

1. 精神保健指定医について

(1) 制度の趣旨と役割

- 一定の精神科実務経験を有し、精神保健福祉法の規定に基づく研修を修了した医師のうちから、患者の人権にも十分に配慮した医療を行う必要な資質を備えているものに対し、申請に基づいて、厚生労働大臣が指定する制度
- 措置入院等の患者本人の意思によらない入院や入院患者の隔離拘束といった行動制限等、精神障害者の人権に関わる判断を行う

【参考】精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）
 第18条 厚生労働大臣は、その申請に基づき、次に該当する医師のうち第19条の4に規定する職務を行うのに必要な知識及び技能を有すると認められる者を、精神保健指定医（以下「指定医」という。）に指定する。

- 1 5年以上診断又は治療に従事した経験を有すること。
- 2 3年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること。
- 3 厚生労働大臣が定める精神障害につき厚生労働大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験を有すること。
- 4 厚生労働大臣の登録を受けた者が厚生労働省令で定めるところにより行う研修（申請前1年以内に行われたものに限る。）の課程を修了していること。

(2) ケースレポートについて

- 精神保健指定医の申請時に必要とされるレポート
- 指定医として必要とされる法的、医学的知識及び技術を有しているかについて確認するもの
- 統合失調症圏、躁うつ病圏などの診断ごとに、計8症例を提出し、厚生労働省の医道審議会において審査
- ケースレポートの要件（厚生労働省「精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領について」）
 - ・精神科病院で常時勤務していること
 - ・常時勤務する指導医が診療について指導し、レポートの内容を確認して指導の証明が行われていること
 - ・担当医または主治医として、診断や治療に十分な関わりがあること（少なくとも1週間に4日以上診療に従事）
 - ・同一症例については、同一の入院期間に複数の医師がケースレポートを作成することは、認められていない

2. 精神保健指定医取消処分と報告書提出までの経過及び本市の対応

(1) 取消処分と報告書提出の経過

- 平成27年 2月 厚生労働省からの指定医不正取得の疑義をうけて、聖マリアンナ医科大学が調査委員会を設置
 4月 国が精神保健指定医20名取消処分（申請医11名、指導医9名）
 6月 国が精神保健指定医 3名を追加で取消処分（指導医3名）
 ※ 国の全国調査の結果を踏まえた報告書とするため提出を延期
- 平成28年10月 国が全国調査の結果、89名（うち聖マリ2名）の指定医取消処分を公表
 調査委員会が追加調査を実施
- 平成29年 3月 調査報告書が、調査委員会から聖マリアンナ医科大学へ提出
 6月 27日 聖マリアンナ医科大学が、報告書を厚生労働省精神・障害保健課長宛で提出
 29日 調査報告書が本市へ提出
 30日 聖マリアンナ医科大学ホームページで報告書が公表

(2) 本市の対応の状況

- ア 市内の精神科救急医療体制の維持のため、神奈川県、横浜市、相模原市、県内の精神科病院へ協力を依頼
 イ 市内の診療提供体制の確保のため、関係団体に対し、受診希望者の受入れ協力を依頼
 ウ 取消処分該当医師による措置入院等の診察について、48件すべてについて妥当な判断であったことを確認
 エ 立入検査及び実地指導、報告徴収、関係者ヒアリング等
- ① 立入検査及び実地指導 延5回（平成27年3、7、12月、平成29年2月（2回））
 - ② 書面による報告徴収 1回（平成27年6月）
 - ③ 大学関係者ヒアリング 2回（平成28年2月、10月）
 - 本件発生状況、取消処分による医療提供体制への影響及び人員及び診療体制確保の状況を確認、指導
 - 医療倫理に関する教育体系の検証や研修等の再発防止の取組状況を確認
 - 医療保護入院、行動制限の診療録を確認。判断の妥当性を確認（重複含め延1,370件）

3. 報告書の概要

(1) 報告書の位置づけ

- 平成27年4月15日の取消処分を受けて、聖マリアンナ医科大学が、同日夜の記者会見において調査報告書を提出するとしていたもの
- 延べ21回の委員会開催、何度かの提出延期、追加調査を経て、平成29年3月31日付で調査委員会から聖マリアンナ医科大学へ提出
- 平成29年6月29日、本市へ提出

(2) 調査委員会の構成

委員長	法人副理事長	1名			
委員	大学医師	3名	外部医師	1名（外部委員）	
同	大学職員	2名	弁護士	1名（外部委員）	合計 8名（外部委員 2名）

(3) 報告書の構成

- 第1章 第1 調査委員会設置までとその後の経緯
 第2 神経精神科の現状及びケースレポートについて
 第3 ケースレポートに関する検討
 第4 ヒアリング調査の概要
- 第2章 第5 認定した不正行為及び任務の懈怠行為
 第6 本件の影響に対する検証
 第7 精神保健指定医申請に関する遡及調査
- 第3章 第8 追加取り消し処分
 第9 本件の原因と背景
 第10 今回の事例に対する本学の対応と予防策についての検討
 第11 おわりに

(4) 調査内容

- ①ケースレポートの類似性の判断、同一症例の重複使用、担当医であったか否かの判断についてを中心に調査を実施
- ②退職した医師に対するアンケート調査、医療保護入院等指定医の判断の妥当性、過去5年の診療報酬の加算点数の算定等についても調査を実施

4. 報告書の内容の精査及び診療体制の回復状況

(1) 不正申請の集団的発生の原因

①直接的原因

- ・申請者及び指導医が、指定医申請に関する、法令・通知の確認を怠り、内容を理解していなかった
- ・患者情報を共有していることで、「担当医」であると、身勝手な拡大解釈をしていた
- ・同一症例使用が許容されると誤った認識をしていた
- ・先輩医師のケースレポートの模倣・流用が常態化していた

②背景的要因

- ・精神保健福祉法、精神保健指定医の意味とその重要性について十分な教育が行われていなかった
- ・指導医に対しても、その役割と指導法に関する確認や指導は一切行われていなかった
- ・指導監督すべき上級医が、症例選択、ケースレポートの作成など、関心を持たず、指導医と申請医師本人に任せきりであった
- ・診療科内における情報を常に共有できるシステムが整っていなかった

(2) 倫理・法令遵守の徹底と再発防止への取組

①神経精神科の改革

- ・神経精神科における管理、指導體制の抜本的改革、診療・教育体制の一新
- ・当時の教授を諭旨退職、取り消し処分を受けた医師に休職等の懲戒、戒告等の学内処分を実施

②医療倫理教育の再検討

- ・大学における医療倫理教育について再検討、卒前教育の再検証
- ・剽窃、論文の盗用等の学習倫理について学ぶ必修科目と、研究不正に対する倫理教育のため、後期に実践医学を導入

③現職医師に対する倫理研修

- ・定期的に学内全教職員向けに研修会を開催
- ・平成27年8月、本市精神保健福祉センター所長及び顧問弁護士による研修会開催
- ・同年11月、大学宗教学神父及び顧問弁護士による、講演会を開催
- ・神経精神科においては、倫理教育を強化するために、新人医師を含め、医局員全員を対象とした勉強会等を開催

④大学病院の各診療科に対する指導監督の再検討

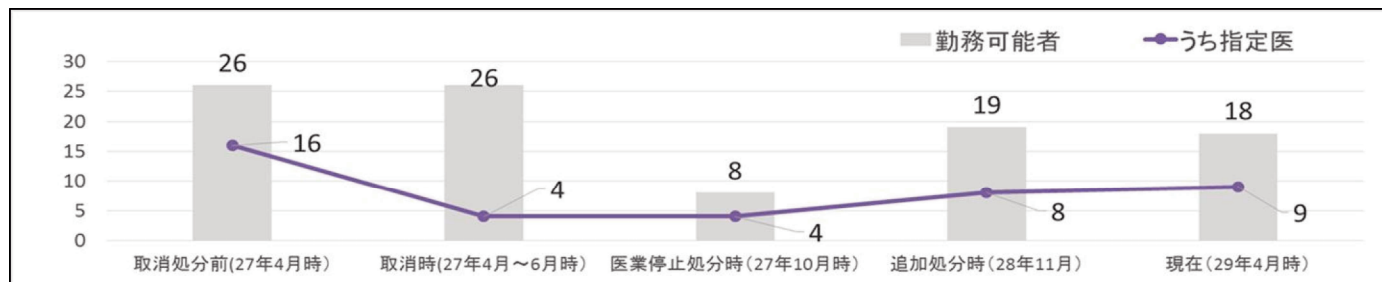
- ・各診療科における倫理・法令遵守の徹底
- ・各診療科特有の法律上の資格についての把握
- ・各診療科における専門医等の資格取得に当たっての症例管理と支援体制

⑤神経精神科における具体的な予防策

- ・一定期間内に若い医師が均等に十分な症例を経験できるようにするために、上級医や診療班の責任者は、経験すべき症例の担当医を明確に指示し、全員に周知徹底させる
- ・精神保健指定医の申請に関わる症例の管理は、医局(医局長)が一元管理することとし、申請に当たる不足症例を調整しつつ、申請医師に適切な症例を経験させる
- ・精神保健指定医の申請に際しては、講座の責任者が最終チェックを行う

(3) 診療体制の回復状況

①神経精神科の診療体制



※「勤務可能者」は、神経精神科の常勤医師のうち、出向・休職・停職・医業停止等により診療に従事しない者を除いた医師数

※ 医師数は聖マリアンナ医科大学からの報告及び本市調査による

- 取消処分当時の在籍者30名のうち22名が退職。新たに招聘した教授を含め11名を採用
現在在籍者は19名(うち18名が勤務可能)

- 本年4月現在の指定医は9名まで回復

②診療の状況

【大学病院】神経精神科患者数(一日平均・平成26年度と比較)

(外来) 27年度: △24.4人

28年度: △36.5人

(入院) 27年度: △15.5人

28年度: △10.2人(入院患者数が回復傾向)

稼働額実績(26年度比・入外院合計)

27年度: △約2億円

28年度: △約1億4千万円(入院稼働が回復傾向)

診療報酬加算分の自主返還

取消処分を受けた医師が関与した保険診療に伴う加算については、取消以前に遡って、各保険者に対して、順次自主返還の手続きを進めている

5. 報告書に対するの検証と対応

(1) 報告書に対するの検証

- 平成29年7月18日、健康福祉局長を議長とする、「精神保健指定医の取消処分等に係る庁内対策会議」を開催し、報告書について検証と本市の対応について最終的な確認を行った

① 不正申請の集団的発生の原因について

- 国及び本市においても、組織的な不正は認められていないが、神経精神科全体の規律の緩みによる、各自の倫理観の欠如と教育・指導體制が構築されていない環境にあった
- 神経精神科における情報共有及び症例管理上の問題があった

② 倫理・法令遵守の徹底と再発防止への取組について

- 当時の教授を諭旨退職、その他休職等の懲戒、戒告処分を実施するなど、厳正に対応し、新教授を外部から新たに迎えるなど体制の刷新を図っている
- 大学教育から病院診療科までの医療倫理・法令遵守に関する取組と院内の情報共有及び症例の管理体制が整備された状況が認められる
- ガバナンスの欠如に対し、大学全体として襟を正し、学内体制的にも再発防止に取り組んでいる

③ 診療体制の回復状況と影響

- 診療体制の縮小による市民への影響はあったが、補助金事業や委託事業については、本市が求める機能を果たしている
- 医師数及び指定医数ともに、未だ十分な体制とはいえませんが、大学病院として求められる入院診療を優先して確保し、市民サービスの低下が最小限となるように取り組んでいた状況が認められる
- 神経精神科においては、引き続き診療体制の回復に努めるとともに、今後も大学として人材確保の努力を続ける必要がある

(2) 今後の対応

- 神経精神科については、今後も診療体制の回復に努めることを求める
- 精神科救急医療については、これまでの実績を踏まえ、現状の体制で受入れ可能な状況であることから、29年度下半期を目途に、措置入院及び指定医派遣依頼を再開し、大学病院として果たすべき合併症治療などの受入れを行う
- 本市においては今後再発防止の体制が機能しているかを、医療監視や実地指導において、指導・監督していく
- 本市委託及び補助事業等については、引き続き、本市が求める機能を果たすよう指導・監督していく
- 市立多摩病院の神経精神科については、平成27年度の外来患者数が減少したが、診療体制の回復とともに外来患者数は増加しており、引き続き診療を維持するため、必要な体制整備を求める

聖医大総第33号
平成29年6月29日

川崎市長
福田紀彦様

聖マリアンナ医科大学
学長 尾崎承一

精神保健指定医の不正申請に関する調査報告書の提出について

先般、精神保健指定医資格申請において、本学教職員による不正申請が発覚したことから、調査委員会を発足し調査を進めて参りましたが、このたび、調査報告書がまとまりましたので、別添のとおり提出させていただきます。

お取り計らいのほど、どうぞよろしくお願い申し上げます。

本件の連絡先 : 〒216-8511
川崎市宮前区菅生 2-16-1
聖マリアンナ医科大学
総務部部長
TEL 044-977-8111 内線
FAX 044-977-5203
E-mail

平成29年3月31日

精神保健指定医の不正申請に関する調査報告書

聖マリアンナ医科大学

精神保健指定医資格審査に係る調査委員会

委員長 青木 治 人

第1章	3
第1 調査委員会設置までとその後の経緯	3
1. 精神保健指定医の申請に係る調査依頼	3
2. 調査委員会の設置	4
3. 精神保健指定医の指定取り消し処分	4
4. 調査委員会の構成メンバー	6
5. 調査委員会の目的	6
6. 調査委員会の開催日時と調査内容等	6
第2 神経精神科の現状及びケースレポートについて	9
1. 大学病院神経精神科の現状	9
2. ケースレポートについて	10
第3 ケースレポートに関する検討	14
1. 対象指定医	14
2. 対象申請医	25
3. 対象指導医	27
4. 指導医の追加処分とケースレポート	36
第4 ヒアリング調査の概要	38
1. ヒアリング調査	38
2. 対象指定医、対象申請医に対するヒアリング調査	38
3. 対象指導医に対するヒアリング調査	40
4. 上級医に対するヒアリング調査	41
第2章	42
第5 認定した不正行為及び任務の懈怠行為	42
1. 結論	42
2. 対象指定医の不正行為	42
3. 対象申請医の不正行為	45
4. 対象指導医の指導に関する不正行為	45

5.	上級医の指導監督責任に対する懈怠行為	47
第6	本件の影響に対する検証	49
1.	処分された医師の判定に基づく措置入院等の有無とその検証 .	49
2.	対象指定医が関与した診療報酬加算分の算出	50
第7	精神保健指定医申請に関する遡及調査	51
1.	調査の概要と結果	51
2.	精神保健指定医不正申請の始まりについて	57
第3章	60
第8	追加取り消し処分	60
1.	追加取り消し処分に至った経緯	60
2.	ヒアリングを含む調査および当委員会の判定結果	62
第9	本件の原因と背景	65
1.	神経精神科の診療体制について	65
2.	本件発生の直接原因	66
3.	本件発生の背景	69
第10	今回の事例に対する本学の対応と予防策についての検討.....	71
1.	神経精神科における管理、指導体制の抜本的改革	71
2.	精神保健指定医資格取り消し処分を受けた医師に対する学内処分	72
3.	診療・教育体制の一新	75
4.	本学の医療倫理教育の再検討	75
5.	大学病院の各診療科に対する指導監督の再検討	76
第11	おわりに	76

第1章

第1 調査委員会設置までとその後の経緯

1. 精神保健指定医の申請に係る調査依頼

(1) 平成27年2月13日付けで、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課より、川崎市健康福祉局障害保健福祉部精神保健課長を經由して、聖マリアンナ医科大学病院（以下、「大学病院」という。）管理者（病院長）に対して精神保健指定医資格審査に係る事実確認と資料提出につき依頼があった。

