

# 沖縄県 HIV 感染防止のための予防内服マニュアル

令和元年 7 月 16 日第 1 版作成

令和 6 年 4 月 1 日 改正

沖縄県保健医療介護部感染症対策課

琉球大学病院

(沖縄県エイズ治療中核拠点病院)

沖縄県医師会

## はじめに

このマニュアルは、沖縄県内の医療機関、歯科診療機関、介護・看護事業所、保健所及び衛生環境研究所等（以下「医療機関等」という。）の従事者が、針刺し等により患者等の血液又は体液（以下、「血液等」という。）に曝露し（以下「曝露」という。）、HIV へ職業上曝露した可能性のある場合に、曝露にあった従事者（以下「被曝露者」という。）が拠点病院を受診できるまでの緊急対応用として作成したものです。

このマニュアルに定めた曝露発生以降の流れについては、HIV 曝露発生時の予防内服フローチャートもご参照ください。

## マニュアルを使用するにあたり

(1) このマニュアルは、曝露発生から被曝露者が HIV 感染予防薬（以下「抗 HIV 薬」という。）を内服するまでの概要を示したものであり、様式等も参考として作成したものです。そのため、医療機関等や、県が抗 HIV 薬を配置する医療機関（以下「配置医療機関」という。）において、独自の緊急対応用のマニュアルや様式等が定められており、それに基づき対応する場合も、県が配置した HIV 迅速診断キット及び抗 HIV 薬を利用できるものとします。

ただし、医療機関等は、曝露元となった患者（以下、「患者」という。）及び被曝露者の HIV 迅速検査実施に係る同意と、被曝露者の抗 HIV 薬内服に係る同意は、必ず自施設において確認をしてください。

(2) 医療機関等における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す。本マニュアルでは B 型肝炎ウイルス（HBV）及び C 型肝炎ウイルス（HCV）の検査実施についても記載していますが、曝露後の感染予防対策については、各医療機関においてご確認ください。

また、HIV、HBV 及び HCV 検査の結果に関しては、配置医療機関で受検する場合、個人情報保護の観点から原則として受診した被曝露者（代理人含む）及び患者のみに結果を報告します。

(3) 医療機関等は、配置医療機関へ抗 HIV 薬の処方を依頼するにあたり、受診する配置医療機関により必要とする書類及び手続き等が異なる可能性がありますので、平時より確認するようにしてください。

(4) 医療機関等は、配置医療機関が他の緊急事例への対応のため、抗 HIV 薬の処方の依頼に迅速に対応できない可能性があることを、ご了承ください。

(5) 県が配置医療機関に HIV 迅速診断キット及び抗 HIV 薬を補充する際には、ある程度の日数を要しますので、医療機関等は、HIV 迅速検査の実施及び抗 HIV 薬の処方の依頼時に、最寄りの配置医療機関に HIV 迅速診断キット及び抗 HIV 薬がない可能性があることを、ご了承ください。

## 費用負担について

- (1) 患者及び被曝露者の HIV、HBV 及び HCV 検査及び抗 HIV 薬の予防内服は、健康保険の給付対象ではありませんので、保険外診療となります。医療機関等は、検査や診察などの対応に要した費用は、配置医療機関の請求に基づき支払いをしてください。
- (2) 配置医療機関は、検査や診察などの対応に要した費用は、一般の外来患者と同様に医療機関等に請求をしてください。

配置医療機関が自ら購入した抗 HIV 薬や HIV 迅速診断キットを使用するのであれば、その費用も医療機関等に請求してください。

但し、県が配置した HIV 迅速診断キット及び抗 HIV 薬については、医療機関等に HIV 迅速診断キット及び抗 HIV 薬の返納や費用の請求をする必要はありません。
- (3) 被曝露者に対する HIV、HBV 及び HCV 検査や抗 HIV 薬の予防内服については、健康保険の給付の対象ではありませんが、感染の危険に対し有効であると認められる場合は、労災保険の給付対象となります（参考資料：平成 5 年 10 月 29 日付け基発第 619 号「C 型肝炎、エイズ及び MRSA 感染症に係る労災保険における取扱いについて」（平成 22 年 9 月 9 日付け基発 0909 第 1 号により改正）抜粋）。

