



# 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	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	
	5□ 検査部門	
	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 (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)

HIV 抗体	□陽性	□陰性	□未検査
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	□不明

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(処置・手技)-どのような処置や手技で原因  
器材は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
- 11-1 □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せんか？(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)

■器材項目

1～29: 針(中空針)

30～59: 手術器材及びその他の鋭利物(44 患者の爪・歯含む)

60～79: ガラス製器材

※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(ヘモスタット/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、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(患者に咬まれた、引っ掻かれた等)
- 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  
(安全器材名) \_\_\_\_\_
- 2  いいえ 3  不明

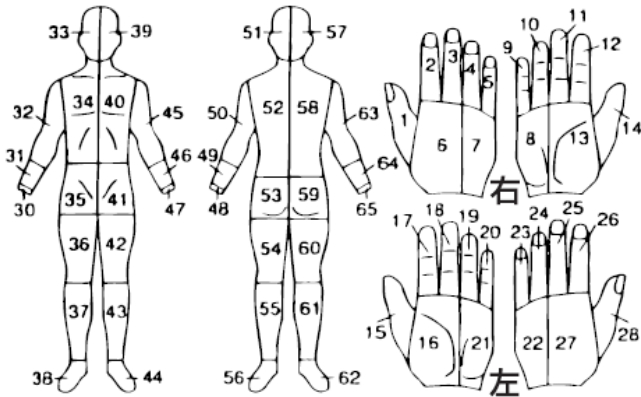
14a) 安全機構の作動の有無は？

- 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



□□□□□□□□

BO□□□□□□□□

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 曝露した手術・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 曝露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)の曝露でしたか？

1 □ はい 2 □ いいえ

4 曝露時の術式は？

(記載)

4a 曝露したのは内視鏡/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 □不明
	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 どの体液で曝露しましたか？(該当項目全てにチェック)

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

9a 曝露した体液は肉眼的に血液が混入していましたか？

- 1  はい    2  いいえ    3  不明

10 曝露したのはどこですか？(該当項目全てチェック)

- 1  損傷のない皮膚
- 2  損傷のある皮膚(皮膚炎・擦り傷等)
- 3  眼(眼粘膜)
- 4  鼻(粘膜)
- 5  口(粘膜)
- 99  その他(記載) \_\_\_\_\_

11 曝露時の状況-血液・体液はどのように皮膚・粘膜に曝露しましたか？

- 1  防護していない皮膚・粘膜に触れた
- 2  防護衣や防護具のすき間の皮膚・粘膜に触れた
- 3  手袋が破れていたため皮膚・粘膜に触れた
- 4  防護衣や防護具を浸透して触れた
- 5  白衣などの衣類を浸透して触れた

12 曝露時にどのような防護衣・防護具を付けていましたか？(該当項目全てチェック)

- 1  手袋をしていなかった
- 2  一重の手袋(ゴム／ビニール)
- 3  二重の手袋(ゴム／ビニール)
- 4  ゴーグル
- 5  眼鏡(防護具ではないタイプ)
- 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(ディスポーザブル)
- 11  手術用ガウン(リユース)
- 99  その他(記載) \_\_\_\_\_

12a 手術用ガウンを付けていた場合どのような規格レベルでしたか？

- 1  レベル 1 (スプレーインパクトテストで、クリティカルゾーンにあたる生地を透過する液体の重量が 4.5g 以下であること)
- 2  レベル 2 (スプレーインパクトテストで透過した液体の重量が 1.0g 以下であること。同時にハイドロプレッシャーテストでは少なくとも 20cm であること)
- 3  レベル 3 (スプレーインパクト)
- 4  レベル 4 (バクテリオファージ Phi-X174 へのバリア性能テストで、AQL 4%を示す必要があること)
- 5  不明

13 曝露理由-曝露はどのようにして起こりましたか？

- 1  患者から直接
- 2  汚染していた器材に触れて
- 3  汚染していた覆布／シーツ／ガウン等に触れて
- 4  検体容器から漏れて／こぼれて
- 5  チューブ(血液、吸引、ドレイン、その他)からの漏れ、外れ、破損
- 6  バッグ／ポンプから漏れ、こぼれ、破損
- 7  気管／鼻腔栄養チューブが破損、飛散
- 8  吸引容器のこぼれ、漏れ、破損
- 9  その他の洗浄／容器のこぼれ、漏れ、破損
- 10  その他、装置の誤作動や誤操作
- 11  不明
- 99  その他(記載) \_\_\_\_\_

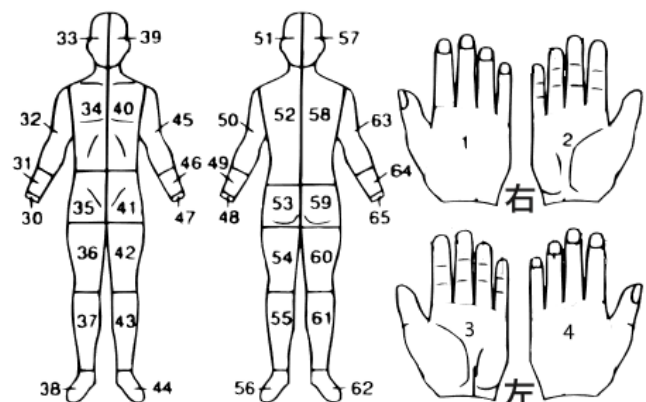
14 曝露時間-皮膚・粘膜はどの位のあいだ血液・体液に接触していましたか？

- 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

15 曝露量-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)

16 曝露部位-図に汚染部位とその広がりを塗りつぶしてください 身体部位番号を越えた広範囲の曝露の場合、曝露の著しい順に◎部位1、○部位2、△部位3を記載します



17 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

18 曝露に至るまでの状況及び背景について詳しく記載してください(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)

---

---

---

---

---

---

19 (曝露者の方へ)その他、工学的管理(安全機構付き 器材)や作業的管理によって曝露は防げたと思いますか?

- 1  はい 2  いいえ 3  不明

20 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

曝露による損失経費 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) 曝露者に実施した検査 \_\_\_\_\_ 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