

2025 年 8 月 8 日

各 位

会 社 名 株式会社アンビスホールディングス
代 表 者 名 代表取締役CEO 柴原 慶一
(コード番号：7071 東証プライム)
問 合 せ 先 取 締 役 山口 真吾
(TEL. 03-6262-5105)

特別調査委員会の調査報告書受領に関するお知らせ

当社は、2025 年 3 月 27 日付「特別調査委員会設置について」にて公表のとおり、当社が不正に診療報酬の請求を行ったとする報道において指摘された内容の事実関係及び経緯などについて、客観的、網羅的かつ深度ある調査を行うことを目的として、社外の独立した専門家による特別調査委員会を設置し、公正かつ客観性のある業務実態の調査を行ってまいりました。

本日、特別調査委員会より調査報告書を受領いたしましたので、下記のとおりお知らせいたします。

ご利用者様やそのご家族様、投資家・株主の皆様、取引先及び関係者各位におかれましては、多大なるご迷惑とご心配をおかけしておりますことを改めてお詫び申し上げます。

記

1. 特別調査委員会の調査結果

特別調査委員会の調査結果につきましては、添付の「調査報告書（公表版）」をご覧ください。

なお、当該調査報告書につきましては、個人のプライバシー、当社の機密情報保護の観点から、部分的な非開示措置を施しておりますことをご了承ください。

2. 調査結果手法および調査結果の概要

- (1) 外部の専門家を主体とする特別調査委員会（弁護士 2 名、会計士 1 名、補助者弁護士等 16 名）が設置され、当社は特別調査委員会の調査に全面的に協力してまいりました。
- (2) 特別調査委員会による調査は 3 月 27 日から 8 月 4 日まで 4 ヶ月以上にわたって実施され、取締役会、経営会議、監査役会等の会議体議事録、現行の訪問看護記録作成システムにおける調査対象期間での全訪問記録、電子メールや Teams チャット、添付ファイル、並びに、保険報酬に係る記録等を対象とした調査・分析が行われました。加えて、当社関係者及び元厚生労働省局長等の厚生労働省 OB 関係者の合計 247 名、延べ 253 名へのヒアリング、アンケート調査、情報提供窓口の設置等を通じた包括的・多面的な調査・検証が実施されました。
- (3) 特別調査委員会による調査の結果、一部報道にあるような組織的な不正および不正請求の実態がないことが事実認定されました。

3. 2025 年 9 月期半期報告書業績に与える影響について

本件調査での影響額としては 63 百万円あまり（調査対象期間売上総額の 0.05%程度）と僅少なものであることから、過年度の有価証券報告書等の訂正はせず、2025 年 9 月期第 2 四半期決算で全額引当を行う予定です。なお、当該引当額は、特別調査委員会により認定された一定の基準に基づき売上の元となる訪問看護記録を検証した場合に、看護実態を示す記載が不十分であると認定されたものであり、看護実態がないと認定されたものではございません。したがって、当社としてはたとえ過誤請求額があったと認定されても、この金額のうちさらに少額にとどまるとの認識をもっておりますため、当該引当額は実際の返戻額とは無関係な数字であることをご留意いただく必要がございます。

4. 調査結果に対する当社の認識

- (1) 本件調査過程において、医心館の大半の入居者が、がんなどの不治で末期の病状にあることに加え、当社がホスピス事業のパイオニアとして、医療の質・ケアの充実を図り真摯に取り組んできたこと、並びに、現場職員の日ごろの実直な業務実施の内容が理解された結果、訪問看護における医療行為が実態のあるものと特別調査委員会により判断されたものと認識をしております。
- (2) 上記の影響額に関して当社の看護実態について根拠資料の記載が不十分であると認定されたケースは、記録の登録ミス及び記載不足などによる形式的なエラーがその大部分を占めるものと認識しておりますが、調査対応、ならびに、調査結果の公表に期間を要し、投資家をはじめとするステークホルダーの皆様には結果的に多大なるご心配をお掛けするに至った社内体制の不備について、調査報告書の指摘を真摯に受け止め、改善に努める所存でございます。
- (3) 特別調査委員会による調査が開始される以前より、既に当社としても自主的に内部体制や業務内容の検証を行い、医療の質・ケアのより一層の充実を図るために、記録記載を含めた業務内容を標準化・体系化・明文化するにとどまらず、教育研修への展開と運用を開始しておりましたが、特別調査委員会の指摘を踏まえてより一層の改善に努める所存でございます。
- (4) 組織構造の変更・人員配置の適性化で記録の不備が起きにくい体制を構築するとともに、少額ではあるものの誤謬が発生したことに対し、より一層ミスが起きにくい組織体制を実現するよう取り組んでまいります。
- (5) 特別調査委員会の調査結果に対する当社の認識や今後の当社の取り組みについての詳細は、8 月 14 日の決算発表時に公表する予定でございます。ステークホルダーの皆様には多大なるご迷惑とご心配をおかけしましたことを重ねて深くお詫び申し上げます。

5. 2025 年 9 月期半期報告書及び 2025 年 9 月期第 2 四半期（中間期）決算短信について

2025 年 5 月 15 日付「2025 年 9 月期半期報告書の提出期限延長申請に係る承認のお知らせ」のとおり、2025 年 8 月 14 日を期限とした提出期限延長の承認を受けております。当該半期報告書につきましては、2025 年 8 月 14 日に提出する予定です。

また、2025 年 5 月 9 日付「2025 年 9 月期第 2 四半期（中間期）決算発表の延期に関するお知らせ」のとおり、延期しております 2025 年 9 月期第 2 四半期（中間期）決算短信の開示を、あわせて 2025 年 8 月 14 日に行う予定です。

以上

調 査 報 告 書
(公表版)

2025 年 8 月 8 日

2025 年 8 月 8 日

株式会社アンビスホールディングス 御中

特別調査委員会

委員長 井 上 宏

委 員 澤 田 忠 之

委 員 山 田 重 嗣

株式会社アンビスホールディングス（以下「アンビス HD」という。）からの
委託に基づき、当調査委員会が実施した調査（以下「本件調査」という。）の
結果は、以下のとおりである。

目次

第 1 本件調査の概要	1
1 当調査委員会設置の経緯・目的	1
2 本件調査の委嘱事項	1
(1) 委嘱事項	1
(2) 当調査委員会の構成	1
(3) 調査期間	1
(4) 調査対象	2
3 本件調査の方法等	2
(1) アンビスからの提供資料及びデジタルフォレンジック調査・分析等 ..	2
(2) 対象者からのヒアリング等	3
(3) アンケート	3
(4) 情報提供窓口の設置	3
(5) 本件調査の制約等	3
第 2 医療保険制度上の訪問看護の法令の概要等	4
1 医療保険制度上の訪問看護及び診療報酬に係る法令の概要	4
2 診療報酬の算定方法に係る法令の概要	4
(1) 訪問看護基本療養費	5
(2) 難病等複数回訪問加算	6
(3) 複数名訪問看護加算	7
(4) 夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算	8
(5) 訪問看護管理療養費	8
3 指定訪問看護に関する取扱方針の概要	9
第 3 当調査委員会による認定事実	9
1 アンビスグループの概要等	10
(1) アンビス	10
(2) アンビス HD	10
(3) 医心館	10
2 本件報道	11
3 アンビス及びアンビス HD 並びに医心館の組織・業務体制の概要等	11
(1) アンビス	11
(2) アンビス HD	12
(3) 医心館	12
4 医心館での事業概要等	13
(1) 医心館事業の概要等	13
(2) 訪問看護	13

(3) 訪問介護	14
5 医心館における訪問看護及び訪問介護における記録作成及び診療報酬ないし介護報酬請求までの流れ	14
(1) 訪問看護	14
ア 入居及び訪問看護指示書の交付	14
イ 訪問看護計画書の作成	15
ウ ルート表の作成	16
エ 訪問看護の実施	16
オ 訪問看護に際しての訪問看護記録の作成	17
カ 請求までの流れ及びシステム	17
(2) 訪問介護	18
ア 入居の流れ	18
イ ケアプラン及び訪問介護計画の作成	18
ウ ルート表の作成	19
エ 訪問介護の実施及び訪問介護記録の作成	19
オ 請求までの流れ及びシステム	20
6 医心館の事業の推移及び運用等	21
(1) 医心館の創業・立上げ時期	21
(2) 医心館の拡大時期及び運営状況等	21
ア 2014 年頃から 2017 年頃までの状況	21
イ 2018 年頃の状況等	22
ウ 2019 年頃の状況等	23
エ 2020 年の複数名訪問による加算請求等	24
(3) 2021 年以降の医心館の看護部門・介護部門の運営状況等	24
ア 2021 年以降のアンビスの運営体制等	24
イ 看護部門における体制及び拠点への指導等	25
(ア) 看護部の体制等	25
(イ) 看護部による各医心館への指導等	25
ウ 介護部門における体制及び指導等	26
(4) 上記(3)の期間（2021 年以降）における訪問看護・訪問介護の状況等	27
ア 訪問看護の状況等	27
イ 訪問介護の状況等	29
ウ 医心館看護師及び介護士等の認識等	29
エ 売上高の推移及び内訳	30
(5) 2024 年 6 月の報道を受けたアンビス内での対応等	30
ア 2024 年 6 月の報道	30

イ	厚生局に対する匿名での照会等	30
ウ	2024 年 6 月報道を受けたアンビスの対応等.....	31
(6)	2025 年 1 月の青森市による文書指導への対応等.....	33
7	アンビスにおける看護部門のルートに係る指導等	33
(1)	2024 年以前の状況等	33
(2)	2024 年 1 月のルートに関する研修資料の概要等.....	34
(3)	2024 年 11 月の研修資料の概要.....	35
8	アンビス HD におけるコンプライアンス部の役割・実情等.....	36
(1)	コンプライアンス部の所掌事務等	36
(2)	コンプライアンス部の業務実態等	36
(3)	運営指導におけるタイムカードの書換え等	37
9	医心館からの内部通報等の状況	39
10	医心館における訪問看護の本件通知等との整合性に係るアンビス HD の 現在の経営層の認識ないし問題意識等	39
(1)	柴原社長の認識	39
(2)	アンビス HD 役員らの認識等.....	40
(3)	アンビス HD の監査・監督機関の認識等.....	40
第 4	当調査委員会による検討	41
1	医心館における看護実態の有無	41
(1)	訪問看護記録に記録された看護業務の実態の有無等	41
(2)	医心館における訪問看護業務における問題点等	43
ア	訪問看護の必要性について	43
イ	医心館における訪問看護時間と本件通知との法的整合性等	44
ウ	複数名訪問看護の必要性及び実態（同行者の同行）の有無	46
(3)	本件調査事項について	47
ア	必要性に関係なく、1 日 3 回の訪問看護を設定した事実の有無.....	47
イ	短時間訪問の実態	47
ウ	複数名での訪問看護を設定する必要性及び複数名訪問看護の実態の 有無	48
エ	上記アないしウ以外で問題となる看護実態（類似事案）等	48
オ	上記検討結果等を踏まえたアンビスによる診療報酬請求の可否 ...	50
2	その他の本件類似事案に係る調査結果等	50
(1)	類似事案の存在	50
(2)	訪問介護に係る調査の実施	51
(3)	上記(2)の調査を超える追加調査の可否に係る判断	52
3	本件が発生した原因の分析等	53

(1)	明らかに短時間と認められる訪問看護の事例について	53
ア	訪問看護の実施方法についての指示・説明が不十分であったこと	53
イ	正確な訪問時間の記録がなされなかったこと	54
ウ	本件通知（法令）との適合性を十分に確認・検証しないまま、現場に運用を委ねたこと	55
エ	営利優先の発想が認められること	56
(2)	複数名訪問における同行者の確認不能の事例について	56
ア	複数名訪問の必要性に疑義のある入居者も対象とされていたこと	56
イ	複数名で実施するだけの人的体制が整えられていなかったこと	57
ウ	同行者の記録を修正しない運用が定着していたこと	58
(3)	勤怠記録と訪問看護記録の齟齬並びに確定時期の異常値がみられた事例について	58
(4)	訪問看護におけるルートの設定及び人員配置の問題性	60
(5)	法令遵守の意識の低さ	61
(6)	業務遂行の現状把握、指示、確認等の適切な業務遂行を確保する組織体制が不十分であったこと	62
ア	第1線について	62
イ	第2線について	63
ウ	第3線について	63
エ	その他	64
(7)	アンビスの社内におけるコミュニケーションの不足	64
4	再発防止策の提言	65
(1)	正確な記録の作成	65
ア	訪問看護（介護）記録の作成の方法	65
イ	事後的な記録の修正追記のあり方	66
(2)	ルート作成のあり方及び適正な人員配置	66
(3)	内部統制の再構築・法令遵守意識の徹底	67
ア	業務執行のラインにおける指示、報告の徹底	67
イ	コンプライアンス部門の再構築	68
ウ	内部監査機能の充実・強化等	68
(4)	社内におけるコミュニケーションの向上	69
ア	率直なコミュニケーションの確保	69
イ	活発な議論の場の確保	69
(5)	終わりに	70

第1 本件調査の概要

1 当調査委員会設置の経緯・目的

当調査委員会は、2025年3月23日、アンビスHDの完全子会社である株式会社アンビス（以下「アンビス」といい、両社を総称して「アンビス」という場合もある。）が開設・運営する有料老人ホーム「医心館」に併設された訪問看護ステーションにおいて不正な診療報酬請求が行われた旨の報道（以下「本件報道」という。）があったことを受け、本件報道に係る事実関係（以下「本件」という。）及び類似事案の有無に関する調査を行い、その結果、問題があると判断された事案が認められた場合には当該事案が発生した原因の分析及び再発防止策の提言等を行うことを目的として同月27日に設置されたものである。

2 本件調査の委嘱事項

(1) 委嘱事項

- ① 本件及び類似事案の有無に関する調査
- ② 上記①の調査の結果、問題があると判断された事案が認められた場合の原因の分析及び再発防止策の提言
- ③ その他当調査委員会が必要と認める事項

(2) 当調査委員会の構成

当調査委員会の構成は、以下のとおりである。

委員長 井 上 宏（弁護士、桃尾・松尾・難波法律事務所・元福岡高等検察庁検事長）

委員 澤 田 忠 之（弁護士、弁護士法人 瓜生・糸賀法律事務所・元大阪地方裁判所判事）

委員 山 田 重 嗣（公認会計士、U&I アドバイザリーサービス株式会社）

また、上記に加えて、弁護士法人 瓜生・糸賀法律事務所の弁護士13名並びに U&I アドバイザリーサービス株式会社の公認会計士2名、公認不正検査士1名及びデジタルフォレンジック担当者にも本件調査を補助させている。

(3) 調査期間

当調査委員会は、2025年3月27日から同年8月4日までの間、本件調査を行った。

(4) 調査対象

本件委嘱事項に基づく調査対象事実は以下のとおりである。

- ① 1日3回の訪問看護を設定する必要性の有無
- ② 短時間訪問の実態
- ③ 複数名での訪問看護を設定する必要性及び複数名訪問看護の実態
- ④ 上記①ないし③の検討結果等を踏まえたアンビスによる診療報酬請求の当否
- ⑤ 類似事案の有無

3 本件調査の方法等

当調査委員会は、上記 2(3)の調査期間において、合計 8 回の委員会を開催して審議したほか、随時、メール、ヒアリング後の打合せ等の方法により、相当数の意見交換・協議を実施した。

具体的な調査の方法は以下のとおりである。

(1) アンビスからの提供資料及びデジタルフォレンジック調査・分析等

当調査委員会は、2025年3月28日から同年8月4日までの間に、アンビス本社に所属する役職員 60 名、及びアンビス運営部に属する匠心館のうち、本件又は類似事案の発生が疑われた 3 か所の管理者 6 名及びサービス提供責任者（以下「サ責」という。）5 名の計 11 名に関し、データの残存している全期間（終期はデータ取得の直前まで）のメールアーカイブ及び Teams チャット履歴についてデジタルフォレンジック調査を行い、同調査によって得られた情報を精査した。

電子メールについては、予め重複排除等の下処理を行った結果、添付ファイルとの合計で 4,856,073 件存在した。これらについて詳細な検索条件（期間については概ね 2020 年 4 月 1 日以降）の設定及び確認結果の共有が可能な専用のプラットフォームにアップロードした上で、キーワードの組合せ等の条件で絞り込んだ後の全データを精査し、当該精査の過程で追加的に必要と考えられたキーワード等を用いた検索によってヒットしたデータについても併せて精査した。

これに加え、現行のシステムにおいて記録された全期間である 2021 年 10 月から 2025 年 3 月までの訪問看護記録（下記第 3 の 5(1)オにおいて定義する。）の提供を受けた。

また、取締役会、経営会議、監査役会等の会議体の議事録、内部監査結果報告、内部通報資料等を含む相当数の資料の提供を受けた。

(2) 対象者からのヒアリング等

当調査委員会は、上記(1)の調査分析と並行して、複数の医心館においてその構造、職員及び入居者の様子、各種記録の入力端末や勤怠管理システム等を確認したほか、2025 年 4 月 4 日から 8 月 4 日までの間、本社関係者（役員、研修企画部職員、事業企画部職員、運営部職員、地域連携部職員、コンプライアンス部職員、運営支援室職員及び内部監査室職員等）、各医心館の管理者・サ責・看護師・介護士及び元厚生労働省局長等の厚生労働省 OB 関係者の合計 247 名、延べ 253 名につき、合計時間 238 時間 40 分のヒアリングを実施した。なお、対象者 28 名については対面にて、対象者 219 名についてはオンライン形式¹によるヒアリングを実施した。

(3) アンケート

当調査委員会は、2025 年 4 月 4 日に医心館に勤務する全ての看護師及び管理者を対象にアンケートを実施し、同年 8 月 4 日までに合計 1715 名から回答があった。

また、2025 年 6 月 30 日に全ての医心館における訪問看護管理者を対象に追加アンケートを実施し、同年 8 月 4 日までに合計 97 名から回答があった。

(4) 情報提供窓口の設置

当調査委員会は、2025 年 4 月 4 日、医心館に現に勤務している者、過去に勤務したことがある者、その他アンビス HD 及びその関連施設で勤務したことのある全ての者を対象とする専用の情報提供窓口（以下「本件情報提供窓口」という。）を設置し、本件に関連する情報提供を募った。なお、同情報提供期間は、上記同日から同月 18 日までを期限と定めたものの、同期限後も情報提供があったことから、引き続き（同年 8 月 4 日まで）情報提供を受け続けた。

その結果、本件情報提供窓口は、延べ 93 名から情報を受領し、その内容を精査するとともに、必要に応じて個別の情報提供の内容について確認するためのヒアリングを実施した。

(5) 本件調査の制約等

¹ この種の調査においては本来的には可能な限り対面によるヒアリングが望ましいとも考えられたが、本件における時間的制約及び対象者が全国にわたるという場所的制約等に鑑みると、全ての対象者について対面によるヒアリングを実施することは困難と判断された。

当調査委員会の調査は、上記 2(3)の限られた調査期間において対象者が全国にわたり、かつ、既に退職した関係者も相当数いる中で、アンケートの任意の協力を前提として行われたものであり、本件調査に当たって提供されなかった資料（取得できなかったデータを含む。）及び本件調査の範囲外とされた資料等については、本件調査の対象とされていない。そのため、本件調査の終了後、当調査委員会に提供されなかった資料等から新たな事実が判明した場合には、本件調査の結果に影響を及ぼすことに留意を要する。

第 2 医療保険制度上の訪問看護の法令の概要等

1 医療保険制度上の訪問看護及び診療報酬に係る法令の概要

医療保険における「訪問看護」とは、「疾病又は負傷により、居宅において継続して療養を受ける状態にある者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めた者に限る。）に対し、その者の居宅において看護師その他厚生労働省令で定める者が行う療養上の世話又は必要な診療の補助」をいい（健康保険法第 88 条第 1 項、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という。）第 78 条第 1 項）、「指定訪問看護」とは、厚生労働大臣が指定する指定訪問看護事業者により行われる訪問看護をいう（健康保険法第 88 条第 1 項）。

指定訪問看護事業者は、指定訪問看護を実施した場合、指定訪問看護に要した費用について、指定訪問看護を受けた被保険者に対して訪問看護療養費として保険者等から支給されるべき額の限度において、被保険者に代わり、訪問看護療養費を直接保険者等から受給することができる（健康保険法第 88 条第 6 項、高確法第 78 条第 7 項）。

訪問看護療養費の請求先は、保険者や後期高齢者医療広域連合であるが、費用請求に対する審査や支払に関する事務を委託することができ（健康保険法第 88 条第 11 項、高確法第 70 条第 4 項）、訪問看護事業所所在地の都道府県の社会保険診療報酬支払基金（被用者保険の被保険者・被扶養者の場合）又は都道府県の国民健康保険団体連合会（国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者の場合。以下「国保連合会」という。）に委託している。訪問看護療養費の請求は、訪問看護療養費請求書に、訪問看護療養費明細書を添付して行うとされる。

2 診療報酬の算定方法に係る法令の概要

訪問看護に係る診療報酬（基本療養費及び各種加算）の算定方法については、健康保険法第 88 条第 4 項及び高確法第 78 条第 4 項の規定に基づき、

厚生労働大臣が「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」（平成 20 年 3 月 5 日厚生労働省告示第 67 号。以下「算定告示」という。）において規定している。本件に関連する算定方法としては、①訪問看護基本療養費、②難病等複数回訪問加算、③複数名訪問看護加算、④夜間・早朝訪問看護加算/深夜訪問看護加算及び⑤訪問看護管理療養費が挙げられ、その概要は、以下のとおりである。

(1) 訪問看護基本療養費

訪問看護基本療養費は、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合に算定される基本的な診療報酬である。

訪問看護基本療養費は、指定訪問看護を受けようとする者が同一建物居住者であるか否かにより、訪問看護基本療養費(I)と訪問看護基本療養費(II)に区別される。訪問看護基本療養費(I)及び(II)のいずれも、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する利用者に対する場合を除き、利用者1人につき週3日を限度として算定するものであるが、当該疾病等に該当する場合には、当該上限は適用されない(「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等」(平成18年3月6日厚生労働省告示第103号。以下「本件告示」という。))第二の一、「特掲診療料の施設基準等」(平成20年3月5日厚生労働省告示第63号)別表第七(以下単に「本件別表」といい、「本件別表」に該当する疾病を「指定難病」という。))

したがって、本件別表に該当する疾病を抱える入居者に対して指定訪問看護を行った場合には、最大週 7 日まで訪問看護基本療養費を算定することができる²。

また、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年3月5日保発0305第3号。その後の令和2年3月5日保発0305第3号、令和4年3月4日保発0304第3号及び令和6年3月5日保発0305第12号による改正等を含み、以下「本件通知」という。）第4の2は、「指定訪問看護の実施時間は、1回の訪問につき、訪問看護基本療養費(I)及び(II)については30分から1時間30分程度を標準とする」旨を規定している。

