

取扱注意

令和2年6月25日

三重大学医学部附属病院長 殿

三重大学医学部附属病院 調査委員会

# 調査報告書

取扱注意

本調査報告には、情報源を秘匿すべき情報及び関係者の個人情報が含まれています。

本報告書を開示する場合は、調査協力者の保護の観点を考慮いただき、取り扱いは厳に

ご注意ください。

目次

第1	本件の概要 .....	2
1	当委員会設置の経緯 .....	2
2	当委員会の構成 .....	2
3	本件における不正の概要 .....	2
4	臨床麻酔部のスタッフの構成 .....	3
第2	██████に関する不正 .....	3
1	██████について .....	3
2	██████の手術室への配薬 .....	3
3	██████の溶解及び廃棄 .....	4
4	麻酔の使用履歴への虚偽の入力 .....	4
5	麻酔の使用履歴の改ざんをした者 .....	6
6	麻酔の使用履歴改ざんの経緯 .....	7
7	不正請求の行われた手術の特定及び請求金額等 .....	9
8	不正発見の機会 .....	10
第3	████████████████████ .....	12
1	████████████████████ .....	12
2	████████████████████ .....	12
3	████████████████████ .....	12
第4	動機及び事案の背景 .....	12
1	██████及び██████の説明する動機の妥当性 .....	12
2	████████████████████ .....	15
3	████████████████████との関係について .....	16
4	████████████████████ .....	16
5	臨床麻酔部内のガバナンス .....	21
6	████████████████████ .....	22
7	麻酔記録システム又は医薬品等の運用上の問題 .....	22
第5	結語 .....	23

## 第1 本件の概要

### 1 当委員会設置の経緯

当院の医師が、手術において用いる薬剤である[ ]に関して、手術中に投与していないにもかかわらず、投与したかのように診療録に虚偽記載して、診療報酬を不正請求したと疑われる事案があることが、令和2年3月28日、当院内部から報告された【資料①】。このため、その事実関係及び関連する事項(以下、「本件」)を調査するため、同30日、病院長の下に調査委員会(以下、「当委員会」)が設置された。

当委員会は、関係者へのヒアリング及び関係資料の収集・分析により、本件の調査を行った。

### 2 当委員会の構成

当委員会の構成は次の通りである。

委員長	医療安全管理部長兼副病院長(医療安全担当)	兼児 敏浩
委員	放射線科長兼副病院長(経営担当)	佐久間 肇
委員	看護部長兼副病院長(医療サービス担当)	江藤 由美
委員	中央手術部副部長	大井 正貴
委員	病院長特命補佐(医療情報システム担当)	安積 良紀
委員	楠井法律事務所弁護士	岡 浩喜

### 3 本件における不正の概要

[ ]について、手術中に使用していないにもかかわらず、使用したかのように麻酔の使用履歴等が改ざん(虚偽入力)され、その多数において診療報酬の不正請求がなされていた。改ざんを行っていたのは、臨床麻酔部の[ ](以下、「[ ]」又は「[ ]」)であり、その背景には、同部[ ]である[ ](以下、「[ ]」又は「[ ]」)の指導があったものと考えられる。

当委員会で、2018年4月以降手術中に[ ]を使用している旨の記録が残っている全3338症例を調査したところ、2200症例において[ ]の不正請求ないしその疑いがあることが判明した。不正請求の疑いのある[ ]の請求額は、50mgの[ ](単価4,730円)が736万9,340円、150mgの[ ](単価1万2,999円)が2,125万3,365円となっており、総額2,862万2,705円にのぼる。

なお、上記2,200例以外の症例については、当委員会の調査においては、不正の疑いがあるとまでは判断できない。しかし、術中に確実に[ ]を使用した証拠はないため、虚偽入力の疑いを完全に払しょくできるものではない。

#### 4 臨床麻酔部のスタッフの構成

本件は、当院臨床麻酔部で発生した不祥事であるが、現在、臨床麻酔部は■■■■が■■■■であり、■■■■が■■■■を務めている。以下、スタッフとして、■■■■（以下、「■■■■」）、■■■■（以下、「■■■■」）、■■■■、■■■■、■■■■、■■■■、その他医員らが在籍している【資料②】。

■■■■の略歴は添付の【資料③】の通りである。

### 第2 ■■■■に関する不正

#### 1 ■■■■について

■■■■は、■■■■（以下、「■■■■」）の製造するβブロッカーで、手術中は、主に頻脈を抑える目的で使用される。■■■■は、50 mgのバイアルと150 mgのバイアルで販売されており、当院では、通常、ボース投与には50 mgの■■■■を20 mlの生理食塩水に溶解したものを、持続投与には150 mgの■■■■を50 mlの生理食塩水に溶解したものをそれぞれ使用する【資料④】。

#### 2 ■■■■の手術室への配薬

手術中に麻酔科医が用いる薬剤のうち頻回に使用されるものについては、薬剤部が予めそのバイアル等をセットにして、各手術室に症例ごとに配薬している。

2018年3月頃までは■■■■はこの配薬セットの中には含まれていなかったが、2018年4月以降、■■■■の依頼により、■■■■の50 mgのバイアル及び150 mgのバイアルが1本ずつ配薬セットに含まれるようになった【資料⑤】。

この配薬セットに含まれる■■■■は、未溶解のものであり、実際に使用する際には、それぞれ生理食塩水で溶解する必要がある。なお、溶解していないバイアルについては、薬剤部に返却して他の手術に用いることが可能であるが、溶解してシリンジに入れてしまうと、使用しなかったとしても廃棄することとなる。

### 3 〇〇〇〇の溶解及び廃棄

〇〇〇〇は、自らが担当する手術以外の手術において〇〇〇〇を溶解して準備していた。

当委員会の聞き取りによれば、〇〇〇〇は、2018年4月頃から手術室に配薬されている〇〇〇〇のバイアルのうち、50 mgのバイアルを各手術室にて溶解して、準備した。次いで、〇〇〇〇は、2018年10月頃にはこれに加えて、手術室に配薬されている〇〇〇〇のバイアルのうち150 mgのバイアルも各手術室で溶解するようになった。さらに、〇〇〇〇は、2019年3月頃から、より効率よく溶解するため、手術室の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〇〇〇〇の50 mgと150 mgのバイアルを自ら持ち出して、手術室のひとつに持ち込み、そこでまとめて溶解するようになった。溶解した〇〇〇〇は、各手術室に配布し、配布した手術室からは、配薬セットの未開封の〇〇〇〇を回収し、サテライトファーマシーの在庫に戻していた【資料⑤】。

また、2019年8月頃からは、〇〇〇〇が不在の時は〇〇〇〇に溶解を依頼していた【資料⑤、⑥】。なお、依頼された〇〇〇〇は、使用されずに廃棄されることが分かっていたため倫理的に問題があると考え、実際にはほとんど溶解を行っていなかった。〇〇〇〇及び〇〇〇〇の供述によると、〇〇〇〇は、依頼された〇〇〇〇が実際に〇〇〇〇を溶解したかどうかの確認は行っていない。従って、〇〇〇〇は、〇〇〇〇に依頼した〇〇〇〇については溶解されているものと認識していた可能性が高い。

持続投与に適した〇〇〇〇150 mgは心臓の手術を除いてほとんど用いられず、多くのものはそのまま廃棄されていた。また、〇〇〇〇50 mgも医師によっては使用されないことが多く、廃棄されていた【資料⑦、⑧】。

手術室（ICUを含む）における〇〇〇〇の保険請求額は、〇〇〇〇2018年4月から50 mgの〇〇〇〇の請求額が増加し、次いで2018年10月以降に150 mgの〇〇〇〇の請求額が増加し、2019年3月以降はさらにその請求額が増加した。なお、当委員会が調査を開始し〇〇〇〇と〇〇〇〇が自宅待機となった、2020年4月以降については〇〇〇〇の請求額は急減した【資料⑨】。

