

不妊治療を経験した女性たちの語り ——「子どもを持たない人生」という選択

竹家一美 京都大学大学院教育学研究科
Kazumi Takeya Graduate School of Education, Kyoto University

要約

生殖補助医療の急速な進展は、不妊に苦悩する女性たちに、希望と残酷な可能性の両方をもたらしてしまった。不妊治療は「先の見えないトンネル」ともいわれ、治療の結果、子どもを持てる確率は非常に低いのが現実である。不妊治療は妊娠・出産を迎えなければ完了せず、治療の継続・断念は当事者に一任される。本研究では、不妊治療を経験したうえで「子どもを持たない人生」を選択した女性9名との半構造化面接を通して、「子どもを持たない人生」を受容するプロセスを明らかにし、彼女たちの人生における不妊治療経験の意味を検討することを目的とした。対象者の語りは「不妊治療初期」「不妊治療集中期」「不妊治療終結期」の3つの時期に分けられたが、女性たちの心の変容プロセスは段階的、画一的なものではありえず、個別的で多様性にみちていた。また、対象者の語りにおいて不妊治療の経験は、「受容感の拡大」「価値観の転換」「治療の意味づけの変更」「生成継承性の芽生え」に繋がるものとして意味づけられていた。不妊治療終結期以降、不妊に苦悩した女性たちは、「社会化」を実現することによって不妊を乗り越えていた。生涯発達の観点からみると、彼女たちの語りには、肯定的な意味づけと発達の側面が示唆されていると思われた。

キーワード

不妊治療, 意味, 生成継承性, 語り, 社会化

Title

The Narratives of Women Who Received Infertility Treatment: The Choice of a Life as a "Woman Without Children"

Abstract

Although great progress has been made in assisted reproductive technologies, women suffering from infertility still face both great hopes and cruel disappointment. It is still difficult to produce a child using infertility treatments. If the infertility treatment does not lead to the birth of a child, the patient has to decide whether to continue. Semi-structured interviews were conducted with nine women who decided to remain childless after unsuccessful infertility treatments. This study sought to clarify the process by which they accepted their lives as childless women and the meaning of their experiences of infertility treatments. Their narratives concerning the infertility experience were divided into three periods: "early", "intensive", and "terminal". These did not follow successively, but were diverse. The results revealed four meanings of infertility treatments: "expansion of a sense of acceptance", "change in values", "change in the meaning of infertility treatment", and "generativity". After stopping treatment, they overcame their infertility through "socialization". From the viewpoint of life-span development, their narratives should be considered to have positive meaning and be one dimension of their adult development.

Key words

infertility treatments, meanings, generativity, narratives, socialization

問題と目的

1 不妊をめぐる問題

近年、わが国では出生率低下への危機感が加速度的に高まってきている。少子化対策の一環として、2004年度から、国は不妊治療費の一部を助成する制度を導入した。晩婚化で不妊治療への関心・ニーズが増加し、メディアでたびたび取り上げられるため、「不妊」という言葉は、一般に広く認知されるようになった。だが、「不妊」と「不妊症」は医学的に区別されるので、注意が必要である。不妊とは、妊娠可能年齢の男女が避妊しないで性交渉を行なうにもかかわらず妊娠しない状態のことをいい、これ自体は治療の対象となる「症状」ではない。不妊が「不妊症」となるのは、この不妊の状態により当事者が精神的苦痛ないし不都合を被っている場合（つまり子どもを望んでいるのに叶えられない場合）である（白井，2001）。わが国では、この状況に該当し2年間妊娠しない場合を「不妊症」と定義している。

厚生労働省によれば、不妊治療を受けている患者は約47万人と推計され（日本経済新聞，2003/10/13）、新生児の65人に1人は体外受精で生まれている（日本経済新聞，2005/9/17）という。不妊という概念が一般的になったとはいえ、実際に不妊治療を受けているカップルが社会全体から見て、依然少数派であることには変わりはない。少子化で「子どもがいる幸せ」ばかりが強調される傾向にあるが、10組に1組の夫婦が不妊といわれる日本では、子どもを望んでも持てない人は少なくない。たしかに、生殖補助医療の急速な進歩により、以前なら産めないと言われた女性にも「産めるかもしれない」という可能性がもたらされた。そして、この可能性は日々拡大し続けている。だが逆に、この可能性が不妊女性を苦しめる一因になっていることもまた、事実であろう。不妊治療の結果、妊娠し出産にまで至る成功率は約5～20%と報告されており（菅沼，2001）、数字の上では、治療を受けても子どもを持てない人が大半である。治療は、原因解明の検査と療法が並行して行われる場合が多く、一旦治療を

始めると次々に選択肢や代替的な治療法が提示され、妊娠・出産を迎えることによって不妊治療が完了しない限り終結しない。いわば、先の見えないトンネルを進むようなものであり、当事者が「終わりを決断する」ことが要求される。「産みたいけれどやめたい」というアンビバレントな感情に苛まれ、治療そのものがストレスになってしまうことも珍しくない。実際、ある自助グループの調査では、当事者が最も関心を示すテーマは、「メンタルケア」や「最新医療情報」等を押さえて、「子どものいない生き方」が首位であった（フィンレージの会，2002）。不妊の経験を綴った手記などは出版されているが、成功例や治療中の苦悩を描いたものが多く、「子どもを持たない人生」を選択した女性に焦点を当て、その心の問題を扱ったものはあまり見られないのが現状である。

2 「子どもを持たない女性」の発達を研究する意義

発達心理学の分野では、従来、「親になること」は発達の1段階として捉えられてきた。とりわけ、女性の生涯発達に関する研究領域では「母親になること」が自明視されてきた。

エリクソン（Erikson, 1964, 1968/1973）は、女性の発達の特質として、「内的空間説」という考えを提唱している。これは、女性の身体には自分が選んだ男性の子どもを宿す内的空間（inner space）があり、この空間が心から歓迎するものを選ぶことができるようになったときに、アイデンティティが獲得されるという説である。この説は、女性解放運動がさかんであった当時のアメリカ社会に大きな波紋を投げかけ、フェミニストからの強い反発を受けた。

1970年以降、この説を検討しようとする研究が、主に女性研究者によって続出したが（Hopkins, 1980；Josselson, 1973；O'connell, 1976）、時代の変遷とともに女性をとりまく社会状況が一変し、内的空間説への関心は次第に薄れていった。すなわち、1970年代から1980年代にかけて、人々のライフスタイルや価値観が多様化し、職業を持つ女性が一般的になってきたため、男性と結婚し子どもを産むというライフスタイルを前提とした内的空間説は、時代と合致しなくなっ

てきたのである。その後、このライフスタイルや価値志向の相違が、女性の発達にどのような影響を及ぼすのかという問題は、女性の生涯発達研究の重要なテーマの1つとなった。そして、こうした状況を背景に、最近ではさまざまな視点から女性の発達を検討する実証的研究が行なわれている。

たとえば、成人女性のアイデンティティの発達プロセスを縦断的に探究した研究 (Josselson, 1987, 1996; 園田・中釜, 1989)、職業と家庭役割のアイデンティティ葛藤に関する研究 (Hornstein, 1986; 前川・無藤・野村・園田, 1996)、女性の発達と職業の関連を検討した研究 (岡崎・柏木, 1993; Spenner & Rosenfeld, 1990) 等々、さまざまな角度から女性の発達を捉えようとする研究が行なわれている。そこで論じられる女性には、現代的状況を反映して職業、結婚、出産等に対しいろいろな選択肢が用意されているが、基本的に女性は「産む機能を持つ存在」であるという前提の上に論が進められている。圧倒的大多数の女性がその機能を有することに異論はないが、だからといって、「産めない女性」の存在を切り捨ててしまっただけだろうか。それでは、「産めない」ことに悩み続ける女性がいることすら気づかなかったというフェミニストの「強者の論議」(宮, 1992)と根底は同質であろう。

親と子に関する心理学の研究は膨大な量の蓄積があるが、柏木 (1995) によれば、従来の発達心理学では、親は子どもの発達に影響するものとしてのみ扱われ、親自身の発達に関する研究は看過されてきたという。そのような問題意識を反映し、近年は「親となる」ことによる親の発達に関する研究 (柏木・若松, 1994) や出産が女性のキャリアに与える影響を検討した研究 (Pickens, 1982)、また、母性研究 (大日向, 1988) や母親の側から主体的に子どもという存在を捉えようとする研究 (柏木・永久, 1999; 中山, 1992) など、親自身の発達に関する研究が次々と発表されている。しかしここでもまた、「親となれない」女性への視点が欠落しているように思われる。子どもを産み育てる経験によって人としての発達が促されることは、もちろんである。だが、人は子どもを産めなかった経験からも人間的に成長するのではないだろうか。

