

令和6年(ネ)第1841号 国家賠償請求控訴事件

控訴人 (一審原告) 相嶋 [REDACTED] 外2名

被控訴人 (一審被告) 国

## 控訴理由書

令和6年5月24日

東京高等裁判所 第5民事部乙B係 御中

控訴人ら訴訟代理人弁護士

高田



同

鄭一志



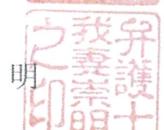
同

河村尚



同

我妻崇明



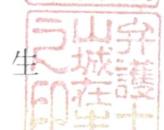
同

以元洋輔



同

山城在生



同

坂井萌



同

丸山浩祐



## 目 次

第1 本件の概要 .....	4
1 事案の概要 .....	4
2 本件における争点 .....	5
3 本件の判断枠組み及び原判決の誤り .....	6
第2 治療義務違反①（令和2年7月10日に行った血液検査の結果、本件患者の血色素量は10.9 g／dLであり、貧血と認められる所見であるにもかかわらず、適切な医療行為が行われなかつたこと） .....	6
1 医学的知見 .....	6
2 上記の医学的知見に基づく治療義務及びその違反 .....	13
3 因果関係及び損害 .....	21
4 結論 .....	23
第3 治療義務違反②（本件患者が令和2年8月28日に胃痛を訴え、FK配合散が処方されたが、同年9月4日に胃痛の改善が得られていなかつたことに対し、適切な医療行為が行われなかつたこと） .....	24
1 医学的知見 .....	24
2 上記の医学的知見に基づく治療義務及びその違反 .....	25
3 因果関係及び損害 .....	29
4 結論 .....	29
第4 治療義務違反③（令和2年9月25日に本件患者の血色素量が5.1 g／dLとなり重度の貧血と診断された以降の治療義務違反） .....	30
1 原審における控訴人らの主張の概要 .....	30
2 原判決の認定 .....	30
3 原判決の誤り1（内視鏡検査の実施時期について） .....	31
4 原判決の誤り2（輸血について） .....	33
5 因果関係及び損害 .....	33

6 結論 .....	34
第5 争点(2) (転医義務違反) .....	34
1 原審における控訴人らの主張の概要.....	34
2 原判決の認定.....	34
3 原判決の誤り.....	35
4 因果関係及び損害.....	36
5 結論 .....	36
第6 争点(3) (説明義務違反) .....	37
1 原判決の認定.....	37
2 説明義務の内容及びその違反説明義務の内容.....	37
3 因果関係及び損害.....	41
4 結論 .....	41

上記当事者間の頭書事件における控訴人の控訴理由は以下のとおりである。

なお、本書面中の略語は、特段の断りがない限り、本書面において新たに定義するものを除き、原判決の例に従うものとする。

## 第1 本件の概要

### 1 事業の概要

- (1) 本件は、東京拘置所に未決拘禁者として収容されていた本件患者が、収容中に貧血等を発症して体調を崩し、胃に悪性腫瘍が発見され、勾留執行停止を得て [ ] 病院に入院して治療を開始したが、令和3年2月7日に死亡したことについて、東京拘置所病院の医師等に治療義務違反、転医義務違反及び説明義務違反があったことから、本件患者の相続人である控訴人らが、被控訴人に対して、国家賠償法1条1項に基づいて、損害賠償を求める事案である。
- (2) 本件患者は、大川原化工機株式会社の顧問であったところ、同社による製品の輸出に関する刑事事件（外為法違反等）において、令和2年3月11日、同社役員2名とともに逮捕され、その後、勾留及び起訴された（なお、当該刑事事件は、一年間以上の公判前整理手続を経た後、「法規制に該当することの立証が困難と判断された」との理由から、検察官により公訴取消申立がなされ、同年8月2日、東京地方裁判所により公訴棄却決定がなされた。）。
- (3) 本件患者は、令和2年7月7日、東京拘置所に移送され、同月10日に血液検査が実施されたところ、同人の血色素量10.9g/dlであった（後述の争点(1)・治療義務違反①関係）。
- また、本件患者は、同年8月28日に胃痛を訴え、健胃薬が処方された

が改善せず、同年9月4日に当該健胃薬が定期処方とされた（争点①・治療義務違反②関係）。

その後、本件患者は、同月25日、東京拘置所内で重篤な貧血の症状を発症し（血色素量5.1g/dl）、複数回にわたり輸血処置を受けるとともに、同年10月1日、東京拘置所の医師により内視鏡検査が実施された結果、幽門部付近に大きな潰瘍が発見された。そして、同検査の際に採取された組織の病理検査の結果、当該潰瘍が悪性腫瘍であると診断され、同月7日に本件患者に対してその旨が告知された（争点①・治療義務違反③関係）。

東京拘置所病院の医療記録等によると、同月6日の時点で、本件患者を同月14日に外部病院へ転医させることとなつたとのことであった（争点②転医義務違反関係）。

もっとも、本件患者には転医等についての説明は一切なかつた（争点③説明義務違反関係）。

## 2 本件における争点

本件の争点①は、東京拘置所の医師の治療義務違反の有無である。具体的には、令和2年7月10日に行った血液検査の結果、本件患者の血色素量は10.9g/dlであり、貧血と認められる所見であるにもかかわらず、適切な医療行為が行われなかつたこと（治療義務違反①）、本件患者が令和2年8月28日に胃痛を訴え、FK配合散が処方されたが、同年9月4日に胃痛の改善が得られていなかつたことに対し、適切な医療行為が行われなかつたこと（治療義務違反②）、令和2年9月25日に本件患者の血色素量が5.1g/dlとなり重度の貧血と診断された以降に適切な治療が行われなかつたこと（治療義務違反③）である。

また、争点②は、転医義務違反（令和3年9月25日に実施された血液検

査の結果等から、速やかに転医すべきであったがこれが為されなかったこと)、争点(3)は、説明義務違反（本件患者に転医についての説明が一切なかったこと）であり、争点(4)は因果関係、争点(5)は損害である。

### 3 本件の判断枠組み及び原判決の誤り

原判決は、最初に医学的知見を認定し、それを基に東京拘置所の医師の治療義務違反①～③（争点(1)）を否定した。しかし、原判決が前提として認定した医学的知見には誤りがある。そのため、同知見に基づいて行われた治療義務違反に関する判断も誤ったものとなっている。以下、正しい医学的知見を改めて示し、それに基づいて東京拘置所の医師の治療義務違反を記載する。

また、争点(2)及び(3)についても、原判決の判断にはその前提において誤りがあるため、それぞれ控訴人らの主張を改めて行うとともに、争点(4)・(5)についても主張を補充する。

## 第2 治療義務違反①（令和2年7月10日に行った血液検査の結果、本件患者の血色素量は10.9 g/dlであり、貧血と認められる所見であるにもかかわらず、適切な医療行為が行われなかつたこと）

### 1 医学的知見

#### (1) 医学的知見に関する原判決の認定

原判決は、「貧血の分類と診断の進め方等」及び「上部消化管出血の評価と初期治療等」として、大要、以下のとおり医学的知見を認定している（原判決・第3・1・(1)（13～14頁））。

#### ア 貧血の分類と診断の進め方等（甲B8、乙B3、4、8、10）

- ・貧血の症状は貧血の程度と進行の早さにより多彩だが、倦怠感、動悸、胸部不快感、めまい、浮腫、呼吸困難（軽度の時は労作時のみ）など非

特異的である。これらの症状を認める場合に、貧血を疑って血液検査を行なうことが重要である。

- ・高齢者については、加齢に伴いヘモグロビン値が低下することから、男性が $13\text{ g/dl}$ 以下というWHOの診断基準によると、20%以上の高齢者が貧血に該当することになるため、多くの論文では、 $11\sim11.5\text{ g/dl}$ 以下を貧血症としているところ、高齢者の貧血の分布は血色素量が $9\text{ g/dl}$ 以上の軽度の貧血が大部分を占めている。
- ・臨床的には血色素量 $11\text{ g/dl}$ をおおよその境界とすることが多いが、血色素量だけに注目するのではなく、臓器機能を評価しながら判断しなくてはならない。

