# SURE 静岡大学学術リポジトリ Shizuoka University REpository

医師の質問への応答としてなされる女性による問題 提示:妊婦健診場面の観察から

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: 2018-08-09
	キーワード (Ja):
	キーワード (En):
	作成者: 白井, 千晶, 大和田, 裕美
	メールアドレス:
	所属:
URL	https://doi.org/10.14945/00025663

# 医師の質問への応答としてなされる 女性による問題提示 一妊婦健診場面の観察から一

Presentation of problems as a response by pregnant women to doctor's questions:

Observation of pregnancy health examination

# 白 井 千 晶・大和田 裕 美1

#### 1. はじめに

日本における出産は、急速な医療化という歴史を経て、現在ではその99.2%が病院・診療所において行われている(厚生労働省人口動態統計 2016)。出産の医療化によって、女性は安全に安心して出産することができるようになったと思われたが、1970-80年代には過度の医療介入による女性たちの抑圧的な出産経験が明らかにされた(藤田真一 1979)。1994年のカイロ人口開発会議で「リプロダクティブヘルス/ライツ」が提唱されると、過剰な医療介入や自然なお産体験について女性たちが声を上げ始め(陣痛促進剤による被害を考える会1995;きくちさかえ1995)、こうした女性たちと助産師たちによって、女性の主体性や自然性に価値を置く「いいお産」が語られるようになっていった。さらに、女性が「いいお産」をすることで次子出産やその後の育児に積極的になるとして、2000年代以降、政府の少子化対策・子育て支援対策としても「いいお産」が注目されている(松島京 2006;谷津裕子 2009)。

このような背景から、現代日本においては、医療システムの中での「いいお産」実現のために、医療の前提である〈安全性〉と女性の満足できる〈快適性〉を両立した「安全で快適」な出産が目指され、女性の妊娠・出産に関わる医療専門職である産科医師や助産師らは、女性の満足できる〈快適性〉を高めるために女性のニーズや医療者への期待を探る研究を続けている(青野敏博 2002;

本稿は大和田裕美の2017年度修士論文「妊婦健診場面における女性医療者との相互作用のありよう一継続的に健診場面を観察して一」の一部を加除修正し、さらに検討を加えたものである。 責任著者:大和田裕美、指導教員:白井千品

橋本武夫 2006; 島田三恵子 2006, 2013)。しかし、その研究の視点には問題があると考える。それは、女性を医療者から医療サービスを受ける受動的な存在であり、医療者がそのニーズに合致するサービスを提供すれば満足させることのできる存在と見なしているという問題である。T.Parsons (1951=1974) が考えるように、互いの役割期待の制度化によって相互行為の安定性が保たれるとすれば、女性のニーズや医療者への期待を明らかにすることで、産科医師、助産師等の役割が明確になり、安定した相互作用がなされることになるだろう。

はたして、女性は医療者からサービスを受けるだけの存在であり、医療者は期待された役割に基づく行為を行うだけの存在なのだろうか。H.Blumerらによって提唱されたシンボリック相互作用論では、人間を、社会的相互作用過程において生み出され解釈された意味に基づいて形成された、独自の行為を主体的に展開するものととらえ、状況の中で新しく個々の行為が形成されることによって社会が形成されると考える(船津衛・宝月誠 1999)。このような立場から人間や社会をとらえると、女性は、医療者との相互作用の中で生み出された意味に基づいて行為しており、医療者もまた、女性との相互作用の中で女性の行為の意味を解釈し、自らの意味に基づいて行為しているということになる。女性と医療者とが相互作用の中で生み出された意味に基づき、互いの行為の意味を解釈し合いながら行為することで相互作用の場が成立しているとすると、女性のニーズや医療者への期待は相互作用に先だって明らかにできるものだけではなく、そこでなされる行為を予め規定することもできないだろう。

さらに、妊娠した女性と産科医療者との相互作用には、一般的なプライマリ・ケアにおける患者と医療者との相互作用とは異なる特徴がある。

第一の特徴は、それが特定の健康上の問題ではなく、妊娠を理由に開始されることである。一次的な受診であるプライマリ・ケアの診療場面は、のどが痛い、熱があるなど、一般的にある特定の理由を中心に構成されており、それを解決することを目的とした患者と医療者とのコミュニケーションがなされる(J.D.Robinson 2006=2015)。そのため、患者は自らの受診を正当化するべく受診理由を説明し、医療者は患者の受診理由や心配事に適合するように、質問を組み立てることが必要となる(J.Heritage and Robinson 2006=2015;Robinson 2006=2015)。一方、妊娠した女性が妊婦健診を受診することは、母子保健法第13条で「市町村は、必要に応じ、妊産婦又は乳児若しくは幼児に対して、健康診査を行い、又は健康診査を受けることを勧奨しなければならない」と定められており、必ずしも女性が特定の受診理由をもって受診するわけではない。こ