今日、「女性の生き方の変化」や「女性のライフサ

イクルの多様化」という現象は多くの研究者に共有される認識であろう (例えば、岡本, 1997; 杉村, 1995)。落合 (1997) によれば、非婚、晩婚、子どもを持たない夫婦、結婚をしないカップル等、生き方は今後ますます多様化し、個人化し、非標準化していくと予測され、実際そうなりつつある。現実社会がそのように変化しているのであれば、発達心理学の領域においても多様な人生の多様な発達を捉え理解することは必須であろう。しかしながら、子どもを持たない女性を対象とした生涯発達研究は、わが国では極めて少ない (大日向, 1992; 森川, 2000)。欧米においては、不妊の経験を重大な喪失経験と捉え、生涯発達の観点から考察した研究が幾つか見出せる。ただし、欧米ではカップルを対象とした研究 (Dunkel-Schetter & Lobel, 1991; Leiblum & Greenfield, 1997) が主流で、また 1940 年代から続いている不妊症の男性を対象とした稀有な縦断的研究 (Snarey, Son, Kuehne, Hauser, & Vaillant, 1987; Snarey, 1988) も見られるが、不妊女性に焦点化した研究 (例えば、Morse & Van Hall, 1987) は、それほど多くはない。不妊は男性にとっても (特に男性に不妊原因があるとされた際には) トラウマやスティグマになりうるが、日本では子どもを産むこと (または、産まないこと) は女性の役割であるという自他共の思い込みが影響して不妊という状態は女性により大きな困難としてのしかかる (柘植, 2005)。

したがって、不妊治療を経て子どものいない人生を選択した女性の発達プロセスを明らかにすることは、ますます多様化する社会を生きるこれからの女性にとって有益な知見となるばかりでなく、現在の日本における不妊治療のあり方や問題点を把握する上でも重要であると思われる。

3 目的

以上のような問題意識を踏まえ、本研究の目的は次の2点である。第1は、子どもが欲しいと不妊治療に臨んだ女性たちが、どのような心理的プロセスをたどって「子どもを持たない人生」を選択するに至ったのかを明らかにすることである。第2は、その経験による考え方や生き方の変容を探索し、当事者が不妊治療をどのように意味づけるのか、またそこに、発達の側

表1 対象者のプロフィール

	年齢	原因	治療期間	断念後	職業
A	39歳	排卵障害 ^{注1}	2年（断続的） 29～34歳	5年経過	結婚前から一貫して会社員
B	41歳	男性不妊 （詳細不明）	6年 26～32歳	8年経過	結婚以来、夫婦で自営業
C	39歳	子宮内膜症	2年 33～35歳	4年経過	専業主婦 → 離婚、現在大学院生（臨床心理学）
D	41歳	機能的な不妊 （原因不明）	4年弱 36～40歳	1年経過	結婚以来、専業主婦
E	33歳	無精子症	1年5ヶ月 30～31歳	3年経過	専業主婦 → 現在離婚を前提に別居中、大学生（心理学）
F	29歳	子宮内膜症	9ヶ月 27～28歳	半年経過	結婚前から一貫して団体職員（保育関係）
G	42歳	造精機能障害 ^{注2}	1年8ヶ月 31～32/37歳	5年経過	治療中は専業主婦 → 治療中断中は会社員 → 現在は法科大学院生
H	35歳	排卵障害	2年（結婚前） 21～22歳	12年経過	診断時大学生（未婚） → 治療時会社員 → 結婚・離婚 → 現在、福祉施設スタッフ
I	48歳	子宮内膜症	7年弱 33～40歳	8年経過	専業主婦 → 現在は会社員および大学生（通信制）

注1：排卵障害：ホルモン分泌の問題、視床下部・脳下垂体の機能不全や高プロラクチン血症など

注2：造精機能障害：奇形の精子が多い、精子の運動率が低いなど精子の状態が劣悪なこと

面は見られるのか、について検討をすることである。

2 方法と手続き

方法

1 対象者

不妊治療経験者で、現在子どもを持たない人生を送っている女性に対して、本研究の趣旨と目的を説明し協力者を募った。まず、筆者の知人を通じて知り得た数名の該当者に依頼したが、承諾を得られたのは2名であった。次に、全国ネットの自助グループ内で発行されるニュースレターとインターネットのホームページ上に「協力者依頼」を掲載した。その際、筆者自身が不妊治療経験者で子どもを持たない人生を選択していること、語られた内容は研究以外には使用されずプライバシーは厳守されることを明記した。その結果、13名からの承諾を得たが、諸般の事情を考慮して7名を選定し、計9名を対象者とした。これらの対象者のプロフィールを、表1に示す。

個別に半構造化面接を行った。本法を採用したのは、第1に、一口に「不妊治療経験者」といっても、年齢や原因、治療年数や治療段階等それぞれの事情によって、当事者の不妊経験の意味や思いは千差万別である。このような多様性、複雑性を、伝統的な仮説検証的手法を用いて捉えることは困難である（難波、2000）こと、第2に、不妊という非常に個人的な問題に踏み込んでその意味を探索するためには、対象者の意識内容をより深く理解できること、およびその文脈における位置づけがより確かに把握できることなどの理由からである。

面接では、対象者の基本的属性について尋ねた後、ほぼ時系列的に不妊治療開始時から断念時までの状況と思いを語ってもらい、その後、不妊治療の意味づけに関わる問いかけを行なった。

本人の自発的な語りによる自然な流れを重視したため、所要時間にはばらつきが生じた（1人当たり57分～153分）。対象者には、不都合な質問に答える必

表2 語りからエピソードを抽出する際の分析枠組み

1.	診察のきっかけ
2.	不妊治療開始時の気持ち
3.	不妊治療中の精神状態
4.	不妊治療をやめるきっかけ
5.	不妊治療断念時の気持ち
6.	不妊治療断念からの立ち直り
7.	子どもを望んだ理由
8.	現在の生きがい
9.	不妊治療経験後の考え方や生き方の変化
10.	不妊治療を受けていた意味
11.	子どもが授からなかったことの意味
12.	今後の夢や希望
13.	不妊治療中の心の支え

要がないこととプライバシーの厳守を十分説明してから、それぞれ1回の面接を実施した。対象者の理解を得たうえで、全ての面接はICレコーダーに録音された。調査期間は2004年9月下旬から12月上旬までで、調査場所は対象者の希望に従って、喫茶店が6名、大学院の心理相談室が1名、拙宅が2名であった。なお、対象者とは全員初対面であったが、事前に7回前後メールでのやりとりがあった。

3 分析

まず、録音された内容を全て逐語文字化した。続いて、その逐語録を精読した後、分析枠組み(表2)に従って対象者の語りからエピソードを抽出し、ワークシートを作成した。この分析枠組みは、本研究の目的を明らかにするために用いた半構造化面接時の質問項目にほぼ則している。それらは、当事者でもあった筆者自身の興味関心から導き出されたものであるが、白井(2004)の調査項目や幾つかの体験記なども参考にした。重要と思われる語りは「」をつけてそのまま抜き出したが、意味的なまとまりを重視したため、語りの長さは1フレーズから1パラグラフまで長ささまざまであった。得られた語りの個数は、1人当たり32個から58個(平均44個)である。

初診から不妊治療を断念し子どもを持たない人生を受容するまでの時間軸における全対象者のエピソードを比較し、共通する、あるいは個々人に特有の心理状態が見出せるかを検討した。対象者間に類似する心理

状態が検出されたものについては、共有する時間軸上での共通プロセスと捉え、一定の段階的な経験として位置づけた。

次に、ワークシートの中から「不妊治療を人生においてどう意味づけているのか」に関連するエピソードと語りを抽出し、類似した内容と考えられるものをまとめ、分類した。その際特に注目したのは、表2の項目8から12である。「意味」という言葉で直接表出されていなくても、別の角度から意味づけていると思われる語りも多く見られたため、繰り返し逐語録に戻り、文脈をたどって吟味した。その結果、経験が変容に果たした役割が見えてきた。

なお、分析に関わる作業は面接者である筆者が単独で行なったが、その結果については、教員2名と学部4年生4名から成る卒論演習の場で発表の機会を与えられ議論された。

結果と考察

1 不妊治療を経て「子どもを持たない人生」を受容するプロセス

各対象者の語りをエピソードに区切り時系列に並べ替えてみると、客観的には初診から検査・治療へと進み、妊娠を望んでは裏切られる状況を何回か繰り返した後、治療を断念し新たな生き方を模索するという3

表3 不妊女性が「子どもを持たない人生」を受容するプロセス

時 期	当事者の心理的特徴	A	B	C	D	E	F	G	H	I
不妊治療初期	子どもを持てる確信的期待, 医療技術への信頼, 当事者としての身体能力の自信	○	○	○	○	○	○	○	△	×
不妊治療集中期	揺れ動き (半信半疑の期待, 精神的浮沈の連続, 断念と継続の葛藤)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	病院不信 (治療方針への疑問, 医療従事者・システムへの不満, ドクターショッピング)	○	×	△	○	○	○	○	○	△
	焦燥・不安 (加齢への焦り, 身体の不調, 原因不明, 先の見えない不安感, 強迫感)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	自信喪失 (マイノリティー意識, 無力感, 存在価値の揺らぎ, 欠損感, 限界感)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
不妊治療終結期	閉じこもり (孤独感, 疎外感, 引きこもり, うつ状態, 匿名性)	○	○	○	○	○	×	○	○	○
	諦念, 解放感, 安堵感, 満足感, ふっきた感じ, 「子どもを持たない人生」の選択	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	多様性の受容, 他者との関わり, 自己肯定感の上昇, 適応	○	○	○	×	○	○	○	○	○
	目標設定, 自己確立感, 社会化, 生成継承性, 「子どもを持たない人生」の受容	○	△	○	×	○	○	○	○	○

