

【基本診療料に関する質問主意書・国会質疑】

質問主意書

質問第一一〇号

歯科の初診料、再診料に関する質問主意書

平成三年二月七日

沓脱タケ子

二

厚生省は-%という限られた改定財源を理由に、歯科診療報酬の初診料・再診料据え置きを合理化してきた。しかし、初診料・再診料を五点ずつ引き上げるのに必要な額は、歯科医療費で約-%であり、今回の改定幅に等しい。もちろん、今回改定ではごく僅かの項目ではあるがスルフォン関連以外の引上げもあり、初診料・再診料を各五点引き上げれば他の項目の引上げは困難となろう。しかし、スルフォン樹脂床義歯の異常とも思われる引上げがなければ、-%の枠内でも基本診療料などの基礎的診療行為の改善を優先できたことは明らかである。日本補綴歯科学会の先の意見書でも「基本となる診療行為の見直しは最優先されるべき」と指摘しており、なぜ、基礎的医療行為の改善を優先しなかったのか、その理由を明らかにされたい。

三

歯科診療報酬点数表では、基本診療料の性格として、医科甲表と同様「初診の際、再診の際及び入院診療の際に行われる診察行為又は入院サービスの費用のほかに、通常初診若しくは再診の際又は入院の際に行われる簡単な診療行為の費用も一括して支払う」(昭和三三年六月三〇日、厚生省告示第一七七号)としている。

診察行為は「患者に対する各種の療養指導、指示行為を包括的に含むもの」(『社会保険医療事務提要』厚生省保険局医療課編)とされている。厚生省は近年インフォームド・コンセントの必要性を強調しているが、これを重視する立場に立つなら基本診療料をそれに見合っ改善すべきである。

また「簡単な診療行為」について歯科では、簡単な検査、投薬の際の処方料、皮下筋肉内及び静脈内注射の注射手技料、消炎、鎮痛を目的とする理学療法料、口腔軟組織の処置、簡単な外科後処置、口角びらの処置、簡単な歯石除去、有床義歯の監視等、日常診療において頻度の高い多数の行為の費用が含まれている。これらの診療行為には当然ながら人件費、治療材料費が必要であり、本来、物価、人件費の上昇に見合っ引き上げられるべきである。医科の甲表では初診時基本診療料は過去六年間に四回合計五〇点、再診時基本診療料は過去四年間に二回合計七点引き上げており、この間歯科のみ据え置いてきたことは不合理な歯科医療軽視といわざるを得ない。

以上の点から、昨年四月改定での歯科の初診料・再診料の据え置きは、合理性を欠いたことは明白である。日本歯科医師会も昨年十一月二九日に、厚生大臣に対し緊急是正の要望を提出しており、緊急是正は歯科界全体の切実な要望である。

従って、早急に歯科診療報酬点数表の初診料・再診料（初診時基本診療料・再診時基本診療料）を、少なくとも医科での引上げと同じく、それぞれ五点ずつ引き上げるべきと考える。この点どうか。

【答弁書】二及び三について

歯科診療報酬については、従来から、中央社会保険医療協議会における議論を踏まえて所要の改定を行ってきており、平成二年四月の改定においては、初診料及び再診料の引上げは行っていないが、欠損補てつ及び歯冠修復等に係る技術料を重点的に引き上げるとともに、在宅歯科医療の推進を図るための在宅患者訪問看護・指導料の拡充等を行ったものである。

また、初診料及び再診料については、医科と歯科とでは、診療の対象となる傷病の性質が異なるため、それぞれの診療行為全体の中での初診行為等の基礎的医療行為の行われ方が異なること等から、それらの点数が異なっているものである。今後とも、歯科診療報酬については、同協議会における議論を踏まえ、適切に対応していきたいと考えている。

質問主意書

質問第三号

国民医療に関する質問主意書

平成五年十一月八日

紀平梯子

九の（１） 歯科診療について

（１） 歯科も医科における眼科・耳鼻科のごとく人体の一部を専門に診療しつつ、常に患者の全身に配慮しているが、診察料は医科に比べて不当に安いと思われる。歯科の初診料・再診料を医科並みに引き上げるべきではないか。

【答弁書】九の（１）について

歯科に係る初診時基本診療料及び再診時基本診療料については、中医協の議論を踏まえ、これまで適切に対処してきたところである。

九の（３）

現在の歯科処置では、タービンに微量の血液が吸引され、これが次の患者に噴射されて肝炎やエイズ感染をひきおこす可能性がある。この防止には器具類の完全消毒が必要だが、そのコストは患者一名当たり約三〇〇円といわれている。歯科医療における安全確保のため、器具消毒料を新設する必要はないか。

一〇 院内感染について

最近、MRSA・エイズなど新しい感染防止策の必要な病原が出現しているが、感染対策としての診療報酬上の規定がないことが、感染防止策の普及を困難にしている。MRSAやエイズなどへの感染防止策を診療報酬で評価すべきと考えるがどうか。

なお、医科と歯科とでは、診療の対象となる傷病の性質が異なるため、それぞれの診療行為全体の中での初診行為等の基礎的医療行為の行われ方が異なること等から、初診時基本診療料及び再診時基本診療料の点数が異なっているものである。

【答弁書】九の（三）及び十について

院内感染に対する予防対策に必要な費用を含め、医療機関の運営に要する費用については、診療報酬上適切に対処しているところである。

なお、後天性免疫不全症候群（エイズ）の病原体又はメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）に感染した者の治療等を行う際に要する特別な院内感染予防に関する費用については、平成五年九月にまとめられた「中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会報告」において診療報酬上の対応について検討する必要があるとされているところであり、今後、中医協の議論を踏まえつつ適切に対処してまいりたい。

質問主意書

質問第三五号

医科・歯科の初診料・再診料に関する質問主意書

平成十二年五月二十三日

櫻井充

現在、医療の現場では、医歯格差が存在するという意見もある。確かに、医科・歯科の初診料・再診料を比較してみると、その傾向が認められる。以下、質問する。

一

医科・歯科の初診料が、一九八五年までは医科よりも歯科の方が高かったのはなぜか。

【答弁書】一について

医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）は、昭和三十三年十月以降平成六年三月までの間は、基本診療料及び特掲診療料から構成される甲表とそのような区分のない乙表に分かれており、同年四月以降は基本診療料及び特掲診療料から構成されている。一方、歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）は、昭和三十三年十月以降現在に至るまで、基本診療料及び特掲診療料から構成されている。

したがって、医科と歯科の初診料を比較する場合、平成六年三月以前は、構成が同じで

ある医科点数表における甲表の初診料を歯科点数表における初診料と比較することが適当であるが、別表に示すとおり、昭和六十年以前においても、前者が後者より高い点数又は同点数となっていたところである。

