

【混合診療についての議論】

まずは、**コップの外の嵐 秋元秀俊 氏**

第 22 回 混合診療訴訟における国の敗訴が提起したもの (2007/12/10)

いわゆる混合診療訴訟で、国が敗訴した。健康保険の根幹にかかわる問題だけに、すでに多くの報道や論評が出ているが、いずれも混合診療は是非かという旧態依然とした議論の枠を出ない。この判決が提起しているのは、混合診療の一般的な是非ではなく、保険診療を受ける患者の選択権の問題である。しかし、それは同時に、特定療養費制度以来の厚労省の政策に綻びができたことを意味する。

●再び勢いづく規制改革会議の解禁論

腎臓がんの治療を受けている藤沢市の清郷伸人さん(60)が、弁護士もつけずに一人で国を相手取って起こした裁判は、インターフェロン療法(保険)と併用して自費で「活性化自己リンパ球移入療法」を受けたところ、病院から「混合診療にあたるので続けられない」と告げられ、保険診療が受けられなくなったというもので、「混合診療の原則禁止という国の政策に法的な根拠があるか」どうかで争われた。判決は、「混合診療を禁止する法的な根拠はない」(定塚誠裁判長)と、行政指導の法的裏付けを明快に否定した。

この判決を受けて、政府の規制改革会議(議長・草刈隆郎日本郵船会長)は、第2次答申の重点項目に混合診療全面解禁を盛り込む方針を発表した(11月15日)。

混合診療解禁の問題では、規制改革・民間開放推進会議の厳しい要求を受けた厚労省が、激しいもみ合いの末に関係大臣間の「いわゆる『混合診療』問題に係る基本的合意」(2004年12月)を結び、先進医療専門家会議を立ち上げ、保険導入のための評価療養というカテゴリーを設けるなど、保険の例外となる医療技術を公正に扱う施策を講じてきた。

国は、これまで混合診療禁止の根拠を特定療養費制度の反対解釈に求めてきた。保険と併用できる例外を明確に定めれば、それ以外の混合は禁止できる、という理屈だ。「基本的合意」以降の施策も同じ考え方に則っているが、今回の東京地裁の判決は、この理屈を認めなかった。

理由は明快である。がん患者が、治療を受ける権利を確認するための裁判だったからである。

●正確に言い換えるならば「二重徴収の禁止」

そもそも混合診療の禁止は法律に基づく規制ではなく、行政指導の準則である。法的根拠があいまいでも、行政は診療報酬という蛇口を握っているのも、異議申し立てを押さえることは容易である。それが破られたのは、すでに20年以上前の話になるが、特定療養費制度の創設と同時期に争われた“歯科シズオカクリニック事件”いわゆる上杉訴訟である。この事件は、保険診療を受けている患者から一部負担金以外の費用を徴収したとして保険医療機関の指定を取り消された歯科シズオカクリニックの上杉秀之さんが、処分を不当として静岡県を相手取って争った裁判だが、一見常識とされている保険行政の指導が法的根拠をもたないことを世間に知らしめる結果となった。この裁判の本訴では最終的に和解したものの、行政処分の執行停止仮処分裁判で、県と国は敗訴している。

保険診療の患者から、一部負担金以外の費用を徴収してはならない、その場合には一から十まで保険給付とは認めない。混合診療の禁止とは、正確に言い換えるならば「二重徴収の禁止」である。もちろん、別々の医療行為だから二重取りしているわけではないのだが、保険の給付は「治癒にいたる一連の療養」で、その範囲を決めるのは医療機関ではなく社会保険庁であり、国だという理屈だから、限りなく広く保険診療のカバーする範囲を拡げて考えれば、同じ患者から保険外診療の費用を徴収することは二重取りになる。

●現物給付制度の危機

保険外の診療がなぜ許されないか、という理由について、厚労省は①勝手に保険外の診療を併用されたのでは医療の安全が確保できない、②医療格差が生まれる、の二点を論拠にあげるが、もっとも重要なのは二重徴収の禁止である。二重徴収を認めたのでは、現物給付制度そのものが崩壊する。

