健　第　１１１１　号
令和２年３月１９日

富山県医師会長　　　殿
富山県郡市医師会長　殿

富山県厚生部長
（公　印　省　略）

# ＨＩＶ感染予防薬の配置等について

平素より、本県の感染症対策の推進に多大な御尽力を賜り、厚く御礼申しあげます。
さて、県では平成２８年３月より、医療従事者の針刺し事故等によるＨＩＶ感染を予防することを目的として、エイズ治療拠点病院にＨＩＶ感染予防薬を配置しているところです。
今般、配置予防薬にアイセントレス錠600mgを追加することから、別添『富山県ＨＩＶ感染予防薬整備要領』（以下、「要領」という。）を改訂しましたので、お知らせいたします。
つきましては、県内の医療機関において針刺し事故等が発生した場合は、要領に基づき下記エイズ治療拠点病院からＨＩＶ感染予防薬の提供を受けることができますので、内容をご了知のうえ、貴会員に周知くださいますようお願いいたします。
なお、要領は公的病院へ周知するとともに、県ホームページ（http://www.pref.toyama.jp/cms_sec/1205/kj00016337.html）にも掲載しております。

記

◎ＨＩＶ感染予防薬の提供を受けることができるエイズ治療拠点病院

| ＨＩＶ感染予防薬配置医療機関 | ＨＩＶ感染予防薬提供窓口 | | 予防服薬後の連絡先（受診予約） |
|---|---|---|---|
| | 8:30～17:15 | 17:15～翌8:30 | |
| 富山県立中央病院<br>富山市西長江2-2-78 | 薬剤部<br>076-424-1531(代表) | 薬剤部<br>076-424-1531(代表) | 内科（感染症）<br>076-424-1531（代表） |
| 富山大学附属病院<br>富山市杉谷2630 | 感染症科<br>076-434-7246 | 救急外来<br>076-434-2281 | 感染症科<br>076-434-7246 |

事務担当：健康課感染症・疾病対策班　髙木
電話番号：０７６－４４４－４５１３
ＦＡＸ番号：０７６－４４４－３４９６

受付
2.3.23
砺波医

富山県ＨＩＶ感染予防薬整備要領

１．　目的

富山県内の医療従事者が針刺し等によりＨＩＶに感染した血液等の感染性体液に曝露した場合、緊急措置として、迅速にＨＩＶ感染予防薬（以下「予防薬」という。）を入手できるよう、予防薬を配置し、医療機関等におけるＨＩＶ感染防止体制の整備を図ることを目的とする。

２．　実施主体

この事業の実施主体は富山県とする。

３．　対象

富山県内医療機関の医療従事者であって、ＨＩＶ抗体陽性または陽性が疑われる患者に対する医療行為等によって感染性体液の曝露があった者。

４．　配置する予防薬

（１）予防薬の種類、量は１医療機関あたり別紙１のとおりとする。
（２）予防薬の配置は富山県が行う。

５．　配置する医療機関

予防薬を配置する医療機関（以下「予防薬配置医療機関」という。）は、富山県が指定した別紙２の医療機関とする。

６．　予防薬配置医療機関の役割

針刺し等が発生し、予防薬の提供の要請を受けた予防薬配置医療機関は、抗ＨＩＶ治療ガイドライン（最新版）を参考とし、速やかに予防薬を提供する。

７．　予防薬配置医療機関における責任者及び緊急連絡体制の整備

予防薬配置医療機関は、院内における責任者及び緊急連絡先を定め、予防薬の提供の要請に迅速に対応できるよう院内の体制を整備する。

また、当該責任者及び緊急連絡先を変更したときは「ＨＩＶ感染予防薬提供窓口等変更報告書」（様式１）により富山県厚生部健康課（以下「県健康課」という。）まで報告する。

県健康課は「ＨＩＶ感染予防薬提供窓口連絡先リスト」を県内関係機関（公的病院、医師会、厚生センター等）に周知するものとする。

８．　予防薬の提供

（１）　予防薬の提供は、希望する医療機関（以下「予防薬提供希望医療機関」という。）の医師からの要請に基づくものとする。その際、予防薬提供希望医療機関及び曝露当事者は、「依頼書」（様式２）と「ＨＩＶ感染予防薬内服同意書」（様式３）、「ＨＩＶ感染予防薬受領書」（様式４）を記載し、曝露当事者がそれらを持参して予防薬配置医療機関に行き、予防薬及び「ＨＩＶ感染予防薬受領書」の写し（コピー）の提供を受ける。

