

# 青森県H I V感染予防薬内服マニュアル

制定年月日：平成30年7月17日

一部改正 令和元年8月2日

本マニュアルは、「青森県H I V感染予防薬配置要領」（以下「配置要領」という。）において、別に定めることとしているH I V感染予防薬の提供及び内服方法等を定めたものであり、本マニュアルで使用している用語等は、配置要領に準じています。

※別添1のフローチャートを参照してください。

## 1 予防薬提供希望医療機関等での対応

### (1) 曝露発生

曝露とは、針刺しや鋭利な医療器具による切創等、皮内へのH I V汚染血液の曝露及び粘膜や傷のある皮膚への血液等感染性体液の曝露をさす。

### (2) 応急処置

曝露が発生した場合は、血液又は体液に曝露された創部又は皮膚を流水と石けんによって十分に洗浄する。粘膜への曝露の場合は、流水によって十分に洗浄する。

### (3) 施設長に報告

曝露当事者は、曝露の発生時刻、状況、程度等を、直ちに施設長に報告する。

### (4) 自己チェック

曝露当事者は、「H I V感染予防薬内服決定支援チェックリスト」（様式A）を確認し自己チェックを行い、署名する。

### (5) チェックリストの確認

施設長は、曝露の状況及び曝露当事者が記載した「H I V感染予防薬内服決定支援チェックリスト」（様式A）を確認するとともに、予防内服の意義及び注意点を確認する。

曝露当事者は、予防内服の利益と不利益を考慮して、内服を開始するかどうか自己決定する。その際、施設長は、曝露当事者のプライバシーの保護について十分に留意する必要がある。

なお、施設内での感染報告経路については、①内服開始の迅速性、②プライ

バシーの保護を考慮し、可能な範囲で短縮すべきである。

(※) 「H I V感染予防薬内服決定支援チェックリスト」(様式A)には代表的な副作用などの使用上の注意を記載している。

(6) 依頼書・同意書・受領書の作成

曝露当事者が予防内服を希望する場合は、施設長の確認を受けた上で、「H I V感染予防薬内服同意書」(様式C)及び「H I V感染予防薬受領書」(様式D)を記載し、署名する。署名は必ず曝露当事者自身が記載する。

施設長は、「H I V感染予防薬提供依頼書」(様式B)を記載し、署名する。

(7) 予防薬配置医療機関へ電話連絡

曝露当事者は、予防薬の提供を依頼する場合は、別添2「H I V感染予防薬提供窓口連絡先リスト」に基づき、事前に最寄りの予防薬配置医療機関の担当者(窓口)に電話連絡する。

(8) 予防薬配置医療機関に行き予防薬を受領・内服

曝露当事者は、曝露後、できるだけ早く(可能であれば2時間以内)内服を開始するため、電話連絡後速やかに最寄りの予防薬配置医療機関(配置協力医療機関またはエイズ治療拠点病院)に行き、①「H I V感染予防薬内服決定支援チェックリスト」(様式A)、②「H I V感染予防薬提供依頼書」(様式B)、③「H I V感染予防薬内服同意書」(様式C)及び④「H I V感染予防薬受領書」(様式D)を提出し、予防薬の提供を受ける。

また、配置協力医療機関を受診した場合は、上記①～④の書類の写し(コピー)の提供を受ける。

予防薬の受領後は、直ちに第1回目の内服をする。

(9) エイズ治療拠点病院へ電話連絡

曝露当事者は、配置協力医療機関において予防薬の提供を受けた場合は、その後、エイズ治療拠点病院を受診する前にエイズ治療拠点病院の担当者(窓口)に電話連絡する。

(10) エイズ治療拠点病院の受診

曝露後緊急に配置協力医療機関において予防内服をした曝露当事者は、内服後速やかにエイズ治療拠点病院を受診して内服継続の要否について相談の上決定し、当該拠点病院の指示に従う。

なお、受診する際は、配置協力医療機関に提出した①「H I V感染予防薬内服決定支援チェックリスト」(様式A)、②「H I V感染予防薬提供依頼書」(様式B)、③「H I V感染予防薬内服同意書」(様式C)及び④「H I V感染予防薬受領書」(様式D)の写し(コピー)を提示する。

