

# 地域医療機関での HIV 陽性血液接触時の緊急対応 マニュアル

(2017年3月13日 堺市立総合医療センターHIV 対策チーム)

2021年12月13日改訂

ページ

- 1) 地域医療機関での HIV 陽性血液接触時の緊急対応について……………1-2  
(この文章は、市立堺病院ホームページの「医療関係者の方へ」に掲載されています)
- 2) 診療時間外における地域医療機関での HIV 陽性血液接触時の対応手順……………3  
(この手順は、時間外に連絡を受けた当直師長の手順を説明しています)
- 3) HIV 感染予防内服薬受領書……………4  
(感染予防内服を受け取りに来た人を書いてもらう受領書です)
- 4) 市立堺病院 受診の手続き……………5  
(時間外に薬を受け取った人に対して、翌日以降に受診してもらうための案内です)
- 5) 血液との接触後の HIV 感染予防内服についてのガイドライン……………6-7  
(HIV 陽性血液と接触した人が予防するかどうかを決めるための参考資料です)
- 6) HIV 感染予防内服説明書……………8  
(当院が推奨する予防内服薬の説明書です)
- 7) 感染症検査のお願い……………9  
(針刺しの元となった患者様への検査の同意書です)

このマニュアルは、HIV 陽性者または HIV 迅速検査キットにて HIV 陽性の可能性のある患者の血液に接触し、HIV 感染の可能性があると判断された医療従事者を対象としており、廃棄された針による針刺しや、発端となった患者の HIV 感染についての情報がない場合は対象となりません。なお、2)～6)の文章は、薬剤部に設置された「HIV 感染予防内服セット」の中に、予防内服薬とともに収納されています。なお、HBV/HCV に関しては別途針刺し等血液との接触時対応マニュアルをご参照ください。

# 1) 地域医療機関での針刺し等血液との接触時緊急対応について

2021年12月13日

## 1、趣旨

HIV感染症の広がりに伴い、HIV診療拠点病院以外の医療機関でもHIV陽性者の血液に接触し、HIV感染予防のための抗ウイルス剤内服が必要な状況が生じ得ます。患者のHIV感染の有無をすみやかに知るためにHIV迅速検査キット(IC法)を常備する施設も増えているようです。しかし、日常的にHIV診療を行っていない医療機関では、抗ウイルス剤の有効期間が短く少量購入も難しいことから、感染予防のための抗ウイルス剤を常備することは困難と思われます。多くの医療機関でその機能に応じたHIV感染症診療が行なわれるようになるためには、HIV診療拠点病院が予防内服のための抗ウイルス剤を常備し、緊急時にすみやかに対応する体制を作ることが必要であると考えます。特に、診療時間外では対応が遅れがちになるため、医療機関の医師から直接当直師長に電話連絡をいただくことにより、緊急に対応できる体制を整えました。

その後消化器内科との協力のもと、HBV、HCVに対する対応マニュアルを策定し、こちらに対しても同様に対応することと致しました。

## 2、緊急対応の対象

HIV陽性者またはHIV迅速検査キットにてHIV陽性の可能性のある患者の血液に接触し、HIV感染の可能性があると判断された医療従事者を対象とします。(ただし、HIV迅速検査キットは偽陽性が1.0%程度生じるとされており、後日の確認検査にて陰性と判断されることもあります。)

**廃棄された針による針刺しや、発端となった患者のHIV感染についての情報が無い場合は対象となりません。**

一方でB型肝炎に関してはワクチン接種や抗体の有無の状況に応じて対応が異なり、廃棄された針による針刺しなどでも対象となり得るため、ご注意ください。

## 3、診療時間内の対応

来院前に感染症対策チーム医師に連絡してください。(病院代表072-272-1199に電話してHIV対策チーム医師を呼び出してください。)。その上で、当院の「針刺しなど血液との接触時対応マニュアル」に基づいて予防内服の要否を判断します。来院いただければ予防内服薬(トリーメク1錠)を処方しますが、当事者が他の病院での継続した経過観察や予防内服薬の処方を希望される場合は、その場で4日分を処方した上で希望する病院に紹介します。

B型肝炎に関しては抗体の有無によって対応が様々です。採血が必須となりますのでご注意ください。なお、B型肝炎はワクチン接種により感染を防ぐことが可能なウイルスです。医療従事者は必ずワクチン接種が行われることが推奨されております。

