

熊本市歯科医師会会誌

第 3 2 号



ハミルトン牧場(ニュージーランド)

1980. 3

目 次

緒方益夫先生に藍綬褒章	市広報委員会.....	1
勉 強 部 屋		
歯科診療と血清肝炎		
その現状と予防について		
..... 九州大学 歯学部 第2口腔外科学教室教授	岡 増一郎	9
	石 井 潔	
展 望 室		
私の小児歯科	長崎市開業（小児歯科専門医）	原 口 昭 平 ... 15
日歯研修セミナーを受講して	市学術委員	野 村 雄 幸 ... 17
本 日 休 診		
ソ連抑留記	元海軍歯科医大尉	（ 東部2 ） 坂 口 孝 至 ... 23
茶 の 間		
ホール・イン・ワン	（ 東部4 ） 渡 辺 益 雄	33
作 業 部 屋		
みんなの歯の無料検診	市口腔衛生委員長	関 剛 一 ... 35
Dining Room		
基金通報だより		37
告 知 板		
新入会員紹介		40

緒方益夫先生に藍綬褒章

此の度、緒方先生が藍綬褒章を受章され、その受章祝賀会が昭和54年12月11日ホテル・キャッスルにおいて盛大に開催されました。

緒方先生は昭和12年九州歯科医学専門学校を御卒業になり、同附属病院に約3年、その後、昭和15年より満鉄のハルビン病院の歯科副部長として6年5ヶ月御勤務になりました。それから終戦とともに熊本に引き揚げられ開業されて、住民の医療に御尽力いただいたわけでございます。

今回の御受章の御功績は、

歯科衛生士学院開設に関する功績

公衆衛生思想高揚に関する功績

無歯科医地区への巡回診療班に関する功績

医の倫理に基づく医道高揚に関する功績

学校歯科医保健活動の実践に関する功績

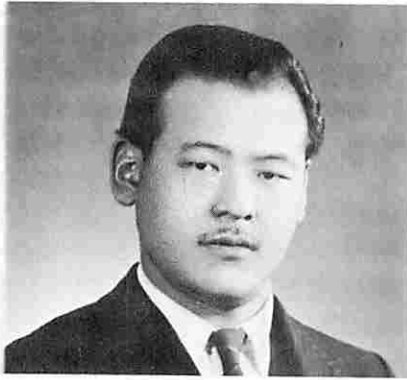
青色申告会育成に関する功績

心身障害者特別診療施設に関する功績

以上の功績が認められて藍綬褒章を受章されたわけで、開業以来歯科医師会の運営並びに発展のために御尽力いただいたわけであります。



大正13年済々僊入学 クラスで一番かわいかった



見 合 い 写 真



豊かな髪がなつかしく（昭和15年）

〔 祝 賀 会 〕

発起人代表挨拶 市歯副会長 川崎先生

緒方先生おめでとうございます。

御来賓の皆様には非常に御多忙の所御臨席賜りまして厚く御礼申し上げます。又会員一同の皆様には会場一杯なる程御賛同得ましたこと私共発起人といたしまして非常に喜ばしい次第でございます。…………

緒方先生には開業以来、歯科医師会の運営並びに発展のために自分の業務を犠牲にして御尽力いただいたわけでございます。



緒方先生の功績には私共会員一同は一生忘れることのできないものだと思っております。此の度の先生の受章の栄誉はひいては私共会員の栄誉であり誠に同慶にたえない次第でございます。先生には今後とも健康に十分御留意いただきまして私共に御指導を賜わらんことを切にお願い致します。

会員代表祝辞 県歯会長 西山先生

永年の功績が認められまして緒方先生には、この度めでたく藍綬褒章の栄誉を得られたわけでございます。…………

先生には幅の広い活躍をしていただきまして、会員のためにも又本会のためにも大変お世話に

緒方先生藍綬褒章受章祝賀会



なったわけでございます。

前々から話はございましたけれども、先生の御性格として自分は後に人は先と云うお考えで実は今日まで遅きに失した感がございましたけれども、今後まだまだ健康に留意されまして又後、叙勲と云うこともございますので、ますます健康に留意され、私共の御指導又会の発展のために御尽瘁賜りますことを心からお願い申し上げます。

来賓祝辞 衆議院議員 野田たけし様

----- 先生御夫妻の毎日の御生活は御立派で、私共政治家も見習わなければならないと思います。又芸術をこよなく愛されて素晴らしい御一家だと尊敬させていただいております。……

先生まだまだこれからも私共の灯台となって、健康に御留意いただき今後ますます御発展されます様お祈り致します。

5 益夫先生藍綬褒章受章祝賀会



参議院議員 細川もりひろ様

----- 此の度の先生の藍綬褒章の御受章と云うものを考えました時に、本当に先生のお人柄に合った褒章をその御功績によっていただいた、それだけに先生御夫妻のお慶びはもとより私共先生のお教えをいただく立場のものにとって、本当に心からの拍手ができるものとする感じが致します。

者方益夫先生藍綬褒章受章祝賀



熊本県衛生部長 清田幸雄様

----- 緒方先生には長い間市の会長をされまして、住民の医療活動はもちろんでございますけれども会の組織の育成発展に大変御尽力をされ、

者方益夫先生藍綬褒章受章祝賀



ひいては保健衛生の向上に大変に御尽力をいただいたわけございまして、その功績は御紹介がありました通り、今回の御受章は当然のことございまして、本当に心から御同慶の至りでございます。……

御礼の言葉

緒方先生

数々のお誉めの言葉を戴きなんとも申しわけございません。

私はただ一生懸命歯医者をやったおかげで、今日御褒美を頂いたわけでございますが、これは皆様が口腔衛生の仕事をなさったお陰でございます。私一人のものではなく、皆様と一緒に



頂いたものと思っております。

この上は身体に留意して皆様の役に立ちたいと思っております。

どうも ありがとうございました。

祝賀会会場における諸先生のお祝の言葉 渡辺先生のメッセージ

緒方先生、おめでとうございます。
心からお祝い申し上げます。ただ先生が、この受章に対して、心底より喜んでおられるのを拝見しますと、さびしい気がします。

先生、藍綬褒章なんて先生にはまだまだなまやさしすぎますし又受章があまりにも遅かったと感じます。

先程西山会長の挨拶の中にもありましており秋の叙勲もでございます。どうぞお身体に気をつけられて生存叙勲をおうけ願いたい



と思います。

私共は先生の教え訓導をうけたものでありますので、先生がお元気であられた時と同様に歯科医師会の現状を守って行きたいと思ひますし緒方先生には身体に気をつけられ余命を永く永く保たれて、尚一層の御指導、アドバイスをお願いしたいと思っております。

本日は本当におめでとうございます。



堤先生のメッセージ

緒方先生に初めてお逢いしましたのが昭和28年の水害の時に緒方先生が私の父が水



害にあったので、その時たずねてこられたのが私が覚えている最初の出逢いではなかったかなーと思います。

その頃、緒方先生が40才頃だったと思いますがもうその当時には社保の責任者で又



同窓会の理事だったと思います……が、私の今の年令の時にはもうそのように頑張っておられたわけですね……。

親父が亡くなった時とか開業する時又大学卒業後どうするか等と色々な時に精神的には親父のような気持で相談してまいりました。

この頃緒方先生とお逢いした時に時々



お話に出るのですが、緒方先生が人間ドックにたまたまお入りになっておられたのを私の親父が、「あんたが人間ドックに入ったりしよるからあんたが先に行くけんその時には弔辞は読むばい。」なんて親父が云っていたようですが逆に緒方先生から弔辞を読んでもらう事になった訳です。親父が亡くなってもう来年で13回忌になるんですよ。そう思うてみると早いものですね。

親父が亡くなる3か月程前、緒方先生には同窓会の本部の会長やら熊本県の会長になられる為ならどんな努力もおしまないと云っていた事等は、私の心に鮮明に残っております。

緒方先生に近しい者として今度の受章は大変嬉しく感じております。

緒方先生がおられるだけで我々には頼れる親父さんと云う気持がします。お身体にきをつけて。



天草の青砥先生のメッセージ

緒方先生とは同じクラスでした。

満州でもお逢いしておりましたし今でも毎年1回クラス会をやっております。

緒方先生が目が悪くされて本当に残念でしたけれども一生懸命命歯科医師会の為にやっておられますので、今回の受章は本当にお目





出たい事だと思っております。

緒方先生は麻雀が好きでね。私も好きですが一緒にした事がなく、それだけが残念です。

緒方先生、藍綬褒章おめでとうございます。



宇治先生のメッセージ

本当におめでとうございます。

私共が30年間、お世話になってその万分の一のお礼が出来たような気が致します。

今後共、身体に御留意いただきまして、もっともっと若い私共を御指導いただく事を、お願い申し上げます。

本当に、今日はおめでとうございます。

鬼塚先生のメッセージ

先生、おめでとうございます。

西山会長の御挨拶にあったと思いますが、本当に先生の巾広い生き方と申しますか、常に私は影ながら先生みたいな人生を送りたいと考えてきましたが、それが又こういうおめでたい賞迄いただかれまして本当におめでとうございます。

たゞ先生お身体だけは十分大事にしていきたいと思います。

いつまでも我々の上にいらっしゃる事を私達は本当の頼りでございます。

よろしく

先生、身体だけは御注意下さいますようお願いいたします。



本田先生のメッセージ

緒方先生、おめでとうございます。

緒方先生とは満州から引き上げ私は朝鮮の平壤から引き上げ、彼等と一諸に終戦後30年近く会の仕事をして来て、私も去年受章しましたが、これも会員先生達のおかげと思っております。

緒方先生にはお互いに行ったり来たりして非常に懇意にして来ました。

今日の緒方先生が藍綬褒章をうけられましたかげには、並々ならぬ、内助の功があったればこそですね。

今後は藍綬褒章から秋の叙勲をうけられるま

で健康に注意されて生存叙勲をうける事を私は期しております。



吉崎先生のメッセージ

緒方先生おめでとうございます。……
緒方先生は若手会員を人間的に指導され今日の会までの基礎づくりをされたものだと思います。我々はただ先生について行っただけです。親子の様なものでした。……

岩村泰行先生のメッセージ

岩村です。私は昭和24年に学校を卒業致しまして緒方先生のところに約一年間御世話になったわけですが、その間緒方先生が診療の合間に絵を書いておられましたので私も横で邪魔くっておりましたが、「君も書いてみないか」と言われましたことが、私が今絵を書いておる切っ掛けとなった次第であります。

ある日先生と自転車で確か大甲橋でしたか碑一詣に行っておりましたら、先生の「ヘコ」がひっと出てから自転車のチェーンに引掛かってから、おうじようされとったことがありましたもん。それで私が助け船でようよう起こして御上げた事があります。あれはおもしろかったですよ。

現在の私のありますのも緒方先生のおかげだと深く感謝致しておる次第であります。

簡単ではございますが御喜びの言葉と致します。益々御元気でいらっしゃいます様に御発展を御祈り致します。

林田充成先生のメッセージ

私が歯科医専に入学した時、緒方先生が四年生で応援団長をなさっておられまして同じ熊



本のしかも済々黌高校の先輩という事でとてもかわいがって頂きました。

その後私が軍隊へ入隊しまして昭和18年頃満州のハルビン病院に転属になったわけですがそこで先輩の緒方先生がおられ第一回の外出の時に先生を訪ねてみようとその当事そろそろ物資のなくなる頃でしたので、塩とか米とかをくつ下の中に入れてそれを腰にさげて訪問したわけですが行ってみると先生は不在でありまして、今日はあそこ、次の日はあそこという様に、遊

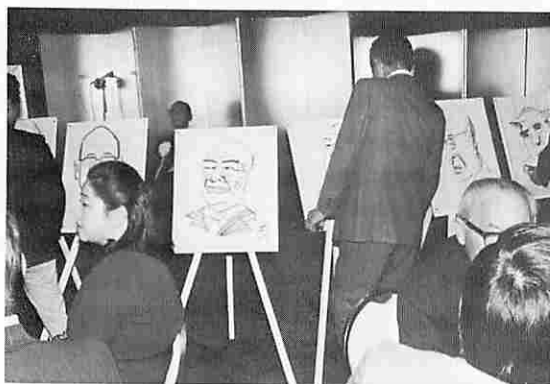


びにばかり行っておられました。

先生は酒を飲まれないものですから配給のビールをとってあって、奥さんの御酌で御馳走になって帰っておりました。更に帰国した後も御世話になった事がたくさんありますがこの辺で。