なお、患者に対する検査は労災保険の給付対象ではありませんので、医療機関等が負担することになります。被曝露者についても、労災保険給付の請求が認められない場合は、医療機関等が負担することになります。

また受診時においても、労災保険指定医療機関以外の病院を受診する場合は、費用は一時的に立て替えとなります。受診する配置医療機関が労災保険指定医療機関に該当するかは、平時より確認するようにしてください。
- (4) 医療機関等は、従事者が労災保険の適用対象であるか、地方公務員災害補償法等、他の補償の適用対象であるか、平時より確認するようにしてください。
- (5) 本マニュアルにおいては、患者及び被曝露者の検査に係る費用は、曝露が発生した施設において負担するものとして記載をしていますが、実際の費用負担については、各施設で決定してください。

## 1 曝露が発生した医療機関等での対応

### (1) 曝露発生

本マニュアルにおいて、曝露とは、針刺しや鋭利な医療器具による切創等により皮内へ、あるいは粘膜や傷のある皮膚への血液等の曝露をさします。

### (2) 応急処置

曝露が発生した場合、被曝露者は、曝露された創部又は皮膚を、石けんと流水によって十分に洗浄してください。粘膜が汚染された場合は、眼・鼻では水や生理食塩水で十分に洗浄し、口腔内は水でうがいしてください。

### (3) 責任者等に報告

被曝露者は、曝露の発生時刻・状況・程度・患者の病態等を、直ちに院内の感染管理担当医師あるいは施設の責任者等（以下「責任者等」という。）に報告してください。

### (4) 患者及び被曝露者の HIV 迅速検査の実施

（参考：「血液等曝露後の感染症検査に関する同意のお願い」、「血液等曝露後の感染症検査の受検及び抗 HIV 薬内服のための説明書（被曝露者用）」、様式 1 及び様式 2）

責任者等は、患者の HIV 感染及び HBV、HCV 感染を確認するため、十分にプライバシーに配慮した上で、HIV 迅速検査等の実施について説明を行い、患者の同意を確認後、検査を実施してください。検査の結果、患者の HIV 感染が陰性であれば、被曝露者の抗 HIV 薬の内服は必要ありません。

また、責任者等は、曝露発生時には被曝露者が HIV 及び HBV、HCV に感染していないことを確認するため、十分にプライバシーに配慮した上で、HIV 迅速検査等の実施について説明を行い、被曝露者の同意を確認後、検査を実施してください。検査の結果、被曝露者が既に HIV に感染していれば、緊急的な抗 HIV 薬の内服は必要ありません。

なお、責任者等は、自施設で検査が実施できない場合は、配置医療機関へ検査を依頼してください。

また、患者から検査について同意が得られない場合は、抗 HIV 薬の内服を検討してください。

### (5) インフォームド・コンセント

（参考：「血液等曝露後の感染症検査の受検及び抗 HIV 薬内服のための説明書（被曝露者用）」及び様式 3）

責任者等は、十分にプライバシーに配慮した上で、曝露の状況を確認し、被曝露者

に予防内服の効果について説明してください。その際、被曝露者の HBV 感染の有無、腎障害の有無、被曝露者が女性の場合は妊娠の有無を確認してください。

被曝露者は、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してください。

なお、施設内での感染報告経路については、内服開始の迅速性（内服はできるだけ早く。2時間以内が推奨）及びプライバシーの保護を考慮した上で、可能な範囲で短縮するようにしてください。

#### (6) 配置医療機関へ電話連絡

抗 HIV 薬の処方を依頼する場合は、沖縄県血液曝露後 HIV 感染予防薬整備事業実施要領別紙「HIV 感染防止のための抗 HIV 薬の配置医療機関」に基づき、必ず事前に配置医療機関の担当窓口へ電話連絡してください。

