

**【歯科、医院、福祉施設用】**  
針刺し切創、粘膜への体液曝露の発生時対応マニュアル

組合立諏訪中央病院  
2014年6月19日作成  
2023年11月改訂

目次

I. はじめに	2 頁
II. 針刺し切創、粘膜曝露発生時の初期対応	2 頁
III. 受診後の曝露後対応	4 頁
＜ 参考資料 ＞	
資料1 初期対応フローチャート	4 頁
様式2 採血および血液検査に関する説明と同書	5 頁
様式3 同意文書についてのご説明	6 頁
様式4 受診のための問診 Fax 用紙	7 頁

## I. はじめに

針刺しや切創、粘膜や傷への血液などの体液曝露は、肝炎ウイルスなどの病原体が感染する危険性がある。発生した場合速やかに受診し、適切な検査や予防治療等を行う。

### 1. 針刺し切創、粘膜曝露発生前に

体液（血液など）を曝露することが予想される歯科、医療機関に携わる職員は、B型肝炎ワクチンを接種し、「接種歴及び接種後1～2ヶ月後の抗体価」を職員及び医療機関双方で把握しておくことが望ましい。

全ての患者の体液が感染性を持つものとして、日頃より標準予防策を徹底する。

### 2. 針刺し切創、粘膜曝露がおこってしまったら

対象者となった患者（曝露源）には誠心誠意対応すると共に、速やかに針刺し切創、粘膜曝露が発生したことの説明を行う。

針刺し切創、粘膜曝露の対応者は、その状況や処置の方法、説明内容等を、診療録、業務記録等に詳細に記録する。

### 3. 針刺し切創、粘膜曝露の発生後には

事例の評価・分析報告書等に基づき、事例の原因分析による再発防止対策を実施する。

## II. 針刺し切創、粘膜曝露発生時の実際の対応

### 1. 初期対応 →資料1 初期対応フローチャート P.3

曝露した血液・体液は、HIV陽性である可能性があり、2時間以内の予防内服が望ましいため、速やかな流水で洗浄、報告、受診の手続きを行う。

### 2. 患者に採血の必要性を説明し同意を得る。

①様式2「採血および血液検査に関する同意書」P.5

様式3「同意文書についてのご説明」P.6

②2部コピーをして、原本の他、1部を患者様用、もう一部を諏訪中央病院用とする。

③患者に血液検査を拒否された場合は、曝露源不明として扱うことになる為、採血に協力して頂く様に説明する。

