

令和元年5月15日判決言渡 同日原本領収

平成29年(行ウ)第263号 精神保健指定医の指定取消処分の取消請求事件

主 文

1 厚生労働大臣が平成28年10月26日付けで原告に対してした、
5 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律19条の2第2項に基づ
き同年11月9日をもって精神保健指定医の指定を取り消す旨の処
分を取り消す。

2 訴訟費用は被告の負担とする。

事実及び理由

10 第1 請求

主文同旨

第2 事案の概要

本件は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「法」という。）
18条1項に基づく精神保健指定医（以下「指定医」という。）の指定を受け
15 ていた原告が、厚生労働大臣から、当該指定医の指定の申請時に原告が提出し
たケースレポートのうち第5症例に係るもの（以下「本件ケースレポート」と
いう。）は、その対象症例（以下「本件症例」という。）につき原告が自ら担当
として診断又は治療に十分な関わりを持ったものとは認められず、不正なケー
スレポートの作成であり、法19条の2第2項に規定する「指定医として著し
20 く不相当と認められるとき」に該当するとして、原告の指定医の指定を取り消
す旨の処分（以下「本件処分」という。）を受けたことから、原告は本件症例
について自ら担当として診断又は治療に十分な関わりを持っていたなどと主張
して、その取消しを求める事案である。

1 関係法令等の定め

25 別紙「関係法令等の定め」のとおりである（同別紙における略称は、以下に
おいても用いることとする。）。

2 前提事実（当事者間に争いが無い、掲記の証拠等により認められる。）

(1) 原告について

原告は、平成18年に医師の免許を受けた医師であり、平成24年6月20日に指定医の指定を受けた当時、A病院（以下「本件病院」という。）に勤務していた者である。

(2) 原告の指定医の指定について

ア 原告は、平成23年12月26日、厚生労働大臣に対し、指定医の指定の申請をした。

原告は、当該申請に際して本件ケースレポートを提出したが、その表紙部分には、当該ケースレポートを実務経験した医療機関名が「A病院」、診断病名圏が「③中毒性精神障害」、ケースレポートの対象とする入院形態及び当該入院形態に係る入退院年月日が「入院年月日：平成23年10月20日」「入院形態（医療保護入院）」「退院年月日：平成23年11月15日」などと記載されており、また、指導医であるC医師により、本件ケースレポートの内容を確認したこと等を証明する旨の記載がされている（乙5）。

イ 厚生労働大臣は、上記アの指定医の指定の申請について、医道審議会の意見を聴いた上で、平成24年6月20日、原告を指定医に指定した。

(3) 本件処分に至る経緯について

ア 厚生労働大臣は、本件病院の管理者に対し、本件ケースレポートについて申請者（原告）が本件症例の診断又は治療等に十分な関わりがあったかどうかを確認する必要があるとして、平成27年9月29日付けで、本件症例に係る診療録（乙3。以下「本件診療録」という。）の全部の写しを提出するよう求め（乙9）、更にその後、その他の関係資料の提出を求めるなどして、本件ケースレポートに関する調査を行った。

イ 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課の厚生労働事務官は、

平成28年8月12日、原告に対し、予定される処分の内容を「精神保健指定医の指定の取消し又は職務の停止」とする件で聴聞（以下「本件聴聞」という。）を実施し、同年10月24日付けで、厚生労働大臣に対し、本件聴聞の結果について聴聞報告書を提出した。

5 ウ 厚生労働大臣は、平成28年10月25日付けで、医道審議会に対し、原告に対する指定医の指定の取消し又は職務の停止の処分についての意見を求め（乙16）、同審議会から、同月26日付けで、原告につき指定医の指定の取消しを行うことが妥当であるとの答申がされた（乙17）ことを踏まえ、同日付けで、原告に対し、法19条の2第2項に基づき同年1
10 1月9日をもって指定医の指定を取り消す旨の本件処分をした。

原告に交付された本件処分の命令書には、本件処分の理由として、指定医の指定申請時に原告が提出した本件ケースレポートは、本件診療録、その他本件病院からの提出書類の内容を勘案した結果、原告が自ら担当として診断又は治療に十分な関わりを持った症例とは認められず、不正なケース
15 レポートの作成であり、法19条の2第2項に規定する「指定医として著しく不相当と認められるとき」に該当するためとの記載がある。

(4) 本件訴えの提起

原告は、平成29年1月25日、厚生労働大臣に対し、本件処分についての審査請求をしたが、裁決がないため、同年6月9日（顕著な事実）、本件
20 訴えを提起した。

3 争点

(1) 原告が法19条の2第2項に規定する「指定医として著しく不相当と認められるとき」に該当するか否か（処分要件該当性の有無）

(2) 原告につき指定医の指定の取消しの処分としたことの適否（処分選択の
25 適否）

(3) 手続的違法の有無

4 争点に関する当事者の主張の要旨

(1) 争点(1) (処分要件該当性の有無) について

(被告の主張)

