Ⅶ. 職業感染対策

1.　　針刺し・切創・粘膜曝露

1）針刺し・切創・粘膜曝露対策および事例発生時の対応

職業感染を防止するためには、針刺し・切創、粘膜曝露を起こさないことが重要ではあるが、もし針刺し・切創・粘膜曝露が発生した場合は、迅速に対処することが必要となる。針刺し・切創、粘膜曝露事例発生時はフローチャートに従い行動する。

表 1　感染症別の針刺しによる感染率

問題となるウイルス	感染率	備考
HBV	30%	HBe 抗原陽性時は 60% 感染に必要な血液量：1/10,000ml
HCV	3%	
HIV	0.3%	

【針刺し・切創・粘膜曝露事例発生時、書類セットの内容】

書類セットは内科外来もしくは救急外来に保管。平日時間内であれば内科外来受診時に、時間外・休日であれば救急外来受診時に受け取り、必要事項を記入する。

表 2　書類セットの内容

針刺し・切創	粘膜曝露	書類の内容および取り扱い
針刺し・切創報告書※1	粘膜曝露報告書※1	提出先：総務課→感染制御部 提出期限：1 週間以内
針刺し・切創・粘膜曝露発生時フローチャート		発生後の処置および報告先等について記載
針刺し・切創・粘膜曝露発生時の対応（HBV・HCV）		対象患者の感染状況に合わせた処置および経過フォロー方法を記載
針刺し・切創・粘膜曝露発生時の対応（HIV）		対象患者の HIV 抗体が陽性だった場合の対応を記載
針刺し・切創・粘膜曝露発生に関する説明と同意書		対象患者の感染状況が不明な場合に、感染状況を確認する検査に使用 ● 主治医または担当医が患者（もしくは家族）へ説明し同意書を作成。 ● 同意書は控えを患者または家族へ渡し、電子カルテにスキャンした後、診療情報管理室で保管する。
療養補償給付たる療養の給付請求書		提出先：総務課 提出期限：原則 3 日以内。但し、休日を含む場合は休日明けの 15 時までに提出する。

