

熊本市歯科医師会会誌

第 17 号



上画 津橋

1975. 4

表紙の言葉

〔 上 画 津 橋 〕

古ぼけた昔ながらの木造土橋で、今にも頽れ折れ
そうに架けられた橋で、通称斉藤橋と呼ばれる。俳
人中村丁女の実家、斉藤家の氏を取り入れたと聞く。
戦前、公害なき頃は市民のプールとして画津湖が
利用された。之の橋は老河童どもには懐しい思い出
をいだかせる。

表紙の言葉

〔 上 画 津 橋 〕

古ぼけた昔ながらの木造土橋で、今にも頽れ折れ
そうに架けられた橋で、通称斉藤橋と呼ばれる。俳
人中村丁女の実家、斉藤家の氏を取り入れたと聞く。
戦前、公害なき頃は市民のプールとして画津湖が
利用された。之の橋は老河童どもには懐しい思い出
をいだかせる。

表紙の言葉

〔 上 画 津 橋 〕

古ぼけた昔ながらの木造土橋で、今にも頽れ折れ
そうに架けられた橋で、通称斉藤橋と呼ばれる。俳
人中村丁女の実家、斉藤家の氏を取り入れたと聞く。
戦前、公害なき頃は市民のプールとして画津湖が
利用された。之の橋は老河童どもには懐しい思い出
をいだかせる。

表紙の言葉

〔 上 画 津 橋 〕

古ぼけた昔ながらの木造土橋で、今にも頽れ折れ
そうに架けられた橋で、通称斉藤橋と呼ばれる。俳
人中村丁女の実家、斉藤家の氏を取り入れたと聞く。
戦前、公害なき頃は市民のプールとして画津湖が
利用された。之の橋は老河童どもには懐しい思い出
をいだかせる。

目 次

応 接 室

労務管理の中味	県労政課長 益 子 孝 介	2
---------------	---------------------	---

勉 強 部 屋

日本大学歯科病院 初診室	日本大学歯科病院 原 邦 嘉	4
矯正治療の時期（その2）	日本歯科大学 矯正学教授 日 置 誠	6
隣接医学を読んで	松 永 正 行	9

茶 の 間

エネルギー節約に本腰を入れよう	熊本県教育委員 長 野 吉 彰	13
私のメモ帖	事務局長 瀬 上 孝 一	14
「すわり鯛」考	渡 辺 恭 士	18

展 望 室

声	熊日編集委員 末 広 善 行	20
歯と医	東京都 国 本 朝 雄	23

Dining Room

基金通報より	27
--------------	----

作 業 部 屋

会務報告	31
庶務報告	32
監査報告書	33

応 接 室



県労政課長

益 子 孝 介

「労務管理の中味、

かつてないインフレと不況が共存する中で明けた昭和50年であります。石油パニック以来の経済混乱は、熊本経済にも容赦なく影響が現れております。

企業倒産、操業短縮、人員整理の現象が、中小企業は云うに及ばず大企業にも及んでおります。失業者（失業保険受給者）の数は県内で一万人に達し、近年の高度成長期には思いもよらなかった深刻な不況の波が、ひしひしと押しよせています。この様な不況は、終戦直後の経済混乱期は別として昭和初期以来のことだとも云われています。

現在、経営を圧迫する要素は、高騰した人件費と、投資した設備等の借入金の高金利が、二大要素だと云われています。このことは、歯科経営面でも例外なくこの傾向が顕著に現れていると聞き及んでおります。

しかし求人面では、若年層に対する求人倍率は依然として高率であり、特に医療関係では不況に無関係にきびしいものだと思料されます。

不況時の「労務管理」はどうかと云うことは、製造業等で企業整備に伴う雇用計画の変更等はありませんが、一般に不況時も労務の問題についてみれば、いかに客観情勢が変わろうとも、常に不変な「根っこ」のようなものがあると云われています。

たゞ、労務対策の基本は変わりありませんが、企業経営の立場からは、対策の中味のウエイトは変らざるを得ないと思います。

今までの労務対策は人手不足対策が中心でありましたが、これからは人件費の経営に及ぼすインパクト（衝撃）を如何に吸収するかという点に移らざるを得ないと思います。人件費はコストではありますが、一方では人は利益を生み出す源泉でもあり、より人間性を重視した労務管理が必要だと云えます。

しかも働く人々は夫々「生きがい」を求めているし、その人を活かすということを、念頭において経営を進めるべきでありましょう。

労務についての本は沢山出ていますが、いざ具体的なやり方となると自分で苦労して作っていくしか手はありません。強い筋肉を作るには、強い筋肉を使うしか方法がないのと同じで、筋肉に関する書物を読むだけでは強くならないと思います。

私は私なりに、労務管理の具体的事項を、歯科経営を念頭に考えながら、四つほど提言してみたいと思います。

(一) 労働条件（勤務時間、休日、賃金、手当等）を明確にしておくこと。

これは出来れば成文（就業規則）化して従業員に衆知させておき、人によって差別をなくすこ

とです。

- (1) 新規採用時の契約を明確にし、出来れば厳選すること。
少数精鋭主義の経営方針を貫く為には特に必要であります。
- (2) 従業員とのコミュニケーションを計ること。
時折、ミーティングをし、（経営者主婦の方々も含めて）従業員の気持をつかんでおくことで

(四) 労働基準法は是非一読して頂きたいこと。

以上は簡単なことですが、実行となると仲々むづかしいことではあります、新しい年に当って一つでも実行していたらよいと思います。

つまり、「労務管理とは精鋭の育成、向上を積極的に図ることによって、そのことと経営方針が一環性を保つようにし、全従業員の生活向上をもたらしことを目的とする」と定義づけられると思います。





日本大学歯科病院 初診室

日本大学歯科病院 初診室

原 邦 嘉

患者 田〇〇〇 女 53才 生地 東京

初診日 昭和49年11月26日

主訴 左上臼歯部の疼痛

現病歴 数年前から近所の歯科医へ通っているが、そこで上下に数本金冠を被せたが、被せて数ヶ月たつと痛くなり、取ったり治療したり、取ったり治療したり数回くり返していた。つい2ヶ月前に被せた金冠の所が痛み出して来たので同じ歯科医の所へ行ったら、私の言う所を治療しないでその後の方を治療されてしまった。だんだんその歯科医が信用出来なくなって日大病院へ来てみた。

尚最近手足がしびれたり、冷汗が出たり、耳鳴がしたりする。そして時に歯からと思うが肩が非常にこる。また口の中がねばねばしている。薬剤は恐いので使っていない。

最近気がついたが歯科治療中にカーとして来る様になり非常に治療が恐しくなって来た。

既往歴 特記すべき全身疾患の既往は無いが、昭和24年に長男出産、現在店を手伝っている。昭和27年に長女未熟児で出産後死亡、昭和30年に子客外妊娠で手術多量の出血を伴った。

昭和38年42才にて閉経。以上の様な経過を取っている。

現症所見

口腔外、体格普通

顔 極く軽度色素の沈着があり、いらいらした様な状態で顔色はやゝ青白い。

リンパ節 触知せず。

開口障害 なし

舌 舌の表面に極くうすい舌苔あるも他に特記事項はない。

口腔内所見 全体的にPの傾向が強い。

欠損				(金冠)				(金冠) (ストッ)			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4
金インレー欠損				金冠				金冠 C ₂			

患者の主訴とする部位は[5]で比較的適合の良い金冠が合着されていて、打診するも何の変化はない。X線所見は根充は充分にされていて、根端周囲に何の変化もない。[6]についても同様である。尚患者の言う某歯科医の治療している部位は[7]でD-Oに亘る大きな窩で3根管あり、比較的良く拡大されていて綿栓が入っている。尚軽度の腐敗臭がする。打診に対して、水平、垂直ともに軽度の偉和感を訴えるのみである。X線所見では頬側近心根端に限局性のうすい透影線が見られる程度で他に目立った所見はない。各歯のPocketは約2mm位で歯の動揺はない。以上の所見から[7]Perで歯科医の処置は当然であった。

では痛みの原因は何だろうか

この種の患者は最近多くなって来ていて、特に女性

に多い。が、男性にもある。

これらの症状は特に女性の場合、卵巣老化による卵巣機能低下による内分泌系のバランスがくずれた結果自律神経系が不安定となり、種々の不定愁訴が出て来るいわゆる更年期障害である。日大歯科病院口腔診断科 杉浦は漢方薬の紫胡桂枝湯、桃核承気湯、当帰芍薬散、抑肝散加陳皮半夏、等を歯科治療と併用し効果を上げている。

又同じ様な症状を呈するものに、心気症、ヒステリー、不安神経症 等がある。

心気症は慢性の欲求不満がたまり、そのはけ口として身体に種々の症状を作ろうとするもので、治療を受ける事で欲求不満をはく、この患者の特徴は種種の検査の結果全く異常がないのにもかかわらず、或は又医師が異常のないことを詳細に説明すればするほど患者は受けつけず自分の病気を作ってくれる医師を求め転々とする。

ヒステリーについては、種々の欲求不満がたまりその結果感情が高ぶりすぎたために起る。本症も精神的な症状が身体症状として表らわれて来る。この特徴は感情が一定せず、激しく自己中心的で自己の症状を誇大に表現する。尚患者の症状と部位が一致せず医師の暗示によりその症状が変わったりする。

ヒステリーの一般症状は

口蓋咽頭反射の消失

乳房痛

卵巣痛

ヒステリー球 等を訴える事が多い。

この様な症状を併発している場合には、精神療法、薬物療法（精神安定剤の投与）等 を試みることも一法であるが、専門医の協力が必要である。日大歯

科病院杉浦は漢方薬の 半夏厚朴湯、甘麦大棗湯、三黄瀉心湯、等を併用し効果があったとしている。これらの患者は多かれ少かれ次の様な愁訴を訴えるものが多い。

口腔内の症状として

唾液の減少…… 口がかわく、のどのかわき

歯肉色の退色及び乾燥

歯肉よりの出血

舌の味覚異常及び灼熱感

等を訴える事が多い。又口腔外の愁訴として

性欲減退

新陳代謝障害…… 脂肪過多症

皮膚の変化……… 皮膚の乾燥、痒み。

色素沈着、脱毛 等

関節痛 尿意頻数、胃腸障害

自律神経障害と血管運動障害…… 頭痛、肩こり、腰痛、心悸亢進、のぼせ、目まい

精神障害…… 神経過敏、不眠 等

今回の症例は 16 の Per であるがこれらの症状が合併して起きた痛みと考え歯科治療と平行し、日大駿河台病院内科へ紹介した。

文 献

日本医事新報 第 2633

歯科診療に必要な他科領域疾患の知識

杉浦 正己

臨床各科の心身症

祖父江逸郎

精神医学の知識

西丸 四方

私の臨床手帖

正 木 正

日本歯科評論

矯正治療の時期（その2）

混合歯弓期

混合歯弓期には、第一大臼歯の萌出から前歯部の交換、そして側方歯群（犬歯、第一小白歯、第二小白歯）の萌出までの時期が含まれ、その期間は6才頃から12才頃までの長期にわたる。この長い期間は通常二つの期間に分けて考えられている。その一つは第一大臼歯の萌出から前歯部の交換するまでの期間で、他の一つはそれ以後に犬歯、第一小白歯、第二小白歯の側方歯群の交換する期間である。前者を混合歯弓前期と呼び、後者を混合歯弓後期と名づけている。

混合歯弓期の矯正患者は、この分け方によってその取扱いを説明した方が理解しやすいと思われる。

I 混合歯弓前期

混合歯弓期の中では、この時期に訪れる患者が相当数に及ぶ。それは子供の成長発育の過程の中でも、乳歯の脱落、永久歯の萌出という現象は極めて簡単にとらえることができるもので、それ故、親が非常に関心をもって見守っているからと思われる。このような環境のもとで来院する患者の中では、やはり反対の咬み合せを主訴とするものの多いことは当然である。混合歯弓期の患者の40～50%つまり2人に1人は、この反対の咬み合せの主訴で来院するデータが得られていることからすると、乳前歯と永久前歯の交換する混合歯弓前期では、かなりの数、この種の患者が訪れるのではないかと考えられる。

さてそこで混合歯弓前期では、一体どんな不正咬合を矯正治療の対象とすべきかを考えてみよう。

この時期に治療を必要とするものには次のようなものがある。

- 1) 前歯部に反対咬合のあるもの
- 2) 上下顎の顎関係に異常のあるもの
- 3) 水平的被蓋 (Overjet) の大きなもの
- 4) 歯牙の位置異常のあるもの
- 5) 不良習癖のあるもの
- 6) 交叉咬合

