

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4準備書面

令和6年1月9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



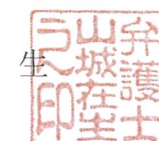
弁護士 河村



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が、本書面では、被告準備書面(3)へ若干の指摘を行う。

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 東京拘置所の医師の行為は国賠法上違法と認められること

### 1 要求される医療水準に関する被告の主張（被告準備書面(3)・第1・1）への指摘

(1) 被告は、東京拘置所における医療行為が「刑事施設の長の専門的、技術的判断に基づく合理的裁量」に委ねられる旨を主張している。

しかし、刑事施設における医療にも医療法規の適用があることから、診療当時の臨床医学の実践における医療水準の措置が講じられなければならないことは、被告も自認するとおりであり（被告準備書面(1)・第3・3）、そうである以上、同水準を満たす医療上の措置が取られなければ、国賠法上の違法と解すべきである。

そもそも、東京拘置所の医師が、亡相嶋の貧血を見逃したことや、必要な検査・治療を行わなかったとの原告ら主張に関しては、医師が水準を満たす行為をしたか否かの問題であり、刑事施設の長の裁量が入る余地はない

(2) また、被告は、矯正施設・東京拘置所の人員体制を縷々主張し、「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」と述べるところ（被告準備書面(3)・第1・1・(2)）、「一般内科の医師が求められる医療水準」の意味内容が判然としないが、いずれにせよ本件で東京拘置所の医師の行為が上記(1)の水準を下回ることは既に主張したとおりであり、本書面でも以下にて再度指摘する。

### 2 令和2年7月10日の血液検査結果の評価に関する被告の主張（被告準備書面(3)・第1・(2)）への指摘

(1) これまでに主張したとおり、令和2年7月10日における亡相嶋の血色素量（10.9 g/dL）は、          医師が指摘するとおり「精密検

査を要する」レベルの貧血であるし（甲B5・第4）、厚生労働省の報告書でも65～74歳男性の血色素量10.0～10.9g/dL該当者は僅かに0.6%であって、極めて稀な水準の貧血である（甲B5・参考資料①・129頁・第24表の3、同第24表の4）。さらに、被告が提出した乙B3号証でも、高齢者の貧血診断の基準値について、「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」であり、「多くの論文では、11～11.5g/dl以下を貧血症として採用」、「我々もHb11.5g/dlを使用している。」とされており、同日時点で亡相嶋が精査治療を要する貧血症であった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）。（以上、原告第3準備書面・第1・1）

これに対し、被告は、東京拘置所における65歳から74歳男性の血液検査結果（乙C9）を引用し、稀な水準の貧血ではない旨を主張しているが（被告準備書面(3)・第1・2・(1)）、乙C9号証によっても、血色素の数値10.9g/dl以下は約5.6%（65歳から74歳男性・年間142人中8人）に過ぎず、却って非常に低水準であることが明らかとなっている。

- (2) そして、貧血と診断されたのであれば、問診を含む診察やスクリーニング検査（甲B2・回答1-1・(2)のとおり、決して専門的または特殊なものではない。）による鑑別診断や再度の血液検査等を要するものであって（甲B2・回答1-1・(2)、同回答1-2・(1)～(3)）、これらは一般の病院・診療所に求められる水準である。

成人男性における貧血はまずもって消化管出血が疑われる重大な所見であって、そうであるにもかかわらず、これに対して鑑別診断や再血液検査など何らの対応も行わないことは、著しく医療水準を下回るものである（乙C9に示される人数・割合への問診、スクリーニ

ング検査、再度の血液検査等が実施困難とは考え難いし、そもそも拘置所であるからといってこれら免除されるものではない。)

前医への照会についても、被告は、被収容者のプライバシーを理由に挙げて問合せをしなかったことが合理的と主張するが(被告準備書面(3)・第1・2・(2))、亡相嶋に意思確認をして同意を得れば良いだけのことであり、とても合理的な理由とはいえない。

