

未婚の若年女性の中絶経験

—現実的制約と関係性の中で変化する、多様な径路に着目して

安田裕子 京都大学教育学研究科 Yuko Yasuda Graduate School of Education, Kyoto University
荒川 歩 名古屋大学法学研究科 Ayumu Arakawa Graduate School of Law, Nagoya University
高田沙織 立命館大学法務研究科 Saori Takada Graduate School of Law, Ritsumeikan University
木戸彩恵 京都大学教育学研究科 Ayae Kido Graduate School of Education, Kyoto University
サトウタツヤ 立命館大学文学部 Tatsuya Sato Faculty of Letters, Ritsumeikan University

要約

中絶を選択した女性は、生命の喪失や、社会的に容認されないというスティグマに苦しむ。そのために、自らの経験や気持ちを誰かに語ることが困難であり、孤独のうちに悲嘆のプロセスを辿る人が多い。本稿では、20歳前後の未婚の時期に中絶を経験し、中絶手術後2年以上経過した女性3名を対象にインタビューを行い、その経験を聴きとった。そして、中絶を選択する未婚の若年女性が何に迷い苦しんでいるのかを、その経験の固有の意味を含めて、周囲の人々が理解できるように、描き出すことを目指した。分析枠組みとしては、複線径路・等至性モデル(TEM)を用いた。妊娠していることに気づき、医師の診断を受け、中絶手術をし、現在に至るまでの時間経過のなかで、社会的制約やパートナーなどの周囲の人々の影響をうけつつ変化する、中絶経験の多様性を捉えた。彼女たちは、パートナーの辛さに配慮し、また中絶したことによる罪悪感に苛まれ、それゆえ周囲の人々に話すことができず、実質的・精神的な支えを得られにくい辛い状態であった。また、中絶をすることで、元の状態に戻ることを望んでいる人もいた。しかし、時間が経過した後、彼女たちは、妊娠と中絶を、自分の人生における大事な経験として受け容れようと変化していた。

キーワード

中絶経験、語り、妊娠、パートナーとの関係、複線径路・等至性モデル(TEM)

Title

Young Women's Abortion Experiences: The Influences of Social Expectation and Relationships with Others

Abstract

Women who choose abortion often feel troubled about the loss of life involved and fear social stigmatization. Consequently, many have trouble discussing their experiences and feelings, and grieve in isolation. We interviewed three women who had experienced abortion at least two years before, when they were unmarried and aged about twenty, to investigate their feelings and what the experience of abortion meant for the women concerned. Using the Trajectory Equifinality Model (TEM), we analyzed the diversity of abortion experiences, which were influenced by social expectations and relations with others, including partners, from when the women first discovered that they were pregnant until the present. Most were initially tormented by a sense of sinfulness for having chosen to have the abortion, and felt guilty about the effect it would have on their partners. Consequently, they found it difficult to talk about their experiences to others and to receive support. With time, however, their feelings changed, and they came to accept both the pregnancy and the abortion as important experiences in their lives.

Key words

abortion experience, narrative, pregnancy, relationship with partner, trajectory equifinality model (TEM)

1 問題と目的

1.1 人工妊娠中絶と、それに対する社会的評価

人工妊娠中絶（以下、中絶）とは「胎児が、母体外において、生命を保持することのできない時期に、人工的に、胎児及びその付属物を母体外に排出すること」（母体保護法第1章第2条）と定義され、日本では現在、中絶ができる時期は、妊娠21週の末までとされている。つまり、妊娠21週の末までの短期間に、女性たちは、中絶するか否かを選択しなくてはならない。曾我部・遠藤・川崎（1999）によれば、中絶を選択する理由として、比率の高い順に、相手との関係における理由（結婚できない相手である、別れた後に妊娠が発覚するなど）、経済的理由、すでに子どもがいるため、学業継続のため、年齢的理由（若すぎる、高齢すぎる）などがあると報告されている。

厚生労働省大臣官房統計情報部が実施している実態調査「衛生行政報告例」によると、2003年度の中絶件数は319,831件（中絶実施率〔15～49歳の女子人口千対〕：11.2）で、前年度より9,495件（0.2）減少している。また、年齢別にみてもほとんどの階層で前年度より数値が低くなり、20歳未満の中絶件数は40,475件（11.9）で、4,512件（0.9）減少している。しかし、ここではとりわけ20歳未満の件数が着目され、それまで一括りにされていたものが、2003年度より、15歳から19歳までが1歳刻みで集計されるようになった。そして、『新たに、「20歳未満」¹⁾を詳細に把握した結果、「19歳」14,647件、「18歳」11,087件、実施率（筆者注：15～19歳の女子人口千対）は順に19.9、15.7と高くなっている』と、20歳未満の数値の高さが、同年度内の他の年齢層と比較されるかたちで報告されている。また、2003年度の実施率が1989年対比（1989年=100）で表示され、『全体では75、「20歳未満」では195、一方、30歳以上では約50となっている』と、20歳未満の中絶実施率の増加が強調されている（厚生労働省、2005）。20歳未満の中絶に対して、厚生労働省（母子保健課）が、「ショッキングな数字。性に関する知識の普及を啓発したい」

（2004/11/02 日本経済新聞夕刊）とコメントしていることから、とりわけ若年層の中絶が非常に否定的なものとして捉えられている様子がうかがえる。

そもそも、中絶に対する否定的な見方は、学術的な研究においても、実際に中絶を希望する女性と接する看護者でも、同様だった。従来の中絶に関する研究は、中絶に至るような妊娠をいかに避けるかに論点を置くもの（河野、2002；平井・宮崎・工藤、2002；眞庭・白井・内藤・片山・益岡・山本・眞鍋、2002；小竹、2003）が主流であった。また、一部の看護者は、中絶はよくないという認識の下、中絶する女性に中絶について容易に考え、悩んでおらず、罪悪感をもっていないとし、中絶を選択する女性を理解できないと認知している、ということが報告されている（大久保、2002）。もちろん、中絶という行為が、胎内に宿る生命を奪い、母体にも負担をかけることを考えると、中絶を避けるための指導や教育を行うことは重要である。しかし、中絶を避けるべきだとする認識だけがひとり歩きした時、諸事情により中絶を選択せざるをえなかった女性に負の烙印を負わせ、結果として、この女性たちを孤立させてしまう可能性がある。これは、ゴッフマン（Goffman, 1963）がスティグマという言葉で表現した、社会的合意を伴って個人に押し付けられ差別となるような、ある客観的な負の属性の付与であるといえる。スティグマを負った人々への劣等視は社会的に正当化され、彼女たちは、差別というかたちで様々な社会的不利を被ることになる。死産や流産への同情との対比において、中絶を選択した女性に対し、道徳的・倫理的責任を求めるスティグマに彩られた「ドミナント・ストーリー」が、医療従事者を中心とする援助者の側に依然として残っており、それが、中絶へのケアの遅れの一要因となっているのである（斎藤、2007）。

1.2 語られない喪失経験としての中絶

中絶を選択した人は、二重の意味で苦しみを背負うことになると考えられる。第1に、中絶を選択する場合、程度の差こそあれ体内に宿る生命の喪失の決定に自ら関与することになり、その罪悪感や自責の念を突きつけられる、ということがある。そのため、中絶を

選択した人は、自らの人生において、その出来事を受け容れていく必要があり、また受け容れることができるように、自らの生を語り直す必要があると思われる。やまだ（2000）は、身近な人の死や自身の病気など、自分にとって決定的に大きな喪失に直面した時、過去の人生の意味を問い返し、人生を再編し、新たに生きださなければならず、よって喪失は人生の物語が生み出される典型的な場だとする。そして、重大な喪失についての語りは、変化への可能性を認識することにつながり、何らかの建設的な方法で、喪失に対処する具体的な行為を導くのである（Harvey, 2003/2002）。しかしながら、第2の苦しみのために、中絶経験を語る事が難しくなっているといえる。それが、スティグマとしての苦しみである。たとえば、デーケン（1991）は、社会的に容認されない喪失経験のひとつとして中絶をあげ、中絶経験者は、その経験や思いを誰かに話すことが困難で、それゆえ、孤独のうちに悲嘆のプロセスを辿る人が多いとする。中絶後には不安や抑うつが高まる（鈴木・柳・三宅, 2001；常盤・土江田・渡辺, 2003；木戸・中村・林, 2004）という指摘は、スティグマゆえに語る事が難しく、よって、罪悪感や自責の念を解消することができずにいることが、関連していると思われる。

こうした見地から、中絶に至る妊娠をいかに避けるかに論点を置く研究動向とは別に、中絶を選択する当事者がどのような心理状態であり、中絶に際してどのような支援が求められているかを検討する必要性が指摘されてもいる（Tentoni, 1995；鈴木, 1997；木村・齋藤, 2002；長谷, 2003；二本松・北林・杉浦, 2004；Rubin, 2004）。適切な支援を行うには、中絶経験のある女性の目線から、その経験を聴きとり捉えることが重要であるだろう。しかし、当事者女性の視点から経験を捉えようとする研究であっても、質問紙によって調査されたものが多く、その経験を丁寧に聴きとりまとめた研究は、ごくまれであるといえる。

中絶経験を当事者の視点から捉えようとした数少ない研究のひとつに、手術を受ける際の迷いと意思決定の主体者を中心に、中絶を選択するに至る意思決定過程を検討した報告がある（杵淵・高橋, 2004a）。ここでは、20歳以上50歳以下の女性29名を対象に、手術の直前または直後にインタビューを行い、意思決定

過程について、それを構成する22のカテゴリーと、「自ら早期に中絶を決定」「迷い続けながら自ら決定」「自ら決断した後に再決定」「他者の意に添って決定」の4類型をみいだしている。しかし、この研究では、年齢をはじめ、婚姻の有無や子どもの有無など、様々な属性によって異なる女性の中絶経験を混ぜて検討していることに、注意を向ける必要があるだろう。とりわけ、婚姻の有無や子どもの有無は、中絶をすることの意味を検討する際、非常に重要な要因だといえる。対象とした女性の属性について、具体的には、20歳代が29名中16名（55.2%）、30歳代が9名（31.0%）、40歳代が4名（13.8%）という年齢幅であり、婚姻関係の有無に関しては、有り群が15名（51.7%）で無し群が14名（48.3%）、子どもの有無に関しても、有り群が16名（55.2%）で無し群が13名（44.8%）と、多岐に渡っている。つまり、中絶を選択する意図や経緯などの意思決定過程が、年齢、婚姻関係の有無や子どもの有無などの違いの区分なく4類型にまとめられ、そのために、いわば平均像のような固定化した印象が付与されていることが指摘できる。様々な属性の女性と日々対峙する医療従事者の立場からすれば、幅広い属性にある女性を対象とした意思決定過程に、関心が寄せられるのかもしれない。しかし、当事者の中絶経験に接近するには、様々な属性の女性ではなく、むしろ、年齢や婚姻関係の有無や子どもの有無などの違いを加味して対象を限定し、中絶を選択する経緯やその経験の意味を、共通性と固有性の観点から具体的に捉えることが重要だろう。さらには、この研究ではインタビューを中絶直後に行っているが、この時期は、中絶手術を行うまでの不安から一時的に解放された特殊な時期であることを考慮しなければならない。たとえば、鈴木ら（2001）は、中絶直後は、時間をおいた場合に比べて不安得点が低くストレスから解放されて安定しているようにみえるが、時間が経つ（3ヵ月後・6ヵ月後）につれてストレスが上昇することを指摘している。また同様に、中絶1ヵ月後に比べて2年後のほうが、中絶したことを後悔している人の比率が高くなる、という報告もある（Major, Cozzarelli, Cooper, Zubek, Richards, Wilhite, & Gramzow, 2000）。そして、杵淵・高橋（2004a）自身、「今回の意思決定がその後の女性の心理状態や満足度へ与える

