

医療安全管理指針

(医療安全管理マニュアル)

医療法人財団 神経科 土田病院

医療安全委員会

2026年1月改訂

医療安全管理指針

1. 総則

(1) 基本理念

本院は、患者が安心して安全な医療を受けられる環境を整え、良質な医療を提供することを通じて、地域社会に貢献することを目的としている。

本院においては、病院長のリーダーシップのもとに、全職員がそれぞれの立場から、医療安全に対する問題に取り組み、そして意識を高めていくことが重要である。また、医療上望ましくない事態、あるいは事故を未然に回避する能力を強固なものにする事も重要である。これらの取り組みを明確なものとし、本院における医療の安全管理、医療事故防止の徹底を図るため、神経科 土田病院 医療安全管理指針を定める。

(2) 用語の定義

- ① 医療事故：医療の過程において、患者に発生した望ましくない事象、また医療提供側の過失の有無は問わず、不可抗力を思われる事象も含む。
- ② 職員：本院に勤務する医師、看護師、薬剤師、検査技師、事務職員などあらゆる職種を含む。

2. 医療安全委員会

(1) 医療安全委員会の設置

本院内における医療安全管理対策を総合的に企画、実施するために医療安全管理委員会を設置する

(2) 委員の構成（現在の委員の実名は、医療安全委員会議事録に記載する）

- ① 病院長
- ② 医局の代表
- ③ 看護部門の代表
- ④ 検査部門の代表
- ⑤ 薬剤師の代表
- ⑥ 事務部門の代表
- ⑦ その他

(3) 委員会の任務

医療安全委員会の主な任務は下記のとおりとする。

- ① 医療安全管理委員会の開催(月に1回以上)。
- ② 医療にかかる安全確保を目的とした報告で得られた事例の発生原因、再発予防策の検討、および職員への周知。
- ③ 院内の医療事故防止活動および医療安全に関する職員研修の企画立案。

- ④ その他、安全管理のために必要な事項。
- ⑤ 各部署内の話し合いの後に安全委員会にて、各事例の検討の結果を報告する。
問題事例の大きさにより、安全委員会にて再検討する。
- ⑥ 委員会には、部署の代表者だけでなく、職員の誰でも参加できる事とする。

(4) 委員会の運営

医療安全委員会の運営は、以下のとおりとする。

- ① 委員会は、毎月1回、および必要に応じて開催する。
- ② 委員長は、委員会を開催したときは、速やかに検討の要点をまとめた議事録を作成し、2年間保管する。
- ③ 委員長は、委員会における議事内容、および活動状況について、病院長に報告する。

3. 報告などにもとづく医療に係る安全確保を目的とした改善対策

(1) 報告にもとづく情報収集

医療事故、および事故になりかけた事例を検討し、本院の医療の質の改善と事故防止、再発防止に有用な情報を収集するために、全ての職員は以下の要領にもとづき医療事故などの報告を行うものとする。

【職員からの報告など】

職員は、次のいずれかに該当する状況に遭遇した場合には、報告書式に定める書面により、速やかに報告するものとする。報告は、診療録、看護記録などに基づき作成する。

- (i) 医療事故：医療側の過失の有無を問わず、患者に望ましくない事象が発生した場合は、発生後、直ちに病院長へと報告する。
- (ii) 医療事故には至らなかったが、発見、対応などが遅れれば、患者に有害な影響を与えたと考えられる事例は、速やかに、各部門の医療安全委員へ報告。
- (iii) その他、日常診療のなかで、危険と思われる状況などは、適宜、各部門の医療安全委員へ報告。

