

感薬第 526 号の 2
令和 7 年 9 月 12 日

新潟県医師会長 様
新潟県歯科医師会長 様
郡市医師会長 様
新潟県病院協会会長 様
新潟県薬剤師会長 様
新潟県看護協会会長 様

新潟県福祉保健部長

医療事故等でのH I V感染防止体制の変更について（通知）

エイズ予防対策の推進について、日頃より格別の御理解と御協力をいただき感謝申し上げます。

標記については、平成 9 年から医療機関等において針刺し事故等が発生した場合の H I V 感染防止体制を整備しているところですが、このたび、予防薬の種類を下記の通り変更し、令和 7 年 10 月 1 日より別添のとおり実施しますので、貴所属会員様へ周知くださるようお願いいたします。

なお、針刺し事故等発生時の体制整備については、「抗H I V 治療ガイドライン（2025 年 3 月）」（https://hiv-guidelines.jp/pdf/hiv_guideline2025.pdf）等を参考に御対応ください。

記

<変更点>

- ・予防薬「ツルバダ」を「デジコビ配合錠 HT」に変更
- ・予防薬変更に伴い、薬剤費用及び様式を修正

担当：感染症対策・薬務課
感染症対策班 羽入
TEL：025-280-5200（直通）
Mail：ngt040330@pref.niigata.lg.jp

予防薬配置病院一覧

分 類	病 院 名	〒	住 所	電話番号	F A X
エイズ治療拠点病院	新潟大学医歯学総合病院	951-8520	新潟市中央区旭町通1-754	025-223-6161	025-227-0719
	国立病院機構西新潟中央病院	950-2085	新潟市西区真砂1-14-1	025-265-3171	025-231-2831
	新潟市民病院	950-1197	新潟市中央区鐘木463-7	025-281-5151	025-281-5187
	長岡赤十字病院	940-2085	長岡市千秋2-297-1	0258-28-3600	0258-28-9000
	県立新発田病院	957-8588	新発田市本町1-2-8	0254-22-3121	0254-26-3874
	魚沼基幹病院	949-7302	南魚沼市浦佐4132	025-777-3200	025-777-2811
	県立中央病院	943-0192	上越市新南町205	025-522-7711	025-521-3720
救急病院	厚生連村上総合病院	958-8533	村上市緑町五丁目8番1号	0254-53-2141	0254-52-4362
	中条中央病院	959-2656	胎内市西本町12-1	0254-44-8800	0254-44-8696
	あがの市民病院	959-2093	阿賀野市岡山町13-23	0250-62-2780	0250-62-1598
	厚生連豊栄病院	950-3327	新潟市北区豊栄石動1-11-1	025-386-2311	025-386-2370
	済生会新潟病院	950-1104	新潟市西区寺地280-7	025-233-6161	025-233-8880
	五泉中央病院	959-1825	五泉市太田489番地1	0250-47-8150	0250-47-8152
	県立津川病院	959-4497	阿賀町津川200	0254-92-3311	0254-92-4964
	済生会新潟県央基幹病院	955-0091	三条市上須頃5001番地1	0256-47-4700	0256-33-8808
	厚生連長岡中央総合病院	940-8653	長岡市川崎町2041	0258-35-3700	0258-33-9596
	魚沼市立小出病院	946-0001	魚沼市日渡新田34	025-792-2111	025-793-7349
	町立湯沢病院	949-6101	南魚沼郡湯沢町大字湯沢2877-1	025-780-6543	025-784-1900
	県立十日町病院	948-0065	十日町市高田町3丁目南32番地9	025-757-5566	025-752-3955
	厚生連柏崎総合医療センター	945-8535	柏崎市北半田2-11-3	0257-23-2165	0257-22-0834
	新潟労災病院	942-8502	上越市東雲町1-7-12	025-543-3123	025-544-5210
	厚生連上越総合病院	943-8507	上越市大道福田616	025-524-3000	025-524-3002
	厚生連けいなん総合病院	944-8501	妙高市田町2-4-7	0255-72-3161	0255-73-8102
	厚生連糸魚川総合病院	941-8502	糸魚川市大字竹ヶ花457-1	025-552-0280	025-552-3819
	厚生連佐渡総合病院	952-1209	佐渡市千種161	0259-63-3121	0259-63-6349

