

酪農業女性従事者における不妊治療経験からみる困難



加藤 博美 (かとう ひろみ)

北海道大学農学研究院 研究員

千葉県出身。2003年酪農学園大学酪農学研究科食生産利用科学専攻 博士課程満期退学。2005年神奈川県畜産技術センター、2007年中央農業総合研究センターに勤務。配偶者の海外在住および出産により研究活動を一時中断し、2016年より研究活動を再開した。博士（農学）。専門は、家畜管理学。

1 はじめに

晩産化の影響から不妊に悩む女性が増加し、同時に不妊治療を行っている女性も増えてきている。実際に不妊の検査や治療を受けたことがある（または現在受けている）夫婦は日本全体で18%、子どものいない夫婦では28%である（国立社会保障・人口問題研究所、2017）。

不妊治療には様々な段階があり、高度な不妊治療に進むに従い金銭的負担も多くなっていく。北海道では、高度不妊治療に対して制限があるものの助成金が給付され、不妊治療への金銭的負担を軽減している。しかしながら、助成金支給認定がされている高度不妊治療可能な病院の64%は札幌市に所在し、それ以外もいわゆる都市部にある（図1、北海道保健福祉部、2017）。つまり、多くの自治体が高度不妊治療不可能な空白地帯である。このことから空白地域に住んでいる高度不妊治療希望の女性は、都市部への通院を余儀なくされていると想像できるが、実態は把握されていない。そこで、本研究では、女性農業従事者の不妊治療経験からみる困難を明らかにするため、質的調査を実施した。



出所)「北海道特定不妊治療費助成事業指定医療機関名簿」より作成
図1 高度不妊治療可能な病院がある市町村（青色部分）

2 調査方法および分析方法

調査は調査協力者1人あたり、1時間程度のインタビュー調査を1回行った。インタビューの内容は、調査協力者の許可を得た上でICレコーダーでの録音お

よび筆記でのメモをとった。なお、質問形式は半構造的インタビュー法*1とし、厳密な質問事項^{のつと}に則るのではなく、調査協力者の気持ちのままに自由に語っていただくこととした。

本研究では得られたデータを質的内容分析により解析を行った。インタビュー調査から得られたデータを逐語録におこして「農村に暮らす女性農業従事者の不妊治療の阻害要因」に関連する言葉や文章を取り出し、コード化し、類似する意味を持つ内容を分類しサブカテゴリーとした。これらのサブカテゴリーは内容を検討しながら統合し、抽象度を上げてカテゴリーとした。

3 調査協力者

表1に協力者の概要をおよび表2に不妊治療の概要を示す。Aさん(40歳)は、酪農専業農家に本州から32歳で嫁ぎ、結婚前の農業経験はなかった。結婚後、義父から配偶者への経営譲渡がなされ譲渡後の経営が安定した39歳から不妊治療を開始し、約1年半の不妊治療を行ったが、子どもを授かることはできなかった。Bさん(37歳)は、酪農専業農家に本州から28歳で嫁いだ。結婚前の農業経験は、酪農専業農家での従業員として3年間働いた実績がある。30歳となり未だ妊娠に至らないことを心配し、約3年半にわたり産婦人科病院へ通院。その後、34歳で不妊治療専門病院の通院を開始し約1年間の治療後、36歳で1人の子どもを出産した。

表1 対象者の概要

対象者	農業経営	住居地	経営規模	搾乳方法	家族労働者	補助人材	不妊治療専門医までの通院距離(片道)※	通院手段	義理の両親との住居形態
A	酪農専業農家	十勝地方	搾乳牛160頭	搾乳ロボット	本人、配偶者	必要時に酪農ヘルパー	230km	自家用車 鉄道	別居(別棟)
B	酪農専業農家	道北地方	搾乳牛240頭	ロータリーパーラー	本人、配偶者 義両親	常雇2名 研修生4名	130km	自家用車	別居(同棟)

※通院距離は自宅から病院までの車で移動した場合の最短距離を示す。

表2 対象者の不妊治療の概要

対象者	婚姻時の年齢	不妊治療開始年齢	不妊治療期間	産婦人科病院への受療医院数	不妊治療専門への受療医院数	不妊治療の治療段階
A	32歳	38歳	約1年半	1病院	1病院	高度不妊治療レベル
B	28歳	30歳	約5年	2病院	1病院	高度不妊治療レベル

*1 半構造的インタビュー法

事前に大まかな質問事項を決めておくと、対象者の回答によって柔軟に進めていく質的研究手法。

4 倫理的配慮

本研究は、平成29年3月7日に北海道大学農学部倫理委員会の承認を得て行っている。審査の結果に従い、調査協力者に対し、個人情報保護や付随する倫理的配慮について文書と口頭にて説明し、書面での同意を得た。

