

研修後の職員からのアンケートからは、学びの深さを知ることができる。ただ、このような研修会への参加者は、対象となる全センターおよび医療機関の担当職員数からみると少なく、ほとんどの職員が研修を受講する機会に恵まれていないことがわかる。研修会が今後さらにセンター業務に反映されるために、アンケート結果の精査を行い内容の充実を図るとともに、参加しやすい形態を考えることも必要である。

また、センターや医療機関の医療安全支援業務の担当者を対象とした研修への参加者は、行政機関と病院の事務員や医療者が多く、診療所等の小規模医療機関からの参加者は少ないのが現状である。

東京都の平成25年度「患者の声相談窓口」実績報告³⁾では、相談対象となった医療機関の種別では、病院42.0%に対し、診療所（一般・歯科診療所の合計）が24.5%となっていることから、診療所の管理者や従業員を対象とした研修会が求められる。また相談内容は、病院では「医療事故・過誤の判断・対応方法」が上位にあるのに対し、診療所は4～5位であることが特徴としてある。しかし苦情はどの医業種別でも「医療行為・医療内容」、「医療機関従業員の接遇」が上位を占めている。現在、センターや医療機関の担当職員を対象として実施されている研修会でも、患者対応については、医療ADRや職員の接遇が講義として取り入れられているが、今後さらに、医療機関の特徴を考慮し、対象を拡大しての研修の組み立て方が必要であると考えられる。

また、医療従事者を対象とした研修会では、今後希望する研修テーマとして、医療安全では「感染対策」、「リスクマネジメント」、チーム医療では「他職種との連携」、KYTやチームステップスのような「ツールの習得」がどの職種からも出されている。このような各施設内の研修会では十分行えない内容を補足することも必要であると考えられる。

外部研修会の参考例として、山梨県には、各医療機関のリスクマネージャーが中心となり発足し、多職種で自主的な活動を行っている「山梨医療安全研究会」がある⁴⁾。その中では、県内の医療機関の要請に応え、院内研修会への協力を行ったり、中小規模病院が独自では実施できない上記のようなテーマを取り上げて定期的な研修会を行っている。このような外部の機関との連携もこれからの総合支援事業の取り組みに加えることで、センター職員や医療機関の担当者への充実した教育研修が行えると考えられる。

また近年の地域医療体制は、これまでの病院を中心とした構図から、診療所や介護施設等との医療・介護連携に移行しており、医療・介護の新たな形を構築し始めている。このような状況にあつては、地域の住民から寄せられる相談や苦情もこれまで以上に多様化し、複雑になることが予想される。

先行研究では、医療法において医療安全管理体制の整備が義務化された後も、無床診療所の職員の手指衛生の研修の未実施や手拭きタオルの共用等の感染管理の不徹底について指摘した調査結果が見られている⁵⁾⁶⁾。また近年、無床診療所において、点滴作り置きによるセラチア菌の院内感染による患者死亡事故⁷⁾やレーザー角膜切削形成術による院内感染事故が発生している。このような無床診療所の安全管理体制の不備が指摘されている状況にも拘らず、施設数の多さ等から保健所等の立ち入り検査は数年に1度あるいは書類のみで確認している状況である。また、介護施設においても転倒・転落や誤嚥事故が重要な事故防止の課題とされ、様々な視点で対策が検討されている⁸⁾。

センター担当職員が、これらの地域医療さらには介護の状況を理解しながら相談業務を行うことにより、地域住民と医療・介護機関との良好な関係が形成され、地域医療・介護の質の向上に貢献できると考える。

それには今後、センターの相談業務へ寄せられる上記のような事例も想定し、どのような医療および介護の施設についての相談や苦情にも対応できる相談員の育成を目的に、教育研修の規模や内容、更には実施場所の選定等の検討を行いたい。また、現在、医療施設で発生する事故の大部分は、テクニカルスキルを支えるノンテクニカルスキルにおける逸脱や知識不足が原因とされている⁹⁾。これは介護施設においても同様と考えられる。このような実情を考慮した研修を行い、結果的には相談を受けることにより事故防止に貢献し、センターの相談業務の成果であることを可視化できる取り組みに繋がれることを目指したい。

センターの業務を担当するそれぞれ部署の職員への教育は、病院や診療所、介護現場の職員や住民の教育に直接的に繋がるものであり、医療安全の大きな一翼を担う教育システムであることを念頭に、今後もさらに検討を重ね、企画する必要がある。

D 結論

医療安全支援センターの業務に従事する職員および医療機関での支援業務担当者への医療安全教育について検討を加え、今後の教育研修を効果的に行うために以下のことが明らかになった。

- ①全国で年間9万件的相談業務を担当するセンター職員は、医療の質の向上に貢献する役割が大きいにも拘わらず、ほとんどは兼務者である。
- ②総合支援事業で実施されている研修会参加者は、全センターおよび医療機関の担当職員数からみるとわずかである。研修の内容の充実とともに、参加しやすい形態の検討が必要である。
- ③住民や患者からの相談では、診療所に関する事項も多い。今後は、医療機関の特徴を考慮し、対象を拡大しての研修の組み立て方が必要であると考える。
- ④総合支援事業で実施が難しい地域や研修内容については、外部の機関との連携も総合支援事業の取り組みに加えることを検討したい。
- ⑤近年の地域医療における医療・介護連携になかで多様となる相談内容に対応できるセンター担当職員の育成のために、教育研修の規模や内容、更には実施場所の選定等の検討が求められる。

E 健康危険情報

なし

F 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G 知的所有権の取得状況

なし

引用・参考文献

- 1) 医療安全支援センター総合支援事業 HP 医療安全支援センター相談件数・内訳
<http://www.anzen-shien.jp/information/index.html>
- 2) 同1) 医療安全支援センターの運営の現状に関する調査（平成25年度実施）
- 3) 東京都福祉保健局 HP
<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/sodan/madoguchi.files/25koemadojissek.pdf> (2015.2.19 access)
- 4) 山梨医療安全研究会 HP
<http://yamanashimss.okoshi-yasu.net/> (2015.2.19 access)
- 5) 西田宜可, 南哲之介, 城山博他, アンケートによる岡山県歯科医師会会員への院内感染防止対策に関する調査, 第5次医療法改正前後のアンケート結果の比較, 日本歯科医療管理学会雑誌, 45(3), 2011, p161-171.
- 6) 堺美代子, 長谷奈緒美, 吉井美穂, 小規模病院・診療所における感染対策の現状, 環境感染誌, 25(5), 2010, p295-301.
- 7) 伊賀地域医療事案対策本部特別調査班, 伊賀保健所管内の医療機関で発生した事案についての調査報告書, 2008, p2-4.
- 8) 平成25年三菱総合研究所「特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン」
http://www.mri.co.jp/project_related/hansen/uploadfiles/h24_05c.pdf (2015.2.19 access)
- 9) WHO 患者安全カリキュラムガイド他職種版(日本語版), 2011.

