

研究ノート (Study Notes)

不妊心理に起因する「生殖医療の問題」に関する一考察 ～「臨床の場」が提起する“医療で扱わない”関係性に潜む問題～

荒 木 晃 子

(立命館大学大学院応用人間科学研究科)

“The Problem of the Reproductive Medicine” due to Infertility Psychology
- A Problem to Hide behind in the Relationship do not “Treat by Medical
Care” that “Interface” Submits

ARAKI akiko

(Graduate School of Science for Human Services, Ritsumeikan University)

As of 2007, approximately 1,400,000 people in Japan have fertility problems. Approximately one-third of such couples take infertility treatment. In 2002, 466,900 women are treated for infertility at fertility clinics in Japan. The number of clinics in Japan has grown twenty-fold in the past 20 years, and the medical technology used there is world class. Infertility is a problem of human relations. Author, used to treated for infertility, as counselor for patient at infertility clinic. Author noticed that medical technology stand good for physical matter, but no use for psychological problem when she speaks with client. People who have fertility problem often feel mental pressure. Author made out team out of clinic to lose the mental pressure of fertility problem. The team is formed doctor, nurse, psychologist and patient. The team work out of clinic and so one of community. In the term, the doctor don't work as a doctor and nurse don't medical care but do mental support with psychologist. The member of term think that we have to know what is necessary for patient. We know there is much difference of censes for fertility between social people to people who have fertility problem. Author think the most important problem is this different of sense.

Key words : infertility psychology, infertility treatment, problem of human relations,
the team out of clinic

キーワード：不妊心理，不妊治療，関係性の問題，臨床の場

はじめに

国内では子どもを望んでも得られない「不妊に悩む当事者」は140万人にのぼる（久保

2006）。そのうち、医学的解決を求めて「不妊を治療する目的」で高度生殖（補助）医療の窓口を訪れる当事者カップルは約3分の1。3分の2にあたる約100万人は不妊に悩みながらも治療することを選択しない、もしくは“できな

い”当事者と考えられる。一方で、彼等を迎えようとする国内の生殖医療施設数は約20年で20倍を超え、世界でトップ。人口2倍以上のアメリカを抜いた（主婦の友社2006）。さらに、生殖医療施設数は、人口比ではアメリカの施設数の4倍を超え¹⁾、その医療技術もいまや世界レベルを誇っている。

不妊治療は既存の医療モデルとは異なる。一般診療では通常、治療を必要とする本人に対して医療行為が行われるが、不妊治療では「妊娠することを目的とした医療行為」は主に女性に対して行う。不妊要因が男性・女性のどちらにあっても、「結果として妊娠するのは女性」という理由からである。不妊症の診断で、不妊因子の占める割合は、「女性六」対「男性四」（村岡2004）、または女性側要因：男性側要因＝55～65%：30～35%（他に原因不明20～25%）（西村2004）等、医療機関別にばらつきはあるが大差はない。また、妊娠にはパートナーである男性の協力が不可欠のため、治療対象は「不妊要因があるなしに関わらずカップル単位」となる。また、カップル双方が「“原則として”子どもを持ちたいと希望している」ことを前提に治療契約が結ばれるのが通常である。このように、「カップルの動機と意思」で始まる高度生殖医療は、不妊治療という新しい医療モデルシステムの中で進行する医療行為である。

不妊現象は関係する人々を巻き込む。実際に、日本の法整備・社会的規制の無いまま生殖医療行為が先行する医療現場では、当事者のみならず医療者までもが翻弄されている現実がある。高度生殖医療技術を駆使して「不妊を治療する」という意識はいまだ一般化されておらず、当事者に「不妊を治療する選択肢がある」という認識は、社会に「ひとつの選択肢」として認知されていない。そのため、治療がもたらした「当事者にとっての新たな福音」が「不妊治療の結果」として社会に問題として提起され、そこ

に関係する当事者と医療者が「問題を提起した当事者たち」となっている。

本来「当事者にとっての問題」は、「自然には『子どもがもてない』というカップルの問題」である。その「家族の問題」を＜当事者－医療者＞関係で相談し、医療技術を駆使した結果、「子どもを得て」解決を見る可能性も否定できない。しかし実際には、カップルの問題を＜当事者－医療者＞関係で解決した結果が、時に、問題として社会に提起されるのも事実である。

「当事者の問題」が解決し、次に「社会に問題として提起」される「その過程」に筆者は注目した。そこで、＜当事者－医療者＞関係に「他者の介入を許さない」不妊治療の治療関係に介入を試みた。当事者カップルとその家族から、医療者へゆだねられた「家族問題の解決」が、社会問題に変わるそのプロセスにはどのような仕組みがあるのだろうか。彼らが選択した不妊治療のどこかに、何か問題は潜んではいないだろうか。

1 研究の目的

筆者は心理職として勤務する不妊治療現場で、実際に、「治療前・中・後の当事者たちの声」に耳を傾けている。医療現場では、①環境・対人関係性要因、②自己信念性要因、③医源性要因の3つの要因に起因する「不妊心理の独自性」²⁾に苦悩しながら、多くのカップルが子どもを望み、不妊治療の特性に困惑しながらも、その目的に向かって日々懸命な姿がある。更に医療の現場では、治療特性を知る医療者たちが複雑な想いを抱えながら彼らを迎え、忙しく働く日常がある。少なくとも筆者には、当事者カップルや医療者たちが「社会に問題を提起する当事者」とは映らない。しかし「社会に提起する生殖医療の問題」は＜当事者－医療者＞が関係する不妊治療の現場に起因していることはま

ぎれもない事実である。

「そこで起こっているはずの問題」は現実の医療現場では見えない。治療によって、当事者の希望がかない妊娠し、不妊治療の現場を離れた後に社会問題として取りあげられる。一例を挙げると、代理母問題³⁾の他に、代理懐胎（出産）⁴⁾の代表的なケースとして、「実母が子宮を失った娘にかわって、事実上の孫を出産したケース」がある。医師生命をかけて問題を提起した医師は「患者の願いをかなえなかった」と語り、当事者女性は「後に続く人たちのために役立ててもらいたい」と公表を承諾したという⁵⁾。結果現在も、法的結論は見たものの、起こった事実に対する社会的解決には至っていない。社会問題として提起された後、厚生労働省のプロジェクトや生殖医療学会の審議会等で賛否両論の社会的論議が継続中である。

