

の他一般歯科では、「ウイルス性肝炎についても受入に困難が見られる」回答内容が多く、分布の差は有意であった。(表8)

感染者の歯科治療の障碍

感染者の歯科治療の受入について。「断わる」あるいは「他院を紹介」する理由に関しては、最も多かったのが「消毒・滅菌が困難」とする回答で44.3%を占めた。次いで、「スタッフの対応が充分でない」、「他の患者の受診態度に影響する」、「医療者への感染の可能性」「何となく自信がない」の順で多かった(表9)。

この結果を92年の同様の調査の結果と比較すると、「消毒・滅菌が困難」とする回答は71.7%から27ポイント以上の減少を示し、「スタッフの対応が充分でない」、「他の患者の受診態度に影響する」、「医療者への感染の可能性」とする回答も、それぞれ20ポイント前後の減少を示している。一方、「自信がない」という回答は6.3%から21.3%へと15ポイントの増加であった。

受入を困難とする理由について、外科・麻酔系とその他歯科一般の間を比較すると、理由の順位は同様であったが、外科・麻酔系では「消毒・滅菌が困難」ならびに「自信がない」という回答が有意にその他歯科一般よりも少ない割合を示した。

今後のウイルス性疾患の感染者にたいする歯科診療のあり方に対する考えについては、外科・麻酔系では「あらゆる歯科診療所が万全の対策をとるべき」、「公的な医療機関が受け入れるべき」という回答が圧倒的に多く、それ以外の一般歯科では、「公的な医療機関が受け入れるべき」が最も多く、次いで「特定の専門医療機関を設置するべき」、「あらゆる歯科診療所が万全の対策をとるべき」が同等の割合であった(表10)。この傾向は、92年の調査結果とほぼ同様であったが、「あらゆる歯科診療所が万全の対策をとるべき」という回答は、外科・麻酔系

では39.6%から49.0%へと増加し、逆にその他の一般歯科では27.6%から22.7%へと減少した。

専門別の感染予防の原則に関する認識

北米におけるHIV感染者の医療をめぐる情勢を背景として一般的な認識となりつつあるユニバーサル・プリコーション、すなわち「すべての受診者が感染者である可能性があるものという前提で予防的な対処を同等に行うこと」、ならびにスタンダード・プリコーション「すべての受診者にたいして同等に標準的な予防対策を適応すること」についての認識についての回答を求めた。ユニバーサル・プリコーションについては64.1%が「聞いたことがない」と回答し、スタンダード・プリコーションについても、63.7%が同様に「聞いたことがない」と回答した。

ユニバーサル・プリコーションならびにスタンダード・プリコーションを「実行している」という回答は、それぞれ3.2%、2.0%であり、「理解はしている」をふくめて認知していることを示す回答は、それぞれ15.3%、14.1%であった。外科・麻酔系とその他の一般歯科とではユニバーサル・プリコーションを「実行している」という回答割合が9.6%と1.5%というように、分布に差がみられ、その差は有意であった。

(表11～表12)

2. 歯科診療への受入に関連する要因

感染予防の原則に関する認識

先に示した感染者の歯科診療への受け入れ姿勢を、「①HIV感染者の受入」、「②ウイルス性肝炎は受け入れるがHIV感染者の受入には『内容により他院紹介』を含み受入に困難が見られる」、「③A型、B型、C型のいずれかのウイルス性肝炎について受入に困難が見られる」という3グループに区分して、その受入状況の

表7 今後のC型肝炎ウイルス感染者の歯科診療の受け入れ意向

今後の感染者の受け入れについて
・C型肝炎であることが判明した場合

		度数	専門歯科		合計
			外科・麻酔系	その他	
受入 C肝	原則として断わる	1	3	4	
		専門歯科の%	1.9%	1.5%	1.6%
	内容によって他院を紹介 する	2	18	20	
		専門歯科の%	3.8%	9.0%	7.9%
	特に配慮をして受け入れる	42	167	209	
		専門歯科の%	80.8%	83.5%	82.9%
	一般の患者と同じように対 処する	7	12	19	
		専門歯科の%	13.5%	6.0%	7.5%
合計	度数	52	200	252	
	専門歯科の%	100.0%	100.0%	100.0%	

N. S.

表8

専門歯科別にみた感染者の診療受け入れ意向

		度数	専門歯科		合計
			外科・麻酔系	その他	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	26	59	85	
		専門歯科の%	50.0%	29.4%	33.6%
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	24	118	142	
		専門歯科の%	46.2%	58.7%	56.1%
	ABC肝いずれかに 受入難あり	2	24	26	
		専門歯科の%	3.8%	11.9%	10.3%
合計	度数	52	201	253	
	専門歯科の%	100.0%	100.0%	100.0%	

P=0.011

表9 今後の感染者の受け入れについて、他院を紹介または断わるとされた理由

	専門歯科		合計
	外科・麻酔系	その他	
十分な消毒・滅菌が困難	17	95	112
(%)	32.7	47.3	44.3 *
スタッフの対応が不十分	13	75	88
(%)	25	37.3	34.8
医療者へ感染する可能性	12	46	58
(%)	23.1	22.9	22.9
他の患者に影響があると困る	13	68	81
(%)	25	33.8	32
自信が無い	4	50	54
(%)	7.7	24.9	21.3 **
総数	52	201	253
(%)	100	100	100

Fisherの直接確率(片側) *: P<0.05, **: p<0.001

表10 今後のウイルス性疾患の歯科受療についての歯科医師の考え

今後、ウイルス性疾患の感染者の歯科診療をどうすべきだと思いますか

			専門歯科		合計
			外科・麻酔系	その他	
今後診療	あらゆる歯科診療所で受け入れるべき	度数	25	45	70
		専門歯科の%	49.0%	22.7%	28.1%
	公的な医療機関が受け入れるべき	度数	16	74	90
		専門歯科の%	31.4%	37.4%	36.1%
	特定の専門医療機関を設置すべき	度数	4	45	49
		専門歯科の%	7.8%	22.7%	19.7%
	現状で対応できないのはやむを得ない	度数	2	16	18
		専門歯科の%	3.9%	8.1%	7.2%
	わからない	度数	4	18	22
		専門歯科の%	7.8%	9.1%	8.8%
合計		度数	51	198	249
		専門歯科の%	100.0%	100.0%	100.0%

P=0.003

表11 ユニバーサルプリコーションに関する歯科医師の認識

「ユニバーサルプリコーション」について

			専門歯科		合計
			外科・麻酔系	その他	
UNIVPREC	聞いたことがない	度数	29	130	159
		専門歯科の%	55.8%	66.3%	64.1%
	聞いたことはあるが正確な内容は不明	度数	8	33	41
		専門歯科の%	15.4%	16.8%	16.5%
	理解はしているつもり	度数	6	24	30
		専門歯科の%	11.5%	12.2%	12.1%
	実行している	度数	5	3	8
		専門歯科の%	9.6%	1.5%	3.2%
	わからない	度数	4	6	10
		専門歯科の%	7.7%	3.1%	4.0%
合計		度数	52	196	248
		専門歯科の%	100.0%	100.0%	100.0%