影響などについては明らかではない」と、自らの研究の限界を述べている。中絶はストレスの強い出来事であるが、成長や円熟の過程を辿る経験にもなりうると考えられる (Adler, David, Major, Roth, Russo, & Wyatt, 1992)。なお、杵淵・高橋 (2004b) はさらに、上記研究で、継続的な調査への協力の同意が得られた 21 歳, 27 歳, 28 歳の女性 3 名を対象に 2~4 回のインタビューを行い、彼女たちの中絶経験を、個人々人にとっての意味も含めて記述している。しかし、依然として、婚姻の有無や子どもの有無については違いがあり、それぞれの背景を加味した考察が充分ではない。

以上を踏まえれば、未婚の若年女性の中絶経験に焦点化し、中絶手術の直前や直後ではなく長期的な時間経過のなかで、共通する部分と異なる部分とからなる多様な中絶経験を、当事者にとっての意味も含めて捉えることが、中絶手術を選択したことで生じる気持ちや認識の変化を把握するうえで重要だと考えられる。

1. 3 時間的変化と社会的・文化的制約の観点から中絶経験を捉えるための、複線径路・等至性モデル

中絶経験は、一過性のものでなく、妊娠していることへの気づきから、手術、現在に至るまで、時間の経過に伴って様々に変化するものである。そのため、時間の概念を抜きにして中絶経験を捉えることはできない。また同時に、中絶は、社会的な制約の影響も強く受ける。これら 2 点を含めてその経験を捉えるために、本稿では、分析枠組みとして複線径路・等至性モデル (Trajectory Equifinality Model : 以下, TEM) を用いる。TEM は、人間の経験を、時間的変化と文化社会的文脈との関係のなかで捉え、記述するための方法論的枠組みで、等至性 (Equifinality) という概念を発達の・文化的事象の心理学的研究に組み込もうと考えたヴァルシナー (Valsiner, 2001) の創案に基づくものである (Valsiner & Sato, 2006)。等至性の概念では、人間は、開放システム (Open System) と捉えられ、発達における時間的変化と社会や文化との関係性のなかで、多様な軌跡を描きながらもある定常状態に等しく (Equi) 到達する (final) 存在 (安田, 2005) とされる。TEM では、ある行為や選択を、等至点

(Equifinality Point : 以下, EFP) としていったん焦点化し、時間的経緯を捨象することなく径路の多様性を記述する。多様性を具体的に把握するために、等至点に至りその後に継続する当事者の経験を、時間と共にある連続性として捉えるものである²⁾。TEM は、歴史的構造化サンプリング (Historically Structured Sampling : 以下, HSS) と密接に結びついて理解される必要がある (Valsiner & Sato, 2006)。つまり、HSS では、等至点として定めた行為や選択を、個人的なものとして捉えるのではなく、社会的・歴史的に構造化されているものであると考える。そして、等至点をサンプリングし、そこに至りその後に続く個人々の行為や選択、経験の多様性を、持続する時間と共にあるものとして理解しようとする。たとえば、妊娠をもたらす性的な行為の許容のされ方が、時代や文化で異なることや、中絶が宗教的に禁止されている国や地域があることは、よく知られていることである。また、日本において、中絶可能な胎児月齢が、時代によって変わってきたという歴史の変遷がある。こうしたことを考えても、中絶が、社会的・歴史的に構造化された事象であることがわかるだろう。つまり、中絶という事象は、現代の日本において、妊娠 21 週の末までという時間的に限りのある切迫した状況下で、個人の経験としては、中絶をするか否かの選択や決定を行きつ戻りつさせ、様々に気持ちが揺れるなかで、事前には決定できない時間の持続と共にある生成的な一ただし、それまでの歩みに制約されて一変化をしていく経験だといえる。このように、TEM は、個人の中絶経験を、社会的・文化的背景を加味しながら、後戻りすることのない持続した時間の流れのなかで、連綿とした固有で多様な経験として捉えようとする思考的な枠組みだといえよう (Sato, Yasuda, Kido, Arakawa, Mizoguchi, & Valsiner, 2007)。

また、TEM では、ほとんどの人が通過する地点を必須通過点 (Obligatory Passage Point : 以下, OPP) とする。ここでの「必須」は、「全員が必ず」というものではなく、「多くの人がほぼ必然的に」通る、というような意味である。よって、生物学的、あるいは生理学的に規定された、全人類が共通に経験するような要因は、必須通過点には含めない。たとえば「誕生する」といった、心理学の研究対象にとって前提となる

表1 研究協力者のインタビュー時の年齢と中絶時の年齢

	Aさん	Bさん	Cさん
インタビュー時の年齢	21歳	27歳	23歳
初回中絶時の年齢	18歳	20歳	21歳
中絶経験後の経過年数	3年	7年	2年

生物学的な要因もあるが、現在の関心では、そうした要因を必須通過点とはしない。ただし、それらをどう位置づけ捉えるかは、今後の研究の焦点となることではある。必須通過点（OPP）は、単に「共通」するかどうかという、外枠的な当てはめの解釈によって一括りにまとめた行為や選択の束を意味するものではない。いわば、個人の径路に制約をもたらしている社会的・文化的な背景に気づくツールのひとつとして、設定するものである。固有で多様な背景をもち、本来なら自由度があるはずの個人が、同じ地点を通るということは、そこに潜在的に社会的・文化的な制約がかかっている可能性を示すものだと考えられる。それは、時には、敢えていうまでもない常識的な行為の連鎖のようにみえるかもしれない。しかし、「あることをするにはこういう道を辿るものだ」というように、我々が、当然であり常識だと認識している行為や選択であっても、実際には、文化的な産物である社会制度や現実的な制約の影響を受けている場合がある。そうした行為のいくつかを必須通過点として視覚化することによって、人の行為や選択を改めて客観的に対象化することができる。このように、必須通過点を浮き彫りにすることにより、社会のなかで生きる人間の制約条件や、社会制度から提供されている制約条件によって立ち現れている人間の行為や選択を、記述しやすくなったといえる（Sato, Yasuda, & Kido, 2004；サトウ・安田・木戸・高田・Valsiner, 2006）。

本稿では、TEMの枠組みにより、〈中絶手術をすること〉を等至点（EFP）と定め、中絶を経験した女性たちの、中絶をするに至りその後続く、気持ちや認識の変化や行為するありさまを、必須通過点に着目しつつ時間経過のなかで捉える。そして、制度や医療といった現実的制約や周囲の人との関係性などの影響を受けながら、その時々で悩み、考え、何らかの行為を選びとろうとする当事者女性の固有で多様な中絶経験を、

その内面から明らかにする。

1. 4 目的

20歳前後の未婚の時期に中絶を経験し、中絶手術後2年以上経過した女性に焦点をあて、彼女たちの中絶経験の語りを分析の対象とする。そして、中絶手術をするに至るまでと中絶手術後について、その気持ちや認識の変化、彼女たちが遭遇した出来事を、時間経過のなかで捉え、中絶経験の可視化を試みる。なお、本稿は、当事者への直接的な援助を意図したものではない。むしろその目的は、当事者がどのようなことで苦しみ迷っているかを明確にすることで、周囲の人々、すなわち、中絶を選択する未婚の若年女性と何らかの接点をもちうる人々³⁾が、彼女たちの気持ちを、その経験の固有の意味を含めて理解するきっかけを提示することである。

2 方法

2. 1 研究協力者

研究協力者は、本研究の目的を説明したうえで知人を通じて募集し、その呼びかけに応じられた未婚の中絶経験者3名の方であった（表1）。

2. 2 語りデータの収集

インタビューは、200X年⁴⁾9月から10月にかけて第3著者が行った。研究協力者が安心して話ができることを第一に考え、彼女たちが指定する場所（研究協力者の自宅、あるいは大学の小教室）で実施した。研究

協力者には、事前に質問項目（「何歳の時に中絶を経験したか」、「妊娠に気づいた時の気持ち」、「どのような経緯で産婦人科を訪れたか」、「手術前の気持ち」、「手術後の気持ち」、「現在の気持ち」、「パートナーとの関係について」、「一番辛かったことは何か」）を伝え、できるだけ時間の流れに沿って、中絶にまつわる経験を語ってもらうよう依頼した。なお、インタビューで聴きとった内容は、事前に許可を得たうえでMDに録音した。インタビューに費やした時間は、平均76分（最長125分、最短51分）であった。

2. 3 語りデータの分析

3名の研究協力者によって語られた経験を意味のまとまりごとに断片化し、それぞれの経験に、その内容を端的に表現するような見出しをつけた。そして、各経験を表現する見出しを時系列に並べたうえで、〈中絶手術〉を等至点（EFP）として焦点化し、等至点へと向かいそこから分岐する各個人の経験を、TEMを用いた図によって可視化した（図1, 2）。なお、〈医師が妊娠を診断する〉という経験は、身体の変化に気づいた彼女たちに妊娠を確定的なものにし、中絶手術をする選択をもたらすきっかけとなったという点で重要であり、よって、必須通過点（OPP）として定めた。

なお、図では、各経験を線囲みによって表現し、二重線の囲みは必須通過点（OPP）を、三重線の囲みは等至点（EFP）を表している。点線の囲みでは、研究協力者の語りからは得られなかったが、制度的・論理的に多くの人が通過すると考えられる行為や選択を示した。これについては、4. 3で詳しく説明する。また矢印に関して、実際に聴きとられた径路を実線で、理論的に存在すると考えられる径路を点線で示した。

