

健 対 第 518 号
令和 8 年 8 月 27 日

富山県医師会長 殿
富山県都市医師会長 殿

富山県厚生部健康対策室感染症・疾病対策課長
(公 印 省 略)

H I V 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 H I V 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 H I V 感染予防薬を配置しているところ です。

今般、「抗 HIV 治療薬ガイドライン (2026 年 3 月改訂)」により推奨レジメンにビクトルビ配合錠が追加となったことから、別添『富山県 H I V 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 H I V 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、県ホームページにも掲載しております。

(<https://www.pref.toyama.jp/120507/kurashi/kenkou/iryou/kj00016337.html>)

記

◎ H I V 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

H I V 感染予防薬 配置医療機関	H I V 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 富山市西長江 2-2-78	薬剤部 076-424-1531 (代表)	薬剤部 076-424-1531 (代表)	内科 (感染症) 076-424-1531 (代表)
富山大学附属病院 富山市杉谷 2630	感染症科 076-434-7246	救急外来 076-434-2281	感染症科 076-434-7246

事務担当：感染症対策推進班

電話番号：076-444-8920

FAX 番号：076-444-8900

「富山県H I V感染予防薬整備要領」新旧対照表

改正後	現行	備考																								
第 1 条から第 6 条 （略）	第 1 条から第 6 条 （略）	課名の修正																								
第 7 条 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「H I V 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対策室感染症・ 疾病 対策課（以下「県感染症・ 疾病 対策課」という。）まで報告する。 県感染症・ 疾病 対策課は「H I V 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。	第 7 条 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「H I V 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対策室感染症対策課（以下「県感染症対策課」という。）まで報告する。 県感染症対策課は「H I V 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。																									
第 8 条から第 9 条 （略）	第 8 条から第 9 条 （略）																									
第 10 条 予防薬等の管理 予防薬配置医療機関は「H I V 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）、「H I V 感染予防薬内服同意書」（様式 3）及び「H I V 感染予防薬受領書」（様式 4）を保管するとともに「H I V 感染予防薬払出報告書」（様式 6）を用いて速やかに県感染症・ 疾病 対策課まで報告する。 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、県感染症・ 疾病 対策課へ連絡し、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、H I V 感染予防薬受領書を 2 年間、H I V 感染予防薬使用管理簿を 3 年間保管するものとする。	第 10 条 予防薬等の管理 予防薬配置医療機関は「H I V 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）、「H I V 感染予防薬内服同意書」（様式 3）及び「H I V 感染予防薬受領書」（様式 4）を保管するとともに「H I V 感染予防薬払出報告書」（様式 6）を用いて速やかに県感染症対策課まで報告する。 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、県感染症対策課へ連絡し、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、H I V 感染予防薬受領書を 2 年間、H I V 感染予防薬使用管理簿を 3 年間保管するものとする。	課名の修正																								
第 11 条から第 12 条 （略）	第 11 条から第 12 条 （略）	施行日追加																								
附 則 （略） <u>附 則</u> <u>この要領は、令和 8 年 8 月 1 日から施行する。</u>	附 則 （略）																									
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）	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）																									
<table><tr><th>商品名（略名）</th><th>包装</th><th>配置数</th><th>備考</th></tr><tr><td>ビクトルビ（BIC/TAF/FTC） デシコビ HT（FTC/TAF）</td><td>2 8 錠入（2 8 日分）</td><td>1 箱</td><td>バックボーン</td></tr><tr><td>アイセントレス 400mg（RAL）</td><td>6 0 錠入（3 0 日分）</td><td>1 箱</td><td>キードラッグ</td></tr></table>	商品名（略名）	包装	配置数	備考	ビクトルビ（BIC/TAF/FTC） デシコビ HT（FTC/TAF）	2 8 錠入（2 8 日分）	1 箱	バックボーン	アイセントレス 400mg（RAL）	6 0 錠入（3 0 日分）	1 箱	キードラッグ	<table><tr><th>商品名（略名）</th><th>包装</th><th>配置数</th><th>備考</th></tr><tr><td>デシコビ HT（FTC/TAF）</td><td>3 0 錠入（3 0 日分）</td><td>1 箱</td><td>バックボーン</td></tr><tr><td>アイセントレス 400mg（RAL）</td><td>6 0 錠入（3 0 日分）</td><td>1 箱</td><td>キードラッグ</td></tr></table>	商品名（略名）	包装	配置数	備考	デシコビ HT（FTC/TAF）	3 0 錠入（3 0 日分）	1 箱	バックボーン	アイセントレス 400mg（RAL）	6 0 錠入（3 0 日分）	1 箱	キードラッグ	注意書き削除 デシコビ HT 及び アイセントレス 400 mg の削除 ビクトルビの追加
商品名（略名）	包装	配置数	備考																							
ビクトルビ（BIC/TAF/FTC） デシコビ HT（FTC/TAF）	2 8 錠入（2 8 日分）	1 箱	バックボーン																							
アイセントレス 400mg（RAL）	6 0 錠入（3 0 日分）	1 箱	キードラッグ																							
商品名（略名）	包装	配置数	備考																							
デシコビ HT（FTC/TAF）	3 0 錠入（3 0 日分）	1 箱	バックボーン																							
アイセントレス 400mg（RAL）	6 0 錠入（3 0 日分）	1 箱	キードラッグ																							