当事者も医療者も「そこで生じる問題の可能性」は知っている。しかしながら、それに対応する術を知らない。「子どもを望む」当事者と「患者の望みをかなえてあげたい」医療者の2者関係で選択した「不妊治療の結果」が提起した、「不妊治療の現場で起こった問題」として社会で議論されるのみである。「不妊治療の結果を問題にする社会」では、未だ問題の解決はみえない。

関係者以外の関与が認められない医療の現場では、現在も、治療に関係する人々を巻き込み、「社会問題を提起する不妊治療」が繰り返されている。そして、医療機関には、そこに位置する当事者カップルや医療者に対する「医療行為以外の援助手段」は用意されていない。又＜当事者－医療者＞関係に介入する修復的手段も構築されていない。

筆者は実際の医療現場で、不妊治療と直面する当事者カップルや医療者に心理カウンセリングを行っている。「＜当事者－医療者＞関係に生じた問題」に介入する際、そこにある摩擦や

誤解、あるいはコミュニケーション不足を補う役割を担うこともある。しかしながら、＜当事者－医療者＞が直接対話し、その関係に心理職者が介入する機会は得られてはいない。医療機関で結ばれる＜患者－医療者＞関係に生じる、「関係性に由来する問題」は、問題点として表面化しないという現実がある。

筆者は、「病ではない不妊現象の解決」を「医療行為のみで図ろうとする現行の医療システム」に、その問題の原点が潜んでいることに注目した。そこで、治療に関係する＜医療者－当事者－心理職者＞が「医療行為を除外した社会的関係」を結び、協働して問題解決を目指す場を設けた。社会に開かれた臨床の場では、互いの立場で、異なる視点から活発な意見が交わされた。

本稿では、＜医療者－当事者－心理職者＞が対話する臨床の場に、筆者が「対人援助の視点」で介入した経過報告と、関係者の対話から浮かび上がった「関係性に潜む問題」と「問題の社会的背景」を記述し、考察を加え以下に論述する。

2 「当事者の関係性」とその背景

2-1 ＜当事者－社会＞関係にある意識差

カップルが子どもを持ちたいと希望することは、決して無理難題な願いではない。特定の人に与えられた特権でもなく、また、子どもを望まなくとも個人の自由意志として扱われる。しかしながら、子どもを望んでも得られないことは、社会的マイノリティーと捉えられる。社会には「結婚すれば子どもをもつべきだ」といった男性・女性にかかわらず割り当てられた性的役割規範や言説の家族イメージがあり、「女性は子どもを産んで一人前になる」、「不妊の原因は女性にある」といった誤った通説に代表される、不妊に対するスティグマが潜在している。

成人し婚姻という社会的契約を結ぶと生じる次世代への継承役割、言い換えれば「産むこと」を社会から求められることは、不妊当事者にとって「妊娠し出産する事」への脅迫観念にもつながりかねない。結果、社会から追い詰められ、乱立する高度生殖医療機関の入り口にたどり着く当事者カップルは多く存在する。しかしながら、「生殖医療が既存の医学領域とは異なる特性を持つ」ことは、一般には知られていない。この治療特性²⁾とは、不妊治療が①カップルに起こった「子どもができないという家族の問題」という社会性の強い医療モデルであり、②治療する当事者の生活をコントロールする治療プログラムを持ち、③治療しても妊娠するとは限らない「到達点のない医療」であることを指す。

実際、不妊治療当事者で作る当事者グループの一つNPO法人FINE（ファイン）が行った会員対象のアンケート調査⁶⁾でも、回答した3人に一人が「代理母は社会的に認められない」としたのに対して、「代理懐胎（出産）は社会的に認められない」とする人は5人に一人以下であった。これを、厚生労働省「生殖補助医療技術についての意識調査」（2003年2月）の一般回答者の意識と比較すると、「精子提供・卵子提供・胚提供を伴う体外受精」と「代理母」に関しては、一般回答者より不妊当事者のほうが「社会的に認められない」と回答した割合が僅かに高い。一方で、「代理懐胎（出産）」に関しては、「社会的に認められない」とした不妊当事者は一般回答者の半分以下にとどまった。以上からも、高度生殖医療に関して一般社会にある意識と、不妊当事者意識に隔たりがあることが明確になった。生殖医療に関する法整備や社会規制を準備する政府行政機関にも混乱が生じていることが予想される。「今、不妊に悩む当事者」は確かに援助を必要としている。

2-2 当事者を患者に変えるパターナリズム

不妊は病ではない。不妊治療を選択した結果、不妊症が診断されるのである。例えカップル双方の不妊原因が不明であっても、不妊治療は可能である。「子どもができないという事実」を医療機関で相談すれば、「不妊症の診断」に基づき、不妊を治療する「選択肢が得られる」ことになる。当事者が医療者と関係することで、「不妊症の患者」に変わることには注意が必要である。具体的には、子どもを望みながら自然な性交渉で妊娠が難しいと判断されると、まず「不妊症の診断名」でカルテが作成される。当事者カップルに「このままでは妊娠できない“いかなる”理由」があっても不妊治療は可能である。医療機関には「婚姻関係がない」または「不貞関係にある」カップルや、未完成婚と呼ばれるセックスレスカップルも受診している。「女性が妊娠することに協力する男性の存在」があれば、不妊治療は可能ということになる。「子どもを持ちたい」と願うカップルの抱える「その関係にある問題」は医療機関では扱わず、治療の対象とはならない。結果、不妊症の診断に基づき治療が進行する現状がある。例えば、セックスレスにも男性要因・女性要因、さらには、気質性要因・機能性（心因性）要因がある。この機能性要因に由来するセックスレスカップルのうち、男性の機能性EDに対しては、投薬とカウンセリングで治療可能とされる。しかしながら、女性の機能性要因による不妊症は診断上見当たらない。男性の「身体的に何ら異常が見つからないED」を機能性要因とし、治療する一方で、女性には「身体的に何ら異常が見つからない不妊症」として、妊娠することを目的とした「不妊症に対する治療行為」が進行する。当事者の中には、性交ができない心因性要因を自覚し苦悩しながら、苦悩の解決を目指すのではなく、結果として「セックスレスが原因の不妊症の治療」を選択する当事者も少なくない。

