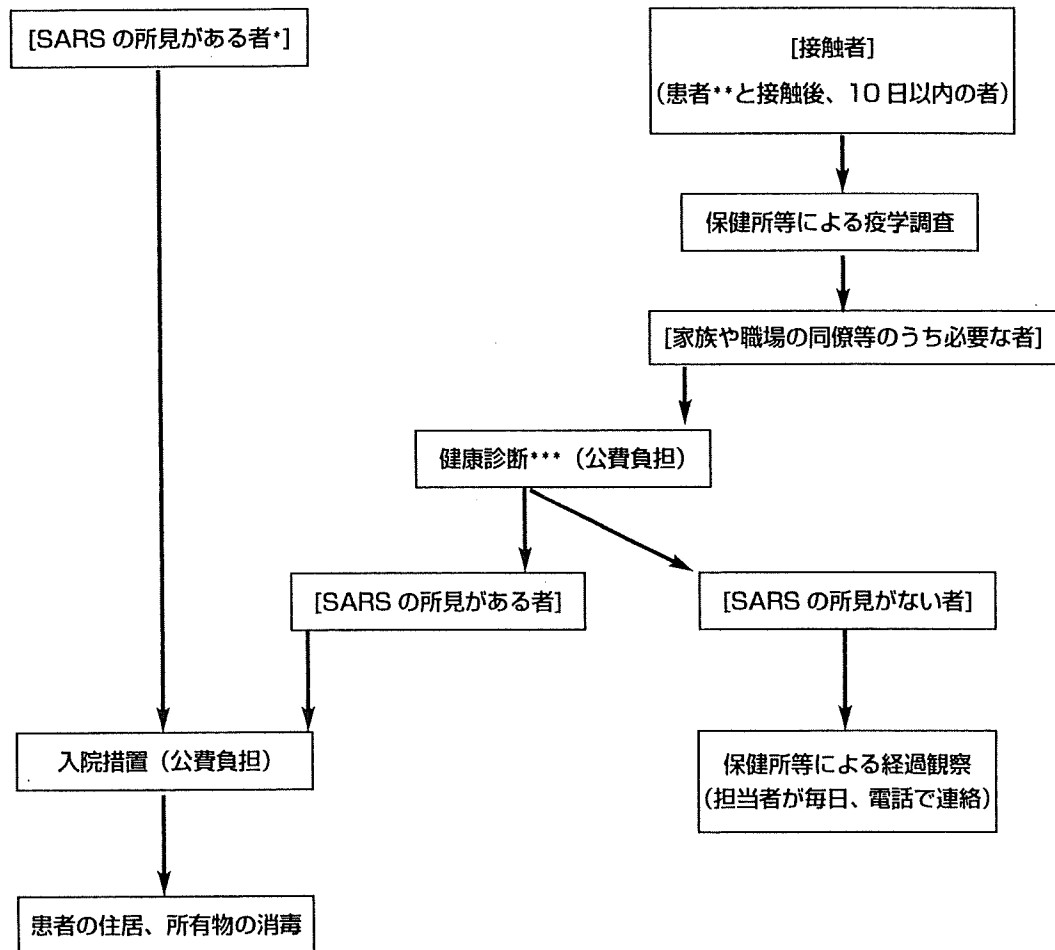


SARS の所見がある者とされた場合の対応

（感染症法1類の適用）



* SARS の所見がある者： SARS 確定例および可能性例。

** 患者：同上。

*** 健康診断：1日2回の体温測定、咳などの呼吸器症状につき、毎日、保健所から問い合わせる程度から、場合により通常の診療なども含む。

SARS に対する消毒法

原因不明の「重症急性呼吸器症候群」による院内感染防止対策の徹底について

原因不明の「重症急性呼吸器症候群」による院内感染防止対策については、「ハノイ・香港等における原因不明の重症急性呼吸器症候群の集団発生に伴う対応について（第7報）」（平成15年4月7日付け健感発第0407001号）等により、「重症急性呼吸器症候群（SARS）管理指針」（以下「SARS管理指針」という。）として、SARSの可能性例に対する対応を示し、貴管内の医療機関等へ周知し、適切な対応をお願いしているところです。

今般、各医療機関におけるSARSの感染防御の観点から別紙のとおり「重症急性呼吸器症候群（SARS）に対する消毒法」をまとめたので、貴管内の医療機関に対して周知方お願いします。

