

報 告

小児救急電話相談

—患者との協働を学ぶ方法—

広野 優子¹⁾, 福井 聖子²⁾, 平林 優子³⁾
山中 樹⁴⁾, 桑原 正彦⁵⁾

〔論文要旨〕

医療の目標が治療から患者の QOL を高める支援へと変化していることを受けて, #8000における電話相談のあり方について考察した。

方 法: 大阪府を含む2つの自治体の#8000に入った83例の相談録音を聴取し, 相談内容と主訴から実際の相談で得られた結論との整合性を分析, 問題点をカテゴリー分類した。

結 果: カテゴリーは聴き方, 応え方, 相談員の役割, 情報, 結論の妥当性の5つの大カテゴリーに分類され, そのうち聴き方からは「主訴の捉え方」と「感情の捉え方」, 応え方からは「結論の内容」と「結論の出し方」, 相談員の役割からは「役割についての理解不足」と「役割への誤解」といったサブカテゴリーが抽出された。情報からは「マニュアルの使い方」, 結論の妥当性からは「結論についての解釈のしかた」が問題として浮かび上がった。

考 察: カテゴリー分類をもとに#8000の問題点を「主訴についての誤解」, 「目的についての誤解」, 「応答システムについての運営側の責任」, 「フィードバック情報としての相談記録」の4つの観点から分析, 考察した。#8000は相談利用者のニーズを不要不急の受診ニーズと誤解し, トリアージを目的としたために相談の質が向上していない。受け手である医療者および運営責任者は, 電話相談という技法の習得だけでなく, 受診以外の多様な利用者ニーズに目を向け, それらに対する理解を深める手段として#8000を活用すると同時に, そこで得られた情報を医療現場や政策にフィードバックするしくみを構築し活かしていく必要がある。既存の役割関係に縛られない電話相談という手法を通じて, 一般人の問題を専門家が解決するという従来の医療のあり方ではなく, 一般人と専門家が協働して問題解決を図るという新たな方法を実践することができる。それが患者の QOL を高める支援につながる。#8000の役割はその先鞭をつけることにある。

Key words: 小児救急電話相談 (#8000), クオリティオブライフ, 患者ニーズ, 医療者と患者の関係性

I. はじめに

医療の目標は, 治療中心から患者の QOL を高めるような支援へとシフトしつつある。生活と密接につながった医療環境の中で, 患者自身の生き方・死に方を

含めたさまざまな意思決定をサポートするパートナーとしての医療者が求められている^{1,2)}。こうした医療への期待の変化は電話相談では早くから感知されており, 電話相談は生活者の声を聴き自己決定を促すシステムとして位置づけられてきた³⁾。

Pediatric Emergency Telephone Consultation — The Way to Learn to Collaborate with the Patient —

[2495]

Yuko HIRONO, Masako FUKUI, Yuko HIRABAYASHI, Tatsuru YAMANAKA, Masahiko KUWABARA

受付 12.12.25

1) ER・テレフォン・クリニック (その他)

採用 13. 7. 4

2) 大阪小児科医会 (医師)

3) 聖路加看護大学 (看護師)

4) 山中たつる小児科 (医師)

5) 桑原医院 (医師)

別刷請求先: 広野優子 ER・テレフォン・クリニック 〒273-0045 千葉県船橋市山手2-6-2-209

Tel/Fax: 047-434-3066

小児救急電話相談（以下、＃8000と記載）は、こうした電話相談のあり方や役割を十分に理解しないまま、小児救急医療体制整備の一環として不要不急の受診を抑制するためのトリアージを目的に、2004年に本格導入され現在に至っている⁴⁾。そこでは電話相談と電話診断という技法の混同だけでなく、相談利用者は電話診断を求めているというニーズの誤解も見られる。

厚生労働省のホームページによれば、小児救急電話相談事業（＃8000について）は「小さなお子さんをお持ちの保護者の方が、休日・夜間の急な子どもの病気にどう対処したらよいのか、病院の診療を受けたほうがいいのかなど判断に迷った時に、小児科医師・看護師への電話による相談ができるものです」と説明されており、「相談」をトリアージの手段と捉える医療の「相談」理解がうかがえて興味深い、これによって医療者は「医療現場の相談」と「電話による相談」を同じと誤解し、さらに運営責任者である自治体は医療資格さえあれば誰にでも電話相談が可能と誤解するなどの問題が生じている。

本稿では実際の相談事例をもとに、医療現場と電話では相談者のニーズが異なり、＃8000ではそのニーズの違いを認識して対応すること、すなわち、かけ手の求めに応じた結論を見出す必要があることを示す。かけ手を納得させるためには一般論ではなく結論を個別化しなければならないが、それは医学的な正解だけが「解」ではないということでもある⁵⁾。このことは医療者には180度の意識転換を促すことになるかもしれないが、本稿の「相談」実態はその示唆に富むものであろう。

＃8000は早くからその質が問題とされており、本研究は厚生労働省科学研究の一環として、当初＃8000の相談員への教育研修のあり方を見出す目的で行われた。しかし実際の相談（録音）から電話相談のスキル以前の問題が大きいと思われたので、本稿ではそれらを明らかにしつつ＃8000の役割を考える。