※1：「針刺し・切創」、「粘膜曝露」は別のセットとなっている。

※針刺し・切創・粘膜曝露発生時の書類は電子カルテ初画面の「感染制御部　情報」→「血液・体液曝露関連」より印刷が可能。

2）B 型肝炎ウイルス（Hepatitis B Virus ：HBV）の予防

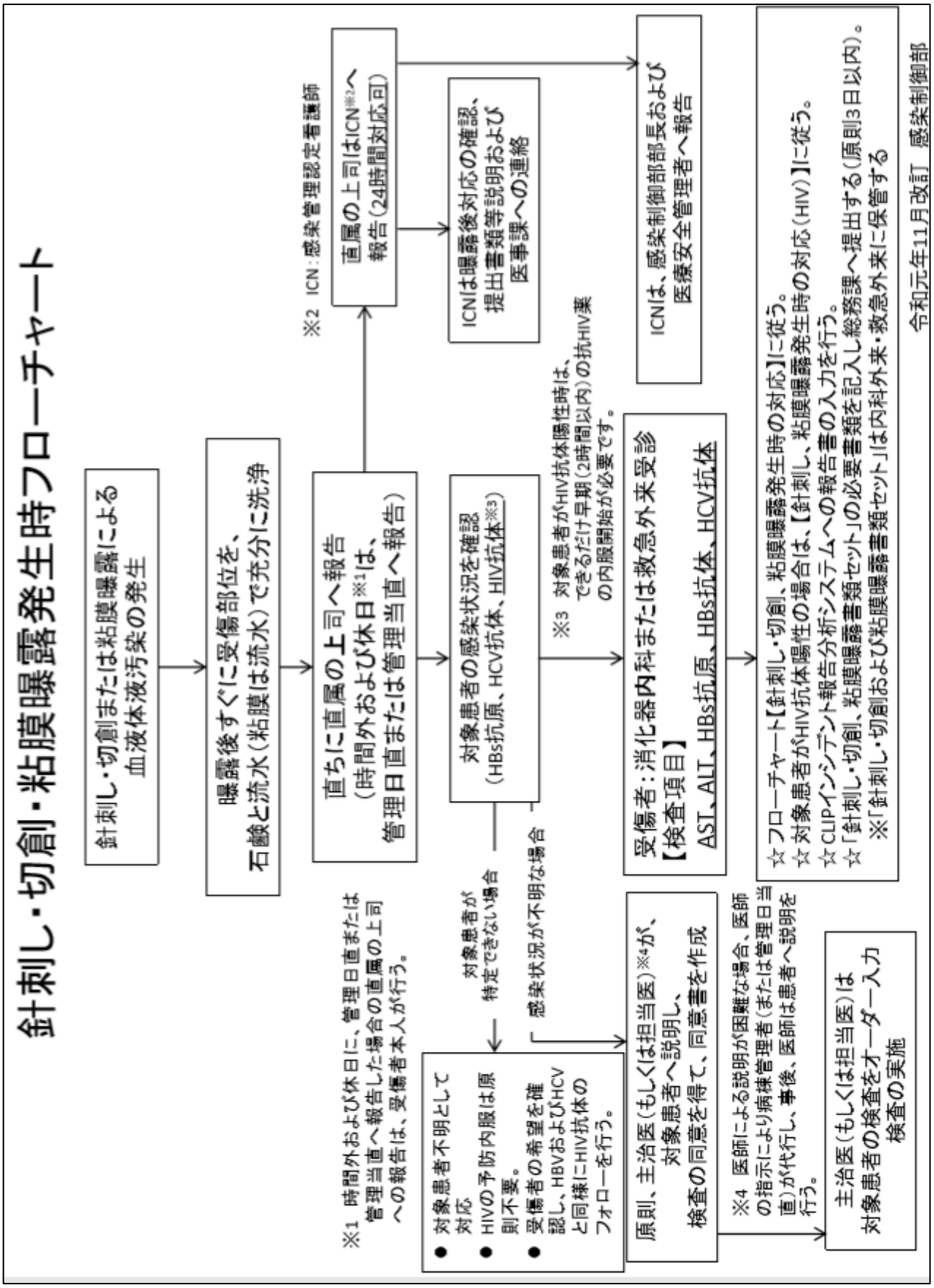
（1）HBV ワクチンプログラム

HBV のワクチンの接種歴がなく抗体価が低い職員は、アレルギー等の接種するうえでの問題がない場合は、HBV ワクチンを接種することが推奨される。HBV ワクチンは 1 クールで 3 回（初回、1 か月後、6 か月後）接種する必要があり、病院のワクチンプログラムに沿って接種する。

