

令和4年(ワ)第30955号 国家賠償請求事件

原告 相嶋 [REDACTED] 外2名

被告 国

### 第3準備書面

令和5年10月18日

東京地方裁判所民事第30部合議2A係 御中

原告ら訴訟代理人

弁護士 高 田



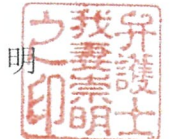
弁護士 鄭 一



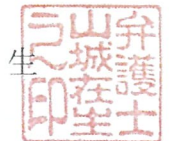
弁護士 河 村



弁護士 我 妻 崇



弁護士 山 城 在



原告らの主張はこれまで述べたとおりである。本書面では、繰り返しを避けつつ、必要な範囲で主張の追加及び被告準備書面(2)への反論を行う。

なお、原告らが既に提出した書面において定義した語句は、本書においても同一の意義を有するものとして用いる。

## 第1 7月10日の血液検査の結果の評価

### 1 原告らの主張

#### (1) 従前の原告らの主張（原告ら第1準備書面・第2・1・(1)・ア、原告ら第2準備書面・第1・1、甲B2・回答1-1及び1-2）

令和2年7月10日、亡相嶋に対して血液検査が実施されたところ、血色素量が10.9g/dLであり（乙A4の2）、明らかに貧血と診断される状態であって、医師としては、前医への問合せ、短期間（同月中か遅くとも1か月以内）での再検査、ないし、貧血の原因を調べる検査を行って貧血の鑑別診断を行う義務があったにもかかわらず、東京拘置所病院の医師はいずれも実施せず、同義務に違反した。

#### (2) 追加の意見書（甲B5）による指摘

甲B第5号証（■■■■医師作成の意見書2。以下「■■■■意見書2」という。）にて指摘されているとおり、血色素量10.9g/dLは、「精密検査を要する」レベルの貧血である（甲B5・第4）。

「厚生労働省 令和元年国民健康・栄養調査報告」でも、65～74歳男性の血色素量10.0～10.9g/dL該当者は僅かに0.6%とされており、極めて稀な水準の貧血であることは明らかである（甲B5・参考資料①・129頁・第24表の3、同第24表の4。なお、10.0g/dL未満は皆無。また、同年代の平均値は14.6g/dL。亡相嶋の血色素量も令和2年2月10日まで約14g/dL程度であった。甲A3・26頁）。

また、貧血はHb低下を示す症候名であり、本件のような悪性腫瘍を含む原因疾患が存在するものであるから、問診を含む診察や原因を調べる検査による鑑別診断を要することは、従前より指摘しているとおりである（甲B2・回答1-1・(2)）

#### (3) 被告が提出した乙B3の記載

被告が提出した乙B3号証でも、「高齢者における貧血診断の基準値」との項目で、「精査治療すべき疾患があると考えられる場合にのみ貧血症として診断すべきである」とした上で、「多くの論文では、 $11 \sim 11.5 \text{ g/dl}$ 以下を貧血症として採用している。」「我々も  $11.5 \text{ g/dl}$  を使用している。」とされており、亡相嶋の血色素量  $10.9 \text{ g/dL}$  が精査治療を要する貧血症であることが裏付けられている（乙B3・1枚目・左の段・上から8行目～18行目）。

#### (4) 小括

以上より、7月10日の血液検査の結果が判明した時点で、亡相嶋に対して、貧血に対する鑑別診断等の精査治療が必要であったことは明らかである。

## 2 被告の主張に対する反論

### (1) 血色素（Hb）の数値が $10 \text{ g/dL}$ 台を示すことがよく見られるとの主張について

乙B2（          医師作成の意見書。以下「          意見書」という。）には、「東京拘置所の実際の診療においても、高齢（65歳以上）の被収容者に対して血液検査を実施すると、血色素の数値が  $10 \text{ g/dl}$  台を示すことがよく見られる。」と記載され（乙B2・5頁・5行目以下）、被告の同趣旨を主張する（被告準備書面(2)・6頁・12行目以下）。

しかし、          意見書には、具体的な頻度や割合、年齢の分布が記載されておらず、何らの裏付け資料もない。

          意見書2に記載されているとおり、「厚生労働省 令和元年国民健康・栄養調査報告」によると、65～74歳男性の血色素量  $10.0 \sim 10.9 \text{ g/dL}$  該当者は僅かに0.6%であり、血色素量  $10.$

9 g/dL は極めて稀な水準の貧血であって、「精密検査を要する」レベルの貧血である（甲B5・第4及び参考資料①・129頁・第24表の3、同第24表の4。なお、10.0 g/dL未満は皆無。また、同年代の平均値は14.6 g/dL。亡相嶋の血色素量も令和2年2月10日まで約14 g/dL程度であった。甲A3・26頁）。

**(2) WHOの診断基準では2割以上の高齢者が貧血に該当するとの主張について**

乙B第3号証には、「WHOの診断基準では、男性13 g/dl、女性12 g/dl以下を貧血としているが、高齢者の場合この値を採用すると20%以上の高齢者が該当する。」と記載され（乙B3・1枚目・左の段・9行目以下）、被告も同趣旨を主張する（被告準備書面(2)・6頁・18行目以下）。

しかし、乙B3号証には、「高齢者」がどの年齢層を指すのか記載されておらず、この点分かる裏付け資料の引用もない。

この点、「厚生労働省 令和元年国民健康・栄養調査報告」によると、65～74歳男性において、男性13 g/dL未満の者は僅かに7.8%、女性12 g/dL未満は9.4%であり、亡相嶋よりさらに高齢の75歳以上で20%以上となっている（乙B5・参考資料①・129頁・第24表の3）。

いずれにせよ、既に述べたとおり、血色素量10.0～10.9 g/dL該当者は僅かに0.6%であり、血色素量10.9 g/dLは極めて稀な水準の貧血であって、「精密検査を要する」レベルの貧血である。

