

社会福祉法人 恩賜財團 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-7 : A. 針刺し発生届 (一般用)		
文書番号	感対-共様-マニュアル P-7-3-250501	ページ	2 / 6

西暦 年 月 日

A.針刺し・切創事例 (一般用) 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 _____

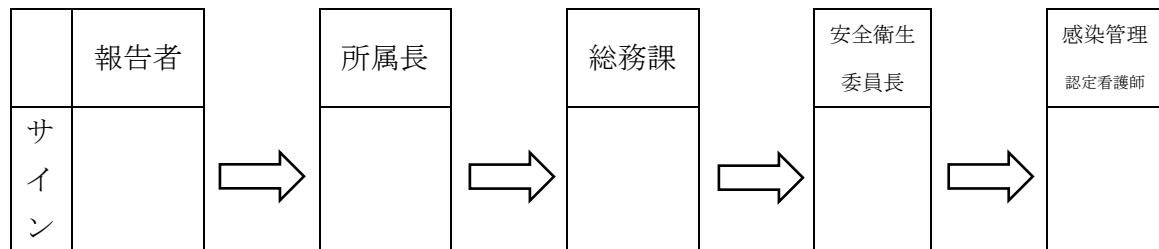
<対策指示>

- 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

<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

社会福祉法人 恩賜財團 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-7 : A. 針刺し発生届 (一般用)		
文書番号	感対-共様-マニュアル P-7-3-250501	ページ	3 / 6



血液・体液曝露

エピネット日本版 - Japan EPINet

病院コード番号
[] [] [] []院内報告番号
A [] [] [] []

A : 針刺し・切創報告書

(Version 4)

1 報告者

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

2 発生日時

発生日 西暦 年
月 日

発生時間 (24 時間制)

時 分

3 職種 (1つだけチェック)

1 医師 (常勤・非常勤を含む) →	1 内科
2 レジデント・研修医 →	2 外科
3 医学生	3 麻酔科
4 看護師	4 整形外科
5 准看護師	5 リハビリ科
14 助産師	6 形成外科
15 保健師	7 小児科
6 看護助手	8 産婦人科
7 看護学生	9 眼科
8 臨床検査技師	10 皮膚科
9 放射線技師	11 泌尿器科
10 歯科医師	12 耳鼻咽喉科
11 歯科衛生士	13 精神・神経科
12 業務士 (清掃・洗濯・廃棄)	14 放射線科
13 薬剤師	15 歯科・口腔外科
99 その他	16 脳神経外科
(職種記載)	17 腎透析部
	18 中央臨床検査
	19 救急部
	20 手術部
	99 その他
	(記載)

4 発生場所 (1つだけチェック)

1 病室 (集中治療室を除く) (病棟名記載)
2 病室外 (廊下、ナースステーション等) (病棟名記載)
3 救急部門
4 集中治療室 (術後回復室を含む)
5 手術部
6 外来診察室 (処置室) (科名記載)
7 輸血部
8 中央採血処置室
9 透析室
10 特殊検査処置室 (放射線・内視鏡・筋電図等の検査室)
11 中央検査部
12 病理解剖
13 中央材料室
14 分娩室
15 在宅
99 その他 (場所記載)

5 患者の確定・汚染源の患者が誰かわかっていますか?
(1つだけチェック)

1 はい (以下の項目にもお答え下さい)

(患者氏名又はイニシャル)				
(患者カルテ番号)				
入院・外来	<input type="checkbox"/> 1.入院	<input type="checkbox"/> 2.救急外来		
	<input type="checkbox"/> 3.外来 (救急を除く)	<input type="checkbox"/> 4.不明		
患者の 検査結果	HIV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検査
	HCV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検査
	HBs 抗原	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検査
	HBe 抗原	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検査
	梅毒	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検査
	ATLA (HTLV-1)	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検査

2 いいえ

3 適切な回答なし (患者への使用前など)

社会福祉法人 恩賜財團 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-7 : A. 針刺し発生届 (一般用)		
文書番号	感対-共様-マニュアル P-7-3-250501	ページ	4 / 6

6 器材の選択・使用者—あなた自身がこの原因器材を、選択して患者に使用したのですか? (1つだけチェック)

- 1 はい
 2 いいえ
 3 適切な回答なし

(記載) _____

6-A 器材の持者—他者が持っていた原因器材で受傷したのですか?

