

熊本市歯科医師会会誌

第 2 9 号



裏 庭

1979. 2

*
*
* 「裏 庭」 緒方益夫
*
* 表紙の言葉
*
*
* アフリカ特有の白い壁が強い陽光
*
* に照映えて目に痛い。
*
* ホテルから見える民家の裏庭に緑の
*
* 草花があざやかです。
*
* ケニアの都ナイロビの風光も少し
*
* づゝ変って来つゝあります。
*
*

目 次

巻 頭 言			
学童のウ蝕予防に対して	学校歯科担当理事	木 村 豊	2
勉 強 部 屋			
歯科診療中のショック			
ー全身状態急変に対する措置ー	松山赤十字病院口腔外科部長	今 里 洋 一	3
人類の源を考える(後編)	中央	元 島 博 信	16
展 望 室			
熊本県歯科医師会会員の健康管理状態を覗く		熊本県歯科医師会	21
20年をふり返って(4)			
熊本市歯科医師会会史をたどる		広 報 委 員 会	31
熊本市歯科医師会の歩み	副会長	川 崎 正 士	32
本 日 休 診			
九州歯科大学同窓会熊本県支部	九歯大同窓会県副支部長	吉 井 洋 一	34
支部だより			
東部第2支部の展望	東部2	松 永 正 行	36
最近治療室で考えること	鹿本郡植木町	河 上 正	37
開業一年を振り返っての感想	東部4	太 田 憲 生	38
茶 の 間			
FEAR OF FLYING(とんでみませんか)	南部	柿 原 康 男	40
ラジコン機に魅せられて	東部1	本 田 亘	44
Dining Room			
基金通報だより			47
おげんきですか			50
告 知 板			
新入会員紹介			58
作 業 部 屋			
口腔衛生委員会の活動		口腔衛生委員会	60
歯科関係雑誌目次一覧			64

学童のウ蝕予防に対して

学校歯科担当理事 木 村 豊



ウ蝕罹患率はますます増加の一途をたどっている現在、顎骨の発育期にある児童のウ蝕は、単に痛みの問題のみにとどまらず、その咀嚼能率の低下と共に、顎骨への適当な発育刺激をそこない、顎、顎関節の発育にも悪影響を与えるものです。

これらの意味からも児童の口腔衛生は重要であり、学校歯科医として、日頃尽力しておられる先生方にあらためて感謝申し上げます。

学校歯科委員会としましては、小学校、中学校、高校の生徒達のために、保健教育の立場から、間食の規則正しい取り方と、その後の清掃について指導し、口腔衛生の徹底をはかり、ウ蝕抑制を計るとの基本的考えのもとに、活動を行なっております。

熊本市での学童のウ蝕保有者は、小学校で88%、中学校91%、高校92%と高い罹患率であります。

そこで、歯ブラシによるウ蝕好発部位の清掃、つまり物理的刷掃によって、健康生活への能力を与えることになると考えられます。

我々の委員会では、前理事、園田先生の時代に、学校の中で行うことのできるウ蝕予防方法を検討し、歯みがき運動の徹底指導を行うことに決め、今日まで、秋の歯みがき訓練として、熊本市、熊本市教育委員会と共催で実施しております。

この歯みがき訓練は、毎年、市立の小学校9校、幼稚園2園を対称に行い、この6年間で、市立小学校、幼稚園全校を無事終了することが出来ました。また、6月の歯の衛生週間には、スライド、映画等の学校への貸出しも行なっております。

今後は、今までの行事と共に、口腔衛生の講話(15~20分)を行い、健康教育の中で、歯科保健を大きなウエートをもたせながら、ウ蝕予防活動へ努力を行なっていきたいと思っております。



歯科診療中の ショック

松山赤十字病院口腔外科

部長 今 里 洋 一

— 全身状態急変に対する処置 —

はじめに

歯科治療によるストレスは大きく、全身状態の不良な患者では致命的な偶発症へ発展させる危険性があります。

ことに、最近の医学の発達と歯科治療への認識とによって、微妙に調節された全身疾患を有する患者が歯科を訪れる機会は増し、治療中の急変状態に遭遇する可能性は高められています。このため、歯科医師が内科的疾患を理解して起りうる事故を防止し、さらに必要に応じて適切な全身管理を行い得る知識と技術を備えていなければならなくなってきました。

とは言っても、それらの全てに精通することは膨大な量のためとても困難で、また高度な専門的知識が要求されている訳でもありません。

そこで今回は、歯科医師として最低限備えておくべき範囲で、歯科の特殊性を考慮しながら、標題の内容について述べてみます。

歯科治療とショック

歯科治療の与えるストレスが大きく、ショックことにデンタルショックと名付けられた反射性ショックが頻発する理由は前回に述べたところです。

すなわち、顔面口腔に対する生体の防御意識は高く、また歯科治療は痛く怖いものと考えられていること、および骨膜下注射は強圧をかければかなりの疼痛を与えること、さらに顔面の知覚を司どる三叉神経は迷走神経との反射弓を形成していることなどが挙げられます。このような不安・緊張と疼痛刺激は反射的な迷走神経緊張状態を生じ、その結果末梢神経が拡張して急激な低血圧を来します。

以上に加えて、従来一般的な歯科診療型式であった坐位にあれば、中枢機能を営む脳への血流低下は著しく、失神状態に陥入ります。

ショックの予防と全身疾患

治療前の問診は最も有用で簡便な事故防止法であり、欠くことができません。

既往歴、全身疾患の有無と内容、アレルギーの存在、常用薬剤の他に体温、疲労度、睡眠、食欲、女性にはさらに妊娠などについて問診し、同時に顔色や言動を観察して、現在の健康状態と体質を総合的に評価します。私は図1および図2のような調査用紙を用い、必要に応じて詳しい問診や検査を追加するようにしています。

口 腔 外 科 外 来 予 診 票

氏名 _____ 年令 ____才 ____月 受診日 年 月 日

該当するワクの中に☑のようにシルシをつけて下さい

1. 来院の理由となった症状（該当するものがなければ空欄に症状を記入して下さい）

☐疼痛 ☐麻痺・感覚異常 ☐腫脹・腫瘤 ☐外傷・骨折 ☐開口障害
☐変形 ☐瘢痕（きずあとのひきつり） ☐兔唇・口蓋裂 ☐発音の異常
☐口腔乾燥感 ☐口内炎 ☐精密検査 ☐癌検診
☐その他の症状 _____

2. その部位（場所）はどこですか

☐顔面 ☐頸部 ☐口唇・鼻 ☐顎関節 ☐顎骨 ☐歯肉 ☐舌
☐舌下部・口底 ☐頬粘膜 ☐その他 _____

3. いつ頃からですか _____

4. 今までに、次のような病気にかかったことがありますか

☐心臓病（狭心症・心筋硬塞など） ☐高血圧・動脈硬化 ☐脳卒中
☐血液病（白血病・血友病など） ☐肺疾患（肺炎・結核・喘息など）
☐肝臓病 ☐糖尿病 ☐腎臓病 ☐性病 ☐自律神経機能失調症
☐副鼻腔炎（ちくのう症） ☐中耳炎

5. その他、大きな病気や入院があれば記入して下さい

6. 現在の健康状態について、次のような症状がありますか

☐発熱（ ℃ ） ☐頭痛・肩こり ☐不眠 ☐食欲不振 ☐疲れやすい
☐息ぎれ ☐動悸 ☐咳・喘息 ☐高血圧・低血圧（血圧 ）
☐貧血 ☐手足のふるえ・マヒ ☐手足のむくみ ☐頻尿・多尿 ☐乏尿
☐下痢 ☐口がかわく ☐胃のもたれ ☐腹痛 ☐生理中 ☐月経不順
☐妊娠中（ カ月：出産予定日 月 日 ） ☐他科受診中

7. 現在、なにかの薬をのんだり、注射を受けていますか ☐はい ☐いいえ

8. 薬かぶれやじんま疹が出たり、アレルギー体質だと言われたことがありますか

☐はい ☐いいえ

9. 出血しやすいことや、打撲のあとが紫色になりやすいですか

☐はい ☐いいえ

10. その他、診療上に注意してほしいこと、必要と思われることがあれば記入して下さい

図 2.

歯 科 診 療 申 込 書

年 月 日

氏名		性別(男 女)	年齢
職業		電話	

下記の事項についてあらかじめ確めさせて頂くことは、診断及び治療方針を決める上に重要な資料となります。次の質問にお答え下さい。

- 来院の理由 イ 保存(歯が痛い、虫歯がある等) ロ 歯槽膿漏(歯石をとりたい、はぐきから血が出る、口臭がある等) ハ 抜歯 ニ 補綴(入れ歯、金属冠等を入れたい、入れ歯の調整等) ホ 歯の健康診断と定期検診 ヘ その他()
- その位置

イ 右上	ロ 前	ハ 左上
ヘ 右下	ホ 前	ニ 左下
- 痛み方は () 日前から イ しみる ロ ズキズキ痛い ハ 鈍く痛い
ニ 咬み合せると痛い
- 今回の治療は イ 現在痛みのある歯だけの処置に止めたい
ロ 悪い歯は全部治療したい
- 入れ歯冠が必要な場合は イ 全て保険だけを希望 ロ 一部保険外を希望
ハ 医師と相談して最も適当な治療を希望
- 今までにかかった病気は 心臓病、血液疾患、腎臓病、肝臓病、糖尿病、胃腸病、呼吸器疾患、アレルギー体質()
その他()
- 今までに食べ物、薬によって湿疹、かゆみ、吐き気がしたことありますか
イ ない ロ ある()
- 現在のんでい薬はありますか イ ない ロ ある()
- 血圧は イ 高い ロ 普通 ハ 低い (最高 最低 測定日)
- この前歯科治療を受けたのは 年 日頃
歯科治療時に気分が悪くなったことは イ ない ロ ある()
けがをしたり歯を抜いた時、血が止まりにくかったことは イ ある ロ ない
- 現在の一般健康状態 イ 良好 ロ 普通 ハ 不良 ニ 妊娠(カ月)
- 1日何回歯を磨きますか 朝 昼 夜 寝る前 () 回

松山赤十字病院 歯科

患者が告げる病名はしばしば正しくないことがあるので、具体的な症状と治療後の経過を聞くようにします。ちなみに、歯科診療中に全身の急変状態を起しやすい疾患とその代表的症状を列挙すると表1のようになります。これらの

うち、副腎皮質機能不全症は容易に重篤なショック状態を起すことがあり、特に注意が必要です。また、糖尿病における低血糖時、甲状腺機能亢進症、アダムス・ストーク症候群、起立性低血圧の患者もショック状態を生じやすく、配

表 1. 歯科診療に際して注意すべき全身疾患

疾 患	主 要 臨 床 症 状	備 考
糖 尿 病	多尿・口渇・体重減少・多飲多食・疲労倦怠・乾燥しつやのない皮膚・赤い頬	内科医により調節管理されていれば通常の治療可能
甲状腺機能亢進症 (バセドー病)	甲状腺腫・頻脈・眼球突出・高血圧(脈圧大)・多汗・発熱・体重減少・手足のふるえ	
副腎皮質機能不全症 (アジソン病)	筋無力・無気力・疲労倦怠・皮膚粘膜の斑点状色素沈着・食欲不振・嘔吐・下痢・腹痛	抜歯・局麻で容易にショック誘発(クリーゼ)
狭 心 症	胸部激痛・瀕死感・顔面蒼白(発作は3～5分で脈に変化なくショック症状もない。安静を保つ)	
心 筋 硬 塞	胸部(時に腹部)激痛・瀕死感・チアノーゼ・発汗虚脱・呼吸困難・細い頻脈(まれに徐脈)・血圧下降・失禁(発作は数時間～数日持続)	20～30%は発作後1週間以内に死亡・発作再発回数に伴って死亡率増加
うっ血性心不全 (※)	呼吸困難・高血圧・泡沫状喀痰・胸内苦悶・頸静脈怒張・乏尿・浮腫	※心臓性喘息・肺水腫・弁膜疾患など
アダムス・ストーク 症 候 群	顔面蒼白・意識消失・てんかん様痙攣発作・頭著な徐脈(1分間30前後)・発作後健忘症	心臓型・迷走神経型
脳 血 管 障 害 (脳出血・脳血栓症)	意識消失・いびき・失禁・運動麻痺・嘔吐(強度の頭痛…脳動脈瘤・クモ膜下出血)	
気 管 支 喘 息	呼吸困難(特有の咳発作)・チアノーゼ・アレルギー体質	しばしば遺伝関係
起 立 性 低 血 圧	起立後・中における低血圧・めまい・脱力感・失神	

慮すべきです。

虚血性心疾患（狭心症、心筋硬塞）、うっ血性心不全、および脳血管障害が既往歴にある場合、大抵はその特有の症状から病名を知ることが出来ます。これらの発作後2カ月以内は一般に歯科治療は行うべきでなく、6カ月以内は積極的な治療や観血処置は控えます。止むを得ず治療を行う際には、主治医との連絡下に、必要最少限の処置にとどめます。治療体位は上半身を15～30°とやや高めにします。

アレルギーについても誤解されている場合が多いので、原因（と思われる）薬剤名、その薬剤を必要とした理由あるいは病状、現われた症状（特に呼吸・意識障害の有無）と時間をたずねます。過敏反応を知るための皮内テストは実効的でないことが多いようですが、しないで事故を起すよりも予めテストした方が良く、結果が陽性ならその薬剤は避けます。

常用薬剤からも患者の健康状態を知ることが出来ます。各種薬剤のうち特にステロイド剤を長期間投与されている患者（慢性関節リウマチ、SLE、強皮症などの膠原病に多い）では前述の副腎皮質機能不全症を後発することがあります。うつ病の治療に用いられるフェノチアジン誘導体やモノアミンオキシダーゼ（MAO）阻害薬はアドレナリンの効果を増強して循環障害を生じます。

問診や観察の結果、少しでも疑わしいことがあれば、担当医に問合せや相談を行います。その際、疑問点と歯科治療の具体的内容（取り扱う歯牙の数・部位、局麻剤や投薬の種類と量、治療中・後の出血や局所状態、治療時間と期間など）を添えて意見を求めます。

さて、歯科治療中に全身的偶発症を最も生じやすいのは局所麻酔施行時で、病因別では、反射性ショック（いわゆるデンタルショック）、次いで局麻剤もしくは血管収縮剤による反応の

順に見られるようです。

反射性ショックの防止のためには、前述した大原因を除くようにし、水平位診療で強圧をかけない緩徐な局麻を行います。具体的には、局麻の必要な理由を説明し、局麻開始を伝えて、できる限り骨膜下は避けて骨膜上で注入容積のある部分にゆっくりと注射します。また、下顎第2大臼歯や第3大臼歯の処置に際しては、臼後三角部への注射は避けるか、あるいは周囲を浸潤させた後に行うようにします。この部位は疼痛刺激に特に敏感で、実験的にも易ショック部位であることが知られています。

局麻剤中毒については、口腔領域が血管に富む部分であるために、かなり懸念されているようです。しかし、通常の歯科治療における使用量はカートリッジで1～2本、せいぜい3本（1.8～5.4 ml、2%液で36～108 mg、3%液で54～162 mg）で1回極量の1/10～1/3にすぎず、さらに殆どの場合に血管収縮剤が添加されているために薬剤の吸収は遅く、中毒反応を生じる可能性は少ないと考えます。私自身は10年間の臨床において、15～20 mlと比較的大量のプロカイン、キシロカイン、カルボカインおよびシタネストを使用したことはたびたびでしたが、未だ中毒反応に遭遇した経験を持ちません。ただし、年齢、体重、全身状態については十分考慮して加減していたことは言うまでもありません。

局麻剤アレルギーとして送られる患者は少くありませんが、大多数は反射性ショックで、数例は局麻剤（プロカイン）あるいは血管収縮剤（アドレナリン）への過敏体質が否定できない症例でした。すなわち、これらの数例では注射部位における発赤や潰瘍形成、発疹あるいは著しい局所のチアノーゼや数十分から1時間以上持続する頭痛・腹痛・心悸亢進があり、皮内テストも陽性を示していました。全例、原因薬剤

以外の他剤（キシロカイン、カルボカイン、シタネスト・オクタプレシン）を用いて処置（抜歯）しました。

従来、高血圧や心疾患を有する患者へのアドレナリン投与の是非については賛否両論があり、一致した見解はみられません。このため、血管収縮剤を含有しない局麻剤が用いられますが、必ずしも十分な鎮痛効果を得られないことが多いようです。

非カテコールアミン系で下垂体後葉ホルモン類似のフェリプレシン（オクタプレシン）はアドレナリンに匹敵する血管収縮作用を有し、かつ心筋刺激作用がなく、特異な血管収縮剤として注目され、使用されています。現在市販されているものではシタネスト・オクタプレシン（藤沢薬品）があり、実際に使ってみた印象では、止血効果およびその発現はアドレナリン含

有の局麻剤にやゝ劣るようですが操作に支障なく、鎮痛効果は十分で、後出血抑制や治癒状態はむしろ優れるようです。本剤も冠血流量を変化（減少）させるとの実験報告がありますが、その量は通常使用量（局麻剤 1～4 ml）の 100～400 倍と高濃度で、一般使用時の安全域は広いと言えます。

血管収縮剤を使用できない患者への局麻剤としてはカルボカインが推奨されています。他の局麻剤が血管拡張作用を有するのに対し、カルボカインは軽度ながら血管収縮作用を示すためです（表 2）。

以上の他、全身偶発症の発生を予防する方法の 1 つに、鎮静法や全身麻酔の応用があります。また、精神安定剤（ジアゼパム、ハイドロキジンなど）の術前経口投与も有効ですが、これらについては別に譲ります。

表 2. 歯科で常用される局麻剤の比較

		効 力	浸透性	効果発現	持続時間	毒 性	極 量	常 用 度	血 管 作 用	分 解	排 泄
エステル型	塩酸プロカイン （各社）	1	中	早 い	分 50～ 60	1	mg 1000	% 1	拡 張	血 コ エ ラ リ ス ー テ ビ	腎
アニリド型	塩酸リドカイン （キシロカイン） 藤沢	2	良	最も早い	90～120	1.5	500	2	※	肝	
	塩酸プロピトカイン （シタネスト） 藤沢	1.5	最 良	早 い	100～150	0.7	500	3	※ ※		
	塩酸メピバカイン （カルボカイン） 吉富	2	良	早 い	120～180	1	500	3	収 縮		

（注） ※ アドレナリンを併用しない単独使用で時に全身倦怠感を伴う

※※ 450 mg 以上の使用でメトヘモグロビン血症を生じることがある

救急処置の基本原則

どのような全身異常に対しても、処置の目標は「呼吸と循環の維持による生体組織の酸素化」であり、気道の確保、酸素投与、換気(呼吸運動)血液量の確保と律動的な心拍動の維持が基本的操作として行われます。

生体の諸臓器のうち最も重要な器官である脳は酸素欠乏に最も弱く、3～5分以上の無酸素状態で実質細胞は破壊され、たとえ蘇生に成功しても、植物人間という悲惨な後障害を残します。

従って、酸素欠乏の発生3分以内に適切な救急処置が施されなければいけないという訳です。

酸素欠乏の1徴候であるチアノーゼは、3分以上経って現われ、貧血のある患者では現われにくい症状ですから、より早期に酸素欠乏を発見することが大切です。すなわち、次に述べるような全身状態急変の前兆を見落さないようにすべきです。

全身状態の急変を示す徴候

本来、生体には生命維持機構が働いており、多少の外的内的な環境の変化に対しては適合調節が可能です。一定限界を超える場合、維持機構の破綻を来しショック状態に陥入ります。

ショックおよびショックに結ぶ全身異常時の症状は多彩で、一見重症型を思わせるヒステリー発作もあれば、些細な訴えや徴候で始まるアナフィラキシーショックもあり、一面的な観察によって病態の軽重を即断することはできません。しかも、症状の変化が急激な場合ほど重症で予後不良ですから、できるだけ早く全身異常を察知して、常に「先手」を打つことが肝要です。

次のような症状は見落されやすいものですが、全身異常を示す徴候として重視すべきです。

頭痛・めまい・耳鳴・あくび・嘔気・腹痛

—— 脳血管障害、薬物中毒、過敏反応、
酸素欠乏、低血糖発作、心不全

不安・多弁・眠気・まばたき・ひきつり

—— 薬物中毒、過敏反応、酸素欠乏

いびき・しゃっくり・咳

—— 脳血管障害、喘息、過敏反応

冷汗・末梢麻痺感

—— 急性副腎皮質機能不全、ショック

疲労感

—— ショック、低血糖発作

顔面紅潮

—— 薬物中毒、酸素欠乏、甲状腺機能亢進
症

唾液分泌亢進・尿意・便意

—— ショック、過敏反応

これらの症状や他の全身異常を認めた場合は、直ちに一切の治療行為を中止して、その場で水平位にして、3分以上様子をみます。顔色や呼吸状態を観察しながら、会話によって意識状態をしらべ、脈拍の強弱・数・規則性を測ります。

