

### 3、51年通知と自費

#### 1) パラドクス

「がんの手術を受けるひとがいます。

手術後には、抗がん剤を投与したほうがいいのですが、そのひとのがんには、その抗がん剤は、保険の適用外でした。

適用外の薬を使うと、初診から全部保険外になり、費用は、保険の診療報酬に準ずる金額ではなくて、初診からが保険の20倍になるのです。しかも、看護師によると、執刀医は、『保険外なら命がけで手術するけど、保険じゃね』と言っているとか。」

こんなお医者さん、いないですよ。

「虫歯の治療を受けるひとがいます。

治療には、高カラットの金合金を使用したほうがいいのですが、その治療に使う金合金は、保険の適用外でした。

適用外の金属を使うと、歯を削るところから全部保険外になり、費用は、保険の診療報酬に準ずる金額ではなくて、削るところからが保険の20倍になるのです。しかも、受付によると、歯科医は、『保険外なら命がけで治療するけど、保険じゃね』と言っているとか。」

こんな歯医者さん、いないですか？・・・いますよね。

なぜ、医師では考えられないようなことが、歯科医師ではありえるのか。それは、歯科医療費体系にパラドクスがあるからです。

歯科における「自費」というのは、いわゆる「51年通知」によって存在します。

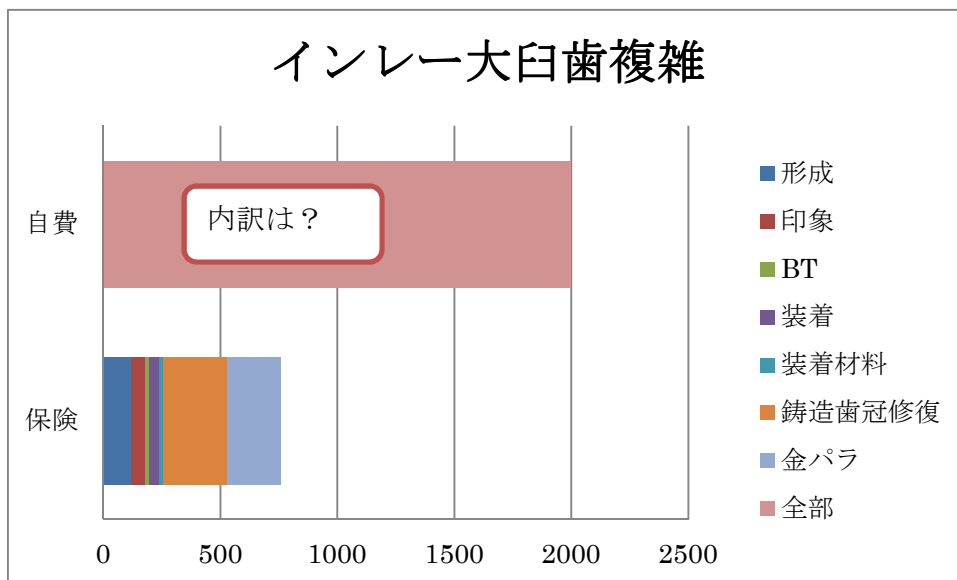
歯科領域の差額徴収の廃止に伴い、保険給付外の材料等による歯冠修復及び欠損補綴は保険給付外の治療となるが、この取扱いについては、当該治療を患者が希望した場合に限り、歯冠修復にあつては歯冠形成（支台築造を含む）以降、欠損補綴にあつては補綴時診断以降を保険給付外の扱いとするものである。

なお、保険医療機関は、当該治療を行った場合は、社会保険に係る歯科診療録の「備考」欄に自費診療へ移行等がその旨判るように記載を行う。

（昭和51・7・29保文発352）（昭和51・11・26保険発115）

この通知は、**歯冠修復**と**欠損補綴**については、混合診療を事実上認めるものになっていま

す。例えば、インレー修復の場合は、「歯冠形成以降を保険給付外」にするとありますので、下図のような構図になります。本来、保険適用だった形成・印象・咬合採得・装着・装着材料・修復物の作成費用が保険給付外になっています。