患者及び被曝露者の HIV 迅速検査並びに HBV、HCV の検査を依頼する場合は、その旨を同時に連絡してください。

#### (7) 配置医療機関に行き、抗 HIV 薬の処方を依頼、内服（参考：様式1～様式4）

被曝露者は、曝露後できるだけ早く内服を開始するため、速やかに配置医療機関を受診し、抗 HIV 薬の処方後は、直ちに第1回目の内服をしてください。

HIV 迅速検査を依頼する場合、結果の判明が曝露発生後2時間を超える場合は、取り急ぎ1回目の抗 HIV 薬を依頼してください。

#### (8) その他

被曝露者の所属施設の責任者等は、患者または被曝露者が HIV 迅速検査陽性となった場合、血液等曝露対応が終了した後に必ず確認のための検査を自施設または配置医療機関等で実施してください。結果は患者及び被曝露者本人へ伝え、陽性の場合は拠点病院を受診を調整してください。

また、不要な抗 HIV 薬の内服による副作用を避けるためにも、患者の HIV 検査は実施することが望ましく、そのため、曝露発生直後に患者から検査の同意が得られなくても、後日、同意が得られた場合は、必ず検査を実施し、その結果を被曝露者が受診する拠点病院の専門医へ提供してください。

なお、当初から患者が HIV 感染者であり、拠点病院を受診していることが判明している場合で、被曝露者が抗 HIV 薬の内服を希望した際には、責任者等は当該拠点病院へ連絡し、抗 HIV 薬の内服について指示を受けてください。

被曝露者が内服を希望しない場合も、カルテ等に記録を残しておくことが望ましいと考えられます。

患者及び被曝露者が HBV あるいは HCV 陽性となった場合の対応については、各

医療機関でご確認ください。

## 2 配置医療機関での対応

### (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、直ちに抗 HIV 薬の準備をしてください。

患者及び被曝露者の HIV 迅速検査実施の依頼があった場合は、直ちに検査を実施できるよう準備をしてください。HBV 及び HCV 検査の依頼があった場合も、対応をご検討ください。

### (2) 抗 HIV 薬の処方（参照：様式 1～様式 4）

配置医療機関の担当者は、曝露の発生時刻・状況・程度・患者の HIV 迅速検査結果等を確認し、感染のリスクを判断してください。

また、HBV 感染の有無、腎障害の有無、被曝露者が女性の場合は妊娠の有無を確認、常用薬がある場合は相互作用にも注意してください。

抗 HIV 薬の内服が必要と判断した場合、拠点病院へ一度電話で状況報告し、受診可能日を調整の上、受診できるまでに必要最小限の抗 HIV 薬を処方してください。

また、患者及び被曝露者の HIV 迅速検査実施の依頼があった場合、結果の判明が曝露発生後 2 時間を超える場合は、取り急ぎ 1 回目の抗 HIV 薬の処方を検討してください。

### (3) 抗 HIV 薬処方等の相談

配置医療機関は、抗 HIV 薬の処方等について不明な点がある場合、まずは別に定める「HIV 感染予防薬処方の Q&A」を確認してください。Q&A を確認しても解決できない場合は、県感染症対策課へメールで問い合わせをしてください（感染症対策課アドレス：[aa090808@pref.okinawa.lg.jp](mailto:aa090808@pref.okinawa.lg.jp)）。県担当者が内容を確認し、必要に応じて専門医と協議の上、回答を行います。