#### **イ 上部消化管出血の評価と初期治療等（甲B3）**

- ・消化管出血を疑わせる症状として、吐血、黒色便、鮮血便などが知られており、上部消化管出血を疑わせる症状として、黒色便、経鼻胃管からの血液、BUN／クレアチニン比30以上があげられるため、上部消化管出血を疑う場合、吐血、黒色便、経鼻胃管からの血液の有無、BUN／クレアチニン比のいずれかをまず確認すべきである（エビデンスレベルI、推奨度A）。
- ・上部消化管出血の疑われる患者に対する緊急内視鏡は24時間以内に行なうことが推奨されている（エビデンスレベルIII、推奨度B）。

#### **(2) 医学的知見に関する原判決の誤り**

##### **ア 貧血の分類と診断の進め方について**

###### **(ア) 貧血症状の重大性**

- ① 原判決は、医学的知見において、血色素量 $11\text{ g/dl}$ をおおよその境界としつつ、それを下回っても、臓器機能などに問題がなければ必ずしも精査治療を要しないものと認定しているものと思われるが、これは

貧血症状の重大性を著しく軽視したものであり、誤りである。

以下、新たに提出する証拠及び原審で提出済みの証拠を引用し、詳述する。

- ② 内科専門医制度・内科専門研修カリキュラムでは、貧血は、「内科医として日常臨床で実に頻繁に遭遇する疾患である。急速に進行した場合、致死的な経過を辿ることもあり、内科的緊急疾患でもある。」とされ、鉄欠乏性貧血を含む7種類の貧血について、「的確に鑑別できる能力を買うことが必要」とされている（甲B11・318頁。なお、専門医は「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義され、「神の手を持つ医師」や「スーパードクター」を意味するものではないものと指摘されているとおり、上記は特殊な知見ではなく標準的な知見である。厚生労働省の医師専門医制度ホームページ、及び同ホームページの「I 医師専門研修制度の概要」に掲載されている「専門医の在り方に関する検討会報告書 概要」参照。（甲B12の1、甲B12の2）。
- ③ 日本国科学会の文献においても、高齢者の貧血は、「血液疾患によるものよりも、消化管の癌腫を筆頭とする何らかの基礎疾患に続発するものが多い」ものであり、「高齢者に軽度の貧血をみた場合、その原因を追及することは臨床上重要である」とされ（甲B13・41頁）、「貧血の有無は血算により容易に判定されるが、問題はその原因の特定である。」、「高齢者の貧血で頻度が最も高いのは、鉄欠乏性貧血であり…その原因の過半数は消化管出血である。」ものとされており（甲B13・43～44頁）、高齢者においては軽度の貧血であっても原因検索が必要であることが明示されている。
- ④ 被控訴人が提出し、原判決も引用する乙B3でも、高齢者における貧血診断のための基準について、「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る」として、その基準について、「多くの論文では、11～11.5 g/dl以下を貧血症として採用している。」、「我々もHb 11.5 g/dl以下を貧血症として採用している」、「これ以上の値であっても赤血球恒数…に異常がある場合およびHbが経過と共に次第に低下する場合には、精査が必要である。」、「全体の約1/4が…低色素性貧血である。軽度の貧血であっても臨床的に見逃してはならないのが低色素性貧血である。」とされている（乙B 3・1枚目）。すなわち、高齢者用に基準値を下げたHb 11～11.5 g/dl  
1すら下回るのであれば、「精査治療すべき疾患があると考えられる場合」なのであり、さらに、仮にそれを上回ったとしても他に一定の所見があれば精査治療すべきとされているのである。また、低色素性貧血（甲B 3・1枚目右の段のとおり、鉄欠乏性貧血は低色素性貧血の一種である。）であれば「軽度の貧血であっても臨床的に見逃してはならない」とされており、軽度の貧血であっても問診や検査等による鑑別診断を行うことが前提とされていることが読み取れる。

- ⑤ 原判決の「血色素量だけに注目するのではなく、臓器機能を評価しながら判断しなくてはならない。」との認定は、乙B 4号証の記載を引用したものと思われる。しかし、乙B 4号証は上記の趣旨の記載の後に、「高齢者の貧血では、悪性腫瘍、感染症、膠原病などの重大な疾患が背景に存在することが多く」、「若年者に比べて貧血症状がわかりにくい反面、動脈硬化や慢性閉塞性肺疾患などを有する場合には心不全を来たしやすい。」として、高齢者における貧血の重大性・危険性が指摘されている。「血色素量だけに注目するのではなく、臓器機能を評価しながら判断しなくてはならない。」との記載は、甲B 3号証と同じく（上記④参照）、仮に基準値を上回っても臓器機能などからなお精査治療すべきこともある旨が示されているものと解される。原判決は、この点の理解を誤り、

かつ、甲B 3号証の記載も正しく考慮せずに医学的知見を認定したものであり、不当である。

⑥ また、貧血と診断して精査を開始する前段階として、そもそも、貧血と診断するか否かの検討において問診を行うことが必要となる（甲B 1 4にて、「問診の目的は貧血の診断そのものと鉄欠乏の原因を明らかにすることにある。」とされているとおり（甲B 1 4・3枚目・右下）。）。「高齢者では貧血の裏に悪性腫瘍が隠れていることもある」ものであって（甲B 1 4・1枚目・左）、「年齢や性別によって頻度が高い基礎疾患・病態があるため、原因を想定した問診が重要である」ところ（甲B 1 4・3枚目・右下）、「中年以降では消化管悪性腫瘍による慢性出血を念頭に腹部症状や便の性状を詳しく聴取する」べきこととなる（甲B 1 4・4枚目・右上）。このように、少なくとも、基準値を下回る貧血症状がある場合、貧血と診断するか判断するためにも、上記のような腹部症状や便の性状を含む問診が行われなければならない。

⑦ 以上のとおり、医学的知見として、貧血は、致死的な経過を辿ることもある内科的緊急疾患であり（甲B 1 1・3 1 8頁）、その中でも特に、高齢者の貧血は、消化管の癌腫を筆頭とする何らかの基礎疾患に続発するものが多いため、軽度の貧血であったとしてもその原因を追及することは臨床上重要である（甲B 1 3・4 1頁）。高齢者用に基準値を下げたHb 1 1～1 1. 5 g／d lすら下回るのであれば精査治療すべき疾患があると考えられる場合に該当し（むしろ、基準値を上回った場合ですら、他の所見から必要に応じて精査治療を開始すべきこともある。乙B 3、乙B 4）、鑑別診断及びその結果に応じた治療を要するものであって、特に低色素性貧血（鉄欠乏性貧血を含む。）と鑑別された場合、消化管出血を含む重篤な疾患が疑われるため軽度の貧血であっても臨床的に見逃してはならないものである（乙B 3・1枚目）。少なくとも、貧血との

診断そのもののため、問診を行って便の性状などを確認する必要がある

(甲B 1 4・3枚目・右下)。

⑧ 以上は、原告側協力医の意見書にて、本件患者の血色素量10.9g／dLが精密検査を要するものとされていること（甲B 2、甲B 5）とも整合するものである。また、当該意見書は医学的知見と合致するものであって、十分に考慮されるべき専門医の医学的意見である。

#### **(イ) 貧血症状に対する治療義務の内容**

① 以上のとおり、血色素量Hb 11～11.5 g／dLを下回る場合、原因検索、鑑別診断（その結果、疾患が発見された場合はそれに応じた治療）、少なくとも問診を要するものである。

以下、具体的な内容を記載する。

② 貧血と診断された場合、原因検索、鑑別診断のため、血清鉄やフェリチンなどの検査を行う必要がある（甲B 1 4・1枚目・右、甲B 6・2枚目・「診断」、甲B 7・4枚目、乙B 3・1枚目・右の段・11行目以降、乙B 4・3枚目・右下～4枚目・左など）。

「高齢者の貧血で頻度が最も高いのは、鉄欠乏性貧血であり」、鉄欠乏性貧血の場合、「高齢者ではその原因の過半数は消化管出血」であるとされているとおり（甲B 1 3・3枚目右下～4枚目左上）、高齢者の貧血である場合、特に鑑別診断で鉄欠乏性貧血であることが判明した場合、その原因として、消化管出血が疑われる。

