嘔吐および下痢の清掃に関する標準作業手順（SOP）

目的：嘔吐および下痢の事象から非常に感染力の強い病原体の拡散を防ぐため。

範囲：このポリシーは、食品施設での嘔吐および下痢の清掃を担当する従業員に適用されます。

指示：嘔吐および下痢の事象の清掃手順を策定し、従業員が書面による手順に従う方法について訓練します。以下のガイドラインを含めることを検討してください：

漏れを封じる

- □ 嘔吐および/または下痢から全方向に25フィート（約7.6メートル）以上の距離でエリアをクリアにする
- □ 汚染されたエリアへのアクセスをブロックする
- □ 重曹または液体漏れを封じるために設計された他の吸収材を使用する

清掃

- □ 清掃を担当する従業員は使い捨て手袋、マスク、エプロンを着用する必要があります
- □ 汚染される可能性のあるすべての食品および使い捨てアイテムを廃棄する
- □ 外側から中心に向かって液体をペーパータオルで拭き取ります。タオルはプラスチックのゴミ袋またはバイオハザード袋に廃棄してください。掃除機を使わないでください。掃除機は粒子を広げる可能性があります。
- □ 漏れたエリアを石鹸水で清掃し、漏れに近い表面や蛇口の取っ手、ドアノブ、カウンター、電話など頻繁に触れる高接触部位を含みます
- □ 洗浄したすべてのエリアを十分にすすぎます
- □ 使い捨てペーパータオルで乾燥させます
- □ すべてのアイテムは使用後に廃棄する必要があります
- □ 清掃後は石鹸と水で手を十分に洗います。アルコール消毒剤だけでは病原体に対して効果的ではない場合があります。

表面消毒オプション

- □ ***ハードで非多孔質な表面***にノロウイルスを不活化するのに十分な塩素系漂白剤またはその他のEPA登録消毒剤を使用します。消毒剤の強度と接触時間に関するメーカーの表示された指示に従ってください。
- □ 食品サービス施設に承認されたその他の表面には、スチームクリーニングまたは他のEPA登録消毒剤を使用します。

書面手順は、食品施設内に保管し、保健当局の要求に応じて利用できるようにします。

Southern Nevada Health District
280 S. DECATUR BLVD. • LAS VEGAS, NV 89107 • (702) 759-1110 • WWW.SNHD.INFO

嘔吐および下痢の清掃に関する標準作業手順（SOP）

表面の特定と清掃キットの組み立て
表面：食品施設内で消毒が必要なすべての表面を特定します。計画されている消毒剤がそれらの表面での使用にラベル付けされていることを確認します（施設内のすべての表面をチェックしてください）。
☐ **硬く非多孔質**（タイル、ビニール、封印されたコンクリート、ステンレス鋼）：消毒剤ラベルの「非多孔質」指示に従います。
☐ **多孔質**（未封印のコンクリート、木材）：ラベルの「多孔質」消毒指示に従います。
☐ **カーペットおよび布張り**：消毒剤が使用できない場合はエリアを閉鎖し、スチームクリーニングします。
☐ **リネンおよび衣服**：可能であれば、塩素漂白剤で機械洗濯し、高温で乾燥させます。
☐ **草地および屋外コンクリート**：アクセスをブロックし、漏れに吸収材を使用し、スクレーパーで袋に入れて、水でエリアをすすぎます。
清掃キット：食品施設での清掃に利用可能なアイテムを特定します（該当するものをすべてチェックしてください）：
☐ 使い捨てマスク　☐ 吸収材（重曹、猫用トイレ 砂）　☐ 使い捨てモップヘッド（掃除機は使用しない）　☐ ゴーグル
☐ 使い捨て手袋　☐ 使い捨てスコップ/紙皿　☐ モップバケツ/熱湯　☐ 使い捨てペーパータオル/布
☐ 使い捨てエプロン　☐ ゴミ袋　☐ 注意テープまたはサイン　☐ 石鹸
消毒剤：消毒剤の作り方および使用方法を詳述します（ラベルの混合指示に従ってください）。
EPA登録消毒剤名：　☐ 塩素漂白剤 または ☐ その他
消毒剤の量：＿＿＿＿＿＿　水の量：＿＿＿＿＿＿　接触時間：＿＿＿＿＿＿
指示：＿＿＿＿＿＿
キットの場所：＿＿＿＿＿＿　再利用可能な道具を洗浄するためのユーティリティシンクの場所：＿＿＿＿＿＿
注意：　嘔吐物や下痢の清掃に使用した道具は、可能な限り厨房内で保管または洗浄しないでください。

従業員訓練	
従業員は事前に適切に訓練される必要があります。以下をすべて選択してください。	
☐	従業員はどのように訓練されますか？ ☐ プランを読みサインする　☐ キットデモンストレーション　☐ その他：＿＿＿＿＿＿
☐	従業員はどのくらいの頻度で訓練されますか？ ☐ 一度　☐ 四半期ごと　☐ 年1回　☐ その他：＿＿＿＿＿＿

追加の施設特有の情報

プランの維持管理	
☐	清掃プランは食品施設内のどこに保管されていますか？＿＿＿＿＿＿
☐	プランはどのくらいの頻度で見直しおよび更新されますか？　☐ 年1回　☐ その他：＿＿＿＿＿＿

責任者（PIC）および従業員の署名		
責任者署名：	**印刷された名前：**	**日付：**
従業員署名：	**印刷された名前：**	**日付：**