

産婦人科における内診台と医師-患者の相互行為(1) : 空間編成を中心に

メタデータ	言語: ja 出版者: 静岡大学人文社会科学部 公開日: 2016-09-29 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 白井, 千晶 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.14945/00009825

産婦人科における内診台と医師－患者の相互行為(1) —空間編成を中心に—

A Study of Gynaecological Examination

Tables/Chairs and doctor-patient interaction:

(1) Spatial Formation of Outpatient Clinics in Japan

白 井 千 晶

1 はじめに

(1) 本稿の関心と目的

周知の通り、日本を含む先進社会における診察室は、医療科学技術に取り囲まれている。

診察室という空間は、①構造的な空間的配置（診察室の間取り、壁や内診台など不可動な構造物）、②可動性のある空間的配置（机や椅子、衝立）、③医療機器およびIT機器（内診台、超音波画像診断装置、心音計、レントゲンの読影をするためのシャウカステン、付随的な衛生材料可動棚、PCとモニター、印刷機等）、④空間の遮断を意図する物（内診台上のカーテン、パーティション、アコーディオンカーテン）、などの物質的環境によって編成されるが、⑤診察、処置、施術の内容、⑥人の量と動線（患者の人数、診察の流れ、スタッフの量と業務分担・配置）、といった非物質的環境によっても編成される。これらによって配置された空間編成は、医師－患者の相互行為の環境（セッティング）になっている¹。

本稿では、妊婦健診において経膈の超音波画像診断をするために置かれた内診台が、診察室の空間や動線をどのように編成させているのか、つまり内診台によって診察室の間取りと動線がどのように規定されるかという内診台を中心にした空間の編成のありよう、その空間編成によって医師－患者（妊婦）²の相

¹ 当然のことながら、医療者同士の相互行為もあるが、本稿は医師－患者の相互行為に限定して考察する。また当然のことながら、相互行為が環境（セッティング）に働きかけることもある。

² 妊婦健診を受診する妊婦は合併症がない限り、患者ではない。が本稿では医療者に対するクライアントという広義の意味で患者と総称する。

互行為に何が起っているのかを検討したい。

(2) 理論的背景：空間という環境とコミュニケーション

医療現場における空間とコミュニケーションの関連についての研究としては、Sommer et al. (1963) と Rosengren et al. (1963) があげられる。Sommer et al. では家具等の配置が患者同士のコミュニケーションにどのような影響を与えるか生態学的に検証され、Rosengren et al. では産婦人科病棟を事例に空間機能と患者や看護師の振る舞いの関係に関する調査結果が述べられた。分娩室では痛みを表現することが正当であるが陣痛室では痛みの表現が評価されない等、患者も医療者も空間の機能にあわせた役割を演じていることが明らかになった。松岡 (1992) は30床あまりの病床を一望できるナイチンゲール病棟に入院した体験記を分析して、一見すると野戦病院のようにプライバシーがなく集団管理的に見える大部屋が、実は患者の自律的な行動を促し、医療者と患者

の視線が相互であることを指摘した。個室と違って患者は自らの意志で患者集団にかかわったり離れたたりすることができ、個室では患者はただ「見られる」存在であるのに対して大部屋ではナースステーションの看護師たちを「見る」こともできるからである。ちなみにナイチンゲール病棟とはナイチンゲール Florence Nightingale が考案した病棟で『病院覚え書』(Note on Hospital) に図面入りで記した、図1に示したような一望病棟で、当時の聖トーマス病院をはじめとして、世界中の病院建築に取り込まれたものである。

医療というフィールドに限定せず、空間ないし物理的環境とコミュニケーションないし関係性を考察するアプローチに広げるなら、第一に社会学における古典的研究として E.W. Burgess、R.E. Park らシカゴ学派における都市空間とコミュニティに関する研究をあげなければならない。そこでは人口学および人間生態

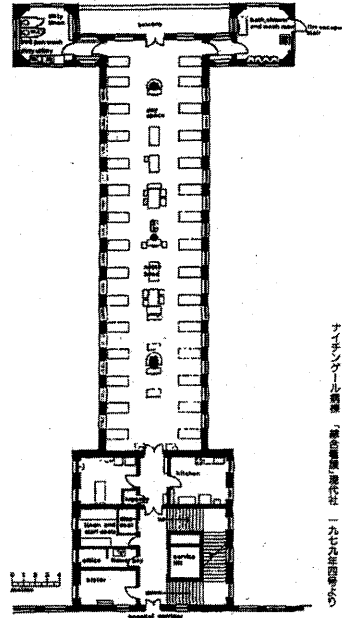


図1 ナイチンゲール病棟 (松岡1992)

ナイチンゲール病棟、松岡肇著、建築雑誌社、一九七九年四月号より

学の見地から都市の空間的分布構造が研究された。

コミュニティが入っている「ハコ」(住まい)と「ハコの中身」(家族)の関係については、上野千鶴子らは斬新的で実験的な間取り・住宅配置をした保田窪住宅で調査をおこない、興味深いことに近隣関係という「ハコの中身」は「ハコ」と関連していない部分があり、設計者の意図と住民にずれがあることが判明した(上野2002)。

