

副本

令和4年(ワ)第30955号 国家賠償請求事件

原告 相嶋 [REDACTED] ほか2名

被告 国

準備書面 (3)

令和5年12月26日

東京地方裁判所民事第30部合議2A係 御中

被告指定代理人

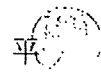
江 原 謙



古 川 善



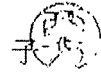
西 方 俊



古 瀧 孝



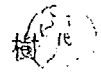
五十嵐 雅



内 城



小 松 裕



鮎 川 真



三 好



被告は、本準備書面において、原告らの令和5年10月18日付け第3準備書面（以下「原告第3準備書面」という。）における主張に対して必要と認める範囲で反論するとともに、従前の主張を補充する。

また、略語等は、本書面で新たに用いるもののほか、従前の例による。

第1 東京拘置所の医師の亡相嶋に対する医療上の措置に不合理、不適切な点はなかったこと

1 東京拘置所において要求される医療水準について

(1) 被告準備書面(1)第3の3(19ないし21ページ)で述べたとおり、個々の被収容者の症状等に対し、いかなる医療措置を講じるかという判断は、医学に精通し、かつ、当該被収容者の素質及び病状等を十分に把握している刑事施設の医師等の補助を受けた刑事施設の長の専門的、技術的判断に基づく合理的裁量に委ねられているものと解するのが相当であって、刑事施設の医師等の補助を受けた刑事施設の長の医療裁量行為が当該刑事施設の性質等を考慮して決定されるべき医療水準に照らし範囲を逸脱し、著しく妥当性を欠くようなものでない限り、当該医療行為は、国賠法1条1項の適用上違法とは評価されないというべきである。

(2) 矯正施設においては、その規模や機能に応じて、医務部医務課等の組織が設けられており、矯正医官、看護師、准看護師等の医療従事者が配置されているが、矯正医官については近年、定員割れの状況にあって、矯正医療の現状を理解する外部の一般医師を確保することは困難な状況にある上、各種の専門医を確保することは更に困難な状況にあり、このことは、東京拘置所も例外ではない(乙C7)。

東京拘置所の医療体制については、被告準備書面(1)第2の2(6及び7ページ)で述べたとおりであり、医師免許を有する職員の専門分野の内訳は、外科2名、内科4名、腎臓内科1名、精神科1名、神経内科1名であるから、

被収容者が罹患するあらゆる疾病に対応することができるほどの専門医が配置されているわけではなく、また、ある被収容者の疾病に対応する専門医が配置されていたとしても、東京拘置所以外の医療機関と兼務している医師が多いため、当該被収容者が常に専門医による診療を受けられるわけではない。

また、令和4年1月1日から同年12月31日までの期間（土日祝日を除く）における東京拘置所の新規入所者数は、合計3922名であり（乙C8）、1日当たりの平均新規入所者数は約16名（年間3922名÷平日245日）であるところ、新規入所者に対して必ず行われている入所時健康診断については、東京拘置所の医師1名で対応している（乙B2・3ページ参照）。さらに、東京拘置所においては、令和4年の1年間で合計2万0365名もの被収容者の診察を実施している（乙C8）。

以上によれば、東京拘置所の医師は、専門分野か否かにかかわらず、被収容者の診療を担当する必要がある上、上記のように限られた数の医師が、多数の被収容者の診療を行う必要があることからすれば、東京拘置所の医師に求められる医療水準については、一般内科の医師が求められる医療水準を基準に考えるべきである（乙B10・2ページ）。

2 令和2年7月10日時点において、亡相嶋について経過観察とした東京拘置所の医師の判断に不合理な点は認められないこと

- (1) 原告らは、被告が、 医師が作成した令和5年8月18日付け意見書（以下 意見書」という。乙B2）に基づいて「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1.0g/dL台を示すことがよく見られる。」と主張したことに対し、 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、何ら裏付け資料もないこと、「厚生労働省 令和元年国民健康・栄養調査報告」（甲B5・参考資料①）でも、65歳以上74歳以下の男性の血色素量10.0～10.9g/dL該当者は僅かに0.6%であり、1

