

不妊治療における女性クライアントの

子どもをもつ意味についての研究課題

宮田 久枝

臨床看護学講座

要旨

子どもをもつことは、文化・社会的要請を含め扱われ社会経済的状況と密接に関連している。そして、近年では女性の母親役割、生きがいの変化が生じ子どもをもつことは選択の一つとなっている。不妊治療を見ると急速な治療の一般化は、女性クライアントの生き方の選択、家族への考え方からの子どもをもつこと、そして治療によって子どもをもつことができるのなら持ちたいという思いより新たな子どもをもつことの意味が生じているのではないだろうか。この論文では、女性クライアントの子どもをもつ意味について、先行研究より研究課題を見出そうとすることを試みた。不妊治療には、その治療中、妊娠成立後や分娩後、障害児の誕生などさまざまな困難がある。不妊治療の主たるクライアントである女性より、その女性の家族、結婚、不妊治療への意識の構造を明らかにすることによって、子どもをもつ意味を解明していくことが研究課題である。

キーワード：高度生殖医療、近代家族、女性、子ども、個人化

はじめに

子どもをもつことは、単に産む・産まないという生理的な現象だけでなく、文化・社会的要請を含め扱われている。また、子どもをもつことは社会経済的状況と密接に関連している。子どもをもつことは経済的・実用的価値から、心理的喜びや価値を見出すようになってきた。そして、近年では女性の母親役割、生きがいの変化が生じ子どもをもつことは選択の一つとなっている。

一方、わが国における生殖医療は、ヒトにおける排卵誘発剤を使用しての治療による多胎妊娠後の出産が話題となってから知られるようになった。高度生殖医療技術 (Assisted Reproductive Technology: 以下ART とする)^{注1)}は、1983年に体外受精・胚移植 (In Vitro Fertilization: 以下IVF-ET とする)^{注2)}による妊娠例が報告されて瞬く間に普及していった。日本産科婦人科学会の報告によると、患者数は毎年のように増え続け1994年の21,884名に比べると1999年では2倍強の47,716名であり、治療周期も同様に2倍となった。この技術による出生児は2.6倍と相関して増え、総出生児100人に1人という割合となった。一方、わが国の医療施設数は人口当たりでイギリスを1とすると3倍であったと報告されている¹⁾。これは、子どもをもつことを望み受療を希望する依頼者 (以下、

クライアントとする) と、医療を供給できる施設の関係によって生じているものである。つまり、身近に不妊治療を受療することができるという不妊治療の一般化がすすんだ結果といえる。基より、医療は人々の幸福を追求するものであり、その限りにおいてARTは支持されるものである。しかし、急速な不妊治療の普及は、不妊治療における女性クライアントの生き方の選択、家族という考え方からの子どもをもつこと、そして生殖医療によって子どもをもつことができるのなら持ちたいという思いより新たな子どもをもつことの意味が生じているのではないだろうか。

この論文では、不妊治療が女性を主体としている治療であるが故に起こっている現状を捉え、不妊治療を受療する女性の子どもをもつ意味について、先行の論文を整理することによって研究課題を見出そうとするものである。

家族と女性

現代の家族は、家父長的な「家」から近代的な「家族」への変換であり、おおよそ第二次大戦後の家族制度の廃止以降、それまでの家族に対する考え方に線引きされ新

たな家族像がつくられてきた。そのあるべき家族像は、夫婦と実子が家族の重要な構成要件であり²⁾、秩序としていられる。家族像とは現実にあるものではなく創り出していく理想像である。そして、この家族像の示す特徴は家族の定義のように社会に浸透していくこととなった。

家族像の特徴は、家内領域と公共領域の分離、家族構成員の相互の強い情緒的關係、子ども中心主義、性別分業（男は公共領域、女は家内領域）、家族の集団性、社交の衰退とプライバシーの成立、非親族の排除などであった。これはあえて特徴と挙げなくとも家族の持っているものであるが、あえて近代家族ということばの基に意識化されていった。具体的には、家族の基本は核家族であり、その集団は主に親族より成り立ち、強い情緒的結束の基に生活するものであった。その最たる現象は日本経済の発展に伴いバブル期にみられた。女性は跡継ぎである子どもをもうけ、より良く育て学校に通わせ、夫を企業に送ることによって中流以上の生活を目指すものであった³⁾。こうして女性の役割はますます家内に固定していった。その後、女性の社会進出、家族の変容・多様性がいわれるようになった。家族とは何か、家族の機能には何が残っているのかなどが論議され、女性が社会に進出して家内の役割が減ったのではなく、むしろ内にも外にも役割があり拡大している。