**(3) 血色素の数値が9 g/dL以上であれば軽度の貧血と判断されるとの主張について**

ア 被告は、乙B3を引用して、「血色素の数値が9 g/dL以上であれば軽度の貧血と判断される」等と主張する（被告準備書面(2)・6頁・

21行目以下)。

そして、乙B3号証を見ると、「WHOの診断基準では、男性13g/dL、女性12g/dL以下を貧血としているが、高齢者の場合この値を採用すると20%以上の高齢者が該当する。」「Hbが9g/dl以上の軽度の貧血が大部分を占める。」との箇所がマークアップされている(乙B3・1枚目・左の段)。

イ しかし、乙B3号証・1枚目・左の段を正確に引用すると、「WHOの診断基準では、男性13g/dL、女性12g/dL以下を貧血としているが、高齢者の場合この値を採用すると20%以上の高齢者が該当する。」との記載の直後に、「精査治療すべき疾患があると考えられる場合にのみ貧血症として判断すべきであることから、多くの論文では、11～11.5g/dl以下を貧血症として採用している。我々もHb11.5g/dlを採用しているが、これ以上の値であっても赤血球恒数(MCV、MCH)に異常がある場合には、精査が必要である。」と記載されている。

この記載からすると、9g/dL以上の貧血について「軽度」という表現が用いられているものの、少なくとも精査治療を要する程度の貧血であると評価されているものであって、決して見過ごして良いものとされている訳ではない。

被告準備書面(2)・6頁・18行目以下は、抽象的な「軽度」という表現の言葉尻を捉えて印象操作をするに過ぎないものであり、むしろ、被告自身が提出して引用する乙B3号証からしても、亡相嶋のHb10.9g/dLという数値が精査治療を行うべき水準であることが明らかとなっている。

#### (4) 経過観察としたことは不合理でないとの主張について

ア 被告は、■■■■意見書の記載(4～6頁)を引用し、経過観察と

したことは不合理でないと結論付けている（被告準備書面(2)・7～8頁）。また、乙B3号証を見ると、「……老人性貧血と呼ぶことがある。貧血の程度は軽く、Hb10～11g/dlのことが多い。……治療の必要は全くない。経過を観察し、さらにHbの低下を認めた場合に精査する。」との箇所にマークアップが為されている（乙B3・3枚目）。

亡相嶋については治療の必要がない老人性貧血と判断されたものであり、かつ、その判断は合理的であった旨を主張しているものと思われる。

イ しかし、乙B3号証・3枚目を正確に引用すると、「貧血の原因を検索しても何も見つからず、貧血の進行が長期間（年）認められない高齢者の正球性正色素貧血を老人性貧血と呼ぶことがある。貧血の程度は軽く、Hb10～11g/dLのことが多い。骨髄は軽い低形成であり、血球異形成も軽度あり、Epoの増加も認めない例がほとんどである。治療の必要は全くない。経過を観察し、さらにHbの低下を認めた場合に精査する。膠原病やがん、骨髄異形成症候群などが明らかになることがある。」との記載されている（なお、下線は原告代理人による。）。

この記載は、乙B3・1枚目・右の段以降において、貧血症として診断された場合の鑑別診断が列挙される中で、「(2)いわゆる老人性貧血」との項目にて登場するものである。

すなわち、貧血症（乙B3によればHb11.5g/dL以下）と診断された場合、鑑別診断を行った上で、原因が発見されず、かつ貧血の進行が年単位で認められない場合に、はじめて老人性貧血と判断するものとされているのである。

これに対し、本件では、Hb10.9g/dLであるにもかかわらず

鑑別診断が行われず、貧血の進行状況の確認（前医への問合せや、警察署の留置施設に収容された際の検査記録の確認等）もしていないのであって、乙B3の記載からしても、やはり不適切であったことは明らかである。

**(5) 既往症、自覚症状、他の検査結果及び東京拘置所の体制に関する主張について**

被告及び■■■■医師は、経過観察としたことの合理性について、亡相嶋の既往症、自覚症状、他の検査結果及び東京拘置所の体制を挙げている（乙B2・4～5頁、被告準備書面(2)・5～6頁）。

しかし、既往症がないことは現在も疾患がないことを保証するものではないので、全く意味のない主張である（甲B5・第6・2・(2)参照）。

また、■■■■意見書にも記載されているとおり、自覚症状のない疾患が存在するのであるから（乙B2・2頁）、自覚症状がないから「異常ではない」、「精査する必要がない」と判断して良いものではなく、例えば貧血の所見が認められた場合は速やかに鑑別診断を行うなど、慎重な対応が必要となる（甲B5・第1。なお、そもそも診療録に記載がなく、自覚症状の確認は行われていないと考えられる。この点は甲B5・第3・2）。

さらに、被告は他の検査結果及び東京拘置所の体制について縷々述べるが、貧血の鑑別診断として必要な検査は行われていないし、東京拘置所の体制も貧血の原因疾患の進行や全身状態の悪化を食い止めるものではなく、無関係であって、いずれも失当である。

付言すると、貧血が認められる旨や、上記のような検討の上で経過観察と判断したことは、診療録に全く記載されていない。実態としては、単に貧血を見逃したに過ぎないものと考えられる。

(6) 前医へ問合せをしなかったことが不合理でないとの主張について

ア 被告及び[REDACTED]医師は、診療情報提供書ない旨、及び、経過観察とした判断が合理的であるから前医への問合せは必要ない旨を主張する（乙B2・6頁、被告準備書面(2)・8頁）

イ しかし、本書面・第1・2・(4)・イに記載したとおり、経過観察と判断する前提として、鑑別診断とともに、貧血の進行状況の確認が必要であり（乙B3・3枚目）、貧血の進行状況を確認するには、前医への問合せを要するものである。診療情報提供書が提供されないことは本件のように拘置所へ収容された場合は当然のことであるし、そもそも前医へ問合せをしない理由になっていない。

