

12-1. 食中毒

目次

I. 食中毒の概要	3
1. 病院内における食中毒の原因：	3
2. 食中毒の予防：	3
3. 食中毒の診断と治療：	4
4. 食中毒二次感染予防：	5
II. 食中毒（疑い）発生時の対応	5
【資料1：食中毒疑い事例発生時の連絡体制】	7
【資料2：食中毒発生時の対応（役割分担）】	8

改訂履歴

発行日	作成者および 改訂者	内容
2021年10月1日	小川 浩司 熊谷 聡美	第7版発行

I. 食中毒の概要

1. 病院内における食中毒の原因：

1996～2013年の18年間に「病院およびその関連施設」で発生した細菌性、ウイルス性および毒物による食中毒事件は199件であった。1996年から事件数は徐々に減少し、2008年以降は年間8件以内で推移している。食中毒事件199件のうち、サルモネラ属菌によるものが80件(40%)、ノロウイルスが54件(27%)、ウェルシュ菌が30件(15%)であった。

食中毒の原因因子	事件数(件)	患者数(人)
サルモネラ属菌	80	2883
ノロウイルス	54	2767
ウェルシュ菌	30	1548
ぶどう球菌	7	191
腸炎ビブリオ	6	158
腸管出血性大腸菌 (VT 産生)	3	145
その他の病原大腸菌	5	258
カンピロバクター・ジェジュニ/コリ	3	17
セレウス菌	1	22
その他の細菌	3	306
化学物質	1	8
不明	6	174
合計	199	8477

(日本栄養士会雑誌 第59巻 第1号 29-35 2016年)

2. 食中毒の予防：

- 1) “調理従事者または調理器具からの二次汚染”を防ぐには、調理従事者の手指の消毒および盛りつけ時の使い捨て手袋の着用に加えて、非加熱調理食品の調理器具を専用化するか、あるいは使用前に必ず殺菌消毒して使用する。まな板などの調理器具は使用前に熱湯で消毒する。“調理済(中)食品の保管温度”については、調理済(中)食品を1時間以上保管する場合は必ず冷蔵か65℃以上の温蔵で保管し、室温に放置することは厳禁である。前日納品され、下処理された食材は必ず冷蔵する。“加熱調理の際の温度管理”については、炒める、焼などの乾熱料理(水分が少ない状態での加熱)で特に中心部まで十分加熱されているか(85℃1分以上)注意する。漬物、デザート類は中心温度が十分な殺菌温度に達

しないので、食材の鮮度と温度管理に注意する。

- 2) 我が国では、病院に限らず大量調理施設において大規模食中毒の発生を未然に防止するために、1997年3月に厚生省生活衛生局長通知「大量調理施設衛生管理マニュアル」が出されており、詳細は同マニュアルを参照されたい。
- 3) なお、同マニュアルでは調理従事者の衛生管理のため定期健康診断と月1回以上の検便検査を行うよう義務づけている。水痘：軽い発熱、倦怠感、発疹で発症し、皮疹は紅斑から2-3日のうちに水疱、膿疱、痂皮の順に進行する。種々の段階の皮疹が同時に存在するのが特徴である。

3. 食中毒の診断と治療：

- 1) 臨床症状は下痢、嘔吐、腹痛などの急性胃腸炎症状が主体である。腸管出血性大腸菌感染症(O-157)では下痢は数日以内に血便となり、下痢が軽快した時期に溶血性貧血、血小板減少、急性腎不全の3徴をもつ溶血性尿毒症症候群(HUS)を合併するのが特徴である。ボツリヌス中毒では眼症状、球麻痺症状などの神経麻痺症状を呈する。
- 2) 急性胃腸炎患者を診たら、食中毒を疑い、原因食品の有無、原因食品の摂取から発病までの時間、同一集団内に同じ症状を有する者の有無等、疫学的情報の収集に努める。
- 3) 治療方針としては、経口輸液、電解質輸液点滴静注などの対症療法を優先する。強力な止痢薬は病原菌や毒素の排出を遷延させるので、原則使用しない。抗菌薬療法は、病原体や患者背景(小児、高齢者、compromised host)により適応を判断する。病院内食中毒では早期の除菌と二次感染防止の立場から、抗菌薬の積極的な使用を考慮する。
- 4) 起炎菌不明時の初期の抗菌薬治療としては、ニューキノロン剤かホスホマイシンを3日間ほど経口投与し、起炎菌が判明した時点で、必要に応じてより適切な薬剤に変更する。小児に対しては、安全性の面からホスホマイシンが第一選択薬となる。
- 5) カンピロバクター腸炎の場合、ニューキノロン剤は短期間で耐性化するため、判明した時点でマクロライド系抗菌薬に変更した方がよい。
- 6) 腸管出血性大腸菌感染症(O-157)の場合、抗生剤を使用するか否かについては国の内外を問わず統一見解が得られていない。実際の臨床現場の状況を踏まえながら主治医が判断して対応すればよい(厚生労働省)。抗菌剤を使用する場合には、発症早期かつ短期間(3~5日間)に限定し抗菌薬を使用する。ニューキノロン剤が第一選択となるが、経口摂取が不可能な場合にはホスホマイシンを点滴静注する。HUSの発症は急激であり、それを見据えた全身管理、連日の血液検査を行う。