この間に治療を強行すれば、他に現われている症状を見落したり、過剰の刺激を与えて状態をより悪化させる危険性があります。また、回復が不十分なうちに起したり歩かせると非常な負担をかけ、急激な変化を招くことがあります。どうしても移動しなければいけない場合には、必ず搬送車などを用いて運びます。

症状が一過性で、他に随伴症状がなく、完全な回復を確認できた場合には治療を再開することもできます。

従来、ショック体位として下肢挙上・頭部下垂のトレンデレンブルグ体位が推奨されてきました。しかし、過度の下肢挙上は腹部内臓が横隔膜を圧迫して呼吸運動を妨げ、上半身・頭部の下垂は静脈還流を不良にして循環障害を来し、また頭部の後屈は意識のある患者には苦痛的で、好ましい体位とは言えないようです。

これに較べて、水平位では呼吸障害はなく、心・肺および脳における血液循環も良好で、患者の苦痛もなく、最も有用な体位です。ただ、狭心症・心筋硬塞および脳血管障害の場合には、鬱血のため症状を悪化させるため、15～30°と上半身を高めにする半仰臥位にします。

以上に加えて、あわてず、騒がず、無用の会話は慎みます。

患者にとって頼みの綱の医師達の動揺や不注意な発言（こんなことは初めてだ、とか、どうしたら良いのか知らない、など）は、患者を強い不安に陥し入れ、症状をますます悪化させるばかりです。

全身状態急変時の処置

ショックの治療と言っても特殊なものではなく、他の疾患に対する治療と同様に、対症療法下での原因除去をその方針とします。ただ、常に全身との調和および急激な変化への迅速適確な対応という厳しい制約を受けています。すなわち、前述した基本原則の上に建った適切な対症療法が要求されています。

症状別の処置

1) 興奮・痙攣

興奮や痙攣は薬物中毒や過敏反応の他に、酸素欠乏や炭酸ガス蓄積の結果現われる症状で、しばしばめまい・頭痛・耳鳴などの前兆を伴うことがあります。

直ちに酸素4～6ℓを吸入させながら、呼吸・脈拍・皮膚の色を観察します。

酸素は顔面に密着できるゴムマスクまたは経鼻カテーテルで投与します。映画やTVでよく見られる、顔から離れたマスクで酸素を与えても、患者の吸気中の酸素濃度は大気と同じで、効果はありません。

酸素吸入で症状が軽快しない場合には、超短

時間性の静脈麻酔剤（チオペンタール、フェノバル）や精神安定剤（ジアゼパム、ハイドロキシジン）を投与します。静脈麻酔剤は呼吸抑制を伴い、興奮に続く中枢抑制状態を増強しやすいため、最近では精神安定剤が勧められています。

ジアゼパム（セルシン・ホリゾン）なら5～10mgを、ハイドロキシジン（アトラックスP）なら50～100mgを1～2分かけてゆっくり静注するか、とりあえず最小量を筋注して、その後静注で追加します。ハイドロキシジンは抗ヒスタミン作用を有し、アレルギーの治療薬としても用いられています。

その他、痙攣を生じる原因としては、ヒステリー、てんかん、過換気症候群があります。

ヒステリーは見かけの症状の割には、全身状態に変化なく、危険を伴う動作は行いません。

てんかんは、突然全身の痙攣とともに意識を消失し、所かまわず倒れ、転倒による頭部外傷を起す危険があります。発作が起れば、直ちに仰臥位または側臥位とし、舌を咬まないようピンセットや開口器を噛ませます。

過換気症候群は荒く速い呼吸発作で始まり、視力障害、筋硬直、意識障害を来し、発作中の酸素投与は症状の進行を早めるために好ましくなく、むしろ患者の呼気を再吸入させます。殆どの患者がビニール袋などを持参しており、自身で発作の進行を抑えます。一旦意識障害を生じた場合には、放置することは危険で、死亡例の報告もあり、気道の確保と人工呼吸が必要です。

ヒステリー、てんかん、過換気症候群に対してもジアゼパムやハイドロキシジンは有効です。

2) 嘔気・嘔吐

消化器疾患や脳腫瘍、妊娠および過度の刺激による嘔気・嘔吐や習慣性嘔吐を別とすれば、

過敏反応、ショック、脳血管障害の際にも嘔気・嘔吐が表われ、意識障害があれば吐物が肺内へ流れ、やっかいな嚥下性肺炎を生じます。誤嚥防止のため、側臥位とし、固形状の吐物は指でかき出し、積極的な吸引を行います。

症状が激しい場合にはフェノチアジン誘導体（クロルプロマジン、プロクロルペラジンなど）を投与しますが、アドレナリンとの併用は禁忌で、維体外路症状の発現に注意を要します。従って、薬物投与が必要な時は、ハイドロキシジンあるいはジアゼパムをまず用います。

少しでも誤嚥した場合には、専門医によって肺洗浄を受けさせますが、肺炎防止のため抗生剤を投与します。ショック時に用いる抗生剤としては、過敏反応の可能性の少ないエリスロマイシンやリンコマイシンが良いでしょう。

3) 脈拍の微弱化・血圧下降

手首（橈骨動脈）での脈が微弱で触れにくい場合には 60 mmHg 前後の低血圧を示し、下肢挙上による自家輸血を行います。挙上角度は、腹部内臓で横隔膜を圧迫しない程度で、15～30°とします。下肢挙上によって脈が強く触れても、5分以上は足を下げないでおきます。

昇圧剤としては、比較的緩和な作用のネオンエフリン（ネオンネジン）、メタラミノール（アラミノン）、メトキサミン（メキサン）やエホチール、カルニゲンのいずれかを $1/3 \sim 1/2$ A 皮下・筋注あるいはゆっくり静注します。これらはアドレナリン作動性ですが、血管収縮作用、心臓作用ともにアドレナリンより弱く、正常範囲を超える昇圧作用はないと言われています。しかし、高血圧症患者では過度の昇圧を来すことがあり、心疾患や甲状腺機能亢進症の患者、高齢者や徐脈のある場合は禁忌です。

昇圧は通常 100 mmHg（高血圧患者で 110～130 mmHg）指標とし、必要に応じて追加投与

します（3～5分間隔）。追加投与を繰り返しても思わしい昇圧効果が得られない場合や再度血圧が下降する場合には、ハイドロコチゾン（ソルコーテフ）100 mg をゆっくり静注するか、100～250 mg を点滴投与します。

過度の昇圧のため胸痛の訴えがあれば、胸部にむしタオルをあてます。

橈骨動脈で脈を認めない場合は、頸動脈で確認し、触れにくい時には後述の心蘇生術を行います。

1分間 40 前後の徐脈が続く場合には、硫酸アトロピンを 0.2～0.5 mg（ $1/3 \sim 1$ A）筋注またはゆっくり静注します。

高血圧の場合には、低血圧と同様の救急意義は少いとされていますが、持続すれば脳動脈が収縮して意識消失を生じることがあり、酸素投与や鎮静剤など痙攣の項での処置を行います。

4) 顔面蒼白と意識障害

いずれも全てのショックに現われる症状で、不安・興奮や頭痛・めまいなど多彩な前駆症状を伴いますが、一瞬で見落されることがあります。

著しい顔面蒼白は狭心症・心筋硬塞の発作あるいは心停止を示し、呼吸と脈拍の状態を直ちにしらべます。

意識障害に対しては、大声で呼びかけながら口腔内の異物除去・吸引を行い、気道閉塞の有無、呼吸と脈拍の状態をしらべます。意識消失時は気道閉塞で必発しており、次項の気道開通法を必要とします。

自発呼吸があれば、酸素を投与しながら様子をみます。呼吸と同時にいびきがあり、脳血管障害が考えられる時は、水平位を避け上半身を高めにします。

5) 呼吸困難と呼吸停止

呼吸困難は気道閉塞の他に、種々の心肺疾患

の急性発作によって生じます。後者では激しい胸痛や胸内苦悶、頸静脈の怒張あるいは特有の喘息発作を伴うことで、前者と鑑別されます。

心肺疾患と判明できれば、上半身を高めにし、酸素吸入を行い、脈拍・血圧を観察しながら内科医の応援を求めます。

気道閉塞の原因としては、舌根の沈下、喉頭・気管の浮腫や痙攣があります。

舌根の沈下に対しては、エスマルヒ・ハイペルヒ法などの下顎挙上によって気道を開通させます（図3）。喉頭反射がない場合には、エア

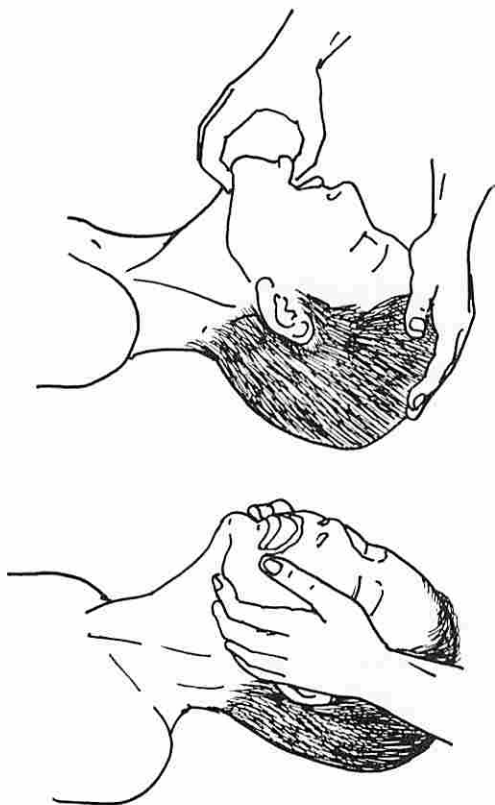


図3. 下顎挙上による気道開通法

下顎を上方に引張り出し頭頂を後下方に圧迫して頸部を伸展させると舌根は挙上し気道が開通する。

ウェイも有効ですが、挿入によって舌を押しこ

めない注意が必要です。

これらの方法を試みて、なお気道の開通が不十分な場合は、下顎挙上をより確実にやり直してみるか、あるいはエアウェイを取り除きます。それでも改善の兆しがなければ、気道の浮腫あるいは喉頭・気管支の痙攣を疑います。

アドレナリン過敏反応以外の浮腫に対してはアドレナリン0.3～1mg（1000倍液0.3～1ml）を皮下・筋注または静注投与します。気道への噴霧も有効です。

気道の痙攣に対しては筋弛緩剤投与下での人工呼吸が最良ですが、とりあえずは下顎を挙上してマスクによる加圧酸素吸入を続けます。少しでも肺へ酸素を送りこめれば、症状改善が期待できます。

甲状軟骨（いわゆる喉仏）の下の凹みに、できるだけ大きい注射針を気管まで突通させる方法（気管突刺法）も有効な気道確保となり、針の本数が多いほど効果的です。

また、補助的にヒドロコルチゾン（ソルコステフ100～500mg）などのステロイド剤を点滴静注するのも有効です。

呼吸停止に対しては、とっさには呼気吹き込み法を、器具があれば加圧人工呼吸を行います。いずれの方法でも、気道確保下に、1分間に12～20回の吹き込みを行い、胸郭のふくらみの有無を確認します。また、吹き込みの間は無圧とし、胸郭の収縮による呼気運動を妨げないようにします。

呼気吹き込み法では術者の呼気中の炭酸ガスが問題になりそうですが、大きく吸いこんで吐きだすガスの組成は大気とほとんど変わらず、十分に有効です。

人工呼吸の具体的方法は図4で説明しています。

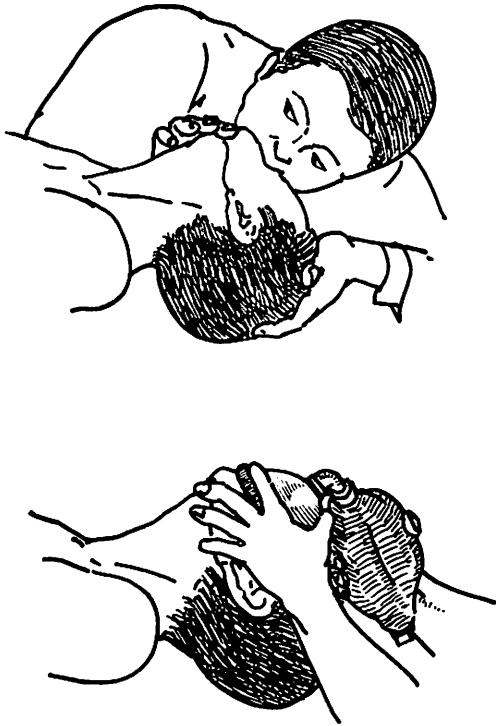


図4. 呼吸停止時の人工呼吸法

上段；呼吸吹き込み法、術者は大きく息を吸い素早く患者の口に吹き込む、成人患者では鼻をつまみ、小児では口・鼻を含む。

下段；人工呼吸器による吹き込み法、バッグはしぼるように圧迫し、素早く手を離す。空気取り込み口へ酸素チューブを結べばより有効。

6) 心拍停止

心拍停止（心停止）とは、完全な心臓の運動停止（心静止）または規則的な有効拍動の喪失状態（心室細動・高度ブロック）を指し、表3のような種々の徴候が現われます。

表3. 心拍停止時の臨床徴候

脈拍触知不能
心音聴取不能

急激なチアノーゼ

呼吸停止

意識消失

出血停止・血液の黒色化

瞳孔散大

心電図平坦化・細動パターン

心電図は確実な判定法ですが、歯科临床上には実際的でなく、また心音の聴取による判定はかなり困難です。瞳孔は停止の3～4分後に散大しますから、確認を待っていては間に合いません。

従って、頸動脈における脈拍の触知不能、あるいはさらに著明なチアノーゼと呼吸停止を認めれば心停止と判断し、直ちに心蘇生術を実施します。

心マッサージは、胸骨の下半分を、1分間60回規則的に、胸骨が3～4 cm沈む程度に圧迫します（図5）。

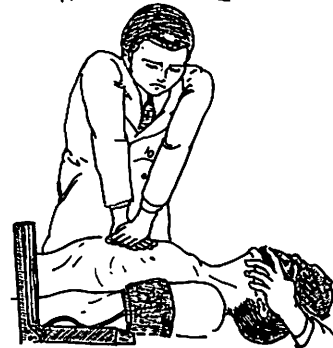
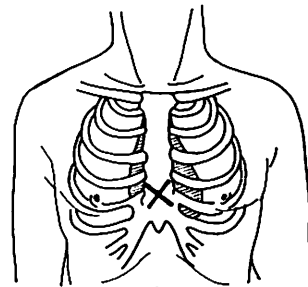


図5. 閉胸式心マッサージ

胸骨の下半分（×印）を、両手根を重ねて腕を

曲げず術者の全体重をかけるように、胸骨が3～4 cm沈むように圧迫する。1分間60回規則的に行い、頸動脈での脈拍を確認する。人工呼吸を忘れてはならない。

歯科治療台によっては、マッサージの重圧によって治療台が不安定で不測の事故を招く恐れのあるものもあり、また背板のクッションが圧迫効果を弱めることもありますから、即座に人手が得られるなら、ためらわずに床に降してマッサージします。

効果的なマッサージが行われていれば、頸動脈での脈拍を触れますので、助手に確認させます。

心臓が完全に運動停止していない時に、外部から圧力を加えて悪影響がないか心配されることもあります。わずかな心臓の動きでは血液を循環させることはできず、規則的に心マッサージを行ってやる方がはるかに効果的です。

マッサージの間、前述の原則的処置ことに気道の確保と人工呼吸、そしてできれば酸素吸入を行うのは勿論です。

術者が2人の場合、1人が心マッサージを他の1人が人工呼吸を担当し、マッサージの合い間に、1分間12～20回の人工呼吸を行います。術者が1人の場合には、5回の心マッサージの後、素早く1～2回の人工呼吸を行います。

しかし、いかに効果的なマッサージを行っても拍出量は通常40%以下でしかなく、心拍再開が2分以上遅れる場合には、補助的治療を必要とします。(表3)。

第一に、アドレナリン1 mg (1000倍液1 ml) を静注します。心拍再開まで5分毎に追加投与します。

従来は、アドレナリンの心腔内投与が勧められてきましたが、確実な肺穿刺と冠動脈損傷のために重篤な二次障害を生じますので、必ず静注で投与します。とっさで、静脈確保が間に合

わなければ、血管の豊富な舌や陰部に注射するのも良いでしょう。

第二に、乳酸の大量産出による代謝性アシドーシスの改善のために、重曹水(メイロン100 ml、THAM 200 ml)を静注します。10分毎に同量または1/2量を追加投与します。

第三に、心筋の緊張を高めてアドレナリンの効果を増強するために、カルシウム剤(カルチコール1 A、塩カル注1/2 A)を静注します。

第四に、昇圧剤を投与します。各種昇圧剤のうちノルアドレナリンとイソプロテレノール(プロタノール)は最も効果が確実ですが、必ず2～5 Aを輸液に混注して点滴投与します。血圧を頻回に測定して、投与量を調節します。

最後あるいは以上に並行して、静脈確保を行い、輸液(5%糖でもリンゲル液でも種類を問わず)を点滴し(急速に、最初の30分で500 ml位の速度)、ハイドロコチゾン(ソルコテフ500～1000 mg)を投与します。

以上の処置・操作は、経験の有無や熟練度にかかわらず、必要な事態に遭遇すれば、ためらうことなく直ちに実施されることが肝要です。

救急処置後の問題

他医に転送する時は、必ず付き添って行き、担当医師に経過と処置の内容を連絡します。処置の合い間に、助手に命じて、家族へ連絡しておくのも忘れてはならないことです。

諸症状の改善が得られ脈拍・血圧・呼吸が正常になれば、次のような点をしらべます。

対光反射。

嘔気や頭痛の有無。

言語・会話の明瞭性。

暗算や記憶能力の程度。

手指運動の正常性。

左右の握力の強さ。

さらに、起立させて、両眼を閉じた状態で直

表 4. 常 備 救 急 薬 品

一 般 名	商 品 名	使 用 目 的	1 回 投 与 量	使 用 上 の 注 意
アドレナリン	ボスミン(第一) 1ml = 1mg	心筋刺激(心停止時)	0.5 ~ 1mg(静)	心拍再開まで5分毎同量追加
	塩化アドレナリン(三共) //	抗浮腫	0.3 ~ 1mg(静・筋)	
ノルアドレナリン	ノルアドレナリン(三共) 1ml = 1mg	昇 圧	3 ~ 5mg(点)	点滴静注で調節しながら投与
メトキサミン	メキサミン(日本新薬) 1ml = 10mg		5 ~ 10mg(静・筋)	高血圧症、甲状腺機能亢進症、心筋硬塞、徐脈、ブロック、高齢者、糖尿病患者には禁忌
ネオシネフリン	ネオシネジン(興和) 1号 1ml = 1mg(静)、 2号 1ml = 5mg(皮・筋・点)		1号 0.5 ~ 1mg(静) 2号 2.5 ~ 5mg(皮・筋・点)	
			1 ~ 2mg(静・筋)	
メタラミノール	アラミノン(メルク万有) 1ml = 10mg		10mg(静・筋・点)	
スプリフエン	カルニゲン(ヘキスト) 2ml = 20mg	心筋収縮力増強・アドレナリン効果補強	200 ~ 300mg(静)	筋注不可
カルシウム製剤	カルチコール(大日本) 5ml = 425mg 塩カル注(大塚) 20ml = 400mg			
炭酸水素ナトリウム	メイロン(大塚) 7%、20ml、50ml、100ml ジュースニン(万有) //	アシドーシスの改善 麻疹・インシュリンショック緩和	100ml(静・点)	
ハイドロコチゾン	ソルコーテフ(アブジョン) 100mg、250mg 500mg、1000mg	昇圧・心拍出量増加・制吐 抗浮腫・抗喘息発作	100 ~ 1000mg (静・点)	昇圧剤(メタラミノール)との併用禁忌
		対喘息発作	250mg(静・点)	
アミノフィリン	アミノフィリン(藤沢) 10ml = 250mg	対・心停止、気管支喘息 気管支痙攣	1mg(点)	アドレナリン、ノルアドレナリンとの併用禁忌
イソプロテレノール	プロタノール(日研化学) 1ml = 1mg プロタノールL(日研化学) 1ml = 0.2mg	抗不整脈剤(期外収縮、 発作性頻拍)	100 ~ 500mg(点) 50 ~ 100mg(静)	
プロカインアミド	アミサリン(第一) 1ml = 100mg	鎮静・抗痙攣	5 ~ 10mg(筋・静)	重症筋無力症、急性狭胸角緑内障には禁忌
塩酸リドカイン	キシロカイン(藤沢) 3.5ml = 105mg			
デアゼパム	セルシン(武田) 2ml = 10mg ホリゾン(山之内) //	鎮静・催眠、制吐 抗アレルギー(皮膚炎)	25 ~ 100mg(筋・静)	
ハイドロキシジン	アトラックスP(台糖ファイザー) 1ml = 25mg	徐脈	0.3 ~ 0.5mg(皮)	緑内障、麻痺性腸閉塞には禁忌
硫酸アトロピン	硫酸アトロピン(各社) 1ml = 0.5mg	低血糖昏睡に対して	20 ~ 40ml(静・点)	
	20%糖液(各社) 20ml 5%糖液(各社) 250ml、500ml	緊急時の補液	適 宜	
乳酸リンゲル液	ハルトマン(森下・ミドリ十字) ラクテック(大塚)他各種			