1) 前歯部に反対咬合のあるもの

反対の咬み合せであるために上顎に及ぼす影響が大きいため、この障害をできるだけ早くとり除いてやらなければならない。

ある種の反対咬合では、上顎前歯の切端が下顎前歯の舌面に接しながら咬み込んでいくものがある。このような反対咬合では、咬合位にある下顎には、これを後上方に引き戻そうとする力が咬合に関与する筋群により働く。この力は下顎前歯の舌側に位置する上顎前歯に伝わり、更には上顎の歯槽部あるいは顎基底部にも働きかける。時にはこの「働きかけ」の反作用として、下顎の前歯は唇側方向への力を受けて唇側傾斜あるいは転位をおこすこともあるが、最も大きな影響は下顎から上顎に伝えられた力が上顎の成長発育を妨げる factor として働くおそれのあることである。そこで上顎が下顎に抑制されずに成長発育できるようにこれを改善してやらなければならない。

2) 顎関係の異常

これは上顎と下顎の顎骨の関係に異常がみられるもので、例えば、わかりやすいものとして下顎前突を挙げることができる。この場合歯牙が反対の咬み合せをしているだけでなく、明ら

かに歯牙の植定している顎骨自体にも差異を認めることができる。上顎前突においても同様のものをみることがあるが、このように上下顎顎骨の位置の問題を含んでいる症例では、両顎骨の関係をできるだけ正しい状態に近づけることを目的に治療がおこなわれる。しかしこの問題には成長発育が大きく関与するため、簡単に短期間で是正することは難しい。それは顎骨がどの位の量、どの方向に、いつ頃大きくなるかという予測が、現在の成長発育の研究では未だ不可能だからということに起因する。もち論、平均的な成長発育の傾向については、そのパターンは明らかになっているが、これが個人個人の成長発育となると各人各様で、平均的な成長発育の傾向とは全く異なって現われてくる。量的なもの、方向、そして時期の全てについて成長発育の個人差は著るしく、これを予測する方法は未だ無い。従って顎関係の改善を目的にした治療は、早い時期からとりかかなければならないが、個体の成長発育が関与する以上、この成長発育の量がかなり減少する頃までの長期間に渉ることを覚悟しなければならないし、難しいものであることを認識しなければいけない。

3) 水平的な被蓋 (over jet) の大きいもの

上顎前歯が著るしく唇側に傾斜しているような症例では、前歯部の正しい被蓋関係を作り出してやる必要がある。

前歯部の著るしい唇側傾斜は

- ① 上下顎口唇の閉鎖を妨げ、上唇の緊張度を低下させる。この低下により、上顎前歯には正しい筋の働きが伝わりにくくなるため、唇側傾斜（前突）は著るしくなる。
- ② 上下顎前歯部が正しい被蓋関係を形成していないため、舌と下唇とを接触させる異常な嚥下行動をおこし、下顎前歯の突出を妨げる。
- ③ 異常な嚥下行動で舌と接触する下唇は、

上顎前歯の舌側に位置するようになる。これのために上顎前歯はより前突する傾向をみせるようになる。

など、より悪い方向に進行しやすい。つまり著るしい唇側傾斜をもつ上顎前歯においては、上述したことがらがくり返しくり返しおこるために、一層増悪の傾向をたどり、水平的被蓋を増すことになる。このことを悪循環と呼ぶが、歯牙の破折、軟組織への外傷、発音、あるいは患者の心理面でのマイナスなどからやはり早い時期に治療することが望ましい。

4) 隣在歯の萌出に影響するような位置の異常をもつ歯牙

例えば側切歯の萌出に影響を及ぼすような正中離開、著るしい舌側転位をきたして萌出した側切歯、乳歯の早期脱落により近心移動を生じた第一大臼歯などがある。いずれも極めて少数の歯牙（1～2歯）を簡単な装置で移動することにより、問題を解決することのできるものである。

ここで正中離開に関して知っておかなければならないことは、上顎の中切歯は、本来、左右中切歯近心面間つまり正中部に幾分の空隙をもって萌出するということである。この空隙は、側切歯として犬歯の萌出に伴って自然に閉塞させられていくもので、中切歯間に空隙がみられるからといって直ちに治療をおこなう必要はない。それが側切歯の萌出を妨げるようなものであり、犬歯が萌出しても閉塞できないような著るしい離開であるときに、矯正治療はおこなわれるべきである。

5) 不良習癖のあるもの

この時期になって、未だ習癖として残っているものは早く取り除いてやらなければならない。

年令的には術者の説明を理解することは可能なので、不良習癖の悪影響を話すこともかなり

効果をあげる一助となる。

6) 交叉咬合のあるもの

安静位から咬合位に至るまでの間で、下顎が機能的な影響を受け、側方に偏位して位置するようになるものが多く、これらのものはそのまま放置すると構造的に異常を生ずようになる。必要に応じて歯弓拡大をおこなうなどして早い時期に治療することが望ましい。

混合歯弓期の中でもこの時期における矯正治療は、顎関係あるいは不良習癖の一部のものを除いては、できるだけ短期間に、できるだけ簡単な装置でおこなうことが望ましく、主訴となる不正が改善されたならば装置を除去して観察にうつる。いたずらに長びかせて永久歯咬合に移行するような長期に渉る治療は得策ではない。

II 混合歯弓後期

この時期は犬歯、第一小臼歯、第二小臼歯の側方歯群の萌出する時期で、永久歯咬合の完成を目前にひかえた時期と云える。従ってその治療においても、永久歯列弓の咬合を考慮することなしにはおこなうことのできない時期である。側方歯群交換の時期からの矯正治療は、永久歯列弓の矯正治療に移行することが多いので、むしろ永久歯咬合の治療と考えた方が妥当かも知れない。

この時期の大きな特徴は、矯正治療に思春期の成長発育を利用できるということである。又、永久歯咬合に関係する種々の素材が出揃って歯牙と顎との関係も明らかになるもので治療の方針も企てやすくなる。そして矯正治療の最終目標である

永久歯咬合の正常咬合を完成させるために能率的な治療をおこなうことができるという利点もある。

成人矯正

青年期を過ぎた患者の矯正治療は主に歯槽骨内の歯牙移動ということに限局される。従って顎の問題を含む症例は、顎の成長発育が期待されない時期である以上、外科的な処置も必要とされる。その他この時期には歯周病あるいは補綴と関連した歯牙の移動も多くおこなわれる。

永久歯弓期の患者は思春期の成長発育があるものと、全くそれがみられなくなったもの（成人）とに分けることができる。前者については混合歯弓後期の治療に関連して、後者は成人矯正として説明し、特に永久歯弓期の項を設けてのそれはおこなわなかった。

以上、どのような患者を、なぜその時期に治療しなければならないかについて述べてみたが、それでは、これ以外の患者はそのまま放置しておいて良いかという、決してそういうことではない。できることならこのような矯正患者も早い時期から術者の監督下に置いて観察していくことが望ましい。その多くは永久歯弓での治療が可能なものだが、こうすることで随時、小児歯科的なものも含めて適当な処置を講じながら、その時期まで待つことができるからである。

以上に述べられた治療開始に適した時期を逸した患者については、治療の難しさが増していることもあるので、このような場合には専門家の手に委ねることが賢明である。

隣接医学を読んで

(其の頁より抜粋)

松 永 正 行

I 脈の異状

吾々が日常診療を行うに際し最も手近かで、かつ緊急事態をすみやかに認めるのは脈の異常の認識であろう。患者が突然気分が悪いと訴えた時、先づ医師が反射的にみる診断法には脈の触知方がある。

1. 脈が速い
2. 脈が不正である。
3. 脈がふれないと言う事。

之等の事は直接生命に関係する事態に最も近いからである。

◎ 色々な脈を示す典型的な例を挙げると

- イ) 大脈 (又は高脈) 高血圧、心臓肥大、大動脈弁閉鎖不全症、発熱時等
- ロ) 小脈 大動脈弁狭窄症、頻脈を伴う時は心臓衰弱の徴
- ハ) 硬脈 高血圧症、その他の血圧亢進時
ジギタリス飽和時
- ニ) 軟脈 低血圧症、心臓衰弱 虚脱 ショック
- ホ) 速脈 大動脈弁閉鎖不全症 甲状腺機能亢進症 脚気衝心
- ヘ) 遅脈 大動脈弁狭窄症、時に僧帽弁 狭窄症、等が例挙出来る。

調律の異状

調律の異状は心電図によらなければ正確な診断は得られないが、ここでは触診によって得られる不整脈の大体の知識について述べる。

i 頻 脈

脈拍数分時、100以上のものを頻脈と言う。若年者では一般に成人に比べ脈拍数が多い年齢による正常脈拍数、呼吸数の変化はおおよそ異なる。脈数は発熱時、精神感動、運動によって

増加する。脈拍が触れにくく頻脈を呈する時は心臓衰弱の徴候である。呼吸困難、口唇チアノーゼを認める際にはその可能性がいっそう強い

ii 発作性心臓頻拍症

突然胸に苦しみを訴え心鼓動の激しさを訴える。脈拍は小さく数は数分時130以上を呈する場合である。患者は何か不測の心臓異状を訴える。

歯科治療の中に突然訴える頻脈のなかに発作性心臓頻拍症のある事を知っている事が必要かつ大切である。上記の頻脈はいずれも機能的に出現するものと器俱的疾患があつて出現するものがある。

II 頻拍症の応急処置

之は歯科治療を中止して、安臥させ片方の眼球圧迫について両側眼球の圧迫を試みる。又頸動脈部を上記の要領で圧迫してみる。又深呼吸を試みさせる。これによって静止すれば患者は発作の消失した事を自から告げるのが普通である。この様な処置によつても頻脈を頓挫させる事の出来ない場合には薬物療法が必要である。セジラニット (又はジギラノンゲンC) 0.4mgをきわめて徐々に静脈に注射を行なう。之で抑制で出来ない場合にはインデラル (交感β受容体遮断剤) ギルリトマール メラピトール 等の静注が必要となつて来るので専門医に連絡する事が大切である。その前に着衣をゆるめ新鮮な空気を呼吸せしめ患者の不安を静める必要がある。頻脈発作のみで1時間以内に死亡する事はきわめてまれである。

III 頻脈を起す器質的疾患

- イ、冠動脈硬化症
- ロ、先天性心疾患
- ハ、後天性弁膜症

ニ、リュウマチス性心筋炎等がある。

Ⅳ 徐 脈

脈拍数分時50以下のものをいう。迷走神経緊張症、老人、スポーツ選手などでは徐脈をしばしば認める。徐脈の中で35以下のものには完全房室ブロックがある。又2段脈の洞房ブロックがあり之等の患者に麻酔を行う時には特に注意を要する。局所麻酔薬が直接血管内に侵入しない様に気をつける事が肝要である。甲状腺機能低下症(粘液水腫)ではしばしば徐脈を呈する。顔貌は、はれぼったく下肢に浮腫を認める。この浮腫は圧迫しても陥凹しないのが特徴である。皮膚は冷たい、甲状腺製剤の投与で間もなく好転するから歯科的処置の場合急を要しないものに対してはそれをまわって治療をおこなえばよい。

V 徐脈性低血圧症

低血圧症で徐脈を有する者がある。この様な患者には昇圧剤を投与すればよい。アルコール飲料も患者が好むならば与えろといふ。歯科治療中いっそう低血圧となり眩暈脳貧血発作を起す患者があるので其の点あらかじめ処置しておくこと斯様な事態を起さずにすまず事ができる。神経質の患者には処置前脈拍、血圧の測定を行なっておく必要がある。脳貧血発作にはピタカンファ注 エホテル注を行えばよい。

(付) 起立性調節障害

若年神経質な女性に好発する。年齢は学児期に最も多く、思春期前期にもみられる。年長になるにしたがって漸時改善される。適当な治療がないので身心の鍛練を行なわせる必要がある。

歯科治療中しばしば気持が悪くなり眼前暗黒眩暈、頭痛、腹痛などを訴える。之等の患者は次の様な内診を行なえば大体的見当をつける事が出来る。発作に対しては、ブドー酒の少量を与えるか、少量のピタカンファ注で一時的に症状の緩解をみる。心配はいらないが不快な症状を訴えるので此の事を熟知していることが必要である。

起立性調節障害の診断基準

(1) 大症状

- A、たちくらみ、眩暈の好発
- B、立っていると気分が悪くなり時には倒れる
- C、入浴又はいやな事の見分で気分が悪くなる事もある
- D、少しの動作で 動悸息切れがする
- E、朝起が悪い。