のような特徴をもつ妊婦健診場面における女性からの問題提示について、西阪 仰 (2008) は、それを問題提示として聞くことが可能となるような場所でなされていること、さらにそれが非正当的な場所であるときには、防御的な組み立てを持つことを明らかにしている。

第二の特徴は、それが妊娠から出産まで継続的になされることである。妊娠初期から出産まで合計14回程度の妊婦健診が定期的に行われ、女性や胎児の妊娠経過に異常がないか、スクリーニングが行われる。そこでは、体重・子宮底長・血圧の測定、尿検査、胎児心拍確認、浮腫の評価を行うことが推奨されており、経膣あるいは経腹超音波検査が行われることもある(日本産婦人科学会・日本産婦人科医会 2017)。妊婦健診を受ける女性は、診察室という同じ空間で同じ検査を受けることを繰り返すのだが、そこでは医療者との相互作用も繰り返される。白井(2016)は、産婦人科の内診室における観察から、妊婦も医療者も空間の機能を認識して空間の意味づけを行い、なされる行為を予測することで、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ることを明らかにした。このことから、定期的に妊婦健診を受けることを繰り返す中で、女性は、妊婦健診の構造や空間の意味づけ、医療者によってそこでなされる行為や自らがなすべき行為の予測を修正したり、強化したりする機会を得ていると言える。しかし、この第二の特徴である、妊婦健診の継続性が女性や医療者の行為にどのような影響を与えるかは明らかにされていない。

以上を踏まえ、本稿では、女性と医療者とが相互作用の中で互いの行為の意味を解釈し合い、それに基づいて行為しているという視点に立って、妊婦健診という場において、女性が医療者に自らの問題を提示するという行為―中でも医師の質問に対する応答として問題を提示する行為がどのようにして成り立っており、女性と医療者とがそこで何を成し遂げようとしているのかを検討する。

#### Ⅱ.調査および分析の方法

### 1. 調査の方法

妊娠した女性と医療者との相互作用の特徴から、継続的な調査が必要であると考え、2017年3月から12月まで、女性と医療者との相互作用場面の参与観察と女性へのインタビュー調査を行った。

# 1)参与観察調査

妊婦健診時から産後一ヶ月健診時まで継続的に、女性に対し医師の健診が行

- 61 -

われる場面に同席し、女性と医師の同意が得られた場面について、ビデオカメラによる録画・録音、ICレコーダーによる録音を行った。

#### 2) インタビュー調査

妊婦健診時から産後一ヶ月健診時まで継続的に、女性に対し継続的なインタビュー調査を行った。具体的には、調査開始時、参与観察調査実施後(各場面ごと)、調査終了時に一対一の半構造化インタビューを1時間程度実施した。インタビュー内容は、調査協力者の了承を得た上で、ICレコーダーに録音した。

#### 2. 調査協力者の募集

公募法および縁故法によって、調査協力者の募集を行った。

#### 3. 調査協力者

初産婦5名、経産婦4名(うち2経産婦1名)の計9名の女性の協力が得られた。

そのうち、調査協力が得られた診療所3施設および助産所1施設に通院する6名の女性に対し、参与観察調査およびインタビュー調査を行った。医療機関の協力が得られなかった3名の女性に対しては、インタビュー調査のみ実施した。

#### 4 倫理的配慮

女性および医療機関の医療者に対し、プライバシーに十分配慮し匿名性を保持すること、調査で得られたデータは研究目的以外に使用しないこと、調査の成果を公表予定であること、調査協力は自由意思であり、いつでも協力への同意を撤回できることを口頭および説明書を用いて説明した。

参与観察調査では、研究者が同席することで女性が精神的な負担を感じる可能性があったため、いつでも調査を中断し退席することを説明し、女性の同意が得られた場面にのみ同席した。また、第三者である研究者が同席していることが、女性に提供される医療や援助に影響を与える可能性があるため、女性および医療者に対し、研究者が同席すべきでない場面について確認した。提示された場面以外にも、研究者が同席すべきでないと判断した場合には、自ら退席した。

インタビュー調査では、質問により女性が過去の経験などのつらい記憶を想起する可能性があることに十分配慮し、質問項目を作成した。インタビュー開始時、女性に質問項目に目を通して貰い、答えたくない項目については答えなくてよいことを伝えた。インタビューの実施場所は、女性の身体的負担が最小限となるよう配慮し、プライバシーの確保に十分注意した。