### 4 麻酔の使用履歴への虚偽の入力

#### (1) 麻酔記録システムにアクセスできる端末

手術中に担当麻酔医が使用した薬剤情報は、各手術室では生体モニター情報と共にフクダコーリン株式会社製手術麻酔記録支援システム CIS-OR（以下、「麻酔記録システム」）に入力され、最終的に株式会社日本 IBM 社製総合医療情報システム CIS+（以下、「電子カルテ」）に記録される。

麻酔記録システムにアクセスできる端末は、各手術室と臨床麻酔部の医師控室と手

術部看護師控室にある。手術中は、麻酔担当医が使用した薬剤をリアルタイムで入力していくために用いられるため、各手術室の端末が優先され、臨床麻酔部の医師控室にある端末からは手術中の症例の麻酔記録には入力できない。手術が終了し、患者が退室すると手術室の端末はログアウトされ、臨床麻酔部の医師控室等にある端末からも入力（追加、削除、変更を含む）ができる状態になる。

したがって、麻酔記録システムに入力するためには、手術中（患者の退室前）であれば手術室の端末から麻酔記録システムにアクセスし、手術後であれば臨床麻酔部の医師控室等にある端末から麻酔記録システムにアクセスすることとなる。

## (2) 手術終了後の虚偽入力

担当麻酔医が術中に██████を使用しなかった場合、担当麻酔医が作成した手術直後の麻酔記録システムの麻酔の使用履歴には、██████を使用したという記録は当然行われていない。しかしながら、当委員会において、患者の退室後に麻酔の使用履歴に██████を使用した旨の追記が行われている案件の有無について麻酔記録システムのログを調査したところ、患者の退室後に██████を使用した旨の記載が追記されていることが多数回（電子カルテの追記記録によれば約 3,000 件、症例数約 1,000 人）にわたり認められた。これらのうちの多くの部分は麻酔の使用履歴の改ざんであり、その大多数は不正請求につながっていた。なお、██████は患者退室後に麻酔の使用履歴に虚偽の入力をしたことがあると認めている（詳細は後述）。

また、当該麻酔の使用履歴をもとに作成される麻酔記録の PDF（以下、「麻酔記録」又は「PDF」）が麻酔記録システムから電子カルテシステムに送信され、その時点でタイムスタンプが記録され、診療録の正本となる。したがって、PDF が作成されるタイミングによっては、改ざん後の使用履歴を基に PDF が作成されていることになり、診療録の虚偽作出にも該当する。

## (3) 手術終了前の虚偽入力

当委員会の聞き取りによれば、██████は、手術の手技終了後、患者が退室するまでの間に、実際は使用していない██████について、手術室の端末から麻酔の使用履歴に虚偽の入力をしたことがあると認めている【資料⑤】。患者の退室前に麻酔の使用履歴へ入力をすると、麻酔記録システム上は手術中に██████を追記した旨のログが残る。したがって、麻酔の使用履歴に虚偽の入力がなされている症例は、手術終了後に虚偽入力されたものだけでなく、患者退室前に虚偽入力されたものも存在することになる。

この場合も、虚偽の使用履歴に基づいて PDF が作成されることがあるため、その場合は、診療録の虚偽作出に該当する。

#### (4) 虚偽入力された██████の使用量

██████は、自らが██████を溶解して準備した症例において、担当麻酔医が██████を使用せず廃棄になってしまう場合があり、そのような症例について廃棄になってしまった██████について診療報酬請求ができるように、使用した旨の虚偽の入力をしたと述べている。しかしながら、追記された麻酔記録システム上の██████の使用量は、症例によっては事前に溶解した██████の量を超える場合もあった。その場合は、溶解ないし廃棄すらされていないものを架空請求していることになる。

さらに、上記3に記載の通り、██████は自らが不在の時には██████に██████の溶解準備を依頼していたが、██████は溶解していなかった。██████は、██████が溶解していたと誤信していたため、当該症例についても虚偽入力を行っていた。この場合も、溶解ないし廃棄すらされていないものを架空請求していることになる。

#### (5) 他の医師らの認識

当委員会が臨床麻酔部の医師らから聞き取ったところによれば、自ら担当した麻酔について、麻酔記録に改ざんを受けたことに気づいていなかった医師もいたが、複数の医師が無断で██████を使用した旨の麻酔記録の改ざんを受けたことがあると述べている。なお、改ざんを受けたことのある医師は、そのまま放置したと述べる者と修正（すなわち、██████の使用を削除）したことがあると述べる者があった。当委員会が麻酔記録システムの修正ログを解析したところ、カルテに██████を使用した旨の追記を受けた場合に、削除する修正が行われた事例があることが確認された。

██████は、2019年12月頃に自らが担当した症例の麻酔の使用履歴に虚偽の入力がなされることがあると気づき、2020年2月末頃から自らが担当した症例について患者が退室した直後の麻酔記録をプリントアウトして保管したと述べている。当該保管されていた麻酔記録と数日後の麻酔記録を比較すると、██████がプリントアウトした麻酔記録にはなかった██████の使用履歴が、25症例において追加入力されていることがわかった。██████によれば、麻酔記録をプリントアウトした症例については、手術中に実際に██████を使用したにもかかわらず入力を忘れていたものは一件もない【資料⑦】。したがって、これら25症例については、麻酔記録の改ざんがあったことが明らかである。

### 5 麻酔の使用履歴の改ざんをした者

当委員会が麻酔記録システムのログ解析をしたところ、██████の使用についての

患者退室後の追記は■■■■のアカウントのほか、臨床麻酔部に所属する多数の医師のアカウントからも行われていたことが判明しており、その中には虚偽の入力であると考えられるものも含まれている。ただし、追記の件数は、■■■■のアカウントからの追記が最も多く、他のアカウントからの追記はこれと比較するとかなり少ない【資料⑩】。

■■■■は、当委員会の調査に対して自らが電子カルテを改ざんしたことを認めているため、■■■■のアカウントから行われた追記については■■■■が行ったものであると考えられる。■■■■以外のアカウントから行われた追記についても、■■■■以外の医師は不正な追記を行ったことはないと述べ、■■■■は他人がログインしたままの端末を用いて不正な追記したことがあることを認めている【資料⑤】ため、不正な追記をしていたのは■■■■であると考えられる。

なお、上記4(3)にも記載の通り、■■■■は、患者の退室前に虚偽の■■■■の使用記録を入力したことがあることも認めている。

したがって、麻酔の使用履歴の改ざんを行っていたのは■■■■であると考えられる。

## 6 麻酔の使用履歴改ざんの経緯

### (1) ■■■■の説明

ア 2018年4月頃～2018年9月頃

■■■■は、■■■■ 2018年4月以降、手術室に配薬されている■■■■のバイアルのうち50mgの■■■■を各手術室で溶解して準備するようになった。これによって、実際に抜管時における■■■■の投与は増加したが、一部は投与されることなく廃棄された。

■■■■は、この時期に、50mgの■■■■を溶解したものの使わなかった症例について、実際には使用していない■■■■の50mgを抜管時にボラス投与したかのように麻酔の使用履歴に虚偽の入力をしたことがあると述べている。虚偽の入力をしたのは手術の手技が終了して患者が退室するまでの間であり、手術室にある端末を用いて行ったと述べている。なお、このようにして追記する場合、追記は当該端末にログインしている医師（すなわち、担当の麻酔医）のアカウントで行われることとなる。そのため、このような事例については不正の有無を確定することは困難である。

イ 2018年10月頃～2019年2月頃

2018年10月頃から、■■■■は各手術室に配薬されている■■■■のバイアルのうち150mgの■■■■についても、各手術室で溶解するようになった。この150mgの■■■■は、通常は、持続投与に用いるものである。しかし、■■■■を持続投与で用いる麻酔医は少なく、溶解された150mgの■■■■は、その多くが廃棄されることとなった。



これにより、溶解して準備したものの手術で使用されることなく廃棄される件数も増加した。そのため、**■**は、実際には使用していない**■**の持続投与についても虚偽の入力をするようになった。なお、このときも、虚偽の入力をしたのは手術の手技が終了して患者が退室するまでの間であり、手術室にある端末を用いて行ったと述べている。このような事例について、不正の有無を確定することが困難であることは上記と同様である。