（２）　予防薬は、曝露当事者が専門医を受診できるまでの間の必要最小限（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分とする。）の提供とする。

（３）　予防薬の提供を受け内服した者で、原因となった患者のＨＩＶ抗体検査の結果が陰性となった者以外は、曝露後速やかにエイズ治療拠点病院の専門医を受診し、服薬継続の要否について相談するものとする。なお、受診する際は、予防薬配置医療機関に提出した「ＨＩＶ感染予防薬受領書」の写し（コピー）を提示する。

９．　予防薬の内服方法

予防薬の内服方法は、別添「ＨＩＶ曝露（針刺し）後の予防内服マニュアル」によるものとする。

１０．予防薬等の管理

予防薬配置医療機関は「ＨＩＶ感染予防薬使用管理簿」（様式５）を作成し、予防薬を適切に管理する。予防薬の使用または提供を行った場合は、曝露当事者から提出された「依頼書」（様式２）、「ＨＩＶ感染予防薬内服同意書」（様式３）及び「ＨＩＶ感染予防薬受領書」（様式４）を保管するとともに「ＨＩＶ感染予防薬払出報告書」（様式６）を用いて速やかに県健康課まで報告する。

また、予防薬配置医療機関において、予防薬在庫の不足が予測される場合は、県健康課へ連絡し、指示を受けるものとする。

なお、予防薬配置医療機関は、予防薬の最終払出しを起算日として、ＨＩＶ感染予防薬受領書を２年間、ＨＩＶ感染予防薬使用管理簿を３年間保管するものとする。

１１．予防薬の提供を受けた医療機関等の対応

予防薬の提供を受けた医療機関は、予防薬の返納及び費用の負担をする必要がないものとする。

ただし、エイズ治療拠点病院を緊急受診し、血液検査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、曝露当事者の属する医療機関が支払うものとする。

１２．その他

この事業は、「針刺し後のＨＩＶ感染防止体制の整備について（平成１１年８月３０日厚生労働省通知）」に基づき実施する。

附則

この要領は、平成２８年３月２５日から施行する。

附則

この要領は、平成２９年１０月２５日から施行する。

附則

この要領は、令和２年３月１９日から施行する。

別紙１

**配置予防薬（キードラッグとバックボーンから１つずつ選択する）**

| 商品名（略名） | 包装 | 配置数 | 備考 |
|---|---|---|---|
| ツルバダ（TDF/FTC） | ３０錠入（３０日分） | １箱 | バックボーン |
| デシコビ HT（FTC/TAF） | ３０錠入（３０日分） | １箱 | バックボーン |
| アイセントレス 400mg（RAL） | ６０錠入（３０日分） | １箱 | キードラッグ |
| アイセントレス 600mg（RAL） | ６０錠入（３０日分） | １箱 | キードラッグ |

別紙２

富山県ＨＩＶ感染予防薬配置医療機関一覧

令和２年３月１９日現在

| | 医療機関名 | 住所・連絡先 |
|---|---|---|
| エイズ治療拠点病院<br>（中核拠点病院） | 富山県立中央病院 | 〒９３０－８５５０<br>富山市西長江２丁目２番７８号<br>TEL：０７６－４２４－１５３１ |
| エイズ治療拠点病院 | 富山大学附属病院 | 〒９３０－０１９４<br>富山市杉谷　２６３０番地<br>TEL：０７６－４３４－２２８１ |

様式１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　予防薬配置医療機関　→　県健康課

年　　月　　日

富山県厚生部健康課長　殿

# ＨＩＶ感染予防薬提供窓口等変更報告書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院

院長＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

富山県より配置されたＨＩＶ感染予防薬提供窓口の連絡先を下記のとおり変更しましたので報告します。

<table>
<tr><th colspan="2"></th><th>変更前</th><th>変更後</th></tr>
<tr><td colspan="2">総括責任者</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">診療時間内</td><td>時　間</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>窓　口</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>ＴＥＬ</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>ＦＡＸ</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">診療時間外</td><td>時　間</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>窓　口</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>ＴＥＬ</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>ＦＡＸ</td><td></td><td></td></tr>
</table>

