

取扱注意

令和2年9月8日

国立大学法人三重大学長 殿

第三者調査委員会 調査報告書

目次

第1	調査の概要.....	1
1	第三者委員会の設置の経緯.....	1
2	当委員会の目的.....	1
3	当委員会の構成.....	1
4	当委員会の調査.....	2
第2	調査結果.....	2
1	██████に関する不正請求、麻酔記録の虚偽記載.....	2
2	████████████████████.....	10
3	██████の動機.....	12
4	██████の関与.....	13
第3	原因の考察.....	16
1	診療報酬請求についての規範意識の鈍麻.....	16
2	部内の管理体制の不備.....	17
3	病院全体のガバナンスとしての部署間の相互監視・監督の仕組みの不存在.....	17
4	内部通報窓口が機能しなかったこと.....	18
5	情報セキュリティに関する内部不正防止対策の不徹底.....	19
6	病院全体、大学全体のコンプライアンス意識が不十分であったこと.....	20
第4	再発防止策の提言.....	21
1	保険診療を含むコンプライアンスに関する教育の徹底、充実.....	21
2	病院の組織体制、管理体制の見直し.....	21
3	医薬品・医療機器管理の体制の見直し.....	22
4	情報セキュリティに関する内部不正防止対策の構築.....	23

第1 調査の概要

1 第三者委員会の設置の経緯

国立大学法人三重大学（以下、第1で「三重大学」といい、第2以下では「大学」という。）により、同大学医学部附属病院臨床麻酔部（以下、単に「病院」、「臨床麻酔部」という。）の医師における診療報酬の不正請求及び診療録の虚偽記載等が疑われる事案に対し、三重大学医学部附属病院病院長の下に設置された院内調査委員会（以下「院内調査委員会」という。）からの調査（以下「院内調査」という。）の結果を受けて、その調査結果の妥当性及び客観性を高めるため、三重大学学長の下に、2020年5月22日付けで、三重大学（病院を含む。）と利害関係のない外部の専門家により構成される第三者委員会（以下「当委員会」という。）が設置された。なお、院内調査委員会の調査結果は、2020年6月25日付けで当委員会にも報告された。

2 当委員会の目的

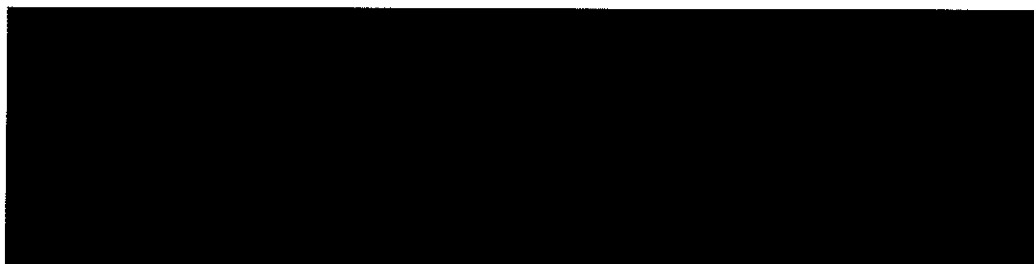
当委員会の目的は、次のとおりである。

- ① 臨床麻酔部の医師における診療報酬の不正請求及び診療録の虚偽記載等が疑われる事案に対する事実関係の解明
- ② 同事案が生じた原因を多角的な視点から究明及び再発防止策を提言
- ③ その他、当委員会が必要と認めた事項

3 当委員会の構成

当委員会の構成は、次のとおりである。

委員長
委員
委員
委員
委員



なお、当委員会は、中湖博則氏（三重大学企画総務部長）、伊藤敦士氏（三重大学医学・病院管理部総務課長）、水谷祥人氏（三重大学企画総務部総務チーム係長）を、事務局として、委員が指示する事項の調査、資料の入手、スケジュールの調整等の補助をさせた。

4 当委員会の調査

(1) 調査期間及び日程

2020年5月22日から同年9月8日まで

(2) 事情聴取

以下の者からの事情聴取を各3回実施した。

- ① [redacted] (以下、[redacted] という。)
- ② [redacted] (以下、[redacted] という。)

(3) 関係資料の調査

院内調査委員会が調査の過程で収集した資料（関係者からのヒアリングのメモを含む。）のほか、審査委員会の議事概要の提供を受け、また、当委員会が必要と認める資料の提供を求め、これらの資料について分析、検討を行った。

第2 調査結果

1 [redacted] に関する不正請求¹、麻酔記録の虚偽記載

- (1) [redacted]²に関する不正請求、麻酔記録の虚偽記載の経緯に関し、当委員会が認定した事実は、おおむね次のとおりである。

ア [redacted] の積極的使用の方針（～2018年3月）

- (ア) [redacted] は、2018年4月からの[redacted] に際し、一部の症例³を除き、非心臓手術においても全例に[redacted] を使用することが心臓保護の観点から望ましいと考え、[redacted] を積極的に使っていく、まずは使用に慣れるため50mgの[redacted] のボース投与を積極的に行うという方針を立て、2018年4月から[redacted] の

¹ 当委員会の調査事項は、上記第1の2のとおりであるが、[redacted] に関する診療報酬の不正請求に関しては、[redacted] の診療録（麻酔記録）の虚偽記載を直接の原因として診療報酬がなされた不正請求だけに限らず、[redacted] が実際には患者に投与されていないのに投与されたものとして診療報酬請求がなされた症例全部を不正請求と位置付けた上で、後記第3及び第4においてその原因の考察と再発防止策の提言を行っている。

² [redacted] とは、[redacted]（以下「[redacted]」という。）が製造するβブロッカーである。50mgのバイアルと150mgのバイアルがあり、臨床麻酔部では、50mgのバイアルは20mlの生理食塩水に溶解してボース投与に使用し、150mgのバイアルは50mlの生理食塩水に溶解して持続投与に使用するのが通常の用法であった。なお、添付文書には「本剤は、予防的には使用しないこと。」との注意がある（資料4）。薬価は、50mgのバイアルが4,730円、150mgのバイアルが12,999円である。

³ [redacted] は、除外すべき症例として、小児、AVブロック、冠動脈スパズムなどの症例を挙げる。

を含む臨床麻酔部の一部のスタッフに対してそのような指示を出した。

(イ)



(ウ) ■■■■ は、■■■■ と話をした上で、まずは 50mg の ■■■■ の使用を増やすための方法として、手術において実際に患者に投与することになってから溶解するのではなく、事前に溶解して準備しておく方法をとることを決めた。

イ 50mg の ■■■■ の事前の溶解準備 (2018 年 4 月頃～)

(ア) ■■■■ は、2018 年 4 月に臨床麻酔部に ■■■■ し、同月中から、手術中⁵、50mg の ■■■■ を溶解して準備するようになった。溶解準備する手術の選別は、初期研修医・後期研修医が担当麻酔科医となる手術を中心に、当初は ■■■■ が指導担当であった手術であったが、後には他の指導担当医がいる手術でも、■■■■ が気が付く範囲、時間的に溶解準備できる範囲で行うようになった⁶。

