

近畿 稲葉 修 国立病院大阪医療センター
 連 利隆 大阪市立総合医療センター
 前田憲昭 医療法人皓歯会
 溝部潤子 医療法人皓歯会

中四国 吉野 宏 広島大学

九州 樋口勝規 九州大学

欠席 山口 泰 国立仙台病院

1：分担研究者 池田正一先生
 ご挨拶と出席者紹介

2：主任研究者 木村 哲先生
 ご挨拶
 3年で評価を行い、必要な研究はさらに2年間
 継続していく。

3：討議 活動内容
 各ブロックの活動予定
 拠点病院の歯科の活動実態調査を行い、診療活動
 を制限している要因を明らかにする。アンケート案
 作成の中心に、樋口先生が選出された。
 事業としての性格よりも研究班の性格を前面に出す。
 外国人の講師招聘 CDCの感染対策基準の改定
 に注目する。
 患者向け口腔衛生資料の作成
 ラッピング等の理解を得るためのパンフレットの
 作成

【第2回班会議】
 平成16年1月10日13:00～16:00 東京歯科大学水
 道橋病院(東京)
 出席者名簿(敬称 略)
 分担研究者
 池田正一 神奈川県立こども医療センター
 ブロック代表
 北海道 杉浦千尋 北海道大学
 東北 山口 泰 国立仙台病院
 関東 柿澤 卓 東京歯科大学
 田上 正 国立国際医療センター
 高木律夫 新潟大学
 東海 玉城廣保 国立名古屋病院
 宇佐美雄司 荻谷総合病院
 北陸 宮田 勝 石川県立中央病院
 近畿 稲葉 修 国立病院大阪医療センター
 連 利隆 大阪市立総合医療センター
 前田憲昭 医療法人皓歯会
 溝部潤子 医療法人皓歯会
 中四国 吉野 宏 広島大学

九州 樋口勝規 九州大学

活動報告

- 1：拠点病院アンケート調査の結果
- 2：CDCの新しい感染対策基準の内容について
- 3：エイズ学会におけるワークショップの報告
- 4：口腔症状写真集について

次年度活動計画

- 1：新規研究案
- 2：学会活動

ブロック報告

東北 山口先生 歯科部門12月7日発表した
 関東 高木先生 マイケルグリック先生講演
 アンケート集計をまとめている(医学部対象)今年度中に発
 表する

東京 田上先生 研修の受け入れ
 柿澤先生 研修会 東医歯大、日大、東歯大
 懇話会 東京都の医療従事者対象
 立ち上がったので、拠点病院
 の担当者会議と研修会

北海道 杉浦先生 アンケート調査 情報がな
 いという回答が多かったの
 で、県の学術担当者とは相談し
 て、冊子(池田先生著マニユ
 アル)を県へ持参して資料提
 供したい

北陸 宮田先生 別紙参照

近畿 前田先生 AIDS学会 関西カンファレンス
 ラッピング
 クリーブランド先生講演会

九州 樋口先生 2月AIDS看護職員研修会
 3月ネットワーク九州 地域
 医療研修 歯科担当
 母子感染
 アンケート
 講演会(樋口先生)

2. 平成15年度厚生労働省エイズ対策研究事業
 HIV感染症の歯科医療に関する研究、研究会

開催日時 平成16年1月11日(日)
 開催場所 東京歯科大学水道橋病院血脇ホール
 プログラム

9:00 受付および会場アンケート調査

- 9:30 開会
HIV 感染症の歯科医療に関する研究班研究成果報告
分担研究者 池田正一
- 9:45 池田正一班報告 I 座長 池田正一
全国エイズ拠点病院活動現状アンケート調査結果
○池田正一、前田憲昭、杉浦千尋、山口泰、柿澤 卓、小森康雄、玉城廣保、宮田勝、樋口勝規
- 10:30 教育講演 座長 池田正一
「HIV/AIDS 治療の最前線」
講師 木村 哲
HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究班主任研究者
国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター長
- 11:30 日本 HIV 歯科医療研究会総会
- 12:00 昼食
- 13:00 池田正一班報告 II 座長 前田憲昭
平成 15 年度日本歯科医師会生涯研修セミナー出席者アンケート調査結果
医療法人社団皓歯会¹
日本歯科医師会生涯研修セミナー講師²
○的野 慶¹、前田憲昭^{1,2}、池田正一²、小森康雄²、中久木一乗²
- 13:20 一般演題
座長 樋口勝規
1. 問診からみた C 型肝炎の実態
国立名古屋病院歯科口腔外科
○玉城廣保
 2. 拠点病院歯科外来における C 型肝炎対策について
国立仙台病院歯科・口腔外科
○山口 泰
 3. 口蓋部小潰瘍から腐骨を生じた AIDS 患者の 1 例
国立九州医療センター歯科口腔外科
九州大学病院口腔総合診療科¹
○吉川博政、樋口 崇、坂本慶一郎、吉田将律、樋口勝規¹
 4. 小児 HIV 感染症患者にみられた多発性白板症の 1 例
大阪市立総合医療センター口腔外科
○黒田 卓、大石健三、佐野寿哉、連 利隆
座長 宮田 勝
5. 北海道における HIV 感染者の歯科受診の現状
札幌医科大学口腔外科講座
○巢山 達
6. HIV 感染者に対する歯科医療の実状
琉球大学医学部付属病院歯科口腔外科¹
琉球大学医学部付属病院第一内科²
琉球大学医学部付属病院感染対策室 ICN³
○牧志祥子¹、仲盛健治¹、新垣敬一¹、砂川元¹、健山正男²、
斉藤 厚²、佐久川廣美³
7. HIV 感染者の歯科受診の現状とニーズ～拠点病院 HIV 患者と土浦市歯科医師会のアンケートから～
東京医科大学霞ヶ浦病院歯科口腔外科¹
東京医科大学霞ヶ浦病院感染症科²
東京医科大学医学部口腔外科³
○富永 燦^{1,3}、中島仁一¹、高森基史¹、大石 毅²、小森康雄³、千葉博茂³
8. 当科における HIV/AIDS 患者に対する歯科診療の実態と歯科の役割
大阪市立総合医療センター口腔外科
○連 利隆、大石健三、黒田 卓、佐野寿哉
9. 長野赤十字病院における HIV 感染患者の諸歯科治療の現状
長野赤十字病院口腔外科
○長田美香、五島秀樹、北島晴比古
座長 高木律男
10. HIV 歯科診療の卒後教育
東京医科歯科大学歯学部附属病院感染対策歯科治療部
○松本宏之
11. 歯科医療従事者の教育現場における HIV 感染予防啓発活動への試み
大阪短期大学付属歯科衛生士学校
○福田昌代
12. 米国における HIV 感染者歯科治療の現状
神奈川県立こども医療センター
○池田健太郎
- 15:20 休憩
- 15:30 特別講演(同時通訳) 座長 池田正一
「米国 CDC による院内感染予防の新基準」
講師 Dr.J.L.Cleveland
Dental Officer, Division of Oral Health, CDC, USA
- 17:00 終了

抄録

教育講演

「HIV/AIDS 治療の最前線」

講師 木村 哲

HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究班主任研究者
国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター長

HIV 治療の最前線

HIV の由来

HIV 感染症は初め原因不明の後天性免疫不全症候群として 1981 年に MMWR や N Engl J Med に報告されたが、その原因がそれまで知られていなかった新しいレトロウイルスによるものであることが、1983 年から 84 年にかけて Montagnier ら、Gallo ら、Levy らのグループによって明らかにされた。その後このレトロウイルスは HIV と名付けられたが、1986 年に西アフリカの患者から更に新種の HIV が見つかると、先のが HIV-1、新しいものが HIV-2 と呼ばれるようになった。世界で猛威をふるっているのは HIV-1 である。

HIV-1 は 1930 年頃中央アフリカのチンパンジーに感染していた SIVcpz が変異してヒトリンパ球に親和性が強くなったものであり、HIV-2 は同じ頃、西アフリカのスーティマンガベいの SIVsmn から変異したものと推定されている。

現在までに約 7,000 万人に感染し、その内 2,800 万人がエイズで亡くなっている。いわゆる新興感染症の中で最も被害が大きい。サハラ以南のアフリカ

諸国で最も感染者が多く、国民の 30% 前後が感染している国もいくつかあり、国民の平均寿命が 10～20 年短くなった国も少なくない。アジアでは最近タイで制圧効果が表れ新規感染はピークを越えたが、中国南部や、インド、ミャンマーなどで急速に拡大している。中国では 2003 年現在で 100 万人の感染者があり、2010 年までに 1,000 万人に達すると推定されている。アジアは人口が多いので、感染者数でアフリカを抜くのは時間の問題と考えられている。

先進国の多くは新規感染者数が頭打ちとなってきているが、日本は先進国でありながら、依然として増え続けており、対策の見直しが迫られている。

抗レトロウイルス薬の承認状況 (表 1)

日本における抗レトロウイルス薬承認の歴史は 1987 年の AZT の承認から始まる。AZT に代表される核酸系逆転写酵素阻害薬では、その後 ddI、ddC、d4T、3TC、ABC が承認されている。最近テノホビル (TDF) の申請がなされた。順調に進めば今年中に承認される可能性がある。1 日 1 回の服用で済むなどの利点がある。非核酸系の逆転写酵素阻害薬では 1998 年のネビラピンに始まり、デラビルジン、エファビレンツの 3 者が承認されている。これらの中ではエファビレンツの効果が最も安定しており確実であるが、催奇形性があるので妊娠初期には使用できない。プロテアーゼ阻害薬ではサキナビルが 1997 年に承認されて以来、リトナビル、インジナビル、ネルフィナビル、アンプレナビルなどが次々と使用可能となり、2000 年 12 月にロピナビル (リトナビルとの合剤) が承認され、また 2003 年 12 月にはア

| 逆転写酵素阻害薬 | | プロテアーゼ阻害薬 |
|----------|-------------|---------------|
| 核酸系 | 非核酸系 | |
| ZDV | Nevirapine | Saquinavir |
| ddI | Delavirdine | Ritonavir |
| ddC | Efavirenz | Indinavir |
| d4T | | Nelfinavir |
| 3TC | | Amprenavir |
| Combivir | | Lopinavir/RTV |
| Abacavir | | Atazanavir |
| TDF(申請中) | | (2004.01 現在) |