II. 目 的

小児救急電話相談における問題点を明らかにし、医療を補完する役割としての＃8000のあり方を示す。

III. 対象および方法

平成9年から10年にかけて大阪府など2地域に入った小児救急電話相談の録音データ83件（相談員28名、

1人につき平均3件）を筆者が複数回聴取し、相談内容から筆者が感じとった主訴と実際の相談で出された結論との落差から、対応プロセスのどこに問題があったのかを分析し、それらをカテゴリー化して問題点を一般化し考察を行った。電話相談では言語以上に音声（言葉に込められた感情、話し方など）から伝わる内容が決め手となるため逐語録だけで客観的に質を評価するのは問題がある⁶⁾。そこで相談内容から受け取れる主訴と実際の結論を分離し、結論に至るには言葉の解釈だけでなく音声情報への感受性が不可欠であることを示すよう試みた（表）。

なお本研究に先立ち、本研究とは別に同地域から参考サンプルとして相談録音データを提供してもらい、その中から筆者が選んだ30例を研究班の班員ら（福井、平林、山中、桑原）と予備聴取して、相談の問題点が地域を問わず共通であること、評価内容は妥当であることなどを確認した。カテゴリー化はこの予備聴取も含めた全例を対象としたが、表にはそれらの中から典型的な11件を選び掲載した。

IV. 結 果

2地域の相談には、聴き方（傾聴の作法、相手の感情や主訴の捉え方など）、対応のあり方（話し方、説明の内容、情報の正確さ）、結論の妥当性など相談全般にわたって共通の問題があることがわかった。

そこから聴き方、応え方、情報、役割、結論の5つのカテゴリーを得た。さらに聴き方、応え方、役割には、それぞれ2つのサブカテゴリーが含まれていることがわかった。

1. カテゴリーⅠ 「聴き方」

相手の話を無視した、せわしない聴き方が多く、結論を出そうとして逐次的に症状について聞く、という問診型が特徴的であった。かけ手の生活の全体像を捉え、かけ手自らが考え結論を出せるような傾聴はできていなかった。

①主訴の捉え方が適切ではない

受け手が判断しなければという思い込みの中で話を聴くために、かけ手の心配を取り違えるケースが目立った（ケース2, 3, 5, 8, 9, 10, 11）。例えば「高熱なのはインフルエンザのせいではないか」と問われると、インフルエンザかどうかを判断しようとして症状を聞きこみ、その結果「高熱が不安だが受診しなく

でも大丈夫か知りたい、その場合の対処はどうすればよいか」という主訴は捉えられないまま終わる結果になっていた。

②感情を捉えていない

主訴を捉えるためには感情を捉えることが不可欠だが⁷⁾受け手の多くは症状や病状などの具体的な内容にこだわり、相手の声の調子や生活状況から、その時かけ手が求めていることを把握し、結論を導く手掛かりにするという基本ができていなかった(ケース1, 4, 6, 7)。「インフルエンザ疑いでタミフルを投与されているが、インフルエンザでなくてもタミフルを飲ませて問題はないか」(ケース11)と相談されると、「タミフルを飲ませるのが不安なら解熱剤で対処し、翌日検査して結果を見る」というように不安をタミフルへの不安に限定して捉えてしまい、インフルエンザも怖いタミフルも怖い、というような錯綜した感情を捉えることができないまま、インフルエンザとタミフル両方への不安を軽減できずに終わっていた。

2. カテゴリーⅡ 「応え方」

指示的、指導的、一方的な応え方が多く、かけ手との対等な関係を通して個々の生活の中で何が可能かを一緒に考えていくということができていなかった。

①結論の内容に問題がある

かけ手が自分の生活の中でどう対処すればよいかと一緒に考えながら結論を見出すのではなく、受け手が答えを出そうとするためにピントはずれな結論になっていた。「ミルクを飲まない」という訴えに「もっと飲ませるように」と指導し(ケース2)、「目にブレスレットが入った」という相談に中毒110番を案内するなど(ケース5)、生活状況がイメージできないために適切な聴き込みができず対応が不適切なケースもあった。

②結論の出し方に問題がある

「受診すべき症状か。嘔吐を見ているのがつらい」という相談に対して「急病センターに電話して受診する」というように、不安(感情)を受け止めずに事柄(症状)だけを解決しようとしたり、「今どうしたらよいか」という主訴に対し「今日救急にかかって薬をもらうか、明日休日診を受診するかどちらか」というように結論だけを示して選択させるといったケースが多く、プロセスに関わりながら相手の全体像を捉えて合意できる解決策を見出すという姿勢は希薄であった

(ケース4, 6, 7, 9, 10)。

3. カテゴリーⅢ 「相談員の役割」

受診の要不要を判断するのが#8000の目的であり、それ以外は自分の役割ではないと誤解しているケースが目立った。

①役割の理解不足 (判断しないことが相手の意思決定を尊重するという誤解)