現在の健康保険制度には、51年通知とは別に、保険外療養費併用制度という条件付きで混合診療を認める制度があります。

「保険診療と保険外診療の併用について」(厚労省のHP)

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryu/heiyou.html>



この保険外療養費併用制度の中の評価療養に「薬事法承認後で保険収載前の医薬品の使用」というものがあります。

#### 10 薬事法に基づく承認を受けた医薬品の投与に関する事項

(1) 薬事法上の承認(同法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定による承認)を受けた者が製造販売した当該承認に係る医薬品のうち、使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成20年厚生労働省告示

第 60 号。以下「薬価基準」という。)に記載されていないものに対する患者のニーズに対応する観点から、薬事法上の承認を受けた医薬品の投与について、当該投与に係る薬剤料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。

(2) 保険外併用療養費の支給額には、薬剤料そのものの費用は含まれないものであること。

(3) 病院又は診療所にあつては、以下の要件を満たすものであること。

ア 当該病院又は診療所に常勤の薬剤師が、2名以上配置されていること。

イ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設(以下「医薬品情報管理室」という。)を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。

ウ 医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。

(4) 薬局にあつては、算定告示別表第三調剤報酬点数表(以下「調剤報酬点数表」という。)

第1節に規定する調剤基本料の注2の規定に基づく届出を行った薬局であつて、(3)の要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方せんに基づき医薬品を投与するものであること。

(5) 薬事法上の承認を受けた日から起算して 90 日以内に行われた投薬について特別の料金を徴収することができるものとする。なお、投薬時点が 90 日以内であれば、服用時点が 91 日目以後になる場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

(6) 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該医薬品の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。

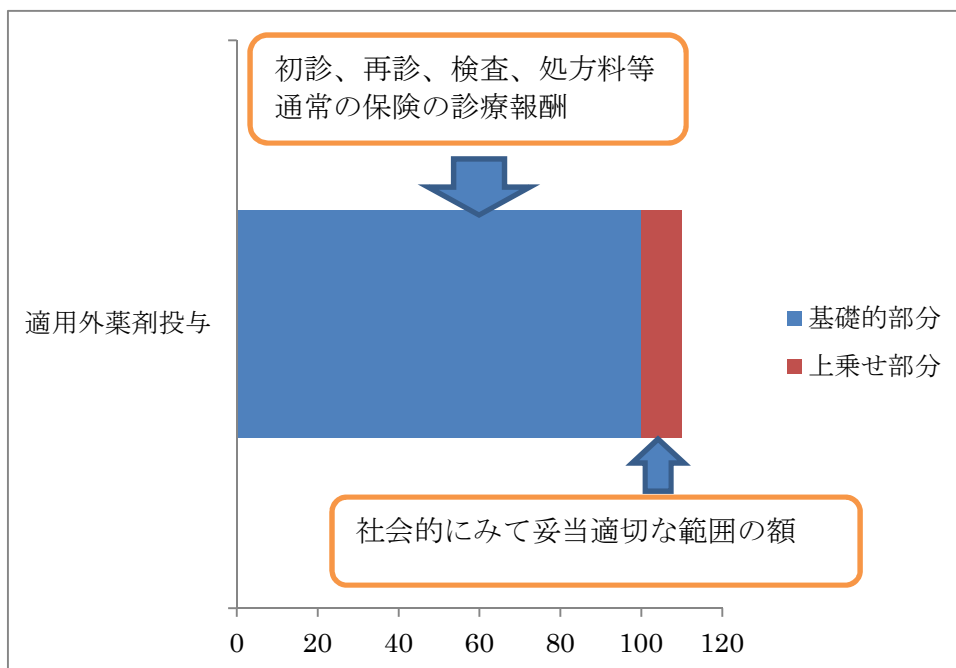
(7) 処方せんを交付する場合であっても、(6)の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方せんを交付する場合は、患者の希望する薬局において当該医薬品の交付が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方せんを交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。