調査データの確認を希望する女性および医療者には、トランスクリプトを閲覧して貰い、希望があれば、いつでもデータの一部あるいは全部の削除を行うことを約束した。

なお、本研究は、静岡大学ヒトを対象とする研究倫理委員会の承認を得て実施した(登録番号16-26)。

#### 5. 分析方法

妊婦健診の場がどのようにして成り立っているかを明らかにするため、社会の成員たちが「いま自分たちのやっていることを成し遂げる(やる)ために、実際にどのような方法を行使(使用)するか」(G.Psathas 1988=1989:12)を探求するエスノメソドロジー・会話分析のアプローチを参考にした。参与観察調査で得られたデータは、西阪仰(2001)の「トランスクリプションのための記号」を参考に書き起こした。H.Sacks et.al(1974=2010)は、会話の参加者たちが会話の中に秩序を見いだし、自らの振る舞いを秩序に合わせて組み立てていることに注目し、会話における秩序産出の手続きを、記述することで解明しようとした。その際に鍵となるのは、その発話がなぜここでなされたかという、発話の構成と位置の問題である。本稿においても、女性と医療者との相互作用場面のデータを繰り返し観察し、発話の構成と位置の問題に注目して記述することで、女性と医療者とがその場をどのように理解し、何を成し遂げようとしているのかを明らかにすることができると考えた。

また、従来医療サービスの受け手であると考えられてきた女性が、妊婦健診の場を作り上げている成員として、その場をどのように解釈し、どのような意味に基づいて行為していたのかを理解する必要があると考え、女性に対する継続的なインタビュー調査を併用した。インタビュー調査で得られたデータからトランスクリプトを作成し、女性と医療者との相互作用がどのように営まれているかを理解する手がかりとした。

#### Ⅲ、調査の結果

本稿では、医院1で行われたAさんの妊婦健診場面について検討する。医院1の見取り図(図1)およびAさんに対して実施した調査(表1)は、以下の通りである。

- 63 -

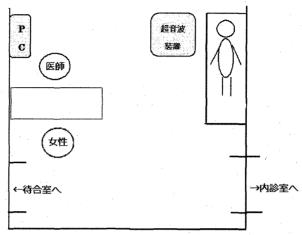


図1 医院1診察室見取り図

表1 Aさんに対して実施した調査の一覧

ID	年齢	出産経験	医療 機関	場面(ID:妊娠週数:調査回数)	健診等の 担当者	担当者以外 の同席者	観察場面の 音声データ	観察場面の 画像データ	インタ ビュー
Α	20代後半	初めての出産	医院1	A:23週調査開始インタビュー	×	×	×	×	0
				A:26週妊健:1	医師1	看護師	Ο.	. 0	0
				A:28週妊健:2	医師1	看護師、夫	0	0	×
				A:30週妊健:3	医師1	看護師	0	0	×
				A:32週妊健:4	医師1	看護師	0	0	0
				A:34週妊健:5	医師1	看護師	0	0	0
				A:36週妊健:6	医師1	看護師	0	診察時のみ	0
				A:37週妊健:7	医師1	看護師	0	診察時のみ	×
				A:38週妊健:8	医師1	看護師	0	0	0
				A:39週妊健:9	医師1	看護師	0	診察時のみ	0
				A:40週妊健:10	医師1	看護師	0	0	0
				A:退院指導:11	助産師a	×	×	×	0
				A:産後健診:12	医師1	看護師	0	0	×
				A:産後インタビュー	×	×	, ×	×.	0

Heritage and D.W.Maynard (2006=2015:14) は、急性期のプライマリケア診療には「I 開始部」「II 症状提示部」「III 問診・触診」「IV 診断」「V 治療方針」「VI 終了部」という構成段階があり、これらからなる診療場面の組織構造を分析することは、医師と患者の共同作業で進んでいく診療行為の特徴を理解するための手がかりになるとしている。そこで、はじめにAさんの妊婦健診場面の全体構造を明らかにすることとした。

#### 1 医院1における妊婦健診場面の構造

医院1は予約制の診療ではなく、Aさんは受付をすませると、体重測定、fi 圧測定、検査用の尿の提出をした後、受付番号順に診察を待つ。混雑時には、 待ち時間が2時間を超えることもあった。診察の順番が来ると、看護師がAさ んの氏名を呼んで診察室へ室内される。看護師はAさんに、診察用ベッドに構 になって腹部を出し、診察の進備をするよう促す。A さんと医師1の進備が整 うと、挨拶を交わしながら妊婦健診が開始される(【開始部】の段階)。医師1 は、ベッドに構たわったAさんの【診察】--腹部の計測や下肢の浮腫の確認、 超音波検査による胎児の状態の観察と必要時内診―を行う。全ての診察が終了 すると、Aさんは看護師に促されて身支度を整え、医師1と対面する位置にあ るイスに座る。Aさんがイスに座ると、医師によって本日の【健診結果説明】が なされ、最後に【次回妊婦健診日設定】がなされて、妊婦健診は終了となる (【終了部】の段階)。医師1による妊婦健診では、【開始部】の段階で「どうで すか?何か変わったこととかは起きていませんか?|(A:28週好健:2)、【健 診結果説明】段階の終盤で「お聞きになっておきたいような心配事はあります か? | (A:34週妊健:6) などと医師1が女性に質問するという特徴があった (図2)。

