

## H I V 感染防止のための予防薬配置要領

### 1 目的

この要領は、「針刺し後のH I V感染防止体制の整備について」（平成 11 年 8 月 30 日付け、健医疾発第 90 号・医薬安第 105 号、厚生省保健医療局エイズ疾病対策課長・厚生省医薬安全局安全対策課長通知）に基づき、岩手県保健福祉部医療政策室（保健所を経由する場合を含む。以下「県」という。）が岩手県内の医療機関に予防薬を配置することにより、針刺し・切創等の職業上曝露（以下、曝露という）が発生した場合のH I V感染を防止することを目的とする。

### 2 配置する予防薬及び医療機関

#### (1) 予防薬

| 予 防 薬 名                   | 服 用 方 法            | 規格・単位                              |
|---------------------------|--------------------|------------------------------------|
| ビクトルビ配合錠<br>(BIC/TAF/FTC) | 1 日 1 回<br>食事とは無関係 | 1 錠<br>BIC 50mg/TAF 25mg/FTC 200mg |

#### (2) 予防薬配置医療機関 エイズ治療拠点病院及び県立病院等に配置

| 地域 | 予防薬配置医療機関     | 地域 | 予防薬配置医療機関  |
|----|---------------|----|------------|
| 県央 | 岩手医科大学附属病院※ 1 | 一関 | 花泉地域診療センター |
|    | 中央病院※ 2       |    | 大船渡病院      |
|    | 紫波地域診療センター    |    | 高田病院       |
|    | 沼宮内地域診療センター   |    | 住田地域診療センター |
| 中部 | 中部病院          | 釜石 | 釜石病院       |
|    | 遠野病院          |    | 大槌病院       |
|    | 東和病院          | 宮古 | 宮古病院       |
|    | 大迫地域診療センター    |    | 山田病院       |
| 奥州 | 胆沢病院          | 久慈 | 久慈病院       |
|    | 江刺病院          | 二戸 | 二戸病院       |
| 一関 | 磐井病院          |    | 一戸病院       |
|    | 千厩病院          |    | 軽米病院       |
|    | 大東病院          |    | 九戸地域診療センター |

※ 1 : エイズ治療中核拠点病院、※ 2 エイズ治療拠点病院

### 3 予防薬の服用基準

予防薬は、「抗H I V治療ガイドライン」(2025年3月。令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金エイズ対策政策研究事業「H I V感染症および血友病におけるチーム医療の構築と医療水準の向上を目指した研究班(研究代表者:渡邊大)」(以下、「ガイドライン」という。))を参考にして、H I V抗体陽性もしくは非常に強く陽性が疑われる患者の医療行為時等に曝露が発生した場合に服用すること。

### 4 予防薬の投与方法

感染予防のためには、曝露から予防内服までの時間は出来るだけ短いこと(2時間以内)が重要であり、曝露後から72時間以上が経過した場合には、曝露後予防の効果はほぼ期待できない可能性が高いと考えられることから、可能な限り速やかに第1回目の服用をするため、図1「予防薬の投与・管理の流れ」及び次の事項に留意のうえ取り扱う。

- (1) 予防薬配置医療機関において曝露が発生した場合は、原則として当該予防薬配置医療機関に配置する予防薬を使用すること。
- (2) 予防薬配置医療機関以外の医療機関・保健所において曝露が発生した場合は、当該医療機関(以下「事故発生医療機関」という。)は、最も迅速に対応可能な予防薬配置医療機関と連絡調整の上、投与方法を決定すること。
- (3) 予防薬配置医療機関又は事故発生医療機関の医師は、曝露を受けた者に対し、予防薬の服用についてガイドラインに沿って十分説明し、別紙様式1「抗HIV予防内服同意書」にて同意を得た上で予防薬を投与すること。
- (4) 予防薬を投与・提供した予防薬配置医療機関は、別紙様式2「HIV感染予防内服投与報告書」を速やかに岩手県保健福祉部医療政策室に提出すること。