P=0.023

表12 スタンダードプリコーションに関する歯科医師の認識

「スタンダードプリコーション」について

			専門歯科		合計
			外科・麻酔系	その他	
STDPREC	聞いたことがない	度数	29	129	158
		専門歯科の%	55.8%	65.8%	63.7%
	聞いたことはあるが正確な内容は不明	度数	11	34	45
		専門歯科の%	21.2%	17.3%	18.1%
	理解はしているつもり	度数	6	24	30
		専門歯科の%	11.5%	12.2%	12.1%
	実行している	度数	2	3	5
		専門歯科の%	3.8%	1.5%	2.0%
	わからない	度数	4	6	10
		専門歯科の%	7.7%	3.1%	4.0%
合計		度数	52	196	248
		専門歯科の%	100.0%	100.0%	100.0%

N. S.

表13

ユニバーサルプリコーションへの理解別の感染者の歯科診療応召の意向

			ユニバーサル・プリコーションへの理解			合計
			十分な理解なし	理解はしている	実行している	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	度数	66	13	6	85
		ユニバーサル・プリコーションへの理解の%	30.7%	43.3%	75.0%	33.6%
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	度数	126	14	2	142
ユニバーサル・プリコーションへの理解の%		58.6%	46.7%	25.0%	56.1%	
	ABC肝いずれかに 受入難あり	度数	23	3		26
		ユニバーサル・プリコーションへの理解の%	10.7%	10.0%		10.3%
合計	度数	215	30	8	253	
	ユニバーサル・プリコーションへの理解の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

P=0.077.

表14

スタンダード・プリコーションへの理解別の感染者の歯科診療応召の意向

			スタンダード・プリコーションへの理解			合計
			十分な理解なし	理解はしている	実行している	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	度数	68	12	4	84
		スタンダード・プリコーションへの理解の%	31.9%	40.0%	80.0%	33.9%
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	度数	124	14	1	139
スタンダード・プリコーションへの理解の%		58.2%	46.7%	20.0%	56.0%	
	ABC肝いずれかに 受入難あり	度数	21	4		25
		スタンダード・プリコーションへの理解の%	9.9%	13.3%		10.1%
合計	度数	213	30	5	248	
	スタンダード・プリコーションへの理解の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

N. S.

表15

今後の感染者の歯科診療のあり方への認識別の感染者の診療応召への意向

			今後区分		合計
			特定機関	一般診療	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	度数	43	42	85
		今後区分の%	23.5%	60.0%	33.6%
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	度数	116	26	142
今後区分の%		63.4%	37.1%	56.1%	
	ABC肝いずれかに 受入難あり	度数	24	2	26
		今後区分の%	13.1%	2.9%	10.3%
合計	度数	183	70	253	
	今後区分の%	100.0%	100.0%	100.0%	

P=0.000

表16

歯科医師自身の感染防御体制別にみた感染者の診療受け入れ意向

			歯科医師の感染防護体制		合計
			マスク/手袋/ かみねいずれ か非装着	マスク/手袋/か みねともに装着	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	度数	13	72	85
		歯科医師の感染 防護体制の%	24.5%	36.0%	33.6%
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	度数	28	114	142
歯科医師の感染 防護体制の%		52.8%	57.0%	56.1%	
ABC肝いずれかに 受入難あり	度数	12	14	26	
	歯科医師の感染 防護体制の%	22.6%	7.0%	10.3%	
合計	度数	53	200	253	
	歯科医師の感染 防護体制の%	100.0%	100.0%	100.0%	

P=0.003

表17

歯科診療室の歯科衛生士(診療補助者)の感染防御体制別にみた感染者の診療受け入れ意向

			歯科衛生士の感染防護体制			合計
			マスク/手袋/ かみねいずれ か非装着	かみねのみ 非装着	マスク/手袋/か みねともに装着	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	度数	16	29	40	85
		歯科衛生士の感 染防護体制の%	33.3%	26.6%	41.7%	33.6%
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	度数	24	71	47	142
歯科衛生士の感 染防護体制の%		50.0%	65.1%	49.0%	56.1%	
ABC肝いずれかに 受入難あり	度数	8	9	9	26	
	歯科衛生士の感 染防護体制の%	16.7%	8.3%	9.4%	10.3%	
合計	度数	48	109	96	253	
	歯科衛生士の感 染防護体制の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

P=0.071

表18

歯科診療用ハンドピースの使用後の扱い別の歯科診療応召の意向

			ハンドピース		合計
			完全滅 菌、洗浄	滅菌、洗 浄未完全	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	度数	15	70	85
		ハンドピースの%	45.5%	31.8%	33.6%
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	度数	13	129	142
ハンドピースの%		39.4%	58.6%	56.1%	
ABC肝いずれかに 受入難あり	度数	5	21	26	
	ハンドピースの%	15.2%	9.5%	10.3%	
合計	度数	33	220	253	
	ハンドピースの%	100.0%	100.0%	100.0%	

N. S.

分布との関連をユニバーサル・プリコーションならびにスタンダード・プリコーションについての認識レベルと比較した。表 13 に示すとおり、ユニバーサル・プリコーションについての理解や実行のレベルに応じて、「HIV感染者の受入」の割合は、実行グループが75.0%、理解グループが43.3%、十分な理解なしのグループは30.7%というように差がみられた。

またスタンダード・プリコーションについても、実行グループが80.0%、理解グループが40.0%、十分な理解なしのグループは31.9%というように、「HIV感染者の受入」の割合に傾斜的な差異がみられた。(表 14)

今後のウイルス性疾患の感染者の歯科診療のあり方については、一般の歯科診療所が受け入れられるべきと回答した群においては60%がHIV感染者を受け入れる意向を表明しており、一方、公的な医療機関を含めて「特定の機関」における対処、「やむを得ない」、「わからない」などの回答群では総じて23.5%であった。肝炎ウイルス感染者の受入にも困難があるとする回答の割合は、逆に、一般の歯科診療所が受け入れられるべきと回答した群においては2.9%で、その他の13.1%との大差があり、これらの分布割合の差は統計的にも有意であった。

(表 15)

3. 感染防御体制と感染者の受け入れ

診療室における感染防御体制

診療中の手袋の使用について、常時使用している者は、歯科医師で42.3%、歯科衛生士など診療補助に従事する者で56.1%であった。92年の調査では、それぞれ歯科医師で19.3%、歯科衛生士など診療補助に従事する者で23.1%であったので、使用状況には大幅な変化が見られた。「あまり使わない」とする者の割合が、歯科医師では92年の23.9%から今回は13.8%へ、歯科衛生士の34.2%から14.2%へと減少した。

マスクの使用については、92年と今回を比較すると、常時使用している者の割合が、歯科医師で87.6%から92.1%、歯科衛生士など診療補助に従事する者で35.1%から64.0%へと増加しており、「あまり使わない」とする者が、歯科医師の5.1%から2.8%、歯科衛生士の28.6%から13.8%へと減少した。