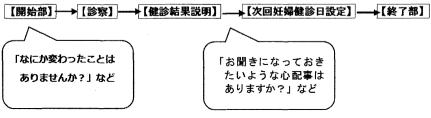


図2 医師1による妊婦健診の全体構造

次節では、このような全体構造から成り立つ妊婦健診場面の【開始部】と【健診結果説明】の段階でなされた医師の「質問」に対する「応答」としての女性の問題提示が、どのようになされ、女性は何を成し遂げようとしていたのかを明らかにする。

#### 2. 医師の質問に対する応答として提示される女性の問題

#### 1)【開始部】での医師の質問に対する女性の応答

以下は、Aさんが妊娠34週の妊婦健診の【開始部】で、医師1の「質問」に対する「応答」としてしりもちをついたという問題を提示した場面のトランスクリプトである。

#### 【A:34 週妊健:5 しりもち】

((妊婦Aは診察台に横になっており、医師1はカルテで妊娠週数を確認している))

Ω1	医師 1:	((診察台に近づきながら)) いかがですか、調子は、	管問
W.	175 BH 1	- (1部を発音をプレンス・ストル・ロコーマール・カー・カー・カー・カー・フィー・カー・フィー・ストー・フィー・ストー・フィー・ストー・ストー・ストー・ストー・ストー・ストー・ストー・ストー・ストー・スト	(8106

- 02 妊婦 A: ええと:この間(.) 軽く尻もちを, ついてし [まって <u>問題提示</u>
- 03 医師1: [し-あ(.) 尻もちね.
- 04 ああ尻も「ち(でしたか)
- 05 妊婦 A: [まあいつも通り [動いてたので::
- 06 医師 1: 「うん、((足のむくみを診察する))
- 07 ((妊婦Aを見て)) 赤ちゃんが::
- 08 妊婦A: はい=
- 09 医師1: =はいはい.((足のむくみを診察する))
- 10 妊婦 A: 大丈夫かな:とは思って::あとは(.)特に大丈夫です.
- 11 医師1: どんな::シチュエーションで: 尻もち(.) つきましたか?
- 12 ((超音波装置の前に座る))
- 13 妊婦 A: ええとスリッパをはこうとして:そのままつるっ「と
- 15 妊婦 A: (3.0) <こらえ:きれ:ずに>
- 16 医師1: ((うなづきながら、妊婦Aの腹部にエコーゼリーをつける))
- 17 尻もちだから::まだ:ね,よかったです↑ね::(5.0) **問題評価**
- 18 妊娠してる方で特に妊娠後半の人は(.) あのよく階段から::
- 19 ((紹音波装置のプローベを妊婦Aの腹部にあて、検査を始める))
- 20 踏み外して落ちるんですよ.
- 21 妊婦A: はい.
- 23 (3.0) <ここに頭、>頭ね::やっぱりちょっと
- 24 だんだんうつりにくくなってきてますね.
- 25 妊婦A: ふ::ん

この場面でAさんは、医師1の「いかがですか、調子は.」(01行目)という「質問」に対する「応答」として、尻もちをついたことを提示している。医師1は03-04行目で「尻もち」と繰り返してAさんの問題提示を受け止めつつ、足のむくみの診察や超音波検査の準備を続けている(06、09、12、16、19行目)。さらに、「尻もちだから::まだ:ね,よかったです↑ね::」(17行目)と提示された問題への評価をしているが、19行目で超音波検査を開始してから【診察】段階の終了まで、尻もちをついたことが再び話題になることはなかった。その後、【健診結果説明】の段階の冒頭で、医師1は胎児について「今,今日見せてもらって元気ですから、大丈夫ですね.」と健診結果の説明として、「大丈夫」であるという評価を提示した。

Robinson (2006=2015:36-37) は、慢性的な訴えによる受診では、患者の症状悪化の可能性や新たな訴えを抱いている可能性に対処できるよう、医師が「何か変わったことはありますか? (What's new?)」形式の質問を用いていることを示した。医師1はこの形式の質問を用いることで、妊娠経過に異常が起こる可能性があることや女性が何らかの訴えを抱いている可能性があることを理解し、それに対処できるよう、女性が問題提示することのできる場所を作り出していたと考えられる。