(8) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。

(9) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、[別紙様式9](#)により地方厚生(支)局長にその都度報告するものとする。

[通知]「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「選定療養及び特定療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について  
(平成 18 年 3 月 13 日 厚生労働省通知 保医発第 0313003 号)

この場合は、下図のような構図になります。



初診、再診、検査、処方料等の分は、通常の保険の診療報酬と同様の価格であって、薬剤費だけを「自費」で支払えばいいのです。

一方で、選定療養の中には、金属床総義歯があります。金属床義歯の中の、全部床義歯だけは選定療養の対象になっています。「5 1 年通知」が保険のルールの特例だとすると、全部床だけが例外の特例になっているわけです。

#### 5 金属床による総義歯の提供に関する事項

- (1) 本制度は、有床義歯に係る患者のニーズの動向等を踏まえて創設されたものであること。
- (2) 金属床総義歯とは、義歯床粘膜面の大部分が金属で構成されていて顎粘膜面にその金属が直接接触する形態で、なおかつ金属部分で咬合・咀嚼力の大部分を負担できる構造の総義歯をいうものであること。
- (3) 金属床総義歯を提供する場合は熱可塑性樹脂を用いたものとみなして保険外併用療養費を支給するが、その費用は患者に対し実際に行った再診、顎運動関連検査、補綴時診断、印象採得、仮床試

適、義歯製作(材料料を含む。)、装着及び新製有床義歯管理(1回のみ)に係る所定点数を合計して算出すること。

(4) 金属床総義歯に係る費用については、社会的にみて妥当適切なものでなければならないこと。

(5) 本制度に基づき、金属床総義歯に係る費用を徴収する保険医療機関は、金属床総義歯の概要及び金属床総義歯に係る費用について、あらかじめ院内の見やすい場所に患者にとってわかりやすく掲示しておかなければならないこと。

(6) 本制度が適用されるのは、患者に対して総義歯に関する十分な情報提供がなされ、医療機関との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであること。

(7) 保険医療機関が、保険外併用療養費及び特別の料金からなる金属床総義歯に係る費用等を定めた場合又は変更しようとする場合は、[別紙様式5](#)により地方厚生(支)局長にその都度報告するものとする。

(8) 患者から金属床総義歯に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとする。

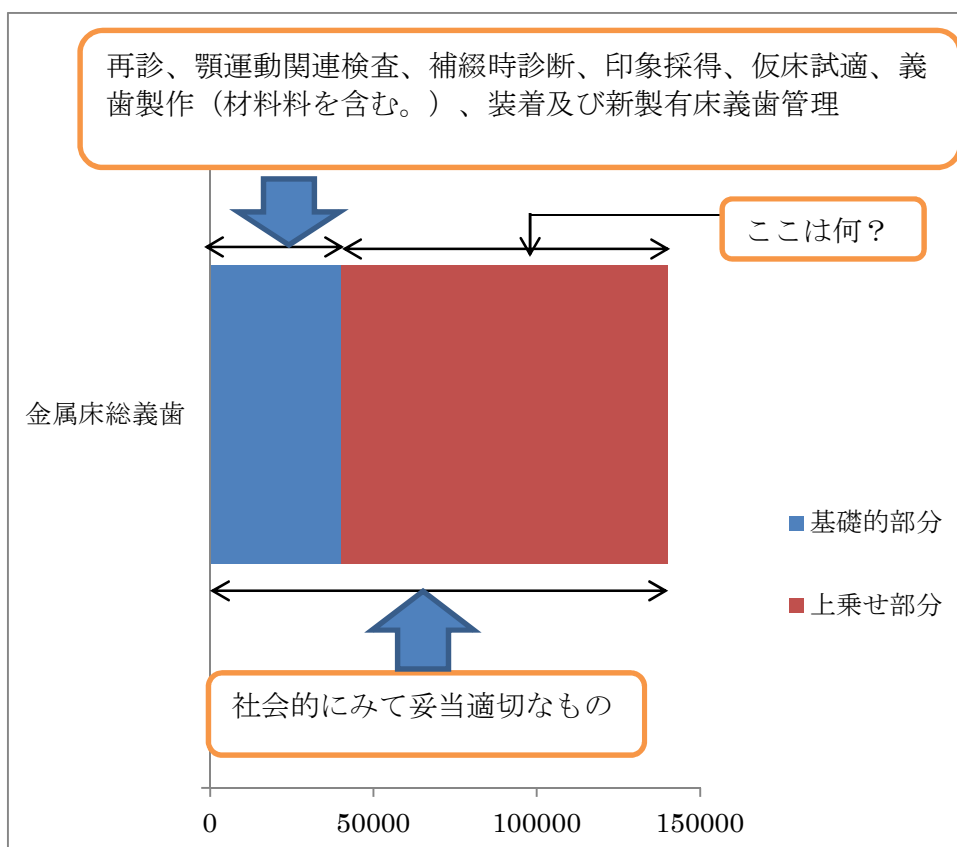
(9) 本制度に基づき、金属床総義歯の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的に金属床総義歯に係る費用を含めた金属床総義歯の実施状況について、地方厚生(支)局長に報告するものとする。