注：心理的状態が ○＝該当する △＝やや該当する ×＝該当しない

つの時期が見出された。一見すると誰もが画一的な段階をたどるように見えるが、各人の内側は直線ではありえず混沌としている。環境や性格など対象者自身の事情が異なるのはもとより、医療とのかかわり方も人それぞれであるため、各時期に表出する語りは実に多様であった。特に、治療中の精神状態はさまざまであり、全員に共通する感情もあれば、個々人に特徴的な感覚も見られた。各時期に現れた対象者間に共通する心理的特徴の変化プロセスを表3に示す。

(1) 不妊治療初期

受け容れがたい困難に遭遇した人間の心理過程に関する研究は、既に多くの蓄積がある (Adler, 1975 ; Kübler-Ross, 1969/1971 ; 牛尾, 1998 など)。これらの研究に見出せる共通点の1つとして、初期に現れる「衝撃」や「否認」などの驚愕や混乱の時期があげられる。不妊という事態もまた、子どもを望む当事者にとっては受け容れがたい困難であろう。だが今回の対象者には、Hを除きそのような感情の表出は見られなかった。不妊は、当事者自身が疑惑を抱かなければ「不妊」ではないし、疑惑を抱いて病院を訪れなければ「不妊症」にはならない。以下に示す語りに見られ

るように、不妊ではないかという疑惑の始まりは一般に曖昧で不確かなものであると推察される。従って、初期段階においては、「衝撃」や「否認」等の強い感情が現れなかったのではないだろうか。

〈漠然とした不妊疑惑の念を表す語り〉

- A 「そのうちできるだろうと思っていたら、あれ、おかしいなって感じ」
- B 「1年ぐらいたって、なかなかできないから、あっこれは…とか思って」
- D 「もしかしたらどこか悪いところがあるかもしれないって思って」

この初期段階で、例外的に「衝撃」を受けたと語ったHは、特異な状況下で自らの「不妊」を知らされた。Hは、19歳の時レイプ被害にあい、初めて産婦人科に連れて行かれた。当時彼女は、女子大生で未婚であった。Hは、レイプされたことのショック、「不妊症」であると告げられたことのショック、そして母親から受けたショックの3重のショックを次のように語った。

〈強い衝撃を示すHの語り〉

レイプされて、それで母親が産婦人科に無理やり連れて行って、妊娠してるかしてないかってこと。お医者さんが血液検査をして、ま、妊娠はしていないし。で、生理が重いとか訴えたら、軽く検査してってなって、不妊症だってことがわかって。それでもう、すごくショックを受けて…（中略）でも、それよりも母親が私を全然顧みないことがショックだった。ただ妊娠していないってことだけで安心して、私がレイプされてショックを受けたこととか全然顧みない。それまでも母親との関係が悪かったけど、決定的にもう、この人を信じちゃいけない、この人にはわかってもらえないって思って。それでそこから、もう女として幸せになれないとか、自分の中で、自分が女だっていうアイデンティティが崩れてしまった。

この衝撃がもとで、やがてHは精神科へ通院するようになるが、その間、支え続けてくれた恋人のために未婚のまま不妊治療を開始する。彼が寺の跡取り息子であったため、結婚するまでに治したいとの一念からの決断であった。

本研究の対象者中、Hを含む4名は不妊以外の理由で産婦人科を受診し、最初から不妊疑惑を抱いて専門医を訪ねた者は5名である。それぞれに事情は異なるものの、彼女たちは初診から不妊治療の実施に至るまでの過程に困惑や躊躇といった様相をほとんど見せない。そもそも初診における医師の説明や不妊検査の実際に違和感があれば、不妊治療を受けるという選択はなされないだろうから、本研究でそのような声を掬い上げることは不可能であった。ただし、今回の対象者に困惑や躊躇が全く現れなかったかと問えば、おそらく皆無であったとまでは言えないだろう。にもかかわらず、彼女たちの語りにもそのような心境が表れなかったということは、現在からふり返った時に、不妊治療の経験は、困惑や躊躇から始まる物語ではなく期待や確信から始まる物語として語り直される必要があったのではないだろうか。ここでは、不妊検査から治療へと移行する過程における語りを示す。

〈妊娠・出産を確信し検査から人工授精¹⁾へ移行したDの語り〉

一通り調べてどこも異常がないので、「とりあえずAIH（人工授精）とかやりますか」って言われて。私も焦ってたので、なにしろAIHやればすぐできるのかなって感じで思って、「もうやって下さい」っていう感じ。3回以内には絶対できるって思っていました。

〈検査とほぼ並行して人工授精に突入したFの語り〉

検査によってどっちか（自分か夫か）に傾くじゃないですか。子どもがどうたらってより原因がどっちなのかって。自分が原因なのも辛いけど、相手だともっと辛いかも。いつもいつも不安で…（中略）1ヶ月後には、「いきなりですけど、あさって人工授精です」って。自分は若いから確率は高いんじゃないか、イケルって気持ちで。

これらの語りでは、検査から治療への円滑な移行が表現されている。医師から治療法を提案された時点で、むしろ患者側が積極的に希望している様子さえ窺える。彼女たちが、不妊を疑い、自覚し（自覚させられ）、不妊治療を開始するという流れに逆らわなかった理由として、次の2つが考えられよう。

1つは、原因究明のために不妊検査を受けるのが一般的だが、次々に検査を受けても原因が解明されない場合が多く、一連の検査を全て受けるためには身体的にも時間的にも相当な忍耐を要する。全検査が終了するまでに、当事者はかなりの不安と焦燥に駆られ、結果が待ちきれず検査と療法を同時進行させるケースも珍しくない。

もう1つは、医療機関や生殖技術への信頼が厚く、治療開始時には楽観的な人が多いということである。今回の対象者でも、治療開始時にはほぼ全員が成功を確信していた。20代で子宮内膜症²⁾の手術を受けたCでさえ、「手術をした先生に子宮を残しておいたから子どもはできるって言われてたので、私はそれを真に受けて何年かしたらできるかなって思ってた」と語っている。不妊治療初期の段階で、悲観的な語りを示したのはIだけであった。

〈当初から悲観的な様相を示す I の語り〉

やっぱり…、やっぱり暗たんたる気持ちで…。どうして私がこんな経験をするんだらうっていうことと、自分がすごく…ひどく特別な特殊な人間にされてしまったような、されてしまったのかなっていう意識があって、うーん、自分ではそれが大きかったですね。

I の語りの特徴的なのは、「されてしまった」という語りである。I の場合は、もともと子宮内膜症のために生理が辛く、結婚後その治療をしようと婦人科を訪れたところ知らされた不妊であった。H も同様だが、自分の中に不妊への疑惑や確信がなく、突然医師から宣告された場合には、衝撃度が大きいようである。I は「衝撃」や「ショック」という言葉は用いなかったが、「されてしまった」という言葉に被害者意識が読み取れる。I は「子宮内膜症」と「不妊」との関連を全く想定していなかった。それで、突然医師によって「不妊症」というラベルをはられてしまったと感じたのではないだろうか。

(2) 不妊治療集中期

精神的にも身体的にも最も辛い時期である。「不妊治療集中期」と一括りにしたが、要するに実際に治療を受けていた期間であり、長さは人それぞれである。今回の対象者では、9 ヶ月から 7 年までの幅があった(表 1 参照)。妊娠を期待しては成功せず、裏切られた思いを抱きつつも、また次の可能性に賭けずにはいられない。そのような月日を誰もが繰り返し経験している。この時期の語りに現れる心理的特徴は、表 3 に示した 5 つの言葉にまとめられる。「揺れ動き」「焦燥・不安」「自信喪失」は全対象者の語りに認められ、「病院不信」と「閉じこもり」は全員ではないものの、大半に共通する重要な心理状態である。「揺れ動き」に関しては、成功への期待と失望という浮沈がまず起こり、次第に治療をやめるか続けるかという葛藤も芽生え始める。この葛藤は、たとえば不妊仲間の成功によっても刺激される。そのため、他者との関わりを避ける人も見られ、「閉じこもり」との相互関連も示唆される。

以下に「揺れ動き」の典型的な語りを示す。

〈結婚前の子宮内膜症の手術が原因で不妊になった C の「揺れ動き」〉

一番最初の体外受精³⁾の時に卵が 5 個採れて、それがすごく良かったんですね。もう、3 個はベリーグッドだって言われて。で、何個戻したんだっけ…、5 個か 3 個戻して…。先生も「これでばっちりだよ」みたいなこと言って、もう、すごい期待して(中略)普通に生活してたらできなくて、自分としてはすごいびっくりして、ショックでしたね。「できるって言ったじゃん」みたいな。「あつ、できないんだ！」って思っすぎてすごいショックでしたね。

〈1 度は断念したものの諦めきれず治療を再開した G の「揺れ動き」〉

体外受精は一大イベントで、期待するなというほうが無理でしたね。実際、採卵日に向けて何日も前から毎日注射を打ちに通院し、採卵、胚移植後も数回投薬などに病院に行きます。「いい卵だった」とか言われるとすごく期待してしまっ。判定日までには生理がこなかったら、尿検査で判定するのですが、なんか微妙で結果がわからなかったんですよ。それでまた、期待が大きくなって。でも、結局は生理になって失敗だったわけです。その間じゅう毎日ドキドキで、神様に祈る日々でしたね。

今回の対象者に限らず、不妊治療経験者の中には病院や医療従事者への不信・不満を表す人が多い。その結果、ドクターショッピング(複数の病院を回り診断を仰ぐこと)に向かう人も少なくない⁴⁾。A は病院から受けた自身の悲痛な経験をバネにして、現在、女性のためのクリニックリスト(最適な病院選択のための情報公開)の会を運営している。彼女は仕事との両立を考慮して病院選びを繰り返すが、その度に身も心も傷つけられ、4 つめでようやく納得できる病院に巡り合えたと言う。

