

熊本市歯科医師会会誌

第15号



子飼橋

1974. 3

表紙の言葉

子 飼 橋

去る昭和28年6月の豪雨の際、旧子飼橋が上流からの流木を受け止め、堰の役をし、この橋の左岸一帯に大水害をもたらした、熊本市民には、当時の光影が強く脳裏に刻まれている、新装なった子飼橋は、火の山阿蘇に源を発し、ゆるやかに熊本市を横断し有明海にそそぎ、冬の水鳥はもう旅立ち立田山の縁を川面にうつし、夏は若鮎も川をのぼる白川に橋影をうつしつつ今日も静かに横たわっている。

目 次

応 接 室

年頭の辞	日歯会長 中 原 実	2
『雇用・労務』論議(最終回)	熊本総合高等職業訓練校々長 城 門 広 海	3

勉 強 部 屋

口腔領域の診断と全身病(Ⅲ)	東北歯科大学口腔診断学教室 今 井 忠 治	6
口腔がんと歯科医師の責務 - 早期発見と早期治療のために -	東京医科歯科大学口腔外科学教室 成 田 令 博	13

茶 の 間

よく学び・よく遊べ	熊本女子大学教授 渡 辺 宗 尚	21
「緑の町を」	熊本市立一新小学校長 前 田 恵	23
野球気象学	日本気象協会熊本支部長 与 田 正 治	25

展 望 室

理想と現実の間	一 瀬 英 輔	27
オーラルリハビリテーションの講演を聞いて	健軍町 元 島 博 信	29
歯科撞球愛好会みての記	岩 村	31

Dining Room

基金通報より	33
--------------	----

作 業 部 屋

厚生委員会より	37
会務報告	37
庶務報告	39
昭和48年度熊本市歯科医師会才入才出予算現況	40
昭和49年度熊本市歯科医師会才入才出予算(案)	41
昭和48年度熊本市歯科医師共済会才入才出現況	42

告 知 板

新入会員紹介	43
県衛生士学院よりお願い	43
私とネオン街	44



年 頭 の 辞

話し合いこそ人間同志間の理解を深める唯一最高の手段とリンカーンは言ったが、私が地方歯科医師会に出席するのは、その地方歯科医師会の知識を深める意味と、地元会員から直接ナマの声を訊きたいためである。堅苦しい文書等を通じての接触と異なり、袴を脱いで気易く話し合うことによって、強固な団結の要素をつくりあげることに、役立つと考えるからである。直実なる私の気持からするならば、何処か温泉のような所で、お互いにクタビレルまで食っては話し、飲んででは話し、しかも泥酔粗暴に亘らず、何人にノゾカルとも赤面せずして済む者の集まりのうち、いつしか知らず静かに別れるという風な場が与えられれば最高であろう。

地方には地方としての独自の長もあろうし、人間個々は、その頭脳、体力にキャパシティ（力量）の違いがあり、その趣味や美醜感も全て個々によって異なる。全く同等の人生などあり得ない。自由経済社会の我国のメカニズムも高価あり低廉ありで全て差異のあらざるものはない。「物の差によってのみ物の価値がある」と米良道博画伯がいみじくもいったが就任以来、脱保険、計画診療を推進してきた。もしも点数保険の平等方式のキャストに安住する者がいたとすれば私とは無縁であろう。脱保険、計画診療は我国の資本主義形態の自由経済社会での医療の本質を求めたものであって、如何なる制度の中に

応 接 室



日本歯科医師会長 中 原 実

あっても自由な社会人として医療を考え医師としての使命を全うすべきである。医師の主体、自主性は飽くまで患者との対話によるコンセンサスが医療のエスプリである。第三者が医師と患者の間に這り込み医療を支配し、束縛してやがては不届にも国営論までとび出してきた。自由経済社会の我国で医療のみを、社会主義制度で強化した矛盾が年ごとに蓄積され医療の荒廃を招いたのである。

人生社会はキャパシティ（力量）の中でお互いに競争し競争を通じて企業も技術も進歩向上してきた。これが自由経済社会の非情な現実であり敗れたものは自然淘汰されてしまう。この歩みの中から世を挙げて努力精進がつけられてゆくのである。画一統制された保険の世界に安住し、それを終の住処と感じ点数計算に、うつつをぬかしている者がいたとすれば、誠に遺憾といわざるを得ない。脱保険、計画診療によって医師としての自主、自立にめざめ、システム化でもなく上命順応画一したものでもない、その医師のキャパシティ技術に応じたもので、その地方に調和順応した医療を今後とも強く推進すべきである。

昨今のマスコミは、無理解なインテンションによって医師と患者の不信感を煽り不当な世論誘導をしているが、マスコミは常に勇ましく批判はするが医療に対して何の建設的な提案も示したことがな

く、無責任な態度は宥すことができない。国民生活の根源をなすものは健康である。「いのち」の育成は医師の責任にある。我々医師は世にかけがえのない専門職である。戦後の医療闘争は常に自由獲得の闘争史であった。異質の保険制度の桎梏を断ち切るために医師本来の姿にたち返るためには、個々の医師の力量、地方にマッチした脱保険、計画診療の推進を重ね重ね要望したい。19世期のフラウン・マンソンの結社が百の規約にまさる「団結は力なり。」と強く訴えているが、全国3万5千の会員と日歯が信頼のうちに強く結ばれ、今夏の参議院選の勝利によって、歯科医師行動の真価を世に表示したいと思う。

それには全国会員の協力一致がなければどうしても実現できない。私もまた「団結は力なり。」と年頭に強く訴え御挨拶といたす。

又、中医協がどう決議しようと保険は保険とし、これと平行して自由診療は9月1日以来永久にどこまでも続いて行くのである。私共は国鉄の職員にはなりたくない。

世界中何処の国でも国営には人間の情熱と云う証意がなく何事も薄っぺらな義務的観念しかないのである。万事生きて行く根源が実に個人から出発しているのに過誤はないと考える。

『雇用・労務』論議 (最終回)

熊本総合高等職業訓練校校長

城 門 広 海

この標題の下に、過去3回にわたり、人手不足、労働条件、若者の職業意識等、一応のテーマを掲げ、論述してきたが、今回を以て終るので、言いのこしたことをひろって、筆を進めてみたい。

石油危機と雇用

昨年秋から、中東紛争にからみ、突如として世界を襲った石油危機は、とくにアラブ石油に依存度の高い日本に風当たりがひどかった。まさに日本列島はてんやわんやの大混乱となった。経済大国のめんつも、GNP世界第2位の誇りも、あらばこそ、全く以てふがいないでいたらくである。

石油ひとつで、日本の息の根をとめかねない威力を持つのであるからおどろきである。もともと資源のない日本である。小麦粉その他の食料、鉄、綿、羊毛等、どれひとつをとめられても、大同小異の混乱を招くだろうことは、想像に難くないところである。

世界に冠たる日本工業も、言うならば、質稼ぎが

実態であってみれば、今回のことも当然のなりゆきであったわけである。

いずれにせよ、今度のことで、日本国民いやわれわれが、「己が身の程」を、骨身にこたえて知ったことは、おそまきながら、せめてもの幸いとせずばなるまい。

さて、石油規制、電力節減は、一体雇用、労務面にどう響いてくるであろうか。いまのところ、数量的に、計数的に、将来を予想するほどの資料は出ていない。また、マスコミが新規学卒採用取消など一部で、とり上げたが、労働省の調査によると、まだ憂慮されるほどの事態は出ていないと言われる。

しかし、昭和49年度の緊縮予算、金融引き締め、総需要抑制、公共事業の事実上の削減と施行繰り下げ等一連のインフレ克服の諸政策からみて、新年度に入ると、雇用・労務面に、相当の影響がでてくることは必至と思われる。

生産、工事量の大巾な減少により、雇用量が少な

くなることは、さけ難いことであろう私の知っている範囲においても、すでに季節ないし短期雇用（出稼労働）の求人をストックし、一般求人の採用年令を大きく引き下げて抑制する等の措置を打ち出した企業は、かなり多いようである。

石油、電力規制に加え、資材不足、金融難等から、中小企業の倒産も、漸く増加してきており、これらの企業からの離職者も、ぼつぼつ出はじめているところである。

以上のような情勢は、求職者側からすると場合により、すなわち、年令的、地域的、業種的、職種の、就職難の現象も生じると予想されるのである。

そこで、みなさんにとっては、労働力の需給関係がゆるむので、幾分とも、雇い入れが容易になる傾向にあるといえる。

人と職業

「雇用」とか「労務」といった概念は、労働経済的な観点に立ったものと思うが、労働者、求職者等、個人側からみると、その人がいかなる職業に就くか、どんな仕事をするかという観点がひとつでてくと思う。

人と職業の結びつきについて考えてみたい。ひとりの人間の、人生にとって、どんな職業に従事するかということは、大変重要なことと、私には思われる。

昔は、「天職」ということをよく聞いたしまた、「男子一生の仕事」という言葉も耳にした。自分の職業を、一種の使命観に立って受けとめ、与えられた仕事に全身全霊をうちこむといった心意気が汲みとれる。古いと思う人もいるだろうが、人と職業の結びつきとしては、立派というか、そうあるべきだと、私には思われる。

しかし、現代では、労働を提供して、賃金を得るすなわち生活の手段としての場として、職業が考えられるのが普通である。そのとおりに違いない。生きがい、働きがいなどを考えると、なにか、物足りない気がする。

人と職業の結合を、合理的、効果的に追及するものとしては、職業指導や職業心理学といった学問の分野があると思うが、これについて述べる余裕はないので、ここでは、ごく常識的なことを言ってみたい。

何といっても、その人にとっては、適職についているかどうかが重要である。適職とは自分の能力が充分発揮できる仕事。その他自分の性格、興味、家庭事情、身体的条件等その個性に合った仕事のことである。

とくに、私が重視したいのは、興味である。「好きこそものの上手」という。その仕事が好きである。興味が持てるということは、その人にとって大変幸せなことと思う。仕事が面白いとなると、積極的にとりくむことになる。また、熱中もできる。そうすると自づと、その仕事の処理能力も高まり、研究工夫もするようになり、その職業は、ますますその人にぴったりのものになるにちがいない。職業（仕事）とは、本来そういうものではなからうか。

生れつきの智能の程度や器用、不器用等もあって、自分にやりこなせない仕事。性格的に合わない仕事。どうしても好きになれない仕事。身体的に無理な仕事。家庭環境からみて向かない仕事。学歴、職歴からみて重すぎる仕事、逆に軽すぎる仕事等。こんな仕事はさけた方がよい。

雇用主側では、人を雇い入れるに際して、まず「その人にやらせる職務」があるわけであるが、その職務の作業内容（事務、応接等を含め）、責任の範囲等からみて、どんな能力、学歴、性格、技術等が要請されるか、これが明確に把握されていなくてはならないと思う。そのうえで、それをやりこなす、興味を以てやってくれる、適格者を雇うことになるわけである。その人の学歴、職種、性格、興味、家庭環境等、そして能力をよく知って、雇い入れることが肝要と思う。フィーリング、学歴だけ程度で、選ぶと、確率は低くなると思われる。

ところで、先生方歯科医院の場合、雇用規模は、

大体において、2・3名から5・6名のところが多いと思うが、このような小規模事業所では、雇い入れに当って、縦・横の人間関係、すなわち、先生とその家族の方との人間関係、従業員相互の人間関係を考慮に入れることが大切ではなかろうか。小規模の場合は、より人の和、協調が要請されると思うからである。

余 暇

労働者の余暇のことが、最近活潑に論議されるようになってきている。その背景としては、週休2日制、1日の労働時間短縮という時代の方向がひとつと、もうひとつは、省力化の進展に伴ない、職場における作業が、極度に単純化（繰返し作業）されあるいは長時間の緊張感からの疲労の累積等により、人間疎外、人間性喪失といった現象が生じたことである。すなわち、余暇が多くなって、これをどう過すか、また過ごさせるかということと人間性の回復ということが、課題となったということであろう。

さらには、また、日本人は働き過ぎで、遊び下手と言われるが、その反動でもあるかのように、現代若者の意識として、「人生すべからくエンジョイすべし」といった風潮もある。「余暇こそ人生」といった極論は、しばらく措くとしても、生活全般に、うるおいをもたせるレクリエーションが、現代人に大変重要になってきていることは事実である。

余暇の過ごし方は、人により千差万別であろう。勉学、研究、スポーツ、旅行、音楽、釣、園芸、囲碁等、そしてもろもろの趣味、けいこ事等、それぞれに、さまざまな過ごし方をしていると思う。

企業自体でも、労務管理の一環として、福利厚生施設の整備が進展している。民間レジャー産業も、いまや花ざかりである。また、国、地方公共団体、政府法人団体等による福祉施設も急速に設置整備されつつあるところである。これらの施設の利用も結構だが、このような、他動的というか、予め設定された余暇の過ごし方のみでよいかといった疑問が私にはのこるのである。

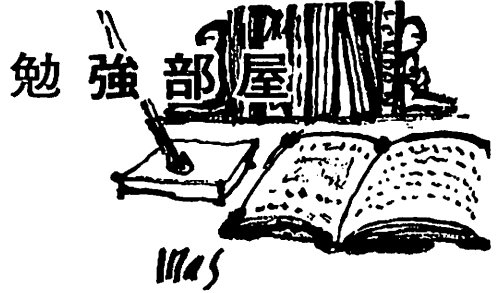
本来、レクリエーションとは、「うるおいある幸福な生活を送るために、楽しみや喜びを通して、なされる人間性の回復や刷新」であると言われる。

紙数も少なくなったので、まとめを急ぎたい。

望ましい余暇の過ごし方、すなわちレクリエーションは、次のような条件ないし成果を含む活動であると思う。

①他から強制されるのではなくて、自主的に自分の興味や関心を基にして行なう活動 ②気分転換により心を豊かにして、明るく、そして楽しい生活ができるようにする活動 ③創造性を培い、しかも自己表現の機会となるような活動 ④個人にとっても、社会にとっても意義のある活動

これを総合して言うと、「レクリエーションは、休養、気晴らし、楽しみの要素を持ちながら、さらに積極的に自分の自由時間を充実したものにしていこうとする営み、活動である。」このような余暇の過ごし方を、本人自らも努め、経営者も助長してやることが本筋と思うのである。



口腔領域の診断と全身病(Ⅲ)

東北歯科大学口腔診断学教室

今井忠治

21) 貴方は次の薬品のどれかで、変わったことがありましたか？

この質問で、ひとつ以上の薬品に激しい反応を起した経験を確認すべきである。

アスピリン

アスピリンは、よくアレルギー性反応を起す薬剤である。強度の喘息性反応はアスピリンによって作られることがある。また angioedema の様な一般的に尋麻疹を起す。胃腸の不調はこの薬剤の服用による最も一般的な不快事項である。

ペニシリン

ペニシリンは周知の抗原で、これに対する反応は軽度の発疹から致命的なアナクラキシー型の反応まで様々である。ペニシリンに対するアレルギー性反応の経験は、たとえどんなに軽かったにしても以後の使用は不適当である。継続する薬剤に対するアレルギー性反応は、その強さは増大する傾向があるものである。

ヨード

ヨードは感作の作用はないが、特定の患者は発疹を起しやすい。歯科におけるヨードの局所的使用は軽いアレルギー性反応を起す。

サルファマイド

サルファ剤はアレルギー性および毒性両方の広範囲でまた多種の反応を起す。サルファ剤は現在でも尿路感染症の治療に処方され、また

時には抗生剤と併用されている。

バルビツール塩(睡眠剤)