この点、本件通知の「30 分から 1 時間 30 分程度を標準とする」との規定内容については、平成 10 年 3 月 16 日老発 168 号「老人訪問看護療養費に係る指定老人訪問看護の費用の額の算定に関する基準の施行につい

2 なお、「特掲診療料の施設基準等」の別表第八に掲げる者及び特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受ける者に対して指定訪問看護を行った場合にも、最大週 7 日まで訪問看護基本療養費を算定することができるが、医心館の入居者には本件別表に該当する疾病を抱える者が多いため、本報告書では本件別表を中心に検討した。

て」第 2 の 12 に「一回の訪問につき、老人訪問看護基本療養費(Ⅰ)については三〇分から一時間三〇分程度を…標準とする」と規定されており、本件通知は指定老人訪問看護における上記規定がそのまま引き継がれたものであると解されるところ、有料老人ホーム等、同一の建物に入居している複数の利用者に対して同一日に指定訪問看護を行う場合に減算を行う、所謂「同一建物減算」は、平成 22 年 3 月 5 日厚生労働省告示第 74 号「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」及び平成 22 年 3 月 5 日保発 0305 第 3 号「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」において規定されていると認められるが、同一建物減算の導入時において、24 時間医療サービス付の有料老人ホームや高齢者向け集合住宅に対する在宅医療サービスがその対象となるに当たって、これに伴う諸課題等の存すること³は当時の予算委員会等の質疑から窺われるものの、現時点までに上記規定の標準時間の見直し等が法令ないし通達等で定められてはいない。

1 日当たりの訪問看護基本療養費の算定額は、表 1 のとおりである⁴。

表 1 訪問看護基本療養費の概要

区分	算定額
保健師、助産師又は看護師による場合	週 3 日目まで 2,780 円 週 4 日目以降 3,280 円
准看護師による場合	週 3 日目まで 2,530 円 週 4 日目以降 3,030 円
悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合	12,850 円
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合	2,780 円

(2) 難病等複数回訪問加算

算定告示別表「区分 01」注 7 は、難病等複数回訪問加算として、指定難病等の利用者に対して、「1 及び 2（いずれもハを除く。）については、…必要に応じて 1 日に 2 回又は 3 回以上指定訪問看護を行った場合は、…次に掲げる区分に従い、1 日につき、いずれかを所定額に加算する」

³ 訪問看護ではなく医師による在宅医療サービスに関する議論であるが、「第 186 回国会 衆議院 予算委員会第五分科会 第 1 号 平成 26 年 2 月 26 日」において、数十名が居住する有料老人ホーム等の施設への訪問診療について、短時間で網羅的に診察することにより荒稼ぎするケースがあることが課題として認識されている。

⁴ 医心館のように同一建物に多数名が居住し、同一日に 3 名以上に対し訪問看護を行っている場合の算定額を記載する。また、以下の各算定額及び加算額は、いずれも 2025 年 3 月末現在の金額である。

旨を規定している。ここにいう「1 及び 2」とは「1 訪問看護基本療養費(I)」及び「2 訪問看護基本療養費(II)」を指すため、1日に複数回の指定訪問看護を行う場合であっても、それぞれの指定訪問看護の実施時間は上記(1)と同様に「30 分から 1 時間 30 分程度を標準とする」ものと解される。当該加算の要件を満たした場合には、上記(1)の訪問看護基本療養費に加え、表 2 に掲げる区分に従った額の加算が適用される⁵。

表 2 難病等複数回訪問加算の概要

区分	加算額
1 日に 2 回の場合	4,000 円
1 日に 3 回以上の場合	7,200 円

(3) 複数名訪問看護加算

算定告示別表「区分 01」注 12 は、複数名訪問看護加算として、「同時に複数の看護師又は看護補助者による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者（以下「その他職員」という。）と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、1 日につき、いずれかを所定額に加算する」旨規定し、当該加算の要件を満たした場合には、上記(1)の訪問看護基本療養費に加え、当該加算要件に定める区分に従った額の加算が適用される。

当該加算の概要は、表 3 のとおりである。

表 3 複数名訪問看護加算の概要

同行者	保健師、助産師又は看護師	准看護師	その他の職員 ⁶	
	週 1 日を限度として算定		限度なし	
加算額	4,000 円	3,400 円	1 日に 1 回	2,700 円
			1 日に 2 回	5,400 円
			1 日に 3 回以上	9,000 円

当該区分における加算の適用を受ける要件として、本件告示第二の五

⁵ 医心館のように同一建物に 3 名以上入居している場合の加算額を記載する。以下同じ。

⁶ 看護師等が複数名訪問看護を行った場合でも、週 1 日を超える部分は「その他の職員」として算定されることとなる。指定難病等の場合以外に、暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者や、利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者等に対する複数名訪問看護についても加算が認められるが、その場合には週 3 回を限度として 2,700 円の加算となる。

及び本件通知第 2 の 10(1)は、利用者が指定難病等に該当することに加え、当該利用者又はその家族等の同意を得ること及び 1 人の看護師等による指定訪問看護が困難な利用者であることを規定している。なお、本件通知第 2 の 10(4)は、「看護職員と同行するその他職員は、常に同行の必要はないが、必ず利用者の居宅において両者が同時に滞在する一定の時間が確保された場合に算定できる」旨規定している。

この点、同規定の「同行するその他職員」「同時に滞在する一定の時間」の範囲について、平成 24 年 4 月 20 日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡別添 5 問 1 に対する回答では、「看護補助者については、訪問看護を担当する看護師の指導の下に、療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）のほか、居室内の環境整備、看護用品及び消耗品の整理整頓等といった看護業務の補助を行う者のことを想定しており、資格は問わない。」とされ、また、平成 22 年 3 月 29 日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡別添 4 問 7 に対する回答では、「同時に複数の看護師等が必要な時間帯に複数名で対応することでもよい。ただし、同時に複数名で訪問看護を実施する時間は訪問看護の標準的な時間としている 30 分程度を超えていること。」と記載されている。

(4) 夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算

算定告示別表「区分 01」注 13 は、「夜間（午後 6 時から午後 10 時までの時間をいう。…）又は早朝（午前 6 時から午前 8 時までの時間をいう。…）に指定訪問看護を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として 2,100 円を所定額に加算し、深夜（午後 10 時から午前 6 時までの時間をいう。…）に指定訪問看護を行った場合は、深夜訪問看護加算として 4,200 円を所定額に加算する」旨規定している。

夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算の算定要件について、本件通知第 2 の 11(2)は、「利用者又はその家族等の求めに応じて、当該時間に指定訪問看護を行った場合にのみ算定できるものであり、訪問看護ステーションの都合により、当該時間に指定訪問看護を行った場合には算定できない」旨規定している。

(5) 訪問看護管理療養費

算定告示別表「区分 02」注 1 は、上記(1)の訪問看護基本療養費及びこれに係る各種加算とは別に、「訪問看護管理療養費」として、「指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション…であって、利用者に対して訪問看護基本療養費…を算定すべき指定

訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書…を当該利用者の主治医…に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する」旨を規定している。医心館のように、訪問看護ステーション利用者のうち、同一建物居住者であるものが占める割合が 7 割を超える場合における訪問看護管理療養費は、月の初日の訪問の場合は 7,670 円（機能強化型訪問看護ステーション⁷の場合には 13,230 円、10,030 円又は 8,700 円）であり、月の 2 日目以降の訪問の場合は 1 日につき 2,500 円となる（算定告示別表「区分 02」）。

3 指定訪問看護に関する取扱方針の概要

「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について」（令和 2 年 3 月 5 日保発 0305 第 4 号。）第三の 4(9)は、「①指定訪問看護は、利用者の心身の特性を踏まえて、利用者の療養上妥当適切に行い、日常の療養生活の充実に資するようにするとともに、漫然かつ画一的なものにならないよう、主治医との密接な連携のもとに看護目標及び訪問看護計画に沿って行うこととしたものであること。②指定訪問看護の提供については、目標達成の度合いやその効果等について評価を行うとともに、訪問看護計画の修正を行い、改善を図る等に努めなければならないものであること。」と定めている。これに関連して、厚生労働省保険局医療課は、利用者の状態にかかわらず一律に回数を定めて訪問看護を行っている事例があるなどの報道があったことを踏まえ、「指定訪問看護の提供に関する取扱方針について」（令和 6 年 10 月 22 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）において、上記の定めを引用しつつ、「訪問看護の日数、回数、実施時間及び訪問する人数（以下「訪問看護の日数等」という。）については、訪問看護ステーションの看護師等が訪問時に把握した利用者や家族等の状況に即して、主治医から交付された訪問看護指示書に基づき検討されるものであることから、訪問看護ステーションの看護師等が利用者の個別の状況を踏まえずに一律に訪問看護の日数等を定めるといったこと…は認められないことに留意すること」との見解を示している。

第 3 当調査委員会による認定事実

当調査委員会がアンビスから入手した資料、上記第 1 の 3(1)のデジタルフ

⁷機能強化型訪問看護ステーションとは、在宅医療を推進するため、24 時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れ、介護保険の居宅介護支援事業所の設置等といった、機能の高い訪問看護ステーションを評価したものであり、常勤看護職員の数等によって看護管理療養費が 3 類型に分類される。医心館の場合は、時期により異なるが、一部拠点が機能強化型訪問看護ステーションに該当する。

オレンジックの結果並びに同 3(2)のヒアリング結果、同(3)のアンケート結果及び同(4)の情報提供窓口に寄せられた情報等を総合勘案すれば、本件に関し、以下の事実が認定できる。

1 アンビスグループの概要等

(1) アンビス

アンビスは、2013年9月11日、有料老人ホーム事業、サービス付高齢者住宅事業、ケアハウス事業、高齢者用住宅事業、ナーシングホーム事業、上記事業を行う施設の運営及び管理業務、訪問看護事業、訪問介護事業並びにこれらに付随する業務等を目的として、医師である柴原慶一氏（以下「柴原氏」ないし「柴原社長」という。）が創業した株式会社である。

同社は、いわゆるホスピス事業を中核事業としており、「医心館」という名称の訪問看護ステーション及び訪問介護ステーションを併設した有料老人ホームの事業所内において、訪問看護、訪問介護、居宅介護支援及び障害者を対象とした居宅介護といった各種サービスの提供と事業所運営を行っている。

(2) アンビス HD

アンビス HD は、2016年10月3日に（アンビスを100%子会社とする株式移転により）設立されたアンビス及び株式会社明日の医療の株式の各100%を保有する持株会社であり、代表取締役社長は柴原氏である。

アンビス HD は、2019年10月に東京証券取引所 JASDAQ（スタンダード）市場に上場し、2023年3月に同取引所プライム市場へ上場市場を変更している。

同社は、アンビスに対し、医心館等の建物等の賃貸及び経営指導を行い、経営コンサルティング料及び配当の支払を受けている。

(3) 医心館

医心館は主にアンビスが運営する訪問看護ステーション及び訪問介護ステーションが併設された有料老人ホームであり、同ホームに入居する入居者に対し、訪問看護、訪問介護及び居宅介護支援等を行っている（なお、以下では、各地の医心館を指して「拠点」と称する場合がある。）。医心館は、2014年5月に三重県名張市で開設され、その後、急速に全国に開設・展開され、2025年3月末日時点で全国に119拠点（6,064床）が存在している。医心館では、医療依存度の高いとされるがん末期

等の終末期療養にある入居者等を主たる対象にし、医心館に所属しない外部医師と連携し、外部医師の指示に基づき、医心館に所属する看護師・介護士等によって訪問看護並びに訪問介護及び居宅介護支援（以下「訪問介護及び居宅介護支援」について「介護部門」と総称する場合がある。）等が実施されている。

2 本件報道

上記第1の1のとおり、2025年3月23日、医心館に併設されている訪問看護ステーションにおいて、実際と異なる訪問看護記録が作成され、不正に診療報酬の請求が行われたとみられる旨の報道がなされた。その後、複数の報道機関により同種の報道がなされたが、これらは概ね上記第1の2(4)記載の①1日3回の訪問回数必要性（深夜帯訪問の必要性も含む。以下同じ。）、②30分未満の訪問看護（以下「短時間訪問」という場合がある。）の実態、③複数名訪問看護の必要性及び実態、④上記①ないし③に係るアンビスによる診療報酬請求の可否を指摘するものであった⁸。

3 アンビス及びアンビス HD 並びに医心館の組織・業務体制の概要等

(1) アンビス

アンビスの2024年4月1日以降の体制は、柴原社長が本部長を務める医心館運営本部という組織から構成され、同運営本部には、医心館運営部と地域連携部が所属する。医心館運営部は、運営部長の下で、全国の医心館119拠点の看護事業及び介護事業を掌理し、全国の医心館の看護・介護全般の指導に加え、拠点で問題等が発生した場合の対応等を行っている。地域連携部は、専ら医心館の新規開設を行うに当たって、当該開設地域の医療機関等の関係機関との連携調整等の業務を行うとともに、（既設の医心館も含めて）入居者の募集等の業務を行っている。

なお、アンビス及びアンビス HD では、設立以来現在までの間に、短時間で相当頻繁に組織の変更・改定が行われてきたところ、2024年3月31日以前の医心館運営本部は、看護部、介護部及び地域連携部等で構成されることもあれば、介護看護部と地域連携部等で構成されることもあったが、2024年4月1日以降は、上記のとおり、運営部長が看護部門及び介護部門を統括する体制となっている。

⁸ なお、当調査委員会の調査開始後の2025年4月28日、医心館の介護部門についても、「予定通り訪問しないことが多かった」「入居者の支給限度額に対し平均8割の金額まで訪問介護を組むよう、本社の部長から指示された」等の報道がされた。同月30日にも同様の報道があったが、当調査委員会としては、介護に関する上記報道に係る事実の有無は、上記第1の2(1)①の「類似事案の有無」に関する調査と位置付けることとする。

(2) アンビス HD

アンビス HD は、2024 年 4 月 1 日以降、アンビスと同じ医心館運営本部が組織上所属している形となっているが、同本部を除くと、経理財務本部、管理本部、事業開発本部及び医療本部の 4 本部から構成される。

経理財務本部は、経理部と財務部から構成され、資金に関する計画、調達、運用の立案等並びに会計・決算業務等を行っている。

事業開発本部は、2025 年 3 月時点で、開設支援部、建築部、開発部、採用部、情報システム部、事業企画部及び研修企画部から構成されている。開設支援部、建築部、開発部及び採用部は、医心館の新規開設のための準備や用地確保等を行うとともに拠点職員の採用等を行っている。情報システム部及び事業企画部は専らシステム関係・総務関係を所管している。

事業企画部内には、ルート調整支援室という部門があり、同部門は、医心館各拠点のルート調整業務を担っている。ルート調整業務とは、居室訪問の回数・順序等の組み方等について、拠点管理者等に対する助言・サポート等を行う業務である。ルート調整支援室の業務はシステムと連動する面もあるため、システム関係を統括する A 氏が部長を務める事業企画部に配置されている。

研修企画部は、2024 年 4 月に事業開発本部に新設された部署であり、上記(1)のとおり、同部看護部長の下で医心館等の拠点管理者や看護師等の研修業務全般を担当しているが、同研修に当たってはアンビス運営部等とも連携して実施されている。

管理本部は、2025 年 3 月時点では、コンプライアンス部及び事業支援部から構成されていた。事業支援部はいわゆる「法務部」に近い業務を担当し、各種契約書の作成業務、M&A 対応や株主総会・取締役会に関する業務、労務・紛争対応に関する業務等を専ら担当している。コンプライアンス部は、医心館事業に関連する法令の調査研究及び遵守対応並びにこれに伴う社内運用の構築及び指導に係る業務に加え、新規事業所開設に伴う行政対応等を所管する。なお、コンプライアンス部は、2025 年 5 月に事業サポート部に名称が変更された。

(3) 医心館

医心館は、有料老人ホームに訪問看護ステーション及び訪問介護ステーションが併設されている各拠点を指し、原則として管理者 1 名が配置

され⁹、看護職員、介護職員、生活支援員、機能訓練指導員、ケアマネ及び事務員等の職種の職員が配置されることとなっている（もっともケアマネについてはアンビスに所属しない外部者と提携する場合が多い。）。

管理者は、医心館の業務を統括し、社員を指導監督する立場にある。また、介護部門については、サ責が置かれ、サ責は、ケアマネと連携・調整の上で、入居者の訪問介護計画の作成及び介護に係るルート表の作成業務等を行っている。

4 医心館での事業概要等

(1) 医心館事業の概要等

医心館では、訪問系サービスである「訪問看護」、「訪問介護」及び「居宅介護支援」等に加え、施設系サービスである「有料老人ホーム」が、同一施設内で一体としてサービス提供されている。医心館の入居者は、いわゆる末期がんと診断された終末期療養の対象となる患者が多くを占めるが、パーキンソン病等の指定難病に該当する患者等で自宅での療養が困難とされた者等、原則として、医療依存度が非常に高いとされる者を受け入れている。また、上記のような入居者の属性もあり、医心館の入居期間（いわゆる看取りまでの期間）は短期間となることが多い¹⁰。

医心館では、（拠点によって差異はあるものの）概ね、1階は受付・面会室等とされ（居室がある拠点もある。）、2階以上の各フロアを中心部分にナースステーションが設置され、その周囲に入居者の各居室が複数配置され、看護師による訪問看護及び介護士による訪問介護が実施されている。また、ナースコール等があった場合には看護師又は介護士が有料老人ホームのサービスの一環として24時間体制で速やかに対応しており、その際に必要に応じて看護師による医療処置がなされる場合もある。

(2) 訪問看護

入居者に対する訪問看護サービスを提供した場合には、国保連合会等

⁹ 拠点によっては、訪問看護の管理者と訪問介護の管理者が別に置かれることもあるが、多くの拠点では1人の管理者が兼任している。

¹⁰ 例えば、首都圏においては、2024年9月期の入居者のうち、末期がん患者の割合が81.3%を占め、末期がん患者の入居期間の中央値は26.0日となっている。なお、アンビスによれば、入居者のうち病院から医心館に入居する者が概ね80%を占め、病院からの入居者のうち、首都圏においては急性期病棟から70%、緩和ケア病棟から22%をそれぞれ受け入れている。すなわち、病院において終末期医療を受けていた者が退院することとなって医心館に入居するという場合が少なからずある。また、医心館における施設内看取り率は2024年9月期において98.9%であり、原則として看取りの際にも救急搬送等をせず、医心館において安らかな最期を迎えられるようにしているという特徴がある。

の審査支払機関から得た報酬（医療保険制度による場合は診療報酬、介護保険制度による場合は介護報酬）が主として売上として計上される。

訪問看護療養費の支給を受けるためには、厚生労働大臣による「指定訪問看護事業者」の指定を受けなければならない（健康保険法第 88 条第 1 項）。この指定は、健康保険法施行規則第 74 条で定めるところにより、訪問看護事業を行う者の申請により、訪問看護事業所ごとに行わなければならない（健康保険法第 89 条第 1 項）。なお、介護保険法に基づく都道府県知事による指定居宅サービス事業者等の指定を受けた場合、別段の申出がない限り、健康保険法に基づく指定訪問看護事業者の指定があったものとみなされる（健康保険法第 89 条第 2 項）。アンビスでは、各拠点の開設に際して、コンプライアンス部が上記指定申請業務を担当している。

訪問看護は、入居者の主治医から交付される訪問看護指示書に基づいて、看護師、准看護師、保健師、理学療法士、作業療法士等によって実施される。訪問看護で実施される療養上の世話は、リハビリテーション、排泄及び身体清潔への援助などを指し、診療の補助は、留置カテーテルやドレーン類の管理、点滴の実施、注射類、在宅酸素人工呼吸器の管理及び褥瘡の処置など多岐にわたっている。

(3) 訪問介護

入居者に対する訪問介護サービス等を提供した場合には、上記(2)同様に、国保連合会等の審査支払機関から得た報酬（介護保険制度による介護報酬）が主として売上として計上される。

訪問介護等によるサービスは、ケアマネがサ責とも協議の上で作成した居宅サービス計画（以下「ケアプラン」という。）に基づいて実施され、訪問介護員や介護福祉士によって専ら入浴、排泄、食事及び着替え等の身体介護等が実施されている。

5 医心館における訪問看護及び訪問介護における記録作成及び診療報酬ないし介護報酬請求までの流れ

(1) 訪問看護

ア 入居及び訪問看護指示書の交付

地域連携部は、入居の希望等の連絡を受けると、末期がんや神経難病等の指定難病に該当するか、人工呼吸器の装着や気管切開等の医療依存度が高い状態にあるか、また、介護の要否及びその程度等を詳細に確認し、入居者及び家族の希望や外部機関（病院）の意見等も踏ま

えて、入居を決定する（希望の医心館に空きがない場合には、近隣の医心館を紹介し、当該近隣の医心館への入居を希望するようであれば、入居を決定する。）。）。。

入居が決定すると、地域連携部において入居契約等の手続を行うとともに、管理者に入居者情報の共有を行う。他方、指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供の開始に際し、主治医による指示を文書で受けなければならないことから（（「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」（平成 12 年 3 月 31 日厚生省令第 80 号。以下「本件基準」という。）第 16 条第 2 項）、主治医は、訪問看護指示書を作成する。訪問看護指示書には、病状や投与中の薬剤、行うべき看護サービスの概要等が記載されるが、通常、具体的な訪問回数までは指定されていない。

訪問看護指示書は、利用者やその家族からの申込みにより、主治医が、診察（訪問看護の必要性の判断）に基づいて、交付するものであり、訪問看護ステーションを併設している医心館は、訪問看護の開始に際して、主治医から訪問看護指示書を受領する。そして、入居当日、主治医、管理者等の看護師及び入居者又はその家族において打合せが行われ、必要な処置について協議される。

なお、医心館では、疾病の内容等により、一部医療保険ではなく介護保険を利用した訪問看護も行っているが、医療保険によるものが大多数であり、以下では原則として医療保険によるものについて検討する。

イ 訪問看護計画書の作成

看護師等は、利用者の希望、主治医の指示及び心身の状況等を踏まえて、療養上の目標、当該目標を達成するための具体的な指定訪問看護の内容等を記載した訪問看護計画書を作成しなければならないところ（本件基準第 17 条第 1 項）、管理者は、上記アの打合せの結果を踏まえ、また、訪問看護指示書を参照して同計画書を作成する。訪問看護計画書には、必要な観察項目、処置項目等が記載され、1 日複数回・複数名の訪問看護が必要となる旨が（該当する場合には）記載されるが、通常、具体的な訪問回数までは記載されない。

