

算した。

また、重要と思われる一部の論文について、内容を検討・分析した。

#### (倫理面への配慮)

本研究は、ヒト由来の試料や個人情報を扱わず、既に公開された文献的な情報についての解析が主体であるため、倫理面の問題は発生しない。

### C. 研究結果

検索の結果、表1に示すごとく、グラム陽性菌では、院内感染症と関連して報告される件数は、*Staphylococcus*、*Enterococcus*、*Streptococcus*の順であり、グラム陰性桿菌では、*Pseudomonas*、*Acinetobacter*、*Klebsiella*、*Escherichia*の順であった。致死的な感染症の割合は、意外にも*Pseudomonas*でもっとも高く、次いで*Staphylococcus*、*Escherichia*、*Serratia*の順であった。表2に示すごとく、院内感染症と関連して報告される事の多い菌種は、*Staphylococcus*、*Pseudomonas*、*Klebsiella*の順であった。多剤耐性と関連して報告される事の多い菌種は、グラム陰性桿菌では、*Pseudomonas*、*Acinetobacter*、*Klebsiella*が多かった。特に*Klebsiella*や*Escherichia*では基質特異性拡張型β-ラクタマーゼ(ESBL)産生菌に関連する報告が多い事が確認された。

表3に示すごとく、院内感染と関連して多く報告されている単語は、「多剤耐性」、「肺炎」、「尿路感染症」であり、「多剤耐性」に関連する菌種は「*Staphylococcus*」が多く、次いで「*Acinetobacter*」の件数が高かった。また「*Pseudomonas*」や「*Klebsiella*」がそれに次いでいた。「*pneumonia*」では「*Pseudomonas*」、「*Staphylococcus*」、「*Streptococcus*」、「*Klebsiella*」が多く報告されており、「*Acinetobacter*」高値を示した。

「尿路感染症」とでは、「*Pseudomonas*」、「*Escherichia*」が高く「*Proteus*」も高い報告件数を示していた。

ブドウ球菌の多剤耐性菌による院内感染症の報告は1989年以降急増しており、

*Enterococcus*のバンコマイシン耐性株による院内感染症の報告は、それにおける事5年で増加傾向している事が確認された。(図1)

院内感染症に関連した「*Pseudomonas*」や「*Acinetobacter*」の報告数は、共に1994年以降、着実に増加している事が確認された。(図2)

ESBLの産生が問題となっている「*Klebsiella*」については、1994年以降、報告が急増しており(図3)、また、多剤耐性株に関連した報告も着実に増加している事が確認された。

メタロ-β-ラクタマーゼ(MBL)の産生によるカルバペネム耐性が問題となっている「*Pseudomonas*」や「*Serratia*」については、やはり、1994年以降、MBL産生株に関連した報告が、着実に増加している事が確認された。(図4)

### D. 考察

国内の医療施設においては、MRSAは既に「常在菌」的な性格を帯びており、院内感染対策の主たる対象となっている。しかし、表2に示すごとく、致死的な院内感染症の起因菌としては、緑膿菌がブドウ球菌を上回っている事が示唆される。事実、緑膿菌と同じ仲間のグラム陰性桿菌であるセラチアが、最近国内で死亡者も出た同時多発血流感染症の起因菌となったように、今後、この主のグラム陰性菌による院内感染症に特に警戒しその再発を防止する為の対策を強化する事が必要となっている。

緑膿菌や*Klebsiella*などの菌種は生活環境中に一般的に生息している細菌であるが、それらにおける多剤耐性の進行は、1980年代より警戒されて来た。そして、1994年以降、これらのグラム陰性菌の多剤耐性株と院内感染症に関連する文献報告が急増している。この事実は、今後数年間で、多剤耐性グラム陰性菌による院内感染事例が激増する危険性を強く示唆しており、現時点でそれらに対する十分な監視と対策を急ぐ事が特に重要案件となっている事を示している。

### E. 結論

院内感染症の起因菌としてこれまで、MRSA や VRE などのグラム陽性菌が警戒され、院内感染対策の主眼がそれらに置かれて来た。しかし、今回の文献的調査により、海外では、緑膿菌による致死的な感染症に関連する報告が、ブドウ球菌のそれを上回っている事が確認され、さらに、これまで、カルバペネム、フルオロキノロンなどの各種の抗菌薬が奏効する傾向が見られたグラム陰性桿菌における多剤耐性に関する文献の報告が急増している事が確認された。したがって、今後、各医療施設における院内感染対策においては、これまでの MRSA や VRE に加え、致死的な感染症の原因となりうる緑膿菌や *Acinetobacter*、*Klebsiella* などの多剤耐性株も監視と対策の範囲に加える必要がある事が強く示唆された。

2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

#### F. 健康危険情報

国内外の専門的学術文献を検索し解析した結果、*Pseudomonas* (緑膿菌) や *Acinetobacter*、*Escherichia* (大腸菌)、*Klebsiella* (肺炎桿菌) などのグラム陰性桿菌が関連した院内感染症の事例が、近年、多数報告されるようになっていいる。特に多剤耐性を獲得したグラム陰性桿菌の感染症は、致死的な結果をもたらす事が多いが、1994 年以降それらによる院内感染症や致死感染の報告が急増している。したがって、今後、国内に於いても、多剤耐性を獲得した緑膿菌や肺炎桿菌、*Acinetobacter*、*Serratia* などに対し、個別の医療施設における監視と対策の必要性は当然ではあるが、それらの増加を食い止めるためには、行政的にも十分な監視と対策が必要となっている。

