

令和8年（ネ）第424号 国家賠償請求控訴事件

控訴人



被控訴人 国

控訴理由書

2026年2月27日

東京高等裁判所 第16民事部 御中

控訴人代理人 弁護士 海 渡 雄



弁護士 小 竹 広 子



弁護士 高 遠 あ ゆ 子



原告らは、以下のとおり、控訴理由を明らかにする。

第1 はじめに

原判決のもっとも注目すべきは、患者が医療水準にかなった医療行為を受けることができなかった場合に、その医療行為が著しく不適切なものであったときは、医者は患者に対し、不法行為による損害賠償を賠償する責任を負うことを確認した上で、このことは、設備も人員も十分でない拘置支所における医療行為にも妥当すると明言した点である。この点は、原告代理人も大賛成である。

このことは、刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律第56条に「刑事施設においては（中略）社会一般の保健衛生及び医療の水準に照らし適切な保健衛生上及び医療上の措置を講ずるものとする。」と明記されており、当然のこ

とである。しかしながら、実際には刑事施設内の医療問題の訴訟では、本件も含め国側は「刑事施設なのだから外部医師への診察に保安職員も同行させなければならぬなど、刑事施設特有の都合もあり、被収容者の医療が一般水準に届かなくてもやむを得ない。」などの主張がなされることが多い。さらには、裁判所もそれを認めてしまうことも少なくない。原判決では、社会一般の医療水準と刑事施設内の医療水準に違いはない前提で判断をしたことは大きな意義があった。しかし、原判決には、医療上のミスと死亡との因果関係について見逃すことのできない問題点が残っている。控訴審においては、医療同等原則を再確認したうえで、医療上のミスと死亡との因果関係について、高裁の再考を求めたい。

徳島刑務所で服役中の受刑者が2019年3月、肝臓に腫瘍があると判明し、東日本成人矯正医療センターに移送され、同5月28日に手術を受け、2日後に死亡した。判決は、手術後に血圧低下などの所見があり、センターの医師には出血を疑い検査する義務があったと指摘し、再開腹して止血していれば生存していた高度の蓋然性が認められるとして、国家賠償責任を認めた。この事件の場合、裁判所は、「刑事施設においては、被収容者の心身の状況を把握することに努め、被収容者の健康及び刑事施設内の衛生を保持するため、社会一般の保険衛生及び医療の水準に照らし適切な医療上の措置を講ずることとされているところ（刑事収容施設法56条）、本件医療センターは、病院としての機能を有する医療専門の刑事施設であり、本件手術が実施された当時、亡Bに対して専門的な医療を提供するために必要な医療機器や医療設備を有していたのであるから、本件医療センターの職員である医師（矯正医官）の職務上の注意義務違反の有無を判断するに当たっては、一般の医療機関に勤める医師と同様に、診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準を基準とするのが相当である。」と判断された。この事件の場合、ミスが起きたのは、矯正部門内で最も専門性の高い医療機関であったから、一般医療と同等であるべきという判断は自然なものであった。

第2 刑務所医療が抱える問題

1 刑務所医療の改善の必要性

ここで、刑務所医療に関する問題を振り返ってみたい。2005年の受刑者処遇法、2006年の刑事被収容施設法の改正によって、我が国の刑事拘禁制度は大きく改革された。刑事収容施設法第56条では、刑事施設において講ずべき医療措置について「社会一般の保健衛生及び医療の水準に照らし適切な保健衛生上及び医療上の措置」を講じなければならないとされている。

しかし、こと刑務所医療については、医療水準だけでなく医療の保安体制からの独立の確保など、大きな問題が多数残されているのである。

処遇法施行後の2007年に、徳島刑務所で、松岡医務課長からの虐待行為をきっかけとした暴動事件が発生した。松岡医務課長が2004年4月に就任して以後、必要性もないのに受刑者の肛門に指や器具を突っ込んでかき回す行為、10日間などに及ぶ長期の絶食指示、体の数十か所に青あざができるほどの「つねる行為」、診療拒否、投薬中止、医療放置などの異常な行為が繰り返されていたことが判明した。これらの虐待行為の被害者のうち、7名が死亡し、1名が自殺した。

松岡医務課長による徳島刑務所事件は、ひとりの異常な医師による虐待事件と考えられがちであるが、問題は、そのような異常な医師の行為が刑務所・矯正管区・法務省内で等閑視され、長期間に渡って多くの受刑者が被害に遭っても、許され、何の責任も問われないという構造である。

