

博士学位論文

不妊治療終結の意思決定過程と
その後の子どものいない人生を
受け容れていく過程に関する研究

2016年3月

愛知県立大学大学院
看護学研究科看護学専攻

丸尾亜喜代

目次

I	研究の背景	1
II	研究目的	4
III	文献レビュー	4
	1. 不妊治療の終結を困難にする女性の心理	4
	2. 不妊治療の終結を決断する要因と不妊治療終結までの女性の心理	6
	3. 不妊治療終結後に陥りやすい女性の心理	9
	4. 不妊治療終結後の人生を選択していく過程における女性の心理	10
	5. 不妊治療終結後の身体的変化	12
	6. 不妊治療終結期に当事者が求めている支援	13
	7. 不妊治療終結期の支援の現状	15
	8. 不妊治療終結期にある女性を支援している看護職の現状	18
	9. リプロダクティブ・ヘルスに関する女性の意思決定の特徴	19
IV	生殖医療の現状と受療者の特徴	21
V	研究方法に関する理論的背景	23
	1. ライフヒストリー研究, ライフストーリー研究	23
	2. 複線径路・等至性モデル (TEM)	24
VI	研究の枠組み	30
VII	研究の意義	30
VIII	用語の定義	31
IX	研究デザイン	31
X	研究方法	31
	1. 研究協力者	31
	2. 研究協力者への依頼手続き	32
	3. データ収集方法	33
	4. データ収集期間	33
	5. データ収集内容	33
	6. 分析方法	34
	7. 分析過程における信用性の確保	36
	8. 倫理的配慮	37

9. プレテストの実施	38
XI 結 果	39
1. 研究協力者の背景	39
2. 不妊治療開始から治療終結に至るまでの意思決定過程の基本の TEM 図	40
1) 基本的枠組みの設定	40
2) 基本的枠組みを設定する過程	41
3. 不妊治療終結から子どものいない人生を受け容れていく過程の基本の TEM 図	50
1) 基本的枠組みの設定	50
2) 基本的枠組みを設定する過程	50
4. 各径路の選択に至る影響要因	58
1) 選択した行動・行為・考え (A または A' ~ O または O') に至る影響要因	58
2) 必須通過点 (OPP) に至った要因のカテゴリ	83
5. 不妊治療終結の意思決定過程と子どものいない人生を受け容れる過程の TEM 図	89
6. 類型の抽出と類型別 TEM 図	94
1) 類型の抽出	94
2) 類型ごとの径路と特徴	95
7. 医療者に求める支援	121
XII 考 察	131
1. 不妊治療終結に至る女性の意思決定過程の特徴	131
2. 不妊治療終結から子どものいない人生を受け容れていく過程の特徴	136
3. 医療者に求める支援	140
4. 類型別にみた支援の内容と方法	146
XIII 結 論	149
XIV 本研究の限界と今後の課題	150
謝 辞	
引用文献	151

I 研究の背景

日本産婦人科学会（2015）は、海外の諸機関（WHO, ICMART, ASRM, ESHRE）が不妊（症）（infertility）の定義において、不妊期間を1年としていることから、従来の2年から1年とするとし、男女が妊娠を希望し1年間、避妊することなく性交を続けているのに妊娠しない場合と改めた。この背景には、晩婚化、キャリア形成志向による晩産化による妊孕能の低下が要因と述べている。第14回出生動向基本調査（国立社会保障・人口問題研究所、2010）によると、不妊に悩む夫婦は、25.8%（2003）から31.1%（2010）に増加し、不妊に悩むカップルは、10組に1組の割合（荒木他、2003）から6～7組に1組の割合となった。生殖補助技術（Assisted Reproductive Technology：以下、ARTとする）を用いた不妊治療による出生児は、総出生児数の32人に1人に増加し（日本産婦人科学会 2011）、ART 受療患者の傾向をみると、患者全体に占める40歳以上の割合は、31.2%（2007）から37.9%（2011）と増加し、患者の加齢化が進んでいる。しかし、ARTにおいても、35歳までは生産率20%程度であるが、41歳では5.6%に低下（日本産婦人科学会、2011）する。このことから、ARTによっても実子が得られるとは限らず、40歳前後で治療をやめる決断をせざるを得ない女性が多いことがわかる。また、平成26年度より特定不妊治療費助成事業における助成金支給年齢の制限が開始され、治療終結を迫られる女性が増えることも予測される。

不妊治療終結期に関する先行研究では、治療を終結し2年が経過した閉経前の女性8名は、子どもがいない自己とどう向き合うか模索し、治療の再開を検討していた（Johansson, M., et al., 2005）とあり、治療を終結した女性のライフヒストリー研究では、39歳で治療をやめたが、高齢出産の報道や劣等感から、41歳で治療を再開した（中込他、2009）とある。また、杉本他（2010）による治療中の女性への治療終結に関する質問紙調査では、40歳以上の患者は治療終結の因子として年齢を挙げたが、その半数は、自身の終結年齢の見通しには回答しなかったとある。渡邊（2011）による治療終結期に関する面接調査では、治療を繰り返すことにより、治療が日常化され、そこから外れることに恐怖感を抱き、今まで費やしてきた時間・費用に見合う代償を手にしないと気が済まない思いに至り、治療をやめられなくなることが報告されている。これらの先行研究から、治療を継続してきた女性は、治療以外の選択肢が見出せなくなり、子どもを得ずして自ら治療をやめる決断をすることは容易ではないことがわかる。

治療を終結する女性の心理に関する先行研究によると、決断要因は、生殖機能の衰えの自覚、先端医療でも解決できない問題と思い知ること、重要他者の引導による（渡邊，2010）とあり、妊娠した女性への羨望と嫉妬、劣等感を体験し徐々に諦念に至る（竹家，2008）こと、結果が出ない苛立ちと閉塞感、自信喪失を体験し、疲弊して終結に至る。欲しい気持ち、認めたくない気持ちを押し込めてやめる（堀他，2010）とある。このように治療終結に向かう心理は、嫉妬や劣等感、自信喪失、苛立ちと閉塞感、葛藤を繰り返し、疲弊して徐々に終結に至ることが明らかにされている。

実子を得ず治療を終結した女性の心理について、Dupuis, S. R. (1997) は、不妊は親になることの喪失体験であり、人生航路の妨げとなり、身体の欠損感を生み、アイデンティティに否定的影響を与え、孤立無援感、悲しみ、怒り、妬み、悲嘆が生じ、多くの場合心理的な危機を迎え、この過程で喪の作業を体験しない場合は抑うつに至ると報告している。また、不妊体験は、治療に費やした費用・時間、治療を優先することで社会的地位・人間関係をも喪失する体験であり、治療の副作用により安全・健康なども喪失する。この喪失は気づかれにくく、支援が得られない場合は、10%が中度から重度の抑うつ状態にいたる（Lok, I. H., et al., 2002）とあり、治療を終結する際に適切な支援が得られなければ抑うつを引き起こす可能性があることを示している。

治療終結後の子どもを持たない女性を生涯発達の視点で捉えた先行研究によると、治療の継続か終結かを主体的に決定した当事者は、今後の人生を展望し、治療以外の選択肢に向かい、発達的方向に進んでおり、一方、状況依存的に治療を終結した当事者は、治療経験を意味づけられず、子どもが持てない辛さを抱えたまま現在に至っている（安田，2008）とある。また、治療体験を人生の転機と捉えるに至った場合は、自己肯定感が高まり、自己の経験を他者に活かす「生成継承性」の方向に向かっているが、体験を受け容れられない場合は、劣等感を感じ未だに自分を追いつめている（竹家，2008）とある。

以上の先行研究より、子どもを得ずして自ら不妊治療をやめる決断をすることは容易でなく、治療の継続により心身ともに疲弊して終結に至ること、終結後、喪失体験から抑うつに至る場合もある。そして、終結後の生涯発達においては、治療終結に主体的に関わることの重要性が示されている。このことから心身ともに疲弊して終結に向かうのではなく治療の継続と終結に主体的に関わり、納得して治療の終結を迎えられる支援が必要であると考えられる。

治療の継続に迷う女性が求める情報は、治療経験者の終結体験のみでなく、数年経過した夫婦 2 人の生活の様相であり、その後の人生モデルであり（上野他，2008）、竹家（2008）は、自信喪失に至りいまだに新たな生き方を模索している当事者が求めているのは同じ道を歩んだ先輩女性たちのモデルであり治療断念後の歩みであるとしている。柘植（2012）は、不妊を体験し自信喪失に陥り新たな生き方を模索している女性の語りから、色々な生き方の提示、子どものいない人生モデルを提示することの必要性を指摘している。不妊治療の終結を決断し、子どものいない夫婦 2 人の人生を受け容れていく過程における体験や、治療体験をどのように意味づけるのかその意味づけ方とその後の人生の様相との関係を明らかにした研究は見当たらない。また、終結期の女性が意思決定をするうえで求めている支援方法を明らかにしたものは見当たらない。

不妊看護の現状をみると、不妊患者支援のための看護ガイドライン（2001）には、終結期は悲嘆のプロセスの支援と治療終結の意思決定の支援が必要であるとあり、森（2003）は、不妊治療における意思決定を支えるためには、情報開示、選択肢の提供、精神的サポートが重要としているが、いずれも具体的な方法は示していない。2003 年から不妊症看護認定看護師（日本看護協会）の養成が始まったが、登録者数は 120 名（2013）であり、専門的な知識をもった看護職からの支援が行き渡っているとは言い難く、終結期の看護実践の現状は、施設独自の実践報告（浅野，2007；貫崎，2010）にとどまっている。また、熟練看護職であっても、患者の医学的・精神的・経済的負担を考慮した専門的知識に基づく看護と、見込みがなくとも患者の選択を尊重する看護の対立にジレンマを感じ（糠塚，2006）、患者の突然の感情の変化などに対して常に違和感を覚えながら支援に携わっていることが報告されている（山口，2011）。このことから、熟練者であっても試行錯誤の状態にあることがわかる。

不妊治療終結期の先行研究においては、終結期の女性の心理を明らかにした研究はあるが、いずれの研究も少数を対象とした記述的研究であり、終結期は意思決定を支える支援が必要とあるが当事者が求める支援方法や、実際に当事者がどのような選択によって治療をやめる決断に至るのか、当事者の視点で詳細に捉え支援内容を明らかにした研究は見当たらない。治療終結期の支援を考える上では、終結後に生じる喪失体験からの回復も含めた支援が求められると考えるが、終結後、子どもを持たない生活を受け入れていく過程の特徴を明らかにした研究も見当たらない。

そのため、本研究では、治療を終結した女性の体験から、様々な要因の影響を受け

葛藤を繰り返しながら不妊治療をやめる決断に至る過程の多様性と、終結後子どものない生活を受け容れていく過程の多様性を明らかにする。多様性の中に共通性を見出し、それぞれの過程を辿る影響要因も見出し、不妊治療の終結を決断する女性の意思決定モデルと子どものない生活を受け容れる過程のモデルを提示する。また、現在に至るまでの過程を含め終結期の女性が求める支援なども明らかにする。これらをもとに、不妊治療終結期の意思決定過程における具体的な支援内容と方法を検討する。

本研究によって、導き出された不妊治療終結期の意思決定過程における支援は、治療に迷う女性に終結を迫るものではなく、納得して治療に向き合うためであり、治療を繰り返すことにより生じる孤独と混乱を軽減し、心身ともに疲弊し、納得のない終結に至ることを防ぐことができるものと考ええる。また、終結後の子どものない人生の径路を明らかにすることは、終結に迷う当事者が求めている意思決定に必要な情報の提供に繋がる。本研究では、不妊治療終結期の女性を支援するのみでなく、意思決定過程にある女性への関わり方や支援方法に苦慮している看護職者に支援の方向性を示すことができると考える。

II 研究目的

高度生殖補助医療を受けてきた女性が実子を得ることなく不妊治療終結を意思決定する過程と、子どものない人生を受け容れていく過程の径路の多様性を明らかにし、多様性の中に共通性を見出す。さらに、多様な径路を辿る影響要因を明らかにし、不妊治療終結に至る女性の意思決定モデルと子どものない人生を受け容れていく過程のモデルを提示する。

また、終結期に当事者が求める支援を踏まえ、終結期の意思決定過程における具体的な支援内容と方法を見出す。

III 文献レビュー

1. 不妊治療の終結を困難にする女性の心理

Johansson, M., et al. (2005) によると、体外受精-胚移植を経験しても子どもが得られず治療を終結し2年が経過した8名の閉経前の女性の調査結果では、子どものない人生を積極的には考えておらず、子どもがいない自己とどう向き合うか模索し、治療の再開を検討しているとある。中込他(2009)は、体外受精-胚移植を経験し子

どもが得られなかった女性 1 名のライフヒストリー研究から、治療終結の意思決定を困難にする背景には、「結婚して人になる、子どもができて一人前」といわれてきたことに強く縛られるなど社会の性役割価値、治療を進めれば妊娠すると何の疑いもなく治療を進め、順次敷かれていく先端治療技術のプロトコールに影響を受けやすく意思決定が容易に行えない状況に至ること、高齢妊娠した女性の情報や集団教育による治療への期待の高まりにより自己を見失い、不妊治療に関する倫理観の喪失が意思決定に影響を与えているとしている。また、やめたら不安、妊娠できなくなるのではないかと不安な気持ちになり、治療が習慣化し、治療が生活の一部となってしまうことも終結の意思決定を困難なものにしていると述べている。

杉本他（2010）の治療終結に関する患者 95 名の意識調査では、年齢の上昇とともに治療成績が低下することを認識していても、治療回数の増加とともに治療成績は低下する知識が低く、このことが治療を終結できず長引かせる一因となっているとしている。また、40 歳未満の不妊患者は、40 歳を不妊治療の終結点と考えているものが多く、40 歳以上の患者の多くも治療終結を決定する因子を年齢としているが、具体的な治療終結年齢については半数以上が無回答であり、治療の終結点を見出せなくなっていることを示している。實崎（2011）は、不妊治療を 5 年以上継続する女性が治療を長期継続する要因には、夫のいたわりやなぐさめ、夫の治療への参加や協力、夫とのコミュニケーションからなる『夫の支え』があり、コメディカルスタッフへの信頼や利用しやすい治療環境への好感や通院仲間の存在など『治療環境に好感が持てること』があった。そして、妊娠・出産への不十分な知識と育児への思いから『初診時に治療期間の目安を持たないこと』や、通院スケジュールを体得できたことや通院仲間の妊娠・出産により一旦劣等感や孤独感を覚え落胆しても「次には自分にチャンスが巡ってくるかもしれない」という期待感や、治療後流産を経験しても「子どもを持つことに一歩近づいた証」と捉え、子どもが欲しい気持ちと身体的・経済的・精神的な状況を比較しながら治療ペースを自己管理する『治療計画の自己管理』によって長期治療を継続すると述べている。治療を長期継続してきた研究対象者たちは、落胆や悲嘆に遭遇するたびに“価値の切り上げ”などの認知的対処・情動焦点型対処を駆使することによりその経験を前向きにとらえて、治療を継続する動機付けに変えているとしている。

渡邊（2011）は、治療終結後の女性 4 名の終結期の語りから、治療終結を考えながらも決断できず治療を継続する思いを明らかにしている。女性たちは、長期間の治療

反復により治療の継続が日常化され、費やしてきたものに見合う成果や証が何も残らないことが悔しく、代償を手にしないと気が済まないという思いに至り、わずかな妊娠の可能性がある限り、その望みを放棄することはできない、生殖機能の衰えを自覚しても終結は困難であり、逆に治療へと駆り立てられる心理状態にあるとしている。

これらの研究より、不妊治療を続けることにより、患者は治療を続ける以外の選択肢が見出せなくなり、治療をやめることができなくなる心理的状态に陥ることがわかった。また、終結を決めてもしばらくしてから治療を再開するなど、終結の決断は容易でないことがわかった。不妊治療終結期の支援を考える上では、当事者が陥っている心理状態を把握すること、終結の決断を難しくしている要因も様々であるため、個々の治療経過や背景や置かれた状況を正しく判断して、個別性の高い支援が求められていると考える。

2. 不妊治療の終結を決断する要因と不妊治療終結までの女性の心理

渡邊（2010）は、不妊治療を終結した女性4名の語りから治療終結に至るまでの思いと終結の決断に影響していたもの、体験の意味づけを明らかにしている。不妊治療の終結を決断した背景には、生殖可能な年齢的限界に近づいてくると感じれば感じるほど追いつめられ、妊娠の機会が失われる恐怖感から、より治療に駆り立てられ、生殖機能の衰えから“妊娠は無理かもしれない”と葛藤し、これ以上続けても妊娠の確率は高くはならないことや、生殖可能な限界に近づいていることを悟り『加齢による生殖機能の衰えを自覚する』ことがある。次に、先端医療でも妊娠・出産することは保証されない不確実性を認識する『先端医療でも解決できない問題と思い知ること』による。この場合、自分の女性としての機能は高度な医療をしても解決できないほどの問題であると自らの不全感や欠損感を強めたり、これほどの高度な医療を受療し続けても解決できないのだから夫や家族も納得してくれるという安堵の気持ちから決断するに至る。そして、終結は、夫の妻に対する承認と気遣い、夫の言葉でプレッシャーから解き放たれ『子どもができない、ありのままの自分でよいと受け容れる』ことによるとある。最後に『それまでのこだわりや価値が変化する』ことで、実子や遺伝子を残すことへのこだわりなどから脱却し、価値観の変化によって最終決断に踏み出すとある。

Craig, S. (1990)は、不妊患者は体外受精を選択するまでに、2回以上の危機状態を経

験し、精神的に不安定であること、40歳を過ぎても不妊の悩みは続くことを示している。具体的には、不妊治療を受ける過程で不妊に気づき、驚き、否定、恐れを感じ、怒り、憤慨を経験するのが、だいたい6か月～2年未満であり、その後2～3年目に順応し、解消、制御の段階を迎える。それでも妊娠しないと、再びフラストレーションが高まり、クライシスな状況に陥り、その後諦めと共に子どものいない状態に順応しようとする。しかし、この段階にあっても不妊の悩みは消えないと報告している。

大槻（2003）は不妊治療を終結した1組の夫婦のライフヒストリー研究から、終結の心理過程を明らかにしている。12年間におよぶ不妊治療を続ける間に、妻は喪失感やイライラという情緒的反応や、夫に対して申し訳ないという罪悪感、あるいは友人の出産などで味わう孤立感を体験し、夫は「子どもを産ませてやれない」と周囲に言われ傷つく体験を重ねていた。そして、妻が不妊の自助グループを知り、そこで自分ができることは何かと考えながら生きている人のことを知り、今まで「不出来な奴」としか思えなかった自分を認め直せた体験をとおして、自分の考えが変わるきっかけを得て、夫婦で同じように傷ついた体験を共有し、治療をやめても後悔しないのかと気持ちの揺れ戻しを体験しながら、治療を終結していったとある。

竹家（2008）は、不妊治療を経験した女性9名の語りから「子どもを持たない人生」を選択する心理的プロセスと、その後の考え方や生き方の変更や不妊治療の意味づけを検討している。対象者は、治療期間が9か月～7年、断念後半年～12年であった。子どもを持たない人生の受容過程は、期待と失望を繰り返す中で、妊娠した女性への羨望と嫉妬、劣等感を感じ、自信を失い外部との接触を避け、極端な人は自滅的になりながら、徐々に不妊治療の「断念」へと向かっていくと述べている。自分で終結を決断する場合は、積極的に治療を行ない身体の老化を自覚して治療を断念する。外的な要因が加わって終結に至った場合は、夫の懇願や離婚を言われたことや、生活のために働く必要に迫られ断念していた。自分で治療をやめた場合は、治療をやめることで安堵感や自分の人生を生きて行こうという解放感を持つ者、満足感、ふっきれた感じをもつ者がいる一方、夫の懇願や、生活のために働く必要に迫られて決断した場合は、表面的には受容し再出発を果たしたが内的には空虚感を死ぬまで持ち続けると諦念を表しながら、一貫して悲観的に思う者もいるとあった。

安田他（2008）は、9組の夫婦の、治療開始から終結に向かうまでの治療プロセスの語り方を検討している。対象者は、治療期間が1年～14年、治療後の年数は1年～18

年であった。治療開始からやめるまでの語りは、〈行為主体の語り〉〈共同の語り〉〈逡巡の語り〉の3つの型に分けられた。〈行為主体の語り〉は、自ら行為の主体として語る型である。例としては、治療の最初に顕微授精は3回目を過ぎると妊娠率は極端に下がることを説明され、3回を目標に治療を始めた。治療中は夫や友人へ何でも相談をしながら治療をすすめ、2回目が不成功に終わると養子のことや子どものいない人生を考え始める。そして、十分な説明もないまま4回目の治療を勧められたこと、経済的な負担や生活のすべてを治療に費やさざるを得ないしんどさが意識化されたこと、身体への負担、『人が見た目で選んで受精させる』抵抗感が再燃したことにより治療をやめ、その後の人生を考え次に進むといった自らの行為を自らで選択して語る型である。〈共同の語り〉とは、重要他者との共同関係にもとづき終結を決めた型である。例としては40歳になるまで治療を続けようと夫婦で話し、信頼のおける医師との出会い、夫や同僚の支えにより治療を継続する。苦しい治療を繰り返しても着床すらせず、夫と何度か話し合いを重ねる。40歳を迎えた最後の治療が成功せず、身体の負担を感じたこと、また、医師が病院を去ったため治療をやめる。治療をやめざるを得ない生理的・身体的限界を認識すると悲しみと落ち込みの感情を味わい、子どもをもてないという喪失の感情を受け容れる。半分納得、半分渋々、徐々に自分達の生活を考え、開き直り、これからの生活や人生へと視野を転換していく事例が挙げられていた。〈逡巡の語り〉は、ためらい、自ら決断することはせず、状況に身を任せるかたちで終結をする型である。例としては、夫は治療に協力的ではなく、治療は辛い体験としてしか残っておらず、医師からも淡々と作業のような治療を受け、治療をするに際して支えになる人がおらず、不妊治療という事象に向きえないまま、治療・子どもを持つこととは関係のない事象（義父の死など）をきっかけに状況依存的に終結する型である。〈行為主体の語り〉〈共同の語り〉においては、治療開始時におおよその目標設定がなされており、夫婦が、夫婦の問題として考えることにより、治療以外の方向性を志向することができているとしている。〈逡巡の語り〉は、治療経験を意味づけることができず、子どもがもてない辛さを抱えたまま治療をやめた場合に起こりうることを述べている。

中込他（2009）の1名のライフヒストリー研究における治療終結に至るまでの過程は、治療に対して、一度やったら離れられない、やめたら妊娠できなくなるのではないかと不安な気持ちになり治療が習慣化し、生活の中に入り込む経験をする。そして、

期待と落胆，他者の妊娠の知らせにストレスを抱えきれず専門家に相談し，同じ悩みを持つ人との交流を重ねるが治療に積極的になれず一旦治療をやめる。年齢による焦りにより病院へ向かい，年齢も年齢でやるべきことをやっていたら諦められると夫と共に納得して望んで実施する。しかし，治療の過程で主治医と治療方法で衝突し採卵の苦痛や体が治療を受け入れなくなったことを自覚し，相談してきた重要他者の終結を促す言葉により終結を受け入れるに至った。治療をやめて一旦安堵感を感じるが，成し遂げられなかった喪失感や不妊治療で失ったものに気づき，焦って治療を始めたことに後悔の念を抱き，更年期症状が出現して本当に諦める時が来たと感じ葛藤する。そして，他者から存在を認められる体験も加わり，自己肯定し自分自身の価値を再評価する。しかし，同窓会で引け目を感じたりメディアによる高齢出産の情報により，再度治療に挑もうとするが，体が受け付けずお金も無駄と感じ治療をやめる。

以上の先行研究では，不妊治療終結に影響を与えた要因が示され，終結に至る心理過程は嫉妬や劣等感，夫への罪悪感，自信喪失，苛立ちと閉塞感，葛藤を繰り返し，疲弊して徐々に終結に至ることが示されている。不妊治療を始める理由や不妊原因，社会的背景によって，治療に対する思いや，心理過程には差異がある可能性がある。しかし，いずれの研究においても少数を対象とした記述的研究であり，当事者の背景（治療内容，治療期間，治療内容，不妊原因）や社会的背景を考慮した心理過程の差異を明らかにしたものは見当らなかった。また，終結に至る心理の過程，影響要因は示されているが，不妊治療終結を意思決定していく過程を中心に明らかにしたのではないため，終結期の支援を考える上では，意思決定のプロセスを明らかにし，特徴に応じた支援方法を提案する必要がある。

3. 不妊治療終結後に陥りやすい女性の心理

不妊は多くの喪失を体験する疾患と言われている。不妊体験に伴う『喪失』については，Dupuis, S. R. (1997) が「生殖喪失 (reproductive loss)」という概念を示している。「生殖喪失」とは，挙児できる可能性の喪失や流産などの周産期における喪失の総称である。「生殖喪失」は，人生に予定された航路の妨げとなり，自身の身体に対する欠落感を生み，自己愛を損なう。その過程では，まず幻想であった子ども，幻想として描いていた自らが親になることの喪失，次に，妊娠，社会的な立場，統制感，自

然なセクシュアリティ、自尊心も喪失した感覚に襲われる。喪失感、自尊心・アイデンティティへの否定的な影響、孤立無援感が女性の身に生じるという点で、子宮摘出術を受ける患者の体験と類似すると述べている。「生殖喪失」に至った夫婦には、悲しみ、怒り、妬み、悲嘆が生じ、心理学的な危機を迎えるという。また、この過程において十分に喪を体験することができない夫婦は抑うつに至ることを示唆している。

Lok, I. H., et al. (2002) によると不妊経験による喪失には、妊娠するはずだった子ども、思い描いていた人生や家族、治療により費やした費用、時間、治療を優先することで失った人間関係、社会的地位、自信・自尊心、治療の副作用など安全・健康の喪失など多くの喪失がある。この喪失は、目に見える存在の喪失ではないため、当事者自身も、治療者や家族など患者を支援側にも認識されにくく、この過程で支援なく治療を続けた場合、不妊患者の悲嘆は未解決のまま先送りにされ、心に傷を負ったまま次の治療が繰り返されることになる。その結果、不妊治療を受けている患者の 1/3 は精神衛生が損なわれ、治療が不成功に終わった場合は 10% が中等度から重度の抑うつ状態に至っているとあった。

平山他 (2006)、安田 (2012) によると不妊治療における喪失は、「あいまいな喪失 (ambiguous loss)」であり、不妊であることの不確かさ、生殖補助技術がその特徴としてもつ不確かさ、治療が不成功に終わるごとに落胆し、未だ見ぬ子どもに別れを告げるという実態のない喪失を繰り返すことにより起因する。「あいまいな喪失」とは、Boss, R. (1999) によって提唱された概念で、ディストレスであり抑うつ症状を引き起こす。通常の喪失とは異なり、あいまいな喪失の中にある人は、困惑し、身動きできなくなり、どのようにその状態を理解すべきかわからず、問題解決に向かえず、前進することができず決まった場所に凍結してしまうとある。

先に示した先行研究においても、終結後は空虚感、喪失感を体験するとある。子どもが得られず治療をやめた当事者は、不妊および不妊治療により体験した様々な喪失体験により抑うつが生じる可能性がある。終結期の支援においては、終結の意思決定を支えるのみでなく、喪失体験への支援も重要と考える。

4. 不妊治療終結後の人生を選択していく過程における女性の心理

大槻 (2003) の不妊治療を終結した 1 組の夫婦のライフヒストリー研究では、治療終結を迎えてからは、夫婦にとって人生をいかに生きて行くかが大きな課題となり、

夫は、子どもがいないことで村八分にならないようにと、地域活動を積極的に行った。そして、地域の一員としての役割を果たすことで存在意義を見出すことができ、最後は2人で責任を持って人生を終えるような人生設計を立てるに至っていた。夫婦はどんな時でも話し合いをすることで状況を乗り越え常に2人が向き合った関係を築き、夫婦関係が悪くなったら早めに2人が歩み寄る努力をしており、子どもがいる・いないで夫婦の幸・不幸が決まる訳ではないと意味づけていたと述べている。

竹家（2008）によると、終結後、子どもを持たない人生を受容する過程では、空虚感を埋めるための代替的な仕事を通して「誰か」を養育することや、不妊の体験を危機、転換点と捉えそれ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ために役に立ちたい思いから不妊で悩んでいる人をサポートする自助グループの設立や大学へ編入学するなど、「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ことで受容に向かうとしている。しかし中には、「多様性の受容」等の前向きな言葉はなく「自信喪失」等、現状打破への焦りから、再び自分自身を追いつめるなどありのままの自己受容には時間が必要な人もいることも明らかにしている。そして、「社会化」、「多様性の受容」に至った当事者たちは、ありのままの自己を認める、空虚感、欠損感を受け入れるという「受容感の拡大」や子ども観、結婚観、女性（の生き方）観などの「価値観の転換」を体験し不妊治療の経験が人生にとって価値あるものに変換される場合は、自己の持っている能力を他者のために活かしたいという「生成継承性の芽生え」によって発達課題は達成に向かうと述べている。

中込他（2009）によるライフヒストリー研究によると、終結後は、結果的に子どもがいないこと、焦って治療をしてきたことへの後悔の念を持ちながら、なぜ私には生まれなかったのかと死ぬまで不思議に思い続けると語りながら、このままではみじめで辛くなるだけだと言い聞かせ、やっと自分のために生きる、普通の人と違う生き方を歩む方向に向かうとあった。また、最後に治療を限界まで続けても後悔しないという保証もなく、限界まで続けても夫婦の絆が深まることはないと言っていることから、不妊治療を終結し、新たな人生を歩むことは覚悟を要することであると述べている。

安田（2005）は、人生の径路と選択を捉える接近法である複線径路・等至性モデル（Trajectory Equifinality Model：以下TEMとする）の手法を用いて「子どもが欲しい」と希望して不妊治療をし、治療では子どもを持つことができず、養子縁組を考えた9名を対象に不妊治療後の人生の径路を類型化している。不妊治療終結後の選択岐

路には4つの型があるとしている。Ⅰ型は、治療中に養子縁組に意識を向け始め、治療をやめて切り替えるようにして養子縁組を試み養子縁組が成立する型、Ⅱ型は、不妊治療中に養子を意識しするが、夫婦で意見が一致しないため養子縁組を試みることなく、治療をやめて子どもを持たない人生を選択する型、Ⅲ型は、子どもを持たない人生を選択し治療をやめたがその後に養子を意識し試み、養子縁組が成立する型、そして、Ⅳ型は、養子を試みるが成立せず子どものいない人生を選択する型とし、治療を終結した後に子どもを得ることを考える人生の類型化を試みている

Wirtberg, I., et al. (2007)は、不妊治療にて実子が得られず治療をやめた女性 208名の10年後を追跡調査している。144名は、治療を再開するが子どもが得られず断念し、誰か（多くは血の繋がらない子ども）の親となることで、生涯発達の方向に進んでいる。親とならない選択をした62名は、動物を世話すること、両親の介護、仕事や旅行といった活動によって人生を肯定的に意味づけており、親とならない場合であっても人生の発達的な特徴がみられたとしている。

以上の研究から、不妊治療終結後は、人生をいかに生きていくかが課題となり、他者との関わりの中から存在意義を見出し、自己評価を高めることによってその後の人生を受容する方向に向かう場合と、自信を喪失し、子どものいない人生を受け容れられず逡巡する場合があるなど、終結後の人生の岐路が明らかにされている。しかし、治療終結後に子どもを持たない人生を選択した女性が子どものいない人生を送るうえでどのような葛藤があり、どのように対処しながら自分らしい生き方を獲得していくのかを明らかにした研究はない。また、どのような要因が終結後の子どものいない人生の受容に影響を与えるのかを明らかにした研究は見当たらない。終結期の支援を考える上では、終結後、喪失・空虚感からどのように立ち直り、自分らしい人生を獲得していくのか、どのようなことが受容を促進および抑制するののかについても明らかにし、治療終結後を見据えた支援内容・方法を見出す必要があると考える。

5. 不妊治療終結後の身体的変化

Olshansky, E. F. (2005)は、不妊治療を経験した更年期女性は、自身の身体の高齢感を取り戻すとある。しかし、この研究の対象には、実子を得た女性や養子を得た女性も含まれていることと、社会・文化的背景の違いから、わが国の女性にそのまま適応することはできないと考える。

竹家（2008）は、不妊治療をした8名の女性の調査から、ほぼ全員が治療による体調の悪化を訴えていることを報告しているが、具体的な症状や、治療が原因か更年期の影響か明記されていない。中込他（2009）は、不妊治療終了後の女性は、治療中は自己でコントロールできなかったイライラや焦燥感を、治療終了後にはコントロールできるようになり、ホルモン療法をやめたことで身体の健康を取り戻すが、更年期症状が出現するといよいよ本当に諦めなければならないという思いで不妊治療に対する諦められない気持ちが再燃するとしている。

晩婚化、晩産化により、治療終了後、ほどなくして閉経期を迎える対象は増えると予想される。そして、不妊治療を終結し健康感を取り戻す対象もいれば、更年期と重なり、不妊治療による体調の悪化を訴えている対象もいる。ホルモン療法をやめたら身体が元に戻るとされているが、治療終了後どのような体調の悪化があるのかは明らかにされていない。長期に治療を続けてきた場合は、頻繁に行われた注射による筋肉への影響や治療の副作用の後遺症なども考えられる。体調の悪化は、生活全般におけるQOLにも影響を与える。そのため、治療終了後におこる具体的な身体変化を明らかにすることも、治療の終結以後の人生モデルの提示とともに当事者にとっては重要であると考えられる。

6. 不妊治療終結期に当事者が求めている支援

竹家（2008）は、不妊治療終了後の女性の語りの中で、終了後いまだに「自信喪失」「個としてのアイデンティティ」を見失っている当事者は、他者の不妊治療断念後の歩みに関心を示しており、同じ経験を共有して体験を意味づけることを求めているとある。同じ道を歩んだ先輩女性たちのモデルを求めており、そこから元気や刺激を得ることを求めているとあった。

上野他（2008）は、不妊治療終了における患者支援を検討し、年に一度治療終了を決断した元患者から話を聴く機会を設けている。その結果は、第1回目に参加した15名（平均年齢41歳、治療期間4年2か月、うち男性2名）中6名が参加後平均8か月で治療終了を決断し、4名は積極的な治療を中止している。第2回目に参加した15名（平均年齢40.2歳、治療期間3年、うち男性3名）中4名が平均5か月後に治療終了を決断し、2名が中断している。第3回目に参加した12名（平均年齢39.5歳、治療期間3年5ヶ月、うち男性2名）中5名が治療中断（平均7.2か月）中であり、参加者の

意見から治療終結を深く考える機会となったとあり、この会が治療終結後の「子どものいない人生モデル」を提示するとともに、同じ悩みを持つ患者同士の交流の場の提供となっているとしている。しかし、3回連続参加後も治療を続ける者や、終結後も参加した患者がいること、患者の要望から治療をやめるまでの体験談のみでなく、終結後数年たった夫婦2人の生活について聞きたいという要望もあることから治療終結を決断するにあたっての患者の心理は複雑であること、その後の人生モデルを求めているとも述べている。

堀他（2010）は、不妊治療後に養親になった女性（10名）の語りから終結期のニーズを見出している。女性たちは、治療をやめることイコール実子を諦めることであり、その恐怖と自身の不妊を受容するという難しい選択を迫られる。そして、養親になった女性たちは、「養親になるきっかけを与えたのは、ポスターやタウン誌、TVドラマなどの広告媒体であった」と述べている。「里親や養子縁組に関する情報を、不妊治療施設に置いて欲しい」と述べていることから、治療終結期の支援としては、情報開示、精神的サポートの他、選択肢を増やす支援が必要であり、選択肢としての養親に関する情報の提供や選択後のサポートのために福祉分野との連携強化の必要性を述べている。夫婦2人の生活、養親のいずれであっても、当事者夫婦の人生が豊かになるために、治療終結期の支援システムの構築が急務であると述べている。

杉本他（2010）は、高度生殖補助医療を受ける不妊患者95名を対象に、不妊治療終結に関する意識や知識調査を行っている。治療回数の増加とともに治療成績が低下することについて、41名が全く知らないと回答している。治療終結を決定する因子は心理的因子と答えるものが最も多いが、40歳以上の患者においては年齢因子と答える者が多かった（23名中12名）。しかし、終結する年齢について、無回答が半数以上であり、不妊治療を終結するART治療回数も無回答が半数を占めていたと報告し、不妊患者の心理的特性として「不安」「抑うつ」が挙げられており、長い不妊治療で疲れ切っている患者には、もはや治療を終結する決断もできず、40歳以上の患者の多くは終結点を見出せなくなっていると結論づけていた。

杉本他（2011）は、治療終結の情報提供について誰がどのようなタイミングで、どのような内容の情報を提供すべきかを40歳以上の患者を対象に検討している。治療の終結に関連する情報を与えるタイミングとしては、治療開始前としている者が最も多く、続いてART開始前であった。求めている情報は個々の条件に基づく詳細なARTの

成績データであった。しかし、データを提示しても自己の考える終結年齢に変化はなかったため、当事者にとってデータの提示そのものは治療終結に影響を与えないが、詳しい情報を知っておきたいという患者の心理状態を垣間見ることができるとしている。そして、治療終結のカウンセリングを行う相手として医師の回答が最も多く、「治療終結は医師にお任せする」の回答も多かった。このことから、不妊患者は終結できない状況にあり、意思決定ができる支援の必要性を述べている。

栢植（2012）は、不妊に苦しんできた当事者の語りから、不妊治療を受ける女性に与えている苦痛は、家父長制イデオロギー、母性イデオロギー、ジェンダー規範などであるとし、手始めとして、この文化・社会の構成員が不妊という状態が存在すること、不妊がスティグマであること、不妊の人々は差別を受けていることを認識することが必要であるとしている。次に、不妊治療そのものが不妊の苦痛を強めていること、不妊治療が自己身体を疎外し、自己評価を低下させること、不妊治療が不妊の根本的解決策ではなく問題を先送りするにすぎないこと、などの認識が医療者にも患者にも、そして非当事者にも必要である。さらに、子どものいない人生のロールモデルが増えること、自助グループや不妊を経験した人が不妊に直面してもいろいろな生き方があることを見せること、親子の絆の形成は生物学的なものだけによらないことをみせていくことが不可欠と述べている。

以上、不妊治療の終結に迷う当事者が求める支援は、終結を決めた理由、夫婦 2 人のその後の生活、ART の成功率など、意思決定に必要な具体的な情報提供である。また、終結は医師に任せると回答している対象もいることから、自ら意思決定できない状況にあり、自らの治療の継続と終結、今後の人生の選択に少しでも主体的に関わることができるような精神的な支援が求められている。

7. 不妊治療終結期の支援の現状

不妊患者の支援に関するガイドラインやマニュアル（森他，2001；久保他，2005；森，2005）にある終結期の支援を概観すると内容は次の通りであった。①悲嘆のプロセスを支援することは、「不妊であること」、「子どもが持てないこと」、「中年期の喪失と多重の喪失があること」を理解した支援を行うこと、「こころの回復への支援」、「かたらのないものの喪失への支援」が必要とある。そして、②終結の自己決定・意思決定を支援することは、「子どもが本当に欲しいのか、なぜ欲しいのか自分達の真の思い

に気づけるように支援する」こと、「その後の選択肢を提供する」こと、例えば、養子縁組についての情報提供、子どものいない生活設計への支援とあり、自身の決断を本人がプラス評価できるように支援すること、治療の年月が決して無駄ではなかったと評価できるようにするとある。

森（2003）は、柘植（1994）が提唱した“不妊治療の自己決定を支えるシステム”をもとに看護師の役割をまとめている。システムの柱は、「情報の開示」、「精神的サポート」、「選択肢の提示」であり、「情報の開示」としては、治療の効果とリスクに関する情報の公開に努めること。「精神的サポート」としては、快適に通院できるような設備環境づくり、治療に伴う心理社会的な側面に関する情報提供、サポートグループ活動や自助グループの紹介。看護師の対応能力の範囲を超えるような心理的問題を判別した場合には、専門家に依頼すること。「選択肢の提示」としては、診断や治療を選ばなかったカップル、治療して妊娠し子どもを得たカップル、治療したが一度も妊娠することなく子どものいない人生や養子縁組を選んだカップル、治療をやめてから自然妊娠したカップルなど、いろいろな状況のカップルがいること、産まない選択もある中で、どのような選択をするかと考えるプロセスと情報を提供することと述べている。

平山（2006）は、子どもを望んできたカップルにとって、「いつかきっと子どもができる」と思いながら子どもがいない治療中と、「決して自分の子は持てない」と自覚して子どもがいない治療後の生活は心理的に全く異なるため、この移行に専門的なカウンセリングによる援助が必要なことも多いと述べ、子どもを断念する過程では、喪失からの回復には喪の作業（mourning work）が必要であると述べている。

田中（2006）は、不妊による喪失からの回復には、グリーフワークが必要であり、そのプロセスには、失った対象に対する思いや罪悪感・後悔、対象を失ったことへの妬みや怒りなどのさまざまな感情が伴い、グリーフワークの課題は、失った対象に対するアンビバレントを内面的に再体験し、「喪失」とともに生きていくことである。支援者は、一人ひとりと向き合いながらその対象が失ったコスト・時間、わが子に対する思い・治療に対する思い、たくさんの喪失感に耳を傾け、寄り添っていくことが必要であると述べている。

Anton, L.H.（1991/2001）は、不妊の「克服」は「子どもが欲しい」から「子どもが欲しかった」へと気持ちが変わることとしている。そして、「克服」はゴールではなくプロセスであり、愛する人を失う（対象喪失）ときの心の回復のプロセスと似てい

るとし、それを10のステップに分け、不妊体験者自身でこのステップを進めていけるように示している。そのプロセスは、①喪失を認め、嘆き悲しむことから始める、②理由をつきとめて、喪失を理解する、③喪失を乗り越える、④責めるのをやめる、⑤大事な人に相談する、⑥役に立つ手段は何でも使う、⑦母親としてのエネルギーを他に向ける、⑧日常的に子どもと接する、⑨子どものいない暮らしの利点をフルに活用する、⑩「女性」としての充実感を追及するであるとしている。

Sewall, G. (2000) は、Childlessness から Child-Free へ、子どもを持たないことの喪失を受容し、夢見ていた子どもと上手に別れるための介入に役立つ Exercise として、子どもが持てない喪失を感じ、承認するため道筋をつけるための Exercise と、治療を終了させ夢見た子どもに別れを言う Exercise を示している。

浅野 (2007) は、実際の看護実践をもとに ART 終結時の看護を提示している。事例にもとづき、終結期の初期支援は、①ラポールの形成、②EBM に基づいた情報提供、③陥りやすい心理状況の説明をすることであると述べている。しかし、現状を伝える情報を提供するが納得が得られない場合は、言葉の背景に真の気持ちを探ること。本人が混乱しているときは、問題はどこにあるのか見極め、キーパーソンとなっている人に働きかけることが必要であると述べている。そして、治療を続けることでコントロール感覚を喪失し、精神的に不安定な状態に至っている場合は、①患者の語るもの、患者の言葉の背景にあるものを引き出す。②その人の状況を把握し、その人の持つ問題を様々な角度から見つめ問題の所在を明らかにする。③パートナーとの意思疎通が十分にあり、治療選択に対する意見が一致しているかなど、カップルとして支える視点を持つと述べている。逆に、達成感や満足感を持ち、セルフケアできている場合には、セルフケア能力を高める支援が必要であると述べている。

實崎 (2010) は、実践経験をもとに不妊治療終結期のケアとしては、相談とグループの紹介による意思決定支援が重要であると述べている。実践の方法としては、個別相談により、まずはカップルの不妊治療や子どもを持つことについての思いをゆっくり聞く、その後の面談ではこれまでの治療経過の振り返りにより、カップルが自分達の努力を認めていくことができるようにサポートすること。相談の場面において「オタワ個人意思決定ガイド」などを活用し今後の方向性を見つけ出す一助としていること。次に、グループを紹介し、カップル同士の情報の共有やカタルシスなどの効果が得られる機会とすると述べている。しかし、サポートグループには、臨床心理士等の

専門家がメンバーとして存在していることが望ましいため容易に開催できるものではない。そのため、どのような自助グループ、サポートグループがあるのか情報を得てカップルに紹介できるようにすることが必要であると述べている。

以上より、終結期の支援としては、喪失へのケア、自尊心を保ち肯定的なセルフイメージが持てるようにすること、終結の意思決定を支援することが必要である。喪失を克服するためのステップなどが示されているが活用した実践報告はなく、終結期の看護の具体的な実践方法に関しては、熟練者の報告や意思決定支援のために活用しているガイドの紹介にとどまり、支援の実際は実践者に任されている現状にある。

8. 不妊治療終結期にある女性を支援している看護職の現状

糠塚・児玉（2006）は不妊治療の選択・治療の終結期にある対象への看護に携わる看護師のジレンマを明らかにしている。看護職が遭遇する不妊治療終結に関わるジレンマの場面には、「閉経より前に終結を示唆する」か「閉経までの不妊治療の継続を支援する」のかというジレンマがあると述べている。前者の看護は、時間がないと追いつめられている患者の精神的状態の解放と妊娠の可能性が少ない不妊治療をやめることで、身体的・経済的負担が軽減するというメリットを考え、専門職として患者にとってよいと思うことを提供する看護である。しかし治療を継続したい患者にとっては不本意となる可能性がある。後者は、子どもを得たい一心で妊娠の可能性が少なくても不妊治療を継続している患者の気持を支持し、患者の決定を尊重する看護である。このように看護職は、「専門的判断に基づく看護」と「患者の選択を尊重する看護」の対立にジレンマを感じながら意思決定をしているとあった。

日本看護協会では、2000年に生殖医療を受けるカップルへの必要な情報提供および自己決定の支援を行う不妊症看護認定看護師の養成を開始し、登録者数は現在120名（2013）である。認定看護師の役割は、不妊に苦しんでいる、あるいは不妊治療を受けている個人・家族・集団に対して看護を「実践」し、実践を通じ看護職者に対する「指導」と「相談」の役割を担うこととされており、活動の中心は、治療を受ける個人・家族・集団の看護実践である。山口（2011）は、不妊症看護認定看護師3名を対象に、不妊患者の意思決定の場面で感じる違和感の様相を明らかにしている。違和感とは、感情的になったり、繰り返し思いを表出するなどの患者の行動、治療をやめると言いながら治療を続けている状況、医学的に困難であることを十分理解していない患

者の状況などに抱いていた。違和感への対処としては、感じた違和感を基に患者理解へ繋げようとすることや、自分の価値観と患者の価値観の違いを理解すること、「割り切る」「折り合い」という対処をして、研修で学んだこと、今までの経験を基に、基本的なケアに立ち返って、試行錯誤しながら看護実践を行っていることを明らかにしている。

現在、不妊治療施設は増加（591施設：日本産婦人科学会，2010）しているが、認定看護師数は少ない。人数が増えない理由について森（2012）は、日本に1か所（聖路加看護大学看護実践開発研究センター内）しかないため、遠方からは入学しにくい。職場のニーズの理解・協力がないと本人のモチベーションだけではどうにもならないと述べている。また、認定看護師に不安定な活動基盤しか与えられていない例が目立つことも不妊看護を行う認定看護師の数が増加しない理由と指摘している。

黒沢他（2013）は、不妊症看護認定看護師の資格を持つ看護職と資格を持たない看護職に質問紙調査を行い、看護支援に自信がない、看護について相談する人がいないは、資格無し群に有意に高く、両群ともジレンマを感じながら支援を行っており、資格あり群は、ジレンマの対処行動として同僚に相談、認定資格者同士で相談する傾向が高く、資格無し群は、上司に相談することが有意に高かったとあり、資格無し群への支援の必要性を明らかにしている。

以上より、支えている看護職の現状としては、支える側も違和感やジレンマに葛藤しながら、自分の役割を認識し、ケアに向かっているという現状にある。終結期の支援として、認定看護師がどのように活動しているのかを明らかにした研究はなく、施設数と認定看護師の数から支援を行う看護職も終結期の支援の確立にまで至っていない可能性がある。

9. リプロダクティブ・ヘルスに関する女性の意思決定の特徴

Gilligan, C. (1982/1986) は女性には、独自の道徳判断の基準や特徴があること、女性の自己確立が重要他者との関係性を維持する過程で形成されていることを明らかにしている。そこで、女性は他者との関係の中で意思決定をしているとして、中絶に直面した女性たちに面接を行い、単に利己的に動くのではなく、いかにして他人との関係を傷つけないで済むかを考え、自己の判断に他人との視点（家族や周囲の人）を組み込んでいることを明らかにしている。これまでの、そしてこれからの人生、生ま

れてきた児がどのような人生を送るのか、自分に課せられた責任をすべて考慮した、最善策としての判断を下すとあった。このことから、女性の自己決定は、自己決定がもつ意味を単に自己そのものの利害との関係ではなく、女性にとっての自己とは、周囲との関係性、愛着、コミットメントが組み込まれた上での自己であり、その決定であるという女性特有の意思決定の特徴があることを明らかにしている。

荒木（2008）は、妊婦の羊水検査に関する意思決定について調査している。意思決定の重要な要因は、検査の精度や安全性、検査結果、家族意見の尊重であり、検査に関する悩みは検査を受けるかどうかに関わらず胎児への思いや人工妊娠中絶に対する自己の感情との葛藤であったと述べている。検査を受けるか否かの結論を出すのが難しかった妊婦は、「夫支配型」であり、次いで「自律型」の夫婦関係の順であった。このことから、夫婦の関係性や夫婦各人の検査に対する認識を把握したうえで、妊婦の主観や感情を受け止め意思決定に向けて支援を行う必要があるとしている。

坂上（2009）は、不妊治療にて第一子を出産後に次子妊娠のために不妊治療を開始した15名の女性の不妊治療実施の意思決定過程を質的に明らかにしている。その結果、「次子を妊娠するための不妊治療への駆り立て」、「次子の妊娠や不妊治療に対する少ない精神的負担」、「子ども数を考える」などが影響要因となり、「第1子の不妊治療・妊娠・出産・育児の受けとめ」が肯定的であり、「実子の妊娠・出産・不妊治療についての夫婦の話し合い」が具体的に行われている場合には、家族や第1子の育児の状況に合わせた現実的かつ具体的な検討をした上で、夫婦で合意して治療を開始するか否かの意思決定が行われていることを明らかにしている。

有森（2012）は、リプロダクティブ・ヘルスに関して意思決定が難しい理由を述べている。具体的には、①決定者：パートナーとの合意が必要となる（例：不妊治療、避妊など）、②決定の時期：妊娠の場合は、時間的制約がある（例：人工妊娠中絶など）、③情報の制限：正確な情報の入手が困難、④支援の制限：支援の資源とアクセスの手段が乏しい、⑤決定の圧力：社会の価値観、家族の価値観に影響される倫理的問題として合意が得られていない、⑥支援者の葛藤：支援者の倫理的価値観とのズレがケアに影響する場合がある、⑦決定の影響：次世代への影響、セクシュアルアイデンティティへの影響を挙げ、これらが当事者の意思決定を困難にする要因である。

以上のことから、性と生殖に関する女性の意思決定は、様々な要因の影響を受け、女性を取り巻く重要他者や生まれてくる児のことを考え、葛藤の末に行われるのであ

り、中絶、出生前検査などに関する女性特有の意思決定の特徴があることが示されている。不妊治療終結期に関しては、心理の過程は明らかにされているが、どのような事柄に直面し、何を考え、何に葛藤しながらやめる意思決定を行っていくのか、その過程や特徴を明らかにした研究はない。

意思決定支援に向けては、「オタワ意思決定支援ガイド (Ottawa Personal Decision Guide : 1999)」や、中山 (2012) が、保健・医療分野におけるよりよい意思決定のためガイドを提示している。これらは、当事者が一人で若しくは専門家の支援を受けながら意思決定を進めていくものである。また、これらは検査や治療を受けるか否か、方法を選択するためのものであり、不妊治療終結期にも活用しているという報告はあるが、一般化に至っておらずそのまま適用できない。意思決定を支援するモデルには、Paternalism model (父権主義モデル)、Shared decision model (協働的意思決定モデル)、Informed decision model (情報を得た意思決定モデル) があるが、不妊治療終結期にある女性が求める支援モデルとして、どのような対象にはどのようなモデルをもとに支援をすると効果的であるかについて示されたものはない。