5 結果

1) 女性農業従事者の不妊治療時の困難

質的内容分析の結果、3つのカテゴリーと7つのサブカテゴリーが帰納的に抽出された(表3)。以下、それぞれの内容について、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを[]で示す。なお、本研究では質的内容分析の枠組み(図2)に沿って結果を示す。

【通院可能な病院での不妊治療の経験】には、良い結果がでない焦りから[治療の進め方における不信任]、近くに高度な治療可能な病院がないことから[遠距離通院を余儀なくされる負担]が含まれていた。また、遠距離通院と仕事の両立ができるのか、結論の出ない夫婦で話し合いに負担を感じていた。

【不妊治療専門病院受診時の特異性】には、年齢を考えるとなぜ早く決断しなかったのかという[早期に高度不妊治療を開始しなかった後悔]、再度、検査する精神的・肉体的負担の重さ等からくる[病院の変更ができないプレッシャー]が含まれていた。

表 3 女性農業従事者の不妊治療時の困難

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
通院可能な病院での不妊治療の経験	治療の進め方における不信感	最初に受診した病院ではきちんとした検査がなくタイミング法のみで様子を見続けたが、その後病院を代えた。
		2番目に通院した病院でもタイミング法から入り、時間がかかるのみの治療の進め方に疑問を持った。
	遠距離通院を余儀なくされる負担	受診した病院に常勤する医師が卵管造影検査を失敗し、不妊治療経験豊富な非常勤の医師によって再度、試み成功。その経験から一般的な産婦人科医師の技術に不満を持った。
		病院から紹介された不妊治療専門病院がすでに指定されており、自分の希望は考慮されなかった。近くに高度な治療可能な病院がないため遠距離通院を決断せざるをなかった。遠距離通院と仕事の両立ができるのか、結論の出ない夫婦で話し合いに負担を感じた。
不妊治療専門病院受診時の特性	早期に高度不妊治療を開始しなかった後悔	不妊治療専門なので治療のテンポが速く、他の病院とは明らかに異なっていた。早く通院すれば良かったと後悔した。
	病院の変更ができないプレッシャー	医師が多忙により患者の識別ができず薬を間違えたり、ポリープの切除が済んでいる等、勘違いされたり、不信感があったが、あきらめの気持ちで治療していた。
		医者への不信感から、病院を変更したいと思ったが再検査をする負担を思うと変更できなかった。紹介された病院以外の通院は義理を欠く思いがし、不可能だと思っていた。
酪農業と遠距離通院での不妊治療	治療の中断	農繁期の夏場は1カ月ぐらい通院を休まざるをえず、焦りを感じた。
		診察日を決められてしまうので、どうしても治療を休まざる得ない時があった。
	仕事と治療のやりくり	本人も配偶者も夜の仕事を終えてからJRで移動、朝一番で診察を終えすぐに帰宅し、仕事に戻っていた。
		金銭的には長距離バスを選択した方が安価だが、鉄道を選択しないと治療と仕事に間に合わず、金銭的な負担も感じた。
	他の人より負担を強いられているという苦悩	採卵時、普通は全身麻酔で採取するが、その後の運転や仕事ができなくなるため部分麻酔で採卵した。
家に帰ってからやらなくてはならない仕事を考えると泣くことが抑えられなかった。治療が上手くいかない時、人よりも苦労しているという思いから“ちくしょう”と泣きながら運転し帰宅していた。一回だけパトカーに捕まりそうになった。		

【酪農業と遠距離通院での不妊治療】には、[治療の中断]、[仕事と治療のやりくり] および [他の人より負担を強いられているという苦悩] が含まれていた。一般的な企業等に就業している人であっても不妊治療と就労の両立には困難が伴う（林谷，2011）。酪農業も決して例外ではないことが明らかとなった。