0.9g/dLは、極めて稀な水準の貧血であって、「精密検査を要する」レベルの貧血であり、亡相嶋について経過観察とした東京拘置所の医師の判断が不適切であった旨主張する（原告第3準備書面・3ないし7ページ）。

しかしながら、東京拘置所において令和4年1月1日から同年12月31日までの期間における65歳以上74歳以下の男性被収容者の血液検査結果について調査した結果（乙C9）、血色素の数値が10.9g/dL以下の男性被収容者の割合は約5.6%であり、東京拘置所においては、令和2年7月10日時点における亡相嶋の血色素の数値（10.9g/dL）が、原告らが主張するような極めて稀な水準（0.6%）の貧血ではないことは明らかである。

このように、刑事施設では、社会一般の医療よりも貧血を目にすることが多いことに加え、一般内科の医師を基準に考えると、東京拘置所の医師においては、どのような患者（被収容者）であっても、血色素の数値が10.9g/dLという結果から、直ちに（具体的には1、2か月以内に）当該患者の精査を行うとの判断をすることまでは求められないというべきである（乙B10・2及び3ページ）。

そうすると、被告の令和5年8月24日付け準備書面(2)（以下「被告準備書面(2)」という。）第4の1(2)イ（7ページ）で述べたとおり、令和2年7月10日の血液検査の結果、亡相嶋の血色素の数値は10.9g/dLであり、軽度の貧血が認められた（乙A4の2）が、亡相嶋が当時71歳と高齢であり、東京拘置所において、高齢の被収容者が亡相嶋と同程度の血色素の数値を示すことはよく見られること、入所時健康診断や入所翌日に実施した心電図検査、胸部・腹部X線検査の結果、亡相嶋には特段の異常所見は認められなかったこと（乙A1の1、1の2・各2ページ）、亡相嶋からは、入所時（令和2年7月7日）から同月10日までの間に、ふらつきや息切れなどの貧血症状の訴えがなかったこと、さらに、東京拘置所の医師が把握した

亡相嶋の既往歴は、高血圧、糖尿病、高脂血症、排尿障害、ドライアイであり、貧血との関係で、精査を必要とする疾患が認められなかったことなどを踏まえ、亡相嶋について、3か月後に再検査を実施するとした東京拘置所の医師の判断に不合理な点は認められない（乙B2・4ないし6ページ、乙B10・2及び3ページ参照）。

- (2) また、原告らは、「貧血の進行状況を確認するには、前医への問い合わせを要するものである。」と主張する（原告第3準備書面・8ページ）。

しかしながら、被告準備書面(2)第4の1(2)ウ(8ページ)で述べたとおり、医師が当該患者の前医に対し、その診療経過等を確認すべきか否かについても、講じるべき医療措置を判断する上での当該医師の合理的裁量に委ねられているというべきであるところ、本件において、東京拘置所の医師には、亡相嶋の前医に問い合わせる過去の血液検査の結果を把握すべき法的義務はなかったというべきである。付言すると、一般社会で行われている医療においても、前医に検査結果を問い合わせることはそれほど多くない上、刑事施設においては、外部医療機関に問い合わせると、当該被収容者が刑事施設に収容されていることを当該外部医療機関に知られてしまうため、被収容者のプライバシー等を考慮して、必要性が極めて高い場合のみしか外部医療機関への問合せを行っておらず、このような実務に照らしても、亡相嶋の前医に血液検査の結果等を問い合わせなかった東京拘置所の医師の判断に不合理な点はない（乙B10・3ページ）。

- (3) なお、原告らは、「東京拘置所に収用(マ)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」

(原告第3準備書面・8ページ)とも主張するが、警察署から東京拘置所に引き継がれた亡相嶋の病状に関する情報は、薬剤の処方歴のみであって（乙A1の1、1の2・各2ページ）、血液検査等の各種検査を実施したか否かについては引き継がれていないし、警察署の留置施設において亡相嶋に対す

る各種検査を実施したか否かは不明であるから、原告らの上記主張は前提を欠くものであって、理由がない。

3 亡相嶋の胃痛症状に対する東京拘置所の医師の対応に不合理な点はなかったこと

(1) 原告らの主張

原告らは、亡相嶋には、令和2年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、亡相嶋が「胃痛」(心窩部痛)を訴えるに至った同年8月28日、又は健胃薬で胃症状が改善しないことが判明した同年9月4日の時点で、画像検査を行う義務があった旨主張する(原告第3準備書面・9ないし13ページ)。

