

熊本市歯科医師会会誌

第 1 1 号



坪 井 川

1972. 10

表紙の言葉

坪井川

坪井川は、熊本市の中心を新開地と古町に分けて流れている。昔は熊本城の外濠であったろう。

清冽な水が、お城の長塀や石垣を洗っていたであろう。

今は、市庁舎や郵政局のビルを逆さにうつして小鯿の群れを遊ばせている。

目 次

応 接 室

全歯連 ― その事業と計画	全国歯科医師国民健康保険組合連合会 常務理事 神 谷 謙 遜	2
---------------------	--------------------------------------	---

勉 強 部 屋

総義歯の苦情と処置	日本大学歯学部教授 医博 野 本 正 雄	5
機能的顎矯正法とその臨床応用法	愛知学院大学教授 飯 塚 哲 夫	14
― 下顎前突について ―		
私の根管充填	松 永 正 行	17

茶 の 間

VIVA GOLF	常山クリニック田代医院院長 田 代 祐 基	19
石に漱ぎ、流れに枕す	浜 坂 浩一郎	20

展 望 室

サイクル論	岩 村 泰 行	23
二、三百年前の病氣並びに其の療法	菊池市稗方 木 村 元 章	25

Dining Room

基金通報より		28
--------------	--	----

作 業 部 屋

熊本市「母と子の良い歯のコントロール」の審査について		30
口腔衛生委員会だより		31
代議院会議案		32

告 知 板

新入会員紹介		36
--------------	--	----

応 接 室



全歯連—その事業と計画

全国歯科医師国民健康保険組合連合会

常務理事 神谷 謙 遜

全歯連とは、全国歯科医師国民健康保険組合連合会の略称であります。全国の46都道府県中、東京都では歯科医師健康保険組合が設立され、青森県で医・歯合同の国保組合が結成され、福井県では歯科医師による特別の医療保険の組織がなく全員が居住する市町村の公営国保の被保険者となっています。残る全国43道府県にはそれぞれ歯科医師国民健康保険組合が設立され、これら43組合の連合体として全歯連が生れたわけです。

全歯連は親睦を主とした経験交流の為の組織として誕生しました。今年度中には創立満15年になります。この間毎年一回東京で総会を持って予算、事業計画を審議し、別に各県廻り持ちの当番制で総会を兼ねた大会を開いて決算審議やら視察などを行って来ました。この当番県が全歯連の会長県として一年間の全歯連運営を担当して来たわけです。

所が、平穩裡に創立11年目を迎えようとする頃から全歯連にも変動の時が訪れて来ました。それは医療保険制度抜本改正問題の為で、一時、「国保組合の存続を認めない」とか「国保組合に対する国庫補助は之を減額或は廃止する」等の方針が厚生省試案として打出されたからです。

これに対して日歯では「抜本改正に伴う歯科医師国保組合の在り方を検討」する為に、調査室に27部会を設けて検討を開始し、前後して全歯連では「医療保険制度改正対策特別委員会」を設置して対策を考えることになりました。

27部会は「歯科医師国保組合の組合員は組合の存続を希望している。」との結論を得て解散されま

したが、全歯連の特別委員会は引続いて三年間検討作業をやって来ました。

委員会の構成は全国九地区からそれぞれ各地2名の委員を選出、当番県から委員長を出して運営に当り、特別委員会費用を特別会計として別途負担金を徴収してやって来ました。此の間に特別委員会が検討した事項は相当広範囲にわたりますが、結論としては

1. 国庫補助を減額されては組合は運営出来ない。
2. 医療は大部分が保険診療となっているのに、医療機関は大部分が保険医個人の負担で開設されている。保険医が健康を害して診療不能となれば直に収入途絶して生活の恐威につながる。相互扶助で10割給付を実行している自分達の組織を守らねばならない。
3. 保険医の身分保証を何等かの形で獲得したい。
4. 国民健康保険の主体として市町村と組合が併存するのに、国庫補助額に格差があるのは納得出来ない。

まして、臨時調整補助金が歯科国保には全く配分されないのは不合理である。

5. 諸問題検討途上で発見された中で、歯科国保組合相互間にある各種の格差が組合運営上相当比重の大きい問題となって来たが、これを解消する方向に進むべきである。
6. 組合間格差を完全解消する為には歯科医師国保組合の全国統合が唯一最善の方法である。

と言うことになって来ました。元来歯科医師国保組合には①組合員数が比較的少ない。②年令構成が比

較的高い。とゆう本質的な弱点があります。

実例を挙げますと、私の所属する神奈川県歯科医師国保組合では昭和46年度に一件98万円の請求が出たことがあります。特殊な心臓疾患の手術・入院の給付でしたが、これは従前ならば100%死亡につながる疾患ですが現在は健康を回復しています。この手術料が66万円でした。勿論大学病院で日本一と言われる権威者の執刀で行われました。

この他に、腎疾患に対する人工腎による血液透析など一件40万円程度の請求はそれ程珍しいものでなくなりつつあります。

組合員平均年齢52～53才の歯科医師国保組合では、今後この様な請求は少しずつ増加するものと思ねばなりません。

貴地熊本県の歯科医師国保組合の昭和46年度給付費予算は月額400万円強でしたが、ここに90万円の請求が一件出ると組合運営は大きな影響を受けます。過去に於ても、重症入院患者が4・5名出た為に急に保険料値上か借入金かで苦慮した組合の例は少なくありません。

更にも一つの問題点は歯科業界にも過密、過疎の状態が見られることです。大都市圏への人口集中は当然医療機関の増加を来します。私の住む川崎市は空襲後の焼野原の人口15万位から、この20数年間に人口98万の大工業都市になりました。神奈川県全域が東京のベッドタウンとなり、人口2万3万の団地がドンドン建設され、若い同業者が毎日増えて行きます。その為神奈川県歯科国保組合は平均年齢48・49才で、全国平均を2・3才下廻ります。つまり健康で働く若い層が多い - 給付を受けずに保険料を納める人が比較的多く、しかも組合員数も多く従って組合運営は比較的好調だと言うことになります。一方人口増加もなく新規開業者の少ない地区は年齢は益々老齢化し、罹病率・受診率も高く、一件宛給付額も増大して行きます。

この組合間格差を解消して全国の歯科医が等しく医療保険を利用する為には全国単一組合を作るしかありません。

運営費用(総務費+会議費)一つを見ても、組合員一人の負担する事務費は、全国最低5千円強から最高2万3千9百円と開いています。

厚生省試算で一事務職員が資格得表関係業務を担当した場合の処理能力は被保険者数4000人となっています。

全国統合は運営費節減の上でも大きなメリットを持っています。

私共の考えている統合の利点は

1. 危険分散範囲拡大による運営安定度の上昇
2. 組合規模拡大による運営費節減(事務機構の集中化による)
3. 単一大組合となることによる発言力の増大(全国統合時の給付費総額は30億程度・法定積立金額は4乃至5億円になると思われる。

将来歯科医師国保組合の存続が否定される様な場合を迎えても、組合解散の代償として之を他の相互扶助組織に切換えるとしても、国に対する援助要請の足場としての意義と力を持つ。)先に歯科国保組合の弱点を挙げましたが、逆に幾つかの長所を挙げる事が出来ます。

1. 保険料負担能力が比較的高く且平均化されている。
2. 資格得表の把握が正確迅速である。
3. 保険料と給付費の間に正の相関関係がある。(一般的に医療費の増は組合員の収入増に、従って保険料増につながる。)
4. 保険料徴収が効率的で殆ど特別の経費を要しない。
5. 運営を組合員自身の手で行なえる。(嘗て三菱系某社は健保組合設立申請に際し、認可を三年ものばされたことがある。これは組合役員に厚生省から人を迎えなかったからだと言われている。現存する大きな国保組合では大体事務局長などは国保中央会とか国保団体連合会等の厚生省の息のかかった所から人を迎えている。又そうしなければ新設組合等では予算も編成出来ないであらう。

然し現在の全歯波及各歯科国保組合には、歯科国保発足以来運営に参画し、或は担当して、この道のエキスパートともベテランとも言える人材があり、歯科医師自身が運営に当って充分な成績をあげることが出来る。)

以上甚だ拙劣な文字を長々と書きつらねました。

辛抱してお読み下さって意のある所をお汲みとりいただけたら幸に存じます。

本来もっと数字をあげて具体的な統合プランをお目にかけるべきだと思いますが、手許の資料をまと

めるのに時間を要しますので、又近くその様なものをお読みいただく機会を与えられることを祈って本稿を終わります。



総義歯の苦情と処置

日本大学歯学部教授

医博 野 本 正 雄

まえがき

総義歯装着後に起る苦情、障碍にも種々あり、吸着が悪く脱落したり、浮上したり、安静時には吸着がよいが、咀嚼、談話時に脱落したり、又垂直咬合時、中心位で咬合した場合には異常がないが咀嚼時、咬交時に疼痛が出るとか、時に数時間義歯を装着していると頭痛を催して装着して居れなくなるとか、患者の苦情も様々である。

義歯製作日数より苦情処理に通院する日数の方が遙かに多いことがある。装着後数日経て咬合調整をただけで患者に満足して頂け、文句なしという義歯は中々ないものである。

実際問題として私達が義歯製作に当っては自己の面子と医院の信用にかけて、最高の学理に基き、優秀な技術と細心の注意を払い、許し得る最上の材料を使用して最高の効果を挙げ、患者にも満足して貰い、自己もまた満足する様努力をするが、事、志と違って完成後種々と障碍苦情が生じて、患者にお小言を頂戴することが度々である。

こうした患者の苦情が何処に原因があるのか、製作過程の何処に欠陥があったか、それを何う処置したらよいか、それとも再製しなければならないか、を検討し、次に製作する時の参考資料にしたいものである。

前 準 備

総義歯製作に入る前に次の様な事項を診査することとは大切なことである。

1. 患者の心理状態の種類

2. 義歯の経験、義歯になった動機
3. 患者の希望
4. 患者教育と予告
5. 口腔内診査 等である。

1. 患者の心理状態の種類

イ、うるさ型、一言居士

派手好きの、うるさ型の患者で、義歯の出来を気にし安く、家族や他人の言葉にもすぐ感じ、苦情をいってくる、こうした患者には仮床義歯、蠟義歯を試適するとき家人等に立合せ、外観、人工歯の色、形、大きさ、更に前歯部の排列状態をよくみせてO・Kを得てから次の操作に移るべきであり、料金は完成と同時に徴収する方がよい。

ロ、ヒステリー型

義歯を一度も入れたこともないのに、義歯は入れていられない、と自分できめてかかっている人、こうした患者は義歯を返えしに来たり、料金も払わない、そして又家人のすゝめで他の歯科医へ行く、歯科医巡りをしているうちに義歯を入れ様という精神状態になって具合のよくない義歯を入れている、そして前の歯科医を下手だと云う、まことに不公平な話である。

ハ、無関心型

義歯はあってもなくてもよい人、家人が世間態が悪いのですすめて義歯を作るのだから、邪魔にしていれない、入れるといたい、放っておく、家人はその歯科医を下手だと吹聴する、信

用にかかる、注意すべきである。

二、理解型

人間の造ったものだ、多少具合が悪くても我慢する、渋瘍が出来てもやがて癒るといっている、そのうち粘膜にヒダが出来て癒る、これも極端すぎる、疼痛があったら来院する様教育すべきである。

2. 義歯の経験。義歯になった動機。

歯牙喪失後に義歯を装着せずに放置した患者は、その顎関節の変化、咬合、咬交運動の異常になっていることが多く、義歯になれにくい、余程の努力と訓練の心構えが必要である。

以前に床義歯を経験したものは総義歯に再製されても容易に発音、談話機能をいとむようになる。

よろこばれる義歯。疼痛或は何等かの障碍があって抜去し、総義歯になっても義歯がうまくいけばよろこばれる。

之と反対に歯牙の動揺はあっても疼痛もなく咬交に支障もないのに、早晚総義歯になるものと自己判断し、患者への説明もろくにせず抜去し、総義歯を製作、義歯がうまくいかないと、あの時抜去しなきゃよかった……と一生うらまれる。

3. 患者の希望

義歯の経験者は新義歯に色々と注文をつけてくる、術者は専門的識見によって処理すべきである。

よくかめる義歯を願うもの

外観美の回復を主とするもの

こわれない義歯を要求するもの

これ等の要求によって完成された義歯はその主要目的により咀嚼義歯であり、外観義歯であり、労働（作業）義歯である。

一組の義歯で全目的をはたすことはむりである、時に各別箇に製作、使用したいものである。

4. 予言、予告、

抜歯後、歯槽骨の治癒過程上の変化、骨性治癒は個人差はあっても約30週を要する。

骨性治癒後と雖も年令と共に萎縮する、これは

避けられない現象であり、特に個人差があるので術者は大いに注意しなければならない。

X線診査により骨組成の診断をするのが最上であるが、一般臨床的には抜歯の原因が膿漏症であるときは萎縮、吸収変化は齶蝕のそれよりもはるかに大である様に思われる。

そこで吸収変化の大きい患者には毎年義歯の作り換えの必要であることを分り易く説明しておくことは大切なことである。これを怠ると義歯がやがてガタガタになり、使用に耐えなくなって、あの先生は下手だから直ぐ作り換えなければならない、と汚名を着せられることになり、十分説明しておくことにより逆に先生のいった通りと自己擁護と名声獲得のためにも予言は大切なことである。

5. 患者教育

人間の作った義歯である、天然歯と一諸にならない、自分のものにするためには早く馴れることであり、馴らすことである、無理は禁物である、その日からトンカツはよくない、新しい靴で十里歩いたらどうなるか……。

舌の動きも円滑にゆかない、新聞を声を出して読んでみなさい、早くなれる。

床縁が当って疼痛が起きた場合、自分で床を削らないこと、床に原因がある場合と、陶歯排列に原因がある場合とがある。

疼痛ががまんしすぎてもいけない、渋瘍が出来、粘膜にヒダが出来ている人がある。

疼痛が起きたら来院すること。

義歯がおちついたら機能運動が円滑に出来るよう、咬合、咬交の調整を行うために来院させるべきである。

又義歯がガタガタになり初めたら、なるべく早く作り換えか、リベースを行うことで、こうした義歯を使用していることは歯槽骨の吸収を促進し、引いては次の義歯の維持に支障を来す。

