

神出病院における虐待事件等に関する調査報告書

【公表版】

令和 4 年 4 月

神出病院における虐待事件等に関する第三者委員会

本報告書は、当委員会が貴法人に提出した報告書について、公表用として、個人名にアルファベット又は甲～丁による仮名処理、法人名に黒塗りの処理を行ったものです。

本報告書は、与えられた時間及び条件のもとで、当委員会が可能な限り適切と考える調査によって入手できた資料に基づいて分析等を行った結果をまとめたものであり、今後新たな事実・資料等が判明した場合には、その内容が変更となる可能性があります。

神出病院における虐待事件等に関する第三者委員会

委 員	岡 山 多 寿
委 員	林 亜 衣 子
委員長	藤 原 正 廣
委 員	宮 軒 将
委 員	余 田 弘 子

調査補助者

弁護士	麻 野 宏 恵
弁護士	中 村 真
弁護士	松 谷 卓 也

(いずれも50音順)

目次

第1章 前提事実

第1節	調査の概要	1
第1	当委員会の概要	1
1	当委員会設置の経緯	1
2	当委員会の調査目的・調査対象	1
3	当委員会の構成	2
4	当委員会の独立性・中立性	3
第2	当委員会が実施した調査の方法	4
1	調査の方法	4
2	調査の期間	8
3	当委員会の開催状況	8
第3	本件調査の限界	8
第2節	兵庫錦秀会の概要	10
第1	沿革	10
第2	開設している施設	10
1	登記されている「目的及び業務」	10
2	施設の概要	10
第3	役員・評議員	11
1	役員数	11
2	理事	11
3	監事	11
4	評議員	11
第4	運営方法	11
1	兵庫錦秀会と錦秀会グループとの関係	11
2	兵庫錦秀会の運営方法	12
第3節	神出病院の概要	13
第1	病棟	13
第2	医師・看護要員等	14
1	院長	14
2	医師	14
3	看護要員	14

4	その他の専門職	1 5
第3	令和元年12月1日時点の患者数・看護要員数	1 5

第2章 事実調査の結果

第1節	虐待行為	1 6
第1	本件刑事事件被告人ら及び甲の虐待行為	1 6
1	前提となる事実	1 6
2	甲の虐待行為	1 8
3	被告人らの虐待行為	2 4
4	本件刑事事件の判決で認定された犯罪行為	2 8
第2	第2事件	3 4
1	第2事件に関する前提事実	3 4
2	第2事件に至る経緯	3 6
3	暴力行為の内容	3 7
4	丙看護師・被害患者の互いの謝罪状況	3 9
5	診療録・看護記録における記載	4 0
6	神出病院の対応	4 2
7	神戸市の対応	4 4
第3	その他の職員による虐待行為	4 4
1	概要	4 4
2	暴行・暴力行為等の身体的虐待行為	4 6
3	心理的虐待行為	5 6
4	性的虐待行為	5 8
5	その他	5 9
第2節	違法な行動制限	6 1
第1	前提となる法令等	6 1
1	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	6 1
2	規則	6 2
3	告示	6 2
4	実務運用	6 4
5	拘束時の「頻回に診察」の具体的回数に関する当委員会としての解釈	6 5
第2	指定医・医師の判断に基づかない違法な行動制限	6 5
1	違法隔離（ガムテープによる隔離）	6 5
2	違法拘束（「簡易拘束」と呼ばれていた様々な態様の拘束）	6 6

第3	違法な行動制限の医師による黙認	7 0
1	違法な隔離の医師による黙認	7 0
2	違法な拘束の医師による黙認	7 3
第4	指定医の指示のもとで行われた必要な基準を満たさない違法な行動制限等	7 4
1	カルテで確認した虐待事件発生当時の指定医の指示による行動制限の実施状況	7 4
2	隔離・身体的拘束時における，医師によるその他の違法，不適切な行為	7 9
第3節	患者に対するその他の不適切な対応	8 2
第1	違法・不適切な医療行為	8 2
1	たちばな苑からの違法な入院	8 2
2	医師としての応召義務違反，診察の懈怠	8 3
3	患者ごとに個別性のある診察を行っていなかった疑い	8 4
4	診察をせずに処方のみ書く又は処置を指示する行為	8 4
5	必要な医療を正当な理由なく受けさせなかったこと	8 5
第2	不適切な看護行為	8 7
1	違法なもの（施設基準遵守の偽装）	8 7
2	不適切なもの	8 7
第3	看護要員の暴言	9 1
第4	医師による患者への不適切な言動	9 2
1	患者に反省文のようにも見える書面を書かせる行為	9 2
2	患者へのからかい	9 2
第5	設備に関する問題点	9 3
1	はじめに	9 3
2	入浴施設に関する問題	9 5
3	給湯設備の機能不全	9 6
4	病棟内のカビ繁殖	9 8
5	病室の掃除不徹底の問題	1 0 0
6	エアコンの不具合の問題	1 0 0
7	タオル類等の不足による問題	1 0 1
8	ナースコール・非常ベルの故障	1 0 2
9	個室・保護室の絶対数の不足	1 0 3
10	診療室等の整備が十分でないこと	1 0 4
11	看護職員による配薬作業	1 0 4
12	酸素吸入等設備の不足	1 0 5
13	その他の設備上の問題	1 0 6

14	電子カルテの導入に関して・・・・・・・・・・・・・・・・	1 0 9
15	改善要望と設備の具体的な改善計画について・・・・・・・・	1 1 0

第3章 原因分析

第1節	本件刑事事件・違法隔離等の原因・・・・・・・・	1 1 2
第1	原因の概要・・・・・・・・	1 1 2
第2	在院患者数の目標が4 5 5名であったこと・・・・・・・・	1 1 3
1	在院患者数の実績値・・・・・・・・	1 1 3
2	内科疾患合併患者の積極的受け入れ・・・・・・・・	1 1 4
3	在院日数の長期化・・・・・・・・	1 1 6
4	たちばな苑入所者による在院患者の維持・・・・・・・・	1 2 2
5	A元院長の在院患者数維持に対する執着・・・・・・・・	1 2 3
第3	在院患者数4 5 5名を維持しようとした理由ー利益至上主義・・・・・・・・	1 2 5
1	B前理事長の指示・・・・・・・・	1 2 5
2	B前理事長が患者数にこだわったことによって得た利益・・・・・・・・	1 2 6
3	A元院長が在院患者数（病床利用率）にこだわった理由・・・・・・・・	1 3 2
第4	患者の年齢・病態の変化・・・・・・・・	1 3 5
1	新規入院患者数の変化・・・・・・・・	1 3 5
2	死亡退院者数の推移・・・・・・・・	1 3 5
3	患者の年齢層の変化・・・・・・・・	1 3 6
4	入院患者の精神疾患の種類の变化・・・・・・・・	1 3 7
5	患者の病態の変化による看護現場への影響・・・・・・・・	1 3 8
6	看護の負担の増加・・・・・・・・	1 3 9
第5	経費節減が看護に及ぼした影響・・・・・・・・	1 3 9
1	経費の節減・・・・・・・・	1 3 9
2	設備の不備等による看護の負担増・・・・・・・・	1 4 0
第6	看護要員に関する問題・・・・・・・・	1 4 2
1	看護要員数と構成（看護要員数の実質的な不足）・・・・・・・・	1 4 2
2	資質・能力の問題・・・・・・・・	1 4 4
3	看護要員のストレスの増加・・・・・・・・	1 4 5
第7	医師の資質の問題・・・・・・・・	1 5 1
1	医師の資質・意欲の低さ・・・・・・・・	1 5 1
2	医師の対応が看護師へ与えた悪影響・・・・・・・・	1 5 7
第8	職員の患者への問題行為に対する対応の不備・・・・・・・・	1 5 8
1	医師からの意見具申に対する対応・・・・・・・・	1 5 8

2	患者への暴行に対する対応	1 5 9
第9	患者の人権を考慮しない看護行為の定着	1 5 9
1	効率化の優先	1 5 9
2	看護記録の記載	1 6 2
3	不適切看護	1 6 3
4	神戸市の実地指導時の対応	1 6 4
第2節	分析	1 6 5
第1	総論	1 6 5
第2	本件刑事事件がB4病棟で発生した原因について	1 6 6
1	B4病棟の患者の特質	1 6 6
2	B4病棟看護要員の業務量	1 6 6
3	B4病棟の役職者の資質・能力	1 6 8
4	考察	1 6 9
5	結論	1 7 4
第3	第2事件の発生原因について	1 7 5
第4	その他の問題行為の発生原因について	1 7 7
1	暴言の原因	1 7 7
2	ガムテープ隔離について	1 7 8
第5	「簡易拘束」その他不適切看護の原因について	1 7 8
1	「簡易拘束」の原因	1 7 8
2	不適切看護の原因	1 7 9
第3節	兵庫錦秀会の経営陣の問題	1 8 0
第1	はじめに	1 8 0
第2	兵庫錦秀会の経営陣の倫理観・責任感の欠如	1 8 0
1	B・A・C体制の問題点	1 8 0
2	理事が経営に無関心であったこと	1 8 1
3	理事の大半は神出病院にきたことすらなかったこと	1 8 2
4	理事会が年1回、30分しか開催されていなかったこと	1 8 3
5	監事の責任が果たされていないこと	1 8 6
6	B前理事長への役員報酬の支払	1 8 6
7	B家への役員報酬の支払	1 8 8
第3	事実を解明しようとする意思の欠如	1 9 0
1	本件刑事事件発覚後の兵庫錦秀会の対応	1 9 0
2	危機管理委員会の設置	1 9 3

3	危機管理委員会の運営状況	196
4	危機管理委員会を設置した意図	197
5	兵庫錦秀会と当委員会との調査委託契約の締結・履行状況	198
6	第三者委員会を設置した意図	200
第4	神戸市・兵庫県の対応の問題点	201
1	行政の対応状況の検討	201
2	神戸市の対応の杜撰さ	201
3	兵庫県の対応の朴拙さ	204

第4章 再発防止策の提言

第1節	看護・医療に関する提言	207
第1	看護部門について	207
1	看護管理体制について	207
2	人員配置について	207
3	適切な看護行為について	208
4	プライバシー配慮について	210
5	看護観察や記録について	210
6	感染対策について	211
7	研修・教育について	211
8	設備改善について	212
9	行動制限（隔離・身体拘束）について	212
10	精神科看護に内在するストレスから看護要員を守るために	214
11	患者との信頼関係の構築	214
12	ミスを支えるリスクマネジメントへの転換	215
第2	医師について	215
1	診療に対する姿勢を改める	215
2	チーム医療のリーダーとして積極的な現場指揮をとる	215
3	積極的な診察	215
4	患者の退院促進に向けたチーム医療の取り組み，整備	215
5	患者の退院促進のための治療内容のシフトチェンジ	216
6	指定医が役割を果たすこと	216
7	行動制限に関する院内基準の作成，実施及び浸透	217
8	管理部門の役職者変更	218
9	院長以外の常勤医に明確な役割と責任を持たせること	218
10	勉強会・研修・学会	218

11	他の職種の教育を担うこと	2 1 9
12	チーム医療の実践	2 1 9
第2節	看護・医療以外の提言	2 2 1
第1	法人としての被害者に対する謝罪, 賠償金の支払い, 示談	2 2 1
1	本件刑事事件	2 2 1
2	第2事件	2 2 1
第2	本件刑事事件に関する法人としての総括, 全職員への説明	2 2 2
第3	これまで発覚した患者への虐待, 不適切行為を行った職員等の然るべき処分, 措置	2 2 2
1	行為者の懲戒処分	2 2 2
2	教育	2 2 3
3	人事処分	2 2 3
4	幹部, 経営陣の責任	2 2 3
第4	今後発覚する虐待, 不適切行為への対処方法に関する文書化した基準の作成と周知	2 2 4
第5	労務管理, 人事適正化	2 2 4
1	労務管理	2 2 4
2	人事	2 2 5
3	労務管理部長	2 2 5
第6	錦秀会グループとの取引の適正化	2 2 5
第7	設備の改善	2 2 5
第8	理事報酬等の支給停止・返還請求	2 2 6
1	理事報酬, 評議員報酬, 保証料, 交際費の支給停止	2 2 6
2	理事報酬, 保証料, 交際費の返還請求	2 2 6
3	D1理事に対する法的根拠を欠く報酬支払がなされた経緯の究明, 責任追及	2 2 9
第9	理事会, 評議員会の適正化	2 2 9
1	理事, 評議員の選任方法	2 2 9
2	監事の選任方法	2 3 0
3	理事会, 評議員会の開催	2 3 0
第10	各年度の事業計画, 中長期的な経営計画の立案, 各年度の事業報告・監査	2 3 1
第11	調査不十分な問題を含めた他の問題の徹底的な調査, 改善対応	2 3 1
第12	内部通報制度の改善	2 3 1
第13	パワーハラスメントに関する通報窓口の設置を含む制度の整備	2 3 1
第14	第2事件に関する改善計画書の提出	2 3 2

第 15	改革のための権限付与・・・・・・・・・・・・・・・・	232
第 16	本調査報告書の提言に対応する改善計画の速やかな公表と改善した内容の公表（改善経過の可視化，透明化によるステークホルダーの信頼回復）・・・・・・・・	232

第 5 章 結語

・・・・・・・・ 234

別紙	1	設備の問題点・改善要望に関するアンケート回答結果一覧
	2	看護部 お湯について
	3 の 1	各病棟の温水の供給状況
	2	各病棟の湯音の測定結果
	4	看護部 空調について
	5	B 前理事長の役員報酬・保証料・交際費の集計表
	6	兵庫錦秀会収支一覧（平成 11 年 3 月期～令和 2 年 3 月期）
	7 の 1 ～ 10	病名統計（平成 23 年～令和 2 年）
	8	患者数・看護要員数
	9	危機管理委員会 議題
	10	ガムテープ隔離の再現状況（写真）

第1章 前提事実

第1節 調査の概要

第1 当委員会の概要

1 当委員会設置の経緯

令和2年3月4日、医療法人財団兵庫錦秀会（以下「兵庫錦秀会」という。）が開設する神出病院の看護師及び看護助手合計6名が入院患者に対する準強制わいせつ、暴力行為等処罰に関する法律違反、監禁容疑で逮捕され（以下「本件刑事事件」という。）、連日にわたって報道されることになった。この事件は、虐待行為の態様の悪質性から、社会に大きな衝撃を与えた。

本件刑事事件を契機として実施された神戸市保健所の実地指導において、神出病院では感染症発生時に病室のドアにガムテープを貼って患者が室外に出ることを妨げていたこと（以下「ガムテープ隔離」という。）も発覚したうえ、令和3年5月20日には看護師の患者に対する暴行事件（以下「第2事件」という。）が発生した。

兵庫錦秀会は、これらの事件等に対して、当初は内部調査のみで対応しようとしていたが、本件刑事事件の重大性から、そのような対応は社会の理解を得られるものではなかった。神戸市からの改善命令によって第三者委員会の設置が求められていたことや、令和3年6月1日に神出病院の院長に就任したG医師の判断に基づいて、兵庫錦秀会は同年9月24日になって神出病院における虐待事件等に関する第三者委員会（以下「当委員会」という。）を設置することになった。

本件刑事事件で6名の職員が逮捕されてから当委員会が設置されるまでに1年半以上もの期間を要しており、当委員会設置後においても、円滑に調査を進めることはできなかった（その詳細は、第3章、第3節、第3、5のとおり。）。これらの事情は、本件の背景事情となった兵庫錦秀会の問題の根深さを反映したものである。

2 当委員会の調査目的・調査対象

(1) 当委員会の調査（以下「本件調査」という。）の目的は、以下の事項に関する事実調査、原因分析、再発防止策・改善策の提言である。

- ① 神出病院の職員の患者に対する虐待行為（本件刑事事件及び第2事件を含むが、これらに限らない。）
- ② 神出病院の患者に対する不適切な隔離（ガムテープ隔離を含むが、これに限らない。）
- ③ ①②の他に神出病院における患者に対する不適切な対応の有無

当委員会は、上記の調査目的を達成するために、上記の調査対象事項に関する事実関係に限らず、経緯、動機、背景及び類似案件の存否、内部統制、コンプライアンス、ガバナンス上の問題点、企業風土、病院の施設・設備等も調査対象としている。

なお、当委員会は、事案の重大性に鑑み、兵庫錦秀会との間で、当委員会に対して報道機関から求めがあったときは、調査報告書の内容を開示して説明することができること、兵庫錦秀会は、当委員会の調査報告書における再発防止策及び改善提案を可及的に実行するよう努め、定期的にその実行状況を開示するとともに、それを実行しないときは、その理由を開示しなければならないことを合意している。

- (2) 当委員会は、調査の対象となる事実の時間的範囲を限定しておらず、当委員会が必要と判断する時点まで遡って調査を行った。

また、本件刑事事件及び第2事件以後の事情についても、兵庫錦秀会の対応に問題があったと考えられる点は本報告書で指摘している。

- (3) 一方で、本報告書にはG院長就任後の改善の取組成果は記載していない。これは、当委員会の調査は、神出病院が再発防止及び改善を行う前提となる問題点の解明を目的としていることによるものである。

本件刑事事件後の神出病院の状況が何ら改善されていないわけではない。G院長就任後に、「自分の家族を入院させたいと思える病院作り」を目標として、病棟でのカンファレンスの実施、虐待防止チェックリストの作成・運用、患者の家族に対する「あんしんレター」の送付、外部研修への参加などの取り組みが行われており、改善の成果が現れている部分も存在する。改善のための取組状況・成果は、神出病院が随時自発的・積極的に公表し、それによって信頼回復に努めるべきものである。

3 当委員会の構成

(1) 委員

当委員会の委員は以下のとおりである（50音順）。

岡山 多寿（医療法人財団光明会 明石こころのホスピタル副院長・看護部長）
林 亜衣子（弁護士 神戸A I 法律事務所）
藤原 正廣（委員長 弁護士 京町法律事務所）
宮軒 将（医療法人実風会 新生病院 院長）
余田 弘子（学識経験者・看護師）

委員は、いずれも神戸市が兵庫錦秀会からの依頼に基づいて兵庫錦秀会に推薦した者であり、委員の人選に兵庫錦秀会は全く関与していない。

神戸市は、委員を推薦するにあたって、精神科医及び精神科病院の看護師を含めることが相当であると判断し、精神科医の人選について一般社団法人兵庫県精神科病院協会に、看護師の人選について公益社団法人兵庫県看護協会に、それぞれ推薦を依頼し、宮軒將委員及び岡山多寿委員の推薦を受けている。神戸市はその推薦に基づいて兩名を兵庫錦秀会に推薦を行ったものである。

(2) 調査補助者

当委員会は、本件調査を補助させるために、以下の者を調査補助者として選任した（５０音順）。

弁護士 麻野 宏恵（くすのき法律事務所）

弁護士 中村 真（方円法律事務所）

弁護士 松谷 卓也（神戸明石町法律事務所）

(3) 事務局

当委員会は、兵庫錦秀会に対し、事務局の設置及び事務局担当者と兵庫錦秀会との間で厳格な情報隔壁を設けることを求め（日本弁護士連合会の企業等不祥事における第三者委員会ガイドライン（以下「日弁連ガイドライン」という。第３．１．③参照）、兵庫錦秀会は、E１（神出病院事務長）を事務局担当者と定めた。

4 当委員会の独立性・中立性

宮軒將委員が院長を務める新生病院、岡山多寿委員が副院長・看護部長を務める明石こころのホスピタルは、それぞれの医療機関を退院する患者の一定数を神出病院に転院させており、神出病院と全く無関係であるとは言えない。しかしながら、両委員は、一般社団法人兵庫県精神科病院協会及び公益社団法人兵庫県看護協会が適任であると判断して神戸市に推薦したものであり、両委員の独立性及び中立性は、一般社団法人兵庫県精神科病院協会及び公益社団法人兵庫県看護協会の推薦によって担保されていると考えることができる。

その余の委員及び調査補助者については、その人選の経緯は前述したとおりであって兵庫錦秀会とは全く無関係であり、独立性・中立性に問題はない。

第2 当委員会が実施した調査の方法

1 調査の方法

当委員会は、以下の方法で調査を行った。

- (1) 本件刑事事件の判決文の閲覧, 弁護人からの守秘義務に違反しない範囲内での情報提供
- (2) 第2事件の監視カメラによる録画映像の視聴
- (3) 神出病院の内部資料の精査

当委員会が兵庫錦秀会から提出を受けた資料のうちの主要なものは以下のとおりである。

寄附行為, 理事会議事録, 評議員会議事録, 決算書, 建物図面, 配管図面, 固定資産台帳, 法人税申告書, 錦秀会本部に提出していた月次決算資料, 就業規則, 退職金規程, 人事台帳, 労働者名簿(退職者分を含む。), 医師との雇用契約書, 賃金台帳, 労働基準監督署の指導書・改善報告書, 医師の勤務シフト表, 看護師の勤務シフト表, 630調査の報告書, 看護手順等のマニュアル, 看護管理日誌, 過去に実施した研修の資料, 行動制限最小化委員会議事録, 行動制限に関する一覧性台帳, 院内感染対策委員会議事録, 医療安全管理委員会議事録, リスクマネジメント委員会議事録, 運営会議議事録, 虐待防止委員会議事録, 改善委員会議事録, 再生委員会議事録, 危機管理委員会議事録, その他本件刑事事件後の対応に関する資料

- (4) 神出病院の現地調査

当委員会は、神出病院において、本件刑事事件の現場となったB4病棟を視察した他、全病棟の病室・看護師詰所・浴室等の現状の確認、食事の提供状況の確認、ガムテープ隔離が行われていた状況の再現を行った。

また、シャワーや温水栓から温水が出にくいとのアンケートの回答結果が多かったことから、その実態を確認するため、水洗蛇口を開けてから温水が出るまでの時間の計測等を行うとともに、ボイラー製造業者に対して給湯配管の状況の調査を依頼し、その調査に立ち会った。

- (5) アンケート

当委員会は、以下の者にアンケートを実施した。

- ① 令和3年10月15日時点での神出病院での在職者全員221名・たちばな苑へ異動した看護師3名の合計224名 回答者168名(回収率75%)
- ② 平成30年以後の退職者のうちの正看護師・准看護師・看護助手(本件刑事事件及び第2事件の加害者, その他に虐待行為の疑いがあり聴取対象とすることを予定していた者, 退職時の住所に送付したが宛てどこに尋ねあたらずで返送された者を除く。)73名 回答者16名(回収率21.9%)
- ③ 錦秀会グループからの応援で神出病院に派遣されていた看護師等16名 回答者6名(回収率37.5%)

在職者に対するアンケートの回収率は、神戸市が当委員会設置前に２回にわたって実施したものよりも高くなっているが、回答者の就職時期や配置されていた病棟、回答にあたっての真摯さ等の違いによって回答内容にばらつきがあり、集計結果から何らかの判断を行うことは困難であると考えられたため、具体的な事情を記載している部分のみを事実認定に使用している。

(6) ヒアリング

ア 面談が実施できた者

(ア) 在職の看護要員

当委員会は、在職している正看護師・准看護師・看護助手（以下、これらを併せて「看護要員」という。）について、在職者へのアンケート結果及び在職年数に基づいてヒアリングの対象者を選定し、以下のとおり、合計６７名の看護要員からヒアリングを実施した。また、そのうちの１６名については、１回目のヒアリング後に判明した事情に基づいて２回目のヒアリングを実施した。

- ① 勤務中の正看護師４７名（うち、２回聴取した者１２名）
- ② 勤務中の准看護師６名（うち、２回聴取した者２名）
- ③ 勤務中の看護助手１４名（うち、２回聴取した者２名）

(イ) 本件刑事事件・第２事件の関係者

本件刑事事件及び第２事件の加害者のうち、以下の者のヒアリングを行った。

① 本件刑事事件の被告人

- ・乙１，乙２，乙３（この３名は、刑務所に服役中であるため、収容先の刑務所で面会した。乙１，乙２については、書面による質問も行っており、回答書が返送されている。）
- ・乙４，乙５（いずれも執行猶予中）

② 第２事件の加害者 丙

③ 当委員会は、本件刑事事件の被害者に対して面談を行いたいことを神出病院に申し出たが、被害者の精神状態等に悪影響が生じるおそれがあるというＧ院長の判断により、面談は実現しなかった。

当委員会は、本件刑事事件の被害者２名（いずれも故人）の家族に対して電話によるヒアリングを実施している。

(ウ) 役員・幹部職員

- ① 兵庫錦秀会の理事５名（Ｆ理事長，Ｇ常務理事（神出病院管理者），Ｈ（神出病院前院長），Ｉ，Ｄ１）
- ② 兵庫錦秀会の評議員２名（Ｊ（神出病院元院長），Ｋ）
- ③ 院長補佐 Ｌ

④ 西神看護専門学校 M学校長

⑤ 人事労務部長 N

⑥ 事務部課長 E 2

⑦ 経理部主任 E 3

(エ) 看護要員以外の医療従事者

① 在職中の医師（精神保健指定医） O 1（副院長），O 2，O 3，O 4，
O 5，O 6

② 精神保健福祉士 7名

③ 薬剤師 1名

(オ) 退職者

① 甲（看護師。同人は、1回目の聴取には応じたが、他の者の聴取結果を踏まえて2回目の聴取を行うための呼び出しを試みたところ、委員の電話番号を着信拒否に設定する等して呼び出しに応じなかった。）

② 前看護部長 P

③ 元看護師 3名

④ 退職した医師（精神保健指定医） 2名

⑤ 元事務部部长 2名 C，Q

(カ) その他

兵庫県精神医療人権センター 共同代表代行

公益社団法人兵庫県精神福祉家族会連合会 会長

イ 面談を求めたが、面談が実現しなかった者

① 本件刑事事件の被告人 乙 6

同人は、執行猶予中であり、当委員会から面談を求める文書を送付したが、何の連絡も受けられず、面談は実現しなかった。

② 前理事長 B

B前理事長は、当委員会設置直前である令和3年9月17日に辞任し、その後、B前理事長自身が被疑者となった別件の刑事事件で逮捕・起訴され、保釈されているものの、保釈条件に基づいて東京に居住している。当委員会は、B前理事長との面談の場を設定するよう、I理事（医療法人■■■■現理事長，弁護士。以下「I弁護士」という。），B前理事長の弁護人であり兵庫錦秀会の元監事であるR1弁護士，妻であるD1理事に依頼したが、いずれの者からも協力を得られなかった。

当委員会は、B前理事長に対して直接電子メールを送信して面談を求めたが、これにも返信はなかった。

③ 元院長 A

当委員会からの面談要請に対して、面談には応じないが、書面での質問には回答するという連絡があったことから、書面で質問事項を送付し、回答書の返送を受けている。

④ 元看護部長 S

事務局担当者等が面談を求めて架電したが、面談を拒否され、電話連絡を行うこと自体も拒否されるようになったとのことであった。当委員会の委員からも架電したが、応答してもらえず、面談は実現しなかった。当委員会から面談を求める文書と質問状を送付したところ、書面による回答が行われた。

⑤ 退職した看護師2名 丁12, T

上記の者は、虐待行為や過去の不適切看護に深く関係していると考えられることから、面談を求めたが、何の連絡も受けられなかった。

(7) 神戸市市民福祉調査委員会・精神保健福祉専門分科会の令和2年度開催分の議事録・資料の閲覧、同分科会令和3年度第1回の傍聴

(8) 神戸市・兵庫県に対する公文書公開請求

神戸市保健所の実地指導等の記録、兵庫錦秀会が兵庫県に提出した事業報告書、兵庫県の医療法人の運営等に関する立入調査の記録等を公文書公開請求によって入手し、内容を精査した。

(9) 兵庫県精神科病院協会精神医療適正化委員会の報告書の検討

(10) カルテ・看護記録の閲覧

以下の患者のカルテ・看護記録等の閲覧を行った。

① 本件刑事事件及び第2事件等の被害者合計11名

② 行動制限が長期間継続している患者3名

③ 喉詰めにより急死した患者4名

④ 兵庫県精神科病院協会精神医療適正化委員会が実地調査時に閲覧した身体拘束・隔離を受けている患者各3名

⑤ 神出病院に本件刑事事件前から勤務している○1医師（副院長）・○2医師・○3医師・○4医師が担当する患者で行動制限の対象となった経験を有する者（令和元年以前からの患者）4名

(11) 書面による照会

① 元院長 A

② 前看護部長 S

③ 元医師（精神保健指定医）

④ 第2事件被害者の保佐人

⑤ 兵庫錦秀会の監事 U

書面による照会に対し、令和4年4月15日になって回答書が返送された。

⑥ 兵庫錦秀会の理事 D2

兵庫錦秀会の評議員 D 3, D 4

これら3名は、B前理事長の子であるが、書面による照会に対して、回答書は返送されなかった。

(12) 電話による照会

- ① 兵庫錦秀会の元監事 R 1 (弁護士)
- ② 元助手1名

2 調査の期間

当委員会による調査は、令和3年10月2日から令和4年3月30日まで実施した。

ただし、兵庫錦秀会による当委員会の委員への報酬の不払い等によって調査の継続を断念せざるを得ないことが見込まれたため、令和3年12月2日から同月23日までの間は調査を中断している。

3 当委員会の開催状況

- 第1回 令和3年 9月24日 (於 神出病院)
- 第2回 令和3年10月27日 (於 京町法律事務所)
- 第3回 令和3年11月16日 (於 神出病院)
- 第4回 令和3年12月21日 (於 京町法律事務所)
- 第5回 令和4年 2月23日 (於 京町法律事務所)
- 第6回 令和4年 2月28日 (於 京町法律事務所)
- 第7回 令和4年 3月14日 (於 京町法律事務所)
- 第8回 令和4年 3月27日 (於 京町法律事務所)

なお、神戸市から当委員会を傍聴したいとの要望があり、当委員会の承認に基づいて、第4回から第7回までは神戸市健康局保健所担当課長（精神保健福祉）Vが傍聴している。

第3 本件調査の限界

当委員会が設置された時点で6名が逮捕されてから1年6か月以上が経過していた。その間に約50名の看護要員が退職しており、退職者からの事情聴取は困難となっていた。在職者については聴取が可能であったものの、時間の経過によって記憶が希薄化している上に、本件刑事事件に関する多くの情報がインターネット上で氾濫していたことによる記憶の混乱も見られ、信用性の高い供述を得ることは容易ではなかった。また、神出病院において患者への不適切な対応を行っていた者は6名の刑事被告人に限られるものではなく、多くの職員が不適切な看護・身体拘束等にかかわっていたが、

自身が行った不都合な行為について供述することを拒んでいると考えられる者も少なくなかった。

また、兵庫錦秀会では、文書の整理・保存が適切に行われておらず、法定備置書類である理事会議事録の保管すら適切に行われていない状態であったし、意図的に文書の提出を拒んでいると考えざるを得ない幹部職員もあり、本件調査のために必要な資料を入手することも困難であった。

これらの事情により、当委員会としては、本来得られるべき証拠が入手できないことによって認定することができなかった事実が少なからず存在していると考えざるを得ず、本件調査によって全ての事実が解明されたことにはならない。

第2節 兵庫錦秀会の概要

第1 沿革

神出病院は、昭和38年1月に開設された個人経営の精神科病院であったが、昭和58年2月に医療法人財団幸生会が設立されて同法人の運営となった。

医療法人財団幸生会は、平成4年4月に看護師の養成機関である西神看護専門学校を、平成8年5月に介護老人保健施設たちばな苑をそれぞれ開設している。

医療法人財団幸生会の経営権は、資金繰りの悪化によって錦秀会グループに譲渡され、平成10年8月29日にBが理事長に就任し、平成11年10月18日に医療法人財団兵庫錦秀会に名称を変更した。

第2 開設している施設

1 登記されている「目的及び業務」

兵庫錦秀会の「目的及び業務」は以下のとおり登記されている。

病院及び介護老人保健施設を経営し、科学的でかつ適正な医療及び疾病・負傷等により寝たきりの状態等にある老人に対し、看護、医学的管理下の介護及び必要な医療等を普及することを目的とする。

開設する病院及び介護老人保健施設の名称及び開設場所

① 医療法人 財団 兵庫錦秀会 神出病院

神戸市西区神出町勝成78番地の53

② 医療法人 財団 兵庫錦秀会 介護老人保健施設 たちばな苑

神戸市西区神出町勝成78番地の53

前条に掲げる病院及び介護老人保健施設を経営するほか、次の業務を行う。

③ 看護師養成所の経営

2 施設の概要

兵庫錦秀会の主たる事務所は神戸市西区神出町勝成78番地の53にあり、同所に、神出病院、介護老人保健施設たちばな苑、看護師養成所である西神看護専門学校が設置されている。

神出病院は、病床数465床（すべて精神病床）、標榜科目は精神科・神経科・心療内科・内科である。

介護老人保健施設たちばな苑の定員は90名（うち、ショートステイ10名）であり、たちばな苑の管理者は神出病院の管理者が兼務している。

西神看護専門学校は、入学時入学定員は40名（平成29年度までは60名）で、3年制である。

第3 令和2年4月1日時点の役員・評議員

1 役員数

兵庫錦秀会は、寄附行為において、6名以上9名以内の理事（うち、理事長1名、常務理事1名）、監事2名、評議員8名以上11名以内を置くとしている。

令和2年4月1日時点で、理事8名、監事2名、評議員8名が選任されていた。

2 理事

理事8名の中から理事長、常務理事1名が選任されており、理事長は平成10年8月29日以降はBであった。Aは平成22年7月1日に神出病院の管理者（院長）として理事となり、平成24年6月以後は常務理事であった。

令和2年4月1日時点における理事長・常務理事以外の理事6名のうち、2名はB前理事長の妻（D1）と子（D2）、3名は錦秀会グループの医療機関の医師、1名は弁護士であった。理事のうち5名は医師であるが、精神科医は神出病院の管理者であるAのみであった。

3 監事

監事は、平成15年5月1日に選任されたR1弁護士と平成18年3月1日に選任されたU税理士が務めていたが、R1弁護士は令和2年3年21日に退任し、同日付でW公認会計士が就任している。

4 評議員

令和2年4月1日時点の評議員8名の内訳は、B前理事長の子1名（D3）、錦秀会グループの医師・事務職員4名、同グループ外の医療機関の医師1名、企業役員1名、弁護士1名であった。

第4 運営方法

1 兵庫錦秀会と錦秀会グループとの関係

兵庫錦秀会は、B前理事長が率いる錦秀会グループに属している。錦秀会グループには、グループの中核である医療法人■■■■の他に、医療法人■■■■、医療法人財団兵庫錦秀会、社会福祉法人■■■■、学校法人■■■■などがあり、系列病院数は12病院、系列介護施設は14施設、系列看護教育施設は3施設、系列訪問看護施設は3施設、グループ合計病床数は約6000床と言われている。週刊東洋経済2022.2.19号に掲載された「医療法人売上高ランキング」によると、医療法人■■■■の売上高は約299億円であり、売上高で全国18位とされている。

錦秀会グループには、株式会社■■■■、株式会社■■■■、株式会社■■■■などの関連法人があり、兵庫錦秀会は、薬品や医療材料、給食材料等の仕入れの大半をそれらの関連企業を通じて行っている。

兵庫錦秀会は、錦秀会グループが毎月開催している運営会議や事務長会などに出席し、月次決算の報告等を行っていたが、本件刑事事件前は、兵庫錦秀会の決算数値は良好

であったことから、錦秀会本部から事務系の幹部職員が派遣されて兵庫錦秀会が開設する施設の経営に直接関与することではなく、錦秀会本部は決算数値と病床利用率の数値以外には兵庫錦秀会の実態に関する十分な情報を得ていなかった。錦秀会本部と兵庫錦秀会との関係は、B前理事長が兵庫錦秀会から多額の役員報酬を受領したり、株式会社[]等の関係会社との取引が事実上強制されていたりしたという程度の関係にとどまっていた。

2 兵庫錦秀会の運営方法

- (1) 兵庫錦秀会は、介護老人保健施設たちばな苑の建物の5階に設置されている法人本部において、神出病院・介護老人保健施設たちばな苑・西神看護専門学校の3施設を合わせた法人全体の総務・人事・経理に関する事務を行っており、各施設の事務部門には人事や経理に関する権限は与えられていなかった。

兵庫錦秀会では、各部門の責任者が出席して毎月運営委員会を開いていたが、A元院長の発言の他は、各部門からの事務連絡が行われるだけであり、出席者間で意見交換が行われることはなかった。

- (2) 錦秀会グループでは、毎月、傘下の施設の責任者が出席して事務長会・本部運営委員会が開かれており、兵庫錦秀会からはA元院長、C前事務部部长らが出席していた。これらの会議においては、各施設の前月の収支状況を報告することになっていたし、事務長会では100万円以上の支出について支出理由の報告を行うことになっていた。

- (3) B前理事長は錦秀会本部で執務しており、兵庫錦秀会を訪れることは殆どなかった。兵庫錦秀会における支出の決裁権限を定めた規定は存在しないが、B前理事長の承認なしに支出できることができる金額は極めて限られたものであり、A元院長は、同人の支出権限は5万円までであったと説明している。兵庫錦秀会では、開始時期は不明であるが、オンライン上でB前理事長の決裁を受けることになっていたし、事務部部长が毎月月末近くに錦秀会本部を訪問してB前理事長と面談し、月次の経営状況を説明して各種の支払いについて承認を得ることが行われていた。

第3節 神出病院の概要

第1 病棟

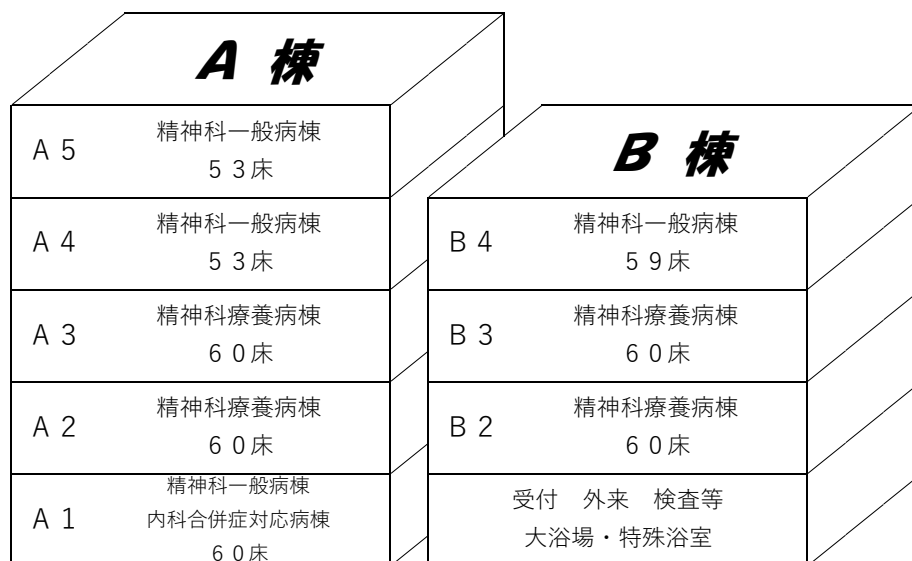
神出病院は、昭和62年に建築されたB棟（4階建）と平成17年に増築されたA棟（5階建）からなり、両棟は廊下で接続している。

B棟1階には外来の診察室等が設けられている。A棟の1階～5階、B棟の2階～4階が入院患者用の病棟となっており、A棟の1階～5階がA1病棟～A5病棟、B棟の2階～4階がB2病棟～B4病棟と呼ばれている。

本件刑事事件当時の各病棟の内訳は以下のとおりであり、病床数465床のうち、一般病棟が4病棟・225床（うち保護室5床）、療養病棟が4病棟・240床である。

病棟名	開放・閉鎖の別	一般・療養の別	定床数	うち保護室
A 1	開放	一般	60	
A 2	閉鎖	療養	60	
A 3	閉鎖	療養	60	
A 4	閉鎖	一般	53	1
A 5	閉鎖	一般	53	3
B 2	閉鎖	療養	60	
B 3	閉鎖	療養	60	
B 4	閉鎖	一般	59	1

なお、本件刑事事件後、事件現場となったB4病棟は閉鎖されており、現時点での一般病棟は、3棟・病床数166床になっている。



第2 医師・看護要員等

1 院長

神出病院の平成18年以降の院長は以下のとおりである。

- ① 平成18年5月～平成22年6月 J (精神保健指定医)
- ② 平成22年7月～令和3年2月 A (精神保健指定医)
- ③ 令和3年3月～令和3年5月 H (内科医)
- ④ 令和3年6月～ G (精神保健指定医)

2 医師

医師の平成28年以降の毎月末日時点の人数の推移は以下のとおりである。院長の下に、副院長、医局長が置かれている。

	常勤			非常勤		
	精神科医	うち精神保健指定医	内科	精神科医	うち精神保健指定医	その他の科
平成28年	5	4	1	2	2	10
平成29年	5	4	1	2	2	10
平成30年	6	5	0	3	2	10
令和元年	7	7	0	2	2	10

3 看護要員

- (1) 看護要員の平成27年度以降の毎月8月末時点の人数の推移は以下のとおりである。

	正看護師		准看護師		看護助手		計
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
平成27年	97	1	23	3	66	2	192
平成28年	98	1	22	4	66	2	193
平成29年	95	2	21	2	63	4	187
平成30年	90	2	24	2	64	4	186
令和元年	92	2	20	2	58	1	175

(2) 看護部長

看護部長には、平成21年6月からSが就任しており、同人が平成30年2月に退職した以降は看護部長が置かれておらず、X1が看護部長代理として、看護部門の責任者となっていた。

令和3年6月に就任したG院長は、同年8月、空席のままとなっていた看護部長にPを招聘したが、同人は同年12月に退職しており、その後は、再び、X1（本件刑事事件に関連して令和2年6月に課長に降格となっている。）が看護部門の責任者となっている。

4 その他の専門職

神出病院には、平成30年10月時点で、以下の医療専門職が勤務していた。

介護福祉士	20名（常勤18名）
薬剤師	7名（常勤は3名）
放射線技師	3名（いずれも非常勤）
臨床検査技師	1名（常勤）
作業療法士	9名（いずれも常勤）
精神保健福祉士	10名（いずれも常勤）

なお、この時点で、臨床心理士は勤務していなかった。

第3 令和元年12月1日時点の患者数・看護要員数

本件刑事事件は令和元年12月に乙1が神出病院外での強制わいせつ事件で逮捕されたことがきっかけとなって発覚しているが、同月1日時点での病棟毎の在院患者数・看護要員数は以下のとおりであり、定数465名に対して459名が在院しており、保護室5床を除いた460床に対する病床利用率は99.78%であった。

病棟名	患者数（定床数）	正看護師	准看護師	看護助手
A1	60（60）	15	2	6
A2	60（60）	8	4	9
A3	60（60）	6	4	11
A4	51（53）	16	1	5
A5	50（53）	14	4	4
B2	60（60）	7	3	9
B3	60（60）	7	3.5	9
B4	58（59）	17.3	1	6

第2章 事実調査の結果

第1節 虐待行為

第1 本件刑事事件被告人ら及び甲の虐待行為

本節では、本件刑事事件の被告人である乙1、乙2、乙3、乙4、乙5、乙6（以下6名を合わせて「被告人ら」という。なお、乙1は看護助手であり他の5名は看護師である。）及び令和2年8月に神出病院を退職した看護師である甲による患者への虐待行為について、当委員会としての事実認定を記載する。

甲の虐待行為を本節で述べるのは、被告人らがB4病棟配属となった後、既にB4病棟にいた複数の職員ら、中でも特に甲が患者に対する虐待行為及び不適切な看護を行っていることを目撃し、それに影響を受けて被告人らも患者に対して虐待行為を行うようになったと認められるためである。このことについては、被告人らが自ら甲の影響を受けたと供述していることに加え、被告人ら以外の複数人の職員からも同様の説明が行われている。特に被告人らの刑事事件判決で認定された犯罪行為の中でも嗜虐性が顕著である性的虐待は、後記のとおり甲の患者c氏に対する猥褻行為が発端であると考えられ、甲の患者に対する虐待行為は、被告人らの刑事事件を惹起させる重大な原因であったと考えられるため、被告人らの行為を記載する前に、先ず甲の行為を記載することとした。

なお、甲は、当委員会のヒアリングに一度は応じたが、その後は委員からの電話連絡に対して着信を拒否し、二度目のヒアリング要請に応じなかったため、下記の認定事実の中には甲の弁解内容を確認できていないものも含まれているが、当委員会としては他の証拠から十分にその事実を認定できると判断した。

1 前提となる事実

(1) B4病棟の概要

本件刑事事件が発生したのは神出病院のB4病棟である。B4病棟は、定床59（うち保護室1）の精神一般病棟であり、内科疾患の進行した身体状態の悪い患者が多数入院していた。

本件刑事事件は乙1が令和元年12月に病院外での強制わいせつ行為によって逮捕されたことが契機となって発覚しているが、令和元年12月1日時点において、B4病棟の入院患者数は58名（うち1名は隔離）、配属されていた看護要員は看護師

17. 3名（小数点以下は非常勤の常勤換算）、准看護師1名、看護助手6名であった。本件刑事事件は夜勤帯に行われているが、夜勤時は看護師2名、看護助手1名の3名での勤務となる。

B4病棟の師長は、平成30年1月から同年11月までは甲、同月以降はX2、令和元年6月以降はX2と甲の2名が師長となっていた（神出病院では、1病棟に2名の師長が配属されることがあった。）。また、平成29年9月から丁12が主任としてB4病棟に配属されていた。

B4病棟に浴室はなく、シャワー室が設置されているが、本件刑事事件当時は給湯配管設備の不備によって十分な量及び温度の温水が出なかった。

(2) 関係者のB4病棟への配置状況

ア 甲

甲は、他の精神科病院で勤務した後、平成23年10月1日に神出病院に就職し、平成28年6月に主任、平成30年1月に係長に昇進した。

甲がB4病棟に配属された期間は以下のとおりである。

- ① 神出病院入職時から平成27年4月9日まで
- ② 同年8月1日から平成30年11月20日まで
- ③ 令和元年6月21日から令和2年1月20日まで

甲は、本件刑事事件をA元院長が知ることとなり、B4病棟における患者への虐待行為の首謀者と疑われたことから、令和2年1月21日にA5病棟に配置転換され、同年7月21日に主任に降格、同年8月31日に本件刑事事件に関する責任を問われて自主退職している。

イ 被告人ら

当委員会が認定した虐待行為の中には発生時期を明確に特定することができなかったものも多数あるが、特記の無い限りいずれの行為もB4病棟で行われており、被告人らがB4病棟に同時に配属されていた期間等は以下のとおりである。

氏 名	年 齢	在職期間	B4病棟配属期間
乙1	27	H27.12.1～R1.12.16	H29.3.21～R1.12.16
乙2	34	H28.12.21～R2.3.31	H28.12.21～R1.12.27
乙4	33	H27.3.26～R2.3.31	H27.3.26～R1.12.27
乙3	26	H28.3.28～R2.3.11	H28.3.28～R1.12.29
乙5	41	H29.3.28～R2.3.31	H29.3.28～R1.10.20
乙6	33	H26.3.25～R2.3.31	H27.4.21～H29.9.20 H30.1.21～R2.3.31

年齢は令和元年12月1日時点

平成27年4月から令和元年12月までのB4病棟における甲、被告人ら及び師長並びに後述の虐待に関与している職員らの配属時期を図示化すると次のとおりである。

氏名	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	平成31年/令和元年
X1	←→				
X2	←→	←→	←→	←→	←→
甲	←→	←→	←→	←→	←→
乙1			←→	←→	←→
乙2			←→	←→	←→
乙4	←→	←→	←→	←→	←→
乙3		←→	←→	←→	←→
乙5			←→	←→	←→
乙6	←→	←→	←→	←→	←→
丁1	←→	←→	←→	←→	
丁12	←→		←→	←→	←→

携帯電話で撮影した時期
 被告人らのB4病棟での勤務が概ね重なる期間

2 甲の虐待行為

(1) 看護師詰所の携帯電話を用いた撮影等による虐待行為

【認定事実】

甲及び丁1が主体となって、平成27年10月1日から平成28年3月28日までの間に、B4病棟の看護師詰所で患者である患者c氏（昭和31年7月生、入院期間は平成24年8月3日から令和2年4月26日まで。統合失調症と診断。）の両鼻孔から口にかけて棒状の物を差し込み、その様子をB4病棟の看護師詰所備え付けのカメラ付き携帯電話で撮影し、その写真を同携帯電話の待受画面に設定した。

【事実認定の理由】

甲は、「B4病棟で写真を撮影したのは丁1であるが、自分も丁1が看護師詰所で患者c氏の両鼻孔と口に綿棒を入れて写真を撮影する場において、丁1に注意することなく笑って見ていた。丁1が撮影したその写真が看護師詰所の携帯の待ち受けに設定されたことも知っていた。」と述べている。これに対し、丁1看護師は「自分は撮影をしておらず、自分が撮影現場にいたのかその後に知ったのか記憶が曖昧であるが、B4病棟で患者c氏の両鼻孔と口に綿棒を入れた写真が看護師詰所の携帯の待ち受けに設定されていたことは知っている。」と述べている。

しかしながら、当時のB4病棟の師長が「患者の鼻孔に1本ずつ“へ”の字型に折った爪楊枝を入れて写真を撮ったのは甲であり、後から丁1と一緒にやったと聞いた。A元院長に報告し、甲を病棟の休憩室に呼んで注意した。」と述べているし、別の看護師が「B4病棟で主任をしていた平成27年頃、看護師詰所の携帯の待ち受けに鼻と口に棒を入れた患者の顔の写真が設定されているのを目撃した。甲と

丁1がやったと思う。X1から注意があった。」と述べていることからすれば、実行行為者が甲と丁1のいずれであるか、また被害患者の鼻孔に差し込まれたのが綿棒であるか、爪楊枝であるか、あるいは棒状の物であるかについての関係者の説明内容は分かれているものの、甲及び丁1が当該行為に深く関わっていたこと及び被害患者が患者c氏であったことは明らかである。

行為時期について検討するに、甲は平成27年8月1日に、丁1は同年10月1日にそれぞれB4病棟に配属されており、丁1は平成28年12月31日に神出病院を一度退職している。乙3の供述によると、当該事案は乙3が神出病院に入職する平成28年3月28日以前に発生したと認められるため、行為時期は、丁1がB4病棟に異動した平成27年10月1日から、乙3が神出病院に入職する平成28年3月28日まで、の間と推測できる。

上記期間を通じてB4病棟にはX1が課長として、X2が主任として配属されており、上記期間に行われたと考えることは、両名が当該事案について認識していることとも整合する。

(2) 性的虐待に至る前に行った身体的・心理的虐待行為

【認定事実】

甲は、具体的な時期は不明であるが、平成30年に性的虐待行為を行うようになるまでに、患者に対して下記①～⑦の身体的・心理的虐待行為を行っていた。

① 患者に対して履物を投げ、患者の反応を見てからかう行為

【事実認定の理由】

甲自身が「患者に靴かスリッパを投げたのは覚えている。」、「(患者にスリッパを投げることを率先して始めたのは誰かという質問に対して)それは多分、私がやったと思います。」と認めている。

甲の供述によれば、甲が当該行為を始めたきっかけは、本来ベッドサイドに置かれているはずの患者の履物が病室の外にあった際、職員としてはベッドサイドの床に戻すべきであったがベッドで眠っている患者の布団の上にその履物を投げたところ、患者が「誰やあ」と思いのほか大きな反応を見せたことを面白く感じたことである。甲は、患者のそのような反応を見て、その後は、患者をからかうためにスリッパ又は靴を投げる行為を繰り返したと述べている。当該行為の被害患者のうち1名は患者i氏である。

甲は、このような行為を乙3と乙1に見せたと供述しており、このことはそれを見たことがあると述べる乙3及び乙1の供述と合致する。

よって上記虐待行為は事実として認定できる。

② 患者の乗った車椅子を後方に引き倒し、持ち手を床につく状態にする行為

【事実認定の理由】

乙1は、B4病棟に配属になった平成29年3月から1～2か月後、つまり同年4月又は5月頃、甲が看護師詰所から死角になる階段前の廊下で患者に食事介助をしている時に、甲が患者からマスクを引っ張られたことにいら立ち、故意に患者の乗っている車椅子を後方に引き倒して持ち手が床に着く状態にする虐待を目撃し、それが自分が初めて職員の患者に対する虐待を見た場面であると供述している。

甲自身も、行為のきっかけや詳細な場面は乙1供述とは異なるものの日中に患者の乗った車椅子の前輪を浮かせて引き倒し、持ち手が床につく状態にしたことは認めているし、乙2は被告人ら以外の職員から聞いた話として「平成29年から平成30年の間に甲が患者の車椅子をひっくり返していた。」と述べていることからすれば、甲が患者の乗った車椅子を後方に引き倒し、持ち手が床につく状態にしたことは事実として認定できる。また、甲と乙1が述べる場面が異なり、乙2も甲が患者i氏以外の患者の車椅子を倒していたと聞いたことがあると述べていることからして、甲が上記行為を行ったのは複数回であることも事実として認定できる。

③ 患者の私物を取ったり隠したりする行為

【事実認定の理由】

乙2は、「私が初めて神出病院に来た頃（平成28年12月頃）、B4病棟の職員が患者の物をもってそれを患者に見せてからかって逃げたり、患者の嫌がることをして遊んでいることはよく見ていた。率先してやっていたのは甲師長だった。」と供述する。また、職員は、甲が盗癖のある患者の眼鏡を患者に無断で看護師詰所に隠したのを発見し、甲に事情を聞くと、「チリ紙を取り込むので眼鏡を預かっている。」と説明されたと述べている。上記①のとおり、甲が患者の履物を患者に投げる行為を繰り返し行っていたことからすれば、それと類似する上記行為を甲が行ったとする乙2及び上記職員の供述は信用でき、上記は事実として認定できる。

患者の盗癖及びチリ紙を取り込むことが患者の眼鏡を隠すことを正当化する理由にならないのは当然であり、上記行為は虐待行為である。

④ 患者に対して怒鳴る行為

【事実認定の理由】

乙5は、甲がある程度自立はしているが異食や盗食をする患者に対して「お前は分らんのか！」と威圧的に怒鳴る場面を複数回目撃している。また、甲が異食、盗食をする患者に大きな声で怒っていたと述べる他の看護師もいる。これら供述は自らが直接かつ複数回目撃した体験を具体的に語っているものであるから信用でき、上記は事実として認定できる。

⑤ 令和元年頃、トイレで患者を洗身する際に湯水ではなく水をかける行為

【事実認定の理由】

甲自身が「B 4 病棟で疥癬が流行った時に湯が間に合わず水をかけた。患者数人に水をかけたことがある。」と認めている。

トイレで洗身すること自体が看護行為として不適切であるが、冷たい水道水をそのままかけることは明らかに看護行為を超えた虐待行為と認定できる。

B 4 病棟には浴室がなく、B 4 病棟の患者は普段はB棟1階の浴室を使用しているが、疥癬発生時には1階の浴室を使用させるなどA元院長から指示されており、B 4 病棟の1人用のシャワー室で毎日50名以上の患者全員を入浴させる必要があった。ところが、当時B 4 病棟のシャワー室は温水の出が非常に悪く、数十分経たないと水温が上昇しないという環境にあったため、看護師も病棟の患者対応としてトイレで患者の洗身を行うことはあったと述べている。B 4 病棟ではトイレでも温水がほとんど出ない状態にはあったが、トイレで洗身する際には、看護師詰所で湯水を調達し湯温調節を行ってから洗身することが行われていたとされている。

B 4 病棟ではトイレで患者の洗身を行っていたことは、後述する本件刑事事件の暴力行為⑤の背景事情となる。

⑥ 患者の頬に貼るテープに落書きし患者を嘲笑う行為

【事実認定の理由】

甲自身が「胃管チューブを何度も抜いてしまう患者がおり、その度に胃管チューブを入れ直して患者の頬にテープで止めたのだが、そのテープに『抜かないでね』と文字を書いたのを覚えている。そのことについては当時の主任と師長から後日注意を受けた。」と述べている。胃管チューブを自己抜去する状態の患者が自らの顔面に貼られたテープに書かれた文字を読むことは考えられず、甲がテープに文字を書いた行為は患者に対する正当なメッセージではなく、患者を軽視し、嘲笑う意図で行ったものと認定できる。

⑦ 看護行為としてではなく、患者c氏の陰茎の包皮を剥き、包皮内をアルコールで拭き、痛がるのを見て楽しむ行為

【事実認定の理由】

乙1は、「甲が患者c氏が痛み抵抗するのを無視して、患者c氏の陰茎の包皮を何度も剥いたり、消毒液がついたガーゼ又は布で拭いたりしていた。」と述べる。また、乙4も「甲が患者c氏の陰茎の包皮を剥いてアルコール（消毒液のことと思われる）で拭くことをしばしば行っており、他の患者にはそのようなことを行わないのに、おむつ交換の際にも患者c氏にだけアルコールで拭いていた、患者c氏は痛がっていた」と述べており、甲の行為として認定できる。

正当な看護行為として患者の陰部を洗浄する際に微温湯や石鹸、ガーゼを用いて包皮内部を洗うことはあるが、アルコール類やタオルなどを用いて包皮内の洗浄を行うと当然患者は苦痛を感じるため、そのようなことは通常行わないとのことである。甲が患者c氏の陰茎の包皮内をアルコールで拭く行為は正当な看護ではなく、虐待に該当する。

(3) 患者c氏に対する性的虐待

【認定事実】

甲は、B4病棟において、患者c氏に対して、**同人の陰茎を露出させ、手袋をはめた手でこすって射精させる猥褻行為**を、平成30年1月21日から同年10月30日までの間に開始し、甲がB4病棟からA5病棟へ異動した令和2年1月21日までの間に同様の行為を複数回行った。

患者c氏に対して初めて上記の猥褻行為が行われた場所には乙1及び乙5がおり、両名とも甲の行為を止めることはなく、乙5は傍観を続け、乙1は患者c氏の手を押さえるなどして甲の猥褻行為を幫助した。

その後、甲は、少なくとも乙2及び乙3の各面前でも（両名が同じ場面に居合わせたということではなく、別々の機会である。）、患者c氏の陰茎を露出させ甲が手でこすって射精させる猥褻行為を行っており、乙2は患者c氏の身体を押さえて甲の行為を幫助し、乙3は傍観していた。

【事実認定の理由】

ア 甲は、患者c氏の陰茎を触って射精させる行為を複数回行っていたことは認めている。

イ 甲は、患者c氏に対する猥褻行為を始めたのは乙1であり、自分は乙1から患者c氏が射精できることを聞いてから同様の行為を始めるようになったと述べる。

これに対し、乙1は、乙1が甲の患者への猥褻行為を初めて目撃した時の状況について「B4病棟において患者c氏が看護師詰所に来た時に、甲が患者c氏を床に寝かせ、患者c氏の下衣を膝までおろし、おむつカバーと陰茎のおむつを外した。そのうえで甲は手にゴム手袋をはめて手袋の上にワセリンを塗り、患者c氏の陰茎をしごいて射精させた。当時、乙1自身と乙5が現場におり、乙5は見ていただけだったが、乙1は患者c氏の手を押さえつけていた。患者c氏が射精した際に、甲が『あ、出るんや』という感想を漏らしたので、甲もその時に初めて患者c氏が射精できることを知ったのではないかと思います。」と極めて具体的かつ詳細に供述している。

また、乙5は、甲がその時に初めて患者c氏が射精できることを知ったような感想を述べたことは記憶に無いとしながらも、その他は乙1の供述に沿う供述をしており、特に「主導して行ったのは甲だと思う。」、「そのときに精液ではない黒い

ものというか茶色いものが出たのを覚えている。黒いものが出たねと甲と話した記憶がある。」と具体的に述べている。

このように、乙1及び乙5は、共に、甲が患者c氏に対する猥褻行為を主導して行っていたことを具体的に述べている。

また、乙2も、甲と一緒に夜勤を担当したときに、甲が患者c氏に猥褻行為を行い、自らも患者c氏の身体を押さえるなどの幫助行為を行っていたことを認めつつ、「甲が『前に（患者c氏に猥褻行為をしたら）白い錆みみたいのが出て面白かった』と言っていた。」「性的虐待は甲が始めたと思う。乙1は『甲師長がこんなことを言っていた』と甲の患者に対する性的虐待の話を自分にしてきていたので、乙1は甲を真似していたと思う。」と述べている。「錆のようなものが出た」と甲が述べていたという乙2の供述は、甲の猥褻行為を目撃していた乙5の「甲の患者c氏に対する性的虐待の時に黒いものというか茶色っぽいものが出た。甲とそのことを話題にした。」旨の供述と合致している。

さらに、乙3も、甲及び乙1と夜勤をした際に、甲が「乙3君は見たことないやろ、見せたるわ。」と言って患者c氏の陰茎を触って射精させる行為を行ったと述べている。

被告人らの供述は、自らが体験した事柄として具体的な供述を行っており、特に現在それぞれ異なる刑務所で服役中である乙1、乙2及び乙3が他の被告人らと打ち合わせを行う機会も無いのにほぼ同様の内容となっていることからしても信用性が高い。一方で、甲の供述は、乙1の関与に関する部分は特に曖昧であるし、当時師長であった甲（当時41歳）が、16歳年下の看護助手でありB4病棟に配属されて間もない乙1の患者に対する猥褻行為を黙認するどころか、その影響を受けて自身も猥褻行為に及んだというのは不合理であり、甲の供述は信用することができない。

よって、患者c氏への猥褻行為を始めたのは甲であること、甲が乙1及び乙5の面前で患者c氏の陰茎をこすって射精させたのが患者c氏への猥褻行為を初めて行った時であることが認定できる。

ウ そして、乙1、乙2、乙5、乙4及び乙3がそれぞれ別個の場面において甲の患者c氏に対する猥褻行為を目撃したと述べていることからすれば、甲は複数回にわたって患者c氏の陰茎をこすって射精させる猥褻行為を行っていたことになる。

エ 次に、甲が患者c氏への猥褻行為を開始した時期について検討する。

患者c氏は、平成24年8月3日に神出病院に入院し、平成26年3月1日にA5病棟からB4病棟に転棟している。

甲、乙1及び乙5がB4病棟に配属されていた期間は前述のとおりであり、この3名がB4病棟で同時に勤務していたのは、乙5が入職した平成29年3月2

8日から、甲がA2病棟へ異動する前日の平成30年11月20日までの約1年8か月ということになる。

そして、乙4が「X2がB4病棟から異動し、代わりに主任から師長になった甲が着任した頃からB4病棟の雰囲気が変わり虐待がひどくなった。」と述べていること及び、被告人らの刑事事件のうちの性的虐待は甲の患者c氏に対する猥褻行為に影響を受けて行われたものであることを考えると、甲による患者c氏への猥褻行為は、X2がB4病棟からA1病棟へ異動し、甲が主任から係長となった平成30年1月21日から同年10月30日（刑事事件判決のうち最も時期の早い性的虐待行為の前日）までの間に行われたものと認定できる。

3 被告人らの虐待行為

(1) 乙1のA2病棟での患者に対する暴言

乙1が本件刑事事件を含む明らかな暴力行為及び性的虐待を患者に行うようになったのはB4病棟に配属された後と考えられるが、同人は、下記認定事実のとおり、B4病棟配属前にも患者を軽視し傷つける言動を行っていた。

【認定事実】

乙1は、B4病棟配属前、A2病棟に配属されていた平成27年12月1日（入職時）から平成29年3月21日（B4病棟への異動日）までの間に、A2病棟の車椅子利用の患者がトイレで足元がおぼつかない状態であった際、「ちゃんと立たれへんのか。」などと述べてからかった。

【事実認定の理由】

目撃証言があるほか、乙1自身が認めていることから事実として認定できる。

(2) 被告人らが主体となった本件刑事事件に至る前の虐待行為

被告人らは、B4病棟配属後に本件刑事事件における罪となる事実に含まれていない下記の①～⑯の虐待行為を行っていた。

① 平成29年秋から年末頃、乙2が患者の車椅子を引き倒した。

【事実認定の理由】

乙2は、神出病院に入職してから1年ほど後、すなわち平成29年秋から年末にかけて、ある程度意思疎通の可能な患者が職員の指示を聞かず、残飯を床に投げ捨てるなどしたことに立腹し、患者の乗った車椅子を後方に引き倒して持ち手が床につく状態にしたことが自分が行った初めての虐待であると逮捕後間もなくから供述しており、令和4年2月の当委員会の調査に対しても同様の事実を述べている。

② 平成30年春頃、乙1が患者の車椅子を引き倒した。

【事実認定の理由】

乙1は、上述のとおりA2病棟配属時から患者の障害をからかうなどしていたが、乙1が患者の身体への虐待を行うようになったのは平成29年3月21日にB4病棟に異動して1～2か月後に甲が患者の車椅子を後方に引き倒す虐待を目撃したことがきっかけであると述べる。

乙1自身の記憶によれば、患者へのからかいなどを越えた暴力行為を初めて行ったのは、B4病棟へ異動してから1年ほど後、つまり平成30年4月乃至5月頃に、転落防止ベルトを着けて車椅子に乗った患者c氏を車椅子ごと後方に引き倒し、車椅子の持ち手が床に着く状態にした事であり、これを覆す事情は無い。

- ③ 平成30年9月以前から、乙1、乙2及び乙3が**患者に履物を投げつけからかう行為を行った。**

【事実認定の理由】

上記のとおり、患者に履物を投げつけからかう虐待は甲が発端であると認められるが、乙1及び乙3は当該行為を自らも行っていたことを認めている。乙2は自身と同様の行為を行ったかどうかは記憶があいまいであると述べるが、患者の私服を患者に投げつけたことは記憶していると述べているし、後述のとおり患者に水をかける行為は患者に履物を投げる行為から派生して乙1及び乙2が思いついたものであると考えられることから、乙2も患者に履物を投げる行為を行っていたと認めることができる。

- ④ 平成30年9月以前から、乙1及び乙2が**患者にシリンジで水をかける行為を行った。**

【事実認定の理由】

上記行為は、乙1及び乙2が自供しているうえ、乙1は「刑事事件判決で患者a氏への虐待が認定された平成30年9月11日より前から患者にシリンジで水をかける虐待はしていた。」と述べている。

また、乙1によれば、乙1と乙2が甲の真似をして患者に履物を投げている時に、「靴は当たって患者にケガをさせたらまずいが、水だったら跡が残らない。」と考え、自分と乙2が患者に水をかけることを始めたと述べている。乙1の上記供述は自身に不利なことを具体的に述べるもので信用することができ、上記の事実を認定することができる。

- ⑤ 乙1及び乙2は、時期は不明であるが**患者の陰茎を露出させてこする猥褻行為を行った。**

【事実認定の理由】

乙1は、甲が患者c氏を射精させる性的虐待を見た後、乙1と乙2とで患者c氏及び他患に対して同様に陰茎を露出させ、手でこする虐待（患者は射精に至らなかった）を行って見たと供述する。

乙 2 も、詳細は記憶が曖昧であると述べるが、患者 c 氏以外の患者に対しても陰茎をこする行為に参加したことがあると述べていることから、上記は事実として認定することができる。

- ⑥ 乙 1、乙 2 及び乙 3 は、時期は不明であるが、**患者 j 氏に他患の陰茎をなめさせた。**

【事実認定の理由】

乙 1 及び乙 2 は、患者 j 氏に他の患者の陰茎をなめさせる虐待を行っていたと述べている。乙 3 の関与については、乙 1 がその場に乙 3 がいたと述べている。当委員会は乙 3 に当該事実について確認することができていないが、乙 1 の上記供述の信用性を否定すべき事情は存在しないこと、乙 3 は後記のとおり刑事事件判決でも患者に他患の陰茎をなめさせる虐待行為が 2 件認定されており、患者同士で陰茎をなめさせるという虐待行為への心理的ハードルが低かったと認められること、乙 2 の供述でも乙 3 は刑事事件以前から患者同士で陰茎をなめさせる虐待に参加していたとされていることからして、乙 3 も患者 j 氏への性的虐待の場に参加していたものと認定することができる。

- ⑦ 具体的な時期は不明であるが、乙 1 及び乙 2 は、**B 4 病棟の汚物処理庫に車椅子の患者 1 名もしくは 2 名を扉に背を向ける形で入れて扉を閉めた。**施錠はしなかったが、患者は精神疾患により車椅子で扉を背にして閉じ込められると自力では脱出できない状態にあった。

【事実認定の理由】

上記行為は、乙 1 及び乙 2 が認めている他、当時 B 4 病棟にいた職員が乙 1 から直接「汚物処理庫に車椅子の患者を同時に 2 人入れた」と聞いたと述べており、事実として認定できる。

- ⑧ 具体的な時期は不明であるが、乙 2 は、**患者が床に落ちた大便等を精神疾患により誤食しようとするのを止めることなく、積極的に食べさせようとする行為を行った。**

【事実認定の理由】

乙 2 自身が逮捕後間もなくから一貫して認めており、事実として認定できる。

- ⑨ 具体的な時期は不明であるが、乙 1 及び乙 2 は、**患者である患者 k 氏が B 4 病棟看護師詰所ないし男子トイレ個室を訪れ、自慰行為を行う様子をからかう目的で止めることなく鑑賞していたのみならず、事情を知らない他の看護師をしてその状況を見させた。**

【事実認定の理由】

乙 2 自身が本件刑事事件の捜査段階から一貫して認めていること及び看護師が乙 2 に誘われ現場を目撃したこと並びに乙 1 及び乙 2 が現場にいたことを供述しており事実として認定できる。

- ⑩ 具体的な時期は不明であるが、乙 2 は、**患者を怒鳴りつけたり、患者を叩いたりするなどの暴力行為を複数回行った。**

【事実認定の理由】

乙2自身が「患者を怒鳴る」「患者を乱暴に扱う」「患者をしばく」行為をしていたと認めている。

乙2が患者の襟首をつかみ引きずる行為をしていたと述べる目撃証言もあるところ、この証言の信用性については、他に裏付ける証拠がなく、具体的に当該行為を乙2が行っていたかは黒に近い灰色認定とするが、少なくとも患者を怒鳴りつけ、叩くなどの暴力行為を行っていたことは事実として認定できる。

- ⑪ 具体的な時期は不明であるが、乙3は、**B4病棟の病室において、患者c氏の頭を掌で叩いた。**

【事実認定の理由】

乙3が自らが行った最初の虐待として認めており、事実として認定できる。

- ⑫ 具体的な時期は不明であるが、乙1及び乙2は、**複数の患者に飲食物を見せつけ患者をからかう行為を複数回行った。**

【事実認定の理由】

乙1及び乙2、患者に食事をあげる素振りをしてあげない、牛乳を飲むところを患者に見せつけ、患者が欲しがってもあげず患者の反応を見てからかうといった行為を行っていたことを認めており、事実として認定できる。

なお、乙3も同様の行為を行っていたとする乙1の供述もあるが、他の裏付けはなく、乙3の関与については黒に近い灰色認定とする。

- ⑬ 乙1は、時期は不明であるが、**患者c氏に「遊戯王」のカードを持たせ、ガムテープでコスチュームを作って貼り付けた。**

【事実認定の理由】

乙1自身が認めており、事実として認定できる。

- ⑭ 具体的な時期は不明であるが、乙2は、**患者の私服を隠したり、患者に向かって衣服を投げる行為を行った。**

【事実認定の理由】

乙2自身が認めており、事実として認定できる。

- ⑮ 平成30年冬頃、乙1、乙2及び乙6は、B4病棟病室において、患者である**患者l氏の肩にジャムを塗り、患者c氏になめさせた。**

【事実認定の理由】

乙1及び乙2が共に認めていることから事実として認定できる。

乙6は当委員会のヒアリング要請に応じておらず、事実を確認できていないが、乙2がこの虐待行為には乙6も参加していたと述べ、乙1も現場に3人はいたと述べていること、乙6が弁解の機会を放棄していることから、乙6の関与も認定できる。

なお、上記事実は、令和3年12月24日付の患者l氏代理人弁護士から当委員会への調査申し入れが契機となって当委員会が認識するに至った事実である。同代理人弁護士によれば、同年7月30日に神出病院院長に調査申し入れ及び被害弁償の意向

を明らかにすることを求める連絡を行ったが、同年8月6日に神出病院代理人のI弁護士から事実確認をしたうえで回答すると連絡があったのみで、同年11月2日に上記患者l氏代理人弁護士からI弁護士に再度連絡を行ったがその後神出病院からの連絡は無いとのことである。I弁護士は、このことについて、事実関係が確認できないので対応できないと述べている。

- ⑩ 令和元年夏頃、乙1はB4病棟トイレ内で患者m氏の頭部にトイレ掃除に使用しているラバーカップを吸着させた。

【事実認定の理由】

乙1自身が「令和元年の7月か8月頃に患者mさんの頭にトイレのキュッポンを付けた」と認めている。「キュッポン」とはトイレ掃除用のラバーカップのことを指すものと思われ、また「患者mさん」とは当時B4病棟にいた患者m氏のことでありと考えられる。

乙1は、当該行為に乙2及び乙3も参加していたと述べるが、両名の参加については他に裏付ける証拠がない。ただし、行為の内容から乙1が単独で行ったとは考えられず、共犯者はいたと思われるが、共犯者が当該2名であったかどうかは黒とも白ともつかない灰色認定とする。

- ⑪ 令和元年9月17日、乙3は、患者に看護行為とは無関係に塩を摂取させた。

【事実認定の理由】

乙3は、同日午後10時43分頃から、被告人らのLINEグループに、顔をしかめている車椅子の患者の写真及び「塩舐めさせたらバグった（笑）」「1グラム（の塩を舐めさせた）」、「ちょくちょく部屋いって様子は見ときます」と投稿している。

乙1は、乙3は塩を塗った氷を患者d氏になめさせる虐待を行っていたと供述しており、その患者d氏への行為が同日の行為と同一のものであるのかは不明であるが、少なくとも乙3が患者に積極的に塩を摂取させる必要性があったとする事情は認められず、また顔をしかめる患者の写真を被告人らのLINEグループに投稿し、面白がっている様子が見受けられること、「バグっている」という投稿からして患者に何かしらの異変があったと思われるのに医師に報告することもしていないことからして、虐待として当該行為を行っていたことを認定することができる。

4 本件刑事事件の判決で認定された犯罪行為

被告人らの犯罪行為は合計で下記の10個の行為が本件刑事事件の判決で認定されており、有罪の判決が既に確定している。10個の犯罪行為は、暴力行為（7行為）と性的虐待行為（3行為）に分類される。

犯罪行為と行為者は以下のとおりである。

加害者	暴力行為							性的虐待		
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	①	②	③
乙 1	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
乙 2			●	●	●	●	●			●
乙 3	●						●	●	●	
乙 4						●				
乙 5				●	●					
乙 6								●	●	

被害者は 7 名であり，各犯罪行為の被害者は以下のとおりである。

被害者	暴力行為							性的虐待		
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	①	②	③
患者 a	●									
患者 b		●								
患者 c			●			●		●	●	
患者 d				●	●		●			
患者 e							●			
患者 f								●	●	●
患者 g										●

被告人らに対する判決結果は，以下のとおりである。

乙 1	懲役 4 年
乙 2	懲役 2 年
乙 3	懲役 2 年
乙 4	懲役 1 年 6 月 執行猶予 3 年
乙 5	懲役 1 年 6 月 執行猶予 3 年
乙 6	懲役 3 年 執行猶予 4 年

被告人らは，患者に対して以下の 10 個の犯罪行為の他にも前述した虐待行為を行っており，その虐待行為の中には警察の捜査の対象になっていたものも含まれるが，下記犯罪行為は乙 1 が写真又は動画を撮影しており明確な物的証拠が残っていたことから起訴されたものと考えられる。

以下の犯罪行為の行為態様は，刑事事件の判決文における表現をそのまま引用したものである。

(1) 暴力行為

ア 暴力行為①

加害者：乙 1，乙 3

被害者：患者 a 氏

行為態様：平成 30 年 9 月 11 日午前 3 時 7 分頃，乙 1 及び乙 3 は共謀して，B 4 病棟廊下において，車椅子に座っていた患者 a 氏に対し，その頭部にゴム手袋をかぶせ，その背後から同人の両腕を後方に引っ張る暴行を加えた。

イ 暴力行為②

加害者：乙 1

被害者：患者 b 氏

行為態様：令和元年 8 月 17 日午後 11 時頃，乙 1 は B 4 病棟 454 号室において，ベッドに寝ていた患者 b 氏に対し，その顔面にシリンジで水を 3 回掛ける暴行を加えた。

ウ 暴力行為③

加害者：乙 1，乙 2

被害者：患者 c 氏

行為態様：令和元年 9 月 20 日午後 5 時 48 分頃，乙 1 及び乙 2 は共謀して，B 4 病棟看護師詰所において，車椅子に座っていた患者 c 氏に対し，その頭部にガムテープを四重に巻き付け，さらにその両目付近にガムテープを貼りつけるなどの暴行を加えた。

エ 暴力行為④

加害者：乙 1，乙 2，乙 5

被害者：患者 d 氏

行為態様：令和元年 9 月 20 日午後 8 時 8 分頃，乙 1，乙 2 及び乙 5 は共謀して，B 4 病棟看護師詰所において，車椅子に座っていた患者 d 氏に対し，複数回に渡り，その頭部等を目掛けて球状に丸めたガムテープ等を投げつけ，患者 d 氏の頭部等に命中させる暴行を加えた。

オ 暴力行為⑤

加害者：乙 1，乙 2，乙 5

被害者：患者 d 氏

行為態様：令和元年 9 月 20 日午後 9 時 27 分頃から同日午後 9 時 28 分頃までの間に，乙 1，乙 2 及び乙 5 は共謀して，B 4 病棟西側男子トイレにおいて，全裸でシャワーチェアに座らせた患者 d 氏に対し，乙 2 及び乙 5 が順次，患者 d 氏の顔面等にホースで水を掛け，同人の頭部に洗面器及びポリバケツで湯を浴びせ掛ける暴行を加えた。

【判決書に記載のない関連事実】

刑事判決書に記載はないが、当委員会が認定できた事実として以下の事情がある。

暴力行為⑤は、患者d氏が全身が汚れるほどの便失禁をしたため、洗身の目的で患者d氏をB4病棟西側男子トイレに連れて行ったことが契機となっているが、B4病棟ではトイレで洗身するのは特別なことではなかった。B4病棟の入浴設備はシャワー室のみで、当時B4病棟で疥癬が流行していた（令和元年9月の感染対策委員会に提出された資料によると、同月6日時点でB4病棟で2名が疥癬に感染していた。）。A元院長はB4病棟の患者は疥癬発生時にB棟1階の浴室を使うなど指示していたという供述が行われているし、B4病棟のシャワールームでは水压が弱く、温水が開栓後数十分かかっても出ないことがあったため、トイレで患者の洗身を行うことは上記犯罪行為日以前から行われており、それを行っていたのも被告人らに限られているものではなかった。

当該行為に関しては、乙1、乙2及び乙5がホースや風呂程度の温水で患者d氏の身体についた大便を落としていたところ、食事前にこのような作業をしなければならなくなったことにいら立ち、まず乙2が既に患者d氏の身体についた便は洗い流されているにもかかわらず、患者d氏の顔面にホースで水道水をかけ、ホースの先端をつまんで水压を強くするなどしながら嫌がる患者d氏の反応を見て面白がり始め、それを見た乙5も患者d氏の顔及び頭部に洗面器やポリバケツで温水を浴びせかけ、乙1がそれらを動画撮影する行為に及んだものである。

カ 暴力行為⑥

加害者：乙1、乙2、乙4

被害者：患者c氏

行為態様：令和元年9月25日午後8時3分頃、乙1、乙2及び乙4は共謀して、B4病棟460号室において、患者c氏に対し、同室床面に敷いた布団上に同人を仰向けに寝かせた上、医療用ベッドを逆さにして同人の上に覆いかぶさるようにして置き、その頃から同日午後8時29分頃までの間、同人に同布団上から脱出することを著しく困難にさせ、同人を不法に監禁した。

【判決書に記載のない関連事実】

刑事判決書に記載はないが、当委員会が認定できた事実として以下の事情がある。

暴力行為⑥は、単に患者c氏を逆さにした医療用ベッドに閉じ込めたというのみでなく、被告人らのうち乙1、乙2及び乙4が相当の重量の医療用ベッド（金属製の床板がはめられている上に転落防止柵が側面についており、乙4の供述に

よれば3人がかりでも容易に持ち上げられない重さがあった。神出病院の記録の中には重量が約90kgであるという記載が存在する。)を逆さにし、同ベッドの天板及び転落防止柵を檻に見立ててその中に患者c氏を寝かせ、「出して一な」、「なにするんや」と抵抗する患者c氏に構わず看護師詰所から持ってきたポテトチップスを患者c氏に見せ、患者c氏がポテトチップスを取ろうともがく様子を見て笑ったり、乙2が作成した包丁状に切り取った厚紙で患者c氏の身体をつつき、また患者c氏に同包丁状の厚紙を渡して患者c氏が同厚紙でベッドの隙間からポテトチップスを取ろうとする様子を見て笑い、乙1がその様子を動画撮影したものである。

一時はベッドの床板が外れて患者c氏の身体を押しつぶす状態になったため、乙1らはベッドの床板をガムテープでベッドに固定した状態で患者c氏の監禁を続行した。

患者c氏は事件当時63歳で、事件当時には独歩であったがその約半年後には転倒の可能性があるとして日中のほとんどを車椅子で過ごすようになっていることから、事件当時も筋力は相当弱っている状態にあったと推測できる。また、患者c氏は精神疾患により事理弁識能力を欠き、平成17年には成年後見人が選任されていた。ベッドの重量からしてベッド下に閉じ込められた患者c氏が自力でベッドを動かすことは不可能であるし、被告人らがベッドを逆さにする際に偶然足側の天板が外れたことによりベッドの一方向には柵が無かったとはいえ、患者c氏の事理弁識能力や身体機能ではベッドの柵が無い部分から脱出することは不可能であることを被告人らも認識したうえで当該行為に及んでいることからしても非常に悪質な虐待であるといえる。

判決では監禁時間は約26分間と認定されているが、これは乙1のスマートフォンに残されていた動画の撮影時間等からの認定と思われる、実際には少なくとも1時間30分程度監禁が続行された。乙1らは、ひとしきり患者c氏をからかい、動画を撮影した後は患者c氏を監禁したまま現場を離れ、患者c氏に異変が無いかを常時見張っているわけではなく30分に1度様子を見に行く程度であったし、患者c氏をベッド下から助け出したのは被告人らではなく同室の他患であった。当委員会は、この患者c氏を救助した患者に事情を聴きたいと神出病院に申し出たが、G院長から患者の健康状態を理由に応諾を得られずヒアリングは実現しなかった。

