

不妊治療に見られる経験の構造

— 「期待」という人間の在り方 —

宮原 優

はじめに

現在、10組に一組、あるいは7組に一組のカップルは不妊であるといわれている。このうちどれほどの割合がいわゆる不妊治療を受けるのかは定かではない。不妊治療は疾病や外傷の治癒・進行の緩和を目的とする他の医療行為とは全く異なる。「子を望んでいるが2年以上得られない」カップル⁽¹⁾は、その原因が明確であろうと、不明であろうと、さらには「どこにもこれといった原因が見当たらない」ことが明確であってさえも「不妊」であり、「治療」の対象となりうる。そしてその「治療」のゴールは、治療を受ける当事者の何らかの身体症状の改善や状態の変化ではなく、「子を得る」ことであるとされる。

こうした不妊治療を巡っては、1980年代から今日に至るまで多くの言説が見られ、また多くの議論が交わされている。不妊治療がどのように社会構造に組み込まれ、また社会に利用されているかといった社会学的視点から、安全性に対する疑問など、その論点は多岐にわたっている。そうしたなかで多くの研究が指摘するところではあるが、洋の東西を問わず、不妊治療あるいは「不妊」はしばしば「つらい経験」と記述される⁽²⁾。

本研究では不妊治療がどのように経験され、どのような「つらさ」が形成されているのか、その一端を垣間見ようとする。そのさい、不妊治療の経験の大きな要素として「期待・希望」に注目したい⁽³⁾。私がインタビューした数名の方々の語りの中で、また多くの資料の中で、「期待・希望」の表現はことさら私の興味をひいた。不妊治療を受ける「患者」はもちろん「期待」を胸にして治療を開始する。しかしながら曖昧で見通しの立たない治療の日々のなか、身体的苦痛や高額な治療費は否応もなく独特の「期待」を惹起する⁽⁴⁾。その「期待・希望」は彼らを支え、背中を押してくれる非常に大きな要素であり、治療の継続において不可欠でありながらも、一方であまりに儂く弱弱しく、彼ら・彼女らを追い詰め、失望させる当のものでもある。この研究が注目するのは、不妊治療そのものによって、こうした子を持つことへの「期待・希望」が強化、増大させられている点、さらには「子を持つことは何より優先されるべき良いことだ」という規範を強化させられている点である。「期待・希望」をキーワードに、不妊治療

がどのように経験されているのか、分析、考察を進めたい。

本研究において、筆者によるものであることが明示されているインタビュー（対話）は筆者が対面形式にて行ったものである。研究協力者にはあらかじめプライバシーポリシー⁶⁾を説明したうえで了承を得て、対話を録音させていただいた。本研究で引用した箇所は研究協力者本人に目を通していただき、筆者の研究の関心を説明したうえで了承を得たものを掲載している。

1. 「出口のなさ」「堂々巡り」としての「ステップアップ」—不妊治療の輪郭

不妊治療における「期待」の強化を分析する前に、まずは不妊治療の根本的な構造がどのように経験されているのかを概観したい。筆者とNさんの対話を見てみよう。3年間の不妊治療を経て子どもを得たNさんは、不妊治療について「出口がない」と言い表す。「それは、どういうこと？ 明確なゴールがないということ？」という質問に、Nさんは次のように語った。

「うーん、何ていうか、深みにはまろうと思えばどこまででもはまっていけるから。これで試してだめだった。でも一度じゃ意味がないからって、何度も繰り返す。それでだめだったら、じゃあ次はこうしてみます？って医者に言われる。それをまた何回かやってみたら、じゃあ次はこの注射打ってみますか？とか……そうやってずっと続くのね。本当に、出口がない。」

「……それは、こう、体にもしんどいの？」

「いやー、やっぱり体はすごいつらいよ。最初、クロミッド〔広く服用されている排卵誘発剤〕で気持ちが悪くなって、でもそのうちやっぱり、注射とか薬も増えてくから、何のせいで体調悪くなるのかもよくわかんなくなつてー。……うーん……あと、お金もすごくなるしね。これでだめだったらもっと高い注射、みたいに……そういう意味でも、どこまで続けるのかな、続けられるのかなって、毎日毎日どきどきしながら、ずぶずぶと……」

Nさんはまた別の機会に「堂々巡り」という表現を多用していた。Nさんのいう「深みにはまっていく」とは、また「堂々巡り」とはどういうことか、不妊治療のプロセスを確認しておこう。治療方法はケースによって、カップルの状況によって当然異なる。ここでは参考までに、ルミコさんの4年間にわたる治療の流れを示し、一般に「ステップアップ」と呼ばれている治療の過程を確認してみよう（ルミコ2012）。「なかなか妊娠しないな」と思って産婦人科を訪れたルミコさんは、4年間のうち次のような治療の流れをたどる。彼女の辿った治療過程はかなり一般的なものである。