### 3. 受診の連絡

①様式4「受診のための問診FAX用紙」P.7

「**受診のための問診FAX用紙**」に必要事項を記載して、時間帯に応じた連絡先に送付する。

②「**諏訪中央病院(TEL)72-1000**」交換が出るので、下記に電話を繋げてもらう。

平日8:30～17:15は「医事課 内線1101」

夜間17:15～8:30、休日は「夜間休日窓口 内線2110」

③**発生医院名、曝露者（受傷者）や曝露源（患者）の名前、FAXした旨、針刺し切創や粘膜曝露の発生に伴う診察**であることを伝える。

### 4. 受診

・様式2「採血および血液検査に関する同意書」を持参する。

・曝露源の採血が出来る場合は、曝露者が採血管(生化学用の採血管に3mL以上採血し、採血管に「患者(曝露源)氏名」を明確に記載する)を持参する

・曝露源の採血が出来ない場合は、曝露者と、曝露者の2人で受診する。

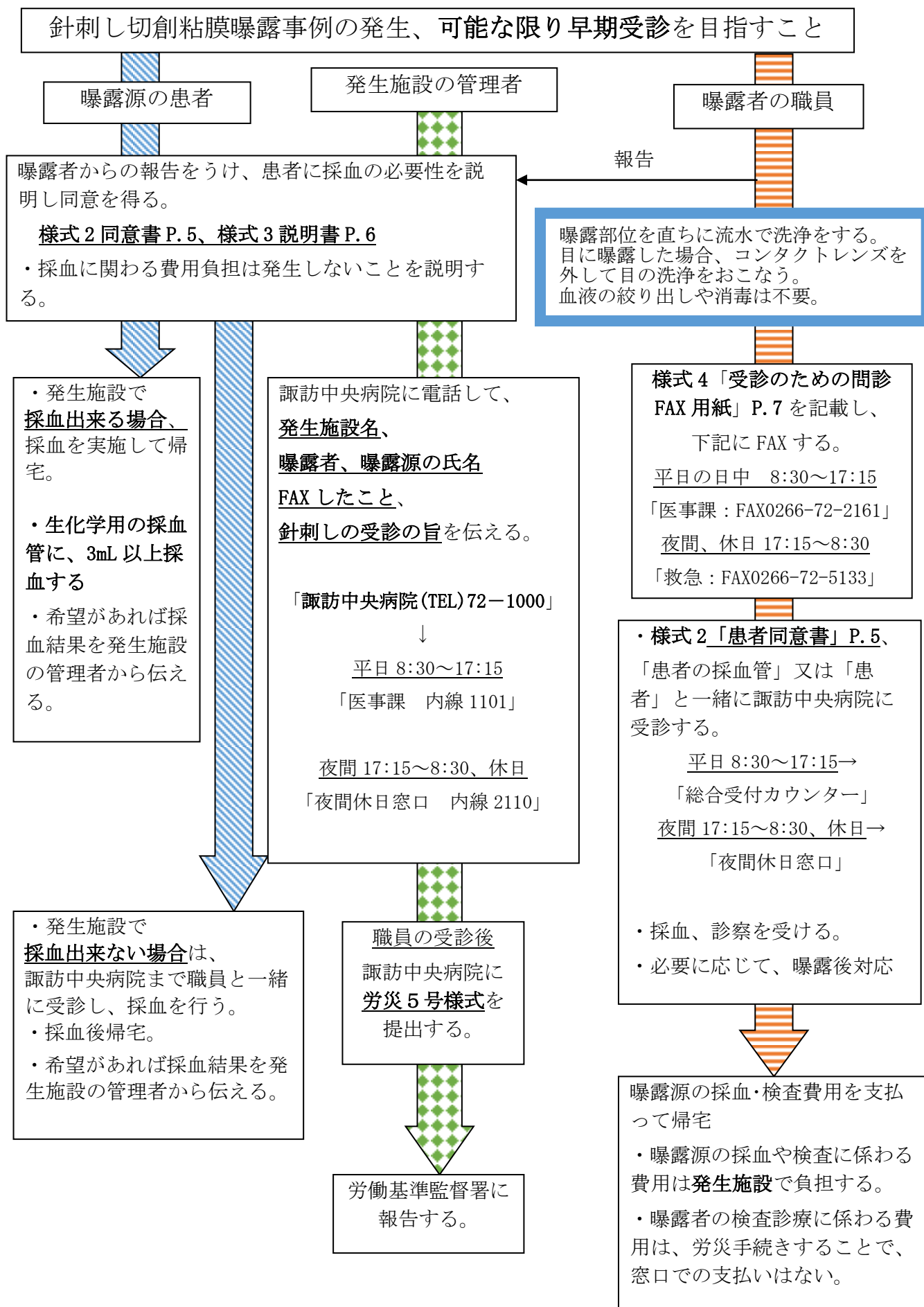
平日8:30～17:15→「総合受付カウンター」

夜間17:15～8:30、休日→「夜間休日窓口」

①曝露者は採血後診察をおこない、必要があれば曝露後対応をおこなう

②受診した場合の曝露源は、採血が終わったら帰宅となる。診察はない。

## 針刺し切創粘膜曝露、初期対応フローチャート



### Ⅲ. 受診時の曝露後対応について

#### 1. 血液検査の実施

**曝露者の職員**： HBs 抗原と抗体、HCV 抗体、HIV 抗体、AST、ALT

**曝露源の患者**： HBs 抗原、HCV 抗体、HIV 抗体

#### 2. 採血結果による対応

\*患者の採血を行なえなかった場合、「曝露源不明」として対応する。

HIV			
曝露源の状態	抗体陽性 又は 曝露源不明な場合	抗体の有無に関係なく	抗体陰性
曝露者の状態	抗体陰性	抗体陽性	抗体陰性
対応	2時間以内に予防内服を検討して内服を開始する 曝露者が、妊娠の疑いがある場合は、検査を行う 曝露後1週間以内に、HIV担当医師の外来を受診する (受診の日程については、後日調整します)	既感染の可能性が有り 受診を推奨	追加での 検査・処置なし