他の書籍でも、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」とこととされており（甲B 7・3枚目）、また、「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いるとおり（甲B 9・4枚目）、高齢者、男性かつ鉄欠乏性貧血である場合、消化管出血が強く疑われるものである（貧血の原因として、消化管出血が疑われる場合の治療義務は後述）。

③ また、貧血の進行の有無を把握するため、患者本人に対する貧血の既往歴の確認や患者本人の同意を得た上で、近い時期、遅くとも同月内の再度の血液検査前医への問合せ等を行う必要がある（甲B 2・回答1－1・(2)、同回答1－2・(2)）。この点は、書籍において、「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」するものとされており（甲B 7・3枚目）、また、治療の必要がない老人性貧血は年単位で貧血の進行がないものとされていること（乙B 3・2枚目・右下）から裏付けられる。

④ さらに、貧血の原因検索、鑑別診断のため、また、そもそも貧血と診断するか否かの判断のため（甲B 14・3枚目・右下）、身体所見の診察、及び問診を行うことが必要となる。

診察や問診の具体的な内容としては、内科レジデント（研修医）向けの書籍（甲B 8）にて、「診断の要点」として、倦怠感、動悸、胸部不快感、めまいなどの身体所見があげられ（甲B 8・5枚目・右下）、さらに「体重の変動や食生活について、黒色便や血便などの消化管出血を疑う所見の有無……は、その後の対応にもかかわるため確認する。」とされている（甲B 8・6枚目・右下）。また、久留米大学病院臨床検査部の書籍においても、問診では「年齢や性別によって頻度が高い基礎疾患・病態があるため、原因を想定した問診が重要」であり、（甲B 14・3枚目・右下）、「中年以降では消化管悪性腫瘍による慢性出血を念頭に腹部症状や便の性状を詳しく聴取する。」こととされている（甲B 14・4枚目・右上）。

このように、診察、問診においては、倦怠感、動悸などの身体所見や、黒色便の有無といった便の性状等を確認する必要がある。

上記の問診事項は、医師に伝えるべき重要事項であるか否か患者は判断できないため、医師から質問して聴取すべきであり（甲B2・回答1-1・(4)）、問診事項に該当する症状等が生じたら医師に伝えるよう指導すべきである（例えば、便の性状を確認し黒色便が出たらすぐ医師に伝えるよう患者に指示指導しておく等。医師法23条において「医師は、診療をしたときは、本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない。」とされているとおり。）。

#### **イ 上部消化管出血の評価と初期治療等について**

原判決が認定したとおり、消化管出血を疑わせる症状として黒色便等があり（エビデンスレベルI、推奨度A）、上部消化管出血の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（エビデンスレベルIII、推奨度B）。（甲B3、原判決・第3・1・(1)(13~14頁)）。他にも、タール便（黒色便）が認められる場合、24時間以内に内視鏡検査を実施すべきことは、甲B15・5枚目・「④内視鏡治療」の項目及び表5でも指摘されている。

### **2 上記の医学的知見に基づく治療義務及びその違反**

#### **(1) 原判決の認定とその誤り原判決の誤り**

ア 原判決は、令和2年7月10日における本件患者の血色素量10.9g/dlについて、「東京拘置所の医師は、上記血液検査の結果のほかに、同日測定した血圧が正常であること、同日行われた他の検査（胸腹部レントゲン撮影、心電図検査）で異常所見がなかったことも踏まえ、本件患者について、経過観察をすることにしたものと認められる。」と述べ、「上記判

断について、被告協力医らは、高齢者の場合、血色素量が基準値より若干低値を示すことはあり、現に、東京拘置所の診療においても血色素量が $10\text{ g/dl}$ 台を示すことがよく見られることから、血色素量以外の事情も考慮することになるところ、上記の事情を踏まえて東京拘置所の医師が経過観察とした判断は不適切ではない旨の意見を述べている（乙B2、乙B10）。」として、被告協力医らの意見書を引用している。

その上で、高齢者については、加齢に伴いヘモグロビン値が低下することから、血色素量 $11\text{ g/dl}$ をおおよそその境界とすることが多いが、血色素量だけに注目するのではなく、臓器機能を評価しながら判断するという前記の医学的知見に合致すること、東京拘置所内の血液検査の状況について、65～67歳の高齢者のうち、 $10.9\text{ g/dl}$ 以下の血色素量を示す割合が5.6%あり（乙C9）、東京拘置所の診療における実情も踏えたものであること、本件につき、高齢者である本件患者の同日の血色素量は $10.9\text{ g/dl}$ と貧血としては軽度であること、同日測定した血压は正常値であり、胸腹部レントゲン撮影、心電図検査では特段の異常所見がなかったことといった前記の診療経過に即した意見であることという理由から、被告協力医らの意見書について「医学的合理性があると認められる。」と判断している（原判決・第3・2・(1)・イ（19～21頁））。

また、原判決は、原告側協力医の意見書について、同意見書は血色素量 $10.9\text{ g/dl}$ が異常値であり明らかな貧血と診断されることを前提に意見を述べているが、高齢者の貧血については血色素量 $11\text{ g/dl}$ をおおよそその境界とされているのであって、前提において医学的根拠を伴わない旨を述べ、その他、前医へ問い合わせたり、短期間での再検査を行ったり、検査を行って鑑別診断したりすべき根拠がない旨を判示している（原判決・第3・2・(1)・ウ（20～21頁））。

イ しかし、「高齢者については、加齢に伴いヘモグロビン値が低下すること

から、血色素量 11 g/dL をおおよその境界とすることが多いが、血色素量だけに注目するのではなく、臓器機能を評価しながら判断するという前記の医学的知見に合致する」、「本件につき、高齢者である本件患者の同日の血色素量は 10.9 g/dL と貧血としては軽度である」との判示は、既述のとおり、そもそも前提となる貧血症状に関する医学的知見に誤りがある。

本書面・第 2・(2)・ア・(7) に記載したとおり、医学的知見として、貧血は、致死的な経過を辿ることもある内科的緊急疾患であり（甲 B 11・318）、その中でも特に高齢者の貧血は消化管の癌腫を筆頭とする何らかの基礎疾患に続発するものが多く、軽度の貧血であったとしてもその原因を追及することは臨床上重要であるから（甲 B 13・41 頁）、高齢者用に基準値を下げた Hb 11~11.5 g/dL すら下回るのであれば精査治療すべき疾患があると考えられる場合に該当し（むしろ、基準値を上回った場合ですら、他の所見から必要に応じて精査治療を開始すべきこともある。乙 B 3、乙 B 4）、鑑別診断及び原因検索を要するものである（乙 B 3・1 枚目）。

ウ また、原判決は、「東京拘置所内の血液検査の状況について、65~74 歳の高齢者のうち、10.9 g/dL 以下の血色素量を示す割合が 5.6% 程度あり（乙 C 9）、東京拘置所の診療における実情も踏まえたものである」と述べるが（原判決第 3・2・(1)）、厚生労働省の報告書によると 65~74 歳男性の血色素量 10.0~10.9 g/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って（甲 B 5・参考資料①・129 頁・第 24 表の 3、同第 24 表の 4）、令和 2 年 7 月 10 日における本件患者の血色素量（10.9 g/dL）は、既に述べたとおり、また [医師] 医師が指摘するとおり、鑑別診断・原因検索を要する貧血である（甲 B 5・第 4）。

被控訴人の主張及び乙 C 6 からすると、東京拘置所では、一般社会では

極めて稀な水準の貧血が、「拘置所ではよくあること」として放置されることとなるが、被控訴人自身「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（原審被告準備書面(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。」（原審被告準備書面(1)・19頁・22～25行目）と述べているとおり、拘置所であるから一般社会の水準を下回ることは認められるものではない。

エ さらに、原判決は、「東京拘置所の医師は、上記血液検査の結果のほかに、同日測定した血圧が正常であること、同日行われた他の検査（胸腹部レントゲン撮影、心電図検査）で異常所見がなかったことも踏まえ、本件患者について、経過観察をすることにしたものと認められる。」と述べ、また、「同日測定した血圧は正常値であり、胸腹部レントゲン撮影、心電図検査では特段の異常所見がなかったことといった前記の診療経過に即した意見であること」を被告協力医らの意見が信用できることの根拠とする（原判決第3・2・(1)）。