(2) 被告の反論

ア まず、被告準備書面(2)第5の1(2)イ(11及び12ページ)で述べたとおり、東京拘置所の医師は、令和2年8月28日、亡相嶋からの胃痛の訴えを受け、亡相嶋に胃に関する既往歴や治療歴がないことを確認し、また、至急対応すべき所見や胃痛以外の特段の申出、特異な胃の症状の訴え等もなかったことを踏まえ、亡相嶋に対し、7日分のFK配合散を処方し、その1週間後の同年9月4日、亡相嶋から同薬剤を継続して処方してほしい旨の申出があったことから、同薬剤を定期処方としたところ、このような医療措置は、胃痛を訴えた患者に対して行われる一般的な医療措置であって、特段問題はなかったというべきである(乙B10・3ページ)。

イ そして、一般社会においても、医師が患者の継続的な自覚症状の訴えから検査が必要だと判断したとしても、その時の患者の都合や当該医療機関の検査の混み具合などによって、内視鏡検査等の検査が1か月から2か月程度先に予定されることも通常の範囲内のこととして行われていることからすれば、東京拘置所の医師においては、被収容者が軽度の貧血(血色素の数値10.9g/dL)に加え、2回の胃痛を訴えたことをもって、直ちに

(すなわち上記程度の時間的猶予も認められない時期に)内視鏡検査を実施することまでは求められるものではないというべきである。

そうすると、令和2年8月28日及び同年9月4日に亡相嶋が胃痛を訴えた際、東京拘置所の医師が亡相嶋に対して健胃薬であるFK配合散を処方し、直ちに内視鏡検査等を実施しなかった東京拘置所の医師の対応が不合理的であったとまではいえない(乙B10・3及び4ページ)。

ウ したがって、原告らの上記主張は理由がない。

4 令和2年9月25日以降の亡相嶋に対する東京拘置所の医師の医療行為が不適切であったとはいえないこと

(1) 原告らの主張

原告らは、令和2年9月25日以降、亡相嶋に対し、速やかに内視鏡検査を実施しなかったことや、十分な量の輸血を実施しなかったことなどの東京拘置所の医師の不適切な医療行為により、亡相嶋の全身状態を悪化させ、その後の治療にもかかわらず、生命予後を悪くした要因の一つになった旨主張する(原告第3準備書面・22ないし29ページ)。

(2) 被告の反論

ア しかしながら、東京拘置所における令和2年9月25日以降の亡相嶋の診療経過については被告準備書面(1)第2の4(10ないし18ページ)で述べたとおりであり、東京拘置所においては、亡相嶋に重度の貧血があると判明した同日以降、同年10月1日に亡相嶋に対する内視鏡検査を実施し、同月7日に組織検査により胃がんと確定したことを受け、同月14日に外部病院で診療を受ける手配を整えていた(なお、亡相嶋側の希望により、亡相嶋は、同月16日に勾留執行停止により東京拘置所を出所し、亡相嶋側が診療調整した順天堂医院を受診したことから、東京拘置所長は当該外部病院の診療予約をキャンセルした。)

このように、令和2年9月25日に高度な貧血が判明してから約2週間

後に胃がんの確定診断が行われ、その約1週間後に専門の医療機関での診療を受けることができる状況になったことは、一般社会における医療体制においても、特段遅いものではない上、東京拘置所では内視鏡検査を毎日実施できる体制ではなかったこと、外部医療機関を受診させるには受入先の外部医療機関との日程調整をする必要があること、勾留執行停止や保釈は刑事施設に判断する権限はないことなどを踏まえると、亡相嶋に重度の貧血が判明した後の東京拘置所の医師の対応は、極めて迅速なものであり、特段の問題がなかったというべきである（乙B10・4ページ）。