立・片足立ちを行わせて平衡機能をしらべ、また歩行状態とめまいなどの有無を確認します。

これらに全く異常のないことを確認すれば、家族を付き添わせて、帰宅させます。

以上の結果の如何にかかわらず、術前状態、歯科治療の内容、初発症状、行った処置と症状の経過、転送あるいは帰宅時の状態について全て細大もらさず、カルテに記載しておきます。

おわりに

日常、歯科治療中に遭遇する全身異常は、失神を主症状とするデンタルショックであり、特別な措置を行わなくとも回復するケースが殆んど大部分です。

しかしながら、種々重篤な全身急変状態に遭

遇する可能性が高まりつゝある今日、不測の事故に備えておくことは不可欠な研修科目です。

本文が、そのような研修の踏み台となれば幸いです。

参考文献

今里洋一：いわゆるデンタルショックについて、熊本歯科医師会々誌、25. 1. 1977

岡田和夫：ショッカーその時どうするか、金原出版（東京）、1975

森岡 亨：人工呼吸法、克誠堂（東京）、1968
日本麻酔学会編：救急医療と麻酔、克誠堂（東京）、1970

日野原重明：病歴から診断へ、医学書院（東京）、1968



人類の源を考える（後編）

中央 元 島 博 信



人類進化の課程での呼び方にビテクントロプス、アラルス「言葉を持たないヒト」→ホモ、ストウピデス「愚かな人」→ホモ・サピエンス「知恵ある人」

といった人類学用語があります。人類が地球の

征服者になぜなり得たかを考える時、それは上記のホモ・サピエンスと言われる様に、知恵を有していたからだと思われます。

この知恵は居、食、住を始めとして、様々な面に生かされ、無類の生物が出現と絶滅をくり返した中で、人類は動物界の中で、最高の種族の繁栄をはかってまいりました。

そして今、私達は、その知恵の産物でありま

す。近代文明の中に、ひたりきって、将来についてもこの人間の知恵に夢を託しています。

そんな事を考え乍、人間の祖先が過酷な環境にめげず、懸命に生きぬいたきびしい時代の中の「知恵ある人」と言われる旧人（ネアンデルタール人）、新人（ホモ・サピエンス）とを、顔、顔面を中心にどの様に変化していったかをその号で考えてみたいと思います。そして最後に自分の感じましたことを述べ、しめくりにしたいと思います。



猿人

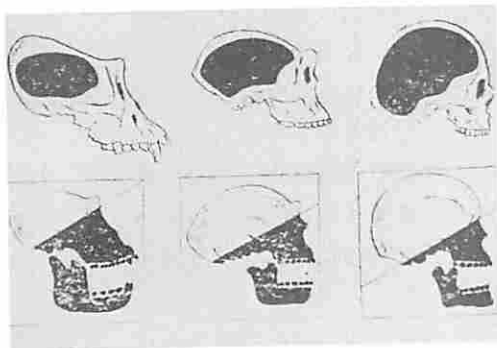
原人

図1. 前号で猿人原人について述べました。

（写真「人の進化」より）

旧人から新人へ

最初の人間である猿人が、地球上に表われたのは約200万年前のことであるが、その後原人の段階を経て旧人の段階となり、今から3万年



前に我々と同じ種である新人、すなわち化石のホモ・サピエンスになった。

この人類進化の過程のなかで起こる形質の変化を一言で言うなら、脳の容積の増大と顔の縮小という二方面の変化としてとらえることができます。

進化のスピード

この進化に伴って起こる形質の変化は、進化の全過程を通じてみると、決して同じ速度で行われたものではないようであります。今までの猿人が生まれた時点を0とし、全進化を24時間に縮めてみると、そのスピードのイメージが湧いてきます。

興味ある点は：

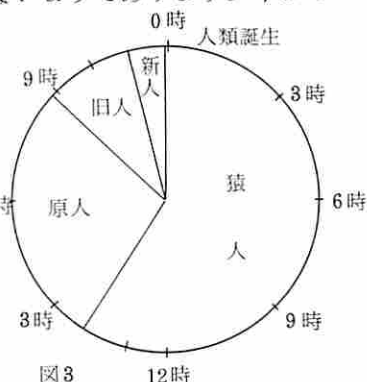


図3

- ①人間の進化の速度というものは、後の段階ほど時間が短く、それだけ進化のテンポが早まっている。
- ②ホモ・サピエンス（新人）の出現は案外最近のことである。
- ③旧人（ネアンデルタール人）から新人（ホモ・サピエンス）へと進化したのが少くとも、両者の交替が行われたのは前図からみるとほんの10分間ぐらいの出来事。これは重要な事である。？

スピードアップした進化は何を物語るのか。

旧人（ネアンデルタール人）の頭部の特徴

その分布はヨーロッパ全域、つまり西はベルギー、東はイタリア、北はドイツ、南はスペインにまで及んでいるにもかかわらず、どこかの古典的ネアンデルタール人類でも、その形質は単

一であるばかりでなく、早期ネアンデルタールや他の段階の人類とも、明瞭に区別し得る特徴を持っている。

①ネアンデルタール人類は進化の終末に近い。
この点からも、人類の脳容積と同じか、それ以上である。

②頭の形においては、長さとは幅はわれわれより大きく、頭の高さは比較的低い。

③頭の最も幅の広い場所は後頭に寄り、原始的特徴を残す。

④真後ろから見た輪郭は、現代人ではへ形に似るが、旧人は上下方向に平たい楕円形である。

⑤側方観では、眉の線に相当して高い隆起（眼窩上隆起）がある。

⑥額は、われわれより少し後方へと広がる。

⑦頭頂骨、後頭骨は低くてゆるやかな弧を描きながら、横後頭隆起へと移行する（頭の高さが低い）



ネアンデルタール人
(旧人)
図4

顔 貌

①頭に比べても大きく、前に突き出している。

②眼窩や頬骨の形などに特徴を示す。

③上顎骨には現代人特有の深くて大きな犬歯窩がない所から、生前は頬や唇はふくらんで前に突き出していたのであろう。

④下顎骨は顔が大きに一致して大きく、側頭筋や咬筋の付着部位の形や広さから、これらの筋肉が非常に強大であった。

⑤下顎で最も違う所は、「オトガイ」がないことである。歯も大きいため、下顎の前面は前の方に傾斜するように突き出ている。

進化の流れ

猿人から現代人に至る人類進化の機序については、まだ知るところははなはだ少ない。時に、時代が古くなる程人骨、石器、その他の関係資料が少なくなるので、それだけ知識も不足している。従って、それらをもとにした進化に関する学説にも憶測が多くなるのはやむを得ないことであらう。これに対して、時代が下って旧人、新人の段階になると、骨格や文化などの資料は非常に豊富で、正確になり、日本はこの分野では世界のトップレベルにあります。この進化の過程において、この時期（旧人）に認められる重要な変化として、いろいろな点をあげることができます。

①下顎の歯の大きさには特に大差がないにもかかわらず、これらに共通に見られる第3大臼歯 遠心と下顎枝前縁との間の空隙がだんだん短縮し、又消失しています。ということは、歯槽部がだんだん短くなったことを示します。〔図5B〕

②相対的にオトガイの出現をうながす結果となった。〔図5B〕

③この空隙の短縮は、それだけ咬筋の前方への移動を物語っています。これは咀嚼の際に、下顎骨の関節部を支点として下顎を挙上させるのに小さな力ですむわけで、それだけ咀嚼筋の労力は省けてきます。

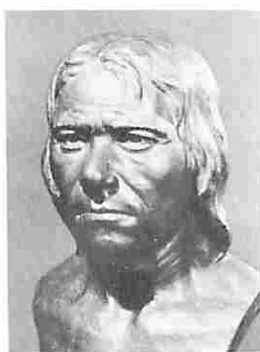
④筋突起はだんだん狭く、きゃしゃになり、下顎切痕が前方に移動して下顎枝の中央に位置するようになった。このことは、側頭筋の発達が劣っていることを示し、食生活の変化がもたらしたものと考えられます。

この咀嚼筋の弱体化と下顎の後退は、上顎骨の退化を意味する鼻下部の後退へと連がるものであり、前鼻棘ははっきり後退の傾向を示します。

進化に伴う顔面の変形の実態は、咀嚼筋の弱

体化によるものであって、その結果として起こる上・下顎骨の退化、すなわち前鼻棘の後退が基本であると考えられます。

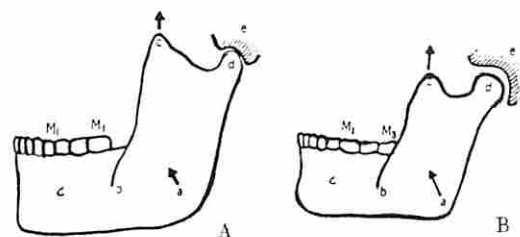
このことはたぶん、この時期に見られた火の利用、石器の多様化、精巧化といった技術の



クロマニヨン人(新人)

進歩にあり、これに伴う生活様式の改善によって、かつて頑丈な下顎骨と強力な咀嚼筋の必要性がしだいに減じたことからでありましょう。

その結果として、咀嚼器官は退化の傾向にあり、それによって上・下顎骨の後退を招き、相対的にオトガイが顕著に現われて来たものと考えられます。そして、しだいに現代人の顔に向かって変化していったのである。又ヒトの進化に対して、咀嚼器官の退化が重要な要因の一つであるとすれば、それはネアンデルタール人類以後に限られることなく、人類進化の全過程を通じて考える時、現代についても当てはまる気がします。



オトガイの出現
歯列弓の後退著明
(図5)

新しい学説

ラマピテクス論争

人類の起源と進化をめぐる新しい事実がぞくぞくと表われると新しい学説が生まれます。人類の起源に関するラマピテクスの出現は多くの

人類学者をうろたえさせ、悩ませました。ラマピテクスが50年の論争の結果、歯牙の形態、歯列のカーブ、鼻部などの特徴から人類と認められるようになったからです。今までの定説では、人類の起源は300万年前、アフリカの熱帯森林地帯となっていたのですが、ラマピテクスは1300～900万年前のコーラシア大陸の草原に存在していたことを示しました。

現在、マスコミや書物、教科書等では前者の説を採用していますし、私もそう書いていますが近い将来、新説に変更されるものと考えます。

最後にこのラマピテクスという一番新しい話題をつけ加えておきたいと思います。

私の主張

私は矯正学の勉強を始めて10年になります。その間多くの患者に接しました。患者はまさに生きた教材であり、いろいろなことを教えてくれます。また患者からうける素朴な相談、質問は時に私の返答をつまらせます。とくに比較的多い顎の劣成長患者に接しますと、その原因は何であろうかという疑問が、自然と顎形態の進化へと導きます。私がこの勉強を始めた動機も、まさにその辺にあります。

戦後、復興の波に乗って日本経済は大きな変化をいたしました。その中でも、食生活の変化はもう、目を見張るばかりです。米を主食とした食生活から現在の電化に伴う加工食品を主力とした肉食・インスタント製品などは、口の中にただ放り込むだけで咀嚼筋をあまり働かせることなく、とろけてしまう程、軟くなりました。それに伴って虫歯も多くなりました。

上記の顎の劣成長もこの食生活にあるのではないかと推測されます。だいたいこれはヒトの進化道程からみて、正しい様に思います。肉食主義の分厚い咀嚼筋を有した猿人の顔面が原人へと進化し得たのは肉食をするようになったの

と、動物を飼育し骨や石器・火を用いて食べものを食べやすく加工する文化を持っていたことにあります。

戦後の驚くべき発達した電気製品がもたらした文化は、食生活に著しく影響を及ぼし、現在の子供達の骨格はわれわれとは全然違って、長身で足は長くなり鼻ペチャの子供は少なくなりました。これが顎にも劣成長という形で表われて来たのだと思われます。

最後に、この人類学の分野において日本が、世界のトップレベルにあることは前述いたしました。この分野で歴史学者、医学者、地質学者、物理学者等、近代的文明を駆使して、高度な活躍がなされていますが、人類学の中で、例えば、人類はいつから存在するのかと言った歴史的事実の決め手となったのはラマビテクスの下顎大臼歯であったし、又猿人と原人の分類、ヒトの進化の流れを説明出来るのは、結局、頭蓋骨であり歯牙であり、われわれの専門である口腔領

域を除いて人類学は語ることは出来ません。私の感じたことをまとめてみますと、

①人類の進化は、食生活の変化と共にあったこと。又顎の退化と咀嚼筋の弱体化は、道具使用による食生活の改善にあったこと。

オトガイの出現も同様の結果であること。

②歯牙の形態的变化(進化)は食種が大きく影響していること。

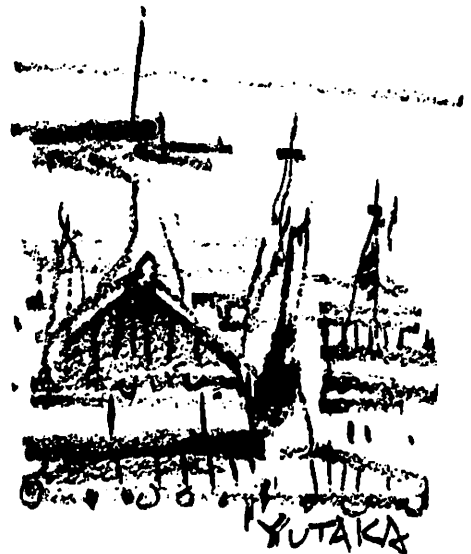
③その進化のスピードは、だんだん早まっていること。

④人類学は歯科医学と密接な関係にあること。

⑤これからの食品はますます加工化が予想され(例えば宇宙食)顎の退化も進むであろうと考えられること。

以上5点をまとめにしたいと思います。

又本稿の御校閲、御助言をいただきました九州歯科大学口腔組織学教室島村昭辰教授に深謝いたします。



展望室



熊本県歯科医師会会員の健康管理状態を覗く

熊本県歯科医師会

今日、非常に多忙な生活環境の下におかれている歯科医師にとって、自分の健康を管理し維持し続けていくことはかなり困難なことである。しかしそのような状況にあっても、かつて歯科医師の平均寿命が医師に比較して短かいといわれたような状態は改善し、ここ二十数年来寿命は延び諸外国の歯科医師の寿命と比較しても大差のないところとなっている。＜表1＞

しかし、何といたっても歯科医師の場合には寿命の延びよりも、いつまで健康な状態で歯科治療に携わることができるかが大きな問題である。即ち健康な状態の中での老化こそ望ましいことである。そしてこれは日常の健康と直接結びつくものであり、従って多忙な生活環境にあっても、自分の健康の程度を知り、もって今後の自分の健康の維持、管理の中に取り入れていくことは重要なことであり、今後こうした面での調査研究はさらに進められることと思う。

今回、昭和52年度熊本県歯科医師会会員を対象として、血液、心電図を検査し、また会員の罹患状態を熊本県歯科医師国民健康保険組合の資料により過去5年間の受診（外来、入院）の傾向を見ることが出来た。

表1 日本人歯科医師、アメリカ人歯科医師平均死亡年令

	1947~50	1958~59	1960~64	1965~69	1970~72
日本人	43.4才	59.6	62.9	66.6	69.1
アメリカ人	64.9	68.8	68.8	69.7	70.5

一般日本人	1971	1975
男	70才	71.76
女	75	76.95

＜日本人歯科医師死亡に関する研究＞

I 会員の昭和52年度スクリーニングテストの結果から

(1) 方法

熊本県歯科医師会会員494名のうち206名について血液と心電図の検査を行い、血液については生化学的検査（29項目）を行いそれぞれについての検査値を得、これらについて調査した。

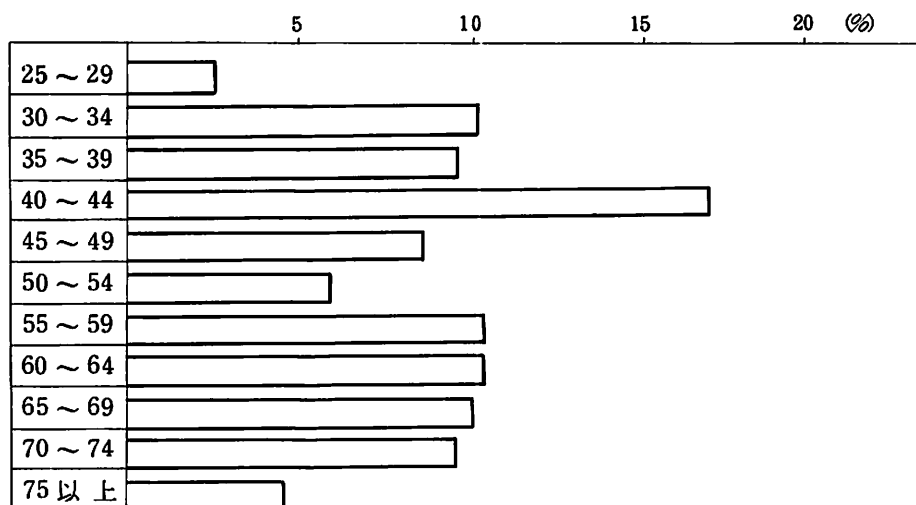
今回の調査を行った206名については、年令別・地域別に区別して示した。

表I-1 受診者の年令別・地域別人数

地域 年令	熊本市		城南		城北		計
25~29	2		1	1	1		5
30~34	8		8		5		21
35~39	11		6	2	1		20
40~44	15		12		9		36
45~49	11		3		4		18
50~54	9		1	1	1		12
55~59	7	1	7		7		22
60~64	10	1	5	1	5		22
65~69	8	1	6		6		21
70~74	3	1	12		4		20
75以上	1		3		4	1	9
計	85	4	64	5	47	1	206

熊本県歯科医師会
会員数 494 名
熊本市 213
城南 155
城北 126
平均年令 53.34 才

< 図 I - 1 > 受診者の年齢別構成



(2) 調査結果

1 現 症

今回の検査の時点で疾患に罹患し治療を受けている者についてその疾患名と疾患に罹患している者の数を年齢ごとに区別して示した。

高血圧症の治療を受けている者が最も多く、ついで糖尿病の治療を受けている者の順であった。

2 検査結果

血液の生化学的検査及び心電図により得られた数値あるいは心電図の波形を正常値若しくは標準値と比較し、これにより異常が認められる者、あるいは異常を疑わせる所見が示された者を<表 I - 3>に示した。また今回の検査で特別異常所見の認められなかった者も示した。

表 I - 2 現 症

疾患 年齢	高血圧症	糖 尿 病	腎 炎	心筋障害	心内膜炎	慢性肝炎	胆 石 症	動脈硬化 心 肥 大	十二指腸 潰 瘍	中 心 性 網 膜 炎
25 ~ 29										
30 ~ 34									1	
35 ~ 39	1									
40 ~ 44				2						
45 ~ 49	1									
50 ~ 54	(1)		1		1	1	1			
55 ~ 59	2	1								1
60 ~ 64	1					1				
65 ~ 69	2	1								
70 ~ 74	5	1						1		
75 以上	1	1								
計	18 (1)	4	1	2	1	2	1	1	1	1