バルビツールは薬物性皮膚炎を急激に起すことがあり、また薬物性口内炎を起すことで知られている。多種のバルビツール塩の間に交叉感受性は余りない。もし患者が最初の処方したものに感受性が進んだ時は他のバルビツール塩の処方が可能である。

他の薬剤

前述以外の薬剤により起った反応について記入する。

22) 貴方はたびたび激しい頭痛がありますか？

患者の訴える頭痛の殆んどは緊張によるものである。真性のヒスタミンおよびミグレン頭痛の起るのは稀れである。過度の緊張は激しい頭痛の再発の原因となる。ヒスタミンおよびミグレン頭痛は非常に強烈で目のくらむ様な頭痛である。緊張によるものは前額部に頭痛があり、過度の緊張性頭痛は後頭部に部位する傾向がある。片側性頭痛特に側頭部のものは、顎関節疾患または咬合の筋群の疼痛に関係することがある。

23) 貴方は眼について何か不調がありますか？

最も一般的なものは眼鏡の必要である。しかし歯科医に取って重要なのは緑内障である。その場合唾液分泌抑制剤の投与は禁忌である。これは緑内障の眼球内圧を更に上昇させる傾向が

あるからである。時には眼の炎症の原因の可能性より歯牙にある感染巣を除去する目的で眼科医より歯科医に患者を依頼されることがある。しかし歯科感染巣と眼の炎症過程との間の関係を発見するのは困難である。

24) 貴方は鼻の病気がありますか？

上顎洞に近接している歯牙の疼痛を強くする可能性があるため、急性上顎洞炎は多少意義がある。この様な歯牙は咬合圧に敏感になるか歯痛の原因となる。一般に慢性鼻性上顎洞炎は歯牙に影響はあまり認められない。

25) 貴方は鼻出血がありますか？

鼻出血は一般には鼻腔粘膜の外傷による。他の局所的原因は鼻咽頭腫瘍である。又高血圧および血液疾患もこれを起す。成人患者の鼻出血は、鼻を嚙んだ時に単なる血を見る以上の出血の場合は、出血の原因を徹底的に調査すべきである。

26) 貴方は口呼吸ですか？

口呼吸の習慣の原因は鼻の充血がある。これは投薬により改善される。一方鼻腔内の障害物の手術的除去の必要なこともある。口呼吸はしばしば口喝を訴え、また歯肉組織の乾燥に起因する刺激の結果前歯部の歯周組織疾患にかかり易い。

27) 貴方は知覚過敏の歯がありますか？

この質問に対する肯定的な答には次の質問を追加する。即ち、何に対して歯牙が敏感であるのか、熱いもの冷いもの、咀嚼によるもの、摩擦による刺激などである。大きな新充填物は前記のどれかに該当する可能性がある。新充填物がない場合には、冷反応は歯髄充血かまたはその状態の回復可能であることを示す。温熱反応は歯髄の回復不可能な経過を暗示する。咬合圧に対する過敏はその歯牙の外傷の結果または失活歯髄の二次的歯根端炎の結果のどちらかの歯根膜の疾患を暗示する。過敏歯牙の存在はその

訴えの原因を判明するまで追求すべきである。

28) 貴方は近頃歯痛があったことがありますか？

肯定的答えの場合、追加質問として口腔内のその位置、疼痛の期間、起る原因の決定に向ける。疼痛の最初の大体の日付けを知ることも重要なことである。

29) 貴方は歯肉の出血がありますか？

この質問に対して肯定的な答えならば、自然出血かそれとも歯ブラシの使用その他の刺激により出血するかを追加質問をする。疼痛を伴う歯肉の自然出血は、壊死形成中の潰瘍性歯肉炎が考えられる。歯肉壊死が無い場合は血液疾患を疑うべきである。歯ブラシによる歯肉出血は一般に正常だと思いがちでそれが歯周疾患の徴候だと気付かない。正常状態の歯肉は歯ブラシその他の通常の口腔衛生の処置においても出血しないものである。

30) 貴方はしばしば口中糜爛や顔面ヘルプスがありますか？

口中糜爛や顔面ヘルプスが1年に4～6回以上起こることがある。口腔内に頻発的に潰瘍性疾患が再発することは患者の口腔が常に不潔であるからである。口腔粘膜の再発性潰瘍性疾患をいつ、いかに治療するかを決定するのは、口腔の不潔度および疾患によりもたらされる口腔機能障害の度合にもとづく。稀れに再発性アフタは不潔抑制のために刺激緩和剤を貼布して治療される。局所的に使用されるステロイドは異常な頻度の再発性アフタの期間の短縮に多少成功するので用いられて来た。この場合組織に余分な損傷を作るいかなる治療もさけるべきである。

31) 貴方は今までにひどい口内炎がありましたか？

肯定な回答には、口内炎を経験した回数、その型の詳細な説明、その疾患の場所や期間、考えられる診断名あるいは原因となる因子など質問を追加する。初期のヘルプス、ワンサン氏感染、多形性紅斑、薬物性口内炎、など種々の疾

患がその結果判明する。

32) 貴方は口を思うように大きく開けますか？

これは下顎の運動時、何か機能的制限の存在の有無を調べるためである。肯定的回答であれば、開口障害が進行性であるかまたは進行が止まっている性質であるが質問により判定出来るはずである。下顎運動の障害が最近の発病か長期間続いたものか、静的か進行性か、障害が疼痛によりまたは機械的限定により制約されているか注意することも重要なことである。

33) 貴方は嚙むとき顎が音がしますか？

肯定的回答のときは、下顎の機能的運動の際明らかになる顎関節の構成部分の異常変化した関係または変化した構造を示す。それは顎のどの行程またはどんな位置で音が起るかを決定すべきである。顎関節内の音に伴って疼痛または不快感の存在についても質問されるべきである。

34) 貴方は運動により何か胸の痛みがありますか？

運動による胸痛（狭心症）は心筋への血液補給の不足を示す。肯定的回答のときは、患者は早い時期に専門医に診察を受けることを勧告すべきである。狭心症疼痛の管理には、定期的にニトログリセリンが投与される。緊張を要する歯科治療の直前にニトログリセリンを舌下部に施すことは治療中に狭心症を起すのを予防する。

35) 貴方は普通の運動で息切れがしますか？

息切れを訴える患者の内、最も重要なものは心不全である。肥り過ぎの患者では心臓機能が正常でも軽度の運動で息切れがする。心不全は患者が横になった状態で終夜眠れないかまたは呼吸を楽にするために多くの枕で身体を支えなければならぬ事で判明する。慢性の肺疾患または貧血も呼吸困難の原因となる。

36) 貴方は足首が腫れますか？

下降する浮腫は心不全および慢性腎炎にしばしば起る。質問 35) 36) 両者に肯定する患者は

心不全を疑い専門医の診察を考慮すべきである。

37) 貴方は持続性の咳が出ますか？

持続性の咳は、喫煙による慢性刺激、肺癌、結核、気管支拡張症などが考えられる。痰を出す慢性の咳は滲出物の形成を伴う炎症過程の存在を示す。慢性の痰非形成性の咳（空咳）は気管支性腫瘍の存在を示す。

38) 貴方は以前に咳で出血しましたか？

咯血は結核、気管支拡張症または肺癌に起因する。咯血の最も一般的原因は以前は結核であったが、結核の減少に伴い気管支拡張症がこれに変わった。

39) 貴方が食べられない食物がありますか？

一般的に患者は、消化器性潰瘍、胆嚢症患者または一定の食物に対するアレルギーの理由で特定の食物を拒否したがるものである。

40) 貴方は飲みこむのに何か困難がありますか？

飲みこみの困難は不安、ヒステリー球、咽頭痛または噴門痙攣に関連する。

41) 貴方はよく消化不良がありますか？

最も一般的な消化不良の原因は、消火器潰瘍および胆嚢症患者である。

42) 貴方はしばしば嘔吐しますか？

頻発的嘔吐は機能的症候、裂孔ヘルニア、または食道憩室に起因する。この際実際に口腔に吐きもどすかどうかを質問することも重要である。嘔吐の頻度の激しい患者は歯のエナメル上に胃酸による脱灰作用の痕跡を見る。

43) 貴方は1日6回以上小便しますか？

排尿の頻度の増加は機能的症候、腎臓症患者前立腺肥大または糖尿病に起因する。糖尿病に起因したものは口渇感もまた伴う。

44) 貴方は非常に喉が渇きますか？

質問 43) と共に肯定的答えであるときは、糖尿病の疑い大である。患者の無意識の急激な体重減少および食欲増加があるときはまた糖尿病の疑いが強い。

45) 貴方は以前に関節の痛みと腫張があったことがありますか？

答えが肯定的である患者には、それが単独の関節が多発性のものかを決定すべきである。疼痛と腫張を伴う単独の関節炎は一般に外傷に起因するものである。複数の関節の腫張と疼痛は、リウマチ性関節炎または骨関節炎の結果であることが多い。顎関節もまた例外ではなく、包含されるべきものである。

46) 貴方は以前に痙攣または引き付けを起したことがありますか？

この質問の目的は顎癇の患者の識別である。顎癇の患者の歯科治療期間中は、患者の管理に特別な考慮をはらうべきである。患者が毎日の定期的投薬を受けていても、歯科治療を受けると云う緊張の追加状態におかれる時に介抱者がいれば発作の起きた時有効である。患者が歯科治療期間中抗痙攣剤または鎮静剤の投与量の増量が有効との主持医の意見があればそれに従うべきである。

47) 貴方は失神の傾向がありますか？

この質問の目的は、口腔内の局所麻酔剤の投与後患者が失神の傾向を有するのを判定するためである。緊張した治療または周囲の状態と全く関係なく失神の傾向として、患者は顎癇の小発作の体験を訴えることもある。

48) 貴方は打身のあとがつきやすいですか？

この質問は前の質問7) と関係がある。容易な打身あとの記載の目的は毛細血管脆弱性の存在の判定である。多くの証例で成熟した女性には毛細血管脆弱性の異常なして肯定的に回答するものが多いので注意が必要である。

49) 貴方は貧血の様な何か血液疾患がありますか？

貧血の患者が緊張の強い治療中および外科的治療中におこる多量の出血のときショックを起しやすいことはよく知られている。この質問はまた貧血の原因かも知れない他の血液疾患の潜

在の発見も含んでいる。

50) 貴方は大変神経質ですか？

過度な神経質なことは単に近來の不安な時代の結果による場合と甲状腺機能の亢進による場合とある。前者は鎮静剤により一般に抑制され、後者は医師の治療が必要である。

51) 貴方はよく疲れますか？

疲れやすいことは老年、休養不足、貧血、白血病、伝染性単核白血球増加症または他の一般的疾病の存在と同様に甲状腺機能の低下の結果である。

52) 女性に、貴女は現在妊娠していますか？

初期妊娠を知ることは、妊娠に伴う歯肉の変化を認めるのに大切である。また全く可能でも妊娠3ヶ月の期間患者のX線照射や緊張の強い治療を避けるのも重要である。通常の歯科用フィルムに照射するX線の量は妊娠した母体にも発育中の胎児にも有害ではない。しかし先天性奇形の子供が生れた場合、X線照射が原因するとして訴えられることがある。殆んどの歯科治療中の緊張は不快事項の原因となるほどではないが、やはり妊娠3ヶ月は流産が最もよく起る期間であることを念頭におくべきである。

以上の様に質問表は出来るだけ平易な言葉で書かれており、またこれによる追加質問もその様にされることが望ましい。

第1回の時にペンシルバニア大学のも参照することとしたが、紙数の都合で割合させていただくが、Thoma のものも質問数こそ違っているが、内容は三者共にほぼ同様である。

医学歯学の関係について

1. 健康表示器としての口腔組織

歯牙および口腔組織は人体臓器の一部分であり、健康または疾病の状態は全身の一部分の状態として扱うべきである。口腔およびその附属組織は、

他の体腔と類似しており、同一の物理化学的および生理学的な原則に支配された栄養源も共通である。

全身病に併発する眼底の変化は疾病の診断と予後の判定に重要であることはよく知られている。しかし全身病に併発する口腔内の変化はより以上に頻発しまた簡単に診察出来るのにもかかわらず、医師、歯科医師にあまり知られていない。

口腔およびその附属組織は、一般に考えられている程には外部より直接的に侵襲を受けにくい、内部の疾病には敏感である。このために口腔組織は個人の全身健康状態の計器であり、この組織の変化は、しばしば他の臓器の亜臨床的な疾病の進行の最初の徴候であることがある。特に栄養失調、内分泌腺異常、胃腸失調、貧血および血液疾患について、それが云える。

2. 歯科医師と医師

医科および歯科の臨床医は歯牙と口腔組織を全身の有機体として考慮すべきことは前に述べた。そのためには人体の総括的な生物学的理解および他の臓器系統の疾病の基礎的知識を要する。しかし歯科臨床医は何も医科領域を完全に、また特殊な疾病全てを熟知する必要はない。また口腔疾患または歯科治療に附随して起きた疾病を除いて、医科治療に関心を持つ必要もない。歯科医が家庭医の分野にまで出しゃばるべきではない。しかし患者の健康と福利のために家庭医と協力すべきである。

歯科医師と医師は疾病の予防、診断および治療の初期に関係が深い。正確な診断と効果的な治療は両者の密接な協力が要求される。しかしこの相互関係は普通には充分理解されていない。その結果患者はこの両方の専門家の協力による管理の恩恵を受けられない。兄弟の様な両者の関係についての論文発表、また診療において合同の会合が持たれないのは不幸である。

歯学は医学よりも若い職業である。しかし人類

への目的、業績、俸仕の点において決して劣らない。一般に歯科は「技工的」職業として間違つて尊敬されている。実際には外科よりも技工的ではない。両者共に解剖学、生理学、病理学の生物学的理解と特殊技術および彼等自身の訓練を必要とする。

過去において相談を受けたとき、歯科医は疑問を理解する上で医学的背景が不足していた。しかし現在の歯科学生は基礎的生物学の教育を受け、この分野で視野と深さにおいて医科学生と同一である。彼等はまた内科学の講義と臨床に参加し、一般の疾病、その口腔症状との関係、随伴する検査所見および可能性のある併発症などについて全般の理解を与えられる。近來の歯科医はその知識でもって一般の患者の治療に医師と協力することが出来る。しかしながら多くの医師は未だに口腔は扁桃腺への径路であり、歯学は齦歯、口内炎、歯槽膿漏症の三本立てであると理解している。また医大附属病院では看護学生には歯学について良い教育をほどこしながら、医科学生にはそれほどでもない傾向を見るのは稀ではない。これは有益な協力を妨げる医学教育の欠陥である。

歯科医師は医師に依頼された患者の診察には所有する知識と誠意ある管理を行なうことによって医科歯科関係を増進させ、またその能力と態度でもって医師と患者に良い印象を与える義務がある。

対診と対診医

歯科治療の領域と知識は医学のそれとある意味で比較し得る程に多くの分野で進歩した。

依頼による診察と助言は、診断の目的、希望する治療の評価または専門医による特殊な治療方法について要望されるだろう。

対診は患者へのよりよい健康と云う条件に加えて、一般臨床医の重要な教育的機会を与える。対診のコツは他の専門医に大いに患者を依頼することである。その対診医は疑問について経験が深く、人間性のあ