以上の様な事項を患者に説明しておくことは大切な欠くことの出来ないものである。

口 腔 検 査

次いで口腔診査であるが、顎のあらゆる状態、粘

膜及粘膜下組織、繫帯（小帯）等の状態、義歯に利用し得る添写の状態等を解剖学的に、生物学的或は力学的な面について綿密に診査し、各操作時における注意事項、完成後、謂所義歯の余后等を考慮し、予め計画、設計を建て、而る後操作にかゝるべきである。

『見る、触る、押して、引ばる』

口腔診査の要諦である。

細部については各階程の節述べる。

義歯製作課程

1. 印象採得
2. 模型製作並に外形線の決定
3. 咬合採得
4. 陶歯排列並に口腔内試適
5. 埋設、重合、研磨完成

以上の5項目に区分し、患者の苦情、障碍の原因がこれ等の何れの項目に属するか、然る後どんな処置をしたらよいかを探究することは次の義歯製作に大いに役立つことである。

患者の希望を単的に要約すれば「痛くなく噛める義歯」である。

如何に最上の材料であり、如何に審美的に最適の出来栄であっても「痛い」と云うことは患者にとって義歯は無価値であり、義歯の致命症である。

疼痛さえなければ何とか噛むことも出来よう、咀嚼効率が何%回復したかは別として。

各論 表の見方

附表の左方に苦情、障碍の種類、中央に前述の製作過程の5区分、右側に処置として、原因から処置から2～3の注意事項を記入してみたが、中央「+」印のある箇所（製作過程）に原因があると見て頂きたい。勿論その外に色々と障碍の要素はあることと思われるが大体の見当がつくと思われる。

次いで表の2～3について解説し、関連事項について簡単な説明を附記し度い。

1. 開口時の脱落、浮上

患者としては一番いやなことで、これでは物を噛む所か、話しも出来ない、うっかり口も開けない、何時も行儀よく口を閉んでいなければならな

い。

術者としても、先ず上顎義歯を装着し、手を離したらスーと義歯が落ちて来た、印象の時はよく吸着したのだが、今一度、強く圧接してみる、水をつけてみる、手を離すとやはりスーと落ちてくる、止むを得ず下顎を先に装着し、次いで上顎を装着し、帰宅させる、印象に間違いのないのだから……と一日使用することで接着維持を期待するのだが、翌日或は数日経っても所期の維持力が出て来ない、リベースか再製である。

この原因は何処にあるか、先ず考えられることは印象が適当でなかったことで、或は顎場状態、歯槽の状態がよくないのに床の外形が大きすぎたのである。

総義歯の印象について

何れの聖書にも口腔の解剖と生理を熟知し然る後機能印象を採得すると書かれ誠に要を得た言葉である。

そこで印象に必要な口腔診査として

1. 歯形の大小
2. 歯形の形態
3. 歯槽隆起の形態
4. 咽喉形態
5. 下顎舌側後線の形態
6. 粘膜及粘膜下組織の状態
7. 辺縁軟組織の附着状態

等であるが、

以上の事項を診査することは、口腔の解剖と生理を診査することであり、骨瘤、軟組織の被圧縮度、筋、小帯、骨面に於ける各種神経、血管の出入口の位置等を熟知し、利用すべきは利用し、避くべきは避け、印象の万全義歯維持を期すべきである。

義歯床は義歯の維持に役立つと同時に咬合圧に耐え得るものでなければならぬ故、この両者を満足させ得る印象が要求される。

如何に咬合圧に耐え得られても、口腔内に維持不良であっては無意味である。それがためには維持力不良と思われる顎堤に対しては維持力発揮に主力をそそいだ印象を、維持力充分と思われる顎堤においてはより咀嚼効果を挙げ得る様、咬合圧に耐え得る印象を採得すべきである。

私の印象に対する考えの結論から先きに述べ、これはあくまで野本流であり、我流であり、御参考になれば幸甚である。

- ① 床下粘膜が菲薄で、かつ粘膜下組織が異常に硬く、床周辺粘膜がこれまた菲薄かつ移動性の強い場合、いうなれば、やせた皮膚のたるんだ骨っぽいといった感じの場合には圧迫印象は禁物、無圧の機能印象が適当である。

またこれと反対に、いかにも歯槽形態が良好で、粘膜が厚く吸着良好のように見受けられても、極度に弾性があり、緊張度の強い場合も圧迫印象は禁物、より強い圧迫により、かえって反発され維持不良となる無圧印象か粘膜調整印象が適当である。

- ② 歯槽の形態、粘膜および粘膜下組織の状態が良好、すなわち適当な厚みと弾力性を持った軟組織によって骨膜が被覆された理想的なもので、維持力十分と思われる場合には、いかなる印象でも扱い馴れた印象で差支えない。床の大きさも小さく、時に上顎における無口蓋義歯も結構である。

- ③ 床の維持力を十二分に、最大に発揮させるためには、筋、小帯、周辺可動粘膜の生理的運動に支障とならない。換言すればそれらの運動許容範囲の最大限度まで床を大きく設定することで、印象からいえば筋圧形成印象を完全に行ない、その印象周辺を義歯床の辺縁とすることである。

前記口腔診査の項目中とくに注意すべき点は

- ④ 歯槽隆起の形態

とくに添窩は利用すべきか、あるいは外科的に処置すべきかは十分注意が肝要である。とくに前歯部歯槽骨の削除は将来の骨の吸収、義歯維持を考慮して最小限にとどめる。

また上顎結節部の添窩も骨性であるが、軟組織によるものが触診し、時に片側性添窩は義歯挿入方向を考慮し、利用に心がけ、骨削除は最小限にしたい。

圧迫により疼痛を感じる歯槽突起あるいは隆起は外科的に処理するか、あるいは緩衝腔の設置で間に合う場合もある。

低い顎堤、顎堤が低いこと必ずしも維持不良に結びつかない、吸収が高度で顎堤が低いと義歯維持不良と思われがちだが、上顎口蓋弓隆が高く、逆V字形の形態より、ほとんど扁平の小さい顎堤の方が維持良好な場合が多い。

下顎顎堤の扁平な場合においても、歯槽面の巾のあるときは聳立した巾の狭い顎堤より耐圧ならびに維持は良好である。

しかしながら顎堤面が内側（舌側）に傾斜している場合、とくに両側性の場合は維持、安定がよくない一番いやな形である。

- ⑤ 下顎舌側後縁の形態

ドクトル・ニールは側方咽喉形態と呼んでおり、この部の利用を極力推奨している。

解剖学的に顎舌骨筋線の後方、臼後結節の舌側後方は筋、緊帯の付着のない部分であり、舌運動によって口底粘膜が挙上して形成される部分である。印象時舌の運動を適当に行い、明確に印象し、利用すべきである。

下顎舌側部の印象において、舌尖で口唇線をなめることによって、舌小帯の形態と同時舌側後縁の外形印象が得られる。舌を前方に出しすぎると後縁部の形がほとんどなくなり、また個人差により利用し得ない患者もいる、この部の印象は最初にモデリング、コンパウンドを手指により圧接形成するので、金属トレーまたはその他の各個トレーの周壁は大きすぎてはいけな

い。

まずモデリング、コンパウンドの軟化、口腔内試適、ついで圧接が終ったならば、その硬化に先だち舌尖で口唇線をなめさせ、後縁の形態を形成し、硬化後トレーを口腔外に取り出す、この際、後縁内側部の添窩の大きい場合には、トレーの前歯部をまず顎堤より浮かし、ついでトレーを後方に押してやれば、容易に取り出すことが出来る。再度トレーを口腔内に挿入圧接する場合には、取り出す時の逆に、まず咽喉部から挿入圧接し、前方へと引き寄せ定位位置に圧接する。

口腔外において十分なモデリング、コンパウンドの硬化後、辺縁の修正を行い、ついで予備

印象にうつる、左右いずれか一方の舌側後縁部の辺縁を多少内側に向け、細炎をもって軟化し、温湯中につけた後（火傷防止）口腔内に挿入、圧接し、舌尖をもって反対側の口角部（右側後縁の印象の際は左側の口角部）をなめさせる、左右両側各別個に操作する、この操作によって辺縁内部のゆとりと辺縁の形態が印記し得る。

また舌尖により頬の中央内部をなめることにより反対側の顎舌骨筋線、すなわち下顎義歯床の舌側小大白部の辺縁を印記することが出来る。

もちろんこれらの印象は一回のモデリング、コンパウンドの印象で採得することは不可能であり、各パート毎に2～3回ずつコンパウンドを軟化しては繰り返し実施し、コンパウンドの過剰部のメクレがなくなるまで行う。

この内方ゆとりを作るためにはコンパウンドの軟化程度であるが、印象辺縁の内側4～5mmの幅、外側2～3mmまでとし、深さ1～2mmの厚さに軟化し、印象縁端部は多少深めに軟化する。辺縁が全体として変型するほど多量に軟化してはいけなない。

また、その他の印象周辺の機能印象におけるコンパウンドの軟化は、前述の反対に辺縁の内側よりも外側をより多く巾広く軟化、筋圧形成する。

コンパウンドの筋圧機能印象が終ったならば最後に亜鉛華ユージノール、ペースト、あるいはチオコール、ラバーペース、ペーストなどをもって精密、最終印象を採得する。

精密印象の際は迅速に上記の動作を患者に行なわせ、舌を前方に出したまま印象材の硬化を持つ、精密印象材が筋圧形成の外形より、より深く口腔底に迷入することを防止するためである。

下顎の精密印象には時間がかかるので私は多少硬化まで時間があり且つ弾性がある。チオコール、ラバーを好んで使用している。

⑥ 粘膜および粘膜下組織の状態

前述野本流印象法として記載した通りで、無圧、加圧、連合印象とに分類している。

無圧印象は前記コンパウンドの筋圧機能印象

を採得後、歯槽頂に3～4ヶ所、幅2～3mm、厚さ1～2mm程度のパラフィン、ソフト、ワックス、などのスペーサーを介在し、精密印象を採得する。

スペーサーの部分は多少粘膜に圧入されるので印象内面に突出部ができる。印象時に削除修正するか、完成義歯内面の突出部を削除修正しなければならない。

また、軟組織に浮動性の部分のあるときは連合印象が適当である。各個トレーの浮動性組織の部分に該当する所を十分に間隙をもたせたトレーで精密印象を採得する。

上顎前歯部が浮動性粘膜であるケースが多いが、コンパウンドの各個トレーを適法により作成し、浮動部に該当する部分のコンパウンドを多少広範囲に十分削除し、削除した中央に経3～4mm位の孔をあけて精密印象材の流出孔とする。精密印象材をやわらかめに練り、トレーに盛る場合には流出孔にトレーの外側から綿花球でふたをし、印象材を盛る、口腔に挿入、圧接し、トレーを振動させながら圧を徐々に加え、精密印象材が全周縁に出てきたら流出孔の綿花をとり精密印象材の流出を容易にして最後の圧接をする。最終圧接が終ったなら再び流出孔を綿花でふさぎ示指をあてがい加圧印象を採得する。

その他の粘膜においては通法のなれた機能印象で十分である。

⑦ 辺縁軟組織の付着状態

生体における軟組織の状態には

1. 安静時の状態（解剖学的状態）
2. 生理的運動時の限界（機能運動時）
3. 生理的運動時には不動であるが、他動的すなわち術者が引ばると移動する限界

以上の三形態が考えられる。

最初の安静時の状態、いわゆる解剖学的形態は義歯床の周縁としては不適當である。

第3の生理的運動の限界を越えて他動的に軟組織を引っばった印象、すなわち術者による筋圧形成印象による形態、この印象によって製作された義歯床で、義歯維持が良好ならばこの形

態が理想的である。しかしながら多くの患者は術者の筋圧形成印象では床の巾、大きさがきわめて狭小となり義歯維持が不良となって、義歯機能が十分発揮し得ない。

以上の観点から、総義歯における床の大きさは第2の生理的運動に支障のない、患者自身の行う筋圧運動による機能印象をもって床の外形とすべきである。

筋 圧 形 成

発音、談話、咀嚼、嚥下など諸種の生理的機能運動にともなう筋、小帯、繫帯部の運動状態を印象周縁に印象する方法で、この場合の筋圧はあくまでも筋の機能的運動によるべきである。

術者によって無理に唇頬を動かして筋圧を作ってはならない。

しかしながらモデリング、コンパウンドなど流れの少ない印象材で無歯顎の概形印象をする時、あるいは各個トレーの適合時は術者の手で動かして辺縁の適合をはかるべきである。

概形印象に用いる金属トレーの大きさ、コンパウンドの量、軟化度などは印象概形に影響するところが多い。

金属トレーの適合に当り、筋、小帯の運動に支障のないように十分注意しても使用するコンパウンドの量が多すぎた場合、あるいは軟化度が適当でない場合には印象周縁が大きく厚くなりがちである。

モデリング、コンパウンドは柔軟可塑性ではあるが、筋の生理的機能運動圧だけでは多くの場合圧不足で印象が余分に大きく形成されがちである。そこで術者が筋、小帯などを指で引ばって生理的運動の限度を多少越えた非生理的運動で印象縁を圧迫調整する。

私はこの際、概形印象の周縁を生理的運動の限界を多少越えた、印象周縁がやや小さい概形印象を採得し、これを各個トレーとして予備印象、精密印象を採得している。

精密印象採得にあたっては、術者は筋小帯部の形成は積極的にを行い、ついで残りの部分を補助的に唇、頬部の皮膚面上より挙上、マッサージなどによって印象周縁を形成する。

床の周縁封鎖について

周縁封鎖ならびに粘膜閉鎖弁作用をもっとも容易に発揮させるためには機能印象の周縁、とくに上顎における上顎結節を含む頬側間隙、頬嚢の形態をそのまま義歯の周縁とすることである。

