結婚したら子どもを得ることは当然であり、従来の家族制のもとでは跡継ぎや扶養のためであり、子どもがいて一人前という家族観があり、今も社会的圧力として存在する（柘植，1996）。一方、現代の夫婦は、それぞれの仕事や将来の中で、子どもや育児が自分の生活とどう折り合いをつけるか、あらかじめ検討するという条件依存の傾向にある。加えて、分娩の安全性や受胎調節の普及は結婚 - 性 - 生殖の連鎖を断ち切り、従来とは違った其々の意味をもたらし、生殖は妊娠・出産をしたいという「女性としての体験」と化した（柏木，2001）。つまり、子どもを得る意味が心理的な満足でありきわめて個人的な事柄として扱われるようになったといえる。

これを不妊治療の臨床よりみる。IVF-ETの適応は、今のところ基準がなく各施設における倫理委員会に委ねられている状況（繁田，2000）にある。従来の一般的なIVF-ETの適応は、其の治療に至るまでの不妊治療期間でみており、これまでに不妊検査・治療を受けていない症例については3～5年間で適応となり、これまでに他の不妊治療を受けたが妊娠しなかった症例

においては1～3年間というものであった。しかし、近年ではIVF-ETの施術には各施設ともクライアントの希望を重視しているとの報告がある。これには、概ね2つの理由がある。まず、不妊治療での診断技術の進歩によってクライアント全体の9割の不妊原因が診断できるようになったとはいえ治療の効果は暫く上がっておらず、不妊治療期間での加齢は否めないこと。また、晩婚化の進行という社会事情から(大沢, 2000), 不妊外来を訪れる初診時年齢が高くなっており、単に不妊原因が生殖器の器質的な問題による絶対適応に留まらず、年齢も考慮に入れた個別的な治療が必要であることによる(久慈・吉村, 1997)。更に、IVF-ETは、社会的な側面が加味されて、妊娠への確実・簡便な手段として踏み切られるようになってきている現状がある(荒木・福田, 2002)。以上より困難の1つ目は「出産をめぐる社会規範」と挙げた。

次に、2つ目の困難として「ARTにおける高額な治療費」と挙げた。不妊治療で行われる染色体検査等の検査、人工授精やARTの治療費は保険診療対象外となっているのは知られていることであるが、総費用はARTを行うための前処置を含んで考える必要がある。この前処置の内容は、其々の不妊原因疾病により違ってくることが、採卵まで治療を進めることができた場合などは処置ごとに料金が嵩んでくることより総費用は当初の予定よりも高額となってくる。加えて、受精卵の保存が可能になった場合には、その管理費が必要となる。つまり、1回のIVF-ETにかかる費用は35万～45万円と高額となり経済的負担が大きい(矢内原, 1997)。また、これらの治療代金は施設による幅がある。これは生殖期にある若い夫婦にとって治療の継続の決定を困難にする要因になっている。本邦では

「健やか親子21<sup>7)</sup>」において不妊治療に対する福祉支援での行政・関係機関等の取り組みとして、経済面での支援を打ち出しているが受給には条件があり、夫婦に対して年間100,000円以内の補助となっている。現状から見て補助額は不十分であり、この措置は全国的に周知されていない。子どもを得ることを選択する自由に対する圧力である(鈴木, 2002)とする反対意見もある。

そしてARTには、これまでの治療に比べ高度な医療技術が提供できるが、そこにはおおよそ以下の4つの課題が存在しクライアントにとっての困難となっていると考え「ARTの技術的特徴」と挙げた。

1つ目の課題は、治療の効果が不確実であることである。妊娠の成立には、排卵、卵子の移送、精子の進入など、10の過程を経ることが必要である。そして、不妊治療はこの過程の1つ1つを検査しながら、治療しようとするものである。しかし、不妊原因は卵の卵管への取り込み、受精、胚(受精卵)の発育、胚の卵管への移送など治療できない部分があること、複数の因子が関与していることが多いことよりその中のいくつかを改善または治療したとしてもすべて正常になったとは言い切れないことである。つまり、診断された疾病だけが不妊の原因とは言い難いのである。また、それぞれの不妊の夫婦に対し、すべての不妊原因を調べることは難しい、男女の生殖機能は一定とは限らず、射精から着床までの様々な因子が正常に働いたときのみ妊娠が成立するといった両性が関与していることの妊娠に対する偶発性の影響が存在する(星, 2002)。以上より、各治療法の有効性を明確にすることが難しく、長期間治療しても治療の効果が現れないなど、不妊治療の

効果は不確実である部分が多いといえる。現に、その一般化の影に20%を上回る流産率が存在している（日本産婦人科学会，2001）。

2つ目の課題は、治療に女性の身体のコントロールが必要であることである。一般的に、疾病の治療はその原因に対して行われるものである。しかし、不妊治療では疾病の原因に対して内服薬や手術といった一般的な治療の考え方は異なる（荒木，1999）。妊娠成立への一連の過程は女性の体内で行われるため、不妊原因の如何に問わず、医療処置には女性の身体コントロールが必要なのである。例えば、女性側に卵管通過障害や重症の排卵障害があり、男性側に不妊原因が認められない場合（女性不妊）には、女性側のみに身体的負担が必要となる。これは疾病があるからそこに治療をするという点では一般的な疾病とさほど変わりがない。しかし、男性不妊症の場合にも女性が婦人科に通院して、基礎体温や卵胞計測を行うなどの、女性の性周期の準備を行うことが必要となる。

3つ目の課題は、IVF-ETは女性の性周期に沿って行われるため年間に実施可能な治療回数に限度があることである。これには女性の性周期をコントロールするため、ホルモン注射を用いて卵巣機能を人工的に調整するという操作が必要である。このことから1人の女性が1年間に行うことのできる治療回数は、3 - 4回が限度となる。

4つ目の課題は、これら治療による副作用が生じることである。ARTではその準備として、女性にホルモンを投与して排卵を促す、排卵誘発法が必要となる。この方法は、排卵障害に対する治療として有効であり、女性に対する治療回数の限度からしばしば強力に行われる。その反面、同時に多数の卵胞が成熟し、卵巣が腫大

し、腹水や胸水が貯留する卵巣刺激症候群（Ovarian Hyper Stimulation Syndrome：以下OHSSとする）<sup>8)</sup>を起こす可能性が大きい（竹林・高倉・後藤，2000）。これは重症化すると血液循環動態に影響を与えるため、血栓症や呼吸障害を起こすこともあり、女性の身体的負担は大きい。また、排卵誘発剤の影響での複数個の卵の排出やARTで複数個の胚を子宮に移植することは、3つ子など多胎妊娠の頻度を飛躍的に高くしている。そして、多胎妊娠では胎児数が多くなるほど循環器への負担や妊娠中毒症など母体への妊娠合併症のリスクは高くなる。それに伴って、児に対しては早産になる危険性は高くなる。妊娠の早期に生まれた児の障害へのリスクが高いことはいうまでもない（日本産婦人科学会，1996，菅沼・若原・小谷，2000）。

次に、ARTに対する意識をみってみる。生殖医療によって子どもを得ることに對して1999年旧厚生省によって生殖医療技術についての意識調査が行われている。この中で“なかなか子どもに恵まれないとしたらこの技術（配偶者間、非配偶者間など生殖医療技術）を利用しようと思うか”の質問に対し、一般国民は非配偶者間による治療については7割前後、第三者の受精卵の使用、代理母では8割以上が、配偶者が望んでも利用しないと答えている。その理由は「親子関係が不自然になるから」「妊娠はあくまでも自然になされるものであるから」が主であった。同調査は、不妊のクライアントに対しても行われており一般国民と同様の結果であった。しかし、その理由では「妊娠はあくまでも自然になされるものであるから」は無く、「親子関係が不自然になる」が主なものであった。また、子宮を喪失した女性の依頼による代理出産<sup>9)</sup>成