しかし、血圧、胸腹部レントゲン撮影、心電図検査に異常がなければ基準値を下回る血色素量を経過観察としてよいとの根拠が示されていない。これをもって臓器機能が保たれていたという趣旨とも考えられるが、血圧、胸腹部レントゲン撮影、心電図検査に有意な所見がないことをもって臓器機能の評価を行うことはできないし、そのような医学的知見も根拠もない。よって、被告協力医らの意見、ひいては原判決の認定は医学的根拠を欠くものである（そもそも、軽度の貧血の存在を前提に臓器機能が維持されて

いると評価したとの医師の検討過程及び判断など診療録に一切記載されておらず、また、立ちくらみやめまい、動悸、息切れなどの臓器機能が低下した際に現れる症状についての問診を行っていないことから、東京拘置所病院の医師は、臓器機能など評価を行なっていないと解される。)。

本書面・第2・1・(2)・ア・(ア)のとおり、本件患者の血色素量10.9g/dlは、貧血と診断して鑑別診断のための検査等を行うべきものである。

その点を措くとしても、そもそも、診断そのもののため（貧血と診断するか否かの判断のため）、倦怠感、動悸、胸部不快感、めまいなどの身体所見、体重の変動や食生活、黒色便や血便など消化管出血を疑う所見の有無などを診察・問診にて確認しなければならない（甲B8・5枚目・右下、甲B8・6枚目・右下、甲B14・3枚目・右下、甲B14・4枚目・右上）。

原判決が指摘する検査等は、これらによって基準値を下回る血色素量を経過観察としてよいとの医学的根拠を欠くだけでなく、貧血の鑑別診断や、診断そのもののために必要な情報を得ているものではないから、これをもとに東京拘置所病院の医師の行為及び被告協力医らの意見を合理的なものと認めた原判決は明確に誤りである。

才 なお、原審原告第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。被控訴人は、東京拘置所の医師が本件患者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A 1 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。この点から、原判決はそもそもその前提を誤っているものであることを、念のため指摘する。

力 以上とのとおり、東京拘置所の医師が行った医療行為及びそれに対する被告協力医らの意見書を医学的根拠のある合理的なものと認定した原判決の判断は、いずれも誤りである。

## (2) 本件における治療義務違反の内容及びそれに対する違反

ア 本書面・第2・(2)・ア・(イ)記載のとおり、貧血と診断された場合、原因検索、鑑別診断のため血清鉄やフェリチンなどの検査（甲B 1 4 ・ 1 枚目・右、甲 6 ・ 2 枚目・「診断」、甲B 7 ・ 4 枚目、乙B 3 ・ 1 枚目・右の段・1 1 行目以降、乙B 4 ・ 3 枚目・右下～4枚目・左など）、貧血の進行の有無を把握するため近い時期（遅くとも同月内）の再度の血液検査や前医への問合せ（甲B 2 ・回答 1 - 1 ・(2)、同回答 1 - 2 ・(2)、甲B 7 ・ 3 枚目、乙B 3 ・ 2 枚目・右下）、さらに、貧血の鑑別診断及びそもそも貧血と診断するか否かの判断のため（甲B 1 4 ・ 3 枚目・右下）、身体所見の診察、及び問診を行うことが必要となる。

また、本書面・第2・1・(2)・ア・(イ)記載のとおり、記載高齢者の貧血で頻度が最も高いのは鉄欠乏性貧血であること、高齢者かつ男性の貧血である場合、特に鑑別診断で鉄欠乏性貧血であることが判明した場合、その原因として、消化管出血が強く疑われることになる（甲B 1 3 ・ 3 枚目右下～4枚目左上、甲B 7 ・ 3 枚目、甲B 9 ・ 4 枚目。なお、本件では胃から出血による鉄喪失の増加による貧血のため鉄欠乏性貧血である。甲B 1 1 ・ 3 1 8 頁下から 3 1 9 頁上。）。そのため、令和2年7月10日の時点

で直ちに内視鏡検査を実施すべきとまではいえないが、鑑別診断を行い、貧血の進行状況を把握し、腹部症状の問診等を適切に行えば、上部消化管出血の強い疑いが判明したはずであり、令和2年8月上旬には内視鏡検査が実施されるべきであった（甲B2・回答1-2・(3)、同(5)。消化管出血が疑われる場合に内視鏡検査をすべきことは本書面・第2・1・(2)・ア・(イ)・②、同・第2・1・(2)・イのとおり。）。

イ そうでなくても、診断のため東京拘置所病院の医師が適切な問診等を行っていれば、より早期に黒色便を発見し、内視鏡検査を実施することができた。

すなわち、貧血症状に対しては、本書面・第2・1・(2)・ア・(イ)・④のとおり、診断そのもののため（貧血と診断するか否かの判断のため）、身体所見、黒色便など消化管出血を疑う所見の有無などを診察・問診にて確認しなければならず（甲B8・5枚目・右下、甲B8・6枚目・右下、甲B14・3枚目・右下、甲B14・4枚目・右上）、また、これらの所見を医師に伝えるべき重要事項であるか否か患者は判断できないため医師から質問して聴取すべきであり（甲B2・回答1-1・(4)）、問診事項に該当する症状等が生じたら医師に伝えるよう指導すべきである（医師法23条参照）。

本件において、本件患者は、[REDACTED]病院における診察の際、問診票にて、令和2年9月10日頃より黒色便を自覚していた旨を記載している（甲A4・17頁・2。なお、この記載は、診察に付き添った控訴人相島[REDACTED]が、医療従事者であり医学的な知識を持っていたため、本件患者に黒色便有無やその時期を質問して記載させたものであり、本件患者がその重要性を認識していたものではなかった。）。また、本件患者は、東京拘置所にいる間、健康管理のため便通の状況を丸印で記録していたところ、同日から丸印が黒色になっており、疾患としての重要性は理解して

いないまでも、黒色便を知覚して違和感を覚えていたことが読み取れる(甲C 2 5)。

東京拘置所病院の医師が、令和2年7月10日の血液検査の結果を受け、黒色便など消化管出血を疑う所見の有無を問診するか、またはそういった所見があった場合は医師に伝えるよう指導していれば、本件患者は、黒色便を知覚した9月10日かそれに近い時期に、「問診で質問された黒色便が生じた」という旨を医師に伝えられたはずであり、そうすると、甲B 3に記載され、かつ、原判決も認定するとおり、上部消化管出血を疑わせる症状である黒色便が確認されたこととなり（エビデンスレベルI、推奨度A）、24時間以内の内視鏡検査を実施すべきこととなる（エビデンスレベルIII、推奨度B）。

ウ 以上のとおり、本件患者の令和2年7月10日の血液検査の結果から、東京拘置所病院の医師としては、原因検索、鑑別診断のため血清鉄やフェリチンなどの検査、貧血の進行の有無を把握するため近い時期（遅くとも同月内）の再度の血液検査や前医への問合せ、貧血の鑑別診断及びそもそも貧血と診断するか否かの判断のため問診等を行う治療義務を負っていた。令和2年7月10日の時点で直ちに内視鏡検査を実施すべきとまではいえないものの、上記を適切に行っていれば、上部消化管出血の強い疑いが判明したはずであり、令和2年8月上旬には内視鏡検査が実施されるべきであった。

また、その点を措くとしても、貧血症状に対して、東京拘置所病院の医師は、診断そのもののため（貧血と診断するか否かの判断のため）、身体所見、黒色便など消化管出血を疑う所見の有無などを診察・問診にて確認する治療義務を負っており、適切な問診を行っていれば、少なくとも令和2年9月10日頃には黒色便が把握され、緊急内視鏡が実施されていたはずであった。

しかし、東京拘置所病院の医師は、それらのいずれも実施せず、上記治療義務に違反したものである。

### 3 因果関係及び損害

(1) 原審にて既に主張したとおり、E C O G P S の良い状態で化学療法を実施できた場合には、E C O G P S 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（甲B 2・文献5～9）、消化器内科の専門医である■医師も、これらの文献に基づき、本件でも全身状態が良い状態で化学療法が実施されていたならば約1年程度余命が伸びていたであろうと結論付けている（甲B 2・回答1～3、甲B 5・第8・3及び4。原審原告第3準備書面・第3、原審原告第4準備書面・第2）。