#### ウ 2019年3月頃～

2019年3月頃から、**■**は、**■**を準備する症例を増やすために、手術室に配薬されている**■**のバイアルではなく、手術室のサテライトファーマシーの在庫から**■**のバイアルを持ち出して溶解するようになったと述べている。具体的には、手術室の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（5例～10例の手術に50mgと150mgの**■**を各1本）の**■**のバイアルを自ら持ち出して、手術室のひとつに持ち込み、そこでまとめて溶解して、各手術室に配布するようになった。配布した手術室からは、配薬されている開封前の**■**を回収し、サテライトファーマシーの在庫に戻していた。

これにより、**■**を溶解する症例が増加し、それに伴って溶解したにもかかわらず虚偽入力をする事ができなかった症例も増加したものと考えられる。

#### エ 臨床麻酔部にある端末からの入力

**■**は、2019年5月頃から手術室の端末ではなく、臨床麻酔部の医師控室にある端末から虚偽入力をするようになり、徐々にその割合が増加し、最終的にはほぼ臨床麻酔部の医師控室にある端末から虚偽入力をするようになったと述べている。

**■**は、臨床麻酔部の医師控室にある端末から虚偽入力をする場合、IDが必要となる場合は自らのIDを用い、意図的に他人に成りすまして虚偽入力をしたことは無いと述べている。他方で、臨床麻酔部の医師控室にある端末に座った際に他の医師が既にログインして放置している場合には、そのまま入力を行ったため、他の医師のIDによる入力の記録が残っている可能性もあると述べている。

## (2) 薬剤のコスト修正額との整合性

### ア 薬剤のコスト修正

手術部薬剤師が準備して各手術室に配薬した薬剤のセット（麻薬は含まれない）について、手術終了後に薬剤師は手術室に赴き薬剤の残数を確認する。薬剤師は、手術前後の差から術中に使用されたと判断するものについて、麻酔の使用履歴に入力がない場合には、その是正の措置をする。これをコスト修正という。

**■**を溶解したにも関わらず担当麻酔医が使用せず、**■**が術中に麻

酔記録に入力できなかった症例については、薬剤のセットの■■■■のバイアルが残っていないにもかかわらず麻酔の使用履歴に入力がない状態となる。したがって■■■■による虚偽記載の漏れが増加するとコスト修正も増加することとなる。

イ コスト修正額の変遷

手術部における多職種ミーティング（薬剤師、看護師、麻酔医、臨床工学技士）の議事録によると、2019年3月に薬剤師から臨床麻酔部に対して■■■■に関するコスト修正を行うことが増えているとの指摘があった。これに対し、2019年4月のミーティングでは、臨床麻酔部の■■■■より「おそらく使用しているが入力していないのではないかと回答している【資料⑩】。その後も2019年5月から7月のミーティングにおいても薬剤師からコスト修正件数の改善が認められないとの発言があった。同8月のミーティングでは本件に関しては■■■■が対応する旨の報告があり、以降、薬剤部では■■■■についてはコスト修正を行わないこととなった。

コスト修正額は、2018年4月に微増、2018年10月にさらに微増し、2019年3月に急増し、同8月に急減している（2018年1月約30万円、2月約39万円、3月約28万円、4月約58万円、5月47万円、6月約59万円、7月約60万円、8月約55万円、9月約62万円、10月約87万円、11月約70万円、12月約77万円、2019年1月約65万円、2月約73万円、3月約126万円、4月約135万円、5月約115万円、6月約157万円、7月約155万円、8月約46万円、9月約38万円）【資料⑫】。

### (3) 小括

上記のコスト修正額の変遷は、2018年4月に50mgの溶解を開始、2018年10月頃に150mgの溶解を開始、2019年3月頃に溶解して準備する症例を増加させ、同8月に薬剤部において■■■■のコスト修正を中止したとする■■■■の説明と整合する。

## 7 不正請求の行われた手術の特定及び請求金額等

当委員会は、■■■■ 2018年4月以降になされた手術のうち、麻酔記録システム上■■■■が使用された旨の記録が残っている全3,338例について、虚偽記載及び不正請求の疑いがあるか麻酔記録システムのログ及び会計記録を解析して調査した。解析は、当委員会の安積委員が行い、その結果は報告書として当委員会に提出されているので、ここに引用する【資料⑬、⑬-1】。

当該解析結果によれば、■■■■を使用している全症例数3,338例中、ログを確認できたのが3,335例、うち1,135例を除く2,200例が不正又は不正の疑いのある症例で

あった。なお、その不正であるとは判断できない 1,135 例についても、手術中に虚偽入力がなされている場合にはログ解析では正常な記載との区別をつけられない場合があり、また、確実に使用したという証拠はいずれにしても残っていないことから、実際には使用されていない（すなわち虚偽記載である）可能性を完全に否定することができるものではない。

不正請求の疑いのある 2,200 例における [ ] の請求額は、50 mg の [ ] が 736 万 9,340 円、150 mg の [ ] が 2,125 万 3,365 円、合計 2,862 万 2,705 円となっている。また、当該期間中に手術に関して使用された旨の記録が残っている [ ] の総額は、50 mg の [ ] が 1,232 万 1,650 円、150 mg の [ ] が 2,378 万 8,170 円、合計 3,610 万 9,820 円となっている。

なお、上記のうち、118 例においては、麻酔の使用履歴への虚偽入力ののち PDF が作成されている。当該 PDF は電子カルテシステムに送信されて診療録の一部になっていることから、診療録の不正作出に至っている。上記 4 (5) に記載の [ ] の説明にあった 25 例はいずれもこの 118 例に含まれている。

## 8 不正発見の機会

### (1) 多職種ミーティングでのコスト修正の多さの指摘

多職種ミーティングは、手術に関わる医師や薬剤師らが出席するミーティングで、毎月一回開催されており、臨床麻酔部からは [ ] が出席している。その内容については、臨床麻酔部で作成したミーティングリストおよび朝のミーティングで周知することになっている【資料⑭】。

上記 6 (2) イに記載の通り、多職種ミーティングにおいては、2019 年 3 月頃から [ ] のコスト修正が極めて多いことが指摘され、同 4 月には薬剤部より「先月だけで 100 万円分のコスト修正をしている。特に、 [ ] が大半を占めている。吸っただけで使用していないのが。」と指摘されており、 [ ] が特にコスト修正が多いこと及び溶解したにもかかわらず使用していないケースが多い可能性もあることまで具体的に指摘されている。これに対して、臨床麻酔部の [ ] は同ミーティングにおいて「おそらく使用してはいるが、入力していないのでは。周知させる」旨回答している【資料⑮】。

この点について、多職種ミーティング後に [ ] が臨床麻酔部の各医師らに送信したメールの記載は、「 [ ] ・ [ ] ・ [ ] ・ [ ] のコスト漏れが増えています。」(3 月)、「心臓血管外科 (成人) ・呼吸器外科症例で [ ] 150 mg/50ml をルーチンでファマシに準備してもらいます。胸部外科症例で術後 AF の発生頻度が高いことを意識してのものですが、教室の運営に寄与するものでもありますので、ご理解ください。麻酔記録上の記載を忘れないよう

をお願いします。」(4月)、「、、、  
のコスト漏れが頻発しているようです。月100万くらいに達していますので、  
こちらも注意をお願いします。」(5月)、「、、  
、のコスト漏れが多いです。注意してください。」(7月)、とい  
ったものであって、コスト漏れに注意するようという一般的な注意喚起にとどまっ  
ている【資料⑭】。多職種ミーティングで具体的に指摘された、が特に問題  
であること、が使用されていない可能性があること等の重要な事柄について、  
この時点で臨床麻酔部において適切な対応がなされていれば不正を発見できていた  
と考えられるが、周知も調査も一切なされていない。

