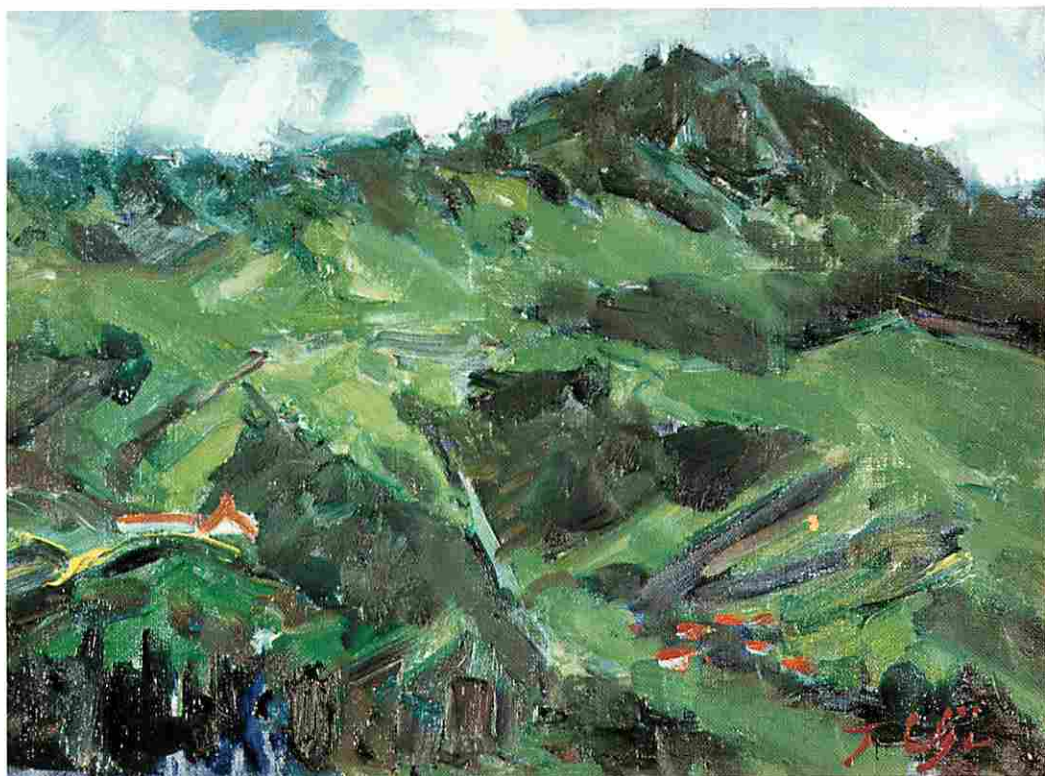


# 熊本市歯科医師会会誌

第 38 号



1981. 12

..

\*\*\*\*\*  
\*  
\*  
\* 表 紙 の 言 葉 \*  
\*  
\*  
\*  
\* 今回の絵は宇治寿康先生から頂き \*  
\* ました。 \*  
\*  
\* ゴルフをされる先生方の中には、 \*  
\* 見覚えある景色だと思います。 \*  
\*  
\*  
\*\*\*\*\*

## 目 次

### 勉強部屋

|                       |                        |   |
|-----------------------|------------------------|---|
| 心身障害者（児）の歯科の概要 .....  | 福岡歯科大学講師 緒 方 克 也 ..... | 2 |
| 歯科緊急時における緊急処置とその予防処置  |                        |   |
| 九歯大 西 正 勝教授講演より ..... | 学術委員 野 村 雄 幸 .....     | 4 |

### 茶 の 間

|                            |                     |    |
|----------------------------|---------------------|----|
| 私の初夢（歯科未来学その2：各論 予防） ..... | （東部3） 岩 村 泰 行 ..... | 10 |
|----------------------------|---------------------|----|

### 展 望 室

|                         |                 |    |
|-------------------------|-----------------|----|
| 病院・診療所の建築規模及び資金計画 ..... | 医療金融公庫だより ..... | 12 |
|-------------------------|-----------------|----|

### 委員会活動

|                     |               |    |
|---------------------|---------------|----|
| 第2回学校保健シンポジウム ..... | 学校歯科委員会 ..... | 16 |
| 第5回バレーボール大会 .....   | 厚生委員会 .....   | 17 |
| 親睦旅行“柿狩り” .....     | 厚生委員会 .....   | 20 |

### 作業部屋

|              |    |
|--------------|----|
| 臨時総会報告 ..... | 23 |
|--------------|----|

### 告 知 板

|              |    |
|--------------|----|
| 新入会員紹介 ..... | 24 |
|--------------|----|

# 心身障害者(児) の歯科の概要

## 福岡市 幼・小児と心身障害者 のための歯科医院



### はじめに

福祉に対する考え方の進歩と、歯科学の発展の結果、近年心身障害(児)への歯科管理が方々で取り上げられつつある。すなわち、その必要性が歯科医療供給側から上げられ、様々な形で供給体制が組まれている。一方では広く社会の中に生きる人間としての障害者がクローズアップされて、その中で当然のことながら歯科医療への要求も強くなってきている。

しかし、心身障害者(児)の医療は、この両者のみで行なわれるのではなく、潤滑油的役目として行政の存在がある。行政の正しい理解は彼らへの歯科医療普及への大きな力ともなる。

今日の心身障害者歯科は、多面的に取り組まれており、単にう蝕の治療のみでなく、プラークコントロールに始まって歯周病の予防と治療、発音、咬合、咀嚼、嚥下の機能回復と訓練への参加、定期的管理と指導、および予防というように、治療と機能回復を含めた総合的な管理が要求されている。

### 1 心身障害者とは

心身障害者とは、肢体不自由、聴視覚障害、言語機能障害、固定的臓器(心臓、呼吸器など)機能障害の身体障害や精神薄弱などの精神的欠陥を有するために、長期にわたって日常生活又

福岡歯科大学講師 緒 方 克 也  
は社会生活に相当な制限を受けるものをいう。

これら心身障害者の中には、通常の歯科治療を受けるのが困難な者がある。このような患者は、障害者自身が自ら通常の歯科医療を受けるような適応がないので、治療を行うためには歯科医療供給側からこれに対応しなければならない。心身障害者の中には歯科治療を受けることに何らかの困難を持つものが存在するが、一方で、困難性を全く持たない障害者も存在する。

この前者を歯科的障害者 - the dentally handicapped - という。(表1)

### 2 心身障害者(児)の歯科医療供給の場合

心身障害者(児)のウ蝕罹患率については種々の報告があるが、最近の報告では健常者と比べても差がないといわれている。しかし処置率は著しく低く、また喪失率は高い。すなわち、ほとんど処置がなされていないのが現状である。

これらの歯科的疾患をどのような場所で治療するのかは、これからの問題でもある。

第1次医療：一般開業医院、歯科診療所での障害者歯科

- ・保護者への適切な指導と教育
- ・質を落さないでできる限りの処置
- ・応急処置
- ・第2次、第3次医療機関への紹介

- 予防と定期的管理

これらを地域医療という範囲の中で行う。

第2次医療：病院歯科、歯科医師会センターでの障害者歯科

- さらに高度な歯科処置を行う
- 組織としての保護者への教育と情報の提供
- 専門医、専門医療機関への紹介
- 啓蒙的活動を社会に対して行う

第3次医療：専門病院、歯科大付属病院

- 最終的な歯科医療供給の場として、良質で幅広い歯科治療を行う
- 機能回復訓練の計画と実際を行う
- 保護者に歯科管理の総合的な指導を行う
- 定期的観察を行う
- 地域歯科医院への報告と管理依頼を行う
- 入院体制下に全身麻酔なども応用する