【報告された情報の取扱い】

病院長、その他の管理的地位にあるものは、報告を行った職員に対して、これを理由として不利益な取扱いを行ってはならない。

ただし、故意、または重大な過失と委員会にてみなされた場合は、この限りではない。

(2) 報告内容に基づく改善策の検討

医療安全管理委員会は、収集された情報を本院の医療の質の改善に資するよう、以下の目的に活用するものとする。

- ① すでに発生した医療事故あるいは事故になりかけた事例を検討し、その再発防止対

策、あるいは事故予防対策を策定し、職員に周知すること。

- ② 上記①で策定した事故防止対策が、各部門で確実に実施され、事故防止、医療の質の改善に効果をあげているかを評価すること。

4. 安全管理のためのマニュアルの作成

病院長は、本指針の運用後、必要に応じて職員の積極的な参加を得て、具体的なマニュアルを作成し、絶えず見直しを図るように努める。

マニュアルは、作成、改変のつど、医療安全管理委員会に報告し、全ての職員に周知する。

5. 医療安全管理のための研修

(1) 医療安全管理のための研修

- ① 医療安全管理委員会は、予め作成した研修計画にしたがい、概ね6ヶ月に1回医療安全管理のための研修を定期的に実施する。
- ② 研修は、医療安全管理の基本的な考え方、事故防止の具体的な手法などを全職員に周知徹底することを通じて、職員個々の安全意識の向上を図るとともに、本院全体の医療安全を向上させることを目的とする。
- ③ 職員は、研修が実施される際には、極力受講するよう努めなくてはならない。
- ④ 病院長は、研修計画予定にかかわらず、本院内で重大事故が発生した後など必要があると認めるときは、臨時に研修を行うものとする。
- ⑤ 医療安全管理委員会は、研修を実施したときは、その概要を記録し、2年間保管する。

(2) 医療安全管理のための研修の実施方法

医療安全管理のための研修は、病院長などの講義、院内での報告会、事例分析、外部講師を招いての講習、外部の講習会、研修会の伝達報告会、または有益な文献の抄読などの方法によって行う。

6. 事故発生時の対応

(1) 救命処置の最優先

医療側の過失によるか否かを問わず、患者に望ましくない事象が生じた場合には、まず、病院長、および主治医に報告するとともに、可能な限り本院内の総力を結集して、患者の救命と被害の拡大に全力を尽す。

また、本院内のみでの対応が不可能と判断された場合には、遅滞なく他の医療機関の応援を求め、必要なあらゆる情報、資材、人材を提供する。

病院長、および主治医は、患者の病態に応じ、直ちに上級病院(高度救命救急センターなど)に連絡の上、救急車を要請し、医師など同乗して移送を行うとともに、上級病院に当院での医療情報を提出する。勿論、同時に患者の家族に連絡すること。

(2) 対応方針の決定

報告を受けた病院長は、対応方針の決定に際し、必要に応じて委員会長に医療安全

管理委員会を緊急招集・開催させ、対応を検討させることができる。

必要に応じて、外部委員・弁護士などを委員化に含めることができる。

また、報告を行った職員は、その事実および報告の内容を診療記録などに記入する。

病院長・主治医は、患者・家族への説明を行う。

7.患者からの相談対応

- (1) 患者等からの苦情、相談に応じられる体制を確保するために、患者相談窓口を常設する。
- (2) 患者や家族の疑問点や相談事に対応する事により、質の高い安全な医療を提供する事を目標とする。

8.その他

(1)本指針の見直し、改正

医療安全管理委員会は、少なくとも毎年1回以上、本指針の見直しを議事として取り上げ、検討するものとする。また、本指針の改正は、医療安全管理委員会の決定により行う。

(2)本指針の閲覧

本指針は、患者およびその家族などから閲覧の求めがあった場合には、これに応じるものとする。

本指針は、病院ホームページに公開する。

【HCV】

現在 60 歳代の C 型肝炎の罹患者が増加している。200 万人以上のキャリアが存在する。罹患時期も不明。従って未治療が多く、キャリアの可能性も高いと思われる。既往歴 opeなどを参照。輸血後の C 型肝炎は減少している。

当院においても、立地条件（ホームレスなど）を加味し、入院時の血液検査に HCV 3rd を加える必要性が考えられる。（肝機能のチェック）

厚生労働省も認める方向に動いていると、マスメディアの報道もあり、抗体の有無を知ることは必須と考えられる。C 型肝炎の発生は、10 万人当たり、数人と言われている。