これがためには模型上にこの印象周縁の形態をそのまま再現しなければならない。

精密印象終了後、印象の全周縁外側に印象辺縁の頂点から印象辺縁の厚みだけ下方に（約3～4mm）直径2～2.5mmのビニール・ワックス線を付着してその外側までの石膏模型を作る、なをこの際、付線の外側にパラフィン・ワックスなどで箱型形成（ボックスング）をすれば模型材注入がより容易である。

この付線法によってできた模型の周囲の溝は、将来義歯床の辺縁となるので十分保護されなければならない。

義歯床周縁の形、厚さは術者が決定するものでなく、印象により決定されるものであることをとくに強調したい。

上顎前歯部の床の外形は印象の外形と一致するが、厚みは外觀、審美的に形成しなければならない。なおあまり厚すぎると大きな口をあいたとき、あるいはあくびをしたときに義歯が落ちてくることがある。

下顎舌側床縁は平等の厚径に形成することが望ましい。舌房を広くするため舌側面を凹湾させることより陶歯歯頸部から辺縁まで平坦に形成し、辺縁は鋭利にならぬよう、また口腔底粘膜に傷害を与えないよう厚みをもたせるべきである。

後 堤 法

上顎義歯の維持力を増強するために後堤法を応用すべきである。

義歯床後縁が軟組織に軽く圧入することによって維持力増強とともに発音障害の軽減、食渣の浸入防止などにおおいに役立つものである。

方法としては、従来の印象時に実施する方法と、精密印象より得た作業模型上において行なう方法とがある。

模型上において行なう方法としてはギージー法、ケーラー法、フランクフルト法、スエンソン法などがある。

義歯床後縁より約2mm前方に両側歯槽三角の基底間に深さ、巾ともに約2mmの溝を作業模型上に掘り、義歯床後縁に床と粘膜間にレジンの突堤を作るギー法。

一本の溝でなく輪型にしたケーラー法。

また、数条の縦横の溝を掘り込むフランクフルト法。

スエンソン法は両側上顎結節の後方中央、翼状下顎切痕間を結んだ線、義歯床後縁のアー線を後堤法の後縁位置として、その前方に片斜面の溝を形成する方法で、両結節間を5等分し、中央正中部で深さ約1mm、巾約2mm、その両側の部分は深さ約2mm、巾約6～8mmとし、それより結節部に向かって移行し深さ、巾とも0mmとする。

溝は後縁部は所定の深さとし、口蓋前方に向かってだんだん浅く移行し、段階を形成しない、後縁部の深さも結節後縁中央からはじまり、最深部で2mm、口蓋中央で1mmとし、これも段階をつけない、この模型上に形成された溝によって完成義歯床後縁粘膜面に突堤ができる。この突堤が口蓋粘膜面に圧入して空気の侵入を防止し、周縁封鎖の一連として義歯維持増強におおいに役立つ。

突堤の圧入が強度にすぎると粘膜に炎症を起すことがある。削除研磨することは床縁と同様である。

緩衝腔の設置

上顎における切歯孔、大口蓋孔、下顎の顎孔など血管神経の通ずる孔、ならびにその走行する部位などを圧迫障害から防止するための生物学的な緩衝腔と上顎口蓋部の骨隆起など、義歯の槓桿作用を防止し義歯の安定をはかるための物理学的な緩衝腔がある。

下顎歯槽頂の細線隆起の頂上、あるいは下顎内斜線の骨の鋭縁など咀嚼圧によって圧迫疼痛を起こすことがある。これらも緩衝すべきである。

口腔診査により頬粘膜面と義歯床粘膜面との衝突し易い部位、菲薄な粘膜面、菲薄な粘膜面をもつ骨隆起などを診査し、模型上の該当部に適当な厚さの錫箔をはって緩衝する。骨隆起部では約2.0～2.5mm、切歯乳頭部で1.0～2.0mm、顎孔で0.5～1.0mmの厚径とする。

模型面に錫箔を数枚はりつけるときには、緩衝腔の深い底面にあたる部に一枚の箔を貼りつけ、ついでこの箔よりも少し大きいものを重ね、少しずつ大きい箔を数枚かさねて最後に所要の区域の大きさになるようにする。空室のように床の他の部分と段階にならぬよう、境界がわからないように移行させることが肝要である。

緩衝腔も義歯床粘膜面と顎粘膜面との間に作った一定の腔隙であるから、当然義歯維持に対し補助的役目を務めると同時に、空室と異り鋭縁がないので軟組織に対する障害はない。

重合完成後錫箔をはがした後も十分注意して段階、レジンの突起などを除去し、移行形に研磨が必要である。

錫箔の厚径は圧接容易なため、0.3～0.5mm位が適当である。0.5mm以上のものは圧接が容易でなく、不正確で、シワができ易い。

咀嚼あるいは談話時の脱落

「ふだんは何ともないが話しをしていると落ちてくる」とか「吸いつきは至極いいが、物をかむとゆるんで落ちてくる」というようなことをよく聞く。

吸着は良好であるが、談話時あるいは咀嚼中に義歯が脱落してくる、時に電話の話しになると脱落して困るといったようなこともある。

電話中あるいは談話中に脱落するのは多くは義歯床外形の大き過ぎた場合、前歯部床の厚すぎた時あるいはほんの僅かではあるが咬合の平衡ができていない場合にも起る。

咀嚼中の脱落は陶歯排列が適当でない場合、あるいは臼歯部陶歯の選択が適当でなく、咬合の平衡が得られない場合である。

咬合の平衡は陶歯の軸が上下歯槽頂間線上にあり、中心咬合位の平衡が得られ、ついで顎運動すなわち矢状、側方およびその中間運動時にこれに合った調節湾曲が付与されてはじめて得られるが、従来いわれている、いわゆる三点咬合、すなわち下顎を前進した咬合時に、前歯部と両側臼歯部の各一点、都合三点で上下陶歯が相接触すれば義歯は安定する、また側方運動時にも同様、咬合側ならびに平衡側において相接触することであるが、これはあくまでも平

衡を得る最小接触点で、咀嚼能率からいえば咬交時全歯が接触して平衡を得ることが理想である。

全歯接触が各運動時に可能なように排列するためには顎運動に合致した矢状、側方調節湾曲を付与、排列することであるが、実際問題として容易なことではない。

全歯接触を容易に解決する方法として陶歯の自動削合法を実施することである。

自動削合について

義歯の安定、疼痛予防、義歯床破折ならびに陶歯破損の予防等のためにも自動削合はもっとも簡易であり、効果的である。

このためには顎運動を各個に調節できる咬合器、あるいは顎運動を平均値に調節された咬合器を使用して（切歯嚮導桿は必ずついていなければならない）陶歯排列時削合間隙を顎堤の状態、義歯維持の良否に応じ、義歯維持良好と思われる顎には少なく、維持不良と思われるときは多少多く約1.0～2.0 mmとする。

嚮導桿を削合間隙に応じて調節し、通法により咬合湾曲（ギージ標準排列法による湾曲、あるいは咬合平面を下顎歯槽の矢状湾曲に平行して排列した湾曲など）を付与し排列、排列終了後カーボランダム・グリセリン泥を上下顎陶歯間に介在し、削合する。

削合に当っては切歯嚮導桿を元の中心咬合位の高さに戻し、嚮導桿の先端が嚮導板に接触するまで、かつ咬交運動時においてもその先端が挙上することなく、接触を保ちながら滑走するまで削合する。

このように削合することによって、最初排列時に付与した適当な湾曲が基礎になり、削合により陶歯咬頭斜面（局面）が顎運動（咬合器の運動）により削合形成され、この両者によっておのずから調節湾曲ができ上り、全歯接触が得られる。

〔注〕 削合間隙

陶歯排列に際して咬合採得時の中心咬合位より、その高さをさらに高く（咬合器の顎間距離、すなわち切歯嚮導桿の長さを増す）調整して陶歯排列する。この中心咬合位より排列に当って挙上した距離（間隔）を削合間隙

という。

片側咬合の平衡

中心、矢状、側方咬合の咬合平衡が保たれ、なおかつ片側咬合の平衡が確保されなければならない。「右側で噛んでは何ともないが左側で噛むと右側がおちて噛めない」とかまたこの反対の言葉を聞くが、片側咬合の平衡が保たれないためである。

陶歯排列の不公正あるいは陶歯選択の誤り

陶歯咬頭傾斜が強く、咬合力の方向が床外形より外側に出るためであり、このテンブクさせる咬合力を調節することで防止出来る。

このためには小豆粒程の小綿球を作り、患者にどの辺で噛んだら反対側が脱離するかを検し、その部の上顎陶歯の頬側咬頭の内斜面を削除して調整する。

とくに下顎義歯の不安定の場合

下顎顎堤の状態が不良で、上顎よりも下顎義歯の安定をよりはかるため、下顎義歯の矢状推進現象を防止する目的で、下顎歯列の矢状調節湾曲を静力学的義歯維持の観点から、下顎臼歯の咬合平面を、各歯の植立位の顎堤頂の矢状湾曲と平行に設定すれば義歯の安定が得られる。この場合においても、前記の陶歯の削合法を行えば、この矢状湾曲と自動削合によっておのずから調節湾曲が形成される。

下顎棒状義歯

「下顎義歯の安定が悪く、何も噛めない」義歯を見ると、床というより棒状のレジンの上に陶歯が並べてあるといった状態で、最初は大きな床であったが、削除、削除でこうなったとか、疼痛箇所の削除部位とを間違った結果と思われるが、これでは噛むのはむりである。

いかに吸収著明な顎堤でも歯槽の巾はあるはずである。巾を十分活用し、かつ前記下顎舌側後縁の延長を十二分に利用すべきである。電車の車輪の内側に突縁がある、理工学で車縁（フレンチ）と呼んでいるが、わずかな突堤であるがレール上を走れる役目をしている。

下顎義歯においても平坦な歯槽の場合、このわず

かな車縁があれば義歯の安定におおいに役立つものである。

車縁付近の疼痛は下顎内斜線の骨縁部の疼痛と誤認され易い。患者はよくこの車縁が痛いと訴えるが、車縁を削る前に疼痛部位を確認し、わずかでも車縁は残したいものである。

稿を終るにあたって講演の御幹旋を頂いた熊本の武田幸一先生並に東京の松本達夫、侃両先生に篤く御礼申し上げます。

又研修会に会場を提供して頂いた内田材料店主に御礼申し上げます。

熊本滞在中種々と御世話になりました先生方に紙面をかりて御礼申し上げます。

機能的顎矯正法と その臨床応用法

— 下顎前突について —

愛知学院大学教授 飯塚 哲夫

機能的矯正装置はF K Oまたはアクチバートルとも呼ばれ矯正装置の一つとして優れた性能をもっています。

この治療法がわが国に紹介されて、すでに20数年間を経過しておりますが、装置の形態がシンプルで他の矯正装置に比して製作が容易で、しかも破損しにくいとか、睡眠時間中だけの使用で十分であるため患者から歓迎されるという点のみが特に強調されていて、装置自体のもつ優れた機能が正しく理解され、適確に使用されているとは思われない例を数多く見聞きしています。

どんな矯正装置であっても、その装置さえあれば、どんな不正咬合でも治るという便利なものは残念ながら一つもありません。

装置にはそれぞれ特長があるもので、不正咬合の形によって、それにもっとも有効な装置を選ばなければならないのは当然のことです。

特にF K Oという装置は、この傾向が強く、適応症さえ選べば患者ばかりか、治療した術者自身が驚く位、効果のあがるものであります。

構成咬合

F K Oは他の矯正装置のように金属線やゴムリングの弾性を矯正力として用いるものではない。

この装置の矯正力は、下顎運動に関与するすべての筋や、口輪筋、舌筋など口腔周囲諸筋の総合的な機能力を用いており、この方法の最も特異な所である。

上記諸筋の機能力をF K Oを介して矯正力として

利用しうるように下顎の位置を変えた咬合状態を構成咬合と言う。下顎前突の症例においては、下顎をできるだけ後退させ、切端咬合またはそれ以上に後方に変位させることができれば構成咬合の採得は可能である。

まず最初に、パラフィンワックス（ $\frac{1}{2}$ ～ $\frac{3}{4}$ 枚程度）を軟化して棒状に巻き下顎の歯列の形態に合せた馬蹄型の型を作り、これを下顎の歯列の上におき、右

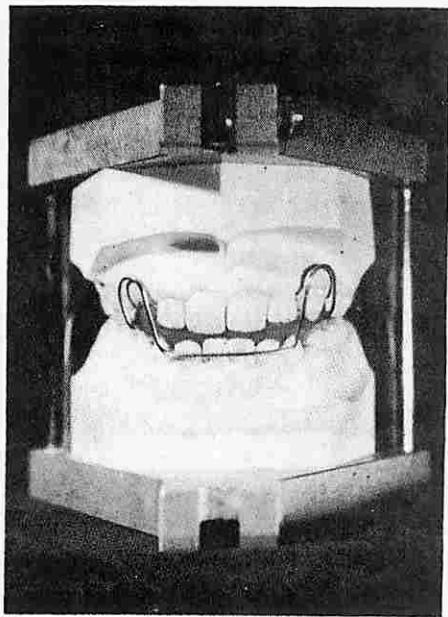


図1、顎間誘導線——構成咬合器に取りつけて誘導線を屈曲する。

手の拇指で下顎をできるだけ後退させながら、ゆっくり嚙ませて行く。

この際、下顎の後方移動だけでなく、上下の正中線を一致させるように下顎を誘導しなければならない。上下の歯列によって嚙まれたワックスは、前歯の切端や臼歯の咬頭頂を蔽いかくすので、ある程度嚙ませた後ワックスを口腔外に取り出し、切端や頬側咬頭頂をつらねた線でワックスを切除し、再び口腔内で嚙ませながら臼歯の咬合面間の距離を3～4mmにする。この場合、前歯の切端間の距離は1～2mmとなる。(中心咬合時の被蓋の深さによって異なるが)