なお、■■■■ は、溶解準備した 50mg の ■■■■ を、担当麻酔科医によれば使って下さいと声をかけたり、担当麻酔科医にわかるようにカートの上に置いておいたりした。

(イ) ■■■■ は、■■■■ がこのように 50mg の ■■■■ を事前に溶解して準備しておくことを了解していた。また、2018 年 4 月以降 ■■■■ の本数が増加したこ

⁴ ■■■■ は、■■■■ よりも多くの額の寄付金を受け入れたい意向であった。

⁵ 手術終了後に麻酔を覚ましている間を含む。

⁶ ■■■■ は、自身が担当麻酔科医となる手術でも 50mg の ■■■■ を溶解準備していたと述べる。

とは、[]の[]から聞いてその頃に知った。[]は、本数が増加した理由は、[]が[]を積極的に使用していく方針を立ててそのように指示したので当然であると理解しており、事前に溶解準備された50mgの[]は、必要な症例には使われており、必要なければ使われずに廃棄されるだろうと思っていた。

- (ウ) []により事前の溶解準備が行われた結果、[]の手術室での使用量は瓶数で2017年度1年間の合計数が103件であったものが、2018年4月81件、同年5月122件、同年6月151件、同年7月123件、同年8月88件、同年9月101件と急増した(資料9)。

ウ 手術室端末からの麻酔記録の改ざん(2018年4月～)

- (ア) []は、事前に溶解準備された50mgの[]が必要な症例には使われ、必要なければ使われずに廃棄されると考えていたが、その廃棄される[]の診療報酬については、事前に溶解準備した薬剤(アンプルを切った薬剤)は、実際に患者に投与されなくても請求してもよいものだと考えていた。
- (イ) 一方、[]は、溶解準備した[]が実際に使われなかった場合には、診療報酬請求をすることができないことを知っていた。そのため、[]は、溶解したが使用されなかった[]について診療報酬請求がされず、病院の経済的負担となることを回避する目的で、実際には使用していない[]を使用したかのように麻酔記録を書き換える改ざんを行った([]による麻酔記録の改ざんは、これが発覚した2020年3月まで続いた。)

改ざんは、上記イ(ア)のように50mgの[]を[]が溶解準備した手術について、[]がその手術の状況を見るためなどに手術室に入り、抜管に立ち会った際に、手術室にある端末で行われた。

- (ウ) その結果、実際には使用されていない[]について、この改ざんされた麻酔記録に基づき、システム上自動的に患者及び保険者に対し診療報酬請求がなされた。

エ 薬剤部によるコスト修正

薬剤部は、手術ごとに準備する薬剤のうち手術後に薬剤部に戻された際に減っている薬剤と医師が麻酔記録に入力することにより自動的に作成される使用薬剤のリストとを照合し、不一致がある場合に、その薬剤が使用されたものとなるように請求を修正する(病院ではこれを「コスト修正」と呼んでいる。)

その結果、上記イにより[]により事前に溶解準備された[]は、実際に患者に投与されたもの、[]による麻酔記録の改ざんにより使用されたものと

して診療報酬請求がなされたものを除き、麻酔記録への入力漏れとして扱われる修正がなされ、診療報酬請求がされることとなった（資料 13）。

オ 150mg の ████████ の事前の溶解準備（2018 年 10 月頃～）

(ア) 2018 年 10 月頃、██████ は、██████ の 50mg のボラス投与に続いて、150mg の持続投与についても積極的に使用していく指示を出した。

██████ は、██████ と話をして、150mg の ████████ についても、事前に溶解して準備しておくこととした⁷。

ただし、██████ も ████████ も、150mg の ████████ を事前に溶解準備しておくにあたり、それまでに行っていた事前の溶解準備をした 50mg の ████████ が実際にどの程度使われたのかについては、全く検証をしなかった。

(イ) ████████ は、上記（ア）の ████████ の指示に従い、当初は ████████ が指導医である手術全件で、その後、他の指導医がいる研修医の症例についても、手術の早い段階で手術室を訪れ、150mg の ████████ を溶解して準備した。

なお、██████ は、自身が担当麻酔科医となる手術でも 150mg の ████████ を溶解準備するようになったが、自身準備した 150mg の ████████ を実際に使用することはほとんどなかった。

██████ は、事前に溶解準備した 150mg の ████████ の大部分が使われていないことを認識し、自身が担当しない手術で ████████ を事前に準備しておくというのは、かなりまずいことをしているという認識を持ちながら、実際に使われるようになるまでのことだと思い、150mg の ████████ の事前の溶解を続けた。

(ウ) ████████ は、██████ に対して事前に溶解準備している ████████ が実際には使われていないことを話していたので、██████ はこのことを認識していた。

しかし、██████ と ████████ は、事前に溶解準備するのを止めてしまうと、より一層使わない方向に行ってしまうので、使うために用意しているというメッセージを送り続ける必要があると考えて、溶解準備することを続けた。

もともと、██████ は、どの程度使われずに廃棄されているかは確認もしていないので、██████ が、大部分が使われないとまでの認識を持っていたかどうかはわからない。

(エ) 2018 年 10 月以降、██████ により 150mg の ████████ についても事前の溶解準備が行われた結果、2018 年 10 月以降 150mg の ████████ の消費量（瓶数）が急

⁷ ただし、██████ はその記憶がなく、かえって、150mg を事前に溶解して準備しておくことは、よほど使うつもりでないと、普通の感覚としてはないと思うと述べている。

増し、50mgの[]の量（瓶数）は引き続き多いままであった（資料9）。

カ 一括による溶解準備（2019年3月～）

- (ア) 2019年3月頃、[]は、[]に対し、[]を使用する症例をさらに増やすように指示を出した。[]は、[]と相談の上、[]を使用する症例を増やす方法として、事前に溶解した[]を配布する症例を増やすこととした。
- (イ) []は、事前に溶解した[]を配布する症例を増やすための方法として、[]が手術室を回って、各手術室で[]を溶解する方法ではなく、手術の日の朝に、[]が、手術部サテライトファーマシーの在庫からその日準備するために必要な量の[]（50mgと150mg）を持ち出し、手術室のひとつにつき持ち込みそこでまとめて溶解し、[]の使用が望ましいと考えた手術室に、その溶解した[]を配布し、代わりに手術室に配布されている未開封の[]を回収し、サテライトファーマシーの在庫に戻すという方法をとった。
- (ウ) []は、[]を使用する症例を増やすように指示を出し、そのために事前に溶解したものを配布する症例を増やすこととしたものの、その具体的方策については、[]に任せていた。
- (エ) []が上記（イ）のような方法で[]の溶解をした結果、2019年3月以降、さらに[]の消費量（瓶数）が増加した。

具体的には、2018年度1年間の月平均瓶数が、128.25瓶であったものが、2019年4月257瓶、同年5月209瓶、同年6月310瓶、同年7月376瓶、同年8月264瓶、同年9月272瓶と急増した（資料9）。