西阪(2008: 203, 210)は、女性医療における女性と医療者との相互行為において、他者により開始された問題提示は問題の問題度を低めるようデザインされており、自己により開始された問題提示は医療者によって確認されるべきであると聞くことができる位置で産出され、強調的表現が用いられることを明らかにした。ここでのAさんの問題提示は医師1の「質問」への「応答」として産出されており、他者により開始された問題提示である。西阪の言うように、Aさんは「軽く」(02行目)尻もちをついてしまったが、胎児が「いつも通り動いて」いたため(05行目)、「大丈夫かな」と思っていた(10行目)と発話を組み立て、問題度の軽減を図っている。

一方で、Aさんはこの場面について「今日はどうですかって言うときに、伝えた上でエコーを見てもらおうかなと思ったので、最初に言いました」(A:34週好健:5:インタビュー)と語っていた。このことから、Aさんは妊婦健診場面の【開始部】で問題提示する場所が設けられることを理解した上で、尻もちをついたが「大丈夫」であるか、これから始まる【診察(超音波検査)】で確認してほしい、という期待を医師の「質問」に対する「応答」の形をとって示していたと言える。

Aさんは、西阪の言う「医療者によって確認されるべきであると聞くことができる位置」を理解し、そこでなされた「質問」に対する「応答」として問題度を低めつつ、自らの期待をも示していた。医師1もまた、Aさんのこのような期待を理解していたからこそ、Aさんの期待に応えるべく、問題への対応である紹音波検査の準備と実施を続けたのだと考えられる。

#### 2)【健診結果説明】段階での医師の質問に対する女性の応答

次に、【健診結果説明】段階で、医師の「質問」に対する「応答」として、女性が問題提示した場面を示す。以下は、Aさんが妊娠26週の妊婦健診の【健診結果説明】段階で、医師1の「なにか不安なことはありますか?」という「質問」に対し、「気分の上がり下がり」があることを示した場面のトランスクリプトである。

#### 【A:26 週妊健:2 気分の上下】

01 医師1: 他はまあ(.) ね. まずまずのね(.) 感じですけど.

02 なにか不安なことはありますか? 質問

03 妊婦A: だ::いじょうぶ. <自分の>気分が、またちょっと=

04 医師1: ((はさみをおろし、妊婦 A を見る)) = うん.

05 妊婦 A: あの:::上がり下がりが= 問題の提示

07 妊婦 A: そうですね::

08 医師1: ((カルテを見ながら)) ん:::

09 妊婦A: ここんとこ安定してたんですけど::

10 医師1: ((カルテに書き込みながら)) ん:::(5.0)

11 ((カルテへ書き込むのを止めて)) それはちょっと気の毒だね::

13 あの::((カルテをめくり続けながら)) 普段からそういうこと

14 ありますか?それとも妊娠中にそういうことが出てきましたか?

15 妊婦 A: 普段から::わりと「そうで::

16 医師1: ((妊婦Aを見る)) 「わりとある?

17 ((カルテに目をやり、めくりながら)) うんうん.

18 妊婦A: 周期的なものかなくらいで〔いつも思ってるんですけど.

19 医師1: 〔ふ::ん. ふんふんふん.

20 そういうのは特に、この:::((カルテをめくる)) 専門の、

21 心の(.)病の(.) 先生に相談したりっていうようなことは

22 ((妊婦Aを見て)) あんまりない。 **ま**() が () かい・「ですね 23 好婦 A: 24 **医師1**・ [3 · · A. 25 ((カルテのページを戻す)) で、そうだね:: 26 いきなりそれすることはないと思うけど、 27 もし:ひどくなってきたら、 28 ((エコー写真を手に取り、妊婦 A を見て)) そういったことも 29 老えてもいいかもしれませんわ 30 特に、((カルテに記載しながら)) 妊娠中は(.) 心の浮き沈み(.) 31 ((記載を止め、妊婦Aを見て)) 結構激しくなる. 32 妊婦 A: ((うなづく)) 33 医師1: お産の後もね::う::ん. 34 妊婦 A: ちょっとそれも心配なので= 35 医師1: =う:ん ((妊婦Aを見て)) そうですね・・ 36 あの::((カルテの表紙を見る)) ま今日ね話を伺って. 37 ((カルテをめくる)) まあいきなりでなくてもいいとは 思うんですけど:: 38 39 妊婦 A: はい. 40 医師1: おいおいね、ちょっとこう辛くなるようでしたら、 問題への対応 **4**1 ((カルテをめくりながら)) 我々の方であの:::いろんな: 42 そのい-医院の提案をすることもあるし、 43 妊婦 A: はい. 44 医師 1: ご本人の行きやすいところに行くっていうのも 45 あるしね.