1. 病原体

C 型肝炎……ラビウイルスである C 型肝炎ウイルス → RNA ウィルス

2. 感染経路

血液及び、血液製剤を介して起こり、原則的には同経路をとるが、感染力の差やウィルスの性質により多少異なっている。

C 型肝炎は、過去においては、血液製剤及び、不潔な医療行為によって 200 万人以上の感染者をつくり出してきた。しかし、これらは、ほとんど見られなくなってきた。母子感染、性感染は存在するが、ごく低率と考えられている。最近懸念されていることは、覚醒剤使用に伴う感染である。

発症前から急性期及び、慢性キャリアの時期を通じて感染性があるとされている。

3. 潜伏期

C 型肝炎の潜伏期間は 2 週～16 週。

侵入ウイルス量が多いと、いずれも潜伏期間は短くなる。

4. 臨床症状—自覚症状

全身倦怠感、食欲不振、恶心、嘔吐、右季肋部鈍痛、上腹部膨満感。

C 型肝炎では、症状は軽く、全く認めない例も多い。

5. 検査成績

GOT、GPT の急激な低下、T-Bil の上昇、プロトロンビン時間延長(40%以下)、T-cho の低下、コリンエステラーゼの低下、肝萎縮(腹部 CT 検査)

6. 検査所見

抗体測定では、発症初期の診断は困難。

HCV - RNA の同定が必要。

HCV 抗体(+)、HCV-RNA(+)、HCV コア蛋白。

HCV 抗体価のペア血清による上昇を確認する必要あり。

7. 拡大防止—感染管理

血液が直接、傷ついた皮膚や粘膜にからないようにする。

血液などの付着した器具類は、感染源にならないように処置する。

十分な水洗後、加熱滅菌あるいは薬物消毒をする。(ステリハイド浸漬 30 分～60 分)

十分な手洗いの励行。

8. 報告基準

HCV 抗体(-)。HCV - RNA 又は HCV コア抗原が(+)のもの。

ペア血清で第 2 あるいは第 3 世代 HCV 抗体の明らかな抗体価上昇を認めるもの。

9. HB、HCV 患者の針刺し事故

- ① すぐに流水で刺した部位を押し出すように洗い流す。
- ② すぐに看護師長(主任)に報告する。
- ③ 患者の感染症の確認(不明のとき、検査提出する。HB の時、看護師の抗体も確認する。)
- ④ 看護師長(主任)は、病院長、あるいは副院長に報告する。
- ⑤ 事故後 48 時間以内にデータを揃えて内科外来を受診する。ワクチン注射の有無と治療継続の有無の確認を行う。

[MRSA]

MRSA とは、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌の略称で多くの抗生物質に耐性を持った細菌である。

黄色ブドウ球菌は、皮膚の感染症、肺炎、尿路感染症、敗血症などを発生させる細菌ではあるが、健常人の皮膚や鼻粘膜にも常在している。

昔は、ペニシリンが有効であったが、1950 年代よりペニシリンやその他の薬剤に耐性の菌が出現し、これらに対してメチシリンや第一世代セフェム系の薬剤が開発され、きわめて有効で長時間使用されてきた。しかし、これらの薬剤にも耐性のある菌すなわち MRSA が出現し、1980 年代以降、第 3 世代セフェム系の薬剤が汎用されるようになってから、高い頻度で出現するようになった。

本来、第 3 世代セフェム系薬剤は、グラム陰性桿菌に有効であり、ブドウ球菌に対する作用は弱いとされているが、この薬剤を不適切に使用したことが MRSA の増加を助長したと考えられている。

現在一般に入院患者より分離される黄色ブドウ球菌の 20~80%が MRSA といわれており術後感染の予防や発熱患者に漫然と第 3 世代セフェム系薬剤を使用すると、MRSA の分離率が高くなることが知られている。

黄色ブドウ球菌

乾燥、湿潤いずれの状態でも生存する球菌であり食塩耐性も持つ。この球菌は、下記の酵素を生産する。

- ・ 人の血漿を凝固させる酵素
- ・ ペニシリンの β -ラクタム環を分解する酵素

また、この球菌の感染が原因となり食中毒を起こすエンテロトキシンを生産する。この球菌は、人では、「皮膚」「口腔」「咽頭」「鼻粘膜」「外陰」などに常在しているが、患者材料からの分離株は感染症の原因菌として疑いが強い。更に、厄介なことに多くの抗生物質に耐性を示す MRSA へ転身する問題の多い菌である。