5 ア 本件診療録及び本件処分時まで提出された資料等において、本件症例につき原告の氏名の記載がされているのは、本件診療録(乙3)の「傷病名情報」の登録者の部分及び「看護記録(ワークシート)」(乙13)の一部のみであり、本件診療録中の具体的な入院経過に係る部分には、原告による診療等に関する事項はおろか原告の氏名の記載も全くないところ、
10 医師の診療等への関与の有無や内容は、原則として診療録の記載内容から判断されるべきであることに鑑みると、原告が本件症例について自ら担当として診断又は治療に十分な関わりを持ったとは認められず、そのような本件症例について本件ケースレポートを作成・提出したという原告の行為は、不正な行為であるから、法19条の2第2項に規定する「指定医として著しく不相当と認められるとき」に該当する。

15 イ 原告は本件症例の診断や治療に関与しており、本件診療録に氏名が記載されていないことをもって関与がないとはいえない旨の主張をするが、本件診療録に自己の氏名が記載されていない理由についての原告の供述が変遷していることや、本件診療録には、原告以外の医師については診療録を記載した医師以外の医師による発言や診療内容が当該医師の氏名と共に記載されていることなどからすれば、原告が本件症例の診断や治療に関与していたとは認められない。

(原告の主張)

25 ア 本件病院の精神科病棟では、精神科10年目以上の医師が務める「主治医」のもと、精神科3、4年目以上の医師が務める「指導医」(指定医事務取扱要領にいう指導医とは異なる。)、精神科1、2年目の医師・初期研修医が務める「受持医」が共に診療を行うというチーム診療体制が採ら

れていた。

原告は、本件症例については、精神科4年目の「指導医」としてその診療に関与しており、具体的には、患者に対する神経診察を実施し、せん妄の症状が出現する他の疾患や脳神経系の異常との鑑別をして、アルコール離脱せん妄という確定診断を行い、患者のCPK値の上昇への対応といった脱水等の身体合併症に対する治療や精神薬の調整を行い、アルコール依存症に対する精神療法として動機付け面接という手法による面接を実施しており、こうした原告の本件症例への関与は、本件症例の要点を十分に理解し、その要点を押さえた診断及び治療であるといえ、原告は、本件症例について自ら担当として診断又は治療に十分な関わりを持ったといえるから、原告が本件ケースレポートを作成・提出したことが不正な行為であるとはいえず、法19条の2第2項に規定する「指定医として著しく不相当と認められるとき」には該当しない。

イ 指定医事務取扱要領は、ケースレポートに関し、自ら担当として診断又は治療に十分な関わりを持った症例であるか否かを、診療録を根拠として判断する旨の定めをしていない上、本件病院の精神科病棟が採用するチーム診療体制の下では、基本的に、チーム内で経験年数が最も少ない「受持医」（研修医）が診療録の記載担当者とされていたから、本件診療録に原告の氏名の記載がないからといって、原告が本件症例の診断や治療に関与していないということにはならない。

(2) 争点(2) (処分選択の適否) について

(被告の主張)

厚生労働大臣は、前記(1) (被告の主張) アのような原告に係る個別具体的な事情を考慮した上で本件処分を行っており、指定医の指定の取消しの処分を選択したことについて、裁量権の範囲の逸脱又はその濫用はない。法19条の2第2項に基づく本件処分と医師法7条2項に基づく戒告又は医業停

止の処分とは、それぞれ別個の根拠法規に基づくものであり、両者の処分の程度が異なるからといって、本件処分が比例原則に違反するとはいえない。

(原告の主張)

D病院の指定医の指定の取消しの処分を契機に行われた調査結果により、原告を含め89名の医師に対して一律に指定医の指定の取消しの処分が行われたが、当該処分を受けた医師らに対する医師法7条2項に基づく処分は、戒告、医業停止1月及び医業停止2月の3種類があり、原告は最も軽い戒告の処分であったことからすると、上記指定医の指定の取消しの処分では、個別具体的な事情が考慮されておらず、原告に対して指定医の指定の取消しの処分(本件処分)を選択したことは重きに失するといえ、本件処分は、比例原則に違反し違法である。

(3) 争点(3)(手続的違法の有無)について

(被告の主張)

本件処分は、原告に対する本件聴聞の結果を踏まえて行われたものであること、本件処分を含む一連の指定医の指定の取消しの処分に関して厚生労働省が発したプレスリリース中で示された「行政処分の対象者に関する考え方」(甲9)は、行政手続法上の処分基準や審査基準に当たるものではなく、同法に違反する点もないことからすれば、本件処分に手続的違法はない。

(原告の主張)

ア 本件処分は89名もの医師に対する指定医の指定の取消しの処分のうちのひとつとして行われたものであるが、これらの処分による不利益が重大であることや、処分において問題とされた指定医事務取扱要領が規定する「自ら担当として診断又は治療等に十分な関わりを持った」との文言が抽象的であることからすれば、処分行政庁においては、当該処分に係る聴聞手続に先立ち、具体的な処分基準を設定し、公表しなければならなかった。

