

令和 7 年 3 月 2 4 日判決言渡 同日原本領収 裁判所書記官

令和 2 年（ワ）第 4 6 0 0 号 国家賠償請求事件

口頭弁論終結日 令和 7 年 1 月 2 3 日

判 決

5

主 文

1 (1) 被告は、原告 A に対し、1 6 5 0 万円及びこれに対する令和元年 5 月 3 0 日から支払済みまで年 5 分の割合による金員を支払え。

10 (2) 被告は、原告 B に対し、2 7 5 万円及びこれに対する令和元年 5 月 3 0 日から支払済みまで年 5 分の割合による金員を支払え。

(3) 被告は、原告 C に対し、2 7 5 万円及びこれに対する令和元年 5 月 3 0 日から支払済みまで年 5 分の割合による金員を支払え。

2 (1) 被告は、原告 A に対し、2 4 万 7 5 0 0 円及びこれに対する令和 3 年 2 月 9 日から支払済みまで年 5 分の割合による金員を支払え。

15 (2) 被告は、原告 B に対し、4 万 1 2 5 0 円及びこれに対する令和 3 年 2 月 9 日から支払済みまで年 5 分の割合による金員を支払え。

(3) 被告は、原告 C に対し、4 万 1 2 5 0 円及びこれに対する令和 3 年 2 月 9 日から支払済みまで年 5 分の割合による金員を支払え。

3 原告らのその余の請求をいずれも棄却する。

20 4 訴訟費用は、これを 3 分し、その 2 を原告らの負担とし、その余を被告の負担とする。

事 実 及 び 理 由

第 1 請求

1 亡 D の生命侵害又は生存の相当程度の可能性侵害によって生じた損害に係る請求

25

(1) 被告は、原告 A に対し、4 1 2 5 万円及びこれに対する令和元年 5 月 3 0

日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

(2) 被告は、原告Bに対し、687万5000円及びこれに対する令和元年5月30日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

5 (3) 被告は、原告Cに対し、687万5000円及びこれに対する令和元年5月30日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

2 亡Dの自己決定権及び期待権侵害によって生じた損害に係る請求

(1) 被告は、原告Aに対し、660万円及びこれに対する令和3年2月9日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

10 (2) 被告は、原告Bに対し、110万円及びこれに対する令和3年2月9日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

(3) 被告は、原告Cに対し、110万円及びこれに対する令和3年2月9日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

【請求の法的根拠】

15 主たる請求：いずれも国家賠償法（以下「**国賠法**」という。）1条1項に基づく損害賠償請求

附帯請求：いずれも遅延損害金請求（起算日は前記1(1)ないし(3)の請求がいずれも亡Dが死亡した日、前記2(1)ないし(3)の請求がいずれも請求の趣旨拡張申立書の送達日の翌日）

第2 事案の概要

20 1 前提事実（争いのない事実及び証拠又は弁論の全趣旨により容易に認められる事実）

(1) 亡Dについて

25 亡D（昭和▲年▲月▲日生まれ。以下「**亡D**」という。）は、昭和46年11月14日の沖縄返還協定批准阻止闘争（いわゆる渋谷闘争）において1名の機動隊員がデモ隊との衝突で火傷死した事件（いわゆる渋谷事件）について、昭和58年7月13日に東京高等裁判所から無期懲役に処するとの判

決を宣告された者である。同判決は、昭和62年7月17日に確定し、亡Dは、同年10月30日から徳島県徳島市所在の徳島刑務所に無期懲役刑受刑者として収容された。

亡Dは、徳島刑務所において、有機溶剤を使用する刑務作業に従事していたことから、労働安全衛生法66条2項に基づき、有害作業健康診断を受けていた。

亡Dは、徳島刑務所に収容中の平成31年（以下、平成31年及び令和元年の記載を省略する。）3月1日、徳島刑務所において腹部エコー検査を受けた結果、肝内腫瘍を発見され、4月18日、徳島刑務所から東京都昭島市所在の東日本成人矯正医療センター（以下「**本件医療センター**」という。）に移送され、5月28日、本件医療センターにおいて肝右葉切除術及び胆嚢摘出術（以下「**本件手術**」という。）を受け、5月30日、本件医療センターにおいて死亡した（死亡時73歳）。本件医療センターの医師は、亡Dの直接死因を急性肝不全、その原因を肝細胞がんとする死亡診断書を作成した（甲A1）。