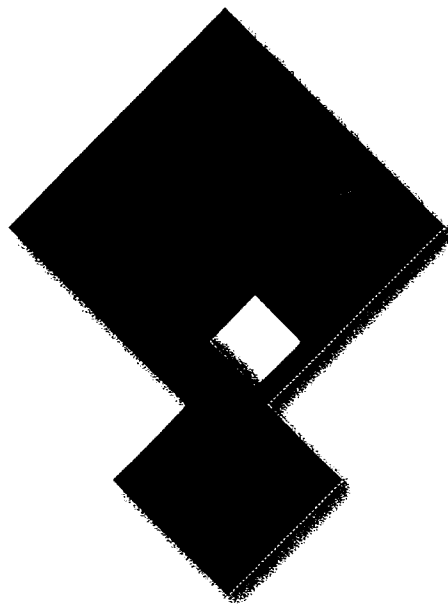
【別紙】重症急性呼吸器症候群（SARS）に対する消毒法

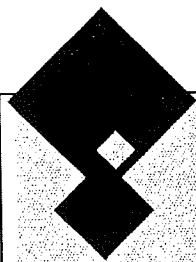
1. 重症急性呼吸器症候群（SARS）の病原体と推定されている新型コロナウイルスは、重篤な症状を引き起こすことや、本ウイルスに関する詳細についてはいまだ明らかにされていないことなどから、本ウイルスに対しては厳重な消毒を行っておく必要があります。
2. コロナウイルスは、エンベロープと呼ばれる膜を有するウイルスで、過酢酸（アセサイド[®]など）、グルタラル（ステリスコープ[®]、サイデックス[®]など）、次亜塩素酸ナトリウム（ジアノック[®]、ピューラックス[®]、ミルトン[®]など）、アルコール（消毒用エタノール、70v/v%イソプロパノール）、およびポビドンヨード（イソジン[®]、ネグミン[®]など）などが有効です。
3. 手指消毒には、速乾性手指消毒薬（ヒビスコール[®]、ヒビソフト[®]など）を用います。
4. 患者が退室した病室の消毒は、オーバーテーブル、ベッド柵、椅子、机およびドアノブなどに対するアルコール清拭で対応してください。アルコールの代わりに、0.1%（1,000ppm）次亜塩素酸ナトリウム（ジアノック[®]、ピューラックス[®]、ミルトン[®]など）を用いても差し支えありません。なお、天井、壁、および床などの消毒は、喀痰などの付着がない限り不要です。
5. ベッドマット、毛布、およびシーツなどのリネン類の消毒は、80℃、10分間の熱水洗濯が適しています。ただし、80℃、10分間などの熱水洗濯が行える洗濯機がない場合には、0.1%（1,000ppm）次亜塩素酸ナトリウム（ジアノック[®]、ピューラックス[®]、ミルトン[®]など）への30分間浸漬で対応してください。
6. 患者に関して発生した感染性廃棄物を扱う際には、注射針などによる外傷に注意し、バイオハザードと明記された漏出しにくい強靱な袋あるいはごみ箱に入れ、安全に廃棄してください。

なお、以上の方法で消毒する場合は、適切な感染予防装備と手順に従って行ってください。

病院・診療所・介護老人施設における
院内感染防止手順例

D 医療行為別感染対策





1 針刺し事故

職業上起こりうる感染の危険性の高い事故で、医療従事者および医療廃棄物処理業者を事故による感染から守るために安全対策を講じなければならない。また、針刺し事故防止のために事故のサーベイランス（EPINetシステム）は不可欠で、面倒がらずにきちんと書類で報告する必要がある。HBV、HCV、HIVなど、血液を介する職業感染防止は、医療施設の質の評価にもつながる。

収録した手順例

- 針刺し事故防止策のポイント
- 血液曝露等の汚染時の対応
- 突発的感染事故時の具体的対処方法
- ウイルス性肝炎（HBV、HCV）フローチャート
- HIV ウイルス曝露時の対応
- 針刺し事故防止策
- 感染症事故報告書例
- 針刺し・切創報告書
- 申立書作成例
- 現認証明書作成例
- 採血検査承諾書
- 針刺し事故発生時における対応

針刺し事故防止策のポイント

採血、静脈ライン確保など、針を使用する際は以下について注意する。

1) 準備

- ①サンダルではなく靴を履く（足の甲が覆われているもの）。
- ②必要物品を不足なくそろえ、処置しやすい位置に準備する。
 - ・手袋は自分の手のサイズに合ったものにする。
 - ・できるかぎり安全器材を使用する。
 - ・針捨てボックスは利き手側の安定した位置に配置する。
- ③処置しやすい位置・姿勢をとる。
- ④処置のための時間を十分に確保する。
- ⑤患者に説明し、協力を得る。
 - ・処置が終わるまでは動かないように説明する。
 - ・処置中に痛みがあった場合は、動かず、言葉で伝えるように説明する。

2) 実施

- ①処置に集中し、落ち着いて行う。
 - ・周囲の人も集中できるように気を配る。
- ②処置手順を省略せずに常に基本に忠実に行う。
 - ・処置に熟達し、安全な手技を身につける。
- ③注射器は持ち替えない。
- ④リキャップせず、使用後は直ちに廃棄する。
 - ・針を持って移動しない、人に手渡さない、ポケットに入れないなどを守る。

3) 針廃棄専用容器の管理

- ①使用中に倒れないように管理する。
- ②7～8割程度まで入ったら、封をして交換する。
- ③場所や使用頻度に応じた大きさで複数個設置する。

血液曝露等の汚染時の対応

●血液曝露等の汚染とは次に該当するものを指す

- 1) 患者に使用した後の針、メスなどの器材による受傷
- 2) 粘膜や正常でない皮膚（手荒れ、傷、ささくれ）に以下の曝露があった場合
 - ①血液、②血液を含んでいる可能性のある体液

●汚染事故が発生した場合

- (1) 直ちに汚染部位の流水洗浄を行う。
 - * 受傷部位からの血液の絞り出し、エタノール消毒などは有効であるとのエビデンスはない。
- (2) 速やかに汚染発生時のフローチャートに従って行動する。
- (3) 医師の診察を受ける。
 - * 汚染の発生状況（発生日、時間、場所、事故の概要（処置の内容、原因器材を含む）、曝露の程度）をカルテに記録する（担当医師に依頼すること）。