る人を選ぶべきである。

また対診または特殊な治療を依頼することによって、自己の名声を落すことはない。適当な謙遜は逆に患者の信用を増大させる。

対診医として認められるのは名誉である、しかしそれは患者と紹介した医師の間に明確な義務が生じる。たとえ診断などにおいて同意出来ず、また過去の専門的治療について反対であっても直接的な真反対の意見は失礼であるばかりでなく、不道德である。もし対診が調和と道徳的な方法で処置されるならば信用は増大する。対診は患者を治療している歯科医師または医師により用意されるべきである。しかし依頼者は対診の料金その他については患者に話してはならない。また予約なしで対診医に送られるべきでなく、対診医もまた正しく紹介されていない患者を受け付けない事によって自分自身を守るべきである。

対診医は常に報告すべきであるが、主たる診察の後すぐに完全な報告書の作製が不可能の時は速やかに患者の来院を報告すべきである。対診医はまた病歴、X線写真、スタデーモデル、臨床検査所見を収集する。医師により患者が依頼されるときは、医学的所見そのまゝで詳細な依頼状が歯科医のために送られるべきである。

対診医が診察する時は、主訴および既往歴を詳細に再調査すべきである。この中からしばしば正確な診断または治療方法に直結する新事実を引き出すことがある。X線写真または臨床検査の追加は時に必要となる。もし依頼した歯科医によるX線写真が不満足であれば、対診医は患者に「特別なX線写真」が必要であると云う方がよい。電気歯髓診断器は「疑問のある歯牙」の歯髓状態の決定に必要であり、顕微鏡検査のための組織摘出もまた行なわれる。

患者が対診の目的を全面的に知り、紹介医の同意または要求がなければ、一般に患者と対診の結果について討議しない。もし所見を患者と討議するときには説明は平易な言葉を使用すべきで、時にはスライ

ドなども用いる。高度の技術的、専門語または専門の訳のわからぬ言葉を使用して感動させようとするべきではない。異性腫瘍の様な重大な状態が発見されたときは、紹介医との協力で患者がそのことについて完全に知らされるべきか否かについて決定しなければならない。必要に応じて近親者に患者の状態を誠意を持って説明するのが最善である。

殆んどの場合対診において得た所見は依頼医のみに送られるべきである。X線写真および検査所見も含めて報告は書類でなされるべきである。同時に患者の永久保存記録も作られる。電話による報告は緊張または特別の場合の外は使用してはならない。常に書類により確認されるべきである。要は口頭による報告は過誤を起す機会となるからである。もし要性腫瘍の様に緊急に治療を必要とする場合紹介医と相談の上、遅延することなく必要な治療について方法を講じなければならない。

対診医は病歴および臨床検査より得た所見と治療方法の全てについて要約記録する。長時間を要する診断方法または対診医が治療を行う場合、経過報告を適当な時期に紹介医に送付すべきである。

対診医は患者と治療することまで特権を有さない。患者は特に治療の要請がない場合紹介医に返えされるべきである。

対診の料金は対診医の時間消費と経験とを関連して正当に請求する。料金は直接患者から受け取られる。しかし患者の経済状態も考慮して料金を算定することもある。もし患者が報酬の支払いが不可能な時、予約の段階でその対診が不可欠であれば、料金の請求は患者のために放棄される。

対診において、患者が歯科医から歯科医にたらい回しにされる印象を与えない様注意が必要である。対診に依頼医が立ち合う場合は、対診医と無条件に平等な立場と言葉で行なわれるべきである。

対診歯科医の態度は将来の患者の依頼を受けるのに大いに関係がある。良く書かれた報告書は専門的關係をよりよくするひとつの手段である。この意味

で報告書の形式は次の様なものが推奨に値する。

紹介された患者の歯牙および口腔所見の返報の推奨される概要。

- 1.(A) 患者名
- (B) 患者依頼の理由
 - (a)口腔状態の診断
 - (b)炎症の口腔内病巣の評価
 - (c)治療についての勧告、その他
 - (d)予後
- 2.(A) 主訴についての報告書の摘要—または患者の有する問題
- (B) 現症の病歴、特に摘発した新所見の評価の摘要
- (C) 病歴中の重要な所見の要約
- 3.(A) 問診および特に障碍とその併発、附随関連部分に関しての臨床的診査の所見
全ての他の所見
- (B) X線学的および臨床検査の結果
- 4.(A) 臨床的印象または診断、(もしもこの目的で依頼を受けていれば)
- (B) 推奨される治療方針(もしもこの目的で依頼を受けていれば)
- 5.(A) この報告書の結果として生じた予後の所見についての考察の依頼
- (B) 対診医として選ばれたことに感謝の表意

以上の様式を満たす様に書かれた報告書は申し分のないものと云えよう。

あとがき

全身疾患と口腔疾患については歯科大学における教科課程でも今日においても時間数が短かく、その関連については口腔外科および内科で付則的に講義されるに過ぎない。この点については Oral Medicine または口腔診断学なる教課によって満たされるべきだと考える。この教課は他の講座との交流を

密にして初めて可能になる。放射線学、口腔外科、一般医学の臨床医学その他病理学などの基礎医学および臨床検査科など広範囲な交流とその基礎知識を把握しなければならない。

また我々が患者の初診時考慮すべき点は、リハビリテーションである。患者の口腔疾患を診たとき、最終的に歯科臨床各科を含めて、どのような治療方法を使用して口腔機能を回復させるかを念頭におくべきである。目先の疾患にとらわれ、口腔機能の回復にまで行くとどかない、いわば木を見て山を見ないのとえ通りにならぬ様心掛けるべきである。この点では一般臨床医の諸先生の方が、我々大学の専門講座にとらわれている者よりも結果として進歩的かも知れない。歯科教育にたずさわる者は考慮すべき問題であり、特に口腔診断学の課程の一部とすべきであると考えている。

前後3回にわたり述べた事柄は、臨床³科医各位に取って常識の事柄であり、何も今更とお叱りを受けるかも知れないが、近代の歯科医学に今日の社会が何を求めているかを考がえ、我々歯科医師の心掛けるべき幾多の問題が含まれていると思い、口腔診断学の総論的な事柄をあえて述べた。

参考図書として、河村洋二郎他、全身疾患と口腔症状。河村洋二郎、歯科医のための医学必携。河野庸雄、口腔病の診断と処置方針。Burket Oral Medicine。Kerr Oral Diagnosis。河野庸雄、臨床診断学総論。ミシガン大学歯学部、Text Bookを用いた。

この稿を終るにあたり、投稿の機会を与えて下さった、熊本市歯科医師会々長緒方益夫先生、お骨折りをいただいた編集の諸先生、林正之先生に謝意を表します。

著者より

第2回の健康調査表の内、誤記脱落がありましたので訂正してお詫び申し上げます。

1. 31) 貴方は今までにひどい口内炎がありましたか?
2. 32) 貴方は口を思うように大きく開けますか?
3. 33) 貴方は嚙むとき顎が音がしますか?

口腔がんと歯科医師の責務

—早期発見と早期治療のために—

東京医科大学口腔外科学教室
助教授 成 田 令 博

“がん”それは、いまだに「悲劇的で不可解な、死に至る病」とまで怖れられている病気である。そして、その撲滅は人類最大の悲願ともいえよう。

近年、科学の目覚ましい発達によって、相次ぐ新しい診断、治療器具の開発、抗がん剤の発見、放射線治療装置の改良など、診断面でも治療面でも著しい効果をあげ得るようになり、がんは癒るとまで公言する医師さえいるようになった。

しかし、治癒率は向上しているとはいえ、未だ患者に“がん”として怖れることなく告げるわけにはいかない現状にある。

口腔がんは、直接目で見ることが出来、しかも国民の高い接触罹患率から、絶えず歯科医師によってチェック出来る最も有利な場所であるといえよう。しかし、その早期発見はおくれ、早期治療がなされないまま、予後が思わしくないという結果となっているのは何故であろうか。そこで、今回は、口腔がんの最近の現状と、これを最初に発見する可能性の最も高い、我々歯科医師の果たすべき役割は何かということについて述べてみたい。

口腔がんの現状

口腔がんの発生率は決して高いものではなく、全がんの2.5～5%を占めているといわれている。これは、日本人で最も罹患率の高い胃がんや子宮がんには比ぶべきもないが、たとえ、それが小さくとも、一度侵されると、咀嚼、嚥下、発語など人間生活を営む上で最も重要な諸機能、さらには審美的な面などを有している口腔顔面は、治療上大きな制約が生じて来るし、末期になると、その惨状は見るにしのびない結果となる。

がんの発生を疫学的にみると、人種により、臓器

により差が見られることは勿論のこと、口腔内においても人種によって、その好発部位は異なり特異な点が見られている。これは、食生活、嗜好品などの関与が大きく影響しているといわれているが、表1のように、上顎を含めた統計では、日本では上顎がんが最も多く、アメリカでは口唇がん、イギリスでは舌がんが最も多く、顎骨がんが少ないという全く逆の結果が見られている。この結果を治療面から見ると、骨が関係しているがんの治療は、軟組織に発

表 1.

	上顎	下顎	舌	頬	口底	口唇	その他	計
日 本 (上野)	273	122	84	27	24	5	16	551例
アメリカ (Lane)	53	39	99	47	46	113		397例
イギリス (Ledlie)	40	54	225	136	59	160		774例

生したがんより困難を伴うし、予後の点でも後障害の点でもおもわしくない結果となることが多い。それは、放射線治療効果から見ても、その障害度から見ても、また手術による侵襲度から見ても有利とはいえないし、当然、機能障害、審美的障害も大きくなる。

また、国立がんセンター口腔科の統計によると(1962～1971年)、口腔内では、舌に最も好発し58.4%を占めている(表2)。

表 2.

舌	245例	(58.4%)
口 底	45	(10.7%)
硬口蓋	42	(10.0%)
頬	37	(8.8%)
歯 肉	32	(7.6%)
口 唇	19	(4.5%)
計	420例	

医療は人命を救うことを第1義とするが、たとえ生命を救い得たとしても、各種機能や審美的な面での後障害がのこることは、対人間、対社会的な面では、人間の生命を奪われたにも等しい状態になりかねないのである。

口腔がんの特殊性は、がんを治すことだけでなく、人間としての後障害を如何に少なくして治療するかにある。それには、他の部位より、より早い早期発見、早期治療が必要であり、望まれる所以である。しかし、我々のもとを訪れるがんの患者を見ても、自覚から来院までの期間が非常に長い傾向にあるし、進展度からみても、既に隣接組織にまで進展（T₂以上）し、所属リンパ節への転移（N₂以上）を伴っている例が70%にも及んでいることは、治療開始の時点で、既に悲劇的な様相を呈しているといわなければならない（表3，4）。

表3.
来院時における口腔がんの所見

{	隣接組織への浸潤例	… 21例/30例 (70%)
	比較的局限している例	… 9例/30例 (30%)
{	頸部リンパ節への転移例	… 21例/30例 (70%)
	“ 非転移例	… 9例/30例 (30%)

表4.
来院までの経過

自覚から1ヵ月以内	1					1例
2ヵ月	3					3
3ヵ月	2	3	1		1	7
6ヵ月	2	2	1	2		7
9ヵ月	1	1				2
1年 以内	1	2	2	1		6
1年 以上	2	1				3
	放置例 12例	歯科受診 9例	耳鼻科受診 4例	内科受診 3例	外科受診 1例	計 29例

口腔がんの予後を、罹患頻度の高い上顎がんと舌がんについてみると、前者の5年生存率は100例以上の10機関の報告からのを見ると、悪い成績では僅かに7.4%、良い成績で53.8%という成績であり、平均生存率は28.0%と極めて低率である。舌がんの5年生存率をみて見ると、100例以上の17機関の報告では、21%から42.6%であり、平均30.6%という成績である（表5）。

表5.

	5年生存率
上顎がん	7.4~53.8% (平均28.0%)
舌がん	21.0~42.6% (平均30.6%)

この低い生存率は、早期発見、早期治療のおくれが最大の原因であるが、これをまた、所属リンパ節への転移の有無からみると、表6のようであり、治療時におけるリンパ節転移の有無が如何に予後の上で差を生じてくるかが如実に示され、早期発見の重要性が窺われる。

表6.
リンパ節転移の有無と5年生存率

	Frazell	Guiss	Cade
あり	16.8%	13.0%	14.0%
なし	48.7%	92.2%	51.0%

また、進行別にみた5年生存率を比較すると表7のようになる。早期発見や早期治療がおくれると、

表7.
進行度からみた5年生存率

	第Ⅰ度	第Ⅱ度	第Ⅲ度	第Ⅳ度
山下久雄	86.3%	75.5%	50.0%	14.4%
Kunz	64.7	48.0	31.8	0
Ash	65.7	45.7	23.2	8.4

如何に治癒率が低下するかがよく理解出来ると思う。

何故予後が悪いのか

口腔がんは、前述のように、齶触治療の際に始終歯科医師によって観察され、しかも直視出来る点では、他の部位に比べて極めて有利な条件がそろっているにも拘わらず、早期発見がおくれ、ある程度進行してから来院するのが実態である。この早期治療のおくれが予後を左右する第1の大きな決め手となっている。

東京医歯大上野教授によると、口腔がんをもっている患者の中、70%のものが最初に歯科医院を訪れており、なかでも歯肉がんは95%のものが最初に歯科を受診しているということである。

また、国立がんセンター口腔科の齶津博士の調査によると、歯科を受診したものの約70%のものが、がんと疑われずに放置あるいは誤診され、他の処置がなされているということであり、我々の調査でも53%のものが先ず歯科医院を訪れている。しかも、自覚して6カ月以上も経過しているのが37.9%にもみられているのである。

このように、早期発見がおくれるのは、患者の無関心さもさることながら、医師が診ておりながら見のがしている例のあることも心にかけておくべき事実であり、これが予後を大きく決定づけていることになる。

一方、舌下部、顎下部、頸部は、リンパ網が左右に広く細かく錯走しており、早期治療のおくれが転移を容易ならしめるのも、予後を悪くする大きな要因となっている。

何故早期発見がおくれるのか

前項で述べたように、口腔内の異常を自覚し専門医を訪れる以前に、他の医師のものを訪れているのが60~70%見られており、しかも中には、がんと診断されず放置されるか、あるいは無意に他の治療がなされていた例が多く見られているが、その内

訳を見てみると、所謂歯槽膿漏症、義歯による褥瘡性潰瘍、口内炎、膿瘍、歯性上顎洞炎、鼻炎などが多く、その他、口の中に潰瘍が出来たのは胃が悪いからだろうと、長期間、胃腸薬の投与のみで簡単に片づけられていた例もある。

この早期発見をおくらせている原因としては、口腔というのは外来刺激を受けやすく、常に病変をもっている人が多く、上記のような症状が口腔がんの初期症状と類似した所見を呈するという点などで、反って医師も患者も見のがしやすいということがあ

る。このように、初期に見のがしたり、誤診したりということも事実であるが、初期がんの診断の難しさということも関係している。教科書に記載されているように(図1)所謂花キャベツ状のがん特有の潰瘍を形成してくれば誰でもが容易に診断がつくのであるが、それでは既におそいのであって、1日も早い早期発見が望まれるのである。それには、我々が歯の治療ばかりでなく、常に口腔内全体の観察に努める必要があるのである。

