

## 他医療機関における

# 針刺し・切創/血液・体液暴露事故 診察受け入れ手順

弘前総合医療センター

院内感染対策委員会

令和元年 7月 作成

令和元年8月1日施行

令和5年4月3日改訂

# 要 点

- ・暴露源HIV陽性の場合、可及的速やかに（可能であれば2時間以内に）予防内服が必要です。
- ・暴露源HBs抗原陽性で受傷者HBs抗体陰性の場合、24時間以内にHBIG投与が必要です。
- ・直ちに流水で受傷部を洗浄した後、すみやかに対応フローチャートに従い行動してください。
- ・暴露源は直近の感染症データが必要ですので必ず採血してください。
- ・暴露源の採血ができない場合は、同意書を取得後、受傷者とともに受診させてください。
- ・暴露源のHIV検査は同意取得が必要です。口頭でもかまいません。同意の記録を残してください。

（別紙1）

- ・電話連絡後、受傷者は暴露源の血液検体および診療情報提供書を持参し受診してください。
- ・暴露源の採血ができない場合は、同意書を持参させ、受傷者とともに受診させてください。

（別紙2）

- ・暴露源がHIV陽性の場合、別紙青森県HIV感染予防薬内服マニュアルに必要事項を記載し持参してください。（様式A,B,C,D）
- ・暴露源の医療費は受傷医療機関に請求いたします。受傷者の医療費の取り扱いは受傷医療機関に確認が必要です。（労災の有無など）

p1 他医療機関における医療従事者の針刺し事故による診察受け入れ手順

p2 採血・感染症検査同意書（別紙1）

p3 診療情報提供書（別紙2）

p4-5 青森県HIV感染予防薬内服マニュアル、フローチャート

p6-7 様式A：HIV感染予防薬内服決定支援チェックリスト

- ・・・受傷当事者が自らチェックし、署名する。

p8 様式B：HIV感染予防薬提供依頼書

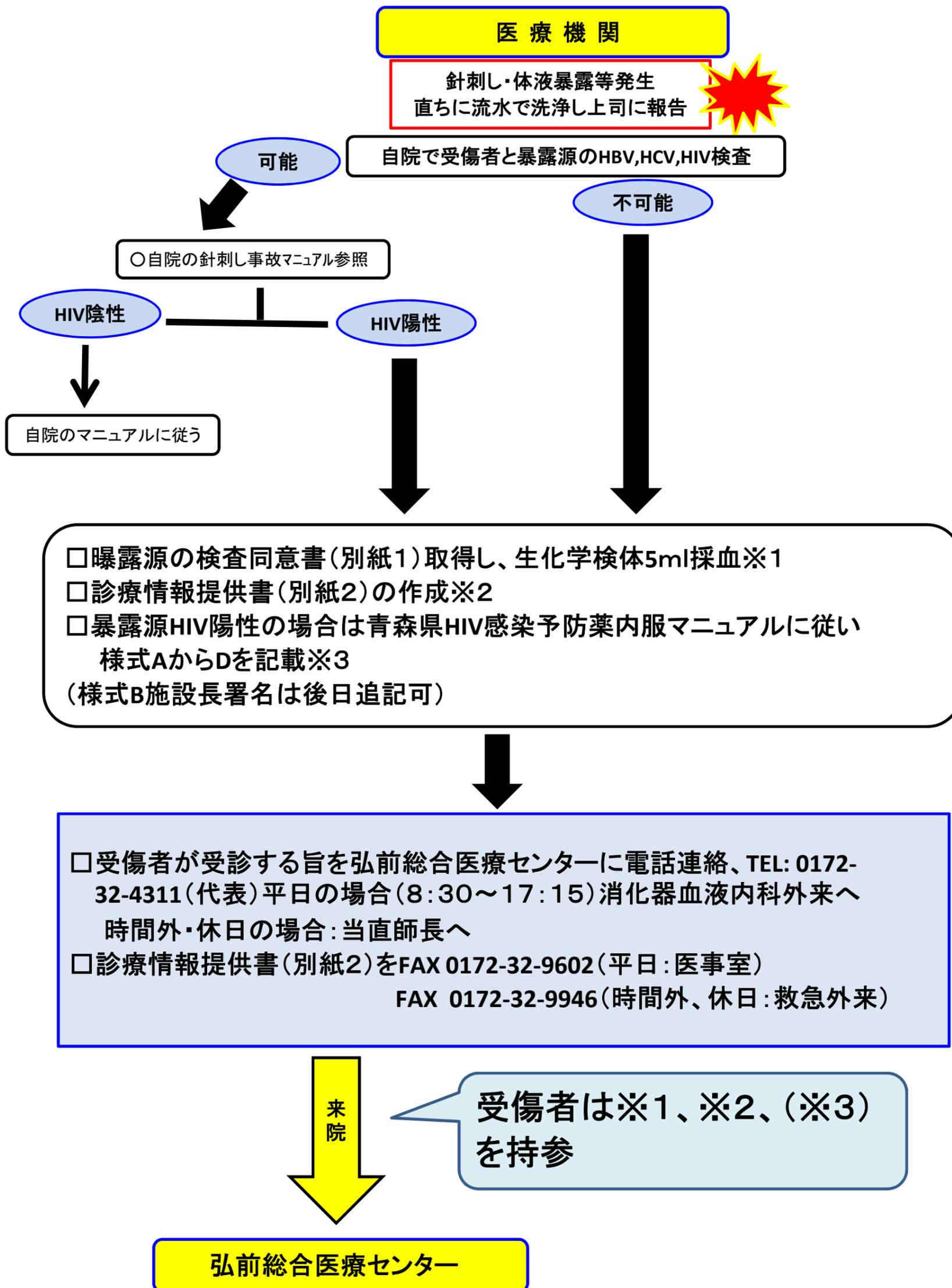
- ・・・施設長が作成し署名する。施設長署名は事後可、署名後かならず提出してください。