二

医科・歯科の初診料が、一九八八年以降歯科よりも医科の方が高くなったのはなぜか。

三

一九九〇年以降、医科の初診料・再診料が急激に上昇しているのはなぜか。一方で、歯科の初診料が横ばいとなっているのはなぜか。

四

歯科の再診料が、一貫して医科の半分程度になっているのはなぜか。

【答弁書】二から四までについて

昭和三十三年十月以降の医科点数表における甲表の初診料及び再診料（以下「初再診料」という。）を歯科点数表における初再診料と比較すると、前者がより高い点数又は同点数となっている。これは、経済指標の動向、保険医療機関の状況等を総合的に勘案しつつ設定する改定財源の範囲内で、中央社会保険医療協議会の議論を経て行う診療報酬改定において、医科点数表は、基本的な診療行為を適切に評価する観点から随時初再診料の引上げを行ってきたのに対し、歯科点数表は、歯科診療の特性を考慮し、初再診料よりも歯科固有の技術の評価を重視する観点からの改定を行ってきたためである。

五

二〇〇〇年四月に改定された「歯科初診料」一八六点と「かかりつけ歯科初診料」二七〇点の一物二価の設定は、診療現場に混乱を生じさせ、患者との信頼関係を損ねる恐れがあると考えるが、政府の見解を示されたい。

【答弁書】五について

かかりつけ歯科医初診料は、歯科医師が常時一名以上配置されていること等一定の要件を満たす保険医療機関において、通常の初診に係る行為に加えて、患者の同意を得て、治療内容、治療期間等に関する治療計画を策定し、口腔内写真等を用いて患者に説明した上で文書により情報提供を行う等患者への継続的な歯科医学的管理を行った場合に算定できるものであることから、歯科初診料とかかりつけ歯科医初診料とは一物二価の関係ではなく、保険医療機関に混乱を生じさせることはないと考えている。

質問主意書

質問第二号

歯科用ハンドピースによる院内感染防止策に関する質問主意書

平成十四年十月二十二日提出

石井啓一

エイズ、肝炎等の感染症が大きな社会問題となっている。歯科における感染症対策の一環として、高速エアータービンハンドピース等（いわゆる歯科用ハンドピース）による院内感染防止策としては、社団法人日本歯科医師会が平成九年三月に作成した「一般歯科診療H I V感染予防対策Q & A」を参照するよう指導されているところである。しかし、感染対策に万全を期し不安を払拭するには、更なる対策が必要であると考えている。

そこで、以下質問する。

四

感染予防対策に要する費用について、診療所における保険点数の配慮をはじめ、政府の支援を充実させるべきであると考えているが、政府の見解を示されたい。

【答弁書】四について

歯科診療所において使用する器材、器具等の洗浄、消毒及び滅菌に要する費用については、従来から歯科診療報酬の基本診療料等において総合的に評価してきたところである。また、院内感染防止対策の一環として、病院における自動手指消毒器の整備等を促進するため、院内感染対策施設・設備整備費補助金を交付しているところである。

さらに、感染予防に関する科学的知見の提供や歯科医療関係者感染症予防講習会等の実施により、歯科医療関係者に対する感染予防対策の周知を図っているところであり、今後ともこれらの施策を円滑かつ適切に実施してまいりたい。

質問主意書

質問第八〇号

歯科医療に係る診療報酬点数等に関する質問主意書

平成十八年六月十四日

櫻井充

五

厚生労働省の研究班が平成十七年度に行った「医療安全に関するコスト調査」（主任研究者・今中雄一京都大学教授）では、「歯科の医療安全対策費を『患者一人一回当たり』で見ると（中略）平均値は三百五十円（中略）医科よりも重くなっている。」としている。

一方、感染防止対策費用は「再診料」の中に含まれているというのが、厚生労働省の見解であり、今回の改定ではその再診料が三十八点（三百八十円）に下がってしまい、このわずかな点数の中には、ある病名の診療継続中に罹患した別の病名の診断料などまでも含

まれるとされている。

これによって、歯科医療の安全・感染防止対策は原価割れ（赤字化）の状態に陥っている。政府は、この点数で歯科において医療安全・感染防止対策を適切に行うことが可能であると考えているのか、根拠を示しつつ明確に答えられたい。また、このようなひどい状況を放置・容認するのか。

【答弁書】五について

厚生労働省においては、御指摘の歯科における医療安全・感染防止対策に要する費用を含め、歯科医業経営に必要な費用については、医療経済実態調査の結果を踏まえた中医協における議論を経て、歯科診療報酬において総合的に評価しているところであり、今後とも、賃金及び物価の動向、歯科医療機関の経営状況、保険財政の状況等を踏まえつつ、適切に評価してまいりたい。

質問主意書

質問第七号

歯科医療に係る診療報酬点数等に関する質問主意書

平成十八年十月十一日

櫻井充

七

現在、診療報酬請求を行う際、歯肉縁上のスケーリングは初診料、再診料に含まれてしまい別に算定できない規則となっているが、同様に、初診料、再診料に含まれてしまい別に算定できないものをすべて示されたい。

【答弁書】七について

歯科診療報酬点数表における初診料、再診料等の基本診療料には、消炎又は鎮痛を目的とする理学療法、口腔軟組織の処置、単純な外科後処置、口角びらんの処置等の簡単な診療行為に係る費用が含まれているが、患者の状態等により様々な診療行為が考えられるため、すべてをお示しすることは困難である。

質問主意書

質問第七四号

歯科の診療報酬に関する質問主意書

平成十九年十二月五日

小池晃

近年の診療報酬のマイナス改定は、患者窓口負担の相次ぐ引上げによる受診抑制とあい

まって、医療機関の経営悪化をもたらし、医療従事者の労働強化や医療の質と安全性を低下させるとともに、地域における医療提供体制の崩壊に拍車をかけている。特に歯科診療については、長期間にわたって診療報酬点数が引き上げられない項目が多く一層問題は深刻である。そもそも歯の健康状態を保持することは、全身の健康にも大きな寄与をもたらす、結果的に医療費を低く抑える効果をもたらすことは東北大学の渡邊誠教授や兵庫県保険医協会や香川県などの研究でも明らかになっており、全身の健康保持のためにも、低く抑えられてきた歯科の診療報酬を適切に評価することが求められている。

よって、以下質問する。

一

歯科の診療報酬のうち二十年前と比較して点数が変わっていない項目について明らかにされたい。また、二十年間もの間にわたって引上げが行われていないことは、この間の物価・人件費の伸びなどと比べても、明らかに均衡を欠くのではないかと思われるが、政府の見解を明らかにされたい。