「薬の飲み合わせについて聞きたい」という相談に対し「ここは救急の相談を受けるところだが、それは急を要するのか」(ケース1)というように受け手の側で相談内容を限定したり、「過呼吸について聞きたい」という相談に「それは守備範囲ではないので公的な育児相談にかけよう」と応じるなど、自分が想定していない相談には応じないというケースが見受けられる一方、「受け手が判断しない」ことが「かけ手の判断を尊重する」とことと誤解し(ケース3, 6, 11)、インフルエンザの異状行動を心配する相談に対して「タミフルを使うかどうかはかけ手の判断」(ケース4)と突き放したり、「転んで頭を打った」(ケース8)といった日常的な相談にも「心配なら受診」と安易に受診を案内するケースがしばしば見られた。

②役割への誤解 (結論を出すのが役割という誤解)

受け手が結論を出すことを相談員の役割と誤解し、プロセスに関わっていないケースが多かった。あたかも自分を医師の代理と見なしているかのような、権威的、指示的な言い方、聞き方が目立つ一方(ケース2, 4, 9, 10)、「喘息で苦しそうな子どもに吸入させたいが薬の量を教えて」(ケース7)という相談に「薬の量は医師の指示に基づくので言えない」と応じるなど、医師も含めたあらゆる情報源やシステムを活用して相手の問題解決に尽力するという姿勢は希薄であった。「水痘の薬と解熱剤を併用してよいか」(ケース1)という相談のように、看護師は薬の処方が禁じられているというルールにがんじがらめになり、バックの医師を活用できないまま受診を勧めるなど、相談者の利益より自分の安全のためにルールを守ろうとする姿勢も強かった。

4. カテゴリーⅣ 「情報」

相手の生活状況に応じた最新かつ個別の情報を提供することができていなかった。「鉢植えの栄養剤を飲んだかもしれない」(ケース3)という相談に「成分

表 相談開始からカテゴリー一抽出までの流れ

NO	テーマ	相談内容	主訴	相談員の結論	相談プロセスの問題	問題の背景	抽出カテゴリー
1	薬の飲み合わせ	1歳。薬の飲み合わせについて聞きた い。水痘で小児科を受診し今熱が40度。 昼間アシロベックds飲んで2時間後 にお腹、首の後ろなどに尋麻疹。だる そうなので坐薬で下げたいが、よい か。昼間は熱がなくなかりつけ医からは坐 薬の説明がなかった	水痘の薬と 解熱剤の坐 薬を一緒に 使ってよい か	自分には判断がで きない。医師とも 電話がつながらな い時間帯なの で、急病センターか 急やってくるクリ ニックへ電話をし て相談する	「薬の飲み合わせについて聞きたい」と言う相手に「ここは 救急の相談を受けるところだが、急を要するのかわ」と対応。 小児科で処方されたのか、薬の説明書きには何と書いてあつ たか、尋麻疹はどこに出ているのか、など本筋とは関係のな い質問が続き、解熱剤と併用してよいのかという主訴になかな か応えられない。最終的には、尋麻疹を特定できなければ坐 薬使用の是非が判断できないとのことと、受診するか、相談 できるところへ電話することに	相談員が答えを出さなければ、 という意識が強いのに、答え が見つからない時にどうすれば よいか、という判断ができな い。それはDrとの連携不足にも関係 している。相談員が判断できな い、バックの医師とも連絡がつ かない時にどうするのが相手に とって最善かという場合に、相 手より自分の安心を優先してい る	聴き方（感情を捉えてい ない）、応え方（結論の内 容に問題）、役割の理解 不足（相談員の判断回避 を相談者の決断尊重と混 同）、結論の妥当性につ いて吟味不足