医療安全支援センターの業務及び運営の改善のための研究

— 初任者研修受講者向けブックレット作成の試み および 医療従事者に対する研修プログラムの検討と相談サービスの構造化の提言 —

研究分担者 杉山恵理子 明治学院大学心理学部 教授

研究要旨

医療安全支援センター職員および同センターによる医療従事者に対する研修プログラムについては、量・質共にさらに改善していく必要がある。

本研究では、量的な拡充のために、初任者向けの研修の蓄積から相談支援に関する基本的態度を示すブックレットの作成を試み、質的改善のために、医療従事者に対する研修の効果を分析し、その結果を基に職種と研修ニーズとの関連から研修のあり方について検討すると共に、患者対応システムの構築について提言した。

研究1 相談支援に関する基本的態度を示すブックレットの作成

A 研究目的

昨年度までの研究では、支援センター初任者を対象とした研修において、コミュニケーションスキルの獲得に加え、相談支援のあり方の理解に一定の効果が確認された。これらは相談業務を行うための前提となる重要な内容である。しかし、初任者全員が初任者研修を受講できるとは限らない。受講できた職員についても、さらなる継続研修が望まれているにもかかわらず研修機会は限られており、次の研修まで長期間コンサルテーションもなく業務を行わなければならない状況が見られる。

このような状況の中、初任者研修の受講者に対して初任者研修と同様の内容の研修を再度実施した結果、自己の理解や成長を再確認し、さらに研修内容についての理解を深めていることが示された。このことは日常的に研修のポイントを学び直したり振り返ったりできるツールの有用性を示唆していると考えられた。

そこで、本研究では、初任者研修受講者の日常的で継続的な学びを支援するため、相談支援のポイントをまとめたブックレットを作成することとした。

B 研究方法

研修プログラム作成者（杉山）以外の研究者が、以下の手順でブックレットの草稿を作成、心理学の非専門家に表現のわかりやすさについて確認を依頼、修正した上で、作成者の監修を経て、ブックレット原稿を作成した。

草稿は、初任者研修を録音し逐語を起こし、レジュメにそって内容を整理し、参加型のワークの部分を削除、心理教育としての講義部分において重要と思われる部分を整理した。次に、その結果と過去数年間の初任者研修後のアンケート結果から、受講生にとって「大切」「理解」「目からうろこ」などの理解を得られたと考えられるコメントが示された部分を照合、確認し、研修のポイントと考えられる部分を抽出した。

C 研究結果

抽出されたポイントは次の8点であった。

1. クレーム発生のメカニズム
2. 相談者の感情、特に不安への対処
3. 相談の開始時における安心感の提供
4. 相談の展開における感情の言語化、受容と共感
5. エンパワメントと相談のプロセス
6. 相談における問題の所在
7. 応答の5つの技術

8. セルフケアのこつ

ブックレットには、これらのポイントを全て含むように以下の5章にまとめ、各章の最後に章ごとのポイントを箇条書きにまとめて示した¹⁾。

第1章 相談員が理解しておきたい大前提

(ポイント1、2、3)

第2章 相談のプロセス

(ポイント4、5)

第3章 3つの問い・・・正確な理解

(ポイント6)

第4章 応答の技術

(ポイント7)

第5章 セルフケアを大切に

(ポイント8)

D 考察

1. 初任者研修受講者に対する効果

今回はコミュニケーションスキルに焦点を当て、講義部分についてブックレットを作成した。講義のポイントが短く整理され、繰り返し読むことが出来るという点で、作成目的通り、単発の研修では決定的に不足している手軽で継続的な学習の機会を提供しうるものになっている可能性があると言えよう。

しかし、ブックレットによる学習には、研修とは決定的に異なる点がある。

相談支援という行為は、問題理解のような単純な知的作業にとどまらず、相互の対話の中で自分自身の感情を使って相手を体験的に理解していくプロセスに他ならない。研修においてもまた同様に、講義部分の知的理解が、実際にワークを行いグループワークで話し合うことにより、自分の感情に向き合い腑に落ちる体験的理解へと深化しており、そのため一定の効果を生んでいると考えられる。ブックレットによる学習はこの体験学習の部分が不足しており、特にグループワークのような他者の考えや感情に触れて同期的に自分の感情に触れるような体験は望めない。しかし、一方、実感を伴う体験的な学習を独習として行うことは、自分で扱うことができない感情がこみ上げるような外傷体験を生起させる危険が伴う。この点が、ブックレットによる学習の限界と言える。

また、初任者研修後の再研修受講者からは、知的理解の深まりに加え、再度研修を受けることにより安心感を体験しリフレッシュや癒しが得られる、安心感を形成するためのスキルを体験的に再

学習できるという効果が報告されている。相談活動においては、このような安心できる空間作りが基本的スキルとして大変高い意味を持つ。この点についてもブックレットによる体験学習は困難であり、継続研修の有用性を示していると言えよう。

2. 初任者研修未受講者に対する効果

初任者研修のようなワーク及びグループワークを含んだ形の研修を受けていない職員についても、このブックレットを読むことにより、内容を知的に理解することは可能と考えられる。しかし、体験的な理解は得られないため表面的な理解に終わり、実際の業務で使えない知識、いわば机上の空論となってしまうたり、内容を誤って理解したりする可能性が否めない。未受講者に対するブックレットの利用目的とその方法については、今後検討すべき課題であると言えよう。

E 結論

本研究により作成したブックレットは、初任者研修受講者の反芻学習を支援するツールとなり得る可能性がある。今後はこのブックレットを使用した受講者からのフィードバックを得て、改善していく努力が望まれる。また、未受講者への配布に関しては、効果が期待できない可能性があり、安易に本ツールを研修の代わりとして位置づけることには慎重になる必要がある。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H 知的所有権の取得状況

なし

¹⁾約 15000 語。具体的内容は添付の通りである。

研究2 職種による研修ニーズの違いに応じた研修のあり方と患者対応システムの構築

A 研究目的

昨年度の研究から、医療安全支援業務にあたる職員への研修の効果として、コミュニケーションスキル、セルフマネジメントスキルの両方のスキルの向上が認められた。これらの研修の効果を汎化し、様々な困難事例に対応するために、さらに継続研修のあり方と内容を詳細に吟味しつつデータを蓄積し、職場の違い・職員の属性とストレス状況の関連、システムとしての支援の組み立てと効果の検証などを行っていくことが今後の課題とされた。