松永正行先生のメッセージ

緒方会長の御祝いの席に列席致しインタビューを持ち込まれて何から言ったらよいかわかりませんが、先生の人となりを申し上げますならば、先生は御存知の様に話も非常に音声も静かに語る人ですが、事ここに至っては、即決



即答断をもって語る人であります。私が社保の委員として十何年間かつき合ってもらいましたがその頃も先生の指導を得まして勉強もしました。

そして言う事もいいました。私は先生から先生の問題に対しては即決即答でなくてはいけないという事の訓示も受けました。

そういうことがありまして、私も今日ここに列席して再びその回顧しますとき先生の偉大なる事業に敬意を表しそして尊敬もし、いまさらながら再び思い出をたどっているわけであります。

緒方会長の年と私くし松永の年を比べますならばそこには非常に年令的に差はございます。もちろん私くしの方が年長であります。しかし才能的には先生の方が数段すぐれており実にはずかしい次第であります。

先生は爛熟風景今日、この榮譽にひたっておられますが私はまだまだその域まで達しないのでまだ歯科医業に第一線をもって働いている様な次第でございます。実にはずかしいやら先生のこの喜びは私の又喜びとするところであって私がもらった以上に喜んでいる次第であります。



歯科診療と血清肝炎

—— その現状と予防について ——



九州大学 歯学部 第2口腔外科学教室

教授 岡 増一郎
石 井 潔

はじめに

血清肝炎とはどんな病気か

最近市内で開業している友人が“血清肝炎で入院した”とのニュースは筆者を愕然とさせた。病人を治療している立場の人が患者になってもおかしくないが一国一城の主として、多くの借金を抱えて病床に臥している姿を想像すると見舞に行く気にもなれない。同じような話が筆者の周辺にはたくさんある。心筋硬塞だ、アルコール肝炎だ、腰痛だとのことであれば、オーバーワークだ、不摂生だと忠告することも可能であるが、患者さんより肝炎をもらったとなれば筆者の気持は複雑である。多分その原因は“医師の不養生”の諺通り、あまりにも日々の診療に夢中になりすぎて自分自身の健康を守ることに無頓着すぎたためである。その責は誰に負わすべきものでもない。不注意をなげくとともに、焦燥感が大きく拡がって行くのみである。そのような“前者の轍”を繰返さないためにも、肝炎の実態を把握しておくことは自分自身、家族のためばかりではなく患者のためでもある。院長が病人であっては地域医療の貢献者とはならない。

今回は感染力の強い、オーストラリア抗原（Au 抗原）とか、HBs 抗原などと云われている抗原が原因で起る B 型肝炎について述べる。重症例では高熱を伴った感冒様症状にはじまり、全身の倦怠感、食欲不振、悪心、嘔吐が続き、数日後には黄疸が発生する。その後消化器出血、急激な異常精神症状を併発して、肝性昏睡に陥り、発症後数カ月以内に死亡するといわれている。大変怖い一種の職業病と考えてよい。それは血清肝炎が血液、唾液などを介して感染するからであり、素手で診療することが多い現在の診療体系ではその罹患率は大変高い。その上厄介なことには一度罹患し発病すると肝炎の決定的な治療法はなく安静が強制され、ビタミン剤、副腎皮質ステロイドホルモン剤などが対症的に投与されるにすぎない。罹患しないように注意すると共に、発病しないような予防法が考えられるべきである。

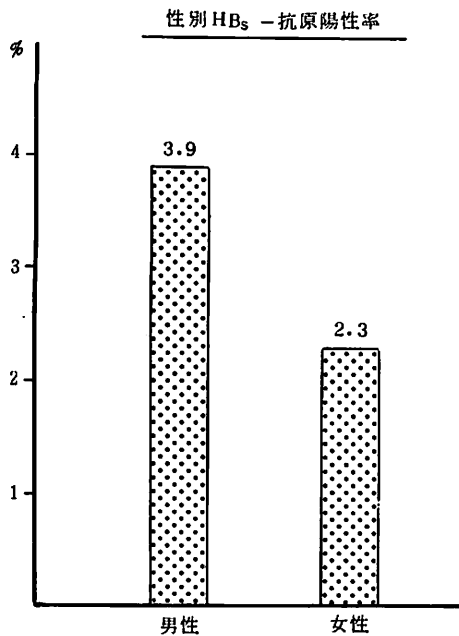
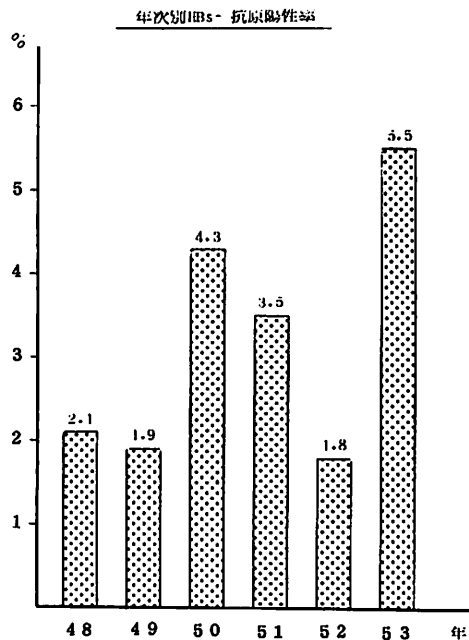


図 1、2

昭和50、51、53年とやゝ増加の傾向にある。男性にやゝ多い。

罹患したら必ず発病するか

肝炎は感染したら必ず発病するわけではなく、発病しないことが多い。歯科医師がどの程度感染しているかについては篠崎の報告がある。彼によれば、北海道の200名の歯科医のおよそ48%（衛生士75%、技工士66%）が罹患している。驚異的な数である。しかし発病して休業している歯科医師はいないようである。九大歯学部付属病院に入院してきた患者について調べてみると図の通りである。

入院患者836名のうち肝炎に感染していた患者（HBs抗原陽性者）が27名（3.2%）いた。その27名のうち肝機能検査を行って肝炎の所見が認められたのは3名（11.1%）であった。しかしこの3名共肝炎の自覚症状はみられなかった。以上のことから歯科を訪れる患者のうち肝炎（病的自覚症状はないが健康人に感染力を持っている患者）は約0.4%いることになる。1,000人に4人はその危険性をひめているわけである。勿論この中には血清肝炎以外の肝炎も含まれている可能性はある。

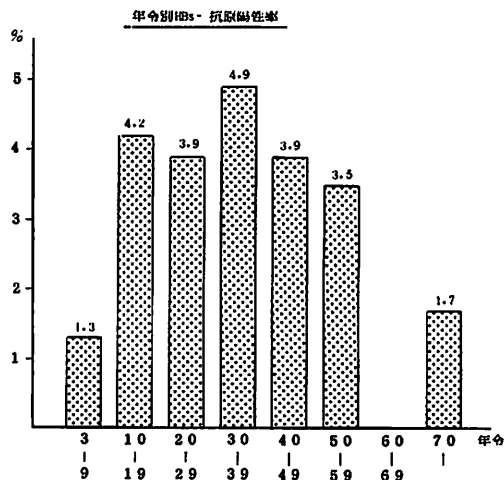


図 3

30～39才の壮年期に多い傾向を示し、3～9才、60才以上など幼児、老人期には少ない。

外来患者より罹患後、発病した或る歯科医師の経過

24才の男性患者が顔面骨骨折で入院してきた。この患者は麻薬中毒患者である上に、受傷3ヶ月前に肝炎のため入院したとの既往歴があった。しかし入院後の肝機能検査では正常範囲内の値を示した。そこで各種の術前検査が終了後手術室に搬入し、気管切開した後、全身麻酔下に観血的に整復し、arch barによって固定した。術者とその助手はarch barの歯への固定のためワイヤーを使用した。術中にそのワイヤーでゴム手袋を穿刺し指先より軽度の出血があった。患者は術後は順調に経過し退院した。しかし術者は手術日より約3ヵ月過ぎた頃に全身の倦怠感と多くの全身の関節痛のため急に入院した。入院後の検査では黄疸は認めなかったが軽度の肝腫があり、発熱、盗汗などがあった。そこで肝機能検査を行った。SGPT 1190単位、SGOT 540単位、LDH 571ミリ国際単位、アルカリフォスファターゼ110単位、血清ビリルビン3.0mg/dlと急性肝炎の所見が認められた。しかしHBs抗原は陰性であり培養によってはじめて陽性となった。そこで絶対安静が命ぜられ、高カロリー、高蛋白食など肝底護療法を約3ヵ月続けた結果、肝炎は徐々に消退し退院できた。助手も発病が約1ヵ月遅れた以外は同様に発病し、約2週間の入院加療が必要であった。同じような感染および発病は母子間でもおこる。現在HBs抗原陽性の母親より生まれる赤ん坊の約40%は生後150日以内にHBs抗原陽性患者となると考えられており、歯科医師の夫より妻へ、妻より子供へと感染する可能性もあり、感染対策が早急に立てられなければならない。

肝炎をいかに予防するか

表1. 院内感染予防対策

1. 基本的予防対策

A 患者の検査

- (1) 問診および視・触診による肝疾患の有無。
- (2) HBs抗原、HBs抗体の検査（必要と認める場合）

B ディスポーザブル製品の可及的使用

C 手指の消毒の励行

D 帽子・マスクの使用

2. HBs抗原陽性者の取り扱い

A HBs抗原陽性者の認識

カルテへの表示。他科への紹介、手術・諸検査などを行う場合の通知を厳守する。

B ディスポーザブルの使用

注射針、帽子、マスク、予防衣など

C 汚染された場合の処置 消毒法（表2）参照のこと。

肝炎を予防する手段としては大別すると次のようなことが考えられる。第1に感染源、第2に感染経路、第3に被感染者に対する取扱いである。

感染源としては血液、唾液、精液、月経血などがあり、その可能性がある場合にはゴム手袋を着用すると共に、万一汚染された場合には次のような消毒、滅菌を行うことが大切である。手指の場合は十分に水洗した後、次亜塩素酸ナトリウム液（有効塩素濃度10,000ppm）で消毒する。このままでは皮膚を損傷することがあるのでその後再び水洗することを筆者はすすめる。また血液、唾液などで汚染されたリーマー、注射針、ポイント、バー、トレーなどは使用後焼却するのが望ましいが、再使用したい

ならば2%グルタルアルデヒド液に24時間以上浸しておくといふ。次亜塩素酸ナトリウム液では金属はサビるので注意すること。次に注射筒、エプロン、マスク、帽子、診療衣などのリネン類は原則としてデイスボ製品を利用し、使用後は焼却するがよい。再使用の場合は132℃以上のオートクレーブにかけるか、密封した次亜塩素酸ナトリウム液（有効塩素濃度1,000ppm）に数分浸した後、オートクレーブ（115℃、30分以上）にかけるとよい。また診療室、椅子、ユニット、エンジン、タービンなどは28㎡あたりホルマリン500mlに過マンガン酸カリウム170gを加えて室内にホルマリンガスを発生させ12時間以上密閉しておくといふ。以上のような感染予防処置がすすめられている。現在多くの診療所で使用されている消毒剤である1%以下のクレゾール液、ヒビテン、逆性石けん、アルコール、イソジンなどはHBs抗原にはほとんど無効と考えてよい。単純な煮沸消毒も1時間位では完全なHBs抗原の不活性化（感染力を失う）は認められていない。また開業医に普及している乾熱滅菌器については、はっきりした有効との報告はない。

潜在性肝炎（自覚症状はないが感染力はある）患者の検査としては何が適当か

外来患者で黄疸が著明であれば肝炎を疑うが自覚的に何もなく普通の日常生活を営んでいる外来患者であれば、我々は無警戒で治療をはじめることが多い。一般に急性肝炎があれば、食欲不振、嘔吐、強い倦怠感などを訴えることが多い。時には発熱、腹痛などが強く表面に出て他の疾患を疑うこともある。このような時には血清および尿中のビリルビンやBSP、血清トランスアミラーゼなどの検査を依頼すればよい。血清ビリルビン値は直接反応型が0.3mg/dl以