別紙2

富山県H I V感染予防薬配置医療機関一覧

令和8年8月1日現在

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

別紙2

富山県H I V感染予防薬配置医療機関一覧

令和6年4月1日現在

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

更新日の修正

様式 1

予防薬配置医療機関 → 県感染症・疾病対策課

年 月 日

富山県厚生部健康対策室感染症・疾病対策課長 殿

H I V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H I V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。

		変更前	変更後
総括責任者			
診療時間内	時 間		
	窓 口		
	T E L		
	F A X		
診療時間外	時 間		
	窓 口		
	T E L		
	F A X		

様式 1

予防薬配置医療機関 → 県感染症対策課

年 月 日

富山県厚生部健康対策室感染症対策課長 殿

H I V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H I V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。

		変更前	変更後
総括責任者			
診療時間内	時 間		
	窓 口		
	T E L		
	F A X		
診療時間外	時 間		
	窓 口		
	T E L		
	F A X		

課名の修正

様式 2 ～ 3 （略）

様式 2 ～ 3 （略）

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】

H I V 感染予防薬受領書

予
防
内
服
者
側
で
準
備
し
予
防
薬
配
置
医
療
機
関
へ
持
参

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H I V 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
○	ビクタルビ (BIC/TAF/FTC) 手	1錠	1回1錠 1日1回	バックボーン
	デシコビHT (TAF/FTC)			
	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

※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)
マイナンバーカード保険証 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 4 予防薬提供希望医療機関 → 予防薬配置医療機関【保管】

H I V 感染予防薬受領書

予
防
内
服
者
側
で
準
備
し
予
防
薬
配
置
医
療
機
関
へ
持
参

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H I V 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
	デシコビHT (TAF/FTC)	1錠	1回1錠 1日1回	バックボーン
	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

※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。

表からデシコビHT 及びアイセントレス 400 mg の項目削除
ビクタルビの追加
注意書きの削除

本人確認書類の変更 (保険証からマイナンバーカードに変更)

様式 5

予防薬配置医療機関【保管】

H I V感染予防薬使用管理簿

病院

年月日	摘要	ビクトルビ亭デシコビ HT			アイセントレス 400mg			記入者
		納入数	払出数	在庫数	納入数	払出数	在庫数	
〈例〉	富山県感染症・疾病対策課				60錠		60錠	富山 花子
20xx.○.○	△△△医院					2錠	58錠	立山 太郎
	富山県感染症・疾病対策課	30錠		30錠				富山 花子
20xx.○.○	□□□病院		1錠	29錠		2錠	56錠	立山 一郎
	富山県感染症・疾病対策課							富山 花子
20xx.○.○	□□□病院		1錠	28錠				立山 一郎

様式 5

予防薬配置医療機関【保管】

H I V感染予防薬使用管理簿

病院

年月日	摘要	デシコビ HT			アイセントレス 400mg			記入者
		納入数	払出数	在庫数	納入数	払出数	在庫数	
〈例〉	富山県感染症対策課				60錠		60錠	富山 花子
20xx.○.○	△△△医院					2錠	58錠	立山 太郎
	富山県感染症対策課	30錠		30錠				富山 花子
20xx.○.○	□□□病院		1錠	29錠		2錠	56錠	立山 一郎
	富山県感染症対策課							富山 花子
20xx.○.○	□□□病院		1錠	28錠				立山 一郎

課名の修正

表からデシコビ HT 及びアイセントレス 400 mgの項目削除
ビクトルビの追加

様式6

予防薬配置医療機関 → 県感染症・~~疾病~~対策課

年 月 日

富山県厚生部健康対策室感染症・~~疾病~~対策課長 殿

H I V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H I V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。