功の報道を代表するように不妊治療の普及は、ARTは子どもを得るための1つの方法として容認する傾向にあるといえる<sup>10)</sup>。

不妊治療は、原則として、法律上の夫婦の合意のもとに行われる。不妊夫婦の数は10組に1組の割合であると予測されていたが(杉山, 1994)。近年、不妊原因の3分の1は男性にあり、夫婦関係の存続を危ぶむあまりに受療していない男性不妊が原因と推測される不妊夫婦が多く潜在していることが予測されている(永井・星, 2001)。不妊治療におけるクライアントとは、子どもを得ることを切望しているにも関わらず不妊であり、不妊治療を強く希望した場合になる。そのような不妊治療を受けている夫婦の情動的ストレインは、治療の1年目には穏やかに上昇し、2年目ではより正常にもどり、3年以上では増加を示している。また、夫婦間の調整や性的な満足も低下していた(Berg, 1991)。そして、配偶者間人工授精、IVF-ETなどのARTを受けている夫婦の心理的課題では、妊娠するまで何でも試みざるを得ない状態、追い詰められた状態、不妊治療と生活の折り合いの難しさ、夫婦関係や性的関係の崩壊、夫婦各々の不妊症や治療に関する個人的意味に関連する個別な反応、財政上のストレス、期待と絶望の繰り返しの6つが挙げられている(Olshansky, 1988)。その上、治療期間が長引くことによって、夫婦のストレスは、治療の費用、検査の回数、治療の回数に有意に関係する(Abbey, 1992)。1989年度生殖医学の登録に関する委員会により、不妊治療中の女性クライアントの心理は、羨望、失望、劣等感、悲観等による情動と、検査や治療に対する恐怖や不安のストレスがあると報告された。また、治療年数でみると、治療歴が2 - 3年の女性においては1年未満、

6年以上の女性に比べると高い傾向であり(Domar, 1992)、不妊治療を受けている女性の子どもの欲しい理由は、「家族が欲しい」「理屈なく子どもが欲しい」「親になりたい」が主なものである。そして、不妊である悩みは、挨拶代わりにかけられる何気ない言葉、子どもがいないことを話題にされたり干渉されたりすることでおこり、これは不妊治療の不確かさからくるものでもであると報告されている(長岡, 2001)。治療方針を知りたい、医療者の対応、他の患者と一緒にしない等の施設の配慮、治療方法等情報がほしいという電話相談での内容(森・有森・村本, 1998)や、インフォームド・コンセントに対する要求(坂上・矢野, 2001)からも考えられることである。そして、治療終了後では治療が成功しなかった場合には絶望を感じつつも、次回の治療への経済的基盤を整え、心理的な落ち込みをコントロールする(Davis, 1991)。次回治療を続けるという積極性は、妊娠の成立に対する不確かさ、医療に対する不満や理解不足を感じながらも夫婦間の調整、治療と生活の折り合いをつけながら、特に女性クライアントにおいては神経症的な傾向を実母、夫など身近なサポートという自助によって維持されていた(阿部・宮田, 2003)。また、女性クライアントは、治療期間の長さに関わらず、受療意欲が高い者が多いが、これは今の受療せざるを得ない状況に対する不安の一つの現れである(森, 1995)ともいわれている。

生殖医療サービスに対しては、治療についての説明や今後の方針への要求が改善されずに存在している(フィンレージの会<sup>11)</sup>, 1999, 中嶋・阿部・宮田, 2003)。そして、2002年妊娠・出産をめぐる自己決定を守る会<sup>12</sup>第2回総会において、生殖医療では身体面に関する部分

は発達してきている、心理面、社会面、倫理面の整備が不十分であり早急に整備していく必要があり、その一つとしてカウンセリングの見直しと整備を提言している。

以上より、これまでのARTに対する研究では、その普及状況と当事者の思いが報告されている。本研究では、ARTを受療する女性クライアントの語りより、ARTの普及によって生じてきている、不妊についての従来からの捉え方の変化を新たな困難として明らかにする。

## 2. 調査の概要

本調査は、2003年6月～12月の半年間に、近畿地区2ヶ所の病院の産婦人科<sup>13)</sup>において、IVF-ETを初めて受療する夫婦のうちの女性クライアントの中で、調査の承諾を得られた研究協力者3名に行った。（表1）

研究協力者の選定は、女性クライアントに及ぶ調査による負担をできるだけ避けることに配慮した。そこで、不妊治療を行うために通院していることが夫婦間のことに留まり他者には打ち明けていない閉ざされた状況と思われる場合は調査の依頼を行わず、医療側に悩みを話す・夫婦以外の相談相手がいる場合など、クライアントが不妊治療を行っていることを開いている状況であることの判断を主治医、胚培養師などクライアントに直接関わる医療者に仰ぎ要請した。

要請は、まず医療施設に対し研究調査の主旨、方法への承諾を得た。クライアントへの依頼は其々の主治医より研究の主旨を説明した用紙を配り、自由意志での協力であるために、了解である場合は、後日クライアントより申し出て頂くという方法を使った。また、調査への協力を

断ったとしても治療に不利益を与えないことやプライバシーの保守の徹底を示した。

調査は著者が行った。所要時間は40～60分間と提示し、日時・場所は、研究協力者の都合を尋ね設定した。面接の内容は、不妊治療をはじめのきっかけとこれまでの経過、体外受精を受療することに決定した経緯、を不妊治療の経過に沿って話すよう調査の始めに依頼した。

調査方法は半構成面接であり、質的研究である。扱う内容は、女性クライアントの「語り(narrative)<sup>4)</sup>」である。調査では、研究協力者は悩みなど何らかのメッセージを調査者に伝えたいという欲求があり、調査者は研究の目的よりそれを受け止めていくという関係を形成することとなる。この方法での課題は、調査者がどのような意見を持っているかという影響や権威の影響が否めない（古澤，1986，野口，2002）ことである。面接に当たっては、カウンセリングではなく、協力が話すことを否定することなく淡々と聞くという関係がつけられるように心掛けた。

語りの分析枠組みは、その内容より困難の実態を明らかにしつつ、前稿で仮説的に抽出した3つの困難の検証を行った。分析は、1人の女性が結婚を選択しこれからの人生設計をしたとき「結婚」、結婚から生殖へとつながらなかった不妊であることを認識した時期「不妊治療の開始」、不妊原因が明らかとなりARTの適応となった時期「ARTによる治療の開始」の其々の時期における女性クライアントの語りを扱う。女性の結婚から生殖の流れ（柏木，1999）の中で、そのうち不妊の解決方法である不妊治療に焦点を当てた。また、本研究での「困難」とは、女性クライアントが苦痛、難儀に思っていること、工面していることを対処として扱った。

この研究方法の限界は、調査者によるデータの取り扱いによる多様性である。加えて、研究協力者が不妊治療を受けていることを開示できる状況(治療の時期、精神状態を含む)である者に限られること、その条件下での研究協力者が女性クライアント3名のみであること、不妊原因・不妊治療期間の長さ、女性クライアントの経済力との関係などを測定して把握されるような、研究協力者の属性と実態とを比較することはできないことである。従って、本調査は、更なる精緻な実証分析の枠組みをつくるための発見的なものとして位置づけられる。