## 4、診療時間外の緊急対応

1) **来院前に、貴施設の医師から当直看護師長に電話連絡してください。貴施設医師の依頼に基づいて緊急対応することになりますので、医師からの依頼であることが必要です。**

(病院代表072-272-1199に電話して当直看護師長を呼び出してください。)

2) 当直看護師長から、抗HIV薬:【トリーメク】×4日分(1日1回、24時間間隔で内服)の入った「緊急HIV感染予防薬セット」を受け取って下さい。

3) 「血液との接触後のHIV感染予防内服についてのガイドライン」「HIV感染予防内服説明書」をよく読んで、予防内服の必要性を判断してください。当直看護師長は予防内服の必要性についての

相談には応じません。

- 4) 「HIV 感染予防内服薬受領書」に①施設名 ②施設連絡先(住所・電話) ③依頼医師名 ④内服予定者名 ⑤受領日時 および受領者名を記入して当直看護師長に渡してください。
- 5) 必ず翌日以降（休日の場合は休日明けのウィークデイ）に HIV 対策チーム医師を受診してください。経過観察や予防内服が引き続き必要かどうかを判断します。もし必要ならば、どこの医療機関で行なうかを決め、当院での継続した受診を希望しない場合には適切な医療機関に紹介します。  
※HIV 対策チーム医師：小川（感染症内科）
- 6) B 型肝炎・C 型肝炎に関しては対応が異なりますので、来院後の指示に従ってください。

## 2) 診療時間外における地域医療機関での HIV 陽性血液接触時の対応手順

2017年3月13日

### 1 依頼時の確認事項

当直師長は、「HIV 陽性血液との接触が発生したので対応してほしい」という電話連絡が入ったら、①施設名 ②依頼医師名 ③来院予定者名を確認して下さい。

### 2 「緊急 HIV 感染予防薬セット」の準備

薬剤科 1 階調剤室にて「緊急 HIV 感染予防薬セット」を受け取って下さい。このセットの中には以下のものが入っていますので確認して下さい。

- ① 抗 HIV 薬：【トリーメク 1T】×4 日分
- ② 血液との接触後の HIV 感染予防内服についてのガイドライン
- ③ HIV 感染予防内服説明書
- ④ 堺市立総合医療センター受診の手続き
- ⑤ HIV 感染予防内服薬受領書（記入後、回収して下さい）
- ⑥ 本手順（これは渡す必要はありません。）

### 3 抗 HIV 薬の受け渡しと受領書の受け取り

HIV 感染予防内服薬受領書（緊急 HIV 感染予防薬セットに入っています）を記載してもらった上で、「緊急 HIV 感染予防薬セット」を渡して下さい。受領書には、以下の項目を記入してもらって下さい。

- ① 受け渡しの年月日と時刻
- ② 来院者の施設名と来院者の氏名
- ③ 依頼医師名（医師の依頼に基づいて予防薬を渡すので、医師名は必須です）
- ④ 内服予定者名

HIV 感染予防内服薬受領書は、翌日または休み明けの平日に内科外来クラークへ渡して下さい。

### 4 受け渡し時の説明

- ① 【トリーメク 1T】×4 日分（1 日 1 回、食事と関係なく 24 時間間隔で内服）が入っていることを説明して下さい。
- ② 内服にあたっては「血液との接触後の HIV 感染予防内服についてのガイドライン」と「HIV 感染予防内服説明書」を読んでその必要性を判断するように説明して下さい。
- ③ 4 日以内（平日であれば翌日、週末であれば月曜日または祝日明けの平日）に、必ず受診するように説明して下さい。
- ④ 「外来受診の手続き」を渡して、外来受診手続きについて説明して下さい。
- ⑤ 受診時は外来受診の手続き後、内科外来受付で HIV 担当医師（小川医師）に連絡してもらうように説明して下さい。

### 3) HIV 感染予防内服薬受領書

受領薬剤	トリーメク 1T×4 日分
施設名	
施設連絡先	住所
	電話
依頼医師名	
内服予定者名	
受領日時	年 月 日 時 分

上記の通り受領しました

堺市立総合医療センター 殿

受領者名 \_\_\_\_\_

引渡者名 \_\_\_\_\_

#### 4) 堺市立総合医療センター受診の手続き

2010年1月25日

##### 1) 過去に受診歴のない方、または最終受診日から5年以上受診のない方

- ① 診察の受付時間は平日8:30～11:00です。まずは総合案内にお越しください。
- ② 総合案内で診療申し込み用紙を受け取り、必要事項を記入していただきます。その際、診療科は内科に○印を入れてください。記入が終わりましたら、そのままお待ちください。
- ③ 初診受付2番窓口で、初診受付カードの番号が表示されます。表示されましたら、診療申し込み用紙を渡してください。その際、労災申請をするか自費で精算するか伝えていただき、労災申請をする場合は相談窓口（1番窓口）でご相談ください。