今年度はこのうち、職員の属性と研修ニーズとの関連から研修のあり方について検討すると共に、患者対応システムの構築について提言することを目的とする。

B 研究方法

1. 手順 医療機関において医療安全支援業務を行っている職員（医療専門職・非医療専門職）を対象として、患者対応におけるコミュニケーションスキルについての研修²を行い、参加者からの評価を分析する。その結果から医療専門職・非医療専門職の違いによる研修ニーズの違いを検討し、今後の研修および医療機関における患者対応システムの組み立てについて考察する。

2. 対象とした研修

東京都が主催した医療従事者を対象とした研修「医療従事者ネットワーク講演会」。

研修タイトル：「患者対応の基礎」

研修の構造：90分講義形式（個別ワーク1）

参加者；575人。医療専門職は医師・歯科医師・看護師・MSW/SW・臨床検査技師・歯科衛生士等。非医療専門職と見られる事務職は23.7%で最も多く、次いで看護職が23.3%と多かった。勤務先は病院80.4%、診療所7.7%、保健所・保健センター・行政等1.5%。医療機関が計88.1%と大半を占め、行政機関は0.19%とわずかであった。

C 研究結果

アンケート回収率は90.3%と高かった。回答者の職種においても、事務職25.8%、看護職

23.3%、次いで医療ソーシャルワーカー（MSW）8.5%と事務職と看護職が多かった。

1. 講演への全体的評価

講演への全体的評価は、大変良いが59.6%、良い35.5%を合わせると、95.1%の受講者が良かったと評価していた。

全体的評価に関して、自由記述では、医療専門職70名、非医療専門職37名から回答が得られた。医療専門職であるかないかに関わらず、良かった点として患者とのコミュニケーションスキルの理解、自己理解を挙げる回答が最も多く、全体の87.9%を占めた。（医療専門職60名；85.7%、事務職34名；91.9%）。また、時間が短い、何回かに分けて欲しい、また聞きたいなど、継続的な更なる研修機会についてのニーズが示された（医療専門職18名、非医療専門職2名）。研修内容が既習の内容であったという意見は医療専門職のみで見られた。医療専門職では、現場の状況にとっても近い、具体的でわかりやすいという意見がある一方で、非医療専門職では机上の空論のように感じられるという意見がみられた。さらに非医療専門職では、ストレス・バーンアウトについての研修を望む意見が複数みられた（2名）。

2. 有用性

有用性については、大いに役に立つが49.7%、役に立つが46.2%、計96.0%の受講者が役に立つと評価した。

有用性に関して、自由記述では、医療専門職65名、非医療専門職33名から回答があった。医療専門職であるかないかに関わらず、有用性に関して講義内容（自己理解・対話の重要性、クレームの起こるメカニズムが理解できたので未然に防げる等）を挙げる回答が最も多かった（医療専門職39名；60.6%、非医療専門職17名；51.5%）。さらに、苦情相談に取り組む姿勢を学べた、取り組んでいきたいなどの業務に向けて動機付けが高まっていることが伺われる回答が複数みられた。また、参加型ワークの有用性を挙げたのは5名（医療専門職4名、非医療専門職1名）、自身のストレスケアは9名（医療専門職7名、非医療専門職2名）であった。研修の学びの汎化については、病院で同じ研修をしたい、チームに共有したいなどが10名（医療専門職7名、非医療専門職3名）、苦情相談に限らず他の場面（普段の患者対応、プライベート）にも活用したいが2名であった。

ネガティブな評価としては、「クレームを未然に防ぐ方法ではなく、起こったクレームへの対応を知りたかった」が看護師、事務職各1名でみら

² 具体的な研修内容は添付資料参照のこと

れた。また、非医療専門職のみで、現実に役立つか疑問という意見（モンスターペイシエントには通用しないのでは、実際の患者に役立つか疑問、時間がない中で傾聴は難しい）が3名、診療費を返せば納得するが話を聞くだけでは患者は納得しないという意見も見られた。

3. 今後のニーズ

今後の研修ニーズに関しては、テーマ別に以下の5点についてたずねた。医療専門職/非医療専門職の違いは以下の通りであった。

- ・医療安全について；医療専門職では、クレームの防止、意識の向上、非医療専門職では、クレームが起きた後の対応、暴力、暴言対策が挙げられた。

- ・医療従事者の接遇について；医療専門職では、暴力、クレームの実例、この講演の続きが複数挙げられていた。非医療職ではコミュニケーションスキルが挙げられていた。

- ・医療従事者の養成について；医療専門職では、新人から指導者の養成まで幅広いニーズが挙げられていた。他職種（医師→看護助手、ソーシャルワーカー→医師）の養成に関するニーズもあった。非援助職ではスタッフ間のコミュニケーションが挙げられていた。

- ・チーム 医療専門職ではチームSTEPPSのような具体的なスキルへのニーズ、他職種との連携、ポジティブサイコロジーなど多様な意見がみられたが、連携・医師の巻き込み方・他職種の理解・等、職種のバリアーを低くしてつながる動きに対するニーズが挙げられているのに対して、非医療専門職では、「部署毎の役割」と、バリアー（違い）を明確化するニーズが挙げられた。

- ・その他；医療専門職では、ハラスメント、災害時対応などさまざまな意見がみられたが、非医療専門職においてのみ、未収金対応、病院経営など経営側の視点でのニーズが挙げられた。

D 考察

1. 研修全体の評価について

「良い」が全体の95%以上、「有用」が96%を占めていたこと、アンケート回収率が高く、自由記述も多いことから、専門職か否かに関わらず研修の全体的な評価は高く有用なものとなっていたと言えよう。特に、研修目的である患者対応のスキルについて良かった・有用であるとする意見が多く、目的に沿った内容の研修となっていたと考えられる。

また、研修の学びを職場、もしくはプライベートにも汎化したいと回答する受講者がいたこと、動機付けが高まっていたことから、本研修を有用と評価していることが伺われる。

2. 研修の構造について

・時間

研修時間に関しては、研修時間の短さを問題とする意見が多く、特に参加型の学習の充実を望む意見が多かった。内容的にはニーズに沿っていたものの、量的には十分にニーズを充たす研修となっていなかったと考えられる。非医療専門職を含む医療安全支援センターの初任者を対象とした同様の目的の研修では、約4時間を目安に実施している。また、昨年度に引き続き、今年度も数カ所において実施してきた保健センターにおける医療専門職を対象とした同様の目的の研修では、2時間半から6時間の研修時間を確保して実施しており、これらの研修においても単発の2時間半程度の研修では時間が短いというフィードバックが得られている。

今後、このような内容の研修を行う際には、継続的にシリーズとして研修を行う、一回の時間を長くするなどの工夫が必要と考えられる。

・方法

医療安全支援センターの初任者研修においても保健センター、医師会等主催の医療従事者研修においても、講義のみならずワークを行い、さらに個別ワークに加えグループワークも行っている場合もあり、これらの研修において既に参加型の研修の意義は示されている。さらなるワークの求めが示されたとはいえ、今回の90分の研修において行った10分足らずのワークでさえ学びになったという多数の意見がみられたことから、研修における参加型学習の意義が改めて示されたと言えよう。