#### G. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

#### H. 知的所有権の出願・登録状況

1. 特許取得  
なし

表1 院内感染症と関連して報告の多い主な菌種と薬剤耐性に関連する報告件数

耐性	nosocomial infection ×		
	<i>Staphylococcus</i>	<i>Enterococcus</i>	<i>Streptococcus</i>
penicillin-resistance	1,414	83	83
macrolide-resistance	3	2	4
tetracyclin-resistance	10	1	3
fluoroquinolone-resistance	3	2	1
carbapenem-resistance	128	0	0
aminoglycoside-resistance	0	15	2
vancomycin-resistance	77	199	8
multidrug-resistance	135	58	30
	<i>Pseudomonas</i>	<i>Acinetobacter</i>	<i>Burkholderia</i>
fluoroquinolone-resistance	4	4	0
carbapenem-resistance	0	4	0
aminoglycoside-resistance	14	7	-
multidrug-resistance	90	98	4
	<i>Klebsiella</i>	<i>Escherichia</i>	<i>Serratia</i>
fluoroquinolone-resistance	1	3	1
carbapenem-resistance	1	1	0
aminoglycoside-resistance	8	6	3
multidrug-resistance	80	40	11
	<i>Enterobacter</i>	<i>Citrobacter</i>	<i>Proteus</i>
fluoroquinolone-resistance	0	0	0
carbapenem-resistance	0	0	0
aminoglycoside-resistance	3	0	1
multidrug-resistance	31	8	7
	<i>Klebsiella</i>	<i>Escherichia</i>	<i>Serratia</i>
ESBL	142	69	18
CTX-M-	7	8	3
MBL	3	3	3
CMY-	2	1	0
AmpC	4	3	4
	<i>Enterobacter</i>	<i>Citrobacter</i>	<i>Proteus</i>
ESBL	35	15	10
CTX-M-	2	0	3
MBL	1	0	0
CMY-	0	0	1
AmpC	1	1	1

表2 致死感染症の起因菌別報告件数

	nosocomial-infection	lethal-infection	nosocomial-infection + lethal-infection
<i>Staphylococcus</i>	3,625	262 (7.2%)	10
<i>Enterococcus</i>	769	26 (3.4%)	2
<i>Pseudomonas</i>	2,366	292 (12.3%)	13
<i>Acinetobacter</i>	658	5 (0.8%)	1
<i>Klebsiella</i>	1,181	117 (1.0%)	0
<i>Escherichia</i>	1,107	601 (54.3%)	5
<i>Enterobacter</i>	543	11 (2.0%)	4
<i>Serratia</i>	580	32 (5.5%)	5
<i>Clostridium difficile</i>	429	14 (3.3%)	4

表3 院内感染症と関連して報告の多い主な耐性と感染症の報告件数

耐性	outbreak	nosocomial-infection	nosocomial-transmission
vancomycin-resistance	54	248	14
fluoroquinolone-resistance	4	8	0
imipenem-resistance	6	16	0
aminoglycoside-resistance	16	44	2
multidrug-resistance	204	579	15
感染症			
lethal-infection	52	71	3
blood-stream-infection	5	75	4
pneumonia	317	2,721	11
surgical-site-infection	2	87	0
urinary-tract-infection	95	1,360	4

表4 菌種別の院内感染症と多剤耐性、肺炎、尿路感染症の報告件数

菌種	nosocomial-infection		
	multidrug-resistance	pneumonia	urinary-tract-infection
<i>Staphylococcus</i>	135	350	136
<i>Enterococcus</i>	58	40	62
<i>Streptococcus</i>	30	173	43
<i>Pseudomonas</i>	90	374	235
<i>Acinetobacter</i>	98	112	34
<i>Klebsiella</i>	80	162	143
<i>Escherichia</i>	40	104	205
<i>Serratia</i>	11	56	80
<i>Enterobacter</i>	31	61	49
<i>Citrobacter</i>	8	8	16
<i>Proteus</i>	7	29	135

