

社会福祉法人 <sup>財団法人</sup> 済生会支部埼玉県済生会加須病院			
文書名	院内感染防止対策マニュアル P-8 : A. 針刺し発生届 (手術室用)		
文書番号	感対-共様-マニュアル P-8-2-230401	ページ	1 / 5

西暦 年 月 日

## A. 針刺し・切創事例 (手術室用) 発生届

安全衛生委員会委員長 殿

院内感染に関する針刺し・切創事例が発生しましたので、下記の通り報告致します。

所属長

部署 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

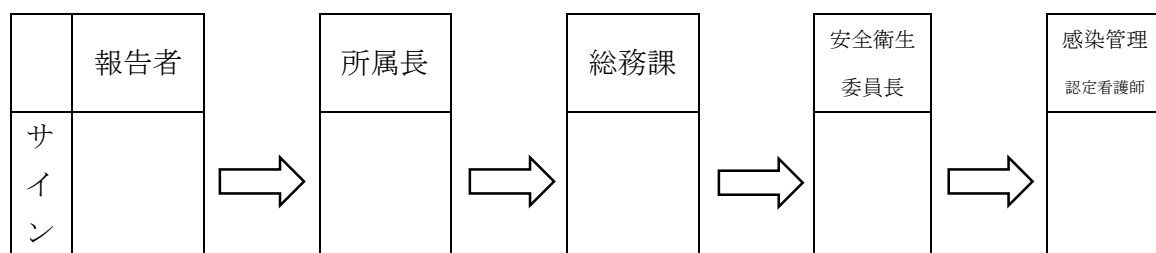
### <対策指示>

- ・ 院内感染防止対策マニュアルに沿って、速やかなる対応をお願い致します。

安全衛生委員会委員長 大津 忠弘

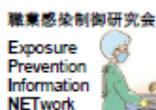
### <発生届の流れ>

※発生部署で1部保管のこと



- ・ 下記の順番で、速やかに届出を行ってください
- ・ 各担当者は、記載内容を確認のうえサインをしてください
- ・ 記載に際し不明な点は、感染対策室 (PHS86237) にご相談ください

文書名	院内感染防止対策マニュアルP-8 : A. 針刺し発生届 (手術室用)		
文書番号	感対-共様-マニュアルP-8-2-230401	ページ	2 / 5



エピネット日本版/手術部版-Japan EPINet/OR  
**AO:針刺し・切創報告書/手術部用**  
 (Japan EPINet/OR version 1.0)

病院コード番号  
  
 院内報告番号  
 A O

**1 報告者**

■氏名	■所属部門	■経験年数( 年)
■ふりがな	1□ 医師部門	■性別 (男・女)
■職員番号	2□ 病棟部門	■年齢 ( 歳)
■カルテ番号	3□ 外来部門	
	4□ 中材・手術部門 (記載)	
	5□ 検査部門	
	6□ 放射線部門	
	99□ その他	

**2 発生日時**

発生日 西暦 年 月 日

発生時間(24時間制) 時 分

手術開始時間(24時間制) 時 分

手術終了時間(24時間制) 時 分

12□ 看護学生

13□ 臨床工学技士

14□ 清掃担当者

99□ その他(記載)

**3 受傷した手術・診療科は?**

1 □ 消化器外科

2 □ 心臓血管外科

3 □ 産科

4 □ 婦人科

5 □ 整形外科

6 □ 耳鼻科

7 □ 脳神経外科

8 □ 形成外科

9 □ 泌尿器科

10□ 歯科/口腔外科

12□ 眼科

13□ 呼吸器外科

99□ その他(記載)

**6 受傷は麻酔業務時に発生しましたか?**

1 □ はい(どのような麻酔業務が行われていましたか?) (記載)

2 □ いいえ

**7 発生場所**

1 □ 術前待機室

2 □ メーヨー台

2.1□ 器械台

3 □ バックテーブル

4 □ 手術部位

5 □ 手術部位のそば

6 □ 麻酔器

7 □ 麻酔台・カート

8 □ 手術台(患者への穿刺場面・静脈内投与など)