上記依頼は、平成26年12月、精神保健指定医の新規申請に関して大学病院医師3名のケースレポートが、過去に精神保健指定医の指定申請を行った当大学病院に勤務している、もしくは過去に勤務していた精神保健指定医のケースレポートの内容と酷似しており、同一の症例を用いてケースレポートを作成している可能性が非常に高いこと、また、事実確認の過程において、大学病院に勤務している、もしくは過去に勤務していた複数の医師が同一の症例を用いてケースレポートを作成した可能性が非常に高いことが判明したことから、大学病院管理者に対し、事実関係を把握するため、上記3名をはじめこれに関わった全ての医師のケースレポートの診療録等から、各医師が指導医の指導のもとに自ら担当として診断又は治療等に十分な関わりを持った症例であったか、また、指導医が当該症例を指導し、確認を適切に行っていたかについて確認し、その結果について川崎市を經由して平成27年2月19日までに提出するよう指示を受けた。

確認を求められた医師は、上記新規申請に係る医師3名を含む12名及びそれらに関わった指導医9名である。

(2) 大学病院管理者は、平成27年2月18日、神経精神科の診療録に基づいて確認した結果を川崎市に提出した。提出した資料は、上記3名と、それ以前に精神保健指定医となった9名の診療に関わる診療録52症

例分である。大学病院における初期調査の結果では、指摘された新規申請医師 3 名を含む複数の医師が一部の症例について自ら担当として診断又は治療等に十分な関わりを持っていない症例をケースレポートとして提出し、あるいは同一症例を申請時期を異にしてケースレポートに用いた事実が確認された。

また、指導医についても、ケースレポートの記載内容（過去に提出されたケースレポートとの同一性など）、及び申請医が実際担当医であったか等の確認を怠り、ケースレポートに署名をしていた事実も判明した。

2. 調査委員会の設置

本学は、大学病院神経精神科の多数の医師が精神保健指定医の指定申請にあたり、こうした不正を行っていた事実は精神保健指定医制度及び患者の人権に関わる重大な問題であり、かつ本学及び大学病院に対する信頼を揺るがす極めて重大な問題であるとの認識のもと、平成 27 年 2 月 23 日開催の第 112 回常任役員会において、青木副理事長を委員長とする精神保健指定医資格審査に係る調査委員会（以下、「調査委員会」という。）を発足させた。

3. 精神保健指定医の指定取り消し処分

(1) 厚生労働大臣は、平成 27 年 4 月 15 日、本学聖マリアンナ医科大学病院神経精神科に現に在籍し、又はかつて在籍した 11 名の医師に対して、「精神保健指定医の指定申請時において、自ら担当として診断又は治療等に十分な関わりを持っていない症例をケースレポートとして提出したことが、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）第 19 条の 2 第 2 項に規定する『指定医として著しく不適当と認められるとき』に該当する」とし、また、これを指導した同じく 9 名の医師に対して、「指導医としての指導及び確認を懈怠しつ

つ、指導医としてケースレポートに署名をした行為等があったことが、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第19条の2第2項に規定する『指定医として著しく不相当と認められるとき』に該当する」とし、これらあわせて20名に対する精神保健指定医の指定を取り消した。

精神保健指定医の指定申請に当たっては、実際に診断又は治療に従事した8症例のケースレポートを提出しなければならないとされる。「診断又は治療に従事した経験」については、精神保健指定医の指定申請時に提出するいわゆるケースレポートにより、精神保健指定医として必要とされる法的、医学的知識及び技術を有しているかについて確認するものとされている。すなわち、ケースレポートの対象患者については実際に診断又は治療に従事した経験を有する症例でなければならないところ、上記11名の医師は精神保健指定医の指定申請にあたって診断又は治療等に十分な関わりを持っていない症例をケースレポートとして提出し、9名の医師はこれらのケースレポートに対して、指導医としての指導及び確認を怠りつつ、署名したとされたものである。

(2) 上記取り消し処分を受けた11名の対象指定医のケースレポートについて、大学及び厚生労働省における検証作業中に、新たに3名の指導医が、指導医としての十分な指導及び確認を怠り、治療等に十分な関わりを持っていない症例のケースレポートに署名した事例が明らかになった。厚生労働大臣は平成27年6月17日、この3名の精神保健指定医の指定を取り消す処分を行った。（以下、一連の精神保健指定医の不正申請に係る件を「本件」という。）

(3) その後、厚生労働省による全国調査の結果、本学に係る指導医1名、指定医2名の合計3名について疑義が生じているため、平成28年8月12日に当該3名について聴聞が行われることが判明した。そのうち1名については、聴聞後精神保健指定医資格を返上したことから、

残りの2名について平成28年10月26日に医道審議会医師分科会精神保健指定医資格審査部会が開催され、厚生労働大臣は平成28年1月9日付で精神保健指定医の指定を取り消した。

4. 調査委員会の構成メンバー

調査委員会の委員等は以下のとおりである。

委員長	青木治人	副理事長
委員	本学医師	3名
同	外部医師	1名
同	本学職員	2名
同	弁護士	1名
合計		8名

5. 調査委員会の目的

調査委員会は、平成27年2月25日開催の第1回会議において、下記事項について調査・検証を行うこととした。

- ① 不正申請に係る事実関係の把握と不正内容の検証
- ② 対象医師による措置入院等の判定に関する妥当性の検証
- ③ 本件発生の原因と背景の調査
- ④ 本件対象医師以外による不正申請の有無等についての遡及調査
- ⑤ 本件によって生じた影響に対する今後の対応策と予防策

6. 調査委員会の開催日時と調査内容等

(1) 調査委員会の開催日時

第1回調査委員会；平成27年2月25日9時30分

第2回調査委員会；平成27年3月4日9時

第3回調査委員会；平成27年3月11日9時

第4回調査委員会；平成27年3月18日9時30分
第5回調査委員会；平成27年3月25日9時
対象医師のヒアリング；平成27年3月30日17時30分
対象医師のヒアリング；平成27年4月1日13時30分
第6回調査委員会；平成27年4月2日9時30分
第7回調査委員会；平成27年4月6日17時
上級医、指定医のヒアリング(上級医D、指定医L)
；平成27年4月6日17時
第8回調査委員会；平成27年4月15日9時30分
第9回調査委員会；平成27年4月22日9時30分
上級医のヒアリング(上級医C)；平成27年4月27日13時
上級医のヒアリング(上級医B)；平成27年4月27日17時30分
第10回調査委員会；平成27年4月30日17時30分
第11回調査委員会；平成27年5月7日17時30分
上級医のヒアリング(上級医C)
；平成27年5月7日18時55分
第12回調査委員会；平成27年5月14日18時
上級医のヒアリング(上級医A)；平成27年5月19日13時30分
第13回調査委員会；平成27年5月21日18時
第14回調査委員会；平成27年6月8日17時30分
上級医のヒアリング(上級医B・上級医D)
；平成27年6月23日14時30分
第15回調査委員会；平成27年6月18日9時30分
第16回調査委員会；平成27年6月24日10時30分
第17回調査委員会；平成27年7月2日18時
第18回調査委員会；平成27年7月8日18時
第19回調査委員会；平成27年7月29日18時

第20回調査委員会；平成27年8月25日18時

追加取り消し処分者のヒアリング（指定医L）

；平成28年8月18日16時

第21回調査委員会；平成28年11月14日10時

（2）調査対象医師

- ① 精神保健指定医の指定取り消し処分を受けた別紙「医師目録」指定医欄記載の医師（以下、「対象指定医」という。）11名
- ② 今回申請した医師（以下、「対象申請医」という。）3名
- ③ 精神保健指定医の指定取り消し処分を受けた別紙「医師目録」指導医欄記載の医師（以下、「対象指導医」という。）9名。
- ④ 別紙「医師目録」上級医欄記載の医師3名（上級医B、上級医C、上級医D）
（なお、これら3名は指導医の立場として処分を受けた者）
- ⑤ 大学病院神経精神科の診療科部長（別紙「医師目録」上級医欄記載の医師）1名（上級医A）
- ⑥ 別紙「医師目録」追加処分記載の医師2名（指導医J、指定医L）及び資格返上者欄記載の医師1名（指定医M）

（3）調査方法と内容

- ① 対象指定医及び対象申請医からのケースレポートの入手と分析・検証
- ② 対象指定医、対象申請医及び対象指導医に対するヒアリング調査
- ③ 上級医に対するヒアリング調査
- ④ 処分を受けた対象指導医及び対象指定医が過去に行った措置入院等の判定の妥当性の検証
- ⑤ 処分を受けた対象指定医が過去に行った診療により生じた診療報酬加算点数の算定
- ⑥ 本件以前の精神保健指定医申請に関する遡及調査（退職医師に対

するアンケート調査を含む)

第2 神経精神科の現状及びケースレポートについて

1. 大学病院神経精神科の現状

大学病院は神経精神科のほか29科の診療科を有し、許可病床数1,208床を有する特定機能病院である。神経精神科における平成26年度の年間の外来患者数は34,941名、同じく入院患者数は13,703名、その平均在院日数は26.2日である。

神経精神科は外来及び閉鎖病棟(48床)での入院診療を行い、措置入院、医療保護入院の対象患者を受け入れるとともに、各種合併症を有する精神疾患症例を受け入れている。

神経精神科に在籍する医師は平成27年3月31日現在、常勤医31名(教授1名、准教授2名、講師5名、助教9名、その他14名(任期付助教6名、診療助手8名)、非常勤医29名(非常勤講師21名、客員教授5名、登録医3名)である。

入院診療については、4つの病棟診療班を設け、チーム医療を行っている。病棟診療班は原則として班長1名、副班長1名、班員2名乃至3名(研修医を含む。)で構成され、班長には精神保健指定医を充て、副班長は原則として精神保健指定医としているが、そうでない場合もある。診療科医師に多数の症例を経験させるため、診療班の構成メンバーは3乃至6ヶ月ごとに交代させることとしている。

入院患者の診療に当たっては、病棟診療班がカンファレンスを行うほか、毎週月曜日に神経精神科医師全員で、入院患者の診療に関するカンファレンス、金曜日に入退院カンファレンスを行い、患者に関する情報を医師全員が共有することにより、教育指導を行っている。

2. ケースレポートについて

(1) ケースレポートの入手

調査委員会は、本件がいずれもケースレポートに起因した不正、または、役割の懈怠に係るものであるから、事実関係を把握するためにはケースレポートの分析と検証が最も重要であると判断した。

そこで、対象医師が提出し、指導を受けたとするすべてのケースレポートを可能な限り入手し、検証することとした。

調査委員会は神経精神科を通して対象医師に対してケースレポートの提出を求めた。厚生労働省に提出した指導医署名が付されたケースレポートの控えを保管していたのは対象指定医、対象申請医の中では、指定医H及び指定医Eの2名のみであり、指定医Aを除くその他の医師からは、保存していたケースレポートのデータを印刷した書面が提出された。なお、対象指導医からは指導医Fを除き、申請時書類を保存していないとの理由で、ケースレポートは提出されなかった。(以下、原本の写し、データを印刷した書面とも断りのない限り「ケースレポート」という。)

(2) 指定申請におけるケースレポートの役割

ア 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)(以下、「精神保健福祉法」という。)第18条第1項に定める精神保健指定医は、医療保護入院等の入院の要否、一定の行動制限の要否について判定する(同法第19条の4第1項)ほか、公務員として措置入院の要否について判定する(同条2項)職務を担っている。精神保健医療では、患者の人権に配慮した運営を確保し、また措置入院等にあっては行政の適正な執行を図ることが極めて重要である。

そのため、厚生労働大臣は高度の能力と資質を備えた医師を精神保健指定医として指定し、その者をこうした医療に関与させることとしているのである。

精神保健指定医は指定申請に基づき厚生労働大臣が指定する。指定に当たっては次の各号に該当する医師の中から、精神保健指定医の職務を行うのに必要な知識及び技能を有すると認められる者を精神保健指定医に指定することとされている（精神保健福祉法第18条第1項）。

- 一 5年以上診断又は治療に従事した経験を有すること。
- 二 3年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること。
- 三 厚生労働大臣が定める精神障害につき厚生労働大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験を有すること。
- 四 厚生労働大臣の登録を受けた者が厚生労働省令で定めるところにより行う研修（申請前1年以内に行われたものに限る。）の課程を修了していること。

イ 厚生労働大臣が定める「精神科臨床経験」（上記三号）については、厚生労働省告示（昭和63年4月厚生省告示第124号。最終改正平成26年2月18日厚生労働省告示第32号。以下「精神科実務経験告示」という。）により、「厚生労働大臣の定める障害」として定められた7圏の精神障害について「厚生労働大臣の定める程度」に記載された8例以上の、申請医師が提出したいわゆるケースレポートにより、指定医として必要とされる経験、法的、医学的知識及び技能の有無を審査するものとされる。

ケースレポートの内容について、「精神病床を有する医療機関に常時勤務し、当該医療機関に常時勤務する指定医の指導のもとに自ら担当として診断又は治療等に十分に関わりを持った症例について報告するもの」とし、少なくとも1週間に4日以上、当該患者について診療に従事したものでなければならないとされる（精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領第2項「指定医の申請時に提出するケースレポートについて」ア）（平成22年2月8日障精発0208第2

号各都道府県・指定都市精神保健福祉主管部（局）長宛厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知。以下、「事務取扱要領」という。).

ケースレポートは、精神保健指定医として必要とされる経験、法的、医学的知識及び技能を有しているかを確認する重要な資料であるから、自ら担当として診断又は治療等に十分に関わりを持ったことのない症例について、ケースレポートを作成し提出することは不正行為である。

(3) 同一症例の重複使用について

指定申請における同一症例の重複使用が認められないことに関しては、平成22年に通知された事務取扱要領では「同一症例について、同時に複数の医師がケースレポートを作成することは認められないものであること。」と記述されていた。しかし申請時期が同時でなければ同一症例について複数の医師が申請可能と誤解されるのを防ぐため、平成24年7月13日、新たに示された精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領では記述が変更され、「同時に」を「入院期間のうち同一の期間に関して」とし、趣旨が明確化された。

これにより、同一症例で、かつ同一入院期間に関するケースレポートが既に提出されている場合には、この症例を申請に当たって用いることは不適切なものであることが再確認された。

(4) 担当医であったか否かの判断について

対象指定医の指定取り消し処分の理由は、提出したケースレポートが自ら担当として診断又は治療等に十分に関わりを持った症例について作成されたものではないということであった。

後述するとおり（「第9 本件の原因と背景」参照）、神経精神科の医師のほとんどが、同科の全体カンファレンスにおいて情報を共有している症例はケースレポートとして用いることができると解釈していた。し

かし、事務取扱要領に定めるケースレポートの定義からは、情報を共有するのみで診断にも治療にも関与していない症例をケースレポートの対象と解することはできないことから、調査委員会では担当でない医師がケースレポートを作成することを不正行為と判断した。

当院神経精神科の診療録には、患者を担当する医師について、概ね診療録の様式第一号には受持医、診療録内には担当医との記載がなされている。

対象医師が担当医であったか否かの判断に当たっては、具体的に診療録に受持医として表記されていることを前提とし、これに加えて、当該医師自らが診療に関わった内容（患者の症状、診察所見及び診療内容等）の記載がなされ、自ら担当として診断又は治療等に十分な関わりを持つと判断される場合を「担当した」、あるいは「担当医である」と判断した。

（５）ケースレポートの類似性の判断について

厚生労働大臣による精神保健指定医の指定取り消し処分の理由としては触れられていないが、対象指定医、対象申請医の提出したケースレポートの内容が酷似しているとの指摘があったので、類似性についても検証することとした。

検証は三段階で行った。論文剽窃検証ソフト（株式会社アंक社製「コピーペルナーV3」）による逐字的検討、事務局と委員にて読み合わせによる検討、最終的に平成27年5月14日開催の調査委員会において検討を行い、同一症例に対する他のケースレポートとの類似性の有無を判定した。

類似性についての検討に当たっては、同一症例に対して複数回提出されたケースレポートのうち、最も申請日が古いケースレポートを基準にすることを原則とした。なお、一連の対象指定医のうち最も申請日が古い対象指定医3名（後述する指定医A、指定医B、指定医C）のケース