その後、管理者等は、利用者又はその家族に訪問看護計画書の主要な事項を説明する（同条第 2 項）。複数名訪問看護を行う場合には、その旨の書かれた訪問看護計画書について説明することとなるため、その際に利用者又はその家族から複数名訪問看護の同意を得ている。また、上記第 2 の 2(4)のとおり夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護

護加算の要件として「利用者又はその家族等の求めに応じて」当該時間帯の訪問看護を行う必要があることを踏まえ、夜間・早朝ないし深夜に訪問看護を行うことについて説明し、要請を受けている。

ウ ルート表の作成

管理者は、訪問看護計画書に沿って、当該入居者の訪問枠（ルート）を検討する。具体的には、当該入居者に必要な訪問の回数・時間帯につき判断・決定した上で、当該訪問を実現させるため、各看護師のシフトを参照の上、当該シフトの中で全入居者の必要な訪問を行えるよう、ルート表を作成する。

ルート表の作成に当たっては、ルートを担当する看護師に対し、1回当たり 30 分の訪問枠ルートを原則として間断なく設定することが推奨されている。これに加え、拠点の人員状況等にもよるものの、訪問ルートには入らずに専ら有料老人ホームとしての業務を行う看護師（夜勤の場合には介護士）を設けることもあるほか、1 名の看護師に対し、勤務時間帯を通して複数名訪問の同行者としての訪問ルートを連続して設定することがある。

ルート表自体は Excel で作成するものであるが、管理者は、当該ルート表に沿って、訪問枠の管理・請求を行うシステム（2021 年 10 月以降は「ほのぼの NEXT」（以下「ほのぼの」という。）を利用している。）において訪問予定の設定を行う。

エ 訪問看護の実施

各看護師は、ルート表及び自身のほのぼの上のアカウントで表示される訪問ルートを参照し、設定された時間帯に、設定された入居者の居室を訪問し、訪問看護計画書に沿いつつ入居者の当該時点での病状等に応じた訪問看護を実施することとされている。

もともと、上記 4(1)のとおり、医心館においては、1フロアに複数の居室が横並びで配置されており、また、医療依存度の非常に高い入居者が多いため、突発的な対応等を求められることも多い。そのため、各居室に事前に決められた訪問ルートどおりに訪問していたとしても、途中でナースコール対応等を行わざるを得ず、その間、訪問看護が一時的に中断したり、次の訪問看護時間に影響を及ぼしたりする場合もみられた。そこで、原則として訪問時間を守るようにしつつも、各施設の人員数及び配置状況によっては、入居者の急変等に伴うナースコール等に応じて機動的に対応する方式（以下「機動的訪問看護方式」という。）をとる拠点と、定期的な巡回（ラウンド）により入居者全体の状態を頻回に観察しつつ、各入居者の症状に合わせた看護の実施

を重視し、各看護師がルートにとらわれず、医療処置の緊急性等に応じて随時訪問を行って必要な看護業務を頻回かつ効率的に行うという入院病棟に近い方式（以下「包括的訪問看護方式」という。）をとる拠点があった（この点については下記 6 にて詳述する。）。

オ 訪問看護に際しての訪問看護記録の作成

各看護師は、訪問看護において必要な観察、処置等を終わると、訪問看護業務の一環として、所定の訪問回ごとに、タブレット又はパソコンを用いて訪問看護記録作成用のシステム（2021 年 10 月以降は「Care Palette Home」（以下「ケアパレット」という。）を利用している。）において訪問看護記録書Ⅱ（以下「単に「訪問看護記録」という。）を入力する¹¹。訪問看護記録の記録事項は、概ね以下のとおりである。

- ・入居者名、訪問日時、訪問職員名等（いずれも訪問予定を設定することによりシステム上あらかじめ入力されていた。もともと、各看護師が実際には予定と異なる時間に訪問をしたとしても修正する運用はなかった。）。
- ・バイタルサイン（体温、血圧、脈拍、呼吸回数等を入力する。）
- ・観察項目（意識状態、呼吸状態、排便、疼痛、皮膚状態等の項目のチェック及び特記事項の入力を行う。）
- ・実施項目（医療処置、皮膚処置、疼痛コントロール、浮腫等の項目のチェック及び特記事項の入力を行う。）
- ・詳細報告（病状、（該当する場合には）複数名訪問が必要である理由、実施した看護サービスの詳細等を入力する。）

なお、複数名訪問の場合には、同行者ではない看護師が記録を作成する運用となっている。

カ 請求までの流れ及びシステム

訪問看護記録の入力が終了すると、各看護師は「確定」をクリックする。ケアパレット上で「確定」が行われると、当該訪問看護記録は定期的にほのぼのに自動連携され、当該自動連携がなされると、ほのぼの上で当該訪問回の実績が記録される。所定の訪問回の実績が記録されていない場合、管理者は、各看護師への確認等を行い、月次で「確定」の漏れ等のチェックが終了すると、レセプト担当事務員にその旨の連絡等を行う。

¹¹ このほか、初回訪問時等に把握した利用者の基本的な情報、主治医に係る情報等を記入する訪問看護記録書Ⅰがある（「訪問看護計画書等の記載要領等について」（令和 2 年 3 月 27 日保医発 0327 第 2 号、令和 6 年 3 月 27 日保医発 0327 第 6 号）第一の 2(3)）。

上記連絡を受けたレセプト担当事務員は、ほのぼの上の実績が保険証や訪問看護指示書の情報と整合しているか確認する。当該確認後、ほのぼの上で「算定」をクリックすると、各入居者に適用される加算の一覧が表示される。この内容に問題がなければ、請求情報を出力してレセプト（訪問看護療養費明細書）のデータを出力し、同レセプトについても最終チェックを行った上で、ほのぼのから出力する訪問看護療養費請求書・訪問看護療養費総括票と併せて、訪問看護療養費明細書をオンライン又は紙面で訪問看護事業所所在地の都道府県の社会保険診療報酬支払基金又は国保連合会に提出する（入居者への請求も併せて行う。）。

当該提出は、サービス提供月の翌月 10 日までに行うこととされており、これを受けて、社会保険診療報酬支払基金又は国保連合会は、請求の翌月末までに診療報酬の支払を行う。

(2) 訪問介護

ア 入居の流れ

医心館の利用者が入居契約等の手続を行うまでの流れは上記(1)アのとおりであり、地域連携部は、当該利用者の病状、医療依存度等を踏まえ、必要となる介護行為の概要等を、サ責に共有する。

これを受けて、サ責は、担当のケアマネ（上記 3(3)のとおり、社外の者であることが多い。）と連携して、具体的な介護内容を検討する。

イ ケアプラン及び訪問介護計画の作成

訪問介護を行うに当たっては、ケアプラン、訪問介護計画等の書類が必要である。ケアプランは、当該利用者に係る居宅介護支援事業所のケアマネが作成し（介護保険法第 8 条第 24 項、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 38 号。以下「指定居宅介護支援基準」という。）第 13 条第 1 号）、訪問介護計画はサ責が作成する（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号。以下「指定居宅サービス基準」という。）第 24 条第 1 項）。訪問介護計画は、既にケアプランが作成されている場合には、当該ケアプランの内容に沿って作成しなければならないとされている（同条第 2 項）。

医心館では、上記アのとおり地域連携部から利用者の情報の共有を受けたサ責が利用者の入居前に担当のケアマネと連絡を取り、必要な介護内容について、その実施時間帯を含めて調整を行うのが通常である（原則として、入居者の活動している日中の時間帯を中心に訪問を

行うこととされる。)。これを踏まえ、ケアマネはケアプランの原案を、サ責は訪問介護計画の原案をそれぞれ作成し、利用者の入居に備える。

利用者が入居する際に、ケアマネは、サ責、利用者及びその家族等を集め、サービス担当者会議を開催する（指定居宅介護支援基準第 13 条第 9 号）。そして、ケアマネは、サービス担当者会議における議論並びに利用者の状況及び希望を踏まえ、ケアプランを必要に応じて修正する。その上で、記載内容につき利用者又はその家族に対して説明を行い、文書により同意を得て（指定居宅介護支援基準第 13 条第 10 号）、ケアプランを利用者へ交付する（同条第 11 号）。

一方、サ責は、ケアプランの内容と実施時間帯を含めて整合する内容の訪問介護計画を作成し、利用者又はその家族に対して訪問介護計画の内容を説明して同意を得た上で、利用者へ訪問介護計画を交付する（指定居宅サービス基準第 24 条第 3 項及び第 4 項）。

ウ ルート表の作成

サ責は、訪問介護計画に沿って（すなわち、ケアプランにも沿って）、当該入居者に対し訪問介護を行うことができるよう、各介護士のシフトを参照の上、当該シフトの中で全入居者の必要な訪問を行えるよう、ルート表を作成する。

訪問介護においては、介護保険の単位数の上限の関係で設定可能な訪問回数が限定される（訪問介護として設定できないものは有料老人ホームのサービスとして介護保険請求を行わずにサービスを提供する。）。そのため、拠点の人員状況にもよるが、必ずしも介護士の勤務時間帯を通してルートが間断なく設定されるわけではない。

サ責は、ルート表を Excel で作成し、当該ルート表に沿って、ほのぼのにおいて訪問予定の設定を行う点は訪問看護における管理者の対応と同様である。なお、訪問介護のルートの時間帯はケアプラン及び訪問介護計画に沿う必要がある一方で、訪問看護のルートの時間帯は臨機応変に設定可能であるため、個別具体的なルートは基本的に訪問介護を優先して設定されることとなる。もっとも、必要な看護行為の時間帯を先に検討した上で、それに支障なく充実したサービスが提供できるようにケアプラン及び訪問介護計画を検討することもあり、この点は医心館の各拠点の実情・運用によって異なるようである。

エ 訪問介護の実施及び訪問介護記録の作成

サ責は、訪問介護計画に基づいて入居者ごとに必要な介護行為を記載した手順書を作成し、介護士はこれを閲覧することで具体的に必要な介護サービスの内容を認識して訪問介護を行う。介護士は、ルート

表及び自身のアカウントでログインしたほのぼの上に表示される訪問ルートを確認し、設定された時間帯に入居者の居室を訪問して訪問介護を実施する。

各介護士は、訪問介護において必要な介護サービスを終えると、所定の訪問回ごとに、タブレット又はパソコンを用いてケアパレットにおいてサービスの提供の記録（以下「訪問介護記録」という。）を入力する（指定居宅サービス基準第 19 条第 2 項）。訪問介護記録の記録事項は、概ね以下のとおりである。

- ・入居者名、訪問日時、訪問職員名等（いずれも訪問予定を設定することによりシステム上あらかじめ入力されており、各介護士が修正する運用はなかった。）。
- ・実施項目（排泄介助、食事介助、入浴介助、口腔ケア等の項目のチェック及び特記事項の入力を行う。）
- ・詳細報告（入居者の状態、実施した介護サービスの詳細等を入力する。）

ケアパレットで作成された訪問介護記録は、原則として月に 1 回、入居者又はその家族の署名を得るようにしている。

オ 請求までの流れ及びシステム

各介護士がケアパレットで訪問介護記録を作成して「確定」ボタンを入力すると、当該訪問介護記録の情報がほのぼのに自動連携されて（訪問）「実績」が記録され、サ責及びレセプト担当事務員のチェック終了後、レセプト担当事務員がほのぼの上で請求書等を作成するという基本的な流れは、上記(1)カと同様である。

介護給付費の請求には、サービス事業所が介護給付費請求書及び介護給付費明細書を国保連合会に提出することに加えて、居宅介護支援事業所が給付管理票を国保連合会に提出することも必要である。医心館の各拠点では給付管理票の作成には関与しておらず、サ責が、ケアマネから共有を受けるサービス提供票に、上記のようにほのぼのに記録された実績の情報を記入してケアマネに提出する。居宅介護支援事業所は、これを受けてケアマネが作成した給付管理票を国保連合会に提出している。

レセプト担当事務員は、訪問介護計画との整合性を確認した上、介護給付費請求書及び介護給付費明細書を、オンライン又は紙面を郵送する形で各事業所の所在する都道府県の国保連合会に提出する（入居者への請求も併せて行う。）。国保連合会は、居宅介護支援事業所から提出される給付管理票と、サービス事業所から提出される介護給付費

請求書及び介護給付費明細書を突合し、支給限度額等の審査を行う。

当該請求は、原則としてサービス提供月の翌月 10 日までに行うこととされており（「介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する命令」（平成 12 年厚生省令第 20 号）第 3 条第 1 項）、これを受けて、国保連合会は、サービス提供月の翌々月末までに介護給付費の支払を行う。

6 医心館の事業の推移及び運用等

(1) 医心館の創業・立上げ時期

柴原氏は、名古屋市出身の医師であり、京都大学大学院医学研究科助手等を経て分子生物学等の研究を行っていたが、研究者時代の当直医勤務等の経験に基づき、終末期の患者に対して医師が必ずしも常駐しなくてもよいケースがあることに気づき、医師の常駐しない形での地域連携型医療施設の構想を有していた。そのような中で、柴原氏は、2010 年に研究者としての活動を終えて岩手県に移住した。県内の過疎地域では構造的な経営難にあえぐ病院が多く、その再建を試みるべく、上記構想の実現に向けて、地域医療・福祉活動に積極的に取り組んだ。

2013 年、岩手県での柴原氏の上記活動に共感した地域の金融機関を通じて岐阜県内の金融機関を紹介され、同金融機関から三重県名張市所在の医療施設の購入を打診された。柴原氏は、これを契機として自らの拠点を出身地に近い中京地区に移すことに決め、同年 9 月、同医療施設の経営母体とすべくアンビスを設立した。翌 2014 年 5 月に名張市の上記施設を改修等し、医心館第 1 号となる医心館名張を開設し、次いで同年 8 月には愛知県あま市に医心館あまを開設した。

当時の両医心館は、現在の医心館とは異なり、がん末期の患者を主たる入居者としていたわけではないものの、専ら終末期療養にある患者や重度の神経難病の患者を入居者として訪問看護・訪問介護を提供しており（なお、両医心館は当時有料老人ホームとしての届出はなされていなかった。）、医心館名張については基本的に全入居者に対し、医心館あまについては開設直後の数名の入居者のみに対して柴原氏自身が主治医兼訪問医を務めていた。

(2) 医心館の拡大時期及び運営状況等

ア 2014 年頃から 2017 年頃までの状況

柴原氏による医心館の運営は順調に推移し、医心館は急成長を遂げ、

医心館名張¹²創業から約 2 年半が経過した 2017 年末時点で、医心館名張Ⅱ、岐阜、盛岡、四日市、本陣、南浦和、横浜都筑及び浦和美園が開設された。また、柴原氏はこれに先立つ 2016 年 10 月にアンビス HD を設立し、株式上場を視野に入れるようになった。

この当時の医心館では、24 時間看護師が常駐する入院病棟と同じような、切れ目のない、かつ、充実した看護・介護サービスを提供し、併せてその中で訪問看護・訪問介護を実施することで医療保険・介護保険から診療報酬・介護給付費を受け、これを主たる収益源とするビジネスモデルを確立していった。この点、看護業務についてみると、比較的入居者数の少ない施設では概ね所定の訪問看護ルートに即した訪問看護が実施されるが、入居者数の多い施設では、医療の優先度等も考慮し、予定された訪問時間どおりではない形で、機動的に入居者の看護業務の実施がなされる機動的訪問看護方式が取られる傾向にあった。もっとも後者の拠点では、一旦看取りや複数同時的なナースコール、あるいは、医師による訪問診療への立会や新規の入居に伴う諸事務など、待機している看護師や管理者だけでは対応に支障をきたすような事態が生じると、訪問ルートの遵守が一層困難になる実情にあった。一方で、どの医心館でも、帳票類（訪問看護記録、（訪問看護時間帯以外の入居者の状態やサービス提供状況を記録した）経過記録及び熱型表等）も整備され、概ね入居者に対し充実した看護・介護業務が実践されていた。もっとも医心館全体の統一的なマニュアルはなく、各医心館の管理者の判断で各拠点の入居者の属性及び入居者数並びに当該拠点の看護師等のスタッフの人員等を踏まえ、実情に応じた運用がなされていた。

イ 2018 年頃の状況等

2018 年には、上記アに続けて、医心館盛岡Ⅲ、横浜立場、宇都宮、成増及び新潟が開設されたが、遅くともこの頃までには各拠点において 1 日 3 回の訪問看護を原則とする運用となっていた。その場合には、日勤帯、朝夕帯及び深夜帯（以下、朝夕帯及び深夜帯を併せて「夜勤帯」という場合がある。）のそれぞれ 1 回ずつ訪問看護予定（ルート）を組むものの、そのようなルートが組めない場合には、日勤帯に 2 回訪問看護を組むことも予定されていた。これは、病棟において、日勤、準夜勤及び深夜の 3 つの時間帯における訪室が一般的に実施されている実情と非常に整合的であり、病棟出身の看護師が多く採用されてい

¹² 2015 年 4 月、三重県名張市に新設の有料老人ホームを賃借し、「医心館 名張Ⅱ」として開設・運営するに際し、既存の医心館名張を「医心館 名張Ⅰ」に改称した。

た医心館では、上記運用が自然かつスムーズに受け入れられたと考えられる。

また、柴原社長等の経営サイドからみると、訪問看護による医療保険の加算請求が1日3回を上限とされていたところ、医心館では昼夜を問わず必要に応じて頻回に訪室して看護を実施している実情に鑑みれば、当該看護サービスの中で30分枠の訪問看護を1日に3回組み込み、これに相当する診療報酬を受けることは経営上当然であるし、また、終末期の患者等を中心とする入居者の属性に照らし、医学的にも1日に3回以上の訪問看護の必要性が一般的に認められるという前提に立っていた。特に後者の前提は医師である柴原氏が自身の経験や専門的見地から強く主張していることもあり、上記訪問の必要性について社内で疑問視されることはなく、また、上記診療報酬請求に関するアンビスの経営方針について法的観点からの子細な検討がなされたことが窺われる形跡もない。

なお、入居者の中には指定難病等の介護度の高い入居者が多くを占め、また、人工呼吸器や気管切開等によって呼吸管理を要する入居者や寝たきり状態が続いていて褥瘡のある入居者、あるいは、意識状態が安定せず、せん妄等のある入居者や認知症の進んだ者もいたところ、このような入居者に対しては、医療上の安全の見地から、複数名による看護が現場レベルで（拠点管理者の判断で）相当程度実施されていたものの、柴原社長の経営方針もあり、当時のアンビスでは複数名訪問看護加算による診療報酬請求は行われていなかった¹³。

ウ 2019年頃の状況等

アンビス HD は 2019 年 10 月に東京証券取引所 JASDAQ 市場に上場したが、その時点で、上記ア及びイに続き、医心館東戸塚、北浦和、山形、宇都宮Ⅱ、武蔵浦和及び新横浜が開設され、合計 21 拠点、定員は 881 名に及ぶに至った。

この頃までには医心館の入居者は、専らがん末期の終末期療養にある患者、人工呼吸器装着の患者及び指定難病等の患者を積極的に受け入れる方針が固まり、医心館はこれに特化した医療施設型ホスピスという特徴が明確となっていた。これに伴い、上記イの訪問看護の状況は、1日3回の訪問等を原則的形態とすることがより定着していった。また、医師のみならず、ケアマネについても原則外部委託するこ

¹³ 柴原社長は、上場を見据えた将来的な売上・利益増加のため、複数名で訪問していても複数名訪問看護加算を敢えて請求しないことによりいわゆる「伸びしろ」を残しておくとともに、またこの時点では同請求を行わなくても入居者が増加していけば自然に売上・利益は増加していくであろうという考え方に依拠していたものと考えられる。

とで、地域との連携に当たって透明性・公正性の担保される事業を目指すこととされた。

なお、アンビス HD では上場時において、東京証券取引所をはじめとする関係機関等に対し、医心館の事業内容のうち訪問看護については、所定の訪問看護を実施しつつも、緊急時には臨機応変の措置を取りつつ 24 時間看護体制による充実したケアを実施している旨の説明（機動的訪問看護方式を実施している旨の説明）を行っていた。また、アンビス HD において、上場当時において、医心館における訪問看護時間ないし訪問看護の業務実態が本件通知との関係で法的整合性を有するか否かについて社内で明示的に議論等された形跡はなく、またその点を外部の法律家等に照会等した形跡も認められない。

エ 2020 年の複数名訪問による加算請求等

2020 年になり、いわゆる新型コロナウイルス感染症が流行し、各医療施設における将来的な売上維持の懸念がある中で、同一建物居住者に対する複数回・複数名の訪問看護について加算額の見直しがされることもあり、アンビス HD では、その収入減を補うためにも、2020 年 4 月以降、複数名訪問について加算請求を行っていく方針とした。もっとも複数名訪問看護加算の対象となる入居者について、当時、明確かつ統一的な社内基準があったわけではないが、上記イのとおり、概ね人工呼吸器を装着している入居者、気管切開等によって呼吸管理を要する入居者、褥瘡のある入居者、あるいは、意識状態が安定せず、せん妄等のある入居者等が念頭に置かれており、また、医心館の各拠点でも上記のような入居者に対して既に複数名での看護サービスが実践されていた。もっとも、この点の判断は各医心館の人員配置や入居者の属性及び人員等にも関係することから、複数名訪問の必要性等は、各医心館の管理者の判断に依ることとされていた。

(3) 2021 年以降の医心館の看護部門・介護部門の運営状況等

ア 2021 年以降のアンビスの運営体制等

2021 年頃以降、アンビスは看護介護部を発足させ、同部の下に、地域連携支援室等を、医心館運営本部の下に運営支援室等を設けた。

看護介護部は、総合病院の看護部長の経験もある B 氏を迎え入れ、看護部門を B 氏が担当し、介護部門を運営支援室次長の C 氏がそれぞれ担当することとなった。地域連携支援室は、上記 3(1)のとおり、医心館の新規開設に伴って、地域の医療機関やケアマネ等との連携・調整を行い、かつ入居者の募集・契約等を担当する部署であった。

その後アンビスの組織は頻繁に改変を行いつつも、看護部門を B 氏が担当し、介護部門を C 氏が担当するという実態には変わりがなく、2023 年 4 月 1 日には、医心館運営本部は、B 氏が看護部長として看護部門を掌理し、C 氏が新たに介護部長に就任して介護部門を掌理した。

2024 年 4 月 1 日以降、医心館運営部が発足し、C 氏が運営部長となって看護・介護両部門を担当し、B 氏はアンビス HD の事業開発本部研修企画部看護部長となり、管理者及び看護師等の医心館職員に対する研修業務を担当することとなった。