(2) 原告ら

原告A（昭和▲年▲月▲日生まれ。以下「**原告A**」という。）は、昭和▲年▲月▲日に亡Dと婚姻した亡Dの妻であり、原告B（以下「**原告B**」という。）は、亡Dの兄であり、原告C（以下「**原告C**」という。）は、亡Dの弟である。

(3) 診療経過等

ア 徳島刑務所における亡Dの診療経過

徳島刑務所における亡Dの診療経過は、別紙「徳島刑務所における亡Dの診療経過一覧」に記載のとおりであり、徳島刑務所で測定された亡Dの体重、HDLコレステロール及びγGTPの値の各推移の様子は、別紙「徳島刑務所における亡Dの検査結果一覧」に記載のとおりである。

イ 亡Dの仮釈放の審理及び亡Dが本件医療センターに移送された経緯

3月1日当時、四国地方更生保護委員会（以下「更生保護委員会」という。）において亡Dの仮釈放の審理が行われていたところ、亡Dは、同月14日、同委員会の委員による面接を受け、同委員会は、同月25日、亡Dの仮釈放を許す決定をしないと判断した。

徳島刑務所長は、更生保護委員会の前記判断までに、同委員会に2月及び3月に行った亡Dの検査結果を通知しなかった。

亡Dは、4月1日、徳島刑務所職員から更生保護委員会の前記判断を伝えられた。

徳島刑務所職員は、4月4日、本件医療センターに亡Dの病状を踏まえた精査及び受入れの可否等を問い合わせ（乙A2p1）、同月8日、高松矯正管区に亡Dの本件医療センターへの護送計画を相談し、その後、同計画が許可された（乙A13、14）。そして、徳島刑務所の医師は、4月17日、亡Dに対し、肝臓に異常があるため医療専門施設での精査が必要である旨説明し、亡Dはこれを承諾した（乙A1p49-4・5）。

以上の経緯で、亡Dは、4月18日、徳島刑務所から本件医療センターに移送された。

ウ 本件医療センターにおける亡Dの診療経過等

本件医療センターにおける亡Dの診療経過等は、別紙「本件医療センターにおける亡Dの診療経過等一覧」に記載のとおりである。

2 医学的知見

別紙「医学的知見」に記載のとおりである。

3 関係法令の定め

別紙「関係法令の定め」に記載のとおりである。

第3 当事者の主張

別紙「当事者の主張（要旨）」に記載のとおりである。

第4 争点

別紙「争点」に記載のとおりである。

第5 協力医の意見の要旨

別紙「意見書整理メモ」に記載のとおりである。

5 第6 結論

当裁判所は、① 本件医療センターの医師には止血措置等実施義務違反があったと認められる（争点5(1)）、② 本件医療センターの医師が上記注意義務を尽くしていれば、亡Dは5月30日時点で生存していた高度の蓋然性があると認められる（争点5(2)）、③ 上記注意義務違反によって生じた亡Dの損害額は2200万円（死亡慰謝料2000万円及び弁護士費用200万円）と認めるのが相当である（争点8）、④ 徳島刑務所職員に亡Dに対する告知義務違反があったと認められる（争点6(1)）、⑤ しかし、同告知義務違反によって亡Dの自己決定権も期待権も侵害されたとは認められない（争点6(2)）、⑥ 徳島刑務所長に更生保護委員会への通知義務違反があったと認められる（争点7(1)）、⑦ 同通知義務違反によって亡Dの仮釈放審理が適正に行われることへの期待権が侵害されたと認められる（争点7(2)）、⑧ 同通知義務違反によって生じた亡Dの損害額は33万円（慰謝料30万円及び弁護士費用3万円）と認めるのが相当である（争点8）と判断する。以下、そのように判断した理由を述べる。

20 第7 争点5（本件医療センターの止血措置等実施義務違反の有無等）について

1 認定事実

前提事実並びに証拠（別紙「本件医療センターにおける亡Dの診療経過等一覧」に記載の証拠及び後掲証拠）及び弁論の全趣旨を総合すれば、次の事実が認められる。

25 (1) 本件医療センターの医療設備等

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

5

り、全国の刑事施設から専門的な医療を必要とする被収容者を受け入れて必要な治療等を行っている。本件医療センターは、本件手術が実施された当時、MR I、CTスキャナー及び超音波診断装置や回復室（厚生労働省医療安全対策検討会議により指針として示された集中治療室（ICU）の施設基準を