レポートについては、これ以前に提出されたケースレポートを入手できず、類似性について判断することはできなかった。

ケースレポートの同一性については、客観的に文章が一致するもの、又は文章や語順に相違する点はあるが、社会通念上、同一と認められるものをほぼ同一であるとした。ちなみに、最終的にほぼ同一であると判断したものは、上記ソフトによる逐字的検討では、全文章のほぼ50%以上の文章が同一であるという結果に相当したものである。更に、上記ソフトによる検討で文章が数パーセントしか変わらないものについては全く同一と表記した。

なお、類似性については、ケースレポートが1200乃至2000字の範囲内で、症例、診断名、既往歴、生活歴、現病歴、入院時現症、入院後の治療経過及び考察の多項目について、法的、医学的知識及び技術、かつ精神保健福祉法に定める条文等を引用して作成しなければならないものであるから、類似性をもつことがやむを得ない場合があるのではないかとの意見もあった。これを踏まえ、ほぼ同一ではないかと認められる場合も、考察等について相違が認められるときは、その点について付記することとした。

第3 ケースレポートに関する検討

1. 対象指定医

(1) 指定医A

(申請日 平成22年6月30日)

指定医Aは、次に述べる指定医Bと同様、平成27年2月13日付けの厚生労働省からの照会の対象ではなかったが、平成27年3月19日の厚生労働省での聴聞の対象者として通知を受けたため当委員会の調査対象者となった。当委員会のヒアリングの際には平成23年4月、大学病院から本学横浜市西部病院に異動するに当たり、上記申

請に係るケースレポートを含む大学病院関係の書類はすべて破棄したと述べ、当調査委員会にケースレポートは提出されなかった。また厚生労働省での聴聞では、自身が提出した第6症例は担当医として不十分であるとの指摘を受けたと述べた。

ア 担当医としての関与について

当医師の記憶に基づき、当該診療録を特定し、検証した結果、当医師が提出した第6症例の診療録には担当医としての記載がなかったことが判明した。また、その他の症例についてはケースレポートの提出がないため、検証不可能であったため、厚生労働省にケースレポートの写しについて、開示の可能性を打診していたところ、4月15日に精神保健指定医の取り消し処分を受けた。その後平成27年6月8日、大学病院長は厚生労働省から同医師の提出した第1及び第7症例の個人データを示された上で、診療録の写しの提出を求められた（なお、後にこの症例が指導医であった上級医B及び上級医Dの処分理由となったことは後述する。）。当委員会において上記2症例について検証した結果、少なくとも以下の事実を認めた。

第1症例については、診療録に受持医としての表記がなく、診療に係る同医師の記載も2カ所のみであった。

第7症例についても診療録に受持医としての表記がなく、診療に係る同医師の記載も認められなかった。

イ 同一症例の重複使用及びケースレポートの類似性について

指定医Aの申請以前のケースレポートが入手できないため、同一症例の重複使用及びケースレポートの類似性については検証できなかった。

ウ 検討の結果

- ① 厚生労働省から指摘されたとみなされる1症例を含めて少なくとも3通のケースレポートの症例（第1症例、第6症例及び第7症

例) について担当医であったと認めることができないと判断した。
上記3症例を除く5症例の担当の有無については、資料がないため
検証できなかった。

- ② 同一症例の重複使用及びケースレポートの類似性については、
現在の資料のみでは判断できなかった。

(2) 指定医 B

(申請日 平成23年6月27日)

指定医 B も、上記指定医 A と同様、平成27年2月13日付けの厚生
労働省からの照会対象となっていなかったが、平成27年3月19
日の厚生労働省の聴聞の対象者となった。本医師からはケースレポー
トの提出があった。

ア 担当医としての関与について

ケースレポートの症例について診療録に受持医としての表記のあ
った症例は4例(第1、第4、第6及び第7症例)であり、診療に係
る同医師による記載も認めた。

診療録に受持医としての表記のない症例はその他の4例(第2、第
3、第5及び第8症例)であり、診療に係る同医師の記載も認められ
なかった。

イ 同一症例の重複使用及びケースレポートの類似性について

指定医 B の申請以前のケースレポートが入手できないため、同一症
例の重複使用及びケースレポートの類似性については検証できな
かった。

ウ 検討の結果

- ① 4通のケースレポートの症例(第2、第3、第5及び第8症例)
について担当医であったと認めることができないと判断した。
- ② 同一症例の重複使用及びケースレポートの類似性については、現
在の資料のみでは判断できなかった。

(3) 指定医 C

(申請日 平成 23 年 6 月 17 日)

ア 担当医としての関与について

ケースレポートの症例について診療録に受持医としての表記のあった症例は 3 例（第 4、第 7 及び第 8 症例）であり、診療に係る同医師による記載も認めた。

診療録に受持医としての表記のない症例は 5 例（第 1 乃至第 3、第 5 及び第 6 症例）であり、診療に係る同医師による記載も認められなかった。

イ 同一症例の重複使用及びケースレポートの類似性について

指定医 C は指定医 B と同時期に指定申請しているが、少なくとも指定医 B とは症例が重なっていない。

指定医 B と同様に、指定医 C の申請以前のケースレポートが入手できないため、同一症例の重複使用及びケースレポートの類似性については検証できなかった。

ウ 検討の結果

- ① 5 通のケースレポートの症例（第 1、第 2、第 3、第 5 及び第 6 症例）について担当医であったと認めることができないと判断した。
- ② 同一症例の重複使用及びケースレポートの類似性については、現在の資料のみでは判断できなかった。

(4) 指定医 D

(申請日 平成 24 年 1 月 6 日)

ア 担当医としての関与について

ケースレポートの症例について診療録に受持医としての表記のあった症例は 1 例（第 6 症例）のみであり、診療に係る同医師の記載も認めた。

診療録に受持医としての表記のない症例は 7 例（第 6 症例を除く 7

症例) であり、診療に係る同医師の記載も認められなかった。

イ 同一症例の重複使用及びケースレポートの類似性について

同一症例の重複使用は7症例で認められた。

第1症例については、オリジナルなケースレポートと判断した。

第2症例は平成23年6月に指定申請した指定医Bのケースレポートとほぼ同一であった。

第3症例から第8症例については、指定医Cのケースレポートとほぼ同一であった。

ウ 検討の結果

① 7通のケースレポートの症例(第6症例を除く7症例)について担当医であったと認めることができないと判断した。

② 第1症例を除く7通のケースレポートが、同一症例の重複使用によるものであった。

③ 上記7通は、他の医師のケースレポートとほぼ同一で、第6症例を除き担当医でない症例に関するものであった。

(5) 指定医E

(申請日 平成23年12月29日)

ア 担当医としての関与について

ケースレポートの症例について診療録に受持医としての表記のあった症例は2例(第4及び第8症例)であり、診療に係る同医師の記載も認めた。

診療録に受持医としての表記のない症例は6例(第1乃至第3、第5乃至第7症例)であり、診療に係る同医師の記載も認められなかった。

イ 同一症例の重複使用及びケースレポートの類似性について

同一症例の重複使用は7症例で認められた。

第8症例についてはオリジナルなケースレポートと判断した。

第1症例、第2症例は指定医Cのケースレポートとほぼ同一であった。

その他の第3乃至第7症例は指定医Bのケースレポートとほぼ同一であった。

ウ 検討の結果

- ① 6通のケースレポートの症例(第1乃至第3、第5乃至第7症例)について担当医であったと認めることができないと判断した。
- ② 第8症例を除く7通のケースレポートが、同一症例の重複使用によるものであった。
- ③ 上記7通は、他の医師のケースレポートとほぼ同一で、担当でない症例に関するもの6通、担当の症例に関するもの1通であった。

(6) 指定医F

(申請日 平成24年6月30日)

ア 担当医としての関与について

ケースレポートの症例について診療録に受持医としての表記のあった症例は2例(第1及び第6症例)であり、診療に係る同医師による記載も認めた。

診療録に受持医としての表記のない症例は6例(第2乃至第5、第7及び第8症例)であり、診療に係る同医師による記載も認められなかった。

イ 同一症例の重複使用及びケースレポートの類似性について

同一症例の重複使用は4症例で認められた。

第1、第2、第3及び第6症例はオリジナルなケースレポートと判断した。

第5症例は指定医C、第7症例は指定医B、第8症例は指定医Eそれぞれのケースレポートとほぼ同一であった。

第4症例は指定医Bのケースレポートと「入院後の治療経過」欄の

記載内容が一部相違した。

ウ 検討の結果

- ① 6通のケースレポートの症例（第2乃至第5、第7及び第8症例）について担当医であったと認めることができないと判断した。
- ② 第1、第2、第3及び第6症例を除く4通のケースレポートが、同一症例の重複使用によるものであった。
- ③ 上記4通のうち、第5、第7、第8症例は、他の医師のケースレポートとほぼ同一で、第4症例は一部が相違すると判断した。

(7) 指定医G

(申請日 平成24年6月29日)

ア 担当医としての関与について

ケースレポートの症例について診療録に受持医としての表記のあった症例は2例（第3及び第4症例）であり、診療に係る同医師による記載も認めた。

診療録に受持医としての表記のない症例は6例（第1、第2、第5乃至第8症例）であり、診療に係る同医師による記載も認められなかった。

イ 同一症例の重複使用及びケースレポートの類似性について

同一症例の重複使用は2症例で認められた。

第2、第4乃至第8症例はオリジナルなケースレポートと判断した。

第1症例は指定医Dと全く同一、第3症例は指定医B及び指定医Eのケースレポートとほぼ同一であった。

ウ 検討の結果

- ① 6通のケースレポートの症例（第1、第2、第5乃至第8症例）について担当医であったと認めることができないと判断した。
- ② 第1、第3症例2通のケースレポートが、同一症例の重複使用によるものであった。

- ③ 上記2通は、他の医師のケースレポートとほぼ同一で、第1症例は担当医でなく、第3症例は担当医であった症例に関するものであった。

(8) 指定医 H

(申請日 平成24年7月3日)

ア 担当医としての関与について

ケースレポートの症例について診療録に受持医としての表記のあった症例は5例(第1乃至第3、第5及び第7症例)であり、診療に係る同医師による記載も認めた。

診療録に受持医としての表記のない症例は3例(第4、第6及び第8症例)であり、診療に係る同医師による記載も認められなかった。

イ 同一症例の重複使用及びケースレポートの類似性について

同一症例の重複使用は4症例で認められた。

第3、第6乃至第8症例はオリジナルなケースレポートと判断した。

第1症例、第2症例及び第5症例は指定医Eと、第4症例は指定医Dと全く同一と判断した。

ウ 検討の結果

- ① 3通のケースレポートの症例(第4、第6及び第8症例)について担当医であったと認めることができないと判断した。
- ② 第3、第6乃至第8症例を除く4通のケースレポートが、同一症例の重複使用によるものであった。
- ③ 上記4通は、他の医師のケースレポートと全く同一で、第4症例は担当医でなく、第1、2及び第5症例は担当医であった症例に関するものであった。

(9) 指定医 I

(申請日 平成24年6月30日)

ア 担当医としての関与について

ケースレポートの症例について診療録に受持医としての表記のあった症例は1例（第6症例）のみであり、診療に係る同医師による記載も認めた。

診療録に受持医としての表記のない症例は7例（第1乃至第5、第7及び第8症例）であり、診療に係る同医師による記載も認められなかった。

イ 同一症例の重複使用及びケースレポートの類似性について

同一症例の重複使用は8症例で認められた。

全てのケースレポートが直近に申請した医師のケースレポートをほぼそのまま提出したものと判断した。論文剽窃検証ソフトによる逐字的検討によって全く同一のケースレポートであると認めるものは第1症例（指定医Fに同じ）、第2症例（指定医Gに同じ）、第6症例（指定医Fに同じ）、第7症例（指定医Gに同じ）の4症例である。第3症例（指定医Gに同じ）、第5症例（指定医Gに同じ）及び第8症例（指定医Gに同じ）の相違点は2乃至3パーセント、第4症例も6パーセントでしかなかった。

ウ 検討の結果

- ① 7通のケースレポートの症例（第1乃至第5、第7及び第8症例）について担当医であったと認めることができないと判断した。
- ② 8通全てのケースレポートが、同一症例の重複使用によるものであった。
- ③ 上記8通全例が、他の医師のケースレポートと全く同一であると判断した。

このうち第6症例を除き、担当医でなかったものであった。

(10) 指定医 J

（申請日 平成26年6月30日）

ア 担当医としての関与について

全ての症例において診療録に受持医としての表記があり、診療に係る同医師の記載も認めた。しかし、第1症例については措置入院期間中について、診断又は治療に関する同医師の記載がほとんどなく、十分な関わりがあったとは認めることができなかった。

イ 同一症例の重複使用及びケースレポートの類似性について

同一症例の重複使用は1症例で認められた。

第7症例は、先に指定医G、指定医Iがケースレポートに用いた症例である。しかし、指定医Jのケースレポートは、これらと内容が異なり、オリジナルなものであると判断した。

ウ 検討の結果

- ① 第1症例以外の7症例は、診断・治療に十分な関わりがあり、担当医として認められると判断した。
- ② 第7症例1通のケースレポートが、同一症例の重複使用によるものであった。
- ③ 全ての症例において、オリジナルなケースレポートを作成したと判断した。

なお、指定医Jについては、同医師からの申し出を受けて、当委員会内に特別部会を設け、第1症例、第7症例についての同医師の患者への関わりに関する調査を行った。その結果、第1症例については、担当していた事実は確認されたものの、措置入院期間中において、診断又は治療に対する関わり具合を判断する根拠となる診療録における記載がほとんどなく、十分な関わりがあったとは認めることはできなかった。診療班の構成上、一人が多くの記事をすることの限界もあったかも知れないが、診療録に十分な記載をしていれば防げるものであった。また第7症例は、すでに他の医師が、担当医でなかったにも関わらずケースレポートに使った症例であるが、そのことを知った上で、ケースレポートとして使ったことは不適切であった。ただし不正

の意図が無かったことは認められる。

(11) 指定医 K

(申請日 平成 26 年 7 月 4 日)

ア 担当医としての関与について

ケースレポートの症例について診療録に受持医としての表記のあった症例は 3 例（第 1、第 2 及び第 5 症例）であり、診療に係る同医師の記載も認めた。

診療録に受持医としての表記のない症例は 5 例（第 3、第 4、第 6 乃至第 8 症例）であり、診療に係る同医師による記載も認められなかった。

イ 同一症例の重複使用及びケースレポートの類似性について

同一症例の重複使用は 6 症例で認められた。

第 6 及び第 7 症例はオリジナルなケースレポートと判断した。

第 1 症例、第 2 症例、第 4 症例、第 5 症例及び第 8 症例は指定医 F のケースレポートとほぼ同一であった。

第 3 症例のケースレポートは指定医 G のケースレポートと考察の記載内容が一部相違した。

ウ 検討の結果

- ① 5 通のケースレポートの症例（第 3、第 4、第 6 乃至第 8 症例）について担当医であったと認めることができないと判断した。
- ② 第 6 及び第 7 症例を除く 6 通のケースレポートが、同一症例の重複使用によるものであった。
- ③ 上記 6 通のうち、第 1、第 2、第 4、第 5 及び第 8 症例は、他の医師のケースレポートとほぼ同一で、第 3 症例は一部相違すると判断した。一部相違の第 3 症例、第 4 及び第 8 症例が担当医でなかったもの、その余の 3 症例が担当医であった。

2. 対象申請医

(1) 申請医 A

(申請日 平成26年12月20日)

ア 担当医としての関与について

ケースレポートの症例について診療録に受持医としての表記のあった症例は6例(第1、第2、第4乃至第6及び第8症例)であり、診療に係る同医師による記載も認められた。

診療録に受持医としての表記のない症例は2例(第3及び第7症例)であり、診療に係る同医師による記載も認められなかった。

イ 同一症例の重複使用及びケースレポートの類似性について

同一症例の重複使用は6症例で認められた。

オリジナルのレポートと認められるのは、第4症例及び第6症例の2症例である。2症例とも担当医であった。

第1症例は指定医K、第3、第5及び第7症例は指定医J、第8症例は指定医Eのケースレポートとほぼ同一であった。

第2症例は指定医Jのケースレポートと考察の記載内容が一部相違した。

ウ 検討の結果

- ① 2通のケースレポートの症例(第3及び第7症例)について担当医であったと認めることができないと判断した。
- ② 第4及び第6症例を除く6通のケースレポートが、同一症例の重複使用によるものであった。
- ③ 上記6通のうち、第1、第3、第5、第7及び第8症例は、他の医師のケースレポートとほぼ同一で、第2症例は一部相違すると判断した。第3、第7症例が担当医でなかったもの、その余の4症例が担当医であった。