40 Ø Q U44.

46 妊婦 A: ((数回うなづく)) わかりました.

47 医師1: はい、他は((妊婦Aを見て)) 肉体的には大丈夫ですか?

この場面でAさんは、医師1の「なにか不安なことはありますか?」(02行目)という「質問」に対する「応答」として、「だ:いじょうぶ。<自分の>気分が、またちょっと」(03行目)、「あの:::上がり下がりが」(05行目)と、気分の上がり下がりという問題があることを示している。医師1は12行目から20行目にかけて、カルテをめくりながら、Aさんに気分の上下という問題がいつからあるのか(13-14行目)、「心の病」専門の医師にかかったことはあるのか(20-22行目)を尋ねていく。そして、「いきなりでなくてもいい」が「辛くなるよう」

であれば、「医院の提案をすること」もできる、とAさんが提示した問題への対応策を示した(37-45行目)。Aさんは医師が提示した対応策に対し、うなずきながら「わかりました」(46行目)と了解を示し、話題は他に「肉体的」な問題がないかに転換していった(47行目)。

この場面においても、Aさんは医師の「質問」に対する「応答」として問題を提示しており、医師が女性に「質問」することは、女性が自らの問題を医療者に提示することを可能にしていた。一般的なプライマリ・ケアにおいて、医療者の診察を受ける患者は、『自分たちの心配事を「治療を受けるに値する(doctorability)」ものとして提示するという課題に直面』している(Heritage and Robinson 2006=2015:65)。それゆえに、患者は自らの受診を正当化するように心配事の説明を組み立てていることが明らかになっている(T.Halkowski 2006=2015)。妊婦健診は、女性が問題を抱えて受診することが必ずしも想定されていないがために、女性が問題提示することの正当化がより必要とされる可能性がある。医師の「質問」に対する「応答」として問題提示することは、A さんが問題提示することの正当性を確保していたと言える。

以上のことから、妊婦健診場面において医師が女性に質問することは、女性が問題提示できる場所を作り出すことであり、それにより、女性が正当性を確保しながら医療者へ問題提示することが可能となっていた。しかし、医師による質問が妊婦健診場面の全体構造のうち、どの段階でなされたかによって、女性により提示される問題の内容やその取り扱われ方は異なっていた。次章では、妊婦健診場面の段階と女性により提示される問題の内容とその取り扱われ方について考察する。

#### IV. 考察

# 1. 問題提示がなされる構造上の位置と問題の取り扱われ方

前章では、医師の「質問」に対する女性の「応答」としての問題提示が、妊婦健診の【開始部】および【健診結果説明】段階のそれぞれにおいて、どのようになされているかを明らかにした。どちらの場面でも、女性は医師の「質問」への「応答」という仕方で問題提示をしていたが、提示された二つの問題の取り扱われ方は異なっていた。

【開始部】で示された「尻もち」をついたという問題は、これから始まる【診察(超音波検査)】で医師が確認すべき問題であると聞くことができる位置で提

示された。インタビュー調査から、女性が意図的に【開始部】での医師の「質問」に対する「応答」としてこの問題を提示したことがわかる。さらに、問題提示を受けた医師が超音波検査の準備と実施を進め、【健診結果説明】の段階の冒頭で「大丈夫」であると示したことから、医師にとってもこの問題は自らが確認すべき問題として取り扱われていたと言える。

一方、【健診結果説明】段階で示された「気分の上がり下がり」という問題は、医師がその場で診察するべき問題として取り扱われてはいなかった。医師は「医院の提案をすること」もできるとしたが、「気分の上がり下がり」について自ら具体的な診察行うことはなく、この問題は「専門の心の病の先生」が対応すべき問題であるという理解を示していたと言える。女性もまた、医師の発話に了解を示しており、両者にとって、この問題が今ここで診察が行われるべき問題として取り扱われることはなかった。

この二つの場面での、提示された問題の取り扱われ方の違いには、医師の「質問」がなされた妊婦健診場面の構造上の位置が影響していると考えられる。2.1で示したように、医師1による妊婦健診場面は、【開始部】の次に【診察】、さらに【健診結果説明】、【次回健診日設定】、【終了部】と組み立てられており、【開始部】から【終了部】へと一方向に進行していた。Heritage and Robinson (2006=2015:15) は、プライマリ・ケア診療の組織構造について、参与者らは互いに診療段階の順序だった関連性を感じ、それを示し合っていると述べている。Aさんは【開始部】でなされた「質問」には【診察(超音波検査)】と関連づけられた問題を提示していたが、【健診結果説明】段階での「質問」に対して示された問題は、診察と関連づけられていなかった。女性は医師の「質問」が妊婦健診場面の全体構造上どの位置でなされたかによって、妊婦健診の段階の関連性から、その場所で提示すべき適切な問題を選択し、「応答」という仕方で提示していたと考えられる。