以上のように、歯科医療供給の立場によって、その供給内容もちがいが生じる。それぞれの立場で障害者歯科に参加しなければならない。

### 3 障害者（児）歯科は何が問題か

#### i) 取り扱いの問題

##### a) 行動の管理

精薄患者や自閉症患者のように治療に対する理解がなく、歯科治療への適応性が少ない場合と、脳性麻痺にみられる不随意運動、過緊張のため同じ姿勢を長時間つづけることができないため、歯科処置に困難性が生じる場合の2つがある。これらの取り扱い法は以下の方法を組み合わせて行われている。

##### イ) 通常の方法

##### ロ) T.L.C法 (Tender Loving Care)

##### ハ) T.S.D法 (Tell, Show, Do)

##### ニ) 行動変容法

##### ホ) 強制治療（人による押え込み、レストレーナー、抑制帯）

##### ヘ) 鎮静法（笑気吸入、静脈内鎮静法）

##### ト) 全身麻酔法（入院、外来）

#### b) 医学的管理

歯科治療を行うことによって、有害な影響を受けやすいものを有する患者への全身管理。

たとえば、血液病、虚血性心疾患、高血圧症、脳血管障害などがあげられる。これらの取り扱いは以下のことに注意して行う。

##### イ) 医科からの情報収集

##### ロ) 感染の予防

##### ハ) 止 血

##### ニ) 治療中の呼吸、循環のモニタリング

##### ホ) 全身状態の評価

#### ii) 治療内容についての問題

心身障害者（児）はいろいろな問題から歯科治療を受け難い。特に学童以上になると一般歯科医院で押えても不可能なことが多い。そこで、最初に治療する際、決して姑息的処置でなく、永久的な、良質の治療を行う必要がある。現在の障害者歯科は抜歯を可及的にさけ保存を優先している。

その理由は、多くの障害者には有床義歯が極めて難しいからである。欠損に対しては少し無理をしてでも架橋義歯で補綴する。

歯周病については、小児期から十分な注意を払い、コントロールしなければならない。

矯正治療は適応が少ないが、やれるケースには積極的に行う。

顎機能回復訓練は、歯牙萌出前より計画的に根気よく行わなければならないし、今後の障害者歯科の中で大きな要素となる。そして徹底したブラークコントロールが必要である。

以上のように多くの問題を持った歯科医療であるが、歯科医である以上、障害者に全く無縁ではあり得なくなってきた。要は、患者に歯科管理上何が第1になされなければならない

ないかを判断し、適切な指導と処置を行うことが、心身障害者への歯科医としての完全参加といえよう。そしてそれは、彼らを受け入れる心があれば、決して難しいことではないと思われる。

表1 歯科的にみた心身障害の種類

| 障 害 の 種 類 |             |                                                      |
|-----------|-------------|------------------------------------------------------|
| I         | 中枢神経の障害     | 精 性 麻 痺<br>脳 て ん か ん                                 |
|           | 神経筋系の疾患     | 進行性筋ジストロフィー<br>多 発 性 硬 化 症<br>脳 ポ リ 症<br>ボ の 他       |
| II        | 情 緒 障 害     | 小 児 自 閉 症                                            |
| III       | 感 覚 器 の 障 害 | 盲 聾                                                  |
| V         | 血 液 疾 患     | 血 友 病<br>白 血 病<br>紫 斑 病<br>そ の 他                     |
| VI        | 全身疾患または慢性疾患 | 小 児 リ ュ ウ マ チ<br>ネ フ ロ ー ゼ 症 候 群<br>小 児 結 核<br>そ の 他 |
| IX        | 言 語 障 害     | 禿 唇 口 蓋 裂<br>I、II、IIIと関連あるもの<br>そ の 他                |
|           | 心 臓 疾 患     | 先 天 性 心 疾 患<br>後 天 性 心 疾 患                           |

緒 方 克 也

1947年 熊本市生れ

1972年 神奈川歯科大学卒業

" 助手（麻酔科）

1977年 日本歯科麻酔学会認定証 第38号

1978年 第3回世界歯科麻酔学会議組織委員

1979年 神奈川歯科大学 退職

日本歯科麻酔学会評議委員

福岡市にて小児と心身障害者のための歯科医院を開業

1980年 歯学博士

「精神鎮静法」の精神作用に及ぼす影響」

福岡歯科大学 講師（麻酔学）

## 歯科緊急時における緊急処置とその予防処置

学術委員 野 村 雄 幸

### ショックの概念

2000年前項より色々と云われてきた。血圧の低下と考えられたものが、ベトナム戦後頃より病態生理学の確立とともに、組織の循環不全、代謝不全等悪循環の問題が左右して体液因子の問題へと向っている。

### 循環系の特徴

### 血管床と血量の関係

正常血液量 70～80 ml/Kg

60 Kgの人で4～5 l

血液量の最も多い部分は静脈系 48%  
で治療時に問題となるから憶えて頂きたい。

尚、動脈系は 12% 1 l

教室での、上頬切除時の出血量は2 l位である。

交通事故時の一時的大量出血、或は血液成分の異常、体の調子が悪い人、貧血、他に種々因子がなければ、1.5ℓ位の出血には輸血しなくてすむ。

#### ショックの種類

1. 神経性ショックー血管床の急激な拡張
    - a) 起立性低血圧 反射性血管収縮  
座位診療時おこり易い。
    - b) 頸動脈洞反射 血管拡張と心拍出量の低下。
    - c) 痛み反射 歯痛反射、口腔領域に多い。
    - d) 眼、心臓反射 上頰洞根治術の刺戟等で余り多くない。
    - e) 迷走N反射 喉頭、気管支への刺戟
  2. 敗血症ショック
  3. アナフィラキシーショック  
末梢血管の拡張、局麻に関係あり
  4. 低血量性ショック
    - a) 出血性ショック  
全血量の30%出血で血圧に変化。  
1500ml位になるとショック症状がでる。
    - b) 体液の喪失  
火傷、激しい嘔吐、下痢。
  5. 心原性ショック  
心筋梗塞患者は、或る期間をおいて治療。
- 臨床症状
- a) 皮フ粘膜  
顔面蒼白、皮フ湿潤、冷汗
  - b) 四肢の血管  
低血量ー血管収縮
  - c) 精神症状  
刺戟に対して覚醒、応答なき場合注意
  - d) 脈 博  
60以下の場合、心拍停止3分以内に蘇生術必要
  - e) 爪 床

圧迫により直ぐ戻らぬ場合は異常

#### f) 呼 吸

患者の1分間の正常呼吸を知ること。胸を開いて吸気時に心窩部陥没ある場合異物の存在を疑う。又、横隔膜運動が大きい場合、血液、異物の気道閉塞あり。口腔内嘔吐物、異物を完全に除去して呼吸管理を行う。

(酸素を与える)