## 2 予防薬配置医療機関（配置協力医療機関）での対応

### （１）事前準備

電話で緊急の予防内服の依頼を受けた配置協力医療機関は、曝露後できるだけ早く１回目の内服が可能となるよう、直ちに予防薬の準備をする。

### （２）チェックリスト・依頼書・同意書・受領書の確認

配置協力医療機関の担当者（医師）は、曝露当事者から①「H I V感染予防薬内服決定支援チェックリスト」（様式A）、②「H I V感染予防薬提供依頼書」（様式B）、③「H I V感染予防薬内服同意書」（様式C）及び④「H I V感染予防薬受領書」（様式D）を受け取り、本人確認及びエイズ治療拠点病院に連絡した上で、④「H I V感染予防薬受領書」（様式D）のH I V感染予防薬配置医療機関記載欄に必要事項を記入する。

### （３）エイズ治療拠点病院への相談

配置協力医療機関の担当者（医師）は、予防薬の提供に際し、確認等を要する場合は、エイズ治療拠点病院の専門医に相談する。

### （４）予防薬の提供

配置協力医療機関の担当者（医師）は、エイズ治療拠点病院を受診できるまでに必要な最小限の予防薬（原則、平日１日分、土日祝日及びその前日は平日受診ができるまでの日数分とする。）を提供する。

また、「H I V感染予防薬受領書」（様式D）の曝露当事者が予防薬受領時に記載する事項（何日分、署名）について、記載を求める。

その後、上記（２）の①～④の書類の写し（コピー）を曝露当事者に提供し、速やかにエイズ治療拠点病院を受診するよう指導する。

### （５）関係書類の保存

予防薬を提供した場合は、曝露当事者から提出された①「H I V感染予防薬内服決定支援チェックリスト」（様式A）、②「H I V感染予防薬提供依頼書」（様式B）、③「H I V感染予防薬内服同意書」（様式C）及び④「H I V感染予防薬受領書」（様式D）を５年間保存する。（配置要領に基づく青森県健康福祉部保健衛生課への報告を忘れないこと。）

## 3 予防薬配置医療機関（エイズ治療拠点病院）での対応

### <配置協力医療機関を経由する場合>

#### （１）配置協力医療機関への助言等

エイズ治療拠点病院の担当者（医師）は、予防薬内服に係る連絡・相談を配置協力医療機関から受けた時は、必要な助言等を行う。

（２）チェックリスト・依頼書・同意書・受領書の写しの確認

エイズ治療拠点病院の担当者（医師）は、曝露当事者から①「H I V感染予防薬内服決定支援チェックリスト」（様式A）、②「H I V感染予防薬提供依頼書」（様式B）、③「H I V感染予防薬内服同意書」（様式C）及び④「H I V感染予防薬受領書」（様式D）の写し（コピー）を受け取り、その内容を確認する。

（３）内服継続の判断

エイズ治療拠点病院の担当者（医師）は、内服継続の適否について決定し、併せて、H I V抗体検査を実施する。

また、必要な期間（６週後、３ヶ月後、６ヶ月後）、感染の有無についてH I V抗体検査で評価する。

<配置協力医療機関を経由しない場合>

（１）事前準備

電話で緊急の予防内服の依頼を受けたエイズ治療拠点病院は、曝露後できるだけ早く１回目の内服が可能となるよう、直ちに予防薬の準備をする。

（２）チェックリスト・依頼書・同意書・受領書の確認

エイズ治療拠点病院の担当者（医師）は、曝露当事者から①「H I V感染予防薬内服決定支援チェックリスト」（様式A）、②「H I V感染予防薬提供依頼書」（様式B）、③「H I V感染予防薬内服同意書」（様式C）及び④「H I V感染予防薬受領書」（様式D）を受け取り、本人確認をした上で、④「H I V感染予防薬受領書」（様式D）のH I V感染予防薬配置医療機関記載欄に必要事項を記入する。

（３）予防薬の提供

エイズ治療拠点病院の担当者（医師）は、必要な最小限の予防薬を提供する。なお、当該拠点病院で青森県が配置する予防薬と同じ抗H I V薬を所有している場合は、自院所有のものを使用する。

また、「H I V感染予防薬受領書」（様式D）の曝露当事者が予防薬受領時に記載する事項（何日分、署名）について、記載を求める。

（４）内服継続の判断

エイズ治療拠点病院の担当者（医師）は、内服継続の適否について決定し、併せて、H I V抗体検査を実施する。

また、必要な期間（６週後、３ヶ月後、６ヶ月後）、感染の有無についてH I V抗体検査で評価する。

#### (5) 関係書類の保存

予防薬を提供した場合は、曝露当事者から提出された①「H I V感染予防薬内服決定支援チェックリスト」（様式A）、②「H I V感染予防薬提供依頼書」（様式B）、③「H I V感染予防薬内服同意書」（様式C）及び④「H I V感染予防薬受領書」（様式D）を5年間保存する。（配置要領に基づく青森県健康福祉部保健衛生課への報告を忘れないこと。）