この点、上記の89名の医師に対する指定医の指定の取消しの処分がさ

れた日に、厚生労働省は、プレスリリースにおいて「行政処分の対象者に関する考え方」として処分対象者をどのような基準により決定したかを明らかにしているところ、これは実質的な処分基準というべきであるが、本件聴聞の時点においてかかる処分基準は公表されていなかったから、本件
5 処分は行政手続法12条に反し違法である。

イ 本件聴聞では、原告に対して処分の原因に関わる本件ケースレポートの本文が提示されず、閲覧の機会も与えられなかったこと、本件聴聞に先立ち、直接原告に対して資料提出等の要請がされなかったために、原告は本件症例に関して記載したメモ（甲6）を提出することができなかったこと、
10 本件聴聞において、原告が本件病院の精神科病棟のチーム診療体制や診療録記載担当者についての説明をしたにもかかわらず、本件処分ではかかる説明が一切考慮されておらず、本件聴聞の結果が十分に参酌されたとはいえないことからすれば、本件聴聞の手続には行政手続法26条違反の違法やその他の手続的瑕疵があるといえ、本件処分は違法である。

15 第3 当裁判所の判断

1 争点(1) (処分要件該当性の有無) について

(1) 判断枠組み

ア 法19条の2第2項は、指定医が「この法律若しくはこの法律に基づく命令に違反したとき」という処分要件のほか、指定医が「その職務に関し
20 著しく不当な行為を行ったとき」その他「指定医として著しく不相当と認められるとき」という規範的な評価を要する処分要件を掲げ、これらの処分要件に該当する事由が認められるときは、指定医の指定を取り消し、又は期間を定めてその職務の停止を命ずる処分をすることができる」と定めているところ、法において、上記の規範的な処分要件に該当するか否か及び
25 これらの処分要件に該当する事由が認められる場合に指定医の指定の取消し又は職務の停止のいずれの処分を選択するかについての具体的な基準は

定められていない。このことに加え、指定医の指定においては、法19条の4所定の指定医の職務を行うのに必要な知識及び技能を有すること（法18条1項柱書き）や厚生労働大臣が定める精神障害につき厚生労働大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験を有すること（同項3号）と
5 いった専門的見地からの判断を要する事項が要件とされており、その指定の取消しや職務の停止に関わる上記の規範的な処分要件該当性の有無や処分選択についてもまた、専門的見地からの判断を要するものというべきであることを考慮すると、かかる規範的な処分要件該当性の有無及び処分選択に関する判断については、法19条の2第3項に基づき医道審議会の意見
10 を聴く前提の下で、厚生労働大臣の合理的な裁量に委ねられているものと解される。

したがって、厚生労働大臣が法19条の2第2項に基づきその裁量権の行使としてした指定医の指定の取消しの処分は、同項所定の規範的な処分要件該当性の有無及び処分選択に係るその判断が、重要な事実の基礎を欠
15 き又は社会通念に照らし著しく妥当性を欠くものと認められる場合に限り、裁量権の範囲を逸脱し又はこれを濫用したものとして違法となると解するのが相当である。

イ ところで、本件処分は、原告が自ら担当として診断又は治療に十分な関わりを持ったとはいえない症例についてケースレポートを作成・提出した
20 という事実を前提とし、かかるケースレポートの作成・提出行為が不正な行為であって、法19条の2第2項に規定する「指定医として著しく不適當と認められるとき」に該当することを理由とするものであるところ、被告は、医師が自ら担当として診断又は治療に十分な関わりを持ったか否かは、原則として診療録の記載内容から判断されるべきであり、本件症例に
25 係る診療録や本件処分時までに提出された資料からは、原告が本件症例について自ら担当として診断又は治療に十分な関わりを持ったとは認められ

ない旨の主張をする。

しかしながら、一般論として、診療録が医師の診療等の事実を認定する際の最良の証拠であるとはいえるものの、診療録に氏名の記載がない医師は当該診療に関与していない、あるいは診療録に記載のない診療行為は行われていないとは直ちには認められないこと、原告が指定医の指定の申請を行った当時において、診療録に自らの氏名や自ら行った診療行為が記載されている場合でなければその症例をケースレポートとして提出してはならないなどというルールが定められていたとは認められないことからすれば、原告の本件症例の診断又は治療への関与の認定に当たり、その基礎資料が本件診療録に限定され、あるいは本件診療録だけが殊更重視されるべきであるとはいえない。また、厚生労働大臣が、原告の本件症例の診断又は治療への関与に係る客観的な事実を看過して本件処分をしたというのであれば、その事実の内容によっては、本件処分が重要な事実の基礎を欠くものとして裁量権の範囲を逸脱し又はこれを濫用したものとなる余地があり、事実認定の基礎資料が本件処分時までに厚生労働大臣が現に入手していた資料のみに限定されるものでもない。

したがって、裁判所においては、口頭弁論終結時までに提出された一切の資料に基づいて、原告が本件症例につき自ら担当として診断又は治療に十分な関わりを持ったか否かに係る事実を認定することができるというべきであり、上記の被告の主張が、かかる事実認定の基礎資料やその評価に制約が加えられるという趣旨をいうのであれば採用できない。