(2) 小症状

- A、顔色が悪い 食慾不振
- B、時折悪い腹痛を訴える
- C、倦怠感或は疲れやすい
- D、頭痛をしばしば訴える
- E、乗物に酔い易い

大症状か、小症状の2つ以上の症状をもつものには起立性調節障害がある事を推定してよい。

絶 対 性 不 整 脈

脈がまったく不整であり、大脈小脈が入りまじって触知される。後天性心弁膜症(僧 弁疾患大動脈弁疾患)陳旧性の高血圧症慢性心筋障害に認められる。

頻脈性のものには、注意を要する。又基礎疾患がなんであるかを知る必要がある。

後天性弁膜症では、心不全の有無、リュウマチ熱の活期なでもチェックすべきところである。大動脈弁疾患はしばしば梅毒による場合が多いので、其の点注意する必要がある。僧帽弁疾患によるものより、大動脈弁疾患によるものでは歯科的処置が引金となつてその夜急性心不全(心臓性喘息)を突発するものがときに存在する。

アダムス、ストクス症候群

突然意識濁濁、消失痙攣を發する。脈拍は全く触知し得ない。血圧も測定不能である。眼を上方にみはり、強直性痙攣をくりかえす。心臓停止による脳循環不全症である。

・応急処置

i 心臓部を叩打する

叩打回数は分時60位の速度で行う。

鼓動をふれたらただちにノルアドレナリン又はプロタノールLを静脈注射する。

ii 体外性心臓マッサージ

患者を横臥せしめ、胸骨上で下1/3に片方の手掌をあて、もう一つの手を其の上よりあて力強く下方へ圧迫し、急激に手の力をぬく1分間60回位のわりでくりかえす。

iii 気道の確保

人工呼吸：マウスピースをあてて口から空気をふき込む、これらの処置は1人ではとても出来ないので2人以上の介助者が必要である。心拍動が停止し2分～3分以内にこの様な処置を行わないと症状が回復しても神経系の後遺症状を残すので可及的早い処置が望まれる。

血圧の異常

1. 高血圧を起す疾患

収縮期、拡張期血圧共に上昇を示す疾患として次の様なものをあげる事が出来る。

A 本態性高血圧症

B 腎性高血圧症

i) 両側性高血圧症

A、糸球体腎炎

慢性腎盂腎炎

糖尿病性糸球体硬化症

先天性多発性腎嚢腫、膠原病

痛風腎炎 尿路閉塞など

ii) 偏腎性高血圧症

腎血管の偏側障害（先天性、後天性）

慢性腎炎 尿路閉塞 腎腫瘍

腎周囲炎など

iii) 神経性高血圧症

iiii) 妊娠中毒性高血圧症、等

I 血圧による重症度判定基準

第I度 最大血圧 150mmHg～179mmHg

最小血圧 90mmHg～99mmHg

第II度 最大血圧 180mmHg～209mmHg

最小血圧 100mmHg～114mmHg

第III度 最大血圧 210mmHg～239mmHg

最小血圧 115mmHg～129mmHg

第IV度 最大血圧 240mmHg以上

最小血圧 130mmHg以上

II 血圧値の評価

1. 最大血圧150mmHg 最小血圧90mmHg以上を境界域高血圧と考える。もちろん年齢を考慮する必要がある。

2. 最大血圧200mmHg 最小血圧110mmHg以上の血圧を示すものは高血圧症として注意を要する。

3. 最大血圧90mmHg以下であり、最小血圧が最大血圧に近いものは心臓に収縮不全がある証拠で危険の徴候である。最小血圧が十分低いときは低血圧症であるから症状のないかぎり心臓に対する特別の配慮はいらない。ただこの様な場合疼痛を起す口腔内の処置を行うと反射的にいっそう血圧を下降させ脳貧血を起す危険があるので血圧の著しく低いものには事前に其に対応する処置を考えておく方がよい。

高血圧症に対する歯科医としての配慮

高血圧症を起している原因が何かという事を知っておく必要がある。又血圧がどの位高いかは患者に問診するか、又医師に問い合わせを行なうことが望ましい。不明の場合は血圧測定を行なってみるべきであろう。

III 高血圧症の鑑別診断の概要

本態性高血圧症、腎性高血圧症 内分泌性高血圧症が鑑別の対象となる。以下それについて説明したい。

i 内分泌性高血圧症

a) 急速な肥満 満月様顔貌

b) しばしば四肢麻痺の発作、糖尿が特徴所見

c) 頭痛、めまい、動悸、胸痛、不安振顫があり著明な血圧上昇発作が出現する。

d) 甲状腺機能亢進症

眼球突出、頻脈、多汗、甲状腺腫が見られる。いづれも血圧上昇と共に頻脈傾向を有するので頻脈の著しいものには積極的歯科的治療を見合わせ症状の緩解をまって行う方がよい。

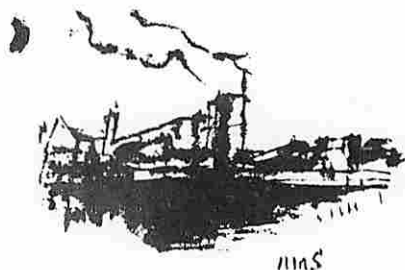
e) 腎性高血圧症

慢性腎炎では顔貌浮腫状貧血様のものが多

い。下肢に著明なものと著明でないものがある。

血圧が著しく高くそれが一過性に更に高くなって高血圧性脳症を起す危険のある場合には歯科的処置は積極的に行なわない方がよい。しかし本症は慢性症であるため心臓異常のない限り疾病を過大視する必要はない。ただ口腔の急性化膿性炎症の処置には十分な抗生物質投与を併用しないと腎炎の増悪をきたすので注意が必要である。

次回へ続く



茶



エネルギー節約に本腰を入れよう

熊本県教育委員

長野 吉 彰

今日、自由世界が苦悩しつづけているインフレーションと深刻な不況は、経済の高度成長のひずみが齊らした構造的なものではあるが、直接的には、昨年一年間に約5倍となった石油価格の暴騰によってひきおこされたものである。産業革命以後、工業の基礎的資源が、これ程人為的に急上昇したことはかつてなかった。

石油の暴騰が日本の国民経済に過去一年間に与えた打撃を極めて分かりやすい形で表せば我々日本人の一世帯当たり約20万円ずつ、この一年間にアラブの産油国に召し上げられたということになるわけで、事の重大さは全く「未曾有」と受けとるべきだろう。我が国は幸い60年代からの産業界の懸命の技術革新、努力と勤労者の優秀性、勤勉性によって、この「破局的」現実のもとにおいても輸出力は今のところ衰えず、辛うじてバランスを保っているが、イタリア等はインフレの悪化に加え国際収支の破たんによって国際経済社会の中で倒産寸前の状況の中であり、政治危機、社会不安がエスカレートしている。しかし、このイタリアの現実が「明日は我が身」でないという保障は何一つ見当らず、万一もう一段の原油価格の引上げでも行われようものなら、世界の先進工業国中、工業エネルギーについて石油依存率が最も高い(92%)わが国の経済がどのような破目になるかは、今更申し上げるまでもあるまい。

このような危機に対処するため、アメリカ、イギリス、西ドイツ、フランス等石油消費国は今、懸命に石油への依存率を下げるエネルギー政策をとり始めた。

その中でもフランスは今後の電源開発は原子力発電を主軸とすることを決定、さらに来年の石油輸入を昨年の輸入量の90%に抑える法案を議会に提出することにした。アメリカもフランスにまけず劣らず石油の10%輸入削減にふみきることとし、節約の具体的進め方としては1980年には石油火力発電を全廃することや、自動車産業との協定で同じガソリン量で走行距離を4割のばす措置の促進、又すべての人が5%だけドライブをへらすことで石油の輸入を一日25万バレル節約、1975年末まで車の相乗りやバスの利用で一日に100万バレルの節約を実行しようと呼びかけている。

このような状況の中で、去年の秋のオイルショック以後今年の春にかけて日本列島津々浦々までしんとうしていた休日ドライブの自粛ムードや、一時急減した乗用車の売れ行きが、米の豊作ムード等によって急速に増加傾向に転じている。最近のわが国の現象は如何なものであろうか？石油資源皆無の我が国は今こそ、本腰のエネルギー節約に取りくむべきであろう。

私のメモ帳

事務局長 瀬上孝一

新年明けましておめでとうございます。

ふつつか者ですので、平素は何かと不行き届きの点が多く、ご迷惑をおかけいたしていることを深くお詫び申し上げます。

昭和50年の輝かしい朝ぼらけを迎え、過ぎこし年の、あわただしくも騒然とした幕切れが、夢のように跡形もなく消え去り、すがすがしい静かな新年がやってきました。

大晦日の紅白歌合戦を炬燵などで見ながら、過ぎこし一年を静かに思い返すのも、毎年のことといひながら感慨深いものであります。

百八つの除夜の鐘の音が北から南から、全国の由緒ある寺から余韻を持って我々の耳に胸に、ズシンと何かを響かせてくれます。

年越しそばが、いつも食べるそばと材料は別に何も変わっていないのに、こんなにおいしいものであるかと一本一本ゆっくり噛みしめることもまた誠に良き哉という感じであります。

あわただしく暮れた旧年と新しく始まろうとしている新年の、誠に短いのんびりした一瞬に、ある人は日本から逃避して海外でのんびりした豪華な新年を迎え、また、ある人はホテルや旅館でおさんどんをすることなく、夫婦揃ってのんびりとショーや温泉に浸って雑煮を食べていることでしょう。

しかし反面、貧困や身障に正月もなにもなく、この世をはかなく恨めしく思い、淋しくも悲しい新年を重ね苦しんでいる人も多かろうと思われます。

私は、正月休みを機会に、ご依頼を受けました熊本歯科医師会会報に拙稿を披露すべく、ペンを執ってみました。

勿論、私め如き、年頭所感は上述の程度でご勘弁願ひ、専ら「私のメモ帳」をご披露申し上げつつ人

物ご考察を願ひ、これからさき、使われ易く、信頼され、親しまれながら歯科医師会のご用に役立っていきたいとお願いいたしております。

さて、以下「私のメモ帳」のどこかに「チャンス記事」がありますので、どうぞ最後までご熟読下さい。

◇

親子経営の診療所に電話をする場合、その用向きの殆んどは、親先生であります。

老先生では失礼かと存じ、老先生改め……………王（おう）先生と申しあげるようにしているのですが、どうも、ろうとおうの似たような発音からやりとりがうまくいっていないようです。どうぞあしからず。

◇

郵便物で、ときたま知らない、着かないのお答えから、大変心をいためています。

郵便局に問い合わせると、きまったように、それは書留か普通かと確かめられます。

おかしなことと思います。普通でも、書留でも必ず配達されるのが郵便と思っていますから、どうも普通扱いのドロンにはキメ手がないようです。

しかしそれ以前、私ども発信作業の方法は完璧か、大いに反省しなければならないことの方が大切と心掛けています。

例えば

- 発信数と切手の払出し数の確認
- 一部を何かの方法で託送する場合の確認
複数以上の同封扱いの手法はどうか。
……引出す場合取り残されないよう親切な配慮がされているかどうか。
- 控え文書には必ず、受信人もしくは誰れそ

れほか何名と記入して、発信文書と契印をもって確認する方法の励行。

など、充分注意するようにしてはおります。

◇

もうひとつ郵便について。私は受付嬢に封書のあけ方をこのように指導しています。

それはたいていの人は、一ばん上を破って中の手紙を取り出します。しかし手紙を取り出したあとの封筒の中をのぞく人は、まず10人のうち2人ぐらいたと思います。たとえば切手同封の場合など、切手が底に残っていることがよくあります。そこで私は、封書の場合、どちらかの端をタテに魚をさくように切りなさいと言うわけです。

これであれば、まずぬき残しなどの心配はありません。それに都合のよいことに日本の封筒はタテに裂け易いようになっています。

何んだかそうして下さいと言わんばかりになりますしてご免下さい。

◇

歯科医師会には毎日のように、色々なお客さんが入れ替わり立ち替わりお出でになります。

受付嬢が名刺をいただいて、私に招じるのですが、応接の心がけとして、その方がたとえセールスマンであっても丁重にお会いするようにしています。

勿論服装などにも注意して、必ず上衣を着用して用談するように心掛けています。

最も大切なことは、名刺の受け方と思います。客人の目の前でポケットに入れたり、机の端に置き放しするようなことはしないよう、必ず対面の場で、押しいただくようにしてから、客の後に腰をおろすようにして、時には当意即妙その土地のことや、お名前のことなどつけたすことにしています。

ということは、私が差出した名刺をロクに見もしないで、ふところへポイトと入れられたまま向うへ行ってしまった経験があるからです。

◇

服装のことでもうひとつ、私はお客に接する場合、

ネクタイ止めが裏向きになっていないか、背広の場合、三つボタンは上の二つを、二つボタンは上の一つをはめるようにしています。

それから、ダブルの背広の場合は、全部をはめておくようにしています。

ただ、座るときに、下の一つをはずし、立つときにまたそれをはめるのが本当だと思い込んでいます。間違っていたら教えて下さい。

◇

名刺でもうひとつ、私は名刺入れに千円札を1枚入れておきます。ポケットの小銭入れと、沢山もたないくせにいつも持ち歩く小物入れと都合3つもっています。スリにあっても一つですみ、おいはぎにあっても、財布を一つ出せばよろしいかと存じます。

