

# エイズ予防薬配備要領

## 第1 趣旨

この要領は、医療機関及び保健所（以下「医療機関等」という。）における針刺し等血液・体液曝露（以下「針刺し等」という。）によるH I V感染を予防するため、医療機関の協力を得て、県が配備する薬剤に関し必要な事項を定める。

## 第2 予防薬

この要領において「予防薬」とは、次の薬剤をいう。

- ① DVY(TAF/FTC)（デシコビ） ②RAL（アイセントレス）

## 第3 予防薬の配備先

県は、次の医療機関（以下「管理受託機関」という。）に予防薬の管理を委託して配備する。

- ①下田メディカルセンター（下田市）  
②伊東市民病院（伊東市）  
③静岡市立静岡病院（静岡市）  
④藤枝市立総合病院（藤枝市）

## 第4 管理受託機関の業務

- (1) 管理受託機関は、善良なる管理者の注意をもって予防薬を適正に管理しなければならない。
- (2) 管理受託機関は、針刺し等が起きた医療機関等からの請求（様式第1号）に応じ、所要量（針刺し等を起こした者が専門医に受診し予防薬服用の適否を決定できるまでの必要最小限の量で、通常1～3日分）の予防薬を引渡すものとする。

なお、予防薬を引き渡す際には、請求のあった医療機関等の職員であることを確認し、交付するものとする。

また、医療機関等から予防薬の使用方法等の問合せがあった場合には、「抗H I V治療ガイドライン」（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感染症及びその合併症の課題を克服する研究班）等を参考に教示するものとする。

- (3) 管理受託機関は、予防薬の受払に関する帳簿（様式第2号）を備え付け、所要の事項を記載するものとする。
- (4) 管理受託機関は、下表の左欄の事項に関して、右欄の時期に感染症対策課に連絡（様式第3号）するものとする。ただし、感染症対策課から照会があったときは連絡しないことができる。

連 絡 事 項	連 絡 の 時 期
予防薬の有効期間の満了	有効期間が満了する概ね1か月前
管理受託機関における予防薬の緊急的な補充	新たに針刺し事故が起きた場合であつて、予防薬が不足すると認めたとき

## 第5 提供を受けた医療機関等の報告

予防薬の提供を受けた医療機関等は、事故の状況について、事故発生の日から起算して1か月以内に感染症対策課に親展文書で報告書（様式第4号）を提出するものとする。

附 則 平成9年10月14日施行

附 則 平成11年4月1日改正

附 則 平成12年8月1日改正

附 則 平成14年8月1日改正

附 則 平成14年9月25日改正

附 則 平成14年11月27日改正

附 則 平成18年4月1日改正

附 則 平成19年4月1日改正

附 則 平成21年7月1日改正

附 則 平成22年4月1日改正

附 則 平成23年4月1日改正

附 則 平成25年4月1日改正

附 則 平成25年11月1日改正

附 則 平成26年2月1日改正

附 則 平成26年6月1日改正

附 則 平成27年4月1日改正

附 則 令和元年10月1日改正

附 則 令和3年4月1日改正

附 則 令和6年1月17日改正

附 則 令和6年4月1日改正





様式第3号

## エイズ予防薬補充通知

年 月 日

静岡県健康福祉部感染症対策課長 様

所在地

管理受託機関の名称

管理者

印

下記のとおり、エイズ予防薬配備要領に定めるエイズ予防薬が不足していますので、補充されるよう通知します。

記

1 補充する予防薬

2 補充の理由等

①薬剤の有効期限が満了になる（有効期限： 年 月 日）

②針刺し等による使用のため在庫の不足が生じている。

## 針刺し等状況報告書

年 月 日

静岡県健康福祉部感染症対策課長 様

所在地

医療機関等の名称

管理者 印

針刺し等及びエイズ予防薬の服用等の状況について、下記のとおり報告します。

### 記

1 針刺し等の発生日時 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分

2 針刺し等を起こした者のイニシャル等  
\_\_\_\_\_・\_\_\_\_\_ 年齢\_\_\_\_\_才 性別\_\_\_\_\_男・女

3 予防薬配備の医療機関への連絡日時、医療機関等の責任者  
\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分

医療機関等の名称\_\_\_\_\_、責任者\_\_\_\_\_

4 針刺し等が起きたときの状況  
(針の種類：採血針、翼状針、その他、針刺し以外の事故)

5 針刺し等の対象（相手）の状況

6 針刺し等を起こした者の現在の症状  
(予防薬の服用の有無、服用薬（TVD・RAL）、服用決定の期間、その他)

7 針刺し等後、初回服用までに要した時間 \_\_\_\_\_分

(別紙1)

## エイズ予防薬受領書

このことについて、下記のとおり確かに受領いたしました。

年 月 日

受領者所属機関名

受領者氏名

印

記

薬剤名

( )錠

製造番号

使用期限

< 参考 >

エイズ予防薬薬剤について

	薬剤名	改正理由
H9. 10. 14	① A Z T (レトロビル) ② 3 T C (エピビル) ③ Indinaviru (クリキシバン)	開始
H19. 4. 1	① A Z T (レトロビル) ② 3 T C (エピビル) ③ n e l f i n a v i r (ビラセプト)	薬剤が古くなった ので変更
H21. 7. 1～	【基本投与】 ① TVD(FTC/TDF) (ツルバダ) 【拡大投与】 ② LPV/RTV (カレトラ)	各医療機関から予 防薬の変更希望が 出ていたこと。 ACCのマニュアルが H19に変更されてい る。 エイズ中核拠点病 院の担当医と相談 の上変更。
H26. 2. 1～	① TVD(FTC/TDF) (ツルバダ) ② RAL (アイセントレス)	アメリカ公衆衛生 局ガイドラインの 改訂を踏まえ、県 エイズ対策推進委 員会で協議の上変 更
R6. 1. 17～	① DVY(TAF/FTC) (デシコビ) ② RAL (アイセントレス)	抗HIV治療ガイド ラインを踏まえ、県 エイズ対策推進委 員会で協議の上変 更