設計者の意図という観点で言えば、実用的な建築設計においては、建築法上の条件や制約、空間に盛り込まなくてはならない設備や医療機器、フロアの要件等の実際的な条件が優先されるわけであるが、それでも病院の満足度の向上や経営上の観点もあって、患者にとって「快適な診療空間」、例えばプライバシーが確保されたり、動線がスムーズであったりする設計プランが検討されたり、医療者にとって能率的な診療空間が検討されたりしている(例えば久保田2001, 2003)。だがこうした綿密な空間の設計とその空間を利用する人びとの間に齟齬があるという知見は他にも提出されている。建築計画学の領域から阪田他(2001)では精神病棟の物的空間構造が患者の行動に与える影響が分析された。精神病棟移転前後の患者の時間単位での日常生活行動調査から、個室化や入院室の一人あたり面積の増加は予想通り個人的な行為を促す一方で、私的領域で気兼ねなく行動することが結果として共用空間への移動も促すという知見が提示された。同じ事例の行動時間調査と患者・看護師アンケートの結果から岡本他(2002)は、設計的に意味づけられておらず看護師もコミュニケーション空間として意味づけしていない空間からも患者の分類行為のマップ調査ではコミュニケーションが多く発生している結果となっており、患者の行動、看護師の空間評価、建築設計意図には齟齬があることを提示している。上野(2002)、阪田他(2001)、岡本他(2002)等で明示された設計者と使用者のプラクティス(実践)の齟齬は、相互行為は設計者が意味づけた物質的環境にただ規定されるだけではないことを顕著に示している。この知見は後述のように本稿のデータにも当てはまる。

家族社会学分野で続けられてきた就寝形態と家族関係に関する研究は、就寝形態という空間的パターンを家族関係を表象するものと捉えるところに特徴がある。Caudill et al. (1966)は日本人の家族の寝方を調査して、日本人の性別や世代にかかわらない共寝傾向は、日本家族の情緒的關係を示すと述べた。それに触発された森岡の調査研究(1973)、飯長・篠田・大久保らの一連の研究(1985, 1987, 1990, 2005)では、回顧法によって縦断的な就寝形態のデータが集

められ、戦後日本ではおおむね家族全員同室で子供を中心に寝るパターンが中心であったこと、これは夫婦関係よりも親子関係を優先する傾向を反映していると論じた。また、藤野ら（2006）は親子のコミュニケーションと家族室の使用に関する量的調査から、空間の使われ方（機能）とコミュニケーションの質と量を当事者評価で量的に調査して学齢別に分析している。

このように、空間というセッティング（環境）とそこでおこなわれるコミュニケーションの関わりは相互行為理論、家族社会学、そして社会学以外の領域（住居学、建築学、心理学、認知科学、行動科学、情報工学等）で取り上げられ、セッティングの違いによってコミュニケーションが変異すること、コミュニケーションや関係性の違いが空間や形態に表象されること、相互行為にはセッティングの設計意図とずれる契機があること等が提起されてきた。

2. 産婦人科外来の空間編成

本稿が考察の対象にする産婦人科外来の特徴は、内診台があり、内診台の配置を中心にした空間編成になっているということである。本項では内診台と産婦人科外来の空間配置を整理したい。

（1）内診台

内診internal examination（pelvic examination）とは、婦人科診察法のなかで最も基本となる触診法で、用手による触診³のほか、一般には経膈エコーによる検査・診察・診断を含む総称である。

西洋産科学において、「出産椅子」は歴史が古く、ローマ時代から存在するとも言われている。日本においても、近世には産椅があった。内診台は出産椅子、分娩台、手術台と関連していることが予想できるが、産婦人科の内診・処置に特化された内診台の歴史は浅く、古典的歴史書『図説産婦人科学の歴史』（スピアート1973=1982）に掲載されている産婦人科の診察台は、19世紀末のものである（図2）。

日本においては、江戸期産科書に内診の記述があるが、妊婦の健診ではなく、

³ 膈内に2指（未妊婦では1指）を挿入し、この内診指のみによる方法（内触診法、指頭診法）と、両手を用いる双合診とがあるが、後者が通常診察法である。内診指の挿入部位は通常膈内であるが、小児および未妊婦人では直腸を用いる（直腸内診）。特別の診察台（内診台）を用いて切石位で行うことが通例である。（最新医学大辞典編集委員会編『最新医学大辞典』）

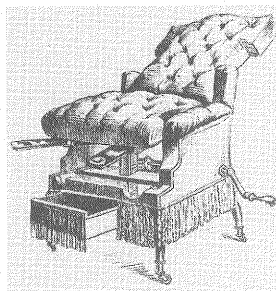


図2 19世紀末の産婦人科診察椅子(スピアー p.488)

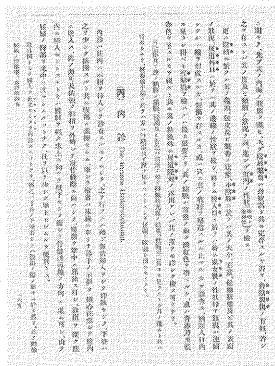


図3 大正期産婦人科学書の内診の記述(山崎正董『近世産科学』大正3年初版昭和3年改定4版p.165)

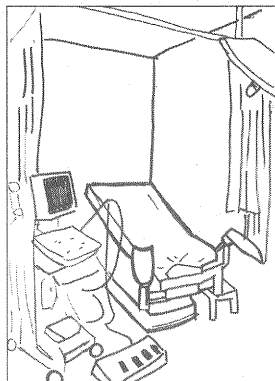


図4 現代日本の内診室

出産間近の臨産期の内診についてである。シュルツェ『朱子産婆学』など明治期産婆学教科書では、妊娠期の内診はおこなっているものの臨産期に限られ、脱衣・更衣せず立位でおこない、現代のように妊娠期全体を通して定期的に、内診に機能を限定した空間・道具で内診をおこなうことはなかった(緒方他2006)。医師向けの大正3年初版の『近世産科学』では、子宮下垂は立位で、それ以外は仰臥位で内診をおこなうと記載がある。内診に限定した空間・台に関する記述はない。