様式２　　　　　　　　　　　　予防薬提供希望医療機関　→　予防薬配置医療機関［保管］

# 依　頼　書

予防薬配置医療機関

　　　　　　　　　　　　　病院長 殿

この度、当施設の職員が患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 | | 性　別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年　月　日 | 妊娠の有・無<br>(※女性の方) | 有・無 |
| 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 | |
| | 原因患者の病状 | HIV 抗体陽性・HIV 抗体陽性疑・不明 | |
| | その他 | | |

年　　月　　日

医療機関の名称：

所在地：

電話番号：

医師署名：

＜取扱注意＞

# ＨＩＶ感染予防薬内服同意書

私は、ＨＩＶ感染予防薬の内服における利益と不利益について当施設の医師から説明を受け、妊婦の服用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。

年　　月　　日

予防薬配置医療機関

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院長 殿

医 療 機 関 の 名 称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

予防内服希望者署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式４　　　　　　　　　　　　　　　　予防薬提供希望医療機関　→　予防薬配置医療機関［保管］

予防内服者側で準備し予防薬配置医療機関へ持参

# ＨＩＶ感染予防薬受領書

予防薬配置医療機関

　　　　　　　　　　　　　病院長 殿

年　　　月　　　日

医療機関の名称：

予防内服者署名
（受領時に記入）：

以下のＨＩＶ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

［予防薬配置医療機関 記入欄］

| 提供薬（○を記入） | 薬剤名 | １日量 | 用法 | 備考 |
|---|---|---|---|---|
| | ツルバダ（TDF/FTC） | １錠 | １回１錠　１日１回 | バックボーン |
| | デシコビHT（TAF/FTC） | １錠 | １回１錠　１日１回 | |
| | アイセントレス400mg（RAL） | ２錠 | １回１錠　１日２回 | キードラッグ |
| | アイセントレス600mg（RAL） | ２錠 | １回２錠　１日１回 | |

※バックボーンとキードラッグから１つずつ選択する

予防内服者の確認を以下の書類で行なった（○で囲む）
保険証　　運転免許証　　その他（　　　　　　　　　　）

| 担当者 | |
|---|---|

※１　予防薬配置医療機関は、当該受領書の控え（コピー）を予防内服者に提供してください。

※２　予防内服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。

様式５

予防薬配置医療機関［保管］

# ＨＩＶ感染予防薬使用管理簿

病院

| 年月日 | 摘要 | ツルバダ | | | デシコビHT | | | アイセントレス 400mg | | | アイセントレス 600mg | | | 記入者 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 納入数 | 払出数 | 在庫数 | 納入数 | 払出数 | 在庫数 | 納入数 | 払出数 | 在庫数 | 納入数 | 払出数 | 在庫数 | |
| （例） | 富山県健康課 | 30 錠 | | 30 錠 | | | | 60 錠 | | 60 錠 | | | | 富山　花子 |
| 20xx.○.○ | △△△医院 | | 1 錠 | 29 錠 | | | | | 2 錠 | 58 錠 | | | | 立山　太郎 |
| | 富山県健康課 | | | | 30 錠 | | 30 錠 | | | | | | | 富山　花子 |
| 20xx.○.○ | □□□病院 | | | | | 1 錠 | 29 錠 | | 2 錠 | 56 錠 | | | | 立山　一郎 |
| | 富山県健康課 | | | | | | | | | | 60 錠 | | 60 錠 | 富山　花子 |
| 20xx.○.○ | □□□病院 | | | | | 1 錠 | 28 錠 | | | | | 2 錠 | 58 錠 | 立山　一郎 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

様式６　　　　　　　　　　　　　　　　予防薬配置医療機関　→　県健康課

年　　月　　日

富山県厚生部健康課長　殿

# ＨＩＶ感染予防薬払出報告書

＿＿＿＿＿＿＿＿病院

院長＿＿＿＿＿＿＿＿

富山県から配置されているＨＩＶ感染予防薬を以下のとおり払い出したので報告いたします。

<table>
<tr><th rowspan="2">払出年月日</th><th rowspan="2">予防薬提供希望医療機関<br>の名称及び医師氏名</th><th colspan="3">払出薬剤名<br>払出錠数(合計)</th><th rowspan="2">投与日数</th><th rowspan="2">払出<br>担当者</th></tr>
<tr><th>ツルバダ</th><th>デシコビHT</th><th>アイセントレス</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>400mg<br>600mg</td><td>日分</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>400mg<br>600mg</td><td>日分</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>400mg<br>600mg</td><td>日分</td><td></td></tr>
</table>