二

長期にわたって改定が据え置かれた項目を始めとして、歯科の診療報酬について適切な診療を確保するための十分な評価が行われるべきと考えるが、政府の見解を明らかにされたい。

【答弁書】一及び二について

現在の歯科診療報酬点数表において、評価される診療行為及び点数の双方が、昭和六十一年四月時点の歯科診療報酬点数表と同じである項目は、検査の部に掲げられているスタディモデル、平行測定（支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合に限る。）、下顎運動描記法（MMG）、チェックバイト検査、ゴシックアーチ描記法及びパントグラフ描記法、画像診断の部に掲げられている写真診断（単純撮影における歯科エックス線撮影のうち、全顎撮影以外の場合に限る。）及び歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織（単純撮影における歯科エックス線撮影のうち、全顎撮影以外の場合に限る。）、処置の部に掲げられている知覚過敏処置、乳幼児齲蝕薬物塗布処置、歯髄切断、根管充填における加圧根管充填の加算、外科後処置、歯周疾患処置、暫間固定（著しく困難なものを除く。）、暫間固定装置修理（簡単なものに限る。）、口唇プロテクター、線副子、床副子（著しく困難なものに限る。）、歯周治療用装置、歯冠修復物又は補綴物の除去（根管ポストを有する鑄造体の除去を除く。）、暫間固定装置の除去、根管異物除去、有床義歯床下粘膜調整処置及びラバー加算、手術の部に掲げられている抜歯手術（乳歯及び難抜歯並びに上顎洞へ陥入した歯牙の除去術に限る。）、ヘミセクション（分割抜歯）、抜歯窩再搔爬手術、歯根嚢胞摘出手術、歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術、外歯瘻手術及び歯肉歯槽粘膜形成手術（歯肉弁側方移動術に限る。）、歯冠修復及び欠損補綴の部に掲げられている印象採得（欠損補綴の単純印象及び副子に限る。）、装着（歯冠修復におけるその他、欠損補綴における口蓋補綴、顎補綴及び副子の装着の場合に限る。）、咬合採得（歯冠修復及び欠損補綴におけるブリッジ（支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合を除く。）に限る。）、鑄造歯冠修復（4分の3冠及び5分の4冠に限る。）、ジャケット冠、硬質レジンジャケット冠、乳歯金属冠、臼歯金属歯、補綴隙、充填物の研磨、有床義歯床裏装（局部義歯にお

ける9歯から11歯までに限る。)、帯冠金属冠修理、金合金鉤修理及び歯冠継続歯修理並びに歯科矯正の部に掲げられている歯科矯正診断料、歯科矯正管理料、模型調製、動的処置、印象採得(マルチブラケット装置に限る。)、咬合採得、装着、撤去、セパレイティング、結紮、床装置、リトラクター、プロトラクター、拡大装置、アクチバトール(FKO)、リンガルアーチ、マルチブラケット装置、保定装置、鉤、帯環、ダイレクトボンドブラケット、フック、弾線、トルキングアーチ、附加装置、矯正用ろう着及び床装置修理である。

厚生労働省としては、歯科診療報酬については、物価、賃金等の動向、歯科医療機関の経営状況、医療保険財政の状況等を総合的に勘案し、中央社会保険医療協議会における議論を踏まえ、必要な項目については重点的に評価するなど、適切に設定しているところであり、今後とも、適切な歯科診療の確保を図るため、中央社会保険医療協議会における議論を踏まえ、適切に設定してまいりたい。

質問主意書

質問第三六三号

歯科医療の向上に関する質問主意書

平成十九年十二月二十七日提出

前原誠司

四

国民医療費に占める歯科診療費の割合は、昭和五十六年(一九八一年)の十一・〇%を極大値として下がり続け、平成十八年(二〇〇六年)には、七・七%にまで下落した(なお差額徴収制度下[昭和三十年~五十一年]においても、十三・〇%が八・六%となっている。最大値は昭和三十四年の十三・二%)。政府はどの程度の数値を適切と考えているのか、政府の見解を問う。

【答弁書】四について

厚生労働省としては、国民医療費に占める歯科診療医療費の割合については、歯科医療に対する国民のニーズに応じて決まるものであると考えており、お尋ねについて一概にお答えすることは困難である。

七

中央社会保険医療協議会が平成十九年六月に実施した「第十六回医療経済実態調査(医療機関等調査)結果速報」によると、一般診療所(個人立・無床)の収支差額が二二五,三万円(月額)であるのに対し、歯科診療所(個人立)の収支差額は一二二,九万円(月額)となっている。等しく人間の生命と健康を扱う医療機関において、約二倍の格差が付いていることを是正すべきだと考えるが、政府の見解を問う。

【答弁書】七について

厚生労働省としては、歯科診療報酬については、物価、賃金等の動向、歯科保険医療機関の経営状況、医療保険財政の状況等を総合的に勘案し、中医協における議論を踏まえて適切に設定しているものと考えている。

十一

平成十九年四月に施行された医療法改正によって、C型肝炎に罹っている患者に対する安全対策など、歯科医師が負うべき義務が増えたにもかかわらず、その行為は、今までの初診料・再診料に含まれ、新たな保険点数として評価されていない。診療報酬に加算させるなど、何らかの新たな対応が必要だと考えるが、政府の見解を問う。

【答弁書】十一について

厚生労働省としては、御指摘の「歯科医師の負うべき義務」を履行するために必要な費用を含め、歯科医業経営に必要な費用については、医療経済実態調査の結果を踏まえた中医協における議論を経て、歯科診療報酬において総合的に評価しているところであり、今後とも、物価、賃金等の動向、歯科保険医療機関の経営状況、医療保険財政の状況等を踏まえつつ、適切に評価してまいりたい。

質問主意書

質問第四四五号

歯科医療の向上に関する質問主意書

平成二十年五月二十九日提出

前原誠司

二

前回質問四に対して、「国民医療費に占める歯科診療医療費の割合については、歯科医療に対する国民のニーズに応じて決まるものであると考えて」いるとの答弁を得たが、国民医療費に占める歯科診療医療費の割合は決して国民のニーズによるものではなく、初診・再診料に象徴される医科・歯科格差によるところが大きく、早急に是正されるべきである。政府の見解を問う。

この点については、第一六八回国会での小池晃参議院議員による「歯科の診療報酬に関する質問主意書」に対して、歯科診療報酬項目のうち、七三項目の算定点数が二十年間据え置かれているとの答弁もあることを書き添えておく。