エイズ治療拠点病院における医療体制

令和7年4月1日現在

医療機関名	電話番号	エイズ治療に関する外来診療日				針刺し事故後のHIV感染防止 における助言指導
		診療科	外来診療日・時間	窓口	予約・受診方法	担当医師名
新潟大学医歯学総合病院	025-223-6161(代)	内科外来 (呼吸器・感染症内科)	月～水曜日 9:00～11:30	感染管理部	患者総合サポートセンターを通して、呼 吸器・感染症内科に予約	茂呂 寛
新潟市民病院	025-281-5151(代)	内科外来 (感染症内科)	月曜日 9:00～12:00	地域医療室 病診連携	地域医療室 病診連携を通し予約	影向 晃
新潟県立新発田病院	0254-22-3121(代)	内科外来	金曜日 8:30～11:00	患者サポートセンター	患者サポートセンターにFAX予約し受診	田邊 嘉也
国立病院機構 西新潟中央病院	025-265-3171(代)	感染症外来 (新患)	月曜日 13:00～15:00	算定・病歴係 (内線5172)	算定病歴係を通し受診日、受診方法を 確認(受診は要予約)	桑原 克弘
長岡赤十字病院	0258-28-3600(代)	内科外来	水曜日 8:30～11:00	病診連携室	病診連携室を通して予約	西堀 武明
新潟県立中央病院	025-522-7711(代)	総合内科 (新患)	火曜日 9:00	患者サポートセンター	患者サポートセンターを通し予約	古川 俊貴
新潟県地域医療推進機構 魚沼基幹病院	025-777-3200(代)	呼吸器・感染症内科	第3木曜日	患者サポートセンター	患者サポートセンターを通し予約	茂呂 寛

担当:福祉保健部感染症対策・薬務課 感染症対策班
 電話:025-280-5200 (夜間・休日:090-4594-3630)
 FAX:025-280-5641

様式 1

提出先：新潟県福祉保健部

感染症対策・薬務課感染症対策班 行き

メールアドレス ngt040330@pref.niigata.lg.jp

※ 予防薬の使用後、1 週間以内にメールで報告願います。

医療事故等による HIV 感染防止のための予防薬使用届出書

●初回服用時に記入し、薬剤の配置病院に提出願います。
該当する箇所について○をつけてください。

- 1 薬剤使用量 日服用分

☐ デシコビ配合錠 HT
☐ アイセントレス錠
- 2 デシコビ配合錠 HT を服用する場合
☐ B型肝炎検査を実施した。 → 結果 : 陰性 ・ 陽性
☐ B型肝炎検査を実施していない。
→ [理由 : _____]
- 3 女性の場合のみ記入
☐ 妊娠反応を確認した。 → 結果 : 陰性 ・ 陽性
☐ 妊娠反応を確認していない。
→ [理由 : _____]

H I V 感染症防止のため、予防薬の服用を指示しました

令和 年 月 日

所 属 施 設 _____

所属施設管理者 _____

※ 所属管理者は、太枠内のみ記入。

上記について、届出書を受理し、予防薬を渡しました。

令和 年 月 日

配置病院 _____

受理責任者 _____

(注) 予防薬服用者が所属管理者の指示を受けていない場合、当事業の該当にならないため、配置病院の受理責任者は、必ず指示の有無を確認してください。

様式 2

提出先：新潟県福祉保健部
感染症対策・薬務課感染症対策班 行き
メールアドレス ngt040330@pref.niigata.lg.jp
※ 予防薬の使用後、1 週間以内にメールで報告願います。

医療事故等による HIV 感染防止のための予防薬使用報告書

予 防 薬 使 用 者 の 状 況	配 置 病 院 名	
	配置病院住所	
	使用薬剤 及び使用量	() 日間服用分 ①デジコビ配合錠 HT : () 錠 ②アイセントレス錠 : () 錠
	使用年月日	令和 年 月 日

送信者：

配置病院名

報告者名

様式 3

提出先：新潟県福祉保健部

感染症対策・薬務課感染症対策班 行き

メールアドレス ngt040330@pref.niigata.lg.jp

※ 予防薬の使用後、1 週間以内にメールで報告願います。

医療事故等による HIV 感染防止のための予防薬服用状況等調査票

●事故後、1 週間以内に提出をお願いします。
該当する箇所、○をつけてください。

1 医療事故の概略を記入ください。

()

2 医療事故後に予防薬を服用しましたか。

・服用した (服用した日： 年 月 日)

・服用しない

(理由)

3 2で「服用した」と答えた方のみ回答してください。

(1) 感染したと思われる行為から何時間後に服用しましたか。

・() 時間後

(2) 予防薬の服用を継続していますか。

・継続している (受診医療機関名)

・継続する予定

・継続していない

(3) (2) で「継続している (継続する予定)」と回答した方で、今後副作用が生じた場合のみ、以下の事項を記入し、再度提出してください。

☆ 副作用症状 (あてはまるものに○印を付けてください。)

・() 消化器症状

・() 皮膚症状

・() 肝機能障害

・() 脂質異常症状

・() その他 (症状名

)

医療事故等でのHIV感染防止体制における 配置予防薬服用フロー図 【服用者用】