2	ミルクを 飲まない	5 M。昨夜9時にミルク飲み、今朝11 時に200ml飲んだ後今まで飲まず、嫌 がって飲まない。さつき100mlやつと 飲ませた。さつき下痢もした。今まで 4時間のリズムができていたのに。お 茶も飲まない。離乳食は？ポカリス エット50ml×2回飲ませた。病気で はないか	ミルクを飲 まないのが ままなの 心配。下痢 もあり受診 した方がよ いか	今日は700mlくら いがんばつて飲ま せて、飲めば様子 見、飲まなければ 受診	生活状況を聞き込んでいないので、なぜ飲まないのか、なぜ 下痢便が出たかを一緒に考えることができていない。脱水と いう症状だけに着目して解決しようとしているため、飲まな いという不安を受け止められず、飲まない→飲ませるという 指示で終始している。「がんばつて飲ませてみる」、「ミルク 策めてみる」、「スプーンであげてみる」という問いかけに対 策だと誤解している。「胃腸炎では？」という問いかけに して「今は流行っていない」という返答もずれている	症状（脱水）を解決すればよい と考えているために、生活上の 問題を解決することができてい ない。不安を感じていない ため、胃腸炎では？という心配 にも、今は流行していないなど ピンポイントな対応。話の腰を 折って性別、住所を聞くなど問 診型。ミルクを導めるなど間違っ た知識を使っている	聴き方（主訴および感情 を捉えていない）、応え方 （結論の内容および出し方 に問題）、役割への誤解（医 師の代理意識）、情報（最 新の知識不足）、結論の妥 当性について吟味不足
3	誤飲	8 M。4時ごろ出先で鉢植えに刺さつ ていた栄養剤を口に入れた。今は元気 だが病院に行ったほうがよい	誤飲の心配	マニュアルに該当 しないので様子見 てもよいのでは	相手が「元気」と言っているのに「元気か」と聞き、「元気 があれば様子見てもよいと思うが様子がよく大丈夫そう か」と聞くなど対応がちがう。栄養剤の成分がわからな いと判断できないとのことで、大丈夫かどうかを相手に判断さ せようとし、マニュアルの「直ちに受診した方がよい場合（夕 バコ誤飲など）」に該当しないので様子見でよいと結論づ けて自分の責任を回避している	自分で判断しないためにマニ ュアルを使っており、それが相 手の決断を尊重することだと誤解 している。植物用の栄養剤など 生活常識レベルでの判断ができ ていない。生活の中で問題を解 決するという相談の基本が理解 できていない	聴き方（主訴および感情 を捉えていない）、応え方 （結論の内容および出し方 に問題）、情報（最新の知 識、生活常識の不足）、役 割への誤解（マニュアル に依存）、結論の妥当性 について吟味不足
4	熱	1歳半。月曜日に新型インフル注射。 15時に8度3分で受診。風邪か何かの 診断。帰宅後は機嫌よく食欲あり眠っ たが今、息づかいが荒く9度5分に上 昇。うとうとしていているが心配ない	高熱が不安	様子見でよい。 解熱剤は使わない	不安を受け止めないまま、相手の話にかぶせるような喋り方 で高熱がいかに問題ないかを一方的に説得している。電話相 談を指示、指導の手段と誤解しており相手は不安を吐き出せ ていない。不完全燃焼のまま相談が終わっているが、相談員 はそれを感じていない。生活状況のチェックができてい ないので、熱でつらそうなお子にも保護者ができることを話 せていない	「聴く」という基本ができてい ないため感情を受け止められず、 結果として対処法の説明も不十 分。電話相談を、相手が考える ためではなく相談員が指導する ためのものと誤解している	聴き方（感情への対処不 足）、応え方（結論の出し 方に問題）、役割への認識 不足および役割への誤解
5	事故	9歳。ブレスレットが目の中に入った	対処のしか たを知りた い	中毒110番に電話 するが眼科受診	相談員の役割を「病院に行くかどうかの判断しかできない」、 「目のことは相談に乗れない」というなど救急相談について 誤解している。中毒110番を案内して、解決策がピンとはず れであることを相談者に指摘されている。早口で口調が優し くない	相談内容が具体的にイメージで きていないのか現実的な対応に なっていない。問題を一緒に考 えるのではなく、結論だけに関 われればよいと考えている。電話 相談について理解不足	聴き方（主訴の捉え方）、 応え方（結論の内容に問 題）、情報（知識、生活経 験不足）、役割の認識不足、 結論の妥当性