辻 (2007) はリプロダクティブ・ヘルスに関する意思決定に女性自身が関与することにより良質なアウトカムが示されている (Lavender, 1990) ことを受け、Shared decision model の概念分析を試み、リプロダクティブ・ヘルスに関する女性の意思決定にこのモデルの適応を検討している。先に述べた先行研究では、終結の決断を医師に任せる (杉本, 2011) ともあり、不妊治療終結期の女性は個々の背景や陥っている心理状態によって、求める支援モデルは違うと考える。そのため、不妊治療をやめる女性の意思決定の過程を明らかにし、その特徴とともに、どのようなモデルに基づく支援方法が適切であるかについても検討する必要がある。

IV 生殖医療の現状と受療者の特徴

不妊治療を受ける患者数は、1999年においては、推計 284,800 人であったが、2003年には推計 466,900 人と、4年間で 1.6 倍になっている (山縣他, 2003)。2010 年第 14 回出生動向基本調査 (国立社会保障・人口問題研究所) によると、不妊を心配したことがある夫婦の割合は、31.1%で、2005 年時点と比べて 5.3 ポイント増加している。

日本産婦人科学会 (2012) によると ART 実施登録施設は、474 施設 (2000) から 591 施設 (2010) に増加し、体外受精・顕微授精の実施は、161,164 件 (2007) から 242,161

件（2010）と増えた。生殖補助技術による生産児は 19,595 人（2007）から 28,945 人（2010）となり、総出生数の 37 人に 1 人の割合にまで達している。以上から、今後も不妊カップルの増加、高度生殖補助医療を受療するカップルの増加が推測される。

岩澤他（2007）は、出生動向基本調査（2005）の結果から、日本の出生率は 20 歳台、30 歳台ともに低迷しているが、挙児希望女性人口は、978 万人（1982）から 1,147 万人（2005）で、20 年間で 17%増加していること、その中で 35 歳以上の女性が占める割合が 5%から 15%へと大幅に上昇していることから、日本の女性は、子どもを持つ意思を持たないのではなく、「出産の先送り」をしていると指摘している。そして、有配偶挙児希望女性を分母に限定すると、年齢と共に受診者は上昇していることから、晩婚化による妊孕能の低下を背景に、不妊治療を受ける女性が上昇していると述べている。本邦の ART の現状に関する齋藤（2012）の報告にも、2007～2009 年の年齢別治療数において、40 歳以上で ART を用いた治療法を選択する割合は、2007 年 31.2%、2008 年 32.1%、2009 年 34.3%で、加齢化が進んでいるとあり、さらに、2011 年には 37.9%となっている。

ART の成績をみると、40 歳の総治療数における生産率は 8.06%、総妊娠率における流産率 35.1%、41 歳の生産率は 5.62%、流産率は 40.45%（日本産婦人科学会，2011）であり、加齢による卵子の質の低下が流産率に影響を与えている可能性がある。

以上のことから、不妊治療実施施設も増加し、ART による出生児は、総出生数の 37 人に 1 人の割合に増加し、治療をすれば児が得られると認識されやすい。しかし、近年、晩婚化による妊孕能の低下が不妊カップルおよび不妊治療を受療する患者の増加の原因の 1 つになっており、患者の加齢化が進む現在、ART によっても生産率は 20%程度であり、39 歳では 10%、41 歳では 5%であり、年齢を重ねるごとに妊孕率は低下し、晩婚化の現在、ART を用いても妊娠率は低く、治療を開始しても子どもが得られず、治療をやめざるを得ない夫婦は多い。

また、不妊治療を受ける夫婦への経済的支援として、厚生労働省は 2004 年 4 月より、都道府県等が指定した医療機関で特定不妊治療を受けた夫婦に対して、費用の一部を助成する「特定不妊治療費助成事業」を開始したが、2013 年 8 月には助成対象年齢を 42 歳までに引き下げることが閣議決定された。このことから、経済的な負担を考えやむなく治療を終結せざるを得ない女性が増えることも予測される。よって、終結後の人生の心身の健康を見据えた、不妊治療終結期の具体的な支援方法を提示すること

は、急務であると考える。

V 研究方法に関する理論的背景

不妊治療終結期にある対象の体験を明らかにする目的で行われた先行研究をみると、ライフヒストリー研究、ライフストーリー研究、複線径路・等至性モデルといった研究手法が取られている。これらの手法の理論的背景と本研究への活用を検討した。

1. ライフヒストリー研究，ライフストーリー研究

ライフヒストリーとライフストーリーについて、社会学の立場から中野（1995）は、「語られた生（自分の人生や経験した事柄についての語り）」をライフストーリーとし、その口述資料を研究者が近現代の社会史と照合し位置づけ、注記を添え構成したものをライフヒストリー（生活史）として区別している。ライフヒストリー研究とは「社会的、文化的、歴史的文脈のなか」に個人を位置づけ、個人の主観的事実を通して社会や歴史を把握しようとする研究である。研究の焦点は歴史や社会の把握にあるため、主観的なライフストーリーやライフヒストリー資料だけでなく、「専門的知見のはいった文献資料」を加えて構成されるものであると述べている。桜井（2005）は、ライフヒストリーは、語られるライフストーリーだけではなく、個人的記録などによって構成される個人の伝記であり、ライフストーリーは、〈いま—ここ〉の語り手と聞き手の相互行為によって生み出されるものであること、「語られること」が「語る」行為と分かちがたくむすびついており、調査する一人ひとりがインタビューをとおしてライフストーリーの構築に参加し、それによって語り手や社会現象を理解・解釈する共同作業に従事することがライフストーリー研究であると述べ、ライフストーリー研究においては、多数のライフストーリーを収集して、さまざまなライフストーリーに通底する社会的現実にも迫ることも可能であると述べている。

やまだ（2010）は、発達心理学の立場から、ライフヒストリーを生活史とし、ライフヒストリー研究は大きな歴史の流れのなかでとらえた個人の歴史に関心をもつ一手段として語りが用いられ、「語られた内容の裏づけとして」各種資料や歴史的考証も重視する。個人の生活史の再構成が目的であるとしている。そして、ライフストーリーを人生の物語としている。ライフストーリー（人生の物語）研究はナラティブアプローチに基づいており、「語りそのものにより関心」をもち、「語られた真実」を重視するものである。語りは、「共同行為、共同制作、共同生成」と考えられ、「語る行為と

語られた物語」に着目するだけでなく、「語りの生み出される状況や文脈，調査者や調査対象者との関係性」にも注意が払われる。人生の物語は，静態的構造ではなく，物語の語り手と聞き手によって共同生成されるダイナミックなプロセスであり，物語を語り直すことによって，過去の出来事を再構成することが可能であり，人生の物語を語ることは，個人の物語を越えて，現世代から，次の世代へのコミュニケーションとして時代や世代を繋ぐ働きを担うものであると述べている。

理論化の方法については，多数のライフストーリーを集めて帰納的推論を重ねていく。語られる出来事や経験から，多様性と差異に注目しながら，同一のパターンが現れる状態，すなわち飽和の状態に達することで理論化に至る(桜井他：2009)とある。

以上のことから，ライフストーリー研究は，人生の歴史的真相を明らかにするものであり，ライフストーリー研究は，研究者と当事者によって紡ぎだされた生きられた人生の経験，語ることによって意味付けされたものといえる。どちらも社会的に少数派である人々の人生の経験を明らかにし，生きられた社会の現状や問題点を見出すことが可能である。本研究における当事者も社会的には少数派の人々であり，対象者の経験を現代社会との関係から明らかにするためには適応可能な研究方法と言える。しかし，ライフストーリー研究は，特別な出来事をそれほど強調せず，対象の人生全体を分析するものであるのに対して，本研究の目的は，不妊治療終結の意思決定過程とその後の人生を受け容れる過程に焦点をあてて当事者の人生における不妊の体験を理解しようとするものであるため，分析方法としては適さないと考えた。

2. 複線径路・等至性モデル (TEM)

TEM は，人間の発達を時間的変化と社会・文化・歴史的な文脈との関係で捉え，記述するための方法論的枠組みであり，人（人生・生活・生命）の径路を時間とともに描くための質的研究の方法論である。Trajectory Equifinality Model の，「Trajectory」は「径路」であり，多様性を強調するために「複線」が加えられ，「Equifinality」の「Equi」とは「Equal」（イコール）であり「等しい」という意味で，「final」（ファイナル）は目的，ゴールであり，Equifinality に「等至性」という訳語をあてて，複線径路・等至性モデルとされている（サトウ，2014）。

TEM は，「等至性 (Equifinality)」の概念が鍵であり，発達や文化的な事象に関する心理学的研究に，等至性の概念を取り入れようとした Valsiner, J. (2001) の創案に基

づき、人の選択や歩む径路は、決して単線ではなく、多様であり複線的である。もちろん、多様といっても、どこまでも末広りの的に多様なのではない。歴史的・文化的・社会的な文脈の影響を受けることによって、ある定常状態に等しく (equi) 辿り着く (final) ものであるという考え方に基づくものである (安田 2005)。到達する点が定まることで多様性が見えてくるというものである。

TEM の特徴は、人間を開放システムとして捉えるシステム論 (Bertalanffy, L. 1968/1973) に依拠する点と、時間を捨象して外在的に扱うことをせず、個人に経験された時間の流れを重視する 2 点にある。

TEM が依拠するシステム論とは、一般システム論 (Bertalanffy, L. : 1968/1973 による) である。Bertalanffy, L. は、システムとは「相互に作用しあう要素の集合」であり、それらの要素はたとえ複雑であっても何らかのかたちでオーガナイズ (系統化・編成) されていると述べ、システムには、開放システムと閉鎖システムがある。閉鎖システムは、環境から孤立し環境と相互交渉しないシステムである。開放システムは、その置かれた特殊な環境と交換を行うシステムであり、すべての生物学的、心理学的、社会的システムは本質的に開放システムである。「生物体は成分の流入と流出、生成と分解のなかで自己を維持しており、生きている限り決して科学的、熱力学的均衡の状態になく、それと違ういわゆる定常状態にある」。人間も開放システムであり、日常的には、外界と交渉しながらも定常状態が保たれているというシステム論に基づいている。Valsiner, J. (2000) は、人間の成長は開放システムであり、心理学的システムからみた場合、人間のその外界との交換関係は、記号を媒介としたコミュニケーションによってなされるとし、人間は、その人に固有の歴史を有し、固有の歴史のうえでその時々、必然的に、あるいは、偶然にある外界と相互交渉しながら、それぞれの人生を紡いでいくのが人間であるという考え方から TEM を創案した。

TEM のもう一つの特徴である時間とは、「非可逆的な時間」(Irreversible Time) であり、Valsiner, J. は、物理的時間のような意味での時間 (クロックタイム) ではなく、生体のライフ (人生・生活・生命) と本質的に関連する時間であり、これは、哲学者 Bergson, H. (1889/2001) のいうところの純粹持続を指す。これは、人間にはある時間にはある特定の場所である行為しかできないという現象学的性質があり、ある選択をした後に、それを取り消して他の選択肢を取ったとしても時間は戻らない。人間は時間とともにあることを非可逆的時間という概念を用いて表している。TEM による時間

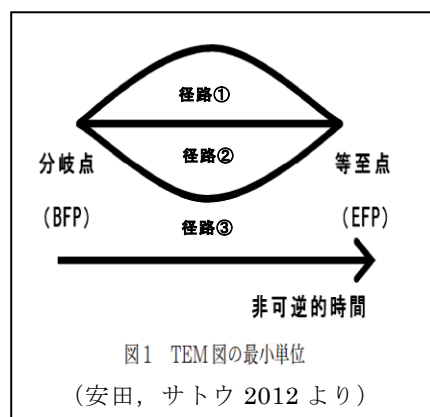
の表し方は、選択肢を空間的に示す際に非可逆的時間を描くことで、Bergson, H. の意図する後戻りしない時間の流れ、時間の持続を表現している。

TEMの基本的な構成概念を、図1に示す。決して後戻りしない時間の流れを矢印(→)で示し「非可逆的時間 (Irreversible Time)」とし、そうした時間のながれの中で生じる、径路が分かれゆくポイントを「分岐点 (Bifurcation Point : BFP)」として概念化している。

他方、何らかの文化的・社会的影響を受けるなかで、収束していくポイントがあり、それが等至点

(EFP)である。「等至点 : (Equipfinality Point : EFP)」とは、個人の意思決定や行動や経験などの、等至性 (Equipfinality) の具体的な顕在型であり、研究者が研究目的に基づいて決定した、何らかの意味で人々のライフ (人生・生活・生命) にとって重要性を持つ点である。「複線径路 (Trajectory)」とは、行動や経験の径路の複線性を示す概念である。径路の複線性・多様性は、等至点 (EFP) に至る、あるいはそこから始まる経験の軌跡を描くことによって可視化されるものである。「分岐点 (Bifurcation Point : BFP)」とは、そこから複数の径路が分岐発生する点であり、分かれゆく点を指し示す。分岐点の特定によって、ライフ上の選択肢がどのようにあり得たのかが示される。「非可逆的時間 (Irreversible Time)」とは、時間は決して後戻りしない持続的なものであり、ある個人の経験がそれまでの履歴と不可分であること、およびその都度の意思決定や選択が、事前に結果を決定できない不確定さのなかで行なわれざるを得ないことを含意する概念である。これは経験の外部にあって、時計で計測されるような客観的時間 (絶対時間) ではなく、人間のライフの継続によって現れてくる時間である。

その他の基礎概念に、「両極化した等至点 (Polarized EFP)」、「社会的方向づけ (Social Direction : SD)」や「社会的ガイド (Social guidance : SG)」、「必須通過点 (Obligatory Passage Point : OPP)」がある。「両極化した等至点 (Polarized EFP)」とは、価値的に背反であるような二つ (以上) の等至点を指し示す概念である。実際になされたある行動や選択に対する補集合的な選択として想定する。現実になされた行動や選択の価値づけを相対化することに設定の意義がある。設定することで、そこに至る可能な径路



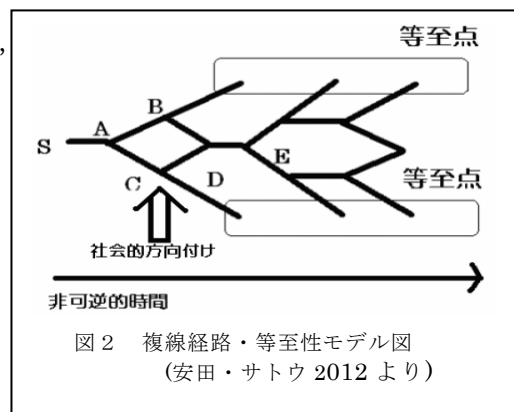
が研究者自身に見えてくる。「必須通過点 (Obligatory Passage Point:OPP)」とは、元来地理的な概念で、ある地点に移動するために必ず通るべき地点という意味である。「必須」とは、「通常、ほとんどの人が」という程度である。本来大きな自由度を持ち得るはずの人間の選択や行動や経験が、一定の点に収束している状態が描かれ、社会制度などによる制約を発見する手がかりとなるものである。

「社会的方向づけ (Social Direction : SD)」とは、個人の行動や選択に制約的な影響を及ぼす、社会的な諸力を象徴的に表した概念である。行動や選択の可能性や方向性が大きく制限を受けている場合、社会的方向づけの存在が想定される。「社会的ガイド (Social guidance : SG)」とは、社会的方向づけとは逆に作用する力である。分岐点として立ちあらわれる行動や選択を、促進したり助けたりする力を概念化したものである (図2)。TEMにおいては、人間の発達や人生径路、意思決定などをとらえることができ、OPP や SD, SG を明らかにすることで、要因も見出せるのである。

TEMにおける対象者の選定方法は、ある経験 (をした人) を研究の対象として焦点をあてる (抽出する) 方法をとる。すなわち、理論的関心から対象としてふさわしい人を選ぶため、非確率的サンプリングのなかでも、理論的サンプリングに位置づけられる方法で行う。TEMでは、人の経験は歴史的・文化的・社会的な

文脈に埋め込まれ構成されているという認識のもと、同じ経験をした人を選ぶ。個人の経験は歴史的に構造化されていることから、個人をその歴史とともに考えるようなサンプリング方法を取る。これを、歴史的構造化サンプリング (Historically Structured Sampling) と呼んでいる (サトウ : 2009)。研究目的にふさわしい、「同じような=類似の」経験をした人を選定する。

TEMでは、飽和という概念はないが、1名の対象者のみの研究であれば、個人の経験の深みを探ることができる。4±1人の経験からは、経験の多様性を描くことができる。9±2人からは、径路の類型を把握することができる。つまり、等至点に至る径路は多様であるといっても、ある一定の幅に収まらざるを得ないということがみえてくる。これは、社会・文化の力を照射するものであるといえ、TEMを用いることの意義の一つとしている。理論的な飽和という概念はないが、類型化がこれ以上ない、両極化した



等至点を置き、データの中にはなかったが、経験としてあり得る径路も想定し点線で結んでいくことでこれ以上径路が想定できないところまで確認する。TEM で、両極化した等至点を置くことの意味は、データからは捉えられないことや、存在するはずなのになぜか見えにくくなっているものを可視化するためであり、また、質的研究では、多くの場合、「ある」ということにしか気づけないため、あるべきものが「ない」ということに気づくためにも、このような方法が取られている。

TEM が用いられている研究分野としては、人の成長発達や人のライフサイクルにおける選択や心理的な困難や危機とそこからの回復過程に秘められた可能性を見出すなどの主に発達心理学の分野の研究で用いられている。主な研究としては、保育の専門職が子どもの親との関係形成の難しさの中でどのように成長しているのかを TEM を用いて感情の動きを可視化し親の成長や自身の専門職としての成長を実現していくプロセスの記述（中坪他，2010）に用いられており、地域住民と保健師のパートナーシップにより自主グループが形成され継続するプロセスを、住民と保健師の相互関係から分析し、そのプロセスにおける保健師のグループ支援、どのようなタイミングで支援を行い、また、自然なフェードアウトを行っていったのかに焦点を当てて考察することを目的にした研究（上村他，2010）など、専門職自らの実践を描くために TEM を用い自身や後進の専門職にとって重要な視点を表現するために用いられている。また、デート DV 被害女性とその関係から抜け出すまでの心理的プロセスを明らかにした研究（武内・小坂，2011）や交通事故体験者が、交通事故という心理的衝撃を乗り越えるまでの多様なプロセスを記述することを通して、トラウマ形成に至るプロセスのモデル化を試みる研究（岡崎，2009）など、どちらも心理的危機・困難からの回復過程を明らかにするために用いられている。

他の質的研究方法としては、グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Grounded Theory Approach: 以下, GTA とする) や修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach : 以下, M-GTA とする) がある。TEM との類似する点と相違点をまとめてみる。どちらも少数事例からの適用が可能である。また、どちらの方法論ともに現象に存在する理論や構造を発見したり、分析結果を視覚的に表現したモデルを描いたりできるところが共通している。現象のプロセスを捉える点は同じであるが、M-GTA では、プロセスとは現象の「変化の様態」（どのような“うごき”なのか）と表現（木下，2003）されており、TEM では、プロセスとは、「時間が持続する中での

対象や現象の変容」(サトウ他, 2012)である。M-GTA では、データを扱う時点で時間は捨象され、捨象した後でプロセスを描く、TEM では、実際の時間的な経緯の中でプロセスを明確にする点が違う。M-GTA では、類似した状況の類似した経験を包括的にまとめて、その経験での共通した概念構造を明らかにし、類似の事例を幅広く理解・予測するための仮説や枠組みが得られる。また、比較的抽象度の高い理論や構造が得られる。TEM では、個々の事例に含まれる対象者の具体的な経験や時系列を保持しつつモデル化するため追体験するように理解でき、選択を迫られ、何に影響されそれらを決定したのかといった事実もみえる。共通して存在する体験や経験の分岐点を発見し、実践に関する方向性を得ることができる。

香曾我部他(2014)による保育者の成長のプロセスを TEM と GTA を用いて両者を比較し特徴を比較した研究によると、GTA を用いることによって類似した状況における類似した経験を包括的にまとめることが可能となり、その経験での共通した概念構造を明らかにすることができるとし、TEM では、非可逆的時間を重視しているためどのタイミングで何が影響を与えたのかを社会的促進(SG)や社会的方向づけ(SD)によって明確に示すことができ、一人ひとりの TEM 図を描くことで、当事者一人ひとりがおかれた社会的な状況の違いや、葛藤の質的な違いなどを明示することで、個々人に特有の成長のプロセスを理解できる。GTA ではマクロなレベルで捉え、その事象を支える価値構造や概念構成を知ることが可能で、TEM では、同じ出来事や経験としてとらえてしまいがちな類似した事象を、その事象の社会・文化的な背景の違いも含めて、その個性をメゾ・ミクロレベルで明らかにすることが可能となるとしている。境他(2012)においては、TEM と M-GTA の比較研究をしているが、こちらにおいても、相補的に用いることで、現象理解をより深めることができる可能性がある」と指摘している。

本研究は、不妊治療終結期の意思決定過程とその後の子どものいない人生を受け容れる過程を明らかにし、終結期の支援を見出すことである。そのためには、当事者の意思決定過程を取り巻く背景とともに詳細に理解することにより、具体的な支援内容が明らかになり、個々の対象に応用可能な支援内容の抽出に繋がると考える。そのため、意思決定に至る過程の多様性の特徴と、多様性に影響をあたえる要因を明らかにすることができる TEM の方法を用いることが妥当であると考えられる。理論化においては、M-GTA が適している可能性があるが、できるだけ多くの事例と、両極化した等至点を置き、これ以上径路が想定できないところまで確認し、TEM の特徴である非可逆的な時間

を重視して終結に至るプロセスを可視化することによりモデルを作成する。

VI 研究の枠組み

TEM の考え方をを用いた本研究における不妊治療終結の意思決定過程から子どものいない人生を受け容れていく過程と、支援の明確化までの全体像を図3に示す。

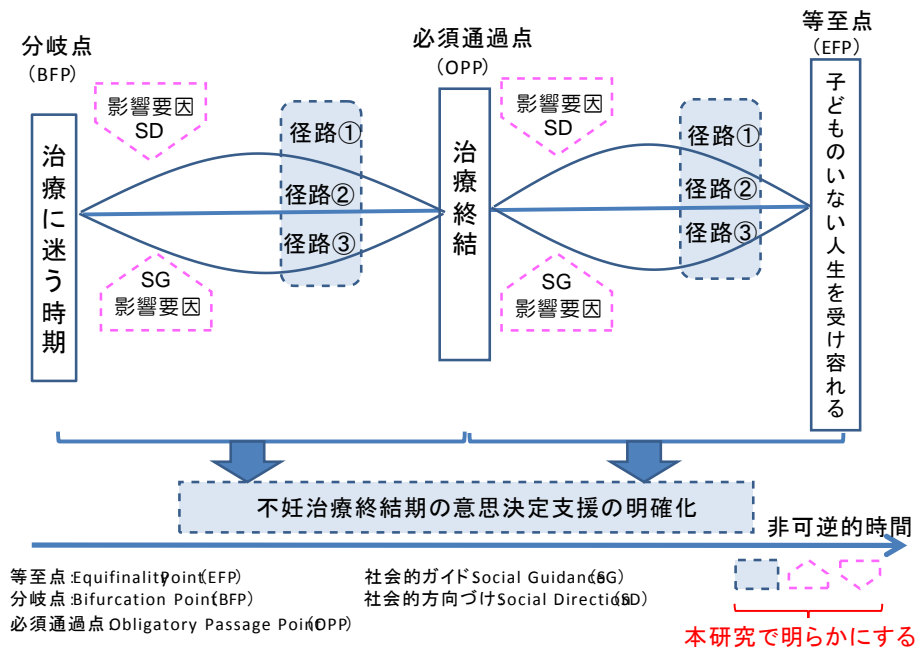


図3 研究全体の枠組み

本研究では、高度生殖補助医療にても実子が得られず治療を終結した女性の体験をもとに、後戻りすることのない時間の経過とともに葛藤と選択を繰り返し不妊治療終結の意思決定に至る過程の多様な径路を明らかにし、多様性の中に共通性を見出し不妊治療終結に至る意思決定過程を明らかにする。多様な径路を辿る影響要因も明らかにし、実子を得ず不妊治療を終結する女性の意思決定のモデルを明確にする。

以上をもとに、終結期の意思決定過程のそれぞれの径路に応じた具体的な支援内容と方法を明らかにする。また、終結期の意思決定過程と終結後の子どものいない人生を受け容れる過程の関係性や子どものいない生活を受け容れていく過程での影響要因などから、終結期に必要な支援内容を導く。

VII 研究の意義

高度生殖補助医療にても実子が得られず様々な要因の影響を受け葛藤を繰り返しながら治療終結の決断に至る多様な径路と、子どものいない人生を受け容れていく多様

な径路を可視化することができ、今後起こり得る葛藤や、影響要因によっては辿る可能性のある径路も分かる。そのため、現在治療中の当事者にとっては、今後起こり得ることや、終結後の道標を示すことに繋がる。また、支援をしている看護職者に対しては、支援が必要な状況や対象を見出すことに繋がり、可視化した終結後の子どものいない人生を受け容れていくモデル図をともに、終結後を見越した支援の方向性を示すことに繋がる。なお、本研究の結果をもとに、不妊治療終結期の意思決定支援プログラムを作成し、その実用化を目指している。本研究で可視化するモデル図は、プログラムの中で媒体として活用できる。

VIII 用語の定義

治療終結期：不妊治療にても実子が得られず治療継続を検討し始めてから治療をやめる決断をするまでの時期

意思決定過程：不妊治療によって子どもを得ること、親になることを成し遂げられず治療を断念することについて揺れ動く心理的葛藤と、それに伴う選択行動を内在する決断へ至るまでのプロセス

体験：不妊に関連して直面した出来事や影響を受けた要因と、そのことによって生じた気持ちやそれに伴う行動

受け容れる：不妊、子どもを持てなかったことの意味を問い掛けながら、不妊治療に取り組んだ自分を認め子どものいない人生を引き受け、気持ちが安定すること

IX 研究デザイン

TEMによる分析手法を用いた質的研究

X 研究方法

1. 研究協力者

高度生殖補助医療を経験し、子どもを得ることなく治療を終結した女性。治療終結後1年以降～10年程度で、自己の人生を語ることに同意が得られた女性15名。

精神的に安定している条件として服薬者（医師によって処方されている抗不安薬、抗うつ薬、睡眠導入薬）を除いた。

TEMでの対象者の選定は、歴史的構造化サンプリングに基づく。これは、研究目的に

ふさわしい、「同じような＝類似の」経験をした人の選定である。本研究では、現行の生殖補助医療の中でもっとも高度な治療である高度生殖補助医療を体験した女性とした。人数は、TEMでは4±1名で経験の多様性を描くことができ、9±2名で径路の類型を把握することができる。本研究では、径路の類型を把握するため、9±2名は必要であり、15名の協力を得た。治療終了後の期間に関しては、国外の10年後の子どものいない夫婦と、養子・里子を得た夫婦のQOLや自尊感情には差異がなかったとの報告(Wischmann, T., et al., 2012)があることから、治療終了後10年程度とした。

2. 研究協力者への依頼手続き

1) 方法1：不妊患者支援のための自助グループの責任者に、研究の趣旨を口頭および文書で説明し、対象候補者の紹介を依頼した。その際に終了後の年数がさまざまな方から協力を得たいため、終了後の年数が異なる方に依頼して頂きたいことを伝えた。研究協力の承諾を得た後に、研究対象の条件を満たす方への依頼文と連絡票、返送用封筒を入れた封筒を渡し、該当者への配布を依頼した。依頼文には、研究の趣旨と倫理的配慮、研究協力依頼（面接）、協力して頂ける場合は同封の連絡票を返送して頂きたい旨を明記した。該当者から連絡票が返送されたら、指定された方法で連絡をとり、文書と口頭で改めて研究の説明を行い、同意書で同意を取得した。

2) 方法2：研究者が参加している不妊患者の自助グループの知人から、不妊体験を語ることが可能な対象候補者に方法1と同様の手続きで、該当者に依頼して頂いた。

3) 方法3：日本産婦人科学会ART登録実施施設に対象者の紹介を依頼した。施設長に、研究の趣旨、研究目的、方法、倫理的配慮等に関して口頭および文書にて説明し、医師・看護職・カウンセラーに仲介者となることを依頼したい旨を説明した。施設長の承諾が得られたら、仲介者に、該当者に渡す文書一式が入った封筒を渡して配布を依頼した。

4) 方法4：日本産婦人科学会ART登録実施施設に勤務する知人の臨床心理士、不妊症認定看護師に対象者の条件を満たす方の紹介を依頼し、方法1と同様の手続きで、該当者に依頼して頂いた。この方法の実施にあたって施設長の承諾が必要な場合は、方法3の依頼方法に準じて施設長に協力依頼を行い承諾書にて承諾を得た。

3. データ収集方法

インタビューガイドにそって個別に半構成的面接を行った。

面接場所は、協力者の希望の場所で行った。但し、周囲に会話の内容が漏れず、かつ対象者の言葉が聞き取れる場所とした。

面接は1回1時間程度とし、対象者の同意が得られた場合は、2～4回面接を行った。

複数回に分けた理由は、面接内容が、不妊治療を始めた後に治療に迷いが生じて不妊治療をやめる過程、その後の人生を送る過程に関する語りの聴取であり、体験を想起しながら語って頂くため1時間では捉えられる内容の深まりに限界があること、極めて個別的な事情を語って頂くため研究者との信頼関係形成が必要であり1回の面接では聴取内容が不足する可能性があることによる。TEMにおいては、両者（対象者と研究者）が納得した TEM 図の作成、すなわち、見方の融合を目指すには、3回の面接を奨励している。それによって結果の真正性（authenticity, trust-worthiness）に近づくとある（サトウ：2012）。そこで、1回目の面接後に暫定的な TEM 図を作成し、次回の面接時にそれを活用し、内容にズレがないかを確認し、修正していった。また、TEM 図を用いて、詳しく聞きたい話を深く掘り下げていった。

面接は許可を得て録音し、逐語録を作成した。

4. データ収集期間

平成 26 年 8 月～平成 27 年 8 月

5. データ収集内容

1) 治療終結に迷い、治療終結を決めるまでの意思決定の過程について

- ①不妊治療を始めた理由、治療を続けることに迷いが生じるまでの経過
- ②治療継続に迷い始めた理由、治療をやめる決断をした理由、きっかけ
- ③治療に迷いが生じ、終結決断までの行動や選択・気持ちの変化と影響要因
 - ・直面した出来事とその時の気持ち。何を考え、どのような行動をしたか
 - ・その時の判断や気持ちに影響を与えた要因

2) 治療を終結してから子どものいない人生を受け容れていく過程について

- ①治療を終結した時の気持ちと対処行動
 - ・その頃の気持ち、何を考え、どのような行動をしたのか

- ・その時の判断や気持ちに影響を受けた要因
 - ②落ち着くことができたと感じるまでと現在に至るまでの気持ちの変化と対処行動
 - ・その後の気持ちの変化や、何を考え、どのような行動をしたのか
 - ・その時の判断や気持ちに影響を受けた要因
 - ・どのような時に子どもがいないことを感じ、どう対処しているのか
 - ③不妊治療体験をどのように意味づけているか
 - ・不妊治療をおこなったことをどのように捉えているか
 - ④治療をやめてから始めたこと（生活の変化や趣味・仕事など）、今後の生活設計
- 3) 終結に迷う時期に知りたいと思った情報、終結後現在までの生活を送るうえで終結期に知っておきたかった情報、看護職等に求める支援の内容・方法など
- 4) 属性：年齢（本人，夫），教育歴，治療年数（治療開始年齢と終了年齢），不妊原因，治療経過，職業（本人，夫）

6. 分析方法

1) 分析 1

分析 1 の目的は、治療の継続に迷いが生じてから治療をやめる意思決定に至るまでの過程の多様な径路を導き出すことである。

分析手法は、人生径路の多様性と選択に焦点をあて人生を捉えることのできる TEM 分析の手法を元に行った。具体的な分析方法を以下に示す。

(1) 逐語録の作成と、個人のデータの切片化

直面した出来事、行動や選択、その時の状況や影響を受けた要因、その時の気持ちや認識の変化を示している意味内容のまとまりを最小単位に切片化した。

(2) 切片化したものを経時的に整理

切片化したデータを時間軸で並べた。1 回目の面接後に暫定的な TEM 図を作成し、次の面接時に内容のズレがないか確認し、メンバーチェックングを行ってもらった。

(3) 分析の基本的枠組みの設定

基本となる枠組みは、多様な経験の径路がいったん収束する等至点と、ほとんどの人が経験せざるをえない必須通過点、ある選択によって各々の行動が多様に分かれていく分岐点を定めることである。1 例ずつ、面接後ただちに分析して、全事例の時間軸をずらすことなく類似の出来事、行動や選択・気持ちといった体験を摺合せ、共通す

る部分はできるだけデータの中で使われている表現(言葉)を用いてラベル化した。

(4) 基本となる TEM 図の作成

治療開始から治療に迷う時期、治療の終結を等至点として、そこに至る過程の中で
径路が別れる分岐点とほとんどの人が経験する必須通過点を記載した図を作成した。

(5) 各径路(行為・考え)の選択に至った影響要因のカテゴリ化

各事例の分岐点から、各径路に向かう上で、影響を与えた要因を抽出し、内容の類似性からカテゴリ化した。分岐点から、各径路に向かう上で、影響を与える要因は、TEM 理論においては、望んでいる行動の選択肢を選ぶように支援する環境要因や文化的な力の総体である「社会的ガイド(Social Guidance: 以下, SG)」と、個人の望んでいない特定の選択肢を選ぶように仕向ける環境要因や文化的な力の総体である「社会的方向づけ(Social Direction: 以下, SD)」とされる。治療開始期は、「治療に取り組む」方向に、治療終結期は、「治療をやめる」方向に働く影響要因を SG とし、抑制的に働く影響要因を SD とした。

(6) 不妊治療終結に至る過程の TEM 図の完成

基本となる TEM 図に各径路に影響を及ぼす SG と SG を加えた TEM 図を完成させた。

2) 分析 2

分析 2 の目的は、不妊治療終結後の子どものいない人生を受け容れるまでの過程の径路な多様性を導き出すことである。

研究 1 と同様に TEM 分析をおこない受け容れるに至る過程の径路の多様性を明らかにした。基本となる TEM 図に各径路に影響を及ぼす SG と SG を加えた TEM 図を完成させた。なお、「子どものいない人生を受け容れる」方向に働く影響要因を SG とし、抑制的に働く影響要因を SD とした。

3) 分析 3

本研究の最終目的は、不妊治療終結における女性の意思決定過程とその後の子どものいない人生を受け容れるまでの過程の特徴を把握したうえでそれぞれの径路に応じた支援方法を見出すことである。そのため、分析 3 の目的は、径路の類型(パターン)を見出すことである。

(1) 径路の類型化と特徴の明確化

子どものいない人生を受け容れるに至っていると判断した等至点(EFP)である『自分らしく生きる』に至っているか否かの視点と、不妊治療終結の判断で、径路の類型

を見出した。

(2) 類型ごとの TEM 図の作成

類型ごとの径路と径路に影響を与えた影響要因 (SG, SD) を入れた TEM 図を作成した。

4) 分析 4

分析 4 の目的は、分析 1～3 で明らかになった不妊治療終結の意思決定過程と治療終結後に子どものいない人生を受け容れていく類型の特徴と影響要因、対象者が治療終結に迷う時期に看護職等に求める支援内容から、具体的な支援方法と内容を見出すことである。

(1) 逐語録から個人のデータの切片化

逐語録から、治療終結に迷う時期に知りたいと思った情報、終結後の生活を送るうえで知っておくと良かった情報、看護職等に求める支援内容を示している語りを意味のまとまりごとに切片化した。切片化したものには、事例コードを付け、その事例が意思決定に至る類型のどれに属しているかも分かるようにした。

(2) 意味内容の類似性に従いカテゴリ化

データの類似性に従い、サブカテゴリ、カテゴリを抽出した。

(3) 意思決定に至る過程の各類型での支援方法・内容の明確化

各類型の TEM 図の影響要因と、(2) で明らかにした求める支援内容をもとに類型ごとの支援方法を明らかにした。

7. 分析過程における信用性の確保

信用性 (舟島, 2007) を確保するために、次の手順を踏んだ。

1) 确实性の確保: 分析過程が TEM 分析に基づき、逐語録からデータの抽出過程、類似の体験の抽出とラベル化の過程を質的研究の経験者および不妊看護の経験者、TEM 分析の経験者に示し、分析過程が确实であるか確認を受けた。研究協力者に抽出された研究結果 (意思決定過程から受け容れる過程の TEM 図) を提示し、納得できる結果であるとの返答を得た。

2) 置換性の確保: 研究に参加した対象以外で同様の体験をした当事者 1 名に研究結果 (意思決定過程から受け容れる過程の TEM 図) を提示し、納得できる結果であるとの返答を得た。

3) 信頼性の確保: 分析過程を質的研究の経験者であり、不妊看護の経験のある研究

者 1 名，不妊看護に従事する看護職 1 名に示し，討議した。また，質的研究に精通している指導教員にスーパービジョンを受ける。研究協力者 1 名にも逐語録の確認とラベル名と結果について提示し確認した。

4) 確証性の確保：研究結果に対して，質的研究の経験者および不妊看護の経験のある研究者に示しディスカッションを行った。

8. 倫理的配慮

1) 愛知県立大学の倫理審査委員会の承認をうけて実施した(26 愛県大総第 2-10 号)。

2) 研究方法の安全性の確保

辛い体験の想起を誘発する可能性があるため，自助グループに依頼する場合は，研究の趣旨，目的，方法，内容，対象者への利益・不利益等を文書および口頭にて説明した。対象者へは，研究の趣旨，研究目的，研究内容，方法，対象者への利益・不利益等を丁寧に記載した依頼文書と面接時にも研究の趣旨，研究目的，研究内容，方法，協力者への利益・不利益等を丁寧に記載した文書と口頭で説明した。面接中にも答えたくないことは無理に答えなくても良いことを説明しながら進めた。研究者は，不妊カウンセラーの訓練を受け不妊カウンセラーの資格を有しているが，臨床心理士への相談やカウンセリングが受けられるように整えてから面接を行った。

3) 自由意思が尊重されることの保証

協力者の所属する自助グループや病院・医院などの施設からの強制力が働かないようにするために，連絡票の返信は，研究者に個別に郵送してもらった。同意後も，回答や研究の一部の参加を拒否できることも合わせて伝えた。

4) プライバシーの保護

協力者氏名はコード番号で管理した。逐語録作成時に固有名詞も記号化し個人が特定されないようにした。データの管理は，データは鍵のかかる場所で保管し，データを電子媒体(USB 等)で保管する場合には，セキュリティ機能の付いたものを使用した。逐語録の作成を業者に依頼する場合は，個人情報保護の遵守に関する取り決めをおこない依頼した。

9. プレテストの実施

1) 目的

インタビューガイドの内容と、質問方法によって、必要なデータを得ることができるか、協力者の負担が生じない面接時の配慮が適切であるかを検討する。

2) プレテスト対象者

協力者と同じ条件を有する方でプレテストに同意が得られた女性1名

3) 依頼方法及び倫理的配慮

上記の条件を満たす方に、研究の趣旨および目的、研究方法、研究協力への自由意思の尊重、プライバシーの保護などの倫理的配慮を、口頭と文書で十分に説明し、同意を文書で得た。研究倫理審査委員会の審査を受け実施した(26 愛県大総第 2-10 号)。

4) データ収集方法

面接は、協力者の希望する場所で、周囲に声が漏れず、面接協力者であることが他者に知られないように注意して行った。面接内容はインタビューガイドに沿って行い、同意を得て録音した。

5) 分析方法および信用性の確保

TEM 分析の手法に基づいて分析を進めた。分析過程の信頼性は質的研究の経験者及び指導教員のスーパービジョンを受けた。分析終了後は、分析結果を協力者に示し、分析過程が確実であるか確認を受けた。その結果、概ね TEM 図に示した通りの経過であると返答を得た。

6) インタビューガイドの修正

面接により、胸中を吐露できたと発言があり、心身への負担は生じなかった。質問方法、内容の分かりにくさはないと回答を得たため、インタビューガイドに修正を加えずに、本調査に望んだ。

XI 結果

1. 研究協力者の背景 (表 1)

研究協力者は、15名であり、年代は40歳代6名、50歳代9名であった。治療期間は、4～12年間であり、面接時は、治療終了後1～12年であった。不妊症の原因は、女性因子12名で、男性因子2名、両方が1名であった。いずれの協力者も現在の生殖医療の最高水準である高度生殖補助医療までを経験していた。

面接回数は、1～4回。面接時間平均186分(144～438分)。研究協力者の背景については、以下の表1に示すとおりである。

	項目	人数
年齢 (歳)	41～45	3名
	46～50	4名
	51～55	8名
治療開始年齢 (歳)	28～30	3名
	31～35	5名
	36～40	5名
	41～45	2名
治療終了年齢 (歳)	35～40	2名
	41～45	12名
	46～48	1名
治療期間 (年)	4～6	9名
	7～9	4名
	10～12	2名
治療終了後年数 (年)	1～3	3名
	4～6	4名
	7～9	5名
	10～12	3名
不妊原因	女性因子	12名
	男性因子	2名
	両方	1名
治療内容	タイミング療法→AIH ^{*1} →IVF-ET ^{*2}	9名
	AIH→IVF-ET→ICSI ^{*3}	3名
	タイミング療法→AIH→IVF-ET→ICSI	2名
	ICSI	1名
治療による妊娠反応・ 妊娠成立の有無	有り	7名
	無し	8名
就労状況 治療開始時→治療中	専業主婦	3名
	パートタイム	3名
	自営業手伝い	2名
	医療職	2名
	医療職→専業主婦	2名
	会社員→専業主婦	1名
	パートタイム→専業主婦	1名
	専業主婦→パートタイム	1名

*1: AIH(Artificial Insemination by Husband: 配偶者間人工授精)

*2: IVF-ET (In Vitro Fertilization-Embryo Transfer: 体外受精-胚移植)

*3: ICSI (intracytoplasmic sperm injection: 細胞質内精子注入)

2. 不妊治療開始から治療終結に至るまでの意思決定過程の基本の TEM 図

1) 基本的枠組みの設定

本研究の目的は、不妊治療を継続することに迷いが生じる時期から治療終結に至る意思決定の過程を明らかにすることである。面接調査にて、治療の継続過程で生じる治療終結の迷いは、治療を開始し、治療を進めていく過程の早期から何度も繰り返されることが明らかになった。治療終結に至る意思決定の過程には、その過程も影響すると考えたため、分析は、不妊治療の開始から行うこととした。

15名の研究協力者の語りデータをもとに分析の基本的枠組みとなる TEM 図を作成するために、等至点 (EFP)、分岐点 (BFP)、必須通過点 (OPP) を検討した。

不妊治療を開始し、治療を終結するまでの意思決定過程においては、『不妊治療をやめる』(EFP) ことを等至点とした。意図せぬ研究者の価値づけを未然に防ぐための両極化した等至点に『不妊治療を継続する』(P-EFP) を設定した。

次いで、等至点に至るまでの分岐点 (BFP)、必須通過点 (OPP) を検討し、表 2 に示す基本的枠組みを設定した。

表 2 基本的枠組みと本研究における TEM 用語の意味

－「治療すれば妊娠できると信じて開始する から 不妊治療をやめるまでの過程」－

用語	本研究における意味	
EFP	・ 不妊治療をやめる	
両極化した 等至点	P-EFP	・ 不妊治療を継続する
分岐点 (BFP)	1. 治療を上司・同僚に伝えるか検討する 治療を身内や友人に伝えるか検討する 2. 簡単ではないことを認識し治療への向き合い方を検討する 3. 繰り返し治療することに疑問を抱く 4. 治療を続けるか・諦めるべきか葛藤する 5. 本当に治療を諦めてよいのか考える	
必須通過点 (OPP)	1. 治療すれば妊娠できると信じて開始する 2. 可能な限り仕事・生活と治療を調整する 3. 結果が得られない 4. 気持ちが続かない 5. 治療を繰り返しても結果が得られない 6. 治療の限界を意識する 7. 治療の限界を現実のものとして理解する (8. 不妊治療をやめる)	

なお、治療の開始から子どものいない人生を受け容れていく全過程においては、『不妊治療をやめる』(EFP) は、必須通過点 (OPP) となるため、表 2 の必須通過点 OPP に (8. 不妊治療をやめる) として示した。

2) 基本的枠組みを設定する過程

等至点 (EFP) を『 』, 分岐点 (BFP) 必須通過点 (OPP) を「 」, 選択した行動・行為, 考えなどは「**ゴシック体**」で示し, 語りは「**イタリック体: 事例コード**」で示した。

なお, 等至点 (EFP) 『**不妊治療をやめる**』に至るまでの過程を, 不妊治療の開始である「**治療すれば妊娠できると信じて開始する**」OPP①から「**治療を繰り返しても結果が得られない**」OPP⑤までを第1期, 「**治療を続けるか・諦めるべきか葛藤する**」BFP⑤から治療終結に至る『**不妊治療をやめる**』(EFP) を第2期に分けて分析した。

(1) 第1期「**治療すれば妊娠できると信じて開始する**」OPP①から「**治療を繰り返しても結果が得られない**」OPP⑤まで

不妊治療の開始は, 結婚して二人の生活が落ち着いた頃に, 子どもが欲しい気持ちが浮上し, 自然妊娠しないため受診する事により始まっていた。治療開始にあたり, 「一連の説明を受け, 治療の入り口でイメージはできた。しかし, 何とかなる。体外受精に行く前に授かったらいいと思っていた: *K*」「**何件も成功させている有名な病院だから治療さえすればできると軽い気持ちだった。希望もあった: *B***」「**確率から, 5回やれば妊娠すると思った: *H***」と語るように, 医師やコーディネーターから, 検査結果と不妊治療の説明を受けるが, 治療さえすれば, 高度生殖補助医療に進む前に子どもが得られると思ひ, 妊娠を信じて, 治療期間やどこまでの治療を受けるかなどを決めることなく治療を開始していた。そこで, 「**治療すれば妊娠できると信じて開始する**」を必須通過点 (OPP) とした。

治療開始後, 有職者では, 「**上司には, 子どもは自分達を成長させてくれるもの, 子どもは早く作った方がいいと言われていたので上司にも同僚にも治療をしていることを伝えた: *N***」のように「**A1: 治療を伝える**」という選択と, 「**仕事が忙しかった, 疲れていてホルモンが乱れていただけ, 誘発剤さえ使えば妊娠できるから言わない: *C***」のように「**A1': 治療を伝えない**」という選択に分かれた。そこでこれらの選択に分かれる分岐点に「**治療を上司・同僚に伝えるか検討する**」(BFP①) を設定した。

また, 仕事の有無に関わらず, 治療を始めたことを身内に伝えることについて, 「**母は何でも相談できる存在。自分の気持ちをわかってくれる。守ってくれる: *D***」のように「**A2: 治療を伝える**」という選択と, 「(私は) 長男の嫁, 義父は期待していたから

義父母には内緒で受診した：B」のように「A2'：治療を伝えない」という選択に分かれた。そこでこれらの選択に分かれる分岐点に「治療を身内や友人に伝えるか検討する」(BFP①)を設定した。

全例が、治療を始めてからは、「ランチに誘われても理由も言えず、はぐらかして急にキャンセルする：D」「職場には、体調不良のため少し遅れると伝えて通院する：C」のように可能な限り仕事・生活と治療を調整していた。そこで「可能な限り仕事・生活と治療を調整する」を必須通過点(OPP②)とした。

その後、仕事と治療の両立に困難が生じた場合には、再度「治療を上司・同僚に伝えるか検討する」(BFP①)ことを行っていた。その結果、「仕事に支障が出だし、言い訳をするのが大変になり、治療を伝えた：F」のように「A3：治療を伝える」という場合と「プライバシーをさらけ出すこともない。職場には理由を告げず、仕事に支障のないように受診する：C」のようにここでも「A3'：治療を伝えない」選択をして、仕事と治療を両立させながら治療を継続していた。また、生活と治療の調整に困難が生じた場合も、再度「身内や友人に伝えるか検討する」(BFP①)ことを行っていた。その結果、「1泊の入院予定であったが腹痛のあまり2日入院した。隠しきれず、治療をしていることを告げた：B」のように「A4：治療を伝える」場合と「自分や夫に欠陥があると思われるのも嫌だ。もし、体外受精で子どもができて偏見の目で見られるのが嫌で友人には言わないことにした：D」のように「A4'：治療を伝えない」選択をすることで生活と治療を両立させながら治療を継続していた。

その後、「これだけのことをすれば妊娠できると思い人工授精を実施したが生理が来た：C」「もうちょっとやればできるんじゃないかって1年くらい治療を続けた：J」のように期待をしていたが結果が得られない現実を体験していた。そこで「結果が得られない」を必須通過点(OPP③)とした。

そして、「同じことをするなら近くの方がいいと思い、誘発まで実施してくれていた病院に切り替えた：F」(通院し易い病院を選択)、「本格的に、不妊専門病院に転院することにした：J」(成果を求め転院)、「体外受精をするなら時間の都合をつけるために仕事は続けられないと思い仕事をやめた：N」(治療のステップアップを決め専念)、「治療に合わせて休みが取れない、仕事は他の人がかわれるが、治療は私がするしかないと思い仕事をやめた：A」(仕事をやめ治療に専念)、「採卵・移植の度に往復4時間かけて通院する慌ただしい生活ではなく、実家にお世話になる落ち着いた通院スタ

イルに切り替えた：G」（通院し易い方法に変更）のように「**B：治療優先の生活にする**」という選択と、「治療中の夫婦生活は決められた形で、ロボットのように感じて嫌だった。決められた夫婦生活が嫌になり病院を離れた：E」「簡単に妊娠しそうもないと思い、仕事との両立の難しさを痛感し、一呼吸置きたいと思い治療を中断した：C」のように「**B'：治療を中断する**」という選択に分かれた。そこで、これらの選択に分かれる分岐点に「簡単ではないことを認識し治療への向き合い方を検討する」（BFP②）を設定した。

その後、「**B'：治療を中断する**」という選択をした場合は、「治療を中断したことで楽になったが、不妊であることを悟り、今後の事を考え仕事をやめて治療に専念することにした：C」のように「**治療再開を検討する**」という選択をし、「**治療を再開する**」場合と、「離婚をして仕事で忙しい妹のかわりに姪の面倒を見ているうちに姪を引き取りたくなった。養子を申し出たが、断られた。もう35歳。治療をステップアップすれば授かると思い治療を再開した：E」のように「**養子を検討する**」という選択をし、「**養子を断念**」して「**治療を再開する**」という方向に向かい、いずれの場合も、「**B：治療優先の生活にする**」という選択に至っていた。

このように、全例が、「**B：治療優先の生活にする**」という選択に収束し、「**B：治療優先の生活にする**」なかで、「40歳までは取りあえず頑張ろうと目標を決める：J」のように「**C：期限を決めて治療に向かう**」という選択と「仕事をやめたので、ジム、漢方、整体などとにかく少しでもいいと思われることはやる。治療のことしか考えられなくなり、情報誌も買って情報を得る：N」のように「**C'：不妊に関する情報を収集し、良いと判断したことを取り入れる**」という選択に分かれた。しかし、「生理が来る、落ち込む、『はあっ？あり得ない』って思った：J」「初めて、努力してもできないことがあると思い知らされた：N」のように、どちらの選択をしても、治療に専念するが結果が得られないため気持ちが続かない体験をしていた。そこで「**気持ちが続かない**」を必須通過点（OPP④）とした。

その後、「情報も欲しい、辛い気持ちを打ち明ける友人も欲しいと思い、ネットで自助グループを探し入会した：L」（ピアとの交流・情報交換）、「不妊専門相談センターも利用し、カウンセラーや仲間から違う集まりに参加する場を作った方がいいと言われ、年齢層も幅広いテニスサークルに入った：N」（医療従事者・カウンセラーに相談）、「義理の妹に、治療を頑張っているが子どもができないことを伝え、家を継ぐ、託す

気持ちを伝えたら、心強く、楽になった：A」（身内や友人の支えを求める）、「治療の足しにはならないが、気分転換にもなると思い、週1回のパートに出る：C」（仕事やパートで気分転換）、「（期待を）抑えよう、抑えようとする力がすごく強かった。回を重ねるうちにその力が強くなり、（むしろ）受診の前に期待を抑えるトレーニングをした：G」（期待を抑えるよう自分をコントロール）のように「**D：気持ちを保つ対処行動を取りながら治療を続ける**」という選択と、「私が死んだら保険金が入る、夫もそれで生きて行ける、事故か何かで死なないかなあと常に思う、夫に子どもを抱かせてあげたい、身を引くというのもある：H」のように「**D'：治療から解放される方法を考える**」という選択に分かれた。