上記の各時期に内視鏡検査が実施され、胃癌及び出血が早期に発見されていれば、令和2年9月25日の重度貧血以降の全身状態の悪化が生じる前に化学療法を行うことが可能であり、E C O G P S の良い状態でより早期化学療法を実施できたのであるから、文献及び専門医の見解のとおり、余命が約1年伸びた高度の蓋然性が認められるものである。

(2) この点に関し、原判決は、医学的知見として、「進行した癌であっても、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ことが分かっている」と判示し（原判決・第3・1・(1)・ウ（14頁））、数ヶ月の遅れは問題ないかのように述べる。

しかし、原審原告第3準備書面・第3・5・(2)及び(3)に記載したとおり、控訴人が主張しているのは、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E C O G P S 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、そのことは重度の貧血によりE C O G P S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。

むしろ、甲C 2 6（最判・平成16年1月15日最高裁判所裁判集民事213号229頁）及び甲C 2 7（名古屋高判平成29年2月2日・平成27年（ネ）第527号。原審は甲C 2 8）など、複数の判例・裁判例が指摘するとおり、病状が進行した後に治療を開始するよりも、疾病に対する治療の開始が早期であればあるほど良好な治療効果を得ることができるのが通常であり、治療が実際に開始されるより前の時点で、その時点における病状及び当時の医療水準に応じた化学療法を始めとする適切な治療が開始されていれば、特段の事情がない限り、実際に受けた治療よりも良好な治療効果が得られたものと認めるのが合理的である。

この点と、既述の臨床研究（甲B 2・文献5～9）及び専門医の意見（甲B 2・回答1－3、甲B 5・第8・3及び4）を併せ考慮すると、本件で8月上旬ないし9月10日頃に適切な治療が開始されていれば、本件患者が実際に亡くなった令和3年2月7日より延命できた高度の蓋然性が認められるものである。

(3) 万が一、高度の蓋然性が認められないとしても、上記の裁判例で判示されているとおり、「病状が進行した後に治療を開始するよりも、疾病に対する治療の開始が早期であればあるほど良好な治療効果を得ることができるのが通常である」し（甲C 2 7・5頁・22～23行目）、「病状が進行した後に治療を開始するよりも、疾病に対する治療の開始が早期であればあるほど良好な治療効果を得ることができるのが通常」であるから（甲C 2 7・6頁・8～9行目）、より早期にその時点における病状及び当時の医療水準に応じた適切な治療が開始されていれば、特段の事情がない限り、実際に受けた治療よりも良好な治療効果が得られたものと認めるのが合理的

である（甲C 27・5頁・24～27行目）。そして、患者に対して当時の病状と医療水準に応じた適切な治療が開始されていれば、これを受けることにより良好な結果となった可能性が否定できない場合、当該患者がその死亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性があったと認められ（甲C 27・5頁・28行目～6頁・1行目にて、同裁判例でも、癌の切除によって「身体の状態が改善する可能性がなかったとまではいえない」との認定から、切除により「良好な結果となった可能性は否定できないから、実際に死亡した平成20年11月17日時点においてなお生存していた相当程度の可能性があったということができる。」とされているとおり。）、当該患者の適切な治療を受ける権利が著しく害されたものと評価されるものである（甲C 27・6頁・18～30行目）。

本件においても、より早期に本件患者の胃癌が発見され、化学療法が開始された場合、特段の事情がない限り、実際に受けた治療よりも良好な治療効果が得られたものと認めるのが合理的である。特に本件では、単に治療が早まったというに留まらず、全身状態が悪化する前に化学療法が開始できたはずであったから、なおのことである。これらの点と、既述の臨床研究（甲B 2・文献5～9）及び専門医の意見（甲B 2・回答1～3、甲B 5・第8・3及び4）を併せ考慮すると、本件患者がその死亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性が認められるべきであり、本件患者の適切な治療を受ける権利が著しく害されたものとして不法行為が成立するものである。

そして、これによる本件患者及び控訴人らの精神的苦痛は、原審における請求及び控訴状記載の請求額を下回るものでない。

#### 4 結論

以上のとおり、令和2年7月10日に行われた血液検査の結果に対する東

京拘置所病院の医師の行為には治療義務違反が認められ、本件患者及び控訴人らの権利・利益を侵害したものであるから、原審における請求及び控訴状記載のとおり、損害賠償義務を負うものである。

### 第3 治療義務違反②（本件患者が令和2年8月28日に胃痛を訴え、FK配合散が処方されたが、同年9月4日に胃痛の改善が得られていなかったことに對し、適切な医療行為が行われなかつたこと）

#### 1 医学的知見

##### (1) 医学的知見に関する原判決の認定

原判決は、胃痛の訴えがあり健胃薬処方した後、再び胃痛の訴えがある患者について、「問診や腹部の診察を行うとともに直ちに上部消化管内視鏡検査を含む画像検査を行わなければならない」という医学的知見はなく」と述べる（原判決・第3・2・(2)・イ・第三段落（22頁・3行目以下））。

##### (2) 医学的知見に関する原判決の誤り

ア しかし、心窓部痛は、タール便（黒色便）と並んで上部消化管出血の典型症状である（甲B15・1枚目）。また、胃痛に加えて「黒色便、貧血など上部消化管出血が疑われるときは早めに上部消化管内視鏡検査を行う」べきとされている（甲B16・222頁）。

イ そして、胃痛症状に対して行うべき診察等として、まずは脈拍や体温等のバイタルサインをチェックして全身状態の評価を行った上で、問診（発症、寛解/増悪因子、性状、部位/放散痛、随伴症状、経時的な症状の変化既往歴、内服薬、生ものの摂取歴等）を行い、その際、警告症状（増悪する強い痛み、体重減少、血便や黒色便、発熱）が認められた場合には、「重

篤な疾患の可能性が高いため、早急に専門医に紹介」すべきであり、「上部内視鏡検査は黒色便や進行性の貧血を認めた場合……は緊急で」実施すべきである（甲B16・222～223頁）。

ウ 上記で言及されている警告症状のうち、貧血について、その重大性、高齢者の貧血の多くが消化管出血であること等は、既に述べたとおりである（本書面・第2・1・(2)・ア）。また、黒色便が認められる場合に24時間以上の内視鏡検査を実施すべきことは、原判決でも指摘され、また本書面でも既に述べたとおりである（本書面・第2・1・(2)・イ）。

エ また、体重減少について、「6ヶ月間で5%以上の体重減少がある場合」が医学的に体重減少と定義されるところ、「成人の体重減少は消化器疾患、原因不明、消化器がん、内分泌疾患、精神疾患、心肺疾患の順に多い」ものとされ（甲B16・171頁）、消化器症状があれば、消化管潰瘍、消化管腫瘍などを疑い、腹部エコー・CT、内視鏡検査などを行うものとされている（甲B16・172頁）。

オ 以上のとおり、胃痛に関して、貧血、黒色便や体重減少などの警告症状の確認を含め、問診及び診察等を実施すべきであり、警告症状である貧血症状や黒色便が認められる場合は、早急に専門医に紹介し、緊急で内視鏡検査が実施されなければならない。

## 2 上記の医学的知見に基づく治療義務及びその違反

### (1) 原判決の認定

原判決は、「東京拘置所の医師は、令和2年8月28日に本件患者から胃痛の申出があったため、FK配合散を7日分処方し、7日後の同年9月4日に本件患者から再度胃痛の申出があったが、その他に特段体調不良等の申出がなかったため、FK配合散を定期に処方することにしたものと認められる。」、「この点、被告協力医らは、刑事施設では拘禁上のストレスから

胃痛の訴えが多く、至急対応すべき所見や申出がなければ、薬剤を処方した上で経過観察をするというのが胃痛を訴えた患者に対する一般的な医療措置であり、軽度の貧血があったことを併せ考慮しても、直ちに上部消化管内視鏡検査を実施するという判断までは求められず、本件患者に対する上記措置は特段問題なかった旨を述べるところ（乙B2、乙B10）、かかる判断が医学的に不適切だとうかがわれる事情は認められない。」「胃痛の訴えがある患者について、FK配合散を1週間処方した後に再び胃痛の訴えがされた場合には、上部消化管内視鏡検査の必要性を高める事情にはなるものの、問診や腹部の診察を行うとともに直ちに上部消化管内視鏡検査を含む画像検査を行わなければならないという医学的知見はなく」等と述べ、東京拘置所病院の医師の治療行為に落ち度がなかった旨を判示した（原判決・第3・2・(2)・イ（21頁～22頁））。