キ 臨床麻酔部端末からの麻酔記録の改ざん（2019年5月～）

- (ア) []は、上記カの一括準備・配布の方法で[]を配布することにより自身が配布した手術室がわかることから、2019年5月頃からは、臨床麻酔部の部屋の端末⁸からも麻酔記録を改ざんするようになった⁹。
- []が臨床麻酔部の端末で麻酔記録の改ざんを行うようになり、改ざんする麻酔記録の数は増加した。
- (イ) []は、臨床麻酔部の端末から麻酔記録の改ざんをするにあたり、基本的には自身のIDでログインしたが、[]が端末を使用する際にすでに別の医師が

⁸ 臨床麻酔部の部屋には端末が3台設置されており、臨床麻酔部の医師が共同で利用している。

⁹ []は、2019年5月頃以前にも臨床麻酔部の端末から麻酔記録の改ざんをしたことはあるがいつから始めたかは覚えていない。また、2019年5月頃以降も、手術室に入る機会には、手術室の端末から麻酔記録の改ざんを行っていた。

ログインをしている状態であったときには、その他人のアカウントのままで改ざんを行った。

- (ウ) ■■■■■ は、2019年5月頃からは、自身が溶解して配布した■■■■■が実際に使われたかどうかを臨床麻酔部の端末から確認していることから、■■■■■は、自身がまとめて溶解し手術室に配布された■■■■■が実際にはほとんど使われていないことを確定的に認識していた。

ク 薬剤部によるコスト修正の指摘（2019年3月～）

- (ア) 2019年3月、手術室多職種ミーティングにおいて、薬剤部から臨床麻酔部に対し、■■■■■のコスト修正が多いという指摘があった。その原因は、上記カの■■■■■による事前に溶解し配布する症例の増加に対応するものと考えられる。

薬剤部からの同様の指摘は、4月、5月、6月、7月の同ミーティングにおいて続けてなされ、2019年4月の同ミーティングでは、薬剤部から「吸っただけで使っていないのか」と、溶解されてシリンジに吸引された■■■■■が実際には使われていない可能性も指摘された（資料11）。しかし、この同ミーティングに参加した臨床麻酔部の■■■■■（以下「■■■■■」という。）が「おそらく使用してはいるが、入力していないのでは。」と回答したこともあって（資料11）、同ミーティングでは■■■■■に関して不正の疑いがあるという認識が持たれるには至らず（資料2-6）、かえって、2019年8月には、指摘が続いていた■■■■■のコスト修正が多いという件については、薬剤部では対応せずに■■■■■が対応することとなった。

その結果、薬剤部ではコスト修正（コスト修正の要否の確認を含む。）が行われることはなくなり、医師が麻酔記録に入力することにより自動的に作成される使用薬剤のリストと、薬剤部が作成した準備薬剤のうち手術後に減っている薬剤との不一致については、■■■■■により、コストの入力¹⁰が行われるようになった。

- (イ) 臨床麻酔部では、薬剤部から■■■■■のコスト修正が多いという指摘やその原因として溶解された■■■■■が実際には使われていない可能性があるとの指摘を受けたことは、十分には周知されず¹¹、薬剤部の指摘によって特に臨床麻酔部内で問題意識が持たれることもなかった。

¹⁰ ここでは、麻酔記録には、薬剤を使った時間や使った量を入力しないで、コストの面のみについて手術後に減っている準備薬剤を使用されたものとして麻酔記録に入力することを指している。

¹¹ 臨床麻酔部内の医師、看護師は、手術室多職種ミーティングの議事録により内容を把握するのではなく、同ミーティングに参加した■■■■■からのメール（資料14）による連絡事項のみを把握していた人が多かった。

ケ 発覚に至る経緯 (2019年3月～)

(ア) 臨床麻酔部内の他の医師、看護師は、当初は医局の方針で病院の持ち出しで行われていると思っていた者もいたが、2019年3月頃までには、研修医や看護師の中に、 が を事前に溶解して準備されるが実際には使用されていないことに気付いた者もあり、また、麻酔記録が改ざんされていることに気付いた者もいた(資料2-6)。

しかし、麻酔記録が改ざんされていることを知った医師は、その指摘をしないで改ざんされた麻酔記録を自身で修正するだけであったり、あるいは、改ざんに気付きながら修正しないでそのままにしていた。

(イ) は、2019年8月頃から、 が外勤日で不在の際に、看護師に対して、手術を特定して を溶解して配布するように指示を出すようになった(資料6)。

指示を受けた看護師は、2～3回は指示に従ったが、溶解して配布したものが実際には使われていないことを知っていたため、薬剤師に相談し、溶解をしなくても にはわからないとのことだったので、指示を受けても実際には溶解をしないようにした¹²。

(ウ) 2019年9月の手術室多職種ミーティングで、薬剤部から、使用しなかった溶解済みの のシリンジは、薬剤部に返却する必要はないとの指摘がなされた。しかし、それ以降も薬剤部への返却は続いたため(資料14)、薬剤師のなかには、使用されていない薬剤が使用されたものとして診療報酬請求がされていることの疑いを強く持った者もいた(資料2-6)。

(エ) 2019年12月、 が、自身が担当した手術の麻酔記録が改ざんされていることに気付いた。そのため、2020年2月頃から、自身が担当した手術の麻酔記録を手術直後にプリントアウトして保管することとした(資料7)。

(オ) このように、2019年3月頃以降は、 による麻酔記録の改ざんなどは、次第に多数人に知られていったが、問題となるまでには至らなかった。

コ 発覚 (2020年3月)

2020年3月上旬に、上記ケ(ウ)で疑いを持った薬剤師が、 ¹³(以下「 」という。)に相談し、同医師による調査を経て、2020年3月28日、同医師が病院長等に報告したことにより、 による診療報酬の不正請求及び診療録

¹² ただし、 は、指示をした看護師は指示どおりに事前の溶解をしたものと思っていたので、その指示をした手術について、臨床麻酔部の部屋にある端末から、 が使用されたかのように麻酔記録の改ざんを行った。

¹³ 病院長特命補佐(医療情報システム担当)の医師である。

の虚偽記載が病院に発覚するに至った。

(2) 不正請求、麻酔記録の虚偽記載の数

(ア) ████████に関する不正請求、麻酔記録の虚偽記載が行われた手術については、██████が、██████が██████の██████が使用された症例の麻酔記録システムのログ及び会計記録を解析し調査している（資料13、資料13-①）。

ただし、とりわけ50mgのボラス投与がされたものとして、手術中に麻酔記録の改ざんされた場合には、ログ解析では正しい記録との判別ができないなど、解析調査には限界がある。

(イ) この解析結果によれば、2018年4月以降の██████が使用された全症例数3,338例のうちログを確認できたのが3,335例であり、このうち、麻酔記録の改ざんが行われた症例は、930例（請求額1,379万0,474円）であり、この930症例を含む不正請求がなされたと疑われる症例（実際には患者に投与されていないのに投与されたものとして診療報酬請求がなされたと疑われる症例）は、2,200例（請求額2,862万2,705円）である¹⁴。