- 1 はい
 2 いいえ

7 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 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

8 使用目的—原因器材はどのような目的で使用されていましたか?

- 1 不明
 2 注射器を用いた経皮的な注射 (静・筋・皮下・皮内等)
 3 ヘパリン生食等でフラッシュ洗浄 (注射器を用いて)
 4 静脈ラインのインジェクションサイト (ゴム管・ゴム栓) への側注又は採血
 5 静脈ラインの接続・増設
 6 末梢血管確保 (動脈を除く、静注、一時・持続点滴を含む)
 15 動脈/中心静脈ラインの確保
 7 静脈採血 直接穿刺 ルートからの採血
 8 動脈採血 血液ガス 直接穿刺 血液ガス ルートからの採血
 9 体液・組織採取 (試験穿刺、生検、リンパール等)
 10 耳介・指・足底等の穿刺
 11 離合
 12 外科的切開
 13 電気焼灼 (電気メスの使用)
 14 脱毛
 99 その他

(記載) _____

9 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 器材を患者に使用する前 (既に壊れていた、器材の組立、静脈ラインの組立等)
 2 器材を患者に使用中 (患者の動作による受傷、翼状針・点滴針等の抜針・止血時を含む)
 14 患者の抑制介助時
 3 数段階の処置を実施する時に、その処置操作の合間 (数回の注射の合間や薬剤の追加器材の受け渡し時等)
 4 器材の分解時 (針を外す時を含む)
 5 再生可能な器材の再使用のための操作中 (分解、洗浄、消毒、滅菌等)

6 使用済み注射針のリキャップ時 (血液ガス検体にゴム栓などを刺す時等を含む)

- 7 ゴム管・ゴム栓 (インジェクションサイト、試験管チューブ) への注入及び抜針時 (血液等の検体の分注処理を含む)
 15 使用済み器材が床・テーブル・ベット等の上に放置されていた
 8 その他の、使用後から廃棄するまでの間 (不適切な搬送容器や、リネンなどに紛れ込んでいた)

- 9 廃棄ボックスの上やその近くに放置してあった器材で
 10 廃棄ボックスに器材を入れる時
 11 廃棄後に廃棄ボックスの投入口からはみ出していた器材で
 12 廃棄ボックスの投入口以外の部位から突き出ていた器材で
 13 廃棄後ゴミ袋や不適当な容器から突き出ていた器材で
 99 その他

(記載) _____

10 器材 (器材項目・器材名・ゲージ数)—針刺し・切創の原因となった器材は?

■器材項目: 針 (中空針) (1つだけチェック)

(1 ~ 29の針を選択した方は、『原因器材のゲージ数』をお答えください)

- 1 使い捨て注射器の針
 2 最初から薬剤が充填されている注射器の針 (ベン式インシュリン用注射器等)
 3 血液ガス専用の注射器の針
 4 その他、あるいは種類のわからない注射器の針 (ガラス製注射器の針を含む)
 5 点滴ライン接続・増設等に用いる針
 6 翼状針及び点滴セットと一体となった翼状針
 7 静脈留置針 (静脈カテーテル、サーフロー、エラスター、アンギオカット等)
 8 真空採血セットの針
 9 リ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
 13 鼓膜カテーテル針
 14 その他の血液用カテーテル (心臓カテーテル等)
 15 その他の非血液用カテーテル (眼科用等)
 28 分類不能な針
 29 その他の針

(記載) _____

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) _____

裏面へつづく →

文書名	院内感染防止対策マニュアル P-7 : A. 針刺し発生届 (一般用)		
文書番号	感対-共様-マニュアル P-7-3-250501	ページ	5 / 6

