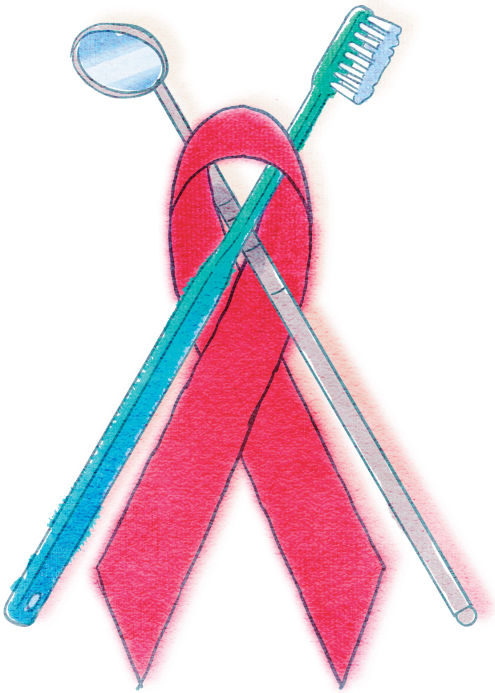
歯科医師の先生にも読んでもらいたい

# 歯科衛生士のためのHIV/AIDS読本



厚生労働行政推進調査事業費補助金（エイズ対策政策研究事業）
HIV感染症の医療体制の整備に関する研究
〈 歯科の医療体制整備に関する研究 〉

# 歯科衛生士のためのHIV/AIDS読本


1 はじめに ..... 2
2 HIVとは、AIDSとは ..... 3
3 感染して治療しないとどうなりますか？ ..... 4
4 どのように感染しますか？ ..... 6
5 現在の治療法は？ ..... 7
6 歯科治療でHIVに感染する？ ..... 8
7 歯科医院ではHIV感染者に対して、どのように対応すればいいですか？ ..... 9
8 標準予防策はどうすればいいですか？ ..... 11
9 もし、針刺し事故を起こしたら？ ..... 13
10 HIV感染者の診療に際しての注意事項はなんですか？ ..... 14
11 「U=U」「90,90,90」とは ..... 15
12 最後に ..... 16

# 1 はじめに

この読本は歯科衛生士の方はもちろん、将来、歯科衛生士になるための勉強に励んでみえる方にも読んでいただくことを想定して作成しました。

さて、HIV 感染症とか、AIDS にどんなイメージを持っていますか。多くの方が「性病だから他人事」「感染するのが恐い」「感染したら死んでしまう」など、よくは知らないけど、漠然と嫌悪感を抱いている方が多いと思います。近年は中学校などでも HIV 感染症や AIDS に関する授業がなされていると聞いています。それにもかかわらず、HIV 感染症や AIDS に対しては性感染症としての面のみが強く印象に残っているのか、残念ながら、今でも偏見が払拭されていないようです。本編の中であらためてご紹介しますが、HIV 感染症に関わる医学の進歩は著しく、実際にはみなさんが持っているイメージとはたぶん全く異なっています。

歯科衛生士は歯科診療や口腔衛生管理に従事する医学的プロフェッショナルと私は信じています。しからば、当然、現在の医学的知識に則り行動がなされるべきであり、HIV 感染症についても誤解や偏見を払拭しなければなりません。以前は、感染対策に関して述べた書籍はあっても、歯科衛生士のための HIV 感染症や AIDS に関する情報はあまり無かったかもしれません。そこで、この読本は、医療従事者の一員である歯科衛生士として HIV 感染症や AIDS を理解していただき、偏見に惑わされず診療に従事していただけることを目的に執筆しています。なお、本文をお読みいただければ十分理解できると思いますが、より詳しく知っていただくために、文中に付けた＊については注釈にて解説しています。是非とも最後までお読みいただき、明日からの診療姿勢に反映していただくことを期待しています。