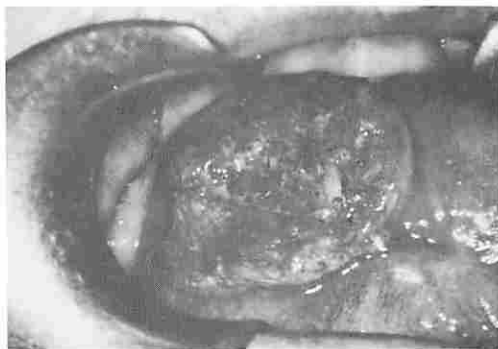


図1. 舌にみられた典型的ながん性潰瘍

何故初期がんの診断は難しいのか

初期がんの診断の難しさの理由は、一般にいて、初期がんの症状が一見がんらしからざる様相を呈することが多いからであり、粘膜の病像についても、

必ずしも潰瘍を形成するものばかりとは限らないからである。

先ず、患者の訴えをみると、痛み、異和感、腫れ、しこり、歯の動揺、歯や義歯があたるなどが多く、他覚的症狀としては、びらんや潰瘍形成型、硬結を来す腫瘍型が最も多いが、その他、乳頭型、肉芽型、白斑型およびこれらの混合型などが見られる。これを見ても多種多様で、はっきり診断がつかないまま試験切除をして始めて診断がつき、“これが……？”と思う意外な病例もある。

図2. 口腔粘膜がんの臨床像
(国立がんセンター口腔科)

隆起型		腫瘍状	17例 (28.3%)
隆起陥凹型		噴火口状	16 (26.7%)
硬結型		粘膜下硬結	11 (18.3%)
陥凹型		潰瘍状	8 (13.3%)
突起型		乳頭状	4 (6.7%)
表層不正型		びらん状	4 (6.7%)



図3. 初期がん、舌側縁に浅いびらんがみられる程度のもの。



図4. 潰瘍がん、一見褥瘡性潰瘍のような臨床像を呈している。

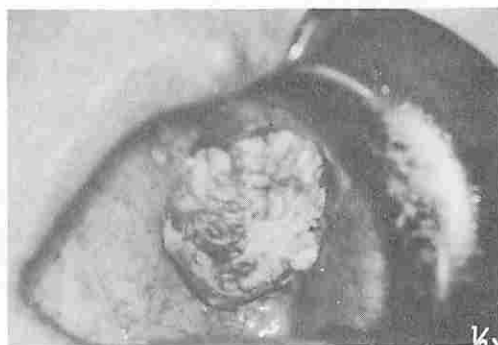


図5. 腫瘍型のがん、良性腫瘍と異り浸潤性で周囲とは非可動性。大きくなると潰瘍を形成することが多く診断は比較的容易である。



図6. 白斑型のがん、白板症から潰瘍を形成して悪性化したり、潰瘍のそばに白板形成が見られたりする。

以上のように、初期には実に様々の症状を呈し、臨床症状だけでは診断がつかない例が多い。従って、口腔粘膜の病変が、治療を行なってもなお2週間も3週間も不変であったり、あるいは進行したりするような場合は、一応悪性のものでないかと疑ってみる必要があるのである。

例えば、“腫れ”という症状が炎症と腫瘍を代表的なものとする、抗生物質や抗炎症剤などの投与を行なっても軽快治癒しない例は、先ず腫瘍ではないかと思うべきは当然の考え方である。

また、顎下、頸部リンパ節の腫れの有無にも注意を向けるべきで、炎症性の腫れが腫瘍による腫れかを鑑別する必要がある(表8)。特に、無痛性の何個か連なった腫れは、先ず悪性腫瘍の転移によるものと見てよい位である。

表8. 顎下、頸部リンパ節に腫れを来す主な疾患

1. 炎症性の腫れ
単純性炎症(一般の感染菌によるもの)
特殊性炎症(結核性や梅毒性のもの)
2. 腫瘍性の腫れ
癌の転移
悪性リンパ腫(リンパ肉腫、細網肉腫、ホジキン病など)
白血病
3. 脂肪代謝異常
Niemann Pick病、Gaucher病、黄色腫病など

がんを疑って注意すべき病変

表9. 前がん病変として注意すべき病変

白板症、扁平紅色苔癬、紅色肥厚症、乳頭腫、Bowen氏病、老人性角化腫、ニコチン性白色角化症など
--

がん転化する可能性のある危険な症状として前

がん病変というのがある。その代表的な病変として白板症がある。

白板症とは、口腔粘膜の過角化あるいは異角化の状態をいうが、臨床的には、必ずしもこのような病理学的な角化を伴わない白斑状の変化も含めている場合もあり得ると思われる。肉眼的には、白い斑状のやゝ隆起したざらざらした感じの粘膜病変で、乳頭腫状に発育したり、潰瘍を形成したりして悪性に変化する場合があり、注意せねばならない病変とされている。諸家の報告によると、白板症のがん化は、2.5～36%に見られるといわれているし、口腔がんの30～60%に白板症が見られるというから、この病変の経過は長期に亘って注意して観察すべきである。



図7. 白板症のがん性変化、腫瘤状の増殖発育がみられる。

扁平紅色苔癬も、粘膜の角化不全あるいは過角化の状態で、多くは、頬粘膜に白いレース模様状の変化を起す病変で、矢張りがん化の報告が1～10%にみられている。

一般にがん化の傾向は、角化の強い病変に見られることが多く、その他、ニコチン性白色角化症、老人性角化腫、乳頭腫、Bowen氏病などがある。何れも白色斑様病変を呈しているが、乳頭状に増殖発育する傾向のある場合は注意すべきである。他に、赤色の斑状変化を来す紅色肥厚症、メラニン細胞の



図 8. 扁平紅色苔癬、一部に潰瘍形成を伴っており危険な状態といえる。

異常増殖による黒色腫（メラノーマ）などは、予後に注意を払い、経過を十分に観察する必要がある。



図 9. 白板症の乳頭腫状増殖変化

メラニン色素は、日本人は白人に比べて多く、正常人で約 55%に見られるとされている。全身的には、アジソン氏病、ビタミンC欠乏、妊娠、子宮疾患などの際に沈着をきたす。悪性黒色腫の場合は、発育浸潤が急速で、良性のメラノーマと異なるところは、濃い黒色の増殖が周囲ににじみ出るような感じで発育し、時に発育を伴うことのあるのが特徴である。



図 10. 悪性黒色腫

これらの前がん病変以外に、誤診される頻度の高い病型としては、所謂歯槽膿漏症、抜歯創治癒不全症、褥瘡性潰瘍などがあり、類似な症状をもって初発したり、気がつくことがある。特に、上顎洞から発生した上顎がんは、口腔に症状が現われる場合、上顎から歯槽骨が侵されて歯が動揺して来る所見が、丁度年齢からいっても、高度な歯槽膿漏症と見誤ることが多い。

下顎の歯肉がんでも、歯槽骨が侵されてくると、歯が動揺してくるので、誤診するケースが往々あるし、簡単に抜歯をして、周囲にあった潰瘍が急速に拡大したり、抜歯創の治癒が悪いということで気がつく例がある。

異常な歯の動揺がある場合、例えば、動揺の進行が早かったり、歯の抜出や、周囲に治りにくい潰瘍が見られる場合などは注意をする必要がある。レ線所見でも、普通の歯周疾患と異なり、骨吸収の境界が不鮮明だったり、上顎の場合は、上顎洞の方から吸収が見られるような場合は、気をつけるべきである。

歯や補綴物とがん発生との因果関係については、未だ十分に解明されていないところであるが、歯の鋭縁や、不良な充填物補綴物は機械的な刺激のもととなるので注意すべきがん発生要因と考えてよいし、褥瘡性潰瘍と見誤りやすい症状をもって発生する例

がある。原因と考えられる刺激物を除去してもなお治癒しない潰瘍は、経過を追って注意して観察すべきである。

また、がんという生命にかゝわる重大な疾患の疑いがある場合は、補綴ごとに金属による冠やブリッジの作製は見合わせるべきである。悪い例をひくと、補綴処置をしてから紹介してよす医師がいる。1日も早く診察を受けるようにすすめるのが当然であるし、折角作った金属による補綴物は、放射線治療の際の障害となるので除去せねばならないことになる。装着したばかりの高価な補綴物を撤去するのは、同業として誠にしのびないものがあるが、止むを得ないことになり、かつ患者には誠意を疑われるような結果になりかねないのである。

がんが疑われたらどうすればよいか

先ず、どこか適当な専門医を紹介する体制でいなければならないし、症状が出たら、何時までも自分のところへ留めておくべきではなく、早い判断が最も大切である。

前項で述べたように、疑わしい症状が見られたら、微細な症状と経過の観察が必要で、無暗に機械的な刺激を加えてはならない。それは、抜歯や切開、搔爬、硝酸銀の塗布などの処置によって、急速に症状が拡大増殖することがあるからで、最もつつしむべきことである。もし、これらの処置後に、疑わしい所見が見られたら、急速に侵襲が進むことを考え、なるべく早く専門医の診察を受けるようにすべきである。

止むなく試験切除を行なう場合も、悪性であることを考え、すぐ処置が出来ることを前提として行なう必要があり、単なる診断が目的であってはならない。従って、試験切除も出来れば処置を依頼する医師に任せる方がよい。

また、がん化傾向のある白板症や扁平紅色苔癬などのような角化性病変は、機械的な刺激、薬物的な刺激は出来るだけ避け、確実な定期的な経過観察を

怠ってはならない。10年から20年の長期経過後にかん化した例の報告(2.4~4%のがん化)が見られている。

がんである確定診断のためには、病理組織学的方法によらなければならないが、個人の医院では不可能なので、それなりの設備のある大学あるいは病院に依頼することになる。

この他、外科的に切除しないで、病変部の細胞を塗抹してみる剝離細胞診断法というのがある。本来はパバニコロウによる特殊染色を施すので、技術的に難しいが、細胞の異型性を見るだけならば、血球を染めるギームザ染色液を用いてもよい。小さく切ったスポンジ状で潰瘍面を擦過し、これをオベクトグラスになすり、ギームザ染色液で染め、顕微鏡でのぞけばよいのである。臨床的には手取り早い良い方法であるが、病巣の極く表面の一部の細胞しかみられない難点がある。従って、がん細胞が見られた時は陽性と診断して差支えないが、異型細胞が見れないからといって、がんではないとは言いきれないのであって、あくまで臨床症状を第一義とし、疑わしい時は試験切除により病理組織学的な診断をつけないといけない。

また、更に簡単な方法として Toruidine blue によって病巣を直接染める方法がある。これもびらんや潰瘍を形成している病型に限られ、角化の強いものとか、腫瘤を形成する病型は染まらないこともあるし、炎症部や外傷創は濃く染まることもある。このように、他の病変が染まったり、また逆に染まらなかったりで、絶体的な方法ではないが、一般臨床家にとっては有用な手段であり診断の一助となる。

染色液が無い場合の極く簡単な方法としては、病変部にルゴール液を塗る Schiller のテストというのがある。健康部組織は茶褐色に染まるが、がん病巣は染まらないという所見で判断するというのである。

その他、市販されているものでは、松厚反応という皮内反応試験があるが、これとても100%の陽



図 11. Toruidineblue により頬粘膜がんが濃染された状態

表 10. Toruidineblue による染色法

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 病巣の清掃 2. 1%醋酸を塗布、吸引 3. 1% Toruidineblue を塗布、30秒 4. 1%醋酸を塗布し脱色させる 5. 含嗽させ染色状態を観察する |
|--|

性率ではないので、矢張り臨床的な肉眼的所見を最も重視し、より適確な診断法を選び、すゝめて行くべきである。

我々歯科医師の果すべき役目

以上のような事実に鑑み、一般臨床歯科医師の口腔がんの早期発見、ひいては早期治療に果すべき役割は誠に重大なものがある。

それには第一に、単なる歯牙疾患の治療のみに終ってはならないことである。忙しい日常の臨床の中にあっても、少くとも口腔内全体を診る位の習慣は身につけておいて頂きたいことの1つである。口腔全体の健康管理と疾患の早期発見については、歯科医師が全面的な義務と責任をもっているのである。

疑わしい病変があれば、可能な範囲内での検査を行なって診断に努め、更に疑わしい時は、ためらわず1日も早く専門医の診察を受けるようにすゝめるべきである。専門的な疾患についての経験の少ない一個人の医院では、その診断技術や設備に限りがあるのは当然であって、少しも恥ずべきことではなく、1日も早く、他に診断を仰ぎ、診療を求めるのが、最も良識ある良心的な医師ということが出来よう。

14/05

茶



よく学び・よく遊べ

熊本女子大教授 渡辺 宗 尚

「よく学び、よく遊べ」という格言がある。これは戦前の、小学1年の「修身」の本にでていた言葉で、大正末期から昭和初期にかけて小学校に通ったわたしには、大変なつかしいひびきをもっている。わたしはこの言葉を、今年初講義に引きあいにだし、「いっしょに大いに学び、大いに遊ぶうではないか」と学生たちにうったえたものである。

ところで、何をどのように学ぶのか、あるいは、何をなすべきか、ということになると、実は非常にむずかしい。また、どんな遊びに興じ、どうしてストレス解消につとめるかは、人それぞれに好みの違いがある。だから、よく学ぶこととよく遊ぶことを見事に調和させ、統一することは、厳密に言えば、人生の達人だけに可能な、至難のことかもしれない。

わたしが年初の講義にこの言葉を引用したのは、それほど深く考えてのことではなかった。むしろ逆に、わたし自身、50年前のナイーブな、希望にみちた小学生当時の心情にたちかえりたかったからであった。学生たちがニヤニヤ笑いながら聞いていたのも、だから、ゆえなしとはしないのである。

4月中旬、わたしは1週間の日程で隠岐にかけた。はじめて行くところで、目的は農林漁業の調査である。隠岐は東の最も大きな島である島後(どうご)と西の島前(中ノ島・西ノ島・知夫里島)からなっている。まだ開発途上の離島であるが、昭和38年に大山隠岐国立公園として指定されている、にわかには脚光をあびるにいたった。いま年間25万人

弱の観光客があるが、10年後には60万人が見込まれている。松の緑と海の紫紺が素晴らしい。わたしは島後の西郷町、都万(つま)村、島前の海士町、西ノ島町の順に見てまわった。

隠岐には農業も林業もあるが、産業の中心は何といっても漁業である。近海は日本屈指の好漁場で、アジ・サバ・ブリ・タイ・シイラ・トビウオ・ズワイガニ・イカ・アワビ・サザエなど、公害のない海の幸に恵まれている。そして、これらの水産物は島後の西郷港と島前の浦郷港から本土の境港に水揚げされている。

西郷港の汽船待合所の壁には、この港の岸壁で釣れた77センチ、8.05キロの真鯛など4枚の魚拓がはってある。また、山陰銀行西郷支店では、たまたま、隠岐磯釣クラブの魚拓展示会が開かれていた。展示された魚拓は17点で、そのなかには、82センチ、6.9キロの真鯛や79.5センチ、5.4キロの真鯛などがあった。いずれも超弩級で、目のさめる思いがした。もっとも、こんな大きな鯛には今後お目にかかれないかと思っていたところ、「西日本」の4月19日付の「釣り欄」に、長崎県生月島の磯釣りで80センチ、11キロの真鯛が釣れたというニュースが、魚拓の写真と一緒にでていた。うえにはうえがあるものと驚き入った次第である。

ともあれ、こんな大物のかずかずをみると、じっとしてはおられない。仕事を済ませたわたしは、町の釣り具店で200円のやす竿を買い、エサには鮮

魚店から魚の切れはしを求め、仕かけは、持ってきた簡単なもので間にあわせ、西郷港の堤防で釣りはじめた。結局、1回のアタリもなく、準備のずさんさをさらけだしたただけだった。