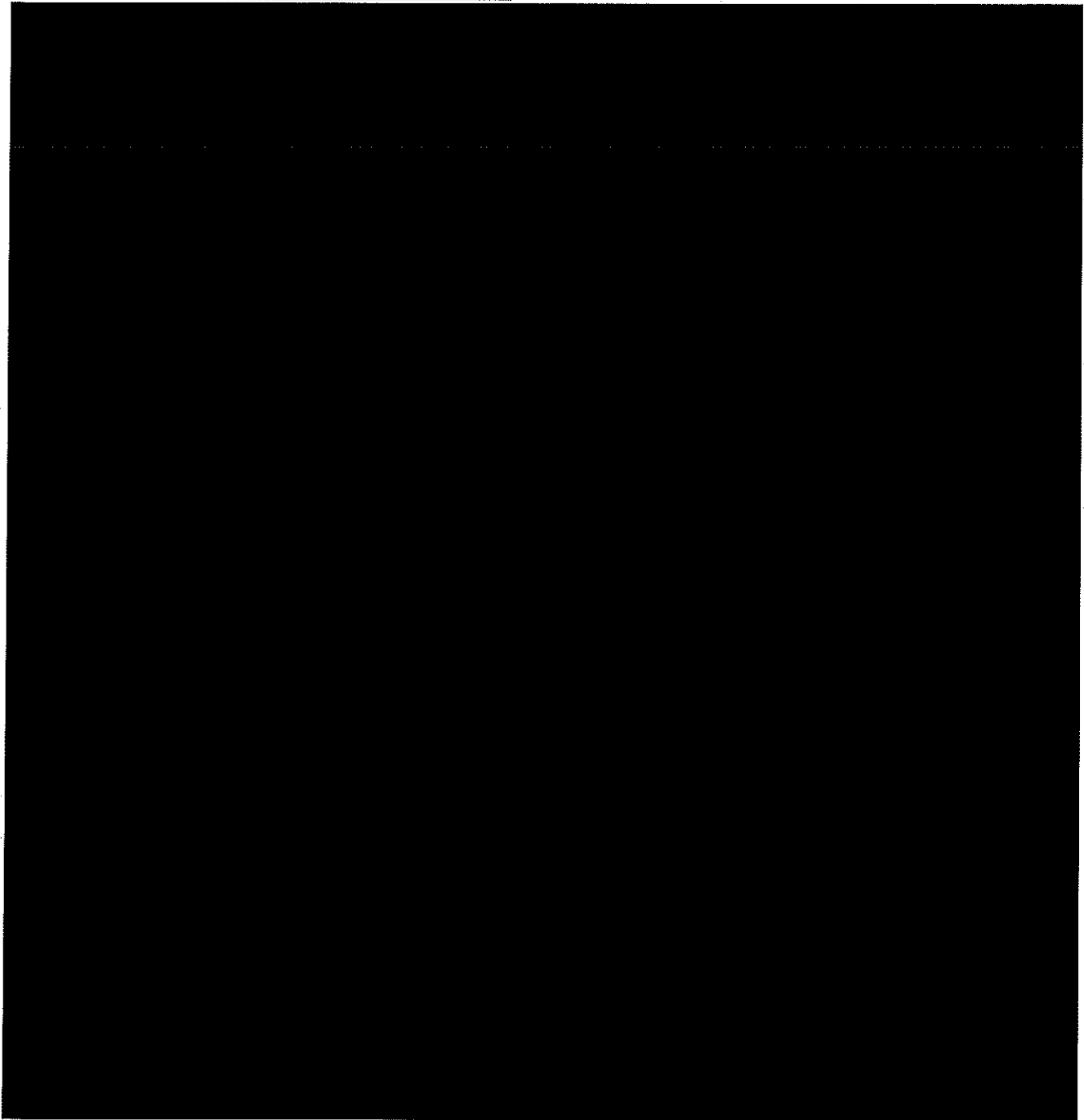
## (2) 多職種ミーティングでの不使用シリンジがあることの指摘

同ミーティングの2019年9月の会議では、薬剤師より、使用しなかった溶解済み  
のシリンジについては薬剤部に返却する必要はない旨が伝えられた。薬剤  
部では、同8月以降はのコスト修正は行わないこととなっていたし、未使  
用であれば臨床麻酔部において麻酔の使用履歴には入力しない等適切に処理されて  
おり、かつ、麻薬と異なり残量の確認等は必要ないため臨床麻酔部において廃棄する  
扱いで問題ないと考えていたため、返却不要である旨を伝えたと考えられる。また、  
同11月には、薬剤師から臨床麻酔部に対して返却されるのシリンジの数は減  
っているもののまだある旨が伝えられている。

この点について、が臨床麻酔部に送付したメールは「を準備し  
て使用しなかった際、薬剤トレイに戻してくれている先生方がおられるようですが、  
廃棄していただいても構いません。」(9月)、「のシリンジは使用しなかった  
場合も捨ててもらって構いません。トレイに戻す必要はありません。」(10月)、「  
を使用しなかった場合、トレイに戻さず、破棄してもらって構いません。」(11  
月)との内容となっている。

11月の時点で返却されるのシリンジが減っているもののまだある旨の  
指摘があることからすれば、相当数の溶解済みが廃棄なされていること  
について多職種ミーティングでは議題に上がっていたのであり、同ミーティングに出席  
していたは認識していたことになる。また、のメールにより臨床麻  
酔部内でも把握できる状況になっていたといえる。相当数量のが使用され  
ずに廃棄されていることについて臨床麻酔部において調査していれば遅くともこの  
時点で不正を発見できていたと考えられる。

第3



第4 動機及び事案の背景

1 [redacted] 及び [redacted] の説明する動機の妥当性

(1) [redacted] 及び [redacted] の説明

[redacted] は、当委員会に対し、小児、AVブロック、スパズムなど症例を除き、非心臓手術においても全例に [redacted] を持続投与することが心臓保護の観点から望ましく、そのような使い方ができる医師を育てたい、そのため [redacted] をはじめ臨床麻酔部の医師らに対して [redacted] を積極的に使うように指導していると述べている。

また、[ ]の持続投与については一定のスキルが必要であるため、[ ]を使いこなすことができる麻酔科医を育てるようにしているとも述べている。

[ ]は [ ]まで [ ]を持続投与した経験はほとんどなかったが、[ ]に [ ]の指導方針に賛同し、持続投与を含む、[ ]の積極使用が望ましいと考えるに至ったと述べている。なお [ ]も [ ]、[ ]らと同様、[ ]の使用を推進すべきであると述べている。

[ ]によれば、上記の [ ]の積極使用の方針に従い、若手の医師らに [ ]を使用してもらいやすくするために、[ ]らとも相談して [ ]を溶解するようになったと述べている。すなわち、[ ]は手術室に配薬されている薬剤セットに含まれるため、手術中に担当麻酔医が使いたいと考えたときには手元にある状態になっているものの、実際に使用するためには生理食塩水で溶解する手間がかかる。そこで、予め溶解してシリンジに入れておけばその手間が省けることになり、そのぶん [ ]使用に対する担当麻酔医の心理的ハードルが下がり、結果的に [ ]の使用量が増加すると考えたというのである。そして、2018年4月頃からボラス投与用の50 mgの [ ]を溶解するようになり、2018年10月頃からこれに加えて持続投与用の150 mgの [ ]を予め溶解して準備したと説明していることは前述の通りである。

しかし、臨床麻酔部内で手術を実際に担当する多くの医師は、頻脈が発生した場合に [ ]をボラス投与することはあるものの、持続投与は通常は行われず、[ ]が溶解した持続投与用の [ ]が使用されることはほとんどなかった。また、ボラス投与についても [ ]が準備した [ ]の一部は使用されなかった。[ ]は、溶解した [ ]が使用されずに廃棄されるため、そのままでは診療報酬請求ができないことから、溶解してしまった [ ]について診療報酬請求できるようにするべく麻酔の使用履歴の改ざんを行ったと述べている。

[ ]は、使用履歴の改ざんを行う際には、麻酔記録のチャートを見て [ ]の適応がある場面を見つけ、その場面においてふさわしい [ ]の使用方法を自ら考えて、そのストーリー通りに入力していたと述べている。