全て満たすものではないが、これに準ずる医療機器や管理体制を備えたもの）
といった医療機器や医療設備を有していた（乙C1）。

(2) 本件手術前の時点における亡Dの肝臓の状態

10

亡Dの肝臓は、本件手術前の時点で、肝機能は良好であり、肝硬変の合併はなく、その他の重篤な併存疾患も認められなかった（乙A2 p 158、A6、A22 p 4、乙B31 p 4）。

(3) 本件手術の概要等（乙A5、乙A3 p 9）

15

ア 5月28日午前10時23分から午後4時18分まで、本件医療センターにおいて本件手術が実施された。本件手術は、外部から招へいされた医師（外科医）、本件医療センターの保健課長であるE医師（外科医）、本件医療センターの麻酔科医2名（うち1名は当直医のF医師）及び看護師3名の合計6名によって行われ、外部から招へいされた医師が執刀医を務め、E医師が助手を務めた。

20

イ 本件手術中、執刀医が、胆嚢を摘出した後、肝臓の尾側から頭側に向けて切離を進めていたところ、肝側の断端を縫合していたときに下大静脈への肝静脈流入部近傍から大量の静脈性出血が認められたため、執刀医は、指で圧迫して出血を制御しながら下大静脈前面から右背側の肝切離を終了し、肝右葉を腫瘍と共に摘出した。この間、亡Dの血圧は一時40台まで低下したが、輸血及び輸液並びに昇圧薬の投与によって回復した。

25

また、執刀医が、下大静脈の肝静脈合流部の圧迫を30分以上かけて解除したところ、右肝静脈の縫合閉鎖部より少し頭側の下大静脈に5mm大の出血部が認められたため、執刀医は、出血源について縫合処置を行い、

止血できたことを目視等で確認した（乙A22p5、A23p1、証人E
p10）。

そして、閉腹に当たり、執刀医が、肝切離面や下大静脈表面及び肝門部
を確認したところ、出血や胆汁漏は認められず、US検査（超音波検査）
でも中肝静脈等の血流は良好であり、残肝の色調も良好であったことから、
執刀医は、念のために下大静脈前面から残肝中冠静脈根部にサージセル
（吸収性局所止血剤）を当てて、閉腹した。

ウ 本件手術における亡Dの総出血量は4347ml、輸血総量は3880
ml（赤血球輸血1680ml、FFP（新鮮凍結血漿）1200ml、
5%アルブミン1000ml）、輸液総量は4600mlであった（乙A
5、乙A2p157、159）

(4) 本件手術後の診療経過（以下、本件手術が行われた5月28日の日付の記
載を省略することがある。）

ア 亡Dは、5月28日午後4時45分頃、全身麻酔が終了し、午後4時5
6分頃、回復室に収容されたところ、午後5時20分頃、苦しいと看護師
に訴え、午後6時50分頃、痰が絡む、鼻がつまる、息が半分しかできな
い、白い馬が何頭も見えると看護師に訴えた。午後6時50分頃時点の亡
Dの血圧は64／43mmHg（実測で84／－mmHg）であり、本件
手術後から同時点までの右横隔膜下ドレーンからの排液量は合計95ml
であり、排液の性状は血性であった。

イ 看護師から亡Dの状態の報告を受けたE医師は、亡Dの血圧低下の原因
として、① 術後出血を原因とする循環血液量の不足（以下「術後出血に
よる循環血液量不足」という。）、② 本件手術に伴う生体炎症反応によ
り血管の透過性が亢進することによる間質液の血管外への漏出（いわゆる
サードスペースへの水分貯留の発生）を原因とする循環血液量の不足（以
下「間質液の血管外漏出による循環血液量不足」という。）、③ 硬膜外

麻酔の影響（麻酔による除痛効果によって内因性のカテコラミンの分泌が減少し、血管の収縮が弱まった可能性）などを考えた。

5 その上で、E医師は、仮に亡Dの血圧低下の原因が術後出血による循環血液量不足にあるとしても、この時点で亡Dはショック状態ではなく、ドレーンからの排液量からすれば出血の程度は僅かであるため、輸液を行って循環血液量を補正すれば血圧が回復して通常の止血機能が働くと考えた。また、E医師は、亡Dが既に本件手術中に大量の輸血をされていたことから、輸血を行えばビリルビン処理の負担が増えて肝不全が助長されるおそれがあると考えた。