3 結果と考察

3. 1 中絶経験の時系列的記述

（1）研究協力者の中絶経験における感情や認識、行為や選択の径路—TEM図による可視化

彼女たちの中絶にまつわる経験、つまり、個々の状況下で彼女たちが感じていたことや認識、各時点での行為に着目し、時間の流れにそった変化を図1に示した（図1参照）。

彼女たちは共通に、〈身体的変化に気づく〉ということをも自分の中絶経験の始まりとして取りあげていた。この経験は、中絶の前提となる妊娠（またはその可能性）の開始を意味する。そのため、本研究では、〈身体的変化に気づく〉を必須通過点（OPP）とした。この〈身体的変化に気づく〉（OPP）ことにより予期された妊娠は、〈医師の診断〉（OPP）によって確定的なものとなり、その後、彼女たちは〈中絶手術〉（EFP）へと向かうこととなる。その間、彼女たちは、〈「不安」と「気づきたくない」との葛藤〉から始まる感情や認識の揺らぎを感じつつも、必要に迫られて行動していた。それは、〈妊娠検査薬を使う〉ことや〈病院を探し、訪れる〉こと、そして〈医師の診断〉（OPP）を受けて〈中絶を決めた〉後は、〈中絶費用を工面する〉ことや〈承諾書にサインする〉ことであった。身体的変化に気づき、行った病院で医師から確定診断を受けた彼女たちには、気持ちの変化や対処すべきことがらが待ち受けていた。なかでも、〈「不安」と「気づきたくない」との葛藤の開始〉、〈病院を探し、訪れる〉こと、〈承諾書にサインする〉ことは、3名ともが中絶手術を受けるまでに経験しており、これらを必須通過点（OPP）とした⁵⁾。ところで、中絶に際しては医療機関との関わりが必須だが、医療従事者にどのような対応をされたかによっても、その後の気持ちや行為には変化が生じる。〈中絶手術を断られ〉れば、受け入れてくれる〈別の病院に行く〉しかない。また、〈病院で責められる〉のと〈病院で温かく対応される〉のとでは、罪悪感や自責の念に苛まれる程度にも差が出てくるのである。

〈中絶手術〉（EFP）以降については、手術の完了によって為すべきことを実際に終えているだけに、気持ちの変化が際だって経験されていた。中絶手術直後は、〈赤ちゃんがいなくなった喪失〉を感じる人がいる一方で、中絶を終えたことで〈一時的に精神的に解放され〉た人もいた。その後、〈中絶について考えることを回避〉したり〈自責の念〉に苛まれたりしながらも、彼女たちは、赤ちゃんのことを受けとめ、それ

ぞれに中絶経験を意味づけようとしていった。こうした気持ちや認識の変化は、〈中絶手術〉(EFP)までの時期と比較すると、より顕著なものとなるだろう。〈中絶手術〉(EFP)までは、妊娠21週までの短期間に、中絶手術に向けて実際に行動することが優先される状態であり、自分自身の気持ちを意識する余裕はほとんどなかった。ただし、〈中絶手術〉(EFP)以降でも、妊娠12週以降の中絶の場合は、〈火葬場に行き、遺灰を受け取る〉という行動が、必要とされるのである。

なお、中絶について、パートナー、両親やきょうだい、友人といった他者に相談した場合、それ自体が中絶経験に変化をもたらしうる偶然のきっかけ、つまり偶有性(contingency)⁶⁾の始まりとなり、その後の行為や選択に大きな影響を及ぼす。とりわけ、パートナーとの関係性は、中絶経験を検討する際には欠かすことのできないものであり、よってパートナーとの関係性についての図を、図1と分けて図2として作成した。

(2) 時期に区分した中絶経験—個別の語りから

以下では、〈身体的変化の気づき〉(OPP)から始まる中絶経験を、〈医師の診断〉(OPP)、〈中絶手術〉(EFP)によって3つの時期に区分し、〈身体的変化の気づき〉(OPP)から〈医師の診断〉(OPP)まで、〈医師の診断〉(OPP)から〈中絶手術〉(EFP)まで、〈中絶手術〉(EFP)以降に分けて提示する。なお、協力者の語りを「」で、「」の中の補足説明は()で示している。

a) 〈身体的変化の気づき〉(OPP)から〈医師の診断〉(OPP)までの変化 彼女たちは3名とも、生理がこないことによって妊娠に気づいたと話している。Cさんは、それとあわせて吐き気などの体調不良も重なり、妊娠の可能性に気がついた。身体の変化に気づいた時の気持ちは、「まさか?! (A)」「やばいな—と思って(B)」「(パートナーと花火大会に行っている時に)もしかしたら私たち今3人なんかも?!と思った時に、うわーっと思って(C)」と、不安やショックに近い言葉で表現されていた。彼女たちにとって妊娠は受け容れがたいことであり、妊娠していないと思おうとしたようである。Bさんは、「すごい気づくのが

遅かったってゆうか、気づきたくなかったってゆうか」と、妊娠に気づかないようにすることで、精神の安定をはかろうとしたと語っている。妊娠しているかもしれないという「不安」ゆえに気になってしかたがない一方で、「気づきたくない」と思うのも事実であり、そうした葛藤のために気持ちが揺らいでいる状態であったと考えられる。

しかし、彼女たちがそうであったように、もし実際に妊娠しているのなら、それは単に妊娠の事実を知ることが先送りになっているに過ぎず、そのまましていると胎児がお腹の中で成長していくばかりだろう。本来なら、病院に行って検査を受けるということも可能だが、彼女たちは、「不安」ゆえに気になってしかたがない気持ちと「気づきたくない」気持ちとの葛藤に揺れながら、病院に行く前に妊娠検査薬を使っていた。Bさんは、その時のことについて、「怖くて病院にも行けず、妊娠検査薬もようよう(筆者注: やっこの思い)買って」と話している。

このように病院に行く前に検査薬で検査をすることには、2つの背景があると思われる。第1に、妊娠をした場合に、病院に行けばその後どのようなことが起こるのかを、彼女たちがよく知らず、不安だからという理由である。これは、そのプロセスを明らかにするという、本稿の社会的意義にもつながると考えられる。この点については、4. 2で詳述する。第2に、彼女たちが、妊娠の可能性を自分のなかだけで確認し、解決しうるものであるならば解決したいとする気持ちがあることを示している—しかし実際には、後述するように、妊娠検査薬は、妊娠していないことの確たる証拠にはならない—。すぐるようなわずかな期待に基づく思い込みにすぎないのだが、彼女たちは、もし検査薬で妊娠していないことがわかれば自分のなかだけで処理することができる、と考えたようである。他方、いったん病院に行ったならば、それは、自分だけでは処理できないシステムのなかにおかれることになる。ただし、検査薬で陽性反応が出れば、いよいよ病院に行かないといけなくなるのも事実である。それは、妊娠しているかもしれないという不安な気持ちを抱えながらも身動きができないでいる状態に踏ん切りをつけ、病院に行くという行為を後押しする役割を果たしている。

そもそも妊娠検査薬は、妊娠を肯定する材料になっても、否定する材料になるものではない。それは、但し書きにある「検査結果が陽性の場合、妊娠している可能性があります。(中略)陰性の場合でもその後生理が始まらない場合は、3日後に再検査をするか、直接産婦人科でご相談ください。人によって妊娠のごく初期では、尿の中にまだ十分にhCG(ヒト絨毛性性腺刺激ホルモン)が出てきていなくて(後略)」(株式会社アラクス, 1998)という記載からもうかがい知れる。このように、病院に行ったら何が起こるのかわからず不安であるために、実際には慰み程度にしかならないにせよ、病院に行く前に、できれば妊娠していないことを自分で確認したいという切実な思いと、しかし、もし妊娠しているのであればいよいよ病院に行かないといけないという気持ちとが交ぜになった状態のまま、必ずしなくてはいけないものでないにもかかわらず、妊娠検査薬を使う人が多くいると考えられる。通常、妊娠検査薬は、妊娠していることを確かめる道具として認識されているかもしれない。しかし、妊娠しているかもしれないということに、恐れや不安を抱いている彼女たちには、妊娠検査薬を使うことで妊娠していないことを確かめたいという思いが強くなったと考えられる。

さて、彼女たちの「もしかしたら、生理が遅れているだけかも」という淡い期待は、検査薬を使用することで否定された。その時の気持ちは、「(検査薬を)やったら駄目で。えー!と思って(B)」、「うわっ!やってもうたーって感じやって(A)」、「判定が出た時にはやっぱり、って感じやった。もう、泣いたけど(どうしようもない)(C)」という言葉で語られており、衝撃が大きかったことがみてとれる。とりわけAさんやBさんの語りは、上述したような、妊娠検査薬を使うことで妊娠していないことを確かめたいという切実な思いがあったことを、裏付けているといえよう。そうした期待が、検査薬の表示によってすっかり覆されたことによる、衝撃の気持ちを表現する語りだと考えられる。妊娠が成立するとhCGが急速に分泌されるが、尿中hCG濃度は予定生理数日前、少なくとも予定生理日の頃には妊娠検査薬の感度以上になっており、この時期に妊娠反応を行えば、妊娠している場合は通常、陽性になるという(医療法人社団清新会東府中病

院, 1999)。換言すると、陽性反応が出れば、妊娠しているかもしれないという推測はほぼ確信的なものとなるのであり、よって結局、彼女たちは病院へ行かざるをえなくなった。

この間、彼女たちは孤立しがちであり、パートナーにすら言い出しにくい場合も認められた。身体の変化に気づく前にパートナーと別れてしまっていたAさんは、別れた元パートナーに相談を試みたが、妊娠した事実を受け容れてもらうことすら難しかった。またBさんは、「検査薬を買って、(検査を)やって(妊娠していることがわかって)、追い詰められて」と語っている。このように彼女たちは、孤独に不安を抱えたままに、行動を起こさなければならない状態であった。さらに、病院を訪れる局面においても、病院に関する知識や情報がないなかで、病院を探すことさえも大変な場合もある。Aさんは、「知らんところの病院も不安やんか。(中略)でも、だからって地元の病院行くのも、バレたらどうしようって」と話している。こうした状況下でなんとか病院を探して訪れたものの、そもそも出産を考えていない彼女たちにとって、病院は、決して快適な場所ではなかった。Aさん、Bさんはそれぞれ、「産むお母さんたちのためのものだから、ここは、みたいな感じで。(中略)まわりみんな妊婦さんだけだもんね。すごい嫌だった(B)」「周りのお母さんの視線がむっちゃ怖くて(A)」と語っている。

(身体的変化の気づき)前後から(医師の診断)までの間の径路は、3名ともほぼ同様であった。この時期に多様性がみられるのは、いつパートナーに相談するか、また、その他の人物に相談するか、ということである。Bさんは、生理がこないことへの気懸りを、パートナーに伝えていた。また、Aさんは妊娠検査薬で陽性反応が出た時に、元パートナーに電話で告げたと語っている。この2名は、いずれも妊娠が確定する前にパートナーに話していることになる。他方、Cさんは、吐き気などの体調の変化があった時点で「妊娠してるかもしれない」とパートナーに話をもちかけてはいたものの、「不安のまま彼氏に言ってしまうと、うろたえるだけだから、(医師の診断を受けて)確認があってから言おうと思った」と語っている。この語りからは、不安だから早くその不安をパートナーに共有してほしいと考えるのではなく、不安な状態だから