p9 様式C：HIV感染予防薬内服同意書

- ・・・受傷当事者が記載し署名する。

p10 様式D：HIV感染予防薬受領書

# 医療従事者の針刺し受傷者等による診察(検査)受入手順



※1 採血不可能な場合は検査同意書を取得後、受傷者とともに受診させる

## 採血・感染症検査同意書（暴露源）

このたび、当院の職員が、患者さまの血液・体液の付着した医療器具により、誤って刺傷する事故が発生いたしました。誠に恐縮ですが、職員の感染対策上、血液検査（ウイルス検査）にご協力をお願いいたします。

なお、検査の費用は当方で負担させていただきます。また、検査結果は後日報告させていただきます。

.....年.....月.....日

説明者氏名.....

私は、上記検査の必要性を理解し、採血・検査を受けることに同意します。

### 検査項目

- ★ H B s 抗体・抗原.....B型肝炎ウイルスの検査
- ★ H C V 抗体.....C型肝炎ウイルスの検査
- ★ HIV抗体・抗原.....H I V（エイズ）ウイルスの検査

\*医療上の必要に応じて項目の一部を省略、または他の項目を追加する場合があります。

\*検査結果についてのプライバシー保護を厳守します。

お名前.....

(代筆の場合)お名前.....続柄（.....）

# 診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関等名 弘前総合医療センター

担当医 先生

紹介元医療機関の所在地及び名称

〒

青森県

施設名

TEL: { 0172} —

FAX: { 0172} —

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

職員氏名	殿	性別	男性・女性
職員住所		電話番号	
生年月日	昭和・平成	年	月 日

診断名 針刺し・切創/血液・体液暴露

受傷部位及び受傷の様子

症状経過

この度、患者様の体液によって、当院の職員が、皮内・粘膜及び傷のある皮膚への曝露を起こしました。 つきましては患者検体と職員検体についてHBV, HCV, HIV検査をお願いいたします。 また必要な予防処置をご検討いただきますようお願いいたします。

受傷者の情報；以下の口にチェック

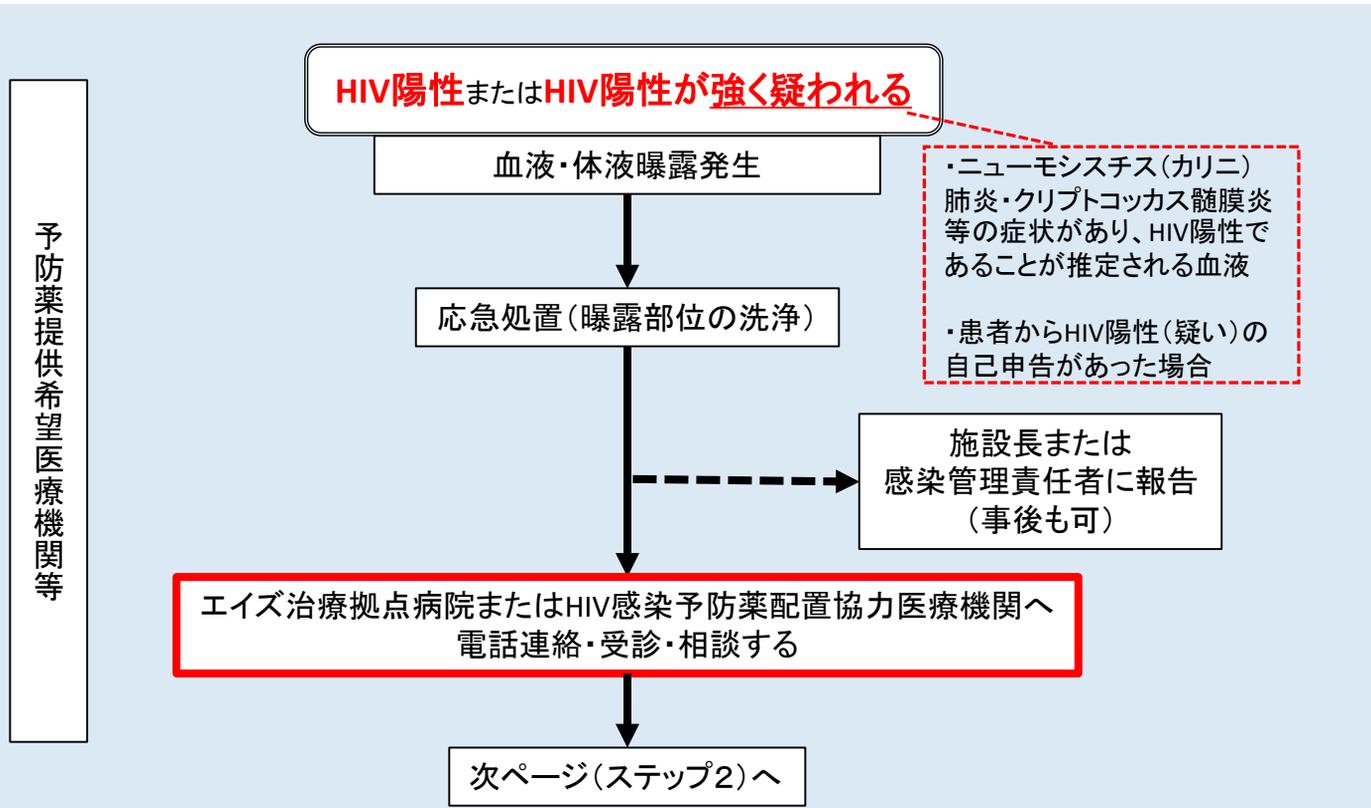
- B型肝炎ワクチン未接種
- B型肝炎ワクチン歴1シリーズ（計3回）済み
- B型肝炎ワクチン歴2シリーズ（計6回）済み
- ワクチンによるHBs抗体陽性化あり