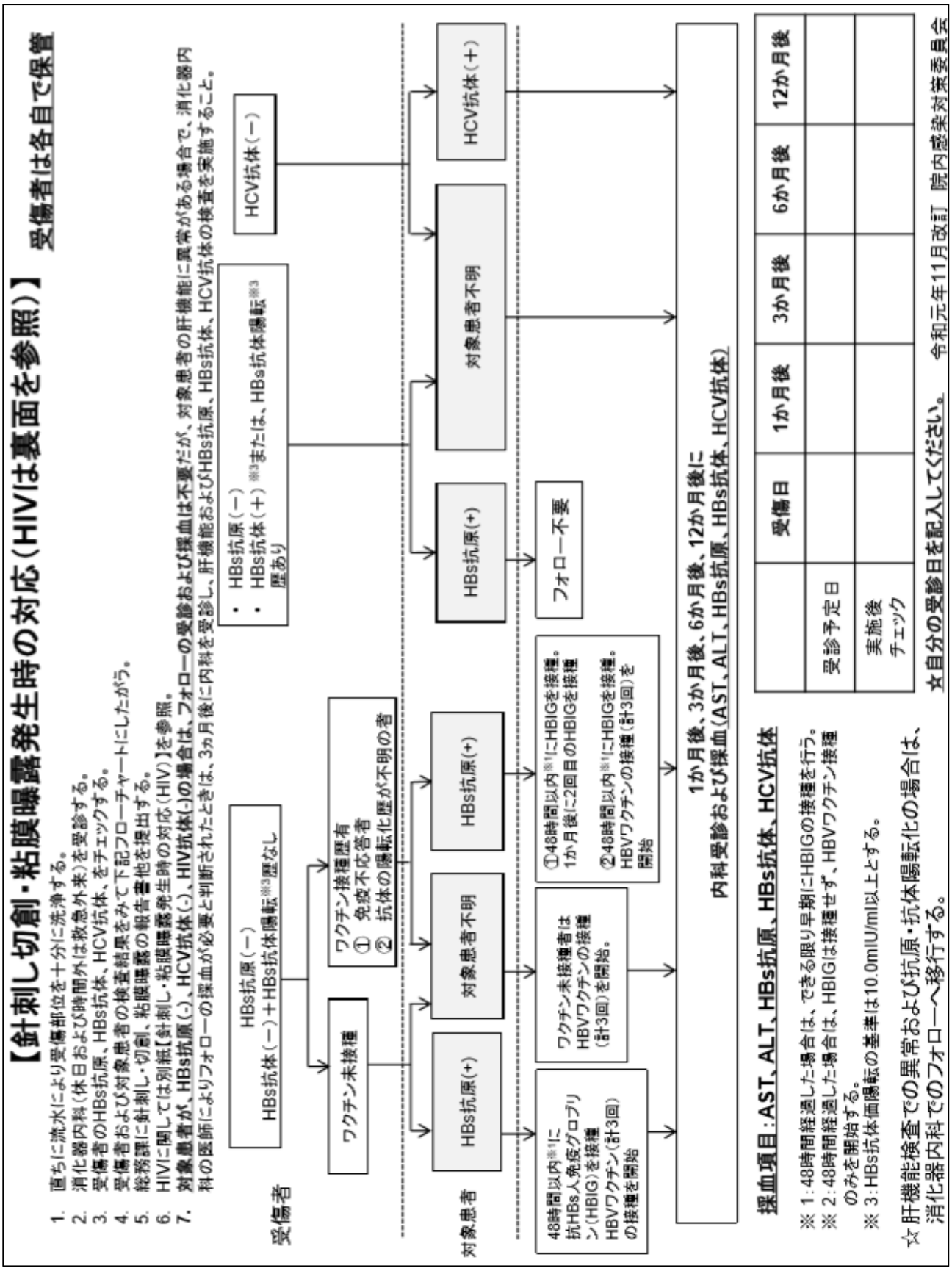
表 3　HBV ワクチン接種プログラムおよび抗体価の管理

ワクチンプログラム対象者	新入職者（前年度の中途入職者を含む）で、入職時の HBs 抗体が陰性の医療職
ワクチンを接種する時期	8 月、9 月、2 月（前後することがありえる）
接種対象者への連絡	総務課で日程の調整を行い、対象者へ連絡する。
1 クール終了後の抗体未獲得者	2 クールまでのワクチン接種を行い、抗体の獲得ができない場合は免疫不応答者として対応する。
HBs 抗体価の測定	6 月の職員健診時（1 回/年）に測定する。
抗体価の管理	本人、総務課および感染制御部で管理、把握する。

【針刺し・切創・粘膜曝露発生時フローチャート】



【針刺し・切創・粘膜曝露発生時の対応（HBV・HCV）】



【針刺し、粘膜曝露発生時の対応〔**HIV**〕】

抗 **HIV** 薬投与まで２時間以内を厳守！

針刺し・切創・粘膜曝露発生時の対応（HIV）

HIV抗体陽性もしくは
陽性が強く疑われる血液※1への曝露

上司もしくは担当医は
ICN※2へ連絡
（平日時間内にICN不在の場合、院内責任者※3へ報告）

※1 陽性が強く疑われる血液
ニューモシスチス肺炎・クリプトコッカス髄膜炎
の症状があり、HIV陽性であることが推定できる血液

※2：感染管理認定看護師

平日時間内

休日および時間外

院内責任者※3へ報告

応急処置
- 曝露した創部：石鹸と流水で十分に洗浄
- 眼・鼻：水や生理食塩水で十分に洗浄
- 口腔：水で含嗽

- 日直または当直医へ受傷者への説明を依頼
- 感染制御部部長へ報告

院内責任者※3（休日および時間外は日直または当直医）は、
受傷者の同意を得て、受傷者のHIV抗体検査を実施。
また、以下のことを確認し、「抗HIV薬予防服用説明書」を
用いて、受傷者へ説明する。
- 受傷者の妊娠の有無
- HBV感染の有無
- 腎障害の有無

※3：院内責任者
感染制御部部長・院内感染対策委員長　安達　誠（PHS:7020）
院長相談役・院内感染対策副委員長　伊藤清隆（PHS:7002）

受傷者は、服用を開始するかどうか
自己決定する。

服用開始の自己決定

- 受傷者は「抗HIV薬予防服用同意書」に署名
- 院内責任者（休日および時間外は日直または当直医）は、「抗HIV薬提供依頼書」に記載し署名

- 「抗HIV薬予防服用同意書」
  院内感染対策マニュアル
  「職業感染対策」8ページ参照
- 「抗HIV薬提供依頼書」
  院内感染対策マニュアル
  「職業感染対策」9ページ参照

＊両様式とも電子カルテ初画面「感染制御部情報→血液体液曝露関連」より印刷できます。

院内責任者（休日および時間外は日直または当直医）は
熊本総合病院の担当者※4へ電話連絡

※4
熊本総合病院：0965（32）7111（代）
血液内科　江藤医師
（診療時間内および診療時間外）
時間外は熊本総合病院へ電話連絡後、江藤医師より当院へ折り返し連絡あり

受傷者は配置病院を受診※5
同意書・依頼書提出
抗HIV薬受領・服用

※5 曝露後できるだけ早く（2時間以内）に服用開始が必要なため、熊本総合病院を緊急受診する。

熊本大学医学部附属病院受診※6
服用を継続するかどうか、専門医と相談の上決定

※6 1回目の抗HIV薬服用後、12時間以内に受診。曝露日が土日祝日の場合は、抗HIV薬を継続服用し、平日に速やかに受診する

問い合わせ先：熊本大学附属病院
「医事ユニット感染対策担当」 TEL：096（373）5654　平日8:30～17:00

2019年 6月　院内感染対策委員会

抗 HIV（ヒト免疫不全ウイルス）薬の予防服用に関連した
HIV 抗体検査について

HIV 抗体陽性の血液（もしくは抗体陽性が強く疑われる血液）による曝露では、曝露後の感染予防として、できる限り早期の抗 HIV 薬の予防服用が推奨されています。また、予防に使用する抗 HIV 薬が HIV に感染している場合の治療量としては少ないことや、今回の曝露によって感染したかどうかの判別のため、抗 HIV 薬服用前に HIV 抗体検査を行う必要があります。なお、検査費用については、労災保険の申請が可能ですので、自己負担はございません。