10 こうして、E医師は、亡Dに対し、血管内容量を改善する働きがある膠質液であるアルブミン液を2時間かけて投与することによって、亡Dの経過を観察することにした。

（乙A22、証人E）

15 ウ E医師は、午後8時頃時点の亡Dの血圧が81／49 mmHgになったことから、亡Dの状態は改善傾向にあると考えた。そして、E医師は、当直医のF医師（麻酔科医）に対し、午後6時50分頃の血圧低下に対してアルブミンを投与している、術後の亡Dの容態は比較的落ち着いている旨伝えるとともに、F医師との間で、亡Dの肝臓に負担をかけないようにするため亡Dには輸血ではなく輸液を行うことを確認して、帰宅した。（乙A22、A23、証人E、証人F）

20 エ F医師は、午後8時45分頃、亡Dを診察したところ、同時点の亡Dの血圧は88／50 mmHgであった。また、F医師は、その際、看護師から、亡Dについて、意識はあるが、午後7時30分以降尿量の増加がないとの報告を受けた。F医師は、亡Dについて、頻脈がないこと、ドレーンからの排液量が午後6時50分時点と比較すると減少したことなどを確認して、アルブミンの投与が終了した時点で再度亡Dを診察することにした。

(乙A23)

オ F医師は、アルブミンの投与が終了した後の午後9時40分頃、亡Dを診察したところ、同時点の亡Dの血圧は56／41mmHgであった。また、F医師は、その際、看護師から、亡Dについて、アルブミンの投与が終了したが排尿がないとの報告を受けた。F医師は、亡Dについて、頻脈がないこと、ドレーンからの排液量が少量であること、呼吸状態に異常がないこと、チアノーゼや腹部膨満がないことなどを確認して、亡Dの血圧低下の原因は、術後出血による循環血液量不足にあるのではなく、間質液の血管外漏出による循環血液量不足又は硬膜外麻酔の影響にあると考え、また、亡Dの排尿減少の原因は、間質液の血管外漏出による循環血液量不足又は手術後の腎障害にあると考えた。

そして、F医師は、間質液の血管外漏出による循環血液量については、時間の経過とともに漏出した間質液等が再び血管内に戻ってくること（リフィリング）によって循環血液量が回復し、血圧上昇や尿量増加につながると考え、また、手術後の腎障害については、必ずしもショックを表すものではなく、早急に改善する必要はそれほど高くないと考え、亡Dがこれまで膠質液であるアルブミンの投与を受けていたこと及び亡Dの肝臓への負担を考慮して、亡Dに対し、急性腎障害の初期治療でも推奨されている、肝臓への負担を与えにくい晶質液である生理食塩水を1.5時間かけて亡Dに投与することによって、亡Dの経過を観察することにした。

(乙A23、証人F)

カ その後の診療経過は、別紙「本件医療センターにおける亡Dの診療経過等一覧」に記載のとおりであり、亡Dは、午後11時2分頃、声掛けされても開眼のみをする状態となり、午後11時45分頃、血液ガス検査の結果、高カリウム血症、貧血及びアシドーシスが認められ、翌5月29日午前5時39分頃、血液ガス検査の結果、貧血及びアシドーシスの進行が認

められ、同日午前6時6分頃、輸血が開始され、同日午前6時58分頃、肝不全の疑いありとされ、同日午前7時10分頃、周術期出血に伴う急性肝不全による全身状態悪化のため重症指定とされ、同日午前8時21分、腹部エコー検査の結果、右横隔膜下に凝血塊と考えられる高輝度の塊が認められ、多臓器不全に移行しかけていると診断され、同日午前10時50分頃、本件医療センターの医療部長であるG医師が、原告Aらに対し、亡Dは術後出血によるショック状態と考えられる旨説明し、同日午後零時15分頃、血圧維持が困難な状況で、出血傾向もあり、再手術は困難と判断され、同日午後3時10分頃、同日午後1時に実施した血液検査の結果、DIC（播種性血管内凝固症候群）の状態に陥っていると診断され、翌5月30日午後9時44分頃、死亡した。

