

## 第1回口頭弁論意見陳述書

### レセプトオンライン請求義務化撤回訴訟原告団原告 藤田倫成

私は入院医療を行っていないので、一般には「町医者」と呼ばれる小児科の開業医、正確に言うと「無床診療所」の診療所長です。現在の場所で父が開業したのが昭和32年ですから、通算で50年を超えています。従業員は居らず、私、医師独りで診療も事務も調剤も全部こなしています。

これは、地域に密着し患者さんの家庭との信頼を維持し、罹りつけの患者さんについては、例え朝4時であっても居れば診ていますし、保育園に通う共働きの親御さんの場合には、朝7時前に電話を貰って、7時半には病児保育の申込票を作って送り出すといった、従業員が居ないからこそ出来る、小回りの利く医療提供体制なのです。或る意味、昭和30～40年代の町医者を引きずっているとも言えます。

勿論、患者さんの総数が少ないという事は、収益が少ないという事でもあります。しかし、多数の患者さんを診られないと云う事ではなく、例えば1日の受診者数が百人を超える様な状況で、休日も時間外も診療をしていたら、とても私の躯が持ちません。私は、患者の要望にできるだけ対応できる医療を目指す意味で、今の方式で医療を行っています。

私は現在手書きの紙レセプトを提出していますが、それで何の不都合もなく、レセプト・コンピュータ、略してレセコンと言われる事務機の試用版や展示会等へ行って触ってみた事も有るのですが、これによって業務が楽になるかと問われれば、導入の費用を別にしても、むしろ操作の時間分だけ手間が増えると言わざるを得ず、私の様な弱小零細開業医にとっては、オンライン化以前に、レセコンの導入そのものがデメリットになります。

ゼロから手書きの医療機関がレセコンを導入するとなると、厚生労働省のHPを見ても、約300万円の初期導入費用と、その他に維持のための費用、回線接続費や暗号鍵の費用、機器のレンタル・保守の為の費用等が人件費の他にも「毎月」発生します。

皆保険制度において医療保険を使わないで医療機関を維持することは困難です。レセプトオンライン請求義務化期限が来て、オンライン請求を行わなければ診療報酬を支払わないと厚生労働省は言っています。つまり、保険医としての開業医を廃業するか、どこかの勤務医となるか、リタイアするか、他の職種に転職するより他の選択肢は有り得ません。

医科の場合、困窮している現状が歯科ほど一般には知られていないのですが、中医協の資料で、個人立無床診療所の収支差額・階級別・度数分布をみると、最頻値は赤字であり、次いで五十万以上百万円未満が多いとの調査結果もあります。

こういった経済状況の医療機関に対し、レセプトのオンライン義務化は、年収300万円以下の医療機関に、300万円以上の初期投資と、その上、毎月の人件費も含む維持費を捻出せよと強要されている事に他なりません。

また、一つの例なのですが、無線LANの暗号化・・・WEPと云うのですが・・・のプロセスは既に解読されていて、電波の届く範囲に無線LANの付いたノートコンピュータを持ち込めば、盗聴と言うか、無線を傍受して、想像するよりも遥かに短い時間で暗号を解読されてしまうのが現実なのですが、一般的なコンピュータを扱える知識が有るとさ

れる方で、そう云った危険性が十分に知られているとはとても言えません。こういった危険性については他にも沢山有り、今年初めに米国をはじめ、日本の官公庁のサーバーが不正アクセスを受けて停止した実例も有ります。こういう環境でのレセプトのオンライン化は、とても怖くて出来ないのです。

私もコンピュータは長年使っていて、それなりに深い所まで使いますし、自らプログラムも書けば、技術誌に投稿もしたりもするのですが、知っているからこそ余計に怖くて、センシティブな医療情報についての完全なオンライン化はとても出来ません。従って私は未だに手書きの紙レセプトですし、手書きを堅持する立場を取っています。

こういった情報漏洩の対策や機器の維持管理等の費用も、当然医療機関の持ち出しになりますし、単なるウィルス対策に止まらず、ネットワーク経由での外部からの攻撃に対して、絶えず侵入を監視していて手動で回線を切断する様な対処と云った事も含めて、基金等のオンラインでの到達先が受け取るまでの伝送路は医療機関の責任になりますから、パソコン等の機器・インターネットも含めたシステムについて、最新の全てを知っていなければなりません。

但し、従業員の居られる所、特にIT関係に専従の、システムエンジニア（SE）クラスの方がおられれば、そういった職員に任せれば良いのでしょうけれども、弱小零細無床診療所になればなる程、例えば私みたいな医師独りでの開業とか、医師の他には良くて事務長さん1人の所とか、2～3人の事務員と看護師さんだけで開設されている小規模な診療所とかで、只パソコンが使えるというだけではなく、正しく精通した職員が居られない場合、安全の為にも新規にSEさん等を雇用しなければならないのです。では、その新規に雇用する人件費は何処から出るのかと言えば、何処からも誰も出してはくれませんし、若し情報漏洩その他が起これば、全て医療機関の責任となります。「あなたが悪い」と言われるのです。

過去、米ウォールマートのクレジットカードの電子データ流出事件とかも有るのですが、日本ですとネット通販会社からの顧客データの漏洩事件等が毎月の様に起きていますし、住基ネットからも流出事件が有りました。こういった時に名前と住所・電話番号だけの漏洩ですと、1件当たり500円位の商品券で弁償というのから始まって、証券会社からの顧客データだと1件1万円との報道も最近有りました。

それでは、病名・病歴・保険証番号と云ったセンシティブな情報を含むレセプトのデータが医療機関、若しくは基金や保険者、そしてその途中を繋ぐインターネット回線網から流出した場合、流出場所の特定も非常に困難ですし、1件当たり幾ら弁償したら良いのかの想像すら付きません。従って、情報漏洩に対しての損害保険の保険金すら試算できないのが現状です。それに、その保険料も医療機関の持ち出しになりますし、保険料の負担にも当然耐えられません。

以上の様に、レセプトのオンライン化を強制されるという事は、私の様な零細開業医にとっては過大な負担を強いられる事です。また、特に過疎地と呼ばれる地域の開業医にとっては、周辺の人口が絶対的に少なく、薄利多売を目論んだとしても患者数を増やす事も不可能である為に、現状以上の設備投資や新規雇用は不可能です。長崎の保険医協会の調査によれば、レセプトのオンライン化は島嶼部の開業医の3割が閉院を検討するとの調査

結果さえあります。法的根拠も薄いレセプトの完全なオンライン化は、日本の地域医療を崩壊させる危険が有り、個人情報安全管理の点からも危惧され、医療機関にとってもメリットが無いなど、強制導入自体に無理が有ると言わざるを得ないのです。