2 刑務所医療の問題ポイントと本件での現れ

日弁連は、徳島刑務所事件を受け、数年をかけて2009年11月18日に刑務所医療の全面的な改革提言をまとめた。この中で、日弁連は、当面の改革課題として次の点を求めている。

- (1) 刑事施設内における医療の独立性確保
- (2) 医師看護師等の医療関係者への研修の実施。
- (3) 外部医療機関への委託の推進。

- (4) 医師の判断により外部の専門診療施設での診療を義務づける制度の創設
- (5) 被収容者への診療情報提供の実効化、診療記録の開示制度の創設
- (6) 指名医診療の要件緩和、セカンドオピニオンを受ける機会の保障
- (7) 第三者による不服申立機関の創設。
- (8) 刑事施設視察委員会の機能強化

さらに、抜本的な改革として、刑事施設における医療を法務省から厚生労働省へ移管することを提言している。

しかし、このような改革は、現在に至るまで、遅々として進んでおらず、日弁連が改革課題とした問題の多くがそのまま遺されているのである。具体的には、主に以下のような問題がある。

- (1) 刑事施設内では医療が処遇に従属している。例えば、規律違反があった場合に、医療上の必要性があっても処遇上の理由で医療が提供されなくなったりする。
- (2) 准看護師資格を持つ刑務官が、受刑者の要望を受けて医療を提供するかどうかが判断する役割を担っており、医師に直接会えず、医療アクセスを妨害する障壁となっている。本件でも、亡翔汰が最初に睾丸が腫れてきたと伝えたのは医務の准看護師であったが（甲 A2）、すぐには医師の診察は受けさせて貰えなかった。
- (3) 外部医療機関に依頼する場合、医療費支払と連行する人員確保が困難であるため、なるべく外部医療機関での診察を控えさせるよう仕向ける。そのため刑務所の勤務医は、純粹に医療上の必要性から外部医療機関での診察を指示することができない。

本件でも、田淵医師は、屋成医師への申し送りとしてカルテ上に「緊急性がなければ外部受診に出すことはなかなか難しいです」と記載しており、外部受診が遅れる原因ともなった。尋問において田淵医師はこの記載の理由として、「外部の一般病院出すには、保安上、逃走とかの危険もありますので、3人の処遇の先生を付けて外部受診に出さなきゃいけないっていうことで、かなりそこはハードルが高くて。このとき既に私が医者は常勤私1人なんで、幹部会とかでもこの人、外の病院出したいって言うても、

なかなかオクケーが出ないといいますか、難色を示される。処遇からも文句言われるみたいな分化がありまして。」と証言していた。

このように、本件の診療経過には、刑務所医療が抱えている問題が色濃く影を落としているのである。

第3 原判決の判断の誤り

1 1月7日時点でS T Mであった可能性が否定できない旨の原判決の判断

原判決は、次のとおり判示した。

「S T Mは、一般的には化学療法後の転移巣に見られることが多いが、①未治療の胚細胞腫瘍内にも起こりうること（乙B30 [48頁]）や、②S T Mに関する報告によると、胚細胞腫瘍の治療中にS T Mが診断されたのは約4割であり、残り約6割の異時発症例では、胚細胞腫瘍の診断からS T Mの診断までに中央値で4年の期間を要しているのに対し、亡■の場合にはセミノーマの診断から最難治症例との判断がされるまでも約1年程度であることからすると、亡■の精巣腫瘍については、化学療法を受けたことによってS T Mに変化したのではなく、化学療法を受ける以前からS T Mであった可能性は否定し難いというべきである。」

「以上によれば、田淵医師が診察した1月7日の時点で、亡■の精巣腫瘍がS T Mであった可能性が高い旨の池田正行医師の意見（乙B24）は、同医師の立場が矯正医官であることを踏まえてもなお、十分に信用できるものといえ、亡■の精巣腫瘍は、1月7日の時点で、S T Mであった可能性が否定できないというのが相当である」。

2 原判決の誤り—1月7日時点でS T Mであった可能性はない

しかし、まず第1に、乙B30 [48頁] は、体細胞型悪性腫瘍＝S T Mについて「未治療の胚細胞腫瘍内にも起こりうるが、一般的には化学療法後のP P L N D検体を含む転移巣に見られることが多い。」と述べているから、未治療の胚細胞腫瘍内にS T Mが起きることは一般的ではない。