HBV			
曝露源の状態	抗原陽性 又は 曝露源不明の場合	抗原陽性	抗体の有無に関係なく
曝露者の状態	ワクチン接種歴無し 抗原陰性、かつ 抗体陰性	ワクチン接種歴が有り 抗体陽性*1	抗原陽性
対応	曝露後48時間以内に下記の①、②、③の検診をおこなう ①抗B型肝炎免疫グロブリンを1回接種 ②B型肝炎ワクチンを3回接種+抗体価の確認*1 (曝露日、曝露後1ヶ月、6ヶ月後) ③曝露後1ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月後、12ヶ月後に血液検査	追加での 検査・処置なし	既感染者の可能性が 有り受診を推奨

\*1 HBV ワクチン接種とは、ワクチン3回接種とその後1ヶ月後の抗体(10mIU/mL以上)上昇の確認が出来ているかつ、記録として確認されていること。

HCV			
曝露源の状態	抗体陽性又は 曝露源不明の場合	抗体の有無に関係なく	
曝露者の状態	抗体陰性	抗体陽性	
対応	曝露後1ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月、12ヶ月後に定期血液検査	既感染者の可能性が有り、受診を推奨	

#### 3. 費用について

2023年11月1日時点

□曝露源（患者）100%：

労災保険、及び健康保険の不適用となるため、発生施設が負担し窓口で支払う。

\*発生施設で採血を行った場合の概算費用→約5,500円

\*諏訪中央病院で採血を行った場合の概算費用→約6,000円

□曝露者（受傷者：職員）150%：概算費用は14,000円～30,000円程度である。

発生施設が、労災保険の申請を行い、諏訪中央病院医事課へ労災5号様式を提出する。

窓口でのお支払いは不要である。

#### 4. 受診後の対応

発生施設は、速やかに労働基準監督署へ報告する。

## 採血および血液検査に関する説明と同意書

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

この度、当院の職員が誤って患者様の血液および体液が付着した器具で傷を負う、粘膜へ体液をあびる等の事例が発生しました。

普段からこのようなことが起きないように十分に気を付けて参りましたが申し訳ございません。つきましては、患者様が肝炎などのウイルスに感染していないことを確認するため、患者様の血液検査を行わせていただきたいと思います。と存じます。

検査は（ 当院で採血し諏訪中央病院で検査する・諏訪中央病院で採血し検査する ） こととなります。また、費用は全て当方で負担させていただきます。何卒ご理解とご協力をお願いいたします。

検査結果は当院で把握させていただきますが、患者様の個人情報の保護につきましては当院で保証致します。また、ご希望があれば、患者様ご本人に直接当院よりご報告いたします。

## &lt;検査項目&gt;

HBs 抗原・・・B 型肝炎ウイルスの検査

HCV 抗体・・・C 型肝炎ウイルスの検査

HIV 抗体・・・後天性免疫不全症ウイルスの検査

年 月 日

医師氏名

◎ 上記の説明を受け、十分に理解した上で採血・検査を受けることに同意します。

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

代理人氏名（代筆の場合） \_\_\_\_\_（患者との続柄 \_\_\_\_\_）

## (患者様用) 同意文書についてのご説明

1. ご協力のお願いと検査の目的 慎重に治療をさせていただきましたが、この度、当院の職員が誤って患者様の血液および体液が付着した器具で傷を負う、粘膜へ体液をあびる等の事例が発生しました。 つきましては、職員へのウイルス感染予防のため、患者様の血液検査（ウイルス検査）を行わせていただきたいと思います。