(2) 申請医 B

(申請日 平成26年12月8日)

ア 担当医としての関与について

ケースレポートの症例について診療録に受持医としての表記のあった症例は5例(第2、第3、第5、第7及び第8症例)であり、診療に係る同医師による記載も認めた。

診療録に受持医としての表記のない症例は3例(第1、第4及び第6症例)であり、診療に係る同医師による記載も認められなかった。

イ 同一症例の重複使用及びケースレポートの類似性について

同一症例の重複使用は3症例で認められた。

第2、第3、第6乃至第8症例の5症例はオリジナルなケースレポートと判断した。

第1及び第4症例は指定医Jと、第5症例は指定医Gのケースレポートとほぼ同一であった。

ウ 検討の結果

- ① 3通のケースレポートの症例(第1、第4及び第6症例)について担当医であったと認めることができないと判断した。
- ② 第2、第3、第6乃至第8症例を除く3通のケースレポートが、同一症例の重複使用によるものであった。
- ③ 上記3通は、他の医師のケースレポートとほぼ同一で、担当医でなかったもの第1、第4及び第6症例、担当医であったもの5症例であった。

(3) 申請医 C

(申請日 平成26年12月1日)

ア 担当医としての関与について

ケースレポートの症例について診療録に受持医としての表記のあった症例は6例(第1乃至第5、及び第8症例)であり、診療に係る

同医師による記載も認めた。

診療録に受持医としての表記のない症例は2例（第6及び第7症例）であり、診療に係る同医師による記載も認められなかった。

イ 同一症例の重複使用及びケースレポートの類似性について

同一症例の重複使用は5症例で認められた。

第2、第4及び第5症例はオリジナルなケースレポートと判断した。

第1、第3及び第8症例は指定医Gに、第6及び第7症例は指定医Kにほぼ同一である。担当でなかったものは第6、第7症例、担当であったものはその余の3症例であった。

ウ 検討の結果

① 2通のケースレポートの症例（第6、第7症例）について担当医であったと認めることができないと判断した。

② 第2、第4及び第5症例を除く5通のケースレポートが、同一症例の重複使用によるものであった。

③ 上記5通は、他の医師のケースレポートとほぼ同一で、担当医でなかったもの第6及び第7症例、担当医であったものはその余の3症例であった。

3. 対象指導医

事務取扱要領において、指導医は次の役割を担うものと規定されている。

第1に、ケースレポートに係る症例の診断又は治療について申請者を指導すること。

第2に、ケースレポートの作成にあたり、申請者への適切な指導及びケースレポートの内容の確認を行い、指導の証明を行うこと。

である。

上記指導医の担う役割をもとに、本件における対象指導医が指導の証明を行ったもののうち、主として、担当医でない症例のケースレポートに関

するもの、従として、重複使用した症例のケースレポートに関するものの通数を検討することとした。

(1) 指導医 A

ア 署名したケースレポート

指導医 A が署名したケースレポート数は 2 症例、合計 7 通であった。

① 第 2 症例 S. K 女 ケースレポート数 3 通 (指定医 C、指定医 E、指定医 H)

- ・ 担当医であった者 指定医 H
- ・ 担当医でなかった者 指定医 C、指定医 E
- ・ 症例を重複使用した者 指定医 E、指定医 H

② 第 8 症例 K. Y 女 同 4 通 (指定医 E、指定医 F、指定医 K、申請医 A)

- ・ 担当医であった者 指定医 E、申請医 A
- ・ 担当医でなかった者 指定医 F、指定医 K
- ・ 症例を重複使用した者 指定医 F、指定医 K、申請医 A

イ 検討の結果

指導医 A は以下の点においてケースレポートの確認を怠った。

- ① 作成者が担当医でないケースレポート 4 通に署名した。
- ② 重複使用した症例のケースレポート 5 通に署名した。

(2) 指導医 B

ア 署名したケースレポート

指導医 B が署名したケースレポート数は 2 症例、合計 4 通であった。

① 第 6 症例 J. Y 女 ケースレポート数 2 通 (指定医 C、指定医 D)

- ・ 担当医であった者 指定医 D
- ・ 担当医でなかった者 指定医 C
- ・ 症例を重複使用した者 指定医 D

② 第 7 症例 S. H 男 同 2 通 (指定医 C、指定医 D)

- ・ 担当医であった者 指定医 C
- ・ 担当医でなかった者 指定医 D
- ・ 症例を重複使用した者 指定医 D

イ 検討の結果

指導医 B は以下の点においてケースレポートの確認を怠った。

- ① 作成者が担当医でないケースレポート 2 通に署名した。
- ② 重複使用した症例のケースレポート 2 通に署名した。

(3) 指導医 D

ア 署名したケースレポート

指導医 D が署名したケースレポート数は 4 症例、合計 9 通であった。このうち、第 6 症例の S. R 女に関しては、ケースレポートが 1 通であり、担当医が作成したオリジナルなものであるため、これを除く他の症例について検討した。

- ① 第 1 症例 A. M 女 ケースレポート数 3 通 (指定医 C、指定医 E、指定医 H)

- ・ 担当医であった者 指定医 H
- ・ 担当医でなかった者 指定医 C、指定医 E
- ・ 症例を重複使用した者 指定医 E、指定医 H

- ② 第 3 症例 U. K 女 同 1 通 (指定医 F)

- ・ 担当医でなかった者 指定医 F

- ③ 第 4 症例 N. R 女 同 4 通 (指定医 B、指定医 E、指定医 F、指定医 K)

- ・ 担当医であった者 指定医 B、指定医 E
- ・ 担当医でなかった者 指定医 F、指定医 K
- ・ 症例を重複使用した者 指定医 E、指定医 F、指定医 K

イ 検討の結果

指導医 D は以下の点においてケースレポートの確認を怠った。

① 作成者が担当医でないケースレポート5通に署名した。

② 重複使用した症例のケースレポート5通に署名した。

(4) 指導医 E

ア 署名したケースレポート

指導医 E が署名したケースレポート数は13症例、合計31通であった。順に①第1症例 T. G 男 (ケースレポート数4通)、②同 H. Y 女 (2通)、③第2症例 S. K 女 (1通)、④同 I. T 女 (2通)、⑤第2・3症例 Y. C 女 (4通)、⑥第3症例 N. Y 女 (2通)、⑦第4症例 K. J 女 (2通)、⑧第5症例 I. M 男 (3通)、⑨第6症例 Y. S 男 (2通)、⑩第6症例 N. K 女 (1通)、⑪第7症例 I. A 男 (4通)、⑫第8症例 O. K 女 (1通) 及び⑬第8症例 M. M 女 (3通) である。このうち、③、⑫についてはケースレポートが1通であり、担当医が作成したオリジナルなものであるため、これを除く他の症例について検討した。

① 第1症例 T. G 男 ケースレポート数4通 (指定医 F、指定医 I、指定医 K、申請医 A)

- ・ 担当医であった者 指定医 F、指定医 K、申請医 A
- ・ 担当医でなかった者 指定医 I
- ・ 症例を重複使用した者 指定医 I、指定医 K、申請医 A

② 第1症例 H. Y 女 同2通 (指定医 J、申請医 B)

- ・ 担当医であった者 指定医 J
- ・ 担当医でなかった者 申請医 B
- ・ 症例を重複使用した者 申請医 B

④ 第2症例 I. T 女 同2通 (指定医 J、申請医 A)

- ・ 担当医であった者 指定医 J、申請医 A
- ・ 症例を重複使用した者 申請医 A

⑤ 第2・3症例 Y. C 女 同4通 (指定医 G、指定医 I、指定医 K、

申請医 C)

- ・ 担当医であった者 申請医 C
 - ・ 担当医でなかった者 指定医 G、指定医 I、指定医 K
 - ・ 症例を重複使用した者 指定医 I、指定医 K、申請医 C
- ⑥ 第 3 症例 N. Y 女 同 2 通 (指定医 J、申請医 A)
- ・ 担当医であった者 指定医 J
 - ・ 担当医でなかった者 申請医 A
 - ・ 症例を重複使用した者 申請医 A
- ⑦ 第 4 症例 K. J 女 同 2 通 (指定医 J、申請医 B)
- ・ 担当医であった者 指定医 J
 - ・ 担当医でなかった者 申請医 B
 - ・ 症例を重複使用した者 申請医 B
- ⑧ 第 5 症例 I. M 男 同 3 通 (指定医 G、指定医 I、申請医 B)
- ・ 担当医であった者 申請医 B
 - ・ 担当医でなかった者 指定医 G、指定医 I
 - ・ 症例を重複使用した者 指定医 I、申請医 B
- ⑨ 第 6 症例 Y. S 男 同 2 通 (指定医 K、申請医 C)
- ・ 担当医でなかった者 指定医 K、申請医 C
 - ・ 症例を重複使用した者 申請医 C
- ⑩ 第 6 症例 N. K 女 同 1 通 (申請医 B)
- ・ 担当医でなかった者 申請医 B
- ⑪ 第 7 症例 I. A 男 同 4 通 (指定医 G、指定医 I、指定医 J、申請医 A)
- ・ 担当医であった者 指定医 J
 - ・ 担当医でなかった者 指定医 G、指定医 I、申請医 A
 - ・ 症例を重複使用した者 指定医 I、指定医 J、申請医 A
- ⑬ 第 8 症例 M. M 女 同 3 通 (指定医 G、指定医 I、申請医 C)

- ・ 担当医であった者 申請医 C
- ・ 担当医でなかった者 指定医 G、指定医 I
- ・ 症例を重複使用した者 指定医 I、申請医 C

イ 検討の結果

指導医 E は以下の点においてケースレポートの確認を怠った。

- ① 作成者が担当医でないケースレポート 17 通に署名した。
- ② 重複使用した症例のケースレポート 18 通に署名した。

(5) 指導医 G

ア 署名したケースレポート

指導医 G が署名したケースレポート数は 6 症例、合計 8 通であった。順に①第 4 症例 T. C 女 (ケースレポート数 1 通)、②第 5 症例 O. T 男 (2 通)、③第 7 症例 K. T 男 (1 通)、④ 第 7 症例 S. T 女 (2 通)、⑤第 7 症例 A. A 女 (1 通)、⑥第 8 症例 N. S 女 (1 通) である。このうち、①、③、⑤についてはケースレポートが 1 通であり、担当医が作成したオリジナルなものであるため、これを除く他の症例について検討した。

- ② 第 5 症例 O. T 男 ケースレポート数 2 通 (指定医 J、申請医 A)
 - ・ 担当医であった者 指定医 J、申請医 A
 - ・ 症例を重複使用した者 申請医 A
- ④ 第 7 症例 S. T 女 同 2 通 (指定医 K、申請医 C)
 - ・ 担当医でなかった者 指定医 K、申請医 C
 - ・ 症例を重複使用した者 申請医 C
- ⑥ 第 8 症例 N. S 女 同 1 通 (指定医 H)
 - ・ 担当医でなかった者 指定医 H

イ 検討の結果

指導医 G は以下の点においてケースレポートの確認を怠った。

- ① 作成者が担当医でないケースレポート 3 通に署名した。

② 重複使用した症例のケースレポート2通に署名した。

(6) 指導医 I

ア 署名したケースレポート

指導医 I が署名したケースレポート数は10症例、合計20通であった。順に①第1症例N. A女(ケースレポート数3通)、②第2症例T. Y女(2通)、③第2症例K. Y男(1通)、④第3症例O. Y女(4通)、⑤第3症例S. M女(1通)、⑥第4症例Y. A女(2通)、⑦第5症例M. E女(4通)、⑧第5症例Y. M女(1通)、⑨第5症例M. T男(1通)、⑩第6症例T. A女(1通)である。このうち、③、⑤、⑨についてはケースレポートが1通であり、担当医が作成したオリジナルなものであるため、これを除く他の症例について検討した。

① 第1症例N. A女 ケースレポート数3通(指定医D、指定医G、申請医C)

- ・ 担当医であった者 申請医C
- ・ 担当医でなかった者 指定医D、指定医G
- ・ 症例を重複使用した者 指定医G、申請医C

② 第2症例T. Y女 同2通(指定医F、指定医K)

- ・ 担当医であった者 指定医K
- ・ 担当医でなかった者 指定医F
- ・ 症例を重複使用した者 指定医K

④ 第3症例O. Y女 同4通(指定医B、指定医E、指定医G、指定医I)

- ・ 担当医であった者 指定医G
- ・ 担当医でなかった者 指定医B、指定医E、指定医I
- ・ 症例を重複使用した者 指定医E、指定医G、指定医I

⑥ 第4症例Y. A女 同2通(指定医G、指定医I)

- ・ 担当医であった者 指定医 G
 - ・ 担当医でなかった者 指定医 I
 - ・ 症例を重複使用した者 指定医 I
- ⑦ 第 5 症例 M. E 女 同 4 通 (指定医 C、指定医 D、指定医 F、指定医 K)
- ・ 担当医であった者 指定医 K
 - ・ 担当医でなかった者 指定医 C、指定医 D、指定医 F
 - ・ 症例を重複使用した者 指定医 D、指定医 F、指定医 K
- ⑧ 第 5 症例 Y. M 女 同 1 通 (指定医 H)
- ・ 担当医であった者 指定医 H
 - ・ 症例を重複使用した者 指定医 H
- ⑩ 第 6 症例 T. A 女 同 1 通 (指定医 G)
- ・ 担当医でなかった者 指定医 G

イ 検討の結果

指導医 I は以下の点においてケースレポートの確認を怠った。

- ① 作成者が担当医でないケースレポート 11 通に署名した。
- ② 重複使用した症例のケースレポート 11 通に署名した。

(7) 指導医 H

ア 署名したケースレポート

指導医 H が署名したケースレポート数は 2 症例、合計 4 通であった。

- ① 第 6 症例 K. R 男 ケースレポート数 2 通 (指定医 B、指定医 E)
 - ・ 担当医であった者 指定医 B
 - ・ 担当医でなかった者 指定医 E
 - ・ 症例を重複使用した者 指定医 E
- ② 第 7 症例 F. S 男 同 2 通 (指定医 B、指定医 E)
 - ・ 担当医であった者 指定医 B
 - ・ 担当医でなかった者 指定医 E

- ・ 症例を重複使用した者 指定医 E

イ 検討の結果

指導医 H は以下の点においてケースレポートの確認を怠った。

- ① 作成者が担当医でないケースレポート 2 通に署名した。
- ② 重複使用した症例のケースレポート 2 通に署名した。

(8) 指導医 C

ア 署名したケースレポート

指導医 C が署名したケースレポート数は 6 症例、合計 13 通であった。順に①第 2 症例 W. M 女 (ケースレポート数 2 通)、②第 3 症例 U. Y 女 (2 通)、③第 4 症例 F. T 女 (3 通)、④第 6 症例 H. R 男 (2 通)、⑤第 6 症例 H. Y 女 (1 通)、⑥第 8 症例 S. Y 女 (2 通)、⑦第 8 症例 O. J 男 (1 通) である。

- ① 第 2 症例 W. M 女 ケースレポート数 2 通 (指定医 B、指定医 D)
 - ・ 担当医でなかった者 指定医 B、指定医 D
 - ・ 症例を重複使用した者 指定医 D
- ② 第 3 症例 U. Y 女 同 2 通 (指定医 C、指定医 D)
 - ・ 担当医でなかった者 指定医 C、指定医 D
 - ・ 症例を重複使用した者 指定医 D
- ③ 第 4 症例 F. T 女 同 3 通 (指定医 C、指定医 D、指定医 H)
 - ・ 担当医であった者 指定医 C
 - ・ 担当医でなかった者 指定医 D、指定医 H
 - ・ 症例を重複使用した者 指定医 D、指定医 H
- ④ 第 6 症例 H. R 男 同 2 通 (指定医 F、指定医 I)
 - ・ 担当医であった者 指定医 F、指定医 I
 - ・ 症例を重複使用した者 指定医 I
- ⑤ 第 6 症例 H. Y 女 同 1 通 (指定医 H)
 - ・ 担当医でなかった者 指定医 H