こそ言えないという複雑な心境がみてとれる。そこには、孤独なまま不安感に襲われているにもかかわらず、告げられたパートナーが動揺するのではないかと配慮する様子が感じられる。一方、パートナー以外の相談相手を得ている人もいた。パートナーと別れていたAさんは妹に、他方、周りに相談できる友人のいたCさんはその友人に相談した。また、それぞれから得た支えも異なっている。Aさんは妹に、妊娠検査薬で妊娠している可能性があることがわかった時の動揺を支えてもらったり、中絶手術費用の一部を借りたりした。そして、Cさんは、友人に、病院選びのアドバイスをもらったり、病院について来てもらったりしたという。身近な人に相談できるこうした関わりは、微視的であるが重要なものといえる。スティグマ視されがちで、社会的な援助はもちろん理解されることすらままならず、誰かに話すことが困難で孤独に悲嘆のプロセスを辿ることの多い(デーケン, 1991)中絶経験において、変化のきっかけをもたらすものとなっているのである。

なお、半数近く(7名中3名)が妊娠したことを最初に親に告げたという報告(岸田, 2002)とは異なり、「親になんか絶対いえない(B)」という言葉に代表されるように、親に相談した人はいなかった。その理由については3.3で考察する。

b)〈医師の診断〉(OPP)から〈中絶手術〉(EFP)までの変化 訪れた病院で彼女たちは、医師から、妊娠しているという診断がくだされた。妊娠の診断を受けた時の気持ちとして、Cさんは「わかってたけど、そこで絶望的な気持ち」になったと話す。そして、さらにエコーを見せられて赤ちゃんを自分で認識した時に、「そこで一番実感があって、泣いたなあ」、「でも、その次どうするってゆうのが考えられなくて、(中略)もうその事実を受けとめるのにいっぱいいっぱい」と話している。このようにCさんは、妊娠の診察を医師から受けることによって、一挙に「現実を突きつけられた」という。医師による確定的な診断は、妊娠検査薬でそれなりの覚悟をしていた彼女たちにも、かなりの衝撃であったことが推測される。

3名の女性たちは、お腹にいる赤ちゃんをどうするかと医師に聞かれて、中絶することを申し出た。ただし、同じように中絶を選択した3名のあいだでも、そ

の時の気持ちには多様性が認められた。パートナーとの関係が良好であったCさんは、「4日後にいなくなる命でも、今ここに赤ちゃんがいるなあ。(中略)ま、あたしと彼氏しか知らなかったことで、だから、4日後バイバイやけど」と、自分の「赤ちゃん」に対する愛情を語っている。また、パートナーと別れていたAさんは、「産むって言うことは、全然考えへんかった。産めんかった。状況が状況やったから」と、中絶するほか仕方がなかったことを話している。

さて、社会では、中絶は良くないことと認識されているが、医療機関においても、そうした否定的な態度があからさまに示される場合がある。Bさんは、産婦人科で診察を受けた時はすでに妊娠中期に入っており、そのため、ひとつ目の病院では、中絶手術を断られたうえに、「君は赤ちゃんを殺すんだ、みたいなことをすごい言われて」と話している。確かに、中絶は、『人工的に胎児及びその付属物を母体外に排出すること』であり、胎児の成長を阻止するための処置である。生命の誕生に関与することを生業とする産婦人科医には、なおさら、中絶を回避すべきこととして認識されていた可能性がある。また、12週以降に行われる胎児の排出は、手続き上も、人の死として扱われることになっている。しかし、中絶をせざるをえない状況は、誰よりも当人にとって過酷なことであり、医療機関で非難されたうえに手術も断られたことは、Bさんという当事者女性に厳しすぎたという見方は可能であろう。

中絶を決めた後、彼女たちは、2つの大きな問題に直面しなければならぬ。ひとつは中絶費用に関する問題であり、もうひとつは、承諾書のサインの問題である。前者について、中絶にはおよそ6万円から20万円の費用を要する。若年者で周囲からの援助が得られない場合、その費用は、短期間で用意できる額ではない。パートナーの助けも受けられず、両親にも打ち明けられず、貯蓄もなかったAさんは、「とりあえず、あと4万!あと4万!あと4万!あと4万!とか思って」「援助交際」をしてお金を工面したという。Aさんは、そのようにして費用を捻出することを選択する以外に、中絶費用を工面するすべをもたなかった。このことは、未婚の若年女性が、誰にも相談できずに孤独なままに中絶を選択せざるをえない場合の、ひとつの帰結だという見方もできよう。なお、こうした捉え方は援助交

際を正当化するものではなく、また、そもそも、本稿は、援助交際の是非を述べる立場にたつものでもない。次に後者について、中絶には、胎児の父親、つまりパートナーの承諾のサインが必要である。また、妊娠したのが未成年である場合、その両親の承諾も必要とされることが多い。よって、パートナーが承諾せず、両親に相談することもできない場合、承諾書のサインを自分ひとりで何とかしなければならない。別れたパートナーが認知すらせず、両親にも相談できずにいたAさんは、「ホンマなんか、八方ふさがりやって。彼氏が助けてくれへんし、親にも言えんし」と、どうしようもなかった当時の辛さを語っている。こうした状況下で、Aさんには、中絶をするためには筆跡を変えて承諾書のサインを用意するしか、方法がなかった。

医師の診断から手術までの期間は、本研究の協力者の場合、1週間以内であった。この短期間に、彼女たちは、中絶手術が可能な病院を探し、費用や承諾書を工面するといった現実的な問題を解決しなければならなかった。また、この間は、妊娠していることに対する思い、病院から受ける対応、パートナーとの関係自体に、個別性が大きくみとめられる時期である。仮に、周囲から、精神的あるいは実質的な支えを得ることができなければ、孤独なままに中絶に向き合わざるをえず、非常に辛い時期となる。当時のことを思い出して、Bさんは「ほんとにすごいなんか、重い石を引きずって歩いてた感じなのよ。ズルズルと、心にね」と語っている。またBさんは、「たらい回しにあって、すごい怒られて追い返されたのが、すごいショックやって」と、今振り返ってみても、中絶手術をすることができる病院をひとりで探す時期が、一番辛かったと話している。彼女は、「逃げたい、逃げたい、逃げたい、逃げたい、とずっと思っていた」と語っているが、中絶を選択する場合、法律で定められた時間的制限があり、その気持ちとは裏腹に、逃げるができない状況下で行動しなければならないのである。

c) 〈中絶手術〉(EFP) 以降の変化 中絶手術は、生まれるかもしれない胎児との、別れの時でもある。したがって、手術を受けることにより、新たな気持ちが生じることとなる。本研究の協力者にも、中絶手術に、特別な意味づけを行なっている人がいた。A

さんは、中絶手術の際の麻酔が効いている状態について、「すごい、水の音みたいなのが聞こえて。(中略) 細かい、ピンクのなにか細い管みたいところを、ずっと、ワーって流れていく夢みたいなんをみて」と、そして、その後、麻酔がきれた時については、「あれ、たぶんあたしの赤ちゃんやわって、すぐ思っ。絶対そうやって思っ。最後の最後に、(泣き出す) あたしに訴えかけるもんがあったんかな、とか思っ」と語っている。また、十分な説明がなされないうちに、全身麻酔によって中絶手術をさってしまったCさんは、「あたし赤ちゃんにバイバイゆってへんとか思っ。(中略) 知らないうちに赤ちゃんいなくなっちゃった、みたいなんで、またバーって泣いて」「赤ちゃんごめんねって、すごい 2, 3 日泣きまくってた」と、喪失感や赤ちゃんに対する償いの気持ちを表現している。大久保(2002)は、一部の看護師が、中絶をする女性は中絶について容易に考え、悩んでおらず、罪悪感を抱いていないと認識していると、指摘している。しかし、本研究における女性たちの語りからは、そうした非当事者の想像とは異なり、当事者にとって中絶が、悲哀や自責の念を伴う重大な出来事である可能性が示唆される。他方、中絶手術の直後、それまでの葛藤や辛い状況から一時的に解放されたように感じる人もいた。Bさんは「でも、ほんとに、終わって、心の鬱々感がなくなって、手術によって。ちょっと、すごいテンション高かったもんね」と話している。この語りは、それまでの精神状態がどれ程大変なものであったかを示すものであり、中絶直後は時間をおいた場合に比べて不安が低く、ストレスから解放されて安定しているようにみえるという報告(鈴井ら, 2001; Major et al., 2000)とも一致する。つまり、Bさんの語りは、妊娠していることがわかってからの、不安感が払拭されたことによる一時的な心理状態を示すものであるといえ、Bさんは、中絶を単に容易に考えていたわけではないと考えられる。その証拠に、Bさんは、中絶した赤ちゃんの遺灰の受け取り、死産届けの提出という処理をする過程で、自責の念を感じていた。このように中絶直後の精神状態が様々であったことから、中絶手術が、それぞれにとって多様な経験であったことがうかがい知れる。

さらには、時間が経過するなかでの中絶経験の捉え

方についても、多様性が認められた。パートナーからの助けを得ることができなかったAさんは、「あの子がいたから、たぶん、あたしは幸せにならなあかんねんやと思って、がんばれたこととか多かった」と語り、自分のお腹のなかに赤ちゃんがいたことを心の支えにし、その後の辛いことにも耐えてきたと話している。逆に、ずっと考えないようにしていたと話す人もいた。Bさんは、「絶対考えないようにしてた。一刻も早く忘れたかった。でも、逆に引きずってたんやろね。思い出して受けとめるスタンバイが、まだ、自分のなかで、ずーっとなかったんだと思う」と語り、そしてCさんも、「なんか、はじめは、もうそのことに触れないようにしようっていうか、立ち直らなっていうか、悩んだらあかんとか、落ち込んだらあかんとか、とりあえずもう済んだことにしておもうっていう、意地じゃないけど強がりみたいなのが働いて」と語っている。彼女たちは、中絶という辛い経験について考えないようにすることで、自分自身の心の安定をなんとか保とうとしていたと考えられる。しかし、彼女たちの、そうした自分自身の辛さや悲しみを覆い隠すかのような状態は、ある出来事をきっかけにして、ほぐれていった。Bさんは、中絶を扱ったセミナーに自ら参加することで、Cさんは、就職活動中にある講演を聴くことで、中絶経験を受けとめ乗り越えていくきっかけを得たと話している。そして、このような時間の経過に伴う変化は、Aさんも経験している。Aさんは、「ずっと、ごめんなごめんなやったんが、今はありがとうって思う。生まれてへんけど、あたしのお腹に宿ってくれてありがとうって思う。(中略)あの子がいたから。(中略)もう、がむしゃらやったし、やり方は間違ってたかもしれないけど、一生懸命前に進めたから」と、自分の「赤ちゃん」に対する気持ちの変化について語っている。また、Cさんは、最初に見せられた時は衝撃でしかなかった赤ちゃんのX線写真を、常に持ち歩いているという。