(3) ████████に関する不正請求、麻酔記録の虚偽記載まとめ

ア ████████は、2018年4月～2020年3月に事態が発覚するまでの約2年間、事前に溶解準備しておいた██████が実際には使用されていないのに使用されたように麻酔記録を書き換える改ざんを行い、その改ざんされた麻酔記録に基づいて不正に診療報酬請求がなされた。院内調査によるその症例数は、930例（請求額1,379万0,474円）である。

イ この約2年間に、██████により事前に溶解準備されたが実際には使用されていない██████は、麻酔記録の改ざんがされていないものについても、コストの入力が行われて、不正に診療報酬請求が続けられた。院内調査によるその症例数は、上記アの改ざんの症例を含めて2,200例（請求額2,862万2,705円）である。

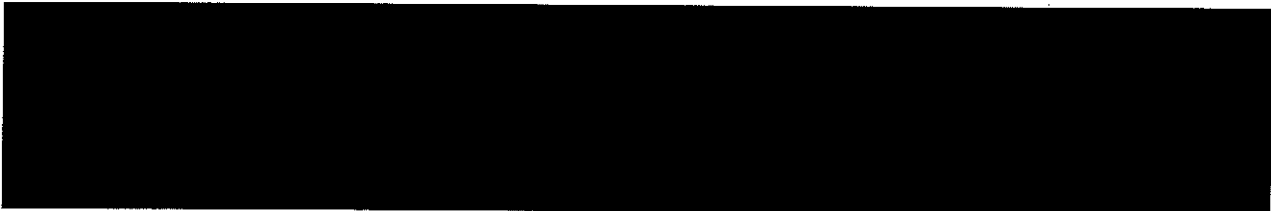
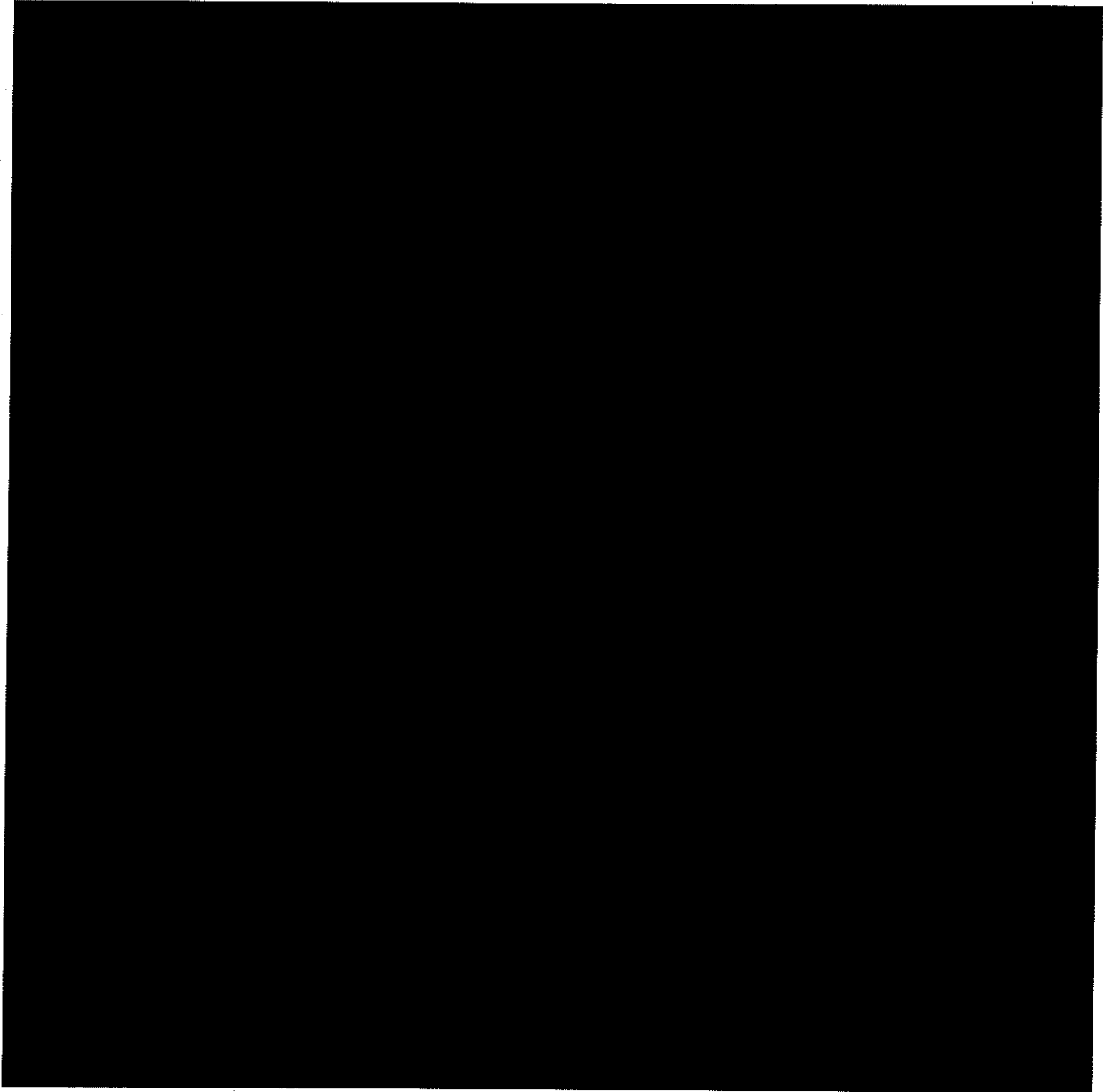
ウ これらと関連して、██████は、少なくとも、2018年10月以降、その大部分が使用されないことを認識、予見しながら150mgの██████の溶解を続け、2019年3月以降は、そのほとんどが使用されないことを認識、予見しながら、██████の溶