「問題があること」は当事者も医療者も自覚している。ただ、為す術を知らず、治療構造に援助手段を持たないのである。

社会生活を営む当事者カップルは、治療に関する知識や必要な情報を持たぬまま医療機関を受診することがその大半となる。先に述べた「不妊治療の特性」には、このように治療に関わる当事者のみならず医療者までもが戸惑い、困惑する現状がある。さらには、生殖医療の領域で当事者を迎える医療者たちには、当事者に対するパターンリスティックな意識が根強く残り、その関係に壁を作っている。

一般に、医師や看護師が専門教育を受け、資格を獲得する養成過程で培われる医療者としての目標は、「患者を治療する」ことにある。この「医療者の意識と行為」は、「当事者を専ら治療を受動的に行使される立場とみなす」一般の医療モデルとなっている。しかしながら、「不妊」は関係性や社会性が濃厚な現象であり、不妊治療が「家族の問題をはらむ社会性の強い医療モデル」であることを鑑みると、生殖医療に位置する医療者たちが担う“社会的役割”に対する認識が不十分であり、“病を治療する医療行為”として不妊治療が行われている現状に懸念を抱かざるを得ない。＜患者－医療者＞関係に根強く残るパターンリズムが「医療者による医療モデルの押し付けとなる」ことには、医療者のみならず当事者も注意を払うべきである。不妊治療が「家族の問題を解決するひとつの選択肢」として新しい医療システムを構築するためには、既存の医療モデルを再構築する必要がある。そのためには、不妊現象の医学的解決を計ろうとする健全なく当事者－医療者＞の新しい関係性の確立が必至である。

2-3 家族関係にもたらす波紋

不妊は関係性の苦悩を生む。その苦悩は、治療する当事者カップルの生活に関係する、互い

の家族や対人関係に波及する。「不妊治療を受ける女性の心理と、それを支える男性の心理」（西村2004）や、不妊を男性問題として「男らしさ」と生殖能力の関係について論ずる男性心理（田中2004）にもあるように、本来当事者カップルには男女間に生じる「性意識の差」がある。特に、「産むこと」を求められ、治療負荷のかかる女性には大きなストレスが生じ、その不妊心理から時にはこころを病むことも少なくない（柘植2001；白井2003）。また、不妊治療はカップルの生活をコントロールする治療プログラムを持つため、治療継続によってカップルバランスが崩れる当事者たちも多い。妊娠を意識した「医療行為と指示」は主に女性に対して行われる為、女性はパートナーの男性に「協力を要請する」パターンがある。治療に不可欠な「男性への性交渉や協力要請」は女性に戸惑いや苦痛を与え、そのパターンを繰り返すことは結果として「生活するカップル関係」に不妊治療が組み込まれることとなる。不妊治療開始後、カップルの性交渉に変化が生じ、セックスレスになったカップルも多い。不妊という「予期せぬ出来事」には、誰もが戸惑い苦悩する。カウンセリングルームでは、当事者カップルの関係に“ずれ”が生じ、関係修復困難な亀裂をもたらす事実も多く目にする。無念にも、社会に解決手段を見つけられぬまま、希望を託して生殖医療の窓口を訪れる当事者カップルは、医療者にとっては「治療する患者カップル」であって、「揺れ動くカップル関係」に対する援助は得られない現実がある。

3 援助的介入の到達目標

生殖医療の対人関係にはあらゆる界面で摩擦が生じている。生殖をめぐる＜社会－当事者－医療者＞関係に潜む「関係性の問題」に考察を加え、解決することを目指し、以下にその到達

目標を定めた。

3-1 援助的介入の必要性

一般に、患者が医療者に求めるものは「病を治療すること」にある。「病の治療」は果てることの無い「病いを病う人」の願いであろう。しかしながら、医師の哲学として、「病気を診ず、人を診よ」とあるように、本来医療者は「病を治すという援助の専門職者」として位置する。医学的解決を求めて医療者に向き合う際は、患者となる当事者自らが持つ自己治癒力を最大限に高めることが重要となる。当事者は「医師に治療してもらう」意識ではなく、「医療者の協力を得て回復しようとする」意識が重要である。対して医療者は「治療してあげる」意識から「医療を提供し協力する」意識へ、そして不妊治療に関しては、「不妊症を治療する」から「妊娠しようとするカップルを援助する」意識への変換が重要である。

さらに、「不妊に対する社会的認知」を社会的・文化的な側面から転換することは不可欠である。社会は、当事者心理への理解と「子どもを持つことへの多様な可能性」を広く示唆し、新しい時代に即した家族観を認識する必要がある。

以上からも、当事者カップル関係、＜当事者カップル－医療者＞関係、＜当事者カップル－社会＞関係の何れにも、そこにある関係に援助的介入の必要性は必須である。

3-2 医療行為ではない援助機能の重要性

生殖医療の窓口にとどり着いた「不妊に悩むカップル」は抱える問題の医学的解決を医療者に求める。初診時には、治療を円滑に進行するための説明が医療者より提供される。一般にインフォームドコンセントと呼ばれる「治療に対する十分な説明と同意」である。この時点で＜医療者-当事者カップル＞関係に＜治療者-患

