

コンサルテーション

- コンサルテーションとは、コンサルタントと個人グループあるいはシステムとの間で行われる二方向性のかかわりにおいて、内外の資源を用いて問題を解決したり、変化を起こすことができるように支援していくプロセスである¹⁾。
- コンサルテーションとは、単に助言・指導するだけのものではなく、相談者自身が問題を解決できるよう支援することである。
- ただし、緊急時などの状況によっては、迅速かつ適切な助言・指導を行う場合もある。

1. コンサルテーションの体制づくり

1) 感染管理におけるコンサルテーションの目的

- 感染管理上の問題点について、解決のための情報を与え、そのプロセスを支援する。
- 相談者が科学的根拠に基づいた感染防止活動を理解し、実践できるよう支援する。
- 患者、職員、および施設に関係するすべての人を感染から守る。
- 患者に安全な医療とケアを提供できる。

2) コンサルテーションの体制

- コンサルテーションを行うにあたり、施設により窓口が異なる [ICT (infection control team)、感染制御部など]。小規模病院などでは、ICN (infection control nurse) がこれらの役割を担っている場合もある。
- 情報収集やコンサルテーション内容の集積などを行う部署を明らかにしておくことは、組織的な感染管理を行ううえで重要である。

2. コンサルテーションの実際

- Box2-1 にコンサルテーションのプロセスを示す。以下では、ICN が窓口になってコンサルテーションを受けた一例を、そのプロセスに添って紹介する。

1) コンサルテーションの依頼 (Box2-2)

- 相談窓口：感染制御部、ICT、ICN など
- 依頼方法：電話、電子媒体、依頼用紙、ラウンド、手紙など

Box2-1 コンサルテーションのプロセス

1. コンサルテーションの依頼を受ける。
2. コンサルテーション内容に関連した情報を収集し、問題を明らかにする。
3. 問題解決のための情報を提供する。
4. 問題解決に向けて、目標を設定する。
5. 目標を達成し、期待する結果を得るための計画を立てる。
6. 計画を実行し、経過と結果を評価する。
7. フォローアップを行う。
8. コンサルテーションの内容・経過・結果を記録・保存する。
9. 他部署へ情報を公開する。

Box2-2 コンサルテーションの依頼（例）

- 9月25日、ICNが廊下でA病棟師長に呼び止められ、「ねえ、うちの病棟で最近、尿道留置カテーテルが入っている患者様で尿路感染が多いようなんだけど、尿道留置カテーテル予防策が徹底されていないのかしら。どうしたらいいかしらね」と声をかけられた。
→口頭でのコンサルテーションを行う。
→実際の場面では、電話や依頼用紙などによるコンサルテーションはそれほど多くなく、このように声をかけられて相談を受けることが多い。

- 24時間対応か否か、時間外の連絡方法など、誰でもわかるように周知しておく。

2) コンサルテーション内容に関連した情報の収集 (Box2-3)

(1) 情報収集の方法

- サーベイランス

Box2-3 情報の収集（例）

- ステップ 1**
- 現時点でA病棟における尿道留置カテーテルが挿入されている患者（または、現在までA病棟で把握している尿道留置カテーテル関連尿路感染症〔以下、CA-UTI(catheter-associated urinary tract infections)患者〕のカルテから、以下の項目をチェックする。
 - ・ CA-UTIを疑う（またはCA-UTIと判断した）症状、尿培養の結果、膿尿の有無など
 - ・ CA-UTIの発生時期、場所（CA-UTI患者の病室移動など）などの時間的な流れ
→ CA-UTIサーベイランスを実施している場合は、上記データ収集が容易となる。
- ステップ 2**
- 該当部署へのラウンドやインタビューから、以下の項目をチェックする。
 - ・ 尿道留置カテーテル管理マニュアル内容とその遵守状況
 - ・ A病棟で同時期にイベントがあったか（人事異動、重症患者の増加、業務内容の変更など）
- ステップ 3**
- 文献レビューを行い、尿道留置カテーテル管理方法、CA-UTIに関する情報を収集する。
- ステップ 4**
- データ収集から問題を明確にする。
→ A病棟師長は、A病棟における最近のCA-UTIの増加を危惧して、「CA-UTI予防策が徹底されていないことにある」と考えている。CA-UTI予防策を徹底し、CA-UTIを減少させたいと思っている。
 - ステップ1～3の情報収集から、以下の問題が明らかになった。
 - ・ カテーテルが挿入されている患者のなかで、必ずしも尿道留置カテーテルの必要がない患者がいた。
→ 尿道留置カテーテル挿入基準がない。
 - ・ 尿廃棄時、患者ごとに手袋を交換していないスタッフがいた。
→ CA-UTI予防策が徹底されていない。
→ 教育不足
 - ・ 9月に入ってからCA-UTIが徐々に増加しているが、その発生件数や患者の状態（看護記録への記載など）をスタッフ全員が把握していなかった。
→ 患者把握の不足。情報が共有されていない。
 - ・ 9月に人事異動があり、新しくA病棟に配属されたスタッフが10名いた。そのなかで尿道留置カテーテル管理方法が徹底できていないスタッフがいた。
→ オリエンテーション・教育不足