排卵のタイミングを見極めながら生殖行為を行う、いわゆるタイミング法をとりながら、ホルモン値測定、ホルモン負荷テスト、卵管造影検査を受ける。それ

らの結果には何ら問題がなかったため、さらに精子が滞りなく子宮に届いているのかを調べる、ヒューナーテスト〔子宮の中の精子の数を確認するテスト〕を受ける。ヒューナーテストを4回受けたのち、AIHと呼ばれる人工授精〔排卵日に、採取した精液を凝縮し、子宮に注入する〕を試み始める。排卵を促したり、卵子の質を高めたりするために様々な薬を服用し、また様々な注射を試みる。なかなか育たない卵子の成長を促すために、連日注射を打つ。それでも一年半妊娠せず、残りの卵子がどれくらいあるのかを測定する検査を受ける。あまりよくない結果を受け、ルミコさんはIVFと呼ばれる体外授精治療に切り替える。この時点で、最初に産婦人科を訪れた日から二年近くが経っている。一般的に体外受精は数多くのステップを踏み、排卵誘発から始まって判定へと至るまでに最短でも3週間ほどかかる。ルミコさんの体外受精にはおよそ一か月が費やされ、費用はだいたい50万円かかったという。体外受精そのものの条件がなかなか整わず、長い足踏みをはさんで2回目の体外受精を試みる。その試みによって希望がかなうことはなかったが、ルミコさんは治療を終了させた。

このように、不妊治療にはいくつかの段階があり、一つの方法でうまくいかなかった場合にはより高度な治療へと移行する。この移行は一般に「ステップアップ」と呼ばれる。「ステップアップ」ということばはあくまで治療の高度化を示すものであって、患者の状態の変化を示すものではない。では、患者の状態はいかなるものであろうか。不妊は明確な原因がないことも多い。そのため、「こうすればよい」「この状態ならひとまずは安心」などの明確な指標がない⁶⁾。ここに、多くの他の疾病との決定的な差が表れている。「患者」は「子を授かる」という目的に対して自分自身がどのような状態にあるのか、つまり前進しているのかおもしろくない状態にあるのか全く把握できず、きわめてあいまいで見通しのきかない、漠とした状況におかれる。把握できるのはただ「妊娠したかそうでないか」という結果のみである。しかもこの「結果」は、おおよそ30日ごとに望むと望まざるとにかかわらず通告される。というのは、「妊娠していないことのサイン」である月経に直面せざるを得ないのである。不妊治療において月経が「リセット」と呼ばれることからよく表れているように、月経は「治療の失敗」の通告となり、同時にまた「治療のやり直しの必要」を意味する。自分の状態がいわゆる「良くなっている」のか「悪くなっている」のか、漠然としてわからないまま、そして「何をすればひとまずは良い」のか明確な客観的指標も与えられないまま、おおよそ30日ごとにひたすら「失敗」と「やり直し」を通告され続ける。進んでいるのか、あるいは意味があるのかもわからないこの道のりが「堂々巡り」と言い表されていると考えられる。

そしてこの「堂々巡り」は、「患者」にとって生活の中心にならざるを得な

い。というのも、不妊治療は「月経・排卵」といった身体の生理的サイクルに従って予定がたてられる。このため、「患者」は自分自身の都合とは関係なく病院に通わなくてはならない。さらに治療後はしばらく動けないほど気分が悪くなる、ホルモンバランスが崩れて集中力がなくなるなど、長期にもわたりうる大きな身体的負担が課される場合が多くある。このため、不妊治療のために仕事を辞めたという女性、パートタイマーに変更したという女性も決して少なくない。こうして不妊治療は莫大な費用、時間、労力、配慮を要する。つまり、不妊治療は患者の生活の中心であることを要するのである。

こうした不妊治療の環境の特徴として、価値観の固定化、密閉性とそれに伴う多様性の喪失が挙げられるだろう。柘植は、「患者」の置かれる不妊治療の医療現場が、「子どもがいたほうが良い」という社会規範を内在化させていることに言及する(柘植1996: 166)。例えば、柘植は「患者」が医師に「仕事と子ども(=不妊治療)とどっちが大事なんだ」と叱りつけられた例に言及している(柘植1996: 238)。不妊治療経験者への聞き取り調査の中では決して珍しいわけではないこの例はまた、医療環境そのものが「子どもを得ることは仕事よりも大切」「子どもがいたほうが幸せ」「いたほうがいいに決まってる」という価値観、思い込みを前提してしまっていることを示唆している。不妊治療において治療に携わる医師は「治療」を、すなわち「子を得ること」をのみ目的とする。またこの「治療」において「子を得ること」が最も価値の高いものと見なされる。そしてそうした態度は患者のニーズにある程度一致しているものでもある。つまり、異論や疑義がさしはさまれにくく、価値観が固定化されやすい環境であると言える。さらに柘植は、不妊治療にあたる医師たちに「女は子をもって一人前」「子どもがいないのはかわいそう」といった社会的規範が内在化されている場合があると指摘する(柘植1999)。こうした態度は「患者」に接するさいにも前提される場合がある。こうした関係や価値観は、診察室の中のみとどめ置かれるものではない。先にも述べたように、不妊治療は体のサイクルに従って施されるため、「患者」の全生活は「治療」のプログラムに即して組み立てられる。つまり「患者」は、「子をもつこと」が幸せであり、価値があり、それが専らの目的であるような価値観の固定化した環境の中に、数年にわたって身を置くのである。