簡単な検査で判明する徴候

#### a) 脈 拍 と 血 圧

収縮期圧70mmHgの場合ショックと考えてよい。出血性ショックの時は脈拍が狭くなる。

例えば200mmHgの高血圧患者が100mmHg位に下降した場合もショック状態と考えられる。

#### b) 尿 量

1時間40ml以下に減った場合、腎の循環不全を疑う。日常、自分の尿量を知っておくと参考になる。

臨床検査で判明する徴候

交通事故等で搬送されて来た場合、可能であれば現在迄の出血量の程度を知る事が大切。

◎ヘマトクリットとヘモグロビンの濃度を測定して輸血の必要性の判断が或る程度つく。

◎中心静脈圧測定により輸血か輸液を決定。動脈の酸液平衡により、アルカローシスかアシドーシスをみる。

#### ◎心拍出量

一次ショック

歯科治療時に於けるショックの殆んどは精神的・不安、恐怖、疼痛刺戟に対しての反射後、急激におきる精神的ショック。アナフィラキシー或は局麻剤等による組織内虚血である。

一過性のもので多くの場合、所謂ショック体位をとらせる。衣類をゆるめる。深呼吸をさせ、必要に応じ酸素吸入ー短時間回復

呼吸抑制強く、低血圧が1時間以上続く時は二次ショックに移行。

局麻剤による中毒性ショックや、抗生物質によるアナフィラキシーショックは、重篤な一次ショックで、投与後15分以内に発現。急速な虚脱、口腔異常感、呼吸促進、嘔気、嘔吐、全身痙攣、意識消失、血圧下降、反射消失、チアノーゼ等を起し死亡。

#### 処置

速やかにショック体位、気道確保酸素吸入。呼吸抑制、停止の場合は人工呼吸時に気管切開等と平行して静脈確保し薬剤投与、点滴等行い、心停止の場合は直ちに心臓マッサージをする。二次ショック

一次ショックと異なり侵襲を受けた後ある間隔において発現。血液量減少により起り交感N緊張を伴ってくる。

頻脈、除々に血圧下降、チアノーゼ、意識消失、長く続けば不可逆性となる。

#### 処置

一次ショックの重症型に対すると同様。特に出血性の場合は止血処置、酸素補給、症状に応じ速やかに救急処置をし症状の増悪を防ぐ。肝臓疾患の場合予後がよくない。

教室での調査によると、治療時偶発症の内容は抜髄、充填、抜歯時、その他で詳細は後日雑誌に発表する予定である。

#### 予防と対策

器具、薬剤の点検、整理整頓  
麻酔器購入時は業者任せにせず、必ず自分で配管を確認する。酸素ボンベは少なくとも2本は用意し、時々酸素量を点検する。薬も或る程度用意。狭心症患者の為にニトログリセリン錠を加える。(先般配布の蘇生法表を参考に)

スタッフの各自分担を決める。一脈拍、血圧、呼吸、注射、専門医(気管内挿管、切開の出来る医師)への連絡係等。

顎呼吸の時は予後が悪い。これらの処置を慢然とやっていたらトラブルが起り易い。専門医スタッフと協力し乍ら対処すると術者の精神的疲労も和らぐものである。

#### 視診による全身の評価

##### 1. 体格 栄養

病的肥満—手術侵襲に対する抵抗性が弱いことが多い。—心筋梗塞、肥満多汗者—糖尿病、やせ—低血圧症に多い。無力体位ど胃下垂、低血圧、食欲不振、不眠、神経系循環虚脱を起し易いので注意。

##### 2. 顔 貌

落着きのない表情、話し方、顔面筋肉の痙攣—神経緊張の為ショックを起し易い。

肝臓疾患患者—茶褐色、所謂黒い顔で黄褐色が基調で少し浮腫があるように見える。眼球結膜が少し黄色く、日焼け等と少し違う感じ。肝臓機能検査が必要。局麻の効果には変りないが出血傾向が起ることあり。ウイルス肝炎の場合は院内感染の危険性に注意。

腎臓疾患—初期は顔面、殊に上眼瞼に浮腫、はれぼったい顔。

貧血による顔色。やゝ黄色、不健康な状態と感じられる色の悪さ。

急激な出血性貧血の時—蒼味がかかった白さで黄色の感じが認められる。風邪、下痢、緊張、怒り、疲労等の時は交感N緊張によるもので貧血時の顔色と少し違うし表情も陰悪。

皮フにツヤがない時—不眠、心労、下痢、嘔吐等脱水時。老人。

顔面赤味、潮紅—赤血球増変症稀にある。

鼻の頭—酒皰

本態性高血圧症—顔面全体

腎性高血圧症—蒼くて血圧高し。

##### 3. 眼

肝疾患—眼球結膜の黄染

急性肝炎の時は他の症状も急激に出るので判る。



慢性肝炎の場合、黄疸は余り強く起らぬが、  
GPTが200以上のことがよくあるので注意。

眼球突出－パセド－氏病

上眼瞼内側の黄色腫－高コレステロール血症

瞳孔対光反応－欠如遅延－梅毒

片側瞳孔散大－白内障手術後等による

全身麻酔の場合瞳孔は麻酔深度測定にとり重要である。心停止の時、数秒後瞳孔散大、コンタクトレンズ使用の有無に注意。

#### 4. 鼻

鼻閉、鼻汁に注意－吸入鎮静法時

上顎洞炎、上顎癌－患側鼻閉感を自覚する場合多し、時に鼻出血持続

風邪で鼻汁がつまっている場合、咽頭炎を合併していることが多いので口腔内処置に注意しないと病状を悪化させる場合あり。風邪の為、状態の悪い時は抜歯等手術は中止した方がよい。ショック等起り易い。

くしゃみ、鼻水が絶えぬ時はアレルギー性鼻炎で、アレルギー状態である事を認識すること。

#### 5. 舌

舌苔－胃粘膜異常、腸内細菌叢の変動と関係  
－黒色舌苔

発赤－舌炎

#### 6. 下顎の長短

気管内挿管に関係

小顎症－舌根沈下が起り易いので気道確保に関係

開口障碍－気道確保困難

不用意に全身麻酔を行うことは禁忌、気管切開の用意をしておくこと。

#### 7. 頸部

甲状腺の視診、頸部リンパ節の触診を行う。

甲状腺機能亢進の場合検査必要

#### 8. 胸部

胸部の形と動き、呼吸の型

呼吸困難、息切れ、心悸亢進、喘息、長期に亘

る咳、痰排出等について問診

肺気腫、気管支喘息－胸部の両側性拡大、  
びャ樽型の胸がみられる。

狭心症の既往－心電図検査必要

#### 9. 四肢 手指

左右差、筋萎縮、関節腫脹の有無、運動制限等に注意、脈拍の触診は必ず行う。不整脈あれば心電図検査必要。

血圧測定－カルテ記載

手指－リウマチ様変化を認めれば副腎皮質ホルモン剤使用の有無をきく。

痛風－合併症として動脈硬化、腎障害に関する検査必要

本態性低色素性貧血－爪甲変化、スプーン様爪の色調－貧血、白っぽい、チアノーゼは赤紫色から青色に変わる。爪を圧迫して離した時直ちにピンク色に回復すれば末梢循環正常。