保菌者

排泄物や分泌物の中に微量の MRSA が存在するが体の免疫力で MRSA の感染を押さえている状態で、症状がなく治療の必要のない人。他人に感染させたり、免疫力の低下により発病する可能性は持っている。

易感染性患者

- 高齢患者、特に寝たきりの高齢患者
- 第2、第3世代セフェム系抗生物質の長期投与者
- 侵襲が大きく長期間を要する手術患者(心臓、大血管手術、腹部大手術患者など)
- 広範囲の熱傷、外傷患者
- 未熟児、新生児
- 免疫不全状態にある患者
(悪性腫瘍患者、糖尿病患者、免疫抑制剤、抗癌剤投与患者など)
- 気管内挿管などによる長期呼吸患者
- IVH 施行患者

1. 感染経路

- ・接触・飛沫感染人から人へ …… 主に手や医療器具を介しての感染
- ・環境から人へ …… 手摺り、ドアノブ、床、蛇口、シーツ、寝具、シーツ交換時の空中浮遊菌など

2. 検査診断基準

検査材料から分離された黄色ブドウ球菌とその抗菌感受性もしくは MRSA 同定検査による。

3. 対策

(1) 患者の取扱（隔離の必要性）

易感染者の逆隔離／スクリーン、カーテンなどによる遮断

(2) 一般的看護

① 保清（入浴）

排菌のため入浴制限はしないが、全身状態をみて判断する。

また、シャワー浴が望ましいが医師の指示があればそれに従う。

ただし、「保菌者」の場合は一般患者とおなじあつかいをする。

② 患者及び家族指導

感染症に関する説明は医師が行う。

看護師は主に生活面に関する指導を行う。

行動の制限や面会の制限(乳幼児、老人等)を受ける場合があることを説明する。

日用品は本人専用とする。

含嗽、手洗いを励行される。

面会時には、必要があればガウンの着用及び含嗽、手洗いの実施を指導する。

「保菌者」は一般患者と同じ扱いとするが、下記の指導を行う。

含嗽、手洗いを励行

持ち物は本人専用とし、貸し借りはしないようにする。

易感染者との接触を避ける。

(2) その他

感染源である体液に触れる可能性がある場合は、下記に留意する。

「ガウンテクニック」「ディスピマスク・ディスピ手袋」の使用

検査、他科診療などの場合は、依頼伝票または紹介状に「MRSA 患者」であることを明記する。

(3) 消毒

- ① 血液・喀痰・膿汁・汚染ガーゼ・カテーテルはオートクレープ後、廃棄。
- ② 手指手掌の消毒は、流水と通常の石鹼による。20秒以上の手洗いで充分。
高濃度汚染の場合、逆性石鹼の塩化ベンザルコニウム・ハイアミンでの20秒以上の手洗いが必要。緑膿菌の場合 4%ヒビテンも用いられる。流水がない場合 7%エタノール 又はウエルパスを噴霧後自然乾燥させる。
- ③ ネブライザー・O₂マスクは 0.01~0.02%次亜塩素剤（ミルトン・ビューラックス）浸漬する。
- ④ 気管内吸引カテーテルは使い捨てが望ましい。
- ⑤ 検査器具の消毒はステリハイドを用いる。
- ⑥ リネン類は 80°C 10分間温水に浸し、0.01~0.02%次亜塩素散に5分間浸漬する。
- ⑦ 床・処置台・靴底の消毒は 0.05~0.2%オスバン／0.2~0.5%ヒビテングルコネート。
- ⑧ 浴槽は 0.2~0.5%両面活性剤 0.22%次亜塩素剤での清拭を行う。

[治療]

- ① バンコマイシン 2g／日 4回に分割 性格に6時間毎にD I V。
- ② スルバクタム／アンビシリソ 6g／日 アルベカシン 200mg／日 2回に分割D I V。ないしバクタ4ケ／日 さらにリファンビリジン 450~600mg／日 経口投与追加。3者併用する場合もある。

