

研究ノート (Study Notes)

不妊現象の構造化と臨床社会的概念に関する考察

～不妊と個・家族・社会～

荒木 晃子

(立命館大学衣笠総合研究機構)

Consideration Regarding Structuration of Sterility Phenomena
and Social Practice Concept

—Sterility and Individual / Family / Society—

ARAKI Akiko

(Kinugasa Research Organization, Ritsumeikan University)

Sterility has belonged nowhere in society so far. Apprehending sterility as 'phenomena', I will try to structuralize sterility phenomena occurring 'mentally and physically' through clarifying 'what sterility is'. In addition, focusing on the relationship between sterility and individual / family / society, I will consider 'events which phenomena provide' and problems. On this paper, I will give some thought on clinical social concept of sterility phenomena based on the knowledge by the clinical practice, considering 'social phenomena derived from sterility phenomena' that emerge from the relationship of this systems through structuration of sterility phenomena. The Social Practice concept of sterility is the concept given from the Parties concerned Practice.

Key Words : structuration of sterility phenomena, pathology of the relationship, social practice concept of sterility, parties concerned practice of sterility

キーワード : 不妊現象の構造化, 関係性の病理, 不妊の臨床社会的概念, 不妊の当事者臨床

はじめに

1978年イギリスで世界初の体外受精児（試験管ベビー）の誕生後、最先端科学の発展により、生殖の医学領域は飛躍的な進化を遂げた（ジャック・テスタール、2005）。国内では、その5年後の1983年、東北大学で国内初の体外受精（ART）児が誕生して以降、その数は年々増加傾向にある。日本産科婦人科学会の報告（2008）

によると、2006年度年間出生数1,092,662人中、約1.8%に当たる19,587児がARTにより出生し、誕生した児約55人中1名がARTにより誕生したこととなる。同学会による2005年度報告では、ARTで出生した児は、約61人中1名であった。

生殖医療の進化に伴い、医療現場から提起される社会問題にも変化が起こった。1973年、国内産科医療施設で起きた「赤ちゃん取り違え事件」の報告¹⁾以降、「受精卵取り違えミス」、「人

工授精の際誤って夫以外の精子を注入」などの報告がある(2009)。最近では、2009年2月、香川県で起きた「受精卵取り違い疑惑(2009)」が医療訴訟となり、報道各社の新聞紙面をかざった。過去にも、代理母²⁾問題の他に、代理懐胎(出産)で、「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」が大きな社会問題として注目を集めた。さらに、近年、国内で認められていない卵子提供や代理出産を国外で実施するカップルは増加傾向にあるが(川田, 2007)、海外でも、提供卵子で誕生した子どもを巻き込み、日本人男性の親権をめぐる社会問題として提起された結果、夫婦の関係が破綻したケース(2008)も報告されている。以上から、産科領域の医療者が扱う対象は、出生した児から出生前の生命の萌芽へと生殖医療技術の進化とともにその形態を変え、それに伴い、社会に提起される問題の性質も変容を遂げた経緯がある。

本稿は、医療事故そのものを問題として取り上げるものではない。筆者が抱いているのは、ARTでの出生数の増加に伴い、今後、児が出生する前・後に起こり得る「関係性の問題」に対する危惧である。生殖医療技術のさらなる進化は、医療者が扱う対象の形態の変更を余儀なくし、結果として、そこで発生する「子どもをめぐる問題」をさらに複雑化する可能性も否めない。児の出生以前であれ、出生後であれ、「子どもをめぐる問題」には社会的責任が伴う。果たして、不妊という現象にあるカップルの「子

どもができない」という子どもの問題」に、社会が担う責任はないのであろうか。前述した、生殖医療の医療現場が提起する「社会的な問題」の渦中には、そこに関係する当事者カップルとその家族、そして近年では、出生前の生命の萌芽が関係している事実がある。社会は、いま、「不妊の問題」を当事者に由来することの危険性に注意を払わなければならない。

1 研究の目的

不妊は、社会的にはサイレントマイノリティの位置づけであると筆者は考える(荒木2009)。社会的マイノリティは当事者に不利益をうみ、スティグマに変わりやすい。「生殖にまつわるたくさんの『不』の要素³⁾」は、すべての当事者の「カップル・家族・医療者・周囲の人々との関係性」に強く影響を及ぼし、当事者を生殖医療に追い詰めることにつながりかねない。筆者は、先行研究(荒木, 2008)の中で、「当事者は、不妊心理に起因する自己否定感や罪悪感等の観念から、自己にあるビリーフの喪失を招き、疎外感・孤独感をもたらすことで、さらに、『関係性の問題』が生じる要因となっている」ことを論述した。引き続き、現在も、社会に留意した臨床の場で参加当事者たちの声を頼りに研鑽を積むなか、「生殖医療に向かう当事者たちの導線に、『社会的な要因』が大きく影響すること」を更に実感している現状がある。また、人類学者の柘植(柘植, 2001)は、「(前略)生殖は、身体的/生理的な現象である以上に、文化的/社会的な現象である」ことを前提に、「不妊を治療するのは患者のため」という意識を持つ医師の対面に、医療に不満を抱いている患者が多く存在すること、さらには、不妊の医療化は、「不妊を『問題』とする社会的な状況を、