そうでなくとも、東京拘置所に収用される以前に警察署の留置施設に収容された際の検査記録の確認をすることも可能であったはずである（なお、そもそも警察署の留置施設における検査記録が東京拘置所にも交付されていた可能性もある。）。

ウ 通常の医療水準であれば、まずは本人に貧血であることを伝え、以前に貧血と診断されたことがあるかを確認し、貧血と診断されたことがなければ追加の検査とともに、併行して前医へ問い合わせる等して数値の推移を確認すべきものであって、しかもこのような確認は容易なものであるから、これを怠ったことが合理的であるはずがない。

### 3 結論

以上のとおり、令和2年7月10日の血液検査の結果を把握した時点で、前医への問合せ、短期間での再検査、ないし、貧血の原因を調べる検査を行って貧血の鑑別診断を行う義務があったにもかかわらず、東京拘置所病院の医師はいずれも実施せず、同義務に違反した



ものであって、これに対する被告の反論はいずれも失当である。

## 第2 胃痛に対する対応

### 1 原告らの主張

#### (1) 従前の原告らの主張（原告ら第1準備書面・第2・1・(1)・イ、原告ら第2準備書面・第2・1、甲B2・回答1-1及び1-2）

亡相嶋は、令和2年8月28日に「胃痛」を訴え、FK配合散が処方されたところ、1週間後の同年9月4日に胃痛の改善が得られていなかったものであり、医師は、その時点で、問診や腹部の診察を行い、また健胃薬であるFK配合散が効かない胃疾患を検討し、上部消化管内視鏡検査を含む画像検査を行う義務を負っていたにもかかわらず、FK配合散が定期処方に追加されており、その他、何らの診察・治療も行われず（乙A1の1・3頁）、同義務に違反した。

#### (2) 貧血も踏まえた対応

ア 既に述べたとおり、亡相嶋には7月10日の時点で明らかな貧血が認められていたところ、後述（本書面・第3・2・(1)）のとおり、成人男性における貧血は消化管出血を強く疑わせる症状である。これに加え、亡相嶋は令和2年8月28日に「胃痛」（心窩部痛）を訴えるに至っているのであるから、この時点で上部消化管（もっと言うと痛みの出ている胃）の出血を想定して画像検査を行うべきであった（甲B5・第5・2）。

FK配合散は、消化管潰瘍を悪化させる可能性があるため、同疾患のある患者には慎重投与とされている（乙B2・資料2）。このように、疾患によっては投薬で悪化するリスクもある。この点からも、上部消化管出血が強く疑われるに至った状況において、まずも

って内視鏡検査などで出血の有無及び原因を確認しなければならなかったことは明らかである。

成人男性に精査治療が必要なレベルの貧血が認められ、しかもその患者が胃痛（心窩部痛）を訴えているにもかかわらず、内視鏡検査等による原因の確認すら行われていないことは、明らかに通常の医療水準を下回る不適切極まりない医療行為である。

イ 百歩譲っても、上記の事実関係に加えて健胃薬で胃症状が改善しないことが判明した9月4日の段階では、どれだけ遅くとも画像検査を行うとの判断をしなければならなかった（甲B5・第5・2）。

成人男性における精査治療が必要なレベルの貧血、胃痛（心窩部痛）の訴えに、さらには健胃薬で改善しないという状況において、画像検査すら実施せず健胃薬のみで放置するなどという判断は到底理解できない。

ウ なお、仮に貧血の点を措いたとしても、■■■■医師の前回の意見書（甲B2。以下「■■■■意見書1」）にも、■■■■意見書2にも記載のとおり、健胃薬で改善しない上腹部症状がある場合、画像検査を行うことは医師として通常の判断であり、9月4日には画像検査を行うとの判断をすべきであったし、医師としては、胃痛に対して、眼瞼結膜の診察等の身体診察や、体重、痛みの起こり方、痛みの内容、持続時間等の問診を行い、具体的な症状を把握しなければならず、これらを行っていればやはり遅くとも9月4日には同様の判断をすることができたはずである（甲B2・回答1-1・(3)、甲B5・第5・2）。

## 2 被告の主張に対する反論

(1) 亡相嶋がF K配合散の継続処方を申し出たから定期処方とした旨の主張について

ア 被告は、9月4日に亡相嶋からF K配合散の処方を継続してほしい旨の申し出があった旨、8月28日及び9月4日の診療録には「胃痛」とのみ記載されており程度については記載がないから「胃痛が改善されていなかった」とまでは認められない旨、亡相嶋からF K配合散が効かない等の申出がなかったため同薬剤を定期処方とした旨を主張する（被告準備書面(2)・11頁・(2)・イ。■■■■意見書乙B2・第5にも同趣旨が記載されている。).

イ しかし、8月28日に胃痛に対してF K配合散を開始し、9月4日も診療録に「胃痛」と記載されF K配合散を定期処方とされているところ、診療録には亡相嶋からF K配合散を継続処方してほしい旨の申出があったとの記載がない以上、そのような申出はなかったものと解される（甲B5・第5・1）。

ウ また、仮にそのような申出があったとしても、「胃痛」が残っているから何らかの薬を希望したまでのことと考えるのが合理的であって、さらに症状が残っているのであるから効果は不十分と解釈するのが医師として通常である（甲B5・第5・1）。

■■■■医師も指摘するとおり、「処方の継続」＝「患者からの希望」＝「効果あるものと判断する」というのは無理があり、「他の薬剤を処方してほしいなどの申出がない限り、継続して処方する」という医療体質は問題があるものであって（甲B5・第5・1）、合理的な判断とは到底いえない。