払出年月日	予防薬提供希望 医療機関の名称 及び 医師氏名	払出薬剤名 払出錠数(合計)		投与日数	払出 担当者
		ビクトル ビデシコ ビHT	アイセン トレス		
			400mg	日分	
			400mg	日分	
			400mg	日分	

様式6

予防薬配置医療機関 → 県感染症対策課

年 月 日

富山県厚生部健康対策室感染症対策課長 殿

H I V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H I V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。

払出年月日	予防薬提供希望 医療機関の名称 及び 医師氏名	払出薬剤名 払出錠数(合計)		投与日数	払出 担当者
		デシコビ HT	アイセン トレス		
			400mg	日分	
			400mg	日分	
			400mg	日分	

課名の修正

表からデシコビ
HT 及びアイセン
トレス 400 mgの項
目削除
ビクトルビの追加

HIV感染予防薬提供窓口連絡先リスト				令和8年8月1日現在			
	HIV感染予防薬 医療機関	所在地	HIV感染予防薬提供窓口				
			診療時間内		診療時間外		
中核拠点	富山県立中央病院	〒930-8550 富山市西長江2丁目2番78号	時間	8:30～17:15	時間	左記以外の時間	
			窓口	薬剤部	窓口	薬剤部	
			TEL	076-424-1531（代表）	TEL	076-424-1531（代表）	
拠点	富山大学附属病院	〒930-0194 富山市杉谷 2630番地	時間	8:30～17:15	時間	左記以外の時間	
			窓口	感染症科	窓口	救急外来	
			TEL	076-434-7246	TEL	076-434-2281	

※必ず事前に電話連絡すること（受付部署の確認等）
※「依頼書」、「同意書」、「HIV感染予防薬受領書」を持参すること。

※予防薬服用後の富山県立中央病院受診の際の連絡先
内科（感染症） TEL 076-424-1531（代表）
※予防薬服用後の富山大学附属病院受診の際の連絡先
感染症科 076-434-7246
※本マニュアルに関する問い合わせ先
富山県厚生部健康対策室感染症・疾病対策課（TEL: 076-444-6920）

 | | | | | | | | | |--------------------|------------------|-----------------------------|--------------|------------------|-------|------------------|--| | HIV感染予防薬提供窓口連絡先リスト | | | | 令和6年4月1日現在 | | | | | | HIV感染予防薬
医療機関 | 所在地 | HIV感染予防薬提供窓口 | | | | | | | | | 診療時間内 | | 診療時間外 | | | | 中核拠点 | 富山県立中央病院 | 〒930-8550
富山市西長江2丁目2番78号 | 時間 | 8:30～17:15 | 時間 | 左記以外の時間 | | | | | | 窓口 | 薬剤部 | 窓口 | 薬剤部 | | | | | | TEL | 076-424-1531（代表） | TEL | 076-424-1531（代表） | | | 拠点 | 富山大学附属病院 | 〒930-0194
富山市杉谷 2630番地 | 時間 | 8:30～17:15 | 時間 | 左記以外の時間 | | | | | | 窓口 | 感染症科 | 窓口 | 救急外来 | | | | | | TEL | 076-434-7246 | TEL | 076-434-2281 | | ※必ず事前に電話連絡すること（受付部署の確認等） ※「依頼書」、「同意書」、「HIV感染予防薬受領書」を持参すること。 ※予防薬服用後の富山県立中央病院受診の際の連絡先 内科（感染症） TEL 076-424-1531（代表） ※予防薬服用後の富山大学附属病院受診の際の連絡先 感染症科 076-434-7246 ※本マニュアルに関する問い合わせ先 富山県厚生部健康対策室感染症対策課（TEL:076-444-6920） | 年月日の変更 || H I V曝露（針刺し）後の予防内服マニュアル H I V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）～（6）省略 予防薬提供希望医療機関での対応 省略 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）、「H I V感染予防薬内服同意書」（様式3）および「H I V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「H I V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 | H I V曝露（針刺し）後の予防内服マニュアル H I V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）～（6）省略 予防薬提供希望医療機関での対応 省略 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）、「H I V感染予防薬内服同意書」（様式3）および「H I V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「H I V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 | 課名の修正 |