浦郷港では事情はこれと違っていた。浦郷の町に着いたときは日が暮れていたが、バスをおりたわたしは、宿もさがさず、港に直行した。港には第52海成丸というまき網船団の運搬船(87.5トン)が碇泊していて、甲板で中年の人がメバルを釣っていた。入れ喰いというほどではないが、かなり釣れている。そのうちに、この船の船長(あとで37才とわかった)も釣りだした。いつもイワシなどの積み荷の残滓をここに捨てるので、格好のまきえとなり、魚がよってくるのだそうである。みていたわたしは釣っている2人とすぐに親しくなり、釣ってみないかと竿をだされたので、渡りに船と釣りはじめた。まもなく型のよい金メバルがかかった。そして、あとは駄目だった。

これまで調査旅行中なんとか釣ってみたが、みな失敗におわった。与論島の茶花港、徳之島の平土野港、奄美大島の古仁屋港、対馬の厳原港など、糸をたれたというだけの記録にとどまっている。もっとも、ひとこと弁明を許して頂けなら、こうである。わたしの旅行は公費による出費旅行なので、原則として釣りのことなど考えてはいけな。したがって、釣りの7つ道具は不要である。ただ、たまたま入れ喰いの現場にぶつかるといった万一の好機にそなえて、糸とハリだけはカバンに忍ばせているということなのである。生産手段の極度の貧弱さが旅行時の釣果をゼロにしているのである。そんなわけで、浦郷港の一尾のメバルはわたしには貴重だった。たった一尾のことだが、釣れると釣れぬとは月とスッポンのちがいがあ。る。

話はわかるが、今夏は、多少誇張していうと、煉獄の苦しみを味わった。3年前に引き受けた原稿を是非とも書きあげねばならなかったのである。原稿料は2年前に貰い、すでに使ってしまった。義

務を果たさないで、勝手な言い分になるが、この原稿はわたしには一番書きにくく種類のものであった。7・8・9の3カ月間、狭い部屋をしめきり、酷暑をクーラーでカバーしながら、死ぬ思いで書きあげた。とくに最後の9月は、ほとんど半徹夜の連続だった。50も半ばをすぎると心身ともにガクッリ落ち込んでしまう。若い時は徹夜を1週間も続けると、大抵のことはやっつけたのだが、今は能率がガタ落ちである。徹夜して2・3枚しか書けない夜がいく晩も続いた。モウロウとかすむ意識のなかで磯釣りの幻覚が錯綜した。なにしろ、この3カ月のあいだに、釣行したのは7月中旬の1回きりだったから。

10月中旬には、10日ほどの日程ではじめての佐渡にでかけた。やはり農漁業調査のためである。原稿書きの疲労はまだかなり残っていたが、気分的にはすっかり解放されていた。途中、金沢から北上して、能登半島の輪島を訪ねた。旅宿に1泊、翌朝早く港に行った。陰うつな黒雲が低くたれ、肌を刺す寒風が吹きすさんでいた。昨夜の雨風で魚市場は閑散としていて、冷凍ものとシイラ=マンビキがわずかばかり取り引きされていた。この日は日曜で、沖の瀬をねらうマイ・カーの釣り師たちは、潮渡し船がでないので、漁船がいっぱいつながれた輪島港内で糸をたれはじめた。エサは生きたドジョウと白エビだが、あたりは全然なかった。港と堤防で隔てられた輪島川では、4・5人の人がスズキをねらっていたが、一尾もかからなかった。

佐渡へは直江津から渡った。3時間たらずフェリーに乗ると小木港に着く。ここで驚いたのは、かすりの着物に赤だすき、ねえさんかぶりの御婦人たちが、それぞれ大きなたらいに乗り、かいを器用にあやつて漕ぎまわる風景だった。聞くと、客を10分ほど乗せる観光たらい船であった。ここでは釣り竿も貸している。港内にはサヨリが泳ぎ、岸壁には小グロがいっぱいついている。広い港内をゆっくり見てまわる。たまたま、定期試験を終えて、いつもより早く下校し、バイクで港まで来たという地元の

高校生と話す。それによると、卒業と同時に本土で就職するものが圧倒的に多く、過疎化は急ピッチで進んでいるよし。昼食をすませて、小木町役場を訪れる。鉄筋3階建ての大きな美しい建物で、向い側の漁協も施設が整っている。役場では、農林課の人に親切に教えて貰う。そのなかで印象的だったのは、美しい小木の海だが、昔にくらべると、かなり汚染がすすみ、魚も少なくなったという指摘であった。

小木港に上陸したわたしは、その日は隣の羽茂（はもち）町に泊り、翌日は同町の大橋から赤泊（あかどまり）まで12キロの海岸道路を歩いた。この道は県道だが、佐渡観光の主流からはずれ、日に3回しかバスがかわねぬので、歩くほかはなかった。わたしは重いショルダーバックを肩に、汗じっくりになって頑張った。結局、3時間かかったが、沿線の美して風光に慰められて楽しかった。かねて、重装備で釣行しているので、思わぬときにその成果があらわれたといえる。

赤泊からはバスで佐和田町にゆき、さらに七浦海岸を通って相川に着いた。すっかり暗くなった相川の夜景は割に華やかだった。海岸堤防に近い海の中にガス燈のあかりがいくつもみえる。タコをとって

るのである。その夜は風が強くてあまりとれなかったようである。岸から竿でタコ突きをしていた人が大きなタコを一匹ぶらさげて大通りにあがってきた。翌日は相川からバスで北上し、岩谷口、大野亀、鷺崎でバスを乗りかえ、島の北半分をぐるりと回って両津市に着いた。市役所を訪ねたあと、さらに東の水津（すいず）まで足をのばし、真夜中に両津港から新潟港にむかった。

帰熊後は組合の年末賃上げ斗争に忙殺され、目下、最後のツメの段階にきている。このかん、万難を排して、11月には6回ほど大矢野周辺に釣行した。シバチヌ14尾が最高で、釣果は本当に貧しかった。昨秋、1.1キロの石鯛をあげたのにくらべると、お話にならない。しかし、今年は悪条件が重なりすぎたわけで、かけだし釣り師としては、このへんで自足しなければなるまい。

ところで、わたしの「よく学び、よく遊ぶ」の今年の実態は何点の評価をうけるのだろうか。年の瀬をひかえたいま、この2つの要素を調和的に結びつけることの難しさを骨身にしみて痛感している。

73. 12. 15

「緑の町を」

熊本市立一新小学校校長

前田 恵

「昔はよかった。それにひきかえ今は……。 」とこの頃時々思うようになった。老人のぐちともたれようが、山歩きをする時もやはりこのように思うのである。

私は山歩きが好きで、若い頃からよく熊本市の西にある山々を歩きまわったが、その山々は昔のおもかげがうかがえないようなかわり方である。

戦前の西山一帯は緑がいっぱいあった。すぎの美林や、ひのきの人工林があり、また雑木林には数多くの樹種が茂り、真夏でも林間のひんやりする道を

歩くことができた。下草の種類も多く、山道のわきのがけには、盆栽の種木になりそうなものが無数にあって、目をたのしませてくれた。

またこんもりと茂った木の一群の根元から清水がこんこんと湧き出ている泉が方々に見かけられた。私は戦前には山歩きに水筒を持参したことは殆んどなかった。それはあだかも砂漠の中のオアシスのように、泉が点々とあったからである。四つばいになって飲む清水の味はまた格別で、顔を洗い汗をふいて休憩するのによい場所であった。小鳥の水飲み場

所ともなり、付近には小鳥の姿もよく見かけられた。
それに四季おりおりの山の幸も多かった。

春…… わらび、ぜんまいなどの山菜のほかには真赤な
ぐみの実を食べるのもたのしみのひとつであ
った。

秋…… あけび、むべ、しい、やまがき、くり、ぐみ、
がまずみ、などの木の実が多く、またはった
け、しめじ、まつたけなどのきのこなどもか
なり豊富であった。

春の新緑、点在する山ざくらの花、秋の紅葉黄葉も
趣があり、山歩きの喜びを満きつすることができた。

植物の好きな私にとって、限られた場所だけに特
別な植物がはえているのを探り当てることは何とも
いえないうれしきであった。どこに行けば、ひかげ
のかずらがあり、あそこにはひとつばの群生がある。
何月何日ごろ小萩山のどの斜面でおみなえしが満開
のはずであるなど……。まるで恋人にでも会うよう
にわくわくと胸をはずませてそこに行ったものでは
ある。

この頃の西山の様子はどうかであろうか。伐採がひ
どく山形が変ってしまっている。林間をくねって、
しっとりとしたうるおいのあった山道は、太陽の直
射にさらされ、石ころの多いほこりにまみれた道に
なってしまった。

貴重な泉は周辺の樹木が切りはらわれて一滴の水
も出ていない。

心ない愛好者や利潤を追う業者によって、数少な
い特殊な植物がごっそり採集されたり盆栽や庭木の
材料として盗掘されたりしている。

また若い頃から度々訪れて見なれ、目印にしてい
た独立樹が切りとられたり、枝ぶりのよい老松がま
つくいむしの被害にあったりしていて身を切られる
思いがする。レジャー施設がふえ、自家用車がガソ
リンのにおいと土ぼこりをあげて山を登って行くの
に出会うのも腹立たしい。

樹木を伐採するにしても、なぜ水源滋養林として
一部を残すだけの配慮がなされないのだろうか。あ

げびや、むべ等のつるを切る場合、何本か残しても
らえたら、どんなに登山者や小鳥たちが喜ぶことだろ
う。私は子供の頃祖父と畑のしぶ柿の実をちぎる度
に、数個の実を残しながら「これは鳥や旅人のため
に残すのだ」と話してくれた祖父の言葉を今も忘
れることができない。私も以前は大型の胴乱をあつ
らえ、こけ、山草、盆栽材料等を入れて持ち帰り自
宅の庭に移殖していたが、今では早春のわらびつみ
以外は、一切採集しないことにしている。特製の胴
乱は倉庫の中でほこりをかぶって眠りつつづけている。

私は緑をふやすことの一助として、学校緑化を心
かけている。転任して1年目でまだ成果があがって
いないが、4年以上の児童にそれぞれ「僕の木、わ
たしの木」を持たせ、各自魚や鳥等の形のラベルを
つくってさげさせ樹木に親しませることにしている。
学校をとりまくブロックべいに、つた類をはわせて、
うるおいをつけたり、校庭の一部に雑木林を造った
りする計画を立てている。

次に熊本市の緑化の推進は、役所まかせではなく、
市民各自の自覚にまたなければならないと考え、自
分の屋敷の緑化に努めているつもりである。180
坪ほどの屋敷の周囲はまさき、すぎ、かなめもち、
ちゃ等の木々で生垣をつくり、ブロックは一切使わ
ないことにしている。屋敷の一部は雑木林にし、も
うかなりの大木に成長している。小鳥の好きな実の
なるもち、うめもどき、なんてん、あけび、ひさか
き等も数多く植え、柿の実もふんだんに残している。
昨年までは野うさぎが庭に来て遊んでいたし、今も
小鳥の声が絶えたことがない。今後も更に雑木林の
面積を広げ小鳥の楽園にしたいと考えている。緑化
には直接関係ないが駄物ではあるが盆栽を200鉢
位育て、山歩きに行く機会が減少したこの頃は、盆
栽を眺めながら、山をなつかしんでいる。

私が次にしなければならないのは、自宅や職域よ
り一歩ふみ出して、地域社会の緑化についての貢献
である。残念ながらその点には全々手をつけていな
い。昨年の夏、西山遊歩の行き帰りに、池田町から

花園町へ通ずる道路の路肩に、かなりの距離にわたってコスモスが植えられ、よく手入れされているのを発見して心をうたれたことがあったが、或る残暑のきびしい日に、黙々と雑草を刈取ってられる老人に出会い、市民の一人として心からお礼をのべたことがある。勿論秋にはコスモスが見事に開花して道行く人の足をとめさせていた。先日の熊日に80才位のこの老人がそのようにして育て採集した多量の種子を星子市長に贈呈された記事が出ているのを読んで改めて心をうたれた。80才の老人にできることが、我々にできないことはない。私も含め市民の一人一人が郷土緑化に貧者の一燈を捧げねばならないと痛感した次第である。

野球気象学

野球の放送の解説はアナウンサーと野球解説者とのかけあい面白く聞かせてくれる。往年のテレビのないころは、多少のフィクションをまぜて、聞いているものにはわからないから「センターボールの日章旗はへんぼんとして風にひるがえっています」だとか「カラスが3羽とんでいます」とか、いろいろな名せりふが飛び出したものだ。しかし今日ではアナウンスはすべてテレビの画面でチェックされるから昔のような美文調の説明は影をひそめてしまった。

最近の放送にさかんに使われ、或いは選手の間でも使われているかも知れぬが「重いたま」という言葉がある。重いということは目で見た感じではない、重い軽いは身体にふれて見てはじめてわかることなのに、野球解説者の中には「今のたまはスピードがあったが軽いたまだから打たれた」などと平気でいっている重い軽いはなんではかっているか？私には全く見当もつかない。

ボールの目方にスピードをかけたものは、運動量、キャッチャーの捕球の手ごたえ、バッターが打った

“ 緑 の 町 を ”

さあ つくろうよ

緑の町を

春風やわく ふくころは

すみれ アネモネ チュウリップ

すがたやさしく におう町

ちょうちょ ひらひら とびまわる

みどりの みどりの きれいな町を

※ ※ ※

これは熊本市が募集した「緑化祭の歌」に特選で入賞した本校6年立野洋一君の作詞の一部である。このあと夏、秋、冬と続くわけであるが、全市民の協力で「緑の町」をつくりあげたいものである。

日本気象協会

熊本支部長 与田正治

ときの手ごたえで重い軽いをいうならば、それは結局スピードのあるなしに外ならない。なぜならボールの目方は一定だから運動量の大小は、たまのスピードにだけ比例するからだ。だからスピードがあっても軽いたま、スピードはないが重いたま、などは考えられない。たまの重い軽いがもっと別の感覚を表現しているのならば、解説者をお願いして、使うことばの方を変えてもらいたいものだ。

アナウンサーがよく使う言葉に「風は右から左に吹いています」とか「風はレフトからライトに吹いています」とか申している。実に不正確で非科学的だ、一塁からみて、センターの方に吹いていても、ショートの方に吹いていても三塁の方に吹いていても、はたまた三塁側のダッグアウトの方に吹いていても、すべて「右から左」だから、打球がのびる風やら、ちぢむ風やらわからない。おそらくセンターフラッグのなびき方をぞんざいに見ての表現なのだろうが、打球の速度は秒速30メートル以上なのだから風速1メートルや2メートルは大した問題にはな

らぬわけで、あまり気にしない方がよいのではないだろうか。そのかわり5メートル以上になると明らかにホームランに影響するから投手は風下の方に打たれないように、コーナークに気をつけねばならぬ。

さて、野球で風の心配だけするのはまだまだ1年生で、実は温度のえいきょうも以外に大きい。空気の重さは、気圧と気温と湿度のえいきょうをうけているが、中でも一番大きくきいてくるのは気温だと思う。気温の高い日は空気は軽く、気温の低い日は空気が重いと考えてよい。従って今日と明日の間では空気の重さは数パーセント違うことはざらにあること、又同じ日の中でも、デーゲームとナイターでは、すでに空気の目方はかわっている。