しかし、「**D：気持ちを保つ対処行動を取りながら治療を続ける**」という選択をしても気持ちが続かないため、「結果がでない。一度治療をやめたら授かったという情報もあるから一度治療を休んで、夫と自由に過ごすことにした：D」「他の女性と血を分けた子を作ってもらった方が夫も幸せだろうかと離婚も話題にした：A」のように「**D'：治療から解放される方法を考える**」という方向に進み、「離婚を考える」選択や「治療を中断する」という選択をしたのち、気持ちを持ち直し、「治療を継続する・再開する」という方向に向かう場合もあった。始めから「**D'：治療から解放される方法を考える**」という選択をした場合であっても、気持ちを持ち直し、「治療を継続する・再開する」にあたり、「インターネットで検索し35歳以上の不妊の仲間の掲示板を見つけ、思い切って書き込みをした。皆同じ気持ちであることを知り、ホッとほしくないけど、気持ちがちょっとだけ落ち着いた：H」のように「**D：気持ちを保ち対処行動を取りながら治療を続ける**」という方向に向かっていた。

その後、「（治療は）同じことの繰り返しだった。何回か実施した。全部やって一度も陽性反応が出なかった：H」など、気持ちを保ちながら、出来得る限りの努力をしても結果に結びつかず精神的にも身体的にも辛苦を伴う体験をしていた。そこで「治療を繰り返しても結果が得られない」を必須通過点（OPP⑤）とした。

以上の治療開始から治療を繰り返しても結果が得られないまでの意思決定過程を図式化した基本のTEM図を図4に示した。基本のTEM図の作成では、対象者は語らなかったが、論理的に多くの人を選択もしくは通過すると考えられる選択・行為や考えと径路を設定した。

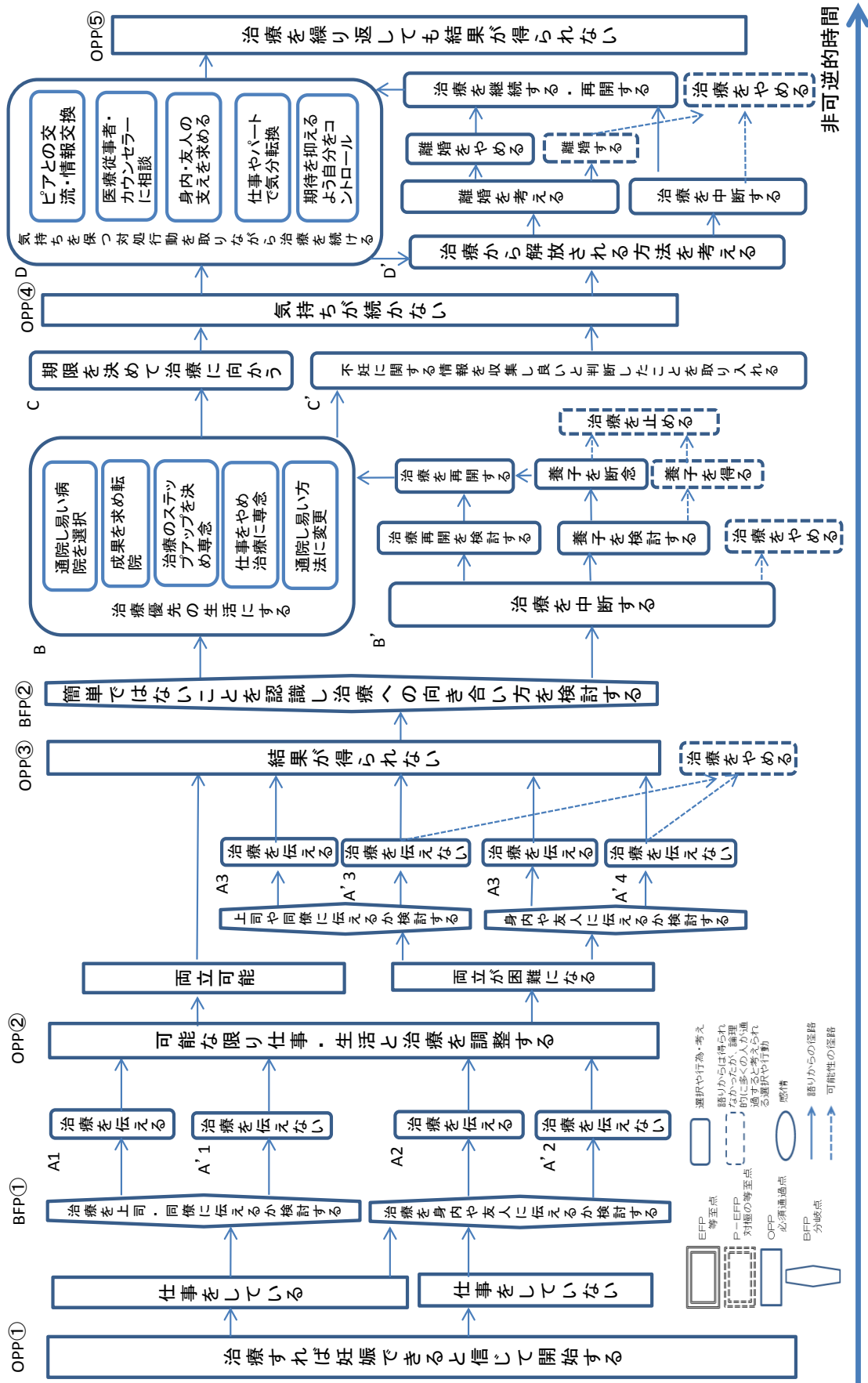


図4 第1期：治療すれば妊娠できると信じて開始する～治療を繰り返しても結果が得られないまでの基本のTEM図

(2) 第2期「繰り返し治療をすることに疑問を抱く」BFP③から『不妊治療をやめる』(EFP)に至るまで

治療を繰り返しても結果が得られない体験の後、「採卵の時間が決まっていて、その前に排卵してしまうことが度々続いた。採卵時間に疑問を感じた。年齢も年齢。他の病院で駄目と言われれば諦められる。ラストチャンスと思い転院した：D」(成果を求め・最後と決めて転院)、「妊娠できないという状況が逆に子どもを持ちたい想いを募らせる。季節が巡る節目節目に母になったらしたいこと、すべてはまだ見ぬ子どものためにと気持ちを保ち続ける：C」(いつか成功すると願って継続)、「ダメだったことを受け止めようとする」と泣いて取り乱しそうで診察室では淡々と対応することにした：B」(期待しないで淡々と継続)、「治療に行くと若い患者が増えてきたので、いつまで治療が可能かを医師や看護師に聞き、迷いながら治療をつづける：A」(医療従事者・カウンセラーに相談)、「本当にジェットコースターを行ったり来たりしているみたいできつから40歳をめどに頑張ろうみたいな、そこで目標を作った：H」(期限を決めて治療に専念)のように、「E：治療を続ける」という選択をしていた。その一方で、「仕事もしていないから社会から孤立したように感じたので治療をやめて仕事を始めた：N」「夫もうんざりしてきた様子：O」のように「E'：治療を中止する・やめる」という選択をしていた。そこで、これらの選択に分かれる分岐点に「繰り返し治療することに疑問を抱く」(BFP③)を設定した。

「E'：治療を中止する・やめる」という選択をした場合は、その後に「がん検診のために行った婦人科医師に『もう少し頑張ってみない?』と言われて、治療を再開した：N」「夫から可能であればもう一度だけ挑戦して欲しいと頼まれ、同じ治療だと副作用が気になり、体外受精が可能な病院に転院した：O」のように、医師や夫からの勧めにより「治療再開・ステップアップし再開」を選択していた。

それぞれの選択に分かれた後、「42歳ぐらいで諦める。駄目かなあってなんとなく思っていた：I」「教え子の結婚・出産報告の年賀状にもう限界だと感じ始めた：D」のように、治療を諦めなければならないことを意識し始めていた。そこで「治療の限界を意識する」を必須通過点(OPP⑥)とした。

そして、「費やしたお金と時間について客観的に振り返ることでやめようかなあと思った。しかし、その前に信頼している医師に直接相談がしたいと思ひ有料であったが医師との面談をした：G」「42歳。これで私の人生は終わるのか。もう駄目と思いつ

つ、でも諦めきれないので葛藤し、自助グループを知り連絡した：K」のように「**F**：**医師や自助グループに相談・助言を求める**」という選択と、「授かるかどうかは自分ではどうしようもない。神の領域だ：O」のように「**F'**：**諦める理由づけを始める**」という選択と、「年齢的に産めないって分かってくるけど、執着してしまう。養子縁組を考えた。しかし、夫と義母に反対された：E」のように「**F''**：**養子を検討する**」という選択に分かれた。そこで3つの選択の分岐点に、「治療を続けるか・諦めるべきか葛藤する」(BFP④)を設定した。

「**F**：**医師や自助グループに相談・助言を求める**」を選択をした場合は、「医師に相談して気持ちが楽になった、どこかで区切りを付けないと、自分自身が持たない、いつまでも続けられないので、1年間頑張ることにした：G」のように「**期限を決めて続ける**」場合と「休んだ。(略)その後も病院をかえて受診した。最後にとっと思ってハッキリいう先生の所に行ってストイックな治療にはついていけないと思い中断した：L」のように、治療を「**中断する**」という選択をし、その後、「再開する」そして「**中断する**」に向かっていた。その他、「医師に相談し、免疫疾患の疑いと診断され、これまで費やしてきた時間と費用を無駄にしないためにも治療を続けることにした：C」のように「**可能な限り続ける**」という方向に向かっていた。

「**F'**：**相談せず諦める理由づけを始める**」を選択をした場合は、「やめることでいっばいになっていたが、50歳の出産報道に、もう少し治療を続けてみようと思いを押し込まれた：B」のように諦めようとしながらも「**可能なかぎり治療を続ける**」という方向に向かっていた。

「**F''**：**養子を検討する**」を選択をした場合は、「養子縁組を考えたが、夫と義母に反対された：E」その後、「借金しても授かる保証があるなら続けるけど、現実はお金を捨てている：E」のように「**養子を断念**」して「**F'**：**諦める理由づけを始める**」方向に向かった。

その後、「採った卵子自体が壊れるようになった。やっぱりもう卵子がダメなんだってそこで感じた：H」「これ以上やっても体を傷める。土地を売ったり、数年間のうちに、全部お金を使ってしまった：J」「最後に挑戦しようと思っていた時に、実母が末期がんであることが分かり、看病ができるのは私しかいないと思った：L」のように、もう治療を続けられない身体的状態、経済状況、社会的状況にあることを悟った。そこで「**治療の限界を現実のものとして理解する**」という経験を必須通過点(OPP⑦)と

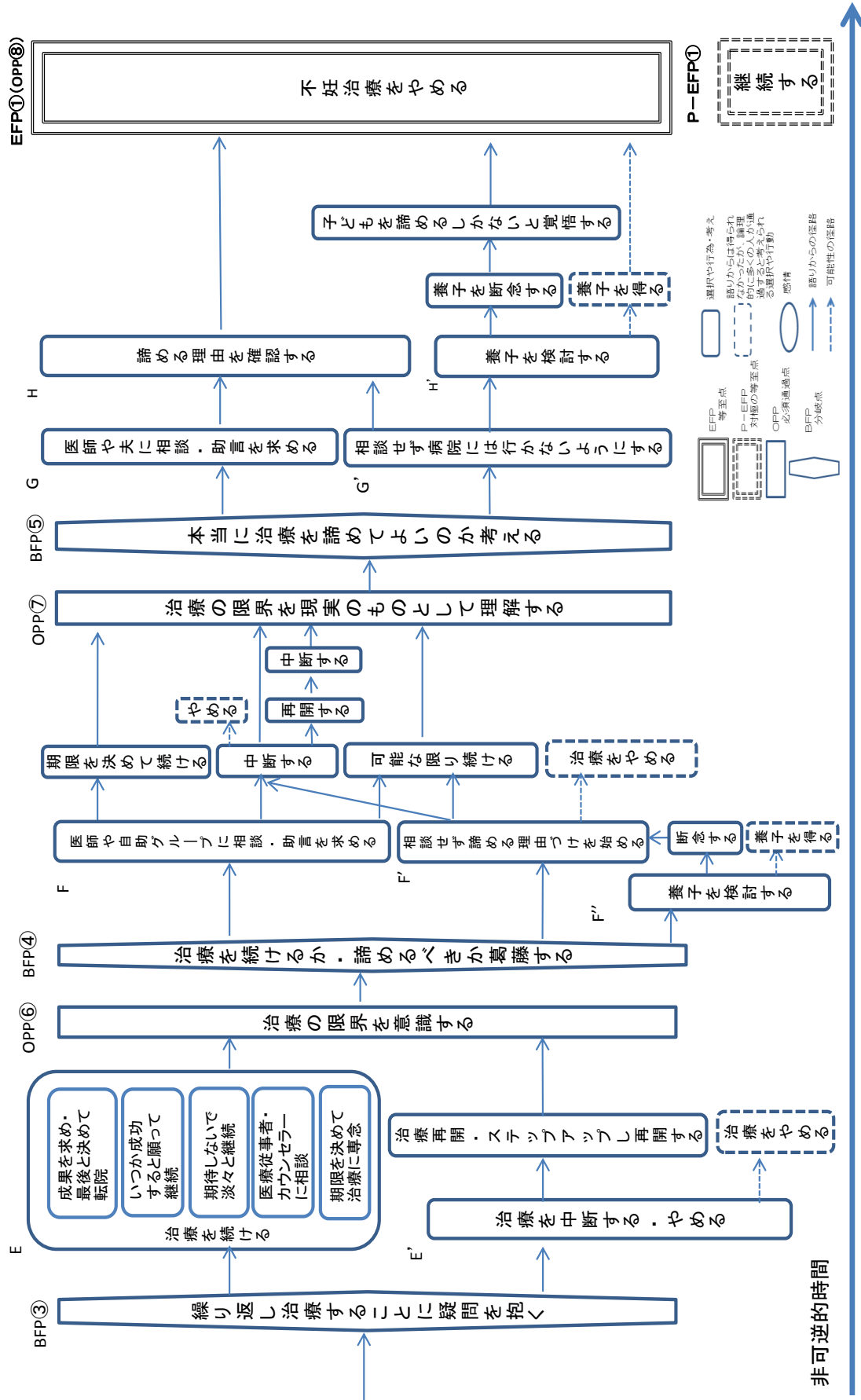
した。

その後、「最後って言ったけど、自分の中では最後と決めた訳ではなかった。もう一度医師のカウンセリングを受けよう：G」「これでやめちゃったら多分後悔すると思い、地元のクリニックに戻って受診し報告した：I」「自分一人が治療をしたくても夫の事を考えないといけないと思い夫に治療への意志を確認してみた：N」のように医師や夫の見解を求める「**G：医師や夫に相談・助言を求める**」という選択と、「期限である40歳の誕生日になった：J」「目標を立て、その目標を過ぎてもまだ頑張ろうとしているので病院に行かないことにした：H」のように自らの意志で「**G'：相談せず病院には行かないようにする**」という選択に分かれた。そこでこの分岐点に「**本当に治療を諦めてよいのか考える**」（BFP⑤）を設定した。

その後、「**G：医師や夫に相談・助言を求める**」という選択をした場合も「**G'：相談せず病院には行かないようにする**」という選択をした場合も「諦めきれなかったので他院でもう駄目だと言われたことを報告した。医師は卵巣機能の検査をしてくれた。年齢に比べてかなり低い値だった：I」「高額な治療費のため何度もできない。42歳。子どもへのリスク、子育ても大変だろうと思い、諦める気持ちになる：O」のように、「**H：諦めなければならない理由を確認する**」を選択し、自分を納得させながら治療の終結に至っていた。

その一方で、「**G'：相談せず病院には行かないようにする**」という選択をした中には、「諦めようとかと考えていた時に、テレビで養子をとるのを見て、養子もありと考える：A」のように「**H'：養子を検討する**」という方向に向かい、結果的に「**子どもを諦めるしかないと覚悟する**」ことで治療の終結に至っていた。

以上の不妊治療をやめるまでの意思決定過程を図式化した基本の TEM 図を図 5 に示した。



3. 不妊治療終結から子どものいない人生を受け容れていく過程の基本的 TEM 図

1) 基本的枠組みの設定

先行研究(竹家：2008)では、目標設定、自己確立感、社会化、生成継承性の芽生えによって、不妊女性が「子どもをもたない人生」を受容するに至ったと判断していることから、子どものいない人生を受け容れていく過程における等至点を『目標を持ちそれに向かう、キャリア・経験を地域や次世代のために活かす、寛容さを持ち合わせた人間に成長することで『自分らしく生きる』(EFP)とした。両極化した等至点に『不妊・不妊治療体験を受け容れられず子どもが得られなかったことに囚われ逡巡する』(P-EFP)を設定した。

次いで、分岐点 (BFP)、必須通過点 (OPP) を検討し、表 3 に示す基本的枠組みを設定した。

表 3 基本的枠組みと本研究における TEM 用語の意味

－「治療終結から自分らしい生き方を見出すまでの過程」－

用語	本研究における意味
EFP	・目標を持ちそれに向かう、キャリア・経験を地域・次世代のために活かす、寛容さを持ち合わせた人間に成長することで【自分らしく生きる】
両極化した等至点 P-EFP	・不妊・不妊治療体験を受け容れられず、子どもが持てなかったことに囚われ逡巡する
必須通過点 (OPP)	9. 出来ることに熱心に取り組む 10. 子どもを持つことをきっぱりと諦める

2) 基本的枠組みを設定する過程

治療をやめた直後は「落ち込むことはなくて、しがらみから解放されたみたいなの：F」「自分がやれることはやった。これが限界だ。ふっきれた：O」のような解放感、達成感を感じる場合と、「こんな無駄銭、結果からすればそうしょって、怒りをぶつける相手がないから夫にぶつけた：B」「努力しても報われない挫折感を初めて味わった、一番悔しかったのは、どれだけ治療をしても 1 回も妊娠しなかったこと：N」「人生何もなくなると気持ちがどんよりした：I」のように怒りや挫折感、敗北感、空虚感、喪失感を感じる場合があった。「なにかをやり遂げたような感覚と、大きなものを失ったような感覚に揺れた：C」のように達成感と喪失感の両方の感情が同時に込み上げる場合もあった。

治療終結の意思決定過程で「G：医師や夫に相談・助言を求める」を選択した中で、

夫に相談・助言を求めて、「**I**：終結の決断を夫も理解している」という認識に至っている場合には、「**J**：自然妊娠する可能性を幻想しない」という方向に向かった。

治療終結の意思決定過程で「**G**：相談せず病院に行かないようにする」を選択した場合は、「**I**：治療終結の決断を夫はどう捉えるか気にかかる」という状態になり、「こんなにやっても駄目だから、子どもがいない生活でもいいじゃないの？と夫を説得した：**B**」「夫には体外受精さえすればと言って期待させてきた手前、治療をやっても無理と話を始めた：**K**」のように「**終結の決断を告げる**」を選択していた。その場合は、「夫も義父母も諦めてくれた：**B**」「夫の『本当にご苦勞様でした』の言葉と共に二人で勞をねぎらうことで治療終結の決断に納得できた：**C**」のように、「**自分の決断に納得する・安心する**」という方向に向かった。一方、「**I**：治療終結の決断を夫はどう捉えるか気にかかる」という状態から、「夫は自分と違って子どもを熱望していなかった。治療卒業イコール夫婦で生きていけばいいというスタンスだったから伝えたくなかった：**I**」のように「**終結の決断を告げない**」を選択する場合もあった。

「**自分の決断に納得する・安心する**」に向かった場合は、「**J**：自然妊娠する可能性を幻想しない」という方向と、「心のどこかで治療のストレスがなくなったら、ひょっとしたら自分も子どもが出来るかもしれないと思った：**B**」のように「**J**：自然妊娠する可能性を幻想する」という方向に分かれた。また、「**終結の決断を告げない**」という選択をした場合は、「生理があるまでは可能性がある？：**A**」「自然に子どもができるかもしれないと思った：**I**」のように「**J**：自然妊娠する可能性を幻想する」という方向に向かった。

「**J**：自然妊娠する可能性を幻想しない」という場合は、「**K**：子どもを得ること・治療の再開を検討しない」という方向と、「治療をやめてから養子について色々調べた。育てられるかすごく葛藤し夫に相談し諦めた：**L**」「ニュースで卵子提供をみて、(医師から)最後は、卵子の老化が原因のように言われたので卵子提供を受ければ子どもが授かるかもしれないと思い夫に相談した：**K**」のように「**K**：子どもを諦めていいのか葛藤する」という方向に向かった。

「**J**：自然妊娠する可能性を幻想する」という場合は、「**K**：子どもを諦めていいのか葛藤する」に向かっていた。

「**K**：子どもを得ること・治療の再開を検討しない」の場合は、「働いていた時に色々な家庭に訪問した経験から、子どものいない家庭もその中の一つでしかない。小さい

ことだと思えてきた：H」のように「**L：夫婦だけの家族のカタチもあると認識する**」という方向に向かう場合と、「これから何をして行こう、どうやって生きて行けばいい？子どもを育てていなくて、一人前の大人とし自負していいのかと何をしても欠落感を感じそうな気がした。はじめをつけたい：C」のように「**L'：これからの生き方を思案する**」という方向に向かう場合があった。

「**K'：子どもを諦めてよいのか葛藤する**」の場合は、「最後は私の卵子の老化が原因みたいなことを言われたので、卵子の提供を受ければ授かるかもしれない。アメリカに行ってみようか」のように「**養子・提供卵子の検討**」をするという場合と、「生理もあり、仕事をもしていないストレスもないので妊娠するかもと思い、やっぱり治療を試してみようかと1日のうちに何度か思う。常に葛藤する：G」のように「**治療再開を検討**」という選択と、「私でなければ夫には子どもを持つチャンスがあると思い、夫と話し合う：D」のように「**夫の人生を考え離婚を問う**」という選択に分かれた。

その後、「**養子・提供卵子の検討**」という選択をした場合は、「**断念**」して、「治療中からネット上の友人が夫婦で楽しんでいる様子を知り、夫婦で共有できる何かがあれば楽しいと思った：E」「(子どものいない先輩から)欠陥品ではない。せつかく生まれたなら楽しまなくてどうするのと言われてクヨクヨしてどうするんだ。二人の生活でもいいと思えた：O」のように「**L：夫婦だけの家族のカタチもあると認識する**」という方向に向かった。その一方で、「このまま収入が無くても困る：A」のように「**L'：これからの生き方を思案する**」という方向にも向かっていた。

「**治療再開を検討**」という選択と「**夫の人生を考え離婚を問う**」という選択をした場合は、それぞれ治療の「**再開断念**」や「**離婚をやめる**」という方向に向かい、「46歳、これからどうしていこう：G」「夫には感謝。両親にも何もしてあげてこなかった。これからは大切にしなければ、疎遠にしていた友人も：D」のように「**L'：これからの生き方を思案する**」という方向に向かっていた。

その後、「**L：夫婦だけの家族のカタチもあると認識する**」場合も「**L'：これからの生き方を思案する**」という場合も、「私には逃げ道として仕事があった。目の前のことをこなしていけばよかった：B」「出来ることをしてみようと思い、母親の着付け教室を手伝うことにした：D」「はじめをつけたい。自分のやった証が欲しいと思いカウンセラー養成講座を受講することにした：C」のように、前に向かって何かを始めるように動き出していた。そこで、「出来ることに熱心に取り組む」を必須通過点（OPP

⑨) とした。

その後、一部は、「養子のお話を聞き、興味を持ち、講演や個別体験を聞いたが、年齢の壁にぶつかり、養子縁組を断念した：C」のように「養子を検討」をして「断念」に向かった。また、「40歳になり、ネットでも体外受精でも確率は低いとあり、産んだリスク（子どもの異常、自分の体力）や治療費も考え治療に行かなかった：N」のように「治療再開を検討」する方向に向かい、治療の「再開断念」に向かった。

その後は全例が、「治療はやめたが、諦められないまま過ごしていた。閉経を迎え、どうあがいても無理と完全に諦めた。もう迷わなくていいとすっきりした：A」「50歳を過ぎると子どものことをひきずらなくなった：B」「45歳くらいになった。白髪とか顔の皺とかも多くなってきた。もう妊娠できないって思った。もう二人の生活に切り替えてもいいと思った。時間が解決するって分かった：G」「43歳になりすっきりした状態でパートに出た：E」のように子どもを持つことを諦めていた。そこで、「子どもを持つことをきっぱりと諦める」を必須通過点（OPP⑩）とした。

その後は、「これからどうやって生き、最期を迎えようか考える：A」「子どもが居ななきゃいい生活を楽しめばいいって思った。老後の心配がないように施設に入居するお金を貯める：B」「何かにチャレンジしようと思い、恩師が紹介してくれた語学を教えるボランティアに参加することにした：D」「これからどうして行こう。キャリアを目指さない道に進んだからブランクがある。興味があることはやってみたい。駄目だったら諦めがつく：G」のように、前進するために「M：今後の生活設計や充実した生活を模索し行動する」方向に向かっていた。また、それと同時に、日々の生活を送る中で「何かの拍子、人の話、報道、季節の行事などきっかけはまちまちだが、治療してきたことを振り返る：C」「流産した時と同じ満月の夜に振り返る：G」のように、何かをきっかけにして「M'：治療を行ってきた自分の人生を振り返る」こともしていた。

「M'：治療を行ってきた自分の人生を振り返る」ことで、「私も夫も治療をしないといけない体だった。お金のかかる治療ができただけ恵まれている。治療をしたことを後悔していない。達成感がある：E」（感謝・達成感）、「結婚して20年。皆は、子育てをして濃い人生の20年。私はぱっと見何にもない20年に見えるけど、しっかり治療をして頑張ってきたというのは、自分の中だけにある：H」（自負）、「今まではこうでなければならぬという自分がいた。人も自分も許す寛容な気持ちになってきた：

〇」(成長)や「トライしなくて結局子どもが出来なくて後悔するより、ちゃんと治療をしたのでやらないで今を迎えるよりは、治療をしたからこそ諦めがつく：J」(自負・納得)など、治療に費やした人生を肯定するようになっていった。しかし、その反面、「結局、子どもができなかった。(母親に)申し訳ない気持ちがとてもある：K」(罪悪感)、「治療をしなければ違う人生があったかもしれない：H」(後悔)、「結局、乳がんになった。治療の失敗も知って、お金も使い、体にも害を与えて、夫にも不自由をかけて、マイナス面がとても大きい：J」(後悔・喪失感)、「子どもや孫が居る人の事を素直に喜べない。羨ましい。引きずっている：A」(羨望・嫉妬)のように、治療に費やした人生を否定するなど、アンビバレントな感情にゆれていた。

何かをきっかけに治療体験を振り返りアンビバレントな感情を抱きながら「**M：今後の生活設計や充実した生活を模索し行動する**」なかで、「仕事をしているときは子どもがいないことはあまり重要でない。時間に縛られないので逆に優遇され、仕事をしていると存在価値がある：N」「もう遅いと思ったが興味があることを進めるために大学院の試験を受け合格し入学した：G」のような自己肯定感が回復したこと、「子どもがいても大変な思いをしている友人をみて私は自由だと思った：D」のような子どもがいることが重要でないという体験をして存在意義を回復させていた。また、「同級生の集まりで様々な人生に触れ、人生と闘っているのは自分だけじゃないと感じた：C」「子どものいない先輩たちを見て子どもがいて当たり前、一人前と言う考え方に囚われていた自分に気づいた：O」「一つの事ばかりに囚われると視野が狭くなり、楽しくない。だから視野を広げることが必要で、そうやっていくと吹っ切れる：E」のように、価値観や信念にも変化が生じることで前進する方向に進んでいた。

逆に、「**M：今後の生活設計や充実した生活を模索し行動する**」する中で、「周りの人は、子どもがいないことが分かって、子どもの話を一切してこない。普通に『うちの子がね』って話してもらえば聴くことはできるのに。それが寂しい：H」のように疎外感に晒され、「職場で妊娠報告や高齢の芸能人の出産報道を見ると、ちょっと辛い気持ちが出てくる。まだ、母親になりたかったと言う気持ちを引きずる：L」のような感情に苛まれ、「親は子どもと一緒に成長して親になる。私達夫婦にはそれがなく何も成長していないと感じる：E」のように感じることで自信喪失に向かい、「『気楽だよねっ』と言われるとムカつくけど、子どもを育てている人と比べると言われても仕方ないと思う：N」のように自尊感情が低下し、逡巡する方向に向かう場合もあった。

このように、日常生活の中で治療体験を振り返り、相反する感情を抱きながら、様々な人や状況にもまれ、自己の存在や価値について葛藤しながら生活をしてきた。

そして、「結婚前、子どもはキャリアの足かせとっていた。子どもを育てている人を見て、子育ては素晴らしい事、始めから二人の生活を選んだカップルとは違う、私にとって不妊治療をしてきことは意味のあること：G」「意識しなくても治療したことを何かの拍子に思い出せる。嫌な体験だけど認めている。自分の歴史だから。今の自分に繋がっているから：I」「治療をしてプラスの体験は、治療をした人・流産をした人の痛みが分かってあげられること：E」のように、「**N：治療に取り組み努力した過程を認め受け容れる**」という方向に向かっていた。

その一方で、「子どもをもつ他の方法があったかもしれないと一瞬思う。モヤモヤするとしたら、そこです。冷静に考えるとやらなければ病気にならなくて済んだかも、他に違う道があったかもしれない：J」「孫を見せられなかったことは親不孝。孫がないから両親同士を疎遠にさせてしまった：A」のように、他の道があったのではないかと後悔し、自己を責めることに囚われ、「**N'：治療に取り組み努力した過程を受け容れきれない**」のように逡巡する方向に向かう場合もあった。

「**N：治療に取り組み努力した過程を認め受け容れる**」という場合は、「子どもの話やお子さんは？って聞かれると『不妊治療はしたけど恵まれませんでした』って言える：G」「子どもがいる人たちは、子育てが大変だし、子育てと仕事の両立も大変そう。そうではないので自分のやりたいことができるプラスに考えた：B」のように、「**O：社会通念に囚われず子どものいない人生を前向きに捉える**」という方向に向かっていた。

その一方で、「お年玉、入学祝いを出す自分達を不憫がる義父母が嫌だ：N」「この年になると『もうお子さんは大きいの？』と聞かれると子どもがいないことを認識させられる。子どもがいないことを『優雅でいいわね』と言われると『たいしたことない人生』と思われているような気がしてならない：H」のように季節の行事や人生の節目節目に「**O' 社会通念に囚われ子どものいない現実を認識することで委縮する**」という方向にも向かっていた。

「**N'：治療に取り組み努力した過程を受け容れきれない**」という場合には、「『お子さんは？』の社交辞令が嫌なの。他の人はどうやって乗り越えたのか聞きたい：A」と社会通念に囚われない術を模索しようとしているが「**O' 社会通念に囚われ子どものいない現実を認識することで委縮する**」状態に留まっていた。

その後、「**O：社会通念に囚われず子どものいない人生を前向きに捉える**」という場合は「委託を受け、乳児の母親へ栄養相談をしている。子育ての悩みは尽きない、これからは悩みや問題を抱えている母親の役に立てたらと思っている：K」などキャリア・経験を地域や次世代のために活かすこと、「今までは、こうでなければならないという自分がいた。人も自分も許す寛容な気持ちになってきた：O」のように寛容さを持ち合わせた人間に成長すること、「何を持っているかではなく、どんな風に生きていくかが大事である。カウンセリングルームの開設や啓発活動を行う仕事を始めた：C」のように目標を持ちそれに向かっていった。このような段階を、等至点『自分らしく生きることができる』に至ったとした。

両極化した等至点には『不妊・不妊治療体験を受け容れられず子どもがもてなかったことに囚われ逡巡する』(P-EFP)を設定した。しかし、「**O' 社会通念に囚われ子どものいない現実を認識することで委縮する**」という場合であっても、「自分が出来ることは、資格を活かして地域に還元する事。そうすることが親孝行にもなる。今、地域に還元するために体制を整えているところ：A」「そろそろ定年を迎える。今後、何か社会のために役に立つこともして行きたい：H」「子どもが持てなかったという挫折を味わってからは、人間が丸くなった。人に優しくできるようになった：N」「これからの事を考えると不安にもなるが、先の不安を考え生きていしょうがない、その場、その場で解決していくものだ：：L」のように、全例が、自分らしい生き方を模索し前進する方向に向かっていった。このことから、両極化した等至点である『不妊・不妊治療体験を受け容れられず子どもが持てなかったことに囚われ逡巡する』(P-EFP)は、論理的には存在しうるが、研究協力者の中にはいないと判断した。

以上の不妊治療終結から子どものいない人生を受け容れ、自分らしい生き方を見出すまでの過程を図式化した基本の TEM 図を図 6 に示した。

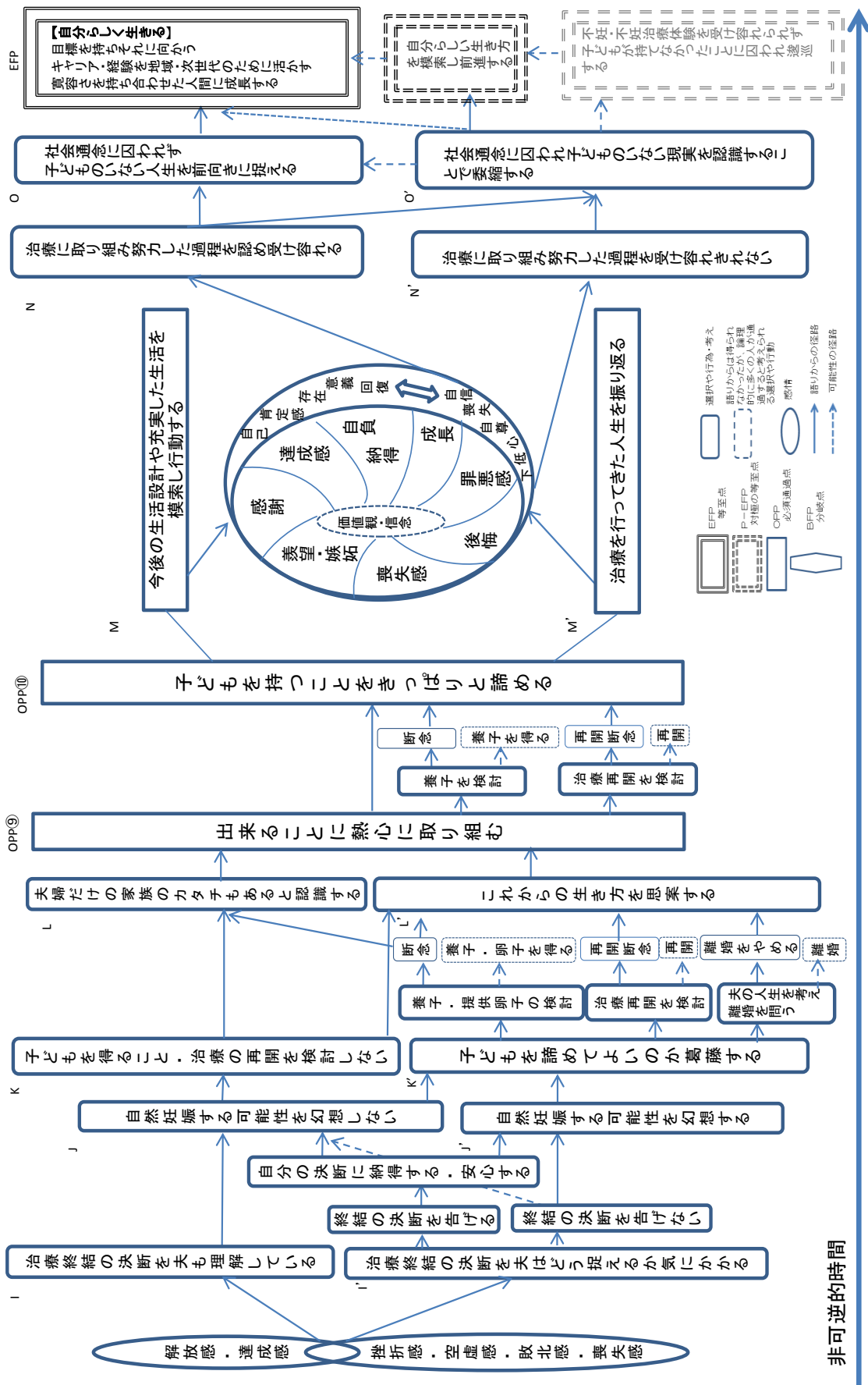


図6 治療終結から自分らしい生き方を見出すまでの過程の基本的TEM図

4. 各径路の選択に至る影響要因

1) 選択した行動・行為・考え（AまたはA'～OまたはO'）に至る影響要因

全事例の各経路の行動・行為・考え（AまたはA'～またはO'）に至る影響要因（SG：社会的ガイド(促進する), SD：社会的方向付け(抑制する)）を、意味内容の類似性と異質性の観点から分類した結果を以下に示す（表 4-1～表 4-18）。意味内容のカテゴリは、【太字：SG 番号または SD 番号】、逐語録から抽出した出来事や思いの要約を「イタリック体：事例コード」で示す。

(1) 「A1: (治療開始時に) 上司・同僚に治療を伝える」に向かう SG, 「A1': (治療開始時に) 上司・同僚に治療を伝えない」に向かう SD (表 4-1)

治療を周囲に伝えることについては、治療開始時から治療中の各時期において、また、伝える相手によっていくつかの選択がなされていた。これらを径路Aとして、A1, A2, A3, A4の選択の要因を整理した。

「A1: (治療開始時に) 上司・同僚に治療を伝える」の向かう影響要因は2つに分類された。SG1は「同僚に相談したら病院を紹介してくれた: B」のように治療への協力や理解が得られるという認識を示し、【治療を理解してもらえる: A1-SG1】とした。SG2は「(私) すぐ妊娠した。簡単に妊娠できる: L」のように治療をすれば妊娠できるという認識を示し、【短期間で妊娠できる確信がある: A1-SG2】とした。

「A1': (治療開始時に) 上司・同僚に治療を伝えない」に向かう影響要因は3つに分類された。SD1は「年齢も年齢, 恥ずかしい: C, F」のように不妊治療は恥ずかしいという思いで、【不妊治療を受けることは恥ずかしい: A1'-SD1】とした。SD2は「誘発剤さえ使えば妊娠できるから言わない: C」は治療をすれば妊娠できるという認識を示し、【短期間で妊娠できる確信がある: A1'-SD2】とした。SD3は「子どもや孫の話ばかりで私には話題が振られず孤独: I」のように周囲の反応から子どもがいないことを特別視されているという認識を示し、【子どもがいないことで特別視される: A1'-SD3】とした。

表 4-1 「A1: (治療開始時に) 上司・同僚に治療を伝える」に向かう SG
 または「A1': (治療開始時に) 上司・同僚に治療を伝えない」に向かう SD

カテゴリ (意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード*	
SG	SG1: 治療を理解してもらえる	同僚に相談したら病院を紹介してくれた 子どもがいた方が成長すると上司が勧めてくれた	B N
	SG2: 短期間で妊娠できる確信がある	すぐ妊娠した。簡単に妊娠できる 妊娠した経験がある。妊娠できないはずがない	L F
SD	SD1: 不妊治療を受けることは恥ずかしい	年齢も年齢、恥ずかしい 治療をしていることは恥ずかしい	C, F J, M
	SD2: 短期間で妊娠できる確信がある	誘発剤さえ使えば妊娠できるから言わない	C
	SD3: 子どもがいないことで特別視される	子どもや孫の話ばかりで私には話題が振らず孤独	I

SG: 社会的ガイド(促進する), SD: 社会的方向付け(抑制する)

(2) 「A2: (治療開始時に) 身内・友人に治療を伝える」に向かう SG, 「A2': (治療開始時に) 身内・友人に治療を伝えない」に向かう SD (表 4-2)

「A2: (治療開始時に) 身内・友人に治療を伝える」の選択肢に向かう影響要因は 1 つあり, SG1 は「母親は何でも話せる存在。守ってくれる: D」のように不妊治療していることに理解が得られるという認識を示し, 【治療を理解してもらえる: A2-SG1】とした。

「A2': (治療開始時に) 身内・友人に治療を伝えない」の選択肢に向かう影響要因は 2 つに分類された。SD1 は「義父・義母の期待を感じる: B, K」のように治療を伝えることで, 周囲の期待が高まるという認識を示し, 【周囲の期待がプレッシャーになる: A2'-SD1】とした。SD2 は「義母はいつも身体を心配する: A」は, 【心配や負担をかけたくない: A2'-SD2】とした。

表 4-2 「A2: (治療開始時に) 身内・友人に治療を伝える」に向かう SG,
 または「A2': (治療開始時に) 身内・友人に治療を伝えない」に向かう SD

カテゴリ (意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード*	
SG	SG1: 治療を理解してもらえる	母親は何でも話せる存在。守ってくれる 母親には何でも話してきた	D N, C
		子どもがいないのは私達だけなので友人達は応援してくれる	E
	SD1: 周囲の期待がプレッシャーになる	義父・義母の期待を感じる 義母が病院紹介の FAX を送ってくるのでプレッシャーを感じる	B, K D
SD		長男の嫁	B
	SD2: 心配や負担をかけたくない	義母はいつも身体を心配する 実母は心配するだろう	A M
		夫が原因なので, 義母はショックを受けるかもしれない	D

SG: 社会的ガイド(促進する), SD: 社会的方向付け(抑制する)

(3) 「A3: (治療中に) 上司・同僚に治療を伝える」に向かう SG, 「A3': (治療中に) 上司・同僚に治療を伝えない」に向かう SD (表 4-3)

「A3: (治療中に) 上司・同僚に治療を伝える」の選択肢に向かう影響要因は 1 つあり,

SG1は「腹痛で自営業の夫を呼び寄せて入院し、隠しきれなる：F」のように仕事へ支障が出たために治療を打ち明けるもので、【突然の体調不良で隠し切れない：A3-SG1】とした。

「A3'：（治療中に）上司・同僚に治療を伝えない」の選択肢に向かう影響要因は1つあり、SD1は「プライバシーをさらけ出すこともない：C」のように不妊治療をしていることは私事であるという認識を示し、【プライバシーを守りたい：A3'-SD1】とした。

表 4-3 「A3：（治療中に）上司・同僚に治療を伝える」に向かう SG，
または「A3'：（治療中に）上司・同僚に治療を伝えない」に向かう SD

	カテゴリ(意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード
SG	SG1:突然の体調不良で隠し切れない	腹痛で自営業の夫を呼び寄せて入院し、隠しきれなくなる	F
		仕事に支障が出てきて、言い訳をするのが大変になる	F
SD	SD1:プライバシーを守りたい	プライバシーをさらけ出すこともない	C

SG：社会的ガイド(促進する)，SD：社会的方向付け(抑制する)

(4)「A4：（治療中に）身内・友人に治療を伝える」に向かう SG，「A4'：（治療中に）身内・友人に治療を伝えない」に向かう SD（表 4-4）

「A4：（治療中に）身内・友人に治療を伝える」の選択肢に向かう影響要因は1つあり、SG1は「腹痛に耐え切れず入院し義父母に隠し通せなくなった：B，K」のように隠し切れなくなり打ち明けるのであり、【突然の体調不良で隠し切れない：A4-SG1】とした。

「A4'：（治療中に）身内・友人に治療を伝えない」の選択肢に向かう影響要因は5つに分類された。SD1は「不妊＝欠陥・体外受精のこどもは奇異な目で見られるかもしれない：D」のように不妊であることは特別視されるという認識を示し、【子どもができないこと・不妊治療は特別視される：A4'-SD1】とした。SD2は「夫の赴任先の主婦仲間から今更無理でしょうと言われる。遅い、恥ずかしい：G」のように不妊治療は恥ずかしいことであるという認識を示し、【不妊治療を受けることは恥ずかしい：A4'-SD2】とした。SD3は「実母は子どもを急かしてくる：A」のように周囲も子どもを期待しているという認識を示し、【周囲の期待がプレッシャーになる：A4'-SD3】とした。SD4は「私はまだ若いので治療は長期にならないだろう：D」のように、暫く治療をすれば妊娠できるという認識を示し、【短期間で妊娠できる確信がある：A4'-SD4】とした。SD5は「両親は心配するだろう：J，M」のように、心配をかけたくないという認識を示し、【心配をかけたくない：A4'-SD5】とした。

表 4-4 「A4:治療中に身内・友人に治療を伝える」に向かう SG,
または「A4':治療中に身内・友人に治療を伝えない」に向かう SD

	カテゴリ(意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード
SG	SG1:突然の体調不良で隠し切れない	腹痛に耐え切れず入院し義父母に隠し通せなくなった	B,K
	SD1:子どもができないこと・不妊治療は特別視される	不妊=欠陥, 体外受精のこどもは奇異な目で見られるかもしれない 友人は育児の話ばかり, 不妊の人はいない	D D
		友人に病院を紹介したら友人は妊娠した。もう誰にも相談できない	G
SD	SD2:不妊治療を受けることは恥ずかしい	夫の赴任先の主婦仲間から今更無理でしようと言われる。遅い, 恥ずかしい	G
	SD3:周囲の期待がプレッシャーになる	実母は子どもを急かしてくる	A
	SD4:短期間で妊娠できる確信がある	私はまだ若いので治療は長期にならないだろう	D
	SD5:心配をかけたくない	両親は心配するだろう	J, M

SG: 社会的ガイド(促進する), SD: 社会的方向付け(抑制する)

(5) 「B:治療優先の生活にする」に向かう SG, 「B':治療を中断する」に向かう SD

(表 4-5)

「**B:治療優先の生活にする**」選択肢に向かう影響要因は6つに分類された。SG1は「**同じ治療方法ならば注射をしてもらっている近い病院でもいい:F**」のように今の治療を続けていても妊娠に至らないという認識を示し、【**今の生活や治療では子どもが得られない:B-SG1**】とした。SG2は「**お金だけが消える。存在感がない, 社会に役立っていない・何とかせねばと焦る:G**」のように治療をしているにも関わらず、妊娠せず焦りが生じていることを示し、【**治療しているのに妊娠せず焦る:B-SG2**】とした。SG3は「**夫が子どもたちと関わる姿を見て義母や妹が感心していて焦る:H**」のように、周囲も子どもを期待しているという認識を示し、【**周囲の期待がプレッシャーになる:B-SG3**】とした。SG4は「**仕事は代わりがいるし, 看護職は再就職が可能だ:A**」のように仕事を続けている場合ではないという認識を示し、【**今仕事をやめても再就職できる:B-SG4**】とした。SG5は「**夫は治療に関する情報を調べてくれる。母も支えてくれる:D**」のように夫や身内も支援をしてくれているという認識を示し、【**夫や周りが支援してくれる:B-SG5**】とした。SG6は「**医師から勧められれば治療をやらなければと思う。意思がなくなる:N**」のように治療のステップアップを勧められればやるしかないという認識を示し、【**医療者からステップアップを勧められる:B-SG6**】とした。

「**B':治療を中断する**」選択肢に向かう影響要因は、4つに分類された。SD1は「**夫婦生活が治療の一部になる。ロボットじゃない。嫌だ:E**」のように治療を続けることに苦痛が生じており、【**治療を続けることが苦痛に感じた:B'-SD1**】とした。SD2は「**キャリアも捨てたくない:C**」のように今まで築きあげてきた仕事での実績も失いたくないという認識を示し、【**仕事も大切にしたい:B'-SD2**】とした。SD3は「**環境を**

変えたら妊娠した人の話を聞き、ストレスが良くないと思った：B」のように治療を続けることへの疑問やストレスが生じたことを示し、【自然でストレスの無い生活をしたい：B’-SD3】とした。SD4は「回を重ねる毎に夫も精子の検査や採精を面倒臭そうにした：O」は、【夫が面倒そうな態度を見せる：B’-SD4】とした。

表 4-5 「B：治療優先の生活にする」に向かう SG，
または「B’：治療を中断する」に向かう SD

カテゴリ(意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード ^o	
SG	SG1:今の生活や治療では子どもが得られない	同じ治療方法ならば注射をしてもらっている近い病院でもいい	F
		近いところでも評判の良い所がいい	F
		夫婦生活も仕事で疲れてできない	M
		繰り返す流産の原因を質問したかったが、質問しようとしたら医師にカルテを閉じられた。もうあの病院は嫌だ	I
	SG2:治療しているのに妊娠せず焦る	お金だけが消える。存在感がない、社会に役立っていない、何とかせねばと焦る。	G
		待合室で友人になった人は妊娠していく。焦る	G,H
	SG3:周囲の期待がプレッシャーになる	年齢の焦りもあるステップアップしたい	M
		夫が子どもたちと関わる姿を見て義母や妹が感心していて焦る	H
		社宅の子どもを上手にあやす夫の姿。夫は子どもが欲しいのかも 長男の嫁	H A
	SG4:今仕事をやめても再就職できる	仕事は代わりがいるし、看護職は再就職が可能だ	A
SG5:夫や周りが支援してくれる	夫は治療に関する情報を調べてくれる。母も支えてくれる	D	
SG6:医療者からステップアップを勧められる	医師から勧められれば治療をやらなければならないと思う。意志がなくなる	N	
SD	SD1:治療を続けることが苦痛に感じた	夫婦生活が治療の一部になる。ロボットじゃない。嫌だ	E
		副作用は強い。医師から排卵誘発をしないと妊娠できないと言われ、健康体でないとされていると思いきやショックを受けた	O
		簡単に妊娠せず仕事との両立の難しさを痛感し、一呼吸置きたい	C
	SD2:仕事も大切にしたい	キャリアも捨てたくない	C
		上司が急な休みの変更は難しいと言う	A
SD3:自然でストレスの無い生活をしたい	環境を変えたら妊娠した人の話を聞き、ストレスが良くないと思った 治療をしても妊娠できないこともある。医師から子どもができなくても時間が解決してくれるとアドバイスがあった	B K	
SD4:夫が面倒そうな態度を見せる	回を重ねる毎に夫も精子の検査や採精を面倒臭そうにした	O	

SG：社会的ガイド(促進する)，SD：社会的方向付け(抑制する)

(6)「C：期限を決めて治療に向かう」に向かう SG，「C’：不妊に関する情報を収集し良いと判断した事を取り入れる」に向かう SD (表 4-6)

「C：期限を決めて治療に向かう」選択肢への影響要因は1つあり、SG1は「病院での電話相談では不妊相談はメンタル相談だった：J」は、【不妊治療は精神的負担が大きい：C-SG1】とした。

「C’：不妊に関する情報を収集し良いと判断した事を取り入れる」選択肢に向かう影響要因は5つに分類された。SD1は「仕事もやめたし、やれることはやろう：A，N」のように治療に賭けたのだからとの認識を示し、【仕事もやめたので成果を得た

い:C'-SD1】とした。SD2は「後悔したくない:A, C」のように後で後悔したくないという認識を示し、【後悔したくない:C'-SD2】とした。SD3は「外来は静かで暗い。誰も相談に乗ってくれる雰囲気ではない:B」のように相談もできない、自分で何とかせねばという認識を示し、【誰も頼れない:C'-SD3】とした。SD4は「自分の年齢に焦る。女性には限界がある。時間が迫ってくる:A」のように年齢の限界も迫る焦りを示し、【年齢に焦りを感じる:C'-SD4】とした。SD5は「夫は治療に協力的だ:D」は、【夫が治療に協力的である:C'-SD5】とした。

表 4-6 「C:期限を決めて治療に向かう」に向かう SG, または「C':不妊に関する情報を収集し良いと判断した事を取り入れる」に向かう SD

カテゴリ(意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード*
SG SG1:不妊治療は精神的負担が大きい	病院での電話相談では不妊相談はメンタル相談だった	J
SD1:仕事もやめたので成果を得たい	仕事もやめたし、やれることはやろう	A,N
SD2:後悔したくない	後悔したくない	A,C
SD SD3:誰も頼れない	外来は静かで暗い。誰も相談に乗ってくれる雰囲気ではない	B
	体に良いことを聞きたいが、医師はカレンダーを見ているだけ	B
SD4:年齢に焦りを感じる	自分の年齢に焦る。女性には限界がある。時間が迫ってくる	A
SD5:夫は治療に協力的である	夫は治療に協力的だ	D

SG:社会的ガイド(促進する), SD:社会的方向付け(抑制する)

(7)「D:気持ちを保つ対処行動を取りながら治療を続ける」に向かう SG, 「D':治療から解放される方法を考える」に向かう SD (表 4-7)