10□ 手術室の床

11□ 器材室

12□ 術後麻酔回復室

13□ 標本整理室

99□ その他 (記載)

**3a 緊急処置時(蘇生時を含む)の受傷でしたか?**

1 □ はい 2 □ いいえ

**4 受傷時の術式は?**

(記載)

**4a 受傷したのは内視鏡/腹腔鏡を使用する手術でしたか?**

1 □ はい 2 □ いいえ 3 □ 不明

**8 患者の確定-曝露源の患者が誰かわかっていますか?**

1 □ はい(以下の項目にもお答えください)

**5 職種(1つだけチェック)**

1.1□ 手術医(術者:受傷時にメインで処置を実施した者)

1.2□ 手術医(指導医)

2□ 手術医(助手)

3□ 手術医(初期・後期含む研修医)

5□ 麻酔医(指導者)

6□ 麻酔医(初期・後期含む研修医)

8□ 医学生-どの科を廻っていましたか?

□ 外科系 □ 麻酔科 □ その他(記載)

9 □ 外廻り看護師

10□ 器械出し/直接介助看護師

11□ その他の役割の看護師 (役割記載)

(患者氏名又はイニシャル)

(患者カルテ番号)

入院・外来	□1.入院	□2.救急外来
	□3.外来(救急を除く)	□4.不明
患者の検査結果	HIV □陽性 □陰性 □未検査	
	HCV □陽性 □陰性 □未検査	
	HBs 抗原 □陽性 □陰性 □未検査	
	HBe 抗原 □陽性 □陰性 □未検査	
	梅毒 □陽性 □陰性 □未検査	
	ATLA(HTLV-1) □陽性 □陰性 □未検査	

2 □ いいえ

3 □ 適切な回答なし(患者への使用前など)

文書名	院内感染防止対策マニュアル P-8 : A. 針刺し発生届 (手術室用)		
文書番号	感対-共様-マニュアル P-8-2-230401	ページ	3 / 5

- 9 使用目的-鋭利器材はどのような目的で使用されていましたか？(1つだけチェック)
- 2 筋肉・皮下注射またはその他の皮膚を穿刺した注射(シリンジ)
- 3 末梢静脈の血管確保(IVカテーテル・翼状針などで)
- 4 IVラインへの接続(間欠投与、ビギーバッグ、ラインからの側注、その他のライン接続)
- 5 インジェクションサイトやポートへの注射
- 6 動脈ラインの確保
- 7 中心静脈ラインの確保
- 8 その他の非血管カテーテルの留置(ドレーン留置時の挿入用針などで)
- 9 静脈採血  
 直接穿刺     ルートからの採血
- 10 動脈採血  
 直接穿刺     ルートからの採血
- 11 体液・組織サンプルの採取(尿・脳脊髄液・羊水・その他の液体、生検)
- 12 外科的に切る操作(電気メス以外)
- [縫合]
- 13 筋肉/筋膜の縫合  
 (縫合部位記載)
- 141 皮膚、皮下組織の縫合  
 (縫合部位記載)
- 142 その他の組織の縫合  
 (縫合部位記載)
- 143 縫合用途不明  
 (縫合部位記載)
- 15 電気メスによる切開
- 16 ドリルでの穴開け/鋸引き切断
- 17 組織/骨の牽引
- 18 ワイヤ固定/その他の方法による固定
- 19 患者に対してではない目的で器具を使用(標本を切るなど)
- 20 検体や薬剤/標本などを入れる(ガラス製品など)
- 21 剃毛・除毛
- 99 その他  
 (記載)
- 1  不明
- 10 事例発生状況-どのような状況で針刺し・切創が生じましたか？(1つだけチェック)
- 1 器具を使用する前(器具が壊れた/滑った、組み立てる際など)
- 2 器具の使用時(器具が滑った、患者や同僚が器具を動かした、など)
- 3 術野の組織を手で牽引している時
- 4 術野の組織をリトラクターなどの器具で牽引時
- 5 器具を手渡ししている時
- 6 ハンズフリー(中間ゾーンを設けることで器具の手渡しを制限)で器具を受け取りしている時
- 7 注射の追加投与の操作の合間
- 8 器材の使用と使用との合間
- 9 器材や装置の分解中
- 10 器具の分別、または消毒・滅菌過程
- 11 使用後の針をリキャップ時
- 12 ゴム部分やIVポートなどから針を引き抜く時
- 13 その他器具を使用後廃棄するまでの間(廃棄ボックスに移動中、片づけ中、ベッド上・床・その他不適切な場所での放置)
- 14 廃棄ボックスの上やその近くに放置されていた器具で
- 15 器具を廃棄ボックスに入れる時
- 16 廃棄ボックスの投入口からはみ出していた器具で
- 17 廃棄ボックスの投入口以外から突き出していた器具で
- 18 ゴミ袋や不適切な容器から突き出していた廃棄後の器具
- 99 その他(記載)
- 11 器材の所持者-受傷した時、原因器材は誰が持っていましたか？(1つだけチェック)
- 1 他の人が持っていた
- 2 受傷した本人が持っていた
- 3 誰も持っていなかった
- 12 器材の汚染-器材は血液体液などで汚染されていましたか？(1つだけチェック)
- 1 見える程度の血液などが付いていた
- 2 血液などに接触したが、受傷時には見える程度の血液などは付いていなかった(付着の程度が確認できなかった場合を含む)
- 3 血液などで汚染されていなかった
- 4 汚染されていたかどうか不明