予防薬配置医療機関は「H I V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）、「H I V感染予防薬内服同意書」（様式3）及び「H I V感染予防薬受領書」（様式4）を保管するとともに「H I V感染予防薬払出報告書」（様式6）を用いて速やかに県感染症・疾病対策課まで報告する。 エイズ治療拠点病院 専門医の受診 省略 曝露時の対応フローチャート （略） 曝露（針刺し）時予防内服基準表 （略）	予防薬配置医療機関は「H I V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）、「H I V感染予防薬内服同意書」（様式3）及び「H I V感染予防薬受領書」（様式4）を保管するとともに「H I V感染予防薬払出報告書」（様式6）を用いて速やかに県感染症対策課まで報告する。 エイズ治療拠点病院 専門医の受診 省略 曝露時の対応フローチャート （略） 曝露（針刺し）時予防内服基準表 （略）	課名の変更
--	--	-------

【時露当事者用】

内服のための説明書 <ビクトルビデシコビHT、アイセントレス400mg>

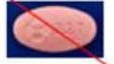
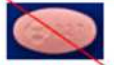
※ 代表的な副作用などの使用上の注意のみを記載しています。（詳細は添付文書参照）

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、約 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1/130程度〜1/40と低い感染リスクが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、治療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影響は明らかになって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、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること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	ビクトルビ (BIC/TAF/FTC) デシコビ HT (略名: TAF/FTC)		アイセントレス 400mg (略名: RAL)
剤 型			
飲 み 方	①  +  ビクトルビデシコビHT 1錠 アイセントレス 400mg 1錠 ②  アイセントレス 400mg 1錠 ・ 1日12回（食事の影響なし） ・ 1回目は①をできるだけ早く内服する。 ・ 12時間後に②を内服する。 ・ その後12時間毎の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 頭痛 悪心 下痢 疲労 等 2：重大な副作用 腎不全又は重度の腎機能障害 乳酸アシドーシス 等		

【時露当事者用】

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、約 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、治療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 400mg (略名: RAL)
剤 型		
飲 み 方	①  +  デシコビ HT 1錠 アイセントレス 400mg 1錠 ②  アイセントレス 400mg 1錠 ・ 1日2回（食事の影響なし） ・ 1回目は①をできるだけ早く内服する。 ・ 12時間後に②を内服する。 ・ その後12時間毎の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 悪心 下痢 疲労 等 2：重大な副作用 腎不全又は重度の腎機能障害 乳酸アシドーシス 等	1：主な副作用 悪心 頭痛 不眠症 等 2：重大な副作用 皮膚粘膜眼症候群 薬剤性過敏症候群 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。	

デシコビ HT 及び
アイセントレス
400 mg内服に係る
説明書の削除

ビクトルビ内服に
係る説明書の追加

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。
-------	--

富山県H I V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H I V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H I V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H I V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、H I V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H I V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「H I V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対策室感染症・疾病対策課（以下「県感染症・疾病対策課」という。）まで報告する。

県感染症・疾病対策課は「H I V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「H I V感染予防薬内服同意書」（様式3）、「H I V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「H I V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H I V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、服薬継続の可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「H I V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「H I V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「H I V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）、「H I V感染予防薬内服同意書」（様式3）及び「H I V感染予防薬受領書」（様式4）を保管するとともに「H I V感染予防薬払出報告書」（様式6）を用いて速やかに県感染症・疾病対策課まで報告する。

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、県感染症・疾病対策課へ連絡し、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、H I V感染予防薬受領書を2年間、H I V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H I V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。

附則

この要領は、令和6年4月1日から施行する。

附則

この要領は、令和8年8月1日から施行する。

配置予防薬

商品名（略名）	包装	配置数	備考
ビクトルビ（BIC/TAF/FTC）	28錠入（28日分）	1箱	

富山県H I V感染予防薬配置医療機関一覧

令和8年8月1日現在

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

年 月 日

富山県厚生部健康対策室感染症・疾病対策課長 殿

H I V 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H I V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。

		変更前	変更後
総括責任者			
診療時間内	時 間		
	窓 口		
	T E L		
	F A X		
診療時間外	時 間		
	窓 口		
	T E L		
	F A X		

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 (※女性の方)	有・無 (第 週目)
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>

H I V感染予防薬内服同意書

私は、H I V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 : _____

H I V感染予防薬受領書

予
防
内
服
者
側
で
準
備
し
予
防
薬
配
置
医
療
機
関
へ
持
参

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H I V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
	ビクタルビ (BIC/TAF/FTC)	1錠	1回1錠 1日1回	

予防内服者の確認を以下の書類で行なった (○で囲む)