2020 年 2 月

HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究
＜歯科の医療体制整備に関する研究＞
宇佐美　雄司
（国立病院機構 名古屋医療センター 歯科口腔外科）



# 2 HIV とは、AIDS とは

日常会話にでも耳にする「エイズ」という単語は、もちろん「AIDS」のことですが、acquired immunodeficiency syndrome の頭文字を取ったものです。日本語では「後天性免疫不全症候群」と言い、その原因はヒト免疫不全ウイルス：human immunodeficiency virus、略して HIV（エイチアイヴィ）の感染です。ですから、正確には「HIV 感染症」が疾患名であり、AIDS とは免疫が著しく低下した状態＊1 です。少し強引かもしれませんが、敢えて「齲歯」に例えるなら、HIV 感染症が「C」であり、AIDS は C4 の状態です。ただし、ほぼ抜歯しか治療の選択肢がない C4 と異なるのは、後述するように今では大部分の AIDS 患者が治療により健康を回復することができるということです。

＊1：「AIDS 指標疾患」が発現すると「AIDS」と診断されます。「AIDS 指標疾患」とは決められた 23 種類の主に日和見疾患です。日和見疾患とは健常な免疫を有する人にはほとんど発病しないものの、免疫力が低下すると発症してくるものです。AIDS 指標疾患の中には日和見感染症（食道カンジダ症、ニューモシスチス肺炎やサイトメガロウイルス感染症など）や悪性腫瘍（カポジ肉腫、非ホジキンリンパ腫など 4 種類）があります。

■ AIDS指標疾患

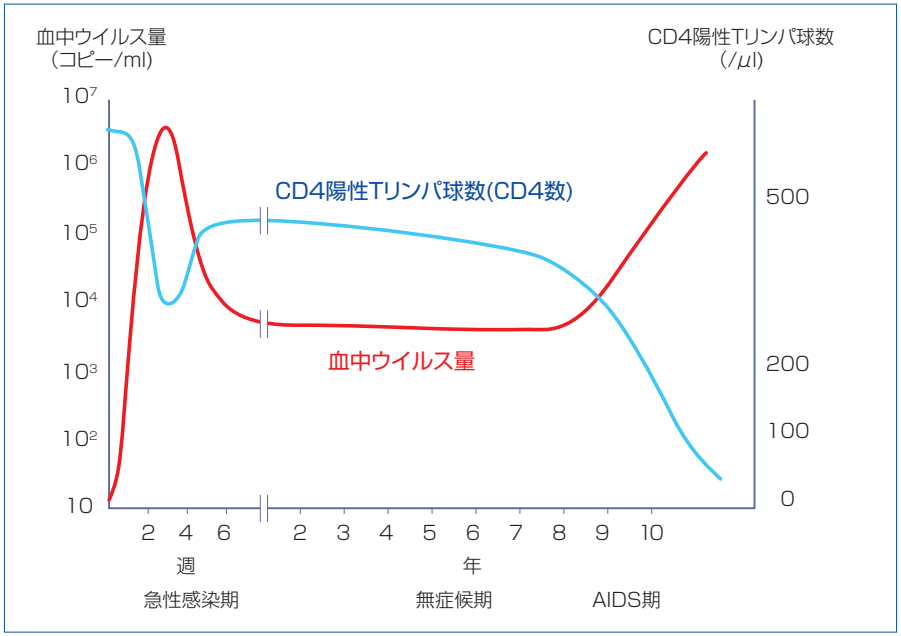
| | |
|---|---|
| A. 真菌症 | 1. カンジダ症(食道、気管、気管支、肺)　2. クリプトコッカス症(肺以外)<br>3. コクシジオイデス症　4. ヒストプラズマ症　5. ニューモシスチス肺炎 |
| B. 原虫症 | 6. トキソプラズマ脳症(生後1か月以後)<br>7. クリプトスポリジウム症(1か月以上続く下痢を伴ったもの)<br>8. イソスポラ症(1か月以上続く下痢を伴ったもの) |
| C. 細菌感染症 | 9. 化膿性細菌感染症(13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により以下のいずれかが2年以内に、2つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの)<br>10. サルモネラ菌血症(再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く)<br>11. 活動性結核(肺結核または肺外結核)*　12. 播種性非結核性抗酸菌症 |
| D. ウイルス感染症 | 13. サイトメガロウイルス感染症(生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外)<br>14. 単純ヘルペスウイルス感染症　15. 進行性多巣性白質脳症 |
| E. 腫　瘍 | 16. カポジ肉腫　17. 原発性脳リンパ腫　18. 非ホジキンリンパ腫<br>19. 浸潤性子宮頸がん* |
| F. その他 | 20. 反復性肺炎<br>21. リンパ性間質性肺炎／肺リンパ過形成：LIP/PLH complex(13歳未満)<br>22. HIV脳症(痴呆または亜急性脳炎)　23. HIV消耗性症候群(全身衰弱およびスリム病) |