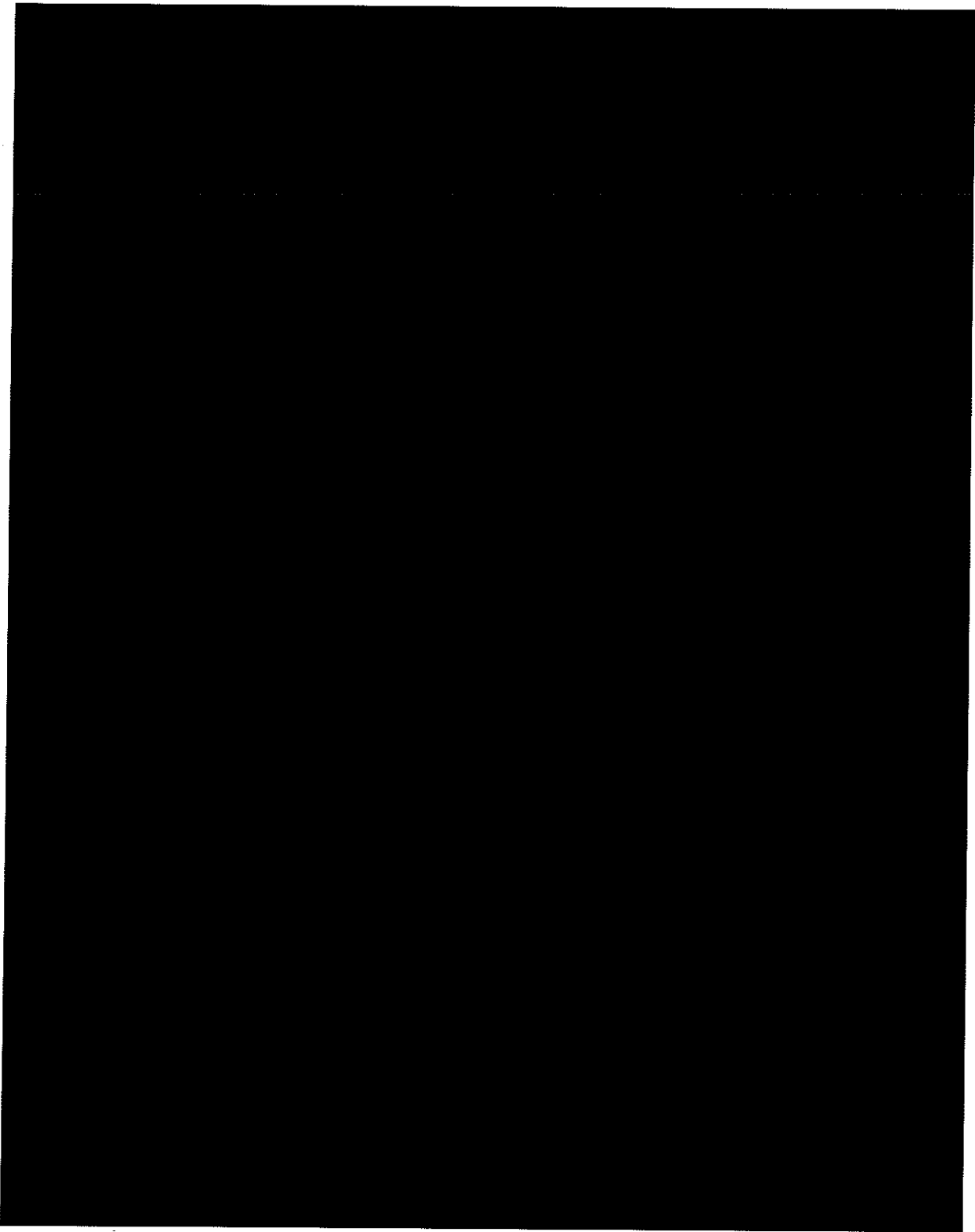
¹⁴ 本文記載の手術中の50mgのボラス投与の麻酔記録の改ざんは、ログ解析では正しい記録との判別ができないため、残りの1,135例のうち50mgの██████が使用された症例については、不正請求ではないと言えない。

解を続けていた。

■■■■■によるこのような認識のもとにされる■■■■■の事前の溶解準備をする行為も、医師の裁量を逸脱する行為であり、病院に損害を与える不正であるといえることができる。

2 ■■■■■

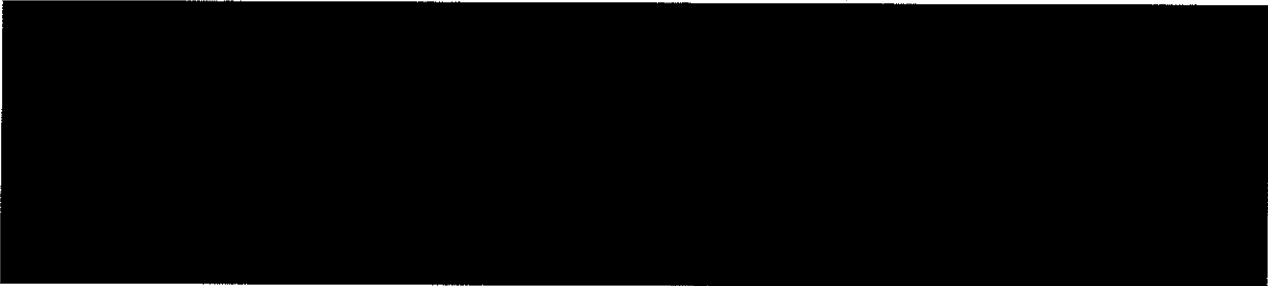






3 ■■■■■の動機

■■■■■は、■■■■■に関する不正請求や麻酔記録の虚偽記載の動機として、経済的なインセンティブや教授の地位の保身の目的を否定し、■■■■■に対して■■■■■からの■■■■■の積極使用の指示を全うしたと言いたく、■■■■■から■■■■■の力量不足と思われるのが嫌であり、■■■■■に良い顔をしたかったからであると述べる。麻酔記録の虚偽記載をした動機については、溶解済みの■■■■■は廃棄されることが多かったため、そのままでは診療報酬請求ができず病院に迷惑



をかけてしまうと考えたからであると述べ、刑事罰の対象になり得るとわかっていたが、臨床麻酔部内の医師が[]を積極的に使うようになるまでのことだと思って行った旨述べる。[]

これらの[]が述べる内容は、重い責任を問われ得る行為を行うことに対する動機として当委員会が納得できるものではなかった。

4 []の関与

上記の認定事実に関し、当委員会による、[]の本件不正への関与に関する検討の過程及び結果は、次のとおりである。

(1) 積極使用の目的・動機

ア []は、当委員会に対し、[]の積極使用は、非心臓手術においても全例に[]を使用することが心臓保護の観点から望ましい、患者の長期予後をよくすることが理由であると説明し []
[]。これに対し、院内調査委員会は、[]は、[]
[]について、寄付金の増額を目的として対象会社の製品の消費量を（使っても使わなくてもよいので）増やそうとしている、寄付金の増額を目的に過剰な医療を行って対象会社の製品を多く消費していたと認定している（報告書 20 頁の(4)）。

イ ① []が少なくとも自身では、臨床麻酔部内の医師が[]の使用法を指導、教育²¹したという形跡がないこと、② []、③ []
[]からすると、寄付金増額こそが[]の目的であるという疑いがある。

医学的にも、とりわけ 150mg の持続投与を全症例に行うということは当委員会としては是認できない。全症例に投与するとなれば、当然に予防的な投与も行うことになるが、予防的な投与は[]の添付文書上明確に否定され、学術的にも、βブロッカーを手術時に始めた場合、周術期のリスクが増加し、特に脳卒中、死亡率が増

²¹ 例えば、OJTによる指導や、実際の症例で[]が使用しているところを研修医等が説明を受けながら見学するという指導、症例の振り返りによる指導などが考えられる。

加するとの論文もあり、予防的使用は止めるべきであるとされている（資料2-7）。法的にも医薬品の添付文書（能書）に記載された使用上の注意事項に従わず、それによって医療事故が発生した場合には、これに従わなかったことにつき特段の合理的理由がない限り、当該医師の過失が推定されるとする最高裁判例（平成8年1月23日。民集第50号1号1頁）に照らせば、このような方針をとることには慎重な検討が求められる。

