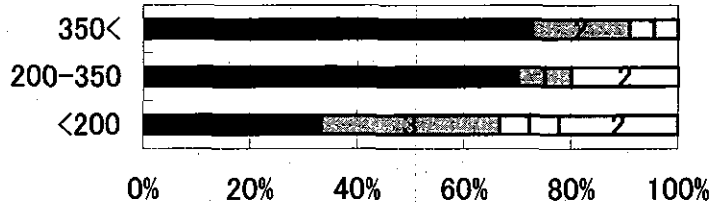


23

CD4と食事を自分で作ること(N=30)

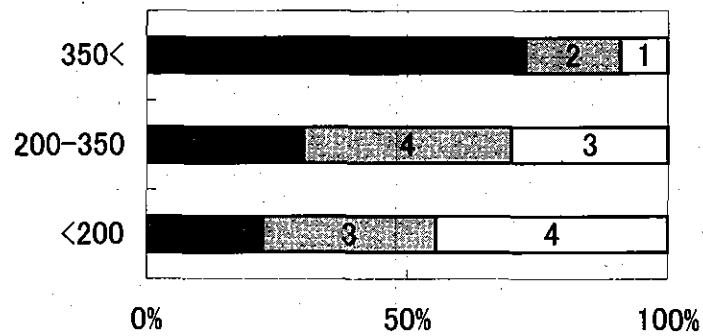
■よく作る
 □作る
 □あまり作らない
 □全く作らない



24

CD4と食生活の充実感
 (バランスのよい食生活)
 (N=30)

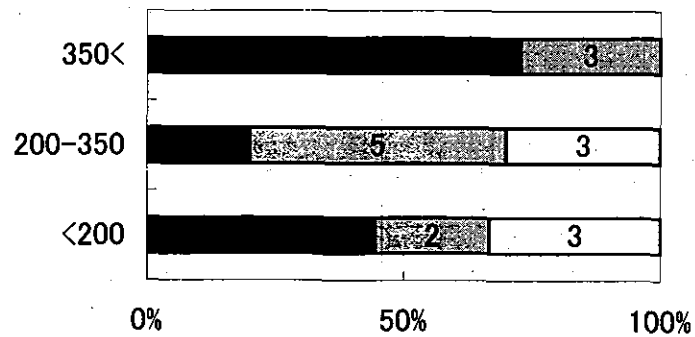
■とても充実
 □充実
 □あまり充実していない



25

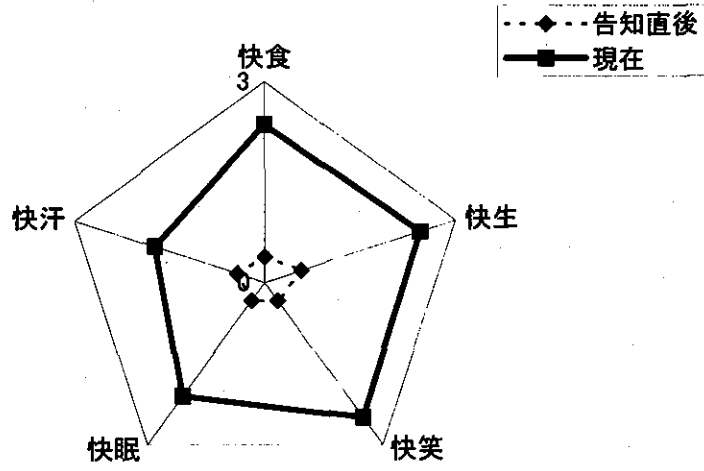
CD4と栄養状態自己評価(N=30)

■とてもよい
 □よい
 □あまりよくない



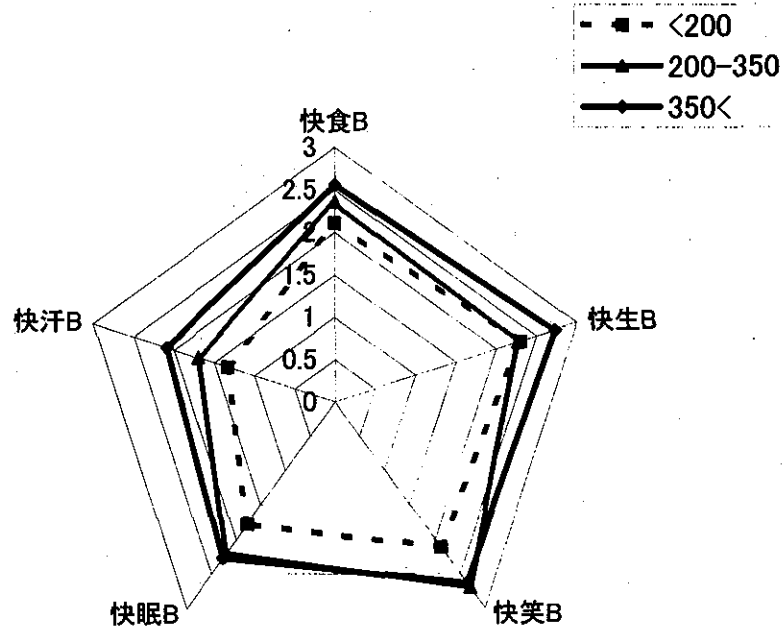
26

告知直後と現在のQOL (N=30)