表 I - 3 検査結果に異常ありとされた者若しくは疑わしい結果の出た者

年令	疾患 肝機能 の障害	循環系 の障害	糖尿病	泌尿器系 の障害	鉄欠乏性 貧血	痛風 (尿酸値↑)	異常所見 のない者
25～29	1					1	
30～34	9	2	2		1(1)	1	9
35～39	5(1)	1(1)	1		1		8(1)
40～44	20		2	2		1	5
45～49	11		2	2	1	4	2
50～54	4(1)	1	3			1	3
55～59	9		1			2	3
60～64	6	2	1(1)	2	1		7
65～69	5	7	3	3	1	2	4(1)
70～74	7	5	5	4	1(1)		3
75以上	1	4		5		1	1
計	78(2)	22(1)	20(1)	18	6(2)	13	45(2)

肝機能に障害を認めた者、あるいは疑わしい結果の出た者の数が圧倒的に多く全体の38%にみられた。中でも特にアルコール摂取に関連した肝機能障害が多かった。

また、糖尿病を伴った肝機能障害をもつ者も多く、糖尿病についてはさらに<表 I - 4>のような結果を得た。

表 I - 4 糖尿病について

現症に糖尿病をもつ者

糖尿病の疑いありとされた者及び糖尿病に関する精密検査の要ありとされた者

年令	現症として糖尿病 をもつ者	糖尿病若しくは疑い ありとされた者	糖尿病の検査を 必要とされた者	計	太り過ぎ
25～29			(1)	(1)	1
30～34		2		2	
35～39		1	1 (1)	2 (1)	2
40～44		2	1	3	3
45～49		2		2	4
50～54		3	1	4	2
55～59	1	1	1 (1)	3 (1)	1
60～64		1 (1)	4	5 (1)	1
65～69	1	3	3	7	
70～74	1	5	3	9	1
75以上	1		3	4	
計	4	20 (1)	17 (3)	41 (4)	15

()内は女性の数

循環器系・泌尿器系の障害の認められるものはほぼ同数であった。循環器系については、心電図での不整脈・STの低下・動脈硬化などが指摘されている。泌尿器系の障害としては腎機能障害が主である。

なお検査値として、尿酸値の上昇を示した者が比較的多くみられたことは特筆すべきことであらう。

3. 精密検査・再検査について

検査の結果疑わしい所見を示した者については精密検査・再検査を受けるように忠告を受けている。

ここでは消化器系の精密検査を行うように指示された者が多い。このうちの大部分は血清鉄の低下ないし低下傾向のある者であった。

見を示す者の割合は多くなっており、しかも同時に二つ以上にわたって異常を示した者が多くなる傾向にあった。しかしながら一方では高令者でも特別異常所見を示さない者もあった。

肝機能の障害を疑わせる結果の出た者が全体の四割近くあったこと、それがアルコール摂取あるいは糖尿病と関係した者が多かったことは注目すべきことであった。

今回の検査結果から、生活面に対してのアドバイスを受けた者が割に多く、これについて＜表Ⅰ－6＞のような結果を得た。このうち運動・スポーツの必要があると忠告を受けた者が多かったが、大部分は血液検査で糖尿病ないし糖尿病の疑いがあると診断された者であった。また同時に、これらの者は食事コントロールを指摘された者が多かった。

表Ⅰ－5 精密検査・再検査の必要ありとされた者

疾患 年令	消化器 系	糖尿病	泌尿器 系	一般血液 検 査	肝・胆道 系	循環器 系	胸 部	血清鉄	貧 血	専門医 に相談
25～29	2	(1)								
30～34	3			1				1		
35～39	1	1 (1)		2						
40～44	1	1	1		1					
45～49	2		1							
50～54		1			1					
55～59	3	1 (1)	1			(1)			1	
60～64	1	4	2	1		(1)				1
65～69	(1)	3					1			
70～74	4	3	2	1			1			2
75 以上	2	3			1					
計	19 (1)	17 (3)	7	5	3	(2)	2	1	1	3

(3) 小 括

今回の検査では年令に特有の疾患というものはなく、どれも比較的全年令層にわたって認められた。全般に年令が高くなるに従い、異常所

表Ⅰ－６ 生活のアドバイスをされた者

	運 動 ・ ス ポ ー ツ	食 事 コ ン ト ロ ー ル	飲 酒	生活全般	心 因 性	過 労
25～29	1	(1)				
30～34	5	3		1		
35～39	2	1	1	1		
40～44	7	8	5	1	1	1
45～49	4	1				
50～54			2			
55～59	5	3	1			
60～64	4					
65～69	3	1				
70～74	6	1			2	
75以上	1					
計	38	19	9	3	3	1

Ⅱ 会員の疾病受診の内容は

(1) 方 法

歯科医師の疾病罹患傾向を調査する目的で熊本県歯科医師国民健康保険組合の組合員である会員を対象として、組合に受診後請求のあったものをもとにした統計より会員の罹患状態を調査した。

熊本県歯科医師国民健康保険組合には、歯科医師会に入会している全会員がその組合員となっている。従って組合資料により、会員の疾患による保険診療を受けた場合の状況は全て資料として網羅されている。

(2) 調査結果

各疾病を社会保険章用疾病分類に基づいて1から17までの項目に分類し、昭和48年度より昭和52年度までの過去5年間にわたる疾病罹患の状態を<表Ⅱ－1>に示した。

なお、同一人が同一診断名の下に継続受診した場合は月毎に一件として算定し、一年間ではその積算で件数を出してある。別診断名あるい

は一度治療中止後の受診はこれを二件として月毎に積算し算定してある。

1 疾病分類別受診順位

受診者の多かった上位の疾病のうち主なものを外来と入院とに分けて5年間の推移を示した。

<図Ⅱ－1>

外来では循環系疾患が最も多く、次いで消化器系疾患・呼吸器系疾患・神経・感覚器疾患の順であった。これを入院で比較してみると外来とは多少異なり、循環器系は以然最も多いが、外来では全体の1%程度であった新生物が多くなっている。

2 循環系疾患

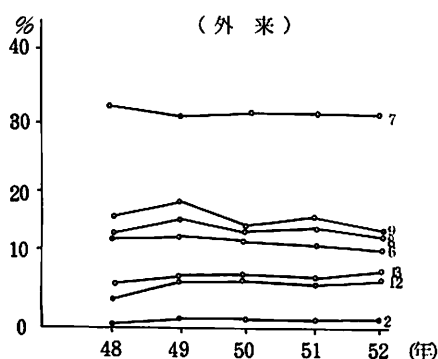
これには高血圧症、心疾患、脳血管疾患が主として含まれるのであるが、それぞれについての罹患状態は不明であった。しかし循環器系全体として全疾患に占める比率が過去5年間、三割以上にも及んでいることは注目すべきである。

表Ⅱ－１ 過去５年間の疾病分類別罹患状態

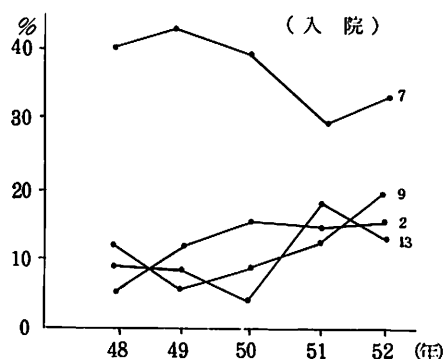
疾 病 分 類	主 な 疾 患 名	外 来				
		S 4 8 年	S 4 9	S 5 0	S 5 1	S 5 2
1. 伝染病及び寄生虫病	伝染性肝炎、梅毒、チフス等、サルモネラ感染症、赤痢、下痢性疾患、結核	% 3.2	% 2.6	% 3.4	% 2.0	% 2.2
2. 新 生 物	白血病、良性、性質不祥の新生物（耳、鼻等は除く）	0.6	1.1	0.9	0.8	0.7
3. 内分泌栄養及び代謝疾患	糖尿病、栄養欠乏症、甲状腺腫、等	2.2	1.8	1.8	1.6	1.9
4. 血液及び造血管の疾患	血液疾患、貧血	0.2	0.3	0.5	0.1	0.2
5. 精神障害		0.4	0.4	0.5	0.5	0.3
6. 神経系、感覚器の疾患	眼、耳の疾患、白内障、脳膜炎、神経痛	13.2	12.7	12.3	11.7	11.9
7. 循環器系 //	高血圧、脳血管疾患、血栓症、塞栓症、血管炎、心疾患、リンパ炎	32.7	31.0	31.5	31.3	31.5
8. 呼吸器系 //	感染カゼ、インフルエンザ、肺炎、鼻、副鼻腔、扁桃、	13.7	15.7	13.8	14.8	12.6
9. 消化器系の //	菌、消化性潰瘍、胃、十二指腸の疾患、虫垂炎、肝疾患	16.9	17.5	15.3	16.1	14.3
10. 泌尿器系 //	腎炎、ネフローゼ、尿器の結石	1.7	2.7	3.2	3.0	3.5
11. 妊娠分娩及び産褥の合併	流産、分娩合併症	0.2	0.3	0.	0.1	0.2
12. 皮膚及び皮下組織	癬、よう、蜂巣織炎、（頭頸部）フルンケル	6.5	5.2	6.1	7.1	7.3
13. 筋骨格系、結合織	急性関節炎、骨炎、40肩、腰痛	4.7	6.8	7.1	6.6	7.5
14. 先天異常		0.0				
15. 周産期疾患	新生児溶血性疾患、詳細不明の未熟児	0.0				
16. 症状及び診断不名	昏睡、失神、心臓マヒ、心悸亢進、鼻出血	0.4	0.2	0.3	0.3	0.5
17. 不慮の事故、暴力	骨折、頭蓋内および内部損傷、熱傷、化学物質の有害作用	2.2	1.2	1.1	1.6	2.2
総 件 数		2,781	2,796	2,680	2,740	2,891

入 院 (%)					外 来 + 入 院 合 計 (%)				
S 4 8	S 4 9	S 5 0	S 5 1	S 5 2	S 4 8	S 4 9	S 5 0	S 5 1	S 5 2
% 13.5	% 13.8	% 1.0	% 3.7	% 1.0	% 3.6	% 3.0	% 3.3	% 2.1	% 2.1
6.7	11.9	15.5	15.0	15.5	0.9	1.5	1.4	1.3	1.2
2.9		1.0	3.7		2.3	1.7	1.7	1.7	1.9
					0.2	0.3	0.5	0.1	0.2
		9.3			0.4	0.4	0.8	0.5	0.3
2.9	2.8	7.2	6.5	1.0	12.9	12.3	12.7	11.5	11.5
40.4	42.2	39.2	29.0	33.0	33.0	31.3	31.7	31.2	31.5
4.8	5.5	3.1	1.9	3.9	13.3	15.3	13.5	14.3	12.3
11.5	6.4	8.2	12.1	20.4	16.7	17.1	15.1	15.9	14.5
	3.7	3.1	5.6	1.0	1.6	2.7	3.2	3.1	3.4
2.9	2.8	1.0	1.9	2.9	0.3	0.3	0.1	0.2	0.3
1.0			1.9		6.3	5.0	5.9	6.9	7.0
7.7	8.3	4.1	18.7	13.6	4.9	6.9	7.0	7.1	7.7
		1.0			0.2	0.4	0.3	0.3	0.5
5.8	2.8	6.2		7.8	1.3	2.3	1.3	1.6	2.4
10.4	10.9	9.7	10.7	10.3	2,885	2,905	2,777	2,847	2,994

図Ⅱ－１ 疾病分類別罹患状態の推移



2. 新生物
6. 神経系・感覚器の疾患
7. 循環系の疾患
8. 呼吸器系の疾患
9. 消化器系の疾患



12. 皮膚及び皮下組織の疾患
13. 筋骨格系・結合組織の疾患

3. 消化器系疾患

これに含まれる疾患は、肝疾患・胃・十二指腸潰瘍などである。入院・外来を含めて全疾患の約16%を占めており循環器系疾患について多い。

4 呼吸器系疾患

急性呼吸器系感染症、インフルエンザ・肺炎・喘息・塵肺症などがある。

入院・外来を含めて全体の約13%であった。

5 その他の疾患

神経・感覚器系疾患は入院外来を含めて全体の約13%であった。皮膚・皮下組織の疾患は全体の約6%・筋骨格系・結合組織の疾患は約6%であった。

また、新生物については外来では全体の約1%程度に過ぎないが、入院では過去5年間次第に増加の傾向を示し、52年度では15.5%で、循環系の33.0%、消化器系の20.4%について多くなっている。

6 会員の死亡年令について

昭和38年より昭和53年まで毎年の会員の死亡平均年令と人数を示した。＜表Ⅱ－2＞

表Ⅱ－2 熊本県歯科医師死亡平均年令

年 代	死亡者平均年令	死亡者数	3年間の平均死亡年令
昭38年	74.0才	8人	
39	65.0	5	
40	70.6	9	67.1才
41	64.0	7	
42	74.0	1	
48	65.8	8	67.6
44	68.6	8	
45	62.1	7	
46	69.2	5	67.7
47	71.7	8	
48	71.0	6	
49	68.5	9	70.7
50	72.6	9	
51	73.4	10	
52	72.7	12	73.8
53	75.3	8	

これを三年ごとにみると次第に死亡年令が高くなっていることがわかる。

また、全国の歯科医師の死亡を原因別にみると昭和52年度は<表Ⅱ-3>の通りであった。

表Ⅱ-3

心 疾 患	31.9%
悪 性 新 生 物	22.1
脳 血 管 疾 患	18.9
肺・気管支炎	10.6
消化器系疾患	5.9
老 衰	3.4
不慮の事故	3.0
腎 疾 患	2.6

昭和52年 全国歯科医師死因順位

全国の歯科医師の死亡を原因別にみると、心疾患による死亡が最も多く、次いで悪性新生物・脳血管疾患の順であった。循環器系疾患といわれる心疾患と脳血管疾患とを合わせると約半数を占めることになる。

なお<表Ⅱ-4>に他の職業別死因を示したのが心疾患による死亡を第一位とする職業は他になく、これは歯科医師に特徴的にみられることだといわれている。

表Ⅱ-4 職業別死因上位

<昭45>

	1 位	2 位	3 位	4 位
全 職 業	脳 血 管 23.4	悪性新生物 22.2	不慮事故 13.7	心 疾 患 11.2
専門的・技術的職	悪性新生物 24.7	脳 血 管 21.3	心 疾 患 13.2	不慮事故 9.4
管 理 的 職	〃 32.1	〃 19.3	〃 13.7	〃 5.4
労 務 従 事 者	〃 27.8	〃 16.3	不慮事故 12.0	心 疾 患 11.7
販 売 従 事 者	〃 24.5	〃 22.0	心 疾 患 12.4	不慮事故 10.0
農 村 漁 業	脳 血 管 30.4	悪性新生物 21.0	〃 11.6	〃 8.3
採鉱採石作業	不慮事故 4.25	〃 14.3	脳 血 管 14.5	心 疾 患 5.2
技術的労働者	〃 22.8	〃 19.9	〃 19.3	〃 5.2
サービス職	脳 血 管 22.1	〃 21.5	心 疾 患 12.0	不慮事故 9.6
歯 科 医 師 <昭48>	心 疾 患 26.9	脳 血 管 18.8	悪性新生物 18.3	肺・気管支炎 9.7
<昭52>	心 疾 患 31.9	悪性新生物 22.1	脳 血 管 18.9	肺・気管支炎 10.0
	消化器疾患 5.9	老 衰 3.4	不慮の事故 3.0	腎 疾 患 2.6

(歯科医師を除く他の職業は昭和45年厚生省資料による)

(3) 小 括

全体としてみると、循環器系疾患が最も多く、消化器系、呼吸器系疾患がこれに次いでおりこれは日本人全体の罹患状態と同じ傾向にあると思われる。

歯科医療に関係すると思われる疾患としては、他に感覚器疾患や、腰痛などを含む筋骨格系、結合組織の疾患があるが、これらの詳細な項目にわたっての統計は不明であったものの、これら疾患の罹患率が割に高いことは歯科医師に特徴の疾患とみることができるともかもしれない。

Ⅲ む す び

昭和52年度の熊本県歯科医師会会員494名のうち206名を対象に行った心電図、血液の生化学的検査結果と、昭和48年から昭和52年までの過去5年間の熊本県歯科医師国民健康保険組合の統計を検討したが、全体としては循環器系疾患と消化器系疾患が多かった。

消化器系疾患の中では、特に血液検査において肝機能の異常を示した者が全体の四割近くみられたが、過去5年間の統計では、これよりかなり少なく全体の16%程度であった。これは前者は、疾患の罹患の有無に関係なく行った結果であるのに対し、後者は何らかの異常を自覚して受診した者の統計であるため、こうした違

いが現われたものであろう。即ち、日常生活においては何ら支障をきたすことなく、むしろ健康な状態にあるとして仕事に従事している者でも、その中の何割かは潜在的に不健康であると思われ、こうした何かの機会にその異常に気づくケースが多いのではないと思われる。

同じことが糖尿病についても言える。即ち前者の血液検査においては、疑わしい結果の出た者は206名中21名で約10%であるのに対し、後者の統計では、糖尿病の含まれる内分泌、栄養及び代謝疾患は全体の2%程度であった。

従って、年一回定期的に健康状態を診断することは、表に出ない不健康状態を見つけ出すという意味からも意義あることであると思う。

歯科医師の平均寿命に対しては年々増加の傾向を示し一般日本人と比較しても決して見劣りしないところとなってきた。しかし初めにも述べたように我々歯科医師にとっては、いかに健康な状態の中で医療に従事するかということが最も大切な事であり、高令を迎てもなお以然として壮健に医療に携わる人を見るに、いかに日常生活における健康管理が大切なことであるかをうかがい知ることができる。

歯科医師に関するこのような疫学的調査・研究は比較的新しいことである。このため資料に乏しく、今回の調査結果から全体的な知るところ

どまったが、今後共こうした調査を進めていく必要があるのではないと思う。

最後に資料の提供をいただいた熊本県歯科医師国民健康保険組合に深謝いたします。

文 献

木所正直 他：歯科医師の疾病罹患に関する研究 日大歯学42巻2号 昭和43年

木所正直 他：日本人歯科医師の死亡に関する研究 日大歯学42巻2号 昭和43年

木所正直 他：歯科医師の疾病罹患に関する研究（その1） 某県歯科医師の疾病受診の傾向 日大歯学42巻2号 昭和43年

谷津三雄：臨床（開業）歯科医師の健康検診（健診）について、その1, 2, 3, 4 歯界展望31巻6号, 7号, 32巻1号, 2号, 昭和43年



熊本歯科医師会会史をたどる

広報委員会

熊本市歯科医師会の初期は熊本県歯科医師会の初期と一致する。熊本県歯科医師会の設立された時は、市内会員8名、郡部6名で会務の運営も市内中心に行われていた。

大正期に入って各歯科医学専門学校卒業者の開業が増加したが、明治39年～大正3年迄は市内開業者は一人も増加していない。

明治25年熊本県歯科同盟会が結成され明治35年熊本歯科医師会と改称、本格的歯科医師会の成立迄、会員の親睦や業権に当って来たが市内会員が大多数であった関係上県歯科医師会の問題は市内会員の問題であった事情もあって市内会員のみの親睦や統制を保つ状態であった。

その当時市内会員の会合体を熊本市月次会といい毎月一回会合を開き、其会場は各会員の宅廻りの状態であった。

この月次会が現在の熊本市歯科医師会の前身である。

この月次会は昭和6年熊本市支部となって正規の会務をとる様に成る迄熊本市の歯科医師会を支配した。よって熊本市歯科医師会史を記すには熊本市月次会の動きを記さねばならない訳です。

熊本市月次会は明治35年より実施されて来たが、主なる行事は、

- 1.会員の親睦、
- 2.知識の交換
- 3.業権の保持、
- 4.学術の研究

熊本市歯科医師会設立

昭和8年2月25日

熊本県歯科医師会熊本支部として発足して、一年余を経過した時熊本市は会員数も多く、単

なる支部として行動する事は積極的に独自の活動を為すに不便を感じる様になり、独立的な熊本市歯科医師会を設立すべしとの意見あり昭和8年2月15日熊本市歯科医師会設立総会が招集され、設立に至った。

昭和42年から昭和53年までの市歯の会員数、県歯の会員数、市の人口、県の人口をあげますと下表のようになります。

人数 年度	市 歯 会員数	市の人口	県歯の 会員数	県の人口
42年	166	424,494	441	1,764,126
43	169	431,999	447	1,749,850
44	173	438,027	447	1,730,887
45	177	449,254	454	1,700,229
46	180	456,696	454	1,686,010
47	184	462,322	459	1,680,908
48	191	469,992	464	1,684,055
49	195	478,001	481	1,692,462
50	200	488,116	471	1,715,273
51	203	497,533	478	1,731,004
52	208	505,239	495	1,746,468
53	224	510,607	505	1,762,745