同意いただいた場合に実施する検査は、スクリーニングのために使用される検査であり、陽性であっても偽陽性（本当は陰性なのに陽性と結果が出てしまうこと）の場合があります。

以上の説明をいたしました。

令和　　年　　月　　日

説明医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

HIV（ヒト免疫不全ウイルス）に関する検査同意書

熊本労災病院　病院長殿

私は、上記のとおり抗 HIV（ヒト免疫不全ウイルス）薬の服用に関連した HIV 抗体検査について説明を受け、必要性を含め、十分理解しました。そのうえで、検査を受けることに同意いたします。

令和　　年　　月　　日

職員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　元年 12 月　熊本労災病院

抗ＨＩＶ薬予防服用説明書

針刺し切創などでＨＩＶ汚染血液に曝露した場合の感染リスクは、Ｂ型・Ｃ型肝炎と比較してかなり低く、Ｂ型肝炎の１/１００、Ｃ型肝炎の１/１０程度で、針刺し切創においては、平均０．３%程度です。また、感染直後に抗ＨＩＶ薬を服用することで、感染リスクは約８０%低下すると言われています。

抗ＨＩＶ薬は、決して副作用の少ない薬ではありません。特に、腎機能低下のある方は、減量が必要になる場合もあり、予防服用前に必ずお知らせ下さい。また、胎児への安全性が確認されていないため、妊婦に対する投与については、専門医へ相談の上、服薬を決定して下さい。各薬剤の主な副作用は下記のとおりです。詳細が必要な場合は、参考資料に記載してあります。

予防服用については、感染を予防する利益と副作用による不利益を考え合わせた上で、予防服用が必要と判断された場合には、少しでも早く服用を開始することをお勧めします。

予防服用される場合には、現在、服用中の薬剤やサプリメント・健康食品などを必ず、お知らせ下さい。また、予防内服の期間を含む一定期間の避妊が必要となります。

ツルバダ＋アイセントレス

■ツルバダ：１日１回、１回１錠

（主な副作用）悪心、腹部膨満感、下痢、鼓腸等の消化器症状、倦怠感、疲労、発疹、腎障害　等。
著しい腎機能低下がある場合は、専門医に相談してください。

（注意点）＊抗Ｂ型肝炎ウイルス効果も有します。Ｂ型肝炎患者が、ツルバダを半年以上服用し中止後に、肝炎が悪化することがあります。服用前に、必ずＢ型肝炎の有無を確認し、Ｂ型肝炎患者の場合は、専門医と相談してください。
＊禁忌薬があります。

■アイセントレス：１日２回、１回１錠

（主な副作用）悪心、頭痛、めまい、発疹、そう痒感、不眠症、疲労　等。

（注意点）　他薬との相互作用が少ない薬ですが、マグネシウム・アルミニウム含有の制酸剤、下剤や市販の胃腸薬、便秘薬を一緒に服用すると吸収が低下し、血中濃度が低下する可能性があります。服用について工夫が必要ですのでお知らせ下さい。

予防薬の相互作用や副作用、服用上の注意点の詳細については、以下に記載しています。

【主な副作用、禁忌薬、注意点についての参考資料】
『熊本県針刺し切創・皮膚粘膜暴露後の抗ＨＩＶ薬服用マニュアル』
別紙：予防薬配置病院参考資料　併用禁忌、使用上の注意について

上記については、必ず事前に以下ＨＰで最新の資料をご確認下さい。
http://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/32/harisashimanyuaru.html

<取扱注意>

抗ＨＩＶ薬予防服用同意書

私は、ＨＩＶ汚染防止血液等曝露後の抗ＨＩＶ薬予防服用における利益と不利益について説明を受け、妊婦の服用は胎児への影響について不明である点を含め、十分に理解しました。

私は、自らの意志により予防服用を希望します。

服用希望薬剤（必ず本人がチェックすること）

□ アイセントレス ＋ ツルバダ

配置病院

病院長 様

年 月 日

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※抗ＨＩＶ薬配置病院にて、抗ＨＩＶ薬を受領する際に、ご記入ください。

受領者サイン（受領時に記入）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

［代理人の場合］ ※原則、被汚染者が受領

所属施設又は続柄：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

［本人確認］ ○で囲んでください。（抗ＨＩＶ薬配置病院の担当者がご記入ください。）

保険証、運転免許証、身分証（ ）の書類提示あり

抗ＨＩＶ薬提供依頼書

被汚染者	氏名		性別	男　・女
	生年月日	年　月　日	妊娠 （女性のみ）	有・無・未検査
	現在服用中の薬剤	無　・　有（　　）		
発生状況	発生日時	年　月　日　時　分		
	事象内容	・針刺し・切創・粘膜汚染・皮膚汚染 ・（　　）		
	原因患者の病状	・ＡＩＤＳ　・ＨＩＶ抗体陽性　・ＨＩＶ抗体陽性疑		