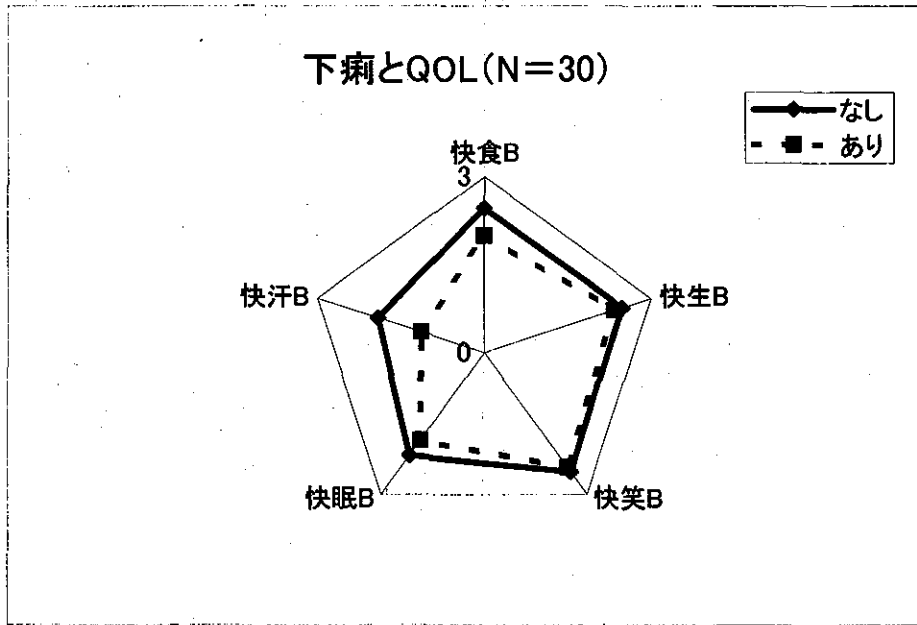


27

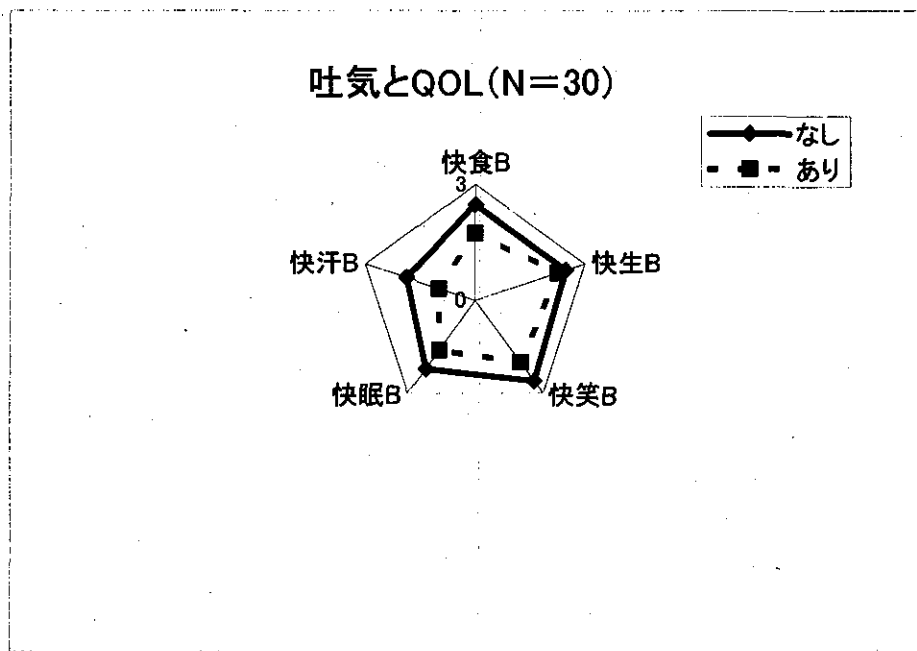
CD4とQOL (N=30)

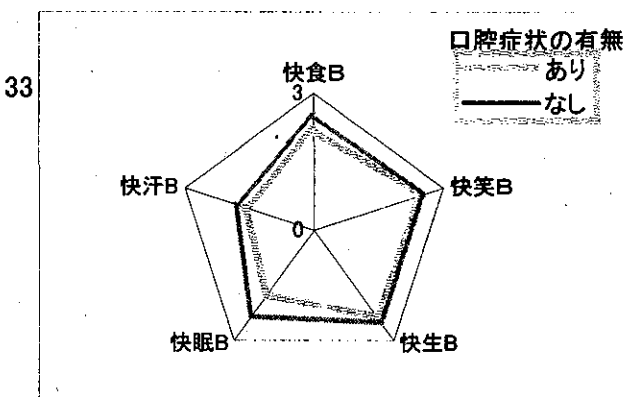
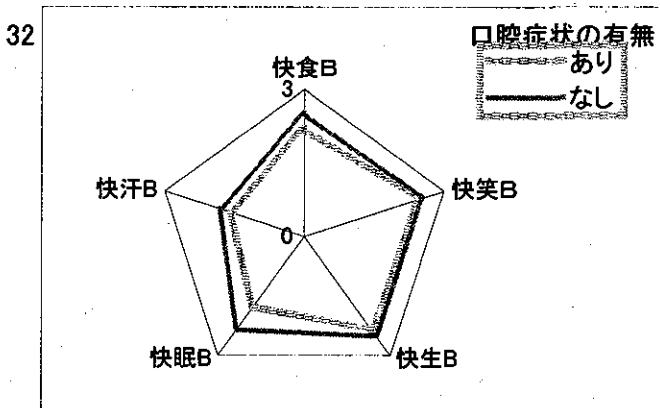
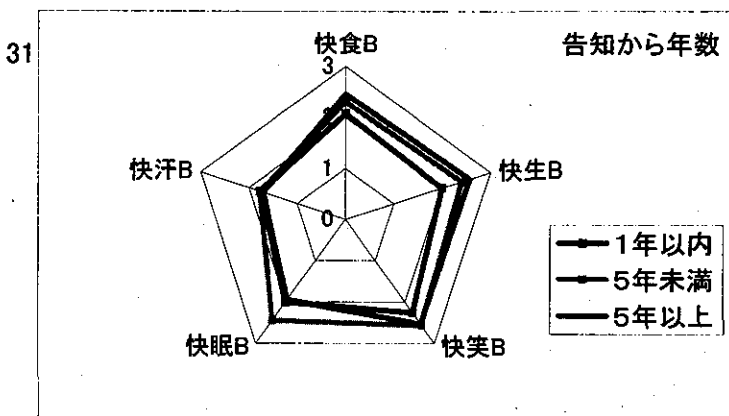
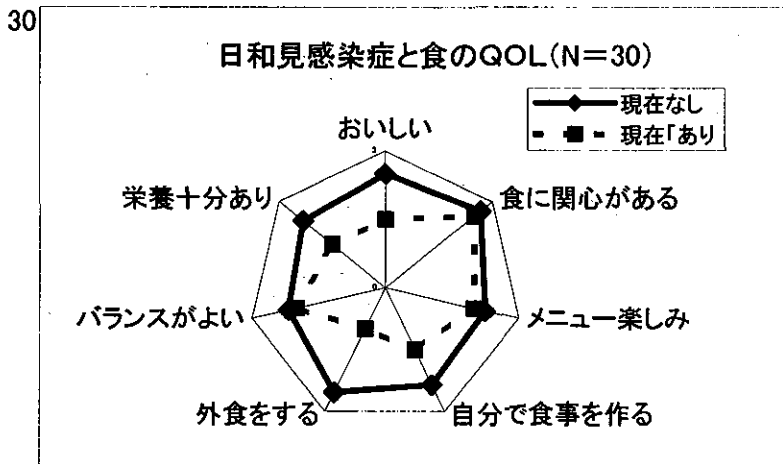