「D:気持ちを保つ対処行動を取りながら治療を続ける」選択肢に向かう影響要因は5つに分類された。SG1は「夫は常に話を聞いてくれ、支えてくれる:E」のように夫の協力があるという認識を示し、【夫は治療に協力的である:D-SG1】とした。SG2は「妊娠したら報われる:E, F」のように、【妊娠したら報われる:D-SG2】とした。SG3は「治療仲間の存在, 通院している他の患者の存在が支え:F」のように、支えてくれる友人や治療仲間の存在があるという認識を示し、【治療仲間や友人が支援してくれる:D-SG3】とした。SG4は「時間の猶予はない:C」のように、焦りを示し【年齢に焦りを感じる:D-SG4】とした。SG5は「子どもが産めないのは親不孝:A」のように、自分や世間一般にある価値観を示し、【子どもが産めないのは親不孝:D-SG5】とした。

「D':治療から解放される方法を考える」選択肢に向かう影響要因は7つに分類された。SD1は「夫には異常がない:A」のように不妊の原因は自分にあるため夫に申し訳ないとの認識を示し、【夫に申し訳ないと思う:D'-SD1】とした。SD2は「辛い誰かに相談できない:A, H」のように辛い気持ちを誰にも相談できないという認識を示

し、【辛さを相談できない:D'-SD2】とした。SD3は「治療仲間の妊娠を知る:B」のように、【治療仲間は妊娠するのに自分は妊娠しない:D'-SD3】とした。SD4は「自分なんていない・存在価値がないと感じる:H」のように治療の継続が存在意義を低下させていることを示し、【自分には価値がないと感じる:D'-SD4】とした。また、SD5は「一回の治療が高額である:C, E」のように高額な治療費に対する認識を示し、【治療費が高額である:D'-SD5】とした。SD6は「職場の仲間は治療結果を聞いてくる:L」のように周囲からの期待にプレッシャーを感じたとの認識を示し、【周囲からプレッシャーを感じる:D'-SD6】とした。SD7は「夫とは温度差があると思えば喧嘩になる:C, N」のように、治療により夫との関係が悪くなることを示し、【夫とは温度差がある:D'-SD7】とした。

表 4-7 「D:気持ちを保つ対処行動を取りながら治療を続ける」に向かう SG, または「D':治療から解放される方法を考える」に向かう SD

カテゴリ (意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード*
SG1: 夫は治療に協力的である	夫は常に話を聞いてくれ、支えてくれる	E
	夫も協力的である	B, J
	夫は申し訳ないと思えば採卵後は迎えにくる	F
SG2: 妊娠したら報われる	妊娠したら報われる	E, F
	治療仲間や友人が支援してくれる	F
SG3: 治療仲間や友人が支援してくれる	治療仲間の存在, 通院している他の患者の存在が支え	F
	子どものいない先輩が連れ出してくれた	O
SG4: 年齢に焦りを感じる	時間の猶予はない	C
SG5: 子どもが産めないのは親不孝	子どもが産めないのは親不孝	A
SD1: 夫に申し訳ないと思う	夫には異常がない	A
	夫が身体に負担のかかる治療だと心配する	M
SD2: 辛さを相談できない	辛いが誰かに相談できない	A, H
SD3: 治療仲間は妊娠するのに自分は妊娠しない	治療仲間の妊娠を知る	B
	治療をやめたら妊娠した噂を聞く	D
SD4: 自分には価値がないと感じる	自分なんていない・存在価値がないと感じる	H
SD5: 治療費が高額である	一回の治療が高額である	E, C
SD6: 周囲からプレッシャーを感じる	職場の仲間は治療結果を聞いてくる	L
SD7: 夫とは温度差がある	夫とは温度差があると思えば喧嘩になる	C, N

SG: 社会的ガイド(促進する), SD: 社会的方向付け(抑制する)

(8) 「E:治療を続ける」に向かう SG, 「E':治療を中断する・やめる」に向かう SD (表 4-8)

「E:治療を続ける」選択肢に向かう影響要因は5つに分類された。SG1は「流産をするが夫や友人が支えてくれた。ペットが癒してくれた:E」のように夫や友人のためにも続けようという認識を示し、【夫や治療仲間が支援してくれる:E-SG1】とした。SG2は「年齢・時間がないことが気になり焦る, 治療は同じことの繰り返し:A, B,

H」のように年齢の限界も迫る焦りを示し、【年齢に焦りを感じる：E- SG2】とした。SG3は「採卵前に排卵することが重なり採卵時間に疑問を感じた：D」のようにこのまま治療を継続することに疑問が生じたことを示し、【治療を変えたら妊娠するかもしれない：E- SG3】とした。SG4は「実母は義父母に申し訳ないと言う：A」のように周囲の期待を示し、【周囲からプレッシャーを感じる：E-SG4】とした。SG5は「乳母車を押す女性の姿を見たりして母になりたいと思う：C」のように母親になりたい気持ちを示し、【母親になりたい：E-SG5】とした。

「E'：治療を中断する」選択肢に向かう影響要因は3つに分類された。SD1は「卵管の手術をしたのに妊娠しない。これでできないならもういい：O」のように努力しても成果がないことを示し、【治療に費やしただけの成果が出ない：E'-SD1】とした。SD2は「夫もうんざりしてきた様子をみせる：N」は、夫も治療を続けることに嫌気がさしているとの認識を示し、【夫が面倒そうな態度をとる：E'-SD2】とした。SD3は「医師の『残念だったね。じゃあ次に行こうか』って共感を覚えない言葉に腹が立った：N」は医師からの心無い対応に腹が立つという認識を示し、【医療者の共感のない言葉に腹が立つ：E'-SD3】とした。

表 4-8 「E：治療を続ける」に向かう SG、
または「E'：治療を中断する・やめる」に向かう SD

カテゴリ(意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード*
SG1: 夫や治療仲間が支援してくれる	流産をするが夫や友人が支えてくれた。ペットが癒してくれた	E
	ブログには40歳を過ぎても頑張っている人がいる	G
	不妊仲間が「やめるとき何も残らない」と掲示板に書いていたので目標をきめた	H
	治療仲間の妊娠。紹介してくれた健康食品で調子がいい	F
	テレビで女医が浮き沈みせずに淡々と治療を続けることがコツだと話していた	I
SG2: 年齢に焦りを感じる	年齢・時間がないことが気になり焦る、治療は同じことの繰り返し	A,B,H
	採卵数が少なくなり焦る	K
SG3: 治療を変えたら妊娠するかもしれない	採卵前に排卵することが重なり採卵時間に疑問を感じた	D
	夫の転勤をきっかけに新たな気持ちで治療を続けようと思ひ転院した	L
	他院は若い患者が多いと聞いた。転院したいが、受精卵が1つある	M
SG4: 周囲からプレッシャーを感じる	実母は義父母に申し訳ないと言う	A
	長男の嫁	A
SG5: 母親になりたい	乳母車を押す女性の姿を見たりして母になりたいと思う	C
SD1: 治療に費やしただけの成果が出ない	卵管の手術をしたのに妊娠しない。これでできないならもういい	O
	仕事もお金も時間もやりくりが必要になった	J
	仕事もしていない。社会から取り残された感じ	N
SD2: 夫が面倒そうな態度をとる	夫もうんざりしてきた様子をみせる	N
	SD3: 医療者の共感のない言葉に腹が立つ	医師の「残念だったね。じゃあ次に行こうか」って共感を覚えない言葉に腹が立った

SG：社会的ガイド(促進する)，SD：社会的方向付け(抑制する)

(9)「F:医師や自助グループに相談・助言を求める」に向かう SG, 「F':相談せず諦める理由づけを始める」「F':養子を検討する」に向かう SD (表 4-9)

F: 医師や自助グループに相談・助言を求める 選択肢に向かう影響要因は3つに分類された。SG1は「同じ年齢の人もチャレンジしている。夫も治療に関心を示すようになった。もう一回やってみようという気になった:M」のように諦めきれない思いを示し、【諦めきれない思い:F-SD1】とした。SG2は「芸能人が妊娠しない原因に免疫疾患が関与していたとの記事を見て私の不妊原因を知りたいと思った:C」のように自分には可能性が残されているのか知りたいことを示し、【可能性を確認したい:F-SG3】とした。SG3は「年齢も年齢。この病院が最後になるかも。期待もしてなかった。やめるきっかけがない・やめるきっかけが欲しい:N」のようにやめるきっかけを求めるものであり、【諦めるきっかけが欲しい:F-SG3】とした。

F': 相談せず諦める理由づけを始める 選択肢に向かう影響要因は6つに分類された。SD1は「医療者の治療をやめた方がいいのではないかと、まだ続けるの?という無言の圧力:A」のように医療者は可能性がないと思っているという認識を示し、【医療者は可能性がないと考えていると感じる:F'-SD1】とした。SD2は「お金がある芸能人でもいくら治療をしても子どもができない噂:E」のようにお金があっても無理なものは無理なのだという認識を示し、【治療の限界を感じる:F'-SD2】とした。SD3は「夫も忙しい時期に夜中の注射につきあう。お互いここまで努力してもできないので、けじめがついた:O」のようにやれることはやり尽くしたとの思いを示し、【自分にできることはやり尽くしたと思う:F'-SD3】とした。SD4は「無理だと言われた人に授かる事実。これは神の領域かもしれない:O」のように妊娠の成立は神の領域という認識を示し、【妊娠は人知を越えた神の領域と思う:F'-SD4】とした。SD5は「病院の今月の成功率を示すグラフを見て、自分が優秀な医師の足を引っ張っているのかもいれないと思う:D」のように治療の継続が他者に悪影響を及ぼすのではないかと認識を示し、【治療継続が夫や担当医に負担をかけていると思う:F'-SD5】とした。SD6は「女手は私だけ。義母の看病は私がしなくてはならずもう無理かもしれない:F」のように治療を続けられないような出来事が生じたのであり、【家族の看病のために継続は無理と思う:F'-SD6】とした。

表 4-9 「F:医師や自助グループに相談・助言を求める」に向かう SG, または「F':相談せず諦める理由づけを始める」「F':養子を検討する」に向かう SD

カテゴリ(意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード
SG1:諦め切れない思い	同じ年齢の人もチャレンジしている。夫も治療に関心を示すようになった。もう一回やってみようという気になった	M
	41歳になった。やれることはすべてやっておきたい。最後に權威のある医師に診てもらいたい	I
	医師によって方針が違う。信頼している医師だけに診療してもらいたい	G
SG2:可能性を確認したい	芸能人が妊娠しない原因に免疫疾患が関与していたとの記事を見て私の不妊原因を知りたいと思った	C
	諦め切れない気持ちをどこかで消化したい	K
	着床にも至らないため、答えが欲しい	H
SG3:諦めるきっかけが欲しい	年齢も年齢 この病院が最後になるかも。期待もしてなかった。やめるきっかけがない、やめるきっかけが欲しい	N
	やめ時とか、やめた向こう側の情報がない	H
	幾つかの病院で難しいと言われもう可能性はないと思い、自助グループの活動で心理士とも話すようになった	L
SD1:医療者は可能性がないと考えていると感じる	医療者の治療をやめた方がいいのではないかと、まだ続けるの?という無言の圧力	A
	所属施設の婦人科医師から何で今更治療をしているんだと心無い言葉	B
	医師はどう思っているのか今更聞けず疑心暗鬼になる	B
SD2:治療の限界を感じる	お金がある芸能人でもいくら治療をしても子どもができない噂	E
	悔しいけど、誰にも解決できないことだと思う	J
SD3:自分にできることはやり尽くしたと思う	夫も忙しい時期に夜中の注射につきあう。お互いここまで努力してもできないので、けじめがついた	O
	義理の姉たちや叔父にも知られてしまった。土地も売ったのでしょうがない	J
SD4:妊娠は人知を越えた神の領域と思う	無理だと言われた人に授かる事実。これは神の領域かもしれない	O
SD5:治療継続が夫や担当医に負担をかけていると思う	病院の今月の成功率を示すグラフを見て、自分が優秀な医師の足を引っ張っているのかもしれないと思う	D
	夫の精子数も減少した。夫を苦しめてきたかもしれない	D
SD6:家族の看病のため継続は無理と思う	女手は私だけ。義母の看病は私がしなくてはならずもう無理かもしれない	F

SG:社会的ガイド(促進する), SD:社会的方向付け(抑制する)

(10)「G:医師や夫に相談・助言を求める」に向かう SG, 「G':相談せず病院に行かないようにする」に向かう SD (表 4-10)

「G:医師や夫に相談・助言を求める」選択肢に向かう影響要因は、2つに分類された。SG1は「諦め切れない:G, K, N」のように【諦めきれない思い:G-SG1】とした。SG2は「夫は協力的だから、治療をやめることを納得しないのではないかとと思う:E」のように治療に対する夫の思いを知りたいとの認識を示し、【夫の思いを知りたい:G-SG2】とした。

「G':相談せず病院には行かないようにする」選択肢に向かう影響要因は、5つに分類された。SD1は「目標の年齢に達した:J」のように【目標の年齢・回数に達し

た：G'-SD1】とした。SD2は「病院の掲示板の年齢別治療成績一覧でみるとやはり無理かと思う：A」のように年齢的に難しいと自覚したことを示し、【年齢による限界を自覚する：G'-SD2】とした。SD3は「コーディネーターの言葉で産むこと自体が当たり前の事でもないと分かり、これは医学の範囲を超えた授かりものだと思う：O」のように妊娠は、人間の知が及ばないものと納得したことを示し、【妊娠は人知を超えた神の領域と思う：G'-SD3】とした。SD4は「医師も努力してくれた。治療方法の限界だ。落胆がどんどん大きくなる：B」のようにやれることはやり尽くしたとの認識を示し、【自分にできることはやり尽くしたと思う：G'-SD4】とした。SD5は「卵巣がんを指摘された。治療をして子どもを授かった人が不治の病になる。友人の突然の死に命には限りがあると思いい治療を続けるのが怖くなる：C」のように命の有限性を認識したことを示し、【自分や親、親しい人の病気で命の有限性を実感する：G'-SD5】とした。

表 4-10 「G：医師や夫に相談・助言を求める」に向かう SG，
または「G'：相談せず病院に行かないようにする」に向かう SD

カテゴリ(意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード*	
SG	SG1: 諦め切れない思い	諦め切れない 無理と言われたが他の医師なら治療してくれるかもしれない	G,K,N D,I
	SG2: 夫の思いを知りたい	夫は協力的だから、治療をやめることを納得しないのではないかと思う	E
		治療を続けるにしても、やめるにしても夫の思いが気になる	G,N
SD	SD1: 目標の年齢・回数に達した	目標の年齢に達した	J
		医師は次回のことを何も言わなかった	M
		40歳に突入し、今度は、いつやめようかって頭がいっぱいになる	B
	SD2: 年齢による限界を自覚する	病院の掲示板の年齢別治療成績一覧でみるとやはり無理かと思う	A
		高齢で産んだ友人の苦労話を聞き、いまさらこの年齢では無理だと思う	F
		月経不順になってきた。どうあがいても無理だと思う	H
	SD3: 妊娠は人知を超えた神の領域 と思う	コーディネーターの言葉で産むこと自体が当たり前の事でもないと分かり、これは医学の範囲を超えた授かりものだと思う	O
		夢の中で人生の道は他にあると先祖のお告げがあった	C
	SD4: 自分にできることはやり尽くし たと思う	医師も努力してくれた。治療方法の限界だ。落胆がどんどん大きくなる	B
		3年も費やした	B
1回のつもりが4回実施した		O	
SD5: 自分や親、親しい人の病気で 命の有限性を実感する	卵巣がんを指摘された。治療をして子どもを授かった人が不治の病になる。友人の突然の死に命には限りがあると思いい治療を続けるのが怖くなる	C	
	看病をしていた(私しか看病する者はいなかった)母親を亡くして治療への気力がなくなる	L	

SG：社会的ガイド(促進する)，SD：社会的方向付け(抑制する)

(11) 「H:諦める理由を確認する」に向かう SG, 「H':養子を検討する」に向かう SD
(表 4-11)

「H:諦める理由を確認する」選択肢に向かう影響要因は9つに分類された。SG1は「夫は『体に負担をかけているのはお前だ。お前の判断に従う。俺はお前がいればいい』と言った:E」のように夫はもう十分だと思っっているという認識を示し、これを【夫や親はもう十分だと思っっている:H-SG1】とした。SG2は「医師に言われて続けたが成功どころか採卵さえできず気持ちが向かなくなった:H」のように心も体も限界に達したとの認識を示し、【繰り返す不成功に心も体も続かないと感じる:H-SG2】とした。SG3は「諦めきれなかったので他院でもう駄目だと言われたことを報告した。医師は卵巣機能の検査をしてくれた。年齢に比べてかなり低い値だった:I」のように諦めきれない思いを汲んだ医師の対応を示し、【諦めきれない気持ちを尊重した医師の対応に納得する:H-SG3】とした。SG4は「義母や、実母・実父を亡くし、治療に向かう気力が無くなった:F, L」のように看病の末に親を亡くしたことで治療に向かう気力の減退を示し、【親を亡くし治療への気力が無くなる:H-SG4】とした。SG5は「不妊治療で生まれた子どもが、両親が高齢であることで中傷を受けたという話を聞く。子どもが欲しい思いだけで自分達のことしか考えていなかったと気づいた:E」のように生まれる子どもの将来を考えることを示し、【高齢の親から生まれる子どもが負うものを考える:H-SG5】とした。SG6は「42歳。子どもへのリスク、子育ても大変だろうと思ひ、諦める気持ちになった:O」のように高齢による異常妊娠や子育てへの体力の不安を示し、【高齢による異常妊娠や子育ての負担を考える:H-SG6】とした。SG7は「高額な治療費のため何度もできない:O」のように費用の限界を示し、【高額な治療費に限界を感じる:H-SG7】とした。SG8は「受診したくなるので、相談員に相談したら、がん検診にでも病院を利用すればいいと言われ、ホッとした:M」のように相談員からの決断の後押しがあったことを示し、【相談員もやめる事を肯定してくれる:H-SG8】とした。SG9は「目標としていた期限も過ぎた:J」のように【目標の期限も過ぎた:H-SG9】とした。

「H':養子を検討する」選択肢に向かう影響要因は、1つあり、SD1は「諦めようかと考えていたときに、テレビで外国人が養子をとるのをみて、養子もありと考えた:A」のように、養子の情報で養子を考えたと示し、【養子報道により養子を得たいと思う:H'-SD1】とした。

表 4-11 「H:諦める理由を確認する」に向かう SG,
または「H':養子を検討する」に向かう SD

カテゴリ (意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード
SG1: 夫や親はもう十分だと思っている	夫は「体に負担をかけているのはお前だ。お前の判断に従う。俺はお前がいればいい」と言った	E
	夫は「もう十分でしょ」と言った。夫は今までの努力を労ってくれた	D
	夫から「そんなにお金をかけるのもどうか」「体外受精をしてまでは作りたくはない」と言われた	N
	「世の中には(子どもが)いない夫婦も結構おるぞ」と、父も辛さをこらえて言ってくれた	N
SG2: 繰り返す不成功に心も体も続かないと感じる	医師に言われて続けたが成功どころか採卵さえできず気持ちが向かなくなった	H
	肉体的にも精神的にも体が持たないと感じ、これ以上続けたくないと思った	B,C
SG3: 諦めきれない気持ちを尊重した医師の対応に納得する	諦めきれなかったので他院でもう駄目だと言われたことを報告した。医師は卵巣機能の検査をしてくれた。年齢に比べてかなり低い値だった	I
	疲れている私を見かねて「この治療はお金をかける割に非常に確率が低い治療だ」と医師が言ってくれた	N
	ソフトランディングしたい。医師は「まだ大丈夫だよ」と傷ついている自分に言ってくれた、ちょっと嬉しい気持ちになった。	K
SG4: 親を亡くし治療への気力が無くなる	義母や、実母・実父を亡くし、治療に向かう気力が無くなった	F,L
SG5: 高齢の親から生まれる子どもが負うものを考える	不妊治療で生まれた子どもが、両親が高齢であることで中傷を受けたという話を聞く。子どもが欲しい思いだけで自分達のことしか考えていなかったと気づいた	E
SG6: 高齢による異常妊娠や子育ての負担を考える	42歳。子どもへのリスク、子育ても大変だろうと思い、諦める気持ちになった	O
SG7: 高額な治療費に限界を感じる	高額な治療費のため何度もできない	O
SG8: 相談員もやめることを肯定してくれる	受診したくなるので、相談員に相談したら、がん検診にでも病院を利用すればいいと言われ、ホッとした	M
SG9: 目標の期限も過ぎた	目標としていた期限も過ぎた	J
SD1: 養子報道により養子を得たいと思う	諦めようかと考えていたときに、テレビで外国人が養子をとるのを見て、養子もありと考えた	A

SG: 社会的ガイド(促進する), SD: 社会的方向付け(抑制する)

(12) 「I:治療終結の決断を夫も理解している」に向かう SG, 「I':治療終結の決断を夫はどう捉えるか気にかかる」に向かう SD (表 4-12)

「I:治療終結の決断を夫も理解している」選択肢に向かう影響要因は、2つに分類された。SG1は「子どもができた場合の年表を夫と一緒に作り、親の助けが欲しい時に私達はもういないって、互いに納得した: E」のように夫も納得しているという認識を示し、【夫が治療をやめることを納得しているはず:I-SG1】とした。SG2は「やめる時に夫からやめようって言った、夫が引導をくれた: D, N」のように夫から引導を渡されたという認識を示し、【夫が引導をくれた:I-SG2】とした。

「I':治療終結の決断を夫はどう捉えているか気にかかる」選択肢に向かう影響要因は、3つに分類された。SD1は「夫にやめるやめると言いながら治療し困惑させてき

た。決断を夫にも報告すべき：G」は支えてくれた夫への認識を示し、【支えてくれた夫に申し訳なく思う：I'-SD1】とした。SD2は「夫は子どもを望んでいた：B, O」「喧嘩しながらも二人三脚で歩んできた：C」のように夫の子どもに対する思いを知りたい気持ちを示し、【夫は子どもを欲しがっていた：I'-SD2】とした。SD3は「夫は自分と違って子どもを熱望せず。治療卒業イコール夫婦で生きていけばいいというスタンスだったから伝えたくない：I」は【夫は治療をやめることを望んでいた：I'-SD3】とした。

表 4-12 「I:治療終結の決断を夫も理解している」に向かう SG, または「I':治療終結の決断を夫はどう捉えるか気にかかる」に向かう SD

カテゴリ (意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード*
SG1: 夫が治療をやめることを納得しているはず	子どもができた場合の年表を夫と一緒に作り、親の助けが欲しい時に私達はもういないって互いに納得した	E
	夫も最後と思って最後の治療に臨んだ	M
	義母から治療はもういいと言われた時に夫も一緒に聞いていた	F
	病院に行く素振りを見せなかったので夫もやめたことを理解しているだろう	H
SG	夫も医療職。いつまでも病気になるようなことを続けられないって分かっていた	L
	やめる時に夫からやめようって言った、夫が指導してくれた	D,N
SD1: 支えてくれた夫に申し訳なく思う	夫にやめるやめると言いながら治療をし困惑させてきた。決断を夫にも報告すべき	G
	夫は治療中も「子どもがいたら」など何も言わず協力してくれていた	A,J
	夫には治療さえすれば子どもが授かると言ってきた手前、申し訳ない	K
SD	夫は子どもを望んでいた	B,O
	喧嘩しながらも夫とは二人三脚で歩んできた	C
SD3: 夫は治療をやめることを望んでいた	夫は自分と違って子どもを熱望せず、治療卒業イコール夫婦で生きていけばいいというスタンスだったから伝えたくない	I

SG：社会的ガイド(促進する), SD：社会的方向付け(抑制する)

(13) 「J:自然妊娠する可能性を幻想しない」に向かう SG, 「J':自然妊娠する可能性を幻想する」に向かう SD (表 4-13)

「J:自然妊娠する可能性を幻想しない」選択肢に向かう影響要因は、5つに分類された。SG1は「義父の看病に明け暮れ子どものことを考える余裕がなくなった:F」のように、身内の看病などで子どものことを考えられなくなったことを示し、【看病や仕事などにより考えなくなる:J-SG1】とした。SG2は「夫は治療をやめることに反対もしないで受け入れてくれた:K」のように夫も子どもを諦めてくれたという認識を示し、【夫が治療をやめることを認めてくれた:J-SG2】とした。SG3は「年齢も年齢だ:E」は、【年齢を自覚する:J-SG3】とした。SG4は「ペットを飼い、自分達の子どもの

想像しながら気が紛れた：N」のようにペットの飼育で気持ちが落ち着いたことを示し、【ペットを飼い癒される：J-SG4】とした。SG5は「治療経験のある職場の先輩と話し気持ちが切り替えられるようになった：O」のように子どものいない人との交流で気持ちが切り替えられたことを示し、【子どものいない先輩と話し気持ちが変わる：J-SG5】とした。

「J'：自然妊娠する可能性を幻想する」選択肢に向かう影響要因は、2つに分類された。SD1は「生理がある間は妊娠の可能性はある：A, D, G」のように月経があるため妊娠の可能性を期待するものであり、【月経がある：J'-SD1】とした。SD2は「治療をやめてストレスがなくなったら、子どもができるかもしれないと思った：B」のようにストレスから解放されたことで妊娠の可能性を期待するもので、【治療のストレスからの解放により可能性を期待する：J'-SD2】とした。

表 4-13 「J：自然妊娠する可能性を幻想しない」に向かう SG，
または「J'：自然妊娠する可能性を幻想する」に向かう SD

	カテゴリ (意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード*
SG	SG1:看病や仕事などにより考えなくなる	義父の看病に明け暮れ子どものことを考える余裕がなくなった 仕事の異動と重なり、治療再開前に建てた家のローンもあり一生懸命だった	F O
	SG2:夫が治療をやめることを認めてくれた	夫は治療をやめることに反対もしないで受け入れてくれた	K
	SG3:年齢を自覚する	年齢も年齢だ	E
	SG4:ペットを飼い癒される	ペットを飼い、自分達の子どもを想像しながら気が紛れた	N
	SG5:子どものいない先輩と話し気持ちが変わる	治療経験のある職場の先輩と話し気持ちが切り替えられるようになった	O
SD	SD1:月経がある	生理がある間は妊娠の可能性はある	A,D,G
	SD2:治療のストレスからの解放により可能性を期待する	治療をやめてストレスがなくなったら、子どもができるかもしれないと思った 自然に子どもができるかもしれないと思った	B I

SG：社会的ガイド(促進する)，SD：社会的方向付け(抑制する)

(14) 「K：子どもを得ること・治療の再開を検討しない」に向かう SG，「K'：子どもを諦めてよいのか葛藤する」に向かう SD (表 4-14)

「K：子どもを得ること・治療の再開を検討しない」選択肢に向かう影響要因は、2つに分類された。SG1は「義父の看病、その後義弟も突然他界した。気力がなくなった：F」のように子どものことを考える余裕がなくなったことを示し、【看病や仕事などにより考えなくなる：K-SG1】とした。SG2は「3.11が起き子どもを守り切れるのかと考え、夫と犬と私の3人でいいと思う：I」のように、【3.11があり今を大切にしようと思う：K-SG2】とした。

「**K'**：子どもを諦めて良いのか葛藤する」選択肢に向かう影響要因は、7つに分類された。SD1は「卵子提供で出産した人のニュースを見た。医師に私の卵子の老化が原因のように言われていたので卵子提供を受ければ子どもが授かるかもしれない：**K**」のように子どもを得る別の方法を知り、子どもへの思いが再燃したことを示し、【**卵子提供・代理母・養子などの報道から子どもへの思いが再燃する：K'-SD1**】とした。SD2は「小さい子を見たり、高齢女優の妊娠の記事や、40歳を超える知人の妊娠や出産を知り、私も可能性があるかもとその都度治療に戻ることを考える：**D**、**G**」のように、幼い子どもを目にしたり、高齢の出産報道で子どもへの思いが再燃したことを示し、【**芸能人や知人の高齢出産の情報を聞いたり、小さい子どもを見て可能性への思いが再燃する：K'-SD2**】とした。SD3は「生理の量もホルモンを充填しているのでむしろ多く、妊娠するかもと思い、やっぱりもう一回やってみようかなと常に葛藤する：**G**」のように月経があるから妊娠の可能性を捨てきれないのであり、【**月経がある：K'-SD3**】とした。SはD「仕事もしてなくてストレスもないので妊娠するかもと思い葛藤する：**G**」は、ストレスから解放されたことで妊娠の可能性を期待する思いであり、【**治療のストレスからの解放により可能性を期待する：K'-SD4**】とした。SD5は「夫が兄の子どもを可愛がる姿に、夫は子どもが欲しいのかもしれないと思う：**D**」のように【**夫が子どもを可愛がる姿を見る：K'-SD5**】とした。SD6は「子どもができないのは私が原因だ：**I**」のように【**不妊の原因は私にある：K'-SD6**】とした。SD7は「身近で妊娠した人を見ると、複雑な思いになる：**B**」のように【**妊娠した人を見ると複雑な思いになる：K'-SD7**】とした。

表 4-14 「K:子どもを得ること・治療の再開を検討しない」に向かう SG,
または「K':子どもを諦めてよいのか葛藤する」に向かう SD

カテゴリ(意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード
SG1:看病や仕事などにより考えなくなる	義父の看病,その後義弟も突然他界した。気力がなくなった	F
	自助グループの理事になり活動に夢中になる	H
SG2:3.11 があり今を大切にしようと思う	3.11 が起き子どもを守り切れるのかと考え,夫と犬と私の3人でいいと思う	I
SD1:卵子提供・代理母・養子などの報道から子どもへの思いが再燃する	卵子提供で出産した人のニュースを見た。医師に私の卵子の老化が原因のように言われていたので卵子提供を受ければ子どもが授かるかもしれない	K
	アメリカに行って卵子提供を受けようと思ってみるが,お金も掛かり出産まで行けるかどうか分らないし,自分の子どもでないから育てていけるかと葛藤した	K
	赤ちゃんポストの話題が出て,貰いに行きたいと思った	A
	芸能人などの代理母・養子縁組の話題を聞き養子を考えて	L,N,O
SD2:芸能人や知人の高齢出産の情報を聞いた,小さい子どもを見て可能性への思いが再燃する	小さい子を見たり,高齢女優やの妊娠の記事や,40歳を超える知人の妊娠や出産を知り,私も可能性があるかもとその都度治療に戻ることを考える	D,G
	ネット上で同年代の人の妊娠や採卵した話,移植した話をみると気持ち揺らぐ	M
SD3:月経がある	生理の量もホルモンを充填しているのでむしろ多く,妊娠するかもと思ひ,やっぱりもう一回やってみようかなと常に葛藤する	G
	吹っ切れたつもりだが,生理があると自然妊娠の可能性もあると思う	D,L
SD4:治療のストレスからの開放により可能性を期待する	仕事もしてなくてストレスもないので妊娠するかもと思ひ葛藤する	G
SD5:夫が子どもを可愛がる姿を見る	夫が兄の子どもを可愛がる姿に,夫は子どもが欲しいのかもしれないと思う	D
SD6:不妊の原因は私にある	子どもができないのは私が原因だ	I
SD7:妊娠した人を見ると複雑な思いになる	身近で妊娠した人を見ると,複雑な思いになる	B

SG:社会的ガイド(促進する),SD:社会的方向付け(抑制する)

(15)「L:夫婦だけの家族のカタチもあると認識する」に向かう SG,「L':これからの生き方を思案する」に向かう SG (表 4-15)

「L:夫婦だけの家族のカタチもあると認識する」選択肢に向かう影響要因は,4つに分類された。SG1は「子どもがいないのは私だけじゃないことが感じられ自助グループの活動は支えとなった:K」のように【子どもがいないのは自分だけではないと安心感を得る:L-SG1】とした。SG2は「治療中からのネット上の友人が夫婦で楽しんでいる様子を知り,夫婦で共有できる何かを持たなければいけないと思う:E」のよに【子どものいない夫婦が楽しく過ごす様子を知る:L-SG2】とした。SD3は「役所の仕事で引きこもり・虐待・育児放棄・独居老人など様々な家庭を訪問し,いろいろな家族の形もあると思えた。今まで子どものいる普通の家庭しか目に入っていなかった。夫婦ふたりでもいいと自信がついた:H」のように【仕事で様々な形の家族に出会う:L-SG3】とした。SG5は「違う何かを探せば明るくなれると思ひ,求めていたら『今

日という日は残りの人生の最初の日、今日が暗かったら、明日からの残りの人生も暗い。だから今日を楽しく明るく生きて行けば また違う 明るい明日が来る』という格言に出会い、今日を明るく、1日1回でも笑い、自分から行動して人生を開いていこうと思った：E」のように心の拠り所となる格言に出会ったことを示し、【心の支えになる言葉に出会う：L-SG4】とした。

「L'：これからの生き方を思索する」選択肢に向かう影響要因は、5つに分類された。SG1は「お金も使った。このまま収入がなくても困ると考え、正職員になることを決めた：A」のように失ったものを取り戻したいという思いを示し、【失ったものや果たせなかったことを取り戻す生き方を考える：L'-SG1】とした。SG2は「夫の気持ち(子どもがいなくても私がいれば良い)を聞いてスーッとした。だったら私も元気に仲良くしていく方が、自分らしいという気持ちに向き始めた：I」のように、自分を大切に思う家族がいることに気づき気持ちが切り替えられたことを示し、【夫や親の自分への思いを聞き、自分や家族の大切さに気づく：L'-SG2】とした。SG3は「『あなたのブログを読んでホントに救われました』と書き込みがあった。本当に支え合う事は大切なんだ、自分も役立っていると思った：G」のように自分の存在価値に気づき気持ちが切り替えられたことを示し、【ピアとの関わりで自分も役に立てると認識する：L'-SG3】とした。SG4は「自分はやれるだけやったと、他人と比較しないように自分の気持ちをセーブすることにした：B」のようにやれるだけやったと切り替えたことを示し、【やれるだけやったと自分を納得させる：L'-SG4】とした。SG5は「不妊のピアカウンセラーの存在を新聞で知り、ピアカウンセラーに相談しこれでよかったと思った：I」のように自分の決断に後押しを貰えたという認識を示し、【カウンセラーが自分の決断を肯定してくれたと感じる：L'-SG5】とした。

表 4-15 「L:夫婦だけの家族のカタチもあると認識する」に向かう SG,
または「L':これからの生き方を思案する」に向かう SG

カテゴリ(意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード
SG1:子どもがいないのは自分だけではないと安心感を得る	子どもがいないのは私だけじゃないことが感じられ自助グループの活動は支えとなった	K
	自助グループ時代からの友人と養子について話し、子どもがいないのは私だけじゃないと思いつきした	L
SG2:子どものいない夫婦が楽しく過ごす様子を知る	治療中からのネット上の友人が夫婦で楽しんでいる様子を知り、夫婦で共有できる何かを持たなければいけないと思う	E
SG3:仕事で様々な形の家族に出会う	役所の仕事で引きこもり・虐待・育児放棄・独居老人など様々な家庭を訪問し、いろいろな家族の形もあると思えた。今まで子どものいる普通の家庭しか目に入っていなかった。夫婦ふたりでもいいと自信がついた	H
SG4:心の支えになる言葉言葉に出会う	違う何かを探せば明るくなれると思ひ、求めていたら「今日という日は残りの人生の最初の日、今日が暗かったら、明日からの残りの人生も暗い。だから今日を楽しく明るく生きて行けば また違う 明るい明日が来る」という格言に出会い、今日を明るく、1日1回でも笑い、自分から行動して人生を開いていこうと思った	E
SG1:失ったものや果たせなかったことを取り戻す生き方を考える	お金も使った。このまま収入がなくても困ると考え、正職員になることを決めた	A
	両親に何もしてあげてこなかった	D
	子どものなかった叔父が亡くなり、これからの事・二人の生活を考えなければならぬと思った	M
SG2:夫や親の自分への思いを聞き、自分や家族の大切さに気づく	夫の気持ち(子どもがいなくても私がいれば良い)を聞いてスーッとした。だったら私も元気に仲良くしていく方が、自分らしいという気持ちに向き始めた	I
	自分を憐れみ価値がないと思っていたら、両親があなたがいればいいと言った。自分を否定することは両親を否定する事、自分の命の尊さに気づく	C
SG3:ピアとの関わりで自分も役に立てると認識する	(終結に関して書き綴ったブログを見た人から)「あなたのブログを読んでホントに救われました」と書き込みがあった。本当に支え合う事は大切なんだ、自分も役立っていると思った	G
	治療に戻りたくなればいつでも戻ればいと言われて、相談してよかったと思ひ、不妊に関するカウンセラーに興味を湧いた	I
SG4:やれるだけやったと自分を納得させる	自分はやれるだけやったと、他人と比較しないように自分の気持ちをセーブすることにした	B
	神の領域・運命と思うしかない。やれるだけやっただ、区切りにしないとと言ひ聞かせ、納得させるようにした	O
SG5:カウンセラーが自分の決断を肯定してくれたと感じる	不妊のピアカウンセラーの存在を新聞で知り、ピアカウンセラーに相談しこれでよかったと思った	I

SG:社会的ガイド(促進する), SD:社会的方向付け(抑制する)

(16) 「M:今後の生活設計や充実した生活を模索し行動する」に向かう SG, 「M':治療を行ってきた人生を振り返る」に向かう SD (表 4-16)

「M:今後の生活設計や充実した生活を模索し行動する」選択肢に向かう影響要因は、4つに分類された。SG1は「夫と将来について話したり、この生活を楽しむことや老後に施設に入居するお金を貯めなければと考える:B, N」のように将来を見据える姿勢を示し、【老後や最期の時を考える:M-SG1】とした。SG2は「これからどうして

行こう。キャリアを目指さない道に進んだからブランクがある。興味があることはやってみたい。駄目だったら諦めがつく：G」のように新しく何かにチャレンジしたい気持ちを示し、【新しいことにチャレンジしたい：M-SG2】とした。SG3は「夫と将来について話をして、行ける所に旅行に行こうということになった：N」のように治療中にできなかったことをしたいとの思いを示し、【治療中やれなかったことをしたい：M-SG3】とした。SG4は「年に2回人間ドックをうけて、とにかく健康にだけは気を付けようと思った：F」のように健康で過ごしていきたいという思いを示し、【健康に気をつけていきたい：M-SG4】とした。

「M'：治療を行ってきた人生を振り返る」の選択肢に向かう影響要因は1つあり、SD1は「人の話、報道、季節の行事など、何かのきっかけで治療してきたことを振り返る：C」のように何かのきっかけで治療体験を思い出すことを示し、【季節の行事・身近な出産報告・不妊報道などをきっかけに思い出す：M'-SD1】とした。

表 4-16 「M:今後の生活設計や充実した生活を模索し行動する」に向かう SG, または「M'：治療を行ってきた人生を振り返る」に向かう SD

カテゴリ(意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード*	
SG	SG1: 老後や最期の時を考える	夫と将来について話したり、この生活を楽しむことや老後に施設に入居するお金を貯めなければと考える	B,N
	SG2: 新しいことにチャレンジしたい	これからどうやって二人で生活していき、最期を迎えようかと考える	A,L
		これからどうして行こう。キャリアを目指さない道に進んだからブランクがある。興味があることはやってみたい。駄目だったら諦めがつく	G
	SG3: 治療中やれなかったことをしたい	何か新しいことに身を投じたい	C
SD	SG4: 健康に気をつけていきたい	夫と将来について話をして、行ける所に旅行に行こうということになった	N
	SD1: 季節の行事・身近な出産報告・不妊報道などをきっかけに思い出す	年に2回人間ドックを受けて、とにかく健康にだけは気を付けようと思った	F
		人の話、報道、季節の行事など、何かのきっかけで治療してきたことを振り返る	C
		流産した時と同じ満月の夜になると振り返る	G
職場や知人の出産、お孫さんの話で子どもが欲しかったと思う		A	
	認知症の母に会うと壊れたテープレコーダーのように、「まだ、今からでも生める。大丈夫よ。頑張りなさい」って繰り返す	K	

SG：社会的ガイド(促進する)，SD：社会的方向付け(抑制する)

(17) 「N:治療に取り組み努力した過程を認め受け容れる」に向かう SG, 「N':治療に取り組み努力した過程を受け容れきれない」に向かう SD (表 4-17)

「N:治療に取り組み努力した過程を認め受け容れる」選択肢に向かう影響要因は、8つに分類された。SG1は「患者にカウンセリングを行う過程で自分の治療体験の道程が肯定できた：C」のように、治療体験を肯定する気持ちの高まりを示すものであり、

【治療体験を振り返り努力を肯定する気持ちが高まる:N-SG1】とした。SG2は「自分の強みを活かして、診療所の運営に携わったり、役所の担当に応募したり、大学院を受験をして、希望の結果を得た：G, J, K」のように役割が与えられたことを示し、【資格を得たり仕事などで役割を得る:N-SG2】とした。SG3は「夫はお前と二人でいいと言い夫婦と飼い犬のための家を建てる：E」のように夫との安定した関係を示し、【将来を見据えた夫との安定した関係が保てていると実感する:N-SG3】とした。SG4は「私の狭い価値観をかえるために必要なことだった。子どもがいて当たり前という狭い価値観だけだった：O」のように治療体験が自己の成長に繋がったという認識を示し、【治療を経験したことによって成長した自分に気づく:N-SG4】とした。SG5は「趣味でつながりがあったり、子育てにひと段落した友人達と交友再開：D, N」のように友人との安定した関係を示し、【子どものいない友人や子どものいる友人との安定した関係をもつ:N-SG5】とした。SG6は「医師や恩師から『よく頑張った』と言われる：D」のように労いや承認を得た体験を示し、【実母・義母・恩師・医師からの労いの言葉や承認：SG6】とした。SG7は「40歳代の人が結婚したかったと嘆く。私は結婚して楽しい人生を送れている：H」のように誰もが思い通りの人生ではないと気づいたことを示し、【子どもや結婚について誰もが思い通りの人生ではないと気づく:N-SG7】とした。SG8は「子育てで大変な同僚の姿を見て、私には仕事と子育ての両立は無理だった。いない生活を楽しめばいい。やりたいことをやろうと思う：B」のように子どもがいない生活のプラス面を捉えられたことを示し、【子育ての現実を知り、子どもがいない事をプラスに捉える:N-SG8】とした。

「N'：治療に取り組み努力した過程を受け容れきれない」選択肢に向かう影響要因は、7つに分類された。SD1は「子どものことについて、もっと早く夫と話をするべきだった：F, M」のように、子どもや治療を早く考えるべきであったという認識を示し、【結婚・出産や治療を早くするべきだったと振り返る:N'-SD1】とした。SD2は「TVで不妊治療成功の報道に悔しいと感じ、チャンネルを替える：G」のように、出産や不妊治療の報道で子どもに対する気持ちが再燃したことを示し、【高齢出産・不妊治療・養子の報道で子どもに対する気持ちが再燃する:N'-SD2】とした。SD3は「子どもがいないのは親不孝だと思う：M」のように、罪悪感を引きすっていることを示し、【夫や両親への罪悪感を引きずる:N'-SD3】とした。SD4は「乳がんになった。土地も売った、夫にも不自由をかけた、とマイナス面が大きく感じられ、違う道もあったかもし

れないと思う：J」のように治療による負の代償の大きさを示し、【治療による負の代償が大きいことを実感する：N'-SD4】とした。SD5は「孫がいないので節目節目や季節の行事で両家が集まれず、両家の両親を疎遠にしてしまったと思う：A」のように、孫を見せられなかった罪悪感の再燃を示し、【節目節目で孫を見せられなかった罪悪感が再燃する：N'-SD5】とした。SG6は「義父の看病も必要になってきた。自分達の最期の時を考えると不安：L」のように、老後に対する不安を示し、【老後に対する不安を考える：N'-SD6】とした。SD7は「そもそも治療は無理だったのでは？こんなことしなくてもよかったかもしれない：M」のように治療方針への不信感の再燃を示し、【治療を続けた医師への不信感が再燃する：N'-SD7】とした。

表 4-17 「N:治療に取り組み努力した過程を認め受け容れる」に向かう SG,
または「N':治療に取り組み努力した過程を受け容れきれない」に向かう SD

カテゴリ (意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード	
SG1:治療体験を振り返り努力を肯定する気持ちが高まる	患者にカウンセリングを行う過程で自分の治療体験の道程が肯定できた	C	
	やれるだけやらせてもらった,高額な治療もできただけ恵まれている	D,E	
	夫は本当に何も言わず支え続けてくれた,二人で頑張り悔いはない	A,E	
	痛みに耐えたり,腹水に麻酔に手術にと良く頑張った	F,O	
	達成感は8割。しいて言えば,楽しそうに治療をしていた人は妊娠したのもっとポジティブに治療をすべきだった	N	
	努力はしたが結果が残っていないだけだ	H	
	一度は妊娠できた	G	
	治療をしなかったら土地も売らなくて良かったし,乳がんにもならなかったかもしれない。でも治療をしたからこそ諦めもつく	J	
	SG2:資格を得たり仕事などで役割を得る	自分の強みを活かして,診療所の運営に携わったり,役所の担当に応募したり,大学院を受験をして,希望の結果を得た	G,J,K
		恩師や友人からの仕事の依頼や誘いがあったり,退官祝いの幹事になる	D
賃金のよい仕事に転職できたり会社を引き継ぐなど仕事を得て頑張る		F,I	
職場では重宝される存在になり職場では子どもがいないのは関係ない		N	
ピアカウンセラーや自助グループで治療経験を活かして達成感もある		I,K	
SG3:将来を見据えた夫との安定した関係が保てていると実感する		夫はお前と二人でいいと言いつ夫婦と飼い犬のための家を建てる	E
	夫婦生活も今はコミュニケーションになった	E	
	夫と2人の老後の計画など話し合う。放置していた庭の手入れをしてくれることになった(庭も整え食べる分だけの野菜も作る)	N	
	夫も今の私(新たなことに挑戦している)を温かく見守ってくれている	G	
	夫と仕事の話や共通の趣味があり楽しい日々は過ごせている	L	
	子どもがいないことに対する他者の反応から,夫とも色々な価値観があることについて話す事が出来るようになった	O	
	夫も節目節目で声を掛ける	I	
	義父に謝罪したほうがよいか夫に聞いたが,そんな必要はないし,させる夫は最低だと言われる。このことも含めて思いを聞いて安心した	K	
	SG4:治療を経験したことによって成長した自分に気づく	私の狭い価値観をかえるために必要なことだった。子どもがいて当たり前という狭い価値観だけだった	O
		一つの事に囚われず視野を広げることで吹っ切れることが分かった。親を早く亡くし流産も経験した。今では人の痛みが良く分かり慰めることができる	E
カウンセラーになり落ち着いた存在として話が聞ける		I	
不妊で人生初めての挫折を体験してからは少々のことで動じない。優しくなった,丸くなったと感じる		N	
結婚前は子どもはキャリアの足かせと思っていたが,子育ては素晴らしいことと今は思う。棘々しくなくなり不妊治療は私にとって意味があったと思える		G	
SG5:子どものいない友人や子どものいる友人との安定した関係をもつ		趣味でつながりがあったり,子育てにひと段落した友人達と交友再開	D,N
	子どものいない友人とのカミングアウト・交流の再開	D	
	治療時代からの友人と家族に言えない事を互いに話し気持ちが落ち着く	L	
	子どものいない同級生と出会い,自分だけじゃないとホッとした	B	
SG6:実母・義母・恩師・医師からの労いの言葉や承認	医師や恩師から「よく頑張った」と言われる	C,D	
	第3者(義母)からの指導は諦めがつく,義父母は責めなかった	F,O	
	母親も認めてくれてプレッシャーがなくなった。	G	
SG7:子どもや結婚について誰もが思い通りの人生ではないと気づく	40歳代の人が結婚したかったと嘆く。私は結婚し楽しい人生を送れている	H	
	同級生の様々な人生に触れ,誰もが人生と闘っていると感じる	C	
	お金も名誉もあっても子どもが授からなかった芸能人の話で色々な人生がある,何もかも上手くいく人生はないと思う	O	
	子どものいない友人と話して老後は子どもに頼るものでもない。時代と共に葬儀の形式も変わるので,自分がしっかり生きればよいと思う	D	
	SG8:子育ての現実を知り,子どもがいないことをプラスに捉える	子育てで大変な同僚の姿を見て,私には仕事と子育ての両立は無理だった。いない生活を楽しめばいい。やりたいことをやろうと思う	B,I

表 4-17 (つづき) 「N:治療に取り組み努力した過程を認め受け容れる」に向かう SG, または「N':治療に取り組み努力した過程を受け容れきれない」に向かう SD

カテゴリ (意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード
SD1: 結婚・出産や治療を早くするべきだったと振り返る	子どものことについて、もっと早く夫と話をすべきだった	F,M
	早く子どもを考えるべきだった, もう少し早く治療をすべきだった	C,N
	早く病院を替わっていればよかった	D,M
	早く結婚すればよかった	A
SD2: 高齢出産・不妊治療・養子の報道で子どもに対する気持ち再燃する	TV で不妊治療成功の報道に悔しいと感じ, チャンネルを替える	G
	同年齢で最近子どもを産んだ知人を思い出す。私には無理だなあ	I
	不妊女性が子どもが産めず義父に謝罪した記事に申し訳なさを感じる	K
SD3: 夫や両親への罪悪感を引きずる	養子を得た知人を見て, 違う道もあつたかもしれないと思う	J
	子どもがいないのは親不孝だと思う	M
	私でなければ夫は子どもが持てたかもしれない	D
	母が孫を可愛がる姿を見るたびに, 結局得られず申し訳ないと思う	G
SD4: 治療による負の代償が大きいことを実感する	認知症の母が子どものいない私を不憫に思う。申し訳ない	K
	両親・夫に申し訳ない	C
	乳がんになった, 土地も売った, 夫にも不自由をかけた, とマイナス面が大き	J
	く感じられ, 違う道もあつたかもしれないと思う	
	キャリアを目指す人生もあつた	H
SD5: 節目節目で孫を見せられなかった罪悪感が再燃する	子どもがいつできるかと思いい将来の設計がたたなかった	M
	薬の影響で自分の身体の状態がつかめず, 一体どうなっているのかと思った	M
	孫がいなくて節目節目や季節の行事で両家が集まれず, 両家の両親を疎遠にしてしまったと思う	A
SD6: 老後に対する不安を考える	実家に帰る度に子どものいない私を不憫がる母親に申し訳なさを感じる	K
	義父の看病も必要になってきた。自分達の最期の時を考えると不安	L
	老後を看取ってくれる人はいない。子どものいる同級生は子どもがいても当てにならないと言うが, いざとなれば子どもは親を看取るものだと思う	A
SD7: 治療を続けた医師への不信感が再燃する	子どものいない同級生からの老後に対するそっけない返事に, 初めから子どもを望んでいない夫婦と自分たちは違うと思う	A
	そもそも治療は無理だったのでは? こんなことしなくてもよかったかもしれない	M
	病院の方針でやめられず突き進んだ。無理な時は休めと欲しかった	M
	駄目なら駄目ってズバって欲しかった	H

SG: 社会的ガイド (促進する), SD: 社会的方向付け (抑制する)

(18) 「O:社会通念に囚われず子どものいない人生を前向きに捉える」に向かう SG, 「O':社会通念に囚われ子どものいない現実を認識することで委縮する」に向かう SD (表 4-18)

「O:社会通念に囚われることなく子どものいない人生を前向きに捉える」選択肢に向かう影響要因は, 6 つに分類された。SG1 は「乳児を持つ母親の悩み, 進学 of 悩み, 子育てでやりたいことができない友人の話などを聞き, 産んだら産んだで悩みが尽きず子育ても大変なことが分かった: D, K, O」のように子どもがいない生活のプラス面を捉えられたことを示し, 【子育ての現実を知り子どもがいないことをプラスに捉える: O-SG1】とした。SG2 は「お子さんは? と聞かれても治療はしましたけど恵まれませんでしたと言える: G」のように心無いと思う言葉にも対処できることを示し, 【心

無い言葉への対応を身につける：0-SG2】とした。SG3は「パート仲間から子どもがいないからこそそのアドバイスを求められ重宝される：E」のように、子どもがいないことで尻込みしない友人関係を示し、【友人との安定した関係をつくる：0-SG3】とした。SG4は「同級生達との交流から、人生の色々な節目で不妊を意識することがあるがその都度向き合おう、不妊を抱え折り合いをつけながら生きるものだと思う：C」のように不妊を受け容れ生きること示し、【不妊に折り合いをつけながら生きようと思う：0-SG4】とした。SG5は「友人から言われたように、流産した子どもに名前を付けようと思いつけようになった：G」のように辛い体験を封印せずに大切な体験と位置付けられたことを示し、【辛かった流産体験を封印せず大切な体験と位置付ける：0-SG5】とした。SG6は「一年治療をしても駄目ならペットを飼うと言う後輩を見て、深刻に考えないこともいいことだ：O」のように子どもがいないことを悲観しない生き方に出会ったことを示し、【子どもがいなくても前向きなピアに出会い落ち着く：0-SG6】とした。