上記の者は、ＨＩＶ感染の恐れがあり、予防服用についての説明に同意があったので、レジメンの服用回数分（専門医受診までの回数）の抗ＨＩＶ薬の提供を依頼いたします。

□　アイセントレス　＋　ツルバダ

奇数回服用分：　アイセントレス　１錠＋　ツルバダ　１錠　　＿＿＿回分

偶数回服用分：　アイセントレス　１錠　　＿＿＿回分

※　レジメン内容は、マニュアル内「HIV感染防止の抗ＨＩＶ薬服用目安」を参照
参考：服用者向け説明書「お薬の飲み方について　専門医受診までに、２回目以降を服用する方へ」

配置病院

病院長　様

年　月　日

機関所在地

機関名

連絡先

担当医署名

（管理者）

HIV感染防止の抗HIV薬服用目安

アイセントレス ＋ ツルバダ

	アイセントレス	ツルバダ	
1 回目	1錠	1錠	
2 回目	1錠		
3 回目	1錠	1錠	週末3日分（金・土・日）
4 回目	1錠		
5 回目	1錠	1錠	
6 回目	1錠		
7 回目	1錠	1錠	3連休を想定
8 回目	1錠		

《服薬方法》

■アイセントレス：	1日2回、1回1錠
■ツルバダ：	1日1回、1回1錠

※1回目の服用はできるだけ早く内服する（2時間以内に内服することが好ましい）

※その後の服用は、概ね12時間間隔

【熊本大学医学部附属病院受診までの間に必要な量の例】

例 1　土曜日の夕方に曝露し月曜日に熊本大学医学部附属病院を受診可能な場合。
（1 回目を配置病院で土曜日の 19 時頃服用したとする）

1 回目当日：アイセントレス 1 錠＋ツルバダ 1 錠
2 回目日曜日 7 時：アイセントレス 1 錠
3 回目日曜日 19 時：アイセントレス 1 錠＋ツルバダ 1 錠
4 回目月曜日 7 時：アイセントレス 1 錠

奇数回服用分：2 回分、偶数回服用分：2 回分

例 2　月曜日の夕方に曝露し火曜日に熊本大学医学部附属病院を受診可能な場合。
（1 回目を配置病院で、月曜日の 19 時頃内服したとする）

1 回目当日：アイセントレス 1 錠＋ツルバダ 1 錠
2 回目火曜日：アイセントレス 1 錠

奇数回服用分：1 回分、偶数回服用分：1 回分

職員の針刺し・切創・粘膜曝露発生に関する説明と検査同意書

この度、当院職員におきまして針刺し・切創・粘膜曝露が発生いたしました。万一、患者さんの血液中に、血液で媒介されるウイルスが存在した場合、職員に対し速やかに適切な予防処置を行う必要があります。そのためには、採血を実施し、血液で媒介される感染症（B 型肝炎ウイルス、C 型肝炎ウイルス、ヒト免疫不全ウイルス）の抗原や抗体の有無を確認する検査が必要です。つきましては、誠に恐縮ではございますが、以下の検査についてご承諾いただけますよう、よろしくお願い申し上げます。（なお、すでに検査を行っている項目につきましては検査を行いません。）

【必要な検査項目】

1. B 型肝炎ウイルス　2. C 型肝炎ウイルス　3. ヒト免疫不全ウイルス（HIV）

なお、今回の検査で必要となった費用はすべて病院で負担いたします。また、検査結果は針刺し・切創・粘膜曝露発生に関する目的以外で使用することはありません。検査結果については、ご希望があれば担当医よりお知らせいたします。ただし、HIV に関連した検査の結果につきましては、プライバシー保護の観点から、原則ご本人以外（家族も含め）への通知は行いません。未成年の患者さんの場合は、保護者の方へも説明いたします。

なお、検査にご同意いただけない場合でも、患者さんの不利益は発生いたしません。

以上の説明をいたしました。

令和　　年　　月　　日

主治医＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代行者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職員の針刺し・切創・粘膜曝露発生に関する検査同意書