また、個人が「家族」を構成するレベルには現実と意識とがある。たとえば全くの他人と思っている血がつながってれば実は家族ということもある。だが当事者同士がまったく自覚しないまま「家族」の実体が存在することはありえないように、家族はその当事者同士がそれを追認し家族意識を持ってから始めて成立する。つまり、「家族」は現実よりも多く意識の中に存在することになる。例えば、祖父母のように同居していても他の家族員が家族と認識しない場合もある。嫁いだ娘を家族と認識する実親もいる。そこで、個人の意識下にあるファミリー・アイデンティティ（family identity：以下FIとする）が問われるようになってきた⁴⁾。

そこで、現代女性の追求する家族とはどのようなものであるのかを家族の中の女性の役割も含め明らかにしていく必要がある。

女性と結婚

男女が結婚すれば家族という単位ができる。結婚すれば子どもはできるものであり、子どもをもうけることによって世の中からその男女は一人前と認められる傾向は今もある。その影響を受け、結婚した男女の意識下にも結婚すれば子どもをもつという考え方が存在するといえる。家族の形成は婚姻にはじまるといえる。加えて、女性は、生殖機能の主であるため、女性においては性役割を全うしようとするのが当然のこととなる。結婚は人の

人生の中である特定な人と個人的なつながりを持ち家庭生活をつくることである。女性の選んだ相手を見ると、自分にないものをもつ相手、似たもの同志や友愛カップルである。これは全ての共同を失ってきている現在家族のファミリー・メンバーのFI. に自他認識となり、そのメンバーの安定に働いている。言い換えれば、自分を培い持ち続け自分で方向性を決めていくというマニュアルのないシングル（個人）での不安定さは受け入れがたい⁵⁾。

そこで、結婚を選択する場合、其々が期待するある種の安定を求めているといえるのではないかと。

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もつといった価値観を、結婚したとしても子どもをもつか・もたないかを選択する、というところにまで及んだ。一方、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「自己主義（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と報告されている。

現代の男女の生き方を見ると、結婚しない子どもをもたない、結婚しないで子どもをもつ、結婚しても子どもはもたない、結婚して子どもをもつなど様々である。また、夫婦となってもそれぞれの仕事や将来を考え人生を選択していく中で子どもを得ることを決めていくというように、子どもをもつことが心理的な満足であり、きわめて個人的な事柄になってきている傾向があるともいわれている。また、女性は自己実現を目指し、それは社会進出であったり、出産による死亡などの危険性が殆どみられない状況の中には、子どもにとっての親ではなく、親にとっての子どもの存在を問うこと⁶⁾として、いわば女性の発達として扱われるようになった。女性は自らの加齢に伴う高齢出産のリスクを生殖機能として計りながら、引き続き女性に集中している育児の支援や親の介護など、自身の生活スタイルを保ちつつ回りの調整をみながらやがて結婚を選択していく。一旦、女性が結婚を選んだ場合、その結婚とは、生殖そして妊娠が連鎖してすすむ「結婚一性一生殖⁷⁾」ということといわれている。つまり、女性にとって結婚は、この一連の流れの始まりといえる。

では、結婚を選択し生殖への流れをたどっていくことは安定なのであろうか。少子化が進む中、あえてこの流れを選択していくことを明らかにしていく必要がある。

女性と不妊治療

生殖とは、種族保存のためのものであり自然の欲望で

ある。わが国において、子どもは神の子であり授かるものとして扱われてきた。そして、家長制度の下、家のため子孫繁栄、老後の面倒をみる世代を作っておくために子どもを残しておくことは当然のこととして夫婦の間で「できる」ものとされた。

やがて、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るようになった。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」ことによる結果となったのである。これは、子どもをもつ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、子どもをもつことは一つの役割として個人的なものということを示す。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した^{8) 9)}。