6	熱	2 歳。9 度 2 分。昼間は元気だった。18 時に市販の風邪薬のシロップ飲ませたが熱が上がっていった。熱以外の症状なし。病院でもらった坐薬を刺して様子見るが、救急にかかるのがいいか。平成 20 年の坐薬は室温保存。水分は摂れている。インフルの可能性もあるか	今、どうしたらよいか	今日救急にかかって薬をもらうか。明日休日診を受診するかどちらか。薬の保存方法の指導	相手の話をささぎって性別や住所を確認するなど話の腰を折っていることに無頓着。坐薬について処方年を確認し、冷蔵保管でなかったため保管の仕方がまずいと使えないと言いつながら、使って害があるのかどうかについては不明確。資料からパラセタ坐薬とわかって、子どもには勧められないと言いつながら、勧められない理由についての説明がなく、あいまいな情報で相手を翻弄している。マニュアルに答えが見つからなかったために解決策が決まらず、今どうすればよいかという相談者の問いに応えられていない。口調が非常に指導的	資料などの情報準備不足。マニュアルに頼らずに解決するという姿勢に欠けている。パラセタがジュネリックという情報がないことを、指示・指導的な対応でごまかしている。相手に即した結論が出せていない	聴き方（感情を捉えていない）、応え方（結論だけに固執し、情報に頼り指示的）、情報（最新の知識不足）、役割の認識不足（自分の判断を回避）、結論の妥当性の吟味不足（生活に即した対応）
7	喘息	2 歳。喘息の発作を起こして肩で息をしている。地域の救急は 8 時からなので、それまで家でできることをしたい。家が動物病院で吸入器はあるので薬の量を教えて	吸入の薬の量を教えて	医師の指示に基づいて薬の量を減らす量は言えない	薬の量がわからないので情報を出せないと言いつ、バックの Dr を活用するという発想がない。何のためにバックに Dr がいるのかわかっていない	相談者のためにあらゆる情報源を活用して問題解決に尽力しようという姿勢が乏しい。自分の力量だけで問題を解決しようとして失敗している	聴き方（感情を捉えていない）、応え方（結論の出方に問題）、結論の妥当性について吟味不足、役割の認識不足
8	頭部外傷	7 M。15 分くらい前に頭をぶつけた。おでこのぶつけたところがへこんで赤くなっているが病院へ行ったほうがよいか。様子は変わったことなし	頭をぶつけてへこんでいるところが赤くなっているが受診した方がよいか。様子見ではダメか	心配なら受診。受診できるところを案内する電話を案内	すぐ泣いたか、いつ頃打ったかまでは聞けたが、どこでどんな風なぶつけたのか状況の確認ができているので、様子見という親の判断でいいかどうかを、一緒に考えられない。心配なら受診、大丈夫と思うなら様子見でよい、などと「親の判断を尊重する」ということを「相談員が判断しないこと」と勘違いしている。かけ手の意思決定を尊重することがどういうことかわかっている	生活状況を聴くことができていないために主訴を捉えられていない。症状の解決を問題解決と誤解している。親の最終判断を、自分の責任回避に使っている	聴き方（主訴、感情を捉えていない）、応え方（結論の内容、出し方ともに問題）、役割の認識不足、結論の妥当性の吟味不足（生活に即していない）
9	咳	6 歳。9/20 にセネガー、アスベリン、ムコダインシロップもらい冷蔵庫に保存。咳がひどいのが飲ませて明日受診でよいのか。抗生剤（セファクロー）はどうか。他院でもらった粉薬だったのでも飲ましてしまった。かかりつけ医の粉薬はあるかどうか	咳がひどいのでなんとか対処したい。昨日受診した	薬は 1 W 以内に飲みみる。抗生剤は飲みませない方がよい	相手が聞ききたこと（ととりあえず明日まで待つてよいか）に端的に答えていない。「診断ができなくていい」ことにごだわり親の判断を助けることができていない。薬は飲みませない方がいい、風邪に抗生剤は効かないといった余計な情報提供が多く、説教をするのが役割だと誤解している。相手にとって次のような情報が提供できていない	何を何とかしたいかという相手の気持ちに汲み取れていない。指示、診断の癖が強い。診断ではなく相手の判断を助けているという相談の基本が理解できていない。相手が知りたいことに応えていない	聴き方（主訴、感情ともに捉えていない）、応え方（結論の出し方に問題）、役割についての認識不足、役割への誤解、結論の妥当性の吟味不足
10	熱	3 M。さっきから 8 度、咳・鼻水あり。すぐ受診した方がよいか。兄弟が風邪で受診している。今は寝てしまった	熱があるが受診した方がよいか	受診した方がよい年齢なので受診できるところに相談する	8 度の熱をどう考えるかという吟味が無い。マニュアルをうのみにし、3 M という年齢からすぐ受診と結論づけている。寝てしまった子どもを連れて受診させるなど配慮が欠けている。兄弟が風邪をひいていると言っているのに、まわりに風邪をひいている人はいるか、と言うのは意味不明	受診先を確保しながら明日まで待つという臨機応変さが無い。ケースごとにマニュアルを使い分け、応用するという考えがなく、マニュアルの答えに引きずられて、子どもの状態を聞けていない。一緒に考えるのではなく答えようとしている	聴き方（主訴、感情ともに捉えていない）、応え方（結論の出し方に問題）、役割への誤解、結論の妥当性について吟味不足
11	インフルとタミフル服用	3 歳 5 か月。朝 3 時から熱。保育園で 8 度 7 分になり小児科受診。検査ではインフル（-）。節々が痛かったらインフルかもしれないとタミフル処方。今 40 度で寝ているが再度救急受診して調べてもらった方がよいのか。飲ませた方がよいのか。インフルにかかる機会はないと思うが遠出している。気管支の薬ももらったばかりだった	インフル疑いでタミフル処方された方が確定しているが飲まずに飲ませてもいいか	インフルかどうか不明な時に飲ませるのが不安なら解熱剤で対処して明日検査確定させる。飲ませるかどうするかは母親次第	インフルでなくてもタミフル服用に問題がないか、という質問に答えていない。寝ている子どもに対して解熱剤を使うように話すなど対応が実地的でない。相談員がせいぜいおり、相手の話を十分に聴けておらず、かかった病院に相談できると聞くなど、責任回避的。飲ませるかどうするかは母親の決心次第という以前に、相談員自身の考え方を確定すべき	タミフルについての知識や服用の是非についての受け手の考え方があいていないために主訴に的確に答えられていない。タミフル服用についての相談員の不安を相談者に投影して結論を回避している。知識が不確実	聴き方（主訴、感情を捉えていない）、応え方（結論の内容に問題）、役割の認識不足、情報（知識が不確実）、結論の妥当性の吟味不足（対応が実際の）