〈「病院不信」に陥った A の語り〉

(1 つめは会社から至近距離の個人病院へ行っただが、医師や看護師の心無い態度に傷つき、今度

は) 県内の総合病院へ行っただけですよ、総合病院って、すごい混んでるんで待つんですよ。予約しても1時間待ちとか。私も会社勤めがあるから、通うのが不安、大変だみたいなことを言ったら、「子どもが欲しかったら会社っていうか仕事はやめなきゃ」みたいなことを暗に言われたんですよ(中略) 次の時に行って(勧められた検査を)受けたくないということを言ったら、そのドクターは「もう僕にはできることはありません」って感じだったんですよ。県内では一応トップクラスの病院って言われてるんですよ。ケアもあんまり良くないし。それで、そこでできることないって言われてやめました。結局そこは2,3回だけ、もうすごい医者だなって。長い間待って1分診療。検査がどういうもので、どういう目的でやるのかっていう説明がまったくない。

「焦燥・不安」に関しては幾つかの視点があげられる。まず、原因がなかなか解明されないことや、今受けている治療が本当に最適なのか、副作用や身体への影響はどうか、などといった医療に関する点、次に卵子の質の低下や身体能力の衰えなどの加齢に関する点、さらに、「(不妊治療を) やめられなかったらどうしよう」とか、「(体外受精/人工授精を) 何回やったら思いきりがつくのかかわからない」という語りに見られるように、先の見えない不透明性に関する点が見出せた。代表例として年をとることへの焦りと不透明性への不安を表すDと、身体への不安を訴えるAの語りを以下に示す。Dには焦燥だけではなく強迫的な心情も、Aには不安のあまり「自信喪失」に陥った様子も認められる。

〈36歳で治療を始めたDの年齢への焦りと不安を表す語り〉

どんどん年をとる一方だから落ち込んで暇ない、どんどんこんなことしてたらどんどん卵子が老化するって、それで毎月。(中略) やってる間は、ほんとにこれ止められなかったらどうしようって不安があった、何歳までやればいんだろう、こんなことで。なんかね、完璧にやらないとって。たとえば、ほんとの(治療ではなく自然な形での) 毎月(の)、排卵があっても、赤ちゃんになる確率は10回に1回くらいなんですって。だから、今月の排卵の卵だって思うと止められないじ

やないですか。(休みたいとか) 思わないです、全然。

〈4 つめの病院でやっと原因が判明し人工授精を数回試みたAの語り〉

AIH(人工授精) やってる頃になると、こっちも注射がかさんで身体がおかしくなってきたんですよ。生理がおかしくなって大出血して制服のスカートに染みたことがあったんですよ。自分の身体が自分でない感じ、どうなってるの?みたいな感じがでてきて。自分の身体に自信が持たなくて。

本来は、ある程度自己に対する有能感を抱きながら、それぞれに教育を受け社会人として働き、女性として、そして人間としての自尊心を持っていた女性たちである。しかしある人は、全ての検査を終えて自分に原因があることが判明した時に、またある人は、何度繰り返しても成功しないことから、無力感や限界感を覚え希望を喪失する。自分自身を責めたり自暴自棄になったりして、この時期にきて内向きな怒りや混乱が現れる場合もある。そして、それは「閉じこもり」へと繋がる。「自信喪失」が治療断念後まで長引き、自己肯定感がなかなか上がらない人もいる。次にその語りを示す。

〈「自信喪失」が欠損感や無力感へ波及した語り〉

- D 「不妊体験で何を思ったかっていうと自信を失いました。本当に自信がない。だから私が電話に出なかったのもみんなに私の存在を忘れて欲しいっていうか、それぐらい思ってる」
- F 「自分に生殖能力がないっていう欠乏が…、当たり前のことができないっていう気持ち」
- G 「子どもはできない仕事も辞めてしまった、八方塞がりな感じ。私はどうしたらいいの? 私の存在価値は何?みたいな問いに答えが見つけれなくて。生きててもしょうがないって感じで」
- H 「自分は女じゃないんだとか、もう何て言うか欠陥人間みたいな感覚」
- I 「私はずっと考えていたのは、自分は何のためにここに生まれてきているのか。で、やっぱり、子どもを、遺伝子を残すっていうのは生命として一番すごく大きな仕事なのにそれが私には

できない、できないのにここに生き続けていいのかと思っていた」

自閉的な心理傾向が生じる時期には個人差があると思われるが、「治療中の心の支えは何か」という問いに対して 9 人中 8 人が、「誰もいない」「自助グループ」「インターネットのメーリングリスト」「夫（彼）」と反応した結果から、不妊治療が終始一貫して内向きで匿名的な姿勢のもとに行われているということが推察される。唯一「閉じこもり」を表さなかった F は、結婚前からの仕事を継続し、大学時代からの複数の友人に治療中であることを打ち明け、社会との関わりを持続していた。対象者が語る「閉じこもり」を表す心理状態を 3 つの時期に分けて示す。

〈最初から終始一貫して引きこもっていたと語る D〉

最初の病院に行った頃からなんですけど、ほんとに引きこもってたんですよ。2 つ目の頃が一番辛かったですね。ほんとに誰にも会いたくないっていう…。もともとの知り合いがだめでしたね。30 代後半は、もう、電話にも出なかったし、まず自分から人に電話したりしない、電話きても出なかったですね。

〈不妊治療集中期に自閉的な傾向を現す C〉

（治療中の心の支えは）インターネットのメーリングリストで不妊の人が集まるサイトですね。たまに自分で書き込みをしたり、で、それに対して返事がきたりして救われる部分ってありましたね。ああ、独りじゃないんだって。病院へ行くと待合室に人が溢れているから、たくさんいるんだってことはわかっているけど、次に行ったらその人来ていないかもしれない、そうすると自分だけ取り残されるみたいな気持ちの方が先にたっちゃって、みんな待合室にいる人はライバルみたいな感じでしたね。

〈結果的に最後になった体外受精の失敗を受けて内へこもる G〉

4 月に（失敗の）結果が判明してしばらくうつ状態だったのかもしれませんが。3 月末で仕事も辞めてましたので、毎日家に引きこもってうつうつとして

た。体外受精に失敗して、1 回目で授かる方が難しいことはわかっていたのにやはり酷いショックで…。4 月半ばに結果が判明して 6 月末頃は自殺も考えていました。

（3） 不妊治療終結期

期待と失望を繰り返す中で、自信を失い外部との接触を避け、極端な人は自滅的にさえなりながら、徐々に不妊治療の「断念」へと向かって行く。治療断念へと向かうプロセスは各者各様だが、大別すると、自分で治療をやめる決断をした人が 5 名、外的な要因が加わって決断した、もしくはさせられたという人が 4 名であった。前者の 1 人 D は、年をとることへの焦りが当初から強く、猪突猛進に治療を続け、4 年間に病院を 3 つ変え、人工授精 15 回と体外受精数十回を繰り返したが、結局 40 歳少し手前で自ら治療を断念した。そのきっかけは、身体の老化を自覚したからだと言う。

〈D の不妊治療をやめるきっかけと治療断念時の気持ちを表す語り〉

体外（受精）だったんで、もう全然卵子の状態が、受精卵がわかるので、やっぱりどんどん老化していて、いい卵ができなくて。あと、基礎体温がもうきちんとならなくなってきたので。今までこれだけやって駄目だったのが、条件悪くなっているわけないや。ほんと、身体の老化でしたね。これだけやって、悔いはない！すんなり止めて良かった。今でも続けていたら怖い。

自分で決意したからといって、誰もが D のように潔くやめられるわけではない。甲状腺の持病を抱えながら、不妊治療に突入した F は開始後 4 ヶ月目に甲状腺の医師から不妊治療を中止するよう厳命され、3 ヶ月休んだ後、再開。そして 5 ヶ月後、再び甲状腺の治療を優先するように勧告される。彼女は、悩んだ挙句 1 年後の不妊治療再開を誓って甲状腺治療に専念することを決心するのだが、その間に気持ちが変化し、不妊治療をやめるという選択を決意する。彼女の気持ちを変化させたものは幾つかある。身体が楽になり精神状態が安定したことや、時間的に余裕ができ自助グループのスタッフになったことなどである。その活動を

通じ不妊女性のさまざまな状況や、生殖に関する問題を見知った結果、彼女の中に不妊治療再開への迷いが生じる。そして、彼女は納得のいく結論を下すために、通院していた病院内のカウンセリングを受けた。

〈不妊治療再開か断念か、思い悩む F の心境を表す語り〉

仕事も充実してたし、(自助グループの)会の活動も面白かったし、精神状態はまともになったし、身体も楽だった。でも、自分は1年たったらどうするんだらうって1人でずっと考えてきて。納得できる結論、1人で悶々と何年考えてもそれだけじゃ答えはでないっていうんで、カウンセリングを考えたんです。(カウンセリングの場では)毎週毎週泣いてきて。自分の視点っていうのは偏ってるじゃないですか。あさっての方から言ってくれるし、こういう視点もあるのかって考えた。