現物給付とは、保険者が医療機関から医療サービスを買上げて被保険者＝患者に給付するという仕組みである。ここで医療機関が一部負担金以外の費用を被保険者（患者）に求めたとすると、保険者が一連の医療サービスを保険医療機関から買上げるという前提が成り立たなくなってしまう。費用の混在を認めると、保険者が療養（医療サービス）全体を被保険者に現物で給付することは、不可能になるのである。

しかし、立場を変えて患者になってみよう。保険診療を受けた患者が、A病院を出たその足で別の医療機関Bに行き、自費の診療を追加的に受けたとする。一連のものであるべき療養に混合が生じているが、だれもこのような受療を規制しない。それどころか、まさにそのようにして、がん患者は「活性化自己リンパ球移入療法」を受けているのであるし、そのような手続きが推奨されている。つまり患者が混合して診療を受けることは、何ら規制されていない。

●生活の医療における患者の選択の幅

歯科の場合には、これがいわゆる51年通知（歯科医療管理官通知）というかたちで通則になっている。差額徴収の廃止に伴って、保険で認められていない材料を使った補綴は保険外診療になるが「患者が希望した場合に限り」、診療の途中から「自費診療へ移行」として保険給付外の扱いとするのである。実態は「患者が希望した場合に限り」ではなく、「患者に丁寧に勧めて納得した場合に限り」であり、「当院は、補綴は自費となります、ご理解ください」であったりである。

なぜ、これが成り立つのか。それはひとくちに医療と言っても、患者の選択の幅が広い医療があるからである。急性期の医療、とくに致死性疾患の急性期では患者の選択の幅は狭い。極端な例を言えば、救急医療ではインフォームドコンセントなどありはしない。これに対して慢性のQOLの病いや障害の回復（それを「生活の医療」と名付けている）では、何が病気か、ゴールが何かも、患者が判断する余地が大きい。

がんの治療にも、未だ決定打はない。しかし、死に至る可能性が高いため、患者はわずかな望みにも賭けようとする。がん患者にしてみればエビデンスなんて言っていられない。だから保険診療の幅よりも選択の幅が必然的に広がるのである。歯科の障害の回復にあたる医療が、その典型例である。機能障害はともかく、審美障害になると患者の選択の幅は非常に広がる。これを保険ですべてカバーすることが果たして合理的かどうか。混合診療は是非ではなく、そのような視点からの議論が求められている。歯科の現状は、何も51年通知などという一片の行政指導に支えられているわけではないのだ。

【会のメーリングリストから】

混合診療賛成意見

現状の保健医療で行われている補綴が果たして患者のためになっているのか！ということです。シルバーアクセサリのオーダーメイドが1万円～2万円かかる時代に2000円や2500円で作られるクラウンがどういったものなのか推して知るべしでしょう。

もちろん歯を食いしばって良質の補綴物を供給してらっしゃる方々がいることも承知しています。しかしそれは医療者の犠牲の上にかろうじて成り立っているだけではないでしょうか。

現状の医療費抑制の流れに抗するのも結構でしょう。しかしいつ結果が得られますか？

はっきり申し上げて技工士はそこまで持ちません。必然的に海外技工への流れがなし崩し的に既成事実化していくでしょう。このままでは何の規制やルールも無く崩壊の道を進むのみです。すでにその傾向が出てきているのは皆さんご承知のことです。

私は家族に清潔で機器の揃った歯科医院で良質の治療を受けさせたいと思います。悪かろう安かろうの補綴物を彼らの口には入れたくない。セーフティーネットして下支えの為にしっかりとガイドライオンを作ったうえで混合診療は認めるべきだと思います。

技工料金が倍になっても患者の総入れ歯コレクションが半分になれば医療費は変わりません。コレクションが不要になれば画期的な医療費削減に繋がります。技工士に製造原価に則した料金・7:3でも良いですが支払っていただける術はあるのでしょうか。この国の保険担当技工士はもうのっぴきならない所に追い込まれています。正直正当な技工料金を得られれば技工士はどんな制度でもかまいません。現状最も現実的なのはしっかりとルールを作ったうえでの混合診療しかないと思います。