さらに今しがた見たように、「患者」の多くは「古くからの友人」「仕事」など、様々な目的や価値観を備える多様なコミュニティを抜けていく。受診のタイミングが選べず、また体調に大きな影響を与える「治療」と「仕事」は両立しがたいのである。また、不妊治療に苦勞する場合、子供のある友人や何の苦もなく子を授かった友人とはなかなか素直に話しづらく、話題も見出しにくい。不妊治療を周囲に隠している場合には、自分のことをほとんど話せないことから、なお

さら孤立しがちである。すなわち「患者」は、多様な価値観の中で自分を相対化し、見つめなおすような機会を失ってゆく。こうして「患者」にとって不妊治療そのものが生活の中心となる。つまり、患者はもっぱら「子を得ることこそが目的であり、最も高い価値をもつ」ような環境のなかで生活することになる。

人間にとって、周囲の環境から独立した価値観を構築することは極めて困難である。多様性が排除され、ただ一つのことだけが価値をもち、それに即して他の物事が価値づけられていくような環境のなかで、「患者」の欲望や子を持つことに対する期待、その価値に対する思い込みは強化されていく。「患者」は容易に「子を得ることは何よりも大事」「子どもがいたほうが良いに決まっている」「どうしても子供が欲しい」と考えるようになっていくのである。こうした規範は既に社会に広く見られ、子のない人々を圧迫し、不妊治療の動機ともなっている。この規範は、不妊治療そのもののなかでますます強化されていく。

ではこうした状況において、患者は何を経験しているのだろうか。不妊治療の過程は、「降りるに降りられないベルトコンベア」(浅井1996)「出口のないトンネル」(毎日新聞取材班 2013)「真っ暗なトンネル」(渡邊2010)と言い表される。なぜこれが「降りるに降りられないベルトコンベア」あるいは途中で抜け出すことのできない「トンネル」と言い表されるのだろうか。不妊治療における「期待」の在り方を分析することによって、より具体的に治療の経験を考察したい。

2. 期待と失望—さまざまな期待

資料 A

以下は、筆者 (M) と N さんの対話の一部である。

N 「(「一喜一憂せず、淡々とこなせ」という医師の言葉を振り返って) ……こっちは、行けるだろうと思って毎回やってるわけだから、毎回我慢してふんばってるわけだから。がっかりするとかへこむとか言われてもね」

M 「今回はいけるかも、とか、今度こそは子供が、っていう……？」

N 「うん。かかるお金もすごいからさ。『今回はこんなにかかってるんだから絶対いけるはず』とか思って、何ていうか、気合が入るし。っていうか、期待しちゃう。『こんなに(お金を)かけたんだから、さすがにいけるでしょう』とか。……いや、それ、考えてみるとおかしいんだけどね。」

M 「いやいや、でも、それはそうだよ。そう思っちゃうよ……」

N 「うん。すごく痛いときとか、ものすごく調子悪くなったときも同じで一。これで子どもができるんだって思うから耐えられるんだよね。……『絶対じゃない』とか、

『期待しすぎちゃだめだ』って自分で自分に言い聞かせるけど……期待しちゃうよ。期待ってうかそううかの飛び越えてもう、ベビー服とか買っちゃったことがあるよー」

資料 B

「hcg [確実な排卵を促し、さらに着床を助けるための注射であり、人工授精の前後に打たれる] より痛いという噂のフォリルモン [hmgと呼ばれる注射の商品名であり、多くの卵胞の発育を促す効果をもつ] さん。……注入のあいだはホントにこれが息が止まる痛み！ hcg がツーンとした痛みだとしたら、こっちはメラメラメラ〜みたいな。痛いを過ぎて熱い！ あービックリした！ 目が覚めた！ 痛いだけの効果を期待しちゃうね。」(ルミコ2012: 36-37)

