

| | | | |
|----------|-----------------|-------|--------|
| 事 件 番 号 | No. 3 | | |
| 発 生 期 間 | 1月8日13時30分～9日9時 | 原因施設 | その他 |
| 患者数／喫食者数 | 14／28（人） | 発 症 率 | 50.0 % |
| 原 因 食 品 | 施設の食事（朝食又は昼食） | | |
| 病 因 物 質 | ノロウイルス | | |

<検査結果>

| 検体種別 | 【食中毒起因菌】 | 【ノロウイルス】 | |
|--------|----------|----------|----------|
| 患者ふん便 | 0/14 | 12/14 | ノロウイルスGⅡ |
| 従事者ふん便 | 0/2 | 1/2 | ノロウイルスGⅡ |
| 拭き取り | 0/2 | 0/8 | |

<症 状>

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|-----|---|----|----|----|--------|---|---|---|------|----|
| おう吐 | 有 | 13名 | 無 | 1名 | 不明 | 0名 | 92.9 % | | | | | |
| 一日の回数 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10以上 | 不明 |
| 患者数 | | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|----|-----|----|-----|----|----|---------|---|---|---|------|----|
| 下痢 | 有 | 14名 | 無 | 0名 | 不明 | 0名 | 100.0 % | | | | | |
| 一日の回数 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10以上 | 不明 |
| 患者数 | | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| 便の性状 | 水様 | 9名 | 粘液 | 10名 | 不明 | 5名 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|-------|--------|--------|--------|--------|-------|----|---|---|---|---|
| 発熱 | 有 | 0名 | 無 | 14名 | 不明 | 名 | 0.0 % | | | | | |
| 体温 | | 37.0℃ | 37.0℃ | 37.5℃ | 38.0℃ | 38.5℃ | 39.0℃ | 不明 | | | | |
| | | 未満 | ～37.4℃ | ～37.9℃ | ～38.4℃ | ～38.9℃ | 以上 | | | | | |
| 患者数 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

その他

| | | | | | |
|------|-----------|------|-----------|------|-----------|
| 腹痛 | 1名（7.1%） | 吐き気 | 1名（7.1%） | 頭痛 | 0名（0.0%） |
| ふるえ | 0名（0.0%） | しぶり腹 | 0名（0.0%） | 倦怠感 | 3名（21.4%） |
| 脱力感 | 3名（21.4%） | 寝込んだ | 8名（57.1%） | 寒気 | 0名（0.0%） |
| げっぷ | 0名（0.0%） | しびれ | 0名（0.0%） | 発疹 | 0名（0.0%） |
| 目の異常 | 0名（0.0%） | 喉の痛み | 0名（0.0%） | 上気道炎 | 0名（0.0%） |

1 事件の概要

1月9日9時30分、グループホームの職員から「1月8日13時30分頃から20時くらいの間に入所者16名中14名がおう吐、下痢の症状を呈している。また、前日1月7日に調理を担当する1名が体調不良を呈していたがそのまま調理に従事していた。」旨、多摩小平保健所に連絡があった。

当該施設は、1回の提供食数が20食程度未満の食事提供施設であるため、食品衛生法による営業の届出は不要であったが、小規模給食施設・ボランティア給食における食事の提供に係る任意の届出についてもなされていなかった。

調査の結果、当該施設の入所者16名のうち14名が1月8日13時30分から9日9時にかけておう吐、下痢等の症状を呈していた。また、患者の居室フロアには偏りはなく、発症時間に一峰性がみられた。患者14名は、当該施設で調理された1月6日朝食から7日昼食のメニューを全て喫食しており、全員の共通食は当該施設の食事以外になかった。

入所者は1階に8名、2階に8名と分かれており、各階の入所者は1月1日以降交差していなかった。また、職員が1日に各階を行き来することは基本的になかった。当該施設において、1月8日以前に

おう吐など体調不良を呈する入所者及び職員は、当該調理従事者1名以外におらず、その他感染症を疑う情報はなかった。

検査の結果、患者12名及び調理従事者1名のふん便からノロウイルスGⅡを検出した。患者の症状及び潜伏期間はノロウイルスによるものと一致した。

これらのことから、多摩小平保健所は「施設の食事（朝食又は昼食）」を原因とする食中毒事件と断定した。

2 発生原因等

調理従事者1名は1月7日3時頃から自宅にて下痢を呈していたが、下痢止めを服用し7日の朝食及び昼食、前日6日の朝食及び昼食の調理を行っていた。当該施設では、従事者の健康状態について、出勤時に発熱や味覚異常がないか確認していたが、下痢やおう吐等の症状があった場合の報告は求めておらず、その記録もなかった。

当該施設では1階と2階に調理場があり、ユニット毎に職員と入所者が共同で調理を行っていたが、当該調理従事者が勤務した1月6日及び7日の朝食の一部と昼食の一部は、1階と2階の両フロア分を調理していた。調理場の二槽のシンクは、使い分けがされておらず、手洗器の設置もなかったため、手洗いと食材や調理器具等の洗浄は同じシンクで行われていた。また、手洗後は共用のタオルを用いて手を拭いていた。さらに、調理従事者は手袋を使用せず素手で作業を行っていた。

これらのことから、ノロウイルスに感染していた調理従事者が手洗い不十分なまま調理し、食材又は調理器具等がノロウイルスに汚染された可能性が考えられた。また、当該施設の調理場に調理従事者専用の手洗器がなく、二槽あるシンクは使い分けがされていなかったことから、手洗いの際に食材及び調理器具等が汚染された可能性も考えられた。

3 まとめ

本件は、自宅で下痢症状を発症した調理従事者が、十分に手洗いをせずに調理に従事したことや手洗い時に食材や周辺環境を汚染したことにより発生したと推測されるノロウイルス食中毒事件であった。当該施設では、調理従事者について、食中毒を防止する観点から必要な毎日の健康状態の確認をしておらず、その記録もなかった。本件を受けて、当該施設は調理に従事する職員に対し、胃腸炎症状等を含めた毎日の健康状態の確認及び記録並びに体調不良がある場合には調理に従事しないことを徹底するように改善した。また、当該施設の調理場で使用していた共用タオルの使用を中止し、使い捨てペーパータオルに変更した。

当該施設は、1回の提供食数が20食程度未満の食事提供施設であるため、食品衛生法による営業の届出は不要とされている。一方、小規模給食施設・ボランティア給食における食事の提供に係る任意の届出を提出していなかった。従って、多摩小平保健所では当該施設を把握しておらず、立入りした履歴も食品衛生講習会に参加した記録もなかった。

本件を受け、当該施設は、小規模給食施設・ボランティア給食における食事の提供に係る届出を提出した。また、当該グループホームのような施設を指定している自治体の管轄部署に対し、同様施設への本件に係る情報提供及び再発防止対策をまとめた啓発資材の送付を依頼した。今後、同様の食中毒事件が発生しないよう、関係部署と更なる連携を強化していく必要がある。

| | | | |
|----------|-----------------|-------|---------|
| 事 件 番 号 | No. 7 | | |
| 発 生 期 間 | 1月13日1時から14日22時 | 原因施設 | 飲食店（一般） |
| 患者数／喫食者数 | 20／56（人） | 発 症 率 | 35.7% |
| 原 因 食 品 | 弁当類 | | |
| 病 因 物 質 | ノロウイルス | | |

<検査結果>

| 検体種別 | 【食中毒起因菌】 | 【ノロウイルス】 | |
|----------|----------|----------|--|
| | | | 内訳 |
| 患者ふん便 | 0/17 | 8/17 | |
| 従事者ふん便 | 0/6 | 2/6 | |
| 従事者家族ふん便 | 0/1 | 1/1 | |
| 拭き取り | 0/6 | 1/6 | トイレ (フラッシュバルブ、 便器ふち、便器ふち裏、 便座裏) |

<症 状>

| | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|------|-------|-------|---|---|---|---|---|------|----|
| おう吐 | 有 12名 | 無 8名 | 不明 0名 | 60.0% | | | | | | | |
| 一日の回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10以上 | 不明 |
| 患者数 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 5 | 0 |

| | | | | | | | | | | | |
|-------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|---|---|---|------|----|
| 下 痢 | 有 13名 | 無 7名 | 不明 0名 | 65.0% | | | | | | | |
| 一日の回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10以上 | 不明 |
| 患者数 | 0 | 2 | 0 | 2 | 4 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 0 |
| 便の性状 | 水様 10名 | 粘液 3名 | 粘血 0名 | 軟便 2名 | 不明 1名 | (重複あり) | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----|-------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------|----|
| 発 熱 | 有 14名 | 無 6名 | 不明 0名 | 70.0% | | | |
| 体温 | 37.0℃ 未満 | 37.0℃ ～37.4℃ | 37.5℃ ～37.9℃ | 38.0℃ ～38.4℃ | 38.5℃ ～38.9℃ | 39.0℃ 以上 | 不明 |
| 患者数 | 0 | 0 | 2 | 8 | 2 | 2 | 0 |

その他

| | | | | | |
|---------|-------------|---------|-------------|---------|------------|
| 腹 痛 | 10名 (50.0%) | 吐 き 気 | 10名 (50.0%) | 頭 痛 | 9名 (45.0%) |
| ふ る え | 0名 (0.0%) | し ぶ り 腹 | 1名 (5.0%) | 倦 怠 感 | 9名 (45.0%) |
| 脱 力 感 | 6名 (30.0%) | 寝 込 ん だ | 10名 (50.0%) | 寒 気 | 7名 (35.0%) |
| げ っ ぷ | 3名 (15.0%) | し び れ | 0名 (0.0%) | 発 疹 | 0名 (0.0%) |
| 目 の 異 常 | 0名 (0.0%) | 喉 の 痛 み | 1名 (5.0%) | 上 気 道 炎 | 0名 (0.0%) |

1 事件の概要

1月16日15時15分、患者から目黒区保健所に「1月12日、会社で購入した弁当を喫食したところ体調不良になった。同様の症状を示す者が他に15名いる。」との届出があった旨、都食品監視課を通じて、弁当を調製した飲食店を所管する杉並区杉並保健所に連絡があった。

その後の調査により、当該飲食店が1月12日に調製した弁当類（弁当もしくはそうざい、またはその両方）を同日11時30分から13日12時20分にかけて喫食していた6グループ56名のうち5グループ20名が、13日1時から14日22時にかけて発熱、下痢、おう吐等の症状を呈していたことが判明した。

検査の結果、患者8名、調理従事者2名、従事者家族1名のふん便及び施設内トイレからノロウイルスGⅡが検出された。患者の発生時期は一峰性を示し、潜伏期間及び症状はノロウイルスによるものと一致していた。また、患者20名は5グループに分かれており、発症前にグループ間での共通行動は確認されなかった。