診療中のメガネ使用については、近視鏡を含めて、歯科医師は何らかのプロテクターを使用している者がいずれの時期にも圧倒的で、「使っていない」とする者の割合は92年に9.9%、今回歯7.9%であった。歯科衛生士では、92年には73.1%、今回は58.9%がメガネを使っていないという回答であった。

診療中のマスク、手袋、メガネの使用について、処置内容に応じた使用を含めて、いずれについても使用しているという群のHIV感染者の診療受入意向は36%に見られたが、いずれかを 사용하지していない郡においては、受入意向のある者24.5%であった。逆に、いずれについても使用しているという群においては肝炎ウイルス感染者について受入に困難があるとする回答は7%で、いずれかを 사용하지していない郡の22.6%という割合との顕著な差がみられた。これらの分布の差は統計的にも有意であった。(表 16)

同様に、歯科衛生士の診療中のマスク、手袋、メガネの使用についてみても、いずれについても使用しているという群のHIV感染者の診療受入意向は41.7%であり、いずれかを 사용하지いない郡との大きな差がみられた。いずれについても使用しているという群においては肝炎ウイルス感染者について受入に困難があるとする回答は9.4%で、マスク、メガネのいずれかを 사용하지いない郡えが16.7%という割合であった。(表 17)

歯科診療器具の消毒等の現状

使用器具の使用後の取り扱いの現状について、エンジン用のカーバイト・バー、タービン用の

ダイヤモンド・バーは、「薬液で拭き所定の場に戻す」という回答がそれぞれ、15.5%、10.7%であり、「使用後は薬液に浸ける」という回答と合わせて、7割近くであった。一方、「使用する度に滅菌する」というのは、エンジン用のカーバイト・バーで32.58%、タービン用のダイヤモンド・バーで33.3%であり、92年調査ではそれぞれ9.8%、10.7%であった割合と比較すると、かなりの増加が認められる。

観血的な歯科診療である根管治療に用いられるリーマやファイルなどの針類の消毒については「薬液を浸した容器に入れておく」という回答が最も多かったが、92年調査の66.2%から今回は54.2%へと若干の減少がみられ、使用の度に滅菌するという回答は42.6%であった。

同様に、根管治療に用いるクレンザー針は「使い捨て」が45.6%で最も多く、92年調査の34.6%よりも増加し、使用の度に滅菌するという回答が21.8%であった。しかし、「薬液で拭き所定の場に戻す」あるいは「使用後は薬液に浸ける」という回答がそれぞれ3.9%、28.6%にみられた。

ブローチ針については、「使用後は薬液に浸ける」という回答が64.9%で最も多く、「薬液で拭き所定の場に戻す」という回答も5.2%にみられ、使用の度に滅菌するという回答は11.68%、「使い捨て」が18.3%であった。

交換や消毒のしにくい、エンジン用のハンドピース、タービン用のハンドピースについては「毎回、薬液で拭く」という回答がもっとも多く、それぞれ64.9%、65.1%であり、92年調査においても同様に60.3%、60.7%であった。「特に消毒はしない」という回答が5.2%、4.4%にみられ、「1日に1回程度は薬液で拭く」という回答が11.6%、9.1%で、「すべて、滅菌している」という回答は18.3%、21.4%であった。

麻酔のための注射針、薬液の取扱いについては、瓶容器の使用は皆無で、すべてがディスポ針を使用しているが、麻酔液のカートリッジを毎回交

換するという回答は94.8%であり、薬液がなくなればカートリッジ交換という回答が5.2%あった。

使用後の器具の扱いと感染者の診療受入意向

歯科診療用のハンドピースについて、エンジン用、タービン用ともに使用後には滅菌し、かつ使用前後のタービン空ふかしをしてチューブを洗浄すると回答しているのは全回答者の13%であったが、これらの群におけるHIV感染者の受け入れ意向は45.5%にみられ、統計的な有意差はみられないが、そのほかの群における31.8%との間に焼く14ポイントの格差が見られた。(表18)

観血的な歯科診療である根管治療に用いられるリーマ、ファイル、クレンザー、ブローチなどの針類、ならびにエンジン用、タービン用のバーについて使用後にはいずれも滅菌あるいは廃棄し、かつ麻酔に使用する薬液のカートリッジを使用のたびに交換、廃棄するという回答は、全回答者の15.8%であったが、これらの群におけるHIV感染者の受け入れ意向は47.5%にみられ、統計的な有意差はみられないが、そのほかの群における31.0%との間に16.6ポイントの格差が見られた。(表19)

ユニバーサル・プリコーションあるいはスタンダード・プリコーションについて、実行しているという回答が、3.2%あるいは2.0%であったこと、理解をふくめて認知している者の割合は、15.3%あるいは14.1%であったことを示した。

実際に感染者に使用した器具の取り扱いについて、通常とおりの滅菌、消毒の対処を行うという回答は9%であった(表20)。これらの群でHIV感染者を受け入れる意向を示している回答は21.7%で、区別して処理するという回答群よりも約13ポイント少ない割合であった。

診療中の白衣の種類については、首まで覆う白衣着用群で、HIV感染者の受入意向が34.5%、

表19

使用後の器具の処理別の感染者の歯科診療応召の意向

			使用後の器具消毒		合計
			針カートリッジ、 器具は破棄 または滅菌	使用器具の 一部は滅菌 せず使用あり	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	度数	19	66	85
		使用後の器具消毒の%	47.5%	31.0%	33.6%
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	度数	18	124	142
使用後の器具消毒の%		45.0%	58.2%	56.1%	
	ABC肝いずれかに 受入難あり	度数	3	23	26
		使用後の器具消毒の%	7.5%	10.8%	10.3%
合計	度数	40	213	253	
	使用後の器具消毒の%	100.0%	100.0%	100.0%	

N. S.

表20

感染者に使用した器具の扱い別の歯科診療応召の意向

			感染者に使用した器具の 扱い		合計
			通常とおり	区別して処理	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	度数	5	80	85
		感染者に使用した 器具の扱いの%	21.7%	34.8%	33.6%
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	度数	15	127	142
感染者に使用した 器具の扱いの%		65.2%	55.2%	56.1%	
	ABC肝いずれかに 受入難あり	度数	3	23	26
		感染者に使用した 器具の扱いの%	13.0%	10.0%	10.3%
合計	度数	23	230	253	
	感染者に使用した 器具の扱いの%	100.0%	100.0%	100.0%	

N. S.

表21

歯科医師の診療衣の形態別の感染者の歯科診療の応召意向

			診療衣医			合計
			首まで覆 う白衣	開襟の白衣	白衣着用せず	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	度数	79	5	1	85
		診療衣医の%	34.5%	21.7%	100.0%	33.6%
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	度数	130	12		142
診療衣医の%		56.8%	52.2%		56.1%	
	ABC肝いずれかに 受入難あり	度数	20	6		26
		診療衣医の%	8.7%	26.1%		10.3%
合計	度数	229	23	1	253	
	診療衣医の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