2-a. 「代償」と「期待」の関係

資料 A、B に共通して見られるのは、強烈な「期待」である。これらの「期待」には顕著な共通の特徴が指摘されうる。

「患者」たちはもちろん、「子を授かりたい」「赤ちゃんができるといいな」と期待を抱いて不妊治療を開始する。「期待」は治療の動機である。しかしながら治療の中でこの「期待」は徐々に異なる様相を呈し始める。とうのは、「こんなに高額である、だから妊娠するのでは」「こんなに痛い、そのぶん期待してしまう」と、いわば「すでに代償を支払っているものに対する期待」として語られるのである。彼女らは「これだけ痛かったのだから……」「こんなに高かったのだから……」と自分の犠牲や努力の結果として、見返りを求めているようにも思われる。つまり、既に代償を支払ったものに対する見返りを求めているように思われるのである。しかし当然ながら、痛みや高額な治療費、費やされる膨大な労力は妊娠や出産を保証するものではない。いふなればそうした苦痛や労力はそもそも妊娠や出産の「可能性の前提となっているもののうちの一つ」であって、「代償」ではないのだ。ましてや「痛いぶんだけ効果」を期待できるわけでもない。Nさん自身が「考えてみるとおかしい」と言い表しているように、彼女らの「期待」は根拠を欠いた荒唐無稽なもののようにも思われる⁷⁾。しかし、これらの「期待」はたとえ「考えてみる」とおかしいことであっても、実は人間の経験の形成としてごく当然のものである。

不妊治療には大きな苦痛や痛みが課される。通常多くの場合、痛みや苦痛は望まれないものであり、予期せぬアクシデントとして生じる。ところが不妊治療における痛みや不快感は、アクシデントではなく、自ら進んで診療機関に赴き、待ち時間をすごし、診察室の中で服を脱いで診察台の上に乗らなければ生じない。

高額な費用がかかり、大きな痛みや不快が生じるとわかっていながらも積極的にそれらを引き受けられるのは、その先に自分の望む未来があるのではと思うからこそである。つまり、未来に期待しているからこそである。ここに見られる「期待」は、現在に対する未来の関係であり、「望ましい未来」を「現在の忍耐の理由」としてとらえることである。「患者」たちは、未来の喜びを現在の忍耐の理由にしている。逆に言えば、未来に喜びを見てしまうのでなければ、「患者」にとって現在は耐えられないものになる。この「期待」は、言うなれば「現在」における「未来」のエネルギーの先取りであり、未来によって現在を支える時間の在り方である。自身の男性不妊を明らかにした或る男性タレントは次のように語っている。「治療は楽しい作業ではないし、失敗すると何も残らない。『きっと未来がある』という思いだけに支えられている」（毎日新聞取材班2013: 63）。こうして「期待」は「患者」を動かし導くものであるだけでなく、「患者」の行為を、「患者」の「現在」を支えるものとなる⁸⁾。

このように、不妊治療を受けるために、ある種の「期待」が必要とされる。それは未来によって現在の苦しみを支えるためである。さらに、大きな痛みや苦痛に耐えようとすると、「期待」はそれらの苦痛の大きさに応じて、その苦痛を支えるにたほど強化される。あまりに強い痛み、あまりに強大な苦しみの場合、それらを支えるために、「期待」が「確信」に近いほどに強化されてしまうことがある。つまり不妊治療の中では、「きっとこれで赤ちゃんができる」と思わなければ耐えられないような痛みや苦しみが課されてしまうことがあるのだ。それまで経験したことのないような「痛いを過ぎて熱い！」と言い表されるような痛みを何度も繰り返したあと、ことさらに強く「期待しちゃう」と書き記すルミコさんの姿勢は、こうした人間の在り方を反映している。「患者」たちは、「こんなにがんばっているのだから、子どもができるはず」と思うようになっていく。強い痛みや苦しきは、「期待」を「確信」に近い形にまで変えてしまう、いわば「手ごたえ」と呼べるような役割を果たしてしまうのである。

先に見たように、不妊治療は妊娠や出産を保証するものではなく、あくまで「可能性の条件のうちの一つ」である。頭ではそうわかっている、しかし、妊娠や出産を「期待」しなければ受診は困難である。そして「期待」のなかで痛みや不快の実感は「子の獲得」を極めて強く思わせる「手ごたえ」として機能し、その「期待」をさらに高めて「確信」に近い形にすらしてしまう。

渡邊はその研究において、子を授からないまま不妊治療をやめた女性たちにインタビューを行っている。そのなかのある女性は自らの「不妊治療をやめる過程」について次のように語る。

「今までは『必ず子供を授かる』っていうのが強く意志としてあったから我慢できたけど、『駄目かもな……』って思い始めたときから、やっぱりそこが崩れていくんですよね。何かこう、(お金が)ザパッとなくなっちゃったみたいになるじゃないですか、結果が駄目だと。そこで終わっちゃうわけだから。別に捨てたとはまでは言わないにしても、何か無駄になっちゃったっていうような……」(渡邊2010: 311)

この言葉について渡邊は「終結をいよいよ意識したことで、今まで治療のために我慢してきたことや、治療に高額な費用を掛けていたことを『無駄だった』と感じるようになった」と指摘している(渡邊2010: 312)。「子どもを授かる」ことを期待できなくなっていったとき、すなわち望む未来によってエネルギーを先取りできなくなっていったとき、今まで耐えられていたはずの苦痛や高額な治療費は、彼女にとって「無駄なもの」になっていった。望む未来が見えなくなってしまったとき、「現在」の苦痛は行き場を失って、意味のないもの、耐えるに値しない無駄なものになっていったのである⁹⁾。