これらのことから、杉並保健所は弁当類を原因とする食中毒事件と断定した。なお、患者らの共通食は当該弁当類以外になかったが、具体的な原因食品の特定には至らなかった。

2 発生原因等

当日は、調理従事者及びその他の従事者の計6名が出勤しており、うち4名が当日午前6時から午前9時過ぎまで当該弁当類の調製を行っていた。そのうち1名の従事者は家族（乳幼児）を連れて出勤し、乳幼児を背負って調理業務に従事していた。乳幼児は1月10日に保育園を早退後、医療機関を受診して感染性胃腸炎と診断されていた。行政検便の結果、乳幼児からノロウイルスGⅡが検出された。

当日出勤していた6名の従事者については、当該弁当類の調製中に体調不良者はいなかった。しかし、4名が作業終了後の1月12日16時から14日にかけて、消化器症状を呈し、うち2名のふん便からノロウイルスGⅡが検出された。なお、出勤していた従事者は調理業務の前後に乳幼児をあやすなど乳幼児と接触する機会があった。

当該飲食店では調理場の整頓、清掃状況は概ね良好であり、包丁やまな板の使い分けも適切に行われていた。しかし、シンクの使い分けが不十分であり、調理用シンクで手洗いが行われていた。また、乳幼児を背負って作業していた従事者は、主に弁当の盛り付け作業を担当し、作業中は手袋を使用していたが、小さなおかず用カップに副菜を詰める際には一時手袋を外して作業を行うこともあった。また、当日は勤務途中におむつ替え等を行い、その後の手洗いは調理用シンクで石けんのみを使用し、消毒はしていなかった。

これらのことから、ノロウイルスに感染していた乳幼児から調理従事者の手指を介して弁当類が汚染された可能性が高いと推察された。

3 考察

本件の発生要因として、営業者が調理場内に調理従事者以外の立ち入りを容認していたことが挙げられる。また、当該飲食店では通常時は店頭でのみ弁当類を販売していたが、月1回程度、特定顧客に限って弁当類の仕出しを行っており、1月12日はその仕出し業務があったために通常の2倍以上の弁当類を限られた時間内に調製しなければならない状況にあった。このため、施設の処理能力を超える業務量となっていたことも発生要因として考えられる。営業者は、従事者の不顕性感染の可能性への配慮のみならず、発症している従事者家族（乳幼児）を調理場に入れるなど、基本的な食中毒予防についての意識が欠如していた。加えて、調理作業における従事者の手洗いや手袋の使用についても不適切な点が確認された。

家族、特に乳幼児が胃腸炎症状を呈した場合には、自身に症状がなくても感染者である可能性は極めて高い。日頃から営業者は従事者に不顕性感染者がいる可能性を想定することはもとより、家族等にノロウイルス感染者がいる場合には、食中毒予防対策として調理場内にノロウイルスを持ち込ませない、そして食品を汚染させないように、より一層の厳重な対策を講じることが重要である。

なお、杉並保健所では再発防止に向けて、営業者に対しHACCPの考え方を取り入れた衛生管理の徹底、ノロウイルスによる食中毒について講習を行い、手洗い及び消毒方法、家族を含む健康管理の重要性など、具体的な食中毒防止対策について指導した。

| | | | |
|----------|-----------------|-------|---------|
| 事 件 番 号 | No. 13 | | |
| 発 生 期 間 | 1月23日13時50分～22時 | 原因施設 | 飲食店（一般） |
| 患者数／喫食者数 | 38／298（人） | 発 症 率 | 12.8 % |
| 原 因 食 品 | 弁当 | | |
| 病 因 物 質 | セレウス菌 | | |

<検査結果>

| 検体種別 | 【食中毒起因菌】 | |
|--------|----------|------|
| 患者ふん便 | 1/23 | B. c |
| 患者吐物 | 0/1 | |
| 従事者ふん便 | 0/8 | |
| 食品（残品） | 9/18 | B. c |
| | 8/18 | Sta |
| 拭き取り | 3/25 | B. c |
| | 1/25 | Sta |

<症 状>

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|----|-------|--------|--------|--------|--------|-------|----|---|---|--------|----|
| おう吐 | 有 | 34名 | 無 | 4名 | 不明 | 0名 | | | | | 89.5 % | |
| 一日の回数 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10以上 | 不明 |
| 患者数 | | 3 | 2 | 6 | 2 | 4 | | | 1 | | 12 | 4 |
| 下痢 | 有 | 35名 | 無 | 3名 | 不明 | 0名 | | | | | 92.1 % | |
| 一日の回数 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10以上 | 不明 |
| 患者数 | | 3 | 3 | 7 | 2 | 2 | 2 | 4 | 1 | | 9 | 2 |
| 便の性状 | 水様 | 27名 | 粘液 | 4名 | 粘血 | 1名 | 不明 | 4名 | | | | |
| 発熱 | 有 | 10名 | 無 | 28名 | 不明 | 0名 | | | | | 26.3 % | |
| 体温 | | 37.0℃ | 37.0℃ | 37.5℃ | 38.0℃ | 38.5℃ | 39.0℃ | 不明 | | | | |
| | | 未滿 | ～37.4℃ | ～37.9℃ | ～38.4℃ | ～38.9℃ | 以上 | | | | | |
| 患者数 | | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | | 2 | | | | |

その他

| | | | | | |
|------|-------------|------|-------------|------|-------------|
| 腹痛 | 22名 (57.9%) | 吐き気 | 34名 (89.5%) | 頭痛 | 5名 (13.2%) |
| ふるえ | 10名 (26.3%) | しぶり腹 | 0名 (0.0%) | 倦怠感 | 16名 (42.1%) |
| 脱力感 | 10名 (26.3%) | 寝込んだ | 15名 (39.5%) | 寒気 | 18名 (47.4%) |
| げっぷ | 5名 (13.2%) | しびれ | 3名 (7.9%) | 発疹 | 0名 (0.0%) |
| 目の異常 | 0名 (0.0%) | 喉の痛み | 2名 (5.3%) | 上気道炎 | 0名 (0.0%) |

1 事件の概要

1月23日17時35分、千代田区内の飲食店営業者から「1月23日に納品した弁当を喫食した患者から、おう吐及び下痢等の症状があった旨の連絡を受けた。」旨、東京都保健医療情報センターを通じて千代田区千代田保健所に連絡があった。同日、港区及び中央区内の医療機関からも、各管轄保健所に「食中毒様症状を呈する複数の患者が受診した。」との連絡があった。各保健所が実施した調査の結果、患者らはいずれも同一事業所に勤務しており、当該飲食店が調製した弁当を喫食していることが判明した旨、都食品監視課を通じて千代田保健所に連絡があった。

千代田保健所が行った調査の結果、1月23日に当該飲食店で調製された弁当を喫食した298名のうち、38名が同日13時50分から22時にかけて、吐き気、おう吐、下痢、腹痛等の症状を呈していた。

検査の結果、患者ふん便1検体、弁当残品8検体及び拭き取り3検体からセレウス菌が検出された。患者の症状及び潜伏期間はセレウス菌によるものと一致しており、患者の共通食は当該飲食店の弁当以外になかった。さらに、事業所内で感染症を疑う事象も確認されていなかった。

これらのことから、千代田保健所は「弁当」を原因とする食中毒事件と断定した。

なお、弁当残品6検体、食品残品（もやし、卵）2検体及び拭き取り1検体から黄色ブドウ球菌が検出されたが、菌量が少量であったことから、本件の病因物質とは考えにくいと判断した。

2 発生原因等

1月23日に提供された「牛そぼろ弁当」の内容は、牛そぼろ、炒り卵、もやしナムル、キムチ（市販品）、ご飯であった。

当該飲食店では、弁当のご飯を配送前日の1月22日21時頃から同月23日4時にかけて炊飯していた。炊飯後、ご飯をバットに入れて放冷後、弁当容器に詰める作業を4～5回程度繰り返して行っていた。また、牛そぼろ、いり卵及びもよしのナムルは、配送前日22日に調理し、食品保存容器に移して氷水で冷却した後、冷蔵庫で保管し、当日23日0時から弁当容器への盛り付けを行っていた。

1月23日の受注は、弁当発注仲介サイト経由で「牛そぼろ弁当」300食であった。弁当の配送は、仲介業者から委託を受けた別業者が担当しており、営業者は23日8時15分に弁当を常温で引き渡した。引き渡し後は保冷カバーを使用して直射日光を遮断しつつ運搬し、9時15分頃に事業所へ配送した。弁当は各フロアのパントリーに陳列され、その後は温度管理が行われることなく、室温約24℃で9時15分から15時まで保管されていた。

弁当残品の複数検体からセレウス菌が検出されたことから、調理工程において同菌に汚染され可能性が考えられた。また、弁当調製後から配送時の引き渡しまでの間に約8時間常温で保管されたものがあり、さらに事業所内で最大5時間30分程度常温保管が確認されたことから、これらの過程においてセレウス菌が増殖し、発症菌量に達したものと推察された。

3 まとめ

本件は、調理工程における温度管理の不備及び厨房の規模を超えた大量の弁当調製が原因で発生した食中毒であった。

当該飲食店は、弁当の調製を提供日前日から行っており、調製から配送まで最長で8時間程度経過していた。梱包後、配送まで常温で保管しており、長時間不適切な温度管理を行ったことにより、セレウス菌が増殖したと考えられた。営業者に普段の受注数を確認したところ、普段は20～30食程度とのことだった。これらのことから、本件で受注した300食は普段の食数より多かったため、十分な衛生管理ができなかったことが考えられた。厨房の規模や人員も今回の受注食数に見合っておらず、食品の放冷や温度管理が十分に行えなかったことが推察された。

また、配送時及び配送先では、常温で弁当が保管されており、セレウス菌の増殖がさらに進んだことが推察された。

弁当調製を行う営業者に対し、温度管理の徹底及び施設規模に応じた食数の提供を指導する必要がある。また、弁当配達先での管理方法も確認し、その状況を踏まえて衛生管理に取り組むよう併せて指導する必要がある。

| | | | |
|----------|--------------|-------|---------|
| 事 件 番 号 | No. 15 | | |
| 発 生 期 間 | 1月24日11時～20時 | 原因施設 | 飲食店（一般） |
| 患者数／喫食者数 | 26／31（人） | 発 症 率 | 83.9 % |
| 原 因 食 品 | 弁当 | | |
| 病 因 物 質 | ウエルシュ菌 | | |