柘植あづみ他(2009)にも述べられているように、現代日本にある内診台および内診室は、「現代」「日本」に独特のものである。海外には日本のような「内診台」「内診室」に相当するものはない。現代日本の内診台は図4のように、足台があり、電動で台が昇降すると同時に、足台が開脚して診察・検査・処置をやすくする。傍らには、超音波画像診断装置、ドップラー、ライト、器具等が置かれ、内診台の上にはカーテンがある。下着の脱衣のため、カーテン等で更衣のための空間が設けられている。そのため、内診台を置くと、診察室と内診室および脱衣場所を分けることになる(浜口1963; 藤島1977; 野村1979; 小川1987; 小畑1991; 西日本工高建築連盟1993; 関根1989, 1995; 伊藤1991; 久保田2001, 2003; 込山2002; 知久2004; 小門・三村2006)。

(2) 産婦人科外来の空間配置

診察室には問診と診察、カルテや処方箋の記入（入力）のために、机、椅子、診察ベッド、PC、シャウカステン、衛生材料等のキャスター等が必要で、産婦人科の場合はそれに加えて、先に述べた内診台、超音波画像診断装置（エコー）、心音計などが設置される。それらの医療機器や構造物によって、自ずから空間配置は規定されるが、そのほかにも、どのような・何人の医療スタッフで、どのような・何人の患者の診察が必要か、等によっても規定される。産婦人科外来の空間配置を規定する要素として、下記の7点があげられるだろう。

- ①一人の医師が何時間に何人を診察するか。（同時に何人を診察するか）
- ②診察や計測、検査、処置の内容
 - 測定（血圧、体重測定：自己測定のことも）（尿検査等）
 - 問診、説明、保健指導
 - 外診（腹囲測定、子宮底測定、心音計測、浮腫確認、胎児位置の確認等）
 - 内診、内診を伴う検査や処置
 - 超音波検査
- ③医療科学技術（医療機器）がどれくらいの場所を必要とするか。
 - 問診室・診察室には情報機器としてシャウカステン、オーダーリングシステムと接続したPC、モニター、プリンター等が配置される。
 - その他には、内診台、診療ユニット、コルポスコプ（膣拡大鏡）、ヒステロスコーピー（子宮鏡）、超音波画像診断装置等が配置される（例えば齊藤2005）。
- ③動線への配慮（医療者の動線、患者の動線、コメディカルの動線、カルテの動線）
- ④患者のプライバシーへの配慮
 - 内診のための更衣スペースの必要、更衣時の間仕切りの必要
 - 患者同士が鉢合わせしないように
- ⑤どこまでプライバシーに配慮できるか
 - 内診台のある診察室を個室にできるか。
 - 診察中は内診台を一人一台使えるか。
 - 会話が聞こえないようにカーテンや衝立ではなく壁で仕切れるか。
- ⑥性的トラブルの回避のため、男性医師と女性患者を一对一にしない。
 - 複数の医療者が動ける空間に。
- ⑦内診台を置くかどうか。

これらの要素の平均的な外来のありようとしては、例えば数時間の外来診察時間に数十人の患者を診察しなければならず、しかもその診察はプライバシーへの配慮と時間を要する内診を伴いコメディカルや医師がおこなう各種計測（腹囲、子宮底等）も伴う。そのため1人の医師が3～4名程度の患者を同時進行で診察するのはめづらしいことではない。内診室には内診台と超音波画像診断装置が設置され、妊婦・患者にとっては更衣と恥辱心低減のために患者の入り口には更衣空間が設けられ、医療者にとっては医療機器や衛生材料の空間が設けられる。そのため別々の入退出経路を設けることも構造的配置の条件となるだろう。

図5は、典型的な産婦人科外来の間取りの一つである。妊婦健診で使用するはおそらくブース1とブース2であろう。内診室（ブース1）での内診、産科診察室（ブース2）での問診、同じく産科診察室（ブース3）での計測・外診と3名の診察が同時進行することを想定している。医師、看護師、助産師の動線は通路側にある。器具を必要としない、あるいは長時間が想定される助産師との面談や保健指導等は指導相談室（ブース6）でおこなわれるのであろう。

e. 産婦人科診察・内診室

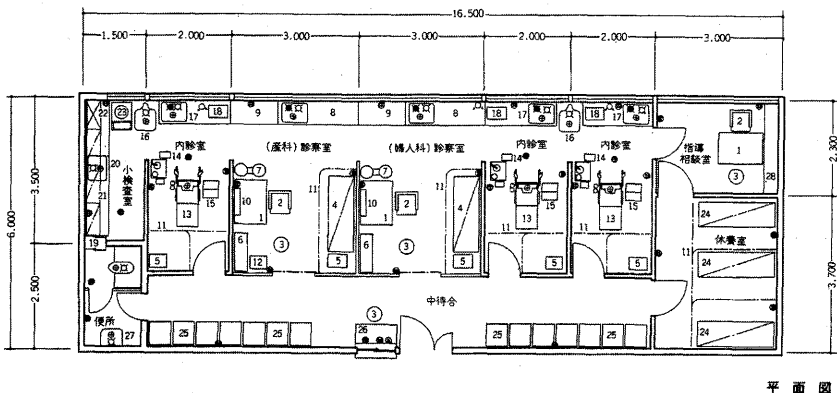


図5 典型的な産婦人科外来の間取り（1） 小川健比子1987『病院建築の構成』鹿島出版会

図6は、より診療の効率性を重視した間取りの一つである。右側はすべて外診用のブースで、2人で1台を共有している。一人が更衣している間に一人が

外診を受ける。左側は内診用のブースである。これも一人が更衣している間に一人が内診を受ける。おそらく外診は外診担当の医師ないし助産師が、内診は別の医師が担当するのであろう。