28



29





厚生労働科学研究費補助金（エイズ対策研究事業）
分担研究報告書

H I V陽性者の歯科診療受け入れと歯科受療の現状に関する調査

主任研究者	五島真理為	特定非営利活動法人 HIV と人権・情報センター理事長
分担研究者	新庄 文明	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 教授
	吉田 香月	特定非営利活動法人 HIV と人権・情報センター患者会代表
研究協力者	渡邊 充春	医療法人南労会松浦診療所 歯科
	駒井 正	宝塚市国保診療所長・歯科
	木下 ゆり	特定非営利活動法人 HIV と人権・情報センター管理栄養士
	伊藤麻里子	エイズ予防財団リサーチレジデント

要 旨

H I V感染者を対象とする直接面談調査の結果、30人中、22名（73%）が歯や口の自覚症状を有していたが、そのうち歯科治療を受けている者は23%であった。歯科受診の際に HIV に感染していることを「告げずにかかる」とした回答は半数以上であり、診療拒否に対する懸念が受診に影響している可能性が示唆された。実際に「診療拒否」にあった経験がその後の非受診に影響しているという状況も報告された。

歯科診療所における感染者の受入れ状況に関する調査結果では、約3割の歯科医師がH I V感染者を「原則として断る」と回答しており、H I V感染者の受診をさまたげる要因が歯科医療側にもあることが示された。本調査の結果から、今後、歯科医療機関におけるH I V感染者の受け入れと積極的な口腔保健管理を促進させるために、以下の対策が重要であることが示唆された。

- ① 歯科診療室における最新の感染防御に関する知見（CDC2003等）に準拠して、すべての受診者に対して同等の（ユニバーサル・プリコーション）、標準的な対策（スタンダード・プリコーション）の実施を普及させる。
- ② そのためには、知識だけでなく歯科医療従事者の認識や診療姿勢の変容をもたらすことが必要であり、単なる資料を通じた自己研修や講演会などにとどまらず、人権と個人情報の保持にも配慮した行動変容をもたらす研修システムの開発と、その普及をはかる。
- ③ 歯科医療機関を利用するあらゆる人々が感染症についての正しい理解を示すとともに、感染防御に関する最新の知見（CDC2003等）に準拠して受診者を区別せず同等の標準的な対応を図る診療機関のみが、感染防御の上で安心して受療できることについて周知をはかる。

A. 研究目的

平成13年度の厚生科学研究として実施した本研究班の調査の結果、HIV陽性者の多くは歯科受療ならびに積極的な口腔衛生管理を必要としながら受療の機会が極めて限られているおり、感染者のサポートにかかわるNGOの役割が口腔保健管理においても重要であることが示唆された。¹⁾ また平成14年度には、HIV陽性者の歯科医療は一般の歯科医療機関における対処が可能であるばかりか、より積極的に清潔の保持をはかることが重要であり、歯科医療機関においては感染者を区別することなく診療、使用器具の滅菌、消毒を同等におこなうことが必須であることを、文献調査をもとに明らかにした。²⁾

また、HIV感染者の口腔保健管理を普及させる方策をさぐる目的で、陽性者ならびにウイルス感染症患者の歯科診療受入状況と歯科診療室における感染予防対策との関連について、本研究の一環として昨年度に実施した調査では、一般の歯科診療において対処が可能でありながら、感染者の多くが必要な歯科診療を受けることができない背景には、歯科医療従事者の間に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など、HIVやウイルス性疾患に対する対処についての認識が普及していないことが一因であることが示唆された。

本年度は、HIV感染者・患者自身の歯科受療の実情ならびに受療に影響する要因をさぐるとともに、口腔保健と食生活、QOLとの関連について調査した。また、あわせて、昨年の調査における回収率が51%であり、一般歯科診療現場における現状をより正確に把握することをめざして、同じ対象者に対する再度の回収をはかり、その結果について分析した。

B. 研究方法

1. HIV感染者・患者の歯科受療、口腔保健

の現状と食生活、QOLに関する調査

2005年1月にNGO(特定非営利活動法人HIVと人権・情報センター)のカウンセリングを利用したHIV感染者・患者30名を対象に、カウンセリングと併せて直接面談により、HIV感染告知時と現在における生活状況、食生活、QOLに関する状況ならびに、口腔保健の現状について調査した。

〔質問項目〕

- 1) 生活状況(性別、年齢、国籍、独居/同居、就労状況等)
- 2) 身体状態(CD4、ウイルス量、現在の身長、現在の体重、体重変化、日和見感染症の有無、AIDS発症の有無、現在の自覚症状等)、受療状況(HIV受療状況等)および服薬状況(抗HIV薬、その他の薬)、副作用または症状ならびにHIV感染告知からの期間と
- 3) 栄養支援の実施状況と希望
- 4) 食生活とQOLに関する5つの指標
(4段階のスマイルマークでHIV感染告知時および現在について自己評価)

I 快食：食生活に関する10項目(食事がおいしい!、食べることに関心がある、メニューを考えるのが楽しい、自分で食事を作る、外食をする、食事を作ってもらう、食生活が充実している、栄養の状態がよい、食事に困った時に相談できる人がいる、生活費のうち食費は十分にある)

