

「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）																								
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	別紙 1	施行日追加																							
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）	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） 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） 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
商品名（略名）	包装	配置数	備考																						
ビクトルビ（BIC/TAF/FTC） 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																						
		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																							

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】

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

H I V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
	ビクトルビ (BIC/TAF/FTC) 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)
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】

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

H I V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
ビクトルビの追加
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 窓口 薬剤部 TEL 076-424-1531（代表）	時間 左記以外の時間 窓口 薬剤部 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 窓口 感染症科 TEL 076-434-7246	時間 左記以外の時間 窓口 救急外来 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)

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

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 窓口 薬剤部 TEL 076-424-1531（代表）	時間 左記以外の時間 窓口 薬剤部 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 窓口 感染症科 TEL 076-434-7246	時間 左記以外の時間 窓口 救急外来 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:076-444-8920)

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

年月日の変更

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
--	--	-------

〔曝露当事者用〕

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~~>

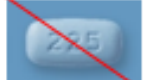
※ 代表的な副作用などの使用上の注意のみを記載しています。（詳細は添付文書参照）

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～1/10~~と低いことが感染リスクが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H I V薬

薬 剤 名	ビクトルビ (BIC/TAF/FTO) デシコビ HT (略名：TAF/FTO)	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1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	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 薬剤性過敏症症候群 過敏症 等

〔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~~400mg~~>

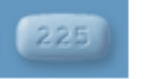
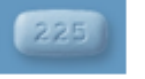
※ 代表的な副作用などの使用上の注意のみを記載しています。（詳細は添付文書参照）

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と低いことが感染リスクが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H I V薬

薬 剤 名	デシコビ HT （略名：TAF/FTO）	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。
-------	--