表 1 抗 HIV 薬の開発状況

タザナビルが承認された。ロピナビルは作用が強力で副作用が少なく、耐性も比較的できにくいので使われる頻度が高くなってきている。アタザナビルは承認されたばかりであるが、ほかのプロテアーゼ阻害薬と異なり、脂質代謝に対する副作用が少なく、1日1回の服用で済むなどの利点を持っているので、今後使用が伸びるのではないかと予想される。

初回治療の重要性

HIVは変異しやすく、抗レトロウイルス薬単剤による治療は勿論のこと、2剤併用でも効果が不十分で耐性ウイルスができてしまうので、3剤以上の薬を併用すべきである。その基本形は核酸系逆転写酵素阻害薬2剤にプロテアーゼ阻害薬1剤（±リトナビル）、またはエファビレンツ（非核酸系逆転写酵素阻害薬）を加え3剤を用いる処方、これがいわゆるHAART（highly active antiretroviral therapy）である。リトナビルは元来プロテアーゼ阻害薬であったが、他のプロテアーゼ阻害薬の代謝を阻害し、血中濃度を高くする作用があることから、治療量より少ない量で他剤のブースター薬として盛んに併用されるようになってきた。これにより、もう一方のプロテアーゼ阻害薬の服用個数を減らしたり、服用回数も減らすことができるなどのメリットがある。HAARTによりエイズによる死亡が激減し、またエイズを発症する例も激減した。HAARTにより血中HIV濃度は測定感度以下になり、減っていたCD4陽性リンパ球数は徐々に回復する。日和見感染症も殆ど見られなくなるが、これらの効果を維持させるためには十分な服薬アドヒアランスを確保することが大切で、アドヒアランスが悪いと薬剤耐性ウイルスが出現してしまう。

一旦、耐性ウイルスが出現すると、そのウイルスは同系統の薬剤に対して交差耐性を示すため、その後のHAARTには余り効果が期待できない。このことから医療提供者は、初回の治療に全力投球すべきで、初回治療が継続できるよう、患者のライフスタイルを理解し、できるだけ飲み易く継続可能な、患者に合った薬剤を選択する必要がある。

新しいHAARTの組み合わせ

昨年の夏までは図1のような組み合わせが推奨されていたが、これでは選択の幅が広過ぎて、どれを組み合わせるべきか、迷うことが多かった。昨年7月と11月にDHHSから新しいガイドラインが発表

された。それによると初回治療としては図1から、核酸系逆転写酵素阻害薬ではddIとddI+3TCが消え、プロテアーゼ阻害薬ではロピナビル+リトナビル（カレトラ）を除く全てが消えた（図2）。これにより、初回治療の選択がエファビレンツを使う場合を含めても4種類に絞られたので大変楽になった。しかし、全ての選択肢に3TCが含まれているなど疑問点もあり、再改定される可能性が高い。現在の推奨としてはAZTまたはd4T+3TC+ロピナビル/リトナビル（表2）あるいはAZTまたはd4T+3TC+エファビレンツ（表3）が第一選択とされる。

HAART開始のタイミング

HAARTが可能となる迄（1995年以前）は“Hit（HIV）early and hard”が臨床家の合言葉であったが、余り早く始めると耐性ウイルスが出るのもその分早くなり、いよいよCD4陽性リンパ球数が低下してしまった時に使える薬が残っていないと言う事態に陥る心配があること、逆にCD4が200/μL程度まで下がっても、HAARTを始めるとCD4数が増加し、免疫力が回復することなどが判明したことなどから、治療は慌てることなく、CD4陽性リンパ球数が200/μL前後となってから始めるのが良いと考えられるようになった。現在、200/μL以下ではHAART開始、200～350/μLではHAARTを考慮、350/μL以上では経過観察が標準的である。

1日1回投与法への流れ

従来の抗レトロウイルス薬は剤型が大きく飲みづらいものが多い上、1日3回服用とか、1日の服用個数が1剤で16カプセルとか18カプセル、12カプセル、10錠と言うものが多かった。これを3剤、4剤服用することは容易ではない。

この点を改善するためにリトナビルとの併用が行われるようになったと共に、1日2回投与、更には1回投与への試みが進められ、従来のエファビレンツやddI+ECに加え、3TC、d4Tの1日1回投与法の有効性も確認され、ABCもその仲間入りをする事になりそうである。更にアタザナビルやテノホビルなど1日1回の新薬が登場してきた（表4）。

このようにHAARTの内容が大きく変わってきたが、HAARTが今後克服しなければならない課題として、耐性HIV出現の阻止、副作用の低減、免疫再構築症候群の防止の3点が挙げられる。

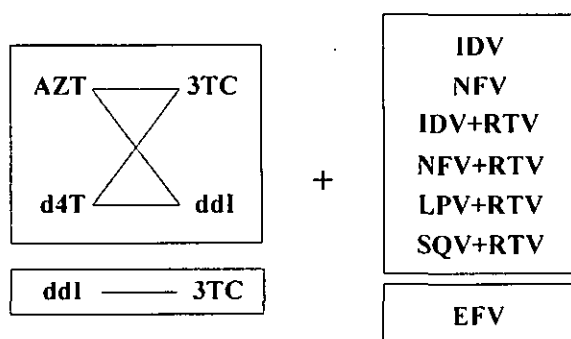


図1. 抗 HIV 薬の組み合わせ
従来の HAART

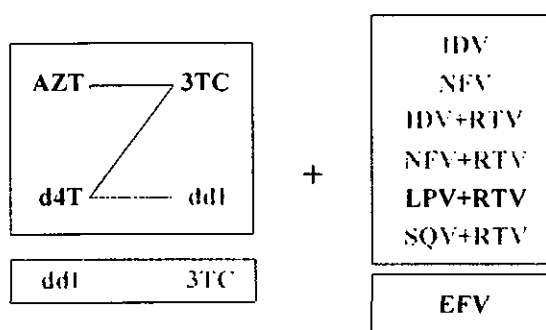


図2. 抗 HIV 薬の組み合わせ
新しい HAART

表2. 新しい初回療法の組合せ (1)

NNRTI(1剤)+NRTI(2剤)

| | 1 | 2 | 3 |
|----|------------|------------|--------------------------|
| 推奨 | EFV | 3TC | AZT or d4T or TDF |
| 代替 | EFV NVP | 3TC 3TC | ddI AZT or d4T or ddI |

表3. 新しい初回療法の組合せ (2)

PI(±RTV)+NRTI(2剤)

| | 1 | 2 | 3 |
|----|---|---------------------------------|--|
| 推奨 | LPV/RTV | 3TC | AZT or d4T |
| 代替 | APV+RTV IDV±RTV NFV SQV+RTV ATZ | 3TC 3TC 3TC 3TC 3TC | AZT or d4T AZT or d4T AZT or d4T AZT or d4T AZT or d4T |

表4. 抗 HIV 薬の服薬回数

| 薬剤名 | 1日の服薬回数 | 薬剤名 | 1日の服薬回数 |
|--------|---------|-------|---------|
| 3TC | 1~2 | EFV | 1 |
| AZT | 2~3 | NVP | 2(食後) |
| d4T | 2 | DLV | 3 |
| d4T-QD | 1 | LPV/r | 2 |
| ddI | 2(食間) | IDV | 3(空腹) |
| ddI-EC | 1(食間) | NFV | 2~3(食後) |
| ddC | 3 | APV | 2 |
| ABC | 2 | ATV | 1(食直後) |
| TDF | 1 | SQV | 3(食後) |
| コンビビル | 2 | RTV | 2(食後) |

一般演題

1. 問診からみた C 型肝炎の実態

国立名古屋病院歯科口腔外科
○玉城廣保

われわれはさきに、平成 14 年度国立病院・療養所共同研究として、「国立病院歯科における C 型肝炎対策」という研究課題に取り組んできた。今回私は「問診からみた C 型肝炎の実態」というテーマで、C 型肝炎の既往を有する患者が新来患者のうち、どの程度占めていたかを調査した。

対象患者は国立名古屋病院歯科口腔外科を受診した新来患者で、調査期間は 1998 年 4 月 1 日から 2003 年 3 月 31 日までの 5 年間である。過去 5 年間の新来患者総数は 6446 人であった。対象患者を受診経路別で見ると、一般新来患者が 4552 人、副科依頼の他科入院患者が 1894 人であった。男女別では、男性が 2879 人、女性が 3567 人で、やや女性が多かった。

年平均の新来患者数は 1289 人であった。感染症の既往があった新来患者数は 241 人で、経路別では他科入院患者が 131 人、一般新来患者は 110 人であった。男女別では、感染症患者数は男性が 152 人と多く、女性は 89 人であった。年齢的には 60 代、70 代に多くみられ、両年代を合算すると、全体の約半数（48%）を占めていた。感染症患者の既往歴として多かったのは、肝疾患（64 例）、血液疾患（48 例）などであった。感染症（複数カウント）は 245 例みられた。その内訳をみると、肝炎が 157 例と多く、全体の 64% を占めていた。その他 HIV が 51 例、梅毒 22 例、MRSA が 11 例などであった。肝炎の型では、C 型肝炎が 125 例と最も多く、肝炎全体の約 8 割を占めていた。C 型肝炎患者を受診経路別で見ると、他科入院患者が 79 人と多く、一般新来患者は 46 人であった。男女別では、男性が 73 人、女性が 52 人で、やや男性に多くみられた。C 型肝炎患者の年齢分布は、感染症患者のそれとほぼ同様の傾向を示し、60 代と 70 代の合計が全体の 65% を占めていた。歯科疾患別分類で見ると、C 型肝炎患者の歯科疾患はいわゆる歯科疾患が 106 例と圧倒的に多く、85% を占めていた。その他口腔外科的疾