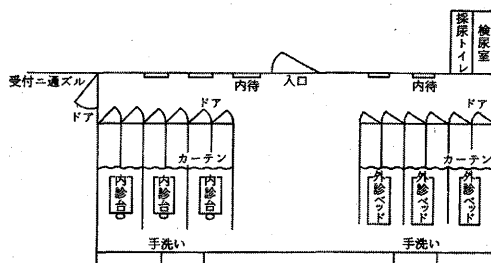


図6 典型的な産婦人科外来の間取り (2) 小畑英介1991『図解 医師が書いた専門病院建築』日本プランニングセンター

図7は、医師1名の診療所を想定している。診察室の診察ベッドで外診をおこない、内診台は2人で共有できるようになっている。更衣室の入り口と内診室の入り口はカーテンで仕切られ、内診台上にもカーテンが設置されている。内診時には、患者・妊婦の腹の上にカーテンが引かれて、互いに向こう側が見えないようになる。

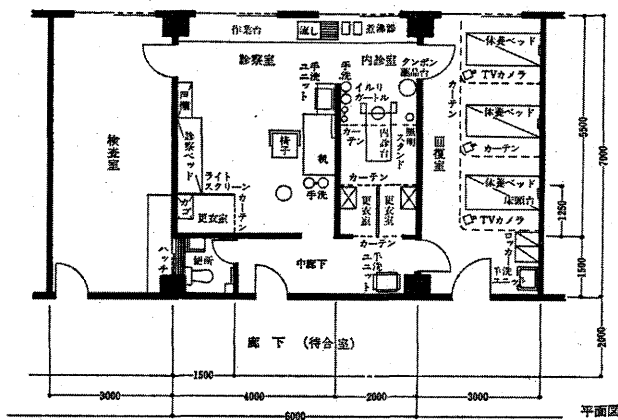


図7 典型的な産婦人科外来の間取り (3) 藤島源助1977『医院・診療所設計の要点』井上書院

図8も、医師1名の診療所を想定している。患者は受付から入り、近い方の椅子に座り、近い方のドアを開けて内診室に入り、更衣をする。診察室と内診台は壁とドアで仕切られてプライバシーが保たれているが、内診室、陣痛室、分娩室兼手術室、回復室はすべてカーテンで仕切られるだけのコーナー式である。ちなみに、分娩室に数台の分娩台がある病院も少なくない。

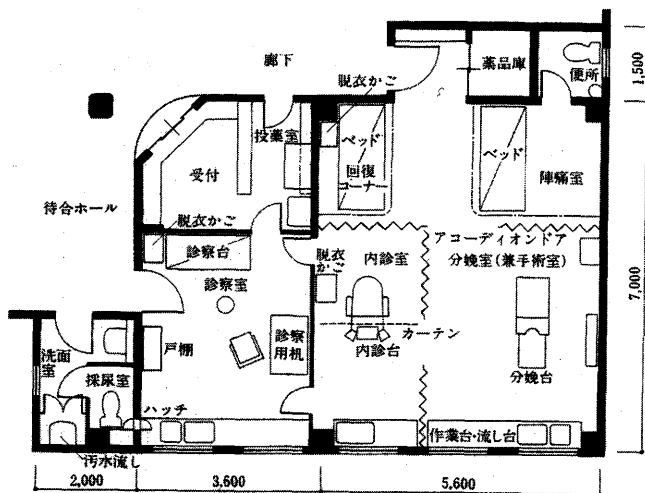


図8 ある産婦人科医院の間取り 西日本工高建築連盟編1993 『診療所・医院—新建築設計ノート』 彰国社

図9は、1967年の雑誌に掲載されていた産婦人科外来の写真である。現在のような超音波画像診断装置や巨大なハイテクの内診台はないが、間取りは現在と変わらない。この写真は医療者の通路側から撮影したもので、それぞれの衝立の中に内診台がある。

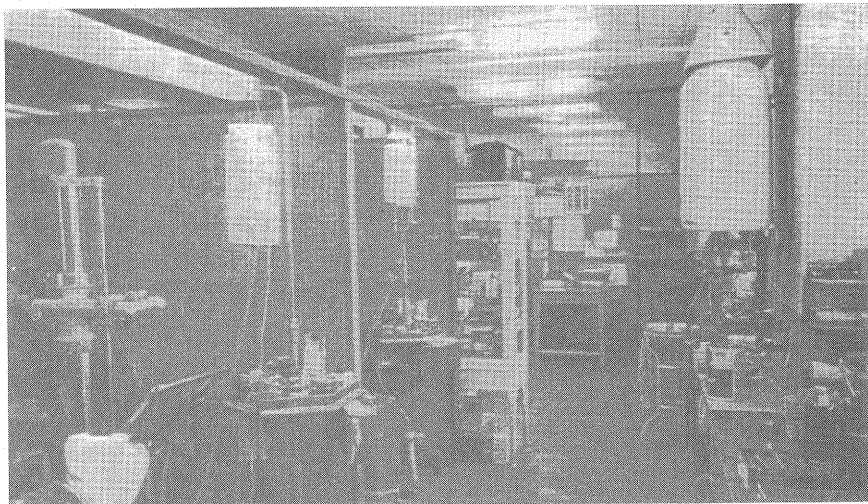


図9 40年前の産婦人科 浜口ミホ1967『医院建築の計画と設計―第3集
(月刊「新しい医院」別冊)』医歯薬出版

このように、現代社会における産婦人科外来診察室の空間配置（間取り）は、医療科学技術とくに超音波診断装置やそれに付随する内診台、PCや医療機器といった科学技術装置を中心に間取り、物的構造物の配置が規定される。医療者や患者の動きや動線、身体配置もまた、その構造物や医療機器などのセッティングに自ずから規定されることが予想されるだろう。

3. 調査結果

(1) データ概要と倫理的配慮

では、実際に、診察室のどのような空間配置で、どのような医師－患者間のコミュニケーションがおこなわれているのだろうか。実際のデータから検討したい。本データは文部科学省科学研究費助成研究として実施された調査から得られたものである（①2005年度～2007年度「生殖医療現場における医療専門家と患者・妊婦との相互行為：知覚と表現」基盤研究C、研究代表者西阪仰、②2008年度～2010年度「産婦人科医療における相互行為の組織」基盤研究C、研究代表者西阪仰）。病院、助産所、開業助産師の協力を得て、外来フロアについて見学およびヒアリングをおこない、また産婦人科外来等における診察をビデオ