太鼓バチ指－先天性心疾患、気管支拡張症、その他慢性肺疾患

四肢の視診－静脈注射、点滴による静脈確保の必要時、静脈内鎮静法の場合に末梢静脈の走行を診ておく。

老人の場合、特に下腿の浮腫を診ておく。  
心不全の1つのサインである。但し浮腫は心腎疾患以外に種々の原因で起るので検査必要、診療前に聞いておくべきこと。

1. 食事は何時摂ったか

2. 最近常用している薬剤名、量、期間

特にステロイド剤、降圧剤、抗生物質

3. ショックの既往

ペニシリン、ストマイ、アクロマイシン、クロマイシン、ピリン剤、プロカイン、キシロカイン等

4. 現在の持病、及び疾患

気管支喘息、糖尿病、狭心症、心筋梗塞、  
甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全症、妊娠の有無、特にコントロールされている疾患

は注意する。

## 心肺蘇生法の基本

### 1. 気道の確保

吐物、喀痰、異物等の除去は患者の顔を側方に向け、指交差法（拇指と人差指を交差させ口を開く）で口を開け、人差指にガーゼかハンカチ等の布を巻き、口腔内を拭くような気持で除去する。最も馴れた方法で気道の確保を行う。（頭部後屈法、下顎挙上法、頤骨挙上法）

### 器具を用いる場合

開口器を用い異物、分泌物ある場合は用手的に、又は吸引により除去し、舌根沈下があれば、経口エアウェイ、経鼻エアウェイ、気管内チューブを用いる。上気道障害による呼吸困難、呼吸停止に対しては輪状甲状膜穿刺および切開を行う。14～16Gの太い針を3～4本穿刺するか、メスで一気に切開することで声門より下の部位の気道が開放される。

### 2. 人工呼吸

気道確保しても良好な換気をしていないか、停止していれば人工呼吸をする。

・呼吸吹き込み法、用手人工呼吸法

・バッグマスク、自動蘇生器

### 口対口人工呼吸法

術者は片方の手で患者の頸部を軽く持ち上げ、片方の手の拇指と人差指で患者の鼻をつまんで閉じ、手根部で前頭部を押さえて頭部を後屈させ（頭部後屈法）、気道を確保し、大きく空気を吸い込んで自分の口を患者の口に当て、空気を患者の口腔内に吹き込む。この時、胸部の動きをみて吹き込みが充分に行われたことを確認する。吹き込まれた空気の吐き出し、呼吸は、術者が口を患者の口から離すことにより自動的に行われる。

患者の吐き出す血液で術者自身が嘔吐をもよおすことがあるし、疲労も重なるので2人以上交代で行った方が楽である。

吹き込み回数は1分間12回位目標で、自発呼吸が出てくるまで続ける。

器具 リサシード、Sチューブ、気管内チューブ、食道閉鎖式チューブ、ポケットマスク等がある。ポケットマスクは持ち運びが簡単で便利。大人、子供両方に使用でき、下顎挙上法で気道確保し、口対マスクで行う。

色々とやっても、どうしても血圧が上昇せず、頸動脈、股動脈が触れぬ時期がくる場合があり最も問題となる。早目に心マッサージと人工呼吸を同時に行わねばならぬ時期である。

### 3. 心臓マッサージ

頸動脈に触れて搏動を触知しなければ直ちにマッサージを行う。術者は患者の右側又は左側に位置し、患者の胸骨下 $\frac{1}{3}$ の部位に手を置き、その上にもう一方の手を重ね指と肘をまっすぐ伸ばして胸骨を圧迫する。圧迫する深さは3～5cm、背部は硬い場所がよい。

力任せに圧迫すると、特に老人や癌末期患者等は胸骨、肋骨骨折、気胸、内臓損傷等をおこす場合がある。

1人で行う時は、心マッサージを80回1分の速さで15回行い、人工呼吸2回行う。

2人で行う場合、1分間60回の速さで心マッサージを続けながら、5回に1回人工呼吸をはさむ。

子供の場合は、80回、乳児では100～120回。

心臓マッサージをしている間、1分おき位に頸動脈に触れ、心拍動の再開がないかを確認する。マッサージにより得られる血流は正常の $\frac{1}{4} \sim \frac{1}{3}$ にすぎないので、いかなる理由があろうとも、15秒以上中断してはならない。

心肺蘇生に成功すると、先ず心拍動の再開があり、次いで瞳孔の縮瞳、対光反射出現、不規則な呼吸の開始があり、やがて四肢の動きがでてきたら完全回復の望みもでてくる。

心停止の原因によっても異なるが、心停止  
30分以内ならば多くの症例で心拍動の再開が  
ある。然し、呼吸が出現するためには30分の  
停止時間は長く、15分以内の心停止であるこ  
とが必要である。心拍動だけしか得られなかつ  
た症例はやがて又、心停止となる。

心臓蘇生に成功した患者はICUに収容し管  
理する。

#### 静脈路の確路

救急薬品投与の為に静脈路の確保が必要とな  
る。血圧が低下している状態で筋肉内注射は有  
効でない。末梢血管収縮により、又脂肪の厚い  
人は静脈がでてこない。確保には動脈と静脈の  
重なった部位をさければどの部位でもよい。刺  
入時には固定を確実にする。

薬剤の投与は歯科医師会配布の救急蘇生法表  
を御参考にさせていただきたい。

以 上

尚、講演要旨記述に際して次の文献を参考に

させていただきました。

学術委員 野村 雄幸

1. 熊本市歯科医師会誌 第25号

いわゆるデンタルショックについて

九歯大 今里 洋一先生

2. 熊本市歯科医師会誌 第29号

松山赤十字病院口腔外科

部長 今里 洋一先生

3. 熊本市歯科医師会配布 救急蘇生法表

4. 歯科領域における緊急時の救急処置

九大歯 香月 武先生

5. 歯科局所麻酔の実際 一医歯薬出版一

東歯大 中久喜 喬先生編

6. 歯科麻酔学

久保田 康郁先生

中久喜 喬先生

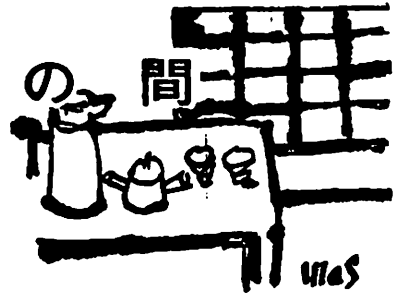
野口 政宏先生編

7. 心肺蘇生法の実際

川崎医大 小浜 啓次先生



茶



## 私の初夢 (歯科未来学その2 ：各論・予防)

1981 10 岩 村 泰 行

東の空に太陽は上ぼり、公園の樹々に小鳥が囀えずり緑の芝生の朝露は宝石の様に輝いている。子供等は嬉々として戯むれ、木陰のベンチには生々とした顔色の老人が静かに子供達の遊びを見守っている、或る日曜の朝でした。

町内には2、3ヶ所こうした小公園というか特別の施設もない気ままな広場がある。

都市計画で商業地区、工業地区、行政地区、住宅地区と分れ、それに応じた小広場が設定されている。これ等は、その地域の人々の生活を活力あるものにすると同時に何等かの災害があった場合には避難場所ともなっている。

高層ビルが林立し人々の気持ちは苛ら立ち、神経質になっていた時代があった。コンクリート砂漠の中で何かに飢え、目の色変えて何かと戦っていた。華やかに結婚式をあげた「カップル」は皆んなに祝福されて新婚旅行へと旅立ち、新生活の第一歩を踏み出したのでした。