## **(2) 原判決の誤り及び本件における治療義務違反**

ア しかし、第3・1・(2)・ア及びイに記載したとおり、心窩部痛は、タル便（黒色便）と並んで上部消化管出血の典型症状であって（甲B15・1枚目）、胃痛に加えて「黒色便、貧血など上部消化管出血が疑われるときは早めに上部消化管内視鏡検査を行う」べき（甲B16・222頁）、警告症状（増悪する強い痛み、体重減少、血便や黒色便、発熱）が認められた場合には、「重篤な疾患の可能性が高いため、早急に専門医に紹介」すべきであって、「上部内視鏡検査は黒色便や進行性の貧血を認めた場合……は緊急で」実施すべきとされている（甲B16・222～223頁）。

本件では、本件患者は令和2年8月28日に胃痛（心窩部痛）を訴えており、かつ、上記の警告症状である貧血が同年7月10日の時点で認められていたのであるから、内視鏡検査を検討すべきであった。その上、FK配合散が処方されたが、同年9月4日に胃痛の改善が得られていなかったの

であるから（原判決が指摘するとおり、上部消化管内視鏡検査の必要性を高める事情）、なおのことである。

原告側協力医も上記医学的知見と同趣旨を指摘しており（甲B2・回答1-1・(3)。同回答1-2・(4)、甲B5・第5）、控訴人の上記主張はこの点からも裏付けられる。

イ また、仮に、令和2年9月4日の時点で胃痛が改善していないことのみから内視鏡検査の実施を検討しないとしても、少なくとも、第3・1・(2)・イに記載したとおり、問診（発症、寛解/増悪因子、性状、部位/放散痛、随伴症状、経時的な症状の変化既往歴、内服薬、生ものの摂取歴等）は最低限行うべきであった（甲B16・222～223頁）。また、FK配合散添付文書によれば、「重篤な消化管潰瘍のある患者」には、炭酸水素ナトリウムを配合しているため、症状が悪化する恐れがあり、慎重投与が求められている（甲B18）。

そして、このような問診を行っていれば、随伴症状として体重減少が確認できたはずである。すなわち、甲A3・25頁のとおり、令和2年3月10日にかかりつけ医受診時の体重は74kgであったが、乙A9のとおり、東京拘置所入所時には66kgに減少しており（11%減少）、医学的な体重減少（第3・1・(2)）に該当していた。

医師が適切に問診を行い、体重について発問していれば、以前の体重からの減少（警告症状である体重減少）を把握できたはずであり、そうすると、FK配合散の処方を中止し、内視鏡検査が実施されるべきであったことはより明らかである。

ウ さらに上記のとおり、胃痛に対する問診においては、警告症状である黒色便を含む随伴症状を確認すべきであり（甲B16・222～223頁）、このような随伴症状は医師から質問して聴取すべきであって（甲B2・回答1-1・(4)）、問診事項に該当する症状等が生じたら医師に伝えるよう

指導すべきであった（医師法23条参照）。

既述のとおり、本件患者は、令和2年9月10日頃より黒色便を自覚しており（甲A4・17頁・2、甲C25）、東京拘置所病院の医師が適切な問診を行うか、またはそういった症状があった場合は医師に伝えるよう指導していれば、本件患者は、黒色便を知覚した9月10日かそれに近い時期に、「問診の際に質問された黒色便が生じた」という旨を医師に伝えられたはずであって、そうすると、甲B3に記載され、かつ、原判決も認定するとおり、上部消化管出血を疑わせる症状である黒色便が確認されたこととなり（エビデンスレベルI、推奨度A）、24時間以内の内視鏡検査を実施すべきこととなる（エビデンスレベルIII、推奨度B）。

貧血があり、体重減少があり、令和2年8月25日に心窓部痛の訴えがあり、同年9月4日には健胃薬で改善しないことが判明し、同月10には黒色便が生じたものであって、ここまで所見・症状が揃ってなお内視鏡検査を実施しないはずがないし、上記医学的知見に照らし内視鏡検査が実施されるべきことは議論の余地もない。

エ 以上とおり、東京拘置所病院の医師が、貧血及び心窓部痛に対する適切な評価、適切な問診等を実施していれば、令和2年8月25日または同年9月4日、どれだけ遅くとも同月10日には緊急内視鏡を実施するとの判断することができたものであり、またそのように判断すべき治療義務を負っていた。

しかし、東京拘置所病院の医師は、それらのいずれも実施せず、上記治療義務に違反したものである。

これに対し、既述のとおり、原判決は、拘置所では胃痛の訴えが多いという理由で、問診もせずに健胃薬だけ処方して放置することを正当化しているように読める。拘置所においても社会一般の医療水準を満たした医療が提供されるべきことは当然であり、そうであるにもかかわらず拘置所だ

からというだけで正当化されるのであれば、不公正極まりない判断であつて、到底承服できるものではない。

### 3 因果関係及び損害

本書面・第2・3・(1)及び(2)における主張と同様に、上記の各時期に内視鏡検査が実施され、遅くとも令和2年9月10日頃に胃癌及び出血が早期に発見されていれば、同月25日の重度貧血以降の全身状態の悪化が生じる前に化学療法を行うことが可能であり、ECOGPSの良い状態でより早期化学療法を実施できたのであるから、文献及び専門医の見解のとおり、余命が約1年延びた高度の蓋然性が認められる

万が一、これが認められないとしても、本書面・第2・3・(3)と同様に、上記の時期に化学療法が開始された場合、より良好な結果となった可能性は否定できず、本件患者がその死亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性が認められるから、本件患者の適切な治療を受ける権利が著しく害されたものとして不法行為が成立するものであって、これによる本件患者及び控訴人らの精神的苦痛は、原審における請求及び控訴状記載の請求額を下回るものでない。

### 4 結論

以上のとおり、本件患者が令和2年8月28日に胃痛を訴え、FK配合散が処方されたが、同年9月4日に胃痛の改善が得られていなかつたことに対する東京拘置所病院の医師の行為には治療義務違反が認められ、本件患者及び控訴人らの権利・利益を侵害したものであるから、原審における請求及び控訴状記載のとおり、損害賠償義務を負うものである。

## 第4 治療義務違反③（令和2年9月25日に本件患者の血色素量が5.1g/dlとなり重度の貧血と診断された以降の治療義務違反）

### 1 原審における控訴人らの主張の概要

- (1) 令和3年9月25日、本件患者は、重度の貧血状態であり（Hb 5.1 g/dl、BUN 21.2 mg/dl。乙A 4・3頁）、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（乙A 21）、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ったから、遅くとも翌26日中には内視鏡検査を実施し、出血原因の精査および止血処置を行う必要があったにも関わらず、内視鏡検査が実施されたのは10月1日であって、貧血を認知してから6日後であり、対応が遅れたことは明らかである。
- (2) 令和3年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（400ml）という明らかに不十分な量しか輸血されなかつた（甲B 2・回答1-1・(6)）。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この時点で追加の輸血を実施する必要があったが、令和3年9月30日まで追加の輸血が行われなかつた（甲B 2・回答1-1・(6)及び(7)）。

### 2 原判決の認定

原判決は、以下の医学的知見を認定した上で（原判決・第3・1・(1)）、上記控訴人の原審における主張を、いずれも「医学的根拠を伴ったものとは認められない」等として排斥した。

①消化管出血を疑わせる症状として、吐血、黒色便、鮮血便などが知られて

おり、上部消化管出血を疑わせる症状として、黒色便、経鼻胃管からの血液、BUN／クレアチニン比30以上があげられるため、上部消化管出血を疑う場合、吐血、黒色便、経鼻胃管からの血液、BUN／クレアチニン比のいずれかをまず確認すべきである（エビデンスレベルI、推奨度A）（甲B3）。

②上部消化管出血の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（エビデンスレベルIII、推奨度B）（甲B3）。

③血色素量が10g/dlを超える場合は輸血を必要とすることはないが、6g/dl以下では輸血はほぼ必須とされている。6～10g/dlの時の輸血の必要性は患者による。