イ 看護部門における体制及び拠点への指導等

(ア) 看護部の体制等

医心館の看護部門は B 氏が最高責任者であったが、B 氏は総合病院の看護部長等の長年の病棟勤務での経験を活かし、アンビスが強化を図っていた医心館看護師（及びその余の職員）の看護業務等の全般的な質や意識の向上を専ら託された象徴的存在という側面が強かった。そのため、看護師に対する入職時の研修指導全般及び看護師等の採用面接等を実施し、また看護師等の退職等の際の退職理由等の報告を受ける立場にあったものの、医心館における訪問看護の実際の運用やルートの調整・管理等の実務の詳細には直接的には携わっていなかった。この点、B 氏は訪問看護の回数及び時間並びにこれに伴う診療報酬請求の可否等の制度に明るいわけではなく、むしろ 24 時間病棟的な質の高い看護がなされ、その中で所定の訪問看護時間が満たされていれば足りるという程度の認識であった。

そのため、医心館における訪問看護の具体的な運用やルートの調整・管理等の指導は、看護部に所属していた D 氏（D 氏も大学附属病院での病棟経験が長いスキルの高い看護師であった。）及びアンビス看護部に所属する看護師が担っていた（看護部の看護師は 2021 年以降徐々に増員されていった。）。

(イ) 看護部による各医心館への指導等

D 氏は、経理財務部門が策定した予算額¹⁴を前月比で比較し、実際の売上額が相応に減少している拠点をピックアップし、当該拠点

¹⁴ アンビス HD では、上場審査に当たっては、看護部門における時間帯加算（夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算）については、拠点の看護師の員数や入居者の状況により変動するとしつつも、予算としては、以下の 3 種類の単価（基本療養費）に基づき売上予算を策定していた。その後、前年度などの取得保険率に変化等が想定されなければ、前年度の値を引き継ぐことを前提としつつ、報酬改定や稼働率の変化（特に新規施設）等を考慮している。

① 夜間・早朝帯訪問 1 回、深夜帯訪問 1 回、日勤帯訪問 1 回：17,080 円/日
② 深夜帯訪問 1 回、日勤帯訪問 2 回：14,980 円/日
③ 日勤帯訪問 2 回：7,280 円/日

の入居者の属性及び入居者数並びに拠点人員や部屋の配置等も詳細に勘案した上で、当該原因を検討し、ルートが十分埋められているか否か、あるいは1日3回訪問や複数名訪問が実施されているか否かについて、当該必要性の有無も含めて拠点管理者から個別に聞き取りを行っていた。その結果、仮にルートの組み方が不十分であると判断された場合には、拠点管理者にその旨伝えて改善の検討を促していた。なお、拠点管理者に対して上記予算額についてアンビス本社から数値目標という形で全体に通達等はしておらず、また、拠点の売上等が拠点管理者等の給与及び賞与等の直接のインセンティブ等にもなっていなかった。もっとも、このような形でルートの組み方について本社から細かに指摘を受けること自体が拠点の管理者にとっては相応のプレッシャーになっていたと推認される。

上記ルート調整に関する業務は、D氏が看護部に着任した2021年12月頃からD氏をはじめとする看護部看護師によって実施されており、次第に看護部内の担当看護師の人員を増やし、遅くとも2023年12月以降、看護部内の同部門をアンビスHD事業開発本部事業企画部に移設し、A氏の下でルート調整支援室が設置されるに至った。

ウ 介護部門における体制及び指導等

上記アのとおり、医心館介護部門は、遅くとも2021年以降は、C氏が担当していたが、C氏は、(短期間ではあるものの)アンビス取締役を務めた時期もあり、またアンビスHDの上場に際して東京証券取引所等への看護・介護業務の運用の説明等を行う等していた立場にもあった。C氏は、介護部門の売上目標として、各拠点において入居者の介護単位数の上限値の概ね80% (同一建物減算前) を拠点ごとに達成することを経営層に提案した。これはC氏の前職等における経験やアンビスの介護部門の実情ないしこれまでの実績等も勘案して考案した数値であったが、経営層においても概ね妥当との判断がされ、以後、アンビスにおける介護部門の目標値の目安とされた。

C氏(及び介護部門職員)は、上記目標値を下回る拠点等に対し、介護者の介護内容等についてケアマネとの間で十分かつ個別的な調整ができているのか否か、あるいは、これを踏まえた介護計画が適切に立てられているのか否かを具体的に検証し、また、サ責からヒアリング等を実施することで、重点的かつ個別的な指導を行っていた。なお、サ責に対して上記予算額についてアンビス本社から数値目標という形では全体に通達等しておらず、また、拠点の売上等が拠点管理者等の給与及び賞与等の直接のインセンティブ等にもなっていなかったこと

は上記イ同様である。ただ、拠点によっては、上記目標値等の数値が示されて、当該不達の原因等について指導されることも相応にあった。

(4) 上記(3)の期間（2021 年以降）における訪問看護・訪問介護の状況等
ア 訪問看護の状況等

上記(3)の期間中、医心館における訪問看護は、基本的には管理者において医師の指示書に基づいて訪問看護計画書を作成し、同計画書に基づき、入居者の病状及び看護師の人員配置等の各拠点の状況等も勘案して実施されていた。同計画書は基本的に看護師資格を持つ管理者の専門的・裁量的判断に委ねられており、アンビス HD あるいはアンビス本社から（下記 7 の 2024 年 1 月以降の研修指導があるまでは）1 日の訪問回数及び複数名訪問のあり方について、統一かつ明示的な指示があったとまでは認められない。

もっとも、上記(2)イないしエのとおり、医心館においては、入居者が末期がんによる終末期療養の対象者に一層シフトしていくに伴い（緩和ケア型のホスピスへの移行）、既に 1 日 3 回の訪問及び複数名訪問を念頭に置いたルートの組み方が既設の拠点において次第に定着しており、また、新たに医心館が開設される場合には、当該エリアにおいて管理者経験のある者が新任管理者等への個別的な指導を行っていた。かかる指導の中で、24 時間看護及び介護を実施することを旨としつつ、まずケアマネとの調整を要する介護ルートを確認し、その上で、1 日 3 回を前提とする訪問看護を組むこと等が伝えられていた。さらに、上記のとおり、看護部門に関しては予算未達等がみられる拠点については、本社看護部（後にルート調整支援室）が個別にルートの確認や 1 日 3 回訪問の必要性の有無の確認等を行うこともあり、上記運用がより一層医心館拠点の管理者に根付いていった。

一方で、この間、実際に行われていた訪問看護をみると、ルートに定められた 30 分の訪問看護を可能な範囲で実施しつつも、ナースコール対応や優先度の高い医療処置等がある場合には適宜訪問看護を中断して当該対応を行うという機動的訪問看護方式を取る拠点もあったが、他方で、（拠点の増加に伴って）そもそも上記訪問看護時間自体をほとんど意識せずに、担当看護師において優先度の高い看護業務から順次必要に応じて実施する包括的訪問看護方式を取る拠点が次第に増えていった。また、前者の機動的訪問看護方式であっても、看取りや複数同時的なナースコール等が生じると、訪問ルートがほとんど遵守できない場合もあり、また夜勤帯においてはフリーの看護師が置かれて

いないため（有老対応の介護士はいたが医療処置には対応できないため）、同様の事態が生じることも少なくなかった。

本来は、本件通知に定められた（あるいは想定された）訪問看護の方式は、概ね 30 分から 90 分を標準として訪問を行うこととされているが、機動的訪問看護方式及び包括的訪問看護方式（特に後者）は、構造上病棟に近い形式である医心館において、また、医心館の急拡大による各拠点の人員配置が十分整備されていないこともあり、入居者の病状に即した効率的・機動的な看護方式として現場で実施されるようになっていった。そして、このような看護方式をどのように実施するのかという判断は（病棟の看護師出身であることの多い）拠点管理者に事実上委ねられており、アンビス本社から全拠点に対する明示的な通達ないし指示等は下記(5)ウの 2024 年 6 月の報道までなされなかった。他方で、看護部ないし運営部及びコンプライアンス部は上記拠点のルートに関する実情は認識していたところ、訪問看護記録に記載された訪問時間については、シフトに組まれていた訪問予定時間帯が印字されたままとなっており、実際の訪問時間帯を正しく反映した記載となっていない実態があり、かつ、アンビス本社もその点は当然認識していたものの、この点についてアンビス本社から実際の訪問時間を記載する指示ないし指導がなされた形跡はない¹⁵。

なお、訪問看護記録に記載された看護業務自体は概ね実際に訪問看護がなされた時間帯になされたか、あるいは同時時間帯と著しく離れていない時間帯になされたものが記載されており、記載内容が全く架空のものや、事実と反するものがあったものとは認められない。

さらに、複数名訪問についても、人員不足等のため、あるいは同行予定者が他の用務で同行できないために、入居者の病状の重度に応じて現場判断で（熟練した看護師において）一人で処置をしたり、所定の訪問看護時間外に複数名を要する処置だけが行われたりすることもあった。また、当該複数名訪問の同行者が所定の訪問時間 30 分の全てに同行しているわけではなく、複数名での必要な看護業務を終えると同行者は退室していた場合があった。さらに、訪問看護記録には所定の同行者欄に同行予定者が記載されていたものの、上記のように複数名訪問看護が実施されなくても訪問看護記録から同行者欄の氏名が削除等されることがないままとされることもあった（なお、アンビス本

¹⁵ 例えば午前 9 時から午前 9 時 30 分のシフトが実際には午前 9 時 3 分から午前 9 時 45 分であったとしても、午前 9 時から午前 9 時 30 分という当初の印字が訪問看護時間としてそのまま訪問看護記録に記載されている形となっていた。

社において当該事態を想定してあらかじめ明示的かつ統一的な指示等を行ってはいなかった。)

イ 訪問介護の状況等

訪問介護に関しても、訪問介護計画の策定やこれに基づく介護ルートを組み方等については、上記 80%の達成未了の拠点を中心に、C 氏及び介護部部員から個別指導がなされていたことは上記(3)ウのとおりである。また、上記ア同様の理由で、介護ルートに即した介護が必ずしも実施できていない拠点も相応にあったものの、医心館では相当程度の介護を要する重度の病状の入居者が多くを占めていたところ、(時間どおりの訪問か否かは措くとして) 介護実態自体が完全に認められないような拠点はなかった。

もともと、入居者の介護状況については、上記 5(2)エのとおり、医心館では、入居者又はその家族に介護記録が原則として毎月送付等される運用となっており、面会に来ていた入居者の家族等から実際の訪問回数の齟齬等が指摘されることもあった。その際には、C 氏等が当該指摘に係る医心館のサ責からヒアリング等を行って当該事実関係について調査し、記録不備、介護士の過失、サ責のチェックミス等による過誤事案と判断された場合には、当該家族等への謝罪とともに請求済みの介護給付金について返金手続等がされていた。

ウ 医心館看護師及び介護士等の認識等

上記ア及びイの状況について医心館看護師の認識(受けとめ)は様々であり、別段問題意識なく日々の業務に従事していた者が多くを占めるが、上記のとおり(ルートを組まれた)所定の訪問時間帯が、実際の訪問時間に一致していないことに違和感や抵抗感を持つ者も少なからずいた。特に在宅訪問看護出身の看護師においては、24 時間病棟的な看護を実施しているという認識は持ちつつも、実際の訪問看護時間が予定された訪問看護時間に整合せず、しかも当該時間が本件通知に定める標準時間の 30 分に満たない場合もあること並びにそれにもかかわらず所定の印字された訪問予定時間が変更されないままであること(実際の訪問時間が正しく記録化されていない実情)に違和感を持つ者もいた。これに加え、複数名訪問についても所定のルートどおりに実施されていない、あるいは、そもそも単独で実施される場合もあるという拠点では、そもそも複数名による訪問看護が指定されている必要性も含めて違和感や不満を持つ者もいた。

この点は、介護士も同様であって、ルート表に定められた所定の訪問介護時間どおりの介護ができず、また繁忙度によってはルート外の

サ責や看護師等が対応することもあることについて疑問を持つ者もいた（なお、訪問介護において複数名訪問看護加算はほとんど行われていなかった。）。

エ 売上高の推移及び内訳

上記 1(3)及び 6(2)の拠点数の急拡大に伴い、アンビスの連結売上高は 2020 年 9 月期に約 92 億円、2021 年 9 月期に約 153 億円、2022 年 9 月期に約 231 億円、2023 年 9 月期に約 320 億円、2024 年 9 月期に約 425 億円と急成長を遂げている。かかる売上のうち、遅くとも 2021 年 9 月期以降、医療保険給付が約 6 割、介護保険給付が約 3 割をそれぞれ占めており、その余は入居者の家賃等である。

(5) 2024 年 6 月の報道を受けたアンビス内での対応等

ア 2024 年 6 月の報道

2024 年 6 月 18 日に有料老人ホームに看護施設を併設している複数の施設について、「ホスピス型住宅を運営する会社で不正、過剰な訪問看護が指摘される。濃密な医療的ケアが必要な末期の高齢者の受け皿が足りないというニーズを捉えて各地で急増しているが、かなりの高収入を得ている会社もある。その原資は国民の税金と保険料であるが、かかる「みとりビジネス」について適正化を求める声が上がっている。」「難病や末期がんの高齢者らを対象とする「ホスピス型住宅」の運営会社の一部が不正、過剰な訪問看護を実施していた疑いがあり、記録上はどの入居者も 1 日 3 回、1 回 30 分、複数人で訪問していたとしながら、実際は 5 分で終わる場合などもあり、複数人での訪問は一部だけだった。」等の記事が複数の報道機関で掲載され、厚生労働大臣がコメントしたこと等が報道された（以下「2024 年 6 月の報道」と総称する。）。

これを契機に、アンビス社内では、専ら運営部とコンプライアンス部で対応を検討することとなった。

イ 厚生局に対する匿名での照会等

コンプライアンス部長であった E 氏は、かねてから上記(4)の状況を認識していたところ、上記報道を受けて改めて、厚生局の見解を照会しておいた方が良いと考え、同年 6 月 27 日、コンプライアンス部員に指示して、匿名の電話にて関東信越厚生局千葉事務所・同指導監査課（埼玉県を管轄）の見解を確認した。

同千葉事務所に対しては、夜間・早朝・深夜で訪問看護加算額が異なるところ、訪問時間帯がこれらを跨がる場合にどのように解するべ

きかを照会した。同事務所担当者の回答は、「一概にはいえず、時間の比重が高い方の時間帯加算でみることもあり得るが、個別ケースの判断となり、計画の段階で入居者とも相談して決めてもらいたい。そもそも入居者の状態が変わる場合もあるので、時間変動する場合もあり得、それゆえに本件通知では「標準」という記載をしている。」旨のものであった。

同指導監査課（埼玉県を管轄）に対しても同様の照会をしたが、担当者からは「医療保険上は上記を定めた通知等はみられず、介護保険においては介護保険単位数関係通知（平成 12 年 3 月 1 日老企 36 号）がある」旨の回答があった。また、複数名訪問の際の同行者の訪問時間についても照会したところ、同担当者の回答は、「平成 22 年 3 月 29 日医療事務連絡別添 4 問 7 に対する回答の「同時に複数名で訪問看護を実施する時間は訪問看護の標準的な時間としている 30 分程度を超えていること」に基づき基本的には上記のとおりであるとしつつ、医療保険の対象者の場合には状態が日々異なるので、厳密に時間が確定できるわけではないし、必要に応じて中抜け等することもあるであろう」旨のものであった。

ウ 2024 年 6 月報道を受けたアンビスの対応等

その後、アンビス社内では、C 氏及び E 氏を中心に、訪問看護時間を遵守できる体制にできるよう実務者レベルでの協議を進めた。具体的には、末期がんの入居者であっても比較的状态の良い入居者については、必要性が相対的に低いと考えて訪問回数を 1 日 3 回から 2 回に減らすことを検討し、また、複数名訪問看護加算のためのルートを減少させることによってルート外の業務を行える人員の確保に努め、実際に、複数名訪問看護加算の金額及び売上にも占める割合は減少した。さらに、深夜帯に休憩・申送り時間以外に有料老人ホーム対応の時間を入れてシフトの組み方を緩くしてナースコール等に対して機動的な対応ができる時間体制を確保したり、31 分による訪問時間を前提とする（試験的な）シミュレーションを一部拠点で行ったりした。

しかし、上記対応は特に複数回訪問加算の減少（深夜帯であれば、深夜帯加算分も減少）になるところ、最終的には同年 7 月 16 日の経営会議を経て、極力従前の算定による売上を減らさない方針を取りつつ、可能な限り上記取り組みを行う方針（包括的訪問看護方式は採用せず、機動的訪問看護方式を取りつつ、人員の拡充を行う方針）が経営層によって判断された。C 氏は、同月 22 日、上記決定に基づいて全運営部員を宛先にし、E 氏やルート調整支援室関係者等 4 名を CC として、

「ルート遵守」という件名で、重要度「高」として、「①開始時間を守る ②滞在時間は30分に固執しない ③複数回訪問は原則減らさない ④複数名も基準の方に算定していくが、事業所の人員の都合で算定したり、しなかったりになる事は注意する」「Free 人員を増やす事は認めるが、さらに看護師へ求めることも多くなる事は覚悟しておくように、との事です。人員を増やす分、算定も落とす事は許可できません。重度の方など、地域連携も入居促進を今以上に促進されます。」というメール内容を通知した（以下「本件社内通達」という。）。なお、同メール文の「との事です」という文言からは自身の判断ではなく、経営層の判断であることを示唆しているものと考えられる。

この間、運営部では、各拠点のエリアごとの説明を行い、ルート時間の遵守を本社方針として打ち出し始め、エリア説明会で質疑応答を行って各拠点管理者に落とし込んでいったが、ルート遵守を拠点で実施していくと、ルート遵守のための人件費増による営業利益の前年比減少等が社内から問題視ないし指摘された。また、拠点においても特にこれまであまり訪問時間を意識せずに、24 時間病棟のような包括的な形で看護を実施していた拠点もあったところ、当該拠点では上記方針に困惑ないし戸惑いもあった。特に人員体制については、拠点によりばらつきが見られるところ、アンビス HD の定める人員基準自体は各拠点で概ね満たされていたとのことであり、また、ルート遵守及び運営体制の維持・強化の観点から人員の増加も行ったが、拠点ごとの人員充足状況には差異があり、十分な人員を確保できている拠点もあれば、一時的にないし慢性的に人手不足となっている拠点も存在しており、このようなスタッフが足りない拠点においては、開始時刻のみであってもルート遵守は困難であり、結局は、包括的訪問看護方式に戻っていく拠点も少なくなかった。

当調査委員会の調査時点においては、既にアンビス社名を明らかにした報道がなされた後のことであり、多くの拠点で、上記メールに基づき訪問時間を意識した運用（それでも機動的訪問看護方式に留まる。）が強化されてきていることが認められたものの、例えば日勤であれば申送り時間・休憩時間を除いた7時間について各30分の訪問時間が14枠組まれることが原則的形態となっていることに変わりがないため、（看取り等の）突発事態に加えてナースコール対応や外部の医師による往診への対応、入居対応等が複数生じると、そもそも訪問ルートが入っていない有料老人ホームとしての人員と管理者等の応援だけでは対処できない場合もあり、訪問看護が中断されるが、そうなる

と自ずと後続する所定の訪問時間帯にも影響を及ぼすというのが実情である（この点はフリーの看護師が配置されておらず、人員配置の少ない拠点における深夜帯の訪問ではより顕著となる。）。

(6) 2025 年 1 月の青森市による文書指導への対応等

2025 年 1 月 17 日、アンビスは、青森市の介護保険法に基づく立入調査の結果として、「訪問介護提供中に有料老人ホームのコールに対応している。」ことを問題点とし、「指定訪問介護の提供中は、有料老人ホームの業務に従事しないよう、勤務体制の見直しや職員周知徹底等の対策を講じること。」と「是正改善・指摘事項」として掲げた文書指導を受けた。

もともと、他の地方公共団体から同様の指導はなく、また、アンビスにおいては、訪問介護中の時間中であっても、緊急のナースコールがあった場合には、一時的に訪問介護担当の介護士がこれに呼応することとしていた。これは、医心館のほとんどが有料老人ホームに訪問看護ステーションと訪問介護ステーションを併設する同一建物内の施設であるところ、ナースコールは緊急の対応を要するものであり、かつ、介護士がナースコールに応じるのは、拠点の管理者やルートに組み込まれていない看護師によってもなお対処が困難な場合等であることが多いためであり、これに加え、当該ナースコールの対応終了後に予定された訪問介護を継続することで対応が可能という運用上の判断があったことによる。

そのため、アンビスと青森市との間では、上記指導に当たっては見解の相違が大きく、アンビスは、ナースコール等よりも訪問枠を優先すべきとする判断は、極めて形式的かつ表面的な指導であり、生命を軽視しているに等しいものとして、青森市に対して強く反発していたが、最終的には青森市の指導を受け入れて従っている。もともと、アンビスでは、青森市による上記指導とは別に、上記(5)のとおり、医心館全体の人員の更なる増員や配置を見直すこと自体は、2024 年 6 月の報道以降継続して取り組んでおり、当該問題についてもその取り組みの中で解消し得る問題であるとの捉え方をしていた。

7 アンビスにおける看護部門のルートに係る指導等

(1) 2024 年以前の状況等

アンビス HD は、上記 6(1)及び(2)のとおり、極めて短期間で急成長を遂げ、毎年相当数の新規拠点が開設される状況であったが、これに対する研修体制全般が追い付いていなかったというのが実情であった。

そのため、2023 年頃までは、新規拠点が開設される際に実施される入職オリエンテーションにおいて、看護部長及び D 氏ら看護部担当看護師、介護部長並びにコンプライアンス部長等から、服務心得を含む一般的な注意事項等が伝えられ、また新任の管理者には、拠点エリアにおける経験の長い管理者等からルートの組み方等を含めた管理者業務が個別的に伝授され、サ責に対しては C 氏あるいはサ責資格のある介護部職員等から同様に個別に指導ないし伝授される状況にあった（なお、管理者ないしサ責の交代の際には、突発的な退職でない限りは、前任者から引継ぎ等がされていた。）。その上で、管理者あるいはサ責において不明点があれば、C 氏あるいは D 氏等本社看護部ないし介護部職員（その後は運営部）に個別に問い合わせをすることや、C 氏ないし D 氏等から看護・介護に係るルート調整の方法等を含めた個別的な指導がされることもあった。

(2) 2024 年 1 月のルートに関する研修資料の概要等

もともと、拠点数が増大するにつれて、アンビス看護部では、上記(1)のような入職オリエンテーションや個別的な指導等だけではルートの組み方に対する指導が行き渡らず、アンビス本社から統一的な研修を行う必要があると考えるようになった（2021 年頃には一度そのような試みがされたようであるが、その後継続しなかった。）。