上であれば肝障害を疑う。特に肝障害の初期にはBSPは15%以上の蓄積率を示す。しかし一般に内科医が利用している検査は血清トランスアミラーゼの活性値であろう。即ちSGOT、SGPTが多く症例で300単位以上を示すようである。

表2. 消毒法

手 指

有効塩素濃度10,000ppmの次亜塩素酸ナトリウムで約1分、その後石けんおよび水で洗う。

金属器具

2%グルタルアルデヒド液に24時間以上浸漬。

ガラス器具

オートクレーブ132℃以上または2%グルタルアルデヒド液に1夜浸漬。

リネン類

1,000ppm次亜塩素酸ナトリウムに数分浸漬し、その後オートクレーブ（115℃30分以上）

ベッド、床、イス

1. 水洗の後、10,000ppmの次亜塩素酸ナトリウムにて清拭。
2. 水洗の後、2%グルタルアルデヒド液を浸したガーゼなどで清拭。

手術場

エチレンオキシドガス 6～8時間。
ホルマリンガス1昼夜。

肝炎治療に伴う歯科外来での問題点

肝炎の治療は内科医にまかせておけばよいが、歯科外来に全く無関係ではない。特に重症例は副腎皮質ステロイドホルモン剤が投薬されているからである。一般に肝治療剤として

はビタミン剤（VB 1. 2. 6. 12. 15, VC, VK など）やACTH 剤、アミノ酸製剤（グルタチオン、アスパラギン酸）、抗生物質などが使用されている。特に前述したように重症例では30～40mgのコルチコイドステロイドホルモン剤が使用されており、急に本剤を中止すると循環不全（虚脱）をおこすことがある。術前十分に問診し、当日の所要量が投与されているかどうかを確認した後に歯科治療にかかるべきである。

予防ワクチンはないのか

肝炎患者を処置中に誤って手指を損傷した場合には、局所の消毒を前述した方法で行い、それと同時に全身的には高単位抗HBs- γ グロブリンが投与されているが、発症を防ぐには不十分である。万一このような事態にそなえて肝炎ワクチンが早急に開発され、予防的に臨床医は全員接種を受けておけば安心である。

フランス、アメリカでは一部実施されているが、本邦ではワクチンの有効性についてはまだ動物実験の段階であり、現在の研究成果からすれば2～3年先になりそうである。それまでは各自前述した方法で自衛することである。

肝炎ウイルスのキャリアー患者（潜在性肝炎患者）には、いかに対処したがい

発病はしていないが肝炎ウイルスの陽性の外来患者（HBs 抗原陽性）は自覚的所見が全くないので、自由に我々の外来にも出入りする。そのため肝炎が広がる可能性がある。特に、このようなキャリアーの中でも血液中のe 抗原、e 抗体が陽性であれば、自覚症状はなくとも肝炎患者として扱ったほうがよい。

肝炎およびその疑のある患者の取扱いの実際

1. 患者にはHBs 抗原陽性であることを十分自覚させておく。
2. 肝炎患者またはその疑のある患者は、少々処置がやりにくくとも、全例ゴム手袋を着用して治療にあたる。
3. 出血したときは出来る限り患者自身で処置させ、血液が付着した物は焼却する。万一汚染された場合は前述した方法で滅菌、消毒する。
4. 患者の歯ブラシ、カミソリその他は専用とし、共用は絶対させない。しかし食器はよく水洗すれば共用してもよい。
5. 供血はさせない。
6. 乳幼児に口うつしに食物などをやらせない。
7. 排便、排尿はよく水洗する。
8. 無症状患者でも3～6カ月にHBs 抗原抗体、e 抗原、e 抗体の定期検診をさせる。

その他未解決の問題も多いが現時点では、東京都B型肝炎対策専門委員会の答申案に準じて対処したがい。

おわりに

患者を診療するためには歯科医師自身が健康体でなくてはならない。そのためには肝炎患者、そのキャリアーなどが歯科治療に来院した場合には、肝炎の本態を十分に認識して自分自身が罹患しないように注意すると共に院内感染の防止にも努力しなくてはならない。歯科医療そのものに対する医療過誤にはかなり真剣に取り組んでいるが、歯科医療に伴うこのような医原病も今後は注目されなくてはならないと思う。この短いレポートが先生方にとって

“ ころばぬ先の杖 ” として何かお役にたてば筆者にとって望外のよろこびである。

参考にした文献

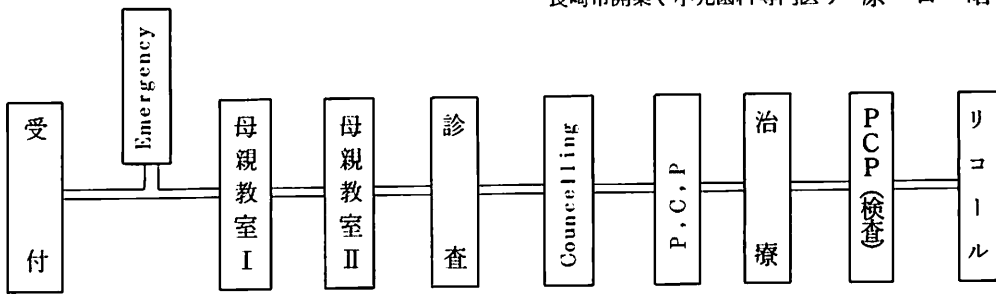
- 1) Feldman, R. E., Schiff, E. R.: Hepatitis in dental professionals, JAMA, 232:1228-1230, 1975.
- 2) Glazer, R. I. et al.: Viral hepatitis: a hazard to oral surgeons, J. oral Surg., 31:504-508, 1973.
- 3) 日本病院薬剤師会編: B型肝炎感染防止のために——その消毒について JNHPA, 13:1-14, 1977.
- 4) 西岡 久寿弥: High risk な研究室、病院におけるオーストラリア抗原感染に対する対策と問題点、臨床科学 9:28 5-290, 1973.
- 5) 岡 増一郎、村上 英輔: 歯科治療時における特定疾患の取扱い方、考え方(2)、日歯麻誌 6:237-244, 1978.
- 6) 篠崎 文彦 他: 歯科医師と血清肝炎、第33回日本口腔科学会総会、東京、1979
- 7) 東京都衛生局病院管理部: 東京都ウィルス肝炎抗原対策専門委員会答申 1974
- 8) 東京都衛生局病院管理部: 東京都B型肝炎対策専門委員会答申 1976
- 9) WHO: WHO technical report series, viral hepatitis, 512, 1973.
- 10) WHO: WHO technical report series, viral hepatitis, 570, 1975.
- 11) Williams, S. V., Pattison, C. P. G Berquist, K. R.: Dental infection with hepatitis B, JAMA, 232:1231-1233, 1975.
- 12) 吉岡 済: 歯科診療と血清肝炎、日本歯科医学会会報 3:3-6, 1977.

展望室



私の小児歯科

長崎市開業（小児歯科専門医） 原 口 昭 平



私の診療所のシステムは上図の如くなっている。見てすぐ気づくのは予防に多くの時間を費いやしていることである。私がこの小児歯科を志したのも唯、慢然と親の職業を継ぎ、毎日毎日、穴のあいた齲蝕を埋め、神経をとることに嫌気がさし、その上、リコールの患者に口腔内はいつも惨憺たる状態で溜息の連続だったからです。そんなある日、齲蝕にしない方法を教える方が、真の喜びになるのでなかろうか、それも生まれてくる子供達に教えていけば、我々、齲蝕をもつ大人は、いつかは、この世を去るのだから「むし歯のない世界」が訪れる可能性があると思いたいことが脳裏に浮ぶのです。ある島に台風で船が難波し、二人が漂流してきた。漁師二人が、別々にその漂流者を助けた。一人の漁師は魚を捕ってきて食べさせてあげて、ずっと養ってあげた。もうひとりの漁師は、最初は食べさせたが、捕り方を教えてあげた。どちらが真の幸福になれるかという問題なのである。

私達がしなければならない事は、患者さんに自分の健康は自分で守るのだということを教えてあげることなのである。治療をしてあげるのも大切な仕事です。漂流者に食べ物を与えているだけでは、その人は真の幸福になれないので魚の捕り方を教えてあげなくては-----。立派に治療された歯牙も、維持管理の健康を守る方法を教えてあげなければ歯牙の喪失につながるのです。

母親教室（M.C.I・II）は母親に予防の前提となる歯の基礎知識、齲蝕の為害性、ブラッシングの重要性、甘味制限などを、一般論として知って頂くと同時に、ブラッシングの実習も行います。又、予防の方法について母親に夫々、体験談として話してもらいます。子供達もM.C.I・II共、出席させ、紙芝居、絵本、指人形、スライドバックなどを使い、知識としてもたせると同時に、ブラッシングの実習も行ないます。P.C.P治療の前に五回程個人的に指導を行い、治

療の後も、指導通り行なわれているか、2～3回検査を行ないます。

リコールは治療の結果を維持、管理に必要であると同時に、予防の確立においても重要だと思っている。これは年三回で、一年毎の契約を行なっている。私の診療所では最低、P.C.Pの指導と一年間の管理のシステムに入ることを条件としている。

そのように予防に多くの時間を費やすのは唯単にDental IQを高めればいいと云うわけではなく、家庭環境、教育方針、躰け、運動、遊び、食生活など広く、深く知り得ないと予防するための適切なアドバイスを行なうことができないからである。私は衛生士を初めスタッフに、先づお母さんと仲良くなれ、その為には、歯科と関係のないようなことも気楽に話してくれるようにしなくてはいけないし、世間話でもいいからするようにと常に指導している。私も定期検診の時、母親には歯の事は余り話さず、「学校では手をよくあげているみたいですか。」「何でも食べてくれますか。」「幼稚園から帰って来たら、どんな遊びをしていますか。」「夜寝る時間、朝起きる時間は」などの質問ばかりです。

現在、私は自分の健康は自分で守るという意識から自分の健康を自分で作り出すという攻めの意識に考えが変わってきました。現代はジョギングなどに象徴されるように「健康な身体を自分で作り出す」時代になってきたのです。成人病はその人の毎日の食生活、生活環境、習慣などが知らず知らずのうちに作り出す「生活習慣病」という説があり、我々の「齲蝕、歯周病」もその「習慣病」かも知れないのです。先づ、齲蝕になりにくい歯牙、歯周病になりにくい歯

周組織を作り出すには先づ健全な全身を作り出すことが、大きな要素を占めます。それには食生活の改善、運動、遊び、躰け、そして、それらに積極的に取り組もうとする「心」などが、どうしても必要になってくるのです。私達は歯科医師会の中でも「健康管理教室」と銘打って「食生活と健康」「運動と健康」などの講演会をシリーズとして行なっています。又、私達の診療所にも友人と「口腔健康管理センター」（仮称）をまもなく設置する予定にしている。このセンターの構想が完全な形になるのはずいぶん先になるかも知れないが、我々歯科医、歯科衛生士、小児科医、栄養士、保母など夫々専門の分野からなるコンサルテーションの場をつくりたいと思っている。

我々の所に来院している患者さんだけに、どんなに頑張っても限界があるし、周囲の人々もよき理解者でなければならぬのです。その一つの手段として、歯科医師会では、学校の養護教諭、幼稚園教諭、保育園保母、保健婦を対象にブラッシングの実習を中心としたセミナーを設け、その人達からの浸透を図っています。

現代の日本では、救急処置、充填、冠装着などの有形のものには価値を認めてくれるが、ブラッシング指導、食事指導、躰けなどのアドバイスという無形のものには価値を認めてくれないのが現状で、私達の診療所でも、その報酬は衛生士の給料の何分の一しかありません。昨日も「園医というので紹介してもらったのだが、母親教室を受けて、ハブラシの練習を受けないと治療をしてくれないというので行かなかったのよ。」という言葉が電車の中で小耳にはさみ、挫折感を感じた今日この頃です。

日歯研修セミナーを受講して

昭和54年度日歯研修セミナーは、11月10、11日の両日、福岡西日本銀行ホールで開催された。「国民の幸せのための歯科医療」のメインテーマで、明日の歯科医療に役立つ「隣接医学」「歯科放射線学」「歯科薬理学」「歯科麻酔学」の4科を各講師が、ウィットと、ユーモアを混じえ乍ら和やかな会場の雰囲気の中で講演され参加者にとって有意義な2日間であった。