者＞関係が結ばれることになる。こと不妊治療はその過程が複雑で、医学的知識のあるなしに関わらず時間をかけずにその内容を十分に理解することは難しい。また、医療機関でなされる治療説明は「治療するために理解と同意を得ること」にその目的がある。法整備も社会規制も無いまま個別に治療が認められている現状の生殖医療機関では、「各医療機関ごとに独自に用意された治療」を前提とした説明がその大半である。不妊治療に関する説明は、医療機関が個別に用意した“当院で行われる不妊治療の内容”説明となっている。言い換えるならば、客観的とは言いにくい治療説明が提供されていることになる。にもかかわらず、社会に「子どもを望んでも得られないことを相談する窓口」として用意されているのは、地方自治体や女性センター等に設けられた一部の窓口に限られる。「不妊を治療するのか否か」を含め、治療に関する必要な知識を得て、生殖医療や専門機関に関する情報を知ることができる「当事者のための相談と情報のための窓口」は行政機関にも未だ用意されてはいない現状がある。結果、現在も、不妊に関する知識や情報が不十分な状態で、当事者は医療機関の窓口を訪れている。

不妊治療が「社会性の強い医療モデル」であることを前提にすると、こと不妊治療は今以上に「社会化される必要性」を持つ。この実情からみえたこととして、医療者が所属する医療機関の外で、「相談相手がいない」、また「不妊を治療しようか選択を迷う」、更には「医療者に伝えられない問題」等を持つ当事者カップルに対する援助を、「当事者の声を聞きながら社会で構築すること」の重要性が明確になった。

4 「医療機関で扱わない問題」解決のための「臨床の場」

4-1 関係性の闇に介入する試み

先の課題をテーマに、2007年4月立命館大学

人間科学研究所臨床社会プロジェクトに生殖医療対人援助研究会（通称：TOFF研究会）が発足した。構成は生殖医療に携わる医師、看護師、心理士である。会では、各自の専門性を一つの視座に、その連携と協働により「子どもの誕生を願い不妊治療を選択する当事者」への援助を模索し、医療機関では成し得ない「新しい生殖医療の援助体系モデルを創造すること」を目的に不妊治療現場が抱える諸問題や課題解決に向けて議論が交わされている。本研究会の特徴は、不妊治療の医療者として現役である各自が、所属する医療機関ではなく大学の研究所にチームの拠点を置いたことにある。当事者にとって必要な援助体系を、営利を目的とせず医療機関の中で構築することは困難に等しいことがその理由にある。

現実には、カップルが子どもを持つか持たないかの決定は、カップル間のみで協議され結論づけられるとは限らない。互いの原家族を巻き込み、時には世代間・夫婦間の境界を越えた家族の問題として、個々に持つ生命観、倫理観、家族観等の哲学的な概念を含んで議論される。しかしながら、カップルが子どもを持つことに対する一般の支援もしくは協力手段を得ることは、現時点では不可能に近い。子どもを望んでも得られないことを不妊と捉え、医学的解決を求める以外には家族問題の解決手段が見つからないのである。一例を挙げると、カップルが互いのもしくはどちらかの原家族から「治療費の補助という経済援助を受けながら不妊を治療する選択」を余儀なくされるケースは多い。その背景には、「子どもをめぐる家族の問題」が見え隠れする。

一般に、拠り所も無く行き場を失った「不妊に悩む当事者」が生殖医療の窓口に救いを求めてたどり着くと、まず「治療するための手続き」が始まる。それ以前に「不妊治療の詳細を知り、抱える不安や疑問等を含めて安心して相談でき

る」窓口を設け、そこで生殖医療を熟知する専門家チームによる「治療するためではない治療説明」がなされ、個別に客観的な意見を求めることができる場を提供する必要がある。当事者の声から生まれたこの「当事者援助を目指す実践モデル」で「社会に開かれた臨床の場」として位置する研究会の現時点での目標は、「当事者のための援助を目的に、『不妊に関する専門性を持つ医療者と心理職者』が社会で機能することを旨とする」ことにある。

4-2 治療に関係する人々の対話

社会にスティグマとして浸透する「不妊に対する認識」は、不妊現象にある当事者たちを追い詰める。「不妊現象を解決する目的」でたどり着く不妊治療の医療現場には「不妊症の治療構造」が用意されている。医療社会学の医療化論という医療化とは「かつては病気とみなされていた現象が病気とみなされるようになり、医療の管轄下で統制されるようになる過程を示す」（野口 2006）。事実、「不妊心理に苦悩する当事者たち」に手を差し伸べ、温かく彼らを迎える場は、当事者の自助グループと医療現場のみである。医療者が社会で「当事者援助を目指す」ためには、生殖医療の主体である当事者の存在が不可欠となる。会では、当事者が主体的に参加することを広く求め、オープンセミナーを開催した。セミナーでは＜医療者－当事者－心理士＞が治療関係の外に、利害関係を超え社会的に関係することを試みた。複数の異なる専門家と当事者をつなぐ、このインターフェイスの取り組みには、そこで関係する各自に「新しい関係性」が生じていた。またそこでは、参加者の個人的経験に基づく様々な語りがあった。

生殖医療対人援助研究会（通称：TOFF研究会）の取り組み

第1回TOFFセミナー（2007年6月21日）

「不妊ストレスって何だろう？」

「セカンドオピニオンを受けるために」

第2回TOFFセミナー（2007年7月19日）

「知っていますか？妊娠率の仕組み」

「不妊ストレスとセカンドオピニオン」

第3回TOFFセミナー（2007年8月25日）

「あなたが選ぶ～あなたにとって『よい医師』・『よい病院』」

開催されたセミナーでは、「参加する当事者」と「開催する医療者」で協働する「臨床の場」をつくりあげた。他にTOFF定例会として2007年3月～9月までに全8回の研究会を開催した。定例会で取り上げた医療者の問題意識を整理し、当事者の意見が重要と判断したものから「セミナーのテーマ」として提起し、参加者に意見を求めた。医療現場では実現が難しいとされる＜当事者－医療者－心理士＞関係に交わされた対話は、「当事者援助を目指す」目標を超えて多様なディスカッションに変わり、多くの示唆を得られたので以下に述べる。