### 4 補足留意事項

(1) 各医療機関等における医療従事者等の感染予防対策は、各医療機関等の責任において実施されるべきものである。

従って、曝露後、エイズ治療拠点病院を受診し、投薬や血液検査等を実施した場合の費用等については、自費扱いとし、エイズ治療拠点病院の請求に基づき、予防薬提供希望医療機関等が支払うものとする。

(2) 予防薬の内服については、健康保険の給付の対象ではないが、感染の危険に対し有効であると認められる場合は、労働災害補償保険の給付対象となる。（平成22年9月9日付け基発0909第1号厚生労働省労働基準局長通知「労災保険におけるH I V感染症の取扱いについて」）

(3) 医療機関においては、医療法の規定によるH I Vを含めた院内感染防止対策が求められており、このマニュアルが院内感染対策に替わるものではない。既に準備されている院内マニュアルがある場合においては、本マニュアルの主旨を踏まえ、必要に応じて院内マニュアルを改正した上で、それに基づき対応して差し支えない。

(4) 医療機関においては、院内感染予防対策のH I V感染予防として抗H I V薬を常備しておくことが望ましく、この指針の対応によって、抗H I V薬を常備しないことを勧めるものではない。

(5) 本マニュアルは、「抗H I V治療ガイドライン2018年3月（H I V感染症及びその合併症の課題を克服する研究班）」を参考にして作成しており、本マニュアルに定めていない事項については、当該ガイドラインを参照されたい。

予防薬提供希望医療機関等

曝露源のHIV抗体が陽性である

血液・体液曝露発生

応急処置(曝露部位の洗浄)

施設長に報告

自己チェック  
①HIV感染予防薬内服決定支援チェックリスト(様式A)

チェックリスト(様式A)の確認(施設長)

内服を希望する

内服を希望しない

決めることができない

以下の書類を作成する

- ②HIV感染予防薬提供依頼書(様式B)
- ③HIV感染予防薬内服同意書(様式C)
- ④HIV感染予防薬受領書(様式D)

エイズ治療拠点病院を受診・相談する

HIV感染予防薬配置医療機関へ電話連絡

(エイズ治療拠点病院が最寄りの場合)

(配置協力医療機関が最寄りの場合)

①~④の書類を持参し、配置協力医療機関を受診する

①~④の書類の写しとHIV感染予防薬を受領(服薬指導を受ける)し、予防薬を服用する

エイズ治療拠点病院へ電話連絡

配置協力医療機関は、  
エイズ治療拠点病院に  
連絡・相談する

①~④の書類の写しを持参し、エイズ治療拠点病院を受診する

①~④の書類を持参し、エイズ治療拠点病院を受診する

内服継続を相談

HIV感染予防薬を受領(服薬指導を受ける)し、予防薬を服用する

予防薬配置医療機関  
(配置協力医療機関)

予防薬配置医療機関  
(エイズ治療拠点病院)

## H I V 感染予防薬提供窓口連絡先リスト

令和元年8月2日現在

	H I V 感染予防薬 提供医療機関	所在地	H I V 感染予防薬提供窓口			
			診療時間内		診療時間外	
中核拠点	青森県立中央病院	〒030-8553 青森市東造道二丁目 1-1	時間 窓口 TEL	8 : 30～17 : 00 血液内科外来 017-726-8141	時間 窓口 TEL	左記以外の時間 救命センター 017-726-8121
拠点	八戸市立市民病院	〒031-8555 八戸市田向三丁目 1 番 1 号	時間 窓口 TEL	8 : 30～17 : 00 総合診療科 0178-72-5111 (代表)	時間 窓口 TEL	左記以外の時間 救急外来 0178-72-5111 (代表)
拠点	国立病院機構弘前病院	〒036-8545 弘前市大字富野町 1 番地	時間 窓口 TEL	8 : 30～17:15 消化器血液内科 0172-32-4311 (代表)	時間 窓口 TEL	左記以外の時間 事務当直 0172-32-4311 (代表)
協力	つがる西北五広域連合 つがる総合病院	〒037-0074 五所川原市字岩木町 12 番地 3	時間 窓口 TEL	8 : 30～17 : 00 消化器・血液膠原病内科 0173-35-3111 (代表)	時間 窓口 TEL	左記以外の時間 救急外来 0173-35-3111 (代表)
協力	十和田市立中央病院	〒034-0093 十和田市西十二番町 14-8	時間 窓口 TEL	8 : 30～17 : 00 感染対策室 0176-23-5121 (代表)	時間 窓口 TEL	左記以外の時間 救急外来 0176-23-5121 (代表)
協力	むつ総合病院	〒035-8601 むつ市小川町一丁目 2-8	時間 窓口 TEL	8 : 30～17 : 15 感染対策室 0175-22-2111 (代表)	時間 窓口 TEL	左記以外の時間 救急外来 0175-22-2111 (代表)