研修の伝達も重要だが、全員出席して一緒に考えることが更に望ましい。去年からフィルムライブラリーで、カラーフィルムを作製し都道府県に配布しているので大いに活用して欲しい。との主催者の要望の挨拶があった。

講演記録

「隣接医学」

大阪歯大教授 西川 元 造

「私の長年の経験から、歯科の先生方に最も欠けているものは、アナムネーゼの取り方が不十分なことと、検査（医学的）に対する知識の不足である。現在の様に治療が複雑化し、又医事紛争の様な不愉快な面が出てくると、カルテに記載されているアナムネーゼや、検査結果が皆様を守る最高の弁護士ともなり、又皆様を攻撃する最も鋭い武器ともなる。従ってアナムネーゼは出来るだけ正確にとり、特にアレルギー体質、糖尿病の有無、インシュリン使用の有無、甲状腺疾患の有無、薬剤アレルギー、副腎皮質ホルモン使用の有無等が大切で、検査データと共に記載して下さい。（テキスト序章より引

用）

糖尿病

A 真性糖尿病

- 特徴 1. インシュリン不足
2. 遺伝的疾患

遺伝的要素 + 発症因子 → 発症

両親が糖尿病の者 57.57%

片親が糖尿病の者 27.27% が必ず発症する。

発症因子 a) 肥満 b) 感染症（特に慢性、熱性感染症） c) 頻回の妊娠 d) ストレス（家庭の心配事等）

肥満は糖尿病だけでなく、心筋梗塞、動脈硬化、脂肪肝→肝硬変の前段階である故注意しなければいけない。

標準体重 = (身長 - 100) × 0.9

例 160cm - 54Kg (±10%)
59 ~ 49Kg

食事のカロリー

標準体重 × 3.5 Cal

1800 ~ 2000 Cal

私達は1汁1菜の食事で適当である。

3. 病気の状態が細小血管に種々の変化をおこし化膿し易くなる。
4. 放置すると必ず進行するが、養生すれば元の健康状態に戻り得る。

B その他の糖尿病

腎性糖尿、妊娠性、膵臓炎、腎臓炎、甲状腺疾患、副甲状腺疾患、ステロイドホルモン剤投与、全身麻酔、脳腫瘍で脳圧が下っ

た時、ブドー糖点滴後、砂糖摂取後、ストレス等。

診断 血糖負荷試験 (G.T.T)

正常値 (早期空腹時血糖値)

70 ~ 110 mg/dl

50 gr 法、早朝空腹時50gブドウ糖液を投与、投与前より投与後一定時間 (一般的には2時間) にあたり30分毎に採血、血糖を測定する。

試験紙による尿糖の陽性は早期発見には役立つが、そのみでは糖尿病とは云えない。空腹時及び糖負荷後の血糖検査、更には遺伝的素因、眼底検査、腎生検による糖尿病性細小血管症や糖尿病性神経症等により確かめられる。尿のみに糖が見られる腎性糖尿も糖尿病になる恐れがある。

※臨床時糖尿の症状

空腹時尿糖陽性、口渇、多飲、多尿 (白い透明な色) 多量、化膿し易い、疲労し易い、大食、神経痛、手のしびれ、知覚異常、体のしびれ、歯槽膿漏、インポテンツ (実際は重症の $\frac{1}{3}$ 程度) 進行すると視力障害、眼底出血、腹痛、最後に脳内出血、心筋梗塞で死亡する。高血圧の場合の眼底出血は養生すると吸収して視力が回復するが、糖尿病では失明する。

眼底検査の必要性 眼底に白斑出現、微小動脈瘤が出来て脳内出血、眼底出血を起し危険。

心電図の必要性 心筋梗塞、特に動脈硬化を起すので必要。

糖尿病は普通40才以上に現われて比較的経過がよく、インシュリンも余り必要としないが、15才以下の若年者は重症である。

20才以下の若い人、悪性の場合以外は余りインシュリン注は必要とせず、出来るだけ経口薬ですますが、食餌療法がそれよりも重要である。

標準体重 $\times 3.5 \text{ Cal} + \text{蛋白質}$

60kgの人は60grの蛋白質必要

薬による糖尿病の増加

最近、遺伝的要素の他に、副腎皮質ホルモン、血圧降下剤、経口ヒニン薬、等の服用によるものが増加している。此等は服用を中止すれば元に戻るが、血圧降下剤の場合は遺伝がある場合糖尿病が誘発される。

治療により健康体に近いと判断するには、

①空腹時尿糖が一になること。

②食後2時間、尿糖が一になった時治療の目的は達したとされる。

治療薬 インシュリン、ジメリン又はグリコラン。

死亡原因 殆んどは動脈硬化、心筋梗塞、脳内出血。

応急処置 ひどい化膿のある場合、手術の前提の場合、インシュリンで糖を正常値に下げる。軽症の場合は、普通は空腹時、2時間値 (どちらでも可) 採尿又は採血し120 mg/dl以下の場合大体どんな処置をしてもよい。但し、インシュリン注をしている患者の場合、特に抜歯の時は出来るだけ入院の下で行うこと。一応うまくコントロールされていても、ストレスが加わると急に状態がやぶれてショックを起こす事がある故、一般外来では手をつけぬ方が無難である。

ジメリン、グリコランで血糖値が下がっている人は大体何をしてもよい。が局麻はよいが全麻はどんな場合でも絶対1人では危険であるから専門家に依頼したがい。

歯膜炎の時は抗生物質を多量に与へて行うのが原則だが、逆に低血糖を起こす場合があり倒れる事がある。起した場合、ブドウ糖注、チョコレート、角砂糖を与へる。

低血糖の場合、急に顔面蒼白、発汗、脈搏多く、血圧が案外下降しない。

高血圧症

血圧の正常値

139～100/89～40

標準値 120/80

例 106/40は正常である。

増弁しても140以上はならぬ方がよい。最高血圧と最低血圧の差は40～60が大体正常と考へてよい。

170/100、180/100の様な60以上の差がある場合、大動脈弁の閉鎖不全。又バセドー氏病、老人性動脈硬化症の結果高血圧症が起った場合は、上だけあがり、下は80と云う上り方になる。この様な場合は動脈硬化が明らかに起りつつあるという証明である。

Vit B₁ 欠乏の場合、上が120で下が時には0になる場合がある。

逆に差が狭くなった場合、(例えば30或は20の場合、心不全の徴候であるので胸部X線検査、心臓検査、心電図検査が必要である。

心不全の他の兆候の有無は、少しの運動で胸苦しくなる。睡眠中苦しくなって起き上がる。

血圧の左右差は、最高血圧の10以内、最低血圧の5以下が普通で大体利き腕の方が血管が太くなっているのが高い。

太ると動脈硬化、脂肪肝を起すが必ずしも高血圧症になるとは限らない。血圧が低くても動脈硬化は起る。酒、タバコは血圧とは関係ないが、タバコは動脈硬化、心筋梗塞と密接な関係がある。コレステロールが高いと動脈硬化はおこすが、血圧が上がるとは云へない。

貧血と低血圧は症状は似ているが全然別のもので、貧血症でも高血圧症はある。貧血症は単位体積中の鉄分が少ない場合、低血圧は心臓からの噴出力が弱い場合で、どちらも脳の酸素不足の為、目まいがしたりするが同一のものでない。

本態性高血圧症

160/90以上を云う。

毛細血管の組織的变化がないが、その他の高血圧症は、急性腎炎、妊娠中毒症、内分泌障碍の場合高血圧症がおこる。

老人性高血圧症は動脈硬化症である。動脈内壁にアテローム変性が起り壁の弾力が失われてきた様な時動脈硬化と云う。

本態性高血圧症の中にも動脈硬化を起しているのが30～40%ある。

遺伝的關係 両親が本態性高血圧症の場合70%近く子供にでる。片親の場合は50%
— 問診必要。

本態性高血圧症の患者は定期的に血圧測定、薬を規則的に服用する事が大事である。

血圧降下剤を服用している人と、そうでない人との間には、脳溢血、心不全等による死亡率は、7～8倍の差がある。

高血圧と判った場合、必ず定期的に胸部X線検査で心臓の大きさ、心電図で心筋、及び冠動脈の変化、眼底検査をうける。眼底検査は、眼底は脳血管の一部であるからその状態がわかる。動脈硬化を起してくると最初に現われる。又この血管が痙攣を起した時は、末端の血管もひどい訳で、これが3ヶ月も続くと大抵脳卒中を起してくる。

高血圧の場合、コレステロール、中性脂肪の値が高い時はすでに動脈硬化を起していることを示す。動脈硬化が起る場合本態性高血圧症が原因の1つ、その他に高脂血症(コレステロール、中性脂肪、磷脂質)がある。

特にコレステロールと中性脂肪の關係が密接。

正常値

コレステロール(ch) 130～240 mg/dl

中性脂肪(TG) 70～170 mg/dl

コレステロール値が低い場合は大抵肝臓が悪い、栄養失調の場合である。

ch/TG の差が1.5以上の比を示した場合、動脈の硬化の程度が最もきつい場合で、冠動脈の硬化も、きついことを示す。勿論高脂質血症の中にはネフローゼ、甲状腺疾患、糖尿病等種々な疾患からくるものが多いが大部分が脂肪食、栄養過剰。中性脂肪の場合は含水炭素のとり過ぎ等から起ってくる。この様な意味から肥満等注意を要す。

塩分との関係

高血圧症の場合、塩分のとり過ぎが問題、その結果、脳溢血、脳出血で死亡するのが最も多い。九州人の塩分摂取量は10～15gr、秋田県は25gr位。

厚生省が決めた日本人の食塩摂取量

1日 10gr

自然食中塩分は3gr含まれている。人工的に味付けに使用する塩分6～7gr。

大きな梅干し 1ケ 1～1.5gr

たくあん 1切 1～2gr

味噌汁 1杯 1.5～2gr

カップヌードル 1杯 5gr

うどん汁 4gr

嗜好品との関係

ワサビ、お茶、コーヒー、アルコール、タバコ、KとCa 特別な関係はない。

本態性高血圧以外の高血圧がある場合、問題なのは腎臓疾患である。腎臓検査を充分行う。

悪性高血圧と良性高血圧の差

悪性は進行が速い。眼底検査をする。進行性の場合は直ぐに腎臓障害をおこしてくる。腎臓障害が来ぬ場合は良性と考へてよい。

本態性高血圧に起り易い事故

脳出血、脳血栓、心不全、心筋硬塞

動脈硬化を起しにくい場合の死因は脳出血が最も多い。本態性高血圧症の人の死ぬ直接原因は脳出血である。

※血圧降下の標準

薬服用の場合、最高180を超し、最低100を超した時服用するが、それまでは食事養生と生活の規制でこれをよくする。

150/90、理想として120/80を目標に下げていく。

降圧剤 1) フルイトラン：糖尿病患者の場合合糖尿病悪化固定化する。

2) サーピナ：鼻づまる。鎮静作用があるので老人に多用するとボケが早くくる。

3) アプレゾリン：頭痛あり、冠動脈の悪い人には不可。

4) アルドメット：起立性低血圧症をおこすので脳動脈硬化の人は注意。

※若い人の高血圧

本態性高血圧症よりも腎臓関係からくる高血圧が多いので腎臓関係の検査を充分行う。

※更年期の高血圧

更年期とは関係ない。あるとすれば偶然の一致である。

〔抜歯との関係〕

最低100以下、最高180以上の場合にはまずよい。ボスミン等添加の麻酔剤を注射すると血圧は普通30～40位上昇、即ち180以下と云う事は、220位上がるであろうと云うことを想定しているが動脈硬化が明らかな場合はこの通りにはいかない。

高血圧が長い間続いている人、特に最高が高く、最低が低い場合、180/70の様な人は差が110あり問題があるので注意すること。心電図検査、内科と相談して眼底所見を見ておく。勿論見えていても起る場合がある。