⑥ 第8症例S. Y女 同2通(指定医C、指定医D)

- ・ 担当医であった者 指定医C
- ・ 担当医でなかった者 指定医D
- ・ 症例を重複使用した者 指定医D

⑦ 第8症例O. J男 同1通(指定医B)

- ・ 担当医でなかった者 指定医B

イ 検討の結果

指導医Cは以下の点において適切なケースレポートの確認を怠った。

- ① 作成者が担当医でないケースレポート9通に署名した。
- ② 重複使用した症例のケースレポート6通に署名した。

(9) 指導医F

ア 署名したケースレポート

指導医Fが署名したケースレポート数は1症例、合計2通であった。

- ① 第5症例Y. M女 ケースレポート数2通(指定医B、指定医E)
 - ・ 担当医でなかった者 指定医B、指定医E
 - ・ 症例を重複使用した者 指定医E

イ 検討の結果

指導医Fは以下の点においてケースレポートの確認を怠った。

- ① 作成者が担当医でないケースレポート2通に署名した。
- ② 重複使用した症例のケースレポート1通に署名した。

4. 指導医の追加処分とケースレポート

厚生労働省は、平成27年6月17日、神経精神科の准教授2名、講師1名について、指導医としての責務を果たしていないことが、精神保健福祉法第19条の2第2項に規定する「その他指定医として著しく不相当と認められるとき」に該当するとして、精神保健指定医の指定を取り消した。

(1) 上級医 B (准教授・診療科副部長)

上級医 B については、指定医 A のケースレポートに関する厚生労働省からの平成 27 年 6 月 8 日付けの診療録提出依頼の通知によって不正が判明したものである。同医師が指導医として署名したのは、指定医 A が提出した第 1 症例 M. M 男である。

同症例を検討した結果、診療録に受持医として指定医 A の表記がなく、診療に係る同医師の記載も 2 カ所のみであり、同医師は担当医として診療に関わったと認めることはできない。上級医 B は、作成者が担当医でないケースレポート 1 通に署名したものである。

(2) 上級医 C (准教授)

当調査委員会の調査過程において、指定医 F が指定申請するに当たり提出したケースレポートの症例 (第 7 症例 F. S 男) は、既に指定医 B と指定医 E が申請の際に提出したケースレポートの症例と同一であるにもかかわらず、これを確認せずに指導医として署名をした事実が判明した。この事実は、平成 27 年 5 月 1 日に厚生労働省に問い合わせ、申請者および指導医の同意を得てケースレポートのコピーの開示を受けて確認したところである。

同症例を検討した結果、診療録に受持医としての指定医 F の表記がなく、診療に係る同医師の記載も 1 カ所のみであり、同医師は担当医として診療に関わったと認めることはできない。上級医 C は、作成者が担当医でなく、かつ、既に申請に用いられたケースレポート 1 通に署名したものである。

(3) 上級医 D (講師)

上級医 D についても、同じく指定医 A のケースレポートに関する厚生労働省からの平成 27 年 6 月 8 日付けの診療録提出依頼の通知によって不正が判明したものである。同医師が指導医として署名したのは、指定医 A が提出した第 7 症例 N. Y 女である。

同症例を検討した結果、診療録に受持医として指定医 A の表記がなく、診療に係る同医師の記載も入院時のみであり、同医師は担当医として診療に関わったと認めることはできない。上級医 D は、作成者が担当医でないケースレポート 1 通に署名したものである。

第 4 ヒアリング調査の概要

1. ヒアリング調査

調査委員会は、提出を受けたケースレポートの分析、検討とともに、平成 27 年 3 月 30 日、4 月 1 日に対象指定医、対象申請医及び対象指導医からのヒアリングを実施した。ヒアリングを行った対象指定医は指定医 A、指定医 B、指定医 E、指定医 F、指定医 H、指定医 J、指定医 K の 7 名、対象申請医は申請医 A、申請医 C の 2 名、対象指導医は指導医 A、指導医 E、指導医 G、指導医 I の 4 名である。また、診療科の責任者である上級医 A に対しては平成 27 年 5 月 19 日に、准教授である上級医 B に対しては平成 27 年 4 月 27 日及び 6 月 23 日（処分後）に、同じく上級医 C に対しては平成 27 年 4 月 27 日及び 5 月 7 日（不適切な署名の発覚後）、講師である上級医 D に対しては平成 27 年 4 月 6 日及び 6 月 23 日（処分後）にそれぞれヒアリングを行った。また対象指定医と同じ期間に精神保健指定医となった指定医 L に対するヒアリングを平成 27 年 4 月 6 日に行った。

2. 対象指定医、対象申請医に対するヒアリング調査

対象指定医及び対象申請医（指定医 A、指定医 B、指定医 E、指定医 F、指定医 H、指定医 K、申請医 A、申請医 C）のケースレポートに関するヒアリングの内容は概ね以下のとおりである。

- ① 指定申請にあたって、受持医でない症例についてケースレポートを提出したこと、また多くの場合、各々直近の先輩医師が指定申請

に当たって提出したケースレポートとほぼ同一のケースレポートを重複使用して提出したことは認めた。

- ② 受持医でない症例についてケースレポートを提出したことについては、実際に受け持つてはいなかったがカンファレンスなどで情報を共有しているのので、担当医として症例をレポートしても問題が無いと理解していた。
- ③ 同時期に申請するのでなければ、先輩が申請に用いた同一症例についてケースレポートを提出することは許されていると理解していた。同時期に申請する予定の医師とは、症例が重複しないように調整したが、その症例を既に用いた先輩と話したことはなかった。
- ④ 同一症例についてのレポート作成の際に、先輩から譲り受けたデータをそのまま使用したつもりはないが、結果としてほぼ同じ内容になった。データを受け取ることについては、あくまで参考資料とするため自己判断で行ったことであり、診療科内での指示はなく、他の医師がどのようにしていたかは知らなかった。

なお、指定医 J に対するヒアリング結果の要旨は、以下のとおりである。

- ① 過去にケースレポートに用いられた症例は、再度使用することはできないのではないかと考えていたので、すべて自分で受持ち、診断と治療に当たった症例について、自分で考え自分の文章でケースレポートを作成した。
- ② 厚生労働省の聴聞で、第 1 症例について診療録に記載が少なく、十分な関わりがないと言われた。
- ③ ケースレポートの作成に当たっては、先輩医師 2 名から書き方の参考としてケースレポートのデータを譲り受けたが、それを模倣したことはない。

- ④ 譲り受けたケースレポートの中には、申請に用いようとしていた同一症例についてのケースレポートもあったので、おかしなことをしているなと思った。そのことを指摘して診療科内の雰囲気乱すこともできないと考えたので、黙っていた。今思うとその時点で上級医に話せばよかったと思っている。

3. 対象指導医に対するヒアリング調査

対象指導医のうち指導医 A、指導医 E、指導医 G、指導医 I に対するヒアリングの内容の概略は以下のとおりである。

- ① 精神保健指定医の指定申請予定者の指導に当たって、指定申請に関する事務処理要領を確認したことはない。
- ② 指導医の間で、指導医の具体的な役割とか、どのように指導するかについて話し合いを持ったことはない。
- ③ ケースレポートに署名を求めた医師は当然受持医であると信じていたので、受持医であるかを確認したことはない。

署名を求めた医師を信頼していた。退職後や出向先に署名を求めてきたときには、事実上診療録の確認はできない。

- ④ ケースレポートの作成に関して、同一症例を使用することについては、同時期に複数の医師が用いることは許されないが、時期が異なれば許されると考えていた。
- ⑤ 同一症例で作成されたケースレポートで、同じ文章が使われていたことには気が付かなかった。作成した医師を信頼していた。中には、同じようなケースレポートであると気づいたこともあるが、同じ症例について限られた 2000 字の範囲で書かなければならず、内容も法的知識、医学的知識、医療技術など書かなければならないことが定められているので、同じような記載になってもおかしくないといい、それ以上深く考えなかった。

4. 上級医に対するヒアリング調査

(1) 上級医 A (教授・診療科部長)

若い医師に対しては精神保健指定医のことを話す際に、出来るだけ精神保健指定医の資格を取った方が良いと伝えているが、特段強く勧めてはいない。自分としては、若い医師の大学院入学、学位取得、学会発表等の指導に力を入れていた。

精神保健指定医の申請については直接関与していなかった。ただ、若手医師の間では学位、専門医の資格より、精神保健指定医の資格を優先する者が多いように感じられる。

また、以前は医局員の数が50名前後いたこともあり、定期的に関連病院へ出向させることができていたが、最近では入局する者より退職する者の数が増え、30名前後でなかなか出向させることができなくなった。そのような中で症例数が不足しているにもかかわらず、毎年2～3名の申請者がいることに疑問を抱かなかったのが問題であった。当科の指導医が気づかなかったという点は言い訳できない。

(2) 上級医 B (准教授・診療科副部長)

診療科内で勉強会のようなことは特にしておらず、事務取扱要領等の改正についても知らなかった。研修会に参加した医師しか知らなかったのではないかと思う。

自分は主治医として症例を担当していたが、申請医が回診やカンファレンスに出ており、担当医であると認識していた。ケースレポートに署名する際も、申請者が症例について十分な情報を有していたので、あらためて診療録等は確認しなかった。

(3) 上級医 C (准教授)

自分は何年も前から診療班を受け持たなくなっている。精神保健指定医の申請に関しては申請医と指導医に任せていた。

上級医であれば署名しても問題が無いと考え、特に注意することもなく、ケースレポートに署名した。

(4) 上級医D（講師）

診療科の医師に対して指導が至らなかったことが悔やまれる。

当時は、他の診療科にかかっている人を診る、リエゾン医師の役をしており、当該患者の医療保護入院の判定をした。その経緯から署名を頼まれたのだと思うが、はっきり記憶していない。

第2章

第5 認定した不正行為及び任務の懈怠行為

1. 結論

(1) 調査委員会は、以上のケースレポートの検証、対象指定医、対象申請医及び対象指導医のヒアリング調査の結果により、

- ① 対象指定医及び対象申請医には、精神保健指定医の指定申請について下記2及び3の不正があった。
- ② 対象指導医及び上級医B、上級医C、上級医Dは、対象指定医又は対象申請医の指導について下記4の不正があった。
- ③ 上級医である上級医A、上級医B、上級医C及び上級医Dは、精神保健指定医の指定申請及びその指導に関し、対象指定医、対象申請医及び対象指導医の指導監督について下記5の懈怠があった。と認めた。

2. 対象指定医の不正行為

下記表1 医師欄記載の各対象指定医は、A欄記載の年月日に、厚生労働大臣に対し、精神保健指定医の指定申請をした。その際、提出したケースレポートは自ら担当した症例について作成し、既に申請に用いられた症例を重複して使用してはならないのに、

- ① 担当していない症例に関するケースレポートをB欄記載の通数
- ② 同一症例の重複使用によるケースレポートをD欄記載の通数
- ③ 第三者とほぼ同一のケースレポートをB・C欄記載の括弧内の通数を提出したものである。

表 1

	医師	A 指定申請年月日	B 担当して いない症例の レポート通数	C 担当し た症例のレ ポート通数	D 重 複症例 通数
1	指定医 A	平成 22 年 6 月 30 日	3 (—)	未確認	—
2	指定医 B	平成 23 年 6 月 27 日	4 (—)	4 (—)	—
3	指定医 C	平成 23 年 6 月 17 日	5 (—)	3 (—)	—
4	指定医 D	平成 24 年 1 月 6 日	7 (6)	1 (1)	7
5	指定医 E	平成 23 年 12 月 29 日	6 (6)	2 (1)	7
6	指定医 F	平成 24 年 6 月 30 日	6 (3、 [*] 1)	2 (0)	4
7	指定医 G	平成 24 年 6 月 29 日	6 (2)	2 (1)	2
8	指定医 H	平成 24 年 7 月 3 日	3 (1)	5 (3)	4
9	指定医 I	平成 24 年 6 月 30 日	7 (7)	1 (1)	8
10	指定医 J	平成 26 年 6 月 30 日	1 (0)	7 (0)	1
11	指定医 K	平成 26 年 7 月 4 日	5 (2、 [*] 1)	3 (3)	6

- 1) D. 重複症例通数とは、重複使用された症例によるケースレポートの通数。
- 2) 括弧内は第三者とほぼ同一と判断したケースレポートの通数。
- 3) *は第三者と一部が相違すると判断したケースレポートの通数。
- 4) (—) は現在の資料では類似性を判断できないもの。
- 5) 指定医 A については、ケースレポート通数ではなく、確認できた 3 症例のみを記載した。
- 6) 指定医 J については、「第 3 ケースレポートに関する検討 (P 23)」で記載のとおり、担当医であったことは認められたものの、診断又は指導に十分な関わりがあったとは言えないため、B 欄担当していない症例のケースレポート通数は 1 とした。

3. 対象申請医の不正行為

下記表 2 医師欄記載の各対象申請医は、A 欄記載の年月日に、厚生労働大臣に対し、精神保健指定医の指定申請をした。その際、提出したケースレポートは自ら担当した症例について作成し、既に申請に用いられた症例を重複して使用してはならないのに、

- ① 担当していない症例に関するケースレポートを B 欄記載の通数
- ② 同一症例の重複使用によるケースレポートを D 欄記載の通数
- ③ 第三者とほぼ同一のケースレポートを B・C 欄記載の括弧内の通数

を提出したものである。

表 2

	医師	A 指定申請年月日	B 担当していない症例のレポート通数	C 担当した症例のレポート通数	D 重複症例通数
1	申請医 A	平成 26 年 12 月 20 日	2 (2)	6 (3、 [*] 1)	6
2	申請医 B	平成 26 年 12 月 8 日	3 (2)	5 (1)	3
3	申請医 C	平成 26 年 12 月 1 日	2 (2)	6 (3)	5

- 1) 括弧内は第三者とほぼ同一と判断したケースレポートの通数。
- 2) *は第三者と一部が相違すると判断したケースレポートの通数。
- 3) D. 重複症例通数とは、重複使用された症例によるケースレポートの通数

4. 対象指導医の指導に関する不正行為

(1) 下記表 3 医師欄記載の各対象指導医は、厚生労働大臣の精神保健指定医の指定を受けようとする医師（以下、「申請医師」という。）が指定申請するに当たって、提出するケースレポートは申請医師が自ら担

当した症例に関するものであり、かつ、既に申請に用いられた症例を重複して使用してはならないのであるから、指導医として、ケースレポートの作成に当たり申請医師への適切な指導及びケースレポートの確認を行い、その指導の証明を行うべき役割がある。しかし、これを怠り、不適切なケースレポート（①担当医でない症例に関するもの、②重複使用した症例に関するもの）であるのに、これを看過し、同表 A 欄記載の通数に署名したものである。

表 3

	医師	A 署名した 通数	B 担当していな い症例のレポー ト通数	C 重複症例通 数
1	指導医 A	7	4	5
2	指導医 B	4	2	2
3	指導医 D	9	5	5
4	指導医 E	3 1	1 7	1 8
5	指導医 G	8	3	2
6	指導医 I	2 0	1 1	1 1
7	指導医 H	4	2	2
8	指導医 C	1 3	9	6
9	指導医 F	2	2	1
10	上級医 B	1	1	—
11	上級医 C	1	1	1
12	上級医 D	1	1	—

1) C. 重複症例通数とは、申請医師が重複使用した症例のケースレポートに署名した通数。担当していない症例のケースレポートの署

名と重複症例使用のケースレポートの署名とは重複することもあるため、単純合計数が不適切署名ケースレポートの実数とはならない。

5. 上級医の指導監督責任に対する懈怠行為

(1) 調査委員会は、以上のケースレポートの検証、対象指定医、対象申請医、対象指導医及び上級医のヒアリング調査の結果により、上級医の指導監督責任の懈怠は明らかであると判断した。