### 3. 女性クライアントの語りの分析

#### 3-1. Aさんの場合(男性不妊症)

Aさん(29歳)の不妊原因は、男性側の乏精子症である。夫(29歳)会社員との二人暮らしである。結婚後1年、不妊治療は結婚前よりはじめており、治療年数1.5年である。

実母は死亡している。実父は自営業主で祖父と暮らしている。1人っ子である。

夫は二人兄弟の弟で、兄夫婦には子どもがいる。

**【結婚】**Aさんは28歳で友人から紹介された夫と結婚した。家族をつくりたいと思って職場の人や友人に相手の紹介を頼んでいた。職業は、事務職であったが結婚を機に退職しパートをしていた。現在は主婦である。夫(同い年)は会社員である。夫との2人暮らしである。

**【不妊治療の開始】**治療開始時点では、Aさん自身が不妊症ではないかと思っていた。はじめて医療機関へ行ったのは、Aさんは生理不順で夫とは結婚する前から性的関係があったが避妊していないにもかかわらず妊娠しなかったこと

による。Aさん自身が不妊原因と思っていた。Aさんは以前から子どもを欲しがっていた。妊娠の時期は、体力があるうちにと考えており、早い方が良いと断言している。

**【ARTによる治療の開始】**経緯は、初めの病院は治療していてもはっきりしないので友人の評判を聞いたり、いろいろ調べて2件目の病院へ行った。ここで、治療が大変そうになると思いパートも辞めた。すぐに卵管造影をした。それで異常がないと分かって、直ぐ主人も検査をすることになった。夫は検査を嫌がっていたけど何回も言って無理を押し付けてもらった。そうしたら精子の数が少ないのが分かった。(私が悪くないことが分かって)ほっとした。でも、私のほうがショックだった。これは壁じゃあないですか。でも、やれることやったら何とかなると開き直った。顕微授精じゃないと駄目といわれていたが、「できるだけ自然」でいきたくてとりあえず3回人工授精をやった。これで駄目と分かった。いろいろ迷って、おじいちゃんに相談したら悔いのないようにといつてくれたので「じゃあ、(体外受精を)する」と私は決めた。

夫とは、何でも話せるわけではない。結局、主人が悪いのだから。仕事の都合で通院しにくいので夜遅くまでやっている病院を探して行って貰っている。漢方薬を飲んで貰っている。顕微鏡で精子の様子みた。でも、夫が、障害児が生まれたらどうするといって嫌がった。病院へは、再度、説明を聞きに行った。主人は、人工的なものは障害が出ると思っている。私はそこまで先を考えられない。主人は(医師から)説明を聞いて、自然にできた子どもとこの方法での子どもでは、障害が出る確率は同じと聞いても納得しなかった。私が、障害児でも「私の子

なら育てられると言った」しばらくして「（治療しても）良いよ」とメールが入った。でも（夫は）悲観的。私は意地でも、何でも良いって言われたことはやる。とりあえず（顕微受精は）1回だけするというこで説得した。とにかく頑張ってみる。精子の状態をテレビで見て、説明を受けたときには涙ぐんでいた。お互いにそのことについては全然話さない。

治療は私が決めている。それで私に押されているって感じ。でも、忙しくても「今日は検査の日だね」とメールをくれるので許してくれていると思う。通院は、主婦なので時間はある。病院へ通うの結構好きなんです。そのほうが、希望が持てるというか楽しい。先が見えるほうがやる気が出るというか、家にいると何か駄目なんです。気分転換に趣味を持った。

治療費は、（かなり掛かるんで）大変だがおじいちゃんが出してくれる。主人のほう（実家）にはきつとびっくりするだろうから、大変になるんで全然話してない。私のほう（実家、母、祖母はいない）では、おじいちゃんに相談していて、年金があるからそれで助けてくれる。

### 3-2. Bさん（女性不妊症）の場合

Bさん（32歳）の不妊原因は、女性側のホルモン異常である。結婚後2年、治療年数は1年である。

Bさんは事務職であったが結婚を期に退職し、現在は主婦である。夫（35歳）は会社員である。2人暮らし。Bさんには不妊を思い当たる自覚症状がない。実父は最近死亡している。実母、双子の姉妹の妹、弟がいる。妹弟ともに子どもがいる。

**【結婚】** 私達ふたりとも再婚なんです。前の結婚ではお互い子どもができなかった。子どもが

欲しくて結婚しました。私も主人も子どもが欲しくて結婚した。私たち夫婦には子どもが一つのキーワードっていうか、お父さんとお母さんになりたいんです。

**【不妊治療の開始】** 私が歳なので、（結婚後）1年経つのに子どもができないなあと思って。少し早いかなんて思ったんですけど。早く子どもが欲かった。周りからの目もある。まず1年間をメドに治療を始めました。

**【ARTによる治療の開始】** 不妊の原因がわからないというのは辛いです。私のどこが悪いんだろうって思います。これだけ通っているのに。まだ、母親になる資格がないのかなあとか、俺は子どもだからかなあとか、そういうふうに言ってます。でも、（不妊の）原因が分からないので、今の状況をどういう風に理解して良いのか分からない。

人工授精を8回もチャレンジしているので、最初はためらいもあったんですけど、何らかの治療をしないと自分の子どもが授からないんだって一日も早く進めて行くのが良いかなって、8回がメドかなって思った。体外受精って言われて、主人と説明を聞いて、そこまでしてやるのかとも思いました。でも、確率としては良いのかなあと思い体外受精も受け入れることができた。赤ちゃんができた時、周りの人には「あたしは体外受精をして子どもができました」とは言いたくないし。でも今（体外受精をしている）だからこの話があるんですね。

夫との関係は、結婚前から子どもの話しをしていた。今はそれも辛くて。何でも聞いてくれ優しい。お互いかえって辛い。

通院は、主婦なので治療は楽しみ。（病院へ）通っているほうが楽しいし、希望かな。よく通っています。「仕事は？」って聞かれるんだけ

ど、今の私はそれどころではないんです。今はこれ(通院)がせなあかん(しなければならぬ)こと。今の仕事は通院することです。そう思うと通いやすいし。仕事もせずに病院へ通っているのは、この状況は幸せなのかなあとも思います。

主人の両親からお守りをもらいました。主人の両親は何も言わないけど、孫を見てないので気持ちは分かります。私もお守りは嬉しいけどプレッシャー。大切にはしているんです。父には孫を見せたかった。

治療費は、二人きりで生活してきているから逆に余裕はある。(不妊治療にかかる)お金の問題は苦にはならない。それより、私たちは一体いくらかけないと子どもができないだろうとか、いくら要るのだろう?という考え方をしたくないと思っています。

### 3-3.Cさん(不妊原因不明)の場合

Cさん(38歳)の不妊原因は、夫側も異常は診断されておらず原因不明である。結婚後5年、不妊治療は結婚後3年より開始し、治療年数は2年である。

Cさんは医療関係に勤めており、責任のある立場にいる。夫(42歳)も同様に医療関係に勤めている。2人暮らし。Cさんには不妊を思い当たる自覚症状がない。実姉との2人姉妹で、姉には子どもがいる。

**【結婚】** 歳(35歳)を取ってからの結婚なので直ぐに子どもと思っていた。前に付き合っていた人とは結婚と思っていたが子どもができないし、そうこうしている内になんとなく別れた。夫とは結婚して、子どもをつくってと思って気があって結婚した。

**【不妊治療の開始】** 結婚して、もともと年取っ

てからの結婚だったんで子どもが早く欲しいと思っていた。結婚して2年くらい経った頃から子どもができないんで一人で悩んでいた。姉に相談すると少しでも早いほうがよいと言われて慌てて病院に電話していろいろ聞いて調べた。そして、夫に相談して1回治療してみようかと思って(治療を)初めた。

