

2、歯科に新規導入がない理由

1) 歯科医師の反対（前篇）

・皆保険以前

なぜ医科や調剤は自然増しているのに対して、歯科には、自然増がない、つまり新規導入に伴う診療行為が増えない現状のようになってしまったのでしょうか。

それは、歯科医師自身が反対をしてきたからに他ならないからなのですが、その理由を説明するには、健康保険制度が国民皆保険になる前まで遡る必要があります。

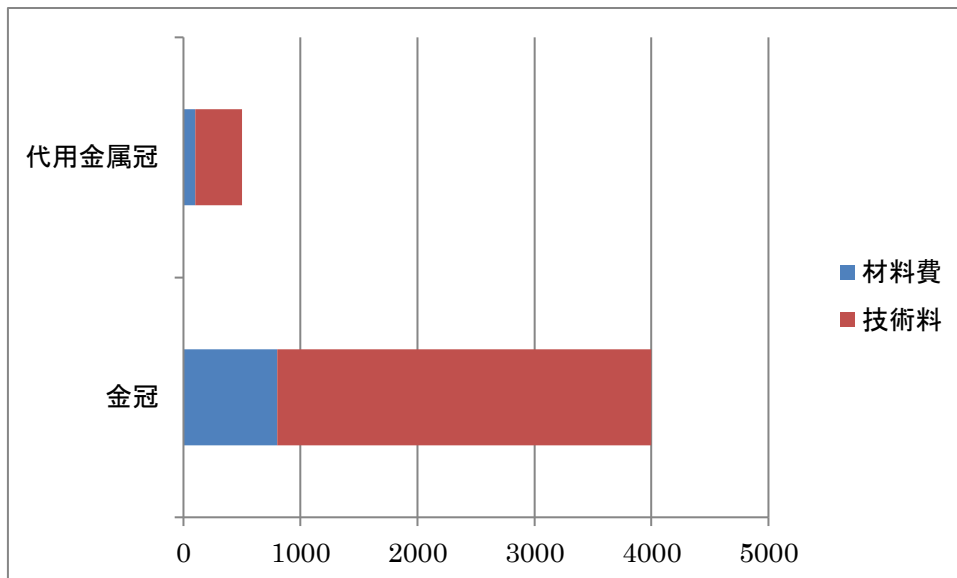
項目	診療内容	料金 (円)
初診料	初診料	五拾円
薬剤料	一 特殊内服薬 (一日分)	五拾円以上
	二 顎服薬 (一回分)	参拾円以上
	三 合剤 (錠、錠、錠)	参拾円以上
注射料	注射料 (皮下、筋肉)	百円以上
治療料	一 普通處置 (一歯、一回)	四拾円以上
	二 抜根管充填	六拾円以上
	三 歯石除去 (上下顎)	六拾円以上
手術料	一 抜歯 (一歯)	貳百円以上
	二 特殊抜歯 (一歯)	貳百円以上
	三 切開手術 (一回)	貳百円以上
充填料	一 セメント充填 (珪酸セメント)	貳百円以上
	二 アルカミ充填 (高)	百五十円以上
	三 インレー充填 (銀合金)	貳百円以上
補綴料	一 總義歯 (上下顎)	五千元以上
	二 特殊床義歯 (一顎)	四千元以上
	三 金冠 (大白歯)	四千元以上
	四 銀合金冠 (小臼歯)	参千元以上
	五 サンプラチナ冠 (一歯)	六百元以上
	六 銀合金冠 (一歯)	五百円以上
	七 金使用	八百円以上
	八 銀合金使用	四百円以上
	九 レジン歯使用	四百円以上
歯列矯正料	歯列矯正料	参千元以上
修理料	修理料	四百円以上

ここに、昭和24年の都内のある区の「報酬規定」(上の写真)があります。金冠(大白歯)・四千元以上、サンプラチナ冠・五百円以上とあります。代用金属冠の治療費と金冠の治療費には大きな「差額」があります。当時の金価格は1g400円程度だったようです。

金冠の材料費を800円、サンプラチナ冠(ニッケルクロム)の材料費を100円と見積もると、技術

料は、金冠が3 2 0 0円、サンプラチナ冠が4 0 0 0円となり、歯科医院の収入が材料の違いによって大きく変わっています。

保険の診療報酬ではなくても、歯科診療の料金体系においては、貴金属の補綴と代用合金の補綴とは大きな技術料「差額」が存在していたのです。皆保険以前の歯科医院は、そんなに忙しくなかったといわれています。そういう状況で、この「差額」は、歯科医院の収入源として大きなものだったに違いありません。言い方を変えると、**歯科医院にとって、「差額」は、なくてはならないものだった**のでしょう。



(材料費以外を便宜的に技術料としている)

さて、国民皆保険が定着する以前の保険の診療報酬は、単価が低く、保険診療を行う医療機関がそれほど多くはなかったようです。

わが国で健康保険法が施行されたのは今から72年前の1927(昭和2)年である。そして国民皆保険が達成されたのは1961(昭和36)年で、その翌年10月に抗生物質の使用基準等が改正され、いわゆる「制限診療の撤廃」と呼ばれた。現在のわが国において保険診療は「当たり前のこと」として受け入れられているが、医療を受ける側にとっても提供する側にとっても「当たり前のこと」になるまでには35年もの年月を要している。