患が 19 例みられた。歯科疾患の病名として、う歯、歯周炎、歯根膜炎、義歯不適合などが多かった。口腔外科的疾患の病名としては、炎症、粘膜疾患、顎関節症などがみられた。悪性腫瘍が 1 例みられ、これは多発性骨髄腫であった。

まとめ

- 1) C 型肝炎患者の新来患者総数に占める割合は 1.9% であった。性別では、男性が 73 人、女性が 52 人であった。年齢的には 60～70 代の高齢者が多かった。
- 2) C 型肝炎患者では基礎疾患に肝疾患を有する患者（48 人）が多かった。
- 3) C 型肝炎患者の歯科疾患別分類をみると、う歯や歯周炎、欠損や不適合など、いわゆる歯科疾患（106 人、84.8%）が多かった。
- 4) C 型肝炎患者の歯科疾患別分類のうち、口腔外科的疾患の占める割合は 15.2% であった。

2. 拠点病院歯科外来における C 型肝炎対策について

国立仙台病院歯科・口腔外科
○山口 泰

研究目的

前回、平成 12・13 年全国 7 国立エイズ拠点病院を対象として調査し、安全に HIV 歯科治療が進行していることを報告した。しかし、少数の厳密な感染対策が、一般歯科治療の際にどのような影響を与えたかについて把握する事は重要であり、また社会的にも、歯科治療時の C 型肝炎の感染防御が十分でないという批判もあった。このため平成 14 年度に全国 7 つの国立拠点病院で C 型肝炎対策のアンケート調査を行い、検討を加えたので報告する。

結果：歯科外来における 7 病院の感染者は、C 型肝炎患者は最高 11.0% で平均 4.1%、B 型肝炎は最高で 3.7% 平均 1.0%、HIV 感染者は最高で 2.7% 平均 0.9% と殆どどの病院で、C 型肝炎の患者が多かった。

ついで各病院から 10 名以上の C 型肝炎患者の記録を集め、114 名の臨床統計を行った。この結果、患者は高齢者が多く平均 62.7 歳であった。受診理由は歯科治療 50.1%、口腔外科疾患 30.0%、歯周疾

患 9.1%、粘膜疾患 5.5%、その他 4.6%であった。口腔症状は無症状 81.3%、歯肉出血 12.5%、粘膜病変 5.3%であった。感染原因は手術、輸血で 66.7%、親族から感染を含めると 76.7%の原因が特定された。残りは不明であった。しかし原因となった処置から抗体陽性変化するまでは、同年が 27.3%、5年以内が 31.8%で半数を超えたが、それから徐々に増加していた。可能性のある理由として、針治療（1例）があったが歯科治療はなかった。

次に、調査項目は「(HIV/AIDS) 歯科診療における院内感染予防の実際」にある項目から 20項目を選択し、全国 7つの拠点病院と東北地区の 12の拠点病院の比較をした。手袋は患者ごとに 100%交換されていた。いずれの病院群でも完全に外来において感染防御がなされているところはなく、どちらの群も優劣はつけられなかった。消毒方法などでは、超音波や、薬液消毒、オートクレーブなど、それぞれ組み合わせて行われていた。また、逆流防止弁が装備されていない所が半数にみられた。回転切削用のハンドピース類の問題はコストがかかるためになかなか進展していない様子が見られた。

まとめ

1. 歯科外来の感染症患者は、C型肝炎患者が多く平均 4.1%であった。
2. C型肝炎の患者は高齢者が多く、しかも無症状の患者が多く、歯科治療を希望していた。
3. C型肝炎患者の治療の際には感染対策に配慮しなければならず、妨げとなった。
4. 5年以上してからC型肝炎抗体が陽性になる症例もあった。針治療をうけ感染した可能性があるという患者はいたが、歯科治療ではいなかった。
5. 全国 7つの国立拠点病院と、東北の 12の拠点病院を比較したが優劣はつけがたかった。感染対策に配慮した施設が次第に、全国に配置されつつあることがわかった。

以上から、今後とも、色々な取り組みを視野に入れて積極的に感染対策に努めることが大切であると考えられた。

3. 口蓋部小潰瘍から腐骨を生じた AIDS 患者の 1例

国立九州医療センター 歯科口腔外科¹⁾
九州大学病院 口腔総合診療科²⁾

○吉川博政¹⁾、樋口崇¹⁾、坂本慶一郎¹⁾、吉田将律¹⁾、樋口勝規²⁾

我々は、口蓋部の小潰瘍から腐骨を生じた AIDS 患者の 1例を経験したので治療経過について報告した。

患者は 31 歳女性。血友病 B の夫からの 2 次感染者で 1992 年に告知を受けている。94 年に AZT、97 年に AZT + 3TC、97 年に d4T + EFV + RTV + NFV の投与を受けていたが、心身症、過敏性腸炎、飲酒などにより服用が継続できず投与は中止されていた。それ以降本人の希望で HIV の治療は受けていない。当院感染症内科にて定期的に経過観察中であつたが、2003 年 2 月以降受診しなくなった。5 月頃から口腔、食道にカンジダが出現、疼痛のため経口摂取が不良となり、近医にて抗真菌剤の投与を受け症状は改善したが、全身管理のため感染症内科に 5 月 26 日入院となり、口腔内精査目的にて 5 月 29 日当科を受診した。全身所見は胸部、腹部、四肢に特記所見はなかったが、食事量が少なく、下痢が継続し、全身倦怠感が見られた。口腔内所見は口腔内の清掃状態はきわめて良好であった。右上 6 番口蓋粘膜に周囲に発赤を伴う、直径 5 mm 程度の骨の露出が認められた。口腔粘膜は全体的に萎縮しており、両側頬粘膜にはメラニン色素の沈着が見られた。当科受診時には明らかなカンジダ病変は認められなかった。入院時の血液検査所見では、貧血が認められ、アルブミンの低下、脱水に伴うクレアチニン、BUN(血液尿素窒素)の上昇がみられ CCr は 29.9ml を示していた。また、CRP は陰性であったが、血沈値の亢進が見られ、カンジダ感染を示す β -D グルカンは 9.7pg と正常範囲であった。HIV 関連所見は、CD4 実数は 2 であり、HIV 核酸量は 3 万を示していた。〈処置および経過〉すでに内科にて抗真菌剤の全身投与が行われていたため、当科では骨露出部への刺激防止、さらに抗真菌剤の局所への保持を目的にセルロイド製の口蓋床を作製した。入院 5 日目より発熱が出現、 β -D グルカンの上昇が認められたため抗真菌剤の増量が行われたが、露出骨は脱落し、新たな骨の露出は見られなかった。さらに局所への抗真菌剤の塗布を指示し経過をみる予定であったが、患者の希望で入院 15 日目に内科退院となった。その後、外来にて 6 月 16 日より d4T + ABC + 3TC による HAART 療法が再開された。しかし、7 月より口蓋部にカンジダが出現、ファンギゾンによる洗

口を自分で行っていたが、症状の改善を認めないため、7月7日当科を再来した。前回の右口蓋粘膜の腐骨形成部位は完全に上皮化していたが、口蓋正中中部切歯乳頭後方の口蓋粘膜に偽膜性カンジダが認められた。再度、口蓋床に抗真菌剤としてフロリドゲルを塗布し使用するよう指示し、使用後11日目にはカンジダは消失していた。口腔カンジダ症は、その治療の基本は抗真菌剤の外用(含嗽)による。しかし、エイズ患者のように全身の細胞性免疫能が低下すると、抗カンジダ菌能も低下し、カンジダ菌の増殖を許し、深在性カンジダ症に移行することも多く、カンジダ菌の産生するタンパク分解酵素など生物活性物質により、粘膜の虚血状態が長く続くと、骨の露出を起こすことが推測される。深在性の場合、外用では不十分なこともあり、内服薬の投与が必要になるが、抗真菌剤は腎障害作用を有しているため、今回の症例のように腎障害を合併している患者では、慎重な投与が求められる。口蓋粘膜はHIV感染者ではカンジダの好発部位であるが、口蓋床を用いることより、抗真菌剤を局所に留めることが出来るため、プレートの使用は非常に有用であると考えられた。

4. 小児 HIV 感染症患者にみられた多発性白板症の 1 例

大阪市立総合医療センター口腔外科

○黒田 卓、大石健三、佐野寿哉、連 利隆

ヒト免疫不全ウイルス(Human Immunodeficiency Virus 以下 HIV と略す)感染症患者の口腔症状の一つに EBV(Epstein-Barr virus)感染による毛様白板症があり、この病変は 1984 年 Greenspan らによって初めて報告された。臨床的には毛状、皸状あるいはヒダ状などが多く、舌側縁に好発する。今回われわれは、小児 HIV 患者において口腔粘膜に多発性に出現した丘状の白板症を経験したのでその概要を報告した。

患者：11 歳女児。

初診：平成 14 年 3 月 19 日

主訴：口腔内診査依頼

家族歴：ケニア人の母親は AIDS によりすでに死亡。

現病歴：平成 3 年 3 月に母親が結核に罹患し、ケニアで血液検査が施行され、HIV 抗体陽性と判明した。当時生後 1 ヶ月の本症例と父親(日本人)の検査

結果では、本症例のみ HIV 抗体陽性であった。その後、未治療のまま、就学前の平成 8 年 8 月に日本に帰国し、他院小児科での再検査でも HIV 抗体陽性が確認された。しかし、それ以降も未治療のまま、平成 13 年 12 月に右背部、右上腕に帯状疱疹が出現し、ACV を処方され 5 日間で治癒した。平成 14 年 1 月咳嗽が出現し、他院で入院治療を行ったが症状の改善がなく、3 月 7 日当院小児内科を受診した。3 月 18 日 AIDS および百日咳の診断で入院となり、翌日口腔管理のため当科を受診した。初診時(CD4 数 65 VL32000 コピー)軽度歯肉炎を認めたが、その他特別な所見はなく、3 月 23 日から抗 HIV 薬が開始された。その後、経過観察をしていたところ、平成 14 年 10 月 9 日(CD4 数 354 VL87 コピー)、歯肉、頬粘膜、上下口唇に無痛性で皸を伴った丘状の白色の小腫瘤を認め、EBV および HPV 感染の可能性も疑った。病理組織検査を施行したところ、異型性を伴わない重層扁平上皮の増殖を認め核周囲が空砲状になったいわゆる koilocytosis 様の変化、核の無構造化を認め白板症と診断された。若干の考察を加えて報告を行った。