※アイセントレスは使用薬剤の力価を〇で囲んでください。

# 「HIV曝露(針刺し)後の予防内服マニュアル」

ＨＩＶ曝露発生時の予防内服フローチャートを参照してください。

(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ＨＩＶ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) 医師に報告

曝露当事者は、曝露の発生時刻・状況・程度・曝露の原因となった患者の感染情報を、直ちに院内の医師に報告する。

(4) 「ＨＩＶ陽性」及び「陽性が強く疑われる場合」

陽性が強く疑われる場合とは、ＨＩＶ抗体検査の結果は不明だが、ニューモシスチス(カリニ)肺炎・クリプトコッカス髄膜炎等の症状があり、ＨＩＶ陽性であることが推定できる場合をさす。

(5) 妊娠の有無確認

妊娠の有無を確認する。可能な場合は妊娠反応検査を実施する。

(6) インフォームド・コンセント

医師は、曝露の状況を確認し、「曝露(針刺し)に対する抗ＨＩＶウイルス薬予防内服の基準表」に基づき感染リスクが高いと判断した場合は、「内服のための説明書」(※) 等により、予防内服の意義及び注意点について説明する。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、医師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、院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。

（※）「内服のための説明書」には代表的な副作用などの使用上の注意のみを記載している。詳細は添付文書を参照する。

## 予防薬提供希望医療機関での対応

(1) 同意書・依頼書・受領書の作成

曝露当事者が予防内服を希望する場合は、医師の説明を受けた上で「内服のための説明書」を読み、「ＨＩＶ感染予防薬内服同意書」（様式３）及び「ＨＩＶ感染予防薬受領書」（様式４）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。

医師は、「依頼書」（様式２）を記載し、署名する。

(2) 予防薬配置医療機関へ電話連絡

予防薬を依頼する場合は、「ＨＩＶ感染予防薬提供窓口連絡先リスト」に基づき、事前に予防薬配置医療機関の担当者（窓口）に電話連絡する。

(3) 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、できるだけ早く内服を開始するため、速やかに予防薬配置医療機関に行き、「依頼書」（様式２）、「ＨＩＶ感染予防薬内服同意書」（様式３）お

よび「ＨＩＶ感染予防薬受領書」（様式４）を提出して、予防薬及び「ＨＩＶ感染予防薬受領書」の写し（コピー）の提供を受ける。受領後は、直ちに第 1 回目の内服をする。

(4)その他

原因となった患者のＨＩＶ抗体検査が未実施の場合は、必ず患者の同意を得た上で、ＨＩＶ抗体検査（迅速検査など）を実施する。なお、予防薬の提供を受けた者で、原因となった患者のＨＩＶ抗体検査の結果が陰性となった者は、服薬継続は不要であるため、残薬については適切に廃棄する。

また、HBV、HCV 及び梅毒の検査・治療等については、予防薬提供希望医療機関で実施する。

## 予防薬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予防薬配置医療機関は、曝露後できるだけ早く 1 回目の内服が可能となるよう、直ちに予防薬の準備をする。

(2) 予防薬提供

予防薬配置医療機関の担当者は、「依頼書」（様式２）、「ＨＩＶ感染予防薬内服同意書」（様式３）および「ＨＩＶ感染予防薬受領書」（様式４）を受け取り確認の上、専門医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。）及び「ＨＩＶ感染予防薬受領書」の写し（コピー）を提供する。

(3) 予防薬等の管理

予防薬配置医療機関は「ＨＩＶ感染予防薬使用管理簿」（様式５）を作成し、予防薬を適切に管理する。予防薬の使用または提供を行った場合は、曝露当事者から提出された「依頼書」（様式２）、「ＨＩＶ感染予防薬内服同意書」（様式３）及び「ＨＩＶ感染予防薬受領書」（様式４）を保管するとともに「ＨＩＶ感染予防薬払出報告書」（様式６）を用いて速やかに県健康課まで報告する。