**【ARTによる治療の開始】** 夫もいろいろ(不妊原因を)調べたけど分からなかった。マル高になるまでに(子どもが)欲しかった。ここまで、自分の思うような人生だったから、これは「つまづき」、というか今まで何もなくて生きてきたからここで苦しむのかあと思っていた。年齢が年齢だけにすごい焦って。2年間付き合っただけでできないので、人工授精していても「きっとできないわ」と感じていた。駄目な方法を続けていても と思い、手っ取り早いじゃあないけど、確率も高いほうが良いかなあと思って。私から医師に(体外受精をしてほしいと)言った。今しか無いかなあと思い治療しようと思った。でも、切り出したけど、最初、説明を聞いた時には「えーっ」という感じだった。人工的に採卵して、体の外でそういう操作をして、何か戻すっていうのは抵抗があった。凍結はあかん。説明をしてもらったんだけど具体的には分からなかった。でも、今しかないような気がして治療しようと思った。

夫はいつも残業とかある。これまで(治療)は全部、一人で説明を聞いて決めてきた。主人は体に良いと言われると漢方薬でも何でも買ってきてすすめてくる。自分も(主人も)飲んでいるからというが、(私は)飲まない。

通院は、(正社員で)勤めているので通院の調整が難しい。他の人に気を使うのが辛い。上司には言っているけど、気を使うのがいや。何

か生活変えないと無理と思っている。イライラする。いろいろあって占いに凝っている。四柱推命で見てもらって、3千円とかするけどパワーの石を身につけている。3日間肌身離さずつけないといけない。肌着に縫い付けてある。気持ちが悪くから、漢方とかより信じる。妊娠しないのは気持ちの持ち方って言うでしょ、と話した。また、40歳になったら（子どもが）できるといわれた。力が出るという数珠を買った。漢方は（効き目とか、そういう気持ちもてるのが）もう一つだけど、こういうのだと何でだろうー、楽しいし信用してしまう。

治療費は、今は夫婦で働いているの。だから（医療費の負担は）気にならない。やめても大丈夫と夫は言ってくれるけど、それはそれで気を使う。これまでは、注射の時は安くてよかった。はじめは30万円、次は20万円くらいで安い。でも、今度は治療費がかかってしまうから、仕事を止めるとねえ。（治療が）どのくらいで出来るか分かっていないから。

#### 4. 考察

女性クライアントの語りは、不妊治療の経過を中心に依頼したものであった。半構造的な面接での語り故である側面があるが、語りの内容をみると、結婚し子どもをつくるという流れの中で、不妊というその流れを否定する事態よりそれに対処している状況として困難が語られていた。そこで、語りをその流れに沿って「結婚から不妊治療の開始」とその後の「ARTによる不妊治療」に分けて考察していく中で、前稿で抽出したARTにおける心理・社会的困難の要因について検証していく。

#### 4-1. 結婚から不妊治療の開始

近代における家制度では、民法などの公的・明示的規範によりあるべき家族像を示しており、そこでは夫婦と実子が家族の重要な構成要件であるとされ（田間，2001）、結婚すれば子どもはできるものであり子どもを儲けることによって世の中から一人前と認められる傾向があった。この傾向の揺らぎは、1985年の生命保険文化センターの調査によると、1980年代から始まった晩婚・晩産化の影響より結婚する・しないから始まって、従来からの、結婚すれば子どもを持つといった価値観を、結婚したとしても子どもを持つか・持たないか選択する、というところにまで及んだと報告されている。しかし、一旦、結婚や出産を選択した場合、日本人の二大価値観のうちの全世代に浸透してきたといわれる、「自分主義（自分の選択を重視する自分中心主義的価値観）」より、結婚・出産を選択すると、「大人主義（人々の和を大切にするという価値観）」が認められるようになり、性役割分担を選択したかのように妻は家事・育児の責任というような価値観を示す（橘木，2001）。不妊であるということは、男女が結婚を選択し夫婦となり家族を作ろうとしたときに家族が作れないという事実を突きつけられることである。これは、この夫婦が理想とする家族像から逸脱していることが明らかとなることである。「一生二人というのでもいいかもしれないけど、子どもが欲しい」「好きな人がいて、その人の子どもがいて、という家族が欲しかった」（Aさん）、「子どもがいなくてというのは、周りからの目もある」「お父さんとお母さんになりたい」「私達夫婦のキーワードは子ども」「人並みに家庭を築きたいと思った」（Bさん）や「歳取ってからの結婚だったんで子どもが早く欲し

いと思っていた」「結婚したら子どもと思っていた」「(Cさん)と夫、妻と実子という家族や家について語っていた。

本邦におけるこれまでの思春期の性教育は分娩教育であった(村瀬, 1998)といわれるように、どのように避妊を行ったらよいのか等、女性は妊娠するものであり妊娠を回避することを中心して行われてきたため、当時の教育を受けた女性達は性別役割として教えられた。そこで、「もともと生理不順があった」(Aさん)、これまでの交際では避妊をしないにも拘らず妊娠しなかったため、「やっぱり出来にくいのかなあと思っていた」「(結婚して)2年くらい経ったころ(子どもが)出来ないんで一人で悩んでいた」(Bさん)、「出来ないなあとあって」(Cさん)、と結婚について子どもが欲しかったこと、すぐに妊娠するものと思っていたため女性自身の妊孕性について疑問を持ったことにより不妊治療を開始していた。婚姻した1人の女性は選択した男性との子どもを出産すること(柏木, 1999)であった。

現代では医学の発展によって、分娩の安全性は保障されているかのように認識され、受胎調節においても子どもは自己のコントロールによってつくるものとして扱われている。従って、子どもを得るかどうかは人生のうちの出来事ではなく、自己の責任において決めていくことであり、子どもを得ることは一つの役割として個人的なものになってきている。これは、生殖上の必然性からではなく、男女の責任へと問題が移行することである(E. Beck-Gernsheim, 1995, 柘植, 2000)。

本邦には子どもは神から授けられたものであるという子ども観があり、子どもやその誕生であるお産は神が支配しているものであった(鎌

田・宮里・菅沼・古川・坂倉, 1990)。やがて、産婆や祈祷師よりも医学の介入が進んでくると、子どもを産むか・産まないかということを選択するようになり、生殖は操作できるものであり子どもは“つくる”ことによる結果とされるようになった。つまり、結果がでないこと=子どもをつくることが出来ないこと=不妊は、人並みではない状況であり、これは逸脱として疾病として扱われるようになった(中山, 1991)。そこで、子どもをつくることへの追求は、不妊治療を受けるという従来より個人の判断での対処となっているといえる。

不妊の夫婦が子どもを得ることを望み治療することを選んだ場合、“人並み”の立場になることが最優先に解決すべきこととなる。つまり、この夫婦は人並みになることに集中せざるを得ない状況に陥る。生殖医療が発展し以前より診断が的確になると不妊であることと、その原因を突きつけられることになる。「壁じゃあないですか」(Aさん)、「これが試練かって思った」(Bさん)、「これまで何か、自分の思いどおりにならないことって無かった」「これがつまずき」「ここで苦しむのかと思った」(Cさん)と当然である産める性が否定されることは、夫婦に危機的な状況を与えた。これまでの人生は自ら選択し取得し得ていたものであったが、これからは自身の努力によるものとなる。「これまで上手いこといったのだから、頑張れば何とかかなる」と語っていた。

以上より、従来からの出産をめぐる社会規範が単に心理・社会的困難の要因になっているのではなく、今日、生殖が個人の選択によって操作されるものとして扱われる傾向にあっては、女性クライアントの努力によって解決されることであるという考え方とともに、あらためて重