5. 北海道における HIV 感染者の歯科受診の現状

札幌医科大学口腔外科講座

○巢山 達

目的：HIV 感染者の歯科受診の需要が増加しているが、感染者の多くは、受診拒否あるいは差別的に扱われることを心配し、なかなか受診出来ず、さらには感染の事実を告げず歯科受診をしている状況がある。そこで、HIV 感染者の歯科受診の現状を調査する。

方法：平成 15 年 5 月から 7 月にかけて、札幌市内の北海道ブロック拠点病院に通院している HIV 感染者を対象にアンケート調査を行った。

結果：アンケートの趣意に同意し回答が得られたのは 55 名であった。感染がわかってから、歯科治療を受けている、あるいは受けたことがあるのは 48 名であった。その受診先は、拠点病院の歯科あるいは歯科口腔外科が 34 名、一般開業医が 14 名であった。受診の際に、感染の事実を告知したのは 40 名、未告知は 8 名で、肝炎と告げたのが 2 名であった。未告知の理由として、過去に受診拒否や差別的

な扱いを受けたためであった。

感染の告知後の医療機関側の態度に変化について聞いたところ、全く問題がなかったのが29名、予約時間が限定されたのが7名、なんらかの差別を受けたのは4名であった。歯科受診をしていない人は7名であったが、その理由は、感染のことが心配で受けられないとのことであった。回答者の大半は拠点病院の歯科を受診していた。そこでは、感染に関し心配せず受診できているようであるが、予約時間に制限があるなど、制約があるようで、できれば近医歯科の受診を希望している人もいた。一方、開業歯科を受診している人で感染の事実を告げない場合がやはりみられた。また、過去に開業歯科医で受診拒否あるいは差別的に扱われ人がいた。また、感染の事が心配で、歯科受診を躊躇している人もいた。HIV感染者が気兼ねなく歯科受診ができる体制を早急に作る必要を痛感した。

6. HIV感染者に対する歯科医療の実状

琉球大学医学部付属病院歯科口腔外科¹

琉球大学医学部付属病院第一内科²

琉球大学医学部付属病院感染対策室 ICN³

○牧志祥子¹、仲盛健治¹、新垣敬一¹、砂川 元¹、健山正男²、斉藤 厚²、佐久川廣美³

沖縄県は1996年にHIV拠点病院を公表し、その1つである当院はAIDS治療の中核を担っていることから、当科を受診するHIV感染者も増加傾向にある。そこで、当科におけるHIV感染者に対する歯科医療の実態を把握する目的で本調査を行った。

沖縄県におけるHIV感染者の実態として、県への届出数は54人であるが、近年はHIV感染者よりAIDS患者が多い結果であった。1988年に初めて感染者が当科を受診して以来、2003年まで、受診患者総数は23人で男性20人、女性3人であった。また、当科受診患者数は2000年ころより急増していた。

年代別内訳は20歳代が6人、30歳代が11人と多く、感染経路別で見ると同性間の性的接触が8人、異性間の性的接触が7人、血液製剤が4人、母子感染が1人、不明が4人であった。また、当科受診目的別では、う蝕治療に代表される保存処置が57%、義歯・ブリッジ作製希望、等の補綴処置が16%、

埋伏智歯抜歯希望等の抜歯目的が11%、口腔内診査希望が16%であった。これに対し、実際の治療内容としては、観血的処置38%、非観血的処置は62%であった。

また前述の結果より、当県では不顕性感染者も多く存在すると考えられ、今後、当科だけでなく、他の歯科医療従事者に対し、HIV感染者に対する治療と治療時の院内感染予防についての理解を求めている必要があると考えられた。

7. HIV感染者の歯科受診の現状とニーズ～拠点病院 HIV患者と土浦市歯科医師会のアンケートから～

東京医科大学霞ヶ浦病院歯科口腔外科¹

東京医科大学霞ヶ浦病院感染症科²

東京医科大学医学部口腔外科³

○富永 燦^{1,3}、中島仁一¹、高森基史¹、大石 毅²、小森康雄³、千葉博茂³

日本のHIV感染者/AIDS患者は毎年増加傾向を示し、それに伴い一般歯科開業医における感染者の歯科治療の機会もますます増加していくと考えられる。

今回われわれは拠点病院感染症科受診中の患者さん、ならびにその地域の歯科医師会に協力を得て、それぞれの歯科治療に対する意識調査を行い、病診連携を行う上での問題点を検討した。また同院、歯科口腔外科へ紹介された患者の処置内容と経過から、感染者の歯科治療を、拠点病院歯科とその地域歯科医がどのように連携するのが望ましいか検討した。

東京医科大学霞ヶ浦病院感染症科受診中のHIV感染患者28名に対する聞き取りアンケート調査、ならびに茨城県土浦歯科医師会106名、有効回答数50名に対し感染者の歯科治療に関する意識調査アンケートをおこなった。さらに、2002年4月から2003年3月までの一年間に東京医科大学霞ヶ浦病院歯科口腔外科へ紹介された感染者/患者14名(男性12名、女性2名)を対象として診療内容とその経過から病診連携について調査した。

過去10年以内に歯科受診歴があるHIV感染患者は28名中18名、ないものが10名であった。歯科受診歴がある18名中、感染判明後も歯科受診歴があるとこたえたものは、10名で、また、歯科受診時に自身のHIV感染の事実について告知をしたか

の質問に対し18名中、14名が告知をしなかったとの回答であった。

2002年4月から2003年3月までの一年間に東京医科大学霞ヶ浦病院歯科口腔外科へ紹介された感染者/患者14名中、男性12名、女性2名で、外国国籍者2名であった。紹介施設は当病院感染症科から14名中、9名、歯科を併設しない他のエイズ拠点病院から、3名、地域歯科開業医から、2名であった。CD4数は、68/ μl から440/ μl 、ウイルス量は、50コピー/ μl 以下から 1.1×10^5 コピー/ μl で、合併症を伴うものが14名中、8名あった。

紹介内容として観血処置を含むものが14名中、9名、64%で、抜歯は総数47歯で普通抜歯が44歯、94%、難抜歯が3歯、6%であった。また、抜歯後治癒不全が9人中3人、47歯中4歯、8.5%であった。治癒不全症例は、一度の再掻爬により、いずれも術後経過は良好であった。これらの結果から、一般歯科治療における感染者治療は、自損事故に留意することで、健常者となんら変わりなく行うことができると考えた。

茨城県土浦歯科医師会においてアンケートで、HIV感染者の歯科治療の経験があるものは、4名、8%で、また、感染者の受診に際しては、その感染の事実の告知を希望するものが、50名中、48名、96.2%であった。しかしながら、感染者を受け入れるとの回答は50名中、19名、38%にとどまった。また、エイズ拠点病院からの紹介患者を診察するかとの質問では、する、との回答が50名中、14名、28%であった。

考察

感染患者の居住分布から日常の一般歯科診療は地域歯科開業医が担っていると推測されるが実際の告知診療は4人のみにとどまった。

同様に県内拠点病院9施設のうち歯科併設は2施設にもかかわらず紹介患者数は少数で、多くの患者は無告知で受診していると推測される。また、受け入れ側の開業医も多くは感染者治療に未だ消極的であった。

このような現状を改善するために歯科医師会などを通じて、啓蒙活動、標準予防対策、また拠点病院との病診連携マニュアル等を作成して地域歯科の受け入れ体制の確立が急務であると考えられる。

まとめ

- 1) 日本において、HIV感染者/AIDS患者は依然として増加傾向を示している。
- 2) 感染者/患者の歯科受診ニーズは高いが多くの無告知受診の状態である。
- 3) 今後、拠点病院と連携して地域一般歯科の受け入れ体制の確立が必要である。

8. 当科におけるHIV/AIDS患者に対する歯科診療の実態と歯科の役割

大阪市立総合医療センター口腔外科

○連 利隆、大石健三、黒田 卓、佐野寿哉

我が国におけるHIV感染者は増加の一途を辿っている一方で、HIV感染症は治療法の進歩、とくに多剤併用療法(HAART)の普及により現在では慢性疾患となった。そして、感染者はキャリアとして長期にわたり生存すること、医療費の公費負担制度が適用されたことなどから患者のQOLも向上し、今後歯科を受診する機会は確実に増加すると推測される。当院では平成5年12月に開設以来、平成14年12月までの9年間に感染症センターを受診したHIV/AIDS患者は152名で、そのうち62名が口腔外科を受診した。今回、外来手術を施行した27例について臨床的検討を行うと共に、HIV感染者に対する歯科の役割について考察したので報告する。27例に対して抜歯を中心とする外来手術を延べ43回施行した。その内訳は埋伏智歯の抜歯が5回、普通また難抜歯が36回、歯根嚢胞摘出術および歯根端切除術が1回であった。なお、近医から紹介された下顎埋伏智歯と上顎前歯の歯根嚢胞の2例は手術時にはHIV感染が判明しておらず、前者は手術から1ヵ月半後にアメーバ赤痢を契機に、後者は約2年後に上気道炎を契機にそれぞれHIV感染と診断された。この2例を除く25例についてみると、手術時のCD4数は $500/\text{mm}^3$ 以下が16例でそのうち $200/\text{mm}^3$ 以下が9例であった。白血球数は、後に死亡した1例の $1050/\text{mm}^3$ を除いて正常範囲であった。好中球数も最も少ない2例で $800 \sim 900/\text{mm}^3$ で $500/\text{mm}^3$ 以下の症例はみられなかった。また、血小板数でも 9.1 万/ mm^3 の1例を除いて全て正常範囲であった。また、術前からの抗生剤の予防投与は、他科から他の

