

宮崎県針刺し事故後のH I V感染防止体制整備事業実施要領

第1 目的

医療機関、保健所等（以下「医療機関等」という。）において、針刺し事故等によりH I V感染が疑われる曝露事象（以下「針刺し事故等」という。）が発生した場合、厚生労働省研究班の抗H I V治療ガイドライン（以下「ガイドライン」という。）に基づき、感染予防薬（以下「抗H I V薬」という。）の使用による適切な治療が開始されるよう、医療機関に抗H I V薬を配置し、H I V感染防止体制の整備を図ることを目的とする。

第2 実施主体

本事業の実施主体は、県とする。

第3 事業の実施方法

1 実施体制の整備

- (1) 県は、針刺し事故等が発生し、被曝露者（以下「当事者」という。）が抗H I V薬の服用を決定した場合に、当事者が事故発生からただちに（例：2時間以内）に抗H I V薬を服用できる体制を確保するため、別表1に掲げる病院（以下「配置病院」という。）に抗H I V薬を配置するとともに、エイズ治療拠点病院及び配置病院を医療機関等に周知するものとする。
- (2) 配置病院に配置する抗H I V薬は、別表2に掲げる種類とし、配置病院ごとの数量は別に定める。
- (3) 医療機関等は、針刺し事故等の発生時に速やかに対処できるよう、職員にガイドラインを周知するとともに、それぞれの医療機関等が作成する院内感染対策マニュアルにおいて、実情に即した具体的な対処の手順を確立するものとする。

2 抗H I V薬の管理

- (1) 配置病院は、受払簿（別添様式1）により抗H I V薬の数量を常に把握し、処方に伴う払出しや期限切れ廃棄等により残量に余裕がなくなったときは、県に補充を求めるものとする。
- (2) 県は、前号により配置病院から抗H I V薬の補充を求められたときは、残量を確認した上で、必要量を補充するものとする。
- (3) 配置病院は、毎年4月10日までに、前年度の受払簿の写しを県に提出するものとする。
- (4) 抗H I V薬が使用期限を超過したときは、配置病院において適切に廃棄するものとする。

3 事故発生時の対応

- (1) 医療機関等は、針刺し事故等が発生したときは、当事者に抗H I V薬の服用に関する説明を行い、当事者が抗H I V薬の服用を希望したときは、ただちにエイズ治療拠点病院を受診させるものとする。

ただし、地理的その他の事情により、ただちにエイズ治療拠点病院を受診できないときは、近隣の配置病院を受診させ、抗H I V薬の提供を依頼するものとする。

なお、医療機関等は、当事者がエイズ治療拠点病院又は配置病院を円滑に受診できるよう、担当業務の軽減や免除、休暇取得等に十分配慮するものとする。

- (2) エイズ治療拠点病院又は配置病院の受診並びに抗H I V薬の服用等については、別添「H I V陽性又は陽性が強く疑われる者の血液又は感染性体液の、針刺しや鋭

利な医療器具の切創等による皮内への血液曝露等及び粘膜、傷のある皮膚等への血液等感染体液曝露時における抗H I V薬投与マニュアル」による。

第4 診療等に要する費用

針刺し事故等に係る診療等に要する費用は、医療機関等の負担とする。

ただし、針刺し事故等に起因する当事者の健康被害が労働災害補償保険法（昭和22年法律第50号）に定める業務災害に該当するときは、同法の規定による。

第5 秘密の保持及び目的外使用の禁止

医療機関等及びその職員は、秘密の保持に最大の配慮を払うとともに、知り得た秘密をこの事業の目的外に使用しないものとする。

医療機関等の職員がその職を離れた後も同様とする。

第6 その他

この要領に定めのない事項については、県が別に定めるところによる。

附 則（施行期日）

この要領は、令和6年8月1日から施行する。

別表1（第3関係）

配置病院

名 称	所在地
県立日南病院	日南市木山1丁目9番5号
県立延岡病院	延岡市新小路2丁目1番10号

別表2（第3関係）

抗H I V薬の種類

種類	アイセントレス錠 400mg (RAL)	デシコビ HT 配合錠 (TAF/FTC)
服用方法	1回1錠を1日2回	1回1錠を1日1回
主な副作用	悪心、頭痛、不眠、下痢、嘔吐、浮動性めまい等	吐き気、下痢等
注意点	ミネラル（マグネシウム、アルミニウム、テル、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。	慢性B型肝炎を合併している場合は、本剤中止後のB型肝炎の悪化に注意が必要。

注）抗H I V薬の詳細については、商品ホームページ、添付文書等を参照すること。

受 払 簿 (____ 年度)

医療機関名: _____

管理担当者名: _____

月 日	アイセントレス錠 400mg			使用期限	デシコビ配合錠 HT			使用期限	摘 要
	受入	払出	残数		受入	払出	残数		
4/1									前年度から繰越
3/31									翌年度へ繰越

記入方法

- 1 数量は錠数を記入してください。
- 2 摘要欄は、以下のいずれかを記入してください。
 なお、「処方」の場合は、処方先の医療機関名を併記してください。
 「県からの補充」(受入)
 「処方」(払出)
 「廃棄(期限切れ)」(払出)
 「廃棄(汚損等)」(払出)