(2) ■■■■意見書1に対する指摘について

■■■■意見書では、「この点、■■■■意見書では、同年9月4日の時点で、上部消化管内視鏡検査、CT検査を実施すべきであった（甲B

2・回答1－2・(4)4ページ)としているが、FK配合散を処方してから1週間後に、明らかな体調不良の訴えがなく、同薬剤の継続処方を希望する被収容者に対して、直ちにこのような検査をする必要性はないと考える。このように■■■■意見書は、飽くまでも亡相嶋が胃がんで死亡したとする結果論を述べているにすぎず、この時点で『胃痛』＝『胃がん』であると直結すること、また、直ちに上記の検査をしなければならないという判断は、医師として否定的である。」と記載されている(乙B2・8頁・9行目以下)。

しかし、■■■■医師は「胃痛」＝「胃がん」と直結させているものではないし、既述のとおり、健胃薬で症状の改善が認められない上腹部症状がある以上、原因を特定するため画像検査を行うことは、医師として通常行うべき医療行為であるから(本書面・第2・1・(2)・ウ)、■■■■意見書の上記記載は失当である。

また、この点も既述のとおり、適切な診察・問診を行っていれば、内視鏡検査を行うとの判断ができたはずであった(本書面・第2・1・(2)・ウ)。

付言すると、上記は貧血をさて措いたとしても9月4日に画像検査をすべきであったとの指摘であり、もし東京拘置所の医師が貧血を見逃していなければ、8月28日ないし9月4日の時点で画像検査を行わないことなど尚のことあり得ないものである(本書面・第2・1・(2)・ア及びイ)。

### (3) その他の主張について

被告準備書面(2)・11頁・(2)には、胃に関する既往症がなかった旨の主張が散見されるが、既述のとおり、既往症が関係ないことは現在も疾患がないことを保証するものではないし、そもそも本件では消化管出血を疑わせる成人男性の貧血が認められているのであって、

失当である。

また、被告準備書面(2)・11頁・(2)には、亡相嶋特筆すべき申出がなかった旨の記載もあるが、患者が医療上重要な症状・所見を理解して申し出ることとは不可能であり、医師が身体診察や問診で把握すべき事柄であって、それを怠ったことが医師の責任を免れさせる理由にはなり得ない（なお、そもそも、身体診察・問診を待たず、貧血及び胃痛またはこれらに加え健胃薬で改善しないことから、画像検査を行うと判断すべきであったことは既述のとおり。）。

### 3 結論

以上のとおり、亡相嶋が「胃痛」（心窩部痛）を訴えるに至り令和2年8月28日、またはどれだけ遅くとも健胃薬で胃症状が改善しないことが判明した9月4日の時点で、画像検査を行う義務があったにもかかわらず、東京拘置所病院の医師はいずれも実施せず、同義務に違反したものであって、これに対する被告の反論はいずれも失当である。

## 第3 上記義務違反（本書面・第1及び第2）と結果との間の因果関係

### 1 被告準備書面(2)記載の主張の概要

被告は、大要、以下のとおり主張し、亡相嶋が令和3年2月7日の時点においてなお生存できたか不明である旨を主張する。

- ① 7月10日の血液検査の結果に対し鑑別診断等が行われ、または、9月4日の時点で問診及び内視鏡検査等の画像検査が行われていたとしても、胃がんを発見できたか不明である（被告準備書面

- (2)・9頁・12行目～16行目、同13頁・7行目以下)。
- ②原告らが指摘するECOGPSは信頼性・妥当性について十分に検討されているとはいえず、主観による部分が多い(被告準備書面(2)・9頁・16行目～20行目)。
- ③亡相嶋が運動を計37回、入浴を計44回行っており、また日常生活に支障がなかった(被告準備書面(2)・9頁・最終行以下)
- ④8月上旬、9月上旬、10月14日及び11月6日の時点における亡相嶋のECOGPSの程度は不明である(被告準備書面(2)・10頁・6～13行目、同13頁・12行目以下)。

2 ①7月10日の血液検査の結果に対し鑑別診断等が行われ、または、9月4日の時点で問診及び内視鏡検査等の画像検査が行われていたとしても、胃がんを発見できたか不明である(被告準備書面(2)・9頁・12行目～16行目、同13頁・7行目以下)との主張について

- (1) 原告らは、7月10日の血液検査の結果(血色素量10.9g/dL)に対し、問診やスクリーニング検査(血清鉄(Fe)、フェリチン等の検査)、7月中の再血液検査、前医への問合せを行ってれば、遅くとも8月上旬には内視鏡検査が計画・実施されていた旨を主張した(原告ら第1準備書面・第2・1・(1)、原告ら第2準備書面・第1・1、甲B2・回答1-1・(1)～(2)、同回答1-2・(1)～(3))。

これに対し、被告らは、これらを行っても8月上旬に内視鏡検査が行われたか不明であると主張している。

しかし、成人男性における貧血では、まずもって消化管出血が疑われる。この点は、■■■■意見書1で指摘され(甲B2・回答1-2・(5))、また同意見書で引用されている論文でも指摘されているとおりであ

る（甲B2・文献3及び文献4。和訳は甲B4・8～21枚目）。また、甲B2号証・文献1でも、「消化器疾患は、高齢者の鉄欠乏性貧血の最も一般的な原因であるため、リスク・ベネフィット比と予後を考慮し、精密診断には内視鏡検査を含めるべきである。」とされ（和訳甲B4・5枚目）、乙B3号証でも、消化器悪性腫瘍を含む消化器疾患や癌が高い割合を占めることが指摘されている（乙B3・2枚目・表1）。これらに限らず、医学書やインターネット記事などを含め、至る所で指摘されている一般論である（例えば甲B5）。

他の検査を含む鑑別診断により原因が見つからなければ、内視鏡検査を実施すべきことは明らかであり、仮にこれを実施せず放置したらそれ自体問題であって、亡相嶋の貧血が見逃されなければ、          意見書1に記載されているとおり、8月上旬には内視鏡検査が実施されたものである（甲B2・回答1-2・(3)）