またさらに見落としてはならないのは、現在の苦しみを支える未来への夢や希望が、往々にして「患者」の欲望を一層強化してしまうという点である。ルミコさんはこう述べる。

「今の夫の夢は『息子とキャンプ』。……何もかも投げ出したくなることもあるけれど、夢見るのは自由。それで自分が元気になれるなら、どんどん妄想しないとね」(ルミコ2012: 78)

苦痛と不安に苛まれるルミコさんは、子を得て後の楽しさを「夢見て」「妄想することによって元気になれたという。Nさんもまた治療が辛いときに「カワイイ」と思ったベビー服を買ってしまったのであった。それを子に着せる場面を具体的に想像することによってつらさに耐えたと考えられる。「子供ができれば、これを買ってあげよう」「あそこに連れて行ってあげよう」と様々な希望や想像を膨らませることは、治療の日々を支えてくれる。しかしそれと同時に、こうした楽しい夢や想像によって、子を持つことに対する欲望は一層強化させられてしまう。そうしなければ、見通しのたたない日々には耐えられないからだ。いかなれば「治療」の中で、「治療」に耐えるために、「治療の成果」への欲望と期待が強化されていってしまうのである。

不妊治療は莫大な時間、労力、金銭、精神力を要する。言い換えると「患者」はあたかも試されるかのように、持てるものすべてを要求される。これらの要求に応じる理由として、「患者」は自分の望む未来にすがらざるを得ない。「これだ

け多くを費やしたのだから、きっとすばらしい未来が待っている」と。そうした期待は、一見すると合理的なものでは全くない。しかしながら、「期待」すること、確信に近い形で望むこと、そうしたエネルギーの先取りによってしか支えられない「現在」があるということを考えると、彼女らの「期待」はごく自然で妥当なものであることが理解されよう。同様に、自分の払った金銭や苦痛を「無駄」にしないために、自分を鼓舞して「期待」するしかない場合があることを考えると、この「期待」はまたなおさら人間の当然の在り方なのである。つまり「ここで諦めたら、今まで費やしたものが無駄になってしまう」という思いから、「子を得ることはきっと素晴らしいのだから、がんばらねば」と期待を余儀なくさせられる場合もあるのだ。こうして、「不妊治療」の経験そのものが、「患者」の期待を強化させ、欲望を余儀なくさせていることが指摘されよう。

2 - b. 失望の緩和・次への後押し

先に見たように、不妊治療は「こうすれば良い」「こうなればよい」などの明確な指標を全くと言っていいほど欠いている。進んでいるのか退いているのかも分からない曖昧な日々の中、治療における痛みや苦痛は「患者」に対して「確信」に近いような期待をもたらす、「手ごたえ」として機能する。またその強い期待によって、痛みや不快が耐えられ得るものともなる。だからこそ、次のような記述も見られるのである。

(…) 女性は治療の日々を「一番つらかったのは、自分の中での葛藤」と振り返る。「可能性が低いと分かっているけど期待してしまい、生理が来るとどん底になる。その繰り返しだった」。体外受精の技術が普及した今も、同様の葛藤に長期間苦しむ患者は多い。(毎日新聞取材班2013: 55)

可能性が低いと分かっているけど、治療の負担が重いほど、痛いほど、つらいほど、期待せずにはいられない。しかしその期待は月経によって「どん底」に突き落とされるという。Imeson と McMurphy は「希望と絶望のサイクル」を不妊治療の経験の本質の一つとして指摘している。次に注目したいのは、多くの場合30日ごとに「期待」を「挫折」へと至らしめる、月経の経験である。柘植は次のように述べる⁽¹⁰⁾。

その上、多くの人がつらいと感じるのは、身体的な苦痛や不快よりも、妊娠を期待していたけれども月経が来て失敗したことがわかったとき、あるいは流産した時だということです。そして、それが長期にわたり、いつ子どもができるのかまったく確証が

ないことだといいます。毎月妊娠を期待して「ダメだった」と知らされ、また次の治療サイクルに入る。それを何か月も何年も繰り返す。いつになれば終わるのかわからない。それがつらいのだといいます。(柘植 2010: 233)

この柘植の記述には二つのつらさが表されている。一つは月経を迎えることのつらさ。もう一つはこのつらさを何度も繰り返し、終わりが見えないことのつらさである。まずは月経のつらさを考えてみよう。不妊治療は多くの場合、数年もの長期間にわたる。「治療」が短期間で終了する「患者」はごくわずかで、多くの「患者」は数年のなかで数えきれないほどの「治療」を繰り返す。そして月経はその「治療」の失敗として経験される。言い換えれば「患者」は数えきれないほどの「治療の失敗」を経験するのである。Olshansky は不妊治療において「医療の失敗」と「個人の失敗」の差異が区別されがたく経験されていることを指摘する。つまり月経は自分自身の能力とは全く関係ない、「治療の失敗」なのではなく、「自分自身の無力」の宣告として経験されてしまうのである。