イ また、東京拘置所における亡相嶋に対する輸血についてみると、令和2年9月25日の血液検査の結果、亡相嶋に血色素の数値5.1g/dLが判明した後、同日、同月30日及び同年10月1日の計3日間、輸血を実施したことによって、同年10月5日の検査では、血色素の数値が9.5g/dLに改善した。すなわち、亡相嶋の血色素の数値は、実際に輸血を開始してから6日後には、輸血が必要とされない程度に改善したといえるから、東京拘置所における亡相嶋に対する輸血の措置が不適切であったとは認められない（乙B10・5ページ）。この点、 医師は、同医師作成の令和5年5月26日付け意見書（以下「 医師意見書1」という。）において、貧血状態が長く継続したことが亡相嶋のECOG PSの悪化に拍車をかけたと考えられる旨の意見を述べている（甲B2・4ページ）が、上記のとおり、早期に血色素の数値が輸血不要のレベルに改善したことや、ECOG PSの悪化には様々な要因が関係すると考えられていることからすれば、東京拘置所における亡相嶋に対する輸血措置によって亡相嶋のECOG PSを悪化させたとは認められない（乙B10・4及び5ページ）。

ウ したがって、令和2年9月25日以降の亡相嶋に対する東京拘置所の医師の医療行為が不適切であったとはいえず、原告らの上記主張は理由がな

い。

第2 令和2年8月上旬又は同年9月上旬に亡相嶋の全身状態が良い状態で化学療法を開始していれば、亡相嶋の余命が延びていたとする原告らの主張は理由がないこと

1 原告らの主張

原告らは、令和2年7月10日の血液検査の結果を把握した時点、又は亡相嶋が胃痛を訴えた同年8月28日若しくは同年9月4日の時点で、東京拘置所の医師の注意義務違反がなければ、亡相嶋の余命が延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旨主張する（原告第3準備書面・19ページ）。

2 被告の反論

- (1) しかしながら、被告準備書面(2)（9及び13ページ）で述べたとおり、仮に原告らが主張する注意義務違反があったとしても、令和2年8月上旬又は同年9月上旬の時点で、亡相嶋の胃がんを発見できたのかは不明である。
- (2) また、■■■■医師意見書1では、亡相嶋について早期に胃がんが発見されていれば余命が延びていたとの意見を述べている（甲B2・4及び5ページ）が、以下に述べるとおり、その根拠とされる同意見書添付の文献5ないし8に基づいて、化学療法を早期に開始していれば亡相嶋の余命が延びたとまでは結論づけられない（乙B10・6ないし9ページ）。

まず、■■■■医師意見書1添付の文献5（以下、単に「文献5」といい、その他の同意見書添付の文献についても同様に表記する。）では、免疫チェックポイント阻害薬（ICI）を使用した場合、ECOG PS0～1の患者と比較してECOG PS2以上の患者の予後が不良であると述べているが、①文献5は胃癌についての検討ではなく、多種多様な癌についての検討であり、胃癌は胃食道癌としてECOG PS0～1の群には3.3%、E

COG PS 2以上の群には5.3%しか含まれていないこと（文献5・4ページ）、②ICIの効果を得られるかどうかに関係するMSIやPD-L1などのバイオマーカー（ある疾患の有無、病状の変化や治療の効果の指標となる項目、生体内の物質のこと。）について両群の同等性が示されていないこと（文献5・8ページ）、③そもそもICIであるオプジーボが胃癌の治癒切除が不能な進行胃癌に対して投与できるようになったのは令和3年11月であり、本件で問題になっている令和2年7月ないし同年11月の段階では使用できなかったことなどからすれば、文献5を本件に当てはめることはできない。

次に、文献6では、日本臨床腫瘍研究グループ（JCOG）で用いられている予後指標（ECOG PS、原発巣切除、転移巣数、ALP（アルカリフォスファターゼ））が、胃癌の予後指標として有用かどうかを検討した結果、①ECOG PS 1以上、②組織型がびまん型、③HER2陰性、④胃切除歴無し、⑤ALP正常上限以上、⑥NLR（好中球リンパ球比）4以上が、予後不良と独立して関連する因子とされている（文献6・5ページ）。これを本件についてみると、①ECOG PSに関し、亡相嶋の令和2年7月10日頃の状態がECOG PS 0だったのか、ECOG PS 1だったのかについては、拘置所という活動が制限された場所である上、東京拘置所にも、亡相嶋の日々の具体的な活動状況が分かるような記録が残っていないことから、判断することができない。②亡相嶋氏の胃癌の組織型については、病理組織所見に「por (poorly differentiated adenocarcinoma)」とあるのでびまん型（乙A4・7ページ）、③HER2については陽性（甲A5・5ページ）、④胃切除歴はなし、⑤ALPについては、令和2年7月10日の検査で224IU/L（基準値は104～338で正常範囲）（乙A4の2）、⑥NLRについては、同年9月28日の検査で好中球78%、リンパ球16%から4.88（4以上）（乙A4・6ページ）と認められる。そうすると、