P=0.056

表22

歯科衛生士(歯科助手)の診療衣の形態別の感染者の歯科診療の応召意向

			診療衣			合計
			首まで覆う白衣	開襟の白衣	白衣着用せず	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	度数	71	10	1	82
		診療衣の%	35.0%	30.3%	20.0%	34.0%
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	度数	117	17	2	136
診療衣の%		57.6%	51.5%	40.0%	56.4%	
	ABC肝いずれかに 受入難あり	度数	15	6	2	23
		診療衣の%	7.4%	18.2%	40.0%	9.5%
合計		度数	203	33	5	241
		診療衣の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

P=0.053

表23

感染予防対策に関する院長の研修状況別にみた感染者の診療受け入れ意向

			院長研修			合計
			研修なし	自己研修	講習受講	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	度数	19	31	35	85
		院長研修の%	34.5%	33.3%	33.3%	33.6%
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	度数	24	53	65	142
院長研修の%		43.6%	57.0%	61.9%	56.1%	
	ABC肝いずれかに 受入難あり	度数	12	9	5	26
		院長研修の%	21.8%	9.7%	4.8%	10.3%
合計		度数	55	93	105	253
		院長研修の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

P=0.014

表24

感染予防に関する職員の研修状況別にみた感染者の診療受け入れ意向

			職員研修			合計
			院長が指示する	研修を奨励	講演会に参加	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	度数	60	16	9	85
		職員研修の%	34.1%	28.1%	45.0%	33.6%
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	度数	95	36	11	142
職員研修の%		54.0%	63.2%	55.0%	56.1%	
	ABC肝いずれかに 受入難あり	度数	21	5		26
		職員研修の%	11.9%	8.8%		10.3%
合計		度数	176	57	20	253
		職員研修の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

N.S

表25

受診者の感染予防に関する問合せの有無別にみた感染者の診療受け入れ意向

		度数	受診患者からの問合せの有無		合計
			感染について 問合せあり	問合せなし	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	20	65	85	
		受診患者からの問 合せの有無の%	32.3%	34.0%	33.6%
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	36	106	142	
		受診患者からの問 合せの有無の%	58.1%	55.5%	56.1%
	ABC肝いずれかに 受入難あり	6	20	26	
		受診患者からの問 合せの有無の%	9.7%	10.5%	10.3%
合計		62	191	253	
		受診患者からの問 合せの有無の%	100.0%	100.0%	100.0%

N. S.

表26

針刺し事故経験の有無と歯科診療応召の意向

		度数	針刺し回答			合計
			なし	職員にの みあり	院長が経験	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	47	38	85		
		針刺し回答の%	40.5%	28.8%	33.6%	
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	2	55	142		
		針刺し回答の%	40.0%	47.4%	64.4%	56.1%
	ABC肝いずれかに 受入難あり	3	14	26		
		針刺し回答の%	60.0%	12.1%	6.8%	10.3%
合計		5	116	253		
		針刺し回答の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

P=0.000

表27

歯科医師自身のB型肝炎ウイルスの状態別にみた感染者の歯科診療の応召意向

		度数	HB検医			合計
			不明あるいは検査時 点で陰性	抗体陽性	ワクチン接種	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	36	24	25	85	
		HB検医の%	37.1%	38.1%	26.9%	33.6%
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	53	32	57	142	
		HB検医の%	54.6%	50.8%	61.3%	56.1%
	ABC肝いずれかに 受入難あり	8	7	11	26	
		HB検医の%	8.2%	11.1%	11.8%	10.3%
合計		97	63	93	253	
		HB検医の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

N. S.

表28

最も勤続年数の長い歯科衛生士(歯科助手)のB型肝炎ウイルスの状態別にみた感染者の歯科診療の応召意向

			HB検衡			合計
			不明あるいは検査時点で陰性	抗体陽性	ワクチン接種	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	度数	52	1	32	85
		HB検衡の%	31.9%	16.7%	38.1%	33.6%
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	度数	94	3	45	142
HB検衡の%		57.7%	50.0%	53.6%	56.1%	
	ABC肝いずれかに 受入難あり	度数	17	2	7	26
		HB検衡の%	10.4%	33.3%	8.3%	10.3%
合計	度数	163	6	84	253	
	HB検衡の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

N. S.

表29 歯科医師の卒後年数別にみた感染者の診療受け入れ意向

			卒後年数			合計
			30年以上	25-29年	24年以下	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	度数	25	32	28	85
		卒後年数の%	48.1%	23.5%	43.1%	33.6%
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	度数	22	89	31	142
卒後年数の%		42.3%	65.4%	47.7%	56.1%	
	ABC肝いずれかに 受入難あり	度数	5	15	6	26
		卒後年数の%	9.6%	11.0%	9.2%	10.3%
合計	度数	52	136	65	253	
	卒後年数の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

P=0.07

表30

歯科診療所の歯科医師数別にみた感染者の診療受け入れ意向

			歯科医師数			合計
			一名	二名	三名以上	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	度数	45	23	17	85
		歯科医師数の%	31.7%	35.9%	36.2%	33.6%
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	度数	83	33	26	142
歯科医師数の%		58.5%	51.6%	55.3%	56.1%	
	ABC肝いずれかに 受入難あり	度数	14	8	4	26
		歯科医師数の%	9.9%	12.5%	8.5%	10.3%
合計	度数	142	64	47	253	
	歯科医師数の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

N. S.

開襟の白衣が 21.7%であった。なお、白衣を着用せず、は 1 名のみであったが HIV 感染者の受入意向ありという回答であった。(表 21)

また、歯科衛生士あるいは歯科助手の、診療中の白衣の種類についても、首まで覆う白衣着用群で、HIV 感染者の受入意向が 35%、開襟の白衣が 30.3%であった。なお、白衣を着用せず、は 1 名のみであったが HIV 感染者の受入意向ありという回答であった。(表 22)

以上の診療衣類と HIV 感染者の受入意向との関連については、必ずしも統計的に有意 ($P < 0.005$) ではないが、歯科医師、歯科補助者いずれについても首まで覆う白衣着用群では HIV 感染者受入れの割合が大きく、肝炎ウイルス感染者の受入困難の割合も小さい傾向が認められた。

4. 歯科医師の経験と感染者の受け入れ

研修の経験

感染防御に対する基本的姿勢を身に付けるには一定の研修、講習が必要である。つまり、感染予防対策に関する研修会への出席や講演会の参加状況が、診療姿勢にも影響することが考えられる。

感染予防対策に関する研修は、院長あるいは歯科医師については、「講習会に参加した」という回答が 41.5%、「出版物で自己研修をしている」が 36.8%であった。一方、職員の教育や研修については、研修や講習会への参加は 7.9%の回答に見られ、「院長が方針をたて指示する」とする回答が 69.6%であった。

感染予防対策に関する院長ならびに診療室の職員の研修会、講演会への参加状況と、感染者の歯科診療への応召姿勢との関連を分析した。

歯科医療従事者の感染予防対策の研修状況と診療の受け入れ姿勢を見ると、「HIV 感染者の受入」の割合はどのような研修経験においてもほとんど差異はみられなかったが、「HIV 感染