このような状況において医学的観点から██████████を全症例に使用するのであれば、患者の安全の観点からも臨床麻酔部内の医師に対して詳細かつ具体的な指導がなされてしかるべきであるが、それがなされていないことは上記の通りである。

したがって、当委員会の調査（当委員会の調査に至るまでの院内調査を含む。）では██████████から、上記の奨学寄附金や██████████、██████████個人に対して金銭等の利益の供与があった証拠は発見されていないことや、██████████については他の大学病院に積極使用がされているところもあるということ踏まえたとしても、当委員会としては、██████████の██████████の積極使用は医学的な方針であるとするには根拠に乏しく、積極使用の主たる動機は寄附金等の増額であったと認定せざるを得ない²³。

(2) 麻酔記録改ざんへの関与

██████████は、2020年7月24日の審査委員会に対し、██████████に対してカルテの改ざんについて事後報告に近いかたちでしていたと述べた（これに対し、██████████は、当委員会に対して、麻酔記録の改ざんへの関与を否定している。）。

しかし、██████████は、当委員会に対しては、改ざんをしたということを██████████にきちんと報告したことはなく、██████████に対しては、「██████████」という言い方で、はっきりは言っておらず、██████████が認識できないようなかたちで██████████のところで処理しようとしていたため、██████████は麻酔記録の改ざんをわからなかったかもしれないと述べており、██████████が述べる内容は曖昧である。

また、上記(1)に関連し、上記金額の寄付金を得たいがために、麻酔記録の改ざんまで行うと認定するには躊躇がある。

これらのことから、当委員会は、██████████が██████████に対して麻酔記録の改ざんを指示し、もしくは共謀し、または、██████████が行う麻酔記録の改ざんを知って容認したと認定するには至らなかった。

²³ ███████████は、██████████の投与が適当ではない患者に対して投与をしたことはない旨述べている。なお、患者から██████████の投与が原因と考えられる不調を訴える例などの報告はされていない。

(3) ■■■■■の大量廃棄への関与

上記のとおり、2018年10月以降事前に溶解された150mgの■■■■■はその大部分が使用されず、2019年3月以降一括して事前溶解された■■■■■はそのほとんどが使用されなかったのであるが、このことに対する■■■■■の認識については、■■■■■は、■■■■■には報告をしており、■■■■■は使われていないことを認識していたと述べるのに対し、■■■■■は、溶解したのに使われていないものが大量にあるとは思っていなかった、実際に投与されていないことを知っていれば改善させる（実際に投与する症例を増やすという意味）と述べる。

この点については、■■■■■自身は報告を受けた記憶がないと述べているが、■■■■■が報告したというのであれば、それは事実だろうとも述べている。もっとも、■■■■■も■■■■■には、■■■■■の気分を害することがないように言い方をしていたので伝わっていなかったかもしれないと述べることからすれば、大部分が使われていない、そのほとんどが使われていないとまでの認識をもっていなかった可能性はある。■■■■■が事前に溶解準備された■■■■■は、必要な症例には使われ、必要なければ使われずに廃棄されるだろうと考えており、アンプルを切った薬剤は、患者に投与されなくても診療報酬請求してもよいと考えていたことからすれば、廃棄されることについてはさほどの関心がなく、より多く使われるよう■■■■■に指示していたとも考え得る。

従って、■■■■■が、■■■■■が大部分、そのほとんどが使われていないと認識予見しながら■■■■■の事前溶解を続けていたことを容認していたとまで認定するには至らなかった。

(4) ■■■■■

■■■■■

(5) ■■■■■の関与のまとめ

以上の検討により、当委員会が認定する■■■■■の関与をまとめると次のとおりとなる。

■■■■■の積極使用に関する■■■■■の目的は、■■■■■の説明する医学的な方針であるとするには根拠に乏しく、寄付金増額が主な目的であったと認定せざるを得ない。■■■■■は、■■■■■の積極使用の方法として事前に溶解準備することに合意しており、事前に溶解された■■■■■は、必要なけ

れば使われずに廃棄されており、それなりの数が廃棄されていることは認識していたものの、その廃棄されるものは、そのほとんどとまでは認識していなかった。また、**■**が行う麻酔記録の改ざんについては、直接の関与はあるとまでは認められなかった。また、**■**

第3 原因の考察

当委員会は、上記認定する内容の**■**に関する不正請求、麻酔記録の虚偽記載**■****■**（以下、これらを「本件不正」という。）が行われたのには、次の原因があると考えます。

1 診療報酬請求についての規範意識の鈍麻

(1) たとえ患者のために医薬品を準備したとしても診療において実際に使われなかった医薬品の診療報酬を請求してはならない。こうした診療報酬に関する最も基本的な事項に関する規範意識が、**■**、**■**において全く鈍麻していた。それにとどまらず臨床麻酔部の他の医師についてもこの規範意識が鈍麻していた。

(2) **■**は、事前に溶解準備した薬剤（アンプルを切った薬剤）については、実際に患者に投与されなくても、診療報酬を請求してよいと考えていた。

このような考えは、保険診療を扱う医師としては、患者（または保険者）の経済的負担を全く考慮しないあるまじき考えであり、一般には考えられないことである。

この**■**の規範意識の鈍麻のために、**■**を臨床麻酔部の医師に積極使用させるための方法として、**■**を事前に溶解準備しておき、必要な症例には使われ、必要なければ使われずに廃棄するという方法がとられた。

その結果、多量のロス（使われない**■**）が生じ、（使用していない薬剤の診療報酬請求ができないことを知る）**■**が、そのロスによる病院の負担を減らさなければならないという誤った考えのもとに、麻酔記録の改ざん（及びこれによる不正請求）を行うに至っている。

このように、**■**の診療報酬請求についての規範意識の鈍麻が本件不正の根本的な原因となっている。

(3) また、**■**が2019年4月の手術室多職種ミーティングにおいて、薬剤部から**■**の関するコスト修正が多額に上っているとの指摘を受けたのに、臨床麻酔

部内で実際に[]が使用されているかどうかについて何ら調査・確認もしないままに、「おそらく使用してはいるが、入力していないのでは。」と回答していること(資料 11)²⁴、[]が事前に溶解準備した[]が実際には使われていないことを知った医師も、そのことにより診療報酬請求がされているだろうことを知っていながら何もしなかったことからすれば、診療報酬請求についての規範意識の低さは、臨床麻酔部内の医師に蔓延していたと推察される。

薬剤部におけるコスト修正の際にも、薬剤が使用されなかったことをきちんと報告をしていれば²⁵、使われなかった薬剤について診療報酬がされることはなかったはずであるし、事前に溶解準備された[]が実際には使われていないことに対する診療報酬が請求されることについて声をあげる医師がもし仮に臨床麻酔部内にいたとすれば、本件不正が2年間もの期間継続することはなかった。