1) 赤石 英 東北大学教授(法医学)昭和48年日本法医学会発表事例「日本における赤ちゃん取り違い事例」概況報告 1957年から1971年までの14年間に全国の産院施設で起きていた、32件の赤ちゃん取り違い事件を熊本で開催された日本法医学会で学会発表。赤石によると、当時諸外国における同種の事件は6件だった。

2) 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)

3) NPO法人Fine(代表 松本亜樹子)スタッフブログ 2008年3月4日「エッセンスだけでも」より抜粋

個人の身体の問題にすり替えてしまう」ことが最大の問題であることを指摘している。

生殖に起きる問題として不妊を捉えるには、柘植のいう「身体的/社会的な現象である以上の、文化的/社会的な現象」としての不妊現象の実態を、現象の渦中にある当事者と共に探る必要がある、と筆者は考えた。そこで、「不妊現象は関係性の問題要因となっている」ことを前提に、その問題が提起される社会で関係する、医療者、当事者とその家族、さらに社会との関係性を視野に、不妊の臨床社会的概念を構築することとした。

本稿の向かう目標は、それぞれの関係に潜在する問題要因を探りながら、そこで問題として生起される不妊現象の実像を捉え、それを手ごかりに不妊現象の構造化をはかることである。さらに、そのシステムを解明することで、既存の「不妊の概念」を解体し、再構築したうえで「不妊の社会化」を目指すことにある。

2 研究の方法

前述した問題意識を前提に、筆者は、カップルを核とした「不妊をめぐる社会的関係性の問題」に着目した。論中で述べる「当事者」とは、男性もしくは女性個人をいわない。不妊はカップルの問題であり、その治療もカップル単位であることから、「不妊当事者の単位はカップルである」と本稿では定義する。

なお、本論は、筆者の主宰する立命館大学人間科学研究所生殖医療対人援助研究会（通称TOFF研究会）の研究活動の一環として、生殖医療の現役医師・看護師・男性心理士と共にセミナーを開催し、参加する当事者カップル・医療者・援助者の調査協力を経て、不妊の問題解決を探る社会臨床（インタフェイス）から収集したデータ（荒木、2009）に依拠する。さらには、勤務する生殖医療の現場で、医療者と通院

する患者カップルの協力を経て実施した先行調査から抽出したデータ（荒木、2006）にも依拠して議論を組み立てている。また、目標とする「不妊の臨床社会的概念の構築」は、社会に留意したインタフェイスの場⁴⁾で、医療者・心理士が当事者と共に創った当事者臨床から生まれる概念である。

本稿には、筆者が心理士として勤務する生殖医療施設⁵⁾での医療臨床と、研究活動の拠点（大阪市・立命館アカデミア）での社会臨床（アクションリサーチ）、そして、自身を含む不妊当事者のナラティブが起源となる当事者臨床の3つの定点がある。この3つの定点から抽出した、「生殖医療の現場から聞こえる患者の語り」と、社会で当事者援助実践を目的に開催するセミナー⁶⁾参加者の「社会臨床の語り」を資源に、「不妊現象が起因となった事象の実際」を考察する。加えて、「生殖医療現場は、当事者の臨床場面の一部であって、すべてではない」ことを前提に、生殖の臨床の場を社会に位置づけ、「生殖の社会臨床」という視点で論述する。また、先行研究（荒木、2008）で論述した、不妊当事者に内在する「不妊心理の3つの独自性」と「生殖医療の治療特性」は、本論に欠かせない重要な論拠となっている。

3 不妊の〈医療・社会・当事者〉臨床からみえたもの

3-1 社会的枠組み

当事者カップルの不妊の問題が、極めて社会

4) 立命館大学衣笠総合研究機構人間科学研究所 生殖医療対人援助研究会（通称TOFF研究会）

HP：<http://toff.site-station.net/>

5) 島根県 内田クリニック 婦人科HP：<http://www.uchida-clinic.info/> 初診時間診表参照 施設で採用している現行のインタフェイス・シートは、荒木（2006）に一部修正を加えたもの

6) 立命館大学衣笠総合研究機構人間科学研究所 生殖医療対人援助研究会（通称TOFF研究会）開催：TOFFセミナー 2007.6～2009.4までに全15回開催（於：立命館アカデミア大阪）

的な性質を帯びていることは、はじめに述べた諸事例からも明らかである。しかしながら、社会には、“子どもができない”という「子どもの問題を持つ家族」にある「社会的な問題」としての認識は薄い。日本の文化・社会に潜在する「不妊に対する認識」は、慣習的に「女性は子供を産んで当たり前」といった性役割や、家督継承等として潜在している。