熊本労災病院　病院長殿

私は上記の説明を受け、趣旨、内容および必要性を理解しましたので、病院の要請に応じ、検査の実施に同意します。

結果の通知：　必要　・　不要　（いずれかに〇をつけてください）

令和　　年　　月　　日

患者様氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和元年 11 月　熊本労災病院

針刺し・切創報告書（受傷者→総務課→感染制御部）

1. 報告者
   - 氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
   - 所属部門
     □医師部門　□病棟部門　□外来部門
     □中材・手術部門　□検査部門
     □放射線部門　□その他
   - 経験年数　　年
   - 年齢　　歳
2. 発生日時
   発生日：平成　　年　　月　　日
   発生時間（24 時間制）　　時　　分頃
3. 職種
   □医師（診療科：　　）
   □研修医
   □看護師　□准看護師　□助産師
   □保健師　□看護助手　□看護学生
   □臨床検査技師　□放射線技師
   □薬剤師　□実習生（　　）
   □事務職　□業務士（清掃・洗濯）
   □その他（　　）
4. 発生場所（一つだけチェック）
   □病室（ICU を除く）病棟名：＿＿＿＿＿＿
   □病室外（廊下、ナースステーション等）
   病棟名：＿＿＿＿＿＿
   □救急部門　□ICU　□手術部
   □外来診察室（処置室）科名：＿＿＿＿＿＿
   □輸血部　□中央採血室　□中央検査部
   □特殊検査処置室
   （放射線、内視鏡、筋電図等の検査室等）
   □病理解剖　□中央材料室　□分娩室
   □その他（　　）
5. 患者の確定・汚染源の患者が誰かわかっていますか？
   □はい
   - 患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
   - 患者カルテ番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
   - 入院・外来
     □入院　□救急外来
     □外来（救急を除く）　□不明
   - 患者の検査結果
     HIV　□陽性　□陰性　□未検査
     HCV　□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
     HTLV-1　□陽性　□陰性　□未検査

   □いいえ
   □適切な回答なし（患者への使用前など）
6. 器材の選択・使用者ーあなた自身がこの原因器材を選択して患者に使用しましたか？
   □はい
   □いいえ
   □適切な回答なし
   （　　）
7. 器材の所有者ー他者が持っていた原因器材で受傷しましたか？
   □はい　□いいえ
8. 器材の汚染ー器材は血液・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付いていた
   □血液場度に接触したが、受傷時には見える程度の血液などはついていなかった
   □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は不明
9. 使用目的ー原因器材はどのような目的で使用されていましたか？
   □不明
   □注射器を用いた経皮的な注射
   （静・筋・皮下・皮内等）
   □ヘパリン生食等でフラッシュ洗浄
   （注射器を用いて）
   □動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
   □動脈ラインの接続・増設
   □末梢血管確保
   （動脈を除く、静注、一時点滴を含む）
   □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（直接穿刺・ルートからの採血）
□体液・組織採取
（試験穿刺、生検、ルンバール等）
□耳介・指・足底等の穿刺
□縫合
□外科的切開
□電気焼灼（電メスの使用）
□剃毛
□その他（　　）

10.事例発生状況ーどのような状況で針刺し・切創が生じましたか？
□器材を患者に使用する前（既に壊れていた、器材の組み立て、静脈ラインの組み立て等）
□器材を使用中（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）
□患者の抑制介助時
□数段階の処置を実施するときに、その処置の合間（数回の注射の合間や薬剤の追加器材の受け渡し時）
□器材の分解時（針をはずす時を含む）
□再生可能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時等を含む）
□ゴム管・ゴム栓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）
□廃棄ボックスのうえ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
□廃棄ボックスの投入口以外の部位から突き出ていた器材で
□廃棄後ごみ袋や不適当な容器から突き出ていた器材で
□その他（　　）

11.器材（器材項目・器材名・ゲージ数）ー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）
  □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（ペン式インシュリン用注射器等）
  □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
  □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になった翼状針
  □静脈留置針（静脈カテーテル、サーフロー、エラスター、アンギオカット針）
  □真空採血セットの針
  □ルンバール針または硬膜外針
  □何も接続されていない注射針
  □動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（心カテ等）
  □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（　　）

【原因器材のゲージ数】
□インシュリン用　□ツ反用
□24/25ゲージ　□23ゲージ
□22ゲージ　□21ゲージ
□20ゲージ　□18ゲージ
□その他（　　）

- 器材項目：手術器材等（1つだけチェック）
  □ランセット（耳介・指・足底からの穿刺採血用）
  □縫合針
  □再生使用する外科用メス（替え刃を含む）
  □剃刀、刃
  □プラスチック製ピペット
  □はさみ
  □電気メス
  □骨切りメス
  □骨片
  □布鉗子
  □マイクロトームの刃
  □トロッカー
  □プラスチック製の吸引チューブ

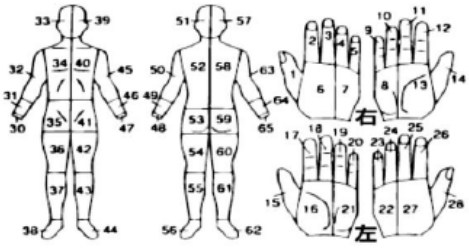
□プラスチック製の検体容器、試験管
□指の爪、歯
□ディスポーザブル外科用メス
□レトラクター、スキンフック、ボーンフック
□ステープル/金属縫合糸
□ワイヤ
□ドリルビット
□攝子、鉗子類
□種類のわからない鋭利器材
□その他（　　）

- 器材項目：ガラス器材（1つだけチェック）
  □薬剤アンプル
  □薬剤バイアル
  □点滴液瓶あるいは大きな薬液瓶
  □ガラス製ピペット
  □ガラス製の真空採血管
  □試験管・検体容器
  □ガラスの毛細管
  □ガラススライド
  □種類のわからないガラス製品
  □その他（　　）

12.安全機材ー受傷原因の器材は安全器材でしたか？
□はい
- 安全装置を作動させましたか？
  □完全に作動
  □一部（部分的）作動
  □いいえ
  □不明
- 受傷の時期は？
  □作動前
  □作動中
  □作動後
  □不明