次に、国民の受診行動が、ニーズ（疾患量）ではなくディマンド（顕在化した医療需要）

に基づいて引き起こされることは自明である。確かに、癌などのシリアスな疾患の場合は、価格変動が発生しても需要には殆ど影響を及ぼさないが、う蝕や歯周疾患に代表される多くの歯科疾患は価格変動により需要が影響を受ける割合が高い、すなわち、歯科医療は家計の所得や景況感に影響を受けやすい。

今後は、ニーズに基づいた施策を充実するにあたっては、ディマンドについても検討すべきであるとする。例えば本事項については、価格弾力性を指標のひとつとして加味することが必要である。政府の見解を問う。

(注) 価格が1%上昇すると販売量がe%落ちるが、そのeを価格弾力性という。

【答弁書】二について

厚生労働省としては、歯科診療報酬については、初診料及び再診料を含め、物価、賃金等の動向、歯科保険医療機関の経営状況、医療保険財政の状況等を総合的に勘案し、中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）における議論を踏まえて適切に設定しているものであり、基本的にこれを大きく変更する必要はないものと考えている。また、我が国の医療保険制度においては、基本的に、患者が必要とする医療のうち、保険給付を行うことが適切であると判断されるものについて保険給付を行っているところである。御指摘の価格弾力性については、必要に応じて中医協において、これを歯科診療報酬の決定過程において考慮することなどが検討されることとなると考えている。

三

質問七に対して、「歯科診療報酬については、物価、賃金等の動向、歯科保険医療機関の経営状況、医療保険財政の状況等を総合的に勘案し、中医協における議論を踏まえて適切に設定している」との答弁を得たが、医療経済実態調査の結果を見ると、個人立無床診療所の収支差額を医科と歯科で比較した場合、最新（平成十九年六月）の調査結果では、歯科は医科の五四．五％であり、この四半世紀にわたり医科の収支差額を大幅に下回っている。従来から報告されているように、例年六月は歯科の受診率が上昇する特異月であり、これを加味すると、我が国における歯科の経済的評価は医科の五割でしかないと断言してよいと思われる。厚生労働省の答弁は、この格差を「適切な設定」によるものとしており、歯科医療を著しく低く評価している。政府の見解を問う。

(注) 土田武史中医協前会長は、会長時代に「歯科はフレキシビリティを失っている」と発言している。長年にわたる歯科医業収入の低迷により、医業経費の切り詰めが繰り返された結果、各々の歯科診療所における医業経費割り当ての自由度が著しく狭められている現状を端的に表した言葉と言える（平成十九年六月に開催された社会歯科学研究会の設立総会）。

【答弁書】三について

厚生労働省としては、二について述べたとおり、歯科診療報酬について、中医協の議

論を踏まえ適切に設定しているものであり、「歯科診療を著しく低く評価している」との御指摘は当たらない。

六

WHO（世界保健機構）の「World Health Report」を見ると、わが国の医療は、低い医療費にもかかわらず、極めて高い評価を得ている。これに関連して、東京医科歯科大学の川渕孝一教授の著書（「歯科医療再生のストラテジー&スーパービジョン」医学情報社）から二つの表を引用したい（別添参照）。この二つの表から言えることは、わが国の歯科医療費が廉価な結果、国民の受診率を高めているとも解釈できるが、その一方で、患者さんと歯科医師、また、他の医療・保健・介護施設と歯科医療機関との間の情報連携が不十分となりがちではないだろうかということである。パターンリズム（父権主義的医療、おまかせ医療）が反省され、個々の患者さんの生活感が重視される現在、わが国の歯科医療費の現状について、政府の見解を問う。

【答弁書】六について

御指摘の別添資料におけるような歯科治療費の国際比較については、制度や社会的背景の違いなどもあり、単純にこれを行うことは困難であるが、厚生労働省としては、必要かつ適切な歯科診療については、基本的に保険給付の対象としているところである。また、御指摘のように歯科医師が患者に対して適切な情報提供を行うことや歯科医師と他の医療関係職種等が情報共有及び連携をすることは、適正な歯科保健医療サービスを提供する上で重要なことであると考えており、例えば、平成二十年度の歯科診療報酬の改定においては、継続的な口腔管理が必要な患者に対し、歯科疾患の管理計画書を作成し、その内容を患者に対して説明を行うことを算定要件とする歯科疾患管理料や、入院中の患者に対し、退院後の患者の在宅医療を担う保険医療機関と連携する歯科医師等が、医師等他の医療関係職種とともに共同して療養上の指導を行うことを算定要件とする退院時共同指導料等を新設したところである。

第101回国会
社会労働委員会 第19号
昭和五十九年六月二十八日（木曜日）
網岡雄

網岡委員

ぜひやってください。次に、今度は医療問題の中でもう一つのあれがあるのでございますが、一つは、薬に重点が置かれているために診療報酬が実態に合わない安い評価になっている。私は、これも日本の医療体制の大きな問題の一つだと思うのでございます。

具体的なことを申し上げますが、例えば入院料は三千百円です。これは非常に安いですね。例えば国民宿舎の宿泊料、四千八百円です。これと比較をいたしますと、三食で看護婦さんがついて、そして三千百円というのはちょっと安過ぎはしないかということを感じます。

それから二つ目は往診料、これは昼間二千円、夜間四千元、JAFのロードサービスは昼間三千円で夜四千元、こういうことございまして、これから比較をいたしましてもこれは問題にならぬ、非常に安い診療報酬じゃないかと思えます。

それから次に、全身マッサージですが、これは三百円ということになっております。普通のマッサージでいきますとこれは安いと思うのですが、普通は二千五百円から三千五百円ということございまして、全身マッサージで三百円というのは、医療とはいえいかにも安いのではないかと思います。どうでしょうか。

それから、初診料が千三百五十円、今は映画を見れば二千元です。ということですからこれまた安いのではないかと。

それから、胃の洗浄は三十分間かかるそうございまして、それで千百円、こういうことございまして。車の洗車はわずか三分で二千五百円、こういうことございまして、その実態からいって、これは局長、大変安過ぎはしないかという気がするわけございまして。

それから、今日の医療がいかに薬に重点を置いているかということの端的なあらわれですけれども、例えば傷をして、傷を手当てをしたと仮定をいたしますと、お医者さんの話を聞きますと、傷口の手当てをして包帯を巻くと処置料百二十円、診察料三百八十円、締めて五百円。そして二つ目のケースは、手当てをして塗り薬を渡すと、これは処置料百二十円、診察料三百八十円、そして若干の調剤料が加わって五百七十円。それから傷口を見るだけで、不思議な話ですが六百五十円もらえる。これは内科加算ということで、加算がついてそういうことになるようございまして。それから、薬を渡すと今度は内科加算された上に調剤料が加わって七百二十円ということになって、薬が伴った方がやはり高い、こういうことになりまして、実際の診療報酬というものが、先ほど例を挙げたように非常に安いということは問題ではないかというふうに思えます。