## エイズ治療拠点病院　専門医の受診

曝露後緊急に予防内服をした曝露当事者で、原因となった患者のＨＩＶ抗体検査の結果が陰性となった者以外は、曝露後速やかに専門医を受診して内服継続の要否について相談の上決定し、併せて、ＨＩＶ抗体検査を受検する。　なお、受診する際は、予防薬配置医療機関に提出した「Ｈ.Ｉ Ｖ感染予防薬受領書」の写し（コピー）を提示する。

専門医は、必要な期間（６週後、３ヶ月、６ヶ月後）感染の有無についてＨＩＶ抗体検査で評価する。

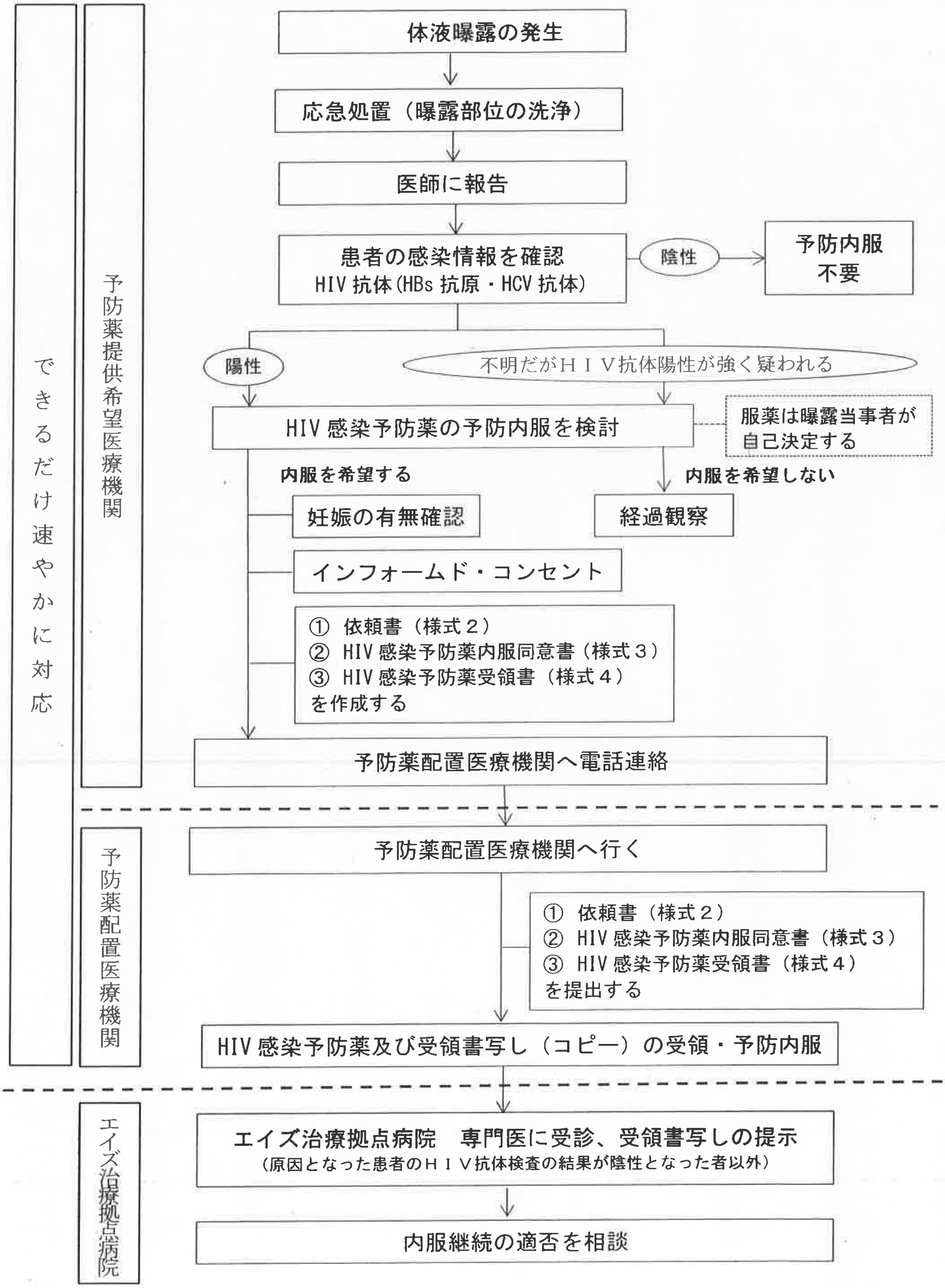
(1)　医療機関内における医療従事者等の感染予防対策は、各医療機関の責任において実施されるべきものである。したがって、曝露後、エイズ治療拠点病院を緊急受診し、血液検査を実施した場合の費用等については、自費扱いとし、エイズ治療拠点病院の請求に基づき、曝露当事者の属する医療機関が支払うものとする。