II 快笑：心の底から笑える

III 快生：わくわくすることがある、自分の役割があると感じる、いろいろな悩みを相談できる人がいる

IV 快眠：ぐっすり眠れる

V 快汗：気持ちよく汗をかく運動をしている

5) 歯科保健の現状

歯口の自覚症状

食事の不都合

HIV 治療の受療状況

6) 歯科受療状況

歯科受診経験

歯科治療上の不都合、満足度

および非受療の理由

7) 歯科受診における HIV 告知有無

以前の受診における告知

HIV 告知時の歯科医院の対応

8) 医療その他の相談先

歯科受療に関する希望

身体に関する相談先

不安に関する相談先

2. HIV陽性者の歯科診療受入状況調査

調査対象は2つの大学歯学部同窓会名簿から抽出した開業歯科医師300名、日本救急歯科医療研究会(代表駒井 正)および歯科保健研究会(代表渡邊充春)の会員200名の合計500名の歯科医師を抽出し、調査票は郵送で送付し、無記名で回答記入を依頼し、郵送で回収した。平成16年末までの回収は、送付部数の88%にあたる440件であった。

分析にあたっては、これらの440件の回答について、それぞれの項目の有効回答について行い、一部の結果については、1992(平成4)年に、分担研究者らが実施した「歯科診療室における感染予防対策の実状とウイルス性疾患感染者の歯科医療対策のあり方に関する調査」結果との比較を示した。

C. 研究結果

1. HIV感染者・患者の歯科受療、口腔保健の現状と食生活、QOLに関する調査

(1)調査の対象30名の内訳ならびにHIVに関する身体状況その他の概況は次のとおりであった。

①性別・年代・国籍

性別は男性86%(26名)、女性14%(4名)、年代は多い順に30才代及び50才代が各33%(10名)、20才代が23%(7名)、10・40・60才代が各3%(1名)であった。国籍は日本が90%(27名)、外国10%(3名)であった。

②生活・就労状況

独居23%(7名)、家族と同居70%(21名)、その他7%(2名)であった。就労状況は、フルタイム30%(9名)、パートタイム27%(8名)、その他(無職等)43%(17名)であった。

③CD4・ウイルス量

現在のCD4については、200未満は30%(9名)、200~350は33%(10名)、351以上が37%(11名)、であった。現在のウイルス量については、検出限度以下が55%(16名)、10,000未満17%(5名)、10,000以上28%(8名)であった。CD4とBMIに相関関係はみられなかった。

④日和見感染症・発症状況

現在AIDS発症しているのは3%(1名)、過去に発症経験があるのは43%(13名)でそのうち現在日和見感染症にかかっているのは1名、かかっていないのは12名であった。これまでにAIDS発症していないのは54%(16名)で、そのうち過去に日和見感染症にかかったことがあったのは3名であった。

⑤抗HIV薬・その他の服薬状況

現在、抗HIV薬を服薬している人は77%(23名)、服薬していない人は23%(7名)であった。また、抗HIV薬以外の服薬している人は80%(24名)、服薬していない人は13%が、他の薬も服薬していた。

⑥自覚症状・副作用

現在の自覚症状(副作用を含む)については、多い順に口腔内症状47%(14名)、下痢23%(7名)、吐気・喉の痛みが各17%(5名)、発熱・頬のこけ・中性脂肪の偏在または高脂血症が各13%(4名)、やせが3%(1名)であった。CD4

が200未満の人の88%に口腔内症状、56%に下痢症状がみられた。

⑦告知からの期間

HIV告知からの期間は5年以上が57% (17名)、5年未満が30% (9名)、1年未満が13% (4名)であった。

(2) 歯科受療ならびに口腔保健に関する状況は次のとおりであった。

① 歯ならびに口の自覚症状と関連事項

回答者30名のうち、歯口の自覚症状を有する者は22名(73%)であり、自覚症状を有する者のうち20名はHIV治療の受療中(91%)であった(表1)。現在歯科治療を受けている者は5名(17%)であり、7名は治療を受けたことがないと回答している(表2)。

また、歯口の自覚症状を有する者のうち6名(27%)が食事の不都合を訴えていた(表3)。歯科受診の際にHIVに感染していることを告げてかかる、と回答した者は5名であり、16名(53%)は「告げずにかかる」としていた(表4)。

② 歯科受診先別にみた受診先へのHIV感染告知の有無

HIV感染者の約3分の1が歯科受診しており、3分の2は非受診であり、受信者の約半数が拠点病院に受診している。拠点病院の受診者のすべてが「HIV感染を告げて」受診しているが、一方、一般の歯科診療所に受診している者のうち「HIV感染を告げて」受診しているのは1名だけであった。その他は、すべて、感染状況を告げずに受診していた(図1)。

また、非受信者のうち、1名は「診療拒否」にあった経験があり、その後も歯科受診をしていなかった。

③ 現在の受診状況別にみた

HIV感染者が歯科受療しない場合の理由

現在の受診状況は、先にみたように、拠点病院受診者、一般歯科受診者、非受診者がほぼ同

数であったが、それらのHIV感染者が歯科受療しない場合の理由については、現在非受診の者では、「心配ない」、「身近にない」、「診療拒否が心配」および「安心して受診できる先を知らない」が、ほぼ同数であった。また、拠点病院や一般歯科を受診している者においても、「診療拒否が心配」という回答がみられた(図2)。

2. HIV陽性者の歯科診療受入状況調査

回答者のうち、「これまでに、HIV感染者の治療依頼や問合せ」の有無については、「全くない」とする回答が9割以上を占めた(図3)。92年には85.0%であった。

一方、「今後の感染者の受け入れ」について、HIV感染者、エイズ患者の歯科治療の受け入れについては、HIV感染者であることが判明した場合、「原則として断わる」という回答は約3割であり、92年の回答(47.4%)からは大幅な減少がみられる。しかしながら、「一般の患者と同様に対処する」という回答は92年と大差がみられなかった(図4)。

