



AO:針刺し・切創報告書/手術部用

(Japan EPINet/OR version 2.0)

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	5□ 検査部門	■年齢 (歳)
■カルテ番号	2□ 病棟部門	
	3□ 外来部門	
	4□ 中材・手術部門	
	6□ 放射線部門	
	99□ その他	
	(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	
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

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)

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)

(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
患者検査結果	HIV 抗体	□陽性 □陰性 □未検査
(曝露時に未検査でも、後に確認された場合は訂正入力して下さい)	HCV 抗体	□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
	□STS 法	□TPHA 法
	ATLA(HTLV-1 抗体)	□陽性 □陰性 □未検査
	その他(記載)	

- 2 □ いいえ
3 □ 適切な回答なし(患者への使用前など)

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、ピギーバッグ、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(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
- 11-1 □ リキャップ時
- 11-2 □ 安全器材の安全機構を作動させて針先などの鋭利部分をカバーする時
- 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 器材への付着-器材は血液体液などが付着したり接触したりしていましたか？(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 □ 血液などに接触しておらず付着も確認できなかった
- 4 □ 血液などが付着していたかどうか不明

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"/> インスリン用 | <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(真空採血セット・点滴セットと接続された翼状針を含む)
- 8 ☐ 真空採血セットの針(注:真空採血セットに接続した翼状針による受傷は“6”で回答)
- 7 ☐ 末梢静脈留置カテーテルの針
- 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 ☐ ルンバ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、スキップック、ボーンフック
- 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 ☐ プラスチック製ピペット
- 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
- 60 ☐ 薬液アンプル
- 61 ☐ 薬液バイアル
- 62 ☐ 薬液ビン
- 63 ☐ ピペット(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

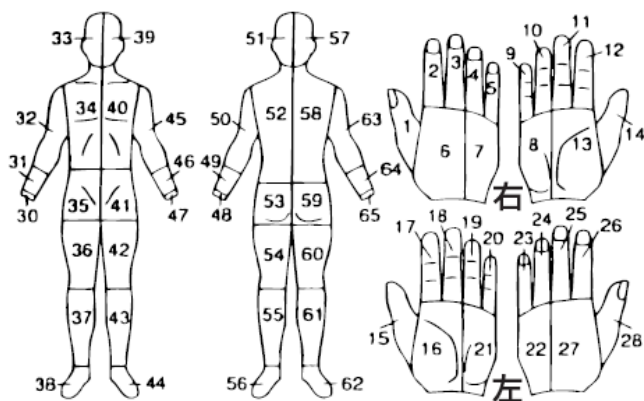
14a) 安全機構の作動の有無は？

- 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

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



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—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(10mIU/mL 以上)でしたか? (1 つだけチェック)

※曝露時に未確認でも後に確認された場合は訂正入力して下さい

- 1 ☐ はい(ワクチン接種により 10mIU/mL 以上になったことがある)
2 ☐ はい(自然陽転あるいは既往疾患などにより 10mIU/mL 以上になったことがある)
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

- 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ましたか?

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
2 ☐ いいえ

はいの場合、認定されましたか?

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