夢多き青春、未来に大いなる希望と夢を抱いて、燃える二人の間にやがて新たな生命が誕生した。然し乍ら、彼等二人の楽しい生活も長くは続かなかった。彼は、毎日真面目に仕事に精を出していた。それにも拘らず彼の給与では二人の生活を支えていくのは可成りの困難であった。彼は可愛い妻子のために懸命に働いた。然し、会社の仕事は日増に面白くなって来た。

毎日の苛立ちをまぎらわすかの様に酒に溺れ、「ギャンブル」に手を出し生活は荒れはじめ、生活のリズムは狂い、つきる事ない悪循環が始まった。生計を助けるために彼の妻も頑張った。家計簿をみると、住宅購入費、家具、生命保険、税金とこれ等の月賦だ、「ローン」だと月々の支払いに頭を痛めていた。可愛い子供を托児所へ預けて、遂に妻も勤めに出ることになった。

日本は高度成長により、世界的に国民総生産高は上位に達するに至り、国民の大半は中流意識をするに及んだが、これはあくまでも表面的な見掛け上のことで、実際は国民総借金とでもいべきか、前述の如く種々の月賦や「ローン」の支払いに追い回されている。一見、物は豊かにあり皆んな幸福そうに見える。高福祉、高負担で若い者には可成りの負担過重になっている。それも、それぞれの生活の基盤が出来た上でのものであれば、それも良いことであろう。

色々な税法上の控除や補助があっても、所得の半分近くも税金を納めねばならないとなると可成りの無理が生ずるのも、止むを得ないことかも知れない。世界の先進国がそうだからと云って、我が国もそうあるべきだと云うのは問題が多い。その国の気候風土、或いは国民性に応じた工夫が必要ではあるまいか。

幼い子供は、片隅に追いやられ、そのため幼

い時から親の愛情を知らず、又一方ではその全く逆に子供に対する甘やかし現象も起っていた。その結果、親子断絶や、溺愛が子供を我儘な自尊心の強い自由勝手なものにしまった。

3才児の検診をみて驚いた。やっと、乳歯の萌出を完了したと云うのに既に、口腔内は、齲蝕だらけ。巷に、甘い食物が氾濫し「テレビ」その他マスコミはその宣伝にこれつとめ、その売上倍増を計っている。家庭での食事はその調理方の向上により、柔らかく美味しいものばかり。人間、生きるためにはそれも一つの目的である以上、止むを得ないことかも知れないが、砂糖の消費量及び燐含有食品が余りも多すぎる様だ。子供達は、齲蝕だけでなく成程体格は良くなっているが、肥満児又は細型児となり運動神経は鈍ぶく、チョッとした事でも転び骨折し易やすく、授業中も落ち着きなく飽きっぽく、根気がなくこれを都会型の優秀な子供だと錯覚をしていた。

頭脳は確かに良くなったかも知れないが、外観のみで自己中心主義の甘ったれた、人をかえりみない人間が増えて来た。これは只、単に齲蝕症のみならず重大な問題である。診療室でただ齲蝕の処置にのみに終止してただけではとても解決とはならないのである。社会環境の整備、生活様式の改善、食生活の改善、母子衛生等、高いところから広い視野に立って問題の解決に取り組むべきではなかろうか。限られた領土の中に多くの人々がひしめき、大半の資源を国外に頼っていた時代である。現在(数10世期先のこと)は領土問題は如何ともなし得ないが、人口問題は解解しつつある。これは世界中のいや、人類福祉の根本問題で世界中が悩んでいたが今は国連を通じて世界の人々が協力し合って、バランスの取れた人口配置となっている。

我が国において、かつての核家族時代から親

子二代二家族時代となり、妻は育児に家事に専念して女性としての権利を行使し、おばあちゃんも孫の世話に生甲斐を感じておられる様だ。そして、おじいちゃん共々年金生活で老後の生活を楽しんでおられ、若い夫婦には一切負担を掛けていない。又若夫婦は自然のなかで、自発的に孝養を尽され一家和気あいあいの生活が行われている。その様ななかにあって初めて、子供は伸々と心身共に健康に育っていく。

従って、齲蝕もなく又親子断絶、家庭暴力或いは校内暴力と云ったものは昔話となっている。それでも、国民すべてがこの様にあれば最も理想的であろうが、中には何等の理由で生活に苦しんでいる不幸な家庭もある事も事実であり、これ等の家庭には充分な援助の手をさし延べられると共に、自立すべき色々な指導もなされている。この様な家庭にはかつての生活保護や、医療保護がなされている。又義務教育中の低年者に対しては、齲蝕予防法により齲蝕免疫剤やレーザー光線その他による早期処置が行われる事になっている。それ以降の社会人に対しては、自己の不手際によって招来したものに対しては自己の責任により自らこれを治療する。即ち、自費患者となるのである。齲蝕は充分予防できると云うことが国民の間に浸透し、食生活や、ブラークコントロールを充分やって行っていくこと等、口腔衛生に関する事柄が行われている。

このためには学校教育の中での健康衛生教育(以前は学力偏重教育であったが現在は学力は勿論のこと健康教育、徳育といったものにも充分力を注いでいる)又地域社においても保健所や歯科医師会、青年部、婦人会その他において場所や時に応じて常にPRされている。縦の行政と横の行政が国際的にも国内的にもうまく咬み合っているのも今や、国民は平和で余裕あるエレガントな生活を満喫している。結構な世の中だなあと思った途端目が覚め夢を見ていました。

## 展望室



### 〔医療金融公庫だより〕 病院・診療所の建築規模 及び資金計画

55年度に貸付けを行った一般病院及び一般診療所の新設（耐火構造分）について、1施設平均建築規模並びに平均所要額等を病床規模別にまとめてみました。

病院・診療所とも年々大型化の傾向にあります。病床数についてみると、病院は平均76床、診療所（有床）では15床となっています。

また、建築費についてみると、病院は1施設平均4億1,200万円で、1床当たり540万

円に、診療所（有床）1億3,300万になっています。一方、所要資金総額をみると、病院で平均5億1,800万円、診療所（有床）で平均1億8,600万円となっています。この所要資金総額を資金調達先別にその割合でみると、病院では、公庫借入41.8%、銀行借入37.3%、その他、自己資金20.9%、診療所（有床）では、公庫借入41.4%、銀行借入41.7%、その他、自己資金16.9%となっています。