## (2) [ ]及び [ ]の説明の妥当性

ア [ ]の積極使用が患者のために望ましく、医師らに [ ]の積極使用を指導していると述べる点

[ ]及び [ ]は、部内の医師らに [ ]を積極的に使うのが患者のために好ましいが、[ ]を使いこなすためには一定のスキルが必要であり、そのため、部内の医師らが [ ]を使えるようになるように指導・教育している旨を述べる。

しかしながら、理念的に██████を積極的に使うようにという話を聞いたことがある医師は複数いた（なお、██████を積極的に使うようにという方針自体を意識していなかったという医師もあった【資料⑦】）ものの、具体的な症例における具体的な使用方法をOJTの形で指導されたり、実際に使用しているところを見せられたり、症例の振り返りにおいて具体的な使用方法を説明されたりしたことがあると述べる医師はいなかった。また、██████自身もそのような具体的な指導はしていないと述べている。すなわち、実際の具体的な手術においてどのように使うべきであるかという実践的な指導や、若手医師らに対する██████使用に向けた具体的な教育は何ら行われていなかった。

██████及び██████も説明するように██████及び██████は使い方が難しい面があり、使い方を間違えると血圧が低下し最悪の場合には心停止に至る可能性も否定できない。そのような薬剤を具体的な使用方法の説明やOJTによる指導もなく、積極使用の方針のみを示して部内の医師ら（研修医を含む）に溶解準備して渡すことは、それ自体が危険である。部内の医師らとしても██████使用の難しさや危険性は理解しているはずであるから、具体的な指導がなければ██████を積極的に使うことは難しい。したがって、██████を溶解して手元に準備しただけでは██████の用量（特に持続投与）が増加することは考えにくいことであった。

他方で、██████らが実際に行っていたのは、██████らと相談して、██████を溶解して██████の消費量を増加させることであった。

このことからすると、██████及び██████は、██████の実際の使用量の増加はさほど企図しておらず、単に溶解して██████の消費量を増加させることを企図していたと考えるのが自然である。すなわち、██████を積極的に使うのが患者のために望ましいと考えていたということや、██████を使いこなせる麻酔医を育てたいという考えを持っていたという██████らの説明は、極めて疑わしいと言わざるを得ない。

なお、██████らが、積極使用の方針のみを示して具体的な説明や教育を行わずに上述の危険性がある薬剤を部内の医師ら（研修医を含む）に使わせようとしたことについては、患者の安全を蔑ろにして██████の使用量を増加させようとするものであり、医療安全及び医療倫理上極めて大きな問題である（なお、本件では担当の麻酔医の適切な判断により実際の手術では患者の安全を犠牲にするような██████の使用はなされていない。）。

イ 溶解した██████の診療報酬請求のために改ざんしたとする点

██████は、溶解した██████が使用されずに廃棄になった場合にその██████の診療報酬請求をできるように、麻酔の使用履歴の虚偽入力を行ったと述べている。

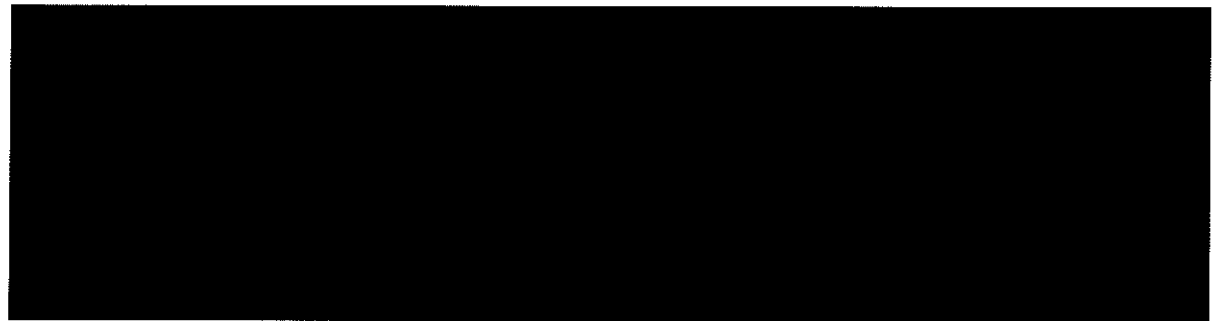
しかしながら、上記第24(4)に記載の通り、虚偽入力された[ ]の使用量については、実際に溶解した[ ]の量を超えることもあった。すなわち、溶解した[ ]の診療報酬請求を行っただけでなく、それを上回る過大な請求となるように麻酔の使用履歴を改ざんしていたのである。この点について、[ ]は症例に応じたストーリーを作ってその通りに入力したため結果的に超えてしまうこともあった旨述べている。しかし、その説明自体が溶解してしまった分の[ ]を請求できるように虚偽入力したという説明とは矛盾するものである。

## 2 [ ]との関係について

### (1) [ ]からの利益供与について

[ ]、[ ]ともに、同社及び本学における適正な手続きを経た本学臨床麻酔部宛の奨学寄附金はあるものの、直接間接を問わず[ ]からそのほかの寄付金は受けていないし、その他の不適切な関係はないと述べている。

本学が開示している[ ]から本学臨床麻酔部への奨学寄附金は2018年3月に200万円、2019年11月に150万円であった【資料⑰】。なお、2018年度における[ ]の奨学寄附金の一覧は添付の通りである【資料⑱】



### (2) [ ]の説明

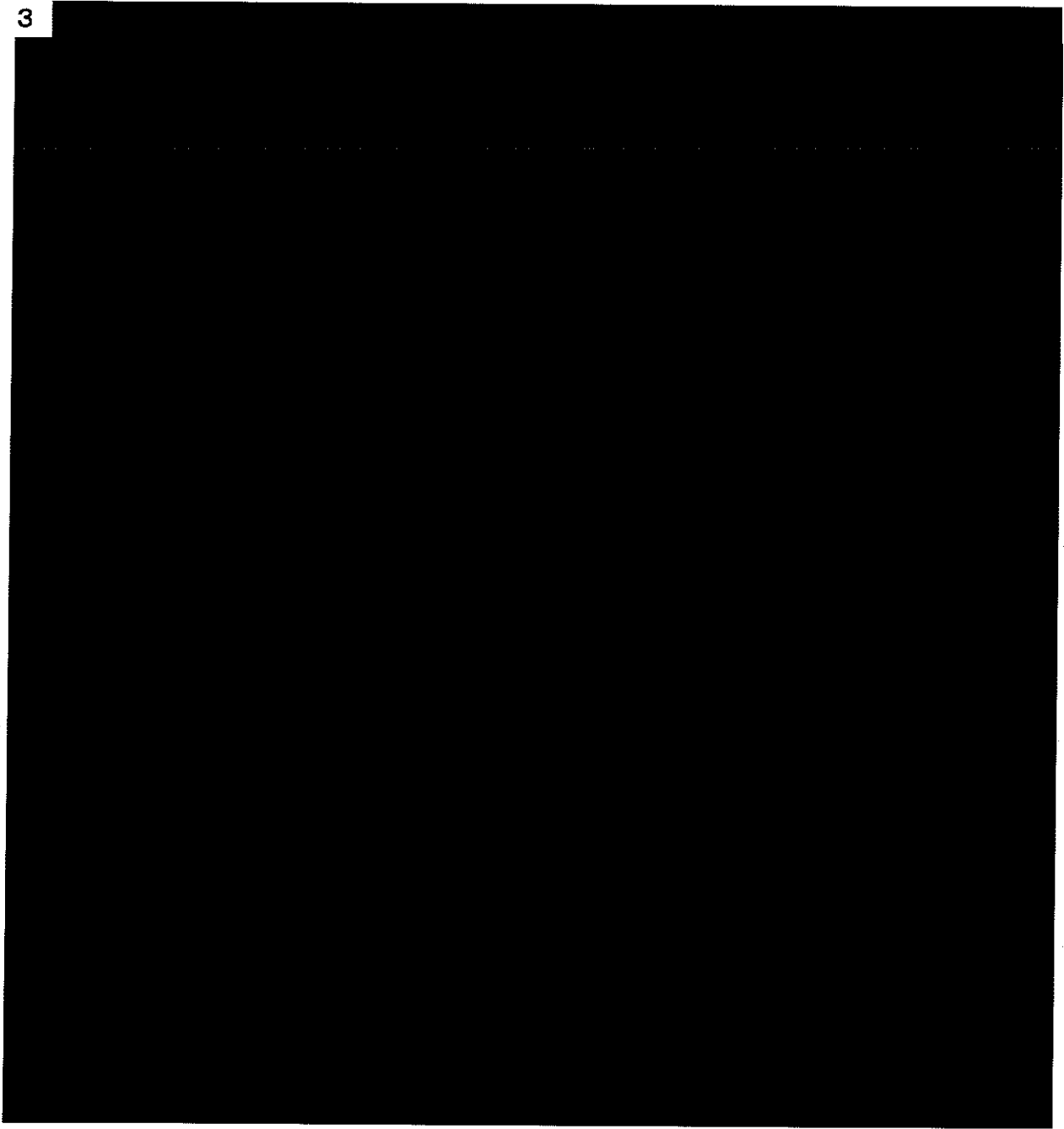
[ ]の当院[ ]及び[ ]は、当委員会が行った聞き取りに対し、同社としては、適正使用により当院における使用量が増えていると認識しており、使用されずに破棄されていること及び不正請求がなされていたことは全く知らなかったと述べている。なお、同社のいう「適正使用」は、添付文書に記載の通り、頻脈等の一定の症状がある患者に対する使用（持続投与用を含む）であり、一部の禁忌を除いた全症例に手術の当初から持続投与を行うというものではない。