がわからないと判断できないが、マニュアルの「直ちに受診」に該当しないのでたぶん大丈夫」というようなマニュアルの誤使用がある一方、「パラセタ坐薬」（ケース6）のようにマニュアルに情報がないと、曖昧な返答で責任を回避し結論が出せない相談もしばしば見られた。下痢、鼻づまり、血便、嘔吐、便秘など実際の育児経験があればそれほど難しくないケースも、知識だけで答えようとして受診を案内する結果になっていた。

5. カテゴリーV 「結論の妥当性」

相手にとっての正解ではなく医学的な正解を「解」と考えているために、結論が個々の生活にとって妥当かどうか吟味不十分なまま終結していた。今、かけ手が置かれている状況にとって妥当かどうかではなく、受け手にとって安全かどうかで結論が決まる傾向が強かった（ケース10）。また、かけ手の話を聴くより受け手が話す方を優先するために主訴を取り違え、取り違えた主訴に対して一般論で答える、もしくは情報不足のまま相手に結論を丸投げして終了するというパターンも多く見られた（ケース5, 6, 7, 8, 9）。

V. 考 察

電話による医療相談は、診療現場では対応しきれない患者ニーズに応えるために25年前に始まったが、その経緯は必ずしも医療者には十分理解されていない⁷⁾。

本研究に先立って行われた30例の予備聴取でも指摘された「せっかちな相槌やかけ手の出鼻をくじくような対応で、相談内容を自分に都合よく制限し、かけ手を操作しようとしている」、「言葉遣いが横柄。話し方が指示的、指導的で、かけ手に敬意を払った親身な対応ができていない」、「受け手の関心が、かけ手ではなく受け手自身に向いており、答えることに夢中で相手の話を集中して聴けていない」、「かけ手の生活を聴き込んでいないために主訴の取り違えが多く、かけ手の生活に即した解決策を一緒に考えられないまま受け手の答えを押しつけてしまっている」といった対応の問題は、単に受け手に電話相談の経験が乏しいためだけでなく、医療者の被医療者（小児医療では保護者）に対する理解不足があるためと思われる。

言うまでもなく保護者は常に何らかの判断をしながら行動している。受診するのは、それが問題解決の方

法と判断するからである。受診抑制のトリアージが必要とされる不要不急の受診で問題なのは、この判断の妥当性であろう。

一方電話相談を利用する保護者は「受診は不要」と判断している⁸⁾。彼らが電話相談を利用するのは、その判断の確認のためだが、#8000はそれをトリアージが求められていると読み違えたために、逆に「受診」を掘り起こす結果を招いているのである⁴⁾。なぜ読み違えたかは後述するが、ここで重要なのは保護者の「受診は不要」という判断を踏まえ、保護者と協働してその妥当性を検討することであり、それが非受診によるリスクを回避しセーフティーネットとして機能するという電話相談のあり方である。

#8000が正確に電話相談を理解し実践しなければならない理由はここにある。

本稿では電話相談の詳細について言及する紙幅の余裕はないが、以下主訴、目的などの観点からその概要を述べつつ、生活現場にいる保護者をいかにリアルタイムに感知し支援するかが#8000に求められていること、運営責任者はそれを下支えする役割であることなどを明らかにする。

1. 主訴についての誤解

表の主訴と結論の関係からは、電話相談における主訴の意味が理解されていないために対応に問題が生じていることがわかる。医療者の考える主訴とは「主な症状」のことであり治療を目的としているが、電話相談でいう主訴とはかけ手が自分の問題をどう認識し解決したいと考えているかということであり、当然のことながら問題自体も解決方法も相談者によって異なる。したがって個別の生活状況や相手の価値観、生活史などを聴き込まないとそれらは見えてこない。この違いが理解されていないために、双方向のやりとりによって問題解決を目指すはずの相談が、受け手が判断するために症状を聴く問診型になり、かけ手は話を十分聴いてもらえないまま取り残されている。これは#8000が不要不急の受診を抑制するトリアージを目的としたための必然的な現象でもあるが、電話相談を標榜するのであれば、こうした基本は押さえておくべきであろう。

2. 目的についての誤解

受診が必要かどうかを受け手が電話で判断できると

いう誤解は、専門知識さえあれば電話の限界を越えられると考えるからであるが、医療者がふだん医療現場で無意識に行っていることを十分意識化できていないためであろう⁴⁾。さらに「医療現場における相談」では、ほとんどの判断や決定を医療者が行っており、それが電話相談の利用者にも投影されて判断が求められていると考えたと思われる⁹⁾。電話相談の利用者は生活現場におり医療現場にいるわけではないと認識できていれば、そこには受診以外の多様なニーズがあるかもしれないと考えることもできたであろう。

「どうすれば受診せずに済むか」というニーズに応えるためには、病気や薬などの情報提供や症状についての不安解消、受診後の経過確認などに加えて、現在進行形の事態にどう対処すればよいかといった未来予測や、かけ手の個別性に応じた自立への支援なども必要になる。受け手は「病気」の専門家である前に「生活」の支援者でなければならないが、こうした役割は従来の医療ではほとんど関心を持たれてこなかった。「生活」ニーズは病気の治療と異なり焦点化しにくいだけでなく、不確定要素も大きく一見医療とは関係がないように見えるため医療者には関心を持たれてこなかったからである¹⁰⁾。それが不要不急の受診による小児救急医療の疲弊を招いた遠因であり、電話による医療相談が求められた理由でもある。

#8000に必要なのは、こうした現状認識であろう。

例えばケース9では、かけ手は今を乗り越えるための方法が欲しいのに、受け手はそれを捉えられないために具体的な方法を示せていない。ケース8では、かけ手は何とか受診せずに済むはずと考えて電話をしているが、受け手はかけ手のニーズより、結論に対する自分の不安解消を優先して受診先を案内している。ここではかけ手の自己決定の尊重と受け手の不安解消が混同されており、受け手が判断しなければかけ手の自己決定を尊重することになるという電話相談のスキルについての浅薄な理解が見られる。受診せずに済ませたいという意味ではケース3やケース5も同様である。「受診が必要か」という言葉は「この程度なら受診は不要だろう」というメタ・メッセージであるが、診断をニーズと思い込むとメッセージを読み間違えるのである¹¹⁾。