乙2は、患者c氏が同日午後10時頃ベッド下から脱出し看護師詰所で看護師の菓子に向かおうとしたため、患者c氏を床に押し倒してその上に椅子を置き、乙2がその椅子に座る形でさらに患者c氏を虐待し、その際に患者c氏が失禁したため460号室に連れ戻して再度ベッド下に患者c氏を閉じ込めたかもしれないとも供述している。

この行為は、単なる悪ふざけという軽い気持ちで行われたものではなく、極めて強固な加害意思によるものである。

キ 暴力行為⑦

加害者：乙1，乙3，乙2

被害者：患者d氏，患者e氏

行為態様：令和元年11月3日午前4時38分頃から同日午前4時53分頃までの間に、乙1，乙3及び乙2は共謀して、B4病棟455号室において、患者d氏及び患者e氏に対し、患者e氏の右腕をつかんで、その右手で患者d氏の腹部を殴打し、ベッド上に寝ていた患者d氏を、その背後から抱き上げて同ベッド上に寝ていた患者e氏の身体の上に乗せた上、患者d氏の肩等を上から押さえつけ、患者d氏の両鼻孔に手指を差し込んで引っ張るなどの暴行を加えた。

(2) 性的虐待

ア 性的虐待①

加害者：乙1，乙3，乙6

被害者：患者c氏，患者f氏

行為態様：平成30年10月31日午前0時16分頃から同日午前0時20分頃までの間に、乙1，乙3及び乙6は共謀して、患者c氏及び患者f氏が、いずれもその精神障害のため心神喪失の状態にあることに乗じて、両名に猥褻な行為をしようと考え、B4病棟病室において、患者f氏に対してその顔面を手で押さえて固定し、患者c氏に対して「患者c君，口，口。」「早すぎる，早すぎる。もう1回。」「舌入れな，患者cさん。」などと指図したり，その襟首をつかんでその顔面を患者f氏の顔面に近づけさせたりするなどして，複数回に渡り，患者f氏の唇に患者c氏の唇で接吻させ，もって人の心神喪失に乗じて猥褻な行為をした。

イ 性的虐待②

加害者：乙1，乙3，乙6

被害者：患者c氏，患者f氏

行為態様：平成30年10月31日午前5時48分頃，乙1，乙3及び乙6は共謀して，患者c氏及び患者f氏が，いずれもその精神障害のため心神喪失の状態にあることに乗じて，両名に猥褻な行為をしようと考え，B4病棟病室において，ベッド上に仰向けに寝ていた患者c氏の陰茎にジャムを塗って指で固定するなどし，患者f氏に対し，「ちゃんと吸ってや。」「ちゃんとなめてよ。」「ここちゃんとくわえろって。」など

と患者 c 氏の陰茎をなめるよう指図して、患者 f 氏に患者 c 氏の陰茎をなめさせ、もって人の心神喪失に乗じて猥褻な行為をした。

ウ 性的虐待③

加害者：乙 1，乙 2

被害者：患者 g 氏，患者 f 氏

行為態様：平成 31 年 2 月 8 日午後 8 時 30 分頃，乙 1 及び乙 2 は共謀して，患者 f 氏及び患者 g 氏が，いずれもその精神障害のため心神喪失の状態にあることに乗じて，両名に猥褻な行為をしようと考え，B 4 病棟病室において，ベッド上に仰向けに寝ていた患者 g 氏の唇にジャムを塗り，患者 f 氏に対して「なめてええで。」などと指図して，複数回に渡り，患者 g 氏の唇に患者 f 氏の唇で接吻させ，もって人の心神喪失に乗じて猥褻な行為をした。

第2 第2事件

1 第2事件に関する前提事実

(1) 当事者等

ア 令和 3 年 5 月 20 日に発生した第 2 事件の暴力行為を行ったのは丙看護師である。同人は，平成 4 年 2 月生まれの男性看護師で，西神看護専門学校を卒業後，平成 26 年 3 月に神出病院に入職しており，第 2 事件が発生した令和 3 年 5 月 20 日時点で 29 歳，在職 7 年目であった。

イ 第 2 事件の暴力行為の被害を受けた患者は患者 h 氏（昭和 57 年 11 月生まれ）である。同人は，他の精神科病院の入退院を繰り返した後，令和元年 5 月 27 日から神出病院に入院していた。神出病院の診療録には，精神疾患の傷病名として，発達障害，統合失調発達障害と記載されており，保佐人として社会福祉士が選任されている。

ウ 丙看護師の勤務ぶりは良好であり，第 2 事件前に患者に対して暴力的に接していた事実は認められなかった。

丙看護師と被害患者の第 2 事件前の関係は良好であり，神出病院の他の看護師は患者の話を傾聴しようとするのが殆ど見られない中で，丙看護師は，被害患者の退院に向けて長時間にわたって相談に応じることもあった。

(2) 第2事件当日の病棟の人員配置

ア 第 2 事件が発生したのは A 5 病棟である。同病棟は，病床数 53 床（うち，保護室 3 床）の精神科急性期の男性病棟であり，精神状態が不安定，粗暴，発達遅滞などで対応が困難な患者を多く受けている。

令和3年5月20日時点のA5病棟の入院患者数は43名（うち、隔離中2名、拘束中1名）であり、看護職員の日勤の出勤者は、看護師6名、准看護師1名、看護助手2名の合計9名であった。

A5病棟の師長には、課長のX3と係長のX4の2名が配置されていたが、当日の午前中はX3課長は不在であり、X4師長が勤務していた。A5病棟には丁1が主任として配属されており、同人は当日出勤していた。

A5病棟の看護マニュアルでは、午前11時30分から食事の準備、食前薬の配布等を行い、午後0時から食事配膳・観察・下膳等を行うことになっている。第2事件が発生したのは令和3年5月20日午前11時43分であり、昼食時の配薬を終えてから、昼食の配膳を行うまでの時間帯であった。A5病棟で当日の昼食時の配薬・配膳に従事していたのは、日勤の出勤者9名のうち、丙看護師、丁17看護師（女性）、X5助手（女性）の3名であった。

イ A5病棟では、普段は、昼食の配膳等を6名程度の看護職員で対応しているが、当日は、病院内でコロナワクチンの職域接種が行われており、その応援に出かけた者がいたことや、午前11時30分から先休憩（休憩の時間帯を2つに分けており、早い時間帯に休憩をとること）をとった者がいたことなどによって、X4係長の指示により、丙看護師がリーダーとなって3名で対応することになった。

第2事件発生当時、X4係長は先休憩であり、A5病棟のフロアの倉庫内において昼食中であった。

丁1主任も先休憩であり第2事件発生直前にエレベーターに乗って病棟外へ移動している。事件当時のビデオ映像によると、第2事件発生前に被害患者は詰所の入口付近で丙看護師につきまとって丙看護師の衣服を引っ張るなどの行為を継続して行っており、丙看護師は配膳業務を開始することを妨害されていた。その時点で詰所内の休憩室に2名の男性職員がいたことが確認できるが、2名は丙看護師を援助しようとはしていない。2名のうちの1名は丁1主任であったが、丙看護師が付きまとわれている様子を横目で見ながら通り過ぎて外出しており、その直後に第2事件が発生している。

ウ 当日は、休憩時間を調整すれば、昼食時の配薬・配膳等を6名（実際に配置されていた3名、X4係長、丁1主任、詰所内の休憩室にいた1名）で行うことも可能であったことになるが、3名で対応することになっている。

丙看護師は、当委員会からの聴取に対し、3名で対応することについて、同人のリーダーとしての能力が評価され、丙看護師であれば3名で対応できると判断されたものであると理解し、その期待に応えるために率先して業務を処理しようとしたと述べる一方で、X3師長が職員配置を行っておれば休憩時間を調整すること等によって3名よりも多い職員を配置することになったはずであるとも述べて

おり、X4係長の判断によって3名で対応することになったことに不満を有している。

2 第2事件に至る経緯

- (1) 第2事件は、昼食時の配薬を終えてから、昼食の配膳を行うまでの時間帯に発生しており、3名の職員で43名の患者に対して速やかに配膳等を行わなければならなかった。

被害患者は、当初は丁17看護師に声をかけてつきまとっていたため、丙看護師が介入し、丁17看護師に代わって被害患者に対応することになった。

被害患者は、詰所入口付近で、配膳等の作業を進めるために詰所内に入ろうとする丙看護師の服や腕を引っ張っている。丙看護師が詰所内に入った後は、被害患者は詰所の窓を開け、窓から身を乗り出して詰所内の丙看護師をつかもうとしており、丙看護師はそれを押し返していた。

その応酬の中で、丙看護師は、被害患者から腹部・胸部・顔面を殴打されたと説明しているが、詰所内の監視カメラの映像では撮影範囲外となっており確認できない。詰所前の廊下を撮影した映像では、被害患者が窓越しに詰所内に身を乗り出し、丙看護師が押し返して窓を閉めようとしていることを繰り返している様子が写っており、その応酬の中で被害患者が左手を詰所内に突き出した様子は確認できるが、それが丙看護師を殴打したものであるかまでは画像上では確認できない。

また、窓越しのやりとりの過程で被害患者の眼鏡が廊下に落下しており、監視カメラの映像からは、丙看護師と被害患者との揉み合いの中で被害患者の眼鏡がなくなっており、その後、丙看護師が眼鏡を被害患者に投げつけ、眼鏡が廊下に落下したように見える。なお、眼鏡に破損が生じた様子は見られない。

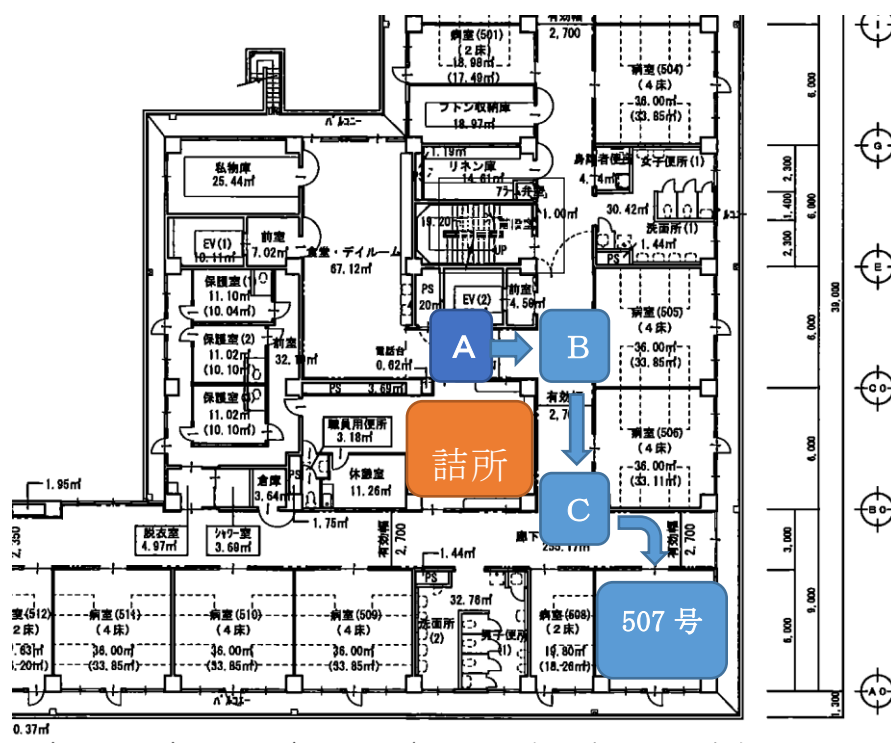
- (2) 丙看護師は、窓越しの応酬の中で「被害患者から『暴力や』と言われたことに対し、暴力を受けていたのは自分自身であったのに、自分が暴力を振るったと言われたことで自制が効かなくなって暴力行為を行うに至った」旨を述べている。

監視カメラに記録されているのは映像のみで音声は記録されていないため、被害患者が「暴力だ」と言ったことはビデオからは確認できない。映像によると、丙看護師が詰所を出る際の様子は既に相当立腹している様子が見られ、詰所を出てからまっすぐに被害患者の方に向かっており、仮に「暴力だ」と言われたことが直接の契機となっているとしても、その発言が行われたのは、丙看護師が詰所内にいた時点である。

(1) 暴力行為の態様

C地点で、丙看護師は、被害患者の両肩を掴んで立ち上がらせ、胸ぐらを掴んで引っ張って507号室に連れ込んでいる。被害患者はドアの把手を掴むなどして室内に入るのに抵抗したが、丙看護師が先に室内に入り、被害患者を部屋の中に引っ張り込み、同室内で引き倒した。

丙看護師が被害者につかみかかっている間、507号室に入るまでの所要時間は約30秒であり、この間に被害者は全く抵抗していないし、抵抗しようとした様子も見られない。



イ 丙看護師は殴る・蹴るという暴行は行っていないと述べているところ、507号室に入るまでの様子を撮影した映像に写っているのは、押し倒す、引きずる、507号室に引っ張り込む、同室内で引き倒したことであり、殴ったり蹴ったりする様子は写っておらず、その事実があったことは確認できない。

神出病院が第2事件を検討した記録の中には丙看護師が507号室内で馬乗りになっていたとする記載が存在するが、神出病院の説明では、当該記載は映像に写っている被害患者の両足の様子から推測したことを記載したとのことである。病室内の様子で写っているのは、被害患者の両足の足首よりも先の部分のみであり、その甲の部分が上向きであることからして、仰向けに倒れていることは確認できるが、丙看護師の様子は写っておらず、馬乗りになっていることは確認できない。丙看護師は、507号室内で被害患者を上から押さえ込もうとしていただけであると説明しており、馬乗りになったことは認めていない。被害患者は額、口唇、胸部に傷害を負っているが、そのことについては、丙看護師は、揉み合いの中で何かが擦れたことによるのではないかと述べている。

丙看護師は、詰所前から移動した理由について、他の患者の迷惑にならないようにするためであると説明したことになっているが、507号室前の廊下には他の患者はいなかったため、その理由であれば敢えて507号室の室内にまで引きずり込む必要はなかったものであり、他の患者への迷惑を配慮したものであるとするには疑問がある。507号室内に連れ込んだのは、室内で暴力行為を行うことを企図していたとも疑われるが、同室内での状況は認定できない。

当委員会としては、丙看護師の暴力行為として、殴る・蹴るという暴行を行った事実や、馬乗りになっていた事実までは認定することはできず、認定できるのは上記アの行為に限られる。

(2) 暴力行為の動機

丙看護師は被害患者との関係は普段は良好であったと述べており、神出病院の記録からもこれに反する事実は認められない。第2事件は、被害患者の付きまとい行為を契機とした突発的な感情の高まりを制御できなかったことによるものと考えられる。

なお、神出病院の職員に対する聴取の中で、丙看護師は入職初年度に患者に暴力を振るっていたのを見たことがあると述べる者がいたが、そのことを述べているのは1名だけであるし、丙看護師はその事実を否認している上、いずれにせよ、第2事件は入職後7年が経過してから生じているし、丙看護師が事件前に患者に対して暴力的な対応を行う勤務態度であったとは認められないため、入職初年度の暴力行為の有無は、上記の動機の認定に影響するものではない。

(3) 暴力行為の結果

被害患者は507号室に入る前には額に傷はなかったが、同室から出てきた段階では、額に傷があることが映像から確認することができ、神出病院の記録では長さ5mm程度の擦過傷とされている。

その他にも、被害患者には口唇に2mm程度の裂傷、胸部に線状の皮下出血があったとされているが、いずれの傷も数日で治癒したとされている。

(4) 暴力行為後の事情

両者は大声を出していたため、昼食をとっていたX4係長が声を聞いて駆け付け、二人の間に入った。X4係長が507号室に到着したのは、丙看護師と被害患者が507号室に入った約25秒後である。

丙看護師は、507号室を出て、被害患者の擦過傷に対する処置を行うための処置台を取りに行っている。

被害患者は、X4係長に促されて507号室から出ているが、興奮した様子は治まっておらず、廊下にあった椅子を投げつけたと考えられる様子が映像で確認できる。

4 丙看護師・被害患者の互いの謝罪状況

- (1) 第2事件の加害者は丙看護師であり、丙看護師から被害患者に対して謝罪を行うべきものであるが、丙看護師から謝罪を行おうとした事実は認められない。

同日の午後4時34分ころから、507号室前の廊下で、被害患者、丙看護師、X3師長、X4係長の4名が、各自が椅子に座って向かい合って面談している様子が映像で確認することができ、謝罪のためにその場が設けられたとされている。しかし、その冒頭で謝罪しているのは被害患者の方であり、被害患者は椅子に座ったまま深々と頭を下げて丙看護師に謝罪している。被害患者が冒頭に頭を下げたのは3回確認でき、いずれも数秒間にわたって深く頭を下げ続けているが、それに対して、丙看護師は椅子にもたれかかったままであった。

映像によると、その後、主にX3師長と被害患者との間でやりとりが行われているように見え、10分以上経過した後に、丙看護師と被害患者が互いに頭を下げている。丙看護師が謝罪したと見えるのは、この時が初めてである。

映像からは、主に謝罪していたのは被害患者であり、丙看護師の謝罪は限定的なものに見える。X3師長やX4師長は、本来であれば、丙看護師に先に謝罪させるべきであるが、そのような対応が行われた様子は確認できず、患者が看護師に迷惑をかけたので、患者に謝罪させたようにしか見えない。

- (2) G院長が着任したのは令和3年6月1日であり、院長就任後に発表したコメントでは、「患者様と当該看護師はお互いに今回の出来事について話し合わせ、看護師は謝罪し、患者様からも謝罪と、これまでの対応について感謝の言葉を頂いております。」とされている。

しかし、映像からは、被害患者が積極的に謝罪したのを、丙看護師が受け入れたようにしか見えない。G院長は、当委員会からのヒアリングに対して、コメントを発表した時点で謝罪の様子映像は見ていなかったと述べている。

- (3) 被害患者の当日の診療録には、「一時、本人は、当該職員にこわいので会いたくないと話されていた。しかし、その後、職員が本人にあやまり、本人は、むしろ、申しわけがないという態度に転じたようだ。」と記載されているが、会いたくないと話していた被害患者が謝罪したいという気持ちに変化した事情は記載されていない。

ビデオを見る限りでは、面談が行われた時点で被害患者が謝罪したいという気持ちになっていたことは認められるが、それが、自身の行為を振り返って謝罪しなければならないものであったという理解に基づいて行われたのかは不明である。被害患者は精神疾患によって自身の行為の善悪を振り返ることができる状態にはなかった疑いがあるし、当時の被害患者は退院を希望しており、第2事件によって退院に支障が生じることを懸念し、退院に支障が生じるのを回避しようとして不本意ながら謝罪しておくことにしたことも十分に考えられることであり、被害患者に主に謝罪させる対応となったことが適切であったかについては疑問が残る。

なお、当委員会は、被害患者の保佐人に照会したが、神出病院の対応に問題があるという指摘は行われなかったし、被害患者からは第2事件に関する怒りや恨みは感じられないということであった。

5 診療録・看護記録における記載

(1) 診療録

○4医師は、被害患者の診療録に以下の記載を行っている。

ア 5月20日の記載

11:40 詰所前に立ち、はりついていた。詰所の窓・カウンター越しに中
にいる職員とのやりとりあり。

言われる指示に従わずしつこくその場にいるp t（注：p tは患者の意味）。窓をしめようとする所員との間で突いた、殴った、引っぱったなど2人の（判読不明）あいがあり、

p tが「暴力や!」と大声で言った瞬間、当該職員のGewalt 行為（注：暴力行為）あり（11:45頃）。

廊下ひきづられ、507号へ

（ビデオ検証済み）

本人は職員に話をきいて欲しかった。仲がわるくなるのをおそれてつきまとったとのこと

一時、本人は、当該職員にこわいので会いたくないと話されてい

た。

しかし、その後、職員が本人にあやまり、本人は、むしろ、申しわけがないという態度に転じたようだ。

イ 5月21日の記載の抜粋

(本人診察)

すみませんでした。ホンマにすみません。暴力うけたん自分やけど、原因つくったんボクやしボクがしつこくしつこくしてすみませんでした。——と平あやまりされて来られる。

診療録には、上記のように、丙看護師が謝罪したことによって、被害患者が申し訳ないという態度に転じたかのように記載されているが、前述したとおり、謝罪の状況の映像からは丙看護師が先に謝罪した事実は見られず、被害患者が一方的に謝罪している。被害患者が謝罪することになった経緯に関するO4医師の認識は正当とはいえない。

患者がこのような被害を受けた場合には、速やかに家族等に連絡するべきである。被害患者については、家族とは連絡をとりづらい状況にあったため連絡先は保佐人となるが、O4医師が保佐人に対して連絡を行ったのは、第2事件の翌日になってからである。事件当日に連絡することに支障があったとは考えられず、連絡を行うのが翌日となったのは適切ではない。

(2) 看護記録における記載

ア 丙看護師は、当日の出来事について、看護記録に以下の記載を行っている。

11:30 O) 詰所周りで配薬していた女性スタッフに対してつきまといあり。迷惑行為つく。その後も体をまとわりつかせて妨害行動みられる。女性スタッフと話し、対応を替わり、配薬中は執拗なつきまといや声掛けにより誤薬につながる恐れある旨何度も説明するも同様の行為つく。

11:40 O) 詰所にて、窓にはりつき、他患の飲水を妨害したりと迷惑行為まで発展する可能性ある為、やめる様促すも対応中の職員の体を執拗に触る行為つづき、注意した職員に対して、胴、胸、顔と3回の粗暴行為あり。興奮強いため窓を閉めて距離をとろうと詰所を出て離れるも、「暴力や!!」と大声を上げる行為あり。その後職員と患者様とでつかみ合いになり、足元もつれ倒れ込む。

他患も密集しており、トラブルの拡大を防ぐため、移動する様に伝えるも動かず、507号室の周辺へひきづって移動し、落ち

着かせようとするも興奮おさえられず大声を出していたため職員が気づき間に入る。現在の状態確認し、押し問答の際中に顔に1 cmほどの擦過傷、口唇に切傷あり。微量出血認めるも、すぐに止血する。

イ 上記の記載のうち、「患者様とでつかみ合いになり、足元もつれ倒れ込む。」とする部分は、ビデオによれば、丙看護師が一方的に被害患者を後方に押したことによって被害患者の足元がもつれたものであり、「つかみ合い」という状態ではなかった。

また、「トラブルの拡大を防ぐため、移動する様に伝えるも動かず」とする記載については、丙看護師は詰所を出てすぐに被害患者につかみかかって後方に押しているのであり、移動するように伝えている様子はビデオからは認められない。

このように丙看護師による看護記録の記載には事実と異なる部分が存在するが、丙看護師が積極的に虚偽の記載を行って責任を回避しようとしたとまでは認められない。

6 神出病院の対応

(1) 神戸市・警察への通報

ア 神出病院は、令和2年10月13日に虐待防止・対応マニュアルを作成しており、発生時のフローチャートとして発見者が速やかに保健所に通報すると定めている。X4係長は、このフローチャートにしたがって、第2事件発生の約30分後である午後0時15分に、神戸市保健所に対し、第2事件の発生を報告している。同日の午後4時15分には人事労務部長から保健所に対する2回目の報告が行われている。

速やかに神戸市に通報されたことは、虐待防止・対応マニュアルが履行されていることを示すものであり、本件刑事事件後の改善点として評価することができる。

イ 警察への通報の要否については、上記のフローチャートには記載されていない。神出病院は、警察への通報の要否を判断することができなかったため、2名の弁護士に対応を相談しているが、1名の弁護士からは、神戸市と協議して判断するよう助言されただけであるし、もう1名の弁護士の助言内容は不明（同弁護士から、神出病院に対し、助言を行うための判断資料とするために事実関係を照会した記録は存在するが、助言内容に関する記録は存在しない。）であり、警察への通報の要否そのものについてはいずれの弁護士からも助言を得られなかったようである。

そのため、神出病院は警察への通報の要否について判断することができないまま、令和3年6月1日のG院長の着任となった。兵庫錦秀会の理事であるI弁護士は、当委員会からのヒアリングに対して、現時点での認識として、本人同士が謝罪して

解決済みであるから警察に通報する必要はないと考えている旨を述べていることから、当時の兵庫錦秀会内においても警察への通報を不要とする有力な意見も存在していたと考えられる。

同年6月1日に神出病院の院長に就任したG院長は、就任前から、速やかに警察に通報すべきであると考えており、同月2日にビデオ映像の暴行の部分を確認した上で直ちに警察に通報することを決定し警察へ通報した。

ウ これにより、第2事件について警察の捜査が行われることになり、被害患者は被害届を提出して事件にするつもりはなかったが、警察の判断で丙看護師は刑事事件として立件されることになった。

同時に、被害患者についても、丙看護師は被害届を提出していないものの、丙看護師に対する行為が警察の判断によって刑事事件として立件されることになった。

捜査の結果、丙看護師も被害患者もともに不起訴処分となっている。

エ 神出病院が警察への通報を行わなかったことが事件の隠ぺいにあたると考えた者が報道機関等に通報し、第2事件は6月8日の神戸新聞朝刊で報道されることになった。

(2) 懲戒処分

丙看護師は、第2事件の翌日である5月21日以降、有給休暇を使って自宅で謹慎していた。神出病院では、当初は懲戒解雇相当とする意見も存在していたが、日頃の勤務振り等を考慮して、6月24日付けで諭旨解雇となり、丙看護師は同日付けの退職願いを提出している。神出病院の就業規則では、諭旨解雇よりも軽い処分は出勤停止であり、出勤停止期間の条件は10日と定められているため、10日以内の出勤停止では不相当であると判断して、諭旨解雇処分としたことになる。その判断には一定の合理性を有すると考えられ、見せしめ的に不当に重い処分が行われたとまでは評価できず、社会通念上相当ではないとまではいえない。

(3) 危機管理委員会の委員長の認識

神出病院は、第三者委員会に代わるものとして危機管理委員会を設置したになっているが、危機管理委員会の令和3年7月7日開催の第7回の会合では、同委員会の委員長であるI弁護士が、第2事件について「看護師と患者の日常的に起こりうる案件」と述べている。

精神科病院において患者が看護師に付きまとうことは日常的に起こり得る案件であろうが、それに対して、看護師が患者の胸ぐらを掴んで押し倒し、倒れたままの患者を数mにわたって引きずることは日常的に起こり得る案件ではない。危機管理委員会の委員長（弁護士）ですら、このような認識であったし、そのような発言に対して委員長以外の出席者28名（その中には、外部の有識者として参加している大学教授2名も含まれている。）の誰からも疑問が述べられなかった。I委員長

の発言内容も、その他の出席者の態度も、虐待に関する問題意識が低く、危機管理委員会が機能していなかったことを示している。

7 神戸市の対応

神戸市は、令和3年5月20日に第2事件発生の連絡を受け、翌21日に臨時実地指導を実施している。その後も、6月3日、7月1日に臨時実地指導を行って、9月17日に改善指導通知書を発出し、「本件刑事事件等とは異なる視点から改善計画を検討して令和2年8月17日付け改善命令に対する改善計画書（改訂版）に盛り込んで提出すること」を求めている。

G院長は、令和2年8月17日就け改善命令に対する改善計画書の改訂版を令和3年9月28日付けで神戸市に提出しているが、そこには第2事件に関する記述は全く存在しない。当委員会が神出病院から提出を受けた第2事件に関連する資料の中には改善通知書を受領したことに関する記載が行われた資料は見当たらず、却って、令和3年7月7日の危機管理委員会の議事録によれば、丙看護師を諭旨解雇したことによって解決済みになったと認識したのではないかとも思われるし、神出病院のホームページにも、令和3年9月1日に丙看護師が書類送検されたことが掲載された後は、何の記載も行われておらず、神出病院は、現時点において、第2事件について改善命令を受けたという認識すら有しないのではないかと思われる。

神出病院は改善指導に従った対応を行っていないことになるが、神戸市が追加の改善指導を行った事実は認められない。本件刑事事件後である令和2年5月30日に、兵庫県立ひょうごこころの医療センターで看護師が入院患者に対して暴力行為を行う事件が発生しており、神戸市から改善計画書の提出を求められた同医療センターは詳細な改善計画書を提出している。これと比較して、神出病院は第2事件について何の改善計画書も提出していないのにそれを放置している神戸市の対応は適切とはいえない。

第2事件については監視カメラの映像が残っており、当委員会の調査を待たずとも、神出病院として事実を確認して改善策を提示することは十分に可能である。ところが、第2事件については何らの改善計画書も提出されないままになっている。

第3 その他の職員による虐待行為

1 概要

ここまで、本件刑事事件の被告人ら6名及び甲看護師が行った虐待行為について認定してきたが、神出病院で行われていた虐待行為はそれらの者以外の職員によっても行われている。以下では、その他の職員による患者への虐待行為について、当委員会としての事実認定を記載する。

当委員会が認定した虐待行為及び各行為の加害者は以下の表において、身体的虐待行為、心理的性的虐待行為に区分して整理しているとおりである。下表の加害者のうち、既に退職したことを明記していない職員は、今も神出病院あるいは隣接するたちばな苑に勤務する現役の職員である。また、下表で着色した虐待行為・加害者は令和2年3月4日に本件刑事事件の被告人らが逮捕された後でも発生していたものである（但し、時期がある程度特定できたものに限る）。

なお、以下の虐待行為は、限定された調査期間、調査人数において、ヒアリングの対象者の範囲も絞ったなかで発覚したものをピックアップしたにすぎないうえ、ヒアリングのなかでは虐待行為を隠している（自己、他者含め）と疑われる様子の職員も多数おり、あくまで氷山の一角と考えている。それも色々な病棟で、これだけ多数の行為が発覚している。

【身体的虐待行為】

虐待行為	加害者		
①便で汚れた患者を、冬場にもかかわらず水で洗う行為	丁 2		
②暴れる患者の髪を引っ張る行為	丁 3		
③入浴させる際、暴れる患者を足で押さえ込む行為	丁 5	丁 3	
④覚醒不良の患者の頬を複数回叩く行為	丁 2		
⑤患者を引っ張る行為	丁 4		
⑥車椅子の患者をベッドに移す際に投げ飛ばす行為	丁 5		
⑦患者の問題行為を制止する際の暴力行為	丁 2		
⑧不穏で暴力を振るう患者に対する防御を超える行為	丁 5	丁 6	
⑨患者のおむつ交換時の暴力行為	丁 2	丁 7	丁 8
⑩患者に汚れた衣服を着せたままハイター（漂白剤）原液をかける行為	氏名不詳		
⑪患者の頭をスリッパ等で叩く行為	丁 5	丁 3	丁 6
⑫患者を無意味に突き飛ばしたり、払い腰をかける、小突く、叩く等といった行為	丁 2	丁 3	丁 1
⑬車椅子に患者が乗った状態で、車椅子を倒し、蹴る行為	丁 1	丁 3	丁 9
⑭盗癖がある患者の胸倉を持ち上げて捕まえる行為	丁 1 0		
⑮シリンジ（注射筒）で患者に水をかける行為	丁 1 1	丁 1 2	
⑯患者を点滴棒で叩いて傷害を負わせた行為	丁 1 3		
⑰患者を膝蹴りする行為	氏名不詳		
⑱患者へのビンタ	丁 1 4		
⑲患者の手首を痛みが出るほど強く握る行為	丁 1 5		
⑳患者をひきずって下腿にえぐれ傷を負わせた行為	丁 5		

【心理的虐待行為】

虐待行為	加害者		
①患者をおちよくる等の嫌がらせ	丁 1	丁 3	
②患者への侮辱的発言等	丁 3	丁17	
③患者の痴態を写真撮影すること	丁 1		

【性的虐待行為】

虐待行為	加害者		
①男女混合病棟の病室で患者を裸にしてからシャワー室へ移動させる行為	丁 5	丁16	
②患者を裸でベランダに出す行為	丁 5		

2 暴行・暴力行為等の身体的虐待行為

以下の①～⑩は看護行為のなかで行われたと考えられる身体的虐待行為である。

① 便で汚れた患者を、冬場にもかかわらず水で洗う行為

丁 2 看護師（主任）は、夏場、冬場であるにかかわらず、便で汚れている患者を洗う際、シャワーの出が悪く、お湯もなかなか出なかった際、患者から「冷たい」と言われても水をかけて洗っていたことが、少なくとも 3 回はあった。

丁 2 看護師は、上記事実を認める一方、設備の問題として仕方ないと弁解しているが、他の病棟ではお湯が出ない際にはお湯が出る詰所等でお湯を出して、お湯をシャワー室に運んで洗う等の他の対応を講じており、手間と時間をかければ水で洗う以外の方法も可能である。特に冬場において水をかける行為は患者が風邪を引く可能性もある生理的機能を害する行為といえ、身体的虐待に該当するものといえる。

② 暴れる患者の髪を引っ張る行為

丁 3 看護師は、年月は明確ではないが（平成 24 年～平成 30 年の時期）、B 2 病棟において、注入（ペグ）の患者が暴れた際、患者の髪をひっぱって患者を押さえたことがあった。これは、痛みを与える行為であり身体的虐待に該当する。

丁 3 看護師も上記事実を認めている。

③ 入浴させる際、暴れる患者を足で押さえ込む行為

ア 丁 5

丁 5 看護師は、平成 22 年から平成 26 年の間、B 2 病棟において、患者の機械浴特殊浴室にて、リフト等の機械を利用して入浴させるもので、自立が困難な患者が対象となる。）時、患者をベッドに寝かせて衣服を脱着する際、足で患者の腕を押さえ込んでいた。

丁 5 看護師は、当初は上記事実を否認していたが、「もしかしたら上の服を着せる時ですかね、立ち上がろうとする時にあったかもしれない。やったともやってな

いとも言い切れない。」「今覚えてないんですけど、したやろって言われたら、したんかなっていうくらいの感覚。」「(目撃したという職員がいると)言われるんだったらやったのかもしれない。」と述べていること、上記行為を複数回目撃した複数職員がいることからすると、上記は事実と認められる。

足で押さえ込む行為は体重がかかる分押さえ込む力が強くなり痛みが生じると考えられることから、身体的虐待に該当するし、患者の尊厳を軽視する乱暴な行為として不適切であることも明らかである。

イ 丁3看護師

丁3看護師は、平成30年又は令和元年頃、B2病棟において、患者の機械浴(リフト等の機械を利用して入浴させるもので、自立が困難な患者が対象となる。)後、患者をベッドに寝かせて服を着せていた際、患者が暴れたので、足(膝か足裏のいずれか)で患者の腕を押さえ込んでいた。

丁3看護師は、膝を使って患者を押さえ込んだことはあることを認めており、一方、当該場面を目撃したという職員は、丁3看護師がナースシューズを履いたままの足で踏みつけて押さえこんでいたと説明しており、差異があるが、いずれにせよ、足を使用することは不適切であり、上記の範囲で事実として認定できる。足だと体重がかかる分押さえ込む力が強くなり痛みが生じると考えられることから、いずれにせよ身体的虐待に該当するし、乱暴な行為として不適切であることも明らかである。

④ 覚醒不良の患者の頬を複数回叩く行為

丁2看護師(主任)は、令和3年頃、A1病棟において、食事時でも起きない覚醒不良の患者に対し、声をかけたりゆすったりしても起きなかったので、患者の頬を手の平や甲で何度か叩いた。

なお、丁2看護師は、そんなに強く叩いた認識はないと述べながらも外形的事実としては上記事実を認め、やりすぎたと反省の弁を述べるとともに、師長からも注意されたことを認めていることを踏まえると、周囲から見ても痛みを伴う程度の叩き方であったと考えられるし、覚醒を促す際にわざわざ頬を叩く必要性もないことから、身体的虐待に該当する。

⑤ 患者を引っ張る行為

丁4准看護師は、令和4年1月8日、B3病棟において、他の病室の他の患者のベッドと自分のベッドを間違えて他の患者のベッドで寝ている患者に、そのことを指摘して自分のベッドに戻るよう何度も説明した。ところが、当該患者に理解してもらえなかったためにイライラが溜まり、服の首の後方部分をつかんで無理やり引っ張って当該患者の病室まで連れて行った。患者を誘導するために首根っこを掴むことや、当該患者を病室内に入れる際に、服の腕の部分強く引っ張り、抵抗する患者の身体を後方から抱え込んで押し入れていることは、患者を誘導する際に許容される限度を超

えた有形力が行使されたものであり、身体的虐待に該当する。神出病院は、この行為は不適切であるが虐待行為には該当しないと判断しているが、その判断はこの程度なら許されるという誤った理解を職員に与えかねない。

上記行為は、患者への説得を試みたものの、患者が聞き入れてくれないことでイライラが溜まったことが原因となっており、令和3年5月20日に発生した第2事件と類似した状況、経緯で発生している。同月21日付けで当時の院長名によって作成された『A5病棟における暴力行為についての報告』には再発防止策が記載されていたが、その対策が病院全体の問題として全く浸透していなかったために、同種事案が発生したものであり、そもそもの問題点の分析、原因究明が不十分であった実態を示している。神出病院は、これまで虐待行為の原因を主に看護師個人の属人的な問題として矮小化して捉えてきており、病院全体の問題として真正面から向き合い、背景事情を含めた原因究明を行って再発防止策を講じてこなかったために、起こるべくして発生した事件である。同種の行為を根絶するためには、患者の態度によってイライラが増した際の対応について、全看護要員を対象とする効果的な教育に早急に取り組むことが必要である。

なお、上記行為はG院長まで事実が報告されているという点では、従前の対応よりは改善されていると評価できる部分もある。しかし、令和2年10月13日に神出病院が作成した虐待防止・対応マニュアルでは、虐待行為発生時には、明確な虐待でなかったとしても、その疑いがある場合には、発見者が速やかに保健所に通報すると定められているが、上記事案は保健所には通報されていない。神出病院では、虐待行為に関して、神戸市保健所に通報する事案と通報しない事案（虐待の疑いもないと判断する事案）に関する明確な基準が定められていない。そのような体制・運営方法では、恣意的な基準によって隠ぺいしようとしているという疑いを招くことになり、隠蔽体質が改善されたとして信頼を回復できることにはならない。

⑥ 車椅子の患者をベッドに移す際に投げ飛ばす行為

丁5看護師は、平成22年から平成26年の間、B2病棟において、マットが敷かれた病室に、車椅子患者を移して寝かせる際、患者を下から抱え上げて移すのではなく脇に抱えるようにして、投げるような勢いで移していた。しかも、かかる行為は「当たり前」の行為として常態化していた。かかる行為は、マットが敷いてあろうと、投げることで身体機能が低下している患者が怪我をする危険性を孕むものであるし、暴力的で、投げる必要性もないこと、患者をモノのように扱う患者の尊厳を軽視した行為であることからすると、身体的虐待に該当することは明らかである。

丁5看護師は上記外形的事実を認める一方、時間がなく業務をこなすためやむを得なかったと弁解しているが、投げ飛ばすことと抱え上げて移すことで時間に大差はないと考えられるし、投げる必要性はないこと、患者の安全や尊厳より自己の業務や都合を優先した言い分で言語道断の理由にならない弁解であることは明白である。

⑦ 患者の問題行為を制止する際の暴力行為

丁2看護師（主任）は、令和3年11月頃、A1病棟において、夜勤の時間帯、鼻からマーゲンチューブを外して口に咥えて流動食を飲んでいる患者を見つけた際、誤嚥の可能性があるのでマーゲンチューブを奪い取ったが、その際、「何しよんや！」と声を荒げて患者の顔を叩いた。

丁2看護師は手が患者の顔に当たった事実は認めながらも、患者が手を掴んできたため、払いのけた時に手が顔に当たったもので、故意であることを否認している。しかし、流動食を飲んでいるような身体機能の弱った患者であり、仮に手を掴んでこられたとしても、患者の顔にまで払いのけた手が届くような勢いで払いのける必要はないはずであるし、患者の手を払いのけるために動かした手が患者の顔に当たるといふ具体的状況もなかなか想定し難いこと、「何しよんや」という発言内容からして感情的になっていたことは明らかであること、目撃した職員が、払いのけた時の動作としてではなく問題行為として「叩いていた」と述べており故意と見られる外形的状況であったと推察されること、丁2看護師が複数の粗暴な虐待行為を行っている人物で類型的にみて同人の行動経過として整合的であることからすると、上記は故意に行われた身体的虐待と認められる。

なお、上記行為は、当委員会による不祥事の調査中であるにもかかわらず起こった事件であり、重ねて言うが、神出病院の実態、体質が改善していない状況を露見するものといえる。

⑧ 不穏で暴力を振るう患者に対する防御を超える行為

ア 丁5看護師

丁5看護師は、年月は明確ではないが（平成22年から平成26年の間）、B2病棟において、何らかの処置を患者に行う際、抵抗する患者を払いのけたことがあった。

丁5看護師も上記事実を認め、当時の師長に注意されていたことを認めていること、かかる注意を受けているということは外観的に制止する程度の行為ではなく暴力になると見える払いのけ方であったと推認されること、暴れる患者から防御する際、患者を払いのける必要はなく押さえる範囲にとどめるべきであることから、純粹な防御行為ではなく、暴力的行為に該当するものといえる。

イ 丁6看護師

丁6看護師は、年月は明確ではないが（平成27年から令和2年の間）、B2病棟において、患者から暴力を振るわれ、当該患者を払いのけ返したことがあった。

丁6看護師は、上記外形的事実を認める一方、問題行為としてはグレーで、あくまで防御として行った範囲であると述べているが、先輩職員から「やりすぎたら暴力になるからあかん。制止する程度でやめとかなないといけない。」と注意を受けていたことは認めており、かかる注意を受けているということは外形的に見て制止す

る行為ではなく暴力になると見える払いのけ方であったと推認されること、「傷がつかないくらいなら、多少力づくでやっていいんだという意識はある」と丁6看護師が述べていること、暴れる患者から防御する際、患者を払いのける必要はなく押さえる範囲にとどめるべきであることから、純粋な防御行為ではなく、暴力的行為に該当するものといえる。

⑨ 患者のおむつ交換時の暴力行為

ア 丁2看護師

丁2看護師（主任）は、令和3年頃、A1病棟において、患者のおむつ交換の際、便を出していた患者に対し、「何でしとんや！」と言ってお腹を「パチン」と音がする程度の強さで叩いた。

丁2看護師は、患者のお腹が張っているのかもしれないと思って、お腹をポンポンと様子を見るようにして叩いて確認したことがあり、暴力的に叩いたわけではないと否認しているが、目撃した職員が問題行為として上記のとおり具体的に述べていること、問題行為として指導されていること、丁2看護師が威圧的言動におよんでいること、丁2看護師が複数の粗暴な虐待行為を行っている人物で典型的にみて同人の行動経過としても整合的であることからすると、上記は受傷するほどではないにせよ、「ポンポン」と痛みが全く生じないレベルの叩き方ではなく、暴力として行われた身体的虐待と認められる。

イ 丁7看護師

丁7看護師（既に退職）は、患者のおむつ交換の際、手を動かして抵抗する患者に「やめて」と言ってクッションで叩いていたことがあった。

丁7看護師は既に退職しているため事実関係の確認はできていないが、他の職員が上記場面を目撃し、注意もしていること、他の職員からも丁7看護師の問題行為を見たという話はちよくちよく聞いていたという説明が行われるなどその供述が具体的で、虚偽の説明を行う動機もないことから、上記は事実と認められる。

ウ 丁8看護師

丁8看護師（既に退職）は、患者のおむつ交換の際、患者のお尻を叩いていたことがあった。

丁8看護師は既に退職しているため事実関係の確認はできていないが、上記事実を目撃していた職員がおり、師長にも報告され、部長にまで話が報告されたが、丁8看護師が逆に「そんなこと言ってもね。」と逆切れしていたと説明しており、その内容は具体的であり、虚偽の説明を行う動機もないことから、上記は事実と認められる。

⑩ 患者に汚れた衣服を着せたままハイター（漂白剤）原液をかける行為

氏名不詳の職員数名が、便で患者の衣服が汚れたとき、着替えがないからといって、その衣服を着せたままハイター（漂白剤）の原液をかけていた。これは、患者の肌に異常が生じる生理的機能を害する行為であり、身体的虐待に該当する。

情報提供者となる職員は行為者である職員の氏名を覚えておらず、当委員会は上記行為を行った疑いのある職員から事情聴取することはできていないが、情報提供をした職員が虚偽の陳述を行う理由もなく、上記事実が行われていたことがあったと認められる。

以下の⑪～⑳は、看護行為と無関係に行われたと考えられる身体的虐待行為である。

⑪ 患者の頭をスリッパ等で叩く行為

ア 丁5看護師

丁5看護師は、年月は明確ではないが（平成22年から平成26年の間）、B2病棟において、言うことをきかない患者の頭をスリッパで叩いていた。かかる行為は複数回行われていた。

丁5看護師は上記事実を否認しているが、上記行為を複数回目撃している職員がいること、目撃した職員が虚偽の説明を行う動機がないこと、他の丁5看護師の粗暴行為や患者に対する姿勢からすると行動経過として整合的な行為であることからすると、上記は事実と認められる。これは、暴力的行為として身体的虐待に該当するとともに、患者の尊厳を軽視する不適切な行為であることも明らかである。

イ 丁3看護師

丁3看護師は、令和2年頃、B2病棟において、スリッパ等の何らかの物を使用し、患者の頭を叩いたことがあった。

丁3看護師は、上記事実を否認していたが、スリッパに限らず、柔らかいものでも、物で叩いたことがないのか追及したところ「夜勤明け、仮眠もできてないし気も張ってるし、私すぐイラっとしちゃうんです。B2は認知の方も多かったし、思う通りにいかないんで、イラっとしてやっちゃった。軽い言い方して申し訳ないですけど、そういうのがあったと思います。」という範囲では事実を認め、患者からも上記事実が申告されていたことからすると、スリッパを使ったかどうかまでは明確ではないが、スリッパ等の何らかの柔らかいもので患者を叩いた事実が認められる。これは、暴力的行為として身体的虐待に該当するとともに、患者の尊厳を軽視する不適切な行為であることも明らかである。

ウ 丁6看護師

丁6看護師は、年月は明確ではないが（平成27年から令和2年の間）、B2病棟において、スリッパ等の何らかの物を使用するか又は自身の手で、患者の頭を叩いたことがあった。

丁6看護師は、上記事実を否認しているが、「患者との間で親しみを込める意味で触れることがあり、見様によっては叩く感じになることはあった」「患者を冗談でバーンと叩いたことはある。下ネタの話を患者がし始めたので、突っ込みのように肩より下にバーンと叩いたことがある。それは冗談ではなく、注意で叩いたということではないか、と言われれば注意のなかでのやりとりになるのかもしれない」等とスリッパではなく部位もずれているものの外形的事実としては患者を叩いたことがあると認めていること、丁6看護師からスリッパで頭を叩かれたことを訴える患者がいたと述べる複数の職員がいることからすると、スリッパを使ったかどうかまでは明確ではないが、上記は事実と認められる。これは、暴力的行為として身体的虐待に該当するとともに、患者の尊厳を軽視する不適切な行為であることも明らかである。

⑫ 患者を無意味に突き飛ばしたり、払い腰をかける、小突く、叩く等といった行為

ア 丁2看護師

丁2看護師（主任）は、患者とすれ違い様、患者を叩いていたことがあった。

また、丁2看護師は、車椅子に乗っていた患者の天然パーマの頭を、すれ違い様に「くしゃくしゃっ」としたり、顔をくすぐったりしており、患者が「止めて！」と嫌がっているにもかかわらず、その患者の横を通るたびに同じことを何回も繰り返していた。嫌がる患者の頭をくしゃくしゃにする行為は、不法な有形力の行使として暴行、身体的虐待に該当するだけでなく、嫌がる患者をおちょくる心理的虐待行為にも該当するものである。

丁2看護師は、叩いたことについて「ちょっと正直はつきり覚えていないがやってしまったかもしれない」と暗に認めたとも受け取れる説明をしていること、距離が縮まっていると感じていた患者に「元気か？」というような感じでおでこを「ぺちっ」と叩いていたという範囲では認めたこと、上記の各事実を述べる複数の職員の説明内容は具体的で虚偽の説明を行う動機もないこと、丁2看護師が複数の粗暴な虐待行為を行っている人物で典型的にみて同人の行動経過としても整合的であることからすると、上記は事実と認められる。

イ 丁3看護師

丁3看護師は、平成30年か令和元年頃、B2病棟において、歩くのが遅いという理由で患者を突き飛ばし、患者が転倒したことがあった。

丁3看護師は、外形的事実として、歩くのが遅い患者に当たり患者が倒れたことがあることは認めたものの、わざとではなく何かの処置中に振り向いたときにたまたまいた患者にぶつかったと述べ、故意を否認している。

しかし、すぐ横に患者がいたにもかかわらず、振り向く際に全く気付かなかったという話自体安易には信用できないうえ、患者が倒れるほどのぶつかり方をするような突然かつ勢いのある振り向き方をたくさんの患者が歩いている病棟内でする

という状況も想像しにくいこと、丁3看護師がストレスを患者にぶつけるような粗暴行為を他にもしており行動経過として整合的であること、上記事実を目撃した職員がおり、振り向きざま等ではなく明確に突き飛ばした事実、歩くのが遅かったためという理由まで具体的に述べていることからすると、故意により行われた行為、暴行となる身体的虐待であったと認められる。

なお、類似行為として、丁3看護師は、B2病棟において、患者に早く（動いて）して欲しいと思い、平手で肩を叩いたことがある事実も認めている。

ウ 丁1看護師

丁1看護師（主任）は、患者を小突くことがあった。これは、暴行であり身体的虐待に該当する。丁1看護師は患者を小突くくらいのことはあったと述べ、上記事実を認めている。

また、丁1看護師は、平成29年か平成30年、B2病棟のデイルームで、患者を払い腰で投げるようなことをした。これは、暴行であり身体的虐待に該当する。

丁1看護師は払い腰をかけたことを否認しているが、終始「わからない」と曖昧な弁解に終始していること、さらに追及されると「責められる・・・ところはいっぱいあるなとは思いますが」と述べていること、他の職員が目撃しており、虚偽の説明を行う動機もないこと、上記のように丁1看護師が患者に対する暴行を平然としていた様子が伺えること、「丁1さんからふざけた調子で、患者さん、叩いてみいや。と言われた」と述べる職員もいたことからすると、上記は事実と認められる。

⑬ 車椅子に患者が乗った状態で、車椅子を倒し、蹴る行為

ア 丁1看護師

丁1看護師（主任）は、B4病棟において、患者が車椅子に乗った状態で、必要性がないにもかかわらず、前輪を持ち上げて後方に倒し、ウイリーのようにして患者をひっくり返す、あるいはひっくり返そうとしていた。これは、患者を転倒させる暴行であり、身体的虐待に該当する。

丁1看護師は上記事実を否認しているが、追及されると「難しいですけど・・・覚えてないという・・・」等と曖昧かつ言葉を濁す説明となっており、説明態度として極めて不審であること、さらに追及されると「責められる・・・ところはいっぱいあるなとは思いますが」と述べていること、他の認定事実のとおり丁1看護師が悪質な患者いじめを行っていることと整合する行為であること、他の職員が丁1看護師の上記行為を聞きおよんでいたと述べていることからすると、上記は事実として認定できる。

イ 丁3看護師

丁3看護師は、B2病棟において、夜勤の時間帯、車椅子に患者が乗った状態で、車椅子をわざと蹴ったことがあった。

丁3看護師も上記事実を認め、患者に早く部屋に戻って寝て欲しいと思って蹴ったことを認めたもので、不法な有形力の行使として暴行、身体的虐待に該当するものである。

ウ 丁9看護師

丁9看護師（既に退職）は、平成30年8月4日、A3病棟において、車椅子に乗っている患者を車椅子ごと転倒させた挙句、当該患者を助け起こすこともなくそのまま立ち去り、しかも、看護助手も駆け寄るような様子もなかった。

丁9看護師は退職しており、同人に事実関係を確認することはできていないが、他の職員が上記事実を説明し、病棟の防犯カメラに上記事実が撮影されていたと述べていること、丁9看護師が提出した顛末書でも車椅子ごと患者を横転させたことは認めていることから、上記は事実として認定できる。

⑭ 盗癖がある患者の胸倉を持ち上げて捕まえる行為

丁10看護師（当委員会の調査開始時は課長）は、時期は明確ではないが、B2病棟において、盗癖のある患者の胸倉を掴んで持ち上げたことがあった。これは、暴行として身体的虐待に該当する。

丁10看護師は上記事実を否認しているが、「他の患者の物を盗った患者からその物を取り上げたら、盗った患者が納得できず暴れ、それを制止するために体を持ち上げることはあった」という事実の範囲では認めている。暴れるのを制止するためであれば身体を持ち上げる必要はなく、押さえればいいだけであるから、持ち上げたのは威嚇する意図であったと考えざるを得ない。威嚇のため持ち上げる場合に、両手で下から患者を抱えたり両脇に手を差し入れて抱えるという状況は想定し難く、胸倉を掴んで持ち上げたと考える方が自然であり、丁10看護師の上記虐待行為に関連する職員の説明も出ていることからすると、上記は事実として認定できる。

⑮ シリンジ(注射筒)で患者に水をかける行為

ア 丁11

丁11という職員（既に退職）は、B2病棟において、シリンジで患者に水をかけていた（時期は不明確だが、少なくとも平成26年以前の時期）。

丁11は、既に退職しているようであるため、同人に対し事実関係を確認することはできていないが、上記については他の複数の職員が述べていることから、事実として認定可能である。

イ 丁12看護師

丁12看護師（虐待行為当時は主任。既に退職。）は、令和元年7月～8月、B4病棟において、夜勤の時間帯、シリンジで患者に水やお湯、アルコール消毒液をかけていた。かかる行為は恒常的に行われていた。

丁12看護師は既に退職しているうえ、当委員会からの呼び出しも無視しているため、同人に対し事実関係を確認することはできていないが、令和2年1月29日

に実施された虐待防止委員会において丁12看護師が上記虐待事実を認め警察に自首したいと発言していたというQ 事務長作成の報告書が神出病院の顧問弁護士であるR1弁護士に対し送付されている。A元院長が出席していた虐待防止委員会の議事録では上記の発言に関する記載は省かれ、しかも2日後の令和2年1月31日の虐待防止委員会の議事録には、丁12看護師が「死にたい」という発言まで行うほど悩んでいたにもかかわらず、「当院の対応」として、丁12看護師による「虐待の事実はない」という全く逆の事実がわざわざ明記されている。この経緯からは、A元院長による明らかに意図的な隠蔽工作、虐待事実をもみ消そうとする姿勢が透けて見える。

丁12看護師がふざけてシリンジで患者に液体をかけていたことについては他の複数の職員が述べており、「ストレス解消、楽しくてそれをやっていた」と聞いていると具体的かつ詳細な説明も出ているうえ、防犯カメラにシリンジでベッドに向かって液体を複数回かける様子が写っていたことが確認されている。現実丁12看護師が退職している経過にも照らすと、上記は事実として認定可能である。

⑯ 患者を点滴棒で叩いて傷害を負わせた行為

丁13看護師（既に退職）は、平成30年5月頃、夜勤の時間帯、A4病棟において、患者の額を点滴棒（3キロくらいあるスチール製のもの）で叩き、何針か縫合することが必要となる傷害を負わせた。

丁13看護師は平成31年3月に退職しているため、同人に対し、経緯や理由を確認することはできていないが、上記については他の職員が具体的に述べていることから事実として認定可能である。

⑰ 患者を膝蹴りする行為

氏名不詳であるが、某男性看護助手が、平成24年か平成25年頃、夜勤の時間帯3病棟において、指示を聞かない患者に膝蹴りを行った。

情報提供者となる職員は、昔のことであり氏名を覚えておらず、行為者本人への確認はとれていないが、「当時の上司からそういうことがあったと情報が回ってきた」という具体的な説明が行われていることからして、上記は事実として認定可能である。

⑱ 患者へのビンタ

丁14看護助手（既に退職）は、平成30年から令和3年の間、A4病棟において、患者をビンタし、患者が「痛い」と声を挙げていたことがあった。

丁14看護助手は既に退職しており、同人に対し事実関係を確認することはできていないが、ビンタの音と患者の「痛い」という声、その音がする場にいたのが同看護助手であったことを見聞きしている職員がいる。その説明内容は具体的で、虚偽の説明を行う動機もないこと、他に丁14看護助手による暴力があったと述べる職員もいたことからすると、上記は事実と認定できる。

⑲ 患者の手首を痛みが出るほど強く握る行為

丁15看護師は、令和2年5月22日、B3病棟において、執拗に何度も詰所に来る患者に対し、その都度説明し対応したが理解してもらえなかったことに苛立ちを募らせ、威圧的に近づき、患者が後ずさりするなか、患者の手首を捕まえたところ、当該患者が「痛い」と言った。これは、不必要に患者を捕まえ、痛みを与える暴力であり、身体的虐待に該当する。

当委員会が予定していた看護要員の聴取を概ね終えた後、顛末書を当委員会が入手したことにより把握した出来事であるため、丁15看護師に当委員会としての事実確認を行うことはできていないが、丁15看護師の提出した顛末書や、上司の事情聴取に対し「重大な過ちを犯してしまった」と反省の弁を丁15看護師が述べていることから、上記は事実として認定できる。

なお、上記行為は、令和3年5月20日に発生したA5病棟において生じた大きな問題となった暴力事件と類似した状況、経緯で発生した暴力事件であり、一部の病棟や属人的な問題として原因を矮小化することができない事実を明確に物語る出来事の一つである。

⑳ 患者をひきずって下腿にえぐれ傷を負わせた行為

丁5看護師は、年月は明確ではないが（平成23年～平成26年の間）、B2病棟において、寝たきり患者をひきずって下腿にえぐれ傷を負わせた疑いがある。

丁5看護師は上記事実のうち丁5看護師が夜勤の時間帯に下腿を怪我した患者がいたことは認めたが、丁5看護師が怪我を負わせたものではなく、患者自身がベッド柵を外したのかベッドの間に挟まったのか、患者自身の行為により怪我をしたとして否認しており、丁5看護師が上記行為を行った場面を直接目撃した職員がいたことも確認できていない。

しかし、当該患者は、寝たきり患者で、自傷行為をするような患者ではなく、ベッド柵を引きぬくこともありえないこと等を理由に、丁5看護師に引きずられて怪我をした可能性が高いと述べる複数の職員がいること、場面は違うと思われるが、夜勤だけではなく日勤の時間帯でも、丁5看護師が反抗的な（注意しても聞かない）患者を引きずっていることを見たことがあるという複数の職員がいることからすると、直接証拠がないからといって安易に虐待行為がなかったと認定することはできず、当委員会としては、上記虐待行為があったか否かについては黒とも白とも断定しない灰色と認定する。

3 心理的虐待行為

① 患者をおちよくる等の嫌がらせ

ア 丁1看護師

丁1看護師（主任）は本件刑事事件発覚前の時期、B4病棟において、患者をおちよくる言動をしていた。これは嫌がらせであり、心理的虐待に該当する。

丁1看護師も上記事実を認めている。

イ 丁3看護師

丁3看護師は、令和2年、B2病棟において、おやつの時間帯、患者がホールへ集まっているなか、遅れてきた患者が「僕も欲しいです」と言って車椅子で近づいてきたところ、その向かいからヨーグルト（蓋を外して紙スプーンを刺した状態のもの）を持って近づき、患者の頭の高さのところではっと手を放してヨーグルトを下に落とし、患者が咄嗟に取ろうとして慌てふためいている様子を見てゲラゲラ笑っていた。かかる行為は、患者に対するからかい、嫌がらせで、精神的苦痛を与えるものであるから、心理的虐待に該当する。

丁3看護師は、上記事実を否認していたが、追及したところ「そこまで他の人に詳しく言われるならやったのかもしれないですね。覚えていないです、ほんとに。もう分かりません。」と曖昧な弁解に至っていること、上記状況を目撃した職員の説明は具体的かつ詳細であり、虚偽の説明を行う動機もないことからすると、上記は事実として認定できる。

② 患者への侮辱的発言等

ア 丁3看護師

丁3看護師は、遅くとも平成25年以降、例えばリハビリパンツを脱ぎながら歩く男性患者に対し「きもっ」と言う等の侮辱的言動をしたり、患者に対し威圧的言動を何度も行っていた。これは、患者に対する侮辱発言、患者を怯えさせる発言として精神的苦痛を与えるもので、心理的虐待に該当する。

丁3看護師は、上記事実を認めており、当時の師長にも繰り返し注意されていたこと、令和3年時点でも患者への言葉遣いを師長から注意されたことも認めている。

イ 丁17看護師

丁17看護師は、令和3年8月20日、A5病棟において、一般浴（自立歩行可能な患者が行う一般的な方法による入浴）に患者数人を誘導していた際、他の男性看護師が、誘導を無視して動き出す患者に対し「待って下さい」と3回繰り返して制止した瞬間、患者に対し「お前、日本語わからんのか！」と怒鳴った。これは、患者への侮辱的発言であり、心理的虐待に該当する。

丁17看護師は、日本語が分からないのか、という発言を言ったこと自体は認め、最終的には言い方に悪意があったことも認めている。

また、丁17看護師が怒鳴って上記発言を行ったことについては、当時の看護部長の報告書からも明らかであるし、丁17看護師自身も、聞く者が不快な思いをするような不適切発言であったことは当時の始末書により認めている事実である。

③ 患者の痴態を写真撮影すること

丁1看護師（主任）は、甲看護師と共謀し、平成27年か平成28年、B4病棟において、患者の両鼻孔から口にかけて棒状の物（折った爪楊枝又は綿棒）を差し込み、

病棟内の詰所用の携帯で写真を撮影し、携帯の待ち受け画面に設定していた。これは、強い悪意をもった患者いじめで、患者の尊厳を貶め、精神的苦痛を与える行為であり心理的虐待に該当し、看護師として以前に人として許し難い行為である。

丁1看護師は、写真を撮る場面にはいなかったと否認しているが、本当にかかわりのない第三者の立場であったのならショッキングで印象的な出来事であるにもかかわらず「覚えていない」等と繰り返し、説明態度として不審であること、甲看護師と丁1看護師の二人がやったことであることは多くの職員が述べていることからすると、上記は事実と認定できる。

なお、他の職員の説明によると、詰所の携帯の待受画面とされていたことから、この事実は、当時のB4病棟の師長含めた職員全員が知っており、それだけでなくA院長も知るところとなったが、上記2名には何の処分も科されなかったようである。

4 性的虐待行為

① 男女混合病棟の病室で患者を裸にしてからシャワー室へ移動させる行為

丁5看護師、丁16看護助手は、平成22年～平成26年の間のうち疥癬が流行った時期、男女混合病棟であるB2病棟において、車椅子の患者を病室で裸にし、裸で車椅子に乗せ、バスタオルを患者にかけた状態で廊下（他の患者に見える状況）を通り、同病棟のシャワー室へ連れて行ってシャワーを浴びせていた。かかる行為が行われていたことは当時の師長も知りながら禁止していなかったようで、「B2ではみんながそのようにしていた」という声もあることからすると、このような行為を行っていたのは上記2名にとどまらず、当時、B2病棟では他の多くの職員も行っていたことが疑われるが、約10年前の話であることなどから、これ以上の行為者の確認、特定を行うことはできていない。

丁5看護師も丁16看護助手も、上記外形的事実は認めているが、「あくまで処置として行われたもので、タオルはめくれないようにかけていた」と述べ、丁5看護師は、「シャワー室の更衣室が狭く、寝たきり患者のストレッチャーも入らない状態で予定された時間内にこなすために仕方がなかったことである」と弁解している。

しかし、丁16看護助手は、「タオルがはだけたことは一度もなかったかと言われると、あるかもしれない」と述べている。精神疾患があり、自立歩行困難な患者が、自らタオルがはだけたり、ずれたりしないように手で押さえることができていたとは考えられず、車椅子での移動中に、タオルをかけていただけであれば、タオルがずれて肌が露出した可能性は十分考えられる。また、タオルがずれていなくても肌が広範囲に露出していたと考えられ、通常であればそのような姿を他人に見られることは羞恥心を覚えるものである。疥癬が流行ったときも更衣室で脱衣させること自体は可能であり、病室で脱衣させておく必然性はなかったこと、丁5看護師もかかる行為について「問題はあると思います。」「その時は患者の人権よりも時間を優先していた。」

という範囲では認めていることからしても、患者の人権に対する配慮を欠く行為であったことは明らかである。

一方で、実際にシャワー室へ患者を移動させる際、一応バスタオルで隠していたといことなので、患者の肌のどこまでが見えて、どこまでが見えなかったのか、必ずしも明確ではないことから、性的虐待行為と断定することは躊躇を覚える面もあるが、上記一連の事情、検討事項からすると、安易に虐待ではなかったと認定することできないため、当委員会としては、虐待行為に該当する否かについては黒でも白でもない灰色と評価する(但し、患者の人権に対する配慮が欠けていたことは明らかである)。

② 患者を全裸にしてベランダに出す行為

丁5看護師は、平成23年の11月から12月頃、B2病棟において、懲罰的な目的で、歩くことができない女性患者(70代女性)を全裸にしてベランダ(詰所裏側から出入する側のベランダ)に出していた。全裸にして室外に出されることは性的羞恥心を覚える行為であり、性的虐待行為に該当するし、冬の時期に裸で寒い外に放置されることで風邪を引く可能性もあるため身体的虐待にも該当するものといえ、言語道断の非人道的行為である。

丁5看護師は、上記事実を否認しているが、他の複数の職員がこれに関連する説明を行っていること、上記①のとおり丁5看護師は患者を裸にすることに抵抗感を抱いていなかったと考えられること等から、上記は事実と認められる。

5 その他

以上の虐待行為は、当委員会が限定された調査期間、調査人数において、事情聴取の対象者の範囲も絞ったなかで発覚した虐待行為をピックアップしたものにすぎない。

当委員会の事情聴取のなかでは虐待行為を隠している(自己、他者含め)と疑われる職員が多数おり、上記の虐待行為は、行為内容をある程度特定することができたもののみを記載している。噂話や、時間の経過によって記憶が曖昧になっている虐待行為に関する情報提供はほかにも存在した。虐待行為者や目撃者である職員が退職することで、闇に葬り去られた虐待行為も存在していたことは想像に難くない。

しかも、他の職員を指導、監督すべき立場にあるはずの役職者(主任だけでなく、課長までいる)も虐待行為者の中に含まれているという驚くべき実態がある。虐待行為を行っている役職者が虐待防止に関する適切な指導、監督を行っていたとは考えられず、虐待行為が助長あるいは見過ごされてきたと考えるのが合理的である。

さらに、退職した職員のなかには、「虐待が蔓延していることは師長たちも知っていたと思う。刑事事件が発覚したあと、A元院長が、部長や師長に対し、『動画や写真があったら消しとけよ。』と言っていた。それでチェックしたら、役職がついている職員が、『助かったわ。危なかった。』と言っていたという話を聞いた」と述べる職員もあり、A元院長から、トップダウンで証拠隠滅行為、隠蔽が行われていた様子である。

これらの事情に鑑みると、実際には上記で認定したより多数の虐待行為が行われていたし、今後も新たな虐待行為が行われる可能性を払拭できるには至っていないと考えられる。神出病院としては、風土の改善に取り組んでいるところであり、虐待行為再発の可能性を払拭するには時間を有するという言葉分も考えられるが、風土の改善が実現されるまでは多少の虐待が生じてはやむを得ないということにはならない。本件刑事事件が発覚してから既に2年も経過しているものであり、信頼回復のためには、早急に風土の改善を実現すること、風土改善・虐待防止への取組状況を積極的に発信していくことが必要である。

なお、本件刑事事件後の報道の中には、「先輩から『(虐待を) やってみろ』と言われ断れなかった。断ったら話をもらえなくなった同僚もいた」、「患者をからかったり、おちょくったりして一人前、のようところがあつた」という職員の発言を紹介しているものがあるが、当委員会の調査ではこれらと直接関連する発言は確認することができなかった。

第2節 違法な行動制限

第1 前提となる法令等

- 1 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）
以下、精神保健指定医を「指定医」という。

19条の4第1項(指定医の職務)

指定医は、・・・第36条第3項に規定する行動の制限を必要とするかどうかの判定・・・の職務を行う。

19条の4の2(診療録の記載義務)

指定医は、前条1項に規定する職務を行ったときは、遅滞なく、当該指定医の氏名その他厚生労働省令で定める事項を診療録に記載しなければならない。

20条(任意入院)

精神科病院の管理者は、精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならない。

21条(退院)

2項 精神科病院の管理者は、自ら入院した精神障害者（任意入院者）から退院の申出があった場合においては、その者を退院させなければならない。

3項 前項に規定する場合において、精神科病院の管理者は、指定医による診察の結果、当該任意入院者の医療及び保護のため入院を継続する必要があると認めたときは、同項の規定にかかわらず、72時間を限り、その者を退院させないことができる。

33条(医療保護入院)

1項 精神科病院の管理者は、次に掲げる者について、その家族等のうちいずれかの者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる。

2項本文 前項の患者等とは、当該精神障害者の配偶者、親権を行う者、扶養義務者及び後見人又は保佐人をいう。

36条(処遇)

1項 精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。

3項 第1項の規定による行動の制限のうち、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない。

37条(処遇についての必要な基準)

1 項 厚生労働大臣は、前条に定めるもののほか、精神科病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる。

2 項 前項の基準が定められたときは、精神科病院の管理者は、その基準を順守しなければならない。

37条の2(指定医の精神科病院の管理者への報告等)

指定医は、その勤務する精神科病院に入院中の者の処遇が第36条の規定に違反していると思料するとき又は前条第1項の基準に適合していないと認めるときその他精神科病院に入院中の者の処遇が著しく適当でないと認めるときは、当該精神科病院の管理者にその旨を報告すること等により、当該管理者において当該精神科病院に入院中の者の処遇の改善のために必要な措置が採られるよう努めなければならない。

38条(相談、援助)

精神科病院・・・の管理者は、当該施設において医療を受ける精神障害者の社会復帰の促進を図るため、当該施設の医師、看護師その他の医療従事者による有機的な連携の確保に配慮しつつ、その者の相談に応じ、必要に応じて一般相談支援事業を行う者と連携を図りながら、その者に必要な援助を行い、及びその家族等その他の関係者との連絡調整を行うように努めなければならない。

2 規則

精神保健福祉法施行規則4条の2第5号

指定医は、必要と認めて行動制限を行う場合、診療録に以下の事項を記載しなければならない。

- ① 行動制限を必要と認めた指定医の氏名
- ② 行った行動制限の内容
- ③ 行動制限の開始年月日・時刻、解除年月日・時刻
- ④ 行動制限を行ったときの症状

3 告示

昭和63年4月8日付厚生省告示

精神保健福祉法37条1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準

以下、隔離、身体的拘束に関し、上記基準から一部抜粋して記載する（下線は当委員会が付したものである。）。

(1) 隔離(上記基準第3条)

＜基本的な考え方＞

- ・患者の隔離は、患者の症状から見て、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図る事を目的として行われるものとする。
- ・ 1 2 時間を超えない隔離については精神保健指定医の判断を要するものではないが、この場合にあってもその要否の判断は医師によって行わなければならない。

<対象となる患者に関する事項>

隔離の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、隔離以外により代替方法がない場合において行われるものとする。

- ① 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合
- ② 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合
- ③ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合
- ④ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合
- ⑤ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

<遵守事項>

- ① 隔離を行っている閉鎖的環境の部屋に更に患者を入室させることはあってはならないものとする。また、既に患者が入室している部屋に隔離のため他の患者を入室させることはあってはならないものとする。
- ② 隔離を行うに当たっては、当該患者に対して隔離を行う理由を知らせるよう努めるとともに、隔離を行った旨及びその理由並びに隔離を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- ③ 隔離を行っている間においては、定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護が確保されなければならないものとする。
- ④ 隔離を行っている間においては、洗面、入浴、掃除等患者及び部屋の衛生の確保に配慮するものとする。
- ⑤ 隔離が漫然と行われることがないように、医師は原則として少なくとも毎日 1 回は診察を行うものとする。

(2) 身体的拘束(上記基準第4条)

<基本的な考え方>

- ・身体的拘束は制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。
- ・身体的拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。

＜対象となる患者に関する事項＞

身体的拘束の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、身体的拘束以外によい代替方法がない場合において行われるものとする。

- ① 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合
- ② 多動又は不穏が顕著である場合
- ③ ①又は②のほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

＜遵守事項＞

- ① 身体的拘束に当たっては、当該患者に対して身体的拘束を行う理由を知らせるよう努めるとともに、身体的拘束を行った旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- ② 身体的拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。
- ③ 身体的拘束が漫然と行われる事がないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

4 実務運用

精神保健福祉法上の行動制限に関する法令の解釈、実務運用に関する資料として、一般社団法人日本精神科看護協会監修「新・看護者のための精神保健福祉法Q&A－平成27年版」に記載されている内容を以下のとおり一部抜粋して紹介する（下線は当委員会が付したものである。）。

① 隔離時の観察（看護者による）

昭和63年4月8日付厚生省告示が隔離時に必要としている、「定期的な会話等による注意深い臨床的観察」については、看護者の観察として、一定時間ごとの観察を行わなければならない、患者の状態によってなどという曖昧な観察ではないこと、医療機関ごとに隔離患者の観察に関する基準を設けることが求めら

れていると解釈することが妥当と思われ、隔離中は1時間ごとに観察している医療機関が増えていることが記載されている。

② 拘束時の観察（看護者による）

昭和63年4月8日付厚生省告示が隔離時に必要としている、「常時の臨床的観察」については、隔離よりも濃密な診察や観察が求められていること、日本においては、30分ごとに観察しているところが多いことが記載されている。

③ 身体的拘束と身体固定

点滴・経管栄養・処置などの生命維持のために必要な医療行為のための身体固定については、旧厚生省と日本精神病院協会（現・日本精神科病院協会）との協議により、短時間であれば精神保健指定医の診察を必要とする身体的拘束には当たらないと解釈されることになっている。但し、長時間にわたって継続して行う場合は、身体的拘束として精神保健指定医の診察及び診療録への記載を要するとされている（短時間・長時間の明瞭な基準は示されていない）。

車椅子からの転落防止を目的とした安全ベルトによる固定も、上記同様、短時間であれば指定医の診察を必要とする身体的拘束にはあたらないとされている。安全ベルトによる固定は、乗り物や遊具の座席ベルトと同質であると考えられるためであるが、長時間にわたって継続して行う場合は身体的拘束に該当すると考えられている。

5 拘束時の「頻回に診察」の具体的回数に関する当委員会としての解釈

医師が身体的拘束を行った場合には、昭和63年4月8日付厚生省告示「精神保健福祉法37条1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準」に基づいて、医師は「頻回に診察」を行うものとされているが、上記告示において、「頻回」の具体的な数値は示されていない。しかし、隔離時の医師の診察が少なくとも1日1回と規定されていること、拘束が隔離よりも強い行動制限であり、上記告示において隔離よりも濃密な診察や観察が求められていることからすると、隔離と同じ1日1回の診察では要件を満たさないことは明らかであり、少なくとも、医師は1日2回以上の診察を行うものとされていると解釈できる。

第2 指定医・医師の判断に基づかない違法な行動制限

1 違法隔離（ガムテープによる隔離）

(1) 概要

神出病院では、疥癬やインフルエンザが流行した際には、他の患者への感染防止目的で、感染患者を特定の病室に入れ、その病室の扉を外側からガムテープで貼り、当該病室の扉を非常に開けづらい状態にして、患者を特定の病室に閉じ込めていた。

なお、ガムテープは、大半が、扉上部の一箇所に貼られていただけであったが、当委員会の委員において現に実験してみたところ（再現の様子は、別紙10のとおり。）、病室の内側からは、扉を一方向（左か右の開く方向）に引っ張るだけでは全く開けられず、扉を前後に激しく揺すり、ガムテープを弛めることで、ようやく扉を開けられるという程度の強度があった。

そのため、体力の低下した患者や、高齢の患者では、全く開けられなかったと推測されるし、精神疾患により判断能力が低下した状態ではかかる措置だけで開けることが困難になった患者が多かったものと思われる。ガムテープ隔離が長年にわたって横行していた事実こそ、現実に関これに隔離でき、隔離の効果を発揮していたことを裏付ける状況証拠である。

(2) ガムテープ隔離の常態化

また、夜間に、異食、盗食、徘徊、患者同士のトラブルといった「問題行動」をする患者を、上記同様に特定の病室に入れ、ガムテープを貼って閉じ込めることが常態化している病棟があった。

(3) 違法性

ガムテープによる隔離は、指定医、医師の指示、判断によらず、看護要員の判断で長期にわたって行われていたもので、記録にも残されておらず、違法隔離である。

(4) 期間

なお、ガムテープ隔離が開始された正確な時期は明らかではないが、ヒアリング結果を総合すると、令和2年に神戸市保健所から指摘を受けるまで、少なくとも10年以上にわたって指定医、医師の判断のない違法な患者の隔離行為が隔離手段として横行していたようである。

2 違法拘束（「簡易拘束」と呼ばれていた様々な態様の拘束）

(1) 概要

神出病院では、指定医からの指示のある身体拘束はマグネット式の拘束帯を使用していたが、点滴や胃管チューブの自己抜去防止、転倒防止、徘徊防止や感染症拡大防止目的で、グリップ（抑制帯）を用いた拘束や、転倒・転落防止目的で車椅子ベルトを使用する身体拘束を「簡易拘束」と呼び、指定医の指示、判断によらず、看護師の判断で行われていた。

また、胃管チューブの自己抜去防止のためのミトンや、転倒・転落防止のための車椅子ベルトについては、長時間継続しても違法とは認識されておらず、看護師判断で行うことができる身体固定であると完全に誤解した勝手な解釈が行われ、看護師の判断のみでの拘束が横行していた。

(2) 違法性、問題点

「簡易拘束」と呼ばれている行為には二つの問題があり、一つ目は、感染防止や徘徊、おむつ外しを防止する等といった、処置のための身体固定ではないものがこの「簡易拘束」には混在して含まれていることである。二つ目の問題は、処置のための身体固定であれば指定医の診察を必要とする身体的拘束とはただちに言えないものの、それは短時間にとどめなければならないことを看護要員が理解しておらず、長時間にわたって継続することができる「簡易拘束」という呼称の拘束方法が存在しており、それには指定医の判断が不要で、看護師のみの判断で適法に実施することができ、看護記録に記載する必要もないという誤解の下、処置のための身体固定とは到底評価できない長時間にわたる身体的拘束が横行していたことである。

なお、短時間の一時的な身体固定が身体的拘束となる時間が何時間以上となるかは明確に法令等では示されておらず、ガイドラインも存在しない。しかし、厚生労働省の告示では、拘束時において常時の臨床的観察（30分ごとの観察が実務上は一般的）が求められ、医師の頻回な診察（少なくとも1日2回以上必要）も要求されていること、身体的拘束が患者の関節の拘縮、筋力の低下といった身体機能の低下や圧迫部位の褥瘡発生、心肺機能や感染症への抵抗力の低下といった身体的弊害をもたらすし、精神的苦痛をとめない、意欲を減退させる等の精神的弊害があることを踏まえると、身体的拘束を指定医の判断のもとでのみ行えるとした精神保健福祉法の趣旨を脱法的に許す事態となるような解釈を行うこと許されるものではなく、時間単位ではなく1日単位となる24時間を超えることは許されるものではない。身体拘束の弊害から常時の観察が求められ、30分ごとの観察がスタンダードとされている実態を踏まえると、厳しく考えれば、30分を処置のための身体固定が許容される短時間の目安とする考え方もありえるのではないかと思われるが、処置の内容が30分を超えて継続されるものも存在するため、一律30分とすることはできず、この分水嶺を具体的に定めることは困難である。しかし、あくまで、処置のための身体固定が可能となるのは、指定医の判断を求めている精神保健福祉法の原則の例外的な取扱となるため、短時間は厳格に判断するのが精神保健福祉法の趣旨としても患者のためにも適切である。

いずれにせよ、神出病院においては、少なくともG院長就任前には、明らかに短時間の固定と評価できない長時間の拘束が横行していたことは事実であるし、神出病院において問題となるのは、この短時間の目安や判断の指針が定められておらず、医師と看護要員の間で共通認識を作るための勉強会や協議の場を設けた形跡すら一切見られなかったことである。

なお、あくまで一個人の見解のようであるが、神出病院の指定医であるO3医師は、当委員会のヒアリングのなかで、「身体的拘束とならないマーゲンチューブ（胃管チューブ）による一時的な身体固定は1、2時間」と述べているところである。

(3) 「簡易拘束」の具体的な態様

当委員会の看護要員に対するヒアリングにおいて、「簡易拘束」の具体的事例について以下の回答が得られており、「処置のため」という目的ではないもの、「短時間」とはいえないものが野と粉割れていたことや、意識的に記録に残さないようにしていたこと、医師に伝えたこともあったことが述べられている。

- ① 平成22年には、抑制帯、車椅子ベルトで「簡易拘束」を行っていた。**記録には書かないよう指導された。**
- ② 令和元年には、抑制帯による「簡易拘束」があった。
- ③ 刑事事件の虐待行為が発覚するまでは、点滴、胃管チューブ自己抜去防止目的、**おむつ外し防止目的で抑制帯を用いた拘束をし、車椅子からの転落防止目的で車椅子ベルトを用いた拘束をした。**「簡易拘束」のことを各医師に事後的に伝えていた。
- ④ **インフルエンザの感染防止目的で、医師の指示なく「簡易拘束」をした。**医師には、毎回ではないが、事後的に軽く伝えていた。
- ⑤ 入職時（平成25年）には、医師の指示なく、ミトン、抑制帯での拘束が行われていたが、開放病棟だったからグレーゾーンだという説明だった。胃管チューブの自己抜去がある患者さんを**24時間拘束**していたこともある。
- ⑥ チューブ自己抜去、**転倒リスク、おむつ外し、衣類外し**の患者さんについて、抑制帯（抑制帯で患者さんをベッドにくくりつける）を使用していた。**記録は取らない。抑制帯は、病棟に両手両足で1セットとすると10セット以上あったが、いつも全て使っていた。**A元院長を含め、医師は診察時に見ていたが、何も言わず、暗黙の了解。**持続点滴で抑制帯を付けている患者さんは、ずっと一日中付けていた。**
- ⑦ 医師の指示なく、マーゲンチューブを付けた患者にミトンで「簡易拘束」をし、転落防止という理由で車椅子の安全ベルトを使っていた。
- ⑧ 体動が激しい患者さんに対し点滴抜去防止のための「簡易拘束」をペグ注入時（1日3回）実施。**記録には書かず。**「身体拘束しか記録には書かない」と先輩に教えられた。
- ⑨ B3で「簡易拘束」（吸引時の自己抜去防止、誤嚥性肺炎防止）を過去行っていた。ミトン（自傷行為、異食行為の防止）、ベルト拘束（ミトンが足りないとき、ミトンでも対応できないとき、必要な時間だけで、24時間ずっとではない。）をしていた。
- ⑩ 抑制帯の「簡易拘束」（**夜間に手足をベッドにくくる、点滴のときにくくるなど。**）は行っていた。
- ⑪ 医師の指示なく、**抑制帯で四肢を固定**すること、注射、点滴の際、ミトンをした上から抑制帯をすることはどの病棟でもあり、普通になっていた。
- ⑫ 車椅子ベルト、点滴自己抜去防止の片手のマジックテープの抑制帯あり。看護師判断により実施。医師に口頭で報告はしていたが、**記録には残さず。**