「O'：社会通念に囚われたり、子どものいない現実を認識することで委縮する」選択肢に向かう影響要因は、5つに分類された。SD1は「子どもがいないと分かったら子どもの事を一切話してこない同僚に、話しを聞くことはできるのにと寂しく思う：H」のように周囲の心無い言葉や態度に傷つく体験を示し、【子どもがいない事に対する心無い言葉・態度に傷つく：O'-SD1】とした。SD2は「身内以外の妊娠・出産・孫の話で喜ばない。羨ましいって思いが死ぬまで続く：A」のように妊娠・出産報告を喜ばない気持ちを示し、【身近な人の妊娠・出産報告を喜ばない気持ちが続く：O'-SD2】とした。SD3は「節目節目の行事で義父母が私達を不憫がるのが嫌だ：N」「夫は子どもが出るとTV番組を替える。子どもが欲しかったのかと思う：F」のように、子どもの話題を避ける夫などの態度を示し、【子どもがいないと不憫がる両親や子どもの話題を避ける夫：O'-SD3】とした。SD4は「仕事で社会貢献をしても、子育てをしていないことは社会に何もしていないのと同じと思う：H」のように、子どもを育てこそ一人前という価値観を示し、【子どもを育てないと一人前ではないという自己の価値観：O'-SD4】とした。SD5は「養子を得た人の子どもは10歳になった。こどものいない友人はいない。寂しく、養子という方法もあったと思う。：J」のように、養子という選択肢もあったとの思いを示し、【養子という選択肢もあったと考える：O'-SD5】とした。

表 4-18 「O:社会通念に囚われず子どものいない人生を前向きに捉える」に向かう SG, または「O':社会通念に囚われ子どものいない現実を認識することで委縮する」に向かう SD

カテゴリ (意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード	
SG	SG1: 子育ての現実を知り子どもがいないことをプラスに捉える	乳児を持つ母親の悩み, 進学への悩み, 子育てでやりたいことができない友人の話などを聞き, 産んだら産んだで悩みが尽きず子育ても大変なことが分かった 子どものことで愚痴を言う友人や子育てが終わり離婚をする友人を見て, 子どもがいなくて良かったと思う 子どものいる友人に, 子どもがいても老後が安泰でないとわれ, 誰でも老後は自分で準備するものと考え。自分のやりたいことができるとプラスに考えた	D,K,O F B
	SG2: 心無い言葉への対応を身につける	おさんは?と聞かれても治療しましたけど恵まれませんでしたと言える 冗談を交えて心無い言葉に答えられる自分になった カウンセリング講座で対処方法を学んだので対応できる	G O I
	SG3: 友人との安定した関係をつくる	パート仲間から子どもがいないからそのアドバイスを求められ重宝される テニスが続いているので横のつながりはある。子どもがいることは関係ない	E N
	SG4: 不妊に折り合いをつけながら生きようと思う	同級生達との交流から, 人生の色々な節目で不妊を意識することがあるがその都度向き合おう, 不妊を抱え折り合いをつけながら生きるものだと思う	C
	SG5: 辛かった流産体験を封印せず大切な体験と位置付ける	友人から言われたように, 流産した子どもに名前を付けようと思わせるようになった	G
	SG6: 子どもがいなくても前向きなピアに会い落ち着く	一年治療をしても駄目ならペットを飼うと言う後輩を見て, 深刻に考えないこともいいことだ 子どものいない先輩方から子どもがいなくても幸せと言われ, 一人で悶々としなくて済んだ	O O
SD	SD1: 子どもがいなくないことに対する心無い言葉・態度に傷つく	子どもがいなくないことと子どもの事を一切話してこない同僚に, 話しを聞くことはできるのにと寂しく思う 夫婦 2 人と言うと優雅でいいねと言われる。どうせ私はと思う 子どもがいなくて気楽だねと心無い言葉に, 努力したと言いたい気持ち おさんは?の社交辞令に嫌だと感じ, 答えに詰まる。他の人はどうやって乗り越えたのか聞きたい	H H N A
	SD2: 身近な人の妊娠・出産報告を喜ばない気持ちが続く	身内以外の妊娠・出産・孫の話で喜ばない。羨ましいという思いが死ぬまで続く 高齢の芸能人の出産報道や職場の若い人の妊娠・出産を聞き, 羨ましい, 母親になりたかったと思ひ, 素直に祝福できない自分が嫌だ	A L
	SD3: 子どもがいなくないと不憫がる両親や子どもの話題を避ける夫	節目節目の行事で義父母が私達を不憫がるのが嫌だ 夫は子どもが出るとTV番組を替える。子どもが欲しかったのかと思う	N F
	SD4: 子どもを育てない一人前ではないという自己の価値観	仕事で社会貢献をしても, 子育てをしていないことは社会に何もしていないのと同じと思う 親は子どもと共に成長して親になる。私達夫婦にはそれが無いと思う	H E,N
	SD5: 養子という選択肢もあったと考える	養子を得た人の子どもは 10 歳になった。こどものいない友人はいない。寂しく, 養子という方法もあったと思う	J

SG: 社会的ガイド(促進する), SD: 社会的方向付け(抑制する)

2) 必須通過点 (OPP) に至った要因のカテゴリ

必須通過点は, ①~⑩までであった。本研究の目的は, 不妊治療終結の意思決定およびその後の人生を受け容れていく過程で生じる影響要因を抽出し, 具体的な支援を見出すことである。そのため, 必須通過点のなかで, 「不妊治療をやめる」(OPP⑧) に至った理由, 「出来ることに熱心に取り組む」(OPP⑨), 「子どもを持つことをきっぱりと

諦める」(OPP⑩)に至った理由は、径路の選択に影響を及ぼしている可能性があるため、これらの必須通過点に至った要因を明らかにした(表 5-1～表 5-3)。

(1)「不妊治療をやめる」(OPP⑧)に至る理由のカテゴリ(表 5-1)

「不妊治療をやめる」(OPP⑧)の理由は7つに分類された。SG1は「ホルモン値も安定しない。月経が来なかったり更年期症状の出現：K, M」のように、限界の自覚と、気持ちが続かない現状を示し、【年齢や身体限界から気持ちが続かないと思う：OPP⑧-SG1】とした。SG2は「『お金をこんなに使ってもできず無駄銭!』って、怒りをぶつける人がいない：B」のように成果が得られず費やした費用が無駄に思えたことを示し、【費用の限界と無駄を感じこれ以上続けたくないと思う：OPP⑧-SG2】とした。SG3は「母親も夫婦2人の人生もあるって言ってくれた：G」のように重要他者からの承認を得たとの思いを示し【夫や親が「もういい」と承認してくれる：OPP⑧-SG3】とした。SG4は「今産んで、子どもが20歳になったら、私は60歳。これ以上延ばせなと思った。41・42歳で産んで、自分はちゃんと子育てできるのだろうか、大変そうだ：B」のように高齢の親を持つ子どものこと、高齢による子育ての負担を考えたことを示し、【高齢の親を持つ子どものことや子育ての負担を考える：OPP⑧-SG4】とした。SG5は「自分自身への体のリスクと赤ちゃんのリスクを考え、子どもを持つことを断念する苦渋の選択をした：C」のように高齢による異常妊娠と出産のリスクを考えたことを示し、【異常妊娠・高齢出産のリスクを考える：OPP⑧-SG5】とした。SG6は「薬を使うことへの影響を考えた。両親をがんで亡くし治療を続ける不安を感じた：L」のように治療や薬が身体に与える影響を考えたことを示し、【治療による自分の身体へのリスクを考える：OPP⑧-SG6】とした。SG7は「自分がやれることはやった。これが限界だ・運命だと感じ、ふっきれた：O」のようにやれることはやったとふっきれたことを示し、【自分にできることはやった・無理なものは無理とふっきる：OPP⑧-SG7】とした。

表 5-1 OPP⑧「不妊治療をやめる」に至る要因となった SG

カテゴリ(意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード'
SG1:年齢や身体の限界から気持ちが続かないと思う	ホルモン値も安定しない。月経が来なかったり更年期症状の出現	K,M
	採卵できない。ホルモン値も低い。条件がすべてそろった	I
	麻酔をすると苦しくて吐くようにもなった。45歳。もう無理と思った	F
	42歳になって、年齢的にも無理かなと思った	G
	リウマチを発症して治療が必要になった	D
	気持ちが向かなくなった	H
SG2:費用の限界と無駄を感じこれ以上続けたくないと思う	「お金をこんなに使ってもできず無駄銭！」って怒りをぶつける人がいない	B
	これだけやっても駄目で、お金の問題もあり体外受精はできない。これ以上やっても難しい。自然に任せようと思い治療をやめた	N
	貯金も使い果たした。条件がそろって期限がきた	I,J
SG3:夫や親が「もういい」と承認してくれる	母親も夫婦 2人の人生もあるって言ってくれた	G
	義母にも申し訳ないと思ったが、義母は夫婦さえ仲が良ければいいと言った	G
	夫も母が「子どもはもういい」と言ったのを聞き、私の年も考えたのか何も言わない	F
	子どもができた場合の年表を夫と一緒に作り、親の助けが欲しい時に私達はもういないって互いに納得した	E
SG4:高齢の親を持つ子どものことや子育ての負担を考える	今産んで、子どもが20歳になったら、私は60歳。これ以上延ばせないと考えた。41・42歳で産んで、自分はちゃんと子育てできるのだろうか、大変そうだと子どもが小さいのに両親が高齢では、子どもが大変だと納得した	B
	養子を育てる苦勞を描いた本を読み、養子をもらうには若くないといけなさと感じる。高齢の親では子どもが苦勞するかもしれないと思った	B,E
		A
SG5:異常妊娠・高齢出産のリスクを考える	自分自身の体へのリスクと赤ちゃんのリスクを考え、子どもを持つことを断念する苦渋の選択をした	C
	40歳を過ぎると五体満足で生まれるか心配。障害児施設で親の苦勞を見てきた	D
	高齢で出産し障がい児を育てている有名人。見てくれる人がいればいいけどリスクを考えなければと思う	A
SG6:治療による自分の身体へのリスクを考える	薬を使うことの影響を考えた。両親をがんで亡くし治療を続ける不安を感じた	L
	がんや自分自身の体へのリスクを考え、子どもを持つことを断念した	C,G
SG7:自分にできることはやった・無理なものは無理とふっさる	自分がやれることはやった。これが限界だ・運命だと感じふっさる	O
	一度妊娠したからもういいかとも思い。病院に治療をやめる挨拶にいった	E
	お金がある芸能人でも無理な人もいる。無理なものは無理かもと言ひ聞かす	D

SG:社会的ガイド(促進する)

(2) 「できることに熱心に取り組む」(OPP⑨)に至る理由(表 5-2)

「できることに熱心に取り組む」(OPP⑨)の理由は5つに分類できた。SG1は「会社を継いだり、職場の異動があり忙しく働く:F, O」など、【打ち込める仕事や活動がある:OPP⑨-SG1】とした。次にSG2は「夫のためにも永住権が取得できる職業訓練に合格した:J」のように、人生に役立つ資格取得のために動きだしたことを示し、【今後の人生に役立つ資格を得るために動き始める:OPP⑨-SG2】とした。SG3は「夫婦共通の趣味ができる:E, L」のように、夫婦で共通の趣味ができたことを示し、【夫婦

共通の趣味ができる：OPP⑨-SG3】とした。SG4は「受診しないように医師にお礼の品とお礼のメールをしたら、*労いの言葉*が返ってきた：M」のように医師から*労いの言葉*があったことを示し、【医師から*労いの言葉*がもらえた：OPP⑨-SG4】とした。SG5は「兄の看病で忙しく、子どものことを考える余裕がなくなった：H」のように看病が必要になったことを示し、【家族の看病が始まる：OPP⑨-SG5】とした。

表 5-2 OPP⑨「出来ることに熱心に取り組む」に至る要因となった SG

カテゴリ(意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード
SG1:打ち込める仕事や活動がある	会社を継いだり、職場の異動があり忙しく働く	F,O
	正社員になった。仕事があるから諦めもつく	A,N
	逃げ道として仕事、役割が発揮できる仕事があった	B
	自助グループの活動を通して自分の体験談を話す機会があったり、活動にのめり込むことで子どものいない生活を意識しないで受け入れられるようになってきた	H,K
SG2:今後の人生に役立つ資格を得るために動き始める	夫のためにも永住権が取得できる職業訓練に合格した	J
	不妊ピアカウンセラーやカウンセラーの養成講座を知り、自分のやった証が欲しい、学費は高いが投資と思いつい受講を決意する	C,I
SG3:夫婦共通の趣味ができる	夫婦共通の趣味ができる	E,L
SG4:医師から <i>労いの言葉</i> がもらえた	受診しないように医師にお礼の品とメールを送ったら、 <i>労いの言葉</i> が返ってきた	M
	子どもが欲しいと相談した助産院の先生に終結を告げると、良く頑張ったねと <i>労いの言葉</i> をくれた	M
SG5:家族の看病が始まる	兄の看病で忙しく、子どものことを考える余裕がなくなった	H

SG:社会的ガイド(促進する)

(3) 「子どもを持つことをきっぱりと諦める」(OPP⑩)に至る要因 (表 5-3)

「子どもを持つことをきっぱりと諦める」(OPP⑩)の理由は13に分類できた。SG1は「閉経を迎え無理と完全に諦めた。もう迷わなくてもいいとすっきりした：A, H」のように、【年齢・加齢による身体の変化を自覚する：OPP⑩-SG1】とした。SG2は「カウンセリングスクールで様々な課題が提示され、40歳を過ぎても挑戦できる自分に自信がついた。再生した気持ちになる：I」のように、挑戦したことで、自信がついたことを示し、【新しいことに挑戦し、充実感・自信が持てる：OPP⑩-SG2】とした。SG3は「腸閉塞になり夫や妹・姪が駆けつけてくれて、心配してくれる人がいると実感した：E」のように自分を大切にしてくれる家族の存在を示し、【私を大切にしてくれる夫や家族がいると実感する：OPP⑩-SG3】とした。SG4は「昔からお世話になっている先輩(子どもがいない)にも『欠陥品ではない。せっかく生まれたなら楽しまないでどうするの』と言われ、クヨクヨせず二人の生活でもいいと思えるようになった：O」

のように子どものいない先輩からの言葉で落ち着いたことを示し、【子どものいない先輩や仲間の言葉や生き方に心が落ち着く：OPP⑩-SG4】とした。SG5は「姪の中学・高校の卒業式に出席し、母親の味を味わうことが出来た。姪が、いまだきの子の情報を与えてくれる、ショッピングモールとかも連れ出してくれる：E」のように親の疑似体験ができた経験を示し、【姪や教え子との関わりで親の疑似体験をする：OPP⑩-SG5】とした。SG6は「子育てで苦勞している人を見て、子育てと仕事の両立は所詮無理だったと思い、子どもがいないからこの自由な生活ができると自分にいい聞かせる：B、L」のように子どものいないプラスの面を考えたことを示し、【子どものいないことのプラス面を考える：OPP⑩-SG6】とした。SG7は「兄の死で落ち込んでいる母親も支えなくてはならなかった：H」のように家族の死によって子どものことを考えられなくなったことを示し、【家族の死や看病などで子どものことを考える暇がなくなる：OPP⑩-SG7】とした。SG8は「病院で孤独死の女性を見て、家族に囲まれた温もりのある最期にならないことへの不安とそれに対する両親・夫への罪悪感を抱いたが、飼い猫の勇敢な死に際を見て、最期は誰でも自分で戦うものと感じ、自分は大丈夫だと思えた：C」は、【ペットの勇敢な死に際を見て自分も一人で大丈夫だと思えた：OPP⑩-SG8】とした。SG9は「医師から凍結卵の今後についての連絡が入り、『もう結構ですので』と言えた：L」のように【凍結卵の保存延長をしないと医師に言えた：OPP⑩-SG9】とした。SG10は「義理の兄が突然結婚し、子どもができた。もう私が頑張らなくていいと思えた。：D」のように【跡取りが生まれて安心する：OPP⑩-SG10】とした。SG11は「流産した子どもの出産予定日に生まれた子犬を買って育てている：E」のように【ペットを育てる：OPP⑩-SG11】とした。SG12は「乳がんを発症し治療に専念する：J」のように【がんの治療に専念する：OPP⑩-SG12】とした。SG13は「自然に忘れて気持ちがふっきてきたからなのか、不規則だった生理がすごく規則正しく来るようになった。この方が私にとっては健康的だと思えた：O」のように【治療をやめて不調がなくなり健康になったと思える：OPP⑩-SG13】とした。

表 5-3 OPP⑩「子どもを持つことをきっぱりと諦める」に至る要因となった SG

カテゴリ(意味内容の要約)	出来事や思い	事例コード
SG1:年齢・加齢による身体の変化を自覚する	閉経を迎え無理と完全に諦めた。もう迷わなくてもいいとすっきりした	A,H
	45 歳位になった。白髪やしわも多くなってきた。もう妊娠できない、二人の生活に切り替えてもいいんじゃないかなと思った	G
	43 歳になり、すっきりした状態になりパートに出る	E
	50 歳を過ぎ、子どものことを引きづらなくなった	B
SG2:新しいことに挑戦し、充実感・自信が持てる	カウンセリングスクールで様々な課題が提示され、40 歳を過ぎても挑戦できる自分に自信がついた。再生した気持ちになる	I
	受け継いだ会社のために仕事に追われ充実していたり、正社員になって堂々とした気持ちで仕事をするようになった	F,N
	自助グループの活動を通して体験談を話すことによって癒やされる。浄化みたいな感じで悶々とした気持ちが消えた。自分の中では一生懸命やったと思えた	K
	夫と共通の趣味を持って楽しめている	F
SG3:私を大切にしてくれる夫や家族があると実感する	腸閉塞になり夫や妹・姪が駆けつけてくれて、心配してくれる人がいると実感した	E
	カウンセリングを学ぶ中で男性の考え方を知り、治療中の夫の気持ちを想像し、時々態度が理解できた	I
	夫は何も言わないが支えてくれた	A
	夫と共通の趣味を持って楽しめている	F
SG4:子どものいない先輩や仲間との言葉や生き方に心が落ち着く	昔からお世話になっている先輩(子どもがいない)にも「欠陥品ではない。せっかく生まれたなら楽しまないでどうするの」と言われ、クヨクヨせず二人の生活でもいいと思えるようになった	O
	子どものいない同僚の存在に、子どもがいないのは自分だけじゃないとホッとして気持ちが楽になる	B
	治療をやめた自助グループの集まりで、名前も知らない人と会話をする事で気持ちが落ち着く	M
SG5:姪や教え子との関わりで親の疑似体験をする	姪の中学・高校の卒業式に出席し、母親の味を味わうことが出来た。姪が、いまどきの子の情報を与えてくれる、ショッピングモールとかも連れ出してくれる	E
	専門学校の学生と関わり、入学式や卒業式などで、自分に子どもがいたらしていただくことを疑似体験できた	A
SG6:子どものいないことのプラス面を考える	子育てで苦勞している人を見て、子育てと仕事の両立は所詮無理だったと思い、子供がいないからこの自由な生活ができると自分に言い聞かせる	B,L
SG7:家族の死や看病などで子どものことを考える暇がなくなる	兄の死で落ち込んでいる母親も支えなくてはならなかった	H
	兄の死で家族を失うことが悲しすぎて子どもが欲しい気持ちがなくなった	H
	40 歳代後半は両親の遺品の片づけや相続で忙しくしたり、震災が起こり、親戚を放射線から避難させたり忙しく過ぎた	L
SG8:ペットの勇敢な死に際を見て自分も一人で大丈夫だと思えた	病院で孤独死の女性を見て、家族に囲まれた温もりのある最期にならないことへの不安とそれに対する両親・夫への罪悪感を抱いたが、飼い猫の勇敢な死に際を見て、最期は誰でも自分で戦うものと感じ、自分は大丈夫だと思えた	C
SG9:凍結卵の保存延長をしないと医師に言えた	医師から凍結卵の今後についての連絡が入り、「もう結構ですので」と言えた	L
SG10:跡取りが生まれて安心する	義理の兄が突然結婚し、子どもができた。もう私が頑張らなくていいと思えた	D
SG11:ペットを育てる	流産したこどもの出産予定日に生まれた子犬を買って育てている	E
SG12:がんの治療に専念する	乳がんを発症し治療に専念する	J
SG13:治療をやめて不調がなくなり健康になったと思える	自然に忘れて気持ちがふっさきてきたからなのか、不規則だった生理が規則正しく来るようになった。この方が私にとっては健康的だと思えた	O

SG: 社会的ガイド(促進する)

5. 不妊治療終結の意思決定過程と子どものいない人生を受け容れる過程の TEM 図

基本の TEM 図に、選択した**行動・行為・考え**に至る影響要因である SG と SD のカテゴリ、「不妊治療をやめる」(OPP⑧)「できることに熱心に取り組む」(OPP⑨)、「子どもを持つことをきっぱりと諦める」(OPP⑩)に至る要因である SG と SD のカテゴリを加えた TEM 図を作成した (図 8-1 ~ 8-4)。

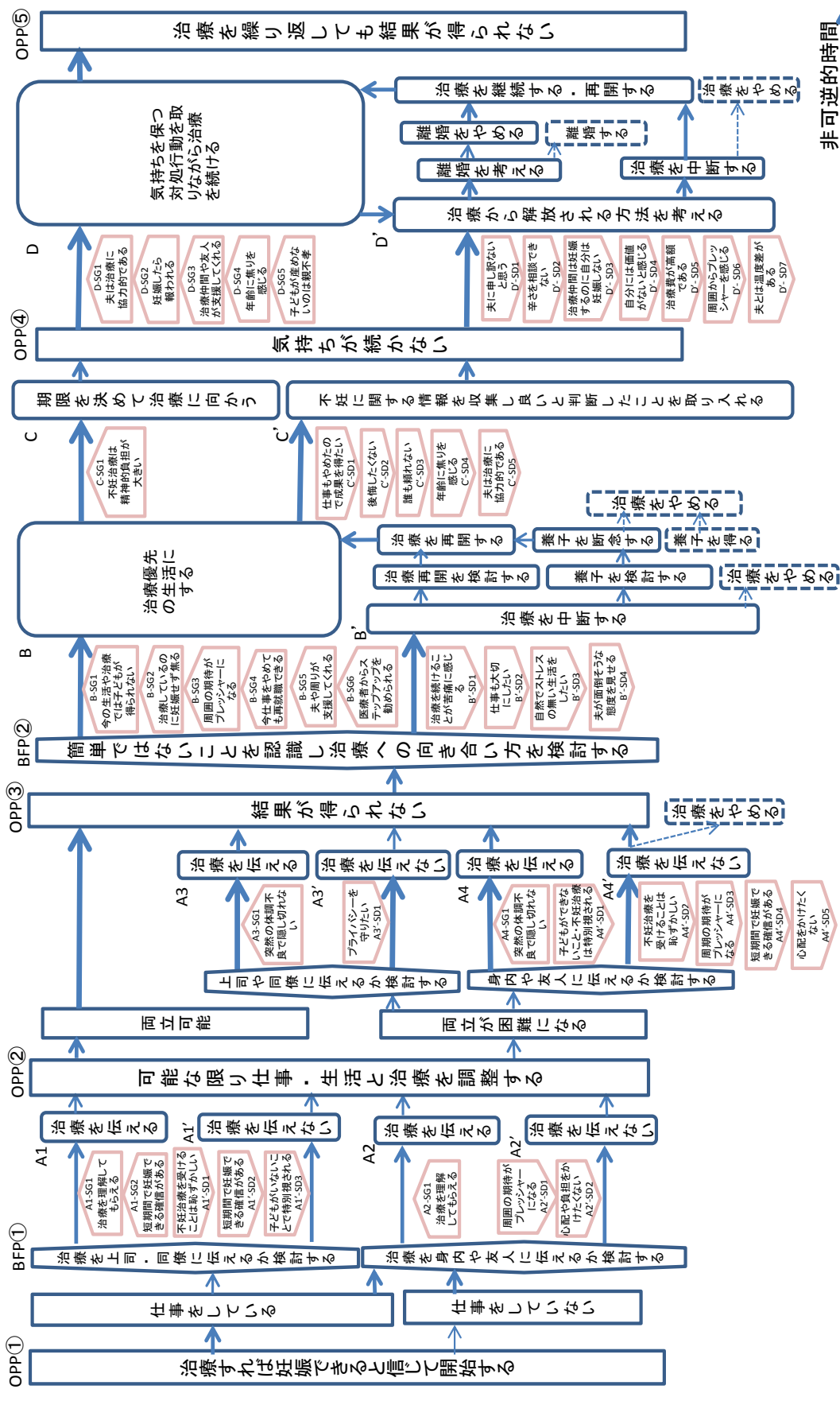


図8-1 第1期：治療すれば妊娠できると信じて開始する～治療を繰り返しても結果が得られないまでのTEM図

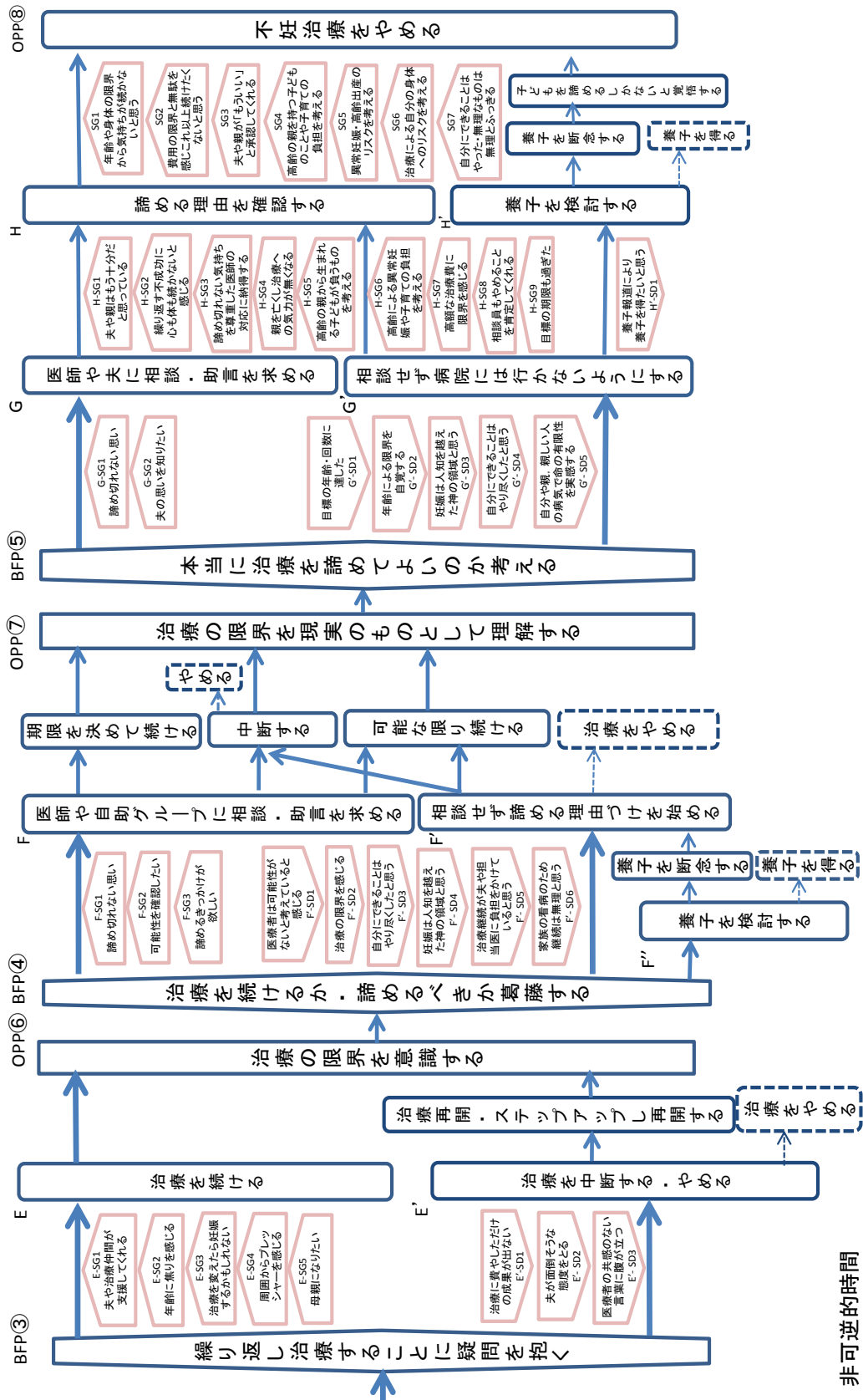


図8-2 第2期：繰り返して治療することに疑問を抱く～不妊治療をやめるまでのTEM図

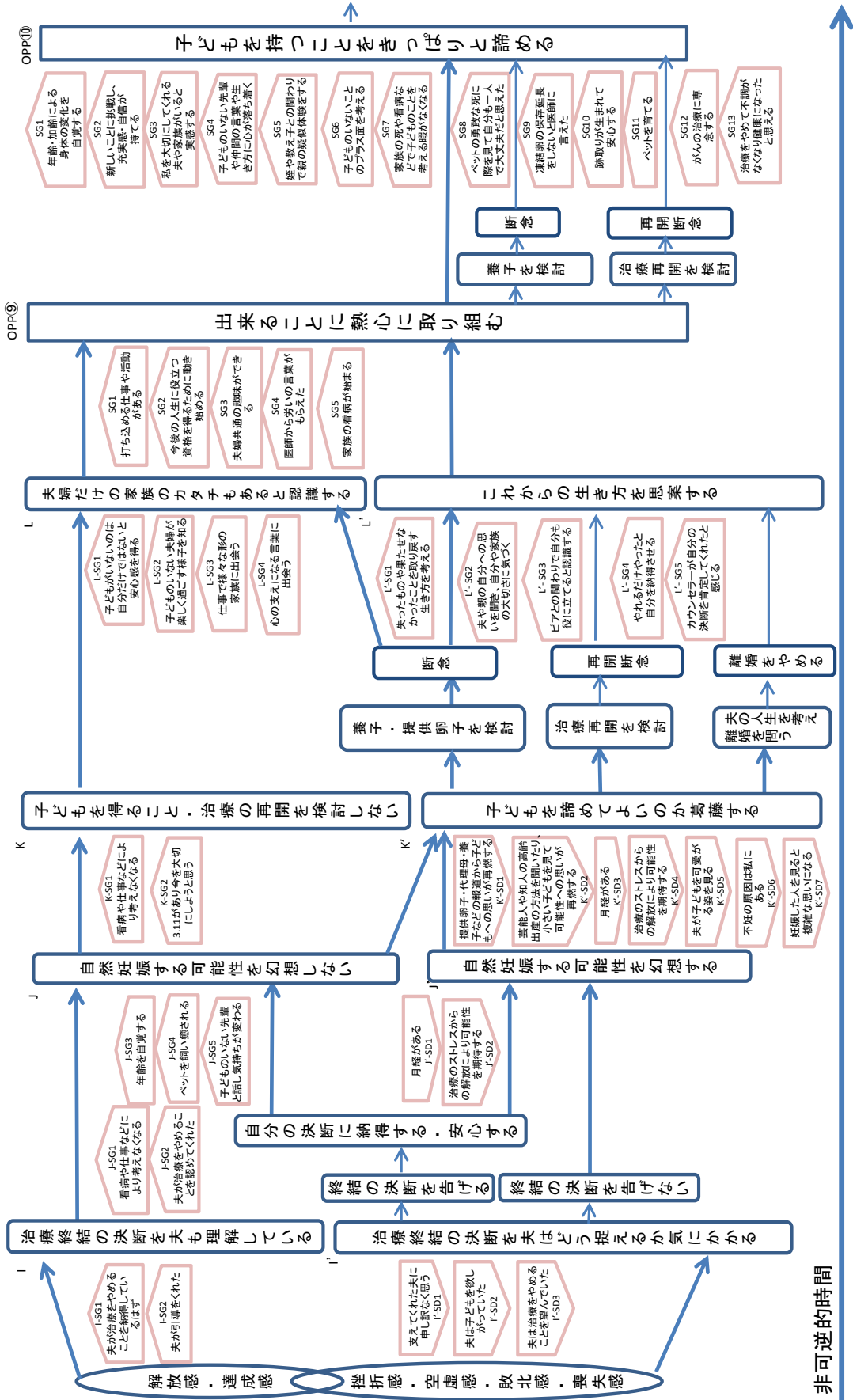


図8-3 第3期: 治療終結～自分らしい生き方を見出すまでの過程のTEM図(1)

非可逆的時間

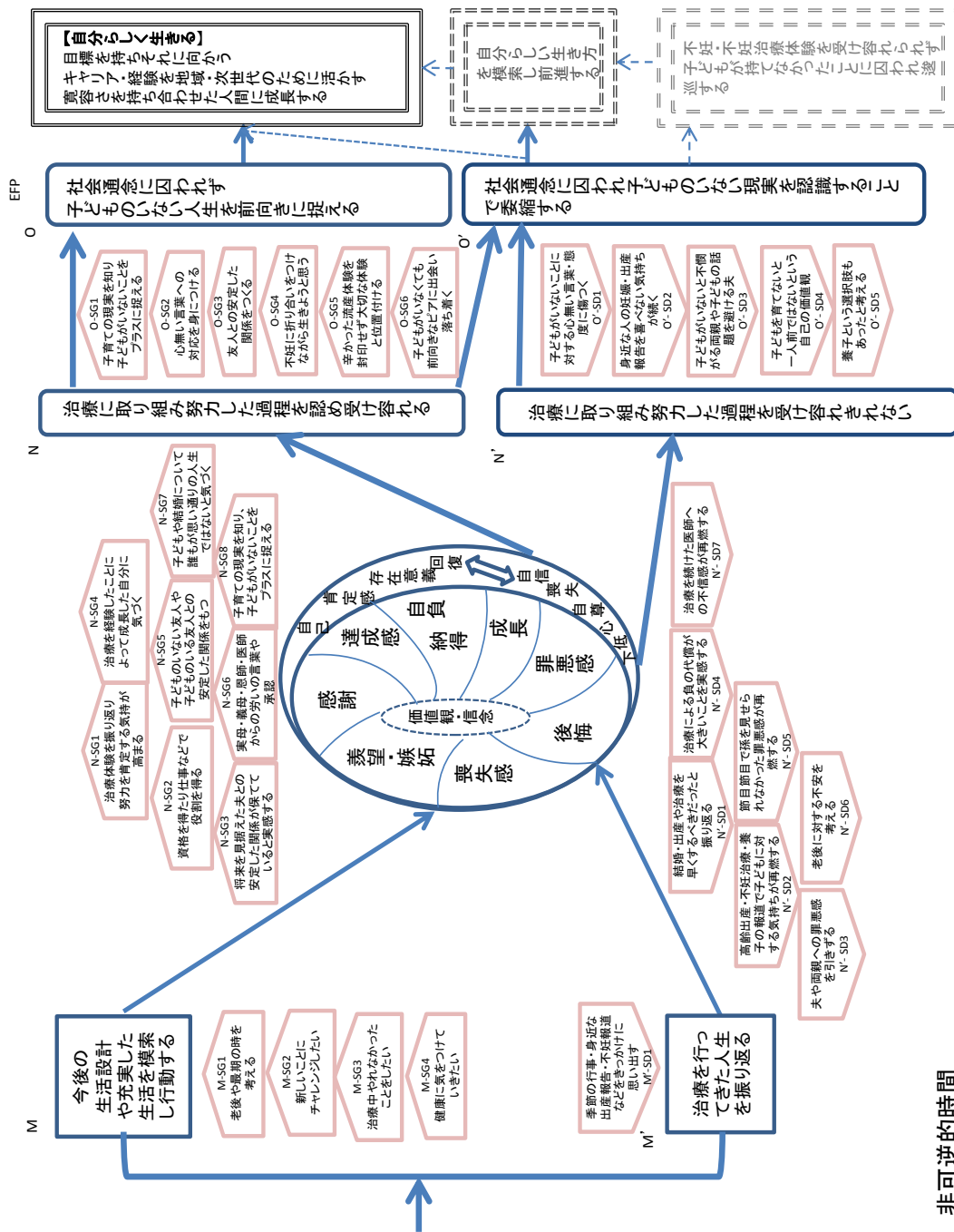


図 8-4 第3期：治療終結～自分らしい生き方を見出すまでの過程のTEM図(2)

非可逆的時間

6. 類型の抽出と類型別 TEM 図

1) 類型の抽出

治療終結から子どものいない人生を受け容れ自分らしい生き方を見出すまでの過程の TEM 図において、『自分らしく生きる』(EFP) に至る最終径路は、「**O : 社会通念に囚われず子どものいない人生を前向きに捉える**」径路である(図 8-4)。そして、この径路に向かうためには、「**N : 治療に取り組み努力した過程を認め受け容れる**」径路を辿る。しかし、「**N : 治療に取り組み努力した過程を認め受け容れる**」径路に至ったとしても、「**O' : 社会通念に囚われ子どものいない現実を意識することで委縮する**」径路に向かう場合もあった。一方で、「**N' : 治療に取り組み努力した過程を受け容れきれない**」径路は、「**O' : 社会通念に囚われ子どものいない現実を認識することで委縮する**」径路のみに向かい『自分らしく生きる』(EFP) に至らない現状にあった。また、『自分らしく生きる』(EFP) に至るためには、「**不妊治療をやめる**」(OPP⑧) 前の最終的な分岐点「**本当に治療を諦めてよいのか考える**」(BFP⑤) で、「**G : 医師や夫に相談・助言を求める**」、「**G' : 相談せず病院には行かないようにする**」径路のどちらの径路を辿って現在に至っているかも、意思決定時の支援を考える上では重要である。そのため、G, N, O の 3 点の径路選択に焦点をあてた。

全事例のこの 3 点の径路の辿り方から、4 つの類型を見出した(図 9)。

類型①は、治療をやめる最終的な意思決定において、「**G : 医師や夫に相談・助言を求める**」径路を選択し、治療をやめる。その後、自分らしい生き方を見出す最終的な径路は、「**N : 治療に取り組み努力した過程を認め受け容れる**」径路から、「**O : 社会通念に囚われず子どものいない人生を前向きに捉える**」径路に向かい、「自分らしく生きる」(EFP) に至る。類型①は、5 事例であった。

類型②は、治療をやめる最終的な意思決定において、「**G' : 相談せず病院に行かないようにする**」径路を選択し、治療をやめる。自分らしい生き方を見出す最終的な径路は、類型①と同様「**N : 治療に取り組み努力した過程を認め受け容れる**」径路から、「**O : 社会通念に囚われず子どものいない人生を前向きに捉える**」径路に向かい、「自分らしく生きる」(EFP) に至る。類型②は、4 事例であった。

類型③は、治療をやめる最終的な意思決定において、類型①同様「**G : 医師や夫に相談・助言を求める**」径路を選択し、治療をやめる。しかし、自分らしい生き方を見出す最終的な径路は、「**N : 治療に取り組み努力した過程を認め受け容れる**」径路から、

「O' : 社会通念に囚われ子どものいない現実を認識することで委縮する」径路に向かい、「自分らしく生きる」(EFP) に至らない。類型③は、1 事例であった。

類型④は、治療をやめる最終的な意思決定において、類型②と同様「G' : 相談せず病院に行かないようにする」径路を選択し、治療をやめる。自分らしい生き方を見出す最終的な径路は、「N' : 治療に取り組み努力した経過を受け容れきれない」径路から、「O' : 社会通念に囚われ子どものいない現実を認識することで委縮する」径路に向かい、「自分らしい生き方を模索し前進する」段階に留まっている。類型④は 5 事例であり、うち 1 事例は、現段階では、「N' : 治療に取り組み努力した過程を受け容れきれない」径路に留まっているため、類型④とした。

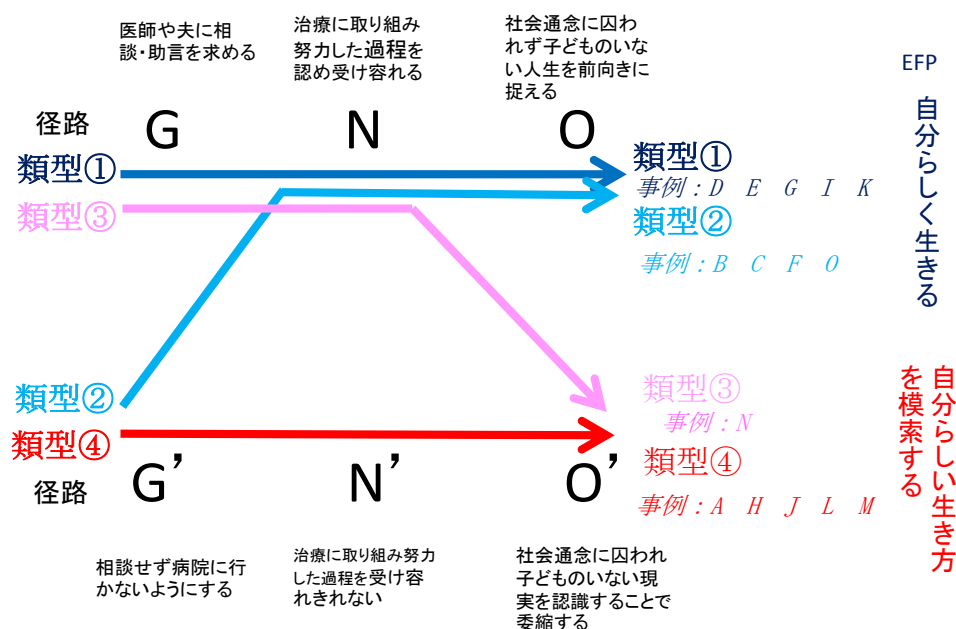


図9 4つの類型が辿る径路

2) 類型ごとの径路と特徴

類型の特徴を確認するために、不妊治療終結の意思決定過程と子どものいない人生を受け容れる過程の TEM 図 (図 8-1~4) をもとに、類型ごとに、事例が辿った径路と SG, SD を入れた TEM 図を作成した (図 10~13)。

治療開始から治療に取り組む過程の径路、すなわち「治療すれば妊娠できると信じて開始する」(OPP①) から「治療の限界を現実のものとして理解する」(OPP⑦) までの径路で、類型①②③の差異は見られなかったが、類型④に関しては、「D' : 治療から解放される方法を考える」径路の後に、「離婚を考える」径路を辿っていた。「離婚を

考える」に至る理由には、「他の女性と血を分けた子どもをつくってもらった方が夫の幸せだろうか：A」「私が死んだら保険金が入る，夫もそれで生きて行ける，事故とか何かで死なないかなあと常に思う，夫に子どもを抱かせてあげたい，身を引くというものもある：H」があり，類型④に関しては，破滅的になるほどに自分を追い込む傾向があった。

(1) 類型① (G→N→O) の径路とその特徴

類型①は，5事例 (D, E, G, I, K,) であった。類型①の特徴を類型①の TEM 図 (図 10-1~4) と事例 I の語りの要約を用いて説明する。なお，図 10-1-4 は，類型①が辿らなかった径路は，薄くし，類型①の径路が分かるようにしている。

類型①は，【諦めきれない思い：G-SG1】【夫の思いを知りたい：G-SG2】という思いから，「G：医師や夫に相談・助言を求める」径路を選択し，【諦め切れない気持ちを尊重した医師の対応に納得する：H-SG3】【高齢の親から生まれる子どもが負うものを考える：H-SG5】などによって，「H：諦める理由を確認する」径路に至る。そして，【年齢や身体の限界から気持ちが続かないと思う：SG1】【費用の限界と無駄を感じこれ以上続けたくないと思う：SG2】などの理由によって，「不妊治療をやめる」OPP⑧に至る。

<事例 I>

無理と言われたが他の医師なら治療してくれるかもしれないと思った。他院で，もう駄目だと言われたことを報告した (G)。医師は卵巣機能の検査をしてくれた。年齢に比べてかなり低い値だった。採卵できない。ホルモン値も低い。貯金も使い果たした。条件がすべてそろった (H)。42歳直前，後悔しない形でもうやめようと初めて自分で決められた (OPP⑧)。

注) 枠内の文中の G, H などの記号は分岐点記号を示す

治療終結直後は，「空虚感」「敗北感」「喪失感」のみならず，「解放感」「達成感」も感じていた。その後は，治療中や終結期の夫との関係によって「I：治療終結の決断を夫も理解している」または「I'：治療終結の決断を夫はどう捉えるのか気にかかる」径路に向かい，終結をあえて告げない選択をする事例もある。その後，「J：自然妊娠する可能性を幻想しない」径路から，「K：子どもを得ること・治療の再開を検討しない」径路に進む，つまり治療終結後は子どもを得ることを一切考えない事例がある一方で，「J'：自然妊娠する可能性を幻想する」から，「K'：子どもを諦めてよいのか葛藤する」径路に進み，「養子・提供卵子の検討」「治療再開を検討」「夫の人生を考え離婚を問う」を経て断念する事例もある。治療終結後に子どもを得ることを考える場

合もそうでない場合も、「L：夫婦だけの家族のカタチもあると認識する」または「L’：これからの生き方を思案する」径路を辿り、その後、「出来ることに熱心に取り組む」OPP⑨、「子どもをもつことをきっぱりと諦める」OPP⑩に至る。

<事例 I>

夫はもともと(子ども)を熱望していなかった。治療卒業イコール夫婦で行き(いきていくこと)ましようというスタンスだったから、悔しい(あえて伝えない)(I’)。治療はやめたけど、自然に子どもができるかもしれないと思った(J’)。

諦めてよかったのかって気持ちがどんよりした

3.11が起きた。子どもを守り切れるのかと自分に問い、夫と犬と私の3人でいいと思う。しかし、子どもができないのは私が原因だ(K’)。

夫の気持ちを聞いてみた。夫は「ずーっと仲良くやってきた。普通のカップルには子どもがいるけどうちにはいない。別にそれも個性で、仲良く・楽しくやっていったほうがいい」初めて夫の気持ちが聞けて、なんかスーッとした。だったら私も元気に仲良くしていくほうが、自分らしい。そういう気持ちに向き始めた(L’)。カウンセラー養成講座の体験コースは、楽しかった。しかも自分の誕生日から開校だったので、運命を感じた。学費も高いが1回の治療と同じ。投資と思えばカウンセリングを学ぶことに決めた。カウンセリングスクールで様々な課題が提示され、40歳を過ぎても挑戦できる自分に自信がついた。再生した気持ちになる(OPP⑨)。気づくとあんなに望んでいたのに考えなくなった(子ども)。(OPP⑩)

そして、「M：今後の生活設計や充実した生活を模索し行動する」「M’：治療を行ってきた人生を振り返る」径路を辿る。その後、【高齢出産・不妊治療・養子の報道で子どもに対する気持ちが再燃する：N’-SD2】【節目節目で孫を見せられなかった罪悪感が再燃する：N’-SD5】などを感じながらも、【治療体験を振り返り努力を肯定する気持ちが高まる：N-SG1】【資格を得たり仕事などで役割を得る：N-SG2】【将来を見据えた夫との安定した関係が保てていると実感する：N-SG3】などから「N：治療に取り組んだ自分の努力を認め受け容れる」径路を辿る。

<事例 I>

同年齢で最近子どもを産んだ知人を思い出す。私には無理だなあと思う。

リーマンショックのあおりを受け、夫のためにもお金のいい仕事に転職できた。夫も節目節目で声を掛けてくれる。

ピアカウンセラーにも挑戦して合格した。カウンセラーとして落ち着いた存在として話が聞ける自分になった。企画した不妊に悩む人へのグループワークが盛況でこれからも、夫婦二人でも楽しいと伝えていきたい。

何かの拍子に治療をしたことを思い出す。嫌な体験だけと認めている。自分の歴史だから。今の自分に繋がっている体験だから。(N)

そして、【心無い言葉への対応を身につける：O-SG2】【友人との安定した関係をつくる：O-SG3】などにより「O：社会通念に囚われず子どものいない人生を前向きに捉える」方向に進み、『自分らしく生きる』(EFP)に至る。

<事例 I>

「子どもは産むべき」との心無い言葉にも，カウンセリング講座で対処方法を学んだので対処できる自分になった(0)。飼い犬が人を癒す姿を見て，ドッグセラピストにもなりたいと思い，準備もしている。不妊のお悩みサイトも開設している。

以上のように，類型①の特徴は，納得するまで，可能性を模索し，後悔しないような形で，自分で終結の決断に至っている。そのため，終結直後には「達成感」がある。自分らしい生き方を見出す上では，転職できた，カウンセラーになったなど役割を得る体験，夫と安定した関係，治療体験を認めるなどによって，治療に努力した過程を受け容れ，他人からの心無い言葉にも対応することができ，子どものいない生活を前向きに捉え，新たな目標をもつなど，自分らしく生きている。