●事故発生時の感染症検査

以下の検査を医師の指示に従って行う。

曝露源：HBs 抗原、HCV 抗体、HIV 抗体

受傷者：HBs 抗原、HCV 抗体、HIV 抗体（HBs 抗体が不明の場合）

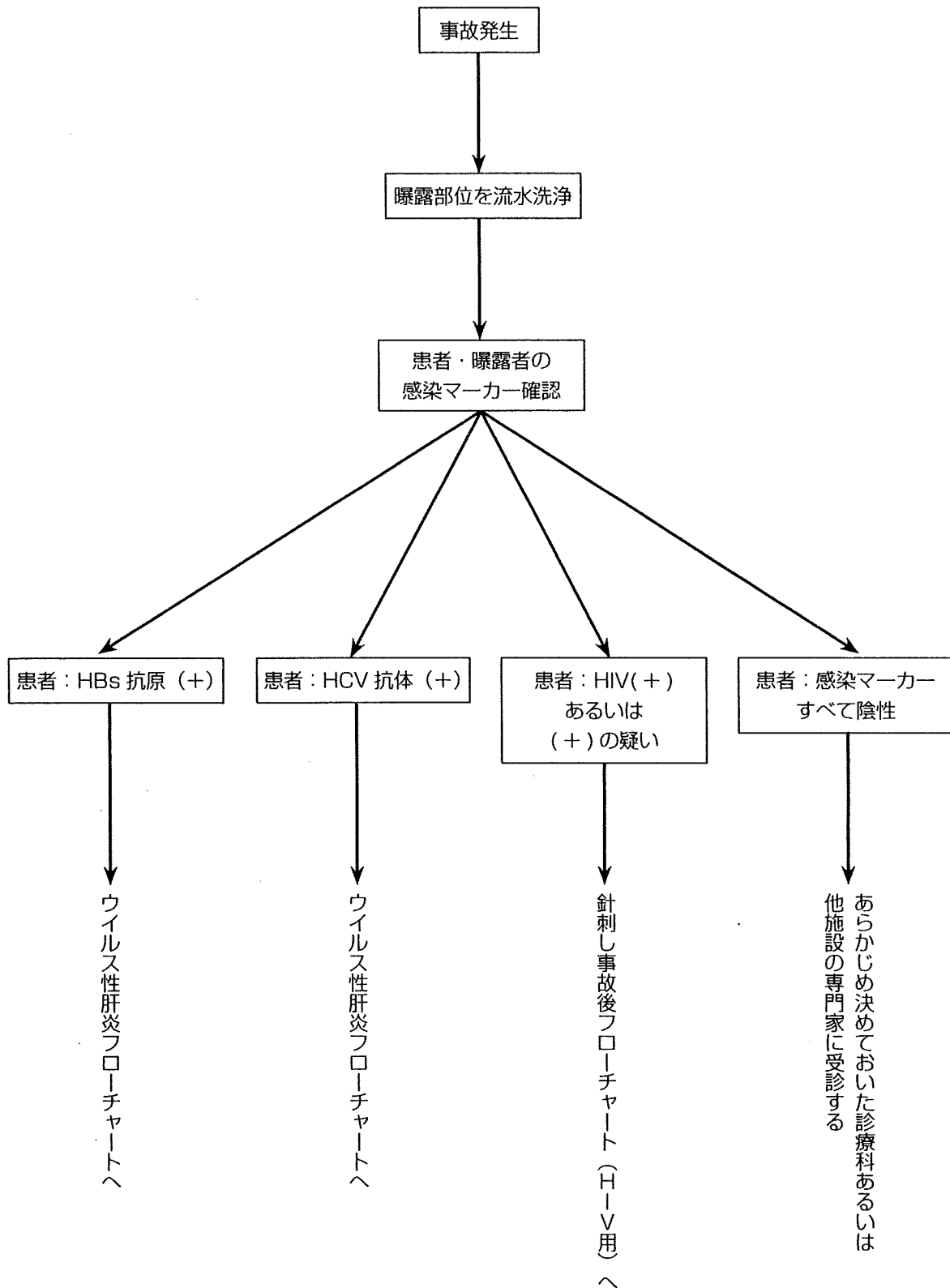
- * 抗体検査は検査を受ける本人の同意を得てから実施する。
- * 曝露源については、本人が死亡していたり、意識不明などで同意取得が不可能な場合は必ずしも同意をとる必要はない。
(以下の通知を参照)