④消化管出血における急性貧血において、トリガー値を血色素量7g/dlとすることを強く推奨し、また、9g/dl以上では輸血しないことを強く推奨している。

### 3 原判決の誤り1（内視鏡検査の実施時期について）

(1) しかし、令和3年9月25日、本件患者は、重度の貧血状態と診断されてから(Hb5.1g/dl、BUN21.2mg/dL。乙A4・3頁)、遅くとも翌26日中には内視鏡検査を実施し、出血原因の精査および止血処置を行う必要があったことは、医学的知見から明らかであって、明確な医学的根拠が認められるものである。

(2) すなわち、既に指摘した医学的知見のとおり、上部消化管出血の典型症状である心窓部痛がある患者において、これに加えて黒色便や貧血などの警告症状が認められる場合は緊急で上部内視鏡検査を実施すべきとされている（第3・1・(2)）。また、胃痛に対しては問診で随伴症状（体重減少、血便や黒色便）を確認すべきとされているところ（第3・1・(2)）、胃痛の訴えが継続している患者に現に重度貧血が発生したのであれば、なおのこ

と至急にこれらを確認すべきである。

本件患者は、令和2年8月25日から胃痛（心窓部痛）を訴えており、その上で警告症状である貧血（しかもHb 5.1 g/dlという極めて重篤な貧血）を発症したのであるから、早急に上部内視鏡検査を実施すべきことは、上記医学的知見から明らかである。

さらに、既述のとおり本件患者は9月25日の時点で黒色便を認識していたから、医師が問診を行えば黒色便が生じていることを把握できたはずであり、黒色便がある以上、原判決の医学的知見からも24時間以内の緊急内視鏡検査が実施されるべきであった（甲B3）。

(3) さらに、消化管出血が疑われる場合、非静脈瘤性上部消化管出血における内視鏡診療ガイドライン（日本消化器内視鏡学会）によれば、Glasgow-Blatchford score (G B S) 0あるいは2点、Rockall score (R S) 2点以下であれば、緊急内視鏡は行わず外来での管理が可能とされているところ（甲B3・3頁・右の段・4行目以下）、乙A1の1および2、乙A4からすると、本件患者のGlasgow-Blatchford score (G B S)は9点（甲B3・3頁左上の図に当てはめると、本件患者は、乙A4・3頁のとおりBUNが21.2 mg/dlでスコア2、Hb 5.1 g/dlでスコア6。また、黒色便ありでスコア1。合計9点）であり、緊急内視鏡は行わず外来での管理が可能とはいえない（すなわち入院での緊急内視鏡が必要である状態であった）と解される。

(4) よって、本件患者においては、9月25日中か、遅くとも26日には内視鏡検査が実施されなければならなかつたが、実際に行われたのは10月1日であつて、貧血を認知してから6日後であり、対応が遅れたことは明らかである。

#### 4 原判決の誤り2(輸血について)

既述のとおり、本件患者は、令和3年9月25日（血色素量5.1 g/dlの時点）に2u（400ml）の輸血を受け、その3日後である令和3年9月28日に血液検査が実施され、血色素量5.8 g/dlであったが輸血されず、令和3年9月30日まで追加の輸血が行われなかった。

原判決が認定した医学的知見であっても、「6 g/dl以下では輸血はほぼ必須」「消化管出血における急性貧血において、トリガー値を7 g/dlとすることを強く推奨」とされており、本件患者は、明らかに上記の水準を下回りながら、輸血されずに重度貧血状態が継続させられたものであるから、治療義務に違反することは明らかである（原告側協力医も、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旨を指摘するとおり。甲B5・第6・2・(1)）。

原判決は、自ら認定した医学的知見と矛盾する認定を行っており、明らかに誤りである。

#### 5 因果関係及び損害

上記の治療義務違反がなく、遅くとも令和2年9月26日に内視鏡検査が実施されていた場合、より早期に転医が行われ、早期に治療が開始できたものと考えられる。また、医療水準に合致した輸血が行われていれば、本件患者の全身状態の悪化が実際より軽減されたものと考えられる。

そのため、本書面・第2・3・(3)と同様に、より早期に適切な医療行為が行われたことにより、より良好な結果となった可能性は否定できず、本件患者がその死亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性が認められるから、本件患者の適切な治療を受ける権利が著しく害されたものとして不

法行為が成立するものであって、これによる本件患者及び控訴人らの精神的苦痛は、原審における請求及び控訴状記載の請求額を下回るものでない。

## 6 結論

以上のとおり、令和2年9月25日に本件患者の血色素量が5.1 g/dlとなり重度の貧血と診断された以降の東京拘置所病院の医師の行為には治療義務違反が認められ、本件患者及び控訴人らの権利・利益を侵害したものであるから、原審における請求及び控訴状記載のとおり、損害賠償義務を負うものである。

## 第5 爭点(2) (転医義務違反)

### 1 原審における控訴人らの主張の概要

令和3年9月25日に実施された血液検査では、本件患者は、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って（甲B2・回答1-1-(6)）、この時点で専門医にかかるべく速やかに転医させるべきであった。

### 2 原判決の認定

原判決は、「同日時点では、本件患者に対し、輸血をするとともにその原因の精査をしている段階であったから、直ちに外部病院へ入院させなければならぬ緊急性は認められず」と判示し、転医の必要性を否定した（原判決・第3・3）。

### 3 原判決の誤り

(1) 既述のとおり、上部消化管出血の典型症状である心窓部痛を令和2年8月25日から訴えており、さらには、医学的な所見と認められる程の体重減少が生じ、しかも上部消化管出血を強く疑わせる警告症状である黒色便が生じていた（適切な問診を行えば9月25日にもそれ以前にも把握できたことは既述のとおり）。

その上で、令和2年9月25日、血色素（ヘモグロビン量）が5.1g/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、本件患者は極めて危険な状態となったものである（甲B2・回答1-1・(6)）。

(2) この点について、第3・1・(2)にて指摘した医学的知見のとおり、心窓部痛やタール便（黒色便）は上部消化管出血の典型症状であって、胃痛に加えて「黒色便、貧血など上部消化管出血が疑われるときは早めに上部消化管内視鏡検査を行う」べきとされており（すなわち、胃痛、黒色便や貧血は上部消化管出血を疑わせる症状である）、体重減少や黒色便などの警告症状が認められた場合には、「重篤な疾患の可能性が高いため、早急に専門医に紹介」すべきであり、「上部内視鏡検査は黒色便や進行性の貧血を認めた場合……は緊急で」実施すべきである。

(3) この点も既述のとおりであるが、本件患者は、令和2年9月25日の時点で、心窓部痛、黒色便、体重減少及び重度の貧血が生じていたのであるから、上記医学的知見のとおり、上部消化管出血が非常に強く疑われる状況であり、専門医へ早急に紹介すべきであり、かつ24時間以内の緊急内視鏡を実施すべき状況であった。

そうである以上、上部消化管出血の場合に東京拘置所の設備では限界があることは東京拘置所病院の医師も認めているところであるから（原判決・第3・2・(3)・才・第二段落参照）、この時点で、上記医学的知見のと

おり、専門医へかかる旨を判断すべきであったし、遅くとも9月26日中に緊急内視鏡検査を実施し（東京拘置所において24時間以内の内視鏡検査が行えないのであれば救急搬送して外部病院において実施し）、その結果を踏まえやはり同様の判断をすべきであった。

これに対し、東京拘置所病院の医師は、10月1日になってやっと内視鏡検査を実施して、東京拘置所の設備では限界があることに気付き、外部病院と調整を開始したというのであるから（原判決・第3・2・(3)・オ・第二段落参照）、転医に関する判断、ひいては転医時期が遅れたことは明らかであって、東京拘置所病院の医師の転医義務違反が認められるものである。

#### 4 因果関係及び損害

本書面・第2・3・(3)と同様に、東京拘置所病院の医師が9月25日ないし26日に外部病院へ転医すべきとの判断を行い、より早期に本件患者を転医させていた場合、実際より早期に化学療法が開始されてより良好な結果となった可能性は否定できず、本件患者がその死亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性が認められるから、本件患者の適切な治療を受ける権利が著しく害されたものとして不法行為が成立するものであって、これによる本件患者及び控訴人らの精神的苦痛は、原審における請求及び控訴状記載の請求額を下回るものでない。