オ撮影した。本稿では表1に示した病院、助産所、開業助産師の診察データを試用する。

撮影にあたっては、調査協力者に事前に調査趣旨を文書および口頭で説明、了承を得て撮影した。撮影後にデータの取り扱いと公開について承諾書をいただいた。データの使用については調査プロジェクト内でルールを定めている⁴。本校では協力者が論文での写真公開を許可したものについても、トレース画像を使用した。

表1 本稿で検討する産婦人科・助産所

	午前外来人数	病院概要
A病院	医師A約20名（3時間半）／医師B約45名（5時間）	総合病院（公立病院、地域周産期母子医療センター、NICU）（医師6名、助産師24名、40床、分娩数約600例、帝王切開約120例、助産師外来あり）
B病院	婦人科初診約15名、婦人科再診約35名、産科約40名（5時間）	総合病院（救命救急センター、母子医療センター、NICU）（医師8名、助産師21名、32床、分娩数約1000例、帝王切開約300例、助産師外来あり、体外受精あり、婦人科総手術数約500例／年）
C助産所	約7名（10～12時）	9床、年間分娩数約100例
D助産所	NA	5床、年間分娩数約170件
E宅	－	自宅出産のため開業助産師（F氏）による妊婦自宅訪問

（2）病院

まず、A病院とB病院の外来フロアと診察をみてみよう。A病院、B病院の外来フロアは図10、11に示した。A病院とB病院は配置は異なるものの、内診室、問診室などに分かれた、典型的な現代日本社会における病院産婦人科外来の典型的な間取りだといえる。表1を見ればわかるように、A病院でもB病院でも、数人の外来医師で、数時間で数十人の患者を診察している。

A病院の妊婦健診の場合、医師1人が1番ブース（内診室）、2番ブース（外診ベッド）、3番ブース（外診ベッド）の患者3人を同時進行で診察し、カルテは2番と3番の間の机で記載する。それぞれのベッドは衝立かカーテンで仕切られ、一人が更衣している間に別の人を診察する。医療者側は、これまで述べたように、スタッフ通路になっていて区切られていない。

ある妊婦健診における患者（妊婦）の動線を記録したところ、図中の矢印の

⁴ 詳細は西阪仰・高木智世・川島理恵『女性医療の会話分析』、文化書房博文社、東京、2008に記載の通り。

ようになった。産婦人科受付、待合室、処置室で体重測定と血圧測定を妊婦自身でおこない、待合室に戻る。名前を呼ばれたら、中待合に入り、3番で問診と腹部の計測、1番で内診、2番と3番の間の机で医師の説明を受ける。

婦人科の場合は、5番の婦人科診察室で問診、6番の婦人科内診室で内診や処置、5番に戻って説明を受ける。

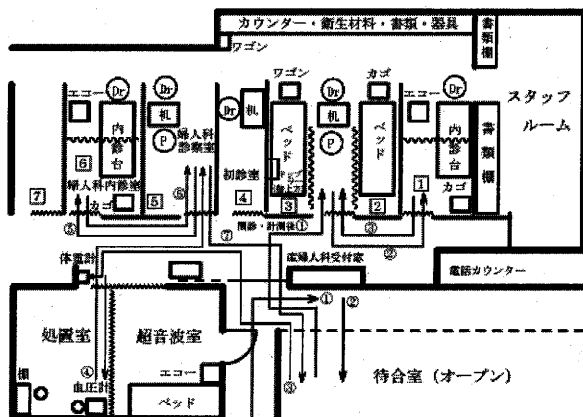


図10 A病院産婦人科外来の間取りと妊婦の動線

B病院では、婦人科初診の場合5時間で約15名、婦人科再診の場合約35名、産科の場合約40名の診察をしている。図11のように、全部で11のブースがある。左側から51番、52番、6番、7番は、内診台ではなく外来ベッドで、ベッド同士と脱衣場所はカーテンで仕切られている。1、2、3、4、5番は内診台のあるブースである。53番は機械のない診察室で、53番の右のブースは保健指導・面談室である。A病院と同様に、医療者側には仕切りがなく、移動したり、同時に診察したりできるようになっている。

図中に示したのは、ある妊婦健診の患者（妊婦）の動線である。自己測定で血圧、体重を量り、待合室に戻って待ち、呼ばれたら中待合いで待ち、7番健診室（2台のベッドがカーテンで仕切られ、間に医療者のための記載台がある）で助産師が腹部や胎児心音の計測をし、超音波検査をしている。次に5番診察室で医師が内診し（検体採取と子宮口の確認）、53番診察室で医師が診断の説明（超音波検査による胎児の推定体重等）と、次回の予約等をした。最後に右端の面談室で助産師と面談して保健指導を受けている。

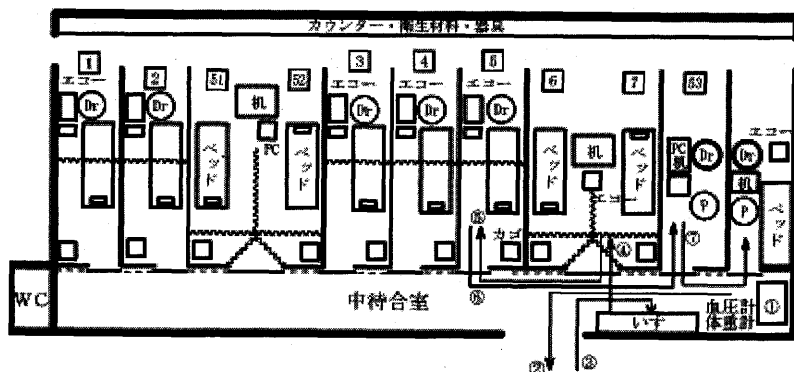


図11 B病院の産婦人科外来の間取りと妊婦の動線

それでは、このような外来フロアで、医師と患者（妊婦）は、どのようなやり取りをおこなっているのだろうか。以下は、上記の妊婦の5番内診室での内診時の逐語録と画像である。