結局 20 回のカウンセリングを受けて、F は不妊治療断念を決意するのだが、その間生殖医療のセミナーに参加したりジャーナリズムに触れる機会を得て、自分の興味の方向性も見えてきたという。この F のように、最初からきっぱりと区切りをつけなくても自分を深く見つめるうちに、治療を断念する方向に向かうこともあるのだろう。ただし、F の場合は 20 代と比較的若く、再開するチャンスがいくらでも持てるという状況にあったことが、選択に余裕を持たせたのではないだろうか。

同じように「とりあえず中止」という判断から不妊治療断念に至ったという A は、自身の決断を「自主退学」と好んで表現する。A は人工授精を 5 回行って休止し 5 年経った。友だちが体外受精で妊娠したことなどに刺激され、激しく動揺する日々もあったが、再開する可能性は「今はない」と断言する。そう言えるようになったのは、2 年前に県の「自然解説員」というボランティアに採用されたことがきっかけだった。何十倍という倍率の中から採用されたのを「天の声」と表現し、現在はその活動と、女性のための自助グループの運営と、会社員としての仕事で忙しくも充実した毎日を送り、治療に戻る気はないと明言した。

一方、自ら不妊治療断念を決意したわけではないという対象者は 4 名であった。B と G は夫からの懇願

により断念したが、両者に共通するのは、不妊の原因が夫側にあったということである。男性不妊でも女性側が不妊治療の受け手になることが多く(男性も受け手になることはあるが、男性だけということは稀である)、身体的精神的苦痛は圧倒的に妻の方が大きい。この立場の夫は、自分のせいで妻が苦しむ姿を見ることが耐え難いという気持ちから、妻に治療の断念を訴えるのかもしれない。

〈夫の懇願により不妊治療を諦めた B の心情を表す語り〉

最終的に主人も負担になってきたんだと思うんですけど、まあ私が辛い思いをするのを見てられなくて、ホントもう両方とも泣きながら、その時に、副作用もあるし身体もぼろぼろになるし、そんなことしなくても子どもがいなくても、私が元気でいてくれた方が良くから子どもと私とどっちをとるなら私をとるからやめてくれ、という感じで…うーん、私は気持ち的にはもう1度(体外受精)を受けてから、どちらに転ぼうともそれでもう1度だけやって自分の気持ちに区切りをつけようと決めてたんです。けど、その前にやめてくれて…(中略)それからもうずっと、なんか、こう精神的に、自分で決めたんじゃないので、うーん、どう言えばいいのかな、うつ状態になったっていうか。もう、生きてる意味がないとあって、どん底でもないけど、それに近いくらい…2年かな、もうちょっとかな。

C と I も自らの意思ではなく、外的な要因から不妊治療を断念した。C は夫から離婚を切り出され、I は夫が解雇になり I 自身が働かなければならなくなった結果、治療を断念することになった。C の夫は開業医である自分の跡継ぎとしての子どもを切望するあまり、子どもが産めない C を離婚した。非常に冷酷な夫のようにも感じられる一方で、医師として、治療継続による C の身体的負担を配慮した上での苦渋の選択であったとも考えられる。

〈離婚により断念した C の断念直後から受容へのプロセスを表す語り〉

身体を壊したんですね。子宮内膜症の治療と不妊治療は逆行するものですから、内膜症はどんどん

悪くなってくるんですよね（中略）子どもをつくることを頑張り過ぎて私が身体を壊すことは本意ではない、と夫は言っていて。だから、不妊治療はもうやめて、やめてもいいっていうか、君のためにはやめた方がいい、でも子どもは欲しい（中略）結婚生活が終わったので子どもは諦めた、という順序でしょうか。離婚の方が先ですね。えーっとですね、10回も体外受精をするとですね、身体がすごく辛いですね。だから、離婚を言われた時にすごいショックだったし、その時は辛かったですけど、少し落ち着いてくると、ああ、これでやっと治療から降りられる、ああ、これで解放されるっていう感じがすごくしましたね。だから、これからは自分のやりたいことを、自分の人生を生きようっていう気持ちになって、すごくふっきれたところがありますね。

不妊治療の終結期における心の変化はさまざまである。Cの語りでは、治療断念直後の辛さが、比較的短期間で安堵感、解放感へ変わった様子が見られる。だが人によっては、なかなか次の段階へ進めない場合もある。そうした事例として、不妊治療断念後から「子どもを持たない人生」を受け容れられるまでに長い時間を要したIの語りを示す。

〈7年間の不妊治療後、生活のために働き始めたIの語り〉

33まで仕事をしていて結婚で辞めて、それから40少し前まで専業主婦だったんですよ。それで、そういう外的な要因（夫の解雇）ができたのでパートに出ることになったんですね。仕事をしていると、他者との関わりが出てくるんですよね。そこで何と言うか仕事の楽しさとか、仕事をきちんとやること、そういう意識が芽生えてきたのがすごく良かったですね。なんとなく自然に、もういいかなっていう感じですね。けど、空虚感みたいなものが全然消えなくて、何て言うのかな、不妊っていうのは、生物学的な1つの死だけれども、でもやっぱり社会的にはね、それは死ではないんだって思うし。（中略）空虚感っていうのはどうしてもやっぱり埋めることはできなくて、40そうですね5、6になるまでずっと引きずって、たぶんこれはやっぱり私が死ぬまで十字架じゃないけど、持ち続けて自分でケアしながら生きてくしかないんだろうなって思っているんですけども。

現在48歳のIはこう語り、表面的には「子どもを持たない人生」を受容し再出発を果たしたが、内的には空虚感を否定できず死ぬまで持ち続けると言う。Iの語りは諦念を表し、一貫して悲観的な色合いを示す。だが一方で、「（不妊は）社会的には死ではない」という言葉に見られるように「他者との繋がり」や「社会への貢献」を示唆する関係性を志向するような語りも見られる。以下にその部分の語りを示す。

〈関係性を志向するIの語り〉

私たちが社会活動しているのも、間接的に誰かを養育しているんだっていうね、そういうふうに見えるのが自分としてすごく整理できた部分ではありました。（Iは結婚相談員として、未婚の男女の相談にのっている）あのね、人と話すことで得るものがすごく多い。この仕事はきついけど、やっぱり何か癒されているところがすごくあると思うんですよね。だから、そういう意味でも社会化しているのかなって思いますよ。

Iの語りは、自らの空虚感を埋めるための代替的な物語と捉えられるかもしれない。すなわち、自分の子どもを産み育てる代わりに「他の誰か」を養育するという物語を作ることで、自らの空虚感を打ち消そうとしているとも考えられる。しかし、I自身が語るように、仕事を通じて他者と関わることを「社会化」と見なし、発達の側面と評価することはできないだろうか。

岡本（2002）によれば、「社会化」とは、「自分の体験を自分や家族内のみにとどまらず、より広く社会に向かって還元したいという意志や行為である」という。そして、家庭中心の生き方を送ってきた女性においては、より積極的に社会との繋がりを求める方向で、中年期の危機を乗り越えていく人が少なくないと指摘する。さらに岡本は、中年期にアイデンティティが深化する一例として社会化を認め、それは危機を契機に、これまでの半生の見直しを行った結果として獲得された資質であると述べている。こうした点をふまえると、Iの語りに現れる関係性志向にも、ポジティブな発達の方向性を見出すことが可能であり、「不妊」という危機を乗り越えつつある様態が読み取れる。

さらに次の2名の語りには、「子どもを持たない人生」を選択し、受容へと向かうプロセスにおける社会性が、より明確に表れている。

〈立直りに時間を要し1年前からカウンセリングを受けているB〉

自分の子どもでなくても近所の子とか、身近にいる子どもがすごくかわいって。誰の子でも何かできることがあればやりたいっていうかな。で、前から思っているんだけど、不妊で悩んでいる人たちのサポート的なことをやりたくて、今、心理学とかかじり始めたんだけど、それはそういう人たちの話を聞いても自分が揺り動かされないようにするには、自分の内面を理解して受け止めていかなきゃならないんだなっていうふうに、わかり始めてきたところ。

〈離婚でやむなく断念するも、ふっきれて自分の生き方を見つけたC〉

いろいろな立場を思いやる気持ちっていうのが出てきましたね。だからこそ、将来的にこういう（臨床心理士の）仕事をしたいと思ったのは、そういうこと（不妊治療）があったからです（中略）不妊のカウンセリングに関することは、まあ、それがメインじゃなくてもいいんですけど、関わっていただけたいと思いますね。

その他の対象者においても、それぞれ社会化の方向性を示唆する諸相が見出せる。Aは地元で女性の健康と身体のための自助グループを創設、運営している。Eは臨床心理士を目指して大学へ編入学した。Fは自助グループのスタッフとしての活動を通して生殖医療問題について知見を深め、ホームページにコラムを書き始めた。Gは弱者救済を目指す弁護士になるべく法科大学院で学んでいる。さらに、19歳でレイプ被害にあい、それがもとで精神障害者になったHは、その特異な経験から精神障害者のケアはもとより、レイプ被害者や未婚で不妊に苦しむ人の支えになりたいと語った。