保険診療は当初「制限診療」ととらえられた。とくに1943(昭和18)年に診療報酬点数が公定されたことによって制限色が強まり保険診療は敬遠された。そのうえ、患者側からも市民権を得られず、

保険給付と保険外負担の現状と展望に関する研究報告書（日本医師会総合政策研究機構）

より引用

こういった状況の中、歯科の保険医療機関を増やす方策なのか「通知」が出されます。いわゆる差額徴収の始まりです。

昭和30年8月19日・保発第52号

金合金を使用する補綴の療養上、特に必要ある症例について

〔金冠適応症〕

昭和30年8月19日・保発第52号 厚生省保健局長から各都道府県知事あて

歯科補綴において金合金を使用した場合の特例について

社会保険における歯科補綴における金合金の取扱に関しては、昭和30年8月3日保発第45号「第19回中央社会保険医療協議会の結果について」及び8月19日保発第52号「金合金を使用する補綴の療養上特に必要ある症例について」をもって通知したところであるが、金合金を特に必要とする症例の他は、下

記の用に取計らうとともに、医療担当者がみだりに従うことのないよう監督されたい。

算した額を控除した額を患者から徴収」ということは、この料金表でいえば、5000円－800円＝4200円を患者から徴収することであり、1g600円という材料費を考慮すると、材料差額よりも技術料差額を患者から徴収できる仕組みだったのです。それは、診療報酬を安くしたままで、保険医療機関を増やすための方策だったのかもしれませんが、結果として、**歯科医院にとって、「差額」は、なくてはならないもの**という構図は、全く変わらないまま、歯科診療は保険の診療報酬だけでなく、患者の負担があることが前提で成り立つようになっていくのでした。

・差額徴収の拡大

歯科においては、国民皆保険になっても、差額徴収が拡大されていきます。昭和42年に、中医協の建議に基づき、厚生省の通知が出ます。

昭和42年9月10日・第35回中医協総会「建議書」

昭和42年11月17日・保発第44号 保険局長通知

(差額治療の範囲)

歯科領域における差額徴収の扱いについては、昭和30年8月19日保発第53号をもって通知したところであるが……今般の建議の趣旨に基づき、金合金の他に、白金加金、金属床及びポ

昭和42年11月17日・保発第122号 医療課長通知

(差額治療における患者負担額)

当該金合金、白金加金、金属床及びポーセレンを使用する歯冠修復及び欠損補綴の料金

財源に苦しむ国と収入を増やしたい歯科医療担当者の思惑が一致したのか、この通知によって、歯科の差額徴収の適用範囲が大幅に拡大されることになったのです。当時から医科は、自由診療をなくし、できるだけ保険の適用範囲を増やして、医療を保険診療に一本化するような策をとっていましたが、歯科は、事実上、保険と自由診療の2本立てになっていくのでした。歯科は、この時には既に保険に新しい技術を取り込むということに熱心ではなく、「技術料」は患者から徴収するものだと考えていたのです。当時の歯科医師にとっては、「差額」こそが、**歯科の技術料**だったのでしょう。

ところで、中医協の建議には、

「**歯科材料費**についての差額徴収」

とあり、一方、厚生省の通知には、

「**(慣行料金)** から・・・歯科点数表に定める・・・控除した額」

とあります。

当時の慣行料金と診療報酬にどれだけの差があったのか定かではありませんが、「材料」差額以上に差があったはずで、その結果として、「差額」徴収制度の「差額」の解釈が、医療担当者とそれ以外のひととで違っていました。すなわち、

- ・医療担当者、すなわち歯科医師は、公的な診療報酬と自分達の考える**技術料**との「**差額**」

- ・それ以外のひとは、貴金属と代用合金の**材料**「**差額**」

実は、この差額徴収制度には以下のような大きな問題点が2つありました。（このことについては、6、補綴の見直しで詳述する予定）

1、制度に法的根拠がない

- ・「混合診療」自体が、法律上は存在しない

- ・法律で定めるもの以外は独禁法の対象であるので、健康保険法に定められていない診療については、
価格を公的に決めることはできない。

- ・通知や通達だけで運用することにそもそも無理があった。

2、歯科診療の料金体系が「どんぶり」

- ・「差額」が材料差額なのか、技術料差額なのか曖昧。中医協での建議（材料差額）と厚生省の
通知（慣行料金との差額）に齟齬がある。

- ・皆保険以前の歯科診療の料金の根拠が薄弱。金冠と、代用合金冠の慣行料金には、材料差額
以上の、大きな差があった。

「差額」こそが、**技術料**と考える歯科界、「差額」は**材料費**の差額と考える世間。

問題点を抱えたまま、差額徴収制度は拡大されていったのです。当然の帰結として、歯科診療は、社会問題になっていくのでした。