なお [ ]

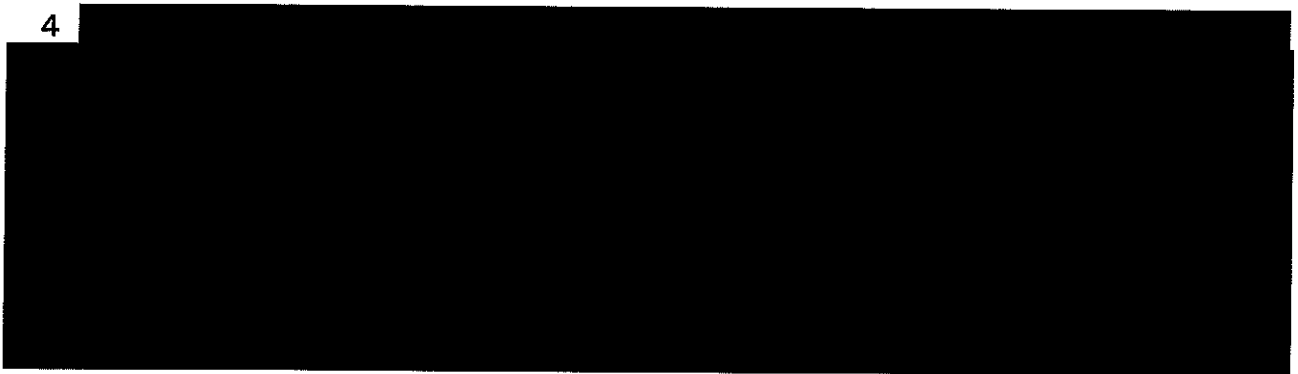
また、同社の担当者は、当委員会の聞き取りに対し、他の大学等の[ ]の使用実績については把握していないと回答している。加えて、臨床麻酔部に対して同社製品の使用目標量を定めたことはないと述べている。