歯科は賛成。ただし保険導入を前提とするものに導入する。危惧されるのは混合診療の固定化によって保険導入が阻害される事なので、混合診療を認められた項目は、保険導入を前提としたものという条件をつける。これならばMBや金属床の保険導入も可能だったはず・・・。さらに市場化価格が明らかになり、保険導入時の価格設定も無茶な低さになりにくいと思います。

まずは、裁判所の「法的な根拠がない」と言われたことを認識することが大切だとおもいます。なかば、強制的に加入させられている保険にもかかわらず、制度からはずれた行為をすると、制度で認められた行為の治療費をも払われないことが問題なのです。かつての差額徴収とか、自費で歯科医が潤うかどうかとかの問題ではありません。今の保険制度では、歯科医が自分の信じる医療行為が全額自費でしかできないのです。

料金の高いものほど質の担保がされるというのは当然のこと

いわゆる混合診療は、歯科ではすでに（もしくは、初めから）解禁になっているものと考えております。ただ、経済財政諮問会議の云う「混合診療」が、アメリカ保険業界のための制度になる危惧については明確に反対していかなくてはならないと考えております。

歯科は、すでに完璧な混合治療をおこなっています。でもそれをたった一通の通知文だけを頼りに行っているという現状があります。今まではそれが技官と診療側との悪く言えば談合の上でグレーゾーンとして扱われており、まあ、それなりに上手く機能していたわけです。でもそういったことが、もう許されない時代になってきたからこそ、明確な線引きが必要になったと思うのです。現状のままでは、ごく普通の歯科医師が技官のさじ加減一つで行政処分どころか詐欺罪で犯罪者にされてしまいます。

食べられないならまだ我慢のしようもあります。でも、患者さんのために、あるいは今までなんとなく大丈夫だったからということが、いきなり犯罪になるという事態は恐怖です。

昭和51年頃の課長通知で、「インレー、クラウン、義歯は保険外でもいい」ことになっています。それ

以外は、ほとんど混合診療としては、できません。一般開業医でのインプラント、矯正、保隙装置等おこなえば、虫歯の治療も自費になってしまいます。周知徹底したら、とんでもないことになるでしょう。

保険診療は安価であるために患者さんも医師も再治療を躊躇しません。ダメならやりかえればいいやという価値観が蔓延していませんか？

でも差額、あるいは自費治療となれば、再治療が多いというのは、そのまま医院の評価として、その医院に返ってきます。差額でウハウハだった時代とは、まず患者さんと医院に力関係が違います。情報も十分に入ってきます。医院が利益だけを追求して価格設定してもそれをはいそうですかと受け入れる時代ではないでしょう。

ある程度の価格はものを大切にするという意識を育てるのではないか

私は混合診療をいれて、保険範囲をはっきり厳密に限定してわずかでも外れたら厳罰にする、その代り混合診療にする。そして技官は点数を下げることのみに汲々とするのではなく歯科医療内容についての本質的な監査をするのが国民にとっても正しいことだ。

現状は「持ち出し」でやっている。しかし、歯科保険制度の拡充？充実？を図って必要な治療はできるようにすべき。しかしそれが出来ない場合、「差額徴収」やむなしで国民の理解を得て「いわゆる混合診療」を導入すべき。

相互扶助ではだめなら、受益者負担。残念ながら、今はそんな時代の過渡期です。将来、相互扶助の時代が来たなら、また戻ればいいのだと思います。

混合診療容認意見

医療費負担ゼロの隣町から1時間かかるうちの街のジャスコに買い物に行くついでに、医療費の負担が無いから、休日加算なんて気にすることなく休日救急診療所に乳歯を抜きに来る・・・こういったところで医療費のムダが発生しているのですね。経済諮問会議、医療費抑制その他の圧力は別として、法律的な見地から、混合診療は認めざるを得なくなると思っています。