- ⑬ 点滴，胃管チューブの患者さんで大部屋にいるとき，ミトンをさせていた。動いた人には抑制帯を使っていた。
- ⑭ ミトンやベルトの装着は，（していたが，）看護師判断で行うものではないと思っていた。
- ⑮ 車椅子利用の患者さんのベルト拘束（医師に言ったか言っていないか不明，記録には書いてない。）。抑制帯を使っていた。
- ⑯ B 4 にいたころ，患者が大変な状態になり（処置目的ではない），A 院長に電話したら，「ちょっとくくつといて。」と言われ，「くくつといて？」と思いながら，「簡易拘束」をした。記録は書かなくて良いと言われて書いてない。
- ⑰ 刑事事件前は，抑制帯，ミトンでの「簡易拘束」をしていた。ベッド柵 4 本を使って徘徊のある患者さんを拘束することがあった。**違法性の認識はあった。**
- ⑱ 自己抜去の患者さんにはマジックテープ拘束をしていた。これは**本当の拘束ではないから，記録も残さず，30分毎のチェックも要らない**と思っていた。
- ⑲ 抑制帯による拘束，胃管チューブや点滴を自己抜去する患者さんに対するミトン，安全のための車椅子ベルトは，医師の指示を受けていたと思うが，記録には残していない。
- ⑳ 職員が患者さんを押さえつけたり，車椅子に縛り付けたりすることは，刑事事件以前にはままあった。**歩けるのに，盗食・他の患者さんの病室に入るといふ行為があまりにひどい患者さんに対してそういうことをされると困るという理由で車椅子に縛り付けることがあった。**
- ㉑ A 3 では拘束帯による拘束（これは「簡易拘束」であって「拘束」（精神保健福祉法上のもの）ではないから，指定医の指示不要という認識であった。おむつ交換時，風呂，更衣のときだけ外し，それ以外は**24時間ベッドにくくっていた**。今から 5 年前（平成 28 年ころ）まではその状態。車椅子に乗ったままの拘束もあった。

以上の他にも，当委員会からのアンケートに対する回答で，点滴の自己抜去防止，**感染症拡大防止等の目的で**，指定医の指示や看護記録への記載といったことをせずに患者を拘束したことを認めた回答が，看護師から 6 通，准看護師から 2 通提出された。

- (4) また，当委員会のヒアリングに対して，**夜間も徘徊する患者を**看護師の判断で拘束している病棟があったことが確認できている。そのような目的で拘束することは違法であるが，そのことが理解できておらず，「徘徊するので仕方なかった」と答える看護師もいた。さらに，胃管チューブや持続点滴の患者にも**長期にわたって**グリップで腕や足を固定したり，ミトンを着用することが常態化しており，「開放病棟は任意の患者に拘束したらだめなので，指示をもらわない看護師判断の拘束をしていた」と話す看護師も数名いた。

第3 違法な行動制限の医師による黙認

1 違法な隔離の医師による黙認

(1) A元院長による黙認, 放置

既述したとおり, 神出病院においては, 令和2年に神戸市保健所から指摘を受けるまで, 10年以上にわたって指定医や医師の指示のないガムテープを使用した違法な患者の隔離が常態化していた。

そして, 院長で, 病院の管理者, 指定医でもあるA元院長は, 上記の違法な隔離が常態化していたことを知りながら, これを黙認し, 放置していた。それどころか, かかる行為を, 暗に推進していたとも受け取れる姿勢であったことが垣間見える。

A元院長は, 当委員会からの質問書に対する回答で, 上記事実を否認しているが, 現実には多くの病棟で病室の扉の横にガムテープを貼った跡が残っており, ガムテープに気付いていなかったとは考え難いうえ, 疥癬や感染症が発生した際の感染管理は院長であるA元院長自身が決めていたことである。

多くの職員が, 「A元院長がトップダウンで, 看護部長が決めるような看護に関することまでも介入し独裁的に決定していた」と述べているし, A元院長は感染症が発生したときに看護要員を厳しく叱るとともに, 感染症の拡大を防ぐよう看護要員に指示していた。A元院長は, 感染症の拡大防止策について具体的な方法を明示せず, 職員から「具体的にどうすればいいのか」と質問されてもあえて明言を避け, 看護師判断という体裁で具体的対策を講じさせようとしていたのであるから, 実際に看護師がどういう方法で感染防止対策をとっていたのかを確認していなかったとは考えられない。多くの職員の発言, 態度として, ガムテープ隔離を院内で隠そうとはしておらず, 公然と行われていたことであるし, 「病棟に見に来ているのだからA元院長はガムテープ隔離を当然知っていたはず」と述べる職員もいる。これらのことからすると, A元院長が病棟に行った際, ガムテープによる隔離状況を見ていなかったということはありません。

A元院長が上記事実を黙認していたことを裏付ける直接証拠としても, 感染症が大流行した年にA5病棟ではじめてガムテープ隔離を行い, その翌年にも感染症が流行ったとき, A元院長は「A4に行って『A5はこうしている(ガムテープ隔離している)』と言ってきたわ。」と述べていたと説明する職員がおり, これは, A元院長の認識の自白とも受け取れるエピソードである。『医師の指示のないガムテープ隔離を看護師に行わせていることがおかしい』とA元院長に意見したが取り合ってもらえなかった」と述べる職員もいるうえ, ガムテープを貼って隔離されていた部屋の扉の横をA元院長が通過する様子が防犯カメラに写っており, その画像を保健所も確認しているようであることに鑑みても, 上記は事実と認定することが可能である。

(2) 他の指定医, 医師の黙認

ア A元院長以外の指定医を含む医師たち(少なくとも令和2年に神戸市保健所から指摘を受ける前に常勤医師として一定年数勤務していた医師たち。現職としてはO1医師, O3医師, O2医師)も, 上記の違法な隔離が常態化していたことを知りながら, これを黙認し, 放置していた。

常勤医師として勤務する現職の指定医, 医師たちは, 一様に口を揃えて上記事実を否認しているが, その説明は信用できない。

イ 副院長で指定医でもあるO1医師は, 「ガムテープの痕は, 神戸市から指摘されてはじめて気が付いた。看護師からもインフルエンザ等の感染者が出た際に相談はなかった。」という不合理かつ不自然な弁解を行っている。

同医師は, 「感染症だけで精神症状のない場合, 患者に対して説得するのが基本」と述べる一方で, 説得してわかる患者はほとんどいなかったのではないかという当委員会からの追及に対し, 「患者が難しい人だという場合, 相談はあったかもしれないが・・・」と説明内容を変遷させている。

また, 「説得できない患者への対応は特に決まっていなかった。説得できない患者に対する対応について看護師から相談がない実情について, 関心がなかったわけではないが・・・」と隔離方法について関心があったことを認めている。更には, 満床に近い状態で, 感染者がたくさん出てきたら, そもそも感染した患者を移す部屋がないのではないかという当委員会からの追及に対しては, 「なんとかやりくりしていたと思う・・・」という抽象的かつ曖昧な回答に終始する説明態度をとっている。

これらの事情に照らすと, O1医師の弁解の信用性は乏しい。

ウ 指定医であるO3医師も, 「看護師から, 感染症なのに歩いてしまう患者がいるという相談があり, それに対して, 私が, しゃあないんちゃう, と言ったことはあると思う。」と相談を受けていたことは認めていることが, ガムテープ隔離を認めていたことについては否認している。しかし, 同医師は, 「感染したら死ぬ患者がいても仕方がないという話だけで終わるのか」という当委員会からの追及に対して, 「病棟全体として提言することは考えたことはあるが, どうせA 院長に言っても聞いてくれないので, 何か提言したことはない。感染症患者の相談を受けたとき, 具体的な対応は特に何も言ったことはない」と述べており, 対策について一定の関心は持ちながらも, 具体的な指示(制止も含む)は何もせず, 看護師の行う感染症対策を暗に黙認する態度をとっていたことが窺えることからすると, その弁解の信用性は乏しい。

エ 指定医であるO2医師は, 当委員会の質問に対し, 医局長という立場でありながら, 「知らない」「分からない」という回答に終始しており, その説明態度自体, 誠実とは言い難い。

オ そもそも、現実には多くの病棟の病室の扉の横にガムテープを貼った跡が残っており、診察で病棟に行った際、ガムテープに気付いていなかったとは考え難いことである。ガムテープ隔離は、長年にわたり、しかも感染時は一定期間継続して行われてきたことであること、神戸市の保健所の調査で看護師による違法な隔離が行われていたことが発覚した後も、医師と看護部の間での話し合いはなく、医師たちが看護師を怒ることも協議することもなかった様子であることからすると、一定の勤続年数の常勤医師たちが知らなかったとは考え難い。医師たちが全く知らず、黙認もしなかったのであれば、通常、このような違法行為をしていた看護師を咎め、叱責するはずであるが、そのような対応は行われていないばかりか、看護要員に対して事実関係の確認すら行われていない。ガムテープ隔離は、「医師との暗黙の了解、普通のことであった」と複数の職員が述べている。

カ **医師がガムテープ隔離を黙認していたことを示す直接証拠**として、看護要員や退職した医師に対するヒアリングで以下の説明が得られており、医師が黙認していた事実を認定することができる。

【看護要員の説明内容】

「ガムテープ隔離は、インフルエンザの時には医師に断ってやっていた。」

「回診の際に看護師がガムテープを剥がして『〇〇先生です』と患者に紹介していたので、医師の指示はなかったが、ガムテープで目張りしていたのはA院長も他の医師もわかっていた。」

【退職した医師の説明内容】

「ガムテープの隔離は、在職中、看護師からの事後報告で知っていた。ノロやインフルエンザの感染症が流行ったとき、報告を受けていた。ガムテープを貼っている現場を見たこともある。1, 2回といったことではない。院長が看護師に対し、患者を部屋から出さないように指示してのことだと思う。他の医師も、当然看護師から話を聞いて知っているはず。」

「看護師連中がガムテープでの患者の隔離の話をしていたのを聞いていた。看護師が勝手にやっているが、私たち医師は黙認している形。私としては、看護師がやむをえず行っていることに強く反対はできなかった。そういう話を聞いたのは1回、2回程度ではなく、看護師も悪いことだと思ってやっているわけではなく話していた様子なので、他の医師もそういう話を聞きながら、黙認していたのだと思う。ガムテープ隔離は、感染症とかかわりないので、時期にはかわらない。常時ではないが、幾度となくあったという印象。」

(3) 問題点

指定医や医師の指示のないガムテープ隔離は精神保健福祉法36条3項、37条1項に基づく基準に違反する行動制限であるところ、各指定医の上記黙認行為は、同法

37条の2に定める指定医としての義務に反する。A元院長は神出病院の管理者でもあったため、同法37条2項にも違反している。

なお、ガムテープによる隔離は、複数の患者を一室に入室させたまま（4人部屋に最大で4人の患者）行われていたこと、注意深い臨床的観察と適切な医療が行われていた形跡も確認できないことから、単に医師の指示がないというだけでなく厚生労働省の告示が定める遵守事項にも違反しているものである。

また、A元院長が上記事実を否認していることは、A元院長の隠蔽主義、責任逃れ、責任転嫁の姿勢を顕著に物語るものであることに加え、防犯カメラの映像については保健所からも指摘を受けているはずであるにもかかわらず否認を続けているのは、問題行為発覚後の向き合い方、取り組みに対するA元院長の基本姿勢、態度が透けて見えるエピソードといえる。

他の医師についても、自己の保身、責任逃れのため事実を隠し、看護要員だけに責任をなすりつける態度はA元院長と同様で、反省が見られない。

医師たちは、まずは事実を事実として素直に認め、反省することを出発的とすべきである。過去の問題行為に正面から向き合い、反省することなくして改善などありえないことを付言しておく。

2 違法な拘束の医師による黙認

既述してきたとおり、神出病院においては、指定医の指示がなく、身体固定の範囲を超えた、処置中の固定目的ではない又は長時間継続される違法な患者の拘束が、「簡易拘束」と呼ばれて横行していたが、A元院長やそれ以外の指定医を含む複数の医師らは、上記の違法な拘束が行われていたことを知りながら、これを黙認し、放置していた。

上記事実は、当委員会のヒアリングに対して、下記のとおり多数の職員からの具体的な説明が行われていることから認定できる事実である。ただし、A元院長以外の医師については具体的な氏名の特定には至らなかったが、相当数の医師が黙認していたと推測される。

- 電話で医師に事情を説明し、「(患者が)大変なんです」と説明したら、医師から、診察もせずに「ちょっとくっついて」と言われ、「簡易拘束」をした。
- 「簡易拘束」のことは、指定医の指示、事前相談がないなか行われたことであるものの、病棟ごとに各病棟の医師には事後的に伝えられ、各医師は「わかりました」という返事だけで終わっていた。A 院長も知っていたはず。
- 毎回報告していたわけではないが、医師に対し事後報告で軽く伝えることはあった。「簡易拘束」について医師に報告しなかったことや、事後報告や診察で医師が「簡易拘束」されている状況を見た際、医師が後から看護師を怒ったり、

問題だと言ったり、指導することはなかった。

- ドクターも診察するので、その時に患者が（医師の指示なく）抑制帯を付けられていることは気付いていた。医師も看護師も暗黙の状態だった。A 院長も医師として担当していたので、（医師の指示のない）抑制帯使用は知っていた。
- 車椅子でベルト拘束することも医師に言っていたと思うが、記録にはない。
- 夜間ベルト拘束した場合、翌朝、医師にきちんと報告している（事前に指示がない拘束であるにもかかわらず、医師に事後報告された際、平常業務のように報告だけで終わり、医師から事後的にさえ看護要員へ注意がない）。

第4 指定医の指示のもとで行われた必要な基準を満たさない違法な行動制限等

1 カルテで確認した虐待事件発生当時の指定医の指示による行動制限の実施状況

(1) 身体的拘束について

① 長期間に亘る身体的拘束の実施

サンプル的に神出病院から複数の患者のカルテの提出を受けて閲覧したところ、かなり長期間の身体的拘束が継続された患者が多く、3ヶ月以上継続して身体的拘束が行われているケースが散見され、中には、半年以上身体的拘束が継続していたケースも認められた。

② カルテの具体的記載状況

神出病院では、身体的拘束の「開始時」、「日々の観察時」、「中間検討時」「解除時」のカルテへの記載に使用するためのゴム印が用意されていた。

身体的拘束を実施すると判断した医師は、まずカルテ用紙に「開始時」のゴム印を押印する。「開始時」のゴム印は、以下の様式となっていた。（ゴシック体は印字による文字の意味である。）

隔離		拘束	
開始日時	平成	年	月 日 時 分
理由	自殺企図 自 傷 他 害 多 動 不 穏 その他（ ）		
精神保健 指定医			
本人告知	済	・	未

上記押印箇所に、指定医は、概ね以下の様な記載をする。

- ・ 隔離か拘束かを選択する欄の拘束に○を付ける。
- ・ 日付と時刻が空欄になっているのでこれを補充する。
- ・ 理由欄の自殺企図・自傷・他害・多動・不穏・其の他（具体的理由を記載する欄の長さは4 c m程度）という選択肢のうち、該当するものに○をつける。
- ・ 医師の氏名を記入する。
- ・ 本人告知の済・未了の該当する方に○をつける。

上記のゴム印に対する記載結果は、概ね以下のとおりとなる（楷書体は手書きの意味である。）。

隔離		☐ 拘束 ☒	
開始日時	平成 27 年 11 月 26 日 15 時 00 分		
理由	自殺企図 ☐ 自 傷 ☒ 他 害 ☐ 多 動 ☒ 不 穏 ☒ 其の他 （ 生命の危険 ） ☐		
精神保健 指定医	医師の氏名		
本人告知	☒ 済 ・ ☐ 未		

確認したカルテに関していえば、「其の他（ ）」の括弧内には、全てに「生命の危険」との記載があり、ゴム印枠下には、多少の言い回しの変化はあるものの、「不穏多動が著しく自傷行為による生命維持の危険性高くやむを得ず両上肢の拘束をする」との手書があった。

また、ゴム印の枠外には、拘束開始の当初から、「10～16時解除観察」との手書きがあった。

「日々の観察時」のゴム印は、以下の様式となっていた。

午前・午後 時 分 身体拘束中・身体拘束解除観察中

下記状態にあり（両上肢・両下肢・体幹・ ）

身体拘束が必要である。（ ）

不穏・多動・自傷・自殺企図・転倒・点滴自己抜去

（ ）のおそれが大きい

上記押印箇所に、指定医は、概ね以下の様な記載をする。

- ・ 観察した時刻の記入。
- ・ 拘束部位の「両上肢」・「両下肢」・「体幹」の該当箇所に○を付ける。
- ・ 「身体拘束が必要である。」という文言の右横の（ ）には、日中は解除する場合であれば、例えば「10～16時解除観察」と記載する。
- ・ 拘束理由の不穏以下の該当箇所に○を付ける。

上記のゴム印枠はカルテの半ページくらいの幅であるから、カルテ用紙には、十分に記載の余地があるが、その余地には何も記載されていない白紙のままであり、処方した薬剤の名称、投与量、薬効、薬剤の種類や投与量の検討に関する記載が一切なされていない。患者の自傷行為等の具体的な問題行動に関する記載もない。

患者の状態の如何にかかわらず、拘束開始時から、5点拘束（両上肢・両下肢・体幹）が指示されているものばかりである。

解除観察時間についても、徐々に長くして患者の状態を観察した様子もない。

「中間検討時」のゴム印は、以下の様式となっていた（ゴシック体は印字による文字の意味である。）。

中 間 検 討					
平成	年	月	日	時	分
種類	☐ 隔離	☐ 拘束	☐ その他（	）	
結果：					
理由：					
指定医：					

上記押印箇所に、指定医は、概ね以下の様な記載をする。

- ・ 日付と時刻が空欄になっているのでこれを補充する。
- ・ 結果欄に、「拘束継続」と書く。
- ・ 理由欄には、結果を導いた理由を記載するが、確認したカルテに關していえば、この欄には、言い回しに多少の変化はあるが、概ね「不穏多動が著しく、自傷行為のおそれ強く、生命維持のためやむを得ず体幹四肢の拘

束を要するとしたが、10時～16時は解除観察」との記載が定型的に記載されていた。

- ・ 指定医の氏名を記入する。

記載結果は、概ね以下のとおりとなる（楷書体は手書きの意味である。）。

中 間 検 討
平成 30 年 7 月 17 日 9 時 30 分
種類 ☐ 隔離 ☒ 拘束 ☐ その他（ ）
結果：拘束継続
理由： 不穏多動が著しく、自傷行為のおそれ強く、生命維持のためやむを得ず体幹四肢の拘束を要するとしたが、 10時～16時は解除観察
指定医： 医 師 氏 名

「解除時」のゴム印では、隔離か拘束を選択して該当する方に○をつけ、日時を記載し、担当医師氏名を記載する。

枠外には、「まだ残存する症状があるが、不穏多動が減少したから一旦拘束を解除する」というような、数行の抽象的な記載があるが、解除時の詳細な症状や、解除できると判断した具体的理由の記載は乏しい。

(2) 隔離について

隔離についても、身体拘束と同様にゴム印を用いた記載をしている。

A元院長が行った隔離解除の判断理由には、「自己中心的な要求が多いものの、それなりに自制する気もみられる。又、迷惑行為や多飲、盗食のおそれあるものの、かなり穏やかになっており、隔離解除とする。」というものがあつた。この記載からすると、A元院長は、「自己中心的な要求が多く自制しない。迷惑行為や多飲、盗食のおそれがある。」という理由で隔離を実行していた疑いがある。

(3) 上記行動制限の違法性、問題点

ア 違法な身体的拘束、隔離

神出病院のカルテの記載は前述のとおりであり、神出病院で行われていた隔離・拘束については、厚生労働省の告示で規定されている隔離・拘束の対象となる患者ではなかった疑い、遵守事項である隔離時の定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療（投薬されている形跡がない）、身体的拘束時の常時の臨床的観

察と適切な医療（投薬されている形跡がない）といった法令の遵守事項を満たしていない疑いがある。

身体拘束開始の初日から10時ないし16時の解除観察を実施している症例が多く、真実「生命に危険」があるとして身体的拘束を開始しておきながら、日中の解除観察を決定するのは不自然であること、患者に対して身体的拘束や隔離を実施した間、医師が、患者の身体的拘束や隔離の解除に向けた積極的治療（内服薬の調整や、解除観察時間の段階的な延長などの取り組み）を行った形跡がないこと、3ヶ月以上連続して身体拘束を行うこと自体が異常と考えられるが、それが必要であると認めるべき理由をカルテ上確認できないにもかかわらず、拘束が3か月以上継続されている症例が見られることからすると、神出病院では、身体的拘束、隔離をなす正当な理由がないのに、漫然とこれらが実施されていた疑いがある。

よって、虐待事件発生当時の神出病院では、看護師の判断によって違法な「簡易拘束」が行われていただけではなく、指定医の指示による精神保健福祉法36条3項に基づく行動制限も、適法に行われておらず、違法な身体拘束であった疑いが強い。

イ その他の問題点

① 拘束開始時から5点拘束が原則的対応とされていることの問題点

下肢の拘束は、可動が著しく制限される結果、下肢の深部静脈血栓から肺梗塞となるリスクが高いため、通常、下肢の拘束は体動、不穏が激しいときに限定されるものであるが、当委員会がサンプル的にカルテをみたところ、神出病院では、状態の如何にかかわらず、拘束開始時から5点拘束（両上肢・両下肢・体幹）を原則的に指示しているようであり、問題である。

② 身体的拘束開始時から日中の解除が指示されていること

当委員会がサンプル的に確認したカルテ上、身体的拘束開始時から、日勤帯の数時間を解除し、夜間帯は拘束するという指示が行われ、その指示が長時間にわたっている。

日中解除してみること自体は重要であるが、日勤帯の解除と夜勤帯の拘束の繰り返しを長期間継続していることは、必ずしも不穏が激しいわけではなく、本来、身体拘束が必要ではなかったが、夜勤帯の徘徊や転倒骨折、他の患者とのトラブルなど、職員が対応しなければならない事態を極力生じないようにしようとする姿勢が透けて見える。患者の状態に合わせて早期に身体拘束を解除しようとする取り組みも見られない。

③ 神戸市からの指導後もカルテの記載の改善が十分ではなかったこと

なお、後述するとおり、神戸市は、神出病院に対する実地指導に基づいて、「行動制限の理由や精神症状について具体的に記載し、行動制限の最小化に努めること、最小化に向けた検討結果を記録すること、定型スタンプだけではなく主治医

によるカルテへの記載が望ましいこと」等を毎年繰り返し指導していたが、カルテの記載の改善は医師に周知されておらず、改善されていなかった。

(4) 行動制限最小化委員会の形骸化, 問題点

医療保護入院診療料を算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会（行動制限最小化委員会）において、入院医療について定期的な（少なくとも月1回）評価を行うことが求められている。神出病院においても、診療報酬にかかわる問題であるため、行動制限最小化委員会は毎月開催されてはいた。

正常な組織運営がなされた精神科病院であれば、違法性が疑われる身体的拘束等が繰り返されれば、少なくとも、行動制限最小化委員会で検討議題として上程されるはずであるが、神出病院の同委員会の会議録には上記の身体的拘束等に関する記載は何ら存在せず、特に問題視されていない。神出病院の行動制限最小化委員会は、毎月開催しているというだけの形骸化したものとなっており、委員会としての本来の役割が全く果たされていない。

2 隔離・身体的拘束時における、医師によるその他の違法、不適切な行為

(1) 診察をせずに、隔離・身体的拘束の判断・指示を出す医師

氏名の特定まではできていないが、医師のなかには、新しい患者が入院してくる際、診察を行う前に、紹介状なりの書類だけで、身体的拘束や隔離の判断をしていた医師がいたことが強く疑われる。

これについては、他の病院から新たに入職してきた医師が、新しい患者が入院してきた際、診察を行う前に、紹介状なりの書類だけで、「看護師から、『この人拘束しますか。隔離しますか。』と聞かれ、驚いた。診察したときの判断で行うべき判断である」と述べているところ、このような質問を看護師が何の疑問もなく医師に行っていること自体、診察せずに隔離、拘束の判断をしていた医師がいたことを強く疑わせる事情といえる。

また、上記のカルテの記載もかかる事実整合的といえる。

なお、実際にこのような行為をしていた医師の氏名を一人ずつ特定することまではできていないが、診察をせずに処方や処置の判断をしていたと言われている医師が、入院時にそのような対応を行っていた行為者として疑われることは言うまでもない。

(2) 拘束の要件を満たさない拘束の指示

氏名の特定まではできていないが、明らかに拘束の要件を満たさないにもかかわらず、看護師からの要望で漫然と拘束の指示を出していた医師がいた。

退職した職員が、患者が薬を飲まないとか職員に反発するという理由で看護師が医師に拘束の指示を出すよう要望を出した際、医師が拘束の指示をカルテに書いていたと述べている。氏名の特定ができなかったために医師に問いただすことはできていないが、既述した定型スタンプによる個別事情の記載のないカルテの拘束の記載、既述

したカルテの分析結果からわかる問題点からすると、かかる職員の説明内容は整合的で、信用できるものといえる。

また、既述したカルテの記載状況、実情からすると、かかる要件を満たさない拘束の指示を出していた医師は相当数存在すると考えられるところである。

そして、身体拘束の要件は、前述した厚生労働省告示のとおり、自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合等で、身体拘束以外によい代替方法がない場合であることが前提である。単に薬を飲まないことに対する懲罰的な拘束や職員への反発というだけではかかる要件を満たさないことは明らかであるから、精神保健福祉法 36 条、37 条に違反する行動制限であり違法である。

また、カルテにはかかる実情と異なる定型文のスタンプで行動制限時の症状を記載したと考えられることから、カルテの虚偽記載として精神保健福祉法 19 条の 4 の 2、同法施行規則 4 条の 2 第 5 号にも違反する。

(3) 拘束とならない一時的、短時間の固定であることを確認していないこと

○ 3 医師は、一時的な胃管チューブ挿入時の固定であれば拘束に当たらないと認識しているものの、一時的な固定で終わっているのか確認していなかった。○ 3 医師はこの事実を認めている。

医療行為のための身体固定については、既述したとおり、旧厚生省と日本精神科病院協会との協議により、短時間であれば身体的拘束には該当しないと解釈されることになっているものの、長時間にわたって継続して行う場合には、身体的拘束として指定医の診察及び診療録への記載を要するとされている。

そのため、「一時的な胃管チューブ挿入時の『固定』であれば拘束に当たらない」という認識、発言はその通りであるものの、問題は、拘束と評価されない一時的な固定で終わっているのかどうかを確認しておらず、看護師に報告するよう指示もしていなかったことであり、カルテへの記載もないため、一時的であったのかについて何の確認もできない。

したがって、指定医として精神保健福祉法 37 条の基準に反し、常時の臨床的観察、頻回な診察を怠っていたかどうかについては、黒とも白とも断定できない灰色の事実と言わざるを得ないが、少なくとも、漫然と拘束になりうる状態を管理せず放置していたというのは、精神病患者の人権にも十分に配慮した医療を行うべき立場にある指定医の行動、態度として問題であることは明らかであり、阿吽の呼吸で医師が違法な拘束を黙認していたと看護師が受け取ることは大いに首肯できる。

なお、○ 3 医師は、10 年近くの長期にわたって神出病院に勤務している医師で、指定医でもあり、「指定医の講習会は 2～3 回行って私はわかっている」「私が研修に行くと、医局の間で月に 1 回くらい勉強会を開いていたことがある。」とも述べており、○ 3 医師の認識が医局で共有されていた可能性が高い。○ 3 医師に限らず短時間の固定で終わっていることがカルテ上不明である(そもそも神出病院においては、「簡

易拘束」と呼ばれる拘束となる長時間の固定をカルテに記載しないようにする暗黙のルールがあったようである。) ことからしても、上記は〇３医師だけの固有の問題ではなく、神出病院の多くの医師に共通する問題ではないかと推測されるところである。

第3節 患者に対するその他の不適切な対応

第1 違法・不適切な医療行為

1 たちばな苑からの違法な入院

- (1) A元院長は、同一法人の経営で神出病院と同じ敷地にある介護老人保健施設のたちばな苑の入所者を、入院の要件を満たさないにもかかわらず、神出病院に移して入院させていた疑いが強い。このことについては、退職した医師が、「**たちばな苑の入所者を無理くり神出病院に移して入院させていたことがちょこちょこあった。**」、「**たいして具合が悪くもなっていないたちばな苑の入所者を、急に神出病院に移して入院させたので、家族から、何で精神病院に入院させるんだとクレームがあった。**」、「**架空の理由をA 院長がでっちあげて考え、A 院長自身がカルテに架空の理由を記載していた。**」と具体的エピソードを含めて説明している。

そして、A元院長が、後述するように病床数に異常なこだわりをもっており、患者の利益よりも数字を優先する利益至上主義であったこと、神出病院内ではA元院長が独裁的で異論を唱えることができる者がいなかったこと、A元院長が指定医かつ管理者の立場で違法な隔離を知りながらこれを黙認し、むしろ、推進していたとも思われる行動をとっており、遵法意識が鈍麻していたと考えられることから、上記説明内容はこれらの事情と整合的で信用性は高い。

一方で、当委員会の調査としては、調査の期間、調査対象が極めて多岐にわたったことから、たちばな苑から神出病院に移って入院してきた個別の患者ごとのカルテや担当看護師、家族に事情聴取し、患者ごとの個別具体的な症状や患者本人の同意の有無（但し、もともと老健施設に入所していたことからすると、患者本人が同意の判断を下せる状態であったのかは疑問がある。）、判断能力の程度、家族の最終的な意見を検証していくことはできておらず、明確に黒と断定することは躊躇せざるを得ない。

そのため、上記事実については、黒とも白ともいえない灰色の事実、但し、疑いの程度としては疑いの強い黒に近い灰色の事実として認定する。

たちばな苑から神出病院への入院に本人の同意がなければ、精神保健福祉法が同法20条で原則とする任意入院には該当しないし、家族等の同意もなければ精神保健福祉法33条の医療保護入院もできないはずであり、そのような実態であったとすれば、法的根拠のない違法な入院となる。

- (2) さらに、退職した医師からは、「**(A元院長の指示で)たちばな苑から任意入院の形で神出病院に移ってきた患者がいて、自己抜去するから身体拘束していたことがあった。**」
「**任意入院から医療保護入院に切り替えないといけない事案であった。結果的に1ヶ月くらい拘束が続いていた。**」という具体的な説明も出ている。

この説明は、強制的に身体拘束されているにもかかわらず任意入院の同意が存続し続けていたとすることには無理があり（なお、精神保健福祉法21条3項は、任意入院者から退院の申出があった場合の退院制限は72時間を限度としている）、医療保護入院に切り替えないといけない事案であったという経緯は首肯でき、入院の要件を満たさない状態となっていたのであれば、入院を前提とする拘束も当然ながら認められる余地はないものである。一般的な精神科医療の実務としては、行動制限を行っても短時間、短期間であり、身体的拘束の判断をする前に医療保護入院に切り替えていることからしても、上記説明の対象となった症例は明らかに違法な入院となるものである。また、入院云々以前に、拘束が1ヶ月もの長期間続いていたこと自体が異常であり、問題である。

加えて、上記説明を行った医師は、「そのこと(医療保護入院に切り替えないといけないこと)がわかったとき、A元院長から、『近々神戸市の監査があるから、たちばな苑にその患者を戻せ』というお達しがあった。A 院長はまともに患者をみていないので、そういったミスに気づかなかったのかと思う」と述べて、隠蔽工作まで行われていたことを指摘している。

2 医師としての応召義務違反、診察の懈怠

○5医師は、勤務時間帯において、看護要員から患者の診察に病棟へ来てもらいたいと求められた際、「自分の足が悪い」という理由で病棟に行かなかったことがあった。

○5医師は上記事実を否認しているが、「足が悪く（杖をついている）病棟に行くことに支障があるが、それは言ったらあかんことだと思っている」と述べている。

しかし、実際に上記やりとりを行ったことを看護要員が具体的に述べている。その他にも、患者の状態が悪くなっていることを○5医師に報告しても『『それくらいどうもないっすわ』『今忙しい』と言われた。』、「嘔吐絶食となっていた患者が、横行結腸(に何らかの障害を生じさせる状態)になっており、色々と情報を上げているのに何もしてくれず(重症化し)亡くなった患者が3人いる。』、「マーゲン(チューブ)を毎回抜く患者に肺炎リスクもあるので他にペグ増設などできないかと相談したのに、『年内に急ぎでないことはしません』と言われた。」といった具体的かつ詳細なエピソードを説明する職員もいる。更には、複数の医師からも○5医師は「患者の容体が急変してもすぐに駆け付けない医者」、「安心して患者を任せられない医者」、という声が上がっていることを踏まえると、上記は事実と認定できる。

かかる事実、勤務時間帯であるうえ（令和元年12月25日付厚生労働省告示「応召義務をはじめとした診察治療の求めに対する適切な対応の在り方等について」には、診療を求められたのが診療時間内・勤務時間内である場合、医師は、原則として、患者の求めに応じて必要な医療を提供する必要があることが規定されている）、突然の外来患者などではなく勤務先の病院の入院患者であること、診察を求める連絡を行ったのは

看護要員であるが、患者本人に代わって看護要員が連絡しているのであって、患者が診察を求めていると解し得ること、医師自身の足が悪いという正当化される理由にならない弁解であったことからすると、医師法19条の応召義務（「診療に従事する医師は、診察治療の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」）に違反しうる行為と解釈することが可能である。また、O5医師のこの行為は、病院との関係では雇用契約に基づく診療等の労務提供義務違反となる問題行為である。

3 患者ごとに個別性のある診察を行っていなかった疑い

O2医師は、患者ごとに個別性のある診察を行っていなかった疑いがある。

O2医師からは上記事実を認める発言はなかったものの、①当委員会によるヒアリングに対しても関心や当事者意識を示さず、「分からない」という発言を繰り返していたこと、②O2医師については「どんな患者であっても診察時に言うことが同じルーティン」、「患者に興味を示さない、コミュニケーション障害かなと思う先生」、「カンファレンスへの参加を呼び掛けても拒否している」といった複数の職員からの声が挙がっていること、③退職した医師の中にも、「O2医師は病棟に行かず、ソリティア（パソコンゲーム）ばかりしている。患者の話をろくに聞かない。患者の家族からもあの先生おかしいんじゃないかと言われたこともあった。」と述べる医師もいたことからすると、上記事実の疑いは強い。

一方で、当委員会の調査としては、調査の期間、調査対象が極めて多岐にわたったことから、O2医師の担当した個別の患者ごとのカルテや担当看護師に事情聴取し、O2医師の担当する患者ごとの個別具体的な診察内容を検証していくことはできておらず、明確に黒と断定することは躊躇せざるを得ない。

そのため、上記事実については、黒とも白ともいえない、灰色の事実、但し、疑いの程度は強く、黒に近い灰色の事実として認定する。

なお、O2医師だけに限って指摘された問題ではないが、「発達障害でも自閉スペクトラムで妄想が出ている人も、医師が適切な判断ができないので全部統合失調症としてしまっていたりする」、「今はほとんど処方しないような薬を大量に併用して使用している医師がいる」と指摘する医師もあり、神出病院においては、特定の医師個人の診察意欲や診察姿勢の問題だけではなく、医師全体の診察知識・能力、自己研鑽の問題もあるように思われる。

4 診察をせずに処方のみ書く又は処置を指示する行為

(1) A元院長

A元院長は、A1病棟のラウンドとして、勤務時間の収入間際に病棟に来て、投薬指示の期限が切れた患者について、診察もせずに処方だけ書いて帰ることが多く、患

者の状態を診ることが少なく、看護師から状況を聞いた内容だけで済ますことが多かった。

上記事実は、看護要員が具体的に述べているところ、記載内容の乏しいカルテや、既述してきたA元院長の患者軽視の姿勢、医師の指示のない違法な行動制限の黙認、基準を満たさない行動制限の指示をしていた状況からすると整合的で、信用できる説明といえることから、事実として認定できる。

(2) O2医師

O2医師は、患者が不穏であったため職員から病棟に来て診察するよう求められたが、後述する「ピンク指示」（医師指示簿。ピンク色の用紙が使用されているため、それに記載された投薬等の指示の内容を「ピンク指示」と呼んでいる。）の通りに対応するよう返答しただけで、診察にも来なかったことがあった。

上記事実は、看護要員のアンケートに記載されており、既述したO2医師の診察対応の問題、医師の指示のない違法な行動制限の黙認等の状況からすると整合的で、信用できる指摘事項といえることから、事実として認定できる。

(3) 他の医師

具体的な医師の氏名や人数までは特定できていないが、看護師が患者の容体変化で医師に病棟に来るよう依頼しても、「ピンク指示」を看護師が見て薬剤を飲ませるよう電話だけで指示をする医師がおり、これは現在（少なくとも令和3年）も続いている出来事のようなものである。しかも、この「ピンク指示」（医師指示簿）に記載された薬剤は、広範囲で、強い効能の薬剤（痙攣時のアレビアチン、不穏時のホリゾン等）も含まれている。

上記事実は、退職した看護師が具体的に述べているし、「ピンク指示」（医師指示簿）の運用として、薬剤を使用するかいな否かの前提となる患者の痙攣の判断が看護師に委ねられていたが、看護師では適切な判断ができないために、同看護師は「ピンク指示」（医師指示簿）の運用に反対していたこと、具体的なエピソードとして、患者が痙攣になったと看護師が判断したが、主治医がおらず他の医師が診察を行ったところ痙攣ではなかったため、「ピンク指示」（医師指示簿）によって薬剤を飲ませなくてよかったことがあったという具体的な事実を述べていることから、信用性が高い説明といえる。

5 必要な医療を正当な理由なく受けさせなかったこと

神出病院においては、少なくともA元院長が院長として在任していた平成22年から令和3年の間において、病院全体として、身体的・内科的治療が必要な患者が発生し、他の専門の病院に転院させた方がよい状況であるにもかかわらず、患者を転院又は院外受診させず囲い込み、必要な医療を正当な理由なく受けさせていなかったことが常態化していた疑いが強い。

神出病院は精神科病院であるため、身体的・内科的治療が必要な患者が発生し、神出病院内の医師や設備では治療として十分な対応が行えない場合には、患者の身体・生命の安全のため他の専門の病院に転院させることが診療契約に基づく義務であると考えられる。そのような状態になっても退院させず、必要な治療を受けさせないという不作為は同義務に違反するものである。

そして、当然ながら、身体的・内科的治療が必要な患者が発生していることは診察を担当する医師において把握している事実であり、かかる患者を転院又は院外受診させず神出病院内に囲い込むことは医師の判断によるところが大きい。かかる判断にはA元院長からの圧力、指示が多分に影響していたと考えられるが、そのことによって、その他の医師の判断が正当化されるものではない。

上記事実は、当委員会として限られた調査期間、調査時間により、死亡退院患者一人一人の死亡に至る経緯やかかわった各職員のヒアリングを網羅的に調査し一件一件の事案の精査や裏付けまでとることはできていない。しかし、看護を行う多くの職員が声を揃えて病院の問題点として述べていたし、精神保健福祉士や医師のなかにも同様の説明を行う職員がいた。さらに、その理由として、「**死亡退院が多いことについて、A 院長が『患者をとられる』等と言って瀕死の状態になるまで院外受診をさせなかった。医師ですら A 院長の顔色を窺っていた。**」等と言った声も聞かれるところである。神出病院から提出を受けた資料によると、死亡退院患者数は、A 医師が院長に就任する前である平成 21 年までは年間概ね 30 人以下であったが、平成 22 年以降は年間 50 人以上となり、平成 24 年からは年間 60～70 人を推移、平成 27 年には 80 人以上、令和元年には年間 99 人もの死亡退院が発生しており、退院患者における死亡退院の割合は 4 割を超えている。これらの事情によると、上記の事実は、灰色のなかでも黒に等しいと言っても過言ではない事実と認定できるし、少なくとも退院を抑制しようとしていたこと自体は事実として認定することができる。

なお、他の医療機関の診察・治療を受けさせないことは、A 元院長だけでなく他の医師も行っていた行為であり、A 元院長が、「患者をとられる」等と言って、瀕死の状態になるまで院外受診をさせなかったことについて、A 元院長からのプレッシャーがあったことを認めている医師がいる。この医師は、「神出病院では診られないので、内科の病院へ患者を回した医者が、患者数が減るので A 元院長から怒られていたこともある」と述べ、A 元院長が上記状況を強引に推進して医師にも圧力をかけていたことがわかるエピソードを述べている。その他にも、「**A 元院長から患者を『転院させるな』と言われた**」、「**患者を出して(退院か転院)しまったら叱責される。自分も怒られたことがあるし、医局の医師全員怒られたことがあると思う**」と述べる医師がいる。更には、「O2 医師は、他科診察などが必要と思われる病気に対しても様子観察と指示した」「(骨折等していたため)痛みを訴えても様子観察で済ませていることが多々ありました」と指摘する職員、ほかにも特定の医師名は必ずしも明らかではないが同種の状況を述べる看護要員が多く存

在したことからすると、A元院長の意向にしたがって必要な転院や院外受診の判断をしなかった医師は相当数いたことが窺えるものである。

第2 不適切な看護行為

1 違法なもの(施設基準遵守の偽装)

神出病院では、診療報酬における入院基本料の請求にあたって、一般病棟では、患者15名に対し看護職員1名を配置し、療養病棟では、患者25名に対し看護職員1名を配置することになっており、看護職員がこの基準を満たさないと診療報酬額が減額されることになる。神出病院では、看護職員の人員が不足すると、診療報酬額が減額されることがないようにするために、人事記録上、看護職員が不足している病棟へ看護職員を異動した履歴のみを残したり、短時間だけ他病棟で手伝いをさせることで1日働いたようにしたりして、看護職員数が基準を満たしているかのように偽装していた。

このことは、看護職員に対するヒアリングの際、ごく短期の異動がある場合の異動履歴を確認すると、「知らない。」、「そんな異動はしていない。」と回答する者が複数いたこと、1日のうちのごく短時間だけ別の病棟に異動し、すぐ元の病棟に戻って、その1日別の病棟で仕事をしたかのように見せかけたことがあると回答した職員が複数いたことから認められる。

2 不適切なもの

(1) 看護方式について

精神科病院におけるあるべき看護の水準は、提言に記載しているが、神出病院で確認された看護方式のうち、その水準に達していないものは、以下のとおりである。

- ① 病棟ごとに、師長（課長、係長のことを指す。病棟によっては、複数の師長が配置されていたこともある。）と主任が配置されていたが、機能別とチームナーシングの看護方式は不完全であった。

この点については、虐待事件発生後の令和3年8月P 前看護部長が就任し、看護師の主体性や専門性を発揮できる看護体制を目指し、プライマリーナーシング移行への取組が開始されたが、令和3年12月P 前看護部長が退任し、その取組は一部の病棟でのみ継続されている。

- ② 師長などの中間管理職も病棟夜勤勤務に入っていたため、日勤帯に管理者不在となる日が月に数回見られ、そのような時には、毎日の病棟ルーティン業務の責任者は当日のリーダーが担っていた。

他方、夜間の看護管理職の当直がなかったため、夜間の急変時の対応や入院対応なども病棟スタッフに一任されていた。

- ③ 日々の看護業務に追われ、ケースカンファレンスなどが行われていなかった。

この点については、A 4 病棟、A 5 病棟において多職種カンファレンスが定期的に行われるようになり、院内で退院を促進する取り組みが始まっている。

- ④ 食事時など、特に看護師数が必要な時間帯に手厚い配置を行う工夫はなく、朝食、夕食時間や配薬時などが夜勤体制となる時間は少ない看護要員で対応していた。このため、誤嚥、喉詰め事故が多かった。

なお、喉詰め事故が原因で死亡した患者について、警察への通報を避けるため、医師が死体検案書の死因に誤嚥性肺炎（病死）と記載した事案があるとの疑いがあるが、当委員会の調査としては、時間的限界から、それ以上の調査は行えなかった。

(2) 看護部の意思決定方法、職務分掌について

- ① 師長会や主任会は存在したが、管理体制としてのシステム化がなされていなかった。このため、看護部内での看護業務に関する意思決定の場はなく、病棟単位の意味が優先され、病棟ごとに基準や手順が違っており、物品購入なども含め看護部には決定できる権限は与えられていなかった。
- ② 看護師の昇進や異動は、人事考課の結果によらずに、A 元院長が恣意的に決定していた。

(3) 看護要員の資質・能力について

- ① 職場生活の基本動作（社会人としてのマナー、挨拶、言葉遣い、身だしなみ）に欠ける看護要員や、看護心得の習得不足の看護職員が働いていた。
- ② 認知症、統合失調症等、疾患ごとの看護についてのマニュアル整備ができておらず、患者対応を個別性なく一律に行っていた。

(4) 不適切な看護行為の具体的内容について

- ① トイレトペーパーを取り込む患者がいる、トイレトペーパーを食べる患者がいる、患者がトイレトペーパーをトイレに詰まらせる等の理由で、トイレトペーパーがトイレにはなく、必要時は、患者に看護師詰所まで「チリ紙」を取りに来させていた。
- ② 開放病棟である A 1 病棟以外では、患者は自由に水分補給することができず、希望があるときも看護師に言わなければ飲水することができなかった。
- ③ 胃管チューブからの注入を、8 時、11 時 45 分、17 時 45 分を実施する病棟や、5 時、11 時、16 時に実施する病棟があった（病棟毎のスケジュール表）。胃管チューブからの栄養剤の注入は患者にとっては食事であるため、生活リズムを考慮し食事時間に合わせるべきであるが、神出病院では病棟ごとに時間が違い、早朝患者が覚醒する前に行っていたり、注入の間隔が短く内容物の消化時間が考

慮されていない病棟があった。このような胃管チューブからの注入時間の設定は、患者本位ではなく、看護師業務の都合にあわせて行われていた。

- ④ おむつ交換についても、上記同様、看護師業務の都合に合わせた時間設定がなされていた。
- ⑤ 男性職員におむつを交換してもらうことが恥ずかしいと思う女性患者には男性職員がおむつ交換はしないが、そう思っていない（実際はどうかは分からないが、その意思を明示していない）女性患者には、男性職員が単独で、おむつ交換を行っている。
- ⑥ おむつ交換は単独で行うのを原則としており、抵抗する患者を無理に押さえつけることもあった。

拘縮が進んでいる患者のおむつ交換や車椅子への移乗も一人で行うことが多く、患者に負担をかけていたために骨折事故や打撲、皮膚剥離が起こっていた（神出病院から提供をうけた資料では、表皮剥離、大腿骨頸部骨折、大腿骨転子部骨折等が散見される。患者カルテによると、中には寝たきりの患者の骨折事故も数件あった。）。

事故は少しずつ減少してきており、寝たきりの患者さんの移乗についても２人体制で行っていることから原因不明の骨折事故や打撲、表皮剥離などは減少傾向である。

- ⑦ おむつ使用患者の排便後の陰部洗浄は、白湯をかけて湿ったタオルで拭いている。お尻ふきは使わない。小便のときは男女とも陰部を拭かないので、男性患者の陰茎の先には汚れがたまっていた。

(5) プライバシーへの配慮の問題

ア 虐待事件発生当時の状況

- ① 病棟に個室の診察室や面会室がなく、病室は殆どが多床室である（個室は、B 2 病棟及びB 3 病棟に各 1 室、A 4 病棟、B 4 病棟に保護室各 1 室、A 5 病棟に保護室 3 室があるのみである。）ことから、以下の問題が生じていた。
 - 1) 詰所の一角をカーテンで仕切っただけの場所あるいは病室で診察を行うが、診察中の会話が、詰所を出入りする職員や患者、同室の患者等に聞こえてしまう。
 - 2) 酸素投与を要する重症患者への対応を大部屋でカーテンをせずに行っている。
 - 3) 居住性のよい個室があることで保護室を使用しなくても外界からの刺激を遮断して患者本人の苦痛を緩和することもでき、隔離の頻度を減らせることができるが、神出病院では個室が少ないため精神科病棟としては望ましい環境ではなかった。

- ② おむつ交換は、多床室でもカーテンを閉めずに行っていた。

(6) 看護観察・記録の不足・不備, 再発事故防止に向けた対策の欠如

- ① 看護要員による介助中の骨折事故や、食事中の誤嚥事故、身体拘束中、拘束介助後の急変などが多いが、看護記録には、個々の患者に必要な記録が書けておらず、夜間帯の記録も記載していないことが多いなど、不十分である。
- ② 隔離や拘束時にチェック方式の記録用紙を作成しているが、チェックを行えていなかったり、観察できていなかったり深部静脈血栓や肺塞栓防止のためのROM(関節可動域訓練)運動を行っていないのにに行っているように記載したりしていた。
- ③ 虐待事件発生当時、医療法第6条の12、同法施行規則第1条の11第1項2号に基づく医療安全管理委員会は組織され、委員会も開催されていたようであるが、医療事故やヒヤリハット事例について、十分な協議をし、再発防止に向けた対策が立てられておらず、同種の事故が繰り返されている。
- ④ 元々、風呂が少なく（B棟1階に患者浴室と特殊浴室、A2病棟、A3病棟、A4病棟に各浴室がある。）、シャワーだけの病棟もあるが（B2病棟、B3病棟、B4病棟、A5病棟に各シャワー室がある。）、このような状態による看護負担は計り知れない。

上記状態のため、入浴は患者一人当たり週に2日を原則とし、入浴に際しての看護必要度が高い患者については、入浴が週に1回となることもあった。また、上記状況は、患者に多量の便失禁があってもつシャワーを浴びてもらって清潔にすることができず、温かいタオルで拭くという対処しか取れないという結果を招いた。

(7) 感染対策の問題

- ① 厳しいコスト削減を強いられ、ディスポーザブル製品（使い捨て品）の購入が認められず、胃管チューブまで消毒して再利用する。イルリガートルも本人用ではなく、消毒して使用している。
- ② ガーゼもケッテルに入れて消毒し、ディスポーザブル製品を利用していない。
- ③ おむつ交換の時のディスポーザブル手袋もひとりずつ取り換えずに行う。
- ④ 特殊浴槽入浴時の患者のバスタオルは1枚と決められていた。
- ⑤ 特殊浴室を利用する患者は、更衣する時臥床するベッドの下に敷くタオルを他の患者と共用していた。
- ⑥ 特殊浴室利用時、患者の衣類を着替えさせる際に用いるベッドは古く、マットレスは清潔とはいいがたいものであった。
- ⑦ 浴室は特に一般浴室はカビだらけであった。詰所の水回り、居室もカビが発生している。

- ⑧ トイレの入り口にはカーテンがあるが、古く、不潔である。取れかけているところもあった。患者は手洗い石鹸もなく、アルコール消毒もできない。
- ⑨ 業者による清掃は廊下までで、病室の清掃が看護要員の業務とされたため、環境整備を毎日できず週に1回程度になる病棟もあった。

(8) 研修、教育の問題

- ① A元院長は、看護職員による院外研修参加の必要性を否定し、日本看護協会や日本精神科看護協会への研修に職務として参加させることは殆どなかった。
- ② 近年、神出病院に新規入職する看護師は、ほぼ全て、兵庫錦秀会の経営にかかる西神看護専門学校の卒業生であり、人数も少なかった。なお、在学中、奨学金を受領し、5年間神出病院で勤務すれば全額の免除を受けられるという制度の利用者が殆どである。

第3 看護要員の暴言

- 1 看護要員は、患者を、「ちゃん付け」、「あだ名」、「呼び捨て」で呼び、敬語や丁寧語ではなく礼儀知らずな馴れ馴れしい口調で話しかけていた。このような言葉づかいについて、「人当たりが良い」「親しみを込めたもの」であり、好ましいものであると誤解していた者が少なくなかった。
- 2 患者に対するきつい口調での対応、暴言、無視、患者からの暴力に対する過度な対処（違法隔離・拘束、虐待行為として別途取り上げるものを除く）として、以下のような事実が認められた。なお、暴言として認定された事実の中には、虐待行為と評価できるものもある。

- 訴えを繰り返す患者に対し、「ちょっと待って。」「もうええって。」「いいかげんにして。」と言ったり、怒鳴ったり、無視したりする。
- おむつ交換時、便汚染のあった患者に「くさっ」などと言う。
- 患者の危険行為、患者同士のトラブルの仲裁時に、大声やきつい言葉で止めに入ったり、怒鳴ったりする。
- 看護必要度の高い患者への対処を優先するという理由で、自立や車椅子歩行の患者の訴えを後回しにする。
- 食事を残した患者に、「ちゃんと食べてよ!」「早く食べろ!」ときつく言う。
- 患者からつねられた際に、「痛いじゃないの!」ときつく言う。
- おむつ交換で抵抗されたときに、言葉がきつくなる。
- 暴れて職員の首をしめてきた患者に対し、きつい口調で注意する。
- 患者が、課されたルールに違反した罰として、おやつを抜いたり、煙草を禁止する。

- 患者から襲いかかれ、大声を出して払いのけた。
- 患者に舐められないために、威圧的言動で接する。
- 患者から叩かれたときに、声を荒らげた。
- 患者を小馬鹿にしたような物言いをする。
- 与薬の際、看護師が、患者に対し、「ちょっと来い。」と言いながら、手のひらを上に向け、下から煽るように手指を看護師側に動かして手招きする（その結果、患者が不穏になった。）。
- おむつの付け方が雑なために、気持ち悪さを感じておむつを触る患者に対し、「なんで触るん！」と語気荒く言う。
- 患者が不穏な行動をしたとき、放置すると危ないとして、柔道の抑え込みのようにして患者を抑え込む。
- 立って食事をしようとする患者、食べこぼしをした患者など、患者の行為や失敗に対して、子供にいうような言い方で注意をする。

第4 医師による患者への不適切な言動

1 患者に反省文のようにも見える書面を書かせる行為

○3医師は、患者に対し、反省文のようにも見える書面を書かせていた。（なお、書面を書かせるのみならず、それを読み上げさせていたと証言する看護職員もいる。）

○3医師は、反省文を書かせたことは否認しているものの、何度言っても注意事項を忘れてしまう患者に対し、注意事項のメモとして、○3医師が言ったことを書かせたことがある範囲では事実を認めている。

これについては、診察中に○3医師が患者に反省文を書かせていたと述べる職員がいるほか、患者を人間扱いしていなかったと述べる職員、患者への言い方がきつく乱暴で、例えば「そんなんしてたら保護室入れるぞ」、「なんべん言ったらわかるねん」といった発言もあったことを述べる職員等の声、そもそも診察のなかで認知能力に問題がある精神病患者自身に注意事項を書かせる必要性、意義はなく、○3医師自身も当該患者に書面を書かせても「覚えていません」で終わっていたと述べていることから、少なくとも、外形的なやりとりとして、反省文のようにも見える書面を書かせていたことは事実として認定でき、患者いびりのようにも受け取られなかねない不適切な行為であったといえる。

2 患者へのからかい

○3医師は、診察時に患者をからかう発言をしていた。

○3医師は、患者への不利益、不適切な行為をしたことはないと述べている。

しかし、看護職員が上記事実を述べているところ、〇３医師は、ノートに色々字を書いたり漫画を書いたりするのが好きな患者に対し、「この病棟の中で好きな女の人のランキングを書け」と言って、その書いてきたものを見て、その場にいた職員含めみんなで笑うことがあったと具体的かつ詳細な説明をしていること、虚偽の供述を行う動機もなく、見間違いや誤解等も生じうるやりとりではないこと、上記のとおり〇３医師の患者に対する態度を問題視していた複数の職員がおり、〇３医師が患者に不適切な行為を行っていたことからすると、上記は事実と認定できる。

第5 設備に関する問題点

1 はじめに

(1) 神出病院の設備の問題点

神出病院においては、既に見たような医療・看護行為上の問題のほか、設備・機器に関しても種々の問題が存在する。

これらは、医療機器・備品・什器等について適切に修理・買替えがなされていないという程度のものから、そもそもの病棟の構造・設計に起因すると考えられるものまで様々であり、設備上の不具合・問題点の概要は次のとおりである。

設備上の不具合・問題点の一覧

不具合・問題点の概要	病棟	概要・影響
浴室の配置（数・位置）の問題	A 1, A 5, B 2～B 4	浴室のない病棟（A 1, A 5, B 2, B 3, B 4）がB棟1階の浴室（一般浴室、特殊浴室）を利用するため、移動の負担が大きく、特に冬場には入浴前後の患者の体温低下という大きな支障も生じさせている。
給湯設備の機能不全	外来を除く 全ての病棟	程度の差はあるものの、外来を除く全ての病棟で温水の出（所要時間や温水の水圧）に問題があり、看護行為の支障・負担を生じさせているほか、患者にも適切な湯温でのケアが十分に行えない、漏便等の場合の清浄管理が十分になされないという問題がある。
病棟内のカビの繁殖	全ての病棟	病棟全体に広範囲に生じているが、特に浴室・脱衣室等はひどい状況にある。見た目の不潔感だけでなく、患者に対しても心筋炎、肺炎等を引き起こす要因となっていると考えられる。
病室の掃除不徹底	全ての病棟 （特に病室）	病室は委託業者による清掃がなされておらず、清掃は看護要員頼みの状態であるため、業務の圧迫が生じケアの質の低下をもたらすことになる。また、掃除が行き届かないことにより、病室内の不潔感を生み感染症リスクも増大させている。
エアコンの機能不十分	全ての病棟	夏期、冬期を問わず、一括空調のエアコンの効きが十分でないという問題があり、このために患者、看護要員共に過酷な酷暑、寒冷にさらされるほか、患者が熱中症、風邪・肺炎等を引き起こす要因となっている。

エアコンの老朽化による不具合	全ての病棟	エアコン設備自体の老朽化のため機器からの水漏れや周囲の天井（内部）への水の浸出が生じ、天井の腐食（カビの増殖）や水たまりによる看護要員、患者の転倒の危険を生じさせている。
タオル、病衣等の不足	全ての病棟	タオル、リースの病衣の絶対数が足りておらず、複数患者での使い回しや不衛生な状態のものを病棟で洗って再使用するなどの対応を余儀なくされている。その結果、患者に不快感を強いるのみならず、感染症の発生時のまん延リスクを生じさせている。
ナースコール、非常ベルの故障	全ての病棟	ナースコール、非常ベル共に、故障した状態のまま長年修理されず放置され、ナースコールについては、患者・ベッドごとに配置されていないため、患者、看護要員共に、緊急時に対応・応援の要請を適切に行えないという重大な問題がある。
個室・保護室の不足	全ての病棟	本来、個室での個別対応が必要・相当と考えられる患者についても設備がないため大部屋での療養を強いられる結果、当該患者、同室となる他の患者の双方にとって、平穏な療養環境が確保されず、適切なケアが実施されないという問題がある。
診察室等の整備が十分でないこと	全ての病棟	医師による診察、精神保健福祉士によるヒアリングが専用の部屋で実施されず、看護師詰所の一角や病棟内のオープンスペースで行われているために、患者のプライバシーが守られないという問題がある。
看護職員による配薬作業	全ての病棟	薬剤部から各病棟に送られる薬が、患者ごと、服薬回ごとに一包化されておらず、各病棟で看護師が毎週振り分けを行うことを余儀なくされている。これが本来の看護業務を圧迫する負担となっているほか、配薬ミスを来すリスクをも生じさせている。
酸素吸入・喀痰吸引の対応ができる病室の不足	全ての病棟 (特にA2、A3、B棟の各病棟)	A1、A4、A5以外の病棟では、中央配管に接続されている病室が少なく、酸素吸入や喀痰吸引が必要な患者が、それらの設備がない病室での療養を強いられ、適時に必要な酸素吸入・吸引措置が行えない状況となっている。
その他の設備上の問題	全ての病棟	以上のほか、建物・造作、備品の老朽化、汚損が放置されているほか、医療・看護行為に必要な機器・機具・備品が十分に用意されない（更新されない）という問題があり、医師、看護要員等から種々の改善要望が上げられている。

これらの不具合等は、いずれも看護要員の業務を非効率なものとし、患者に対する看護ケアの質の低下を来す要因となっている。

(2) 職員による設備の不備・不具合の指摘(アンケート結果)

医療行為・看護行為を適正に実施し、患者に対する看護ケアの質を十分に確保するためには、本来、必要な設備・機器・備品の確保と保全、適時の更新が行われることが極めて重要であり、病院経営上も優先度の高い事項として位置づけられなければならない。

ところが、神出病院においては、長年にわたりそうした適正な必要性の判断を伴わないまま闇雲に経費節減が進められた結果、上記のような様々な設備上の問題を生じさせ、あるいは生じている問題について抜本的な改善がなされないままの状態が放置されることとなった。

当委員会が実施した看護師に対するアンケートの回答でも、この設備・機器の不備・不具合を指摘する声、改善を要望する意見が極めて多い。その詳細は別紙1「設備の問題点・改善要望に関するアンケート回答結果一覧」のとおりである。

そして、これらの不具合、問題点のいくつかは既に述べたような医師・看護要員による不適切な対応を生む要因となっていることを指摘しておかなければならない。

以下、それぞれの設備上の不具合・問題点について、患者の利益に及ぼす影響と併せて詳述する。

2 入浴施設に関する問題

(1) 入浴施設の設置状況

各病棟の入浴・シャワー設備は以下のとおりである（各階の一般浴室には入浴設備のほか、シャワーが備わっている）。

	A棟	B棟
5階	シャワー室 (3.69 m ²)	
4階	一般浴室 (20.08 m ²)	
3階	一般浴室 (20.08 m ²)	シャワー室 (3.22 m ²)
2階	一般浴室 (20.08 m ²)	シャワー室 (3.22 m ²)
1階	浴室・シャワー室なし	一般浴室（大浴場 33.13 m ² ） 特殊浴室 (54.00 m ²)

A 2～A 4の3病棟には、専用の一般浴室があり、機械浴の施設も設置されている。

B棟1階には「大浴場」と呼称されるB棟1階の一般浴室と、機械浴の施設がある特殊浴室が設置されており、一般浴室のない病棟（A 1, A 5, B 2～B 4の5病棟）の患者が利用する。

(2) 入浴対応状況

ア A 2～A 4の一般浴室

病棟専用の一般浴室が設けられているA 2～A 4病棟では、入浴は週2回が原則であり、一般浴と特殊浴・機械浴を別々に行っている。

漏便の場合、部屋で処置するが、ひどい場合は病棟の一般浴室のシャワーで処置している。

また、一般浴室は後述のとおり温水が出にくいという問題がある。

イ 大浴場・特殊浴室

一般浴室のない5つの病棟は、B棟1階の大浴場・特殊浴室を利用することになり、月曜日から土曜日の午前と午後に区分して各病棟に週2回割り当てられている。割り当てられた時間は1回あたり2時間～2時間半であり、その時間で全員の入浴を行うことは困難であるため、皮膚状態が悪く必ず入浴機会を確保しなければならない場合を除き、週1回しか入浴できない患者が生じている。

また、感染症が発生した場合には、病棟を跨いだ波及を防ぐため、感染症が発生した病棟は午後の入浴とするよう調整し、感染症に罹患した患者は病棟内でも一番最後の入浴とする扱いがとられているが、A元院長が感染症の発生した病棟の患者はB棟1階まで移動することを認めず、各病棟内で対応するよう指示していたこともある。

ウ A5, B2～B4病棟のシャワー室

A5, B2～B4病棟にはシャワー室があり、漏便がひどい場合などに利用することになるが、温水が出にくいという問題がある。

(3) 設備の設置状況・不具合が患者の利益に及ぼす影響

専用の浴室がないA1, A5, B2～B4病棟は、入浴を行う場合にはB棟1階にある一般浴室（大浴場）・特殊浴室を利用することになり、A1病棟を除いてエレベーターによる移動が必要となる。そのための移動に要する時間やエレベーターの使い勝手の悪さが職員の作業の非効率と患者への悪影響を生んでいる。特に冬場には入浴前後の体温低下をもたらすなど患者の健康状態に及ぼす悪影響が大きく、実際に、入浴後の患者の急変が多いとの指摘が医局からなされている。

また、こうした入浴設備の制約から、身体合併症の患者については原則的な週2回の入浴の実施ができず入浴回数が少なくなる問題があり、皮膚炎の罹患・悪化が生じるなどの問題も生じている。

3 給湯設備の機能不全

(1) 機能不全の状況

本来であれば、温水用の蛇口を開けば、数秒で温水が供給されることになるはずである。ところが、神出病院では、**必要な温度・量の温水が適時に供給されることがなく**、温水用の蛇口から水を出し続けても温度が上昇しない、適温になるまでに長時間を要する、湯量が少ないなどの現象が生じている。各病棟における温水の状況を整理すると以下の表のとおりとなる。

この問題は、漏便した患者に対して直ちにシャワーで洗い流すことができないことなどによって患者の利益を害しているし、看護業務の負担を増加させているため、業務で

温水を使うことが多い看護要員から繰り返し指摘されてきた。看護要員が指摘している病棟ごとの状況は別紙2「看護部 お湯について」（令和4年2月15日）のとおりである。

また、各病棟における温水の供給状況は別紙3の1「各病棟の温水の供給状況」のとおりであり、蛇口を開いてからの湯温の上昇状況は別紙3の2「病棟毎の湯音の測定結果」のとおりである（A5、B2、B3は測定できていない。）。

	一般浴室・シャワー室	看護師詰所（流し）	休憩室（便所手洗い、流し）	患者用トイレ（蛇口）	デイルームの手洗い
A 1		×	○	○	×
A 2	[一般浴室] △	△	便所手洗い：△ 流し：○	○ ※一部の蛇口は△	△
A 3	[一般浴室] △	×	○	○ ※一部の蛇口は△	△
A 4	[一般浴室] △	△ ※調査時は○	○	東側便所：○ 南側便所：×	△
A 5	[シャワー室] ×	×	●	×	×
(B棟1階)	[一般浴室・特殊浴室] ○				[外来] ○
B 2	[シャワー室] △ ※調査時は○	●		△ ※調査時やや改善	△ ※調査時やや改善
B 3	[シャワー室] ×	×		×	●
B 4	[シャワー室] ×	○		※調査時は○ [東側男子便所] 入口側洗面：×	△ 奥側洗面：○

○：すぐに、又はしばらく出し続けることで使える温水（40℃以上）になる

△：水温、出るまでの時間、水圧のいずれかに問題あり

×：しばらく出し続けても全くお湯にならない

●：格別不具合の指摘なし

(2) 設備の不具合が患者の利益に及ぼす影響

いずれの病棟においても患者の入浴・シャワー浴や便・尿の失禁時等の清拭など、看護業務において温水を必要とする場面は極めて多い。にもかかわらず、多くの病棟、

多くの給湯設備において、満足に温水が出ないという問題は深刻であり、看護要員において改善を求める声が多いのも当然である。

適時に必要な量の温水が使用できないことにより、患者にとっては入浴、シャワー浴ができず(できたとしても寒い中、温水が出るまで長時間待たされることになり)、あるいは水を使用しての清拭、洗浄、シャワー浴となり、多大な不快感を強いられる結果となる。また、温水が使えないことにより、十分な清潔保持や器具の洗浄ができず、その結果、感染症のリスクが高まるなどの問題も看過しがたいところである。

なお、この温水が出ない問題は、結果として、B4病棟で行われた漏便をきたした患者にトイレで水を掛けるという虐待行為の一因となり、そこから本件刑事事件の暴力行為⑤(トイレで全裸にして水・温水をかける)に至っていることも指摘しておかなければならない。

この問題は、看護行為、患者ケアの質を確保し、維持する上で極めて優先度の高い要改善項目であるといえる。

(3) 改善の状況

以上のように、慢性的な給湯設備の機能不全は深刻であり、各病棟の職員からの苦情も多いため、神出病院では従前、不備が出る度に修理伝票を上げるように指示し、その都度修理業者を手配するようにしていたようである。実際にも、病院には設備担当者がおり、その者を通じて業者に修理を依頼していたようであるが、これまで修理を行っても温水が出ない問題は、(B2, B3病棟など一部改善した部分はあるものの)繰り返し生じている。

A元院長自身は、当委員会の書面照会に対して、この温水が出ない問題は「看護部長、事務長に一任していました。特に設備や修繕は事務長に一任していました。」と回答し、自身には認識がなかったかのように述べている。しかし、かつての経理担当者においてボイラー・配管の修理について調査を行い、改修費用の見積書の作成を受けてA元院長に提案したことがあった模様であるが、かなり大がかりな工事になる見通しであったこともあってか、A元院長の「そこまでは必要はない」の一言で却下されたという。

確かに、病院全体の給湯設備の抜本的な改修にはかなりの費用がかかる見込みである。現在の神出病院においても、この給湯設備の改善は「改修に入っていると思うが結局予算の問題」として、未だ抜本的な改善には着手できておらず、具体的な計画も策定や検討には至っていない。

4 病棟内のカビ繁殖

(1) カビの多発

神出病院の敷地は、周囲に比べて約15メートルほど低い窪地になっているほか、周囲を雑木林に囲まれ、近くを草谷川が流れており、立地的に湿気が溜まりやすく、風が抜けにくいという特質がある。

このため、梅雨時は特にひどいものの、**季節を問わず一年を通して病棟、病室の壁や天井にカビが見られる状態**である。天井では、ビルトインエアコンの吹き出し口周囲が黒ずんでいる箇所が多く見られる他、配管から漏れた水が天井の下地に入り込み、浮きやカビを生じさせている箇所も少なくない。

なかでも浴室は特にひどく、一部の浴室では浴槽の周囲だけでなく、脱衣所の壁一面や天井にまで黒いカビが広範囲に生じ、完全に穴が開いていることが確認できる箇所もある。

このため、職員の中には個人的にカビ除去剤（カビキラー）を使って年1回掃除をしている者もいたが、壁の上部や天井など手が届かない部分はいかんともし難い状態であり、抜本的な改善には専門業者による作業が必要と考えられる。

カビが繁殖する原因について、退職者の中には、「病棟内に便臭が籠もっていた」等として閉鎖病棟内での換気が不十分であることを指摘する声もある。また、後述のとおりエアコンが故障していることやそれに伴う漏水、壁・天井等への浸出による腐食も頻繁に生じている。換気やエアコンの効きが不十分である点が、病棟内のカビの繁殖を進行させているおそれがある。

また、病棟、各病室そのものの他、患者の使用する車椅子、介助椅子等にもカビが生じている。

(2) 設備の不具合が患者利益に及ぼす影響

看護要員の中には、このカビの繁殖が患者、職員の健康に影響を及ぼすおそれを危惧し、「カビが生えているので直さないといけない」と病院の経営陣に訴える者もいた。また、医局の医師からは、病棟内、特に患者の起居する病室のカビによるものと思われる心筋炎や肺炎等が多発しているとの指摘があり、改善の要望がなされている。

このカビ問題の改善の必要性は過去、事務局の管理職も訴えていたが、A元院長は「これくらいええわ。」として取り合わなかったようである。また、C前事務長は、カビだらけの病室の状況について、職員自らが掃除して改善すべき問題だという認識であった。

このことからわかるように、従来、このカビの問題は、医療、看護の現場の職員にとっては深刻、切実なものであったが、神出病院の経営陣にとっては緊急の改善を要する問題ではないと安易にとらえられてきた。後述のとおり、神出病院ではエアコンによる病棟、病室の温度管理の点で改善されるべき問題があるが、それと同時に湿度管理、すなわち換気設備の整備など、そもそもカビが生えにくい環境の整備も必要であると考えられる。

5 病室の掃除不徹底の問題

(1) 病室内の掃除が行き届いていない問題

病室・デイルームの掃除が行き届いていないことを指摘する看護要員は現職者、退職者を問わず多く、また、患者の使用する車椅子や椅子も食べこぼしで汚れたままの状態であることが少なくない。便で汚染されたカーテンがなかなか洗濯されないままであったり、病院内に蜘蛛の巣が張っている箇所も見られる。

この点、病棟の廊下は委託業者が入ってモップで拭いているが、病室の掃除は、病室内に委託業者が立ち入ると患者のプライバシーが守られないとの名目で委託の対象に含まれていない。このため、病室内は看護要員が掃除を行うことになるが、誰が掃除を行うかや掃除の頻度が明確に定められていないため、手が空いた時間に看護師や看護助手が掃除機とモップを使って行っている状態である。

(2) 設備の不具合が患者利益に及ぼす影響

上記のように、現在、病室内の掃除は、看護要員が時間を見つけて行っているが、その他の業務が忙しすぎるために掃除が行き届かず、重症でない患者の居室については週1回掃除ができていればよい方であり、また、この作業が本来の看護要員の業務への注力を妨げ、結果として看護ケアの質の低下につながっている。

いうまでもなく体力や免疫機能が低下した患者が多く起居する病棟においては、施設内の清潔・清浄な状態の維持・管理が重要である。これが守られない場合、感染症の発生、蔓延や病状の悪化など、患者にとって重大な結果を及ぼすことになるし、不潔な状態が続くことによって、逆に患者・職員自身の清潔保持に対する意識の鈍麻をきたすことにも繋がりがかねない。

こうした問題は、病室の掃除について、明確な業務としての区分・位置づけがなされないまま、看護要員任せにされてきたことに起因するものである。看護要員としては、限られた時間の中でより優先度の高い看護業務を実施しなければならないことによって、掃除が行き届かないという状態が生じているのである。その一方で、掃除に時間がとられてより優先度の高い看護ケアが疎かにされるという事態も避けねばならない。

このため、病室内についても病棟の廊下と同様、専門の委託業者による定期的な掃除が実施されることが望ましい。

6 エアコンの不具合の問題

(1) エアコンの機能が不十分であること

エアコンの効きが悪いことを指摘する職員も多い。例えば、厳冬期にはエアコンの暖房機能を最大にしても寒く、病室内の室温が15度以下になったことがあり、そのときは室温を測って院長（A元院長）に上申し、ようやく後付けのエアコンが設置されている。

エアコンの効きが悪い状況はいずれの病棟でも生じているが、この問題は敷地内の北側に位置し構造も古いB棟ではより深刻な問題であり、冬場の底冷えは看護要員、医師を問わず指摘している。例えば、B4病棟では夏は廊下が熱波かと思うほど熱が籠もるのに対し、冬はマイナス2度になる状態であった。

冬場は看護師詰所より病室の方が寒いというケースもあり、冬に寒いと訴える患者に対しては、布団を多めに渡すなどして対処することが行われていた。

最近5年くらいの間に、A1病棟では半分の病室だけ、部屋ごとの空調に切り替わり、エアコン事情が一定程度改善された。もっとも、残りの部屋は一括空調のままで、未だにエアコンの効きの悪い問題は改善されていない。また、個別空調に切り換えた病室においても、エアコンが不調になることがあり、その都度修理が行われている。

一方、B棟では約5年前に、効きの悪いビルトインエアコン（一括空調）を残したまま、新たに各室で操作する個別のエアコンが追加で設置されているが、現在でもB2病棟、B3病棟共に一括空調となっている廊下、トイレ等について冬場、夏場のエアコンの効きの悪さを指摘する声がある。

(2) エアコンの老朽化による漏水等の不具合

エアコンの本体・配管の老朽化、配管の詰まりによる漏水が生じ、それがエアコン本体の腐食・塗装の剥離や周囲の天井・壁の腐食を生じさせているほか、床に落ちて水たまりを作り患者・職員の転倒を生じさせる原因となっている。このため、患者の転倒防止用に、看護師が床の水たまりにタオルを敷いて対処することがあったが、実際に、水たまりで転んで上肢を骨折した職員もいる。

また、エアコンのフィルターの交換・掃除は定期的・頻回には実施されてこなかった。

現在の各病棟のエアコンの稼動状況は別紙4「看護部 空調について」（令和4年2月15日）のとおりであり、A4病棟、A5病棟以外は効き、稼動音ともに問題がある。

(3) 設備の不具合が患者利益に及ぼす影響

病棟の室温管理は、患者の体調に及ぼす影響が大きく、これが十全に機能しない場合、夏場の熱中症や冬場の低体温症・風邪・肺炎等の罹患を生じさせ、これらが生命に影響を及ぼすより重篤な身体症状を引き起こすことが強く懸念される。このため、空調設備についてもできる限り早期に改修が図られる必要がある。

この点、神出病院では、空調設備の入替工事が令和4年度の事業計画の中に計上されているが、概算で約1億8000万円を要する費用について、資金の目処は立っておらず、未だ検討中の段階である。

7 タオル類等の不足による問題

(1) タオル、病衣・リース服等が不足する状況が続いていたこと

神出病院では、従前、フェイスタオル、バスタオルともに病院が用意するものでは数が足りない状態が長く続いてきた。

バスタオルについては、入浴に介助が必要な患者は、浴室から脱衣室のベッドやストレッチャーに移乗する際に、バスタオルをベッドやストレッチャーに敷いて、その上に寝てもらふ状態となる。そのため、自立の患者の場合よりも1枚多くバスタオルが必要になるが、入浴時のバスタオルは患者一人に1枚しか用意されていないため、職員が用意した自前のバスタオルを用いて使用するなどして対応しなければならなかった。それでも、必要な数のタオルを用意することができないため、後で入浴する患者は不快さを我慢して前の患者が使用した後の濡れたタオルの上に寝なければならなかった。こうした状況は病室でも同様であり、寝たきりの患者のベッドに敷いて使うバスタオルも不足していたため、疥癬などの感染症が流行したときにもやむを得ず少ない数のタオルを使い回し、便汚染したタオルも病棟で洗って使用することが常態化していた。

患者の使用する病衣、室内着・ジャージのリース服は1週間に2セットの配布で、通常は週2回の入浴時に更衣してもらふこととなっている。漏便などが生じた場合のために予備のものが一定数準備されているものの、それでも足りなくなることが多く、そうした場合には、サイズ違いの服を渡すことができればまだ良い方で、それすらできない場合には仕方なく看護要員が汚れたところを拭いたり、ラバーシーツを巻いたりして患者に更衣させないまま使用を継続させ、どうしてもひどい場合は病棟で洗濯していた。

(2) 設備の不具合が患者利益に及ぼす影響

以上のような、少ないタオル、衣類の使い回しは、患者に不快感を強いるだけでなく、感染症の発生・蔓延の原因・温床となる点で看過しがたい問題である。また、病衣、リース服は、患者自身が身に着けるものであり、汚れたまま使用を続けることはタオル以上に不快感を伴うほか、悪臭や感染症の原因となる点で問題は大きい。

ところが、長年にわたりそのような状況が続いていたため、職員の中では（自前のタオルを用意するという点も含めて）これが普通と認識されており、以前は声をあげた職員が誰もいなかった。

もともと、G院長就任後に着任したP前看護部長からの改善指示により、タオル、バスタオル類は順次増量されて改善してきている。また、病衣、リース服の問題についても、対応がされつつあると神出病院から説明を受けている。

8 ナースコール・非常ベルの故障

(1) ナースコール・非常ベルの故障が放置されていること

ナースコールは「新しくしても、壊す患者が多い」という理由で、故障していても修理されずに放置されている病棟・病室が少なくない。なお、ある職員によると、A5病棟のナースコールは全部壊されていて押しても鳴らない状態であるという。

これまで修理の必要性について師長が認め、看護部長も認めたことによって経営陣にナースコールの修理を依頼したことがあったが、C元事務部部长が「患者さんが壊すから」と言って修理は行われず、現在もそのままになっている。そのため、職員は仕方なく、夜間でも緊急事態のときは職員自身が大声で事態の急を告げ、応援を要請している状態である。

また、故障の点は措くとしても、そもそもナースコールが部屋に一つしかない病室が多く見られるし、患者が急変時にベッドに寝ている状態で自ら押せない位置にあることも問題である。

同様に、病室の非常ベルも壊れているおそれが高い。そもそも、職員の側でもそうした機器が正常に機能・作動するとは期待しておらず、何かトラブルが起こったときでも病室の非常ベルやナースコールを鳴らして報せることは行われていない。

ナースコールについては、神出病院の事業計画では令和4年度中の改修（更新）項目に含まれているが、概算で約4000万円を要する費用について資金の目処は立っておらず、未だ検討中の段階である。

(2) 設備の不具合が患者利益に及ぼす影響

ナースコール、非常ベルともに、これが機能しないままであると、体調・病状の急変や患者同士のトラブルなど患者に危機的な状態が生じた場合に適時に適切な処理を行うことができないおそれが高まる。また、現状のように、他の職員を呼ぶ際に大きな声で呼ぶ方法は、夜間・昼間を問わず患者の療養環境の平穏を害し、不必要に不安な心情をかき立てるおそれがあるほか、大声で発声することによる飛沫感染のリスクを高めることにもなる。

全病棟についてナースコール、非常ベルが正常に機能するかを確認した上で、故障しているものについては早急に取り替える、各ベッドサイドで患者や看護要員自身が即時に押せるように数・配置を整備する対応が急務である。

9 個室・保護室の絶対数の不足

(1) 個室・保護室の不足

神出病院では従来、個室がなく、個室を希望する患者の要望に応えられない状況にある。また、保護室の数も足りず不穏な患者の対応に限界を指摘する声が職員の中にある。

(2) 設備の不具合が患者利益に及ぼす影響

個室が存在しないため、病状ないし患者の性格から個室での療養が適切な患者が大部屋での療養を余儀なくされている。看護抵抗の激しい患者や他の者に比べてケアの

頻度が高い患者がこれに当たると思われるが、そうした患者について個室での個別対応ができないことにより、当該患者、同室となる他の患者の双方にとって、適切な看護ケアが実施されないことになる。個室の確保は各病棟の構造的な制約を受ける部分が大きいものの、可能な限り改善されることが望ましい。