この口腔内で嚙ませたワックスを取り出し、あらかじめ作っておいた上下顎の石膏模型に適合し、ワックスをかませたまま構成咬合器に取りつける。

構成咬合器

この咬合器は、FKOの製作に便利のように作られた専用の咬合器で、3本の脚のうち、前方の1本の脚は誘導線を曲げるときに、上に回転させて作業ができる。また、咬合器は上下に分割できるので、仮床の圧接などの時には上下別々に圧接できる。

仮床の圧接

仮床の外形線は、外側は前歯の切端、臼歯の頬側咬頭頂を連ねた線とし、内側は義歯の場合より、いく分小さくする。

軟化したパラフィンワックスを圧接する。この際、歯に接する面(特に、歯頸線、舌面、咬合面)が正確に再現できるように十分に圧接し、かつ容易に模型からはずすことができなければならない。

圧接の際、特に歯頸部の線がはっきり出るようにあらかじめ模型の歯頸部を彫刻刀で修整しておくといふ。

誘導線

下顎前突の症例に用いられる誘導線は顎間誘導線と言い、直径0.9～1.0mm程度の金属線を用いる。この金属線は弾線として用いるものではないので、変形しやすい細い径のものは不適当である。

誘導線の形は水平部分では下顎前歯の切端から

～1/2の所で歯面に軽く接触する。上顎の左右の犬歯部でループを作り、脚は床の中に入り固定される。(図1)

埋没、重合 — 省略

調節法

下顎を後方に位置させた構成咬合をとったのであるから、この装置(FKO)を装着している間は、下顎に附着するすべての筋群は急に新しく変った環境におかれている。この新しい環境に直ちに順応できないので、睡眠中に無意識に前と同じ態度で収縮ををし、下顎を前方に押し出す結果となる。下顎を前進させようとする力を十分に利用するために、誘導面形成、咬面部削除、添加物の附与を行う必要がある。

誘導面形成

理解を容易にするために、治療の目的を上顎前歯の唇側移動と下顎前歯の舌側移動とする。先まず、下顎が前進しようとするときFKOもそれに付れて一諸に前進しようとして、上顎前歯の舌面に強く当り、これを唇側に移動させようとする。ところが、上顎の犬歯、小白歯、大白歯の舌面にも、ぴったり接しているため、前進の力は阻害される。したがって、犬歯、小白歯、大白歯の舌面に当る部分のうち、遠心部を削除してやれば、下顎の前進と共にFKOも前進し、上顎前歯は唇側に押される結果となる。(図2)

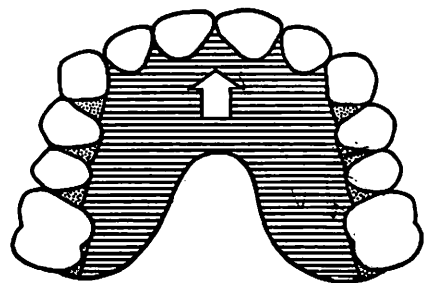


図2、上顎の誘導面形成法——上顎犬歯、小白歯、大白歯の遠心部の床を削除する。

次に、先の考えとは逆に、F K Oが上顎に固定されているものと考えた場合、下顎が前進すれば、下顎前歯は顎間誘導線の水平部に、舌側に押されることになる。このときも、製作したままのF K Oであれば下顎前歯舌側と下顎小白歯、大白歯の舌側はぴったり接しているはずであるから下顎のみが前進しようとする力は阻害されている。したがって、前歯舌面と、犬歯、小白歯、大白歯の舌側の近心部を削除することにより、下顎の前進が容易になり、その結果として誘導線が前歯を舌側に移動させる役目を果たことになる。(図3)

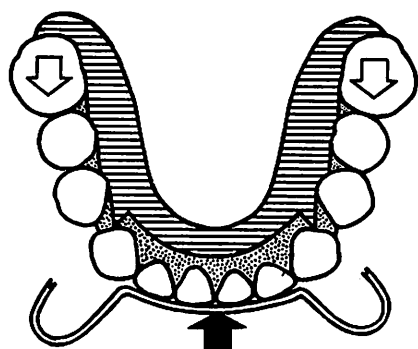


図3、下顎の誘導面形成法——下顎前歯舌面と犬歯、小白歯、大白歯の近心部の床を削除する。

咬面部削除

前述の誘導面形成のみで、F K Oの働きを十分に発揮させるかという点、そうではなく、歯列の咬面に接するF K Oのいわゆる咬面部の形成が残されている。従来、この咬面部に対する処置が忘れられていることが多い。咬面部には上下の歯牙の咬頭が、同時に各歯牙の窩には咬面部の一部が突起状にもり上って緊密に接触している。このため誘導面形成が正しく行なわれていても、咬面部の凹凸が、F K O自体と下顎の前進をさまたげているものである。咬面部の形成の方法は咬頭頂の接する面を限度にしてできる限り平滑にすることである。この際、先に述べた誘導面と関連して上顎では、犬歯、臼歯の遠心の方に、下顎では、臼歯の近心の方に削除を広げる必要がある(図4)。咬面部の形成は削除しすぎ

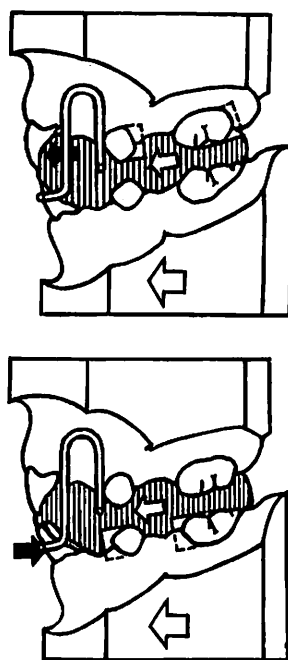


図4、咬面部削除法——咬頭頂に接する面を限度とし上顎では遠心に、下顎では近心に削除を広げる。

ると、歯の挺出が起って治療後に被蓋が浅くなって再発を起したり、またひどい場合には開咬の原因ともなるから注意が肝要である。

添加物の附加

誘導面の形成、咬合面削除を行えば、F K Oの働きは始まるが、さらに上顎前歯の唇側移動を効果的にするために、上顎前歯の舌面对向する部分に、ダックベルカまたは即時重合レジンを追加する。添加物は軽く咬ませたときは、前歯の唇側歯頸部歯肉縁に貧血状態がみられる程度とする。

以上F K Oの原理に従う取り扱い方を述べてきたが、この作用原理を十分に理解していないと、添加物の加圧、または誘導線の弾力によって歯が移動されるものと誤解し、来院のたびに添加物を追加したり、誘導線を調節して、治療効果を遅らせるばかりでなく、歯根吸収や開咬を惹きおこすこともありうるので、これらの点に考慮をして良好な成績をあげて欲しい。

私の根管充填

松 永 正 行

最近歯科治療において特に見聞する医学月刊雑誌並に医書等の中で注目されるものの一つとして歯内療法がある。

私達歯科医師が、日常診療に従事しているものの中で、一番頻度の高いそして、又一番頭を悩まし困難であるのは歯内療法ではなからうか。其の歯内療法の終末処置に根管充填がある。其の根管充填の時期決定については常に私は不安を感じていた。と言うのは自分の長い間の経験である感に頼り治療を完了全治として取扱って来たが、而し残念にも其の感は往々にして外れ、失敗し再治を余儀なくされた幾つかの例がある。

患者には全く申訳ない事と思う。其の様な苦い経験をもつ私は何とかして根管内細菌の有無判定を簡易にする方法はないものかと常々思っていたが、或時何かの雑誌で根管内細菌培養による無菌的判定法がある事を知り現在其の方法により根管の時期を決定

し確実なる判定の基に根管を実施している次第である。

其の結果及び成績は今だ未熟な経験と年数が浅い関係の為に自信をもって発表する段階ではないにしても1年5カ月間に実施した症例には今だ再診療と言う不快な例はなく此の状態が何時迄も続く事を念じている次第である。上述の根管内無菌判定の対照とした症例を別紙表1に分類して見ました。そして治療に要した1歯に対する判定回数と日数も各症例ごとに各々3例挙げておきました。

御参考までに、判定の対照とした歯数は

急化 } Pul 226
潰

Pul エソ 142

エソ Pul 105

急化 } Per 129
慢化

症 例 表1

歯 数		検 査				根 充	日 数
		第一回	第二回	第三回	第四回		
Pul 急化 } 226		(4) 十	(3) 十	(1) 一	0	N ₂	8
		(4) 廿	(5) 十	(3) 一	0	N ₂	12
		(2) 十	(2) 十	(1) 一	0	N ₂	5
Per 急化 } 129		第一回	第二回	第三回	第四回	根 充	日 数
		(4) 十	(3) 十	(2) 十	(1) 一	根 充	10
		(5) 廿	(4) 十	(5) 一	0	根 充	14
Pul エソ 142		(3) 十	(2) 一	0	0	"	5
		第一回	第二回	第三回	第四回	根 充	日 数
		(5) 卅	(3) 十	(3) 十	(3) 一	N ₂	14
エソ Pul 105		(4) 卅	(4) 廿	(5) 十	(4) 一	N ₂	19
		(3) 十	(4) 一	0	0	N ₂	7
		第一回	第二回	第三回	第四回	根 充	日 数
		(5) 十	(3) 十	(4) 一	0	N ₂	11
		(3) 十	(3) 一	0	0	N ₂	6
		(3) 十	(2) 一	0	0	N ₂	5
		(3) 十	(2) 十	(2) 一	0	N ₂	7

註 () 内数字は一回ごとの治療日数

計602例であって
其の結果と成績は表1に示す通りであります。

判定と検査方法と手技

言うまでもなく根管処理の原則は

1. 根管拡大
2. 根管清掃
3. 根管壁及び根部象牙質の消毒

此の3原則を忠実に守り、其の症状に応じそれぞれに薬剤の選択を行い治療を進めそしてこの時点で根充をと云う今までの感所で第一回目の根管内の細菌培養検査を行い、結果が(一)であれば無菌と判定(根充の時期)根充(十)であれば治療を続け、大体に於て私の経験では第3回位で(一)に成り第四回に渡る事は希れの様です。根管内の細菌の採取法は前日根管内に挿入した綿織を取り出し窩洞及び根管内を十分に清掃乾燥し手指、ブローチ、綿織を消毒し、或は消毒したペーパーポイントを根管内に挿入し約一分間経過後取り出して培養液の中に投入する。(培養液はアンブル状に出来ている)そして、37℃に保たれている小型フラン器に入れて(16～24時間)培養し翌日時間が来たらフラン器より取出して細菌の有無判定を行う。
培養液が白い濁り即ち白濁であれば陽性(十)で透

明色であれば陰性(一)即ち無菌と判定出来る。尚且不安であればレザスリン試験紙を培養液の中に一枚入れ試験紙の変色を観察する。試験紙は青紫色であるから、赤か又は白に変わったら陽性(十)、一方全く青紫色のままであれば陰性(一)無菌と判定し根充を終る。

レザスリン試験紙の変色順序は

青紫色→赤紫→赤→桃→白

培地中の変化は大体10分程度で終わりますが出来たら5分以内に変色判定を行った方が正確です。10分以上経過すると培養液の中に入った空気中の酸素との関係で判定が難かしく成ります。以上で終らして戴きますが今回は表1の枠からはずして抜髄を必要とする際に、失活抜髄と注射抜髄と比較してみると注射髄の方が驚く程根管内の無菌状態を示すのが早く、したがって根充の時期も早いと言う事。
注抜と失抜の根管内無菌判定比較成績は後日又発表さして戴く機会がありましたら詳細に渡り御報告致したいと思っております。

此の稿を終るにのぞみ貴重なる紙面を汚しました事を深く詫び、諸先生がたの御笑覧の上御批判戴ければ幸に存じます。尚編集にあたられる先生がたには御苦勞の程を偲び深く謝意を表します。

V I V A G O L F

茶



帯山クリニック田代医院

院長 田代 祐基

私共、色々な成人病の患者を診ていますと、何か運動をやっているという人は、非常に少ないようです。学校時代には、グループ活動として野球やバスケットボールやその他色々のスポーツをやって来た人でも、社会に出て安定した地位に就くように成りますと、もう体を動かす事が大儀になって来るようです。最近GNPの向上と共に、色々なレジャーが登場してまいりました。家族単位の旅行とか、日曜サービスとかになりますと、家族には喜ばれるのですが、大黒柱である御本人にとっては大いなる負担だと考えられます。マイホーム主義も程々にしないと、却って御本体を害い、ひいては家族の没落を招かないとも限りません。先生方歯科を専門にしているらっしゃると、非常に神経を使う精密な御仕事であって、患者の苦痛を最少限に止め、最も機能的に美的に歯を仕上げるという事がニードとしてクランケから要求されるので、ストレスは一層蓄積されるものと推察します。ゴルフはボーリングと同じように一人ででも楽しめる競技で、日頃のストレスを解消するにはもって来いのスポーツだと云う事を前もってお話しておきます。私自身、色々のスポーツや楽しみを持っています。冬はスキー。これもその一つですが、雪が降った時しか出来ませんし、遠くへ行けば年中出来るのですが、熊本では、人工スキー場が出来ても年に一週間の喜びでしかありません。夏は水泳ですが、これとて夏だけの楽しみに過ぎません。ボーリングは年中楽しめますし、夜も出来ますが、雄大な大自然の懷に抱かれることはありません。大自然の中で、年中好きな所でプレイ出来るという