以上のことから市における会員1人あたりの熊本市の人数は42年2557人、43年2556人、44年2531人、45年2538人、47年2512人、48年2460人、49年2451人、50年2440人、51年2450人、52年2429人となり53年は会員が224人(11月現在)となりいっそう1人当りの人口減少していると思われます。42～52年までの10年間で市の会員数が42人増加していますが、県の会員数は10年間に54人増加し

ています。ということは熊本市に会員が集中している事を示しています。以上の事からも、適正配置も S 54 年 4 月 1 日より施行されるように

なりましたが、そういう時期になったと思われます。

熊本市歯科医師会の歩み

副会長 川崎 正 士



昭和 39 年待望の鉄筋ビル県歯科医師会館も新築され、間借りではあるが会館の一隅に机一つの事務所を移し、当時事務員一名ではあるが、矢毛石会長のも

と、会の運営は行われました。

39 年度定時総会に於て、緒方会長、杉野、守田監事が無投票にて選出され、その後、緒方会長は 7 期 14 年の長きに亘り会の運営、発展に尽され今日に至っております。緒方会長発足と共に渡辺、宇治、園田、吉崎先生に小生の 5 名が理事の指名を受け、当時 40 才前の若輩でした。

当事の年会費 5,000 円、入会金 20,000 円、事業費項目も、口腔衛生費、学術費、会員福祉費、医政費の 4 事業で、会の予算総額 1,241,700 円、内事業費予算はその $\frac{1}{3}$ にあたる 420,000 円、現在に比較すれば微々たるもので、現在の約 $\frac{1}{10}$ にしかなかった時代でした。事業をするにも相当はなし理事全員があたったものでした。

当時の社会保険講習会に於て始めてパラデュームなる金属が出て材料は高く、その上金属は硬く、点数は材料費に比べ低いと云う欠点ばかりの厄介物ですが、現在も尚使用されるのも、保険万能だからでしょう。

昭和 42 年 4 月 宇治先生のご努力により、熊本市歯科医師会学会では勿論のこと、県学会に於てすら出来なかった外人講師西ドイツ、アルフレッド・レアーマン教授を迎え『顎顔面腫瘍の外科的処置』と題しての学術講演会が開催された事は会始まって以来の大事業ではなかったでしょうか。事業をするにも予算に限定され、理事では他の九州管内の主要都市歯科医師会事業内容の調査に出張し、その結果、九州主要都市で最下位であることが判明し、昭和 42 年度総会に於て会費増額、年額 6,000 円に決定し、又本会会計の救済弔慰費を分離し、熊本市歯科医師会共済会々計を独立させて、会員共済事業を発展させる事にしました。会員の死亡毎に各会員より 1,000 円徴収し、共済会弔慰金、花輪代、病氣見舞金等に於て、その後余裕金が出たため、弔慰金の増額を行い、現在では 2,000 円徴収し共済互助に当てておる現状です。

今より 10 年前即ち 43 年 6 月 1 日県歯科医師会 60 周年、国保組合 10 周年記念式典が行われ、口腔衛生週間中に行われたのも意義深いものがあり、衛生週間中に鶴屋、大洋に於て歯の無料検診も行われたものの、現在の如く口腔衛生思想の普及もなされておらず、たゞ齲蝕歯の有無程度に終った様でした。

昭和 44 年始め熊本市歯科医師会設立 35 周年記念パーティーが旧、月世界（安政町銀河近く）で夫婦同判で行われ約 200 名の出席を得て盛会であった事も今迄になかった一つの特記すべき事業ではなかったでしょうか。この記念パーテ

(昭 和 4 2 年 度 予 算 関 係 調 査 表)

歯科医師 会 名	4 2 年 度 予 算 総 額	会 費		入 会 金	会 員 数
		均 等 割	賦 課 割 合		
福 岡 市	13,847,724	5,000	$\frac{6}{1,000}$	100,000	400
鹿 児 島 市	2,488,400	一 般 12,000 親 子 10,000 勤 務 9,000	社 保 $\frac{1}{1,000}$ 国保1件につき5円	50,000	122
長 崎 市	1,562,746	一 般 9,600 準 4,800	な し	100,000	153
宮 崎 市	969,100	一 般 13,200 勤 務 6,600	な し	50,000	72
佐 賀 市	696,000	一 般 12,000 終 身 6,000 準 6,000	な し	100,000	64
小 倉 市	本会費 5,629,100 健保費 4,140,000	一 般 5,000 勤 務 2,500	$\frac{6}{1,000}$	100,000	155
八 幡 市	6,193,102	開 業 6,000 勤 務 3,000	$\frac{5}{1,000}$	100,000	149
熊 本 市	1,570,600	一 般 5,000 親 子 2,500 終 身 2,000 勤 務 5,000	な し	200,000	167

ィーが出发点となり毎年会員福祉委員会のお世話で新春懇親パーティーが催されることとなり会員並びにご婦人方の親睦を深めておことはご承知の通りでございます。

昭和45年度より会誌を発行し已に28号にも及んでおり、その内容においても学術のみに偏らずスポーツ、保険、告知欄ありで本当に親しみをもって読ませる会誌だなあと感じております。

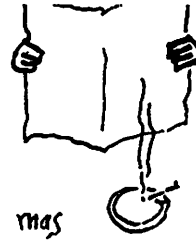
同年度に他県都市なみに会費均等割外に保険診療報酬の $\frac{1}{1,000}$ を賦課徴収し、更に47年度より会費、入会金を増額し学術、口腔衛生、医療保障、医療管理、広報、会員福祉、医政の7

事業に拡大し、総予算額も6,797,000円となり、50年度より入会金100,000円、会員数も200名、総予算額10,674,000円となりました。この頃より会員数は毎年急激に増加をたどり市内集中の傾向にあり、医療機関適正配置が問題となって来ました。地域における医療機関の過密を防止し、市民に対する適正な診療の確保が必要とされる時代となり、適正配置に関する内規が作られた事は時宜を得たものだと思っております。

新年4月より定款等も具備した社団法人としての歯科医師会の発足と益々の発展を祈念いたしまして会の歩みを終ります。

1145

本日休診



九州歯科大学同窓会

熊本県支部

副支部長 吉 井 洋 一

去る 11月 3日母校の創立 60周年記念式典が九州歯科大学記念講堂に於て盛大に行われましたのに出席して感激いたしました。

大正 13年 4月福岡市因幡町に国永正臣先生によって、私立九州歯科医学校として創立され、その後昭和 11年に現在の北九州市小倉区真鶴町に移り昭和 19年には福岡県に移管、医学科を併置し福岡県立医学歯学専門学校となり、昭和 24年 4月には九州歯科大学に昇格、初代校長永松勝海先生、昭和 39年 3月第 2代学長に灘吉虎夫先生、昭和 43年 4月第 3代学長に坪根政治先生、昭和 47年 3月に第 4代学長に平川正輝先生、昭和 49年 3月に第 5代学長に池尻茂先生となり現在に至り幾多の変遷を重ね色の障害をのりこえて今日の発展を見ましたのは歴代の学長を初め諸先輩の努力の積み重ねと思ひ感謝し、ますますの校運の隆盛をお祈りいたします。

ここに黄色になった古いノートが 1冊ありますけど昭和 32年となっており、それ以前の記録がなくて残念ですが当時の会務報告が記載され今では、もう故人になられた先生、子供さんが大学生となられた先生、先生の子供さんが会の為に活躍しておられる先生等と当時の御苦労がしのばれ、又なつかしく思い出されるのではないかと思います。

昭和 32年

同窓会支部長 吉崎 久
副支部長 岩本義人
副支部長 西本末藤
庶務 小川勝人
会計(県) 友枝晴夫
" (市) 川崎正士

昭和 34年

支部長 吉崎 久
副支部長 西本末藤
" 五島安雄
庶務 佐藤英博
会計(市) 渡辺太郎
会計(県) 堀川義晴

昭和 40年

支部長 浜坂 明
副支部長 緒方益夫
" 堤健一郎
会計(県) 川崎正士
会計(市) 角 勲
共済 牧野有道
庶務 吉井洋一

昭和 42年

支部長 堤健一郎
副支部長 林田充成
庶務 矢毛石昭男
会計(市) 工藤昭臣
共済 牧野有道

監事 福田邦敏
監事 渡辺富美男

昭和44年

支部長 林田充成
副支部長 矢毛石照男
庶務 永田博久
会計(市) 工藤昭臣
共済 牧野有道
会計(県) 吉井洋一

そして現在では昭和52年より

九齒大副会長 西山 勲
本部理事 宇治寿康
支部長 林田充成
副支部長 吉井洋一
庶務 永田博久
庶務 本田治夫
会計 木村 豊
会計 牧野敬美
共済 工藤昭臣

の執行部にて県支部のお世話をしております

昭和41年度収支決算	昭和51年度収支決算
収入額 575,537	収入額 3,059,389
支出額 468,144	支出額 1,942,131
差引額 107,393円	差引額 1,117,258円

52年3月会員数212名になりました。

県支部の行事の1つとして年1回のレクリエーションを紹介いたします。10月28日今年度は霧島温泉行きでした。当日会費1万円あとは部費負担です。出席者33名。例年ですと40数名ですけど、丁度八代都市、菊池都市の行事と重って、ちょっぴりさびしい様でした。

歯科医師会館前9時30分集合、10時前に西山県会長の出勤に会い、「あら会長は行かないのですか」「丁度今日は行事と、結婚式に出席予定で行かれんたい、何んにも無い時に行く様にせなんたい」「もう3ヶ月前からプランねって今日になったんですから」「そんなら、

うんと飲んできなっせ」の声に送られて10時過ぎ、あいにくの小雨の中大阿蘇観光バスにて出発しました。自称郷土のスター上月晃の妹、高月嬢の名ガイドにより熊本市を後にし松橋でH先生、OG先生、O先生を乗せ、八代でM先生乗車、雨の為球泉洞の見学をキャンセルし車中では、ビール、お酒の配給があり、日奈久のチクワを買入れて朝からちびりちびり飲みながら、緑を基調にした山々を黄色や赤で見事に染めあげ、深まり行く秋の紅葉の眺めはまた格別でした。人吉南国ドライブインで中食、刺身に山菜料理とひさしぶりに栗の御飯を戴きました。何せビールオンリーの先生もいらっちゃって、特別停車をくりかえしながら、えびの高原で小休止。車中ではT先生W先生のマイク独占しての歌の饗宴が始り後部座席では、感と運だけがたよりのゲームが懸命に行われていました。5時前には林田温泉に到着、ひと風呂あびて6時半より大ホールにて、フィリピンの現地人によるショーを見ながらの宴会。終ってから部屋にて夜の外国の映画を見学、20名程の熱心な先生の顔が見え、終わったらコンプレックスを感じました。翌日9時林田温泉を出発、林田温泉での一夜のボーリング、クラブでの思い出を残して……

もう奥様、子供の顔が恋しくなったのか霧島神宮をキャンセル曾木の滝にて中食、日本のナイアガラ滝と云われるとか、さぞや夏には市民の憩いの場所となる事でしょう。鯉の刺身、鯉コク、山鳥に舌づつみを打ち、大口にて小休止、車中では又T先生W先生の歌の饗宴、「酔っていながら酔わないそぶりそれがやくざの恋とやら?」ツータカターの迷調子が出ていました。

それから5分間の間、対向車は何台か、たゞし大型車が来たら0台となって、それから何台かのゲームが始り、0台の先生、100台の先生も出ましたけど、12台でして何んとT先生

ズバリ賞の記念品を獲得されました。熊本市がだんだん近づくにつけて「来年は何処に行くとかいた?」と云う声も聞かれ、支部長の林田先生の音頭にて校歌を合唱し、万才三唱して無事歯科医師会館前4時過ぎに到着いたしました。H先生「やっと年中行事のひとつが終わった」と



実感のこもった声が聞かれ御世話様でした。T先生、W先生はまだ早い、明るくて、うすぐれから飲屋街をさまよっていらっしやった様ですけど、いったい何時に御帰還なされたか?おたづねしたいと思っております。



東部才2支部の展望

東部2 松 永 正 行



元の東部第2支部は、健軍を含めた34名の会員でした。熊本市が東部に発展すると共に、人口も増加し、それと共に市歯科医師会の会員も増加し、特に東部会員の増加は顕著で、そのため、昭和39年頃、東部第2支部は、第2支部と第4支部に二分されました。

東部第2支部の地域の主な動きをみてみますと、熊本市体育館が昭和33年9月1日に完成、唯一の公立体育館として、多様な催し物、スポーツ会場としてその目的をなしています。

昭和35年、国民体育大会秋期大会のメイン

スタジアムとして、水前寺競技場が全面的に改造され、第1級認定陸上競技場として、今もスポーツの中心となっています。

昭和42年3月には、県庁が桜町（現交通センター）より現在地に移転し、市内の東部の比重が増す加速度の役割をなしたようです。それと共に、江津湖の美化運動が初まり、昭和28年6月26日の熊本大水害により汚された市民の憩いの場を取りもどす運動につながり、少しづつ、また市民に親しまれつつあると思います。

東部の名所である、水前寺公園が、熊本市の管理から、出水神社に委託されたのが昭和42年10月、翌年戦前より、県市民に親しまれた動物園が湖東町に移転し、装いも新に水辺動物園となっているのは周知のことと思います。

競技場の近くにあった盲学校、聾学校が昭和45年9月に共に健軍の東町に移転し、最近では、水前寺公園近くにあった東部郵便局が、昭和53年10月より東部市民センター近くに移転し、東バイパス周辺の変貌は目をみはるもの

があります。これらの環境の変化は、東部第2支部が一番ではないでしょうか、環境も変わりますが、会員相互の親睦は変わらないことを報告して、支部だよりといたします。

最近、治療室で考えること

鹿本郡植木町 河 上 正



1683年に、オランダのAntony Van Leewenhoekが、手製の簡単な顕微鏡を考案し、唾液を観察し、「私は、歯のフケ（歯垢）の中にすむ小さな

動物（微生物）の数が、お国—大英帝国—の人口をしのいで多いことを確信をもって御報告する。」という手紙を、王立協会に送ったのは、約300年前のことである。事実、口腔に生息する微生物の数は莫大で、歯垢1g中に約 10^{11} 、唾液1ml中に約 10^8 のオーダーの数の微生物が存在している。また、フランスの歯科医で、近世歯学の祖として尊敬されている、ピエール・フォジャールが歯の疾患について、その原因分類および治療法の確固たる基礎をきずいて、約200年の歳月が流れた。さらには、ロベルト・コッホのもとで細菌学を研究し、齲蝕の化学細菌説の研究者として有名なミラーが、「含水炭素なくして酸は無く、酸無くしては、齲蝕は起こらず。」の格言を提して、すでに100年を経過した。その間の歯科臨床学および歯科基礎医学のめざましい進歩は周知のとおりである。しかしながら、過去を振り返ってみると、我々臨床家の多くは、臨床学の進歩には多大の関心と興味を示し、その応用と実践に努

力してきたが、それにひきかえ基礎医学には左程の関心を示さず、大学やその他の研究機関に多くをまかせてきたように思われてならない。しかし近年、我々歯科医の日常の診療内容に、より多くの基礎医学的知識を必要とする検査や処置が組み込まれ、その為に、益々充実した歯科治療が行われるようになってきたことは喜ばしいことである。なかでも、特に、この現実のひとつのあらわれが、300年前に、初めて口腔内の微生物が認められて以来、ようやく歯周病および歯牙齲蝕病因論に対する、微生物レベルでの考察と検査が、全ての歯科医と歯科医療に従事する者にとって、いかに必要欠くべからざるものであるかという考えが浸透してきた最近の歯科界の動向である。

以上述べたような現況は、今後、我々歯科医側にとっても、さらに有意義なものになっていくことは確かなことである。例えば、口腔衛生教育に最も有効と思われる齲蝕活性試験や感染根管治療時における無菌判定の細菌培養試験などは、その代表である。前者には、従来からスナイダーテストがよく用いられた。これは、糖を加えた培地上での唾液中の細菌の酸産生能の程度に基づき、培地に添加したpHの指示薬BCG（リトマス試験紙様の作用を行うと考えてよい）から齲蝕活動性の素因を判定するものである。さらに原理的にはスナイダーテストと同様

であるが、被検体を、唾液でなく、歯垢に求めることにより、より正確に齧蝕活性を判定しようとするカリオスタットなどがある。又、後者には、細菌培養器と培養基（培地）を組み合わせたブラディアが最近、著しく普及している。これは、微生物の理想的な孵卵器とも考えられる口腔内において、内因感染によって惹起された感染根管の治療に際しては、当然用いられて、無菌判定試験がなされるべきものである。さらに、出来るならば、その時点で、培養された菌を取り出し、単染色あるいはグラム染色を行ない、鏡検し、その形態やグラム染色性を判定し、化学療法剤抗菌スペクトル表などを参照し、投与薬剤を決定する為の一助となすのも望ましいことであろう。その上、その培養菌を、市販

の薬剤感受性試験用培地に培養し、薬剤感受性ディスクを用いて、その薬剤の発育阻止の程度を詳しく調べ、その微生物に対して、最も有効な薬剤を投与することにより、患歯および口腔内疾患の症状をすみやかに軽減し、迅速な治癒を計る目安とすることが出来るならば、一層望ましいことであると言える。

最後に、私見を述べさせていただけるならば、口腔内の微生物が、初めて人間の眼にふれて、3世紀を経た今日ほど、微生物への認識が、我々全ての歯科医に重要視された時期はなかったと思われる。これを機会に、私は、日常の歯科治療の一部を、マクロの世界から、さらにミクロの世界へと広げていきたいと思っている。

開業一年を振り返っての感想

東部 太田 憲生



歯科医療に関する諸問題が、取り沙汰されている時期に開業した為か、開業当初は色々な不満を訴える患者が多く、精神的に参った時もありました。今日、

当時を振り返って見ると、種々の事柄が、以后の私の診療に教訓として役立った様な気が致します。

私の場合、卒業と同時に母校の口腔外科教室で、約2年間お世話になり、その後、帰郷し、開業までの約1年間は開業医の先生の御指導を受けました。医局時代を振り返っての感想としては、口腔外科という医局の性格から、多数の癌、血液疾患の患者が紹介来院しますが、この中に、来院以前に、切開、抜歯等の外科的処置

を受け、病状の悪化を来し来院するケースがまれに見られました。これら不注意と思われる診療行為を防ぐ為にも、開業した場合、日常の診療では、口腔疾患を局所だけではなく、全身的な面から診断出来る、余裕を持つ必要があるのではないかと痛感しました。

開業してからは、一般的な患者とのコミュニケーションの不足を感じました。最近、マスコミ等の影響で患者自身、歯科医療に対し、かなりの知識を身につけ受診しますが、大半は中途半端な知識で歯科医療を考えている場合が多い様です。ある医療社会学者が書いていますが、従来医師は権威者、患者は依存者であったが、最近は医師が同情型、患者が反抗型になって乱れて来た。この原因としては、医師と患者とのコミュニケーションがうまく行われなくなって来ているからだと言っている。患者は自己の病

気の相談に乗ってもらいたいと思って来院する分けてあるが、現実には、患者におっかけられ、コミュニケーションする時間もなく、流れ作業的診療行為をしているのが現状だと思います。

しかし、この診療体系を個々が考慮し、改善していかなければ、どんなに良い診療方針を立てても患者はついて来ないばかりか、医療への不満は強くなり、患者の信頼も得ることは出来ないと思います。この問題が解決されれば、認識不足による患者の不満、非常識と思われる要求は減少し、自分でも納得のいく、診療体系が確立出来るのではないかと考えます。又、最近、矯正歯科と小児歯科の標榜が認められた様に、

歯科も医科と同様、専門化される傾向が強く、近い将来、高度な技術、知識を身につけた、専門医が多く開業されると思います。その中で医院経営の安定化を望むならば、幅広い視野で歯科医療を考え、より学問的裏付けのある歯科医療を身につけ、診療内容の向上を図らなければ、将来、囲りから取り残されるのではないかと不安を感じる時もあります。

最後に、開業して日も浅く、日常の診療においても、試行錯誤しながら、診療に当たっている状態ですので、今後とも諸先生方の御指導をお願い致します。



茶



FEAR OF FLYING

(飛んでみませんか)