そして、本件の亡■の場合、3月31日に行われた摘出腫瘍の病理診断において、純粋なセミノーマであることが確認されているので（乙A13）、1月7日の時点で「STMであった可能性が否定できない」との原判決の認定は、この病理診断と真っ向から矛盾している。

乙A13号証（病理組織検査報告書）には、「Tumors of single histological type, pure forms, seminoma」すなわち「単一の組織型の腫瘍、純型のセミノーマ」と記載されている。非セミノーマ成分（胎児性癌・卵黄嚢腫瘍・奇形腫・STMなど）が認められず、セミノーマ単独という意味である。

また、セミノーマの診断からSTMとの診断を受けるまでの期間によって、化学療法を受ける以前からSTMであった可能性の有無・程度は判断できない。

精巣腫瘍の病理診断にあたっては、肉眼所見の詳細な観察に基づく正確なサンプリングを行い、非セミノーマ成分の検索のために多数の標本作製する。本件の場合、生検ではなく精巣摘除術で摘出した腫瘍全体を見て標本作製できるので、部位が漏れる可能性はほぼ無い。またHE染色標本、種々の免疫組織化学染色も使って、非セミノーマ成分の検索を行う（甲乙B30〔47～48頁〕）。このようにして検索しても、非セミノーマ成分が検出されず、3月31日時点の病理診断で「純セミノーマ」と診断されているのである。従って、その時点では純セミノーマであり、非セミノーマ成分が認められなかったことは疑いがない。

その後、抗がん剤治療後に転移し難治化した転移癌となったことからすれば、手術後の抗がん剤治療と転移の過程で性質が変わって、STMに転化したものと考えられる。

STMは、一般にセミノーマと異なり、シスプラチンに対する治療抵抗性を示す（甲乙B30〔48頁〕）。手術後、再発予防のために亡■に2クール行

われたBEP療法の主力はシスプラチンであり、通常はセミノーマに有効であるから、セミノーマ細胞はBEP治療により死滅したものの、その過程で生じていたSTMはBEP治療が無効で生き残り、その結果、以後、STMが前景に出てきて転移癌が難治性となった可能性が高いのである。

化学療法前には病理診断で「純粋なセミノーマ」とされていたこと、STMが「一般的には化学療法後のPPLND検体を含む転移巣に見られることが多い。」ことからすれば、■■■■の場合も化学療法によってシスプラチン耐性を獲得したSTMが生じて、前景化したと考えるべきである（乙B30〔48頁〕）。

3 乙B24号証の池田正行医師意見書は信用性がない

(1) 「セミノーマの表現型を維持しながらシスプラチン耐性を獲得していた」とは言えない

まず、乙B24号証の池田正行医師意見書は、「セミノーマとしての表現型を維持しながら、STMの難治性の本態であるシスプラチン耐性を獲得していた」ことを前提としている。

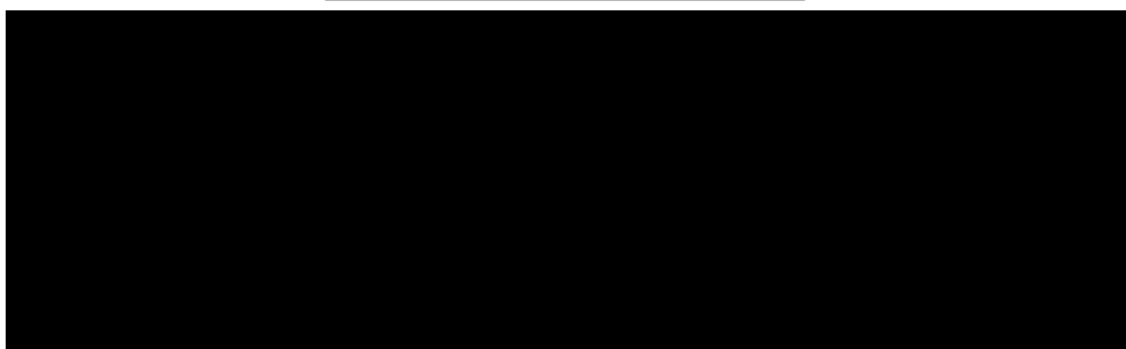
しかし、そもそもセミノーマは胚細胞腫瘍であり、STMは体細胞型腫瘍であるから、セミノーマとSTMは別種の腫瘍である。