Dr: はい、器械入りますね、足をパタン
としてくださいね
子宮の入り口のですね…

Pg: はい

Dr: クラミジアという、おりものの検査
をね、しますからね

Pg: はい

Dr: その結果は、次回お話しします

Pg: はい

Dr: はい、診察します 子宮の入り口は
しっかり閉じていますね

Pg: はい、大丈夫ですよ はい○さん、 はい、台があがりますね

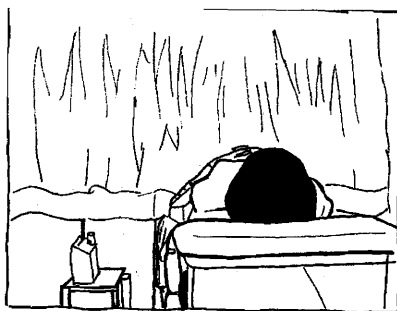


図12 B病院の内診室でのあるやり取りと画像

このように、内診室のやり取りは、数十秒足らずで、内診台の上に引かれたカーテンが開くこともない。患者（妊婦）は、質問したり、不定愁訴を訴えることもない。一方で、最後に呼ばれた面談・保健指導室には、内診台もPCモニターも超音波画像診断装置もなく、机をはさんで椅子が対面的に置かれて、医

療者と患者（妊婦）対面的な身体配置と正面的な視線の交わりが起こるような設計になっている。この妊婦は、面談・保健指導室で、胎児が小さいのではないかという不安、前の妊娠・出産時の様子、出産の準備や態勢などを助産師に語っていた。

医師もまた、内診室では、「おしゃべり」をしていないが、重要なのは、「子宮の入り口はしっかり閉じている」という所見は、その場で述べているということだ。触診という（エコー画像とは異なり）記録に残らず、あとで問診室で対面して記録を見ながら説明できない事柄については、共時的に説明をおこなっている。

（3）助産所

助産所には医師はおらず、産婦人科の保険診療（疾病の診察・検査・加療）をおこなわないため、外来は妊婦健診に特化されている。

図13は、C助産所である。診察室に2つの診察台が置かれ、内診台はない。図中の妊婦の動線のように、妊婦はトイレで採尿してから待合室で待ち、スタッフに呼ばれたらベッド1で体重、血圧測定をする。再度待合室で待ち、次にベッド2で助産師の診察を受ける。内診に特化された内診室はなく、医療者が複数人を同時に診察するスタッフ通路もない。外診、心音計測、経腹プローブの超音波画像診断は、ベッド2で一人の助産師によって継続的に行われている。ベッ

ド1とベッド2の機能が分化しており、妊婦の動線は病院と同じように多数描かれている。

次に、D助産所である（図14）。D助

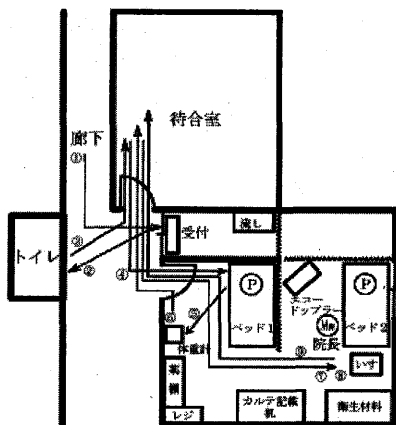


図13 C助産所の外来の間取りと妊婦の動線

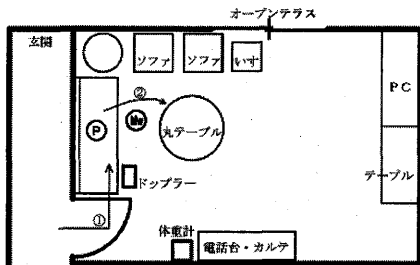


図14 D助産所の外来の間取りと妊婦の動線

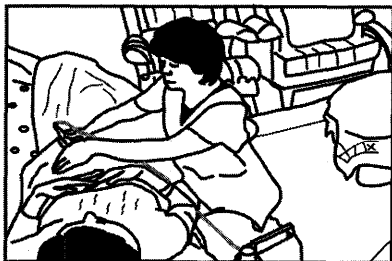


図15、16 D助産所の妊婦健診

産所には外来ベッド（診察台）がなく、一般家庭と同じようなソファと机を使用している。予約制で妊婦は入室から退室まで一貫して同じソファで過ごしている。

このように、助産所であっても、外来診察室の間取りや空間の機能のありようは異なっており、それによって妊婦の動線も異なっていることがわかる。

(4) 自宅

最後に、F助産師による妊婦E宅での妊婦健診である。E宅では、リビングでの問診後に、尿検査のため妊婦はトイレと洗面所に行き、その後、和室で横になって健診を受けている。妊婦健診の場面は図18、19のように、身体を置く位置や体向、視線が自由である。