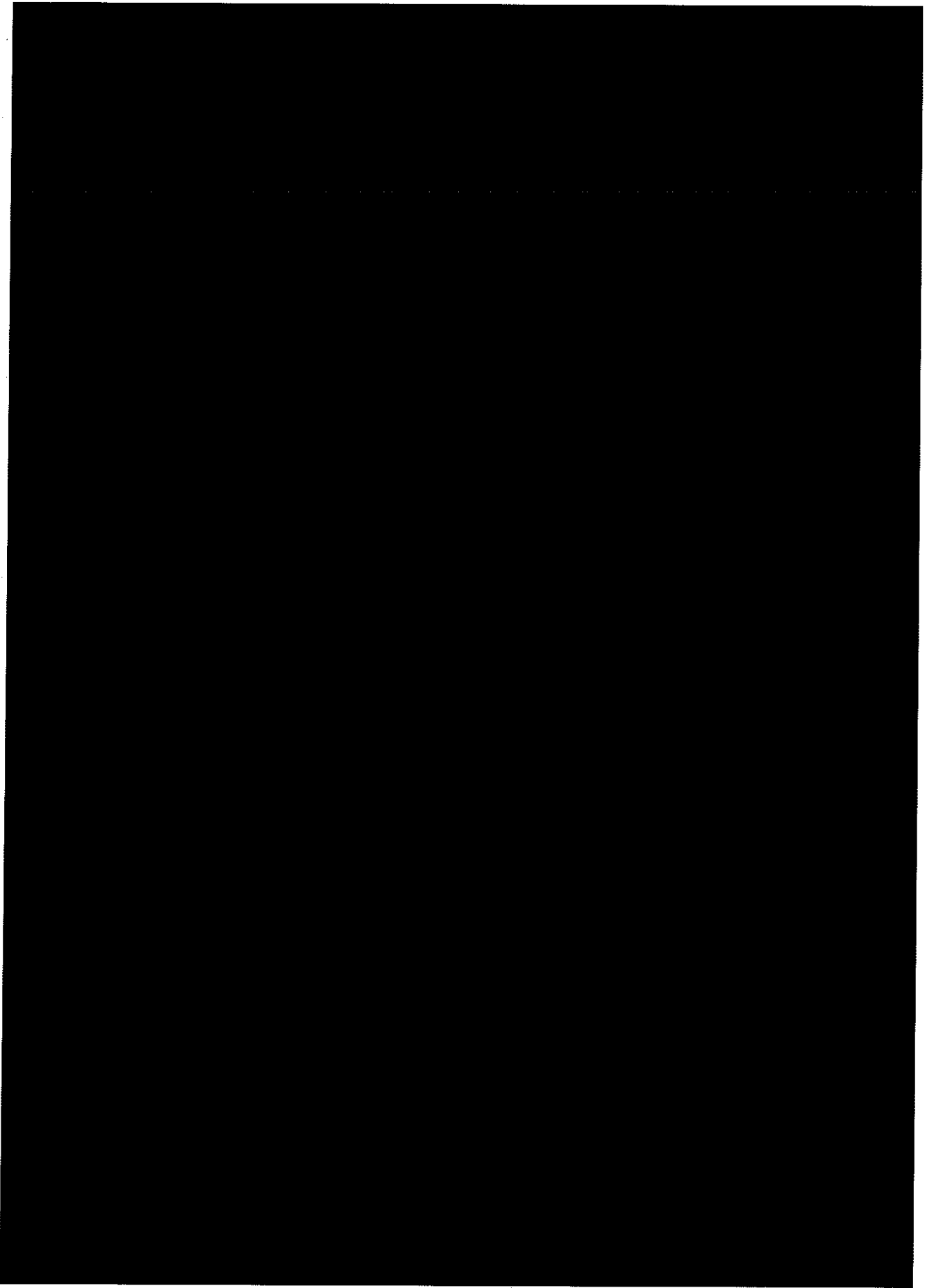


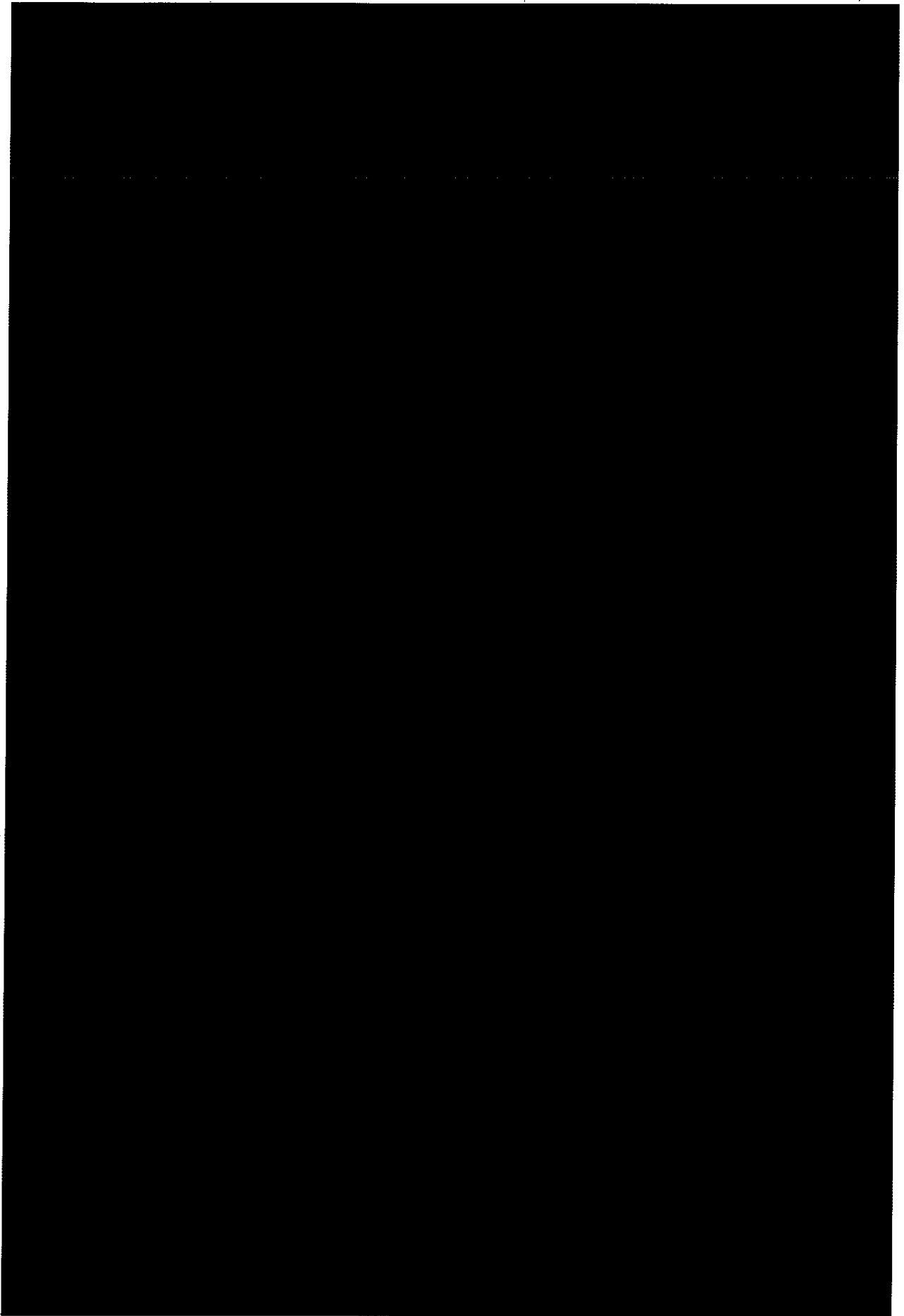
3

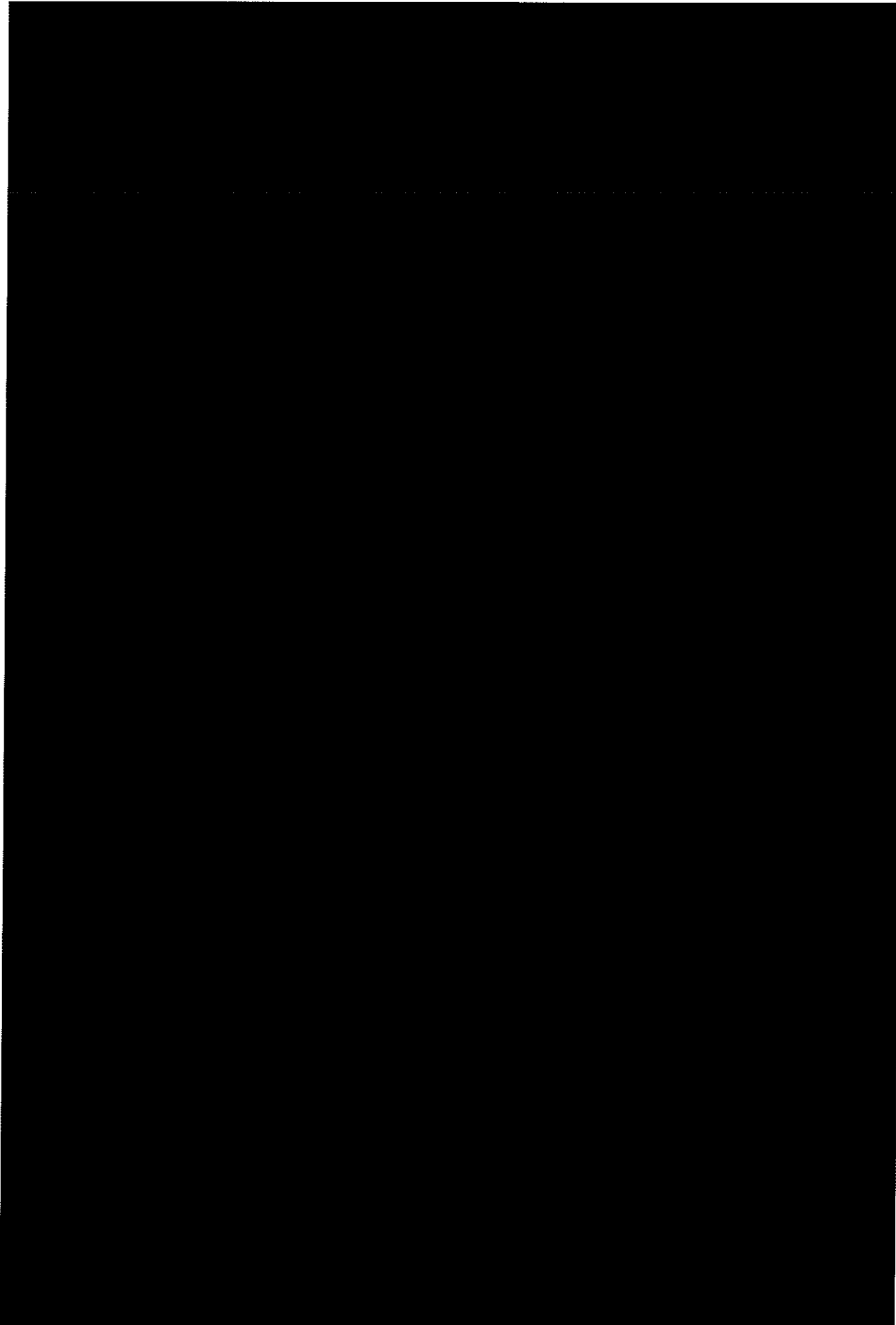


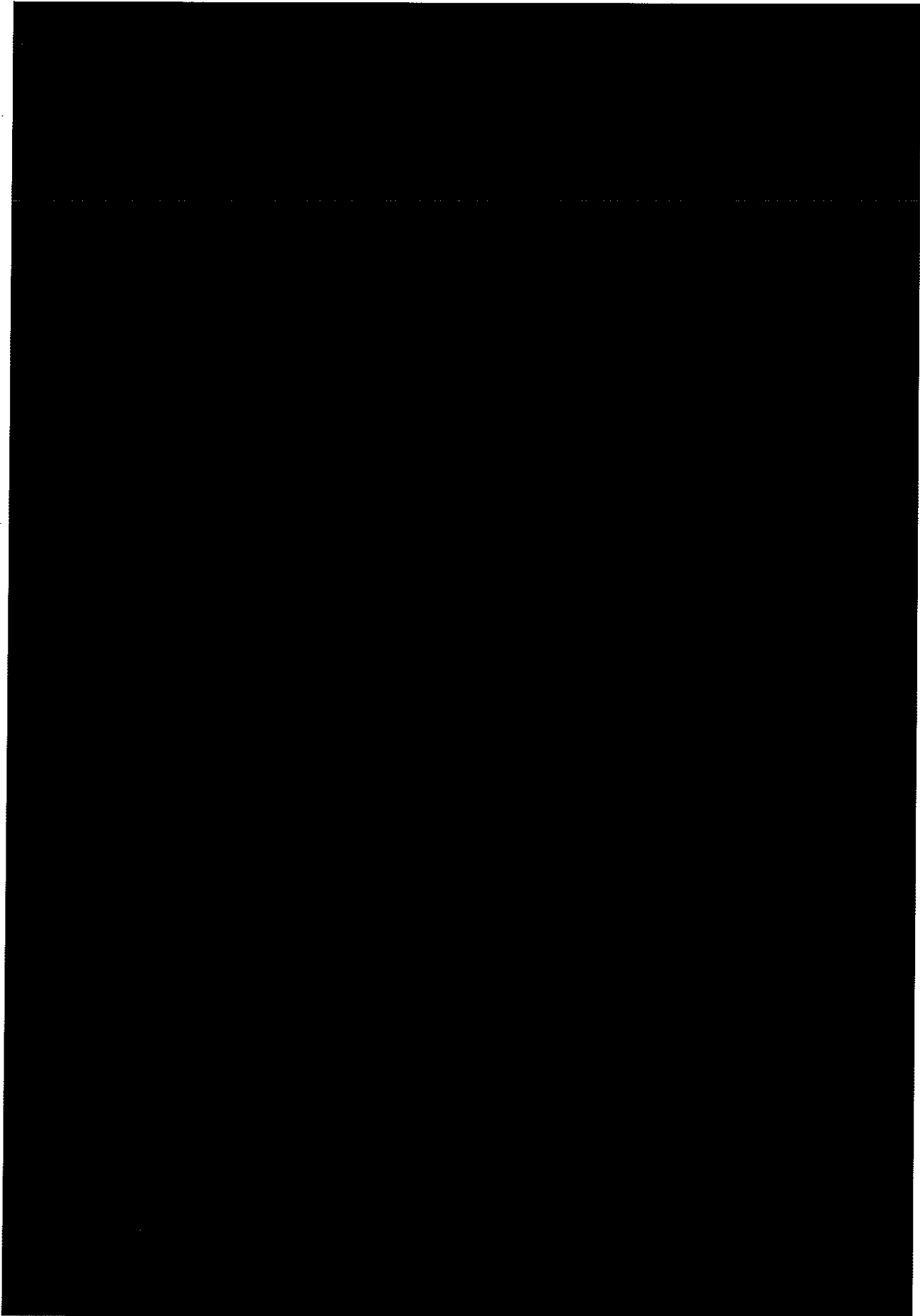
4











## 5 臨床麻酔部内のガバナンス

### (1) ■■■■■の廃棄についての連絡および■■■■■の認識

上記の通り、臨床麻酔部の多くの医師は持続投与用の■■■■■を使用しておらず、■■■■■は大量に廃棄されている。この点について、■■■■■は当委員会に対し持続投与用の■■■■■が廃棄された例があることは認識していたものの、多くは実際に使用されていると思っており、こうした多量の廃棄が行われていたことは知らなかったと述べている。しかし、未使用の溶解済み■■■■■が相当数薬剤部に返却されていることは2019年9月以降の多職種ミーティングで複数回にわたり議題となって、少なくとも同ミーティングに出席した■■■■■は把握しており、当該ミーティング後に■■■■■が■■■■■を含む臨床麻酔部のメンバーに送付したメール【資料⑭】を見れば■■■■■においても把握することができる状況であった。

また、手術室では溶解済みの■■■■■のシリンジが手術中も使用されないまま置かれていたのであるから、手術の現場を少しでも確認すれば、麻酔医（特に■■■■■の■の使用を推奨し、麻酔医を教育したいという意思を持っている者）であれば発見できる状態であった。

そのため、■■■■■において■■■■■の多量の廃棄を一切把握していなかったということは、状況的には考えにくい。他方で、■■■■■がそのような事態を全く把握していなかったのだとすれば、■■■■■は現場の状況も他部署とのミーティングの内容も全く把握していない（把握しようとしていない）こととなるのであって、部内のコミュニケーションや管理体制に大きな問題があったか、又は何らかの事情によりあえて見て見ぬふりをしていたこととなり、いずれにしてもガバナンスに重大な問題があることとなる。

### (2) 臨床麻酔部内での不正の発見等

■■■■■によるカルテの改ざんについて、■■■■■はカルテの改ざんを知らなかったと述べている。他方で、臨床麻酔部の複数の医師が自ら担当した麻酔記録について改ざんを受けたことを認識していたと述べている。

通常であればカルテの改ざんを知った医師らは、臨床麻酔部の■■■■■に報告し、■■■■■が部門の責任者として問題に対処することとなるはずである。しかしながら、本件では、医師らは■■■■■に報告も相談もしていない。複数の医師が診療録の改ざんに気付いていながら、部長に報告しない（できない）ということ自体、部内における意思疎通の不十分さを示している。

さらに、多職種ミーティングにおいて、■■■■■が特にコスト修正が多く、使用していない可能性があることまで具体的に指摘されているにもかかわらず、適切な周知や■■■■■への報告が行われていなかった。そのことによって、問題の把握ができ