表1 1施設平均建築規模

| 区分   | 病床規模別  | 施設数 | 平均病床数 | 建築面積                         |                              |                                | 建築費                  |                     |                   |                   |                      |
|------|--------|-----|-------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------|-------------------|-------------------|----------------------|
|      |        |     |       | 医療施設部                        | 居住部門他                        | 計                              | 躯体工事費                | 特殊附帯設備費             | 設計監理費             | その他の工事費           | 計                    |
| 一般病院 | 20～40床 | 6   | 30    | 902 <sup>m<sup>2</sup></sup> | 103 <sup>m<sup>2</sup></sup> | 1,005 <sup>m<sup>2</sup></sup> | 13,635 <sup>万円</sup> | 5,073 <sup>万円</sup> | 776 <sup>万円</sup> | 763 <sup>万円</sup> | 20,247 <sup>万円</sup> |
|      | 41～60  | 25  | 50    | 1,637                        | 91                           | 1,728                          | 20,140               | 8,993               | 1,111             | 714               | 30,958               |
|      | 61～80  | 7   | 72    | 2,149                        | 19                           | 2,168                          | 24,965               | 12,894              | 1,484             | 1,134             | 40,477               |
|      | 81～100 | 13  | 93    | 2,640                        | 47                           | 2,687                          | 31,111               | 13,648              | 1,993             | 1,669             | 48,420               |
|      | 101以上  | 13  | 134   | 3,624                        | 90                           | 3,714                          | 42,988               | 16,863              | 1,924             | 1,970             | 63,745               |
|      | 計      | 64  | 76    | 2,231                        | 75                           | 2,306                          | 26,927               | 11,596              | 1,465             | 1,214             | 41,202               |
| 診療所  | 無床     | 74  | —     | 179                          | 157                          | 336                            | 5,258                | 983                 | 266               | 230               | 6,737                |
|      | 1～10   | 62  | 6     | 332                          | 85                           | 417                            | 6,217                | 1,713               | 355               | 234               | 8,519                |
|      | 11以上   | 208 | 18    | 701                          | 104                          | 805                            | 10,180               | 3,645               | 597               | 313               | 14,735               |
|      | 有床計    | 270 | 15    | 616                          | 100                          | 716                            | 9,270                | 3,201               | 541               | 295               | 13,307               |
|      | 歯科     | 68  | —     | 158                          | 147                          | 305                            | 4,732                | 815                 | 240               | 130               | 5,917                |

表 2 1 施設平均所要資金総額とその資金調達先内訳

| 区分   | 病床規模別  | 所要資金<br>総額 | 使 途 別 内 訳 |             |             |             | 調 達 先 別 内 訳 |        |              |        |
|------|--------|------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------|--------------|--------|
|      |        |            | 建築資金      | 機械購入<br>資 金 | 長期運転<br>資 金 | その他の<br>資 金 | 公庫借入        | 銀行借入   | 親 族 等<br>借 入 | 自己資金   |
| 一般病院 | 20～40床 | 26,872     | 20,247    | 1,334       | 2,308       | 2,983       | 11,588      | 12,588 | 632          | 2,064  |
|      | 41～60  | 39,195     | 30,958    | 3,252       | 2,738       | 2,247       | 18,956      | 12,314 | 2,772        | 5,153  |
|      | 61～80  | 49,196     | 40,477    | 4,784       | 3,221       | 714         | 22,729      | 16,400 | 1,143        | 8,924  |
|      | 81～100 | 59,767     | 48,420    | 5,361       | 3,889       | 2,097       | 23,535      | 26,650 | 2,269        | 7,313  |
|      | 101以上  | 80,826     | 63,745    | 7,052       | 4,100       | 5,929       | 28,938      | 30,123 | 11,735       | 10,030 |
|      | 計      | 51,769     | 41,202    | 4,440       | 3,261       | 2,866       | 21,636      | 19,316 | 4,112        | 6,705  |
| 診療所  | 無床     | 9,897      | 6,737     | 1,156       | 598         | 1,406       | 2,557       | 5,385  | 300          | 1,655  |
|      | 1～10   | 12,049     | 8,519     | 1,400       | 684         | 1,446       | 4,657       | 4,784  | 435          | 2,174  |
|      | 11以上   | 20,560     | 14,735    | 1,764       | 1,323       | 2,738       | 8,619       | 8,644  | 445          | 2,852  |
|      | 有床計    | 18,606     | 13,308    | 1,681       | 1,176       | 2,441       | 7,709       | 7,758  | 443          | 2,696  |
|      | 歯科     | 8,398      | 5,917     | 1,434       | 433         | 614         | 2,422       | 4,130  | 485          | 1,301  |

## ビル開業と公庫資金

都市部においては、都市化の進展とともに、地価の高騰や建物の高層化等で、医療関係の施設もビルの一室を購入又は賃借して開設するものが増加しています。

当公庫では、こうした実情に照らして、建物の購入資金並びに建物の賃借に要する資金についても貸付けの対象にしておりますが、この資金の貸付けで最も多い診療所の場合について、融資条件のあらましをご紹介します。

### 一建物の購入資金一

融資基準（診療所が不足している地域かどうか）、利率、償還期限、据置期間、担保、保証人については建築に要する資金の貸付けの場合と同じです。異なる部分は、主として次の融資額の算出方法です。

#### ○融資額の算出方法

##### (1) 購入資金に対する融資額

まず、建物の購入価格（土地代金が含まれて

いる場合は、建物のみを価格を区分すること）とその面積及び新築物件か中古物件かを確認してください。

次に、表 3 の標準面積は、融資対象面積の限度です。実際に購入する建物の面積と比較して低い方の面積を融資対象面積とします。この場合、診療所施設の部分、居住部分、看護婦宿舎の部分の融資対象面積は合算することなく、区分したままで次の計算に入ります。表 4 の (C) 欄をみてください。この標準建設費（中古物件の場合は、標準建設費  $\times$   $\frac{\text{法定耐用年数} - \text{経過年数}}{\text{法定耐用年数}}$  の金額とします。）と実際に購入する建物の単価を比較し、低い方の金額を融資対象面積に乘じます。

融資額は、この答に融資率 0.8 を乗じた金額です。

##### (2) 内部改装資金に対する融資額

購入資金融資額算出の際に、表 4 の (C) 欄より

り低い金額を用いた場合には内部改装に要する資金の融資が受けられます。融資額算出の方法は、まず(C)欄の金額と実際購入単価の差額を求めます。この差額と内部改装単価を比較し、いずれか低い方の金額をさきに用いた融資対象面積に乘じ、その答に融資率 0.8 を乗じた金額が融資額となります。以上により、融資の総額は(1)と(2)の合計額となります。

一建物賃借に要する資金一

賃借に要する資金とは、貸主に支払う敷金、保証金、協力金（最終的に返還されるもの）及び権利金（返還されない一時金）のことです。

融資基準と保証人については、建築に要する資金の貸付けの場合と同じです。異なる部分は、主として融資額算出方法と償還期限、据置期間です。このほか、権利金に係る融資の場合のみ。利率が新築資金、甲種増改築資金年7.5%、乙種増改築資金年 8.0 %のところ、年 8.3 %となります。また、担保物件は融資対象物件が賃借ですので、別の物件を用意していただくことになります。

○融資額の算出方法

(1)く賃借に要する資金に対する融資額く

まず、敷金、保証金などの金額、賃借面積、1 棟の建物全部を賃借するのか、建物の一室など一部分かを確認してください。

次に、表 3 により、施設の種類と標準面積をみます。1 棟の建物全部を賃借する場合は表 3 のとおりの面積、建物の一部を賃借する場合は表 3 の面積の 7 5 %が融資対象面積の限度になります。賃借面積と比較して低い方の面積を融資対象面積とします。購入の場合と同じ要領で、表 4 の(D)欄をみてください。この金額と実際の敷金などの単価を比較して低い方の金額を融資対象面積に乘じます。融資額はこの答に融資率 0.8 を乗じた金額です。

(2)く内部改装資金に対する融資額く

賃借に要する敷金などの融資額算出の際に用いた金額と表 4 の(C)欄の金額との差額を算出の基礎とし、購入資金の場合と同様、内部改装に要する資金の融資が受けられます。