### 5 県が配置する予防薬の管理方法等

県が配置する予防薬は、次により管理するものとする。

- (1) 予防薬配置医療機関は、予防薬を室温で、他の薬剤とは分けて保管すること。
- (2) 県は、予防薬配置医療機関において予防薬を使用、又は廃棄したとの報告を受けたときは、速やかにこれを補充すること。
- (3) 予防薬配置医療機関は、予防薬の使用、廃棄、補充等の状況について、別紙様式3「暴露後のH I V感染防止のための予防薬受払簿」により管理し、各年度の3月末日までに当該受払簿の写しを県に提出すること。
- (4) 県が配置する予防薬は、原因となった患者のHIV抗体検査の結果が判明するまで、もしくは当事者が専門医に受診できるまでの必要最小限の提供とすること。
- (5) 上記(1)~(4)により難しい事情が生じた場合には、県、予防薬配置医療機関又は事故発生医療機関において、その都度協議すること。

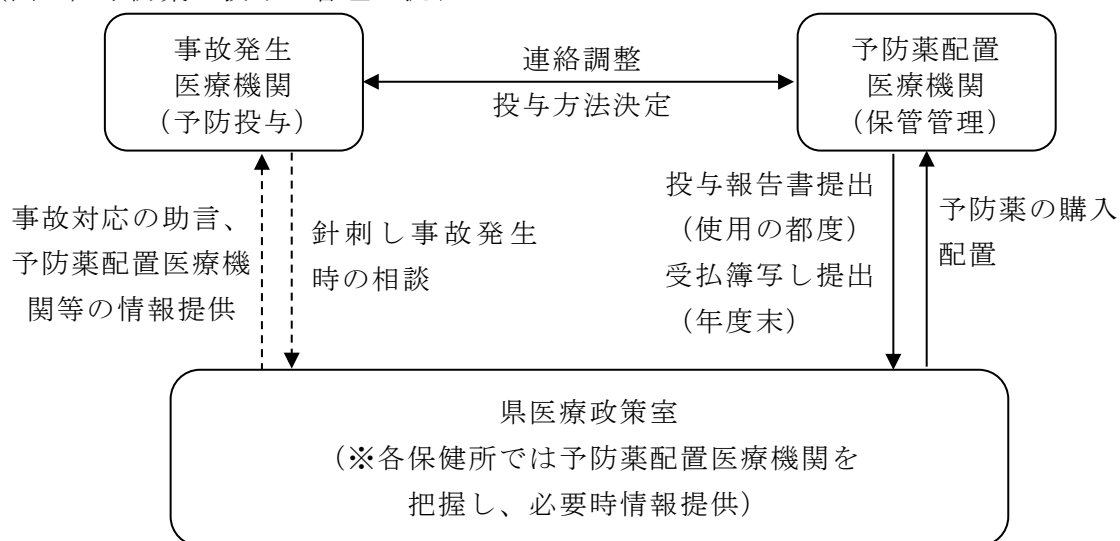
附則 この要領は、平成 9年11月26日から施行する。

附則 この要領は、平成15年 2月 5日から施行する。

附則 この要領は、平成16年 4月22日から施行する。

- 附則 この要領は、平成１９年 ７月 ２日から施行する。
- 附則 この要領は、平成１９年１０月１６日から施行する。
- 附則 この要領は、平成２２年 ４月 １日から施行する。
- 附則 この要領は、平成２５年 ５月２１日から施行する。
- 附則 この要領は、平成２６年 ９月１６日から施行する。
- 附則 この要領は、平成２８年 ３月 ９日から施行する。
- 附則 この要領は、令和７年 １０月 １日から施行する。

(図1) 予防薬の投与・管理の流れ



保健所等連絡先一覧

| 名称     | 電話番号         | 名称     | 電話番号         |
|--------|--------------|--------|--------------|
| 県央保健所  | 019-629-6569 | 宮古保健所  | 0193-64-2218 |
| 中部保健所  | 0198-22-4952 | 久慈保健所  | 0194-66-9680 |
| 奥州保健所  | 0197-22-2831 | 二戸保健所  | 0195-23-9206 |
| 一関保健所  | 0191-26-1415 | 盛岡市保健所 | 019-603-8308 |
| 大船渡保健所 | 0192-27-9922 |        |              |
| 釜石保健所  | 0193-25-2710 | 医療政策室  | 019-629-5417 |