□いいえ

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



14.受傷の程度　針刺し・切創の程度（一つだけチェック）
□出血なし
□表在性（少量の出血）
□中程度（皮膚の針刺し・切創、中等量の出血）
□重症（深い針刺し・切創、著しい出血）

15.手袋の着用ー手に受傷した場合、受傷時に手袋をしていましたか？
□一重手袋　　□二重の手袋
□手袋の着用無

16.HBs抗体ーあなた自身はHBs抗体陽性ですか？
□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

17.緊急処置時受傷ー緊急処置時（蘇生時を含む）の受傷でしたか？
□はい　　□いいえ

18.針刺し・切創発生時の状況及び背景について、下記についてご記入ください。
（1）　具体的な発生場所
……
（2）　発生時にどのような行為をしていたか
……
……
（3）　どのようにして発生したか？
……
……
（4）　特別な事情。状況、背景等
……
……
（5）　受傷後の処置・対応
……
……

19.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）
……
……
……
……
……

平成24年9月　感染制御部・ICT

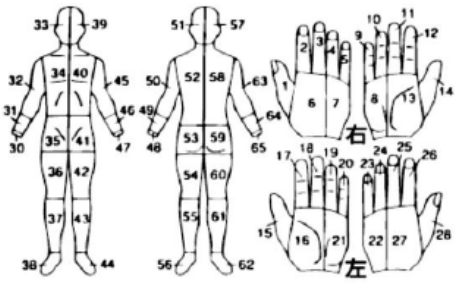
□エプロン（ディスポビニール）
□エプロン（ディスポ製品を除く）
□その他（　　）

10.汚染理由ー汚染はどのように起こりましたか？
□患者から直接
□検体容器から漏れて/こぼれて
□検体容器が壊れて
□IV チューブ/バック/ポンプから漏れて
□破れた手袋/ガウンをとおして
□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：　　）
□その他の体液容器からこぼれて/漏れて（吸引瓶等）
□汚染していた器材に触れて
□汚染していた覆布/シーツ/ガウン等に触れて
□不明
□その他（　　）

11.汚染時間ー皮膚・粘膜はどのくらいのあいだ血液・体液に接触していましたか？
□5 分未満
□5～14 分間
□15 分以上 1 時間未満
□1 時間以上

12.接触量ー皮膚・粘膜に接触した血液・体液の量はどのくらいでしたか？
□少量（5 cc未満）
□中等量（5～50cc）
□大量（50cc 以上）

13.汚染部位ー図に汚染部位とその広がりを塗りつぶしてください。（身体部位番号を超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 抗体ーあなた自身は HBs 抗体陽性ですか？
□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

15.緊急処置時受傷ー緊急処置時（蘇生時を含む）の受傷でしたか？
□はい　　□いいえ

16.汚染時の状況及び背景について、下記についてご記入ください。
（1）　具体的な発生場所

（2）　発生時にどのような行為をしていたか

（3）　どのようにして発生したか？

（4）　特別な事情。状況、背景等

（5）　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？（簡単に記載してください）

平成 24 年 9 月　感染制御部・ICT

2. ウイルス性疾患対策および対応

1）季節性インフルエンザ

インフルエンザはインフルエンザウイルスによっておこる感染症で、例年 11 月下旬～12 月上旬頃から流行が始まり、翌年 1～3 月頃に患者数が増加する。感染経路は飛沫感染であり、接触感染で伝播していくこともある。医療従事者は職業上リスクが高い患者、すなわちハイリスク群と接触する機会が多いため、インフルエンザ感染拡大防止の観点からもインフルエンザワクチンの接種が推奨されている。

(1) インフルエンザワクチン

表 4　インフルエンザワクチン接種時期他

インフルエンザワクチンの効果	● 抗体の維持：接種後 2 週間経過後から 5 か月間 ● 発症予防効果：70%
接種対象者	● 接種を希望した病院職員
接種希望の聴取時期	● 例年 9 月頃に接種希望を確認。 ※新型インフルエンザ等の発生があり接種時期が変更された場合を除く。
接種時期	● 例年 10 月末から 11 月初旬にかけて接種 ※新型インフルエンザ等の発生があり接種時期が変更された場合を除く。
ワクチン接種費用の負担	● 病院職員：全額病院が負担 ● 委託職員：委託会社または本人負担（実費のみ）

(2) 職員がインフルエンザに罹患した場合の対応

職員がインフルエンザに罹患した場合の対応については、「病原体別感染対策のインフルエンザ」を参照する。

2）小児ウイルス性疾患（麻疹・水痘・風疹・流行性耳下腺炎）

小児ウイルス性疾患は、感染力が強く発症前より感染力があるが、罹患またはワクチン接種により抗体を獲得することで防ぐことができる感染症である。麻疹および水痘は主に空気感染で伝播し、風疹および流行性耳下腺炎は飛沫感染により伝播する。これらの疾患を発症している患者への対応は各ウイルスに対して抗体を持っている職員が優先して行わなければならない。感染対策の詳細は「病原体別感染対策の小児ウイルス性疾患」を参照。