◇

よそを訪問したとき、よくこういうことがあります。靴をはいて帰ろうとすると「あの、お茶の用意が出来ておりますので………」と呼びもどされて、もどってみると番茶一ぱいということがあります。

番茶一ぱい出すのにもう一ぺん靴をぬがさなくてもよいと思いますが、これが日本人の家庭だと思えます。しかしこれは考えていいことだと思えます。

歯科医師会でも、応接の客に番茶を出すのですが、なにしろ執務中突然の客人ですので、少し時間がかかる間に話が終る、とたんにお茶が出る、と言った具合で似たような場面があるので注意はしています。

◇

これは真似してよいことと思います。随分昔の思い出ですが、私の先輩の応接にいつも古びた将棋のコマが置いてあるんです。王将と桂馬と歩の三つなんです。それで歩をバツと渡すとお茶でいい、桂馬を渡すとコーヒーを出せ、王を渡すと、なにか突出してお酒を出せ、それから先は「おすしでも言うたらどうか」と口で言えばいいわけです。

酒好きの友人などは、いつも王将が渡されていて実にうまいことを考えたもんだと感心していました。

私なんぞ万十党には、歩ばかりでしたが、なかなか気のきいたことだと思い、この方法を検討してみたいと思います。

◇

私は若かりし頃、大道易者に手相を見てもらうことが好きで、たまたま別席で詳しく見てしんぜようと、案内されるまま招ぜられて、妙な房のついた座布団に坐らされて、ドンビシャリの憂き目で大枚を払った覚えがあります。座布団の上下、目じるして客の用向きを知る。似たような機微を知る商売と思われませんか。

◇

一寸おもむきをかえまして、普通原稿紙は上が糊づけされていて、下から上へめくるようになっていきます。これを逆にしたらどうだろうかと思います。

つまり下にノリをつけることです。ねらいは書いてあるとき手ですれてももけるのを防ぐと言うわけです。さしずめ「診療報酬請求明細書」でもそう思われませんか。慣れるまでは一寸不便ですが。

◇

これに似たことで、私どもは日常万年筆、ボールペンと言った筆記具を置く場合、必ず前向きに置きます。握る場合はクルリと器用に持ち替える習慣になっています。一度これも逆にやってみて下さい。

事務屋はこんなことから、能率改善を心掛けるものです。

◇

つぎに挨拶のことですが、これは言い方によって相手に機嫌をそこねる場合があります。

受け入れ方で、気にしたりよろこんだりする場合があります。むづかしいものです。

私は旅行するとき「気をつけて」と送ってくれるより「ごきげんよう」の方がよろしいかと思います。

この頃のように交通事故の多いときは、「お気をつけて」なんて言われると、暗い幕でも張ったような気がしないかと思います。

◇

行き先へ気がるに行ってくれない、大阪のタクシーに乗り合わせました。暴言を吐き、ガラの悪い風貌、おそろしいので、途中でおりて、つぎの車にのり替えました。「あの会社なら評判がわるいですよ」と教えて呉、ついでに五大悪質タクシーとやらを教えて呉れたが、失念しました。

いずれにせよ、これに乗り合わせた客こそ災難と言うわけです。

◇

正月に和服を着用して宮参り、感ずるところがありました。古いものがなくなり生活が簡易になってゆくのはありがたい、それにしても今でも足袋のコハゼの改善がない。このくらい伝統の根づよさは凄いいと思いませんか。

◇

寝正月で穴のあく程天井をながめさせてもらって、つくづく思うことがありました。

昔は大工さんの仕事で一番気を使うところは天井だと言われていました。

寝ている時に見つめて、アラさがしをされるからだそうです。ところが我が家の天井板も棧も新しいときは気づかなかったのですが、12年経った今日、手垢、足跡らしきもので判然と浮き彫りされたように、あらわに出て、これじゃとてもお客に寝ただけのものでないかと嘆息しきり、どうぞご注意して下さい。

◇

年賀状を丹念に拝見していると、兵庫県歯、奥野会長の「乱世に処してよろしく円なるべし」……菜根譚と、日刊紙の歯科医師批判を判然と受取って、思い切った医療改革をやる年だと、述べて居られるのが印象的でありましたので、ご披露申しあげておきます。

◇

もう6、7年前でしょうが、新派俳優の東山千栄子さんは、50万円の終身年金つき文化功労者に、最近是我的知っている範囲では、古今亭しん生師匠

が勲四等瑞宝章、つづいて、エノケン、キンゴウ
師なども確か紫綬褒章を、今後は杉村春子さんも終
身年金つき文化功労者、まことに、おめでとうござ
います。

水前寺清子、八代亜紀さんもそのうちに恩賞にあ
げられるんじゃないかと思っています。

それに引き替え、学校歯科医40年の薄給で勲五
等、それも生きているうちは駄目とは、情けないと
思いませんか。

私なんぞ、これでもか、これでもかと弾丸雨あら
れの中をくぐって、頂戴した金し勲章も今はワッペ
ン同様、もっとも命をいただいて帰ったのですから、
これにすぎるものはないと感謝してはいます。

高座の上で、座布団、扇子、手ぬぐい、湯呑一ケ
の元手で渡世して来た方々も、立派に国の文化に寄
与されたんですから、どしどし称えてあげねばなり
ません。勲章なんぞいらんよ、勲章で人間の価値を
評価されちやたまらんから……。とおっしゃいます
が、どうも納得出来ません。

あの文化勲章ですが、学者、文士、画家、役者そ
して極端に言えば戦人さんと思われる方々まである
のに、歯科医では今だにない。

医者はあるんじゃないですか。

◇

ついでにもうひとつ、警察官を永くやると大概表
彰状、感謝状を頂戴されているそうです。

何かの雑誌に部屋中一面この賞状に囲まれ、坐る
ところもない光景を拝見したことがあります。

大した功績と思われるす。

すべて犯人逮捕、犯罪未然防止と言ったもののよ
うです。警察官が犯人を逮捕して表彰状、消防官が
火を消して感謝状と相成るわけです。

又小、中学校の先生でお亡くなりになりますと、
叙位叙勲のお沙汰があります。

こうなると歯科医も、……難抜歯の功に依りなん
で……いやはやその事務を取扱う事務長も大変なこ
とではあります。

要は、いずれも業として行なっていることにかわ
りはないのではないかと思うんです。

◇

まだ虫がおさまらんのでもうひとつ。

古川柳に「旦那寺食わせておいてさてといい」ど
存知でしょう。

私は、予言します。ことしは武見太郎日本医師会
長には必ず勲一等旭日桐花大綬章（総理大臣経歴者
か宮様級の叙勲）が与えられるだろうと、言うこと
です。

そろそろ武見さんに枯淡の境地に入っていただこ
う、そして物わかりのよいおじいさんになっていた
だこうと言う意味からです。

それには、1年おくらして、先づ勲章をやってから
でいいじゃないか。……28%は。

◇

医師優遇税制、医者優遇税制いやはや巷は、日刊
紙から週刊紙まで、医師だけの完全優遇税制と書き
立てています。

私は歯科医師会に参りました9日目に、国税局査
察官と称する写真入名刺を持つおふたりの係官と、
この問題で論議したことがあります。

どうです、保険治療をやめて、自由料金にしたら
どうなりますかと。

しかし、当時のジム景気と今日の金融引締めで
不況の声もたかまり、法人税（企業税）は大巾に減
少するとあっては、「取れるところから取る」とい
うことにならないだろうかの懸念はあります。

◇

何んとしても守らねばならん、患者の為の患者優
遇税制ですよ、これは。

先生方もそう力説して、反論して下さいよ。

マスコミは当然のことながら、意外に代議士先生
の中にも、医者優遇税制と思っておられる方が居ら
れます。何んとしても昭和29年当時の、与野党共
共同提案なる、租税特別措置法なる、国会議事録を
もういっぺん熟読してもらわにかいかなと思います。

今度上京したら何がなんでも、国会図書館を訪問して、特別議事録をアセクリ出して全国にバラ撒こうかと願っています。

◇

衛生士学院入学受験希望者のうちで、いまのところ2名熊本市内の診療所でアルバイトしつつ、通学したいという方があります。

メンドウみて下さる方は、お電話下さいませんか。早い方がよろしいかと存じます。

ただし、約束ずみの場合はどうぞあしからず。

◇

いや、どうも下手の長談義正月の無聊を機会に、だらだらつまらんメモ帖の披露大変失礼しました。

「すわり鯛」考

渡 辺 恭 士

やや押し詰った時期ではあったが、12月21日に、大蔵流狂言の茂山千五郎師を招いて、狂言鑑賞会を企画した。出演者が、重要無形文化財保持者というだけでなく、これまでの数多くの実績と、そして何よりも、芸の魅力で、年の暮にもかかわらず、多くの観客を集め、会は成功であった。

演目決定にあたって、狂言を形成している大きな要素である小舞と語り、出来るだけふんだんに持ったものをお願いし、「節分」と「素袍落」に加え、「那須の語」を用意して頂いた。

「素袍落」は、冠者物の代表作とも言える狂言で、歌舞伎舞踊にも採られているように、その酒脱な動きに魅力のある作品である。

「節分」というのは、鬼が他人の女房に一目惚れ、さんざん口説くが断われ、終りに豆を投げられて退散するという奇抜な発想の狂言である。節分の夜、蓬萊が島からやって来た鬼が、一休みしようと立寄った家で、柵の枝に目を突かれ、腹立ちまぎれに叩き落して入って来ると、その家の女房の美しさに心奪われ、はねつけられても、断わられてもかき口説く、というのが、狂言小謡によってユーモラスに展開される。

節分の行事のうち、豆は、もうすっかりポピュラーになっているが、この狂言にも出てくる柵の枝を戸口に置く、という風習は、熊本にはあまり見かけ

ない。現在、消滅してしまったものかも知れないが、どうも、寒い地方の習わしのようである。また、柵の枝に鯛の頭を刺して、厄除けとする地方もあるとかで、「鯛の頭も信心から」という古諺の出典とする説もある。

そう言えば、先頃、ある新聞社から、熊本の正月行事や習慣、子供の遊びなどを聞かれた。正月の行事や遊びに限らず、古い習慣や民俗芸能などが、年年陶冶され風化していくことに何かのアプローチを試みた企画だったのであろう。

私自身、考えてみると古くからの行事や習慣に特に意味を認めているわけでもないのに、正月とか祖先の祭祀とかの形式を、やはり受け継ぎ続けているのはどういうことだろうか。

熊本では、元旦の朝は屠蘇と雑煮を祝うのが普通で、元旦の夕食を「若めし」という。つまり、一年の最初の御飯というわけだろう。昔は、この時「すわり鯛」なるものを喰べたそうである。元旦、飾っておくだけの尾頭付きの鯛というのが、「すわり」の意味だ。

私は、この正月の鯛、それも塩鯛を喰う古い習慣が、あまりにも貧困の肥後のでやり切れない。藩制下の肥後の庶民の生活は、「仁助咄」や、古川古松軒の「西遊雑記」を見るまでもなく、貧困のドン底にあったというのは、容易に想像できる。この時

代の権力は、庶民生活の様式にまでかなり厳しい規制を及ぼしたであろうから、諸事節約、贅沢は悪徳というつましい肥後人の暮らしの習慣は、ほかならぬ貧藩の施策のもたらしたものであったのである。

熊本の食住の習慣や、暮らしの行事の中から、こうした例はいくつも発見することができる。祭や祝事の際の食べ物のひとつひとつを驚くほど詳細に指示した古文書から封建下庶民の食生活の悲しさを感じるのは考えすぎだろうか。

庶民は、いつの時代も被害者である。

だが、同時に庶民はいつの時代も雑草のように

たくましい。例えば、肥後民話の「彦一ばなし」に見る図太さであり、「おてもやん」の開き直りである。

肥後は、その貧しかった風土から、貧乏下級武士の「もっこす」を生み、草の根の庶民の「わまかし」を生んだ。

茂山千五郎師には、今回、新作狂言「彦一ばなし」を演じて頂きたかったのだが、これは是非、次の機会にお願いしたいと思っている。

（劇団市民舞台代表）

（県、文化課文化係長）



展望室



熊日編集委員

末 広 善 行

声

歯科医の治療をめぐる、最近何かと批判の声がきかれる。トラブルもかなり多いようである。熊日の「ハイ、こちら編集局」にも時どき憤満やる方ないといった調子の患者の訴えが出ている。その一つだが、最近、歯医者に行ったら二年半前に保険外で診療をしてもらったさい、料金のことで文句を言ったのが嫌がられて、診療を拒否されたというのがあった。歯科医の方としては、またトラブルを起したくない、という気持ちからのようであったが、患者としては「二年半も前のことを根にもって……」と感情的にならざるを得なかったらしい。