- 7) ボツリヌス中毒の場合、呼吸筋麻痺を起こすため、ICUに収容して呼吸管理を行う。できるだけ早期に（過敏症のないことを確かめた後）ボツリヌスウマ抗毒素血清を投与する。
4. 食中毒二次感染予防：
 - 1) 院内二次感染は絶対に防がなければならない。感染者の便は、ゴム手袋を使うなど、衛生的に処理する。あやまって便に触れたときは、アルコール液などで消毒し、水でよく洗い流す。感染者の便がついた衣服は薬剤を用いて消毒し、非感染者のものとは別に洗濯する。また、感染者は入浴を避ける。
 - 2) 一方、休日者も含めた栄養部門の関係者全員の便培養を早急に行う。そして、下痢や嘔吐などの症状がある場合は自宅待機させ、発生日が休日であった関係者を中心に作業計画を立てる。また、可能な限りの入院患者の便培養も早急に施行する。

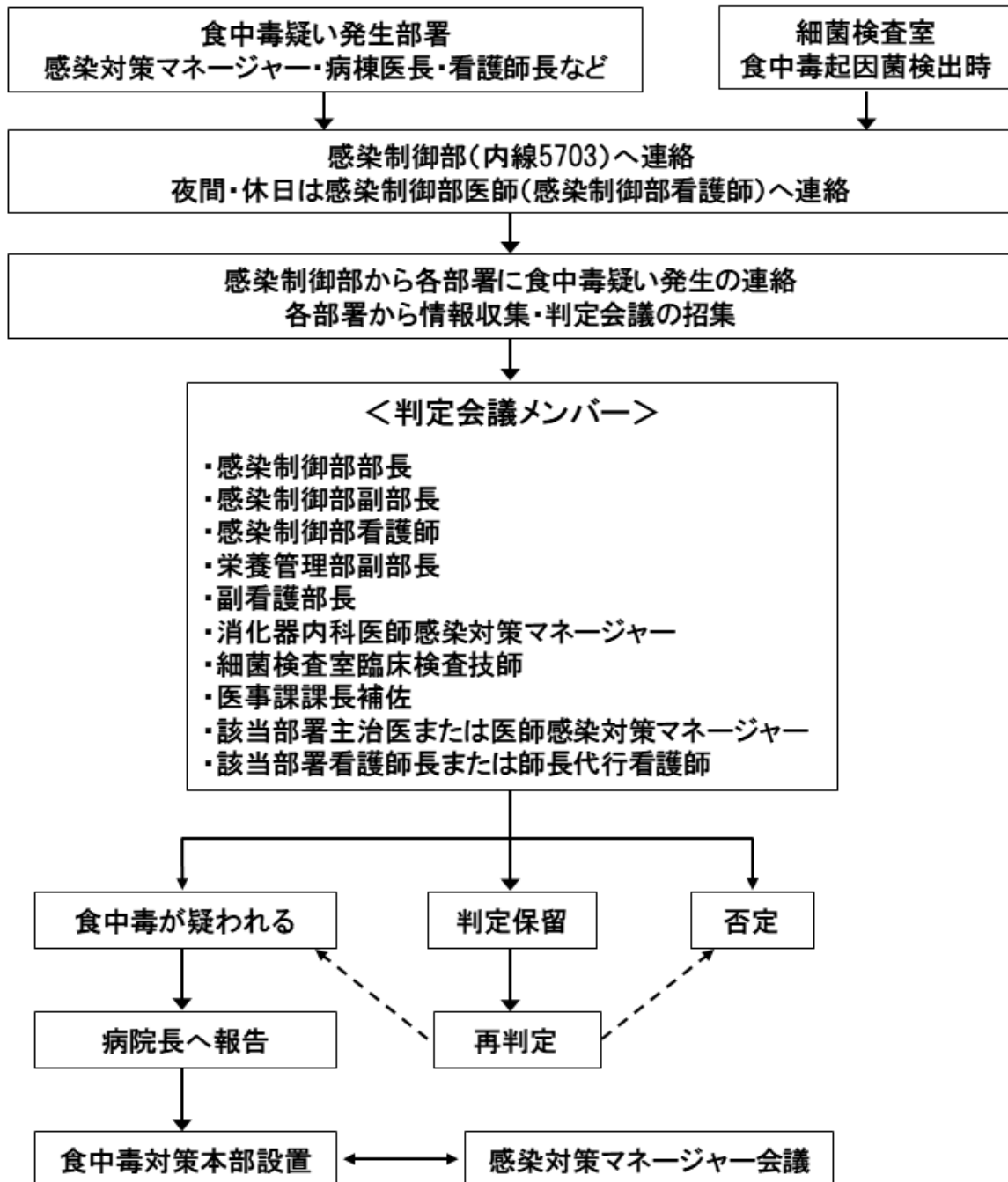
II. 食中毒（疑い）発生時の対応

1. 食中毒患者を診察した医師は、食品衛生法第 27 条および同法施行規則第 26 条に基づいて 24 時間以内に所轄の保健所長に届け出る義務がある。
2. 病棟で食中毒の発生を疑う場合や細菌検査室で食中毒起因菌が検出された場合は、ただちに感染制御部に報告する。
3. 感染制御部は、最初に各部署に食中毒疑い発生の連絡を行うと共に各部署に新たな食中毒疑い患者の発生がないか確認する。次に、食中毒判定会議を開催し食中毒が強く疑われる場合は病院長に報告する。病院長が食中毒対策本部を招集する。
4. 病院長は、食中毒対策会議で必要な情報収集を行った後、食中毒か否かを最終的に判断し保健所への届け出を行う。
5. 感染制御部と栄養管理部は保健所と協力して個々の食中毒患者の疫学調査（発症日・症状・共通の喫食食品など）と便培養結果などから起炎菌原因食品を推定する。また、調理加工の手順、食材の購入経路などについても調査し、総合的に汚染源の推定あるいは決定を可及的速やかに行う。対物調査として汚染源、汚染経路の特定については保健所が中心となり、保存食材、食品の検査や、使用水、施設の拭き取り検体について微生物検査を行う。