検査の費用は当方で負担させていただきますので、何卒ご協力をお願いいたします。

### 2. 自由意思での血液検査の実施について

ご協力について強制はいたしません。同意されなくても不利益は生じません。遠慮なくその旨を担当医にお伝えください。また一旦同意されましても、いつでも取り消すことができます。その場合には得られた血液あるいは血液検査結果は廃棄いたします。

### 3. 血液検査の項目

検査をさせていただきます項目は、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）、B型肝炎ウイルス（HBV）、C型肝炎ウイルスとなります。受診時に、医師の判断で検査項目が増えることがあります。患者様の同意なしに検査はいたしません。

### 4. 採血法

採血する部位の上側を駆血帯でしばり、消毒用アルコール綿で針を刺す部位の皮膚を広く消毒します（通常、肘部）。アレルギーがある場合は消毒薬を変更します。注射針を皮膚から静脈に刺して血液を5ml程度採取します。その後、駆血帯をはずし、アルコール綿で刺入部位をしばらく圧迫します。

止血を確認後に絆創膏を貼ります。

### 5. 採血により起こり得る危険や不快な状態

採血の際に痛みを感じる場合があります。また採血後に圧迫時間が不足しますと採血部位での血腫形成、内出血を起こすこともあります。数日で軽快傾向となります。血管と神経の走行が近い部位では、しびれ感や神経の損傷をきたすことがあります。しびれを感じた場合はお声をお掛けください。

神経損傷をきたさないように配慮いたします。

6. 検査結果を確認後の対応と検査結果のお知らせ 採血後お待ちいただけるようでしたら、患者様ご本人が直接病院より報告を受けることが可能です。

検査の結果を待たず、採血のみでご帰宅される場合は、後日当院の歯科医師よりご報告させていただきますので、その旨お伝え下さい。

7. 費用負担について本検査の費用についてのご負担はありません。

### 8. 個人情報の保護について

この検査結果の確認のために患者様の名前、性、年齢といった個人情報を検査用紙で確認させていただきます。これらの個人情報は、本目的以外に使用することはありません。

### 9. 連絡先

ご不明な点やご意見等がございましたら、下記までご連絡いただければ幸いです。

#### 【連絡先】

〇〇〇〇〇〇医院 院長

〇〇 〇〇〇 印

電話 〇〇-〇〇〇〇

## 受診のための問診 FAX 用紙

平日の日中 8:30～17:15 「医事課：FAX0266-72-2161」

夜間、休日 17:15～8:30 「救急外来：FAX0266-72-5133」

お電話にて連絡させていただきましたように、当医院におきまして針刺し切創、粘膜曝露が発生いたしました。診察のほど、よろしくお願いたします。

1. 発生医院名 ( ) 担当者 ( )

2. 曝露源(患者)の採血状況

 済 (検査のみ諏訪中央病院で実施する)  未 (諏訪中央病院で採血をおこなう)

3. 受診者の情報

	曝露源(患者)	曝露者(職員)
諏訪中央病院の ID		
氏名		
フリガナ		
性別		
生年月日		
住所		
連絡先		
採血日時	年 月 日 時 分	妊娠 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明
曝露状況	①曝露日時 年 月 日 時 分 ②曝露状況	
曝露者の B 型肝炎の ワクチン歴	<input type="checkbox"/> ワクチン歴無し <input type="checkbox"/> ワクチン歴不明 ・1回目 年 月 日 ・2回目 年 月 日 ・3回目 年 月 日 ・3回目接種後 1～2 ヶ月後の抗体価： 年 月 日 mIU/mL	
到着予定時間	時 分頃	

下記は、諏訪中央病院記載

採血項目	HBs 抗原、HCV 抗体、HIV 抗体	HBs 抗原、HBs 抗体、HCV 抗体、HIV 抗体、GOT、GPT
諏訪中央病院	採血担当看護師サイン：	PHS：