六月十五日に、厚生省が、技術診療についてこれは見直す、予防とか指導料について技

術料を加味する、こういうことを考えられているようでございますが、歯科医の方のことも言わないとちょっと片手落ちになるといけませんので言っておきますが、金銀パラジウム合金の場合は、これはやはり物に傾いているということでございますが、大臣の御専門ですけれども、技術料がだんだんだんだん五面に包んでいくほど安くなるということなどから見まして、大きな問題があるのではないかと私は思うのでございますが、この点についてどういう処置を今後されようとしているのかという点について、御答弁をいただきましょう。

○吉村政府委員

確かに先生御指摘になりましたような点、個々の技術料をとりますと非常に安い、こういうことに相なって、これが現在の診療報酬についての一つの批判される点でございます。

しかし、私どもが非常に悩みますところは、全体としての医療費というものが非常に高い。確かに医師の収入から考えましても、また所得から申しましても、これはかなり高い水準にございます。国際的に言っても高い水準にある。しかし、今申されましたように、個々の初診料あるいは往診料あるいは歯科の技術の点数、それから入院料等比べますと、確かに日本の場合が低い。そこで、その間にどういうつながりがあるかと聞きますと、個々の点数と全体の医師の収入、あるいは医療機関の収入の高さ、個々の診療行為の評価の低さとの間にどういうつながりがあるのかということを考えますと、それはやはり非常に量をたくさんこなすということが一つと、先ほどから御指摘になっております薬づけ医療みたいなところで、技術料の不足というものをカバーをしておる、この二つではないか、私どもはそう思うわけでございまして、少なくとも今後、現在の点数表を直していく場合には、薬を使えば総体の収入が上がる、そして余り親切な診療をしなくても、患者の数さえこなせば収入が上がる、こういうようなことは少なくとも是正をしていくべきだ、こういうことで、そういう観点から技術料の重視を志向した診療報酬の改正というものを考えていきたい、私どもはそう思っておりますし、現在の中医協におきましてもそういうことを頭に描きながら審議が行われておる状況でございます。私どもそういう方向でひとつ努力をしてみたい、こう思っております。

第102回国会
予算委員会第四分科会 第2号
昭和六十年三月八日（金曜日）
藪仲義彦

○藪仲分科員

ただ、私はこの点は非常に大事だと思いますので申し上げておきますけれども、まじめな先生が今度の点数改正で一番困ったのは、二十六年間にわたって厚生省の指導の中で保険医療というものが確立してまいりまして、その中で、再診時基本診療料という項目を入れるために幾つかの項目が丸められるという形になりました。大臣も御承知のように、歯科治療の中で大きなものは四つ言われております。口唇、口腔粘膜疾患の処置、齲蝕疾患、いわゆる虫歯の治療があります。それから歯周疾患、歯茎の治療がございます。顎骨疾患、いわゆる骨の病気があります。これが四大疾患といいますか、処置、手術を要する場合もございますし、重要な処置でございます。この中で、今度再診時基本診療料というものがセットされることによって口唇、口腔粘膜疾患というものが丸められました。項目の削除ということで消えたわけでございますけれども、この件について私は希望しておきます。

確かに再診時基本診療料を医科の中表に並べるようにするというところでこの再診時基本診療料の考え方を置かれたことはわかりますけれども、大臣も御承知のWHO、世界保健機関の国際疾病分類、ここの中ではっきりこの口唇、口腔粘膜疾患というものが疾病として取り上げられております。また「歯科臨床概論」という本を見ましても、口唇、口腔粘膜疾患というのは一つの病気として挙げられております。歯科衛生士が衛生士としての勉強をする教本の中にも重要な項目として載っておるわけでございます。ですから、項目の削除になっておりますけれども、今後国民がこういう治療を受けられるためにもやはり重要な処置として、悪いことを言えば点数に入っていないからやらないよということは絶対許されない行為でございますが、我々国民の側、患者の側からいいますと、重要な処置は初診時も再診時もきちっとやっていただくというようなことをこの青本の改定するときには載せていただきたい、こう思います。局長、簡単にお答えください。

○幸田政府委員

今回の再診時基本診療料の新設に伴いまして口腔単位の処置等は包括をするということで今御指摘のようなことをやったわけでございますが、お話しがありました点については今後十分に検討をいたしたいと思っております。

第136回国会
厚生委員会 第1号
平成八年二月二十九日（木曜日）
大口善徳

○大口分科員

次に、歯科と医科の初診料あるいは再診料、この初診、再診の点数、この格差についてお伺いをしたいと思うのです。

これはもう前々から言われていることでございます。例えば、昭和六十一年の医科と歯科の初診料の差というのは三十五点、平成六年の医科と歯科の初診料の差は五十一、平成八年の医科と歯科の初診料の差は七十五点と年々格差が拡大をされている。また、昭和六十一年と平成八年、これを比較いたしましたときに、医科の初診料は百九十五から二百五十と二八%の伸び、ところが、歯科につきましては、初診料が百六十から百七十五と九・三%の伸びにすぎない。また、再診料につきましては、歯科は医科の約二分の一になっているわけです。

この医科と歯科の初診料の格差、これは過去からずっとそうなのかといいますと、昭和三十三年から三十九年、昭和五十年から五十九年は格差がなかった、こういうことございますので、なぜこういう格差があるのか、この理由についてお伺いしたいと思います。

○岡光政府委員

先生御存じのとおり、点数評価というのは、それぞれの分野におきましての傷病の性質とかあるいは診療行為の内容、そういったものに対応しているわけでございまして、医科、歯科の傷病の性質なり診療行為の内容が違ってございまして、結果として初診料なり再診料に差が出ておるといふ状況だといふふうに理解をしております。

その点数の性格は、要するに財源を配分するいわば配分係数という性格を大きく持っているわけでございまして、そういうことで、医科、歯科のそれぞれの分野における診療行為全体の姿に影響をしておる、影響を受けておるといふふうに考えておるわけでございませぬ。したがって、共通する技術につきましては基本的には同一の評価を行うということで、例えば手術などにつきましては、医科、歯科共通の行為につきましては同一の評価をする、こういう対応をしているわけでございます。

○大口分科員

そこで、その診療行為というものを比較してみますと、平成元年四月十七日にH I V医療機関内感染予防対策指針、これが出ておるわけでございます。そこで、「観血的な処置を行う頻度が高い。」「歯科医師をはじめ歯科診療従事者は、常に適切な感染予防対策を行う必要がある。」こういうことで、H I Vの機関内感染予防というものも加わってきております。