5 「臨床の場」が提起した「関係に潜在する問題」

5-1 治療当事者にかかる自費診療の時間的・経済的負担

ナラティブが「具体的な出来事や経験を順序だてて物語ったもの」をその基本イメージとする（野口 2006）と、次の、参加した女性当事者の声は「治療中の当事者が抱える不妊心理」を物語っているといえよう。

「先が見えないので、時間的・経済的に不安があり、妊娠しない状態は気持ちにゆとりがないと、行き場のない不満や不信に変わります」不妊治療の特性である「治療到達点がないこと」は、当事者にとって「先が見えない」という不安に変わる。女性には「妊娠可能な年齢に制限

がある」といわれ、年齢と共に妊娠率は低下する。働きながら通院するこの女性には、治療開始から「通院のため拘束された時間」が加わり、生活リズムに変化が起こっていた。不妊治療を選択した結果、「治療にかかる費用捻出のため働く女性の大半」には、時間的・経済的原因の相互作用から、さらに治療負担が増大する要因にもなっている（厚生労働省宛要望書2007）。カウンセリングで筆者が頻繁に耳にするこの「時間的・経済的負担から生じる不安に関する語り」は、医療現場で医療者に向けられることはまずない。また医療者からも、「金額の提示と了解」を求めることはあっても、「それを捻出する当事者の手段や労苦」を尋ねることもない。「不妊治療は女性の月経周期に合わせて進行する」という治療特性を理由に、医療者から時間制限を設ける必要があるのも事実である。このような経済的自己解決手段を持つ当事者カップルの中には、「医療者から提示された治療」に自費負担を捻出し、結果治療が不成功に終わる経験を繰り返す当事者も多い。

一般に、不妊治療には例外なく、経済的負担が治療する当事者カップルに重くのしかかる。不妊治療の目標は「病の完治」ではない。女性が妊娠することにその目標が定められている。妊娠することは「全ての国民が平等に生活するために必要な権利」とは認められず、医療保険の対象には含まれない。したがって、不妊治療に関わる薬剤・検査の多くに医療保険が適用されない現状がある。現行の医療保険制度で医療行為として認められる範囲は、不妊因子の除去、つまり不妊原因となる疾患に対する内服薬・外用薬・注射・手技等の治療行為と診療のみに限定される。結果、生殖医療の目指す「妊娠すること」への直接的医療行為は自由診療の対象となり、高額な医療費は当事者の経済的負担となっている。治療を選択した当事者のうち、原因が特定できない原因不明当事者は全体の約11～

30%とされ（平野1995；西村2004；中村2005），治療期間中そのほとんどが自費負担になる。基本検査に始まり，投薬・注射，更には人工授精となると一回につき数万円単位，体外受精は数十万円に及ぶ。料金も医療機関によってばらつきがある。規制が無いため，一定の基本料金さえも医療機関単位の判断で設定されている。また，不妊因子の治療が終了しても妊娠に至らない場合は，次の治療段階へステップアップするケースは多い。不妊原因がなくなった時点で，自由診療となり経済的負担は大きくなる。この「不妊を治療する選択をした当事者」にかかる経済的負担は，当然当事者の選別を余儀なくさせる。“自費負担が可能な”不妊を治療する選択をした当事者だけが，自らが望む高度生殖医療技術の提供を受けることができるのである。治療を選択する当事者の多くに，「治療費捻出のため働く女性」が多く存在する理由がここにある。NPO法人FINEが実施した不妊治療環境向上アンケート（2005.5）の結果レポート「不妊治療・経済的な負担を考える」からも，調査対象当事者246人のうち，約60%に当たる148人の方が「経済的理由により治療を中断した，もしくは，中断したいと思ったことがある」と回答している。不妊治療を受ける当事者の中には，お金が無いことによって治療を継続できず，子どもを持つことを諦めた方もいるという。この経済的側面も，既存の医療モデルとは大きく異なる点のひとつである。最近では，2004年公的支援制度として，国と地方自治体が折半し，「特定不妊治療助成金制度」が始まった。制度の概要は当時「体外受精および顕微授精（特定不妊治療）の治療費を，一年度あたり上限10万円，通算2年支給」であった。しかしながら，その額は当事者の経済的負担を軽減するには至っていないのが現状である。更には，一部に「不妊治療する社員やその家族を対象にした支援制度」を企業サポートとして導入を試みている民

間企業もある。果たして「働く職場の関係者に『自分もしくは家族が不妊治療を受けている事実』を伝える当事者意識」にはどう配慮しているのだろうか。職場や対人関係から生じる不妊ストレス要因は，その大半が「不妊心理に対する周囲の理解が得られないこと」と，社会に根強く残る不妊へのスティグマが原因である。

5-2 当事者が注目する妊娠率⁷⁾

～患者の期待に応える医療者たち～

2007年現在，国内における不妊症に悩むカップルは10組に一组といわれて久しく，その実際は6組に一组ともいわれる。2003年度厚生労働省生殖補助医療技術研究班によれば何らかの不妊治療を受けている人は466,900人（厚生労働省調査）であり，不妊カップルの約3分の1である（久保2006）。また，2004年度年間出生数1,110,721人のうち体外受精によって国内で誕生した子どもは18,168人と全体の1.64%を占め，実に年間出生児の61人にひとり以上が体外受精によって誕生していることになる（厚生労働省調査）。日本産科婦人科学会の2004年出生数調査によると，体外受精で出生した子どもは2004年までの累計で135,757人となった。しかしながら，不妊治療は体外受精だけにはとどまらない。人工授精，排卵周期にあわせて性交を持つ指導をするタイミング法，または排卵誘発剤を用いる方法等で妊娠・出産にいたる複数の治療法があり，それらを含めると国内の年間出生数のうち何らかの不妊治療によって生まれた子どもの割合は更に高くなる。

上の日本産科婦人科学会の出生数調査から明らかになった体外受精児の出生割合と同様に，法の改正と共に「病院情報を公開」する医療機関も増えた。最近では，医療機関のHPが充実している。治療方針・病院案内・基本的な治療説明等を紹介し，他にも，病院スケジュール，イベントの紹介など多岐に渡り，訪れたものの