同時にこのことは、その場所に対する女性の理解をも示していた。医院1において実施した別の女性Cさんの調査では、超音波検査により胎児の性別を知りたいという期待をもって受診し、妊婦健診場面の【開始部】で医師の「質問」に対する「応答」として問題提示することのできる場所が設けられたにも関わらず、それを提示することができないままに【診察(超音波検査)】段階が終了してしまったことがあった。このことから、医師によって問題提示することのできる場所が設けられたとしても、女性がその全体構造を理解していなければ、問題提示に適切な場所を見つけ、適切な問題提示をすることは難しいのだと考

えられる。女性は、継続的に妊婦健診を受診し医師との相互作用を経験する中で、妊婦健診場面の構造を理解し、その理解に支えられて、適切な位置で適切な問題提示をすることが可能になっていくのではないだろうか。

妊婦健診場面における医師による「質問」は、女性が「応答」として自らの問題を医師に提示することを可能にしていた。しかし、女性が「応答」として、どこでどのような問題を提示するか、あるいはそれがどのように取り扱われるかは、女性の妊婦健診場面の構造の理解に支えられていた。このことから、女性は妊婦健診の「受け手」として医師の診察を受けるだけの存在ではなく、妊婦健診場面の構造を理解し、適切な場所で適切な問題提示をすることで、妊婦健診の進行やそこでなされる行為に関わっていく存在であることが示唆された。

#### 2. 研究の限界と今後の課題

本稿では、参与観察調査と女性へのインタビュー調査から、これまで援助を受ける側であり、受動的な存在であるととらえられてきた女性が、妊婦健診場のの構造を理解し、適切な場所で適切な問題提示をすることで、妊婦健診の進行に関わっていく存在であることを明らかにできた。しかし、援助する側であると考えられてきた医師へのインタビュー調査を行うことができなかったため、女性による問題提示を医師がどのように理解しているのかについては、十分明らかにすることができなかった。また、女性による問題提示のありようには、医師、助産師、看護師などの医療者の職種や医療施設の違いが影響を与えている可能性がある。

今後は、今回十分に調査することのできなかった場面において、女性による 問題提示がどのようになされているのかを明らかにし、さらに女性と医療者と の相互作用がどのように営まれているかを検討していきたい。

#### 謝辞

本研究を行うにあたり、妊娠期から産褥期という心身ともにご負担の多い時期にありながら、調査への協力を快諾してくださった9名の女性に、深くお礼申し上げます。

また、お忙しい中、突然のお願いであったにもかかわらず、妊婦健診から産後健診までの継続的な参与観察を許可してくださり、研究にご協力くださいました医療機関の先生方、助産師・看護師の皆さま、スタッフの皆さまにも、心より感謝申し上げます。

#### 引用文献

- 青野敏博編, 2002, 『助産所における安全で快適な妊娠・出産環境の確保に関する研究』平成13-14年度厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書, 徳島大学.
- Halkowski,Timothy, "Realizing the illness: patients' narratives of symptom descobery", ohn Heritge and Douglas W.Maynard ed., Communication in Medical care, Cambridge University Press, 86-114. (=2015, 川島理恵・樫田美雄・岡田光弘・黒嶋智美訳,「病気であると気づくこと――病気の発見についての患者のナラティブ」『診療場面のコミュニケーション――会話分析からわかること』勁草書房、105-141).
- 橋本武夫編,2006,『妊娠・出産の快適性確保のための諸問題の研究』平成16-18年度厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書,聖マリア病院母子総合 医療センター.
- Heritage, John and Douglas W.Maynard, 2006, "Introduction: Analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters", John Heritge and Douglas W.Maynard ed., *Communication in Medical care*, Cambridge University Press, 1-21. (=2015, 川島理恵・樫田美雄・岡田光弘・黒嶋智美訳,「序論 ——プライマリ・ケア診療における医師—患者間相互行為の分析」『診療場面のコミュニケーション——会話分析からわかること』 勁草書房, 1-20.)
- Heritage, John and Jeffrey D, Robinson, 2006 "Accounting for the visit: giving reasons for seeking medical care", John Heritge and Douglas W. Maynard ed., Communication in Medical care, Cambridge University Press, 48-85. (=2015, 川島理恵・樫田美雄・岡田光弘・黒嶋智美訳,「受診について説明すること ――受療行為の理由づけ」『診療場面のコミュニケーション――会話分析からわかること』 勁草書房, 53-103.)