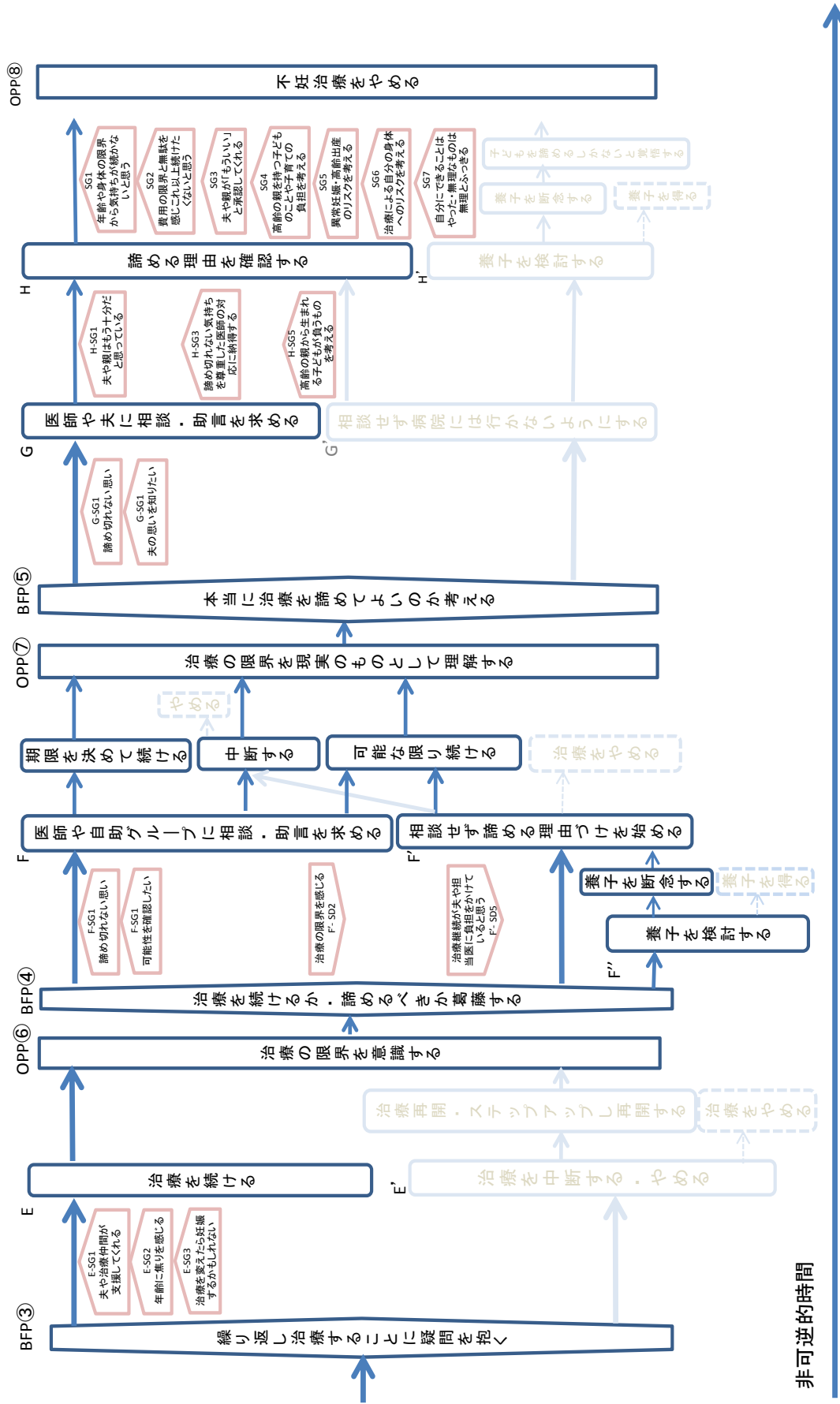


図10-2 類型①の第2期：繰り返し治療することに疑問を抱く～不妊治療をやめるまでのTEM図

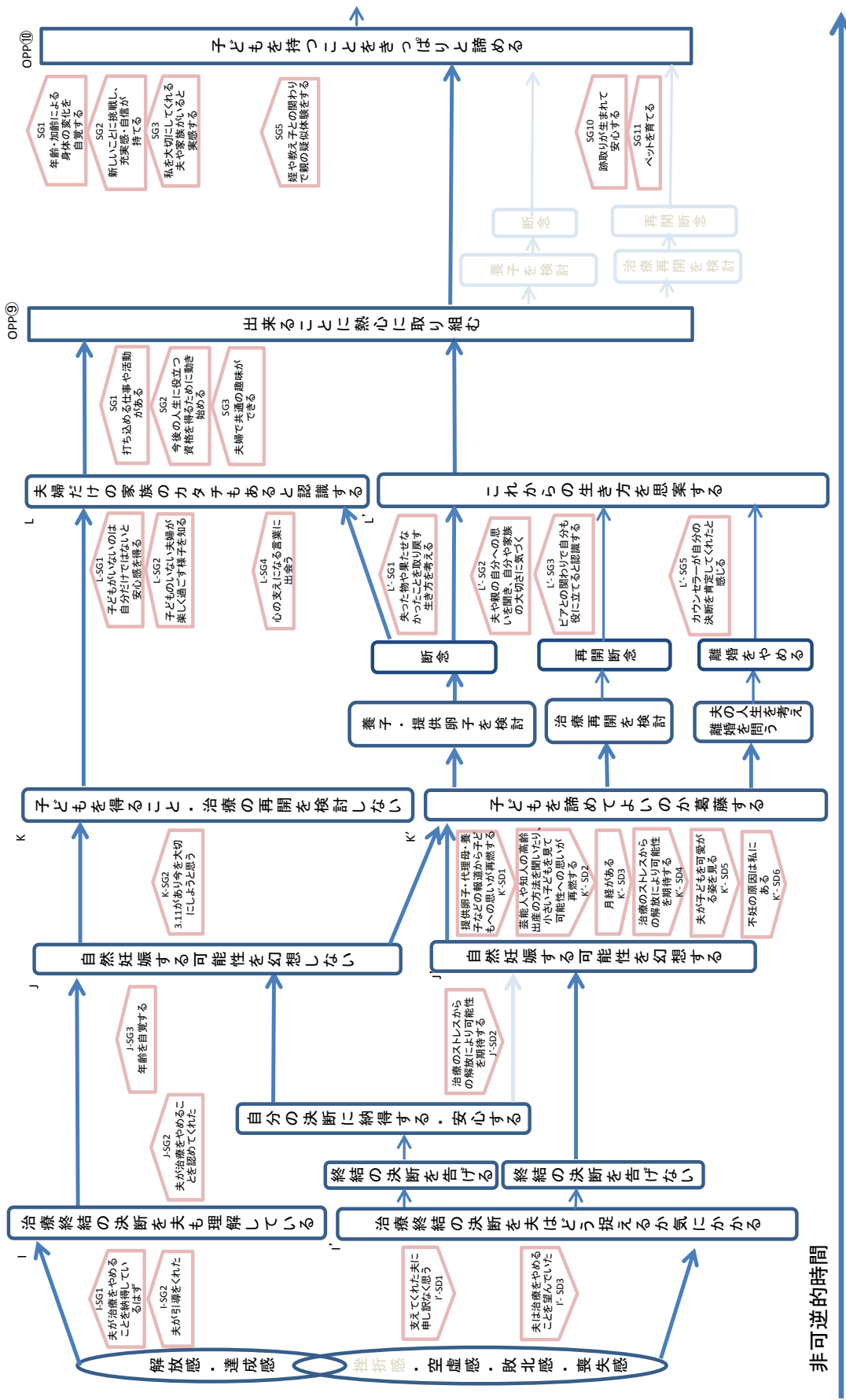


図10-3 類型1の第3期：治療終結～自分らしい生き方を見出すまでの過程のTEM図(1)

非可逆的時間

(2) 類型② (G' → N → O) の特徴

類型②は、4事例 (B, C, F, O) であった。類型②の特徴を類型②の TEM 図 (図 11-1~4) と事例 O の語りの要約を用いて説明する。

類型②は、類型①と異なり「G' : 相談せず病院に行かないようにする」径路を選択していた。選択する理由としては、【目標の年齢・回数に達した : G' -SD1】【妊娠は人知を超えた神の領域だと思う : G' -SD3】などであった。その後、【高齢による異常妊娠のリスク・子育ての負担を考える : H-SG6】【高額な治療費に限界を感じる : H-SG9】などで、「H : 諦める理由を確認する」径路に向かう。そして、【費用の限界と無駄を感じこれ以上続けたくないと思う : OPP⑧-SG1】【年齢や身体の限界から気持ちが続かないと思う : OPP⑧-SG2】【自分にできることはやった・無理なものは無理とふっきる : OPP⑧-SG7】などの理由により「不妊治療をやめる」OPP⑧に至る。

<事例 O>

これは医学の範囲を超えた授かりものだ。また、コーディネーターの言葉にもあった産むこと自体が当たり前でもないと分かった1回のつもりが4回実施した(G')。高額な治療費のため何度もできない。42歳。子どもへのリスク、子育ても大変だろうと思い諦める気持ちになった(H)。自分がやれることはやった。これが限界だ・運命だと感じ、止めた。ふっきれた(OPP⑧)。

治療終結直後は、類型①と同様、「空虚感」「敗北感」「喪失感」のみならず、「解放感」「達成感」も感じていた。その後は、類型①と同様の径路で、「子どもをもつことをきっぱりと諦める」(OPP⑩)に至っていた。

<事例 O>

夫は子どもを望んでいた。治療再開も夫の希望だった(I')。夫には、お金もかかること、この体で治療を続ける自信はないと伝え夫も納得してくれた。仕事の異動と重なり、治療を再開する前に建てた家のローンを返すことで一生懸命だった。治療経験のある職場の先輩と話す機会が増え、気持ちが切り換えられるようになった(J)。TVで養子の報道があった。養子という方法もあった(K')。夫に伝えたが、「そこまでなくていい」と言われた。神の領域・運命と思うしかない。やれるだけやった、区切りにしないと、と言いつけさせるようにした(L')。職場の移動もあり忙しくする(OPP⑨)。昔からお世話になっている先輩(子どもがいない)にも「欠陥品ではない。せっかく生まれたなら楽しまないでどうするの」と言われた。先輩の言葉で、クヨクヨしてどうするんだろうと思う。二人の生活でもいいと思えるようになった(OPP⑩)。

そして、「M : 今後の生活設計や充実した生活を模索し行動する」「M' : 治療を行ってきた人生を振り返る」径路に進む。その中で、【結婚・出産や治療を早くするべきだったと振り返る : N' -SD1】【夫や両親への罪悪感を引きずる : N' -SD3】場合もありながら、【治療体験を振り返り努力を肯定する気持ちが高まる : N-SG1】【治療を経験したことによって成長した自分に気づく : N-SG4】【実母・義母・恩師・医師からの労いの

言葉や承認：N-SG6】【子どもや結婚について誰もが思い通りの人生ではないと気づく：N-SG7】などにより「N：治療に取り組んだ自分の努力を認め受け容れる」の径路を辿る。

<事例 O>

腹水に麻酔に手術にと良く頑張った。子どもがいないことに対する他者の反応から、夫とも色々な価値観があることについて話す事が出来るようになった。不妊治療は、私の狭い価値観をかえるために必要なことだったと思えるようになった。義父母も責めなかったし、お金も名誉もあっても子どもが授からなかった芸能人の話で、色々な人生がある、何もかも上手くいく人生はないと思った (N)。

その後は、【子どもがいないと不憫がる両親や子どもの話題を避ける夫：O' -SD3】を感じる場合もありながら、【子育ての現実を知り子どもがいない事をプラスに捉える：O-SG1】【心無い言葉への対応を身につける：O-SG2】【子どもがいなくても前向きなピアに出会う：O-SG6】などから「O：社会通念に囚われず子どものいない人生を前向きに捉える」方向に進み、『自分らしく生きる』(EFP) に至る。

<事例 O>

兄や友人の子どもが進学の時期になり、自分だったら子どもの進学について気にしてしまうがそれをしなくていいので楽だ。子どもがいないことについても、冗談を交えて答えられる自分になった。1年間治療をしても駄目ならペットを飼うと言う後輩を見て、深刻に考えないこともいいことだ。先輩方から子どもがいてもいなくても幸せと言われ、一人で悶々としなくて済んだ。今では、自分も他人も許せる寛容さが出てきた。無理しなくてもやりたい仕事をやればいい。野菜ソムリエの資格を取り色々やりたいので、仕事や生活を調整している。(O)

以上から、類型②の特徴は、ここまで努力してもできないやり尽くした、もう術はないと理由づけし、ふっきる形で病院に行かない選択をして終結の決断に至っている。

終結直後は、類型①と同様に「解放感」「達成感」「喪失感」などを体験し、自分らしい生き方を見出す上では、類型①と同様に自分らしい生き方を見出している。類型①との相違としては「N：治療に取り組み努力した過程を認め受け容れる」径路に向かう要因 (SG) は同様であるが、抑制する要因である SD が少ないことがあげられる。類型①でみられた【高齢出産・不妊治療・養子の報道で子どもに対する気持が再燃する：N' -SD2】【節目節目で孫を見せられなかった罪悪感が再燃する：N' -SD5】は類型②にはなく、「羨望・嫉妬」や「自信喪失」「自尊心低下」はみられなかった。

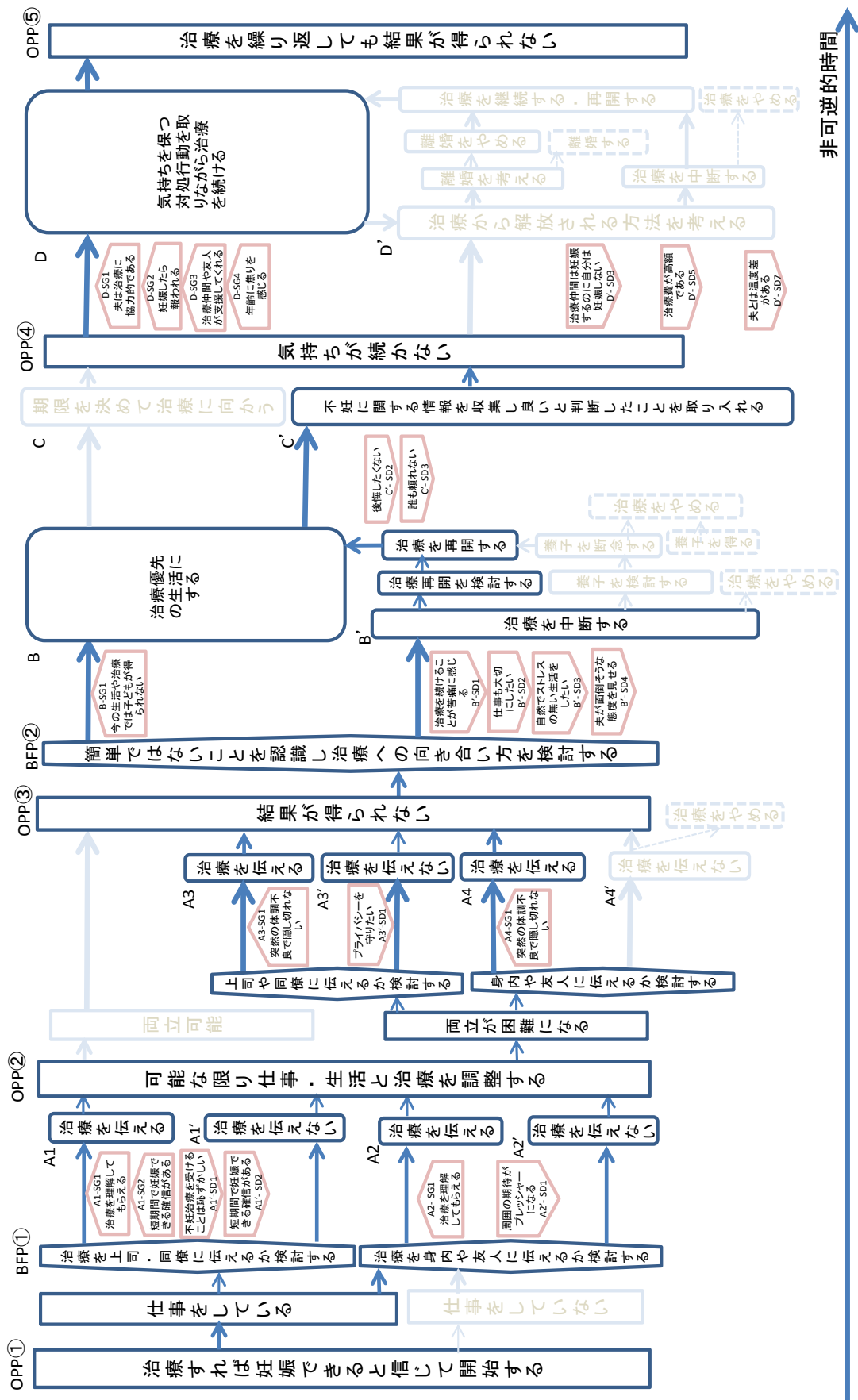


図11-1 類型②の第1期：治療すれば妊娠できると信じて開始する～治療を繰り返しても結果が得られないまでのTEM図

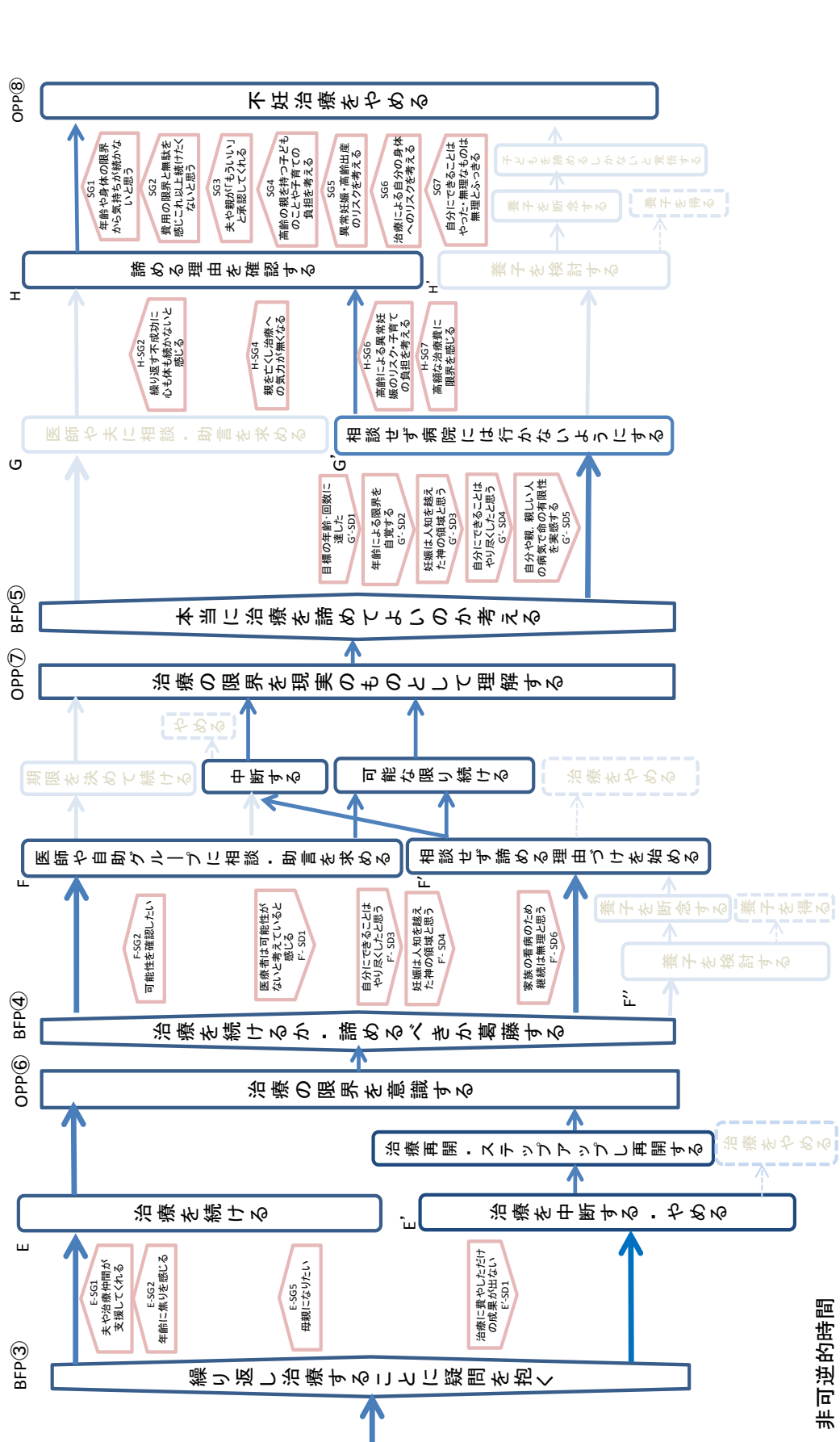


図11-2 類型②の第2期：繰り返し治療することに疑問を抱く～不妊治療をやめるまでのTEM図

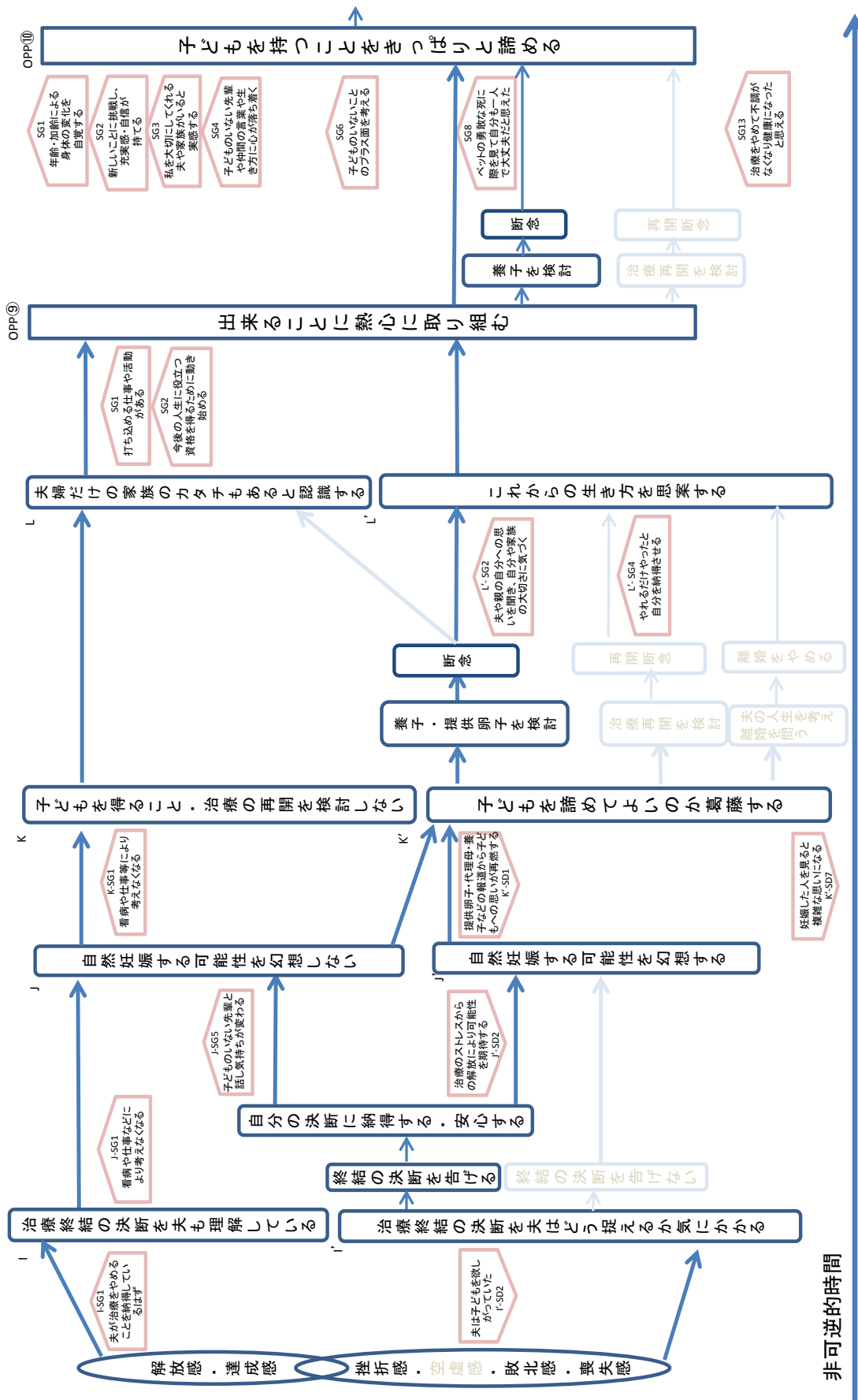


図11-3 類型②の第3期：治療終結～自分らしい生き方を見出すまでの過程のTEM図(1)

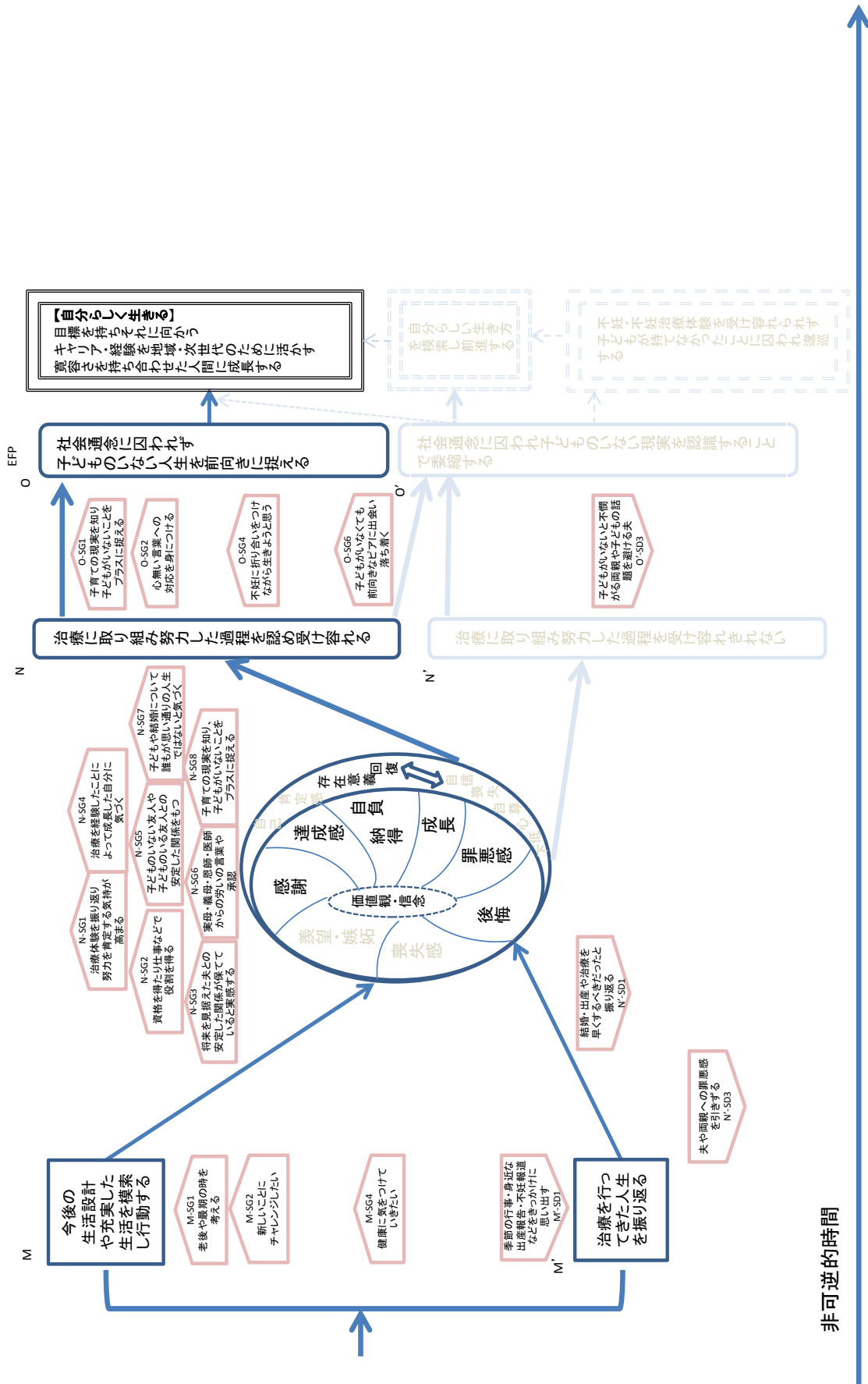


図11-4 類型②の第3期:治療終結～自分らしい生き方を見出すまでの過程のTEM図(2)

(3) 類型③ (G→N→O') の径路の特徴

類型③は、1事例(N)であった。類型③の特徴を類型③のTEM図(図12-1~4)と事例Nの語りの要約を用いて説明する。

類型③は、【諦め切れない思い:G-SG1】【夫の思いを知りたい:G-SG2】との思いから、「G:医師や夫に相談・助言を求める」径路を選択し、【夫や親はもう十分だと思っている:H-SG1】【諦め切れない気持ちを尊重した医師の対応に納得する:H-SG3】ことにより、「H:諦める理由を確認する」径路に向かい「不妊治療をやめる」(OPP⑧)に至る。

<事例N>

医師は、「仕事もあなたにとっては大切なものだ。できる範囲で治療をすればいい」と言ってくれた。しかし、治療にも疲れた。子どものことは夫婦の問題。治療を続けるにしても夫の思いが気になる(G)。夫は「そんなにお金をかけるのもどうか、もう体外受精をしてまでは作りたくはない」と言った。医師は、疲れている私を見かねて「この治療はお金をかける割に非常に確率が低い治療だ」と言ってくれた。父親は、「世の中には(子どもが)居ない夫婦も結構おるぞ」と言ってくれた。もうこれだけやっても駄目で、お金の問題もあり体外受精はできない。これ以上やっても難しい(H)。自然に任せようと思い治療をやめた(OPP⑧)。

終結後は、「敗北感」の後、「I:治療終結の決断を夫も理解している」から「J:自然妊娠する可能性を幻想しない」径路に向う。

<事例N>

人生で初めて努力をしても無理なものもあるって知った。夫ももういいって言った(I)。夫に相談し、ペットを飼うことにした。ペットを飼い育てる。自分達の子どもの想像しながら気が紛れた(J)。

その後は、「K':子どもを諦めてよいのか葛藤する」径路から、「L':これからの生き方を思索する」径路に向かい、「出来ることに熱心に取り組む」(OPP⑨)に収束する。その中で、「治療再開を検討」、「断念」し、「子どもを持つことをきっぱりと諦める」(OPP⑩)に至る。

<事例N>

芸能人の代理母・特別養子縁組の話題を聞き養子も考えた(K')。しかし、条件などを知り、無理だと思った。お腹を痛めた子ではないから、守り切れるのかと思いやめた。これからどうしようと思ったが、暫くはパートのままでいた(L')。上司から「正規社員にならないかと」持ちかけられ、正社員になった(OPP⑨)。40歳になり、治療をするならラストチャンスと思ったが、ネットで40歳なら体外受精も自然妊娠も確率は同じ、子どもへの影響も考え断念した。パートでこそそそと仕事をしている時と比べて、正社員になり堂々とした気持で仕事をするようになった(OPP⑩)。

そして「M:今後の生活設計や充実した生活を模索し行動する」径路に向かう。その中で、【結婚・出産や治療を早くするべきだったと振り返る:N'-SD1】ことで後悔しながらも、【治療体験を振り返り努力を肯定する気持ちが高まる:N-SG1】【資格を得

たり仕事等で役割を得る：N-SG2】【将来を見据えた夫との安定した関係が保てていると実感する：N-SG3】などにより、「N：治療に取り組み努力した過程を認め受け容れる」に至っている。

<事例 N>

夫と将来について話す機会があり、介護老人ホームに入るお金を貯めなければということになった。また、確実に実行されてはいないが、行ける所に旅行に行こうということになった。もう少し早く治療をすべきだった。達成感は8割。しいて言えば、楽しそうに治療をしていた人は妊娠したのもっとポジティブに治療をすべきだった。職場では重宝される存在になった。職場では子どもがいる・いないは関係ない。夫と2人の老後の計画など話し合い。放置していた庭の手入れをしてくれることになった(庭も整え食べる分だけの野菜も作る)。趣味で横のつながりがある。不妊で人生初めての挫折を体験してからは少々のことで動じない。優しくなった、丸くなったと感じる(N)。

しかし、【子どもがいないことに対する心無い言葉・態度に傷つく：0' -SD1】【子どもがいないと不憫がる両親や子どもの話題を避ける：0' -SD3】【子どもを育てないと一人前ではないという自己の価値観：0' -SD4】により、「0' 社会通念に囚われ子どものいない現実を認識することで委縮する」径路に至り、自分らしい生き方を模索し前進している。

<事例 N>

テニスが続けているので横のつながりはある。子どもがいることは関係ない。しかし、子どもがなくて気楽だねと心無い言葉に、努力したって言いたい気持ち。節目・節目の行事で義父母が私達を不憫がる。嫌だ。子どもを育てている人よりも、考え方がまだ子どものように感じる。(0')

子どもがいない人生なんてありえないと思っていた。いないならいないで楽しいこともあると分かり始めてきた。

以上より、類型③の特徴は、治療終結の意志決定過程は、類型①と同様であるが、終結直後は「敗北感」を感じていた。その後、類型①、②と同様に、治療に取り組み努力した過程を認めることができているが、社会通念や子どもがいないことを否定する価値観に囚われ、委縮し、自分らしく生きることに至っていないという特徴がある。

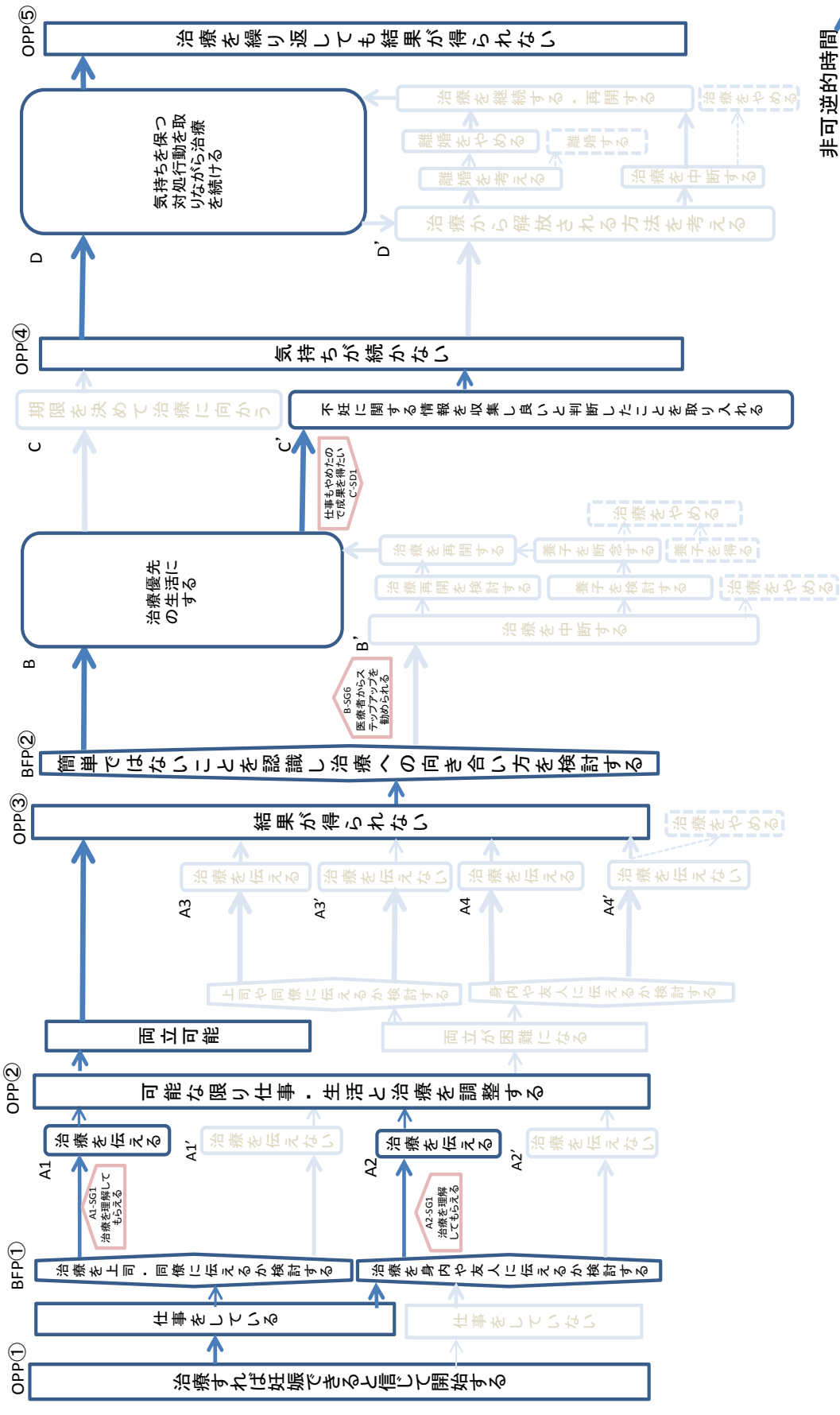


図12-1 類型③の第1期：治療すれば妊娠できると信じて開始する～治療を繰り返しても結果が得られないまでのTEM図

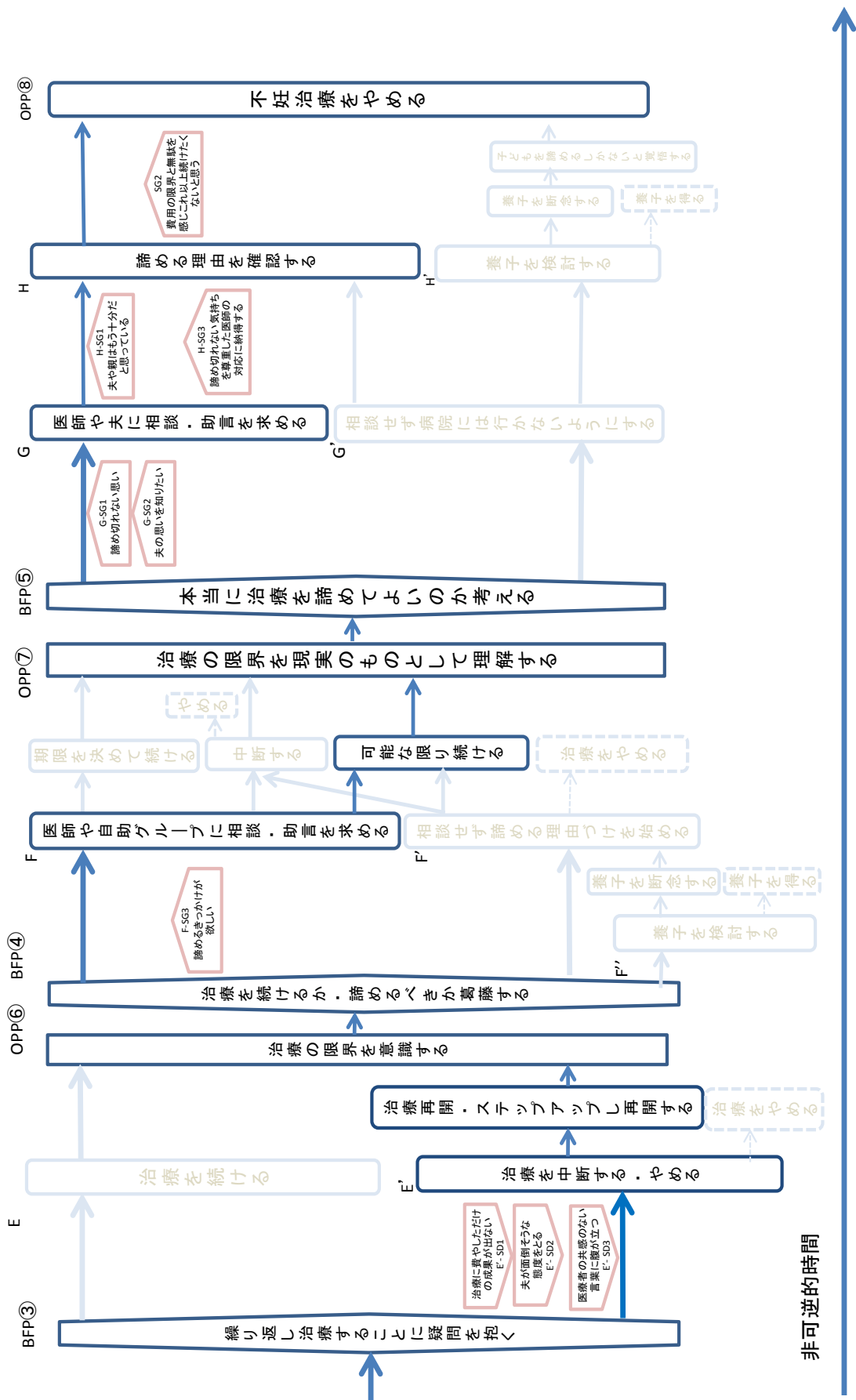


図12-2 類型③の第2期：繰り返し治療することに疑問を抱く～不妊治療をやめるまでのTEM図

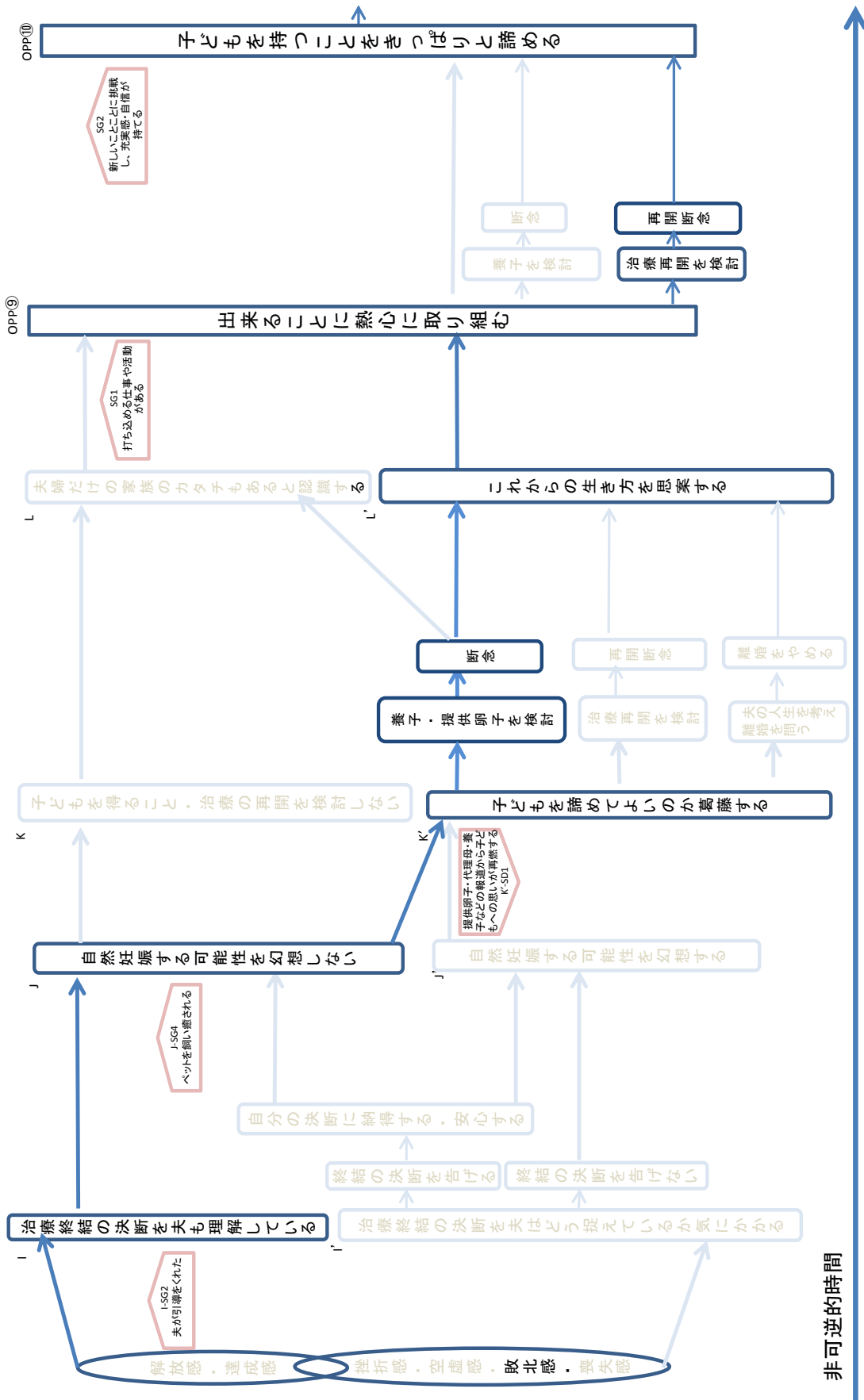


図12-3 類型③の第3期:治療終結～自分らしい生き方を見出すまでの過程のTEM図(1)

非可逆的時間

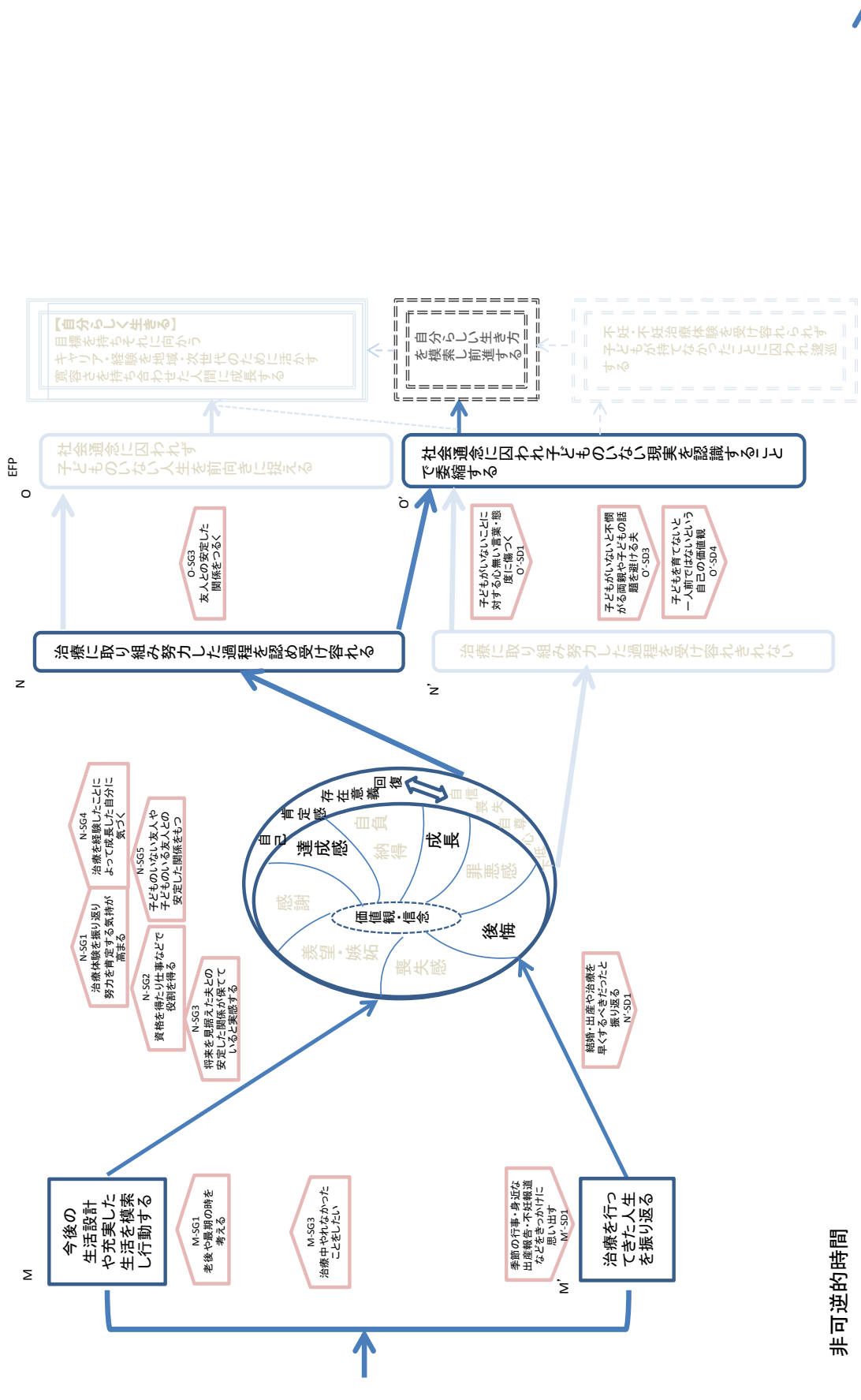


図12-4 類型③の第3期：治療終結～自分らしい生き方を見出すまでの過程のTEM図(2)

(4) 類型④ (G' → N' → O')

類型④は、5事例(A, H, J, L, M)であった。類型④の特徴を類型④のTEM図(図13-1~4)と事例Aの語りの要約を用いて説明する。

類型④は、【目標の年齢・回数に達した:G' -SD1】などにより、「G' : 相談せず病院に行かないようにする」径路を選択する。そして、【繰り返す不成功に心も体も続かないと感じる:H-SG2】などから、「H : 諦める理由を確認する」径路に向かう。また、【養子の報道により養子を得たいと思う:H' -SD1】ことで、「H' : 養子を検討する」径路に向かう事例もある。いずれも、【高齢の親を持つ子どものことや子育てへの負担を考える:OPP⑧-SG4】【異常妊娠・高齢出産のリスクを考える:OPP⑧-SG5】などにより「不妊治療をやめる」(OPP⑧)に至る。

<事例:A>

病院の掲示板にある年齢別治療成績一覧で見るとやはり無理かとも思い病院に行かなくなった(G')。

諦めようかと考えていたときに、テレビで外国人が養子をとるのを見て、養子もありと考えた(H')。養子を育てる苦労を描いた本を読み、養子をもらうにも若くないといけないと感じる。高齢の親では子どもが苦勞するかもしれない。高齢で出産し障がい児を育てている有名人。(子ども)見てくれる人がいればいいけどリスクを考えなければと思い、治療はやめた(OPP⑧)

治療終結直後は、「挫折感」「空虚感」「敗北感」「喪失感」を感じていた。類型①、②と異なり、「達成感」「解放感」はなかった。その後、類型①、②と同様に、「I : 治療終結の決断を夫も理解している」もしくは、「I' : 治療終結の決断を夫はどう捉えるのか気にかかる」径路に向かい、「K' : 子どもを諦めてよいのか葛藤する」などを経ながら、「出来ることに熱心に取り組む」(OPP⑨)に至る。

<事例 A>

夫は何も言わず支えてくれた(I')。生理があるまでは可能性はあると思った(J')。また、赤ちゃんポストの話題が出てきた。貰いに行きたいとも思った(K')。この年齢で子どもができたとしても、高齢の両親、女性はメイクでごまかせても男性は無理。体力的にも自信がない。養子では関係が築けるかなど、子どもの将来を考え迷い、断念した。

お金も使った。このまま収入がなくても困ると考え、正職員になる(L')。仕事があるから諦めもつく(OPP⑨)

夫は何も言わないが支えてくれた。専門学校で学生と関わり、入学式や卒業式などで、自分に子どもがいたらしていただろうことを疑似体験できた。そのことにも感謝する。治療はやめてもあきらめられないまま過ごしていたが、閉経を迎え、どうあがいても無理と完全に諦めた。もう迷わなくてもいいとすっきりした。(OPP⑩)

そして、【年齢・加齢による身体の変化を自覚する：SG1】【私を大切にしてくれる夫や家族がいると実感する：SG3】【姪や教え子との関わりで親の疑似体験をする：SG5】などの理由により、「子どもを持つことをきっぱりと諦める」(OPP⑩)に至る。

その後、【老後・最期の時を考える：M-SG1】ことで「M：今後の生活設計や充実した生活を模索し行動する」に向かう。その中で、【将来を見据えた夫との安定した関係が保てていると実感する：N-SG3】【子どもや結婚について誰もが思い通りの人生ではないと気づく：N-SG7】といった体験をしつつ、【結婚・出産や治療を早くするべきだったと振り返る：N'-SD1】【夫や両親への罪悪感を引きずる：N'-SD3】【節目節目で孫を見せられなかった罪悪感が再燃する：N'-SD5】などで、「N'：治療に取り組み努力した過程を受け容れきれない」に至る。そして、【子どもがいないことに対する心無い言葉・態度に傷つく：O'-SD1】【身近な人の妊娠・出産報告を喜べない気持ちが続く：O'-SD2】などにより、「O'：社会通念に囚われ子どものいない現実を認識することで委縮する」に留まっている。

<事例 A>

これからどうやって二人で生活していき、最期を迎えようかと考える (M)。二人どこに行くにも一緒。親密だね。早く結婚すればよかった。孫がいないので節目・節目や季節の行事で、両家が集まれない。両家の両親を疎遠にしてしまったと思う。子どものいる同級生は子どもがいても当てにならないと言うが、いざとなれば子どもは親を看取るものだと思う。子どものいない同級生からの老後に対するそっけない返事に、初めから子どもを望んでいない夫婦と自分たちは違うと思う。老後を看取ってくれる人はいない (N')。お子さんは？の社交辞令に、嫌だと感じ、答えに詰まる。他の人はどうやって乗り越えたのか聞きたい。身内以外の妊娠・出産・孫の話で喜べない。羨ましいって思いが死ぬまで続く (O')。

類型④は、類型②と同様に、病院に行かないようにするが、類型②は、自ら納得できたことによるが、類型④は、言い聞かせ、納得のない形で病院には行かない選択をしている。類型④には、治療終了後には「解放感」「達成感」などがなかった。類型④は、治療体験を振り返るなかで、「成長」「達成感」はなく、治療による負の代償を実感していたり、医師への不信感、老後の不安を考えるなど、失ったものの大きさに「喪失感」が拭えない状態にある。また、類型③と同様で、社会通念や子どもがいないことを否定する価値観に囚われ、他者の出産報告を喜べないなど、羨望が強く、子どもを持てなかった喪失感が拭い去れない状態にある。