高血圧、心不全のある人は駅の階段等一気に上がれないが、どうもない人は動脈硬化が少々あっても心臓にも、脳卒中にも先ず安心出来る一つの診断になる。カルテ記載。

脳卒中

脳出血（脳溢血）、くも膜下出血（脳血栓、脳塞栓）脳梗塞と脳軟化から起る。

脳出血－脳動脈硬化－本態性高血圧症から来る場合が多い。

心臓疾患からのもの、心臓から起る動脈硬化は所謂、高脂血症、中性脂肪、肥満からのが多い。

脳血栓の原因 動脈硬化症がある場合起り易いし、その他心臓弁膜症があると起る。特にリウマチ性のもの、女性では出産直後子宮収縮の際、血液が脳に流れ半身不随をおこす。

脳出血と脳梗塞の発生率は殆んど同じだが脳出血が起った中の30%は1週間内に死亡するが、脳血栓は5%、然し長い経過でみると脳出血を起した人の残り70%は可成り生き延びるが、脳血栓の人は7年後になると再度発症し、死亡率は非常に高くなる。

リハビリテーションは脳血栓と明らかに判った時は2.3日後から少しづつ動かす。脳出血の人は、1週間後から寝床の上で小さな運動を始め大体1ヶ月位から歩く練習をするのが最近の傾向である。尚、血圧計は水銀柱のものが廉価で、正確である。

心 臓

心電図、心筋の肥大、心筋の障碍（心筋梗塞、心筋の変性）等、刺戟伝鈍異常の有無、血液中Kの変化等を見る。

狭心症と心筋梗塞（虚血性心疾患）
どちらも冠状動脈中の血液が少なくなった状態を虚血性心疾患と云う。

狭心症の場合、組織的変化が何も出ない一時的な心臓の貧血状態を狭心症と云う。これが少し長びいて心臓に壊孔が起り組織的変化が起って来た場合心筋梗塞と呼ぶ。

心電図にでるのは心筋梗塞であり、狭心症は現われないのが特徴である。

心筋梗塞の症状

左胸部に激痛がきて首、肩、背中、手にひろがり、30分以上続き、死の不安がある。

狭心症の場合は痛みが10分位続いて消失してくる。ニトログリセリ舌下錠1～2錠服用し、1～2秒で痛み消失、長くて1分以内で効果があるが、服用しても効果が無い場合は大体心筋梗塞と云われる。

心筋梗塞の原因

動脈硬化、肥満、タバコ（20本以上喫煙する人と、吸わない人では発症率6～10倍）特に未成年時代からの喫煙者は最も高率。

歯科治療との関係

心筋梗塞の既往歴のある患者が来院した場合、大体3ヶ月以内はしない事、発症後1年以上経過した人は大体元の職業に復帰し得る人が70～80%いるので安心して治療してよい。

心筋梗塞の自覚症状が無く、心電図で異常を認められた人が最も注意を要する。

若し来院した場合、負荷試験をする。階段を上り下りして（マスター試験）何ともない人は治療してよい。その他の注意は抜歯は6ヶ月以後。

癌

胃癌：集団検診、胃カメラ早期発見

初期症状が無いのが特徴

肺癌：早期症状一血痰、老人で血痰が出た人は必ずX線検査

肺癌とタバコは密接な関係がある。特に紙巻タバコで、1日40本を26年間で40万本以上喫った人。パイプタバコは肺癌には余り関係ないが舌癌になり易い。

直腸癌：大便が細くなった時注意

乳 癌：出産回数の少ない人に多い

子宮癌：初期症状、性交後出血

肝 炎

1. ビールス（ビールス性肝炎）

2. 薬

3. アルコール

急性肝炎：厚生省本年度の難治性肝炎研究班の報告によると、急性肝炎が去年と比較して18万人増加、内激症肝炎4700人（内半数以上死亡）

慢性肝炎：30万人

肝硬変：12万人

肝 癌：8000人

この内、急性から慢性に変わるのが1万もない。急性の人は殆んど治癒している。

急性：A型 B型 NA NB

慢性： B型 NA NB

慢性肝炎にはA型は無い。

B型肝炎 有色人種に多く白人種なし。

現在は器具からの感染の心配は先づいない。加熱滅菌、煮沸消毒を十分にやればよい。自己感染の防止は流水で流し、クロール塩素酸系消毒剤で消毒。

特に患者の血液に直接触らぬ様注意する。

薬剤による肝炎 アレルギー性反応として起る。医療用使用する薬は全部対照になるが、数は少ないので大丈夫である。

肝硬変 アルコール性

肝硬変 アルコール性

アメリカ 60～70%

日 本 20%以下

日本では大部分B型肝炎、或いはNA、NB型であるが、日本でも今後、洋酒化傾向があるのでアルコール性肝炎が増加するものと思われる。

慢性肝炎が終末結果として肝硬変、肝癌となっていく。

どの位アルコールを飲むと肝硬変になるか、肝臓の1日アルコール処理能力は

160g～150g 即ち

ビール 6本

日本酒 6合

ウイスキー ダブルで6杯（オールドビン半分）である。

肝硬変にならない安全量は？

ビール 3本

日本酒 3合

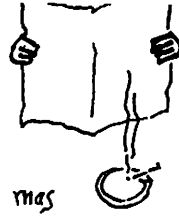
ウイスキー 3杯

安全量以上飲んで肝臓を保護する方法は、良質の蛋白質、Vit類を大量に摂ること。

他料は次回に記します。



本日休診



ソ連邦抑留記

(2)

元海軍歯科医大尉 坂 口 孝 至

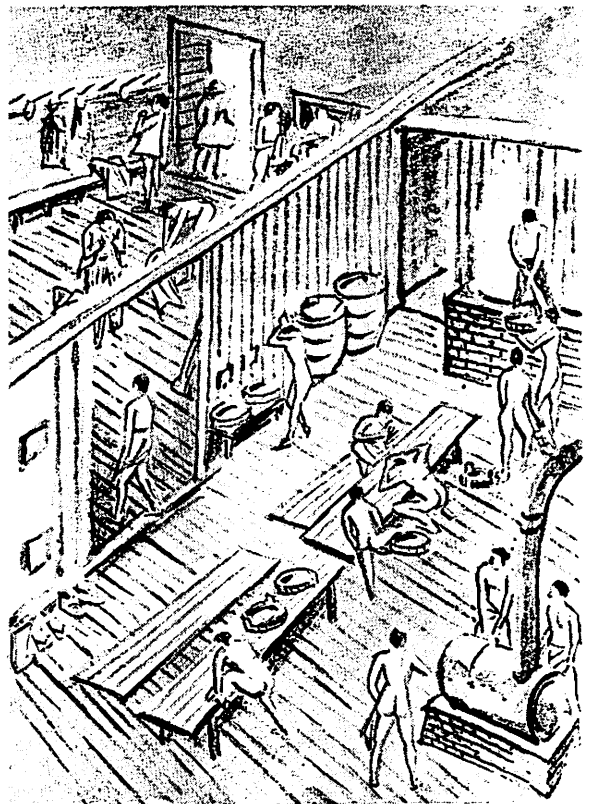
第3部 収容所の生活

昭和20年12月17日、マルシャンスク収容所の第1夜が明けて、最初の食事が支給された。捕虜の先輩、ドイツ人が炊いたバター粥食である。極少量宛であったが、それでも満洲で食べたきり37日振りの食事らしき食事であった。

翌18日は入浴である。入浴はここでも同様に、脱衣室で脱いだ衣服全部を熱気消毒室に入れる。頭髪をバリカンで丸坊主にされ浴室に入る。入浴は桶1杯(洗面器1杯分位)のお湯で、頭から足先まで全身を洗わねばならず、キャメル大の石鹸とこれだけの湯水で如何にして上手に洗うかを工夫しなければならない。こんな入浴であっても捕虜の身には仕方がないことである。浴室を出て着衣室で消毒された衣服を受取って着る。

発疹チフス予防対策は、ソ連では重大事であってシラミ退治は必ず行われる。それでもソ連抑留者で衣服シラミの経験をしなかった者は殆んど居なかったであろう。私も勿論経験をした。ソ連人の公衆浴場も同様の形式であって、都会ではシャワーもあるが、田舎の公衆浴場は矢張り桶に湯水を入れての行水のような入浴である。収容所の入浴は、その後1ヶ月にせいぜい2、

3回位ではなかったろうか。



収容所の浴場

桶一杯(洗面器一杯分位)のお湯をもらいうけ、頭から足先までこれだけの湯で洗わねばならない。

12月20日には部隊の総編成変えが行われた。佐官、尉官、下士官兵と別々に中隊を編成することになった。旅順の海軍も御船大佐以下6名の佐官は佐官中隊へ、下士官兵は下士官兵中隊へ、我々尉官（准士官を含む）は陸軍の遼陽教育隊の尉官と共に第6中隊へ編入された。

12月23日、新京将校第1大隊が到着、収容所に入って来た。この大隊は既に到着している新京将校第2大隊よりも新京を先に出発したそうであるが、黒河よりアムール（黒龍江）を渡河して、ブラゴエジチェンスクへ渡ってソ連入り、そのため新京第2大隊よりも遅れてマルシヤンスクに着いたのである。

これで日本人は海城大隊と新京第1、第2大隊の3個大隊、約4,000名がマルシヤンスク収容所に収容されたのであった。そして18個中隊ほどに編成され、全体の本部として連隊本部が設けられ、海城大隊の大隊長・戸田陸軍大佐が連隊長の任に当られることになった。

日本人約4,000名の内訳は、大佐約150名、中佐約110名、少佐約600名、大、中、少尉が約2,400名、下士官兵数百名、その他、満洲国の文官、警察官、満洲国軍の将校等であった。関東軍総司令部のお歴々が全部、それに方面軍司令部、師団司令部等の将校の集りである。収容所内には参謀肩章を付けた高級将校がずらりとといった状況で、佐官中隊では大佐であっても列兵であり、マルシヤンスクはいわば将校収容所であった。こうしてマルシヤンスク収容所の生活が始まったのである。

我々に対する取扱いについて、ソ連軍より、「給養（糧食）はソ連内務省の日本人俘虜管理規程に依り支給する。又国際法に基き、下士官兵には労働を課す。将校には労働は課さない。但し、将校でも希望に依って労働をすることは一向に差しつかえない」との通達があった。実にご立派な内容の通達であったが、その後の実

情はどうであろうか。これとは全く違った状況が訪れることばかりで、抑留者の苦勞の最大要因となった。

下士官兵は通達通り、早速作業が始まった。その数日後には、将校も軽作業位はやってはどうかと、ソ連側より話が持ちかけられた。適度の運動にと始めたわけである。各自ロープを持参して、川岸より木材を引っ張って運搬する作業であった。

12月27日、日本人の歯科患者の診療を、隔日の午後だけ私にやるようにとのことで、その時間だけは作業に出ないで診療の仕事をすることになった。医務室へ行ってみると、女医と称するソ連女性の監督のもとに診療をやるのだが、器械器具類は勿論のこと薬品も殆んどなく、出来ることはキャンフェニック、ヨードチンキの塗布位である。ブローチとクレンザーはあるが、そのホルダーはない。然し、これで治療をやれというのであるから無茶である。足踏エンヂンさえも当然ありはしない。治療台は普通の腰掛椅子を利用する。それでも日本人患者のために、応急処置だけでも何とかせねばと努力はするものの、このソ連女医は何にも知らなくせに小言ばかり云うのである。彼女が云うには、齲齒は一回目は治療して治るが、2度目に痛み出した歯牙は治療しても駄目だ。抜歯するよりほかに方法はないと云う。彼女は抜髄、根管充填までは可能だが、感染根管はどんなに治療しても治らない、抜歯する以外に方法はないと信じきって云い張る。いくら説明してやっても理解出来ないのである。

診療といっても、こんなことで何時も討論することばかりで、無知な監督者のもとでの診療であった。1ヶ月もたたない中だったと思うが、陸軍の歯科医科士官で特に希望する人がいたので、この仕事はその人（K少尉）に譲って私は毎日作業に出かけることにした。

昭和21年1月1日だけは全員休みであったが、2日からは平常通りの作業が始まった。今まで下士官兵が出ていたガス管理設工事に、今度は将校も出ると云うソ連側の要望である。これはサラトフよりモスクワまで天然ガスを送るガス管で、今までドイツ人捕虜が配管工事をして来たあとの埋設作業である。凍土をハッパで砕き、土を埋める仕事だが、酷寒積雪の中の作業、而もハッパを仕掛けるため、凍土に鉄棒で穴を堀るのが大変な労力で、まるで岩石に穴を堀るのと同然であった。これも初めの中は昼間だけの作業であったが、あとでは昼夜交代で夜間作業も始まった。酷寒の地（零下30～40度）での夜間作業等は寒さと飢えで本当にまいって仕舞いそうであった。