そこで、2023 年 11 月頃から看護部内で研修資料の検討を開始し、2024 年 1 月 18 日及び 19 日に新任管理者研修が実施され、当該研修資料の一つとして「管理者研修資料 ルート表作成について」と題する資料が作成された（なお、このような新任管理者に対する研修や看護師に対する研修全般を統括すべく、上記 3(2)のとおり同年 4 月に B 氏を部長とする研修企画部が組織された。）。

2024 年 1 月付けの研修資料には、「基本的な考え方」として

- ・「医心館は 24 時間体制で医療依存度の高い方を受け入れしているため、複数回訪問を提供することができる。1 回 30 分間の訪問の枠を、3 回/日で訪問する形が望ましい。加算の関係で、理想的には**深夜加算帯**、**朝夕加算帯**、**日勤帯**にそれぞれ 1 回ずつ、計 3 回/日で組み立てる。」
- ・「訪問看護（医療保険）で複数名で行うに等しい妥当な処置がある。身体上の理由があるなどの対象者に対して、主に日勤帯の時間帯に複数名訪問を提供できる。複数名訪問の算定において、週に 1 日はメイン/同行者共に看護師の算定をする。残りの 6 日はメインは看護

師、同行者は看護補助者の算定をする。」

- ・「医心館での複数名訪問加算の対象」「・人工呼吸器装着の方・気管切開の方（気管カニューレ使用の方）・褥瘡処置の必要な方・ドレーンやチューブな等の管理のある方・要介護4・5の重度の方・ケア拒否や抵抗等のある方、体重の重い方等、補助が必要な方」
- ・「介護の訪問時間と重複しない。外部サービスのマッサージ・リハビリの訪問時間と重複しない。2時間ルール[※]の遵守※訪問終了時間から次の訪問時間まで最低でも2時間以上あけるルール※看護の訪問時間と介護の訪問時間は2時間空けずに設定してもよい。あくまでも同事業所内で2時間ルールを守る。」
- ・「ケアパレットの記録 ルート担当になった看護師がケアパレットの記録を行い、確定をする。」

等の記載がある。

次に「ルート調整が必要なタイミングと注意点」として

- ・「外出・外泊時・外出時間に訪問を設定していた場合は外出前、もしくは外出後に訪問を移動させる。」
- ・「ご逝去時・呼吸停止確認時間以降の訪問は削除し、呼吸停止時間前に訪問を追加する。・深夜加算帯、朝夜加算帯で当該入居者への訪問予定があった場合は、他入居者の訪問を入れ、深夜加算帯、朝夜加算帯をなるべく空けない。」
- ・「特別訪問看護指示書期間外の訪問（介護保険使用時）・**介護保険使用時の訪問看護**は看護ルート表上では薄い緑色で表示をする。・特指指示期間外は、ご家族やケアマネージャーの了承のもと介護保険での訪問看護を入れる。・介護保険使用時の訪問看護は、日中帯 1 回/日にすることが多い。・上記により深夜加算帯、朝夜加算帯枠の訪問がなくなるため、空いた**深夜加算帯、朝夜加算帯**枠に、他入居者の訪問を移動させる。・翌月の特指指示期間は再調整をし、**深夜加算帯、朝夜加算帯**に訪問を入れる。」

等の記載がある。

(3) 2024 年 11 月の研修資料の概要

上記(2)の後、ルート調整支援室内では様々な検討を経て（1日の訪問回数を1回、2回、3回に分ける等の資料案等も部内で作成しつつ）、2024年11月に作成した研修資料には以下の記載がある。

- ・「医心館は 24 時間体制で医療依存度の高い方を受け入れしているため、必要に応じて複数回訪問を提供することがある。1 回 30 分以上

の訪問を、3 回/日で訪問する。タイムリーに状態をアセスメントするため、理想的には朝、昼、夜にそれぞれ 1 回ずつ、計 3 回/日で訪問する。」

- ・「訪問枠はすべて埋める前提でルート調整を行う。日勤者 1 名に対して訪問 14 枠、休憩 2 枠 夜勤者 1 名に対して訪問 28 枠、休憩 2 枠、有老 2 枠で設定をする。」
- ・「看護の夜勤者の有老枠とは、雑多な業務や有事の際の対応に利用する。休憩および有老枠の開始終了時間は任意の時間で設定可能。時短勤務者は実際の勤務時間、休憩時間に適した枠の数を設定する。」
- ・「ルートの遵守 訪問開始時間を守り、訪問時間内に記録まで済ませること。原則 30 分以上のサービスの提供となる。専従看護師は訪問介護ルート、有老見守り要員に入ることができないため注意する。」

上記(2)との主たる変更点は、30 分訪問による訪問看護時間の開始時間を遵守させる一方で、夜間勤務看護師に「有老枠」（有料老人ホームとしてのサービスを行う時間帯）を新たに設けて、夜間シフトの緩和を図りつつ、1 日 3 回の訪問を明示した点にあり、まさに上記 6(5)ウの C 氏による同年 7 月 22 日の本件社内通達の内容を反映したものといえる。

なお、研修担当者によれば、1 日 3 回の訪問については、入居者の病状や拠点の人員の都合を踏まえ、管理者において医師の指示書に基づく看護計画を立てることで良い旨補足的に説明していたとのことである。

8 アンビス HD におけるコンプライアンス部の役割・実情等

(1) コンプライアンス部の所掌事務等

コンプライアンス部は、上記 3(2)のとおり、医心館事業に関連する法令の調査研究及び遵守対応並びにこれに伴う社内運用の構築及び指導等を行う部署とされている（第 8 期有価証券報告書 49 頁、業務分掌表等）。具体的には、医心館の業務の実態等について運営部（前身の看護部及び介護部）から情報の提供を受け、かつ、自ら実査も行い、医心館業務全般について特に医療保険や介護保険の算定要件の適合性等が満たされているのか等について、確認・検討を行うべき部署であり、いわゆる社内における「第 2 線」としての機能を果たすべきことが予定されていた。

(2) コンプライアンス部の業務実態等

コンプライアンス部長兼執行役員であった E 氏は、（看護師資格・法務

部門の経験等はないが) 2020 年 4 月にアンビス HD に入社して社長室長を務めた後、2021 年 12 月頃からコンプライアンス部長を現在¹⁶まで務めている。E 氏は、概ね前任者から引き継ぐ形で業務を執り行い、専ら①新規拠点の開設に伴う行政庁に対する許認可等の申請業務等、②地方公共団体を主体とする介護保険施設に対する運営指導がある拠点に対する書類整備等の事前対策業務(専ら看護師及び介護士から構成される運営指導サポートチームが所管する。)を行うほか、上記 7 の入職オリエンテーションや研修等においてコンプライアンス面からの指導等を行っていた。②の運営指導は介護保険施設に対するものではあるものの、コンプライアンス部所属の看護師等が当該対象予定の拠点に派遣され、管理者やサ責に対するヒアリングを行いつつ、訪問介護記録の不備(チェック欄にレ点があるにもかかわらず、詳細報告欄に当該レ点を付した部分を補足した記載がないものや、その逆の場合も含む。)や勤怠記録との齟齬(当該職員が休日であるにもかかわらず、当該職員による訪問介護記録が作成されているもの)等がないかどうかに加え、訪問看護記録についても、介護保険を用いた訪問看護事業が直接的に運営指導の対象となる場合はもちろん、そうでない場合にも併せて可能な範囲で確認をし、上記不備について補足の追記等をさせる場合もあった。

上記運営指導対応の過程で、勤怠記録と訪問看護記録又は訪問介護記録の齟齬等の不備が複数拠点でみられ、その旨が E 氏に報告されていた。また、E 氏は、訪問看護記録の記載についても必ずしも記録上の訪問時間どおりに実施されていないこと等を含めた書類上の不備があることや、そのみならず複数名訪問看護や深夜帯の訪問看護の必要性について疑問を呈する看護師等がいる拠点があったことを把握していた。

コンプライアンス部では、2024 年 6 月の報道がなされてアンビス HD としての対応に乗り出すまでの間、このようなコンプライアンス部看護師による個別指導の報告を相応に受けたにもかかわらず、これを契機に、同様の拠点がなく、また、訪問看護時間に係る短時間問題等について法令遵守を掌理する立場から改めて本件通知等との整合性を検討しようとはしなかった。これに加え、経営会議等でこれらの問題について取り上げることもせず、個別の運営指導の際の当該拠点限りの事象という捉え方をしていた。

(3) 運営指導におけるタイムカードの書換え等

¹⁶ なお、本件調査開始後の 2025 年 5 月にアンビスはコンプライアンス部の名称を事業サポート部に変更したとのことである。

上記(2)のとおり、コンプライアンス部における運営指導対応において勤怠記録と訪問介護ないし訪問看護記録の齟齬等の不備が見つかった拠点は複数あった。この場合、コンプライアンス部看護師は、当該拠点に赴き、関係書類を精査し、その上で、サ責ないし管理者等からヒアリングを行っていた。その結果、介護ないし看護の実態に問題はなく、記録上の単なるミス域を出ないものであれば、記録上の訪問者を真の訪問者に修正する等の措置を講じることで当該不備の修正がなされていた。なお、このような事例は、ルートが組まれている介護者等が、体調不良等で当日急遽出社できなくなり、その際に、当該欠勤した介護士のルートの代わりに入ることのできる介護士あるいは看護師等を確認の上でアサインしたものの、サ責等において当該変更をシステム上当初作成したルートに反映しなかった（修正作業をしなかった）場合等に生じることがあった。

もっとも、これらの拠点のうち 3 拠点については、上記書類の精査及びサ責ないし管理者等のヒアリングを行っても、上記齟齬が埋まらず、かつ、他の出勤者全員が当該訪問時間帯に別の訪問ルートが入っている等の理由により、当該不備の修正ができない事例があった。これらについて、当該拠点の運営指導対応に当たったコンプライアンス部看護師（複数名が代わる代わる現地拠点に赴き対応をしていた。）は、どうすべきかコンプライアンス部に対してメール等で指示を仰いだ。

これに対し、E 氏は、上記 3 拠点について運営指導の際に問題とならないようにタイムカードを書き換えること、すなわち、当該訪問記録上の介護者又は看護者を出勤していた形にするか、あるいは、当該訪問記録上の訪問日に別の者が出勤して当該訪問記録を作成した形にすべくタイムカードを書き換えるように指示していた。もっとも、勤怠管理システムは指紋認証でデータ化されていたため、システム上の勤怠記録を改ざんするのではなく、勤怠管理システムからタイムカードのデータを PDF 化し、これをデータ上で修正し、更にこれを印刷したものを運営指導の際に提供すればよい旨の指示を出し、これに基づきコンプライアンス部員によりタイムカードの（写しの）書換えが行われていた。なお、他に 5 拠点でも同様にタイムカードの書換えが認められたが、請求との関係で問題が生じる内容ではなかった。

E 氏による上記指示はコンプライアンス部内では概ね周知されていたが、運営部や他の本社関係者には相談等されることなく、E 氏自身の判断で行っていた。

9 医心館からの内部通報等の状況

アンビスにおいては、内部通報制度が設けられており、医心館の看護師を含めた従業員からの通報等は、医心館運営本部又は外部法律事務所に対し内部通報を行うことが可能である。

2022年に3件、2023年に2件、2024年に5件の内部通報がそれぞれあったが、概ねハラスメント等に関するものであり、本件に関するものはなかった。

10 医心館における訪問看護の本件通知等との整合性に係るアンビス HD の現在の経営層の認識ないし問題意識等

(1) 柴原社長の認識

柴原社長は、本件通知の存在は認識していたものの、上記 6(1)及び(2)のとおり、医心館では、基本的なコンセプトが末期がん等の重度の病状にあり、かつ、自宅での介護が困難な入居者等に対して 24 時間切れ目のない看護・介護を提供することにあり、その中で訪問看護枠 30 分を 1 日 3 回設定することを看護の必要性の観点からも経営上の観点からも当然であるとの認識を有していた。その上で、ナースコールや看取り等が発生した場合には、他の看護師等において臨機応変の対応を取ればよい（その限りで 30 分枠の対応が不十分となったとしても当該処置が医療上優先する以上、やむを得ない）という機動的訪問看護方式によって対応すれば足りるという考え方に立っていた。また、柴原社長自身が全医心館の拠点の動きを仔細にみることはできたのは 2019 年の上場時頃までであったところ、その頃までは各医心館においては概ね上記のような機動的訪問看護方式による運用がされていたという実情もあった。しかし、その後、医心館が全国的に急拡大し、またアンビス HD の組織も細分化されてからは、柴原社長において全ての医心館の現況を詳細に把握できていたわけではなく、適宜 B 氏あるいは C 氏から現場の報告を受けていたと考えられるものの、「機動的訪問看護方式がなされているであろう」という認識に留まっていた。もっとも、遅くとも本件社内通達が発せられた 2024 年 7 月頃までには包括的訪問看護方式が相当の拠点で広く実施されるようになっていたという実情について、C 氏らから報告を受けて認識はしていたと考えられ、それゆえに本件社内通達を発することとなったと認めるのが相当である。

なお、柴原社長は、上記のとおり、医心館における入居者の病状等に鑑みれば、医学的見地に基づき、1 日 3 回の（あるいはそれ以上の）訪問看護は当然必要になるとの認識であり、また複数名訪問についても上記

7(2)記載の入居者のような病態であれば当然必要になるとの認識を有しているが、他方で、本件通知の解釈問題等の正確な知見はなかった。

(2) アンビス HD 役員らの認識等

アンビス HD の業務執行取締役である F 管理本部長は、上場直前の 2018 年にアンビス HD に入社しているが、その後専ら上場準備やその対応並びに事業支援部（事実上の法務部）において M&A 対応、取締役会対応、労務問題及び裁判対応等に従事しており、医心館の事業に係る法的支援等の業務は専らコンプライアンス部の所管であるとの認識の下、ほとんど関与していなかった。これは元々コンプライアンス部が管理本部の傘下にはなかったという経緯¹⁷に加え、コンプライアンス部が管理本部に移管されてからも、2023 年 8 月以降執行役員となった E 氏に全面的に委ねる形での運用がされていたことにも依拠する。

そのため、F 管理本部長の医心館における業態の法的整合性に係る認識は柴原社長の認識と基本的には変わらない（この点は、事業開発本部長や経理財務本部長である他の執行役員もほとんど同じ認識であった。）。

一方で、執行役員である E 氏に関しては、遅くとも 2023 年 10 頃までには、医心館において少なくとも訪問看護時間 30 分枠が遵守できない拠点があること、その原因として複合的要因はあれども、主たる要因がルートを看護師等の勤務時間に間断なく組んでいることにあるという認識は有していた。また、上記 6(5)イの照会を指示していることから明らかなとおり、上記医心館の訪問看護の運用ないし状況が本件通知との間で法的整合性を有しているのかという問題があることも認識していた（この点は、役員ではないものの運営部長であった C 氏も同様である。）。

(3) アンビス HD の監査・監督機関の認識等

アンビス HD の取締役会・監査役会では、2024 年 6 月の報道前までは、そもそも医心館の事業に問題となる事案があるという認識の下で議論がされたことはなく、もとより、訪問看護の状況が本件通知との間で法的整合性を有するか否かが議題として上程されることもなかった。

しかし、2024 年 6 月の報道を受けて、2024 年 7 月の取締役会で社外取締役から訪問看護における訪問時間が 30 分とされていることの保険制度上の意味を問う質問がなされ、C 氏が訪問に関しては 30 分以上 90 分未満の看護ケアを実施して初めて保険制度上の点数になること、さらに 90

¹⁷ 2021 年 12 月 1 日付けで管理本部に属するまでは、事業戦略本部（現・事業開発本部）に属していた。

分以上になると長時間訪問看護として更なる加算となること、訪問時間として設定されている時間中、訪問状態を継続する必要があること等具体的に回答し、それに対して同社外取締役がアンビスにおけるコンプライアンス重視の姿勢を示す意味でも、保険制度上の規程を細かいところまで再確認するよう指示している。C氏及びE氏は、既に上記報道を受けて対応を検討していたことは上記6(5)のとおりであるが、結局、その後、上記取組みの詳細等が取締役会に報告されることはないまま、本件報道に至った。

また、弁護士である内部監査室長は、元々事業支援部（事実上の法務部）出身であることもあり、医心館の業務内容自体に知識・関心が乏しく、また本件通知の存在も知らなかった。そのため、医心館への往査自体は行っていたものの、拠点管理者への内部監査は、拠点における労務問題等の型どおりの確認に終始し、拠点における実際の業務がどのようなものであるか具体的に認識できておらず、かつ、これに基づいた具体的な監査項目を立てることができていなかった。また、E氏ないしC氏に対する本社関係者のヒアリングも実施していたが、上記同様に型どおりの監査事項を聴取するのみで、本件の問題点を引き出し、かつ把握するには至らなかった。

第4 当調査委員会による検討

上記第3の認定事実を踏まえた、当調査委員会による本件調査事項についての検討結果は以下のとおりである。

1 医心館における看護実態の有無

上記第1の2(4)①ないし④の本件調査事項の検討に当たって、上記第3の認定事実を踏まえた医心館における看護業務の実態及び問題点等についてまず検討する。

(1) 訪問看護記録に記録された看護業務の実態の有無等

医心館の事業の推移及び運用等については、上記第3の6のとおりであるが、上記第1の3記載のデジタルフォレンジックの結果、アンケート結果及び情報提供窓口に提供された情報並びにこれらに基づくヒアリング結果によれば、後述するように当該看護業務が行われた訪問時間、担当者の記載については、あらかじめ入力されていた内容と異なった場合、これを訂正していないために事実と異なる記載となっていることが指摘されるものの、医心館の訪問看護において訪問看護記録中に記録さ

れた「看護業務」（提供された看護サービス）の内容自体については、（ミスやチェック漏れ等による誤記載はあると考えられるものの）実施していない看護業務を意図的に行っていたものとして記載するようなことは認められなかった。

これは、上記のような事実と反する看護業務の記載を行うことについて、拠点側（管理者・担当看護師）には直接的なインセンティブが存しないことに加え、アンケートにおいて訪問看護記録に疑義がある旨の回答をした拠点の管理者及び看護師等のうち延べ 190 名のヒアリングを実施したものの、いずれも自分自身の記載した看護業務の内容自体は実際に行っているという回答であったこと、また、医心館では末期がんによる終末期等の指定難病等の疾患を有する入居者が多くを占め、頻回かつ相応の医療処置を要するほか、訪問看護記録だけではなく（訪問看護として訪問した時間帯以外の時間帯においてなされた看護業務等を記録した）経過記録の記載も併せみると、当該入居者に対する一連の看護業務が概ね経時的・整合的に記録されている事実が認められたこと¹⁸及び訪

¹⁸ 一例として、2025 年 3 月 1 日の利用者 X 氏の訪問看護記録をみると、X 氏は末期がんであったものの、全身状態や一時的な外出も可能であったこと等を勘案の上で 1 日 2 回の訪問看護ルートが組まれていたところ、午前 5 時の訪問看護記録には、入眠しており、バイタル測定、疼痛（苦痛表情）等の確認をした旨の記載等が、同日午後 2 時の訪問看護記録には、バイタル測定及び全身状態の確認を行い、午前中にオキノームを内服したため現在は疼痛が軽減されていることを聴取した旨の記載等がそれぞれある。また、（実際の処置の時間が記載されたものと認められる）同日の経過記録をみると、午後 7 時 45 分に X 氏から疼痛の訴えがあったためがん疼痛治療用散剤（オキノーム）を投与するとともに、下剤も投与し、午後 8 時 30 分には X 氏からの希望で抗不安薬を投与し、午後 10 時には眠剤を投与するとともに X 氏から疼痛が治まってきていることを聴取した旨の記載がある（翌日以降の 7 日間をみると概ね同様の経過となっている。）。これらの記載及び同時並行でなされている訪問介護記録の記載も併せみると、①X 氏については所定の訪問看護以外にも頻回の訪問による医療行為が行われていること、②概ねがんによる疼痛や不安の軽減を目的に、オキノームや抗不安薬が（X 氏の訴え等によって）適時に投与されていること、③訪問看護は概ね所定の時間に行われていたが、その際にオキノームを投与するわけではなく、専ら疼痛の程度や病状の変化等を確認する目的での訪問であったこと等が認められ、これらの記載を経時的・一体的に評価する限り、少なくとも上記訪問看護記録に記載されている訪問看護業務が実施されたこと（当該記録の信用性が肯首されること）を否定する余地はなく、また医心館においては当該時間に限られず頻回の医療行為が必要に応じて実施されていることも併せて認められる。

また、2025 年 3 月 1 日の利用者 Y 氏の訪問看護記録をみると、Y 氏については末期がんであり、カニューレによる酸素投与を受けており、また時折不穏行動がみられる等の状態等も勘案し、1 日 3 回の訪問看護ルートが組まれていたところ、午前 2 時 30 分の訪問看護記録には、入眠中であり、声掛けに反応して開眼したが特に訴えなく再度入眠しており、バイタル測定に加え、皮膚状態、貼付薬のはがれの有無等の状態観察を行った旨の記載等が、午後 4 時の訪問看護記録には、バイタル測定、カニューレの投与経路の確認等を実施し、Y 氏に不穏行動や危険行動もみられず、下肢をマッサージすると「気持ちがいいな」などと発言した等の記載等が、午後 8 時の訪問看護記録には、バイタル測定、皮膚トラブルや呼吸困難感の確認等を実施し、本人の希望によりオプソ（がん疼痛治療用内服液剤）10 ミリグラムを投与した旨の記載等がそれぞれある。また同日の経過記録をみると、午前 7 時及び午後 3 時 30 分には不穏行動なくコミュニケーションが取れている旨の記載がある。翌日の訪問看護記録も概ね同様の記載がされているところ、午前 11 時 33 分の経過記録には、呼吸困難の訴えがあり、本人希望にてオプソ 10 ミリグラムを内服した旨、午後 7 時の経過記録には、Y 氏は「苦しい」「苦しい」と訴えてベッドから下りようとした旨や、会話のつじつまが合わず、また、38.0 度の発熱があったため、解熱鎮痛剤を投与するとともに、呼吸苦に対してオプ

問看護記録の記載が麻薬施用票等の客観的記録とも矛盾していないという客観的事実¹⁹からも裏付けられる。

したがって、訪問看護記録に記載された看護業務自体は実態があると認められる。

(2) 医心館における訪問看護業務における問題点等

ア 訪問看護の必要性について

訪問看護を 1 日に 3 回実施する必要性があるのかという問題については、上記第 3 の 6(4)アのとおり、看護師資格を有する拠点管理者が医師の指示に基づき入居者の病状及び必要とする医療処置を踏まえ、当該拠点の人員及び入居者の人数等も勘案しつつ行うべき専門的・裁量的・個別的判断とすることができる。また、医心館の入居者のほとんどは末期がんの終末期の者を含む指定難病等の疾患を有する入居者であって入念な状態観察を必要とし、人工呼吸器を装着した入居者や気管切開等の入居者に対しては頻回にわたる喀痰の吸引等を要する。このような諸事情も勘案すると、1 日に 3 回の訪問看護を指定したとしても、当然にその必要性がなかったとまでいうことはできないし²⁰、