(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災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ＨＩＶ感染症の取扱いについて」）

すべての医療機関においては、ＨＩＶ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。すで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。

医療機関においては、院内感染予防対策のＨＩＶ感染予防として抗ＨＩＶ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ＨＩＶ薬を常備しないことを勧めるものではない。

# HIV曝露発生時の予防内服フローチャート（緊急対応用）



### 曝露(針刺し)時に対する抗 HIV ウイルス薬予防内服の基準表

<table>
<tr><th colspan="2">感染源の状況による分類<br>曝露様式と程度</th><th>無症候性 HIV キャリア ウイルス量が低いとき (血中 HIV-RNA 量が 1500 コピー未満)</th><th>AIDS 期<br>初感染期<br>(血中 HIV-RNA 量が高いとき)</th><th>曝露源患者の HIV 感染の状況が不明または未確定のとき</th><th>曝露源検体の由来患者が不明のとき<br>(例:バイオハザードボックス内の針や廃棄する血液による曝露)</th><th>HIV 陰性の患者</th></tr>
<tr><td rowspan="2">針刺し</td><td>少量<br>(中空でない針で皮膚の表面だけの穿刺など)</td><td colspan="2" rowspan="2">予防内服を推奨</td><td rowspan="4">通常予防内服不要<br><br>(HIV 感染が考えられる場合は予防内服を考慮し、陰性が判明したら中止する)</td><td rowspan="4">通常予防内服不要<br><br>(HIV 感染が考えられる場合は予防内服を考慮する)</td><td rowspan="4">予防内服不要</td></tr>
<tr><td>多量<br>(太い中空針/深い穿刺/明らかな血液の付着/血管内に挿入していた針 など)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">注1 皮膚粘膜</td><td>少量<br>(2〜3 滴の体液など)</td><td>予防内服を考慮</td><td rowspan="2">予防内服を推奨</td></tr>
<tr><td>多量<br>(吹き出した体液など)</td><td>予防内服を推奨</td></tr>
</table>

注 1) この場合の皮膚とは、正常ではない皮膚、すなわち皮膚炎・擦傷・開放創等を伴う皮膚のみをさす。

※ この基準表は「MMWR Vol.54 RR-9 Sep 30, 2005」に基づき作成したものである。

※ 2013 年 8 月の米国公衆衛生局ガイドラインの改訂において予防内服の適応となる場合には(「基礎療法」「拡大療法」を区別することなく)3 剤以上の抗 HIV 薬を併用することを推奨されている。

# 内服のための説明書 <ツルバダ、アイセントレス400㎎>

※　代表的な副作用などの使用上の注意のみを記載しています。（詳細は添付文書参照）

**内服の意義**

□針刺しなどでＨＩＶ汚染血液に曝露された場合の感染のリスクは、0.5～0.3％とされており、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それぞれ1/100～1/10と低いが感染リスクが0％ではありません。
□今のところ感染が成立してしまった場合、治癒できるような治療法は確立されていません。
□感染直後に予防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。

**内服に当たっての注意点**

□妊娠の有無を確認しました。
この薬剤は、妊娠初期の胎児に対する安全性は確立されていません。
妊娠が明確または疑われる場合は、専門家に相談することが推奨されますが、そのために曝露後予防が遅れてはならないとされています。
□Ｂ型肝炎であるか確認しました。
Ｂ型肝炎患者がこの薬剤内服を中止した場合、肝炎が悪化することがあります。従って、この薬剤を服用する前には、必ずＢ型肝炎の有無を調べてもらう必要があります。
□予防内服される抗ＨＩＶ薬