参考：旧厚生省保健医療局エイズ結核感染症課長通知、1993年7月13日

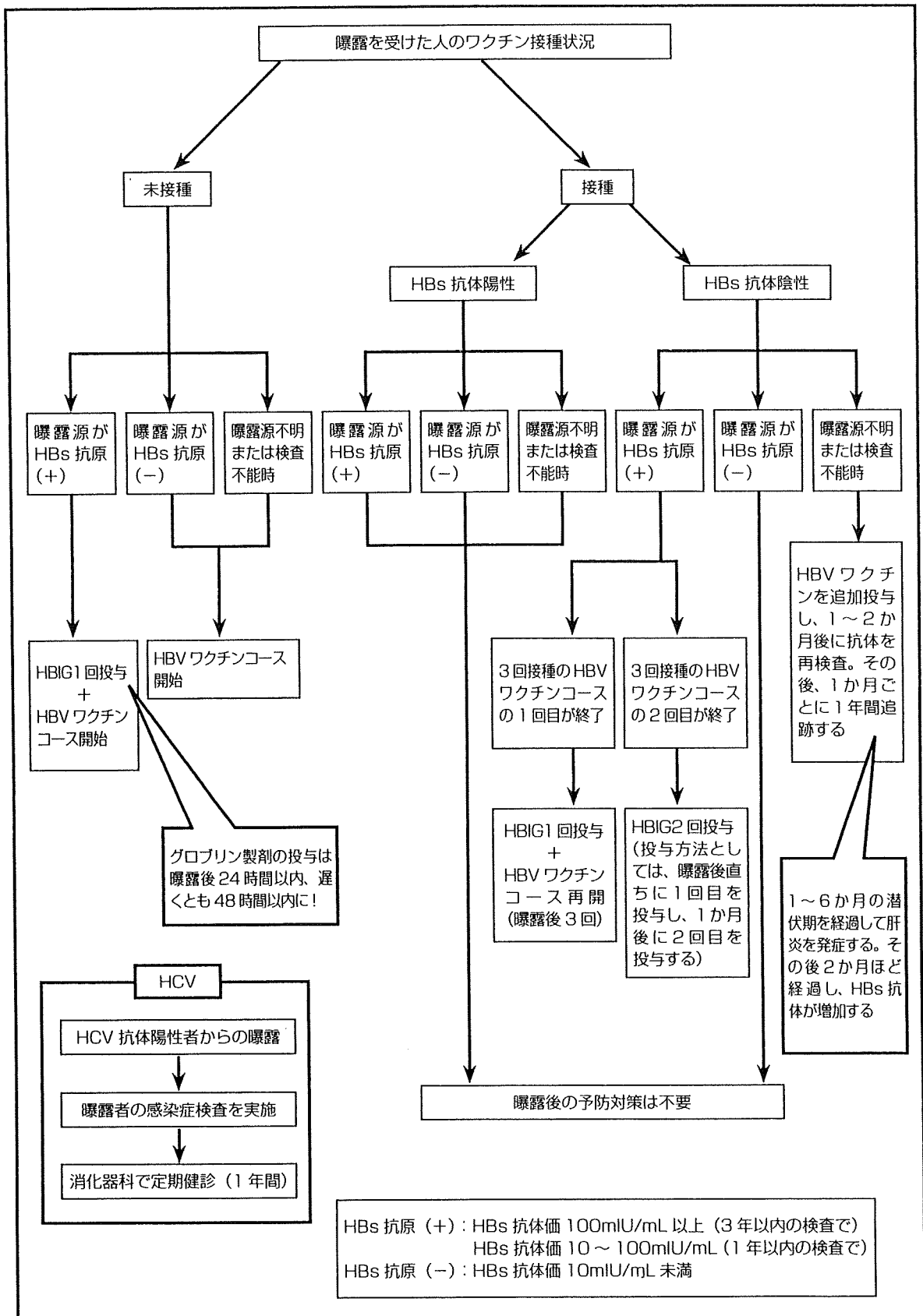
- ・ 観血的処置を行う場合において医療機関内感染防止を主たる目的として HIV 検査を実施する場合も、患者の同意が必要であること。患者本人が意識不明であることなどにより同意がとれない状況においては、医師の判断によって HIV 検査を実施することも認められる。

- * 曝露源が、梅毒、HTLV-1 (ATL) 感染など、血液伝播が否定できない疾患に感染している場合は、その旨をカルテに記載しておくとともに、当該疾患の専門医に受診してもらう。