ソ 10 ミリグラムを投与し、不穏に対して定期就寝前抗精神薬剤を投与した旨の記載がある。これらの記載及び同時並行でなされている訪問介護記録の記載も併せみると、①Y 氏についても所定の訪問看護以外にも頻回の訪問による医療行為が行われていること、②Y 氏は呼吸管理がされており、呼吸苦等による不穏行動の有無や状態変化の仔細な観察が行われていたこと、③オプソが（Y 氏の訴え等によって）適時に投与されていたこと、④訪問看護は、専ら呼吸苦や疼痛の有無や病状の変化、特に不穏状態の有無等を確認する目的での訪問であったこと等が認められ、これらの記載を経時的・一体的に評価する限り、X 氏同様に、Y 氏についても少なくとも上記訪問看護記録に記載されている訪問看護業務が実施されたこと（当該記録の信用性が肯首されること）を否定する余地はない。

上記は一例であり、本報告書で医心館における全ての事例を詳細に記載・検討することは不可能であるものの、当調査委員会が訪問看護記録と経過記録（及び訪問介護記録）等を経時的・一体的に検討した限り、当該入居者に対する一連の看護業務が整合的に記録されている事実が認められ、このことから訪問看護記録に記載された看護業務の実態が認められる（むしろ否定される材料がない）ことの有力な判断材料になると考えた次第である。

¹⁹ 麻薬施用票とは、入居者情報、薬剤名、1 回当たりの与薬量、確認時間、残量、与薬者印、確認者印等が記入・押印される書面であり、麻薬という薬剤の性質上、上記与薬量及び確認時間等について特に厳格な管理を要するため、ほぼ正確に記載されていると認められる。当調査委員会において、麻薬を施用されている旨記載された訪問看護記録を一定数無作為抽出した上で、麻薬施用票との照合を行ったところ、訪問時間中に与薬したもの又は訪問時間外に与薬して訪問時間に疼痛管理を行ったことが訪問看護記録に記載のある医療用麻薬について、実際に施用されていたことが麻薬施用票から確認された。このように訪問看護記録に記載された看護業務が、麻薬施用票という客観的・正確な書面からも裏付けられるという点でも、当調査委員会は当該実態自体の信用性についての有力な判断材料になると考えた次第である。

²⁰ この点、管理者及び看護師の中には 1 日 3 回を超える訪問看護を要する入居者もいる旨述べた者も相応にいたところでもある。

一方で、末期がん等であっても自立性の高い入居者も存するところ、このような入居者については必ずしも 1 日 3 回の訪問看護（特に夜間帯）は要しないとする看護師も相応にいた。アンビストとしてはこのような入居者であっても突然の容態の変化が懸念されるため、拠点の人員の都合を勘案しつつ判断すべきとの立場であるところ、実際には 1 日 2 回の訪問看護が実施されている拠点もあれば、そうでない拠点もある。

また当調査委員会としても医心館の膨大な入居者（逝去された方も多数存する。）の全ての個別的な必要性の判断を精査することは不可能である。

もともと、下記イのとおり、訪問看護記録に記載された看護業務に係る内容を精査し、結果的に余りにも短時間であることが明らかと評価される場合、特に深夜帯の訪問看護について就寝中の入居者に対して状態観察等のみにとどまるようなケースについて本件通知における「訪問看護」としての看護実態が認められないと判断するわけであるから、少なくとも事後的視点でみる限り、このように看護実態が否定される当該訪問看護については、その必要性がどの程度あったのかという点については疑義があるといわざるを得ないことは付言する。

イ 医心館における訪問看護時間と本件通知との法的整合性等

医心館の訪問看護は、日勤、早朝、夜間及び深夜帯を通じて、担当看護師の休憩時間及び申送り時間等以外の勤務時間中はほぼ訪問看護のルートが間断なく 30 分刻みで組まれている状態であったところ、2024 年 6 月の報道までは、訪問時間を意識しつつも必要に応じて、ナースコール等があり他に対応できる看護師等（ルートを担当していない看護師及び介護士）がいらない場合には訪問看護を一時退室する等して対応する機動的訪問看護方式を行っていた拠点と、訪問時間にほとんど意を払わずにいわゆる病棟的な包括的訪問看護方式を実施していた拠点があったこと²¹、また、実際の訪問看護時間が訪問看護記録に記録されていなかったことは、上記第 3 の 6(1)ないし(5)のとおりである。そして、2024 年 6 月の報道を機に、アンビスでは、同年 7 月に本件社内通達を発し、これを全国の医心館に浸透させようとしたものの、少なくとも当調査委員会の調査時点までには、全ての医心館においてルートどおりの訪問看護時間が遵守できているとは認められず、せいぜい機動的訪問看護方式が試みられているというに留まる。

この点、上記第 2 の 2 のとおり、指定訪問看護の方式等を定めた本件通知は、指定訪問看護の実施時間について「30 分から 1 時間 30 分を標準とする。」と定め、本件通知は医心館のような同一建物で複数の入居者に対する訪問看護を実施する場合も適用対象であると解される場所、上記のとおり、2024 年 6 月の報道以前は訪問時間を意識しない包括的訪問看護方式を実施していた拠点や、機動的訪問看護方式を

²¹ もともと、2024 年 6 月の報道前の時点では、医心館全体をみると、後者の方式にシフトしていたか、あるいは前者の方式であっても複数のナースコールや看取り等があった場合には、人員等の関係で後者の方式に近い形になっていた拠点も相当数あると考えられる。

取りつつも訪問時間を必ずしも遵守できていなかった拠点がほとんどであり、その後も訪問看護時間の遵守が徹底されていなかったが、実際の訪問看護時間が正確に記録化されていないことも相まって、どの程度の時間をかけた訪問看護が行われていたかが明らかでなく、当調査委員会において本件通知に定める時間を満たす運用実態であったか否かを正確かつ客観的に検証することが非常に困難となっている。

他方で、医心館では、訪問看護記録に記録された訪問看護業務自体が認められることは上記(1)のとおりであり、また、当該業務が実際の訪問時間又はこれと概ね近接した時間帯になされていたことは上記第3の6(4)ア認定のとおりであるところ、これらの事情等に鑑みると、訪問看護記録に記録された訪問看護業務の内容から当該訪問看護に要したおおよその時間を推定することには一応の合理性が認められると考えられる。

また、医心館における入居者は末期がん等の指定難病に指定された終末期の入居者が多い上、特に人工呼吸器装着や気管切開の入居者等には喀痰の吸引等を含めた頻回の医療処置を要することが通常である。また、そのような頻回の訪問が行われるがゆえに、当該入居者に対する状態観察等を含めた訪問看護における看護業務をより合理化・効率化できているという面がある。すなわち、訪問看護として設定された1日3回以内の訪問回において、他の頻回の訪問による状態観察結果等を踏まえることができるために短時間で済んでいる、あるいは、設定された訪問回を中断・再入室といった形で分けることによって真に必要な看護業務が可能となっているという実態・側面が認められる。そうであれば、本件通知の標準時間の下限とされる30分を下回る時間の訪問看護であるからといって、これを直ちに本件通知と整合しないとまでいうことは相当ではない²²。

もっとも、当該訪問看護記録に記載された看護業務から算定される時間及び当該訪問看護記録の作成時間等を含めても、例えば数分単位等の余りにも短時間と評価されることが明らかな看護業務については、上記事情を勘案してもなお、本件通知に定める「訪問看護」に該当すると解するのは、本件通知の文理解釈に照らしても、また、診療報酬

²² この点、上記第3の6(5)イのとおり（アンビスによる匿名による電話での照会であるとはいえ）関東信越厚生局千葉事務所・同指導監査課（埼玉県を管轄）は、当該訪問看護の中で医療処置が実施される場合には本件通知の時間を厳密に文理解釈しなければならないわけではない旨回答しており、また、当調査委員会において厚生労働省の元関係者等からも、医療行為については当該入居者のその時点の病状等に応じた必要かつ機動的な対応を要する場合がある上、同一建物で頻回に訪問がされている等の状況等も勘案の上で、本件通知との整合性を俯瞰的に検討することはあながち不合理とはいえない旨のヒアリング結果を得ている。

の加算対象となるという制度趣旨に鑑みても到底無理があるといわざるを得ない。

ウ 複数名訪問看護の必要性及び実態（同行者の同行）の有無

複数名訪問看護は、上記第3の6(2)エのとおり2020年以降医心館でも診療報酬請求の対象とされるようになったところ、訪問看護計画において複数名訪問看護が必要と判断された入居者について、あらかじめルート表に従った訪問枠を設定してほのぼのからケアパレットに連携する段階で、訪問看護記録の同行者（訪問職員2）の欄に同行者の氏名が記録される運用であった。しかし、同行予定の拠点職員に緊急の用務が入り、他に交代要員もすぐに手配できない場合等には、拠点側の判断で（単独での処置も可能と判断された場合には）単独で実施されることもあった。そして、その場合に、訪問看護記録に元々記録された同行者欄の氏名が削除等されることがないこともあった²³。また、訪問看護記録自体には複数名で実施した処置内容が詳細報告欄等に記載される場合もあったが（最近ではアンビスにおいてそのような指導がされているようである。）、そのような記載が存しない記録も相応に存する。そのため複数名訪問看護の実施の有無についても、上記アと同じように、訪問看護記録の同行者欄の記載等に依拠して正確かつ客観的に検証することが非常に困難となっている。

もっとも、訪問看護記録に記載された訪問看護業務自体は認められることは上記(1)のとおりであるが、そうであれば訪問看護記録に記載された訪問看護業務の客観的内容等に照らして、複数名訪問看護の必要性及び実態の有無の検討を行うほかないことは上記アと同様である。上記第3の6(2)エの医心館の運用、拠点看護師等のヒアリング結果等も踏まえると、少なくとも人工呼吸器を装着している入居者、気管切開等によって呼吸管理を要する入居者、褥瘡のある入居者、あるいは、意識状態が安定せず、せん妄等のある入居者等の一定の類型については、当該入居者の一定の医療処置に際し複数名での看護業務を行う必要性があったことが推認され、訪問看護記録上で複数名訪問看護が設定されているのであれば、その実態がなかったとは認められない²⁴。

²³ この点、看護師の中には同行者欄の氏名を削除等することについて特段指導を受けていなかったため、削除等するという発想がなかった、削除等して良いとは思っていない、削除等できるとは知らなかった等の認識を示す者も相応にいたところでもある。

²⁴ この点、複数名訪問における同行者がどの程度の時間、訪問看護に帯同することを要するのかについては、上記第3の6(5)イのとおり、関東信越厚生局千葉事務所・同指導監査課（埼玉県を管轄）の担当官は、（匿名による電話照会ではあるものの）疑義解釈の回答を前提にしつつも、「医療保険の対象者の場合には状態が日々異なるので、厳密に時間が確定できるわけではないし、必要に応じて中抜け等することもある

他方で、訪問看護記録その他の資料上、上記看護業務を要しないことが明らかと認められる入居者について複数名訪問の設定がされており、かつ、複数名で行った業務が具体的に確認できない場合には、その実態がなかったものと判断するのが相当である。なお、後者の実態がないと判断されたものについて事後的観点からみれば果たして複数名による訪問看護を設定する必要性があったのかについては疑義の残るところであるが、そもそも複数名による訪問看護の必要性に係る判断自体の当否については上記ア同様である。

(3) 本件調査事項について

ア 必要性に関係なく、1日3回の訪問看護を設定した事実の有無

上記(2)アのとおりであり、訪問看護を1日に3回実施する必要性については、看護師資格を有する拠点管理者が医師の指示に基づき入居者の病状及び必要とする医療処置を踏まえ、当該拠点の人員及び入居者の人数等も勘案しつつ行うべき専門的・裁量的・個別的判断ということができ、また、医心館の入居者のほとんどは末期がんの終末期の者を含む指定難病等の疾患を有する入居者であること等の諸事情も勘案すると、1日に3回の訪問看護を指定したとしても、当然にその必要性がなかったとまでいうことはできない。もっとも、下記イのとおり、訪問看護記録に記載された看護業務に係る内容を精査し、結果的に余りにも短時間と評価される場合には、少なくとも事後的視点でみる限り、その必要性がどの程度あったのかという点については疑義があるといわざるを得ない。

イ 短時間訪問の実態

医心館で実施されていた訪問看護の多くは、機動的訪問看護方式ないし包括的訪問看護方式であって、ルートに予定された訪問時間が予定どおり遵守されていたものではなかったものの、本件通知の標準時間の下限とされる30分を下回る訪問看護であっても直ちに本件通知に整合しないということができないことは上記(2)イのとおりである。

他方で、少なくとも、当該訪問看護記録に記載された看護業務に要

るであろう」旨の回答をしており、複数名訪問の同行者が必要となる医療処置以外の時間帯に始終同行を要するの可否は、ケースバイケースともいえる。この点、公益財団法人日本訪問看護財団（以下「訪問看護財団」という。）によれば、自宅への訪問看護の場合には服薬管理等も含めて行うべき処置も少なく、同行者の始終帯同が望ましいとの意見もあったところ、がん末期や人工呼吸器装着等の終末期段階の入居者が多数であり、かつ同一建物で複数の入居者が存する医心館のような看護・介護の両面を24時間にわたって同時並行で行う施設において、上記見解が直ちに当てはまるのかは疑問もあり、当調査委員会としては複数名訪問の同行者による医療処置の時間については本報告書においては立ち入らないこととする。

する時間及び当該訪問看護記録の作成時間等を含めても、余りにも短時間と評価されることが明らかな看護業務については、本件通知に定める「訪問看護」には該当せず、その限りでは本件通知に整合しないといわざるを得ない²⁵。

ウ 複数名での訪問看護を設定する必要性及び複数名訪問看護の実態の有無

訪問看護を複数名で実施することについても、上記ア同様に、拠点管理者の専門的・裁量的・個別的判断であることには変わりがなく、また、医心館の入居者の体格や病状等も勘案して判断されるべきであるものの、上記(2)ウのとおり、訪問看護記録に記載された看護業務に係る内容等を精査した結果、複数名で行ったとは認められない看護業務であったと認定されるものについては、複数名訪問看護の実態がなかったと判断せざるを得ない²⁶。

エ 上記アないしウ以外で問題となる看護実態（類似事案）等

当調査委員会は、本件調査の過程で上記第 3 の 8(3)のコンプライアンス部における運営指導対策の一環としてタイムカードの写しを書き換られていた事実を把握し、これを契機に、勤怠記録と訪問看護記録の齟齬並びに訪問看護記録（及び訪問介護記録）の確定時期の異常値

²⁵ 当該訪問看護記録に記載された看護業務に要する時間については、（上記(2)イのとおり、訪問看護記録に記載された訪問時間には依拠できないものの）訪問看護の実態自体が存しないわけではないという前提に立ち、訪問看護記録に記載された個々の看護業務について、同業務に要すると考えられる通常かつ合理的な時間によって算定することとした。同算定に当たっては、各医心館の管理者及び看護師等のヒアリング結果に加えて、急性期病棟における平均的な看護業務時間及び訪問看護財団への照会結果等も踏まえて、当調査委員会において各業務の基準となる時間を定立した。当調査委員会の定立した基準に基づき、アンビス及びその履行補助者である外部アドバイザーにおいて、ケアパレットのデータとして残っている訪問看護記録全てについて合理的な手法等を用いて算出したところ、数分程度等の余りにも短時間と評価されることが明らかな訪問看護記録は 65,227 件とのことであり、更にその中で特に複数名での訪問看護を要するような重症度の高い、あるいは、入念な管理が必要となる類型の入居者と判断されるものが 55,237 件となる。当調査委員会としては、上記 65,227 件から左記 55,237 件を除外した 9,990 件については、本件通知に定める「訪問看護」の実態を欠くことが明らかといわざるを得ず、その診療報酬額は約 53,009,000 円となる。

なお、「訪問看護」の実態がなかったものについては、夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算を含む各種加算についても認められないのであり、上記金額は各種加算を加味したものである。

²⁶ 複数名訪問の同行者の有無についても、上記同様に訪問看護記録に記載された個々の看護業務の内容、あるいは当該入居者の病状、体格等によって判断せざるを得ない。当調査委員会としては、各拠点の管理者及び看護師等のヒアリング結果等も踏まえ、上記(2)ウのとおり、人工呼吸器を装着している入居者、気管切開等によって呼吸管理を要する入居者、褥瘡処置を要する入居者、あるいは、意識状態が安定せず、せん妄等のある入居者等の一定の類型に係る基準を定立した（また、訪問看護記録の記載上、複数名で看護行為を実施していることが推認される場合は同行者があったと評価することとした。）。その上で、当調査委員会の定立した基準に基づき、アンビス及びその履行補助者である外部アドバイザーにおいてケアパレットのデータとして残っている訪問看護記録全てについて合理的な手法等を用いて確認したところ、訪問看護記録上は複数名訪問となっているものの、上記基準に該当しないものが 1,352 件となったとのことである。当該 1,352 件については複数名での加算が行われるだけの実態が明らかに認められないものというほかなく、その診療報酬額は、脚注 25 における金額に含まれるものとの重複を排除した結果、約 3,588,000 円となる。

をデータによって洗い出した。

上記のうち勤怠記録と訪問看護記録の齟齬については、突発的な事情により急きょ訪問者の変更等があった場合に管理者（介護の場合にはサ責）がその点を反映しなかったミス等が原因と考えられ、実際には他のルートに空きのある者や管理者ないしサ責がルートに入ったことが窺われる事案が多いことは上記第 3 の 8(3)のとおりであるが、そのような代替措置を講じたことが訪問看護記録（訪問介護記録）に記載されていない以上、当該管理者あるいはサ責の供述のみによって看護実態を認定することには慎重であるべきであって（そもそもこの点を含めて記録作成の不備が多かったアンビスの管理上の懈怠といわざるを得ない。）、かかる齟齬を来した訪問看護（訪問介護）については、他の客観資料等から個別に実態を認めることが相当であるものを除き、その実態があったとは認め難い²⁷。

また、訪問看護記録（訪問介護記録）の確定時期の異常値についても、事務的な過誤や事務処理上の便宜等の可能性も否定できなくはないが、訪問看護記録（訪問介護記録）は（事前に記載できる部分を一定程度記載しておく運用はあるにせよ）訪問看護（訪問介護）終了後に、当該訪問時の処置等を記載し、その上で、請求時点までに確定を行わなければならないものである。それにもかかわらず、請求後になって訪問記録の確定をしたものについては、少なくとも当該記録の作成時点も定かでなく、その記載内容の信用性自体が担保されておらず、相当期間が経過した現段階で当該担当者等の供述のみで信用性を補うことは容易ではない。したがって、かかる確定時期の異常を来した訪問看護（訪問介護）については、システム上のエラーに起因する可能性が高いもの等を除き、その看護実態（介護実態）があったと認めることはできない²⁸。

これらに加え、訪問看護記録（訪問介護記録）の裏付けが認められない請求（請求に対応する訪問看護記録・訪問介護記録の存在が認められないもの）については、その請求についての根拠を認めることはできない²⁹。

²⁷ 勤怠記録と訪問看護記録（又は訪問介護記録）に齟齬があつて記録の裏付けが認められず訪問看護（又は訪問介護）の実態がなかったと認めざるを得ないものは 970 件（約 5,141,000 円）であつた。金額については、脚注 25 又は 26 に含まれるものとの重複を排除した額である。

²⁸ この点、訪問看護ないし訪問介護の実態が明らかに認められないといえる記録は見当たらず、当該類型に基づいて過剰な請求を行っているのであれば、以下の記録による裏付けが認められない請求として位置付けられるものとして整理している。

²⁹ 訪問看護記録（訪問介護記録）の裏付けを確認することができない請求は、診療報酬について 283 件（約 1,500,000 円）、介護報酬について 234 件（約 404,000 円）であつた。

オ 上記検討結果等を踏まえたアンビスによる診療報酬請求の当否

上記アないしエの検討結果を踏まえると、アンビスによる診療報酬請求の当否については、結局のところ、①訪問看護記録に記載された看護業務の内容に照らして余りにも短時間であることが明らかと認められる類型、②訪問看護記録に記載された看護業務の内容その他の資料に照らして複数名訪問の実態が否定されることが明らかな類型、③勤怠記録が訪問看護記録と齟齬し、当該訪問が他の客観的な資料から裏付けられない類型、④確定記録の異常がみられ、当該訪問が他の客観的な資料から裏付けられない類型、⑤記録による裏付けが認められない請求類型となり、これらについては診療報酬請求の要件を満たしていなかった可能性が高いというべきである。

もともと、上記①ないし⑤に該当するものについても、既に支給された診療報酬の返戻が必要であるかどうかは、制度の趣旨に照らし、個別具体的な案件における事実関係をもとに所管当局が判断すべき問題であって、当調査委員会が軽々に意見を申述することは控えるべきである。

ただ、本件事案の性質を大きく捉えると、本件は、アンビスにおける本件通知に係る法的認識の不十分さや記録の不整備に起因する事案であって、それ自体批判を受けるに値するとはいえ、多額の診療報酬を受けるために架空の事実をねつ造したような悪質な不正請求の事案とまでは認められないこと、多くの拠点で提供されていた看護の実態は、病棟における包括的な看護方式に近い運用となっており、昼夜を問わず1日に何度もラウンドして入居者の状態を観察するなどし、1回当たりの滞在時間は30分に満たないとしても、1日を通してみれば必要な医療行為は随時提供されていたといえることも事実である。

このような諸事情も総合勘案すると、当調査委員会としては、本件に関する影響額としては、上記①ないし⑤の合計額をもって相当とするものと思料するが、当該金額は実際の返戻額とは無関係の数字であることに留意願いたい。

2 その他の本件類似事案に係る調査結果等

(1) 類似事案の存在

当調査委員会は、本件報道を受けて本件及び類似事案の有無を調査対象としたことは、上記第1の1並びに2(1)及び(4)④のとおりである。また、当調査委員会の調査開始後の2025年4月28日に医心館における訪問介護について、追加的な報道（以下「本件追加報道」という。）があ

ったことは第3の2脚注8のとおりである。

当調査委員会としては、上記第3の5(2)のとおり、医心館では訪問介護を実施の上、国保連合会から介護保険法に基づく介護報酬の支払を受けているところ、医心館のサービスとして、同一建物内に居住する複数名の入居者の各居室を訪問し、実施した介護行為に応じた所定の介護報酬の算定を行うといった点において、訪問看護との類似性が認められることから、上記追加報道以前から医心館における訪問介護についても、類似事案として調査対象になり得ると判断していたところである。