さて、空気が軽い日は、空気の抵抗が少なく従って速球投手にとって有利な日となる。気温の高い日はすべからく速球投手を使いべしということになる。空気の重い日は速球投手には当然不利となるが、たまに早い回転を与えた曲球がよく曲がることになるので気温の低い日は曲球を多用せよと云うことになる。勿論野球の勝敗には他の多くの因子が入っていることは論をまたないが、しかし万全をつくしての上、尚このような気象学的配慮を加えれば、それだけ勝率は上がってよいはずではなからうか。アメリカの大リーグの補手は経験からこう云っているそうだ。「暑い日は速球投手がよく、寒い日は曲球投手がよい」と。

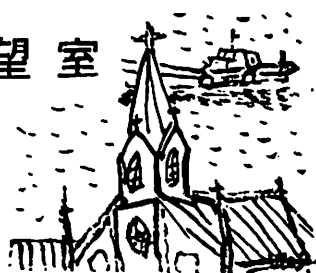
野球気象学の第三課は湿度の問題だろう。選手がバットを選ぶとき、その目方に非常に神経を使っているが、この目方が実は一定ではないのだ、嘘だと思ったら、毎日計りにかけてその日のバットの目方を計ってみたらよい。好天が続いた後は軽く、湿った日がつづいた後は重くなっていることを知ることが出来る。大体じめじめした日は打球がのびないもの。その原因はボールの弾力性が弱くなっていること、バットの弾性もにぶっていることの外にバットが重くなっていて、バッターが振り切っていないということもはいつていると思う。

よくホームランデーと呼ばれる日があるが全国的にホームランがよく出る日のことで、これは風が強いときか、空気が異常乾燥をしている日であることは、よくおぼえておいても損はしない。

最後にもう一言。天気予報は当てにならないといわれるが、それも使い方ひとつで、ある名監督が某気象台に電話をかけて「明日は雨」という予報について、予報官からとっくり説明を聞いた結果、自分でも間違いなく明日は雨だと納得したとする、その日のグラウンドに出た彼は、明日のローテーションの気苦労から解放されて、おしみなく投手をつぎこみ、その日のゲームをものにすることだって出来るわけだ。こうなればもはや彼は野球気象の専門家だといわれてもよいと思う。

理想と現実の間

展望室



— 瀬 英 輔

大学を卒業して、先生と呼ばれる身になって早や8年、短い期間かもしれないが私にとってこの間実にさまざまな経験をした。

私の歯科全般に亘っての考え方も色々と変わった。3年程前から医院経営を父親から任され、それまでは、どちらかというと消極的な歯科医院経営であったが、顧客の創造を目的に2年前から、所謂アポイント（実際は、私の場合は時間の切り売り）に切替えた。切替えに際しては、栃原、添島先生のお世話で織家先生のコースを受け、自己の能力の範囲で、本来の計画診療に少しでもアプローチを試みているが、常に何か世の中から立ち遅れているのではないかと云うストレスをいつも持っている。そのストレスを満足させないが為に、自己及びスタッフの研修、大量に本を買ひ込んだり、より高度な設備を整えたりしているが、種々のコースを受けた後の2、3日と、6ヶ月位経ってからの状況とでは、興奮を長続きさせる為の努力は並大抵ではない。情報資料を集めても、如何に自分自身未消化、未整理な状態か、確実に自分に必要なものだけを入手する事が困難か、又、フレキシブルな自己判断を生かす為には、自分自身が多方面にわたる基礎的な要素をもっと持たねばとつくづく思う。具体的な問題として、切替え以前と現在とを比べて考えると、自分なりにかなり多くの点が改善されてきたのではないかと思う。本来の計画診療という形にはまだまだ遠く、ますます難しさを感じている毎日です。困難の第一は、純粋な

初診患者及び再来初診患者が多すぎて、十分な計画診療が行い難いという事、1日8時間の診療で、予約者と、どうしても当日治療を必要とする緊急患者を見込んで40名以下の診療へ押えたいが実際は、毎日50名前後の患者で、過密予約の状態です。（切替え以前は1日80名から100名の来院）。時間通り来院した患者を30分以上も待たせると次からはあまり時間を守らなくなったり、平気でキャンセルするようになる。キャンセルを事前に連絡してくればよいのだが何の連絡もない場合は本当に困る。アポイントブックは常に1ヶ月先までぎっしり詰ってしまい次回の来院予定日との間が遠くなり、患者は、『もっと早く来院したい、早く来て早く治したい』等不満を持つ。初診希望者も申し込んだらすぐにでも来院したいとせきたてる。患者数を減らすには実日数を減らせばよいことは当然であるが、実日数を増やしているものは、根管処置テクニックの未熟、時間と面倒さのために、根管拡大の能率化、単純化ができれば非常に回数の節減ができると思い努力している。又再来患者を少くする為に一口腔単位の治療を進めていくうえで麻酔に関して、無痛的に完全にできるテクニックがあればどれほど楽に、正確に、早い診療が実現されるか、最も能率アップにつながる問題で、そんなに一度に解決できるとは思わないが、麻酔の諸問題が一番の悩みである。受付では患者に予約という受診ルールを理解させ、当人の暇な時や仕事の片手間に気ままに出来るほど簡

単なことではなく、患者自身が本気になって取り組む必要がある事を自覚してもらい、受付の段階でこうした事を相手を傷つけないように話し合い、理解させるのはかなり時間がかかる。あまりにも忙がしすぎると一人一人と十分な対応ができず、患者に不満のみ与えて追い帰すと言うような不幸な形に終ることもあるのではないかと思います。受付における患者の取り扱いの良否は、直接アポイントの成功、不成功につながると思われる。疼痛を訴えて今すぐ治してほしいという緊急患者のあつかいが最も苦勞する。対応している中には患者の表現が大袈裟な場合が多いので急性症状を有する患者の場合はどこかに割込ませねばならず、応急処置だけと考へても思ひのほか時間を費やす場合が多く、余裕時間を含んでいるのだがもともと過密予約なので、うまくいかないと大変混乱をきたし一人の為に多くの患者に迷惑をかけてしまう。予約カードには目立つように電話番号を記入して電話による申し込みの効果をあげているが、予約せずに来院した老人医療の患者等で『自分は暇があるから何時間でも待つから是非今日義歯の型をとってほしい』等言いあって、受付の説明を理解しようとししない患者も困る。受診した患者には初期の段階で疼痛その他の動機を機会に、診療計画について十分医師、患者相互の伝達がうまくいけば問題ないのであるが、それが患者数が多いと忙しさのためこれが十分できない。医師の方針、技工室の技工処理能力、現在来院中の患者の層等いろいろファクターを考へて1日の予定を組み立て、診療の流れがスムーズに行なわれるよう連絡をとる受付の仕事が鍵と思われる。計画提示なしに規則通りに治療することはある意味で気楽であるが、差額徴収ということがある程度認められるようになった今日、終末処置の段階になって自己負担を必要とするような場合、受付の説明にも患者の思惑と異ってトラブルの原因となり、折角予備診療を終ってやっと終末処置の段階になって、患者が来院しなくなるケースも以前はあった。予約診療を進めていく上で医院の待合室、

受付の構造自体もかなり影響力がある事を現在の新築の建物に移って実感として味った。以前は小さな小窓から待合室をのぞくという型の受付であったが、現在はカウンター式の受付で待合室の一部に受付嬢が座っている型なので、患者もあまり抵抗を感じないのではないかと思います。

本来のアポイントシステムと呼ぶにはまだまだ遠い現在の毎日であるが、多すぎる患者にどのように対処してゆくかますます難しくなる今後の課題だと思う。

痛いという原始的な動機で来院 → 患者教育によって目覚め（反省、保健意識を高める） → 認識さす時間 → 治療という行為に入っていくというのが一般的なルールであるが、私達が現在勉強し、又目指す近代歯科を患者に実践する場合、患者と医師との間には保険証一枚しかない現在の日本の状態と、外国の例と比較してその隔りの大きさに気が遠くなるような気がする。医政家は『歯科医師の社会的地位向上』（これほど空々しく感じる言葉はない）という言葉をよく聞くが、その方法論については聞いたことがない。何か現在の医制の状態は本末転倒しているように思われる。こんなことを書くと『お前はビリで入学し、勉強も出来ない劣等生でやっと卒業させてやったのに生意気な事を云うな』と親から叱られそうだが……。

最後に、大変厚かましい偉そうな事を書いたがお許し願ひ度いと思う。

『オーラルリハビリテーションの講演を聞いて』

健軍町 元 島 博 信

11月7日、東京VCLAから保母須弥也、田中良種両先生を迎えて、福祉会館において「オーラルリハビリテーションの臨床への応用という講演が行われた。

「咬合について熊本の先生方といっしょに話し合えるのをたいへん喜しく思う」という保母先生の第一声で開演され、びっしり7時間におよび、2000枚のスライドから次々とユニークで新鮮な理論、それに伴う実践とが紹介された。講演は保母、田中両先生とのコンビによる2チャンネル立体講演という形で行われた。保母先生が左側のスライドで理論を深く理想に近づけて、世界のトップレベルで述べれば、田中先生は右側のスライドで日常我々が、ごく普通に経験する臨床ケースをもとに、保母先生が述べられた理論をどういった形で日常の臨床に応用するか、又どこまで大きなエラーのない範囲で妥協が許されるかを快暢にシャープに解答された。

内容を2000枚のスライドから拾ってみると、まず一般的な咬合理論の説明が終り、次に咬合病に触れ、なぜ咬合病が起るのか、咬合病を起させないためには、どういった点に注意すれば良いのか、又咬合病にオーラルリハビリテーションはどう生かされるか等、臨床例を引き乍、説明された。

咬合病の原因と言われる早期接触は、90%の人にみられるが、関節の痛みや雑音、筋肉痛などの症状がない人は病気とは言えず、補綴物作製の時も中心位ではなく、咬頭嵌合位で作製すると明言された。つまりオーラルリハビリテーションの対称は症状のある人であり、その時の基準として中心位(ターミナルヒンジポジション)を用いることにより、ナノロジーの考え方がはいつてくるのであるということであった。

咬合器の項では16種の咬合器の紹介があったが、田中先生に言わせると、我々が咬合器と言っているものの大部分のものは、咬合器ではなく、あれは金属模型取り付け器で、上顎と下顎の模型を判別するだけのものだそう!!

さらに中心位側定でのヒンジの決め方、偏心運動でのチェックバイト法、チューニング法、パントグラフ法を使った場合の咬合器の操作法、保母先生がスチュアートの咬合器を使った全調節性咬合器の優秀性を述べれば、一方田中先生は、臨床では全て全調節性は現状では無理という理由から、ヒンジは平均値を用いて、半調節性咬合器へのその応用と言った風に講演は進行した。

全調節性と半調節性咬合器の違いや正確差についてもくわしく述べられた。半調節性では前方運動での障害は直線的な運動路をとるにせよ、まあ negative error にすることが出来るが側方運動での障害はイミディエイト、サイドシフトが咬合器上で再現出来ない為、positive となり、上顎舌側内斜面、下顎頬側内斜面に咬頭嵌渉を作ってしまう。半調節性が主力の我々臨床医はどうすれば、その問題を negative error としてすりぬけられるか……前方運動での前方顎路傾斜角を少なめに取ったり、咬頭を低めに作る。側方運動では舌側咬頭は唇頬側咬頭より必ず低く作り、平衡側に絶対咬頭嵌渉を作ってはならないという様なことであった。この negative error から発想されて、長年温めておられた考えを実現されたのが、occluso matic でその利点、操作法を同時に発表された。こんな風にすれば、半調節性咬合器を十分に臨床に生かせることを知った。

以上のことは、ナノロジーの考え方でHinge axis

理論がその中心をなすものであるが、もう一つ保母先生が強調されたのは、スカンジナビア学派が唱えている筋肉診断法のことであった。デンマーク国立歯大のクロボルセン教授の顎口腔系の筋肉の触診、聴診、開口度、顎の偏位量の測定方法が紹介され、咬合という問題を生理的からも巾広い視野で見えおられることに感心した。

他に

- ・チェックバイトをとる時は、中心位、左右側方2個づつ計6個のバイトをとり、一番正確であると思われるものを使う。
- ・模型を咬合器にリマウントするまでは、必ず、硬石膏で、医者自身が手で固定して行う。
- ・waxing はピーターK・トーマスのカスブコーンテクニックが正確で早く出来、一咬頭3点接触を出すのが可能である。咬合関係を見る場合はステアリン酸亜鉛を用いる。
- ・Gold の鑄造の埋没材は wax の収縮性、埋没材の膨脹性の比からみてラスターキャスト(kerr)が最適である。
- ・鑄造物の試適の時、セメント腔獲保の為、シリコン分離ワセリンを内面に塗り咬合調整を行うと、12.5ミクロンの精度が得られる。
- ・セメンティングの練和法は普通の永久セメントを少量づつ3～5分間練和し、30～40分時間をかけ、setting する。歯細管閉鎖材にはコーポライトを含むリン酸セメントが良く、知覚過敏にはモスデロンを塗布する。セット後は、ていねいなマージンのバーニッシングが必要である。
- ・Temporary crown は非常に重要で、オーラルリハビリティションではその治療効果を左右する。Gold で作るのが望ましい。
- ・Resin Temporary の set の時は90%程度、硬化した状態で一度取はずし、ボンテックの下やpocket 中の接着剤はすばやく取り除き再びsetする。
- ・オーラル・ハイジンの立場からエナメル質は少し

でも残し、金属でおきかわる部分を少くし、ポーセレン等はなるべくひかえる。 $\frac{3}{4}$ 冠を前歯や大小臼歯にも多用し臼歯部では唇舌の普通のと逆の $\frac{3}{4}$ 冠も良い。

等のことが保母先生の考え方として披露された。

この講演を聞いて感じましたことは、今まで私が咬合器に対して全巾の信頼感を持っていなかったが医者がシビアに取りくめば、生体顎運動とまったく同じ精度のものが咬合器に再現出来るということでした。その為には1つ1つのステップを正確に厳しい操作で行い小さなエラーも絶対出してはいけないということになりはしまいか。それ等のことをふまえてはじめてオーラルリハビリティションも日常の臨床も存在すると思われる。

美しい2000枚のスライドから流れ出る内容は実に豊富でむずかしい事柄を述べられたのだが、保母先生一人でなく田中先生との名コンビで理論と実践とを、しゃべり分けられ、やゝもするとこんがら勝ちの理論が我々の頭の中に整理してはいり、非常に理解し易かった。しかし最初の講演を聞いた時は自分は何の事やら良く理解出来なかったが今年6月より東京VCLAにて保母先生のもとで勉強出来る様になって、やっとその講演のもつ重大さと、深い意味が何とか理解出来る様になった所である。

この講演で示された立体的に二人で同じ事についてしゃべるという新しい試みや、スライドの中での比較のおもしろさ、例えば理想的なものをベンツ、現実的なものをバブリカといった風に、タキシード姿とワラジ姿、ハイドロコロイドとモデリング印象材といった対比がとてもおもしろく、疲れた頭に非常に憩を与えてくれた。