<検査結果>

| 検体種別 | 【食中毒起因菌】 | | 【ノロウイルス】 |
|---------|-----------|-------------------|----------|
| | | 血清型 | |
| 患者ふん便 | 16/19 C.p | TW37 | 0/19 |
| | 1/19 Sal | O4 Agona | |
| 非発症者ふん便 | 3/4 C.p | TW37 | 0/4 |
| 従事者ふん便 | 1/5 C.p | TW37 | 0/5 |
| | 1/5 Sal | O4 Schwarzengrund | |
| 食品（参考品） | 6/6 C.p | TW37 | |
| 拭き取り | 0/9 | | 0/5 |

<症 状>

| | 下痢 | 有 | 25名 | 無 | 1名 | 不明 | 0名 | 96.2 % | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|----|----|------|----|----|----|----|----|
| 一日の回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11以上 | 不明 | | | | |
| 患者数 | 1 | 2 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 3 | 0 | 2 | 1 | 1 | | | | |
| 便の性状 | 水様 | | 23名 | | 粘液 | | 6名 | | 粘血 | | 0名 | | 軟便 | 1名 | 不明 | 0名 |
| おう吐 | 有 | 1名 | 無 | 25名 | 不明 | 0名 | 3.8 % | | | | | | | | | |
| 一日の回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11以上 | 不明 | | | | |
| 患者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 10 | | | | |
| 発熱 | 有 | 0名 | 無 | 26名 | 不明 | 0名 | 0.0 % | | | | | | | | | |
| 体温 | 37.0℃ | 37.0℃ | 37.5℃ | 38.0℃ | 38.5℃ | 39.0℃ | 40.0℃ | 不明 | | | | | | | | |
| | 未満 | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | 以上 | | | | | | | | |
| | | 37.4℃ | 37.9℃ | 38.4℃ | 38.9℃ | 39.9℃ | | | | | | | | | | |
| 患者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |

その他

| | | | | | |
|------|-------------|------|------------|------|------------|
| 腹痛 | 19名 (73.1%) | 吐き気 | 4名 (15.4%) | 頭痛 | 1名 (3.8%) |
| ふるえ | 1名 (3.8%) | しぶり腹 | 3名 (11.5%) | 倦怠感 | 5名 (19.2%) |
| 脱力感 | 2名 (7.7%) | 寝込んだ | 3名 (11.5%) | 寒気 | 1名 (3.8%) |
| げっぷ | 1名 (3.8%) | けいれん | 0名 (0.0%) | しびれ | 0名 (0.0%) |
| 発疹 | 0名 (0.0%) | 目の異常 | 0名 (0.0%) | 喉の痛み | 0名 (0.0%) |
| 上気道炎 | 0名 (0.0%) | 貧血 | 2名 (7.7%) | | |

1 事件の概要

1月25日午前9時35分頃、患者グループの勤務先から「1月24日に弁当を喫食したところ、複数名が下痢や腹痛等の食中毒様症状を呈している。」旨、江戸川区江戸川保健所に連絡があった。また、同日午前中に弁当を販売した営業者から『1月24日に購入した弁当を喫食したところ、体調不良を呈した。』と複数の販売先から連絡を受けた。」旨、江戸川保健所に届出があった。

調査の結果、当該業者が1月24日に調製した弁当は53食であり、うち51食が販売されていた。調査協力の得られた7グループ31名のうち26名が1月24日18時から1月25日10時にかけて下痢、腹痛等の症状を呈していた。患者らの共通食は当該業者が調製した弁当のみであり、感染症が疑われる状況は確認されなかった。

検査の結果、発症者16名及び調理従事者1名のふん便並びに当該施設が調製した弁当のおかずからウエルシュ菌（エンテロトキシン産生性、血清型：TW37）が検出され、患者の症状及び潜伏期間がウエルシュ菌によるものと一致した。また、患者2名を診察した医師から食中毒患者届出票が提出された。

これらのことから、江戸川保健所は「弁当」を原因とする食中毒事件と断定した。

2 発生原因等

(1) 調理、製造等の方法

1月24日の弁当について、主なおかずの調理工程は以下のとおりであった。

| 料理名 | 調理方法 |
|--------------|--|
| じゃことピーマンの炒め物 | 茹でたピーマン、ちりめんじゃこ、調味料をフライパンに入れ加熱し盛り付ける。 |
| カボチャの味噌煮 | 提供前日に調味料とカボチャを寸胴鍋に入れ加熱し、前日正午から提供当日の午前8時頃まで常温放置。調味されたカボチャをそのまま盛り付け、その上からタレをかける。 |
| 鶏のケチャップ焼き | 鶏もも肉、茹でたスナップエンドウ、調味料をフライパンに入れ加熱し盛り付ける。 |

(2) 汚染経路の追求

業者が回収した弁当2食分のおかず全てからウエルシュ菌が検出されたが、回収時点で弁当2食分の中身が混ざり合っていたため、ウエルシュ菌が弁当容器内で拡散したと考えられた。そのため、原因となる食品の特定には至らなかった。

しかし、調理従事者からの聞き取りにより、カボチャの味噌煮は調理後20時間近く室温下に放置され、再加熱せずに盛り付けされたことで、ウエルシュ菌が増殖し、食品が汚染された可能性が示唆された。

3 まとめ

当該施設では販売当日に弁当を調製する運用を行っていたが、販売数の増加に伴い、試行的に調理の一部を前日に行うことで当日の調製時間の短縮を図っていた。弁当のおかずであるカボチャの味噌煮も試行的に前日調理を行っていた。その調理方法の検討過程において、調理時間が長くなることで生じる危害要因の分析は十分にされていなかった。そのため、調理後20時間近く室温下に放置したものを、再加熱せずに盛り付けしていた。

以上の経過事実及び業者が回収した弁当のおかずからウエルシュ菌が検出されたことから、本件は危害要因分析が十分に行われていなかったため、ウエルシュ菌に対する適切な対策が取られず、食中毒事件が発生したものと考えられた。

本件の病因物質であるウエルシュ菌による食中毒は、前日に加熱調理した食品を鍋に入れたまま室温で放冷したことが原因と考えられる事例が多く、本件でも同様の工程が確認された。これまでの例と同様な原因でウエルシュ菌による食中毒が発生したことは、依然としてウエルシュ菌の危険性が一部の調理従事者に浸透していない証左であり、引き続き業者に対して食品衛生に関する正しい知識の普及が重要であると考えられた。

なお、江戸川保健所は、自粛及び営業停止期間中に、業者らに対してウエルシュ菌等に関する食中毒予防について食品衛生講習会を実施し、危害要因を踏まえ、衛生管理計画及び衛生管理記録の作成について見直すよう指導した。

| | | | |
|----------|-----------------|-------|---------|
| 事 件 番 号 | No. 39 | | |
| 発 生 期 間 | 3月18日6時～19日23時 | 原因施設 | 飲食店（一般） |
| 患者数／喫食者数 | 5／9（人） | 発 症 率 | 55.6% |
| 原 因 食 品 | 飲食店の食事（鶏わさを含む。） | | |
| 病 因 物 質 | カンピロバクター | | |

<検査結果>

| 検体種別 | 食中毒起因菌 | | ノロウイルス |
|---------------|-----------------|--------------------|--------|
| 従事者ふん便 | 0/2 | | 0/2 |
| 患者ふん便 | 4/4 Camp jejuni | | 0/4 |
| 拭き取り検体 | 3/7 Sta | | |
| 食 品 (参考食品) | 鶏ササミ | Sta | 0/1 |
| | 鶏レバー | Sta | 0/1 |
| | 鶏ももたたき | Camp jejuni Sta | 0/1 |

<症 状>

| | | | | | | | | | | | |
|-------|------|------|-------|--------|------|---|---|---|---|------|----|
| 下 痢 | 有 5名 | 無 0名 | 不明 0名 | 100.0% | | | | | | | |
| 一日の回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10以上 | 不明 |
| 患者数 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| 便の性状 | 水様4名 | | 粘液0名 | | 不明0名 | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----|-------|--------|--------|--------|--------|-------|----|
| 発 熱 | 有 5名 | 無 0名 | 不明 0名 | 100.0% | | | |
| 体温 | 37.0℃ | 37.0℃ | 37.5℃ | 38.0℃ | 38.5℃ | 39.0℃ | 不明 |
| | 未滿 | ～37.4℃ | ～37.9℃ | ～38.4℃ | ～38.9℃ | 以上 | |
| 患者数 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 |

その他

| | | | | | |
|---------|------------|---------|------------|---------|------------|
| 腹 痛 | 3名 (60.0%) | 吐 き 気 | 1名 (20.0%) | 頭 痛 | 2名 (40.0%) |
| ふ る え | 0名 (0.0%) | し ぶ り 腹 | 1名 (20.0%) | 倦 怠 感 | 1名 (20.0%) |
| 脱 力 感 | 0名 (0.0%) | 寝 込 ん だ | 3名 (60.0%) | 寒 気 | 2名 (40.0%) |
| げ っ ぷ | 0名 (0.0%) | し び れ | 1名 (20.0%) | 発 疹 | 0名 (0.0%) |
| 目 の 異 常 | 0名 (0.0%) | 喉 の 痛 み | 0名 (0.0%) | 上 気 道 炎 | 0名 (0.0%) |

1 事件の概要

3月21日9時、患者から「3月16日13時から15時頃にかけて台東区内の飲食店を9名で利用したところ、うち5名が19日0時頃から腹痛、下痢、発熱等の症状を呈した。」旨、台東区台東保健所に連絡があった。

調査の結果、患者ら9名は3月16日13時頃から当該飲食店で鶏わさ3種盛り（レバー、もも、ササミ）、トマトサラダ、イカ墨オムライス、鶏南蛮等を喫食していた。その後、9名中5名が3月18日6時から19日23時にかけて下痢、発熱、腹痛等の症状を呈した。

検査の結果、患者ふん便4検体及び参考食品（鶏ももたたき）1検体からカンピロバクター・ジェジュニが検出され、患者の症状及び潜伏期間はカンピロバクターによるものと一致していた。

患者の共通食は当該飲食店以外にはなかった。また、患者の発症日以前の食事を調査した結果、患者1名は発症当日の昼に半生のハンバーグを喫食していたが、喫食後10時間程度で下痢症状を呈しており、当該ハンバーグが発症原因とは考えにくかった。なお、他4名の患者については、発症日1週間

前から肉類の生又は半生メニューの喫食はなかった。

これらのことから、台東保健所は「飲食店の食事（鶏わさを含む。）」を原因とする食中毒事件と断定した。

2 発生原因等

(1) 調理・製造等の方法

患者が喫食した「鶏わさ3種盛り」は、レバー、もも、ササミを一皿に盛合せて提供していた。それぞれの提供方法は以下のとおりである。

ア レバー

ハツを取り除いたレバーを洗って紙ナプキンに包み、バットに入れて冷蔵保管する。注文後、レバーの表面を炙り、カットしてごま油、塩、にんにくを混ぜ、スライスした玉ねぎの上に乗せて提供する。