本来、治療に「自費診療」も「保険診療」もありません。日本のゆがんだ制度によって歯科医自身が勘違いしているのではないのでしょうか。もっといえば、「混合診療」なんてものもないはずです。「医療費制度」ではなくて「医療制度」を考えていければと思います。

財務省管轄の財源と言う問題もありますよね。保険制度と その資金など考えると現在 必要とされる歯科医療をすべて保険でまかなうのは難しいと言う現実

正しい方向性で解禁されるのか 非常に不安な面もあります。

混合診療の解禁により新しい治療法などが保険適用されなくなるのはさらなる死活問題とも言えると思います。歯科は現状でも新しい治療を保険導入に消極的なので、混合診療を解禁してもその点ではあまり変化はなそうです

歯科は、すでに完璧な混合治療をおこなっています。でもそれをたった一通の通知文だけを頼りに行っているという現状があります。今まではそれが技官と診療側との悪く言えば談合の上でグレーゾーンとして扱われており、まあ、それなりに上手く機能していたわけです。でもそういったことが、もう許されない時代になってきたからこそ、明確な線引きが必要になったと思うのです。現状のままでは、ごく普通の歯科医師が技官のさじ加減一つで行政処分どころか詐欺罪で犯罪者にされてしまいます。

ただし保険導入を前提とするものに導入する。危惧されるのは混合診療の固定化によって保険導入が阻害される事なので、混合診療を認められた項目は、保険導入を前提としたものという条件をつける。これならばMBや金属床の保険導入も可能だったはず・・・さらに市場化価格が明らかになり、保険導入

時の価格設定も無茶な低さになりにくいと思います。

まずは歯科医療費の総枠を取っ払って、評価すべき報酬をちゃんとまかなわれるのであればそれは国民の口腔の健全のためになることですのでよし。そうなると、混合診療でなくてもいいわけです。そうじゃないのなら、必要最小限の枠を超えた部分は「受益者負担」とすべきではないでしょうか？ この場合あくまでも患者さんの理解のうえに、「差額徴収」的な「いわゆる混合診療」が必要になる可能性はありますね。

混合診療反対意見

現実には自費に移行できずに放置されるケースが増加するだろうと思います。まさに無歯顎者の割合が非常に高いアメリカと同じですね。また私が先日の総会で話したことですが、混合診療が認められたからと言って国民の財布から支出される歯科医療費が増えるのでしょうか？ 全体の受診率がアップするのでしょうか？

混合診療を解禁すると、適用される保険部分が自費になって収入アップというのは早計ですね。受診率が下がれば、トータルではどうなる歯科の現状のままで、混合診療を公に議論するのは危険だと思います。

例の裁判もそうですが、国民の意見は保険で十分な医療を受けたいということであって、自費で受けたいという患者は一部に限られます。ですから「今の保険ではまともに出来ないから自費で」という考えは歯科側の勝手な都合と解釈されるでしょう

医科の混合反対。緊急度の高いものは経過措置として混合で行い、いずれ保険導入すべき。

医科は命を担保にしていますが、歯科は軽医療、補綴はアメニティの最たる部分です。方針を間違えれば、二度と公的保険には戻れず、差額徴収で国民の非難的となります。

危惧されるのは混合診療の固定化によって保険導入が阻害される事

「経済的な裁量権」の乱用です。確かに現状では技官の裁量によって、保険は非常に窮屈なものになり、歯科医にとって「足かせ」にさえなっています。これが純粹に「必要な治療をしたいのに」という思いからのみ成り立ってれば良いのですが、「患者減、収入減だから混合診療を解禁してくれ」というのが根底だとすると「このコンポジットは保険適用外」とむしろそれを利用してくるのではないかという恐れです。「現実を見ろ」ということであれば、私は今の歯科に混合診療を解禁することは「腹ペコのライオンに待て」をすることだと思います。