なお、A 4、A 5 病棟においては、既に 2 人部屋を保護室とする改装を行うなどして改善に着手しているが、絶対数が不足している状況は変わらず、また現在の病床が新型コロナウイルス感染症対策用の構造となっていないため、職員からその設置の必要性を指摘する声も上げられている。

この個室・保護室の不足は、神戸市の改善命令の中でも指摘されている事項であり、神出病院の事業計画においても、令和 4 年度の改修項目として計上されている。もっとも、改修工事（神戸市の改善命令に伴う個室・保護室等の増設及び施設老朽化に伴う病院内及び図書館棟の改修工事）に総額でおおよそ 1 億 2 0 0 0 万円余を要する資金の目処は立っておらず、未だ検討段階にある。

10 診療室等の整備が十分でないこと

(1) 診察室や面談室の不整備

現在、診察用に隔離された部屋がなく、病棟での医師の診察は看護師詰所の一角で行われている。また、現状、家族と患者の面会室はなく、いずれの病棟でも廊下の端のソファ等オープンなスペースで面会してもらっている状態である。

(2) 設備の不具合が患者利益に及ぼす影響

そもそも医局等のスタッフルームが、他の患者や外部の者がさほどの抵抗なく出入りできる場所、位置関係にあるため、職員用のゾーンと外来、病棟との境界が曖昧である。加えて、上記のように医師による診察が各病棟の看護師詰所の一角で、カーテンも引かれずに行われる状況であるため、診察の際のやり取りが他の患者や職員に聞かれてしまう状況になっている。

同じことは、精神保健福祉士のヒアリングにも当てはまり、専用の部屋がないために患者と家族との面会と同じように病棟内のオープンなスペースで実施されており、他の患者に話が丸聞こえになる問題がある。

このように、患者のプライバシーが守られないという問題は看護師等を中心に指摘する声があり、外来ゾーンに診察室、相談室、心理検査室等の設置を検討するべきであるが、この点については、いまだ具体的な改善策は採られていない。

11 看護職員による配薬作業

(1) 一包化されていない薬剤の問題

毎週水曜日に各病棟で配薬を行うが、薬剤部から上がってくる薬剤が一包化されていないため、その作業を各病棟の看護師が処理しなければならず、手間と時間がかか

り、看護師の他の業務を圧迫する状況にもなっている。具体的には、定期薬については、一包化されているものもある一方で、シート毎に上がってくるものも多く、各病棟の看護師が処方箋と照らし合わせながらそれらを患者毎に分け、一包化されている薬があればそれを（薬袋に孔を開けないように気を付けながら）ホッチキスで留め、それがない患者については、薬袋に名前、日付を書く作業を強いられている。

このため、一包化を薬剤部で実施することを求める要望が複数の病棟の看護職員から寄せられている。

(2) 設備の不具合が患者利益に及ぼす影響

このような状況は、薬剤部でも実施可能な作業を看護師が担当することによって看護師の手間・時間がとられることになり、看護業務の停滞・滞留による看護ケアの質の低下を生じさせるほか、配薬ミスの原因ともなりうる。看護職員の業務負担の過重という問題のみならず、患者の利益のためにも改善が強く望まれる。

この点、現状では人員が足りず実現には至っていないが、神出病院としては新たに専任の配薬者を導入する方向で調整中とのことである。

12 酸素吸入等設備の不足

(1) 中央配管に接続された病室の不足

神出病院では、酸素吸入や吸引を行うための中央配管に接続された病室が少なく、これが患者への適切な処置の妨げとなっている。例えば、A 1、A 4、A 5 病棟では酸素吸入用の中央配管に接続されている病室が多い（A 1 病棟は吸引のできるバキューム機能もついている。A 5 病棟は後付け）ものの、B 棟では病棟に 1 部屋しかないなど数が少ない。そのため、酸素吸入が必要な患者が男女同室になってしまうおそれがあり、どちらかを早めに転棟させる必要がある。

酸素吸入ができる設備が足りないことによって、B 棟では別にポータブルの吸入器を使って対処している。なお、以前は、ポータブルの吸入器は病院全体で数個しかなかったため病棟間で貸し借りをしていたが、この点は現在は改善され、各病棟で 2 台ずつ程度は備え置かれるようになっている。

(2) 設備の不具合が患者利益に及ぼす影響

中央配管へ接続された病室の不足は、そもそも神出病院が精神科病院であり、酸素吸入・吸引を行う必要のある患者が多く入院することが想定されていなかったことによるものと思われる。A 元院長がそうした神出病院の診療機能上の特性を考慮せずに内科的医療を要する重症患者を多く受け入れる方針を採用しながら、それに必要な設備の改修を行わなかった結果、酸素吸入・吸引の処置が必要となる患者の数に比してこれに対応できる設備・病室が不足する事態を生じさせることとなった。これは、そのような処置を必要とする患者に適時・適切な吸入・吸引処置が行われないという医療上のリスクを増大させている。

また、このような状況の他、後述するモニター等の医療機器の不足も相俟って、看護職員が重症患者の見守りのため、ベッドごと患者を廊下に出して観察するという本来想定されていない事態も生じており、患者の平穏な療養環境が害され、プライバシーの保護も尽くされないというさらなる不利益を被らせることとなっている。

13 その他の設備上の問題

以上に述べた点の他、看護師によるアンケート結果や当委員会のヒアリング調査の結果確認された神出病院の設備・施設面での問題・課題には以下のようなものがある。

(1) 建物・造作、什器の腐食、損傷など

病棟全体の老朽化は見た目にも明らかであり、トイレのドアの外表がめくれて中の木材が露出していたり、トイレの便座を温める機能がないなどの問題が多く生じている。病棟内のベンチ・椅子やフローリング等は（一部は買換等によって改善されたものの）老朽化や表面の破れなど、劣化が目立つ状態が放置されている。看護師詰所の水回りも、流しの壁との接合部の腐食や塗装の剥離、壁のメッシュパネルのさび・腐食などが生じた状態が放置されるなどしている。

このような状態は、入院患者やその家族等外部の関係者に与える印象に影響するだけでなく、職員の士気、労働意欲にも影響を及ぼしうる問題である。

また、B棟の非常階段は、長年、ペンキ塗り直しによるメンテナンスが行われてこなかったため、広範囲にペンキの剥離と下地のさび・腐食が生じている状態であり、たくさん穴も空いているが、これを職員が上層部に指摘したところ「使うことがないので直さない」という答えであった。なお、神出病院において防火訓練、防災訓練について適切に実施されている事実は確認できない。

なお、医師の当直室ではあるが、風呂の床が抜けたまま補修されず、そこから虫が侵入してくる事象も発生している。

(2) エレベーターの構造上の問題

エレベーターが設計時のミスのため、ベッドが乗らない大きさのものとなっており、状態が悪化した患者を乗せる際にも、一旦ベッドからストレッチャーに寄せ替えるなければならない。

また、各階とも、エレベーターの前室が非常に狭く、閉鎖病棟における二重扉の意味をなしていない。

(3) 病室での設備使用の不便さについて

病室で患者の処置や褥瘡防止のために、電気メスや吸引器・吸入器、エアマット、電気毛布などの電気を使用する機器を使用する場面があるが、コンセントの数が足りずタコ足配線と延長コードの使用でコードが錯綜する状態にある。このため、一部の病室においてワゴンや車椅子の移動の支障となったり、あるいは患者・看護者の転倒の危険を生じさせる原因となっている。

また、壁のコンセント自体が割れたり破れたりしている箇所があり、いつなんどき漏電やトラッキング現象による発火・火災が起こってもおかしくないと感じる職員もいる。

(4) 処置用の機器・備品等の不足

ア 機器・備品等に関する要望

複数の看護師から、看護業務に使用する機器について、以下のような不具合の指摘や改善要望がある。これらは、長期間にわたる徹底した経費削減によって、導入又は更新がされてこなかったものである。

- 吸引器、ベッドサイドモニター、パルスオキシメーター等の機器が足りない、褥瘡処置用の電気メスがボロボロ。
- 脈拍・血圧を測るモニターは数が足りず、重症患者のモニタリングが適切にできないこともあったため、看護師が医師に相談し、モニターを付けている患者のうち比較的安定した状態の人のものを外してより必要性の高いと思われる患者に付け替えて対処していたことがある。
- セントラルモニターは8人しか映らないので、もっと高性能なものが必要であるとの指摘もある。古いモニターが使用に堪えなくなったので、看護師からA元院長に直談判してようやく新しいものが導入されたことがあったが、その際も、「来期にしてくれ。」と言われることがあった。
- 脈拍・血圧のモニター（120～130万円程度）は、現場から買って欲しいという要望があり、経理担当者が関係者と根交渉をした上で稟議を書いてA元院長に購入を打診したことがあった。ところが、A元院長が「あかん」と拒否し、「人の命に関わるので、錦秀会本部と話してください」と経理担当者が申し入れたところ、A元院長は病棟に「ほんまに要るんか？」と電話して「ほんならいいです。」と答えさせ、それで却下されるということがあった。
- 各病室に部屋の弱い電灯以外に光源がなかったため、看護者が処置をする際の光量を確保するために後付けで電灯が付けられたが、天井からぶらんと下がっている形であって見栄えが悪い。

また、以上のほか、職員が買換・導入等を希望している備品等として以下のものがあり、このような僅かな備品でも、購入が制限される状態が続いていた。

- おむつカート（新品）※部品が外れて使いにくい。
- ホットウォーマー（新品）
- 汚物庫の鍵（足りないため）
- 電動ベッド（現在、手動ギャジアップ方式のものを使用しているが、看護

要員の身体的負担が大きいため)

- 私物倉庫の整理棚
- 水中浴（機械浴）（低く介助者の負担となるため、電動で上下するものを）
- 特殊浴室から A 1 病棟廊下へ繋がる T 字路へのミラーの設置
- ドアストッパー

イ 患者に対して直接使用する器具等の不足

看護業務において患者に対して直接使用する器具等についても、以下のような改善要望があり、このようなものでも、経費節減によって、現場に配置されることがなかった。

- **ガーゼ缶**は病棟に 1 つしかない。ガーゼは、本来、空気に触れたら清潔ではないはずなのに、清潔な手で触れれば問題ないとされ、滅菌してから 1 週間使うように言われていた。滅菌ガーゼをガーゼ缶に入れる際に、その中に不潔な（開封済みの）ガーゼが一緒に入っているのを不満を感じる看護師もいた。
- **消毒液**も 2 種類あるのに、缶が 1 つしかなく、片方しか使えない。消毒液も 1 週間入れっぱなしの状態である。点滴のルートは本来、3 日に 1 回交換すべきものとされているが、月に 2 回交換の頻度である。
- 看護師が使う**血圧計**や**聴診器**も、病棟に備え付けのものはなく、各自、自前のものを使用している状態だった。A 元院長のころ、看護の現場から必要な備品等の購入要望があったにも関わらず、資金的な問題を理由にこれが認められなかったということが少なからずあった。A 元院長はマスク 1 枚でももったいないという考えであり、「俺は一週間換えていない。」と自慢していた。
- **車椅子**に至っては、病院が買わずに、長期入院患者に新しいものを買ってもらったりしていた。

また、他に買換・導入等を希望している物品として以下のものがある。

- 「コロナ」、「インフルエンザ」の印鑑
- 処方箋へ印字する機械（新品）
- 点滴棒が使用できる車椅子
- 体交まくら（体位変換クッション）
- ホールのテレビ（1 台しかなく患者同士のトラブルとなるため）
- リース服の前開きシャツ（現在、T シャツタイプのものしかなく、着脱が困難な患者もいるため）

(5) 定員を超えた病室の過重利用について

点滴の患者が多く、部屋が分散すると目が行き届かなくなるという理由で、以前は、4人部屋に6人の点滴の患者を入れることもあった。

また、中央配管に接続されている病室が限られているという理由で、一室に定員を超えて寝たきりの患者が入れられていたこともあったが、神戸市の実地指導の日にはベッドを動かして一時的に定数に合わせる対応がとられていた。

前記のとおり、神出病院では、個室・保護室等の増設を含め、病院自体の改修を計画している段階にあるが、併せてこのような病室の不足、定員数に見合わない使用の問題も解消される必要がある。

(6) アスベスト含有量、耐震強度の調査について

建物の建築時期（昭和62年8月新築、平成16年3月及び平成17年3月増築）に照らし、その構成材にアスベストが含有されているおそれが否定できず、また、建物の耐震強度についても不安があるが、現時点では資金的な問題からその調査自体にも着手できていない。患者、職員の生命・身体に影響を及ぼす問題であることから、調査については、可能な限り早い段階で実施する必要があると考えられる。

神出病院の事業計画では令和4年度にアスベスト調査・分析が計画されているが、病院等の改修工事に伴って実施するものとされており、そのための費用支弁の目処が立っていないことから、未だ検討中の段階にあると言える。

(7) 設備の不具合が患者利益に及ぼす影響

以上のような機器、器具・備品ないし病院内の施設に関する不具合は、いずれも、看護業務の非効率ないし業務上・療養上のリスクの除去・改善という見地から指摘されるものであり、患者ケアの質の低下という患者の不利益に繋がるものである。

14 電子カルテの導入に関して

現在、神出病院は電子カルテの導入を検討している。

神出病院において不適切な医療や看護が長らく見過ごされてきた要因の一つに、職員間の連携と情報共有が十分でなかったことが挙げられる。例えば、主治医がどのような医療行為を行っていたかが他の医師から見えにくい状況にあったことが、その不適切な医療・看護を放置する原因の一つとなっていた。電子カルテの導入は、そうした医療・看護上の情報共有が行われなかった状況を改善することになる。また、記録に責任を持ち、正確な記載を残して共有することが、質の高い医療・看護を提供することにつながり、神出病院の「風土」を変える意味もある。また、電子カルテが適切に利用されれば、情報共有と記録化という点で一定の効率化、ルール化が図られ、現在生じている紙のカルテによる判読困難や記録の散逸という問題も解消される。

もっとも、資金の余裕がない現状で電子カルテ導入に疑義を呈する職員もいる。確かに、一見すると、電子カルテ導入は医療・看護行為の質の改善という点では迂遠なよ

うにも思われるが、これまで神出病院で行われてきた不適切な医療・看護の一因として、紙のカルテへの記載・管理の不十分が挙げられることは前記のとおりであり、電子カルテの導入によって、まさにそのような不具合の原因を直接改善することが期待できる。

現状、経営資源が限られていることからすると、今後の設備更新・設備投資の対象は適切に選択と集中がなされなければならないが、そのような制約の中にあっても電子カルテ導入の優先度は低くないと考える。神出病院では、令和4年度の事業計画として、電子カルテの導入が計画されている。このためには概算で約1億9000万円を超える費用を要する見込みであり、現段階ではその資金を調達する具体的な目処は立っていない。

15 改善要望と設備の具体的な改善計画について

A元院長のころから、病棟毎に毎月業務に関する要望の聴取の機会があり、所定の要望書でそれぞれ意見を上申する形がとられ、これは現在も続けられている。この機会に、それぞれの部署から「人が居ない」、「設備が足りない」などの意見が出されてきた。

A元院長の時代の修理の決裁は、C元事務部部长が稟議書を起案していたが、これを起案するかしないか、すなわち修理をするかしないかはC元事務部部长が判断していた。また、兵庫錦秀会では、1万円以上は電子稟議を経なければ支出ができない形となっており、A元院長の頃は、最初はC元事務部部长を通していたが、そのうちA元院長に直接承認をもらうという形態になった。支出額が100万円以上になると錦秀会本部に事前に申請を出し、その了解が得られた後に本申請を出すという形がとられ、事前申請の前にA元院長に承認を受ける形になっていた。

その結果、現場の状況を詳しく把握しないまま、又は、把握していても現場の不便を考慮しないまま、A元院長やその意を汲んだC元事務部部长による過剰な「経費節減」姿勢によって、医療・看護の現場から上げられる適切・相当な改善要望の大半が悉く切り捨てられてきた。一例を挙げると、2箇所ある洗面所の1つが詰まって使えなくなって現場から修理の要望が出されたのに対し、修理業者の出張費がかかるとして、詰まっていないもう1箇所を使用して済ませるように指示されるという状況であった。

こうした状況が続いたことから、「シャワーの湯が出ない」、「エアコンの効きが悪い」として改善要望を出しても結局答えが同じである（あるいは答えがない）ために、現場の職員は、「要望を出しても結局変わらないのではないかと考えて要望を出すことを諦めるようになった。以上に述べたような極めて多数に及ぶ設備上の問題は、こうしたA元院長・C元事務部部长による過剰な「経費節減」姿勢が長年にわたって続いたことによって積み上げられて来たものであり、そこまでして生み出した利益は、後述するように、B前理事長の役員報酬等に充てられていたのである。

療養環境や看護業務の質の維持のためには、現場で業務に当たる職員から不具合・非効率の指摘や改善の要望を適切にくみ上げる必要があるが、そのためには、兵庫錦秀会の経営陣において、職員の要望をきちんと受け止める窓口と、それに対し具体的な改善という結果で応じる体制が不可欠である。神出病院では、現在、現場の要望を聞き取った上で、それも踏まえた具体的な改修計画を立てており、建設会社に図面の作成を依頼するなどしている。もっとも、現時点では費用を調達するための調整中であり、具体的な進捗を確認するには至っていない。

第3章 原因分析

第1節 本件刑事事件・違法隔離等の原因

第1 原因の概要

本件刑事事件は、神出病院の特異な経営方針・ガバナンスの機能不全から患者の人権を軽視する風土が病院全体に形成され、不適切な看護や「ガムテープ隔離」、「簡易拘束」と呼ばれる精神保健福祉法に基づかない行動制限が一般的に行われるようになり、不適切な看護が虐待行為に発展することもあったところに、B 4 病棟における種々の特殊事情が重なり合ったことによって生じたものである。

神出病院において患者の人権を軽視する風土が形成されたことには、以下の事情が影響している。

【神出病院全体に関する事情】

- ① 高い病床利用率を維持するために、内科疾患を有する患者、高齢の患者を積極的に受け入れ、さらに、退院を抑制し、入院の長期化を図ったことから、患者の病態が多様化し必要となる看護量が増加したこと
- ② それに対して、看護要員数は減少傾向にあり、看護要員一人当たりの負担が増加したこと
- ③ 徹底した経費節減によって設備の改修が行われず、設備の不備によっても看護の負担が増加していたこと
- ④ 看護師の研修機会がなく、標準となっている看護の水準が理解されていなかったこと
- ⑤ A 元院長の特異な労務管理が、モチベーションの低下、ストレスの増加をもたらしていたこと
- ⑥ 患者に対する問題行為を行っても明確な責任追及・再発防止策の実施が行われてこなかったこと

このような神出病院全体の状況の中で、本件刑事事件が発生した B 4 病棟においては、以下の事情が重なったことによって、乙 1 を中心とするグループが虐待行為を行うようになり、それが次第に悪質性を増して最終的に到達したところが本件刑事事件である。

【B4病棟の特殊事情】

- ① 看護の負担が大きい多様な病態の患者が混在しており、B 4 病棟の看護要員の負担は他の病棟よりも重いものとなっていたこと
- ② 師長として配属された甲が、看護負担の増加に対するストレスの発散や看護の負担を増加させる行為を行う患者に対する懲罰として、種々の虐待行為を行っていたこと
- ③ 虐待行為の対象としやすい患者がいたこと
- ④ 乙 1 は、甲が虐待行為をする現場を見ていたし、甲は乙 1 に対し患者 c 氏に対する性的虐待行為を見せたこと
- ⑤ 乙 1 を中心として悪ふざけをする集団を形成しやすい若手の看護要員が偶然配置されていたこと
- ⑥ 管理職においても、師長の X 2 は虐待行為に毅然たる対応をとれないし、師長の甲及び主任の丁 1 2 は制止するどころか自らも虐待行為を行っており、役職者全員が虐待行為を制止する職責を果たせなかったこと

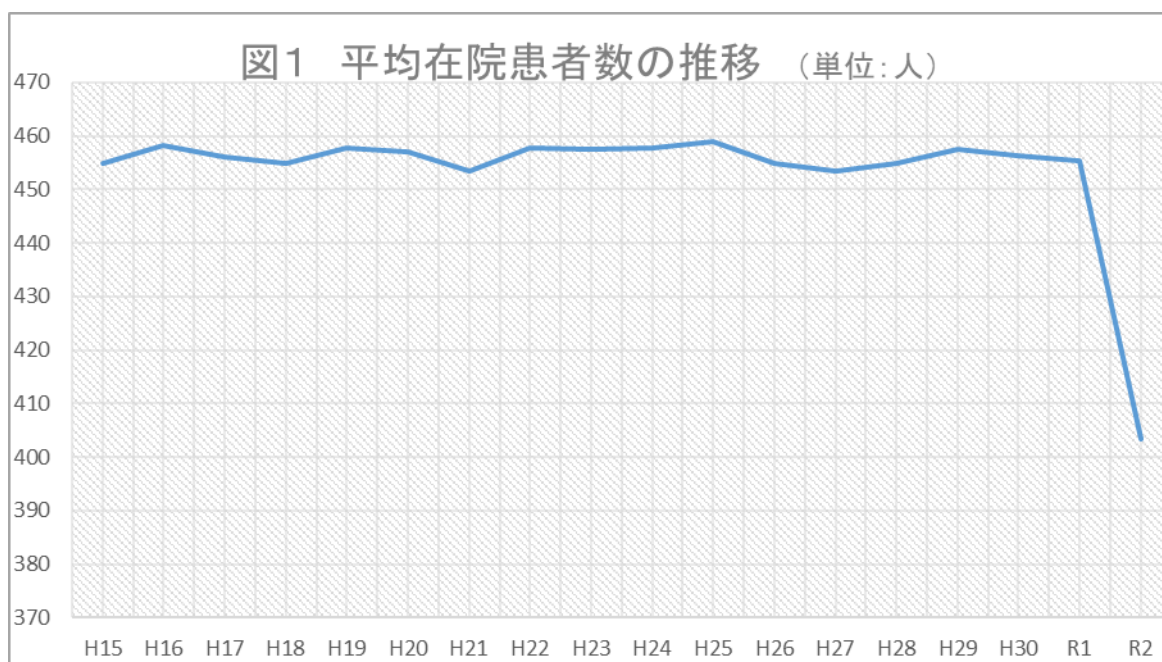
第2 在院患者数の目標が455名であったこと

神出病院で発生した問題の多くは、神出病院の在院患者数の目標を 4 5 5 名と定めて、それを無理矢理達成し続けようとした結果、看護師の負担が増加することになったことが影響しているため、まず、在院患者数の問題を検討する。なお、本報告書では、新規に入院してくる患者を「入院患者」、入院を続けている患者を「在院患者」と呼称することにする。

1 在院患者数の実績値

- (1) 神出病院の病床数は保護室 5 床を除くと 4 6 0 床であり、神出病院では病床利用率を 4 6 0 床に対する在院患者数の割合で算出していた。神出病院の年間の平均在院患者数の推移は以下の図 1 平均在院患者数の推移のとおりであり、資料が提出された平成 1 5 年以降、令和 2 年に本件刑事事件によって退院者が増加するまでの在院患者数は、ほぼ 4 5 5 名（病床利用率 9 8 . 9 %）を超えていた。

当委員会は平成 2 8 年度以降の看護管理日誌を入手しているが、それによると、平成 2 8 年 4 月から令和元年 1 2 月までの毎月 1 日時点で、A 1 ～ A 3、B 2、B 3 の 5 病棟（各病棟の定数は 6 0 名であり、5 病棟合計で 3 0 0 名）は常時満床（利用率 1 0 0 %）の状態であった。



(2) 神出病院の病床利用率がこのように高い状態を維持していたのは、A元院長が就任する平成22年よりも以前から続いていたことであったが、A元院長は、B前理事長らから在院患者数455名を目標として設定され、その目標数値を維持することに取り組んでいる。

A元院長はそのための方策として以下のことを実行した。

- ① 他の病院では引き受けが困難な内科疾患を合併している患者を積極的に受け入れること
- ② 一旦受け入れた患者は長期間入院を継続させること
- ③ 在院患者が減少した際には隣接する介護老人保健施設たちばな苑の入所者を入院させること

2 内科疾患合併患者の積極的受け入れ

(1) 内科疾患合併症患者の受入状況

A元院長は、在院患者数の455名の目標を達成するために、他の病院では入院を拒絶するような内科疾患を合併している患者であっても積極的に入院させるという手法を選択していた。

A元院長は、兵庫錦秀会が毎月開いている運営委員会において、在院患者数を維持するために内科疾患を合併している患者を積極的に受け入れることを繰り返し述べていた。例えば、平成30年12月の運営委員会では、以下のように発言して、神出病院に就職した時点から内科疾患合併患者の受入が経営上必要であると認識していたと述べている。

「神出病院は10月、11月と入院患者数も増え、順調に推移してきたが、12月に入ってここ1週間くらい下がってきた。それでも455床である。昨日救急で1名入院があったので、456床、今週1名か2名増えて456、457床になる予定である。来週頑張って入院調整し、年末年始を迎えようと思っている。

(略)

神出病院では、465床という大きな病床を埋めようと思うと中々難しく、合併症のある患者も受入していかないと経営上成り立たないということも私が来たときから思っている事である。」

A元院長は、平成31年4月の運営委員会では、下記のとおり、在院患者数が450人を下回りそうになったため内科疾患合併患者を入院させたかったが、内科疾患が悪化していたため「泣く泣く断った」と述べている。

「兵庫錦秀会もいつもいい数字を出しているが、ここ1、2か月はかなり入院患者数が減っており、今も450名をきりそうな厳しい数字になっている。相談自体も減っており、今も450名を切りそうな難しい数字になっている。

(略)

入院相談があれば可能な限り入院していただくようにしているがとにかく相談の件数が減っている。相談があったとしても合併症が厳しい患者さんがいる。先日あった患者さんの件も泣く泣く断ったというケースがあった。」

A元院長は、令和元年10月の運営委員会では、内科疾患を有する患者の受け入れについて、下記のとおり、「大変な部分も正直ある」という認識を示しながらも、「他の病院が少々たじろぐような合併症のある方」でも入院させる方針を示している。なお、以下の発言では「皆さんと相談しながらやっていきたい」とされているが、A元院長には他の職員の意見を聴くという発想はなく、「相談」とは一方向的に命令するものでしかなかった。

「神出病院に関しては、まずまずで移行している。毎年のことではあるが10月12月にかけて相談数が減ってくる。患者の選り好みをせずに、他の病院が少々たじろぐような合併症のある方でも、インシュリンを3回打つくらいの程度であれば受け入れていきたい。医師、看護師の数もぎりぎりで行っているので、あまり合併症の重たい方ばかりを受け入れると、大変な部分も正直あるが、皆さんと相談しながらやっていきたい。」

また、看護師に対するヒアリングでは、「A元院長は、自分は内科も診られると言い、他の精神科病院が引き受けられないような内科的治療も引き受けるようになり、現場は実際どうしたらよいのかという状態になっていた。」と述べる者がいた。

(2) A元院長の内科医としての経験

A元院長が内科疾患合併症患者を積極的に受け入れる手法を採用したのは、A元院長がもともと内科医であり、内科の治療もできるという自負があったことが影響している。

A元院長の経歴は下記のとおりであり、A元院長には、神出病院入職までの間、13年程度（■■■■医科大学病院第3次救命センターでの1年間、平成7年3月から平成19年6月の神出病院入職までの約12年間）の内科医としての臨床経験があった。

記

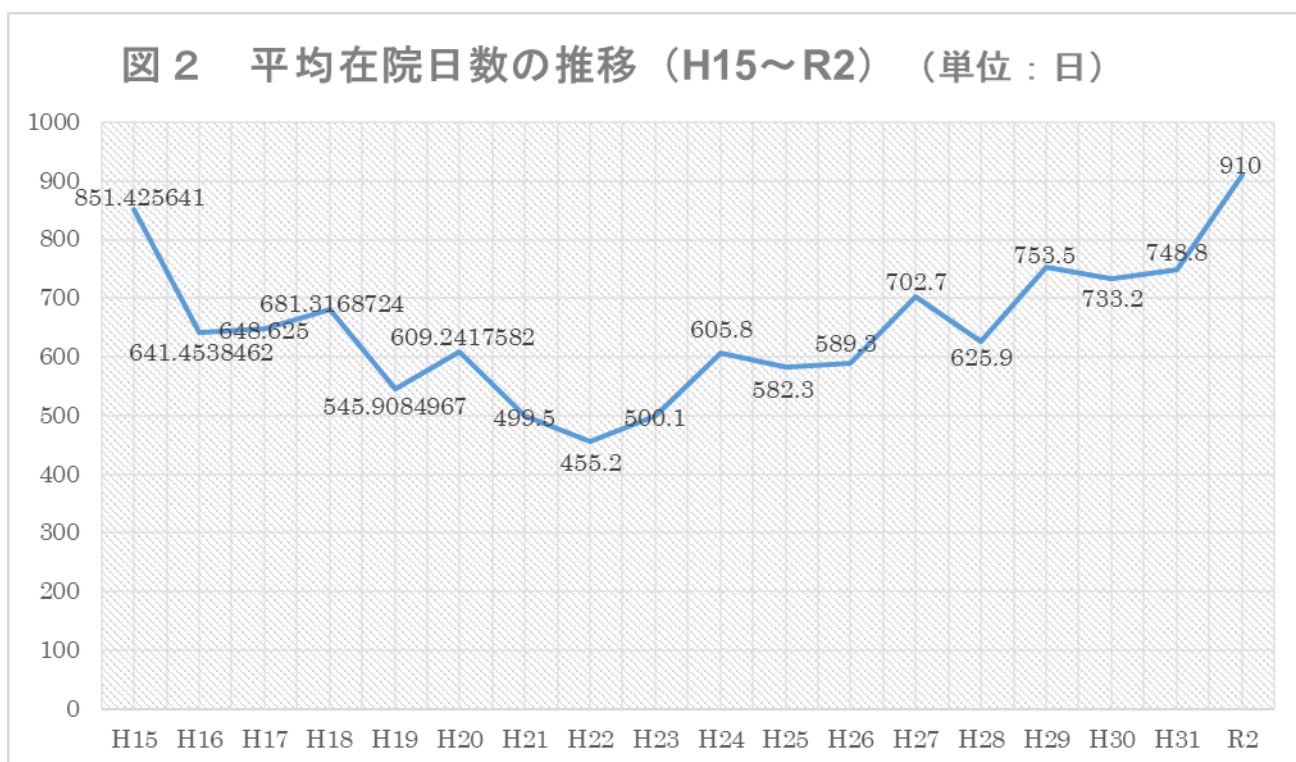
昭和52年3月	高校卒業
昭和63年3月	■■■■ 医科大学卒業
昭和63年5月	医師免許取得、 ■■■■ 医科大学病院第3次救命センター入局
平成元年4月	■■■■ 医科大学精神神経科へ転科
平成2年9月	■■■■■■■■■■ 病院精神科診療部長（出向）
平成5年10月	精神保健指定医の指定
平成7年3月	■■■■ 医科大学第3内科へ転科
平成10年4月	■■■■■■■■■■ 病院（出向）
平成11年4月	■■■■■■■■■■ 病院診療部長
平成19年6月	神出病院入職

3 在院日数の長期化

(1) 在院日数の推移

A元院長が在院患者数の目標を達成するために採用した2つ目の方策は、在院患者の在院日数の長期化であり、在院患者数を高い数値で維持するためには、患者が短期間で入退院するよりも、長期間入院を続けさせる方が都合がよかった。

神出病院の平均在院日数の推移は図2 平均在院日数の推移のとおりであり、A元院長が就任した平成22年度には455.2日であったものが、その後は増加傾向が続き、令和元年度では748.8日となり、平成22年比で64.5%も増加している。



(2) 医療施設（動態）調査・病院報告の結果との差

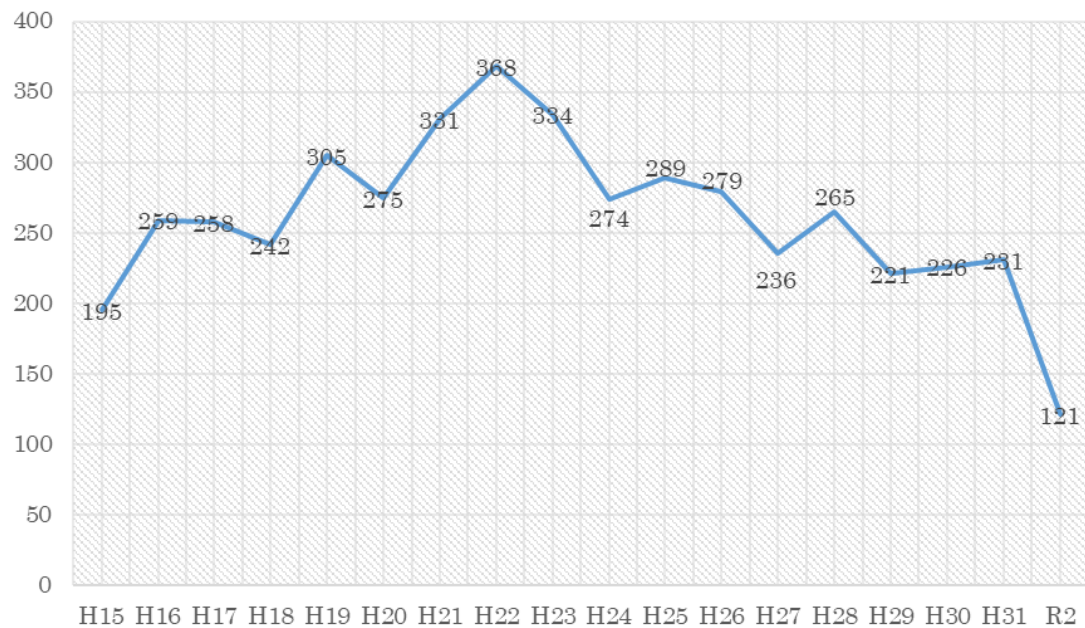
神出病院における平均在院日数の増加が異常であることは、下記統計との差から明らかである。

厚生労働省の令和元年医療施設（動態）調査・病院報告では、令和元年の精神病床の平均在院日数は265.8日とされているのに対し、神出病院は748.8日であり、全国平均の2.8倍である。また、同報告によると、令和元年の精神科病床の平均在院日数は平成22年と比較して1割以上減少しているが、神出病院では同じ期間で64.5%増となっている。

(3) 新規入院患者数の推移（参考）

神出病院では、在院日数が長期化したことによって、**図3 入院患者数の推移**のとおり、新規に入院する患者数は減少している。

図3 入院患者数の推移（H15～R2）（単位：人）



(4) 退院抑制

ア 在院日数の長期化は、内科疾患を合併している患者が増えたことによって、退院できる状態にまで回復することが難しくなったことにもその一因があると考えられるが、そのみならず、A元院長は、内科疾患の状態とは無関係に退院を先送りすることによって在院日数の引き延ばしを図っていたこと（以下、A元院長のこの行為を「退院抑制」という。）も影響している。

A元院長は、患者の内科疾患が神出病院の能力では対応が困難な程度にまで悪化しても、その治療が可能な医療機関に転院させることを極力回避して入院を続けさせようとしており、当該患者に対して適切な治療を行うことよりも、在院患者数を確保することが優先されていた。

イ 退院抑制に関するアンケートでの回答結果(退院抑制の認定根拠)

A元院長が退院抑制について指示したり、圧力をかけたりしていた事実について、看護師に対するアンケートでは、以下のように多数の回答があった。

問)患者さんの入院期間を長くすることや退院させないことについて誰かから指示を受けたことはありましたか。

- A元院長から退院させるなと言われていた（いつごろかは覚えていません）。
- 院長は月に1回の大阪の会議で入院患者数が多いので理事長にほめられたと

言っていた。会議前に患者数が減ると怒っていた。看護師は内科的治療のため転院した方が良くと考えても、A元院長が自分が主治医になるので転院させるなど。患者数が多く入院の予定が入っているときは積極的に転院させていた。

- 指示を受けたことはないが、聴いたことはある。
- 前院長（注：A元院長の意味）より、退院させないようにと、口頭で言われた事が数回あった。
- 前院長（注：A元院長の意味）が、そのようなことを言っていた。
- 退院させることで患者様の人数が減るため先延ばしにするように前院長（注：A元院長の意味）に言われたことがあります（直接ではない）。
- 退院支援を行い、退院させようとすると院長から叱責があった。また、上司からも「やめてくれ。」と言われた。
- なかったが、そのようなことを聴いたことがある。
- 前院長（注：A元院長の意味）からお金の話をされ、入院期間をのばすしかなかった。
- 入職した時、上司に「退院したいと言っている。」とカルテに書かないようにと言われた。
- 直接ではないが、前々院長（注：A元院長の意味）から、退院の必要があった患者様を退院させた時に、叱責を受けた。
- 患者様が退院しないようにという病院全体の空気があったと感じています。A元院長には、患者様の転倒による骨折に伴う急遽の退院やイレウス等の転院となった際にはお叱りの言葉がありました。また、患者様の院外受診の際には、〇〇病院はダメという暗黙のルールが存在しました。
- 時期は不明。院長（注：A元院長の意味）から、患者数が減っているのだから今はダメと聞いた（直接は聞いてない）。
- ステルベン（注：患者の死亡）があれば患者を減らしたと叱責を受ける。空床をあけるような発言をすると却下される。ベッドコントロールについては、全て前院長（注：A元院長の意味）の意向が反映されました。
- A元院長が、患者が急変などで転院の必要がある時、どこどこ病院はそのまま患者をとるから送るなどと言っていた。そのせいで一般病院何カ所か受診できないことがあった。
- A元院長から、入院患者が少なくなると転院、退院を延期するようきかされた。
- 指示はないが、空床が出たらPSW（注：精神保健福祉士）が院長に何か言われていたようで（小言か？内容は知らない）困っていた。
- 直接的に先延ばしする様に言われてなくとも、急な退院があった際には、看護上の問題ではなく退院したこと自体を注意されたり、退院の話を進めていても、今月は退院多いからと、来月にするよう院長（注：A元院長の意味）より

話があったと言われたことはあった。

- 直接指示を受けた事はないが、患者さんがA元院長に退院したいと言っても、家族がいいと言えればいいとだけ答え、しっかり向き合っていないかった。ターミナル期の患者さんが自然な流れで亡くなった時も、殺しやがってと言われたことがあった。
- あった。A元院長の指示。
- 直接ないが、医者が院長から言われたと。
- 患者の退院について主治医に話したとき、院長が許さないだろうなど、聴いたことがある。

なお、アンケートでは退院を抑制することに関して指示を受けたことがないとする回答も多かったが、退院抑制の指示を受ける立場にある者は限られていたと考えられるため、指示を受けたことがないという回答が多いことは、退院抑制の指示が行われることが少なかったことを意味するものとは考えられない。

ウ 退院抑制に関するヒアリング結果（退院抑制の認定根拠）

当委員会が医師・看護要員・精神保健福祉士に対して実施したヒアリングにおいても、上記アンケートの回答結果と同様に、A元院長から他の医療機関の診察を受けさせないこと、退院抑制の指示・圧力があったことについて、以下の回答が得られている。神出病院では患者の入退院は精神保健福祉士が管理している。

- A元院長は、院長就任後、常に在院患者数に関心を払い、A棟1階にあるケースワーカー室を毎朝訪れ、当月の入院予定（入院日、患者氏名、担当医師氏名）と当月の退院予定（退院日、患者氏名、入院病棟名、転出先、退院時刻）、各日の在院患者予定総数を確認し、退院予定の記載が重なることで在院患者数が減少する旨の記載を認めると激怒した。
- A元院長は、精神保健福祉士らに対し、出来るだけ退院を先延ばしにするよう指示した。
- A元院長は、精神保健福祉士らに対し、月末の退院予定は翌月初めに延ばすよう指示した。
- A元院長は、精神保健福祉士による退院支援を許可せず、一般病院や特別養護老人ホームなどからの入院相談に力を入れることや、たちばな苑の利用者の入院が滞りなく行えるよう病床の調整をすることを指示した。
- 神出病院の他の医師が、内科的疾患の他院での治療の必要性を理由に患者を退院させた際、A元院長は内科的疾患も診られるとして、その医師を叱責した。
- A元院長は、看護師から、神出病院の他の医師が患者の退院を決めたと報告すると、「俺が主治医になるから置いとけ。」と言い、退院を不許可とした

上記のヒアリング結果で月末の退院が抑制されていたというのは、月末時点の在院患者数が錦秀会本部への報告対象となっていたことによるものと考えられる。

エ 退院抑制に関する運営委員会での発言（退院抑制の認定根拠）

A元院長は、平成30年9月の運営委員会において、内科疾患が悪化しても、直ぐには退院させないことについて、以下のように述べていた。

「神出病院も8月の中旬から今日に至るまで、入院患者数が中々増えず、非常に苦しい状態が続いている。（略）神出病院は比較的いい体質になっているが、入院患者数はできれば455名を維持していきたいと思っている。今は452名である。もちろん赤字にはなっていないが、油断せずに、**内科的に悪くなったらすぐに転院させるのではなく、家族が了解されれば少し粘っていきながら対応していければと思う。**相談員も頑張ってもらわないとなかなか厳しい状況が続いている。年末になると死亡退院する患者いるので、今の内にできるだけ平均入院患者数を増やしていきたいと思っている。」

オ 退院抑制に関する当委員会からの照会に対するA元院長の回答

A元院長は、当委員会からの退院抑制に関する照会について、概略以下のとおり書面で回答している。

「神出病院に入職して1ないし2年ころ（平成20年前後になる。）に、他院を退院してまもなく幻聴と被害妄想を活発化させ保育所玄関でドアを掴み、「三つ子の魂百までや。」と大騒ぎした統合失調症患者を受け入れた経験から、退院には慎重な判断が必要だと改めて感じることになり、患者に少しでも不安があれば、患者や家族に対し、退院を焦らないよう助言するようになった。

平成19年5月8日の神出病院入職までの間、10年程度の内科医としての臨床経験があり、神出病院には副院長兼内科部長として入職したため、神出病院の在院患者が内科の合併症を発症し、当該患者の精神科主治医がすぐに他院へ転院させようとした場合には、当該患者の内科合併症がA元院長に対応可能なものであり、当該患者の家族が神出病院での治療を望むのであれば、神出病院での入院治療を継続するよう指示した。」

A元院長の回答は、退院させずに入院を継続させるよう指示することがあったこと自体は認めていると解される。

退院を遅らせることに家族の了解があったかのように述べていることについては、退院にあたっては家族の意思よりも、まずは本人の意思が問題とされなければならないのであり、家族の意思だけを問題とするのは失当である。

A元院長は内科疾患の診断・治療が可能であるとして入院を継続したことを正当化しようとしているが、A元院長が管理者を兼務していた介護老人保健施設たちばな苑において、H前院長が非常勤の内科医として勤務していた当時、内科疾患の悪化によって■■■■病院に入所者を転院させたところ、診療情報提供書に対する同病院からの返書に「このような状態まで患者を放置することは、私ならしない。」と記載されて、厳しく叱責されたことが複数回あったとされている。当該診療情報提供書自体を確認することはできなかったが、H前院長にとって印象に残っている出来事であり、H前院長の説明は信用できる。たちばな苑では転院の引き延ばしが行われていたのであり、神出病院の医師に対するヒアリングで「**内科的疾患の他院での治療の必要性を理由に患者を退院させた際、A元院長は内科的疾患も診られるとして、その医師を叱責した**」という説明があったことからしても、同様のことは神出病院においても行われていたと考えられる。

また、看護師からのアンケート回答や、看護要員・医師等からのヒアリング結果は具体的且つ詳細であるし、多くの者が同様の回答を行っていて回答内容全体の整合性もあり、信用性は高い。他方、A元院長の説明するような理由のみで退院が先送りになっていたとするのは、神出病院ではそもそも患者の退院がさして多くないにもかかわらず、かように多くの医師及び看護職員が、A元院長から退院の延期を指示される機会に巡り会うというのは不自然であり、A元院長の説明には信用性がない。

A元院長は、在院患者数を維持するために、内科疾患の治療継続を断念する時期の判断を適切に行わず、在院期間を引き延ばしていたのである。

4 たちばな苑入所者による在院患者の維持

- (1) A元院長が在院患者数の目標を達成するために採用した3つ目の方策は、隣接する介護老人保健施設たちばな苑から「精神的に状態の悪い入所者」を入院させることであった。なお、たちばな苑からの入院患者について、入院の要件を満たしていない疑いがあることは、第2章、第3節、第1、1で述べたとおりである。

神出病院では、在院患者数に余裕があるときは、逆に、神出病院の患者を退院させてたちばな苑へ入所させることも行っており、神出病院とたちばな苑との間で入院患者・入所者の融通が行われていた。

- (2) 認定根拠

A元院長は、たちばな苑の入所者を入院させることについて、運営委員会において、以下のように発言していた。

【平成29年6月運営委員会】

先日まで、**たちばな苑の入所者が減っており、神出病院から入所を進めていたが、神出病院の入院患者数が想定外に状態が悪くなって転院されたり死亡されたりで急に退院が増えて、453床にまで落ち込んでいる。**

たちばな苑の申込者リストで入所を進めていき、たちばな苑で精神的に状態の悪い入所者を神出病院へ入院を進めて対応していきたいと考えている。

【平成29年9月運営委員会】

先日の本部運営会議で、理事長より、錦秀会全体的に空床があるので頑張ってもらいたいとの話があった。神出病院でも入院相談件数が減ってきている。**たちばな苑で精神状態が悪い入所者は、神出病院への入院をすすめているが、少し苦戦している。**急な入院相談でも臨機応変に対応するよう努力したいと考えているので協力をお願いする。

【平成29年10月運営委員会】

神出病院では9月後半から入院患者数が減り、相談件数も激減した。**たちばな苑にも助けてもらいながら、なんとか450床を切らないように努力し、10月1週目後半から2週目にかけて段々入院相談も増えてきて、今は455床前後を推移している。**今日も入院があり、夜間救急当番日でもあるので、ちょっと厳しかった時期が過ぎてほっと一息ついているところである。

【平成30年2月運営委員会】

インフルエンザの事もあるが、寒い時期であり、体力的に弱って亡くなる方もいて、入院患者数も変動している。ここ数日間で体調を崩されたり、転院する患者もおり、今現在も危篤状態の方もいる。このままだと入院患者数が452、3名程になる可能性があり、入院調整していく必要がある。**たちばな苑に精神的に状態が悪い方もいるので、その方を紹介してもらいながら調整していきたいと思う。**

5 A元院長の在院患者数維持に対する執着

- (1) A元院長は、上記のような方法によって在院患者数を維持しようとしていたが、その態度について、神出病院の医師の中には、「**入院患者の数に関しては、病的なこだわりがあった。**」と述べる者もいる。

A元院長は、患者が死亡すると在院患者数が減少するため、看護師に対して、**瀕死状態の患者を「死なせるな」と指示し、死亡後には「なんで死なせた」と言って叱責**していた。

- (2) 兵庫錦秀会の運営委員会におけるA元院長の発言を見ても、A元院長は以下のように**在院患者数に関する具体的な数字を繰り返し発言**しており、その数値に過剰なこだわりを有していたことは明らかである。

【平成29年6月】

先日まで、たちばな苑の入所者が減っており、神出病院から入所を進めていたが、神出病院の入院患者数が想定外に状態が悪くなって転院されたり死亡されたりで急に退院が増えて、**453床**にまで落ち込んでいる。

【平成29年10月】

神出病院では9月後半から入院患者数が減り、相談件数も激減した。たちばな苑にも助けてもらいながら、なんとか**450床**を切らないように努力し、10月1週目後半から2週目にかけ段々入院相談も増えてきて、今は**455床前後**を推移している。

【平成30年2月】

このままだと入院患者数が**452, 3名程**になる可能性があり、入院調整していく必要がある。

【平成30年9月】

神出病院は比較的いい体質になっているが、入院患者数はできれば**455名**を維持していきたいと思っている。今は**452名**である。

【平成30年12月】

神出病院は10月、11月と入院患者数も増え、順調に推移してきたが、12月に入ってここ1週間くらい下がってきた。それでも**455床**である。昨日救急で1名入院があったので、**456床**、今週1名か2名増えて**456, 457床**になる予定である。来週頑張って入院調整し、年末年始を迎えようと思っている。

【平成31年4月】

兵庫錦秀会もいつもいい数字を出しているが、ここ1、2か月はかなり入院患者数が減っており、今も**450名をきりそうな厳しい数字**になっている。

【令和元年8月】

兵庫錦秀会はご存じのとおり入院患者数も**満床状態**が続いており、たちばな苑も**ほぼ満床状態**と非常にいい状況ということで、理事長からも褒めていただいた。

【令和元年11月】

神出病院に関して言うと、ずっと調子良く、先々週くらいから少し患者が減っていたが**451床**で踏みとどまり、今週に入り回復してきている。

- (3) A元院長は、看護師に対し、「ベッドの空きを作るな、満床にしろと指示し、療養病棟が1床空くと、『急性期の病棟から誰か移せるやつおらんか。』と言い、当日中に一般病棟の患者を療養病棟に転棟」させていたし、退職金の上積みの条件を満たすために、神出病院の患者を ████████ 病院に転院させている。

A元院長にとって、在院患者は、治療の対象ではなく、在院患者数を維持するための道具でしかなかった。

第3 在院患者数455名を維持しようとした理由 ― 利益至上主義

1 B前理事長の指示

- (1) A元院長は、B前理事長から患者数455名を達成し維持することが目標として設定されていたと説明している。

A元院長が神出病院に入職したのは平成19年であるが、その前年度の兵庫錦秀会の決算は、当期純損益が1億9334万円の赤字となっていた。なお、兵庫錦秀会の決算上の数値は、大阪の錦秀会本部が負担すべき交際費が兵庫錦秀会に付け替えられるなどして正確なものとは考えられないが、正確な決算数値の把握は、本報告書の本目的ではないため、本報告書では決算書の数値に基づいて検討を行っている。

A元院長は、B前理事長との個人的な関係から、神出病院に入職することになったものであるが、入職時に、B前理事長から、「兵庫錦秀会には50億円程度の銀行借入があること、西神看護専門学校の赤字が毎年1億2000円程度あることを告げられ、借入金の返済をしつつ、毎年、兵庫錦秀会全体として黒字にして欲しい」との要請を受けていた（A元院長令和4年3月2日付回答書）。

A元院長は、当委員会からの照会に対して、「毎月、会長（注：B前理事長の父であるD5会長）から『455やで』と言われていました。」と回答しているし、B前理事長からも在院患者数のチェックされており、「入院患者数は会長も理事長も厳しかったです。450を切ると連絡があり、状況説明しました。」と回答している（同回答書）。

毎月開催される錦秀会グループの会合においても、各施設が定めた入院・入所者数の目標達成状況が重視されていたことが認められることからしても、A元院長が在院患者数に過剰なまでにこだわっていたのは、B前理事長からの指示であり、もともとはB前理事長が患者数にこだわっていたからである。

2 B前理事長が患者数にこだわったことによって得た利益

B前理事長が患者数にこだわった理由は、B前理事長が兵庫錦秀会から、役員報酬や保証料・交際費等の経済的利益を得るためである。B前理事長の平成24年度から令和元年度までの役員報酬・保証料・交際費を整理すると別紙5「B前理事長の役員報酬・保証料・交際費の集計表」のとおりとなる。

(1) B前理事長の役員報酬

B前理事長が兵庫錦秀会の理事長に就任してからの役員報酬の推移は表1 B前理事長の役員報酬の推移のとおりである。平成18年7月から平成23年2月までの一時的な減額は、診療報酬の改定やA棟増築にともなう支出増によって兵庫錦秀会の利益が減少したことによるものであり、利益が改善された平成24年3月以降は大幅に増額されており、更に平成31年2月から辞任する令和3年9月までは月額で2150万円という極めて高額となっている。

B前理事長は、兵庫錦秀会において、医療行為を行っておらず、単に出金に関する決裁印を押す程度の業務しか行っておらず、経営に関する難解な経営判断を行っているものではない。当委員会の調査では、A元院長による神出病院の運営方法に問題があることについて、B前理事長に対して直接申し出を行った医師が少なくとも2名いることが確認できているが、B前理事長は何ら改善を図っていないし、実態を調査することもなく、神出病院の運営には無関心だったのである。B前理事長の役員報酬の金額は兵庫錦秀会全体の人件費の1割を超えていることからしても、年間2億5800万円もの役員報酬は、職務・職責に見合ったものとはいえない。

表1 B前理事長の役員報酬の推移

改定時期	月 額 (円)	年額換算 (円)
平成10年9月	3,000,000	36,000,000
平成18年7月	1,500,000	18,000,000
平成23年3月	5,000,000	60,000,000
平成23年11月	5,500,000	66,000,000
平成24年3月	15,500,000	186,000,000
平成31年2月	21,500,000	258,000,000

(2) 保証料

兵庫錦秀会は、兵庫錦秀会の銀行借入にB前理事長が保証人となっていることを理由として、B前理事長に保証料を支払っており、決算書上では平成15年度から支払われていたことが確認できる。

企業経営者が、自社の銀行借入の保証人になることは一般的に行われているが、自身が経営する会社から保証料を受領することは極めて異例であり、むしろ異常なことである。保証料の受領は、I 弁護士の発案によるものとされており、I 弁護士は、当委員会からのヒアリングにおいて、保証人になれば保証料を受領することは不当なことではなく、税務当局も認めているし、錦秀会本体においても行っていることであること、保証料率は信用保証協会のもを参考に設定した適正なものであると述べている。第三者のために保証人になる場合や、業として保証委託に応じる場合であれば保証料を受領することも正当化されようが、理事長に就任している法人から、しかも多額の役員報酬を受領しておきながら、更に保証料まで受領するという異例・異常な行為を行っているのは、B前理事長の経済的利益への強い執着を示すものである。

兵庫錦秀会が平成24年度以降にB前理事長に支払った保証料の金額は表2 B前理事長に支払った保証料の推移のとおりである。保証料の額は、借入金の残高に保証料率を乗じたものとなり、借入金の返済が進むと保証料額が減少するため、B前理事長は、平成27年度以降は保証料率を従前の0.7%から0.9%に引き上げているし、平成13年までの借入に関する保証料については請求権が留保されていることを確認する理事会・評議員会議事録まで作成している。

表2 B前理事長に支払った保証料の推移

年 度	保 証 料 (円)
平成24年度	28,705,625
平成25年度	27,193,203
平成26年度	24,247,170
平成27年度	27,675,738
平成28年度	24,121,948
平成29年度	23,950,204
平成30年度	22,302,878
令和元年度	20,423,535

(3) 交際費

兵庫錦秀会は、B前理事長の交際費として、飲食代金を負担している。

A元院長は交際費を使用しておらず、兵庫錦秀会の決算書に計上されている交際費は、看護学校の生徒を実習先に連れて行く際の手土産代の数万円を除けば、ほぼ全額がB前理事長の交際費である（一部にB前理事長の指示による政治献金が含まれている。）。

兵庫錦秀会の決算書に計上されている交際費は表3 兵庫錦秀会が支出した交際費のとおりであり、B前理事長は、兵庫錦秀会の負担によってこれとほぼ同額の飲食を行っている。

当委員会は令和2年度の交際費の内訳を示す資料を閲覧しているが、これによれば、「松茸のすき焼きコース」4人分50万円に赤ワイン代等を含めて89万7160円、「松葉蟹コース」3人分34万5000円などの高額の飲食が短期間のうちに繰り返されていた。神出病院では異常なまでの経費節減が行われて患者の利益が損なわれていた一方で、それによって得た利益で高額の飲食が行われていたのである。

表3 兵庫錦秀会が支出した交際費

年 度	交 際 費 (円)
平成23年度	21,556,830
平成24年度	989,959
平成25年度	10,565,734
平成26年度	1,868,874
平成27年度	2,297,107
平成28年度	1,813,712
平成29年度	21,784,897
平成30年度	22,843,315
令和元年度	24,986,523

(注) 上記金額には、看護学校の学生の実習先への手土産代等を少額含む。

(4) その他のB前理事長に関する支出

以上の他にも、兵庫錦秀会は、B前理事長のために、公益財団法人 [REDACTED] への寄付金、東日本大震災や西日本の水害に対する見舞金を支出させられているし、B前理事長専用の高級車のリース料・購入費としても多額の負担を行ってきた。

(5) 医業収入・医業費用の推移

ア 決算書上の数値の推移

兵庫錦秀会は平成10年8月に錦秀会グループ入りしているが、平成11年3月期以後の決算書に記載された数値は別紙6「兵庫錦秀会収支一覧表」とおりである。なお、兵庫錦秀会の決算上の数値は、大阪の錦秀会本部が負担すべき交際費等が兵庫錦秀会に付け替えられていると考えられるし、兵庫錦秀会内部においても、病院が負担すべき費用をたちばな苑や西神看護専門学校に付け替えており、神出病院単独の決算状況を解明できる資料は入手できていないが、正確な決算数値の把握は本報告書の本目的ではないため、兵庫錦秀会全体の決算書の数値に基づいて検討を行っている。

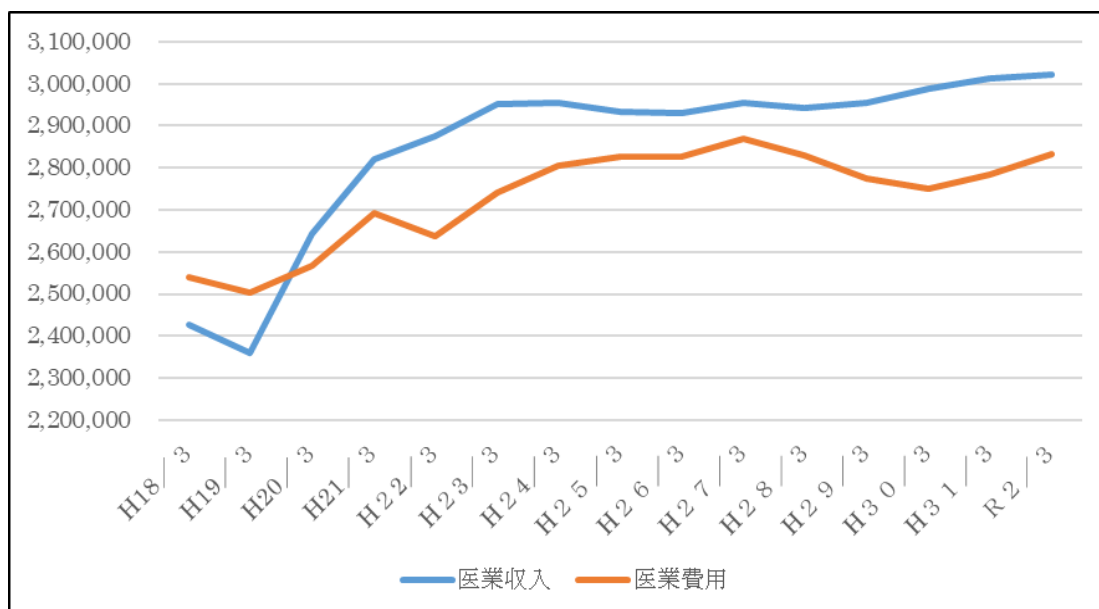
それによっても、経営状況に関する数値の変動の傾向は読み取ることができる。

経常損益は、平成16年度から平成19年度まで4期連続して赤字となっているが、これは、A棟の増築工事期間中の在院患者数の減少と減価償却費の増加（償却期間が本来よりも短く設定されていると考えられる。）、建築費用21億円を借入れたことによる支払利息の増加によるものであり、医業損益は平成18年度に赤字となっただけで、平成19年度以降は黒字化している。

イ 医業収益・医業費用の推移

（ア）A棟増築後の平成18年3月期から、本件刑事事件が発生した令和2年3月期までの決算書における、医業収入及び医業費用として記載されている金額の推移をグラフ化すると図4 医業収入・医業費用の推移のとおりとなる。

図4 医業収入・医業費用の推移（単位：千円）



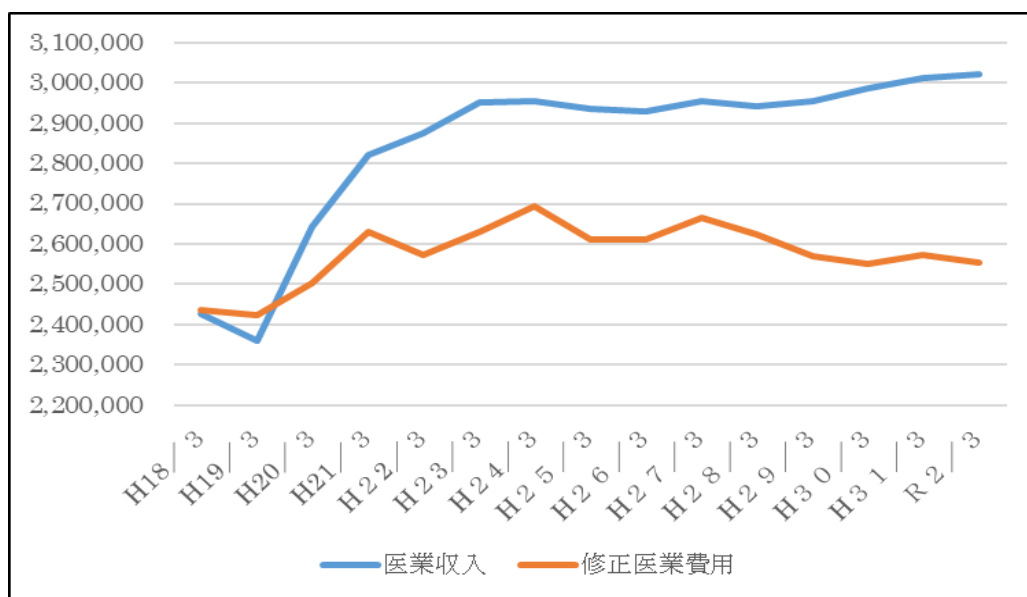
医業収益は、平成18年度に23億6000万円であったものが、平成19年度26億4000万円、平成20年度28億2000万円、平成21年度に28億7000万円となり、平成22年度以降は29億円台で推移し、平成30年度及び令和元年度には30億円を超えている。

医業収益の増加に対し、医業費用は、平成23年度から平成27年度までは28億円台であったものが、平成28年度以降は、令和元年度を除き、27億円台に減少している。

（イ）兵庫錦秀会は、医業収益が増加したのに対して医業費用は抑えられていることによって、医業利益は増加している。

しかし、医業費用の中には、B前理事長の役員報酬が含まれており、その役員報酬額は、表1のとおり、平成23年度以降、大幅に増額されている。B前理事長の役員報酬額を医業費用に含めないことにした医業費用（下のグラフの「修正医業費用」）と医業収入の推移を見ると、**図5 医業収入・修正医業費用の推移**のとおりとなり、平成26年度以後、修正医業費用は減少している。

図5 医業収入・修正医業費用の推移（単位：千円）



(ウ) 厚生労働省の平成30年度病院経営管理指標によると、医療法人が開設する病床数400床以上の精神科病院の医薬品費比率は4.6%とされている。神出病院の医業費用については、兵庫錦秀会の施設ごとの数値を集計した資料を部分的にしか入手できていないが、それによると、医薬品費比率は、平成28年度4.0%、平成30年度3.8%、令和2年度3.9%であり、医薬品費は抑えられていた。このことについて、看護師に対する聴取において、「高い薬剤(100円以上のもの)は使うなといわれ、外部から来る医師が事情を知らずに高い薬剤を使ったら、なぜお前が止めなかったと院長に怒られる。」と述べる者がいた。

看護師に対するアンケートでは、療養病棟の患者への薬剤の投与が制限されていたことについては、以下の回答があった。

院長先生からの指示で、療養病棟はマルメなので使用する薬剤は2ケタのコストの物でおさえる。3ケタにならないように。点滴の抗生剤も約150点クラスのものに限られる。もし眼科に受診に行くならば、一般病棟へ転棟する。

注：「マルメ」とは、入院の診療報酬が、実際にかかった費用にかかわらず定額で支払われるという意味であり、高い薬剤を使用しても診療報酬は増額されない。

なお、上記病院経営管理指標による人件費比率は63.2％であり、兵庫錦秀会も同程度の水準となっているが、これは、B前理事長が一人で人件費の10％以上に相当する額の役員報酬を受領していることによって人件費が膨らんでいることによるものであり、B前理事長の役員報酬を除けば、人件費比率は概ね60％を下回る水準となる。

(6) 経常利益

経常利益についても、B前理事長の役員報酬を医業費用に計上しなかった場合の数値を見る方が実情を把握しやすい。

その方法による数値を示したものが表4 経常利益の推移である。これによると、平成24年度から平成27年度までは経常利益に大きな増加は見られなかったが、平成28年度以降増加傾向が強まり、令和元年度には、B前理事長の役員報酬2億5800万円を考慮しなければ、医業収入30億2172万円に対し、経常利益は4億8771万円となる。A元院長が就任した平成22年度と比較すると、医業収入は約7000万円（2.3％）の増加にとどまっているが、利益は10年間で倍増したことになる。

表4 経常利益の推移 （単位:千円 千円未満切捨）

	医業収入	決算書上の経常利益（A）	B前理事長の役員報酬（B）	B前理事長の役員報酬を計上しなかった場合の経常利益（A+B）
平成20年度	2,820,834	58,906	18,000	76,906
平成21年度	2,876,621	206,054	18,000	224,054
平成22年度	2,952,760	220,334	21,500	241,834
平成23年度	2,954,209	141,388	72,500	213,888
平成24年度	2,934,427	152,131	186,000	338,131
平成25年度	2,930,597	146,873	186,000	332,873
平成26年度	2,954,599	126,803	186,000	312,803
平成27年度	2,941,242	147,394	186,000	333,394
平成28年度	2,955,316	164,534	186,000	350,534
平成29年度	2,988,343	195,329	186,000	381,329
平成30年度	3,011,787	193,686	198,000	391,686
令和元年度	3,021,724	229,710	258,000	487,710

(7) 決算数値からの考察－利益至上主義

兵庫錦秀会は、決算書上の経常利益は平成21年度、平成22年度頃と大きな変化はないが、実際は、高額な理事長報酬によって経常利益が圧縮されていたからであり、理事長報酬を考慮しなければ、経常利益は大きく増加していることになる。

神出病院が在院患者数を維持し、経費を節減したことによって実現された利益の増加分の大半はB前理事長が一人で取得していたのであり、そのために、利益至上主義を押し進めたのである。

後述するように、神出病院の再生のためには多額の費用が必要となるが、そのような事態を招いたのは、B前理事長が、高額な理事長報酬を得るために、必要な整備改修を行わずに利益を出させてきたからである。そのことの責任は高額な理事長報酬を受領し続けたB前理事長にあるため、再生のために必要となる費用はB前理事長が個人的に負担すべきである。

3 A元院長が在院患者数(病床利用率)にこだわった理由

(1) B前理事長側から必達課題として設定されていたこと

A元院長が在院患者数にこだわった直接の契機は、前述したようにB前理事長側から在院患者数455名を達成するよう指示されており、その達成状況を月次の報告書に基づいてB前理事長からチェックされていたからである。A元院長にとっては、組織の上位者であるB前理事長からの指示であり、在院患者数455名は必達課題であった。

(2) A元院長が得られる経済的利益は限られること

ア A元院長の給与は年俸制である。年俸額の推移は表5 A元院長の年俸額のとおりであり、平成24年4月の改定後は退職する令和3年3月まで増額されることはなかった。

表5 A元院長の年俸額

改定時期	月 額 (円)	年額換算 (円)
平成19年6月	1, 500, 000	18, 000, 000
平成20年7月	1, 584, 000	19, 008, 000
平成23年3月	1, 650, 000	19, 800, 000
平成24年4月	1, 700, 000	20, 400, 000

B前理事長の役員報酬額と比較すれば、A元院長にとって年俸が増額する経済的利益を得ることが在院患者数を確保する動機になっていたとは考えられない。

イ A元院長は、B前理事長からの依頼によって神出病院に就職した際(当時48歳)、平成18年から20年間勤務した場合の退職金として2500万円は欲しいと希望していたと回答しているが、当初に締結された雇用契約書に退職金の定めは存在しなかった。

雇用契約書に退職金の定めが記載されるようになったのは平成30年6月1日付けの労働契約書からである。この時に締結した労働契約書における退職金の金額は1400万円であり、以下の条件を満たしたときには次年度の労働契約書更新時に300万円増額することになった。これにより、平成30年6月以後は、在院患者数と退職金の金額が連動することになった

【退職金増額のための条件】

平成30年度の兵庫錦秀会の運営が順調に進み、1年間の全体の収益が5千万円以上の黒字となるか、あるいは神出病院の1年間の平均入院患者数が455.0人以上となった場合

平成30年度は上記条件を満たしたことによって、令和元年6月1日付けで締結した労働契約書では、A元院長の退職金の金額は1700万円に増額となり、次年度の契約で300万円増額するための条件は以下のとおり変更となった。

【変更後の退職金増額のための条件】

本年度の兵庫錦秀会の運営が順調に進み、以下の①又は②又は③又は④を達成した場合

- ①神出病院の1年間の平均入院患者数が452.0人以上かつ〇〇〇〇への紹介転院が3名以上であった場合
- ②神出病院の1年間の平均入院患者数が449.0人以上かつ〇〇〇〇への紹介転院が6名以上であった場合
- ③神出病院の1年間の平均入院患者数が445.0人以上かつ〇〇〇〇への紹介転院が10名以上であった場合
- ④神出病院の1年間の平均入院患者数が440.0人以上かつ〇〇〇〇への紹介転院が15名以上であった場合

A元院長は、退職金増額のための条件が変更された令和元年6月以降、当該条件を満たそうとして、令和元年度に〇〇〇〇の経営にかかる〇〇〇〇病院へ3名の患者の紹介転院を行っているし、本件刑事事件によって頓挫することになったものの、令和2年には更に多くの患者を〇〇〇〇病院へ紹介転院することを企図しており、令和2年1月の運営委員会では以下のように発言している。

「先週水曜日に本部で理事会があり、 の 病院と、特に 病院の業績が非常に悪いということだった。

(略)

昨年も3名ほど神出病院から聖和錦秀会の方へ転院するという形を作ったが、おそらく今年はもっと頻回にやり取りすることになる。」

このように、A元院長にとって、平成30年度以降は、退職金と在院患者数が連動することになって在院患者数を維持することと経済的利益が結び付くことになったが、それによって得られる経済的利益は年額300万円であり、65歳の定年時まで毎年その増額が続いたとしても、入職時に要望していた退職金2500万円と殆ど変わらない金額にしかない。A元院長が在院患者数の確保に執着していたのは、雇用契約書に退職金の規定が設けられた平成30年よりも相当以前からである。A元院長にとって、経済的利益を得られることは、在院患者数を維持する動機として重要なものであったとは考えられない。

(3) 目標達成によって得られる満足感

ア A元院長は、毎月第1水曜日に錦秀会本部で開かれる理事会や運営会議に出席していたが、錦秀会傘下の各法人が運営する病院は、それぞれが目標病床数を設定しており、毎月の錦秀会理事会等で前月の実績を報告することが求められ、目標未達成の病院は叱責・批判を受けた。これに対し、神出病院は、目標として設定した高い在院患者数を継続的に達成することができていた唯一の病院であったため、経営について批判を受けることはなく、B前理事長からは、神出病院は「安心している。」と評価されて、A元院長は理事会等の場でB前理事長から褒められていた。そのことは、A元院長の自尊心を大いに満足させるものであった。

A元院長は、令和元年8月の兵庫錦秀会の運営委員会において以下のように発言しており、錦秀会本部の会議でB前理事長から褒められることがA元院長にとっては大きな喜びであったことが分かる。

「先週の水曜日に理事会があり、大阪の 、 病院等は入院患者数が若干目標に到達しておらず、 病院と 病院の精神科病院もマイナス10～20くらいと、かなり状況がよくないということで理事長より指摘があった。兵庫錦秀会にご存じのとおり入院患者数も満床状態が続いており、ちばな苑もほぼ満床状態と非常にいい状況ということで、理事長からも褒めていただいた。」

イ のみならず、A元院長は、B前理事長からその経営手腕を買われて[]の理事に就任し、[]の経営にかかる精神科病院の経営に助言するよう指示を受けるほどの信頼を獲得していた。

ウ 錦秀会傘下の各病院の院長は、近隣大学の医学部の教授や客員教授を務めたことがある錚々たる顔ぶれであった（錦秀会傘下病院の各ホームページ）。これに対し、A元院長の経歴は前述したとおりであって医学部教授等とは全く無関係の臨床医であり、医師としての能力が評価されることはなかったと考えられるし、高校卒業から医師免許取得までに10年を要しており、医師免許を取得するまでにも相応の苦労があったと推測される。

そのような経歴のA元院長が、錦秀会傘下の病院の中で唯一継続的に目標を達成してB前理事長の期待に応え、その全幅の信頼を獲得して、他の錚々たる経歴の医師が居並ぶ中で褒められることは、相当強度にA元院長自身の自尊心を満足させるものであったと考えられる。

このことは、A元院長の神出病院内での尊大な態度・身勝手な言動が日常化していたことにも裏付けられる。

エ A元院長にとって、在院患者数455名を達成することは、もともとはB前理事長等からの指示によるものであったが、次第にその目標を達成すれば自らの自尊心が満たされることに大きな満足感・充実感を感じるようになり、その数値を達成することが自己目的化していったと考えられる。

第4 患者の年齢・病態の変化

1 新規入院患者数の変化

神出病院では、前述したとおり、患者の平均在院日数が長期化したことによって、新規に入院する患者数は、A元院長が就任した平成22年の年間368名をピークとして、その後は、前述の図3のとおり減少し、令和元年では231名になっている。

2 死亡退院者数の推移

新規入院患者数が減少しても、在院日数が450名を超えた状態が維持されており、在院期間が長期化して退院患者数は減少していることになるが、死亡による退院者数は、**図6 死亡退院患者数の推移**のとおり上昇しており、令和元年には、退院患者数の中で死亡退院した者の割合は、**表6 死亡退院患者の割合**のとおり42%に達している。

患者が死亡する前の状態は悪化していることになるはずであり、**死亡退院者が増加していることは、看護の負担が増加することを意味することになるし、病気が寛解して退院する患者が少ないことは職業意欲を減衰させる事情となる。**

図6 死亡退院患者数の推移（H15～R2）（単位：人）

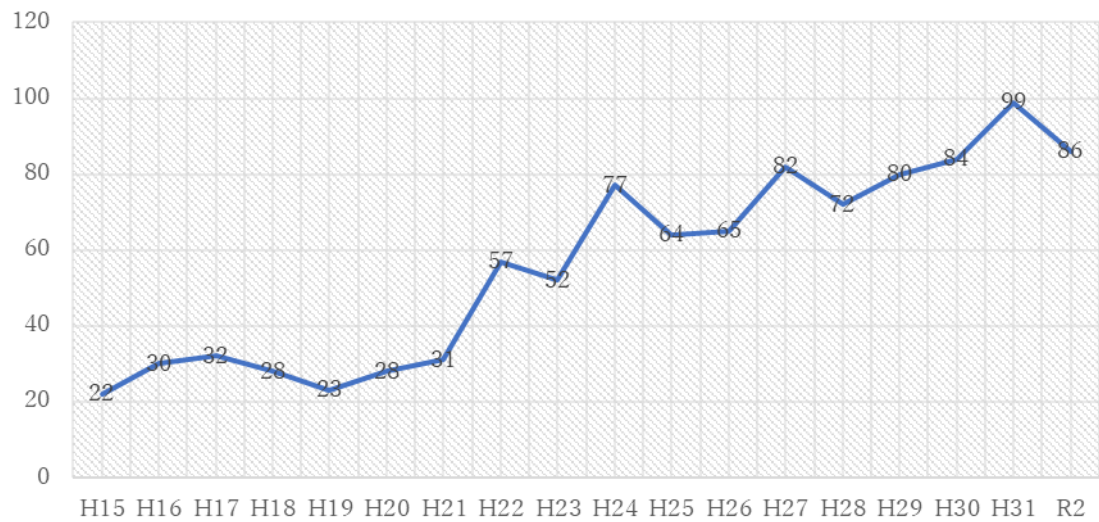


表6 死亡退院患者の割合（単位：人）

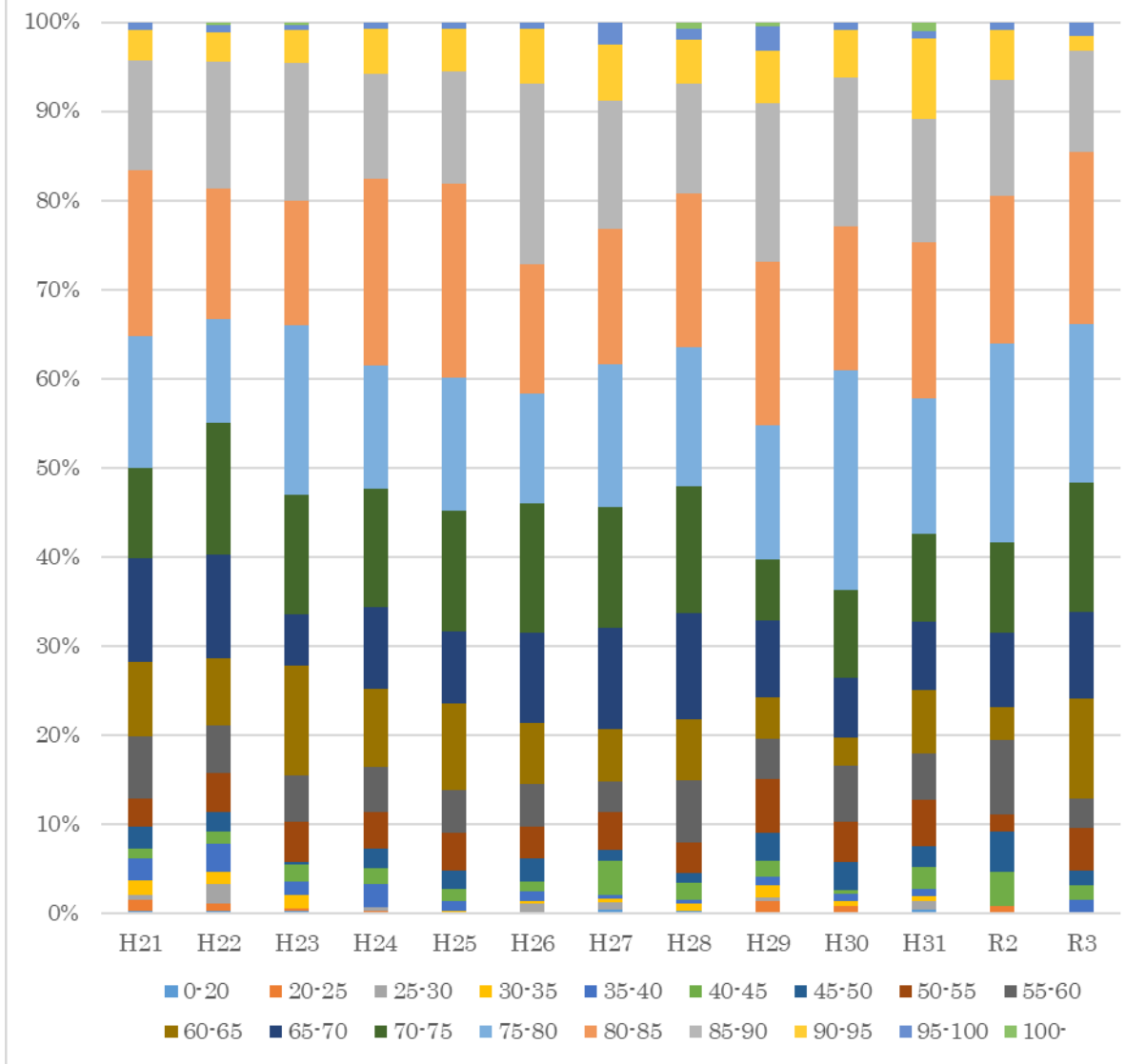
	退院患者数	うち死亡退院	死亡退院の割合
平成28年度	263	72	27.38%
平成29年度	221	80	36.20%
平成30年度	227	84	37.00%
令和元年度	233	99	42.49%

3 患者の年齢層の変化

平成21年以降令和3年までの間の患者の年齢層は、図7 入院患者の年齢層割合のとおりである。増加率が高い順に、80ないし85歳、75ないし80歳、85ないし90歳となっており（入院患者の年齢層統計）、**患者の高齢化が進んでいる**。

このことは、患者の加齢や疾患が進行することによって身体状態が悪化し、看護の必要度が増すことを意味する。

図7 入院患者の年齢層割合



(注) 色分けは、年齢による区分を示している。

4 入院患者の精神疾患の種類の変化

神出病院の630調査（注：厚生労働省が実施している調査で、毎年6月30日時点の精神保健医療福祉の実態を把握するため、各医療機関等から都道府県・政令市へ調査票を提出することになっている。）に対する回答結果によると、平成23年度以降の入院患者の精神疾患名の推移は別紙7の1～10の「病名統計（H23～R2）」のとおりであり、統合失調症の患者が10%程度減少しているのに対して、アルツハイマー型認知症・血管性認知症・脳血管性認知症等の認知症患者は顕著に増加している。

当委員会による神出病院での現地調査や看護要員に対するヒアリングの結果により、一般病棟と療養病棟の性格付けによる差はあるものの、**入院患者の中に、慢性的精神科疾患を有するだけの患者の他に、以下のような患者が含まれるようになっていったことが確認できている。**

- ① 慢性的精神科疾患を有した上に高齢化して身体介護を要する状態となった患者
- ② 認知症によって認知機能が低下し、日常生活動作にも介護を要する患者
- ③ 認知症による認知機能の低下と高齢化による身体機能の低下が同時に進行することによって、より手厚い介護を必要とするようになった患者
- ④ 内科的疾患の悪化により、食物の経口摂取が不能となり、胃管チューブあるいは中心静脈栄養、胃瘻を要する病態となった患者
- ⑤ 末梢点滴による持続点滴が必要となった患者
- ⑥ 血管が脆くなり末梢点滴による持続点滴不可能となって、C Vポートの造設がなされた患者
- ⑦ 排尿ができなくなり尿道カテーテルを留置した患者
- ⑧ 終末期を迎え、寝たきりとなった患者

