

# 訴状(抜粋)

## (請求の趣旨)

- 原告らが自ら開設し、あるいは保険医として従事する保険医療機関が、保険者に対し療養の給付の費用を請求するについて、電子情報処理組織を使用して、電子計算機から入力して、審査支払機関の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録して行う方法に限定される義務のないことを確認する。
- 被告は各原告に対し、それぞれ金100万円及びこれに対する訴状送達の日の日割日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- 訴訟費用は被告の負担とする。

## (請求の原因)

### 第1 当事者

1 原告ら(保険医としての医師・歯科医師)

原告らはいずれも医師または歯科医師であり、健康保険法に基づく登録を受けた保険医として、近畿2府4県を中心とする保険医療機関において健康保険または国民健康保険の診療に従事している者である。

本件訴訟は、原告らが登録保険医として医療に従事する保険医療機関が保険者に対し診療報酬を請求するについて、後述の厚労省令111号に基づき、いわゆるオンライン請求を義務化されたことに基づき、被告国との間の公法上の法律関係(オンライン請求義務化を定めた厚労省令の有効性)を争うべく、保険医療機関本人として(個人で開業者となっている場合)、あるいは法人である保険医療機関の開設者本人として、さらには、保険医療機関において日々医療行為に従事している保険医として、本件訴訟の原告となっているものである。

このように原告らは、法令により登録を受けた保険医として、日々の医療行為に従事しているものであり、オンライン請求義務化の効力に関し、保険医療機関本人ないし、これと同視しうる立場、あるいは準ずる立場にある医師・歯科医師として、本件確認訴訟(行政事件訴訟法4条後段の公法上の法律関係に関する確認訴訟)を提起するに足りる地位・資格及び利益を十分有するものである。

本訴訟提起の時点において、原告らの総数は近畿2府4件を中心に245名、に及ぶ。

### 2 被告(国)

上記の通り本件訴訟は、保険医療機関が診療報酬を請求するについて、電子情報処理組織に基づきいわゆるオンライン請求を義務化されたことを争うものであり、あわせて国家賠償の請求を行うものである。

このオンライン請求の義務化は、厚生労働大臣の定める厚生労働省令、2006年(平成18年)「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部を改正する省令」(厚労省令111号)により実施されることになったものである(2008年4月1日施行)。

このように保険医療機関の費用請求方法につき、オンライン請求に限定する形で公法上の法律関係が形成されるに至ったのは、厚生労働大臣の定める省令によるものである。

それゆえ、公法上の法律関係(確認訴訟)を争う一方当事者(被告)になるのは行政主体としての国となる。また同時に被告国は国家賠償法上の責任主体でもある。

### 第2 オンライン請求制度義務化への経過

#### 1 法的位置付け

(1) 診療報酬請求に関する法の規定(略)

(2) 請求省令

健康保険法76条6項、国民健康保険法45条8項により、保険医療機関等の療養の給付に関する費用の請求に関して必要な事項は厚生労働省令で定められるが、その省令は「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」(昭和51年厚生省令第36号)である。(以下「請求省令」という)ア、改正前の請求省令

後述する2006年(平成18年)厚生労働省令第111号による改正前の請求省令第1条1項は次の通りであった。

(療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求)

第1条 保険医療機関、特定承認保険医療機関、老人保健法施行規則(昭和五十八年厚生省令第2号)第十八条第一項各号に掲げる病院若しくは診療所若しくは次に掲げる医療に関する給付(以下「公費負担医療」という。)を担当する病院若しくは診療所(以下単に「保険医療機関」という。)又は保険薬局、同項各号に掲げる薬局若しくは公費負担医療を担当する薬局(以下単に「保険薬局」という。)は、療養の給付(健康保険法(大正十一年法律第七十号)第百四十五条に規定する特別療養費、入院時食事療養費、特定療養費、家族療養費及び高額療養費の支給を含む。第八号を除き、以下同じ。)、老人保健法(昭和五十七年法律第八十号)の規定による医療(入院時食事療養費及び

特定療養費の支給を含む。以下「老人医療」という。)又は公費負担医療に関し費用を請求しようとするときは、保険医療機関にあっては診療報酬請求書に診療報酬明細書を、保険薬局にあっては調剤報酬請求書に調剤報酬明細書を添えて、これを当該診療報酬請求書又は調剤報酬請求書の審査支払機関に提出しなければならない。(傍線部は後記改正の対応部分)。

#### イ. 改正後の請求省令

厚生労働大臣は2006年4月10日「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部を改正する省令」(平成18年厚生労働省令第111号)を公布した。この省令第111号に基づき、2008年4月1日施行分から、前記請求省令第1条1項は次の通り改正された。いわゆる、オンライン請求制度の義務化である。

(療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求)

第1条 保険医療機関、特定承認保険医療機関、老人保健法施行規則(昭和五十八年厚生省令第2号)第十八条第一項各号に掲げる病院若しくは診療所若しくは次に掲げる医療に関する給付(以下「公費負担医療」という。)を担当する病院若しくは診療所(以下単に「保険医療機関」という。)又は保険薬局、同項各号に掲げる薬局若しくは公費負担医療を担当する薬局(以下単に「保険薬局」という。)は、療養の給付(健康保険法(大正十一年法律第七十号)第百四十五条に規定する特別療養費、入院時食事療養費、特定療養費、家族療養費及び高額療養費の支給を含む。第八号を除き、以下同じ。)、老人保健法(昭和五十七年法律第八十号)の規定による医療(入院時食事療養費及び