スポーツは、ゴルフが一番素晴らしいスポーツだと云うことを確信しております。30を過ぎますと、もう肉体的には盛りを過ぎて、摂取されたエネルギーは、消費されるエネルギーの割合よりも、蓄積されるエネルギーの割合が増大してまいります。しかも社会的に安定した生活を営む時期ですから食物も贅沢な傾向を帯び、いく分、肉や魚の油っこいものを自然好むようになります。その上アルコールを嗜む習慣も堂に入って、カロリー摂取の増大という傾向に拍車をかけるようになります。その結果、肥満の色彩を帯びてまいります。世間から見れば格幅が良く、福々しく、信頼度のおける医者としてみられる一面もありましょう。確かに、そういう押し出しの良い格好というものが、その人の社会的地位を高める一つの要素ともなりましょう。ただここで注意しなければいけない事は、肥満が色々な併害を引き起こす原因になることです。ほっぺやおなかに溜っている脂肪は、多くの場合中性脂肪として貯えられています。これらの中性脂肪は血管の老化を早め、特に脳の血管に蓄積され易く、脳卒中の誘因ともなります。一般的に有名なコレステロールは、油濃い肉や卵の黄身に多く含まれる脂肪ですが、これは心臓の血管に蓄積されて狭心症や心筋硬塞の原因となります。中性脂肪は炭水化物から変化するもので、甘い物の取り過ぎや、穀類の食べ過ぎによるものです。ここで食べ物を楽しみながら、いかに若さを保つか、いかに動脈硬化を防いで長生きするかを考えましょう。動脈硬化は、いわゆるアテロームスクレローゼと云われる内腔が脂肪の沈着によって狭くなるタイ

ブと、メンケベルグのタイプと云われる動脈の中膜が破壊されて動脈の弾力性が失われ、外に向って動脈瘤をこしらえて行くようなタイプがありますが、後者はストレスが強く働いた時起きるタイプとされます。仕事が終わったら思い切りゴルフのボールをぶったたき、ウィークエンドには、緑の自然の中で澄み切った空気を深呼吸しながら柔らかい芝の上を周歩することは、これらの一週間蓄積されたストレスを解消するだけでなく、頭や肩やその他の部分に片寄って滞っていた老廃物を多く含んだ血液を清浄化し、

体の隅々まで血液の循環を良くすることによって、いわばパイプの掃除をするにも似て、循環器系の機能を大いに良い方向へ導きます。延いては、これが体に蓄積され易いコレステロールや中性脂肪などの排泄を促進し、循環系を正常に保つ結果、血管に弾力性を与えて若さを維持出来ることにもなります。マイホーム主義もいいけれど、若さを保ちながら、明日の仕事の糧になることを期待しながらゴルフを大いに楽しめることをお奨めします。

石に漱ぎ、流れに枕す

浜 坂 浩一郎

大学を卒業したのは、ついこの間の様に思われるが、早いもので、プロになって八年になる。その間、私は世状の波に乗せられたまま、なんとなく過ぎてしまった。しかし、私にとって「なんとなく過ごした時間」は決して無駄な経験ではなかった。8年の才月の流れは、私にプロとしての生き方を教えたと言っても過言ではない。

開業した当時、逢う人ごとに、私が問いかけた言葉がある。「毎日患者を何人見ている。」今考えると、恥しい話であるが、当時私は真剣に思い込んでいた。“一日の患者数が医師の価値を示すものだ”と。その誤った考え方は、ある時嘲笑と共に一蹴されてしまった。「一日に70人も80人も患者を相手に一体どの様な治療が出来ると云うのかね。」この言葉の響きは、重く私の胸を刺した。顔から火の出る思いを隠せなかった。

それまで、ひたすら患者を集める事に気を散っていた私は、この貴重な言葉に出会った事で、一代改革を余儀なくされたのである。

私共歯科医の一日(8時間)の患者治療能力は、種々の資料から考察すると7人~13.5人(肉体的疲労上から見た好適患者数は33人~36人。保健医療による収入上の好適患者数は40人~47人)という数字がまあ、妥当な数であるようだ。だから

と言って、即ち、現在の保健医療制度に適用する事は、非常に危険を生ずると言っても間違いない。この現状は、私共歯科医の時間経費(技術料と言うと見解が狭くなるので、あえてこの言葉を用了)を全く無視した現存する医療報酬にはっきり見る事が出来るのではないだろうか。

大臼歯だから、小臼歯だから、又は二面だから、三面だから料金が異なる。これは、明らかに使用材料の量によって決められたものであろう。私共歯科医の仕事は、このような細々な材料の量に評価を左右されるものだろうか。それとも、二面より三面、つまり動かす手の範囲が技術とされているのであろうか。甚だ哀われでならない。One mouth. One unit と言われる今日、一口腔いくらの考え方もまんざら笑い事でない事でない様に思えるのだが…。

昨年8月、私共は世論の冷い風を受けながら、あわや総辞退と言う所までいった。その結果、何がしが医療質上げを勝取った。? しかし、どの程度の純益を得たのであろうか。その結果が出る日もそう遠くはあるまい。一時的に、いくばくかの値上げを実践しても医療の本質的な改善をなし得ないのならば、医療費を上げる事なく利潤を上げる事は出来ないであろうか。しかしこの事も多くの問題を含んでいる。

当時、冠を見てもPK、CCK、CK、と3形態。10種類(現在7種類)にも分れている。何故、こんなにも多くの種類が必要だったろうか。私には不可解だ。

又5%、10%と材料学的には、うなづけるが、臨床的にそれほどでも異なるであろうか。現在5%や10%はなくなり、12%になったが何故か。真意の程は計り知れないが、カドミウムの問題と聞く。これがどうも有害であるらしい？。

私共歯科医は、今まで患者とのコミュニケーションを軽視していた。その為か、大衆はマスコミから与えられた活字だけを、唯一の知識として、医者を批難する。それはやがて医師不信に結びつく。訪ずれる患者は、ただひたすらに、今日の医療制度を絶対と信じ、我々のアドバイスに、耳をもちかそうとしない。医療はいたずらに、商品化しつつある。我々はもっと早い時期に襟を正して、医療学の本質を大衆に与える必要があったのだ。そうする事によって、大衆の力が、我々に新しい医療を与えてくれたであろうと、考えられる。

昨年から今年にかけて、「ニセ医者」が紙上を賑やかにした。世論は、法の下に無資格者として、彼等を抹殺してしまった。私は現在の医療状況の中で「ニセ医者」を生み出した原点を考えると、何か割り切れないものを感じる。医学論理を越え、人間愛に見方を変えれば医療という行為は資格うんぬんは問われないはずだから。砂漠の中に病める人が横たわっていたなら、人は誰でも自己の全知識の中で、救う事に努力するであろう。その意味では、誰でもシュバイツァやナイチンゲールになれるのだ。

マスコミと共に我々医者も「ニセ医者」を抹殺したけれども、何故「ニセ医者」が生れたのかという問題の徹底的な追求をしなかったように思われる。現在の歯科医療は、医者数の絶対数の不足は勿論だが、知識(資格)が無くても出来得るような低いレベルの医療制度にあるのではなかろうか。この現実を明確に把握しなければ我々も又、ニセ医者と同類なのである。

3月25日付日歯広報の論壇に、「ニセ医者と呼ばれる人達は資格こそ持っていないが、結構、生れつきの器用さで、ほんものの医者でも出来ない高級

な技術を持っている者だっているはずだ。ニセ医者 が治療したお陰で、どれだけの実害があったか推定する事は難しい」と言う文があった。お書きになった方は何を言われんとしているのだろうか。なされた罪を正統化しているのか、あるいはニセ医者を肯定しているのか、又器用さを技術とっておられるのか、莫迦げた事である。我々は自信を持ちプライドを持たねばならない。技術は資格であり、資格はプロの証である。プロだからこそ、行為に対して報酬を受けるのは当然なのだ。ニセ医者の存在は、我々が我々自身の手でプロの資格を失なわしめている事への警告であったはずだ。我々にも多いに責任のある事なのだ。

先日、大分県で保険医療機関取消があった。差額徴収のあり方が、問題になっていたようだ。考えなければならないのは、差額の性質ではなかろうか。厚生省の示しているのは“陶材及び金を使用する場合”とある。これはあくまで材料に対する差額であって、時間経費(技術)に対する差額ではない。だからこそ「保険で良い治療が出来ない」と言う理論は成り立たない。金で作ったものであればバケツ冠であれ立派に差額の対象になるのである。昨年7月頃、市内の某診療所よりパンフレットが郵送されて来た事を御記憶の先生もおられるでしょうが、この中に「歯科の金等、質的内容を共々しない差額」と記憶しているが、又臨床通信社発行「子供の歯・お母さん方に贈る」と言う本の中に「……こうした時に用いる材料に、保健で使える以外の材料を希望して使用する時は、その差額を自分で負担しなければなりません。つまり汽車で旅行する様な場合、同じ目的地へ行くにしても二等でも一等でも行けるのですが、二等でも良いと言う人と、料金は高くても一等の方を希望する人があります。歯科の治療にもおなじような理由があって……。」やはり何かが間違っているのだ。大分県の問題を放って置けば、世論に値的内容を共々しない差額の印象を深くし、我々の質的向上の道は遠いものになると思われる。

先に米国での日本の歯科医療の水準が世界で45番とか46番目とか言う評価を受けている。これは韓国のレベルよりも低いそうだ。又、テレビの商業で、「人間の寿命は長くなっているが、歯

の寿命は、短くなって来ています。」と報道していたが、聞きようによっては、歯科医師としては、淋しい気がする。現在なされている医療は、確かに低いかもしれないが、医学のレベルは決して墮落はしていないと思っている。

我々の仕事は他の医療とは異って、自然治癒がない。治療が完了するまで、一つ一つの行為を綿密かつ、確実に積み重ねて行かねばならぬ。なされた方法一つ一つが、その歯牙を又は腔全体の将来を決定することになる。そしてあくまでも医療は、大衆のものでなくてはならない。保険医とは、医学と医療

の矛盾の中に存在しているようでもある。

しかし、私はあくまでも医学を愛する自由医でありたいと願っているのだが……。

文題は、古事の中から用いたまで「負け惜みの強い事」を意味する。孫楚が、「石に枕し、流れに漱ぐ」と言うべきを誤って、「石に漱ぎ、流れに枕する」と言ってしまった。そこで石に漱ぎとは、歯を磨く事であり流れに枕すとは、耳を洗う事であると、負け惜みを言った事にある。

サイクル論

展望室



岩村 泰行

「目に青葉山時鳥初鰚」、街の中で今どきビンとこなくなった。郊外にでも出なくては？、先ず自然環境のサイクルが狂いつゝある、水は天から貰い水、雨降り川は流れ大地を潤し、山野は緑に覆われ空高く鳥は囀り……海深し、地球は時々刻々自転を続け四季を告げる生命はダーウィンの種の起源に始まり生と死を繰り返し乍ら種属の維持と発展をとげ現代これが続けている。植物は土中より三大栄養素を吸収し太陽と空気による同化作用で共に成長し、昆虫は花や草木を求め動物はこれ等昆虫を食し、その動物は亦他の草木と共に更に他の動物に食され各々の排泄物又は屍は植物の栄養となりこの環状サイクルが神々の創造の本に行われている。戦前吾々の排泄物は郊外の農業経営者によって回収され大地に返され青果物となって再び吾々の食膳ににぎやかにしていた。又「新聞に空ビンはありませんか」廃品回収業者の呼び声と共に家庭廃品は回収され再製産され形を変えて吾々の手元に返って来た。現在は？農業は化学肥料や殺虫剤の多量使用により土壌菌の死滅土壌の酸性化を来しそれ等による薬害、公害が呼ばれ野菜も牛乳もオチオチ安心して食えない仕末。又街中は排気ガスに満ち街路樹は枯れ呼吸も出来なくなりつゝある。町内の所々に曜日を定め廃品を一定場所に山積し市の回収車がそれ等を掻き集めて何処かへ持って行き焼却なり捨てたりしているが捨場に困り又ビニール等はビニール公害なる新語の出現と相成った。即ち自然界は土に生れ土に帰えることが出来なくなった。では医療サイクルは？、生より死に至る自然が人為的に歪められ自然淘汰が無くなった、乳幼児の死亡率の低下、老令者の死亡率低下、人類にとって誠に喜ばしいことである。が然し

狭い国土に人々はヒシメき合いその結果如何なる社会現象が起って来たか、日本のみでなく世界的傾向ではあるが、労働力の過剰？、生存競争に勝つためには農漁村より都市へ都市へと人口は集中し過疎地帯を生じ、又より高い生活権を得るために大学へ大学へ、少し医療サイクルから脱線した様だ、「次の〇〇さんどうぞ」、「ハイ又明日おいで」「次の方どうぞ」「先生他の病院でシカジカ」「ア、そう」バッババ、何んのことはない病院も人も機械化され毎日多くの患者を如何にして扱ばるか、如何にして保険点数を上げるかにキューキューしている。この間、最近巷にいわれている様な医の倫理が全くないではない、無ければ医は成立しないからである。低医療費—多量患者—医師不足—過労—従業員不足—税制—…… 医師又はアシスタントの不足は非医者問題を起し、医師の過労を招き、その解決策として医、歯科大学の増設となり、医師の多量生産を要求するに至り、患者—医師—教育と云うサイクルを生じる。このサイクルが順調に回転すれば問題はないであろう。最近これが狂い始めているいや早くから狂っている。先ず保険財政が狂って来た。この保険財政を立直しせんと政府は必死になっている。我々の云う医療の抜本改正とは既に根本から異っている。次に税制に狂いを生じている1兆何々とする国家財政の財源は何処にあるか云う迄もなく我々の汗と油を流して得たものからである。28%廃止論は我々身内から出たものでなく他から出ていることに注目すべきであろう。他の経済界に於いては経営に吸々し倒産会社もチラホラする財界からみれば我々医療界の28%は往逝のことに違いない。医者ね良すぎると巷は呼んでいる。それに応じて政府