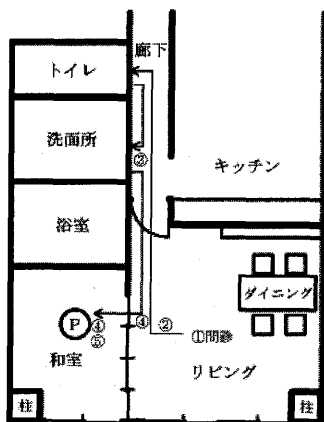


図17 E宅の間取りと妊婦の動線

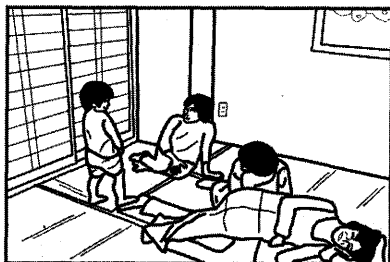


図18、19 E宅の妊婦健診

4. 考察

(1) 空間への意味づけと相互行為

以上のように、病院、助産所、自宅の外来（診察フロア）の間取りと動線を見てきた。病院の空間編成は、計測ベッド、内診室、問診室、保健指導室に分かれていた。内診室は、医療者通路と患者の出入り口が分けられ、本稿で見た病院では、カーテンで仕切られていた。内診台もPCモニターもない空間では、椅子が対面的に置かれていた。つまり、

対面的に置かれた椅子＝会話すべき場所

カーテンが引かれた内診室＝内診のための空間。内診や検査、処置に特化した空間であり、「世間話」や「つまらない質問」は控える場所

診察室（問診室）＝医師から医療上の情報提供やインストラクションがおこなわれる場所。事務的なやりとりをする場所。医師がカルテやオーダーを入力する場所

として設計されているといえる。

機器がない空間では、それに適した身体的位置や視線の交わり方がある。あらかじめ身体が対面的になるよう配置された空間は「話す場所」として空間が編成されていることを示している。身体配置が対面的で、正面的に視線が交わることがコミュニケーション上の約束になっている。

例えば、B病院では妊婦は最初の間診で身体の問題を報告し、内診室では会話をせず（あるいは診察の所見を聞き）、保健指導室では出産に伴う雑多な連絡事項や相談をしており、医療者も妊婦・患者も空間の機能を認識して空間に意味づけをおこない、質問してもよいとき・悪いとき、くだらない（と思われると思うような）マイナートラブルを表明すべきとき・すべきでないときという空間の意味づけにふさわしいコミュニケーションをしていた。A病院でも対面的な診察室でまず問診をおこない、内診室に移動して検査をし、診察室に戻って対面的な状況で説明を受けている。

このように具体的な場面を見ていくと、医療者と妊婦（患者）が相互行為を組み立てていく中で、間取りや医療科学技術の使用によって「空間の意味づけ」をし、医療者と妊婦の双方がその空間的機能を認識していることがわかる。ではその空間の意味づけは相互行為の展開にどのように作用しているのだろうか。例えば、ある空間に入室するように、あるいは退室するように指示されることで、妊婦はこれからおこなわれる行為を予測するだろう。それは「サッチマン

(1996)が指摘するような、活動の“境界”の組織化は、空間の“境界”の組織化と深く関わって」おり、「そうした“空間”の組織化が、相互に相互の行為、理解、意図を表示するためのリソースになっている」(上野1997)といえる。

ここで医療空間の特徴として強調しなければならないことは、患者(妊婦)は、空間の組織化に関わることが(おそらくほとんど)できないということである。

つまり、患者(妊婦)が入室する空間を選択すること、次の空間に移動する時機を決定すること、空間の構造を変えることは(ほとんど)できない。その意味で、患者の空間の組織化は受動的である。それがよくわかるのが、D助産所とE宅の相違だ。ともに医療空間とは対比的に「家庭的」とされる空間で、妊婦の動線も少なく、空間の機能分化がないことが確かめられていた。しかしD助産所では妊婦がいるべき場所(ソファ)が定められているのとは異なり、E宅では妊婦は自身の自宅で、問診する場所、横になる場所をきめることができる。(同室の子どもも自由に振舞っている)。

もう一つの医療空間の特徴は、患者(妊婦)は、その空間の機能を認識し、そこでおこなわれる行為を予想しているが、これから自身が受ける診察の全体を知ることができない、ということである。患者の側が全体の予想ができないことが、その空間でおこなわれるコミュニケーションに影響を与えていることが、先のB病院の妊婦健診時のやり取りからわかる。この妊婦は、計測時や超音波検査が医師でなく助産師だったからか、医師がおこなったのが検体採取だったからか、週数のわりに胎児が小さいような気がする(お腹が小さいと周囲に言われる)ことを言い出すタイミングがつかめなかったようで、すべての計測・検査が終わってから、「胎児が小さいのではないか」という不安を助産師に述べている。これは、患者側が、診察全体のプロトコル(手順)がわからないために、その空間でおこなわれるべきことと、その後の空間でおこなわれることの差異化ができなかったからと推測できる。

(2) 今後の課題

以上、本稿では、実際の診察室の間取り、動線、そこでおこなわれたやり取りを具体的に検討することによって、内診台や超音波画像診断装置、モニターなどの科学技術装置(機器)の有無によってその空間では何をすべきかという空間の意味づけが異なり、それがコミュニケーションのありように影響を与えることを確認できた。また医師と患者は、空間の境界の組織化と予測という点

で、非対称であることもわかった。

議論が広がりすぎることを避けるために、本稿で扱わなかった論点は、フロアマップ中に示された「可動性のある空間分離」、つまりアコーディオンカーテンや、ベッド周りのカーテン、内診台上のカーテンである（各図中の波線）。アコーディオンカーテンは壁や扉の代替物で空間を仕切るもので、ベッド周りのカーテンは、視界をさえぎる、より簡易的な空間の分離をするものだと考えられる。内診台上のカーテンは、「恥辱心を軽減するため」とも言われるが、海外では見られず、日本独特のものである。このカーテンは、何のためであり、どのような機能を果たしているのだろうか。本稿では、患者は空間の組織化に参加しづらいこと、空間の全体像が予測できないことがコミュニケーションに影響を与えていることを指摘したが、内診台上のカーテンもまた、開くかどうか、いつ開くか患者が予測することが難しく、また患者から開けることが難しいものである。今後は、産婦人科外来において、内診台上のカーテンがどのようなものであるか、医師－患者の相互行為とどのように関わっているか検討していきたいと考えている。