また、本邦におけるこれまでの思春期の性教育は分娩教育⁹⁾といわれるように、避妊の方法等、女性は妊娠するものであり妊娠を回避することを目標に行われてきた。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。

現代の夫婦それぞれの生き方を尊重した流れの中で、子どもをもつことが、個人の考え方の相違で選択されるものであるという見方、ライフサイクルの中でのリスクであるという見方があるにも関わらず、子どもをもつことは個人の規範として内在化している。そこには家族に対する均質的な考え方が存在しており、依然として子どもができてこそ夫婦であり、家族だとする家族観が根強い。加えて、生殖にはもちろん男女両性が関与するが、自らの体内で胎児を育て、出産し、さらにその後の育児についても、本能的な愛情を持ってあたる役割や天性として女性特有のものとして広義の母性として扱われてきたことより、女性が子どもを産むことが当然とした考え方は存在する。

日本における不妊の夫婦は、夫婦10組に1組の割合で存在しているといわれており、子どもをもつことを希望しない夫婦を入れるともっと多くであると予測されている¹¹⁾。不妊治療は、夫婦が子どもをもつことを強く望み、夫婦の合意の基で治療のクライアントになって初めてその対象となる。不妊治療におけるクライアントとは、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遭遇していることである。これは、この夫婦が目指していた家族をつくることを遂行できない、つまり子どもをもつことを希望している夫婦から逸脱しているということである。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る。これまでの人生は自らの選択肢の中から選び得てきたものであるが、これからは自身の努力によって結果を見出していかななくてはならなくなる。

この治療の目的は、子どもをもつことにある。不妊という疾病を治すのではなく、疾病が致命的なものでないことという一般の疾病とは異なった特徴がある。従って、治療を行うかどうかはクライアントの選択によるということになる。不妊の夫婦が子どもを得たいと思った場合には養子という方法もある。しかし、本邦においては法律や夫婦が子どもを育てられるかどうかの査定などの手続きが複雑であることと共に「我が子」ではないことへの抵抗が存在するのではないだろうか。家名や家業を継ぐ場合を除いては養子という制度の活用が少ない状況より容易に伺えられることである。近年、ARTは女性の身体に対する副作用などのリスクが高く存在するにも拘らず、急激に一般化した。その理由には、男女双方の遺伝子(血筋)を継承するという医療者と女性クライアントの共通した家族への概念が根底にありより積極的に働いているのではないだろうか。

ARTを駆使して子どもを得ようとすることに生命の操作であるという意見、それに対し妊娠・出産は権利であるという意見の中で、夫婦の間でも治療を続けるかどうか、女性クライアントの不安・悩みという扱いで報告が多くなされている。ARTを受療していくという行動は、如何なる思いの中で実現されているのだろうか。人間のwell-beingを目指し次々と新しい医療技術が開発されることは、人間にとって朗報であるはずである。

不妊は、女性の問題として扱われていた。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である。当時の性教育を受けた女性は性役割として教えられた。女性は、(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。子どもができない場合、先に受診するのは女性であり周りからの目をききながら通院していた。不妊は女性にあるという性役割からの誤解が存在していた。つまり、結果がでないこと=子どもをつくるのが出来ないこと=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¹²⁾。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」という個人の判断での対処となっているといえる。子どもができない立場にあるときは、“人並み”の立場になることが最優先に解決すべきことで、常に負い目を持つことになる。従って、不妊である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を迫られることになる。

不妊治療は、生殖の営みを尊重しつつ従来から生殖機能を補助する立場であるということ、治療は女性の身体への影響がより少ない方法より選択するとされているために、治療は不妊の原因を明らかにしようとしながら、