[通知]「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「選定療養及び特定療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について  
(平成 18 年 3 月 13 日 厚生労働省通知 保医発第 0313003 号)

(最終改正:平成 22 年 3 月 26 日 厚生労働省通知 保医発 0326 第 2 号)

---

この場合は、下図のようになります。



全部床の費用についての構造は、かつての差額徴収と全く一緒です。

「社会的にみて妥当適切なもの」から「再診、顎運動関連検査、補綴時診断、印象採得、仮床試適、義歯製作（材料料を含む。）、装着及び新製有床義歯管理」を引いた額が患者の「自費」になるのですが、その「自費」部分はいったいなんの費用かわかりにくいものになっています。前述の「薬事法承認後で保険収載前の医薬品の使用」と「社会的にみて妥当適切な」ものの範囲が全く違うことに注目してください。

医科の評価療養には、「薬事法承認後で保険収載前の医薬品の使用」「薬事法承認後で保険収載前の医療機器の使用」「適応外の医薬品の使用」「適応外の医療機器の使用」等がありますが、どれも「上乗せ部分」は、保険適用になっていない部分だけです。言い換えると「社会的にみて妥当適切な範囲の額」は、全体の額から保険の適用分を引いた額になっています。

一方、歯科の場合は、51年通知にしても、金属床総義歯にしても、「社会的にみて妥当適切なもの」が全体の額になっています。材料差額以外の内訳不明な部分が「上乗せ部分」に入っているのです。