そういうことで内科と比較をしてみますと、内科については、問診だけであるというこ

とで常に感染予防対策はとっていない。また、内科の場合は、カルテの記入を歯科医師のように常に手袋をとって手を洗淨してからしなければならないわけではない。それに対して歯科の方は、手袋をとって手を洗淨してカルテを記入する。

それから、歯科医師の場合はすべての処置にグローブを着用しているのに対して、内科はすべての処置にしていない。それから、エプロン、コップ、手袋等の器材はディスポザブルが多く、これらの感染性廃棄物の処分費用等も自己負担だ。このグローブとかエプロン、コップ、手袋等の単価を聞いてみますと、合わせますと百三十二円五十五銭、それに感染性廃棄物の処分費用、これも入ってくる。そういうことあるいはカルテの記入の手間等々考えますと、内科と比べて格差を設けるといことはおかしいのではないか、こういうふうに私は考えるわけです。

そういうことで格差の是正を早急にすべきだ、こう私は考えますが、いかがでございましょう。

○岡光政府委員

御指摘のありました感染防止策は本当に大切なことだと思っております。

もうこれは先生十分御承知ですが、歯科の世界の初診料は、実は昭和六十一年、六十三年、それから平成二年の改定ではずっと百六十点で据え置かれておりました、平成四年の改定で百七十点になりまして、平成八年の改定で百七十五点というふうに推移をしているわけでございます。御指摘のありました感染防止対策の重要性をも勘案をしまして、今回の改定では、初診料引き上げという方向の部分に財源配分をしたつもりでございます。

しかし、それは初診料の経緯でございまして、やはり総合的に感染防止策については考えなければいけない、こんなふうに考えておりますので、初診料の動きとあわせまして特別の配慮が必要ではないだろうかということでございます。

そういう意味で、初診料の格差是正というのも従来からの課題でございますが、あわせまして感染防止という方向からも対応が必要である。その辺を今後どういうふうに取り運んでいったらいいか、よくよく関係の審議会等におきまして、また関係の医療団体の御意見も聞きながら考えていきたいと思っております。

第145回国会
厚生委員会 第9号
平成十一年五月十八日（火曜日）
吉田幸弘

○吉田（幸）委員

前も似たようなお話をいただいたのですが、この診療報酬という部分について、ちょうど私が大学に入ったときぐらいです、八〇年代、医科と歯科の差が極めて大きなものになってきております。ですから、私が大学へ入って、それこそ、今は歯科医師をしておりますが、歯医者にはよくない、どんどんその評価というものが医科と差がついてくるんだ、こんな教育を受けたわけです。教育問題を今論じるわけではないのですが、そのことを学ぼうとしている人たちに将来真っ暗だなんて言われたら、やる方もやる方だし、その中で少しはどうにかならないかということで今回も質問をさせていただいております。

例えば歯科の特性云々と、これはきょう出席されている先生方は御存じかどうかわからないのですが、初診料は医科と歯科で違うのですね。同じ医者で、再診料も違う。こういうものに関しても同じにするべきで、歯科医療というのは、先ほどから何度も述べさせていただいているように全身的にも影響する、お年寄りにも、介護の問題でも極めて重要な医療の分野であるということが認識されているまた認識されつつある中で、やはりそういうものから改善をしていただきたいなというふうに意見として述べさせていただきます。

診療報酬の問題、この改定率の改定方法についてお伺いをしたいと思います。それと、薬価の見直しなどの医療の効率化で生じた財源を、よりよい医療を提供するために医科と歯科の方に適正に配分をするべきだ。また、先ほど申し上げたように、歯科医療というのは最近頭打ちをしている。診療所の経営状態というのも医科の診療所に比べて余り芳しくない状態だ、こういうような現状を踏まえて、財源の配分というのは必要だと思います。

そういう話をすると、歯医者さんは高い差し歯があるからいいとか、要は自費診療があるからというようなことでちょっとは我慢しろというようなことはよく聞きました。ところが、日本全体が余り経済状況もよくない、また、だれもかれもそういう高い歯科治療を受けられるという状態じゃないわけですから、社会保障というものの考えの中においてはそれを外して考えるべきではないか。

現実、自費診療なんてそうそうあるものではありません。これは都内とか、私の名古屋市内、名古屋市内であっても中心街じゃないとなかなかそういう高額な治療費というのを払っていただけるような患者さんというのはいりません。ですから、保険の範囲内で適正な配分をしていただけないだろうか。このことについて今後どのように対応していただけるのか、お伺いをしたいと思います。

○羽毛田政府委員

診療報酬改定率につきましては、これまで、医療機関の収入と人件費、物件費など諸費用の総合的なバランスを勘案して改定をするということでやってまいりました。そのこと

の結果として、かつての改定率でいえば、歯科が高かったこともございますし、また医科が高くなってきたこともございますが、直近の平成十年改定におきましては、医科、歯科とも一・五%の引き上げということを行ったわけであります。

診療報酬改定のあり方につきましては、その中でどこに重点を置いていくかというところもあると思いますけれども、先ほどのように、確かに、初診料、再診料というところだけを取り出しますと医科と歯科との間で差があるということはそのとおりでございますけれども、それは、今まで歯科につきましての改定の力の入れどころというものを多少そのほかの技術料の部分に力を入れてきたというところもありまして、そうなおるわけです。

いずれにしましても、今後、医療の質の向上でありますとか、あるいは給付と負担の均衡の確保、医療資源の効率的な配分といったような総合的な観点での検討が必要でございますので、先ほどもお答えをさせていただきました中央社会保険医療協議会における御議論、その前提として、先ほどのように、医療機関、歯科医療機関の経営実態ということを知るための医療経済実態調査というようなものを実施しまして、こういった結果を踏まえて検討をしてみたいというふうに考えております。

○吉田（幸）委員

前回は一・五、一・五ということで、私自身もこれは承知しています。今回もそれに準じた——この一・五というのは数字的には高くはないにしても、医科、歯科の評価に関しては同じ率だということは私自身も評価はいたしております。

いずれにしても、歯というのは非常に、歯だけの話ではとどまりません。それこそ健康、体のことを考えると、口腔内を管理すること、うまく歯を磨いたり歯を残すということは想像以上に全身にかかわってきますので、私はこのことを言い続けて、皆様方に健康になっていただきたい、この一心で質問させていただきました。

いずれにしても、今後、歯科業界の皆様方は介護の問題においても前向きに取り組もうという姿勢はあります。ですので、今御答弁いただいた内容をしっかり実行いただいて、業界としても一生懸命やっていくということで、今回質問を終わらせていただきます。