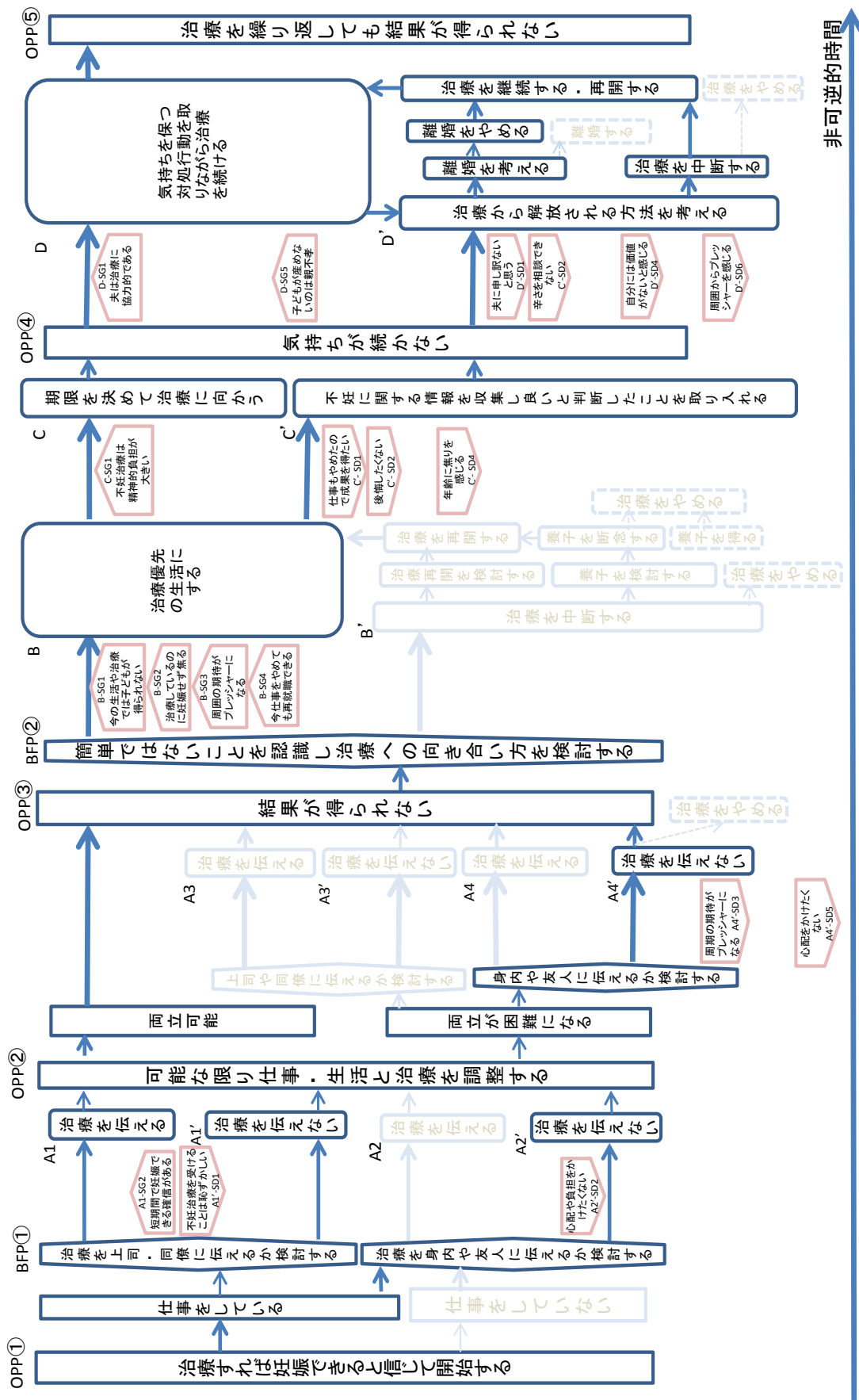


図 13-1 類型④の第1期: 治療すれば妊娠できると信じて開始する ~ 治療を繰り返しても結果が得られないまでのTEM図

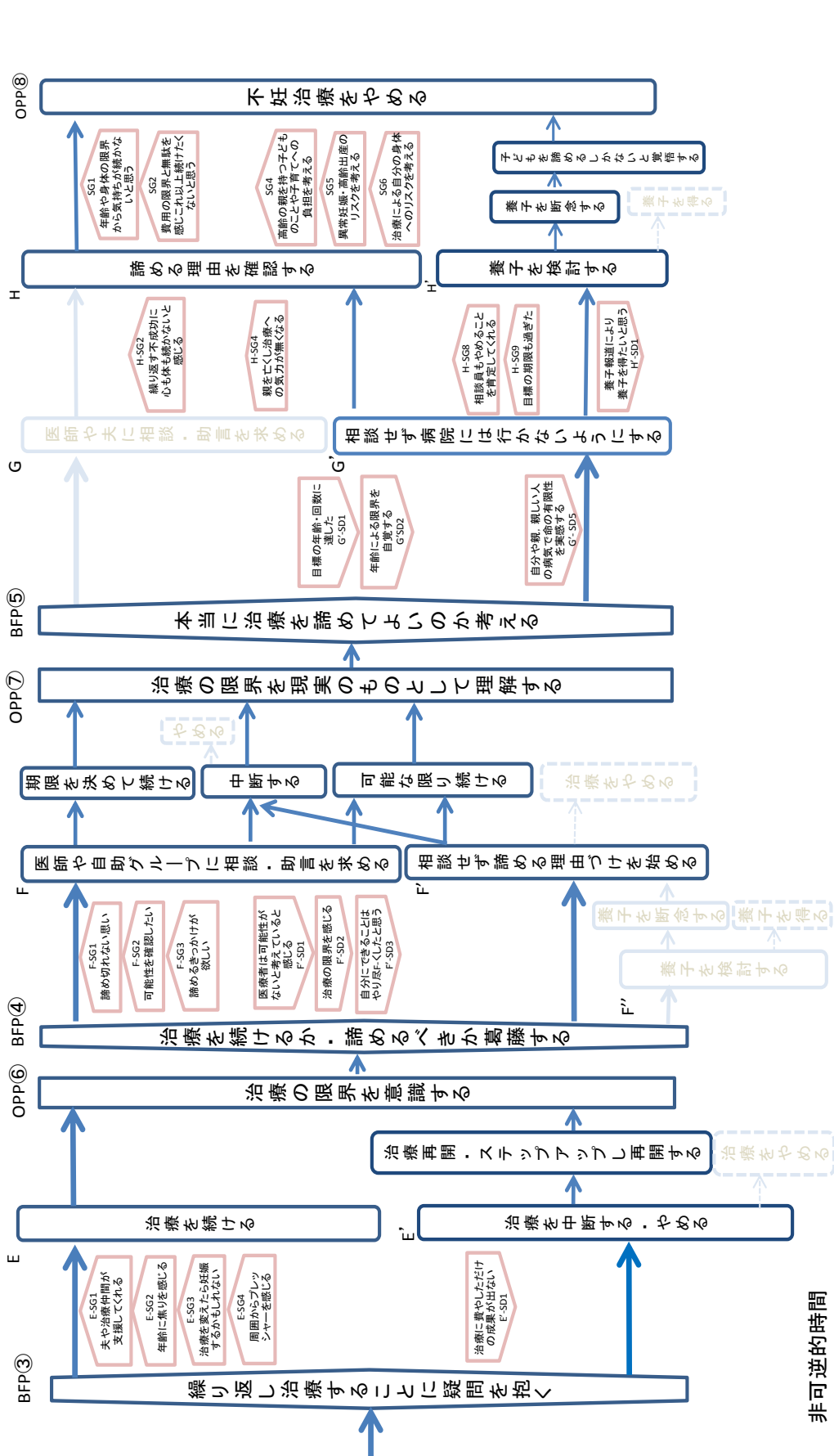


図13-2 類型④の第2期：繰り返して治療することに疑問を抱く～不妊治療をやめるまでのTEM図

非可逆的時間

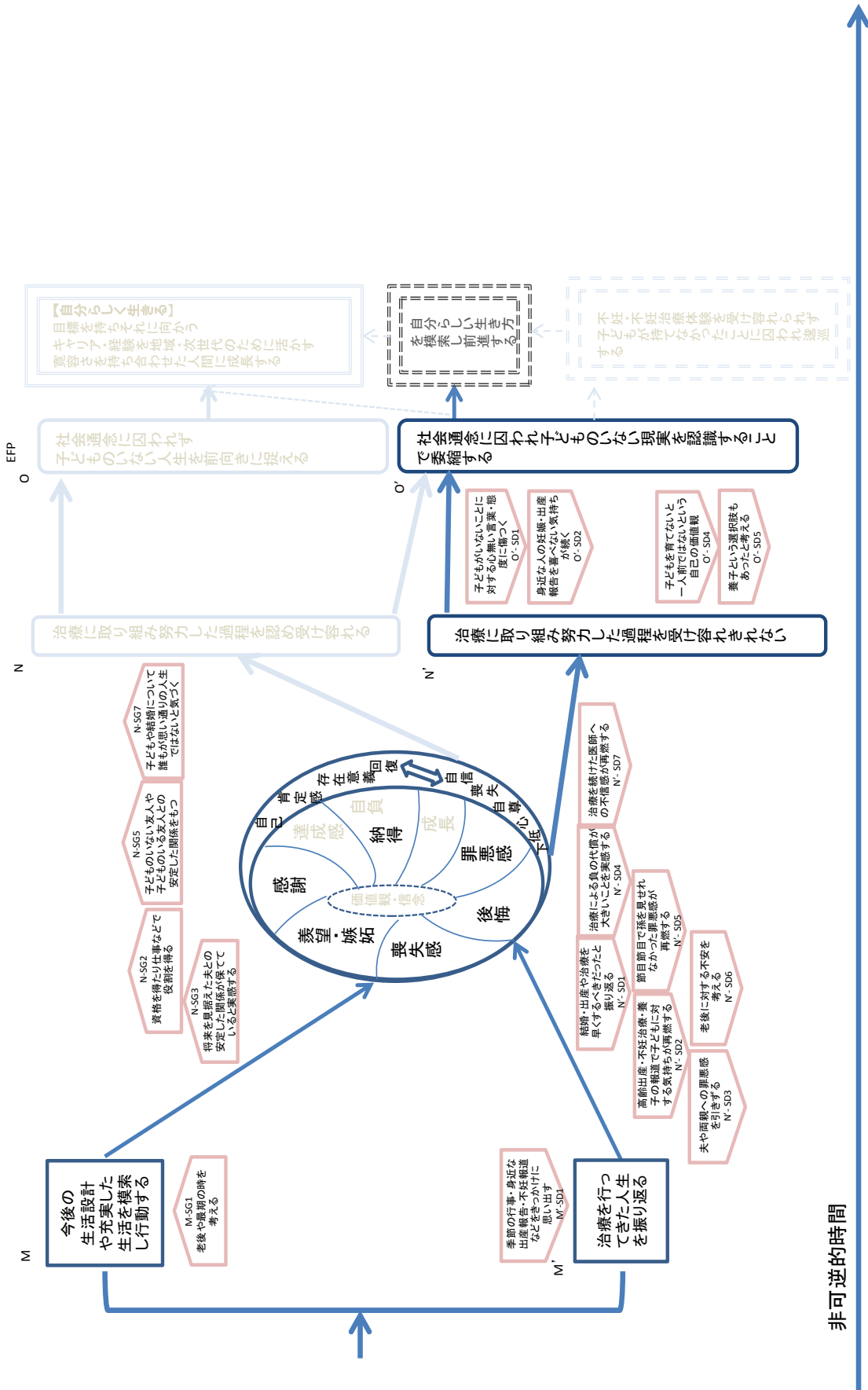


図13-4 類型④の第3期：治療終結～自分らしい生き方を見出すまでの過程のTEM図(2)

7. 医療職に求める支援

逐語録から1記録単位に求める支援が一つとなるようにコード化し、136コードを抽出した。そのうち、求める支援ではないと考えられた14コードを除く、122コードを分析対象とした。意味内容の類似性・相違性をもとにカテゴリ化した。その結果、37のサブカテゴリ、14のカテゴリ、6コアカテゴリに分類された(表6, 表7-1~6)。

以下、**コアカテゴリ(太字)**毎に、**カテゴリ(ゴシック体)**、<サブカテゴリ>、「コード:事例コード」で表した。

表6 治療開始時期から終結期において医療者に求める支援(コアカテゴリ)

コアカテゴリ	事例コード
①状況や心情に配慮した気持ちが和らぐ対応と環境の調整(34)	A, B, C, D, E, F, G, H, I, K, L, M, N
②治療段階にそった患者の意思決定を支える十分な説明・情報提供(30)	A, B, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N
③状況に応じて必要な相談ができる場の調整とシステムの充実(29)	A, B, E, G, H, I, J, K, L, M, N
④終結時期を吟味し患者の揺れる気持ちに寄り添った意思決定の支援(8)	A, B, C, H, I, K
⑤不妊の理解や支援の仕組みと夫婦2人で生きる形を肯定する社会(15)	C, H, I, N
⑥カップルとして捉えた専門的な支援(6)	E, K, L, M

()内の数字:コード数

1) 状況や心情に配慮した気持ちが和らぐ対応と環境の調整

このコアカテゴリは、不成功判定時や対象の状況・背景を察知し、気持ちがやわらぐ対応を求めるもので、話しやすい雰囲気、一人ひとりとの関係性を築く姿勢、温かみのある待合室の設置といった緊張感が緩和される対応や関係を築く医療者の関わりを示し、3つのカテゴリ、10のサブカテゴリで構成された(表7-1)。

(1) 状況にあわせた気持ちが和らぐ対応

このカテゴリは、「『泣きたいだけ泣いて帰りなさい』って、殺伐とした気持ちが和らぐ、辛い気持ちの中でもなんか温かいものが感じられるというのを求めている:C」「病院に間に合いそうにない時に、状況を察して、『そんなに焦らなくて、大丈夫ですよ』と焦らせない対応が良かった:C」「治療中に優しい言葉をかけられるだけでホッとできる:K」「流れ作業的にしないで欲しい:F」「(点鼻の量が多かったかなあと)些細なことを気にすることに対して)些細な気持ちを些細と思わないで『そうですよねー』ってだけでいい:A」「医師の言葉で自己否定された気分になっている患者には、その場でちょっとできる声掛けや励ましなどの支援が欲しい:K」などのように、

気持ちを和らげる対応を示し、＜不成功判定後の気持ちが和らぐ対応＞＜状況や背景を察した対応＞＜処置や治療中の優しい言葉掛け・タッチング＞＜流れ作業的ではない対応＞＜気持ちを理解した対応＞＜患者の変化を捉えた言葉がけ＞の6つのサブカテゴリで構成された。

(2) 日頃の言葉掛けと話しやすい雰囲気

このカテゴリは、「神経質になっている時に医療者側から声を掛けづらいかもしれないが、勇気を出して声を掛けてくれるべき：E」「注射の時に足を止めさせるのは悪いので、病院では話し相手がない：G」「(略)アイコンタクトや手を振るなど。名前と顔と一致させる対応：D」などのように、＜常日頃から言葉を掛け励まし支援する関わり＞＜話しやすい雰囲気を作る＞＜一人の人として認めた関わり＞の3つのサブカテゴリで構成された。

(3) 温かい雰囲気の待合室や環境

このカテゴリは、他に類似のサブカテゴリがないと判断し、カテゴリとした。「患者は皆不安を抱えて待合室にいるから、外来は静かで暗い雰囲気だった。雰囲気が悪かった：B」など、待合室の環境と雰囲気について示していた。

表 7-1 医療者に求める支援のコアカテゴリ
 -①状況や心情に配慮した気持ちが和らぐ対応と環境の調整-

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	事例コード	
1.状況にあわせた気持ちが和らぐ対応 20	1.不成功判定後の気持ちが和らぐ対応 6	「泣きただけ泣いて帰りたい」として、殺伐とした気持ちが和らぐ、辛い気持ちの中でもなんか温かいものが感じられるというのを求めている	C	
		外来看護の役割は最も重要。判定日には泣いていた。大丈夫ですかの声掛けもない、あったかもしれないが心に響かなかった	G	
		落ち込んでいるときに、寄って来てくれて、心を落ち着かせてくれる対応を求める	D	
		不成功が続いて不安な時に話をきいてくれるといい	B	
		「駄目だったね。残念だったね」という言葉に共感が無く、「次行こう」と言われると「えっ」と感じる	N	
		看護師に「どうだった?」と声をかけられ、「駄目だった」と言うとき「あーまた頑張らないかんねえ」と言ってくれた。	F	
		2.状況や背景を察した対応 5	病院に間に合いそうにない時に、状況を察して、「そんなに焦らなくて、大丈夫ですよ」と焦らせない対応が良かった	C
			私は流産しているのに、着床したときに「おめでとうございます」と言われ違和感を感じた終結期に近づくころ、質問はありませんかと明るくニコニコと働く看護師の姿に涙が出そうになった。もう少し配慮が欲しかった	L
			不妊治療と身内の葬儀が重なったときに、「来れませんが、他に対策はないかな」と相談みたいと言った。医師は「あっそう。じゃあ今回治療中止ね」とカルテを閉じた。「身内が亡くなって大変だね。じゃあどうしようか」と人間的なコミュニケーションができるといい	C
			初めてでも背景を察して対応をして欲しい	M
3.処置や治療中の優しい言葉掛け・タッチング 3	治療中に優しい言葉をかけられるだけでホッとできる	K		
	トーンがすごく優しく、「大丈夫ですよ」ということだけでもホッとできる	C		
	オペ室に入るときに緊張をほぐす声掛けとタッチングでとても癒された	C		
4.流れ作業的でない対応 2	流れ作業的にしないで欲しい	F		
	看護師は注射を打つだけでドライな感じ。親身になっていない	F		
5.気持ちを理解した対応 2	(点鼻の量が多かったかなあとか、些細なことを気にすることに対して)些細な気持ちを些細と思わないで「そうですねー」とだけでいい	A		
	受付の人も、治療している人の気持ちを分かった対応をして欲しい	C		
6.患者の変化を捉えた言葉掛け 2	医師の言葉で自己否定された気分になっている患者には、その場でちょっとできる声掛けや励ましなどの支援が欲しい	K		
	看護師は、日々の些細な変化を捉えて欲しい	K		
2.日頃の言葉掛けと話しやすい雰囲気 9	7.常日頃から言葉掛けを励まし支援する関わり 4	神経質になっている時に医療者側から声を掛けづらいかもかもしれないが、勇気を出して声を掛けてくれるべき	E	
		1回目でも3回目でもその時々で、患者によっても、受け止め方が違うと思う。だから、日頃のコミュニケーションで「体調はどう」「大丈夫ですよ」「どうですか」などの声掛けが大切	K	
		看護師からは特別な言葉でなくていい、笑顔や励ましがある	D	
		どんな時も看護師の声掛けもなかった	B	
		8.話しやすい雰囲気を作る 3	注射の時に足を止めさせるのは悪いので、病院では話し相手がいない	G
			話しやすい雰囲気が欲しい	C
			看護師は、言える雰囲気を作って欲しい	K
		9.一人の人として認めた関わり 2	「ああ、どうも」「ああ、お久しぶりです」「ちょっと待ってね」と感じのアイコンタクトや手を振るなど、名前と顔と一致させる対応	D
			年配の職員の方から〇〇さんって名前を呼んで声を掛けられ、かなり救われた	H
3.温かい雰囲気 5	10.温かい雰囲気の待合室や環境 5	患者は皆不安を抱えて待合室にいるから、外来は静かで暗い雰囲気だった。雰囲気が悪かった	B	
		温かい環境づくり、通院しやすい雰囲気	C	
		一呼吸おけるような部屋とかあったらいい	I	
		環境として「痛い」というのが聞こえるのはどうかと思う	L	
		妊婦健診と不妊治療の待合を分けて欲しい	E	

2) 治療段階にそった患者の意思決定を支える十分な説明・情報提供

このコアカテゴリは、治療開始時からその後の状況に合わせ、成功率・費用・リスク、選択肢も含めた説明と、検査や治療、薬に関する説明、治療の終結時には、終結後に起こりうる身体の変化、子どものいない夫婦2人または独居となった場合の生活についての情報などを、患者の理解状況を確認して説明・情報提供をすることである。そして、必要時は、他の医療従事者と連携し説明や情報を提供すること示す。このカテゴリは、3つのカテゴリ、8つのサブカテゴリで構成された（表7-2）。

(1) 治療開始時やその後の状況に合わせた成功率・リスク・費用・選択肢などの説明・情報提供

このカテゴリは、「治療の計画のような一覧表みたいなもの、その人の年齢と成功率、起こりうるリスク、費用なども含めたものを知りたい：J」「情報は溢れているが、必要なときに必要な情報に辿り着かない。患者が何を求めているかうまく表現できないときに話を聞いて、求めている情報を見極めて情報を提供して欲しい：G」「説明書は患者の立場に立ったものではなく、医療者からの一方的な説明に感じた：B」「終結後は、乳がん、卵巣がんが気になるので、検診を受けていくことが必要：I」「治療以外の選択肢もあること、養子がどんな仕組みになっているのか、条件などの情報があつたらいい：I」などのように、＜治療開始時からの成功率・リスク・費用、選択肢などの説明＞＜状況を見極めて求めている情報の提供＞＜患者の立場に立った説明書の充実＞＜治療をやめてから起こり得る身体変化の説明＞＜治療以外の選択肢の情報提供＞の5つのサブカテゴリで構成された。

(2) 医師からの説明の理解状況を確認して補足したり医師への橋渡し

このカテゴリは、「医師からネガティブなことを言われたとき、医師の説明不足な点を補足して欲しい：K」「一般的な目的以外で使用している薬もある。心配だから説明して欲しい：L」などのように、＜看護師による医師の説明の補足、医師と患者の橋渡し＞＜薬や治療の作用・副作用、検査値、治療の流れなどのわかりやすい説明＞の2つのサブカテゴリで構成された。

(3) 子どものいない生き方についての情報提供

このカテゴリは、ほかに類似のサブカテゴリがないと判断しカテゴリとした。「高齢になって、独居になっても役所のサービスがあるというのも分かって安心：H」などのように＜子どものいない生き方についての情報提供＞で構成した。

表 7-2 医療者に求める支援のコアカテゴリ

－②治療段階にそった患者の意思決定を支える十分な説明・情報提供－

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	事例コード
4.治療開始時やその後 の状況に合わせた成功率・リスク・費用・選択肢などの説明・情報提供 17	11.治療開始時から の成功率・リスク・費用・選択肢などの説明 7	治療の計画のような一覧表みたいなもの、その人の年齢と成功率、起こりうるリスク、費用なども含めたものを知りたい	J
		先が見えないことが不安。色々な症例を見ている医師や看護師だからこそ、予測を言 って欲しい。そうすれば決めやすくなり安定した気持ちでいられる	J
		病院の成功率・治療成績を年齢別とかで貼ってあるのを見て、自分と照らし合わせ て、自分はどんな過程にいるのか、可能性あるのか、余裕をもっていいのかなど、始め は知識がないから知らせて欲しい	A
		段階を踏まえて計画的であればいいが、いきなり「あなたは高齢だから体外をやろう」 というのはいけな	N
		どうして欲しいのかと言われても情報不足、勉強不足のときには答えられない。薬や治 療方法など幾つか選択肢を提示してもらい、そこから選択できるといい	M
		どんなに過酷かも始めに知らせて欲しい	A
		高齢で出産できるのは本当にまれであることをちゃんと教えて欲しい	H
		情報は溢れているが、必要なときに必要な情報に辿り着かない。患者が何を求めている るかうまく表現できないときに話を聞いて、求めている情報を見極めて提供して欲しい	G
		呼び出しもピッチみたいなものを持たされるので、雑誌を読むしかなく、人と話さない ので情報も入らない	H
		不成功が続いて不安な時に、こうやってみたらというアドバイスなどがあるといい	B
		「どんな風な生活していらっしゃいますか?」「こんな食事をするといいですよ」「こういう のは避けた方がいいです」とか日常生活のアドバイスをしてくれる人が欲しい	B
		13.患者の立場に 立った説明書の充 実 3	13.患者の立場に 立った説明書の充 実 3
不妊治療を経験した看護師が書いた文章などは説得力があった	E		
不妊治療の雑誌や本も30歳代が基本になっていて40歳代の本はない	M		
14.治療をやめてから 起こり得る身体変 化の説明 2	14.治療をやめてから 起こり得る身体変 化の説明 2	最終後は、乳がん、卵巣がんが気になるので、検診を受けていくことが必要	I
		麻酔を何回もかけたので、治療をやめてから起こりうること体調を教えて欲しい	F
15.治療以外の選 択肢の情報提供 1	15.治療以外の選 択肢の情報提供 1	治療以外の選択肢もあること、養子がどんな仕組みになっているのか、条件などの情 報があったらいい	I
5.医師からの 説明の理解 状況を確認 して補足した り医師への橋 渡し 11	16.看護師による医 師の説明の補足、 医師と患者の橋渡 し 6	医師からネガティブなことを言われたとき、医師の説明不足な点を補足して欲しい	K
		「何か今までのお話の中で先生に聞き足りなかったこととか、何か知りたいこととかあり ませんか」「何か不安なことありませんか」「先生にもう一度聞きたいことありませんか」と か、ひと言声掛けてくれると、安心かもしれない	L
		特に始めの頃は、医師と患者では知識のレベルが違うので、診察の後で説明してもら えると安心できる	M
		医師とやり取りができる場合はいいが医師との相性があって聞けないこともある	B
		医師との意思疎通が難しい。信頼されていないととられそうで質問できない	M
		医師に聞いてみたいだけなのに、やって欲しいと勘違いされる。困っていることをわか って欲しい	M
		一般的な目的以外で使用している薬もある。心配だから説明して欲しい	L
		注射を打つにしてもどういう注射なのか分からない。あまり専門的な説明をされると分 からないが、薬の説明が欲しい	M
		排卵誘発剤や注射の副作用の説明。例えばお腹が張るってどういうことか、きちんと 説明して欲しい	L
		ホルモンの値など説明が欲しい	K
17.薬や治療の作 用・副作用、検査 値、治療の流れな どのわかりやすい 説明 5	17.薬や治療の作 用・副作用、検査 値、治療の流れな どのわかりやすい 説明 5	採卵時のスケジュールを前もって言ってもらえるとよい(前日の飲食、持ち物、採卵の 前にトイレに行くべき、どの部屋で何をどうする、会計はいつするかなど)	M
6.子どものい ない生き方に ついての情 報提供 2	18.子どものいない 生き方についての 情報提供 2	高齢になって、独居になっても役所のサービスがあるというのも分かる安心	H
		自分が悩んでいたのは、夫婦2人でどうなるのだろうかということだった	I

3) 状況に応じて必要な相談ができる場の調整とシステムの充実

このコアカテゴリは、不妊治療開始前から、状況に応じていつでもカウンセリングが受けられ、相談ができる窓口の開設や窓口の調整を求めるものであり、専門職のみならず、ピア同士の交流の機会の調整や内容の充実を示し、3つのカテゴリ、9つのサブカテゴリで構成された（表 7-3）。

(1) 状況に応じて相談できるような窓口

このカテゴリは、「レーザーなど1時間行う時に看護師から色々な情報が聞けたり心配ごとを話せたりしたというブログを見て、自分もしたいと思った。ゆっくり話せる時間を設けることは大事：G」「相談したい時は今なので、予約制だと利用しにくい：G」「病院は不妊治療と出産の病院に分かれている。検査をすると治療というルールに乗ってしまう。その前に病院選びや不妊治療の選択肢について相談窓口があるといい：M」「2回3回不成功が続いた後に、フォローみたいな形が欲しい。医療者の相談窓口が欲しい。はけ口じゃないけど、話を聴いてくれるっていうのが欲しい。やめるにしても。：B」などのように＜心置きなく相談できる場の充実＞＜相談したい時にいつでも利用できる相談窓口＞＜治療開始前から相談できる窓口＞＜不成功時に相談できる窓口＞の4つのサブカテゴリで構成された。

(2) ピアの交流の機会の充実とピアとの交流による否定的感情への配慮

このカテゴリは、「治療をやめてからも仕事が終わってからピアに行っている。名前も知らない人とたわいのない会話が結構いい：M」「交流会はゴールや時期が違うと話にならない。同じようなレベルで頑張ってる人じゃなくて、落ち着いた人だったから、私も聞けたと思う：L」「勧められ参加したが、妊娠した仲間を妬むようになり、傷口を舐め合う不妊治療の友達は要らないと思った：E」などのように、＜ピアと交流が持てる支援＞＜ピア同士の交流会の方法や内容の充実＞＜会に参加しない気持ちへの配慮＞の3つのサブカテゴリで構成された。

(3) 必要な時に納得できるカウンセリングが受けられるシステム

このカテゴリは、「カウンセリングもいつでも利用できるという声掛けや雰囲気が必要：K」「カウンセリング（臨床心理士）にも相談したが、興味本位と感じ、世間話をして帰った：H」などのように＜いつでもカウンセリングが受けられる体制＞＜専門性の高いカウンセリングが受けられる支援＞の2つのサブカテゴリで構成された。

表 7-3 医療者に求める支援のコアカテゴリ

－③状況に応じて必要な相談ができる場の調整とシステムの充実－

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	事例コード
7.状況に応じ て相談できる ような窓口 12	19.心置きなく相 談できる場の充実 5	レーザーなど1時間行う時に看護師から色々な情報が聞けたり心配ごとを話せたりしたというブログを見て、自分もしたいと思った。ゆっくり話せる時間を設けることは大事	G
		メンタルなことを看護師にぶつけてもしょうがないと思った。聞かれても返す言葉がないんじゃないかと思った	J
		(看護師は)やはりなんかこのメンタル的なことにはほとんど触れられなかった。自分も言わなかった	J
		治療中、相談に乗ってくれる医療者はいなかった。相談窓口があったけど、仕切りがあるだけで利用しにくい	A
	20.相談したい時 にいつでも利用で きる相談窓口 4	相談したい時は今なので、予約制だと利用しにくい	G
		相談センターもあることを知っていたが日にちを置くと話せないで利用しない	H
		不安な時に電話ができる相談窓口が欲しい	E
		「何かあったらいつでも電話していいよ」と言われ、すごく安心した	L
	21.治療開始前か ら相談できる窓口 2	病院は不妊治療と出産の病院に分かれている。検査をする治療というルールに乗っ てしまう。その前に病院選びや不妊治療の選択肢について相談窓口があるといい	M
		始めから一貫して、金銭的なことも含めてコーディネートしてくれる人が欲しい	J
	22.不成功時に相 談できる窓口 1	2回3回不成功が続いた後に、フォローみたいな形が欲しい。医療者の相談窓口が欲 しい。はげ口じゃないけど、話を聴いてくれるっていうのが欲しい。やめるにしても。	B
	8.ピアの交流 の機会の充 実とピアとの 交流による否 定的感情へ の配慮 11	23.ピアと交流が 持てる支援 5	治療をやめてからも仕事が終わってからピアに行っている。名前も知らない人とたわい のない会話が結構いい
治療をやめたピアが病院の相談窓口にいってくれたら心強い			E
ちょっと先を歩いている人の話が欲しい			L
ピアの支援が必要			K
ピアも支えになった			M
24.ピアの交流会 の方法や内容の 充実 3	交流会はゴールや時期が違くと話にならない。同じようなレベルで頑張ってる人じゃなく て、落ち着いた人だったから私も聞けたと思う	L	
	40歳以上の人の茶話会があるけど、平日だと利用しにくい	H	
	おしゃべり会的なものもあったらいい	I	
25.会に参加しな い気持ちへの配 慮 3	勧められ参加したが、妊娠した仲間を妬むようになり、傷口を舐め合う不妊治療の友達 は要らないと思った	E	
	不妊治療を受けた人の会だとかに参加したいと思うことはなかった。たくさんの人の前 で自分のことしゃべるのもどうかと思う	A	
	友人ができたが、不妊の事でしか話が盛り上がり、友人に子どもができてからは連絡 が無くなったので、おしゃべり会の人とはそこだけの付き合いにした	N	
9.必要な時 に納得できる カウンセリング が受けられ るシステム 6	26.いつでもカウ ンセリングが受けら れる体制 3	カウンセリングもいつでも利用できるという声掛けや雰囲気が必要	K
		カウンセリング受けられるとよい	I
		カウンセラーもいたが、相談したい時は今なので、予約では遅い	G
	27.専門性の高い カウンセリングが 受けられる支援 3	カウンセリング(臨床心理士)にも相談したが、興味本位と感じ、世間話をして帰った	H
		カウンセラーと名札(いつでも相談下さい)にあったが、相談しないでって雰囲気だった	A
		カウンセラーに相談したが「答えはあなた自身で」と言われスッキリしない	K

4) 終結時期を吟味し患者の揺れる気持ちに寄り添った意思決定の支援

このコアカテゴリは、終結の時期を吟味して、患者の気持ちを汲み、患者の意思を尊重した終結期の支援を示す。「いつまでも高齢でつらいことを続けさせずに、いい方向に方向転換できるような支援が欲しい：C」「すごく揺れている時や終結期に、これ

からどうするのか話せる機会があるといい：H」などのように、＜終結の時期を適切な方法で伝えること＞＜終結に揺れる気持ちにそった支援＞の2つのサブカテゴリで構成された（表7-4）。

表7-4 医療者に求める支援のコアカテゴリ
 —④終結時期を吟味し患者の揺れる気持ちに寄り添った意思決定の支援—

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	事例コード
10.終結の時期を吟味し患者の気持ちに寄り添った意思決定の支援	28.終結の時期を適切な方法で伝えること 4	いつまでも高齢で辛いことを続けさせずに、いい方向に方向転換できるような支援が欲しい	C
		終結の判断は看護師でなく医師に求める	A
		もうこれじゃ駄目だよってちゃんと言って欲しい。年齢の線引きもあつた方がいい	H
		自分が悩んでいたのは、いつまで治療をすればいいかってこと	I
8	29.終結に揺れる気持ちにそった支援 4	すごく揺れている時や終結期に、これからどうするのか話せる機会があるといい	H
		病院が頑張れ頑張れという雰囲気、やめる人への配慮ややめ時が分からない	H
		答えは自分で出すものと言われると(迷って相談しているのに)がっかりする	K
		やめる決断は、自分でした方が納得がいく	B

5) 不妊の理解や支援の仕組みと夫婦2人で生きる形を肯定する社会

このコアカテゴリは、不妊や患者への理解と患者の求める支援を発信するなど、社会への働きかけを示す。3つのカテゴリ、6のサブカテゴリで構成された（表7-5）。

(1) 不妊の理解や夫婦2人で生きる形を肯定する社会の変化

このカテゴリは、「不妊をタブー視したり、偏見や差別しないで認めて欲しい。言える社会にして欲しい：I」「子どもができないこともあり得る、体質・年齢・卵子の寿命、について若いうちから皆が知って、それは特殊なことではなく、できなくても、それと共に生きることを怖がらずに女性が受け容れられるような社会になった方がいい：C」「夫婦2人で元気で楽しく暮らしているというのが社会的に目に見えるといい：H」などのように、＜不妊に対する差別や偏見をなくす社会の変化＞＜不妊の知識についての若者や社会への周知＞＜夫婦2人で楽しく生きることを認める社会認識の変化＞の3つのサブカテゴリで構成された。

(2) 社会の中で子育てに貢献できたり社会と繋がる仕組み

このカテゴリは、ほかに類似のサブカテゴリがないと判断しカテゴリとした。「社会で子育てをしている仕組み・場所を作りたい：H」などのように＜社会の中で子育てに貢献できたり社会と繋がる仕組み＞で構成された。

(3) 養子制度や治療費助成など子どもを得るための支援の充実

このカテゴリは、「体外受精しか方法がない人には、保険適応で治療を受けられるよ

うにして欲しい：N」「養子を育てたい人がもっと、育てられるような環境の整備も必要：C」などのように＜保険適用枠の拡大＞＜養子制度の充実＞の2つのサブ小カテゴリで構成された。

表 7-5 医療者に求める支援のコアカテゴリ
 —⑤不妊の理解や支援の仕組みと夫婦2人で生きる形を肯定する社会—

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	事例コード
11.不妊の理解や夫婦2人で生きる形を肯定する社会の変化 8	30.不妊に対する差別や偏見をなくす社会の変化 4	不妊をタブー視したり、偏見や差別しないで認めて欲しい。言える社会にして欲しい	I
		不妊をかわいそうとか不幸とか偏見やタブー視して欲しくない 親にも心配をかけるから言っていない人が多い。びっくりするようなことではないという風になって欲しい	I
	31.不妊の知識についての若者や社会への周知 2	子どもができないこともあり得る、体質・年齢・卵子の寿命、について若いうちから皆が知って、それは特殊なことではなく、できなくても、それと共に生きることを怖がらずに女性が受け容れられるような社会になった方がいい	C
		卵子の老化とか早いうちに認知できるようになって欲しい。若い人に浸透できるようにして欲しい	I
32.夫婦2人で楽しく生きることを認める社会認識の変化 2	夫婦2人で元気で楽しく暮らしているというのが社会的に目に見えるといい	H	
	もともとは夫婦2人だから夫婦2人でも楽しいですよって伝えたい	I	
12.社会の中で子育てに貢献できたり社会と繋がる仕組み 4	33.社会の中で子育てに貢献できたり社会と繋がる仕組み 4	社会で子育てをしている仕組み・場所を作りたい	H
		個人的なものではなく社会の仕組みとして子育てを支援するものに参加したい	H
		治療しながらでも、子育てに貢献できるような場所にいけるといい 夫婦2人と横のつながりがなく孤独になりがち。社会と繋がると友人もできると思う	H
13.養子制度や治療費助成など子どもを得るための支援の充実 3	34. 保険適用枠の拡大 2	体外受精しか方法がない人には、保険適応で治療を受けられるようにして欲しい	N
		5回までは保険適用とかにしたい	N
	35. 養子制度の充実 1	養子を育てたい人がもっと、育てられるような環境の整備も必要	C

6) カップルとして捉えた専門的な支援

このコアカテゴリは、女性のみでなくパートナーも支援の対象とし、多職種が連携して支援にあたることを示すものであり、他に類似のカテゴリが無いと判断したため、コアカテゴリとした。「自分の中では夫婦生活がうまくいかないことが問題だったが、デリケートなことなので言えなかった(略)：M」「カップルを中心にそれぞれの立場から専門性を活かしたサポートが必要。それが感じられるサポートが必要：K」などのように、＜夫婦の関係についても話したり相談できる場所＞＜カップルを中心にした専門性を活かした支援＞の2つのサブカテゴリで構成された(表7-6)。

表 7-6 医療者に求める支援のコアカテゴリ —⑥カップルとして捉えた専門的な支援—

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	ケース 番号
14.カップル を対象とした 専門的な支 援 6	36.夫婦の関 係につい ても話し たり相談 できる場 所 4	自分の中では夫婦生活がうまくいかないことが問題だったが、デリケートなことなので言えなかった。問診票に項目があれば話すきっかけになり相談ができたかもしれない	M
		治療中の夫婦生活はどんよりしているので夫婦生活について話せる場所があると、夫にも配慮できるかもしれない	E
		治療中の夫婦生活に関して、夫にもアドバイスや気配りをして欲しい	E
		「主人が全然協力してくれないのよ」みたいに言っている方がいるが、夫も辛い気持ちでいると思うので、そういうことも含めて、話をしたり、聞いて欲しい	L
	37.カップルを中 心にした専門性 を活かした支援 2	カップルを中心にそれぞれの立場から専門性を活かしたサポートが必要。それが感じられるサポートが必要	K
	女性一人一人の体の変化に合わせて診てくれたり、カップルの事情に合わせて治療を提案してくれたりする所があるといい	M	

XII 考察

本研究では、不妊治療終結に至る女性の意思決定過程と、子どものいない人生を受け容れていく過程を提示し、支援内容と方法を見出すことを目的としている。始めに、不妊治療終結に至る女性の意志決定過程の特徴について考察し、続いて子どものいない人生を受け容れていく過程の特徴、医療職に求める支援、類型に応じた支援方法について考察する。

1. 不妊治療終結に至る女性の意思決定過程の特徴

治療の開始は、妊娠できるという期待や確信によって、「治療すれば妊娠できると信じて開始する」(OPP①)で始まっていた。平山(2006)は、近年、生殖技術が一般的になることによって、それを利用することへの偏見は減少してきたかもしれないが、同時に「治療さえすればいつでも妊娠できる」という生殖医療に対する幻想を作り出してしまったと述べ、矢野(2006)は、不妊治療初期の女性は、最新の生殖医療があるのだから努力すれば妊娠・出産が叶うはず、と熱心に生殖医療を利用すると述べている。研究協力者も、「何とかなる。体外受精に行く前に授かったらいい」のように、不妊を自分の事とは捉えておらず、「確率から、5回やれば妊娠すると思った」のように解釈し、「有名な病院だから治療さえすればできる(略)」と治療に過度の期待を寄せていた。

また、治療開始時には、「治療を上司・同僚に伝えるか検討する」「治療を身内や友人に伝えるか検討する」(BFP①)という葛藤をして、「A：治療を伝える」「A'：治療を伝えない」という選択をしていた。治療を伝える径路に向かう要因は【治療を理解してもらえろ】【短期間で妊娠できる確信がある】などであり、治療を伝えない径路に向かう要因には、【不妊治療を受けることは恥ずかしい】【周囲の期待がプレッシャーになる】などがあり、治療を開始し、両立に困難な状況が生じると、【突然の体調不良で隠し切れない】とやむを得ず伝える決断をする一方で、【プライバシーを守りたい】【子どもができないこと・不妊治療は特別視される】という理由から伝えない決断をしていた。不妊治療は子どもが欲しいという自分自身の人生における願いから開始されるが、世間からの偏見が気になり、プライバシーの露呈を感じることになる。また、子どもは家督継承に関わり、治療を周囲に伝えることは、自分への評価の変化や、家族の期待をも背負うことになるため葛藤すると考える。林谷・鈴木(2012)は、就労しながら治療を受ける女性は、上司との関係、治療の露呈によるプライバシーの保

持困難、同僚からの不用意な発言によるストレス、同僚の妊娠・出産を喜べない自己嫌悪感、自営業者においては、後継ぎを産めないプレッシャーを感じていると報告している。これらから、治療開始から暫くの時期は、家族や友人との関係、職場との調整が当事者にとっては、負担や葛藤の中心になるものと推察する。

次に、治療の結果が得られない体験を通し、【今の生活や治療では子どもが得られない】【治療しているのに妊娠せず焦る】などを理由に、「B：治療優先の生活にする」径路を選択する場合と、【治療を続けることが苦痛に感じた】【仕事も大切にしたい】などを理由に、「B’：治療を中断する」径路に分かれ、一旦治療を離れた場合も再度、治療優先の生活に向かっていた。今中他（2011）は、治療期間が平均 2.2 年の治療継続者は、夫婦間、周囲との関係にストレスを感じながらも、子どもが欲しいという強い気持ちによって治療における様々なストレスを克服し、治療を継続していると報告している。研究協力者も治療開始から 1 年以上経過しており、この時期は、様々なストレスがあっても子どもが得られることを支えとして自分なりに対処して、治療優先の生活に向うものと考ええる。

そして、治療に真剣に向き合い、【不妊治療は精神的負担が大きい】と認識した場合は「C：期限を決めて治療に向かう」径路を選択し、【仕事もやめたので成果を得たい】【後悔したくない】などを理由に、「C’：不妊に関する情報を収集し良いと判断したことを取り入れる」径路を選択し治療に一層専念していた。竹重（2015）は、治療期間が 2～5 年未満の女性が最も、自身の不妊を認めることで対処行動をとると報告している。C 氏は一旦治療から離れ、「治療を中断したことで楽になったが、不妊であることを悟り(略)治療に専念することにした」と語った。すなわち、この時期になると、成果が得られない体験によって、子どもが得られないのは、自分自身の努力問題へとすり替わるという気持ちの変化が起きると考える。

次に生じる「気持ちが続かない」(OPP④)は、真剣に取り組んだにも関わらず、不成功の連続によって、「はあっ？あり得ない」「初めて、努力してもできないことがあると思いき知らされた」のように、自分の努力でも解決できないことがあることに驚きと衝撃を感じる。特に本研究協力者は、有職者、専門職であるなど、社会で活躍していた人が多かったため、努力をしても報われない現実を初めて体験し、驚き、衝撃が強かったのではないかと考える。

その後、「D：気持ちを保つ対処行動を取りながら治療を続ける」に至っている。そ

の対処方法としては、ピアとの交流、カウンセラーに相談、身内に支えを求める、仕事やパートで気分転換を図り、気持ちを抑えるトレーニングをするなどをして気持ちを何とか保ち治療を続けている。竹重（2015）は、不妊治療中の女性 158 名の悩みへの取り組みを調査し、気を紛らわせるなど発想の転換や、ピアからの救援と励ましを得ること、自責と閉じこもるなどの回避を行っていることを明らかにしている。研究協力者もこれらと同様の対処行動を示していた。治療を続ける選択に向かう要因には【夫は治療に協力的である】【妊娠したら報われる】【年齢に焦りを感じる】【子どもが産めないのは親不孝】があった。年齢的なタイムリミットもあり、夫や親のためにも妊娠したいと焦り、妊娠したら報われると信じて、治療を続ける選択をするのである。

一方、「D' 治療から解放される方法を考える」径路の選択もある。治療から解放される選択は、精神的に不安定な状況に適応する努力であったり、または不安定な状況を脱却するべく行われる正常な防衛機制と考えられる。しかし、【自分には価値がないと感じる】のように、自責の念から、「夫の幸せのために離婚も話題にする」「私が死んだら保険金が入る。事故か何かで死なないかなあと常に思う」のように、自分を追い込み極端な考えに陥ることもある。心理学分野において不妊は喪失体験として扱われ、久保他（2005）は、繰り返される不成功の喪失体験から立ち直るためには、「悲哀の仕事（mourning work）」が不可欠であり、十分に悲しむ段階を経て、それを受け止められるようになる、しかし、不妊の場合は追われるように次の治療に向かうため悲しむ余裕すらなく、次の喪失体験を迎えなくてはならないという特徴があると述べている。研究協力者も、気分転換、期待する気持ちを抑えるトレーニングなど、悲しむことをせずに、別の対処行動によって治療を続けている。この時期は、失った時間、費用、想像していたわが子に対して悲しむ猶予も与えられず、次の治療の決断を迫られ、後戻りもできず追い込まれることで、離婚や死を考えるなどの自滅的な考えに繋がっていく可能性もあることが明らかになった。この時期は、精神的にも身体的にも辛さが高まっていく時期であると考えられる。

その後、治療を繰り返しても結果に結びつかず治療の継続に疑問を抱くようになるが、それでも成果を求めて「E：治療を続ける」という選択をしている。治療を続ける要因には、【夫や治療仲間が支援してくれる】【年齢に焦りを感じる】【治療を変えたら妊娠するかもしれない】【周囲からプレッシャーを感じる】があり、周囲からの期待が重圧に変わり、年齢的なリミットも近づき、できる限り治療を重ねて、子どもを持

つ可能性を高めたい、タイムリミットに近づくからこそ続けずにはいられないもの
と考える。また、研究協力者の中には、治療により妊娠反応陽性や着床経験がある人も
あり、妊娠できたことが治療を続ける要因になっている可能性もある。この時期の「期
待しないで淡々と治療を続ける」「いつか成功すると願って続ける」などの行動は、「ジ
ェットコースターを行ったり来たりしているみたい」のように期待と絶望の繰り返し
に疲弊し、努力をしても結果が伴わないことで生じる落胆を少しでも和らげるための
防衛機制として生じている行動と考える。渡邊（2011）は、治療の終結を考えながら
も治療を継続するのは、治療を継続することが当然のように日常化され、費やしたも
のに見合う成果や証が残らない悔しさから代償を求めないと気が済まない心理に至る
からだと述べている。本研究における「成果を求めて、最後と決めて転院する」行動
も、代償を求めないと気が済まない悔しさ、焦りから生じる行動であるといえる。

その後、「治療を続けるか・諦めるべきか葛藤する」(BFP④)と、治療の継続か否か
の葛藤を始める。葛藤し、「F：医師や自助グループに相談・助言を求める」という選
択をする要因には、【諦めきれない思い】のように可能性にかけて相談する場合と、継
続を検討するために【可能性を確認したい】という場合がある。また、【諦めるきっ
かけが欲しい】は意思決定を他者に委ねたい思いであり、相談・助言を求める理由には
違いがある。諦めるきっかけを医療者に委ねるのは、不妊治療は不確実な医療である
が、可能性がゼロではない治療であるからこそ、判断がつかず委ねるのだと考える。
辻（2007）は、リプロダクティブ・ヘルスに関する女性の意思決定を支える上では、
当事者を巻き込みながら当事者を含む関係者が相互に影響しあう動的な決定のプロセ
スとしての shared decision making (SDM) の有効性を述べ、杉本他（2011）は、40
歳以上の女性は、終結期の意思決定を医師に求めていることを明らかにし、決断を委
ねることも自律した決断と捉え、医師も終結にある程度積極的に関わる必要性を述べ
ている。中山・岩本（2013）は、意思決定の支援においては、対象が健康情報を理解
し、活用する力・能力を身に付けているかという能力（ヘルスリテラシー）を把握し
て支援することの重要性を述べている。治療終結期は、疲弊して決断する能力も低下
している可能性もある。個々のヘルスリテラシーを把握し、どのような意思決定支援
方法が適切か判断し、支えることが重要である。

一方、「F’：相談せず諦める理由づけを始める」選択に向かう要因には、【医療者は
可能性がないと考えている】があり、医療者の対応に、諦めざるを得ないと消沈して

相談しない場合と、【治療の限界を感じる】【自分にできることはやり尽くしたと思う】
【妊娠は人知を越えた神の領域と思う】など、自分なりに納得し相談しない場合があった。安田（2005）は、どれだけ尽くしても、子どもを持つことができないような状況に直面した時に、神や仏という聖なるものが大きな救いとなって立ち現われうると述べている。「人知を越えた神の領域」とは、自分の力や今の医学でも及ばないことを実感したことで生じる感覚だと考える。また、相談しない要因には、【治療継続が夫や担当医に負担をかけていると思う】【家族の看病のため継続は無理と思う】など重要他者を思う気持ちも影響していた。不妊治療の終結を考える時期の女性は、年齢的にも「親の看病」など意思決定に影響する外的要因が生じやすいという特徴を持つと考える。

そして、治療を続けるか否かの葛藤の末、「本当に諦めてよいのか考える」（BFP⑤）と葛藤する。「G：医師や夫に相談・助言を求める」を選択する要因には、【諦めきれない思い】の他、【夫の思いを知りたい】があり、「不妊治療をやめる」（OPP⑧）に至る要因には【夫や親が「もういい」と承認してくれる】ことが関与していた。有森（2012）は、リプロダクティブ・ヘルスに関して女性の意思決定が難しい理由の1つとして、パートナーの合意を挙げている。子どもを得ることなく不妊治療を終結することは、夫にとっても自分の遺伝子を繋ぐという自己のアイデンティティに関わることであり、家族にとっては家系の継承に関わることであり、最も、その後の夫婦の人生に関わるものである。そのため、不妊治療を終結する女性の意思決定は、パートナーや親が自分の決断をどう捉えるだろうかと自己の判断に他人との関係を組み込んで意思決定するという特徴がある。また、「G’：相談せず病院には行かないようにする」を選択する要因には、【目標の年齢・回数に達した】【自分にできることはやり尽くしたと思う】といった納得によるものの他、【自分や親、親しい人の病気で命の有限性を実感する】がある。「友人の突然の死に、命には限りがあると思えば治療を続けるのが怖くなる」のように、無心に治療を続けていたが、治療を続けることより自分の命や人生に目が向き、何が大切かを考え、こだわっていた子どもから価値が転換することによってやめる決断をすると考える。

その後、「H：諦める理由を確認する」の選択の要因には、【夫や親はもう十分だと思っている】【諦めきれない気持ちを尊重した医師の対応に納得する】【相談員もやめることを肯定してくれる】がある。終結の決断には、夫からの承認や、決断を肯定さ

れること、気持ちを尊重した医師の対応が重要である。また、【高齢の親から生まれる子どもが負うものを考える】【高齢による異常妊娠や子育ての負担を考える】という要因もある。「(略)両親が高齢であることで中傷を受けたという話を聞く。子どもが欲しい思いだけで自分達のことしか考えていなかった」のように妊娠することのみに囚われていたことに気づいたのであり、特に高齢で、妊娠することだけに囚われている場合には、その先のことも一緒に考えていくことが大切である。「H': 養子を検討する」径路の選択は 1 例であったが、これは、子どもを持つための治療以外の選択肢に目が向いたのであり、治療をやめる手段を求めていた可能性もある。

先行研究において、治療終結の決断要因には、年齢の自覚、医療でも解決できないとの自覚、自分を認め直せた体験、夫からの引導、看病、医師への不信感などが示されている(渡邊 2010, 大槻 2003, 安田 2005)。本研究においては、これに加えて、重要他者を思う気持ちや、気持ちを尊重した医師の対応、生まれる子どもが背負うものを考えること、今ある命の有限性に気づくことなどが抽出された。

子どもを得ることなく不妊治療終結を決断する女性の意思決定過程は、治療の継続か否かに葛藤し、可能性を求めたい、決断を委ねたい思いから医師などに相談・助言を求め進む場合と、自分なりに納得したことで、相談せず進む場合と、医療者の対応に諦めざるを得ないと消沈し相談せず進む場合がある。その後、本当に治療をやめてよいのかと葛藤し、可能性や夫の思いを確認したい思いから医師や夫に相談・助言を求めて進む場合と自分なりに納得し、病院には行かず治療をやめる意思決定をすることが明らかとなった。

2. 不妊治療終結から子どものいない人生を受け容れていく過程の特徴

治療終結後は、解放感・達成感と、相反する挫折感・敗北感・喪失感という感情を抱く。これらは、期待と挫折を繰り返す治療から解放され安堵する反面、失った時間、費用、努力しても得られないものがあること認めざるを得ない現実と向き合うことで生じた感情と考える。この時期に、挫折感や敗北感、喪失感を感じることは、喪失からの心理的回復においては正常な過程であると考えられる。感情の表出の後、治療の終結を自ら決断し夫に助言・相談を求めなかった場合は、「I': 治療終結の決断を夫はどう捉えるか気にかかる」もあった。これは、「夫には治療さえすれば子どもが授かると言ってきた手前、申し訳ない」「夫は子どもを望んでいた」のように、自己主導的に治