気温も零下20度までは、寒いといっても割合に凌ぎ易いが、零下20度より降下すると、先づ鼻毛が凍ってばりばりする。更に降下すると、防寒帽の縁に呼気が凍って附着し、白くなり、口の附近に呼気でつららが出来るようになる。中には鼻水を垂らしてつららになしている者もいた。

作業現場までは往復行軍で、ソ連兵が常にダワイ、ダワイと云って引牽して行くが、何しろ食糧が僅かで、何時も空腹状態では足も思うようには運ばない。

収容所の門の出入りには必ず人員点検があるが、日本軍は4列縦隊の隊列に並ぶのが普通だが、ソ連側は5列5列と云って5列縦隊に並べと怒鳴ってうるさいのである。人数を数えるソ連軍は、将校でさえも5列で数えないと、計算を間違える程幼稚なのには驚く。5列であってもよく間違えて何度も初めからやり直しをするのである。

作業現場にはルスキーマダム（ソ連女性）達が、日本人と物々交換にやって来る。日本人が欲しいのは何と云ってもパンである。空腹をカ

バーするためには、着ている衣服を脱いででもパンと交換する。一方ルスキーマダムは、日本人が持っているものは何でも欲しがる。如何にソ連人の物資欠乏が甚しきかを痛感する。こんなことで日本人は作業に出る時、所持品の何かを持ち出して物々交換をする。作業現場は日一日と物々交換の場となり、ルスキーマダムの数もだんだん増えて群れをなしてやって来るようになった。これを禁止させようとソ連兵の歩哨が彼女達を追っ払う。逃げる姿はまるで蜘蛛の子を散らすかの如き景観である。然し、歩哨の姿が見えなくなると、何処からともなく彼女達は再び現れて来る。こんなことを再三、再四繰り返す。更にルスキーマダム達も賢くなって、歩哨の際をみては現れ、その姿を見つけると逃げて隠れるようになった。

ソ連側も今度は、日本人が収容所の門を出る時に、服装検査をするようになった。衣類等を腹に巻いて持ち出していたが、これも後では発見され没収されるようになった。持ち出しに安全な方法は帽子の中か、フル（褌）の中に隠すか、或は身体に着込んで行って現場で脱ぐかである。誰しものが色々と工夫をするようになる。売買は物々交換だけでなく、ルーブル（ソ連の通貨）で取引するようにもなった。「ヤボンスキー・ショルク・イエス？」（日本の絹を持っているか？）或は「ヤボンスキー・コスチューム・イエス？」（日本の着物を持っているか？）と云って、日本の絹をととても欲しがり、色々と希望を注文するようにもなっていった。ソ連女性の日本の絹に対する関心は驚く程である。然し、彼女達は正絹と人絹の区別が判らず、人絹でもヤボンスキー・ショルクと云って喜んで欲しがっていた。

ソ連人の服装も次第に変化をして行く。女物の着物は勿論であるが、男物の羽織の裏地でブラウスを作り、得意そうに着ている女性の姿も

見かけることがあった。こうしてソ連人の間には、日本品の服装をするのがブームというか一種の流行のようになった。ソ連の女性だけでなく男性も同様に、中には日本の陸軍将校の軍服と長靴を着けて悦に入っている者もいた程であった。

作業の方も煙草工場、織物工場、マルシヤンスク駅（主として機関庫）運河作業等と各地に行かされるようになって、ソ連の状況を見聞する機会も多くなり、色々情報を得る事も多くなって来た。マルシヤンスクの町には可成り大きな教会の建物があつた。収容所よりマルシヤンスク駅へ行く時、その傍を通っていたが、帝政ロシア時代の教会も今は倉庫代りに変り果てていた。

労働条件と同様に、糧食も通達された俘虜管理規程どころではない。それもその筈、ソ連側関係者によって中間搾取されることが屢々で、それが当然のようであつた。我々はワダー・スープ（ウォーター・スープ）と云っていたが、

水のようなスープを朝夕2回、それに黒パンを1日1回（昼食）250グラム支給される。黒パンは水分が多く、目方に占める水分の割合は可成り多かつた。又薬屑が混っていることもあつた。スープは1リットルの空缶で計量して分配される。水のようなスープの中に極僅かの豌豆しか入っていない時など、まるで本当に水を飲んでいるかのようであつた。この計量配食の音でスープの濃度を判断するので「配食の音でスープの味を聴き」と川柳を詠んだ者もいた。材料はその他、小麦粉（糠を落さない茶褐色のもの）コーリヤン、燕麦等である。コーリヤン、燕麦はボリュームがあるので歓迎された。朝夕のこの水のようなスープは、これが実は主食兼副食であつた。

我々は年中飢えていた。食事が終わったその時から腹がへっているのであって、それは空腹とか、ひもじいとかいうような生やさしいものではなく、夜も昼も腹一杯食べてみたいとそれだけを思い続けていた。我々は僅かな食事を一片一滴も残すまいと、厳粛なおももちで咀嚼していたのであつた。

又時折少量の煙草が配給になるが、刻み煙草か、鋸屑のようなマホルカと云う煙草であつた。これを古新聞紙に巻いて吸うのである。

ソ連人も殆んどこの煙草を吸っているが、その都度古新聞紙に手際よく巻いている。ソ連では巻煙草は高級品の部類であつた。我々には古新聞紙も乏しいので、煙草を吸うためのマドロスパイプ作りを始めるようになり、作業場より白樺の木を持ち帰ってナイフ



上. 白樺で作った手製のスプーン
中. 荷物運搬用に持って行った竹で作った手製のスプーン
下. ソ連製の金属スプーン（後になってソ連人より購入した）



表



裏

マルシャンスクの煙草工場で造られる
マホルカ煙草の包装袋。
その中に鋸屑のようなマホルカを入れ
てある。



ソ連製巻煙草（パピロス）のパッケージ



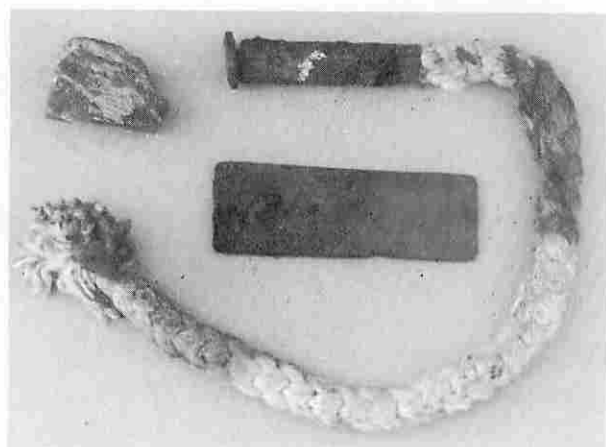
手製のマドロスパイプ

白樺を材料に、ナイフ一本で削って作った手製の
パイプ。孔は針金を焼いて通した。下のパイプは
栗莢も材料に使っている。

一本で削って作る。各人各様、色々の形が出来
ていたが、誰か「グラマンの模型かと思へばパ
イプかな」と詠んだものがいた。また煙草の火
をつけるために、原始的な火打ち石の火縄を作
って、その点火に使っていた。マッチは非常に
乏しかった。

マルシャンスクの冬は、夜が明けるのがとて
も遅く、日が暮れるのはとても早い。従って夜
が長く、昼間が短い。昼間といっても、どんよ
りとした曇り空の連続で、太陽の光りを見るこ
とは殆んどない。我々が住んでいるバラックは
昼間でも薄暗い。夜は電灯は勿論ないし、食事
の分配等は白樺の皮を燃して灯りにしていた。
食べる時は手探りで暗闇の食事である。中に何
が入っているかも見えない。口の中で何かコリ
コリするものがある。何だろうと思うと牛の頭
の軟骨である。誰かが牛の頭を車に積んで炊事
に運んでいるのを見たと言う。牛の頭、これが
我々に支給される肉であった。これは俘虜管理
規程の肉の支給量として、計量された代物であ
った。

収容所のバラックには、1個中隊150から
200名位宛入っていた。冬にはパーチカがあ



点火ボタンを引いて火縄を金属パイプより引き出し、火打石を金属板で摩擦して火縄に点火する。消火一出した火縄を金属パイプの中に引っ込めて消火する。



石油ランプを作り、作業に行った時等、機会があれば石油を盗んで来て夜の灯りにしていた。勿論、丁度ライターの焰の大きさ位で、足元がわかる程度である。これを1ヶ班(10名位)か2ヶ班に1個宛位灯していた。

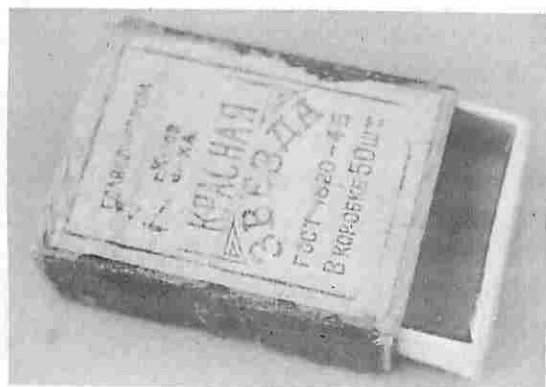
便所はバラックから6、70米も離れた野外にあるので、夜中にスモール(小便)へ行つて帰って来ると、体が冷え切って仕舞い寒

くて眠れなかった。便所は穴を長く深く掘った上に踏み板を並べてあって、壁も仕切りも何もないので、隣同士で話をしながら或は隣の者から煙草の火を貰ったりしてグロース(大便)をするのである。冬の寒気はお尻が冷たいというより刺すような痛さを感じる。朝の作業出発前など、便所が込み合っていて、踏み板に並んでしゃがんでいる直ぐ前には、各々次の順番待ちの者が立って待っているといった景観である。

深い便槽にはグロースが段々積もって山となり、それが凍結してまるで鐘乳石のようになる。この先端が遂には踏み板の所まで達する。この凍結したグロースの山を鉄棒で叩いて崩すのである。

用便後の手洗いは、水がないので雪氷を手で掴み取り、両手で押し揉んで解かし、こすり合せて洗っていた。すると、冷たくて手が痛くなるので、素早く服の下に手を突っ込んで体温で暖めていた。

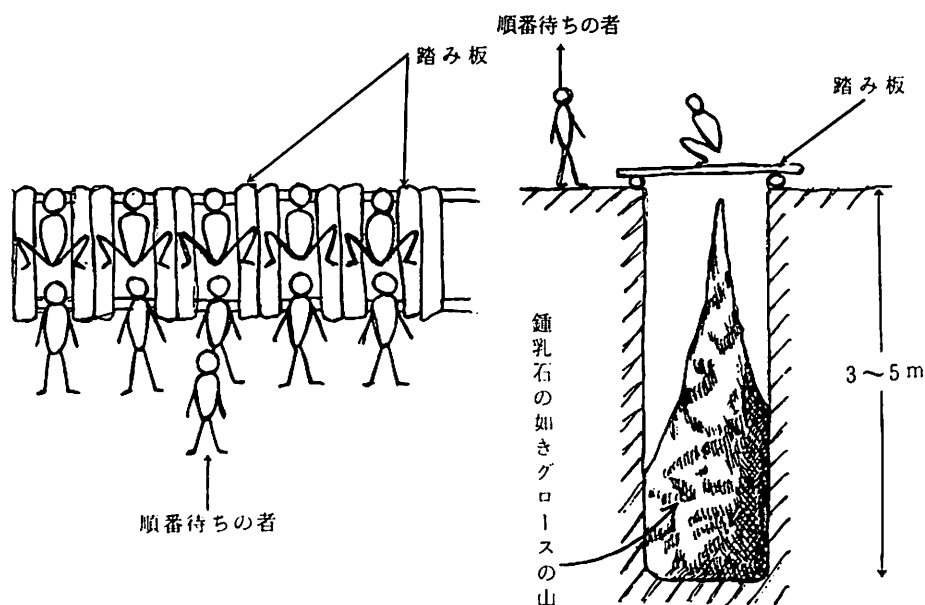
暖かい季節になると、この仕切りのない便所も風通しがよく、新鮮な空気を吸いながら、又、