なお、夜間や休日の他、業務により県担当者が不在で、迅速に回答が出来ない可能性がありますので、不明な点の確認は平時より行うようにお願いします。

また、緊急時には拠点病院へ問い合わせを行うことも可能ですが、専門医の不在により回答できない可能性があります。

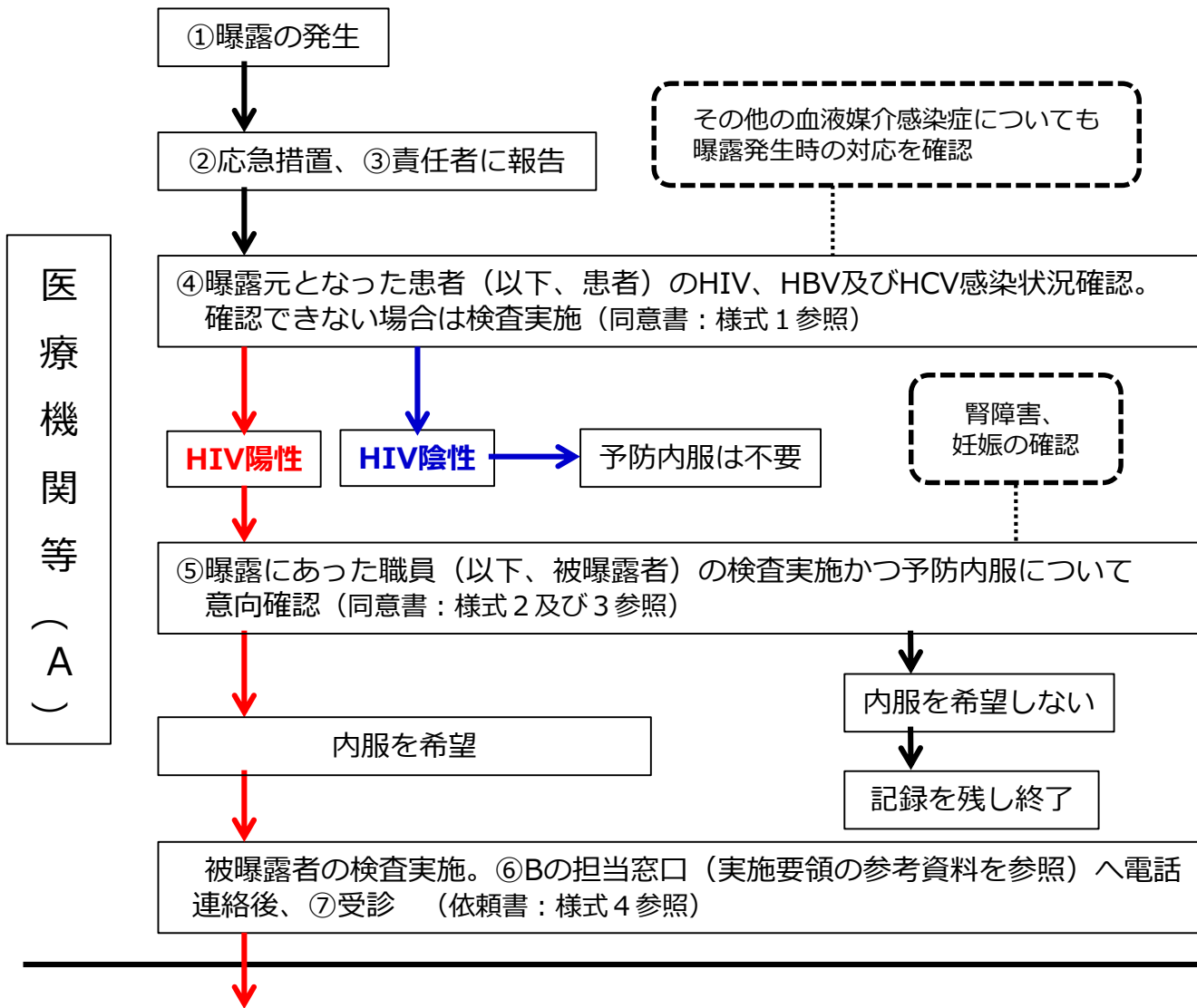
## 3 拠点病院の受診

予防内服をした被曝露者は、曝露後早めに拠点病院を受診して内服継続の適否について相談の上、決定してください。

専門医は、被曝露者の感染の有無について必要な期間評価してください。

# 予防内服フローチャート

(血液曝露後の感染症検査を自施設で実施する場合)



《次ページ 配置医療機関 (B) の対応へ》

※ 下記の項目について、Bへ向かう前に改めて確認

- 患者の検査実施に係る同意の確認
- 被曝露者の検査実施に係る同意の確認
- 被曝露者の予防内服に係る同意の確認

# 予防内服フローチャート

(血液曝露後の感染症検査を自施設で実施する場合)

配置医療機関  
(B)

《医療機関等 (A) の対応から》



書類を確認 (様式 1 ~ 4)



Cの下記担当窓口へ電話  
受診日を勘案して処方



拠点病院  
(C)