んじられていたことが伺える。

#### 4 - 2 . ARTによる不妊治療

女性クライアントの語りの内容は、治療費、通院、不妊原因、ARTに対する理解、のおおよそ4つに分類できた。

まず、治療費について試みる。不妊治療の基本方針は、クライアントである夫婦の生殖性を最大限に活かすこととし、身体的・精神的負担や経済的負担の少ない方法より選択され進められている。また、近年における医学の発展は、不妊原因の診断の拡大・進歩をもたらす従来よりも的確に診断ができるようになった。そのためARTは比較的短期で踏み切られるようになった。しかし、(妊娠は)“出来るだけ自然に”という考え方は誰もが願っていることでもある。そこで臨床では不妊治療の方針と、クライアント夫婦の意向を確かめつつ、従来どおりの順序での治療を取り人工授精を比較的高い妊娠率が確保できている回数まで(一般的には6 - 10回)行い、この方法では妊娠できないことの確認後にIVF-ETに移るのが実状である。「1回の人工授精に1万5000円かかるから、もう10万円以上は使っている」(Bさん)と語っていた。

そして、IVF-ETを施行するにあたっては、女性の身体の中で卵細胞を成熟させる操作から始まる。まず、女性の性周期に併せて点鼻薬を開始し、並行してFSH製剤及びFSH/LH製剤の注射を行う。準備が整うと、更にh-CG製剤の注射を行い卵子の採取となる。通常、ここまでの経過に約2週間で11 - 12回の通院が必要となる。その後、胚の移植が可能になると、やっと体外受精・胚移植の操作に入ることができる。その後、h-CG製剤の注射や坐薬を使用して着床が行われるように移植後管理を行い、そ

の後、妊娠反応によって妊娠が成立しているかどうか判定される。この妊娠成立までの手順は、健康保健適応での適応がないために其々の医療施設によって処置料などの金額が設定され30万～60万円の幅がある。各施行段階で其々の料金が設定されており、例えば卵子の採取が出来ないときは、そこまでの料金となる。言い換えると、治療費が高額であったということは治療を進めることが出来た、つまり妊娠に近づいたことを示すという側面を持つことになる。

加えて、一旦治療が開始されると女性の性周期に沿って行われるために定期的なホルモン剤の注射など時間の拘束が必要になってくる。これは女性の性周期をコントロールしつつ進めていくので1回の受療で終了するのではなく、一定の期間、定期的に通院し治療を進めていく必要がある。そこで、1回の受診にかかる時間の拘束の他に、通院の回がかさむため有職者の場合には仕事の調整を申し出たり、職場を変えたり、退職する場合もある。正職員であり男性上司との話し合いを持って勤務時間を調整しながらの通院は「他の人に気を使うのが辛い」「上司には言っているけど、(生理とか)自分が気を使うのがいや」(Cさん)と、仕事をしながらの通院の調整について苦痛を語っていた。

不妊であることは言い出しにくく、夫婦の周りとの関係性の中で最小限の影響の範囲で行われる(中嶋・岡部・宮田, 2001)。また、治療費は累積してくるために高額であり、Aさん夫婦は比較的若く、夫は会社員のため大きな負担は出来ない状況であった。不妊原因は男性不妊症であったため「今は、親には言えない」と、双方の両親へは相談しておらず夫婦で工面していた。「おじいちゃんが大蔵省」(Aさん)、夫の残業や「昼はコンビニのおにぎり一つ」(B

さん)で捻出していた。

公的な支援では、市町村における不妊治療への支援は年間10万円までと低く、2002年時点では近畿に整備されていないなどまだまだ支援とはいえない状況にある。ARTにおいて治療費が高額であることは困難の要因であった。

また、「これまで二人の生活だったから余裕はある」「仕事をしているから今は(経済の工面は)いけてる」(Cさん)、と話すものの、「今度から治療費がもっと掛かるから。仕事やめて治療に専念したいけど、それができない」と語る。一方、「いくらかけないと子どもができないだろうとは考えたくない」と、治療に掛かる経済的負担を語っていた。生命はお金では買えないものという思いと、お金をかけないと子どもはできないという両面価値より経済的負担の重さが伺われる。

その上で今回の語りでの女性クライアント達をみると、彼女達は治療費の工面の困難での差はあるが捻出できる状況にあった。自らを不妊という病と定義し不妊治療を受ける「病人という役割(高城, 2003)」をとることによって援助を受け回復することを選択し問題を解決しようとする女性クライアントと、不妊治療が一般に知られるようになったことによって不妊はますます病気として捉えられるようになる(柘植, 1999)<sup>5)</sup>。それは治療を受けて子どもを持つことが当然であり、ARTに臨むことこそ社会的地位を得た証しであるかのような傾向を生んでいるともいえる。「やれることは何でもやる」「病院へ通うの、結構好きなんですよ。変な話でもそちらの方が、希望が見えてきた感じで楽しい。先が見えてきて。...なんかねえ、いつも『駄目かなあ』と思っているより楽しい」(Aさん)と治療を行っていくことについて語

っていた。

次に、ARTへの理解からみる。近年の生殖医療における診断の拡大と迅速さによっても、女性クライアント達は、(妊娠)できないという立場でこれまでの人生を過ぎてきたのではなく、妊娠するものという立場で過ごしてきたことが、不妊の原因が女性にあるという考えの背景に存在していた。女性にとって避妊していないのに、あるいは結婚したのに子どもができないのはいわゆる普通でないこととなる。例えば、女性不妊症の場合のように、クライアントの女性自身は、結婚以前から生理に伴う自覚症状より不妊である予感を抱くことが多い。Aさんの場合は、結婚前より不妊治療を開始していた。ここまでは従来の不妊治療への流れと同じである。しかし、ARTの発達で、以前よりも早期に夫婦共に対して不妊原因の診断がされるようになった。不妊カップルの3~4割を男性不妊が占めている(荒木・浜崎, 2003)ことが一般的な認識を得ておらず、潜在的にそれ以上の男性不妊が存在している。協力者の女性クライアントは、不妊原因が本人でなく夫にあることが判明し、「ほっとした」「不妊といえば(女性である)私が悪いと思っていた」(Aさん)と語っていた。そして、「(不妊原因を)信じられなかった」「可哀想、気の毒」(Aさん)と今も夫婦間で触れないようにしていたり、「それ(不妊について)以外は何でも話せる」「私より(治療に)一生懸命で、気を使ってくれる」(Aさん)というように、夫婦の関係性を保つような努力が伺えた。従来、不妊は産む役割を負う女性の問題として扱われていた(大日方, 1998)が、今や男女其々の問題である。ARTを受療する女性クライアントにとって夫との関係をどのように保っていくかは、新たな困難であろう。

そして、Cさんのように不妊原因の診断がついていない状況もある。妊娠には、未だに、これ以上の不妊原因疾患や両性が関与することからの偶発性の影響の存在（星，2002）がある。これまでに曖昧のままに進められていた治療が、難治性の不妊症として診断され扱われること、そこにはARTによっても治療効果が不確かであり長期化する可能性が高いことが示されることになる。不妊原因が分からないということ診断されたことの苦悩があった。「早く産みたい」「（今まで）効果がないから次の方法手段を考えるべき」（Cさん）、と夫婦双方が原因不明であり「これまでの方法では出来ない」と話し、不妊治療の段階を経た結果としてのIVF-ETであることを語っていた。IVF-ETが女性クライアント自身あるいは夫婦の生殖性の限界より選ばれた方法であることを意味している。