歯科医と患者のこうした行き違い、トラブルの原因として最も多いのは何といっても料金のことである。先日、NHKテレビで歯科医と患者のトラブルを取り上げていたが、その中でも原因として最も多いのはやはり①高すぎる。料金がマチマチである、であった。②は保険でできないことが多い。③子供の患者は嫌がられる④待たされる⑤予約患者でふさがっていると断われた、の順になっていたと記憶しているが、熊本でも事情はほぼ同じだろう。

こうした不満、トラブルにはそれぞれにこみ入った事情もあると思うが、その根底に医師と患者のコミュニケーションの不足があると指摘できよう。料金が高すぎるという苦情に対して歯科医の方で診療計画を話していなかったからではないか、といった反論をよく出されるが、どうも納得できない。高くなると予想される時には、治療計画を話すのは当然

のことだし、それを話さなかったというのは怠慢以外の何ものでもないと思う。患者とのコミュニケーションが省略されて、大量生産大量販売方式の診療が行われているのではないかと危惧する。そこでは歯科治療というものが、一つの技術商品として売られるつまり対話などというゴチャゴチャしたわずらわしいことは、販売の能率に響く。とにかくドンドン売りつければいい一皮肉な見方をすればこういうことになるだろう。テレビの中でムシ歯の治療、わずか五回で6万8千円とられたという話や15万円もかかったのではかの歯医者に聞いたら保険でできると聞かされた、などという話があったが、これなどはまさに悪どい歯科技術販売業という感じがする。

もしこうした料金をめぐるトラブルが、患者に治療計画を十分に話していないことから起こる行き違いならば、歯科医の方でそれ相応の対策がとられねばならない。簡単な治療計画だったら歯科衛生士でも患者に話すことが出来るだろうから、それほど歯科医をわずらわせることもあるまいと思う。とにかく歯科医と患者のコミュニケーションをもっと活発にする方法を考えてもらいたいと思う。

最近の歯科医は「少し歯が悪いとすぐ抜こうとする」という話を聞く。削って神経を殺して充てんするなど面倒なことをするよりも、抜歯した方が手取り早くて保険の点数もあがるからではないか、と勘ぐりたくなる。私の友人で「この歯の治療は保険

でやれないことはないが、完全にやろうするなら保険外でした方が、よい治療が出来ます。悪いところは検査もしておいた方がよいが、その検査は保険ではできません」と言われた人がある。なぜ保険では完全なことが出来ないのか、そのあたりの説明は全くなかった、という。「保険では食えない」と言うのだろうか。しかし一方には「保険でできない治療はない」と、良心的な治療をしている歯科医も多いのだから、どうも合点がいかない。

そこで、一つの提案であるが、医療の給付が、適正な料金で行われているかどうかをチェックする機関を歯科医師会に設けてほしいと思う。アメリカでは医師が行った治療行為が適正であったかどうかをチェックする機関があり、もしすべきでない治療をしたり、間違った診断、治療をしたことがたび重なれば、その地域での開業を禁止する制度があるという。医師会が医師自身にきびしいモラルを要求しているわけである。

こういう制度にならって、覆面の歯科医師会員のメンバーが集って、カルテをチェックすればよいと思う。常時これを行うことが出来ないならば、歯科医師会に苦情受け付機関を常設しておいて、患者から持ち込まれた苦情、疑問について調査するようにしてもいいのではないかと思う。ただこの場合、歯科医と患者の水掛け論に終っては意味がないので、そこをどうするかが問題である。それを防ぐため私は、歯科医が患者に対して治療明細と料金を記入したレシートをぜひ発行してほしいと思う。これがあればカルテと合わせて苦情処理に役立つであろうし、法外な料金請求もしにくくなると思う。診療代の領収証ともいうべきレシートを発行してほしいなどという、歯科医師の方は烈火のような憤りを覚えられるかも知れない。しかし考えてみると、現代社会では販売の代金を受領した証拠として、たとえわずかな金額の場合でも領収証を出すのは常識である。まして何万円もする治療代ならば当然発行すべきであると思う。

レシートを発行すれば医師側の乱診乱療が防止できると同時に、患者のわがままな行為も予防出来る。たとえばこういう老人がいるという。入れ歯を作ってもらうのに、同時に三カ所ばかり歯科医にかかり、出来た三つの入れ歯のうち、一番、工合のいいものを使うというのである。こんなことが重なれば歯科医が保険を請求する場合にトラブルが起こるであろうし、タダ働きのようなことになるかも知れない患者のわがままは、やはりチェックされねばならない。レシートの保存を義務づけておけば、後での調査や料金請求も可能だろう。こういう患者側の「乱療」は、保険証の給付欄に必ずどういう治療をいつ受けたかを記入するようにしておけば、事前に防ぐこともできるだろう。

「歯科医療に保険で出来ないことが多すぎる」という批難も、熊本ではかなり多いと思う。どこまでが保険ででき、どこから保険で出来ないのか、私たちにあまりはつきりわからない。金や白金を歯にかぶせるというのであれば、保険ではできないだろうと予想できるが、では保険で、どういうものが使えるのかとなるとこれまたさっぱりわからない。歯科医の待合室にはどうしてムシ歯ができるかとか、歯の構造の絵だとかいったものを掲げてあるのが目につくが、保険で出来る治療の範囲、使える材質、料金等について書いた張り紙などとはとんとお目にかからない。「歯科医師会は医師のための医師会より、社会のための医師会であってほしい。」とよく言われるが、患者の立ち場に立つならば、適正な料金で適正な治療が受けられるよう、保険による治療の範囲をわかりやすく知らせることが必要である。「素人にはとてもわかるまい」などと思わずに、知らせる工夫をすることが大切である。保険では出来ない治療であることがはつきりわかり、それでもその治療を受けたいと一切を納得して、治療を受けるのであれば、トラブルは起こりようはないのである。

最近病気という状態にはならない前に病気を発見

して健康を維持しようという考え方が盛んになって、健診、健康管理が職場にも普及してきた。しかしこのような予防医学が歯科の分野にはない。あるとすれば小学校での歯のみがき方の指導ぐらいのもので、あとは「リングをかじって歯ぐきから血がでませんか」というコマーシャルを聞かされるぐらいのもので、歯の“健康管理”、歯の健診、というようなことは、ほとんど行われていない。

歯科医がほとんど修繕屋になってしまっているのは、保険が“予防医療”を認めていないせいかもしれないが、これは本当は考えなければならぬことである。歯科医師の数が少いときに、そんな分野まで手が広げられるか、という反論もあるだろうが、歯科衛生士などを、会社事業所の健診に参加させるよう働きかけて歯槽膿漏の予防法やムシ歯にならない食生活などの話をする。一いわゆる歯の健康のための教育をするだけでもかなり違うのではないか。歯に対する関心が高まれば、歯が悪くなっても早期治療を受けるようになるだろうし、治療費も安上がりで済む。法外な治療費に目をむくことも少なくなる。金もうけをしたい歯科医には歓迎されないだろうが、社会経済的にはこの方がより望ましい。

高い歯科治療費の原因はいろいろあるだろうが、その一つの基盤をつくっているものに、子弟の教育費の回収がありはしないかと思う。公立の歯科大学ならそれほどでもあるまいが、私立の歯科大学は入学金も高いし、月々の負担も大きい。まして裏口入学ではいるなどとなると、巨額なものになる。従ってその回収に血眼になるという現実があるかも知れない。そんなことをしてまで後をつがせなくても、と言いたい。それよりも人の命を預る医者や歯科医

は国が責任をもって養成するという意味で、私立を全部国立に移管してしまえばよいと思う。私立のままで国の助成をふやすのもよいが、それでは裏口入学を入れたりしないという保証はないし、施設、器械の充実が十分にできないだろう。歯科医や医師は国が責任をもって養成すべきだと思う。そうすれば教育費の回収などという現象もなくなるだろう。

さてここで、歯科医の生涯教育の問題も考えておきたい。歯科医の技術に格差があるのは事実のようである。A歯科でやってもらったのは調子がいいがB歯科はダメだなどという経験は誰れもがもっている。歯科医の研修が年に何回か行われていることは想像にかたくないが、義務づけられたものでなくて自発的なものとなると、その効果のほども知られよう。従って何年かに1回でもよいから試験を行ない、その試験に通らなければ開業上に不利益を受けるようにしていくべきだと思う。歯科技工士にも同じような制度が必要であろう。そうでもしなければ、現代の歯科医学は、開業医には吸収できないほど急速に進んでいるのではないかと思う。

思いつくままにあれこれ書いてきたが、最も大事なものは歯科医自身の意識であると思う。「医の本質は倫理である」と医事の評論家の水野盛氏が書いているが、私もそうだと思う。医療はすべての人が平等に受けられるものでなくてはならない。人間みな平等というヒューマニズムこそ医学を成り立たせる根本思想である。その意味で医は本質的に道徳的なものである。この原点が忘れられているためにいろんなトラブルが起きているのではあるまいか。

歯 と 医

東 京 都

国 本 朝 雄

近頃歯科医療に対して、国民大衆の不満の声が、次第に高まりつつあるのはなぜであろうか、これに対してどうすればよいか、ということについて述べて見たい。

§ なぜ不満の声が大きくなりつつあるか

① 医療需給の不均衡—受診困難

② 技術至上主義—人間性軽視

あたかも世界に見られる戦後の高度経済主長の歪として、公害が発生したと同様に、歯科医療においても、技術至上主義を高度に進めた結果、国民大衆に対する医療の普遍性という点が軽んぜられてきた。その歪が現在歯科医療に対する不満の声の大きな原因となっているのである。そのよい例として吾国の歯科医が懸命になって真似ようとしている米国の歯科医療が、かの国自体の福祉社会に適応しないといところから、政府が医療の普遍性を重要視して、教育方面に多くの費用を出し、診療の能率化を研究させ、しかも他方外国における保険制度を調査させている現状をあげることができる。これを吾国の現状と照し合せると、吾々歯科医自身が早くその歪を認めて、対応策をとらねばならないといえよう。英国、ソ連のようにはなりたくないものである。

③ 不良医師—不信行為

診療の能率化を目標とすべき計画診療を、患者選択に利用して、診療拒否を計るばかりか、患者に対する優位性を利用して、不適性費用のおしつけ、高級技術と称する治療処置の不適応、すなわち生体における機能回復の失敗、並びに持続性の欠陥、それに対する無責任等々現在批判のまとなっている悪徳医の現状なのである。これは「医は仁なり」の理念が医師側に失われているためである。

§ どうすればよいか。

① 教育機関の拡充—歯科の増設

② 診療の能率化—受診率の向上

①が早急に間に合わぬ以上、現在の罹患状況に対しては、各歯科医の診療能力を高めて、福祉社会に適応するようにしなければならない。それには歯科医療の体質改善を行わなければ効果的ではない。例えば吾国で行われつつある計画診療では、十分な能率化は計れず、もっと基本的な改善策をとらねばならない。また米国では保険制度がなかったためか、人手による受診率の向上を計ろうとしているが、基礎的な改善が伴っているであろうか、できないと後述されるように人手の効率はむしろ悪くなるのである。

診療の能率化という点では、早くから保険医療で苦勞している吾国の方が先進国であって、むしろ手本とならねばならないが、実態はどうであろう。

③ 保険指導、予防処置—疾病発性の抑制

治療は消極的で、予防は積極的医療である。それには個人的と公衆的の方法があるが、個人的な方面に次第に盛んになりつつあることは喜ばしい。かつては自己の診療方針に合せることを目標に、指導した時代を経て一般化しようとしているが、保険診療では予防に対しては無報酬に近いから、その必要時間は診療の能率化によってのみ作ることができよう。

④ 医の倫理高揚—確認、反省、自覚

医の倫理とは医師としての道徳的基本理念であり、それは時代を超越した不変の理念でなければならぬ。欧米では今でもヒポクラテスの誓を規範としているが、吾国では伝統的に「医は仁なり」がある。これは基本的理念そのものであって、欧米におけるヒューマニズムすなわち人間性の尊重というよりも適確であり、さらに実践法であるヒポクラテスの誓

という戒めより次元は高いものであって、これ以上の表現はないように思われる。

しかしその実践法である仁術が、どうも語感的に現代医学にそぐわないとして、一般的に医師は素直に口にしがらない。それは歴史的にあった施療、施薬の施しというイメージによるものであって、昔の実践法では現代医療に適應しないことはうなづける。そこで基本理念は変ることなく、その実践法は変えねばならないということを、確認する必要があると思う。

医とはなにか「医とは病を除くこと」であって一般に考える病を治すことばかりでなく、間接的に原因を除く予防の意味をも含めて、医療ということになる。

仁とはなにか、その語源のうちで「思いやる」という意味が医療には最も適している。すなわち「医は仁なり」は「患者を思いやりつゝ医療を行うこと」である。そして仁術とは仁をなす方法であって、医に限ったことではないが、一般に「医は仁なり」の実践法であると考えられている。すなわち仁術とは患者の立場に立って医療を行う方法なのである。