理由で投与されていた1例以外行わなかった。術後の経過については、延べ43回の手術で2例に抜歯創の治癒遅延がみられ、肉芽形成に時間を要したが感染やドライソケットはみられなかった。この2例では、好中球は正常範囲であったがCD4数がそれぞれ15、62/mm³と低値であった。次に、HIV/AIDS患者に対する歯科診療および口腔管理についてであるが、個々の患者の免疫機能や全身状態を把握すると共にHIV関連の口腔病変の診査を行う。HAARTの普及により口腔病変が減少したとされているが、一方で耐性ウイルスの増加、抗HIV薬服用の中断、病態の変化、またHAARTによる免疫再構築症候群に伴う日和見感染の再発等があり、口腔病変のチェックはなお重要と考える。また、HIV感染、抗HIV薬による口腔乾燥はう蝕と歯周疾患の直接的原因となり、歯科的に重要な問題点である。歯科疾患の治療および継続的な口腔ケアと管理により、口腔機能を保持することは食生活の安定と長期にわたるPWA/HとしてのQOLを向上させ、AIDS特有の消耗性症候群の発生を抑制するために大きい役割を果たすものとする。当科では一連の歯科治療が終了した後も、その必要性を説明し定期観察を行っているが、予約どおり来院するものは約1/3である。これはHIV感染が治療法の進歩によって慢性疾患となり社会復帰が容易になったこと、働きざかりの年齢層が多いという本疾患の特異性、そして苦痛が無ければ受診しないとといった一般的な歯科疾患に対する風潮が根強く生きていることが大きな要因と思われる、1つの課題である。さらに、HIV/AIDS患者の増加の現実から、今後HIV感染者の歯科受診は確実に増加すると予測される。歯科医療体制の確立は重要な課題で、研修医や学生教育のあり方も含めて検討する時期が来ていると思われる。

9. 長野赤十字病院におけるHIV感染患者の諸歯科治療の現状

長野赤十字病院口腔外科

○長田美香、五島秀樹、北島晴比古

1996年1月より2003年12月までの8年間に長野赤十字病院口腔外科を受診したHIV感染者、計33名の口腔内診査の結果および治療につき報告する。

1. 対象期間中のHIV感染者総数は33名であり、

性別は男性28名、女性5名でありその比は5.6:1であった。

2. 感染経路では一部詳細不明の症例もあるが、異性間の性的接触が22例、血液製剤によるもの2例、同性間の性的接触(男性)2例であった。
3. 当科受診経路では、当院内科よりの紹介が30例、当院婦人科1例、他病院内科より1例、直接来院が1例であった。
4. 当科への受診理由は、当院内科からの口腔内精査依頼が17例、歯冠破折2例、不明熱の感染源精査依頼、口底の腫脹、頬部の腫脹が各1例ずつであった。
5. 当科初診時診断では、齶蝕が16例、口腔カンジダ症4例、歯根嚢胞、頬部蜂窩織炎、下顎埋伏智歯が2例、黒毛舌、ガマ腫、口腔乾燥症、智歯周囲炎、歯肉出血、口腔内異常所見なしがそれぞれ1例であった。
6. 当科における処置は、観血処置を行ったものは19例、内訳は抜歯15例、歯根嚢胞摘出術2例、ガマ腫開窓術1例であった。歯科治療は3例であり、口腔カンジダ症については経口真菌薬を使用した。
7. 血液検査所見では、33例中27例にCD4値が把握可能であった。600/μl以上の症例が1例、10/μl以上～100/μl未満の症例が11例、10/μl未満の症例が1例であった。
8. AIDS患者で特徴的な口腔症状を示した1例の症例報告

10. HIV 歯科診療の卒後教育

東京医科歯科大学歯学部附属病院感染対策歯科治療部
○松本宏之

東京医科歯科大学歯学部附属病院は、平成11年から東京都エイズ診療従事者臨床研修事業の一環としてエイズ歯科診療の卒後研修を開始した。本研修の目的は、各医療機関の歯科医療従事者に対しエイズ歯科診療経験を共有することによって、エイズ歯科診療の推進を図ることにある。

本研修効果を評価するため、研修参加前後にアンケート調査を実施した。結果をまとめてみると以下ようになった。

1. 参加前には曖昧だったエイズに関する知識が、

エイズについての最新情報の講義により明確なものとなった。

2. HIV 歯科診療の受け入れについては、研修前に HIV 感染者の受け入れは困難と答えた参加者のうち、研修後には 67% の参加者が受け入れても問題はないと考えると答えた。
3. HIV 歯科診療時の HIV 感染事故後の具体的対応法が理解できた。
4. 本院で実施している HIV 感染者との交流によって、HIV 感染者に対する誤った先入観を訂正できたうえ、HIV 歯科診療時の診療時対応スキルの向上が可能であった。
5. 本院での感染予防対策を共有できた。

以上より本研修により HIV 歯科診療について確実な教育効果が上がることが確認できた。また、東京都からの依頼を受けた本研修事業により本院以外の医療機関を含めた病診連携が進み各医療機関とのエイズ歯科診療のネットワークが構築されつつあることも成果のひとつであった。

現在、HIV 感染者が急増している中、HIV 歯科診療を受け入れる医療機関の確保及び支援が急務と思われる。米国の一部の歯科大学においては、すでに HIV 歯科診療の卒前臨床教育も実施されているが、わが国では HIV 歯科診療卒業教育をまず充実してゆくことが重要と思われる。

11. 歯科医療従事者の教育現場における HIV 感染予防啓発活動への試み

大阪短期大学付属歯科衛生士学校
○福田昌代

要約

日本における HIV 感染者の増加が懸念されている。歯科衛生士学生はそのほとんどが高校卒業後の女子であり、この年代は友人間の話題も異性関係のことが多く、性的活動も活発になる世代である。今後の HIV 感染の動向を左右する若者世代の学生に対して教育現場としての HIV 感染予防啓発活動への試みのためアンケート調査を実施した。その結果学生は HIV に関する知識は持っているが、今の知識では歯科衛生士として現場で院内感染予防に携わることに自信がないという結果であった。また、歯科衛生士としての知識を同世代の若

者たちに伝えていく必要性を感じている学生が多いことがわかった。

研究目的

HIV についての基礎知識ならびに臨床における感染予防システムについては 1 年次の微生物学や診療補助学の中で講義している。しかし、実際にどの程度の知識であるかまでは把握できていなかった。そこでアンケートを実施し、収集した回答の中から学生の現在の考え方ならびに HIV 感染予防啓発活動の方向性をつかむことを目的とした。

調査の方法と対象

本校の学生 1 年生 116 名 2 年生 106 名の合計 222 名に対して無記名でのアンケート形式をとり、ホームルームの時間を利用し、回答後すぐに回収した。内容は、HIV ならびに AIDS に対する基礎的な知識について、専門的な知識について及び今後の啓発活動について、以上 3 項目にわけて実施した。

調査結果

基礎的な知識については、HIV 感染症を知ったのはどこかという内容では、一番多いのがテレビで 164 人、ほぼ同数で中学の授業が 162 人であった。以下高校の授業、専門学校の授業、新聞・雑誌、その他は少数意見で家族、友達と続いた。このことから最近の学生はテレビや授業の中から、かなり早い時期に HIV についての情報を得る機会があったことがわかった。HIV の感染経路については性交渉による感染と答えたものは 220 人で 99.1% だった。母子感染は 153 人で 68.9% の学生が認識していた。そしてパソコンや電車のつり革など、いわゆる物の共有によって感染するという意識はほとんどないことがわかった。このことから、感染経路についてはほぼ正しい知識をもっていると考えられた。また、HIV 感染の予防方法については、感染経路についての認識を持っていることからか、コンドームを使用すると答えた者が 208 人で 96.7% とほとんどの学生が認識していた。

次に専門的な知識については、診療に携わる場合の感染予防方法について質問したところ、バキュームや唾液血液のついた器具の取り扱いに気をつけるが 215 人で 96.8%、注射器のリキャップに気をつけるが 206 人で 92.8% であった。以下は図 1 に示す。ここで注目すべき点は、「ビニールカバーで使用器

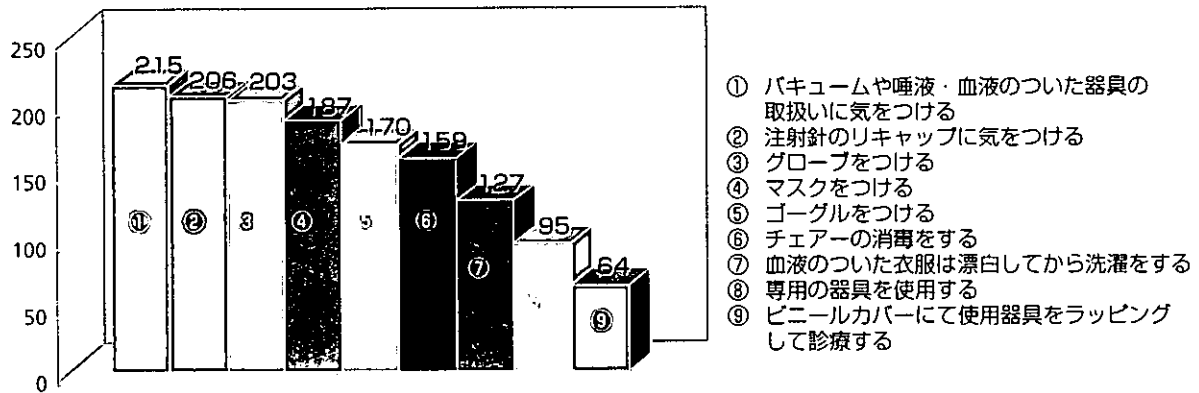


図 1. Q. HIV 感染症の患者さんの診療に携わる場合、気をつけなければならないことは何だと思いませんか？（複数回答）

具をラッピングして診療する」という項目に関する回答に対して、1年生 15.5%、2年生 43.3%と1、2年生の間には大きな差が見られた。このような診療体系は実習で見学した学生に、より記憶に残るため、臨床実習の経験の有無が学生の認識レベルに差をつけたものと考えられ、臨床実習の必要性を痛感させられた結果であった。また臨床現場での感染予防方法についての知識については知っていると答えた者が1年生 51%、2年生 30%、知っているが自信がないと答えた者が1年生 45%、2年生 66%と言う結果であった。このことから、2年生は実際の現場での HIV 感染予防対策についての知識は習得しているが、自分が中心になって感染予防を行うことができるかという観点では不安が残り自信がないという回答につながったものと思われる。次に、歯科衛生士として HIV 感染症に関する知識をもっと得る必要があるかという質問に対しては、1年生は思うと答えた者が 87%であったのに対し2年生は 91%の学生が思うと答えており、歯科医療現場での勤務を目の前にした2年生の意識がよくあらわれている結果であった。