| 薬剤名 | ツルバダ　（略名：TDF/FTC） | アイセントレス400mg　（略名：RAL） |
|---|---|---|
| 剤　型 | | |
| 飲み方 | ①　 <br>ツルバダ　１錠　＋ | <br>アイセントレス400mg　１錠 |
| | ② | <br>アイセントレス400mg　１錠 |
| | ・１日２回　（食事の影響なし）<br>・１回目は①をできるだけ早く内服する。<br>・１２時間後に②を内服する。<br>・その後１２時間毎①と②を交互に内服する。 | |
| 保存方法 | 室温保存 | |
| 副作用 | １：主な副作用<br>悪心<br>下痢<br>疲労　等<br><br>２：重大な副作用<br>腎不全又は重度の腎機能障害<br>膵炎<br>乳酸アシドーシス　等 | １：主な副作用<br>悪心<br>頭痛<br>不眠症　等<br><br>２：重大な副作用<br>皮膚粘膜眼症候群<br>薬剤性過敏症症候群<br>過敏症　等 |
| 注意点 | 普段よく使われる薬剤や市販の胃薬、サプリメントの中に相互作用を有するものがあり注意が必要です。他院にかかっている人は、必ず内服している薬剤を責任医師に見せてください。また、他院に行く時も、内服のための説明書を必ず持参するようにしてください。 | |

［曝露当事者用］

# 内服のための説明書 ＜ツルバダ、アイセントレス600㎎＞

※　代表的な副作用などの使用上の注意のみを記載しています。（詳細は添付文書参照）

**内服の意義**

□針刺しなどでＨＩＶ汚染血液に曝露された場合の感染のリスクは、0.5～0.3%とされており、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それぞれ1/100～1/10と低いが感染リスクが0%ではありません。

□今のところ感染が成立してしまった場合、治癒できるような治療法は確立されていません。

□感染直後に予防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。

**内服に当たっての注意点**

□妊娠の有無を確認しました。
この薬剤は、妊婦又は妊娠している可能性のある女性に対する安全性は確立されていません。
妊娠が明確または疑われる場合は、専門家に相談することが推奨されますが、そのために曝露後予防が遅れてはならないとされています。

□Ｂ型肝炎であるか確認しました。
Ｂ型肝炎患者がこの薬剤内服を中止した場合、肝炎が悪化することがあります。従って、この薬剤を服用する前には、必ずＢ型肝炎の有無を調べてもらう必要があります。

□予防内服される抗ＨＩＶ薬

| 薬剤名 | ツルバダ　（略名：TDF/FTC） | アイセントレス600mg　（略名：RAL） |
|---|---|---|
| 剤　型 | | |
| 飲み方 | <br>ツルバダ　1錠 | ＋ <br>アイセントレス600mg　2錠 |
| | ・１日１回　（食事の影響なし）<br>・毎日同じ時間に内服する。 | |
| 保存方法 | 室温保存 | |
| 副作用 | １：主な副作用<br>悪心<br>下痢<br>疲労　等<br><br>２：重大な副作用<br>腎不全又は重度の腎機能障害<br>膵炎<br>乳酸アシドーシス　等 | １：主な副作用<br>悪心<br>頭痛<br>腹痛　等<br><br>２：重大な副作用<br>皮膚粘膜眼症候群<br>薬剤性過敏症症候群<br>過敏症　等 |
| 注意点 | 普段よく使われる薬剤や市販の胃薬、サプリメントの中に相互作用を有するものがあり注意が必要です。他院にかかっている人は、必ず内服している薬剤を責任医師に見せてください。また、他院に行く時も、内服のための説明書を必ず持参するようにしてください。 | |

# 内服のための説明書 ＜デシコビHT、アイセントレス400mg＞

※　代表的な副作用などの使用上の注意のみを記載しています。（詳細は添付文書参照）

**内服の意義**

□針刺しなどでＨＩＶ汚染血液に曝露された場合の感染のリスクは、0.5～0.3%とされており、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それぞれ1/100～1/10と低いが感染リスクが0%ではありません。

□今のところ感染が成立してしまった場合、治癒できるような治療法は確立されていません。

□感染直後に予防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。

**内服に当たっての注意点**

□妊娠の有無を確認しました。
この薬剤は、妊婦又は妊娠している可能性のある女性に対する安全性は確立されていません。妊娠が明確または疑われる場合は、専門家に相談することが推奨されますが、そのために曝露後予防が遅れてはならないとされています。