※ 必ず事前に電話連絡すること(受付部署の確認等)。

※ 「HIV感染予防薬内服決定支援チェックリスト」(様式A)、「HIV感染予防薬提供依頼書」(様式B)、「HIV感染予防薬内服同意書」(様式C)、「HIV感染予防薬受領書」(様式D)を持参すること。

※ 本マニュアルに関する問い合わせ先 青森県健康福祉部保健衛生課(TEL:017-734-9284)

**H I V感染予防薬内服決定支援チェックリスト**

以下の項目を曝露当事者自身で確認し該当する項目にチェックしてください。

**●以下の1～3の状況が発生した場合は、H I V感染予防薬の予防内服を推奨します。**

ただし、尿・便・唾液・鼻汁・喀痰・汗・涙による正常な皮膚への汚染は、外観的に非血性の場合、ほぼ感染のリスクはありません。

- 1 H I V抗体陽性者の血液・体液・精液・腔分泌物・脳脊髄液・関節液・胸水・腹水・心嚢水・羊水が付着した針を刺した。
- 2 H I V抗体陽性者の血液・体液・精液・腔分泌物・脳脊髄液・関節液・胸水・腹水・心嚢水・羊水が付着した鋭利器材で受傷した。
- 3 H I V抗体陽性者の血液・体液・精液・腔分泌物・脳脊髄液・関節液・胸水・腹水・心嚢水・羊水が正常ではない皮膚あるいは粘膜に付着した。

**(裏面の参考1も必ず確認すること。)**

**●内服すると決心したら、可能な限り早めの初回服用をお勧めします。(曝露後2～24時間以内)**

ただし、以下の条件に該当する場合は、エイズ治療拠点病院の専門医に相談した後に、決定することをお勧めします。

- ①活動性B型肝炎である。 . . . . . ある なし
- ②妊娠しているあるいは妊娠の可能性がある。 . . . ある なし
- ③基礎疾患があり常用している内服薬がある。 . . . ある なし
- ④腎機能低下や糖尿病がある。 . . . . . ある なし

**(裏面の参考2も必ず確認すること。)**

**私は以上の確認を行った結果、**

- 感染するかもしれないと思うと、とても不安です。副作用などあるかもしれませんが、上記の①～④に該当する項目もありますが、すぐにでも服用したいので、予防内服することにしました。
- 感染するかもしれないと思うと、とても不安です。上記の①～④に該当する項目はありません。副作用などあるかもしれませんが、すぐにでも服用したいので、予防内服することにしました。
- どうしても決めることができないので、エイズ治療拠点病院を受診し、専門医に相談します。
- 予防内服しないことにしました。

確認年月日：       年    月    日    曝露当事者氏名（自署）



## <参考1>

### ○感染リスク

- ・曝露事故におけるH I Vの感染リスクは、針刺し事故で0.3%、粘膜曝露で0.09%です。
- ・血液以外の体液の曝露に関しては、上記よりさらに感染率は低いとされています。

### ○予防内服の意義

- ・曝露後の予防内服は多剤併用が基本となります。一般的に、曝露後H I V感染予防薬1剤を予防内服することで、感染リスクを80%低下させるとされていますが、多剤を併用することでより高い予防効果が期待できるとされています。

### ○予防内服のH I V感染予防薬について

- ・予防内服のH I V感染予防薬は、以下の2種類です。エイズ治療拠点病院の専門医受診までの間は以下の2剤を併用します。
- ・専門医受診後、変更となる場合があります。