ソ連のマッチ箱
クラスナーヤ・ズベズダー(赤い星)

るにはあるが、燃やす薪が乏しいので殆んど暖房なしと同様である。人がぎっしり入っている。なのでそのお蔭でどうにか寒さを凌ぐといった状況であった。中隊が作業に出た後に残留した少人数の時など、ほんとうに寒くて堪えられない程であった。

灯りも追々と工夫して、靴墨の空瓶で小さな



収容所便所の略図

た頃だったと思うが、収容所内で、突然「坂口さんではないですか」と声をかける陸軍の将校があった。こんな処で、私を知ってる人がいるとはびっくりした次第である。そして「九州齒科、後輩の渡辺です」と云われる。その人は今日、熊本市八王寺で開業の渡辺富美

雲雀が囀るのを眺めながら用を果すことも出来ると慰めるよりほかはなかった。

初めの中は誰でもチリ紙を持っていたが、だんだん乏しくなって、作業に出た時に紙という紙は何でも拾って来るようになった。夏になると作業隊などでは、木の葉っぱなどを利用して

いた。収容所内には一応井戸があったが、その水は臭くてにおいがしていた。特に冬は井戸の縁が凍って、穴がぐっと狭くなり汲み上げ難かった。やっと汲み上げた水も速ぐに凍って仕舞う。だからその都度使用するなど到底不可能だし、真黒な顔や手を洗うことも出来ず、歯磨きはおろか口を漱ぐことも出来なかった。口腔内は歯垢だらけで布切れで拭き取る位が精一杯であった。こんな状態だから洗濯などは及びもよらないことで、冬の間は下着に到るまで着たきりであった。しかし、栄養欠乏のせいか下着の汚れはそれ程ではなかった。

マルシヤンスク収容所に入って1ヶ月位過ぎ

男先生(陸軍少尉)であった。全くの奇遇であった。

陸軍の古山少尉と福留少尉が作詞した歌がある。これは「マルシヤンスク収容所の歌」となり、日本人皆で愛唱していた。

幽窓の歌(マルシヤンスク収容所の歌)

古山少尉 作
福留少尉

1. 吹雪にウラルの 山を越え
見知らぬ欧ソの 曇り空
心も軽く 来しかども
期する皇国再興の
誓いも固し ウクライナ
2. 今幽窓を 叩く雪
冷たき^{れいど}圄^うの 身に想う
帝や如何に^{みかど} おわすかと
今日も^{ひま} 東の
明くるに遅き 松林

た人達の衣類や調度品、大切な奥さんの晴れ着などが提供され、その他劇団の人達によって現地のいろんなものを材料として工夫されていた。

この蛙座も後述するアンチ・ファシスト本部（反ファシズム本部）によって、後日解散を命ぜられる運命となった。その理由は反動的な演劇であると云う。そしてアンチ・ファシスト本部の手によって、政治教育を目的とした劇団が新たに作られていった。

日本人抑留者向けとして、ハバロフスクで、「日本新聞」というタブロイド版4頁の新聞が創刊され、各収容所に配布されて来る様になった。記事は国際情勢、主としてアメリカへの非難、祖国の出来事や情勢などを取り上げている。然し、その見方や解釈の仕方はソ連側の一方的な取扱いであった。この新聞は、政治教育を目的とした記事で編集され、民主運動の組織者、宣伝者、教師として日本人捕虜の上に君臨していた。

又、ソ連共産党機関紙ブラウダや、政府機関紙イズベスチャーの記事の中で、日本に関するものを連隊本部で訳し、各中隊に伝達されていた。日本の状況はこれ等の新聞で入手していたが、すべてソ連側の取扱いであるので、真実の状況は更に想像判断するよりほかはなかった。

ソ連側より収容所での壁新聞を作ったらとの働きかけがあり、新聞班が出来ることになった。元朝日新聞の記者をしていた「陸軍中尉」が中心となり、運営を始めた。そして、この壁新聞たるや「民主主義を基調とした新生活運動を！」と唱え出し、次には「軍隊機構の廃止と日本人集団の民主的運営へ」との宣言を出したのである。

我々は日本帝国主義者がやった侵略戦争に利用された犠牲者であるとか、又、兵隊と将校、下級将校と上級将校との間の階級闘争的な思想を煽動し始めたりしていった。

この新聞班はソ連側のザヴィジェフ政治部長の指導を受けていたようで、その地位と勢力を拡大してアンチ・ファシスト本部へと発展していった。更に、文化部というのを設けて演劇や音楽など文化活動を通じ、或は民主主義講座、研究会、読書会などといって共産主義理論、マルクス・レーニン主義の勉強会を民主化運動として展開して行った。又、革命方式として武力革命、平和革命の各々の具体的手段や実行方法に至るまで教へられるようになった。

昭和22年1月21日には、遂に収容所内の機構改革を断行し、それまでの連隊本部を解散させ、このアンチ・ファシスト本部（リーダー元新聞記者の「陸軍中尉」）が日本人全体の運営と活動一切の指導権を握ったのであった。

話は元に戻り、我々がマルシヤンスク収容所に入って間もない昭和21年1月頃、全員の身分調査が行われた。各人の経歴、身分、職務、それに家族の状況等の調査があった。戦犯容疑の扱いを受けた人達は、其の後も再三の取調べを受け、戦犯容疑者として取り扱われることになった。特務機関関係、憲兵、特高警察、軍の要職にあった人達などであった。

昭和21年1月31日には、作業隊の派遣が始まり、先づ下士官兵中隊がビンスクへ伐採作業（第1次ビンスク作業隊）に派遣された。ビンスクはマルシヤンスクより40軒程離れたところで、そののラーゲル（収容所）に泊り込んで森林の伐採作業をするのである。その後ビンスクよりの連絡によれば、腰まで雪にめり込んでの伐採作業で、とても重労働だとか、又山林を歩いている時、枯れた大木が何時何処から倒れて来るか判らないといった非常に危険な環境であるとか、そしてこの倒木のため作業隊に数名の犠牲者を出したとのことであった。

昭和21年3月に入ると、マルシヤンスク収容所では、日本人の身体検査をするとソ連側よ

りの指示があった。検査に当るのはソ連の女軍医（少佐だったと思う）で、診察の方法は、1人宛女軍医の前へズボンを引き下げお尻を出して後向きに進む。すると女軍医は我々のお尻をつねって、一級、二級、三級、OKと四階級の判定を下す。これがソ連の身体検査であった。お尻の肉の付き具合で判定するとは実に面白い国である。一、二級は労働可。三級は軽作業。OKは作業免除ということだった。私はこの時三級と診断された。

3月15日に、日本人部隊は身体検査の結果に従って、一、二級中隊、三級、OK中隊と編成変えが行われ、私は三級中隊に編入された。

3月22日、将校一、二級中隊約500名がビンスク伐採隊（第二次ビンスク作業隊）に派遣されることになり、それまでの下士官兵中隊（第一次ビンスク作業隊）と交代することになった。旅順の海軍も尉官の大半がこの時ビンスクへ派遣された。

2度目の身体検査で私は二級と判定され、4月1日に一、二級中隊（第13中隊）へ移動させられた。今度は陸軍ばかりの中隊の中に入った。

4月になると、マルシヤンスクは解氷期に入る。解氷期は周囲が泥んこになって汚い。それでも春の訪れと共に、誰しもが戸外の空気を吸いたくなる。収容所の中央に池があって、作業が休みの時など、この池の辺りを散歩し始める。マルシヤンスク収容所はいわばインターナショナル収容所であって、約7,000名のドイツ人を筆頭に、次が約4,000名の日本人、更に、オーストリア人、ハンガリー人、ルーマニヤ人、ポーランド人、チェコスロバキヤ人、ユーゴスラビヤ人など、全部で14ヶ国人程が入って居た。従って、この池の辺りは各国人の国際交流の場といった感じで、各国の言葉が入り混っていた。日本人とドイツ人との間は、ドイツ語、

英語、ロシア語が使われていた。

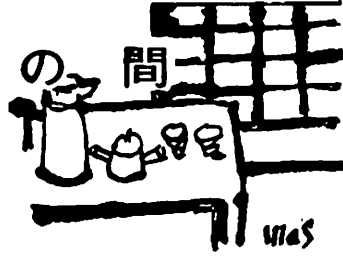
或る時、この池の辺りで、シュネル、シュミッツ、ブッビィーと云う3人のドイツ人が私にドイツ語で話しかけて来たことがあった。彼等は私に衣類を持っていないかと、そして、日本円で買うというのである。何故彼等が日本円を持っているのだろう。彼等と雑談をしていると、彼等は収容所のソ連軍司令部の炊事の仕事を毎日行っているとのことであった。なるほど、日本人の所持品検査の際、ソ連側が没収した日本円を手に入れているとしか考へられないことだった。

其の後、彼等は私に遊びに来いと誘っていたが、収容所内は各国人毎に地区が分けられていて、他国人地区への立ち入りは一応禁じられていた。ところが3人の中の1人、ブッビィーが帰りも送るからと云って、ドイツ人地区に私を連れて行ったことがあった。行ってみると、彼等3人は私を歓待してくれ、他のドイツ人にも紹介したりした。そしてバウムクーヘンを御馳走してくれた。収容所の中でこんなものが食べられるとは実に驚きであり、その味も格別であった。彼等にその材料と作り方を尋ねたところ、材料はメリケン粉、砂糖、鶏卵、バター、コーヒーマルチンなどとのことで、気の遠くなる様な物ばかり。そして作り方も説明してくれた。ソ連抑留中にこんなおいしいものを食べたのはこの時唯一度だけであった。そのおいしかったことと云ったら、今日でも忘れられない。彼等3人は捕虜の中でも特別要領よく生活しているようで、収容所内にも裏には裏があることを知ったことだった。

それから間もなくの昭和21年5月18日より同年12月30日までの約7ヶ月半、私はマルシヤンスク収容所を離れて農場作業隊へ、更にビンスク伐採作業隊へと派遣されることになったのである。（つづく）

ホール・イン・ワン

茶



飛ばなかった T.D.A.

人はそれぞれ長い人生の中で、幾つかのスポーツを経験する。それが必ずしも意志の強弱を云々することなく、或る程度、変遷するのが自然であろう。

私は、戦中派に属する者で、学生時代のスポーツといえば、柔道、剣道、銃剣道の3つと、専門学校時代のラグビー位である。

一番印象に残るのは、ラグビー部に入部し、イモ腹でグラウンドを駆け廻り、猛練習をし、試合に出ては敗戦の口惜し涙で、部員一同号泣し合った頃が、懐しく思い出される。

市歯会入会当時、野球部に入り、球拾いをさせてもらい、メンバー不足で、9人の中に入れば、必ず私のミスで負け試合に終わった頃も、つい先日のように、脳裏にうかぶ。

40才代、弓道と、狩猟に夢中になった。

弓道のヒチメンドウな道への求道精神が、今日の私を、形成したのだろうか？

猟犬と山野を跋涉した頃は、良くぞ男に---と思ったものである。

昭和44～45年頃、M先生の紹介で、湯の谷GCのメンバーとなる。

練習しても、ボールに当たらない。当たっても、真直ぐに飛ばない(今日でも)

而も、頭の中半分には、「ゴルフ位で運動になるものか」(今日ではヘトヘト)というのか、

(東部4) 渡辺 益雄

コースに出るのを、遅らせた。

メンバーとなって、2～3年後、ある日、初めて仲間と湯の谷に出かけた。

コースに出た。

緑、空気、太陽が匂う。

日本にこんなに広い緑の場があったのか。命が延びる。

“感激、感激”