このように、臨床麻酔部内の医師全体に診療報酬請求についての規範意識の低さが蔓延していたことも、本件不正が行われ、また、本件不正が約2年間発覚しなかった原因であると考えられる。

2 部内の管理体制の不備

本件不正については、臨床麻酔部内では気付いていた者もいたが、[]による本件不正が、臨床麻酔部内で自浄作用が働くことによって止められるには至らなかった。

この原因として、[]が、現場にあまりにもおらず、部内の下の立場の人とのコミュニケーションがなく、臨床麻酔部内で、物を言えない雰囲気を作り、あるいは、少なくとも部内の下の立場の人たちが上の立場の人に意見を言える、相談ができるという雰囲気を作ることができなかったという、[]による臨床麻酔部の責任者・監督者としての責任を果たしていなかった管理体制の不備があげられる²⁶。

3 病院全体のガバナンスとしての部署間の相互監視・監督の仕組みの不存在

手術には、様々な部署のスタッフが関わっているが、それぞれの部署で起こることは、それぞれの部署任せであり、他の部署は関与しないという体制であり、部署間の相互監視・監督の仕組みが存在しない。

もし仮に、病院全体のガバナンスとしての部署間の相互監視・監督の仕組み、臨床麻

²⁴ []は、院内調査委員会による聞き取り調査において、概要「トレーから減っていると薬剤部でコストを取っていると思う、使用したかどうかは検証されていない」という発言をしている。

²⁵ 使わなかった薬剤は廃棄伝票により使わなかったことがわかることとなっている。

²⁶ []は、自身が打ち出した[]の積極使用の方向性を打ち出したのであれば、その方向性が臨床麻酔部内に正しく浸透しているのか、問題は生じていないかなどを、現場に足を運び、部内の医師や看護師から話を聞くなどして状況を把握すべきものであり、[]がこうしたことをしなかったという指導體制の不備も原因として挙げることもできる。

酔部のことにも他の部署の人がかかわる仕組みが存在していれば、不正の機会をつくら
ない意味で、本件不正自体抑止できたかもしれないし、あるいは、もっと早期に本件不
正が発覚した可能性もあった。

4 内部通報窓口が機能しなかったこと

(1) 大学は、三重大学コンプライアンスの推進に関する規程（第9条第4項）により、
コンプライアンス受付窓口として、大学の運営に関する職員の違法行為、又は違法性
の高い行為、大学の職員の行為がコンプライアンスに反する行為か否かについての相
談を受け付けるために学内窓口（企画総務部総務チーム法務室）と学外窓口（顧問弁
護士事務所）を整備しており、このことを大学ホームページの掲載により学内に周知
している。

しかし、本件不正の疑いを持ち、または、本件不正に気付いた医師や看護師により
コンプライアンス受付窓口が利用されることはなかった。

(2) 大学では、コンプライアンス受付窓口のほか、ハラスメントに関する相談窓口があ
り、病院は、医療安全ポスト²⁷を設置している。このうち、医療安全ポストについて
は、情報提供を行った個人を識別することができないような方策がとられ、年に1回、
全病院職員に対して医療安全をテーマにする研修がなされているのに対し、コンプラ
イアンス受付窓口については、原則として氏名、所属を明らかにしなければならず、
また、コンプライアンス受付窓口に関する研修も行われていない²⁸。

本件不正は、 の地位にある によるものであり、臨床麻酔部内の医師・
看護師から見れば、その上司であり部門の である も関与していると考え
て何ら不思議でない状況にあった。そのため、本件不正に関してコンプライアンス
窓口が機能しなかった理由に、コンプライアンス受付窓口への通報や相談について通
報等を行う者の個人が識別されない保証がないことがあった可能性がある。また、規
程上は、通報等を行ったことで不利益な取り扱いをうけることのないように保護され
ているというものの、窓口の利用に関する研修もなく、不利益を受けないという規程
がどれだけの実効性を持つものか、通報者にはわからない状況になっており、こうし
たことも、本件不正に関して機能しなかった理由であった可能性がある。

²⁷医療法施行規則第9条の23第13号に規定する医療安全管理の適正な実施に疑義が生じた場合等の
情報提供を受け付けるための窓口である。

²⁸病院ではコンプライアンスに関する研修を年に1回行っているが、テーマは医療安全に関すること
であり、一般的なコンプライアンスに関するものではなかった。

(3) いずれにしても、本件不正については、内部通報窓口が機能しなかったのであり、このことが、本件不正が約2年間継続した原因の一つにあげられる。

5 情報セキュリティに関する内部不正防止対策の不徹底

(1) アクセス管理

ア ■■■■による麻酔記録の改ざんは、情報セキュリティに関する内部不正の側面もある。具体的には、病院の医療情報システム運用管理規程（第9条2）及び、診療録等に関する運用規程（第12条(2)）²⁹では、入力する者以外のIDで入力することが禁止されているが、■■■■による麻酔記録の改ざんは、手術室内の端末と臨床麻酔部内の3台の共用の端末から行われ、手術室内の端末での改ざんは、担当医のIDでログインされているので■■■■は、他人のIDでログインされている端末（システム）に記録を入力していることになる。また、■■■■は、臨床麻酔部内の端末で入力する際には、そのほとんどは自身のIDでログインしていたが、■■■■が共用の端末を利用する際、すでに他人のIDとパスワードでログインがされている場合には、そのまま他人のアカウントで改ざんを行った。

このように、■■■■による麻酔記録の改ざんは、病院の情報システムに関する内部規程の違反でもある。

イ もっとも、手術室の端末の利用方法については、麻酔科医の業務は、手術室への入室から導入、抜管から退室及び大量出血症例等で複数の麻酔科医で対応する必要がある場合があり、手術室の端末についてその都度ログアウト・ログインを繰り返すのは、現実的でなく、それなのに、上記各規程について現実的な業務に沿うような見直しも行われず、他人のIDによるログインのまま麻酔記録に入力することが日常的に行われていた。

もし仮に、手術室の端末からの入力について、ログインした医師以外の医師もログインした医師の承諾の下に入力はできるが、そのログインした医師は、自己の責任においてその記録の真正の確保等しなければならない（自己のIDによる情報不正は、自己のIDでログインした者も内部責任を問われる）ような規程であり、それが徹底されていたならば³⁰、麻酔記録の改ざんを行うことはより困難で、また、早期に発見

²⁹病院の医療情報システム運用管理規程（第9条2）では「利用者は、医療情報システムを使用する際に必ず自己の認証を行う。」とされ診療録等に関する運用規程（第12条(2)）では「電子保存システム内の情報の参照及び入力（中略）に際して、認証番号及びパスワード等によって、システムに利用者自身を認識させること」が利用者の責務であるとされている。

³⁰手術室の端末について複数の医師が麻酔記録にアクセスした場合には、手術終了（患者退室）後に、麻酔記録をプリントアウトし、担当麻酔科医が確認し、間違いがあれば訂正させることを義務付けるような方法も考えられる（資料7参照）。