藤田真一, 1979, 『お産革命』朝日新聞社.

船津衛・宝月誠, 1995, 『シンボリック相互作用論の世界』恒星社厚生閣.

陣痛促進剤による被害を考える会, 1995, 『病院で産むあなたへ』さいろ社.

きくちさかえ, 1995,『お産はっけよい――アクティブに産もう』現代書館.

厚生労働省人口動態・保健社会統計室,2017,「平成28年人口動態調査 保管統計表(報告書非掲載表) 出生 第1表 出生数、出産の場所・出産時の立会者・都道府県・市部一郡部(21大都市再掲)別」,(2018年1月18日取得,

- https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&tstat=000 001028897&cycle=7&year=20160&month=0&tclass1=000001053058&tclass 2=000001053061&tclass3=000001053073&tclass4=000001053075&stat\_infid=000031621431&result\_back=1&second2=1)
- 松島京, 2006,「出産の医療化と『いいお産』――個別化される出産体験と身体の社会的統制」『立命館人間科学研究』11: 147-159.
- 日本産婦人科学会・日本産婦人科医会, 2017, 「産婦人科診療ガイドライン―― 産科編 |
- 西阪仰, 2001,「トランスクリプションのための記号」, (2017年11月28日取得, http://www.meijigakuin.ac.jp/~aug/transsym.htm)
- 西阪仰, 2008,「妊婦が心配事を語るとき──非正当的位置における防御的問題 提示について」西阪仰・高木智世・川島理恵『テクノソサエティの現在 Ⅲ 女性医療の会話分析』文化書房博文社, 199-225.
- Parsons, Talcott, 1951, *The Social System*, New York, The Free Press. (=1974, 佐藤勉訳,『社会体系論』青木書店.)
- Psathas, George, 1988, "Ethnomethodology as a new development in the social sciences", Lecture presented to the Faculty of Waseda University, Tokyo. (=1989, 北澤北澤裕・西阪仰訳「序論 エスノメソドロジー――社会科学における新たな展開」『日常性の解剖学――知と会話』マルジュ社, 5-30.)
- Robinson,Jeffrey D,2006, "Soliciting patients' presenting concerns", John Heritge and Douglas W.Maynard ed., Communication in Medical care, Cambridge University Press, 22-47. (=2015, 川島理恵・樫田美雄・岡田光弘・黒嶋智美 訳,「患者の心配事を引き出すこと」『診療場面のコミュニケーション――会 話分析からわかること』 勁草書房, 21-52.)
- Sacks, Harvey, Emanuel A. Shegloff and Gail Jefferson, 1974, "A simple systematics for the organization of turn-taking for conversation", Language, 50(4), 696-735. (=2010, 西阪仰訳「会話のための順番交替の組織――最も単純な体系的記述」『会話分析基本論集―順番交替と修復の組織』世界思想社, 5-153.)
- 島田三恵子編, 2006, 『科学的根拠に基づく快適な妊娠・出産のためのガイドラインの開発に関する研究』平成17-18年度厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書, 大阪大学.
- 島田三恵子編, 2013, 『母親が望む安全で満足な妊娠出産に関する全国調査――科学的根拠に基づく快適で安全な妊娠出産のためのガイドラインの改訂』

平成23-24年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合研究事業)平成 24年度分担研究報告書

白井千晶, 2016,「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|『人文論集』67(1): A21-A40.

谷津裕子, 2009,「『いいお産』という言葉が意味するもの――出産における自然性・主体性・身体性」『助産雑誌』63(1): 8-14.

#### トランスクリプト記号一覧

本稿のデータの書き起こしには、西阪仰の「トランスクリプションのための記号」(http://www.meijigakuin.ac.jp/~aug/transsym.htm)を参考に、以下の記号を用いた。なお、書き起こしにおいては、人物名や医療施設名などの固有名詞を全て記号化した。

[ 複数の参与者の発話が重なり始めた位置。

= 前後二つの発話が切れ目なく、密着している。

(数字) 沈默の秒数。

(言葉) 聞き取りが不確定な部分。

( ) 聞き取りが不可能な部分。

文字:: 直前の音の引き延ばし。「:」が多いほど、長く延びている。

文字- 直前の言葉が不完全なまま途切れている。

文字. 尻下がりの抑揚。

文字? 尻上がりの抑揚。

文字, 音が少し下がって、まだ発話が続くように聞こえる抑揚。

文字↑ 直後の音が高くなっている。

文字↓ 直後の音が低くなっている。

<u>文字</u> 強く発話されている。 <sup>®</sup> 文字<sup>®</sup> 弱く発話されている。

hh 息を吐く音。 . hh 息を吸う音。

<文字> ゆっくりと発話されている。

>文字< 速く発話されている。