5 患者の病態の変化による看護現場への影響

当委員会による神出病院での現地調査、看護要員に対するヒアリングからは、上記の様な患者が増加して患者の病態が変化していったことによって、看護現場で以下の事態が生じていたことが確認できている。

- ① 多くの看護要員が、各患者の病態に合わせ、持続点滴、胃管チューブ、C Vポート、尿道カテーテル等の管理・自己抜去防止、抜去時の対応、歩行可能な認知症や精神科疾患の他患による寝たきり患者の治療妨害への対処、寝たきり患者のバイタルチェック等、実に様々な業務を現に実施していること。
- ② A元院長は、最も利益の上がる病棟に患者を配置するという方針でベッドコントロールを行っており、例えば、新規入院のための空き病床確保や、病態が悪化した患者の治療をなすにあたり、薬剤費を別途徴収する目的で、頻回に患者の転棟がなされていた。これにより、統合失調症の患者と認知症患者のように、病態が異なることによって異なる対処や注意が必要な患者であっても、同一の病棟内、更には同一の病室内で混在することになっていたが、そのことに何の配慮もされていなかったこと。
- ③ 神出病院の病室は、もともと精神科疾患患者を治療することを念頭においた構造となっているため、内科疾患に対する継続的管理を行うための中央配管のある病室が少なかった。そのため、他の入院施設を有する内科病院と同様の看護を行うことは不可能であったが、神出病院では、そのような患者が増加しても、他の入院施設を有する内科病院同様の設備を整えるための改修工事が実施されなかった。これに

より、中央配管のある部屋に定員を超えて収容したり、必要最低限のポータブルの医療器具を間に合わせに導入したりするなどの、看護要員の努力と工夫で間に合わせてきていたこと。

6 看護の負担の増加

このように、A元院長就任後の在院患者維持策が続けられたことによって、神出病院に在院する患者層は、複雑化し、看護必要度が高くなった上に、病態毎の対処を要するものに変化していった。これに加え、神出病院が必要な設備を整えようとしなかったこと、利益最優先のベッドコントロールによる患者の度重なる転棟が看護要員による患者の病態把握や適時適切な看護をより一層困難にしたことなどによって、看護要員の負担をより一層大きくすることになった。

看護師からのアンケートの回答結果の中には、以下のように、このことを正当に指摘しているものがあつた。

院長先生に、感染症が発生したら怒られる。感染者をこれ以上増やすなと指導される。急遽、転倒による骨折等で転院される患者様が発生したら怒られる。何よりも病院が常に満床に近い水準で経営できている事を誇りに思われている。

その様な中で、徐々に患者様は長期入院となり、段々とADLも下がられて、独歩だった方が車イス、リクライニング車イス、寝たきり状態と、看護ケアの必要度も増加する。

でも、入院される患者様は、他院が受けない内科的治療がかなり必要な患者様だったり、身体的看護ケアの必要な患者様だったりする事が多いので、同じ満床に近い数字でも、年々職員がになう看護ケアが多岐多様になり、マンパワー不足を痛感する様になる。そんな悪循環に悪循環を重ねたような状態だったと思います。

第5 経費節減が看護に及ぼした影響

1 経費の節減

(1) 兵庫錦秀会では、平成17年7月に取引先銀行から出向してきたC元事務部部長が経理部門を管理するようになり、銀行退職後は兵庫錦秀会に就職し、令和3年3月に退職するまで、事務部部長として、徹底した経費節減を進めてきた。

C元事務部部長の経費節減は、A元院長が収益増を目指していたことと方向性が完全に一致しており、両名が共同して異常なまでの経費制限策を進めてきた。神出病院において必要な設備投資が行われていなかったことは、A元院長だけの責任ではなく、C元事務部部長にも同様の責任がある。

- (2) A元院長については、病棟から脈拍・血圧のモニター（120～130万円程度）の購入希望があり、経理担当者が納入業者と価格交渉を行った上でA元院長に購入を打診したことがあったが、A元院長が「あかん」と拒否し、「人の命に関わるので、錦秀会本部と話してください」と経理担当者が申し入れて食い下がったのに対して、A元院長は病棟に電話して「ほんまに要るんか？」と詰問し、「それならいいです。」と答えるよう強要して購入を断念させたことがある。

結果として、神出病院では、未だに、モニターが足りないときは、他の病棟のモニターを借りて凌ぐという事態が起こっている。

- (3) C元事務部部長についても、経費節減にまつわるエピソードに事欠かないが、洗面所やトイレが1箇所故障しても、「1箇所だけの修理で業者に依頼したのでは費用が高くなるので他の箇所も壊れたときにまとめて修理依頼する」と言って修理を先送りし、結果として何年にもわたって修理を行わずに放置していた。

C元事務部部長は、非常階段の鋼製の踏み板が腐食して穴が開いていても、「使用することはないから修理しなくてよい」と言っていたし、西神看護専門学校の消防配管設備が修理を要する状態になっていても、病院と違って看護学校の消防設備は毎年点検を受けることにはなっていないことから修理せずに放置していた。C元事務部部長は収益に結び付かない支出については、安全を確保するための設備であっても費用を支出することを拒否していたのである。

病棟にカビが生えていることについて、「看護要員が掃除を怠っているだけである」などと嘯くにいたっては、良識を疑わざるを得ない。

- (4) 神出病院は、看護の負担が増していたのに対して看護要員は減少していたのであるから、看護師でなくてもできる業務を外注化したり、省力化のための機器を導入することを検討するべきところであった。ところが、神出病院では、経費節減のために、外注化や機器の導入によって省力化を実現するどころか、逆に、**機器や建物の構造上の不備が放置されていたことによって看護要員の無駄な作業が増え、看護要員の負担が一層増す原因となっていたのである。**

2 設備の不備等による看護の負担増

(1) 給湯設備の不備による負担増

神出病院の設備の不備の中で、看護業務に影響が大きかったのは給湯設備である。

神出病院では、第2章・第3節・第5で前述したとおり、給湯配管が十全に機能しておらず、B棟1階の大浴場、機械浴室を除き、A2～A4の浴室、B2～B4・A5のシャワー室は、まともに使用できない状態であった。このため、看護要員は、A2～A4病棟では、経験で学んだ特殊な対応（何時間も前から給湯栓を開いて湯を出したり、他の階の病棟に湯を出してもらうことで自分の病棟の湯を出しやすくするな

ど)を行い、B 2～B 4 及びA 5 病棟では、シャワー浴はできず、全ての患者の入浴を1階にある大浴場と機械浴室にて行うことを余儀なくされた。

大浴場と機械浴室の使用可能時間は病棟毎に決められているが、病棟数が多いため、入浴を要する患者の人数、看護必要度の重さから入浴に手間を要する(即ち、入浴に時間を要する)患者の人数を勘案すると、その使用可能時間は十分ではなかった。そのため、看護要員は、往復の時間を極力減らそうとして、以前は、患者全員を一度に引き連れて大浴場、機械浴室前に赴き、順次入浴させていたが(なお、この状態は、患者の負担を考え、P 元看護部長の指導により、少人数ずつの往復を繰り返す方式に改められた。)、衣類の脱着をスムーズに行うことができない患者も少なくなかったため、決められた時間内に入浴を終わらせるのに難儀することになった。

また、機械浴室の設備は最新式の電動のものではないため、入浴作業は肉体的にも重労働であった。

更に、病棟で疥癬等の感染症を発症したときには、A元院長から、当該病棟の患者が大浴場と機械浴室を使用することを禁じられたため、看護師らは、何時間か待てば適温の温水が出る病棟であれば、何時間も前から給湯の蛇口をひねって温水が出るのを待ち、何時間待っても適温まで上昇しない病棟であれば、温水が出る場所から集めた温水を溜めて、浴室やシャワー室で患者に湯をかける方法で身体洗浄をし、湯が全く出ないときには、ポットでわかした湯を水で薄めて、それをかける方法で身体洗浄をし、湯が足りない場合は、清拭に置き換えるなどしていた。

このような入浴にまつわる患者への対応は、看護要員の最大の負担となっており、入浴時には暴言や虐待が起こりやすくなっていた。

(2) 医療機器・備品の不足

医療機器・備品の不足の実態は以下のとおりであり、それによって、看護のために無用な手間が増えていたし、患者の安全にかかわる問題までもが放置され、患者のための看護を行おうとする意欲を削ぐことにつながった。

① 医療機器の不足

看護師からは、吸引器、ベッドサイドモニター、パルスオキシメーター等の機器が足りない、褥瘡処置用の電気メスがボロボロという指摘が行われている。脈拍・血圧を測るモニターは数が足りず、重症患者のモニタリングが適切にできないこともあったため、看護師が医師に相談し、モニターを付けている患者のうち比較的安定した状態の人のものを外してより必要性の高いと思われる患者に付け替えて対処していたことがある。

セントラルモニターは8人しか映らないので、もっと高性能なものが必要であるとの指摘もある。

古いモニターが使用に堪えなくなったので、看護師からA元院長に直談判してようやく新しいものが導入されたということがあったが、その際も、「来期にしてくれ。」と言われることがあった。

脈拍・血圧のモニター（120～130万円程度）が購入してもらえなかったのは前述したとおりである。

A1, A4, A5では酸素吸入用の中央配管に接続されている病室が多い（A1は吸引のできるバキューム機能もついている。A5は後付け）ものの、B棟では病棟に1部屋しかないなど数が少ない。そのため、酸素吸入が必要な患者が男女同室になってしまうおそれがあり、どちらかを早めに転棟させる必要がある。

酸素吸入ができる設備が足りず、B棟では別にポータブルの吸入器を使って対処しているという状況がある。以前は、ポータブルの吸入器は病院全体で数個しかなく不足していたため、病棟間で貸し借りをしていた。

② 器具・備品の不足

ガーゼ缶は病棟に1つしかない。空気に触れたガーゼは清潔ではないはずなのに、神出病院では、清潔な手で触れれば問題ないとされ、滅菌してから1週間使うように言われていた。滅菌ガーゼをガーゼ缶に入れる際に、その中に不潔な（開封済みの）ガーゼが一緒に入っているのを不満に感じる看護師もいた。

消毒液は2種類あるのに、缶が1つしかなく、片方しか使えない。消毒液も1週間入れっぱなしの状態である。点滴のルートは本来、3日に1回交換すべきものとされているが、月に2回交換の頻度である。

廊下の曲がり角に設置するミラー（申請から2年）やドアストッパー（申請から2ヵ月）など、それほど価格の張る物ではなくても、要望から導入までかなりの時間がかかる状態にある。

看護師が使う血圧計や聴診器は、病棟に備え付けのものはなく、各自、自前のものを使用している状態だった。

A元院長のころ、看護の現場から必要な備品等の購入要望があったにも関わらず、資金的な問題を理由にこれが認められなかったということが少なからずあった。A元院長はマスク1枚でももったいないという考えであり、「俺は一週間換えていない。」と自慢していた。

神出病院では、ベッドが電動にはなっておらず、ベッドの角度を変えるのは足踏み式のもののままであるし、車椅子も古いままで、病院が買わずに、長期入院患者に新しいものを買ってもらったりしていた。

第6 看護要員に関する問題

1 看護要員数と構成(看護要員数の実質的な不足)

(1) 看護要員数の減少

神出病院では、配置基準を満たす看護師数は確保されていたことになっているが、看護要員の総数は減少傾向にあった。それに対して、前述したように、看護の負担量は増加していったことから、看護の必要量に対する看護要員数は実質的には不足していた。

厚生労働省の病院経営管理指標の平成30年版によれば、看護師1人あたりの入院患者数は、医療法人が経営する400床以上の精神科病院では2.8人とされている（なお、この統計では正看護師数と准看護師数の調査しか行われておらず、ここでの「看護師」に看護助手は含まれない。）。

これに対し、平成28年度以降の神出病院における正看護師・准看護師数に対する入院患者数の推移は、**別紙8**「患者数・看護要員数」のとおりであり、平成28年当時は、看護師1名に患者3.5名程度であったものが、令和元年12月には4名を超えている。平均値と比較すると、看護師1名あたりの入院患者数は1名分以上多くなっている。

看護師一人が本来行うべき看護を行える患者の数には自ずと限界がある。神出病院では、看護師の不足によって、患者の人権に配慮した本来行うべき看護を行いにくい要因の一つが形成されていったことになる。

(2) 平均在職年数の長期化

看護要員数は減少している一方で、**表7 看護要員の在職年数の推移**のとおり、在職年数は逆に長期化している。

表7 看護要員の在職年数の推移

	看護師	看護助手
平成28年	5.0年	4.2年
平成29年	5.5年	4.4年
平成30年	6.0年	5.8年
令和元年	6.3年	5.7年
令和2年	6.7年	6.7年

このことは、長期間勤務している職員には経験の蓄積による充実した看護が期待できるというプラスの側面もあるが、職場全体のモラルや看護行為のレベルが低下している場合には、その状態が当たり前のこととなって問題点が意識されなくなり、患者の人権に対する配慮を欠く状態が蔓延するというマイナスの側面もある。神出病院では、後者の側面が作用し、新入看護師に対しても、従前から行われている神出病院独自のルールに基づく看護行為を実践するよう指導することによって不適切な看護が行われていた。

(3) 看護助手の割合の高さ

神出病院では、看護助手の人数が多い。神出病院では、看護師1人あたりの患者数は平均を大きく上回っているが、看護助手も含めた看護要員1人あたりの患者数を計算すると1.5人程度となって平均を大きく下回ることになる。

このことから、神出病院では、他の精神科病院で看護師が行っている業務を、看護助手に代替させているという合理的疑いが生じる。ヒアリングでは、おむつ交換を看護助手1人で行い、陰部洗浄等の排泄ケアが十分になされていないという事実が認められているが、看護助手は専門教育を受けていないため看護技術が身に付いていないし、看護倫理も学んでいないために患者の人権への配慮が不足しがちとなる。

(4) 結論

以上のような神出病院における看護要員の人数、構成によれば、既に平成28年ころには、患者の人権に配慮した看護を時間をかけて行うことができるだけの余裕はもはやなくなっていたと考えられる。

2 資質・能力の問題

(1) 資質・能力に関する具体的な問題点

当委員会の調査によると、神出病院の看護要員の中には、以下のとおり、資質に問題がある者が存在していることが確認できる。

- 年齢を問わず、職場生活の基本動作(社会人としてのマナー、挨拶、言葉遣い、身だしなみ)に欠ける看護師、准看護師、看護助手が、少なからず存在する。
- 看護心得の習得不足の看護師、准看護師が半数を占める。
- 精神科看護に関する専門知識、経験が不足した看護師が大半である。
- **ほぼ全員が、身体拘束について正確な知識を有していない。**
- **全員が、現在の医療水準に適った看護手順を十分に習得しておらず、神出病院独自の基準、方法(神出ルール)による看護手順を実践している。**
- ごく一部ではあるが、患者に対して悪意で接するような、看護要員としての資質を欠く職員が存在する。

(2) 研修機会の不足

看護師の資質、能力に問題がある原因の一つは、神出病院の看護師の殆どが、西神看護専門学校を卒業し、新卒で神出病院に入職した者であり、A元院長時代には研修費用がかさむという理由で外部の研修を受けることもできず、他の病院で一般的に行われるようになっている標準的な看護の水準を知る機会もないまま、先輩が行っていることに追従するしかなかったことにある。

神出病院内でも、感染対策などの最低限必要の研修を実施していたことを示す資料は存在するが、当委員会に提出された資料の大半は出席者名簿であり、行われた研修

の内容が、看護要員の看護の質を向上させることが期待できるだけの有益なものであったのかは確認することはできないし、A元院長自身が講師となった研修も少なくなかったとされている。

神出病院では、時代の変化に対応して他の病院では一般的に行われるようになっていくことが導入されておらず、旧態依然とした数十年前の医療水準に基づく看護が行われていた。例えば、患者からの暴力に対する対処方法として包括的暴力防止プログラム（C V P P P）を導入することが一般化している中で、神出病院では、第2事件発生までの時点でC V P P Pの研修に参加した者はいなかった。

(3) S看護部長の責任

看護要員の資質・能力の問題は、看護部長に意識の高い者が就任し、標準的な看護のあり方を指導して看護師の意識改革に取り組んでおれば改善された可能性もあるが、平成21年6月から平成30年2月まで看護部長であったSは、A元院長の指示・意向に追随するだけであって、現場の改革に取り組むことはなく、S看護部長の在任期間は看護の水準が停滞したままであった。S元看護部長退職後に看護部門の責任者に就けられたX1は、A元院長が看護部長を外部から招聘することができなかったために、内部の看護師の中で最も優秀な者として選任されたのであるが、看護部長としては能力も経験も不足しており、現場の改革を期待すること自体が酷であった。

神出病院の看護水準の問題は、約9年間にわたって看護部長を務めたS元看護部長の責任も大きい。

3 看護要員のストレスの増加

看護要員が職務上のストレスを抱えることは、看護要員の精神的余裕を失わせ、患者への対応が雑になり、ひいては患者の人権軽視の姿勢につながる一因となる。神出病院においては、前述したように、人手不足等によって時間に追われることがストレスとなっていただけでなく、以下のように、勤務条件への不満、劣悪な執務環境、A元院長の特異な性格など、ストレスの原因となる事情が山積していた。

(1) 恣意的な人事

当委員会のアンケート調査や職員へのヒアリングによると、神出病院では、職員の配置・待遇はA元院長が恣意的に行っており、お気に入りの者は、異動に関する希望がかなえられ、希望する病棟に異動できたり、異動したくないという者は何年でも同じ病棟で勤務を続けることができたりするが、そうでない者にはA元院長の思い付きによる人事異動が突発的に行われていた。昇給や昇格もA元院長が恣意的に決定していた。

A元院長に気に入られるか否かは、能力や人格が優れているかとは全く別問題であり、A元院長から気に入られている者は優遇されているという不満が病院全体に蔓延していた。

(2) 時間外手当の支給手続に関する不満

看護の必要量の増加に見合う人員が配置されていないことによって、病棟毎に程度の差はあれ、時間外労働が常態化していたが、時間外勤務手当の支払は厳しく制限されており、労務部門は、現場から申請がないという理由で、実際の時間外勤務に見合う時間外勤務手当の支払を行っていなかった。

看護要員が時間外勤務手当を受給するには、時間外勤務手当の申請書を提出する必要があるが、その用紙は師長が管理しており、師長がその手続に協力しなければ、時間外勤務手当を受給することはできなかった。少なからぬ職員が時間外勤務手当の不払いに対する不満を有しており、労働基準監督署に通報されたことによって、令和2年1月16日に、労働基準監督官から、「賃金計算の基礎となった残業申請による時間の記録とＩＣカードの記録による時間との間に相当な相違が存在している者がいるにもかかわらず、その相違の原因について、合理的な説明がない状況が認められます。」として指導票が交付されている。

神出病院では、精神病棟入院基本料15対1を獲得しており、看護師の配置基準15対1を維持するための出勤者を確保する必要があった。このため、A元院長は、年休を取得すると賞与金額が下がる仕組み（賞与算定時に、有給未消化率が低いと賞与を減額する。）を策定し、実質的に、年次有給休暇を取得しにくくしていた。この制度については職員が不満を持っており、N人事労務部長は、A元院長に対し、その旨を伝えていたが、A元院長は、「誰がそんなこと言っている。直接言いに来い！」と言って聞く耳を持たなかった。当然ながら、誰もA元院長に直接意見を言いにくいける者などいなかった。

時間外労働手当が適正に支払われないことや、年次有給休暇の取得が抑制されている状況に職員が不満を抱かないはずがない。

(3) 人事考課に関する不満

当委員会の調査によって、人事考課について以下のような不満があることが確認された。

ア 人事考課の仕組みは一応準備されていたが、考課結果は昇給・昇進とは結び付けておらず、昇給・昇進は人事考課とは無関係にA元院長の忖意（職員に対する好き嫌い）によって決定されていた。

このことについて、A元院長の退職後に錦秀会本部が行った調査では、以下の点が指摘されている。

「特別賞与については病院長の独断で決められており、ベース表自体何を根拠に算出されているのか不明瞭であり査定仕方かなり問題がある。」

「人事評価については年2回実施しており、評価委員会も開催されているにもかかわらず、評価結果に基づいた査定がされていないことや、昇進・昇格、賞与

などに反映されていないことは問題であり、職員のモチベーションにもつながるため改善が必要である。」

イ この点については、兵庫錦秀会の危機管理委員会が職員69名から回答を得たというヒアリング調査の中間報告においても、「院長にイエスマンな人間が気に入られる。気に入られると昇進する。特別賞与も院長のお気に入りの人は高くもらっている。」、「師長が評価をつけたものが院長のところで変えられるらしい。」、「院長のお気に入りには『チーム^{オー}O』と呼ばれている。」という回答があったことが認められる。

ウ 昇進が能力とは無関係にA元院長の恣意によって決定されていたため、昇進した者の中には、昇進後の地位に応じた職責を果たせない者がおり、能力もないのに昇進しているという不満（不公平感）を抱いている者が少なくなかった。

(4) 特別賞与に対する不満

神出病院では、夏と冬の賞与時に、院長の判断で「特別賞与」の名目で加算が行われていた。

特別賞与を誰にいくら支給するかは決定は、看護師の場合、職員名簿に当該賞与算定期間の業務評価（師長が評価したもの）が記載された用紙にA元院長が手書きで、特別賞与額を意味する数字を書き込む方法で決められていた。

令和元年冬期賞与を例に挙げると、手書きの数字は「0」から「28」まであり、これは、「0」と記載された者には加算がなく、「28」と記載された者には28万円が「特別賞与」として加算されるという意味である。当委員会のヒアリングにおいて、その数字が大きい者の名前をあげて、その者がA元院長のお気に入りであると思われていたかを質問したところ、数字が大きい者（加算額が多い者）は殆どがお気に入りと思われる職員であった。

「0」と記載された者の業務評価はいずれも「^{マイナス}」と記載されているため、加算がなくても不整合とはいえないが、最高額の特別賞与28万円を支給された職員の業務評価は「2.60」であったのに対し、最高の業務評価である「3.43」を受けた者の特別賞与額は2～7万円であったことからすると、特別賞与の金額の決定が、業務評価とは無関係に恣意的に行われていたことは明白である。神出病院ではもともとの賞与額が多くないため、特別賞与の加算額が数万円異なるだけでも不公平感は大いのものであった。

A元院長から気に入られて恩恵を得られていた者以外の者は、相当な不公平感を抱いたものと思われる。

(5) 退職する職員への対応に関する不満

西神看護専門学校の学生にとって神出病院は魅力的な就職先ではなく、同校からの入職者は、全員が奨学金の貸付を受けた者であり、5年間勤務することによる免除制

度を利用することを目的として入職したものであるため、5年間は耐えて勤務するが、5年が経過すると退職を希望する者が少なくなかった。

A元院長は、退職を希望する者に対して、昇進や昇給と引き換えに勤務を続けるよう求めることが少なくなく、実際に、それによって昇給した者も存在するし、引き止めに応じない者については、懲罰的に、退職直前に勤務する病棟の異動を命ずることが行われていた。

看護師にとっては、病棟が変わると、患者の氏名や病状を新たに覚えなくてはならなくなるし、病棟毎に看護手順も異なっているため、残り少ない勤務期間で病棟が変わることは多大な負担となっていた。

退職するか否かは、本来、労働者がその自由意思で決断できるものであって、その意思決定を歪ませるような行為が使用者が行うことは許されることではない。直接の被害を受けるのは退職する職員であるが、このような行為は、勤務を続ける職員にとっても病院に対する不信を招き、不満を抱きやすい状況を生んでいた。

(6) 病棟の環境の問題

第2章、第3項、第5、4及び5で述べたところであるが、以下の要約するとおり、病棟にカビの発生した箇所が多数存在するし、病室の掃除は行き届いていなかった。このことは、患者にとって、療養するための環境として不適切であっただけではなく、働く者にとっても適切な就労環境ではなかった。

ア カビの発生

当委員会が神出病院を訪問した際にも、神出病院の病棟の天井では、ビルトインエアコンの吹き出し口周囲に黒ずんだ箇所が多く見られた他、配管から漏れた水が天井の下地に入り込み、浮きやカビを生じさせている箇所が少なくないことが確認できているが、その他にも、看護要員の聴取等によると以下の事実が認められる。

- ① 季節を問わず一年を通して病室の壁や天井にカビが見られる状態であり、梅雨時は特にひどい。
- ② なかでも浴室は特にひどく、ほぼ全ての浴室で浴槽の周囲だけでなく、脱衣所の壁一面や天井にまで黒いカビが広範囲に生じ、一部には完全に穴が空いていることが確認できる状態である。
- ③ このため、職員の中には個人的にカビ除去剤（カビキラー）を使って年1回掃除をしている者もいるが、改善するには至っていない。

イ カビの原因

カビが繁殖する原因について、退職者の中には、閉鎖病棟内での換気が不十分であることを指摘する者がおり、換気が不十分であることによって病棟内に便臭が籠もっていたことも指摘されている。なお、便臭（尿臭ではなく、大便臭である。）が病棟内に籠もっていることは、当委員会が病棟の現地調査を行った際にも感じられたことである。

また、エアコンの故障やこれに伴う漏水、壁・天井等への浸出による腐食も頻繁に生じている。

これらの換気が不十分である点やエアコンの効きが不十分である点が病棟内のカビの繁殖の原因になっていたと考えられる。

職員の中には、このカビの繁殖が患者、職員の健康に影響を及ぼすおそれも危惧し、「カビが生えているので直さないといけない」と病院の上層部に訴える者もあり、事務所のE2課長もそのことを訴えていたが、A元院長は「これくらいええわ。」として取り合わなかった。また、既に述べたとおり、C元事務部部长は、カビだらけの病室の状況について、職員自らが掃除して解消すべき問題であり、職員が掃除を怠っているだけであるという認識であった。

ウ 掃除が行き届いていない問題

病室・デイルームを問わず掃除が行き届いていないことを指摘する職員、元職員は多く、患者の使用する車椅子やイスも食べこぼしで汚れたままの状態であることも少なくないし、椅子の布地が破れたまま放置されていたものもある。大便で汚染されたカーテンがなかなか洗濯されないままであったり、病院内に蜘蛛の巣が張っていたりしたという問題もある。

この点、病棟の廊下だけは業者に清掃を委託してモップで拭かれていたが、病室内は委託の範囲外とされており、看護要員が清掃しなければならず、その時間がないために、手が空いた時間や土日に看護師や看護助手が掃除機とモップを使って行っている状態である。しかし、業務が忙しすぎて病室内の清掃が行き届かず、重症でない患者の居室については週1回掃除ができていればよい方であったとされており、療養するための環境としては不適切であった。

(7) A元院長の特異な性格

ア 患者の転院・転棟

A元院長の令和元年6月付労働契約書では、退職金を増額する条件として、神出病院から■■■■病院への転院者を一定数以上確保することが定められることになった。A元院長は、自らの都合で、かかる転院に適した患者を選定し、■■■■病院への転院を勧め、実際に3名の患者を転院させている。結局、そのうち2名の患者は神出病院に戻ってきており、A元院長が3名を転院させたのは患者のために行ったことではないことは明らかである。

A元院長は、神出病院内においても、療養病棟に空きができれば、一般病棟の患者を療養病棟に転棟させている。これは、治療上の必要性とは無関係に診療報酬を最大限獲得する目的で療養病床を満床にしようとしていたものである。

このように、A元院長は、患者を、尊厳を有する人間ではなく、「物」であるかのように扱っていたため、A元院長の性格に不快感・嫌悪感を覚える職員は少なかつたと推測される。

イ 恣意的あるいは身勝手な叱責

A元院長は、神出病院内では絶対的な存在であり、意に沿わない行動を行う者は、職員であつても、西神看護専門学校の学生であつても、また、外部の人間であつても、容赦なく叱責していた。

A元院長は、廊下で挨拶した職員に対し、職員の声を聞き逃したのは自分であるのに、当該職員を一方的に叱責し、「(挨拶しないのは)人間としてどうかと思う。」と言ったことがあるし、食堂ですれ違った西神看護専門学校の学生に肩が触れたと行って怒鳴り散らしたこと、神出病院近くのコンビニエンスストアのレジに並んでいた際に、店員に「俺は院長だぞ。早くしろ。」と怒鳴ったこと、シャトルバスの発車時刻に自分が遅れたことを棚に上げ、他の職員を乗せて既に発車したバスを呼び戻させた挙げ句、当該バスの運行業者に連絡し、特段非のないそのバスの運転手を解雇させたことなど、A元院長の性格の特異さを示すエピソードには事欠かない。

看護要員にとっては、いつ、何がA元院長の怒りを買うことになるか分からないため、神経を研ぎ澄ましながら業務を行わなければならない、多大なストレスであつたと推測される。

(8) 人事労務部門の無策への不満

職員の働きやすい環境を整備するのは人事労務部門の役割であるが、兵庫錦秀会の人事労務部門はその役割を全く果たしていなかった。兵庫錦秀会では、Nが平成18年1月から人事労務部長を務めていたが、同人は、当委員会からのヒアリング時、「きちんと就労環境を整えるという役割は人事労務部長にはないのか。」と問われると、「・・・現場の責任者の管理だというふうに私は認識していた。」と答え、「その責任者をあなたが管理しないといけないという認識はあつたのか。」と問われても、「何か問題が起これば対応しないといけないという認識はあつた。」と答えるだけであり、労務部門の職責を全く果たしていなかった。

200人を超えるスタッフがおれば、職員間でのトラブルが生じることは避けられないことである。神出病院では、新人がいじめられることは珍しいことではなかったようであるし、師長が部下からの集団いじめによって退職に追い込まれた事例も存在するが、人事・労務部門は全く機能しておらず、いじめられた職員を守ることはできていなかった。

そればかり、長年にわたって人事労務部長であつたNは、職員の個人情報を管理する立場でありながらプライバシーに関する情報を漏らすなど職員に対する配慮を欠いており、N部長の存在が職員の不信感を招く一因となつていた。

第7 医師の資質の問題

1 医師の資質・意欲の低さ

- (1) 神出病院の医師による医療行為の実態は、第2章、第3節、第1で述べたとおりである。要約すれば、精神科病院の精神科医は、自ら積極的に患者の病態を継続的に観察し、カンファレンスを通じて看護要員と患者の情報を共有し、患者が落ち着いた精神状態を保つことができるよう、薬剤を調整し、看護師に対して適切な対処方法を指示したり、誤った対処方法を訂正するよう指示したりしなければならないが、神出病院においてそのような態度で診療に当たっていた医師は、A元院長の時代には皆無であった。このことの原因は、医師の資質に問題があったか、資質に問題がなくても、意欲が低下していたかのいずれかである。神出病院では、医師の人数こそ確保されていたが、A元院長時代の医師による医療行為の質には相当程度問題があったといわざるを得ない。

(2) その原因

ア 医師の質を度外視した採用

平成28年以降の医師の構成の変化は、第1章第3節第2・2のとおりであり、精神科常勤医師の人数は確保されていたことになる。

しかし、そもそも医師の中で精神科医はさほど多くはないこと、神出病院の立地・交通の便の悪さ、他の精神科の患者よりも神出病院の患者は治療の難易度が高いこと、神出病院の施設の老朽化など、神出病院が精神科医を新規採用するための阻害要因が重なっているため、神出病院で勤務してくれる精神科医を確保するには、医師としての能力、専門性、経験、人格といった医師としての素養を顧慮して採否を判断するだけの余裕はなかった。A元院長は、応募者は事実上誰でも採用するという対応を行っていたため、神出病院の医師には、一定数、医師としての素養に欠ける者がいたことが認められる。

イ A元院長による管理懈怠

雇用した医師の中に医師としての素養に欠ける又はその虞がある者がおれば、病院の管理者であるA元院長には、その者が適切な診療を行っているかを把握し、不適切な行為があればそれを是正する手立てを講ずべき責任があったが、A元院長は、何ら有効な手立てを講じないまま、上記状況を放置しており、管理を懈怠していた。

ウ A元院長の病床利用率の固執がもたらした特殊事情

病院は、本来は、患者の傷病を治癒あるいは寛解させるために治療行為を行って社会に復帰させるための場所であり、医師としては、自ら、患者の病態を積極的に把握し、治療方針を立て、実行することが求められる。

ところが、A元院長時代の神出病院では、そもそも疾患の寛解を期待しづらい(あるいは、できない)患者が多かったし、A元院長は、病床利用率を維持するために

退院抑制を行っており、患者の退院に繋がる症状の寛解を目指した医療を提供していたとは言えない。

また、患者の中には、身寄りがなかったり、家族があっても、家族からは退院が望まれず、看取りまで神出病院で行ってもらいたいと希望されている者が存在しており、患者側からも、必ずしも症状が寛解して退院することが望まれているとはいえないという特殊な事情があった。医師の側には、「どうせ退院を望んでいないのだから」というような認識があったために、真摯に治療に取り組もうとする姿勢が欠如していたのではないかと考えざるを得ない。

エ 組織の自浄作用の欠如

正常な組織運営がなされた病院であれば、医師による不適切医療があれば、いずれは看護要員からの報告がなされるはずであるが、神出病院では、院長就任後のA元院長の尊大かつ身勝手な言動から、看護要員は、萎縮してA元院長になすべき報告をできない職員と、A元院長におもねる発言しかしない職員ばかりになり、そのような自浄作用が働かなかったと推測される。

オ 小括

以上より、A元院長時代の神出病院では、医師本人の医師としての素養不足、A元院長の管理懈怠、A元院長の病床利用率への固執が招いた特殊事情による医師の意欲の減退、組織としての自浄作用の欠如が重なって、医師が本来なすべき医療行為をなさないことがまかり通る風土が醸成されていたと認められ、そのような風土が、神出病院の医師による医療行為の質の低下を招いたと認められる。

(3) 医師の診療行為に対する看護師の評価

医師の質を度外視した採用を行うことによって、医師の人数は足りていたが、採用後に医師が行った不熱心・不適切な医療行為について、看護師への聴取において、以下のような不満が述べられている。

- A 4病棟は色々な混合の症状の患者がおり、ガチガチのターミナルの患者もいる。血管ぼろぼろで、患者が何度も採血するのは痛いと言っている状況で、頻繁に採血しても採血データが変わらないのに、O 3医師の指示で何度も採血をしないといけない状況があり、職員側で憤りを感じていた。私はおかしいと上に言ったこともあるが、それはしょうがないね、と言われ、改善されなかった。
- O 2医師は、どんな患者であっても診察時に言うことがルーティンで同じ。ありえない。
- 医師はすぐ来るかどうかは人による。事件前は、すぐ来ない、来ても話も聞いてくれない医師もいた。

- 夜勤時、患者の容体が急変したとき、当直医に連絡することになっていたところ、夜間の電話に怒る医師もいた
その医師は、指定するこの時間じゃないと連絡したらダメ、とか言っていた。夜間帯の夜中に電話すると、ダメと言われた。
- O7 医師は、電話連絡しても診に来なかった。電話で口頭でされる指示を、自分がカルテに書き取った。ピンク指示（熱発、不穏のときの指示が書かれているブ厚めのピンク色の紙があり、カルテに挟んでいた。（注：医師思指示簿））に従えと（「なんのためにピンク指示があるんですか？」と不機嫌に言われる。）。
- 今残っている医師の中ではO6 先生はあまり診察しない。
- 薬の調整の打診をしても、対応してくれない医師もいる。何故この薬を出すのか、という医師もいる。それはO6 医師
- 今は退職していないがO8 先生は診察したのを見たことがなく、口頭で看護師から聞いて指示をしているくらいだった
- 前院長に限らず医師が責任をとらない、逃げる。O8 先生は何かあったら看護師の責任にしていた。
- 私は医師に対し、何でも看護師の責任とするかのような発言を受け、あなたはそれでも医師ですか？と言ったことがある。
- 呼んですぐ来てくれる医師と、なかなか来てくれない医師がいる。O5 先生はなかなか来てくれない。急に何かあって電話しても来てくれなくて探し回ったことがある。
- 自分の足が悪いのを理由にして病棟にまで来れないと言う医師がいる。私がその医師に対し、「車椅子で先生を病棟まで連れていきますよ」と話をしたら電話を切られたので、主治医を変えてくれと言ったことがある。それはO5 医師。
- 今、病棟には居ないが、O5 先生は全然考えてくれない。報告しても「だから？」みたいな感じで。「ほかの患者さんとトラブルになっています。」と説明しても、「お薬増やしてふらつきが出て転倒しても困るでしょう？あんたらでなんとかして。」で終わってしまう。
- O9 医師は高齢で、痴ほう症では？と思うような対応のことがあった。
- 何かの罰として患者のおやつを抜くことを普段からしていた。
- A元院長のA1 病棟のラウンドは定時間際に来て、指示切れの処方だけ書いて、診察もしないで帰ってしまう。主治医として回診するときにそういった状況だった。患者さんの状態も見るのが少ない。看護師から状況を聞いた内容だけで済みます。自分からは聞かないし見ない。

(4) 行動制限のための診察に関する神戸市の指導等

ア 行動制限を行うには精神科指定医の診断が必要であるが、神出病院の医師は、診療録に、第2章、第2節、第4、1で前述したゴム印を押して、「自傷」「他害」等の項目に「○」をつけているだけで、それ以上の記載を行っていないのが大半であり、「其の他（ ）」の欄に「生命の危険」と手書きで記載されているものも散見されたが、「生命の危険」の具体的な事情は記載されていなかった。行動制限の理由が具体的に記載されていなければ、それを解除するための診断が適切に行えるとは考えられない。

神戸市は、毎年、神出病院に対する実地指導を行っており、その結果に基づいて指導事項を通知し、改善を求めているが、本件刑事事件が発覚する前の5年間（平成27年度～令和元年度）において、神戸市が実地指導の結果に基づいて指導していた事項のうち身体拘束・隔離に関するもの、それに対して神出病院が提出した改善計画の内容は以下のとおりであり、神戸市は、毎年度、身体拘束・隔離について、診療録における行動制限の理由の記載内容が不十分であるとする指導を繰り返していた。

	神戸市からの身体拘束・隔離に関する指導事項	神出病院が提出した改善計画
平成27年度	行動制限（隔離・拘束）が継続されている診療録への記載について、理由や精神症状について具体的に記載し、行動制限の最小化に努めること。	（神戸市の公開文書中に見当たらず。）
平成28年度	行動制限を行う際（継続中含む）、診療録への理由の記載が不十分なものが見受けられたため、具体的な精神症状を記載すること。	行動制限を行う際（継続中含む）、診療録に具体的な精神症状を記載いたします。
	行動制限最小化委員会の議事録について、検討された内容についての記載がなかったため、行動制限が最小限になるような検討に努め、検討内容を記録すること。	行動制限最小化委員会では、行動制限が最小限になるように検討し、議事録にも検討内容を詳細に記録いたします。
平成29年度	行動制限最小化委員会の議事録について、見込みが立たないという記載があった。最小化するための検討すること。	行動制限最小化委員会で行動制限に対して、どのような場合手も行動制限を最小化する為の検討し議事録に記載致します。

	行動制限（身体拘束・隔離）について、継続診察については定型文になっているものが多く見られた。定型スタンプだけではなく、週 2 回程度の主治医によるカルテへの記載が望ましい。	行動制限（身体拘束・隔離）について、継続診察では、定型スタンプだけでなく、週 2 回程度の主治医によるカルテ記載するようにしました。
平成 30 年度	行動制限（身体拘束・隔離）が長期になっている方について、行動制限が漫然と行われることがないよう、診療録へは個別の精神症状の記載を行うこと。	行動制限（身体拘束・隔離）が長期間にならないように努め、漫然と行動制限をしないように致します。又、診療録には、個別の精神症状を記載致します。
令和元年度	行動制限（身体拘束・隔離）が行われている方について、行動制限が漫然と行われることがないよう、診療録へは個別の精神症状の記載を行うこと。	(神戸市の公開文書中に見当たらず。)

イ 兵庫県精神科病院協会精神医療適正化委員会の報告書

兵庫県精神科病院協会の精神医療適正化委員会（委員長：大塚明弁護士）は、兵庫錦秀会からの依頼に基づいて令和 2 年 9 月 2 日に実地検査を行い、同月 7 日付け報告書を作成している。

当該報告書には、「9 月 2 日の実地調査ではカルテ等も閲覧したが、身体拘束の記録はゴム印で押捺されており、そこには拘束を必要とされる理由の記載はなかった。ゴム印の最下行には必要性を記入すると思われる 1 行の欄があるが、記載がなかったのである。また、この 1 行だけで拘束を必要とする理由が記載できるとは思われない。」と記載されており、神戸市の実地指導と同様の指摘を行っていることからしても、診療録における行動制限の根拠に関する記載は長年にわたって不十分なままであったといわざるを得ない。

ウ O1 副院長の認識

(ア) O1 副院長の運営委員会での発言

O1 副院長は、令和 2 年 7 月の兵庫錦秀会運営会議において、隔離・身体拘束診について、「以前から保健所の監査で指摘されていたが、先週の水曜日からすべて直筆でさせていただくことにした。今後記載方法の変更をすることがあると思うが、そうなればまた連絡させてもらう。土日出勤されている医師で、隔離・拘束診に慣れていない医師もいると思うので、記載漏れ等ないように気をつけてもらいたい。」と述べている。

この発言は、令和２年７月以前は自筆で診療録に記載することは行われておらず、ゴム印を押して、該当項目に○を付けるだけであったことを認めているものである。そのような記載しか行われていなかったために、神戸市は、神出病院に対して、毎年、診療録に行動制限を必要とする事情を具体的に記載するよう指導していたが、神出病院の医師は、そのような記載で済ませていることが問題であるとは思っていなかったことになる。

平成２年７月以降に手書きで記載されるように変更となった診療録も確認されているが、ゴム印に代えて、定型文言を手書きで記載するようになっただけであり、患者の個別事情に応じた記載とはなっていない。

(イ) 当委員会からの照会に対する○１副院長からの回答

当委員会は、平成２０年１１月から神出病院に勤務している○１副院長に対し、神戸市の指導を受けながら記載内容が改善されなかったために年同様の指導が繰り返されていることについて質問を行ったが、○１副院長の回答は、以下のとおりであった。

- ① 実地指導の内容が医師の間で共有されていたかについては、「実地指導の翌日に朝のミーティングでＡ前院長が実地指導における指摘事項、とくに行動制限については内容を口頭で報告していました。」
- ② 精神症状を診療録に具体的に記載することについては、「Ａ前院長から指摘事項に関して具体的にどのようにすればよいかの指示はされていました。具体的な指示は③に記載しています。指示当日より院長の指示については実行していました。」
- ③ 毎年同様の指導が繰り返されていたことについては、「今から１０数年前かと思いますが隔離診察・身体拘束診察の記載に印鑑を使用することは神戸市に了解を得てから行っておりました。その際に印鑑だけでは不十分で必ず自筆の記載が必要ということで、印鑑の枠内に不穏や多動、異食等の精神症状の記載をするよう指摘されていました。記載は行われていたと思いますが稀に抜けることがあったようで枠内にはきちんと記載をするように前院長からは言われていました。ただ神戸市の指摘は枠外にももう少し詳細に記載が必要という事であったのかもしれませんが、前院長からは枠内の自筆の記載を忘れないようにと言われておりましたので、皆そのように実行しておりました。神戸市の指摘と院長の捉え方に差があった可能性があります。」

この回答内容は、〇1 副院長の運営会議における発言内容と矛盾している。その点を別にしても、神戸市の指示は、ゴム印の枠内か否か、自筆か否かという記載形式を問題としているのではなく、患者の個別事情に応じて行動制限を必要とする具体的な精神症状を記載することを求めているのである。精神保健指定医として、適正な診察を行って行動制限を開始すること又は継続することが必要と判断したのであれば、その根拠について具体的な記載を行うことが可能なはずであるし、当然、その判断を診療録に記載することになるはずである。その診断内容を具体的に記載する文字数がゴム印の枠内に収まるようなものにとどまるはずがないし、その記載を自筆で行うことになるのは当然のことである。

〇1 副院長の回答は、行動制限を行うことが患者にとって大きな負担となるにもかかわらず、医師の側では、その重大性を認識した慎重な対応を行っていなかったことを示すものである。

(ウ) 医師の診断が適切に行われていなかったことは、行動制限の場面に限られるとは考えられないのであり、医師が適切な診察を行っていないことは、看護師が患者に対して適切な対応を行おうとする意欲を阻害する原因になっていたと考えられる。

2 医師の対応が看護師へ与えた悪影響

(1) 看護師の看護は医師の指示に基づいて行われるものであり、特に、行動制限については、精神保健福祉法第37条第1項に基づく基準において指定医の判断が求められる。

ところが、看護師に対するアンケートでは、医師からの説明や指示に関する問題について、以下の回答があった。

Q 医師から担当している患者さんの病状や対応方法について説明や指示を受けることはありましたか。

- 不穏が続いている患者様について報告しても特に対応してくださらない。抵抗が強く、看護できない状況でも「様子観察」は理解できません。転倒、転落、誤嚥を防ぐことも重要ですが、患者様に落ち着いて生活していただくことが第一なのでは？
- "対応方法については看護師が考えろ"と言うばかりで結果、「簡易拘束」につながったのではないかと考える。

- 現在在籍の Dr（注：医師）も病状についてや対応方法について説明や指示は一切ない。”
- 対応方法を再度打診したり他の Dr に相談したりする。すぐの対応ができない。
- 問題がありすぎて書けない。対応方法は Ns（注：看護師）まかせにする Dr が多すぎる。一緒に考えてくれる Dr は O 1 Dr や O 4 Dr くらいだと思う。
- 現在までは問題ないが、今も問題がないかと言われれば問題があると思う。まず、医師から看護師に説明もないと看護の統一もできない。今も看護師が各々対応しており疑問を感じることは多々ある。報告すると対応方法の指示があった。
- カルテに指示はあるが説明はほとんどない。Dr による口頭指示のみの時もあった。
- どのようにアプローチしていくか決められない。
- 細かい内容が多く思い出せない。DNR の Dr が多いため、あまり積極的に治療してくれない印象は常にある。（注：DNR とは、患者の容態が急変して心停止しても、心肺蘇生を行わないこと（do not resuscitate））

(2) 上記の回答にあるように、神出病院においては、医師から看護師に対して必要な指示が行われていたとは認められない。

ヒアリング結果によっても、医師は、自ら適切な医療行為を行っておらず、看護師から、医療人としての適性に疑問があるとまで思われている医師も少なくなかった。当直医に至っては、大半が非常勤且つ精神科以外の医師であり、夜間の身体拘束について、適宜適切な対応を取るなど、当初から期待できない状態にあった。

そのような医師の下で看護師だけが高い倫理感を持ち続けることは困難であり、人手が不足する中で看護師の判断だけで対応せざるを得ないことになれば、適切な看護が行われなくなるのも必然の結果である。不適切な看護が行われていたことは、専ら看護要員だけの問題ではなく、看護師に対して指示を行うべき医師も責任を問われなければならない。

第8 職員の患者への問題行為に対する対応の不備

1 医師からの意見具申に対する対応

平成21年3月には、当時勤務していた精神科医が看護師2名が患者に対して暴言・暴力行為を行っていたことを指摘し、関係者の処分や再発防止のための取組みについて意見書を提出している。この意見書はA4用紙3枚にわたるもので、その中には、コンプライアンス委員会を設立すること、人事考課制度の見直しを行うことなどの具体的な提案が行われており、真摯に対応すべき内容となっている。

ところが、神出病院がこの意見書に対して何らかの取組みを行ったとは認められない。神出病院には、自主的に患者に対する暴力・暴言の問題に対応しようとする意識がなかったのである。

2 患者への暴行に対する対応

神出病院の職員による患者に対する暴力行為は、本件刑事事件前にも発生していたことである。神出病院に保管されている記録上で明らかな暴力行為には以下のものがある。

- ① 平成26年10月、残飯入れから盗食しているところを発見した看護要員が、当該患者の大腿部を蹴り、「足が立てないようにしてやるぞ」と脅した。被害患者に骨折はなかったが、大腿部に10～15cm程度の腫脹が生じた。
- ② 平成30年1月、B4病棟で、看護要員が患者に対してミトンを投げつける、大声で威圧する、顔面を平手で叩いて口元から出血させた。別の患者に対して、胸ぐらを掴む、頭を叩いた。この事件は乙1と甲が確認している。
- ③ 平成30年8月、看護要員が、車椅子に乗った患者を故意に車椅子ごと倒し、そのまま放置している。この被害患者は、その後自分で自分の首を絞めて自殺するかのような素振りを行っていたところが、他の看護要員によって目撃されている。

兵庫錦秀会が過去に行った懲戒処分は、平成19年に施設利用者の金銭を横領した職員を懲戒解雇した事例が存在するだけであり、上記の暴力行為に対しては何らの懲戒処分も行われていない。職員に対するヒアリングによっても、A元院長は、問題を起こした職員は、病棟を異動させるだけで、それ以上の対応を行っていなかったとされている。

神出病院では暴力行為を行っても処罰を受けることがなく、病院内の規律が保たれていなかったし、再発防止策を検討・実施することも行われてこなかった。

第9 患者の人権を考慮しない看護行為の定着

1 効率化の優先

神出病院では、以上のような事情が総合した結果、看護要員には、患者のための本来行うべき看護を行う時間がなくなっていったり、看護学校で学んだはずの患者の人権に配慮した対応を行わなければならないという当然の認識が希薄化したりすることになり、多くの看護師が、「やらなければならない業務が他にもあること」や「患者の利益」を口実として、手間をかけずに効率的に済ませることを優先するようになり、患者の人権や個人としての尊厳に対する配慮が後退していった。

看護要員は業務を効率的に処理しようとして、形式だけを整えておけばよいという考えが横行するようになり、なぜその処理が求められるのかを考えて行動することはなかった。このことは、当委員会が多くの職員のヒアリングを行う中で強く感じたことであり、本来のあるべき姿を考えることなく形だけの処理を行っており、看護師の中には、「自分で考えなくてもよいので楽である」という安易な発想に至っている者も少なかった。

看護師に対するアンケートでは、在院患者数の増加がもたらした影響について、以下の回答があった

Q 入院患者が増加したことによって、必要な看護ができなくなっていると思ったことはありました。どのようなことができなくなっていると思いましたか。

- 流れ作業のようにケアを行っており、とてもショックを受けました。いかに素早くおむつ交換ができるか、時間がかかれば陰口といった風でとても疲れました。
- 入浴やおむつ交換にかかる時間が短くなったり、自立している患者様の話を聞く時間があまりとれていなかった。
- 一人一人への傾聴
- ルーティンワークに追われ、看護計画を作ることができなかった。患者とのコミュニケーションをとる時間がなかった。
- 処置やD I V（点滴静脈内注射）管理などに追われて保清のケアができなくなっていったり、環境整備ができなかった。
- 暴言、暴力、異食、性的逸脱行為などがある方の対応に時間がかかり、外の方の話を聞く時間、口腔ケア爪切り、髭剃りといったケアに手が回らないことがあった。
- 保清の援助、訴えの対応、処置
- 個別性のある看護、丁寧な看護
- 清潔ケア、ゆっくり話す。一人一人の看護。
- 口腔ケア（フェイスクア）、爪切り、耳掃除、環境整備
- 検温や処置など必要最低限のことしかできない時期があった
- 業務に追われすぎて時間内(就業時間内)に終わらず（仕事を）ことしか考えていなかった。
- 人手が足りず看護度の高い人が優先となり患者さんの話を聞くことすらできなかった。丁寧な対応もできていなかった。
- 内科合併症の患者様を多く受け入れすぎて、通常業務が終わらず残業ばかりの日々も多くあった。
- 一人一人の方とゆっくり関われない。
- 保清、A D L（日常生活動作）を上げるための個別ケア
- その日の受け持ち患者様が多くなると、一人一人に対しての観察が十分にできない。
- 常に思っていた。患者様に対するケア（清潔）。精神科であるのに話を聞くことができていなかった。環境整備
- 入院患者様は療養病棟では常に60床満床の状態でしたが、患者様のA D L（日

常生活動作)や迷惑行為率の増加など、ケアを必要とする患者様が明らかに増え、マンパワー不足を強く感じる様になりました。1つの病棟内においても患者層とケアが多岐多様に渡っていたと思います。

- 深く関わることができない。業務多忙でイライラしてしまいゆっくり話が聞けないことがあった。
- 保清が十分にできていない。
- 病室内の掃除
- 休憩がとれない、コミュニケーション取れない、残業がつかない。
- 自分の患者さんとのコミュニケーションが不足していた。S S T (社会生活機能訓練)や、レクリエーションといった事にかける時間が減少した。一つ一つの看護技術が雑になっていた。教育にかける時間がなかった。
- 具体的な事はたくさんあるが、一人一人患者の事を理解できてないことがしばしばあった。
- 患者の話をよく聞くや社会復帰するために必要な常識や教育を取得するための関わり
- 全て
- 業務時間内で仕事を終わらすには看護度の高い患者、処置の多い患者を優先するしかなかった。そのため看護度の低い患者や、法令に順守した業務ができなかった。
- 業務に追われて、患者様の話が十分に聞けなかったり、時間が足りず看護より業務優先になっていた。
- 業務に追われて、ケアが行き届かない時があった。
- 入浴等、日々の業務におわれて、患者様とゆっくり関わる事ができていなかったと思う。
- 清掃(病室)や患者様の整容が後回しになりがちだった。自立度の高い患者様に待ってもらうこともよくあった。
- 多忙のため、丁寧な対応ができなくなった。
- 傾聴の時間がとれず患者様のストレスが多くなったり精神的に不安定な患者様への対応を少人数でしなければならぬ時があった。
- 日勤、夜勤問わず全ての業務
- 患者がふえれば処置もふえる。精神科なのに一人一人とゆっくり話をする時間もなく身の周りの世話だけで心のケアはできていないと思った。入浴もゆっくりさせてあげたいのに人数が多いので次々入れないといけなくなり患者さんがリラックスできないと思う。
- マンパワー不足で、1日の業務をこなす事が精一杯で、1人1人の患者さんに向き合ったりする事はできなかった。

- 点滴とか増えて夜勤が大変に感じることはあった。
- 忙しく業務が終わらず患者様一人一人のケアができなかった。
- 口腔ケア・清潔ケアなどに対してできていなかったと思う。
- 病患別・病状レベル別等の区分なく、入院を受けており、急性期、慢性期、認知症等が、混在する状態にあって、本来はケアに時間をかけなくてはいいけないが、こなすだけの関わりになりがちだった。
- ある程度のことをできていたがコミュニケーションであったり丁寧に関わる時間。
- 人員が少なすぎる。介護師が不足しており、看護業務と介護業務の両方をしているとケアがしっかりできない。
- 傾聴や身体介助。
- 患者様との会話もゆっくりできない。時間に追われる。業務優先になる。
- 重症患者、精神的に安定していない患者、認知症で暴言・暴動のある患者が1つの病棟におり優先順位で仕事をしてても自分が優先だと言われたことなど。

2 看護記録の記載

- (1) 業務を効率化するために形式だけ整えようとしたことの一例は、看護記録における患者の様子の記載である。本来、看護記録は、患者の病態を記録し、実施した看護の内容を記録するために、毎日・一定間隔で、正確かつ必要な記載を行うことが求められる。ところが、形式だけ整えておけばよいという考えが横行するようになったために、何らかの記載さえ行っておけばよく、実際に患者の様子を観察しておかなければならないという当然の認識ですら希薄化していった。看護師の中には、「担当していない患者の看護記録を渡されて、記載しておくよう指示されたために、何を書いてよいか分からないので、当たり障りのないことを記載しておいた」と述べる者もいるし、保護室に隔離していた患者について、「1時間おきに様子を観察したという記載にしておかなければならないために、実際には、他の業務に手を取られて観察を行えなかった場合でも、観察したことにして、観察時刻と観察者氏名の記載を行っていた」と述べる者もいる。
- (2) 当委員会が閲覧した看護記録の中には、2頁にわたる約2か月間の記載の殆どが毎日「10:00 ホールにて穏やかに過ごす」という趣旨の記載だけがなされたものがあつた。実際に患者の様子を観察していたのであれば、日によって異なる記載が行われて然るべきであるし、本当に2か月間も穏やかに過ごすことができていたのであれば、退院させるべきであり、閉鎖病棟への入院を続けさせる必要があつたとは思われない。いずれにせよ、このような記載からは、適切な対応が行われていなかったことが明らかである。

また、患者の衣服等に大便が付着していても直ちに更衣等を行わないこともあったとされており、別の患者の看護記録には、看護記録の中には「21:30 トイレからナースコールあり。少しパットが汚れたと。少しなら明日交換すると伝えると納得し戻る。」という記載も見られた。患者の意向を問題にするまでもなく、大便が付着しておれば直ちに交換すべきものであるが、患者が「大便が付着したままでよい」と答えれば、翌日まで交換しないことに問題があるとは思われておらず、そのようなことを看護記録に記載することも問題とは思われていなかったのである。

- (3) 新規に入職した者は、当初はそのような対応に疑問を抱きながらも、先輩看護師から「ここでは、以前からそうしている。」と言われて受け入れざるを得ず、在職期間が長期化していくことによって疑問を抱くことはなくなり、何が患者のために必要な看護であるのかという発想自体が失われていったと考えられる。

3 不適切看護

看護師は、時間内に業務を終えるための効率化を優先させる必要があったため、「簡易拘束」や「ガムテープ隔離」が行われるようになったし、以下のような不適切な方法で看護を行うこともあった。

(1) 食事介助の方法

食事介助では、食べさせればよいということになっていき、早く食べさせるために、配膳された全ての食事を一つの容器に入れ、グチャグチャにかきまぜて食べさせていた。視力障害のある患者に対しては、どうせ見えないのだからという発想で、食器を放り投げることも行われていた。このような対応は、令和3年になっても行われていたことである。

(2) 入浴時の対応

入浴時は看護師の負担が最も重くなるが、効率的に入浴させるために、「さっさと歩け」と言ったり、抵抗されないように足又は膝で患者を押さえつけながら、着替えをさせることもあった。看護師の指示をきかなかった患者に対して「お前、日本語わからんのか」と怒鳴りつけた看護師もあり、これは、本件刑事事件後の令和3年8月のできごとである。

また、疥癬発生時にシャワー浴をさせる際、効率的に処理するために、病室で裸にさせ、裸のまま車椅子に乗せてシャワー室まで移動させることが行われたこともあった。

(3) おむつ交換

おむつ交換においても、交換しさえすればよいということになり、患者の羞恥心に配慮することはなくなっていたし、乱暴な取扱となったことが原因となったと思われる骨折の事例もあった。

4 神戸市の実地指導時の対応

神出病院では、日常的に不適切な看護や「簡易拘束」が行われるようになっていったが、毎年1回行われる神戸市保健所の実地指導の際には、そのままの状態が神戸市保健所に見られるのは問題があると考えて、実地指導の当日だけは、病棟内の状況を整えていた。

実地指導当日に普段の状況と変更していた事項は多岐に及ぶが、看護師に対するアンケートから拘束に係る実施指導当日の変更点について以下の回答があった(括弧内はその変更の指示を行った者)。

- 抑制をしない。ミトンを外す。(病院?院長?)
- ベルトをつけなくなった。つけても、時間を記録していた。ミトンも記録していた。(師長)
- 全患者の拘束解除。ベッドの移動。物品を倉庫へ移動。普段持ち歩いていなかった消毒液の配布。人員をその日のみ多めに出勤させていた。(師長)
- 車椅子用安全ベルトを外していた。(看護部長。看護部長は院長やC 部長に言われていた。)
- ミトンを外す。(誰からの指示でもなく昔からそうしてきた。)
- 車イスベルトやミトンを外していた(記載なし)。
- ミトン・車イスベルト等はずすよう指示があった。(わからない)
- ミトンを外す。ベッド柵を4本→3本にする。車椅子ベルトを外す。4人部屋なのに6人入っていたりしたので適正な人数に戻っていた。(看護部長)
- 車イス安全ベルトを外し、スタッフで見守りを行う。(主に上司だが、病棟(病院)全体としてそのような流れであった。)
- 車椅子につけていた拘束ベルトは外すよう指示があった。(先輩看護師)

第2節 分析

第1 総論

精神疾患患者の個人としての尊厳が尊重されなければならないことはいうまでもないことであり、精神疾患患者に対する医療を提供する者は、一般人以上にそのことを強く自覚しなければならない。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）第41条第1項）に基づいて定められた「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」では、「第四 その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項」の「二 人権に配慮した精神医療の提供」において、医療提供者に対し、以下のことを求めている。

精神障害者の人権に最大限配慮して、その心身の状態に応じた医療を確保する。

また、日本精神科看護協会の倫理綱領の前文、倫理指針では以下の通り定められている。

倫理綱領：精神科看護職は、精神的健康について援助を必要としているすべての人々を対象として、精神科看護の専門的知識と技術を活用し、自律性の回復と、その人らしい生活を営めるよう支援することをめざす。この援助・支援は、個人の尊厳と権利擁護を理念として行われなければならない。

倫理指針：精神科看護職は、いついかなる時でも、対象となる人々の基本的人権を尊重し、個人の尊厳を傷つけることなく、権利を擁護する。

精神科の看護を行う者は患者の尊厳を尊重しなければならないが、神出病院で発生した「本件刑事事件」、「ガムテープ隔離」、「簡易拘束」、「不適切看護」、「不適切医療」という問題は、いずれも、**患者を看護要員よりも下位の人間であると見なし、人間としての尊厳を軽視した対応を行うことが許されるという誤った考え方が支配していた神出病院の風土**がもたらした問題である。

以下では、上記各問題点がどのように作用して、「本件刑事事件」、「ガムテープ隔離」、「簡易拘束」、「不適切看護」、「不適切医療」が発生するに至ったかを分析する。

第2 本件刑事事件がB4病棟で発生した原因について

1 B4病棟の患者の特質

虐待事件発生当時の神出病院の各病棟の構成は、精神科一般開放病棟兼内科併設のA 1 病棟（男女混合）、精神科療養閉鎖病棟のA 2 (女性専用)、A 3（男女混合）、B 2（男女混合）、B 3 病棟（男性専用）、精神科一般閉鎖病棟のA 4（女性専用）、A 5（男性専用）、B 4 病棟（男性専用）であり、その中でのB 4 病棟の役割は、新規入院患者の受け入れ、療養病棟からの精神科疾患の病態が悪化した患者の転棟受け入れ、A 1 病棟からの内科疾患が落ち着いた患者の受け入れであった。

神出病院全体で患者の病態が変化していったことは前述したところであるが、B 4 病棟では、各種の患者を受け入れる必要があったことから、定床59に対して常時55名程度の患者が在院していた中に、以下のような看護の負担が特に重い患者が混在することになった。

- ① 歩行あるいは車椅子移動できるが、精神科疾患により同じ訴えを繰り返したり、突発的に暴れたりする患者
- ② 寝たきりで定期的な喀痰吸引を要する患者
- ③ 持続点滴や胃管チューブの管理を要するのに自己抜去してしまう患者
- ④ 他の患者が寝たきりで持続点滴となっているのを、抜いてしまう認知症患者
- ⑤ 異食・盗食・不潔行為（便を周囲に塗りたいなど）を繰り返す患者
- ⑥ おむつを外してしまい漏便により便まみれになってしまう患者
- ⑦ 他の患者と喧嘩等のトラブルを起こす患者

2 B4病棟看護要員の業務量

(1) 業務内容

このような患者の混在によって、B 4 病棟の看護要員は、ルーティン業務（申し送り、食事介助、服薬管理、入浴、清掃等の環境整備、検温、カルテ記載等）に加え、

- ① 同じ訴えを繰り返す患者への対応
- ② 突発的に暴れる患者の制止、医師への連絡、鎮静の処置
- ③ 定期的な喀痰吸引と呼吸管理
- ④ 持続点滴、胃管チューブの管理
- ⑤ 自己抜去発生時の対処
- ⑥ 異食・盗食・不潔行為発生時の対処
- ⑦ 漏便後の患者の身体洗浄、衣類交換
- ⑧ 患者同士のトラブルの解消

等の実に様々な業務に対処することを余儀なくされた。

B 4 病棟には他の病棟よりも多い 24～25 名程度の看護師が配置されていたものの、それ以上に業務量が多いため、恒常的に、十分な休憩を取ることもできず、時に、患者の病態観察をしながら病室で食事を取ることを余儀なくされたり、定時の勤務時間中に看護記録をつける余裕がなく、連日、残業を余儀なくされたりするなど、その就労状況は過酷であった。

(2) 夜勤時の負担

特に、夜勤時には、このような問題の多い患者約 55 名を 3 名で対処しなければならず、極めて過酷な勤務であった。

そのため、B 4 病棟では、他の病棟でも認められる「転倒防止」、「点滴等の自己抜去防止」、「感染拡大防止」等何らかの目的のためになされた「簡易拘束」やガムテープ隔離だけではなく、夜勤帯の看護要員の労務負担を軽減する目的で、夜間のみこの「簡易拘束」や「ガムテープ隔離」が常態化していた。B 4 病棟においてのみこのような状況が生じていたことこそ、B 4 病棟の夜勤の就労が他の病棟よりも過酷であったことを示すものである。

(3) B4病棟と他の病棟との比較

療養病棟である A 2、A 3、B 2、B 3 病棟の患者層は、活動能力が低下していて B 4 病棟のように活発に動き廻ることができず、B 4 病棟ほどの看護の煩雑さはなかった。

A 4 病棟は、B 4 病棟と類似の機能を有する病棟であり、患者層も似ているが、患者はいずれも女性であることから男性患者よりも運動量が少なく、B 4 病棟に比較すると、突発的な暴力や不穏行動、患者間トラブルは少ないし程度も軽微であり、B 4 病棟ほどの看護の困難さはなかったと推測される。

A 5 病棟は、精神科疾患の急性期患者が多かったことで、患者が突発的に暴れるという事態を想定しておかなければならなかったが、その点に注意しておけば、B 4 病棟ほど患者の病態が複雑に混在していたわけではなかったため、看護業務の量・内容は B 4 病棟より軽微であった。また、A 5 病棟は平成 25 年から師長を務めている X 3 が職員管理と病棟管理に長けていたことで、B 4 病棟のように虐待行為が悪質化する事態には陥らなかったと思われる。

(4) 患者軽視の風潮と男性看護要員の威圧的態度

前述のとおり、神出病院には患者軽視の風潮が蔓延していたため、B 4 病棟においても、虐待事件が起こる前の段階から、患者に対する馴れ馴れしい態度、礼節を欠く行動はあった。

また、神出病院では、患者からの暴力には男性職員が対応し、自分の身は自分で守る、舐められたら終わりという教えが継承され、男性職員は、患者に対し、威圧的姿

勢で接するのが正しいと考える風潮があった。患者を怒鳴る、叩くという行為も、かかる風潮による基づくものである。

患者に対する威圧的態度は、神出病院のどの病棟でも見られたことであってB 4病棟特有の問題ではないため、そのことはB 4病棟で本件刑事事件が発生したと直ちに結び付くものではない。

3 B4病棟の役職者の資質・能力

A元院長が乙1の逮捕を知った時点で、B 4病棟の師長は、X 2と甲、主任は丁1 2であった。これらの役職者は、以下のとおり、いずれも資質に欠けており、虐待行為を制止する職責を果たすことができなかった。

(1) X2師長

X 2はB 4病棟で2度師長を務めており、A元院長が乙1の逮捕を知った当時も師長であった。

X 2は、自身が主任として勤務していた頃、甲と丁1が病棟備え付けの携帯電話のカメラ機能を用いて、患者の顔にいたずらをした写真を撮って待受画面に設定したのを目撃したが、びっくりしただけで、その際のはっきりした記憶も有していない。

のみならず、同人は、当委員会からのヒアリングの際、有罪判決を受けた6名に対して、

「したらいけないことをしているし、人として絶対ダメなことはしている。ただ、あの子ども、ある意味、被害者とまで言いたくないが、犠牲になった部分はあるのかなとか、この病院に入って……。」

などと語り、未だ、被害者に対する謝罪よりも、刑事訴追された元部下への同情の念を示している。

同人は、理性ではなく感情（しかも、自身の好悪の感情）で物事を判断する人物であり、役職者の資質に欠けていると評価せざるを得ない。

(2) 甲師長

甲もB 4病棟で2度師長を務めており、A元院長が乙1の逮捕を知った当時も師長であった。

甲自身が悪質な虐待行為を行っていたことは、本報告書の冒頭で述べたとおりであり、看護負担の増加に対するストレスの発散や看護の負担を増加させる行為を行う患者に対する懲罰として、種々の虐待行為を行い、次第に悪質化させていった張本人である。

乙4は、神出病院が令和2年1月22日に行った事情聴取において、甲に対し、令和元年10月ころ、乙1が行っている患者に対する不適切な行為が過激になっているので、乙4が乙1と一緒にシフトにならないこと、乙1と乙2と一緒にシフトにならないことも申し出ている。このような申し出が行われた場合、他の師長であれば、何らかの対応を行うことになった可能性があるが、甲師長は自身も虐待行為を行ってい

たため、上司に報告することはなかったし、乙１の虐待行為をやめさせることもなかった。

(3) 丁１主任

丁１は、Ａ元院長が乙１の逮捕を知った等のＢ４病棟の主任であった。

丁１は、本件刑事事件のうちの暴力行為②と同様のシリンジを使用した水掛け行為を患者に対して行っている。水をかけるのに丁１が使用した道具が暴力行為②で乙１が使用しているのと同じであるのが偶然であるとは考えにくく、丁１が先に行ったのを乙１が真似したか、逆に、乙１が暴力行為②を行っているのを丁１が真似したものと考えられる。いずれにせよ、丁１は、主任でありながら、虐待行為を止めさせる職責を果たしていなかったのである。

4 考察

(1) 虐待行為の発生経緯からの考察

Ｂ４病棟における虐待行為の認定は前述のとおりであり、以下の流れが認められ、甲が行っていたのを被告人らが模倣したものである。

ア 車椅子を倒す行為

乙１は、平成２９年３月から１ないし２ヶ月後、甲が患者の車椅子を倒す行為を目撃し、平成３０年４月ないし５月ころ、自らも患者の車椅子を倒す行為を行っている。乙１によれば、神出病院職員による患者への虐待行為として初めて見たものが甲による車椅子を倒す行為であり、そのとき、「そんなんしていいんか。」という感想を抱いたと述べていることから、乙１が車椅子を倒す行為を行ったのは、甲の行為を模倣したものと認められる。

また、この行為は、患者の行為に触発されて起こっているという経緯から、患者への報復やストレス発散目的でなされたものと認められる。

イ 履き物を投げる、シリンジの水をかけるという「からかい行為」

ベッドで就寝中の患者に履き物を投げてからかう行為は、甲が始め、乙１、乙２、丁１が模倣し、更に乙１と乙２らが、シリンジの水を患者にかけてからかう行為に変容させたものである。

なお、具体的範囲を特定することはできなかったが、シリンジの水をかけるという行為は、Ｂ４病棟の他の職員（被告人ら及び丁１主任以外の職員）にも広まっていたとのことである。

これらの行為は、いずれも、簡易に実行することができ、且つ患者に健康被害を与える危険性のないものであり、ストレス発散目的のいたずらとして広まったものと推測される。

ウ トイレで水をかける行為

便汚染の患者の身体をトイレで洗うという行為は、平成24年夏ころ、意識のはっきりした患者が漏便により体中が便まみれになった際、当時、B4病棟のシャワーが正常に使えず(水もちょろちょろとしか出なかったということのようである。)、エアコンも効いておらず、非常に室温が高かったこともあって、患者から、「トイレで水をかけて流してもらえばよい」といわれたのがきっかけで始まった。なお、そのときには、水道の水もぬるま湯くらいの温度になっていたし、気温の高い季節であったため、患者の身体を冷やすこともなかった。

これ以来、B4病棟では、シャワーを正常に使えないことと、男性患者しかいないということが相俟って、疥癬発症時や便汚染の洗浄で、B棟1階の浴場を使えないときには、患者の身体をトイレで洗うという行為が、患者のためにやむを得ず行われるようになった。このことは、B4病棟での勤務経験がある看護師からの聴取結果と、B4病棟トイレの木製ドアが腐食し、日常的に水がかかっていたと考えられる状態があったことが推測されることから認められる。

甲、乙1、乙2、乙5らの行為は、B4病棟の設備の不具合と、患者の便汚染された身体を洗浄しなければならないことをきっかけにして、看護要員に余計な手間をかけさせる患者への報復としてなされるようになったものと認められる。

エ 患者c氏を射精させる行為

患者c氏を射精させる行為は、甲が、乙1、乙5の面前で行ったのが最初であり、以後、乙2、乙3の面前でも行い、その後に、乙1と乙2が、甲のいない時に、患者c氏に対して同じ行為を試みたが、射精に至らせることができず、「やっぱり甲さんでないとあかんのやな。」という感想を述べあい、後日、別の患者に同様のことを試みたが、今度は勃起させるに至らなかったという経緯がある。乙1、乙2の行為は、甲の行為を模倣したものと認められる。

なお、甲がこのような行為に出た動機については、甲の口から語られなかったため、当委員会として正確な認定をしかねるところあるが、甲は、上記虐待に及ぶ前の段階で、患者c氏に対してのみ、廊下で「きれいにしよか。」と声をかけ、他の患者の面前で、パジャマの下衣を下ろし、おむつカバーを外し、陰茎に被せたおむつを外し、消毒用アルコールを浸した布を用い、陰茎の先の皮をむき、患者c氏が痛みを訴えるのもかまわず、陰茎に付着した汚れを拭くという行為を繰り返していた。このことからすると、甲は、人が羞恥を覚える行為や人が嫌がる行為を強いることに喜びを覚える性癖があったものと推測される。

オ ジャムを用いたわいせつ行為

ジャムを用いて患者同士にわいせつ行為をさせるという虐待行為は、乙1、乙3及び乙6の組み合わせと、乙1及び乙2の組み合わせで行われており、甲の関与は見られず、甲がB4病棟で勤務していない間にも発生している。

このことからすると、この行為は、甲のなした上記エのわいせつ行為に影響を受けた乙2が、患者を思い通りに動かす目的で、食べ物に執着する患者の性格を悪用してジャムを用いることを思いつき、乙1が主導して行うようになったものと認められる。

カ 患者を汚物処理庫に閉じ込める行為、異食を止めない行為

これらは、患者が、精神科疾患の症状として、騒いだり、床に落ちた大便を食べるという行為をした際、本来なら、看護要員として、病態に応じた適切な対処をすべきところ、看護助手の乙1はもとより、他院で救命医療に携わっていて神出病院では一目置かれていた乙2も、精神科看護の専門知識を有していなかったことやB4病棟の勤務が過酷であったことから、何度注意しても言うことをきかない患者に対して「言うことを聞かない患者が悪い。」という誤った考えを持ち、ストレス発散及び患者への報復として起こした虐待とみるべきである。

キ ベッドを逆さにして患者を監禁する行為

監禁のために使用されたベッドは、前述のとおり相当な重量のあるもので、乙4によれば、乙1、乙2と共にひっくり返したが、男性3名でも一息にはひっくり返せず、3人でなんとか持ち上げて、一旦片方の側面を床につけて置き、そこからベッドのマットレスを載せる面を下向きに倒すようにしてひっくり返したということである。

上記監禁に付随して行われた行為が、段ボール製の包丁とポテトチップスを用いてのからかいであったことからすると、乙1、乙4、乙2は、この行為を「ちょっとした悪ふざけ」程度の認識で行ったものと思われる。

しかしながら、この行為は、靴を投げる、シリンジの水をかけるという悪ふざけとは異なり、相当面倒な行為であって、強固な犯意がなければなしえない。

また、1時間30分に亘り、身動きの取れない姿勢で患者を監禁することは、肺塞栓などによる命の危険を生じさせる可能性があり、その危険性は、靴を投げる、シリンジで水をかけるという行為による危険性とは比べものにならない。

よって、かかる行為は、「ちょっとした悪ふざけ」では済まされないものであるが、これを「ちょっとした悪ふざけ」として行うようになったという意味で、乙1、乙2の主観的な犯罪傾向が相当程度高まっていたことを示すものと評価できる。

乙4については、同人が神出病院に提出した文書には、「声掛けにて注意促すも行為を続行していたため、危険だと感じて手を貸した。」と記載されているし、神出病院による事情聴取では、乙4が乙1の虐待行為に加わることを回避するために、甲に同じシフトにしないよう申し出たとされている。乙4については、虐待行為に加担することを拒絶するだけの強い意思を持つことができなかったことが原因と考えられる。

(2) 本件刑事事件として立件された虐待事件からの考察

ア 甲師長時代の出来事が大半であること

刑事事件として立件された虐待行為は、性的虐待③を除き、全て、甲がB 4病棟の師長を務めていた間に発生している。

イ 乙1が全てスマートフォンで録画していること

また、それらの犯行日時は、全て、日付のみでなく、何時何分の単位で特定されている。

このことに加え、事件発覚の端緒が、乙1が別件強制わいせつ事件で逮捕され、その捜査の一環で同人のスマートフォンが押収され、その中に患者を虐待する動画が存在したためであったことからすると、刑事事件で立件された事件は、全て、乙1のスマートフォンに録画されていたものであったと推測される。

本件刑事事件として立件されたすべての虐待行為に乙1が関与しているのは、そのことにも理由があるため、乙1が全部の事件に関与しているという理由のみで、本件刑事事件の首謀者を乙1であると認定するのは早計である。

ウ 乙1の録画から推測される内心

乙1が動画を撮影したのは、後にそれを再生し、自分のみならず、B 4病棟の同僚に見せて楽しむためであったとしか考えられないが、それは、自らの犯罪行為の証拠ともなるものである。

よって、乙1自身が、録画をしても犯行が発覚することがない、若しくは、発覚したところで上司に咎められ、通報されることはないという確信がない限り、そのような行動には踏み切らないはずである。本件では、以下の事情から、乙1にとって、録画をしても犯行が発覚せず、発覚したところで通報されることはないと考えることができるだけの状況があった。

(ア) 被害者からの被害申告の心配がないこと

被害患者の病態は後述のとおりであり、虐待行為の被害を自ら訴えられないと思われる方ばかりであった。むしろ、そのような患者を虐待行為を行う対象として選んでいた。

(イ) 上司は甲であること

甲は、率先して患者をからかい、患者に対するわいせつ行為を実行して見せた者であるから、乙1らによる患者の虐待行為を知ったところで、それを咎めて、甲より上位の者に報告されることを心配する必要はなかった。

(3) 事件発生当時及び事件後の言動からの考察

ア 乙4は、本件刑事事件として立件された虐待行為が発覚した後の令和2年1月22日、A元院長、C元事務部部長、Q前事務部部長、R 2弁護士からの事情聴取において、仲間はずれになるのが怖かったから、直接止めることができなかったこと、乙1に対する恐怖心を持っていたことを告げ、令和元年10月から11月ころ、甲

に相談し、不適切な行為が過激になっていることを相談し、夜勤の際、自分が乙1及び乙2と一緒にならないようにしてほしいと申し出たと述べた。

丁1は、既に退職した同期の職員から、乙4が「乙3と乙2が同じ日に夜勤を担当すると良くないと悩んでいる。」と聞いた。

イ 乙5は、虐待行為に加担する以前、甲や丁1から「できが悪い」と言われ、甲に威圧され、朝6時に出勤して反省文を書いて提出したことがあった。

乙5が甲らから叱責されていた際、乙5をかばってくれたのが乙2と乙4であったことから、乙5は両名と仲良くなり、やがて本件刑事事件の被告人らによるグループLINEに登録し、虐待行為に加担するようになった。

なお、当委員会は、乙5に対し、2度の事情聴取を行っており、1度目の聴取では甲による虐待行為の事実がないか尋ねても回答がなかったが、2度目の聴取では、甲自身が認めていると伝えたと、これを述べるに至った。

このことからすると、乙5は、未だ甲に対する恐怖心にとらわれていると推測される。

ウ 上記事実によれば、乙4、乙5は、虐待行為を先行して行っていた乙1あるいは甲への恐怖心や、仲間はずれにされることへの恐怖心から、本件刑事事件として立件された虐待行為に加担したものと認められる。

(4) 被害患者の病態からの考察

当委員会が虐待事件の被害を受けた患者のカルテを調査したところ、いずれも、高度の認知症（長谷川式簡易知能スケール0点、1点、6点）や、30年以上入院を続けるなどの高度な精神疾患患者であり、簡単なやりとりや、受け答えはできるが、虐待行為の被害を自ら訴えられないと思われる患者や、夜勤時に行われた出来事を日勤者が出勤する時点まで覚えていることができないと考えられる患者であった。

ただ、前述の経緯で虐待行為が発覚するまでの間、被害にあった患者らの体調には特段の異変が認められていない。

よって、被害に遭った患者らは、被害を訴えることはできないが、多少虐待しても病態が悪化せず、虐待に対する反応はあるという患者であったと認められる。言葉を選ばずに言えば、加害者から見て、「虐待しやすく、虐待しがいのある患者」ばかりであったといえる。

特に、多くの行為で被害者となっているのは患者c氏であり、同氏に対して繰り返し虐待行為を行う中で、行為の悪質さが次第に増している。患者c氏は、多くの被害を受けていながら被害を訴えることができていなかったし、食べ物への興味が強いいため、乙1らにとっては、ジャムやポテトチップスを使用してからかいやすい人物であった。乙1らは、患者c氏という格好の標的がB4病棟にいたことから、虐待行為を繰り返し、悪質化させたのである。

また、加害者が男性職員であることからすれば、男性患者であることが心理的抵抗を下げたという面もあったと思われる。

5 結論

(1) B4病棟で虐待行為が行われた理由

以上の考察により、B 4 病棟において虐待行為が起こった理由は、以下のように整理することができる。

ア まず、暴行、暴言は、他の病棟にも共通する男性職員による患者に対する威圧的態度の一環として現れたものに過ぎない。

イ 靴を投げる、シリンジで水をかける、ベッドを逆さまにして監禁するという行為に関しては、加害者にとってはいずれも患者に対する悪質ないたずらのつもりであるところ、最初に、師長である甲が靴を投げるといういたずらをやって見せたことで、B 4 病棟はそのような行為が許される場所であるという認識を乙 1 らが抱き、乙 1 らがこれを模倣し、靴を投げる行為の発展型としてシリンジで水をかけるという行為を始め、これが過酷な就労を強いられていた B 4 病棟職員のストレス発散行為として広まった。

ウ 他方、乙 1 らは、徐々に虐待行為をエスカレートさせ、相当な手間をかけて患者の生命に危険を及ぼしかねない行為(おそらく 100 kg 近い重量のベッドを反転させる行為)を、「ちょっとしたいたずら」として楽しんでしまうほどに違法性の感覚が鈍麻し、犯罪傾向を高めていった。