今後、このような目的の研修を企画する際には、十分に個別ワーク行える会場や時間の設定、さらにはグループワークによる学びを積極的に含めるようにしていくことが、講義部分の効果を保証するために必要であると考えられる。

今回、非医療専門職では、医療専門職と異なり、講義内容に関して机上の空論のように感じられるという意見が見られた。

医療専門職では、患者対応に関する学習が、養成過程に含まれており、さらに、養成過程終了後の日常業務においても、患者と感情を含めたレベルで相互理解を図らねばならない場面が多く、体験を通じた学びが得られている可能性がある。それに対して非医療専門職では、これまでの教育課

程の中でも業務の中でも、このような内容の学習機会が充分に得られていたとは考えにくい。

研究1で論じたように、対人支援スキルに関する学習では、知的理解を机上の空論とせず意味のある理解としていくために、実感を伴った体験学習と組み合わせることが不可欠である。事務職などの非医療専門職を対象とした研修では、特に個別ワークやグループワークによる話し合いなどの体験学習を含む内容とする必要があると言えよう。

・内容

先述した通り、本研修プログラムの内容は有用なものであったと考えられる。アンケートからは、さらに加えるべき内容として、専門職か否かに関わらず、クレームが起きた後の暴言・暴力への対応、支援者のメンタルケアとしてのストレス研修があげられた。

暴言や暴力は非日常的な出来事であり、危険に対する恐怖と何が起きるかわからない不安感を伴う。これらの感情に対処するためには、今回の研修のような話し合いで解決するような方法に加え、具体的な対処方法の獲得（簡単な護身術など）、リスクマネジメントとしての方略（非常ベルの設置、安全に相談業務を行えるような場所の整備、複数で対応できる体制など）を準備しておくことが意味を持つと考えられる。不安や恐怖に対処しておくことは、基本的な安心感を持って相談業務を行うことに繋がる。安心感を持って丁寧に話を聴くことにより、相談者の不安は減少し、期待が現実的なものとなり、結果的にクレームを防止することとなる。このような危険に対する対処についての研修も意味を持つと考えられる。

次に、ストレスに対する対処を学ぶことはバーンアウトを防ぐだけでなく、ゆったりと余裕をもって相談にのれるレディネスを作る。その結果、感情的にも相談者に巻き込まれにくくなる。メンタルケアとしてのストレス研修は、医療専門職のような感情労働者には必須の内容である。また、非医療専門職であっても、学習機会に恵まれず十分なスキルを持たずに相談業務を行う場合、理解不能の困難にさらされ、感情的にも認知的にも強いストレスがかかる可能性がある。非医療専門職からもストレスに関する研修を望む意見が見られたことは今後研修を計画する上で考慮すべき結果であると言えよう。

3. 相談窓口担当職員の適切な設置について

クレームは期待への失望の結果として生起する。本研究で対象とする期待は、患者の医療行為

への期待である。直接期待した相手に対して怒りや失望を向け、それを双方で扱う過程で相互理解が得られれば、生じしかけたクレームは解消される。従って、このメカニズムを理解してクレームの発展を未然に防ぎ解消させる初期対応が可能なのは、直接医療行為を行う医療専門職である。時間的制約などいろいろな現実的困難はあると考えられるが、クレームの初期対応は直接の医療行為者が行うのが適切である。

クレームを発生し難くするための準備状態を作るのは、医療機関の第一印象を形成する部署となる。電話対応、受付等の対応に、患者の辛さへの共感や人間性の尊重が感じられる場合、疾傷や受診への不安が軽減され、期待はより現実的なものとなる。この段階でクレームの生起を未然に防ぐことが出来るような接遇がなされている場合、病院全体に安全で受容的な雰囲気が形成されることとなる。

逆に、初期対応がうまくいかず実際にクレームにまで発展した場合には、感情的な整理が必要となる。特に、いわゆる困難ケースとされているような感情がこじれているケース、精神的な疾患を伴うケースなどの相談を行うためには、高度なカウンセリングスキルが必要となる。そのためには継続的なスキル研修が必要と考えられる。しかし、現状では、すべての職種に対してこのタイプのスキルの獲得を目指すよりは、養成課程にすでにスキルの獲得が含まれている職種をこの業務に配置することが現実的であろう。本アンケートにおいて、コミュニケーションの基礎的なスキルは既習であると言及のあった、看護職、ソーシャルワーカー、心理職がこれに相当する。このように、相談の専門家がクレームへの対処を行うことの大切さは、研修に先立って研修に求める内容を知るために行われたアンケートにおいて指摘されている、表面的なスキルのみでの研修の弊害、相談の非専門家が相談にのりクレームがこじれた後になって専門家に解決が依頼されている現状にも明らかと言える。

以上述べたようにクレーム発生後の対処は、相談の専門家が行うのが適切である。にもかかわらず、現実には相談窓口業務に非医療専門職が当たっている場合は少なくないと思われる。研修参加者の中で最も多かった職種は事務職である。しかし、この配置は不適切と考えられる。

非医療専門職、特に事務職は、医療行為そのものに関わっておらず、かつ実際に期待を直接向けられているわけではない。それにも関わらず、失望としてのクレームのみを向けられることは、尻

拭い、八つ当たりを受けているという感覚に結びつき、業務への困難感を増すと考えられる。場合によっては相談員の不適切な対処を招き、紛争への発展につながる可能性もある。

例えば、研修に先立って開催された医療従事者懇談会において、モンスターペイシエントとして例示されたのは、「さんざん相談に乗ったあげくに最後に金品の請求をされる」という例である。研修のアンケートからも、「話を聴くだけでは納得せず結局診療費を返さないと納得しない」状況が語られている。このような患者に対応した職員は、患者をはじめから金品目的のモンスターペイシエントであるように感じ、対応する医療機関側に怒りが生じているということが伺われた。

確かに、患者がいくら医療行為について不満を述べても、非専門職がただ傾聴するだけで医療行為そのものには触れないのであれば相互理解とはならず、クレームは解消しない。患者側に見れば、医療行為に不満を持ち、医療行為者に不満を述べようとしても伝わらず最終的に相談窓口で対応する職員が非医療専門職であった場合、クレーム解消の落としどころが結果として相互に話し合える問題＝診療費の返却請求や支払い内容に関する不満として表現されるのは自然なこととも考えられる。しかし、現実にはこの解決方法は患者の医療行為への信頼を取り戻すことには繋がらず、医療機関側にとっても未収金等の経営上の問題を残すこととなる。