2 争点5(1)（本件医療センターの止血措置等実施義務違反の有無）について

(1) はじめに

国賠法1条1項にいう「違法」とは、国又は公共団体の公権力の行使に当たる公務員が個別の国民に対して負担する職務上の法的義務に違反することをいい、公権力の行使に当たる公務員の行為が国賠法1条1項の適用上違法と評価されるためには、当該公務員が職務上通常尽くすべき注意義務を尽くすことなく漫然と当該行為をしたと認め得るような事情があることが必要であると解される。

この点、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D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。

以上を前提に、本件医療センターの医師の職務上の注意義務違反の有無を判断する。

(2) 医学的知見

ア 肝切除後の術後出血のサインと再開腹の要否の判断基準（甲 B 3 1 添付文献 3、乙 3 8）

（ア）肝切除後の術後出血は、合併頻度は低いが、肝不全発生の契機となり得るといわれており、一度発症すると致命的になる可能性があるため、適切に対処することが必要といわれている。

（イ）最も早期に現れる術後出血のサインは、血圧低下、頻脈、尿量減少などの循環血液量の減少を示唆するバイタルサインの変化といわれている。

（ウ）肝切除後の術後出血は、術後 4 8 時間以内に起こることがほとんどであり、出血部位は肝離断面ないしは横隔膜が多いといわれている。

（エ）術後出血を疑った場合、腹部エコー検査や必要に応じて C T 検査を行うことによって腹腔内貯留液の量を観察することが必要といわれている。そして、術後出血が生じている場合、当該出血部位は肝表面や脾臓周囲等に低輝度の液体として描出され、その中に高輝度の凝血塊が描出される。

さらに、ドレーンが屈曲していたり、血液凝固塊等によってドレーンが閉鎖していたり、ドレーンの留置位置が不適切であったりするなどして有効なドレーナージが得られていない場合、出血の診断に遅れがでるため、ドレーンの慎重な観察が必要といわれている。

（オ）再開腹による止血術は、保存的に止血不能な場合やショックあるいはショック準備状態と考えられる場合などに適応があるといわれている。

また、出血の程度の推移により一概にはいえないが、100ml／時間程度の出血が6時間以上持続する場合は再開腹の適応があるといわれている。

(カ) 再開腹による止血術は短時間で終わる場合が多いといわれているが、再開腹の時期を逃して一度低血圧に陥ると、障害肝では不可逆的な肝不全により多臓器不全に進行する危険性が高いため、低血圧に至る前に術後出血に対処することが望ましいといわれている。特に肝切除後の術後出血は、持続する出血による出血傾向の増強や肝不全への移行を危惧して比較的少量の出血でも早期に開腹止血を行う例が比較的多く認められている。

イ 術後低血圧の原因（甲B50添付資料16）

術後低血圧の原因には、主に、①前負荷（心室が収縮を開始する前にかかる負荷）の減少として、出血や補液の不足、サードスペースへの体液移動など、②心収縮力の減弱として、麻酔薬の効果残存や既存の心機能障害、不整脈など、③体血管抵抗の著明な現象として、麻酔薬の効果残存や敗血症、慢性肝不全があるといわれている。このうち、術後低血圧の原因として最も頻度が高いのは、循環血液量の不足による前負荷の減少といわれている。

ウ ショック状態の判断基準（甲B3、B31添付文献4、B80、B82、B83、乙B9、乙B44別添13）

(ア) ショックとは、全身の血液循環、特に末梢組織への血流が比較的短時間に障害されたために重要な臓器・組織の機能が障害されている状態をいう。漫然と血圧が下がった状態とは区別される。もっとも、著しい血圧低下が続けば、それに続いてショック状態になることが予測されるため、血圧低下の時点からショックに対する治療や処置が行われることがある。

(イ) ショックに共通する一般的な臨床症状として、3主徴（無欲・無関心、蒼白な湿った皮膚（冷汗）、細い脈（低血圧と頻脈））や5つのP（蒼白、虚脱、冷汗、脈拍蝕知不能、呼吸不全）がある。これらの症状はショックにつながる症状として重要な観察ポイントとされている。また、
5 ショックでは、血圧低下、頻脈（又は徐脈）、頻呼吸、意識レベルの変化、尿量低下が認められるとされており、これらの症状の中で血圧低下はショックを疑う最も重要な症状といわれている。さらに、ショックの本態は全身性の循環障害であるから、バイタルサインの評価は、一つのバイタル指標が正常値だからといって安心せず、相対的な評価を心掛けることが重要とされている。
10