されていた可能性がある。従って、麻酔記録システムのアクセス管理についても、原因の一端ということができる³¹。

(2) 医療情報システムの運用上の問題

院内調査委員会が指摘するように、麻酔記録システム等の医療情報システムの運用上、①電子カルテ上の記録に、麻酔記録システムの修正者情報が表示されないこと、②画像ファイリングシステム上にPDFの更新者情報が伝聞されないこと、③上記2点の問題の原因として、麻酔記録システム上にPDFの更新者情報を記録していないこと、④PDFの更新履歴が管理者にしか見られない環境にあり、公開されていなかったこと、⑤麻酔記録の薬剤使用歴を修正したときに、速やかにPDFが作成されず、PDFを作成しないことも可能であったことも、不正の「機会」を与えることになるものであり、本件不正の原因の一つとして数えることができる。

6 病院全体、大学全体のコンプライアンス意識が不十分であったこと

以上の1ないし5の背景には、病院全体、大学全体に、医師が不正を行うことはないという意識があったのではないだろうか。当然、ほぼ全ての医師は誠実に職務を行っており、その職務にはコンプライアンスも含まれている。しかしながら、病院上層部、大学上層部がコンプライアンスの体制を構築するに当たっては、医師も不正を行い得ることを前提に構築をしなければならない。また、窓口や規程を作るなどして一度コンプライアンスの体制を構築してもそれで足りるものではなく、病院上層部、大学上層部は、コンプライアンスに関するメッセージを繰り返し発し続けることにより、病院あるいは大学がコンプライアンスに真摯に取り組んでいる姿勢を職員に示し、職員に対しコンプライアンスに真摯に取り組まなければならないというコンプライアンス意識を喚起し続けなければならない。

その意味で病院全体、大学全体、とりわけ病院上層部、大学上層部のコンプライアンス意識は不十分であったというべきものであり、本件不正の原因としてあげなければならない。

³¹臨床麻酔部の3台の共用の端末について、医師がアクセスしながら離席することは、本件不正では[]が自身のIDでログインして改ざんを行っていたことから、その原因とは言えないものの、情報セキュリティにおける内部不正防止の点からはあらためられるべきことである。

第4 再発防止策の提言

当委員会は、上記の当委員会が考察した本件不正に結びついた原因を踏まえて、次の再発防止策を提言する。

1 保険診療を含むコンプライアンスに関する教育の徹底、充実

(1) たとえ患者のため診療のために準備したものであっても、診療において実際に使われなかった医薬品の保険診療報酬をしてはならない。こうした保険診療報酬に関する基本的なコンプライアンスを含む、コンプライアンス一般に関する教育を、医療安全とは別に、研修等により行い、その意識を徹底する必要がある（原因1、原因4）。

また、病院の新規採用職員に対して、オリエンテーション等を通じて、内部通報窓口に関する説明を行うほか、定期的にコンプライアンス窓口の利用に関する研修を行うなどして、窓口の存在自体を周知するとともに、通報や相談によって不利益を受けないことを全職員に十分に認識してもらう必要がある（原因4）。

(2) コンプライアンス窓口の利用について、原則として氏名、所属を明らかにしなければならない取り扱いのままでよいが、相談や通報を行った個人を識別することができないような方策を取り入れるべきか、これまでのコンプライアンス窓口の利用状況を検証した上で、あらためて規程を再検討することを要する（原因4）。

2 病院の組織体制、管理体制の見直し

(1) 手術部について

大学では、臨床麻酔部の■■■と手術部の■■■とを■■■が兼任していたので、臨床麻酔部が行ったことを手術部でチェックできる体制になっていなかった。

再発を防止するためには、手術部を、独立させた組織として位置づけ、その責任者は他の部と兼務しない専任のものを充てるべきであると考ええる。

こうすることで、専任の手術部の責任者が、手術に関係する部署を横断的にチェックすることができ、部署間の相互監視・監督の仕組みを構築することができる（原因3）。

また、多職種ミーティングにおいても監視・監督する機能を持たせ、手術部運営会議に問題点をあげられるような仕組みの検討が必要である。

(2) 看護師について

大学では、看護師が全て看護部に所属するのではなく、臨床麻酔部への所属となっている看護師がいる。この臨床麻酔部に所属する看護師は、その上司にあたる医師に

対しては、不正に気付くなどしても、それを言いづらい環境であると想像できる。

これに対して、看護部に所属する看護師は、そのような環境になく、不正の疑いを持った場合、あるいは不正に気付いた場合、上司である師長や看護部長に対して、その相談することができるので、全ての看護師を看護部の所属とした上で、専門性を発揮できる環境を構築すべきである。(原因3)。

(3) 薬剤部について

薬剤部によるコスト修正について、今回の件を踏まえて、診療において実際に使われなかった医薬品は保険診療報酬を請求してはならない方向でのチェック機能をより強化すべきである。(原因3、原因1)。

3 医薬品・医療機器管理の体制の見直し

(1) ダブルチェックの仕組みの構築

■■■■の不正請求に関して、■■■■は、単独で■■■■を溶解準備し、■■■■を手術部サテライトファーマシーの在庫から持ち出し、また、■■■■。これらのことを麻酔科医が単独で行うことが問題なくできたという病院の医薬品・医療機器管理の体制も、■■■■に不正の機会を与えたものと考えられる。


これを防止するためには、麻酔で用いる薬剤を溶解してシリンジに吸う(すわなち、投与の準備をする)ことは、麻酔科医が指示し、看護師あるいは薬剤師といった麻酔科医以外の方が実際に吸う作業を行う(あるいは、麻酔科医が準備するのを看護師等が目で見え確認する)などのダブルチェックの仕組み(指示をする者とは別の人が行う仕組み)を構築するべきである。このダブルチェックは、医療者のミスをなくし、医療の安全性を高める意味でも重要である。

医薬品、医療機器の手術室サテライトファーマシーの在庫からの持ち出しについても、同様であり、原則として前日までに指示をしておかなければ、手術に関する医薬品、医療機器は準備されない、当日に追加を要する場合や緊急の場合であっても、麻酔科医の指示を受けて看護師が行う(あるいは麻酔科医自ら取りに行った場合に看護師に報告し確認する)といったダブルチェックの仕組みを構築し、単独で医薬品、医療機器を持ち出すことは止めるような仕組みとするべきである。

こうしたダブルチェックの仕組みは、ルール化して、明文化することも検討すべきである。

(2) ■■■■

■■■■



4 情報セキュリティに関する内部不正防止対策の構築

(1) 病院の麻酔記録システムなどの医療情報システムに関する院内調査委員会からの問題点の指摘について、早急に改善の検討に取りかかるべきである（原因5(2)）。

(2) また、今回の件は、情報セキュリティに関する内部不正の側面もあるので、麻酔記録システムなどに対するアクセス管理についても、独立行政法人情報処理推進機構が作成する「組織における内部不正防止ガイドライン」等を参考に改善策を講じるべきである（原因5(1)）。

その際には、現実の業務に沿ったかたちで内部不正防止策が講じられた上で、その防止策が徹底されなければならない。

以上