##### 2) 過去5年以内に受診があり、診察券をお持ちの方

- ① 診察の受付時間は平日8:30～11:00です。再診機に診察カードを通し、内科・診療を選択して手続きをしてください。（再診機は総合案内の前にあります。）
- ② 相談窓口（1番窓口）で、労災申請をするか自費で精算するか伝えていただき、労災申請をする場合は窓口でご相談ください。
- ③ 診療科の場所が分からない時には、総合案内でお尋ねください。
- ④ 内科受付で、小川医師の診察に来院したことを申し出てください。

## 5) 血液との接触後の HIV 感染予防内服についてのガイドライン

2016 年 10 月 29 日

2019 年 9 月 12 日改訂

### ① HIV 陽性血液との接触後の感染リスク

予防内服 (Post-Exposure Prophylaxis; PEP) を全く行わない場合の感染率は、針刺しの場合で 0.3% (0.2-0.5%)、粘膜曝露の場合で 0.09% (0.006-0.5%) とされてきたが、これは予防内服をおこなわない場合の感染率である<sup>1</sup>。血液以外の体液との接触に関してはデータに乏しいが、これよりも感染リスクは低いと考えられる。皮膚面への血液の接触については、皮膚表面に傷がある場合理論的には感染リスクがあるが、その確率はほぼゼロに近いと想定される。一般に国内においての HIV 罹患患者の数は判明している患者数で 2 万人程度であるが、そのうちウイルスの治療コントロールができていない患者はそのうちの少数である。以上の背景から廃棄された針による針刺しや、発端となった患者の HIV 感染についての情報がない場合は予防内服の必要性は必ずしも高くなく、原則不要である。ただし発端となった患者がニューモシスチス肺炎・带状疱疹・口腔カンジダ症を呈しているような免疫不全が考慮される患者である場合にはその都度予防内服の適応に関して考慮する必要がある<sup>2</sup>。

### ② 適切な予防内服をおこなった場合の感染リスク

AZT 単剤による PEP でも感染リスクを 80%以上低下させることが示されている。2005 年の米国公衆衛生局ガイドライン<sup>2)</sup>で推奨されている 2 剤ないしは 3 剤を併用した予防内服ではより高い感染阻止効果が期待され、実際に米国におけるサーベイランスでも、1999 年以降職業的曝露による HIV 感染が確定した例は 1 件のみである<sup>3</sup>(職業感染の可能性を否定できない例は 2009 年に報告されている。)

### ③ HIV 陽性血液との接触後ただちにおこなうこと

1. 血液との接触部位を大量の流水と石けん(眼球・粘膜への曝露の場合は大量の流水)で洗浄する
2. 速やかに責任者と連絡を取り、予防内服に関する指示を仰ぐ
3. 責任者と連絡が取れない場合には、1 回目の予防内服を当事者の判断で開始する

状況によっては、HIV 陽性血液との接触において感染のリスクの有無が分からない場合も考えられるが、予防内服においては血液との接触後可能なかぎり速やかに初回内服を開始することが重要であるため、少しでも感染のリスクがあると思った場合には、責任者に相談することなく内服を開始すべきである。基本的に早ければ早いほど予防投薬を行うのがよく、72 時間以内での投与が望ましい<sup>4</sup>

### ③ 予防内服薬の選択

当院では、トリーメク配合錠 (ABC/3TC/DTG 3 剤の合剤) を推奨している。抗ウイルス効果が確実であること、副作用が少ないこと、1 日 1 回 1 錠で食後でなくても内服できること、ドルテグラビル (DTG) が新しい薬剤であり DTG に対して耐性をもったウイルス出現の可能性は低いことがあげられ、また妊娠中の曝露者への予防投薬でも比較的安全に投薬が可能であることが示唆されており、現在米国の予防内服のガイドラインにおいても推奨されている薬剤である<sup>5</sup>。

References:

1: Updated U.S. public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. CDC. MMWR: 2001; 50: RR-11

2: Updated U.S. public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to Human Immunodeficiency Virus and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. Infection control and hospital epidemiology. 2013; 34 :9.