図1 StaphylococcusとEnterococcusに関する報告件数

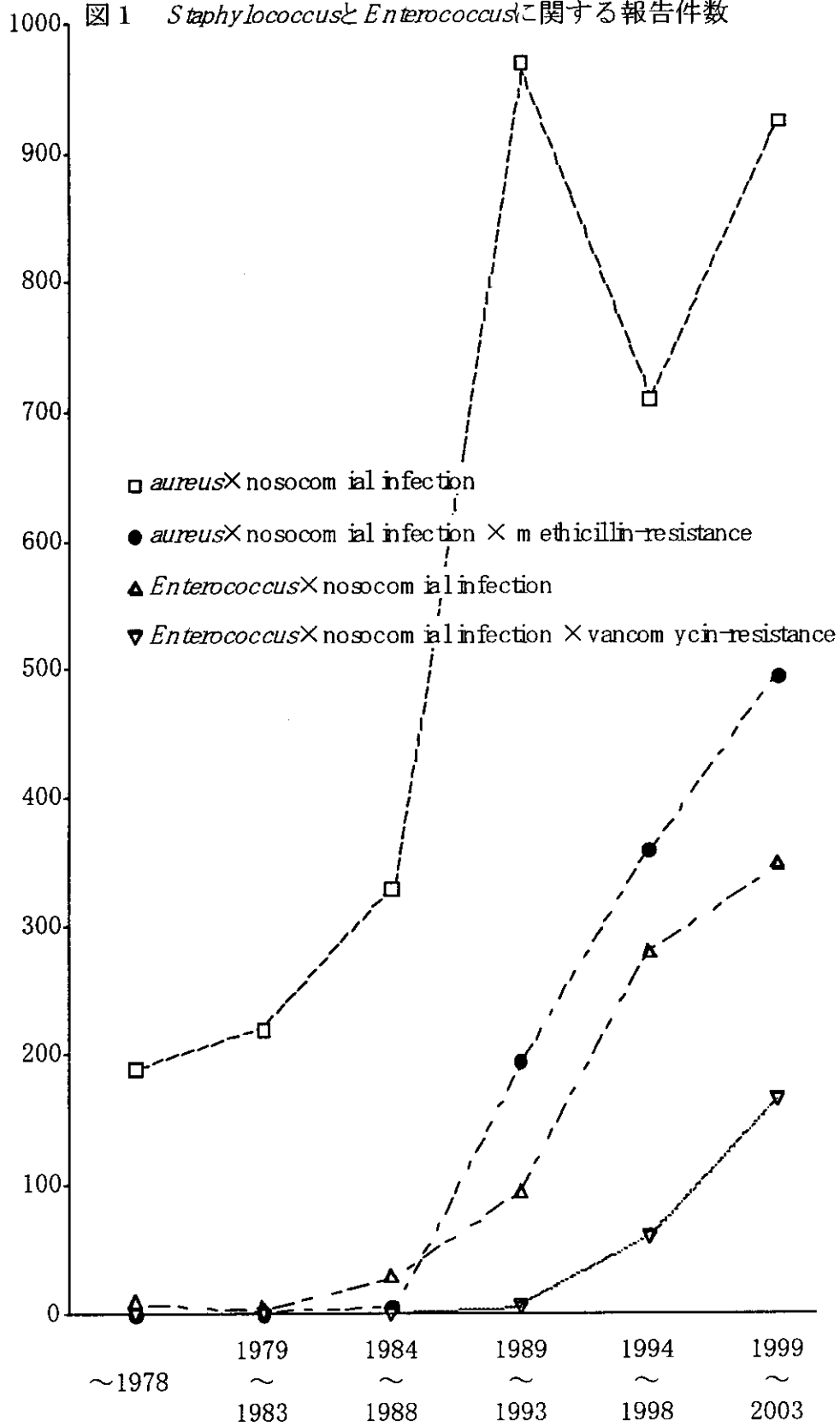
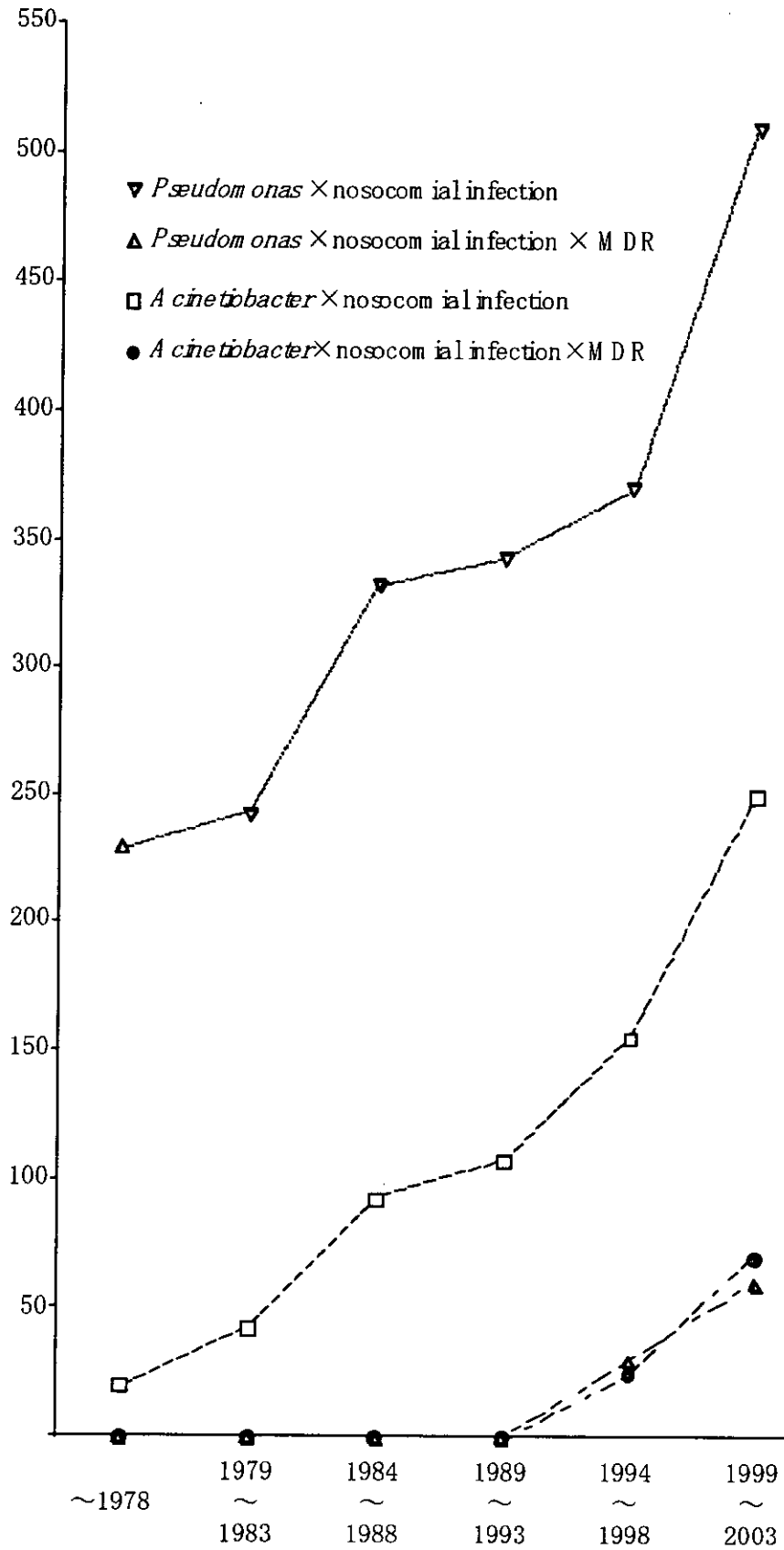