さらに、注目したいのは、「患者」において月経は卵子の廃棄としても経験されるという点である。Sandelowski らは、不妊治療の経験の本質の一つとして、「タイムリミット」を挙げる。卵子の数は限られている。さらには、そうした数的な問題だけではなく、また老化によって発育しづらくなり、受精しづらくなるという、卵子の質の低下という問題も生じる。「排卵された卵子が着床しないまま体外に排出される」ことを意味する月経は、当事者にとって卵子の減少という意味でも、1か月分の老いという意味でも、「タイムリミット」へと近づくつらい一歩なのである。不妊治療を行っていない女性が月経をそのような形で意識したり、「タイムリミット」への接近として経験したりすることは、おそらくほとんどないだろう。場合によっては月経の仕組みや妊娠との関連にすら無知な女性もいる。しかしながら不妊治療の「患者」は否応もなく月経と妊娠との関連を意識させられ、また、月経を妊娠可能な期間のカウントダウンとしてつきつけられる。

また「排卵された卵子を受精させ、赤ちゃんにすること」を期待し目指す「患者」にとって、月経は「赤ちゃんになれなかったもの」「赤ちゃんになってほしかったもの」の排出である。自らのタイムリミットを絶えず意識している「患者」にとって、月経は、限られた可能性のさらなる削減、限定された数の卵子の廃棄、赤ちゃんになったかもしれないものの廃棄にほかならない。当時不妊治療こそ受けていなかったものの強く妊娠を望んでいた T さんは、月経を迎えることがとても辛かったと語りながら、経血を「食べてしまいたかった」と語る。

「うーん、やっぱりつらくて……『ああ、もったいない』って……自分に（排卵や卵

子の数、卵子の老化などについての)知識があったからだと思うんだけど。卵子が何百となくあるっていても、年に12回しかないチャンスなわけだから。……つらかったな……もったいなくて、食べてしまいましたかった。食べたらもう一度体に戻せる気がして……体にもう一度戻したかった。」

このように、月経は「治療の失敗」「やり直し」にとどまらない意味を帯びて経験される。

こうした意味を帯びる月経を、「患者」が大きな失望と落胆をもって経験するのは当然であろう。そしてこの失望と落胆から「患者」の目を逸らさせるものは、患者を失望させたはずの「期待・希望」に他ならない。いかに月経が大きな落胆をもたらすものであれ、そこから二週間後には次の排卵が生じる。つまり、月にたった一度の妊娠のチャンスが再び訪れるのである。このチャンスに期待し、「次こそは」との欲望と意志を掻き立てることによって深い失望が緩和される。また、次を期待させることによって失望する「患者」を励ます医師・看護師も多い。ルミコさんは、不妊治療を始めてから一年目に妊娠の陽性反応を得るが、わずか6週目で流産してしまう。深い悲しみのなかにあるルミコさんに、医師は「妊娠したことは大きいんだから、妊娠できるんだ！ってことがわかって、前向きにいかないと！」と励ます（ルミコ2012: 78）。また別の医師は「これは大きな大きな前進ですよ」と声をかけ（ルミコ2012: 65）、ルミコさんの母親は優しく「あなたには希望がある」と言葉をかける（ルミコ2012: 69）。このように、周囲が「期待」を促し、「希望」を示唆することによって「患者」が支えられ、前を向けることも多い⁽¹¹⁾。しかし同時にこの「期待」「希望」は、治療の中断を困難にさせるものであり、疲労困憊した体になお歩み続けることを強いるものでもある。頻繁に聞かれる風説の一つとして、「流産すると次の妊娠がしやすい」というものがある。この言葉には、次を期待させることによって未来に目を向けさせようとする優しさも込められているが、それと同時に、不妊治療を継続しないではいられなくさせる力も帯びている。失意から前を向くために、自分自身を失意のどん底から救い上げるために、「患者」は「もう一度だけ」「もう一度がんばってみよう」と期待し続け、治療を続行し続けるしかなくなっていくのである⁽¹²⁾。こうして、失望の大きさは次への「期待」を余儀なくさせる。

Sandelowski と Pollock は、不妊治療において「患者」が常に妊娠の「タイムリミット」を意識せざるを得ないことを指摘し、そのうえで諦めなくてはならないリミットを絶えず引き伸ばしてしまっていると指摘する。「期待」はこのような「タイムリミットの引き伸ばし」をもたらす当のものである。しかしながら苦痛や不安に耐えるために、さらには深い失望から少しでも前を向くために、「期待」