*C.11活動性結核のうち肺結核およびE.19浸潤性子宮頸がんについては、HIVによる免疫不全を示唆する症状または所見がみられる場合に限る。

# 3 感染して治療しないとどうなりますか？

感染して治療しない場合、つまり自然経過（図１）を説明しましょう。まず、HIV に感染しても何ら症状も現れないこともありますが、半数くらいの人はリンパ節腫脹や咽頭痛など多彩な症状を呈します。この時期を「急性感染期」＊2といいますが、血液中に HIV が著しく増えています。そして、数週で「急性感染期」の症状は自然消退し、その後は無症候期という、ほとんど症状のない期間が 3 年から 10 年程続きます。この長い無症候期が HIV 感染症の特徴のひとつかもしれませんが、徐々にリンパ球の一種である CD4 陽性 T リンパ球＊3が減少していきます。

図１　HIV 感染症の自然経過と血中ウイルス量および CD4 陽性 T リンパ球数の推移



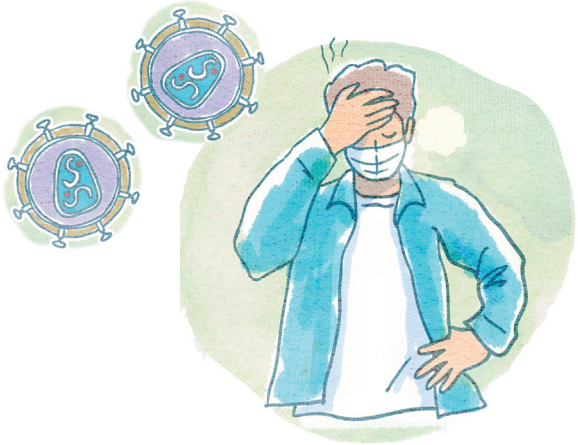

HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究班：抗 HIV 治療ガイドライン 2019 年から引用改変



非 HIV 感染者でも CD4 陽性 T リンパ球の数は個人差がありますが、CD4 陽性 T リンパ球が著しく減少すると、免疫力が低下し AIDS 状態（AIDS 発症期）に到ります。そして、治療を受けなければ、様々な日和見疾患などが悪化し、その後の生命予後はおよそ 2 年です。

＊2：急性感染期には血中に HIV は急増しています。しかし、通常の検査ではまだ陰性となります。この期間をウインドウ期といいます。つまり、感染の疑いのある出来事の直後の検査では感染の有無は確認できないということです。これは HIV のみならず、他のウイルス感染症においてもみられます。

＊3：白血球は体外から侵入する病原体などと戦い、体を守る役割があります。白血球には顆粒球（好中球、好酸球、好塩基球）、リンパ球、単球の 5 種類があり、リンパ球は発生の由来により B リンパ球と T リンパ球に分類されます。T リンパ球の中でも細胞表面にあるレセプターにより CD4 陽性 T リンパ球と CD 8 陽性 T リンパ球に分けられます。なお、非 HIV 感染の健常人でも CD4 陽性 T リンパ球数には個人差があり、正常範囲は 500 ～ 1,000/ μ l です。