エ 性的虐待は、人が羞恥を覚える行為や人が嫌がる行為を強いることに喜びを覚える性癖を持つ甲が、乙 1 らに患者 c 氏を強制的に射精させる行為をやって見せ、乙 1 らがこれを模倣し、甲自身も繰り返したものである。

オ 車椅子を倒す行為、トイレで水をかける行為、汚物処理庫に閉じ込める行為、患者が便を異食するのを止めない行為は、いずれも、看護の手間をかけさせる患者に対する報復として行われたものであり、精神科疾患に対する看護要員の無知や、B 4 病棟の過酷な就労状況によるストレス発散に起因するものである。

(2) 虐待行為を行った中心人物

このように、B4病棟での虐待行為は、その殆どが甲に端を発するものである。同人がかかわった虐待行為が最も悪質であって、乙 1 らは、甲に追従し、同人の行為を模倣する中で、患者を嗜虐の対象としか見なくなり、子供じみたからかい行為から、やがて、患者の命の危険にかかわる行為を無自覚に行うまでに犯罪傾向を強めていったとの経緯が認められる。

当委員会は、B4病棟における虐待行為の中心人物は甲であると認定する。

(3) B4病棟で虐待行為が起こった理由

B 4 病棟が虐待行為の現場となったのは、以下の事情が総合的に作用したためであると考えられる。

- ① B 4 病棟の看護業務は負担が大きく患者に対する報復やストレス発散による虐待が起こりやすい素地があったこと
- ② 率先して虐待行為を行う甲が師長であり、甲は自らの虐待行為を乙 1 らに見せていたこと
- ③ 甲の外にも B 4 病棟の役職者はいずれも資質に欠けていたこと
- ④ B 4 病棟には虐待の対象とするのに好適な患者がいたこと
- ⑤ B 4 病棟の就労状況は苛酷であったこと
- ⑥ 悪ふざけをする集団を形成しやすい若手の看護要員が偶然配置されており、虐待行為を共同して実行することで歪んだ仲間意識が生まれやすい素地があったこと

第3 第2事件の発生原因について

(1) 研修体制の不備

第 2 事件は、丙看護師が突発的に生じた怒りの感情を抑制することができなかったことが直接の原因であるが、精神科看護においては、患者から付きまといわれる場面は不可避である。

近時、このような場面で看護要員が適切な対処をとるのに、包括的暴力防止プログラム（C V P P P）の研修を受けることが有効とされているが、神出病院では、第 2 事件発生前の段階で、このプログラムの研修が実施されていなかった。

よって、第 2 事件は丙看護師だけに責任があるのではなく、十分な研修を行ってこなかった神出病院側にも責任がある。

(2) 人員配置の不備

ア 丙看護師が感情を制御できなかったことの原因には、当日の昼食時の人員配置が 3 人だけであり、業務負荷が高まっていたことによって精神的余裕がなくなっていたことが影響している。

イ 当日は A 5 病棟に 4 3 名が入院しており、廊下や食道・デイルームに分かれて着席している患者や、隔離中 2 名、拘束中 1 名の患者に配膳するだけでも、3 名で行うことは容易ではない。看護師としては、単に配膳するだけで足りるわけではなく、喉詰めが生じていないか、他患の食事を盗食していないかなど確認する必要がある、万が一喉詰めとなれば、直ちに処置を行わなければならないため、患者の食事の摂取状況を確認しておくことも必要である。このような事情を考慮すれば、そもそも 4 3 名の患者に対する昼食時の体制を 3 名としたことに問題がある。当日は、ワクチン接種等

のイレギュラーな事情が存在したものの、昼食中のX 4係長や、外出した丁1主任、詰所内の休憩室にいた1名も調整すれば、より多くの職員で昼食の対応を行うことは可能であったはずである。

また、そのような人員配置を行っておれば、1名が患者に付きまといわれても、他の職員が援助することによって、付きまとい行為を鎮静化させることも可能であったのである。

3人で配置するにしても、係長と主任が出勤しているのであるから、両方が同時に現場から離れることは避けるべきであり、係長が先休憩をとるのであれば、主任を後休憩とすることも検討するべきであった。

当日の昼食時の人員配置を決定したX 4係長の判断は不適切であった。

ウ 丁1主任は、丙看護師と被害患者が詰所の窓越しにもみ合っている様子を見ながら外出している。他の職員が患者から付きまといられておれば、援助のために介入するのが職員間の協力体制として当然に求められることであるし、ましてや、主任の地位にあるのであるから、より一層強くそのことが求められる。ところが、映像から認められる丁1主任の態度は、かかわりたくないの見ない振りをして通り過ぎたと考えざるを得ないものである。

丁1主任が介入して、被害患者への対応を丙看護師から交代しておれば、丙看護師が第2事件を起こすことにはならなかったことからしても、第2事件に関する丁1主任の責任は丙看護師の責任の程度を下回るものではない。

今後と同様の事件の発生するためには、他の職員が付きまといられている場合には、休憩中であつたとしても、援助する体制を構築することが不可欠である。

(3) 患者の疾患内容に応じた対応方法の無理解

精神疾患の内容によっては、長時間にわたって患者に対応し、鎮静化するよう説得することの方が、患者を興奮させることになって好ましくない場合があるとされている（例えば、自閉スペクトラム症）。

神出病院では、患者の精神疾患の内容に応じて患者への接し方を変える必要があることについて医師から看護師に対して適切な説明は行われていない。当委員会が第2事件の被害者の精神疾患について診断することはできず、第2事件において丙看護師の対応が精神疾患の内容に応じた適切なものであったかは不明であるが、この点について問題がある可能性があることだけを指摘しておく。

今後は、患者の精神疾患の内容に応じた対応が可能となるように、医師から看護師に対して適切な情報提供が行われる必要がある。

(4) 職員の意識の改善が進捗していないこと

第2事件は本件刑事事件から1年以上経過した後に発生しており、その間に神出病院は世間から厳しい批判を受けてきたにもかかわらず、職員が虐待行為を思いとどまるこ

とができなかったことについては、神出病院の本件刑事事件に対する総括や再発防止策が十分に行われていないことが影響していると考えざるを得ない。

第2事件は、匿名の通報に基づいて新聞報道が行われたことによって、世間に知られることになったが、残念ながら、本件刑事事件後に発生している暴力事件は第2事件だけではなく、職員の意識改革は進んでいない。

当委員会の調査が始まってからでも、患者に暴力行為を行った主任がいるし、令和4年1月には、他の患者のベッドで寝ている患者を自分のベッドまで服の首根っこの部分を引っ張っていった看護師もいる。

配食用の台で患者を叩く、コミュニケーションのつもりで顔をはたく、足が折れて変形している患者の足を無理に動かし、それを見て笑っていた者もいる。

暴力行為ではないものの、入浴時の指示に従わなかった患者に対して「お前、日本語分らんのか。」と怒鳴った看護師がいるし、「あんたらな！」とか「汚い手で触らんといて！」などと言う看護助手もいる。

丙看護師がこのような状態が依然として続いていることの影響を受けたとまでは断定できないが、再発防止のための意識改革が奏功しておれば、第2事件の発生を抑止できていた可能性はある。

第4 その他の問題行為の発生原因について

1 暴言の原因

(1) 悪意のないもの

看護要員の中には、患者への馴れ馴れしい物言い、ちゃん付けやあだ名で患者を呼ぶことは、悪意のない「親しみの表現」と信じている者がいる。

そのような言動は、職場生活の基本動作（社会人としてのマナー、挨拶、言葉遣い）の習得不足と、神出病院側の教育不足にその原因がある。

(2) 悪意のあるもの

上記(1)と異なり、患者への侮蔑の意味が込められた悪意のある発言は、個人の資質によるところもあるが、患者の人権軽視の風土がそのような発言を行うことに対する心理的抵抗を失わせたことも影響している。

侮辱する発言を行うことを躊躇しなくなるのは、相手方が自分よりも劣った人間であると考えからである。患者の入浴回数が少なくなったり、衣類が傷んでいること、おむつ交換が適切でなくて漏便することなどによって患者の身体や衣類が汚れていたり乱れていたりすることも、患者が自分よりも劣った存在であると考え原因となる。悪意のある暴言には、入浴機会を確保したり、こぎれいな衣類を提供することができていない病院の利益至上主義の影響があると考えられる。

2 ガムテープ隔離について

ガムテープ隔離は、目的によって以下の3つに大別でき、いずれにも共通する原因の1つは患者の人権軽視の風土である。

- ①感染症防止目的で行われたもの
- ②他の患者への迷惑行為や危険行為の防止目的でなされたもの
- ③看護師の業務の邪魔になる患者を閉じ込める目的でなされたもの

上記の①と②については、患者の利益のためにやむを得ず行うもので、神出病院においては許されるものだと思われている看護師が大半であった。よって、この①、②の原因は、隔離に関する正しい知識の不足と医師による指導監督不足がある。また、これが夜勤帯に起こった事象である場合には、医師の夜勤当直体制が殆どの曜日で非常勤且つ精神科以外の医師で構成されているため、行動制限について正しい対処ができなかった恐れも多分にあると推測される。そして、看護師らが正しい知識を有していないのは、然るべき研修が行われていなかったことに原因があり、研修が行われていなかったのは、研修費用の支出を惜しんだことによるものである。

また、①については、A元院長自身が、「感染症を広めるな」と看護要員に述べ、ガムテープ隔離について黙示の指示を行ったこと又は少なくとも黙認してきたことが原因である。A元医師が少なくとも黙認していた事実は、神戸市が押収した防犯カメラ画像にガムテープ隔離を認識している様子のA元院長が写されていたという事実から認められる。当委員会が病棟を訪問しても、ガムテープが粘着していた跡が残っていたし、病室のドアの通気ギャラリ一部分にガムテープを貼って塞いでいたことも確認できており、菌・ウィルスが廊下に出てくるのを防ごうとしていたと考えられる。A元院長が、感染症を広めるなと指示してガムテープ隔離を少なくとも黙認していたのは、感染症が広まることで、新規入院患者の受け入れが停止されることや、在院患者に対する作業療法を停止することを余儀なくされ、収益を上げられなくなることを避けようとしたものである。

③については、B4病棟の苛酷な就労状況に主な原因があり、看護師らが正しいことを行っているという認識すらなく行っている点が、①②との相違点である。B4病棟の苛酷な就労状況は、満床主義による患者層の複雑化と混在に起因するものである。

したがって、上記①～③は、費用の支出を惜しんだり、収入を上げようとしたことが原因であり、最終的には利益至上主義に帰着することになる。

第5 「簡易拘束」その他不適切看護の原因について

1 「簡易拘束」の原因

「簡易拘束」の原因は、ガムテープ隔離と同様に、医師による指導監督が不足していたこと、看護師に身体拘束に関する正しい知識が不足していたこと、夜勤帯に行われた「簡易拘束」については、医師の当直体制が殆どの曜日で非常勤且つ精神科以外の医師

で構成され、行動制限について正しい対処ができなかったことが影響していたことにあり、最終的に利益至上主義に帰着する。

また、「簡易拘束」の中におむつ外し防止目的の抑制帯による拘束があるが、当委員会からのヒアリングにおいて、複数の看護要員が、「おむつ外しの原因は、おむつ装着を看護助手一人で行い、スピード重視で実施させていたことで、気持ち悪さを感じる患者が外してしまうことにある。」と述べている。本来、おむつ交換は、排泄管理であって、看護師と看護助手が行い、適切な陰部洗浄と併せて実施すべきものである。適切な手技によるおむつ交換が行われていれば、そもそも「おむつ外し」行為が行われることにはならないと考えられる。おむつ外し防止目的での抑制帯による拘束の原因は、看護師不足と、看護要員の知識不足・技術不足にある。

2 不適切看護の原因

不適切看護は、

- ① 一人一人の患者に目が行き届かないこと
- ② 病棟の管理者の目が行き届かないこと
- ③ 適切な看護を提供できる体制にないこと

に起因して発生している。

①一人一人の患者に目が行き届かないの、チームナーシングにより、特定の患者を必ず見ている看護要員を決めていないと、誰かが見ているという意識に陥りやすく、見落としが生じてしまうからであり、担当者を決めておく必要があるという認識が欠けていたことが原因である。食事時には誤嚥防止のために看護要員を手厚く配置すべきであるが、そういう考慮なくシフトを組むのも目が行き届かないことの原因となってしまう。

②病棟の管理者の目が行き届かない原因としては、管理者の資質不足、管理者が他の職員と同様に夜勤に入り日勤帯にいないこと、管理当直がないために夜勤帯に管理職がいないこと、管理体制のシステム化ができていないことがあげられる。

③適切な看護を提供できる体制にないことは、清潔な器具類の不足や、疾患毎の対応マニュアルの整備の未了、人手不足が原因となっている。人手不足は、効率化のために看護側の都合を優先させることになり、「看護師の都合に合わせて、胃管チューブやおむつ交換の時間を設定してしまう。」、「おむつ交換を看護助手が一人で行う。」、「陰部洗浄を毎回丁寧に行わない。」などの事態を招いていた。

第3節 兵庫錦秀会の経営陣の問題

第1 はじめに

本件刑事事件等は、以上の他にも、兵庫錦秀会の役員・幹部職員に責任感や倫理観が欠けており、職責を果たしていなかったことも原因となっている。

兵庫錦秀会は、組織としてのガバナンスが全く機能しておらず、前述したように、B前理事長とA元院長・C元事務部部長は在院患者数と利益にしか関心がなかったし、その他の理事は精神科病院の経営に全く無関心であり、監事は何らの業務監査も行っていなかった。

本件刑事事件後においても、事実を解明しようとしなかったばかりか、危機管理委員会を立ち上げて事実を解明しようとしている体裁を取り繕うことによって、神戸市等から要請されていた第三者委員会による調査を回避し、被告人らやA元院長の個人的な資質の問題に矮小化し、それ以外の問題点については組織ぐるみで隠ぺいを図ろうとしたと言わざるを得ない。

このような体質が改まらない限り、利益至上主義が復活し、再び、患者の尊厳が軽視されるようになりかねないため、兵庫錦秀会の経営陣の問題点についても指摘しておく。

また、自浄能力を欠く医療法人・病院の経営を是正するために、兵庫県及び神戸市には監督権限が与えられていたにもかかわらず、その権限が適正に行使されてこなかったことについても、併せて指摘しておく。

第2 兵庫錦秀会の経営陣の倫理観・責任感の欠如

1 B・A・C体制の問題点

本件刑事事件当時の兵庫錦秀会の経営陣のうち、Bは平成10年8月から理事長、Aは平成22年6月から院長、Cは遅くとも平成22年6月から事務部部長であり、これらの者が長期間にわたって経営を担ってきた。

これらの者には、精神科病院を開設しているにもかかわらず、「患者のため」という視点が全く欠如しており、患者の利益よりも収益をあげることを優先した経営を10年近くにわたって続けてきた。そのことが、現場で提供される看護の内容を歪めることになり、その行き着いた先が本件刑事事件である。

ところが、上記の3名はそのような認識は全く有していない。B前理事長は地理的に遠い兵庫錦秀会で起こった事件であって自分には何の責任もないと思っているとしか考えられず、本件刑事事件後も従前どおり月額2150万円という高額の役員報酬を受領し続けていたし、神出病院へ出向いて問題点を調査し改善を指導することもなく、A元院長に病院経営を任せたままであった。A元院長は、報酬10分の1の減額・6か月

の処分を受けたことになっているが、「自分は被告人ら6名の行為によって迷惑を受けた被害者である」と認識しており、自らの責任を全く省みることがなかった。C元事務部部長も、経費の節減を進めたことが種々の弊害をもたらしたなどとは思ってもおらず、本件刑事事件後に退職したのは年齢上の問題によるものに過ぎない。

法人の業務執行者にこのように責任感・倫理観に欠ける人物が揃っており、その体制が10年近くにわたって続いたことが、本件刑事事件その他の問題を引き起こした原因となっている。

2 理事が経営に無関心であったこと

(1) 兵庫錦秀会の寄附行為第33条は、理事会が業務執行の決定を行うとともに、理事の職務執行の監督を行うことを定めている。理事には、理事会の構成員として、業務執行の決定に関与し、理事である神出病院の病院管理者が行っている職務執行を監督する責任がある。

ところが、兵庫錦秀会の理事は、B前理事長・A元院長を含め、精神科病院を運営するにあたって、患者のためにどのような医療・看護を提供するのが相当であるか、看護の担い手である看護要員に対してどのような処遇や教育を行うのが相当であるか、病院の建物や設備の改修・建て替えについてどのような計画を立てるかなどの**精神科病院の運営の基本事項について考える者が誰一人としていなかった。**

(2) **別紙6**「兵庫錦秀会収支一覧」のとおり、兵庫錦秀会の令和元年度の人件費（給与、賞与、退職金、法定福利費、役員報酬）は3施設合計で18億1630万円であり、そのうちの2億5800万円（15%）をB前理事長が一人で得ていた。ところが、B前理事長は、それだけの報酬額に見合うだけの職務を行っておらず、自身が受け取る報酬等の利益とその源泉となる在院患者数についてしか関心はなかったものであり、理事長としての職責を果たしていたとは到底いえない。当委員会がヒアリングに使用した部屋には、錦秀会グループの会長であったD5（B前理事長の父）による「指揮官は陣頭に立つ」という書が飾られていたが、B前理事長は陣頭に立つことはなく、後方で病床利用率の数字を確認するだけで、寄附行為で定められている年2回以上の職務の執行状況の報告を行うことも怠ったまま、高額な報酬を得ていたのである。

B前理事長が僅かに行っていたのは、病床利用率や収支のチェックであるが、それは、良質な医療を提供するために行っていたものではなく、単に高額な役員報酬を受領できるようにするためであった。神出病院が必要な設備投資を行って適正な医療を提供することによってあげた利益であれば、そこから多額の役員報酬を得ることも正当化され得るが、徹底的に経費の支出を絞り、設備の不備を放置することによって生み出された利益から多額の報酬を得ていたのである。B前理事長は、役員報酬にしか

関心はなく、神出病院で行われている医療・看護の実態については全く無関心であったとの批判を免れることはできない。

- (3) A元院長においても、在院患者数を維持して目先の利益を上げることにしか関心はなく、「患者のため」という視点で物事を考えることはなかった。
- (4) B前理事長・A元院長以外の理事は、神戸市西区神出町に所在する兵庫錦秀会は、神戸市の中でも北西の端であり、大阪からは距離が離れすぎているし、役員報酬を受領しているわけでもなかったため、経営には全く無関心であり、理事として名前を貸していたに過ぎない状況であった。

このことについて、F理事長は、平成28年6月から理事に就任していながら、当委員会のヒアリングに対して、「理事長になるまで理事に就任しているという認識すらなかった」と述べている。また、兵庫錦秀会の評議員であるKは、錦秀会の事務職員として兵庫錦秀会の評議員に選任されているが、当委員会からの聴取に対して「神出病院は遠い」と正直な気持ちを述べている。事務職員ですらそのような感覚であったのであるから、B前理事長・A元院長以外の理事においても、大阪から遙か遠くの神出病院のことなど関心はなく、F理事長と同様に、そもそも理事になっているという認識すらなかったと思われる。

現在の錦秀会の理事長であるI弁護士は、兵庫錦秀会において平成22年4月1日から理事を務めている。I弁護士は、当委員会からのヒアリングに対して、「兵庫錦秀会における労務担当の理事であり、労務以外の事項は関知していない」と述べていた。しかし、兵庫錦秀会において各理事の担当部門が割り当てられていたとする事実とは認められない。I弁護士においても、労務担当と言いながら実際に労務部門に関する何らかの職務執行を実際に行っていた事実を認めることはできないし、本件刑事事件についてもマスコミが報道する内容しか知らなかったと述べているのであり、兵庫錦秀会の理事としての責任を果たしていたとは認められない。

3 理事の大半は神出病院に来たことすらなかったこと

兵庫錦秀会の理事が経営に無関心であったことは、A元院長を除けば、本件刑事事件前に神出病院を訪れたことがなく、神出病院の病棟内の様子を見たことがある者は誰もいなかったことに端的に現れている。

F理事長は、令和3年9月30日に兵庫錦秀会の理事長に就任しているが、理事長就任前には神戸市西区神出町勝成の神出病院所在地を訪れたことはなかったことを認めている。他の理事においても、同様であったと考えられる。

B前理事長の妻であるD1理事は、平成24年4月から兵庫錦秀会の理事に就任しているが、神出病院の所在地を訪問したのは本件刑事事件後（正確には、B前理事長が別件の刑事事件で令和3年10月に逮捕された後）が初めてであるし、その時も、介護老人保健施設たちばな苑の建物内の応接用の部屋に立ち入っただけで、神出病院の病棟内

には立ち入っていない。通常の責任感を有している理事であれば、わざわざ神出病院まで出向いたのであるから、本件刑事事件が起こった病棟の現場を見ておきたいと思うことになるはずであるが、D 1 理事は、そのような対応を行うことはなく、単に夫である B 前理事長の逮捕によって迷惑をかけたことを謝罪しただけであった。

B 前理事長は、以前は人事考課の結果を決定する会議に出席するために神出病院の所在地まで出向いていたと述べる者もいるが、最近は来ていなかったようであり、いつまで来ていたのかは明らかではない。いずれにせよ、当該会議が行なわれたのは介護老人保健施設たちばな苑の建物の 5 階会議室であり、神出病院には立ち入っていないと考えられる。この点については、B 前理事長が当委員会からの聴取に応じていないために直接確認することはできないが、本件で認められる諸事情からすれば、B 前理事長が神出病院の建物内に立ち入って病院の状況を確認していたとは到底思われぬ。

兵庫錦秀会の理事の中で、神出病院の実態を見たことがある者は、その実態をもたらした張本人である A 元院長だけであった。その他の理事は、生活圏が大阪にあり、大阪から遙か遠くにある神出病院まで出向くつもりなどなかったのであり、そのような理事が A 元院長（常務理事）の職務執行を監督することなど到底不可能であった。

4 理事会が年 1 回、30 分しか開催されていなかったこと

(1) 兵庫錦秀会の寄附行為には理事会の開催に関して以下の規定が設けられている。

第 10 条	本財団の収支予算は、毎会計年度開始前に理事会の議決を経て定める。
第 11 条第 1 項	本財団の決算については、事業報告書、財産目録、貸借対照表及び損益計算書（以下「事業報告書等」という。）を作成し、監事の監査、理事会の承認及び評議員会の承認を受けなければならない。
第 27 条第 2 項	理事長は、医療法人の業務を執行し、毎事業年度に 4 箇月を超える間隔で 2 回以上、自己の職務の執行状況を理事会に報告しなければならない。

これらの規定によると、①第 10 条による予算議決のための理事会、②第 11 条第 1 項による事業報告書等の承認の理事会を開催することが必要となる。その他に、第 27 条第 2 項によって理事長の職務執行状況の報告を 2 回行う必要があり、その報告は①又は②の理事会でも行うことができるが、②は 5 月開催であるのに対し、①は事業年度開始前の 3 月頃に開催することになると見込まれ、②との間で 4 箇月以上の間隔が生じることはないため、①か②で理事長が職務執行状況の報告を行うとしても、それとは別に理事会を開催することが必要となる。したがって、寄附行為には理事会

の年間の開催回数は記載されていないが、その規定内容からして、少なくとも年3回は理事会を開催することが必要である。

ところが、兵庫錦秀会では、実際に理事会が開かれていたのは②の5月の理事会の1回だけであったし、その所要時間は30分しかなかった。

- (2) 毎年5月に開かれている理事会は、理事に対して招集通知が送られ、出欠の確認も行われており、実際に開催されていたことが認められるが、そこでは決算について説明が行われて前年度の決算と当該年度の予算の承認が行われるだけであり、当該年度の事業計画は議題になっていなかった。兵庫錦秀会における関心事は収支の金額だけであり、収支目標以外に事業計画というものは存在しなかったのである。当委員会は兵庫錦秀会に対して事業計画書の提出を求めたが、提出されたのは施設毎の各月の収支目標を記載した予算書だけであった。

また、5月開催の理事会で理事長の職務執行状況の報告が行われたこともなく、そもそも、理事長の職務執行状況の報告が必要であるという認識すらなかった。F理事長は、当委員会から理事長の職務として職務執行状況の報告を行わなければならないことを告げられるまで、そのことを全く認識していなかったし、I弁護士においても、当委員会の聴取時にそのような責任があることを認識していたとは認められなかった。弁護士ですらそのような認識であったのであるから、B前理事長が職務執行状況の報告義務を理解していたとは到底考えられない。

兵庫錦秀会には、収支目標の他には事業計画というものが存在しなかったし、理事長による職務執行状況の報告が行なわれたこともなかったのである。

- (3) 兵庫錦秀会で実際に開かれていた理事会は毎年5月に開催されていたものだけである。ところが、兵庫錦秀会には、理事会と評議員会の議事録が多数作成されており、理事会と評議員会を同一日に時間をずらして開催し、全く同一の議題について決議したことになる。それらの議事録は、借入を行うために金融機関に提出する必要があるものであったり、B前理事長が保証料の支払いを受けたり、自らが理事長に就任していた公益財団法人[]への寄附を行うことを取り繕うために形式上作成していたものであり、実際には理事会等は開催されていない。このことは、5月の理事会については、招集通知を送った記録が残っているが、その余の理事会については、招集通知を発送した記録が存在しないし、本件刑事事件以前に5月以外にも理事会が開かれていたと述べる理事が存在しないこと、同一日に開催されたことになっている評議員会についてはK 評議員が開催されていないことを認めていることから認めることができる。

評議員会議事録についても同様であり、多数の議事録が作成しているが、実際に開かれていたのは寄附行為第16条第1項に基づく定時評議員会だけであった。このことは、多くの評議員会議事録において議事録署名人となっているKが認めているところである。同人は、当委員会からのヒアリングに対して、

「Cさんと私とが結構親しかったので、Cさんから言われて、開いていないけれどはんこを押された。一応内容は見て押していた。理事会と評議員会が同じ日に開かれていて議題も同じだが、Cさんが全部考えていた。」

「Yさんが議長のときと自分が議長のときがあるが、これもCさんが勝手に書いていた。実際にはやっていない。」

と述べている。

- (4) 兵庫錦秀会の寄附行為では理事会が業務執行の決定を行うと規定されており、法人運営に関する重要事項は理事会に報告し、理事が議論して決定するものである。普段は理事会が開かれていなくても、少なくとも本件刑事事件が発生した非常時であれば、理事会を開き、本件刑事事件の原因説明・再発防止策の策定・責任者の処分、神戸市への改善計画書の提出、日本精神科病院協会からの脱退、新院長の選任、新理事長の選任などの重要事項について理事会で議論するのが当然である。ところが、兵庫錦秀会は、理事会を開いて本件刑事事件について検討を行った事実は存在せず、令和2年5月開催の理事会で例年どおり予算と決算の承認を行っただけであった。

I 弁護士が本件刑事事件について「マスコミが報道する内容しか知らなかった」と述べていたのは前述したとおりであり、他の理事も同様であったと考えられる。理事が経営に無関心であることは、本件刑事事件のような重大事件が発生しても何ら変わらなかったのである。

兵庫錦秀会は、令和2年12月2日の理事会において危機管理委員会の設置を決議したとされている。F理事長はその決議があったことを知らないと述べており、実際に理事会が開かれたのかは疑問であるが、いずれにせよ、その時の議事録では、B前理事長が一方的に危機管理委員会を設置し、I 弁護士に委員長を依頼すると述べただけとなっており、この時も、理事が本件刑事事件について議論を行うことはなかったのである。

- (5) 本件刑事事件の前後を問わず理事は全く責任を果たしていなかったものであり、そのことの責任は重い。これほどまでに経営に無関心な者ばかりが理事を続けている状態は速やかに改善されなければならない。B前理事長・A元院長を除く理事は無報酬であったが、そのことは、理事としての職務を行わなかったことを正当化する理由とはならない。

また、F理事長は、当委員会の聴取に対して、代わりの者が現れば直ぐに理事長職を譲りたいと述べており、神出病院の再生はすべてG院長に任せ、自ら理事長として率先して再生のために取り組もうとする意思を有していない。F理事長には、年齢や健康状態からして、そのような任務を期待するのは酷である。

兵庫錦秀会の現在の理事は、病院管理者であるG院長以外は、全員が入れ替わり、精神科病院の経営に関心を持ち、責任感と倫理観を有する者が就任してG院長と協力しなければ、病院の再生を行うことが実現できるとは考えられない。

5 監事の責任が果たされていないこと

兵庫錦秀会の寄附行為では、監事は財団の業務を監査することとなっており、職務内容は会計監査に限定されていない。

本件刑事事件が発覚するまでの監事は、R 1 弁護士とU税理士であったが、R 1 弁護士は、当委員会からの電話での聴取に対して、

「監事は名ばかりで、監事としての職務を行ったことがなく、税理士であるU 監事が作成した決算書を承認していただけである」

と述べている。

U税理士は、当委員会から職務の執行状況を書面で照会したのに対し、当委員会が求めた回答期限までに回答は行われず、令和4年4月15日になって回答書が返送されてきた。回答書では、監事としての活動内容は「会計監査・決算・税務調査対応」とされており、業務監査を行っていないことを認める内容となっている。同人は、兵庫錦秀会の顧問税理士として顧問料を受領しており、そもそも監事になること自体が適切ではない。

兵庫錦秀会の監事2名はいずれも業務監査の職務を懈怠しているし、業務監査を行わなければならないという認識すらなかったと考えられる。業務監査のために神出病院の実地監査を行っておれば、当委員会が指摘している神出病院の問題点の少なくとも端緒をつかむことは可能であったはずであり、監事にも本件刑事事件等の発生について責任がある。

なお、監事は2名とも監事としての報酬は無報酬であったが（ただし、U監事は顧問料・税務申告の報酬は受領していたし、R 1 弁護士も弁護士としての助言に対する報酬は受領していたと考えられる。）、そのことは、監事として業務監査の職務を行わなかったことを正当化する理由とはならない。

6 B前理事長への役員報酬の支払

B前理事長の役員報酬額は表1・別紙5のとおりであり、B前理事長は多額の役員報酬を受領していたが、それを受領していたことについては以下のような法的問題があり、適法に受領していたとは認められない。

(1) 評議員会決議が存在しないこと

兵庫錦秀会の寄附行為は令和元年12月27日に兵庫県知事の変更認可を受けており、変更後の寄附行為では、第30条に基づいて、評議員会の決議によらなければ理事に報酬を支払うことはできないことが明確にさだめられることになったが、評議員会においてその決議は行われていない。兵庫錦秀会が実際には開催されていない評議員会議事録を多数作成していることは前述したとおりであるが、理事の報酬について決議した議事録は作成されていない。多くの評議員会議事録に署名している K

は、「理事の報酬は評議員会で決めるというのは知らない。理事の報酬を評議員会で決めたということも記憶にない。」と述べている。令和2年1月からB前理事長が退任することになった令和3年9月17日までの役員報酬は、寄附行為第30条に基づく評議員会決議が存在せず、支出の根拠を欠くものである。

なお、B前理事長は令和3年9月17日に退任したが、その後も役員報酬の支払いの事務処理を止めていなかったため、令和3年10月分までの役員報酬が継続して支払われている。兵庫錦秀会の計算では、役員報酬・給与の締日の関係で、誤って支払った金額は2358万円になるとされている。誤って支払いが行われた退任後の役員報酬の支払いについても、支出する根拠が存在しない。

したがって、B前理事長に対して令和2年1月から令和3年10月までに支払われた月額2150万円の役員の報酬の22か月分4億7300万円は支出の法的根拠を欠くことが明らかであり、不当利得となるため、同額が兵庫錦秀会に対して返還されなければならない。

なお、兵庫錦秀会の事務担当者やI弁護士は、当委員会に対して、「**B前理事長退任後に誤って支払ったものについては、返還を求める必要があると認識している**」と説明しているが、実際には、**返還請求は行われていない**。このことについて、I弁護士も、B前理事長の妻であるD1理事も、B前理事長には「**返還する資金がない**」と述べている。しかし、それまで多額の役員報酬を得ていたことからすれば、返還する資金がないなどという言い分は到底認められるものではない。

(2) 医療法第54条違反

B前理事長に対する役員報酬の支払いのうち、月額1550万円になった平成24年3月以降のものは、医療法第54条が禁止する剰余金の配当に該当して違法であると解される。

医療法第54条は、医療法人が剰余金を配当することを禁止しているが、役員報酬は医業費用に含まれるため、役員報酬が増加すれば、その分だけ医業利益は減少し、剰余金も減少する関係にある。役員報酬を減らして医療法人の利益を増やし、利益から配当を受けることにすれば医療法第54条違反となることが明らかであるが、役員報酬を増やして医療法人の利益を減少させ、利益から配当を受けないことにするのは、経済的利益の取得の名目が異なるだけであって、実質に差はない。剰余金の配当が禁止されているのは、病院の経営は営利を目的とするものではないからである。この趣旨からすれば、不相当に過大な役員報酬を支払うことによって、剰余金の配当に代替することも同条によって禁止されていると解するのが相当である。役員報酬の名目にすれば、どれだけ多額の支払を行っても医療法第54条に違反することにならないとするのは正当ではない。

平成24年3月以降のB前理事長の役員報酬の額(表1)は、兵庫錦秀会の全職員の人件費(別紙6)の10%を超える多額のものとなっているため、不相当に過大な金額であり医療法第54条に違反すると解することができる。

(3) 支払原資が不当に形成されたものであること

神出病院は、これまで必要な設備投資を行ってこなかったため、今後の病院の改革のために多額の設備投資資金を必要としている。B前理事長が辞任するまでに受領していた役員報酬の支払原資は、神出病院が必要な設備投資を行わないことによって生み出されたものである。神出病院が必要な設備投資を実施してきておればB前理事長が多額の役員報酬を受領することはできなかったのであり、B前理事長としては、必要な設備投資に資金を回して、役員報酬の受領額を引き下げるべきであった。

役員報酬の支払原資の捻出方法からすれば、今後の設備改修等の資金とするために、B前理事長に対して、医療法第54条に違反していたり評議員会決議がないままに受領した役員報酬の返還を求めることは何ら不当ではない。むしろ、そのことは、兵庫錦秀会に求められる当然の対応であり、そのような返還請求を行わない理事には任務懈怠の責任が生じると考えられる。

なお、法的には、これから評議員会決議を行って決議の効力を遡らせることでB前理事長に対する役員報酬の支出根拠を作出することも考えられる。しかし、神出病院の現状にもかかわらずそのような決議に賛成する評議員は、そのことが評議員としての義務に違反するリスクを覚悟しなければならないし、そのような決議によって医療法第54条違反の瑕疵が治癒されることにはならない。

7 B家への役員報酬の支払

(1) D1理事に対する役員報酬の支払

D1理事は、B理事長の妻であり、平成24年4月から兵庫錦秀会の理事であるが、理事として活動した実績も、神出病院に出向いたことすらなく、B前理事長が退任するまでは無報酬であった。

D1理事は、B前理事長が退任した後も理事として活動していないことに変わりはないが、B前理事長が理事及び理事長を退任した令和3年9月17日の翌日から月額588万3400円(年額換算7060万0800円)の役員報酬を受領することになっている。その支払いが最初に行われたのは令和3年11月25日であり、その時点では、兵庫錦秀会は、再建のための費用だけではなく、冬の賞与の支払いにも支障が生じる程度の資金繰りの状態であり、無駄な支出を行う余裕は全くなかった。ところが、そのような窮迫した状況下で、急遽、D1理事への役員報酬支払いの事務処理が行われている。兵庫錦秀会の資金繰りが悪化し、冬の賞与を満額支給できるかが問題になっていることは、D1理事も認識していたが、そのような認識を有していながら、自分は役員報酬の支払いを受け始めたのである。当委員会は、この支払いが行わ

れることになった経緯をD 1 理事に質問したが、D 1 理事からは説明を受けることはできず、誰がこの支払いを行うことを言い出したのか、誰がどのようにして金額を決めたのかなどは解明できなかった。

神出病院が資金繰りに窮していた令和3年11月25日に、理事としての活動実態がないD 1 理事に対し、9月18日に遡って算出した1175万円もの多額の支払を行うことは全く理解できないし、その後もその支払が続いていることは、それを支給する側も受領する側も倫理観の欠如が甚だしい。なお、錦秀会グループ内には、B前理事長に対する役員報酬額と比較すれば、D 1 理事への支払額は約4分の1にまで大幅に減額されており、減額を実現したことを評価するべきであると考える者もいるようであるが、そのような評価は世間からも職員からも受け入れられるものではない。

(2) B前理事長の子3名に対する役員報酬・評議員報酬の支払

B前理事長・D 1 理事の子であるD 2は令和2年4月に兵庫錦秀会の理事に就任し、同月から月額30万円の役員報酬を受領している。D 2は、大阪の錦秀会本部に勤務しており、兵庫錦秀会の理事としての業務は何ら行っておらず、役員報酬に見合う業務は行っていない。なお、兵庫錦秀会が兵庫県に提出している理事・評議員の名簿には、D 2の職業は「医師」と記載されているが、同人は「医師」ではない。同人が理事就任のために兵庫錦秀会に提出した履歴書には■■■■大学■■■■歯学部入学が記載されているが、同人は「歯科医師」でもない。兵庫県へ提出している理事の名簿の記載は明らかな誤りである。

B前理事長・D 1 理事の子であるD 3は、令和元年6月に兵庫錦秀会の評議員に就任しており、令和3年4月から月額30万円の報酬を受領している。また、同じく子であるD 4は、令和3年4月に兵庫錦秀会の評議員に就任し、令和3年4月から月額30万円の報酬を受領している。兵庫錦秀会の評議員の中で報酬を受領しているのは、この2名だけである。評議員会は年に1回しか開催されていないし、それに出席しているかも不明であるが、出席しているとしても、年1回だけ30分もかからずに終了する会議に出席するだけで年額360万円（月額30万円の12か月分）の報酬を受領していることになる（時給に換算すれば、720万円を超えることになる。）。

(3) 報酬支払いの法的根拠が存在しないこと

D 1 理事、D 2 理事に対する報酬の支払いには評議員会決議が必要であるが、その決議は行われていない。D 3 評議員、D 4 評議員に対する報酬の支払いには、理事会決議が必要であり、その決議の議事録は作成されているようであるが、従前から実態のない議事録が多数作成されていることからして、議事録の存在だけでは理事会が承認しているとは認められない。実際に理事会決議が行われたことが認められるだけの資料は当委員会には提出されておらず、その理事会決議の存在を認めることはできない。これら4名に対する報酬の支払いは、いずれも理事会又は評議員会の決議を欠いており、法律上の根拠なく行われたものである。

また、兵庫錦秀会の理事・評議員で役員報酬の支払を受けているのは、G院長とH前院長（たちばな苑の非常勤医師）を除けば、D1理事、D2理事、D3評議員、D4評議員の4名（以下、この4名を総称して「B家」という。）の4名だけである。この4名が理事・評議員としての活動実態がないことはD1理事が当委員会からの聴取に対して認めていたところであるし、当委員会はD2理事、D3評議員、D4評議員の3名に対して、報酬の受領に見合う活動を行っているかを書面で照会したが、3名から回答は得られなかった。活動実態がない者に対して報酬を支払うこと、しかも、その金額がD2、D3、D4について年額各360万円、D1理事について年額7060万0800円という多額になることは、医療法54条が禁止する剰余金の配当に該当し違法と解される。

(4) 報酬の支払に関する是正の必要性

B前理事長に対して理事退任後に支払われた報酬については、兵庫錦秀会が返還請求を行う必要があることを認めているが、その返還請求は行われていないこと、D1理事に月額588万3400円もの役員報酬が支払われ続けていること、B前理事長の子3名に対してそれぞれ月額30万円の報酬が支払われ続けていることは、報酬支払のための評議員会等の決議が行われていないことや医療法第54条違反の問題を別にしても、一般人の倫理観・正義感に照らせば到底容認しがたいことである。直ちに支払の停止などの是正の措置がとられなければならない、この是正が行われなければ、兵庫錦秀会が法令及び寄附行為に基づいた適正な運営を行っていることにはならない。

第3 事実を解明しようとする意思の欠如

1 本件刑事事件発覚後の兵庫錦秀会の対応

- (1) 本件刑事事件は、看護要員が6名も関与して行ったものであること、加害行為をスマートフォンで撮影していたこと、男性患者に性的な虐待を行っていることなど、それまでに全国の精神科病院で発生した虐待事件と比較して、極めて悪質性の高いものであった。このような事案の発生に対して、信用を回復するには、事実関係を徹底的に調査して公表することが必要であり、事実調査がおろそかになれば、事実を隠蔽していると非難されて信用失墜が更に深刻なものとなっていく。

今日の社会情勢では、このような重大な不祥事が生じた場合には、第三者のみで構成される第三者委員会に調査を委ねることが一般化しており、第三者委員会による調査を行わないのは、事実を解明しようとする意思がなく、隠蔽を図ろうとしているとみなされてしまうことになる。

- (2) ところが、A元院長は、事実関係を調査して種々の問題が明るみになってしまうよりも、被告人ら6名の行為に問題を限定することによって早期に幕引きをはかろうとしており、第三者委員会による調査を行う意思は有していなかったと考えられる。

A元院長は、被告人ら6名のうち、乙6が本件刑事事件に関与していることは把握できていなかったが、既に逮捕されていた乙1の他に、乙2、乙3、乙5、乙4の4名が関与していることは当初から認識できていた。また、警察は令和3年1月初旬には患者11名の写真を神出病院に持参してその氏名の確認を求めており、そのうちの10名が特定されたことによって、A元院長は被害者となる患者の氏名もその頃には推測できていた。

神出病院は、自宅待機を命じていた乙2、乙3、乙5、乙4の4名について、令和3年1月22日に個別に呼び出して神出病院が依頼したR2弁護士立ち会いの下で事実関係を聴取しているし、神出病院の虐待防止委員会に出席させて事実関係や原因について説明させているのであるから、A元院長は、事件の全体像を把握するために、この4名から更に踏み込んだ聴取を行うことも可能であったはずである。ところが、A元院長は、乙2、乙3、乙5、乙4の4名が虐待行為を認めていたにもかかわらず、懲戒処分を行わずに令和3年2月21日に退職願の提出を求めて自主退職させており、早急に退職させて縁を切ろうとしたものと考えられる。A元院長の態度は、事実が解明されてより多くの虐待行為が明らかになることを恐れており、事実解明に消極的であったといわざるを得ない。

また、A元院長は、B4病棟では、被告人ら6名だけではなく、師長である甲、主任である丁12も患者に対する虐待を行っていたことを早い段階から認識していた。丁12は、自身が虐待行為を行っていたことを思い悩んだ挙げ句、警察に自首することも考えていたが、A元院長が引き止めており、A元院長は、問題が広がることを避けるために、甲・丁12による虐待行為が明るみになることも抑え込もうとしていたと考えられる。

退職した職員のなかには、

「虐待が蔓延していることは師長たちも知っていたと思う。刑事事件が発覚したあと、A元院長が、部長や師長に対し、『動画や写真があったら消しとけよ。』と言っていた。それでチェックしたら、役職がついている職員が、『助かったわ。危なかった。』と言っていたという話を聞いた。」

と述べる者がおり、A元院長からのトップダウンによる証拠隠滅行為が指示され、隠蔽が行われていたと考えられる

また、本件刑事事件発覚後に、看護部長代理と師長8名全員が集まって会合が持たれているが、その会合は「『言わなければ、ばれない』という発想で対応を協議していた」ものであったと述べる職員がおり、他の出席者の中にもそのようなやり取りが行われていたことを認める者がいる。師長レベルでも、虐待行為を行っている者が他にもいる事実を認識しており、その事実が広がることを抑えようとしていたと考えられる。

(3) 被害者対応の問題

本件刑事事件が発覚してから、兵庫錦秀会は、被害者との間で示談を成立させたことはないし、被害者や家族が納得する形での謝罪を行った事実すら認められない。

A元院長は、令和2年11月17日開催の兵庫錦秀会の運営委員会において、本件刑事事件について、「**病院の職員が起こした事件で、病院の管理者が厚労省に処分されるということはこれまでなかったことである**」などと述べ、自分が院長として責任を問われることはないと言明して憚らず、自身の院長としての責任はおろか、神出病院や兵庫錦秀会の法人としての責任を認めてこなかった。

神出病院が刑事事件の対応を相談していた顧問弁護士のR1弁護士は、遅くとも、令和2年1月29日の段階で、A元院長とC事務部部长等で被害者の家族への事実説明と謝罪を行うよう助言を行っている。神出病院が作成している令和2年3月2日付け「ご報告」と題する文書によると、神出病院がその助言に対して行ったのは、一部被害者を訪問しただけの甚だ不完全なものであり、誠実な謝罪がなされたとは到底認められない。

また、R1弁護士は、令和2年7月20日の段階では「本件は、看護師個人の問題にはとどまらず、病院自体の法的責任が問われることがある」ことを指摘していたようであるが、同日以降にA元院長が被害者に対して謝罪を行った事実は窺われない。

当委員会が可能な範囲で被害者の家族等に連絡をとるなどしたところ(前提事実に記載したとおり、現在も入院中である被害者への面談は、被害者の精神状態等に悪影響が生じるおそれがあるというG院長の判断で実現しなかった。)、下記のような被害者側の不満が確認できている。兵庫錦秀会として、被害者との間の示談の成立はおろか、示談案の提示すら行われていないのであり、中身のある誠実な謝罪対応がとられてきたとは到底認められない。

本件刑事事件の被害者への対応は、事実関係の解明とともに最初に取り組まなければならない課題であるが、その取り組みがおざなりにされ、神出病院による対外的責任が全くとられてこなかったことは極めて無責任かつ非常識である。ここでも神出病院及び兵庫錦秀会に蔓延する無責任体質が露呈している。

- ・ **ある被害者の代理人弁護士からの連絡文**・・・「令和3年7月30日に被害弁償についての意向を明らかにするよう申し入れておりました。そうしたところ、病院代理人であるI弁護士から、8月6日に、事実確認をした上で回答するとの連絡がありましたが、その後、何の連絡もありませんでした。そこで、11月2日に再度I弁護士に連絡を入れておりますが、現在に至るまで回答はありませんでした。」
- ・ **本件刑事事件後、死亡した被害者遺族の声**・・・「(本件刑事)事件後の病院からの連絡は、話合いがしたいので来て下さいというものだったが、これは、事件発覚後に、入院費を2ヶ月滞納したら、当時のQ事務長から電話で督促があったので、『謝ってもらわないと払わない。』と言ったところ、事務長は『すみません』の一言もなく、

『わかりました。僕らは警察から何も聞いてないから詳しい事情が分からない。何と
言ってもいいか分からない。』と言った。そうしたら、謝りたいという内容ではなく、
入院費用の支払いを督促する内容の書面が届いた。その後も色々書いて話合いがした
いという手紙がきたが、話し合う気にもなれず、無視していた。」「最後の最後まで
謝罪はなかった。当然、賠償の話もない。今現在も。」

- ・ある被害者の家族の声・・・「神出病院からは、A院長時代、謝罪はなく、説明会を
するから来て下さい、という連絡が来た。あんまりだと思い、相談員みたいな方に、
『謝りに来いとは言わんけど、どういう風な経緯でとか、せめて送ってきたらどうな
の。』と言ったが、それきり。A院長は、『患者＝金』『事件＝変なやつがやったこ
と』『神出病院＝被害者』という感じ（に本件刑事事件のことを捉えているように思
う）。」

2 危機管理委員会の設置

- (1) 神出病院は、神戸市からの令和2年8月17日付け改善命令で、以下のとおり命じら
れていた。

看護職員による入院患者への暴力など、患者の人権を侵害する著しく不適切な行為
が院内で行われていたことが明らかになった。二度とこのような事件の発生を許して
はならず、早急に具体的かつ抜本的な対策を講じること。

①～⑥ 略

- ⑦ 事件の概要を速やかに、また改善計画及び実施経過等については定期的に全職
員に説明・共有し、再発防止を徹底すること。貴法人が設置を予定されている第
三者委員会による調査を速やかに実施し、その経過や結果報告について、神戸市
に報告するとともに、全職員に説明・共有すること。

この改善命令に対する、神出病院の同月31日付け改善計画書には、「当法人の特
別調査委員会については、準備を進めており、裁判が確定次第正確に把握し実施して
いきます。」と記載されていたが、令和2年11月13日付けで再提出した改善計画
書では、「特別調査委員会については、別途ご報告させていただきます。」とだけ記
載されていた。

(2) B前理事長の発言内容

神出病院は、第三者委員会の設置には応じず、それに代わるものとして危機管理委
員会を設置することにし、兵庫錦秀会が作成している議事録では、令和2年12月2
日開催の理事会で危機管理委員会の立ち上げを決議したことになっている。しかし、

F 理事長は「危機管理委員会の設置を知らなかった」と述べており、この日に理事会が正式に開かれているとすることには疑問があるが、少なくとも、この日に、B 前理事長、A 元院長、I 弁護士の間でやりとりが行われた記録は存在している。

そのやりとりの議事録は複数のものが作成されており、捺印した完成版の原本の所在は不明となっているが、神出病院から開示された資料の中に、議事録を作成するためのテープ起こしによる原案が含まれており、そこには、B 前理事長が、危機管理委員会の組成について、

「**組成の理由は毎月見ておられる損益計算書が赤字である。**」

「今この状況下であるのでドクターや看護師も不足するし、患者さんの中には退院したいという方もおられるでしょう。しかしながら我々としてはそれを乗り越えてまたきちんとした**満床体制で健全な経営ができるようにしたい**と思っている。」

と発言したことが記載されている。

この発言によれば、危機管理委員会の設置は、虐待行為等の原因を解明して病院を改革することよりも、満床にして赤字を解消することが主たる動機であったと理解するほかない。

B 前理事長は、A 元院長の退任後に新たに就任したH前院長に対して、「**神出病院の病院名を変更すること**」を指示している。これは、名称だけ変更してイメージの回復を図ろうとしたものである。このことからしても、B 前理事長の関心事は、事実の解明や病院の改革などではなく、神出病院の収益確保にあったことが分かる。H前院長によって設置された神出病院の再生委員会では、B 前理事長からの指示に基づいて病院名を変更することが本気で話し合われており、新名称を決定しているし、B 前理事長から早急に名称を変更するよう指示を受けていることが繰り返し説明されていた。再生委員会では、「**早期に400床に回復させること**」を目指すとして、医療機関や行政機関への営業活動についても話し合われていた。B 前理事長は、神出病院の実態を改善することなく、名前だけ変えることによって事態を乗り切って収益を回復しようとしていたのであり、危機管理委員会についても、そのためのイメージ作りとして立ち上げたに過ぎないと考えられる。

(3) 危機管理委員会に関するI弁護士の説明

一般社団法人兵庫県精神科病院協会は、神出病院に対する実地調査を行って、令和2年9月10日付けで、同協会の精神医療適正化委員会名での報告書を神出病院に提出して神出病院の問題点を指摘していたが、神出病院は、当該報告書に対して何らの対処も行っていなかった。

同協会は、H前院長が令和3年4月20日に就任挨拶に来訪した際、「神戸市が要請していた『第三者委員会』ではなく『危機管理委員会』という形になったことについて、一般の理解が得られるように説明してほしい」という口頭での依頼を行った。

これに対しても、神出病院は何の説明も行わなかったため、同協会は、令和3年5月26日付け文書によって、上記の点について同年6月9日までに文書で回答するよう求めた。

これに対して神出病院が同協会に提出した書面には、I弁護士による「第三者委員会を設置することなく、危機管理委員会という形になった理由の説明」と題する文書が添付されていた。そこには、第三者委員会を設置しないのは、危機管理委員会で代替できるからであるとされており、「当法人における委員会は病院外のメンバー（兵庫錦秀会の神出病院からみれば、たとえグループ内であっても大阪の医療法人■■■■等）はほぼ外部と云える）を多数、また外部有識者たちを複数加えることにより、『危機管理委員会』で公平性を担保できていると考えております。」、「『危機管理委員会』という名称のもとに、第三者委員会と同様、若しくはそれ以上の効能を持たすことを目指しておりますので、ぜひご理解いただきたいところです。」、「危機管理委員会で問題点を抽出して改善していけば、第三者委員会に遜色ないどころか、更に真実に迫った委員会ができるのではないかと考えております。」と記載されていた。また、危機管理委員会は懲戒処分を検討する立場も有しているとも記載されていた。

(4) I 弁護士の説明の不当性

しかし、I 弁護士の説明は詭弁であるとの非難を免れられない。

危機管理委員会の委員長となったI 弁護士は、兵庫錦秀会の理事であり、問題行為の発生を未然に防止できなかったことについて責任を問われる側にあるため、そもそも委員長を務めること自体が不適切である。

委員28名のうちの11名は神出病院の幹部である。神出病院の関係者は自ら不適切行為を行っていたり、不適切行為を行った者の上司として監督責任を問われたりする立場にある。神出病院の理事、監事、評議員の合計8名も、職務懈怠の責任を問われる立場にあり、責任を問われる側の者が過半数を占めている。

危機管理委員会の委員となる錦秀会本部の関係者についても、兵庫錦秀会は錦秀会本部とは法的には別法人であるものの、錦秀会本部からの指示によって、取引業者を限定されていること、B前理事長一族の報酬を支払わされていること、理事長の交際費や政治献金を分担させられていること、寄付金を支出させられていること、毎月の収支や病床利用率や100万円以上の支出額等の報告を求められていたことなどからして、錦秀会本部とは極めて密接な関係にあるため、第三者性が認められる関係にはない。このメンバーで「公平性を担保できている」というのは、第三者による調査が求められる趣旨を全く理解していないものである。

このような危機管理委員会の構成員では、危機管理委員会が公平性を担保できることにはならない。

また、I 弁護士は、兵庫県精神科病院協会に対して、「法的には、第三者委員会を設置するべきであるという拘束力はないと思料いたしております。」とも回答している。

この見解は、第三者委員会を設置する法的義務は無いという点で法的には正当であるが、虐待事件等について事実関係の解明や再発防止策の策定が行われていないという状況下で、法的義務の有無を論じるのは議論のすりかえでしかない。兵庫錦秀会においても、錦秀会グループにおいても、I 弁護士の見解に対して異論を述べることができる者がいたとは考えられないのであり、**本件の事実関係の解明が遅れたことについて、I 弁護士には重大な責任がある。**

3 危機管理委員会の運営状況

(1) 危機管理委員会の委員構成の問題

第三者委員会というものは、委員の全員が第三者性を有していなければ無意味であるが、危機管理委員会発足当初の委員 28 名のうち、第三者性が認められることが明白なのは大学教授 2 名だけであった。錦秀会グループとは無関係の医療法人の理事長も委員となっているが、B 前理事長と個人的に親しい関係にあった可能性があり、十分な第三者性を有していたのかは明らかではない。

また、令和 2 年 12 月 2 日の時点で B 前理事長から危機管理委員会の外部委員とする大学教授として名前がでていたのは 3 名だったが、結果として、外部委員として委嘱された大学教授は、Z 1（神戸大学客員教授）、Z 2（奈良県立医科大学特任教授）の 2 名である。この 2 名が議事録において出席者として記載されているのは、令和 3 年 7 月 7 日開催の第 7 回の委員会（これが最後の開催となった。）だけである。当該委員会において、両名は何ら発言していないし、委員長からも両名に対して発言を促すことも行われておらず、外部委員にふさわしい活動を行った実績は何ら存在しない。そもそも、この外部委員に対して神出病院の実態を説明していたとも考えられないのであり、外部委員が事案に応じた適切な意見を述べることが期待できる状況にはなかった。大学教授 2 名は、その名前を委員名簿に加えることによって危機管理委員会の権威付けを図るために利用されたに過ぎず、両名の積極的な関与によって事案の解明や再発防止の取組みを促進使用としていたとは認められない。

危機管理委員会は委員数が多すぎ、機動的に事実調査を行うことが可能な機関とはなっていないし、議論を行う場としても機能しておらず、一度も発言していない委員も少なくない。

(2) 危機管理委員会の開催状況の問題点

兵庫錦秀会は、A 元院長の支配下で現場の者が自由に意見を言える環境にはなかったものであり、そのことが、A 元院長の退任によって直ちに改善されることになるはずがない。危機管理委員会の議事録を見ても、主に I 委員長からの発問に対して指名された者が回答するという形式で運営されており、神出病院の関係者の発言は、意見を述べたというよりも、殆どが責任を追及されての弁明に過ぎなかった。

また、危機管理委員会の開催日時は、錦秀会本部での理事会の終了後の時間が充てられていたため、1か月に1回しか開催されず、1回あたりの開催時間は1時間前後に過ぎない。当委員会が関係者の聴取を行ったり報告書の内容について議論したりするにあたって1日で7時間以上を費やしたことも珍しいことではなかったが、危機管理委員会は1箇月に1回の頻度で、1回あたり1時間程度しか開かれておらず、7回の委員会の開催時間は延べ7時間程度に過ぎない。各回の議題を見ても、**別紙9**「危機管理委員会 議題」のとおりであり、真実に迫るための活動は行われておらず、議事録による限り、事実の解明に関するものは、職員に対するアンケート結果が報告された程度に過ぎない。

I 弁護士は、危機管理委員会の効果・性格について、「**真実に迫った委員会ができること**」，「**第三者委員会とは異なって、懲戒委員会の側面を有していること**」をあげていたが、上記のような危機管理委員会の開催状況からすれば、危機管理委員会によって事実を解明しようとする意図など毛頭なかったと言わざるを得ない。

4 危機管理委員会を設置した意図

危機管理委員会の設置時のB前理事長の発言内容や、委員の構成、設置後の開催頻度は1か月に1回で、1回あたり1時間前後の時間しか開かれておらず、事実の調査は遅々として進んでいなかったことからすれば、危機管理委員会は、第三者委員会の設置を回避するためのまやかしに過ぎず、危機管理委員会において事実の解明を行おうとしていたとは認められない。

危機管理委員会は、純粋な第三者のみによって構成される**本来の第三者委員会**によって調査が行われると、**兵庫錦秀会に関する数々の不都合な問題点が明らかにされてしまうことを恐れ、錦秀会グループにおいてコントロールできる委員によって調査を行った体裁を取り繕うことにした**としか考えられない。現に、当委員会は再三にわたってB前理事長やA元院長に対して支払った報酬額を照会していたが、開示されるまで約3か月を要しているし、当委員会の設置を承認したとされているB前理事長は当委員会の聴取に応じなかった。B前理事長の高額の報酬や責任問題は外部の者に一番触れられなくなかった問題であり、触れられることを避けるために第三者委員会の設置を拒否したかったのである。

危機管理委員会は、事実の解明を行うための組織ではなく、逆に、第三者設置を免れ、事案の解明を引き延ばすことによって、事件が世間から忘れ去られてうやむやになるのを企図して設置されていたのではないかと考えざるを得ない。

当委員会が行った調査に比べれば、危機管理委員会は何の調査も行っていないに等しい。危機管理委員会によって第三者委員会以上の効能を持たせることを目指すなどと堂々と表明すること自体が兵庫錦秀会の隠蔽体質の現れであり、兵庫錦秀会の理事が真摯に兵庫錦秀会が抱える問題と向き合おうとする意思など有していなかったことを露呈するものである。このような者が理事を務めていたのでは、兵庫錦秀会の組織風土が改

善されることなど到底期待することはできないのであり、これこそが、公平な第三者から見た兵庫錦秀会の最大の問題点である。

5 兵庫錦秀会と当委員会との調査委託契約の締結・履行状況

- (1) 兵庫錦秀会は、令和3年6月に就任したG院長の下で、危機管理委員会による調査の他に、第三者委員会による調査も行うことに方針を転換し、神戸市に第三者委員会の委員の推薦を求めた。神戸市は、当委員会の委員5名を兵庫錦秀会に推薦したことによって、当委員会は令和3年9月24日に第1回目の会合を行った。

この時点で、当委員会は、兵庫錦秀会と当委員会との調査委託契約書の文案を兵庫錦秀会に提示しており、その内容は、日弁連ガイドラインに準拠したものとなっていた。ところが、兵庫錦秀会の理事長であったBは同月17日に理事長及び理事を辞任しており、同月24日の時点では後任の理事長は選任されていなかった。そのため、兵庫錦秀会において調査委託契約を締結する権限を有する者が不在であり、当委員会は調査委託契約を締結することができず、調査を開始することもできなかった。

G院長は、当委員会との調査委託契約を早急に締結して調査を開始する必要があると判断し、当委員会に対し神出病院の病院長として調査委託契約書の委託者として記名捺印すると申し出たことから、当委員会も暫定的措置としてこれに応じることとし、令和3年10月2日付けで調査委託契約書に双方が捺印することになった。

- (2) その後、兵庫錦秀会の新理事長の選任について当委員会への説明は行われなかったが、当委員会において兵庫錦秀会の法人登記を調査したところ、同月15日付けでF（医療法人■■■■理事長代行、近畿大学名誉教授）を理事長とする選任登記が行われていたことが判明した。

当委員会は、令和3年11月1日にG院長と面談し、F理事長によってG院長と締結した調査委託契約を追認すること、調査補助者の選任が必要となることから調査補助者への報酬支払に関する契約書を締結すること、F理事長と面談することを求めた。

これにより、当委員会は、同月5日にF理事長・I弁護士と面談することになった。面談において、F理事長からG院長が捺印した調査委託契約を追認する旨の口頭での回答が得られたが、当委員会からその旨の書面の提出を求めたことに対しては、書面は提出されなかったし、調査補助者への報酬の支払に応じる旨の回答は得られなかった。

- (3) 当委員会は、兵庫錦秀会の本件調査に対する姿勢に疑問があったものの、既に着手していたアンケート調査の回答内容に照らすと調査を進めることが社会的責務であると考え、職員のヒアリングに着手することにした。ところが、その後も、F理事長による調査委託契約の追認の書面の提出や調査補助者に対する報酬支払についての回答は得られないままであったし、当委員会の委員の同年10月末日までの調査に対

する報酬は同年１１月２５日が支払期日となるが、その日に支払は行われず、支払が遅延することの連絡すら行われなかった。

このため、当委員会は、令和３年１１月２６日付けで兵庫錦秀会に対して内容証明郵便を送付し、調査委託契約を追認する旨の文書の提出、調査補助者に対する報酬の支払を求め、それに対する回答を同年１２月３日までに書面で行うよう求めた。

兵庫錦秀会は、上記内容証明郵便を令和３年１１月２７日に受領しているが、当委員会へは何らの連絡も行われることはなく、従前の経緯からして回答期限までに回答が行われることは期待できないと考えざるを得なかったため、同月３０日に、兵庫錦秀会に対し、同年１２月２日以降に予定されていた職員のヒアリングを中止することを通知した。

兵庫錦秀会は、これらの連絡に対して何の回答も行っておらず、当委員会に調査を依頼した者の対応としては極めて非常識・不誠実であり、当委員会の調査によって事実を解明しようとする意思を有しているとは到底認められなかった。

- (4) 当委員会から、１２月１３日に、Ｇ院長に対して何の回答もないままでは調査を続けることはできないことを通知して面談を求めたことによって、同月１５日にＧ院長と面談することになった。

この面談において、Ｇ院長から、Ｆ理事長が捺印した調査委託契約を追認する旨の書面が提出されたが、同時に、当委員会の委員及び調査補助者に対する報酬、必要経費等も含め支払総額の上限額を設定すること、「当法人の財政状況は極めて厳しく、いつ運営資金が滞っても致し方ない状況が続いております。大変恐縮ではございますが、当法人の財政状況をご理解いただき、可能な限り支払総額を抑制してくださるよう、ご協力お願い申し上げます。」と記載された文書が提出された。

- (5) 日弁連ガイドラインでは、調査報酬は時間制を原則とすることが定められているところであり、報酬の上限額を設定することは調査時間を制約することになるため相当ではないが、当委員会は、調査を完遂させることが社会的使命であると考え、委員長においては無報酬とし、弁護士である委員及び調査補助者の報酬額は上限を定めることによって、兵庫錦秀会の希望する金額の範囲内で報酬・調査費用を納めることを受け入れることにして、調査を再開することとした。なお、この時点で、当委員会は、令和３年１１月２５日からＤ１理事に対する役員報酬の支払いが開始されていることは認識していなかった。

兵庫錦秀会は、報酬額の上限を設定することを求めたのであるし、Ｄ１理事への報酬の支払を開始していたのであるから、上限の範囲内であれば確実に報酬の支払を行うことが当然であるが、令和４年２月２５日が支払期日となっていた報酬の支払は遅延している。

- (6) 当委員会が、調査の依頼を受けた兵庫錦秀会に対して調査を進めるために内容証明郵便を送付しなければならなくなったということ自体が極めて異常なことである。兵

兵庫錦秀会の当委員会に対する対応は、当委員会の調査によって事実を解明し、再発防止や信頼回復に努めようとするものとは認められないものであった。

兵庫錦秀会は、令和3年11月25日にD1理事及びその子らに対して合計678万3400円の報酬を支払いながら、同日が支払期限となる当委員会への報酬は支払を行わなかったし、D1理事らへの報酬支払の事実を当委員会には説明しないまま、「当法人の財政状況は極めて厳しく、いつ運営資金が滞っても致し方ない状況」であると申し出て、報酬上限額の設定・調査のための経費の削減を求めているのである。このことは、兵庫錦秀会にとっては、当委員会による調査よりも、B家への資金提供の方が優先課題であったことを示している。

6 第三者委員会を設置した意図

結果として兵庫錦秀会は第三者委員会を設置することになったが、前述したとおり、当委員会結成後の兵庫錦秀会の対応は、患者の利益を優先する病院に生まれ変わろうとするために第三者委員会の調査を受けることにしたとは評価し難いものであった。

神出病院が第三者委員会の調査を受けて問題点を全て解明しようとする意思があったのであれば、当委員会がB前理事長から聴取を行うことが可能となるよう段取りを行うべきであったし、D1理事に対して報酬を支払うことになった経緯についても当委員会に対して説明が行われて当然である。ところが、B前理事長は当委員会からの聴取の要求には応じなかったし、その他の関係者もB前理事長に聴取に応じるよう働きかけることはなかった。このような事実にもかかわらず、B前理事長が第三者委員会の設置を了承しており事実を解明する意思を有していたなどとするのは、世間の理解を得られるものではない。資金難を理由に当委員会の委員への報酬の支払を行わない一方で、D1理事への報酬の支払を始めたことも、事実解明の意思を有していなかったことの現れである。

このような対応からすると、兵庫錦秀会が当委員会の調査を受けることにしたのは、神出病院の運営実態が改善されなくても、第三者委員会の調査を受けたという事実だけで「禊ぎ」が終わったとすることに利用しようとしただけではないかと疑わざるを得ない。

そのような疑念が全くの言いがかりであり、真に改善・改革を実現して患者の利益を重視する病院に生まれ変わろうとしたのであれば、当委員会が次章で提言している内容が可及的速やかに実現されるよう取り組まなければならない。

第4 神戸市・兵庫県の対応の問題点

1 行政の対応状況の検討

自浄機能を欠いた民間の精神科病院を是正することができるのは行政機関しかない。行政機関には、そのことが期待されて、精神保健福祉法第38条の6や医療法第63条によって監督権限が与えられている。

当委員会は、兵庫県及び神戸市の神出病院に対する対応を確認するために、公文書の公開請求等を行ったが、公開された文書等からは以下の問題点が確認できている。神戸市も兵庫県も職務怠慢の批判を免れることはできず、監督権限が適切に行使されなかったことは遺憾といわざるを得ない。

2 神戸市の対応の杜撰さ

(1) 同じ内容の実施指導を繰り返すだけであったこと

神戸市は、精神保健福祉法第38条の6に基づき、毎年1回、神出病院に対する実地指導を行ってきている。神戸市は、確認できた範囲内では、平成27年度に「**行動制限（隔離・拘束）が継続されている診療録への記載について、理由や精神症状について具体的に記載し、行動制限の最小化に努めること。**」という指導を行った以降、毎年、同様の指導を繰り返している。このことは、医療行為の問題点において前述したとおりである。

神戸市が毎年同じ内容の指導を繰り返すことになった原因は、一義的には、神出病院が神戸市の指導にしたがった改善を行っていなかったことにあるが、神戸市においても、神出病院が必要な改善を行っていないのに有効な指導を行うことができていなかった責任がある。神出病院は、即日改善に取り組んだ旨の改善計画を神戸市に提出しているが、次年度の神戸市の実施調査時には何の改善も行っていなかったために、同様の指導が行われているのである。神出病院としては、単に改善計画書さえ提出しておけば、実際の対応を変える必要はないと考えていたとしか思われたい対応を継続していたのである。神戸市が真摯に改善を求めるつもりがあったのであれば、神出病院に対し、一向に改善が見られないことに対して段階的に指導を強化する対応を行わなければならない。ところが、神戸市は漫然と前年と同一の指導内容を記載した書面を交付するだけであったのであり、そのような対応では、神戸市が神出病院に本気で改善を行わせようとしていたとは到底認めることができない。

「精神科病院に対する指導監督等の徹底について」（平成10年3月3日付け厚生省大臣官房障害保健福祉部長・厚生省健康政策局長・厚生省医薬安全局長・厚生省社会・援護局長通知）では、実地指導後の措置として、「**適当でないと認められる場合**」には、「措置を講ずべき事項及び期限を示して、その改善結果報告を書面により求めるとともに、その結果を検証するものとする。」とされており、「**著しく適当でないと認められる場合**」には「措置を講ずべき事項及び期限を示して、適切な処遇等を確保するための改善計画書の提出を求め、必要に応じ提出された改善計画書の変更を命じ、又は、その

処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じ、その改善結果報告を書面により求めるとともに、その結果を検証するものとする。」とされている。神戸市が神出病院に対して行動制限に関する診療録の記載方法について通知していたのは「指導事項」であり、期限を定めて改善状況（計画）の提出を求める「指摘事項」ではないため、上記通知に照らせば、神戸市としては、「適当でないと認められる場合」にも至っていないと判断していたことになる。

しかし、1回目であれば、個別の精神症状を診療録に書き漏らしているだけであると考えて「指導事項」に留めるという判断もあり得るかもしれないが、その記載が行われない状態は何年も繰り返されているのである。そのような態度からすれば、そもそも、個別の精神症状の確認が行われていないのではないかと考えるべきものであるし、一向に改善されないのは神戸市の指導に従うつもりがない態度を示していると考えべきである。ところが、そのような対応が行われていたことに対して、神戸市は「適当でないと認められる場合」にも該当しないと考えていたのであるから、真摯に監督権限行使していたものとは到底認めることができない。神戸市としては、段階的に「適当でない」「著しく適当でない」と判断を変更して、神出病院に必要な是正行為を確実に実施させるべきであった。

(2) 実地指導当日の神出病院の対策

神戸市は、実地指導を行うにあたって事前に病院への訪問日を通知しているため、神出病院では、幹部職員が出席して毎月開かれている運営委員会において、事務部門から、実地指導の日程を告知し、実地指導当日には現場の状況を改善しておくよう求める発言が行われていた。

このことについて、C元事務部部長らは、「本来あるべきでないことが病棟で行われていたので、あるべき状態に是正しておくよう求めるのは当然のことである」旨を述べている。しかし、問題となるのは、実地指導当日にあるべき状態になっているかではなく、日常的にあるべき状態になっているかである。神出病院は、病院ぐるみで、実地指導当日だけあるべき状態になっているように見せかけることができれば、それから1年後の実地調査までの間は不適切な状態が続いていてもよいと病院ぐるみで考えていたのである。

神出病院が神戸市の実地指導の当日に拘束に関する対応を変更していたことは、「簡易拘束」のところで前述したとおりであるが、その他にも、看護師に対するアンケートの回答によると、神出病院は患者の移動や職員の配置について以下のような変更を行っていたことが判明している（括弧内はその変更の指示を行った者）。

【患者の移動】

- 4人部屋に6人入っていたので、部屋移動を行ったりしていた。（病院）
- 普段は4人部屋に6人入っていましたが、監査の時だけ4人部屋にしていた。（前

院長)

- 酸素投与や吸引設備のある部屋が限られていたため、それらの処置が必要な患者定員4人部屋に6人、定員2人部屋に4人入っていた。監査の際は部屋を移動させていた。(病院)
- 4人の部屋に自立と寝たきりの患者さんの割合があわず、6床で使用し、当日、4床に戻す。4点柵(注:ベッドの4方向を柵で囲むこと)を3点にかえる。(入職時より上司から指示を受けていました。)
- 観察が必要な患者様を4人部屋であるが6人入っていた。(入職した時からであった。)
- 部屋移動(ベッド移動)。(上司)
- オーバーベッドを規定数で配置した。(看護部長)
- 入院基本料15:1を守る為に、普段病棟で働いていない看護学校の教員の氏名を管理日誌に記載した。4人部屋に普段は6人入っていたが、監査の日は4人へと戻した。A元院長、看護部長)。
- 患者様の部屋替え、ベッド調整。(誰からかは不明)

【職員数の調整】

- 職員が多くなっていた。時間数の不足で職員を動かしていた。(不明)
- 監査の日の人員が少なければ勤務調整を行い職員を増やす(目的は、監査で師長・主任が病棟業務に入らないのでそのための人員確保)。普段車イスベルトを使用している患者様は、当日はベッドに臥床していただく。(師長から指示されていたし、自分が師長となっても同じようにしていた。)
- 拘束とかはなかったが、清潔・不潔の物品を倉庫に隠したりしていた。(当時の上層部。実地指導の方々も知らんぷりのような素振りもあった。)
- 詰所などをきれいに片づけたり、不必要なものを片づけたりした。たまに、勤務表に知らない人の名前があがって来る(理由は時間数みたいなことを聞いたことがある)。(師長)
- 人数の配置を短時間だけ応援にあてていた。(前々院長)

(3) 神戸市の責任

神出病院の実地指導に対する態度は、「日頃の患者対応に問題があっても、実地指導当日だけ変更しておけばよい」、「指導事項の指摘を受けても、改善した旨の書面さえ提出しておけば、やり過ごせる」と考えていたとしか思われぬものである。神戸市の調査はその程度の生ぬるいものであるとしか認識されていなかったなのである。東洋経済新報社が令和4年3月24日に発行した『ルポ・収容所列島 ニッポンの精神医療を問う』には、神戸市が神出病院の職員に対して行ったアンケートの回収率が3割強にとど

まったことに触れて、「『市は病院に完全になめられている』と関係者は憤る。」と記載されているが（同書 238 頁），改善を求めた事項が改善されなくても毎年同様の指導を繰り返すだけであった実地指導では神戸市が「なめられる」ことになってしまった仕方がないことである。「なめられている」と憤る前に，神出病院に対する対応に不十分な点がなかったかを省みなければならない。

指導した事項が一向に改善されていないにもかかわらず，漫然と同じ指導事項の通知を繰り返すだけであった神戸市の対応は，職務怠慢のそしりを免れられない。行動制限に関する診療録の記載が不十分であったのは，そもそも診断が適切に行われていなかったために記載することができなかったのではないかと疑うべきであり，神戸市の指導事項に基づいて改善が実施されていれば，本報告書で指摘した問題行為のいくつかは解消され，患者の利益が確保されることになっていた可能性がある。

3 兵庫県の対応の杜撰さ

(1) 立会検査における本件刑事事件への対応が不十分であること

兵庫県は，本件刑事事件が発覚してから 1 年以上が経過した令和 3 年 3 月 26 日になって，ようやく兵庫錦秀会に対する医療法第 6 3 条に基づく立入検査を実施している。しかし，兵庫県の対応は，本件刑事事件という重大な事件が発生しているにもかかわらず自発的に監督権限を行使しようとしたものではなく，神戸市保健所から要請があったために渋々付き合っただけで訪問したとしか思われず，問題点を見つけ出して指導を行うつもりがあったとは到底認められない。

兵庫県が当日の立入検査に結果について作成した「医療法人財団兵庫錦秀会への立入検査について」と題する書面には，本件刑事事件に関連して，危機管理委員会の立ち上げを議決したという記載が行なわれており，そこに手書きで「これ以外，本事件の内容協ギなし」と加筆されている。これによれば，兵庫県としても，理事会において本件刑事事件について協議が行われていないことに問題意識を有していたと考えられるが，そうであれば，より踏み込んだ調査・指導を行なうべきであった。

兵庫錦秀会の内部資料では，この検査の際に，兵庫県から本件刑事事件を総括した文書を提出するよう指示されたことになっている。ところが，前述の「医療法人財団兵庫錦秀会への立入検査について」と題する書類には，そのような指導を行った旨の記載は存在しない。公文書の公開請求に対して兵庫県から開示された文書の中にも兵庫錦秀会の総括の文書は存在せず，兵庫錦秀会は総括のための文書を兵庫県に提出していないと考えざるを得ない。

仮に，何らかの総括のための文書が提出されているとしても，兵庫錦秀会が準備していた文書は，当初は A 4 用紙 1 枚だけのものであり，その後に加筆されているが，それでも A 4 用紙 2 枚だけであった。これだけの事件が生じたことに対する総括を A 4 用紙 2 枚で書ききれはるはずはなく，総括が不十分であれば再発防止策も不十分となることか

ら、兵庫県としては更に指導を行うべきものである。ところが、兵庫県が令和3年3月26日以後に、兵庫錦秀会に対して何らかの指導を行った形跡は見られない。

兵庫錦秀会で発生していた問題は、B前理事長が職責を果たしていなかったことや、理事会・評議員会が機能していなかったことも要因となっている。そのような法人組織の問題は兵庫県の管轄であり、兵庫県として患者の利益のために対応できることがないかを真剣に検討したのであれば、更に踏み込んだ指導が行われるべきであったが、兵庫県がそのような対応を行った事実は認められない。

(2) B前理事長の役員報酬・保証料に対する検討が不十分であること

前述した「医療法人財団兵庫錦秀会への立入検査について」には、兵庫錦秀会がB前理事長に支払っていた保証料について、「保証料は利益供与に当たらないよう弁護士とも協議して決定している。」という記載が存在する。

保証料が「利益供与」に当たらないかは、医療法第54条が禁止している剰余金の配当に該当しないかを意識したものと解されるが、保証料は保証会社や保証協会等の機関保証を受けるにあたって支払われるのが通例であって、企業経営者が自ら経営している企業から保証料を受領することは他では見られないことである。保証料の趣旨は通常は役員報酬の金額に反映されていることになり、役員報酬とは別に保証料を受領することは行われていないのである。

特に、B前理事長については、令和元年度には年額2億5800万円もの役員報酬を受領していたのである。これだけ高額な役員報酬を受領しておきながら、それとは別に更に保証料を受領しているというのは極めて異例、むしろ異常なことである。保証料の金額も年間2000万円を超えており、A元院長の年俸に匹敵する額となっている。

兵庫県は、法人の代表者が当該法人の借入の保証を行うにあたって保証料を受領するのが異常なことであるということ自体が理解できていなかったと思われる。役員報酬の金額自体も極めて高額であることに加えて保証料が支払われていることについて、医療法第54条の観点からの指導が行われていないことは検査が不十分であったと言わざるを得ない。

また、B前理事長は医療行為を行っておらず、単に決裁印を押す程度の業務しか行っていなかったにもかかわらず、年間2億5800万円もの役員報酬を受領していたのである。業務量と比較してこれだけ多額の役員報酬を受領することは医療法第54条に違反するものとして指導する必要があると考えられるが、兵庫県はその対応も行っていない。兵庫県は、当委員会からの照会に対して、医療法第54条違反の成否は個別の事情によると回答しているが、そうであれば、立入検査において個別の事情を検査することになるのが当然である。個別の事情を検査しないでおきながら、同条に違反するか判断できないとして何の指導も行っていないのは職務怠慢のそしりを免れることはできない。

(3) 役員報酬に関する評議員会決議が存在しないことの看過

兵庫錦秀会はB前理事長に対して高額の役員報酬を支払っているが、寄附行為において役員報酬の支払いには評議員会決議が必要であるとされていながら、その決議は行われていない。

兵庫県は、令和元年12月に兵庫錦秀会の寄附行為の変更を認可しているため、理事会への報酬の支払いに評議員会決議が必要になっていることを認識していることになるし、兵庫錦秀会が兵庫県に対して毎年報告・提出している評議員会の開催状況、議事録の内容によって、役員報酬に関する評議員会決議が行われていないことも認識することができている。そのため、兵庫県はB前理事長に対する役員報酬の支払に法的根拠がないことを認識することができたことになるが、その問題を看過している。

兵庫県が権限を適正に行使してB前理事長に対する高額な役員報酬の支払いを差し止めておれば、支払いを差し止めた資金によって病院の設備の改修を行って患者の利益を守ることができていたことにつながる。兵庫県はその機会と権限を有していたにもかかわらず、その権限が有効に活かされることはなかったものであり、兵庫県にも神出病院の問題に関する責任の一端がある。

(4) 監事の人選に関する問題点の見落とし

兵庫県が立入検査に使用する「医療法人調査 指導事項整理表」には、顧問税理士が監事になっていることは口頭指導の対象とすることが記載されている。

兵庫錦秀会の監事であるUは、税理士であり、顧問料を受領しているし、兵庫錦秀会の税務申告の代理人を務めている。兵庫県は、立入検査時に税務申告書の提出を求めているため、Uが顧問税理士であることを認識することができたが、兵庫県はそのことを見落としており、顧問税理士が監事になっていることについて口頭指導を行っていない。

U税理士は、監事として業務執行監査を行うことを怠っているが、Uが不適任であるとする指導が行われて別の者が監事に就任しておれば、業務監査が行われて神出病院で発生した問題の中には発生を回避することができたものが存在した可能性がある。

兵庫県は、真剣に兵庫錦秀会を指導するつもりはなかったため、このような簡単に発見できる問題も見落としており、そのことが患者の不利益につながっているのである。

第4章 再発防止策の提言

第1節 看護・医療に関する提言

第1 看護部門について

1 看護管理体制について

看護部長は、病院内で、関係部門との連携を図りながら、病院運営、事業計画、人事労務管理、予算、リスクマネジメントに至るまで広範囲の役割を担い、看護部門のトップとしてチーム医療を推進していく上では必要不可欠な存在である。ところが、神出病院では、平成30年2月以降、看護部長が不在の状態が続いており、令和3年8月に着任した看護部長も5か月足らずで退任している。

精神保健福祉法に準拠した精神科看護を実践し、看護全体の質を確保し、最善の看護サービスを提供するには、権限・責任を明らかにした看護管理体制を作る必要があるため、これに向けて、以下の改善を求める。