[精神病院の場合]

原則として保菌者の場合は、隔離の必要はない。ただし発症患者、保菌者であっても排出菌量が非常に多い場合は隔離が必要。

- ◎ 手洗いの励行に尽きたと考えられる
イソジン液による含嗽を適時行うこと。
常時臥床などで含嗽不能の場合は口腔ケアが必要。

[報告]

MRSA(拡散性及び非拡散性)の発症、検出を認めた病棟責任者を介して医師の確認の基で報告書を委員会へ提出する。

尚、精勤培養検査により連續3回陰性があれば主治医の判断により消失とし報告書を委員会へ提出する。

[行政措置]

4 類感染症として、患者の診断を下した指定届出機関の Dr は翌月の初日に最寄の保健所に届け出る。

【O-157】

1.O-157とはどのような菌か

病原性大腸菌O-157は、腸管出血性大腸菌（Vero毒素産生性大腸菌）に属する下痢を起こす大腸菌である。菌の種々の性状は、ヒトの常在菌である大腸菌とほぼ同じと考えてよいが、最大の特徴はVero毒素を産生することである。

Vero毒素は、培養細胞の一種であるVero細胞（アフリカミドリザルの腎臓由来）に極く微量で致死的に働くことから付けられた名称である。

O-157以外にもVero毒素を産生してO-157の場合と同じ疾病を起こす血清型が報告されているが、我が国や米国では、これまでにO-157が最も多く分離されている。

O-157は熱に弱く、75°Cで1分間加熱すれば死滅するが、低温条件には強く、家庭の冷蔵庫でも生き残る菌があると言われている。酸性条件にも強く、pH3.5程度でも生き残る。水の中では相当長期間生存するといわれている。

O-157の感染は、飲食物を介する経口感染で、O-157に汚染された飲食物を摂取するか、患者の糞便を何らかの理由で直接口にすることが唯一の原因である。感染が成立する菌量は約100個ともいわれ、従来報告されている食中毒菌の中では最も少ない。

2.O-157感染により、どのような症状が出現するか

病原性大腸菌O-157:H7感染（以下O-157感染という）では、まったく症状がないものから軽度の下痢、激しい腹痛、頻回の水様便、著しい血便とともに重篤な合併症を起こし、死に至るものまで様々である。しかし、多くの場合（感染の機会のあった者の約半数）は、平均して4～8日の潜伏期をおいて激しい腹痛を伴う頻回の水様便が始まり、まもなく著しい血便となる。これが出血性大腸炎である。

血液の検査所見では、合併症が始まると特徴的なものではなく、軽度の炎症所見が見られるのみである。出血性大腸炎の場合は、腹部超音波検査で、結腸壁の著しい肥厚が見られることが特徴的である。

O-157感染による有症状者の約6～7%では、下痢、腹痛などの初発症状発現の数日から2週間後、溶血性尿毒症症候群（HUS）または脳症などの重症合併症が発症することが多い。

鑑別診断としては、虫垂炎、腸重積、赤痢、カンピロバクターや、サルモネラなどによる食中毒が重要である。

3.下痢症の治療はどのように行なうか

下痢の症状がある時には、安静、水分の補給及び年齢・症状に応じた消化しやすい食事の摂取をすすめる。激しい腹痛や血便が認められ、経口摂取がほとんど不可能な場合は輸液を行なう。