文書名	院内感染防止対策マニュアル P-8 : A. 針刺し発生届 (手術室用)		
文書番号	感対-共様-マニュアル P-8-2-230401	ページ	4 / 5

13 原因器材の種類は？(1つだけチェック)

※1～29の針(中空針)の場合、ゲージ数をお答えください

原因器材のゲージ数	
<input type="checkbox"/> インシュリン用	<input type="checkbox"/> ツベルクリン用
<input type="checkbox"/> 24/25 ゲージ	<input type="checkbox"/> 23 ゲージ
<input type="checkbox"/> 22 ゲージ	<input type="checkbox"/> 21 ゲージ
<input type="checkbox"/> 20 ゲージ	<input type="checkbox"/> 19 ゲージ
<input type="checkbox"/> 18 ゲージ	<input type="checkbox"/> その他(記載)

- 1  使い捨て注射器の針(普通の注射針、ツ反・インスリン用注射針等)
- 2  最初から薬剤が充填されている注射器の針
- 6  翼状針及び点滴セットと一体となった翼状針
- 7  末梢静脈留置カテーテルの針
- 8  真空採血セットの針
- 31  縫合針(針サイズ、31a、31b の詳細もチェック)
- 縫合針サイズ
- マイクロ、小型の針(針の大きさが 15mm 以下)
- 中型の針(針の大きさが 16mm～30mm)
- 大型の針(針の大きさが 31mm 以上)
- 31a 原因器材はどのタイプの縫合針でしたか？
- 1  丸針
- ①  弾機針/バネ針
- ②  針付縫合糸
- 2  角針(ヘラ型針など)
- ①  弾機針/バネ針
- ②  針付縫合糸
- 3  鈍針
- 99  その他(記載) \_\_\_\_\_
- 5  不明(わからない)
- 31b 下記のどの段階で縫合針による受傷をしましたか？
- 1  自分で縫合時
- 2  縫合の介助時など(他者が縫合時)
- 3  渡す時
- 4  受け取る時
- 5  持針器での縫合針の角度調整や糸掛けなどの操作中
- 6  メーヨー台などに置いてある縫合針で
- 7  ニードルカウンター使用時
- 8  糸結び時
- 10  メーヨー台や術野などから落ちてきた針で
- 9  床に落ちていた針で
- 99  その他(記載) \_\_\_\_\_
- 32  再生使用する外科用メス(替え刃を含む)
- 45  ディスポーザブル外科用メス
- 33  剃刀、刃
- 30  ランセット(耳介・指・足底からの穿刺採血用)
- 3  血液ガス専用の注射器の針
- 5  点滴ラインの接続・増設等に用いる針
- 9  ルンパール針又は硬膜外針
- 10  何にも接続されていない注射針
- 11  動脈カテーテル誘導針
- 12  中心静脈カテーテル誘導針