者の受入に困難がある」という群の中で、「ウイルス性肝炎についても受入に困難あり」とする者の割合が、講習受講経験ありの者では 4.5%であったが、「自己研修」では 9.7%、「研修なし」では 21.8%と、研修の経験があるほど、肝炎ウイルスの感染者にたいする受け入れの割合が高い傾向が見られた。この割合の差は有意であった。(表 23)

職員の研修のレベルについては、「講演会に参加」したことありと回答している群では、HIV 感染者を受け入れるとする割合が 45%と他の群よりも多く、肝炎ウイルス感染者の受け入れ困難とする者は皆無であり、統計的に有意ではないが、職員が講演に参加していることが診療室における感染者の受け入れについて積極的な傾向がみられた。(表 24)

受診者からの問い合わせ

感染予防について受診者からの問い合わせがあったとする回答は、全体の 24.5%であったが、問い合わせの有無と感染者の受入に関する回答の内容とは顕著な差はみられなかった。(表 25)

針刺し事故や抗体検査の経験

院長自身が針刺し事故の経験ありとする回答は 52%にあり、職員にもなしとする回答は 2%のみであった。感染者の受入意向との関連をみると、「HIV 感染者を受け入れる」とする回答の割合は「院長が経験」している群では 29%、「職員にのみあり」とする群では 41%であった。逆に、肝炎ウイルス感染者は受け入れるが HIV 感染者の受入困難」とする回答の割合は、「院長が経験」している群が「職員にのみあり」とする群よりも多かった。これらの割合の差は統計的にも有意であった。

(表 26)

歯科医師自身の HB 抗体の検査経験については、不明あるいは最近の検査までは陰性という回答が 38%で、歯科医師の 24.9% (92 年調査で

は 25.9%)が受動免疫であることが示され、ワクチン接種を含めると少なくとも 61.7% (92 年長さでは 67.5%) が抗体陽性であると推測された。これに対応する最も勤続年数の長い歯科医師衛生士あるいは助手の陽性率は 35.6%(92 年調査では 41.9%)であった。

HB 抗体の状態別にみた感染者の歯科診療受入意向をみると、歯科医師自身については、統計的に有意ではないものの、ワクチン接種の経験ありの群において HIV 感染者を受け入れるという回答の割合が最も低かった(表 27)。一方、歯科衛生士についてワクチン接種をしているという群においては、逆に HIV 感染者を受け入れるという回答の割合が最も高かった(表 28)。

歯科医師の経験年数

歯科医師の経験年数別に感染者の受け入れ意向をみると、卒後 30 年以上あるいは 24 年未満においては HIV 感染者の受入意向ありとする回答が 40%以上であったが、25-29 年の群においては 20%代であった(表 29)。

また、診療所の規模別に見ると、統計的に有意なレベルではないが、歯科医師数が増えるほど HIV 感染者受入意向のある回答の割合も大きかった(表 30)。

歯科診療台の設置数別にみると、台数が多くなるほど HIV 感染者受入意向のある回答の割合も大きく、肝炎ウイルス感染者の受入困難ありとする回答の割合が小さくなり、これらの分布の差は統計的にも有意であった。

(表 31)

回答者の立場について、歯科医療機関の開設者、勤務者別に感染者の受け入れ意向をみると、開設者では 30.5%が HIV 感染者を受け入れる意向を表明していたのに対し、勤務者では 59.3%が受け入れ意向有りとしており、逆に肝炎ウイルスの受け入れ意向については、解説者の 11.1%が困難と回答し、勤務者では 1 名 (3.7%) であった。これらの割合の差は統計的にも有意であっ

た。(表 32)

何らかの学会の所属については、所属の有無による応召意向に有意の差は認められなかった。

(表 33)

5. 感染予防ならびに本調査に対する意見や提案、要望の内容

調査票に自由記載として感染予防に関する意見、要望が記入された回答は 43 件にみられた。その主な内容を表 3 1 に列挙する。

感染防御体制については、「歯科界自ら、周囲から非難されることのない感染予防対策」とりわけ「一般の医院で可能な費用・実現できる」ガイドライン、「簡便で安価なマニュアル」の作成、周知徹底が指摘された。また、「感染者(保菌者)に対する指導等」についてもマニュアルも求められている。「使い捨て器具について、現状のような大量廃棄」に疑問も示された。

また、「感染予防対策にはコストと手間」がかかることから「保険点数の上で考慮」を求める声が多く寄せられた。「医療制度はもとより教育制度」の改善も指摘されている。

歯科医療従事者の認識としては、「C型肝炎」についての現状、ユニバーサルプリコーションについて、「歯科医の教育」が必要という指摘、「改善が行われるまで指導」という声も寄せられた。一方で、「最大限の予防対策が必要」という反面、「過剰な危機感」は「従業員雇用に差し支える」という実情も反映されている。

なお、「伝聞風評」「一般の人の理解」に危惧が示され、社会政策、差別や人権への配慮に関連して、「全ての感染症に対し、偏見無く対応できる対策」、「感染症を増やさない対策」、「患者さんの差別されない方法」を強く求める意見が示された。

表31

専門診療所の規模別にみた感染者の診療受け入れ意向

			診療規模			合計
			2台以下	3台	4台以上	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	度数	12	38	35	85
		診療規模の%	27.9%	30.2%	42.7%	33.9%
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	度数	22	77	42	141
診療規模の%		51.2%	61.1%	51.2%	56.2%	
	ABC肝いずれかに 受入難あり	度数	9	11	5	25
		診療規模の%	20.9%	8.7%	6.1%	10.0%
合計		度数	43	126	82	251
		診療規模の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

P=0.032

表 32

勤務者・開設者別にみた感染者の歯科診療の応召意向

			勤務開設		合計
			開設者	勤務者	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	度数	69	16	85
		勤務開設の%	30.5%	59.3%	33.6%
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	度数	132	10	142
勤務開設の%		58.4%	37.0%	56.1%	
	ABC肝いずれかに 受入難あり	度数	25	1	26
		勤務開設の%	11.1%	3.7%	10.3%
合計		度数	226	27	253
		勤務開設の%	100.0%	100.0%	100.0%

P=0.010

表 33

学会の会員資格有無別にみた感染者の歯科診療の応召意向

			学会なし		合計
			学会会員あり	特定学会なし	
診療 応召	HIV感染者受け入れ	度数	55	30	85
		学会なしの%	35.5%	30.6%	33.6%
	V肝受け入れるが HIV受入難あり	度数	82	60	142
学会なしの%		52.9%	61.2%	56.1%	
	ABC肝いずれかに 受入難あり	度数	18	8	26
		学会なしの%	11.6%	8.2%	10.3%
合計		度数	155	98	253
		学会なしの%	100.0%	100.0%	100.0%

N. S.

4. 考 察

1. 感染者の受け入れ状況とその背景

今回の調査において回収が得られた254件の回答の中で、今後のHIV感染者の歯科治療の受け入れ意向については、「原則として断わる」という回答が、92年の調査結果より約半減していたとはいえ、なお26%あり、実際にHIV感染者等の依頼に応じて歯科治療を手掛けたことがあるという回答がわずか数パーセントであったことに、HIV感染者の歯科診療の受け入れが極めて限られている現状が反映されている。