(1) 各疾患の抗体価の評価

各疾患の抗体価の評価については、日本環境感染学会による「医療関係者のためのワクチンガイドライン（第 2 版）」の検査方法と抗体価の判断基準の目安およびウイルス抗体価の判定基準を参照する（次項）。

表 5　検査方法と抗体価の判断基準の目安

疾患名	抗体価陰性	抗体価陽性 （基準を満たさない）	抗体価陽性 （基準を満たす）
麻疹	EIA 法（IgG）：陰性 あるいは PA 法：<1：16 あるいは中和法：<1：4	EIA 法（IgG）：（±）～16.0 あるいは PA 法：1：16,32,64,128 あるいは中和法：1：4	EIA 法（IgG）：16.0 以上 あるいは PA 法：1：256 以上 あるいは中和法：1：8 以上
風疹	HI 法：<1：8 あるいは EIA 法（IgG）：陰性	HI 法：1：8,16 あるいは EIA 法（IgG）：（±）～8.0	HI 法：1：32 以上 あるいは EIA 法（IgG）：8.0 以上
水痘	EIA 法（IgG）：<2.0 あるいは IAHA 法：<1：2 あるいは中和法：<1：2	EIA 法（IgG）：2.0～4.0 あるいは IAHA 法：1：2 あるいは中和法：1：2	EIA 法（IgG）：4.0 以上 あるいは IAHA 法：1：4 以上 あるいは中和法：1：4 以上 あるいは水痘抗原皮内テストで陽性（5mm 以上 ）
流行性耳下腺炎	EIA 法（IgG）：陰性	EIA 法（IgG）：（±）	EIA 法（IgG）：陽性

日本環境感染学会　「医療関係者のためのワクチンガイドライン（第 2 版）」より一部抜粋

表 6　ウイルス抗体価の判定基準

	－	±	＋
麻疹 EIA 法（IgG）	2.0 未満	2.0～3.9	4.0 以上
水痘 EIA 法（IgG）	2.0 未満	2.0～3.9	4.0 以上
風疹 EIA 法（IgG）	2.0 未満	2.0～3.9	4.0 以上
流行性耳下腺炎 EIA 法（IgG）	2.0 未満	2.0～3.9	4.0 以上

(2)　小児ウイルス性疾患ワクチンプログラム

表 7　小児ウイルス性疾患のワクチン接種プログラムおよび抗体価の管理

ワクチンプログラム対象者	新入職者（前年度の中途入職者を含む）で、入職時の各疾患の抗体価が「陰性」または「基準を満たさない」とされた医療職。
ワクチンの接種回数	● 陰性の場合：2 回接種（28 日の接種間隔をあけて 2 回接種する） ● 基準を満たさない場合：1 回接種
ワクチンを接種する時期	6 月、7 月（接種時期が前後することはありえる）
接種対象者への連絡	総務課で日程の調整を行い、対象者へ連絡する。
ワクチン接種にかかる費用	全額病院負担とする
接種後の抗体価の確認	接種後の抗体価の確認は行わない
抗体価および ワクチン接種歴の管理	本人の他、総務課および感染制御部で管理、把握する。

(3)　職員が小児ウイルス性疾患に罹患した場合の対応

「病原体別感染対策の小児ウイルス性疾患」を参照。

【新入職者（前年度中途採用者を含む）の抗体価測定およびワクチン接種のスケジュール】

- 小児ウイルス性疾患のワクチン
  - ◆ 4 月に小児ウイルス性疾患（麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘）の抗体価を測定・確認。
  - ◆ 日本環境感染学会の「医療関係者のためのワクチンガイドライン（第 2 版）」にて「陰性」もしくは「基準を満たさない」場合にワクチン接種の対象となる。
  - ◆ 「陰性」の場合は 2 回接種、「基準を満たさない」場合は 1 回接種とする。

- HBV ワクチン
  - ◆ 6 月の職員健診において HBs 抗体価を測定・確認。
  - ◆ HBs 抗体が 10mIU/ml 未満の場合に HBV ワクチン接種の対象とする。ただし、過去に HBs 抗体価が陽転化した記録がある場合についてはこの限りではない。
  - ◆ ワクチンは 0、1、6 か月後の 3 回接種（1 シリーズ）を行う。
  - ◆ 翌年度の職員健診で抗体の獲得の有無を確認し、獲得できていない場合は 1 シリーズの接種を追加する。追加接種の場合は、皮下注射ではなく筋肉内注射を考慮することとする。2 クール以上の接種者で抗体の獲得できない職員は免疫不応答者として対応する。

		HBV	小児ウイルス性疾患	季節性インフルエンザ
4 月	入職時採血			
5 月				
6 月	職員健診		○	
7 月			○	
8 月		○		
9 月		○		
10 月				○
11 月				
12 月	職員健診			
1 月				
2 月		○		
3 月				