HIV感染者と同様に、「今後の感染者の受け入れ」について、エイズ患者であることが判明した場合の回答にも92年の回答から大幅な減少がみられたが、「一般の患者と同様に対処する」という回答には大差はみられなかった。診療を受け入れる姿勢を示す場合も、「特に配慮して受け入れる」という回答も92年同様に圧倒的に多く、特異的な防御の姿勢がほとんど受け継がれている状況であった。

一方、「今後の感染者の受け入れ」について、ウイルス性のA型肝炎、B型肝炎、C型肝炎などについては、「原則として断わる」という回答は極めて少なく、「今後の感染者の受け入れ」について、「受診している患者がウイルス性肝炎に感染していると判明した時」の対応とHIVの場合には大きな較差がみられた(図5)。

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、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」の順であった(図6)。

また、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「あらゆる歯科診療所が万全の対策をとるべき」とする回答は3割弱であり、「公的な医療機関が受け入れるべき」「特定の専門医療機関を設置するべき」が半数以上を占めた(図7)。

「あらゆる歯科診療所が万全の対策をとるべき」という考えは、先に示したHIV感染者受入れ姿勢とほぼ同じ割合であり、HIV感染者受入れ姿勢と「あらゆる歯科診療所が万全の対策をとるべき」という考えとはほぼ対応していることがわかる(図8)。

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ところ、ユニバーサル・プリコーションについては8割が「よくわからない」あるいは「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ほぼ同様であった。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、それぞれ数パーセントであり、「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2割にとどまる。

先に示した感染者の歯科診療への受け入れ姿勢の分布を、ユニバーサル・プリコーションあるいはスタンダード・プリコーションの実行、理解、などの認識レベルと比較すると、感染予

防対策の原則に関する理解や実行のレベルに応じて、「HIV感染者の受入」の割合にも差がみられた(図9)。

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回答は36%にみられたが、その中ではHIV感染者の診療受入意向は42%に見られた。手袋を使用していないという回答は、20%で、その中では受入意向のある者が25%であった。(表10)

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。回答した歯科医師自身の感染予防対策に関する研修は、「講習会に参加した」という回答が41%、「出版物で自己研修をしている」が42%であった。

感染予防対策に関する研修状況と、感染者の歯科診療への応召姿勢との関連を分析すると、「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、「研修なし」では最も大きく、「自己研修」よりも講習受講経験ありの者ではすくなくなり、研修の参加回数が増えるほど、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。

一方、HIV感染者の受け入れ姿勢があるという回答割合は、「講習会への参加」回数が1-2回までは、参加の有無や自己研修の有無にかわりなくほぼ同じ割合であったが、研修参加が3回、ならびに4回以上と、回を重ねるにつれ大きくなる傾向がみられた。(図11)

院長自身が針刺し事故の経験ありとする回答は48%にあり、職員にもなしとする回答は41%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」あるいは「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」とする回答の割合には大きな差はみられなかった。「いずれも受入困難」とする回答の割合

は、「院長が経験」「職員にのみあり」とする群ではいずれも 2-3%であったが、「いずれもなし」の群では 14%であった。(図 12)

D. 考 察

1992 (平成 4) 年に、分担研究者らが実施した「歯科診療室における感染予防対策の実状とウイルス性疾患感染者の歯科医療対策のあり方に関する調査」によると、一般診療に従事する歯科医師のうち HIV 感染者について「原則として断わる」は 47.4%であり、感染者の歯科医療としては「公的な医療機関が受け入れるべき」、「特定の専門医療機関を設置するべき」などの意見が圧倒的な多数を占めていた。感染者の歯科治療を断わる理由としては、「消毒が困難」が 71.7%、「スタッフの対応が十分でない」54.3%、「術者への感染の可能性」40.2%など、歯科医療現場における感染予防について正しい情報や理解が十分に普及していないことも示された。同時に、これらの診療現場における感染防御体制についても、極めて不十分な実情であることもあきらかとされた。³⁾

その後、厚生労働省では歯科診療室における感染予防の普及啓発を、歯科医師会への助成等を通じて図るとともに、薬害エイズに対する取り組みの過程で、HIV 感染については医療従事者のみならず一般の関心や理解がたかまってきており、歯科医療従事者の理解や認識にも変化があることが期待された。

HIV 感染者・患者の多くが自覚症状を有しながら歯科受療をしていない現状であり、受診を妨げる要因として、診療拒否が心配あるいは安心してかかれる受診先を知らないことが約半数にみられた

歯口の自覚症状を有する者 22 名のうち、現在歯科治療を受けている者は 5 名(23%)であり、

また、6 名(27%)が食事の不都合を訴えていたことは、感染者の歯科受療を妨げる要因が現在も無視し得ない状況であることを示している。そのひとつに、歯科受診の際に HIV に感染していることを告げてかかると回答した者が 22%で、53%が「告げずにかかる」としていたこと、ならびに、拠点病院の受診者以外では「HIV 感染を告げて」受診しているのは 1 名だけであったことにみられるように、診療拒否に対する懸念が強いことがしめされた。実際、非受信者の 1 名は「診療拒否」にあった経験がその後の非受診に影響していることがうかがえた。

歯科医師を対象とする調査では、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はわずか 5 パーセントであり、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、440 件の回答の中でなお 28%にみられ、診療を受け入れる姿勢が示されたのは 33.3%であったことに、HIV 感染者が感染に関する告知をした上で歯科受診する機会が極めて限られている現状が反映されている。

米国における 1989 年の報告によると、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おり⁴⁾、わが国において感染を自覚しているキャリアが少ないことを考慮しても、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、歯科医療側に何らかの特異的な背景があることが推測される。

「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」(日歯 1997) との警告は、なお十分に周知されていない

日本歯科医師会は「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⁵⁾。

今回の回答で、感染者の歯科治療の受け入れを「断わる」あるいは「他院を紹介」する理由として示された「消毒・滅菌が困難」、「スタッフの対応が充分でない」、「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が、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を考えられない。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。

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ことは、

周知のことである。

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・プリコーションの周知の程度については、8 割の歯科医師に十分な理解がなく、実際に感染者を「一般の患者と同様に対処する」というユニバーサル・プリコーションあるいはスタンダード・プリコーションを実行している回答は 6 パーセントにとどまるのが現状であった。