が、どれほど重要な役割を果たしているかを考えたうえで、「タイムリミットの引き伸ばし」は不可避とも言えることがわかる。このタイムリミットの引き伸ばしは、諦めの悪さや医学における人間の思い上がりを示すものであるとは言い切れず、不妊治療の在り方および人間の在り方そのものに由来してしまっていることが指摘できる。およそ30日ごとの「堂々巡り」のたびに、「期待」は挫かれるが、この失望を緩和させるものも、「期待」そのものである。こうして、「期待」は、断ち切りがたい形で幾度となく繰り返され、生活の中に組み込まれていく。つまり Sandelowski らの言うような「タイムリミットの先送り」が更新され続けていくのである。希望と絶望が、Imeson と McMurry の指摘したように、繰り返される「サイクル」の様相を帯びてしまう理由の一つに、このような希望と失望の連関が考えられる。

結びにかえて

ここでわれわれは、なぜ不妊治療が「出口のないトンネル」と言い表されるのか、なぜ「降りるに降りられないベルトコンベア」になってしまうのか、その要因を整理してみよう。不妊治療を受ける「患者」は多くの場合、生活の大半をそこに注ぎ込まなくてはならない。つまり、「子を得ることのみを目的とする」ような環境に数年にわたって身を置かなくてはならない。こうして価値観の多様性を欠くうえに明確な指標も欠いている環境が、「患者」を追い詰める「トンネル」「ベルトコンベア」と呼ばれることが考えられる。そして二つ目は、治療そのものによって否応もなく「期待」が強化され、また欲望が増大させられてしまうためである。また三つ目として、今しがた見たように、「希望」のみが「失望」に対する特効薬として機能すること、継続そのものによって子を得ることの可能性が維持され続けてしまうことが考えられる。産婦人科医の平山史朗は「妊娠する可能性はゼロではないから、医師は患者に無理だとは言えない。患者は可能性を自分で閉じることを受け入れられない」（毎日新聞取材班2013: 51）と指摘する。見えている「希望」、示唆され続ける「希望」を断念することは困難であり、現在が辛く、失意の底にあればなおのこと、希望を自ら断ち切ることは不可能に近い。

こうして、人間として当然の在り方が、不妊治療を「出口のないトンネル」にしてしまっているのである。

注

- (1) 日本産婦人科学会は2015年6月20日、「不妊」の定義を変更する見込みを発表した。子を望んでも得られない期間が従来の「2年」から「1年」へと短縮される見込みだという。
- (2) この「つらさ」について、柘植はそれを「子のいないこと、得られないことについてのつらさ」ではなく、「子がないことに対する、社会的対応について感じるつらさ」であると指摘する。例えば、子がない場合地域社会に入り込みにくい、「子を持って一人前」という「一人前幻想」による劣等感、親族や周囲からのプレッシャーなどである（柘植2012）。
- (3) Imeson と McMurray は「生活の変化」「無力感」「希望と絶望のサイクル」「社会的孤立」に不妊治療の経験の本質が組み込まれていると指摘する。その研究において「希望と絶望のサイクル」がどのように成立しているのか明確に説明され、また「患者」のインタビューも数多く集められている。しかしながらそれがどのように経験されているのか、人間のどのような構造が表されているのか、その分析には欠けている（Imeson and McMurray 1996）。
- (4) Sandelowski と Pollock は「不妊治療の経験」に次の3つの要素を指摘する。一つ目は「曖昧さ ambiguity」である。これは不妊の原因の不明瞭さ、「どうやったら妊娠できるのか」という明確な指標のなさなどに由来するものであり、見通しの不透明さや自己自身の立ち位置の不明瞭さをもたらしている。「不妊治療の経験」の二つ目の要素として「時間性」が挙げられる。不妊治療には「タイムリミット」がある。というのは、卵子の数や質などの点から、不妊治療においては特に女性の年齢に限界がある。このため「患者」は常に自身の「タイムリミット」に向き合い追いつめられていくことになる。三つ目の要素として、「異質性 otherness」が挙げられる（Sandelowski and Pollock 1986）。
- (5) プライバシーポリシーの内容は以下のものである。
- ・原稿にするさいには本名と関連のない仮名をつけること。
 - ・詳しい家族構成や特徴など、個人の特定につながりうる情報は掲載しないこと。
 - ・そのほか、プライバシー保護のために必要であると筆者が判断した場合には、協力者の了承を得たうえで内容に変更を加える場合があること。
- (6) こうした明確な指標を欠くため、「期待せずにはいられない」「断念できない」状況が生み出されてしまっている。
- (7) そもそも「期待」とはどのような構造をもつものであるか、考えてみよう。メルロ＝ポンティによれば、「現在」は、それを経験しつつある主体にとって、それ自体としては知覚され得ない。今現に主体がそこにあるがゆえに、「現在」それ自体は主体によって知覚されようもなく、その内実のいかなるものであるかは知られえない。主体にとって、「現在」は過去および未来への関係として初めて意味を帯びる。つまり現在はそれ自体としては知覚されることはなく、例えば「過去の努力の実り」「過去に怠けたツケ」「未来の成功のための踏み台」「未来の幸せの下準備」といったように、「今現在でない、いつか別のときとの関連」として知覚され、意味を持つ。「現在」は未来および過去との関連において初めて意味を帯びて与えられるのである