(2) 訪問介護に係る調査の実施

当調査委員会は、アンビスから必要な資料の提供を受けるのみならず、関係者のメール等のデジタルフォレンジック等を実施し、訪問看護だけではなく、類似調査の一環として訪問介護に係る問題の有無について精査をしてきた。

しかし、これまでの調査によつては、(訪問看護と同様に)訪問介護行為の存在自体を仮装・偽装したことが窺われるメールその他の資料は顕出されず、また本社関係者等がかかる事実を認識していたことを認めるに足る資料は得られていない。なお、本社関係者のメールレビュー等の結果、訪問介護記録の過誤記載の事案は散見されたが、都度本社介護部ないし(その後の)運営部が上記事案の原因を確認し、必要に応じて入居者ないしその家族に謝罪した上で、返金措置を取っていることが認められ、上記過誤事案を隠蔽したり、あるいは仮装したりしている資料には接し得なかった。

また、当調査委員会は、当調査委員会に対する情報提供窓口に寄せられた情報も踏まえ、当該情報に係る拠点等の調査を実施したが、いずれも訪問介護時間どおりのルートが遵守できていない場合がある等という内容に留まり、報酬請求に係る訪問介護の事実ないし実態自体を否定するような資料は得られなかった。

一方で、本社関係者のメールレビュー等の結果、上記第3の8(3)の運営指導の際における本社コンプライアンス部によるタイムカードの書換えに係る問題を掌握し、コンプライアンス部関係者及び当該拠点関係者のヒアリングに加え、当時の訪問介護記録や勤怠記録等も精査したが、上記同様に訪問介護自体は当日に勤務していた別の介護士等によってなされている蓋然性が高く、介護実態自体がない架空の請求であるとまで認めるには至らなかった。この点、訪問介護記録に記載された介護士(ないし看護師)が実際には欠勤等している事例が散見されたが、かか

る事例については、上記第 4 の 1(3)オの影響額の試算において勤怠記録と訪問介護記録の齟齬及び確定時期の異常値を顕出することで、全て包含することになると考えられた。

(3) 上記(2)の調査を超える追加調査の可否に係る判断

上記(2)の調査結果に加え、上記第 3 の 5(2)のとおり、訪問介護については、健康保険法上の訪問看護と異なり、実施時間について、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 12 年 2 月 10 日厚生省告示第 19 号。その後の改正等を含み、以下「指定居宅サービス算定基準」という。）別表の 1 注 1 が、「現に要した時間ではなく、訪問介護計画…に位置付けられた内容の指定訪問介護を行うのに要する標準的な時間で所定単位数を算定する」旨を規定しており、訪問介護計画に沿った内容の実施については「標準的な時間」による算定が認められている。また、「30 分から 1 時間 30 分程度を標準とする」こととされている訪問看護基本療養費と異なり、訪問介護については「所要時間 20 分未満の場合」における算定基準が指定居宅サービス算定基準別表の 1 において明示的に規定されており、短時間による訪問介護が行われることが元来想定されている。また、訪問介護においては、実施回数について、訪問看護とは異なり、1 日当たりの訪問回数が所定の回数以上となること等を要件とする難病等複数回訪問加算に相当する加算は存在せず、要介護度別に設定された区分支給限度基準額の範囲内でサービスが提供されている。

そして、医心館の訪問介護は、原則的に 1 回当たり 29 分又は 19 分の実施時間を設定の上、各入居者の要介護度等に応じて 1 日に必要な回数の訪問介護を実施しており、基本的に介護を要しない者の入居は受け入れていない（ただし、重度のケアを要する介護保険非対象者は受け入れている。）。これらの実施時間及び回数については、ケアマネの作成するケアプランに沿った訪問介護計画に従い設定されており（なお、ケアマネの多くはアンビスに所属しない外部のケアマネであって、またアンビスに所属するケアマネが一部存するが、この者も担当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って、当該要介護者等に提供される居宅サービス等が特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなければならないという法令上の規定（介護保険法 69 条の 34 第 1 項）に基づいて行動している。）、区分支給限度基準額を超えた介護サービスを介護保険請求の対象とせず有料老人ホームのサービスとして行っている場合

もあり、また、必ずしもルートが中断なく設定されているわけではない上、訪問看護の深夜帯のようにバイタル等を測って状態観察をするだけという短時間訪問が（実際に訪問介護をする場合には具体的なケアを行っている以上）認め難いという訪問介護に特有の実情もあり、著しい短時間訪問の可能性については訪問看護よりも典型的に低いと考えるのが相当である。また、現に深夜等については訪問介護のルートが組み込まれていない場合が大半である。さらに、上記第 3 の 5(2)エのとおり、訪問介護記録は入居者又はその家族に閲覧されることから、入居者側のチェックを常に経るという関係性にもある。加えて、複数名での訪問介護が設定されている例はほとんど存在しない。

当調査委員会は、これらの事情を総合勘案し、訪問介護事業に関する類似事案調査としては、勤怠記録と訪問介護記録の齟齬並びに確定時期の異常値に係る調査を行えば足りると判断した。したがって、アンビスによる介護保険請求の当否については、結局のところ、①勤怠記録が訪問介護記録と齟齬する類型、②確定時期の異常がみられる類型が問題となり、これらについては介護保険請求の要件を満たしていなかった可能性が高いというべきである。

もっとも、上記について介護保険請求された金額の全てが当局から返戻請求されるのかについては、上記第 4 の 1(3)オと同様であり、当調査委員会としては、意見を差し控えるものの、上記①及び②による影響額としては、その合計額をもって相当とするものと思料する（ただし、当該金額は実際の返戻額とは無関係の数字であることに留意を要する。）。

3 本件が発生した原因の分析等

上記 1 及び 2 のとおり、当調査委員会による調査の結果、本件通知に定める訪問看護時間に比して明らかに短時間であると認められる事例や、複数名訪問の同行者を欠いたと認められる事例が存した。また、勤怠記録と訪問看護記録の齟齬並びに確定時期の異常値に照らせば、訪問実態に疑義を呈さざるを得ない事例も存した。

このような事態がアンビスで発生した原因が何であったのかについて、当調査委員会が検討・分析した結果は以下のとおりである。

(1) 明らかに短時間と認められる訪問看護の事例について

ア 訪問看護の実施方法についての指示・説明が不十分であったこと
アンビスとしては、上記第 3 の 6(2)ないし(5)及び 10(1)のとおり、「医心館入居者は末期がん患者等の重度の医療・観察が必要な人だけ

であるから、当然、1日3回の訪問看護（30分以上が標準とされている法令上の要件を満たすもの）が必要である。状態が安定しているように見えても急変に備えた観察が必要であり、深夜帯に入眠中であつたとしても30分相当の訪問看護時間ですべきことがある。」という基本的な考え方を有していたが、このような考え方が拠点の管理者及び看護師に十分に浸透しておらず、その理解・納得（腹落ち）が十分に得られていなかったというほかないところである。

その原因としては、上記第3の6(2)イないしエ、(3)及び(4)並びに7のとおり、2018年頃以降医心館が急拡大していくに伴って、各拠点に対する指示・説明が、組織的かつ十分に行われていなかったことが挙げられる。すなわち、1日3回の訪問看護の必要性に疑義（深夜帯における入眠中の入居者に対して30分間もの訪問看護において何をすべきなのかという疑義）を呈する拠点管理者に対し、本社関係者が必要に応じて個別に説明するのみであつて、現に疑問・不満を持っている拠点の看護師への対応については、本社として全社的かつ的確な措置を講じていたとは評価し得ない。

確かに、1日3回の訪問看護については、例えば、入居者が深夜帯の訪問看護を明示的に断っている場合や（末期がんであっても）比較的状态の良好な入居者等については1日2回の訪問看護とされていた拠点もあつたが、基本的には、本社から管理者に対して「原則的には1日3回の訪問看護が必要である」との説明が行われ、また1日3回の訪問看護が組まれていない場合には、その理由等を詳細に確認され、可能な限り1日3回の訪問看護を実施することが強く推奨されていた。そのため、管理者としては、本社の意向に沿って1日3回訪問のルートを組みざるを得なかったというのが実情であり、しかも、上記のとおり、（結局拠点管理者の指示が一方的に現場になされることで）現場看護師の理解と納得が十分に得られず、これに加え、拠点の人員状況や（一時的な退職等によって）繁忙度が増す等の事情によって、運用上ごく短時間の訪問で終わってしまう事例が発生することとなつたと考えられる。

イ 正確な訪問時間の記録がなされなかったこと

訪問看護記録の訪問時間の記載については、システム上あらかじめ記入されている指定時間どおりに訪問されていないことが多く発生していたが、上記第3の5(1)オ及び上記第4の1(2)イのとおり、この記載を実際の時刻に「修正しない」という運用が医心館の各拠点において定着していた。この点、入職直後の看護師が疑問を持つことはあ

ったが、先任者等から、時間については直さなくて良いと言われるなどして、その運用に従い、やがて疑問も持たなくなる（常態化する）のが一般的であった（当調査委員会のヒアリング結果等に基づく。）。

このように訪問看護時間が正確に記録されていないことが、今回の当調査委員会の調査を非常に困難なものとしたのであるが、アンビスとしても、正確な訪問時間のデータが手元に残らないことになるため、ごく短時間の訪問の場合もあるという実務・実態が法令上許容されるかについての社内での検討や是正等の対応の前提をあいまいなものとし、その結果、適正な対応への変更のインセンティブを弱めてしまった側面が否定できない。

ウ 本件通知（法令）との適合性を十分に確認・検証しないまま、現場に運用を委ねたこと

アンビスでは、上記第 3 の 6(1)及び(2)ア及びウのとおり、上場前頃までの段階では、訪問看護時間を遵守しつつ、ナースコール等の優先的業務に機動的な対応を図るという本件通知を意識した運用（機動的訪問看護方式）がなされていたものの、拠点の急激な拡大とともに、間断なく組まれたルートによる訪問看護が予定どおり実施できなくなる拠点が次第に増え、これに伴い、病棟的な包括的訪問看護方式が多くみられるようになっていった。アンビスにおいても、このような状況について、少なくともその概要は把握できていたが、2024 年 6 月の報道に接するまで、その方向性を修正しようとした証跡はみられない。これは、アンビスでは、「医心館の入居者の病状等に照らせば 1 日 3 回の訪問看護が必要であるが、1 日に何度も訪室して 24 時間切れ目のない充実した看護が提供できているのであるから、実質的にみて、1 日 3 回（各 30 分）の訪問看護を実施したという形で医療（介護）保険の請求をすることも許されるのではないか」という考えが本社部門や経営層にあったことに依るのではないかと考えられる。

しかし、当調査委員会としては、現行法に基づく本件通知の文理及びその制度趣旨に鑑みれば、（将来的な立法論としては格別）現行法上は無理のある解釈論であって、当調査委員会が依拠できるものではない。

また、アンビスとしても、本件通知の記載から、1 回の訪問について 30 分以上が原則的な枠になっていることを承知していなかったはずがなく、そうであれば、上記のような包括的訪問看護方式が現行の通知の枠組みに適合しない可能性もあることも認識できたはずである。それは、2024 年 7 月に「訪問開始時刻はできるだけ遵守。しかし、在

室時間には拘らなくてもよい。」という、本件通知と現場運用を折衷した方針をアンビス本社運営部自身が打ち出したことにも表れている。しかし、そのようなアンビスの依拠する本件通知の解釈の妥当性について、厚生労働省等の当局に正面から問い合わせたことはなかった（一部の点について匿名で問い合わせたことが認められる。）し、外部の法律専門家に具体的な事案を前提とする意見照会等をしたこともなかった。また、アンビス経営層のヒアリングでは、「他社も同様のことを行っている」「入居者のためになっているので当局も実態を知った上で許容（黙認）している」等の弁解はされるものの、上記の点について法的に十分確認・検証した結果、そのような運用を指示してきたという事実関係は認められなかった。

このように解釈上の疑義が残っているにもかかわらず、十分な確認・検証をしないまま業務を続けることは、現場の管理者や看護師を徒らに不安定な地位に置くことになるし、特に不特定多数のステークホルダーが存在する上場企業においては、本来的には、法令上許容される業務遂行の形態・範囲等を可能な限り明らかにした上で、その範囲内で業務が行われるようにすべきである。

エ 営利優先の発想が認められること

入居者の状態によっては、1日3回（特に、夜間就寝時間中）の訪問看護の必要性が乏しい場合があることは、アンビスの幹部においても認識されていたが、結局、1日3回の訪問を原則とするように拠点管理者に対して指導等してきたことは上記アのとおりである。その背景には、看護をより一層手厚いものにするとということもあるのであろうが、それだけではなく、複数回訪問加算（3回以上）及び深夜等訪問加算を獲得するという目的があったものといわざるを得ない。2024年7月の本件社内通達に際し、訪問時間の遵守に努めつつも、在室時間には拘らず、優先度の高い需要への「機動的な」対応を許容し、3回訪問を原則的に維持することとされたのも（2回訪問の事例は従前に比べて拡大したが）、人員体制の強化に向けた人件費等の増大に備えるための収益確保の目的が、本件通知との適合性の検討以上に、高い優先順位で考慮された結果であるとも考えられる³⁰。

(2) 複数名訪問における同行者の確認不能の事例について

ア 複数名訪問の必要性に疑義のある入居者も対象とされていたこと

³⁰ 例えば、仮に2024年9月期の複数回訪問加算（3回以上）が全て複数回訪問加算（2回）に変更された場合、約38億円の売上減少となる。

上記第 4 の 1(2)ウのとおり、訪問看護記録に記載された看護業務の客観的内容等に照らす限り、複数名訪問が予定されていたものの、複数名での訪問看護が実施されたとは認め難い事例が存した。この点、アンケートの回答やヒアリング結果によれば、当該訪問時間帯には同行者が得られなかったが、別の時間帯に空いている人の助力を得て複数名ですべき看護業務を実施したという者もいたが、他方で、別の時間帯も含めて同行者が得られなかったため、(熟練した看護師において) 独力で当該看護業務を実施したものの、訪問看護記録は訂正しなかったとする者も少なからずいたこととも符合している。

このように、結局、単独での訪問看護となった原因を考えると、そもそも当該看護業務を複数名で実施しなければならない現実的な必要性がどこまであったのかについて十分吟味されず、また、下記イのとおり、複数名による訪問看護を実現できる人員体制が当該拠点において整っているのかについて十分検討されることなく、複数名による訪問看護が指定されていたことにあるというほかない。そして、この背景には、本社から、複数名訪問看護を日勤帯に積極的に設定するよう(加算の算定をするよう) 推奨されていたことがあり、これを受けて、管理者が複数名訪問看護の必要性や相当性等を個別的に十分勘案しないまま一律にルート設定していたというのが実態であろう。

イ 複数名で実施するだけの人的体制が整えられていなかったこと

上記のように同行者が認められない事例は、複数名訪問看護が予定されていたルート中の一部にとどまるところ、このような事例が生じたのは、同行予定者が他の優先的な用務(ナースコール対応等)に従事せざるを得ず、同行できなくなったことが原因であると考えられる。しかるところ、そのような用務に対応するためのスタッフが十全に整えられていれば、予定どおり複数名での訪問看護が実施されたと考えられる。

現に医心館では、従来から複数名訪問看護のルートは(看護師の配置に比較的余裕のある)日勤帯に設定することを原則としており、また 2024 年 7 月の本社社内通達以降は、フリーの看護師を 1 名配置する運用が一般化してきたものの、それでも同行予定者が他の優先用務に従事せざるを得なくなることが相応に発生していたことは上記第 3 の 6(5)ウのとおりである。

したがって、上記のようなアンビスの実態に鑑みると、複数名訪問看護を実施するための人的体制の整備が不十分であったと評価せざるを得ない。

ウ 同行者の記録を修正しない運用が定着していたこと

複数名訪問看護において、同行者が別の者に変更された場合であっても、また、同行予定者が上記イのような理由で同行できずに単独で実施することになった場合であっても、その予定されていた記載を修正（削除）しない運用が多くみられた。その問題性については、上記(1)イの短時間訪問の類型で指摘したところと同様である。

(3) 勤怠記録と訪問看護記録の齟齬並びに確定時期の異常値がみられた事例について

上記 1(3)エのとおり、勤怠記録と訪問看護記録の間に、例えば、公休日ないし有給休暇取得日であるにもかかわらず、当該担当者が訪問看護を行った記録になっているなどの齟齬があり、他の記録等を精査しても、訪問看護が実施されたかどうか疑義が解消できない事例や、訪問看護記録の確定時期が請求後になっているなど、訪問実態に疑義を呈さざるを得ない事例が認められた³¹。

このような事例が発生した最大の原因が、訪問看護記録の記載、特に訪問時間、訪問者の記載が、予定とずれた場合にも修正しない運用が少なからず定着していたことにあることは明らかである。

そもそも、本来訪問看護記録の実際の入室時間・退室時間は可能な限り正確に記録すべきであって、このことは、医療行為等の記録であるという文書内容の性質に基づくだけでなく、保険法令上の報酬請求の基礎となる訪問看護の事実の証拠となるからでもある。特に、本件通知が「30分から1時間30分程度を標準とする」と定めていることに照らしても、（もとより「標準」という用語は一定の解釈の余地を含む表現ではあるが、）訪問看護における診療報酬請求の要件として「訪問時間」が重要な事実となることは明らかである。それにもかかわらず、実際の入室時刻・退室時刻を記載せず、ルートとして間断なく組み込まれた予定訪問時間をそのまま訪問看護記録として用いる（確定させる）運用となっていたことは、法令に定められた「訪問看護記録」としての正確性・妥当性を損なうものともいえ、またそれがゆえに当調査委員会の本件調査を殊更に困難にしたものである。

³¹ さらにいえば、確定時期が訪問看護記録上の訪問時間より前となっている訪問看護記録も存在している。かかる訪問看護記録のうち、訪問看護記録上の訪問時間より前に訪問し、訪問後に確定したものについては、包括的訪問看護方式の問題点に収斂される。他方で、訪問する前に確定したものについては、実際に確定後に行った訪問看護業務が訪問看護記録の記載内容と異なることとなれば適切に修正しようと考えていたのだとしても、そのことが確認できないことから、訪問看護記録の入力の仕方として不適切であったといわざるを得ない。

このような運用が定着した背景としては、アンビスにおいては、仮に正確な入退室時間を記録すると、（特に包括的訪問看護方式を実施している拠点では）訪問看護時間がいわば「細切れ」となってしまって、診療報酬請求の本件通知に係る要件を充足しないことを危惧し、正確な時刻に記載を修正するような指導を敢えてしていなかったからにほかならない³²。また、複数名訪問における同行者の記載の取扱いについても、実際に現場の諸事情があつて複数名訪問ができなかったというのであれば同行者欄の同行者名を削除し、予定と異なる同行者となった場合は、同行者の指名を訂正することは当然である（現にそのように運用していた旨述べる管理者もいたものの、少数にとどまっていた。）。

さらに、職員の突然の欠勤・休暇に際し、当日の担当者の変更は指示しても、訪問看護のシステム上の訪問者等の登録の変更が行われないうままであったり、あるいは訪問看護記録の確定がされないまま保険請求に回されたりしていた点も（システム変更時における不慣れや混乱、あるいはシステム上のエラーもあるとのことであり、その点は措くとしても）単なる事務処理上のうっかりミスで片付けるわけにはいかないであろう。このような事務処理となった原因としては、直接的には管理者における正確な記録を作成するという意識の欠落又は不十分さを指摘せざるを得ないが、アンビスとしても、組織的に十分な対応策を講じていたとはいえない。例えば、勤怠記録との齟齬などの事例についていえば、コンプライアンス部の担当者が、運営指導が行われる際に、現地に赴いて事実関係を確認したり、矛盾のない記録とするための「修正作業」に取り組んだりしていたが、そのような齟齬が生じないような記録の作成のあり方についての統一的かつ全社的な対応の指示、研修、指導の実施等の施策としては行われてこなかったし、記録不備を防止するための業務方法の整備（ダブルチェック体制など）であるとか、異常記録検知システムの導入等の対策も（同一職員の同一時間帯の訪問看護記録が複数ある場合に重複をチェックする機能等のあらかじめ備わっていたものを活用することを除き）採られてこなかった。そのことの背景としては、アンビスの記録の正確性に関する意識の弱さ、さらには記録を軽視する組織風土の存在を指摘せざるを得ない。

なお、以上の記載は、訪問介護（サ責）についてもまったく同様に当てはまる。

³² 仮に、連続的には30分とならないが、何回かに分けてこれに相当する看護行為を実施しているとの理解であったとしても、そのための説明には手数がかかる上、行政当局に受け入れられる保証もないため、便宜的に敢えてそのような記載をするようにしていたとも考えられる。

(4) 訪問看護におけるルートの設定及び人員配置の問題性

医心館においては、日勤の看護師であれば（休憩時間・送り時間を除いた）7時間の勤務時間について30分の訪問看護枠が原則的に14枠割り振られ、夜勤の看護師であれば同様に14時間の勤務時間について30分の訪問看護枠が原則として28枠割り振られる運用となっていた（勿論拠点による例外はある。）。このような中断のない訪問看護のルートを組み込んだ場合には、例えば何かトラブルが生じたり、必要な医療処置に時間を要したりして一つの訪問時間が30分を超えることになれば、自ずと以後の訪問看護時間に影響し、以後の訪問看護枠のどこかを短縮することで調整せざるを得ず、このような中断ないシフトでは30分以上の訪問看護時間が全ての訪問枠で守られることはそもそも困難である。また（施設ごとの入居者が平均約50名、入居期間の中央値が首都圏末期がん患者でいえば1か月未満という）医心館では入居者の逝去も毎日のように発生する（連日、複数名逝去されることもある。）のであって、そのような場合には複数の看護師による緊急対応が一定の時間必要となるし、これ以外にも、同時に複数のナースコールが鳴ったり、医師の往診への立会補助、新規の入居者への対応が重なったりすれば、訪問看護中の看護師が訪問看護を中断して、これに対応せざるを得ない場面も少なくないのである。アンビスとしては、ルートに入らないフリーの看護師を1名配置し、またフリーの看護師で対応しきれない場合には管理者自らが対応し、かつ、ナースコール対応では介護士等も対応する運用で対処しており、上記ルート組みが崩れるわけではないという見解のようであるが、アンケートやヒアリングの結果によれば、訪問看護中にナースコールその他の優先度の高い業務が生じ、訪問担当看護師がこれに従事せざるを得ず、そのために訪問看護を中断して対応することがしばしば起こり、ルート表で設定されている予定訪問時間（その開始時間だけであっても）を遵守することが困難であることが相当数の拠点であったと認められる。特に深夜帯では上記フリーの看護師や管理者が常駐しておらず（有料老人ホームのサービスとしての介護士がいるのみである。）、突発事態があればこれを優先的に対応せざるを得なくなることは容易に想像できる。