そうして、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の傾斜的な傾向を示すことは、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。

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⁶⁾、さらに 2003 年の CDC による指針は、原則的な理念としてのユニバーサル・プリコーションから一歩進めて、より現実的かつ具体的な対策としてスタンダード・プリコーションの方法を示している⁷⁾。

歯科診療室における最新の感染防御に関する、このような知見に準拠して、すべての受診者に対して同等の (ユニバーサル・プリコーション)、かつ標準的な対策 (スタンダード・プリコーション) の実施を普及させることが重要である。

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、感染予防として無意味であるだけでなく、むしろ極めて危険である

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(ウインドウピリオド)にこそ、感染力は最も強いのである。

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所以である。

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明らかとなり、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。

知識だけでなく専門家の姿勢や行動変容をとまなう研修方法の開発が必要である

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数倍に達し、感染予防対策に関する研修状況と、感染者の歯科診療への応召姿勢との関連も示唆された。とくに、「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、「研修なし」では最も大きく、HIV感染者の受入れ姿勢があるという回答割合は、「講習会への参加」回数が1~2回までは、参加の有無や自己研修の有無にかかわらずほぼ同じ割合であったが、研修参加が3回、ならびに4回以上と、回を重ねるにつれ大きくなる傾向がみられた。これは、知識だけでなく姿勢や行動変容をとまなう研修方法の開発が必要であることを示している。

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を考えられない。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。

わが国では、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をもっていて、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⁶⁾。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⁹⁾。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¹⁰⁾。

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。

専門家だけでなく、社会全体の感染症にたいする正しい知識と姿勢の普及をはかることが緊急の課題である

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¹¹⁻¹³⁾、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をプール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¹⁴⁾。致命率についても、慢性肝炎の67%、肝がんの83%に達する¹⁵⁻⁶⁾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。

E. 結論

HIV感染者を対象とする直接面談調査の結果、30人中、22名(73%)が歯や口の自覚症状を有していたが、そのうち歯科治療を受けている者は23%であった。歯科受診の際にHIVに感染していることを「告げずにかかる」とした回答は半数以上であり、診療拒否に対する懸念が受診に影響している可能性が示唆された。実際に「診療拒否」にあった経験がその後の非受診に影響しているという状況も報告された。

歯科診療所における感染者の受入れ状況に関する調査結果では、約3割の歯科医師がHIV感染者を「原則として断る」と回答しており、HIV感染者の受診をさまたげる要因が歯科医療側にもあることが示された。本調査の結果から、今後、歯科医療機関におけるHIV感染者の受け入れと積極的な口腔保健管理を促進させるために、以下の対策が重要であることが示唆された。

- ④ 歯科診療室における最新の感染防御に関する知見(CDC2003等)に準拠して、すべての受診者に対して同等の(ユニバーサル)、かつ標準的(スタンダード)な対策(プリコーション)の実施を普及させる。
- ⑤ そのためには、知識だけでなく歯科医療従事者の認識や診療姿勢の変容をもたら

すことが必要であり、単なる資料を通じた自己研修や講演会などにとどまらず、人権と個人情報の保持にも配慮した行動変容をもたらす研修システムの開発と、その普及をはかる。

- ⑥ 歯科医療機関を利用するあらゆる人々が感染症についての正しい理解を示すとともに、感染防御に関する最新の知見（CDC 2003 等）に準拠して受診者を区別せず同等の標準的な対応を図る診療機関のみが、感染防御の上で安心して受療できることについて周知をはかる。

文 献

- 1) 五島真理為、新庄文明、吉田香月、Peter Robinson、西山毅：HIV 感染者の歯科受療と口腔保健管理ニーズに関する研究。厚生科学研究費補助金エイズ対策事業「エイズに関する普及啓発における非政府組織（NGO）の活用に関する研究」平成 13 年度総括・分担研究報告書、221-226、2002。
- 2) 五島真理為、新庄文明、塩入康史、吉田香月、木下ゆり、西山毅、久保田一見、吉田治志、本多敬子：HIV 感染者の歯科受療と口腔保健管理ニーズの現状。厚生労働科学研究費補助金エイズ対策事業「エイズに関する普及啓発における非政府組織（NGO）の活用に関する研究」平成 14 年度総括・分担研究報告書、123-130、2003。
- 3) 新庄文明、駒井 正：ウイルス性疾患にたいする歯科医療の現状に関する研究。歯科救急医療、13(2)；35-39、1992。
- 4) Moretti RJ: Attitudes and practices of dentists regarding HIV patients and infection control. General Dentistry, March-April; 144-7, 1989.
- 5) 日本歯科医師会 HIV 調査検討委員会：一般歯科診療 HIV 感染予防対策 Q&A。7-41, 1997。
- 6) 米国歯科医師会：歯科医療従事者のためのエイズ対策の実際第 3 版（1991 年 7 月）。赤田弘正、古賀敏比古（訳）、日本歯科評論 596；179-204, 1992。
- 7) 溝田年宣・丸森英史訳「歯科医療における感染管理びための CDC ガイドライン」サラヤ KK, 2004
- 8) ジャック・リュフイエ（中澤紀雄訳）：ベストからエイズまで。国文社、293-304, 1988。
- 9) Meskin LH: A matter of trust. JADA, 123 July; 8-11, 1992.
- 10) Christen GJ: Curbing the AIDS hysteria: a shared responsibility. JADA. 123, August; 72-3, 1992.
- 11) Centers for Disease Control: Recommended infection control practices for dentistry. MMWR 35:237-243, 1986.
- 12) American Dental Association: Infection control recommendations for the dental office and the dental laboratory. JADA, August (supplement): 1-8, 1992.
- 13) 厚生省エイズサーベランス委員会：HIV 感染症診療の手引き。厚生省、74-81, 1991。
- 14) 桜井賢樹：エイズに関する最新の情報。Dental Diamond, 231:23-26, 1993。

15) 富沢一郎：ウイルス肝炎について。週間保健衛生ニュース、520；20-22, 1992。

16) Klein RS et al: Low occupational risk of human immunodeficiency virus infection among dental professionals. New England Journal of Medicine, 318;86-90, 1988.