南部 柿原 康 男

どうして山に登るのか、「そこに山があるからだ」誰しもが聞いた言葉である。「どうして空を飛ぶのか」これも特に理由があって飛ぶわけではないと思う。誰もが何らかの、きっかけで飛ぶ事を知ったのだと思う。私の場合は4年前になるが、仕事に疲れてしょうがない時期があった。何をしても面白くなく、ただ疲れて、ごろごろしていた時、空でも飛んだらさぞや気が晴れるのではなかろうかと思っていた。

そんなある日、スタンドに座って飲んでると飛行機の話が出、マスターが私は飛んでますよ、よかったら一緒に飛んでみませんか、と云われ二つ返事で乗せてもらう事になった。翌日迎えにきてもらい、熊本の空の散歩となった次第だ。これですっかり空の魅力に取り憑れてしまった。これが私の初飛行である。

知人の東先生外科医の場合は、ゴルフ場で前に止っている車の後部にぶっつけてしまいスピーカで持主を呼び出してもらい、修理を申し出、それがきっかけで意気投合、その仁が、飛行機キチガイで早速、体験飛行となり、現在400時間に近いパイロットとなり、私共アビオントロア(自家用機名)のメンバーである。

序でにこの飛行機キチガイの人の話しをしてみよう。彼は酒もタバコも嗜まない好青年で現在沖縄那覇に住み、奥様は内科小児科を営んでいる。今年の二月、ふらりと私の所により、飛行

機を買いに来たと云う。目当ての機は所有者が破産し、熊本空港に数ヶ月野晒にされていた十数年来飛び続けた老令の機体で、とても安全に飛べるとは思えない代物であった。整備士に見てもらったら買いどくだとの御選択が出た次第、その夜は空の話に花が咲き、夜もふけた帰りぎわに明日沖縄迄飛んで帰りますと云う。びっくりしたなんて、沖縄はおろか離陸する事すら危ぶまれる機体なのです。私の方が心配になり、ゆっくり整備して帰りなさいよと云うが、すでに自家用機として一日も早く飛んで帰る事で頭



の中はいっぱい、何を云っても馬耳東風、あきれはて、翌日、空港に行ってみると、油にまみれて整備の最中、バッテリーがあがってエンジンがかゝらない。自動車のバッテリーでエンジンをスタートさせ空港を二、三周。お世話にな

りました。では又、お会いしましょう、とニコニコ顔、鹿児島において様子を見て海をわたりなさいよと云うのに、昇ってしまえば大丈夫と熊本空港を後にしてしまいました。これが最後かと何枚も写真をとったが、もし落ちたらと思いあわててフィルムを抜いてしまった。



この夜沖縄より喜々とした声で無事着きました。今度沖縄にみえた時には整備し塗装もしておきますから、どうぞ、その日をたのしみにしていますとの事、このような気持がいろいろあるのです。

では飛行機の値段はどの位か、と聞かれそうなので、手もとにある「ヒコークィ野郎」と云う雑誌をめくってみますと、セスナ150L JA 36級 360万、パイパーPA-26-140が650万、スバルFA-200-160 650万円也、と中古機セールが出ています。3名で一機を所有すれば、一人で200万と云う数字が出ます。ゴルフの会員券、ボートのごく小さな値段にあたります。ガソリン代はどの位か。

熊本離陸し四国松山に向いますと、約1時間半で着きます。このガソリン代が約1万円、この位はかかります。何せ天気良くて子供の予守もせず、家事の雑用のない日は月に1~2日あれば良い方だと思います。この時こそが吾が生きがいの日となるのです。

じゃどうやったら操縦桿を持てるのかと、問われそうですね。住民票と印鑑を持って空港に行き飛行クラブの門をたゞけば、その日の内に体験飛行が出来ます。1時間教えてもらい、その費用は2万4千円也。次回には運輸省発行の練習許可証が出来ます。日本の空を飛ぶ小型機は約600機、一番小さなビッツから、エアロンカ、FA200、パロン等さまざまな機体が高い空、低い空、陸上、海上を乱舞しています。

つい先日学校歯科の出張で、木村豊先生と鹿児島へ列車で4時間かゝり出かけました。義務会議はきちんとはたし、翌日帰りは好天に恵まれ、朝空をみると雲一つなく、飛んでみてえな一とためいきが出る次第、木村先生をくどきおとし鹿児島空港に電話し、FA200とパイロットをかり出し、鹿児島の上空へ遊覧飛行、桜島の煙をかすめ、九州山脈をひとつとび、熊本空港へまいおり40分の散歩でしたが、途中半分位は外をながめていた木村先生、後半は飛行機操縦なんて簡単なものだと、ふてくされ後部座席で、すきないびきのていでした。



この文を書いている、ひょっこりDr木村の顔が浮んで来て、スきな事を云ってらあ、と笑っているのが目に浮んできた次第です。それもそのはず、かく云う私は練習許可証で身元保証

人のパイロットと飛んでいるのです。写真でおわかりのとおり操縦席の器機は、全て連動しており、左席がパイロット席、右席がコパイ席となっています。教官と飛ぶ時は大きな顔でパイロット席につけます。ライセンス同乗の時はコパイ席にあまじなければなりません。



飛行機の操縦法を体得しますと、A. T. C (Air Traffic Control) を知らなければなりません。

何故英語を使わなければならないか。これは口際民間航空機構の条約で、共通使用語は英語と指定されているので止むを得ません。日常の航空交通管制では英語による交話の方が簡便であると思います。一例を示してみましょう。離陸の指示をもらう場合、パイロットは、KUMAMOTO、TOWER 3582 READY FOR TAKE OFF OVER。タワーからは、3582 ROGER CLEARED FOR TAKE OFF、OVER。パイロット、3582 ROGER、CLEARED FOR TAKE-OFF、これだけの交話で離陸出来ます。

では、これから、温い南の海、種ヶ島、屋久島に行ってみましょう。空港タワーに飛行計画書 (FLIGHT PLAN) を提出します。この機体はFA200、4人乗り、大きさは軽

自動車の室内とほぼ同じで、これに羽があるとお考えになればまちがいありません。チェックリストにしたがい機体の点検をすませ、エンジン始動、自動車のキイと同じです。計器の点検、エンジンオイルと圧力計が正常値となりました。無線でコントロールタワーを呼び出し、KUMAMOTO TOWER 3582 OVER。タワーから、3582 KUMAMOTO TOWER GOAHEAD、と返事が帰ってきます。

地上滑走の許可をもらい、タワーからは使用滑走番号と風向、風速、QNNの値、そして地上滑走の指示が有り、更に離陸の許可をもらい機体を滑走路のセンターライン上にのせ、スロットルレバーを最高出力位置に入れます。機体の速度は急速に増し85マイルで上昇、フワット隔陸、もう地に足はついていません。



下の空港カントリーでは、ボールをたたいているのが良く見えます。この時の気持の良さは飛んでみれば、良くわかります。五分もたつと江津湖をすぎ市内を横ぎり、南熊本の吾が家をながめ、特徴のあるガス会社のタンクを眼下にして、八代海にぬけます。鹿児島本線がまるで、メルクリンの鉄道模型のように走り、ちょっと手をだし汽車の向きをかえてみたくなる心境になります。

海上2000フィート、海岸線にそって飛んでみると、やっぱり地図の通りだなと あたりまえの事に感心したり、白く浮んだヨットに近づき、羽をぶって遠ざかり水俣の知人の上空を底空飛行で訪問し、阿久根、川内を過ぎ薩摩半島を横切り桜島の煙をも横に見、横浜から来たであろうサンフラワー号が静かな波間に、たゞずんでいます。

高度3000フィートにトリムを合せてタバコがとてもおいしく感じてきます。こんな時、色々な話が出てきます。もし小用がしたくなったらどうしましょうか。先輩とはありがたいもので何でも良く教えてくれるものです。アビオントロアー、これは我々3名で所有する機体名で三人の為の空とでも云いましょうか、この名づけ親が荒木さん、この人はコンピュータや無線で喰っている人、大きな体に、かわいい笑顔の主です。話を前にもどしましょう。



彼云わく、スキンに入れたら良いですよ。2升はゆっくりしこまれますよ。どこでならってきたのやら、私は平和主義者なので鉄カブトは大きらい、こんな所で健康の為に役に立つとは、新らためて感心し、恐れ入る次第です。いつの日か暇があったら、良い湯にでもひたって実証してみようと思います。いつの日か他国に遊ぶ日も来ると思います。小さな軽飛行機にはトイ

レなど贅沢なものはありません。この室内で数時間過せば、このお世話になる日も、あろうかとも思います。



さてサンフラワー号も小さく後方にかすんできました。洋上でのおんびりしていたら、九州一の高い山、宮之浦岳1935米が、眼前に浮んできました。その少し手前に、種ヶ島飛行場が近づいてきます。標高93米、滑走路1100米、さっそうと着陸。小さな空港でコーヒーを、すすり、次の目的地、屋久島迄15分、足をのばします。

高い山を中心にした島、旅行者の多い所です。空港から一寸歩いて、赤チョウチンの店に入り、おばさんが一人、野郎三人で、遅い中食、うらの海からとれたばかりの名も知らないような魚のサシミ、煮つけ、たらふくたべて計算してもらおうと、これで良いのですかと聞きかえしたい位の値段。やはり、静かな所は良いものだ、あらためてベニヤばりの、すすけた部屋をながめます。お客様、どこから来たね？うん熊本から今着いたよ、すると、いやな顔して、熊本から来る船も飛行機もないのに、からかっているのかな、不快な顔、あゝ又寸たらずだったなと、すぐわかるようになりました。自家用で来たよと云うには、一寸、キザな気がして三人とも、あまり云おうとしないのです。説明すると、

又全員を頭から足の先迄、ながめまわし、よれよれのジャンパー姿に、あきれ顔で、みつめられ、やっとおばちゃんに開放されます。

小さな小路を通り海岸を二、三〇分散歩し、空港でヤク杉の花瓶を買い帰路につきます。夕日を左窓から直にうけのんびりと洋上を飛び、人吉上空迄きますと鹿児島市の街と熊本市街が前後に見え、夜のとぼりが訪れてきます。とてもロマンチックな心境にひたってきます。何となく心が洗われるような気がするもので地上ではあじわり事のないような気がします。日曜日であ今日もうすぐ終りか。

又、くり返しの日々がはじまるのかと一寸うんざり気味で、行きつけの夜の街のネオンを下に見、帰港する体のひきしまる着陸の時がせまってきます。KUMAMOTO TOWER 3582 OVER KUROISHI 1400 FEET、REQUEST LANDING INSTRUCTION

INSTRUCTION OVER。タワーより3582 KUMAMOTO TOWER ROGER RUN-WAY 07 QNH 2992 REPORT DOWN WIND OVER。これらの交話の後、着陸し、KUMAMOTO TOWER 3582 REQLLEST CLOSE MY FLIGHT、PLAN。

これで一日の空の散歩が終ったわけである。雑文で、申しわけありませんでしたが、毎日の仕事が30cm位の所をみつめている私共ですので、水平線をみつめて飛行すると目の為には、とても有効であると思いますし、スタッフをどなった事等は良い反省につながる事はたしかです。

全ての事がメジャーの異いをひしひしと考える今日このごろです。先生方のエアースポーツとし空に舞われる日を希望してペンを置きます。IF HE CAN, YOU CAN FLY。

ラジコン機に魅せられて

東部1 本 田 亘

何故、私が飛行機に興味を持ったのか、自分でも分かりません。好きと言うより飛行機気違いと言った方が正しいかも知れません。(今でも気違いは直っていませんが……。) 爆音がすれば空を見上げて、この機種は何だ、と一人で悦に入り、飛行機の写真集を見れば、戦後の世界中のほとんどの飛行機の名前が分るくらいの気違いです。

少年時代から空にあこがれ、飛行機にあこがれ、戦闘機のパイロットになるのが夢でした。この夢も脳ミソの程度、体力の弱さで断念せざるを得ませんでした……。当然模型飛行機への熱が高まりました。紙飛行機から、ゴム動

力機、Uコン機に至るまで数えきれない程の模型飛行機を作って飛ばしたものです。Uコン機……これは模型のエンジンをつけて、燃料をつみ、ワイヤーを張って操縦者のまわりをぐるぐる回って飛ぶものですが、私が丁度、済々黉時代、下宿生活の身で、このエンジン(当時一番小さいエンジンで980円だったと記憶しています。)をやっとの思いで手に入れたことは、懐かしい思い出です。

まもなく、これらの飛行機を実機と同様に操縦して宙返りや横転、きりもみ等の曲技をやれないものかと思い始めました。それには無線に頼る以外にありません。これが現在の無線操縦

飛行機 (Radio Control Air Plane) です。略してラジコン機です。手元の送信機から発射される電波によって飛行機の可動部分を動かして飛びます。従ってパイロットが地上にいるという以外は実機と同様です。

現在のスパイ無人偵察機等と同じ原理です。私はこれだとばかりに熱中しました。しかし思った程、容易なものではありませんでした。ゴム動力機等の風まかせにフワフワ飛んだり、Uコン機のようにワイヤーに引張られて飛ぶのと違います。翼長約160cm、エンジン、燃料、無線機等を積んでいますから、機体の重量は4kgを越え、そのスピードは150kmに達します。一瞬の操縦ミスによって、たちまち地上に激突、アッという間に、残骸に変わりててしまいます。

(余談ですが、飛行機というものは、模型に限らず墜落してバラバラになっても不思議に尾翼部分は無傷で残っているようです。旅客機などの墜落写真を見ても、ほとんどの場合、尾翼部分は完全な形をしています。だから飛行機に乗る時は、なるべく後方の座席をとる方が、墜落した場合、助かる確立は高いと思います。実察、生存者の多くは後部座席です。)

このようにして、最初のうちは苦心して何日

もかゝって作った愛機が、滞空時間5秒不足でバラバラになってしまいました。作っては壊し、作っては壊しの連続でした。もう飛ばすことより作る方に楽しみが変ったくらいです。し

かしこの練習のかいあって少しづつ滞空時間も長くなり、ある程度の曲技も出来るようになりました。

それから数年、各地の競技大会にも参加し、トロフィーもいくつか飾れるようになりました。昭和51年には全九州水上機大会で2位に入賞しました。

県の方から塚原古墳の航空写真を頼まれ、熊日にその写真がのったこともありました。

大空に自分の飛行機を飛ばし、思うがままに操縦して、宙返り、横転、きりもみ等の曲技をやり青空の中に吸い込まれていく愛機を見るあのスカッとした爽快さは何とも例えようがありません。

一心に飛行機を見つめ、無線機の操縦レバーを動かしている時は、精神統一、何の雑念も入る余地はありません。毎日の診

療で蓄積されたストレス解消にはもってこいのスポーツです。そしてこれが私の趣味の一つとなっています。

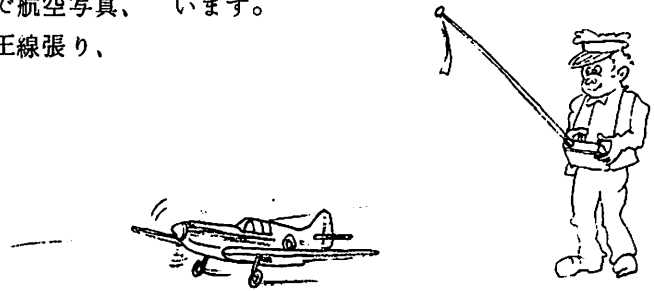
少年時代の夢が今では私の趣味の中に生きて



います。

今ではラジコン機はカメラを積んで航空写真、特に火山の火口撮影や、山林での高圧線張り、

その他色々と利用され、その価値が注目されています。



歯科診療における

日本歯科医師会の方針について

昭和53年12月 日本歯科医師会発

今後の国民歯科医療を円滑に推進するため、歯科医療倫理、社会保険ルールにもとづき、下記の諸点について各会員は考慮されることを望みます。

1. 指導方針

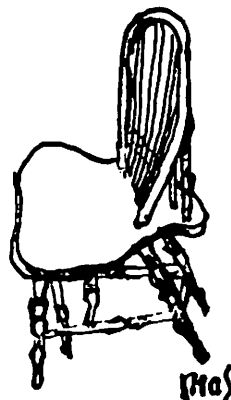
- ① 歯科医療倫理の徹底
- ② 社会保険診療の取扱いの徹底
- ③ 社会保険診療内容の向上
- ④ 保険給付外診療（自由診療）と保険診療ならびに材料差額診療の区別の徹底
- ⑤ 患者が求める領収書の発行

2. 指導事項

- ① 診療にあたって大切なことは、医師と患者との心のふれあいによる信頼関係である。そのため、患者の訴えを聞き、かつ充分な対話のもとに診療に着手すること。
- ② 医療技術や知識の研鑽、研修と共に、歯科医療倫理の向上につとめること。
- ③ 保険診療患者と保険給付外診療患者を区別することなく、平等に取扱うこと。
- ④ 急患の取扱いは誠意をもってあたること。

- ⑤ 転医後、後医が前医の処置、治療等に対して、これを批判したり不用意な言動をとることは厳につつしむこと。
- ⑥ 補綴物等装着後のアフターケア等には誠意をもってあたること。
- ⑦ 検査、診断、治療にあたっては、計画性をもって行い、漫然と実施しないよう注意すること。
- ⑧ 保険ルールの枠の中で最善の医療行為を患者に給付するようつとめられること。
- ⑨ 保険診療の患者に保険給付外診療をみだりに慫慂することのないよう留意すること。
- ⑩ 保険給付外診療については、特に診療計画、内容、費用などを説明し、あらかじめ患者の了解（例えば、同意書に患者側の署名等）のもとに診療を開始すること。
- ⑪ 差額徴収制度は、前歯部の材料差額を除いてなくなったこと。
- ⑫ 患者の求めに応じ、領収書を発行するものであること。
- ⑬ その他必要な事項

Dining Room



基金通報日より

質問に答えて

問 資格喪失後の継続療養給付について。

- 答 1. 被保険者や被扶養者が被保険者資格を喪失する前日以前から保険診療を受けていた場合、その疾病に限り、初診の日から5年間の範囲内で引続き療養の給付が受けられます。
2. 資格を喪失した前日まで継続して1年以上被保険者であった者にかぎられます。
3. 継続療養証明書の傷病名欄は、歯科の場合患歯の部位病名を記入するようになっています。
4. 証明書に記入してある疾病以外の治療は認められません。しかし、該当疾病により併発した疾病についての治療は認められます。歯科の場合は、補綴をもって「治ゆ」となるものは、予定される欠損補綴等の病名の記入が必要です。
- 追加病名等に対する処置料の請求は、承認疾病の併発病名以外は認められないので、申請にあたって、口腔疾患の診断には特に注意を要します。

問 患者が任意に診療を中止し、1月を経過した後の初診料は請求できるか。

- 答 歯科においては、患者が任意に診療を中止した場合、1月以上の期間を経過した後において同一症状又は同一病名で受診した場合でも、1月以上も診療を受けないですむような場合は、社会通念上治ゆしたものとみなして、初診料は、請求できます。（昭32.7.31保険発112）

療養の給付に関する疑義解釈について

問 Caries Activity Test を行った場合の点数は何点か。

- 答 Snyder 試験を行った場合は、区分「121」の「1」（定量70点）に準じて算定する。

問 咬合緊密なる義歯の製作にあたり、鉤歯と鉤歯の対合歯をレスト作成のために削除した場合は、それぞれ区分「200」（16点）により算定してよいか。

- 答 算定して差し支えない。

問 歯槽膿漏の手術を行わないで、6歯未満の暫間固定をした場合の点数の算定方法如何。

- 答 急性症状等のため、手術を行わず暫間固定を実施した場合は、区分「254」「3」（暫間固

定術 360 点」により算定して差し支えない。

問 歯根嚢胞を有する歯牙に対して、根管形成及び加圧根充は認められるか。

答 保存可能な病例に対して、根管形成及び加圧根充を行うことは差し支えない。

問 乳歯又は永久歯の前歯のエナメル質の一層を削除し、エナメルエッチング法を実施したのち、クラウンフォームのビニールキャップに複合レンジを填入し、支台歯に圧接し、硬化後キャップを除去し、調整して完成する方法により、歯冠修復を行った場合の算定方法如何。

答 歯冠部全体のエナメル質の一層を削除して、設問の方法により歯冠修復を行った場合は、歯冠形成については区分「301」の「1」の「ロ」(ジャケット冠 70 点)により、また歯冠修復については区分「314」(ジャケット冠 290 点)に材料料はペースト 18 点×4、粉末 13 点×4のいずれかを加算する。請求欄は歯冠修復のその他の欄とする。(例、複合レンジ冠 362×1)