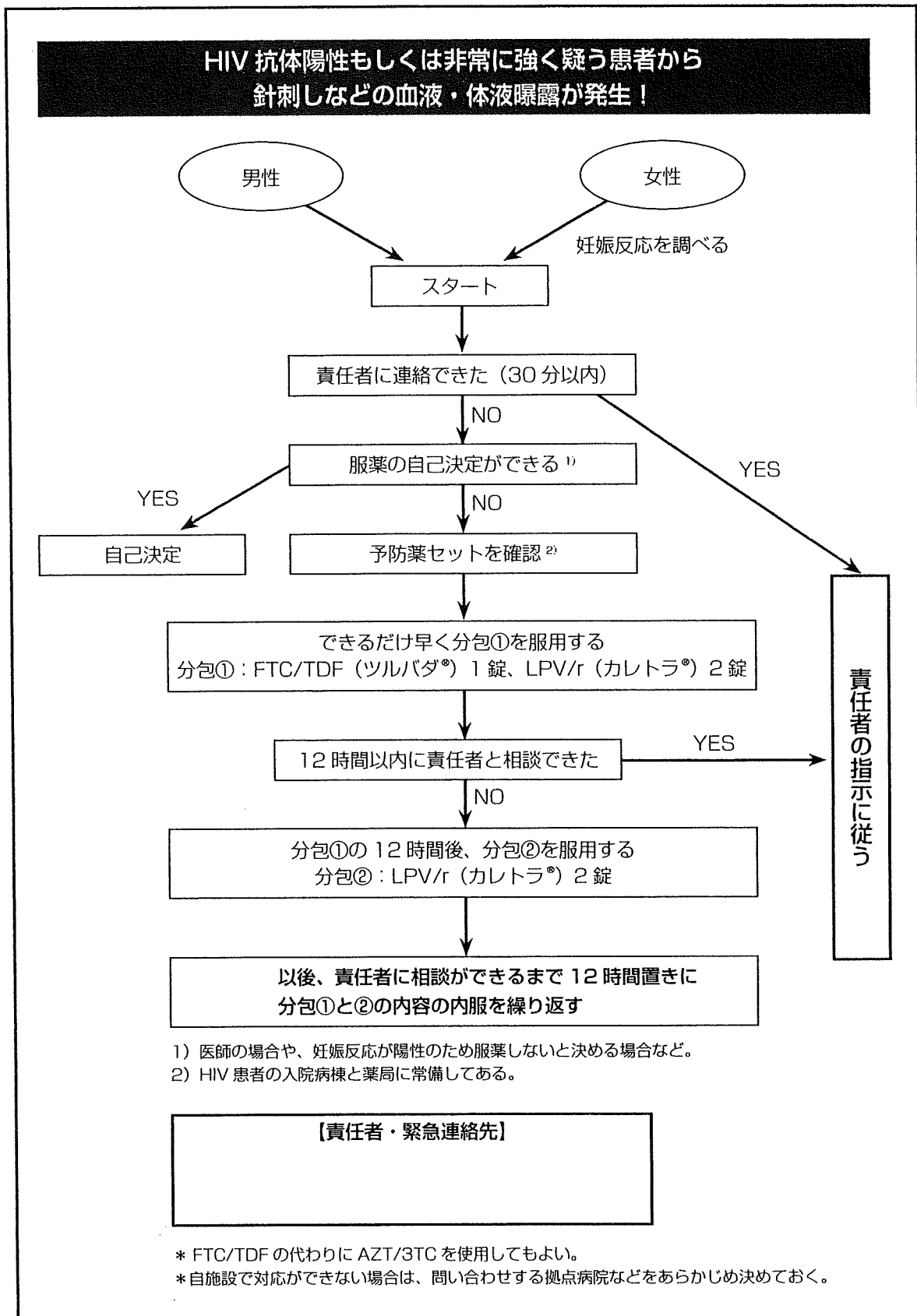
突発的感染事故時の具体的対処方法



ウイルス性肝炎 (HBV、HCV) フローチャート



HIV ウイルス曝露時の対応



針刺し事故防止策

1. 針の取り扱いの原則

- 1) 針を持って歩いてはいけない。
- 2) 針を人に手渡してはいけない。
- 3) 針をリキャップしてはいけない（どうしてもリキャップが求められるときは、片手によるリキャップ法を用いる）。
- 4) 使用済みの針はその場で、責任をもって使用者自身で針廃棄専用容器に直ちに廃棄しなければならない。または携帯用の針廃棄容器を持参し、現場で直ちに廃棄する。
- 5) 針を取り扱う場合は、できるだけ手袋を使用する。

2. 針廃棄専用容器の管理

- 1) 使用中、倒れないように管理する。
- 2) 75% 程度まで入ったら、封をして交換する。
- 3) 設置場所など。
 - ① 処置室には手が届く範囲の定位置に複数個設置
 - ② 採血室には医療従事者 1 人 1 個（外来）
 - ③ 包交車には各 1 個設置
 - ④ 手術室には大きさも考慮して複数個設置
- 4) コッヘルは、針廃棄専用容器のそばに設置する。

3. 針刺しの多発する行為

- 1) 点滴使用後の針（翼状針など）を点滴ボトルのゴム部に刺す。
- 2) 点滴使用後の針を点滴ボトルやスタンドにテープで貼り付ける。
- 3) 採血用スピッツのゴム栓に針を刺入して、注射器の血液を注入する。
- 4) 針廃棄専用容器に手を入れる。
- 5) 針廃棄専用容器の中身を他の容器に移し替える。
- 6) 針を素手で取り扱う。

4. 針刺しによって健康被害を生じる病原体と感染効率

病原体	感染効率
B 型肝炎ウイルス (HBV)	20 ~ 40% (e 抗原陽性例)
C 型肝炎ウイルス (HCV)	0.5 ~ 1.8%
G 型肝炎ウイルス (HGV)	不明
TT 型肝炎ウイルス (TTV)	不明
ヒト免疫不全ウイルス (HIV)	0.1 ~ 0.4%
成人 T 細胞白血病 (ヒト T 細胞白血病ウイルス: HTLV)	不明
梅毒トレポネーマ	低率
サイトメガロウイルス	高率
エボラ出血熱ウイルス	不明 (リンパ球による感染の可能性を否定できない)
プリオン	不明

感染症事故報告書例

感染症事故報告書

標記について、下記のとおり報告します。

平成 年 月 日

所 属： 所属長： 印

職名および氏名： 印

記

事故発生に関する 日時・場所・発生状況	☆別添のとおり 〔「針刺し・切創報告書」(P. 196) に必ず記入のこと〕
医師の所見および処置、 今後の方針	診察医師名 科 印

※本報告書は、感染症の有無にかかわらず、必ず庶務課厚生係へ提出してください。
カルテは必ず作成してください。なお、会計票および検査伝票等については、医事課を通さず、カルテと一緒に直接、庶務課厚生係へ持参してください。
※この報告書とは別に、所属長は事故発生後速やかに、院内感染対策委員会委員長（副院長）に報告すること。

質問、要望は ICT 委員またはリンクナースまで。 国立国際医療センター 院内感染対策委員会

針刺し・切創報告書

血液・体液曝露 エピネット日本版 (Japan EPINet) 針刺し・切創報告書		
1 報告者 ■ 氏 名 _____ ■ ふりがな _____ ■ 職員番号 _____ ■ カルテ番号 _____	■ 所属部門 <input type="checkbox"/> 1 医師部門 <input type="checkbox"/> 2 病棟部門 <input type="checkbox"/> 3 外来部門 <input type="checkbox"/> 4 中央材料室・手術部門 <input type="checkbox"/> 5 検査部門 <input type="checkbox"/> 6 放射線部門 <input type="checkbox"/> 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	4 発生場所 (1つだけチェック) <input type="checkbox"/> 1 病室 (集中治療室を除く) (病棟名記載) _____ <input type="checkbox"/> 2 病室外 (廊下、ナースステーション等) (病棟名記載) _____ <input type="checkbox"/> 3 救急部門 <input type="checkbox"/> 4 集中治療室 (術後回復室を含む) <input type="checkbox"/> 5 手術部 <input type="checkbox"/> 6 外来診察室 (処置室) (科名記載) _____ <input type="checkbox"/> 7 輸血部 <input type="checkbox"/> 8 中央採血処置室 <input type="checkbox"/> 9 透析室 <input type="checkbox"/> 10 特殊検査処置室 (放射線、内視鏡、筋電図等の検査室) <input type="checkbox"/> 11 中央検査部 <input type="checkbox"/> 12 病理解剖 <input type="checkbox"/> 13 中央材料室 <input type="checkbox"/> 14 分娩室 <input type="checkbox"/> 15 在宅 <input type="checkbox"/> 99 その他 (場所記載) _____	
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"/> 2 レジデント、研修医 → <input type="checkbox"/> 3 医学生 <input type="checkbox"/> 4 正看護師 <input type="checkbox"/> 5 准看護師 <input type="checkbox"/> 14 助産師 <input type="checkbox"/> 15 保健師 <input type="checkbox"/> 6 看護助手 <input type="checkbox"/> 7 看護学生 <input type="checkbox"/> 8 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 9 放射線技師 <input type="checkbox"/> 10 歯科医師 <input type="checkbox"/> 11 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 12 業務士 (清掃、洗濯、廃棄) <input type="checkbox"/> 13 薬剤師 <input type="checkbox"/> 99 その他 (職業記載) _____	<input type="checkbox"/> 1 内科 <input type="checkbox"/> 2 外科 <input type="checkbox"/> 3 麻酔科 <input type="checkbox"/> 4 整形外科 <input type="checkbox"/> 5 リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 6 形成外科 <input type="checkbox"/> 7 小児科 <input type="checkbox"/> 8 産婦人科 <input type="checkbox"/> 9 眼科 <input type="checkbox"/> 10 皮膚科 <input type="checkbox"/> 11 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 12 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 13 精神・神経科 <input type="checkbox"/> 14 放射線科 <input type="checkbox"/> 15 歯科・口腔外科 <input type="checkbox"/> 16 脳神経外科 <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) _____	5 患者の確定汚染源の患者がどれかわかっていますか? (1つだけチェック) <input type="checkbox"/> はい (以下の項目にもお答えください) (患者氏名またはイニシャル) (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 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 <input type="checkbox"/> 2 いいえ <input type="checkbox"/> 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）