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

救急歯科医療 (in print)

2. 学会発表

1. F. SHINSHO, M. GOTOH: Awareness and Attitude of Dentists and Dental Students for Infection Control and Treatment of Blood Born Virus Carrier, 2004, South East Asian Association for Dental Education, 9 月

2. M. Ito, M. Gotoh, K. Ohgo, Y. Shioiri, F. Shinsho. The social for PWH/A and their families in Japan and cooperation between NGOs and other services. XV International AIDS Conference, 2004, Bangkok, 7 月.

3. Shinsho (座長) : Dental Education for Geriatric Dentistry. 11 月 27 日, 2003. 東京

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

表1 歯口の自覚症状とHIV治療の受療

度数

		HIV治療の受療			合計
		受診中	過去に受診	未受診	
歯口の自覚症状	あり	20	1	1	22
	なし	7		1	8
合計		27	1	2	30

表2 歯口の自覚症状と歯科受診経験

度数

		歯科受診経験			合計
		現在治療中	過去	ない	
歯口の自覚症状	あり	5	12	5	22
	なし		6	2	8
合計		5	18	7	30

表3 歯口の自覚症状と食事の不都合

度数

		食事の不都合			合計
		あり	どちらともいえない	いいえ	
歯口の自覚症状	あり	6	3	13	22
	なし			8	8
合計		6	3	21	30

表4 歯口の自覚症状と受診におけるHIV告知

度数

		受診におけるHIV告知			合計
		告げてかかりたい	わからない	告げずにかかる	
歯口の自覚症状	あり	4	6	12	22
	なし	1	3	4	8
合計		5	9	16	30