(ウ) ショックの所見を窺わせる基準に、次のようなものがある。

- a 収縮期血圧が90 mmHg以下
- b 1時間当たりの尿量が0.5 ml/kg以下（組織還流が不十分なことを示す所見）
- 15 c 呼吸数が22回/分より多い（代償機構が働いていることを示す所見）
- d 塩基欠乏（負のベースエクセス（BE））：-4 mEq/Lより低値

ベースエクセス（BE）は、血液の酸塩基平衡の程度を知るための指標として用いられる。正のBEは、塩基過剰すなわち代謝性アルカローシスを意味し、負のBEは、塩基欠乏すなわち代謝性アシドーシスを意味する。ショック時には、末梢循環不全により酸素供給が低下し、嫌気性代謝（酸素を消費しない代謝のこと）からアシドーシスとなる。
20

- 25 e P_{aCO_2} （二酸化炭素分圧）が32 mmHgより低値

二酸化炭素分圧とは、動脈血中の二酸化炭素の分圧（濃度）を意味

し、換気の状態を表す指標として用いられる。

(エ) 高齢者のショックの判断については、次のような注意を要するとされている。

a 高齢者の場合、通常、加齢に伴って血管の弾力性が低下し、収縮期
5 血圧が高めになることが多いため、65歳以上の高齢者は、収縮期血
圧が110mmHg未満の場合又は平常時と比べて30mmHg以上
低下している場合にはショックとみなすとされている。

b 高齢者の脈拍数の基準値は50～70回/分程度と脈拍数は成人より
やや少なめとなるが、高齢者の場合、頻脈を呈さないことが多く、
10 β 遮断薬などの薬剤の影響で頻脈にならないこともあるとされている。

c 高齢者の呼吸数の基準値は14～20回/分程度と成人よりやや多
めとなるとされている。

(オ) ショック指数

ショック指数（脈拍数/収縮期血圧）が1を超えるとショックとみな
15 されるとされている。もっとも、ショック指数は感度が低く、1を超え
ないからといってショックではないと除外診断することはできないとさ
れている。特に高齢者の場合には頻脈を呈さないことが多いため、ショ
ック指数をもって除外診断することはできないとされている。

(カ) 小川のショックスコア

20 小川のショックスコア（以下、単に「**ショックスコア**」という。）は
ショックの重症度を判定するものであり、血圧（収縮期血圧）・脈拍・
尿量・BE・意識状態について次の基準が定められている。合計5点以
上でショックと診断され、11点以上で重篤と判断されるとされている。

スコア	3	2	1	0
血圧 (mmHg)	<60	$60 \leq$ <80	$80 \leq$ <100	$100 \leq$

る血圧低下があったと認められる。

また、亡Dの脈拍数は、午後6時50分頃の時点で77回／分であったところ（別紙「本件医療センターにおける亡Dの診療経過等一覧」参照）、高齢者の脈拍数の基準値が50～70回／分程度とされていること（前記(2)の医学的知見ウ（エ）b）からすれば、亡Dは一応頻脈であったと認められる。

さらに、亡Dの尿量は、午後6時50分頃の時点で1時間当たり30mlであり、それまでの尿量と比較すると減少していたから（別紙「本件医療センターにおける亡Dの診療経過等一覧」参照）、亡Dは術後出血を疑わせる尿量低下があったと認められる。

加えて、本件では、① 本件手術後から午後6時50分頃の時点までの亡Dの右横隔膜下ドレーンからの排液量は合計95mlであり、排液の性状は血性であったこと、② 亡Dの呼吸数は、午後6時50分頃の時点で24回／分であり（別紙「本件医療センターにおける亡Dの診療経過等一覧」参照）、ショックの基準となる呼吸数は22回／分より多いとされているから（前記(2)の医学的知見ウ（ウ））、亡Dは一応頻呼吸があったといえること、③ 亡Dは、午後5時20分頃、苦しいと訴え、午後6時50分頃、息が半分しかできないと訴えていたから、ショックに共通する一般的な臨床症状である呼吸不全があったことがうかがわれたこと、④ 亡Dは、午後6時50分頃、白い馬が何頭も見えると訴えていたから、ショック状態をうかがわせる意識の混濁があったといえることといった事情も認められる。