彼女たちは、ある時は考えることを避け、ある時は心の支えにすることで、中絶経験を捉え直していた。そして、3名とも、次の子どもを大事にしたいと語っていた。このように、中絶経験は、手術で終わってしまうものではない。抱え方に違いはあっても、彼女たちは、何かの折にその経験に立ち戻りながら、自分に

とっての意味を問い直し続けているのである。

(3) パートナーとの関係性—話すことで始まる偶有性として

中絶経験は、パートナーとの関係を含めて捉えることが重要である。そして、パートナーに話したこと自体が中絶経験に変化をもたらすきっかけとなり、偶有性の始まりとなることは、上述した通りである。ここでは、パートナーとの関係性をとりあげ、その関係が中絶経験にどのような変化をもたらしたかという観点から検討したい(図2参照)。

a) パートナーとの関係における〈身体的変化の気づき〉(OPP)から〈医師の診断〉(OPP)までの変化
恋愛におけるパートナー関係が変わることが比較的多い若年層の場合、Aさんのように、パートナーと別れた後に、妊娠に気づくこともある。別れてしまっている場合、パートナーに妊娠したことを話さないことも可能性としては考えられるが、Aさんは妊娠したことを伝えた。Aさんは、「とりあえずこれは言わなあかんよねっと思って、とりあえず言った」と話しているが、このことからAさんが、妊娠をパートナーとの2人の問題であると考えていたことがわかるだろう。つまり、3名の女性たちは皆、妊娠を、パートナーと当然共有すべきこととして捉えていた。他方、話した時のパートナーの反応は、それぞれ異なっていた。Aさんの場合、「とりあえずサインだけやって。そうしいひんかったら、あたし、どうもできひんから」と頼んでも、「それもしたくない」と言われ、その後は連絡さえつかなくなったという。また、Cさんは、パートナーに伝えた時の反応について、「やっぱ、俺の子やったんやっていうか、責任感とか、罪悪感とか、それ以外の重荷を背負わはった」と語っている。前のパートナーとの子どもだと思い込んでいた彼女は、今のパートナーに、彼の子で良かったと、嬉しい気持ちをいくら伝えても、「その言葉は彼氏の耳には届かへんかった」と話している。要するに、女性側が、パートナーときちんと共有すべきこととして妊娠の事実を伝えても、パートナーは自分の子どもと認めなかったり、そのことにショックを受けるばかりだったようだ。そうした状態では、妊娠やその後の対処について一緒に

話し合うことはおろか、受けとめられた感じもなく、話を聞いてもらった気さえしなかったという。理屈上の可能性としては、妊娠したら出産を考えるということもあるだろう。しかし、こうした関係性に埋め込まれたなかでは、出産の可能性についてパートナーと話し合うこともなく、彼女たちには、中絶を考える以外の選択肢はみえなかったと思われる。なお、パートナーと話し合いをもたずに子どもを産むという選択もあるだろうが、彼女たちは、そうした選択もしていない。

b) パートナーとの関係における〈医師の診断〉(OPP)から〈中絶手術〉(EFP)までの変化 彼女たちはその後も、妊娠や中絶、そして胎児について、パートナーと話をすることはなかった。その理由について、Bさんは、「もう早く忘れたかった」と、そしてCさんは、「そんな(責任感や罪悪感を背負い込んで苦しむ)彼氏を見たから、赤ちゃんのことに、もう話さなかった」と述べている。また、既にパートナーと別れていたAさんについては、話ができる状態ではなかったことは前述した通りである。ところが実際には、その語れなさこそが当の女性の辛さを強めているのであり、これに関しては3. 3で改めて検討したい。なお、パートナーの気持ちを酌み、2人の関係を維持することを第一に考えたCさんの語りは、「赤ちゃんを殺してしまうのは悪いってわかっているけど、それよりも彼の方が大事。(中略)(心身の負担についても)私が背負えば済むんだったら、いいわーとか思ってしまふねん」というBさんの語りにもみられるものである。これらの語りは、彼女たちが、パートナーと共有して対処してもおかしくはない中絶の問題を、自分とパートナーとの愛情をつなぎとめ、それまでの2人の関係でいたがために、パートナーにすら話すことができずにいた状態を示している。

また、パートナーの「赤ちゃん」に対する思いと自分の「赤ちゃん」に対する思いにズレがあり、それが「後のしこりになった」とする語りもあった。Cさんは、「(赤ちゃんに対して)きてくれてありがとうとかさ、あたしと彼氏の子やで、みたいな。(中略)そういう気持ちになりたかったんやけど、彼氏は全くそういう感じじゃなくて」と、赤ちゃんへの愛情をパートナーと共有できなかったことへの不満を語っている。

確かに、妊娠がわかってから中絶手術をするまでは、2人を両親とする「赤ちゃん」が存在した。ただし、女性は「赤ちゃん」のことを身体的変化を伴って感じるため、その存在感によって「赤ちゃん」により重要な意味をもたせるのだろうが、他方、男性にはそうした実感がないのが実情である。女性たちが、パートナー間における「赤ちゃん」への思いのズレに不満を感じる気持ちには、そうした男女の差異に加え、妊娠のことを話した時に受けとめられなかった苦い経験が、影響していると考えられる。それ程までに、パートナーから受容される経験は、妊娠の事実衝撃を受けた彼女たちにとって、非常に重要なことなのである。

c) パートナーとの関係における〈中絶手術〉(EFP)以降の変化 3名とも、中絶手術後も、中絶についてパートナーと話さない状態が続いた。パートナーと別れていたAさんは、当然、中絶経験を自分だけで抱えざるをえなかった。また、Cさんは、パートナーと一緒にいる時に何度か話題に出したが、パートナーからは、「しんどい、忘れたい」と言われ、話すことを次第に避けるようになったという。また、Bさんも、中絶の話をするには「2人の間ではね、結構タブー」であり、「関係は、そんな抜本的に見直すほど、相手と向き合うことはできなかった」と語っている。つまり、中絶について、2人で共有することはおろか、その話題を口にするこさえも難しい状態だった。このような、妊娠や中絶そのものを、まるでなかったこととみなそうとする抑圧的な状態は、3. 1 (2)で示したような、中絶手術後における女性の気持ちの大きな変化とは対照的である。そして、こうした相違は、自分自身の心情の変化とパートナーの心情との間に、顕著なズレを感じていた女性たちにとって、パートナーとの間の大きな溝として認知されていたと思われる。なお、パートナーは、中絶のことを全く考えていなかったわけではなく、程度の差こそあれ、男性として責任感や罪悪感を背負い、中絶を重大な事態として捉えていたようである。確かに、お互いの気持ちにズレはあったかもしれないが、中絶手術を終えた後、男女がそれぞれに中絶や中絶手術という重い出来事に、対処しようとしていたと考えられる。

さて、このように本研究協力者のパートナーは、中

絶についてあまり話そうとしない人物として語られていた。しかし、BさんやCさんによれば、後に別れる時には、パートナーの方から中絶のことについて触れてきたという。このことは、パートナーが、中絶についてそれなりに考えていたことを示すものだろう。ただし、BさんとCさんは、パートナーが中絶のことを話す時に用いた責任や義務の感覚に、違和感を抱いている。Bさんは、「最終的に別れる局面になった時に、『別れたいって思ったことが、これまでに何回もあるんだけど、僕、君のこと、中絶させちゃっているし、なんか言えなかった』とか言われて、なんかすっごいむかついて、そういうふうには思ってるんだ、と思ったね。男の子はね」と語っている。そして、Cさんも、「一回『別れる』って言った時に、(パートナーが)『やっぱその義務感が(ひっかかって)』って言って、(私は)『違う』って言ったけど、『もう俺はそれしか感じられへん』みたいなこと言ってきはった」と述べている。確かに、実質的には女性が中絶手術の対象となるため、男性が責任や罪悪を感じていたことは推測できる。また、筆者には、そうした男性の思いは、女性の精神的・身体的負担を思いやるパートナーの心情として、充分理解できるものだと思う。しかし、別れる局面になって、女性にとっては好きで付き合っていたパートナーが、実は、中絶させてしまっているという義務感から付き合っていたことがわかった時、それが彼女たちには、大きな違和感として感じられたのだと考えられる。

3. 2 個々の必須通過点 (OPP) が形成される意義に着目して

本稿では、未婚の若年層の中絶経験について、TEMという分析枠組みを用い、〈身体的変化に気づく〉(OPP)、〈医師が妊娠を診断する〉(OPP)、〈中絶手術〉(EFP)に焦点をあてて3つの時期に区分し、妊娠に気づいた彼女たちが、医師の診断を受けて中絶手術をするまでに、どのような経験をし、何に迷い、その気持ちや認識がどう変化していったのかを、時間経過のなかで捉えた。さらに、その途中における、〈「不安」と「気づきたくない」との葛藤の開始〉、〈病院を探し、訪れる〉、〈承諾書にサインする〉といった経験を

を必須通過点 (OPP) として定めることで、中絶を選択する女性が、どのような事態に遭遇し、どのように対応したのかを示した。このように必須通過点 (OPP) を定めることによって女性たちが直面する現実を提示できたのは、次の点で、当事者経験の理解を深めること以上の意義があると考えられる。すなわち必須通過点 (OPP) は、人の行為や選択を拘束しかねない現実的制約をみつけやすくし、また逆に、そうした現実的制約と偶有性のなかで、人が選択し行為することについての理解を促してくれるのである。このことに関し、〈承諾書にサインする〉ことを取りあげて説明したい。

中絶手術を選択するに際し、母体保護法において、本人とパートナーの同意は必須とされている。妊娠や中絶がカップルの問題である以上、現代の日本社会において、それは当然のことだといえる。そして、出産を選択することができない場合はむしろ、中絶を希望するのであり、パートナーのサインを得ることができるのが通常である。しかし、Aさんの例にみるように、出産という選択が望めない状況で、パートナーにサインを拒まれる場合がある。中絶手術を受けることができないそうした「八方ふさがり」の状態では、Aさんは、サインを「偽造」するしかなかったのだが、出産する選択肢もなくパートナーのサインも得られない状態において、「違う筆跡で」「認めめの印鑑を取りあえず押す」ことで手術を受けられることが、追いつめられた彼女には大きな救いとなったのは事実である。サトウら (2006) は、必須通過点のひとつとして制度的必須通過点をあげ、それを、制度的に存在し、典型的には法律で定められているものとして定義している。〈承諾書にサインする〉は、この制度的必須通過点にあたる。制度が、保障や代替となりうる一方で、そのために身動きできない事態に陥る場合があることを考えると、必須通過点は、個人の多様性を制約する契機をみつけやすくするという点で重要である。

もちろん、中絶手術をするに際して、本人とパートナーが〈承諾書にサインする〉ことは、法律上の重要な取り決めである。そしてこのことは、たとえ妊娠の事実や中絶についてパートナーに相談しにくい状況であっても、2人で話をするという相互作用を作り出すものであるともいえる。前述したように、パートナー