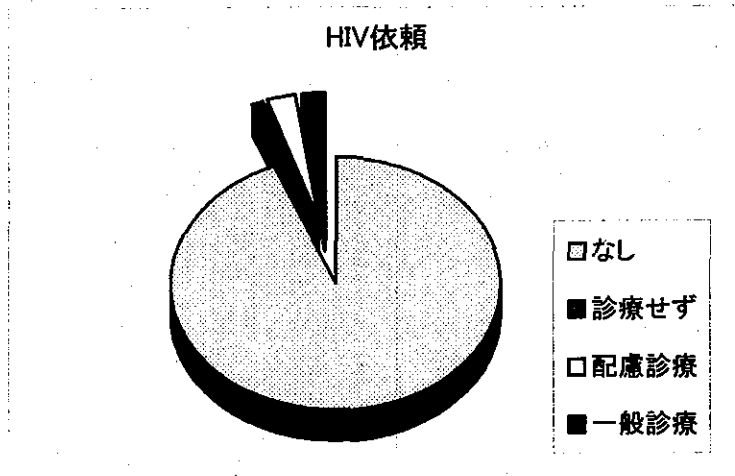


図3 HIV感染者の歯科治療の受入れ経験

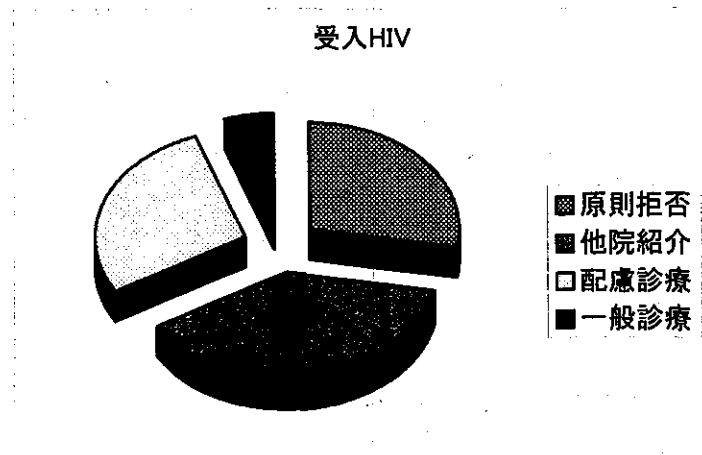


図4 HIV感染者の歯科治療の受入れ姿勢

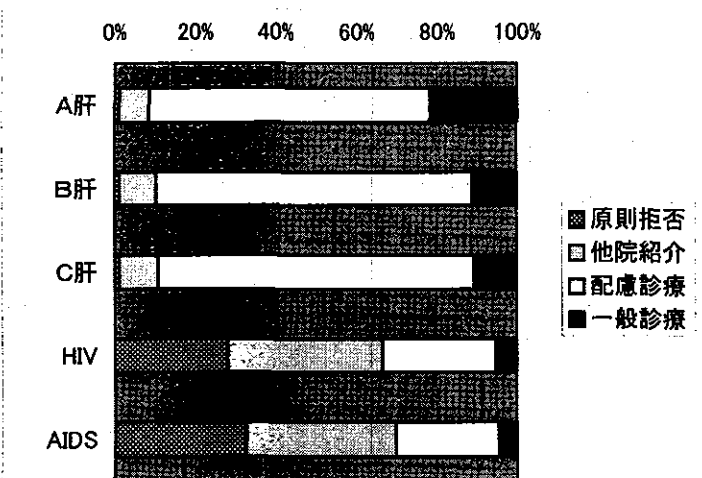


図5 ウイルス性疾患感染者の治療の受け入れ

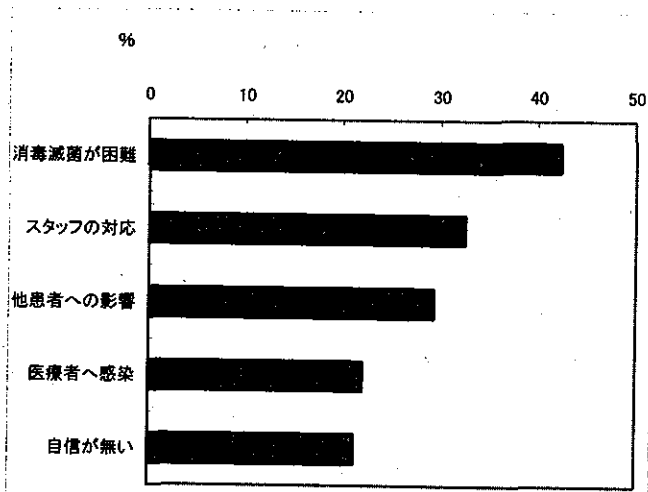


図6 感染者の歯科治療の障碍

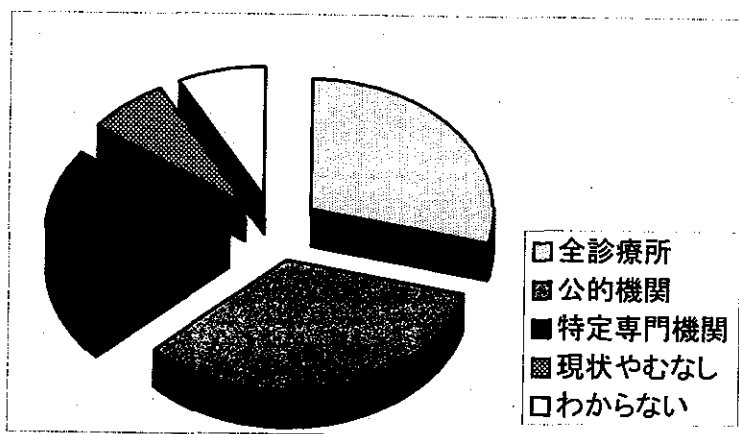


図7 今後のウイルス性疾患の感染者にたいする歯科診療のあり方に対する考え

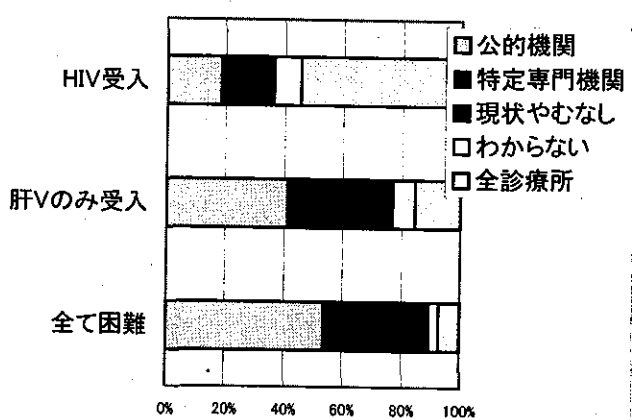


図8 HIV感染者の歯科治療の受入れ姿勢今後のウイルス性疾患の感染者にたいする歯科診療のあり方に対する考え

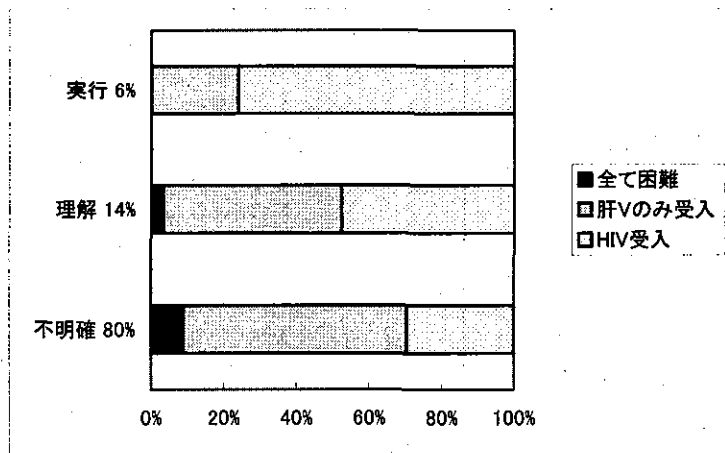


図9 感染予防の原則に関する認識とHIV感染者の歯科治療の受入れ姿勢

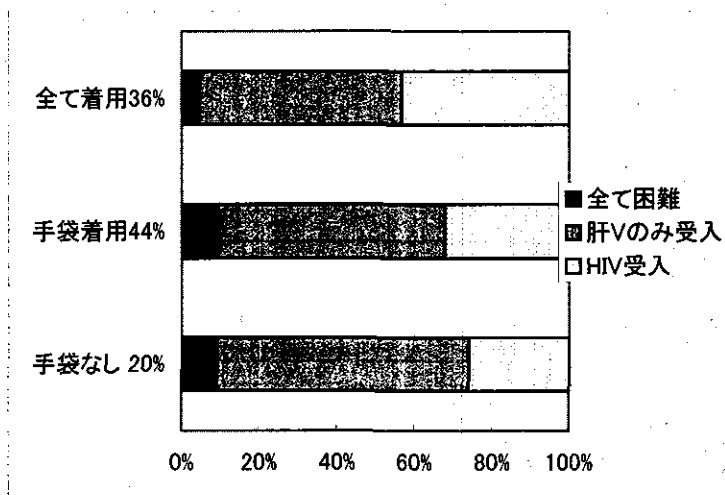


図10 診療室における感染防御姿勢とHIV感染者の歯科治療の受入れ姿勢

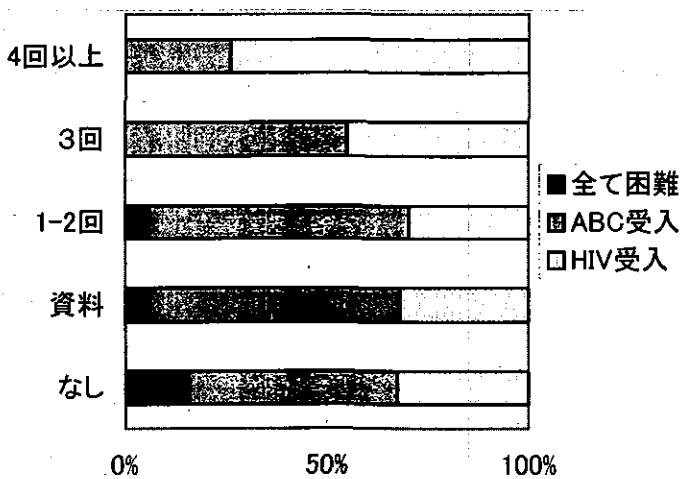


図11 感染防御に関する研修の参加経験別とHIV感染者の歯科治療の受入れ姿勢