図2 *A. cinetobacter*と*Pseudomonas*のMDRに関する報告件数



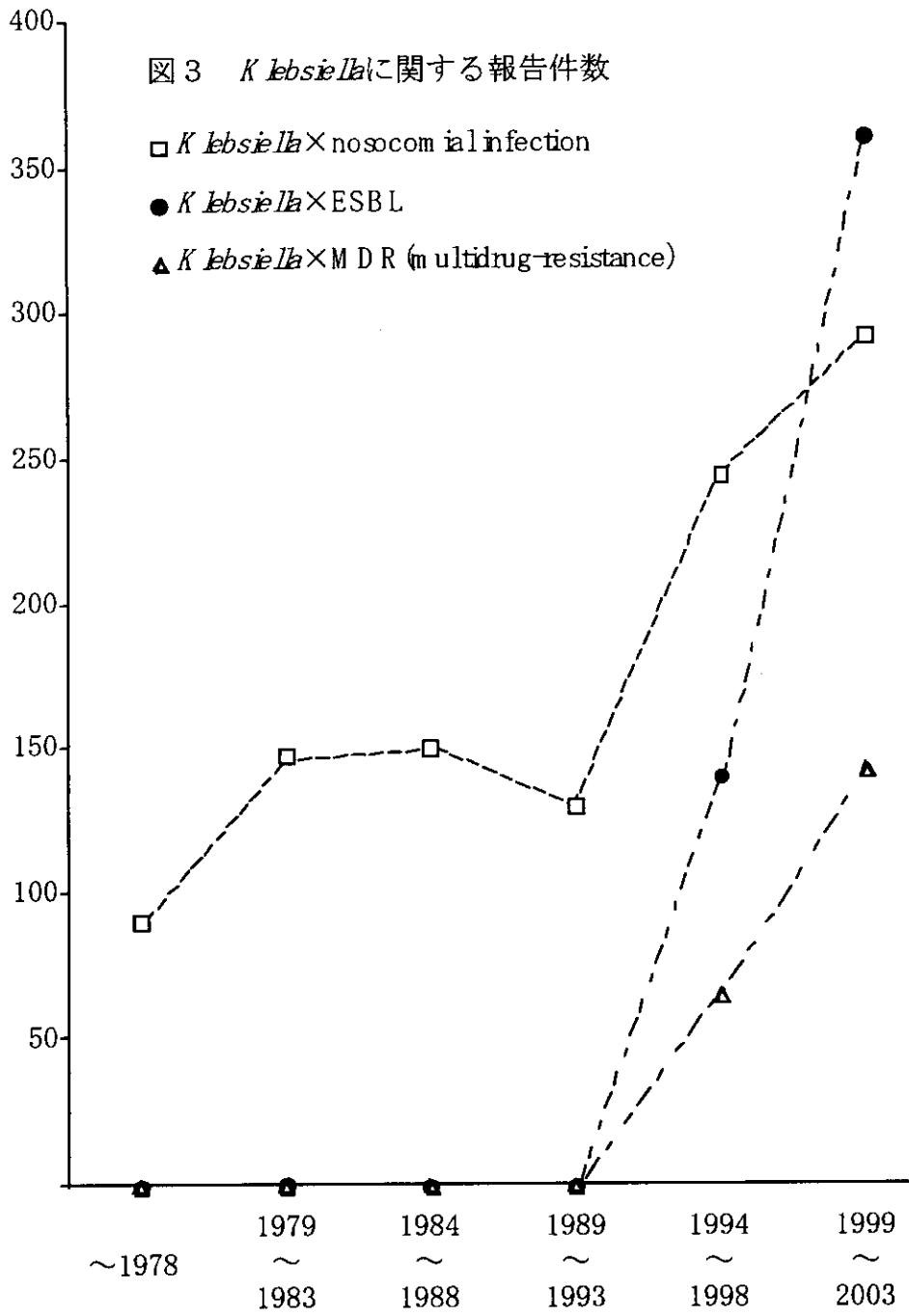
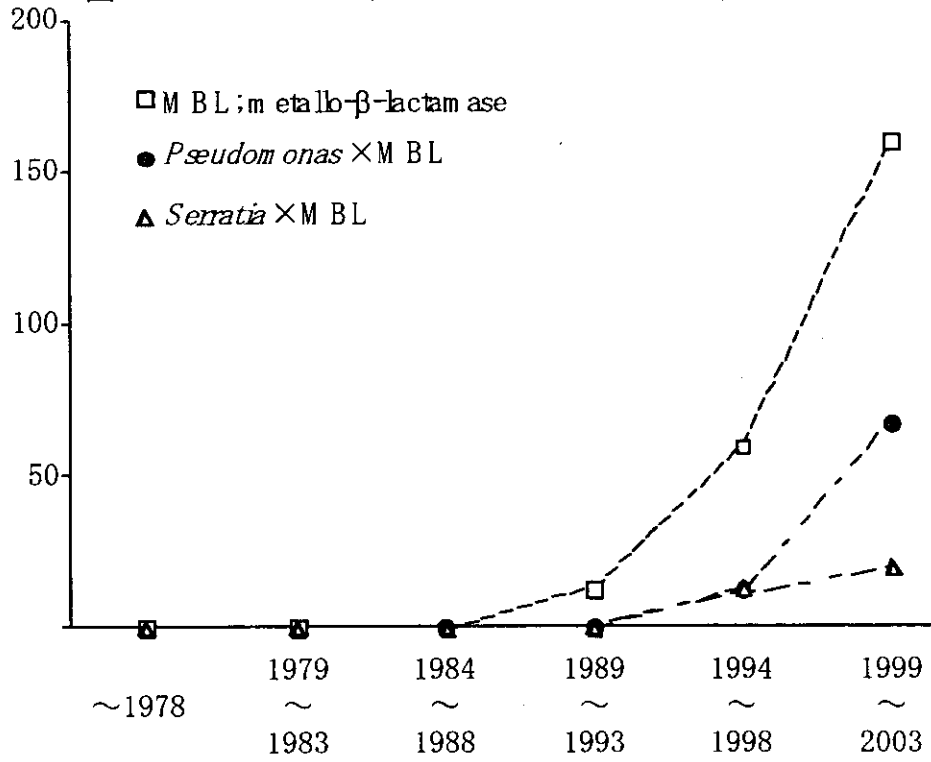


図4 *Pseudomonas*と*Serratia*におけるM BLに関する報告件数





厚生労働科学研究費補助金（新興・再興感染症研究事業）  
分担研究報告書

院内感染防止策の行動と評価に関する研究

倉辻 忠俊（国立国際医療センター研究所）

研究要旨

院内感染を効果的に防止し、国民に安全な医療を提供することは、医療・保健施設の責務である。医療従事者が、誰でも現場でその時に判断し、適切な行動が選択して実施できるようにするため、先に「院内感染防止手順」を刊行したが、その有効活用法と評価法を開発することを目的とした。マニュアル、手順書の理解を行動へ移すための適切な教育研修方法は、目的と到達目標を明示した参加型のワークショップ方式である。専任職員には事例研究を取り入れた On-the-job training 方式が効果的である。派遣職員、出入業者にも、共通目的の理解のために教育研修が必要である。

「手順書」、「ICT活動」、「教育研修プログラム」などの評価は、院内感染発症の減少ばかりでなく、費用対効果も検討する必要がある。

研究協力者

切替照雄 国立国際医療センター研究所感染・熱帯病研究部長

川名明彦 国立国際医療センターICT委員長

山西文子 国立国際医療センター看護部長

黒田恵美 同、感染管理看護師

小野瀬友子 同、5階南病棟看護師長

佐々口博子 同、15階病棟看護師長

吉田メイ子 同、中材看護師長

し、適切な行動を選択して実施できるように、図表、チェックリスト、フローチャートを多用したところに特徴がある。知識を実行すること、すなわち手順書の利用法を徹底すること、および日頃の訓練が重要である。本研究は知識と行動を一致させるため、「マニュアル」や「手順書」の有効活用法を開発し、同時に院内感染防止の評価法を開発することを目的とする。

B. 研究方法

国内・国外の学術論文、書籍、website から、行動心理学、教育法、管理法を調査し、院内感染管理と結びつけた。また米国CDCの国立感染症研究所「保健の質向上部」（Division of Health Quality Promotion; DHQP）、米国感染症学会、（APIC）米国の、英国保健省の Health Protection Agency（HPA）、英国病院感染学会（HIS）、英国感染管理看護師協会（ICNA）の教育プログラムを調査し