目を引く。

医療機関の中でも、不妊治療を専門に扱う医療機関のHPは特に充実している。治療内容を詳細に説明し、病院のコンセプトや、医師の経歴・家族構成・趣味等の項目が記載され、メール相談を受け付けている機関もある。単科の個人クリニックにおいてはその傾向が顕著である。各クリニックのコンセプトを広く当事者に解説し、治療情報が公開されている。このHPの中で、ほとんどの医療機関に表示されている「妊娠率」という用語がある。主に生殖年齢にある女性の年代別、各治療段階別に「妊娠する確率」を示す。一般には、物事の成否を質的ではなく数量的に表現する「達成率」が、物事の成否や価値を決定する絶対的基準として安易に受け取られる傾向がある。例えば、視聴率や合格率は「達成率」と同様に、社会に習慣的に使用されることが多い。医療用語としては、手術の成功率、治癒率、遺伝する確率、発症率、生存率、回復率等が用いられる。

生殖医療領域では、基礎知識として「結婚して2年以内に妊娠する確率は90%」とされ、「自然に夫婦関係をもち、2年を超えても妊娠しない場合は不妊症を疑う」と定義されている。また、20歳代、30歳代、40歳代と年齢を負うごとに妊娠率は低下し、特に35歳を過ぎると極端に低下する、といわれる。また、自然妊娠、人工授精、体外受精ごとの妊娠率があり、年齢と治療段階を複合すると「一般化された自分の妊娠率」が算出できる。しかしながら、統計はあくまでも一般化された数値であり、個別に適用できるものではない。「参考数値」であることは広く社会に周知されていない。

妊娠率には、算定される規定が設けられていない。分子を「生児獲得数・妊娠反応陽性になった症例数・22週以降の出産数、他」にするのか、分母を「採卵症例数・胚移植症例数、他」にするのかで数値が変わる。更に、「体外受精

に年齢制限を設ける→高齢の患者を排除する」、「他院失敗例は受け付けない→長期に渡る不妊患者の受け入れ拒否」等を実施することでも妊娠率は算出することが可能である。この状況を、生殖医療に関わる医療者は認識している。対して、それを知らない当事者の中には、「高い妊娠率を誇る不妊治療機関」を求めるものも多い。医療者は「当事者が高い妊娠率を誇る医療機関を評価する」事実を知っている。

数字は評価しやすく、操作しやすい。重要なことは、医療機関別の妊娠率は「その実態が不明な数字である」という事実である。不妊医療機関が主に都市部に集中して乱立し、病院の生き残り競争が始まった現状においては、医療機関はさまざまな手段を使って「当院を受診するメリット」として高い当事者評価を得る努力に懸命である。自由競争は人間の意識を高め、その努力は結果に繋がる可能性が高い。現状の医療機関の自由競争は患者獲得を目的とするため、利用する当事者のニーズが重要視される。当事者が表面的な妊娠率にこだわる限り、自由競争の中で患者を集めようとする医療機関は、「当事者のニーズに応えるため」に妊娠率を向上させる恣意的操作を続けることになるだろう。医療者は「患者の期待に応えたい」と考えている。

一般に、医療者の目標は「患者を治療すること」にある。また、不妊治療は生殖を補助する医療行為である。したがって、不妊治療の治療目標を「患者が妊娠することとするならば」、「その手段としての、全ての医療者の行為」は正当化されることになる。しかし実際には、「自ら妊娠する可能性を閉ざされた患者」に「医療者から提供された新しい選択肢」は「不妊治療の結果」として社会に問題を提起し、＜患者－医療者＞関係は「問題を提起した当事者たち」となった。これは、既存の医療モデルの中で、「＜患者－医療者＞関係がもたらした結果」に

下した社会の評価ともいえる。しかしながら、社会が「問題発生を未然に防ぐ手段」を持たなかったことも重大な問題であろう。

不妊治療では、「子どもを望む当事者」のニーズは、「患者の望みをかなえてあげたい医療者」にその裁断が委ねられる現状がある。当事者の「不妊治療を選択する当事者意識」から「治療を受ける患者意識」への意識変換には、当事者自ら慎重を期する必要がある。当事者の意識が、「医療者との関係を決定する」。不妊治療の＜当事者－医療者＞関係は、既存の医療モデルの＜患者－医療者＞関係とは異質の関係性を有する。当事者は「妊娠したい患者」ではなく、「子どもを望む当事者」として医学的解決を選択し、医療者に「医療の提供と協力を求める自覚」を持ち、医療者との協働関係を確立することが最も重要である。

5－3 当事者の問題を「問題にしない」医療者

医療現場では、最近当事者の声に応えようと、アンケート調査や当事者の声を集める取り組みが活発である。ある個人クリニックで行った「通院する患者を対象に行ったアンケート調査」では多くの当事者の声が寄せられた。対してクリニックは、受付に女性コンサルジュを配置し、看護師に一流ホテルの接客サービスの研修訓練を実施し、施設内に高級感を取り入れるための改装工事を行った。他にも、不妊治療専門の医療機関を訪れると、まず設備の高級感と社交サロンを髣髴とさせるインテリアに驚く当事者も多い。そこは、まるで病院のイメージを払拭するかのよう、優雅で居心地のよい空間を提供している。カウンセリングルームで当事者の声に耳を傾ける筆者から見ると、「当事者の声が十分に反映された医療現場」とは捉えにくい。しかし、当事者の回答したアンケート結果には医療機関への要望として、長時間待合室で過す

際の「居心地のよい空間」を求める声が上がっていた。カウンセリングでは聞いたことのない当事者の声である。筆者は、直接には「その当事者ニーズ」を知らなかった。カウンセリングルームでの「当事者たちの語り」には、施設の改装やサービス向上だけでは改善されない「医療者に対するニーズ」があった。「当事者の声」を知ろうとする際、医療機関は「質問紙に提示した以外の当事者ニーズ」があることも考慮に入れ、「医療機関から患者に聞きたいこと」以外に「医療者に対して患者が言いたいこと」を知らなければならない。また、当事者も医療機関に対して「何を求めるのか」、更には医療者に対して「何を期待するのか、また何が問題なのか」を明確にする必要がある。