どうもありがとうございました。

第 145 国会
参議院 国民福祉委員会 13 号
平成 11 年 07 月 27 日
中原爽

○中原爽君

先般、五月十八日に衆議院の方の厚生委員会で吉田幸弘衆議院議員が医科と歯科の診療報酬の改定率の差異、それから医科と歯科の初診料、再診料の差について質問をされておりまして、そのことについて歯科領域の立場から確認をさせていただこうと思っております。吉田幸弘衆議院議員は歯科医師でございますので、そういうお立場での御質問をなすったわけでありまして、それで、その質問に対する政府委員のお答えは大体概略次のようございました。

かつての改定率でいえば歯科が高かったこともある、また医科が高くなったこともある、直近の平成十年の改定においては医科、歯科ともに改定率は一・五％であった、こういう御回答でありまして、これが一つ。

それからもう一点は、初診料と再診料というところだけを取り上げて目を通しますと、医科と歯科の間では確かに差があるということはそのとおりであるけれども、それは今まで歯科の領域が改定の点数配分について、歯科特有の補綴、要するに義歯、入れ歯の領域に技術料の部分振り分けて、初診料の方には点数を配分されなかったというようなお答えがあったわけでありまして、そのことについて確認だけとらせていただこうと思っております。

お手元の資料 1 でありますけれども、昭和四十二年からの医科と歯科の診療報酬改定率のパーセントの比較であります。

昭和四十二年から五十三年までは確かに歯科の診療報酬改定率の方が上でありました。たまたま四十七年二月は一三・七ということで同じ比率でありました。しかし、線引きをしておりますが、昭和五十六年以降は逆転をいたしまして、はるかに医科の改定率の方が高いという状況が続いております。先ほどお答えがありました平成十年四月は一・五、一・五ということで同率になっているということでもあります。このことを言葉でお答えをいただきますと先ほどのようなお答えになるわけでありまして。

問題は、四十二年から五十三年までは歯科の改定率が高かったわけでありまして、五十六年から逆転をしたということでありまして、何でこういうふうになったかということ吉田衆議院議員はお尋ねになったのであろうというふうに思っているわけでありまして。

明らかに五十三年と五十六年の間で差が出たということでもありますので、診療報酬改定についての改定の仕方がここで変わったのであろうというふうに思っております。この点についてお尋ねしたいと思います。いかがでございましょうか。

○政府委員（羽毛田信吾君）

診療報酬の改定率につきましては、今、先生御提示のございました資料のような経過をたどってきたことは御指摘のとおりでございます。

これにつきましては、これまで診療報酬の改定率は、医科あるいは歯科につきましても同様に、医療機関の収入あるいは人件費、物件費などの諸費用の総合的なバランスという形の中で医療経済の実態調査などもしながら決めていく、その時々で大分やり方等についてもいろいろございますけれども、基本的にはそういった医療機関の収入と費用との総合的なバランスを見るという中で今日まで来たということでございます。

そうした中で、御指摘のような形で五十六年以降しばらくは改定率だけを見ますと医科の方が歯科よりも上がっているような状況が続き、それが平成十年には医科と歯科、同率の一・五%の引き上げということになったということでございます。それぞれについて特段にこれはこういうことであったから低くしたんだということではなくて、総合的なバランスの中でその時々で決めてまいったということの結果だというふうに承知をいたしております。

○中原爽君

今お話しいただきましたのは五月にお答えになりました内容と大差はないわけでございます。

どうして五十三年と五十六年の間でこういうふうにバランスが逆転したかということについては、恐らく五十六年の時代に第二次臨時行政調査会からの御意見がございまして、医療財源が枯渇をしてきた、そのために薬価を引き下げて、浮いております薬価を引き下げた分の経費を技術料に配分するという形が行われたようであります。したがって、薬を使う率の多い医科は技術料の上乗せ分が多くなった、しかし薬をほとんど使わない歯科については薬に基づいた医療財源の配分がほとんどなかった、そういう状態のために五十六年以降こういう格差がついたということであろうと思います。

それと、平成十年については同じく一・五、一・五という御指摘でありますけれども、このときは御承知のように中医協の場で実態調査の結果に基づいて厚生大臣に中医協からの改定を要するという答申が出ないままで年が明けました。そして、当時の与党三党の政調会のところでこの一・五という人件費と物件費を出すということが決められたわけがあります。まことに異例の決め方であります。この一・五の財源というのは当時千三十億円であります。それは、薬の差から、引き下げた分から財源を出したということではありません。全く別のところから厚生省としてこの一・五%の財源をお出しになったということでありまして、それで技術配分をすれば両者一・五になった、こういう経過であろうと思います。

それから、資料2でございますけれども、ただいま私が申し上げましたように医科と歯科の技術と薬の薬剤料の差であります。医科は薬を三%ほど使っておられる、我々歯科は一・二八%しか薬を使っておりません。ということは、歯科の疾患というのは薬を飲んで治るような疾患ではないわけでありまして、点滴をしたから抜けた歯が生えてくるということはないわけでありまして、薬を飲んだから虫歯の穴がふさがってくる、そういうこ

ともないわけでありまして。したがって、医科と歯科の薬の使い方というのはこれだけ格差があるわけがございます。したがって、三〇%の上に乗っている医療財源あるいは一・二八%に乗っている医療財源を技術料に振り分けるということであれば、確かに歯科は損をするということになるわけでありまして。それを申し上げたいと思っておりました。

それで、今回、平成十二年度を目途に医療制度あるいは医療提供体制を改革するんだということが言われておりますが、平成九年当時の与党協の意見書では、新しい診療体系の構築については技術、物、ホスピタルフィーの評価をする、こういうふうにおっしゃっておられる。また、同じ平成九年の八月に厚生省も意見書を出されておまして、技術、物及び施設管理費用を明確に区分した評価体系の構築を提唱する、こういうふうに言っておられるわけでありまして。

それから、ことしの一月になりまして、医療保険福祉審議会の制度企画部会からはこういう意見書、作業部会の報告が出ております。薬や治療材料の物の評価と医療に係る技術評価の間に不均衡が生じている、これを是正しろ、こういうことでありまして。薬や治療材料の物の評価と技術の医療に係る技術の評価を明確に区分してそれぞれきちっと評価をするんだ、こうおっしゃっておられるわけでありまして。こういう考え方でいけば、薬を使わない領域の部分とそれに対応した技術の部分ということで、当然医科と歯科の技術に対する考え方が違うということをお願いしたいと思います。