# 4 どのように感染しますか？

前の項目の中に「CD4 陽性 T リンパ球」というものが出てきました。HIV が人間の体内に入り、CD4 陽性 T リンパ球などの細胞表面にある CD4 レセプターに結合し、細胞中に HIV の遺伝子が入り込むと感染が成立することになります。ちょっと、解りにくいですが重要なポイントです。なぜなら、感染力のある HIV と CD4 レセプターのある細胞が遭遇しなければ、感染が成立しないということです。しかも HIV は増殖（複製）過程において欠陥ができ易いため、実際に感染力を有するのは 1000 個に 1 個程度といわれています。すなわち、多数の HIV が体内に侵入しなければ感染しないということです＊4。言い換えれば、血液が皮膚に付いただけでは感染しません。ただし、傷の付いた皮膚は感染の危険性があり、粘膜は物理的抵抗性が低いため、感染の恐れがあります（だから性感染するのです）。

感染のメカニズムを理解すれば、飛沫や蚊では感染しないことはわかるでしょう。感染力を有する HIV が含まれているのは血液や精液です。現在では感染ルートは、性行為および薬物の回し打ち（静脈注射）です＊5, 6。

＊4：HIV はウイルスの構造上、熱や消毒薬により変性し易いため、感染力の低いウイルスです。

＊5：1980 年代、HIV に汚染された血液から作られた非加熱血液凝固因子製剤により、約 1800 人の血友病患者の方が HIV に感染しました。いわゆる「血友病薬害エイズ」です。現在の血液凝固因子製剤は原材料の血液の検査も厳しくなりましたが、製造工程の加熱処理によりウイルスは不活化されています。

＊6：2013 年、日本でも輸血により HIV に感染した事例がありました。その後は献血における検査がより厳しくなり、世界的にもより安全な輸血と考えます。しかし、前述したウインドウ期のこともあり、輸血による感染は医学的には絶対ないとは言えません。



# 5 現在の治療法は？

1990 年代前半までは、HIV 感染症の治療は日和見疾患等の発症、悪化を少しでも防ぐことでした。しかし、根本的な免疫低下により AIDS 状態となり、やがて死に至る疾患として恐れられていました。しかし、1990 年代半ばに登場した抗レトロウイルス療法（anti-retroviral therapy：以後 ART と略します）により HIV 感染症の治療は劇的に変わりました。ART は作用機序の異なる 2 ～ 3 種類の抗ウイルス薬を内服する治療ですが、この治療法により体内での HIV の増殖を完全に抑えることができるようになったのです。そして、血中ウイルス量の減少により CD 4 陽性 T リンパ球数も回復する、つまり免疫力も戻ってくるようになったのです＊7。

初期の ART は個々の薬剤の錠剤も大きく、しかも多くの錠数をきちんと内服しなければなりませんでした。しかし、現在は薬剤の進歩により、1 日 1 錠の処方さえもあります。今では普通に HIV 感染者の血中ウイルス量は検出限界未満＊7にまで達することができるのです。平易に表現すると、ART 登場以前は死に至る病気であったものが、ART により全く死なない病気になったのです＊8。あらゆる医療分野において、これ程、進歩した治療はないと思います。薬を内服していれば疾患は進行することなく、しかも、病院に受診するのは 3 か月に 1 度程度です。だから、今では HIV 感染症は高血圧症や糖尿病のように単なる慢性疾患と同じとさえ言われています。

＊7：血中ウイルス量は正確には HIV-RNA 量ともいいます。これは血液の中の HIV 遺伝子（RNA）の量を測定したものです。単位はコピー /ml ですが、ART を受けていない AIDS 患者では何万コピー /ml にまで至ります（前述の図 1 参照）。現在の検出限界は 20 ～ 40 コピー /ml であり、検出限界未満とはさらに少ない状態です。