拠点病院を受診、内服継続の判断

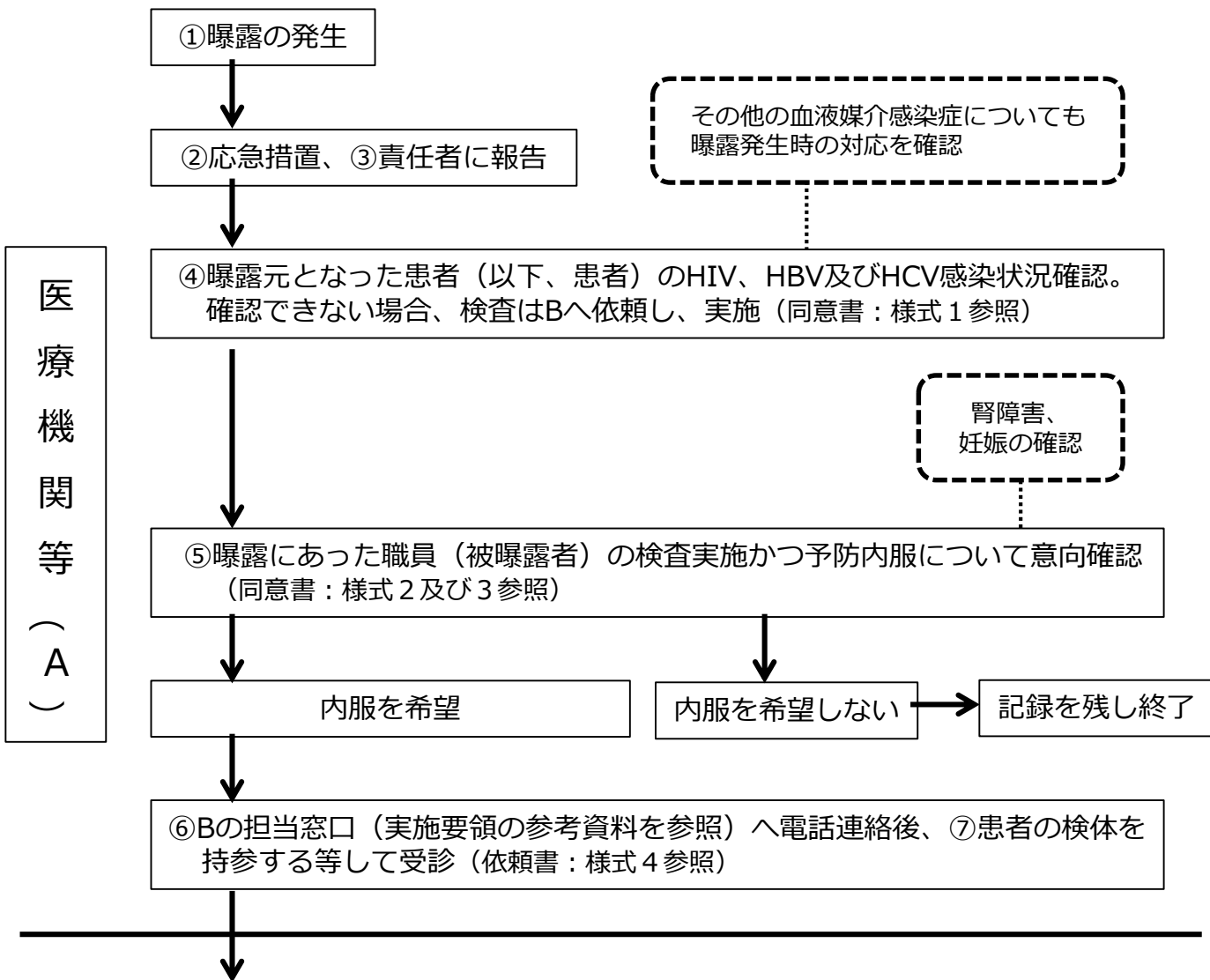
## エイズ治療拠点病院 連絡先

病院名	対応時間	担当窓口	連絡先
琉球大学病院	24時間	救急部	098-894-1301
県立中部病院	平日、8:30~17:00	感染症内科	098-973-4111
	上記以外	救命救急センター	
県立南部医療センター・ こども医療センター	平日、8:30~17:00	地域連携室	098-888-0123
	上記以外	救命救急センター	



# 予防内服フローチャート

(血液曝露後の感染症検査を配置医療機関へ依頼する場合)