Dだけは不妊治療は断念したものの、未だ子どもを持たない人生を受容するには至っていないようである。Dは治療に対しては「やるだけやって後悔はない」と

毅然としているのだが、今後の生き方に希望が持てない状況にある。

〈治療断念から1年経った現在のDの語り〉

私にできるかどうかかわからないんですけど、（夫の海外赴任に伴って）留学してみようかなって。結局、子どもがいなくていうとー、いない分何故人よりできなくちゃって、それが大きくなって。だから、今、英語の勉強してるんですけど、英語も主婦の海外英語なんかじゃ駄目だって思う。だって、そういう人たちには子どもがいるけれども私にはいない。だから、いない分もっとできなければ駄目だって。そういう思いが強くて、それを自分が結構プレッシャーにしてきちゃってるんですよ。だけど、もともとそんなに能力がないわけだから、すごく苦しいです。（中略）結婚するまでは他人を羨ましいと思ったことなんかなかったんですね。なかったんですけど、結婚して子どもができなくて、周りが羨ましくてしょうがないですね。子どもがいる人は羨ましいし、仕事のある人は羨ましい。（中略）私、すごく平凡な人生を歩むはずだったのに、なんでこんな人生になってしまったんだろうって。

Dの語りには、他の対象者が語るような「多様性の受容」や「自己評価の上昇」等の前向きな言葉は現れず、「自信喪失」や「こんなはずではなかった」等のネガティブな表現が繰り返される。現状打破への焦りと子どものいる人に負けたくないという気負いを表す言葉が多く、自分自身を再び追い詰めている。Dは不妊の経験を、「私たち世代は受験とか就職とか、“頑張れば何とかかなる”、できたのに、初めての挫折」であると語る。それだけにダメージが大きく挫折感が拭えないだろう。子どもがいる人もいない人も等しくかけがえのない人生を生きていることを認識し、ありのままの自己を受容するためにはもう少し時間が必要かもしれない。

2 人生における不妊治療の意味

これまでは不妊治療を経験して「子どもを持たない人生」を受容するプロセスを見てきたが、ここでは「子どもを持たない人生」を選択した女性たちが、不

表4 不妊治療をしてまで子どもが欲しかった理由

	理 由	子ども好きか？
A	生き物としての本能、自分の遺伝子を残したい	普通
B	妊娠を体験したい、母親の喜びを味わいたい	好き
C	結婚＝子ども、いて当たり前、子どもに囲まれた幸せなイメージ	好き
D	結婚＝子ども、いて当たり前、普通の女性の生き方をする、孫プレッシャー	嫌い
E	制度的に結婚＝子ども、産んで育ててみたい、結婚したら枠に入りたい	普通
F	保育関係という職業柄子どもができないのは屈辱、欠損感を埋めたい	好き
G	結婚＝子ども、小さい頃からの夢、子どもは人生に不可欠なパーツ	好き
H	跡継ぎが必要な恋人と結婚したかったから、元来子どもが大好き	好き
I	生物としての責任感・使命感、欠損感・空虚感を埋めたい	嫌い

妊治療をどのように意味づけているのかを検討する。

あなたにとって不妊治療を受けていたことはどのような意味を持ちますか、と真つ向から尋ねると、ほとんどの人が漠然としすぎて答えにくいと言う。「意味」とは何かと問えば、さまざまな答えがあげられようが、やまだ（2000a）は「2 つ以上の『出来事』を筋立てる行為」を「ストーリー」と定義し、「むすびあわせる行為」を「意味」と呼んだ。すなわち、意味は時間の流れのなかで、2 つ以上の出来事をむすびあわせる物語行為のなかで発生するという。本研究ではこの考え方を援用し、対象者が語りの中で不妊治療をどのような出来事とむすびあわせるか、という点に焦点を当てた。

そこでまず、不妊治療を経験する物語の出発点として、子どもが欲しかった理由に着目した。対象者の声を表4に示す。

大日向（1992）は、女性たちがなぜ子どもの存在にとらわれるのかという点について「生命の連鎖への希求」と「社会通念」という2つの背景を指摘した。今回の対象者たちも大別するとその2点に絞られる。A, B, Iは前者、C, D, Gは後者、E, F, Hはその両方であろう。判で押したように「結婚＝子ども」と語る3名のうち、C, Gは子どもが好きだがDは嫌いだという。やはり、好き嫌いといった本質的な感情とは別に「結婚したら子どもを持つべき」という、観念的な刷り込みは存在するようである。だとしたら、このような通念にとらわれて不妊治療を開始した人たちは、いかにしてそのようなとらわれから解放されたのか。また、社会通念とは別に、自らの生命を子孫に繋ぎたいという欲求から不妊治療を開始した人たちは、いかにしてその欲求を解消したのか。

にしてその欲求を解消したのか。

不妊治療の経験によって考え方や生き方に変化があったことは、全対象者が認めた事実である。そこにこそ、人生における不妊治療の意味が存在するのではないだろうか。

不妊治療を受け「子どもを持たない人生」を選択した経験がもたらした変化についての共通点は、表5の通りである。ここで重要なのは、対象者が語るその変化が、不妊治療を断念し子どものいない人生を選択した現在からふり返った時に語られた変化だということである。そこには、現在の彼女たちの語り直しによって生成された意味が存在する。やまだ（2000a）が述べるように、「むすぶ」ことによって新たな意味が生成されると考えるならば、彼女たちが経験している現在と彼女たちが経験した不妊治療の折々の出来事とが結びあわさって意味が生じていると考えられるからである。したがって、現在と過去を結びあわせる時間軸の中で彼女たちが見出した「変化」は、「意味」と捉え直さるのではないだろうか。

対象者たちの語りにおいては、以下4つの共通する変化が明らかになった。第1は、受容できなかったものが受容できるようになったという「受容感の拡大」、第2は、子どもや人生そのものに対する見方が変わったという「価値観の転換」、第3は、不妊治療を転機と捉えられるようになったという「治療の意味づけの変更」、そして第4は、自己の経験を他者のために活かしたいという「生成継承性の芽生え」である。これらの変化は、不妊治療の経験を契機として視野の広がりや洞察力の深まりが促されたという点で、肯定的な変化と考えることができよう。とりわけ、生涯発達の

表5 対象者の語りに見られる変化の共通点

変化	共通点	語りの例	人数
受容感の拡大	多様性	<ul style="list-style-type: none"> ・治療前は人生がモノトーン、治療後は色がついた ・人それぞれに価値観があり幸せがあるということを悟らされたから、子どものいない人生もいいんだって肯定的に考えられるようになった ・人に迷惑かけなければ、自分の生き方っていろいろあっていいんだって思ったら、自分の肯定感が上がって、「いいんじゃないの私」って思えるようになって ・自分もその多様性の中の1つなんだって、今は個性、ありのままの自分で生きていけばいいんだって思う 	6名
	ありのままの自己		
	空虚感・欠損感	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の欠損みたいなのを受け容れながら、これはこれで私の人生なんだって受け容れて生きるってこと ・自分に生殖能力がないっていう欠乏が埋められたからやめられた 	4名
価値観の転換	子ども観	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の子は産めなくても他の子どもを愛すればいい ・誰の子でも何かできることがあればやりたい ・自分が若い頃に想像していた絵から、子どもはいないけど夫がいて自分はキャリアがあるっていう運びかな ・1度結婚したことは、結婚は自分に合わないということを理解できてよかった。社会とか世間とか、そういうものにとらわれていたからしてたんだと思うんですよ ・子どもを産んで育てるのが女性の一番価値のある生き方だという観念が非常に強く、自分自身の自縛でしたね。女性の生き方が多様化したといっても自分の中では母親になるという生き方に一本化された。やっとな自分の価値観も世間並に多様化して、自縛から解放された 	7名
	結婚観		
	女性（の生き方）観		
治療の意味づけの変更	転機としての不妊治療	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもという自縛から解き放ち、子どものいない人生を受け容れるためには絶対必要だったと思う ・避けて通れない道だったですね ・生殖性とか必要性和と葛藤する時期があって、次のステージが待っている気がする。たぶん、もうそういうステージに移り変わっている時期なんじゃないかと 	5名
生成継承性の芽生え	関係性ケア志向性	<ul style="list-style-type: none"> ・自分自身の存在価値を真剣に考えて、こんな私でも誰かの役に立てるなら生きる価値があるんじゃないかと ・私と同じような体験をして悩んでる人の支えになりたいと思う。私にはそういう使命があると思うのね ・人の助けになることで自分も救われると思う、でもそれが、自分のエゴにならなきゃいいんですけどね 	8名

観点から、「生成継承性の芽生え」は、危機的な心理的緊張状態からの脱却を意味し、成人としての心の発達・成長を包含するものと捉えられよう。

「生成継承性」とはエリクソンが提唱した *generativity* という概念の訳語である。エリクソン (Erikson, 1950/1977-1980) はこれを「次世代の確立と指導に対する興味・関心」と定義し、これと拮抗する「停滞 (stagnation)」とのバランスにおいて生成継承性が上回った時に生み出される力 (あるいは徳) を、「ケア (世話・はぐくみ)」とした。この語は当初

「生殖性」と訳されていたが、やまだ (2000b) は、これを「生成継承性」と訳し、「新しいものを生み出す力、生み出したものを世話し、次世代へとつなぎ継承していく力」と定義づけている。従来の「生殖性」という訳語は、子どもを産めない女性にとって危機的状況を思わせる。しかし、エリクソン自身が後に、*generativity* とは親であることにとどまらず、生産性や創造性のような包括的な意味を含み、「自分自身のさらなる同一性の開発に関わる一種の『自己-生成 (self-generation)』」(訳語は筆者が改定) も含めて新し