本研究の結果は、医療相談窓口をどこに設置し、どの職種が担当するべきなのかという問題に対して一つの示唆を与えている。クレームへの対応はその発生過程に応じて、1. 発生予防、2. 初期対応、3. クレーム発生後の対応の3段階で対応できるとより有効と考えられる。もとより1もしくは2の段階で本格的なクレームへと発展しないように対処することが望ましいのは言うまでもない。しかし、現場の状況としてそれがかなわず、現実に3へと発展した際には、さらにこじれて紛争に発展し、八つ当たりとしての金品の要求や頻回の談判、暴言や暴力、訴訟などにつながる事が無いように、以下のように配置を行い、相談体制を整えることが必須と考えられる。

1. 発生予防 クレームの発生を予防させるためには、患者の期待を共感的に理解して治療開始時に労うことが肝要である。それによって不安が減少すれば期待も下がり、クレームが

おき難くなる。いわゆるファーストタッチを行う部署がこれにあたる。事務職員、受付担当者などの非医療専門職もここに含まれる。

2. 初期対応 初期対応として、直接その医療行為を行った医療専門職に不満を述べるができるような診療環境が必要である。時間的、空間的、人的余裕に加え、患者接遇のスキルがある程度必要と考えられる。
3. クレーム発生後の対応 本格的に不満がクレームという形で発展してきた場合には、さらにこじれる前に、接遇の専門家が対処するのが望ましい。養成課程に対話的關係を形成する技術が含まれているMSW、SW、PSW、CPなどの配置が望ましいと考えられる。

E 結論

本研究の結果より、医療従事者に対する患者対応についての研修において、患者とのコミュニケーションスキルの学びは単にスキルを向上させるということにとどまらず、自己理解を進め、職務への動機付けを高め、学びを汎化したいという気持ちを生じさせていた。この効果をさらに高めるために、十分な研修の時間を確保すること、個別／集団での参加型ワークによる体験学習を積極的に取り入れることの意義が示された。特に非医療専門職を対象とした研修では、体験学習を充実させる必要があることが示めされた。また、職員自身のストレスケアというテーマの重要性も示された。

患者対応システムとしては、1. 発生予防、2. 初期対応、3. クレーム発生後の対応の3段階でシステムを構築すること、それぞれ1. 受付、インターカーなどファーストタッチを行う職種、2. 医療専門職、3. 相談の専門職を配置することが適切であることが示された。

今後は、非医療専門職と医療専門職を分けてそれぞれのニーズに応じた研修を組み立て、効果を検証していくこと、相談システムを試行し、精緻化していくことが必要と考えられる。また、非医療専門職への研修は地域住民への研修ニーズと重複する部分があると考えられる。今後の展開として、一般市民への研修を行うことにより、患者の孤立が和らぎ、患者対医療従事者という単純な対比構造からの脱却に繋がる可能性がある。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H 知的所有権の取得状況

なし

研究2とほぼ同様の内容の研修を、医療安全管理学講座が主催した「医療安全支援センター総合支援事業 実践研修」において実施した。

参加者は医療安全支援センターにおいて、一定期間以上相談業務に就いている職員、医療機関において医療安全支援業務を行っている職員約半数ずつ、参加者は東京、大阪の2つの会場それぞれにおいて約150名であった。その内、コミュニケーションスキルについてほぼ同様の内容を含む研修を受講済みの参加者から以下のような意見が述べられた。

[再確認]・相談対応の基礎を再確認できた。

- ・前回の研修のときよりスツと入れた。
- ・前回の研修以来だが自分の対応のふり返りになり良かった。

[成長]・前回とは全く違い思い当たる部分が多く、自分の成長を感じ、安心と意欲を覚えた。

- ・前回より内容がよくわかった。
- ・三年前に受講。(ワークの結果が良くなってい

て)リベンジできた！少しだけだが成長したかなと嬉しかった。

・今日は自分の泣きたくするような感情をみつめることが出来た。気になっている相談者への対応の問題点は、相手の立場に立っていなかったという事が鮮明になった。別の仕事の方が優先していて、その方を大切にしていなかったことが伝わってしまっていたと思う。

・前回研修からのレベルアップが余り無い事がわかって残念。

[生の研修で得られる事]・久しぶりに受講し本当に癒された。

- ・話の内容だけではなく、話すテンポやトーンなど、すごく勉強になった。
- ・いつもリフレッシュできる。

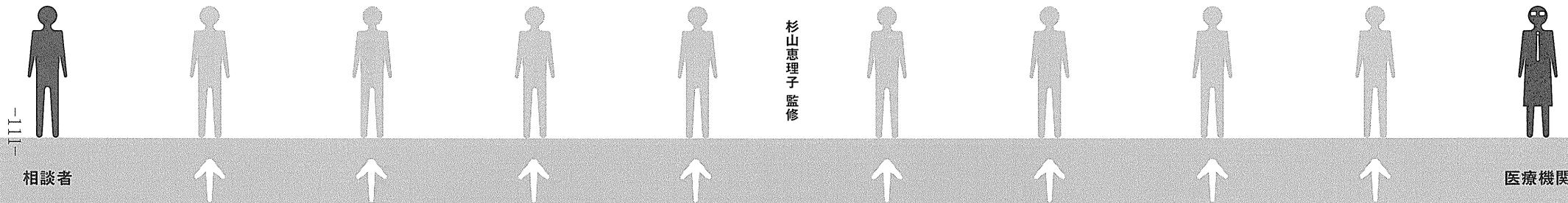
相談対応で 大切にすること

杉山恵理子 監修

東京大学大学院医学系研究科医療安全管理学講座 発行

相談対応で大切にすること

この本に心のしおりを挟み込んで
相談対応で悩んだとき、
何度でも読み返してみてください。
きっと、あなたを助けるヒントが見つかります。



本当の「中立の立場」って、何だろう？

東京大学大学院医学系研究科医療安全管理学講座 発行

相談対応で大切にすること

—— 杉山恵理子 監修
東京大学大学院医学系研究科医療安全管理学講座 発行

はじめに

相談という行為は日常ありふれていますが、相談とは何でしょうか。相談とは相談者に安心してもらうプロセスです。相談者が相談することで安心して、自分自身に触れて感じたり考えたりできるように、無意識に押し込めていた自分の本当の気持ちに気が付く、それが相談の目的です。相談者は、相談員に分かってほしいと思っただけで一生懸命説明する中で、「自分が何を感じているかどうしたいのか」を理解していくことになるのです。では相談をうける相談員が大切にしなければならないことは何でしょうか。