に相談すること自体が偶有性の開始であることを踏まえると、〈承諾書にサインする〉という必須通過点は、承諾書へのサインが不可欠であるという現実的な制約となる一方で、パートナーと2人で中絶に向き合うきっかけを与え、中絶経験における変化を促すものであるとも考えられる。中絶経験の肯定的な意味のひとつに、パートナーとの関係を見直す大きなきっかけになることがあげられる。本研究協力者にはいなかったが、ありえる経験として点線の囲みで図2に示した一ことを考え合わせても、〈承諾書にサインする〉という必須通過点は、パートナーとの関係における変化に働きかけるものになり、貴重な行為だといえる。このように、社会における制約と偶有性の兼ね合いのなかで、人の経験が変化の様を捉える見方を与えてくれるという点でも、ある行為に着目し、必須通過点として焦点化することには意義があるといえよう。

本稿では、〈承諾書にサインする〉という行為を、社会的・文化的背景をさぐるのに重要な事象として捉えた。この点をより浮き立たせ、深い文脈に位置づけて検討するためには、異なる文化圏や制度における同様の焦点化が有効だと考えられる。異なる文化圏や制度内では、全く異なるものが、〈承諾書にサインする〉ことと類似した機能を果たしている可能性がある。また、逆に、〈承諾書にサインする〉という事象が、全く別の機能をもっているかもしれない。その際、〈承諾書にサインする〉というような取り決めが、どのような背景のもとで成立したのか、あるいは成立しなかったのかを、中絶の歴史の変遷と併せて捉え、異文化間の差違を突き合わせて検討する、というようなことが必要だと思われる。こうした分析を通じて、〈承諾書にサインする〉という事象に関し、上記のような洞察や解釈の適切性を検討し、知見を蓄積していくことが、非常に重要であると考えられる。

3. 3 中絶経験を語るができない辛さに着目して

中絶経験の語れなさについて、研究協力者はそれぞれ次のように述べている。「そんなとき誰かに相談できてたら、なにか変わってたかも知れんなーって、今になったら思うけど。なんかしらんけど、言えんかって

んやんか。なんかわからんけど (A)。「ほとんどしゃべらなかつた (B)」「あのとき話しておけばよかった、もっと話すべきだったって (C)」。

こうした、渦中における語れなさは、二重の意味で辛いものだと考えられる。まずひとつには、相談できないために、実質的、あるいは精神的な支えが得られなかつたという辛さである。とりわけパートナーとの関係において、パートナーの負担に配慮して相談できなかったということが、結局、パートナーからの支えを十分に受けることができない状況を引き起こしていたのは、3. 1 (3) でみた通りである。「今から思えば、(中略)なんか、もうちょっとしてもらっても良かったかなって、思う。でも、好きだったので、あまり言えずに (B)」という語りからも、女性がパートナーを気遣い、自分ひとりで解決しようとしていた様子がかがえる。また、病院に関する情報を得たり、中絶費用や承諾書を工面したりするなどの実際的な行為についても、その度ごとに苦勞していた実態が明らかになったが、話すことができないために、そうしたことへの実質的な支えを得ることが困難になっていた。Cさんは、「(妊娠に) 気づいてから病院行って、おろすまでが短かつた」ことを、話せなかつた理由のひとつにあげているが、逆に、妊娠に気づいてから中絶手術までの短期間に迅速な選択や対応が求められているからこそ、諸々の実質的な支援が必要なのである。このことは3. 1 (2) でみたように、パートナーの他に妹に相談したAさんや友人に相談したCさんが、相談することによって、その時々で必要に応じて助けを得ながら行動していた事実からも明らかである。

語れないことのもうひとつの苦しみは、自分が本当に大切に思っているものが、それについて話すことができないままに失われていく、ということである。Cさんは、赤ちゃんについて語るができなかつたことの辛さや悲しみを、「お腹に赤ちゃんがいる、しかも、好きな人の子ども、でも産めへんから、他の人には言えないっていうのも辛かつた。存在しているのに、誰にも存在を知られないままこの子はいなくなっちゃうんや、とか」と表現している。もちろん、中絶という経験に直面し続けている最中、おそらく、敢えて語らないことで、彼女たちが自分自身を守ることができていた部分はあつただろう。語ることも、常に、苦し

みから解放する手段となるわけではない。ただ、話す時期や場所や相手を選びながら、繰り返し思い浮かべる自分の赤ちゃんについて、言葉にしていくなが必要があったのかもしれない。それは、無理に忘れようとしたら、語らずに自分の内に押し込めたりすることで、「逆に引きずってたんやろうね (B)」「全然消化できてない (C)」という思いが残ったとする語りからも、考えられることである。

こうした語ることでできなさを踏まえると、彼女たちが、人によってはパートナーや妹や友人などから断片的な支えを得ながらも、パートナーにきちんと話をするのができないままにそのプロセスをたどってきた現実には、非常に過酷なものであったといえる。本研究協力者たちは、語るができない理由を、直接言及していない。上記の、「なんか知らんけど、言えんかってんやんか (A)」という語りにもみるように、彼女たち自身も、その理由がはっきりわからなかったのかもしれない。しかし、彼女たちが当時、手術の前後を通してどうしても語るができなかったことには、罪悪感や自責の念が関係していたと考えられる。渦中にいる時、彼女たちは、「なんでそんな無責任なことするんだ (B)」と問われたり、「胎児をあんたは殺してしまったんや、みたいなこと (B)」を考えさせられ、深く傷ついたという。また、人に責められずとも、中絶手術以後、「ずっと、ごめんな、ごめんな、やった (A)」「赤ちゃんごめんねーって、すっごい、2、3日泣きまくってた (C)」と語っている。さらにCさんは、「赤ちゃんに対して、申し訳ないとか罪悪感とか」と、自責の念を直接口にしている。このことを考慮すれば、手術の前にも後にもみられるその語れなさは、彼女たち自身が、「自分のなかで、何回も自分のこと責めて (B)」罪悪感や自責の念を痛いほど感じていたにもかかわらず、それを親や友人や医療従事者から指摘されれば、あるいは言葉にされなくてもそう思われていると自ら思い込む彼女たちもまた、中絶をスティグマ視する社会のなかで生きている一ことで、より強くなる罪悪感の重みに耐えられないと感じたからだといえる。さらに、こうした隠蔽性が、中絶経験を不透明にし、援助や解決を困難なものにしている可能性があるだろう。そして、そうした実質的な方策が得られないことによる苦しみはもとより、中絶につい

てパートナーにすら話をするのができなかったのは、大変孤独な辛い状態であったと考えられる。

4 おわりに

4. 1 中絶経験の、時間経過と偶有性による変化

さて、Cさんは、中絶を選択した時のことを振り返り、「元の自分に戻りたいって気持ちも」あったと語っている。当時、彼女たちが中絶を選んだ理由には、妊娠の事実ショックを受けているパートナーの愛情が得られなくなるのを恐れ、元の自分とパートナーの関係に戻りたいとする願望が働いていたのかもしれない。中絶手術を終えた直後、それはかたちとしては達成されただろう。しかし、もはや、彼女たちが望んだような元のパートナー関係に戻ることはできなかったようである。それでも彼女たちは、妊娠や中絶をなかったことにしてはいなかった。時間が経過した後、彼女たちは改めて意味づけをするなかで、妊娠と中絶を「なかったこと」にはせず、自分の人生における大事な経験として受け容れようとする姿勢へと変化していた。

本稿では、中絶を経験した女性の語りから、中絶経験を提示し、その意味を検討してきた。しかし、繰り返し述べてきたように、妊娠はパートナー関係において起こるものである。よって、妊娠がわかった時、パートナーとその事実を共有し、出産する選択肢を含めてどう対処するかを一緒に考える作業が必要だったという捉え方もできる。本研究協力者のなかには当時学生だった人もおり、出産に関しては、勉学や経済基盤、生まれてくる子どもの養育などを含め、慎重に検討する必要があるだろう。ただし、学生の身分を有する場合であっても、周囲の人々の理解や支え、そして社会的な支援体制があれば、カップル間で話し合い、出産するという選択をしていた可能性もあったと考えられる。なお、協力者である女性からは、男性は、妊娠に責任を感じて自分を責めはしても一責任を回避する人もいたが、妊娠をなかったことにして済ませようとする存在として語られていた。もちろん、全ての男性

パートナーがそうした態度をとるわけではないだろうが、このような態度によってもたらされる女性の負担感については、記述することができたと思われる。

4. 2 教育と援助への示唆—中絶経験の理解に向けて

中絶という経験は、スティグマ視するような社会の認識、喪失感や罪悪感による苦しみ、パートナー関係にまつわる難しさ、語られにくさなどを、その特徴とする。語られにくいということが、当事者女性の苦痛を強めていることは上述した通りだが、語られにくさによる弊害は、それにとどまるものではない。すなわち、20歳未満の女性が年間4万人以上—総数にいたっては年間30万人以上—中絶している現状を踏まえれば、中絶にまつわる諸々の経験を覆い隠してしまうのではなく、それぞれの経験から得られる知見の蓄積を生かせるように、当事者の目線から中絶経験を提示することは重要なことである。もちろん、望まない妊娠があり、また中絶によって胎内に宿る生命を奪い、母体に負担をかける以上は、妊娠をコントロールし、中絶をしないようにする教育は必要だろう。しかし、それに加え、中絶せざるをえない状況を想定した教育もまた重要だと考えられる。それはすなわち、中絶を選択する未婚の若年女性が、どのようなことを思い、何に苦しみ迷っているか、そして、どのようなプロセスを辿るなかでいかにして中絶経験を意味づけていくのかを、広く伝えていくという実践である。

こうした、中絶にまつわる経験が知識として習得されれば、将来、看護を含む医療職に就く人々、中絶せざるをえない状況に陥った未婚の若年女性たち、そのパートナー、親やきょうだいや友人などの周囲の人々それぞれが、必要に応じて対処すべき方策を検討することが可能となる。それは、中絶をむげにスティグマとしてみなすような社会の認識を、変えていく力となるかもしれない。もちろん、社会におけるスティグマ視を防ぎきすることは難しいだろう。しかしそれでも、周囲の重要な他者の援助意欲に刺激を与えたり、「中絶をする女性は中絶について容易に考えている」というような十把一絡げの一部の医療従事者の医の倫理観に、働きかけるものとなるのではないか。中絶経験を、

その経験の意味も含めて当事者女性の目線から明らかにすることは、中絶をせざるをえない未婚の若年女性の苦しみを知り、個別の状況に応じて支えの手をさしのべようとする姿勢や態度を培う、教育や援助の基盤をなすものとなる。そして、TEMによって当事者の語る中絶経験を提示した本稿の試みもまた、そのひとつの道筋をかたちづけていると考える。