以上により、融資の総額は(1)と(2)の合計額となります。

○償還期限及び据置期間は表 5 のとおりです。

表 3 標準面積

| 区 分   |           |                      |           |                 |                 | 標 準 面 積       |               | 備 考                                                                     |
|-------|-----------|----------------------|-----------|-----------------|-----------------|---------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------|
|       |           |                      |           |                 |                 | 耐 火           | 耐 火 以 外       |                                                                         |
| 診 療 所 | 診 療 所 施 設 | 一 般 診 療 所            | 有 床 診 療 所 | 病 床 数           | 基 準             | 275㎡          | 250㎡          | 診療所の新設（移転を含む。）の<br>場合、医師・歯科医師の居住部分<br>として、耐火の場合33㎡、耐火<br>以外の場合30㎡を加算する。 |
|       |           |                      |           | 10床以下           | 加 算             | 病床1床当たり<br>14 | 病床1床当たり<br>12 |                                                                         |
|       |           |                      | 病 床 数     | 基 準             | 385             | 350           |               |                                                                         |
|       |           |                      |           | 11床以上           | 加 算             | 病床1床当たり<br>14 | 病床1床当たり<br>12 |                                                                         |
|       |           | 無 償 診 療 所            |           | 176             | 160             |               |               |                                                                         |
|       |           | 歯 科 診 療 所            |           | 176             | 160             |               |               |                                                                         |
|       |           | 附 属 施 設（ 看 護 婦 宿 舎 ） |           | 収容人員1人当たり<br>22 | 収容人員1人当たり<br>20 |               |               |                                                                         |



表 4 建物の購入：賃借に係る標準建設費 (1㎡当たり:円)

| 区 分     |     |       | 標準建築単価<br>(A)        | 特殊附帯設備<br>費等相当額<br>(B) | 標準建設費<br>(A) + (B)<br>C | 賃借の場合の<br>1㎡当たり単価<br>C×0.8<br>D |
|---------|-----|-------|----------------------|------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| 診療<br>所 | 有 床 | 耐 火   | 107,100<br>(102,900) | 63,000                 | 170,100<br>(165,900)    | 136,000<br>(132,700)            |
|         |     | 簡易耐火  | 99,100<br>(98,500)   | 51,000                 | 150,100<br>(149,500)    | 120,000<br>(119,600)            |
|         |     | そ の 他 | 91,200<br>(81,000)   | 47,000                 | 138,200<br>(128,000)    | 110,500<br>(102,400)            |
|         | 無 床 | 耐 火   | 107,100<br>(102,900) | 54,000                 | 161,100<br>(156,900)    | 128,800<br>(125,500)            |
|         |     | 簡易耐火  | 99,100<br>(98,500)   | 49,000                 | 148,100<br>(147,500)    | 118,400<br>(118,000)            |
|         |     | そ の 他 | 91,200<br>(81,000)   | 47,000                 | 138,200<br>(128,000)    | 110,500<br>(102,400)            |

注：1. ( )内の金額は看護婦宿舎に適用する。  
2.北海道地域は上記金額の約5%増しである。

表 5 建物賃借についての償還期限・据置期間

| 融資対象施設 | 敷金、保証金等 |      | 権 利 金 |       |
|--------|---------|------|-------|-------|
|        | 償還期限    | 据置期間 | 償還期限  | 据置期間  |
| 診 療 所  | 15年以内   | 1年以内 | 5年以内  | 6カ月以内 |

本店業務部に融資相談室を設けました。融資についてのご相談やお問い合わせは、融資相談室をご利用下さい。電話でのご相談もお受けします。



## 委員会活動

### 第2回学校保健シンポジウム

学校歯科委員会

6月10日、「強くたくましい児童・生徒の育成をめざして」をテーマに、熊本市教育委員会と学校保健会主催による『第2回学校保健シンポジウム』が、市民会館で開かれた。

学校保健会の総会では、開会にひきつづき、学校保健功労者（注）の表彰並びに、学校保健会の事業報告、昭和56年度の役員改選、行事予定の審議が行われた。

シンポジウムは、昨年は「心の健康」で討議されたが、今年は特に、「体の健康」をメインテーマとした発表であった。

参加者は学校医、学校歯科医、保健主事、養護教員、関係学校職員

およびPTA関係者、一般市民であった。

部門テーマとシンポジスト名は次のとおりである。

(1) う歯と予防  
市歯科医師会学校歯科委員 山村定信

(2) 近視の実態と予防  
市学校保健会理事 武藤宏一郎氏

(3) 部活動のあり方  
京陵中学校教諭 白石 修氏

(4) 学校、家庭における体力づくり  
城山小学校校長 上野虎幸氏

(5) 体力づくりと運動生理学  
東海大教授 西岡寅雄氏



「う歯と予防」のテーマを、さらに『歯の役割、歯の発育と栄養、歯の構造』、『乳歯と永久歯の相違』に分け、スライドを使い説明した後、「家族ぐるみの虫歯予防運動」の必要性を訴

えた。熊本市の小学校のう歯被患率は5年ぶりに80%台へ低下したものの、まだまだこの運動の徹底の必要を感じる。

（注）学校保健功労者名（学校歯科医15年勤続者）

永田博久（五福小）、園田守生（田迎小）、  
才田雅英（秋津小）、山田敬吾（御幸小）、吉  
崎久男（白川小）の各氏

う蝕予防に関する映画、スライド貸出校名、  
並びに貸出者名（昭和56年6月末現在）

一新小、春日小、花園小、中島小、月出小、  
託麻東小、尾の上小、古町小、本荘小、出水小、  
西原小、小島小、松尾東小、砂取小、池ノ上小、  
第一幼稚園、と甲斐利博氏及び富岡浩雄氏。

## 第5回バレーボール大会

厚生委員会

まるで、鉄をも焼き焦すかの様な熱い真夏の  
7月19日（日）我々待望のバレーボール大会  
が熊本商科大学体育館で開催されました。

先ず、宇都宮担当理事による開会宣言から、  
川崎会長の開会挨拶の後、昨年の優勝チ  
ームのキャプテンである合沢先生の選手宣誓で  
10チームによる熱戦の火蓋が切られました。

諸先生方は日頃の練習の成果を試めさんと、  
スパイク、ブロック、フェイントと所狭しとコ  
ートを走り廻られ、その優雅な姿？に刺激を受  
けたのか、応援団も異常にハッスルし例年にな  
く盛り上がった大会となりました。

中にはボールを頭で受けたリスパイクの時に  
ネットに突っ込んだりの珍プレーも続出、大変

おもしろい大会でした。

最終的に優勝を競ったのは、東部4と川尻支  
部の合同チーム、東部3と小島支部の合同チ  
ームで手に汗を握る熱戦の末、優勝フラッグを手  
にしたのは東部4と川尻支部合同チームに決定  
しました。

尚、結果は次の通りです。

優勝：東部4と川尻支部合同チーム

準優勝：東部3と小島支部合同チーム

第3位：中央支部Aチーム

最後に本大会を開催するにあたり、熊本商科  
大学卒業生及び在校生の皆さんには大変お世話  
になり、お礼申し上げます。







## 親睦旅行“柿狩り”

厚生委員会

去る、10月25日、会員、家族、従業員60数名が参加して、福岡浮羽郡の田主丸への柿狩り小旅行が行われました。各種行事繁多な折から参加者は、ややもの足りなかったものの、前日の雨で心配された空模様も、うそのように晴れ、午前10時前市民会館をバス2台にて出発高速道路を経て、一路田主丸の柿園をめざしました。バスの中では子供さん方の、歌ありでにぎやかなこと。柿園でそれぞれの昼食の後、各人ハサミと、カゴを片手に枝にたわわに実った柿を思い思いにもぎ、またその場で、とりたて