歯科医院は過剰すぎで間違いなくダンピングが起こります

混合診療の解禁により新しい治療法などが保険適用されなくなるのはさらなる死活問題

歯科における混合診療は費用の面においては患者側にはメリットはない

スクラップ・アンド・ビルドを繰り返す歯科の時代ではないが、質の担保と言うことでは、どうしても保険治療はないがしろにされて、自費中心の診療になる。保険診療が極めて低点数であり、歯科医師数の供給過剰の中、混合診療が解禁となれば、そう言う流れが止まらなくなるのではと危惧します。

このまま歯科医が自費への傾向が強くなると、結果的に保険の給付範囲はどんどん狭くなっていくと思います。つまりこれは患者不在で歯科医が作り出す保険外しです。

混合診療そのものズバリの話ではないかもしれませんが、それでも世界水準の良い歯科医療ができればいいだろう、との考えもあると思いますが、それが果たして本当に国民の求めているものなのでしょう

か？

これまで、自費診療と同時に行う保険治療は、混合診療に該当するというでその処置そのものが保険に含まれていても保険給付されない処置が、混合診療解禁により、保険給付されるようになります。つまり、現在の保険の範囲が現在と変更がなくても、混合診療解禁となれば、必ず公的保険給付費用は増えてしまいます。

混合診療が問題なのは、①保険収載されない医薬品や技術が保険導入されないまま放置され 経済的格差が治療内容の格差となること ②逆に保険収載されているものが外されて混合診療の対象となる危険性 ③最終的に療養費の支給（償還払い）のシステムに全てがとってかわり、健保法の本旨が空洞化すること（現物給付制度の崩壊） ④保険証1枚で十分な医療が受け難くなることなどにあると感じています。

その他

混合診療の導入や容認への流れと理解が医科と歯科ではまったく違うような気がします。更に言えば患者さんや国民と、医療者側、歯科医両者側とも違います。

本来は 患者様の望む医療が ある一定の EBM などがあれば速やかに保険導入されるべきだと思います。そう言った 土壌がこの日本の（歯科）保険制度にあれば混合診療等と言った論議をしなくても済むと思います

保険でどこからが混合診療かの全国的一律の基準をしっかりと作って頂きその周知徹底は行政サイドでしていただかないと現場で混乱をきたしてしまいます。現状では医師会がむしろ抵抗勢力のレッテルを押されつつあるのではないかと恐れています。

前歯部の材料差額や 金属床総義歯の差額などの「選定療養」と、いわゆる「51年通知」と混合診療は同一のものではありません。しっかり区別しておかないと議論はかみ合いません。

混合治療を全ての保険に認める、認めないという2元論で論ずることに無理があるかと思います。命にかかる事と、歯科のようなアメニティを含む医療とは別に考えるべきでしょう。

混合診療の問題と経営は別の問題ではないと思います。良い医療を提供するためには、健全な経営、健全な精神状態であることは必要なことです。今は健全な経営、健全な精神状態ではないところに、この混合診療問題を複雑にしている一因があると思います。

「歯医者さんって、もっとお金が欲しいだけじゃないの？」「歯医者さん達は困っているって自分で言っているけど、世間はもっと厳しいよ」「歯科医院の経営厳しいって言うけど、そんな風に見えないよ」

差額の時代は賃上げ闘争も2桁アップの時代だった。当時の医科窓口負担は0または1割であった。したがって医療費は掛からずお金に余裕もあり、歯科に落ちるお金があった。現在は？ 慢性金欠&窓口3割&増税の悪寒・・・よって優先度の低い歯科にはお金は落ちないよ。と、差額再来の夢を見る人々の幻想は泡と消える

また、医科と歯科では違うから、別に考えないといけないという意見があります。命のかかわる部分と生活の質にかかわる部分は同一視できないことは確かですが、今の日本においては、医科も歯科も同じ一つの医療制度の下にあるもので、現時点の日本の医療制度、法律では、本質的には区別できないのではないかと考えます。わわゆる「51年通知」がありますが、これはあくまでも「通知」であって法の裏づけのあるものではありません。法の下のもは「保険外併用療法」しか存在しないのです。その法に対して、先の東京地裁で違憲判決が出ました。こうなると「51年通知」なんて、存在しないに等しいわけです。