- (3) なお、この点も既に主張したとおりであるが、成人男性における貧血が消化管出血を疑わせる重大な所見であること、及び、問診、スクリーニング検査、鑑別診断や再血液検査を要することは、■■■■意見書1(甲B2・回答1-2・(5))、複数の論文(甲B2・文献1、文献3及び文献4。和訳は甲B4・5枚目及び8~21枚目)にて指摘されているとおりであるし、被告が提出した乙B3・2枚目・表1でも、高齢者の貧血の基礎疾患として、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。その他、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)。(以上、原告第3準備書面・第3・2)
- (4) この点について、被告が述べる「一般内科の医師が求められる医療水準」がどのようなものか判然としないが、①非専門医である診療所の一般外来医等に向けた書籍でも、貧血に関し「非専門医で行うべきチェックリスト」として臨床症状や血液検査の所見の確認が挙げられ(甲B7・4枚目)、「血液検査は1回のみで診断するのではなく、異常を認めれば2~3回検査を繰り返し判定」すること、鉄欠乏性貧血の場合は「鉄欠乏の原因検索が重要であり、特に男性や閉経後の女性では、消化管出血、悪性腫瘍の検索を必ず行う」こととされている(甲B7・3枚目。同書が一般外来医等に向けたものであることは甲B7・2枚目参照)。

②内科レジデント（研修医）向けの書籍でも、高齢者の貧血の基準値は「 $< 11 \text{ g/dL}$ 」とされ、「貧血患者のその後の経過は基礎疾患により大きく異なり……基礎疾患の有無を早期に判断することが肝要である。」、「鉄欠乏性貧血においては、悪性腫瘍を含む消化管疾患を鑑別するため便潜血および上・下部内視鏡検査を検討する。……精査しても貧血の原因が判別できない場合は、放置せずに血液内科に相談する」とされている（甲B8・5～7枚目）。

③その他、総合診療に関する書籍等でも、「鉄欠乏性貧血の診断となったら、その原因検索が重要である。特に悪性疾患を背景とした消化管出血は常に念頭におく必要がある」とされ、鉄欠乏性貧血の男性（男女全体の11.9%）のうち半数以上（男女全体の6.5%）が消化管出血を原因とすることが示されており（甲B9・4枚目）、また、高齢者の貧血基準値は「 $\leq 11 \text{ g/dL}$ 」、「鉄欠乏性貧血で月経に伴うもの以外の出血源が疑われる場合（すべての成人男性や閉経後の女性など）は、疑われる部位（消化管と婦人科系が多い）の専門医に紹介する。」ものとされている（甲B10・4～5枚目）。

以上のとおり、成人男性における貧血が消化管出血を疑わせる重大な所見であること、及び、問診、スクリーニング検査、鑑別診断や再血液検査を要することは、一般外来や研修医のレベルでも明白である。

- (5) 付言すると、原告第3準備書面・第1・2・(5)で主張したとおり、実態として、東京拘置所の医師は、令和2年7月10日の所見を見逃したものと考えられる。被告は、東京拘置所の医師が亡相嶋の血色素の数値及び種々の事情を考慮して判断したかのように主張するが（被告準備書面(3)・第1・2）、令和2年7月10日の診療録には、「#1DM(糖尿病)」、「トラゼンタ」、「メトホルミン po(内服)中」、「BS

(食後血糖)109 HbA1C6.1→OK)、「#2HLP(高脂血症)ロスバスタチンpo(内服)中 総コレ(総コレステロール)139 HDL4.3 CK177→OK)、「感染症(-)」、「尿 clear」といった、糖尿病および高脂血症の検査結果・評価のみが記載されており、血色素量や貧血症状に関する記載は一切見当たらない(乙A1の1・3枚目)。真に検討したのであれば、糖尿病および高脂血症について記載されていながら貧血についてのみ記載をしないということは考え難い。