い存在や新しい製作物や新しい観念を生み出すことを表す」(Erikson, 1982/1989)と説明している。その後コートル (Kotre, 1984) は、generativity について、主体的形態 (agentic forms) と共同的形態 (communal forms) との次元の相違を明確にした。その考えをさらに発展させてマクアダムスら (McAdams, Hart, & Maruna, 1998 ; McAdams & de St. Aubin, 1992) は、generativity の根源にある主体的欲求と共同的欲求の 2 つを明らかにし、両者の力動的な相互作用による統合に関わるものとしての generativity 概念の理論構成を試みた。これらの研究によって、それまで多義的で曖昧であった generativity 概念は再検討され、親として次世代を生み育てるという第一義的な定義以外に認められうる generativity のありようが明確にされた。たとえば部下や後輩に知識や技術を伝え教える技術的な面や、世代から世代へと社会の価値や習慣が受け継がれていく文化的な面においても generativity は発揮されうる (Kotre, 1984)。生み出され育まれたものが世代から世代へと継承されることが重要であり、その流れは必ずしも文字通りの「親子」に限らない。おそらく「生成継承性」という訳語には、このような認識も反映されているのではないだろうか。「生成継承性」は、自分が大事で自分を生かしたいという自己愛と、他者のために生きようとする利他主義、両者のパラドックスを含む概念である (やまだ, 2000b)。今回の対象者の中にも、不妊という危機を乗り越えたことで自己評価を高め、その経験を活かし他者の役に立ちたいと語る人が何人もいた。自己の経験を他者のために役立てるといふ行為は、まさに自己を他者へと結びつけ世代を越えて継承する行為、すなわち「生成継承性」の現れであると考えられる。

さらに、生涯発達の観点から、ケアすることがアイデンティティの発達を促すと示唆する研究 (岡本, 1997) では、成人期のアイデンティティ発達には「個としてのアイデンティティ」と「関係性にもとづく (特にケア役割を担うことによる) アイデンティティ」の 2 つの軸があり、両者は同等の重要性を持ち相互的に発達すると主張されている。そこでは、後者の中核として自分は誰のために存在するのか、自分は他者の役にたつのかといったテーマがあげられている。こうした点から考えると、ケアの芽生えを表出した対

象者たちは確実に発達の方向へ歩き出していると思われる。「ケア」というと一義的には母親役割を連想しやすいが、母親になれなくても「ケア」の方向へ向かう人が少なくないということが、本研究によって示唆されたといえよう。ただし、いうまでもなく、ケア役割を担うことだけが、人を発達させる道筋であるということではない。生涯という長い時間軸における発達の道筋は 1 つだけではなく、幾通りもある。1960 年代後半以降注目されてきた生涯発達観、すなわち、人の発達を生涯続くプロセスであると見なす視点では、発達における価値やゴールの位置づけが重要視される (無藤・やまだ, 1995)。したがって、個々人の置かれた文脈を十分に理解しなければ、その人の発達を問うことは不可能であろう。

ところで、本研究の対象者にとって、変化は肯定的な方向だけではなかった。ほぼ全員が不妊治療による体調の悪化を訴えているし、いまだに自信喪失に陥り新たな生き方を模索している D は、否定的な変化しか語れないと心情を吐露する。D は「関係性」以前に「個としてのアイデンティティ」さえも見失っている状況のようである。他者の成長や自己実現への援助ができるためには、個としてのアイデンティティの達成が前提であることはいうまでもない。D に必要なのは、同じ道を歩いた先輩女性たちのモデルであり、そこから元気や刺激を得ることなのかもしれない。実際、D は筆者を含めた他者の不妊治療断念後の歩みに関心があると語った。同じような経験を共有したということで、同一視しやすく信頼関係が生まれやすいのはもちろんだが、経験の物語を共有することこそが生成継承性の営みであり、経験を意味づけることになるのではないだろうか。

総合的考察

本研究では、不妊治療を経験したうえで「子どもを持たない人生」を選択した女性たちの語りをもとに、不妊を乗り越える心理的プロセスを描き出すことが目指された。不妊を自覚するにせよさせられるにせよ、不妊治療を受けることを選択し経験した結果として、

子どもを持たない人生を選択し受容していこうとする姿は、ある程度明らかにされたと思われる。また、それらのプロセスを通してどのような変化が認められ、発達のどのような意義がもたらされるのかを検討した結果、大半の対象者が肯定的な変化を自覚し、生成継承性を発揮する方向へと向かう姿勢が確認された。

人は受け容れたい事態に遭遇すると、衝撃・否認・怒りなどの混乱を表すとされるが、不妊の場合は必ずしもそうではなかった。少なくとも、自ら不妊治療を受ける選択をした本研究の対象者においては、そのように見受けられた。おそらく生殖医療への信頼が厚いために、当初は不妊を危機的状態と捉えていなかったと思われる。ほぼ全員が可能性を信じて治療を開始し、この手にわが子を抱ける日を確信し辛い治療に耐えていた。この可能性があるがゆえに、初期段階での混乱が軽減されたのであろう。だがその反面、治療が長期化し精神状態が不安定になり閉じこもり傾向が強まる。その結果、身体は悪化し夫婦関係が危うくなる場合も見られる。今回の対象者では、9名中3名が不妊を原因に離婚していた。離婚は必ずしもマイナスではないが、変化は肯定的な面だけではないということ忘れてはならない。

「子どもを持たない人生」を受容していく過程で、周囲や社会からの圧力や偏見に傷つき苦しんだ経験を語る人は多い。少子化対策が強化される昨今は、彼女たちにとってますます生き難い社会になっている。この点については、「少子化対策が必要とされるほど子どもを持たない人が増加している社会においては、子どものいない人は生き易いはずである」という指摘もある。だが、はたしてそうだろうか。筆者は、不妊の問題を抱えた女性たちから、少子化対策が叫ばれることで社会的圧力を強く感じるという声をたくさん聞いた。医師から「不妊症」と診断されながら不妊治療に踏み切らなかったある女性は、「不妊治療費助成制度があると治療を受けなければいけないのかって思う。私のような選択をした人は怠け者なのって思いかねない」と語っている。現在の日本社会は少子化が社会問題視される社会であって、少子化が是認される社会ではない。実際 2003 年にはフィンレージの会⁹⁾の有志により、「少子化対策基本法案に対する意見書」が衆参両院議員に向けて提出され、法案に対する抗議がな

された。こうした動きは、現在の日本社会が不妊に苦悩する人にとって、必ずしも生き易い社会ではないということを顕在化するものと考えられる。

しかし、子どもに執着し子どものいない人生を容易に選択できないのは、そうした外的要因よりもむしろ女性たち自身の内的な要因によるものの方が大きいと思われる。自分自身の内部に形成された母性神話にとらわれていたと語る人たちは、母になることだけに最高の価値を与え、それができない自分を存在価値の希薄なものと捉えていた。「子どもを産んで一人前」という社会通念に関しては、今でも「反発を感じるが同調する部分もある」とする人が過半数であった。自身の中に未熟さを感じる時に「子どもがいないせい」かもしれないと、ふと思うという。女性の生き方が多様化したといっても、それは社会的な認知レベルで、個人レベルでは母になることがイデオロギー的に根付いているのではないだろうか。だが、同じ時代を生きながら、最初から母にならないことを選択する女性たちもいる。対象者の中には、「その方が楽、でも私にはできなかった」と語る人もいたが、子どもを産まない選択をした女性にも葛藤や苦悩があったことは想像に難くない。両者の選択を分けるものは何なのか、それを探索することは今後の課題の1つである。

今日、女性の生き方は多様化し、人生のさまざまな場面における選択肢は、一昔前と比べ格段に増えたといえる。しかし、すべてを満足いく形で選択することは不可能である。何かを選べば何かを諦めざるを得ず、選んだ結果が思い通りにいかず後悔が発達を妨げる危険性もあろう。こうした時代においては、本人がその生き方を主体的に納得できるかどうか非常に重要になってくると考えられる。生き方そのものは、自ら選び取る場合もあるがやむを得ず背負わされる場合もある。不妊女性の場合は後者の典型の1つであると考えられるが、背負わされた場合でもそれとどう折り合いをつけて生きていくかが生涯発達の鍵となるであろう。

最後に本研究の限界と今後の展望について述べたい。いうまでもなく、本研究で見出された結果は、少数の対象者から導き出されたものであり一般的に類型化できる域には達していない。対象者の選定にしても自発的な協力者を募ったので偏りがあったことは否めない。彼女たちには語りたいという欲求があったのだろうし、

既に成長をうかがわせる段階にいたからこそ語れたのだとも推察される。実際、個別に協力を依頼した場面では、「不妊のことは本当に信頼できる人とだけ、話したいときに話す」「過去のことは封印した、今は話す気分ではない」などの言葉で何人もの人に拒否された。したがって、今回示された結果について、なるべくしてなったと批判されることは避けられまい。また、データの分析においては、筆者の主観を排除することは不可能であり信頼性の点にも問題が残る。しかし、これまであまり注目されなかった「子どもを持たない」生涯発達の有り様的一端を描き出すことはできたのではないだろうか。今後は、不妊治療経験者のみならず、さまざまな状況で子どもがいない人の生涯発達プロセスを探究しながら、人生における「子どもを持つ意味・持たない意味」について検討していきたいと考えている。