神経精神科の診療部長である上級医Aは、精神保健指定医について、できる限り指定を受けた方がよいとの考えであったと述べている。しかし、精神保健指定医の指定申請等については、指導医に任せただけで、自ら関与していない。少なくとも、精神保健指定医の指定申請を推奨しているのであれば、自らも精神保健指定医であるのだから、精神保健福祉法、精神保健指定医の指定申請手続きについて、十分に理解し、准教授などの上級医にもこれを徹底したうえ、自らあるいはこれらの医師をして申請医師の指導を行うべきであった。

その他の上級医も、指導医に対して指導方法を検討するよう指示したこともなく、どのような指導を行っているのか指導医に確認することもなかった。

本件対象医師のほとんどが、患者に関する情報を共有していれば担当医になりうる、同一症例であっても申請時期を異にすればケースレポートに用いることが許されるなどと述べ、指定申請手続きに関する誤った解釈のもとで申請または指導していた。上級医が日頃から神経精神科の他の医師と意思疎通を図っていれば、このような指定申請に関する誤った解釈は容易に是正できたはずである。これが放置されていたことにより、上級医でさえ対象医師と同様の認識であったからこそ、このような事態に至ったと判断せざるを得ない。

上級医が、精神保健福祉法について十分な知識と理解がなかったこ

とが、本件の原因である。

- (2) 神経精神科学講座の教授、准教授は、病院内においては診療科の部長、副部長であり、上級医 A は教授として神経精神科学講座に所属する教員を指揮・監督して業務を実施し、病院内においては診療部長として同科の業務を統括する責任を負う。また上級医 B は准教授として講座内においては教授を補佐し、病院内においては副部長として部長を補佐し、部長に事故あるときは副部長がその職務を代理し、部長が欠けたときはその職務を行う。また、上級医 C 及び上級医 D も、それぞれ准教授、講師として上級医 A 及び上級医 B の下に業務を遂行する責任がある。(大学病院組織規定第 14 条乃至 16 条)

精神保健医療において、もっとも重要な分野の一つである精神保健指定医の責務について教育せず、精神保健指定医の指定について誤った理解のまま申請に至らしめ、神経精神科に所属する多くの医師を本件のような不正行為に至らしめたことは、上級医として医師の教育、指導監督を怠った故である。

- (3) 上級医 A は、神経精神科の部長として同科に所属する医師の指導監督を怠ったものであって、その責任は最も重い。

上級医 B は、神経精神科の副部長として、診療部長を補佐し、精神保健指定医の申請に関し、精神保健福祉法及び申請手続きに通暁した上、指導医、申請医師を指導監督する立場にあるにもかかわらず指導監督を怠り、なおかつ、申請医師が担当医として関わりのない症例のケースレポート 1 通に指導医として署名し、不正行為を行った。神経精神科の副部長として、所属する医師の指導監督を怠り、かつ不正を行ったものであって、その責任は重い。

上級医 C も、神経精神科学の准教授として、精神保健指定医の申請に関し、精神保健福祉法及び申請手続きに通暁した上、指導医、申請しようとする医師を指導監督する立場にあるにもかかわらず、指導監

督を怠り、なおかつ、申請医師が担当医として関わりのない症例のケースレポート1通に指導医として署名し、不正行為を行った。准教授として、所属する医師の指導監督を怠り、かつ不正行為を行ったものであって、その責任は重い。

上級医Dも、神経精神科学の講師として、精神保健指定医の申請に関し、精神保健福祉法及び申請手続きに通暁した上、指導医、申請しようとする医師を指導監督する立場にあるにもかかわらず、指導監督を怠り、なおかつ、申請医師が担当医として既に用いられた症例のケースレポート1通に指導医として署名し、不正を行った。神経精神科学の講師としての指導監督責任を怠り、かつ不正行為を行ったものであって、その責任は重い。

第6 本件の影響に対する検証

1. 処分された医師の判定に基づく措置入院等の有無とその検証

(1) 措置入院および本学以外における医療保護入院に関する調査依頼と検証結果

処分対象医師23名が過去において措置入院(等)の判定に関わった案件については、判定業務が都道府県及び政令指定都市によるものであることから、本学においてはその判定件数及び判定の内容について把握し得るものではない。そこで、当大学病院以外で措置入院となった分も併せて、取り消し処分を受けた医師が非常勤・当直等も含め、過去に関わったことのある医療機関が所在する自治体に対し、その期間内における判定件数及び判定の妥当性の検証の状況について調査をした。その結果、措置入院については、対象指導医延べ15名が39件の判定に関わっていた。また、対象指定医については、延べ9名が37件に関わっていたが、その判断の妥当性について検証が行われており、すべて妥当な判断であったとの回答を得ている。なお、医療保護入院については、一

部の自治体から回答が得られ、対象指導医延べ5名が235件、対象指定医延べ4名が64件に関わっていたが、件数の回答が無かった自治体においても、全ての医療保護入院届が都道府県精神医療審査会において法に基づいた審査がされており、その判断の妥当性について問題がなかったとの回答を得ている。

(2) 当大学病院における医療保護入院等の検証結果

当大学病院における医療保護入院等の判定の件数および判定の妥当性の検証結果は以下の通りである。

平成27年4月に取り消し処分を受けた20名(対象指定医11名、対象指導医9名)が、平成22年2月1日から平成27年4月16日までに行った判定について、また追加取り消しを受けた3名の対象指導医については、同じく平成22年2月1日から平成27年6月18日までの判定についてそれぞれ検証した。対象指定医が行った医療保護入院の判定件数は117件、隔離の判定件数は20件、身体拘束の指示件数は55件、その他の行動制限の判定件数は1件であった。一方、対象指導医が行った医療保護入院の判定件数は744件、隔離の判定件数は107件、身体拘束の指示件数は406件であった。

これらについては、既に他施設の精神科医師3名にその判断の妥当性について検証を依頼し、すべて問題はなかったとの回答を得ている。

2. 対象指定医が関与した診療報酬加算分の算出

本件対象医師のうち、不正に精神保健指定医の指定を受けた対象指定医による保健診療行為に伴って加算された診療費の概要は以下のとおりである。

(1) 大学病院分(平成23年6月～27年4月)

①通院・在宅精神療法(600点) 209件 1,340,500円

※年度毎点数変更、20歳未満加算等あり。

②入院精神療法 I (360点) 4,283件 15,418,800円

③医療保護入院等診療料 (300点) 105件 315,000円

(2) 西部病院分 (平成23年7月～24年3月)

西部病院は神経精神科の入院施設が無いいため、外来加算のみ算定している。

①通院・在宅精神療法 (600点) 104件 524,000円

※年度毎点数変更、20歳未満加算等あり。

(3) 川崎市立多摩病院

対象指定医が関わっていなかったため、該当はなかった。

(4) 合計金額 17,598,300円

上記金額については、然るべき方法で自主返還を行うべきである。

第7 精神保健指定医申請に関する遡及調査

1. 調査の概要と結果

精神保健指定医の不正申請は本学において本件以前にもあったのか、あったとすればいつ頃から始まったのかを明らかにすることを目的とし、本件発生以前の指定申請において本学医師が提出したケースレポートの入手をはじめ、対象医師らに対するアンケート調査とヒアリング調査、および既に本学を退職した医師（以下、退職医師という。）に対するアンケート調査を行った。

(1) 本件発生以前に提出されたケースレポートの入手

今回、厚生労働省から精神保健指定医の取り消し処分を受けた対象指定医のうち、最も申請時期が早いのは平成23年度に申請した指定医Aと指定医Bである。指定医Bからはケースレポート8通分のデータが提出されたが、既に破棄したとの理由により指定医Aからは提出されなかった。また対象指導医についても、全員が平成21年以前に指定申請しているため、申請時のケースレポートは破棄したとの理由で提出されな

かった。また、今回精神保健指定医の取り消し処分を受けた対象指定医と同期間に精神保健指定医となった2名については、今回の厚生労働省からの照会対象とはなっていないが、これらの医師の申請状況を確認することは重要であると判断した。退職している1名からは書面で回答を得た。現在在籍中のもう1名にはヒアリングを実施した。平成22年に精神保健指定医となった医師は、自身の申請時の状況について、ケースレポートに使用した症例は全て大学病院の症例であるが、担当医でなかった症例は使用しておらず、重複使用や、ましてや前医が申請した際の文章は使用していないと書面で回答した。また、同じく平成24年に精神保健指定医となった医師は、ヒアリングの際に、自身は秋田県内の関連病院に出向していた際に、その病院の症例を使用してケースレポートを作成し、秋田県で申請したと述べた。しかし、2名の医師とも当時の職場を離れる際にケースレポートの資料を破棄したとのことで、当委員会ではケースレポートの検証は出来なかった。なお、この2名の指定医は、その後の厚生労働省の全国調査に於いて、不正取得が判明し、精神保健指定医の資格取り消し処分を受けた者であるが、この件に関しては60ページ以降の追加処分者の項で詳述する。

一方、退職医師についても、後述するアンケート調査の際に、併せてケースレポートの控えまたはそのデータを調査委員会あて提出するよう要請したが、1名から提出があったものの、他の医師からは提出されなかった。主な理由は、ケースレポートは個人情報に当たるため、指定を受けた後は早期に破棄したとのことであった。

(2) 本件対象医師に対するアンケートおよびヒアリング調査

神経精神科内では、平成27年4月12日、対象指定医、対象申請医、対象指導医に対して、本件が発生した原因についてアンケート形式およびヒアリング形式（対象指導医のみ）による調査を行った。

ア 対象指定医、対象申請医に対するアンケート調査結果

本件発生の原因についてほぼ共通して指摘したのは、大学病院では経験可能な症例に偏りがあるため、指定申請に必要な症例を確保することが困難であるという点であった。その他、概ね以下のような回答があった。

- ① 症例の選択とケースレポートの作成について、諸先輩医師から伝え聞いた内容が正しいものと理解していた。
- ② 担当していない症例でも情報共有していれば、同症例をケースレポートに使用できると考えていた。
- ③ 提出時期が異なれば、過去既に指定申請に使用された症例に関してもケースレポートを作成することが許されると考えていた。そのため、同一症例で申請する場合は、提出時期が重複しないように調整していた。
- ④ 平成23年度の講習会で、同一症例を同時に複数の医師がケースレポートとして作成することは認められないとの指導を受けたため、同時期の申請者と重複しないことを確認して提出した。

以上のように、担当していない症例でも患者情報が共有されていればケースレポートを作成してよいと考え、また、申請時期が異なれば過去に使用された症例を重複して使用することが許されるとの誤った理解が、対象指定医・対象申請医の大半で共通認識として認められた。

イ 対象指導医に対するアンケート調査結果

対象指導医による回答結果は概ね以下のとおりである。

- ① 提出時期が異なれば、過去既に指定申請に使用された症例に関してもケースレポートを作成することが許されるとの誤解のもと申請者の指導にあたっていた。
- ② ケースレポートを作成した医師は当然その症例を担当していたものと信じていた。そのため、あらためて作成者が症例を担当して

いたかを確認せずに署名していた。

- ③ 退職後に署名を求められた場合、ケースレポートの作成者が症例の担当であったか否かを診療録上で確認することは困難であった。
- ④ 先輩医師から入手したケースレポートの内容を、ほぼ変更もしないで自らの申請に使用することはレポート作成に対する認識と倫理観の欠如と思われる。

以上のように、対象指定医・対象申請医と同様に、対象指導医もまた申請時期が異なれば、過去に使用された症例を重複して使用することが許されると誤解していたものの、症例を担当していない医師が同症例を指定申請に使用することはできないとの共通理解はあったようである。しかし、対象指導医はケースレポートを作成した医師が実際に症例を担当していたかの確認を怠り、申請者からの求めに応じて署名していた様子が窺われる。

ウ 対象指導医に対するヒアリング調査結果

対象指導医に対しては、自身の指定申請時における「症例選択基準」、「ケースレポート作成方法」、「先輩医師のケースレポートを申請時にどのように利用したか」、の3点についてヒアリング形式により追加確認した。その結果はほぼ以下のとおりである。

- ① 病棟での診療は複数医師によるチーム医療であるため、同時期に申請する医師と症例が重複しないよう注意し、自ら担当した症例の中から自分自身で選んだ。
- ② 過去に申請に使用された症例についてケースレポートを作成したことがある。
- ③ ケースレポートの書き方の参考にするため先輩医師のケースレポートを入手した。
- ④ 先輩医師のケースレポートと同一内容のケースレポートを作成したことはない。

以上のように、対象指導医は自ら担当した症例を対象にケースレポートを作成していたようではあるが、提出時期さえ異なれば、同一症例に関してケースレポートを作成することが許されるとの誤解があり、実際に同一症例を重複して使用したとの回答もあった。対象指導医もまた先輩医師の指定申請に際してケースレポートを入手しているが、その理由はあくまでも書き方の参考としてであり、先輩医師と同一内容のケースレポートを作成したことはないとの回答であった。

(3) 対象指定医を除く全ての教室在籍経験医師（在籍者を含む）に対するアンケート調査

ア 平成27年4月12日、上記医師78名に対して各自が精神保健指定医の申請をした際の状況についてアンケート形式による調査を行い、72名から回答があった。うち、精神保健指定医ではないと回答して来た者2名、家族から死亡した旨の回答があった者1名の計3名の回答を除く有効回答者69名の各質問事項に対する回答は概ね以下のとおりである。

① 指定申請用のケースレポートにはどの機関で経験した症例を使用したか

平成元年から平成18年までの間に精神保健指定医の指定を受けた医師55名のうち、22名は大学病院症例のみを、20名は他大学病院症例または出張先病院症例のいずれかを、そして13名はそれら両方を併用していた。次いで平成19年は1名が大学病院症例のみ、2名が出張先病院症例のみを使用、平成20年は1名が大学病院症例のみ、1名が大学病院症例と出張先病院症例を併用、平成21年は4名が大学病院症例のみ、2名が出張先病院症例のみを使用、平成22年は1名が大学病院症例のみ、1名が出張先病院症例のみを、それぞれ使用していた。平成24年に申請した1名は出張病院症例を使用していた。

以上のように、既に退職した医師らを含め、平成18年頃までに指定申請した時代には、約半数以上の医師が出張先病院における症例を全部または一部使用している事実が分かった。このことは本件対象医師全員が大学病院症例のみで指定申請していることと比較すると状況は大きく異なっている。神経精神科診療部長・教授上級医Aがヒアリングで述べたように、神経精神科内における医師数の減少とそれに伴う他院への出向（出張）機会の減少が、こうした状況をもたらした可能性が窺われた。

② 申請時の症例選択について指導医に相談したか

平成元年から平成18年までの間に精神保健指定医の指定を受けた医師55名のうち、症例を選択する際に指導医に相談したのは、大学病院症例のみを使用した医師では22名中9名、出張先病院症例のみを使用した医師では20名中10名、両方を併用した医師では13名中9名であり、55名の回答者中28名の医師が指導医に相談していた。

平成19年から平成21年までの間では、11名中5名が指導医に相談しており、うち4名が大学病院症例のみを使用した医師であった。

以上の結果だけからは明言できないが、申請時の症例選択における指導医の関わりは、以前から必ずしも十分なものではなかった可能性が指摘できる。しかし、他方では本件対象の指導医が指定申請した時期とも重なる直近の申請時期（平成19年から平成21年）においては、多くの大学病院医師がその時の指導医に相談の上、症例を選択していた様子も窺われることから、指導医の指導体制が十分であったかについては不明と言わざるを得ない。

③ 過去の申請で既に使用された症例をケースレポートとして提出したか

過去、既に申請に使用された症例を自らの申請時にケースレポートとして使用したと回答した医師は、出張先病院症例のみを使用、または大学病院症例と出張先病院症例を併用した医師には存在しなかった。しかし、大学病院症例のみを使用して平成21年以前に指定申請した医師5名が、一部でそうした症例を使用していた事実も判明した。

以上のように、提出時期が異なれば、過去既に指定申請に使用された症例に関してもケースレポートを作成することが許されるとの誤った理解は、平成21年当時から存在していた可能性が考えられた。