それから、資料3でありますけれども、これが吉田代議士がお尋ねになりました初診と再診の差異であります。ごらんいただきますと、特に初診料については、五十一年、医科が九十点、歯科が九十点でありまして、この時代から昭和五十九年までずっと同じ点数でありました。しかし、昭和六十年以降は大差がつくという状況が続いているわけでありまして。私は、特に今回初診料で申し上げたいんですけれども、歯科が初診料に重点的な点数をつけないで、補綴すなわち義歯の領域に点数をつけたために結果的にこういうふうになったというふうにおっしゃっているわけです。しかし、先ほど来ごらんいただいておりますように、昭和五十六年以降、医科に比べて総枠の歯科の点数配分が少なくなったということ踏まえて、歯科の場合には医科と同じような形の初診料の点数を持ち上げられなかったという結果がこういう状況になっているというふうに理解をしているわけでありまして。

再診料については、それぞれその頻度によりまして診療科によって大差があるわけでありまして。全体的に申し上げますと、歯科の場合には医科に比べて再診の頻度は三倍ぐらい高いわけでありまして。したがって、同じ点数をつけようということを考えますと、医科に比べて三倍の医療財源を要する、こういうことでありまして、この点についても医科と歯科と同じような再診料の形はなかなかとれないということでございます。

こういう考え方でよろしいかどうか、お尋ねをしておきたいと思っております。

○政府委員（羽毛田信吾君）

初診料、再診料等の診療報酬の中身にわたってのお尋ねでございます。

今までの経過で申し上げますと、先生もお引きをいただきましたけれども、今までの経

過の中で改定の中身としてどこに重点を置いていくかというときに、初診料、再診料については、今までは歯科領域についてはどちらかというと他の技術料配分に重点を置いてきたということもあってこんなお挙げをいただいた資料のような状況になってきたものというふうに思っております。

しかし、いずれにいたしましても、歯科も含めまして、診療報酬改定のあり方につきましては医療保険の抜本改正の課題の一つでございます。その中で、いわゆる技術の評価重視あるいは歯科についていえば、歯科の特性をどう配慮していくかということは抜本改正の中においても大きな課題だというふうに挙げられております。

したがって、今、具体論としては中央社会保険医療協議会での御議論が出ておりますので、そうした中で全体の医療の質の向上、給付と負担の均衡の確保あるいは医療資源の効率的な配分といったような観点も含めまして総合的な検討をしていただく。また、その前提として目下医療経済実態調査を実施中でございますから、この結果をも踏まえまして、そういった中でそれぞれの医療経済がどういうふうになっているかということをも踏まえて最終的に結論を出していくことになろうかというふうに思います。

○中原爽君

ただいまお答えをいただきましたとおり、先ほど来から申し上げておりますけれども、平成十二年度を目途に医療保険制度並びに提供体制について抜本改正が行われるわけでありますので、私が今申し上げたこと、すなわち医科の領域と歯科の領域というものがそれぞれ担当しております疾患形態に対しまして対応の仕方が違うということを十分に今後お考えの上で改革を進めていただきたいということをお願いいたしまして、質問を終わります。

ありがとうございました。

第164回国会
予算委員会第五分科会
第2号 平成18年3月1日(水曜日)
藤田幹雄

○藤田分科員

それでは次に、歯科の問題に移らせていただきたいと思います。

医科と歯科の格差というのが昨今非常に問題になっておりまして、昨年の実態調査によりますと、所得が医科一に対して歯科が〇・五、総医療費に関しましても、歯科は医科の八%にしかすぎないということになっております。そして、今回の改定におきましても、歯科の引き下げ項目が非常に多いという御指摘を地元で受けております。経営の合理化、職員の削減といった手段をとっても、なお多くの歯科医院は経営が非常に困難に陥っているということがございます。そして、初診料という点で見ましても、点数制度で医科が二百七十点、歯科が百八十点という格差がございます。それから再診料においても、医科が七十一點、それに対して歯科が三十八点という極めて大きい格差がございます。

そんな中で、一つお伺いしたいのですが、医科と歯科の初診料、再診料のこういった格差の問題、これはどのような理由でこのようなことになっているのか、そして、増加していない歯科医療費というものをさらに削減しなければならない、その辺の理由についてお聞かせいただきたいと思います。

○水田政府参考人

医科と歯科の診療報酬上の評価の点でございますけれども、根本的には、その診療の対象となります傷病の性質、診療行為の内容が異なるということで、それぞれの特性を踏まえて、出発点といたしましても、別個の点数表、医科、歯科別に定められているわけがございます。

それぞれの医療特性の違いの中で、初診、再診に点数の違いがあるのは具体的になぜかということがございますけれども、歯科の場合には、医科に比べまして、歯を削ることでありますとか、抜歯でありますとか、義歯等の小さな外科手術を行うことが多いということから、技術料を重視した点数体系となっているということもございます。今までの改定におきまして、初再診などの基本診療料よりも技術料に点数を多く配分しているということが実態としてございます。

それから、もう一点、今回の改定でマイナス改定、歯科にもあったじゃないかということでございますけれども、全体といたしまして、賃金それから物価の動向などの経済動向、あるいは医療経済実態調査の結果等を踏まえまして、診療報酬本体でマイナス一・三六%、こういうマイナス改定があったわけがございます。それぞれ、技術料の分もございまして、各科別の改定率ということで見ますと、医科一・五〇、歯科一・五〇、調剤〇・六〇でございます。バランスを見ながら、先ほど申し上げましたような医療経済実態調査の結果も踏まえながら、こういった痛みを分かち合っていただく、このような形になったと

ころでございます。

○藤田分科員

ありがとうございます。

ただ、一律で一・五%削減ということで、医科と歯科の間には診療報酬、医療費そのものも大変大きな格差があるわけでございますが、その中で一律で本当にいいのかという声が歯科の方から多く聞こえているわけでございます。

この辺のところを、今後の方策も踏まえまして、今後、医科と歯科というものが同じような診療報酬制度で進んでいくものなのか、あるいは、歯科の方の立場から申し上げますと、やはり医科に比べて点数制度も、技術料に偏っているとはいえ非常に厳しい。それから、歯科医療費も全然最近では増加をする傾向がないという厳しい状況の中で、医科と同じというのは余り納得できないという御意見がございます。今後の方針も踏まえまして、その辺をどういうふうにお考えかをお聞かせいただきたいと思います。

○水田政府参考人

大変難しいお問い合わせでございますが、この診療報酬改定率につきましては、いろいろ議論がございましたけれども、政府の予算編成過程で決めるということでございまして、最終的には閣僚折衝で、全体のマイナス幅のみならず各科別の改定率、これにつきましても決められたところでございまして、先ほど申し述べましたように、それぞれの診療報酬におきます技術料の割合とかそういったものを勘案しながら、当然ながら全体バランスよく決定をされるように、私どもとしても実態をよく見てまいりたい、このように思っております。