注

- 1) 排卵時期に精液から良好な精子を集め子宮腔に注入する方法。
- 2) 通常は子宮の内側にある子宮内膜が別の場所にある状態。
- 3) 配偶子（卵子と精子）を取り出し、体外において受精させる方法。具体的には、排卵直前の卵胞卵子を採取し、培養液内において精子を加えて受精させる。
- 4) 白井（2004）の「不妊当事者の経験と意識に関する調査」によれば、通院病院数の平均は2.8ヶ所だが5施設以上も15%（対象者366人）、最高は10ヶ所であった。本研究の対象者では、4ヶ所3名、3ヶ所1名、2ヶ所3名、1ヶ所2名である。
- 5) 先の白井（2004）は、男性不妊の現状について、原因が夫にあっても妻が通院・治療する負担の重さや、夫を責めたり、責めてはならないと思ったりすることが妻のストレスになること、夫がもっている申し訳なさ・遠慮・ショック・気遣い等を報告している。
- 6) 1991年に発足した不妊に悩む人、不妊の問題を抱えた人のための自助グループ。「少子化社会対策基本法案に対する意見書」提出時（2003/5/27）の会員数は約500人、発足以来約6000～7000人が会を通過している。

引用文献

- Adler, P. S. (1975). The transitional experience: An alternative view of culture shock. *Journal of Humanistic Psychology*, 15, 13-23.
- Dunkel-Schetter, C., & Lobel, M. (1991). Psychological reactions to infertility. In Stanton, A. L., & Dunkel-Schetter, C. (Eds.), *Infertility: Perspectives from stress and coping research* (pp.29-57). New York: Plenum.
- エリクソン, E. H. (1977-1980). 幼児期と社会 1・2 (仁科弥生, 訳). 東京: みすず書房. (Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.)
- Erikson, E. H. (1964). The inner and the outer space: Reflections on womanhood. *Daedalus*, 93, 582-606.
- エリクソン, E. H. (1973). アイデンティティ——青年と危機 (岩瀬庸理, 訳). 東京: 金沢文庫. (Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.)
- エリクソン, E. H. (1989). ライフサイクル, その完結 (村瀬孝雄・近藤邦夫, 訳). 東京: みすず書房. (Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. New York: Norton.)
- フィンレージの会. (2002). 『フィンレージの会』会員のプロフィール. <http://www5c.biglobe.ne.jp/~finrrage/p8.htm> (情報取得 2004/01/09)
- Hopkins, L. B. (1980). Inner space and outer space identity in contemporary females. *Psychiatry*, 43, 1-12.
- Hornstein, G. A. (1986). The structuring of identity among midlife women as a function of their degree of involvement in employment. *Journal of Personality*, 54(3), 551-575.
- Josselson, R. L. (1973). Psychodynamic aspects of identity formation in college women. *Journal of Youth and Adolescence*, 2, 3-52.
- Josselson, R. L. (1987). *Finding herself: Pathways to identity development in women*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Josselson, R. L. (1996). *Revising herself: The story of women's identity from college to midlife*. New York: Oxford University Press.
- 柏木恵子. (1995). 親子関係の研究. 柏木恵子・高橋恵子 (編), 発達心理学とフェミニズム (pp.18-52). 京都: ミネルヴァ書房.
- 柏木恵子・若松素子. (1994). 「親となる」ことによる人格発達——生涯発達の視点から親を研究する試み. 発達心理学研究, 5, 72-83.
- 柏木恵子・永久ひさ子. (1999). 女性における子どもの価値——今, なぜ子を産むか. 教育心理学研究, 47,

- 170-179.
- Kotre, J. (1984). *Outliving the self: Generativity and the interpretation of lives*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- キューブラー・ロス, E. (1971). 死ぬ瞬間 (川口正吉, 訳). 東京: 読売新聞社. (Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.)
- Leiblum, S. R., & Greenfeld, D. A. (1997). The course of infertility: Immediate and long-term reactions. In Leiblum, S. R. (Ed.), *Infertility: Psychological issues and counseling strategies* (pp.83-102). New York: John Wiley.
- 前川あさ美・無藤清子・野村法子・園田雅代. (1996). 複数役割をもつ成人期女性の葛藤と統合のプロセス. 東京: 東京女子大学女性学研究所.
- McAdams, D. P., & de St. Aubin, E. (1992). A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts and narrative themes in autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 1003-1015.
- McAdams, D. P., Hart, H. M., & Maruna, S. (1998). The anatomy of generativity. In McAdams, D. P., & de St. Aubin, E. (Eds.), *Generativity and adult development* (pp.7-43). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- 宮淑子. (1992). 不妊と向きあう——生殖技術・わたしの選択. 東京: 教育史料出版会.
- 森川早苗. (2000). 子供のいない女性の同一性の研究——中年期の同一性に関する一考察. *家族心理学研究*, 14(1), 1-13.
- Morse, C. A., & Van Hall, E. V. (1987). Psychosocial aspects of infertility: A review of current concepts. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 6, 157-164.
- 無藤隆・やまだようこ (編). (1995). 生涯発達心理学とは何か——理論と方法 (講座生涯発達心理学 1). 東京: 金子書房.
- 中山まき子. (1992). 妊娠体験者の子どもを持つことにおける意識——子どもを〈授かる〉・〈つくる〉意識を中心に. *発達心理学研究*, 3, 51-64.
- 難波淳子. (2000). 中年期の日本人女性の自己の発達に関する一考察——語られたライフストーリーの分析から. *社会心理学研究*, 15, 164 - 177.
- 日本経済新聞. (2003/10/13). 患者 47 万人——「不妊治療大国」日本.
- 日本経済新聞. (2005/09/17). 国内の体外受精児——新生児の 65 人に 1 人.
- O'Connell, A. N. (1976). The relationship between life style and identity synthesis and resynthesis in traditional, neotraditional, and nontraditional women. *Journal of Personality*, 44, 675-688.
- 落合恵美子. (1997). 21 世紀家族へ——家族の戦後体制の見かた・超えかた. 東京: 有斐閣.
- 大日向雅美. (1988). 母性の研究——その形成と変容の過程: 伝統的母性観への反証. 東京: 川島書店.
- 大日向雅美. (1992). 母性は女の勲章ですか?. 東京: 産経新聞社.
- 岡本祐子. (1997). 中年からのアイデンティティ発達の心理学——成人期・老年期の心の発達と共に生きることの意味. 京都: ナカニシヤ出版.
- 岡本祐子. (2002). 成人女性のアイデンティティの危機と発達. 岡本祐子 (編), *アイデンティティ生涯発達論の射程* (pp.79-120). 京都: ミネルヴァ書房.
- 岡崎奈美子・柏木恵子. (1993). 女性における職業的達成とその環境要因に関する研究. *発達研究*, 9, 61 - 72.
- Pickens, D. S. (1982). The cognitive processes of career-oriented primiparas in identity reformulation. *Maternal-Child Nursing Journal*, 11(3), 135-164.
- 白井千晶. (2001). 子と出会いたい——出会いの期待と生殖補助医療の現在. 大久保孝治 (編), *変容する人生——ライフコースにおける出会いと別れ* (pp.49-76). 東京: コロナ社.
- 白井千晶. (2004, 12 月). 「不妊当事者の経験と意識に関する調査」2003 報告書. <http://homepage2.nifty.com/~shirai/> (情報取得 2005/10/03)
- Snarey, J., Son, L., Kuehne, V. S., Hauser, S., & Vaillant, G. (1987). The role of parenting in men's psychosocial development: A longitudinal study of early adulthood infertility and midlife generativity. *Developmental Psychology*, 23, 593-603.
- Snarey, J. (1988). Men without children. *Psychology Today*, 22, 61-62.
- 園田雅代・中釜洋子. (1989). 青年期後期から成人期にかけての女性の自我同一性発達に関する縦断的研究——9 年間の自我同一性地位の変化について. *日本教育心理学会第 31 回総会発表論文集*, 222.
- Spenner, K. I., & Rosenfeld, R. A. (1990). Women, work, and identities. *Social Science Research*, 19(3), 266-299.
- 菅沼信彦. (2001). 生殖医療——試験管ベビーから卵子提供・クローン技術まで. 名古屋: 名古屋大学出版会.
- 杉村和美. (1995). ライフサイクル——男性と女性. 南博文・やまだようこ (編), *老いることの意味——中年・老年期* (講座生涯発達心理学 5) (pp.117-152). 東京: 金子書房.
- 柘植あづみ. (2005). 生殖補助医療に関する議論から見る「日本」. 上杉富之 (編), *現代生殖医療——社会科学からのアプローチ* (pp.138-158). 京都: 世界思

想社.

- 牛尾禮子. (1998). 重症心身障害児をもつ母親の人的成長過程についての研究. 小児保健研究, 57, 63-70.
- やまだようこ. (2000a). 人生を物語ることの意味——なぜライフストーリー研究か? 教育心理学年報, 39, 146-161.
- やまだようこ. (2000b). 喪失と生成のライフストーリー——F1 ヒーローの死とファンの人生. 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.

謝 辞

本稿は、奈良女子大学文学部人間行動科学科での卒業論文を加筆修正したものです。卒業論文執筆の際には、奈良女子大学（当時）の森岡正芳先生に丁寧なご指導をいただきました。また、本稿作成にあたり京都大学大学院のやまだようこ先生に貴重なご助言ならびにご指導をいただきました。両先生に深く感謝いたします。そして、プライベートな事柄を快く語ってくださった 9 名の皆様に、心よりお礼申し上げます。最後になりましたが、懇切丁寧かつ鋭くも的確な批評をくださった査読者の先生方に感謝の意を記します。

(2006.3.31 受稿, 2007.2.14 受理)