(2) また、被告は、仮に8月上旬、または「胃痛」の訴えの後の9月上旬に内視鏡検査を実施しても、胃がんが発見されたか不明とも主張している。

しかし、亡相嶋の血色素量は、2月10日の血液検査では13.9 g/dLであったにもかかわらず（甲A3・26頁）、7月10日には10.9 g/dLであった。短期間にHb値が78%に減少するというのは極めて異常であって（甲B2・回答1-2・(2)）、この時点で既に胃に潰瘍が発生し出血していたことは明らかである。

そうである以上、内視鏡検査を実施していれば、本件で10月1日に実施されたのと同じく、胃の潰瘍（及び出血）が発見され、病理検査にて悪性腫瘍が判明したこともまた明らかである。

被告の主張では、7月10日に上記のような貧血の進行がありながら潰瘍及びそこからの出血がなく、かつ、そうであるにもかかわらず

ず10月1の時点では「胃の前庭部から幽門部に拡がる大きな潰瘍」(乙A1の2・7頁)が発生していたということになるが、そのようなことは医学上到底あり得ない。

- (3) 上記の被告の主張は、いずれも医療上または医学的にそのようなことがあり得ると真に主張しているのかすら疑問であって、失当である。

**3 ②原告らが指摘するECOGPSは信頼性・妥当性について十分に検討されているとはいえず、主観による部分が大きい(被告準備書面(2)・9頁・16行目～20行目)との主張について**

被告は、ECOGPS、信頼性・妥当性を欠くかのように述べるが、日本胃癌学会による胃癌治療ガイドライン2021年7月改訂第6版(甲B5参考資料②)においても、切除不能進行胃癌に対する化学療法の実施の原則としてECOGPSが基準として採用されているとおり(甲B5・第8・3、同参考資料②)、その信頼性・妥当性は医学上承認されているものである。

また、主観的な部分が大きいとの指摘は、そのため信頼性を欠くとの趣旨と思われるが、ECOGPSは極めて明確にスコア化されており、主観的な尺度が用いられているという一事を以て信頼性を欠くと評価されるものではない(甲B5・第8・1)。だからこそ、上記のとおり日本胃癌学会による胃癌治療ガイドラインにて基準として採用されているものである。

**4 ③亡相嶋が運動を計37回、入浴を計44回行っており、また日常生活に支障がなかった(被告準備書面(2)・9頁・最終行以下)との主張について**



ECOGPSは、その時々の状態の評価であるため、運動を計37回、入浴を計44回行ったなどの過去の事項から、亡相嶋の11月も時点でのECOGPSが不明である、またはECOGPS2や3に至っていなかったといえるものではなく、むしろ、乙A6によると、従前は頻繁に行われていた運動が10月中旬からは行われなくなり、ECOGPSが悪化していることが認められる(乙C6、甲B5・第8・2)。

5 ④8月上旬、9月上旬、10月14日及び11月6日の時点における亡相嶋のECOGPSの程度は不明である(被告準備書面(2)・10頁・6～13行目、同13頁・12行目以下)との主張について

(1) ■■■意見書2のとおり、亡相嶋は■■■■病院へ来院した時点で歩行や移動に支えや介助が必要な状態であって、長距離の移動には車いすを用いていたことから、「限られた自分の身の回りのことしかできない」状態であってPS2以上に該当することは明らかである(甲B5・第8・1)。

実際、亡相嶋は、9月25日、血色素量5.1g/dLであり、東京拘置所病院の医師により重度の貧血と診断され(乙A1の2・4)、心電図検査にて重度の貧血による虚血性変化が認められるという極めて危険な状態となった後(甲B2・回答1-1・(6))、9月28日は血色素量5.8g/dL(乙A4の1・4頁)、10月5日は血色素量9.5g/dL(乙A4の1・8頁)、10月21日には体調不良により面会室から車椅子で帰室(乙A3・2頁)、11月2日は血色素量6.6g/dL(乙A4の1・9頁)と、重度の貧血状態かつ体調不良状態が長期間継続した上で、11月6日の■■■■病院入院時も血色素量(ヘモグロビン値)5.6g/dLという9月25日と同水準の重

度の貧血状態であり（甲A5・2頁上部）、「進行胃癌および病変からの出血による貧血が著しい（Hb5.6L）。輸血が必要なレベルと考えられ、本日の入院とする。」とされ（甲A5・15頁）、「車椅子にてレントゲン、心電図検査施行後中央処置室へ移動する」（甲A5・15頁）、「車椅子で入室」（甲A5・15頁）、「貧血高度にて移動介助」（甲A5・17頁）、「倦怠感著明であり、活気なし」（甲A5・17頁）という状態であった。

このように、亡相嶋が ██████████ 病院に入院した11月6日の時点で、同人の全身状態が極めて悪化していたことは明白である。

なお、亡相嶋が医師に対して貧血症状を訴えた9月25日より1～2ヶ月程度前の8月上旬や9月上旬において、亡相嶋のECOGPSが悪化していた兆候はない。

- (2) そして、ECOGPSの良い状態で化学療法を実施できた場合には、ECOGPS不良状態で実施した化学療法よりも予後が良くなることは、██████意見書1及びこれに添付した5つの科学的論文に示されているとおりであり（甲B2・回答1～3及び文献5～9。甲B5・第8・3。）、亡相嶋について、進行胃癌からの出血に基づく下血（黒色便）が出現する前に発見されて、全身状態の良い状態で化学療法が実施されていたならば余命が伸びていたであろうことは、これら多くの科学的な臨床研究で証明されているとおりである（甲B5・第8・4）。
- (3) そもそも、これらの██████意見書及び引用文献のポイントは、全身状態が良い状態で治療を開始した場合、全身状態が悪い状態で治療を開始した場合と比較して、予後が良好であり余命が伸張されることである。