最後に今後の啓発活動については、HIV 感染症に関する知識の習得について、66%の学生が学校での教育と答えていた。すなわち、若者世代は、中学、高校、短期大学、大学などが連携して知識の普及に努める必要性を望んでいるという結果となった。また、特に歯科衛生士学生は一般の学生以上に感染予防という点で、知識を得る機会が多く、また医療従事者としての現場の知識も豊富であるため、HIV 感染予防啓発活動の1つとして、学生が同世代へ情報提供をしていく場を設けていく必要性を訴える者も多かった。

考察

今回の調査で学生に対して、HIV ならびに AIDS の正確な情報を確実に提供する必要性が示唆された。情報を提供する方法に関しては、学校を中心にすべきではあるが、社会全体の認識を考慮し、今後検討を重ねなければならない問題であると考えた。

本校では、この結果をもとに今後教育現場としての学生への知識普及について、さらに積極的に取り組んでいきたい。

12. 米国における HIV 感染者歯科治療の現状

神奈川県立こども医療センター

○池田健太郎

Introduction

アメリカではスタンダードプレコーションに基づき、結核等空気感染する可能性の高い者以外の全ての患者に対して同じレベルの感染予防をしているため、HIV 病感染者に対して特別な感染予防法などは用いていない。

同様にして歯科治療に対しても HIV 病感染者であるという理由で特別な処置などはしていない。ただし、病態や合併症がある場合はその患者の状態により局所・全身性の感染予防や出血の防止などを行う場合がある。

以上の理由から HIV 病感染者歯科治療にとって最も重要なことは既往歴、現病歴の把握である。

また、社会における歯科医師の重要な役割として、HIV 病患者に良く見られる口腔粘膜疾患を把握し、患者の早期発見、適切なマネージメント、専門家への紹介が上げられる。

Discussion

HIV 病そのものの状態で歯科治療に直接影響を与えるものは現時点で判明しているものでは好中球の減少である。アメリカでは好中球数 $1000/\text{mm}^3$ を下回った場合、抜歯等の観血処置に対して術後の感染予防のために抗生物質の投与を考慮する。更に好中球数 $500/\text{mm}^3$ を下回った場合には全ての観血処置に対して抗生物質の予防投与を推奨されている。もちろん HIV 病の薬剤に対しても相互作用により薬理効果を極度に上げたり下げたりするような薬剤の投与を控えたり、唾液の流出量に対する影響など様々な推奨があるがここでは割愛する。

合併症に対してもその病気の進行度、内服薬剤、全身症状、患者の私生活において徴候・症状を悪化させる可能性のある因子を把握し、血液検査の結果等を照らし合わせたうえで歯科治療に対する危険度の判定をする。

最後に口腔粘膜疾患を認識する上で重要なのは、本来 HIV 病特有の口腔粘膜疾患はなく、免疫機能が抑制されているために口腔内に疾患として出てきているということである。当然健常者と同じような口腔粘膜疾患にも罹患するが、患者の免疫状態によって大きさや重症度に違いが出てくる。ここに今まで見てきた HIV 病患者の口腔粘膜疾患症例写真を発表する。

特別講演(同時通訳)

「米国 CDC による院内感染予防の新基準」

講師 Dr.J.L.Cleveland

Dental Officer, Division of Oral Health, CDC, USA

3. 各ブロックにおける研修会の開催

(1) 北陸ブロック

日時 平成 16 年 1 月 14 日(水)19:00～21:30

会場 石川県立中央病院 第二会議室

講師 Dr. J. Cleveland

(Dental Officer, Division of Oral Health, CDC, USA)

「CDC における 2003 年度歯科診療感染予防ガイドライン」

参加者 北陸三県の歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、医師看護師、検査技師、事務担当者計 38 名

(2) 中四国ブロック

日時 平成 16 年 1 月 15 日(木)18:00～20:00

会場 広島大学歯学部病院会議室

講師 Dr. J. Cleveland

「歯科臨床における院内感染予防：CDC における新しいガイドライン」

参加者 歯科医師、歯科衛生士、他 77 名

(3) 近畿ブロック

日時 平成 16 年 1 月 16 日(金)18:00～20:30

会場 大阪歯科大学、東 4 階臨床講義室

共催 大阪歯科大学口腔外科第 1 講座、関西 HIV 臨床カンファランス

講師 Dr. J. Cleveland

「CDC の新しい感染症対策基準」

参加者 歯科医師、歯科衛生士、他 55 名

(4) 北海道ブロック

第 1 回北海道 HIV/AIDS 歯科診療連絡協議会 研究会 標記研究会が、平成 16 年 1 月 18 日、札幌医科大学記念ホールで開催された。別紙、プログラムのようにより予定どおり歯科衛生士向けセミナーが開催され、すでに 50 名近い参加者がみられた。午前 11 時 30 分より拠点病院代表者会議が行われた。出席者は以下の通り。

出席者(敬称略、順不同)

日本 HIV 歯科医療研究会 前田憲昭理事

拠点病院代表

杉浦千尋(北大)

巢山 達(札医大)

竹川政範(旭医大)

池畑正宏(旭川赤十字)

藤原敏勝(市立札幌)

村上有二(釧路赤十字)

高橋活師(市立釧路)

西島邦彦(市立函館、代理南田秀之)

北海道歯科医師会

内田智幸副会長 小竹憲雄副会長

阿野満常務理事 野村和司理事

この会議では、前田先生より挨拶をかね、研究班の仕組みと構成について話があり、続いて北海道ブロックを代表し、杉浦より本会の主旨説明を行い、巢山より今後の活動予定と北海道歯科医師会への協力要請を行った。また、歯科医師会側からも、今まであまり活動をしていなかった、感染予防に関わっていききたい旨の説明があった。

午後より、北大歯学部で作製したビデオを流し、その後教育講演が開催された。Dr. Cleveland の特別講演は 20 分遅れで開催となった。英語でいくつか質問が飛び交い非常に有意義な講演であったと思う。最終的に 74 名の参加者であった。尚、本研究会は北海道歯科医師会の後援をうけた。

プログラム

平成 16 年 1 月 18 日 札幌医科大学記念ホール

10:30 歯科衛生士向けセミナー

「池田班の実施してきたラッピングの実際」

皓歯会歯科衛生士 溝部潤子先生

11:30 昼食(拠点病院担当者会議)

12:30 「院内感染防御システム」北大歯学部ビデオ

13:00 世話人挨拶

13:10-14:10

教育後援 座長 竹川政範先生(旭川医大)

1. 「HIV/AIDS における歯科医療体制について」
HIV 感染症の歯科医療に関する研究、研究協力者

皓歯会理事長 前田憲昭先生

2. 「北海道における HIV 感染者の歯科受診の現況」

札幌医科大学医学部口腔外科学講座

巢山 達先生

3. 「北海道大学病院歯科における感染予防対策への取り組み」

北海道大学歯学部感染予防対策委員

小林一三先生

14:30-16:00

特別講演 座長 杉浦千尋先生(北大)

「米国 CDC による最新の院内感染予防基準」

Dental Officer, Division of Oral Health,

Center of Disease Control and Prevention, USA

Dr. J. L. Cleveland

通訳はありませんが、日本語スライドを併写し資料を配布した。

主催 北海道 HIV/AIDS 歯科診療連絡協議会

厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策事業

HIV 感染症の歯科医療に関する研究班 分担研究者 池田正一

共催 北海道歯科衛生士会

日本 HIV 歯科医療研究会

札幌医科大学医学部口腔外科学講座

後援 北海道歯科医師会

(5) 平成 15 年度北陸地区 HIV 歯科診療情報交換会・研修会の開催

日時 平成 16 年 2 月 22 日(水)10:00-15:00

場所 石川県立中央病院 健康教育館 大研修室

参加 北陸三県の歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、医師、看護師、検査技師で、60 名

「日程」

9:30- 受付 進行 石川県立中央病院 岡部孝一

10:00-10:05

開会の挨拶 富山県立中央病院 横林康男

10:05-12:00

特別後援「九州ブロックにおける HIV 感染症と歯科診療の現状」

講師：九州大学歯学部 口腔総合診療科 樋口勝規教授

12:00-12:30 質疑応答

12:30-13:00 昼食

13:00-14:00 座長 石川県立中央病院 宮田 勝

1) 全国エイズ拠点病院 歯科医療活動現状アンケート調査結果について

池田正一、前田憲昭、杉浦千尋、山口 泰、柿澤 卓、小森康雄、玉城廣保、○宮田 勝、樋口勝規

2) 日本 HIV 歯科医療研究会の活動状況について

宮田 勝

3) 歯科医療 — 北陸ブロックの現状について 能島初美ほか、意見交換

4) その他

14:00- 石川県立中央病院 歯科口腔外科外来見学・感染対策研修

4. エイズ診療拠点病院における HIV 感染者歯科診療実態調査

(1) 歯科のない施設アンケート

研究目的

HIV 感染症の医療体制の整備にあたり拠点病院の充実が重要であり、歯科医療についても同様である。しかし拠点病院 360 のうち約 40 %には歯科が併設されていない。それらの施設で歯科の問題が発生したときに、どのように対応しているかについてアンケートによる調査を行い、今後の検討課題とした。

研究方法

平成 15 年 11 月 15 日～12 月 15 日の 1 ヶ月間、郵送によるアンケートを行った。発送先は歯科のない拠点病院 138 施設で、そのうち 69 施設から回答が得られた(回答率 50 %)