＊8：HIV 感染が判明した時に、すでに悪性リンパ腫などを発症していると、その疾患により今でも予後不良です。この HIV 感染が判明した時、すでに AIDS 状態に至っている感染者を「いきないエイズ」と称します。今でも「いきないエイズ」が少なくないことが問題とされています。

## 6 歯科治療でHIVに感染する？

多分、みなさんが一番心配されることがこの疑問でしょう。特に歯周病などで歯肉出血している状況は心配ですよね。結論から述べれば、ARTを受けている患者からは感染しません。元々、ART登場以前でも、疫学的研究により歯科治療におけるHIV感染者からの感染はほとんど否定的でした。また、HIVは唾液の中の成分により不活化されるという報告もされています。もちろん、HIVの感染のメカニズムを理解すれば、「歯科治療で感染しないことは当然」と言えるでしょう。さらにARTを受けているHIV感染者の血中ウイルス量の減少を考慮すれば、全く感染の恐れはないことになります。

感染対策のことは、後述の「8. 標準予防策はどうすればいいですか？」でも触れますが、HIV感染者（特にARTを受けている患者）のために特別な感染対策を施すことは全く必要ありません。もし、特別な扱いをしたら、それは差別です。

## 7 歯科医院ではHIV感染者に対して、どのように対応すればいいですか？

日本全国のHIV感染者は今までに約3万人が報告されていますから、概算すれば人口あたり4000人に1人くらいでしょう。ですから、HIV感染者が歯科医院を受診する可能性は皆無ではありません。では、実際にHIV感染者の方が受診したら、あるいは通院中の患者が「HIVに感染していました」と申し出たらどうしましょう？

HIVに感染していると申告されても、治療（ART）を受けているなら問題ないことは、ここまでの説明でお解りでしょう。一応、基本的には治療状況等を診療情報提供書で確認することから始まります。診療情報提供書でARTのことや血中ウイルス量のことを知ればより安心して治療に望めます。もちろん、HIV感染を理由に診療を断ることは医療従事者としての義務違反に問われます。では、逆にARTを受けていないのなら、どうしましょう。もしかしたら、免疫の低下も危惧されますので歯科治療は応急処置に留め、エイズ診療拠点病院の受診を促すことが正しい選択と考えます（繰り返しますが、それでも通常の歯科治療で標準予防策をしていれば感染の恐れはありません）。

ARTに用いる薬剤は多くあります。しかしながら、ARTの薬剤と歯科治療に用いる薬剤の相互作用についてほとんど問題はありません。まず、一般的に用いられるペニシリン系やセフェム系の抗菌薬、解熱性鎮痛薬は全く問題はありません。ARTの内容によっては抗菌薬のミノサイクリン（商品名ミノマイシンなど）と静脈内鎮静薬のミダゾラムは代謝が遅くなる可能性があることから、使用は避けたほうがいいと考えます。ただし、外用薬であるミノサイクリン系歯周病治療薬（商品名ペリオクリーンなど）は大丈夫です。

# 8 標準予防策はどうすればいいですか？

私はいつも講演会などで、お話するのですが「HIV 感染者」と申し出た患者さんなら（つまり感染が判明し治療を受けているので）、「普通に歯科治療すればいい」のです。もし、埋伏智歯の抜歯など歯科治療としては多量に出血するような治療は、不慣れな（不得手な）先生は緊張するかもしれないので、技術的に熟練した病院の歯科口腔外科[＊9]に紹介するのも妥当かもしれません。

＊9：HIV 感染症の治療の向上と全国の均てん化のために、エイズ診療ブロック拠点病院および国立国際医療研究センター病院があります。さらに各都道府県内にエイズ診療中核拠点病院があります。これらの病院の歯科口腔外科は、通常、口腔外科診療においても熟練しています。また、地域によってはエイズ診療拠点病院として HIV 感染症の治療経験が豊富な施設もありますので、HIV 感染者が普段通院している医療機関に紹介することになると思います。