本来「医療の質」とは高度なものを指すのではなく、・必要十分な感染対策（過剰でもいけません）・

確かな論文に裏付けられたEBMによる診査・診断・医療ミスを最小限に防ぐ十分な安全対策・必要かつ確かな記録、カルテ記載（患者との大切な共有財産です）・正しい医療費請求などを言うものであると思います。

多くの歯科医の誤解がありますが、あくまでも通知で「インレー、クラウン、義歯」についてだけ認められているだけです。東京では、矯正歯科での保険による歯周治療が問題になっています。

東京地裁は、混合診療解禁とも禁止が違憲とも言っていません。少しでも保険給付外のことをすると全額自費になると厚労省が言っていることが、法的に根拠がないと言っているだけです。

「混合診療解禁」の是非を協議している事自体、法律家からみれば、おかしな話でしょう。外資だとか、保険の範囲が狭くなるとか、そういうことではないのです。歯科医の混合診療に関する議論は、誤解や思い込みが多くて本質とずれているような気がします。

歯科医療の質を担保するものは高度な治療機器、治療技術ではありません。治療を行わずに済ませる適切な診断、指導も大事です。歯科保険医療費の無駄って、再治療じゃなかったですか？そして歯を失うことから補綴が膨らんでいくって流れが・・・この無駄を省くには、患者さんも歯科医も“よく見える”ということが必要だと感じたのです。

患者さんも見えることで、過剰な診療に行かない適切な診断も増えるのでは？『見えない・見えていない』ことが、自分にとっては傲慢の元でもありました。

厚労省の考えからすると、保険外併用療法の拡充と言う流れです。歯科の分野もアメニティに関わる部分（ポーセレンや部分床での金属床、ノンクラスプデンチャーなど）は選定療養。Tさんが例示したような先端技術については、評価療養です。評価療養については、施設基準や専門医などから求めて、大学病院、病院の口腔外科オンリーから一般診療所でも運用可能な形に基準を下げてくるかもしれません。歯科でも、評価療養は2、3ですが新しく導入されています。その代わり、昭和51年の通知は反故にされる。どうしても歯科医師の首に鈴を付けておくことは避けられないでしょう。

この方向だと、個々の診療行為に対して特別なチャージを患者に要求することはアウトになります。で、厚労省の目論見とは別に、経済財政諮問会議や経団連、財務省の力が強まれば、混合診療はどのような形になって行くのか？

表向きは、患者さんの医療の選択の幅が広がるなどのメリットを喧伝し、公的医療保険の範囲を狭めた上で、株式会社の参入、民間保険の現物支給を認め、医療を食べ物にするだけなのではないでしょうか？企業は利益率を確保するためには何でもします。米国型の医療制度の失敗を見ているながらも、まだ日本はこれで儲かると思えば、企業は群がります。

この流れに乗ることは、現在の歯科医療の現場では許されないことなのではないかと思うのです。また、医科から「墓場の乞食」呼ばわりされるのがオチでしょう。

医科と歯科の混合診療に対するスタンスの違いや、それでも同じ保険医療制度の中で混合診療を論じなければならぬということ。規制改革・民間開放推進会議の混合診療解禁にあたっての留意点として「診療の内容・料金・効果・リスクについて患者や保険者に対する開示を義務付けると共に義務に違反した場合の事後措置を設けるべき」という一文。「情報の非対称性が存在する限り保険適用のライン引きが曖昧になった場合患者に不利益が生じる。故に混合診療解禁とは保険適用外治療がフリーに行えるのではなく、価格や医療機関選定や規制やハードルが必要ではないか」という議論。二木先生の言う「最適水準」「最低水準」。寺岡加代氏の「国民からコンセンサスの得られる医療保険制度を確立するためには混合診療の議論をひとつの突破口として医療費の不透明さを払拭することから始めなくてはならない」という提言。まず現行の保険医療制度の中での「適正化」の問題。財源的に保険導入が困難な「医療」の整理。それらの保険導入の可能性・優先順位。それに要する必要な上積み分医療費の試算。医療レベルの担保。そして財源。もっと整理する必要がある。