また、HIVに限らず、ウイルス性疾患の感染者にたいする今後の歯科診療のあり方に対する考えについても、「あらゆる歯科診療所が万全の対策をとるべき」という回答は、外科・麻酔系においても約5割、その他の一般歯科では2割強にとどまる。

米国においては、すでに1989年の報告で、過去1年以内にエイズあるいはARC（エイズ関連症候群）を発症した患者の治療経験を19%の歯科医師が有し、HIV感染者の歯科診療を受け入れる意向は68%の歯科医師が示している⁴⁾。わが国では、感染を自覚しているキャリアが少ないことを考慮にいれても、HIV感染者の歯科診療を受け入れる意向が30パーセント台にとどまることは、歯科医療側に特異的な背景があることが伺われる。

感染者の歯科治療の受け入れについて、「断わる」あるいは「他院を紹介」する理由として、最も多かった「消毒・滅菌が困難」に加え、「スタッフの対応が充分でない」、「他の患者の受診態度に影響する」、「医療者への感染の可能性」など、いずれも無視し得ない割合の回答があった。

米国の歯科医師会では「歯科医療従事者のためのエイズ対策の実際（第3版）」（1991）にて、「推奨されている感染防止対策が日常的に行わ

れていれば、歯科処置を介して感染症が伝播するリスクはほとんどないことが、今では科学的にも疫学的にも証明されている。適切な感染防止策をとれば、HIV感染患者が、個人の歯科医院において安全に治療を受けることが可能である。」と示しており⁵⁾、日本歯科医師会も「一般歯科診療 HIV 感染予防対策 Q&A（1997）で、「HIV は HBV 等に比べて感染力が弱いウイルスであり、HBV 感染予防の原則が正しく守られるならば HIV の感染予防は十分である。」として、「HIV 感染者・エイズ患者であるからといって、正当な事由とはならないので拒否できない。必要な感染に対する注意事項を遵守し、診療を遂行すべきである。」と明示している。しかも、「患者の門前払いが歯科医師として許されることではない」こと、「HIV 感染者を診療拒否することが、かえって歯科治療における感染の危険性を高めることに繋がる」と警告をしている⁶⁾。

上に述べられているように、HIVの感染力はきわめて弱く、それよりも遥かに感染力の強いB型肝炎に対処する対策がとられるならば、歯科診療において感染の機会は考えられない。したがって、「消毒・滅菌が困難」に加え、「スタッフの対応が充分でない」、「医療者への感染の可能性」については、いずれも正当な理由とはならないことを確認しておかねばならない。

通常の医療行為で感染しないことがわかっている感染症の患者の治療を医療技術者が拒否することはできない。しかも、ウイルス性疾患について医療機関が感染者を区別したり、その診療を忌避することは、感染予防としてはむしろ極めて危険な姿勢である。なぜなら、HIVにせよ、C型肝炎ウイルスにせよ、感染者のごく一部のみがその事実を自覚しているにすぎない。人口に対して数パーセントという、日本の抗体検査の実施状況からして、

わが国のHIV感染者数は報告されている値の数倍から10数倍であると推定される。仮にHIV感染者の数を数万人と推定すると、全国で

1日に数百人のHIV感染者が歯科医院を訪れており、歯科医師一人あたり平均して1年間に少なくとも1回以上は感染者の歯科治療を担当している可能性がある。その大半は、自らの感染状態に自覚がなく、しかも、感染後6~8週間とされる抗体検査が陰性の期間（ウィンドウピリオド）にこそ、感染力は最も強いのである。

上記の日本歯科医師会 Q&A には、「血液、唾液などは HIV や HBV に限らず、未知の病原体を含んでいる可能性が強く、さらに、すべての患者の感染状態を知ることは不可能であるため、常に慎重に取り扱う（universal precaution）ことが重要である」⁶⁾と記されているように、これらかの歯科診療室における感染防御のためには、保菌者を特定したり、特定の疾患だけを防御する特異的対策ではなく、「すべての患者が感染者」という仮定にたった予防策（ユニバーサル・プリコーション）をとり、肝炎ウイルスから HIV を含むあらゆる感染性疾患の防御を同様に行う非特異的な対策だけが、歯科診療室でとれる唯一の有効な感染予防策である。

しかしながら、本調査において、ユニバーサル・プリコーション、あるいはスタンダード・プリコーションについて、6割以上が「聞いたことがない」と回答し、ユニバーサル・プリコーションならびにスタンダード・プリコーションを実行、あるいは理解しているとの回答は十数パーセントであり、実際に感染者を「一般の患者と同様に対処する」という回答は数パーセントであった。ユニバーサル・プリコーションについての理解や実行のレベルに応じて、「HIV感染者の受入」の割合が段階的に変化すること、スタンダード・プリコーションについても同様に「実行」グループでは8割、「理解」グループで4割、「認識なし」のグループが約3割という傾斜的な傾向を示すことは、診療室における感染予防にたいする認識や姿勢が、感染者の受入と密接に関連していること、いいかえれば、感染者を不当に区別する背景には、診療室にお

ける感染予防対策の不備があることを示唆している。

2. 診療室における感染予防の現状

歯科診療における感染防御の基本とされる手袋、マスク、メガネの着用に関しては、92年時点よりも改善がみられるとはいえ、実施状況は決して十分とは言えない。特にメガネについては歯科衛生士の着用状況がかなり低かった。診療介助においても術者同様の感染機会があること、歯石除去などにおいては直接に血液に触れることもあり得ることから、歯科衛生士の教育ならびに就業における自覚、雇用者の指導性の発揮に注意を喚起することは重要である。

診療中の白衣の種類については、首まで覆う白衣着用群における HIV 感染者の受入意向は開襟白衣着用群よりも大きかった。歯科衛生士あるいは歯科助手の診療衣についても同様の傾向がみられ、また、観血的な根管治療に用いるリーマー、ファイル、クレンザー、ブローチ類や、にエンジン、タービン用バー、麻酔液カートリッジ等の取り扱いについても、滅菌・廃棄・交換などの対処を行っている群において HIV 感染者の受け入れ意向が高かった。このように、感染防御にたいする姿勢が受入状況に反映している可能性が示唆された。

歯科治療は、外科的な処置だけでなく、歯髄に直接ふれる根管治療や歯石除去、歯肉圧排、歯肉縁下の窩洞形成など、出血を伴う処置が多く、医療のあらゆる分野の中でも産科や外科同様に、血液を介して感染する疾患の感染機会が極めて多い分野である。したがって、口腔内の細菌や血液中のウイルス等による感染予防は、従来より基本的な課題であった。しかしながら、わが国では歯科診療の大部分が診療台をならべた大きな診療室で行われ、同時に多数の受診者を対象として処置が行われるのが通例で、歯科診療室においては、手術室において行われるよ