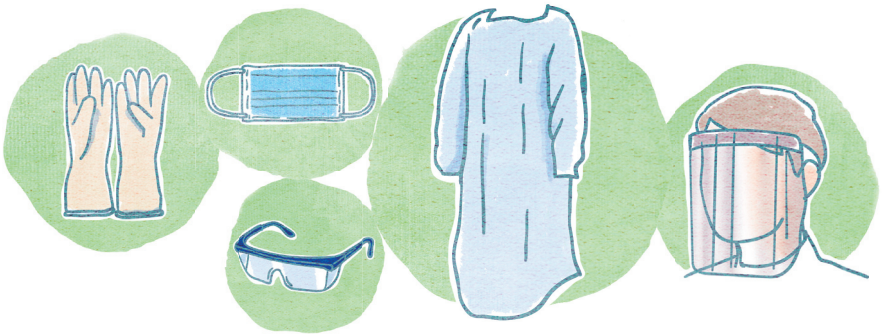
**国立国際医療研究センターおよび全国ブロック拠点病院**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 国立国際医療研究センター病院 | 162-8655 | 東京都新宿区戸山 1-21-1 | 03-3202-7181 |
| 札幌医科大学附属病院 | 060-8543 | 北海道札幌市中央区南一条西 16-291 | 011-611-2111 |
| 北海道大学病院 | 060-8648 | 北海道札幌市北区北十四条西 5 | 011-716-1161 |
| 旭川医科大学病院 | 078-8510 | 北海道旭川市緑が丘東 2 条 1-1-1 | 0166-65-2111 |
| 独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター | 983-8520 | 宮城県仙台市宮城野区宮城野 2-11-12 | 022-293-1111 |
| 新潟市民病院 | 950-1197 | 新潟県新潟市中央区鐘木 463-7 | 025-281-5151 |
| 新潟大学医歯学総合病院 | 951-8520 | 新潟県新潟市中央区旭町通一番町 754 番地 | 025-223-6161 |
| 新潟県立新発田病院 | 957-8588 | 新潟県新発田市本町 1 丁目 2 番 8 号 | 0254-22-3121 |
| 石川県立中央病院 | 920-8530 | 石川県金沢市鞍月東 2 丁目 1 番地 | 076-237-8211 |
| 独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター | 460-0001 | 愛知県名古屋市中区三の丸 4-1-1 | 052-951-1111 |
| 独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター | 540-0006 | 大阪府大阪市中央区法円坂 2-1-14 | 06-6942-1331 |
| 地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立広島市民病院 | 730-8518 | 広島県広島市中区基町 7-33 | 082-221-2291 |
| 県立広島病院 | 734-8530 | 広島県広島市南区宇品神田 1-5-54 | 082-254-1818 |
| 広島大学病院 | 734-8551 | 広島県広島市南区霞 1-2-3 | 082-257-5555 |
| 独立行政法人国立病院機構 九州医療センター | 810-8563 | 福岡県福岡市中央区地行浜 1-8-1 | 092-852-0700 |



歯科医療に従事していれば「標準予防策」という言葉は幾度も見聞きしていると思います。標準予防策の概念は「あらゆる患者の、血液、体液は感染性のものとして対応する」ことです。歯科医院に限らず、通常、受診者は感染症の検査を受けていませんから、どんな血液媒介感染症に罹患しているのかは不明です。そもそも医学が進歩した現代でも、未知の感染症や検査方法のない感染症もありますから、すべての感染症がチェックできるわけではありません。そこで、医療現場において交差感染を防ぐために生まれた概念が「標準予防策」なのです。ですから、標準予防策は全ての患者や医療従事者に等しく適応されるものです[＊10]。つまり、HIV 感染とは関係なく、法的にも、倫理的にも実施されなければいけません。なお、血液媒介感染症にの中で基準とすべき対象は、B 型肝炎ウイルス（HBV）です。HBV は血液媒介ウイルスの中では不活化されにくく、感染力が強いからです。