(2) 認定事実（前記前提事実のほか、掲記の各証拠により認められる。）

ア 本件病院の精神科病棟における診療体制、原告の勤務状況等

(ア) 本件症例が扱われた当時、本件病院の精神科病棟では、チーム診療体制が採られており、精神科10年目以上の医師が務める「主治医」、精神科3、4年目以上の医師が務める「指導医」（本件病院における呼

称であり、指定医事務取扱要領にいう指導医とは異なる。以下「」を付して区別する。)、精神科1, 2年目の医師・初期研修医が務める「受持医」から成るチームにより診療に当たっていた。この中で、「主治医」は、当該症例の治療における責任者といった立場の者であり、また、

5 「指導医」及び「受持医」は、いずれも診療を主として担当する者であるが、「受持医」は「指導医」の助言を得ながら診療に携わっており、患者と接する機会が最も多かった。

また、本件症例が扱われた当時、本件病院の精神科病棟には、C医師(病棟長)とD医師をそれぞれ「主治医」とする2つの診療チームがあり、C医師のチームは、「指導医」が原告、「受持医」がE医師であり、

10 D医師のチームは、「指導医」がF医師、「受持医」がG医師、H医師及びI医師であった。なお、その当時、G医師は後期研修医、H医師及びI医師は初期研修医であった。

(以上につき、甲1, 7, 21, 24, 29, 34の1, 原告本人)

本件症例は、もともとD医師のチームに割り当てられていたが、原告が指定医の指定の申請のためのケースレポートに適切な中毒症例を経験したいとしてC医師に相談したことや、本件症例に係る患者(以下「本件患者」という。)の身体症状が重篤であったことから、原告を含むC医師のチームも加わることとなった(甲1, 7, 20, 24, 34の1,

15 原告本人)。

(イ) 本件症例が扱われた当時、原告は、毎週の月曜日、火曜日、木曜日及び金曜日と奇数週の土曜日に本件病院で勤務しており、基本的に、木曜日と金曜日の午後は外来業務を行い、それ以外は病棟業務を行っていたが、金曜日は外来業務がない日もあり、また外来業務のある日でも空いた時間等に病棟を訪れることがあった(甲20, 乙12, 原告本人)。

20

25

また、本件症例が扱われた当時、原告は、医師として6年目、精神科

医として4年目であり、本件病院の精神科病棟において、「指導医」であるとともに、ベッドコントロールや入院患者の割り振り、研修医や病棟医の取りまとめを担う病棟チーフでもあった（甲20，原告本人）。

イ 本件症例に係る診療経過の概要（全体につき乙3）

5 (ア) 平成23年10月20日入院（以下の月日は断りのない限り同年の月日を指す。）

本件患者は、従前から幻視や振戦等の症状があり病院を受診するなどしていたが、10月19日に幻視を疑う訴えが多くなり、同月20日未明まで持続したため、同日、姉などと共に本件病院を外来受診した。

10 本件患者は、来院時、アルコール離脱せん妄によると思われる手指振戦・発汗などが認められる状態であったため、入院加療が必要と判断され、姉を保護者として医療保護入院となった。

(イ) 入院日～10月24日

15 a 本件患者は、意識の変容が強く、幻覚妄想も存在し、また、発汗が著明であり、補液などを含め全身管理が必要な状態であったが、安静を保てず多動であったため、拘束管理とされ、その間、補液による脱水予防等の身体的管理がされた。

20 b 入院日（10月20日）には、本件患者に対し神経診察（脳神経系と末梢神経に関するスクリーニング検査）が行われた（甲34の1，原告本人）。

(ウ) 10月24日～11月14日

a 10月24日、本件患者が静穏化したため、拘束管理は終了となった。

25 b 10月24日～同月27日、同月31日～同年11月5日、同月7日～11日、同月14日に、本件患者に対する面接（精神療法）が行われた。

c 11月7日には、アルコール依存症の専門医であるJ医師により、
本件患者に対し、その婚約者を交えての面接が行われた（原告本人）。

d 11月9日には、F医師により、本件患者に対し、検査結果の説明
が行われた。

5 e 11月11日には、G医師により、本件患者及びその姉に対し、退
院やその後の治療方針等についてのインフォームドコンセントが行わ
れた。

(エ) 11月15日退院

10 本件患者は、11月30日の外来受診を約束した上で、同月15日退
院となった。

ウ 本件症例の診療への原告の主な関与の内容

(ア) 確定診断（甲1，5，7，20，34の1，乙3，原告本人）

15 10月20日（木曜日）の本件患者の来院時、F医師により、暫定的
にアルコール離脱せん妄との診断がされていたが、原告は、同日、前記
イ(イ)bの神経診察を行い、脳神経系の異常を鑑別するなどした上で、
本件患者につきアルコール離脱せん妄との確定診断を行った。

(イ) 身体管理等（甲1，5，7，乙3，原告本人）

20 原告は、10月21日（金曜日）午前11時頃、G医師から本件患者
のCPK値が高いとの相談を受け、同医師と共に本件患者の診察を行っ
たところ、アルコール性ミオパチーは否定的であり、発汗が著明であっ
たことから脱水を原因とするものと判断し、G医師に点滴の継続と週明
けに採血及びCPK値のチェックをするよう指示をした。