確かに、深夜帯であっても定期的にあるいは頻回の医療処置を要する入居者への対応が必要な場合があることは理解できるものの、上記(1)(2)及び(3)のとおり、余りにも短時間と評価される訪問看護記録が相当数認められる以上、原則的に全ての入居者に対して、深夜も含めて訪問看護を実施するために30分の訪問枠を中断なく埋め尽くしたルートを設定す

るという深夜のルートの組み方自体に合理性・合目的性があったのかという疑問が残るのは当然であろう。このような間断ないシフトの組み方に無理があり、またそれを実効的に下支えするだけの人員配置が十分に行われていなかったことが本件の原因の一つをなしていた。

(5) 法令遵守の意識の低さ

コンプライアンス意識という点では、まず、アンビスとして、「訪問予定はできるだけ守るが、ナースコール等の緊急用務が生じた場合には「命にかかわることであるから」これに優先的に対応する（そのため訪問看護時間が守られなくなる）ことはやむを得ないのであって、許容される」という考えた方をとっていたようであり、この点は柴原社長自身も当調査委員会に対し述べている。

しかし、そのような考え方が法的に許容されるのか否か（程度や条件を含め）について、専門家や当局に確認するなどの検討を十分に尽くすことはなかったことは上記(1)のとおりである。これに加え、夜間も含めて30分の訪問枠のルートを埋めることを基本方針としつつ、訪問看護以外の用務に対応するための人員配置につき拠点の意見も踏まえた十分な検討をしたのか否かについては疑問の残るところであり、法令遵守の態度として疑義を呈さざるを得ない。

仮に上記の点は措くとしても、上記(1)イの記録不備とも関連するが、アンビスにおける記録の正確性に対する意識の低さについては、特に本件の原因の一つとして指摘せざるを得ない。すなわちアンビスでは、訪問看護記録のシステムにあらかじめ入力されている訪問時間、訪問者（同行者）の記載が、予定と異なることとなっても、これを修正しない運用が定着していたし、突然の欠勤等で対応者を差し替えた場合などに管理者が訪問看護記録システムの予定情報を修正しないままにしまうなど、正確な記録を作成する意識が乏しく、アンビスとしても、これを修正して正確な記録とするための措置も特に講じてこなかったことは、本件の直接的な原因ともいえる。

さらに、記録の正確性を尊重する意識の欠落に関して指摘すべきは、上記第3の8のとおり、特定の拠点に対して地方公共団体による運営指導が予告された場合、コンプライアンス部の担当者が、関係記録の整備状況に不備がないかチェックするために、当該拠点に出張するなどし、訪問看護記録と勤怠記録に矛盾がないかなど確認し、齟齬があるときには、事実関係を聞き取り確認しつつ、矛盾がないように担当者を適当に割り振るなどして記載内容を修正していくが、その作業がうまくいかな

いときは、運営指導の担当官に提示するための勤怠記録の内容を矛盾しない内容に書き換える（しかも、フォント等の相違から書き換えたことが発覚しないよう入念に調整していた。）など、およそコンプライアンスの対極にあるといわねばならない行為を行っていたのである。

このように、アンビスにおける法令遵守、コンプライアンスの意識については、重大な問題が認められ、本件の一因をなしていたと認められる。

(6) 業務遂行の現状把握、指示、確認等の適切な業務遂行を確保する組織体制が不十分であったこと

ア 第1線について

内部統制について、その仕組みは一応整えられているとしても、その運用は極めて不十分であり、特に本件に関するコンプライアンス面については、当該内部統制が機能していなかったというほかない。

まず、第1線すなわち業務執行のラインについてみると、その業務の中心である医心館における訪問看護の実施方法ないし状況、すなわち、具体的にどのように訪問看護のサービスを提供するか、現に提供できているかについて、具体的かつ詳細な指示が十分になされておらず、またその実行状況も把握されていかなかった。すなわち、拠点の管理者が作成するルート表（どの看護師が、どの入居者に対し、いつ訪問看護を行うかを時間順に指定した一覧表）の作成方法については、2024年当初からは本社が全社的な研修資料を作成し、新任管理者を中心に統一的な指示・指導が行われるようになったものの、例えば、ルート表で定められた訪問時刻が守れなくなったときにどのように対応するか、訪問中にナースコールが鳴ったり、他の用務への従事や助力が求められたりしたときにどのように対応するかなど、アンビスとしての全社的なないし統一的な対応手法等が定められておらず、現場の判断に委ねられていた。

上記(1)ウのとおり、実際には、ルート表の遵守は困難であり、多くの拠点では、包括的看護方式又はこれに近い運用状況になっていたが、アンビス本社では、その概要を把握しつつも、全組織的にその詳細を調査することもせず、ようやく2024年1月以降に全社的な新任管理者向けの研修資料を作成して新任管理者研修を実施したというに留まる。特に、夜間就寝中の入居者に対してどのような看護行為をすべきかについてアンビスとしての統一的方針を明らかにすることもなく、実際に深夜の訪問看護の実態等について全社的な調査をすることもなく、

2024 年 7 月の本件社内通達の発出後も、訪問看護のルートがどの程度守られているか、さらにどの程度の人員の補充が必要なのかについて、（遅くとも本件報道に至るまで）現場の状況を十分に把握して至急かつ全社的な対応策をとっていたと評価することはできない。それゆえ、上記のとおりごく短時間の訪問が相当数行われていることが放置されてしまったし、複数名訪問看護が指定されつつも一定数実施されていないことの実情が正確に把握できていなかったというほかない。

イ 第 2 線について

次に第 2 線たる本社における管理・支援部門についてであるが、訪問看護の法令遵守については、コンプライアンス部が所管していることは上記第 3 の 8(1)のとおりである。すなわち、「医心館事業に関連する法令の調査研究及び遵守対応並びにこれに伴う社内運用の構築及び指導に関する業務……等を所管する」と定められているのがコンプライアンス部であり、医心館拠点における訪問看護及び訪問介護に関する運用・実態を運営部（ないしその前身の看護部・介護部）から十分聴取するなどして、当該運用がアンビスの収益の中核となるべき診療報酬請求及び介護保険請求の算定要件との関係で法的整合性があるのか否かを調査し、仮にその点に疑義が生じるようであれば、これを管理本部長に報告し、必要に応じて外部専門家の意見を照会して経営会議に上申すべき立場にあったものである。

しかし、コンプライアンス部では、現場の状況を的確に把握した上で、適切にこれを支援・指導し、制度運用の改善を経営層に進言するなどの本来求められている活動が十分に行われていなかった。特に中核業務である訪問看護の法令適合性について、その解釈を明確にし、運営上徹底させる役割がまったく機能していなかった。

さらに、コンプライアンス部は、所掌事務である行政対応の一環として各拠点における運営指導への対応にあたっていたが、上記(5)の対応からも明らかなおろ、第 1 線の対応の支援・指導の意義をはき違えた業務を行っていたというほかない。

このような事情も勘案すると、内部統制の仕組みにおいて、業務関係の法令遵守の要となる第 2 線を担うコンプライアンス部における統制機能は、本件に関する限り、ほとんど機能していなかったと認められ、そのことが本件事態を防止し、早期に発見・是正できなかった要因というほかない。

ウ 第 3 線について

次に、第 3 線たる内部監査部門であるが、ここも、法令適合性に

いての健全な職業的懐疑心に基づく監査活動は行えておらず、内部統制上の機能を発揮できていなかった。

すなわち、上記第3の10(3)のとおり、内部監査室による内部監査も、ごく型どおりの定型的な監査項目に留まっていたが、これは、内部監査室長自体が弁護士資格を有するものの、そもそも実務経験も浅く、アンビスの看護業務・介護業務自体についての認識・関心をあまり有していなかったことに加え、当該業務を現場からヒアリングして、これに即して業務の法令適合性を監査するという問題意識を欠いていたことによる。

その意味では、アンビスの第2線・第3線を担うべきコンプライアンス部及び内部監査室の機能が、本件に関する限りは、本件の医療的・専門的知識を要するという側面があるにせよ、結果的にみると実効化していなかったといわざるを得ず、また当該部署をつかさどるべき人物としての確かな人事配置がなされていたのか多分に疑問の残るところであり、この点も、本件を未然に防げなかった原因というほかない。

エ その他

関連の制度として、内部通報制度は一応設けられているが、上記第3の9のとおり、その活用は低調であった。その活用されていないことについての問題意識も十分にはもたれておらず、不活用の原因の解明も行われていなかった。

また、現場の声が経営層にエスカレーションされる制度が適切に機能しておらず、逆に、経営層も現場に下りていってその生の声（ホンネ）を十分に拾い上げ、これを改善に繋げる努力が足りなかったといわざるを得ない。

(7) アンビスの社内におけるコミュニケーションの不足

アンビスでは、末期がん等の終末期にあり、あるいは指定難病等で自宅での看護・介護の困難な者を受け入れ、24時間の手厚い看護・介護を提供しており、看取りまでを行うホスピス型の訪問看護・介護ステーション併設の有料老人ホームとして、短期間で全国に119もの拠点を設けるまでに急成長を遂げた。

しかし、そのような24時間切れ目なく充実した看護・介護を提供しているということと、現行法令に基づき30分の訪問看護を1日3回（深夜帯も含めて）提供していると認められるということは別の問題である。柴原社長の見解でもある「ルートは最大限維持するが、他の優先対応業

務（ナースコール等）があれば（命にかかわることであるから）そちらを優先するのはやむを得ない」とのスタンスは、本件通知を意識したものといえるが、そのようなスタンスを裏付ける法的根拠は不見当であり、そうであれば、現実に提供された訪問看護の客観的内容が本件通知との間で整合性を有するのかという観点で判断するほかないと考えられる。

この理念と現実の間に一定のギャップがあったことが、本件の根本的な問題である。そして、そのギャップを埋めることができるのは、経営層、本社幹部、拠点の幹部、現場の看護師との率直なコミュニケーションであり、そこで事実とホンネがやりとりされ、それに基づいて経営の軌道が適切に修正されることが期待されていた。

このコミュニケーションの不足が、圧倒的な経営判断の決定力を有する柴原社長における現場の実態の把握を甘いものとし、法令解釈と運営の整合性に対する懸念、特に、1日3回（特に、深夜帯）の訪問の必要性についての現場の肌感覚を実感できず、利益優先と受け取られかねない原則3回訪問の方針の柔軟な修正を困難にさせたものと思われる。

4 再発防止策の提言

上記3で検討した本件の原因を踏まえて、当調査委員会は、アンビスに対し、以下の再発防止策を提言する。

(1) 正確な記録の作成

ア 訪問看護（介護）記録の作成の方法

まず、訪問看護記録・介護記録については、可能な限り正確な事実を記録することが肝要である。すなわち、訪問時間中に訪問した担当者の氏名、同行者の有無、当該訪問機会に実施した看護業務及び介護業務の内容など、現実に提供された看護（介護）サービスについて、事実そのままに正しく記載することは当然であるし、また、ルートが組まれた訪問看護・訪問介護においては、（訪問後同時又は直ちにということが現場実務上困難であっても）可能な限り直近で実際の入退室時間を記録するよう努めるべきである。

これによって訪問看護記録の作成における信用性自体が担保され、本件で問題となった短時間の訪問、同行者の有無、訪問実態や加算要件の存否等の疑義は解消されることに加え、本件通知と医心館における訪問看護提供方式の法的整合性の検討も容易になし得ることになる。他方で、アンビスにとっても、医療保険は勿論介護保険についても、その請求が正当なものであることを当局に主張する不可欠の基礎資料

が整備されることとなるし、訪問看護（介護）業務のあり方や人的配置のあり方を検証・検討する場合にも、事実に基づく検討を可能とさせる。

イ 事後的な記録の修正追記のあり方

次に、訪問看護記録等の記録内容に不備、間違い等がある場合の事後的な対応のあり方であるが、特に、その都度作成することにより高度の信用性を保つべき資料である訪問看護記録については、仮に事後的な修正を行う場合には原記載を改変せず、追加的な修正記載のみが可能とし、かつ、当該履歴が残るような形で行うこと、その記録の信頼性の担保されるようなシステム構築・導入を図るべきである。この点、診療情報の提供等に関する指針（平成 15 年 9 月 12 日医政発第 0912001 号「診療情報の提供等に関する指針の策定について」の別添）においては、看護記録も「診療記録」に含まれる旨定義した上で、「診療記録の訂正は、訂正した者、内容、日時等が分かるように行われなければならない。」と規定しているのであり、急性期病棟のみならず通常の医療機関では、いわゆる電子カルテによって診療録及び看護記録について上記システムが既に定着している。これまでの訪問看護では在宅訪問看護が予定されていたことから、上記のような（上書きできない）システムが開発業者において構築されていないとすれば、むしろ、病棟的に 24 時間切れ目のない看護を標榜するアンビスにおいて率先してかかるシステムの構築・導入を図るべきであり、そのようなシステムの導入をすることによって、記録を適時適切に作成・確定するという運用に繋がるものと思料する。

(2) ルート作成のあり方及び適正な人員配置

医心館においては、居室を訪問する看護師に対して、一枠 30 分の訪問看護を次々と間断なく続けるような訪問予定（ルート表）を作成していたことの問題性については、上記 1(2)イ及び 3(4)等に記載のとおりであるが、まずもって、訪問時間が前後した場合の対応方法などの業務のルールを（一定程度は担当看護師や管理者の裁量的な判断に委ねるべきこともあろうが、）明確に定めて周知する必要がある。

それと同時に、全ての入居者が、1 回の訪問で 30 分に相当するような充実した訪問看護を受けられるようにするため、訪問の途中でナースコール対応その他の用務で退室し、看護が不十分になることが常態化するようなことがないよう、訪問と訪問の間に余裕時間を挟むなどルートの組み方を変えたり、訪問看護以外の用務に対応するために必要十分な人

員の配置等を行うなどする必要がある。もとより、医療的な対応は個別事情で所要時間も変動するし、予想外に対応すべき用務が輻輳することもあり得るのであって、あまりに例外的な事態にまで完璧に対応することを求めるのは現実的ではないが、安きに流れることがないようにする必要がある。要するに、例外的な対応として個々の訪問看護が不十分になる事態がしばしば起こったり、ましては常態化してはならないのであって、そのような実質的に訪問看護が十分に提供される人員や業務の体制を整える必要がある。

そして、そのような体制を検討するに際しては、現に行われている訪問看護の実態、すなわち、訪問時間、その際に行われた看護行為の内容、ナースコールへの対応や看取り、往診、新規入居者への対応等、訪問による訪問看護以外の用務の内容とその対応状況（その時間帯、対応時間、担当者、特に訪問中の看護師がどの程度対応しているのかなど）を正確に調査し、そのデータを収集すべきである（調査に要する作業負担を考慮すると、サンプリングや調査手法についても検討が必要である。）。そして、そのデータに基づき、訪問中の看護師がルート外の業務に従事することが「例外的な事態に対する緊急の対応である」と評価できるように必要十分な人員配置や訪問方式などの体制整備を行うべきであると考え。そのことは、アンビスが現行法令への整合性を真摯に検討した結果であることを説得力をもって証明することを可能とするであろう。

(3) 内部統制の再構築・法令遵守意識の徹底

ア 業務執行のラインにおける指示、報告の徹底

アンビスにおける内部統制の実情は上記 3(6)のとおりであり、内部統制の体制・運用の再構築が急務である。

まずもって、業務執行のラインにおける指示、報告、実情把握の仕組みと運用を再構築すべきである。

訪問看護の実施方法が拠点まかせになっていたことが、本件通知の予定する形からは離れた運用方法が広まり、アンビス本社が想定していた「機動的訪問看護方式」が徹底しなかったことの原因の一端と認められるので、まずは、アンビスとして推進すべき訪問看護について、その必要性の考え方や実施方法を言語化・文書化し、全組織的に指示・説明するとともに、本社運営部ないし現場サイドにおける訪問看護記録・介護記録の（管理者以外の者による）二重チェック等を実施すべきである。そして、現場における執行状況の報告を受け、その実情を適宜の方法で確認し、現場における必要性の腹落ち感が足りない

と思われたら、幹部と現場とのミーティングなども含め、納得できるまで説明を尽くすべきである。

イ コンプライアンス部門の再構築

コンプライアンス部門をはじめとする本社管理部門がいわゆる第 2 線としての機能を十分に発揮できるよう、その組織体制・運用を再構築すべきである。

現状のコンプライアンス部の問題は、上記第 3 の 8 並びに上記 3(5) 及び(6)等で繰り返したとおりであるが、改めてコンプライアンス部において、アンビスの実際の業態が法令に適合しているのかを、経営目線とは一步離れた視点で、かつ相当程度の専門的かつ経験のある人材を配置して検証し、その上で部内の組織構成を見直してコンプライアンス部（現事業サポート部）の解体的出直しをすべきであろう（あるいは、当該名称変更に表れているように、コンプライアンス部がコンプライアンスを担うことを辞めるのであれば、これに代わる組織体制の構築がやはり急務である。）。

その際、コンプライアンス部長の直属の上位機関である管理本部長が、コンプライアンス部長に任せきりであったという点も、コンプライアンス部門の監督体制の不備であり、この点も含めて管理本部全体が有効に機能するような人材の登用・組織改定を図るべきである。

ウ 内部監査機能の充実・強化等

さらに本件に対して機能していなかった内部監査室についても、どのようなスタンスでどのような監査を行うことが求められているかについて再検討し、現状のように単に型どおりの監査項目を監査するのみではなく、アンビスの業態に即したリスクを特定し、これを踏まえて、現場の実査・ヒアリングという地道な作業を含め、目的達成のために必要な監査手法を導入するなど、監査の高度化・実効化を図るべきである。

なお、内部通報制度について付言すると、近時の企業不正の案件をみると、同制度が組織内の不正を経営層や外部に検出し、不正の是正・抑止にとって不可欠の仕組みになっている現状が明らかである。

アンビスにおける内部通報の活用状況は上記第 3 の 9 のとおり、決して活発なものではなかった。今後は、現状、これが活発に活用されていない原因を探求し（社員に対するコンプライアンスアンケート等の機会の利用も一般的である。）、それを踏まえて、制度的的確な運用の実績を積み、信頼性を高め、制度が適切に機能するように努めることが望まれる。

(4) 社内におけるコミュニケーションの向上

ア 率直なコミュニケーションの確保

本件の本質的な問題は、医心館における訪問看護の提供の実情が、柴原社長の想定していたところとずれていたこと、その「ずれ」を的確に把握することができなかったために、適時に適切な対応がとられなかったことにあると考えられる。その原因としては、上記(3)の内部統制における業務に関する指示・報告が不十分であり、これが経営層に的確に報告されていなかった点が大きいものの、これに加え、社長から現場のスタッフに至る社内各層の間・相互における業務に関する社内のコミュニケーションが円滑に機能していなかったことが指摘される。

その改善のためには、上記(3)に記載したように、内部統制の再構築の枠組みにおいて、明確な指示と的確な報告が実行され、第2線・第3線もその機能を発揮できるようにすることに加え、経営層、本社幹部、拠点の幹部、現場の看護師との率直なコミュニケーションを確保することが不可欠である。そこで事実とホンネがやり取りされるようにすることで、これらの情報も踏まえて経営の軌道が適切に修正されることが期待できるようになる。

この点、創業者であり高名な研究者・医師でもある柴原社長自らが現場に下りていって、現実に提供されている看護行為の実情、それを担当している管理者、看護師等のホンネを正しく吸い上げ、現実を踏まえて必要な改善を断行していくという意思・意欲を持ち、それを言葉と態度で示し続けることが不可欠であると考え（自ら実施する時間的な制約も考慮すれば、少なくとも経営幹部に指示して行わせることも考えるべきである。）。そうすることで、管理者や看護師の経営サイドに対する信頼を高めていかない限り、現場の方から実態やホンネ、特に法令違反が問題になるような事実や社長の耳に痛い（が、実は経営上極めて重要な）事実が早期にエスカレーションされてくることは期待できないであろう。

イ 活発な議論の場の確保

社内のコミュニケーションの向上について、付言する。

当調査委員会による本社部門の幹部・職員に対するヒアリングの結果に鑑みると、縦割り意識が強く感じられ、自部門の所管でない事項については、他部門が取り扱うべきであり、その関係の情報は知らないという供述が多かったことが気になった。もとより、所管部門を大

事にする必要はあるが、事業の全体、少なくとも関連がある分野については、関心を持つべきである。例えば医心館の中核的業務である訪問看護の提供の実情などについては、関係部署の間では十分な情報連携が図られるべきであるし、特に本社管理部門にあつては横断的に現場業務の状況を把握して意見交換をすべきことがらも少なくないと思われるが、そのような横の情報連携、横展開などが不十分であるとの印象を受けた。すなわち、各部が縦割りにのみ動き、各部同士が相互に問題点を指摘したり、是正方法を提案し、議論するような、忌憚なく発言できる場を欠いていたのではないかと思われる。

経営会議で取り上げるべき事項や経営会議の運営の仕方は、経営判断そのものに関わるので、当調査委員会としても軽々に評価し難いところであるが、経営会議が単なる各担当部長からの報告の場と化し、活発な議論の場となっていなかったように思われた。

その意味では、経営会議のもう一段階下に、実務担当者レベルでの横の情報連携や議論のためのフォーラムを設けるなどして、アンビスの事業を最適なものとするための実質的、建設的な議論を促し、その実効的な議論を踏まえた経営会議の場が「単なる報告と専ら柴原社長からの質疑」の場ではなく、メンバー間の前向きな議論の場として機能するようにし、かつ、その内容が取締役会に正確かつ忠実に報告され、社外取締役・監査役を踏まえた多角的な意見が取り入れられるようになれば、本件のような事態を未然に防止し、あるいは早期の発見是正を図る可能性は向上するものと思料する。

(5) 終わりに

上記の再発防止策の中には、比較的容易に実施できると思われるものもあるが、多くは、従来の観念を一度捨て去るような発想の転換をした上で行うべきもの、一定期間の集中力・努力の継続が必要なもの、費用や労力を要するものなどである。

しかしながら、終末期の医療に困難を抱える多くの国民の要望に応えていくため、今後とも医心館ブランドとしてホスピス型施設による事業を継続していくのであれば、当調査委員会の提言の趣旨を踏まえ、(必要があれば、アンビスにおいて浸透させやすい用語法や手法に翻訳した上で、) その成果が確実なものとなるまで、努力を継続していただきたい。

以 上