

# エピネット日本版

Japan EPINet  
**Version 4**

- A. 針刺し・切創報告書
- B. 皮膚・粘膜汚染報告書

EPINet™

Exposure Prevention  
Information Network



血液・体液曝露の把握と解析



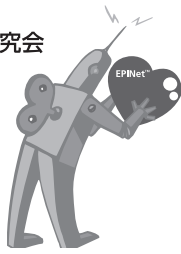
適切な予防対策



安全な医療現場

職業感染制御研究会

Research Group for Occupational Infection Control and Prevention



\_\_\_\_

A \_\_\_\_

# A : 針刺し・切創報告書

(Version 4)

## 1 報告者

■ 氏名

■ ふりがな

■ 職員番号

■ カルテ番号

■ 所属部門

1

医師部門

2

病棟部門

3

外来部門

4

中材・手術部門

5

検査部門

6

放射線部門

99

その他

(記載)

■ 経験年数 ( 年 )

■ 性別 ( 男 ・ 女 )

■ 年齢 ( 歳 )

## 2 発生日時

発生日 西暦 年 月 日

発生時間 (24 時間制)

時 分頃

## 3 職種 (1つだけチェック)

- 1 医師 (常勤・非常勤を含む) →
- 2 レジデント・研修医 →
- 3 医学生
- 4 看護師
- 5 准看護師
- 14 助産師
- 15 保健師
- 6 看護助手
- 7 看護学生
- 8 臨床検査技師
- 9 放射線技師
- 10 歯科医師
- 11 歯科衛生士
- 12 業務士 (清掃・洗濯・廃棄)
- 13 薬剤師
- 99 その他

(職業記載)

- 1 内科
- 2 外科
- 3 麻酔科
- 4 整形外科
- 5 リハビリ科
- 6 形成外科
- 7 小児科
- 8 産婦人科
- 9 眼科
- 10 皮膚科
- 11 泌尿器科
- 12 耳鼻咽喉科
- 13 精神・神経科
- 14 放射線科
- 15 歯科・口腔外科
- 16 脳神経外科
- 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  1.入院  2.救急外来  
 3.外来 (救急を除く)  4.不明

患者の	HIV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検査
検査結果	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)

**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 器材の所持者—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、ルンパール等）  
 10 耳介・指・足底等の穿刺  
 11 縫合  
 12 外科的切開  
 13 電気焼灼（電気メスの使用）  
 14 剃毛  
 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していた器材で  
 13 廃棄後ゴミ袋や不適当な容器から突き出していた器材で  
 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（ペ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、エラストー、アンギオカット等）  
 8 真空採血セットの針  
 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  
 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**

- インシュリン用  ツベルクリン用  
 24 / 25 ゲージ  23 ゲージ  
 22 ゲージ  21 ゲージ  
 20 ゲージ  19 ゲージ  
 18 ゲージ  その他

(記載)

■ 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）  
（ディスプレイザブルの外科用メスは45）
- 33 剃刀、刃
- 34 プラスチック製ピペット
- 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posable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 ステール/金属縫合糸
- 48 ワイヤ
- 49 ピン
- 50 ドリルビット
- 51 撮子、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 ガラス製ピペット
- 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

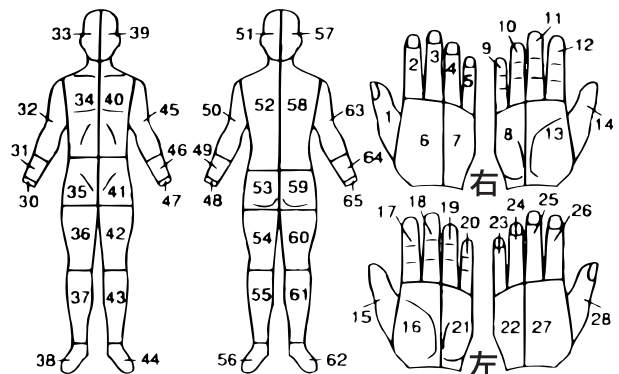
11-C 安全機能の可否 安全器材による受傷の場合、この装置・機構で受傷を防ぐことができると考えますか？（1つだけチェック）

- 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、著しい出血）

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？

- 1  一重の手袋  
 2  二重の手袋  
 3  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)

- 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

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)

- 1  はい  
 2  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 (階、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

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

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)

.....  
 .....  
 .....  
 .....

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/職場離脱

円

■代務採用経費

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)

- 1  はい はいの場合、認定されましたか？  
 2  いいえ

1  はい  
 認定年月日 年 月 日  
 病休日数 日  
 就業制限 日

2  いいえ



.....

B .....  
.....