上の例からは、「当事者の声を医療現場に反映する」というより、当事者の問題を「問題にしない」医療サイドの対応が考察できる。

医療はいま効率化を求めている。乱立する不妊医療機関の競争は激化し、病院は独自の営業を始めた。セミナー参加当事者が語った男性医師は、診察室に入った患者に席を立て一礼し、丁寧な挨拶を交わし、巧みな話術で治療進行を促す。そこには、＜当事者－医療者＞関係にとって最も重要な「対話する時間」は用意されていないかったという。

一般に、医療者の手中にある患者のカルテには、検査結果の数値が並び、その評価に基づく治療説明には、患者として疑う余地さえ残されておらず、当然のことながら患者はその知識も持たない。一通りの治療説明が終了すると、医師の命令で看護師に手続きが任される。どの医療機関であっても、大半の看護師は、医師の意に反する行為は原則として許されない。進行する治療に対して「同意があるものとして」手続きを進めることが日常の業務になっている。「多くの看護師はその関係に苦悩している現状がある」ことをセミナー参加看護師は語った。

過去に、筆者はある年配の男性医師から「カウンセラーは苦情を聞く人でしょ？」というカウンセリングに対する認識を聞き、耳を疑った経験がある。セミナーでは、当事者女性から「不妊カウンセラーは必要ない。患者には医師から詳しい説明をしておけばいい、と言われた」、「不妊カウンセリングは70代後半の名誉院長がします、と説明を受けた」（セミナー参加者アンケート結果より）という意見が寄せられた。

当事者の声を聞こうとする医療者の他にも、「当事者の問題を『問題にしない』医療者」が確かに存在している。

5-4 当事者の本音が聴けない医療者たち

患者の情報は医療者にとって不可欠である。初診時の問診表には、カップルの結婚年齢・家族構成・避妊期間・治療歴や薬の副作用等多くの質問に対する回答が求められる。ほとんどの場合、患者の個人情報である問診表を元に、検査や治療計画が組み立てられる。しかしそこには、患者の希望や要望、求めるもの・求めないもの、困っていること・悩んでいること等の記入事項はない。患者が医療者に求める機会が準備されていない。

以下は、セミナー参加後研究会にメールを送付した30代女性当事者の文面である。

「(前略) 治療に主体的に向き合う大切さをあらためて感じる事ができました。私事として、気まずい思いを抱えている先生に対して、患者としてこういう点に不安を感じたので、こうして頂けると有難いということを思い切ってお手紙してみようと思います。そんな勇気が湧いてきました」

実際の治療場面では不安を感じることもさえ「医師に語れない当事者たちの苦悩」が上の文面から十分に推測できる。医療者は「当事者の本音が聞けない自分の問題」として真摯に受け止めなければならない。

一般に、医療者は「対話する訓練」を受けることが少ない。カウンセリングを学習する過程で最も重要なこの訓練は、「聞き取る訓練」とは異なる性質を持つ。この差異を知らない医療者の中には、カウンセリングを情報収集に利用しようとする者も存在する。彼らは個人的に、患者の話や抱える事情に関心は無く、苦情や不満を知りたいと考えている。実際は、患者にとっての「不満や苦情」は「不安や苦悩」とは異なった意味を持つことは明確である。前者は対象を持つが、後者は「患者自身の抱えるもの」である。この場合、対象は医療者となる。この違いを医療者が、どう聴き、何にどう応えるのか、が重要になる。また一方で、当事者にある患者意識は不妊治療の医療者関係にマイナスに作用する。不妊治療は「治療する当事者の選択と意思」によって進行する新しい医療であることを、当事者は自身に問い直さなければならない。

6 結果と考察

「生殖をめぐる関係者」が対面したインターフェイスの構造を持つ「臨床の場」からは、多くの接点と摩擦する界面が見えたので以下に結果を考察する。

5-1では、医療場面では語ることのない当事者の声が、直接医療者に渡された。患者として医療者に向き合う際には、決して問題とならなかった「当事者の抱える経済的負担」による不安と苦悩である。この問題は、医源性要因によるストレスに繋がる問題であるが、必ずしも医療者が「自身の問題として抱えるもの」とは限らない。しかしながら、その事実を医療者が「当事者の抱える問題」として知り、十分な対話によって治療進行に配慮し、当事者の声を聞きながら「妊娠することを援助する」ことの必要性が新たになった。

5-2は、「医療者が当事者に向けて提起した医療情報」のひとつである。広く流通している妊娠率には、その数値では評価しきれない医療の体質が潜んでいた。「それを知って欲しい」と医療者から当事者に向けられた情報である。

5-3は、「当事者と心理士の語り」から得られた示唆である。これは、現実「医療現場で起こったこと」として提示された。医療者はいま「当事者のニーズを知りたい」と考えている。それに回答する当事者の声は、こういった形で医療場面に反映されうるのだろうか。「問う医療者」と「回答する当事者」に向けて投げかけられた疑問でもある。

5-4には、＜当事者－医療者＞の関係に心理士が課題を投げかけた。相互対話は一方通行では成り立たない。「きく、話す」という「人間を関係づける」基本的コミュニケーションは、実に単純で難しい。しかしながら、この困難な作業もその関係から摩擦をとり払うならば、そこから生まれる信頼関係が良好な対人関係をつくる。その動機付けとなる示唆であることを願う。

以上、「当事者から医療者」に直接手渡された苦悩、そして当事者と医療者が持ち帰る「自身で抱えるべき問題」、そして、＜当事者－医療者＞関係を再考するための課題等が、「インターフェイスの構造を持つ臨床の場」で互いに直接手渡された。そこでは誰もが「聴く者」であり、また「語る者」でもあった。全ての関係者の個人的な物語は「語ること」によって整理され、更に「聴くこと」によって互いがエンパワメントされたと考察する。