うな厳密な感染予防対策はとられず、比較的安易な姿勢を許してきた側面は否定できない。ただし、HIVについては、感染経路や感染力がきわめて限定されることから、手指や器具の水洗を中心とする消毒と、血液に曝露した器具の滅菌を実施すれば感染は十分に防げるが、むしろ、注意すべきは、感染力においてはるかに高いB型、C型肝炎ウイルスなどの対策である。わが国における肝炎ウイルス陽性者は数パーセントに上ると予測されるが、そのごく一部が自覚しているにすぎないという現状では、特定の感染者だけを対象とする特異的防御ではなく、あらゆる感染症を前提として、すべての患者に同等に予防的な対処をする非特異的な防御対策のみが、唯一、効果的な感染予防であることについて、十分な周知が諮られる必要がある。

3. 歯科医師固有の背景

歯科診療室における原則的な感染予防対策についての理解や認識、実際の対処姿勢と、感染者の受入れには密接な関連があることが、上記で明らかとなった。つまり、効果的な感染予防策を普及させることが、歯科診療室における従事者や患者の安全を確保すると同時に、感染者の口腔保健管理の向上につながるといえる。

今回の調査結果において、HIV感染者の受入だけでなくウイルス性肝炎についても「受入に困難あり」とする者の割合が、感染予防に関する歯科医師自身の「研修なし」という群では講習受講経験ありの群の5倍近くに達し、職員が後援会に参加しているところでは皆無であるにもかかわらず感染予防対策を「院長が指示する」というところでは12%にも同様に感染者の受け入れ困難が表明されているという状況は、十分な研修の機会を確保することが急務であることを示している。

感染者受入れ姿勢には、針刺し事故などの経験の度合いも関連していることが明らかとなっ

た。歯科医師自身が針刺し事故の経験ありとする回答は52%にあり、職員にもなしとする回答は2%のみであった。針刺し事故の経験は「なし」とする回答は2%にも満たない割合であったが、歯科医師が経験している群における「HIV感染者を受け入れる」とする回答の割合は他の職員のみが経験している群の約7割であったことにも、診療室における従事者の安全を諮ることが受診者の安全や健康管理を確保する上でも、極めて重要であることを示している。

HBV抗体の状況については、歯科医師の68%、歯科衛生士あるいは助手の36%が、ワクチン接種を受けたか検査で陽性であることを確認しており、HB感染については比較的に感心が高いと思われる。しかしながら、歯科医師自身がワクチン接種をしている場合、「HIV感染者を受け入れる」とする回答の割合はむしろ少ない傾向($P=0.056$)がみられた。ワクチンは術者を感染から守るが、当然ながら受診患者の感染防御とはならず、また現在のところ、C型肝炎はじめ他の感染症については実用が期待できず全く無効である。

歯科医療技術者の間で感染予防対策が重要な課題とうけとめられるようになったのは、劇症肝炎や慢性肝炎の原因となるウイルス、特に比較的治癒しにくいB型肝炎ウイルスに関する対策が話題となったときであるといえる。ところがウイルス性肝炎は、医療技術者にとっては切実な課題であったけれども、ワクチンの効果が明らかになり、それが普及するにつれて、感染に対する不安感も和らいできた。ウイルスが見いだされずワクチンの開発も望めないまま長らく非A非B型とされてきた肝炎の大部分がC型肝炎として抗体検査が可能となり、それが肝硬変や肝がんの主要な原因であると認識されるようになってからも、歯科医療従事者の間で十分に大きな関心をもたないまま今日に至っている。

自然治癒がほとんど臨めないC型肝炎その他

の未知の感染源からの歯科医療技術者の感染防御という観点からは、マスク、メガネ、ゴム手袋の着用、針刺し事故の防止など、あらゆる感染源に共通して効果的な対策の必要なことが、ここでも再確認されねばならない。

歯科医師の経験年数と感染者の受け入れ意向と関連では、卒後25-29年の群において、特に受け入れ意向が低い傾向が認められた。また、歯科診療台数などの診療所の規模が大きいほど、HIV感染者受け入れ意向も大きくなっている。さらに、医療機関の勤務者は開設者と比べるとHIV感染者を受け入れる意向を表明した割合が約2倍であった。このような歯科医師自身の固有の特性を、個々の例について変えることはできないが、今後の歯科診療室における感染予防策の普及、ひいては感染者の安全と口腔保健の確保のために、研修や理解の普及をはかる場合の重点的な対象を、今回の結果は、はからずも示唆しているといえるかもしれない。

4. 社会的な認識

今回の調査票に自由記載として記入された回答の中で、特に多くみられた意見は、一つには、感染防御体制について「歯科界自ら、周囲から非難されることのない感染予防対策」を普及させるため、「一般の医院で実現できる簡便なマニュアル」を作成し、周知をはかること、二つには、感染予防対策に見合うコストを保証するための保険診療上の配慮、三つ目には、実際には「伝聞風評」や差別、人権に関連して、積極的な社会教育と社会政策を求める意見であった。

すでに述べたように、HIVの感染力はきわめて弱く、それよりも遥かに感染力の強いB型肝炎に対処する対策がとられるならば、歯科診療において感染の機会は考えられない。それにもかかわらず肝炎よりもHIVの受け入れ状況が悪いのは、「消毒が困難」だけではなく、それに次ぐ理由として多く掲げられた「スタッフの

対応」や「他の受診者への影響」にあるのではないだろうか。それはとりもなおさず、HIV感染あるいはエイズという疾患に対する社会の反応を反映しているといえる。

人々の疾病にたいする不安は「得体の知れない恐ろしい病気」という隠喩として見るときに最も強くなるとされる⁷⁾。その病気に「未知」の部分があること、あるいは「無知」であることが、不安なり差別の根拠となることは、過去にペストや癩などの流行においてしばしば見られているが、さらにそれが感染による発病という着想を得ると、過度の恐怖を生み出すことがあり、それは、きわめて感染力の弱い病原体を病因とするハンセン氏病の場合などにもみられたことである⁸⁻¹⁰⁾。今回は設問に入れることができなかったが、すでに19種類の抗HIV薬が日本では活用され、HAART療法が普及している現在でもなお、HIV感染やエイズについては治療の方法が無いという誤った理解や、正確な情報よりも恐怖が先に広がったこと、社会的な少数者に特異的の性病であるという誤ったイメージなどが流布したことなども、今なお医療従事者や社会の反応に影響していると考えられる。しかし医療に関する専門家が不十分な知識をもとに、人々に不安を生じさせたり、健康の回復を遅らせることはあってはならない。

先に示した米国の歯科医師会の「歯科医療従事者のためのエイズ対策の実際（第3版）」(1991)においても、「HIVに感染しているからという理由で治療を拒否すると、重大な問題が生じる可能性がある」と警告し、その法的な根拠として、これまでの判例でも、「誰がHIVをもっている、誰がもっていないのか知る方法がないという事実とともに、常に感染防止措置を構ることが有効である」という学会の合意をもとに、医療従事者に治療を行う義務を負わせている。」ことがあげられている。さらに「自分が抗体陽性とわかって来院した患者や、感染しているのではないかと歯科医師が考える患者を追