過去に、不妊は、先端科学、生殖医学の他に女性学、文化人類学、医療社会学等多くの領域で研究が積み上げられてきた。古くは江戸時代に、子どもを産めない女性は石女(うまずめ)、男性は石男(うまずな)と呼ばれて(白井, 2004)以降、時代は変わったが、不妊に対する偏見を伴った社会的概念は容易には変化していない。現在では、不妊症という医学的な定義とは別に、前述したように「生殖は、文化的/社会的な現象である」という視座がある。著者の柘植は、医療情報の開示が行われていない実際に疑問を投げかけている。筆者もまた、医療情報の開示が行われていない現状には、法整備と管理システムを含む国家規模の社会的対策が必要であるという立場をもつ。

「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、不妊を男性の問題として「男らしさと生殖能力の関係」について論ずる男性心理の先行研究(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」があることは明確である。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、時にはこころを病むことも少なくない。生殖医療の心理士・平山(平山, 2007)は、人格の障害を疑うほどの精神状態にある患者が増加し、いわゆる「困った患者」への対応の放置は診療体制の崩壊の危険性があることを指摘している。

本研究では、不妊を「生殖に起きる現象」と

してとらえ、その不妊現象を「関係性の問題要因」として社会に位置づけた。「生殖とは、『異なる性』が関係することによって、新たな生命を創造するいとなみであり、その関係は必然である」ことを前提に、「不妊とは、『異なる性』が関係し、新たな生命の創造を望んでも、その二者関係では達成しないという、関係性に生じる社会的な問題である」と提起する。対人関係とは社会的関係をいうのであるから、不妊を取り巻く関係性の問題には、社会的な解決が不可欠であるといえよう。

3-2 不妊現象の構造化

3-2-1 基本構造

最初に、当事者臨床の視点で不妊現象の構造化を試みる。

不妊とは、カップルが子どもを持ちたいと願い、性交渉を試みて妊娠を目指しても自然には妊娠しない、というカップルの状況をいう。つまり、不妊が現象として表出するには、「関係するカップル」に「子どもができない(=関係できない)」という条件が前提となる。以上からも、不妊は、「関係することで生起する現象」であるといえよう。従って、不妊当事者の単位はカップルとなり、女性パートナーが不妊、男性パートナーが不妊といった、個別の状況はいわない。その基本構造としては、「からだの現象」と「こころの葛藤」の二つが柱となる。からだの現象としては、全く妊娠しない・妊娠しても継続しない(複数回流産を繰り返す)・(双方が努力しても)性交渉が成立しないなどの特徴がある。からだの現象には、必然的にこころの葛藤が伴う。こころの葛藤とは、「子どもが欲しいけれど妊娠しない」状況に対して、悲嘆・苦悩・絶望等を伴う自己不一致をおこしている状況をいう。つまり、「子どもを求めるこころ」と「子どもを産めない・つぐれないからだ」の乖離現象とも言い換えることができる。結果と

して、不妊現象とは「からだの現象」と「こころの葛藤」を統括した状況をいうのであって、どちらか一方、もしくは、いずれの状況にも属さなければ不妊とはいえない。不妊治療は、構造化した不妊現象のうち、「からだの現象」を医学的に解決しようという手段であり、「こころの葛藤」は不妊治療では解決しない。実際に、例えば、児をもうけた後も、不妊（治療）を体験したからだに残る記憶は、当事者を「その人たらしめる一部」となるのであって、これが、不妊体験を容易に払拭できない当事者が多い所以である。

3-2-2 からだの現象 ～産めない・つくれな いからだ（身体）～

筆者は（自身がそうであったように）、不妊当事者がその現象を語る際、自身を「子どもを産めない・子どもをつくれなからだ」といった言葉で表現する場面を、援助者である現在も頻繁に経験している。本来ならば「産む・つくる」機能を持つからだを前提に、それを否定することで、自分のからだを語っていることになる。立場を変え、当事者以外の他者が「その現象にある当事者」を表現する際には、「子どもを産めない女性だ」、「子どもをつくれな男性・女性だ」となり、当事者に起きている「からだの現象」でその人を語る事が頻繁にある。この慣習は、当事者にとっての偏見や差別、さらには深い傷つき体験に変わることが多い。「からだの語り」は、例えば障がいがあっても、病があっても、からだを持つその人にとっての状態の良しあしが判断基準となる。日常会話の中で、子どもを欲しくない人は、「子どもは？」との問いかけに、「いらぬ・欲しくない・つくれな・考えたことがない」と明確にこたえることが多い。この問いかけが、不妊当事者に向くと、その意味付けは一転し、その関係に陰りを落とすことにつながりかねない。不妊現象は、

他者にはみえない。からだを通して、カップルで確認する現象である。その現象を“どうとらえるのか”を当事者が自ら伝えることで、他者の理解を得ることが可能になる。以上のように、不妊を「からだの現象」として捉えると、不妊を自身がどう表現するかで、生活する環境の社会的基準を定めることも可能である。自らが不妊現象をどう捉えるか・表現するか、また、その現象にどのように対応するか・できるか、で決定するといっても過言ではない。