25 また、原告は、同日午後、看護師から本件患者がけいれん発作を起こ
しているとの連絡を受け、G医師、E医師及びH医師と共に本件患者の
診察を行い、その震えはけいれん発作ではなく振戦の増悪であると判断
したほか、H医師に対し、セルシンの静脈注射と内服薬としてのセルシ

ン12mgからホリゾン15mgへの増量を指示した。

(ウ) 動機付け面接（甲1, 5～7, 20, 22, 28, 34の1, 乙3, 原告本人）

5 a 原告は、10月31日（月曜日）、病棟長回診に同席したが、本件患者の治療意欲が乏しい様子であったことを踏まえて、同回診の後、チーム内で動機付け面接（受容的、共感的な態度を維持しながら、行動変容などの一定の方向へ患者を指向させる面接スタイル）を実施することを提案したところ、チームの賛同を得られた。

10 b 原告は、患者に対して説得する態度（唱道）で臨むべきではなく、傾聴すべきであるといった動機付け面接の手法のポイントを指摘し、チーム内で共有するなどした上で、11月4日（金曜日）、同月5日（土曜日）、同月8日（火曜日）、同月11日（金曜日）に、本件患者に対する動機付け面接を行った。原告は、このうち同月4日及び同月11日の面接を自らが手本を示す形で主導して行ったほか、同月5日
15 にチームで面接をした際、他の医師による断酒の説得（唱道）により本件患者が無言となった時には、原告から話しかけて本件患者からの発言を引き出すなどし、同月8日にチームで面接をした際には、節酒の仕方を具体化するために本件患者に対して節酒についてのテーマを示すなどし、また、同月5日及び8日の面接で他の医師から断酒の説得（唱道）がされたことについては、面接終了後に、唱道により治療
20 中断のリスクを高め、患者の治療への抵抗を強めてしまうといったことを指摘し、チーム内で共有した。

エ 本件ケースレポートの内容等

25 (ア) 本件ケースレポートには、「入院後経過」として、「申請者は入院時から退院まで主治医として治療を担当した。指定医の診察の結果、著しい不穏と多動を認め、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶ

5 恐れがある為、法第36条に基づき同年10月20日午前11時0分より身体拘束を開始し、意識障害の告知を延期して、その旨を診療録に記した。身体拘束中は指定医と共に毎日頻回に診察し、その度に日時、拘束理由、診察内容を診療録に記した。頭部MRI、採血でビタミンB
10 1やアンモニアに異常はなく、アルコール離脱せん妄が疑われた。ウェルニッケ脳症の予防目的でビタミン剤を投与し、補液と全身管理を行い、ジアゼパム15mg/日を開始した。徐々に疏通が改善したため、同年10月22日に指定医が医療保護入院と身体拘束に対して口頭及び書面で告知し、書面を手渡し、診療録に記した。同年10月24日11時0分、
15 不穏が改善したため身体拘束を解除し、その旨を診療録に記した。『宇宙人が見える』との幻視は残存したが、疏通性は良好で見当識障害もな
いたため、アルコール依存症の疾患教育を本人、姉、婚約者に対して開始した。徐々に幻視は改善し、任意入院での治療継続を検討したが、本人、
20 家族は外来治療を希望し、同年11月15日に退院した。同日、法第33条の2に基づき市長に退院届を提出した。退院後は当院の外来に通院している。」との記載がされ、「考察」として、「アルコール依存症患者が急激な飲酒の中断により離脱せん妄を呈した症例である。ウェルニッケ脳症、肝性脳症、頭蓋内病変による意識障害は各種検査所見から否定された。せん妄を呈し不穏が強く、入院治療の適応と考えられたが、意識障害のため入院治療の同意が得られず、患者の医療及び保護の為、姉の同意を得ての医療保護入院は妥当な判断と思われる。また、せん妄による不穏に対して身体拘束を行ったが、適切な医療を行い重大な身体損傷を防ぐためには必要であったと考える。父が大酒家という環境因があり、その後仕事のストレスから飲酒量が増加し、アルコール依存に至った。今回の入院は断酒の必要性を理解し、断酒目的の治療を行うための
25 良い機会となった。入院継続の必要性、現状での退院は再飲酒のリスク

がある旨を本人と家族に説明したが、理解を得た上で外来通院を希望したため、医療保護入院の解除とともに退院となった。今後も断酒を継続できるように動機付けをしていく必要がある。」との記載がされている（甲26）。

5 (イ) 本件症例については、原告が本件ケースレポートを提出して指定医の指定の申請をした後、E医師によっても指定医の指定の申請の際のケースレポートの対象症例とされていた（甲34の1）。