もこれを廃止の方向へと進まざるを得ない状況にある。然しこゝで考えてみよう他の業種で営業までにどれ程の資本投資をしているか、現在の営業経費のみであろう。いや投資があってもこれは経費として御用済のはずである。我々は如何か、開業資金は別としても開業迄の云い換えれば医師免許を取る迄の投資は今迄経費としみてくれたか、又今後医院を継続する為の後継者の育成費は何らか。会社は法人化し、サラリーマンは学歴によってサラリーが異り或る程度みられている。我々の医療費にこれ等が含まれているかどうか只運営経費のみではなからうか。福祉国家、社会保障の名の本に低医療費を強しられあまつさえ何等の国家的身分保障は何一つ無い現状である。低医療費のもとでは多数の患者即ち質より量でこれや補わねばならぬ、量でとなると前述の様な悪サイクルを生じるのは当然であろう。ではこの狂ったサイクルを正常に戻すには何如にすべきか。仲々の難問題である。先ず他は置くとして自らの姿勢を正すことが先決問題であろう。即ち良い医療正しい医療を行うことである。云うことは簡単であるがこれが亦問題である。現行社会保険制度は行きづまり何等かの形で改正されたとしても平和国家、福祉国家を唱えている以上何等かの形で保険制度は続けられることであろう。医療の普遍性、医療の均等など云われている以上形は変わっても続くものと思われる。少くとも我々の世代では、では我々は良い医療は何時迄たっても出来ないではないか。いや出来る勇氣と決断力さえあれば、そう仮りに出来たとしよう、即ち保険の本では絶対良い医療は出来ないと云われて

いるので、これは一般自由診療と云うことになる。扱って現在全国で何名の医者が自由診療をやっているか、聞くところによれば中央に於て可成り高率に行われているらしい。即ち一般診療が主で保険診療が従の状態にあるとか誠に羨しい限りである及さて中央ではそれらが可能な凡ての基盤がある経済的、政治的な基盤が揃っている、では地方では地方でも農山漁村より都市が恵まれていることは又事実である。又我々個人の病院内で保険診療患者と一般診療患者とのしめるものは何如うなっているか現実を直視して分析すべきであろう。はたして現在我々の診療室に於て少くともその比が半々に成り得るかどうか、一部の医師はそれが可能であったとしても大半の医者は困難であろう。そこで税制を改められる何処うなるか我々は慚々乎も足も出なくなるであろう。即ち換言すれば医療のサイクルは更に悪化せざるを得まい。現在のまゝで行くならば税額の増大、医療費の増大、患者数の低下(増大)、教育の改革にもなる入試難、医者不足、医療の過疎現象……ここに一つのサイクルを生じてくる。今迄悲観論を述べ過ぎた様であるが現実には現実としてすなおに直視し分析し理想に向ってお互が努力し願わくば良いサイクルが早く回転する時期の早やからんことを願って筆を置くとしましょう。

良い医療、良い医者、人材、良い教育、良い患者、健康なして健全なる一般社会人、適正なる税制、文明文化の発展、良い医療、平和国家、

二、三百年前の病氣 並びに其の療法

菊池市稗方 木村元章

菊池市隈府町に「嶋屋日記」と言う、二・三百年前の素封家が其頃の日記を書かれたのがある。其の内から病氣に就いて書いてある箇所をスクラップすることにした。どこかに流行病が発生すると適当な治療法もなかったので、神、仏だのみの御祈禱をするし、お供への洗米や水などをおしただいて居たので病氣の広がり方は恰も消防設備のない町村に、其の頃火事が起ったなら焼け放題。全町村を焼け尽くさないと言えないのと同じでした。以下当時の病氣に悩まされた私達の先輩の事を書きますが、困りはてられた其の心情を察し敬虔な気持ちで読みましょう。

(一) 燕死人を知らせる

安永二年(1773年)5月の頃、山鹿新町(来民町のこと)近在にて30計りの女くれほしうせ候由にて日々諸方をかけ尋ね候へども一向に行方知れず故其のままにて押移り申候由其の尽延申候て其の隣家のもの田の草取りに参居申候処、つばめ一羽其男のそばに舞い来り田4・5段脇の池のもとへ飛び行き又男のもとへ舞い来り数10遍行きては戻り、戻りては行きいたし候故、此男ふしんに思い、右池のもとへ参り見候えば池の中程に死骸あり、引きあげて見申候処、右女のよし、古今珍らしき事故しるす。(註)30位の女ならば此の男が何かのことで殺してそれを燕が知らせた……と偽り言いふらしたのでは無いかと第一に私の刑事眼はきらりと光りますが、それとも生物学的な説明が有りましょうか。燕は知らせると言う気持ちでは無く只子を育てる時だけは人間にもいくらかつきまとして警戒をしますが、それも猫子に注意するのに比べると問題に成らず、結局此の男が殺したとか考えられませんのを燕のことにして不思議扱いした昔の時代が思いやられます。皆様の生物学的な御解明をお待ちします。

(二) お伊勢詣りしたから風邪ひかぬ

文政6年(1823年)止月3・4日頃より、は

やり風にて町中家別に人残一人もなく打ふせ薬せんじ飲ませ申候ものも無御座明和6年1769年のはやり風よりも手ひどく4・5日の間は絶食の者多く10日或は20日餘も懸り候者有之、此節中町佐七方ばかり風入らず、外は上町より横、中、下町残らずかかり、しかし命にさわりは無え、佐七方に風入らざる訳は、ふと思い立ち伊勢参宮に打つ立ち申され候故と評判いたす。上方表諸国とも同前老人などは相果て候者多く前代未聞也(註)お伊勢様にお詣りしたから神のお加護で病氣にかからなかったと皆が思ったそうであるが、神様詣りすれば良いなら足もとの菊池神社にお詣りしたら良さそうなものだが、一番偉いお宮様がききめが太いと思った処が面白い。医者で無い私の診断では流行病地域から早く旅に出たのが良かったのじゃないかと思いますが、?

(三) 死人蘇生する。

宝暦9年(1759年)菊池郡合志郡久米村源四郎と申者馬盗人いたし候由にて御城の籠へ下げられ候由之処籠にて果候よし、久米村へ8月4日に体お返し被成候に付葬禮いたし野辺に送候処野辺にて生立申故早速御達申上候処其後お国中へ死人は二夜置候上葬り候様にて被仰付候事(註)牢屋で死んだのが菊池から死骸受取に行つて一夜位よときをして墓場に埋葬に行つたと思ふから少くとも死後2・3日は経って居ると思ふがそれが墓場で蘇生したと言ふから変では有りませんか。昔は顔色だけで生死を判断したのでしょうか? 脈膊は計って見なかったのでしょうか。籠から出る為の死んだ振りにしては上手すぎますしね。これは御専門の各位の断をお願いします。

(四) 馬落雷に死ぬ

安永3年(1774年)3月26日羽根木村早助と申す者薪取りに馬を引候て観音岳(片道14軒位の登り道のみ)に参申候処大夕立ちにあい馬雷に打殺さる。此の辺けしからず雷烈しく熊本にも2・3カ所落雷のよし、古今珍らしき事也。尤早助は無事

にて戻る。（註）第一今は家のすぐ近くでも薪を切りきざんで燃料にする者は一人も居なく成りました。プロパンガスがとても安値で而も便利に利用できるからです。第二に馬ばかり死んだのは山林の中で有ったらしいから直撃雷ではなくて近くに落雷したものでしょうが、馬の蹄は電気の導体ノ？だから即死し人間はゾウリかわらじをはいて居ったから感電しなかったか。物理学者でない私には良く判りませんが、落雷の日記が他に又一つ有ります。序に貞享3年（1686年）6月2日限府中町武左衛門所へ雷落ち台所の破風をケ破り買もの柱までケさき家内かけまわり、まだまだもとの破風より出られ候よふに後の様子みゆる、しかし家内一人もけがいたし候者は無之候、半時程は家内残らず半死、雷火焼上り候を大勢懸付け取り消す。（註）雷は鳴る時だけは様と言ひ、と川柳で此の頃言ひますが、約300年も前ですから定めし赤鬼の恰好して太鼓を沢山身に付けて居られる人間に似た恐ろしい者に考えて居ったので柱を伝うて、かきむしって台所に落ち、あたりを散らかし廻って又其処から登ったと、そうであるなら下手な落方をするなら足の骨やら腰骨など折れる筈でありましょうが、雷さんが外科医の所に診てもらひに行った話はまだ聞きませんね。然し「かみなりさん」に言葉の似て居る、これも人に依っては恐ろしい「おかみさん」は再々医者行きますね。漫放談御免下さい。

（五）コレラ流行

明治10年（1877年）8月上旬の比より鹿児島にて疫病大いに立ち行き官軍の人民小屋にて多く病付くも有早速死する者多し、八代辺で多く有り、菊池にては赤星、北宮、今村、河原辺に死す。9月下旬の比に至っては病付く者少し、右の病の名はコレラと言ふ病にて2・3日に多く死す。又は5日7日も長引くは生きかえる者多し（又別に有ります）

明治12年新3月コレラ大いに流行いたす。7月の初めに778人わずらい此の内287人（註、約36%）死す。其後8月に至って1,000人計りとも聞く為に、菊池神社祭は9月1日より5日迄に延び候事。（註）私の部落で死人が有ると組内の者は、1・2日お葬式の加勢に行く。そして其の死人の家で食事をお邪魔するのですが流行病の場合

などこんな危険な事は有りませんね。何とかこんな悪習は改むべきでは無いでしょうか。

（六）痘瘡流行する

貞享4年（1687年）旧冬より当町に痘瘡はやり明け5月迄にしまひ軽々有之候、子供230人程の内20人程死ぬ。次に寛政7年（1795年）10月より痘瘡流行候処富次郎事霜月12日より熱さし34日ぶりに出来浮き申候処極安痘なり、同26日より為八熱さし是は又別して安く顔に3つ程出来し位にて致大安心候、打続く見舞客にて大賑合、每晚人数打寄候事、又別に記してあります。天明3年（1783年）正月23日より下町へ45人懸る、至極軽き事也。3月上旬迄に大体下町仕舞になり中町には2月上旬ごろより、中略、4月中頃より上町、横町は一人もかからず五月初より45人かかり後中絶、25日ぶりに湯懸る。下略（註）痘瘡はコレラに比べるとかかる率も低いが死亡率も低いように考えられますが予防、治療法も未開で判らなかつたせいで一人発病しようものなら旱天に燎原に火を放ったも同然の拡り方でしたね。恐ろしい事です。

（七）病氣平癒の祈禱

天明4年（1784年）御国中去年より当時迄熱病流行、家毎に5人3人づつ折臥、所によっては一家6人も7人も死去いたし候故公義より熊本祇園社に於て御祈禱仰付られ御洗米より25日迄3日3晩熊本往生院にて熱病よけの百萬べん有之、熊本中浄土宗の和尚24人御寄合ひ公義より仰付られ候事、又々次に8月中旬広瀬古閑村に馬八足程死ぬる。夫故限府町渋谷江参られ祈禱有之候故此後一疋も死なず、（註）昔戦争の時敵は殺すが馬は殺してはいけないと言う風習が有りました。特に馬に就いては貞享5年に捨て馬すべからずとの御高札を立てて禁止されたし生物あわれみの令も徳川五代將軍綱吉に依って出され大切にされた。それで老馬に成って使ひもされず、それかといって殺したり捨てたりは絶対出来ぬので止むなく高い崖から押し落して死にましたと偽って申立てた名残りでしょうか。田舎の所々に「馬こかし」と言ふ地名が有りますが此の辺の事情を物語るものでは無いでしょうか。馬にせよ人にせよ祈禱で病氣が治ると思ひ込むのも今でこそ笑へますが其の頃の良く言へば簡単な考えの時代が懐かしいですね。

(八) 女の不義は死罪

文明3年(1471年)9月15日熊本慶徳堀の男(名は判って居るが秘します。)35才がお侍衆の娘を密通いたし盗みいたし家の床下に隠し申さるるを小路まわり3人被参てよふよふ尋ね出し屋敷のように籠に來せ連れ帰り被申候由の処右娘をお袋の差図に任せ其尽お手討被成申候由、至極見事に切れ申候由あつたなる仕方と評判仕る。男はそのまま欠落候也。17日の晩近所へ参り首をくくり死なれ申候よし。(註)なぜ女だけ罪を問われるのでしょうか。女の不義は血統を乱すからでしょうか。さりとて片手落でしょう。自責か死んだ女を追ってか男が後を追ったのは真情掬すべしと私は観ますが各位如何。

(九) 白髪染くすり

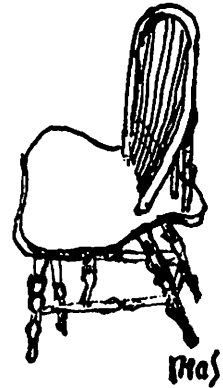
安永9年(1780年)正月白髪染薬江戸日本橋南三丁目大阪屋藤兵衛、男200文、女300文髪多き男は350文、女450文。(註)安永9年の頃は米価は俵18文でしたから男の使用量が平均280文とすると丁度一度使用料が米16俵分で今

なら驚く勿れ13万円に当り女が16万円かかる事に成ります。如何に珍重且つ少なかったか判りますね。

(十) 抜歯の奇習

日本史辞典に次の様に記述して有ります。成年に達した男女の齒の一部を抜く風習。未開社会では現在も行われて居る。縄文時代晩期から盛んに行われた。犬齒、上顎の第一小白齒、下顎の門齒等を左右対照的に抜く。愛知県吉胡貝塚では121体中114体が抜歯が認められた。弥生時代も引続いて行なわれたことが、いくつかの例から知られる。吉胡貝塚は愛知県渥美郡田原町吉胡に在る貝塚で縄文後期から晩期までの各時期の土器を含み約300の人骨を発掘し人骨の発見数では日本一位で有る。(註)なぜ抜歯して居ったのか私には判りません。まさか容貌が良く成るからでも有りますまいし信仰的では有りませんか。今とは全く反対の奇習ですが、此の事は釈迦に説法ですからこれで駄弁を止めますが、先人がまだ沢山な本数を抜歯して居た事の記事は外の本でも見ました。御説明を願います。

Dining Room



基 金 通 報 よ り

1) 軟外科処置の算定記載誤り

1 口腔単位で算定することになっている軟外科処置料で摘要欄に理由の記載がなく実日数を越えるもの、例えば手術当日の外科処置の算定、818 智歯周囲炎、56 Per 病名等で軟処置2歯分を同時に算定せるもの、抜歯創と口内炎歯肉炎等を2回に算定せるものなどがあります。但し口角炎。又は顔面皮膚創傷等の併発症は別に算定されますので処置のその他の欄で請求して下さい。口唇は口腔軟組織にはいります。