次に、医学的にも、不妊の身体的現象は、痛み・発熱・悪寒等の身体病状や一般診療における基本検査で異常数値が出ることはまずない。日常生活に支障をきたすような身体症状や検査数値があれば、医療者はまず、不妊症以前に別疾患を疑うであろう。結果として、「何らかの疾患が原因」の不妊症という診断が下るケースは多い。一例をあげると、不妊症要因の一つである子宮内膜症などの原因疾患を疑った場合、その原因疾患を治療することは、妊娠を目指すカップルにとっては重要な選択肢となる。ここで注目すべきは、不妊治療を体験した女性たちには、その治療特性が原因で特有の現象を生起する、という事実である。治療中の不成功（妊娠が成立しない）を月経周期毎に繰り返す体験は、その都度「妊娠できないからだを自覚する意識」の強化につながる。結果、度重なる「からだに対する肯定感の喪失」が、自己否定や欠損感を招くのである。

以上、不妊現象とは、妊娠に至るはずの日常生活を繰り返しても妊娠しないという、カップル関係を前提とした『女性のからだ物が語る現象』である。したがって、不妊現象の医学的解決を目指した場合、「不妊治療の特性は『女性のからだの現象』への意識を強化する」ことには注意を払わなければならない。実際に、この事象は、不妊現象が生殖医療と関係することで生起され、治療中の女性が苦悩する重大な問題

要因として表出している。

3-2-3 こころの葛藤 ～不妊心理の独自性～

不妊現象をもつからだに内在する「こころの葛藤」は当事者の精神的負荷となり、やがてこころの健康を阻害する要因にもなりかねない。本稿の2で、「こころの葛藤」が原因で変化した心理状態を不妊心理ということは述べた。不妊心理には、①自己信念性要因、②環境・対人関係性要因、③医源性要因の3つの要因がある。①自己信念性要因は、自己のビリーフがその根底にあり、女性は子どもを産まなければならないといった性役割意識や、家督継承のために子どもは必要といった、日本文化に根差した慣習的な家族意識等にその特徴がある。②の環境・対人関係性要因とは、①を内在した個人が他者との関係性に生じるストレス要因である。3-2-2で論じたように、不妊という現象の捉え方如何で、他者との関係性の問題要因に変わることは多い。特徴的には、カップル関係の（男性観・女性観）意識のずれ、義両親からのプレッシャーや旧友からの妊娠報告などは、その関係に影響をあたえる一因となる。③医源性要因とは、不妊治療開始後に生じる心理的ストレスである。この要因は、不妊治療の特性がその原因となっている。その特性とは、「治療はカップルがひとつの単位である」という前提で、女性に大きな治療負荷がかかることの他に、不妊治療は社会性の強い医療モデルであり、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ち、妊娠するとは限らない到達点のない医療である、ことをいう。医源性とは、生殖医療システムの特性をいうのであって、医療者の要因はいわない。しかしながら、患者にある不妊心理の独自性と治療特性を鑑みると、＜患者—医療者＞関係には細心の注意を払うことが求められる。さらに当事者は、妊娠に協力するパートナーが存在し、「こころの葛藤」と「からだの

現象」を医療機関に相談した時点で不妊症の診断がつく。当事者にとっても医療者にとっても、不妊現象の医学的解決には、病を持つからだの証は必然であり、不妊心理を内在した状態で当事者は不妊症患者に変わる。生殖医療機関を訪れる大半の当事者には、すでに不妊心理が潜在しており、医療者と関係した時点で、それは完成されることになる。不妊心理の特徴の一つに強い背反性が見られるが、その根底に、「大半の当事者に強い自己否定感や罪悪感が生じるのは、『願いがかなわない自分のからだで生きる』ことへの葛藤」がある。不妊心理が女性のみならず、「男性にも共通してみられる特徴」であることは、筆者の先行研究（荒木、2006）で明らかになっている。

4 当事者臨床からみた「患者になった当事者」の実際

以下に、生殖の医療現場に通院する「患者になった当事者」の実際を述べる。

生殖の医療現場に訪れる当事者たちは、実に多様である。一例をあげると、婚姻関係にないカップル、性交渉を持たないことを“自然な関係”とするカップル、結婚するために妊娠したいというカップル、妊娠するが出産に至らない女性、さらには、パートナーの一方が子どもを望んでいないカップル、パートナーの一方が治療を拒否しているカップル、また時折、親から（または家族から）強要されて通院するカップルなどが実在する。なかには、夫婦が離婚するかしないかを不妊治療で子供が授かるか否かの結果で決断する、というカップルも存在する。いずれも、カップルのいずれか、もしくは双方、また稀に、カップル以外の家族の誰かが子ども（孫）を持ちたいと願い、結果として、不妊治療を選択していることには違いない。誰かの、何らかの動機の上に、“カップルが不妊を治療する”ことを前提に通院している。過去に、筆