シスプラチンは、DNAに架橋を作り細胞分裂を阻害する効果を持つが、胚細胞腫瘍は相同組み換え修復など傷ついたDNAを修復する能力が弱く、修復できずに細胞死に至りやすいので、シスプラチンが効果的である。一方、体細胞型腫瘍は相同組み換え修復など傷ついたDNAを修復する能力が高く、細胞死に至りにくいので、シスプラチンが効きにくい。この、シスプラチンが効果を発揮する機序からして、「セミノーマとしての表現型を維持しながら、STMの難治性の本態であるシスプラチン耐性を獲得していた」といったことは起こらない。

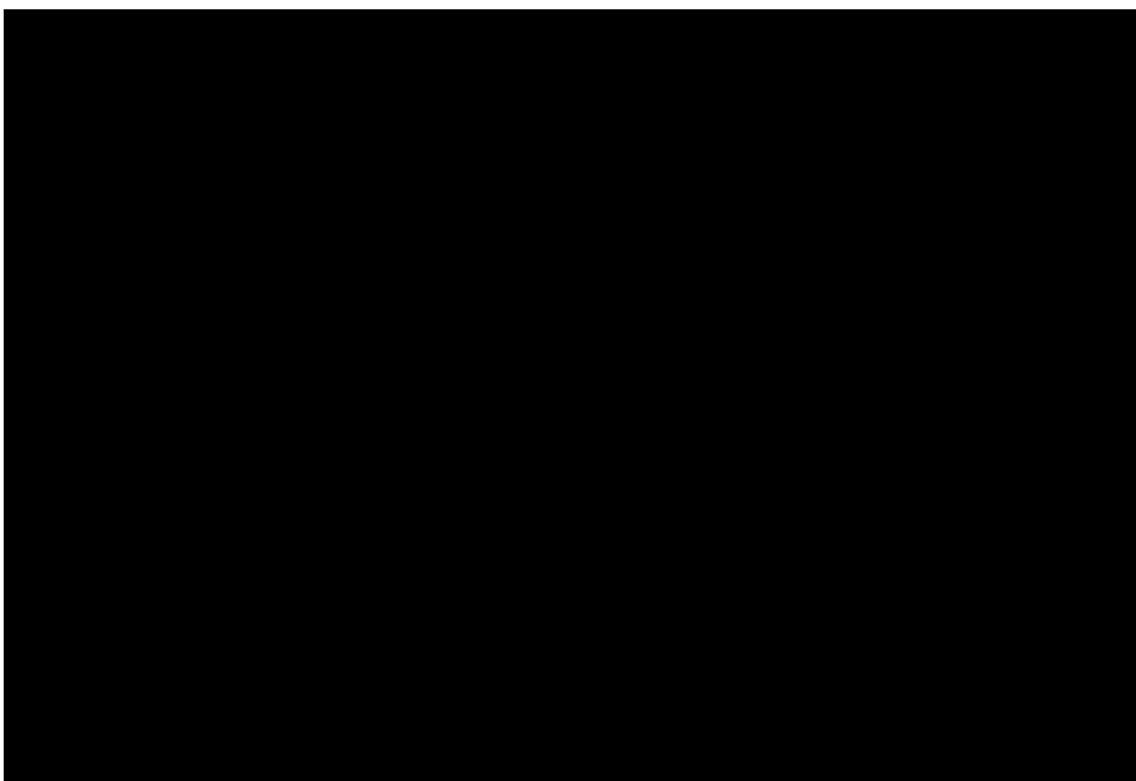
亡■■■■の再発腫瘍にシスプラチンが効かなかったことは事実であるが、再発腫瘍の病理検査が行われていないことから、再発腫瘍がセミノーマのまま

であったとは言えない。再発腫瘍にシスプラチンの効果が認められなかったことからすれば、手術後の抗がん剤投与と再発の過程で、胚細胞腫瘍であるセミノーマから分化して、体細胞型悪性腫瘍（STM）が生じていたと考えざるを得ない。

(2) 池田医師の本意は「」との独自見解



そして池田正行医師は、令和7年8月頃まで、この意見書と共に「海渡雄一の本当の罪深さについて一判判交流どころか裁判長と部付をアゴで使ってでっち上げー」というタイトルの文書をインターネット上に公開していた（甲C8）。その内容の一部を抜き書きすると以下のとおりである。