マイナンバーカード 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。

H I V感染予防薬使用管理簿

病院

年月日	摘要	ビクタルビ			記入者
		納入数	払出数	在庫数	
(例)	富山県感染症・疾病対策課				富山 花子
20xx.○.○	△△△医院				立山 太郎
	富山県感染症・疾病対策課	30錠		30錠	富山 花子
20xx.○.○	□□□病院		1錠	29錠	立山 一郎
	富山県感染症・疾病対策課				富山 花子
20xx.○.○	□□□病院		1錠	28錠	立山 一郎

年 月 日

富山県厚生部健康対策室感染症・疾病対策課長 殿

H I V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H I V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。

払出年月日	予防薬提供希望 医療機関の名称 及び 医師氏名	払出薬剤名 払出錠数(合計)	投与日数	払出 担当者
		ビクタルビ		
			日分	
			日分	
			日分	

HIV感染予防薬提供窓口連絡先リスト

令和8年8月1日現在

	HIV感染予防薬 医療機関	所在地	HIV感染予防薬提供窓口			
			診療時間内		診療時間外	
中核拠点	富山県立中央病院	〒930-8550 富山市西長江2丁目2番78号	時間	8:30～17:15	時間	左記以外の時間
			窓口	薬剤部	窓口	薬剤部
			TEL	076-424-1531(代表)	TEL	076-424-1531(代表)
拠点	富山大学附属病院	〒930-0194 富山市杉谷 2630番地	時間	8:30～17:15	時間	左記以外の時間
			窓口	感染症科	窓口	救急外来
			TEL	076-434-7246	TEL	076-434-2281

* 必ず事前に電話連絡すること(受付部署の確認等)

* 「依頼書」、「同意書」、「HIV感染予防薬受領書」を持参すること。

※予防薬服用後の富山県立中央病院受診の際の連絡先

内科(感染症) TEL 076-424-1531(代表)

※予防薬服用後の富山大学附属病院受診の際の連絡先

感染症科 076-434-7246

※本マニュアルに関する問い合わせ先

富山県厚生部健康対策室感染症・疾病対策課(TEL:076-444-8920)

「HIV曝露(針刺し)後の予防内服マニュアル」

H I V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H I V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) 「H I V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、H I V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、H I V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H I V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、「H I V感染予防薬内服同意書」(様式3)及び「H I V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、「H I V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)、「H I V感染予防薬内服同意書」(様式3)お

よび「H I V感染予防薬受領書」（様式 4）を提出して、予防薬及び「H I V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H I V抗体検査が未実施の場合は、必ず患者の同意を得た上で、H I V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H I V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）、「H I V感染予防薬内服同意書」（様式 3）および「H I V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「H I V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「H I V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）、「H I V感染予防薬内服同意書」（様式 3）及び「H I V感染予防薬受領書」（様式 4）を保管するとともに「H I V感染予防薬払出報告書」（様式 6）を用いて速やかに県感染症対策課まで報告する。

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H I V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可否について相談の上決定し、併せて、H I V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H I V抗体検査で評価する。