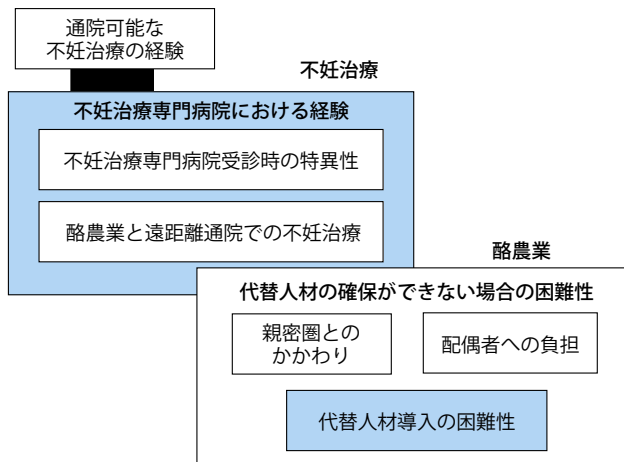


図 2 質的内容分析の枠組み

2) 女性農業従事者の不妊治療時の困難（代替人材の導入が困難な場合）

不妊治療を進めていく中で、仕事に対して常時雇用等、代替人材の利用が確保されている場合（Bさん）と、代替人材の利用が臨時的人材（酪農ヘルパー*2）に限られる場合（Aさん）との間には大きな負担の差がみられた。そこで、本報告では、“代替人材の導入が困難な場合”の分析結果について示す。質的内容分析の結果として3つのカテゴリーと6のサブカテゴリーが帰納的に抽出された（表4）。

【親密圏とのかかわり】には、[頼れない態度に孤独感を感じる] が含まれていた。不妊治療によって仕事ができない時に、代替人材を求めらるるのであれば、やはり最初は親密圏の人間に頼ることになる。しかしながら、Aさんは、残念ながら義理の両親と良好な関係は築くことはできず頼ることができなかった。そして義

* 2 酪農ヘルパー

酪農家が休みをとる際に酪農家に代わって、搾乳や飼料給与などの作業を行う仕事に従事する人。

表4 女性農業従事者の不妊治療時の困難（代替人材の導入が困難な場合）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
親密圏との かかわり	頼れない態度に 孤独感を感じる	結婚後、配偶者に経営譲渡される。「俺（義父）をいつまで働かせるんだ！」と言われ、まず、仕事の主力になることを求められた。結果として、夫婦二人で仕事を担うが多忙により一度子供をあきらめた。
		義母は搾乳作業を昔からしない。「酪農は嫌い。仕事はしたくない」と言って経営譲渡後、半年で引退した。
		人手が足りない時に仕事を頼みたいが、借りをつくると、その分何かを頼まれてきた経験から頼ることができなくなった。そのため配偶者と二人でなんとかしなければいけないと精神的に追い詰められた。
		不妊治療のために、人手が足りなくても義理の両親は仕事の協力をしてくれなかった。
		妊娠初期であることを伝えても、仕事を代替してくれる配慮がなく無関心な態度に傷ついた。結果として流産したが、もう少し仕事の負担がなければと後悔する時がある。
配偶者への 負担	配偶者への罪悪感	不妊治療での不在中、仕事のすべてを配偶者が行うために配偶者のストレスが高まり、その態度に罪悪感を感じた。
		配偶者のストレスが牛の状態に影響し、結果として経営状態が悪化したことに罪悪感を感じた。
		不妊治療での不在中、配偶者の仕事（主に大型機械の運転等）が出来ないため、配偶者自身の仕事の負担は減らず仕事が担えない負い目を感じた。
		不妊治療に限らず、配偶者が体調不良であっても仕事を代わってあげられず、自分の無力さに申し訳なくなった。
		自身の仕事については配偶者ができるが、逆はできないと気付いた時、配偶者に何かあったらどうしようという不安感が高まった。
配偶者への負担が 自分の負担となる	配偶者への負担が 自分の負担となる	義理の両親に仕事を頼むことに心が重くなる。どうしても配偶者に協力をお願いしてしまうことに申し訳なさがついた。
		不在中（治療中）も配偶者は仕事をしているという意識が抜けない。配偶者の仕事負担が自身の重荷になり苦しくなった。
代替人材導入 の困難性	代替人材の確保の困難	不妊治療には酪農ヘルパーなど代替人材が必要であるが、ヘルパーの確保が困難であり3か月後になってしまう。その結果、病院で通院日時を指定されても通うことが難しくなっていた。
	代替人材への 信頼がない	代替人材に、業務内容を説明しなければならぬが、その説明に時間と労力がさかれ、休んでいるのかわからなくなる。
		人が変わると牛のコンディションも変わってしまう。ある程度、仕事も任せるが、やっぱりなにか違うように思う。その後はまた2・3日かけて牛の状態を戻す作業が伴うので気軽に頼みにくい。
		働く人が代わると牛に影響がでる。これが収入に直結するので頼みにくい。
	人を雇うことへの 責任が重い	人を雇うことへの 責任が重い
一度雇用してしまったら解雇は難しい。無責任に人を雇うことはできないという気持ちがあり、従業員を雇うことに躊躇してしまう。		
		人を雇うことのむずかしさ、煩わしさを嫌うため従業員を雇うことにハードルを感じる。

理の両親の理解と協力不足から、つねに孤独感を感じていた。不妊治療にとってストレスを感じることは極力避けたいことである。この語りにより、配偶者の協力はもちろん、親密圏の人との関わりも重要であると示唆された。