要するに医の倫理的理念は、「医は仁なり」でよく、これにまさるものはないと思う。しかしその実践法である仁術は、時代の要求すなわち現代の福祉社会に適應しなければならない。むしろ適應させる義務があるといえる。

さて吾々現代の歯科医は、「医は仁なり」と確認できるだろうか。一般から医師は仁術に携るものとして、肉体的病、精神的不安をなくする能力を持っていると期待されるのに、医師側では現代医療において、仁術は不可能であると考えるのはなぜであろうか。

それは歯科医療の大部分を占める医療保険制度が、医療の中に行政当局、企業団体、労働組合等を介入させて、個人的でなくなったためである。その制度の欠点は規格診療であり、技術評価のない一律単価、しかも常に低単価であるために、多数をやらねばな

らず、良い診療はできないとする考え方が多いこと等があげられる。

しかし医師と患者が望む医療のあり方を比べて見ると、「より良く、より速く、より楽に。」

やれること、そしてやられることを希望する点ではまったく同じであるが、費用の点で医師は「より多く」を望むのに、患者は「より少く」を望むという相違点がある。この医療活動における矛盾が問題なのである。

ところで医師側の望をかなえる方法に、①保険単価を適正にする、②自由診療による増収、③高速法による多数化等が考えられる。これらのうちで患者側と一致できるのは、③であって、この点で福祉社会に適應できるわけである。すなわち高速診療が現代における仁術の可能性を示すものといえる。

しかしそのようなことは、今まで誰でもやっていることではないか、それに速くやると良い診療ができないから、仁術なんて……」といふたいのではなかろうか。

そこで高度診療を速くやるか、高速診療を高度化することができれば、高度高速診療という最も望ましい診療が可能になって、こゝに現代における仁術は可能であるといえる。かゝる意味でこれから現代福祉社会に適應できる仁術を、現代「仁術」と呼ぶことにしたい。

§ 良い診療を速くやる方法

高度診療の欠点である低速性を高速化すると、診療の理想像である最良、最速、最楽の診察にもっとも近い、高度高速診療ができることになって、現代「仁術」は福祉社会に充分適應できる。

先づ良い診療、高度診療とはなにか、

それは方法についてではなく、その結果が高度に適應すること、すなわち生体における機能回復が高度であり、しかも永続性が確かであることを意味する。

この高度診療をどうして高速化できるか、それは「良い診療は時間がかかる」という常識を破らねば

ならない。すなわち良い診療でも速くやれるということ、一般に高度化は技術の研習によるが、多くの場合学者の考案したものを真似ることになる。そして習得した技術は練習によって容易にやれるようになると、次はその所要時間を短くする方法を工夫する。これが時間研究であって、臨床家にとっては面白く、しかも猿真似の域を脱する方法といえよう。しかしこの際に高度性は絶対に保たねばならない。

このようにして時間に余裕ができれば、さらに高度化をはかり、これをまた高速化するのである。この方法が高度高速診療の道であるが、高速化の例を直接治療の場合にとると、分担法、準備法、同時法、別途法、高速法等の方式があり、特に単独診療で要する時間を、高度に分担させる完全手渡法では半減することができて著しく効果的である。

だがこの高速化には今一つ、**“速くやると疲れる。”**という常識を破らねばならない。これが動作研究なのである。

§ 速くやっても疲れない方法

治療動作を分析して見ると、①直接治療動作、②手で運ぶ手先移送、③足で動く全身移動の3分析に分けることができ、それぞれにかゝわる器械、設備の機能、配置を能率化して、**“より速くより楽に、やれるようにするために、”**より近くしかも無理な動きにならぬように、配置を研究すると、合理的な機構をもつ診療室ができる。そこでは決して速く動かないのに、治療はどんどんはかどるのであって、**“ゆっくり動いて速く楽にやれる。”**というのが最高なのである。

それには先づ小さな直接治療用具、すなわち切削器械、噴射器械、指用具等を、患者の口に手先移送する際に、**“より近く、より楽に、”**扱えるように配置するには、口を注視したまゝ首を振らないで見える範囲で、右手先の楽に届く範囲に、配置するのが最も能率的である。これが同視野配置理論なのである。

次に独立した設備を使用するとき起る全身移動を、能率化するために、①手順に従って配置する一方移動方式、②配置範囲を縮少していくと円形になるという円形配置方式、③さらに移動を少くするように、設備を小型化して集め積む集積方式、等の3方式を円形配置理論と称している。

これらの2大理論を高度に進めたのが、次に述べる高度高速診療に適応する設備、器械の配置なのである。

以上のようにして、**“良い診療を速く楽にやれる。”**ことは可能であって、こゝに高度高速診療は現代「仁術」として、この福祉社会に適応できることを、そしてこれは現在最も望ましい診療方式であることなどから、次のようにまとめられる。

§ 最も望ましい診療—高度高速診療—現代「仁術」

診療の理想像にもっとも近い高度高速診療は、最も望ましい診療といえる。そしてこれによって現代「仁術」は可能となり、立派に福祉社会に適応できる。それには**“より良く、より速く、より楽に、”**やれるように工夫と努力を重ねる診療の能率化を、高度に進めることで可能である。

§ 仁術の理想像

仁とは2人の間で互に思いやることが理想像である。「医は仁なり」では医師は患者の望むことを思いやりつゝ医療を行い、患者はその医師が仁をなす人であると思いやって信頼し、その方針を納得し任せる。そして感謝しつゝ報酬を支払う。これを理想的仁術と呼ぶことにしたい。そしてこゝにはおしつける医療があつてはならないのである。

§ 高度高速診療の実際

高度高速診療への基礎的理論は先に述べたが、実際にはどのような診療が可能になるか2.3の例をあげて見よう。

“より良く、”診療ができるための工夫と努力のなかで、最も複雑で困難な条件を持つのは高速切削である。それは余り切れ過ぎて、切削に乱が起きやすいことから、正確に切削する方法が問題なのである。

先づ従来の鏡視高速切削より、正確で楽にやれる直視高速切削がやれることが大変重要である。それができるためには次の条件が揃わなければならない。すなわち直視しやすい横位から、患者の胸上に配置できる極芸の箱状テーブルに、長いホースをテーブルの遠端から、空中遊泳できるように接続し、患者の口に向けるとホースがゆるやかに曲ることから、フエザータッチ（20～50g圧）で軽快にタービンを扱えるようになる。その結果正確な高速切削が可能になり、従来のように太く重く硬くしかも短いホースであるために、軽快に扱えず、正確な切削が困難であったのに比べると、高度高速診療治療に充分適応できる。したがってこれからは鏡視高速切削は、次第に行われなくなるであろう。

「より速く、より楽に」治療できるために、困難であるが最も効果的な、完全手慣法が高度高速診療で行われるのである。しかも従来3人（副助手と）でなければできなかったのを、2人でやれるということは、省力の方面からも有効な方式といえる。

完全手扱を2人でやれる条件は、①すべての治療用具が胸上配置されてあって、助手が1人で準備できること、②直視高速切削によることから、術者吸引ができて助手が洗鏡、吸引に必要な時間を、準備にあてることが可能でなければならない。例えばバ―交換を助手ができることは重要な条件なのである。

なおこの直接治療における条件の他に、準備を「より速く、より楽に」やれるために、セット内で

相対円形配置ができ、セット間では直通配置ができることなどは、高度高速診療に適応できる条件である。

以上から「良い治療が坐ったまゝで、一見ほとんど動かないようであるが、もっとも速くもっとも楽にやれる」これが高度高速診療なのである。しかも時間的に余裕ができることは効果的である。

§ む す び

以上を要するに現代医療においても、その倫理的基本理念は「医は仁なり」でよく、「患者を思いやりつゝ医療を行うこと」である。しかしこれを現代福祉社会に適応させるには、その実践法である現代「仁術」は「良い医療を速く楽にやれる方法」すなわち高度高速診療でなければならない。

この現代「仁術」は診療の時間研究、動作研究を高度に進め、これに高度診療を導入することで可能である。

現代「仁術」は高度高速診療という最も望ましい診療方式なのである。

参考文献一 日本歯科医師会「診療設備の配置」

ク 「歯科医業経営の指針」

1972 医療管理委員会報告

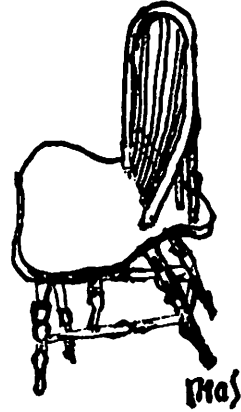
日本歯科医療管理学会

「歯科医療管理学」

（医療薬出版）



Dining Room



おたずねにこたえて（歯科）

問 初診料に含まれる診療行為とはどのようなものか。

答 歯科における点数表の構成は基本診療料と特掲診療料に分けられ、初診時特掲診療を行なった場合は同時に双方を算定請求するようになっています。

基本診療料とは初診時のみならず治療期間を通じて、いわゆる初診料に含まれて別に算定できないもので、简单なる尿の定性血液型検査、血圧測定、投薬の際の調剤料及び処方料、皮下筋肉内及び静脈内注射の手技料、简单なる処置等の費用を含んでいます。具体的には同一患者で一口腔一連の診療行為の経過中上記の简单なる診療行為を何回又は何種類行なってもそれに対する手技料等は初診料に含まれ請求できないということです。ただし上記の診料行為も特掲診療料に特に記載されたものについては算定請求できることになっています。

特掲診療料については詳細に記載することは省略しますが簡単にわかり易く申しますと初診料を除いた診療報酬請求明細書に印刷されている内容のような日常行なわれている診料行為事項をいいます。

上記基本診療料として初診料に含まれているもので特に特掲診療料にあげられ請求できるものは例えば尿の定量、調剤料についてはタイラゼバカルのように1回に10日分を超えた場合、静脈注射

については、ブドウ糖100ccにビタミン剤等その他の薬剤を加えて100ccを超えた場合はその注射の手技料も算定されます。

（注）简单なる処置の費用とは診断のため行なわれた診療行為とみなしてよいでしょう。

処方料と処方箋料とは全く異なったものです。

以上のような診療行為を行なわず単なる視診のみに終わった場合も初診料の請求は認められます。

2) 再診料の算定について

問 レントゲンの結果を時間外にたずねられた場合再診料と時間外加算が同時に算定されるか。

答 レントゲンの結果のみでは検査の結果と同様です。算定されませんが、その結果に付随する対症的療養上の指導を同時に与えた場合は時間外手当とともに算定されます。

（注）電話の場合は電話再診と記入することになっています。

問 電話等にて療養上の処置を聞き、使の者が薬物をもらいに来た場合はどうか。

答 再診料については（注）1に第2診以後単に診察を行なったのみで、検査、レントゲン診断、投薬、注射、理学療法、処置手術、麻酔又は歯冠修復及び欠損補綴を行なわなかった場合に限って算定されるとなっているので、この場合は投薬を行なったため認められません。

3) 問 乳幼児心身障害者の看護者よりの間接的の指導の問合せの場合の再診料と（乳）（心）加算は算

定されるか。

答 再診料は算定されますが、(乳) (心) 加算は算定されません。

問 (心) (乳) 再診 10 × (回数) と記入することは可か。

答 歯科における再診料の算定は上記 2) の (注)1 のような場合に算定されるもので医科における再診とは多少おもむきを異にしていますので再診料と区別するためにも適当ではないようです。(乳) (心) 診療手当又は診療加算が適当と思われます。(乳) (心) 10 × (回数) で差し支えありません。

問 X線 標準型等同時撮影 2 枚目の点数算定の方法はどのようになっているか。

答 診断料 (12 点)、撮影料 (23 点) をそれぞれ 2 で除し合算すれば $6 + 11.5 = 17.5$ 点となり端数を四捨五入し 18 点とします。それにフィルム料 2.5 点を四捨五入し 3 点とし、18 点 + 3 点 = 21 点が 2 枚目の請求点数となります。

問 標準型 2 枚目の 21 点はどのように記入請求すればよいか。

答 標準型の所定点数 38 点欄に単に 21×1 のように記入するのみで差し支えありません。

問 小児型を使用した場合の請求点数記入個所は。

答 レ線の咬合型等を記入する空欄で請求して下さい。

問 処方箋を同時に 2 枚交付した場合処方箋料 50 点 × 2 で差し支えないか。

答 処方箋は処方した剤数、投与量 (日分数) 等の如何にかかわらず 1 回に 2 枚以上交付しても 1 回として算定することになっています。ただし、同日に病変を認め更に異なる処方箋を交付したような場合は 2 回の算定となります。