遠路はるばる熊本までこられて熱のこもった講演して下さった保母先生に対し、この研修の価値を深く感謝したいと思います。

最後に保母、田中先生に同行し、スライド係をやってくれた技工士の田村勝美君は熊本市大江出身。

43年飯塚工学院卒業後南カルフォルニア大学で2年

半学生指導に従事していたというポーセレンのスペシャリスト。現在は東京VCLAで我々の実習指導

を受け持っていて、若いテクニシャンの目標にと思い付記させていただきました。

歯科撞球愛好会(どぎゃん会)みての記

12月18日午後6時半頃会場に行ってみる、選手先生諸氏三三五五参集既に台上に紅白の球とニラミッコ、見てみると簡単の様だが当の御本人真剣そのもの、仲々むつかしそうだ。夕食もせずに来られたとみえてスナックの方でカレーをそくそくといっておられる先生もある。「先生調子は如何ですか」と問いかけてみる、「ウン今度はオレの番だゾ」と仲々の張切り様、聞くところによれば今夜は市歯科医師会会長賞争奪戦とか、道理で一種異様な殺気が漂うていると感じたはヒガミか? 堀川会長集合の合図、キューを片手に各々組合せ表の前に集合、指導員の先生より「ルール」の発表、今夜は総当たり戦で10球ドロンゲーム、初球裏無しとすると発表、いよいよゲーム開始、それぞれ相手をみつけて台に散る。台を中にして相対してお願いします。先生には負けないぞ等あちこちで挨拶が交わされ、始まった。サテ会長賞の行方ははたして誰の手に、種々の賞は会長賞を中心に正面にズラリと並んで輝いている。先づ〇〇先生が一番の勝名乗りを上げ紙片を片手に指導員の先生の手へ、一ノ瀬先生眼光鋭く古武士の構え、撞き出す稲矢? は相手の胸板撞き通す鋭さ、三隈先生まるで数学者の様な緻密な計算冷静そのもの、佐藤先生表面陽気にみえるがその大胆さ、堀川先生ベテランの余裕をみせてはいるが御世話を多少気にしておられるのか皆んなの方へ仲々の気の配り様、余り気にしないで頑張って下さい。9時過ぎになると組合せ表も大分W(勝者)やX、△、で埋って来た。手を振り上げてくやしがる先生、大笑している先生、悲喜こもごも知気相々の中に大会は進行して行く。ふと気付いてみると三隈先生と佐藤

先生との対戦、周囲を取囲む目、目、目、三隈先生が勝てば優勝、二位山内先生、三位佐藤先生となる。一球一球一撞一撞にざわめきが起る。やがて最後の一球撞き終って三隈先生の勝ち、ワァと云う声と共に拍手が起る。両勇者を賞し合って試合終了。直ちに表賞式に移る。一年間の勝者のリボンを着けた大トロフィはかくて三隈先生の手に高々と掲げられ万場再び大拍手が起って御健闘を賞した。以下順次賞が送られ和気相々の中に終了、尚宇治先生、松本(文)先生には遅くまで御つかれ様でした。その後一杯やりながらお互い戦の後を振り返り又今後のこと、共語らい笑の中に帰りの車の事を気にし乍ら帰路についた。

そもそもこの会は昭和46年10月こゝが出来た時堀川先生と二人で始めたのが始まりでその後同好の士が集まり毎月例会を開いている。その中最近会の詞も出来、いよいよ意気盛に現会員松田先生、一瀬先生を始め総員12名、堀川先生の御世話でやっております。

私共歯科医日日云う迄もなく国民の健康管理に従事し、身心共につかれ、ストレスの蓄積し易いものです。ゴルフ、ボーリング、その他の趣味色々ありますが適当な運動と神経の使い方、経済的にも時間的にも、肉体的にも割合に無理がなく、入り易い様な気がします。勿論高点を目指し、プロを目指すもよいでしょう。

お互いが間近かに付合い親睦の度を深める意味においても適当ではないかと思ひます。歯科医師会々員の諸先生の中で自分も一つやってみようかとお考えの方は歯科医師会又は堀川先生までお申出で下さ

い。

以上大会の模様の御報告方々御報せまで。

どぎゃん会のうた

どぎゃんかい

ちょっとお相手どぎゃんかい

私が勝っても、もう一回

あなたが勝っても、もう一回

腕は上るよ、どぎゃんかい

。どぎゃんかい

調子は如何と どぎゃんかい

金玉はづれて赤は去り

押してはみたが、ゴツンゴ

引けば引いたで、知らぬ顔

どうしたもんかネ、どぎゃんかい

。どぎゃんかい

四角い台も撞き様じゃ寄るよ

赤玉、白玉仲良く寄って

難球こなして乗りこえ

明日は我手にVサイン

どんなもんだい、どぎゃんかい

腰をかがめてしごける桿で

ねらい違わず赤玉つけば

金の玉やら、なめるやら

頭、手、足を一直線に

見透す赤玉押となり

白は転んで寄りそいぬ

硬からず 軟からず

力抜いて「キュー」さし込めば

白は手前どころがりて

赤は行きつゝ、又もどる



基金通報より

療養の給付に関する疑義解釈について（歯科）

（昭和48年7月2日 保険発第58号）

- 1) 歯冠修復物又は欠損補綴物についてのろう着については従来一部にろう着しても請求できないものがあつたが、今回の改正により従来の条項を廃止し、架工義歯（延長ダミーを含む）におけるダミーを支台装置にろう着する場合は従前通り請求できないが、その他は全部において認められることになりました。
- 2) 2個以上の歯冠修復物を固定の目的でろう着する場合はろう着料とそれに要する印象料20点が請求されると同時に架工義歯のように1装置につき25点の装着料が算定されることになりました。
（注）25点の装着料は副子等の装着料です。従かつて従来摘要欄に例えば⑤④ろう着と記載してもらったものを今後は傷病名欄に架工義歯と同様⑤④（ろう着又は連結）⑤ pul ④ per のよう記入し当県請求明細書では架工義歯の新制装着 set 30点×欄に25点×を記入して請求して下さい。継続歯等も同様ですが、ジャケット冠には認められません。
- 3) う蝕歯があつて歯冠修復を行なった場合又は欠歯の部位にブリッジを行なった場合、それぞれが隣接する場合に、これらを連結することにより、よって永久固定の目的が達せられる場合には連結して差し支えない。この場合、支台歯数が4歯を超える部分についてろう着料を算定して差し支え

ない。

（昭和43.8.1 保険発79）

（歯科）略称C病名についての考察

略称C病名の取扱について一部の先生方に解釈の相違がしばしば見受けられますので、歯科点数表の解釈などにより考察してみました。

昭和41.8.10 保険発79号により略称C病名については、従前のC₁・C₂、C₂の単 pul並びにC₃の根充歯等で診断の結果何等異常を認めずただちに1-2回程度の齲腐の処置後歯冠修復のできるものをCとして取扱つかつて差し支えないとされています。

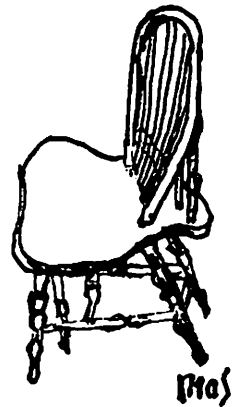
こゝでいうC₂の単 pulとは第2度の齲蝕症に起因した単純性歯髄炎で少くとも2-3回程度の鎮静処置覆罩等の治療を行ない歯髄保存の可能なものを意味しています。

以上のことよりして略称Cを用いた場合は原則的に、比較的長期の普通処置、抜髄、抜歯等は、C病名の対象としては不適当な病名であることがわかります。

先に疑義解釈によりC病名で抜髄の止むなきに至った場合は、C→Pulと記入するのが至当とされたよう。

既根充歯でただちに歯冠修復のできるものはCの略称で差し支えありませんが、再根充を必要とする場合は、Cの病名を用いずC₃→（再根充）のよう

Dining Room



記入されることが適当のように考えられます。

抜歯については抜歯該当病名が必要と考えられます。

しばしば、おたずねのC病名の全部冠については単歯の場合でも窩洞の形態等により全部冠も差し支えないものと解釈しています。

C病名のまとめかた

同一病名でも類似の行為ごとに同一歯式にまとめることが原則になっているようで、例えば同一欠損病名でも架工義歯と有床義歯は別々の歯式に記入することが規定されていますよう、同一C病名でも即処のみ同一歯式にまとめることが至当ではないでしょうか。そのようにされることが望ましい次第でご協力願えれば幸いです。

（歯科）8月分請求明細書審査結果について

（歯冠修復物のろう着固定について）

- 1) 架工義歯に固定の目的の目的でさらに歯冠修復物を連結される場合、装着料30×1と25×1を同時に重複算定されたものがありました。この場合の装着料は30×1のみとなります。
- 2) 連結固定の目的で、ろう着し、さらに連結料と記載し10×（回数）を請求されたものがありました。ろう着料10×（回数）が連結料になりますので、別に連結料としての請求はできません。
- 3) 連結固定される場合は傷病名欄に、例えば54（連結固定）のよう病名とともに記入して下さい。連結部位歯が不明の場合がありますので。

（その他）

- 1) パノラマ撮影診断で病名欄又は摘要欄に理由の記載がなく、明細書上では病名に対し不必要と考えられるものが認められます。診断上必要なものであれば差し支えありませんが、パノラマ撮影診断の主旨を十分理解のうえ用いられるようお願いいたします。
- 2) ZS病名の簡単な除石料の請求で、例えば

4 Pul(ZS) 6 Per(ZS) のよう個々に10×2を同一明細書で請求されるのは誤りで45678は同一部位につき顎一群単位で10×1で算定することになります。

- 3) 知覚過敏症の請求を、その他の欄、特定欄等にAgNO₃10×1、サホライド10×1で請求されるのは誤りですので必ず知覚過敏処置欄で請求して下さい。なおC病名で治療経過中の知覚過敏は普通処置となります。
- 4) 架工義歯ダミー3歯以上の場合は保険請求は2歯まで、2歯以上の分については差額徴収となります。又摘要欄に差額徴収等記載するには及びません。
- 5) 7番の延長ダミーは小白歯ダミーの請求となります。大白歯ダミーの誤請求がいぜんとして認められます。
- 6) 架工義歯の場合も智歯支台の帯冠歯冠修復物は認められません。3面以上の鑄造歯冠修復物に限ります。

（付記） 歯科関係の問合せについてはご遠慮なく歯科専任審査員までお電話下さい。

電話 0963-66-0105

（歯科）更新請求明細書記載上の注意事項

- 1) 充填欄、珪酸、珪燐酸セメント、レジン欄に印刷所の手落にて隣接面加算の20点×（回数）の印刷もれが一部のものにありますので該当するものについては書き足して下さい。
 - 2) 処置及び手術のその他の欄に咬合調整の項を設けました。理由は歯冠修復欄の調整の項の5×10×20×にしばしば混同記入されたものがありますためです。
- （注）従来の調整の項の5点（1歯につき）は練性充填材の研磨の所定点数、10点（1歯につき）は充填物を除く歯冠修復物の調整料。20点は（一床一回につき）床義歯の調整料です。歯牙の咬合調整を行なわれた場合は新印刷の個

所で算定請求して下さい。

- 3) 修理欄、継、ダミー 55×67× の67点は削除しました。理由は継続歯、ダミーを口腔内で修理した場合は1歯につき55点で、誤請求が多いためです。継続歯で破損脱落し修理再装着した場合は、修理 55× 再装着の項 12× で請求して下さい。
- 4) 金バラ等改正前の明細書を使用される場合は明瞭確実に訂正記入して下さい。

(歯科) 残根歯上に有床義歯を調製する場合の

注意事項

老人医療について残根歯上に有床義歯を作る機会が多くなっていますのでその時の傷病名の記載については次のよう記入にご協力下さい。

病名欄 (例) 7—7欠損→(43 | 45 残根)

摘要欄 高血圧症のため等該当理由事項

処置のその他の欄 残根削合 10×(歯数)

(注) 残根に根管治療を行なわれた場合は処置の所定点数が算定されます。更に充填を行なった場合は1窩洞1面のアマルガム充填の請求ができます。

止むなく1顎に2床の義歯を作られた場合は例えば 65 | 456 欠損(2床)のよう記入して下さい。

有床義歯の差額徴収について

保険療養給付以外の行為を本人が特に希望した場合にのみ差し支えありません。

(注) 1 保険給付の人工歯については歯科材料価格基準規格品を用いることが原則となっています。

(注) 2 14K鑄造鈎は2歯欠損まで、犬歯を除く前歯には線鈎を使用することになっています。前歯欠損の場合設計上白歯に鑄造鈎を用いることは差し支えありません。

(歯科) 処置及び手術の時間外・休日・深夜・

加算の算定について

緊急のため保険医療機関の表示する診療時間以外の時間又は休日に処置及び手術を行った場合において、当該処置及び手術の所定点数が150点を超えるときは処置及び手術の費用はそれぞれ所定点数の100分の40又は100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし当該処置及び手術の開始時間が午後10時より午前6時までの間にあっての加算算定点数は所定点数の100分の80に相当する点数とする。

「所定点数150点」とは各区分に規定してある所定点数が150点という趣旨である。ただしその処置及び手術が全体として一体と考えられる処置手術を行なった場合には個々の所定点数が150点に達しなくとも、それらの合算点数が150点を超えるときは加算が認められる。

「解説」例えば歯髄炎にて緊急患者として時間外等に来院した場合鎮痛処置は勿論区分「208」の直抜即時根充を行なったとしても3根管の大白歯で130点で所定の150点に達せずその加算はできないこととなります。このような場合麻酔のついでに隣在歯に即処を同時に行なったとしても即処の区分は「204」で区分が異なるのでその合算は認められないと云うことです。又やむなく抜歯を行ない難抜歯であった場合は区分「240」で所定点数を超えているので算定できることとなります。但し、不慮の外傷等で前歯2歯を損傷し1歯を抜歯同時に1歯を直抜即時根充等を行なった場合は区分は異なりますが1体の外傷として合計60点+110点=170点で加算が認められることとなります。

以上の場合麻酔料については浸麻、簡単な伝麻は70点以上の処置及び手術料に含まれているので当然請求できませんが簡単な伝麻以外の麻酔については処置及び手術の所定点数が150点を超えた場合、それぞれ別に加算が認められます。

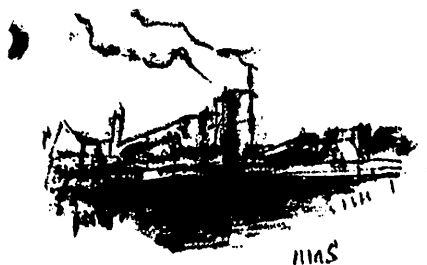
(注) 請求については処置及び手術等の内容を記入

し、その他の欄に加算点数を同時に記入請求して下さい。

パノラマX線撮影診断料について

(別表二)によりオルソバントモ型のレントゲン

フィルムの購入価格が100円と告示されました。従って従来380点の請求点数は374点となります。





厚生委員会より

1/20(日) 新春懇親パーティ出席者数

会 員 90名

日時 1月20日(日)

同 伴 40名

場所 銀 河

来 賓 9
(同伴)3 } 12名

計 142名

今回は満岡文太郎先生を迎え、盛会裏に終る。

2/16(土) 湯の谷にて、ゴルフ大会成績者名

			HD	得点
優賞 BG	坂 梨 常太郎		15	72
1位	山 室 紀 雄		15	74
2 "	斉 藤 健		10	77
3 "	松 本 謙 一		9	77.8
4 "	井 手 一 之		25	78
5 "	木 村 義 浩		19	78.8

(出場 20名)

会 務 報 告

会員現況 (S 49. 2. 21 現在)

一般会員 160名

親子会員 18名

終身会員 11名

勤務会員 3名

計 192名

物故会員 S 4 8.4 月より 3 名

魚 住 清 隆 S 48. 4. 6 死去
熊本市大江町渡鹿上ノ原
奥 田 秋 作 S 48. 8. 17 死去
熊本市北千反畑町 1 番 2 4 号
宇 治 惟 義 S 48. 9. 18 死去
飽託郡飽田町並建 5 2 8