以上の事情を総合すれば、E医師は、5月28日午後6時50分頃の時点までの事情を基に、亡Dに術後出血が生じていることを疑うことができたといえる（なお、前記1の認定事実(4)イによれば、E医師も、亡Dの血圧低下の原因の一つとして、術後出血による循環血液量不足を疑

ったと認められる。) 。

そして、術後出血を疑った場合、バイタルサイン及び血算の経時的な測定が必要といわれており、また、腹部エコー検査や必要に応じてC T検査を行うことによって腹腔内貯留液の量を観察することが必要といわれている (前記(2)の医学的知見) 。

そうすると、E医師は、5月28日午後6時50分頃の時点までの事情を基に、亡Dについて、腹部エコー検査や必要に応じてC T検査を行うべきであったようにも思われる。

(イ) しかしながら、本件においては、① 午後6時50分頃の時点における亡Dの血圧低下の原因として、術後出血による循環血液量不足の他に、間質液の血管外漏出による循環血液量が考えられたこと (前記(2)の医学的知見の術後低血圧の原因及び前記1の認定事実(4)イのE医師の診断を総合すれば、そのように認められる。) 、② 本件手術後から午後6時50分頃の時点までの亡Dのドレーンからの排液量 (約2時間30分の排液量) は合計95mlであり、大量とはいえなかったこと、③ 午後6時50分頃の時点の亡Dのショックスコアは、血圧が64で2点、脈拍が77で0点、尿量が30mlで1点、BEが不明、意識が清明又は応答ややありで0点又は1点であり、合計3点又は4点であったから、ショックと診断できる状態ではなかったこと、④ 原告らの協力医であるH医師も、初期対応としてアルブミンを投与することは間違いではないと証言したこと (証人H対質p191、192) という事情もあるから、これらの事情を勘案すれば、E医師が、輸液を行って循環血液量を補正すれば血圧が回復して通常の止血機能が働くと考え、亡Dにアルブミンを投与して亡Dの経過を観察すると判断したことが、不合理であるとまではいえない。

そうすると、E医師が、5月28日午後6時50分頃の時点で、亡D

について、腹部エコー検査や必要に応じてCT検査を行うことをせず、輸液を行って亡Dの経過を観察することにしたことが、診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準にかなうものではなかったと認めることはできないというべきである。

5 (ウ) したがって、5月28日午後6時50分頃の時点でE医師に止血措置等実施義務違反があったと認めることはできない。

ウ F医師の注意義務違反の有無

(ア) E医師が帰宅した後、亡Dの収縮期血圧は、5月28日午後8時45分頃の時点で88、午後9時30分頃の時点で62、午後9時40分頃の時点で56と推移したところ（別紙「本件医療センターにおける亡Dの診療経過等一覧」参照）、亡Dは午後7時22分頃から約2時間アルブミンを投与されたにもかかわらず（別紙「本件医療センターにおける亡Dの診療経過等一覧」参照）、再び収縮期血圧の低下が認められたことからすれば、アルブミンの投与によって循環血液量を補正して血圧を回復させて自然止血を目指すというE医師の治療方針は奏功しなかったと認められる。そして、F医師は、上記の診療経過を認識していたと認められるから、亡Dの再度の血圧低下の原因は、間質液の血管外漏出による循環血液量不足ではなく、術後出血による循環血液量不足にあると考えることができたといえる。なお、F医師は、血圧低下の原因として、
15 間質液の血管外漏出による循環血液量不足以外に、硬膜外麻酔の影響も考えていたと認められるが（前記1の認定事実(4)オ）、亡Dは本件手術直後から硬膜外麻酔の持続注入を受けていたのであるから（別紙「本件医療センターにおける亡Dの診療経過等一覧」参照）、午後9時40分頃になって亡Dの再度の血圧低下としてその影響が表れたと考えるのは
20 合理的とはいえない。
25