厚労省の側に立てば、給付外の存在自体が健康保険の想定外なのでしょう。裁判所にいわせれば、混合診療の禁止が違法ということなのでしょう。混合診療に限っていえば、厚労省も医師会も保険医協会も同じです。外からみれば、法律無視して勝手なことを言っているだけです。確かに、医療制度を他科（医科）からみると、保険外給付の治療というのは最先端や未承認のものであって、通常の治療において保険外給付は原則としてありえないと考えているわけですね。歯科なんてそもそも“おまけ”だし、歯科界が保険導入を拒否してきたのですから、あちら側（厚労省側）にしてみれば歯科の方が（勝手に）保険外給付を作り出してきて、ということなのでしょうね。健康保険法の理念から言えば、確かに混合診療なんて想定していないわけで勝手に作りだした概念ってことなのでしょうね。

墓場の乞食

『昭和 51 年の診療報酬改定を回る中医協の答申は、歯科の差額徴収問題について「材料の価格差に限るべきだ」としたが、この点に日本歯科医師会が反発し、歯科の診療報酬引き上げは 4 月は見送られた。武見会長は日本歯科医師会の姿勢を非難し、日本医師会と日本歯科医師会は対立状態になった。この問題は、田中厚相が日本歯科医師会と妥協して、歯科には保険診療と自由診療の 2 本立て医療費を認めることにして、歯科の診療報酬は 8 月から引き上げられた。日本医師会は、この決着を厳しく批判した。』

歯科の 4 月改定が見送られて、8 月までずれ込みました。医科が主張した「材料の価格差」に限定したのから、上物の価格自体を歯科医が自由に設定できる形（所謂 51 年通達ですネ）で。この時の日医武見会長の発言が「墓場の乞食」と言う言葉でした。実質的に歯科の混合診療を認めるものでしたから。上品に言えば？「まともに働かず、お墓のお供え物を目当てに現れる不貞の輩」と言うことでしょうか。

歯科でも差額徴収問題は世間のバッシングを浴びて、昭和 49 年よりずっと議論されて来た経緯があり、日歯も初の全会員アンケート（大久保現会長が行ったのが初の全会員アンケートではなかったみたいです、余談ながら）も行ってたようです。

これ以降、歯科と医科の関係は最悪になりながら、歯科は公的保険のシェアを回復して行きます。そして、医科との関係回復を狙って、薬価差益解消のための薬価引き下げの際には、その引き下げ分を全て医科に差し出しています。皮肉にも、それ以降歯科のシェアは、それ以降減少に転じ（昭和 51 年の取り決めとは裏腹に、新しい技術が歯科にはなかなか導入されなかったのも大きいですが）、現在に至っています

本来なら、国庫に一旦返して、その再配分を求められたわけで、薬の使用が少ない【歯科】が薬価差益を求めるとの、医科の戦略にまんまとやられたのだと思っていました。それと時を同じくして、少子化と予防の浸透で子ども達のカリエスが減り、医科・歯科格差が広がったことが、今日の現状を生んだわけですね。

【ある会員のメールより】・・・アレバダス

[国民皆保険医療]って、国民みんなで耕し育てた畑なんですね。みんなで開墾して広げてきた大切な畑のはずなんですよ。誰のものでもない、[アレバダスの法則]で作った共有地。それを[混合診療]という美しそうな名で壊そうとしている勢力から守らなきゃいけない意義を理解しました。

自分のためじゃなく、みんなのためです。将来に亘り、この開墾した土地を広げる努力をすれば保険医療の拡大ができる。つまりは実ったものを皆で分かち合い、さらに多くの作物を生み出す努力。医科ではここに腐心し、歯科ではこれを怠ってきたというか、積極的に闇米へと転換して（逃げ込んで？）いたんですね。