A. 研究目的

院内感染は医療事故の一つと位置づけられる。安全な医療を国民に提供するために、院内感染を極力防止し、またたとえ院内感染が発生してもその拡散を最小限に食い止めることが医療・保健施設の責務である。われわれは先に院内感染の効果的な防止策の一つとして、「院内感染防止手順」を刊行した。これは医療従事者が、誰でも、働く現場で、その時に判断

た。

(倫理面への配慮)

院内感染の事例を基にした対策開発、教育プログラムは、エビデンスに基づくものとして大切であるが、その際に、患者名は勿論、関係者の名前、部署、施設名が特定できないような資料として作成する。また、危険情報が確認されたら、関係者へ迅速に伝達し、未然に防止する。

## C. 研究結果

### 1. 教育・研修プログラム

方法：当たり前のことであるが、全体目標である general instructional objectives (GIO) と、具体的行動目標である specific behavioral objectives (SBO) を文字で表す。GIOには強い動機付けとなるキーワードを用いる。またSBOには観察可能(評価が可能)な、具体的、明確な動詞を使用する。例えば、説明する、分類するなど認知関連動詞、操作する、技術介助するなど運動・行動関連動詞を用いる。実施方法としてはワークショップ形式が、院内感染防止には適している。ワークショップ workshop (WS) の本来の意味は、仕事場あるいは作業場を意味し、鍛冶屋で例えてみるなら、一つの作業台WSに熱した鉄を乗せ、双方で打ち合いながら共同作業で製品を作っ てゆく方法である。一方的に教師から生徒に向かって講義する方法は適切でなく、受ける側も直接当事者として参加して、考え、体を動かしながら取得するのが効果的である。専任職員だけが対象の場合は、On-the-job training (OJT) を導入すると良い。またOJTには Harvard School of Business で開発した Case method (事例研究) や the problem oriented system (POS) を用いて、意思決定の訓練を行う。形式は日本では強制、管理強化、罰則による運営方式 theory X より、結果をインセンティブとして自己実現を導く theory Y (G. McGregor) を用いた方が有効と考えられる。小規模の施設では親密さ、信頼に重点を置いた

theory Z (G. Ouchi) の方が有効のこともある。

シラバス：感染経路、スタンダードプリコーションなど基本的な項目を網羅的に実施するのではなく、トピックスを設ける。例えば、4-5月頃ならば、標準予防策や針刺し事故防止、11-2月頃ならインフルエンザ対策のようにトピックスを必ず1つか2つ入れる。

対象：医者、看護師ばかりでなく、医療施設で働く全ての人が対象になる。特に最近では臨床検査の一部委託・院内ラボ化、医事会計事務の派遣職員、清掃の業者への委託が増加しており、更に入出の業者も患者や汚染地域に接する機会があるばかりでなく、感染を持ち込む可能性がある。米国、英国ではこれら専任職員、派遣職員、出入業者全てを対象にした教育研修を年10-12回実施している。日本でも教育・研修の対象者を拡大する必要がある。

### 2. ICT活動

院内感染防止委員会規程、マニュアル、手順書の定期的見直しやサーベイランス、病棟ラウンドなどの通常業務に加え、教育・研修プログラムの企画・実施、トピックス・院内感染防止月間などの企画を行う。また、病棟入り口に一目で分かる院内感染防止のポスター、病室毎に必要な感染予防策のポスターを入りに掲示することは、実際的で効果ある。水道場には手洗いの方法のポスター、跳ね返りで湿気る周囲の注意ポスター、処置室には針刺し事故の警告など、その場その場で必要なポスターが効果的である。また、インターネットやE-mailが普及しているが、逆に情報が氾濫し整理がつかず、強調点や優先順位が分かりにくくなってきている。旧来の掲示板は一目でその全体像と強調点が分かり易いため、院内感染防止には非常に有効である。(資料1-3、6-7)

### 3. 患者・家族への教育プログラム

米国の Washington 大学メディカルセンターや英国の Birmingham 大学市民病院では、Patient relations という部署があり、患者や家族からの相談や社会事業的支援と共に、教育

プログラムを実施している。これは、医療は患者が一方向的に受けるものではなく、自身が参加して、医者や看護師と共に健康を回復・増進する行為であるという認識に立っている。従って、院内感染についても、100%医療施設の責任ということではなく、病院・医療保健施設という危険区域に生活する人としての理解と責任を分担している。そのために院内感染防止教育が、患者及びその家族に対してなされている。日本でも同じような理解と制度が必要である。資料として米国の患者及び訪問者向けのレスピラトリーエチケットのポスターを示す。

#### 4. 院内感染防止策の評価

最終目標は、院内感染を防止し、安全な医療を国民に提供することであるが、具体的には院内感染発生の減少が指標となる。しかし、何を（教育研究プログラム、手順書など）評価するのか、いつ評価するのか、どんな目的で評価するのか、如何にして評価するのか（指標）を検討する必要がある。また、研修プログラムでは指導者やカリキュラム自体の評価も重要である。また実施できたのか（summative evaluation）、参加者へのフィードバックがキチンとなされ、向上したのか（formative evaluation）、評価の対象により方法が変わってくる。

院内感染防止には施設の改修、個人防護具の購入、シングルユースのマスク、輸液の閉鎖回路などの費用がかなりかかる。これらの導入により、院内感染が減少し、それにかかわった費用などを計算に入れた「費用対効果」も検証する必要がある。これは2-3年目に実施する予定である。

#### D. 考察

安全な医療を安心して国民に利用してもらうためには、院内感染を防止することが重要である。エビデンスに基づいた対策を現場で実施することが基本で、そのためのガイドライン、マニュアルが多く出ているが、具体的にどうし

たらよいか明瞭で無く、日常の判断の手助けとならないという批判が多かった。そのためにすぐに実践に応用できるチェックリストやフローチャートを多用した「院内感染防止手順」を刊行したが、今度はそれを行動に移すことが問題となった。そのために教育研修のあり方を調査、検討した結果、具体的な目標を設定した上で、受ける側も参加するワークショップ形式、OJT方式が効果的であると結論した。

また、医療は一方向的に患者が受けて成立するものではなく、患者も疾患、感染症を理解し、院内感染防止に参加することが必要で、そのためのプログラムも提案した。

しかし、これらの評価を含め、医療保健施設で行っている院内感染防止に関する方法が、費用対効果で正当なものなのかも検討する必要がある。

#### E. 結論

##### 1. 職員教育プログラム

新就職者、委託派遣職員、出入業者を対象にした感染防止プログラムが必要である。通常の施設では専任職員に対しては年1-2回実施しているところが多いが、委託派遣職員、出入業者に対しても実施することが望まれる。