④ 申請用ケースレポートの作成時に先輩医師のケースレポートを参考としたか

ケースレポート作成時に参考として先輩医師が提出したケースレポートを入手した医師は、明確に記憶しているケースに限ると、大学病院症例のみを使用した医師で6名、出張先病院症例のみを使用した医師で12名存在していた。なお、平成19年以降で大学病院症例のみを使用した医師に限ると、6名中4名が先輩医師から資料を入手している事実が判明した。これらのことから、ケースレポート作成時の参考のために先輩から資料を入手することは、以前から通常のこととして行われていたことが推察された。なお、先輩医師から入手したケースレポートの内容を殆ど変えずに、自らのケースレポートとして提出したことがあるかとの質問に対しては、回答者全員から同一のケースレポートを提出したことはない旨の回答があった。

2. 精神保健指定医不正申請の始まりについて

(1) 結果のまとめ

上記の調査により、概ね以下の事実が判明した。

- ① 対象指定医のうち最も申請時期の早い医師2名のうち、指定医Bからは症例8通分のデータが提出されたが、指定医Aは申請書類をすべて破棄していた。また対象指導医と、平成元年以降に指定を受けた退職医師(78名)にも指定申請時のケースレポート提出を要請したところ、対象指導医1名から自らが申請したときのケースレポートの提出があったが、それ以外はいずれも破棄したとの理由から資料は得られなかった。
- ② 提出時期が異なれば、同一症例に関してケースレポートを作成することが許されるとの考えが本件対象医師らの共通認識であった。また、平成21年以前に指定申請した退職医師が、既に申請に使用されていた症例を自らの申請に使用したことがあるとの事実も判明した。
- ③ 対象指定医・対象申請医は、担当していない症例でも情報共有していれば、同症例のケースレポートにより指定申請できると考えていた。一方、対象指導医は指定申請時のケースレポートは自ら担当した症例について作成するものと認識しており、自らの指定申請時も同様に行っていた。申請者からの依頼に基づき、担当であることを前提とし、確認することもなく申請書類に署名していた。
- ④ 精神保健指定医の指定申請の際に、書き方の参考とするために先輩医師からケースレポートを入手することは平成21年以前から通常に行われていた。書き方の参考であったはずの先輩医師のケースレポートが、いつ頃から内容をほぼ同一のまま提出されるようになったのか、対象指定医からの明確な回答はなかった。
- ⑤ 既に退職した医師らが指定申請した時代には、約半数以上の医師が出張先病院における症例を全部または一部使用していたが、本件対象医師は全員が大学病院症例のみで指定申請している。こう

した変化の背景には、神経精神科内の医師数減少とそれに伴う他院への出向（出張）機会の減少があった可能性がある。

（２）検討の結果

ア 担当していない症例をケースレポートとして提出すること

対象指定医・対象申請医の大半は、担当していない症例でも情報共有していれば、同症例をケースレポートにできると考えていたが、他方、対象指導医はケースレポートは自ら担当した症例について作成するものと認識しており、事実、自らの指定申請時には担当した症例を使用したとの回答もあった。両者の認識ないし回答にはこうした相違点があるが、対象指導医らの申請時ケースレポートがほとんど入手できなかったことから、これらの事実確認はできなかった。但し、こうした相違を前提として考えると、本件対象指定医の指定申請時期頃からの神経精神科内の医師数減少や、他院への出向（出張）機会の減少も相俟って、対象指定医の間にこれまではなかった身勝手かつ安易な考え方が生まれ、継承されていった可能性も考えられた。

イ 過去既に指定申請に使用された症例を再度ケースレポートとして提出すること

本件対象医師の大半が、過去既に指定申請に使用された症例を再度用いることが許されているとの共通認識であった。本件対象指定医のうちで最も早期に指定申請した指定医 B から提出されたケースレポートの 8 通中 4 通の診療録には同医師が受持医であるとの表記がなく、また平成 21 年以前に指定申請した本学退職医師 5 名が、既に指定申請に使用されていた症例を自らの申請に使用したことがあると回答した事実も考え併せると、同一症例についてケースレポートを作成することはかなり以前から常態化していた可能性が推測できる。しかし、指定医 B と同年に大学病院の症例を使って指定申請した医師 1 名（前記、過去の精神保健指定医に関する遡及調査の項で述べた医師）から

は、全てのケースレポートは自ら担当した症例であるとの回答もあったことから、こうしたことが常態化していたとの上記推測が妥当であるか否かの判断はできなかった。

ウ まとめ

調査委員会は、神経精神科の指定医 A、指定医 B の指定申請より以前に指定申請した医師全員に対し自ら提出したケースレポートの提出を求めたが、1名を除きケースレポート等の資料は入手できなかった。しかし、上記イで述べたように、対象指定医の指定申請の頃から、実際に担当していない症例についてケースレポートを提出するといった不正行為が始まり、その後、継承されていった可能性が考えられた。但し、厳密に言えば、本調査報告書内で検証できた事例を除いては、確たる資料に基づく遡及調査は行えなかったのであるから、結果としては不正申請が始まった時期を確定することはできなかったとすべきであろう。

第3章

第8 追加取り消し処分

1. 追加取り消し処分に至った経緯

平成27年4月15日並びに6月17日付けで、指定医11名、指導医12名、合計23名の精神保健指定医資格取り消し処分を受け、第三者を含めた「精神保健指定医資格審査に係る調査委員会」を発足し調査した結果についてまとめた調査報告書を提出するべく、平成27年8月28日に厚生労働省に問い合わせをしたところ、これまでは関東信越厚生局管内を調査していたが、今後全国に広げて調査を進めていく予定であり、本学から追加処分者が出る可能性もあるので、その全国調査が完了するまで、調査報告書の提出は待たれたい旨の回答があった。

その後9月29日付けで、厚生労働省から診療録の写し4件について

の提出依頼が大学病院管理者宛に届いたが、審議の対象となっている医師名は記載されていなかった。

平成28年3月10日、厚生労働省から先に提出した診療録の写し4件の内2件について再度提出依頼があり、申請者として指定医L並びに指定医Mの名前が記載されていた。指定医Lについては。昨年4月に処分が公表された際、ヒアリングを行っているが、その時の聞き取り調査の結果では、本人が申請したときには、秋田県の病院に出向中であり、ケースレポートの症例はすべて出向先のものを使用したとのことであった。(52ページ、前述のとおり。)

また、指定医Mからは昨年旧医局員も含めて神経精神科に在籍した医師全員を対象にアンケート調査をした際、調査委員長宛に別途手紙が送られてきている。その中に、ケースレポートの作成状況について「対象症例は平成16年から20年に、聖マリアンナ医科大学病院において、自ら診療に当たった患者様について、医局にあった過去の指定講習会の資料や自身の出席した指定医講習会で示された要綱に基づき、該当する症例を選択しました。」との記載がなされていた事も前述のとおりである。

その後、平成28年7月12日付けで秋田県からは指定医Lについて、また東京都からは指定医Mについて、それぞれ「精神保健指定医の所在等確認に係る必要書類の提出について」依頼があり、その中に今後聴聞手続きが進められる旨の記載があった。

上記について、神経精神科学教授（本件発覚後の平成28年1月1日着任）に報告し、今後本人の自宅に聴聞通知が届くと思うので、本人に確認し日時をお知らせ願いたい旨依頼したところ、後日聴聞は8月12日午後1時30分から行われる予定であるとの連絡があった。しかしながら指定医Mについては、聴聞日の確認は取れなかった。

8月18日に調査委員会委員を招集し、指定医Lに対して聴聞内容等

についてのヒアリングを行った。また、8月22日指定医Mの自宅に質問事項を記載した手紙を郵送、30日に回答を得た。

その後、10月26日に医道審議会医師分科会精神保健指定医資格審査部会が開催され、11月9日付で取り消し処分の公表がなされたが、本学関係者では指定医Lが不正申請した指定医（対象指定医）として、また、指導医Jが不正なケースレポートに署名した指導医（対象指導医）として、厚生労働大臣による精神保健指定医の資格取り消し処分がなされた。

なお、当初疑義の対象となっていた指定医Mについては、今回の取り消し処分者に含まれておらず、事前に精神保健指定医の資格を返上したものと推測されたため、11月1日付けで質問書を送付したところ、聴聞後の9月18日付けで返上したとのことであった。

2. ヒアリングを含む調査および当委員会の判定結果

前述した如く、指定医L、指定医Mについては、平成27年の調査時点では、出張先でのケースを使用した、あるいは、本学症例をケースレポートに使用したが、自らが担当していたという回答であったこと、更にレポートも破棄していたということで、当委員会では直接検証が出来ていなかった事例であり、今回も、厚生労働省における聴聞の内容を対象医師から確認をした上で、診療録を検証し、その上で判定したものである。

(1) 対象指定医

① 指定医M

(取得日 平成22年7月16日)

平成28年3月10日付けで厚生労働省から診療録の提出を求められた。その診療録は、第1症例（患者イニシャルN. Y、男性、入院年月日：平成19年8月29日）と第7症例（患者イニシャルK. N、女性、入院年月日：平成19年9月11日）のケースレポートとして使用

されたものであった。

そこで、平成28年8月22日に指定医Mの自宅宛に書面により、厚生労働省における聴聞の際に指摘された症例と、指導医の名前を質問したところ、30日に回答があった。それによると、聴聞では申請に用いた第1・第7症例は担当していなかったのではないかと指摘され、自分自身もそれを確認し、事実を認めた旨の記載があった。また指導医についての質問では、指導医Jが指導医であった旨記載されていた。指導医Jは平成21年3月に本学を退職しているが、昨年処分された対象指導医には含まれておらず、このたびの追加処分の対象となったものである。

当委員会では、この回答に基づき、これら2症例の診療録を検証したところ、指定医Mは第1症例、第7症例ともに、診療録に受持医としての表記はなく、診療に係る同医師の記載も認められなかった。なお、この2症例を除く他の症例については、ケースレポートが入手できないため検証できなかった。当委員会では、指定医Mは、第1、第7症例において、担当医でない症例をケースレポートとして使用した不正があると判断した。

なお、前述したが指定医Mは当初疑義の対象となっはいたが、今回の取り消し処分者に含まれていなかったことから、11月1日付けで改めて質問書を自宅に送付したところ、11月10日に回答があり、聴聞後に精神保健指定医の資格を返上したとのことであった。

② 指定医L

(取得日 平成24年6月20日)

平成28年3月10日付けで厚生労働省から提出を求められた診療録は前述の指定医Mと同様の、第1症例(患者イニシャルN.Y、男性、入院年月日：平成19年8月29日)と第7症例(患者イニシャルK.N、女性、入院年月日：平成19年9月11日)である。

厚生労働省における聴聞の後8月18日に実施したヒアリングでは、

上記第1症例、第7症例は担当医ではなかったと指摘され、自身も確認した旨述べた。また指導医は指導医Dであるとのことであったが、当医師は昨年対象指導医としてすでに処分された者である。

当委員会がこれら2症例の診療録を検証したところ、第1症例については、診療録に受持医としての表記はなく、診療に係る同医師の記載も認められなかった。第7症例については、受持医としての記載は認められたものの診療録への記載は少なく、第1症例ともに指定医Mと同一の症例を使用したものであった。当委員会ではこれら2例のケースレポートは不正に使用されたものと判断した。

なお、これら2症例を除く他の症例については、ケースレポートが入手できないため検証できなかった。

(2) 対象指導医

① 指導医 J

指定医Mの第1症例並びに第7症例のケースレポートに指導医として署名がなされていたとのことで、このたび処分がなされたものであるが、ケースレポートがないため、調査委員会としては直接確認ができていない。ただし、第1症例並びに第7症例の診療録を検証したところ、両方ともに指導医Jが主治医となっていた。当委員会は、指導医J自身は担当していたとしても、指定医が申請する際に不正なケースレポートに署名をしたものと判断した。

② 指導医 D

指定医Lの第1症例並びに第7症例のケースレポートに指導医として署名がなされていたとのことだが、指導医Dは昨年不正に申請された他の対象指定医のケースレポートに署名していたとしてすでに処分がなされている。しかしながら今回第1症例並びに第7症例の診療録を検証したところ、両方ともに受持医としての表記はなく、診療にも関わっていないかった。

(3) 対象指定医および対象指導医が行った判定事例の検証

- ① 指定医 L の精神保健指定医の資格取得後における本学内での判定事例について検証した。

措置入院判定事例は無く、全て医療保護入院判定事例であった。精神保健指定医の資格取り消し前、5年間の判定事例は74名、77件であった。外部専門家医師2名による検証では、全て適正な判定であった旨の回答を得ている。

また、指定医 L は精神保健指定医の資格取得後、秋田県ならびに神奈川県内の医療機関において非常勤で勤務していたことから、現在各自治体担当者に検証を求めているところである。

- ② 指定医 M は精神保健指定医の資格取得後、すぐに本学を退職しており、これまでの当医師の勤務地を調べて、現在各自治体担当者に確認を依頼しているところである。
- ③ 対象指定医である指導医 J は、平成20年に本学を退職しており、その後は静岡県で勤務している。指導医 J からの回答では、静岡県内で措置入院3件、医療保護入院3件、その他隔離・拘束判定各10件、5件に関わったとの回答を得ているが、この判定の妥当性についての検証結果も自治体からの回答を待っているところである。

(4) 対象指定医の診療報酬上の加算の検証

今回処分を受けた医師の内、当大学病院で診療を行っていたのは指定医 L のみである。そこで、この医師が関わった診療報酬加算額の取り扱いについては、平成27年に精神保健指定医の資格取り消し処分を受けた医師の診療行為における加算額の返却と同様の取り扱いをする。

第9 本件の原因と背景

1. 神経精神科の診療体制について

既に述べたとおり入院診療について、神経精神科では4つの病棟診療班

によるチーム医療により行われている。同診療班は原則として班長1名（精神保健指定医）、副班長（精神保健指定医であることが多い）、班員2名乃至3名（初期臨床研修医を含む。）で構成され、メンバーは3乃至6か月毎に入れ替えるシステムである。病棟内では随時行われる診療班ごとのカンファレンスにより知識と経験を深め、また神経精神科医師全員による全体カンファレンスにより、診療科内の全医師が病棟患者の情報を共有し、病状を把握することで教育的指導が行われている。

平成18年1月、前教授の急逝に伴い神経精神科の退職者が一時増加し、在籍医師数は以前と較べ大きく減少した。このことから、診療科機能を維持するために大学病院以外の関連病院への出向先は2機関に激減している。本学には大学病院以外に3附属病院等があるが、このうち1つは精神科診療を標榜しておらず、2病院（聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院及び川崎市立多摩病院）で外来診療のみが行われている。

2. 本件発生の直接原因

（1）事務取扱要領に対する確認の懈怠

調査委員会が行った対象指定医、対象申請医、対象指導医に対するヒアリング調査によれば、対象医のほぼ全員から以下のような見解が得られた。

- ① 対象指定医、対象申請医及び対象指導医の見解として、精神保健指定医申請にあたり事務取扱要領の十分な確認を怠った。
- ② 対象指導医の見解として、指導医の具体的な役割、どのように指導するのかについて、指導医間で話し合ったことはない。
- ③ 対象指定医及び対象申請医の見解として、担当医については、基本的に診療科全体のカンファレンスなどで患者情報を共有しているので、受持医でない症例でも申請に用いてよいと考えていた。
- ④ 対象指導医の見解として、精神保健指定医申請に当たり、ケース

レポートへの署名を求めた医師を信頼していたので、診療録に受持医として記載されているかを確認していなかった。

- ⑤ 対象指定医、対象申請医及び対象指導医の見解として、同一症例をケースレポートに使用することについては、同時期に複数の医師が用いることは許されないが、時期が異なれば許されると考えていた。

上記に示されているように、本件対象医師のほぼ全員が精神保健福祉法における精神保健指定医申請時の事務取扱要領の十分な確認を怠り、また指導医間での話し合いもなく、申請医師から求められるままに安易に署名していた。

