

平成24年11月29日

鹿児島県医師会長 様

鹿児島県保健福祉部健康増進課長

針刺し後のH I V感染予防薬の配備等について（依頼）

本県のエイズ対策の推進につきましては、日頃から格別の御協力をいただき感謝申し上げます。

さて、県では、エイズ診療等における針刺し事故による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感染予防薬を配備しております。

エイズ治療拠点病院は、事故により予防薬を必要とする医療機関等に対し予防薬を提供するとともに、必要に応じた指導、助言を行うこととなっております。

つきましては、一般医療機関において針刺し事故によりH I V感染予防薬が必要となった場合は、エイズ治療拠点病院へ予防薬を要求できることを貴会員に周知くださるようお願いいたします。

なお、H I V感染予防薬を配備しているエイズ治療拠点病院は、下記のとおりです。

また、当事業に係る針刺し後のH I V感染防止体制整備実施要領及び必要な様式は別紙のとおりです。

記

病院名	担当部署	連絡先	備考
鹿児島大学医学部歯学部 附属病院	①時間内 医務課医事企画係 ②時間外 薬剤部当直室 時間外当直室	099-275-5145 099-275-5550 099-275-5195	
県立大島病院	薬局	0997-52-3611	
県民健康プラザ 鹿屋医療センター	地域医療連携室	0994-42-5101	
出水総合医療センター	薬局	0996-67-1611	
今給黎総合病院	薬剤部	099-226-2211	平成25年度から 配備予定
国立病院機構 鹿児島医療センター	薬局	099-223-1151	厚生労働省配備

※予防薬を要求する場合は拠点病院の担当部署に連絡・調整の上、要求してください。

担当者
健康増進課 感染症保健係 伊尻
電話 099-286-2724

針刺し後のH I V感染防止体制整備実施要領

第1 目的

エイズ医療の充実を図るため、エイズ治療拠点病院等（以下「医療機関等」という。）が行う、エイズ診療等における針刺し事故（以下「事故」という。）によるH I V感染を予防するため、必要なH I V感染予防薬（以下「予防薬」という。）を配置し、エイズ診療における院内感染防止体制を整備する。

第2 実施主体

この事業の実施主体は、県とする。

第3 事業の内容

1 予防薬の配置及び提供

- (1) 県は、必要に応じてエイズ治療拠点病院（以下「拠点病院」という。）に予防薬を配置する。
- (2) 拠点病院は、事故により予防薬を必要とする医療機関等に対し、必要な予防薬を提供するとともに、必要に応じた指導、助言を行うものとする。

2 手続き

(1) 配置

- ① 拠点病院は、配置した予防薬を良好な状態で管理するものとし、事故及び提供により不足する予防薬、又は使用期限の到来する予防薬がある場合には、その種類及び必要量をH I V感染予防薬要求書（別紙様式1）により、県に要求するものとする。
- ② 県は、予防薬を配置するときにH I V感染予防薬引渡書（別紙様式2）を拠点病院に送付するものとする。
- ③ 予防薬を受領した拠点病院は、H I V感染予防薬受領書（別紙様式3）を速やかに県に提出するものとする。

(2) 医療機関への提供

- ① 事故が発生した医療機関等は、当面必要な予防薬及びその数量をH I V感染予防薬要求書（別紙様式4）により拠点病院に依頼するものとする。
なお、事故が発生した場合、緊急に予防薬を投与する必要があることから、F A X等で依頼して差し支えないものとする。
- ② 医療機関等から予防薬の要求があった拠点病院は、拠点病院又は他の医療機関等の事故に対処するため、当面7日分の予防薬を提供するものとし、県から予防薬の引渡しがあった時点において不足分を提供するものとする。
- ③ 予防薬を受領した医療機関等は、H I V感染予防薬受領書（別紙様式5）を提供した拠点病院に提出するものとする。

3 その他

- (1) 事故が発生した場合には、「針刺し後のH I V感染防止のための予防服用マニュアル」（平成11年8月30日健医疾発第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）により投薬等を行うこと。
- (2) 予防薬投与1か月後、3か月後及び6か月後にH I V抗体検査を行い、その結果をH I V抗体検査結果報告書（別紙様式6）により、県に報告するものとする。

附 則

この要領は、平成9年7月10日から施行する。

附 則

この要領は、平成11年9月14日から施行する。

附 則

この要領は、平成13年4月1日から施行する。

H I V感染予防薬要求書

第 平成 年 月 号 日

殿

住 所
医療機関名 (印)

平成 年 月 日 時 分に事故が発生したため、H I V
感染予防薬を下記のとおり要求します。
記

1 予防薬の種類及び数量

品 名	必 要 数 量	備 考
		*数量は、1日あたりの服量 ×日数で積算すること

2 事故発生状況

- ① 事故発生年月日・時間 年 月 日 時 分
 ② 性別 男 ・ 女
 ③ 年齢 歳
 ④ 職種

H I V感染予防薬受領書

第 平成 年 月 号 日

殿

住 所
医療機関名 (印)

H I V感染予防薬を下記のとおり受領しました。

記

1 予防薬の種類及び数量

品 名	必 要 数 量	備 考

別紙様式 6 (拠点病院・一般医療機関等用)

H I V抗体検査結果報告書

第 平成 年 月 日 号

鹿児島県保健福祉部
健康増進課長 殿

住 所
医療機関名 ⑩

平成 年 月 日に発生した針刺し事故によるH I V抗体検査の結果を下記のとおり報告します。

記

- 1 性 別 男 ・ 女
- 2 年 齢 歳
- 3 職 種
- 4 検査実施日 年 月 日実施
- 5 検査結果
- 6 予防薬投与期間 日間

(参考)

針刺し後のHIV感染防止予防薬配置フロー