この池田医師による意見書の実名公開、原告代理人海渡、川勝訟務検事、森裁判長に対する誹謗中傷文書公開は、池田医師が妄想的であり、根拠なしに思い込みで結論に至る傾向があることを示している。

乙B24号証は、そのような考えを下敷きに「セミノーマの表現型を維持しながらシスプラチン耐性を獲得していた」との結論に至っていることからして、信用性が低いと言える。

4 1月7日時点で脈管侵襲していた可能性が十分ある旨の原判決の判断

原判決は、次のとおり判示した。

「① 亡■の精巣腫瘍は、右高位精巣摘除術が施行された後の3月時点で、少数の脈管侵襲が認められ、腫瘍の一部が精巣漿膜表面に露出していたほか、右鼠径部及び腹部傍大動脈に認められた大きめのリンパ節については既に、リンパ節転移の可能性があることも指摘されていたことが認められる。

そして、②亡■の右精巣は、1月時点で、既にゴルフボール大（直系4cm程度）にまで腫大していたところ、証拠（乙B23 [12, 1

3頁]) 証人岩田 [21, 22頁] によれば、その腫瘍の大きさは、脈管侵襲を伴い得るものであったといえる。その上で、③1月の時点で翔汰には陰嚢水腫が認められており、この水腫の原因は、後に確認された精巣腫瘍であるほかないところ(証人山崎 [33頁]、弁論の全趣旨)、精巣腫瘍に伴う続発性の陰嚢水腫は、リンパ行性転移が逆行性に進展することや、腫瘍細胞が臓側精巣鞘膜へ浸潤して精巣鞘膜腔内に播種することを契機に生じること(乙B23)からすると、亡■の精巣腫瘍は、1月7日の時点で、脈管侵襲や腫瘍の精巣鞘膜表面への露出が生じていたとしてもおかしくはない状況にあったというべきである。」

このように述べた上、原判決は、1月7日の時点で、脈管侵襲を伴っていた可能性が十分にあると判断した。

5 原判決の誤り—1月7日時点で脈管侵襲の可能性は低い

- (1) しかし、精巣腫瘍に伴う続発性の陰嚢水腫の機序は、「リンパ行性転移が逆行性に進展することや、腫瘍細胞が臓側精巣鞘膜へ浸潤して精巣鞘膜腔内に播種することを契機に生じる」と断定している点で、原判決は誤っている。
- (2) 実際には、続発性の陰嚢水腫の機序は不明であり、判明していない。乙B23に添付・引用された資料12の2は「精巣腫瘍における水腫形成のメカニズムはまだ不明であるが、これらの水腫の発生機序は2つの説を示唆している。」としている。また乙B23に添付・引用された資料11, 13は、陰嚢水腫の穿刺をして細胞診陽性になった症例紹介であり、水腫形成のメカニズムを明らかにした論文ではない。要するに、乙B23で紹介されているOreclinらの二説は仮説でしかなく、精巣腫瘍に伴う陰嚢水腫発生の機序が、その二説に限られるわけではない。
- (3) 水腫は、精巣鞘膜腔の液体の産生と吸収のバランスが崩れて、産生量が吸収量を上回れば起きるので、機序は複数考えられる。例えば、腫瘍が精巣内で大きくなるだけでリンパ管や静脈を圧迫するから、回収されるはずの液体が滞りやすくなり、鞘膜内に液体が溜まることが起きる。また腫瘍の周囲組織は炎症反応を起こし浸出液が出やすくなるし、毛細血管の透過性が上がるか