＊10：歯科医院における感染対策を論じると、HBV、HCV、HIV ばかりに話題が集中します、しかし、医療機関として空気感染（結核、麻疹）や飛沫感染（インフルエンザ、コロナウイルスなど）、接触感染も考慮しなければいけません。



# 9 もし、針刺し事故を起こしたら？

では例題です。歯科医院で針刺し事故が起きた時に、HIV 感染の恐れがあるのは次の AB のどちらでしょうか？

A 問診表には B 型肝炎の既往などの記載のない、健康な患者

B 名古屋医療センターから診療情報提供書持参で紹介された HIV 感染者

もう、お解りですね。答えは A です。通常は血中ウイルス量が良好にコントロールされている HIV 感染者のみが、一般歯科医院に紹介されるのですから、B からの感染の危険性はありません。むしろ、A は感染症の背景が不明ですから、血液曝露の状況によっては曝露後のフローチャートに則り対応する必要があります。

重要ですから、くり返しますが、標準予防策は医療としての基本であり、必須です。当然、歯科衛生士の方も実施する責務を負っていることを自覚してください。なお、標準予防策の具体的方法ついては多くの書籍がありますので、それらを参考にしつつ、自分自身でも考えてください。

いわゆる「針刺し事故」ですが、怪我をする原因は針のみではありませんから、正確には経皮的曝露といいます。皮膚を傷つけ皮下まで汚染が生じた（と思われる）状況ですから、単に飛沫が皮膚に付着しただけの場合は該当しません。さて、経皮的曝露後の対応については感染対策や医療安全の書籍にフローチャートで記載されていますから、目にしたことはあると思います。でも普段、熟読して経皮的曝露発生時の状況を具体的にイメージしたことはありますか。

フローチャートは、感染源（患者）の感染症の状況が不明な場合を想定しています。そして、万が一、感染源の血液検査結果が HIV 陽性であった場合には、曝露した人（医療従事者）は ART に用いる薬が予防薬として内服することが示されています。

さて、ここで、きちんと理解されないといけないのは、HIV 感染を申告している患者は、ART で血中ウイルス量はコントロールされているということです。しかも、歯科診療において使用する中空針（筒状の内部に血液が入る針）は局所麻酔用注射針しかありません。これらは 27G や 30G の細い針であり、しかも採血には用いないので、血液の混入はきわめて微量です。実は、このような状況では曝露時予防薬の内服は推奨しない（必要ない）と多くの HIV 診療専門医が述べています（後ほど、紹介する U = U も参考にしてください）。もちろん、心配な時は精神安静のために、とりあえず曝露時予防薬を内服することもあるでしょう。でも本来、曝露時予防薬の準備は、HIV 感染が曝露時の検査を機会として判明した時のためです。重要なのは、HIV 感染症だけのためではなく、経皮的曝露時の対応（例えば、どこの病院を受診するかなど）は日頃からスタッフ一同が医療安全の一環として、学習し確認しておくべきということです。

## 10 HIV 感染者の診療に際しての注意事項はなんですか？

治療を受けている HIV 感染者ならば、歯科治療において医学的には何ら制約のないことを説明してきました。唯一の注意事項は、個人情報の漏洩です。個人情報の守秘義務は全ての医療関係者に課せられていますが、歯科診療室ではオープンな構造の所が多いので、周囲にデリケートな会話が漏れることのないように配慮すべきです。もちろん、個人情報の守秘は全ての患者が対象であり、歯科医療従事者全員が負う義務です。