- (1) 看護管理責任者（看護部長）を配置すること。
- (2) 看護部門の全職員の役割（職務定義）を具体的かつ明確に定めること。
- (3) 上記(2)の各役割に応じた必要な能力（職能定義）を具体的に明示すること。
- (4) 看護部門として、病棟看護業務標準（例えば、看護基準、看護手順、看護業務の各マニュアル）を策定・明示すること。
- (5) 病棟看護業務標準に基づく看護を実践すること。

2 人員配置について

近年医療は「チーム医療」で行われるものが多く、精神科分野においてもチームアプローチが必要になっている。神出病院では、医師と看護職員とのコミュニケーション不足から生じている問題も多くある現状である。チーム医療の目的は「医療の質の向上」である。患者中心の医療を展開していくには職種の壁を取り去り、コミュニケーションや相互支援を行うことが必要である。

具体的には2010年3月に厚生労働省がチーム医療の推進に関する研究会の報告書として「チーム医療の推進について」という文書を公表している。その中で「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、

業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」がチーム医療に関する一般的な理解であるとしている。また、それによって期待される効果として、①疾病の早期発見・回復促進・重症化予防など、医療・生活の質の向上 ②医療の効率性の向上による医療従事者の負担軽減 ③医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上が挙げられている。

病院としては、患者に目の行き届く手厚い医療の提供、多職種が協同するチーム医療を目指す必要がある、その目標に向かって必要な看護要員をそろえなければならない。われわれ看護師の対象は病んだ人であり、状況に変化があるのは当然であるため、一度看護要員の配置を決めたらこれでよいというわけにはいかない。

病棟ごとの配置は現状でよいのか、夜勤回数や時間外勤務時間数、有給休暇消化率、研修日数、経験年数などを把握し、入院患者の満足度調査なども行うことによって、病棟ごとに看護要員の質と量を決めていく必要がある。

世の中にはすべて安全の状態は存在せず、常に多くの危険因子が潜んでいる。安全とは、そうした危険を的確に予測して、顕在化しないよう注意を払い、危険の芽を摘み続けるという努力を続けた結果「何事も起こらなかった」というだけである。したがって安全とは、不断の努力によって「つくりだすもの」である。

このために、以下の改善を求める。

- (1) 患者に関する速やかな情報共有、医療事故及び不適切対応の防止・早期発見のため、病棟毎に、少なくとも、毎週1回の看護職員によるケアカンファレンスを開催すること。
- (2) 看護師の適正配置を計画的に行うためには、適正な人事制度体系の構築と人材育成が必要である。そのために、具体的な人事制度(例えば、錦秀会グループで行われている新人、スペシャリスト、管理者毎に定められたクリニカルラダーを用いた看護部現認教育計画の実践。)を取り入れること。
- (3) 手厚い看護体制で事故の起こりにくい環境を整備していくために、看護要員に、通常の日勤勤務、夜勤勤務とは別に、早出勤務、遅出勤務を作り、人員が必要な時間帯(食事時間、入浴など)にマンパワーを増やす取り組みを行うこと、夜勤の人員を増やし、夜間の看護管理当直(各病棟の師長が休日、夜間に交代で当直にあたる制度)を配置すること。

3 適切な看護行為について

医療界は急速な変化を遂げており、その中で看護業務や看護ケアも大きく変化している。看護管理者は専門職として現在の医療水準にふさわしい業務内容であるかを常に考え、時代に応じた看護ケアを提供できる組織に変革していかなければならない。

そこで、以下のとおり提言する。

【基本的心構え】

- (1) 職場生活の基本動作(社会人としてのマナー、挨拶、言葉遣い、身だしなみ)や標準的な看護心得の習得不足の看護職員について、早急に職場生活の基本動作及び標準的な看護心得を習得させること。
- (2) 職場生活の基本動作及び標準的な看護心得に反する行いのあった看護職員には、改善に取り組む前提として、自省を求め、自分の行いや態度が恥ずべきものであると認識させること。
- (3) 自分だけでなく、他の職員が職場生活の基本動作や標準的な看護心得に反する行為をなす場合には、職位の上下に係わらず注意しあう職場文化を醸成すること。

【疾患に応じた対応】

- (4) 疾患に応じて看護の方法は異なることを理解し、疾患別の看護マニュアルを作成すること。

例えば、認知症患者に対する看護の基本は、いかに認知症が進んでいても相手の人格を尊重し、相手のペースに合わせることが大切である。そして患者の持っている力を活かし、患者ができないところを補い、患者がしようとしていることを支えることが看護である。患者には常に受容的、共感的に接することが必要で、忠告や説得、感情的な批判は避ける必要があるとされている。

また、統合失調症患者には、無理に患者の空間に入ろうとせず、患者がホッとできるような環境づくりをすることが重要であって、病棟の雰囲気は患者の回復に大きな影響を与える。そのため、病棟ではいつでも看護師がいて見守られていると感じることのできる安心感のある環境を作り出すことが必要である。また、患者は、作業遂行能力や理解能力の低下も見られるので、同じことであっても何回でも質問できるような環境をつくることで、患者は咎められたり非難されたりすることがないと感じ、看護要員を「自分の助けになる存在だ」と感じる。そのような関わりを続けることによって、患者は「病院は安全な場所である」と感じ、看護要員との信頼を深めていけるようになることを理解することが重要である。

- (5) 看護計画を立案した後も、患者の安全・安心・安楽に繋がっている計画か、定期的に見直すこと。
- (6) 研修やカンファレンスなどで、治療的関わりを積極的に学ぶこと。

【慣習的な規則制限の見直し】

- (7) 入院生活において制限の設定は不可欠なものであるが、神出病院では根拠や意味が十分でない慣習的な規則や制限(例えば、トイレにトイレトペーパーを設置せず、都度、「チリ紙」を看護師詰所に取りに来させる運用や、水中毒防止のためか、看護師の許可なく患者が水分を摂取できない病棟がある。)が多くみられる。

精神科医療も変化を遂げていることを踏まえて、治療に意味のない、何より患者の自由や自律を阻害しているような制限がないか、常に見直すこと。

【職員中心の業務から患者中心の業務への見直し】

- (8) 職員中心の業務計画ではなく、患者中心の業務計画の立案・実施をすること。

例えば、神出病院では、おむつ交換については、定時交換しか行われていない上、交換回数も少ない病棟もあり、さらに尿汚染だけの場合は陰部洗浄を行っていない。本来は、患者の訴えに応じて、排尿、排便後に速やかに交換するべきである。また、おむつを使用している患者であっても、トイレでの排尿、排便をする意思を示した患者には、トイレでの排尿、排便ができるよう介助することが必要であり、おむつをしているから、そのまま排尿、排便するよう求めるのは虐待となることを心するべきである。陰部洗浄は、感染防止のため、排尿の際にも実施するべきである。神出病院では、現在、入浴が週2回ほどしか実施できていないことを前提とすると、排尿時に陰部洗浄をしない運用は、尿路感染をおこしやすい状態となるから、早急に、この運用を改めること。

また、女性患者のおむつ交換を男性看護要員が当該患者の同意なく単独で行うことは、認知症や統合失調症の患者にとっても恐怖を感じる可能性があると考えられるものであるから、直ちに中止すること。女性のおむつ交換は女性が行うか、少なくとも1名は女性看護要員とする2人以上で行うようにすること。感情を表出できない患者に対して嫌がらないからとおむつ交換を異性が行うことは虐待に繋がる行為である。

さらに、重症患者のおむつ交換や移乗介助は常に二人以上の看護要員で行い、患者に怪我をさせないように配慮すること。

4 プライバシー配慮について

- (1) 診察では他人に聞かれたくないことも話すことがあるため、診察室や面会室、相談室などを設置すること。居室についても、個室の数を増やすこと。
- (2) 精神科疾患により、十分な意思疎通を図れず、カーテンを閉めて欲しいという要望を示せない患者に対しても、患者の立場に立って考え、おむつ交換のように、みだりに他人に見られたくない看護行為を行う際には、きちんとカーテンを閉めて行うこと。

5 看護観察や記録について

- (1) 看護記録の目的は「看護実践を証明する」こと、「看護実践の継続性と一貫性を担保する」こと、「看護実践の評価及び質の向上を図る」ことにある。

このように記録を残すことが質の高い看護の実践に繋がっていくので、記録に責任を持ち正確に記載することが求められる。看護をしてさえいれば記録はおろそかになってもよいと考えるのは根本的な間違っている。

- (2) さらに精神科病棟では、患者が身体的な症状を的確に訴えられるとは限らないため、看護師には、患者からの訴えがなくとも、患者の不調を察知する観察力が必要である。

看護の基本は観察であると言われているように、入院中の患者のいつもの状態を把握した上で、日々の注意深い観察により、小さな変化を見逃さず、医師に正確な報告ができる体制を整えていく必要がある。

6 感染対策について

感染管理を行うには、感染防止の基本的知識を理解したうえで、科学的根拠に基づく日常の感染防止対策や感染拡大時の迅速な対応など、各施設の環境や、患者の特性に適した感染管理マニュアルを作成し、それをシステム化していかなければならない。

そのためには、感染対策チームによる感染対策マニュアルの内容の充実化、職員教育やケアの改善に取り組む必要がある。

- (1) 患者本位に考え、十分な感染対策を行う観点から、他院同様、医療材料と医療機器のディスポーザブル製品を取り入れること。
- (2) 一患者ごとにディスポーザブル手袋の交換が行われていなかったことや、タオルの共有、入浴後に身体が接する備品類の清潔不保持は、疥癬やインフルエンザの流行を招いた要因と考えられるが、このような環境が漫然と維持されてきたのは、看護要員が、感染経路別予防策を理解していなかったためであると考えられる。

看護要員に標準予防策、感染経路別予防策を学ばせる必要がある。

また、院内感染対策委員会で設置したという感染症対策チームにより、適切な予防策を講じることも必要である。

さらに、リースの服やタオルの必要枚数などを再検討し、現在の状況に合致した契約の見直しを行う必要がある。

7 研修・教育について

- (1) 院内研修、外部研修

医療の質の向上を目指すためには、人材育成が必要になってくる。

看護要員の全てに対し、倫理研修、医療安全管理研修、行動制限最小化研修、感染対策研修などを受講させること。

看護助手も研修の対象であることに留意されたい。

特に、ケアの担い手である看護職員の臨床実践能力を高め、患者中心の適切なケアを提供できる人材育成をするため、現任教育（集合研修と現場教育）を推進し、教育委員会や看護師長が中心となって、看護師毎のスキルにあった研修計画を立てること。

(2) 第2事件のような虐待行為を再発させないための研修、教育

第2事件のような虐待行為を再発させないように、アンガーマネジメントやC V P P P（包括的暴力防止プログラム）の研修を実施し、研修成果を看護現場に浸透させること。

なお、他の職員が患者から付きまといられている場合には、積極的に援助するために介入することができるよう職員に対する教育を実施すること。休憩中だから援助しなくてもよいという認識は改めさせなければならない。

(3) 他の病院への見学、研修

標準的な精神科病院の看護実務を学ぶため、他の精神科病院へ見学、研修（短期間）に行かせるべきである。

その対象者は、特に師長クラスの看護師を優先するべきであり、研修先は、神戸市の推薦を受けることが望ましい。

8 設備改善について

病棟はその大部分が療養生活の場であるため、早急に療養の場にふさわしい環境を整えることが必要である。患者にとって癒される生活空間をつくること、また看護要員にとって、働きやすい場をつくること。

具体的な改善提言は、「設備の改善」として後述する。

なお、プライバシー確保、看護行為と関連して、大規模な施設改修を行う際には、既に述べた診察室、面会室、相談室に加え、個室や保護室の増床を検討し、看護師の導線を考慮し、看護観察がしやすい設計とすべきである。

9 行動制限(隔離・身体拘束)について

(1) 日本精神科看護協会の精神科看護職の倫理綱領(3)無危害より抜粋

3-3 行動制限に関する責務

行動制限は、対象になる人々の尊厳及び人権を侵害する行為であり、自尊心の低下のみならず、多大な苦痛や不安、さらには身体・精神機能の低下という弊害があることを認識しておく必要がある。

精神科看護職は、行動制限を回避できるような看護の提供に努めなければならない。やむを得ず行動制限を実施することになった場合には、どうしたら早く行動制限を解除せきのかを、業務の中で検討する。その際、切迫性、非代替性、一時性の三原則と照らし合わせ、できる限り早期に解除できるよう、チームで一丸となって取り組まなければならない。

また、行動制限中は、通常よりも頻繁に観察を行い、基本的欲求を満たせるよう個別の看護を提供し、二次的な身体的障害等の不利益が生じないように努める。

上記倫理綱領の内容を理解して行動していくこと。

(2) 感染症拡大防止のための隔離

「ガムテープ隔離」という違法な隔離を再び繰り返さないようにするため、以下のとおり、対応するマニュアルを作成し、実践すべきである。

感染症拡大防止の隔離については、医師と相談し、医師の指示に基づき、感染患者の個室対応、ゾーニング（患者を感染者、感染回復者、非感染者、身体状態、精神状態に応じて分類し、ゾーンの区分けを行う。）により、できる限り回避するべきである。

ゾーニングが理解できず、「他の患者に対する著しい迷惑行為」と評価されるような感染拡大を行う患者で、他の方法では防ぎきれない場合にはじめて、医師の指示により、精神保健福祉法上の隔離を検討するべきである。この場合、複数の患者を同室で隔離することがあってはならない。

医師は、このような訴えが看護要員からあった場合、素知らぬ態度、看護要員の判断任せにするのではなく、積極的に介入し、病棟での現場指揮を行うべきである。

(3) 身体的拘束

「簡易拘束」という通称の違法な身体的拘束を再び繰り返さないようにするため、下記のとおり、対応するマニュアルを作成し、実施するべきである。

但し、以下はあくまで一例であり、身体的拘束以外の代替的手法については、書籍（例えば、「『身体拘束最小化』を実現した松沢病院の方法とプロセスを全公開」）等を研究し、さらなる手法の導入、安易な身体的拘束に頼らないための対応器具の購入を含め、看護職員が様々な患者に対応できるようになるための手法を増やしていくべきである。

点滴・胃管チューブ・尿道カテーテルの自己抜去の防止のために行動制限を検討せざるを得ないときでも、以下のような代替手段を検討するべきである。

点滴の場合・・・そもそも持続点滴を回避するべきである。持続点滴をせねばならない場合でも、点滴ラインの走行を工夫するべきである（例えば、患者の目に見えない範囲に点滴ラインを設けたり、包帯やネットを使用し、患者が刺入部に直接手を触れられないようにするなど。）。

胃管チューブの場合・・・より細いチューブの選択、注入毎の挿入を徹底するなどして、自己抜去を防止することを工夫するべきである。

尿道カテーテルの場合・・・カテーテルは留置した状態で、採尿バッグを小型にし、衣類の中に格納し、患者の行動を妨げないようにするなど、代替手段を検討することで、自己抜去を防止することを工夫するべきである。

また、神戸市の指導を受けながら、身体固定（旧厚生省と日本精神科病院協会との協議により身体拘束にあたらないと解釈されたものである。）に関し、明確かつ適切な院内基準（身体固定の目的、継続時間、方法について）を定めて文書化し、周知徹底するべきである。

(4) 倫理コンサルテーション体制

神出病院では、本来、自傷他害を防ぐためにやむを得ず実施するか否かが検討されるべき「身体的拘束」や「隔離」が、患者が「〇〇するから仕方ない」という理由で、安易に行われてきた。

「身体的拘束」や「隔離」は、病棟ミーティングや患者カンファレンスなどを通して患者の病態像、個別性を日々把握しつつ、身体拘束・隔離の最小化を念頭に置き、「人権」と「医療安全」の視点から、それが最良の形であるとして正当化されるものでなければならない。神出病院で行われる「身体的拘束」や「隔離」がその要件を満たすものであるかを確認するために、外部の識者等を入れた倫理コンサルテーション体制を整備すべきである。

10 精神科看護に内在するストレスから看護要員を守るために

精神科看護要員はさまざまなストレスに対し、ストレスマネジメントを行い、専門職としてストレスに対処できるようにしていかなければならない。個人としては自らの心身を強化することも大切であるが、同時に医療チームや病棟チームで看護要員個人を支えていくことも重要であるので、カンファレンスやケース検討などを通して、感情体験の共有だけでなく、看護要員としての役割や援助の方向性について改めて考えるようにするべきである。

11 患者との信頼関係の構築

精神科では、患者に対するインフォームドコンセントの困難さなどから、「患者のため」という名目で、実際には家族の意向や医療者の都合を優先し、医師や看護職員が患者の嫌がることでも敢えて実施してしまう場合があり、「患者の権利」という基本理念がないがしろにされる危険が内在している。

このため、精神科の医師、看護職員は、常に「患者の権利」を念頭に置き、患者の気持ちといかに「寄り添っていくか」を検討しながら、患者との信頼関係を構築すべきである。また、病院側も、問題行動状況の解消に取り組んだ医師・看護職員を評価するような人事評価基準への転換を図るべきである。

12 ミスを支えるリスクマネジメントへの転換

神出病院では、これまで、問題事案やその手前のヒヤリハット事案について、看護要員のミスを指摘し、始末書を提出させたり、異動させるなどの対処を行ってきっており、ミスが発生した要因を分析し、同種事案を回避するために職場全体としてどうしていけばよいかという視点での対処に欠けていた。今後は、従前なされていた「ミスを指摘するリスクマネジメント」ではなく、「ミスを支えるリスクマネジメント」への転換を行うべきである。

第2 医師について

1 診療に対する姿勢を改める

医師として患者と家族、関わる方のために求める医療を提供することに真摯に向き合い、自らの医師としての矜持、信念を持ち、能動的な姿勢で診療を行うことという原則に立ち返るべきである。

チーム医療のリーダーである医師がこのような姿勢を示さなければ、看護師や他の職種が患者に尊厳を持って対応することに悪影響を与える。1人の患者を大事に扱わない姿勢が医療専門職だけでなく、他の職種の職員にまで悪影響を与え、その風土を病院全体にもたらすことにつながることを自覚し、自ら率先して他の職種の見本となるような、患者中心の、患者のための医療を能動的に行う姿勢を見せるべきである。

2 チーム医療のリーダーとして積極的な現場指揮をとる

医師は、患者や家族、同僚医師、看護要員等他の職種が困ったとき、チーム医療のリーダーとして迅速かつ能動的に、親身になって、自らが対応するほか適切な指導と助言を行うべきである。

3 積極的な診察

医師は、日勤、当直にかかわらず、患者の変化について連絡を受けたときには、必ず病棟へ行って直接患者を診察し、対応の要否を判断するべきである。

看護要員から診察を要請された際に、医療指示簿だけで対応させるという振る舞いがあってはならないし、勤務時間でありながら理由をつけて診察に出向かないことは許されず、このような医師の問題行為が判明した場合、医局長、副院長、院長等の管理部門の職員は、厳重に指導、注意するべきである。

4 患者の退院促進に向けたチーム医療の取り組み、整備

現在医療では可能な限り早期に治癒・寛解することを、さらに社会復帰することを目指している。その結果、入院期間は短期間となる。

神出病院では現在も入院患者の多くが長期入院中の方であるが、治療については安定した入院生活を治療の目的とするのではなく、標準的な医療、つまり可能な限り寛解、そしてリカバリーを目指した取り組みを行う。

具体的には他職種によるチーム医療の取り組みを行うこと、個々のケースワークを行い、本当に入院継続が必要なのか、自宅や入所施設に退院するか決めていかなければならない。入院の継続が必要な患者に対しても可能な限り退院させる取り組みを続ける。

退院のためには患者の社会的環境の整備も必要であり、これは医師だけでは対応できない問題であるが、神出病院の医師の多くは、チーム医療の必要性を感じていないように見受けられ、多職種への敬意、連携の必要性への理解が不十分に見受けられるので、個々の医師においても、退院促進のためのチーム医療を勉強し、病院全体としてもチーム医療の取り組みを整備、推進していくべきである。

神出病院においては、いかに慢性期の患者が多くても、患者の家族が入院継続を希望したとしても、その取り組みを今から始めるべきである。

なお、厚生労働省の「第5回 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」において、令和4年2月17日付で「精神保健福祉法上の入院制度、患者の意思決定及び意思の表明についての支援や患者の意思に基づいた退院支援、権利擁護等について」と題する検討結果が公表されていることから、これも踏まえて、退院支援を行う体制を整備するべきである。

5 患者の退院促進のための治療内容のシフトチェンジ

入院が不要な患者を退院させ、必要な患者を入院させるという病院としての機能を取り戻すべきである。

慢性期患者に病状の悪化を防ぐことを目的とした入院治療から、先端医療を含めた標準的な精神科医療を導入し、寛解・治癒、社会復帰へ取り組む方向に治療内容をシフトチェンジするべきである。

6 指定医が役割を果たすこと

第2章事実調査の結果の第2節「違法な行動制限」で認定したとおり、指定医が違法な行動制限となる「ガムテープ隔離」や「簡易拘束」を黙認していたことは、重大な問題であり、指定医が精神保健福祉法により定められた義務や役割を理解していないと言わざるを得ない。

指定医としては、今一度、違法な行動制限が再発しないよう、違法な行動制限を認識した場合は、精神保健福祉法37条の2に基づき、管理者への報告を含めた患者の処遇改善のために必要な措置が採られるよう努めなければならない。

また、指定医の指示のもとで行われた行動制限についても、既述してきたとおり、厚生労働省の告示に定められた基準を満たさない違法な行動制限であった疑いが強いことから、行動制限について勉強し直すとともに、病院の医師全体、看護要員含めた共通認識を形成するための研究会、協議を行うべきである。

7 行動制限に関する院内基準の作成、実践及び浸透

(1) 身体固定と身体的拘束の区別

前記「違法な行動制限」のなかで記載したとおり、短時間の身体固定と指定医の指示が必要となる身体的拘束の区別として、身体固定を伴う処置ごとに、短時間として許容されると考えられる時間の目安、判断の指針を規則又はマニュアルとして作成するべきである。

なお、この規則又はマニュアル作成にあたっては、これまで、行動制限に関するほとんどの神出病院の医師、看護師の判断、認識、感覚が精神保健福祉法の趣旨や規程に反していた現状を踏まえ、外部有識者（例えばであるが、神戸市推薦の医師等が望ましい）の意見、監修のもとで作成するべきである。

そのうえで、規則又はマニュアルに関する院内の医師、看護要員を含めた勉強会、検討会を行い、これを実践、浸透させるべきである。

(2) 長期間にわたる身体的拘束の禁止

既述してきたとおり、長期間にわたる身体的拘束は許されない。

いかなる理由があろうと、認められない身体拘束の期間について、上記同様の方法により、院内基準、目安となる規則又はマニュアルを作成し、実践、浸透させるべきである。

なお、当然ながら、行動制限の解除に向けた積極的治療（内服薬の調整や解除時間の段階的な延長）とセットで対応を検討しなければならない問題であるため、これについても合わせて勉強し、積極的治療のバリエーション、メニュー、知識を拡充し、治療薬もあらたに整備すべきである。

(3) 身体固定の終了時間の確認

看護要員、医師を含めた義務として、身体固定の終了時間を確認するよう、院内の規則を制定するべきである。

もちろん、この際、既述した、あらたに作成した院内の規則又はマニュアルに記載された範囲の時間となっていることを含め、内容、状況自体を確認するべきであることは言うまでもない。

(4) カルテの記載

行動制限をなす際には、患者の病態を診察し、必要性判断を正確に行い、詳細な記録を残すべきである。

現状、行動制限に関するカルテの記載が不十分であり、行動制限の根拠となる具体的な患者の生の事実、エピソードに関する記載が不足しているので、医師においてこれらを記載するよう周知、徹底するべきである。

また、患者を定期的に診察し、その病態をカルテに正確に記載するべきである。

さらに、違法な「簡易拘束」が二度と横行しないよう、身体固定の内容、身体固定の目的として行われた処置の内容、身体固定の開始時間、身体固定の終了時間、これらを行った看護職員名、これらを確認した医師名を全て明記するべきことを、院内の規則又はマニュアル上も明文化し、全職員に周知徹底させるべきである。

なお、これらのカルテ記載を透明化し、周知させるためにも、早期に、電子カルテを導入することも必要である。電子カルテを導入できるまでの間、カルテその他の患者情報の合理的な保管ルールを策定し、ルールに則った運用を徹底するべきである。

8 管理部門の役職者変更

現在の〇1 副院長と〇2 医局長は、管理する立場としての仕事をしておらず、特に〇2 医局長は既述してきたとおり医局長としてどころか、医師としての問題行為も見られたもので、いずれも役職者として適切ではない。

単なる在職期間ではなく、能力、見識、適格性に応じて副院長と医局長を交代するべきである。

9 院長以外の常勤医に明確な役割と責任を持たせること

(1) 副院長と医局長

副院長と医局長の明確な責任と役割を制定し、形だけのものではなく、実態として運用するべきである。

(2) 委員会運営に関する医師の関与について

神出病院に設けられている行動制限最小化委員会、褥瘡対策委員会、院内感染防止対策委員会、医療安全管理委員会、リスクマネジメント委員会の、各委員会の委員長（もしくは副委員長）を分担して常勤医に担当させ、他の常勤医にも明確な役割と責任を持たせるとともに、専門性を持たせるよう勉強させるべきである。

なお、各種委員会の検討結果を病院全体に報告し、周知させ、医療水準の向上に役立てるため、これらの委員会が主催する勉強会、研修会も開催するべきである。

(3) 病棟医

各病棟の責任者として、病棟ごとに別々の病棟医を任命し、病棟医の明確な責任と役割を与えるべきである。

10 勉強会・研修・学会

精神科医としての専門性を維持するために、全ての精神科医が自己研鑽を行うべきである。

また、指定医だけでなく、日本精神神経学会の専門医など核となる資格を取得し、さらにサブスペシャリティとして専門医資格（例：老年精神医学会、認知症学会等における専門医）取得を奨励、推進し、神出病院としてもこれを支援する制度設計を行うべきである。

さらに、病院内においても、医師のための定期的な抄読会、勉強会を定期開催するべきである。

加えて、ケーススーパーバイズなどの事例検討の場や研修会も行うべきである。

11 他の職種の教育を担うこと

チーム医療の質を高めるため、医師が講師となり、全職種を対象に、系統的な勉強会や研修会等の教育を行う。

また、医師と他の職種と合同での事例検討会も行うべきである。

さらに、他の職種が主催する勉強会等についても、病棟医等が、オブザーバーとして積極的に参加するべきである。

12 チーム医療の実践

(1) カンファレンス

毎日、あるいは定期的なカンファレンスを開催するべきである。

病棟ごとのカンファレンスは、看護要員だけでなく医師も含め、定期的に行うべきである（これと別に看護要員だけのカンファレンスは適宜行う）。

病院全体のカンファレンスは、医師の責任者、看護部長、師長、OT等の各部門の長、事務長、人事労務部長、経理部長等を含めた職種全体として病棟全体の管理運営方針について、短時間でも毎日行うことが望ましい。

これらのカンファレンスについては、カンファレンスごとの目的、方法、参加者、開催要領、記録化等に関するルールを制定するべきである。

なお、指摘されたからカンファレンスをするという形式だけの会議ではなく、患者のためという目的のもとで実のあるカンファレンスを行うべきであることは言うまでもない。

(2) クリニカルパスの導入

神出病院は、これまでチーム医療を実践し、患者を退院に導くことについて十分な取り組みを行ってきたとは言い難い。入院した患者についてそれぞれの職種が一定水準の治療・取り組みを過不足なく行い、一定期間内に治療を完結し、退院に導くことを目的にクリニカルパスを導入すべきである。

これによりチーム医療の実践, 治療の標準化を行い, 質の高い医療を患者さんに提供することを目指すべきである。

(3) 患者の治療プログラムへの参加

チーム医療のため, 医師も心理教育プログラムで講師をつとめるなど治療プログラムに参加するべきである。

第2節 看護・医療以外の提言

本節では、看護・医療以外の事項に関する提言を行う。

第1 法人としての被害者に対する謝罪、賠償金の支払い、示談

1 本件刑事事件

本件刑事事件の全被害者（当然ながら家族を含む）に対し、法人としてただちに謝罪し、これを、改善対応に向けた第一歩とするべきである。

神出病院としては、従業員である職員が起こした虐待行為（不法行為）に対する使用者責任のみならず、診療契約上の安全配慮義務（患者を守る義務）に直接違反した債務不履行責任を負っていることを自覚し、被害者宅（被害者側が自宅訪問を望まない場合は被害者側が希望する場所）を訪問する等の方法により、真摯かつ誠意ある態度、言葉が尽くされなければならない。また、謝罪内容は、被害者への謝罪や賠償対応がここまで遅くなったことなどのこれまでの対応の問題点も踏まえた謝罪でなければならないし、表面的な謝罪で終わらせないために、賠償金額の具体的な提示も行い、被害者側の気持ち、心情に寄り添った解決を実現するための協議を真摯に進めるべきである。

なお、謝罪にあたっては、現在の理事長及び院長が謝罪を行うのは当然として、その他に、管理責任として、B前理事長及びA元院長、当時の看護部の責任者、当時のB4病棟の師長2名も謝罪を行うべきである。これらの者のうち、辞任・退職した者は、当委員会への対応からして自発的に謝罪を行うことは期待し難いが、兵庫錦秀会から、被害者に対する謝罪を行うよう積極的に働きかけるべきである。

被害者への対応については、被害者の精神疾患への影響を考慮して謝罪を行うことが困難となることも予想されるが、その場合には、精神疾患が謝罪を行わないことを正当化する口実とされることがないように、その具体的な理由が世間が納得し得る内容で説明されなければならない。

2 第2事件

第2事件に関する事実調査の結果として記載したとおり、第2事件の加害者から被害者に対する謝罪状況には疑問があるし、そもそも、神出病院は加害者一個人の問題であるかのように処理していて、神出病院として被害者に謝罪した様子は見受けられないし、擦過傷等の傷害結果が生じているにもかかわらず、被害弁償も示談も行われていない。

神出病院は、法人として、職員が起こした事件に対する責任を自覚して、第2事件の被害者へ謝罪するとともに、暴行の態様、傷害結果に応じた相応の賠償金を提示し、速やかに示談成立に向けた協議を進めるべきである（但し、疑問点として述べたとおり、

被害者の真意に沿う必要があり、被害者の家族や保佐人を含めた真摯な協議を行うべきである。))。

第2 本件刑事事件に関する法人としての総括、全職員への説明

本件刑事事件について、神出病院の職員は、経営責任者であるB前理事長やA元院長から、本件刑事事件に関する正確な事実関係や経緯の説明を受けることがなく、病院内部の話でありながら、外部の報道で事件の内容や経緯を知るという状況のまま今日に至っている。

本件刑事事件は、被告人ら個人の問題が大きいものの、原因分析で述べたとおり、神出病院全体の組織としての問題も極めて大きく、個人責任として片付けることができる問題ではなかった。

そのため、本件刑事事件に関する一つのけじめ、区切りとして、本調査報告書を受け、法人としての総括を行い、本件刑事事件の事実関係、その原因、問題点、法人としての責任、今後の改善対応について、あらためて病院の見解として全職員に対する説明を行うべきである。

この説明は、内容が多岐にわたるため、補助的に書面を交付すること自体は問題ないが、改善に向けての第二歩目として、経営陣と現場のトップであるF理事長とG院長が、自らの口で行うとともに、今後の改善対応に向けた強い決意表明を含み、改善対応については職員への約束事として行うべきである。

なお、本件刑事事件の対象となる虐待行為発生のかきかけとなったB 4病棟での数々の虐待行為や性的虐待行為を始めた中心人物である甲については、法人全体としての総括の場もしくは別途謝罪の場を設けて甲を呼んで同人による謝罪を行わせることを検討されたい。同人は、既に神出病院を退職しているものの、当委員会によるヒアリングにおいて、被害者への謝罪を行うだけでなく、公式に病院において職員や病院に対する謝罪の場が設けられるようであれば出席して謝罪することを約束していた。同人は、当委員会の2回目の呼び出しに応じず、携帯電話の着信拒否の設定を行っていることから、同人が約束どおりに出席するかは分からないが、当委員会としては、今後も看護としていずれかの医療機関で勤務を続けるであろう甲自身の反省・改善の機会とするためにも、同人が真摯に自身の虐待行為を振り返り、反省しているのであれば、出席して謝罪を行うことを願うものである。神出病院としても、同人の反省が口先だけのものではなかったことを示させる意味で実現するように強く促すべきであるし、甲としても、一度は約束したものであるから、神出病院からの要請に応じて真摯に対応するべきである。

第3 これまで発覚した患者への虐待、不適切行為を行った職員等の然るべき処分、措置

1 行為者の懲戒処分

患者への虐待行為を許さないとする法人の毅然とした姿勢を示すためにも、少なくとも当委員会の調査によりあらたに判明した虐待行為の加害者となる現職員については、改めて神出病院において事実調査を行い、その結果を踏まえ、懲戒処分をするか否かを検討すべきである。なお、今後法人としての姿勢、方針を示し、周知させるためにも、後述する、懲戒処分を行う場合の処分量定の基準を文書化することと併せて行うべきである。

但し、懲戒処分を行う場合には、告知聴聞の機会を与えたうえで、虐待行為の内容、回数、程度、本人の反省の態度、他の虐待行為者との均衡等も考慮し、適切な程度の懲戒処分を検討されたい。

なお、神出病院としては、本報告を踏まえ、さらに他の虐待行為が隠れていないか調査し、判明した者については同様に懲戒処分を検討されたい。

2 教育

虐待行為者について然るべき倫理教育を行うべきである。

なお、当委員会の調査で判明した虐待行為者は、実際に虐待行為を行った者の一部に過ぎないと考えられるが、その余の虐待行為者を特定することは容易ではない。虐待行為を根絶するためには、倫理教育の対象者を広げ、実効的な教育方法とすることを検討されたい。

3 人事処分

下記の3名は、当委員会が事実調査の結果として虐待行為を行ったと認定した者であり、現在も役職者である。これらの者は、役職者として適任ではないため、降格することを検討すべきである。

記

(1) 丁10 (現：課長)

(2) 丁1 (現：主任)

(3) 丁2 (現：主任)

4 幹部、経営陣の責任

その他、本件刑事事件の原因を作った神出病院の幹部（A元院長、C元事務部部长、S元看護部長、N人事労務部長）、B前理事長を含む理事全員、全監事及び全評議員の管理責任、経営責任も問われるべきである。

A元院長が就任した平成22年以降から本件刑事事件について被告人らが逮捕された令和2年3月4日までの間に理事報酬を受領していたのはB前理事長及びA元院長であるが、この2名に対して受領済みの理事報酬の自主返納又は神出病院への施設改善のための寄附等を求めるよう促されたい。

特に、原因分析で記載したとおり、数々の虐待行為や本件刑事事件の大きな原因となった利益至上主義をA元院長に推進させたB前理事長の経営トップとしての経営責任は極めて大きく、現在は退任しているからといって免責されるものではない。

B前理事長の責任の取り方については、経営責任以外の問題もあるため、理事報酬の項目（第8）であらためて述べる。

第4 今後発覚する虐待、不適切行為への対処方法に関する文書化した基準の作成と周知

第2事件の加害者となった職員は諭旨解雇という重い懲戒処分を受けたのに対し、本件刑事事件の被告人らや甲係長・丁1主任は懲戒処分ではなくあくまで自主退職で処理されているし、その他、神出病院として虐待行為を把握したものの何の懲戒処分も行っていなかった案件が本件刑事事件の前後を問わず見受けられ、法人としての懲戒処分に対する基準、指針、方向性が定まっていない。

虐待行為の再発防止のためには、虐待行為者に対して厳正に対処することも必要であり、警察に通報する事案、懲戒処分の対象とする事案とそうでない事案との区分、懲戒処分を行う場合の処分量定の基準を文書化したうえで、虐待行為に対して厳正に対処することを神出病院の方針として院長が明確に示し、規程を周知させるべきである。

また、第2事件については、G院長の判断で警察に通報しているが、そのことについて、看護師の中には、A元院長であれば警察に通報せず守ってくれたと考え違いを述べる者もいた。警察へ通報せず病院内部で解決を図ることは事案の隠蔽という評価を招くことになるし、警察に通報したうえで適正な処分を受けること又は処分の対象とならないという判断を受けることこそ望ましい解決であることを、G院長から職員に対して十分に説明するべきである。

第5 労務管理、人事適正化

1 労務管理

問題のある労務環境が看護要員のストレスとして虐待行為の要因の一つになっていたものであるうえ、労働基準法を遵守することは当然であるし、労務環境の向上は人事採用によるマンパワーの確保のためにも不可欠である。

そのため、時間外勤務手当が適正に支払われているのか、名ばかり管理職がいないか、年次有給休暇が現実に取得されているか（最低限の義務としての年間5日の年次有給休暇取得だけにとどまるものではない。）について調査を行い、適正な労務管理体制に向けて問題点を洗い出して改善対応を行わなければならない。兵庫錦秀会内部の労務担当職員による調査は、これまでの労務管理状況に鑑みると能力的に困難と思われるので、外部の弁護士や社会保険労務士に依頼し、労務管理に関する調査を行うことを検討するべきである。

また、年次有給休暇の取得妨害ともいうべき年次有給休暇取得による賞与の減額はあってはならないが、それにとどまらず、根本的に年次有給休暇を取得しやすい環境、体制を整備すべきである。

2 人事

これまで、神出病院においては、A元院長の好悪の感情に基づく不適切な人事が横行し、A元院長による「お友達人事」と職員から揶揄されていた。これによって役職者として周囲からは相応しくないとされていた職員でも昇進し、一方で、神出病院の状況、問題に異論を唱えるような職員は昇進せず、退職する者も少なくなかった。

このような不適切な人事は、職員の意欲を失わせるだけでなく、虐待行為を根絶するために管理職が各病棟の職員を適切に指導することの妨げとなることから、人事評価の規程、システムを見直すとともに、客観性の高い人事考課を実施し、それに基づいた昇級・昇格を行うべきである。

適正な人事効果を行うために考課者に対する教育を実施すること、考課結果の各職員へのフィードバックを行うこと、管理職と職員との定期的な面談の機会を設けることなどの、一般的に実施されている人事考課のための制度を導入するべきである。

3 労務管理部長

長年にわたって労務管理部長を務めていた者がその職責、役割を果たしておらず機能不全となっていたことから、同人が令和4年3月31日に退職することを契機として、今後の労務管理、人事の適正化に向けて、後任の労務管理部長においては、その職責、役割を十分に果たすよう留意されたい。

西神看護専門学校以外の看護師養成機関から神出病院への新規入職者を獲得することは、入職者を増加させるだけではなく、神出病院の職員の意識改革にもつながるため、看護師養成機関への働きかけの努力を行うべきである。

第6 錦秀会グループとの取引の適正化

錦秀会のグループ会社と取引を行うことの必要性を見直し、取引を継続するのであれば、相見積もりを取得するなどして適正な取引価額とするべきである。

第7 設備の改善

設備の問題点は、第2章、第3節、第5「設備に関する問題点」で述べたとおりであり、本件刑事事件の一因となっただけではなく、現時点でも適正な看護の妨げとなり、患者の健康状態悪化の原因ともなっている重要な課題であることから、そこで指摘した「設備上の不具合・問題点の一覧」記載の設備については、速やかに改修ないし更新を行うべきである。

なお、既に神出病院において、設備の改修・更新の必要性を認識して、可能なところから順次実施していくことが検討されているようであるが、現時点では、これに要する莫大な費用の捻出に苦慮し、未だ具体的な実施の目処は立っていない状況である（なお、当委員会の提言する設備の修繕項目と一致するものではないが、現在、G院長のもとで設備投資にかかる費用として見積もっているものだけでも17億円ほどに上り、金融機関からの借り入れをその財源に充てることが計画されている。）。

神出病院は、漸進的・緩やかな対応では改善できない抜き差しならない悪循環、負の要因の相互連鎖に陥っているものといわざるを得ず、抜本的な改革、改善のための強力かつ迅速な一手として、必要な資金を調達して早急な設備の改善を行うことが望まれる。

第8 理事報酬等の支給停止・返還請求

1 理事報酬, 評議員報酬, 保証料, 交際費の支給停止

- (1) 上記のように、設備に関する課題が広範・多様かつ深刻であり、現在も看護ケアや患者の健康状態に支障を生じさせている状況にあることから、直ちに改修工事のための資金調達を行う必要がある。

多額の資金を借入だけで調達するのは困難であることからすると、不適切な理事報酬等の見直しに直ちに着手しなければならない。

- (2) B前理事長の配偶者であるD1、子であるD2、D3、D4に対し、理事報酬又は評議員報酬が支払われているところ、理事、評議員としての職務は何も行っていないことをD1が自認している。

子らは、毎月各30万円の理事報酬又は評議員報酬の支払いを受け、D1は令和3年9月18日以降月額58万8千340円もの理事報酬が支払われており、B家全体で毎月67万8千340円の支払を受けていることになる。これらの支払は、職務を行っていない者に対して支払われている点で相当ではないし、支給のために必要となる評議員会決議等が実際に行われているとは認められず、支給の手續に問題があること、医療法第54条に違反すると考えられることから、令和4年4月分の支払から直ちに停止しなければならない。

- (3) また、原因分析で述べたとおり、B前理事長に対しては、高額な保証料、交際費が支払われてきていたことから、これらの支払が継続しているのであれば、これらについても直ちに支払いを停止するべきである。なお、交際費については、例えば、B家等に対して別名義で支払われる懸念もあるため、兵庫錦秀会での交際費の支払総額自体も制限するべきである。

2 理事報酬, 保証料, 交際費の返還請求

(1) 不当利得返還請求

ア B前理事長に対する返還請求

神出病院は、必要な整備の改修等を行わず、看護行為に支障が生じていた一方で、それによって得られた利益の大半は、B前理事長の役員報酬、保証料、交際費として支出されており、B前理事長は極めて多額の利益を得てきた。そのことが長年続けられた結果、神出病院は現在改革のために多額の設備投資費用を必要としている。その資金調達は容易ではないことからすると、必要な設備投資を行わないことによって生み出された利益によって多額の役員報酬等を受領してきたB前理事長は、経営責任として、自発的にこれまでに受領した役員報酬を返納するべきであり、神出病院で発生した一連の問題は、A元院長だけが責任を負うものではなく、B前理事長にも相当な責任がある。

当委員会としては、B前理事長が任意に返還に応じるだけの良識を有していると信じているが、万が一、B前理事長が任意に返還に応じることがないのであれば、兵庫錦秀会としては、法的に不当利得返還請求を行うことも可能であることから、速やかに返還請求を行うべきであり、必要に応じて、法的手続をとることも躊躇すべきではない。

イ 令和2年1月から令和3年10月までの理事報酬

兵庫錦秀会は令和元年12月に寄附行為を変更して、理事報酬の支払には評議員会決議が必要であることを定めているが、B前理事長に対する令和2年1月以降の役員報酬の支払には評議員会決議が行われておらず、法的根拠なく支払われたものである。

B前理事長は令和3年9月17日に辞任しているが、兵庫錦秀会は、辞任後も同年10月分までの理事報酬を支払っており、令和2年1月から令和3年10月分までの22か月分について月額2150万円の役員報酬合計4億7300万円が不当利得となるため、B前理事長に対して直ちに同額を返還するよう督促しなければならない。運転資金や整備の改修費用が不足する中で、この回収を先送りすることは理事全員の義務違反となる。

ウ 令和元年12月以前の理事報酬

B前理事長の兵庫錦秀会における職務の執行状況からすると、A元院長を上回るだけの役員報酬を受領することを正当化するだけの職務が行われていたとは認められず、平成24年3月以降月額1550万円もの多額の役員報酬を受領していたことは、理事の地位であることのみによって職務執行の対価として容認される範囲を遥かに上回る役員報酬を受領していたもので、A元院長の役員報酬と比較しても、兵庫錦秀会全体の人件費の額と比較しても、少なくとも月額200万円を超える部分の支払は実質は剰余金の配当であり、医療法第54条に違反することによってその支払は無効であると解される。

平成24年3月から平成31年1月まで月額1350万円、平成31年2月から令和元年12月まで月額1950万円の役員報酬合計13億3500万円についても返還請求を行うことを検討することに直ちに着手するべきである。

エ 保証料

原因分析で記載したB前理事長が支払いを受けていた保証料名目の金銭は、少なくとも平成24年度から令和元年度までの合計額だけでも約2億円にのぼる(令和2～3年度も同様の計算で支払が行われているとすれば、支払額はさらに高額となる。)

B前理事長が高額の理事報酬を得ていることを踏まえると、兵庫錦秀会の銀行借入れについて保証人となることの実質的な対価は既に得ているとも考えられるし、保証を生業とする保証会社でもないこと、自ら経営者として銀行借入の判断と保証を行っていること、保証料の支給決定は理事としての利益相反行為であり理事長の判断で支給決定できるものではないにもかかわらず、利益相反行為を承認する理事会決議が開催された事実がない(議事録は存在するものの、会議が開かれた実態がないことは複数の理事が認めるところである。)ことからすると、保証料の支給については法的根拠を欠き、不当利得となる可能性が高いものと考えられる。

なお、法的な返還義務の問題だけでなく、既述した経営責任の問題もあること、高額な保証料等の支払資金を得るための経費節減により本来なすべき設備の改善がされず、虐待の要因となった構図も踏まえ、B前理事長に対し、保証料の任意の返還を求めるべきである。

オ 交際費

原因分析で記載したとおり、B前理事長が支出した飲食費について兵庫錦秀会が交際費名目で負担した金額は、平成23年度から令和元年度までの合計額だけでも1億円を超えている極めて高額なものである。本件刑事事件が発生した後の令和2年度においても、1132万2410円の交際費が支払われている。

B前理事長は、神出病院にほとんど来たことがなく、普段は大阪に所在する錦秀会本部にいて、兵庫錦秀会に関しては支払に関する決裁を行うだけで、神出病院等の兵庫錦秀会の具体的な業務は院長以下に任せており、利益をあげるよう指示すること以外はほとんど口出ししていない状況であった。理事会は年に1回しか開催されておらず、理事長としての職務執行状況の報告が行われていないことからしても、B前理事長が兵庫錦秀会の業務に関連する交際を行っていたとは考え難いし、そもそも、医療法人の交際費として不相当に高額である。

したがって、B前理事長は、理事長としての職務に関連のない私的な、あるいは兵庫錦秀会ではない大阪の錦秀会本部にかかわる交際費を、兵庫錦秀会に利益至上主義のもとで多額の利益を出させ、無理やり交際費名目で負担させていたものと考えざるを得ない。

本来的に、職務との関連性がない飲食代金を法人が負担する理由はなく、経費とは認められないことから、兵庫錦秀会が負担した飲食代金相当額について不当利得返還請求権を行使するべきである。

なお、法的な返還義務の問題だけでなく、既述した経営責任の問題もあること、高額の交際費の支払い等により設備の改善がされず、虐待の要因となった構図も踏まえると、B前理事長に対し、交際費の任意の返還を求め、B前理事長はこれを速やかに返還するべきである。

3 D1理事に対する法的根拠を欠く報酬支払がなされた経緯の究明、責任追及

当委員会が調査した結果、少なくとも、D1理事への理事報酬支給に関する意思決定について、F理事長、D1理事、G院長(兼兵庫錦秀会常務理事)はその経緯を知らず(なお、F理事長及びG院長はその支払が行われている事実すら知らなかった。)、N人事労務部長は、何者かから錦秀会本部の指示を伝達され、振込指示をただけであると述べるが、兵庫錦秀会の理事でもあるI弁護士は、D1理事への理事報酬の決定の事実やその経緯については知らないと説明している。

兵庫錦秀会における実働のないD1理事に対し月額約580万円にものぼる理事報酬の支払いをしておきながら、その意思決定の経過が明らかでないというのは、神出病院において発生した問題がB家に利益をもたらさんがための利益至上主義に起因することに照らしても、極めてゆゆしき問題である。しかも驚くべきことに、当委員会の調査が開始された後にこのような支払いが開始されていることは言語道断というほかない。

この件には、本来兵庫錦秀会の意思決定に関与するべきでない者(B前理事長)による関与も疑われるところであるが、理事長も常務理事も知らないところで多額の資金が毎月流出していることは刑事責任の対象にもなる行為であることから、前述したとおり、支払済みの資金を回収することは当然のこととして、D1理事へ報酬支払がなされるに至った経緯に関する事実関係を究明し、その結果に基づいて、その出金処理を指示した者に対する責任追及が行われるべきである。

第9 理事会、評議員会の適正化

1 理事、評議員の選任方法

兵庫錦秀会の理事会、評議員会は形骸化しており、ガバナンスが正常に機能しなかったことは、B前理事長とA元院長による利益至上主義、A元院長による独裁、隠蔽主義、不適切な人事等といった不祥事発生の温床を作る背景となった。

そのため、ガバナンスを正常に機能させるために、既述したとおりチェック機能を果たせない理事には退任を求め、新たに、理事について、精神科医療の提供に関心を有するとともに、実際に神出病院に出向き、その経営実態を把握する意欲のある者を選任す

るべきである(大阪からは遠方であることを理由にして現地に赴くことを厭う者を理事にするべきではない。)

また、兵庫錦秀会の職務執行を行う理事が少なかったことが、経営への無関心の原因にもなっていたと考えられることから、神出病院の管理者以外で現場で職務を行っている者(例えば、たちばな苑の施設長、看護学校の校長、看護部長等。)を理事に選任することも検討するべきである。

さらに、理事については、社外取締役の選任を参考に、錦秀会グループと利害関係のない第三者となる外部有識者を少なくとも3人以上は選任するべきであり、選任過程の透明性、第三者性を担保するため神戸市推薦による外部有識者を選任するべきである。

評議員についても同様に選任するべきであるし、寄附行為第15条第1項の要件を厳格に適用するべきである。

なお、これらの実際に職務を行う理事や評議員については、適正な報酬を支払うべきであることは言うまでもない。

2 監事の選任方法

監事の職務は、寄附行為上、業務監査と財産監査と規定されているのであるから、これらの監査を確実に実行する意思と能力を有する者を選任するべきであり、顧問税理士を監事とすることは不適切である。

理事と同様に、監事についても、実際に神出病院に出向き、その経営実態を監査する覚悟のある者を選任するべきである(大阪からは遠方であることを理由にして現地に赴くことを厭う者を監事にするべきではない。)

3 理事会、評議員会の開催

当然ながら、理事会、評議員会は現実に開催しなければならない。

理事会では、法定の事項・寄附行為で定められた事項を報告事項・決議事項とすることはもちろんのこと、神出病院内で新たに虐待行為が発生するなど重要な案件が生じた場合には、その対応等についても協議する場とするべきである。理事長は寄附行為に基づいて、1年に2回以上職務執行状況の報告を行う必要がある。

理事会を開催した場合に議事録を作成することは改めて述べるまでもないことであるが、議事の過程がわかるように記録を残し、議事録作成者の印鑑は理事長及び監事だけでなく少なくとも外部有識者の理事の印鑑を押捺してもらう運用として実際に開催されていない理事会の議事録が作成される事態を回避し、兵庫県の監査においても現実の開催状況、開催内容をチェックすることができるようにするべきである。

そして、これから最初に開催される理事会において、本報告書の提言を実行することが決議されなければならない。

第 10 各年度の事業計画, 中長期的な経営計画の立案, 各年度の事業報告・監査

短期的な利益にこだわり経費を過剰に削減することがないように, 各年度の事業計画, 中長期的な経営計画を立案するべきである。

また, これらの計画については, 理事会で承認を受けることはもちろん, 各年度終了後には事業報告書を理事会に提出して承認を受け, その内容を評議員会に報告しなければならないし, 監事による監査も適切に行われなければならない。

第 11 調査不十分な問題を含めた他の問題の徹底的な調査, 改善対応

本調査報告書で指摘した問題点のうち, 神戸市がさらに調査する必要があると判断して兵庫錦秀会に調査を指示した事項については, 追加で徹底的な調査を行い, これについても改善対応を行うべきである。

なお, 追加で調査を行う場合には, 自浄能力に乏しい現在の神出病院の状況からすると, これを神出病院内部で実施することは相当でないため, あらためて第三者委員会を設置することが本来望ましいが, 少なくとも顧問弁護士以外の, 利害関係のない弁護士複数名に依頼し, 調査を行うべきである。

第 12 内部通報制度の改善

最新の公益通報者保護法や消費者庁の「公益通報者保護法を踏まえた内部通報制度の整備・運用に関する民間事業者向けガイドライン」に基づき, 内部通報制度を整備し直すべきである。

また, その際は, 病院の院長が通報窓口となっている現状を変更し, 病院外の通報窓口として設置し, この通報窓口独自の調査権限を付与する制度設計とするべきである。

病院外の通報窓口は, 錦秀会グループと利害関係のない第三者の弁護士にすべきであり, 具体的な設置にあたっては, 神戸市の推薦を受け, 規程の整備, 変更を含めた制度設計についても推薦を受けた弁護士に依頼するべきである。

なお, 制度が整備されたとしても, 職員に周知されなければ機能しないため, 制度整備後, 通報窓口となった弁護士の指導, 指示のもとで, 全職員向けの研修会を行うべきである。

第 13 パワーハラスメントに関する通報窓口の設置を含む制度の整備

A元院長の独裁は, A元院長のパワーハラスメントを防止し, 監視する制度が不十分であったことに起因するものであるから, パワーハラスメント対策に関する制度全般を整備し直すべきである。

パワーハラスメントに関する措置義務については, 近年, 重要な法律改正が行われているため, 最新の法令にしたがって, 関連規程を整備するとともに, パワーハラスメント通報窓口も設置するべきである。

これについても内部通報制度と同様、錦秀会グループと利害関係のない第三者の弁護士にするべきであり、具体的な設置にあたっては、神戸市の推薦を受け、規程の整備、変更を含めた制度設計についても推薦を受けた弁護士に依頼するべきである。

なお、これについても、制度が整備されたとしても、職員に周知されなければ機能しないため、制度整備後、通報窓口となった弁護士の指導、指示のもとで、全職員向けの研修会を行うべきである。

第 14 第2事件に関する改善計画書の提出

第2事件に関する神戸市の令和3年9月17日改善指導通知書に対する改善計画書が未提出のままとなっているので、速やかに策定し、提出すること。

第 15 改革のための権限付与

現時点で神出病院の改革を主導しているのはG院長であるが、G院長には、経理についての正確な情報が与えられておらず、支出に関する十分な権限も与えられていない。このため、神出病院の経営改善を図るにも、資金を必要としない方法（例えば、病棟カンファレンスの実施等）しか選択できないのが実情である。

G院長による改革に実効性を持たせるために、G院長に対し経理についての正確な情報を与えるとともに、理事会の適正な監視のもとで一定の範囲で支出に関する権限を付与するべきである。

第 16 本調査報告書の提言に対応する改善計画の速やかな公表と改善した内容の公表(改善経過の可視化、透明化によるステークホルダーの信頼回復)

当委員会と兵庫錦秀会との合意により、「兵庫錦秀会は当委員会が提出した調査報告書における再発防止策および改善提案を可及的に実行するよう努め、定期的にその実行状況を開示しなければならない」、「兵庫錦秀会は当委員会が提出した調査報告書で示された再発防止策及び改善提案を実行しないときはその理由を開示しなければならない」と定めているところであり、本調査報告書はステークホルダー（神戸市や患者、神出病院の職員はもちろん、一般市民へ精神科医療を提供する場であることから、一般市民も含む。）へ公表されなければならない。

重要なのは、本調査報告書は、数々の不祥事の再発防止のための不祥事の実態、原因の洗い出しによる改善の第一歩目にすぎない。

改善を実際に行うこと、改善の過程と結果がステークホルダーからも見えることが、不祥事によって失ったステークホルダーからの信頼回復のために必須であることは言うまでもない。ステークホルダーからの信頼回復のプロセスとして、本調査報告書の提言を受け、提言項目ごとに、速やかに改善対応の予定の有無、具体的な改善計画、具体

的期限（無用に長期であってはならない。）を策定し、これについてもステークホルダーへ公表し、それを実行することをステークホルダーとの約束としなければならない。

その後、自ら設定した期限までの間に、定期的に、具体的な改善内容、改善結果、進捗状況を、ステークホルダーへ公表しなければならない。

そうすることで、信頼を回復し、自浄能力を発揮できる体質に生まれ変わることができる。

第5章 結語

当委員会の調査により、神出病院では、本件刑事事件以外にも多くの虐待が行われており、医師による不適切な診断、看護要員による不適切な看護・「簡易拘束」も行われていたことが判明した。我々は、職員へのアンケート結果を初めて目にした時に、神出病院を支配していた闇の深さを知り、暗澹たる気持ちとなったことを忘れることができない。

神出病院の問題は、いずれも、患者の人権・利益を守ろうとする意識が希薄化した風土から生じたという点で共通している。神出病院では、G院長が指揮官となって陣頭に立ち、そのような風土の改革を進めようとしているが、B前理事長は未だに兵庫錦秀会への実質的な支配を続けようとしており、改革には多大な困難を伴う。G院長に十分な権限が与えられていないことも、改革を妨げている。

G院長は、より良い精神科医療を提供できる組織に生まれ変わらせようとしているが、道のりは遙かに遠い。

それでも、職員の中には、一連の事件を反省材料とし、より良い医療・看護を提供したいと日々の業務に真摯に取り組む者が一定数存在することも事実であり、神出病院が再生できる希望はある。当委員会のアンケートに75%の回答があったのも、現状のままではいけないと思う職員が大勢いたからであると信じたい。

「やさしく生命をまもる」がスローガンだけで終わらず、神出病院が心ある医療を提供できる病院に生まれ変わるために、本意見書の提言が活用されることを心から祈って止まない。

了

「設備の問題点・改善要望に関するアンケート回答結果一覧」

※看護師に対するアンケートにおいて設けた「どの設備等に、どのような問題があり、どのように改善した方が良いと思っていましたか。」との自由記載形式の質問に対する回答について、対象となる設備ごとに整理し列記したもの（要望の多さを示すため、重複するものも含め、原則として回答をそのまま掲載している。）。

【建物】

- 全体的に古く、使い辛い。
- ほとんどの設備がダメ。
- 全体的に不潔。古くて使いにくいいため無駄に時間がかかる。新しく清潔にして欲しい。
- ドアの立て付けが古い。夜間音がうるさく起こしてしまう。
- 天井、雨漏りで床が滑り転倒してしまう。
- 院長は全職員に対し、隔離室、保護室を作る、スーパー救急を作るなど病院の方向性を話されていましたが、それよりも現在療養されている患者の環境改善を第一に考えるべきではないでしょうか？病院に手を入れていっても耐震設計になっているのかどうなのか。とりあえずこまごまとお金をかけるだけムダ、潰すのが一番。
- 中央配管の少なさ、個室の少なさ（急変時やコロナ発生時に困る）→それぞれ増やす。
- 全体的に老朽化しており暗い雰囲気がある。
- 採光を取り入れる構造にできれば良いと考える。
- 全体的に古い。
- ドア（病室）開きがわるい。
- 詰所から保護室へ入る構造に問題がある（詰所には薬や危険物があるため）。
- 病室の窓もボロく、外からガムテープを貼っている病棟もあった（B棟全体）台風がくると窓が開くらしい。
- 個室が少ない。
- 保護室が少ない。
- 設備の老朽化に伴う、様々な故障
- 居室が雨漏りしている。
- 個室が無いのでいくつか欲しい。
- 病院の内部全てが古いと感じます。
- B3病棟の詰所の窓が開かない点だったり不満に思っていた。
- 保護室も汚いし、ドアのきしみ音がうるさいし、入室する患者様にとっては恐怖心の芽生える状態だな、等、施設内至る所に問題があると思います。
- 雨漏りなど。

- 保護室と総室1部屋にベッドがそのまま入らず分解する必要がある。どのように改善したほうがよいと思っていましたかではなく今も思っている。
- 建物内の全体的に汚れが目立ち使用物品も古い物が多かったため新調したり清掃を徹底する必要があると感じていた。
- 病室のドアが壊れている。
- 隔離室に小窓が無く、何かをするときにはドアを開けないといけないため、不穏になった患者様が暴れたり出る可能性がある（窓が必要）。
- 隔離室の中に換気のためのすき間があり、患者様が出ようとした際、太腿がはまり抜けなくなった。報告し、上層部が見に来たが、改善されなかった。
- 居室や保護室の増設。
- OT棟へいく時に、雨天時かさをささなければならず、移動しづらい。メンテナンスにかかる出費をかなり削減されていて、患者様の療養環境として全体的に劣悪でたてかえてほしいと思っていました。
- 全ての病棟にカギがついてるがカードなどでタッチ式で開くようにしてほしい。よごれた手でカギをさわってその汚れたカギをポケットにしまうのを日に何回もくり返すためきたない。個室が少ない。大部屋ばかりだと患者同士のトラブルがふえる。コロナも大部屋だと同室者にうつる。

【風呂・給湯】

- 不穏患者様が何人もいる病棟なのにシャワーのお湯が出なくて遠い大浴場に連れて行かないといけないのも大変。下の階でお湯を使いすぎたら5階までお湯が上がってこないと聞いたことがあるが、設備に問題ありすぎる。
- お風呂のお湯は出ない→いつでもお湯が出るようにしてほしい。
- A棟は階上になるとお湯がでない。
- 一部病棟で湯が出ない。
- 水道のお湯が出ない。
- 詰所や患者さんのトイレでお湯がでない、修理依頼を出しても直らない。
- 風呂場の床が滑る。
- お湯が出ないことがあり入浴日こまる、お湯の温度調節が出来ず冷たすぎたり暑すぎたりする。
- シャワー室はあるがお湯が出るのにとっても時間がかかり水圧も低いいため使用しにくい。
- 病棟のシャワー室が古い、十分な湯が出ず寒い。
- 入浴場もある病棟があったが、ない病棟には何度も入浴場にいった患者様の送迎したりと大変であった。
- 感染症の患者様を隔離（疥癬等）にて、入浴所がないことも何度も浴所に行くことも不便だと思った。

- 病棟のお湯がでない（風呂の湯をためるのに2～3時間水を出しっぱなしにしている）水がもったいないが、そうしないと湯がでない。また水道（手洗い）のとも湯がでない→すぐ湯を出してほしい。
- 風呂場の湯が出ないことがある。温度調節が難しい。浴槽の方の湯を出しっ放しにしないとシャワーが出ない。
- 病棟でお湯が出ないことがあった。
- 浴室も病棟に設置のものは深く、手すりもなく、自立の若い患者さんしか使用できない。
- 病棟の風呂の水を長時間流していないと湯にならない
- 水道不具合・・・病棟でお湯が出ず、シャワーが使用できなくなっていた。
- 浴室や水道から湯がすぐにでない。

【清掃・カビ】

- ロッカーの部屋がかびやすくくさい、全て建て替えてほしい。
- 天井や壁（病室、廊下）にかびが生える、職員で掃除してもしばらくすると生える。
- 壁がカビだらけ穴が開いている。
- 雨漏り、カビ
- 空調はいつもほこり、カビが発生していた。天井、壁にはカビが発生。
- 天井が水漏れで穴のシミがあり一新してほしい。
- 全体的に建物が古いので壁などにカビが発生していたり空調の調整が悪かったりで壁の塗り替えや空調設備の新調が必要だと感じます。病室も風呂場もホールも全て。
- 壁はどこもシミや汚れまみれ、天井や壁はカビまみれ。
- 病棟全体のカビ、天井もカビだらけでいつおちてくるかと不安。
- 病室もカビが生えていて汚い。
- 天井や壁のカビ
- 風呂場のカビ
- 入浴場もカビまみれで不衛生。
- 空調カビがある→業者に入って清潔にしてほしい
- 建物自体が古く廊下、壁、エアコン等いたるところに汚れ、カビ等が付着している状態。
- 壁がカビだらけ、お金はかかるが完全に治した方が良い。
- 壁天井がカビ。
- はっきり言って病棟にカビが大量発生してベッドにもカビが生えているような状態では患者を入院させる以前の問題である。清潔、不潔の区別が全くと言っていいくらいにできていない。職員の教育もそうであるが、ハード面で清潔、不潔を分けることが難しい場面もある。
- カビだらけ（天井）雨漏りもする。空調もカビを吸っている気がする。（特に風呂場）→建て替えてほしい

- 居室などもカビが発生しており、不衛生である。→掃除もこまめに行ってくれてはいますが、私自身も頭が痛くなったり呼吸がしづらかったりすることがある。
- 汚い、カビが生えている。
- 病室がカビまみれになっている。
- もう少しキレイにした方が良くと思う。そうじの人も来られるがコロナなどでこない時や病棟全体のクーラーのかびやほこりをとってほしい。虫の除去。
- 設備自体が古いため掃除して変わるものではない。エアコンのカビも全く改善されない。病室の掃除も業者を入れてくれず（プライバシーの問題があるようです）こちらの業務中の掃除では限界があり、カビだらけです。
- トイレ・部屋などがカビていたり、汚いためそこが問題であり、一度しっかりきれいな環境を作るべき。

【清潔保持の不備】

- 病院全体が汚い。
- 掃除の人はなぜか病室は掃除をしない、病室もしてほしい。
- 病室、トイレ、フロなど不潔。不潔行為のある患者も多くいるため、清潔を保つには人員の確保、病室内の清掃業者の導入が必要と感じる。
- 清掃業者を入れてほしい。
- カーテンをもう少し頻回にクリーニングしてほしい。便汚染した手で患者がカーテンをさわることが多いため。
- 病棟全体的に古い事もあり壁・床に黒・白カビが生えている為病室を清掃する人をやとってほしい。
- 清掃員を増やしたり、業者にはいってもらう必要がある。看護業務以外のことを看護師が行っている！

【エアコン・空調】

- 空調の設備が悪い、換気設備が少なすぎる。コンセントが少なく延長コードが多いため患者様の転倒リスクになる。
- 空調がまったく機能せず、夏場は暑い、湿度も高い、冬場は極寒になることもしばしばあった。
- エアコンのききが悪い。
- 空調、中央配管が1部屋しか無い（療養）詰所の休憩室の換気が行えない。
- 便のにおいなどが残っている。
- エアコンはだいぶ前から何度も修理してもらっているがなかなかおっていない。
- （部屋によっては）クーラーの空調から水漏れ。
- 天井の水漏れ

- エアコンの水漏れ、1 部屋ずつに温度調整ができない。
- 冷暖房が度々故障し患者様に適切な入院環境にあっていない時がある。高い入院費をお支払いいただいているのにと職員の立場から見ても納得いきません。
- 温度管理ができない→一括管理している為患者個人の要望に対応できない。
- ありすぎて書ききれない。ただエアコンが壊れていて、患者さんからクレームがあったり、微熱が出ているのに根本的に直さず対応している病院はありえないと思う。
- エアコンの操作をリモコンで行う部屋がある。変更すると音が鳴り起してしまう。
- エアコンの修理、壊れているところの修理
- また、空調機から水漏れがある。お風呂もカビがあり浴槽も汚い。
- クーラーが利かなくなっていて、患者・スタッフを今年の夏暑くて汗だくになっていた。→何回も言ったがなかなか治らなかった。
- 空調も効きづらかった。
- エアコンフィルターがゴミとカビで不衛生であった。
- クーラーの調子が悪い。
- エアコン。
- 空調が効かない。
- エアコンから変な白い煙が出てくることがある。
- 部屋ごとに温度調節ができない。
- 冷暖房の利きが悪く、いくら修理しても改善されていなかった。夏は暑く患者さんは熱をよく出していた。
- 雨が降ったりエアコンの調子が悪いと病室内で水漏れがある。
- クーラーから水が落ちてくるので床が水浸しになっていたので直して欲しい。
- エアコンが効かないことが多い（1 年中）
- 空調、何回言っても改善してくれない。
- エアコンによる湿度調整が困難。
- たくさんあるが一番の問題はエアコン。数年前は特にひどく夏は暑く冬は寒いが当たり前。室内なのに外より不快だった。そのせいか夏に熱を出す人が多かった。
- 空調→棟で統一されてて、個別で湿度設定できない。換気ができない（詰所）特浴が汚い。
- エアコンから水滴が落ち、床が濡れていて、患者様が転倒する恐れがあった。どんなに洗っても、配管からニオイがする病棟がある。エアコンの水もれが常にある。
- エアコンがきかない。トイレの扉の立てつけが悪い。
- 空調 効きが悪く、何回も修理してもらってはいるがちゃんと直ることはなかった。精神科なので個室もあればと思う（周りの音が苦手な方もいらっしゃるため）
- エアコン不具合・・・冷暖房が効かなかったり、使用の際の水もれや、カビ臭がヒドかった。
- 暖房が効く部屋と、そうでない部屋があり、布団がうすく、寒そうだなと思うことが多々あった。

- 空調は全病室同じ温度で設定してもエアコンが効く部屋、効かない部屋があり、患者に迷惑をかけている。
- 天井より水がおちてくる。エアコンもまったくきかず、冬はすごくさむい（病室、廊下）夏はあつい。
- 冷暖房がきかない。修理してもすぐダメになるので新しいものにしてほしい。クーラーのせいか雨もりか天井がカビで黒くなっている。
- エアコンがきちんと効かない、効きすぎる部屋があったり、殆ど効かない部屋があったりする。詰所で温度調節をしようとしても、そこも壊れているので調節できない。

【トイレ】

- 職員と同じトイレを患者様が使用し度々便汚染していた。職員専用のトイレも作ってほしい。
- 車イストイレせまく患者様にあたることも。
- 患者用のトイレのドアの上下の隙間をもう少し広げてほしい。中に閉じこもってしまう人もいるため中で倒れてても気付きにくい。
- トイレも異食の患者さんや、認知症の方が安全につかえる環境ではなかった。
- トイレは不潔すぎる。
- トイレの排水溝から匂いが上ってくる。ドア（木）が腐っている。
- トイレが冷たく汚い。トイレのドアが腐食している。
- トイレのドアが腐っている、木が剥がれ異食されてしまう。
- トイレは汚い→古すぎてドア等少しはがれている
- 汚染廃棄物がトイレの敷地内にあり、患者様と何度か接触しそうになったことがあった。衛生的にはあまりよくないと考えていた。
- トイレが詰まることが多い。
- スタッフのトイレが流れない、便座が冷たい、ウォシュレットが壊れたりする。
- トイレは古く便座も冷たい。トイレの扉の下部分がボロボロになっている。
- トイレ不具合・・・個室の建付けが落ちてしまい床についた為、扉の開閉に支障をきたした。

【エレベーター】

- ベッドが入らないエレベーターも病院としてあり得ない。状態悪化している患者さんをストレッチャーに移乗させてから検査しに行くとかリスクしかないと思う。
- 当院にはA棟、B棟があるが、A棟のエレベーターではベッドが乗らない。
- エレベーターが1つしかないこと。
- A棟のエレベーターにベッドが入らない。
- ベッドがエレベーターに乗らない。
- エレベーターにベッドが入らずストレッチャーに患者さんに移乗してからしかエレベータ

一に乗れない。

- A棟側のエレベーターの幅がせまくベッドが入らない。
- エレベーターも各棟に1台ずつしかないし、ベットが入らない。
- 病棟のエレベーターなのにベッドが入らない。もしくはギリギリ1台入るだけで狭い。

【ベッド】

- 電子カルテにしていきたいと病院は言っているが、それより先にすべてのベッドを電動にしてほしい。
- ベッドが壊れている。
- いまだに電動ベッドが一台もない。手動で患者の頭、足を上げなければいけない。ベッドが古くカビもある。スタッフの腰痛の原因になっている。
- 介護ベッドが古い、スムーズに動くものに変更してもらいたい。
- ベッドが手動のものしか無い。
- ベッドが手動。ベッド柵が外れるので、それで他患をたたくトラブルがあったのでベッド柵は外れないのに変えてほしい（一体型のもの）。

【配線】

- 病院が古く、病室のコンセントが壊れている為、たこ足配線で対応している、火事のもとになる。
- 清潔の備品についても何十年前？の様式で使用しておりいつ火災が発生してもおかしくない。この9月（※令和3年9月）には配電盤にかびが入り込みショートして数時間停電した。予備電源もない。
- 非常用電源が詰所にしかない。各病室にあるのが普通ではないか。
- 延長コードばかりで病室が歩きづらい。

【照明】

- 全体的に照明暗く全体的に老朽化して汚い→療養されるにあたり環境はとても重要と思います。
- ベッドの頭元に電気がなく夜間見づらい。

【備品】

- 環境クロスがない→ペーパータオルをアルコール等で湿らせて使っている。
- 注入等で使ったシリンジを洗浄後ハイター漬けした後、すすぎ・乾燥せず再利用している。
- ナースコールはない、職員を呼べないので自力で立ち上がり転倒してしまう、危険性のない

ナースコールの配置。トイレ誘導時にトイレにタオルウォーマーがない。オムツ一人へ取りに行く間に患者様が転倒してしまう。

- 処置等に使用するカートがガタガタ。オムツカートもこわれている。
- センサーがない、転倒してしまう。
- 詰所にモニターが飛ばない。
- 物品がディスポでない物がほとんどで、清潔、不潔の概念があいまい、病院ルールがあり手技が正しく行えないのがとても不満です。
- 病室の吸引器が少ないので増やして欲しい。
- 患者様の衣類に予備が無く汚染しても更衣できないことが多い→予備を増やして欲しい。
- その他・・・ベッド、床、壁、台車、色々なものの故障、破損があった。
- 設備、備品の修繕依頼・報告のシステムはあり、それに則って上申するも、予算の兼ね合いで対応できないと返答されることが多く、“取って着けた”様な対応がほとんどであった。病棟によっては、院長の気に入った師長やスタッフから、院長へ直接お願いすると、すぐに対応してもらっている所もあったが、そうでない病棟が多かった。
- 転倒、転落防止のものがスポンジマットしかない。
- ベッドの破損
- ディスポの物が少ない。お尻ふき用のシートくらい買ってほしい。
- ベッドもこわれていたりする為電動ベッドに代えてほしい。

【その他】

- 全て改善必要。
- 有りすぎて何から書けばいいのやら。
- 空調。物品、病棟によってあるもの、ないものがある。入浴設備。全てにおいて問題あります。
- プライバシーの確保、カーテンの使用など。部屋の広さ、オーバーベッド。設備の劣化や不清潔さの改善。

看護部 お湯について

令和 4 年 2 月 15 日

<A1 病棟>

- ・ 詰所、休憩室のシンクのお湯が出ない日がある。蛇口のレバーを上げるとものすごい勢いで水が飛び跳ね、使いにくい時がある。
- ・ 患者さんの使用する水道は、お湯が出るようになった。

<A2 病棟>

- ・ 病棟のお風呂日以外の日ほとんどお湯が出ない（特にシャワー）。他病棟の浴室のお湯を出してもらわないとお湯が出ない。
夜間、シャワー浴したい時、突発的に使用したい時に使えない。
- ・ 詰所内のシンクのお湯は出るが、水圧が弱い。

<A3 病棟>

- ・ 詰所の水道は流しとトイレと共にお湯が出ない。
- ・ 浴室のお湯は出る時と、出ない時がある。
- ・ 上下の病棟と同時使用時は、お湯が出るまでに時間の差はあるものの出る事が多い。
- ・ 患者さん使用の水道場のお湯は出ず、夜間に水量が低下する。

<A4 病棟>

- ・ 詰所は 10 分程流し続けて、ぬるま湯程度になる。
- ・ 風呂場は今までと変わりなく、他病棟の浴室のお湯を出してもらわないとお湯が出ない時がある。

<A5 病棟>

- ・ 詰所、シャワー室ともに、お湯は出ない。
- ・ 患者さん使用の水道は少し温かい水が出ていたが、今は出ない。

<B2 病棟>

- ・ 患者さん使用の水道場・シャワー室のお湯は 1 分以上流さないとお湯にならないが、出るようにはなった。

<B3 病棟>

- ・ シャワー室、お湯が出るまでに 2～3 分かかる。
- ・ 患者さんトイレ内の水道のお湯は出るが、出るまでに 2～3 分かかる。

各病棟の温水の供給状況

1 神出病院の給水・給湯設備の概要

神出病院の給湯設備は、もともと存在した B 棟と増築された A 棟とで別々のボイラー・配管が使用されており、その概要は以下のとおりである。

(1) A 棟

A 棟では、屋上にボイラーと貯湯槽があり、自然落下の圧力で各階に温水・水を送り、還管側にポンプを設置して循環させる方式がとられている。

配管は、屋上から 5 階天井裏に下り、そこでリネン庫奥 P S，看護師詰所便所横 P S，東便所 P S，南便所 P S の 4 系統に分かれ、5 階から 1 階までの縦系統で循環する。

縦系統に近い場所（便所手洗い、浴室、デイルーム手洗い等）は往管で配管し、看護師詰所の流し台、5 階シャワー室、霊安室手洗い等は、近くまで往管と還管を設けて配管している。

(2) B 棟

B 棟では、1 階南側の機械室内にボイラーと貯湯槽があり、これをポンプを用いて B 2，B 3，B 4 病棟へ往管で上げ、還管で下ろして循環させている。

2 各病棟の過去及び現在の給湯の状況

(1) A 1 病棟

A 1 病棟では、3 箇所の便所（東側女子用、南側男子用、西側女子用（ただしこれのみ B 棟の給湯配管系統））、休憩室（便所手洗い、流し）は、1～2 分程度出し続けることで概ね使用に堪える 40～50 度程度の温水が出る。

看護師詰所の流し、デイルームの手洗いは出し続けても温水にならない。

(2) A 2 病棟

A 2 病棟は総じて温水が出にくく、看護師詰所内の流しは 2 分程度出し続けても 30 度程度にしか湯温が上昇せず、水圧も弱い。

浴室は長時間出し続けなければ使用に堪える温度にならないので、入浴のために浴槽に湯を張るときは、2 時間半くらい前から浴槽の蛇口を開けっぱなしにして温水が出るようにしている。それでもひとたび蛇口を締めてしまうとなかなか温水が出なく

なる状況である。浴室内のシャワーも、風呂に湯を溜めているとき以外はすぐ温水が出ない。

病棟の入浴の日（週２回）以外は、ほとんど温水が出ず（特に浴室内のシャワー）、他の病棟の浴室の湯を出してもらって同時に使用する状態でないと温水が使えない。そのため、夜間などでシャワー浴を利用したいときなどに、突発的な使用ができないという問題がある。便所は、東側男子用、南側男子用は概ね問題はないものの、Ｂ棟の給湯配管系統に属する西側女子用はいずれの蛇口も、出し続けても４０度に達しない。

(3) A３病棟

看護師詰所の流しは温水が出ないため、温水が必要なときに、水を看護師詰所内の電気湯沸かし機で温めて使用することがある（ただし、当委員会の調査時点では、４０度を超える温水が出る状態であった。）。

一方、浴室は温水が出るときと出ないときがある。上下の病棟（Ａ２，Ａ４病棟）と同時に使用しているときは、温水が出るまでに時間の差はあるものの、出ることが多い。

デイルームの手洗いの蛇口は、場所によって、２分以上出し続けても４０度に達しない箇所があるなど温水が出にくい状態であり、夜間には水量も低下する。

便所は、（Ａ１，Ａ２病棟の場合と異なり）Ｂ棟の給湯配管系統に属する西側便所は概ね温水の出に問題はないものの、東側、南側の便所では数分間出し続けても湯温が３０度に達しない蛇口が多い。

(4) A４病棟

Ａ４病棟は温水が出にくく、看護師詰所の流しは１０分ほど流し続けてようやくぬるま湯が出る程度であるとされており、午前７時４５分ころから出だすが、温水がちょろちょろとしか出ないときもあり、午前０時ころから出しっぱなしにして湯を溜めて使うということがあったという。このため、Ａ４病棟では、便失禁があった場合、黄色の蒸しタオルを使うなどして対応していた。もっとも、当委員会の調査開始より前に一度修理がなされたとのことであり、当委員会の調査時は、２分程度出し続けることで４０度を超える温度に達する状態であった。

東側便所の蛇口の温水はよく出るが、南側便所は温水弁が水漏れしており５つある蛇口の全てが使用できない状態である。

浴室、デイルームの流しともに温水が出ないときがある。Ａ４病棟も、Ａ２病棟かＡ３病棟と同時に使用しているときは温水が出るが多いため、温水を使用するときはＡ３病棟に頼んで湯を出してもらい、それでＡ４病棟の湯を出して使っている。

もつとも、A 2 病棟、A 3 病棟でお湯を使っていないときはA 4 病棟では、浴室、デイルームの流しともに水すら出ないことがある。

(5) A 5 病棟

A 5 病棟では看護師詰所の流し、シャワー室ともに温水がずっと出ない状態である。シャワー室があるのに温水が出ないので水シャワーしか使えない状況である。デイルーム手洗いの蛇口は以前は少し温かい水が出ていたが、今は水しか出ない。

A 5 病棟で温水が出ない状態は、少なくとも平成16年頃からずっと続いている。漏便で便まみれになった患者の身体をすぐに洗いたいのに、温水が出るまでに1時間半かかったこともあった模様である。温水のシャワーを使うことができればきちんとした清潔保持ができるのに、それができず、看護師詰所のポットの湯を水で埋めてそれを使うなど、業務の効率も悪くなっている。

A 5 病棟は専用の浴室がなく、入浴するにも1階まで下りないといけない状態であるため、とりわけこの温水が出ない問題は切実であり、現場から修理の要望が繰り返し出されているが、神出病院の上層部は「病院の構造的な問題で修理不可」、「4階までしか湯は上がらん」として、技術的に困難な問題であると捉えており、短期的な改善は困難として放置されてきた。

(6) B 棟1 階（一般浴室、特殊浴室、外来部門の流し）

B 棟1 階の特殊浴室は普段温水の出に困ることはないものの、ごくたまに使えなくなることがあり、何度か修理をしていた。

一般浴室はいつも温水を問題なく使えているが、蛇口のレバーを上げると非常に強い勢いで水が飛び跳ね、使いにくいときがある。

B 棟1 階の外来部門の流しでは温水は問題なく出ている。

(7) B 2 病棟

B 2 病棟は従来、総じて温水が出にくく、全く出ないことはないがぬるいままですら温度が上がらないという状態である。り、職員が直して欲しいと訴えていたが長い間改善しなかった。

なお、現在は、患者の使用するデイルームの手洗いの蛇口、シャワー室とも、1分以上流さないと温水にならないが、一応、温水が出るようにはなっている。

(8) B 3 病棟

B 棟は階数が上に行くほど温水が出にくい問題があり、B 3 病棟では出し始めてから10～20分待っても温水にならないということが常態化していた。このため、B 3 病棟では多くの場合、清拭で対応していたが、看護師詰所の流しの温水（シャワー