止痢剤は、腸管内容物の停滞時間を延長し、毒素の吸収を助長する可能性があるので使用しない。

腹痛に対する痛み止めは、ペントゾシン（ソセゴン、ペントジンなど）の皮下注または筋注を慎重に行なう。（＊投与の目安：ペントゾシン5 - 10mg/kg）

スコポラミン系（臭化ブチルスコポラミン：ブスコパン、スペコリンなど）は腸管運動を抑制するため、この菌が毒素産生性である事を考慮すれば、避けた方がよい。

痛み止めの使用は、副作用に十分注意し、その使用回数は極力抑えるようにする。

4.抗菌剤治療をどのように考えるか

病原性大腸菌O-157感染による下痢症は、細菌感染症であるので、抗菌剤を使用することが基本である。

一方、抗菌剤の使用の有無による臨床効果の厳密な比較検討データはいまだ得られておらず、使用の是非、使用する薬剤の選択に関して多くの議論がある。

これまでに、ST合剤、ゲンタマイシンを使用した症例において、HUSが悪化したという報告や、抗菌剤を使用しても臨床経過の改善が認められなかつなどの報告がある。抗菌剤が、増殖した腸管内の菌を一度に破壊することによって、大量の毒素が遊離し症状を悪化させるのではないかという理論的懸念が指摘されており、いくつかの成書では抗菌剤の使用をすすめていない。しかし、このような解釈は根拠に乏しいとする批判もある。

したがって、現時点では、抗菌剤の使用については上記のことを念頭に置いて、主治医が判断して対応すればよい。

抗菌剤を使用する場合は、初発症状後できるだけすみやかに、以下に例示する抗菌剤の経口投与を行なう。

小児：ホスピマイシン(FOM)、ノルフロキサシン(NFLX) *、カナマイシン(KM)

*ノルフロキサシン50mg錠。5歳未満の幼児には錠剤が服用可能な事を確認して慎重に投与する。乳児等には投与しない。

成人：ニューキノロン、ホスピマイシン

これまで我が国においては、ホスピマイシン(1日2～3g、小児は40～120mg/kg/日を3～4回に分服)の投与が多く実施されている。

抗菌剤の使用期間は3～5日間とし、耐性菌と判明した場合はただちに中止する。

抗菌剤を使用していない場合、または抗菌剤との併用により、乳酸菌製剤などの生菌剤を投与する。

なお、輸液、抗菌剤の使用後まもなく症状が改善しても、その2～3日後に急激に症状が悪化することがあるので、この間は注意を怠ってはならない。

5.重症合併症をどのように予測し早期発見するか

頻回の水様便、激しい腹痛、血便を示す典型的な出血性大腸炎の症例では、その約10%に溶血性尿毒症症候群（HUS）や脳症の合併の可能性がある。

HUSとは、血栓性微小血管炎の形で乳幼児に好発する急性腎不全であり、

- ① 破碎状赤血球を伴った貧血
- ② 血小板減少
- ③ 腎機能障害

を3徴とする。

O-157感染は、HUSの重要な原因のひとつであり、

- ・ 血便を伴う重症下痢
- ・ 傾眠
- ・ 末梢白血球增多

があれば、HUS合併の可能性が高くなると考えられている。

HUSの初期に見られる症状・検査所見は下記のとおりである。

症状：乏尿、浮腫

検査所見：

- 尿検査 …… 尿蛋白、潜血
- 末梢血検査 …… 血小板数（減少）、白血球数（増加）
- 血液生化学検査 …… LDH（上昇）、血清ビリルビン値（上昇）

検査所見では、上記に引き続き赤血球数（減少）、ヘモグロビンヘマトクリット（低下）破碎状赤血球の出現、血清BUN、クレアチニン、GOT、GPT（いずれも上昇）などの異常が出現する。

したがって、外来では、血便がなければ乏尿、浮腫に注意しながら1～2日に1回程度の検査（少なくとも検尿は毎日1回）を、入院では、1日1回程度の検査を実施し、できるだけ早く結果を確認することが重要である。また、上記のような症状、検査所見が見られれば、HUSに対応できる設備、機能を持つ医療機関に転院させることが望ましい。

一般的にO-157感染に伴うHUSは、下痢、血便の始まりから数日～2週間以内に発症することが多いので、その間に以下のようないくつかの症状がみられたときは、HUSを疑う。このとき、検査所見が破碎状赤血球を伴った貧血、血小板減少、腎機能障害を示せば、HUSを診断される。

乏尿あるいは無尿、浮腫、意識障害、痙攣

その他、稀に肉眼的血尿、出血斑、黄疸

（稀であるが、出血性大腸炎の症状が強くなっても重症合併症が起こる例もあるので、本症の集団発生時には注意が必要である。）

下痢がおさまって1週間経過し、菌も陰性であれば、概ねHUSの心配はないといわれている。

脳症は、HUSと同じ頃またはHUSに先がけて発症することが多い。その予兆は頭痛、傾眠、不穏、多弁、幻覚で、これらが見られた場合には、数時間から12時間後に痙攣、昏睡が始まる 것을 예측해 대비해야 한다.