指定申請に先立つ研修会においては基本手続きと申請要件についての説明があったはずであるが、対象指定医、対象申請医はそれらを十分記憶にとどめることもなかった。対象指導医においては、申請医師の指導に当たり、その手続きや要領を十分に理解せずに、レポート作成の指導に当たることなどは、指導医としての職務懈怠以外の何ものでもないことは明らかである。対象指定医、対象申請医を指導すべき対象指導医が、事務取扱要領を十分確認することなく申請に及んだことが、本件の直接原因であると判断した。

なお、上記すべての原因については、神経精神科全体を管理・教育し、対象指導医を指導監督すべき上級医らの責任は極めて重いことから、第3項「本件発生の背景」にて触れることとする。

(2) 担当医に関する拡大解釈

精神科実務経験告知に定めるケースレポートとして報告する症例とは、「精神病床を有する医療機関に常時勤務する指定医の指導のもとに、自ら担当として診断又は治療等に十分なかかわりを持った症例」を意味している。

今回、ヒアリング調査を行ったすべての対象指定医及び対象申請医の

解釈は、基本的に診療科全体のカンファレンスなどで患者の情報を共有しているため、受持医でなくても担当医として症例をレポートしても問題がないというものであった。今回、上級医として診療科の医師全員を教育・指導し、監督すべき立場の准教授2名、講師1名も指導医として同様の過ちを犯していたことからすれば、教授・准教授を含む診療科の医師全員が同様の認識を持っていたと考えるのが自然であろう。

しかし、一般人の社会通念からすれば、患者情報の共有のみで、「自ら担当として診断又は治療等に十分な関わりを持った症例」と解することはできないのであるから、医師らのこうした共通認識は甚だ身勝手なものだと判断するよりない。

(3) 同一症例使用が許容されるとの誤った認識

今回、ヒアリング調査を行ったほとんどすべての本件対象医師の解釈は、「申請時期さえ異なれば、同一症例を申請に用いることは許される」というものであった。

平成23年当時もなお同一症例の使用に関しては、申請医側において理解不足が存在していた可能性は否定できない。しかし、平成24年7月に事務取扱要領の記述の変更がなされているのであるから、診療科内でその情報が報告されていれば本件のような不正が見過ごされることはなかった。

厚生労働省から既に精神保健指定医に指定され、精神保健指定医として極めて重い責任を課せられた上級医や対象指導医は、精神保健福祉法の動向には細心の注意を払って然るべきであり、自己の怠慢により事務取扱要領の改正に気付かなかったことは重大な問題である。

(4) 先輩医師の申請時ケースレポートの模倣・流用

本件では、同一症例を用いて既に提出されたケースレポートについて、申請医が担当医であるか否かに関わらず、単に文章の並べ替えと表現を変化させたに過ぎない模倣が多く、中にはほぼ100%同一のものも認

められた。同一症例を用いたレポートである以上、ある程度、類似した内容となるのは当然であるが、担当医が独自に作成した文章であれば、このような類似はあり得ない。

対象指定医及び対象申請医がこのような行為に及んだ原因は各自の倫理観欠如によるものであることは言うに及ばないが、このような不正ケースレポートによる申請でも、精神保健指定医を取得できたという悪しき結果が、以降の申請者に順次悪弊として継承された可能性が高い。

また、こうしたことの根底には、上記（２）（３）のような自己に都合のよい解釈をもってよしとする雰囲気次第に醸成され、神経精神科全体に規律の緩みが生じていた可能性が高い。

3. 本件発生背景

（１）はじめに

精神保健福祉法は、精神障害者の医療及び保護を行うことにより、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的としている（精神保健福祉法第1条）。他の医療では患者の意思に反した治療を行うことはできないが、精神科医療においては、患者本人の利益を守るために、その意思に反しても医療を加えることが許容されることもある。

何人も法律の定める手続きによらなければその自由を奪われることのないことは法で守られた基本的人権のひとつである（憲法第31条）。精神保健福祉法はこの基本的人権を制限することのできる法律のひとつであり、同法が定める措置入院、医療保護入院等は、基本的人権に係る重い手続きである。そして、知事又は政令市の市長による措置入院決定の根拠となるのが精神保健指定医による判定であることからしても、精神保健指定医には患者の自由を制限することについての極めて重大な責任がある。

(2) 神経精神科内における教育指導

ア 神経精神科では、新人医師に対して精神保健指定医の申請手続き等は説明しているが、精神保健福祉法、なかでも精神保健指定医の意味とその重要性について十分な教育が行われていなかった。また、既に精神保健指定医の指定を受けた対象指導医らに対しても、その役割と指導法に関する確認や指導は一切行われていない。

神経精神科内でのこうした教育・指導環境の中で、申請医師は精神保健指定医の責務などについて十分な理解をせずに指定申請し、対象指導医は指導のあり方について十分な理解をせず、また協議することもなくただ漫然と指導にあたっていたものと推測される。

前述のような身勝手な各種解釈や、先輩医師のケースレポートを模倣・流用して申請時に提出するような倫理に悖る行為は、精神保健福祉法の目的と重要性に対する理解の欠如から生じたものと判断せざるを得ない。

イ これに加え、神経精神科の上級医の責任は最も重大であると言わざるを得ない。

本件では、対象指定医、対象申請医、対象指導医の責任はこれまで述べたとおりであるが、さらにはこれを指導監督すべき上級医が、症例選択、ケースレポートの作成など、若手申請医師の申請作業について関心を持たず、対象指導医と申請医師本人に任せきりであったことが大きな問題である。

診療科内における情報を常に共有できるシステムが整っていれば、精神保健指定医申請に対する身勝手な解釈は是正されたであろうし、対象指導医にあっても申請医師に対する適切な指導を行ったはずである。また、精神保健指定医の申請に用いる症例についても、診療科主導で症例が管理されていれば、ある症例の受持医が申請時のケースレポートとして提出した際に、受持医でない先輩医師が既に同症例を

用いていたというような重複使用も避けられたはずであり、上級医による診療科の管理・指導に大きな問題があったと指摘せざるを得ない。

神経精神科内では、上級医をはじめとする多くの医師が精神保健福祉法の主旨と、精神保健指定医の指定申請に係る要領を理解していなかった。さらには、診療科内は教育・指導体制が構築されていない環境にあった。そうした診療科内の環境をもとに、精神保健指定医の指定申請に当たり、各申請医師が安易な方法によって指定を受けようとする土壌が次第に醸成されていったことが、今回、これ程多くの不正申請を生み出した背景である。

第10 今回の事例に対する本学の対応と予防策についての検討

1. 神経精神科における管理、指導体制の抜本的改革

本学は医師の養成・教育に当たる医科大学であり、大学病院はその付属病院として、医学生の実習、医師の研修を行う臨床研修指定病院である。医学生の教育、医師の研修を行うにあたっては、高い医療倫理のもとに行わなければならない。患者も大学病院に受診する際には、当然ながら医師の倫理性を期待していると考ええる。

本件は、精神保健福祉法に定められた精神保健指定医の指定申請に当たって不正を行ったという、法律上及び医療倫理上の問題がある事案である。合計で26名もの医師が精神保健指定医の指定取り消しの処分（資格を返上した者も含む）を受け、そのほかに不正申請を行った医師3名を抱える状況で、神経精神科が現状のまま大学病院において診療・教育を継続することは、診療を受ける患者への影響はもとより、医学生の教育、医師の研修等に当たって、医学生、医師に対しても倫理的にも悪影響を与えるおそれがある。

このような事情を踏まえ、本学、大学病院、神経精神科の信頼回復のため、神経精神科の教育、指導体制を根本的に改革する必要があると考え、

大学としてすみやかに神経精神科学教室、神経精神科の体制について協議し、新たな診療体制の構築に着手した。

2. 精神保健指定医資格取り消し処分を受けた医師に対する学内処分

(1) 事案の概要

今回の事案について、本学神経精神科の医師が、精神保健指定医の資格を取り消されたことについて大変重く考えており、このような事態を引き起こしたのは、神経精神科内において、この制度の意義の重大性、および精神保健指定医に求められる高い倫理に関する教育がなされていなかったことが原因であると考え、その意味において、教室を管理、指導すべき教授の責任が最も重いと考えた。

このたび、追加処分者を含む在籍対象者の学内処分をする際の判断基準として、教授、准教授について指導医の責任を重く判断した。

(2) 処分の内容

【教授】⇒ 諭旨退職

神経精神科学において、教室員を教育、指導すべき立場である教授の責任が最も重いと判断し、諭旨退職とした。ただし、退職時期は約一か月の猶予を設けた。理由は、若手医師の指導体制、医療安全確保の点から、指導すべき医師が多数処分を受けた状況下では、直ちに退職を認めることはできないと判断したからである。

【准教授2名】⇒ 懲戒休職3か月

教授に最も重い責任があるのと同様、准教授にも同様の責任がある。しかも、この2名の准教授は、今回処分を受けた指定医が提出した不適切なケースレポートに署名し、精神保健指定医の資格取り消し処分を受けた。1例とは言え、不適切なケースレポートに署名したことは、教授

と同様、教室員を教育、指導すべき准教授という立場を考えた場合、その責任は重い。処分は懲戒休職 3 か月とした。

【処分対象指導医 5 名】⇒ 懲戒休職 2 か月

指導医は、申請する医師が厚生労働省にケースレポートを提出する際に、ケースレポートが、①申請する医師が十分診断、または治療に関与しており、②同時期の入院に関して、過去にケースレポートとして使用されていない事例であり、③更に、申請する医師に対して自身が十分に指導した、ということを実証する唯一の立場である。申請医が不適切な申請をするか否かは、指導医の責任である。指定医よりも重い責任と判断し、懲戒休職 2 か月とした。

【処分対象指定医 4 名】⇒ 懲戒休職 2 か月

上記の如く、指定医よりも指導医の責任を重く判断したものの、指定医は、不正に取得した精神保健指定医という立場で、措置入院、医療保護入院、身体拘束等の判定に関わった事実は消えない。検証の結果、判定の内容そのものには不適切な事例はなかったが、判定業務を行っていた事実は重く受けとめなければならない。その点を考慮に入れて、指導医と同様、懲戒休職 2 か月とした。

【処分対象指定医 1 名】⇒ 戒告

この事例は、先の 4 名と状況が大きく異なると判断した。この医師は、第一症例についての関わりが少ないと判断され、取り消し処分を受けた。この症例について検証した結果、処方箋の記録、及び教授回診時の、担当医としての説明等の記録を見ると、担当医として、ある程度症例に関わっていた事は認められる。ただし、担当医として求められる要件である“十分な関わり”の有無について判断すると、診療録上の記載

が少ない事は事実であり、この点についての注意が欠けていたと言わざるを得ない。ただし大学病院の様に、4、5名の医師が担当した場合、全員が診療録に記載するわけではないので、個々の医師にしてみれば、診療録の記載が少なくなることも否定しえない事実である。とは言え、この医師は、措置入院症例をケースレポートに使用すると考えていたならば、診療録に十分な記載をするように心がけるべきであった。

次に、この医師が使用した第7症例は、自身が担当していた症例であるが、過去にすでに2名の医師が使用した症例であり、しかもその事実を承知していた上でケースレポートに使用した。ただし、先の2名の医師は実際には担当していない症例を使用したものであり、使用する正当性は、むしろ当該医師にあると判断できるが、重複症例と取られかねない症例を使用した点は不注意であったと言わざるを得ず、本来ならば、他の症例を使用すべきであった。

以上の点を考慮し、不正の意思はなく、不注意によるものであり、他の指定医とは状況が大きく異なるという判断をし戒告処分とした。

【申請医3名】⇒ 懲戒休職1か月

今回の発端となった申請医3名であるが、先に述べた様に、指導医が十分指導していれば防げた事であり、適切な指導を受けることなく、不正な申請書類を作成した。指導者責任を重く見るが、不正に精神保健指定医の資格を得ようとした事実は免れないという判断をし、懲戒休職1か月とした。

(3) 処分年月日

平成27年8月7日

(4) 追加処分者に対する学内処分

なお、追加処分者のうち在籍している1名に対する学内処分については、今後先例にならって処分を決定する予定である。

3. 診療・教育体制の一新

精神保健指定医の資格取り消し処分を受けた者（対象申請医を含む）で本学在籍中であった17名のうち、平成27年3月以降、平成29年1月31日までに退職した者は11名である。一方、平成27年4月以降に新たに入職した者は、診療・教育体制の回復を図るべく招聘した神経精神科学教授をはじめとする9名で、そのうち精神保健指定医の資格を有している者は6名である。その結果、神経精神科学教室の体制としては、本件発覚以前から在籍していた者と合わせ、平成29年2月1日現在の在籍者は16名となっている。

しかしながら、神経精神科としては、診療・教育体制は一新されたものの、未だ十分な体制とは言い難い。

神経精神科としては、今後さらなる医師の確保に努めつつ、新たに着任した教授を中心として信頼回復に努める必要がある。もちろん、これは一診療科のみの努力によって出来ることではなく、大学全体の問題として、外部人材の登用に積極的に取り組むべきであると考ええる。

4. 本学の医療倫理教育の再検討

本件に関与した医師のほとんどが本学出身の医師であったことにより、本学における医療倫理教育について再検討し、また、臨床医学の面からの医療倫理教育に欠けるところはなかったか、早急に検証をおこなった。

そこで、今回の不祥事を受けて、専門医や公的な指定医申請に限らず、本学における卒前教育における倫理教育を再検証し、初年次教育の重要性を認識、医学生に必要とされる倫理観を養い、遵法精神教育を行うために、第1学年後期医療総論コース（必修）の中に、9コマの枠を設け、剽窃、論文の盗用等の学習倫理や研究不正に対する倫理教育を、カリキュラムの中に組み込んだところである。

また神経精神科においては、倫理教育を強化するために、新人医師を含めた医局員全員による勉強会等を定期的に開催し、また、精神保健指定医申請の際の、より具体的な予防策として、

- ① 一定期間内に若い医師が均等に十分な症例を経験できるようにするために、上級医や診療班の責任者は、経験すべき症例の担当医を明確に指示し、全員に周知徹底させる。
- ② 精神保健指定医の申請に関わる症例の管理は、医局（医局長）が一元管理することとし、申請に当たる不足症例を調整しつつ、申請医師に適切な症例を経験させる。
- ③ 精神保健指定医の申請に際しては、講座の責任者が最終チェックを行う。

5. 大学病院の各診療科に対する指導監督の再検討

本件は、神経精神科の管理体制に問題があったため、発生した事案である。大学病院長は、このことを教訓として、各診療科に対して以下の点について検証するよう指示し、具体的施策について事務部長に指示、立案させた。

- ① 各診療科における倫理・法令遵守の徹底
- ② 各診療科特有の法律上の資格についての把握
- ③ 各診療科における専門医等の資格取得に当たっての症例管理
- ④ 各診療科における専門医等の資格取得に当たっての支援体制

第11 おわりに

今回神経精神科の医師が起こした不正行為は、精神保健医療に対する国民の信頼の根幹を揺るがせかねない不祥事である。精神保健福祉法上の措置入院等は、精神保健指定医の判定が基礎となっており、精神保健医療は偏に医師への信頼によって成り立っている。今回の事件は、その信頼を根

底から裏切った行為であり、弁解の余地が無い。医師個人と患者との個別の信頼関係のみならず、精神保健行政に関わる人々に対する国民の信頼を損ねたことに関し、これらの医師を監督する立場にある本学、大学病院の責任は重いことを改めて深く反省するとともに、全教職員に対して今回の事例に対する反省点を周知徹底させている。

神経精神科は、本来内部で果たすべき教育・指導の責任を果たさず、規律の弛緩があった。神経精神科については、予防策において述べたとおり、教育、指導、診療科の運営と管理体制を抜本的に改革する目的で、指導体制の刷新を図ったところである。

大学病院としても、各診療科の教育・指導の実態を把握し、これが不十分であると判断するときは、倫理、法令遵守について院内全体の教育・診療科の指導を行うことが必要である。

本件は、精神保健医療に対する国民の信頼を毀損したばかりでなく、大学と大学病院の信用を深く傷つけた。本学のすべての教職員一人ひとりが自己の職務に対する姿勢を律し、本学、大学病院の信頼回復のために全力を注ぐ努力をしているところである。