HIV 感染者の歯科診療に対応してもらえない歯科医院の理由として、「風評被害が恐い」とよく聞きます。しかし、HIV 感染者自身がどこの歯科医院に通院しているかをわざわざ公言することはなく、「風評被害が恐い」というは単なる偏見、誤解です。実際、多くの HIV 感染者の歯科治療経験のある一般歯科医院の先生からも、そのようなことはないとうかがっています。むしろ、HIV 感染者こそ自分の個人情報が漏洩することを心配しています。ですから、歯科医院で勇気を出して HIV 感染を申告したにもかかわらず、診療が断られたら、それは人道的問題ではないでしょうか。

## 11 「U=U」「90,90,90」とは

UNAIDS（国際連合エイズ合同計画）は HIV の感染対策を行うための国際連合機関です。その UNAIDS が HIV 感染の拡大阻止のために掲げているスローガンが「90,90,90」です。その意味は、最初の 90 は「HIV に感染している人の 90%以上を、検査につなげ感染を知る」です。次の 90 は「検査で感染の判明した人たちの 90%以上を医療につなげる（治療をする）」ということです。そして 3 つ目の 90 は「治療を受けている人の 90%以上を血中ウイルス量を検出限界未満にする」というものです。日本では 2 つ目の 90 は医療の整備により成し遂げられ、さらに 3 つ目の 90 は治療の進歩により完全に達成しています（日本では 99%くらいです）。しかし、最初の 90 を達成することが残念ながら、まだ難しいといわれています。感染する危険性のある行動をした本人に認識がなければ、なかなか検査に結びつかないからです。それゆえ、無症候期までには発見されずにエイズ発症に至った「いきなりエイズ」症例がなかなか減らないのです[＊11]。

「U=U」とは undetectable equal untransmittable、すなわち、「治療（ART）を受け、血中ウイルス量が検出限界未満ならば、感染性はない[＊12]」ということです。この概念を知っていれば、HIV 感染者の歯科治療に安心して臨めますし、経皮的曝露時にも少しは冷静になれるはずです。

＊ 11: 無症候期でも免疫能が下がってくると、口腔内に様々な症状が発現します。これを「HIV 関連口腔症状」といい、例えば、壊死性の歯周疾患、大きな口腔粘膜潰瘍、素因のない口腔カンジダ症などがあります。つまり、歯科医療従事者は口腔病変から AIDS を発現する前に HIV 感染を発見できるかもしれないのです！！！

＊ 12: 大規模な疫学的研究により導かれた結論ですが、厳密には性行為による感染を調べたものです。当然ですが、経皮的曝露による感染有無は実験できませんが、考え方として流用しています。なお、2000 年以降に世界中で、医療行為中の経皮的曝露による HIV 感染例は報告されていません。

# 12 最後に

この読本では主にHIVに感染していることが判明し、治療を受けている人の対応について記載しました。表紙のデザインにも入っていますが、レッドリボンはHIV感染者、AIDS患者への理解と支援を示す印です。この本書を読んでいただき、HIV感染症を理性的に理解してください。そして、是非ともHIV感染症の人たちの口腔衛生や咀嚼機能を守ることに参加していただきたいと思っています。何より、HIV感染者に理性的に対応することは、歯科医師や歯科衛生士が、医療従事者としての誇りを守ることに繋がると確信しています。

歯科医師の先生にも読んでもらいたい

# 歯科衛生士のための HIV/AIDS 読本

2020 年 3 月　第 1 版・第 1 刷

厚生労働行政推進調査事業費補助金（エイズ対策政策研究事業）
HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究
〈 歯科の医療体制整備に関する研究 〉

発行者　横幕　能行（研究代表者・名古屋医療センター）
執筆者　宇佐美雄司（研究分担者・名古屋医療センター）
協力者　大多和由美（東京歯科大学）
中川裕美子（国立国際医療研究センター）
近藤　順子（国立国際医療研究センター）
向　　真紀（石川県立中央病院）
華房　里衣（九州医療センター）

( 連絡先)
国立病院機構 名古屋医療センター 歯科口腔外科
〒460-0001　名古屋市中区三の丸 4 丁目 1 番 1 号