イ もも

皮付きのもも肉を約2分間ボイルし、バットに入れてラップをかけ、冷蔵保管する。注文後、皮目を炙った後カットし、ポン酢、万能ねぎ、もみじおろしを乗せて提供する。

ウ ササミ

約3分間ボイルした後、紙ナプキンで包み、バットに入れて冷蔵庫で保管する。注文後、カットし、刻みのり、三つ葉を乗せて提供する。

(2) 汚染経路の追及

当該飲食店では、加熱用の鶏肉を使用して、鶏わさ3種盛りを提供していた。

鶏わさ3種盛りのレバー、もも、ササミはいずれも加熱していたが、加熱不十分な状態で提供しており、参考食品（鶏ももたたき）1検体からカンピロバクター・ジェジュニが検出されたことから、鶏わさ3種盛りに使用した鶏肉が仕入れた段階でカンピロバクターに汚染されていた可能性が非常に高いと推察された。

また、当該飲食店では鶏刺し用のまな板と包丁は専用のものを使用していたが、サラダ等の盛り付け作業を生肉処理用の作業台で行っていたため、二次汚染の可能性も考えられた。

3 考察

本件は、加熱用の鶏肉を加熱不十分な状態で提供したことにより発生した食中毒事件である。営業者は、営業開始時から約8年間、鶏肉が加熱用であることを認識せず、提供していた。また、営業者自身も生の鶏肉を好んで喫食していたが、体調を崩した経験がなかったことから、「新鮮な鶏肉は生食しても問題ない。」という誤った認識を持っていた。

台東保健所では、営業者に対し、カンピロバクター食中毒を含む食中毒全般に関する講習を実施し、手洗いの重要性、病因物質の汚染経路、相互汚染の危険性等について指導を行った。

カンピロバクター食中毒は加熱不十分な鶏肉料理で多く発生している。飲食店に対し、加熱不十分で提供しないように指導することが重要である。また、併せて消費者に対しても、加熱不十分な鶏肉の危険性や調理の注意点を継続的に普及啓発することがカンピロバクター食中毒の予防に有効である。

| | | | |
|----------|--------------|-------|-----|
| 事 件 番 号 | No. 65 | | |
| 発 生 期 間 | 6月3日15時～4日6時 | 原因施設 | その他 |
| 患者数／喫食者数 | 24／不明（人） | 発 症 率 | 不明 |
| 原 因 食 品 | 弁当 | | |
| 病 因 物 質 | ウエルシュ菌 | | |

<検査結果>

| 検体種別 | 【食中毒起因菌】 | | 【ノロウイルス】 |
|--------|------------|------|----------|
| | | 血清型 | |
| 患者らふん便 | 8/20* C. p | TW67 | 0/20 |
| 従事者ふん便 | 1/1 C. p | | 0/1 |
| 拭き取り | 1/1 B. c | | 0/1 |

*患者らふん便8/20については、本件患者数に計上しなかったウエルシュ菌が検出された1名を含む。

<症 状>

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|-------------|-------|------------|--------|------------|--------|--------|----|---|---|------|----|
| おう吐 | 有 | 2名 | 無 | 22名 | 不明 | 0名 | 8.3 % | | | | | |
| 一日の回数 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10以上 | 不明 |
| 患者数 | | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 下 痢 | 有 | 22名 | 無 | 2名 | 不明 | 0名 | 91.7 % | | | | | |
| 一日の回数 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10以上 | 不明 |
| 患者数 | | 1 | 1 | 6 | 5 | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 便の性状 | 水様 | 17名 | 粘液 | 3名 | 軟便 | 2名 | 不明 | 0名 | | | | |
| 発 熱 | 有 | 1名 | 無 | 23名 | 不明 | 0名 | 4.2 % | | | | | |
| 体温 | | 37.0℃ | 37.0℃ | 37.5℃ | 38.0℃ | 38.5℃ | 39.0℃ | 不明 | | | | |
| | | 未滿 | ～37.4℃ | ～37.9℃ | ～38.4℃ | ～38.9℃ | 以上 | | | | | |
| 患者数 | | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | | |
| 腹 痛 | 20名 (83.3%) | 吐き気 | 5名 (20.8%) | 頭 痛 | 3名 (12.5%) | | | | | | | |
| ふるえ | 1名 (4.2%) | しぶり腹 | 6名 (25.0%) | 倦怠感 | 0名 (0.0%) | | | | | | | |
| 脱力感 | 1名 (4.2%) | 寝込んだ | 1名 (4.2%) | 寒 気 | 2名 (8.3%) | | | | | | | |
| げっぷ | 0名 (0.0%) | しびれ | 0名 (0.0%) | 発 疹 | 1名 (4.2%) | | | | | | | |
| 目の異常 | 0名 (0.0%) | 喉の痛み | 0名 (0.0%) | 上気道炎 | 0名 (0.0%) | | | | | | | |

1 事件の概要

6月4日14時15分頃、町田市内の大学職員から「6月3日に大学内で販売された弁当を喫食した学生及び職員のうち複数名が腹痛、下痢等の症状を呈している。」旨、町田市保健所に連絡があった。

弁当を販売した事業者は神奈川県内で飲食店営業許可を取得したキッチンカー内で食品を仕込み、調理設備と営業許可のない乗用車で町田市内の大学まで運搬し、屋外のひさしの下に長机を並べて再加熱、盛り付けをして販売していた。当日販売された弁当はカレーライス弁当とグリルチキンを載せた炊き込みご飯弁当の2種類であった。いずれの弁当も販売前日の朝から調理を開始し、小分けや急速冷却をせず、常温で放冷した後に冷蔵保管していた。前日に調理した食品は神奈川県から町田市内まで常温で運搬し、出店場所で再加熱、盛り付けを行い提供していた。

検査の結果、患者ら8名及び従事者1名のふん便からウエルシュ菌が検出された。患者らのふん便から検出されたウエルシュ菌の血清型はすべてTW67であり、患者の症状及び潜伏期間はウエルシュ菌によるものと一致していた。ウエルシュ菌の潜伏期間内における患者の共通行動および共通食

は6月3日に大学構内で販売された弁当のみであり、感染症を疑う事象もなかった。

これらのことから、町田市保健所は「弁当」を原因とする食中毒事件と断定した。なお、本件では、食中毒決定時点で原因施設となった大学構内の出店場所（仮設店舗）が既に存在しなかったため、行政処分は行わなかった。

2 発生原因等

(1) 調理・製造等の方法

6月3日に販売された弁当について、各メニューの調理工程は以下のとおりである。

| 調理食品 | | 調理工程 | 日時 |
|----------|---|--|-------------|
| カレーライス弁当 | カレー | ・提供前日に4～5時間弱火で煮詰め、常温で放冷した後、冷蔵庫で保管 | 6月2日 朝 |
| | ニンジン、ジャガイモ | ・湯煎し、常温で放冷した後、冷蔵庫で保管 | |
| | 白米 | ・炊飯後、炊飯器の電源を切り、常温で保管 | 6月3日 朝 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・常温で町田市内に運搬。 ・大学構内にて、カレーは炊飯器の炊飯機能で再加熱、白米は保温機能で再加温し、カレーにニンジンとジャガイモを加え、盛り付けて提供 | | 6月3日 朝～昼 |
| 炊き込みご飯弁当 | 炊き込みご飯 | ・炊飯後、内釜を取り出して約2時間常温で放冷し、冷蔵庫で保管 | 6月2日 朝 |
| | グリルチキン | ・焼成後にカットし、鍋に入れる工程を繰り返し、常温で放冷した後、冷蔵庫で保管 | 6月3日 朝 |
| | 生野菜 | ・野菜を洗浄後、冷蔵庫で保管 | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・常温で町田市内に運搬 ・炊き込みご飯は炊飯器の保温機能で再加温、グリルチキンはホットプレートで再加熱し、生野菜と一緒に盛り付けて提供 | | 6月3日 朝～昼 |

(2) 汚染経路の追及

出店者は当日販売された100食以上の弁当を1名で調理しており、神奈川県内に駐車したキッチンカー内で前日から加熱工程のある仕込みを行っていた。前日調理の工程では、加熱した食品の放冷を常温で行い、食品や冷蔵庫の温度及び冷却時間の確認はしていなかった。また、前日調理した食品は町田市市内の出店場所へ乗用車で運搬し、運搬中の食品は常温で保管されていた。弁当のメニューのうち、生野菜以外は出店場所で加温、加熱していたが、加熱温度や時間は確認していなかった。

検査の結果、調理従事者1名の検便からウエルシュ菌が検出されたが、当該従事者は患者らが喫食した弁当と同じ食品を味見していた。また、事件探知時点で町田市市内の大学構内の出店場所は撤去されており、弁当の残品がなかったため検査ができなかった。また、前日調理を行ったキッチンカー内の拭き取りからはウエルシュ菌は検出されなかった。

これらのことから汚染源の特定には至らなかったが、食品に付着したウエルシュ菌が嫌気的条件下かつ不適切な温度管理下で大量増殖し、さらに再加熱が不十分な状態で提供されたために食中毒が発生したものと考えられた。

3 まとめ

本件では、食品に付着したウエルシュ菌が、長時間増殖しやすい温度帯に置かれたことで増殖し、十分な再加熱がされないまま弁当として提供されたことが原因と考えられた。

町田市市内の大学構内の出店場所は、食品衛生法第55条第1項に基づく営業許可を受けておらず、食品の温度管理等の基本的な衛生管理が十分に行われていなかった。また、出店者は無許可で営業している認識がなく、ウエルシュ菌による食中毒の知識も不足していた。

本件を受け、今後も教育活動及び広報活動を通じた食品衛生に関する正しい知識の普及に努めていく必要があると認識した。

| | | | |
|----------|----------------|-------|----------|
| 事 件 番 号 | No. 74 | | |
| 発 生 期 間 | 7月9日22時～10日10時 | 原因施設 | 集団給食（届出） |
| 患者数／喫食者数 | 33／161（人） | 発 症 率 | 20.0 % |
| 原 因 食 品 | 給食（昼食） | | |
| 病 因 物 質 | ウエルシュ菌 | | |

<検査結果>

| 検体種別 | 【食中毒起因菌】 | | 【ノロウイルス】 |
|--------|----------|------|----------|
| | | 血清型 | |
| 患者ふん便 | 9/17 C.p | TW37 | 0/17 |
| 従事者ふん便 | 0/8 | | 0/8 |
| 食品（検食） | 1/17 C.p | TW37 | 0/5 |
| | 7/17 Sta | | |
| 拭き取り | 2/9 Sta | | 0/9 |