6.二次感染の防止のためにどのような指導を行なうか

病原菌大腸菌O-157は、少量の菌数で感染が成立するとされているため、乳少児が集団生活を行なう場合や家族内では二次感染を防止するために注意が必要である。患者またはその保護者に対し、次の留意事項を守るよう注意を促す。

1) 手洗いの励行

ヒトからヒトへの感染を防ぐには手洗いが最も大切である。排便後、食事の前、特に下痢をしている子供や高齢者の世話をしたときには、石鹼と流水でよく手を洗う。患者の糞便に触れた場合は直ちに流水で十分に手洗いを行い、逆性石鹼または消毒アルコールで消毒を行なう。また、患者本人が用便をした後も同様に十分な手洗い、消毒を行なう。

2) 消毒

① 消毒の範囲

原則として患者の家のトイレと洗面所を対象とする。患者の用便後は、トイレの取っ手やドアのノブなど患者が触れた可能性のある部分の消毒を行なう。

小児や高齢者の施設で発生した場合には、施設のトイレと洗面所を対象とする。

② 消毒薬と消毒法

逆性石鹼または両性界面活性剤などを規定の濃度に薄めたものに布を浸して絞り、上記の場所を拭き取る。噴霧はしない。また、クレゾールや石炭酸は環境保護の観点から使わない。

③ 寝衣、リネン、食器

患者が使用した寝衣やリネンは、家庭用漂白剤に浸漬してから洗濯するよう指導する。

糞便で汚染されたリネンは消毒用薬液に浸漬してから洗濯する。患者の糞便が付着した物品などは、煮沸や洗浄で消毒を行う。

食器は、洗剤と流水で洗浄する。

④ 入浴等について

患者が風呂を使用する場合には、混浴を避けるとともに、使用後に乳幼児を入浴させない。また、風呂の水は毎日換える。

患者等が家庭用のビニールプール等を使用する場合には、乳幼児と一緒に使用は避けるとともに、使用時ごとに水を交換する。

3) 食器を扱う際の注意

患者がいる家庭では、病気が治るまでの間、野菜を含め食品すべてに十分な加熱を行い、調理した食品を手で直接触れないように注意する。また、一般的に食品を扱う場合には、手や調理器具を流水で十分に洗う。生肉が触れたまな板、包丁、食器等は熱湯等で十分消毒し、手を洗う。75°C以上1分間の加熱により菌は死滅すると言われているため、調理にあたっては、中心部まで十分に加熱するとともに、調理した食品はすみやかに食べる。

なお、腸管出血性大腸菌感染症の伝染病予防法指定に伴い、患者及び保菌者を診断した医師は、ただちに保健所長に届け出ることが義務づけられている。

7.無症状の保菌者にはどのように対応するか

無症状の保菌者に対する抗菌治療の考え方は「4.抗菌剤治療をどのように考えるか」に準ずるものであり、投与を行う場合には概ね3日間を投与期間とする。

O-157の疫学、臨床的知見が十分でない現状からは、菌の排出を重視する観点から抗菌剤を投与することが多いが、投与にあたっては、その旨、保菌者またはその保護者に十分説明することが重要である。また、保菌者に対しては、手洗い・消毒の励行を十分に指導する。

8.菌陰性化をどのように確認するか

患者については、24時間以上間隔を置いて実施した少なくとも2回の検便結果が、連続して陰性（抗菌剤を投与した場合は、服薬中と服薬中止後48時間以上経過した時点の連続2回が陰性）であれば、菌陰性化として扱い、就業制限があれば解除する。

無症状の保菌者については、直近の検便結果が1回陰性であれば菌陰性化とみなしてよい。

集団発生時などさらに慎重を期す必要がある場合には、無症状の保菌者についても患者に準じた取扱いとする。