#### 5 結論

以上のとおり、東京拘置所病院の医師の行為には転医義務違反が認められ、本件患者及び控訴人らの権利・利益を侵害したものであるから、原審における請求及び控訴状記載のとおり、損害賠償義務を負うものである。

## 第6 爭点(3)（説明義務違反）

### 1 原判決の認定

原判決は、「東京拘置所の医師は、同月7日、本件患者に対し、同月1日に実施した内視鏡検査で確認された潰瘍がおそらく癌であり、治療が必要な状態であること、現在外部病院に相談中であることなどの説明しているところ、かかる説明は、本件患者が自身の病状及び病状に対する東京拘置所の対応の方針を理解するのに十分な説明であったと認められる。」、「東京拘置所の医師において、上記説明以上に本件外部病院の具体的な名称やその転医の時期を説明すべき根拠は認められない、「押送中の身柄奪取等の弊害を考慮してこれらの事項を説明しなかったことが不適切であったという事情も認められない。」と述べる（原判決・第3・4・(2)）。

### 2 説明義務の内容及びその違反説明義務の内容

#### (1) 説明義務の内容

東京拘置所病院の医師が患者たる被収容者に対して説明義務を負うことに争いはないところ（原審被告準備書面1・第3・4・(3)）、医師は患者に対して処置及び治療の方針等について丁寧に説明しなければならないものとされている（甲B17）。

#### (2) 本件患者に対する説明の内容

令和2年10月7日、東京拘置所病院の医師から本件患者に対し、胃の悪性腫瘍等との説明はあったが（乙A1の1・8頁）、同月30日の診療録に「11／9のHPは再度のキャンセルをする。今回の病気が見つかってすぐに治療のできるHPをさがしはじめた（このような話は本来はする話ではないのだがと説明して）10／16に████に行くとき一度（それ

た外来予約を) キャンセルしている。実は今回も執行停止と同じ時期に2回目の予約をいれてある。今回2回目のキャンセルをしたらそこのH.P.では治療できないであろうと話しをした。本人は『今まで説明してくれなかつた』と不満をのべていた。』と記載されているとおり(乙A1の1・12頁)、転医先の病院が決まっていたことや、転医先・転医時期、決まっていた外来予約を取り消したことなどは、本件患者には一切説明されていなかった。

### (3) 本件における説明義務とその違反

ア 転医先をどの医療機関にするか、いつ転医するか、決まった転医先を取り消すかどうかは、一般社会においても患者の強い関心事であり、治療の方針の一環として説明義務の対象に含まれる。転医が必要な場合に、転医先やその時期等を一切説明せずに、決まった転医先は説明なく取り消すなどということが、通常の医療において起こりえないことは明らかである。

これに加え、特に本件のような拘置所における身体拘束化では、転医するには拘置所が外部病院に移送するか、身体拘束から解放されて自ら転医するしかないのであるから、転医先が決まっているか否か、その時期、転医先の予定の取消しなどは、治療方針や開始時期に直結する事項であって、なおのこと患者の強い関心事であり、いつどの医療機関に転医するのかまたは転医しないのかが分からなければ患者が医師の治療方針を認識していたとはいえない。このことは、東京拘置所病院で勤務する医師であれば容易に認識できただけである。

よって、転医先の決定や時期、その取消しに関して、東京拘置所病院の医師は本件患者に対して説明義務を負っていたものと解され、「東京拘置所の医師は、同月7日、本件患者に対し、同月1日に実施した内視鏡検査

で確認された潰瘍がおそらく癌であり、治療が必要な状態であること、現在外部病院に相談中であることなどの説明をしているところ、かかる説明は、本件患者が自信の病状及び病状に対する東京拘置所の対応の方針を理解するのに十分な説明であったと認められる。」(原判決・第3・4・(2))との原判決の認定は誤りである。

イ 原判決は、「東京拘置所の医師において、上記説明以上に本件外部病院の具体的な名称やその転医の時期を説明すべき根拠は認められ」ない、「押送中の身柄奪取等の弊害を考慮してこれらの事項を説明しなかったことが不適切であったという事情も認められない。」とも述べる(原判決・第3・4・(2))。

しかし、悪性腫瘍を抱えて逃亡を試みることなど、起こりえるはずがないことは明らかである。裁判所の指摘は、あり得ない想定を述べるものであって、医師の説明義務を免除する根拠になるものではない。百歩譲って、身体拘束下にある刑事被告人という特殊性を考慮するとしても、被控訴人も述べるとおり説明義務は患者の自己決定権を保障するために生じるものであって(原審被告準備書面1・第3・4・(3))、その重要性に鑑みると、転医に関して一切説明しないなどということまで認める合理性はなく、少なくとも具体的な行き先・日時を伏せて、転医が決まっていることやおよその時期など、治療の開始及びその時期に影響する事項は説明しなければならなかったと解すべきであって、拘置所だからといってそれすら免除されると解する根拠はない。

ウ また、原判決は、令和2年10月15日の勾留執行停止の際に、医療機関と事前に調整していれば、早期に治療開始できたはずである旨を述べる。

しかし、勾留執行停止で受診する場合、診療情報提供書がなく(東京拘置所は、事前に診療情報提供書を交付せず、勾留執行停止の開始時に被収容者に手渡すため。)、かつ、診断書すらなく、「胃癌と診断されたらしい」

という情報しかない状況では、期間が限られた勾留執行停止で受診したいと言っても、そもそもどの医療機関も受け入れてくれない。また、勾留執行停止を得るには、その期間（始期・終期とその根拠）を裁判官に説明する必要があるが、診療情報提供書や診断書すらない状態では検査や必要時間・期間の事前調整など不可能である。実際、[REDACTED]病院では、検査を事前に予約できるかとの質問に対し、「その日の患者さんの状態を見て検査の適応、可否を決めるのでできない。」との回答であり（甲A 4・12頁）、その後、乙A 1の2・11頁のとおり「[REDACTED]H.P.からお断りの連絡があった」ものであって、勾留執行停止中の患者に関する事前調整は極めて困難であった。

理論上は保釈もあり得るが、現実的に保釈は認められず勾留執行停止によるしかない状況であった（現に、本件で、重篤な貧血を発症した後の令和2年9月29日、及び、[REDACTED]病院にて「進行胃癌」であり「病期診断のため、精密検査が必要な状態であると判断する」と診断された後の令和2年10月19日に、それぞれ保釈請求を行ったが、認められなかった。甲C 29、甲C 30）。

そのため、まずは最低限の勾留執行停止を得て、外部病院にて診断書を取得したり、症状について情報を確認したりした上で、それをもとに病院と協議してスケジュールを立て、再度執行停止を申し立てざるを得ないものであって（本件でも、[REDACTED]病院の診断書と、診察の際に得た診療情報提供書記載の情報をもとに、医療に関する知識を有する控訴人相嶋[REDACTED]が、[REDACTED]病院の医師に説明・協議することで、具体的なスケジュールを立てることができたものであるし、それをもとに報告書を提出することで、やっと1か月の執行停止を得られたものである。）、原判決の指摘は前提から誤りである。

エ 以上のとおり、東京拘置所病院の医師は、少なくとも転医が決まっていることやおよその時期など、治療の開始及びその時期に影響する事項について説明義務を負っていたが、これらを説明せず、同義務に違反したものである。

### 3 因果関係及び損害

東京拘置所病院の医師が、転医に関する説明義務を尽くしていれば、本件患者にて東京拘置所病院が予約した10月16日の転医先を優先する等、より早期に転医・治療開始をすることが可能であり、本書面・第2・3・(3)と同様に、実際より早期に化学療法が開始されてより良好な結果となった可能性は否定できず、本件患者がその死亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性が認められるから、本件患者の適切な治療を受ける権利が著しく害されたものとして不法行為が成立するものであって、これによる本件患者及び控訴人の精神的苦痛は、原審における請求及び控訴状記載の請求額を下回るものではない。

### 4 結論

以上のとおり、東京拘置所病院の医師の行為には説明義務違反が認められ、本件患者及び控訴人の権利・利益を侵害したものであるから、原審における請求及び控訴状記載のとおり、損害賠償義務を負うものである。

以上