3: Notes from the Field; Occupationally Acquired HIV infection Among Health Care Workers- United States, 1985-2013. MMWR 2015;63:53

4: Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV- United States, 2016. Ann Emerg Medicine 2016; 68 (3):335-338

5: WHO recommends dolutegravir as preferred HIV treatment option in all populations. <https://www.who.int/news-room/detail/22-07-2019-who-recommends-dolutegravir-as-preferred-hiv-treatment-option-in-all-populations> accessed on September 2nd.

# HIV 感染予防内服説明書

2016 年 10 月 29 日

## □予防服用される抗 HIV 薬の注意点及び副作用

トリーメク(ABC600mg/3TC300mg と DTG50mg の合剤)

1日1回1錠を内服します。

### ABC: ザイアジェン

逆転写酵素阻害剤の薬剤です。副作用として、消化器症状(下痢、吐き気、腹痛、悪心、食欲不振)、発疹、疲労感、嗜眠などがあり、10人に1人くらいにでる可能性があります。特に過敏症は、日本人には0.1%以下の発現率ですが、注意が必要です。この過敏症の好発期は服用10日目前後(服用6週以内まで注意が必要)、発疹や発熱、胃腸症状(嘔気・嘔吐・下痢・腹痛等)、疲労感・倦怠感、呼吸器症状上(呼吸困難・咽頭痛・咳)、の症状が発現した場合は、チーム医師に速やかに相談して下さい。

### 3TC: ラミブジン

TDFと同じく逆転写酵素阻害剤で、比較的副作用の少ない薬剤です。患者さんへの治療の場合にもABCとの併用で用いられます。B型肝炎を合併している場合は3TC中止時に注意が必要です。担当医と相談してください。

### DTG: ドルテグラビル

ABCと3TCは逆転写酵素阻害剤ですが、この薬剤はインテグラーゼ阻害剤という作用機序の異なる薬剤です。食事時間に関係なく吸収が可能な製剤です。比較的相互作用の少ない薬剤ですが、メトホルミン(糖尿病用薬)やミネラル含有のサプリメントとは相互作用の報告がありますので、心当たりがあれば相談して下さい。副作用としては、服用初期に食欲不振、悪心、下痢、頭痛など現れることがあります。また、服用を継続しているうちに、睡眠障害(寝付きが悪くなる、中途覚醒等)を自覚することがあります。服用時間を工夫すると、改善することもあるので、医師に相談して下さい。

また、この抗 HIV 薬は中途半端に内服すると薬剤耐性をもったウィルスが出現する可能性があるため、確実に内服する必要があります。

トリーメクを服用し、副作用のためにトリーメク内服の継続が困難な場合には他の薬剤の組み合わせに変更します。

服用困難な副作用を自覚した場合は、すぐに医師にご相談下さい。

## 感染症検査のお願い

本日、当院スタッフが\_\_\_\_\_様の医療行為で使用した（針、その他：\_\_\_\_\_）で、誤って部位：\_\_\_\_\_を自傷いたしました。早急に流水で処置をしましたが、血液を介した感染症の可能性が否定できません。

主に血液を介して人から人へ感染する病原体として、HBV・HCV（それぞれ B 型肝炎・C 型肝炎の原因となるウィルス）・HIV（エイズの原因となるウィルス）などが知られています。これらの感染症は進行するまで自覚症状に乏しく血液検査をしなければ感染していることがわかりません。

つきましては\_\_\_\_\_様に堺市立総合医療センターまで御同行いただき、血液検査をお受けになって頂きたいと考えております。

我々はこれらの検査を施行するにあたって患者様の同意が必要と考えております。

この検査に同意されなくても患者様が不利益を被ることはありませんし、いずれかの検査結果が陽性的場合も責任をもって診療を依頼させていただき、検査結果についてはプライバシーを厳重に保護します。

また、検査・移動にかかる費用・は全て当院で負担させていただきます。

上記の趣旨をご理解いただいたうえで、感染症検査について承諾いただくよう、お願い申し上げます。

## 感染症検査の承諾書

上記の感染症検査の趣旨を理解しましたので、HBV 抗原・HCV 抗体・HIV 抗体について血液検査を受けることを承諾します。

説明日時： \_\_\_\_\_

説明者： \_\_\_\_\_

同席者： \_\_\_\_\_

説明を受けた方

患者様本人（自筆署名）： \_\_\_\_\_

同席者（自筆署名）： \_\_\_\_\_ 患者様との関係： \_\_\_\_\_