ら、腫瘍が鞘膜に露出していなくとも、近くに腫瘍があるだけで、浸出液が増え、毛細血管の透過性が上がり、鞘膜が液体を貯留することがありうる。

- (4) そして、3月24日の手術時点で「少数の」脈管侵襲であったこと、また病理診断で「切除断端に腫瘍細胞の露出はみられません」とされていること(乙A13)、更に手術後の検索で後腹膜周囲リンパ節や右鼠径リンパ節は1cmで、明らかな腫大とは言えない程度だったことからすれば、その時点で既に腹部大動脈周囲リンパ節への転移・リンパ行性転移が逆行性に陰囊からのリンパ流側にまで進展してリンパ流を阻害していたという可能性は低い。逆行性転移が原因でリンパ流が阻害されるということは、リンパ管内が腫瘍細胞で満たされていき、腹部大動脈周囲リンパ節内にも進展し、更に逆行性に鼠径リンパ節まで進展するということであるが、そのような事態に至っていれば、少なくとも最初に到達する腹部大動脈周囲リンパ節には明らかな腫大が見られ、「転移」として発見されていたはずだからである。
- (5) 従って、1月7日時点で陰囊水腫があったことは脈管侵襲の徴表ではないから、1月7日時点で陰囊水腫があったことをもって、同時点で、「脈管侵襲を伴っていた可能性が十分にある」との結論を導いた原判決の判断は、誤りである。逆に、1月7日から76日間も放置された後である3月24日時点で、精巣腫瘍が純粋なセミノーマであり、脈管侵襲は少数であり、断端に腫瘍の露出はなく、明らかなリンパ節転移も認められなかったことからすれば、1月7日時点では、脈管侵襲を伴っていた可能性は、低いものである。

6 原判決の誤り一亡■■■■の生存可能性があった

原判決は、「1月7日の時点で、①STMであった可能性がある上、②少なくとも脈管侵襲や腫瘍の精巣鞘膜表面への露出が生じていた可能性があるから、化学療法等を実施しても、腫瘍の再発やリンパ節転移を防ぐことが困難になっていたとみるべきである。」とし、1月7日時点で精巣腫瘍が発見されて、摘除術が施行され、その後に化学療法が実施されていたとしても、実際の経過と同様に腫瘍が再発・転移して化学療法が奏功しなかった可能性は否定し難いと判断し

た。

しかし、上で述べてきたとおり、原判決は、1月7日時点で存在した水腫の発生機序について、「リンパ行性転移が逆行性に進展して生じた」と断定し、そこから1月7日時点で STM であった可能性と脈管侵襲や腫瘍の精巣鞘膜表面への露出が生じていた可能性があるとしている点で、完全に、前提を誤っている。

実際には、1月7日の時点で、①STM であった可能性、②脈管侵襲や鞘膜表面への露出があった可能性のいずれの可能性も低かったのである。

1月7日から3月24日までの76日間、放置された腫瘍が日々増殖して進行したこと、セミノーマの治癒率が高いことからすれば、1月7日時点で精巣腫瘍と正しく診断され、遅滞なく手術・化学療法を受けていれば、その時点ではまだ脈管侵襲のない単純なセミノーマにとどまっており、精巣内から進展することもなく、治癒できた可能性が非常に高いと言える。

7 原判決の誤りーがん再発時の医療措置の遅れ

原判決は、亡■の精巣腫瘍が当時ステージIであったことを前提として、本件ガイドラインにはステージIのセミノーマの経過観察は、術後2年以内は3か月ごとに腹部CT検査等を実施するというものであり、亡■は令和2年7月6日にCT検査をしているがその際明らかな遠隔転移は認められておらず、CT検査から3か月経過していないことから、令和2年9月下旬、同月24日又は10月5日にCT検査をしなかった医療行為は著しく不適切な医療行為ではなかった、とした（原判決26頁以下）。

しかしながら、当該認定は、本件ガイドラインの位置づけを誤って理解したものである。

一般的にガイドラインは、経験の少ない医師が診療を行うに当たり、学会等がそれまでの知見や学問的背景を基に、最低限遵守すべき方向性を示しているものである。あくまで、「元気で症状も無い症例にも最低限実施すべき期間」をガイドラインとして推奨している。患者に何らかの症状が出れば、ガイドラインの推奨期間内でも速やかに検査等の医療措置をとるべきである（甲B10、11）。

亡■は、令和2年9月に入ってから、発熱、腰痛を訴えていたが、発熱はがん転移の一般的な症状であるし、腰痛も後に判明したところでは亡■には、腹腔内リンパ節転移があったため、それが腰痛の原因であった可能性が高い（甲B10）。刑事施設は亡■がこれらの症状を訴えた時点で速やかに検査等の医療措置をとる義務があったにもかかわらず、これを怠った過失がある。これにより亡■は、適切な治療機会を喪失したうえ、不要に1か月にわたり、がん転移と死の恐怖に晒され、多大な精神的苦痛を受けた。

第3 結語

以上のとおり、原判決は誤った事実認定に基づくものであるから、控訴審は原判決を破棄し、控訴人の主張の沿った判決をなすべきである。

以上