入 会 者 S 4 8.4 月より 11 名

本 田 徳 武	熊本市健軍町 2 0 1 2 の 2	東 部(4)
渡 辺 富美男	" 下通 1 丁目 4 番 5 号	中央部
鈴 木 勝 志	" 春日町 4 4 9	南 部
宇 治 道 孝	" 水前寺公園 1 5 の 3 1	東 部(2)
片 山 幹 夫	" 島崎町島崎 7 0 3 の 2	西 部
上 村 次 郎	" 新町 1 丁目 6 の 2 0	西 部
岡 田 知 久	" 本荘 5 丁目 1 0 の 2 8	南 部
浜 坂 浩	" 水道町 8 の 4	中央部
野 副 サウ子	" 黒髪町 2 の 1 6 の 1 5	北 部
渡 辺 美 誠	" 世安町 5 3 1	南 部
小 柳 大 明	" 国府 2 丁目 1 6 の 1 5	東 部(2)

退 会 者 S 4 8.4 月より 2 名

米 野 末 八 旧 熊本市下通 1 丁目 8 番 1 9 号
新 東京都足立区 中川病院内
横 山 博 昭 旧 熊本市水前寺 1 丁目 3 1 番 2 号
新 鹿児島県曾於郡末吉町 第一齒科医院

庶 務 報 告

期 日	内 容	期 日	内 容
S.48. 4. 9	理事会	S.48. 10. 19	歯みがき訓練
18	会員福祉委員会		歯の無料検診 於：鶴屋デパート5階
23	広報委員会、口腔衛生委員会	26	医療保障委員会
24	学術委員会	11. ' 6	学術委員会
5. 1	学術委員会	14	医療保障委員会
22	会員福祉委員会	15	広報委員会
23	医療管理委員会	16	会員福祉委員会
27	レクレーション 於：三井グリーンランド	26	代議員会
28	口腔衛生委員会	30	医療保障委員会・東部(3)支部会
31	理事会	12. 1	学術講演会 松尾悦郎教授 アタッチメントの基礎臨床についての 概念 於：歯会館
6. 5	学術委員会	2	中央支部会
9	衛生週間よい歯のコンクール表彰式 於：市保健所	3	川尻支部会
11	広報委員会	5	東部(1)・東部(2)・西部支部会
12	事業主報酬制度説明会(医療管理委員会)	6	北部支部会
26	広報委員会	11	東部(4)支部会
7. 3	学術委員会 会誌12号発行	12	小島支部会
8. 7	学術委員会	17	広報委員会 会誌14号発行
10	口腔衛生委員会・医療保障委員会	20	医療保障委員会
16	医療管理委員会・郡市長会議	22	南部支部会
18	学術講演会(横田亨氏) 於：社会保険会館	29	理事会
30	広報委員会	S.49. 1. 8	学術委員会
9. 8	} 第26回九州歯科医学会 於：郵便貯金会館	10	会員福祉委員会
9		20	新春懇親パーティ 於：銀河
18	医療保障委員会	24	確定申告説明会 於：福祉会館
19	理事会	28	医療保障委員会
26	広報委員会 会誌13号発行	29	理事会
28	監事監査会・医療保障委員会	2. 5	学術委員会
10. 1	口腔衛生委員会	13	広報委員会
2	学術委員会	16	ゴルフ大会(熊本ゴルフ倶楽部)
3	医療保障委員会	25	医療保障委員会
11	代議員会	26	社会保険請求明細書記入要領講習会 監事監査(下半期)
15	口腔衛生委員会	28	理事会
15	学術研修セミナー	3. 5	理事会 学術委員会
16	" 於：社会福祉会館	9	代議員会
17	" 全身麻酔及び救急処置		
18	" 森岡亨教授		
18	歯みがき訓練		

昭和48年度熊本市歯科医師会才入才出予算現況

S.49. 2. 21 現在

収入 8,268,697 支出 5,473,129 残高 2,795,568

(収入の部)

款	項	費 目	予 算 額	収入済額	未 収 額	備 考
1		会 費	4,092,000	3,978,375		
	1	均 等 割	1,742,000	1,798,000	12,000	(一般会員 10,000 親子会員 5,000) (終身会員 4,000 勤務会員 10,000)
	2	保険診療負担金	2,000,000	1,630,375	369,625	診療報酬 1/1,000
	3	入 会 金	350,000	550,000		入会金 50,000
2		寄 付 金	580,000	494,436	85,564	簡易保険割戻金 5/7
3		過 年 度 会 費	5,000	5,000		
4		雑 収 入	1,365,000	1,254,299		
	1	預 金 利 子	45,000	39,486	5,514	富士銀行・肥後銀行
	2	雑 入	1,320,000	1,214,813	105,187	
5		前 年 度 繰 越 金	1,310,000	2,536,587		
		計	7,352,000	8,268,697	577,890	

(支出の部)

款	項	費 目	予 算 額	支出済額	予算残額	備 考
1		事 業 費	3,640,000	2,816,920	823,080	
	1	学 術 委 員 会 費	580,000	522,415	57,585	
	2	口 腔 衛 生 委 員 会 費	450,000	450,000	0	35,348 不足 医療管理、予備費より支払い
	3	医 療 保 障 委 員 会 費	460,000	196,365	263,635	
	4	医 療 管 理 委 員 会 費	200,000	53,260	146,740	口腔衛生委員会不足分払い 32,000
	5	広 報 委 員 会 費	650,000	603,225	46,775	会誌 3回発行
	6	会 員 福 祉 費	950,000	840,800	109,200	239,320 364,500 69,300 レクレーション、新春パーティ、ゴルフ会
	7	医 政 費	100,000	71,285	28,715	
	8	計 画 診 療 推 進 委 員 会 費	250,000	79,570	170,430	オーバーヘッド購入 75,000
2		事 務 費	2,563,500	1,856,448	707,052	
	1	渉 外 費	400,000	279,700	120,300	
	2	俸 給	822,000	669,000	153,000	
	3	諸 給 与	469,500	337,656	131,844	
	4	旅 費	200,000	197,040	2,960	
	5	需 用 費	450,000	296,152	153,848	
	6	事 務 所 費	72,000	66,000	6,000	
	7	備 品 費	50,000	10,300	39,700	
	8	雑 費	100,000	600	99,400	
3		会 議 費	750,000	676,987	73,013	
4		職 員 厚 生 費	152,000	119,426	32,574	
	1	退 職 積 立 金	72,000	66,000	6,000	
	2	厚 生 費	80,000	53,426	26,574	
5		予 備 費	246,500	3,348	243,152	口腔衛生委員会費不足分払い 3,348
		計	7,352,000	5,473,129	1,878,871	

昭和49年度熊本市歯科医師会才入才出予算（案）

（才入の部）

款	項	費 目	49年度予算額	前年度予算額	増 減	備 考
1		会 費	4,570,450	4,092,000		
	1	均 等 割	1,868,000	1,742,000	126,000	一般会員10,000 親子会員 5,000 終身会員 4,000 勤務会員10,000 保険診療報酬 1/1,000
	2	保険診療負担金	2,352,450	2,000,000	352,450	
	3	入 会 金	350,000	350,000		
2		寄 付 金	590,000	580,000	10,000	入会金 50,000 簡易保険割戻金 5/7
3		過 年 度 会 費	12,000	5,000	7,000	
4		雑 収 入	1,455,953	1,365,000		
	1	預 金 利 子	20,000	45,000	25,000	富士銀行・肥後銀行
	2	雑 収 入	1,435,953	1,320,000	115,953	
5		前 年 度 繰 越 金	2,492,013	1,310,000	1,182,013	
計			9,120,416	7,352,000	1,793,416 25,000	

（才出の部）

款	項	費 目	49年度予算額	前年度予算額	増 減	備 考
1		事 業 費	3,380,000	3,640,000		
	1	学 術 委 員 会 費	580,000	580,000		会誌発行 4回
	2	口 腔 衛 生 委 員 会 費	450,000	450,000		
	3	医 療 保 障 委 員 会 費	250,000	460,000	210,000	
	4	医 療 管 理 委 員 会 費	100,000	200,000	100,000	
	5	広 報 委 員 会 費	700,000	650,000	50,000	
	6	会 員 福 祉 費	950,000	950,000		
	7	医 政 費	100,000	100,000		
	8	計 画 診 療 推 進 委 員 会 費	250,000	250,000		
2		事 務 費	4,384,640	2,563,500		
	1	渉 外 費	400,000	400,000		給与 職員賃与、超勤手当
	2	俸 給	1,107,600	822,000	285,600	
	3	諸 給 与	654,040	469,500	184,540	
	4	旅 費	200,000	200,000		
	5	需 用 費	450,000	450,000		通信費、消耗品費
	6	事 務 所 費	72,000	72,000		
	7	備 品 費	1,500,000	50,000	1,450,000	
	8	雑 費	1,000	100,000		
3		会 議 費	850,000	750,000	100,000	
4		職 員 厚 生 費	159,282	152,000		
	1	退 職 積 立 金	72,000	72,000		
	2	厚 生 費	87,282	80,000	7,282	
5		予 備 費	346,494	246,500	99,994	
計			9,120,416	7,352,000	2,177,416 310,000	

昭和48年度熊本市歯科医師共済会才入才出現況

S49. 2. 21 現在

才入 1,358,692

才出 415,000

残高 943,692

(才入の部)

(才出の部)

費 目	金 額	費 目	金 額
会 費	578,000	病氣見舞金(魚住清隆先生)	10,000
初 回 金	10,000	" (工藤昭臣先生)	10,000
預 金 利 子	14,728	" (緒方益夫先生)	10,000
前 期 繰 越 金	755,964	" (栗山一雄先生)	10,000
		香典(松本次男先生御母堂)	10,000
		" (山田敬吾先生ご令嬢)	10,000
		" (渡辺益雄先生御尊父)	10,000
		" (鶴田実馬先生御母堂)	10,000
		" (田中 勉先生ご令嬢)	10,000
		" (片岡祐吉先生御母堂)	10,000
		弔慰金・花環(魚住清隆先生)	105,000
		" (奥田秋作先生)	105,000
		" (宇治惟義先生)	105,000
計	1,358,692	計	415,000

熊本市歯科医師共済会の規程一部改正

- 現行 第 6 条 1. 会員の死亡の場合、遺族へ弔慰金10万円及び花環1ヶ贈呈
2. 会員が全盲となり、歯科医師法第7条の規程により、免許の取消しを受けた場合、その他のそれに準ずる身体障害の場合共済金10万円の贈呈。
3. 疾病その他の事故により、1ヶ月以上臥床されと考えられる場合見舞金1万円贈呈

第12条 本規程の会費は別途会計として、本規程に定められた以外に供することはできない。

- 改正 第 6 条 1. 会員死亡の場合、遺族へ弔慰金20万円及び花環1ヶ贈呈
2. 会員が全盲となり、歯科医師法第7条の規程により、免許の取消しを受けた場合、その他それに準ずる身体障害の場合共済金20万円の贈呈。
3. 疾病その他の事故により、1ヶ月以上臥床されと考えられる場合見舞金2万円贈呈

第12条 本規程の会費は別途会計として、本規程に定められた以外の事例については代議員会の議をへて提出する。

－ 新 入 会 員 －



小 柳 ^{ひろ あき} 大 明

昭和17年4月23日生

九歯大 S46年卒

診療所 熊本市国府2丁目16番15号



IIIaS

ピエル、フォーシャル。アカデミー 日本部会

日 時 昭和49年5月12日(日曜日)

AM10時よりPM5時まで

場 所 城山観光ホテル

鹿児島市新照院町95

TEL(0992)28-2211

参加費 5,000円

第33回 日本矯正歯科学会(学術会)のご案内(1)

参加登録、演題の申込

会 期 昭和49年10月11日(金)、12日(土)、13日(日)

会 場 岩手県民会館 盛岡市内丸13番1号(〒020)

TEL(0196)24-1171(代表) 申込期限日 4月30日まで

参加される方は、熊本市歯科医師会まで連絡下さい。

熊本県衛生士学院よりお願い

近々学院新築落成の運びになりましたが、それに伴い学院としての法定書籍数(500冊)が皆無に等しい状態ですので、此の機会に会員の皆様に御寄付願ひ図書室を完備したいと思います。尚御寄付は現物でも宜しいのですが同一書籍がダブル事も考えられますので、なるべく現金(一口5千円)にてお

願ひ致します。

御寄付下さった場合、お名前を書籍に記入し又県会誌上に発表致し度いと考えております。

尚申し込みは県歯会並に学院何れにしても受付けます。

私とネオン街

語らいの部屋

..... 憩の部屋

何かがふれ合う

そんな気がする店

ナイトイン
ローズ



花畑町品川ビル地階

TEL 55-0522

「思い出新聞」プレゼント実施中。御来店の折気軽に申込み下さい。

新設ゴルフ場紹介



スポーツ振興

菊池カントリー倶楽部



●阿蘇の山なみをはるかにのぞむ麓の用地

菊池溪谷と温泉郷に
隣接した
国際チャンピオン
コース誕生

所在地：菊池市原

菊池市内より車で15分

抜群の地形，秀逸したコース

コース造成／鹿島建設㈱ クラブハウス
設計・施工／鹿島建設

●龍門コース ●溪谷コース ●阿蘇コース

H	YARDS	PAR	H	YARDS	PAR	H	YARDS	PAR
1	410	4	10	580	5	19	355	4
2	430	4	11	220	3	20	505	5
3	180	3	12	460	4	21	170	3
4	500	5	13	400	4	22	410	4
5	400	4	14	170	3	23	360	4
6	210	3	15	380	4	24	190	3
7	560	5	16	420	4	25	420	4
8	440	4	17	400	4	26	530	5
9	420	4	18	550	5	27	460	4
TL	3550	36	TL	3580	36	TL	3400	36

第一次会員募集中

今、入会のチャンスです。

- 入会金130万円
(法人・記名2名・260万円)
- 300名限定
(定員満了次第で切り)

昭和50年10月オープン

お問合せ先

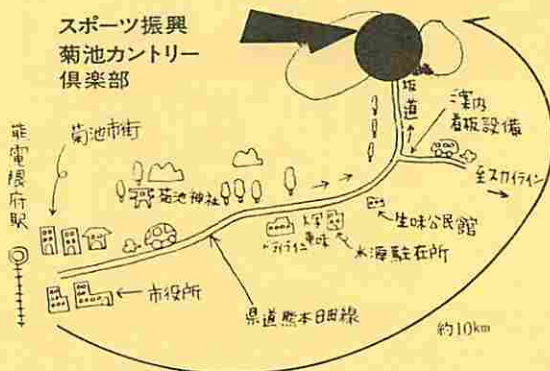
九州支社 福岡市博多区博多駅前3-2-8
(住友生命博多ビル)
☎ 092 (451) 1851 (代表)

熊本営業所 熊本市大江4丁目1-27(シルクビル)
☎ (0963) 72-2670

久留米 久留米市通り東町42(行武産業内)
☎ (09422) 5-1550・4-5658

宮崎事務所 大分県日田郡天瀬町大字桜竹
カントリー倶楽部 ☎ (097357) 2340

スポーツ振興
菊池カントリー
倶楽部



編 集 後 記

待望の会館増築も一段落つき、市歯会の部屋も今迄の約倍になり、小会議も出来る広さになりました。

さて吾々がやっとの思ひで獲得した21%の点数改正も物価狂騰の今日、あまりにもささやかすぎる。今夏の参議戦にはぜひ吾々の代表を当選させたいものである。

熊本市歯科医師会会誌

第 15 号

発行日 昭和49年3月30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