問 咬合調整 残根削合等の点数は。

答 15 点で差し支えありません (1 歯単位)。

(注) 残根歯上に義歯を調製する場合は理由を記入して下さい。

問 抜歯当日の特定薬剤コーン、FRM クーゲル、コンク等は算定できないか。

答 抜歯等 2 根以上の臼歯が 110 点で 100 点を超えるので、当日の請求は原則的には請求できないことになります。

問 暫間固定等の監視料の請求はどのように請求するか。

答 その他の欄に暫間固定 (T F i x) 監視と記入 30 点を算定して下さい (週 1 回)。

(注) 欠損補綴物の監視とは異なりますのでご注意ください。

問 スクリュピンは冠の支台歯に使用できないか。

答 ロック型 スクリュ型等は区分「310」の充填にのみ使用できるもので支台築造物等には認められません。

問 投薬料の記載方法が一部変わったとのことだがどのように変わったか。

答 所定単位の購入価格が 65 円、すなわち 6 点までは点数のみの記載請求で薬名等を記入する必要がなくなりました。注射については従前通り 3 点までは、点数のみの請求で差し支えありません。

問 吸入鎮静法はどのように記載すればよいか。

答 麻酔名、点数 × (回数) 及び使用麻酔薬名、使用量を記入請求して下さい。薬剤料の算定は合計価格より 40 円を控除して算定して下さい。

(注) 亜酸化窒素 (N_2O) 1 g = 0.509 円 28 円、アネソキシシン 301 円 27 円 同 501 円 28 円。

問 歯科における伝達麻酔の部位は下顎孔と眼窩下孔に限定されているか。

答 その通りで、他の部位に行なった伝麻料の請求はできません。

問 伝麻について 1 回で効果がなかったので 2 回行なった場合伝麻料 25 点 × 2 回の請求ができるか。

答 同時に同一部位に 2 回行なっても 1 回の請求となります。但し薬剤については合計点数により請求できます。

問 ワンビスキャストブリッジの印象料はダミー3
歯以上の場合も200点か。

答 その通りです。

(日歯社会保険歯科診療報酬点数表にない準用点
数等について)

1)問 隔壁の点数は

答 12点

2)問 開口訓練の点数は

答 開口器を使用した場合20点(1日につき)

3)問 分泌物等の顕微鏡検査の点数は

答 一般の顕微鏡検査は16点

4)問 細菌培養検査は

答 一般のものは1培養につき70点

5)問 出血時間測定、毛細管抵抗測定の点数は

答 10点

6)問 セルロイド床を装着した場合の点数は

答 340点に装着料30点を加算した370点

7)問 迷う麻酔、静脈麻酔の点数は

答 迷う31点静脈120点

8)問 咽頭異物除去の点数は

答 簡単なるもの24点複雑なるもの60点

9)問 唾石摘出手術の点数は

答 口腔内より摘出した場合は200点口腔外よ
り摘出した場合は710点

10)問 口唇等粘液の胞摘出手術の点数は

答 簡単なるもの180点その他のもの360点

11)問 ガマ腫手術の点数は

答 切開のみの点数は110点摘出手術は600点

12)問 浮動歯肉切除手術の点数は

答 簡単なるもの180点3分の2顎程度のもの
360点それ以上の広範囲のもの530点

13)問 歯牙再殖術の点数は

答 480点但し外傷性によらざる場合は認められない。

14)問 抜歯窩より上顎洞へ穿孔した場合の閉鎖手術
の点数は

答 新鮮創で簡単なるもの70点但し減張切開等

を必要とした場合は陳旧性のもと同様480点
15)問 三叉神経痛の場合下顎神経ブロックを行なっ
た場合の点数は

答 310点 神経破壊剤を使用した場合は所定
点数に100分の50に相当する点数を加算す

(抜髄及び根管処置等について)

1)問 抜髄時に抜髄料と普通処置料並びに根管治療
処置料が同時に算定できるか。

答 原則として抜髄料のみの算定となります。但
し例外的な場合を除きます。

2)問 根充と同時に進行する根管処置料はどうか。

答 この場合も前記同様根充料のみの算定とな
ります。

3)問 例外的な場合とは、どのような場合を云うか。

答 直抜即時根充(即充)を2回にわけて行な
った場合、後記9)の同日根充のような場合を例
外として取扱われ、前者は普通処置料と抜髄料、
根治料と根充料を同時に算定し、後者は、根治
料と根充料が同時に算定されます。

(注) この場合は摘要欄に直抜次回根充、即日
根充等の注記が必要です。

4)問 抜髄について2回(2日)に分けて抜髄を行
なった場合の算定方法はどのようにするか。

答 初日は普通処置料を算定し抜髄が完了した時
点で抜髄の所定点数を算定することになってい
ます。

5)問 抜髄と一部歯髄切断を同時に行なった場合は
どちらを請求点数とするか。

答 抜髄の所定点数で請求することになっています。

6)問 抜髄後も当然根管拡大を行うがこの場合の拡
大料は請求できないか。

答 区分「202」注の2により拡大料は算定で
きません。

7)問 根管拡大は同一根管について2回の請求はで
きないか。又抜歯を行う前に歯根膜炎があるた
め消炎の目的での拡大はどうか。

答 1 根管 1 回、3 根管を限度とし根管拡大が完了した時点で算定されることになっています。
又抜歯を前提とした拡大は認められないことになっています。

(注) 記載要領について例えば 2 根管の場合
7×2 ではなく 14×1 (回) のよう記入して下さい。

(8)問 Per 病名のみで髄腔の開放処置 (普通処置) あるいは根管処置と同時に軟処置又は安静のための歯牙の削合を行うような場合はどうか。

答 根管処置等と同時に付随して行なわれる処置は原則として算定されません。ただし根治処置等を行わず当該歯の軟処置のみを行なったような場合は 1 歯単位でなく 1 口腔単位で軟処置が算定されます。

(9)問 既根充歯で冠等の再製作のため根充材を除去し同日再根充する場合根治と根充が同時に算定できるか。

答 この場合は差し支えありません。

(10)問 根管処置にはイオン導入等の理学療法は認められるか。

答 認められますイオンは最下欄のその他の欄で請求して下さい。

歯科点数一部改正の留意事項

- 1) 指導料は従来は初診日より 1 ヶ月を経過した場合に算定されていましたが、今回より 2 週間を経過すれば算定されるようになりました。
- 2) 他院で作成した欠損補綴物の監視料も当該初診の算定の日から 2 週間以上経過した場合に 1 口腔 1 回調整料を算定しなかった場合に請求できるようになりました。
- 3) 乳幼児、心身障害者以外の看護者等より電話等にて療養上の指導を受けた場合、従前は再診料のみ算定でしたが今回の改正により (乳) (心) 加

算も同時に算定されるようになりました。

(歯科) 請求明細書記載についての留意事項

下記の項目については依然として返戻等がそうとう数にのぼっています。医療機関に対しては当月分の支払が遅延となるのみならず審査事務処理上もかなりの手数を要しますので記載誤りのないよう御協力願います。

- 1) 病名の記入もれ、記入誤り、請求内容等の不一致
- 2) 初診料算定の診療開始日との不一致
- 3) 投薬の薬名、剤等の濃度、分量もれ
(但し今回より 6 点即ち 65 円以下は算式点数を記載し薬名等の記載の必要はありません)
- 4) 記号番号の記載誤り
- 5) 生年月の記入もれ
- 6) 保険者記号もれ
- 7) 医療機関の捺印もれ
- 8) 横縦計の記入もれ算定誤り
- 9) 一部負担金の標示もれ
- 10) 未装着請求の記載要領の誤り
- 11) 原爆医療の C₁ C₂ の初期う蝕の請求誤り
- 12) 歯数と充填物請求数等の不一致

(注) 1 歯 2 窩洞の場合の標示もれ等

- 13) 残根歯上に義歯を作製する場合の理由記載もれ
- 14) 印象料の算定誤り 装着料の記入もれ
- 15) 歯冠修復物と歯冠形成料の不一致

(注) 1 月分より一般投薬薬価、特定薬剤料、麻酔薬剤料が変更していますので算定に誤りのないよう特にご注意下さい。



会 務 報 告

年 月 日	行 事 内 容	年 月 日	行 事 内 容
49. 4. 2	会員福祉委員会、学術委員会	49. 7. 31	社保指導
8	学術研修会	8.2-5	福岡学会 (社保特集号発行)
11	学校歯科	6	学術講演会、Dr. Ehlich
13	末次先生講演会	9	社保 (福岡)
15	口腔衛生委員会	13	医療管理委員会
23	会員福祉委員会	21	薬剤師会との打ち合せ
24	理事会	28	社保委員会
29	レクレーション、黒川温泉とわらび狩り、 119名参加	9. 3	学術委員会
5. 7	学術委員会	5	口腔衛生委員会
9	口腔衛生委員会	10	広報委員会 (会誌16号発行)
12	鹿児島学会	13	東部(2)会
15	日歯学術担当者会議	14-15	鹿児島学会
24	川尻支部	16-17	日歯セミナー (福岡)
25	よい歯のコンクール於：保健所 口腔衛生委員会	21	松尾先生講演会
25.26	九州歯科学会	26	社保合同会議
27	会員集会(老人医療請求書提出について説明)	27	監事監査
28	社保個人指導	30	社保点数改正説明会
6. 4	学術委員会	10. 1	学術委員会
9-10	中央セミナー	3	社保委員会
10	社保委員会	8	社保委員会
11	社保委員会 学校歯科	12-13	九州歯科医学大会於：鹿児島
14	代議員会	15	代議員会
15	学術講演会	19	社保委員会 徳島学会
17	東部(4)部会	20	社保委員会
18	川尻、小島部会	21	口腔衛生委員会
19	西部会	22	熊日と懇談会 (社保)
20	東部(1)(3)部会	25-26	歯みがき訓練
21	東部(2)中央、北部、南部会	26	診療補助者講習会
22	末次先生講演会	27	歯の無料検診 於：つるや
25	臨時代議員会	28-29	厚生省指導
29	保健課と懇談会	11. 3	口腔外科学会 (大阪)
7. 1	理事会、社保委員会	5	学術委員会
4	学術委員会	12	年末調整説明会
8	社保委員会	16	学術講演会
18	参選反省会	19	理事会
26	学術委員会	12. 3	学術委員会

年 月 日	行 事 内 容	年 月 日	行 事 内 容
4 9. 12. 6	会員福祉委員会	5 0. 2. 12	医療管理委員会
17	撞球大会	15	ゴルフ大会、於空港カントリークラブ
21	末次先生研修会	16	全国学校歯科大会
24	理事会	19	選挙管理委員会
5 0. 1. 8	会員福祉委員会	25	広報委員会
17	医療管理委員会	26	理事会
19	新春パーティ 於：銀河 120名参加	3. 1	学術講演会
24	確定申告説明会	3	監事監査
31	会員福祉委員会	7	代議員会
2. 1	社保懇談会	19	広報委員会
		31	総 会

庶 務 報 告

S 50. 2. 21 現在

1) 現在会員数 197名

一般会員 164名
 親子会員 16名
 終身会員 15名
 勤務会員 2名

2) 入会者名 (49年4月より)

菅 原 洋	熊本市桜町2-25	中 央 部
後 藤 啓 爾	〳 川尻町726	川 尻
奥 田 良 樹	〳 北千反畑町1-24	北 部
牧 野 敬 美	〳 水道町4-27	中 央 部
千 場 正 昭	〳 安政町4-19	中 央 部
本 田 和 裕	〳 紺屋今町1-5	中 央 部
田 島 貞 子	〳 大江町渡鹿697	東 部 (1)
田 中 聖 一	〳 九品寺2丁目6-75	東 部 (1)
田 中 宏	〳 出町1丁目5番第二京町台ハイツ201号	北 部
河 野 好 孝	〳 川尻町大渡525-1	川 尻
友 枝 和 夫	〳 紺屋今町4-2	中 央 部

3) 退会者名 (49年4月より)

本 田 徳 武 球磨郡多良木町 公立多良木病院へ
 中 村 藤之助 荒尾市大島町3丁目5-27 新歯科医院へ
 本 田 武 司
 一 瀬 昌 子

4) 物 故 者 (49年4月より)

藤 波 好 武 49年4月 7日
 一 瀬 尚 49年7月28日

監 査 報 告 書

昭和49年度 下半期（50年2月21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50年3月3日

監 事 杉 野 市 平

監 事 小 堀 大 介

熊本市歯科医師会財産（備品）目録

種 別	数 量	種 別	数 量
書 類 冊	6	オーバーヘッドプロジェクター	1
書 類 立	4	ビデオカセット VO1720	1
事 務 用 机	2	扇 風 機	1
ク い す	2	電 話 器	1
金 庫	1	冷 蔵 庫	1
テ ー ブ ル（白）	4	ハガキ用 謄 写 機	1
ク （茶）	2	チェックライタ ー	1
会 議 用 い す	12	掃 除 機（手動）	1
応 接 セ ッ ト	1	印 鑑	
ロッカー 2人用	1	書 籍	
ツ イ タ テ	2	傘 立	1
ラ ジ オ	1	え ん び つ 削 り	1