(3) 前記認定事実ウ（本件症例の診療への原告の主な関与の内容）についての補足説明

10 ア 本件診療録に原告の氏名等が記載されていないことについて

原告は、自身が診療等を行ったものの本件診療録に原告による記載や原告の氏名等の記載がされていないことについて、チーム診療体制の下、診療に同伴した「受持医」が研修の一環としてその診療内容を本件診療録に記載していたため、「指導医」である原告の氏名での記載がされていなかったなどと述べるところ、前記認定事実ア(ア)のチーム診療体制における「指導医」及び「受持医」の精神科の経験年数やそれぞれの役割に鑑みると、診療における方針決定や判断等は「指導医」が行うが、その診療録への記載は「指導医」の指示や指導を受けながら「受持医」が行うとされることが不自然・不合理であるとはいえず、したがって、本件診療録に原告の氏名等の記載がないという一事をもって、原告が当該の診療等を行ったとは認められないということとはできず、具体的な診療等の内容や状況に係る他の証拠を含めて総合的に検討する必要があるというべきである。

20 この点に関し被告は、①経験の浅い医師が診療録の記載を担当したという理由について本件聴聞（乙6）と本件訴訟とで原告の供述が変遷していること、②本件診療録中には、診療録を記載した医師以外の医師の発言や診察の内容が当該医師の氏名と共に記載されている部分があり、原告の氏

25

名等が診療録に記載されていない理由についての原告の供述と整合しないことを主張する。

しかしながら、上記①については、チーム診療体制の下、基本的に経験の浅い医師が診療録の記載を行っていたという点において、原告の供述は一貫しており、本件聴聞及び本件訴訟のいずれの原告の供述も、研修の目的もあって原則的に経験の浅い医師に診療録の記載をさせることがチームの方針として了解されていたとの趣旨をいうものと理解でき、供述の重要な部分に変遷があったとは評価できない。また、上記②について被告が指摘する本件診療録の箇所多くは、診療チーム外の専門医の主導による面接や、本件患者へのインフォームドコンセントあるいは検査結果の告知（前記認定事実イ(ウ) c～e）といった、個別に医師の氏名を記載する必要や意義が大きい場面であったといえる上、発言や行為等をした医師の氏名等が診療録に記載されていてしかるべきか否かは、当該診療等の内容等にもよるものといえるから、直ちに本件症例の診療への原告の関与に係る原告の供述全般の信用性を否定すべき根拠とはならないというべきである。

そこで、以下、本件症例の診療への原告の関与に係る原告の供述等について、個別に検討することとする。

イ 確定診断（前記認定事実ウ(ア)）について

F医師が入院時にしたアルコール離脱せん妄との診断は変更となる可能性があるものであったこと、傷病名情報として本件患者の主病を「アルコール離脱せん妄」と登録した者が原告であることは、いずれも本件診療録（乙3）により認められる事実であるところ、これらは、F医師による診断は暫定的なものであり、原告が確定診断を行ったという原告の供述と整合している。このことに加え、原告は、チーム内において神経診察を行うことができたのは神経内科や脳神経外科での研修経験等がある原告のみであったとして、これを自身が行ったとする根拠を述べているところ、原告

のかかる研修経験等に疑いを容れるような事情はなく、かかる原告の供述には合理性があり、得心のいく内容であるといえることからすれば、前記認定事実ウ(ア)に係る原告の供述等には信用性が認められる。

これに対し、被告は、当該神経診察を行った者が原告であるとは本件診療録の記載からは認められないなどと主張するところ、原告は、本件診療録において当該神経診察の結果（「現病－神経系」と題する書面）を記載したのがH医師であることを認めつつ、その理由について、初期研修医であるH医師に神経診察の取り方や記載の方法を学んでもらうためであった旨述べており、初期研修医であったH医師が単独で当該神経診察を行ったとは考え難いことからすると、原告の上記供述内容が不自然・不合理であるとはいえず、これによれば、当該神経診察に関し本件診療録に原告による記載や原告の氏名等の記載がないことが不自然・不合理であるとはいえないから、当該被告の主張は上記認定を左右するものではない。

ウ 身体管理等（前記認定事実ウ(イ)）について

原告は、C P K値の上昇への対応の点に関して、内科的知識が必要なことであるが、自身には内科での研修経験等がありチームの他の精神科医に比べて内科的処置が得意であったため、G医師からその処置につき相談された旨を述べているところ、原告のかかる研修経験等について疑いを容れるような事情はなく、原告がC P K値の上昇への対応をすることとなった契機についての供述は、具体的であり自然であるといえ、さらに、その対応内容についての供述も、本件診療録と整合しているということに加えて、診察によりアルコール性ミオパチーは否定的と判断したことや、G医師に対してした指示内容等を具体的に述べている。また、原告は、内服薬の調整等の点に関して、セルシン12mg からホリゾン15mg への増量は初期研修医が行うことはできず、セルシンの静脈注射も必ず「指導医」が同伴する必要があるとして、「指導医」である原告がH医師らと共に処置に当