はい
 いいえ
 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？

はい
 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？

見える程度の血液などがついていた
 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ついていなかった（付着の程度が確認できなかった場合を含む）
 血液などで汚染されていなかった
 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ましたか？

不明
 注射器を用いた経皮的な注射（静、筋、皮下、皮内等）
 ヘパリン生理食塩水等でフラッシュ洗浄（注射器を用いて）
 静脈ラインのインジェクションサイト（ゴム管、ゴム栓）への側注または採血
 静脈ラインの接続・増設
 末梢血管確保（動脈を除く、静注、一時・持続点滴を含む）
 動脈／中心静脈ラインの確保
 静脈採血
 直接穿刺 ルートからの採血
 動脈採血
 血液ガス直接穿刺 血液ガスルートからの採血
 体液・組織採取（試験穿刺、生検、リンパル等）
 耳介・指・足底等の穿刺
 縫合
 外科的切開
 電気焼灼（電気メスの使用）
 刷毛
 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）

器材を患者に使用前（すでに壊れていた、器材の組立て、静脈ラインの組立て等）
 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）
 患者の抑制助動時
 数段階の処置を実施するときに、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）

器材の分解時（針をはずすときを含む）
 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）
 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とき等を含む）
 ゴム管・ゴム栓（インジェクションサイト、試験管チューブ）への注入および抜針時（血液等の検体の分注処理を含む）
 使用済み器材が床、テーブル、ベッド等の上に放置されていた
 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）
 廃棄ボックスの上やその近くに放置してあった器材で
 廃棄ボックスに器材を入れるとき
 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
 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
 廃棄後、ごみ袋や不適当な容器から突き出していた器材で
 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)

使い捨て注射器の針
 最初から薬剤が充填されている注射器の針（ペン式インスリン用注射器等）
 血液ガス専用の注射器の針
 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）
 点滴ライン接続・増設等に用いる針
 翼状針および点滴セットと一体となった翼状針
 静脈留置針（静脈カテーテル、サーフロー、エラストアー、アンギオカット等）
 真空採血セットの針
 リンパル針または硬膜外針
 何にも接続されていない注射針
 動脈カテーテル誘導針
 中心静脈カテーテル誘導針
 鼓膜カテーテル針
 その他の血液用カテーテル（心臓カテーテル等）
 その他の非血液用カテーテル（眼科用等）
 分類不能な針
 その他の針
 (記載)

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)	

D 医療行為別感染対策

■ 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 ワイヤー
- 49 ピン
- 50 ドリルビット
- 51 鑷子、鉗子類

- 50 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 点滴びんあるいは大きな薬液びん
- 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 に記載してください）

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）

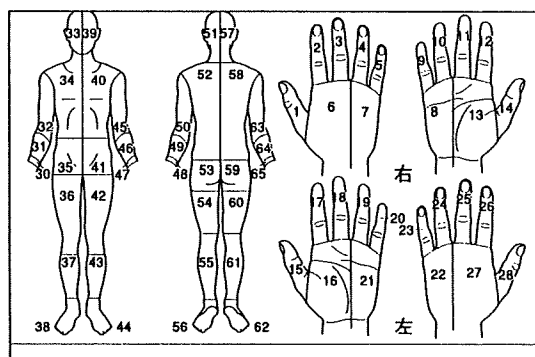
- 1 作動前
- 2 作動中
- 3 作動後
- 4 不明

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 出血なし
- 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・切創発生時の状況および背景について、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？（簡単に記載してください）

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 はい

認定年月日 年 月 日

病休日数 日

就業制限 日

② いいえ

申立書作成例

申立書

私は、平成 年 月 日、_____病院に採用され、現在_____〔部署_____科〕に勤務中である。

〈以下、事故発生の日時、場所、状況とその原因、その後の処置等の関係事項について詳しく記述してください。〉

〔例〕平成 年 月 日、準夜勤務時間中、〔 階 号室〕において患者〔 〕の点滴針を抜き去るときに、誤って左示指第一節の先端に針を刺してしまいました。

直ちに、患部の血を絞り出し、流水で洗浄後、〔 〕液で消毒をしました。

患者は、〔病名〕で入院中であり、HBV〔HCV〕陽性であることから、至急、看護師長へ報告するとともに、医師の診察を受けました。

医師の指示により〔HBs抗体の有無〕検査を施行し 注射〔 〕を行い、今後、定期的に〔何か月ごと〕に検査〔 〕を受けるよう指導を受けました。

平成 年 月 日

所属課〔科〕

官職・氏名

印

現認証明書作成例

現認証明書

受傷者
 所属課〔科〕
 官職・氏名

私は、平成 年 月 日、_____ 病院に採用され、現在 _____
 〔部署 _____ 科〕に勤務中であります。

〈以下、いつ、どこで、何をしていたときに、受傷者が、いかなる原因で、どのような状態で
 負傷したかを現認し、その後の処置をした内容について詳しく記述してください。〉