# B: 皮膚・粘膜汚染報告書

(Version 4)

## 1 報告者

■ 氏名	.....	■ 所属部門	.....	■ 経験年数 ( .....	年)
■ ふりがな	.....	<input type="checkbox"/> 1 医師部門	<input type="checkbox"/> 5 検査部門	■ 性別 ( 男 ・ 女 )	.....
■ 職員番号	.....	<input type="checkbox"/> 2 病棟部門	<input type="checkbox"/> 6 放射線部門	■ 年齢 ( .....	歳)
■ カルテ番号	.....	<input type="checkbox"/> 3 外来部門	<input type="checkbox"/> 99 その他		
		<input type="checkbox"/> 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 分頃

## 3 職種 (1つだけチェック)

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

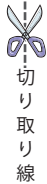
(患者カルテ番号) .....

入院・外来 1.入院 2.救急外来  
3.外来 (救急を除く) 4.不明

患者の	HIV	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 未検査
検査結果	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)



切り取り線



**6 汚染した体液—皮膚・粘膜はどの体液で汚染しましたか？**  
(該当項目全てチェック)

- 1 血液又は血液製剤
- 2 吐物
- 3 痰
- 4 唾液
- 5 脳脊髄液
- 6 腹水
- 7 胸水
- 8 羊水
- 9 尿
- 99 その他  
(記載)

**7 汚染組織・状態 汚染したのはどこですか？**  
(該当項目全てチェック)

- 1 無傷な皮膚
- 2 傷のある皮膚 (皮膚炎・擦り傷等)
- 3 眼
- 4 鼻
- 5 口
- 99 その他  
(記載)

**8 汚染時の状況—血液・体液はどのようにして接触しましたか？**

- 1 防備していない皮膚・粘膜に触れた
- 2 防衣や防具のすき間の皮膚に触れた
- 3 防衣や防具を浸透して触れた
- 4 白衣などの衣類を浸透して触れた

**9 汚染時の防衣・防具—汚染したときどのような防衣・防具を付けていましたか？**

(使用していた防衣・防具について該当項目を全てチェック、手袋の場合はブランド名を明記)

- 1 手袋をしていなかった
- 2 一重の手袋 (ゴム/ビニール) (ブランド名)
- 3 二重の手袋 (ゴム/ビニール) (ブランド名)
- 4 ゴーグル
- 5 眼鏡
- 6 側面も保護する眼鏡
- 7 フェイスシールド
- 8 手術用マスク
- 9 眼保護付き手術用マスク
- 10 手術用ガウン
- 11 ガウン (プラスチック/ビニール)
- 12 検査・実験衣 (布製)
- 13 検査・実験衣

(その他記載)

99 その他

(記載)

**10 汚染理由—汚染はどのように起こりましたか？**

- 1 患者から直接
- 2 検体容器から漏れて/こぼれて
- 3 検体容器が壊れて
- 4 IVチューブ/バッグ/ポンプから漏れて
- 5 破れた手袋/ガウン等を通して
- 6 栄養チューブ/その他のチューブが外れて/漏れて  
(チューブ名記載)

- 7 その他の体液容器からこぼれて/漏れて (吸引ビン等)
- 8 汚染していた器材に触れて
- 9 汚染していた覆布/シーツ/ガウン等に触れて
- 10 不明
- 99 その他  
(記載)

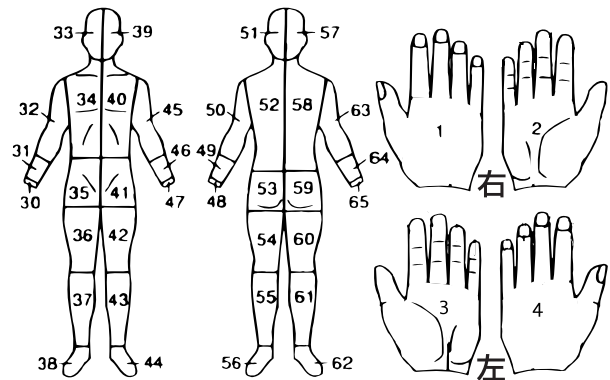
**11 汚染時間—皮膚・粘膜はどの位のあいだ血液・体液に接触していましたか？**

- 1 5分未満
- 2 5～14分間
- 3 15分以上1時間未満
- 4 1時間以上

**12 接触量—皮膚・粘膜に接触した血液・体液の量はどの位でしたか？**

- 1 少量 (5cc未満)
- 2 中等量 (5～50cc)
- 3 大量 (50cc以上)

**13 汚染部位—図に汚染部位とその広がりを塗りつぶしてください。**  
身体部位番号域を越えた広範囲の汚染部位の場合、汚染の著しい順に、◎部位1、○部位2、△部位3を記載します。



**14 HBs抗体—あなた自身はHBs抗体陽性ですか？**

- 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

**15 緊急処置時汚染—緊急処置時 (蘇生時を含む) の汚染でしたか？**

- 1 はい
- 2 いいえ

16 汚染時の状況及び背景について、下記の(1)～(8)を含めて詳しく記載してください。

- (1) 具体的な発生現場（階、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) 汚染原因の器材
- (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) 汚染後の処置、対応

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

17 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）

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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/職場離脱

円

■代務採用経費

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）

1  はい

はいの場合、認定されましたか？

2  いいえ

1  はい

認定年月日 年 月 日

病休日数 日

就業制限 日

2  いいえ