6. 栄養管理部は栄養管理部職員の検便検査を実施すると共に保健所の立ち入り検査後、調理室の清掃と消毒を行う。病院の調理室そのものに食中毒の原因の可能性があり保健所と協議の結果、調理室使用中止が決定した場合は、一時的に調理室を閉鎖し、非常用災害食品の一部活用と外注による代替給食を行う。給食状況によっては患者の転院など余儀なくされることがある。

7. 検査部門は検体数が多くなるため、培地の確保、検便検査など検体処理用人員の確保を行い、検体をできるかぎり迅速に判定し、病棟に連絡すると同時に栄養管理部職員の検便検査を行い、栄養管理部長に報告する。
8. 食中毒対策本部から病棟の患者・家族へ食中毒についてのお知らせとお詫び、疫学調査協力をお願いをする。
9. 感染制御部は食中毒対策本部、保健所、栄養管理部、各部署などと連携し、ICTメンバーの協力のもと随時食中毒疑い患者の集計と疫学調査、各部署からの問い合わせへの対応、感染拡大防止に関わる資料の作成、集団感染確認のための食中毒起因菌の遺伝子分析（PFGE）を行う。
10. 各部署は食中毒対策本部からの命を受け感染制御部と密に連携し食中毒疑い患者の調査と検便、疫学調査、治療にあたりと共に起炎菌原因食品を喫食した退院患者の食中毒症状出現の確認を行う。食中毒疑いがあれば感染制御部に報告する。
11. 総務課は記者会見などを含め報道関係者の対応窓口となり、院内での情報を統一させ、撮影場所や範囲、時間などを指定しながら対応する。また、全体の状況を把握し院内配布資料の作製や食中毒対応の経緯のまとめを行う。
12. 医療支援課と医療企画課は入院患者と家族に食中毒に関する治療費の相談窓口となる。また、退院患者と家族からの食中毒についての問い合わせや治療費の相談窓口となる。
13. 管理課は食中毒の二次感染防止に関わる物品の準備と配付を行う。
14. 食中毒原因究明委員会は、食中毒対策本部により設置され感染制御部、栄養管理部、細菌検査室と協力し食中毒の原因究明を行うと共に再発防止改善計画書を作成する。食中毒対策本部は、再発防止改善計画書を保健所に提出する。

【資料1：食中毒疑い事例発生時の連絡体制】

食中毒疑い事例発生時の連絡体制



【資料2：食中毒発生時の対応（役割分担）】

食中毒発生時の対応