それ以来、とりこになる。

さて、私にとって、昭本、東急、東南の各デントタルは、仲間なしでも出かける唯一のコンペである。

スポーツは皆そうだと思うが、特に、ゴルフはメンタルもので、パートナーの動き、言葉の一つでも、プレーに作用する。

ゴルフは、ホールインワンと言う言葉は、誰でも耳にし、身近に感じている。

ショートコースでは、誰でも常にピンを狙う。

外るれば、芝を叩いて、悔しがり、天を仰いで、慨嘆する。同時にパートナーが、同様の失策することを願いながら、心ならずも、「ナイスショット」と拍手を贈る。

これが吾々のゴルフマナーである。

たまたま、今年春、東南DGに一人、はぐれ鳥で出かけた。私にとって、いっものパートナーがいらないという事は、全ての、プレッシャー、

障害、0である。

ハンデー、グロス、ネット、問題外である。

当日の東南GC、7番、池越えのショートコースは135mである。

使用ボール、D青丸7。

ティを低めに置く。

躊躇することなく、5番アイアン、軽めに、インパクト時に左手を前に伸ばす。

ボールは高く上がり、ピンに被ぶりながら落下していく。

「ナイスショット」心に叫ぶ。

パートナー3人が同時に「ナイスショット」

ボールが、グリーン上に、ワンバウンド、ツーバウンド、後は見えない。ピンに「ガチャン」と当たる音。

突然7番グリーン上から、ワー吼る。
ウォー吠る。

バターが上がる。

パートナーが、入ったとどなる。

6番グリーンが、バターを上げ、何か叫ぶ。

一瞬（マサカ、ハネタ、モンヤ）

帽子を取る。

血が昇る。

7番グリーンへ向う。

周囲で何か叫ぶ声がする。足が宙を歩く。

前の組が、バターに入る前に、キャディが、ピンを抜き、ボールを取り出すが見えた。

「ヤッパリ」

グリーン上から、キャディがボーとボールを投げ返す。

「確かにD青丸7だ。」

前の組とパートナーがグリーン上でバターを

楽しむ間、空白、「ナーンだ、これがホールインワンか」味気ない、一瞬思う。

その間、カードに「1」と記入する。私の生涯で、特筆事項である。その後は、プレイ処ではない。事後処置の事で、頭は一杯。

終了後、参加者一同に、「お目出度う」と祝福される。なにか、挨拶をしなければと思うが、うまく出てこない。

内心、不調法な男だ。参加者ざっと45名。ソロバンを胸の内ではじきながら、「後日、御案内致します」とお茶をにごす。

河野先生の御配慮で、東南GCより、ホールインワン賞を頂く。（熊本→仙台間TDAの往復ペアー券）

帰りの車の中で、「大変な事を仕出かした」と頭が一杯。幸い仙台行の航空券を頂いたので、これで、老妻と2人、三陸沖の魚でも食べに行き、日頃の労を犒おう（特殊な事だ）

夕飯の話題はホールインワンの瞬間の事、事後処置の事、仙台での料理の話で賑う。

後日、東南GCより記念植樹の電話、返諾。

先日、東南デンタルに出場。

7番グリーンに向い、ティショット。

「チョロ」スコアカードに5と記入する。

グリーン横に、寄贈の榎の木が、私のプレーとは無関係に、11月の風を受けて立っていた。

我が家の洋酒棚には、ホールインワン賞のTDA航空券（有効期限54年7月19日）が、そのまま納まっている。

三陸沖の漁どころではなく、私自身デンタルの肴であった。

みんなの歯の

無料検診

口腔衛生委員会では、県歯科衛生士会の後援を得て、54年11月18日(日)例年通り口腔保健センターにて、無料検診を行った。

今回は無料検診、歯料一般相談、フッ素イオン導入、資料配布の他、刷掃指導にも力を入れ、歯ブラシ(成人、小児用)、コップを無料配布し、ブラークテスターを使用して実際に刷掃を



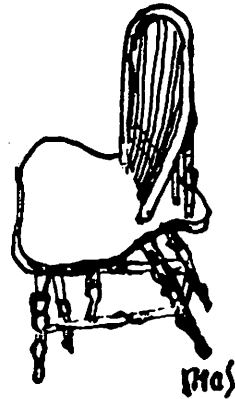
口腔衛生委員長 関 剛 一

行わせ、その場で一人一人指導を行った。無料検診、相談者(230名)、フッ素イオン導入者(112名)と毎年来センター者も増加しているのであるが、我々委員会ではより一層の広範囲な歯科啓蒙活動の為、より多くの一般大衆を対称としなければならないと反省している次第である。





Dining Room



基金通報だより

おたずねにこたえて

問 すでに充填されているアマルガで、未研磨と思われるもの、食物の残渣物等が停滯しやすく、二次カリエースが発生しやすくなったようなものの研磨は認められないか。

答 受診期内に研磨を行なったもの以外で、そのような状態になっているものに限って認められます。(注)病名ア充不適(調整)

問 歯槽膿漏と増G、肥G等の監別診断に、EPP(盲のう測定)を用いても認められるか。

答 認められます。

(注) 診断病名が増G肥G等であった場合は、摘要欄に(EPP)Pの疑い又は監別診断等記入してください。

療養の給付に関する疑義解釈について

問 口腔内の良性腫瘍に冷凍凝固法を行った場合は何点か。

答 甲表区分「368-2」の「1」及び同区分の注を準用して算定して差し支えない。(良性腫瘍摘出手術 180 点に冷凍凝固法 100 分の 50を加算した 270 点)

問 埋伏歯の抜去や顎骨骨内病巣を除去し、一部開創する必要がある場合、後日二次的に創腔の閉鎖を行ったときは何点か。

答 区分「245」の「1」により算定する。(歯肉弁切除の 90 点)
ただし、減張切開を行って創腔の閉鎖を実施

(昭和54年11月1日 保険発80号)

した場合は、区分「253」を準用して算定して差し支えない。(歯根端切除手術の 620 点)

問 出血創の保護と圧迫止血の目的で、レジン等でシーネを作製し、装着した場合は何点か。

答 区分「258」を準用して算定して差し支えない。(線副子(1顎につき) 440 点、装着料を含み 470 点)

問 根管外に溢出または突出した異物を除去した場合は何点か。

答 歯槽骨の開さくを行い、異物を除去した場合は、区分「253」を準用して算定して差し支えない。(歯根端切除手術の 620 点)

おたずねにこたえて

(浸潤麻酔について)

問 骨整、抜歯窩再搔爬、GP、には浸麻は請求できませんか。

答 いずれも手術ですから算定できません。

問 抜髄に浸麻は1歯単位で差し支えないとありますが、大臼歯100点の場合は認められないのはいかなる理由によるものでしょうか。

答 麻酔料算定の解説に100点以上の処置については、浸麻の費用が含まれていると記載してあります。したがって現時点では算定できないことになります。

問 う蝕症等の処置に必要なあって行なった浸麻は算定されるでしょうか。

答 特に規定されているもの以外は差し支えあ

りません。

問 歯冠形成(窩洞を含む)に浸麻はどうでしょうか。

答 浸麻、TeK、歯肉圧排、特定薬剤の費用を含むとなっていますので、当日の算定はできません。

問 検査に際し麻酔を行なった場合はどうでしょうか。

答 手術前に行われよものについては、算定されます。注その旨記載して下さい。

(参考)病理組織顕微鏡検査のための歯肉組織採取の費用は区分「245」-1の歯肉弁切除の90点。

歯科留意事項

○歯髄疾患による抜髄等の場合の病名は、原則としpulとします。(注)per.C等の病名は適当ではありません。(傷病名記載略称より)

○抜髄の費用の算定は、抜髄が完了した日において算定します。抜髄が完了する日前に歯髄の一部について抜髄を行った場合は、普通処置の所定点数により算定します。

○抜髄と同時の普通処置料の算定はできません。

○根充と同時の根治料の算定もできません。

○即日抜髄根管充填(即充)の予定で抜髄し、次回に根充を行った場合は、初回に抜髄料と普通処置料。次回に根治料と根充料が同時に

算定できます。ただし、失活法による場合は、根充料と根治料のみが同時算定されます。これらの場合は、摘要欄に次回根充と記載する必要があります。

○抜髄に付随して行う根管拡大料の算定はできません。

○同一歯牙について抜髄及び歯髄切断をあわせて行なった場合は、抜髄の所定点数により算定します。

○歯髄切断を行い覆罩を行っても覆罩料の算定はできません。

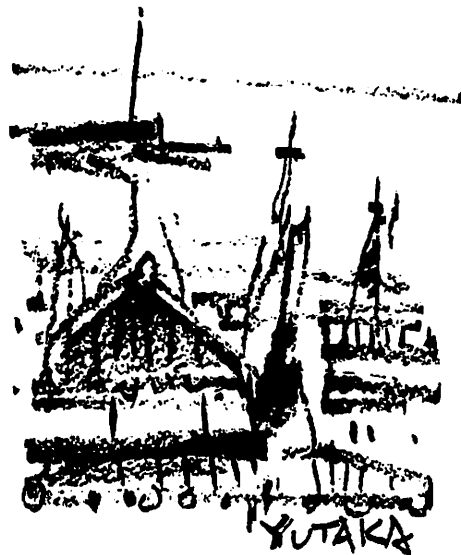
○根管形成、加圧根充の加算点数の算定は、乳

歯には認められません。ただし、永久代用乳歯については差し支えありませんが摘要欄にその旨記載願います。

○根管形成の行われていない加圧根充加算の算定は認められません。

○抜髄を行い歯根膜炎を併発した場合、根治を

行い同時に同歯の軟処置を行なっても、軟処置料についての算定はできません。ただし、軟処置のみを行った場合は差し支えありません。併発時の病名はpul→perで記載願います。





新入会員紹介



氏 名 森 山 一 彦 昭和15年12月6日生

自 宅 熊本市国府三丁目11～8

(TEL) 63-0082

診療所 "

(TEL) "

趣 味 スポーツ・釣り

好きなことば

なし

経 歴

昭和34年3月 宇土高等学校卒業

昭和40年3月 日本大学歯学部卒業

昭和40年5月～41年5月

室蘭市上田歯科勤務

昭和41年6月～54年12月

宇土市森山歯科勤務

昭和55年1月 現地開業

家族構成

森 山 京 子 昭和17年10月10日

妻

森 山 尚 子 昭和42年8月3日

長女

森 山 佳 子 昭和46年9月11日

二女



氏 名 ^{み と ぬ}三 筈 ^{つかさ}司 昭和26年3月8日生
 自 宅 熊本市京町本丁10の24 (TEL) 24-0658
 診療所 熊本市手取本町8-5-402
 緒方歯科クリニック (TEL) 24-3315
 趣 味 水泳、ゴルフ
 好きなことば
 和

経 歴

昭和44年3月 熊本商大附属高等学校卒

昭和51年3月 日本歯科大学卒

家族構成

三 筈 千 波 昭和28年4月19日 妻
 三 筈 貴 司 昭和54年8月22日 長男



氏 名 大 嶋 健 一 昭和23年6月11日生
 自 宅 熊本市龍田町弓削1100-6番地 (TEL) 38-8609
 診療所 熊本市坪井2丁目5-9 (TEL) 43-7007
 趣 味 映画鑑賞
 好きなことば
 なし

経 歴

昭和42年3月 熊本県立済々黉高校卒業

昭和51年3月 日本歯科大学卒業

昭和51年～54年8月 川崎市山田歯科にて勤務

昭和54年10月 広岡歯科医院勤務

昭和55年3月 現地にて開業

家族構成

大 嶋 弓 子 昭和30年1月20日生 妻

編集後記

若さの中に埋没するのが怖いから小走りに駆けて来た。

このごろ、過去の記憶をたどると、ふと心の空白を感じることもある。それはそれでしかたない。今からはスピードはおちても、その空白をうめていこうと思う。時代の流れも無理をする時ではなくなったのだから。

元島 博信 記

あけましておめでとうございます。

昨年の暮あたりから金の価格が驚異的に急騰し、又石油の値上りの為それらに関連する物価も上り、80年代突入にあたって、とりわけ我々歯科界に世界経済の高波が大揺れに揺れて押寄せています。自由経済の管理の中にある歯科材料が高くなり、又税金、人件費も高くなる一方、保険という統制の下に敷れている現在、その防衛手段は会員の先生方頭痛の種だろうと思います。情報時代の氾濫の中で、世界の動きが報動されるとその蹴寄せがすぐに跳ね返るような歯科界とは情けないものです。先生方はどのようにお考えになられていますか。色々お教えいたぶきたいと思います。今年も一年間会員の情報機関でありたいと念願致しております。

牧野 敬美 記

熊本市歯科医師会会誌

第 32 号

発行日 昭和 55 年 3 月 31 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