者が出会った当事者たちは、共通して、かれらの社会背景と日常生活の中に（治療する）事情をかかえていた。すでに患者となった当事者が、その状況を医療者に語る機会を得ることは、医療現場では困難に等しい。医療施設では、診療時間を通して、常に忙しく医療者たちが働き、待合室に待機する患者の待ち時間短縮に懸命な姿がある。その状況を目の当たりにした当事者たちは、通院する事情を医療者に伝える機会をもたないまま、不妊治療はすでにスタートしていた。確かに、先に挙げたさまざまな事情を持つ当事者たちは、不妊を治療する選択肢と権利を持ち、また、医療者には、（医学的には）治療を希望する患者を拒否する理由はない。いかなる事情があっても、不妊症の診断がついた時点で＜医療者—患者＞関係が成立し、基本検査から始まる不妊治療が開始される。

確かに、この現状に満足する医療者・当事者がいる事実も否認できない。しかし一方で、この現状の改善を目指し、独自の対応策を導入する施設もある。一例として、筆者の勤務する生殖医療のクリニックでは、初診時間診表のなかに、男性用・女性用のインタフェイス・シート⁵⁾を導入している。これは、不妊心理を内在する当事者への心理アセスメントとして医師・心理士・看護師に共通するツールとして採用されたシートである。シートは、不妊を治療する選択をした当事者カップルが自身に内在する不妊心理を明確化し、カップル双方が動機付けを相互確認し、治療開始からその終結まで良好なカップル関係を維持することを目的に系統的援助を目指して作成された。国内の生殖医療関連施設では、他にも、看護師や生殖医療に勤務する心理士等が、各学術集会等でさまざまな課題に取り組む状況が報告（荒木他、2008・2009）されている。

5 不妊現象と当事者の関係性

次に、不妊現象と当事者の関係をとらえ、不妊現象の問題要因に言及する。

不妊は、子どもを自然には得られないという“カップルの体験”を通して、女性のからだが証明する現象であることは先に述べた。カップルに“子どもが産まれない”というからだの現象の対象に、“子どもが欲しい”と願う動機が潜在し、葛藤が生じている状態がその特徴にあり、「こころの葛藤」と「からだの現象」が共存する状態が不妊現象である。「からだ」と「こころ」の関係がバランスを崩している状態、ともいえる。例えば、“子どもが産まれない”という事実があっても、“子どもが欲しい”と望んでいなければ不妊とはいえない。従って、妊娠しない事実すべてを不妊とは呼ばない。その状態は、子どものいないカップルという家族関係であって、不妊ではない。また、不妊症とは医学的定義であり、「不妊症＝不妊現象」ではない。不妊症は、不妊現象を治療する＜患者—医療者＞関係に定義される診断名である。当事者が不妊を治療する際には、子どもができない現象に、子どもが欲しいと願う動機があり、「不妊を治療する決断」がカップルの共通認識となっていることは必須である。

以上のように、不妊現象は、個人には「こころとからだの関係」に、また、当事者には「カップル関係」に、関係性の問題要因となり得る可能性がある。また、「不妊という夫婦の問題」を家族に相談すると、＜当事者—家族＞関係に起こる家族問題に変わり、さらには、不妊現象を医療者に相談した時点で、＜医療者—患者＞関係にある「不妊症治療の問題」に変わるのである。このように、不妊現象は、あらゆる関係に「関係性の問題要因」となる要素がある。言い換えれば、不妊現象は「関係性の病理」と同

様の性質を持ち、結果として、不妊現象が『その関係』に潜在することで「関係性の問題」が生起するといえる。更に、その関係に深く浸透した場合、関係性の危機、破綻、もしくは崩壊を招く恐れがある。臨床社会的にいうと、関係性の病理とは、家族病理などに代表される社会病理と類似する。いずれの関係の問題要因となろうとも、その結果は、不妊現象の単位であるカップルに還元されることには違いない。不妊の問題は「関係性の問題」であって、個人に還元される性質は持たない。

6 不妊現象の臨床社会的考察

不妊現象の医学的解決手段を選択した場合、「不妊症」として治療されることは前述した。では、不妊現象の社会的解決を目指す場合は、不妊現象をどう捉えればよいのだろうか。「不妊を社会的にとらえること」を目的として、現象が潜在するその関係性を視野に、臨床社会的考察を加える。

6-1 個と不妊

人の発達段階・成年期の「生殖性」という発達課題（中西，1997）に、不妊現象は重大な阻害要因となる。その意味では、不妊は生殖性の危機ともいえる。さらには、不妊心理の独自性のうち、自己信念性要因が、その危機に深く関係することには注意が必要である。これまで、生殖性という発達課題は個と家族のテーマであった。しかし、生殖の問題に医療が介入する現在では、「カップルの性の問題」と「子どもをめぐる関係性の問題」をはらむ、「古くて新しい現代社会のテーマ」となりつつある。

不妊現象は「関係性の問題要因」であるという前提で、生殖性の危機として不妊を再考すると、「個の問題」としてではなく、「二者以上の関係にある問題」として提起される必要がある。