2) P、G病名での処置の欄違い請求

P病名でも切除剝離手術の後処置はその部分については外科処置の1口腔単位、除石盲の搔爬の後処置は1顎単位。G病名では上下顎1回の1口腔単位で処置料も以前と異なり10点と8点になっていますので軟処置と膿漏処置の欄違いの請求のないようお願いします。

3) 歯石沈着症(ZS)病名での除石の請求固定点数の誤り

ZS病名での除石の固定点数は3分の1顎簡単な除石の10点となっていますので、1顎行なわれても30点×1のような請求は誤りで必ず10点×3回で請求して下さい。

4) ダミー破損病名での修理の固定点数の請求誤り

ダミーの前歯のレジン歯、白歯のレジン部等の修理の固定点数は口腔の内外を問わず1歯につき55点です。ダミー破損架工義歯脱離の病名では別に架工義歯の再装着の所定点数すなわち1装置につき30点×1と支台2歯の場合12点×2が

算定されます。但し保険給付のものに限ります。

継続歯も口腔内で修理された場合は55点で脱離破損したものを修理再装着された場合55点+12点=67点の請求ができます。従ってこの場合の病名は継続歯破損脱離が適当です。

5) 未装着請求の誤り

歯冠修復及び欠損補綴物等を作成し未来院の場合は装着予定日より1ヶ月を待って請求して下さい。請求月は製作月、実日数は0日、転帰は中止、標示は摘要欄に㊦の印のみで差し支えありません。装着料の差し引き点数は有床義歯で1装置につき-30点、鉤、バー等のみの場合は差し引き点はありません。完成架工義歯では支台冠等1個につき-2点即ち2歯支台冠の場合は-12×2=-4点のセメント料のみの差し引きとなります。未完成架工義歯の支台冠のみの場合は-12点×(支台冠数)となります。同様に鑄造歯冠修復物金属冠、継続歯等も1個につき-12点の差し引きとなります。

記載方法は補綴のその他の欄にて㊦-2×2=-4のように一括差し引いて下さい。

以上ですので歯冠修復等に付随して行なわれる歯冠形成料印象料等が理由なく同一明細書で同時に請求されることは原則としてあり得ません。従って実日数0日となっているわけです。

6) 印象料の算定と記載誤り

有床義歯架工義歯の修理に当って必要があれば1装置につき20点の印象料が算定できます。

2個以上の歯冠修復物を固定の目的で連結する

場合も20点の印象料と、ロウ着料が算定されます。但し架工義歯に同時に連結する場合は1回の算定のみとなります。架工義歯については直接間接法をとわず支台歯ごとに10点1装置についてダミー印象の20点が算定されます。インレイ等にて直接ワックスにてロウ模型を採得した場合も印象1回として記入します。副子、固定装置は1顎1装置につき20点。有床義歯の印象で既製トイイレを用いた場合は1顎20点、自己製作の個人トイレで精密印象を行なった場合は困難なる印象の50点が準用算定されます。口蓋顎補綴等の著しく困難なる印象は100点が算定されます。「記載方法の誤り」例えば⑥5④欠損の場合 20×2 は 10×2 、 20×1 が正しい記入方で他に傷病名欄に該当歯が多数ある場合は誤算がおこり易く審査に支障をきたしますので正しい記載をお願いします。

7) 練成充填の隣接面加算の算定誤り

6月1日より従来のアマルガム隣接面加算のみならず、硅酸セメント、硅磷酸セメント、レジン等で隣接面窩洞を充填した場合は20点の1面の加算が認められるようになりました。例えば前歯両隣接面の1歯2窩洞の場合は20点 $\times$ 2回の算定ができるようになりました。但しレジン、硅酸セメントの臼歯咬合面充填は認められません。又アマルガムでもMODのような1窩洞で両隣接面が連続した充填は20 $\times$ 1面の算定です。

(注) 1歯2窩洞の部位歯は摘要欄所定の個所に明記を要します。20点の加算点数は充填の点数欄に書き入れて下さい。

8) 根管拡大の算定記載誤り

Pul等の病名で抜髄した場合の拡大料は請求できません。拡大は1根管1回の請求となっています。従って例えば6番の3根管拡大で 5×3 のような記載請求は誤りで 15×1 回が正しい請求の書き方です。

抜歯を前提とした拡大も認められませんが拡大算定後止むなく保存の見込みがなくなったような場合はその旨摘要欄に記載することによって認められます。

9) 7番の延長ダミーの請求誤り

7番の延長ダミーの製作は補綴学上好ましいものではないが作製する場合は小白歯程度大のものとされています。従って大白歯でも小白歯ダミー

の請求点数となっています。

10) 原爆症患者のC₁ C₂の治療の請求は認められません。

C₃なら差し支えありませんので病名のC略称を使用せず詳細に記載して下さい。

11) 新製作架工義歯の請求誤り

新製作架工義歯の装着料の請求なきものがあります。仮装着は差し支えありませんが架工義歯の請求はセメント装着の時点で請求して下さい。

12) 脱離架工義歯の再装着料の算定記載誤り

脱離架工義歯の再装着料は1装置につき $30 \times 1 \cdot 12 \times (\text{支台歯数})$ で再装着欄で一括請求して下さい。

13) 即処の算定請求誤り

即処以前の普通処置の同時請求があるものは即処としては認められません。又即処と同時の普通処置1回の請求も認められません。C病名の即処は同一歯式に即処のみ一括記入されますよう御協力を願います。

14) 浸麻並びに麻酔薬剤料の請求誤り

手術、即処及び70点以上の処置に使用した場合の浸麻料は請求できません。

麻酔の薬剤料は4点までは請求できません。例えば刺入点にOA(0.8点)をなしCt(カートリッジ)を使用した場合その合計の5点より4点を差し引いた1点のみが請求点数となります。「記載要領」は麻酔のその他の欄に $OA + Ct = 1 \times (\text{回数})$ で請求して下さい。特定薬剤欄での請求は誤りです。

15) 特定薬剤欄での請求誤り

特定薬剤以外はこの欄では請求しないよう願います。例えばAgNO₃、一般投薬等を記入し算定したのもも少数例ではありますが見受けられます。AgNO₃は特定薬ではありません。又処置に使用されても薬剤料のみの請求点数はありません。特定薬剤でもハイパーバンド、サホライドのイオン導入が行なわれても知覚過敏症の場合はこの欄の請求は誤りで知覚過敏症処置10点 $\times$ (歯数)の算定請求となります。

特定薬剤の算定記載は十分御理解のうえ誤りのないよう特にお願います。



熊本市「母と子の良い歯の コンクール」の審査について

虫歯予防週間が近づくと、例年行われる幾多の行事の一つとして、「母と子の良い歯のコンクール」が行われる。

今年も、5月29日に熊本保健所に於て各保健所から選ばれた16組の母子が集まり、井手先生、出口先生、公衆衛生委員の諸先生方が緒方益夫会長を交えて、厳重な審査に当られた。

今年は、昨年度に比し、ブリッジ、金属冠インレー、等を充填している人は見当らず、わずかにアマルガム充填、コンポジットタイプのレジン充填が於

してあるにすぎず、非常に成績の良い母子達であり、審査に当られた先生方も、（優劣を決めるのがむずかしく）細かい点に注意しながら審査に当たっている様でした。

審査がすみ表彰式が引きつゞき行われ、西保健所長の開会のことばに始まり、衛生部長のあいさつ、緒方審査委員長の審査状況報告、賞状授与等の式があり、コンクールの審査を終了し、最優秀賞の大窪母子、優秀賞の清田母子、高瀬母子を、県大会に送り出す事に決定した。（林）



審 査 状 況



賞 状 授 与

口腔衛生委員会だより

次の日程により市立小学校歯みがき訓練巡回指導を行ないます。校医の先生は日程表にしたがって御立会をお願いします。

熊本市立小学校歯みがき訓練巡回指導日程表

期日 曜	班 別 時 間	A 班			B 班		
		午 前		午 後	午 前		午 後
		1. 2 時限	3. 4 時限	5. 6 時限	1. 2 時限	3. 4 時限	5. 6 時限
10月23日(月)		託麻東	託麻北	託麻西	中 島	小 島	松尾西
" 24日(火)		桜 木	秋 津	若 葉	城 山	高 橋	池 上
" 25日(水)		健 軍	泉ヶ丘	砂 取	春 日	古 町	白 坪
" 26日(木)		尾ノ上	帯 山	西 原	一 新	城 西	花 園
" 27日(金)		画 図	出 水	白 山	高 平 台	池 田	壺 川
" 28日(土)		白 川	城 東		松尾北	松尾東	
" 29日(日)							
" 30日(月)		御 幸	田 迎	春 竹	城 北	清 水	黒 髪
" 31日(火)		川 尻	力 合	日 吉	楠	龍 田	碩 台
11月 1日(水)		託麻原	大 江	慶 徳	本 荘	向 山	五 福

※ 地域別に近接の学校を組合せた。

※ 同一期日内で時限の変更は該当校と話し合いの上変更してもよい。

※ 期日の変更はなるべくさける。

代 議 員 会 議 案

期 日 昭和47年9月20日
場 所 熊本県歯科医師会館

会 務 報 告

会員現況(47.8.31)現在

一般会員 157名
親子会員 12名
終身会員 13名
勤務会員 3名
計 185名

(1) 入会員 8名

1. 佐 田 喬	熊本市南熊本5丁目5-16	南 部
2. 徳 永 宣 夫	" 出水町今565	東 部 (2)
3. 坂 本 憲 昭	" 京塚本町63-19	東 部 (3)
4. 元 島 博 信	" 健軍町5,990	東 部 (4)
5. 緒 方 進	" 上通町1-19 宝塚ビル	中央部
6. 田 島 宗 穂	" 大江町渡鹿697	東 部 (1)
7. 五 島 保 則	" 山崎町34	中央部
8. 分 山 登喜男	" 春日1丁目3-6	西 部

(2) 退会者 4名

1. 緒 方 成 功(転出)	下益城郡へ
2. 渡 辺 美 誠(")	八代郡へ
3. 斉 藤 雅 子	
4. 河 野 正 敏(転出)	下益城郡へ

庶 務 報 告

期 日	内 容	期 日	内 容
47. 3. 21	理事会	47. 4. 12	編集委員会
23	代議員会	19	理事会
28	税務座談会	21	学術委員会、社保委員会
31	46年度通常総会	22	学術講演会
4. 4	厚生委員会		日大歯学部教授 笹子信一先生
10	社保委員会	25	社保委員会

期 日	内 容	期 日	内 容
47. 4. 26	厚生委員会	47. 6. 17	医療管理委員会
27	理事会	29	社保個人指導
28	歯科衛生委員会	7. 25	理事会
29	レクレーション	8. 12	学術講演会 於市民会館
	下釜ダム・杖立温泉・参加者180名		日大歯学部教授 野本正雄先生
5. 8	歯科衛生委員会		「総義歯の装着後における障害とその処置」
13	医療管理委員会		
16	南部部会	17	歯科衛生委員会
23	衛生上、助手講習会	9. 1	理事会
23	厚生委員会	12	会計監査（47年度上半期）
25	代議員会（臨時）		
29	衛生週間、よい歯のコンクール		
	第二審査、表彰式 於市保健所		

監 査 報 告 書

⑤

昭和46年度決算ならびに昭和47年度上半期（47年8月31日現在）の監査を施行し、立派に詳細に整理されていることを報告いたします。

昭和47年9月12日

監 事 杉 野 市 平 ㊞

監 事 小 堀 大 介 ㊞

昭和46年度 熊本市歯科医師会才入才出決算書

収入決算額

5,845,409

支出決算額

3,984,559

差引残額

1,860,850

才入の部

款	項	費 目	予 算 額	調 定 額	収入済額	未 収 額		
1		会 費	2,491,500	2,661,111	2,661,111			
	1	均 等 割	868,500	872,500	872,500			
	2	保険診療負担金	1,373,000	1,438,611	1,438,611			
	3	入 会 金	250,000	350,000	350,000			
2		寄 付 金	370,000	556,538	556,538			
3		過 年 度 会 費	5,000	5,000	5,000			
4		雑 収 入	945,000	1,332,207	1,332,207			
	1	預 金 利 子	25,000	45,115	45,115			
	2	雑 入	920,000	1,287,092	1,287,092			
5		前 年 度 繰 越 金	500,000	1,290,553	1,290,553			
		計	4,311,500	5,845,409	5,845,409			

才出の部

款	項	費 目	予 算 額	予算現計	支出済額	+	-	予算残額
1		事 業 費	2,300,000	2,324,832	1,979,643	0 0	0 0	0 0
	1	学 術 委 員 会 費	500,000	500,000	333,100			166,900
	2	口 腔 衛 生 委 員 会	150,000	154,098	154,098	4,098		
	3	医 療 保 障 委 員 会	200,000	200,000	191,565			8,435
	4	医 療 管 理 委 員 会	150,000	150,000	0			150,000
	5	編 集 委 員 会 費	450,000	468,890	468,890			
	6	会 員 福 祉 費	750,000	751,844	751,844	1,844		
	7	医 政 費	100,000	100,000	80,146			19,854
2		事 務 費	1,392,400	1,433,192	1,348,465			
	1	渉 外 費	200,000	200,000	188,390	18,890		11,610
	2	俸 給	398,400	398,400	398,400			
	3	諸 給 与	192,000	192,000	180,783			11,217
	4	旅 費	150,000	150,000	88,100			61,900
	5	需 用 費	240,000	280,293	280,293	40,293		
	6	事 務 所 費	72,000	72,000	72,000			
	7	備 品 費	40,000	40,000	40,000			
	8	雑 費	100,000	100,499	100,499	499		
3		会 議 費	450,000	591,869	591,869	141,869		
4		職 員 厚 生 費	64,000	64,582	64,582			
	1	退 職 積 立 金	33,000	33,000	33,000			
	2	厚 生 費	31,000	31,582	31,582	582		
5		予 備 費	105,100	68,025		171,000	208,075	68,025
		計	4,311,500	4,482,500	3,984,559			497,941