本件では、文献6で予後不良と関連があるとされた6つの指標のうち、組織型、胃切除歴、NLRの3つが予後不良に関連することを示しているから、文献6を前提とすると、仮に、亡相嶋について、入所時のECOG PSが0だったとしても、その他に予後不良因子が3つも重なっていた本件については、亡相嶋の予後不良の原因をECOG PSのみに帰するのは妥当ではないと考えられるし、仮に、亡相嶋について、初診時からECOG PSが1だったとすれば、ECOG PS0と1以上を比較している文献6を本件の参考にするにはできない。

また、文献7については、ECOG PS0が5例、ECOG PS1が8例、ECOG PS2が12例であり、検討した症例数が極めて少なく、背景因子を全くそろえられていない上、背景因子は一部の症例しか示されていないから、化学療法の実施と予後との関係において、ECOG PSが問題なのか、他の背景因子が問題なのかを判断することができない。また、ECOG PSが良好である方が化学療法の実施によって余命が延びると仮定した場合、文献7の症例では、生存期間の中央値はECOG PS0が456日、ECOG PS1が796.5日、ECOG PS2が291日となっており、ECOG PS0より1の方が余命が長く、信頼性の高い結果が得られていない。

最後に、文献8をみると、病理型、胃切除術の前歴、腹膜転移、大量腹水、複数部位再発、食事不能という因子が、ECOG PS0～1の患者とECOG PS2の患者とで明らかに異なっており、同じものを比較できておらず、化学療法の実施と余命との関係について、ECOG PSが問題なのか他の因子が問題なのかの検討が行われていないため、何が真の予後規定因子であるのかを明らかにできていない。

以上のとおり、亡相嶋氏について、文献5ないし8に基づいて、化学療法を早期に開始していれば余命が延びたとまでは結論づけられない。

(3) そして、一般的に、がん細胞が検査で分かる大きさになるまで育つには、10年程度かかるといわれており、早期胃がんが進行胃がんになるまでには3ないし5年程度、早期胃がんによって死亡するまでには5ないし7年程度かかるといわれており、早期胃がんの患者についての長期追跡研究によれば、早期胃がんを診断してから44か月後に半数が進行胃がんに至ったと示され、最後まで手術をしなかった症例においては、早期胃がんを診断してから75か月後に半数が死亡したと示されている。また、手術をする場合、進行胃がんであっても、3か月程度までの待機時間であれば、手術後の治り具合には影響しないとされている。

本件では、亡相嶋の胃がんの組織型が低分化型腺癌であり、高分化型腺癌よりもある程度進行が早かったであろうことを差し引いても、東京拘置所で最初に血液検査をした令和2年7月10日から内視鏡検査を実施した同年10月1日までは、胃がんの進行との関係では僅かな期間であったといえる。

したがって、仮に、令和2年7月10日の時点で胃がんが判明していたとしても、既にかなり進行した進行胃がんであったと推測され、実際の亡相嶋の予後はあまり変わらなかった可能性がある（むしろ、亡相嶋が3、4年以内に胃がん検診を受けていたのであればその精度が、受けていないのであれば検診を受けなかったことが問題であると考えられる。）。(以上につき、乙B10・9及び10ページ)

(4) 以上によれば、亡相嶋については、化学療法を早期に開始していれば余命が延びたとまでは結論づけることはできず、東京拘置所の医師が令和2年8月上旬又は同年9月上旬に亡相嶋の全身状態が良い状態で化学療法を開始していれば、亡相嶋の余命が延びていたとする原告らの上記主張は理由がない。

第3 結語

以上のとおり、原告らの請求には理由がないことは明らかであるから、いず

れも速やかに棄却されるべきである。

以 上