【配偶者への負担】には、[配偶者への罪悪感]、[配偶者への負担が自分の負担となる]が含まれていた。

Aさんの配偶者は不妊治療には理解を示し、協力的であったが度重なるAさんの不在により、配偶者への仕事の負担は高まるばかりであった。結果として、配

偶者の不機嫌な態度や経営悪化の原因がAさん自身であると思ひ罪悪感を覚えていた。

【代替人材導入の困難性】には、[代替人材の確保の困難]、[代替人材への信頼がない]、[人を雇うことへの責任が重い]が含まれていた。近年、酪農ヘルパーの利用が高まって望んだ時に確保できない状況にある。また、“飼養方法が牛の状態に影響し、結果として経営にも影響を及ぼす”ことは安定的な経営を左右する重要な要因である。このことから代替人材への確保と質に課題があることが示された。

6 女性農業従事者への不妊治療の負担低減のために言えること

“自身が望んだ時に子どもを産む（努力をする）ことができる”ことは人の幸福として重要である。“不妊治療”はそのための有効な医療補助技術として確立され、必要とされている一方で、農村地域における女性農業従事者の治療にはいくつもの特有の負担があることが、少ない事例からながらも明らかとなった。以下に本研究の分析結果より2つの負担低減策を提案する。

① 代替人材の導入（優遇）：

不妊治療と仕事の両立支援は重要な課題の一つとなっている。「不妊治療と仕事の両立に係る諸問題についての総合的調査研究事業調査結果報告書（厚生労働省、2018）」によると、“不妊治療を行っている従業員が受けられる支援制度等の実施状況”では70%の企業が実施していなかった。また、“不妊治療のための制度導入数（複数回答）”でも81%の企業が不妊治療に特化した制度はないと回答しており、不妊治療と仕事の両立の難しさへの理解はまだ進んでいない現状が確認されている。一方で約86%を占める家族経営を主体とする農家では、“制度”として不妊治療をしやすい環境を整えることは自助努力では難しく外部の支援が必要である。その1つとして「代替人材の導入（優遇）」を提案する。具体的には、酪農ヘルパー等の代替人材の利用にあたり、不妊治療を理由にした場合に優先される等、代替人材の利用を容易にすることである。ただし不妊治療をしていると公言することが難しい心理的抵抗感を考慮しなければならない。

② 助成金の制限の緩和：

現在、北海道では高度不妊治療に対しての助成金給付にあたり「夫婦の前年の所得（総収入金額から税法上の必要経費を引いた額（控除後の額）の合計額）が730万円未満であること（北海道、2016）」が制限の1つとして規定されている。この制限に対し両氏ともに上限を上げるように改善を求めている。金銭的負担は不妊治療において最も大きな弊害要因になりうるもの

であり、本対象者の長距離通院による交通費および宿泊費の負担の実態を考慮した場合、制限の緩和については再検討の余地がある。

謝辞

本研究に協力していただきました対象者、農協、きたひとネットの皆様および酪農学園大学 森田茂 教授 および干場信司 名誉教授、北海道大学 保健科学研究所 野口眞貴子 准教授、同 佐藤三穂 講師、北海道大学 農学研究院 小林国之 准教授、同 高須賀太一 助教、北海道大学 文学研究科 森本 琢 助教に深謝いたします。

参考文献

- 1) 厚生労働省雇用環境・均等局 雇用機会均等課 (2018). 不妊治療と仕事の両立に係る諸問題についての総合的調査研究事業調査結果報告書.
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/pamphlet/dl/30d.pdf>. (2018年3月20日閲覧)
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所 (2017). 「2015年社会保障・人口問題基本調査（結婚と出産に関する全国調査）」
http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou15/NFS15_reportALL.pdf. (2018年3月20日閲覧)
- 3) 林谷啓美・鈴井江三子 (2011) 不妊治療を受けた就労夫婦の経験と心理——4組の夫婦へのインタビュー調査を基に——. 園田学園女子大学論文集第45号. 121-139.
- 4) 北海道保健福祉部 子ども未来推進局子ども子育て支援課 (2017). 北海道特定不妊治療費助成事業指定医療機関名簿 (H29.9.1～).
<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kms/ninshin/file/meibo.pdf>. (2018年3月20日閲覧)
- 5) 北海道保健福祉部 子ども未来推進局子ども子育て支援 (2016). 不妊治療費の助成制度（平成28年度からの助成制度について）
<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kms/ninshin/funin.html>. (2018年3月20日閲覧)

※ 加藤博美 (2017) 「農業従事者増加のための女性のリプロダクティブヘルスに関する社会調査」『北海道開発協会平成29年度助成研究論文集』（一財）北海道開発協会ホームページ掲載予定。