- 51  鑷子、鉗子類(ヘモστάット/クランプ)
- 35  はさみ(剪刀)
- 360  電気メス(針先)
- 361  電気メス(刃先)
- 362  電気メス(ループ)
- 46  レトラクター、スキンフック、ポーンフック
- 47  ステープル/金属縫合糸
- 48  ワイヤ(縫合/固定/ガイドワイヤ)
- 49  ピン(固定/ガイドピン)
- 50  ドリルビット/バー
- 13  鼓膜カテーテル誘導針
- 14  その他の血管用カテーテルの針(心臓カテーテル等)
- 15  その他の非血管用カテーテルの針(ドレーン留置時の挿入用針、眼科用等)
- 16  ヒューバー針
- 34  プラスチック製ビベット
- 37  骨切りメス
- 38  骨片
- 39  布鉗子
- 40  マイクロームの刃
- 41  トロッカー(套管針)
- 42  プラスチック製の吸引チューブ
- 43  プラスチック製の検体容器・試験管
- 44  指の爪、歯
- 60  薬液アンブル
- 61  薬液バイアル
- 62  薬液ビン
- 63  ビベット(ガラス)
- 64  吸引管(ガラス)
- 65  標本ビン(ガラス)
- 66  ガラスの毛細管
- 67  スライドグラス
- 4  その他、又は種類のわからない注射器の針
- 28  種類のわからない針
- 29  その他の針(記載) \_\_\_\_\_
- 58  種類のわからない鋭利器材
- 59  その他鋭利器材(記載) \_\_\_\_\_
- 78  種類のわからないガラス器材
- 79  その他のガラス器材(記載) \_\_\_\_\_

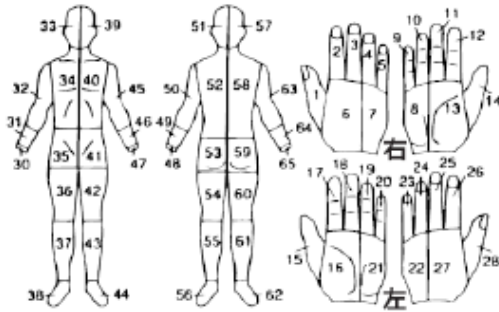
- 14 原因器材が針・鋭利器材だった場合、その器材は安全機構付き器材でしたか？
- 1  はい 2  いいえ 3  不明

- 14a) 安全機構の作動の有無は？
- 1  完全に作動 2  一部(部分的)作動
- 3  いいえ 4  不明

- 14b) 受傷は安全機構作動のどの過程で生じましたか？
- 1  作動前 2  作動中
- 3  作動後 4  不明

文書名	院内感染防止対策マニュアル P-8 : A. 針刺し発生届 (手術室用)		
文書番号	感対-共様-マニュアル P-8-2-230401	ページ	5 / 5

15 受傷部位(3個までチェック可)



22 あなたはどのようにすればこの事例を防ぐことができたと思いますか？

---



---



---



---



---

16 受傷の程度

- 1.1  出血なし  
 1.2  表在性(少量の出血)  
 2  中程度(皮膚の針刺し・切創、中等量の出血)  
 3  重症(深い針刺し・切創、著しい出血)

17 手袋の着用一手に受傷した場合、受傷時に手袋をしていましたか？

- 1 一重の手袋  
 2 二重の手袋  
 3 手袋の着用なし

18 受傷者の利き手

- 1  右手 2  左手

19 HBs 抗体—あなた自身は HBs 抗体陽性ですか？  
(1つだけチェック)

- 1  はい(ワクチン接種による)  
 2  はい(自然陽転あるいは既往疾患などによる)  
 3  いいえ  
 4  不明

20 受傷に至るまでの状況を記載してください(原因に器具の不具合が含まれていた場合も明記して下さい)

---



---



---



---



---

21 (受傷者の方へ)器具が安全機構付き器材で無かった場合、安全機構があれば受傷は防げたと思いますか？

- 1  はい 2  いいえ 3  不明