何よりもまず、相談者に安心してもらうということです。

この本は、相談員が「大切にすること」をまとめました。どのような相談であっても、後述する5つの要素を徹底して頂きたいと思います。本書は相談支援のエキスパートで、明治学院大学心理学部教授の杉山恵理子先生の講演を再編する形でまとめられています。杉山先生のこの講演のテーマは、「相談対応の基礎」で、医療の苦情相談の相談員を対象にしています。医療の苦情相談の場面は、相談者だけでなく、相談員も多くのストレスを抱えています。本書をお読みになった方が新たな気持ちで相談者に向き合っていたくようになればいいと思います。

1	相談にのる前に	4
2	相談のプロセス	10
3	3つの問い	16
4	応答の技術	26
5	セルフケアを大切に	34

相談対応で大切にすること

大切にすること

1

相談にのる前に

相談者（患者）とは、どういった状態の人だろう

医療相談の場合は、相談者は患者や家族のことが多いです。患者という言葉は辞書には「患う人」とあります。「患う」の意味は「あれこれと心を痛めて思い悩む」、「病気で苦しむ」、「うまくいかないで苦勞する、難渋する」とあります。病気になることが患者になるということではなく、あれこれと心を痛めて（病に）苦しんでいる人のことを患者と言います。患者さんは押しなべて必ず「心の痛み」を持っている。この事をまず頭にしっかりと入り入れていただきたいと思えます。

患者であれば、まず身体的な不快感や痛みがあり、それに伴って心理的な痛みが起ります。その心理的な痛みに対し、最初は自分で対処しようとしています。次に周囲の人、インターネットなど様々な手段をつかって対処しようとしています。それでも対処できない時に、初めて相談にきます。自分の心身を自らの力では制御できなくなっているため、苛立ちや無力感をもち、時には怒りを感じています。家族の事で相談に来る場合も同じように心の痛みをもっています。

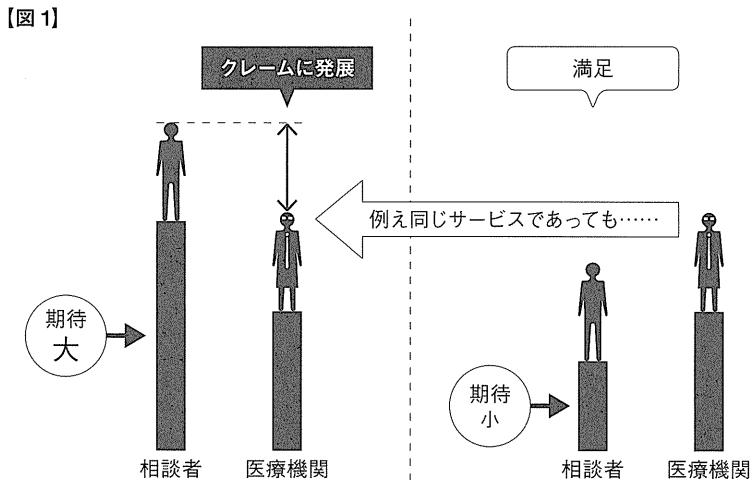
心理的な痛みを引き起こしているのは、まずは「不安」です。良くならない今の状態に対する不安や先がみえない将来に対する不安などです。不安な相談者は、医師の対応や治らない自分に対して怒りを持つたり、何をしてもうまく行かないという無力感、さらに絶望感を持っていることがあります。このような不安や絶望感から心を守ろうとすると、強い依存的な気持ちが出てきます。そして依存的な気持ちは非現実的で万能的な期待に変わります。例えば、「困っていることと全てを言わなくても理解して受け入れてくれる」「質問したいことを言わなくても察してくれる」「解決方法は必ず自分にとって最善のものを提案してくれる」といったふうに。

これらの期待に対して対応の質が低いと、「クレーム」になります（図1）。クレームとは不満の事です。医療の質や提供しているサービスの質とは関係なく、相談者の期待よりも結果が低ければ失望し、そして怒りがわいてきます。その期待が非現実的な期待にもかかわらず、です。

クレームは時に裁判沙汰になります。クレームが紛争になるのはなぜでしょうか。それは相談者と対応者の関係が悪くなっていくからです。相談者が非現実的で万能的な期待を持っている一方で、対応者は「回答脅迫」や「救世主願望」といった心理を持っており、「相談者の期待になるべく応えたい」、「相談者を救ってあげたい」という気持ちが出てきます。

しかし、当然ですが、応えられません。そして罪悪感が生まれます。

例えば「さっき言ったじゃないですか」と言われると、全て完璧に覚えられないはずなのに、「申し訳なかった」と罪悪感をもってしまふ。「どうして分からないんですか」と言われると、全



てわかるはずがないのに、「ごめんなさい、勉強不足です」という気持ちが起こる。これは、対応者が相談者の万能的な期待に巻き込まれてしまっているのです。巻き込まれてしまうと、自分を責める気持ちが出てきて「自分は悪くない、大丈夫」と自分の心を守ろうと様々な反応を起こしてしまいます。例えば①説得しようとする②人のせいにする③解決を先送りして対決を避けようとする④気が付かないうちにけんか腰になる、などです。そして、相談者との関係が悪化していきます。医療機関からは「悪質」と言われやすい、相談者がお金で解決を求めてくるケースの中には、信頼関係が悪化してきた気持ちのずれの「落としどころ」としてお金の問題を持ち出してくるケースも少なくありません。お金を請求するから悪質と決めつけず、信頼関係の悪化でできたずれを埋めるようなかわり方を模索してみてくださいも大切です。

【図1】

大切なのは、安心してもらうこと

相談者と信頼関係を築くためには、何よりもまず相談者に安心してもらうことが必要です。なぜなら、相談者の不安を取り除けば、ほとんどの相談はスムーズにいくからです。

そのために、相談者の気持ちに寄り添って、気持ちを整理することが大切です。よくみかける対応は、情報を先に与えてしまうもの。万能的な期待と不安の中でイライラしている相談者に情報を与えても満足させることはできません。興奮して不安になったり、絶望的になっている相談者の心が整理され、何が本当に要るのか、ということを理解していくことで初めて、情報が意味あるものになります。

相談者に安心してもらうためのもう一つの要素は、相談員が安心してということです。相談員の安心とは、「困っているのは自分ではない」という事実です。

相手の方がどんなに大変な状況になっても、それは相談者の問題という事実です。冷たい言い方ですが、相談員は仕事が終わればその問題から離れられるかもしれないですが、相談者はそれを生涯背負っていくわけです。それだけでも相談員の方が余裕のある状態です。また、相談員は組織の一員です。仲間がいます。自分一人で相談に対処しなければいけないわけではない。一方、相談者の多くが孤立しています。一人きりで戦っています。そのことをしっかり認識して、相談員は落ち着いて、相談者の気持ちを理解しようと集中し受け入れています。そのことによっ