## 「配置医療機関（B）の対応へ」

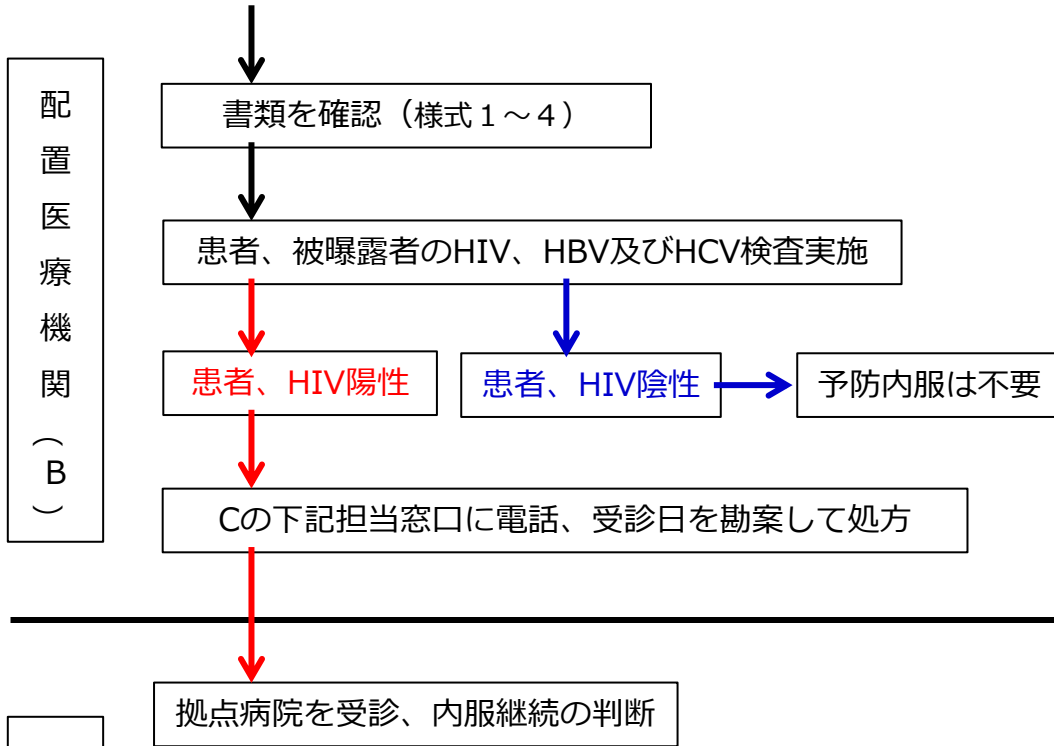
※ 下記の項目について、Bへ向かう前に改めて確認

- 患者の検査実施に係る同意の確認
- 被曝露者の検査実施に係る同意の確認
- 被曝露者の予防内服に係る同意の確認

# 予防内服フローチャート

(血液曝露後の感染症検査を配置医療機関へ依頼する場合)

《医療機関等 (A) の対応から》



拠点病院 (C)

## エイズ治療拠点病院 連絡先

病院名	対応時間	担当窓口	連絡先
琉球大学病院	24時間	救急部	098-894-1301
県立中部病院	平日、8:30~17:00	感染症内科	098-973-4111
	上記以外	救命救急センター	
県立南部医療センター・ こども医療センター	平日、8:30~17:00	地域連携室	098-888-0123
	上記以外	救命救急センター	

患者様へ

## 血液等曝露後の感染症検査に関する同意のお願い

この度、当施設の職員が、患者様の血液又は体液に曝露する事故にありました。

一般に、血液又は体液には、感染症の原因となる病原体が含まれている可能性があります。その中の一つである HIV は、体内でゆっくり進行し、はっきりした症状が出る（エイズ発症）までに時間がかかるため、自分自身では感染に気がつきにくいという特徴があります。そして、知らないうちに近親者や他人へ、HIV を感染させてしまうことがあります。

現在、HIV 感染症は、効果的な治療法が開発されており、可能な限り早期に治療を行うことで、エイズ発症を抑え、社会復帰が充分可能な病気となっています。また、近親者や他人に HIV を感染させる確率を抑えることができます。そのため、早期診断が重要となっております。