##### 2. ICT活動

ポスター、掲示板の活用が重要である。website上の施設内ホームページは情報が整理されていない場合は実用にならない。また現場の実情に反映した優先度、重要度があまり強調できない欠点がある。これに対し旧来のポスター、掲示板は一見して分かり易く、効果的である。

##### 3. 患者、家族教育プログラム

患者、家族は医療を受身で受ける一方ではなく、インフォームド・コンセントのように医療に積極的に参加する方が効果的である。院内感染防止に関しても同様で、施設に「患者教育部」あるいは「疾病情報部」「健康情報部」のような部門を設置し、感染症、感染経路、スタンダ

ードプリコーションなどの項目を分かり易く解説すると、病院生活がより安全になるばかりでなく、退院後の日常生活にも役に立つ。

#### F. 健康危険情報

米国、英国では多剤耐性菌の検出頻度が増加し、致死的な院内感染症を起こす例が報告されているため、DHQP、HPAでは特別な抗菌剤の使用の教育プログラムを Website 上に掲載している。(情報源：米国DHQPのDr. John Jermigan およびホームページ、英国HPAのProf. Barry Cookson)

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) Sekiguchi J, Fujino T, Saruta K, Konosaki H, Nishimura H, Kawana A, Kudo K, Kondo T, Yazaki Y, Kuratsuji T, Yoshikura H, Kirikae T: Prevalence of Erythromycin-, Tetracycline-, and Aminoglycoside- Resistance Genes in Methicillin- Resistant *Staphylococcus aureus* in Hospitals in Tokyo and Kumamoto. *Jpn J Infect Dis*, 57: 74-77, 2004.
- 2) Sekiguchi J, Fujino T, Kuroda E, Konosaki H, Konosaki H, Nishimura H, Saruta K, Kawana A, Yamanishi F, Kudo K, Kondo T, Yazaki Y, Kuratsuji T, Yoshikura H, Kirikae T: Molecular Epidemiology of *Serratia marcescens* in a Tokyo Hospital. *Jpn J Infect Dis*, 57: 78-82, 2004.
- 3) Fujino T, Sekiguchi J, Kawana A, Konosaki H, Nishimura H, Saruta K, Kudo K, Kondo T, Yazaki Y, Kuratsuji T and Kirikae T: Molecular Epidemiology of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in a Tokyo Hospital in 2003. *Jpn J Infect Dis*, 57: 80-82, 2004.
- 4) Kawano F, Miyazaki H, Kawasaki T, Fujino T, Sekiguchi J, Saruta K, Kuratsuji T, and Kirikae T: Molecular Epidemiology of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in a Kumamoto

Hospital in 2003. *Jpn J Infect Dis*, 57: 86-88, 2004.

5) Asagi T, Kikuchi Y, Sakurai Y, Fujino T, Sekiguchi J, Saruta K, Kuratsuji T and Kirikae T: Molecular Epidemiology of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in a Sendai Hospital in 2003. *Jpn J Infect Dis*, 57: 88-90, 2004.

6) Kawano F, Miyazaki H, Takami J, Fujino T, Sekiguchi J, Saruta K, Kuratsuji T, Kirikae T: Molecular Epidemiology of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in a Kumamoto Hospital in 2002. *Jpn J Infect Dis*, 56: 129-132, 2003.

7) Takahara M, Yajima Y, Miyazaki S, Aiyoshi M, Fujino T, Otsuka Y, Sekiguchi J, Saruta K, Kuratsuji T, Kirikae T: Molecular Epidemiology of Intra- Familial Tuberculosis Transmission. *Jpn J Infect Dis*, 56:132-133, 2003.

8) Sekiguchi J, Fujino T, Saruta K, Kawano F, Takami J, Miyazaki H, Kuratsuji T, Yoshikura H, Kirikae T: Spread of Erythromycin-, Tetracycline- and Aminoglycoside- Resistant Genes in Methicillin- Resistant *Staphylococcus aureus* Clinical Isolates in a Kumamoto Hospital. *Jpn J Infect Dis*, 56:113-117, 2003.

9) 倉辻忠俊、吉倉廣、宮崎久義、切替照雄編：院内感染防止手順、メヂカルフレンド社、2003

10) 倉辻忠俊、切替照雄訳：医療保健施設における環境感染制御のための CDC ガイドライン、MCメディカ出版、2004. 2

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

(資料) 欧米の院内感染防止ポスター例

1. 手洗い：医療従事者向け（英国）
2. 手洗い：子供向け（英国）
3. 手洗い：必要性の分かりやすい説明、子供でも覚えられるように歌になっている。  
（英国）
4. レスピラトリー・エチケット：玄関の扉の目の高さにはってあり、子供でも理解し  
やすい説明である。（米国）
5. レスピラトリー・エチケット：玄関の扉の目の高さにはってある（米国）
6. 針刺し、鋭利な物品事故の警告（英国）
7. ゴミ分別の分かりやすい説明（英国）