ここでいう二者とはカップルをいうのであり、「カップル（＝夫婦）が核となる家族」に生殖性の危機が生じる、といいかえることができる。次世代カップルの不妊現象は、親世代の「孫を持つ可能性」をも奪う。個がパートナーを得て家族形成するプロセスで不妊現象を体験することは、世代を超えた家族の問題となり、危機を招く可能性は大きい。家族の危機が、カップル関係の悪化・離婚、さらには、世代間を巻き込み、親兄弟の対立や関係崩壊など、修復不可能な家族問題となることには注意が必要である。

さらに、近年、女性の晩婚化に伴い、女性の生殖年齢の終焉期にパートナーを得た後不妊現象に遭遇すると、“女性の生殖年齢の身体的限界が目前に迫る”カップルの緊急課題となり、残された時間内で早急な解決を目指す当事者たちの苦悩がある。実際に、筆者が出会う苦悩する当事者たちの中にも、40歳を超えて不妊治療を開始した晩婚の女性たちが多く存在する。「女性の生殖年齢」と不妊現象との関係は、生殖年齢にあるすべての女性に情報提供され、社会で周知される必要がある。今後は、時代を見据え、女性の限定された生殖年齢に配慮した、新しいライフコースの指針を視野に入れた社会規範の再構築が求められるであろう。

6-2 家族と不妊 ～原因を個に由来する危険性～

不妊現象は、「関係性の病理」と同様の性質を持ち、家族病理になり得る可能性がある事は5章で述べた。また、6-1にあるように、不妊現象は「個の問題」ではなく、個と個がつくる家族（＝カップル）に、動機（＝子どもが欲しい）が生じた後生起される現象であることを鑑みると、不妊現象が家族関係に及ぼす影響は計り知れない。家族システムに、子どもの持つ役割は大きく、「家族のライフサイクルと発達課題（平木，2001）」にあるように、個から家族

形成への課題を獲得した次の段階に「子どもを持つ決心」という課題を獲得して以降は、その生涯を通して「子どもの成長と発達」と共に家族システムは発達する。不妊現象は、この段階で「関係性の病理」として家族関係に潜在することとなる。

3-2-3にあるように、不妊心理の独自性から生じる関係性の問題は、カップルの関係に深い溝をつくる可能性が高い。さらに、時代を超えて慣習的に社会に残る、家督継承・性役割意識といった、日本文化に根差す家族観を鑑みると、子どもの問題には、義家族関係・原家族関係といった、あらゆる家族が関係する可能性も否めない。実際、生殖医療現場には、義母または実母を伴って受診する女性も実在する。

一般に、病や障がいをもつ当事者には、まず、その家族が援助の担い手となることは周知の事実である。また、病や障がいを持つ当事者の家族は、多くの課題を抱えていることが多い。社会には、「当事者を援助する家族」を支援する制度やシステムが用意されている（崎山治男他編著、2008）。しかしながら、不妊現象に苦悩する当事者の家族関係に関しては、その限りではない。一例として、不妊現象が個（または、カップル）の苦悩として、「義家族に問題提示された場合」に生じる義親や親族との関係性の悪化は、日本の社会慣習を鑑みると予測可能な事象である。半面、＜嫁—義親＞関係や、＜婿—義親＞関係が、最も身近な援助者となるケースも稀ではない。また、＜娘—実親＞や、＜息子—実親＞の既存の関係性如何では、当事者にとって最も大きな問題要因として浮上するケースも少なくない。この場合、問題を「個人の原家族に問題提示」しても、家族の協力が得られない場合がある。皮肉にも、原家族との対立や不和を義家族に相談した時点で、より深い義家族関係に発展する一因に変わる場合もある。さらに、「不妊を女性の問題として認識する社会」

の現状では、潜在する男性不妊要因を顕在化することなく、「女性が妊娠できないことが問題」として、家族に提示されることもあり、より複雑な関係性の問題に変わるケースも稀ではない。結果として、不妊現象は、従来の関係性に変化をもたらす。問題のなかった関係が悪化したり、距離のあった関係が協力関係に変わるなど、その変化は、個人にある、性差意識・世代間意識・認識のズレなどの要因とあいまって、その関係に変化を与える現象であることは明らかである。

「不妊はカップル単位の課題」と筆者が提起した理由のひとつはここにある。不妊という家族問題の要因を個人に由来するもの（病気化）としたり、カップル以外の他者（第三者）がその解決の選択肢や決定権（パワー）を持つ場合には、カップル関係、またはカップル双方の家族関係に大きな亀裂を生む可能性が大きい。実際に、不妊が原因で離婚するカップルや、関係の悪化に悩む女性の多くは、カップル以外の他者の介入による、関係性の問題に苦悩している。