<症 状>

| | 下 痢 | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----|---|---------|------|----|
| | 有 | | | 無 | | | 不明 | | | 100.0 % | | |
| 一日の回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11以上 | 不明 |
| 患者数 | 31 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 便の性状 | 水様 | | | 粘液 | | | 粘血 | | | 不明 | | |
| | 26名 | | | 0名 | | | 0名 | | | 7名 | | |
| | おう吐 | | | | | | | | | | | |
| | 有 | | | 無 | | | 不明 | | | 6.0 % | | |
| 一日の回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11以上 | 不明 |
| 患者数 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 発 熱 | | | | | | | | | | | |
| | 有 | | | 無 | | | 不明 | | | 0.0 % | | |
| 体温 | 37.0℃ | 37.0℃ | 37.5℃ | 38.0℃ | 38.5℃ | 39.0℃ | 40.0℃ | 不明 | | | | |
| | 未満 | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | 以上 | | | | |
| | | 37.4℃ | 37.9℃ | 38.4℃ | 38.9℃ | 39.9℃ | | | | | | |
| 患者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

その他

| | | | | | |
|------|----------|------|----------|------|----------|
| 腹 痛 | 0名（0.0%） | 吐き気 | 0名（0.0%） | 頭 痛 | 0名（0.0%） |
| ふるえ | 0名（0.0%） | しぶり腹 | 0名（0.0%） | 倦怠感 | 0名（0.0%） |
| 脱力感 | 0名（0.0%） | 寝込んだ | 0名（0.0%） | 寒 気 | 0名（0.0%） |
| げっぷ | 0名（0.0%） | けいれん | 0名（0.0%） | しびれ | 0名（0.0%） |
| 発 疹 | 0名（0.0%） | 目の異常 | 0名（0.0%） | 喉の痛み | 0名（0.0%） |
| 上気道炎 | 0名（0.0%） | | | | |

1 事件の概要

7月10日9時10分頃、港区内の高齢者施設の訪問診療担当医から「当該施設で、複数の入居者が体調不良を呈している。」旨、港区みなと保健所に連絡があった。

当該施設では、入居者に対し1日3食の食事を提供しており、いずれも施設内で調理されていた。調査の結果、7月9日の昼食を喫食した入居者161名のうち、33名が同日22時から翌10日10時にかけて下痢、おう吐の症状を呈していた。

検査の結果、患者ふん便9検体及び7月9日に提供された昼食の保存食（冬瓜の煮物）からウエル

シユ菌を検出した。患者全員に共通する食事は当該施設の食事のみであり、7月9日の昼食の喫食時刻を起点とすると患者の症状及び潜伏期間は同菌によるものと一致していた。

これらのことから、みなと保健所は「給食（昼食）」を原因とする食中毒事件と断定した。

2 発生原因等

7月9日の昼食として、二色丼、みそ汁、冬瓜の煮物、フルーツが提供されていた。

当該施設の昼食は、12時の喫食開始に合わせ、当日10時頃から調理を始め、11時頃には盛り付け作業を行っていた。盛り付け完了後、食事は順次65℃に設定した温蔵カートで保管していたが、同カートに入りきらない分については常温のまま食堂に並べていた。

ウエルシユ菌が検出された「冬瓜の煮物」は、野菜、カニ風味かまぼこに調味料を加えて加熱後、とろみづけが行われていた。このとろみづけにより冷却に時間を要し、食品がウエルシユ菌の発育至適温度帯に長時間保持される状態となったため、同菌が増殖したものと推察された。

さらに、当該施設の提供数に対し、温蔵カートで適切に保温できる量は全体の約2割にとどまり、約8割が常温で放置される状況であったことも、菌増殖の一因となった。

3 まとめ

本件は、7月9日昼食において、加熱調理後の保管時に適切な温度管理が行われなかったことにより、冬瓜の煮物でウエルシユ菌が増殖し、食中毒を引き起こしたと考えられた。

なお、当日提供された食品について保存が全品目で行われておらず、また保存量も十分でなかったため、各メニューの細菌検査が実施できず、原因食品を特定するには至らなかった。

ウエルシユ菌による食中毒を予防するには、ウエルシユ菌の特徴を周知し、調理過程では加熱殺菌（再加熱によるウエルシユ菌の殺菌およびエンテロトキシンの不活化）と増殖阻止（可能な限り喫食直前に完成させる、小分けと10℃以下又は55℃以上の温度での保存）の徹底を事業者に指導することが重要である。

| | | | |
|----------|------------|-------|---------|
| 事 件 番 号 | No. 82 | | |
| 発 生 期 間 | 8月1日～4日16時 | 原因施設 | 飲食店（一般） |
| 患者数／喫食者数 | 12／25（人） | 発 症 率 | 48.0 % |
| 原 因 食 品 | 飲食店の食事 | | |
| 病 因 物 質 | 赤痢菌 | | |

<検査結果>

| 検体種別 | 【食中毒起因菌】 | 【ノロウイルス】 |
|---------|-------------------------|----------|
| 患者ふん便 | 11/14 赤痢菌 <i>sonnei</i> | 0/14 |
| 従事者ふん便 | 0/8 | 0/8 |
| 食品（参考品） | 0/1 | 0/1 |
| 拭き取り | 4/10 Sta | |

<症 状>

| | | | | | | | | | | | |
|-------|-------------|---------|------------|---------|------------|-------|----|---|---|------|----|
| おう吐 | 有 3名 | 無 9名 | 不明 0名 | 25.0 % | | | | | | | |
| 一日の回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10以上 | 不明 |
| 患者数 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 下 痢 | 有 12名 | 無 0名 | 不明 0名 | 100.0 % | | | | | | | |
| 一日の回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10以上 | 不明 |
| 患者数 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 8 | 0 |
| 便の性状 | 水様 12名 | 粘液 2名 | 粘血 3名 | 血 1名 | 不明 0名 | | | | | | |
| 発 熱 | 有 10名 | 無 2名 | 不明 0名 | 83.3 % | | | | | | | |
| 体温 | 37.0℃ | 37.0℃ | 37.5℃ | 38.0℃ | 38.5℃ | 39.0℃ | 不明 | | | | |
| | 未満 | ～37.4℃ | ～37.9℃ | ～38.4℃ | ～38.9℃ | 以上 | | | | | |
| 患者数 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 8 | 0 | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | |
| 腹 痛 | 11名 (91.7%) | 吐 き 気 | 3名 (25.0%) | 頭 痛 | 6名 (50.0%) | | | | | | |
| ふ る え | 3名 (25.0%) | し ぶ り 腹 | 5名 (41.7%) | 倦 怠 感 | 9名 (75.0%) | | | | | | |
| 脱 力 感 | 4名 (33.3%) | 寝 込 ん だ | 6名 (50.0%) | 寒 気 | 7名 (58.3%) | | | | | | |
| げ っ ぷ | 0名 (0.0%) | し び れ | 1名 (8.3%) | 発 疹 | 0名 (0.0%) | | | | | | |
| 目の異常 | 0名 (0.0%) | 喉 の 痛 み | 1名 (8.3%) | 上 気 道 炎 | 1名 (8.3%) | | | | | | |

1 事件の概要

令和6年8月5日、患者から港区みなと保健所あてに、8月1日に港区内の飲食店を4名で利用し、そのうち3名が下痢や発熱等の症状を呈したとの連絡があった。さらに、8月9日から同月14日にかけて、赤痢菌が検出された散発患者2名（患者①、患者②）について、細菌性赤痢発生届が提出された。患者①および患者②の調査から、患者①と患者②は7月31日に当該飲食店を別々に利用しており、患者①のグループは7名中5名が、患者②のグループは2名中2名が下痢等の症状を呈していることが判明した。

調査の結果、患者5名の症状及び潜伏期間は赤痢菌によるものと一致しており、うち2名の医療機関における検便から赤痢菌が検出された。また、患者らに共通する食事は当該飲食店以外にはなく、感染症を疑う事象は認められなかった。これらのことから、みなと保健所は当該飲食店の食事を原因とする食中毒と断定した。

その後、食中毒発生の報道発表を受けて、7月31日及び8月1日に当該飲食店を利用した7グループ16名のうち13名から発症の申し出があり、うち6名のふん便から赤痢菌が検出された。患者11名のふん便から検出された赤痢菌の菌種はすべてsonneiだった。患者数は、症例定義に適合し赤痢菌sonneiが検出された11名と症例定義に適合し検便前に抗生剤を服用した1名の12名とした。

2 発生原因等

当該店舗の従事者には、体調不良を訴えた者や直近に海外渡航した者はいなかった。また、従事者のふん便から赤痢菌は検出されなかった。7月31日に当該店舗では従事者の採用面接が行われ、その際に、ネパールから来日したばかりで面接に来た者を調理業務に従事させていた。当該者は、8月1日以降は出勤しておらず、連絡も取れない状態であったため、詳しい調査は実施できなかった。営業者によると、当該者は7月31日のビュッフェの仕込みや生春巻きの調理を担当していた。原因食品については、カイ二乗検定により「生春巻き」との関連が示唆されたが、当該者と連絡が取れず検便を採取できなかったこと、立入り時に食品の残品がなかったことから原因食品の断定には至らなかった。

3 まとめ

本件は8月16日に営業停止を命令し、報道発表を行ったところ、発表後にも発症者からの申し出があり、計10グループ25名の調査協力が得られた。

当該施設では採用にあたり、実技試験として調理を実施し、できあがった料理を客に提供していた。本件は、健康管理のできていない従事者に調理作業を行わせることへの危険性と、渡航歴の有無を含む健康状態の確認及び検便の実施の重要性を再認識する事案であった。

また、当該施設では衛生管理計画を作成しておらず、従事者の健康管理や手洗い等の一般衛生管理にあたる部分のルールが定められていなかったため、営業者に対し衛生管理計画の作成と記録表の整備を指導した。

都内では近年、赤痢菌による食中毒事例はなく、輸入感染症としての散発事例は発生している。現代では飲食店従業員として多くの外国人を雇用しているため、日本人だけではなく外国人労働者に対する衛生教育も課題となっている。国ごとに衛生意識の違いがあることから、HACCPの取組みの中で外国人労働者にも正しい衛生教育をすることが今後さらに求められる。

| | | | |
|----------|----------------------|-------|----------|
| 事 件 番 号 | No. 85 | | |
| 発 生 期 間 | 8月18日20時30分～19日2時30分 | 原因施設 | 飲食店（弁当屋） |
| 患者数／喫食者数 | 17／17（人） | 発 症 率 | 100.0% |
| 原 因 食 品 | 弁当 | | |
| 病 因 物 質 | 黄色ブドウ球菌 | | |