一部は製薬会社がスポンサーになっている。

# NOW WASH

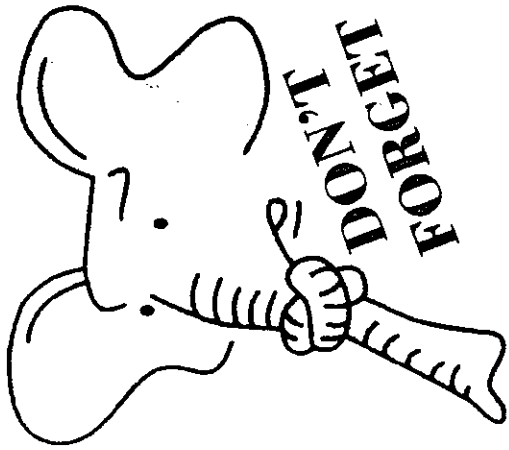
# YOUR

# HANDS



This poster is sponsored by

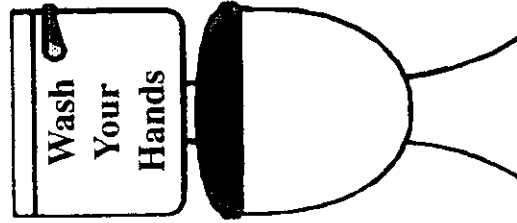
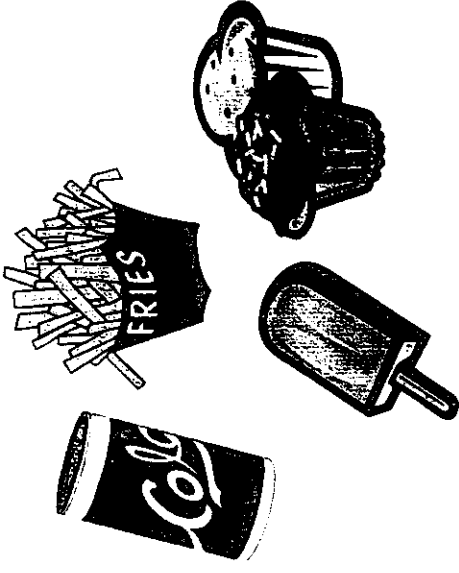
care



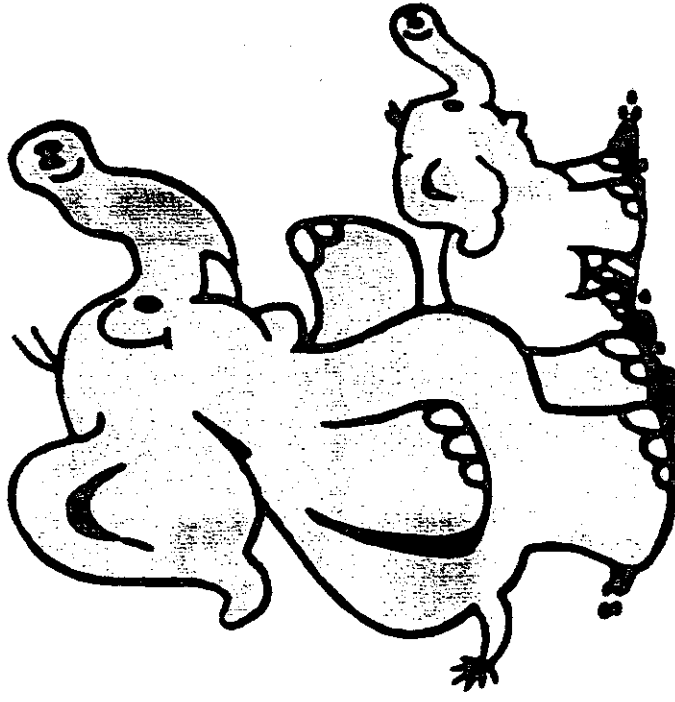
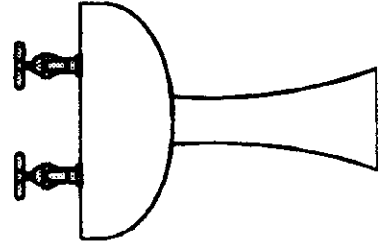
Mum says

Wash Your Hands

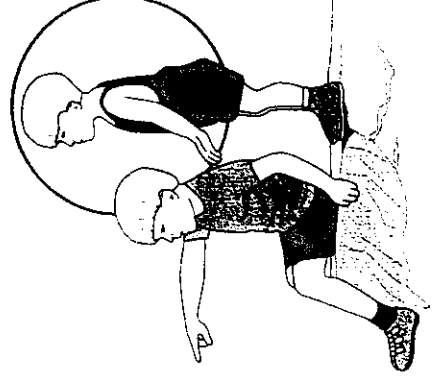
Before Eating



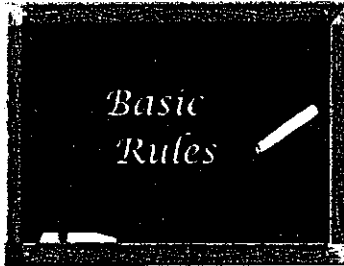
Wash your hands



After Playing



## Bug Alert



That MRSA is here to stay,  
It really is so stubborn,  
It seems to be that every day,  
The basic rules are forgotten.



So let's remind you what to do,  
To help this situation,  
It really won't take long for you,  
To join the cleaner nation

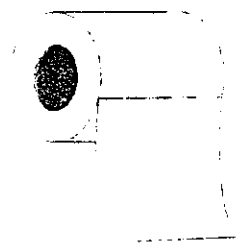
Our hands are really the biggest threat,  
We need to keep them clean,  
So please make sure you get them wet,  
and soap will make them gleam.



Those bugs they get in every place,  
They really do not care,  
There are no boundaries for each new case,  
That we seem to readily share.



So take a cloth and sanichlor,  
and wipe away that dirt,  
but don't forget to make it dry,  
Those paper towels are a must.

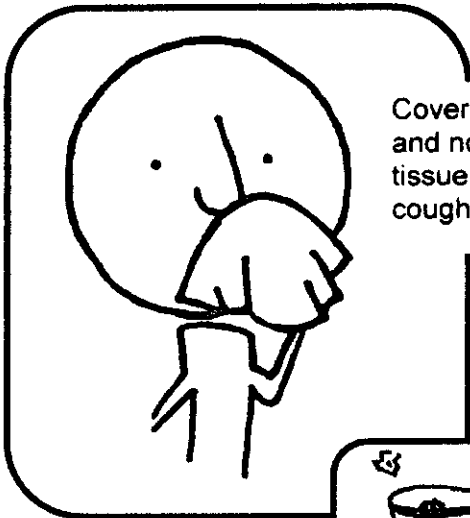


It really is not such a chore,  
To keep the place so clean,  
If everyone does just a bit,  
You'll soon see what we mean.



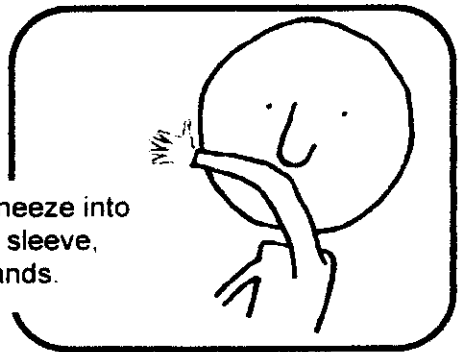
Stop the spread of germs that make you and others sick!