い返すのは差別的である」と明記している5)。そして、キンバリー事件を契機として米国の歯科界が社会的な攻撃の矢面に立たされていた1992年に、米国歯科医師会雑誌の巻頭言では、「歯科医療が社会の信頼を維持するためには、立ちふさがる問題に憂慮するだけでなく、たえず先手を打つようにしなければならない。」と述べている¹¹⁾。また、いわゆる「エイズ・ヒステリー」に対抗する手段として、「マスコミが特に歯科医療をねらい打ちしている」ような状況にこそ、「あらゆる医療従事者、あらゆる医療関連業界、すべての患者、そして政策担当者が、こぞって感染にたいする戦線に参加しなければならない。」と、同号は述べられている¹²⁾。

健康に関する専門家の感染症に対する姿勢は、極めて強く一般社会の反応に影響する。もし、不正確な知識や不十分な認識にもとづき、歯科医師が歯科診療室における不適切な対応を進めるならば、それは受診者のみならず社会の偏見や感染者にたいする差別を作り出し、助長させることとなる。歯科医師はもはや感染者を区別できない状態で治療に従事しているが、他人の体液に触れる機会は歯科医療だけでなく日常的にも存在し得る。健康の専門家である医療従事者が診療室における自らの対応を見直し、適切な認識と姿勢を周りの従事者や受診者にも示すならば、医療者が社会の偏見を払拭する先頭に立つこととなり、社会的な信頼を回復することにも繋がる。

5. 今後の対策について

歯科医療におけるHIV感染予防対策という点から、歯科医療技術者の対応について、3点の課題がある。第一に、歯科医療従事者自身のエイズあるいはHIV感染症に関する認識や知識が、必ずしも住民のそれを越えるものではないという点である。1981年にはじめて報告され、3年後にウイルスが分離された比較的新しい疾

患であり、20年を経過した現在でも、一方では感染者あるいは感染の可能性に対する過敏な反応と、他方では疾患の重大性についての軽視という、両極端の反応を生み出す背景となっている。

第二には、歯科医療従事者を感染から守るだけでなく、受診患者への水平感染を予防する重大な責任が専門家としての歯科医療従事者にはあるが、感染力の極めて弱いHIV感染への過剰な警戒の一方で、遙かに感染力の強く、日常的に受診者があるウイルス性肝炎の感染可能性やその影響が軽視されている点である。

HIVの感染力はB型肝炎ウイルス(HBV)と比較すると極めて弱いことが明らかにさわれており¹³⁻¹⁵⁾、HBVが10-8mlの血液から感染する一方でHIVの検出は102/mlとされ、例えば血液1mlをプルー一杯の水で希釈してもHBVは感染力を保つ反面、同量の血液を1リットルのビールジョッキで1000倍に希釈すればHIVは感染力を失うとされている¹⁶⁾。致命率についても、慢性肝炎の67%、肝がんの83%に達する¹⁷⁾というC型肝炎ウイルス(HCV)感染は、効果的な対処がないまま数年以内に肝硬変や肝がんを発症して死に至る例が少なくないことを考慮すると、すでにHAART療法が確率してエイズ発症を抑える方法のあるHIV感染よりも重大な問題をはらんでいる。医療現場においてHIVに対する特異的な反応が、たとえば診療拒否のような形であらわれたり、B型肝炎ワクチンの接種を受けたという安心感から肝炎対策を軽視するならば、特定することのできない感染者に関する対策や他のウイルス感染の予防がなおざりにされ、なお危険な状態を呼ぶ可能性がある。

第三には、HIV感染者に接する場合に重要なのは、感染を拡大しないということよりも、免疫抵抗力が弱っている感染者、つまり、どのような疾患にある人よりも健康状態の変化について不安をもっている人々にたいして、できる

だけ健康状態を悪化させないように医療従事者がどのような援助ができるか、歯科治療においてはどうすれば最も侵襲が少なくできるかという配慮が求められる、という点である。HIV感染者は、免疫力が低下することによって、新たな疾患に感染する二重の被害者となる可能性をもっているからである。

いずれにしても医療側は十分な知識を持ち、あるいは知識を得る機会があり、かつ予防対策もとることができるが、受診者は全くの無防備な状況におかれている。健康にかかわる専門家として、歯科医療従事者は、人々の健康を守るための対策において指導的な役割をはたさねばならず、まして、歯科医療を通じて、感染が拡大するような可能性は極力とり除く義務がある。

6. まとめ

「21世紀は感染症の時代」というWHOの予測が不幸にも的中したかのように、SARSや鳥インフルエンザなど、これまでにない新興感染症や、一度は撲滅宣言をしたはずの天然痘の再興が懸念されるなど、感染症は新しい展開を示しつつある。医療現場においては、既知や未知の多くの感染症を媒介する可能性が多く、とりわけ観血処置が通常の治療行為として日常的に行われる歯科診療室においては、有病者や高齢者など全身抵抗力が弱い傾向の患者を含め、受診者間の感染防御への細大の配慮が必要とされている。

また、近年の人口高齢化や疾病構造の変化は、歯科医療の内容にも変容を促しつつあり、とりわけ有病者や高齢者の歯科診療において、全身管理の配慮がこれまで以上に必要となってきた。有病者や高齢者など、全身抵抗力が弱くなる傾向の患者に対しては、歯科診療室における感染防御にも細大の配慮が必要となる。

医療従事者は、患者の健康状態を悪化させないことに最大の注意を払う義務がある。抗生物

質が利用できるようになり、歯科治療はもはや命にかかわるものではないと思われるようになったが、それが、耐性菌の出現や菌交代現象に結びつく新世代の抗生物質を安易に利用することや、基本的な滅菌・消毒などの対処を怠ることがあってはならない。歯科診療を通じて術者から患者に体液を介した感染が生じるとは考えられないが、適切な予防対策を怠るならば、B型肝炎ウイルスはいうに及ばず、C型肝炎ウイルスやHIVについても、治療器具を通じて患者から患者への感染の可能性が生じることとは否定できない。歯科医療従事者は治療に努力を集中するだけでなく、院内感染を防ぐことにも十分な注意を払わなければならない。

院内の感染防護に使用されるディスパーザブルの手袋は石油化学製品の一つであり、紙タオルもまた貴重な資源をもとにつくられている。疾患を予防することだけが、医療従事者の感染の機会を無くし、地球環境と人々の健康維持をともにはかることができるのです。つまり、歯科疾患を予防することが最も根本的な歯科診療における感染予防対策である。

そして、最も根本的な対策は、歯科治療による侵襲をできるだけ回避するために、あらゆる人々を対象に歯科疾患の予防を実践することである。

E. 結論

歯科診療所の開設・勤務歯科医師を抽出して調査票を送付し、回収された254件の回答の分析から、HIV感染者の歯科診療所における受入れ状況ならびにその阻害要因について、以下の点が明らかになった。

- 1) HIV感染者を治療した経験があるという回答は、全体の4.4%、外科・麻酔系の歯科医師の11.6%であった。
- 2) 今後のHIV感染者の受け入れについて、「一般の患者と同様に対処する」という回