また、女性クライアントは語りの中で、IVF-ETについて「これしかない」「やれることをやる」と話していた。この場合にはもう一つの解釈としてIVF-ETへの期待を意味していると考えられる。具体的には、「確率が高い」（Bさん）、「この（不妊）治療をいつまでやるの、と思っていた」「先が見えへんかったけど明るくなったというか、近づいてきたっていう感じ、とりあえず挑戦かなあ」（Cさん）とIVF-ETを拠り所として語っていた。また、「何回もしなくても（子どもが）できるから」（Aさん）「ゼロよりも2割も」私にとっての（妊娠率）2割は9割以上の価値があるんです」（Cさん）と確率が高いこととして捉えていた。IVF-ETでの治療の効果は、胚移植あたりの妊娠率によって示されているが20%前後である（荒木，1999）。これまで全く効果のなかった女性クライアントにとって、具体的に成功率が示されている技術

への期待は過大となるといえる。

こうしたIVF-ETへの期待は、早急に子どもをつくるという強い思いにつながる。これまでの不妊治療の手続きでは「駄目な方法を続けていてもーと思い、手っ取り早いじゃあないけど、確率も高いほうが良いかなあとと思って」「私から（体外受精にいきたいって）言った」（Bさん）、「速攻、体外受精って言いました」（Aさん）、「1日も早く進めたかった」「踏み切った」（Cさん）という焦りが生まれるもの当然のことといえる。そして、「次のことは、今は考えられない」（Cさん）とも話していた。

初診時点での年齢が高齢であることに加え不妊治療の経過での加齢もある。加齢による妊孕性の低下と高齢出産でのリスクを考慮すると女性の年齢が出来るだけ若いほうが良い（辰巳，2002）。「早くしたい、悔いが残らんようにせなあかん」「体力あるうちに産みたいのよ、障害児が生まれる可能性が高まるでしょ」（Aさん）、「年齢が年齢だけに、凄くあせってすこしでも早いほうがいいと思った」「30歳はまだ若いといわれるが、全然若くない」「今しか無いかなあと、思い、治療しようと思った」（Cさん）と語っていた。その上、女性が1年間にARTを受療できる回数が限られていることなどから、「早く・早く」という治療に対する焦りが伺われる。また、卵の成熟のためのホルモン治療に対しては、「これくらい大丈夫」と過ごしていたが、OHSSによって女性クライアント3名はともに入院している。IVF-ETに対する積極性が治療の危険性を助長する側面も伺われる。

加えて、IVF-ETをおこなっても治療は不確実である。しかし、これまでに不妊治療を継続していても結果のでない状況から、1/5の確率で妊娠する可能性が示されており、その1回

ずつの治療に望みをかけてか、「(お祈りの石を)肌着に縫い付けてある。気持ちが安らぐから」「漢方とかより信じる。妊娠しないのは気持ちの持ち方って言うでしょ」(Bさん)と話した。これは、不妊である女性クライアントが“正式でない生殖作業(Olshansky, 1987)”によって不妊である自己のアイデンティテを獲得する過程とされている。従来の不妊治療は曖昧に進められていた部分が大きく民間療法、信仰や呪いをしながら過ぎてきていたが、今日では不妊原因が具体的に示され、IVF-ETが治療の最終段階であるということ、治療結果として妊娠率(数値)が示されていても女性が受療を続けられない限り妊娠へと進めない事実がある。女性自身の努力に依るところが多い分、一般不妊治療の段階より何かにすがりつきたい状況、切羽詰った苦悩は増強していることが伺われる。もう少し頑張ったら出来るのではないか、「気がついたらハマってる」「賭けのようなもの」(Cさん)とも話していた。

以上よりARTは、女性クライアントにとって今までの見込みのなかった状況から望みの持てる明るいことであると同時に限界でもあり新たな困難の要因といえる。ARTを受療する女性クライアントは自らの努力で不妊であることを乗り越えようとして強迫的に治療にはまっていく状況を生む可能性が予測される。

### おわりに

本研究は、ARTの確立によってもたらされたクライアントの新たな心理・社会的困難を明らかにしようとするものである。第1稿では、「わが国の生殖医療の状況を先行研究より分析する」こととし、困難の要因をARTの技術的特

徴によるもの、ARTにおける費用をめぐるもの、出産をめぐる社会規範がもたらすものの3つを抽出した。引き続き、本稿では、IVF-ETを受療する女性クライアントの語りの分析より、困難をより明らかにすることを目的とした。

先に本研究での前提であり限界を述べると、研究協力者である女性クライアントが、いずれもIVF-ETを受療することを決定し治療開始の準備段階にある、面接である語りが可能で心理状態である、という条件の基で行った。従って、IVF-ETでの不妊治療に前向きに取り組んでいる状況でありこれらの条件は語りの内容に治療への積極性として現れていることは否めない。

その上で語りの内容の分析は、「結婚から不妊治療への開始」と「ARTによる不妊治療」で行った。不妊とは子どもをつくることのできない状況であり、不妊治療の開始は女性クライアントが持つ理想の家族像と自らの選択によって結婚し子どもを持つという流れの中で、子どもをつくることであった。そこで、不妊治療は、主に女性の身体のコントロールによって行われるものであるため、女性クライアントの選択と努力によって取り込まれる傾向が強い。それには従来からの出産をめぐる考え方があらためて強調される傾向にあったといえる。

また、ARTによる不妊治療は、単にIVF-ETにおける治療費が高額であるという経済的な負担が困難の要因になっているのではなく、IVF-ETに至るまでの一般不妊の治療費、IVF-ETの準備費用や通院するための仕事の調整・退職など、受療のための様々な対処も必要であること、加えて「不妊」ということで容易に支援を求められない状況もあり治療におけるコストの膨大な負担が存在していた。

そして、ARTは、不妊原因が女性側にあるの

か、男性側にあるのか、双方にあるのかなどの診断を早期・的確に可能とし、妊娠率によって治療の成果も提示されるようにした。これらは子どもができない原因と対処を従来よりも明らかにしたことであり、それは治療への希望であり子どもをつくる思いにつながっているといえる。一方、不妊原因の的確な診断は、夫婦の互いとその関係のあり方を追及していかなければならないことでもあった。女性クライアントには、夫婦を保ちつつ、自身の選択として不妊に対処していかなければならないという側面があるといえる。

今回の論述では研究方法の前提と限界により不妊治療の中断、離婚などの状況、子どもをつくる思いの変化やARTへの過大な期待より治療の終結が得られない状況、そして障害児誕生の危険性や育児困難の状況など、心理・社会的困難の相互の関係性にまで言及できず一部を論じたに過ぎない。不妊が、女性個人の問題であると捉えられつつあるなかで、その決定の基に従来からの家族への規範意識が潜在していることは予測でき、それについては更なる分析を行っていく所存である。

## 注

- 1) 1978年、Steptoe博士とEdwards博士が世界で最初の体外受精・胚移植に成功し健康な女兒 Louise Brownが誕生した。以降、それに関連した高度な医療技術が進歩を遂げた。この体外で卵や胚を操作する新しい生殖医療技術を高度生殖医療あるいは、補助生殖医療と呼ぶ。当初は、卵管性不妊に行われていたが、男性不妊を含め広い範囲の難治性不妊にも適応が拡大してきている。わが国における生殖医療は、1983年にIVF-ETによる妊娠例が報告されてから、ARTとして瞬く間に普及していった。
- 2) 近年、医療はサービスであるという捉え方が