- (6) なお、東京拘置所の医師が亡相嶋の貧血を見逃さなければ、8月上旬には内視鏡検査が実施され、胃がんが発見されていたはずであることは、原告第3準備書面・第3・2及び甲B2・回答1-2・(3)のとおりである。

### 3 亡相嶋の胃痛症状に関する被告の主張(被告準備書面(3)・第1・3)への指摘

- (1) 原告第3準備書面・第2・1にて主張したとおり、亡相嶋は上記のような貧血が認められ消化管出血が強く疑われる状態であった上に、令和2年8月28日に「胃痛」(心窩部痛)を訴え、しかも、健胃薬(FK配合散)を処方して1週間後(同年9月4日)に改善が得られていなかった。消化管出血を強く疑わせる貧血があることを踏まえれば、胃痛症状を訴えた時点で、または、どれだけ遅くとも健胃薬で改善が得られなかった同年9月4日で、内視鏡検査を実施するとの判断をすべきであった。さらに言うと、もし血液検査の結果を見落としていたとしても、体重減少などの問診や眼瞼結膜の確認を含む適切な診察をしていれば、やはり同年9月4日には内視鏡検査を実施すると判断できたはずである。これらは日常診療のレベルで見ても医師として通常行うべき医療行為であって、ここに至っても問診・診

察や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。

(以上、原告第3準備書面・第2・1、甲B2・回答1―2、甲B5・第5・2)。

- (2) これに対し、被告は、「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」と主張している(被告準備書面(3)・第1・3・(2)・イ)。

どのような疾患・状況を想定して述べているのか不明であるが、既述のとおり、亡相嶋は、貧血が認められ消化管出血が強く疑われる状態であった上に、令和2年8月28日に「胃痛」(心窩部痛)を訴え、しかも、健胃薬(FK配合散)を処方しても改善が得られていなかったのである。これを1～2か月も放置することなどあり得ず、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って、被告の主張は失当である。

## 第2 因果関係

### 1 ■■■意見書に関する被告の主張(被告準備書面(3)・第2・2・(2))への指摘

- (1) これまでに主張したとおり、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、多くの科学的な臨床研究で証明されており、消化器内科の専門医である■■■医師も、本件で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と結論付けている（甲B2・回答1-3及び文献5～9、甲B5・第8・3及び4。原告第3準備書面・第3）。

なお、■■■■医師が「多くの科学的な臨床研究で証明されているとおり」と述べるように（甲B5・第8・3及び4）、このような臨床研究は文献5～8に限られるものではない。このことは、文献5で、「PSは長い間、がん患者の予後を予測するものであった」、「年齢に関係なく、ECOG PSが2以上の患者は通常、化学療法に対する耐性が低く、これは生存転帰の悪化と相関する。」とされ（甲4・文献5・7頁・「考察」の第一段落）、また、文献8でも、「パフォーマンスステータス（PS）は、進行胃がん患者の生存に関する独立した予後因子である。」、「全体として、大半の臨床試験の組み入れ基準は……PS ≤ 2であることが指定されている。1992年から2001年にかけて実施された3つの第Ⅲ相試験の多変量生存解析によると、PS 2の患者は患者集団の22.8%を占め、これらの患者はPSがより良好な患者に比べ、生存率が著しく低かった。」とされているとおりである（甲4・文献8・1頁・「結論」の第二段落）。

- (2) 被告は、被告準備書面(3)・第2・(2)において、甲B2・文献5～8に対して縷々論難しているため、それを踏まえ以下にそれぞれ指摘を加える。
- (3) 文献5について、被告は、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ること、ICIの効果を得られるかどうかに関係するバイオマーカーについて両群の同等性が示されていないこと、本件当時にはICIであるオプジーボが切除不能な進行癌が使用できなかった旨を主張する（被告準備書面(3)・第2・2・(2)・第二段落）。