その結果、不必要な受診を勧め、ケース1やケース2、ケース10のようにマニュアルの使い方も誤ることになる。ケース6はマニュアルに答えがなかったため

に相手に即した結論が出せなかったケースであるが、マニュアルに正解が書かれていると誤解するとかけ手の個別性は無視される好例である。受け手の役割はマニュアルに書かれている一般論という選択肢の中から、どれがかけ手にふさわしいかを一緒に考え、適切な結論が見つからなければ、かけ手と協働して結論を編み出し決断を後押ししていくことにあるが、正解を提示しそれに従わせるのが役割だと誤解すると、かけ手に対する関心だけでなく結論の選択肢も狭まってしまうのである。

ケース7はマニュアルに答えがない時にどう臨機応変に振る舞えばよいかという例であるが、既存の正解に頼らず何が相手にとって最善かを考える習慣がないと適切な対応はできないことがわかる。ここで医師への問い合わせを躊躇しているのは医師への遠慮があるからだが、かけ手への配慮より医師への遠慮が優先するとすれば看護師のあり方も問われるケースであろう¹²⁾。

ケース4は不安という主訴に対して一方的、断定的に説得を続けているケースであるが、医療現場でこのような指示や指導が通用するのは、対面で、かつ病気や治療法など情報の非対称があるからである。電話相談では、かけ手がすべての情報を握っており医療現場と逆向きの非対称があることに注意が必要である¹⁰⁾。だから電話相談では、必要かつ十分な情報を入手するためにかけ手と対等な関係を築くことに腐心するわけだが、受け手が医師を頂点とした階層意識から解き放たれていないと、ケース7のような権威に対する遠慮やケース4に見られる権威的な振る舞いが生じ、かけ手との関係が損われるだけでなくニーズにも応えられなくなる。#8000の受け手は自分を「医師の代理」と見なし、医師のように医学的な正解を出さなければならないと考えているのかもしれないが、相談現場は医療現場ではないのだから医師の代理が務まると考えるのは錯誤である。そもそも電話相談のニーズは医療現場とは異なるのだから「医師の代理」である必要はない。ケース1のように、看護師だから薬の処方はないという足かせに縛られて自分の責任を回避しようと相談者のニーズを無視するのではなく、そこで自分にしかできない支援とはどのようなものかを考えればよいのである。

#8000の相談員としての看護師（医療者）に求められているのは、電話という相手が見えないメディアを

介した対等な関係性の中で、かけ手の側に足場を置いて「生活」を支援することである。当然のことながらそこでは医療の専門知識が必要とされるが、専門家意識を払拭しつつ専門知識を駆使するという高度な人間性も求められる。それはつまり電話の中と現実とで属性を使い分けるということであり、資格や専門知識に寄りかからず、かけ手のために自らをどう活かせばよいかと発想を転換することでもある。電話相談では看護師という現実の属性に課せられているルールより、かけ手の利益が優先する。発想の転換だけでなく、かけ手のためにいかに巧みにルールを逸脱できるかといった臨機応変さも求められているのである。

3. 応答システムにおける運営側の責任

応答システムは本来急を要するかけ手を支援するためのものであるが、#8000の応答システムはむしろ一般人と医療者という関係性を固定する方向で機能しており、それが受け手の意識にも影響している。例えば大阪府の#8000の相談に入るまでの音声テープによる長い前置き「お子さんの病気やけがで今ご心配なことについて一緒に考える相談ダイヤルです。診断や治療はできませんのであらかじめご了承ください」とは、かけ手の誤解を防ぎ無用なトラブルを避けたいという運営側の意向によるものであろうが、ここに見られるのはかけ手の誤解ではなく「相談」を「診断」と読み違えている運営側の誤解である。だからせっかく相談に入っても、まず性別や年齢、住所などの情報収集が優先され、かけ手は相談したい気持ちを随所で牽制され挫かれて主導権を持てないまま相談が進行する。受け手はかけ手に応えるより自身の業務遂行の優先度の方が高くなり、かけ手を問題解決の主体と考えられなくなる。多くの相談に見られる受け手の「偉そう」で「相手の出鼻をくじく」ような雰囲気や、こうした応答システムが補強している。#8000の運営責任者は、かけ手の主体性や自立を損なうような関係性や相談のあり方こそが医療への過度の依存を生み、不要不急の受診につながっていることに目を向けるべきであろう。#8000が「救急」を標榜しながら「かけ手にとっての救急」に対して必ずしも鋭敏とはいえないのも、この応答システムに負うところが大きいと思われる。