〔例〕平成 年 月 日、準夜勤務時間中、 時 分頃、〔氏名 _____〕が、〔 _____〕
 科、〔 _____ 階 病棟 号室〕の患者〔 _____〕の点滴終了後、針を抜き去るときに誤
 って左示指第一節の先端に針を刺し、出血しているのを認めました。

至急、患部の血を絞り出し流水で洗浄、〔 _____〕液で消毒し、看護師長へ報告すると
 ともに、医師へ連絡をしました。

医師の指示により _____ 検査、 _____ の注射を受けていたのを認めます。

以上のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

所属課〔科〕

官職・氏名

印

採血検査承諾書

採血検査承諾書

採血検査へのご協力をお願い

このたび、本院職員があなたの血液・体液の付着した医療器材などで誤って負傷いたしました。職員の公務災害を予防するため、誠に恐縮ですが、採血検査へのご協力をお願いいたします。

検査の項目は、血液で感染の危険があるとされる B 型肝炎、C 型肝炎、HIV（後天性免疫不全症候群）ウイルス検査です。

今回の検査にかかる費用は本院負担となり、医療費には含まれません。また、今回の検査結果は、郵送で、または医師からご本人にお知らせいたします。なお、結果は医療機関の守秘義務により第三者に知らされることはありません。