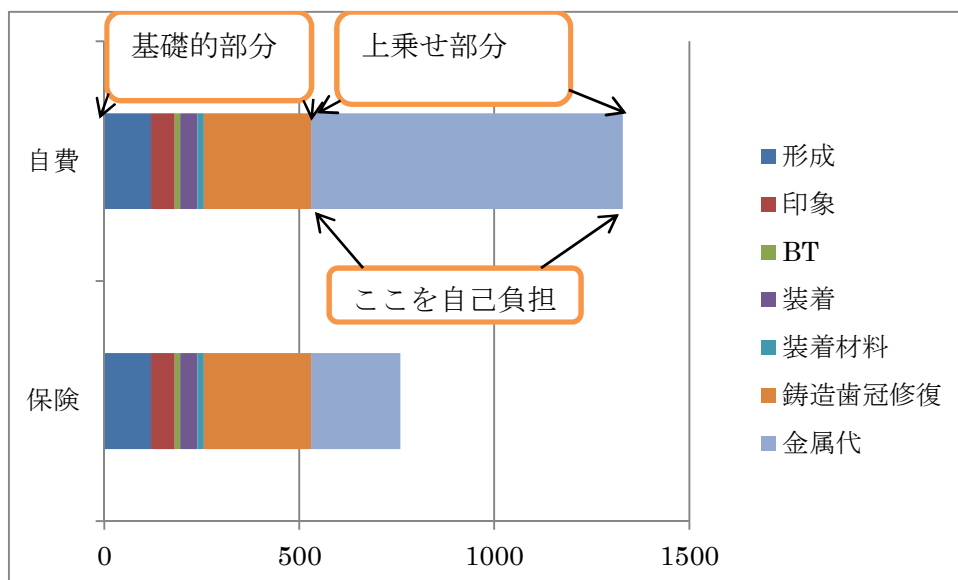
このことが、歯科の医療費制度の最大の祖語であり、パラドクスを生んでいるのです。

（当会HP「歯牙余論」の中の「一物二価」を参照

<http://www.minnanoshika.net/wiki/index.php?cmd=read&page=%BB%F5%B2%E7%CD>

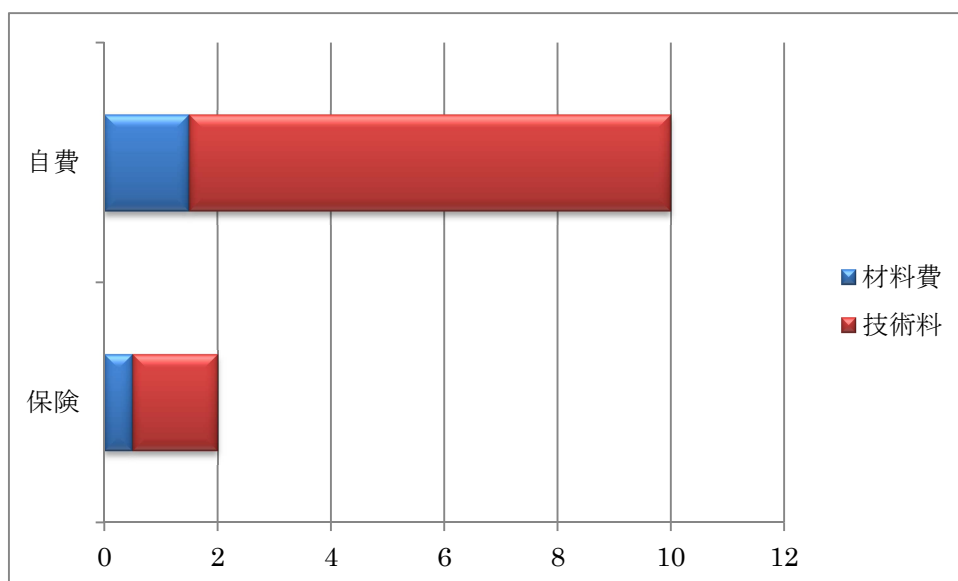
[%BE%CF%C0&word=%B0%EC%CA%AA%C6%F3%B2%C1\)](#)

医科の評価療養と同じ理屈ならインレー修復の場合、下図のようになるはずですが。



形成、印象、B T、装着、装着材料、は点数を個別に決めているのですから、インレーの材料が何であれ、形成、印象、B T、装着、装着材料等は、保険適用だと考えるのが妥当でしょう。つまり、「金パラインレー修復」が保険適用なのではなく、「インレー修復」が保険適用で、金パラが保険適用材料になっているはずなのです。銀合金によるインレー修復も保険適用であることを考えれば至極当然ではないでしょうか。

ところが、現行制度化では下図のような構図になっています。



形成・印象・咬合採得・装着・装着材料等の価格が「保険」と「自費」とで、文字通り桁違いになっていることを論理的に説明することは困難です。

技術が同じであれば、桁違いの技術料を患者が納得するはずがありません。かといって、技術に違いがあるならば、保険は「手を抜いている」ということになってしまいます。

本来ひとつであるものが、ふたつあるという前提が、命題として間違っていて、パラドクスになってしまっているのです。このパラドクスを解消しないと、歯科医療費制度は、整合性のあるものにはなりえないでしょう。

2011/10/17

みんなの歯科ネットワーク

sato with Team T.S.T.