薬剤名	服薬方法	副作用	服用上の注意点
<b>ツルバダ配合錠</b> 【TDF/FTC： テノホビル/エムトリシタビン】	1回1錠/1日1回 4週間 ※食事に関係なく服用可能 ※朝若しくは夕方に飲んでください。	吐き気、血中アミラーゼ増加、CK増加、下痢、血中トリグリセリド増加、疲労、AST (GOT)増加、好中球減少、頭痛、乳酸アシドーシス	・慢性B型肝炎がある場合、本剤中止後B型肝炎が悪化する可能性がある。 ・腎機能障害がある場合、薬剤の変更が必要となる可能性がある。 ・併用注意薬があるため、内服中の薬がある場合は相談が必要
<b>アイセントレス錠</b> 【RAL：ラテグザビル】	1回1錠/1日2回 4週間 ※食事に関係なく服用可能 ※朝・夕で内服するのが一般的です	頭痛、不眠症、吐き気 ※副作用は比較的少ない	ミネラル（マグネシウム、アルミニウム、鉄、カルシウム、亜鉛）を含むサプリメントは本剤の効果が減弱する可能性があるため、同時摂取を避ける必要がある。

## <参考2>

### ○H I V感染予防薬服用時の注意点 — B型肝炎の既往がある場合—

- ・ツルバダ配合錠は、B型肝炎の治療にも使用される薬剤です。ツルバダ配合錠の内服中止により、B型肝炎が悪化する可能性がありますので、経過観察が必要です。
- ・すでに服用されている方・既往がある方は、必ず医師へお伝えください。

### ○H I V感染予防薬服用時の注意点 — 妊娠しているまたは妊娠の可能性のある場合—

- ・抗H I V薬は、多くの薬剤同様、妊娠初期の胎児への安全性は確認されていません。しかし、副作用より予防効果が上回ると判断された場合、妊娠期間中でも内服するケースは少なくありません。

## H I V感染予防薬提供依頼書

H I V感染予防薬配置医療機関

病院長 殿

この度、当施設の職員がH I V抗体陽性者の体液に曝露しました。  
つきましては、HIV 感染予防のための内服薬の提供をお願いいたします。  
なお、血液検査を実施した場合の費用等については、当施設が責任をもって対応します。

職員名 (生年月日)	( 年 月 日生)		
性別 (妊娠の有無)	男 ・ 女	(妊娠 有 ・ 無 ・ 不明 ) ※女性の場合に記入	
所属部署			
連絡先電話番号			
参考情報	事故発生日時	年 月 日 時 分	
	事故内容	針刺し・切創・粘膜汚染・皮膚汚染	
	その他		

年 月 日

予防薬提供希望医療機関等の名称 :

所在地 :

電話番号 :

施設長署名 :

<取扱注意>

## H I V感染予防薬内服同意書

私は、H I V感染予防薬の内服における利益と不利益について、下記の項目を確認しました。

- 感染リスク
- 予防内服の意義
- 予防内服するH I V感染予防薬について
- H I V感染予防薬服用時の注意点－B型肝炎の既往がある場合－
- H I V感染予防薬服用時の注意点－妊娠しているあるいは妊娠の可能性がある場合－

上記の内容に関して理解いたしましたので、自らの意思で

- 予防内服を希望します。
- 判断しかねますので、エイズ治療拠点病院を受診し、専門医への相談を希望します。

年 月 日

H I V感染予防薬配置医療機関

\_\_\_\_\_  
病院長 殿

予防薬提供希望医療機関等の名称： \_\_\_\_\_

曝露当事者署名： \_\_\_\_\_

曝露当事者側で準備し予防薬配置医療機関へ持参

## H I V感染予防薬受領書

以下のH I V感染予防薬を [ ] 日分受領しました。  
(受領時に記入)

※原則平日は1日分、土日祝日及びその前日は、平日受診ができるまでの日数とする。

薬剤名	1日量	用法	
ツルバダ配合錠 (TDF/FTC)	1錠	1回1錠	1日1回
アイセントレス錠 (RAL)	2錠	1回1錠	1日2回

H I V感染予防薬配置医療機関

病院長 殿

年 月 日

予 防 薬 提 供 希 望  
医 療 機 関 等 の 名 称 :曝 露 当 事 者 署 名  
( 受 領 時 に 記 入 ) :

## [H I V感染予防薬配置医療機関 記載欄]

以下のことを行った場合、チェックしてください。

曝露当事者の本人確認( 運転免許証 健康保険証 その他( ) )  
※該当するものを○で囲む。

エイズ治療拠点病院への連絡  
(病院名 : )  
(病院担当者氏名 : )

年 月 日

配置医療 機関名		担当 医師名	
-------------	--	-----------	--

※署名

※1 H I V感染予防薬配置医療機関は、当該受領書の控え(コピー)を曝露当事者に提供してください。

※2 曝露当事者は、エイズ治療拠点病院を受診する際は、当該受領書の控え(コピー)を提示してください。