

21 ウェルシュ菌食中毒（平成14年度報告書より）

- ・ 当日納入、当日調理の原則が守られておらず、前日調理を行っていたために起きた食中毒事例である。
- ・ 学校栄養職員が配置されていない調理場における衛生管理及び学校給食管理の在り方を示した事例である。

(1) 食中毒事件の概要

- ・ C夜間定時制高等学校の調理場は、平成12年に改修された70食/日能力のドライシステムの単独調理場で、59名の給食を実施している。
- ・ 学校栄養職員は配置されておらず、学校給食調理員2名（非常勤）で給食を実施している。

発生日時 平成13年11月28日（水）
有症者数 31名（教職員6名含む。）
原因食品 五目ごはん
病因物質 ウェルシュ菌

(2) 食中毒事件の経過

11月26日、五目ごはんの具（鶏肉、たけのこ、にんじん、ごぼう等）を調理し、冷蔵庫に保管した。

11月27日、再加熱後、炊飯ジャーに保温し、ごはんと混ぜあわせ、午後6時20分からの給食時間に提供した。

11月28日、午後5時30分頃登校してきた生徒の多くが、前日から腹痛、下痢、嘔吐の症状を訴えていることが判明したため、担任らが状況把握をした。

その結果、41名の生徒のうち、3名が下痢症状などで欠席しており、登校していた生徒22名と教職員6名が食中毒症状を訴えていることが判明した。

校長は、直ちに職員会議を開き善後策を協議した結果、前日の給食による食中毒が疑わしいということになり、学校医にも相談した上、当日の給食を停止し、午後6時過ぎに生徒を帰宅させることにした。その後、教育委員会及び保健所に連絡をした。

午後8時35分、保健所職員が学校を訪れ、下痢症状のある教職員から聞き取り調査をした。その結果、全生徒に検便容器を本日中に届けるようにという指示が出た。

午後10時頃から、教職員が手分けして各家庭を訪問し、検便容器を配布するとともに事情を説明した。

11月29日、生徒への聞き取り調査を行い帰宅させた。

12月1日、検便検査の結果、ウェルシュ菌が検出された。

12月2日、11月27日の保存食からウェルシュ菌が検出されたため、原因物質はウェルシュ菌、原因食品は、五目ごはんによる食中毒と断定された。

(3) 食中毒事件における教訓と課題

① 教育委員会について

ア 学校栄養職員が配置されていないことから、繰り返し学校給食調理員対象の研修会等を開催したり、基準をより具体化した「衛生管理マニュアル」を作成配布したりして学校給食調理員の意識改革及び衛生管理の徹底を図っていた。

食中毒事件発生直後に行った学校給食調理員からの聞き取り調査においても、発生原因につながるような調査はできなかったが、ウエルシユ菌による食中毒と断定されたため、食材の納入伝票等を確認し、再度学校給食調理員の聞き取り調査を行った結果、前日調理が行われていたことが判明した。

原因追及に努力したことは評価できるが、研修会等で得た知識が調理場で実際に生かされているかどうか実態把握ができていなかった。

イ 学校給食の業務が、非常勤の学校給食調理員任せになっていたことが把握できていなかった。

学校栄養職員未配置の調理場における、衛生管理及び給食管理がどのように行われているか実態把握すること、併せて学校給食調理員任せにならないように、校長の意識改革を図る必要がある。

ウ 教育委員会が配布した参考献立をもとに、非常勤の学校給食調理員が献立を作成しているが、望ましい食事内容であるか、衛生管理に配慮した献立であるか等のチェックは行っていなかった。教育委員会が定期的にチェックできるような体制を整備する必要がある。

② 学校について

ア 食中毒症状の把握、生徒訪問及び指導、教育委員会への報告等、事後対策は迅速かつ的確に対応したことは評価される。

イ 危機管理の問題として

- ・ 学校栄養職員が配置されていないため、献立作成、調理、諸帳簿作成等を非常勤の学校給食調理員が行っていた。

校務分掌では衛生管理責任者は教頭、副責任者を事務長に定めていたが、その役割が十分に果たされていなかった。

- ・ 学校給食調理員の衛生管理に対する危機意識が低く、前日調理や温度記録の不備等基準を遵守できていなかった。衛生管理の基礎基本を再度研修させる必要がある。

責任者である校長は、衛生管理組織の活性化を図るとともに学校全体での協力体制が図られるよう整備する必要がある。

平成8年度～平成13年度に学校給食において発生した食中毒事例(抜粋)

【病因物資：ウェルシュ菌】

<事例1>

原因食品 不明

有症者数 312名

本事例は、原材料及び調理済みの保存食、施設・設備からはウェルシュ菌は検出されておらず、原因食品及び汚染経路の究明はできなかった。しかしながらスープやピラフの加熱温度を確認していなかった、加熱野菜の冷却及び保管が室温で行われていたなど、不適切な調理作業が行われていた。今回の食中毒事件は、平成8年度1学期に多発した腸管出血性大腸菌O157による食中毒の予防対策のための一連の指導が行われた後に発生しているが、指導が行われた消毒や温度確認等の必要性が給食現場に十分に周知されていなかったことが事件発生の一因であったと推測されている。

(平成8年度発生)

(参考文献)

「学校給食における衛生管理の改善に関する調査研究報告」

(平成8年度～平成13年度、文部科学省(旧、文部省))