不妊当事者が、その現象のなかで社会を生き抜くためには、（夫婦）同盟を結び、それを核として、さらなる「カップル関係の強化」をはからなければならない。また、世代間境界を明確にすることで、時代にそぐわない社会慣習の呪縛にとらわれことなく、「カップルの意志と決断」が尊重される「不妊問題解決の選択肢」の達成を目指さなければならない。この「古くて新しい家族の問題」は、今後、高度生殖医療が家族形成に大きな役割を担う「近代家族のテーマ」として新しい時代に生きる家族の課題となるであろう。

6-3 不妊と社会 ～偏見という関心，無関心というスティグマ～

不妊は「当事者にさまざまな“不”をもたらす現象である」ことは先に述べた。その沢山の

“不”を払拭するために生殖医療機関を訪れる当事者は年々増加傾向にある。しかしながら、近年、社会に広まる「不妊は治療すればなおる」といった認識には、遠くで警鐘を鳴らしたい。生殖医療は、その治療特性にあるように、「保証のない治療契約」、つまりは、妊娠するとは限らない医療である。社会に残る「不妊に対する偏見」が払拭されていない現状では、不妊に対して「医療に偏った社会的関心」が広まることは、結果として、当事者にとってさらなる苦痛をもたらすであろう。不妊を治療する当事者は、妊娠して治療を終えるより、妊娠せずに治療を終える可能性が高いのが不妊治療の実際である。一方で、当事者たちが勇気を持って声を上げ、また、生殖医療の医療者が情報を開示しても、「不妊に無関心の社会」では、当事者のカミングアウトはスティグマに変わり、医療はさらに閉じた領域となる危険性もある。筆者は、社会にある既存の不妊概念は、不妊現象にある当事者を生殖医療に追い詰め、患者になることを促進し、結果として、子どもを持つことを強要することにもつながりかねないことに危惧を覚える。

近年、先天性・後天性の各疾患が原因または原因不明の不妊症、また、性同一性（障がい・症候群）など個別の形態から、「子どもを持つか否か」また「子どもを持つ手段（養子や生殖医療等）」の選択など、生殖に関わる個の多様な選択肢は時代とともに変容を遂げつつある。また、先行研究（小長谷，2008；荻野，2008）にもあるように、すでに、学術的にも新たな局面を展開し、人類の未来を見据えた新しいライフコースとして社会に構築されることの必要性に直面している。対して、現在不妊現象にある当事者、また過去に不妊現象を体験した当事者やこれから体験するであろう未来の当事者たちは、彼らの現在、そして未来のライフコースを“どう生きるか”の指針をもたない。生殖と不

妊現象が生起する「関係性の問題」は、現代社会に提起された課題となった。

7 結論と考察 ～不妊の臨床社会的概念の構築にむけて～

社会には、現在も、不妊の属性はない。世代間継承もなく、科学的根拠も存在しない。語り継がれる偏見と、生殖医療への偏った関心、そして、「病として治療する」医学的手段があるのみである。養子や里親制度は、不妊の解決手段とは断言できない。それらは、「子どもができない」という前提で、「子どもを育てる」もしくは、「親になるため」の社会手段である。不妊現象にある「関係性の問題」解決のための、代替手段といえなくもない。しかし、当事者にとっては、医学的解決であれ、養子・里親制度を活用した解決手段であれ、不妊現象に惑わされることなく自ら決定できれば、多様な社会的選択肢となる。注意すべきは、いずれの選択肢にも、「不妊現象が起因する関係性の問題」のすべては払拭できないことにある。この問題は、今後の課題となった。

不妊は、生殖の過程に起こる出来事であり、生殖ではない現象である。人には生殖期間があり、不妊を治療する期間も限定される。その限られた接点のなかで、「からだの現象」の医学的解決手段として、生殖医療は当事者カップル・家族・社会にとって有用である。同時に、前述した不妊現象の概念を前提に、「こころの葛藤」を伴う不妊現象には、その援助も必要となる。からだの現象を診る医療者とは異なり、こころの葛藤を援助する心理士の必要性（平山，2009；荒木，2006）の根拠がここにある。心理士の必要性は生殖医療現場に限定されたものではない。不妊現象は、家族の問題として表出する社会臨床的な課題であり、その限定された期間と「からだの領域」に生殖医療は接点を持つ。その観点からすると、社会には、生殖医

療にたどり着くため、また、治療を終結したのち、「子どものいない家族のライフコース」への「導線」が用意されるべきである。さらには、治療を選択した当事者が安心して通常の社会生活を送るための支援体制の整備が求められる。現在、様々な調査で計上される、不妊に悩む当事者数や、現在不妊治療中のカップル数は、自ら声をあげた当事者である。一方で、不妊であることを伝えた時点でスティグマに変わる社会の水面下に潜在する不妊当事者数が統計以上であることは、疑う余地もない。近年、少子化問題に対応する様々な社会の取り組みが整備されてはいるが、生殖医療に「家族の問題」を任せたまの現状を鑑みると、いずれも十分とはいえないのが実際である。