(Cf. Merleau-Ponty 1999[1945])。そのように考えたとき、上記のNさんやルミコさんの強い「期待」の構造も容易に理解され得る。Nさんやルミコさんは、「期待」という関係の中で「現在」を代償として受け止め、「未来」をその「結実」として受け止める。なぜ両者において「現在」と「未来」が強烈な「期待」という形で結びつけられるのだろうか。それは不妊治療という「現在」が、何らかの実りなしには耐えがたく、受け入れがたい苦痛を伴うためである。

- (8) 熊谷は痛みについて次のように語る。

「記憶と痛みの深い関係で言えば、特にフラッシュバックがそうですが、物語化・意味づけできる身体感覚は痛くないことが多い。ところが、『この痛みは何なのだろう』とまったく意味づけできないときに、その感覚はいつまでも痛みつづける。」(熊谷2013: 19-20)

痛みがなんらかの意味を帯び、世界や未来、過去と関係づけられるとき、それは消化されうるものとなり受け入れられるものとなる。しかしながらその痛みは何の意味もないとき、それはいつまでたっても残る苦痛であり続けると熊谷は語る。痛みはそれ自体他の事柄から独立したものとしてとらえられたとき、行き場のない苦痛でしかない。しかし何かしら意味あるものとしてとらえられたとき、痛みは耐えられうるもの、あるいは「痛くない」ものにすらなり得る。

- (9) 渡邊は、不妊治療を辞めた具体的契機について聞き取り調査を行っており、この他に3人の調査結果が示されている。それらの調査結果を見ても、「望む未来が見えない」ことと「現在が耐えきれないものになる」「治療が自分に関係のないものとなる」ことが連動している様子が示されている(渡邊2010)。
- (10) 諏訪マタニティークリニックでカウンセラーを務めている渡辺は次のように記述する。

「タイミング療法〔排卵日を予測し、そのときにあわせ性交渉をもつことで妊娠に至る方法〕にしろ体外受精にしろ、妊娠のチャンスは月に一度だけ。切実に妊娠を望んで治療に通っているわけですから、生理になってしまった時の落胆は計り知れません。」(渡辺2011: 44)

- (11) 柘植は、医療の限界を認めようとしめない医者態度を示すものとして、次のような語りを紹介している。

体外受精や顕微授精が失敗したときに、「排卵の状態も良く、HCG〔女性の妊娠に関わるホルモン〕レベルも良かったので、「もう少しのところだったのに残念だった」とか、いわれて、もう一度受けてみようという気持ちになった」(柘植2012: 203)

この発言もまた「次の期待」を促すものであると言えるだろう。

- (12) 柘植は、この点について、「日本の文化には努力が美德という考え方があるために、簡単には諦められない」(柘植2012: 204)と説明する。

文献

【欧語文献】

- Imeson, M. and McMurray, A. (1996). Couples' Experiences of infertility: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 24: 1014-1022
- Merleau-Ponty, M. (1999[1945]). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard
- Olschansky, E. F. (1996). A counseling approach with persons experiencing infertility: implications for advance practice nursing. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 2(3): 42-47.
- Sandelowski, M. and Pollock, C. (1986). Women's Experiences of Infertility. *The Journal of Nursing Scholarship*, 18: 140-144.

【邦語文献】

- 浅井美智子 (1996). 「生殖技術と家族」, 江原由美子編『生殖技術とジェンダー』東京: 勁草書房 pp. 255-284.
- 熊谷晋一郎 (2013). 『一人で苦しまないための「痛みの哲学」』東京: 青土社.
- 柘植あづみ (1996). 「『不妊治療』をめぐるフェミニズムの言説再考」, 江原由美子編『生殖技術とジェンダー』東京: 勁草書房 pp. 219-253.
- (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』京都: 松籟社.
- (2010). 『妊娠を考える: 〈からだ〉を巡るポリティクス』東京: NTT 出版
- (2012). 『生殖技術: 不妊治療と再生医療は社会に何をもたらすか』東京: みすず書房.
- 毎日新聞取材班 (2013). 『このとり追って: 晩産化時代の妊娠・出産』東京: 毎日新聞社.
- ルミコ (2012). 『シアワセノカタチ』東京: 宝島社.
- 渡邊知佳子 (2010). 「不妊治療を終結した女性の経験: 治療の終結に焦点をあてて」『日本助産学会誌』24(2): 307-321.
- 渡辺みはる (2011). 『このとり相談室: 不妊治療の心のよりどころとして』東京: はる書房.