上記のように、9月25日に血色素量5.1g/dL・心電図に虚血性

変化発生、9月28日は5.8 g/dL、10月5日は血色素量9.5 g/dL、11月2日は6.6 g/dL と、重度の貧血状態が長期間継続し、11月6日には5.6 g/dL・車椅子移動・貧血高度にて移動介助・倦怠感著明で活気なしという状態であったことから、亡相嶋の全身状態が悪化していたことは明らかであって、むしろ、このような経過から身体がダメージを受けないことは考えられないし、約1か月半にわたる重度貧血の継続による全身状態の悪化が予後に影響を与えないはずがない。

だからこそ、          医師は、亡相嶋について、全身状態の良い状態で化学療法が実施されていたならば余命が伸びていたであろうことは、これら多くの科学的な臨床研究で証明されているとおりの旨を結論付けているのである（甲B5・第8・4）。

## 6 結論

以上のとおり、上記義務違反（本書面・第1及び第2）がなければ、亡相嶋の余命が伸びていたことは明白であり、当該義務違反と結果との間に相当因果関係が認められるものであって、これに対する被告の反論はいずれも失当である。

## 第4 説明義務違反

1 被告は、被告準備書面(1)及び(2)にて、刑事施設の医師が被収容者である患者に対し、転医先医療機関や転医の予定時期等を説明しなければならないとする法令上の根拠までは見当たらないと繰り返している（被告準備書面(1)・27頁・4～8行目、被告準備書面(2)・22頁・9行目以下）。

2 この点、被告自身が述べているとおり、「被収容者は、行動の自由を制限され、生活全般にわたって規制を受けており、その生命及び健康の維持を被収容者の自助努力のみで行うことは困難であることから、刑事施設は、被収容者の生命及び健康を維持するための責務を有することになる。」ものであるし（被告準備書面(1)・19頁・7～10行目）、「刑事施設における医療においても、医療法規の適用があることからすれば、刑事施設の長は、法律上、被収容者に対し、一般の病院・診療所に求められている水準の医療上の措置が講じられなければならないというべきである。」（被告準備書面(1)・19頁・22～25行目）。

また、被告は、「一般論として、刑事収容施設における医療行為についても、同施設の医師は、患者たる被収容者に対して、その自己決定権を保障するために説明義務を負う」と認められている（被告準備書面(1)・21頁・23～25行目）。

3 そして、転医先や転医時期は、病院及び医師における「処置及び治療の方針」に含まれるものであり、説明義務の範囲に含まれる（甲B2・回答2参照）。

被告は、上記の引用部分に続き、「刑事収容施設内での医療行為には、収容目的を全うさせるのに必要な被収容者の健康状態の維持を図るために行われるという側面もあり、被収容者の自己決定権も一定の限度で制約されるという特殊性があるため、それに応じて説明義務の内容及び程度にも、一般の医療行為の場合と異なる部分が生じるものというべきである。」とも述べるが（被告準備書面(1)・21頁・最終行～同22頁・4行目）、この点も被告が述べるとおり、被

収容者がその生命及び健康の維持を被収容者の自助努力のみで行うことは困難であるため、被収容者が刑事施設において行い得ない治療を受けるには、外部病院に転医するか、そうでなければ法的手続により身体拘束から解放されて通院するか、いずれかしかない。

このような刑事収容施設の特性を考慮すると、むしろ、転医に関する説明は、被収容者が必要最低限の医療を受けるため必須であって、刑事施設の被収容者の生命及び健康を維持する責務として、及び、患者たる被収容者の自己決定権を保障するため、医師の説明義務の範囲に含まれるものと解すべきである。

4 さらに、被告は、「説明義務の内容等について検討する際には、医師と患者との信頼関係が必ずしも形成されていないこと、自殺企図、詐病、薬物依存等の可能性があることなど、矯正医療の特殊性をも考慮すべきである。」(被告準備書面(1)・22頁・5～7行目)、「刑事施設に比べ、人的・物的戒護力がぜい弱な外部医療機関等への押送に係る具体的情報を事前に患者本人に知らせることは、押送中における身柄奪取や、法令で規律される範囲を超える外部者との接触を可能ならしめ、拘禁施設に要請される収容の確保をはじめとする諸機能に重大な支障を及ぼすおそれがあることが明白であり、告知した場合の弊害が大きいといわざるを得ない」(被告準備書面(1)・27頁・8～13行目)とも主張する。

しかし、少なくとも本件では、本人が専門的治療を願い出ていることから自殺企図は認められないし、血液検査や内視鏡検査等から十分に症状と合致する客観的所見があることから、そもそも詐病などあり得ない。薬物依存についても、そもそも本件は薬物事犯でないし、薬物依存を窺わせる事情も全くない(なお、亡相嶋は受刑者ではなく、

矯正医療の対象ではない。)

また、押送中における身柄奪取などという考慮が必要な事案でもない。

その他、弊害があるというのであれば、転医先の具体的な医療機関名は伏せ、かつ、日時を明確にせず、診療科やおおよその時期を説明することで回避することも可能である。

よって、被告が主張する事情は、本件において、転医に関する説明を、一切しないことを正当化する理由にはならない。

- 5 以上のとおり、少なくとも本件において、亡相嶋に対し転医にかかる説明が一切行われていないことは、上記説明義務に違反するものである。

## 第5 令和2年9月25日以降の医療行為について

### 1 9月25日の診察について

- (1) ■■■意見書では、2単位の輸血をしたことや、F K配合散を処方したこと等をもって、適切な医療上の措置を執ったものと記載されており（乙B2・9～10頁）、被告も同趣旨を主張している（被告準備書面(2)・14～15頁）。