たったといえる根拠を具体的に述べており、さらに、その対応内容についての供述も、本件診療録と整合しているということに加えて、看護師から本件患者がけいれん発作を起こしているとの連絡を受けたが、診察によりけいれん発作ではなく振戦の増悪であると判断したことなどを具体的に述べている。本件診療録には、これらの診療等について原告による記載や原告の氏名等の記載はされていないが、前記アに説示したとおり、これらの記載を「受持医」であるG医師又はH医師に行かせたため原告の氏名等が記載されていないということも直ちに不自然・不合理であるとはいえず、むしろ、上記のような診療等の内容に照らして、研修医であるG医師又はH医師が単独で行ったとは考え難いというべきである。

以上によれば、前記認定事実ウ(イ)に係る原告の供述等には信用性が認められる。

エ 動機付け面接（前記認定事実ウ(ウ)）について

原告は、動機付け面接という手法が比較的新しく、チーム内の「指導医」及び「受持医」の中で適切に行うことができたのは原告のみであり、自らが本件患者に対して動機付け面接を実施することを提案した旨の供述をすところ、原告が動機付け面接という手法に詳しかったことは他の医師も述べている（甲7，22，34の1）ほか、原告の所持する『動機づけ面接法』という書籍（甲16）からもその研さんをしていたことがうかがわれること、原告が本件患者につき動機付け面接の実施を提案した理由についても、10月31日の病棟長回診の際の本件患者の発言等から治療意欲が乏しいと考えられたためなどと具体的に述べていることからすれば、原告の提案により動機付け面接が実施されたという原告の供述は信用することができる。

また、動機付け面接における実際のやりとり等についての原告の供述も、本件診療録と整合しているということに加えて、原告や他の医師がどうい

う趣旨の発言をし、それに対して本件患者がどのような発言・反応をしたのかといった本件診療録に直接記載されていない事情を具体的に述べ、また、やりとりの全体的な流れや医学的な評価をも述べており、原告が実際に体験したのでなければ述べることができない迫真性を有するものといえ、
5 これに加えて、原告が本件症例を扱っていた当時に記載したというメモ（甲6，28）によっても、本件患者との面接や面接後の他の医師とのやりとり等の一部が裏付けられているといえることからすれば、実施した動機付け面接の内容等についての原告の供述も信用することができる（なお、上記のメモ（甲6）に関し、被告は、これが前記前提事実(3)アの資料提供要請の際や本件聴聞の際に提出されていなかったこと等をもってその証拠価値が疑わしい旨の主張をするが、原告において、本件聴聞までにあらゆる資料を探索し顕出し尽くしていたとはにわかにはいえず、またそのように期待することも困難であるし、かかるメモが平成22年11月15日付けのアルコール依存症についてのレジユメの裏面に記載されていること
10 やその記載の形式・体裁等に鑑みると、これが事後的に作出されたものであるとも考え難いから、被告の当該主張は採用できない。)

これに対し、被告は、本件診療録において原告がかかる動機付け面接を行ったとする記載は見受けられないなどと主張するところ、原告は、動機付け面接法において治療者は聞き役に徹することが基本であり、その発言
20 は患者の発言の繰り返しとなるが多いため、治療者の発言をあえて診療録に記載する必要がない旨を述べており、かかる説明がその診療内容に応じた診療録の記載方法として、殊更不自然・不合理であるとはいえず、また、前記アに説示したとおり、診療録への記載を「受持医」に行わせたため原告による記載や原告の氏名等の記載がされていないということが、
25 直ちに不自然・不合理とはいえないことからすると、当該被告の主張は上記認定を左右するものではない。

オ 以上により，前記認定事実ウの事実を認定した次第である。

(4) 判断

前記認定事実ウのとおり，原告は，本件症例の診療への主な関与として，入院時には，本件患者の神経診察を行った上でアルコール離脱せん妄との確定診断を行い，入院初期の本件患者が拘束管理下にあった時期には，身体管理や内服薬の調整等についての判断や「受持医」への指示をし，本件患者の拘束管理終了後から退院までの時期には，チーム内で動機付け面接の実施を提案し，自らが主導してこれを行い，他の医師に対して動機付け面接のポイントや実際の面接において生じた問題点を指摘し共有するなどしていたといえる。このような原告の本件症例の診療への関与の事実は，治療開始時における確定診断，身体症状の重い時期における身体管理等，節酒・断酒に向けた働きかけを行う時期における動機付け面接の実施というように，本件患者の診療の各段階に応じて重要な役割を果たすものであったといえることができ，本件症例につき自ら担当として診断又は治療に十分な関わりを持ったとの評価を可能とするものである。この点に関し，被告は，CPK値の上昇への対応について，内科的な診断が特段必要であったとは考えられず，原告が本件症例に十分な関わりをもった根拠にはなり得ない旨主張するが，本件患者が入院初期に脱水予防等の身体管理が必要な状態であり，これに原告が関与したと認められることは先に説示したとおりであり，その診断の難易度等によって診療への関与の有無が変わるものではなく，また，原告の本件症例への全体的な関与の内容及びその評価は上記のとおりであって，当該被告の主張は，こうした全体的な評価を覆すものとはいえない。