<検査結果>

| 検体種別 | 食中毒起因菌 | | | | |
|------------------|----------------|-----|----------|--------|--------------|
| | 検査結果 | 内訳 | エンテロトキシン | コアグラージ | 検体名 |
| 患者ふん便 13検体 | 7検体から黄色ブドウ球菌検出 | 2検体 | A | VII | / |
| | | 1検体 | 陰性 | VII | |
| | | 2検体 | 陰性 | UT | |
| | | 1検体 | 陰性 | v | |
| | | 1検体 | C | | |
| | 1検体からセレウス菌検出 | 1検体 | | | |
| 従事者ふん便 4検体 | 1検体から黄色ブドウ球菌検出 | 1検体 | 陰性 | v | |
| 食品（残品 冷凍） 9検体 | 8検体から黄色ブドウ球菌検出 | 3検体 | A | VII | 豚生姜焼き |
| | | | | | ミートボール |
| | | | | | きんぴらごぼう |
| | 5検体 | 陰性 | v | ごはん | |
| | | | | エビフライ | |
| | | | | ナポリタン | |
| | | | | 柴漬け | |
| | | | | 煮物 | |
| | 5検体からセレウス菌検出 | 5検体 | | | |
| 食品（残品 冷蔵） 9検体 | 5検体から黄色ブドウ球菌検出 | 4検体 | A | VII | 豚生姜焼き |
| | | | | | エビフライ |
| | | | | | ミートボール |
| | 1検体 | 陰性 | v | 煮物 | |
| | | | | ごはん | |
| | 2検体からセレウス菌検出 | 2検体 | | | |
| 食品（参考食品） 7検体 | 2検体から黄色ブドウ球菌検出 | 2検体 | A | VII | 当日調理 パスタ（冷蔵） |
| | | | | | 当日調理 煮物（冷蔵） |
| 拭き取り 21検体 | 8検体から黄色ブドウ球菌検出 | 8検体 | A | VII | 左シンク内側 |
| | | | | | 右シンク内側 |
| | | | | | ごはん用番重 |
| | | | | | 調理済み用冷蔵庫取っ手 |
| | | | | | 作業台（フライヤー横） |
| | | | | | ごはん冷ます用作業台 |
| | | | | | 左盛付台 |
| | | | | | 調理員B 手 |
| 1検体 | 陰性 | v | 調理員B 手 | | |

※網掛け部は検査実施なし

<症 状>

| 下痢 | 有 | 13名 | 無 | 4名 | 不明 | 0名 | 76.5 % | | | | | |
|-------|-------------|-------|-------------|-------|------------|-------|--------|----|---|----|-----|----|
| 一日の回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11～ | 不明 |
| 患者数 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 便の性状 | 水様 | 11名 | 粘液 | 1名 | 軟便 | 1名 | | | | | | |
| おう吐 | 有 | 14名 | 無 | 3名 | 不明 | 0名 | 82.4 % | | | | | |
| 一日の回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11～ | 不明 |
| 患者数 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| 発熱 | 有 | 3名 | 無 | 14名 | 不明 | 0名 | 17.6 % | | | | | |
| 体温 | 37.0℃ | 37.0℃ | 37.5℃ | 38.0℃ | 38.5℃ | 39.0℃ | 39.0℃ | 不明 | | | | |
| | 未満 | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | 以上 | | | | |
| | | 37.4℃ | 37.9℃ | 38.4℃ | 38.9℃ | 39.9℃ | | | | | | |
| 患者数 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | | |
| その他 | | | | | | | | | | | | |
| 腹痛 | 12名 (70.6%) | 吐き気 | 14名 (82.4%) | 頭痛 | 4名 (23.5%) | | | | | | | |
| ふるえ | 3名 (17.6%) | しぶり腹 | 2名 (11.8%) | 倦怠感 | 6名 (35.3%) | | | | | | | |
| 脱力感 | 2名 (11.8%) | 寝込んだ | 1名 (5.9%) | 寒気 | 3名 (17.6%) | | | | | | | |
| げっぷ | 2名 (11.8%) | しびれ | 0名 (0.0%) | 発疹 | 0名 (0.0%) | | | | | | | |
| 目の異常 | 0名 (0.0%) | 喉の痛み | 0名 (0.0%) | 上気道炎 | 0名 (0.0%) | | | | | | | |
| 貧血 | 1名 (5.9%) | 胃部不快感 | 1名 (5.9%) | | | | | | | | | |

1 事件の概要

8月18日23時30分頃、イベント運営会社から「8月18日16時頃からスタッフ用に提供した弁当を喫食した少なくとも38名が、同日21時頃からおう吐等の症状を呈し、重症者が救急搬送されている状況である。弁当は代理店を通して発注した。」旨、千葉市保健所に届出があり、都食品監視課を通じて弁当製造業者を管轄する豊島区池袋保健所に連絡があった。

調査の結果、発症者のうち調査協力が得られた17名全員が、当該製造者で製造された弁当を喫食していた。これら17名全員は、8月18日20時30分から翌19日2時30分にかけて、下痢やおう吐などの症状を呈していた。

検査の結果、患者7名のふん便から、黄色ブドウ球菌が検出され、発症状況や潜伏期間がその特徴と一致していた。また、参考食品、拭き取り検査、千葉市で検査した残品から黄色ブドウ球菌が高率に検出され、患者検便から検出された黄色ブドウ球菌（エンテロトキシンA・コアグラゼVII型）と一致していた。患者らの共通食は当該製造者が製造した弁当のみであり、患者が受診した医療機関の医師から、食中毒患者等届出票が提出された。

これらのことから、池袋保健所は「弁当」を原因とする食中毒事件と断定した。

2 発生原因等

(1) 調理、製造等の方法

8月18日の弁当について、各メニューの調理工程は以下のとおりであった。

| | 料理名 | 調理方法 |
|---|---------|--|
| 1 | 肉団子 | 前日、冷凍の既製品をフライヤーで揚げ、粗熱を取り冷蔵庫で保管。当日、自家製のタレとカット済玉ねぎと和えて盛付けた。 |
| 2 | がんもの煮物 | 前日、がんも、カット済にんじん、カット済インゲンを茹で、粗熱を取り冷蔵庫で保管。当日、盛付けた。 |
| 3 | スパゲティ | 前日、パスタを茹で冷水でしめた後、カット済玉ねぎとタレ（ケチャップ、コンソメ、玉ねぎ、唐辛子）と和え、冷蔵庫で保管。当日、盛付けた。 |
| 4 | ごはん | 前日、洗米し、水を切り冷蔵庫で保管。当日、炊飯し、番重に移して約30分間粗熱を取る。中心温度計で25℃以下になったことを確認し、盛付けた。 |
| 5 | 豚生姜焼き | 前日、冷凍の豚肉を茹でた後、カット済玉ねぎとタレ（しょうゆ、みりん、砂糖、おろし生姜、おろしにんにく）と和える。粗熱を取り冷蔵庫で保管。当日、再加熱し粗熱を取った後、盛付けた。 |
| 6 | 海老フライ | 当日、冷凍の既製品をフライヤーで揚げて盛付け、既製品のタルタルソースをかけた。 |
| 7 | ハンバーグ | 当日、冷凍の既製品を電子レンジで加熱し、盛付けた。 |
| 8 | きんぴらごぼう | 当日、既製品を盛付けた。 |
| 9 | 漬物 | 当日、既製品を盛付けた。 |

| | |
|-------|---|
| 配送準備 | 当日7時から上記おかずの盛付を開始し、23個製造。以降1時間おきに100個ずつ製造し、12時30分に製造完了した。 完成した順に配送用の段ボールに1段4個ずつ（24個／段ボール）詰めていき、隙間に保冷剤を10個ほど入れた状態で保管した。溶けてしまった保冷剤は集荷前に新しいものに交換した。 |
| 配送～納品 | 当日13時頃、弁当仲介サイトが委託している配送業者による集荷。3台の軽バンにそれぞれ段ボール7個、7個、8個の計22個を配送した。なお、弁当仲介サイトの社内ルールで配送時は車内温度が25℃以下になるように推奨しているが、温度設定ができない車種であったためクーラーのダイヤルを「強」にして配送した。 14時45分頃、イベント会場へ納品。スタッフの控室冷蔵庫に保管し、入りきらない分は控室に保管した。 16時以降 スタッフが順次喫食した。 |

（2）汚染経路の追求

当該施設では厨房の手洗い設備は使用されておらず、従業員は洗浄用シンクで手洗いを行っていた。調理や盛付け時は手袋を着用しているとのことだったが、その記録は残っておらず、手袋交換のタイミングもマニュアルには定められていなかった。従事者及び施設の拭き取り検査で、黄色ブドウ球菌が多数箇所から検出されていた。これらのことから、黄色ブドウ球菌を保有していた調理従事者が食品を直接汚染した、もしくは施設の清掃が不十分であったため、厨房内に汚染が広がり器具等を介して食品を汚染したことが原因と推定された。

3 まとめ

本件では、調理従事者もしくは施設内から当該弁当に汚染が広がった可能性が強く疑われた。一方、当該施設では今回のイベント分の弁当の注文を受けたことにより、通常の製造数の倍近くの弁当を製造することとなり、施設規模に対して製造能力を超える製造量であった。事件当日は弁当の製造が完了し、業者への受け渡しまでの間、保冷剤を入れた段ボールで保管されていたが、温度検証は行われていなかった。また、イベント会場に到着した弁当は、スタッフの控室冷蔵庫や控室に保管され、16時から順次喫食が開始された。事件当日の東京都の気温は34℃であり、調理時に汚染された当該弁当が不適切な温度下で保管されていたため、増殖に適した温度帯が続いていたと推測され、本件発生に繋がった可能性が考えられた。

近年の食中毒といえば、ノロウイルス、カンピロバクター、アニサキスの発生件数が多く、これらを予防することを考えると、食中毒の予防三原則の中でも「つけない」「やっつける」に焦点を合わせて指導することになる。しかし、黄色ブドウ球菌などの毒素型の食中毒には「増やさない」対策についても指導することが大切である。