また、HIV に曝露した側においても、早期に予防薬を服用すれば、HIV に感染する確率を抑えることができるようになっていきます。

今後、患者様により良い医療を提供するために、そして職員の感染予防のために、以下の方法により、患者様の HIV 感染状況を確認させていただけないでしょうか。また職員が予防内服治療を行う場合に必要となるため、患者様の HBV 及び HCV についても同時に感染状況を確認させていただけないでしょうか。下記の確認検査を含めて、これら検査に係る費用は当施設が負担します。

- 採血及び検査を当施設で実施します。
- 採血を当施設で実施し、検査は\_\_\_\_\_病院で実施します。
- \_\_\_\_\_病院までご同行していただき、採血及び検査を実施します。

なお、HIV 迅速検査では偽陽性が出る可能性がありますので、仮に陽性であった場合は、曝露への対応が終了した後に確認検査を行います。確認検査の結果は出るまでに時間がかかりますが、分かり次第、お知らせします。

確認検査で陽性であった場合は、沖縄県エイズ治療拠点病院を紹介いたします。拠点病院では、治療の他、社会支援制度に関する助言等を得ることができます。

最後に、HIV 迅速検査等の結果は、患者様のプライバシー保護に十分配慮し、ご本人のみにお伝えします。また、個人情報については、当施設の個人情報保護方針に基づき適切に管理いたします。

この件に関してご質問がありましたら、ご遠慮なくお尋ねください。

説 明 日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関等名 \_\_\_\_\_

説 明 者 \_\_\_\_\_

# 血液等曝露後の感染症検査の受検及び抗 HIV 薬内服のための説明書

(被曝露者用)

## HIV 迅速検査の実施

- この度発生しました血液等曝露事故について、あなたが HIV 感染予防を目的とした抗 HIV 薬の内服をすることの必要性を検討するために、あなたの HIV 迅速検査を実施する必要があります。
- HIV 抗体が作られるまで 2～3 か月かかると言われています。真の結果を得るため、抗 HIV 薬服用後も、HIV 検査を複数回行うこととなります。目安としては、事故発生直後、その 6 週間後、3 か月後です。
- 抗 HIV 薬を選択する上で、また、労災保険の給付対象となるか判断する上で、必要であれば HBV 及び HCV の検査についても実施します。
- HIV、HBV、HCV 検査等の結果は、あなたのプライバシー保護に十分配慮し、本人のみにお伝えします。また、個人情報については、当施設の個人情報保護方針に基づき適切に管理いたします。

## 抗 HIV 薬の内服

- 針刺し等で HIV 陽性血液に曝露された場合の感染のリスクは 0.5～0.3%と、B 型肝炎や C 型肝炎の同じような曝露の場合の感染リスクに比べ 1/100～1/10 となりますが、0%ではありません。
- 現在、感染が成立してしまった場合、治療によりエイズの発症を抑えることはできますが、治癒できるような方法は確立されておられません。
- 感染後、できるだけ早く抗 HIV 薬を内服することで、感染のリスクを低下させることができます。

## 内服される抗 HIV 薬

- 薬 剤 名：ツルバダ錠 (略名：TDF/FTC)、アイセントレス錠 400mg (略名：RAL)
- 飲 み 方：1 回目としてツルバダ錠 1 錠及びアイセントレス錠 400mg 1 錠をできるだけ早く内服し、その 12 時間後、2 回目としてアイセントレス錠 400mg 1 錠を内服する。  
以降、拠点病院の受診まで、12 時間毎に 1 回目と 2 回目を交互に内服する。
- そ の 他：①併用注意薬もありますので、現在、内服している薬があれば、自院あるいは配置医療機関の医師及び薬剤師に確認をとるようにしてください。  
②下記の「内服にあたっての注意点」の他にも、頭痛、発疹、消化器症状等の副作用が起こることがあります。

