

## 19 黄色ブドウ球菌食中毒（平成14年度報告書より）

- ・ 保存食の保管が不備なため、調査が極めて難しく、食中毒の原因食品を究明するには限界があった事例である。
- ・ 学校内での連絡体制が不備で、食中毒に迅速に対処できなかった事例である。

### (1) 食中毒事件の概要

- ・ D町立学校給食センターは、昭和51年に開設された3,000食/日能力のウエットシステムの共同調理場で、小学校6校、中学校3校に1,526食の給食を実施している。
- ・ 学校給食従事者は、学校栄養職員1名、学校給食調理員10名（臨時職員3名含む。）である。

発生日時 平成13年6月18日（月）  
有症者数 192名（教職員11名含む。）  
原因食品 不明  
原因物質 黄色ブドウ球菌

### (2) 食中毒事件の経過

6月19日、D中学校教職員から「前日の給食を食べた後にお腹が痛くなった生徒がいるようだ」との報告を受けた教頭は、校長が不在のため、児童生徒及び教職員の健康状態を調べるよう指示した。

調査の結果、腹痛を感じた生徒が70名、教職員が4名いたことを確認し、翌日の朝に校長の指示を仰ぐことにした。

6月20日、教頭から学校給食センターに状況報告を行った。

学校給食センターから報告を受けた町教育委員会は、直ちに保健所に連絡をとり、事態の対応について指導・助言を依頼、検便等を実施した。

6月21日、保健所の検査により検便から黄色ブドウ球菌が検出され、黄色ブドウ球菌による食中毒と断定されたが、原因食品は特定されなかった。

### (3) 食中毒事件における教訓と課題

#### ① 町教育委員会について

ア 食中毒事件の経過と報告によると、食中毒事件の発見の遅れ、発生後の連絡の遅れ、事件への対応の遅れなど緊急連絡網が不備なため事件の早期拡大防止策、原因究明が不十分なものになった。

教育委員会は、危機管理体制の整備及び各学校における衛生管理体制の整備を図る必要がある。

## イ 施設設備の整備について

食中毒事件後、調理場の衛生管理の改善に取り組んだとあったが、施設設備の整備、作業工程、作業動線とも、基準を遵守したものになっていないなど、有効な改善につながっていないことは残念なことであった。

調理場が狭いという説明であったが、不必要な調理用機器等が調理場内にあつたり、作業動線に配慮した機械器具の配置を行っていないことによるもので、改めて、学校栄養職員等の意見を十分に取り入れ、保健所等の指導を受けて、作業工程及び作業動線に配慮した機械器具の配置など速やかに改善措置を講じることが必要である。

## ウ 学校栄養職員の衛生管理の責任者としての役割

施設設備の整備、作業工程表及び作業動線図の作成、ドライ運用の取組等、衛生管理の充実に対して、学校栄養職員がその専門性を発揮し、衛生管理の責任者としての役割を十分に果たしていなかった。

教育委員会は、諸帳簿の整備状況、調理場の運営状況等を定期的に確認し、学校栄養職員が衛生管理の責任者としての役割を果たせるように体制を整える必要がある。

## ② 学校給食センターについて

ア 保存食容器が旧態依然の開放型のものであった。密封式であることは平成8年から指導していることであり、密封された保存食の確保が必要である。

イ ドライ運用が行われておらず床を濡らす調理作業、長いホースの使用、タオルの使用、学校給食に不要な物品が置かれているなど、旧態依然としたものであった。

ウ 作業工程及び作業動線が乱れているため、調理作業の能率が極めて悪く、学校給食調理員の仕事の分担確認が不十分で、忙しく作業している学校給食調理員がいる一方で、手持ち無沙汰の学校給食調理員がいた。

エ 学校栄養職員が衛生管理の責任者としての役割を十分に果たすためには、基準を熟知し、その専門性を発揮する必要がある。研修会等で得た知識を有効に生かす必要がある。

## ③ 学校について

ア 黄色ブドウ球菌による主な食中毒症状は、喫食後30分くらいから嘔吐、腹痛及び下痢があるというのが通例だが、今回は、腹痛だけで嘔吐等がないという特異な事例であった。症状が見られた時点で食中毒を疑い、全校児童生徒の健康観察を行うことが必要である。

イ 食中毒の疑いがある場合又は食中毒が発生した場合は、速やかに適切な措置がとれるように衛生管理体制の整備とマニュアルを作成しておく必要がある。