今新聞紙上などで踊る【混合診療】の言葉は、「まあこのあたりで保険の範囲はいい」として、さらなる開墾は一部の金持ちに任せ、食料やら機材は自前調達せず勝手に共有地から持ち出して使っちゃおう、そして、できた土地は保険業界などが掻っ攫おうと虎視眈々狙っていることを表現しているんだと思います。それは阻止すべきだと思います。だから、桜井議員も解禁はだめだ！！と。

歯科の闇米とは別の問題だったんですね。ここがこんがらがってありました。ですので、あきらめずまたみんなの開墾を引き続き進めるのがいいでしょう。医科でも歯科でも。ただ、その開墾費用が凍結されて調達できない問題がある。

けれど、実は異端児の歯科はすでに51年通達とやらで、方角；補綴方向に開墾を許されてしまっていた・・・

そのため矯正やらコーヌスなどの義歯、インプラント、メタルボンド、ホワイトニング・・・とアメニティか医療かわからない分野にまで開墾を進め（通達の範囲は無視？）、そんな訳でみんなが耕した元の歯科保険畑は手入れが行き届かず荒れ果てやっとできた20年前と変わらぬ収穫量の作物を奪い合っているのが現状??

痩せた土地では、新たな作物が取れなくなってしまっています。肥料となる薬価差益も、何かのお詫びに歯科が差し出したせいで医科が独占(?)という現状。ますます歯科保険畑だけがやせ衰えるばかり・・・そこに歯科の人口爆発！！

しょうがないので、歯科の一部は、裏庭で栽培している闇米を売って生計を立てているんですね。この闇米も、言うなれば【混合診療】状態なので、ややこしい！！

で、この“こういう異常事態”をどうするのか？という命題にぶち当たってしまった・・・この闇米を、厚生労働省がグレーから黒に色付けしたって訳ですね。保険と自費のハザマで行ったりきたりを許さない！と。

全国の歯科医師のMLで話題になっている

「歯科用レーザーを用いた治療は、医療機器だけど保険適応じゃないから保険請求はできない」みたいな線引きを持ち出してきた。

保険適応じゃない機材や材料などをちょっとでも使ったら“保険請求するな！”と。

そうやって、歯科を保険畑から追い出そうとしてきたんじゃないでしょうか？

じゃあどうしよう？

いったん広げた【闇米（自費）】部分を畳み、すべて保険適応ができれば、それがおそらく国民に望まれる方向だと考えます。

みんなが使える、分かち合いの文化ニッポンの相互扶助の精神で【歯科】を捉えるとそうなるでしょう。

しかし同時に歯科保険医療費の大幅増額が必要になってきてしまう。が、それが許されないのであれば、雑草も生えにくくなった土地に、自費部分に開墾し闇米のおかげで食いつないでいるほぼすべての歯科医が戻るのは不可能です。

強制したら、下手をするとみんな餓死してしまいそうです。

また、たとえうまく戻れても狭義の保険制度にこだわることになったら、歯科の進歩など願うべくもなく、材料・機材・技術などは何年も逆にさかのぼらないといけないでしょう。

それは無理だろうと考える（僕も含めて）歯科医は現実多いと思います。

何よりそれでは国民みんなのためにならないと思っています。

では、どんなバランスを目指すのか？

闇米を許さないとなるなら、あえて「俺は闇米を売ってるよ！売らせているのは誰だ！」って開き直るか？

なにも言わず、保険医と自費医に分かれて行くのか？

その場合、保険医の治療範囲にはどのくらいの制限が加えられるのか？制限が必要か？

思い切って、歯科は皆保険畑を出て行くのか？

逆にひたすら謝って謝って、もう闇米には手を出さないと誓って全員が保険畑に戻してもらうのか？

いったいどんなバランスが多く国民に支持され、応分の負担を許してもらえるんでしょうね。

この辺りをどれだけたくさんの人に知ってもらえるのか、それを追求しているのが、この《みな歯科》なんでしょうね。

一方、国民皆保険村の村長さんが、いろいろとあの手この手の規制を考え始めましたね。

《適正化》という名のピンはねもちゃんと用意することでしょう。負担の厳しい“年貢”かな？

来年の改正も、もうすでに《早魃》予報が出始めたみたいですし・・・