と違い、たまには温水が出る。)を使うか、看護師詰所のポットの湯に水を足して温めて使っていた。

B 3 病棟においても温水が出ない問題の改善要望は繰り返し上げられており、長らく改善されていなかったが、現在は出し始めてから 2～3 分ほどの時間はかかるもののシャワー室、デイルーム手洗いの蛇口ともに温水が出るようにはなっている。

(9) B 4 病棟 (閉鎖中)

B 4 病棟ではシャワー室のシャワーの出が悪く、使い勝手が悪い状態が長く続いていた。長期間入浴していない患者や漏便の患者など、どうしてもシャワーをしないといけないときには、時間を掛けて温水を出して使用していた。30 分程度出していると温水が出る状態だったが、それでもちょろちょろと出るだけであり、シャワーができるだけの水圧もない状態であった。

疥癬が流行した際、B 棟 1 階の浴室を使うなという指示が A 元院長からなされ、また B 4 病棟では満足に温水が出せるのが看護師詰所の中の流ししかなかったため、看護師詰所で出した湯を運んでトイレで患者に掛けるようになった (看護師詰所の流しは、当委員会の調査時も問題なく温水が出る状態であった。)

このとき、看護師詰所でバケツに湯を入れ、トイレで水を足しながら、椅子に座らせた患者に温水を掛けて洗うという方法がとられていた。これは師長や患者の誰かの指示ではなく、シャワーが満足に使えない状態の中で、職員で話し合っただけで決めたものであるという。

なお、職員からの要望で、シャワー室のシャワーヘッドの変更等が行われ、現在は B 4 病棟の温水の出は少し良くなったが、温水がすぐに出ない問題は改善されていない。

デイルームの手洗いは、出し続けても 40 度に達しない状態である。

また便所 (東側、西側) では、東側便所の奥側の蛇口は問題なく温水が出るものの、東側便所の入口側蛇口、西側便所の蛇口 (中側、奥側) はいずれも故障中のため温水が出ない (なお、同病棟の身障者用便所の蛇口はもともと温水が出ない仕様である。)

3 原因について

以上の問題の原因を探るため、当委員会の委員、調査補助者は、令和 4 年 2 月 1 日 (火)、神出病院に設置されているボイラーの製造販売業者 (株式会社) の担当者、神出病院設備担当者同席のもとで、神出病院の給水・給湯設備の検分を行った。

その結果、メーカー (株式会社) 担当者によると、A 棟、B 棟いずれでもボイラーには問題はないとし、温水が出ない (出にくい) 原因として循環不全の可能性があると指摘があった。

その指摘の概要は以下のとおりである。

(1) A棟について

循環不全の要因として、まずA棟については以下の点を挙げる。

- ① 往管に自然落下で送り、還管に循環ポンプを設けて循環しているところ、ポンプによる圧力が弱く、配管内で湯温が差がり出も悪くなっている（特に上階ほど圧力が弱くなる）。
- ② A棟5階天井裏で4系統（リネン庫奥P S，看護師詰所便所横P S，東便所P S，南便所P S）に分け、それぞれの縦系統まで天井裏を横に配管しているところ、それぞれの配管ルートの長さの違い等もあり、経年により圧力のバランスが悪くなり系統による温度差が生じている。
- ③ A棟の縦系統の各階P S内にサーモスタットが取り付けられているものの、経年により機能していないものがある（サーモスタットの設置場所：東・南便所1階～5階の各P S内，リネン庫奥P S，5階シャワー室横倉庫内）。

そして、これに対する改善策として、以下の1. ～3. を挙げる。

1. 往管に加圧ポンプを設置する。

※還管の循環ポンプとのバランス，圧力のバランス（下階の圧力がより上昇する）等の検討が必要。

2. 各系統の圧力バランスの調整

3. サーモスタットの取替

ただし、「1.」，「2.」については，「配管破損，漏水等の原因に繋がるため，検討が必要との指摘がある。

(2) B棟について

他方，B棟に関しては，多数の枝管によって配管抵抗が大きくなっている可能性が指摘されており，この改善についても，枝管へのポンプの増設による循環促進が提案されている。

また，蛇口を捻ってから温水が出るまでにかかなり時間がかかる点については，「ボイラー→配管→ボイラー」の循環部から分岐し，各階の混合栓を経て蛇口に至るまでの「枝管（末端の配管）」が長く，そこに溜まる湯が多くなり，それが時間の経過によって水に戻るために生じる問題であるとのことであり，これを抜本的に改善するためには蛇口と混合栓を近づけ枝管の長さを抑えるという極めて大規模な改修が必要となるため現実味が乏しい。

以上

別紙 3 の2 各病棟の湯音の測定結果

【A 1】

場所		湯が出るか (○か×で) ※水のみなら斜 線で消す	湯が出るのにかかる 時間 (数字を書いて 単位に○)	10秒後	30秒後	1 分後	2分後	調査日時 (分までは要りません)	備考
東側女子便所	洗面入口から 1 つ目	○	約30秒	19℃	34℃	46℃	50℃	2 月 7 日 15 時	2 月 10 日は出ない
	洗面入口から 2 つ目	○	約20秒	18℃	50℃	50℃	50℃	2月17日14時②	
	洗面奥から 2 つ目	○	約40秒	18℃	22℃	46℃	50℃	2月17日14時①	
	洗面一番奥	△	2分以上	18℃	22℃	25℃	26℃	2月10日11時	2 月 17 日 50℃ 出る
南側男子便所	洗面入口から 1 つ目	○	約 1 分	19℃	24℃	34℃	50℃	2月7日15時	
	洗面入口から 2 つ目	○	約20秒	23℃	38℃	39℃	40℃	2月17日14時③	
	洗面中央	故障中(電池切れ)							
	洗面奥から 2 つ目	○	約30秒	20℃	31℃	34℃	36℃	2月17日14時②	
	洗面一番奥	△	2分以上	16℃	25℃	30℃	30℃	2月17日14時①	
西側女子便所 (B棟系統)	洗面入口から 1 つ目	○	約30秒	28℃	38℃	42℃	48℃	2月7日15時	
	洗面入口から 2 つ目	○	約30秒	23℃	32℃	36℃	42℃	2月10日11時	
	洗面奥から 2 つ目	○	約20秒	17℃	42℃	45℃	42℃	2月17日14時②	
	洗面一番奥	○	約1分	28℃	30℃	37℃	44℃	2月17日14時①	
看護師詰所	流し	△	2分以上	26℃	27℃	30℃	31℃	2月7日15時	
休憩室	便所手洗い	○	約30秒	23℃	37℃	41℃	42℃	2月7日15時	
	流し	○	約1分	24℃	31℃	35℃	39℃	2月7日15時	
デイルーム	手洗い右	×		19℃	19℃	19℃	19℃	2月17日14時	
	手洗い左	×		19℃	20℃	21℃	21℃	2月7日15時	

場所		湯が出るか (○か×で) ※水のみなら斜 線で消す	湯が出るのにかかる 時間 (数字を書いて 単位に○)	10秒後	30秒後	1 分後	2分後	調査日時 (分までは要りません)	備考
東側男子便所	洗面入口から1つ目	○	約30秒	19℃	34℃	46℃	50℃	2月7日15時	
	洗面入口から2つ目	○	約10秒	29℃	50℃	51℃	53℃	2月17日15時②	
	洗面奥から2つ目	故障中(電池切れ)							
	洗面一番奥	○	約1分	18℃	28℃	38℃	50℃	2月17日15時①	
南側男子便所	洗面入口から1つ目	○	約30秒	20℃	32℃	40℃	47℃	2月7日15時	
	洗面入口から2つ目	○	約20秒	28℃	40℃	41℃	42℃	2月17日15時④	
	洗面中央	○	約30秒	19℃	36℃	39℃	40℃	2月17日15時③	
	洗面奥から2つ目	○	約30秒	18℃	30℃	33℃	35℃	2月17日15時②	
	洗面一番奥	○	約1分	18℃	25℃	32℃	32℃	2月17日15時①	
西側女子便所 (B棟系統)	洗面入口から1つ目	○	約1分	20℃	27℃	33℃	38℃	2月7日15時	
	洗面入口から2つ目	△	2分以上?	24℃	25℃	25℃	26℃	2月17日15時①	
	洗面奥から2つ目	○	約2分	21℃	27℃	29℃	32℃	2月17日15時②	
	洗面一番奥	○	約1分	20℃	30℃	33℃	35℃	2月17日15時③	
看護師詰所	流し	△	2分以上?	20℃	26℃	28℃	30℃	2月7日15時	水量弱い
休憩室	便所手洗い	△	2分以上?	23℃	26℃	29℃	29℃	2月7日15時	水量弱い
	流し	○	約10秒	35℃	40℃	43℃	42℃	2月7日15時	水量普通
浴室	シャワー入口から1つ目	○	約10秒	30℃	40℃	42℃	45℃	2月17日15時①	
	シャワー入口から2つ目	○	約20秒	21℃	46℃	48℃	48℃	2月17日15時②	
	シャワー入口から3つ目	○	約30秒	21℃	26℃	36℃	38℃	2月7日15時	
	浴槽用蛇口 (混合栓)	○	約10秒	24℃	45℃	48℃	50℃	2月7日15時	
デイルーム	手洗い右	○	約2分	19℃	22℃	27℃	32℃	2月17日15時	
	手洗い左	○	約2分	19℃	22℃	25℃	40℃	2月7日15時	

場所		湯が出るか (○か×で) ※水のみなら斜 線で消す	湯が出るのにかかる 時間 (数字を書いて 単位に○)	10秒後	30秒後	1 分後	2分後	調査日時 (分までは要りません)	備考
東側女子便所	洗面入口から1つ目	△	ずっと出して36℃	19℃	21℃	21℃	29℃	2月7日16時	
	洗面入口から2つ目	○	約30秒	20℃	33℃	33℃	35℃	2月17日16時③	
	洗面奥から2つ目	○	約30秒	20℃	36℃	電池切れ		2月17日16時②	
	洗面一番奥	○	約2分	18℃	22℃	27℃	35℃	2月17日16時①	
南側女子便所	洗面入口から1つ目	○	約2分	20℃	20℃	25℃	35℃	2月17日16時①	
	洗面入口から2つ目	○	約2分	20℃	31℃	31℃	34℃	2月17日16時②	
	洗面中央	故障中(電池切れ)						月 日 時	
	洗面奥から2つ目	○	約30秒	19℃	35℃	37℃	40℃	2月17日16時③	
	洗面一番奥	○	約1分	19℃	27℃	33℃	40℃	2月7日16時	
西側女子便所 (B棟系統)	洗面入口から1つ目	○	約20秒	16℃	37℃	52℃	52℃	2月7日16時	
	洗面入口から2つ目	○	約30秒	22℃	33℃	33℃	37℃	2月17日16時①	
	洗面奥から2つ目	○	約20秒	23℃	46℃	52℃	55℃	2月17日16時②	
	洗面一番奥	○	約20秒	24℃	51℃	55℃	56℃	2月17日16時③	
看護師詰所	流し	○		43℃				2月7日16時	
休憩室	便所手洗い	○	約1分	23℃	26℃	45℃	47℃	2月7日16時	
	流し	○	約1分	20℃	23℃	45℃	46℃	2月7日16時	
浴室	シャワー入口から1つ目	○	約20秒	19℃	32℃	38℃	43℃	2月7日16時	
	シャワー入口から2つ目	○	約1分	24℃	27℃	39℃	42℃	2月17日16時①	
	シャワー入口から3つ目	○	約10秒	32℃	42℃	45℃	45℃	2月17日16時②	
	浴槽用蛇口 (混合栓)	○	約20秒	21℃	47℃	48℃	50℃	2月7日16時	
デイルーム	手洗い右	△	2分以上	20℃	25℃	29℃	30℃	2月7日16時	
	手洗い左	○	約1分	19℃	25℃	26℃	37℃	2月17日16時	

【A 4】

場所		湯が出るか (○か×で) ※水のみなら斜 線で消す	湯が出るのにかかる 時間 (数字を書いて 単位に○)	10秒後	30秒後	1 分後	2分後	調査日時 (分までは要りません)	備考
東側男子便所	洗面入口から 1 つ目	○	約20秒	20℃	49℃	50℃	52℃	2月25日16時④	
	洗面入口から 2 つ目	○	約20秒	18℃	49℃	51℃	51℃	2月25日16時③	
	洗面奥から 2 つ目	○	約20秒	21℃	47℃	50℃	52℃	2月25日16時②	
	洗面一番奥	○	約30秒	17℃	24℃	28℃	45℃	2月25日16時①	
南側男子便所	洗面入口から 1 つ目							月 日 時	
	洗面入口から 2 つ目	×						月 日 時	
	洗面中央	故障中						月 日 時	
	洗面奥から 2 つ目	温水弁水漏れ						月 日 時	
	洗面一番奥							月 日 時	
看護師詰所	流し	○	約20秒	22℃	37℃	37℃	46℃	2月25日16時	
休憩室	便所手洗い	○	約20秒	22℃	43℃	47℃	47℃	2月25日16時	
	流し	○	約20秒	19℃	26℃	43℃	45℃	2月25日16時	
浴室	シャワー入口から 1 つ目	×						月 日 時	
	シャワー入口から 2 つ目	A2かA3でお湯を						月 日 時	
	シャワー入口から 3 つ目	使ってもらわない						月 日 時	2月7日は40℃出た
	浴槽用蛇口 (混合栓)	とお湯が循環せず						月 日 時	2月25日出ない
デイルーム	手洗い右	水自体でない!!						月 日 時	
	手洗い左							月 日 時	

【B 1】

場所		湯が出るか (○か×で) ※水のみなら斜 線で消す	湯が出るのにかかる 時間(数字を書いて 単位に○)	10秒後	30秒後	1 分後	2分後	調査日時 (分までは要りません)	備考
特殊浴室	シャワー	○	約20秒	18℃	31℃	41℃	41℃	2 月 22 日 13 時	特浴機械での設定
	洗面蛇口	×						2 月 22 日 13 時	冷水側×、温水側×
	浴槽	○	約20秒	18℃	31℃	41℃	41℃	2 月 22 日 13 時	特浴機械での設定
	脱衣所洗面入口側	○	約20秒	17℃	43℃	43℃	43℃	2 月 22 日 16 時①	調整付き
	脱衣所洗面奥側	○	約20秒	33℃	43℃	43℃	43℃	2 月 22 日 13 時②	調整付き
女子更衣室	洗面入口側							月 日 時	
	洗面中側							月 日 時	
	洗面奥側							月 日 時	
職員男子便所	入口洗面	○	約20秒	21℃	37℃	40℃	42℃	2月22日15時①	調整付き
	奥側洗面	○	約20秒	29℃	42℃	42℃	43℃	2月22日15時②	調整付き
職員女子便所	入口洗面							月 日 時	
	奥側洗面							月 日 時	
外来男子便所	洗面							月 日 時	
外来女子便所	洗面							月 日 時	
外来	流し東側	○	約10秒	30℃	39℃	47℃	47℃	2 月 22 日 14 時	
	流し西側							月 日 時	

【B4】

場所		湯が出るか (○か×で) ※水のみなら斜 線で消す	湯が出るのにかかる 時間(数字を書いて 単位に○)	10秒後	30秒後	1分後	2分後	調査日時 (分までは要りません)	備考
東側男子便所	洗面入口側	故障中(電池切れ)						月 日 時	
	洗面奥側	○	約1分	15℃	19℃	29℃	50℃	2月22日15時	
身障者用便所	洗面							月 日 時	水量強い
シャワー室	シャワー	○	約1分	13℃	17℃	38℃	49℃	2月22日15時	
西側男子便所	洗面中側	故障中(電池切れ)						月 日 時	
	洗面奥側	故障中(電池切れ)						月 日 時	
詰所	流し	○	約30秒	16℃	31℃	58℃	60℃	2月22日15時	
デイルーム	手洗い廊下側	△	約1分	17℃	25℃	31℃	31℃	2月22日15時②	
	手洗い奥側	△	約1分	16℃	18℃	26℃	30℃	2月22日15時①	

看護部 空調について

令和 4 年 2 月 15 日

<A1 病棟>

- ・ 101～110 号室の一括管理の空調は効く部屋と効かない部屋の差が大きい。
- ・ 詰所の空調機集中リモコンの温度設定の所が破損しており、使用できない。
- ・ 廊下の空調は音がする。

<A2 病棟>

- ・ 以前よりは改善できている。しかし、現在、20～23 度程までは上がるが、夜間になると、17～20 度に下がり、外が寒ければ寒いほど室温は上がらない。

<A3 病棟>

- ・ 301・302・311 号室が夜間で他の部屋より空調が弱い。
- ・ 315 号室の換気扇の音と A3 病棟廊下のエアコンの稼動時の音が大きい。

<A4 病棟>

特に問題なし

<A5 病棟>

特に問題なし

<B2 病棟>

- ・ 廊下に空調がなく冬場は肌寒い。

<B3 病棟>

- ・ 職員休憩室の冷房・暖房ともに効きが悪い。
- ・ 患者さんのトイレに空調がないので、夏は暑く、冬は寒い。冬場は特に 355 号室横のトイレが寒く、便器も冷たくて座りにくいと患者さんから訴えあり。
- ・ 廊下に空調がなく冬場は肌寒い。

B 前理事長の役員報酬・保証料・交際費の集計表

単位:円

	役員報酬	保証料	交際費	年度合計
平成24年度	¥186,000,000	¥28,705,625	¥989,959	¥215,695,584
平成25年度	¥186,000,000	¥27,193,203	¥10,565,734	¥223,758,937
平成26年度	¥186,000,000	¥24,247,170	¥1,868,874	¥212,116,044
平成27年度	¥186,000,000	¥27,675,738	¥2,297,107	¥215,972,845
平成28年度	¥186,000,000	¥24,121,948	¥1,813,712	¥211,935,660
平成29年度	¥186,000,000	¥23,950,204	¥21,784,897	¥231,735,101
平成30年度	¥198,000,000	¥22,302,878	¥22,843,315	¥243,146,193
令和元年度	¥258,000,000	¥20,423,535	¥24,986,523	¥303,410,058

合計 ¥1,857,770,422

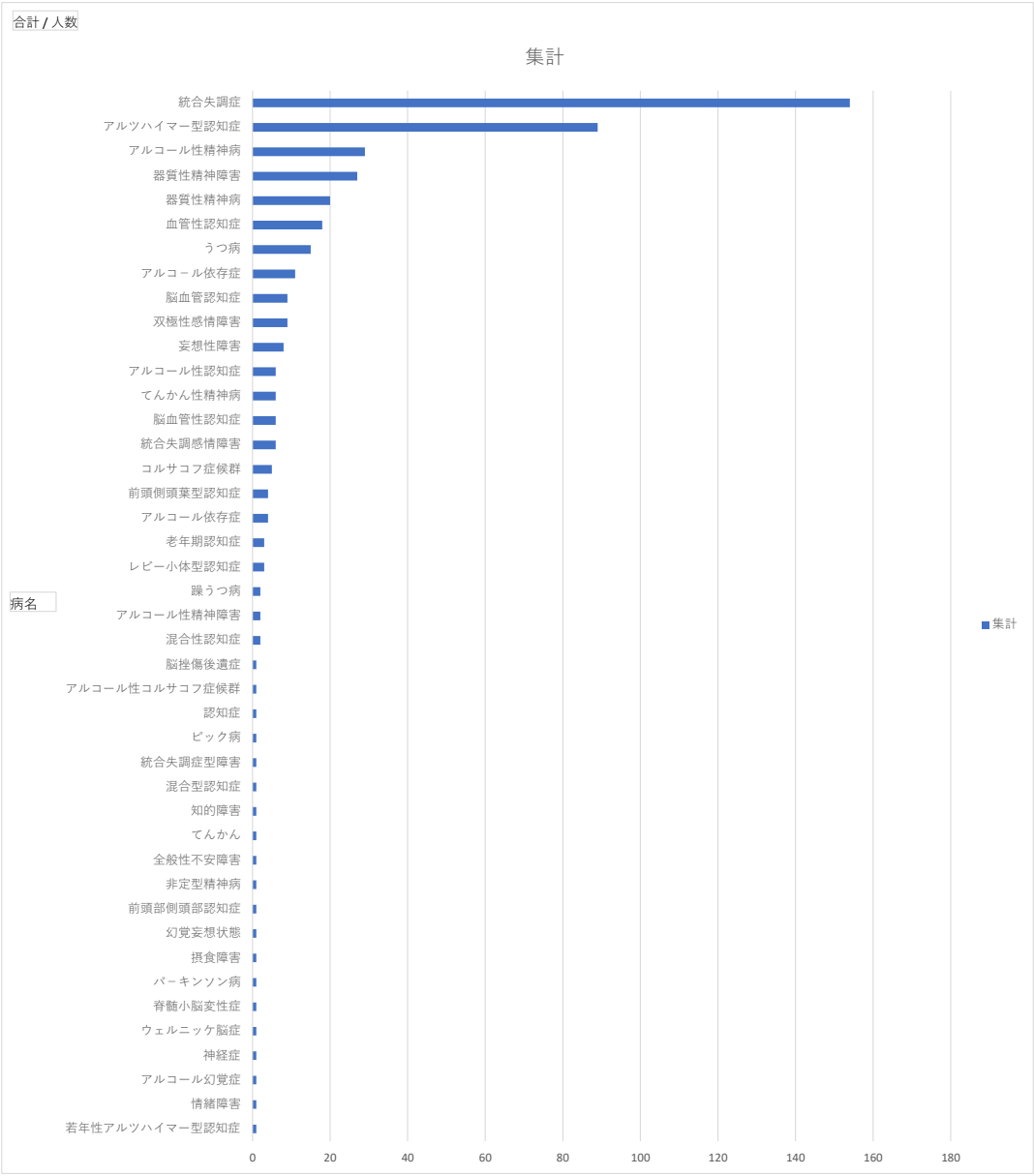
※ 上記の交際費には、看護学校の生徒の実習先への手土産代等を少額含む。

別紙6 兵庫錦秀会収支一覧（平成11年3月期～令和2年3月期）

	[単位：千円]	H11／3	H12／3	H13／3	H14／3	H15／3	H16／3	H17／3	H18／3	H19／3	H20／3	H21／3	H22／3	H23／3	H24／3	H25／3	H26／3	H27／3	H28／3	H29／3	H30／3	H31／3	R2／3
1.医業収入																							
(1) 非課税収入																							
保険窓口収入		245,700	195,528	176,917	159,116	153,497	150,284	162,204	154,253	158,504	151,526	153,790	162,645	169,029	168,840	172,688	168,623	162,090	164,755	168,285	176,541	188,252	187,674
保険請求収入		1,670,888	1,609,862	1,635,894	1,641,965	1,585,603	1,588,777	1,653,001	1,755,329	1,707,441	1,985,790	2,147,464	2,174,905	2,227,303	2,230,807	2,212,925	2,212,728	2,251,858	2,241,660	2,245,444	2,250,950	2,267,828	2,269,595
介護(老人)保険施設収入		241,341	267,270	355,445	402,080	393,387	374,580	380,822	382,506	376,016	378,287	392,501	403,335	406,514	408,703	402,851	401,752	399,573	393,467	400,603	414,647	402,909	408,585
診療付帯収入		58,741	55,455	53,543	510	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(2) 課税収入																							
自由診療収入		170	1,029	1,025	454	871	2,126	1,612	1,374	2,273	3,063	3,082	2,129	2,613	2,176	2,023	380	2,360	2,805	2,441	6,034	6,027	6,088
診療付帯収入		66,545	156,346	151,167	135,215	136,940	137,641	133,327	129,937	116,281	123,191	123,588	133,288	146,957	143,368	143,629	146,727	138,374	138,192	138,183	139,769	143,234	146,247
その他事業収益(老健)		0	0	0	0	9,574	9,221	9,270	3,845	384	558	408	317	341	311	308	385	341	360	358	400	3,536	3,532
医業収入合計		2,283,386	2,285,492	2,373,993	2,339,341	2,279,873	2,262,632	2,340,238	2,427,245	2,360,901	2,642,417	2,820,834	2,876,621	2,952,760	2,954,209	2,934,427	2,930,597	2,954,599	2,941,242	2,955,316	2,988,343	3,011,787	3,021,724
2.学校収入		265,317	237,103	205,923	182,060	136,740	144,297	121,479	130,711	107,127	112,164	119,743	137,043	161,080	166,024	150,238	152,810	136,831	128,903	118,262	120,272	117,080	107,232
3.作業所収入		1,812	1,952	1,927	1,991	2,022	2,012	1,928	1,837	1,897	213	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
収入の部合計		2,550,516	2,524,548	2,581,844	2,523,392	2,418,637	2,408,942	2,463,647	2,559,793	2,469,926	2,754,795	2,940,577	3,013,665	3,113,841	3,120,233	3,084,665	3,083,408	3,091,431	3,070,146	3,073,578	3,108,615	3,128,867	3,128,957
3.医業費用																							
(1) 人件費																							
給与		1,022,493	976,108	968,907	971,158	958,443	939,470	977,703	987,569	1,000,672	1,044,702	1,125,269	1,122,001	1,122,815	1,130,930	1,075,824	1,090,682	1,145,669	1,186,123	1,195,587	1,169,122	1,147,285	1,169,326
外部講師謝金		15,010	23,925	12,950	10,600	10,090	11,100	8,520	8,010	8,388	9,357	9,971	13,052	16,668	18,009	17,827	15,317	16,554	16,477	16,593	16,038	16,387	16,169
役員報酬		42,000	49,200	57,400	97,961	114,908	88,731	97,695	105,200	80,344	62,803	63,400	64,121	109,954	112,640	215,083	214,735	206,588	206,588	206,588	200,479	212,588	278,588
費与		143,503	138,534	120,214	116,396	110,064	93,505	90,971	91,823	98,955	112,684	129,467	124,402	128,175	131,540	113,148	119,546	125,113	141,037	142,864	154,195	158,305	158,294
退職金		449,607	17,097	0	8,272	20,421	18,956	19,623	13,737	13,139	22,574	19,864	10,636	16,029	35,555	7,469	1,717	4,289	2,693	4,306	2,687	2,711	3,011
退職功労金		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,154	7,940	8,289	0	0	0	0	0	0	0	0	0
法定福利費		138,894	152,678	142,112	143,177	143,276	129,002	131,952	147,578	156,186	161,531	175,500	174,190	189,736	186,882	179,425	188,103	201,640	212,050	190,062	185,888	185,793	190,912
人件費合計		1,811,510	1,357,542	1,301,584	1,347,566	1,357,204	1,280,764	1,326,465	1,353,919	1,357,686	1,413,653	1,524,627	1,516,346	1,591,670	1,615,558	1,608,779	1,630,101	1,699,856	1,764,970	1,756,002	1,728,411	1,723,071	1,816,301
(2) 材料費																							
医薬品費		130,701	102,520	94,418	112,306	79,745	72,225	83,907	95,710	90,402	96,840	101,108	106,175	113,214	118,160	118,491	112,696	114,411	120,046	107,481	108,259	105,163	102,226
診療材料費		19,272	24,178	21,080	22,993	16,004	11,096	16,497	18,213	17,375	18,692	19,798	21,008	21,719	27,079	28,918	33,733	34,935	35,118	33,079	32,085	35,048	42,159
給食材料費		266,146	242,720	238,808	232,998	233,200	236,708	236,560	236,496	235,406	233,100	229,713	235,541	235,754	241,669	242,780	241,755	242,758	240,947	241,090	242,379	239,193	246,022
材料費合計		416,121	369,419	354,307	368,297	328,971	320,030	336,965	350,420	343,185	348,634	350,620	362,725	370,689	386,908	390,189	388,185	392,105	396,112	381,651	382,724	379,404	390,407
(3) 診療経費																							
介添経費		26,395	69,711	76,537	77,051	74,098	70,747	76,536	73,319	70,061	75,213	79,248	85,720	93,941	91,869	88,424	98,945	85,869	93,207	92,952	89,452	84,849	88,996
外注委託費		8,767	14,632	12,369	12,416	10,493	10,231	9,841	8,328	8,298	7,364	3,783	9,636	6,647	7,156	7,160,664	7,234	7,709	4,536	4,641	4,334	4,063	3,989
診療経費合計		35,162	84,344	88,907	89,467	84,592	80,978	86,378	81,647	78,359	82,578	83,032	95,356	100,589	99,025	95,585	106,180	93,579	97,743	97,594	93,786	88,913	92,986
(4) 一般管理費																							
旅費交通費		3,504	4,031	4,086	3,259	3,537	5,618	8,979	8,391	6,938	9,380	9,791	6,928	6,875	8,695	7,521	8,756	9,208	6,943	6,468	6,113	5,408	4,619
職員被服費		604	3,438	2,547	5,019	5,299	5,186	4,989	5,260	5,269	5,202	4,362	5,730	6,444	7,100	6,580	6,838	6,766	6,780	6,726	6,803	7,633	7,082
通信費		5,949	4,208	3,559	3,552	4,186	3,883	4,226	4,722	5,242	5,025	5,243	6,078	6,011	4,947	4,744	4,438	5,579	6,618	6,176	6,545	6,412	6,488
事務用消耗品費		6,901	7,337	8,296	9,207	10,441	9,470	10,157	10,113	11,885	10,598	16,099	13,260	13,344	12,476	13,089	9,597	8,368	9,655	10,380	9,255	7,896	6,973
備品消耗品費		19,881	8,996	7,369	10,530	7,283	11,077	11,281	12,676	17,614	21,951	17,009	19,190	13,585	17,070	14,855	16,929	14,560	18,660	16,000	19,778	18,703	26,066
水道光熱費		69,990	65,130	67,233	58,795	59,031	58,763	66,816	70,577	70,828	70,625	70,278	66,971	71,711	76,341	83,433	94,135	99,603	95,683	88,559	88,180	74,043	71,692
修繕費		8,923	11,169	6,102	9,581	8,561	3,882	64,600	12,048	5,252	16,800	12,424	11,608	10,123	11,134	17,547	11,087	14,331	14,861	15,762	16,640	32,561	18,718
保守料		2,109	2,618	5,497	5,284	4,384	4,676	9,964	18,450	21,011	21,259	20,210	20,704	19,411	18,254	17,818	12,242	11,322	11,636	11,201	11,830	13,833	14,175
広告宣伝費		1,579	1,111	902	1,466	1,120	1,138	533	1,934	1,172	660	401	580	421	2,368	23,850	372	11,404	7,888	462	413	1,556	421
代店家賃		1,530	1,309	2,212	2,998	2,678	1,538	1,456	7,379	13,794	17,956	22,574	17,597	12,373	11,482	10,330	8,828	9,830	4,077	3,964	3,790	3,548	2,055
賃借料		27,402	13,329	16,301	14,743	22,907	21,647	50,105	76,293	78,773	68,166	69,791	66,564	57,000	59,781	65,477	79,759	81,765	74,278	62,423	51,810	48,925	47,173
保険料		4,379	5,619	3,697	2,800	2,215	3,274	4,688	5,790	6,088	4,529	4,487	6,663	5,409	3,140	5,799	6,346	6,795	7,367	7,874	8,298	8,782	9,331
患者費		1,984	831	826	1,508	1,486	1,305	1,102	1,381	1,359	966	607	842	662	832	997	708	906	937	843	1,060	953	895
接待交際費		5,310	6,947	150	320	378	267	54	1,504	672	688	809	820	747	21,556	989	10,565	1,868	2,297	1,813	21,784	22,843	24,986
諸会費		3,540	3,347	3,315	3,796	4,112	3,826	4,132	3,271	3,632	3,540	3,197	2,905	3,407	3,006	2,897	3,033	2,875	2,921	2,918	3,014	2,811	2,866
租税公課		33,631	28,206	35,388	39,177	32,364	32,785	56,012	47,544	41,289	40,744	40,201	39,755	39,252	42,076	38,710	36,332	35,639	34,624	34,742	51,872	33,513	32,191
福利厚生費		1,748	807	569	1,753	1,713	1,675	2,430	1,682	1,996	2,426	2,462	2,400	1,859	1,889	1,664	1,943	2,199	2,753	2,759	9,954	7,756	6,411
図書研究研修費(含奨学金免除)		6,602	9,839	3,141	13,749	16,020	21,861	18,172	27,907	15,818	19,852	15,918	16,548	10,011	13,807	5,353	26,733	14,483	32,950	41,793	16,145	26,251	23,112
寄付金		2,270	50	3																			

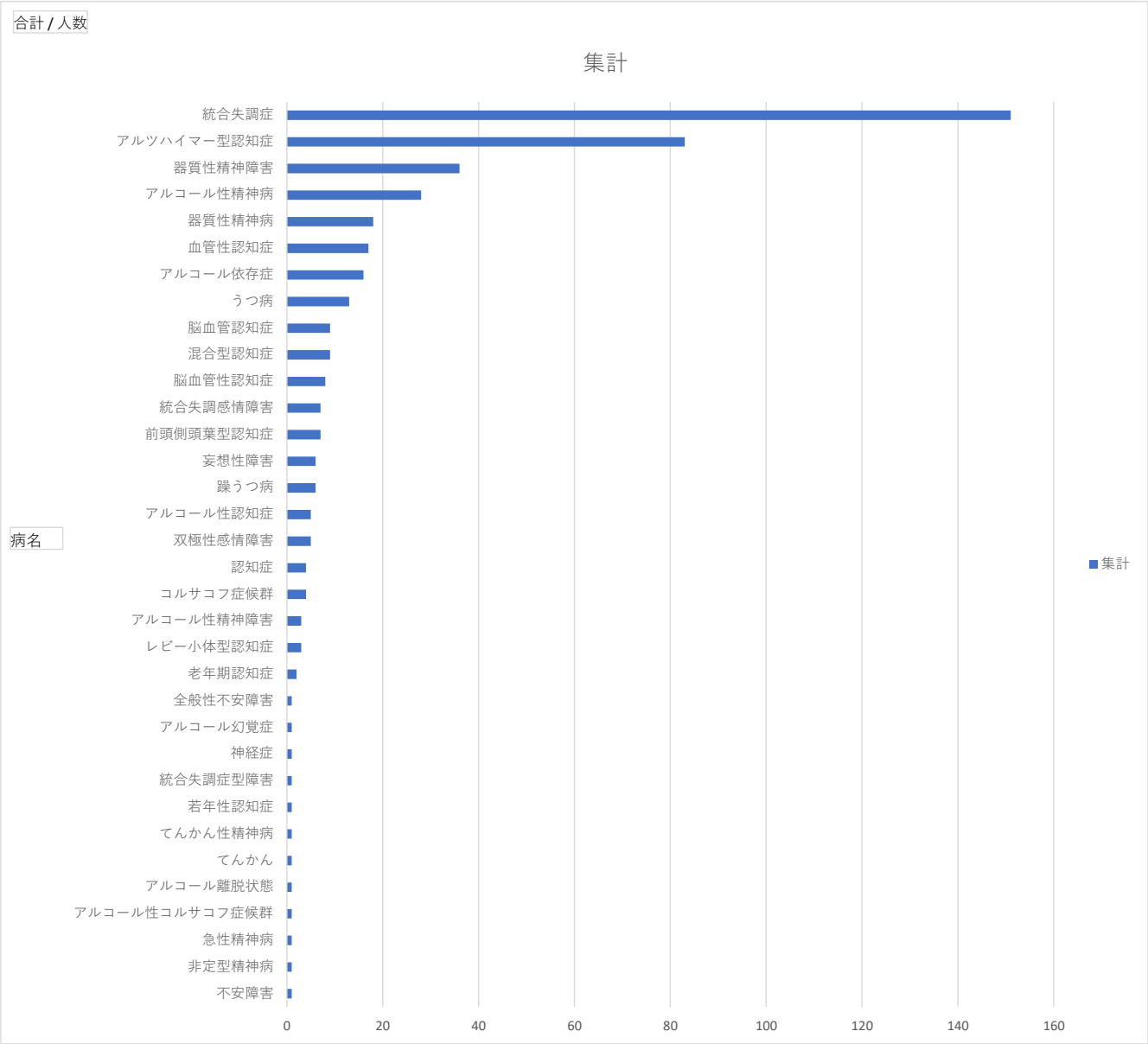
別紙 7 の 1 H 2 3 病名統計

行ラベル	合計 / 人数
若年性アルツハイマー型認知症	1
情緒障害	1
アルコール幻覚症	1
神経症	1
ウェルニッケ脳症	1
脊髄小脳変性症	1
パーキンソン病	1
摂食障害	1
幻覚妄想状態	1
前頭部側頭部認知症	1
非定型精神病	1
全般性不安障害	1
てんかん	1
知的障害	1
混合型認知症	1
統合失調症型障害	1
ピック病	1
認知症	1
アルコール性コルサコフ症候群	1
脳挫傷後遺症	1
混合性認知症	2
アルコール性精神障害	2
躁うつ病	2
レビー小体型認知症	3
老年期認知症	3
アルコール依存症	4
前頭側頭葉型認知症	4
コルサコフ症候群	5
統合失調感情障害	6
脳血管性認知症	6
てんかん性精神病	6
アルコール性認知症	6
妄想性障害	8
双極性感情障害	9
脳血管認知症	9
アルコール依存症	11
うつ病	15
血管性認知症	18
器質性精神病	20
器質性精神障害	27
アルコール性精神病	29
アルツハイマー型認知症	89
統合失調症	154
総計	458



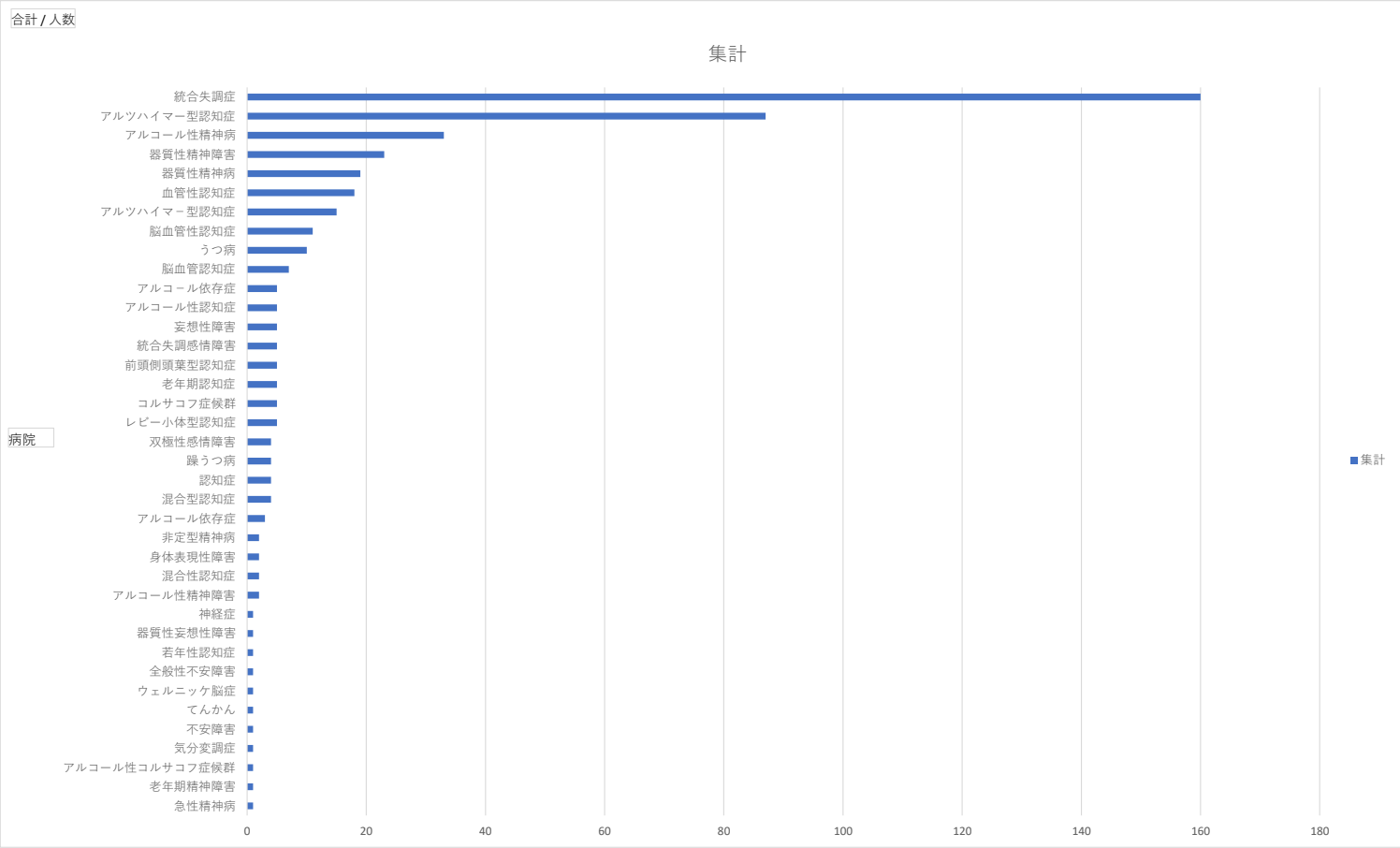
別紙 7 の 2 H 2 4 病名統計

行ラベル	合計 / 人数
不安障害	1
非定型精神病	1
急性精神病	1
アルコール性コルサコフ症候群	1
アルコール離脱状態	1
てんかん	1
てんかん性精神病	1
若年性認知症	1
統合失調症型障害	1
神経症	1
アルコール幻覚症	1
全般性不安障害	1
老年期認知症	2
レビー小体型認知症	3
アルコール性精神障害	3
コルサコフ症候群	4
認知症	4
双極性感情障害	5
アルコール性認知症	5
躁うつ病	6
妄想性障害	6
前頭側頭葉型認知症	7
統合失調感情障害	7
脳血管性認知症	8
混合型認知症	9
脳血管認知症	9
うつ病	13
アルコール依存症	16
血管性認知症	17
器質性精神病	18
アルコール性精神病	28
器質性精神障害	36
アルツハイマー型認知症	83
統合失調症	151
総計	452



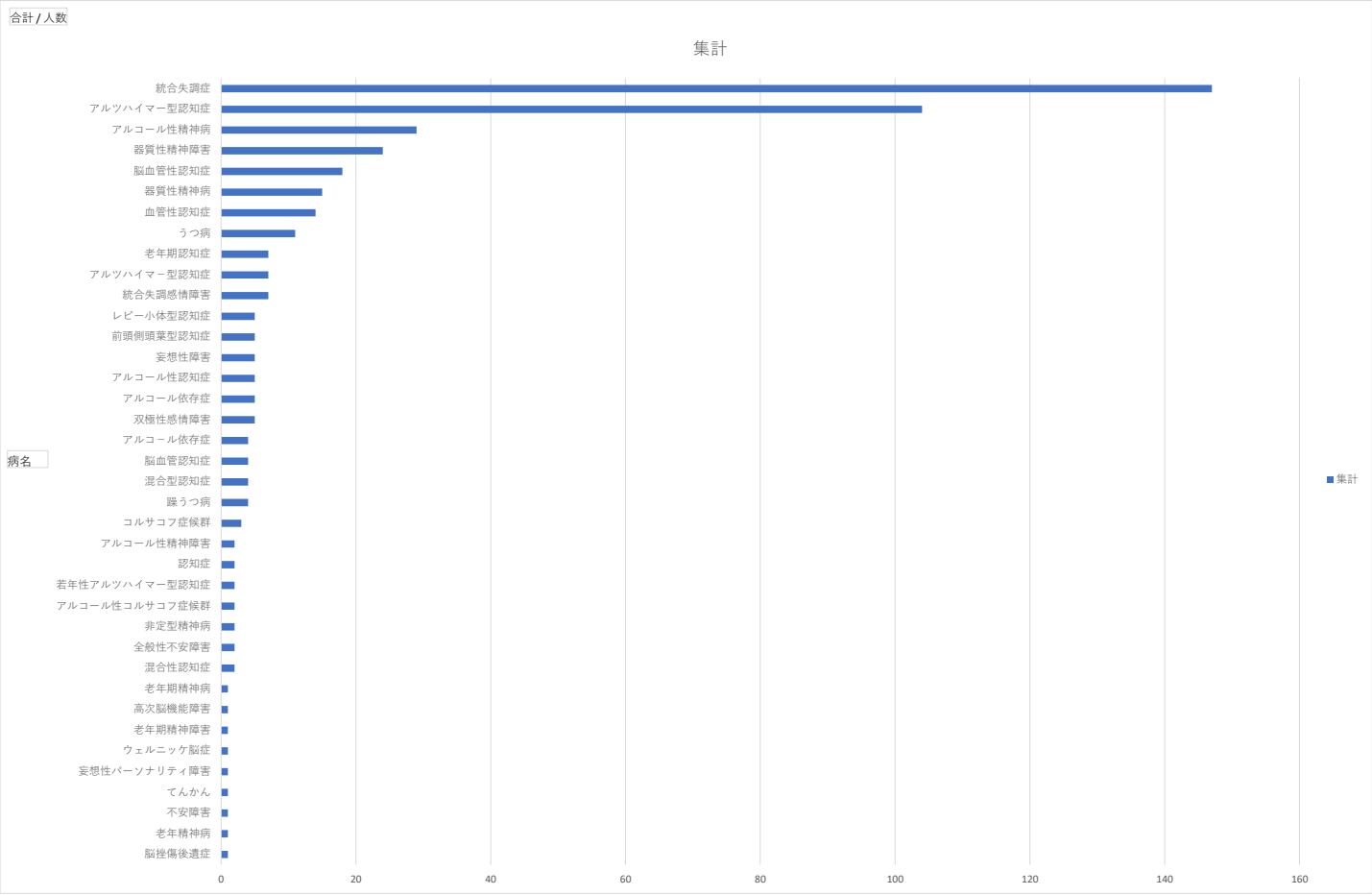
別紙7の3 H25病名統計

行ラベル	合計 / 人数
急性精神病	1
老年期精神障害	1
アルコール性コルサコフ症候群	1
気分変調症	1
不安障害	1
てんかん	1
ウェルニッケ脳症	1
全般的な不安障害	1
若年性認知症	1
器質性妄想性障害	1
神経症	1
アルコール性精神障害	2
混合性認知症	2
身体表現性障害	2
非定型精神病	2
アルコール依存症	3
混合型認知症	4
認知症	4
躁うつ病	4
双極性感情障害	4
レビー小体型認知症	5
コルサコフ症候群	5
老年期認知症	5
前頭側頭葉型認知症	5
統合失調感情障害	5
妄想性障害	5
アルコール性認知症	5
アルコール依存症	5
脳血管認知症	7
うつ病	10
脳血管性認知症	11
アルツハイマー型認知症	15
血管性認知症	18
器質性精神病	19
器質性精神障害	23
アルコール性精神病	33
アルツハイマー型認知症	87
統合失調症	160
総計	461



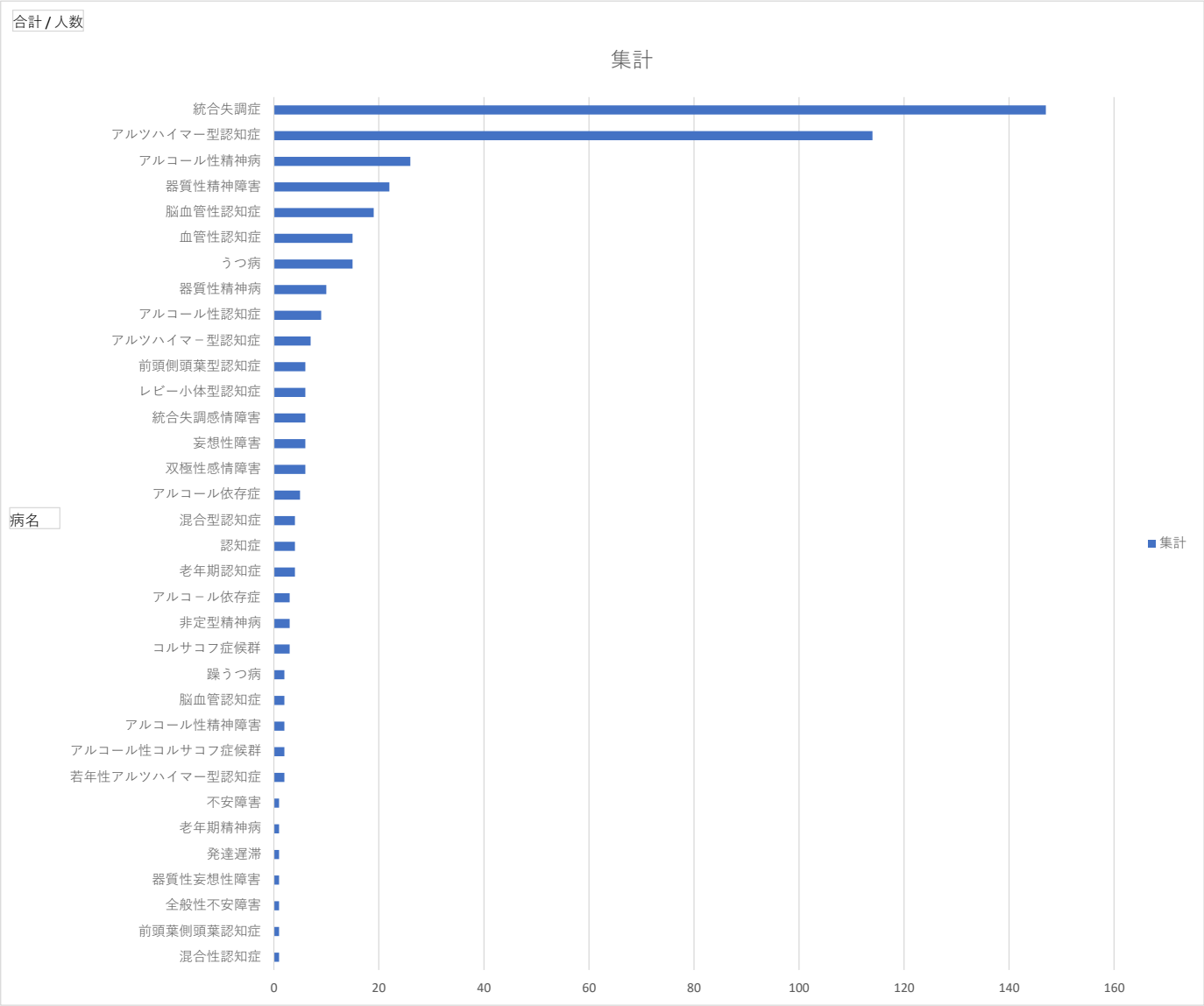
別紙7の4 H26病名統計

行ラベル	合計 / 人数
脳挫傷後遺症	1
老年精神病	1
不安障害	1
てんかん	1
妄想性パーソナリティ障害	1
ウェルニッケ脳症	1
老年期精神障害	1
高次脳機能障害	1
老年期精神病	1
混合性認知症	2
全般性不安障害	2
非定型精神病	2
アルコール性コルサコフ症候群	2
若年性アルツハイマー型認知症	2
認知症	2
アルコール性精神障害	2
コルサコフ症候群	3
躁うつ病	4
混合型認知症	4
脳血管認知症	4
アルコール依存症	4
双極性感情障害	5
アルコール依存症	5
アルコール性認知症	5
妄想性障害	5
前頭側頭葉型認知症	5
レビー小体型認知症	5
統合失調感情障害	7
アルツハイマー型認知症	7
老年期認知症	7
うつ病	11
血管性認知症	14
器質性精神病	15
脳血管性認知症	18
器質性精神障害	24
アルコール性精神病	29
アルツハイマー型認知症	104
統合失調症	147
総計	455



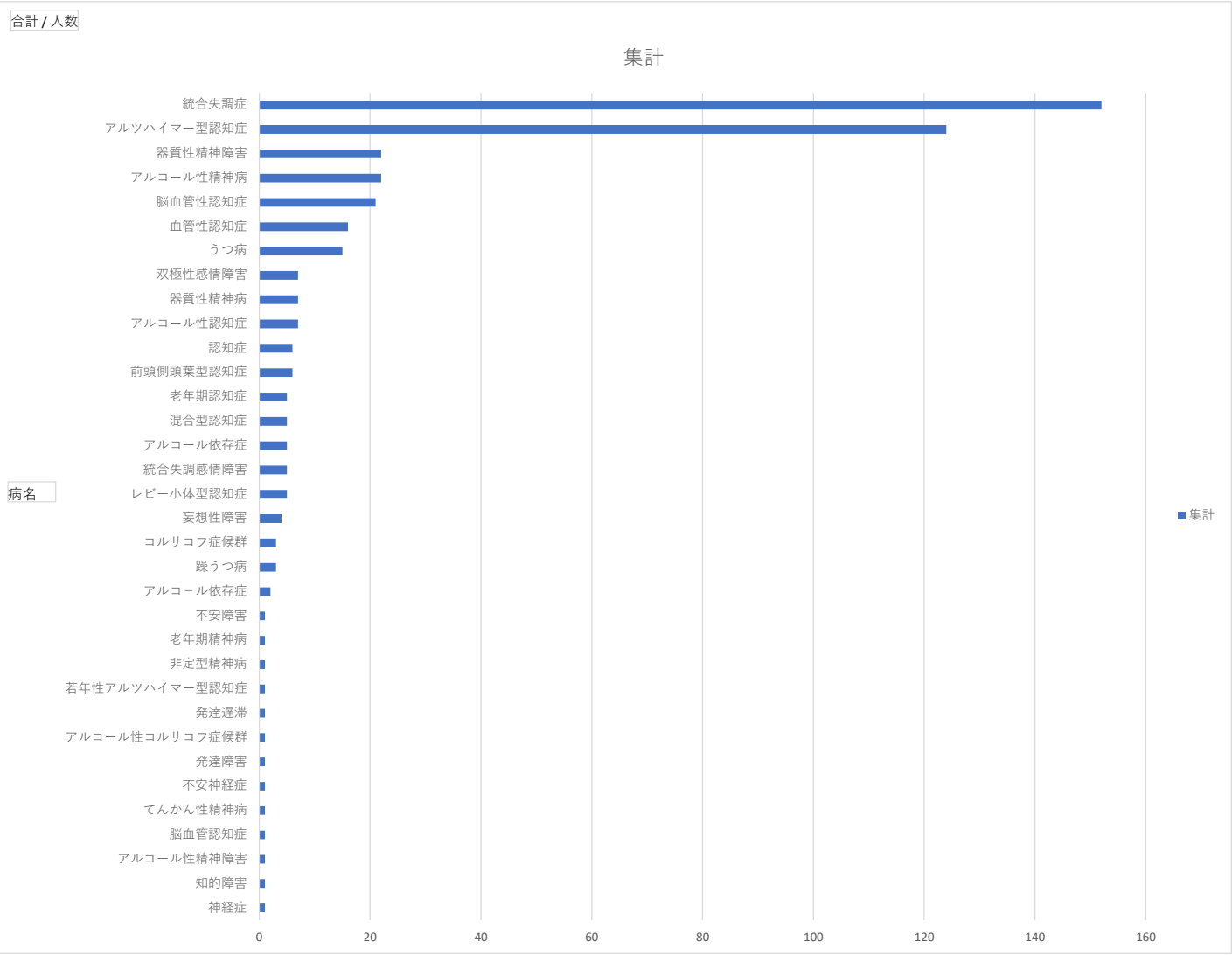
別紙 7 の 5 H 2 7 病名統計

行ラベル	合計 / 人数
混合性認知症	1
前頭葉側頭葉認知症	1
全般性不安障害	1
器質性妄想性障害	1
発達遅滞	1
老年期精神病	1
不安障害	1
若年性アルツハイマー型認知症	2
アルコール性コルサコフ症候群	2
アルコール性精神障害	2
脳血管認知症	2
躁うつ病	2
コルサコフ症候群	3
非定型精神病	3
アルコール依存症	3
老年期認知症	4
認知症	4
混合型認知症	4
アルコール依存症	5
双極性感情障害	6
妄想性障害	6
統合失調感情障害	6
レビー小体型認知症	6
前頭側頭葉型認知症	6
アルツハイマー型認知症	7
アルコール性認知症	9
器質性精神病	10
うつ病	15
血管性認知症	15
脳血管性認知症	19
器質性精神障害	22
アルコール性精神病	26
アルツハイマー型認知症	114
統合失調症	147
総計	457



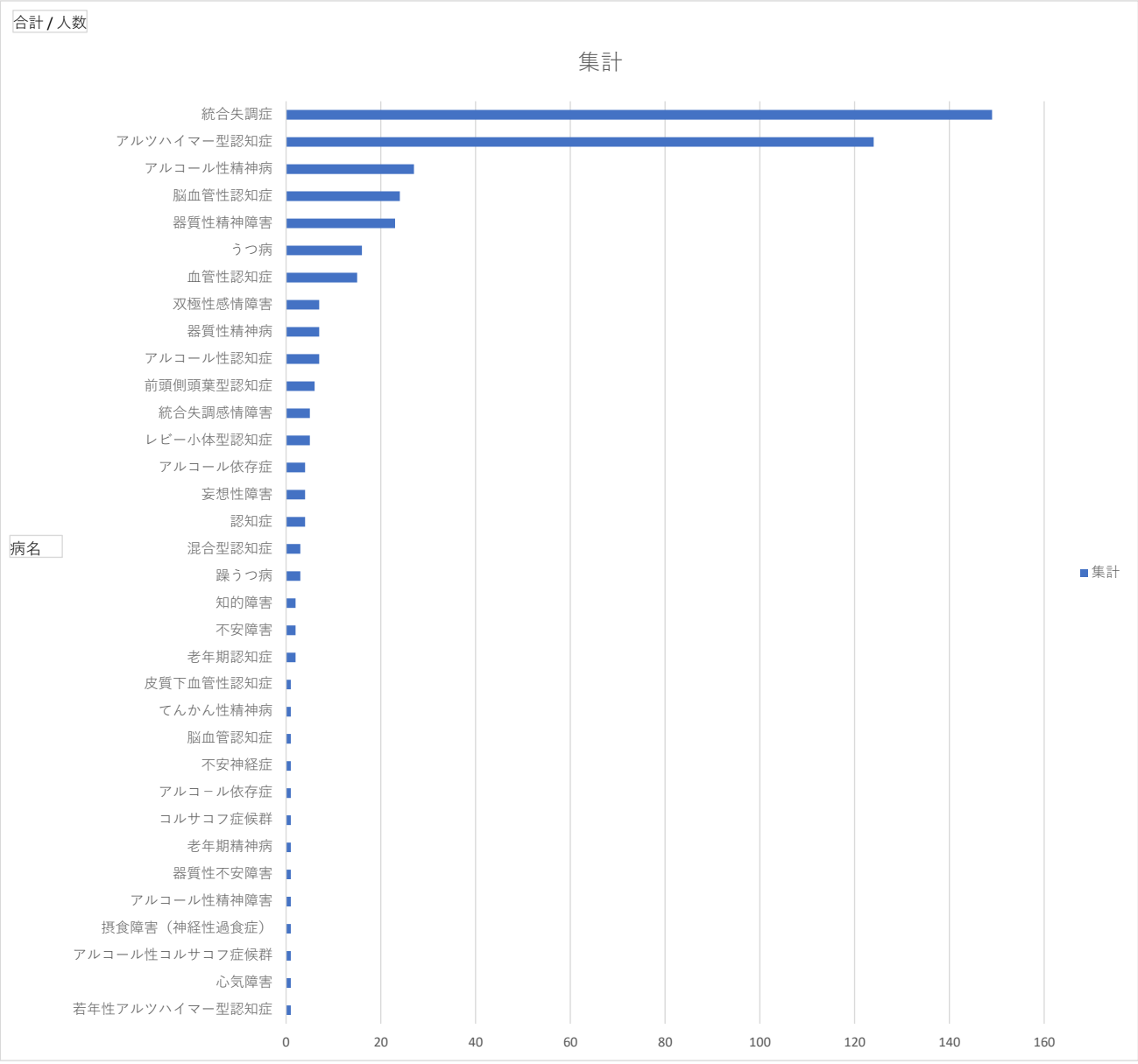
別紙 7 の 6 H 2 8 病名統計

行ラベル	合計 / 人数
神経症	1
知的障害	1
アルコール性精神障害	1
脳血管認知症	1
てんかん性精神病	1
不安神経症	1
発達障害	1
アルコール性コルサコフ症候群	1
発達遅滞	1
若年性アルツハイマー型認知症	1
非定型精神病	1
老年期精神病	1
不安障害	1
アルコール依存症	2
躁うつ病	3
コルサコフ症候群	3
妄想性障害	4
レビー小体型認知症	5
統合失調感情障害	5
アルコール依存症	5
混合型認知症	5
老年期認知症	5
前頭側頭葉型認知症	6
認知症	6
アルコール性認知症	7
器質性精神病	7
双極性感情障害	7
うつ病	15
血管性認知症	16
脳血管性認知症	21
アルコール性精神病	22
器質性精神障害	22
アルツハイマー型認知症	124
統合失調症	152
総計	455



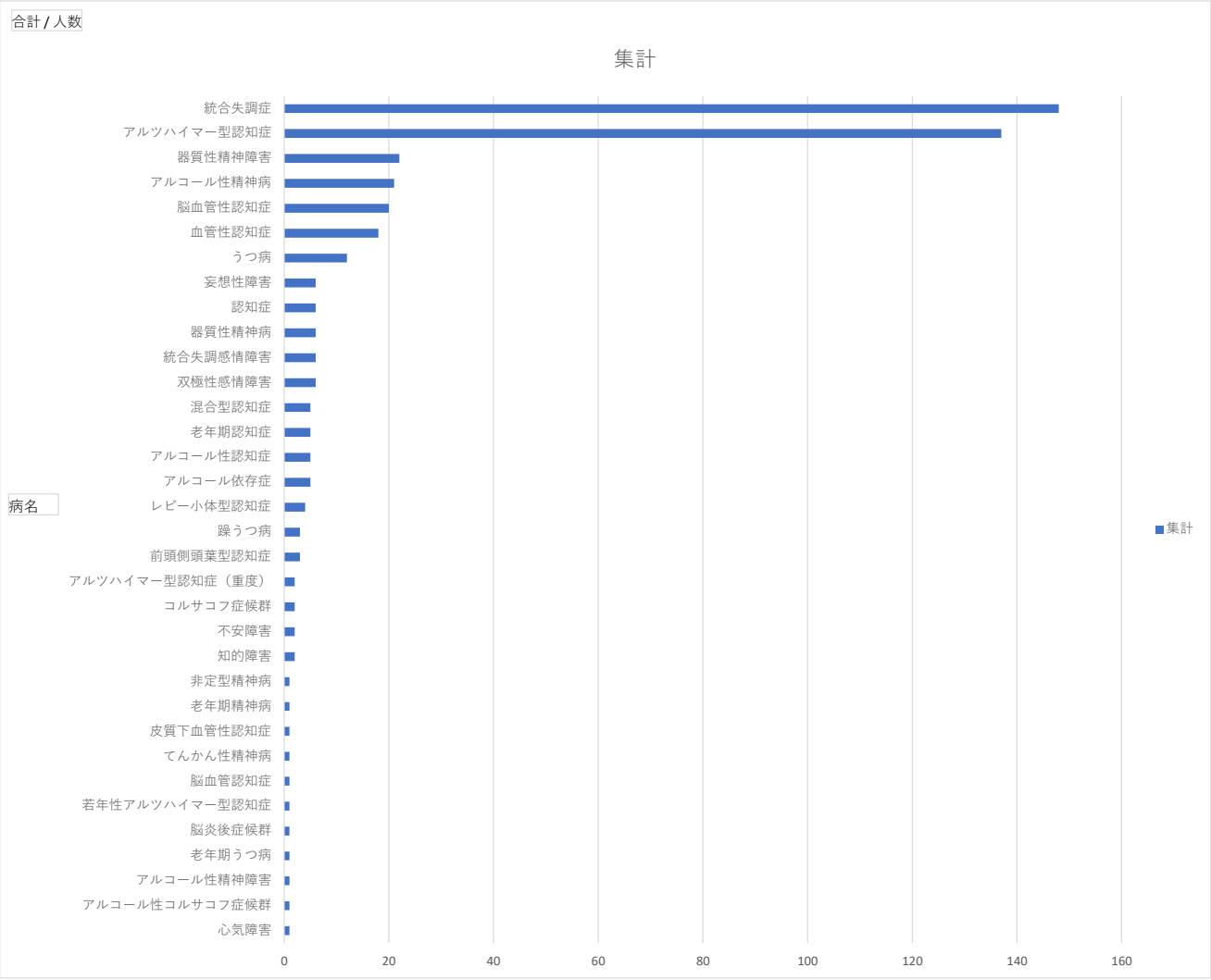
別紙 7 の 7 H 2 9 病名統計

行ラベル	合計 / 人数
若年性アルツハイマー型認知症	1
心気障害	1
アルコール性コルサコフ症候群	1
摂食障害（神経性過食症）	1
アルコール性精神障害	1
器質性不安障害	1
老年期精神病	1
コルサコフ症候群	1
アルコール依存症	1
不安神経症	1
脳血管認知症	1
てんかん性精神病	1
皮質下血管性認知症	1
老年期認知症	2
不安障害	2
知的障害	2
躁うつ病	3
混合型認知症	3
認知症	4
妄想性障害	4
アルコール依存症	4
レビー小体型認知症	5
統合失調感情障害	5
前頭側頭葉型認知症	6
アルコール性認知症	7
器質性精神病	7
双極性感情障害	7
血管性認知症	15
うつ病	16
器質性精神障害	23
脳血管性認知症	24
アルコール性精神病	27
アルツハイマー型認知症	124
統合失調症	149
総計	452



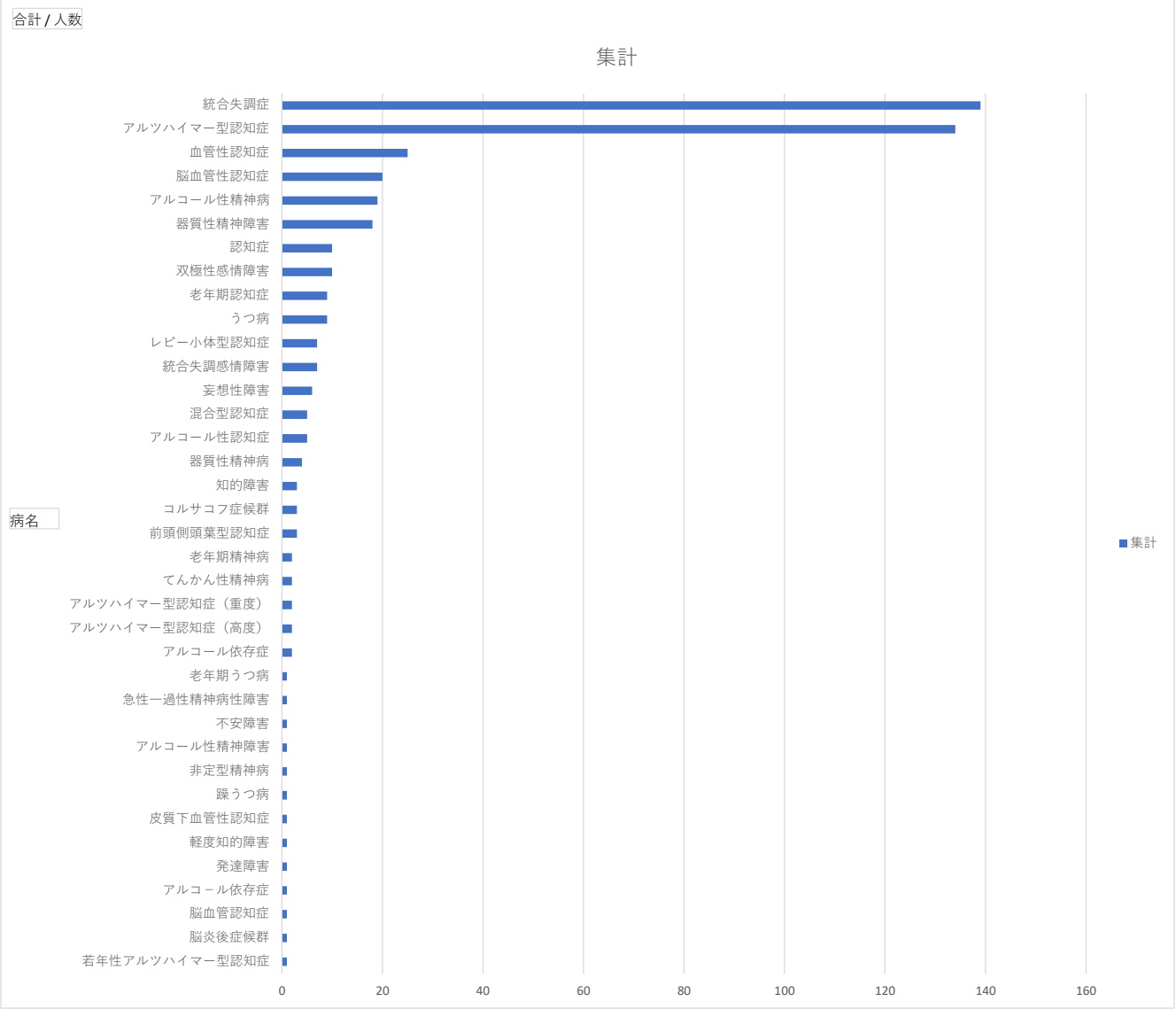
別紙7の8 H30病名統計

行ラベル	合計 / 人数
心気障害	1
アルコール性コルサコフ症候群	1
アルコール性精神障害	1
老年期うつ病	1
脳炎後症候群	1
若年性アルツハイマー型認知症	1
脳血管認知症	1
てんかん性精神病	1
皮質下血管性認知症	1
老年期精神病	1
非定型精神病	1
知的障害	2
不安障害	2
コルサコフ症候群	2
アルツハイマー型認知症（重度）	2
前頭側頭葉型認知症	3
躁うつ病	3
レビー小体型認知症	4
アルコール依存症	5
アルコール性認知症	5
老年期認知症	5
混合型認知症	5
双極性感情障害	6
統合失調感情障害	6
器質性精神病	6
認知症	6
妄想性障害	6
うつ病	12
血管性認知症	18
脳血管性認知症	20
アルコール性精神病	21
器質性精神障害	22
アルツハイマー型認知症	137
統合失調症	148
総計	457



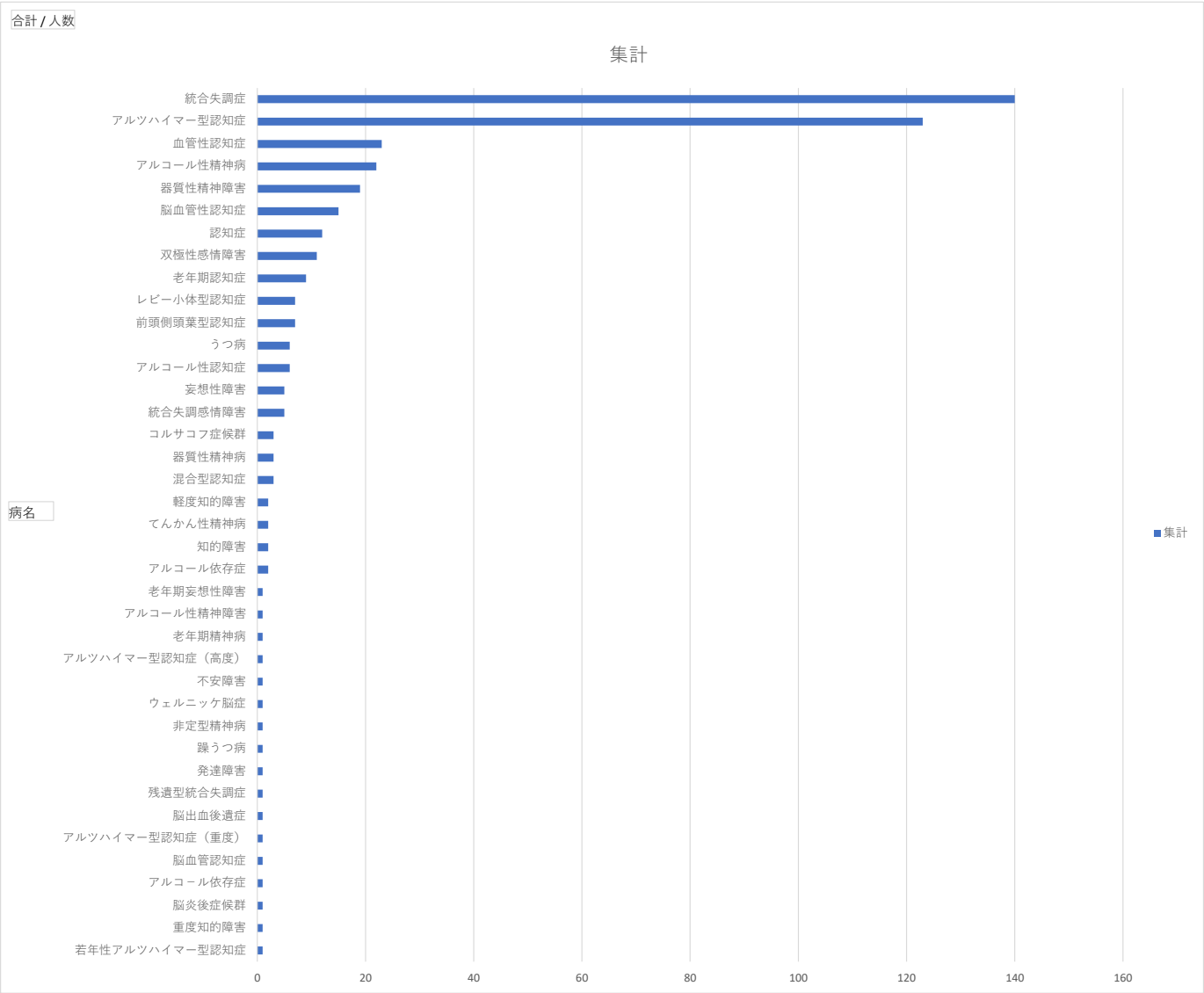
別紙7の9 R 1 病名統計

行ラベル	合計 / 人数
若年性アルツハイマー型認知症	1
脳炎後症候群	1
脳血管認知症	1
アルコール依存症	1
発達障害	1
軽度知的障害	1
皮質下血管性認知症	1
躁うつ病	1
非定型精神病	1
アルコール性精神障害	1
不安障害	1
急性一過性精神病性障害	1
老年期うつ病	1
アルコール依存症	2
アルツハイマー型認知症（高度）	2
アルツハイマー型認知症（重度）	2
てんかん性精神病	2
老年期精神病	2
前頭側頭葉型認知症	3
コルサコフ症候群	3
知的障害	3
器質性精神病	4
アルコール性認知症	5
混合型認知症	5
妄想性障害	6
統合失調感情障害	7
レビー小体型認知症	7
うつ病	9
老年期認知症	9
双極性感情障害	10
認知症	10
器質性精神障害	18
アルコール性精神病	19
脳血管性認知症	20
血管性認知症	25
アルツハイマー型認知症	134
統合失調症	139
総計	459



別紙 7 の 1 0 R 2 病名統計

行ラベル	合計 / 人数
若年性アルツハイマー型認知症	1
重度知的障害	1
脳炎後症候群	1
アルコール依存症	1
脳血管認知症	1
アルツハイマー型認知症（重度）	1
脳出血後遺症	1
残遺型統合失調症	1
発達障害	1
躁うつ病	1
非定型精神病	1
ウェルニッケ脳症	1
不安障害	1
アルツハイマー型認知症（高度）	1
老年期精神病	1
アルコール性精神障害	1
老年期妄想性障害	1
アルコール依存症	2
知的障害	2
てんかん性精神病	2
軽度知的障害	2
混合型認知症	3
器質性精神病	3
コルサコフ症候群	3
統合失調感情障害	5
妄想性障害	5
アルコール性認知症	6
うつ病	6
前頭側頭葉型認知症	7
レビー小体型認知症	7
老年期認知症	9
双極性感情障害	11
認知症	12
脳血管性認知症	15
器質性精神障害	19
アルコール性精神病	22
血管性認知症	23
アルツハイマー型認知症	123
統合失調症	140
総計	444



別紙8 患者数・看護要員数

定床465 保護室5

	患者数 (A)	うち隔離中	隔離以外 の患者	保護室を 除いた空 ベッド	正看護師 (B)	准看護師 (C)	助手 (D)	看護要員 合計 (E=B+C+D)	病床利用率 A／460	患者数／ 看護師数 A／(B+C)	患者数／ 看護要員数 (A／E)
平成28年4月	453				89	28	75.5	192.5	97.419%	3.87179	2.353247
平成28年5月	455				101	26.5	66	193.5	97.849%	3.56863	2.351421
平成28年6月	446				100	26.5	66.5	193	95.914%	3.52569	2.310881
平成28年7月	457				103	26.5	68.7	198.2	98.280%	3.52896	2.305752
平成28年8月	457				100	26	67.7	193.7	98.280%	3.62698	2.359319
平成28年9月	458				99	25.5	67	191.5	98.495%	3.67871	2.391645
平成28年10月	454				100	24.5	66.7	191.2	97.634%	3.64659	2.374477
平成28年11月	453	3	450	10	100	23	69.5	192.5	97.419%	3.68293	2.353247
平成28年12月	449	2	447	13	100	24	69.5	193.5	96.559%	3.62097	2.320413
平成29年1月	451	2	449	11	103	24	68	195	96.989%	3.55118	2.312821
平成29年2月	449	1	448	12	98	24	69	191	96.559%	3.68033	2.350785
平成29年3月	458	1	457	3	97	23	68	188	98.495%	3.81667	2.436170
平成29年4月	457	2	455	5	96	23.5	72	191.5	98.280%	3.82427	2.386423
平成29年5月	457	2	455	5	97	23	68	188	98.280%	3.80833	2.430851
平成29年6月	458	3	455	5	96	23.5	67	186.5	98.495%	3.83264	2.455764
平成29年7月	451	1	450	10	99	24.5	66.7	190.2	96.989%	3.65182	2.371188
平成29年8月	458	2	456	4	96	23.5	67.8	187.3	98.495%	3.83264	2.445275
平成29年9月	453	4	449	11	96	22.5	66.5	185	97.419%	3.82278	2.448649
平成29年10月	450	4	446	14	99	23	66	188	96.774%	3.68852	2.393617
平成29年11月	456	4	452	8	95	22.5	64.7	182.2	98.065%	3.88085	2.502744
平成29年12月	457	3	454	6	95	22.5	64.7	182.2	98.280%	3.88936	2.508233
平成30年1月	458	2	456	4	95	22	66	183	98.495%	3.91453	2.502732
平成30年2月	455	2	453	7	89	21	63.7	173.7	97.849%	4.13636	2.619459
平成30年3月	458	2	456	4	90	22.5	64.7	177.2	98.495%	4.07111	2.584650
平成30年4月	457	1	456	4	91	23.5	67	181.5	98.280%	3.99127	2.517906
平成30年5月	457	2	455	5	95	23.5	60.7	179.2	98.280%	3.85654	2.550223
平成30年6月	459	1	458	2	92.8	25	61	178.8	98.710%	3.89643	2.567114
平成30年7月	456	2	454	6	90	24.5	61	175.5	98.065%	3.98253	2.598291
平成30年8月	455	5	450	10	89	25	61.7	175.7	97.849%	3.99123	2.589641
平成30年9月	451	4	447	13	91	25	63.8	179.8	96.989%	3.88793	2.508343
平成30年10月	451	1	450	10	93	24.5	61.7	179.2	96.989%	3.83830	2.516741
平成30年11月	458	3	455	5	91.8	24.5	61.5	177.8	98.495%	3.93809	2.575928
平成30年12月	459	3	456	4	91	24.5	63	178.5	98.710%	3.97403	2.571429
平成31年1月	458	3	455	5	89	24	61	174	98.495%	4.05310	2.632184
平成31年2月	452	3	449	11	90	23.5	61.5	175	97.204%	3.98238	2.582857
平成31年3月	455	1	454	6	90	23	60.7	173.7	97.849%	4.02655	2.619459
平成31年4月	454	3	451	9	93	22	63.7	178.7	97.634%	3.94783	2.540571
令和元年5月	453	4	449	11	96	22	60.7	178.7	97.419%	3.83898	2.534975
令和元年6月	460	5	455	5	99	22	63	184	98.925%	3.80165	2.500000
令和元年7月	461	3	458	2	98.8	22	63	183.8	99.140%	3.81623	2.508161
令和元年8月	460	3	457	3	95.8	21.5	59	176.3	98.925%	3.92157	2.609189
令和元年9月	457	4	453	7	95	21.5	58	174.5	98.280%	3.92275	2.618911
令和元年10月	456	4	452	8	92	22	60.6	174.6	98.065%	4.00000	2.611684
令和元年11月	454	2	452	8	90	21.5	59	170.5	97.634%	4.07175	2.662757
令和元年12月	459	3	456	4	90.3	22.5	59	171.8	98.710%	4.06915	2.671711
令和2年1月	454	4	450	10	92	23	60	175	97.634%	3.94783	2.594286
令和2年2月	449	4	445	15	92	24	63	179	96.559%	3.87069	2.508380
令和2年3月	443	1	442	18	91	23	63	177	95.269%	3.88596	2.502825

看護管理日誌に記載された数値

看護職員数は、育休・産休等を控除した実稼働人数

別紙9 危機管理委員会 議題

回数	開催日	議 題
第1回	令和2年12月25日	1 委員の選任について 2 設置の目的について 3 懲戒処分について 4 行政への対応について
第2回	令和3年2月10日	1 虐待防止委員会の報告について 2 神戸市職員のオブザーバー参加について 3 職員へのヒアリングについて
第3回	令和3年2月26日	1 病院の管理運営について 2 新型コロナのその後について 3 その他関連事項
第4回	令和3年3月10日	1 改善計画の進捗について 2 兵庫錦秀会再生委員会（仮称）について 3 その他事項
第5回	令和3年4月14日	1 事件の背景について 2 再生委員会の取組みについて 3 患者、家族へのその後の対応について 4 危機管理委員会の構成について 5 懲戒処分の検討について
第6回	令和3年5月12日	1 院長のご見解 2 ヒアリング調査の中間報告について 3 懲戒処分の検討
第7回	令和3年7月7日	1 G 院長の抱負 2 令和3年5月20日発生暴行事案について 3 ヒアリング結果に基づく中間報告 4 危機管理委員会名簿改製について