留意事項 ブリッジの咬合採得料は本年 7 月 1 日より 60 点になっています。

歯科の診療録及び診療報酬明細書 における略称の使用について

傷病名の記載については、今後下記のとおり略称を使用して差し支えありませんのでお知らせします。

記

1. 根管形成については「RCP」(Root Canal Preparation)
2. 加圧根管充填については「CRF」(Condense Root Canal Filling)
3. 根管内異物除去については「RBI」(Remove of Broken Instrument in Root Canal)
4. 単純性歯肉炎については、診療報酬明細書の記載についてのみ「G」

おたずねにこたえて

問 14K 金合金で前歯の鑄造歯冠修復は認められないか。

答 ブリッジの支台装置、ダミー及び継続歯には差し支えありませんが、その他の歯冠修復物は、金銀パラジウム合金又はその他の合金によることになります。

問 乳白歯冠の請求は大白歯か小白歯か。

答 小白歯の点数で請求して下さい。材料はその他の合金となっています。

問 大白歯の抜髄で 100 点を算定した場合、浸麻の算定はできないか。

答 100 点以上の処置ですので算定できません。特定薬剤についても当日の算定はできません。

問 歯槽膿漏の指導料は初診時には算定されないか。

答 初診料に含まれていますので 2 週間以後でないと算定できません。

問 C 病名で知覚過敏処置料を算定してよいか。

答 C病名の場合は治療の経過中知覚過敏があったとしても普通処置料で請求して下さい。ただし、生歯冠形成後知覚過敏がおこりその処置を行なった場合は、知覚過敏症の算定も認められます。

療養の給付に関する疑義解釈について

問 上顎結節形成術（上顎臼後結節が扁平となっているものに上顎結節部を形成し、義歯の安定をはかる手術）は、区分「244」により算定してよいか。

答 貴見のとおり取扱って差し支えない。

なお、この場合1側ごとに算定するものである。（注）区分「244」歯槽提形成手術、1,300点。

問 抜歯禁忌症以外であっても、必要があって残根上に義歯を製作した場合は認められるか。

答 残根に対して根管処置及び根面被覆処置が完了したものについて、義歯の装置を行うことは認められるものである。

（注）根面被覆処置は鑄造歯冠修復の1面の所定点数による。摘要欄に部位歯と残根上の義歯と記入する。

留意事項 クラスアイオノマーセメント充填等のエッチングは認められませんので留意下さい。

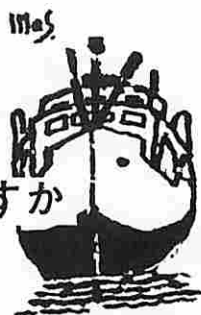
細菌培養一般検査の略称S-培で差し支えありません。

日雇健保の受給資格の確認について（お願い）

日雇保険の初診に際しましては、「受給資格者証」の提示を受け、初診の日の属する月分欄に「確認印」が押印されているか、どうかの確認の励行をお願いします。



おげんきですか



氏 名 大 橋 俊 博 明治41年3月5日生

診療所 熊本市大江4丁目12-12

(TEL) 64-7233

趣 味

囲碁、盆栽

ちょっと一言

70才を過ぎまして気のむくまゝに自由な診療の毎日が続けて居ります。

経 歴

昭和7年京城歯科医専卒業後北支太同市ニ於テ華北交通ノ協定医院トシテ診療ニ従事シ昭和23年11月引揚後現在地ニテ開業

家族の紹介

妻 美津

長男 博美 外科医師 孫3人

次男 真也 高校教員 孫2人

三男 俊雄 鉄道員 孫1人

四男 幸雄 薬剤師 孫2人

五男 博 建築師 孫1人



氏 名 中 村 藤之助

大正2年10月16日生

自 宅 熊本市清水町麻生田1973の4

(TEL) 38-8221

診療所 熊本市立保健所歯科

(TEL) 64-3185

趣 味

盆栽、カメラ

ちょっと一言

乳幼児の検診と治療に御協力願いたい

経 歴

昭和49年3月 熊本通信病院停年退職

現在市立保健所勤務

家族の紹介

妻 恵美 大正10年3月18日生

二女 祥子 昭和27年3月17日生



氏 名 河 端 スエ子

明治 42 年 3 月 25 日生

自 宅 熊本市白山 2 丁目 7 番 16 号

(TEL) 64-4408

診療所 熊本市白山 2 丁目 7 番 16 号

(TEL) 64-4408

趣 味

ちょっと一言

経 歴

昭和 4 年 10 月 東京女子歯科医学専門学科卒業

昭和 21 年 4 月 北支より引揚

昭和 21 年 8 月 上益城郡益城町開業

昭和 34 年 4 月 熊本市に移転開業

家族の紹介

夫 敏之 明治 40 年 1 月 23 日生 無職



氏 名 田 中 道 得

明治 43 年 1 月 23 日生

自 宅 熊本市国府 1-3-8

(TEL) 64-0533

診療所 熊本市国府 1-3-8

(TEL) 64-0533

趣 味

碁、三味線、尺八

ちょっと一言

治療を早く止めて自由になりたいと思
いますが、死ぬ迄駄目でしょう。

経 歴

昭和 9 年 3 月 京城歯科医専卒業

昭和 20 年 11 月 引揚木山開業

昭和 25 年 6 月 現住所に移転開業現在に至る

家族の紹介

妻死亡の為現在独身



氏 名 岩 本 義 人
 明治 44 年 7 月 25 日生
 自 宅 熊本市薬園町 10-14
 (TEL) 43-0639
 診療所 上同じ
 趣 味

読書、ドライブ
 ちょっと一言
 人生は芸術であると観念し、一笑一若
 一怒一老と存念して老後を処したい所
 存です。

経 歴

昭和 9 年 3 月 九州歯科医学専門学校卒業
 昭和 11 年 10 月 下益城郡城南町に開業
 昭和 24 年 4 月 熊本市西鋤身崎町に移転開業
 以来、中央街に転出後、昭和 39 年 9 月、生家の現在地に開業 現在に至る。

家族の紹介

妻 美和子 大正 3 年 3 月生
 長女 由紀子 昭和 12 年 7 月生
 長女の長女 和 子 昭和 41 年 9 月生



氏 名 緒 方 益 夫
 明治 45 年 2 月 9 日生
 自 宅 熊本市健軍 3 丁目 48-1
 (TEL) 67-2024
 診療所 熊本市健軍 3 丁目 52-15
 (TEL) 67-8225

趣 味
 油彩、旅行
 ちょっと一言
 死の瞬間の苦しみを恐れていましたが、
 聞く所によると、苦しみは殆んどない

との事で安心しました。しかし、死んで終えば忘れられてしまうのが残念です。でも老兵
 は消えるべきでしょう。まあやるべき事はやった方でしょう。

経 歴

昭和 12 年 九州歯科医専(13回生)卒業
 同附属病院勤務
 南満州鉄道病院勤務
 終戦引揚後現在地に開業

家族の紹介 妻 トシ



氏 名 江 藤 重 行
 明治 45 年 3 月 24 日生
 自 宅 熊本市春日町 520
 (TEL) 52-2338
 診療所 上に同じ
 趣 味

ドライブ、スポーツ今は見るだけ
 めじろ

ちよっと一言
 健康第一、無理せんでやりましょう。
 70才ぐらいまで生きてゆけそうです。
 どうぞよろしくお願いします。

経 歴

S 4年3月 九州学院卒
 S 4年4月 九州歯科医専入学
 S 8年3月 同校卒(西山県会長と同期)
 S 9年9月 熊本市春日町 418にて開業
 S 19年3月 診療所閉鎖

S 19年4月 北京北支那製鉄病院歯科部創設
 S 20年6月 退社
 S 23年9月 春日町 520にて開業現在に至る。
 県歯科医師会専務理事一期、常務理事二期
 日歯政連委員一期

家族の紹介

妻と長女と三人暮らし
 外孫が十一名。



氏 名 岩 坂 正 亀
 大正 2 年 10 月 5 日生
 自 宅 熊本市横手町 1100
 (TEL) 52-1765
 診療所 上に同じ
 趣 味

園芸(洋らん、菊)、魚釣、玉突、
 旅行

ちよっと一言
 仕事半分、趣味半分の生活
 目下趣味に精を出す事

経 歴

昭和 12 年 九州歯科医学専門学校卒業
 昭和 12 年より 20 年まで台湾で病院勤務(其の間 5 年、軍隊生活)
 昭和 21 年より現在地開業

家族の紹介

母 静 枝
 妻 すぎ子



氏 名 田 中 宏
 昭和8年11月19日生
 自 宅 熊本市出町1番5-201号
 (TEL) 52-1864
 診療所 上に同じ
 趣 味 野球、読書
 ちょっと一言 明日を意義ある日にする為に
 今日を大切にする
 経 歴 昭和35年3月 九州歯科大学卒業

昭和35年 9月 熊本市市民病院歯科
 昭和36年 8月 熊大医学部付附病院歯科
 昭和40年 7月 鹿児島県出水郡野田村立病院歯科
 昭和41年 5月 国立熊本病院歯科
 昭和43年 10月 熊本営林局診療所歯科勤務
 昭和49年 10月 現在地にて開業

家族の紹介

妻 淳子
 長男 浩一 済々黌高1年在学
 長女 宏美 熊大附屬中1年在学



氏 名 田 中 勉
 大正3年3月4日生
 自 宅 鹿本郡植木町米塚字向田167ノ1
 (TEL) 096835-6923
 診療所 熊本市九品寺2丁目6-75
 (TEL) 0963-64-3065
 趣 味 読書、旅行
 ちょっと一言 3年程前から植木町に居住し熊本との
 間を往復し気まゝに診療に従事して居
 ります。又休みを利用しては家内と旅

行をしたりドライブすることを楽しみにしています。

経 歴

昭和12年3月 九州歯科医専卒業
 昭和13年4月 玉名郡木葉村にて歯科医院開業
 昭和25年3月 熊本市九品寺二丁目6-75に移転開業

家族の紹介

妻 綾子 大正元年10月生 三男 修 昭和28年2月生
 長男 聖一 昭和20年5月生 長男ノ長男 仁 昭和47年5月生
 二男 光悟 昭和23年8月生 "ノ二男 真 昭和49年2月生
 "ノ妻 通子 昭和20年11月生



昭和13年 東京歯科医専卒業
 昭和14年 関東州大連市で開業
 昭和22年 引揚後現在地に開業

家族の紹介

妻 友子
 長男 昭彦 藤田代議士秘書、孫2名
 長女 雅子 国立音楽大学講師に嫁ぐ、孫2名
 2男 和彦 歯科医師（親子会員） 孫2名

氏名 坂元一夫
 大正3年10月28日生
 自宅 熊本市上高橋町473
 (TEL) 29-8902
 診療所 上に同じ
 趣味 旅行、スポーツ（水泳、スケート、乗馬）
 ちょっと一言 お若い先生方に
 1に睡眠、2に昼寝、3に節酒
 経歴



家族の紹介

妻 圭子
 長男 高明 学生
 次男 裕明 学生
 長女 則子 既婚、横浜在住
 義母 あやめ

氏名 吉良直衛
 大正8年4月28日生
 自宅 熊本市新町2の8の2
 (TEL) 0963-55-1338
 診療所 上に同じ
 趣味 ビリヤード
 経歴 昭和18年 日本大学歯科卒業
 以後兵役に服し、終戦後
 復員
 昭和25年 現在地に開業



氏 名 三 隅 房 邦

大正 9 年 9 月 15 日生

自 宅 熊本市新町 1 丁目 10-31
(TEL) 52-4690

診療所 熊本市新町 1 丁目 10-31
(TEL) 52-4690

趣 味

ゴルフ、ビリヤード、旅行
ちよっと一言

経 歴

昭和 18 年 日大歯科卒

昭和 18 年 11 月 現役として陸軍へ入隊
昭和 20 年 9 月 復員（歯科軍医少尉）
昭和 22 年 郷里（下益城）にて開業
昭和 27 年 市内に移転現在に至る

家族の紹介

妻 明子
長男 裕邦 日大歯学部卒 三隅歯科勤務 孫 2 名（男児）
次男 晴具 神奈川歯大附属病院（口腔外科）勤務 孫 1 名（女児）
長女 妙子 孫 2 名（女児）



氏 名 小 堀 大 介

大正 13 年 1 月 21 日生

自 宅 熊本市新町 2 丁目 10 の 38
(TEL) 24-1700

診療所 熊本市花畑町 12 の 38
(TEL) 52-1959

趣 味

種々雑多
ちよっと一言
和

経 歴

昭和 16 年 九州学院卒業

昭和 19 年 東京 歯科医専卒業

家族の紹介

妻 禎子
長女 寿子 歯科医師 孫 1 名
次女 栄子 "
三女 嘉子 昭和 30 年生



氏名 堀川 義治
昭和3年5月27日生
自宅 熊本市水前寺公園2の37
(TEL) 83-1827
診療所 上に同じ
趣味 山登り、ビリヤード、カメラ

ちよっと一言
アメリカでは、Drの禁煙が年々増加しているそうです。先生方も健康の為にやめてみませんか。私は意志の弱い人間ですが、昭和35年たった一回の決心で煙草がやめられました。

(お願い) =会館内に喫煙コーナーを設けていたよけたらと思います(非喫煙者のために)

経歴

昭和24年3月 福岡県立歯科医学専門学校卒業

昭和51年1月より九州歯科大学矯正学教室専修生

家族の紹介

母	秀子	元RKKの青木先生に吟詠を習っています。
妻	和代	5月より早朝ランニング(水前寺公園)をしています。
長女	文代	日本女子短期大学卒業後、衛生士として東京で勤務
長男	修一	鶴見大学歯学部6年在学
次女	清美	文化女子大学1年在学



氏名 緒方 史朗
昭和7年12月6日生
自宅 熊本市島崎5丁目2番48号
(TEL) 56-0018
診療所 熊本市手取本町7番2号
(TEL) 52-3366
趣味 園芸、ドライブ

ちよっと一言
最近、日々、歯科診療の難しさをよく感じます。
数年前から、大輪菊づくりをしています

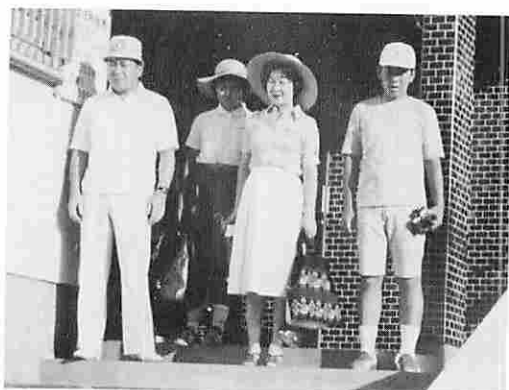
が、来年からは盆栽作りもしてみたいと思っています。
どなたか同好の方で、御指導いただけると有難いのですが

経歴

昭和39年	東京歯科大学卒業
昭和39年4月	52年9月迄 緒方義弘(父) 歯科に勤務。
昭和52年10月	緒方史朗歯科開設、現在に至る。

家族の紹介

妻	洋子	昭和19年9月生
長男	裕士	昭和42年10月生
次男	誠人	昭和44年6月生
長女	麻衣子	昭和47年10月生



昭和 27 年 4 月 東京歯科大学入学
 昭和 33 年 3 月 同大学卒業
 昭和 33 年 4 月 同大学大学院入学（生理学専攻）
 昭和 37 年 3 月 同大学院卒業
 昭和 40 年 4 月 現地にて開業現在に至る

家族の紹介

妻 栄子 昭和 11 年 11 月 1 日生（東京生れ）
 長男 義和 中 3
 長女 公美 小 6

氏 名 木 村 義 浩
 昭和 8 年 8 月 28 日生
 自 宅 熊本市神水本町 1 番 4 8 号
 (TEL) 0963-84-1452
 診療所 同 上（熊商高正門前）
 (TEL) 0963-81-9754

趣 味
 ゴルフ、オーディオ、油絵
 ちょっと一言
 提言、"職業奉仕"

経 歴
 昭和 27 年 3 月 鹿本高校卒業



新入会員紹介



氏 名 河 野 哲 朗 昭和 25 年 9 月 14 日生
 自 宅 熊本市川尻町 5 2 5-1 (TEL) 57-9256
 診療所 同 上 (TEL) 57-9256
 趣 味

野球観戦 etc

経 歴
 昭和 45 年 3 月 真和高等学校卒業
 昭和 53 年 3 月 城西歯科大学卒業
 昭和 53 年 5 月 河野歯科医院勤務

家族構成

河野好 孝 大正 14 年 7 月 26 日生 父
 富 栄 昭和 3 年 1 月 21 日生 母
 祥 子 昭和 28 年 3 月 15 日生 妹
 生 司 昭和 31 年 1 月 18 日生 弟
 むつえ 明治 31 年 3 月 13 日生 祖母



氏 名 奥 村 敏 之 昭和 26 年 7 月 24 日生
 自 宅 (TEL) 71-5649
 診療所 市内上林町 1-19 (TEL) 53-5448
 趣 味 雑学
 好きなことば
 志

経 歴

昭和 45 年 熊本商科大学付属高校卒
 昭和 52 年 神奈川歯科大学卒
 同 年 亡父の意志を継ぎ開業

家族構成

母 奥村芳子 大正 10 年 9 月 9 日生
 妻 文美 昭和 29 年 6 月 30 日生



氏 名 河 端 憲 司 昭和 25 年 6 月 13 日生
 自 宅 熊本市白山 2 丁目 7-16 (TEL) 62-4073
 診療所 熊本市水前寺 3 丁目 3-33 (TEL) 81-6561
 (椿歯科医院)
 趣 味 麻雀、スポーツ

経 歴

昭和 44 年 3 月 熊本高校卒業
 昭和 52 年 3 月 九州歯科大学卒業
 昭和 52 年 4 月 椿歯科医院勤務 (水前寺)
 昭和 53 年 11 月現在同医院勤務中！

家族構成

河端恵子 妻 昭和 32 年 1 月 15 日生
 憲彦 長男 昭和 53 年 7 月 18 日生



口腔衛生委員の活動

秋の無料検診について

第一回目の無料検診は、口腔衛生委員会担当の園田守生理事の提案により開始された（昭和46年～49年まで4回担当、50年～53年まで4回、中根俊吾理事担当）

目的は歯科への啓蒙に重点がおかれ、現在ではかなり歯科に対する興味、認識が高まったと思われる。会場は鶴屋デパートの御協力によりデパート内を使用させて頂き検診及び、相談には口腔衛生委員（6名）が従事した。（当時は口腔衛生委員会が学校歯科委員会を含む）以来現在まで継続している訳だがその結果を報告致します。

第1回秋の無料検診 担当理事 園田守生

期日 昭和46年11月10日（1日）

内容 無料検診及び相談

会場 鶴屋デパート

検診者数 130人

第2回秋の無料検診 担当理事 園田守生

期日 昭和47年10月17日（1日）

内容 無料検診 相談及び歯みがき指導

会場 鶴屋デパート

検診者数 130人

口腔衛生委員会

第3回秋の無料検診 担当理事 園田守生

期日 昭和48年10月18日、19日（2日）

内容 無料検診 相談及び歯みがき指導
フッ素塗布（綿球による）

会場 鶴屋デパート

検診者数 173名

第4回秋の無料検診 担当理事 園田守生

期日 昭和49年10月25日、26日（2日）

内容 無料検診 相談及び歯みがき指導
フッ素塗布（綿球による塗布）

会場 鶴屋デパート

検診者数 157名

第5回みんなの歯の無料検診と改名

担当理事 中根俊吾

期日 昭和50年10月26日（1日）

内容 無料検診 相談及び歯みがき指導
フッ素塗布（綿球による塗布）

会場 岩田屋伊勢丹デパート

検診者数 171名

第6回みんなの歯の無料検診

担当理事 中根俊吾

期日 昭和51年10月30日(1日)
 内容 無料検診 相談及び歯みがき指導
 イオン導入によるフッ素塗布(有料)
 会場 熊本県口腔保健センター
 検診者数 279名 フッ素塗布者数?