そして，本件処分においては，以上に説示した原告の本件症例の診療への関与の事実が看過されているところ，上記のとおりこれらの事実は本件症例につき自ら担当として診断又は治療に十分な関わりを持ったとの評価を可能とする事実であるといえることからすれば，本件症例について本件ケースレ

ポートを作成・提出したという原告の行為が，自ら担当として診断又は治療に十分な関わりを持ったとは認められない症例についてのケースレポートを作成・提出したという点において不正な行為であり，法19条の2第2項に規定する「指定医として著しく不相当と認められるとき」に該当するとした
5 本件処分における厚生労働大臣の判断は，裁量判断の前提となる重要な事実の基礎を欠くものといわざるを得ない。

よって，本件処分は，その規範的な処分要件該当性の有無に係る判断が重要な事実の基礎を欠くものと認められるから，裁量権の範囲を逸脱し又はこれを濫用したものとして違法であり，取消しを免れない。

10 2 結論

以上によれば，その余の争点について判断するまでもなく，原告の請求は理由があるので，これを認容することとして，主文のとおり判決する。

東京地方裁判所民事第3部

15 裁判長裁判官 古 田 孝 夫

20 裁判官 中 野 晴 行

25 裁判官古屋勇児は，転補のため，署名押印することができない。

裁判長裁判官 古 田 孝 夫

(別紙)

関係法令等の定め

1 指定医の指定の取消しについて

(1) 法19条の2第2項は、指定医が「この法律若しくはこの法律に基づく命令に違反したとき」又は「その職務に関し著しく不当な行為を行ったとき」その他「指定医として著しく不適當と認められるとき」は、厚生労働大臣は、その指定を取り消し、又は期間を定めてその職務の停止を命ずることができる旨を定める。

(2) 法19条の2第3項は、厚生労働大臣は、上記(1)の処分をしようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない旨を定める。

2 指定医の指定について

(1) 法18条1項は、厚生労働大臣は、その申請に基づき、同項各号に該当する医師のうち法19条の4に規定する指定医の職務を行うのに必要な知識及び技能を有すると認められる者を、指定医に指定する旨を定め、各号において次のとおり定める。

1号 5年以上診断又は治療に従事した経験を有すること。

2号 3年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること。

3号 厚生労働大臣が定める精神障害につき厚生労働大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験を有すること。

4号 厚生労働大臣の登録を受けた者が厚生労働省令で定めるところにより行う研修の課程を修了していること。

(2) 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条第1項第3号の規定に基づき厚生労働大臣が定める精神障害及び程度」(昭和63年厚生省告示第124号。ただし、平成26年厚生労働省告示第32号による改正前のもの。乙2。以下「指定医告示」という。)は、法18条1項3号の「厚生労働大臣が定める精神障害」として、統合失調症圏、躁うつ病圏、中毒性精神障害(依

存症に係るものに限る。），児童・思春期精神障害，症状性又は器質性精神障害（老年期認知症を除く。），老年期認知症の六つを定めるとともに，同号の「厚生労働大臣が定める程度」として，①上記六つの精神障害のいずれかについて，措置入院者（法29条1項の規定により入院した者）又は医療観察法入院対象者（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律42条1項1号若しくは61条1項1号の決定により入院している者）につき1例以上，②統合失調症圏について，措置入院者，医療保護入院者（法33条1項の規定により入院した者）又は医療観察法入院対象者につき2例以上，③その他の五つの精神障害について，それぞれ措置入院者，医療保護入院者又は医療観察法入院対象者につき1例以上と定める。

(3) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令（以下「令」という。）

2条の2は，指定医の指定を受けようとする者は，申請書に厚生労働省令で定める書類を添え，住所地の都道府県知事を経由して，これを厚生労働大臣に提出しなければならない旨を定める。

(4) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（以下「規則」という。）1条1項は，令2条の2の厚生労働省令で定める書類は，規則1条1項各号のとおりとする旨を定め，5号において，法18条1項3号に規定する厚生労働大臣が定める精神障害につき厚生労働大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験を有することを証する書面を掲げる。

(5) 「精神保健指定医の新規申請等に係る事務取扱要領」（平成22年2月8日障精発0208第2号厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課長通知。乙1。以下「指定医事務取扱要領」という。）は，法18条1項3号及び指定医告示に規定する「診断又は治療に従事した経験」については，指定医の指定申請時に提出するいわゆるケースレポートにより，指定医として必要とされる法的，医学的知識及び技術を有しているかについて確認するものとする（2(1)），ケースレポートの対象となる患者については，①指定医告示に定

5

める8例以上の症例については、精神病床を有する医療機関において常時勤務し、当該医療機関に常時勤務する指定医（以下「指導医」という。）の指導のもとに自ら担当として診断又は治療等に十分な関わりを持った症例について報告するものであり、少なくとも1週間に4日以上、当該患者について診療に従事したものでなければならないこと（2(2)ア）、②原則として、当該患者の入院から退院までの期間、継続して診療に従事した症例についてケースレポートを提出するものとする（同イ）、③同一症例について、同時に複数の医師がケースレポートを作成することは認められないものであること（同キ）などを定める。

10

以上