- 該当部署のラウンド
- 関係者へのインタビュー
- 記録類（診療記録、看護記録、カードックスなど）の閲覧
- 文献レビュー

(2) 問題の明確化

- 相談者が何を考え、何を期待しているのかを明らかにする。
- 得られた情報から、相談者が認識していた問題との違いはないかを明らかにする。
- 真の問題はあったか（潜在的な問題はあったか）。

3) 問題解決のための情報提供

- 医学雑誌、国内外ガイドライン、インターネットなどからの情報を収集する。

4) 問題解決に向けた目標設定 (Box2-4)

- 相談者と共通の目標を設定する。
- 目標に対しては期限を設定する（いつまでに何をどのような状態にしたいのか）。

Box2-4 目標の設定（例）

- 目標：
A病棟スタッフ全員が尿道留置カテーテル管理方法を理解し、徹底でき、CA-UTIを予防できる（3カ月後までにCA-UTIをゼロにする）。

5) 計画の策定 (Box2-5)

- 目標を達成し、期待する結果を得るための計画を立てる。
- 該当部署でのカンファレンスやキーパーソンとのミーティングを行い、実践可能な方法を選択できるようにする。
- 患者の安全・満足・経済性を考慮した計画を作成する。
- 関連部署との調整を行う（診療部門、看護部、薬剤部、検査部、事務部門、医療安全部門など）。

6) 経過・結果の評価 (Box2-6)

(1) 経過の評価

- 計画の実施に際して、相談者が目標と計画から外れていないかをチェックする。

(2) 結果の評価

- サーベイランスなどにより、効果の判定を行う。
- 計画を実施した結果と、期待された結果を比較しながら評価する。
- 他に評価すべきものがないかをみる。
- 院内で解決困難で判断した場合には、適切なコンサルテーションを求めることが必要である（表2-1）。

Box2-5 計画の策定 (例)

- CA-UTI サーベイランスを開始する（事前に病棟医長の了承を得て、リンクナースと協力して行う）。
 - ・患者に CA-UTI を疑う症状がみられたら、主治医に速やかに尿培養検査を指示してもらえよう理解を得ておく。
 - ・CA-UTI を疑う症状がみられたら尿培養検査を行うというシステムをつくっておくと、データの収集がしやすい。
 - ・検査部へは、尿培養検査結果を速やかに情報提供してもらえよう依頼する。
- CA-UTI サーベイランス内容は、毎月の病棟会議で病棟スタッフ（医師含むすべて）に報告し、情報を共有する。
 - ・サーベイランス開始やその実践の詳細については、「3章 サーベイランス」の項参照（→ p25）。
- 病棟スタッフ全員に CA-UTI 予防教育を実施する。
 - ・ICN が行うか、または病棟スタッフであるリンクナースが行うことが効果的な場合がある。
 - ・教育前、直後、1 カ月後、3 カ月後に CA-UTI 予防教育内容について、ミニテストを実施する。
- 尿道留置カテーテル管理マニュアルの見直し（尿道留置カテーテル挿入基準の追加）
- 尿道留置カテーテル管理マニュアルを参考にし、尿道留置カテーテル管理時におけるチェックリストを作成・運用する。
- 次の人事異動時より、A 病棟に配属されたスタッフに対して、CA-UTI 予防教育を徹底し、ミニテストで理解度を把握することにする。

Box2-6 評価 (例)

1. 経過

- 定期的に病棟ラウンドを行い、CA-UTI サーベイランス実施状況を確認する。
 - ・病棟ラウンドやリンクナースの情報から、CA-UTI 予防策が遵守されているかをチェックする。
 - ・リンクナースは、確実にチェックリストが記載されているかを確認する。