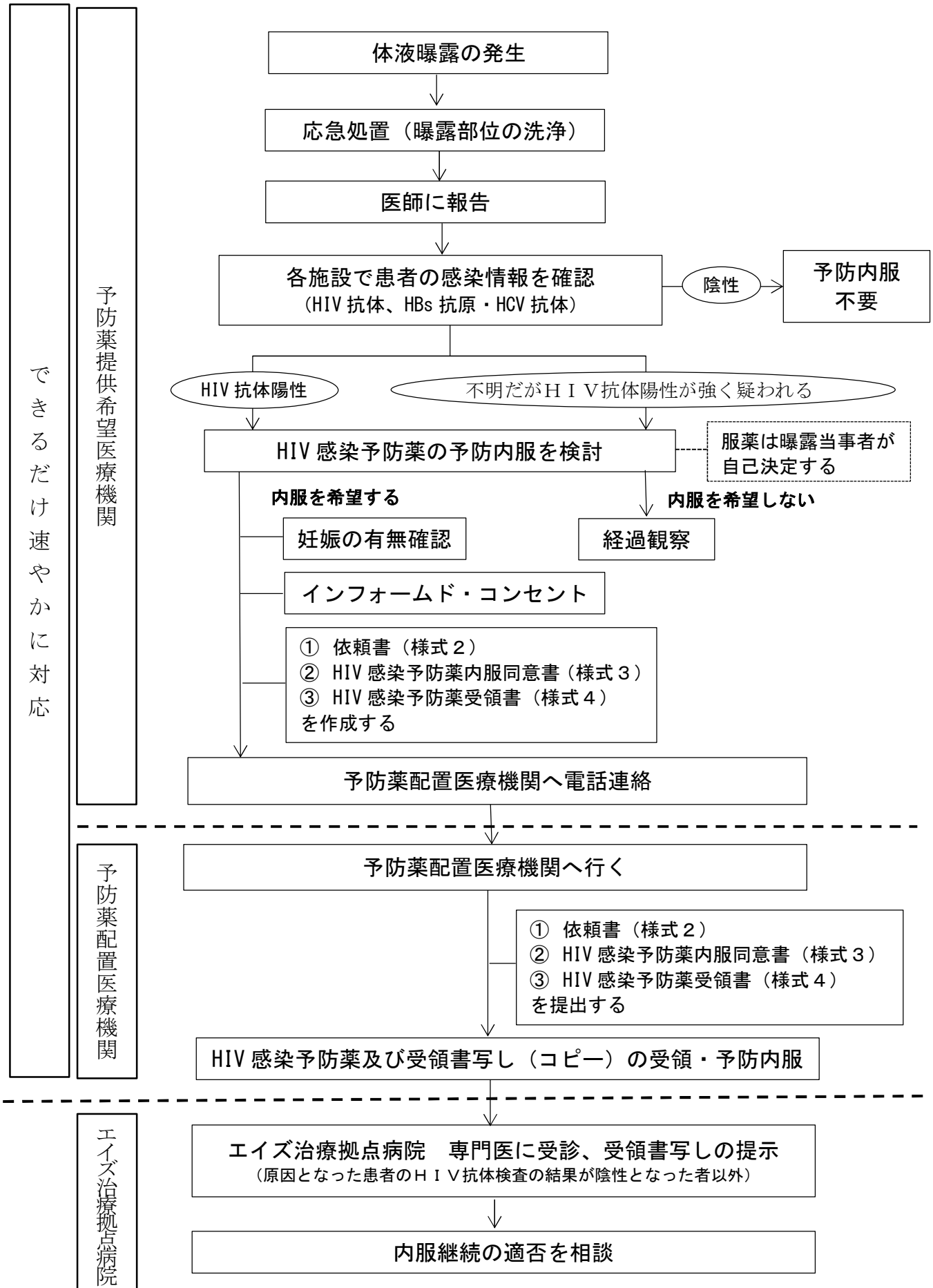
- (1) 医療機関内における医療従事者等の感染予防対策は、各医療機関の責任において実施されるべきものである。したがって、曝露後、エイズ治療拠点病院を緊急受診し、血液検査を実施した場合の費用等については、自費扱いとし、エイズ治療拠点病院の請求に基づき、曝露当事者の属する医療機関が支払うものとする。

- (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H I V感染症の取扱いについて」）

すべての医療機関においては、H I V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H I V感染予防として抗H I V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H I V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

感染源の 状況による分類 曝露様式と程度		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)	AIDS 期 初感染期 (血中 HIV-RNA 量が 高いとき)	曝露源患者の HIV 感 染の状況が不明また は未確定のとき	曝露源検体の由来患者 が不明のとき (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)	HIV 陰性の患者
針 刺 し	少量 (中空でない針で皮膚の 表面だけの穿刺など)	予防内服を推奨		通常予防内服不要 (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)	通常予防内服不要 (HIV 感染が考えられる 場合は予防内服を考慮 する)	予防内服不要
	多量 (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)					
注 1 皮 膚 粘 膜	少量 (2～3 滴の体液など)	予防内服を考慮	予防内服を推奨			
	多量 (吹き出した体液など)	予防内服を推奨				

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 <ビクトルビ>

※ 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H I V汚染血液に曝露された場合の感染のリスクは、約 0.3%とされており、B型肝炎の同じような曝露の場合の感染リスクに比べ 1/130 程度と低い感染リスクが 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影響は明らかになっていません。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、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与することとされています。
- ☐ 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H I V薬

薬剤名	ビクトルビ（BIC/TAF/FTC）
剤型	
飲み方	 ビクトルビ 1 錠
	1 日 1 回 （食事の影響なし）
保存方法	室温保存
副作用	1：主な副作用 頭痛 悪心 下痢 等 2：重大な副作用 腎不全又は重度の腎機能障害 ・ 乳酸アシドーシス 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。