まとめ

不妊治療の医療場面には表出しない「不妊治療が提起する社会問題」は、何に起因するのだろうか。「臨床の場」が我々に提起した多くの

問題や課題は、共通して「医療では扱わない問題」であった。そして、それは紛れもなく、医療行為を除いた＜当事者－医療者＞関係の界面に表出した。研究の実践から得られたこの手がかりを元に、本稿で記述できなかった、残された多くの課題を、「今後のセミナーのテーマ」として対人援助の視点で追求する。「連携と協働」でつくり上げるこの「臨床の場」が、多くの「子どもを望む当事者たち」の「対話する場」として機能することを期待したい。

インターフェイスを導入した「臨床の場」の試みは、始まったばかりである。これまでに参加した、医師・看護師・心理士・当事者を含む参加者全員が、各自のフィールドに帰り、「自身が得たもの」を日常に生かしていることを願う。

筆者は、勤務する生殖の医療現場に戻り、「臨床の場」で得た多くの課題や示唆を抱える自分が当事者に向き合い、また、共に働く医療者たちに「それを伝える」。

医療現場で対面しながらも「治療場面では対話することの少ない」当事者と医療者が、社会で対話の機会を得るために、今後もこの試みを継続したい。そして、その実践に多くの関係者の参加を求めている。

本稿では論述しきれなかった残された課題を「今後の課題」として研鑽を積み上げていく所存である。

以上

注

- 1) 朝日新聞 (2006.3.11) 医療ルネッサンスNO.3813「病院の実力 不妊治療5」
- 2) 荒木晃子 (2007) 立命館大学応用人間科学研究科修士論文「不妊カウンセリングの固有な機能と必要性～不妊治療の対人援助に関する研究～」より
- 3) 夫の精子を第3者女性の子宮に医学的に注入し、妊娠・出産してもらう。遺伝上、半分は父親、半

- 分はサロゲートマザーと呼ばれる代理母（卵子提供者）となる。
- 4) 夫婦の受精卵を第3者の女性の子宮に入れ、その女性が妊娠・出産する。遺伝上、子は両親の遺伝子を引き継ぐが、産みの母はホストマザーと呼ばれる代理出産をした女性となる。
- 3), 4) のいずれも日本産科婦人科学会では、国内の実施は認められていない。
- 5) 毎日新聞 (2006.10.30) p3 論 産婦人科医・根津八紘VS明治学院大教授・柘植あづみ
- 6) 「生殖補助医療をめぐる不妊当事者の行動と意識」(2007.5) ライフデザインレポート5-6月号～不妊当事者を対象としたアンケート調査結果より～ NPO法人 FINEと(株)第一生命経済研究所共同で行った生殖補助医療についてのアンケート調査結果
- 7) 毎日新聞 (2006.8.10) 「不妊治療施設 基準完備は17% 体外受精妊娠率も格差(施設ごとの体外受精による採卵1回あたりの妊娠率は0～75% 平均25%)」, 「妊娠率のばらつきは治療技術の差ではなく、治療を受ける男女の状態の違いが原因。妊娠率が極端に高い施設は、必要ない人に体外受精している可能性もある(厚生労働省研究班班長・吉村泰典慶応大教授)」
- 他にも、妊娠率は個人別・医療機関別にばらつきがある。
- 厚生労働省国立社会保障人口問題研究所「出生動向基本調査」.
- 平成14年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働化学特別研究「生殖補助医療技術に対する国民の意識に関する研究」(主任研究者: 山縣然太郎) において推計された調査時点における患者数.
- 野口裕二 (2006) 「ナラティブの臨床社会学」. 勁草書房.
- 平野睦男 (1995) 「女性不妊症」星和彦 編 「不妊治療とそのケア」所収. メディカ出版.
- 松本亜樹子 (2007) 厚生労働大臣柳澤伯夫宛「性腺刺激ホルモン製自己注射及び自己注射のためのペン射剤の承認要望書」. NPO法人FINE理事長.
- 森崇英・久保春海・高橋克彦 (2006) 「コメディカル ARTマニュアル」. 永井書店.
- 村岡潔 (2004) 「不妊と男性」. 青弓社. 第1章不妊と男性をめぐる問題系22
- 中村はるね (2005) 「赤ちゃんが欲しい人の本」. 10
- 西村理恵 (2004) 「不妊と男性」. 青弓社. 第3章 不妊を支える男性たち 103
- 日本産科婦人科学会 (2006) 「日産婦誌」58 (9) 「平成17年度倫理委員会・登録・調査小委員会調査報告」. 1554-1579. 体外受精(顕微授精を含む)での累計出生数: 2004年の報告では135,757人だった.
- 主婦の友社 (2006) 主婦の友生活シリーズ 赤ちゃんが欲しい. 29, 12-21, 図6-7
- 白井千晶 (2003) 「不妊当事者の経験と意識に関する研究」調査報告書.
- 鈴木秋悦 (1986) 「トビックス生殖医学」. 医学書院81.
- 鈴木秋悦・久保春海 (2005) 「不妊ケアABC」. 医歯薬出版株式会社.
- 田中俊之 (2004) 「不妊と男性」. 青弓社. 第5章「男性問題」としての不妊
- 柘植あづみ (2001) 「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.
- 上杉富之 (2005) 「現代生殖医療—社会科学からのアプローチ—」. 世界思想社.
- (2007. 9. 28 受稿) (2007. 12. 7 受理)

引用文献

- 江原由美子 (2002) 「生殖技術とジェンダー」. 勁草書房.
- 久保春海 (2001) 「不妊カウンセリングマニュアル」. 株式会社メジカルビュー社.
- 久保春海 (2006) 第3回日本生殖医療心理カウンセリング学会学術集「ARTを取り巻く社会的環境におけるカウンセリングの役割」.
- 厚生労働省 2004年の出生数: 1,110,721人「人口動態統計」.