主となっている。生殖補助医療は、赤ちゃんがほしいけれどどうしても他人の助けを借りなければできないという悩みに応えるものである。そこには患者はクライアント：依頼者、医療者は医療サービスを提供する人：提供者と生まれてくる赤ちゃんの3種類の間が存在し、それぞれに権利を持っている。本稿では「クライアント」という表現を採用する。加藤尚久2002「生殖補助医療をどう考えるか 1. 生殖補助医療と生命倫理」『産科と婦人科』診断と治療社、689 - 693。

- 3) 当初、4細胞期胚の透明帯に顕微鏡下で切開を加えておくことで着床率が上がるということで行われた。現代では薬剤を用いて透明帯を融解する方法が取られている。これによって38歳以上の症例において有意に着床率が向上した。40歳以上の症例には通常に行っているという施設も増えてきている。しかし、技術的な差によって成功が不安定であるといわれている。
- 4) 子どもに遺伝的異常が発生する危険のある女性の選択肢の一つとして開発された。他の出生前診断と比べ着床前診断のもつ大きな意義は、着床の前に診断することによって、ハイリスクのカップルに中絶を回避させることや、中絶が禁止されている場合や他の出生前診断が実施できない社会において選択することができることである。カナダ、オランダ、ポルトガル、フランス、イギリスでは実施しており、日本においては着床前診断は禁止されていないが実施されていない。日本産科婦人科学会にてガイドラインにより重大な遺伝子疾患のみに適応するように厳しく規制しており、異常染色体のある胚のスクリーニングに用いることは禁止している。
- 5) 高度生殖医療における不妊治療の一つとして、卵および精子を体外で人為的に受精させ、受精卵の分割を確認後子宮内へ移植する方法をいう。女性の体のコントロールが主となる。体外受精の適応はガイドラインによって示されており、卵管性不妊、原因不明不妊、子宮内膜症、免疫性不妊、内分泌異常の其々において2 - 3年以上の不妊期間がある、女性の年齢が36歳以上である等、男性不妊では不妊期間2年、精子

- の数・運動性・形態などの一般的な基準が設けられている。
- 6) 日本産科婦人科学会では補助生殖医療の治療成績をまとめ毎年報告している。但し、年次報告は、妊娠した症例はその後の分娩までの追跡調査が行われるため、2年ほどの遅れがある。
- 7) 本邦での不妊治療に対する福祉支援は、少子高齢社会への対策の1つとして扱われている。「健やか21」での行政・関係機関等の取り組みでは、その指標を 全都道府県における不妊相談センターの整備、100%の患者が不妊治療を受ける際に専門家によるカウンセリングが受けられること、不妊治療における生殖補助医療技術に関するガイドラインの作成を2010年に完了することとしている。厚生労働省雇用均等・児童家庭局では、次世代育成支援として次世代を育む親となるための対策に不妊治療での倫理・技術・体制の整備、経済面での支援、相談センターの整備を目指している。
- 8) 排卵誘発剤を投与後に発症する医原性の疾患であり、卵巣腫大、血液濃縮、腹水・胸水の貯留などを引き起こす。h-MGを主体とした排卵誘発はその治療域が狭いためときとして予測できないほどの過剰反応を引き起こす、そのため完全に予防することは不可能であるとされている。発症は10万人当たり0.6 - 1.2名である。
- 9) 代理出産(代理母: surrogacy)とは、子どもと遺伝子の繋がりがなく両親となる人の卵子と精子からつくられた胚を宿すことによって出産すること。
- 10) 2004年に大学生762名に「将来の生活」について調査したところ、子どものいる生活を望むは82.5%、そのうち実子のみを希望する62.5%であった。また、その生活のためにARTを認めるは79.6%であり、その理由として、手段・方法として認める23.0%、子どもを欲しいと思うならかまわない18.3%であった。筆者調査、未投稿。
- 11) 1991年1月に発足された、不妊に悩む人・不妊の問題を抱えた人の自助グループ。関東を拠点としている。http://www.5c.biglobe.ne.jp
- 12) 妊娠・出産をめぐる自己決定を守る会(Fertility Rights of Mothers: FROM)とは、医師、弁護士らによって設立された組織であり、2001年より活動している。妊娠・出産に関する諸問題を、時代の価値観の変化に即し、当事者の自己決定権をする事を目的としている。具体的には、妊娠・出産に関する、医学的、社会的諸問題を当事者の意向を尊重して解決するべく協力支援する、妊娠・出産・人工妊娠中絶(減胎手術も含む)に関する当事者の自己決定権の尊重、生殖医療における当事者の自己決定権の支援(非配偶者間人工授精、非配偶者間体外受精、代理出産、代理母、着床全診断、分娩前診断等をめぐって)、代理懐胎をはじめ、生殖医療に対して刑事罰を伴う法的規制に反対する、生殖医療技術がもたらす当事者及び関係者の不安を解消するための支援活動、これらに関する法の整備、健康保険適応、国の援助等、これら問題について当事者はもちろんのこと、社会に広くアピールし国民的理解を深められるように努力する、としている。
- 13) 施設に対する研究の協力依頼は、プライバシーに関すること、特に、生殖に関することであるため承諾を得にくい。承諾を頂いた施設の1ヶ所は、IVF-ETを年間30 - 40周期施行している産科が主な施設である。この間にIVF-ETを受療する2名中の2名の紹介を受けた。もう1ヶ所では、昨年度IVF-ETを216周期施行している。初回受療者は94名であり、この間に協力の得られた1名である。2ヶ所共に妊娠率は32 - 40%である。
- 14) 「語り」とは知と経験の一表現様式である。テーマに関連したストーリーのナラティブを引き出す技法で求める。研究の理論的背景は非調査者の主観的な見方と実践の分析にある。この方法は以下の3つの理由よりインタビューでは得られないデータをもたらす。ナラティブはある種の自立性をもって行われる、人々は自身自身や自分の生に関して理論の形で把握していることよりも多くの事を知っているし表現できる、ナラティブとしての表現と語られた経験との間に相違関係があると仮定できる(Uwe Flick, 2002, 石井, 1995, 氏家, 1996)。

15) 婦人科医師側からみると、不妊のなかには「病気ではない不妊」もあるとした者の共通点は、疾病による場合のみを病気とし「妊娠しないこと」そのものについては病気と判断していなかった。子どもがいけないことに対する評価によって捉え方が違っていった。医師の世代と性別にもよるが、不妊への対処が医療行為以外に生活へも及ぶことから身体的病気及び社会的病気とする傾向にある。不妊が疾病であるかということは病気についての概念、文化社会的背景にも及ぶためその分析については別稿に持ちたい。