しかし、文献5は、胃癌に限らず癌全般についてECOGPSの影響を精査したものであるから、当然胃癌にとっても有効な根拠となるものである。また、オプジーボが本件に使用できなかったとしても、化学療法とECOGPSとの関係についてという括りでは有用であるし、バイオマーカーを調整できなかったという限界はあれど、ECOGPSが0または1の状態では治療が開始された場合に、それより悪いECOGPSで開始するよりも生存期間が有意に延長することが示されているものであるから、これが本件に当てはまらないとの被告の主張は理由がない。

- (4) また、被告は、文献6に関し、亡相嶋の令和2年7月10日頃のECOGPSが0か1か不明である旨、亡相嶋には文献6で予後不良因子とされた6つの指標のうちECOGPS以外に3つの指標が該当する旨を述べ、文献6が本件の参考にならないと主張する(被告準備書面(3)・第2・2・(2)・第三段落)。

しかし、亡相嶋は令和2年3月に逮捕されるまで特に問題なく日常生活を送っており、その後、7月10日頃までにECOGPSが悪化した兆候もないことから、7月10日頃のECOGPSは0であったと考えるのが妥当であるし、そうでなくとも、ECOGPSの悪い状態が予後に影響するという意味で文献6は大いに本件の参考になるものである。また、他に予後不良因子があっても、その点と同条件であれば、同じく独立した予後不良因子であるECOGPSが悪い場合と良い場合とで予後に影響が生じると考えられるから、この点でも被告の主張は失当である。

- (5) 文献7については、被告は、症例数が少なく背景因子が揃っていない旨、ECOGPS1よりECOGPS0の方が余命が長くなっており信頼できない旨を主張する(被告準備書面(3)・第2・2・(2)・第

四段落)。

しかし、文献7は、症例数が限られている故の限界はあるものの、それを折り込んだ上で、専門医によって「PS別の生存分析からはPS0、1症例はPS2症例より有意に生存が延長しており、PSが治療施行例の予後に影響していた。」と結論付けられた論文であり(甲B2・文献7・「V.考察」・第三段落)、十分に信頼に足るものである。

- (6) 被告は、文献8について、ECOGPS0～1患者とECOGPS2患者とで背景因子が異なっている旨を指摘する(被告準備書面(3)・第2・2・(2)・第五段落)。

文献8は、化学療法を受けた進行胃がん患者657名に対する解析であり、その結果、生存期間中央値はECOGPS0～1患者で13.9か月、ECOGPS2の患者で5.8か月であったところ(甲4・文献8・1頁、同5頁)、患者の背景因子は完全に一致していないものの信頼性を損なう差異ではないし(甲4・文献8・3頁)、そもそもそれも踏まえた解析の結果として、「PS2の進行胃がん患者は、PS0～1患者と比較して、予後が悪い」と結論付けられているものであって(甲4・文献8・1頁)、十分に信頼に足る論文である(なお、被告が指摘する因子のうち、大量腹水や食事不能は、ECOGPSと相関するものであることが示唆されている。甲4・文献8・6頁・「考察」・第一～第二段落)。

- (7) 以上のとおり、被告の主張はいずれも失当であり、          意見書の結論を微塵も左右するものではない。

**2 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の主張(被告準備書面(3)・第2・2・(3))への指摘**

被告は、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

影響しないと主張する（被告準備書面(3)・第2・2・(3)）。

しかし、原告第3準備書面・第3・5・(2)及び(3)にて主張したとおり、  
■■■■意見書及び引用文献で述べていることは、化学療法において、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。

仮に、手術適応で、かつ、消化管出血などECOGPSを悪化させる要因がなく全身状態が良好に保たれた状況での待機であれば、手術後の予後に影響がないとしても、重度の貧血によりECOGPSが悪化して化学療法を受けた本件に当てはまらないことは明らかである。

以上のとおり、被告の主張は全く当を得ないものであり、失当である。

以上