て相談者と相談員の間「この人に気持ちを話しても大丈夫。ありのままに情報を告げても大丈夫」という信頼関係ができます。つまり、安心感を提供して、相談者の不安を鎮めて、そして信頼関係を築く。このようにしてから具体的な相談を始めることが大切です。

安心を与える、初対面の大切さ

多くの相談員が意外に見落としがちなことがあります。それは「第一印象をよくする」ということです。相談員の第一印象も相談者の安心感に欠かせません。なぜなら、人は困っていればいるほど、不安であればあるほど、相談相手が「危険なのか安全なのかを速やかに判断したい」という本能的な欲求があるからです。

例えば、相談者が相談窓口に来たとします。「私が担当です」と出てくる。電話であれば電話の第一声ですね。その初対面や第一声の1秒かからないほどの時間で「駄目」とか、「大丈夫」と判断するのは、判断基準は、「なんか温かい」「この人頼れる」「信じられる」あるいは「この人ダメ」「危ない」「うそっぽい」というものです。この第一印象がうまく行ったら、後はそのまま進めていけばうまく行きます。第一印象はある程度練習すれば磨くことができます。自分は相談者を安心させることができるか、そのような点検を心がけてください。

大切にすること1



- クレームや怒り、すべての根本には不安がある
相談者の不安を取り除けば、ほとんどうまく行く
- 相談員が不安になってはいけない
大変なのは、相談者。あなたではない
そして、あなたには同じ相談員の仲間がいる
- 第一印象が大切
第一印象は練習で磨くことができる
そこがうまく行けば、その後もうまく行く

大切にすること

2

相談のプロセス

相談者は、話すことで気持ちの整理ができる

第一印象、相談員の構えによって相談者が安心して話をしようという気になったら、具体的な相談が始まります。相談では傾聴が大事といいますが、実はいかに相談者にきちんと話してもらうかということも大切です。相談者が自分の問題について混乱していることが多いからです。話すという営みには、整理をするということが付録のようについており、自己理解につながります。しかも「安心して」話していただく、ここがポイントです。相談員に分かってほしいと思っ生懸命説明する中で、相談者が自分の問題を理解するのが相談のプロセスです。相談者が安心して自分自身に触れて感じたり、考えたりすると、相談者が無意識に押し込めていた自分の本当の気持ちに気が付きます。「自分が何を感じていて本当はどうしたいのか」、自分についての理解が進みます。そして、気持ちや問題が整理され、本当に感じていることや思っていることを、相談員に表現することができるようになります。そして自分自身でも対処の方法がわかったり、相談

員が「このように対処したらいかがでしょうか」と提案することに納得しやすくなります。

相談の本質は、相談者が①安心して自分自身に触れて感じたり考えたりする②自分を理解して問題や気持ちを整理する、ということにあります。解決策を示すこと、情報を与えること、結論を導き出すことではありません。もちろん、「問題や気持ちを整理する」ことで、結果的に解決策が見えてくる、欲しい情報がわかる、結論が出ることはあります。しかし、それが目的ではありません。繰り返しになりますが、相談の目的は、相談者が安心して自分自身に触れて感じたり考えたりすることです。相談員の「聴く」という営みには、他者理解の意味があります。話すことと聴くことを繰り返しながら、お互いに理解し合うこととなります。

受容と共感、母の愛のようなもの

相談員の「聴く」という営みに必要なことは受容と共感です。これが相談者にとっての安心感の源だからです。「安心感」は、乳幼児期の母なる者が提供するものと本質的に同じと言われてます。人間が一番不安な瞬間は産まれてきた時です。

初めて息を吸う、初めて外気に触れる、その不安な時に丁寧に抱き留めてもらって、丁寧にケアをされることで、ここは生きていられる世界だというふうに安心をする。赤ちゃんはお腹が空くのも初めてで、どうしたらいいかわからなくて脅えて泣きます。お母さんは、この子に何が起きているのかなというふうにお母さんがその子の枠組みに入って、想像して仮説を立てて、

いろいろケアをしてみる。「お腹が空いたのかもしれない、それともオムツかな、抱いてほしいのかも。抱っこしたら落ち着いた」そういうことを繰り返し行っていく中で、赤ちゃんは自分の感情を伝えることを覚えて、お母さんの方も赤ちゃんに慣れてきて理解できるようになります。赤ちゃんがどんなことをやってもお母さんが受け入れてケアをし続けてくれる。赤ちゃんはすごく深い安心感を培っていきます。自分があるのまま生きていい存在だと思える。世界はだいたいの安全だと思える。だいたい想定したとおりの事が起こってくるだろうと思える。大人になつてからでも、いろんなことがあつてぐらついて不安になつたり怒つたりということがあります。その時に安心感を取り戻すには、お母さんがやってくれたようなことをやればいいんです。「あなたはどうしたの」、「何が起きているの」、「こうかな、ああかな、こうなのね」って分かつてもらう。そのことでホッと安心する。そして落ち着いていく。相談でこのような受容と共感を通して安心感を作っていくのが、相談員の重要な役割になります。「母」であったり、女性でないと安心感を提供できないかという、そうではありません。必要なのは「母のような」かわりであり、男性でももちろん安心感を提供できます。

話の内容ではなく、「なぜそう話すのか」の真意を聴く

相談の内容によっては、受容や共感をしにくいものがあります。

例えば、「子どもがかわいくなってどうしようもない」という相談は受容しにくいですね。「そ

れは大変ですな」と言いながら、「母親なのに・・・」という思いがあるために、態度は受容できていない、というふうに。こういうことを乗り越えて、受容や共感をしていこうとするのですが、それにはコツがあります。

それは、「相談者が始めに話すことは、事実通りとは限らない」ということです。

とくに相談員がわかってくれないと感じると、相談員を味方に付けたくて、「こう言ったらいいんじゃないか」と思って話を盛ったり加工したり誤魔化したりしています。それはわざとではなく、ほぼ本能的にやっています。つまり、相談員は相談者の言葉そのものをあんまり真に受けない方がよいということです。それよりも相談者が大げさに言うことによって、一体どういう気持ちを抱えようとしているのだろうかというふうに考えながら聞くのです。子どもがかわいくない。夫に殴られた。医師が説明しない。頭痛がいつまでも全然取れない。納得できないと言っている時に「納得できない」という言葉の内容よりも、そのように言っている表情、仕草、相談員の応答に対する沈黙の具合、そういうものを見て、「相談者はこれを言うことで、相談員にどのような事を伝えたいのだろう」と分析しながら聞いていきます。「どんな気持ちでこの話をしていいのか。何を聞いてほしいのか」常に相手の真意を感じ取ろうとします。

対面的コミュニケーションの85%は非言語的だと言われています。言葉で言っている内容は実

はほとんど何も伝えていない。相手の言葉をそのまま受け取るのではなく、それによって何を伝えようとしているのか、それは何故なのか、相手の枠組みに入って相手の気持ちを感じ取って理解をするような「正確な理解」が求められます。