を「オンライン請求」と呼ぶ。本省令による改正以前は、保険医療機関等の診療報酬等の請求には次の方式があった。

- ① 書面による請求(略)
- ② 光ディスク等を用いた請求(略)
- ③ オンライン請求(略)

オンライン請求方式導入については、保険医療機関等の種別や規模、レセプトコンピュータの状況等に応じて経過措置が定められている(厚労省令第111号第4条、請求省令附則4条)。しかし、この経過措置によっても、2011年4月1日以降は、医科、歯科とも原則としてすべての保険医療機関がこのオンライン請求方式を義務づけられる。なお、診療報酬明細書(レセプト、以下単にレセプトとする)の請求件数が少数(医科について年間1200件以下、歯科について年間600件以下)の医療機関についての例外的措置があるが、これも2013年3月31日までの間で厚生労働大臣の定める日までとされているので、遅くとも同日までにすべての保険医療機関について診療報酬請求の方法としてオンライン請求が義務づけられることになる。

すなわち、保険医療機関等の診療報酬請求方式について、前記①及び②の方式は認められず、③のオンライン請求方式に一本化されることになる。

#### 2 レセプト作成・提出の方法

(1) 現在、医療機関がレセプトを支払基金又は国保連合会に作成・提出する方法には、下記の4種類(提出方法のみに着目して分類すれば、前項記載のとおり、紙・電子媒体・オンラインの3種類となる。)がある。(以下、略)

これまで、各医療機関は、作成するレセプトの内容や枚数に照らし、費用対効果の観点から、レセプトの提出方法を選択していた。本件改正省令は、この選択の余地をなくし、医療機関に対し、ケースDの方法でレセプトを提出するよう義務づけるものであり、従来ケースA・Cの方法を採用していた医療機関は、本件改正省令により、機器設置や事務職員の教育等のための費用の支出を強いられることになる。

### 第3 本訴訟の意義

#### 1 はじめに

これまで述べたとおり、本件改正省令によりオンライン請求は2008年4月から段階的に施行、2011年4月から医科歯科全ての医療機関において義務化される。しかし、以下で述べるとおり、全国保険医団体連合会が実施したアンケート調査結果によれば、全国の医科1万1069件、歯科3010件、合計1万4079件の医療機関のうち、医科1336件(12・2%)、歯科212件(7・2%)が、義務化されるのであれば「開業医を辞める」と回答している。今日、医師不足が叫ばれる中、オンライン請求を義務化することにより、上記のとおり地域医療に貢献してき

た医師が開業医を辞めるというのであり、オンライン請求の義務化はその必要性が認められないばかりでなく、デメリットの方がはるかに大きい。そして、当該制度を強行することは、一定の医師の廃業、切り捨てを意味するものである。

#### 2 全国保険医団体連合会によるアンケート調査結果(略)

#### 3 レセプトオンライン請求義務化による問題点

(1) オンライン請求に対応できない医師・歯科医師の切り捨て

上記のとおり、アンケート結果によれば、医科1336件(12・2%)、歯科212件(7・2%)が、「開業医を辞める」と回答している。

また、日本医師会が2008年3月から4月にかけて若年層も含めた全年代の会員を対象に行った「レセプトオンライン請求義務化に関するアンケート調査報告」でも、「オンライン請求に対応できないため廃院を考えている」という医療機関が8・6%にも及んでいる(甲2号証)。

地域医療に貢献し、手書きレセプトでの請求なら、そのまま診療を継続することが可能な医師でも、オンライン請求が義務化されれば、新たにレセコンの操作を覚えたり、オンライン設定を行うことは困難な者もあり、この場合診療を継続できなくなる実態がある。このことからすれば、オンライン請求の義務化は、オンライン請求に対応できない医師・歯科医師を切り捨てる制度であるといわざるを得ない。診療報酬は、医師・歯科医師が保険診療を行った対価を請求するものであるから、その請求方法がオンライン請求に限定されることにより、得られるはずの診療報酬を得られずに、診療が継続できなくなるということばあってはならない。

(2) 医療機関の負担増  
オンライン請求を行うためには、レセコン及びISDN回線がインターネット回線が必要である。現在手書きレセプトの医療機関は、一からすべて導入しなければならない。

埼玉県医師会の試算によると「レセコン導入が100万円から300万円」とされており、その他、レセ電算処理ソフト導入やオンライン化などの費用もかかる。

現在手書きレセプトの医療機関は、原則的にすべての導入が必要になるので、300万円以上の費用がかかることが想定される。これに加えて、従業員の雇用、教育にも莫大な費用がかかり、すべてを総合すると莫大な費用負担となる。

オンライン請求の利点として、紙コストの削減があげられることがあるが、請求前の院内チェックは、レセコン画面では行えないため、結局レセプトを打ち出すことになる。そうなれば、紙コストは削減されず、オンライン化による出費が増えるだけである。オンライン請求の義務化は、IT業界の需要喚起にこそな