**■器材項目：手術器材等（手術器材およびその他の鋭利な器材）
(1つだけチェック)**

- 30 ランセット（耳介・指・足底からの穿刺採血用）
 31 縫合針
(記載)
 32 再生使用する外科用メス（替え刃を含む）
 (ディスポーザブルの外科用メスは 45)
 33 刃、刃
 34 プラスチック製ビベット
 35 はさみ
 36 電気メス
 37 骨切りメス
 38 骨片
 39 布鉗子
 40 マイクロトームの刃
 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
 45 ディスポーザブル外科用メス
 46 レトラクター、スキンフック、ボーンフック
 47 ステープル/金属縫合糸
 48 ワイヤ
 49 ピン
 50 ドリルピット
 51 摂子、鉗子類

- 58 種類のわからない鋭利器材
 59 その他

(記載)**■ 器材項目：ガラス製器材 (1つだけチェック)**

- 60 薬剤アンプル
 61 薬剤バイアル
 62 点滴液瓶あるいは大きな薬液瓶
 63 ガラス製ビベット
 64 ガラス製の真空採血管
 65 試験管・検体容器
 66 ガラスの毛細管
 67 ガラススライド
 78 種類のわからないガラス製品
 79 その他のガラス製品

(記載)**11 安全器材-受傷原因の器材は安全器材でしたか？****(1つだけチェック)**

- 1 はい

(安全器材名) _____

- 2 いいえ

(上記設問で「はい」とお答えの方のみ 11-A・11-B・11-C に記載して下さい)

11-A 安全装置作動の有無-安全装置を作動させましたか？ (1つだけチェック)

- 1 完全に作動
 2 一部（部分的）作動
 3 いいえ
 4 不明

11-B 受傷の時期 (1つだけチェック)

- 1 作動前
 2 作動中
 3 作動後
 4 不明

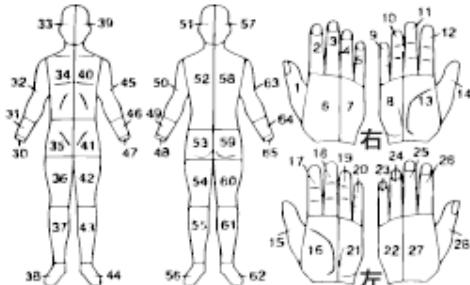
11-C 安全機能の可否 安全器材による受傷の場合、この装置・機構で受傷を防ぐことができると考えますか？ (1つだけチェック)

- 1 はい
 2 いいえ

意見を記載してください。

_____**12 受傷部位-針刺し・切創部位を○で囲んでください。****(3個までチェック可)**

複数の受傷部位の場合、傷の深い順に○部位 1、○部位 2、△部位 3 を記載します。

**13 受傷の程度 針刺し・切創の程度 (1つだけチェック)**

- 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、苦しい出血）

文書名	院内感染防止対策マニュアル P-7 : A. 針刺し発生届 (一般用)		
文書番号	感対-共様-マニュアル P-7-3-250501	ページ	6 / 6

14 手袋の着用—手に受傷した場合、受傷時に手袋をしていましたか?

- 一重の手袋
 - 二重の手袋
 - 手袋の着用なし

15 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)

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

16 緊急処置時受傷 緊急処置時（蘇生時を含む）の受傷でしたか？（1つだけチェック）

- はい
いいえ

17 針刺し・切創発生時の状況及び背景について、下記の(1)～(6)を含めて詳しく記載してください。

- (1) 具体的な発生現場（職、病棟、ナースステーション等）
 - (2) 発生時にどのような仕事、行為をしていたか？
 - (3) 受傷原因の器材
 - (4) どのようにして発生したか？
 - (5) 特別な事情・状況・背景等
 - (6) 受傷後の処置、対応

以下管理者記載	
受傷による損失経費	総計 円
■検査費用 (HBV、HCV、HIV、肝機能など)	
1) 該当患者に実施した検査	円
2) 受傷者に実施した検査	円
小計	円
■業務中断/職場脱出 円	
■代労採用経費 円	
合計	円
■感染・発症予防措置の費用 (HB 免疫グロブリン、抗 HIV 予防投薬など) 円	
■発症後の治療費用 円	
《治療内容》	
公労災の申請	
公務・労務災害補償を申請しましたか? (1つだけチェック)	
<input type="checkbox"/> はい	はいの場合、認定されましたか?
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 認定年月日 年 月 日 病休日数 日 就業制限 日
<input type="checkbox"/> いいえ	

18 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？（簡単に記載して下さい）