昭和49年度熊本市歯科医師会才入才出予算現況

S 50. 2. 21現在

収入額 9,241,640

支出額 6,801,803

残 額 2,439,837

(才入の部)

款	項	費 目	予 算 額	調 定 額	収入済額	未収額	備 考
1		会 費	4,570,450	4,661,284	4,629,284	32,000	
	1	均 等 割	1,868,000	1,828,000	1,796,000	32,000	
	2	保 険 診 療 負 担 金	2,352,450	2,283,284	2,283,284	0	診療報酬 1/1000
	3	入 会 金	350,000	550,000	550,000	0	新入会員 11名
2		寄 付 金	590,000	611,899	611,899	0	簡易保険 5/7
3		過 年 度 会 費	12,000	0	0	0	
4		雑 収 入	1,455,953	1,383,064	1,383,064	0	
	1	預 金 利 子	20,000	50,553	50,553	0	富士銀行、肥後銀行
	2	雑 入	1,435,953	1,332,511	1,332,511	0	生命保険事務手数料
5		前 年 度 繰 越 金	2,492,013	2,617,393	2,617,393	0	
		計	9,120,416	9,273,640	9,241,640	32,000	

(才出の部)

款	項	費 目	予 算 額	支出済額	予算残額	備 考
1		事 業 費	3,380,000	2,149,256	1,230,744	
	1	学 術 委 員 会 費	580,000	495,618	84,382	学術講演会 アーリック講師 224,000- 植田師 70,000 よい歯のコンクール 80,000- 歯の無料検診 スライド16ミリフィルム購入 67,400- 121,066- 特集号印刷 260,000- (48年度より 214,700- 支払) 診療案内ポスター印刷 11,400-
	2	口 腔 衛 生 委 員 会 費	450,000	450,000	0	会誌 16号発行 21,600-
	3	医 療 保 障 委 員 会 費	250,000	192,610	57,390	レクリエーション 186,000- ゴルフ、ビリヤード 新春パーティ 423,000- 90,100-
	4	医 療 管 理 委 員 会 費	100,000	26,840	73,160	
	5	広 報 委 員 会 費	700,000	223,600	476,400	
	6	会 員 福 祉 費	950,000	760,588	189,412	
	7	医 政 費	100,000	0	100,000	
	8	計 画 診 療 推 進 委 員 会 費	250,000	0	250,000	
2		事 務 費	4,384,640	3,843,312	541,328	
	1	渉 外 費	400,000	254,928	145,072	
	2	俸 給	1,107,600	1,103,500	4,100	
	3	諸 給 与	654,040	677,875	△ 23,835	
	4	旅 費	200,000	20,160	179,840	
	5	需 用 費	450,000	288,729	161,271	電話代、通信費他
	6	事 務 所 費	72,000	66,000	6,000	
	7	備 品 費	1,500,000	1,431,320	68,680	会議用イス、テーブル、ついで 62,400- VTR 686,100-
	8	雑 費	1,000	800	200	
3		会 議 費	850,000	660,105	189,895	理事会旅費、車代、他会議費
4		職 員 厚 生 費	159,282	149,130	10,152	
	1	退 職 積 立 金	72,000	66,000	6,000	
	2	厚 生 金	87,282	83,130	4,152	
5		予 備 費	346,494	0	346,494	
		計	9,120,416	6,801,803	2,318,613	

昭和49年度熊本市歯科医師共済会才入才出現況

S 50. 2. 21 現在

収入額 1,336,310- 支出額 490,400- 残 額 875,910-

才 入 の 部	金 額	才 出 の 部	金 額
共 済 会 費 負 担 金	388,000	見 舞 金(上垣良介先生)	20,000
初 回 金	11,000	" (渡辺美誠先生)	20,000
利 息	12,581	弔 慰 金(故藤波好武先生)	200,000
前 年 度 繰 越 金	954,729	" (故一瀬 尚先生)	200,000
		" 秋山先生御尊父様	10,000
		" 大塚先生御尊父様	10,000
		" 元島先生御尊父様	10,000
		" 菅原先生御尊父様	10,000
		花 環 代	10,000
		巻 紙 奉 詣 代	400
計	1,366,310	計	490,400

昭和50年度熊本歯科医師会才入才出予算書（案）

（才入の部）

款	項	費 目	本年度予算額	前年度予算額	比 増	較 減	備 考
1		会 費	6,559,120	4,570,450			
	1	均 等 割	1,915,000	1,868,000	47,000		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	3,644,120	2,352,450	1,291,670		保険診療報酬 $\frac{1}{1000}$
	3	入 会 金	1,000,000	350,000	650,000		入会金 100,000
2		寄 付 金	856,132	590,000	266,132		簡易保険割戻金 $\frac{5}{7}$
3		過 年 度 会 費	10,000	12,000		2,000	
4		雑 収 入	1,666,665	1,455,953			
	1	預 金 利 子	41,268	20,000	21,268		富士銀行、肥後銀行
	2	雑 入	1,625,397	1,435,953	189,444		
5		前年度繰越金	1,582,151	2,492,013		909,862	
		計	10,674,068	9,120,416	2,465,514	911,862	

（才出の部）

款	項	費 目	本年度予算額	前年度予算額	比 増	較 減	備 考
1		事 業 費	4,250,000	3,380,000			
	1	学 術 委 員 会 費	600,000	580,000	20,000		学術研修会並びに講演会
	2	口腔衛生委員会費	550,000	450,000	100,000		歯みがき訓練、歯の無料検診
	3	医療保障委員会費	500,000	250,000	250,000		社保指導、地区担当者会議
	4	医療管理委員会費	100,000	100,000			
	5	広 報 委 員 会 費	1,000,000	700,000	300,000		会誌発行
	6	会 員 福 祉 費	1,000,000	950,000	50,000		健康管理、レクリエーション、ゴルフ 撞球、新年会
	7	医 政 費	100,000	100,000			
	8	学校歯科委員会費	400,000	250,000	150,000		学校歯科大会
2		事 務 費	4,699,920	4,384,640			
	1	渉 外 費	400,000	400,000			
	2	俸 給	1,799,680	1,107,600	692,080		
	3	諸 給 与	678,240	654,040	24,200		職員賞与、超勤手当
	4	旅 費	200,000	200,000			
	5	需 用 費	500,000	450,000	50,000		通信費、電話代、文具代他消耗品費
	6	事 務 所 費	72,000	72,000			6,000×12ヶ月
	7	備 品 費	1,000,000	1,500,000		500,000	
	8	雑 費	50,000	1,000	49,000		
3		会 議 費	1,200,000	850,000	350,000		
4		職 員 厚 生 費	232,208	159,282			
	1	退 職 積 立 金	72,000	72,000			6,000×12ヶ月
	2	厚 生 費	160,208	87,282	72,926		保 險 料
5		予 備 費	291,940	346,494		54,554	
		計	10,674,068	9,120,416	2,108,206	554,554	

昭和48年度熊本市歯科医師会才入才出決算書

収入額 9,014,500-

支出額 6,397,107-

残高 2,617,393-

(収入の部)

款	項	費目	予算額	調定額	収入済額	未収額	備考
1		会費	4,092,000	4,329,125	4,329,125		
1	1	均等割	1,742,000	1,812,000	1,812,000		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	2	保険診療負担金	2,000,000	1,967,125	1,967,125		保険診療報酬 $\frac{1}{1000}$
3	3	入会金	350,000	550,000	550,000		入会金 50,000-
2	2	寄付金	580,000	600,735	600,735		簡易保険割戻金 $\frac{5}{7}$
3	3	過年度会費	5,000	5,000	5,000		
4	4	雑収入	1,365,000	1,543,053	1,543,053		
1	1	預金利子	45,000	59,179	59,179		
2	2	雑入	1,320,000	1,483,874	1,483,874		
5	5	前年度繰越金	1,310,000	2,536,587	2,536,587		
		計	7,352,000	9,014,500	9,014,500	0	

(才出の部)

款	項	費目	予算額	支出済額	予算残額	備考
1		事業費	3,640,000	3,401,240	238,760	
1	1	学術委員会費	580,000	580,000	0	5,705- 予備費より充当
2	2	口腔衛生委員会費	450,000	450,000	0	32,000- 医療管理委員会費より充当
3	3	医療保障委員会費	460,000	460,000	0	
4	4	医療管理委員会費	200,000	200,000	0	
5	5	広報委員会費	650,000	650,000	0	146,740- 医療管理委員会費より充当 41,885- 計画診療推進委員会費より充当
6	6	会員福祉費	950,000	868,500	81,500	
7	7	医政費	100,000	71,285	28,715	
8	8	計画診療推進委員会費	250,000	121,455	128,545	
2		事務費	2,563,500	2,049,787	513,713	
1	1	渉外費	400,000	327,700	72,300	
2	2	俸給	822,000	742,800	79,200	
3	3	諸給与	469,500	357,640	111,860	
4	4	旅費	200,000	197,040	2,960	
5	5	需用費	450,000	328,057	121,943	
6	6	事務所費	72,000	72,000	0	
7	7	備品費	50,000	21,750	28,250	
8	8	雑費	100,000	2,800	97,200	
3		会議費	750,000	750,000	0	
4		職員厚生費	152,000	130,140	21,860	
1	1	退職積立金	72,000	72,000	0	
2	2	厚生費	80,000	58,140	21,860	
5	5	予備費	246,500	65,940	180,560	
		計	7,352,000	6,397,107	954,893	

昭和49年度熊本市歯科医師会代議員会次第

1. 開 会

開会に先だち来る統一選挙、県議に立候補の倉重氏の挨拶

2. 会長挨拶 川 崎 副会長

議長挨拶 片 岡 議 長

3. 会務報告及び委員会報告

別紙の概要説明 宇 治 専 務

4. 監査報告 杉 野 (市) 監事

5. 会計報告

1.) 昭和49年度才入才出現況

事務費、俸給、諸給与の上昇にともなう補正を説明…………… (決) 渡 辺 常 務

2.) 昭和49年度共済金才入才出現況

昨年度、大洋火災時の消防車購入金の一部金としての熊本市に寄付の予定を理事会において検討の結果、本共済金はあくまでも市会員の共済に当てるべきものであるとの結論に達し、外部への流用を避けた。したがって熊本市への寄付行為を中止した。

(承 認)

6. 50年度、熊本市歯科医師会才入才出予算 (案)

説明に先だち次の点の涼解を認めた。

1) 役員手当の増額

	現 行	改 正
会 長	5,000	10,000
副 会 長	4,000	6,000
専 務	4,000	6,000
常 務	3,000	5,000
理 事	3,000	5,000

2) 入会金の増額について

現 行	改 正
50,000	100,000

3) 計画時間診療委員会を医療管理委員会に合併

新たに学校歯科委員会を口腔衛生委員会と分離し新設

昭和50年度予算案について説明

渡 辺 常 務

付) 明年度の予算のうち、事務所費及び事務員俸給については、補正の必要があるかもしれないがあらかじめ涼解をいただきたい。

協 議

1. 現在の差額徴収、自由診療についての社会状況をいかに対処しているか。

日歯、県歯でも未だ統一見解を見ていないので市歯としては具体的な手段は考えていない。

2. 市代議員は各支部において選出、新年度、発足に備えておいていただきたい。

(涼 解)

熊本市歯科医師会

50年度新春懇親パーティー

1月19日、日曜5時より恒例の熊本市歯科医師会主催、50年度新春懇親パーティーをキャバレー銀河にて開催、参加者100名。

開会に先だち緒方会長挨拶、保険差額徴収問題化の今日、熊本市歯科医師会々員の親睦と団結、今後の歯科医療の向上と前進を期して一同乾盃、2時間30分個々のグループに分れ有意義な一夜を過ごす。



編 集 後 記

今年に入り保険治療の差額徴収が、新聞、テレビ、雑誌で毎日のように取りあつかわれ、之の号を計画する時点と大部様子が急変し、日歯が国民全体より吊し上げられた感がする。

今回の展望室は吾々歯科医が今日までの個々の診療内容、考え方を反省すると共に、萎縮することなく、今後の医療の向上発展の礎となる事を願って編集致しました。

ご寄稿いただいた諸先生には発行が大変遅れた事をおわび致します。

熊本市歯科医師会会誌

第 17 号

発行日 昭和50年4月1日発行

発行所 熊本市歯科医師会

熊本市坪井2丁目3番6号
TEL(43)6669

発行
責任者 緒 方 益 夫

印刷所 株式会社 太 陽 社

熊本市新大江2丁目5-18
TEL(66)1251