2. 評価

- CA-UTI サーベイランス結果を評価・分析する（できれば、1 カ月ごとに評価する）。
- CA-UTI サーベイランス、ICN による病棟ラウンド、病棟師長、リンクナースの報告から、以下の効果があった。
 - ・サーベイランス開始直後と開始後 3 カ月を比較して、尿道留置カテーテル挿入患者数と CA-UTI 発生率が減少した。
 - ・ミニテストは病棟スタッフ全員が受け、教育直後に正解数が多くなったが、3 カ月後では正解数が減少した。
 - 定期的な教育の継続が必要である。
- 病棟リンクナースから、CA-UTI サーベイランスを継続して実施したいと要請があった。
- 病棟スタッフから、血流感染予防教育の依頼が ICN にあった。
 - CA-UTI 予防への取り組みにより、その他の感染予防対策に関する意識も高まったようだ。

表 2-1 院内で解決困難で判断した場合の相談窓口

| 団体名 | 取り組み |
|----------------------------|-----------------------------|
| 厚生労働省 | 「院内感染地域ネットワーク事業」（2005 年度より） |
| 国立感染症研究所 感染症情報センター | 電話相談、Eメールでの相談対応 |
| 日本医師会 | 「感染症危機管理対策室」（感染症・食中毒） |
| 日本看護協会 | 「感染管理に関する Q & A」 |
| 日本臨床微生物学会 | 相談窓口 |
| 臨床微生物迅速診断研究会 (JARMAM) | ホームページ上で相談対応 |
| 東北感染制御ネットワーク | 相談窓口（参加施設数）：東北 6 県の全施設対象 |
| NPO 法人 KRICT（北九州地域感染制御チーム） | 相談事業：施設会員の約 100 施設が対象 |
| 日本環境感染学会 | 感染制御に関する相談窓口、FAX での相談対応 |

団体により、対象に限定がある。

7) フォローアップ (Box2-7)

- サーベイランスやモニタリングなどにより、追跡調査を行う。
- ラウンドを適宜（定期的、定期外）行い、対策が継続

Box2-7 例：フォローアップ

- 3カ月目以降も、病棟リンクナースがCA-UTIサーベイランスを継続して行い、毎月のリンクナース会、病棟会議で報告を行っている。6カ月後の時点で、CA-UTIの増加はない。
- CA-UTI予防教育内容についての次のミニテストを、3カ月後に行うことに計画修正した(定期的にミニテストを実施することで、CA-UTI予防に対する意識を継続することが目的)。
- ICTによる病棟ラウンドで、尿道留置カテーテル管理方法が適切であるかをチェックしている。

されているか、相談者の変化を観察する。

- 必要時、計画修正、および修正後のサーベイランスやモニタリングを継続する。

8) 記録・保存

- コンサルテーション内容と計画・実践・結果に関しては、文書でまとめ、保管しておくことが勧められる。
- コンサルテーション内容の集積により、院内における感染管理に関する現状と課題、部署ごとの特徴などがみえてくる。また、次回同様の問題が発生した場合の参考資料ともなる。
- コンサルテーション内容の集積は、感染管理部門や実践者(ICT、ICNなど)の活動の実績ともなり、組織

が感染管理の重要性を再認識するための動機づけにもつながる。

9) 他部署への情報公開

- 上記8)の内容について、ICTやリンクナースを通して、または院内の研修会を通して、他部署へ情報を公開する。
- これらは、他部署においても同様の問題が発生した場合の参考資料となる。また、「そういえば自分の部署でも似たような状況にある」といった気づきの機会にもなり、新たなコンサルテーションにつながる。
- コンサルテーションの内容によっては、1)～7)のプロセスにおいて、情報公開が必要な場合もある。

文献

- 1) Lippit, G, Lippit, R: The consulting process in action. Pfeiffer & Company, 1986, p57-75.
- 2) パトリシア・R. アンダーウッド：コンサルテーションの概要。インターナショナルナーシングレビュー 1995：18(5)；4-12.
- 3) 大久保憲編：改訂感染対策ICT実践マニュアル。メディカ出版, 2001.
- 4) 小林寛伊編：エビデンスに基づいた感染制御 第1集；基礎編。メヂカルフレンド社, 2003.