予防薬配置医療機関連絡先一覧

| 予防薬配置医療機関   | 電話番号         | 予防薬配置医療機関  | 電話番号         |
|-------------|--------------|------------|--------------|
| 岩手医科大学附属病院  | 019-651-5111 | 花泉地域診療センター | 0191-82-1231 |
| 中央病院        | 019-653-1151 | 大船渡病院      | 0192-26-1111 |
| 紫波地域診療センター  | 019-676-3311 | 高田病院       | 0192-54-3221 |
| 沼宮内地域診療センター | 0195-62-2511 | 住田地域診療センター | 0192-46-3121 |
| 大迫地域診療センター  | 0198-48-2211 | 釜石病院       | 0193-25-2011 |
| 中部病院        | 0197-71-1511 | 大槌病院       | 0193-42-2121 |
| 遠野病院        | 0198-62-2222 | 宮古病院       | 0193-62-4011 |
| 東和病院        | 0198-42-2211 | 山田病院       | 0193-82-2111 |
| 胆沢病院        | 0197-24-4121 | 久慈病院       | 0194-53-6131 |
| 江刺病院        | 0197-35-2181 | 二戸病院       | 0195-23-2191 |
| 磐井病院        | 0191-23-3452 | 一戸病院       | 0195-33-3101 |
| 千厩病院        | 0191-53-2101 | 軽米病院       | 0195-46-2411 |
| 大東病院        | 0191-72-2121 | 九戸地域診療センター | 0195-42-2151 |

## 抗 HIV 薬予防内服同意書

私は、HIV 曝露血液等の曝露後の抗 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、十分に理解しました。

私は、自らの意思により予防内服を希望します。

\_\_\_\_\_  
病院長 様

\_\_\_\_\_  
年 月 日

本人署名 \_\_\_\_\_

(別紙様式 2)

年 月 日

岩手県保健福祉部医療政策室長 様

配置機関名

代表者名

### HIV 感染予防内服投与報告書

このことについて、下記のとおり報告します。

#### 記

#### 1 提供先医療機関（予防薬を投与されたものの所属）

|                   |      |
|-------------------|------|
| 医療機関名：<br>（所属科まで） |      |
| 所在地：<br>（連絡先）     | TEL： |

#### 2 薬剤投与日及び薬剤の種類・数量

|                           |               |                       |
|---------------------------|---------------|-----------------------|
| 薬剤投与日：                    | 年 月 日         |                       |
| 薬剤名                       | L o t . N o . | 用法・用量・備考              |
| ビクタルビ配合錠<br>(BIC/TAF/FTC) |               | 1 回 1 錠 ( ) 回分<br>備考： |

#### 3 事故の状況

|           |       |
|-----------|-------|
| ・事故の発生日時： | 年 月 日 |
| ・事故発生場所：  |       |
| ・事故発生状況：  |       |

(別紙様式3) 曝露後のHIV感染防止のための予防薬受払簿

医療機関名

| 薬 剤 名 | ビクトルビ配合錠 (BIC/TAF/FTC) |   |   |       |      |     |
|-------|------------------------|---|---|-------|------|-----|
| 年 月 日 | 受                      | 払 | 残 | ロット番号 | 有効期限 | 摘 要 |
|       |                        |   |   |       |      |     |
|       |                        |   |   |       |      |     |
|       |                        |   |   |       |      |     |
|       |                        |   |   |       |      |     |
|       |                        |   |   |       |      |     |
|       |                        |   |   |       |      |     |
|       |                        |   |   |       |      |     |
|       |                        |   |   |       |      |     |
|       |                        |   |   |       |      |     |
|       |                        |   |   |       |      |     |
|       |                        |   |   |       |      |     |
|       |                        |   |   |       |      |     |
|       |                        |   |   |       |      |     |
|       |                        |   |   |       |      |     |
|       |                        |   |   |       |      |     |
|       |                        |   |   |       |      |     |
|       |                        |   |   |       |      |     |
|       |                        |   |   |       |      |     |

(注)1 受払については、使用した薬剤及び他の医療機関へ提供した薬剤等の数量を記入すること。

2 摘要欄には、受払の理由を記入すること。