相談のプロセスはエンパワメントのプロセス

相談は、エンパワメントのプロセスです。エンパワメントとは、相談者がそもそも自分で持っている問題解決能力を、もう一回取り戻すという意味です。

相談者はいろいろなことがあり、感情的に混乱したりして、自分の対処能力が発揮できなくなっています。そこを、落ち着きを取り戻し、自分の本来持っている力を発揮できるように助ける、これが相談にのることです。繰り返しになりますが、それには「安心感の提供」が欠かせません。相談に使うエネルギーのほとんどが安心感の提供になるといつても言い過ぎではありません。安心感の提供がきちんとできれば、相談はスムーズに進みます。相談者の感情が整理されて本当に落ち着けば、情報の在りかを伝えるだけで、自分で読んだり考えたり、問題をさらに整理したり理解したりできます。そして現実的な解決に向けて行動するということができます。そのプロセスがわかっていれば、相談員も落ち着いて相談にのることができると思います。答えを与えるのが相談ではなく、相談者が答えを発見するのを助ける。相談者が問題を解決するのを支援する。それが相談のプロセスです。

大切にすること2



□ **相談者は話すことで、自分の心を整理する**
 安心して話せるように、母の愛のような気持ちで接することが、「聴く」ということ

□ **相談者は味方がほしくて話を盛る**
 「なぜ、どんな気持ちでこの話をしているのか。何を聞いてほしいのか」常に相手の言葉の裏にある真意を理解しようとする

□ **すぐに答えを出してあげないといけないわけではない**
 一緒に考えて、相談者が答えを発見するのを助けるのが「相談」

大切にすること

3

3つの問い

相談対応をするときの大切な問いがあります。問題はどこにあるのか。問題を解決するのは誰か。問題を誰のために解決するのか。この立ち位置がしっかりと決まれば、相談を受ける時にも楽になります。

問題はどこにあるのか

相談にのる方は「相談は中立の立場でのりなさい」と言われていると思います。誰かが誰かを責めている時、多くは自分が悪いという訴えにはなりません。そういう時に中立の立場で話を聞くというのはどういうことを言うのでしょうか。

例えば、患者さんが相談してきた場合、自分が悪かったという相談はめったにありません。たいていの場合、医療機関が悪いとおっしゃるでしょう。その時、相談員は公平な立場で話を聞かなければならないと思って、医療機関と患者さんの真ん中に立とうとします。つまり、どっちにも肩入れしないようにします。しかし、一方的に医療機関を批判する患者さんの話を聞くうちに、

患者さんの方が自分の脈絡だけで医療機関を責めているように感じ、医療機関を保護したくなるのが人間の心理です。あるいは事実確認をしたくなります。

それは、相談者から見ると、訴えれば訴えるほど相談員が遠ざかっていくように感じます。

聴き方が親身に感じられなくなるのです。「お医者さんは実際のところ、どういうふうにおっしゃったんでしょうか」など事実確認されると、だんだん責められている感じになってきます。そうになると、相談者は相談員をなんとか味方に引き込もうとして、「本当に相手が悪いということとをどうにかわかってほしい」と一生懸命訴えるようになります。これでは相談者と相談員の信頼関係はできません。中立の立場に立ちながら、相談者と信頼関係を作るにはどうしたらいいでしょうか。

例えば、夫と離婚するというような相談にのるとき、最初は思い切り相談者の立場に立つようにします。「それはさぞかしお辛かったことでしょう。なるほど、あなたが離婚したいと思うのは当然です」というように。そのように聴いていくと、「そうはいってもいいところもあるんです」というふうに相談者の発言が変化してきます。それは、ある意味で、安心するからなのです。「わかってくれた、自分の味方だ」というように。人というのは安心して初めて、自分の正直な心に触れられますし、やっと本音を言うことができるのです。相手のことをひどく責めていても、ど

こか頭の片隅には、「あの時に私もひどいことを言ったし……」という思いが本当はあるのです。しかし、相談の最初にそのことを持ち出して、相談員に「それは仕方がないですね」と言われて終わってしまったら困ると思うわけです。そのために、その気持ちは隠して、相手がどう悪いかを一生懸命言うという行動になるのです。

問題はどこにあるのか。問題は、①相談者にある、②医療機関にある、③相談者と医療機関の関係性にある、の3つが考えられますが、三番目が無いということはほとんどありません。どちらかに問題があっても、両方の意思疎通がうまくいっていれば問題にはなりません。相談者と医療機関の関係がうまくいっていないケースが相談にくることになるのです。

相談員がおこなうことは、相談者が医療機関ともう一度きちんと話ができるように関係を修復することなのです。問題が起こった事実や問題の内容を変えることはできませんが、関係を作り直すことや、状況を理解したり納得したりすることはできるのです。相談にくるような、傷ついたり体験や苦情は、この関係をきちんと修復することで、相談員の手を離れていきます。

相談員は、初めは「どっちが悪いのか」に捉われてしまいがちです。そうではなく、「両者の関係がうまくいっていないのかもしれない」と考え、この関係がうまくいくように支援を行うのです。両者の関係がうまくいくようにするためには、まず相談者の感情を落ち着かせる。そのためには、始めの立ち位置として相談者側に立つことが必要です。相談者が相談者側にたち、一生懸命聴いていくうちに、相談者の気持ちが落ち着き、最終的に、「医師がもしそういうふうと言っ

てくれたら、私だってこうは思わなかった」「私はここに来ることはなかったかもしれない」「お医者さんなりにやってくれたと思うし、しょうがないかな」というふうに言い始めるころには、相談員は立ち位置を動かして行って、相談の終結のときに中立にすることにします。相談のプロセスは、そういう意味では、相談員と相談者が共に中立の位置に移動していくこと、と言いかえられるかもしれません。(図2)

もちろん、相談者が感情的になつていない時は、相談員が最初からが中立の位置にいても大丈夫です。なぜなら、相談者も気持ちが落ち着いているので、中立の場所にいるからです。その場合、相談者は「自分も悪いところもあったし、相手も悪かった。どうしようもないけれどもここから先、具体的にできることはなんだろうか。例えばお医者さんのこの部分のミスについて補償を求めようか、そのためには裁判費用がこれだけかかって、これだけの手間もかかるけど、やってみようか」というふうに冷静に考えられていることが多いです。相談者が穏やかに落ち着くということは、自分のミスを認めたくて、「相手のこの部分についてはやっぱりこうしようか」ところから先自分のために意味があると思えることを考えられている状態です。こういう時は、辛くないことがあったにも関わらず、少しの希望を持っているかもしれません。

問題を解決するのは誰か

問題を解決するのは誰かということですが、それは相談者です。人間の心の中には救世主願望