(ふりがな)	{ _____ }	性別	男性・女性
患者（暴露源）氏名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日
事故発生時間	年	月	日 時 分

備考

## フローチャート（ステップ1）

どの段階においても、不明な点が生じた場合には、エイズ治療拠点病院へ問い合わせして下さい



### ◎問い合わせ医療機関一覧◎

	予防薬配置	医療機関	連絡先(診療時間内)		連絡先(診療時間外)	
			時間	窓口	時間	窓口
中核拠点	○	青森県立中央病院	8:30~17:00	血液内科外来	左記以外の時間	救命センター
拠点	○	八戸市立市民病院	8:30~17:00	総合診療科	左記以外の時間	救急外来
拠点	○	国立病院機構 弘前総合医療センター	8:30~17:15	消化器血液内科	左記以外の時間	事務当直
協力	○	つがる西北五広域連合 つがる総合病院	8:30~17:00	消化器・血液膠原病 内科	左記以外の時間	救急外来
協力	○	十和田市立中央病院	8:30~17:00	感染対策室	左記以外の時間	救急外来
協力	○	むつ総合病院	8:30~17:00	感染対策室	左記以外の時間	救急外来
拠点	×	弘前大学医学部附属病院	TEL	0172-39-5241	TEL	0172-39-5241

# 「青森県HIV感染予防薬内服マニュアル」

## フローチャート(ステップ2)

どの段階においても、不明な点が生じた場合には、エイズ治療拠点病院へ問い合わせして下さい

### エイズ治療拠点病院

#### 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)を記入、当該医療機関スタッフとともに確認する

内服を希望しない

内服を希望する

決めることができない

以下の書類を準備する

- 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)

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

(後日)  
HIV診療担当医と内服継続を相談

### 予防薬配置協力医療機関

#### 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)を記入、当該医療機関スタッフとともに確認する

決めることができない

内服を希望する

内服を希望しない

配置協力医療機関は、必要に応じて、エイズ治療拠点病院に連絡・相談する

以下の書類を準備する

- 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)

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

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

- ①HIV感染予防薬内服決定支援チェックリスト(様式A)
- 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)

様式は県のホームページからダウンロードできます

青森県 HIV 予防薬

検索

## 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抗体陽性またはH I V抗体陽性が強く疑われる者の血液・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抗体陽性またはH I V抗体陽性が強く疑われる者の血液・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抗体陽性またはH I V抗体陽性が強く疑われる者の血液・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 72 時間以内が望ましい**

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

**(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①～③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①～③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言われています。

### ○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%低下させると言われていますが、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言われています。

### ○予防内服のH I V感染予防薬について

- ・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
①デシコビ HT 配合錠 【TAF/FTC:/エムトリシジン】	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、下痢	・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。 ・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
②アイセントレス錠 【RAL：ラルゲラベル】	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 —

- ・デシコビ HT 配合錠は、B型肝炎の治療にも使用される薬剤です。デシコビ HT 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 ) <small>※女性の場合に記入</small>
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      :

※施設長署名は事後可 署名後必ず提出して下さい。



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)

**※2種類の薬剤を受領する**

※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	
①デシコビHT配合錠 (TAF/FTC)	1錠	1回1錠	1日1回
②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。