8 まとめ

筆者は、不妊を現象としてとらえている。不妊現象は、確かに、当事者やその家族、そして社会に「関係性の問題」を提起していた。「不妊現象に起因する社会事象」は、その関係に顕在化した「関係性の問題」を明確に反映していた。その事象の中で、当事者とその家族、そして生殖の医療者を中心に、関係する人々の戸惑いや苦悩があった。筆者には、その様相はまるで、社会は、科学の限界を極めるべく進化する生殖の医療技術に依存し、自らが担うべき責任を回避しているかのように映る。

論中では、不妊現象が「個・家族・社会」のそれぞれの関係に映し出した「関係性の問題」の足跡をたどり、現象がその関係に潜在して起きた「関係性の変化の特性」を記述した。今後も引き続き、現象の特性を論述することで、結果として、不妊現象の全貌を描きたいと考えている。確かに、不妊現象は、社会的関係に潜在し、問題を提起する現象であった。筆者は、提起された問題を手がかりに不妊現象を構造化

し、次の課題である「不妊の体系化」に向かうことを目標に論述した。

本稿では、不妊現象に起因する諸所の問題から、「不妊とは何か」を、不妊を体験した当事者臨床の視点で捉えなおし「関係性の問題」として社会に提起した。次に、不妊の臨床社会的概念の再考を試みた。筆者は、社会に慣習としてある既存の不妊の概念に疑念を抱いている。不妊という現象そのものが解明されぬまま、現在まで、社会には確かに「不妊の概念」が潜在していた。無念にも、いまだに、疑念の払拭には至っていない。以上もまた、課題として残った。

本研究の最終目標は、不妊の社会化にある。同時に、現在も不妊現象に苦悩する多くの当事者とその家族の援助体系の確立を目指したい。すべての関係性の水面下に潜在する課題と問題に言及する形で、そこに浮上する社会事象をつなぎ合わせ、不妊現象の実像をとらえるまで、引き続き、“当事者たちの声”に耳を傾けながら、医療臨床、当事者臨床、社会臨床を統合した臨床社会的研鑽を積みあげていく所存である。

以上

引用文献

- 荒木見子 (2006) 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～. 立命館大学大学院修士論文 第2章, 6-13.
- 荒木見子 (2008) 不妊心理に起因する「生殖医療の問題」に関する一考察. 立命館人間科学研究, 16, 81-94.
- 荒木見子 (2009) 不妊心理をめぐる「生殖と医療」の援助臨床実践報告～サイレントマイノリティの社会化～. 立命館人間科学研究, 18, 63-75.
- 荒木見子・内田昭弘・永島百合子 (2009) 医療者から心理士へのリファーポイントに関する一考察～治療環境向上のための連携に向けて～. 日本生殖医療心理カウンセリング学会第6回学術集会, p16.
- 荒木見子・内田昭弘・永島百合子・森山弘恵・先久幸・坂本ルミ (2008) 生殖医療の現場における看

- 護職と心理士の連携—事例を通し両者の役割と連携のあり方を考える—。日本生殖医学会雑誌, 53(4), p252.
- 平木典子 (2001) 「シリーズ『教育臨床セミナー』② 家族との心理臨床—初心者のために—」。第5章, 垣内出版.
- 平山史朗 (2007) 「産婦人科治療『不妊治療の問題点とその対策』」。95(2), 永井書店.
- 平山史朗 (2009) 不妊診療に生かす心理学の基本。日本生殖医療心理カウンセリング学会第6回学術集会, p4.
- ジャック・テスタール (2005) 「透明な卵〈補助生殖医療の未来〉」。第1章, 法政大学出版局.
- 川田ゆかり (2007) 「いつまで産める? わたしの赤ちゃん」。第6章, 実業之日本社.
- 小長谷有紀編 (2008) 「家族のデザイン」。第1章—第2章, 東信堂.
- 中西信男編 (1997) 「人間形成の心理学—ライフサイクルを解明する—」。第1章, ナカニシヤ出版.
- 日本産科婦人科学会誌 (2008) 60(12), p502.
- 西村理恵 (2004) 「不妊と男性」。第3章不妊女性を支える男性たち, 青弓社.
- 荻野美穂 (2008) 「『家族計画』への道—近代日本の生殖をめぐる政治」。第6章, 岩波書店.
- 齊藤清二・岸本寛史 (2003) 「ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践」。第1章, 金剛出版.
- 崎山治男・伊藤智樹・佐藤恵・三井さよ編著 (2008) 「〈支援〉の社会学 現場に向き合う思考」。第3部第7章—第9章, 青弓社.
- 白井千昌 (2004) 「不妊と男性」。第4章, 男性不妊の歴史と文化, 青弓社.
- 鈴木伸一 (2008) 「医療心理学の新展開—チーム医療に活かす心理学の最前線—」。第1章, 北大路出版.
- 田中俊之 (2004) 「不妊と男性」。第5章, 男性問題としての不妊<男らしさ>と生殖能力の関係をめぐって, 青弓社.
- 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—」。序章, 第2章, 第7章2節, 松籟社.
- (2009. 3. 3 受稿) (2009. 6. 8 受理)