結果

1. 拠点病院 360 のうち歯科のない施設は 138(38 %)であったが、そのうち回答が得られたのは 69 施設であった。
 2. 回答率 50 %で、ブロック毎の回答率では近畿ブロック 100 %から関東甲信越 37.9 %であった。
 3. 歯科治療で困ったことがあるかとの質問に“ある”と回答したのは 17 施設(24.6 %)で 20 例であった。その内容は急な歯の痛み 6 例、通常の歯科治療 5 例、親知らずの問題 3 例等であった。
 4. 歯科の問題が発生したときの紹介先があると答えたのは 41 施設(59.4 %)であった。
 5. 紹介先としては大学歯学部病院 12 施設(26.7 %)、特定の開業医 10 施設(22.2 %)、歯科のある拠点病院 9 施設(20 %)等であった。
 6. 紹介先のない場合の対応としては、他の医療機関に問い合わせる 12 施設(42.9 %)、行政に依頼 6 例(21.4 %)、地域歯科医師会 5 施設(17.9 %)等であった。
- HIV 感染症の医療体制の整備にあたり、拠点病院の充実が重要であり、歯科医療においても同様である。
7. 歯科のない施設での口腔衛生管理の担当者としては、患者に任せている 25 施設(43.1 %)、スタ

ッフが指導 14 施設(24.1 %)、かかりつけの歯科医 7 施設(12.1 %)、その他 12 施設(20.7 %)であった。

8. HIV 感染症の発見が口腔症状であった症例の経験では 6 施設でありと回答していた。
9. 歯科のない施設で歯科医療体制は機能しているかの質問に、いいえ 31 施設(44.9 %)、はい 30 施設(43.5 %)であった。

考察

HIV 感染症の歯科医療を推進するにあたり、拠点病院に歯科が併設されていれば、そこを中心に地域医療のシステム化も行えるはずである。しかし現在拠点病院 360 施設のうち約 40 %には歯科が併設されていない。現在拠点病院を中心に HIV 感染者の医療がすすめられているなかで、歯科医療がなかなか十分に対応できない原因の一つでもあろう。そこで今回歯科を併設していない拠点病院の実態を知るためにアンケートを実施したが、実際に歯科の問題で困った経験のあるのは 1/4 で 3/4 は特に不自由を感じていない。ただし約 60 %の施設は紹介先を持っており、それが解決になっているのかもしれない。また紹介先の第 2 位に特定の開業医があり、やはり、HIV 感染症の歯科治療を引き受けてくれる歯科診療所の開発が今後重要であると思われる。とはいっても歯科のない施設では歯科医療体制は機能していないと感じているのが約半数あり、拠点病院に歯科がある方がより望ましいと思われる。実際に歯科のない施設では口腔衛生管理は本人まかせであり、口腔衛生指導を行っているのは 1/4 であり、多くは放置されていることになる。また口腔症状が HIV 感染等の初発症状であったのが 6 施設あり、HAART の導入で口腔症状は激減したとはいえ、口腔症状の診断の重要性が再認識された。とくに自分の感染を知らない者や、HAART 導入前の患者の口腔症状は、HIV 感染の発見や HIV 感染進展の指標として重要である。

結論

エイズ診療拠点病院における HIV 感染者歯科診療の実態を知るために歯科を設置していない施設にアンケートを行い以下の結論を得た。

1. 拠点病院 360 のうち歯科のない施設は 138(38.3 %)であり、そのうちアンケートに回答が得られたのは 69 施設(回答率 50 %)であった。

2. 歯科に関連する問題が生じたのは 17 施設 (24.6%)、20 例であったがその内容は急な歯の痛み 6 例、通常の歯科治療 5 例、親知らずの問題 3 例などであった。
3. 歯科の問題が発生したときの紹介先があるのは 41 施設 (59.4%) で、その紹介先は大学歯学部病院 9 (20%) などであった。従って、今後は HIV 感染者を引き受けてくれる一般歯科診療所の開発が重要であると思われた。
4. 紹介先のない場合の対応としては、他の医療機関に問い合わせる 12 (42.9%)、行政に依頼する 6 (21.4%)、地域歯科医師会 5 (17.9%) などであった。
5. 歯科を設置していない施設での口腔衛生管理はほとんど行われておらず、患者まかせであった。
6. HIV 感染症の発見が口腔症状であったのが 6 施設あり、HIV 感染症の初発症状としての口腔病変の重要性が再認識された。
7. 歯科を設置していない施設ではやはり歯科医療体制は十分に機能していないことが判明した。

(2) 歯科のある施設アンケート

研究目的

HIV 感染症に対する医療は、エイズ診療拠点病院を中心に行われ整備されつつある。しかし歯科医療は拠点病院に歯科を併設しているところが約 60% であり、拠点病院を中心に歯科医療をすすめるには不十分であった。そこで一般歯科診療所の協力を得るべく、地域歯科医師会等を通じて情報の提供や啓蒙活動を行ってきた。しかし HIV 感染症の歯科医療の体制を整備するには拠点病院歯科の充実なくしてはなりたたない。すなわち未発症の HIV 感染者あるいは症状の安定した患者は一般歯科診療所で、免疫能の極端に低下したものや日和見感染症を合併した者は専門の拠点病院歯科で対応する。いわゆるシステムを作るためにも拠点病院歯科の充実が必要である。そこで今回拠点病院の歯科がその期待されている機能を十分に果たし得る環境にあるか否か、拠点病院歯科の実態を知るべく調査を行った。

表 1. HIV 感染患者の歯科治療を受け入れていますか？

| | 回答数 | % |
|-----|-----|------|
| はい | 136 | 90.1 |
| いいえ | 13 | 8.6 |
| 無回答 | 2 | 1.3 |
| 合計 | 151 | 100 |

研究方法

平成 15 年 11 月 15 日～12 月 15 日の 1 ヶ月間、エイズ診療拠点病院のうち歯科を設置している 222 施設 (厚生労働省エイズ対策研究事業平成 14 年度白阪班資料による) に対し、アンケート用紙を郵送し、記名式による回答を返信用封筒にて得た。得られた回答数は 151 通であり、回答率は 68% であった。質問の内容としては、HIV 感染者の受け入れ状況、院内感染予防対策など 58 項目である。

結果

全国にあるエイズ診療拠点病院 360 施設のうち歯科を設置しているのは 222 施設であり、それらのうち回答の得られたのは 151 施設 (68.0%) であった。質問は 58 項目に及び、以下の結果を得た。

1. HIV 感染者の受け入れ状況については、拠点病院であるにもかかわらず患者を受け入れていない施設が 13 (8.6%) あった (表 1)。また受け入れていない理由としては、設備が整っていない (回答数 5)、歯科の人員が足りない (5)、院内感染予防ができない (2)、患者が減り収入が心配 (1) であった。
2. HIV 感染者の歯科治療を受け入れている施設の患者数では、今だに患者数 0 が 30 施設 (22.7%) もあり、患者数 10 人以下で 76.5% を含める一方、50 人以上が 7 施設あり、病院間に経験の差が認められた (表 2)。
3. 現在の患者数は予想より多いか少ないかの質問

表 2. 受け入れている施設への質問
現在までの患者数

| 歯科患者数 | 回答数 | 累積% |
|-------|-----|------|
| 0 | 30 | 22.7 |
| 1 | 13 | 32.6 |
| 2 | 23 | 50 |
| 3 | 8 | 56.1 |
| 4 | 7 | 61.4 |
| 5 | 3 | 63.6 |
| 6 | 4 | 66.7 |
| 7 | 10 | 74.2 |
| 8 | 1 | 75 |
| 9 | 2 | 76.5 |
| 10 以上 | 13 | 86.4 |
| 20 以上 | 2 | 87.9 |
| 30 以上 | 6 | 92.4 |
| 40 以上 | 3 | |
| 50 以上 | 7 | |
| 無回答 | 19 | |
| 合計 | 151 | |

には約 60% の施設で少ないと感じており、実態と一致していた(表 3)。

4. HIV 感染患者に対応できる人員は充足されているかの問いに対し、65% が歯科医師は充足されていると考えており、表 2 に示す患者数では現

表 3. 治療を求める患者さんは、予想より

| 患者さんの数は | 回答数 | % |
|---------|-----|------|
| 多い | 10 | 6.6 |
| 予想どおり | 25 | 16.6 |
| 少ない | 89 | 58.9 |
| わからない | 24 | 15.9 |
| 不明 | 3 | 2 |
| 合計 | 151 | 100 |

表 4. 施設内でのマンパワーについて
感染症の患者さんに対応できる人員は充足されていますか？

| 歯科医師 | 回答数 | % |
|------|-----|------|
| 充足 | 99 | 65.6 |
| 不足 | 48 | 31.8 |
| 無回答 | 4 | 2.6 |
| 合計 | 151 | 100 |

表 5. 他施設との連体
他施設と連携し、HIV 感染者の
歯科的治療をされた経験がありますか？

| 回答数 | % |
|-----|------|
| はい | 20.5 |
| いいえ | 77.5 |
| 無回答 | 2 |
| 合計 | 100 |

表 6. HIV に感染した方
HIV 感染者が治療を希望する時、

| 回答数 | % |
|---------|------|
| 受診すればすぐ | 56.9 |
| 予約で | 24.6 |
| その他 | 10 |
| 無回答 | 8.5 |
| 合計 | 100 |

表 7. 今までに口腔症状を経験したことがありますか

| 回答数 | % |
|-----|------|
| はい | 35.1 |
| いいえ | 53.6 |
| 無回答 | 11.3 |
| 合計 | 100 |

表 8. 今までに歯科治療で困ったことがありましたか？

| 回答数 | % |
|-----|------|
| はい | 12.6 |
| いいえ | 72.2 |
| 無回答 | 15.2 |
| 合計 | 100 |

在の人員で良いと答える一方、約 30% は不足していると答えているのは患者数の多い施設からであると思われる(表 4)。また同時に他の職種では歯科衛生士不足 56%、看護師不足 43% 等補助職の人員不足を指摘された。