4. 3 TEMの方法論的意義—共通部分と可変部分から多様な経験を捉えるために

本稿では、TEMを用いて3名の女性の中絶経験を詳細に捉え、提示した。TEMは、他の方法、たとえばKJ法やGTA(グランデッド・セオリー・アプローチ)と同じく、質的調査における研究方法として開発された。時間の持続と共に進行し変化する経験を、平均像にまとめてしまうのではなく、多くの人が共通に遭遇しうる出来事の連綿としたつながりと、関係性の違いなどによって変化しうる個別の認識や行為や選択を捉え、それらによって構成される固有で多様な径路を示すことができたという点で、この方法を用いたことに意義があったと考える。等至点(EFP)や必須通過点(OPP)という要衝に焦点をあて、そこでどのような経験がなされ、その後どのようなことが経験されるのか、ということに関する理解を深めることが、個人の多様な経験を示す試みを生きたものにする。また、TEMの枠組みによって、本研究の協力者は経験しなかったが、可能性として制度的、あるいは論理的に多くの人が辿ると考えられる行為や選択を提示した。具体的には、前者に関していえば「保護者にサインを得る」という行為であり、後者に関しては「出産を決める」という選択である(図1参照)。

「保護者にサインを得る」行為を「制度的に多くの人が辿ると考えられる」とこととするのは、通常日本では、「保護者にサインを得る」ことが、未成年者が中絶手術を受ける際の要件のひとつとされているからである。ただし、母体保護法の規定で同意が必要とされているのは、本人とパートナーのみである。にもかかわらず、多くの病院で保護者の同意書が求められるのは、未成年者に対する手術後のケアの必要性と、未成年者の契約を真の契約と認めることができないといっ

法的な解釈によるとされる。ただし、とりわけ後者の解釈については、専門的にも無理のある建前的な解釈であり、余計なトラブルを避けたいとする病院側の意向を反映したものだとも考えられる。こうした、必ずしも保護者の同意が必要とは言いきれない状況下で、「保護者のサインを得る」ことが、通常多くの病院で必要とされている。今回、慣習的な取り決めであれ通常必要とされる「保護者のサインを得る」行為が、実際にはなされなかったのは、上述の、中絶経験の語れなさに関連することである。なお、親子関係の悪化が予測されるためや、少子化社会で産婦人科として経営を成り立たせるためという理由により、「保護者のサイン」を必要とせずに中絶手術を行う病院もある (BRIGHT SEX LIFE, 2005)。

また、「出産を決める」選択を「論理的に多くの人が進むと考えられる」こととするのは、実際、妊娠した未婚の若年女性が「出産を決め」て母になることが、可能性として充分にありえることだからである。大川 (2004) は、10代の未婚の女性が、妊娠を契機にパートナーと話し合って結婚を決め、あるいはパートナーと別れるがシングルマザーとなる選択をするなど、出産に至る経過は様々であるにせよ、子どもを産み、社会的逆境のなかで母親として逞しく生き生きと生活している姿を描き出している。質的研究では少数の事例を詳細に分析することが多く、中絶経験のある未婚の若年女性3名を対象にした本研究も然りである。こうした研究において、可能性としてありうる行為や選択を提示することは、本研究の協力者にはみられなかったが、他の、同じような経験をしている人々の中絶経験への理解を広げるといふ点で、意味あることだろう。さらに、中絶にまつわる様々な困難に遭遇して気持ちが揺さぶられ、他の選択肢がみえない当事者女性に、代替的な可能性を示すものにもなる。未婚の若年女性の妊娠を、予防すべき深刻な事態だと捉える視点が多くなか、妊娠に伴う様々な決定を当事者がくたすことができるように、可能な選択肢を示す試みは重要である (Simpson, 2006/1990)。

こうした制度的・論理的に多くの人が進むと考えられる経験は、むしろ、少数の研究協力者を対象としてその経験を丁寧に捉えたからこそ、ありえる径路としてみえてきた、ということができる。そうした世界を

実際に可視化することは、周囲の他者も含め、実際には経験しない人々にも追体験しうるものとして提示できるという点でも、意義があるといえるのではないか。もちろん、現実には、選択肢が無数にあるわけではない。人は、社会における制約を受けつつ、他者と様々に関わるなかで、選択し、行為する。そして、それを結節点として焦点をあてたものが、等至点 (EFP) であり必須通過点 (OPP) である。このように、等至点 (EFP) を焦点化することで、必須通過点 (OPP) を浮き彫りにし、そこ、あるいはその前後で、人々が行為していることを明らかにしつつ個人の経験の全体像を示すからこそ、個人の多様な径路が明らかになる。各人の各行為や選択に焦点をあててその一連の径路を丁寧に記述する試みは、個人の経験を全体として捉える姿勢に背反するわけではない。また、こうして可視化した彼女たちの経験は、後に経験しうる人々に対するモデルとして役立つものにもなるだろう。ここでいうモデルとは、基本であるとか定形であるとか、手本として倣うべきもの、ということの意味しているわけではない。いわば、こういう行為や選択もあるのだといった、経験のバリエーションとして提示するものである。それは、語られにくく、よって明らかにされにくい中絶経験を、多様な経験のひとつとして他の人々に伝えることができるという点で、有効だといえる。

以上、まとめたように、TEM は、持続する時間の経過に伴って、現実の制約や偶有性のなかで選択し行為する、個別経験の多様性を記述するのに、意味をもつ方法であると考えられる。

4. 4 TEMの方法論的限界と今後の課題

さて、TEM には、多様性の記述に効果的であるというその特性ゆえの、方法論上の限界もある。それはひとつに、普遍性や一般性をみいだすことは難しい、ということがあげられる。そもそも、TEM は量の大小を問題とするものではなく、よって、どの径路が「一般的」な径路であるかを提示することは、その目的にはない。しかし、「普遍性・一般性」と「特殊性・個別性」をつなぐ、多様性の束のようなものを捉えることは可能であり、実際に行っている。結節点として焦点化した等至点 (EFP) や必須通過点 (OPP)

が、まさにそれである⁷⁾。さらには、それら等至点 (EFP) や必須通過点 (OPP) といった多様性の束を基軸にして、類型にまとめあげるといった試みも行われている。安田 (2005) は、不妊経験の多様性を記述する際、9 事例の類型化を介在させうえて、各類型の代表事例を記述するという分析プロセスを採っている。そして、限界のふたつ目として、因果関係を説明することはできない、ということがあげられる。TEM では、ある経験をしたからこうなったというような、因果関係をみいだすことを、目的としてはいない。よって TEM は、「そのような行為や選択をしたから、後にこういう道筋を辿った」のだとか、「なぜ必須通過点が必須通過点として決定されているのか」というような、因果関係の検討を行うものではない。しかしながら、社会的・文化的な影響を受けていると考えられる経験を必須通過点として捉えることにより、「行為や選択にはどのようなものがあり、また、それらがどのようになされるのか」といった、社会のなかで行為や選択が立ち現れてくるありさまを記述することはできる。もちろん、人間の経験することには、社会や文化の枠組みを超えた生物学的なものもある。生物である以上、「誕生」や「死」などという事象は、社会や文化の影響の如何にかかわらず、どうしても避けることができないことだといえる。TEM では、そうした要因を必須通過点と定義しないことは、1. 3 で述べた通りであり、生物学的な要因と社会的・文化的な要因とを可能な限り区分しつつ、必須通過点として浮き上がらせた行為や選択を検討することは、重要なことである。研究法における方法論上の意義が期待できるからこそ、その適用可能性や有効性を追究しつつ、限界と課題を認識しながら、TEM の活用法を模索していく必要があると考える⁸⁾。

注

- 1) 「 」はウェブサイトでの表記のままであり、筆者の加筆によるものではない。このことから、厚生労働省が、20 歳未満の数値を強調して提示していることがうかがい知れる。
- 2) TEM では、行為や選択を、生起順序にしたがって整理することができる。しかし、単に、各事象を序列に従い羅列するだけのものではない。

- 3) 関わり方や距離、親密性の差違こそあれ、誰しも、中絶を選択する未婚の女性と接点をもちうる存在だといえる。具体的には親、きょうだい、親戚、親友、知人、医療従事者、教育者などである。よって、周囲の人々とは、現代の日本社会に生きる人々、という言い換えもできるだろう。単にスティグマ視されがちな中絶という事象について、当事者経験の観点から、詳細に提示し理解を促す本稿の立場性は、現代社会に生きる一般の人々に働きかけてこそ、より意義があると考えられる。

スティグマ視が完全になくなるのは難しいことかもしれない。また、中絶することがよい、と述べているわけではない。しかし、中絶を単にスティグマ視するといった単線的・固定的な認識をほくくことは、意味あることだと考える。それが本稿における、当事者の中絶経験について、詳細に提示することにより「理解」を促す、という観点である。もちろん、こうした領域では、「援助」との関わりを完全に切り離して考えることはできないが、むしろ、「理解」は「援助」の前提として重要であり、その意味では「援助」を射程に入れている。ただ、本稿の立場でいうと、あくまでも「援助」は次段階に検討することとし、まずは、「理解」を促すことを目的にすえている。また、一般の人々を想定しているという点でも、「援助」に焦点を当てることは難しく、また、目的にそぐわない。援助や支えとなると、やはり、日常的には親やきょうだいなどが、そして、専門的には医療や教育に携わる者などが、関与するものだろう。ただし、援助や支えの重要性については切り離すことができないため、本文中でも述べている。親やきょうだいの関わり的重要性については 3. 1 (2) で、また、医療や教育における専門的な関わり的重要性については、追記的に 4. 2 で触れた。

- 4) インタビュー実施年に関する「200X 年」という表記は、臨床心理学の事例研究における、個人情報保護を考慮した記述の仕方に基づくものである。質的研究は、日常生活の中に深く入り込み、研究協力者の「私的な世界」に関わることが多い。研究協力者の個人的な情報の取り扱いを一步間違えると、研究協力者の権利を侵害してしまう危険性も生じかねない。したがって、研究協力者の個人的な情報の取り扱いに関して、倫理的な面での十分な配慮が欠かせない (都筑, 2004)。とりわけ、中絶のような、個人情報の守秘に厳重な注意を要する事象については、論文執筆に際し、研究協力者の特定を困難にするような記述を施す倫理的配慮が必要不可欠となる。インタビュー実施年を曖昧にした「200X 年」という表記は、研究協力者全員の年齢の特定を一挙に不可能にする