また、本件は事件当日、盛付要員としてスキマバイトを3名雇用していた。この3名について、営業

者は名前しか把握しておらず、連絡が取れなかったことから食中毒調査を実施することはできなかった。近年このような働き方は飲食店などの食品業界でも活用が広がっていることから、スキマバイトを雇用する場合は手洗いなど必要最低限の衛生教育を徹底すること、できるだけ連絡先を把握し、雇用が終わった後でも連絡が取れるように努めること、これらを営業者に指導することの重要性を認識させられた事例となった。

| 事 件 番 号 | No. 88 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|---------|---------|------|------|------|----------------|-------|---------|----------------|-------|---------|---------------|-------|---------|---------------|-------|---------|
| 発 生 期 間 | 9月11日16時10分から16時15分 | 原因施設 | 飲食店（一般） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者数／喫食者数 | 2／2（人） | 発 症 率 | 100.0% | | | | | | | | | | | | | | | |
| 原 因 食 品 | 次亜塩素酸ナトリウムを主成分とする漂白剤入りの水 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病 因 物 質 | 次亜塩素酸ナトリウム | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><検査結果></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>検体種別</th> <th>定性試験</th> <th>官能試験</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ピッチャー水（参考品）</td> <td>pH7.7</td> <td>異常を認めない</td> </tr> <tr> <td>2. ピッチャー水（当該品）</td> <td>pH7.8</td> <td>異常を認めない</td> </tr> <tr> <td>3. グラスの水A（残品）</td> <td>pH9.0</td> <td>塩素臭を認める</td> </tr> <tr> <td>4. グラスの水B（残品）</td> <td>pH8.9</td> <td>塩素臭を認める</td> </tr> </tbody> </table> <p>※ 「2、ピッチャー水（当該品）」は、患者が摂取した水が入っていたピッチャーから採取した水だが、採取時にピッチャーには水が満タンに入っていたことから、中身に水を追加したか、入れ替えた状態のものだった可能性がある。</p> | | | | 検体種別 | 定性試験 | 官能試験 | 1. ピッチャー水（参考品） | pH7.7 | 異常を認めない | 2. ピッチャー水（当該品） | pH7.8 | 異常を認めない | 3. グラスの水A（残品） | pH9.0 | 塩素臭を認める | 4. グラスの水B（残品） | pH8.9 | 塩素臭を認める |
| 検体種別 | 定性試験 | 官能試験 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ピッチャー水（参考品） | pH7.7 | 異常を認めない | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ピッチャー水（当該品） | pH7.8 | 異常を認めない | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. グラスの水A（残品） | pH9.0 | 塩素臭を認める | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. グラスの水B（残品） | pH8.9 | 塩素臭を認める | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><症 状></p> <p>腹 痛 1名（50.0%） 吐 き 気 1名（50.0%） 喉の痛み 1名（50.0%） 上気道炎 1名（50.0%）</p> <p>その他特異症状 喉や口内に痺れ、ひりつき</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 事件の概要

9月11日16時32分、患者から「9月11日16時頃に、2名で港区内の飲食店を利用し、提供された水を飲んだところ、口腔内に焼けるような痛みを感じた。」旨、港区みなと保健所に連絡があった。

調査の結果、患者ら2名は、当該飲食店において客用サービス水を摂取した直後から、喉や口腔内の痛み、しびれ及びひりつき等の症状を呈していた。

患者が摂取した水の残品を検査したところ、次亜塩素酸ナトリウムを含む漂白剤に特徴的な塩素臭及びアルカリ性のpHが確認された。

患者の症状は、次亜塩素酸ナトリウムを含む漂白剤を摂取した際に見られる症状と酷似しており、患者を診察した医師から食中毒患者等届出票が提出された。

これらのことから、みなと保健所は「次亜塩素酸ナトリウムを主成分とする漂白剤入りの水」を原因とする食中毒事件と断定した。

2 発生原因等

通常、当該飲食店では蛇口から浄水を金属製ピッチャーに入れ、これをグラスに注いで提供することになっていた。しかし、当日は繁忙であったことから、従業員が作業場に置いてあったアクリル製ピッチャーから水をグラスに注いで客に提供した。当該アクリル製ピッチャーには、別の従業員が漂白する目的で希釈した漂白剤を入れていたが、当該従業員は漂白中であることを認識していなかった。その結果、患者らが漂白剤入りの水を摂取するに至った。

浄水と漂白剤入りの水はいずれも無色透明であり、漂白中の容器には「漂白中」等の表示は行われていなかった。また、従業員間で作業状況の共有が不十分であったことに加え、来店客対応が重なったことで提供前の確認も十分に行われなかった。

3 まとめ

本件は、次亜塩素酸ナトリウムを主成分とする漂白剤を入れてピッチャーの漂白を行っていたところ、これを水と誤認し提供したことによって発生した食中毒事件である。

令和3年6月に施行された改正食品衛生法においては、「洗剤、消毒剤その他の化学物質については、取り扱いに十分注意するとともに、必要に応じてそれらを入れる容器包装に内容物の名称を表示する等、食品又は添加物への混入を防止すること。」と規定している。

本件のような漂白剤混入事件は、当該規定を適切に遵守することで防ぐことが可能である。食品取扱事業者には、この規定の趣旨を十分に理解させたいと、外見上確実に見分けがつく容器の選定や容器への表示、保管場所の選定などについて丁寧に普及啓発を図っていく必要があると考えられる。

| | | | |
|----------|----------|-------|---------|
| 事 件 番 号 | No. 102 | | |
| 発 生 期 間 | 11月6日 | 原因施設 | 飲食店（一般） |
| 患者数／喫食者数 | 3／186（人） | 発 症 率 | 1.6 % |
| 原 因 食 品 | 焼き肉等 | | |
| 病 因 物 質 | 腸管出血性大腸菌 | | |

<検査結果>

| 検体種別 | 【食中毒起因菌】 | 【MLVA型】 |
|---------|-----------------------|---------|
| 患者ふん便 | 3/3 EHEC O111 (VT1,2) | 24m3065 |
| 従事者ふん便 | 0/13 | |
| 食品（参考品） | 1/4 Sta | |
| 拭き取り | 1/10 Sta | |

<症 状>

| | | | | | | | | | | | |
|-------|-------------|--------|------------|---------|------------|-------|----|---|---|------|----|
| おう吐 | 有 0名 | 無 3名 | 不明 0名 | 0.0 % | | | | | | | |
| 一日の回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10以上 | 不明 |
| 患者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 下 痢 | 有 3名 | 無 0名 | 不明 0名 | 100.0 % | | | | | | | |
| 一日の回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10以上 | 不明 |
| 患者数 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 便の性状 | 水様 3名 | 血便 2名 | | | | | | | | | |
| 発 熱 | 有 2名 | 無 1名 | 不明 0名 | 66.7 % | | | | | | | |
| 体温 | 37.0℃ | 37.0℃ | 37.5℃ | 38.0℃ | 38.5℃ | 39.0℃ | 不明 | | | | |
| | 未満 | ～37.4℃ | ～37.9℃ | ～38.4℃ | ～38.9℃ | 以上 | | | | | |
| 患者数 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| その他 | | | | | | | | | | | |
| 腹 痛 | 3名 (100.0%) | 吐き気 | 0名 (0.0%) | 頭 痛 | 0名 (0.0%) | | | | | | |
| ふるえ | 0名 (0.0%) | しぶり腹 | 1名 (33.3%) | 倦怠感 | 0名 (0.0%) | | | | | | |
| 脱力感 | 0名 (0.0%) | 寝込んだ | 2名 (66.7%) | 寒 気 | 1名 (33.3%) | | | | | | |
| げっぶ | 0名 (0.0%) | しびれ | 0名 (0.0%) | 発 疹 | 0名 (0.0%) | | | | | | |
| 目の異常 | 0名 (0.0%) | 喉の痛み | 0名 (0.0%) | 上気道炎 | 0名 (0.0%) | | | | | | |

1 事件の概要

11月15日16時頃、練馬区内の医療機関から練馬区保健所に腸管出血性大腸菌感染症発生届が2名分提出された。これらの患者は、11月3日17時30分頃に練馬区内の飲食店を4名で利用し、焼肉等を喫食後、2名が同月6日から腹痛、下痢等の症状を呈していた。

さらに、11月18日15時頃にも多摩小平保健所から都食品監視課を通じて、同保健所に感染症発生届が1名分提出されたとの連絡があった。当該患者も11月3日17時頃に当該飲食店を2名で利用し、焼肉等を喫食後、同月6日から腹痛、下痢の症状を呈していた。

検査の結果、患者3名から腸管出血性大腸菌O111 (VT1,2) が検出され、MLVA型が一致したことから、3名は同一感染源による感染と判断された。患者らに共通する行動及び食事は当該飲食店の食事のみであり、症状及び潜伏期間も腸管出血性大腸菌によるものと一致していた。また、患者らは当該飲食店のトイレを利用しておらず、飲食店内で感染症を疑う事象は確認できなかった。これらのことから、練馬区保健所は「焼肉等」を原因とする食中毒事件と断定した。

2 発生原因等

施設調査時には、食品残品がなく検査を行うことができなかつたことに加え、調理従事者ふん便及び拭き取り検査から腸管出血性大腸菌は検出されなかつたことから、汚染経路の特定には至らなかつた。

当該飲食店は、客自身が肉類を焼いて喫食する形式であったが、店舗側による「加熱前後でトングを使い分ける」「肉の中心部までしっかり加熱する」といった注意喚起が不十分であった。そのため、トング等の器具類を介した生肉からの汚染や加熱不十分の肉の喫食により感染した可能性が考えられた。

また、牛ハラミ等の包装された冷凍食肉を冷蔵庫内で解凍する際、バット等の容器に入れず直接棚に置いていたことが確認された。この取り扱いにより、外装破損等によるドリップ漏出から冷蔵庫内が汚染され、ほかの食肉や器具類に二次汚染が生じた可能性も考えられた。

3 まとめ

本件は、腸管出血性大腸菌感染症の散発事例について、疫学調査と菌株の遺伝子解析（MLVA法）を行った結果、食中毒と断定された事例である。

焼肉店が他の飲食店と異なる点は、客が自ら食肉等を調理して飲食することである。焼肉店における主な食中毒要因としては、加熱不十分な食肉を喫食することや、トングや箸などの器具類を介した二次汚染があげられる。焼肉業界団体が作成したHACCPの手引書には重要管理項目として、これら二点に対する対策があげられており、注意喚起の掲示やメニューへの記載、提供時に客へ説明を行うことの重要性が述べられている。

当該施設でも、生肉用のトングと焼いた肉用の取り箸を提供していたが、注意喚起はメニュー用タブレットのトップページに記載があるのみで、店員による提供時の積極的な声かけや、客が常時見やすい掲示等を行われていなかった。

また、当該施設では本部が作成した衛生管理計画に基づき日々の記録を行っていたが、焼肉店以外の施設と共通様式であったため、焼肉に関する項目が重要管理項目から抜けていた。さらに、日々の記録のうち、従業員の健康管理に関する記録について記入漏れが多かった。これは従業員が健康状態を記録することの重要性を理解していないことに加え、責任者による実施状況の確認が行われていなかったことを示していた。

本件では食肉からの二次汚染も否定できなかった。冷凍状態で納品された食肉は、通常店内の冷蔵庫で解凍されるが、食肉の包装に傷のある箇所が見受けられ、解凍時のドリップで冷蔵庫内がかなり汚染されていた。また、食肉から他の食品や器具類への二次汚染対策についても、シンクの使い分け等が徹底されておらず、二次汚染リスクへの認識が十分ではなかつた。