しかし、後述（本書面・第5・6）のとおり、同日の輸血量は明らかに不十分であって、これが亡相嶋の全身状態の悪化に拍車をかけたものである。

また、9月25日に至ってもなおF K配合散を継続処方としたことについて、■■■意見書では「亡相嶋には同日時点で飽くまでも消化管出血の疑いがあったのみ」であるから同薬剤の処方是不適切ではなかったとしている（乙B2・10頁・7行目以下）。

しかし、7月10日の明らかな貧血、8月28日の胃痛（心窩部痛）の訴え、さらには9月25日の極めて重度な貧血といった経過により、上部消化管出血と診断することは容易で疑いの余地のないことであって、この期に及んで潰瘍に対して慎重投与であるFK配合散を継続処方とした判断は明白に誤りである（甲B5・第6・1・(3)）。

(2) ■■■意見書には、同日のBUN/クレアチニン比から、この時点において、亡相嶋に消化管出血があったと断定することはできず、緊急に内視鏡検査を実施する必要性もなかったと考えると記載され（乙B2・9頁・17行目以下）、被告準備書面(2)・14頁でもBUN/クレアチニン比に関する指摘があるが、診療録にはこれに対応する内容の記載がなく、東京拘置所病院の医師がこのような検討をしたことの裏付けになるものではない（甲B5・第6・1・(1)）。その点を措くとしても、同日、亡相嶋は重度の貧血状態であり（Hb5.1g/dl）、心電図上広範囲の心筋虚血を示唆する所見が得られており、かつ、胃痛、食欲不振、ふらつきといった症状が把握されていたものであって、上部消化管の病変が強く疑われる状態であり、内視鏡検査を要したことは明らかである。

(3) 同日の心電図検査において、虚血性変化が認められていたが、■■■■意見書では、「息苦しいなどの訴えがないから極めて危険な状態であったとは認められないから、虚血性変化に対して直ちに何らかの治療を要するものではなかったと考える。」と記載され（乙B2・9頁・最終行以降）、被告もこれを引用している（被告準備書面(2)・15頁・17行目以降）。

しかし、同日の虚血性変化は、いつ急性心筋梗塞を発症してもおかしくないことを意味し、直ちにその原因を究明して処置を講じなければならない危険な状態であり、■■■■意見書及び被告準備書面の

記載では、消化管出血に伴って心電図に虚血性変化が現れることの重要性や意味が全く理解されていない。

被告は、「仮に亡相嶋から息苦しいなどの症状の訴えがあれば、医師、看護師、准看護師または居室担当職員が直ちに対応することが可能であった」と述べるが（被告準備書面(2)・15頁・22行目以下）、心筋梗塞が発症すると、極めて専門性が高い循環器系の一刻を争う適切な治療が必要であるところ、東京拘置所病院においてこのような緊急かつ極めて専門性が高い循環器系の医療を提供できないことは明らかである。

よって、症状のない段階から原因究明と処置を開始しなければならなかったものであり（以上、甲B5・第6・1・(2)）、速やかに内視鏡検査を含む画像検査が行われなかったことは不適切である。

- (4) その他、被告準備書面(2)・14～16頁には、9月25日の時点で上部消化管出血と判断すべき事情はなかった旨の記載が散見されるが、既述のとおり、7月10日時点から明らかな貧血があり、8月28日の胃痛（心窩部痛）を訴え健胃薬で改善せず、さらには9月25日に極めて重篤な貧血を生じたという経過により、上部消化管出血と診断することは容易で疑いの余地のないことであった（甲B5・第6・1・(3)）。
- (5) また、本件のように急激な貧血の進行が認められた場合、消化管出血を鑑別にまず対一に考えなければならないところ（特に本件のようにストレスの多い環境で胃痛の多い集団においては尚のことである）、上部消化管出血の所見である黒色便の有無を確認しておらず、この点でも不適切である（甲B5・第6・1・(1)）。
- (6) さらに、被告は、原告がガイドライン（甲B3・4頁）を示して24時間以内の緊急内視鏡検査が必要であった旨を指摘したことに対



し、「医師が同ガイドラインで推奨される措置を講じない限り、当該医師の医療上の措置が不適切となるものとは解されない。」と主張するが（被告準備書面(2)・15頁）、ガイドラインに従わない合理的な理由が主張立証されない限り不適切と解されることは多言を要しない（なお、同ガイドラインでは、「上部消化管出血が疑われる患者に対する緊急内視鏡は24時間以内に行う」ことが推奨されているところ、9月25日の時点で上部消化管出血が強く疑われたことは既述のとおり。）。

### 3 9月28日の診察について

- (1) 同日の血液検査では血色素量（Hb値）が5.8 g/dLであったところ、■■■■意見書では、9月25日から低下していないため経過観察することにしたとされている（乙B2・11頁・8行目以下）。

しかし、輸血しても血色素量が上昇していないことは、輸血した量に相当する血液が出血して失われたことを意味し、消化管出血が持続していると解釈しなければならず、同日中に輸血が実施されていなければならないものであって、上記■■■■意見書の記載は明確に誤りである（甲B5・第6・2・(1)）。

同時に、この時点で絶食として点滴による全身管理を開始すべきであったが（甲B5・第6・4）、これが実施されたのは9月30日の昼食からであり、この点も不適切であった。

- (2) ■■■■意見書では、「東京拘置所の医師は、同診察時において、亡相嶋から、黒色便はあるものの、消化管出血及び胃潰瘍の既往歴がないことを確認した」と記載されているが（乙B2・11頁・15行目以下）、既往がないことが現在もこれらの疾患がないこと保証するものではない（甲B5・第6・2・(2)）。むしろ、それまで経過から上

部消化管出血と診断されることに疑いの余地もないことは既述のとおりであり、速やかに内視鏡検査が実施されるべきであった。

- (3) さらに、血液検査において血清鉄（F e）やフェリチンの低値が確認されているにも関わらず、鉄を補うなどの貧血に対する治療を行っていないことも不適切である（甲 B 5・第 6・2・(3)）。