第7回みんなの歯の無料検診

担当理事 中根俊吾

期日 昭和52年10月30日(1日)
 内容 無料検診 相談及び歯みがき指導
 イオン導入によるフッ素塗布(有料)
 会場 熊本県口腔保健センター
 検診者数 271名 フッ素塗布者数 156名



第8回みんなの歯の無料検診

担当理事 中根俊吾

期日 昭和53年10月29日(1日)
 内容 無料検診 相談及び歯みがき指導
 イオン導入によるフッ素塗布(有料)
 会場 熊本県口腔保健センター
 検診者数 223名 フッ素塗布者数 171名

以上が第8回無料検診までの結果報告ですが、昭和50年に口腔衛生委員会(中根俊吾、担当理事)と学校歯科委員会(木村豊、担当理事)が分離し口腔衛生委員会が無料検診の担当となりましたが、学校歯科委員会の先生方には、以前と同様に御協力頂き紙面をお借りして厚く御礼申し上げます。



熊本市立幼稚園児に於ける フッ素イオン導入について

我々口腔衛生委員は市学校歯科委員、県衛生士学院、市体育保健課の協力を得て、昭和51年度より熊本市立幼稚園児を対象として、希望のみフッ素イオン導入法を行った。

文明病ともいわれる幼児のう蝕有病者率が100%に近い数値を示す現在、我々はう蝕予防を目的として小さな出発点に立った所である。

実施当初は受診しない園児も各幼稚園で20%前後あったが、その後回を重ねる度に殆どの園児が受診している状態である。

又学院生徒による「むし歯予防紙しばい」、委員による「むし歯予防のお話し」等、幼稚園長から園児とその父兄にいたるまで少くともう蝕予防の啓蒙が広がって来た事と確信し、その点意義ある実施であったと思う。

実施報告

10月～2月までの各土曜日に一人3回ずつ実施した。

昭和51年 4才児対象

古町 85人、熊本 49人、一新 92人
川尻 57人、向山 53人、五福 46人
碩台 58人 計440人

尚52年度から各園児の検診も同時に行い、フッ素イオン導入のみならず、う蝕の早期発見、早期治療には大変効果のある実施であるものと思われる。又検診結果についてのデーターは整理中であり追って報告するつもりである。

S51年度

フッ素塗布 (S51.11～3まで)

○実施幼稚園名

古町、一新、熊本、川尻、向山、五福、碩台、(楠がはいっていない)

計 7園

○フッ素塗布実施者数 440名

S52年度

フッ素塗布実施者園児数 11/5～3/11まで

幼稚園	希望者数	実施数
碩台	91名	94名
一新	250	220
五福	60	60
向山	143	141
古町	155	167
川尻	152	408回
熊本	52	52
楠	74	74
計	977	808

→回数だけで人数がわかりませんでした。

→川尻幼を除く

S52年度

フッ素塗布日程表

	幼稚園名	担当医
11月5日	古町(AM 9:00)	関、松本
12日	一新(〃)	木村、坂梨
19日	五福、熊本(AM 9:00 AM11:00)	富田、岡田
26日	向山、川尻(AM 9:00 AM11:00)	鈴木、寺脇
12月8日	碩台(AM 9:00)	中根、奥田
10日	古町(〃)	関、松本
17日	一新(〃)	木村、坂梨
1月14日	五福、熊本(AM 9:00 AM11:00)	富田、岡田
21日	向山、川尻(AM 9:00 AM11:00)	鈴木、寺脇
28日	古町(AM 9:00 AM11:00)	関、松本
2月4日	碩台(AM 9:00)	中根、奥田
18日	一新(〃)	木村、坂梨
25日	五福、熊本(AM 9:00 AM11:00)	富田、柿原
3月4日	碩台(AM 9:00)	中根、斉藤
11日	向山(〃)	寺脇、合澤
11日	川尻(AM11:00)	鈴木、合澤

フッ素塗布日程表 (S 53. 10/7~S 54. 2/24まで)

月 日	幼稚園名	担 当 医
S 53 10月 7日 21日	古 町、熊 本 一 新	鈴木、奥田 松本 木村、坂梨
11月 11日 18日 25日	川 尻 向 山、五 福 碩 台、楠	富田、関 松本、岡田 寺脇 坂梨、柿原 中根、斉藤
12月 2日 9日 16日	五 福、熊 本 向 山、川 尻 五 福、楠	富田 柿原 鈴木 寺脇 富田 岡田
S 54 1月 13日 20日 27日	古 町、熊 本 碩 台、楠 一 新、古 町	関 松本 中根 佐藤 木村 関
2月 10日 17日 24日	碩 台、 向 山、川 尻 一 新、	中根 鈴木 合澤 木村、坂梨

※ 開始時間 (AM 9:00 より)

フッ素塗布 S 53 10/7~S 54 2/24

幼稚園	4才	5才	園児数	希望者数
1 碩 台	69	64	196	133名
2 一 新	93	88	226	181
3 五 福	56	37	126	93
4 向 山	73	65	198	138
5 古 町	72	85	198	157
6 川 尻	61	73	200	134
7 熊 本	35	33	104	68
8 楠		147	159	147
計	459	592	1,407	1,051



歯 科 関 係 雑 誌 目 次 一 覧

誌上ケース・プレゼンテーション

ブリッジか パーシャル・デンチャーか

.....金子一芳<司会>・後藤忠正・鈴木 尚・高山良光・山崎長郎・383

- 学 苑 歯学領域におけるレーザ研究の現状と将来 山本 肇ほか・423
 鑄造体の脆化 野口八九重・433
 カラーグラフ 歯列の発育からみた正中離開の推移とその対処の仕方 大竹邦明・449
 臨 床 窩溝填塞材2種の臨床経過 ー新しい観察方法を用いてー 石川達也ほか・471
 Periodontal Prosthesis についての概論 酒井邦明ほか・485
 歯科衛生士のページ
 「保健指導および衛生教育の技法」を教育するための
 指導目標および評価方法(下) 高山陽子ほか・495
 歯科法律セミナー 7・完
 歯科医師と患者の法律関係 ー診療をめぐる問題点ー 門脇 総・503
 口腔診査法-WHOによる歯科保健調査の基礎と実際〔4〕 石井俊文ほか・509

歯界展望 Vol 52 No 4 1978年 10月

誌上ケース・プレゼンテーション

歯周治療 われわれの一步<上>

..... 高山利夫・土居元良・今村嘉男<司会>・丸森英史・561

- 学 苑 顎部嚢胞をめぐる最近の知見 ー顎骨嚢胞の病態化学ー 鈴木 貢・595
 顎位と顎運動ー東京医科歯科大学歯学部顎口腔総合研究施設創立
 10周年記念シンポジウムに出席してー 河村洋二郎・605
 カラーグラフ メタルボンド・ポーセレン・クラウンに加わる応力分布ー臼歯部編ー 横塚繁雄ほか・617
 臨 床 歯周病の外科的処置後に現れる象牙質知覚過敏症の処置法 内田昭次ほか・627
 根管消滅剤の組織為害性について 林 宏行ほか・637
 歯髄・根端周囲の状態の分類 Morse, D. R. ほか(訳/加藤元彦)・645
 胃壁に刺入したハンドリーマーの内視鏡的摘出の経験 野坂純一郎ほか・651
 わが臨床50年を顧みて<上> 河辺清治・655
 座 談 会 歯科修復材料の最近の動向をめぐつて<上>
 ー歯科用セメントの特徴と使い方ー 真坂信夫・山本昌雄・石川達也<司会>・663
 歯 学 教 育 オレゴン大学Health Sciences Center
 School of Dentistry の新カリキュラム 上野 浩ほか・675
 別 室 ブラッシング指導におけるインタビュー
 ープロセス・レコードを応用して訓練するー 榊原紀美子・689
 誌 友 サ ロ ン 第35回アメリカ歯内療法学会総会に出席して 石川文一・697
 中国の旅と歯科事情 穂積敏夫・703
 口腔診査法-WHOによる歯科保健調査の基礎と実際〔5・完〕 石井俊文ほか・707
 追 悼 文 追悼・林 一教授の急逝を悼む 佐々木元賢・713
 恩師 真鍋満太先生の急逝を悼む M. M. リベラル・デンタル・スタディ・グループ・715

歯界展望 Vol 52 No 5 1978年 11月

誌上ケース・プレゼンテーション

歯周治療 われわれの一步<下>

..... 高山利夫・土居元良・今村嘉男<司会>・丸森英史・745

歯 科 関 係 雑 誌 目 次 一 覧

学 苑	齲蝕象牙質2層の診断と処置	総山孝雄・771
	正常児	馬場一雄・785
カラークラブ	総義歯の難症例について 上下顎歯槽堤の形態が不調和な症例に対する対策	田中久敏ほか・797
グラフ	歯周病における歯槽骨の病理像I	浦郷篤史・813
臨床	床 コンポジットレジン of 複層を考える —無複層で修理することの危険度と窩洞の深さ—	高橋一祐・825
	ピンレストレーションの経過観察 —特にピンアンレーを用いた臼歯ブリッジについて—	勝島健太郎ほか・831
	咬合面形態に対する一つの考え方 —咬合平面接触について—	照井保之ほか・849
	わが臨床50年を顧みて<下>	河辺清治・861
座 談 会	歯科修復材料の最近の動向をめぐって<下> —複合レジンの特徴と使い方—	真坂信男・山本昌雄・石川達也<司会>・873
別 室	HBウイルスと歯科診療	北野繁雄・885
歯科衛生士のページ	歯垢染色剤で被服を汚したときの対処の仕方 —白衣の場合—	斉藤賀子・893

日本歯科評論 1978年 9月

<誌上シンポジウム>

歯内療法 of ゆくえ —— 特に根管治療を中心に

はじめに	斉藤 毅.....	26
Part I 根管治療の変遷と問題点	福地芳則・長谷川正康・浅井康宏・(司会) 斉藤 毅.....	27
ま と め	斉藤 毅.....	45
Part II 根管治療の術式と問題点	長田 保・堀 亘孝・(司会) 斉藤 毅.....	49
ま と め	斉藤 毅.....	72
Part III 根管充填の変遷と問題点	浅井康宏・東海林芳郎・(司会) 斉藤 毅.....	77
ま と め	斉藤 毅.....	95

経過からみた局部義歯の設計②	金子一芳.....	105
----------------------	-----------	-----

私の機能印象	藤原康功.....	117
--------------	-----------	-----

<ビジュアル・シリーズ>

やさしい咬合の話⑧	飯塚哲夫.....	131
-----------------	-----------	-----

歯科医療における医療過誤(完)	能美光房.....	148
-----------------------	-----------	-----

乳幼児期の発達と環境	岩城富美子.....	163
------------------	------------	-----

再評価以後の歯科薬物療法③	山崎真隆.....	183
---------------------	-----------	-----

欧米雑記⑤	高浜靖英.....	191
-------------	-----------	-----

高齢化社会の人間の医療保障②	社会経済国民会議.....	204
----------------------	---------------	-----

日本歯科評論 1978年 10月

経過からみた局部義歯の設計③	金子一芳.....	25
----------------------	-----------	----

小特集：埋伏歯の診断と治療

埋伏歯の診断と治療	塩田重利.....	44
-----------------	-----------	----

小児歯科における埋伏歯の診断と治療	深田英明／大竹邦明.....	47
-------------------------	----------------	----

歯 科 関 係 雑 誌 目 次 一 覧

口腔外科における埋伏歯の診断と治療	戸塚盛雄.....	61
埋伏・半埋伏下顎第3大臼歯を利用する補綴症例について	阪 初彦.....	73
矯正治療と Functional occlusion ③	小坂 肇.....	88
<ビジュアル・シリーズ>やさしい咬合の話 ⑭	飯塚哲夫.....	105
総義歯の臨床	竹内弘毅.....	120
齶蝕活動性試験法の有用性について	榊原悠紀田郎.....	133
倉敷「子供の歯を守る会」を実践して	原田富夫ほか.....	143
<Operatory & Laboratory>		
ポリエーテルとアルギン酸の迎合印象法	宮原 肇 / 片桐英一.....	161
<記念講演>		
歯科矯正学の国際的な発展に対する矯正臨床と基礎的研究の結びつきの役割 ロバート・E・モイヤース (訳: 黒田敬之ほか).....		167
第78回国矯正歯科学会に出席して	作田 守.....	173
再評価以後の歯科薬物療法④	山崎貞隆.....	181
大麻の話	渡辺 徹.....	189
歯科医院経営の計数管理実務⑪	辻中保夫.....	196
日本歯科評論 1978年 11月		
硬質レンジに関する一考察(上)	草刈 玄ほか.....	25
経過からみた局部義歯の設計④	金子一芳.....	35
即時義歯と顎堤の吸収	西浦 恂 / 桑島 惺.....	53
<トピック>永久磁石を応用したOver denture	三木敏一 / 田村武ほか.....	67
<ビジュアル・シリーズ>		
やさしい咬合の話 ⑮	飯塚哲夫.....	79
パラデンタルスタッフ・患者自身が活用できる東洋医学 (特に経穴指圧)を利用した歯痛鎮静法(上)	福岡 明.....	98
岐阜県における歯科衛生士需給の問題点(アンケート調査から)	可児端夫 / 植田マサエ.....	109
矯正臨床の現況 その2, 3	三浦不二夫.....	120
これからの歯科医学の動向	河村洋二郎.....	128
新規開業のための事業計画の立て方 歯科医院 開業・改装自己診断法 (上)	林 敬孝.....	146
がんをめぐる諸問題(上)	鷺津邦雄.....	162
第16回日本癌治療学会に参加して	橋本賢二.....	173
再評価以後の歯科薬物療法⑤	山崎貞隆.....	179
欧米雑記⑥	高浜清英.....	187
歯科医院経営の計数管理実務(完)	辻中保夫.....	198
日本歯科評論 1978年 12月		
経過からみた局部義歯の設計(完)	金子一芳.....	25
ポリストリップクラウンの自製	黒田 隆 / 宮島力也.....	41
北海道大学歯学部付属病院における「HB型肝炎」対策の現状	富田喜内.....	49
わが精神鎮静法考	住友雅人.....	55

歯 科 関 係 雑 誌 目 次 一 覧

<ビジュアル・シリーズ>

やさしい咬合の話 ⑩	飯塚哲夫	63
私の日常診療と M. T. M.	鳥居正雄	79
パラデンタルスタッフ・患者自身が活用できる東洋医学 (特に経穴指圧)を利用した歯痛鎮静法下	福岡 明	103

歯科技工と技工士の未来	能美光房	116
取り扱い困難な小児の Case Presentation	深田英朗/松野俊夫	133
歯科衛生士教育では Curette 型スケーラーをどう教えているか	高山陽子	146
新規開改業のための事業計画の立て方 歯科医院 開業・改装自己診断法 (下)	林 敬孝	168

Panadent Pick-Up System	寿谷 一	189
<Operatory & Laboratory> 歯内療法時におけるスライドプロジェクターの利用	斉藤隆一	198
再評価以後の歯科薬物療法 ⑨	山崎真隆	201
吹米雑記 ⑦	高浜靖英	209

デンタル・ダイヤモンド Vol 3 No 9 1976年 9月

特集1 座談会

全身疾患によってあらわれる口腔粘膜疾患	久野吉雄・曾田忠雄・岡本昭二・村井正大・上野周二	20
① 口腔外科の立場から	加藤譲治	35
② 内科の立場から	上野周二	42
③ 皮膚科の立場から	岡本昭二	46
デンタル・サーベル抄録		56
研磨材と削成用材料	富岡健太郎・加藤 弘・斉藤季夫	80
質疑応答 陶材有根ダミーの作製方法 歯髄炎における X線像 クラウンフォームの使用法 鋳造リングに用いるアスベストリボンの目的と使用法 流行性肝炎の診断と歯科治療上の注意 居住用財産を譲渡した場合の特例 権利証の紛失と再発行 保証人と連帯保証人 医院建築をする場合の基本的な姿勢		107
脱税摘発のテクニック	落合博美	128
人間・永田亀之助 ②		138

デンタル・ダイヤモンド Vol 3 No 10 1978年 10月

特集1 座談会

症状が口腔に原発する口腔粘膜疾患	岡本昭二・村井正大	22
口腔外科の立場から	曾田忠雄	37
歯周病の立場から	松江一郎	42
補綴の立場から	山縣健佑	46
小児歯科の立場から	西嶋克己	49
デンタル・サーベル抄録		56

歯 科 関 係 雑 誌 目 次 一 覧

急性症状に対する処置と薬剤②

— 口腔外科領域 —	高井 宏	7 4
研磨材と削成用材料 その2	富岡健太郎・加藤 弘・斉藤季夫	8 2
質疑応答 過剰な根管充填の予後		
クリヤフィルボンドシステムF		
初期う蝕とサホライド		
咬合挙上の適応症と臨床技法		
破損義床の印象		
マンションを経営する場合に敷金は課税されるか		
家屋と敷地の所有者が違う場合の特別控除はどうなるか		
特別控除の確定申告に添付する住民票は		1 0 9
有事立法に示した政府の及び腰		1 3 0
作家と本		1 3 4
人間・永田亀之助③	山蔦正躬	1 4 0

デンタル・ダイヤモンド Vol 3 No 1 1 1 9 7 8 年 1 1 月

特集 1 座談会

コンポジットレジンその基礎知識	増原英一・富岡健太郎・山本昌雄・勝山 茂	2 3
コンポジットレジンの基礎知識	増原英一	3 7
複合材とグラスアイオノマー	富岡健太郎	4 4
エッチングの理論	山本昌雄	4 8
デンタル・サーベル抄録		5 8
急性症状に対する処置と薬剤③ — 歯内療法領域 —	長田 保	7 4
クリヤフィルボンドシステムFについて	岩久正明・斉藤季夫	8 2
質疑応答 根端に病巣のある破折根の予後		
乳幼児の感冒などに伴って起る歯肉炎		
下顎大臼歯の抜歯後の歯根膜炎の処置		
歯内療法領域における副腎皮質ホルモンの応用		
歯髓の消炎鎮痛剤。CCとユージノールの差違		
日歯福祉共済金に対する相続税		
医療費控除を具体的に		
未成年患者との診療契約		
手付金と内金の違い		
離婚後も夫の氏を称することはできるか		
女子従業員の生理休暇について		1 0 9
最近の韓国と日韓関係正常化		1 3 0
現代学生気質		1 3 4
人間・永田亀之助④	山蔦正躬	1 4 0

デンタル・ダイヤモンド Vol 3 No 1 2 1 9 7 8 年 1 2 月

特集 1 座談会

コンポジットレジン臨床上の問題点	石川達也・土谷裕彦・勝山 茂	2 5
窩洞形態	土谷裕彦	3 8
歯髓刺激と覆髄	石川達也	4 6
研 磨	下河辺宏功	5 1
デンタル・サーベル抄録		6 0
急性症状に対する処置と薬剤 — 小児歯科領域 —	葉師寺仁	7 7

歯 科 関 係 雑 誌 目 次 一 覧

金属焼付ポーセレン用 ニッケルクロム合金について	住井俊夫・斉藤季夫.....	84
質疑応答 総義歯象時における辺縁形成の要点 レジン床の変形の補正 ブレードテイスとは 下顎大臼歯部の麻酔不十分な場合の対策 フッ化ジアンミン銀の永久歯への応用 税務調査権の性格について 評価方法の変更はできるか 貸金の返済を確保する方法 借地上の建物を売りたい パートタイマーの有給休暇と賃金		111 132 136 142
大詰め迎えた自民党総裁選		132
流産したパンダ2世誕生の夢		136
人間・永田亀之助⑤	山蔦正躬.....	142

編集後記

新年いかがお迎えですか。

会誌29号をおとどけします。本号では、勉強部屋に、今里先生の「歯科診療中のショック」を執筆いただいております。診察室で起きるショックに対する具体的対応策を書いていただきました。一読されれば今日から役に立つと思います。同じコーナーに会員元島先生の人類学的研究の成果を発表していただきました。展望室に、健康検診と歯科医師国保組合員の受診との関係を結びながら、会員の健康状態を解説した原稿と、副会長川崎先生に十余年前の市歯科医師会の動きを思い出話として投稿いただきました。茶の間には、柿原先生の飛行機（本物ですよ）操縦の記と、本田亘先生の無線飛行機の話し、飛行機野郎の快談です。我々も雰囲気だけでも味わってみたいですね。そして、おげんきですかでどの先生が登場されているか、どの様な近況報告があるか、ちょっとのぞいてみませんか。

今年は、1.所得税特別措置法第26条の修正（28%税制）2.健保法改悪案の継続審議 3.健保組合の医療費通知運動等の一連の動き、そして本会の4月からの法人化と適正配置の実動、と開業医としては重大な具体的問題を抱えたままの新年です。

1979年は、20年後に振り返ってみた時、どの様な意味を持っているでしょうか。それは今、皆で考え実行している結果の評価ではありまじょうが。

堤 直 文 記

熊本市歯科医師会会誌

第 29 号

発行日 昭和 54 年 2 月 1 日発行

発行所 熊本市歯科医師会

熊本市坪井 2 丁目 3 番 6 号

TEL (43) 6669

発行責任者 緒 方 益 夫

印刷所 株式会社 太 陽 社

熊本市新大江 2 丁目 5 - 18

TEL (66) 1251