説明者氏名 _____

平成 年 月 日

病院長 殿

上記について医師より説明を受け、採血検査に同意いたします。

ご本人氏名 _____

代諾者氏名 _____（ご本人以外の同意の場合）

ご本人とのご関係 _____

ご本人住所（診療録記載と同じ場合は不要）

〒 _____

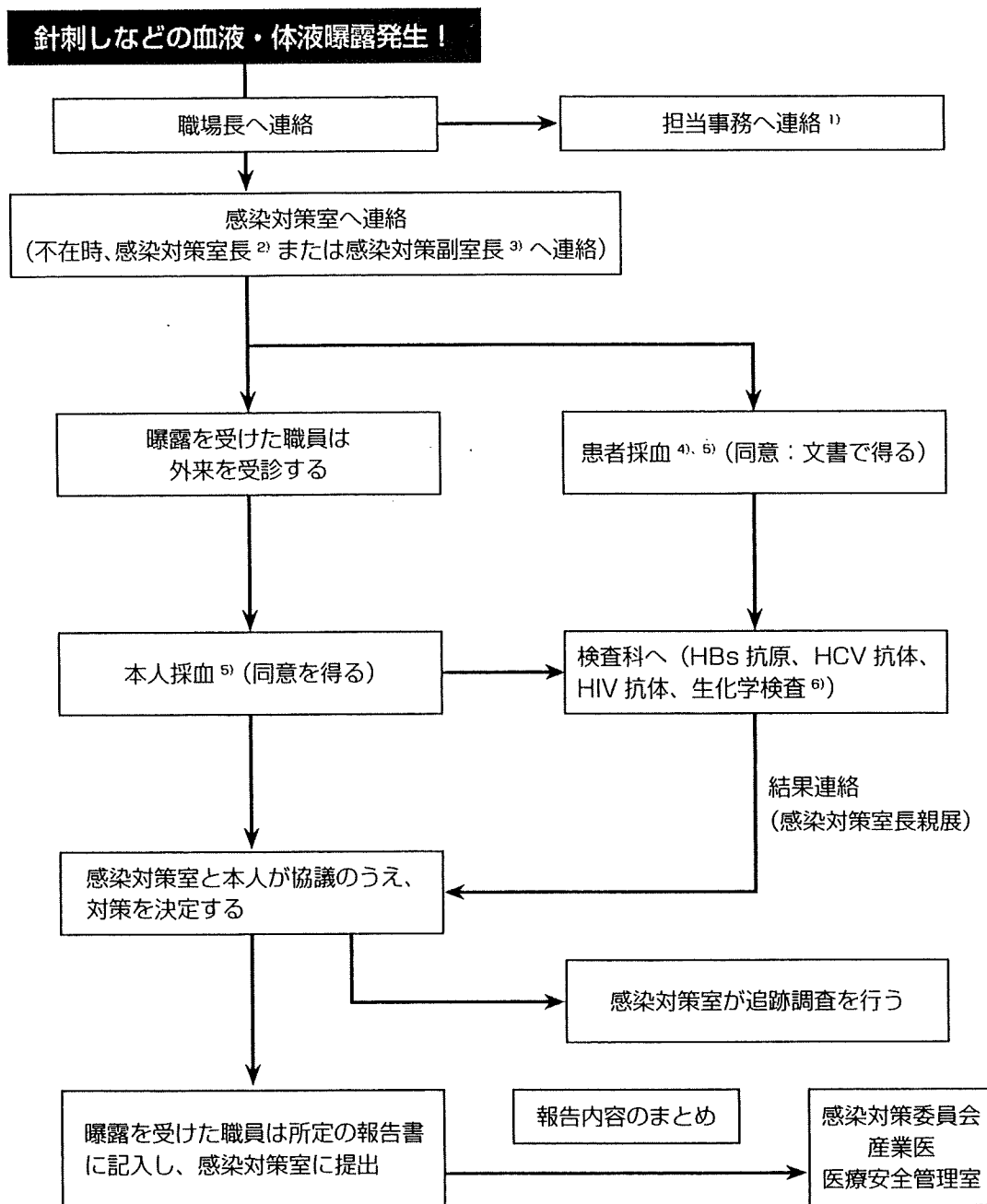
電話番号 _____

<備考>

*検査の一部（HIV など）を拒否された場合に記載

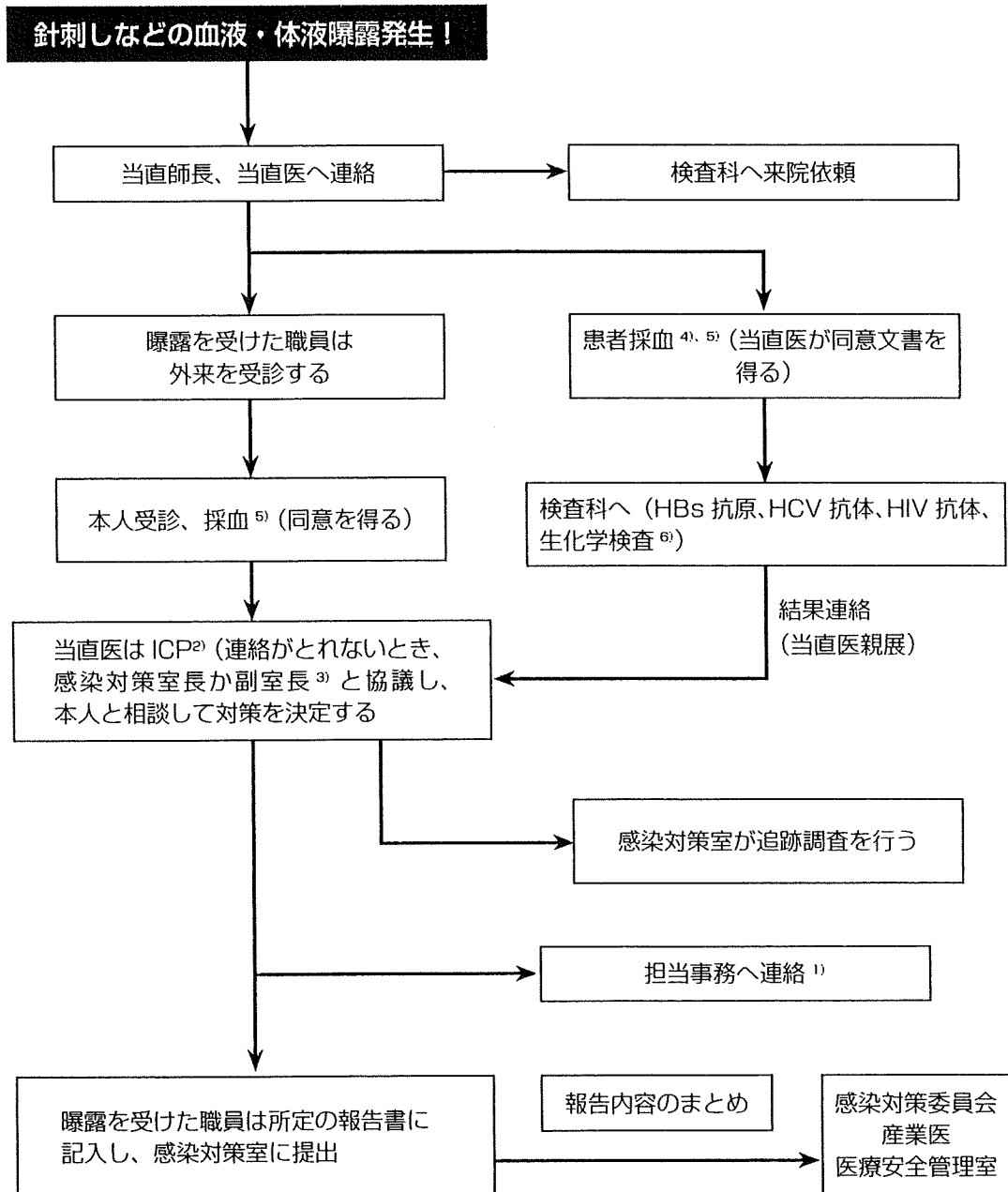
針刺し事故発生時における対応

I 平日・時間内版



- 1) 事務では労働災害認定の手続きを行う。
- 2) 感染対策室長 (連絡先：XXX-XXXX)。
- 3) 感染対策副室長 (連絡先：YYY-YYYY)。
- 4) 本人の同意が得られない場合は、以前の検査 (1 か月以内) や合併疾患などを参考にする。
- 5) 患者、医療従事者共に検査伝票、検体に「針刺し」と明記する。
- 6) HBs 抗原 (受傷者本人の抗体が不明あるいは陰性の場合は、抗体も追加)、HCV 抗体、HIV 抗体、生化学検査。

II 夜間・休日版



- 1) 事務では労働災害認定の手続きを行う。
- 2) ICP (連絡先：XXX-XXXX)。
- 3) 感染対策室長 (連絡先：000-0000)。
感染対策副室長 (連絡先：YYY-YYYY)。
- 4) 本人の同意が得られない場合は、以前の検査 (1 か月以内) や合併疾患などを参考にする。
- 5) 患者、医療従事者共に検査伝票、検体に「針刺し」と明記する。
- 6) HBs 抗原 (受傷者本人の抗体が不明の場合や、陽性を確認していない場合は、抗体も追加)、HCV 抗体、HIV 抗体、生化学検査。