検査と治療が並行して段階的に進められるため長期に渡っていた。最近になって、不妊原因が女性にあるのか、男性にあるのか、双方にあるのかなど、其々の不妊疾病に対する診断がより早く的確となってきた。明確になった不妊原因の基で、まず個人として子どもを持つことについての意味があるのか、改めて夫婦双方に問われることとなる。先が見えない不妊治療の同志であった夫婦が自分自身あるいはパートナーの不妊原因で女性が治療をすることになる。加えて、女性の加齢が障害の子どもを持つ可能性が高いという危機感も加わり、子宮の外で操作して妊娠を成立することに少なからず抵抗がある。また、不妊原因の如何に関わらず女性として一人前に産むということに拘る女性と、子どもをもつことを人生の中でリスクとして捉える傾向が男性に強く存在する。不妊治療はARTに達し、女性が45歳以降になっても技術的には可能であり治療を実施している施設がある。加えて、不妊治療の早期からARTの補助的な治療も積極的に併用されている。しかし、IVF-ETを拠り所としてもその治療効果は、胚移植あたりの妊娠率は20%前後であるという現実がある。

従来不妊治療は、産婦人科医師側から見ると「病気でない不妊」もあるとした意思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。つまり子どもがいないうことに対する評価によって捉え方の違いが存在していた。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ため身体的病気あるいは社会的病気とする傾向がある。現在は「不妊は疾病である」という見方より、疾病であるなら治療しようということより進んだ。そして、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¹³⁾」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。その一つとして妊娠・出産をめぐる決定権を支える会^{注3)}やフィンレイジの会^{注4)}では妊娠・出産は権利であると主張されている。その一方で、ARTによる新たな心理・社会的困難の存在があるといえる。

本邦におけるARTの発展は、治療の結果である妊娠への不確実性を急速に解消していくかのように捉えられがちである。この不確実性への挑戦は、医療提供者やクライアントにとっては希望であり、女性クライアントに対して不妊治療を受療して子どもをもとうとすることが当然であり、ARTに臨むことこそ社会的地位を得た証しであるかような幻想を生んでいるのではないだろうか。不妊治療での妊娠が確実になることは永遠に有り得ない。不妊治療は、子どもをもたなくても夫婦であり家族である

という考え方への転換がなければ、ARTは家族規範の内部におり込まれるばかりで、可能な限りの医療技術の駆使が血筋へのこだわりと絡んで、近代家族のイデオロギーの強化への危うさを含んでいるのではないだろうか。

結論

不妊治療はこれまで緩やかに進んでいた。しかしARTの出現によって治療が万能であるかのように期待されていくことは容易に予測できることである。この期待は、女性の加齢も伴い思い立ったら早急に子どもをもつという強い思いにつながる。臨床を見ると、不妊治療中には女性の心身の不調・夫婦の心理的ストレスの増大、妊娠成立後では多胎妊娠での異常の発生、そして分娩後の育児困難・障害児の養育など様々な問題がある。不妊治療は女性の身体を主にコントロールして行われるために最終的には女性自身の選択によるところが大きい。そのため、主たるクライアントである女性の、家族、結婚、不妊治療への認識を明らかにすることによって、子どもをもつ意味を解明していくことが研究課題である。

注

注1) 不妊治療では、人体外の精子の操作を行う

治療までを一般治療といい、卵子への操作を加えるものより高度生殖医療と呼んでいる。

注2) 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る方法をいう。手順としては、排卵を促すための注射を1週間から10日間にわたり毎日行い、その後3-4回の受診によって卵胞の発育状況をみていく。卵胞の直径が2cmほどになったら採卵する。体外にて精子と受精させ、受精卵の分割を確認後子宮内へ移植する。その後、着床の状況をみて妊娠の成立となる。このように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。つまりIVF-ETは治療の準備段階からはじまり全てが女性の体のコントロールを主とする。荒木らの報告によると、その治療成績は妊娠率によってみることで1995年から21~24%の幅で移行しているがそれ以降上昇は見られていない。副作用として(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)の高頻度での出現が竹林らによって報告されている。また、高額な医療費という課題がある。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、内分泌異常のそれぞれにおいて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・形態等の一般的な基準が設けられている。

注3) 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、①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、②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、③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）、④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、⑤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、⑥これらに関する法の整備、健康保険適応、国の援助等、⑦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。