# Cover your your Cough

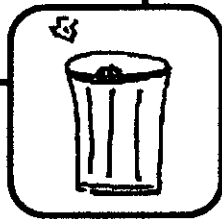


Cover your mouth and nose with a tissue when you cough or sneeze

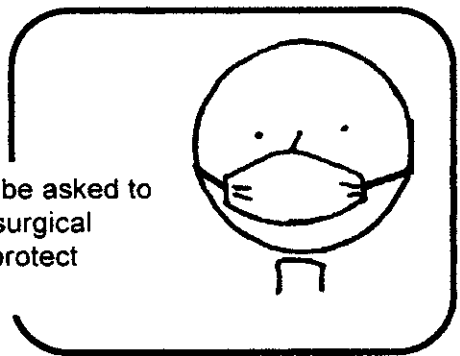
or  
cough or sneeze into your upper sleeve, not your hands.



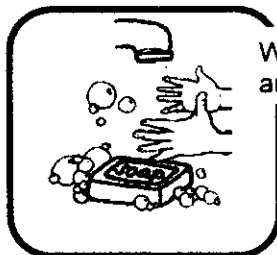
Put your used tissue in the waste basket.



You may be asked to put on a surgical mask to protect others.

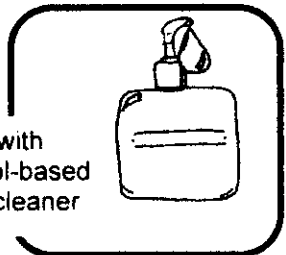


Wash your  
your  
after coughing and sneezing.



Wash with soap and water

or  
clean with alcohol-based hand cleaner

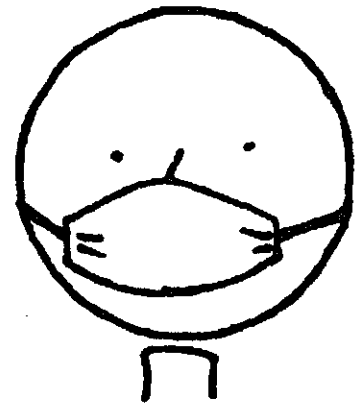


***A message to our Patients, Visitors, and Staff***

***For the protection of others  
during this Respiratory Virus Season***

***PLEASE*** ask for a *Cover Your Cough Kit*  
***if you have any of the following symptoms:***

- Fever**
- Coughing**
- Sneezing**
- Runny nose**
- Watery eyes**
- Headache with cold symptoms**



***Remember to always:***

- ◆ ***Wipe your mask*** if you are coughing or sneezing
- ◆ ***Cover your cough or sneeze***  
with a tissue or cough into your sleeve
- ◆ ***After using a tissue, sneezing or coughing into your hands,***  
Cleanse your hands ***with***  
soap and water ***or***  
an alcohol hand gel ***or***  
an antiseptic towelette

***Throw away used tissues and masks in a waste basket***



***Visitors with respiratory illnesses or a fever  
should not  
remain in waiting rooms  
or have close contact with sick patients.  
Please ask a staff member for advice.***

UNIVERSITY OF WASHINGTON  
**MEDICAL CENTER**  
UW Medicine

## LET'S GET TO THE POINT!!

*HOW and WHERE do YOU dispose of YOUR 'Sharps'?*



### REMEMBER

- ◆ *All needles, syringes, scalpels etc. must be disposed of in an approved 'sharps' bin NOT left in the bed, on the locker or thrown in plastic bags (ie black and yellow sacks)*
- ◆ *Use a tray to carry sharps. Sharps should not be carried in the hand or in the pocket*
- ◆ *DO NOT resheath needles and syringes, place intact into an approved sharps bin*

### *If an inoculation accident occurs*

- ◆ *Encourage to bleed if skin is punctured*
- ◆ *Wash thoroughly with copious amounts of water, whether needlestick, or splash to the eyes, broken skin or mucous membrane*
- ◆ *REPORT INJURY IMMEDIATELY TO NURSE IN CHARGE or MANAGER + OHD or A/E (out of hours)*
- ◆ *Complete an incident/accident form*

***Remember - needlestick injuries are avoidable***



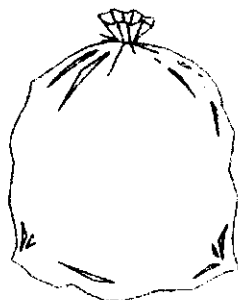
## Disposal of Waste - Guidelines



Black plastic bag

### NON-CLINICAL / DOMESTIC WASTE

Household and office refuse, newspapers, flowers and non-infected waste.



Yellow plastic bag

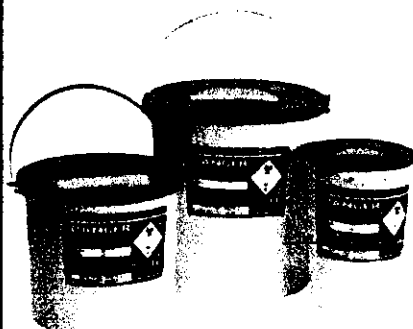
### CLINICAL WASTE (UN 3291 APPROVED)

Waste from medical, nursing, pharmaceutical or similar which by nature is infectious or offensive unless previously rendered safe and inoffensive. Bags must be labelled prior to use with the Trust, Ward and date.



### SHARPSBINS (BS 7320 APPROVED)

For needles, syringes, blades etc. Users responsibility to dispose of Sharps **immediately**. Sharpsbin must be labelled prior to use with the Trust, Ward and date.



### CYTOTOXIC WASTE

In areas where cytotoxic waste is used, specific guidelines must be followed.

- Cytotoxic waste must be disposed of in UN approved Sharpsbins clearly labelled 'Cytotoxic Waste'. The Sharpsbins must also be labelled with the Trust, location and date prior to use.
- Cytotoxic waste must be stored in a designated locked area prior to collection and not stored with clinical waste.
- Prior to transporting cytotoxic waste for incineration a 'Pre-Notification' form must be completed.

### RADIOACTIVE WASTE

- All items containing radio active waste must be placed in a designated 'approved' container. Clearly labelled Radioactive Waste.
- The container must then be placed inside a red swift bin for collection.

Any queries regarding the management of waste please contact the transport department

ALL WASTE CONTAINERS MUST BE DISPOSED OF WHEN NO MORE THAN 2/3RDS FULL.  
THEY MUST BE SECURELY SEALED AND LABELLED WITH THE WARD/DEPT NAME.  
(for more information and advice, contact Transport Dept. or Infection Control)

ANY INOCULATION INJURIES MUST BE REPORTED AS PER HOSPITAL POLICY