ず、対処方針の検討も行われず、不正が継続して行われた。この点からも臨床麻酔部内のガバナンスが著しく機能不全に陥っていたことがうかがえる。

また、仮に、改ざんに気づいた臨床麻酔部の医師らがその重大さを認識していなかったとすれば、当院における医療倫理・医療安全における教育も不十分であったと考えられる。

6



## 7 麻酔記録システム又は医薬品等の運用上の問題

医療情報関連及び運用について、使用履歴の改ざん及び不正請求を許してしまった原因として、当委員会が考える問題点は以下の通りである。

- 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
- ⑥術中に使用していない医薬品医療機器等を請求することを防止する仕組みが機能していないこと

当委員会としては、上記の問題については、当院として早急に対応する必要があると

考える。

## 第5 結語

上記の通り、当委員会の調査の結果、[redacted]については、2018年4月以降、麻酔の使用履歴に多数の虚偽入力が行なわれていることが判明した。また、[redacted]

[redacted]いずれも直接的な不正行為の実行者は[redacted]であったと考えられる。

[redacted]の当該行為の背景には[redacted]の方針があったものと判断せざるを得ない。そして、[redacted]の当該方針は、特定の企業の製品を多く消費することによって当該企業から多くの寄附金を（[redacted]）受領したいという動機によるものであったと考えられる。そこに患者のためという意図は感じられず、それどころか、危険性のある薬剤の積極使用を推進しておきながら適切な部内教育を行っていないことからすると、患者の安全をある程度犠牲にしても対象企業の製品の消費量を増加させようとする意図が感じられる。本件では患者の安全を蔑ろにした使用は結果的にはなされていないとはいえ、医療安全上も医療倫理上も問題は極めて大きい。

また、[redacted]

なお、上記の判断の根拠となっている[redacted]及び[redacted]については、情報提供者保護の観点から、[redacted]及び[redacted]に示していない。そのため、[redacted]及び[redacted]からの弁明を聞いていない。これらの[redacted]に基づいた処分等をする場合には、情報提供者の保護の観点に留意しつつ、両氏に弁明の機会を付与する必要がある点を付言する。また、当委員会の調査は及ばなかったが [redacted]

また、臨床麻酔部内での問題発見の遅れやコミュニケーション不足も深刻であり、[redacted]

[redacted]としては、臨床麻酔部の責任者としての責任も免れない。

これらのことを踏まえ、当委員会としては、早急に臨床麻酔部のガバナンスの根本的な見直し、[redacted]についての管理体制の見直し、改ざんを許さない麻酔記録システムの整備、さらに医学部附属病院における医療倫理のみならず、医学部および大学全体の教職員における企業との関わりにおけるコンプライアンス教育の再徹底等の対策を行うべきであることを提言する。

以上