### 内服にあたっての注意点

下記について確認し、いずれか該当する場合は、拠点病院の専門医に内服について相談して下さい。

妊娠の有無の確認

ツルバダ錠及びアイセントレス錠 400mg は、妊娠初期の胎児に対する安全性が確立されていません。

B型肝炎患者であるかの確認

ツルバダ錠は、B型肝炎患者が内服を中止した場合、肝炎が悪化することがあります。

腎機能低下があるかの確認

ツルバダ錠は、腎機能の低下した方が服用すると腎機能障害が起こる可能性があります。

### 内服後について

内服継続の適否について判断、及び感染の有無を評価するために、早めに拠点病院を受診する必要があります。

前述のとおり、感染の有無を評価するために、HIV 検査を複数回、受けることとなります。

説明日 令和 年 月 日

説明者

様式1 <取扱注意>

血液等曝露後の感染症検査同意書（患者様用）

説 明 日 令和 年 月 日

医療機関等名

説 明 者

私は、HIV、HBV及びHCV検査を受検することに同意します。

検査結果については、感染症法に基づいて厳格な守秘義務の徹底を求めます。

同 意 日 令和 年 月 日

氏 名

代 理 署 名

代 理 続 柄

様式2 <取扱注意>

血液等曝露後の感染症検査同意書（被曝露者用：通常は医療従事者）

説 明 日 令和 年 月 日

医療機関等名

説 明 者

私は、HIV、HBV及びHCV検査を受検することに同意します。

検査結果については、感染症法に基づいて厳格な守秘義務の徹底を求めます。

同 意 日 令和 年 月 日

氏 名

代 理 署 名

代 理 続 柄

抗HIV薬予防内服同意書（配置医療機関あて）

私は、HIV感染の血液・体液曝露後の抗HIV薬予防内服における利益と不利益について説明を受け、妊婦の内服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内服を希望します。

配置医療機関

\_\_\_\_\_  
病院長

同意日 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

署名 \_\_\_\_\_

※抗HIV薬配置医療機関にて、抗HIV薬を受領する際に、ご記入ください。

受領者サイン（原則として受領時に被曝露者本人が記入）：

\_\_\_\_\_

[代理人の場合]

所属施設又は続柄： \_\_\_\_\_

[本人確認] ○で囲んでください。

（抗HIV薬配置医療機関の担当者をご記入ください。）

保険証、運転免許証、身分証（ \_\_\_\_\_ ）の書類提示あり



様式4 <取扱注意>

血液等曝露後の感染症検査・抗HIV薬処方依頼書（配置医療機関あて）

配置医療機関

\_\_\_\_\_ 病院長

この度、当施設の職員が患者様の血液等に曝露しましたので、下記の曝露後対応をよろしくお願い致します。

【依頼内容及び同意取得の確認（該当する項目を○で囲ってください）】

患者の検査依頼（ HIV ・ HBV ・ HCV ・ 無 ）	患者の検査同意（ HIV ・ HBV ・ HCV ・ 無 ）
職員の検査依頼（ HIV ・ HBV ・ HCV ・ 無 ）	職員の検査同意（ HIV ・ HBV ・ HCV ・ 無 ）
職員の抗HIV薬処方の希望（ 有 ・ 無 ）	職員の抗HIV薬処方の同意（ 有 ・ 無 ）

職員 (被曝露者)	氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日		妊娠 (女性のみ)	有 ・ 無 ・ 未検査
	HBV感染	有 ・ 無 ・ 不明 (検査を依頼)	腎機能低下	有 ・ 無 ・ 未検査
	現在服用中の薬剤		有 ・ 無 ( )	

曝露状況	曝露日時	年 月 日 時 分頃
	曝露内容	針刺し ・ 切創 ・ 粘膜汚染 ・ その他 ( )

曝露元となった患者の病状	HIV陽性 ・ 不明 (貴院へ検査を依頼)
--------------	-----------------------

※検査結果判明までに曝露発生から2時間を超える場合は、取り急ぎ1回目の提供をお願いします。

1回目：ツルバダ錠 1錠 + アイセントレス錠400mg 1錠 } \_\_\_\_\_ 日分 (必要分を記載)

2回目：アイセントレス錠400mg 1錠

※1回目は可能な限り速やかに服用、2回目は12時間後に服用。以降は、12時間毎に交互に服用。

依 頼 日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関等所在地 \_\_\_\_\_

医療機関等名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

責任者等名 \_\_\_\_\_