療に邁進し夫に協力を要請していた場合や、子どもを望んでいた夫に申し訳ないと思う場合にみられた。

治療終結後に、「J'：自然妊娠する可能性を幻想する」径路の要因には【月経がある】【治療のストレスからの解放により可能性を期待する】がある。これは、月経があるから排卵があり妊娠の可能性はあると、一縷の望みを信じてのことである。子どもが産めないことが、女性自身のアイデンティティに深く関わっているからこそ、一縷の望みを捨てきれないと考える。Lok, I. H., et al. (2002)は、不妊体験による喪失として、社会的地位、自信・自尊心、時間、人間関係、健康・安全、費用、妊娠するはずだった子ども、幻想や希望などを挙げている。自然妊娠を幻想することは、失うものの大きさの衝撃を和らげたいために生じている可能性もある。また、【夫が子どもを可愛がる姿を見る】【妊娠した人を見ると複雑な思いになる】など、納得して治療をやめても、何かをきっかけに、子どもが欲しい・子どもを諦めたくないという思いが再燃する。一方、「J：自然妊娠する可能性を幻想しない」径路に向かう要因には、【看病や仕事などにより考えなくなる】【夫が治療をやめること認めてくれた】【ペットを飼い癒される】【子どものいない先輩と話し気持ちが変わる】などがある。夫の承認はもちろんのこと、仕事やペットを飼うなど治療をやめて打ち込める何かがあることや、ピアの存在は、気持ちを切り替えていく上で重要である。

治療をやめてから、再び「K'：子ども諦めてよいのか葛藤する」径路に向かう場合もあった。これは、子どもを諦めるという現実を突き付けられたことにより、本当に諦めてよかったのかという思いが再燃したためではないかと考える。このことから、子どもが欲しいと思って不妊治療を開始した女性にとって子どもを諦めることは容易なことではないことが分かる。

「L：夫婦だけの家族のカタチもあると認識する」径路に向かう要因には、【子どもがいないのは自分だけではないと安心感を得る】【子どものいない夫婦が楽しく過ごす様子を知る】など夫婦2人であっても生き生きと生活しているモデルの存在が影響していた。現実の先輩モデルの存在は、自己効力感を高め、安心感や自信に繋がる。この時期は、自然妊娠する可能性はないと認識し、養子も断念するなど、夫婦2人の人生と向き合うようになるため、身近な、夫婦2人で生活をしている存在に注意が向くためと考える。また、【仕事で様々な形の家族に出会う】に、「(略)今まで子どものいる普通の家族しか目に入っていなかった。夫婦2人でもいいと自信がついた」とある

ように、世間一般にある家族観から家族のあり方を捉える認識に変化が生じることも夫婦 2 人の生活を受け容れることに影響すると考える。一方、再燃した子どもへの気持ちを断念し、「L’：これからの生き方を思案する」ためには、要因にある【失ったものや果たせなかったことを取り戻す生き方を考える】【夫や親の自分への思いを聞き、自分や家族の大切さに気づく】など現実に目を向け、現実世界に存在している夫や親や自分自身の存在の大切さに気づくことや、【ピアとの関わりで自分も役に立てると認識する】【カウンセラーが自分の決断を肯定してくれたと感じる】のように自信の回復が必要である。

その後、「出来ることに熱心に取り組む」OPP⑨という行動から「子どもを持つことをきっぱりと諦める」OPP⑩という決心に至る。「出来ることに熱心に取り組む」要因には、【打ち込める仕事や活動がある】【今後の人生に役立つ資格を得るために動き始める】などがある。幻想していた子どもから現実に目を向け前進するためには、打ち込める何かがあること、何かに挑戦できるような心理的な回復が必要なのである。また、【夫婦共通の趣味ができる】【医師から労いの言葉がもらえた】など安心感や承認も必要である。「子どもを持つことをきっぱりと諦める」に至る要因には「閉経を迎え、無理と完全に諦めた(略)すっきりした」のように、【年齢・加齢による身体の変化を自覚する】ことが重要であり、「子どもを持つことをきっぱりと諦める」に至る段階は、喪失から立ち直りの時期であると捉えることができる。

以上、治療をやめた後には、挫折感・敗北感・喪失感を感じ、子どもに対するパートナーの思いも気にかかり、妊娠する可能性を捨てきれない場合や、子どもへの思いも再燃させ徐々に心の整理をしていく時期を経て、閉経や加齢を自覚することによって子どもを持つことを諦めていくことが明らかとなった。このことは、不妊治療をやめることと、子どもを諦めることは、同時に起こるのではないことを示している。また、治療をやめて子どもを諦め、子どものいない人生を現実のものとして受け容れる過程は、閉経を迎えるまで続くことも明らかとなった。

そして、子どもを諦めることにより、【老後や最期の時を考える】【新しいことにチャレンジしたい】【治療中やれなかったことをしたい】などの気持ちが、「M：今後の生活設計や充実した生活を模索し行動する」に向かわせる。その一方で、【季節の行事・身近な出産報告・不妊報道などをきっかけに思い出す】ことにより、「M’治療を行ってきた人生を振り返る」行為をする。この中で罪悪感、後悔、喪失感、羨望・嫉妬を

抱く体験をしている。池内・藤原（2009）は、対象喪失の場合、一度回復したように思っても、喪失時期が近づいたり、何かのきっかけで、喪失の事実を思い出して落ち込んだりする。これは、「命日反応（Anniversary reaction）」と呼ばれるもので、重大な喪失を体験した人にはよくみられる自然な現象と述べている。何かの拍子に治療体験を思い出しては悲嘆するのは、喪失に伴う自然な現象と捉えられる。しかし、それが、【治療による負の代償が大きいことを実感する】【結婚・出産や治療を早くすべきだったと振り返る】【治療を続けた医師への不信感が再燃する】【老後に対する不安を考える】などのような、自信喪失や自尊感情の低下につながると、「N'：治療に取り組み努力した過程を受け容れきれない」に向かっていく。一方、治療体験を振り返って、達成感、自負・納得、成長を感じることや、夫や友人との安定した関係、仕事などにより役割を得ることが自己肯定感を高める。また、誰もが思い通りの人生ではないと気づくことで価値の転換が生じ、「N：治療に取り組み努力した過程を認め受け容れる」に向かう。竹家（2008）も、多様性の受容、他者との関わりの中で適応、自己肯定感の上昇という心理的状态を「子どもをもたない人生」の受容のプロセスの中に位置づけており、本研究においても同様の要因が受容に向かう要因として抽出された。

その後の社会との関わりの中で、【心無い言葉への対応を身に付ける】【不妊に折り合いをつけながら生きようと思う】などが「O：社会通念に囚われず子どものいない人生を前向きに捉える」に影響していた。浅野（2007）は、不妊治療を受ける患者の背景にはジェンダー、リプロダクティブ・ヘルスに関する個人や社会の考え方が影響していること、終結後も不妊であったことがトラウマとなり、社会から孤立してしまう場合もあると述べている。社会との関わりの中で、自己の価値観を拡大していくことや、対処方法を身につけていくことも、社会通念に囚われず自分らしい生き方の獲得に影響を与えるものと考えられる。

以上より、たとえ治療経験が辛苦に満ちていたとしても、重要他者からの承認を受け、子どもが欲しかった気持ちを整理し、夫婦 2 人の人生に向う。その過程で、治療体験から得たものへの気づきや自信を回復する体験、追い求めても欲しいものが手に入らなかった体験やこれも自分の人生であるという新しい価値観が見出せるかどうか、自分らしい生き方の獲得に向かう要因となっていることが分かった。

本研究において、子どものいない人生を受け容れ、自分らしい生き方を見出してい

るとする『自分らしく生きる』(EFP)の段階に至る姿として、「委託を受け、乳児の母親へ栄養相談をしている。子育ての悩みは尽きない、これからは悩みや問題を抱えている母親のお役に立てたらと思っている」など「キャリア・経験を地域・次世代のために活かす」こと、「今までは、こうでなければならないという自分がいた。人も自分も許す寛容な気持ちになってきた」のように「寛容さを持ち合わせた人間に成長すること」、「何を持っているかではなく、どんな風に生きていくかが大事である。カウンセリングルームの開設や啓発活動を行う仕事を始めた」のように「目標を持ちそれに向かう」ことを挙げた。やまだ(2007)は、エリクソンの造語である generate(生み出す)と、generation(世代)を組み合わせた generativity を生成継承性と訳している。これは、新しいものを生み出す力、生み出したものを世話し将来の世代へとつないでいく力、ケアする力を意味している。生み出したものが作品のようなものであっても人間を育てるようにケアすることにより、発達に向かうと述べている。子どもが得られなくても、「キャリア・経験を地域・次世代のために活かす」ことによって成人期の発達課題は達成に向かうことができると考える。一方、自分らしい生き方を獲得しているE氏であっても「あと2年で亡くなった母親と同じ年になる。親は子どもと一緒に成長して親になる。私達夫婦はそれが無くて成長していないと感じるってたまに思う」と語っている。子どもを産み育てなくても成長している自分に気づけるように、自信をもって生きられるように支援することも必要である。

子どものいない人生を受け容れ、自分らしい生き方を見出す過程は、不妊治療によって失った多くの喪失を受け容れ、新たな生き方を見出す過程である。本研究で明らかにした治療終結から自分らしい生き方を見出す過程の TEM 図は、病院を離れる時期の患者に今後起こり得る心理状態や終結後も子どもを諦めてよいのか葛藤すること、子どもを持ちたかった気持ちは閉経まで続くこと、人生の節目節目で治療体験を振り返り、悲嘆しながらも自分らしく生きる方向に向かう場合と、外的な要因によっては、逡巡する方向にも向かうことを示すことができる。支援する看護師にとっては、終結期の支援、その後を見越した支援、終結後の継続支援のあり方を考える上での一助になると考える。

3. 医療者に求める支援

終結の意思決定時とその後の生活を送る上で求める支援を調査した結果、その内容

は、治療開始前、治療中に求める支援やニーズにも及んだ。これは、開始期から治療過程における医療者の関わりが終結期からその後の患者の生き方に影響することを示すものとする。そのため、治療開始時から終結期にかけてどのような看護がなされる必要があるかも含めて考察する。

研究協力者が求めている支援は、「①状況や心情に配慮した気持ちが和らぐ対応と環境の調整」「②治療段階にそった患者の理解と意思決定を支える十分な説明・情報提供」「③状況に応じて必要な相談ができる場の調整とシステムの充実」「④終結時期を吟味し患者の気持ちに寄り添った意思決定の支援」「⑤不妊の理解や支援の仕組みと夫婦2人で生きる形を肯定する社会」「⑥カップルとして捉えた専門的な支援」の6つのコアカテゴリに分類された。竹重（2014）は、長岡（2001）が作成した不妊治療を受ける女性の悩み尺度をもとに158名の対象者に調査を実施し、その因子分析の結果から、『将来への不安・治療困難』『医療者とのコミュニケーション』『不妊に対するスティグマ』『孤独』『配偶者との関係性』『夫婦生活』の5因子を抽出している。本研究結果と照合すると、『将来への不安・治療困難』の悩みは「治療段階にそった患者の理解と意思決定を支える十分な説明・情報提供」「終結時期を吟味し患者の気持ちに寄り添った意思決定の支援」と対応し、『医療者とのコミュニケーション』の悩みは「状況や心情に配慮した気持ちが和らぐ対応と環境の調整」と、『孤独』は「状況に応じて必要な相談ができる場の調整とシステムの充実」と、『不妊に対するスティグマ』は「不妊の理解や支援の仕組みと夫婦2人で生きる形を肯定する社会」と、『配偶者との関係性』『夫婦生活』は「カップルとして捉えた専門的な支援」と、それぞれ対応しており、患者が求める支援は患者が抱えている悩みと対応していることが確認された。患者が求めている支援についてカテゴリごとに考察する。

「状況や心情に配慮した気持ちが和らぐ対応と環境の調整」は、＜不成功判定後の気持ちが和らぐ対応＞の「(略)殺伐とした気持ちが和らぐ、辛い気持ちの中でもなんか温かいものが感じられるというのを求めている」とあるように、不成功の連続により殺伐とした気持ちになり、「ニコニコと働く看護師の姿に涙が出そうになった」と看護師の笑顔にすら苛立ちを覚える状況になり、＜状況や背景を察した対応＞を求めていると考える。看護師は緊張を和らげるために笑顔で接したり、そっとして置こうという配慮から声をかけずにいる場合もある。こうした対応が殺伐とした気持ちになっている患者にとって辛さを高めたり、冷たいと感じられることもあるのではないかと考え

る。「日頃の言葉掛けと話しやすい雰囲気」の中には「一人の人として認めた関わり」がある。この時期の語りには、「お金だけが消える。存在感がない・社会に役立っていない」とあり、不成功を繰り返すことによって患者の存在感や自尊心は低下していく。このことを認識し、処置や検査で対面する時に、一人ひとりの「その人」と向かい合う姿勢で対応することが必要である。この関わりの中で個々の患者の状況や心情を把握でき、個別性を見極めた対応が可能になると考える。また、患者は「温かい雰囲気の待合室や環境」を求めている。プライバシーを保護するために呼び出しも画面表示としている外来が多い。受診する人の心情からも待合室は閑散とした雰囲気になる。壁や物品を温かい色使いにしたり、ヒーリング効果のある音楽を流すなど、物的環境の見直しはできると考える。そして、診察室に迎え入れるときなど患者に接する際には温かい眼差しをもって対応するなど工夫をしていく必要がある。

「治療段階にそった患者の理解と意思決定を支える十分な説明・情報提供」のカテゴリには「治療開始時やその後の状況に合わせた成功率・リスク・費用、選択肢などの説明・情報提供」がある。成功率やリスクなどは、施設での蓄積されたデータや、日本産婦人科学会が2007年より毎年更新している日本における生殖補助医療のデータ集を用いた説明が可能になっている。不妊治療を受ける患者の年齢層は、インターネットの利用度が極めて高いこと（総務省『平成26年度情報通信白書』）から、情報へはアクセスしやすい環境にあると考える。しかし、「情報は溢れているが、必要なときに必要な情報に辿り着かない」のように、溢れた情報の中から自分が求める適切な情報を選択できず迷う状況も生じやすい。情報に左右されていると判断した時は、対話を通して、求めている情報は何かを見極めて情報を提供することと、情報に左右される原因を把握して支援することが必要である。杉本他（2011）の報告によると、40歳以上の患者が終結を検討するために求める情報はART成績のデータであり、情報提供を求める時期は不妊治療開始前とART開始前であった。しかし、実際にこの時期にART成績のデータを提示しても、40歳以上の患者は自己の考える終結年齢を変更せず、データの提示は終結に影響していなかったとしている。研究協力者の治療開始当時に関する語りにも「一連の説明を受け、治療の入口でイメージはできた。しかし、何とかなる」とあるように否定的な内容は受け入れず、「確率からすると5回やれば妊娠すると思った」などのように解釈を変えて理解するなど、説明をしても、その意味を正しく認識しないこともある。よりよい意思決定に繋がるためには、全く同じデータであ

っても肯定的・否定的な表現で感じ方が異なることをふまえながらデータの持つ意味、情報の見方を理解できるようにすることが必要である。説明後は、患者の認識を確認し、データの持つ意味が理解される説明の仕方や媒体の工夫と、理解しない背景にあるものを引き出しそこに支援する必要もある。

また、＜看護師による医師の説明の補足，医師と患者の橋渡し＞も求めている。専門的な情報を医師と患者が共有することは難しく、詳細な専門的な説明とともに選択肢を提示されることによって患者が一層混乱する場合もある。生殖医療チームも、患者を中心に多職種がそれぞれの専門性を活かして協働している。チーム内で看護師はコーディネーターの役割も担っている。問題の状況によっては、対象の了解を得て、他の職種へ情報提供し、適切な専門職から支援が得られるようにすることや、時には患者に代わって医師に再度の説明を求めるなど患者の代弁者となり、医師と患者の意思疎通がスムーズに進むように支援することが求められている。

＜治療をやめてから起こり得る身体変化の説明＞については、ホルモン剤などが体に及ぼす影響を心配して説明を求めているものとする。日本乳癌学会乳癌診断ガイドライン(2015)では、不妊治療と乳癌発症リスクのエビデンスグレードは、Limited-no conclusion（証拠不十分）となっているが、健康的な生活と早期発見・早期治療のために、生活指導とともに、がん検診への受診も指導する必要がある。受診患者は高齢化しているため、治療終結と同時に更年期を迎える対象も少なくない。そのため、更年期障害の予防に関する説明も必要である。＜子どものいない生き方についての情報提供＞については、どこにアクセスすればよいかという点と、ピアグループに依頼し、独居に対する不安をテーマに討論する機会を設けたり、夫婦2人の生き方についてピアのモデルを見られるようにするなど、ピアと協働して支援することも必要である。

患者は＜治療以外の選択肢の情報提供＞も求めている。求める情報は、養子についての情報であった。現在の生殖医療においては、養子の他に、提供卵子などの非配偶者間生殖医療の選択肢が存在する。養子縁組を考えると、各地域による基準や条件があり、希望をしても間に合わないこともある。そのため、これに関しては情報提供の時期が重要となる。

「状況に応じて必要な相談ができる場の調整とシステムの充実」は、相談の機会と内容の充実である。現在は、各都道府県、指定都市、中核市に不妊専門相談センターも設置され、ピアカウンセラーも全国規模で活躍し、電話・メール相談、ブログを通

じて支援を得られ、土日も利用できるなど、アクセスの機会も増えている。しかし、研究協力者は、「治療中に勧められ参加したが、妊娠した仲間を妬むようになり、傷口を舐め合う不妊治療の友達是要らないと思った」とあった。新島（2004）は、「喪失からの回復とセルフヘルプグループからの支援について、つらさなどを共有してもらえそうな同種の喪失体験者から、「回復」への支援が必ずしも得られるとは限らない。それどころか、「回復」の困難性が強められてしまうことがある」と述べている。そのため、グループを紹介するだけでなく、反応や感想を確認することや、時にはファシリテーターとして会に参加するなど、ピアグループと協力、補完し合う関係性を築いていくことも重要と考える。久保（2008）は、カウンセリングの段階について一次カウンセリングは医療スタッフによる生殖医療の情報提供、検査法・治療法の自己選択と自己決定の支援を中心とした生殖医療相談であり、二次カウンセリングは臨床心理士や不妊専門カウンセラーによる心理的支援や心理療法、三次カウンセリングは精神科医による心理分析や薬物療法が望ましいと述べている。また、平山（2006）は、カウンセラーは「不妊であること」によって生じる心理的な問題を扱うと述べ、柴田（2006）は、不妊看護にあたる看護師には、対象の全体像を捉え、心身の健康が維持された生活が営まれているかをアセスメントし、より良い生活支援を念頭に置くこと、治療における自己決定を支えること、不妊医療のコーディネートの役割があると述べている。専門職同士が互いの役割を認識し、高め合う姿勢が生殖医療の質の向上に繋がると考える。

「終結時期を吟味し患者の揺れる気持ちに寄り添った意思決定の支援」は、終結の見通しをつけて、終結への揺れる気持ちに真摯に寄り添い終結を迎える支援を示し、その一方で、終結の時期の意思決定の尊重を求めている。糠塚・児玉（2006）は、治療終結期にある対象への看護に携わる看護師は、無益な治療を継続することへの負担を考えた「専門的判断に基づく看護」と、納得がいくまで治療を続けたい「患者の選択を尊重する看護」の対立にジレンマを感じながら支援の意思決定していることを明らかにしている。意思決定は患者が行うが、納得がいくまで続けることが良い結果を産むとは限らない。専門職として、専門的な判断に基づく情報を提供し、その上で、患者の意思決定に真摯に向き合っていくことが患者の意思決定支援には重要であると考える。

「不妊の理解や支援の仕組みと夫婦 2 人で生きる形を肯定する社会」には、サブカ

テゴリに＜不妊に対する差別や偏見をなくす社会の変化＞＜保険適応枠の拡大＞＜養子制度の充実＞がある。坪井他（2015）は、不妊治療を受ける就労女性が就労と治療の調整を困難にしている要因に、職場の不妊治療に対する偏見や理解のなさを最も多く挙げていることを明らかにしている。以前よりも不妊に対する社会の理解が進んだとはいえ、社会的少数派であることには変わらない。周囲の無理解と偏見により、不妊体験者は強い孤独感を感じることを伝えていくことは今後も必要である。2004年度に制定された少子化社会対策基本法の基本施策「少子化社会対策大綱」による、妊娠、子育て前段階である子どもを望み不妊治療を受けている者への対策としては、「不妊専門相談センター事業」と「不妊治療に係る経済的負担の軽減等」のみである（内閣府、平成26年度版少子化対策白書）。高額な治療費の捻出のためには仕事もしなければならない。調整がつかずやむを得ず仕事をやめた場合は収入が減った中で治療に取り組んでいることを理解しなければならない。また、仕事が、喪失感や辛い気持ちを軽減する支えとなることもあるため、仕事か治療かを天秤にかけ追い込まれることがないようにすることも必要である。各医療機関や各職場レベルでの努力で可能なこともあるが、医療、労働、行政がそれぞれの立場で連携しながら治療環境が改善されるように新たな社会政策、社会保障を検討していく必要がある。また、＜夫婦2人で楽しく生きることを認める社会認識の変化＞がある。長年の経験に基づいた価値観や考え方を変えることは容易ではなく、まして、社会一般に流布している伝統的な家族観を変えることは容易なことではない。多様な生き方を認める社会の実現のために、ピアグループや自助グループとともに、子どもを持ちたくても持てなかった思いや社会通念が与える不妊患者へのスティグマに苦悩している現実を発信していく活動を広げることも必要である。

そして、＜不妊の知識についての若者や社会への周知＞がある。佐々木・北村（2015）は東京都の委託を受け日本家族計画協会として若い世代に向けた不妊啓発小冊子を作成し、都内に3万2000部配布して高い評価を得たことと、これを受け、今後は相談員を講師として派遣する計画を立てていることを報告している。このように若者に対する、性教育の一環として、ライフサイクルという視点での不妊教育を、学校教育と連携して浸透させていくことも看護の役割であろう。

「カップルとして捉えた専門的な支援」は、パートナーを含めた支援と夫婦生活の調整である。竹重（2014）の不妊女性の悩みの調査においても、配偶者との関係性、

夫婦生活が抽出されていた。最もサポートを受けたいと思っている夫からの無理解や支援が得られないことは、対象者を孤独に追いやるものである。夫婦生活の悩みは打ち明けにくいものであるからこそ、看護者側から話題にするなどの工夫が必要である。一方、朝澤（2012）の不妊治療中の男性への面接調査では、男性は治療協力への負担感、治療への熱意の温度差、挙児希望の価値観の相違を感じていることを明らかにしている。これを踏まえて、朝澤（2014）は、ART 開始時のカップルへの支援プログラムの実践への応用を試みている。このように、治療をカップル単位で考えること、男女の考え方の違いを互いに認められる支援の普及に努めること、男性も来院しやすい環境の調整、男性専用の相談窓口を普及させることも必要と考える。また、男性不妊である場合は、精子の問題と、性機能障害による不妊症がある。後者の場合はやはり男性同士の方が話しやすいこともある。現在、不妊症看護認定看護師として活躍している男性看護師もいる。不妊看護に男性看護師が活躍できる場の調整も必要と考える。

以上、研究協力者が求める支援から、具体的な支援方法を考察した。研究協力者が看護職者に求める支援は、状況を察した対応や支援方法であり、不妊看護の基本として、実践されていることであると思われるが、対象に伝わらないのは、それだけ疲弊し閉塞感が強い状況にあるためともいえる。治療開始前の女性は、社会に適応し、セルフケア能力は高いはずである。しかし、治療開始とともに疲弊し、判断に迷うことも出てくる。患者自身がその時々で心身の健康をセルフチェックしながら、必要時に必要な支援にアクセスして支援を得て、治療に取り組み人生と向き合っていくことができる継続した支援を提供する必要があると考える。

4. 類型別にみた支援の内容と方法

1) 類型①の特徴による支援内容と方法

類型①は、終結期に、【諦めきれない思い】【夫の思いを知りたい】の理由で、「医師や夫に相談・助言を求める」径路を選択し、【夫や親はもう十分だと思っている】【諦めきれない気持ちを尊重した医師の対応に納得する】ことにより、「諦める理由を確認する」径路を選択し、終結に向かっていった。そして、終結後は、「治療に取り組み努力した過程を認め受け容れる」ことにより、「社会通念に囚われず子どものいない人生を前向きに捉える」径路に向かい、『自分らしく生きる』に至っている。

類型①の終結期の支援としては、諦めきれない思いを汲み、医師と連携し納得のい

く説明と情報提供を行うことである。そして、夫の思いを知りたいという思いに対して、夫の治療の意向や気持ちも確認し、夫婦で治療に取り組んだ過程を振り返り、互いの努力を承認し合えるような看護面接の機会を設ける支援が有用と考える。また、「治療に取り組み努力した過程を認め受け容れる」に向かう要因には、【治療体験を振り返ることで努力を肯定する気持ちが高まる】【資格を得たり仕事などで役割を得る】【将来を見据えた夫との安定した関係が保てていると実感する】【子どものいない友人や子どものいる友人との安定した関係をもつ】【実母・義母・恩師・医師からの労いの言葉や承認】【子育ての現実を知り、子どものいないことをプラスに捉える】などがあつた。類型①に向かうためには、治療体験を肯定できる支援、夫との安定した関係を築いていく支援、労いや承認の言葉がけが必要である。そして、仕事や趣味などを通して社会とつながり、その中で、子どもがいないことに囚われない友人関係やを築くこと、今の自分の生き方に価値を見出せるように支援することである。

2) 類型②の特徴による支援内容と方法

類型②は、終結期の最終的な意思決定の段階で、「相談せず病院には行かないようにする」の径路を選択している。影響要因には、【目標の年齢・回数に達した】【年齢による限界を自覚する】【妊娠は人知を超えた神の領域だと思う】【自分にできることはやり尽くしたと思う】【自分や親、親しい人の病気で命の有限性を実感する】があり、やり尽くした、身体的に限界だという納得のもとに病院に行かない選択をしている。

治療を断念する場合には、その決断と、不妊治療に費やしてきた努力を承認する支援が不可欠である。また、治療への気持ちが再燃することもあるため、いつでも相談できるという拠り所を作っておくことが必要である。

3) 類型③の特徴による支援内容と方法

類型③は、終結期は類型①と同様の径路を経て、終結後は、「治療に取り組み努力した過程を認め受け容れる」が、【子どもがいないことに対する心無い言葉・態度に傷つく】【子どもがいないと不憫がる両親や子どもの話題を避ける夫】【子どもを育てないと一人前ではないという自己の価値観】などの要因によって、「社会通念に囚われ子どものいない現実を認識することで委縮する」径路に向かっている。

類型③には、子どもを育てないと一人前の大人ではないという価値観があり、このことにより、社会通念に囚われて委縮してしまう方向に向かいやすいと考える。そのため、子どもを持つことへの意味づけを把握するとともに、治療体験の振り返りに寄

り添い、体験から得たもの、成長した自分に気づけるように支援することが必要と考える。また、夫からの承認など夫に働きかけることが必要な場合もある。心無い言葉などへの対処方法としては、ピアからの支援も活用し、社会との交流を通して感じた体験への対処方法などを知る機会を設け、自分なりの対処方法を獲得していくことができる支援が必要と考える。また、臨床心理士と連携し、心理的なサポートを得て、このプロセスを乗り越えて行ける体制づくりも必要と考える。類型③は1例のみであったため、今後事例を増やし検証していく必要がある。

4) 類型④の特徴による支援内容と方法

類型④は、類型②と同様に終結期の最終的な意思決定の段階で、「相談せず病院には行かないようにする」径路を選択している。影響要因には、【目標の年齢・回数に達した】【年齢による限界を自覚する】【自分や親、親しい人の病気で命の有限性を実感する】があり、類型②との違いは、やり尽くしたという達成感が無いことである。また、類型④は終結後に、「治療に取り組み努力した過程を受け容れきれない」径路を辿っている。この径路に向かう影響要因をみると、他の類型にはない【治療による負の代償が大きいことを実感する】【老後に対する不安を考える】【治療を続けた医師への不信感が再燃する】がみられる。また、類型④は治療の不成功が続き気持ちが続かない時期の対処行動として、離婚を考えるなど自滅的になる傾向にあった。治療継続中から、このような傾向にある患者には注意を向けて、継続支援をしていく必要がある。次回の治療計画の説明時には、本人の治療への意向をよく聞き、意思表示できるような支援と、時には患者の代弁者となって納得して治療の自己決定ができるように関わる必要がある。

また、類型④では、治療を続けるか諦めるか葛藤し、「相談せず諦める理由づけを始める」径路を辿っている事例があり、その影響要因には、「医療者の治療をやめた方がいいのではないか、まだ続けるの?という無言の圧力」があった。このことも、医療への不信感に繋がり、納得のいかない終結が、その後の人生に影響しているものと考えられる。誤解を招くような医療者の対応がその後の人生に深く影響することを認識し、妊娠は困難な状況にあることは伝えにくいだが、可能性を様々なデータを用いて誠実に現状を伝えることが重要である。また、来院しなくなった患者への実践を振り返り、支援のあり方を検討していく必要があると考える。

類型④には「治療を行ってきた人生を振り返る」中で、「羨望や嫉妬」があり、「社

会通念に囚われ子どものいない現実を認識することで委縮する」に向かう過程の要因に、「身内以外の妊娠・出産・孫の話で喜べない。羨ましいって思いが死ぬまで続く」とある。すなわち【身近な人の妊娠・出産報告を喜べない気持ちが続く】のである。子どもを持てなかった思いは、ずっと抱えていくことになるが、囚われることなく、今ある人生を悔いなく生きるという価値観の転換に向けた支援が必要と考える。類型②では「(略)子どものいない先輩から、『欠陥品ではない。せつかくの人生楽しまないでどうする』と言われ、クヨクヨせず二人の人生でもいいと思えるようになった」など、少し先に行くピアからの支援が助けになっていた。子どもがいなくても前向きに進むピアとの交流の機会が持てる支援も必要であり、医療機関以外でも患者が自由に気兼ねなく相談できる窓口にアクセスできるようにシステムを整えたり、その情報を提供することも必要である。

XIII 結論

本研究では、子どもを得ることなく不妊治療終結に至る女性の意思決定の特徴と、子どものいない人生を受け入れていく過程を提示し、支援内容と方法を見出すことを目的として、子どもを得ることなく不妊治療を終結した女性 15 名への複数回の面接調査を行い以下が明らかとなった。

1. 子どもを得ることなく不妊治療を終結する女性の意思決定過程は、治療の限界を意識し、治療の継続か否かという葛藤、医師や自助グループに相談・助言を求めるか諦める理由づけを始める選択、本当に治療を諦めてよいのかという葛藤、医師や夫に相談・助言を求めるか相談せず病院には行かないかの選択、子どもを得る別の方法の検討と諦める理由づけ、治療をやめる決断の径路を辿っていた。この意思決定過程には、年齢・身体変化の自覚、費用や医療の限界の認知、家族の看病、夫や親からの承認や気持ちを尊重した医師の対応、命の有限性の自覚や生まれる子どもが負うリスクを考えるなどが影響していた。

2. 子どものいない人生を受け容れる過程は、達成感や喪失感を抱く、夫の終結に対する思いが気になる、子どもを諦めてよいのか葛藤する、できることに熱心に取り組む、という過程を経て、子どもを持つことをきっぱりと諦めるという径路を辿っていた。この過程には、月経があること・出産報道、夫の承認、ピアの存在、閉経などが影響していた。子どものいない人生を現実のものとして受け容れる過程は、閉経まで

続くことも明らかとなった。

3. 子どもを持つことをきっぱりと諦めた後は、治療を行ってきた人生を振り返り、喪失感、挫折感、羨望・嫉妬、後悔の念を浮上させながら、感謝・達成感・自負・成長を感じることで自己肯定感・存在意義が回復し治療に取り組み努力した過程を受け容れ、社会通念に囚われることなく子どものいない人生を前向きに捉え、自分らしく生きる方向に向っていた。この過程には、子どもがいないことをプラスに捉える、心無い言葉へ対応できる、友人との安定した関係、ピアの存在が影響していた。しかし、他者からの心無い言葉や子どもを育てて一人前といった価値観が、自分らしい生き方に向かわせることを逡巡させていた。

4. 医療者に求める支援は、「状況や心情に配慮した気持ちが和らぐ対応と環境の調整」「治療段階にそった患者の意思決定を支える十分な説明・情報提供」「状況に応じて必要な相談ができる場の調整とシステムの充実」「終結時期を吟味し患者の気持ちに寄り添った意思決定の支援」「不妊の理解や支援の仕組みと夫婦2人で生きる形を肯定する社会」「カップルとして捉えた専門的な支援」の6つのコアカテゴリに分類された。

5. 不妊治療終結に至る過程とその後の人生を受け容れていく過程は、4つの類型に分類された。類型①は、自ら納得ができるように相談を求めながら意思決定をして、自分らしい生き方を獲得する。類型②は、自ら納得して病院に行かない選択をして、自分らしい生き方を獲得する。類型③は、自ら納得できるように相談を求め意思決定をして、自分らしい生き方を模索するが、社会通念や子どもがいないことを否定する価値観に囚われ、自分らしい生き方に向かえず逡巡する。類型④は、十分に納得しないまま治療を受けたり病院に行かない選択をし、自分らしい生き方を模索する過程で、医療への不信感、社会通念や子どもがいないことを否定する価値観に囚われ、自分らしい生き方に向かえず逡巡するであった。

以上のことから、意思決定過程の特徴と求める支援の内容・方法から、具体的な支援方法を見出すことが出来た。

XIV 本研究の限界と今後の課題

本研究は、対象への負担と治療終結後の人生も明らかにしたいと考え、治療の終結に迷っている対象ではなく、子どもを得ることなく不妊治療を終結し、治療の過程、その後の人生について語る事が可能な状態にある女性を研究協力者としている。そ

のため、治療終結からの時間の経過のなかで終結に至る過程の意味づけが変化している可能性がある。また、今回は、治療を受ける女性に焦点を当てているが、子どものいない夫婦 2 人の人生を受け入れていく過程においては、カップルを対象としてその実像を明らかにする必要もある。また、当事者の求める支援から必要な支援を提案しているが、今後は、支援する側である看護師が提供しているケアの現状を明らかにし、不妊治療終結期にある女性が今後の人生を展望し、自分らしい意思決定に迎えるような支援プログラム作成し、その効果を検証し、支援プログラムの実用化を目指したい。

謝辞

本研究を遂行し学位論文をまとめるにあたり、終始見守り、多大なるご支援とご助言を賜りました主指導教員である小松万喜子教授には深く感謝申し上げます。時に応じて厳しくご指導いただいたこと、また優しく励まして下さったことを通して、学ばせていただいたことは、今後の糧になるばかりか、さらなる努力をする大きな励みとなりました。研究のアイデアだけでなく研究を遂行するにあたり的確な指導を賜りました柳澤理子教授に深く感謝申し上げます。質的研究手法のみでなく、研究を遂行するにあたり、的確な方向性を示してくださいました片岡純教授に深く感謝申し上げます。本研究にご協力いただきました研究協力者の皆様、研究協力施設および自助グループの皆様に感謝申し上げます。また、本論文の分析にあたり、ご指導賜りました佐藤美紀准教授にも深く感謝しております。

本研究の一部は平成 25～27 年度文部科学省科学研究費補助金（基盤研究（C））の助成を受けた。

引用文献

- Anton, L.H. (1991) / 久坂翠 (2000). 「産まない女」として生きるあなたへ(103-245).
KKベストセラーズ.
- 朝澤 恭子 (2012). 夫婦で不妊治療を受ける男性の体験. 日本生殖看護学会誌, 9(1), 5-14.
- 朝澤 恭子 (2014). 不妊治療を受けるカップルへのパートナーシップ支援プログラムの開発と評価. 日本助産学会誌, 28(2), 154-163.
- 荒木奈緒 (2008). 妊婦の羊水検査に関する意思決定. 母性衛生, 48(4), 437-443.

- 荒木重雄, 浜崎京子 (2003) . 不妊治療ガイドンス第3版 (25-28) . 医学書院.
- 有森直子 (2012) . リプロダクティブヘルスにおける意思決定. 中山和弘, 岩本貢 (編), 患者中心の意思決定支援 納得して決めるためのケア (111-133) . 中央法規.
- 浅野明恵, (2007) . 生殖補助医療と看護の役割 看護のポイント ART 終結時の看護. 臨床看護 33(6), 858-862.
- Bergson, H. (1889) / 中村文郎 (2001) . 時間と自由 (93-133) . 岩波書店.
- Bertalanffy, L. V. (1968). General System Theory: Foundations, Development, Applications. New York: G. Braziller. (ベルタランフィ, L. フォン. 長野敬・太田邦昌 (訳) (1973). 一般システム理論 - その基礎・発展・応用 (28-49) . みすず書房.
- Boss, P. (1991) / 南山浩二 (2005) . 「さよなら」のない別れ, 別れのない「さよなら」-あいまいな喪失 - (1-29). 学文社.
- Craig, S. (1990) A medical model for infertility counselling, Australian Family Physician, 19(4), 491-500.
- Dupuis, S. R. (1997) Understanding reproductive loss. Dissertation Abstracts International Section-B The Sciences and Engineering. 58, 414.
- Gilligan, C. (1982) / 岩男寿美子 (1986) . もう一つの声-男女の道德観の違いと女性のアイデンティティ -. 川島書店. 128-150
- 舟島なをみ (2007) . 質的研究への挑戦 第2版 (141-144). 医学書院.
- 林谷啓美, 鈴井江三子 (2012) : 不妊治療中の就労女性が経験する職場の理解と困難に関する研究. 母性衛生, 52(4) , 492-499.
- 平山史朗 (2006) . 不妊の心理概論とカウンセリング理論, 森崇英, 久保春海, 高橋克彦 (編) コメディカル ART マニュアル (237-241). 永井書店.
- 平山史朗 (2006) . ART 以外の選択肢とそのタイミング, 森崇英, 久保春海, 高橋克彦 (編) コメディカル ART マニュアル (292-296). 永井書店.
- 堀弘子, 小野純平 (2010) . 不妊治療経験者の治療終結期の心理 - 治療終結後養親になった女性の語りから -. 日本不妊カウンセリング学会誌, 9(2), 105-110.
- 池内博美, 藤原武弘 (2009) . 喪失からの心理的回復過程, 社会心理学研究, 24(3), 169-178.
- 今中基晴, 藤井麻衣子, 藤野祐司他 (2011) : 不妊治療を受ける女性の負担感と就労に

- 関する意識調査(2)－身体的負担感・精神的負担感・経済的負担感・時間的負担感
一, 日本受精着床学会雑誌, 29(1), 109-113.
- 岩澤美帆, 三田房美 (2007) . 晩産化と挙児希望女性人口の高齢化. 人口問題研究 ,
63(3), 24-41.
- 實崎美奈 (2010) . 不妊治療の終結期にあるカップルへのケア. Nursing Today, 25(3),
6-8.
- 實崎美奈 (2011) . 不妊治療を長期継続した女性の継続要因に関する質的研究. 日本生
殖看護学会誌, 8(1), 33-39.
- Johansson, M., Berg, M. (2005) Women's experiences of childlessness 2 years after
the end of in vitro fertilization treatment, Scandinavian Journal of Caring
sciences, 19(1), 58-63.
- 香曾我部琢 (2012) . 少子化, 過疎化が地方小規模自治体の保育者に与える影響, 保育
学研究, 50 (2), 12-25.
- 香曾我部琢, 松延毅 (2014) . 公立保育所保育士の成長プロセスと実践コミュニティ:
グラウンデッド・セオリー・アプローチ (GTA) と複線径路・等至性モデル (TEM)
の比較から. 宮城教育大学紀要, 48, 167-180.
- 鴨下桂子, 杉本公平, 野口幸子他 (2014) . 不妊治療終結に対する医師の関わりかたの
検討～当院不妊学級での取り組み～. 日本受精着床学会, 31 (1), 87-90.
- 木下康仁 (2003) . グラウンディド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い.
(131-137, 173-176, 218-224) 弘文堂.
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2010) . 第 14 回出生動向基本調査. 表 5-8 妻の現在年
齢別, 出生子ども数別, 不妊についての心配・治療経験別, 夫婦数.
[http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/
GL08020103.do_toGL08020103_&tclassID=000001040174&cycleCode=0&requestSender=search](http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do_toGL08020103_&tclassID=000001040174&cycleCode=0&requestSender=search). 2013 年 8 月 15 日.
- 厚生労働省 (2013) 平成 25 年度「不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関す
る検討会」報告書について 平成 25 年 8 月 23 日報道発表資料
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000016911.html> 2013 年 8 月 30 日
- 久保春海, 安達知子, 斎藤益子他 (2005) . 不妊相談のためのマニュアル (90-93) . 不
妊に対する理解と支援のための普及事業委員会.

- 久保春海 (2008) . 不妊カウンセリング, 産婦治療, 95, 149-153.
- 黒沢多美子, 刀根洋子, 鈴木祐子 (2013) . 不妊症看護認定看護師のかかえるジレンマと課題. 日本ウーマンズヘルス学会誌, 12, 11-22.
- Lok , I. H. , Lee, D. T. , Cheung, L. P. , et al. (2002) Psychiatric morbidity amongst infertile Chinese women undergoing treatment with assisted reproductive technology and the impact of treatment failure, Gynecol Obstet Invest, 53(4), 195-199.
- 森明子, 浅見万里子, 有森直子他 (2001) . 不妊患者支援のためのガイドライン (31-36) . 「不妊患者支援のための看護ガイドライン」作成グループ編.
- 森明子 (2003) . 不妊治療に関わる家族の意思決定. 家族看護, 1(1), 70-78.
- 森明子 (2005) . 不妊治療と不妊看護ー不妊治療におけるインフォームド・チョイスを支援するということー. 助産雑誌, 59(10), 900-905.
- 森明子 (2012) . 不妊症治療カップルへの心理的ケア 不妊症認定看護師の役割. 母子保健情報, (66), 66-70.
- 長岡由紀子 (2001) . 不妊治療を受けている女性の抱えている悩みと取り組み, 日本助産学会誌, 14(2), 18-27.
- 内閣府. 「平成 26 年度少子化の状況及び少子化への対処施策の概況」. 平成 26 年度版少子化社会対策白書, 2014. 33.
- 中込さと子, 横尾京子, 田口智子 (2009) . 体外受精ー胚移植によって子どもが得られなかった女性のライフヒストリー研究. 日本生殖看護学会誌, 6(1), 4-15.
- 中野卓 (2005) . 歴史的事実の構成, 個人史と社会史. 中野卓, 桜井厚 (編), ライフヒストリーの社会学 (192) . 弘文堂.
- 中山和弘 (2012) . ヘルスリテラシーと情報を得た意思決定の支援. 保健の科学, 54, (7) 447-453.
- 中山和弘, 岩本貢 (2013) . 患者中心の意思決定支援 納得して決めるためのケア. 28-36. 中央法規.
- 新島典子 (2004) . 喪失(Loss)からの「回復」にみる喪失対象の代替可能性. ソシオロギス, 28, 48-62.
- 日本乳癌学会, 乳癌診療ガイドライン 不妊治療は乳癌発症リスクを増加させるか (疫学. 予防・リスクー既往治療や併用薬・ ID41360)

- <http://jbcs.xsrv.jp/guidline/guideline> 平成 27 年 12 月 12 日
- 日本産婦人科学会, ART データブック (2011) .<http://plaza.umin.ac.jp/~jsog-art/data.html>, 2013 年 3 月 25 日
- 日本産婦人科学会 (2015) .不妊の定義の変更について, 平成 27 年 9 月 2 日掲載
http://www.jsog.or.jp/news/html/announce_20150902.html, 2015 年 11 月 13 日
- 日本生殖医学会 (2013) .年齢が不妊・不育症に与える影響.平成 25 年 4 月 18 日掲載
http://www.jsrm.or.jp/public/funinsho_qa20.html, 2013 年 5 月 3 日
- 日本看護協会 (2013) .データでみる認定看護師. <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn> 2013 年 8 月 24 日
- 中坪史典, 小川晶, 諏訪きぬ (2010). 高学歴・高齢出産の母親支援における保育士の感情労働のプロセス. 乳幼児教育学研究, 19, 155-166.
- 糠塚重紀子, 児玉英也 (2006) .不妊患者の治療選択・終結に関わる看護師の倫理的ジレンマと意思決定過程に関する質的帰納的分析. 秋田大学医学部保健学科紀要, 14(2), 9-16.
- Olshansky, E.F. (2005) .Women's Experiences of menopause after infertility, The American journal of maternal/Child nursing. 30(3), 195-200.
- 大槻優子 (2003) .不妊治療を受け子どもが得られない夫婦関係についての研究 A 氏夫婦の不妊治療開始から治療終結, 現在に至るまでの分析から. 母性看護, 34, 112-114.
- 岡崎香織, 大河原美以 (2009) . 心理的衝撃を乗り越えるプロセスのモデル化 - 交通事故体験についての質的研究 -. 東京学芸大学紀要 総合教育科学系, 6 , 159-170.
- 斉藤秀和 (2013) .平成 24 年度倫理委員会登録・調査小委員会報告 (2011 年分の体外受精・胚移植等の臨床実施成績および 2012 年 7 月における登録施設名). 日産婦誌, 65 (9), 2183-2115.
- 境愛一郎, 中西さやか, 中坪史典 (2012) .子どもの経験を質的に描き出す試み - M-GAT と TEM の比較-. 広島大学大学院教育学研究科紀要, 61 (3), 197-206.
- 坂上明子 (2009) .不妊治療による妊娠・出産後の生殖に関する意思決定過程. 日本生殖看護学会誌, 6(1), 17-25.
- 桜井厚 (2005) .第 1 章 ライフストーリー・インタビューをはじめ. 桜井厚, 小林多寿子(編), ライフストーリー・インタビュー - 質的研究入門 (11-62) . せりか書

房.

サトウタツヤ (2012) 第 1 章 2 節 質的研究をする私になる. 安田裕子, サトウタツヤ (編), TEM でわかる人生径路 質的研究の新展開. (4-11). 誠信書房.

サトウタツヤ (2014). TEM ではじめる質的研究 - 時間とプロセスを扱う研究をめざして (1-54). 誠信書房.

佐々木良枝, 北村邦夫 (2015). 若い世代への不妊啓発小冊子の作成～『いつか子供がほしいと思っているあなたへー実は身近な不妊の話』～, 日本生殖心理学会誌 1(1), 77-80.

Sewall, G. (1999) Involuntary childlessness Deciding to remain childfree. Em L. H. Burns & S. N. Convington (Orgs.), Infertility counseling A comprehensive handbook for clinicians. New York Pathernon Publishing Group. 411-422.

柴田文子 (2006). 不妊を専門とする看護師の役割と機能. 森崇英, 久保春海, 高橋克彦 (編) コメディカル ART マニュアル (151-153). 永井書店.

総務省. 平成 26 年度情報通信白書, 第 2 部「情報通信の現況・政策の動向」. 図表 4-3-1-4 インターネットの離礁者数及び人口普及率の推移, 2014, <http://www.soumu.go.jp/> 平成 27 年 12 月 25 日

杉本公平, 泊亜希, 針谷則子他 (2010). 治療終結に関する不妊患者の意識調査. 受精着床学会誌, 27(2) 323-231.

杉本公平, 加藤淳子, 高橋絵里他 (2011). 不妊治療終結に関する情報提供の在り方 40 歳以上の不妊患者を対象に. 産婦人科の実際, 60(6), 917-922.

竹重幸 (2014). 生殖医療を受けている女性の悩みと自尊感情との関連性, 日本不妊カウンセリング学会誌, 13 (2) , 161-168.

竹重幸 (2015). 生殖医療を受けている女性の悩みと取組の検討-治療期間との関連性において-, 日本不妊カウンセリング学会誌, 14 (2) , 165-171.

竹田恵子 (2007): 生殖技術受診時に表出する身体観の相互作用, 質的心理学研究, 6, 140-157.

坪井陽子, 田中満由美, 中村康彦他 (2015). 就労女性の不妊治療における困難やストレスの内容と就労と治療の調整を困難にしている要因. 母性衛生, 56 (2) , 391-39.

竹家一美 (2008), 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. 質的心理学研究 , 7, 118-137.

- 武内珠美, 小坂真利子 (2011), デート DV 被害女性とその関係から抜け出すまでの心理的プロセスに関する質的研究-複線径路・等至性モデル (TEM) を用いて. 大分大学教育福祉科学部研究紀要, 33(1), 17-30.
- 田中史子 (2006). 加齢患者のカウンセリング. 森崇英(編)コメディカル ART マニュアル (287-291). 永井書店.
- 辻恵子(2007). 意思決定プロセスの共有概念分析. 日本助産学会誌, 21 (2), 12-22.
- 栢植あづみ (1994). 「生殖」における自己決定 - 不妊治療をモデルにして. *Imago*, 5(7), 239-245.
- 栢植あづみ(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 (97-128) みすず書房,
- 植村直子, 畑下博世, 金城八津子 (2010), 筋力トレーニング教室から自主グループが形成・継続されるプロセスにおける保健師の支援のあり方 - 複線径路・等至性モデル (TEM) による住民と保健師の 相互関係の分析の試み -. 日本地域看護学会誌, 13 (1), 76-82.
- 上野桂子, 門屋英子, 松元恵理子他 (2008). 不妊治療の終結における患者サポートについての検討-「妊娠に至らず治療終結を決意した元患者を囲む会」を開催して -. 産婦人科の実際, 57 (9), 1473-1478.
- 渡邊知佳子 (2006). 看護者が不妊症患者と関わる中で感じる困難や葛藤. 日本助産学会誌, 20(1), 69-78.
- 渡邊知佳子 (2010). 不妊治療を終結した女性の体験 - 治療終結に焦点をあてて -. 日本助産学会誌, 24(2), 307-321.
- 渡邊知佳子 (2011). 不妊治療の終結を考えながらそれでも受療し続ける女性の思い. 日本母子看護学会誌, 5(1), 17-27.
- Wirtberg, I., Möller, A., Hogström, L., et al. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Hum Reprod.* 22(2), 598-604.
- Wischmann, T., Korge, K., Scherg, H. et., al (2012) A 10-year follow-up study of psychosocial factors affecting couples after infertility treatment. *Human Reproduction*, 27(11), 3226-3232.
- 山縣然太朗, 星和彦, 平田修二他 (2003). 「生殖補助医療技術についての意識調査 2003」『平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究「生殖補助技術に対

する国民の意識に関する研究」報告書』

<http://www.mhlw.go.jp/wp/kenkyu/db/tokubetu02/> 平成 25 年 7 月 25 日

- 矢野ゆき (2006) . 個人開業カウンセラーによる生殖心理カウンセリング. 森崇英, 久保春海, 高橋克彦 (編), コメディカル ART マニュアル (268-271) . 永井書店.
- 山口雅子 (2011) . 不妊カウンセリングに携わる看護者が感じる違和感 - 患者の意思決定の場面に焦点を当てて - . 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター 看護教育研究収録, 36. 238-245.
- 山田嘉徳 (2011). 卒業論文を書き上げるまでの逡巡過程 - 指導教員との関係からみた参加軌跡の径路多様性 - , 関西大学大学院『心理学叢誌』, 6, 85-97.
- やまだようこ (2007) . 喪失の語り 生成のライフストーリー (33-66) . 新曜社.
- やまだようこ (2010) . 人生を物語ることの意味 ライフストーリーの心理学. やまだようこ (編), 人生を物語る - 生成のライフストーリー (1-35) . ミネルヴァ書房.
- 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.
- 安田裕子 (2007) . 非血縁の親子関係を築く選択と経験 不妊治療では子どもを産むことができなかった女性のナラティブ. Journal of Japanese Clinical Psychology, 25(5) , 550-560.
- 安田裕子, サトウタツヤ (2012) . 第 1 章 TEM 入門編, 安田裕子, サトウタツヤ (編) TEM でわかる人生径路 質的研究の新展開 (1-3). 誠信書房.
- 安田裕子, やまだようこ (2008) . 不妊治療をやめる選択プロセスの語り 女性の生涯発達の観点から. パーソナリティ研究 , 16(3), 279-294.
- Valsiner, J. (2001), Comparative Study of Human Cultural Development. Madrid: Fundacion Infancia y Aprendizaje. 15, 36-42.