□Ｂ型肝炎であるか確認しました。
Ｂ型肝炎患者がこの薬剤内服を中止した場合、肝炎が悪化することがあります。従って、この薬剤を服用する前には、必ずＢ型肝炎の有無を調べてもらう必要があります。

□予防内服される抗ＨＩＶ薬

<table>
<tr><td>薬剤名</td><td>デシコビHT　（略名：TAF/FTC）</td><td>アイセントレス400mg　（略名：RAL）</td></tr>
<tr><td>剤型</td><td> </td><td> </td></tr>
<tr><td rowspan="3">飲み方</td><td>① <br>デシコビHT　1錠</td><td>＋ <br>アイセントレス400mg　1錠</td></tr>
<tr><td>②</td><td> <br>アイセントレス400mg　1錠</td></tr>
<tr><td colspan="2">・１日２回　（食事の影響なし）<br>・１回目は①をできるだけ早く内服する。<br>・１２時間後に②を内服する。<br>・その後１２時間毎①と②を交互に内服する。</td></tr>
<tr><td>保存方法</td><td colspan="2">室温保存</td></tr>
<tr><td>副作用</td><td>１：主な副作用<br>悪心<br>下痢<br>疲労　等<br><br>２：重大な副作用<br>腎不全又は重度の腎機能障害<br>乳酸アシドーシス　等</td><td>１：主な副作用<br>悪心<br>頭痛<br>不眠症　等<br><br>２：重大な副作用<br>皮膚粘膜眼症候群<br>薬剤性過敏症症候群<br>過敏症　等</td></tr>
<tr><td>注意点</td><td colspan="2">普段よく使われる薬剤や市販の胃薬、サプリメントの中に相互作用を有するものがあり注意が必要です。他院にかかっている人は、必ず内服している薬剤を責任医師に見せてください。また、他院に行く時も、内服のための説明書を必ず持参するようにしてください。</td></tr>
</table>

［曝露当事者用］

# 内服のための説明書 <デシコビHT、アイセントレス600mg>

※　代表的な副作用などの使用上の注意のみを記載しています。（詳細は添付文書参照）

**内服の意義**

□針刺しなどでＨＩＶ汚染血液に曝露された場合の感染のリスクは、0.5～0.3%とされており、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それぞれ1/100～1/10と低いが感染リスクが0%ではありません。

□今のところ感染が成立してしまった場合、治癒できるような治療法は確立されていません。

□感染直後に予防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。

**内服に当たっての注意点**

□妊娠の有無を確認しました。

この薬剤は、妊婦又は妊娠している可能性のある女性に対する安全性は確立されていません。妊娠が明確または疑われる場合は、専門家に相談することが推奨されますが、そのために曝露後予防が遅れてはならないとされています。

□Ｂ型肝炎であるか確認しました。

Ｂ型肝炎患者がこの薬剤内服を中止した場合、肝炎が悪化することがあります。従って、この薬剤を服用する前には、必ずＢ型肝炎の有無を調べてもらう必要があります。

□予防内服される抗ＨＩＶ薬

| 薬剤名 | デシコビHT　（略名：TAF/FTC） | アイセントレス600mg　（略名：RAL） |
|---|---|---|
| 剤　型 | | |
| 飲み方 | <br>デシコビHT　1錠 | ＋ <br>アイセントレス600mg　2錠 |
| | ・ １日１回　（食事の影響なし）<br>・ 毎日同じ時間に内服する。 | |
| 保存方法 | 室温保存 | |
| 副作用 | １：主な副作用<br>悪心<br>下痢<br>疲労　等<br><br>２：重大な副作用<br>腎不全又は重度の腎機能障害<br>乳酸アシドーシス　等 | １：主な副作用<br>悪心<br>頭痛<br>腹痛　等<br><br>２：重大な副作用<br>皮膚粘膜眼症候群<br>薬剤性過敏症症候群<br>過敏症　等 |
| 注意点 | 普段よく使われる薬剤や市販の胃薬、サプリメントの中に相互作用を有するものがあり注意が必要です。他院にかかっている人は、必ず内服している薬剤を責任医師に見せてください。また、他院に行く時も、内服のための説明書を必ず持参するようにしてください。 | |