共済会費才入才出現況（47. 8. 31現在）

才入 856,478 才出 206,250 残額 650,228

（才入の部）

会費 8,000
前年度繰越金 848,478
計 856,478

（才出の部）

弔慰金（岩坂会員ご令息） 15,000
水害見舞金および郵送料（市外12名） 191,250
計 206,250

昭和47年度 熊本市歯科医師会才入才出予算現況（47. 8. 31現在）

才入 5,454,045 才出 2,314,664 残額 3,139,381

才入の部

款項	費目	予算額	収入済額	未収額	備考
1	会費	3,762,000	2,732,945	0	一般 10,000 終身 4,000
1	均等負担金	1,742,000	1,677,000		親子 5,000 勤務 10,000
2	保険診療負担金	1,770,000	655,945		保険診療報酬 1/1,000
3	入会金	250,000	400,000		入会金 50,000
3	寄附金	500,000	237,236		簡易保険料割戻金
4	過年度会費	5,000	0		
4	雑収入	1,030,000	623,014		
1	預金利	30,000	9,923		
2	雑収入	1,000,000	613,091		事務手数料、その他
5	前年度繰越金	1,500,000	1,860,850		
	計	6,797,000	5,454,045		

才出の部

款項	費目	予算額	予算現計	支出済額	予算残額	備考
1	事業費	3,390,000	3,390,000	1,159,725	2,230,275	
1	学術委員会費	680,000	680,000	259,189	420,811	
2	口腔衛生委員会費	350,000	350,000	245,052	104,948	
3	医療保険委員会費	460,000	460,000	262,930	197,070	
4	医療管理委員会費	200,000	200,000	67,000	133,000	
5	編集委員会費	650,000	650,000	26,500	623,500	
6	会費福祉費	950,000	950,000	299,054	650,946	会誌印刷
7	会費福祉費	100,000	100,000	0	100,000	レクリエーション、各クラブへの補助
2	医事事務外費	2,398,000	2,398,000	859,078	1,538,922	
1	渉外費	300,000	300,000	104,480	195,520	
2	俸給	846,000	846,000	352,500	493,500	
3	諸給与	380,000	380,000	139,364	240,636	職員賞与、超勤手当
4	旅需用費	200,000	200,000	14,940	185,060	
5	需用費	450,000	450,000	170,994	279,006	通信、消耗品費
6	事務用品費	72,000	72,000	30,000	42,000	事務室借上料
7	備品費	50,000	50,000	33,500	16,500	
8	雑費	100,000	100,000	13,300	86,700	
3	雑費	750,000	750,000	205,580	544,420	
4	職員厚生立金	152,000	152,000	90,281	61,719	
1	退職金	72,000	72,000	30,000	42,000	
2	厚生備費	80,000	80,000	60,281	19,719	社会保険料他
5	予備費	107,000	107,000		107,000	
	計	6,797,000	6,797,000	2,314,664	4,482,336	

—— 新 入 会 員 ——



佐 田 喬

熊本市南熊本5丁目5-16

T. 2. 1. 19 生

九州齒科医専卒



德 永 宣 夫

熊本市出水町今565

S. 17. 7. 28 生

九州齒科大学卒



坂 本 憲 昭

熊本市下通 枋原齒科勤務

S. 17. 5. 1 生

九州齒科大学卒



元 島 博 信

熊本市健軍町5990

S. 16. 4. 20 生

九州齒科大学



緒 方 進

熊本市上通町1-19 宝塚ビル

S. 19. 5. 18 生

東京歯科大学卒



田 島 宗 穂

熊本市大江町渡鹿697

S. 20. 11. 18 生

神奈川歯科大学卒



五 島 保 則

熊本市山崎町34

S. 19. 1. 4 生

九州歯科大学卒



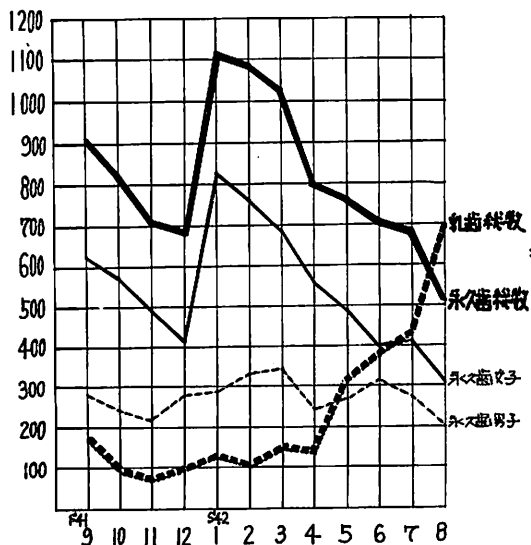
分 山 登喜男

熊本市春日1丁目3-6

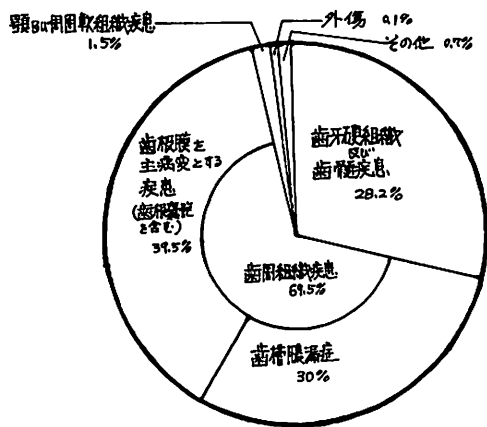
T. 2. 6. 26 生

九州歯科医専卒

月別拔齒數

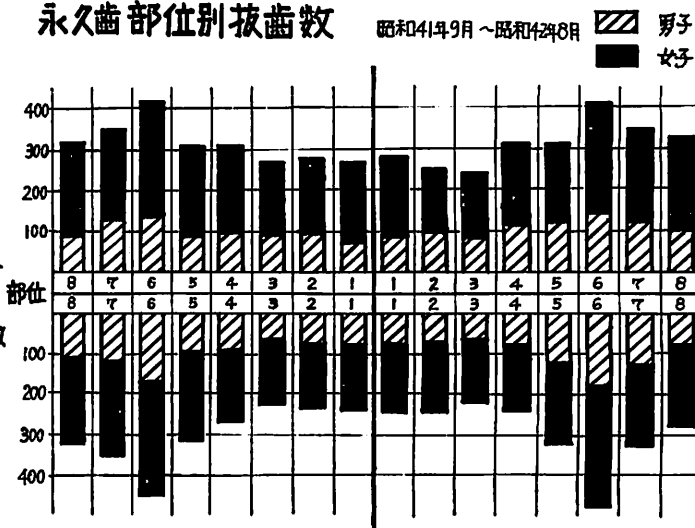


抜去した永久歯の症病名別



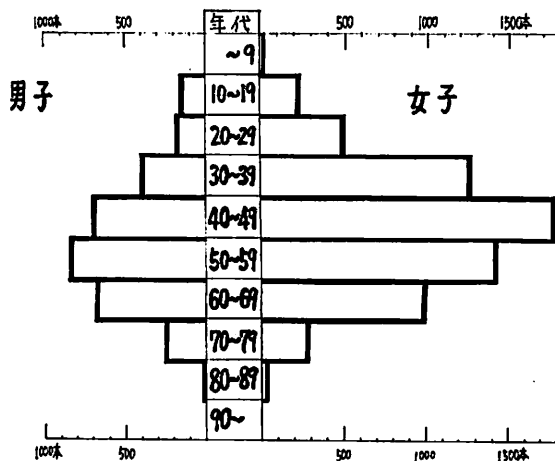
永久歯部位別抜歯数

昭和41年9月～昭和42年8月



永久歯年代別抜歯数

昭和41年9月～昭和42年8月



共同発表者 金曜会

熊本市.

康司郎子傳夫
武陽渥利幹
治田野方斐山
宇本杉緒甲片

八代市
水俣市
菊池市
大津市
山鹿市

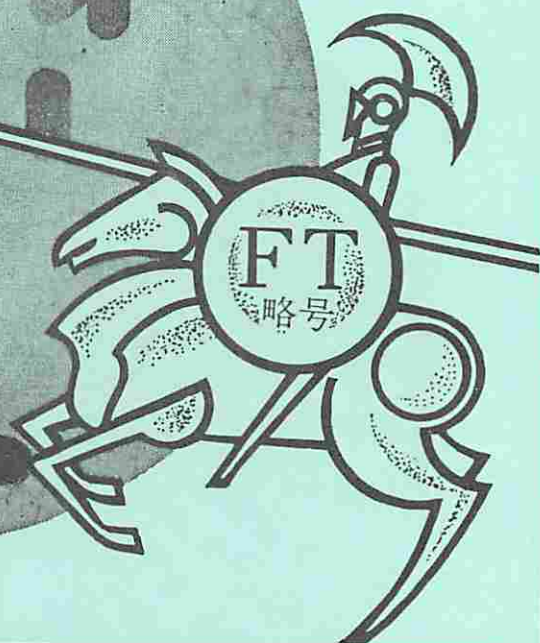
上三垣晉角一
伊藤俊博貴人
中川辺安保
渡三村保

調査対象10診療所

耐性菌に！広範囲抗菌物質

自社開発、世界26ヵ国特許取得

- 広範な抗菌スペクトル
- 強力な抗菌作用
- 抗生物質耐性菌に有効
- 耐性獲得がほとんどない
- 交叉耐性がない



パンフラン®-S

■適応領域

- 内科・小児科……腸内感染症、気管支炎、肺炎、腎盂腎炎等
- 産婦人科……尿路感染症、子宮内膜炎、術後の感染予防等
- 泌尿器科……膀胱炎、腎盂腎炎等尿路感染症、術後感染予防等
- 耳鼻咽喉科……扁桃炎、咽頭炎、喉頭炎、中耳炎等
- 整形外科……化膿性骨髓炎、挫断創・挫滅創の感染予防等
- 歯科……化膿性歯肉炎、智歯周囲炎、抜歯後の感染予防等

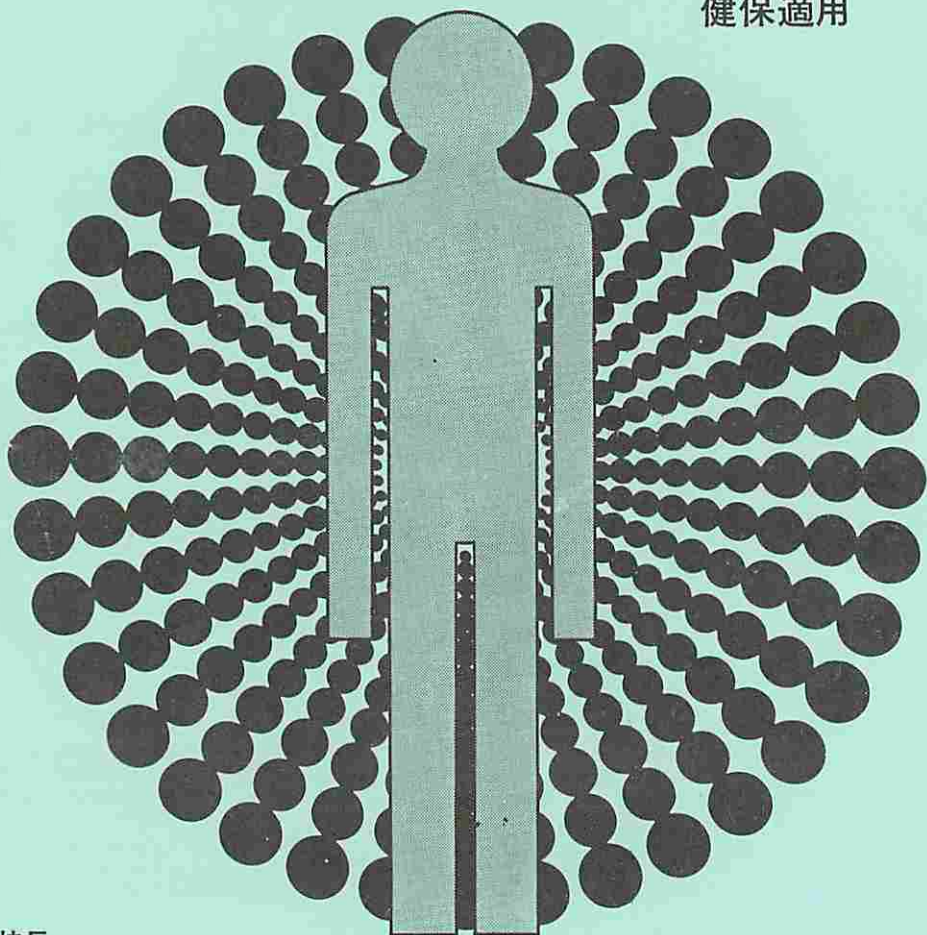
健保適用

富山化学工業株式会社
東京都中央区日本橋茅場町1の18

自社開発による新合成ペニシリン

アンピシリントヤマ

健保適用



特長

- ① 広範囲な抗菌スペクトルを有します。
- ② 殺菌的に作用します。
- ③ 酸に安定で、経口投与で高い血中濃度が得られます。
- ④ 胆汁・尿中へ高濃度に移行します。
- ⑤ 毒性の低い抗生物質です。

包装・規格

- 注射…………… 250mg 1バイアル
500mg 1バイアル
1000mg 1バイアル
- カプセル… 250mg 100錠
500mg 100錠

富山化学

東京都中央区日本橋茅場町1-18

編 集 後 記

厚生、口腔衛生、学術社保、各委員会に於ては、それぞれの分野で活発に行事が遂行され、編集部のみ私の不手際で一期空白となり今日やっと11号発刊となりました事を深くお詫び致します。

なお毎回の事ながら原稿収集にあたり御尽力頂いた武田幸一先生に厚く御礼申し上げます。(係)

熊本市歯科医師会会誌

第 11 号

発行日 昭和47年10月発行

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