注4) 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://www5c.biglobe.ne.jp>

引用文献

- 菅沼信彦：試験管ベビーから卵子提供・クローン技術まで，73-74，生殖医療，名古屋大学出版会，愛知県，2001.
- 田間泰子：母性愛という制度，213-218，勁草書房，東京，2001.
- 金井淑子編：家族，144-151，新曜社，東京，1994.
- 上野千鶴子：近代家族の成立と終焉，4-6，岩波書店，東京，1996.
- 伊田広行：シングル単位の恋愛・家族論 ジェンダー・フリーな関係へ，18-19，世界思想社，京都，1998.
- 柏木恵子：女性における子どもの価値，教育心理学研究，47，170-179，1999.
- 柏木恵子：子どもという価値 少子化時代の女性の心理，111-170，中公新書，東京，2001.
- Elisabeth Bech-Gernsheim：子どもを持つという選択，131-212，頸草書房，東京，1995.
- 柘植あづみ：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，578-581，保健婦雑誌，52(7)，1996.
- 村瀬幸浩編：ニュー・セクソロジー・ノート，12-19，東山書房，京都，1998.
- 杉山陽一：婦人科学 MINOR TEXTBOOK，金芳堂東京，309-312，1994.
- 中山まき子：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』），191，新曜社，東京，1991.

- 高城和義：パーソンズ 医療社会学の構想，51-78，岩波書店，東京，2003.

参考文献

- Abbey, A., et al. : Psychosocial, treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility, *Fertility and Sterility*, 57 (1), 122-128, 1992.
- 阿部正子・宮田久枝：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，27-28，日本助産学会誌，2003.
- 荒木重雄：最新不妊治療のすべて，15-21，助産婦雑誌，53(3)，1999.
- Berg, B. J. and Wilson, J. F. : Psychological Functioning Across Stages of Treatment for Infertility, *Journal of Behavioral Med.*, 14 (1), 11-26, 1991.
- Edmund Shermwn : The Structure of well-being in The Life Narratives of The Elderly *Journal of Aging Studies*, 8 (2), 149-158, 1994.
- 遠藤直哉：生殖医療の展望，第1回FROM パネルディスカッション収録，1-28，2002.
- 星和彦：不妊治療の実際 不妊の診断-検査を中心に，43-49，産婦人科治療，87(1)，2002.
- 藤田由紀：ライフサイクルとリスク 第2章30代男女が考える「出産・育児」のリスク，22-56，橋木俊詔編，東洋経済新報社，東京，2001.
- 苛原稔・松崎利也・桑原章・檜尾健二・前川正彦：不妊治療の実際 不妊治療と多胎妊娠，30-35，産婦人科治療，87(1)，2003.
- 岩上安身：不妊カップルの苦悩の闘い，1999-200，現代，
<http://www.hhj4u.or.jp/~iwanami/txt11.htm>
- 喜田善和：不妊・不育と周産期医学 不妊治療により出生した児の問題点，1201-1204，周産期医学，30(9)，2000.
- 宮田久枝：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，(1) 91-103，立命館産業社会論集，39(4)，2004.
- 森明子：体外受精を受ける女性の意識，24-29，助産婦雑誌，1995.
- 森明子・有森直子・村本淳子：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」，1998.

- 森岡清美・望月嵩：新しい家族社会学，2-8，培風館，東京，1987.
- 永井聖一郎・星和彦：男性不妊症の診療と進歩，35-40，産婦人科治療，83（1），2001.
- 長岡由紀子：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，18-27，日本助産学会誌，14（2），2001.
- 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：1426-1473，日本産科婦人科学会誌，53，2001.
- 中川米造：医学の不確実性，16-18，日本評論社，東京，1996.
- 大日方雅美：第9章不妊と母性，17，ペリネイタルケア夏季増刊，メディカ出版 1998.
- Olshansky, E. F: Identity of self as infertility: an example of theory-generating research, *Advance in Nursing Sciences*, 9 (2), 54-63, 1987.
- Olshansky, E. F: Response to high technology infertility treatment Image. *Journal of Nursing Scholarship*, 20 (3), 120-131, 1988.
- 落合恵美子：21世紀家族へ，ゆうひかく選書，1994.
- 鈴木良子：生殖補助医療をどう考えるか 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”—，701-706，産科と婦人科，6（13），2002.
- 竹林浩一・高倉賢二・後藤栄：OHSS，602-607，臨床産婦科婦人科，54（4），2000.
- 辰巳賢一：生殖補助医療の進歩，715-721，産科と婦人科，69（6），2002.