4. フィードバック情報としての相談記録

医療者が不要不急と考える受診行動は、実はごく日常的に普通に見られるものであり、時間帯によってそれが妥当か不要不急か色分けされているに過ぎない。一般にこのような受診行動は不安に基づくと考えられがちだが、不安が強いのはむしろ「受診は不要」と考える電話相談の利用者の方である。「すぐ受診」行動をとる受診者の判断の根底にあるのは、受診さえすれば問題は解決するというコントロール願望に近い¹³⁾。不要不急の受診抑制に必要なのは、このコントロール願望への対処であろう。

#8000が電話相談の利用者を不要不急の受診者と読み違えたのは、医療者も運営責任者も被医療者をコントロール可能な「病状」でしか捉えておらず、病状以外の多様な事情を視野に入れてこなかったからである。公的機関が運営する#8000の記録が居住地域、性別、年齢、相談者の属性、症状などの項目にチェックを入れるだけで相談内容を記録していないのはその好例だが、行政の本来業務が医療政策の企画・実施であるなら、医療を「生活」に包含される一分野として捉え、個々の「生活」の中で何が医療に求められているかに関心を持ち理解を深める方法として#8000を活用することである。#8000の相談現場が利用者の多様なニーズに応えられない責任の一端は、運営側にもある。利用者の多様なニーズに関心を持ちそれをどう政策に活かすかというビジョンが明確であれば、相談の現場は必ずそれに応えようとするからである。

電話相談は本来聴く、感じる、話す、考える、書くといった複数の要素からなる情報収集システムであり、利用者（生活者）に今何が不足し、何が求められているかをリアルタイムにつかむマーケティングシステムでもある。彼らのニーズを把握し記録する過程で受け手は自身を客観視でき相談の質を高めることができる。それらを集積しデータベース化して活用できれば行政の本来業務にも役立つ。電話相談を聴きっぱなし、言いっぱなしで終わらせ、統計データの収集だけに使うのは資源の無駄遣いであろう。

VI. おわりに

猪飼は、20世紀の医療が終息に向かいつつあることを見据えて、「医療は治療中心からQOLの向上を目標にするようになるだろう」と述べ、「QOL（生活の質）とは元来多様で不可知なものでありQOLの向上

を目標とした医療では、それぞれの人々に固有な価値やニーズを理解するための情報収集に重きが置かれる」と述べている¹⁾。

生活背景を探り、双方で問題を理解し合いながら合意形成へと至る#8000のプロセスは、治療という範疇からQOLの向上という21世紀的なニーズの認識へと医療の世界を広げ、医療への被医療者の参加を促し責任を自覚させるものでもある。しかしそのためには専門知識だけでなく、相手を感じ取る、状況を察知するといった鋭い感性と洞察力が受け手に必要である。かけ手とともに謙虚に答えを探し、かけ手から多くを学ぶことができるような受け手を育て、「救急」という概念をQOLという観点から捉えなおすことができれば、専門家が素人に答えを伝授するという20世紀の医療は、専門家が素人から情報を収集し、生活現場に合わせて医療を個別化するという、被医療者の真のニーズに適ったものになるであろう。

#8000の役割は、その先鞭をつけることにあられる。

謝 辞

相談事例（録音）をご提供くださった大阪府など2つの自治体に心から感謝致します。

本研究の概要は、平成22年厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業「小児救急電話相談の実施体制および相談対応の充実に関する研究」平成22年度総括・分担研究報告書で報告した。

文 献

1) 猪飼周平. 病院の世紀の理論. 初版. 東京：有斐閣, 2012.

- 2) 櫃本真幸. 医療の目的の変化. 協会けんぽ愛媛支部「健康づくり」第3回. <http://www.kyoukaikenpo.or.jp/13,65043,109,670.html>
- 3) 広野優子. 電話相談にみる育児情報のニーズ. 小児内科 1994; 26: 1375-1379.
- 4) 横田俊平. 小児救急に対する自治体, 国からの支援. 日本医師会雑誌 2005; 134: 817-822.
- 5) 広野優子, 山中龍宏, 永瀬春美, 他. 育児に関する情報の受け取られ方の問題点. 小児保健研究 1997; 56: 801-807.
- 6) マージョリー・F・ヴァーガス, 石丸 正訳. 非言語コミュニケーション. 初版. 東京：新潮社, 昭和62年.
- 7) 広野優子, 山中龍宏, 永瀬春美, 他. 電話による育児相談の質についての検討. 小児保健研究 1997; 56: 453-458.
- 8) 広野優子. 小児救急電話相談に利用者が求めること. 外来小児科 2005; 8: 238-244.
- 9) 宇田亮一, 吉本隆明. 『心的現象論』の読み方. 初版. 東京：文芸社, 2012.
- 10) 木田博隆. 今後の地域医療制度のあり方と地域住民との関連に関する分析—医療供給体制の維持向上のために地域住民・マスコミに求められる要件に関する考察—. 共済総合研究 2010; 57: 23-35.
- 11) 長岡利貞. 電話相談—現代のアジール. 初版. 東京：ほんの森出版, 2010.
- 12) 石飛幸三. 『平穏死』という選択. 初版. 東京：幻冬舎ルネッサンス, 2012.
- 13) 広野優子, 山中龍宏. 保護者はなぜ不要な救急外来受診をするのか?—電話相談の分析から—. 外来小児科 2009; 12: 90-94.