引用文献

- Caudill.W. and Plath.D.W. 1966, "Who Sleeps by Whom? Parent-Child Involvement in Urban Japanese Families", *Psychiatry*, 29:344-366
- 藤野淳子・北浦かほる 2006「親子のコミュニケーションからみた家族室の役割に関する研究：小学生と高校生における子どもの成長による分析」『日本建築学会計画系論文集』602:1-6.
- 藤島源助 1977『医院・診療所設計の要点』井上書院
- 浜口ミホ 1967「増改築のポイント」『医院建築の計画と設計－第3集（月刊「新しい医院」別冊）』医歯薬出版
- 飯長喜一郎・篠田有子・大久保孝治・中野由美子・大八木美枝 1985「家族の就寝形態の研究」『家庭教育研究所紀要』6:59-73
- 篠田有子・大久保孝治・飯長喜一郎・中野由美子・大八木美枝 1987「家族の就寝形態の研究 そのⅡ」『家庭教育研究所紀要』9, 34-50
- 篠田有子・大久保孝治・飯長喜一郎・中野由美子・大八木美枝 1990「家族の就寝形態の研究 そのⅢ」『家庭教育研究所紀要』12, 30-42
- 伊藤国彦監修 1991『医師が書いた専門病院建築』日本プランニングセンター

- 小門穂・三村恭子 2006「医療技術の開発と女性の身体へのまなざし —産婦人科内診台を事例として—」『F-GENSジャーナル』5: 238-243
- 込山俊二・藤田衛 2002『生き残る病院建築—その設計手法』理工図書
- 久保田秀男 2001『患者に選ばれる病院づくり—設計者と患者の立場から』じほう
- 2003『病院の改築と運営改善へのヒント—患者に選ばれる病院づくり』じほう
- 松岡悦子 1992「メディアとしての病院」『病院建築のルネッサンス—聖路加国際病院の試み』INAX:72-75
- 森岡清美 1973『家族周期論』培風館
- 西日本工高建築連盟編 1993『診療所・医院—新建築設計ノート』彰国社
- 西阪仰・高木智世・川島理恵 2008『女性医療の会話分析』、文化書房博文社、東京
- 野村東太・無漏田芳信・木村享・森茂徳 1979「外科系医院における外来診療パターンと行為内容の構成（産婦人科の場合）：医院建築に関する建築計画的の研究—外科系・その6：建築計画」『学術講演梗概集．計画系 54（建築計画・農村計画）』:859-860
- 小畑英介 1991「産婦人科専門病院」『図解 医師が書いた専門病院建築』日本プランニングセンター
- 緒方京・高橋弘子 2006「明治期から昭和初期の産婆教科書にみる産婦への内診」『日本助産学会誌』19(3): 258-259
- 小川健比子 1987『病院建築の構成—増補改訂版』鹿島出版会
- 岡本和彦・長澤泰 2002「移転による精神病棟の空間の変化が患者の行動・コミュニケーションに与える影響：精神療養環境についての建築計画的研究」『日本建築学会計画系論文集』559: 125-130
- 大久保孝治 2005「家族の寝方に関する考察—C中央型とM中央型をめぐって—」熊谷苑子・大久保孝治編『コーホート比較による戦後日本の家族変動の研究』日本家族社会学会全国家族調査（NFRJ）委員会
- 齊藤英子 2005「作業環境としての産婦人科外来内診ブースに必要なスペースについての検討」『産業衛生学雑誌 47（臨時増刊号）』社団法人日本産業衛生学会: 395
- 阪田弘一・柏原士郎・吉村英祐・横田隆司・飯田匡 2001「精神病棟における空間構成が入院患者行動に及ぼす影響：精神病棟の共用空間および病室の空

- 間構成に関する研究』『日本建築学会計画系論文集』548: 121-128
- 関根博監修・編集 1989「8. 産婦人科（倉科治平）」『開業医が書いた医院建築』
日本プランニングセンター
- 関根博編 1995「広渡レディースクリニック（廣渡恒治）」『これからの医院建築』
日本プランニングセンター
- 篠田有子・大久保孝治・飯長喜一郎・中野由美子・大八木美枝 1987「家族の就寝形態の研究 そのⅡ」『家庭教育研究所紀要』9:34-50
- 1990「家族の就寝形態の研究 そのⅢ」『家庭教育研究所紀要』12: 30-42
- Sommer, R. and R. Dewar 1963 “The Physical Environment of the Ward”, Eliot Freidson ed., *The hospital in modern society*, Free Press of Glencoe
- スピアート, ハロルド 1982『図説 産婦人科学の歴史』エンタプライズ (Speert, Harold 1973, *Iconographia gyniatrica*, Philadelphia)
- 上野直樹 1997「協同的な活動の組織化－行為、道具、会話の相互的構成」山崎敬一・西阪仰編『語る身体・見る身体』ハーベスト社
- 知久董 2004『小規模病院の設計－新訂第2版』彰国社
- 上野千鶴子 2002『家族を容れるハコ家族を超えるハコ』平凡社
- Rosengren, W and S. DeVault 1963 *The Sociology of Time and Space in an Obstetrical Hospital*, Eliot Freidson ed. *The hospital in modern society*, Free Press of Glencoe

本研究は、科学研究費（①2005年度～2007年度「生殖医療現場における医療専門家と患者・妊婦との相互行為：知覚と表現」基盤研究C研究17530393、研究代表者西阪仰、②2008年度～2010年度「産婦人科医療における相互行為の組織」基盤研究C研究20530443、代表者西阪仰）によっておこなわれました。