#### 4 9月29日の診察について

■■■■意見書では、同日、黒色有形便を確認したと記載されているが（乙 B 2・11頁・23行目以下）、この点については看護記録（乙 A 3）に記載されているのみで、診療録には記載がない。東京拘置所病院の診療録（乙 A 1）には、このように重要な内容の記載漏れが多数存在する（甲 B 5・第 6・3）。

#### 5 9月30日、10月1日及び同月2日の診察について

- (1) 亡相嶋に対し、9月30日及び10月1日に、それぞれ輸血2単位が実施されているところ、この点について■■■■意見書では何ら問題視されていない。しかし、亡相嶋は、遅くとも9月28日には輸血しなければならない危険な状態であったものであり（甲 B 5・第 6・4）、■■■■意見書では輸血の遅滞が見逃されている。
- (2) また、■■■■意見書には、10月2日にラコールが処方されたことについて、「■■■■病院においても胃がんが進行していた亡相嶋に対し、ラコールと同様の効能のある経腸栄養剤であるエンシュアリキッドが処方されていることから、東京拘置所の医師が亡相嶋にラコールを処方した判断は適切であったと考える。」と記載されている（乙 B 2・14頁9行目以下）。

しかし、再出血の可能性が高い段階でラコールを処方することは

再出血のリスクを高める行為であり不適切である（甲B2・回答1-1・(8)）。これに対し、                    病院では、胃がんからの出血が止まっていることを確認の上、エンシュアリキッドが処方されたものである（甲B5・第6・5）。

## 6 亡相嶋に対する輸血量の評価について

- (1) 原告ら第1準備書面、第2準備書面で主張したとおり、9月25日に実施された血液検査では血色素（ヘモグロビン量）が5.1 g/dlと非常に低値であり、かつ、同日の心電図検査では虚血性変化が認められており、極めて危険な状態であるにもかかわらず、輸血2u（400 ml）という明らかに不十分な量しか輸血されなかった（甲B2・回答1-1・(6)）。なお、体重66 kgの患者で血色素量10 g/dLを目標とするならば、少なくとも8単位（1600 ml）の輸血を行なう必要があった。日本赤十字社赤血球製剤投与早見表 ([https://www.jrc.or.jp/mr/blood\\_product/about/red\\_blood\\_cell/](https://www.jrc.or.jp/mr/blood_product/about/red_blood_cell/))。

また、最初の輸血から3日後である令和3年9月28日に実施された血液検査においても血色素（ヘモグロビン量）が未だ低値（5.8 g/dl）であり改善が乏しかったことから、消化管出血が持続していると判断され、さらに黒色便から活動性出血が続いていることが裏付けられているところ、この時点で追加の輸血を実施する必要があったが（内臓の機能を維持し、再出血が生じた場合でも出血性ショックを回避するため、少なくともヘモグロビン量を8.0 g/dl以上に保つ必要があった。）、令和3年9月30日まで追加の輸血が行われなかった（甲B2・回答1-1・(6)～(7)）。

- (2) これに対し、被告は、                    意見書を引用し、「高度の貧血の場合には、一般に1～2単位／2の輸血量が推奨されており、循環血漿量

が増加するなどして、心臓に負担がかかるため、一度に大量の輸血を行うと心不全、肺水腫をきたすことがあることからすれば、東京拘置所の医師が、同日亡相嶋に対して2単位（400ml）の輸血処置を行ったことは適切である（乙B2・14及び15ページ、乙B8）。」と主張する（被告準備書面(2)・17ページ）。

しかし、「血液製剤の使用指針 平成17年9月（平成28年6月一部改正）厚生労働省医薬・生活衛生局血液対策課」（乙B8）のうち、被告及び■■■■意見書が引用している「高度の貧血の場合には、一般に1～2単位/日の輸血量とする。」との記載は、使用指針の1）慢性貧血に対する適応（主として内科的適応）[血液疾患に伴う貧血]に対するものであり、亡相嶋氏のように活動性の消化管出血には全く当てはまらない（甲B5・第7）。

少なくとも本件の消化管出血に引用部分が当てはまらないことは、被告も■■■■医師も当然認識しているはずであり、なぜ上記のような主張をするのか甚だ疑問である。

- (3) さらに、被告は、「令和2年9月28日の亡相嶋の血色素の数値は5.8g/dlであったものの、亡相嶋は、同日の診察時には調子が若干良くなったと述べ、翌29日の診察時には調子が改善し、室内歩行しやすいと述べていたことからすれば、同月30日まで追加の輸血をしなかった東京拘置所の医師の判断が不適切とはいえない」と主張する（被告準備書面(2)・17ページ15行目以下）。

しかし、被告自身が提出した乙B8のうち、「2）急性出血に対する適応（主として外科的適応）」には、Hb値が6g/dL以下であれば輸血はほぼ必須とされていると明記されており、Hb値5.8g/dLであった亡相嶋に輸血を行っていないことは不適切あることが明らかとなっている（甲B5・第7）。

そもそも、9月25日に2単位の輸血が実施されていますが、9月28日の血液検査で貧血が改善していないことから、輸血量が不足していることは医学的に明白であるし、輸血した量に相当する血液が出血によって失われている（すなわち、活動性の消化管出血が持続している）ことを意味するから、9月28日の時点で輸血が為されなかったことも明らかに不適切である（甲B5・第7）。

- (4) 被告は、血圧や歩行状況等を指摘するが、これらが輸血量を決めることはない。その他、輸血後の心電図上の虚血性変化の改善確認をしていないことも不適切である。（甲B5・第7）。

## 7 まとめ

以上のとおり、9月25日以降も、東京拘置所病院の医師の医療行為には不適切な点が多数認められ、これが亡相嶋の全身状態を悪化させ、その後の治療にも関らず生命予後悪くした要因の一つになったと考えられる（甲B5・第7）。

以上