今回の食中毒原因菌である腸管出血性大腸菌をはじめ、生の食肉に付着している食中毒菌は少量でも食中毒を引き起こすため、その取扱いには特に注意が必要である。食中毒を防ぐためには、事業者に対し、十分な加熱調理と二次汚染対策を中心に、今後も継続した指導を行うことが重要である。また、HACCPによる衛生管理についても、責任者や調理従事者が何のためにHACCPの記録をつけるのか理解し、衛生意識の向上を図ることが必要である。

| | | | |
|----------|--------------------|-------|-----------|
| 事 件 番 号 | No. 103 | | |
| 発 生 期 間 | 11月11日18時30分～12日6時 | 原因施設 | 集団給食（要許可） |
| 患者数／喫食者数 | 8／74（人） | 発 症 率 | 10.8 % |
| 原 因 食 品 | 給食 | | |
| 病 因 物 質 | ウエルシュ菌 | | |

<検査結果>

| 検体種別 | 【食中毒起因菌】 | | 【ノロウイルス】 |
|--------|---------------------------|--|----------|
| | 血清型 | | |
| 食品（検査） | 0/9 | | |
| ふき取り | 1/18 Sta | | |
| 患者ふん便 | 10/11 C.p（エンテロトキシン産生性） | 1検体 TW37 2検体 TW47 3検体 TW67 2検体 TW37・TW67 1検体 TW47・TW67 1検体 血清型別不能 | 0/11 |
| 従事者ふん便 | 0/9 | | 0/9 |

<症 状>

| | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|---|---|------|----|
| おう吐 | 有 | 0名 | 無 | 0名 | 不明 | 0名 | 0.0 % | | | | |
| 一日の回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10以上 | 不明 |
| 患者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 下 痢 | 有 | 8名 | 無 | 0名 | 不明 | 0名 | 0.0 % | | | | |
| 一日の回数 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10以上 | 不明 |
| 患者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| 便の性状 | 水様 | 8名 | 粘液 | 6名 | 不明 | 0名 | | | | | |
| 発 熱 | 有 | 0名 | 無 | 0名 | 不明 | 0名 | 0.0 % | | | | |
| 体温 | 37.0℃ | 37.0℃ | 37.5℃ | 38.0℃ | 38.5℃ | 39.0℃ | 不明 | | | | |
| | 未滿 | ～37.4℃ | ～37.9℃ | ～38.4℃ | ～38.9℃ | 以上 | | | | | |
| 患者数 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |

その他

| | | | | | |
|-------|------------|---------|-----------|-------|-----------|
| 腹 痛 | 1名（12.5 %） | 吐 き 気 | 0名（0.0 %） | 頭 痛 | 0名（0.0 %） |
| ふ る え | 0名（0.0 %） | し ぶ り 腹 | 0名（0.0 %） | 倦 怠 感 | 0名（0.0 %） |
| 脱 力 感 | 0名（0.0 %） | 寝 込 ん だ | 0名（0.0 %） | 寒 気 | 0名（0.0 %） |
| げ っ ぷ | 0名（0.0 %） | し び れ | 0名（0.0 %） | 発 疹 | 0名（0.0 %） |
| 目の異常 | 0名（0.0 %） | 喉の痛み | 0名（0.0 %） | 上気道炎 | 0名（0.0 %） |

1 事件の概要

11月12日11時51分、老人ホームの運営会社従業員から「11月11日22時以降、複数の入所者が下痢を呈している。」旨、多摩府中保健所に連絡があった。

調査の結果、11月11日の昼食は、入所者70名及び調理従事者4名に提供されており、患者らは、11月11日午前11時45分から同日午前11時50分に昼食を喫食していた。その後、患者らは、同日18時30分から12日6時にかけて下痢、腹痛を呈し、ウエルシュ菌の通常の潜伏期間である6時間から18時間の間に下痢症状が確認されたのは8名であった。入所者は2階及び3階に居室があり、各フロアの

共同ダイニングで食事を取っていた。患者は2階ダイニングで喫食した者が5名、3階ダイニングで喫食した者が3名で、喫食場所による大きな偏りは認められなかった。患者の共通食は当該施設で提供された食事のみであった。また、患者が発生する以前に、同様の症状を呈した者はおらず、感染症を疑わせる事象も認められなかった。

検査の結果、患者7名及び11日の昼食を喫食してから18時間後以降に下痢を呈した入所者3名のふん便からウエルシュ菌（エンテロトキシン産生性）が検出された。血清型別は、患者及び入所者から複数の血清型のウエルシュ菌が検出されたが、患者6名からは共通してTW67が検出された。その他、患者1名は血清型別不能であり、入所者3名からはTW67は検出されなかった。11月11日昼食の喫食を起点とした発症時間に一峰性がみられ、症状及び潜伏期間はウエルシュ菌による食中毒と一致していた。

これらのことから、多摩府中保健所は「給食」を原因とする食中毒事件と断定した。

2 発生原因等

当該給食施設では、毎日、入所者に朝食、昼食及び夕食を提供していた。11月11日の昼食は、同月10日14時から原材料の洗浄及びカット、冷凍原材料の冷蔵庫での解凍が行われ、調理は同月11日の9時から行われた。各メニューは加熱調理後、室温で放冷されていた。喫食メニューの3色丼の具材（鶏そぼろ、卵そぼろ、いんげん）は、それぞれ炒めた後バットに移し、盛り付けまで室温で放冷していた。豆腐のカニあんかけは、豆腐とカニあんかけを別々に加熱調理し、カニあんかけは調理終了後にバットに移して30分室温で放冷後、1食分ごとに盛り付けてさらに30分放冷しており、加熱終了から盛り付け終了まで1時間程度室温で放冷されていた。その後、10時に電源を入れた温冷配膳車に移し替え、11時40分頃から配膳を行っていた。

当該給食施設では、大量調理施設衛生管理マニュアルを参考にHACCPの導入に取り組んでいた。記録については、調理従事者の健康確認、加熱温度及び冷蔵庫・冷凍庫の温度記録は確認できたが、問題があった場合の対応については記載がなかった。また、放冷開始及び温冷配膳車に移し替えた時刻や温度に関する記録がなく、調理後の食品の保管温度や時刻に関する記録も確認できなかった。

これらのことから、調理終了後から入所者への食事提供までの間、食品の温度管理が不十分であり、ウエルシュ菌が増殖する温度帯に長時間置かれていたことが発生原因と考えられた。

多摩府中保健所は、当該給食施設において温冷配膳車の庫内温度の測定及び食品の保管状況による中心温度変化の検証実験を行った。検証用の検体として、粘性の少ない汁物を想定した熱湯と、粘性のある食品として当該施設で調理したあんかけの2種類を用いた。検体はいずれも1分ごとに、室温で放冷した場合の温度変化を測定し、30分後に温冷配膳車内に移し替えて温度変化を測定した。

温冷配膳車の庫内温度を記録温度計で測定したところ、電源を入れてから36分後に設定温度である75℃に到達した。その後、複数回扉の開け閉めを行いながら約60分間測定を続けたが、設定温度以上の温度を担保できていた。

熱湯は、沸騰した湯をお椀に注いでから室温で30分間放冷したところ、注いでから8分後に55℃以下（54.8℃）、11分後に50℃以下（49.3℃）となり、30分後には30.4℃であった。続けて放冷後の熱湯を温冷配膳車に入れて40分間温度を測定したところ、入れて1分後の温度は29.3℃、40分後には47.4℃であった。あんかけは、沸騰させたあんかけをバットに入れて室温で放冷したところ、25分後に55℃以下（54.7℃）となり、30分後には51.4℃であった。その直後に皿に盛り付けて測定したところ37.9℃となり、さらに室温での放冷を30分続けた後には、17.8℃にまで低下していた。続いて、温冷配膳車に入れて30分間温度を測定したところ、入れて1分後の温度は24.2℃で、17分後に50℃を超え（50.1℃）、30分後の時点では55.3℃であった。以上の検証結果から、温冷配膳車の庫内温度は設定温度の75℃以上を担保できていた。一方で、食品を想定した中心温度の推移の結果から、熱湯が70分間のうち59分間、あんかけが90分間のうち46分間、ウエルシュ菌が増殖する可能性がある温度帯（12℃以上50℃以下、以下「危険温度帯」という。）に置かれていた。内閣府食品安全委員会のウエルシュ菌食中毒ファクトシートには、「緩慢に冷却するとウエルシュ菌は55℃位から急速に増殖することが知られている。」との記載がある。12℃以上55℃以下の温度帯には、熱湯及びあんかけは両方とも62分間置かれていた。

3 まとめ

本件は、当該給食施設での11月11日昼食の調理において、加熱後の食品が室温で放冷されていたこと及び放冷により冷めた食品を温冷配膳車に移した後も危険温度帯に置かれることになったこと

からウエルシュ菌が増殖し、食中毒を起こしたと考えられた。

当該給食施設の営業者は、当該給食施設以外にも複数の施設で同様の形態の営業を行っており、衛生管理に関するマニュアル及び記録の様式は、大量調理施設衛生管理マニュアルを参考に作成し、社内で共通のものを使用していた。しかし、調理後の食品の管理について温度や時刻を確認するタイミングの詳細なルールがなく、記録も存在していなかった。また、温冷配膳車を使用して食事の提供を行っている施設が当該給食施設以外になかったため、この部分に関するマニュアル等は作成されていなかった。このため、調理後の食品の管理方法についてのルールが不明確で統一されておらず、本社社員は各施設を定期的に巡回し衛生管理状況を確認していたが、常温で放冷されている状況は把握していなかった。このことも、今回の食中毒発生の一因になったと考えられる。

本社の責任者立会いのもとで、食品の温度の推移について複数の模擬検体を用いて検証実験を行った結果、当該施設の管理方法では、加熱後室温で放冷し温冷配膳車での保管を経て入所者へ提供されるまでに、調理食品が1時間程度、ウエルシュ菌が増殖する可能性のある温度帯に置かれるリスクがあると判明した。これを受けて営業者は、加熱後に室温下での放冷は行わず速やかに盛り付けるとともに、提供までの温度を確認して記録を残すよう全社共通のマニュアル及び記録様式を改定した。加えて、当該施設専用に、温冷配膳車での保管について移し替え時刻と庫内温度の記録を行うようマニュアル及び記録様式を新たに作成した。さらに、今後は全従事者にマニュアルの周知徹底を図り、本社社員が定期的に施設を巡回して状況を確認していくとのことであった。

監視の際には、現場の衛生管理が無理なく確実に実施されているか、また営業者自身によるPDCAサイクルによる見直しが継続的に行われているか確認し、必要に応じて助言や指導を行っていくことが重要である。