の柿をたらふく食べ、なかにはまだ青々とした柿をたくさんとっている子供さんもいたようでした。……………

午後2時、自分でとった持ちきれない程の柿をみやげに、柿園を帰途につき午後4時、全員無事帰着致しました。

晩秋の1日を自然の緑に囲まれ、ゆったりと過ごし先生方にとっては、絶好の家庭サービスとなり、とりわけ子供さん達にとっては楽しい日曜日となったようです。











昭和 56 年度

社団法人 熊本市歯科医師会臨時総会報告

と き 昭和 56 年 9 月 17 日 (木) 午後 7 時 30 分

ところ 熊本県歯科医師会館 3 階ホール

総 会 員 数 238 名

出席会員数 161 名

(内委任状 105 名)

1. 開 会

2. 会長挨拶

3. 議長選出 林 正之先生

4. 議事録署名人選出 山内 涇先生  
緒方 進先生

5. 議 事

1. 定款一部改正の承認を求むる件一承認

2. 熊本市特別会員規則(案)の承認を求むる件一承認

近年急増した歯科大学の新設により、熊本市の場合も一般会員としての入会者の数が毎年増加しておりますが、それに併行して公私立病院や個人の総合病院の中にも歯科を併設する病院が増加しております。

この様な歯科を併設している病院が入会を希望される場合、どの様に取り扱うかと云うことですが、この様な場合、特別会員と云う名称で入会を承認して、本会々員との相互交友、親睦、ひいては本会発展のためにも出来るだけ入会の機会を多くしようと云う意味で、この特別会員規則案を提案し

た次第です。

3. 資格審議会内規一部改正、細則抹消の承認を求むる件一承認

昭和 54 年 4 月より、当時全会員の先生方の賛同を得て会長の諮問機関として、資格審議委員会が設けられ、新たに入会しようとする人の資格を審議して来た訳ですが、この資格審議会内規の細則の中に隣接医療機関との間に 150m 以上と云う距離制限が謳っております。

これが独占禁止法に抵触すると云う事で、日本歯科医師会より、たびたび県歯科医師会及び各都市地区歯科医師会にその旨の文書が送付されて来ております。

又 8 月には公正取引委員会が発表した「独占禁止法上の指針」と云う具体例を示す文書が日歯より送付されて来ました。

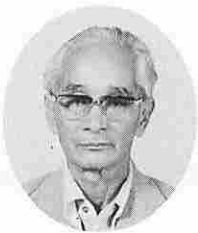
以上の様な事から、内規一部改正、細則抹消の承認を求めた次第です。

6. 協 議

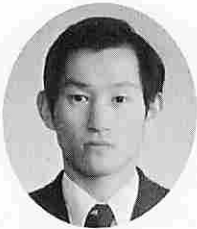
7. 閉 会



## 新入会員紹介



氏 名 赤 城 邦 雄 大正10年4月10日生  
自 宅 熊本市龍田町上立田181番地 (TEL)39-5838  
診療所 熊本市清水町麻生田字中道1717-8 (TEL)39-2772  
趣 味 狩猟、ゴルフ  
経 歴 熊本県立熊本中学校卒業  
福岡県立医学歯学専門学校歯学科 昭和20年卒業  
昭和55年6月開業



氏 名 田 上 恵 昭和27年10月29日生  
自 宅 熊本市錦ヶ丘18番6号 (TEL)69-2040  
診療所 同 上 (TEL)68-2209  
趣 味 スポーツ(野球、卓球、テニス等)レコード鑑賞  
経 歴 福岡県立八女工業高校卒業  
福岡歯科大学 昭和55年卒業



氏 名 西 銘 達 生 昭和23年6月6日生  
 自 宅 熊本市世安町309の1 (TEL)54-4101  
 診療所 同 上 (TEL)54-4101  
 趣 味 ボーリング  
 経 歴 済々黌高校卒業  
 九州歯科大学卒業  
 昭和56年6月開業



氏 名 中 川 順 一 昭和25年6月3日生  
 自 宅 熊本市魚屋町1-26 (TEL)52-4214  
 診療所 同 上 (TEL)52-4214  
 趣 味 テニス、音楽  
 経 歴 熊本マリスト学園高校卒業  
 大阪歯科大学卒業  
 昭和56年7月開業



氏 名 田 中 弥 興 昭和29年8月7日生  
 自 宅 熊本市竜田町上立田1186-8 (TEL)39-7776  
 診療所 熊本市本荘3丁目7-18 杉村病院内歯科 (TEL)72-3322  
 趣 味 ゴルフ、読書  
 経 歴 熊本県立第二高校卒業  
 城西歯科大学 昭和55年卒業



氏 名 柿 原 訓 昭和24年11月1日生  
自 宅 熊本市本荘町721番地14の903 (TEL)63-2679  
診療所 飽託郡河内町大字船津897 聖ヶ塔病院内歯科  
(TEL)09627-6-1151  
趣 味 海水魚飼育、小物釣り、他多趣味  
経 歴 熊本商科大学付属高校卒業  
日本歯科大学 昭和50年卒業



氏 名 稲 葉 逸 郎 昭和25年9月22日生  
自 宅 熊本市上熊本3丁目1-16-203 (TEL)54-3087  
診療所 熊本市花園1丁目20-53  
趣 味 ゴルフ、麻雀  
経 歴 済々黌高校卒業  
神奈川歯科大学 昭和52年卒業  
昭和56年11月開業



## — 編 集 後 記 —

秋も深まり、会員の皆様には毎日診療にあたられ、地域社会に貢献されておられることと存じます。

6月には歯科点数の改正があり、それと共に色々なもの上り、又適正配置の問題等、我々歯科界にとってことのほかの厳しさで秋風の身にしみるこの頃です。ご意見、ご要望等会員の皆様のご投稿をお願い致します。

(坂 本 憲 昭)

マスコミによるひと頃の歯科批判は弱まって来ている様ですが、又いつ再燃するとも限りません。

これまでの一連のマスコミ批判にせよ、医療問題を論ずる時は必ず使われる言葉に『医は仁術』があります。この言葉は歯科医師の先生方も好んで使われますし、我々にとっても身近な言葉と言えます。

しかし、こんなに身近な言葉であるのに『医は仁術』とは何かを本当に考える機会や教える時間を我々は持っていません。

日本歯科医師会誌で倉橋先生が言っておられます様に、儒教的教育を受けていない戦後生れの者はその意味を知らないというのが本当だと思います。孔子を創始者とする儒学が医者としての必修科目であった時代から、医療制度や人的物的価値感も人々の考え方も大きく変ったはずです。それなのにこの言葉は永い時代を経て、今なお強い力を持っています。

権利意識の強い現代において、己れの非もかえりみないオバサン連中や団体もいます。権利と義務は表裏一体であり、国民皆保険という環境の中であって、患者サイドから考えた『医は仁術』という意味で医者側だけを規制するのは、少し酷のような気がします、先生方はいかがお考えになりますか。

(元 島 博 信)

熊本市歯科医師会会誌

第 38 号

発行日 昭和56年12月19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

発行者 川崎正士

印刷所 株式会社太陽社

熊本市新大江2丁目5-18

TEL (66) 1251