という点で、個人情報取り扱いに配慮を施したひとつの方法である。

- 5) 〈身体的変化に気づく〉、〈「不安」と「気づきたくない」との葛藤の開始〉、〈病院を探し、訪れる〉、〈医師が妊娠を診断する〉、〈承認書にサインする〉という必須通過点 (OPP) を経て、〈中絶手術〉 (EFP) に至る径路は、常識的で当然の流れだという指摘があるかもしれない。しかし、ここで留意すべきは、〈中絶手術〉を等至点 (EFP) として捉えたからこそ、〈身体的変化に気づく〉、〈「不安」と「気づきたくない」との葛藤の開始〉、〈病院を探し、訪れる〉、〈医師が妊娠を診断する〉、〈承認書にサインする〉という複数の必須通過点 (OPP) を結節点とした行為や選択の連鎖が、半ば自然に立ち現れたようにみえる、ということである。しかし、こうした、いわば「芋蔓式」に明らかになった一連の中絶経験は、決して自明のものではなく、実は、文化的背景をもった社会制度や社会的な制約によって、「必然的に」かたちづくられたものではないだろうか。既存の文化社会的現実のなかで日々生きている我々が、通常みえにくくそれゆえ当たり前だと思っている事象は、実は社会的、文化的に成り立つものであるということが、ここで改めて明確になったと考える。
- 6) そもそも、日本の心理学では、「随伴性」の意で訳されるものであったが、近年では哲学や心理学などで、「偶有性」と訳す例が散見されている (高木, 2003; 杉尾, 2005)。偶然の一致に結びついてはいるが、単に偶然事象であるという意にとどまらない。ある種の文脈のなかでは、一回性で必然的で反復不可能な事象であり、その出来事と遭遇することによって、その後が非可逆的に変化していくという新たな次元の生成を可能とする、ということを含意して用いるものである。
- 7) 等至点 (EFP) や必須通過点 (OPP) としてどのような事象を焦点化するかは、研究目的による。こうした分析可能性の固定性・確定性は、他の多くの質的研究と同程度であるといえるだろう。
- 8) TEM を題材に発表・議論するなかで、「インタビューによって聴きとられた物語を、客観的な事実のようにみえる径路 (trajectory) として描くことの是非」について、指摘を受けることがある。こうした指摘には、ふたつの問いかけが含まれていると考えられる。ひとつは、インタビュー調査では、語り手が、事実ではないことを語ることがあるのではないかという疑問であり、もうひとつは、そうした物語を、客観色の濃い径路として示すことは正しいことなのか、という問題提起である。
前者については、インタビューによって聴きとら

れた物語は、「事実であるか否か」を判定するものではない、という回答を用意することができる。そもそも物語とは、経験を有機的に組織化すること、そして、それを意味づける意味の行為 (Bruner, 1999/1990) なのである (やまだ, 2006)。物語に関するこうした基本的な認識は、後者への回答にもつながっていく。すなわち、当事者によって語られた物語のなかに埋め込まれた「経験」や「出来事」を、モデル (4. 3 にて説明) としての径路に組み込むことは、当事者の意味世界を視覚的に明示した点で、意義があるといえよう。

まとめると、「径路」の図示は、当事者の、時間の持続と共にある連綿とした意味世界に関し、視覚的な理解を促すのに、効果的な方法だと考えている。それが、中絶を選択しうる未婚の若年女性、ならびに、援助や教育にかかわる人たちに役立つことは、4. 2 や 4.3 で述べた通りである。もちろん、当事者経験をより深く理解するためには、図示と併せて、文脈に埋め込まれた当事者の意味世界を丁寧に記述することが重要であるのは、いうまでもないことである。

引用文献

- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F., & Wyatt, G. E. (1992). Psychological factors in abortion. *American Psychologist*, 47, 1194-1204.
- BRIGHT SEX LIFE. (2005, 8 月). 未成年の中絶. http://mbsp.jp/ch.php?ID=se2010&c_num=29579 (情報取得 2006/11/15)
- ブルーナー, J. S. (1999). 意味の復権——フォークサイロロジーに向けて (岡本夏木・仲渡一美・吉村啓子, 訳). 京都: ミネルヴァ書房. (Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.)
- デーケン, アルフォンス. (1991). 公認されていない悲嘆. *ターミナルケア*, 1, 391-394.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs.
- ハーヴェイ, J. H. (2003). 喪失体験とトラウマ——喪失心理学入門 (和田実・増田匡裕, 編訳). 京都: 北大路書房. (Harvey, J. H. (2002). *Perspectives on loss and trauma: Assaults on the Self*. London: Sage Publications, Inc.)
- 長谷瑠美子. (2003). 中絶前後のカウンセリング. *助産雑誌*, 57, 14-17.
- 平井真由子・宮崎郁子・工藤ハツヨ. (2002). 人工妊娠中絶について——性教育の必要性. *飯田女子短期大学看護学科年報*, 5, 167-181.

- 医療法人社団清新会東府中病院. (1999, 9月15日). 妊娠検査薬・妊娠反応. <http://www5a.biglobe.ne.jp/~hhhp/pregnancy-test/pregnancy-test.htm> (情報取得 2006/04/17)
- 株式会社アラクス. (1998). チェックワンについて. <http://www.arax.co.jp/checkone/about/index.html> (情報取得 2006/07/26)
- 木戸久美子・中村仁志・林隆. (2004). 10代での人工妊娠中絶および出産と抑うつとの関連. 山口県立大学看護学部紀要, 8, 25-32.
- 木村好秀・齋藤益子. (2002). 人工妊娠中絶実施前後のこころのケア. 周産期医学, 32, 87-90.
- 杵淵恵美子・高橋真理. (2004a). 女性達の人工妊娠中絶における意思決定過程. 日本母性看護学会誌, 4, 7-16.
- 杵淵恵美子・高橋真理. (2004b). 人工妊娠中絶を経験した女性の審理経過. 石川看護雑誌, 1, 39-47.
- 岸田泰子. (2002). 若年者の人工妊娠中絶前後に必要とされる援助に関する一考察. 思春期学, 20, 266-272.
- 小竹久美子. (2003). 中絶をする人・した人のケアの実際. 助産雑誌, 57, 185-189.
- 河野美代子. (2002). 若年者の人工妊娠中絶. 周産期医学, 32, 179-183.
- 厚生労働省. (2005). 平成15年度保健・衛生行政業務報告結果の概要(衛生行政報告例)4 母体保護関係. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/03/kekka4.html>. (情報取得 2006/07/26)
- Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M. L., Zubek, J., Richards, C., Wilhite, M., & Gramzow, R. (2000). Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of General Psychiatry*, 57, 777-784.
- 眞庭絵里・白井瑞子・内藤直子・片山理恵・益岡享代・山本文子・真鍋由紀子. (2002). 高校生の人工妊娠中絶に対するイメージの検討——避妊と人工妊娠中絶の性教育への一考察. 香川母性衛生学会誌, 2, 40-41.
- 日本経済新聞夕刊 2004年11月02日4版. 19歳の中絶50人に1人.
- 二本松鮎美・北林ちなみ・杉浦恵子. (2004). 人工妊娠中絶における心のケア. 飯田女子短期大学看護学科年報, 7, 45-56.
- 大川聡子. (2004). 10代で出産した母親の実態と社会環境の課題. 日本=性研究会議会報, 16, 49-59.
- 大久保美保. (2002). 人工妊娠中絶をした女性のケア: 看護・助産職の調査から. 齋藤有紀子(編著), 母体保護法とわたしたち——中絶・多胎減数・不妊手術をめぐる制度と社会 (pp.123-139). 東京: 明石書店.
- Rubin, L. (2004). Abortion and mental health: What therapists need to know. *Woman & Therapy*, 27, 69-90.
- 齋藤真緒. (2007). セクシュアルヘルスプロモーションの射程——新しいアジェンダとしての若者のセクシュアルヘルスを中心に. 立命館人間科学研究, 14, 167-181.
- Sato, T., Yasuda, Y., & Kido, A. (2004). *Historically structured sampling (HSS) model: A contribution from cultural psychology*. Paper presented at the 28th International Congress of Psychology, Beijing, China, August, 12.
- サトウタツヤ・安田裕子・木戸彩恵・高田沙織・Valsiner, J. (2006). 複線径路・等至性モデル——人生径路の多様性を描く質的心理学の新しい方法論を目指して. 質的心理学研究, 5, 255-275.
- Sato, T., Yasuda, Y., Kido, A., Arakawa, A., Mizoguchi, H., & Valsiner, J. (2007). Sampling reconsidered: Personal histories-in-the-making as cultural constructions. In J. Valsiner & A. Rosa (Eds.), *The Cambridge handbook of sociocultural psychology*. New York: Cambridge University Press.
- シンプソン, C. (2006). もしかして妊娠——…そこからの選択肢(村瀬幸浩, 監修・富永星, 訳)(10代のセルフケア4). 東京: 大月書店. (Simpson, C. (1990). *Coping with unplanned pregnancy*. New York: The Rosen Publishing Group, Inc.)
- 曾我部恵美子・遠藤治子・川崎佳代子. (1999). 人工妊娠中絶における自己決定. 自治医科大学看護短期大学紀要, 7, 37-46.
- 杉尾宏. (2005). 「始まり」としてのコミュニケーション——他者経験としてのコミュニケーション. 兵庫教育大学研究紀要, 26, 1-7.
- 鈴井江三子. (1997). わが国における人口妊娠中絶の実態について——その対策とケアのあり方を問う. 川崎医療福祉学会誌, 7, 237-248.
- 鈴井江三子・柳修平・三宅馨. (2001). 人工妊娠中絶を経験した女性の不安の経時的変化——術前・術直後・3ヵ月後・6ヵ月後. 母性衛生, 42, 394-400.
- 高木光太郎. (2003). 最近接発達領域における内的論理の変形可能性と接触可能性. 国際教育評論, 1, 61-67.
- Tentoni, S. C. (1995). A therapeutic approach to reduce post abortion grief in university women. *Journal of American College Health*, 44, 35-37.
- 常盤洋子・土江田奈留美・渡辺尚. (2003). 人工妊娠中絶前後の心理的反応と心のケアに関する研究の現状と課題. 群馬保健学紀要, 24, 53-64.
- 都筑学. (2004). 倫理的に配慮する——研究協力者との関係のあり方. 無藤隆・やまだようこ・南博文・麻生武・サトウタツヤ(編), 質的心理学——創造的に活

用するコツ (pp.233-239). 東京：新曜社.

Valsiner, J. (2001). *Comparative study of human cultural development*. Madrid: Fundacion Infancia y Aprendizaje.

Valsiner, J., & Sato, T. (2006). Historically Structured Sampling (HSS): How can psychology's methodology become tuned in to the reality of the historical nature of cultural psychology? In Straub, J., Kölbl, C., Weidemann, D., & Zielke, B. (Eds.) *Pursuit of meaning: Advances in cultural and cross-cultural psychology* (pp.215-251). Bielefeld: Transcript Verlag.

やまだようこ. (2000). 喪失と生成のライフストーリー.

やまだようこ (編), 人生を物語る——生成のライフストーリー (pp.77-108). 京都：ミネルヴァ書房.

やまだようこ. (2006). 質的心理学とナラティブ研究の基礎概念——ナラティブ・ターンと物語的自己. 心理学評論, 49, 436-463.

安田裕子. (2005). 不妊という経験を通じた自己の問い直し過程——治療では子どもが授からなかった当事者の選択岐路から. 質的心理学研究, 4, 201-226.

謝 辞

お話をお聴かせくださった 3 名の協力者のみなさま, どうもありがとうございました。また, 非常にご丁寧に査読いただいた先生方に感謝いたします。

(2006.5.8 受稿, 2007.11.1 受理)