## 文献

- Abbey, A., et. al. 1992 *Psychosocial, treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility*, *Fertility and Sterility*, 57 (1) 122 - 128 .
- 阿部正子・宮田久枝, 2003, 「不妊の女性が体外受精を継続する意思決定 治療に対する欲求の分析 - 」『日本助産学会誌』, 27 - 28.
- 荒木重雄, 1999, 「最新不妊治療のすべて」『助産婦雑誌』53 (3), 15 - 21.
- 荒木重雄・浜崎京子, 2003, 『不妊治療ガイドランス』医学書院, 25 - 28.
- 荒木重雄・福田貴美子, 2002, 『体外受精ガイドランス』医学書院, 149 - 152.
- Berg, B. j. and Wilson, J. F. 1991 *Psychological Functioning Across Stages of Treatment for Infertility*, *J. of Behavioral Med.*, 14 (1), 11 - 26 .
- Elisabeth Bech - Gernsheim 1995, 『子どもを持つという選択』頸草書房, 131 - 212.
- 遠藤直哉, 2002, 「生殖医療の展望」第1回FROMパネルディスカッション収録, 1 - 28.
- Davis C. D 1987 "A *Conceptual Framework for Infertility*." *JOGNJ*, 30 - 35 .
- Domar. A. D. et al. 1992 "The *prevalence and predictability of depression in infertile women.*" *Fertility and Sterility*. 58 (6), 1158 - 1163 .
- 星和彦, 2002, 「不妊治療の実際」(不妊の診断 検査を中心に) 『産婦人科治療』87 (1), 43 - 49.
- 藤田由紀子, 2001, 「第2章 30代男女が考える出産・育児のリスク」(楠木俊詔編 『ライフサイクルとリスク』) 東洋経済新報社, 33 - 56.
- 苛原稔・松崎利也・原章・檜尾健二・前川正彦, 2003, 「不妊治療の実際」(不妊治療と多胎妊娠) 『産婦人科治療』87 (1), 30 - 35.
- 石井宏典, 1995, 「第6章今後の研究の展望と方法論」『生涯発達心理学第5巻 老いることの意味』金子書房, 213 - 227.
- 岩上安身, 1999 - 2000, 「不妊カップルの苦悩の闘い」『現代』 <http://www.hhj4u.or.jp/~iwanami/txt11.htm>
- 柏木恵子, 1999, 「女性における子どもの価値」『教育心理学研究』47, 170 - 179.
- 柏木恵子, 2001, 「子どもという価値」『少子化時代の女性の心理』中公新書, 200 - 204, 121 - 126.
- 鎌田久子・宮里和子・菅沼ひろ子・古川裕子・坂倉啓夫, 1990, 『日本人の子産み・子育て』頸草書房, 112 - 120.
- 喜田善和, 2000, 「不妊治療により出生した児の問題点」(不妊・不育と周産期医学) 『周産期医学』30 (9), 1201 - 1204.
- 久慈直昭・吉村泰典, 1997, 「不妊原因と現状」『周産期医学』27 (6), 737 - 741.
- 古澤頼雄, 1986, 『見えないアルバム』彩古書房, 34 - 42.
- 宮田久枝, 2004, 「高度生殖医療におけるクライエントの新たな心理・社会的困難(1)」『立命館大学産業社会論集』39 (4), 91 - 103.
- 森明子, 1995, 「体外受精を受ける女性の意識」『助産婦雑誌』, 24 - 29.
- 森明子・有森直子・村本淳子, 1998, 「看護婦・助産婦等の不妊治療を受ける患者・家族への関わりに関する調査 看護の役割機能に焦点をあてて」平成9年度厚生省心身障害研究「不妊治療のあり方に関する研究」。
- 村瀬幸浩編, 1998, 『ニュー・セクソロジー・ノート』東山書房, 12 - 19.
- 治永井聖一郎・星和彦, 2001, 「男性不妊症の診療と進歩」『産婦人科治療』83 (1), 35 - 40.
- 長岡由紀子, 2001, 「不妊治療を受けている女性の抱

- えている悩みと取り組み」『日本助産学会誌』14(2), 18 - 27。
- 中山まき子, 1991, 「第2部コラム<授かる>から<つくる>へという思い込み」(原ひろ子・館かおる編『母性から次世代育成力へ』), 新曜社, 191。
- 日本産婦人科学会 平成12年度倫理委員会 登録・調査小委員会報告, 2001, 『日本産科婦人科学会誌』53, 1426 - 1473。
- 日本産婦人科学会会告, 1996, 『「多胎妊娠」に関する見解』。
- 中川米造, 1996, 『医学の不確実性』, 日本評論社, 16 - 18。
- 中嶋文子・岡部恵子・宮田久枝, 2001, 「不妊原因別の女性が不妊治療を継続する上での役割認識の比較」『母性衛生』42(3), 233。
- 中嶋文子・阿部正・宮田久枝, 2003, 「不妊原因別に見た医療への認識」『母性衛生』45(3), 245。
- 野口裕二, 2002, 『物語としてのケア ナラティブ・アプローチの世界へ』医学書院, 14 - 27。
- 大日方雅美 1998 「第9章不妊と母性」『ペリネイタルケア夏季増刊』メディカ出版, 17。
- Olshansky, E. F 1987 "Identity of self as infertility: an example of theory-generating research, *Advance in Nursing Sciences*, 9(2), 54 - 63 .
- Olshansky, E. F 1988 "Response to hightechnology infertility treatment Image Journal of Nursing Scholarship 20(3), 120 - 131 .
- 大沢真知子, 2000, 「女性のキャリア形成と出生の変化」『統計』51(3), 28 - 34。
- 坂上明子, 矢野恵子, 2001, 「不妊女性から見たインフォームド・コンセント」『宮城大学看護学部紀要』4(1), 158 - 168。
- 杉山陽一, 1994, 『婦人科学』MINOR TEXTBOOK, 金芳堂, 309 - 312。
- 鈴木良子, 2002, 「3 . 生殖補助医療の進歩 歯止めなき生殖技術と不妊女性の“幸福”」(生殖補助医療をどう考えるか)『産科と婦人科』6(13), 701 - 706。
- 繁田実, 2000, 「IVF - ET GIFT」『臨床産婦科婦人科』54(4), 572 - 577。
- 菅沼信彦・若原靖典・小谷美幸, 2000, 「多胎妊娠」『臨床産婦科婦人科』54(4), 608 - 614。
- 高城和義, 2003, 『パーソンズ 医療社会学の構想』岩波書店, 51 - 78。
- 竹林浩一, 高倉賢二, 後藤栄, 2000, 「OHSS」『臨床産婦科婦人科』54(4), 602 - 607。
- 田間泰子, 2001, 『母性愛という制度 子殺しと中絶のポリテクス』頸草書店, 213 - 245。
- 辰巳賢一, 2002, 「生殖補助医療の進歩」『産科と婦人科』69(6), 715 - 721。
- 柘植あづみ, 1996, 「ジェンダーの視点から地域・生活を考える なぜ子どもが欲しいのか: 不妊治療とジェンダー」『保健婦雑誌』52(7), 578 - 581。
- 柘植あづみ, 1999, 『文化としての生殖技術 不妊治療にたずさわる医師の語り』松籟社, 278 - 282。
- 柘植あづみ, 2000, 「生殖における女性の自己決定権 試論」(原ひろ子, 根村直美編『健康とジェンダー』), 明石書店, 89 - 109。
- Uwe Flick, 2002, 『質的研究入門<人間の科学>のための方法論』小田博志・山本則子・春日常・宮地尚子訳, 春秋社, 122 - 142。
- 氏家達夫, 1996, 『親になるプロセス』金子書房, 6 - 11。

#### 謝辞

生殖という非常にプライベートな内容にかかわらず、本調査に御協力頂いた女性クライアントならびに医療施設の方々に深く感謝致します。

Psycho-social problems of woman clients treated with  
assisted reproductive technology ( 2 )  
A narrative study of difficulties in receiving IVF

MIYATA Hisae \*

**Abstract:** This paper analyses the narrative of psycho-social problems of woman clients who were treated with assisted reproductive technology. Three difficulties were assessed by the first paper: “the social norms regarding childbirth,” “the treatment fee,” and “the technical characteristics of assisted reproductive technology.” Two new difficulties have been added to the analysis in the current paper. Narratives of woman clients receiving IVF show five difficulties: “strong social norms regarding childbirth,” “preparations for expensive treatment fees” “management of strong desire for achieving pregnancy,” “cooperation with husbands for the treatment,” and “decision-making regarding continuing IVF.”

**Keywords:** infertility treatment, Assisted Reproductive Technology (ART), In Vitro Fertilization-Embryo Transfer (IVF), women clients, narrative

---

\* Graduate Student, Graduate School of Sociology, Ritsumeikan University