5. HIV 感染症の歯科治療にあたり、他施設(協力病院、一般病院、一般診療所等)との連携については、78% が他施設と連携して治療にあたった経

表 9. 特別に感染症患者治療室がありますか？

| | 回答数 | % |
|-----|-----|------|
| ある | 35 | 23.2 |
| ない | 112 | 74.2 |
| 無回答 | 4 | 2.6 |
| 合計 | 151 | 100 |

表 10. B 型肝炎ワクチン

| | 回答数 | % |
|-----------|-----|------|
| 義務になっている | 40 | 26.5 |
| 義務になっていない | 17 | 11.3 |
| 希望者だけ | 89 | 58.9 |
| 無回答 | 5 | 3.3 |
| 合計 | 151 | 100 |

表 11. ユニットにバリアーテクニック等をしますか？
デンタルユニットにバリアーテクニック(ラッピング)等
を実施されていますか？

| 回答数 | % |
|-----|------|
| はい | 43.7 |
| いいえ | 55.6 |
| 無回答 | 0.7 |
| 合計 | 100 |

表 12. ハンドピースは必要な本数がありますか？

| 回答数 | % |
|-----|-----|
| はい | 51 |
| いいえ | 45 |
| 無回答 | 4 |
| 合計 | 100 |

エアータービンに逆流防止装置を設置されていますか？
表 13. エアータービンの逆流防止装置は

| 回答数 | % |
|-------|------|
| している | 68.9 |
| 一部 | 17.2 |
| していない | 12.6 |
| 無回答 | 1.3 |
| 合計 | 100 |

表 14. 手袋は患者ごとに交換していますか？

| 回答数 | % |
|-----|------|
| はい | 91.4 |
| いいえ | 7.9 |
| 無回答 | 0.7 |
| 合計 | 100 |

- 験がなく、十分に機能しているとは思えなかった(表5)。
6. HIV感染者が歯科治療を希望したとき、待たされることなく受診できる体制には57%が対応できると答えており、予約をすればすぐに対応する25%を加えるとほとんど診療はスムーズに行われていると思われた(表6)。
 7. 口腔症状の経験の有無では35%があると答えており、その症状としては口腔カンジダ症39例、口腔毛様白板症28例、カポジ肉腫2例であった(表7)。
 8. 歯科治療にあたり困難な問題に遭遇したかの問いに対し、19施設(12.6%)があると答えており、出血管理の問題が最も多く、とくに血友病が合併している場合やカポジ肉腫の生検後の管理であった(表8)。
 9. 感染症患者の治療を目的とした診療室を持っている施設は35(23.2%)であった(表9)。これらは今後活動期の結核患者の歯科治療に対応できる内容か否かを知る必要がある。
 10. 院内感染予防対策とくに、個人防御の面から職員のB型肝炎ワクチン接種がどのようになされているかを問うたところ、26.5%は義務化され、約60%は希望者のみとのことであった(表10)。
 11. デンタルユニットにバリアーテクニック(ラッピング)を実施しているのは44%であった(表11)。約半数はラッピングを行っておらず、それらの多くは患者終了後に消毒薬で清拭すると答えていた。
 12. エアタービン、マイクロモーター等ハンドピースは滅菌を行い患者ごとに取り変えるのを原則とするが、ハンドピースを必要な本数だけそろえているのは約半数の施設であった(表12)。

表15. 感染症対策としてのマスクは

| | 回答数 | % |
|----------|-----|------|
| 使い捨てを使用 | 150 | 99.3 |
| 通常マスクの洗濯 | 0 | 0 |
| その他 | 0 | 0 |
| 不明 | 1 | 0.7 |
| 合計 | 151 | 100 |

表16. 印象物の消毒は

| | 回答数 | % |
|-------|-----|------|
| 全患者 | 44 | 29.1 |
| 感染症のみ | 99 | 65.6 |
| していない | 5 | 3.3 |
| その他 | 2 | 1.3 |
| 不明 | 1 | 0.7 |
| 合計 | 151 | 100 |

従って残りの半数は患者ごとにハンドピースを変えられないということである。その理由として90%が予算がないと答えていた。これはエイズ診療拠点病院でありながら、約半数の施設は院内感染予防として滅菌体制もとれないということになる。

13. デンタルユニットのウォーターラインに逆流防止装置を設置しているのは約70%であった(表13)。一部あるいはまったく設置されていないが30%もあり、これも予算がないためと答えていた。
14. 手袋を患者ごとに交換しているのは91.4%と答えているが、まだ8%の施設では患者ごとに手袋も変えられないという(表14)。これも予算がないという理由が一番多かった。
15. 診療中のマスクの使用はほぼ全施設で使い捨てのマスクを使用していた(表15)。
16. 患者の口腔内から取り出した印象物の消毒を全患者に行っているのは約30%であり、感染症患者の場合だけが66%であった(表16)。これもスタンダードプリコーションが理解されていない証拠である。
17. 院内感染予防に関する文書化したマニュアルを常備しているのは63%であり、未だに作成していないのが24%であった(表17)。
18. 針刺し事故などで院外から予防投与の相談を受けたことがあるのは17施設(11.3%)であり(表18)、やはり拠点病院の重要な役割であることがうかがわれた。
19. 拠点病院としての自己評価を行い、病院全体としては72.2%の施設が拠点病院としての機能を

表17. 感染対策マニュアルは作成していますか？

| | 回答数 | % |
|-----|-----|------|
| はい | 95 | 62.9 |
| 作成中 | 11 | 7.3 |
| いいえ | 36 | 23.8 |
| その他 | 7 | 4.7 |
| 不明 | 2 | 1.3 |
| 合計 | 151 | 100 |

表18. 院外からの予防投与の相談

針刺し事故などで、院外から予防投与の相談を受けたことがありますか？

| | 回答数 | % |
|-----|-----|------|
| はい | 17 | 11.3 |
| いいえ | 131 | 86.7 |
| 無回答 | 3 | 2 |
| 合計 | 151 | 100 |

果たしていると答えている(表 19)。

20. また歯科としては、拠点病院としての機能を果たしていると感じているのは 57% の施設であった(表 20)。

考察

HIV 感染患者の歯科治療を求める要因を 2 つに分類して考える必要がある。その 1 つは、急な痛みや症状に対する応急、救急処置であり、他の 1 つは、慢性疾患として長期にわたる口腔衛生管理である。現在指定されている拠点病院は、その設立の経緯や趣旨から、口腔外科の処置および応急、救急処置に対応した設備と機材配置が行われている。この点を考慮してアンケート結果を考察する。

1. 拠点病院であるにもかかわらず、患者を受け入れていない施設が 13 施設 (8.6%) あった。またこの質問に回答をしなかったのは 2 施設であった。受け入れていない理由も開示したが、上記の機能から考えて、人員不足、設備不足は、受け入れを拒否する理由には該当せず、病院の対応に問題があると考えられる。

患者を受け入れている施設でも、HIV 感染患者の受診のない施設が 30 施設あり、全体の 22.7% であった。さらに、HIV 感染患者の歯科治療を担当していても、1 施設で 1 人から 7 人を見ている施設で累積 74.2% となり、また 2 人までの施設の累積が 50% になり、ほとんどが一桁の患者数であった。半数の施設では患者が 2 人程度と考えられる。この事実は、歯科医師が現在の時点で充足されているとのアンケート結果、患者が少ないとの感想とも一致しているとも考えられる。

一方で、少数の施設では多数の患者が集中している事実が認められた。

表 19. 病院全体として拠点病院としての機能を果たしていますか？

| | 回答数 | % |
|--------|-----|------|
| 果たしている | 109 | 72.2 |
| わからない | 27 | 17.9 |
| いない | 11 | 7.3 |
| 不明 | 4 | 2.6 |
| 合計 | 151 | 100 |

表 20 歯科として拠点病院としての機能を果たしていますか？

| 歯科として | 回答数 | % |
|--------|-----|------|
| 果たしている | 86 | 57 |
| わからない | 47 | 31.1 |
| いない | 13 | 8.6 |
| 不明 | 5 | 3.3 |
| 合計 | 151 | 100 |

- 拠点病院の歯科の門戸は常に開かれており、患者が希望すれば治療を受けられる体制にある。門戸は開かれているにもかかわらず、受診患者数の実態は少ない。
- 拠点病院で提供できる歯科治療は、まず応急救急歯科医療とも言える。したがって、慢性疾患として、長期にわたって患者を管理していくには、歯科衛生士による口腔衛生指導、口腔衛生管理が、必要であるが、人員配置がされておらず、歯科衛生士の人員希望が多かった。
- B 型肝炎ウイルスに対応するワクチン接種は CDC の勧告にもみられるが、拠点病院での本ワクチン接種の義務化は 26.5% であり、一方、職員の健康診断における検査では B 型肝炎ウイルス抗体検査が 73.5% で実施されていた。拠点病院での活動を円滑なものにするには、あるいはスタンダードプレコーションを実施するには、B 型肝炎ウイルスワクチン接種はもっと積極的に行われることが望ましいと考えられる。
- 院内感染予防対策についてはとても十分に対応できているとはいいがたい。特にエアタービン等のハンドピースを患者ごとに滅菌して使用するのには、もはや当然行われるべきものであるが、拠点病院歯科の約半数でしかハンドピースが備えられていない現状は、恐らく他の設備も十分でなくスタンダードプリコーションが行われていないことを示している。わずかな予算を計上すれば早急に解決することであり、このままでは拠点病院歯科にうっかり患者を紹介することもできない。
- 拠点病院には医療事故での汚染時に対応する予防投与の薬剤が常備されている。一方、開業医等はこれらの薬剤の供給のないまま、患者の診療に携わっている。したがって、必然的に、医療における暴露事故が発生すると、もっとも近い拠点病院に相談あるいは、予防投与を期待して訪問する可能性がある。事実、17 施設で相談を受けているが、予防投与薬の扱いに関して、否定的、その他、不明を含めると 32.4% にのぼり、およそ 3 分の 1 の施設が、周囲の医療機関相談に対応できない現実がある。また他施設との連携においても、実施したことの経験のある施設は 31 施設 (20.5%) に過ぎない。この事実は、拠点病院が地域の医療に貢献する姿勢の問題と考えざるをえないので、今後この問題を解決する努力が必要である。