また、亡Dは、午後7時30分以降尿量の増加がなく、アルブミンの

投与が終了した後も排尿がなかったところ、F医師は、亡Dの尿量低下について看護師から報告を受けていたから、この点からも、尿量低下の原因と考えられる組織灌流（特に腎臓への循環血流量。前記(2)の医学的知見ウ（ウ）。）の低下につき改善が見られたとはいえず、アルブミンの投与によって循環血液量を補正するというE医師の治療方針は奏功し
5 なかったと認められ、亡Dの尿量低下の原因についても、間質液の血管外漏出による循環血液量不足ではなく、術後出血による循環血液量不足にあると考えることができたといえる。

そして、亡Dの脈拍数は、午後8時45分頃の時点で94回、午後9
10 時30分頃の時点で90回であったところ（別紙「本件医療センターにおける亡Dの診療経過等一覧」参照）、高齢者の脈拍数の基準値が50～70回／分程度とされていること（前記(2)の医学的知見ウ（エ）b）からすれば、亡Dは頻脈であったと認められるから、F医師は、亡Dに術後出血が生じていることを疑うことができたといえる。

15 (イ) 以上の事情を総合すれば、F医師は、5月28日午後9時40分頃の時点までの事情を基に、亡Dの再度の血圧低下の原因及び尿量低下の原因が術後出血による循環血液量不足にあると考え、亡Dについて、腹部エコー検査や必要に応じてCT検査を行って、亡Dの術後出血の有無を確認する注意義務を負っていたというべきである。

20 しかしながら、F医師は、亡Dの血圧低下の原因及び尿量低下の原因が術後出血による循環血液量不足にあることを疑わず、腹部エコー検査や必要に応じてCT検査を行わなかったのであるから、F医師は亡Dの術後出血の有無を確認する注意義務に違反したと認められる。

3 争点5(2)（本件医療センターの止血措置等実施義務違反と亡D死亡との因果
25 関係の有無等）について

(1) まず、亡Dの2度の血圧低下の原因について検討する。

既に認定してきた事実に別紙「意見書整理メモ」に記載の協力医の意見の要旨並びに証拠（甲B31、証人H対質p180）を総合すれば、亡Dは、遅くとも5月28日午後6時50分までに、① 下大静脈の肝静脈流入部付近で術中に止血に難渋した部位、② 肝切除断端、③ 下大静脈の短肝静脈結紮切離部位、④ 右副腎剥離部分付近などの残肝のいずれかの部位から静脈性出血（術後出血）が生じ、この術後出血による循環血液量不足によって、午後6時50分頃の時点の血圧低下及び午後9時40分頃の時点の血圧低下が生じたと認められる。以下、理由を補足する。

ア 亡Dの血圧低下の原因は、術後出血以外にも、硬膜外麻酔が亡Dにとって過量であった可能性や循環体液量不足による可能性のほか（前記2(2)イの医学的知見）、T L S（腫瘍崩壊症候群）のときに放出されるサイトカインによる血管拡張の影響の可能性、が考えられる（証人H対質p89、証人I対質p97）。

イ この点、亡Dの血圧は午後6時50分に30以上の幅で急激に低下しているところ（別紙「本件医療センターにおける亡Dの診療経過等一覧」参照）、循環血流量の低下の原因が術後出血以外であれば、血圧は徐々に低下するのが通常であり、急激に低下するとは考え難く、本件手術終了から間もない午後6時50分に急激に血圧が低下したことから、この時点で亡Dに術後出血が発生していたことが推認できる（証人H対質p90、証人J対質p93）。

また、5月29日午前8時21分時点で肝臓の切除部近くに当たる右横隔膜下に凝塊血と考えられる高輝度の塊が認められたこと（別紙「本件医療センターにおける亡Dの診療経過等一覧」参照）からも、亡Dにつき術後出血が生じていたことが認められる（乙A23p6）。このことは、本件医療センターの医療部長であるG医師が自ら、5月29日午前10時50分頃に、原告Aらに対し、亡Dの病状について、肝臓の切除部近くに血

液塊があり、術後出血によるショック状態に陥っている旨の説明をしたこと（別紙「本件医療センターにおける亡Dの診療経過等一覧」参照）からも明らかといえる。

ウ 他方、亡Dは、本件手術直後から硬膜外麻酔の持続注入を受けており、
5 そうした状況下で午後5時11分から午後5時56分までの間は血圧が安定していたのであるから、午後6時50分時点の血圧低下の理由として硬膜外麻酔の影響があったとは考え難い。

また、循環血液量の減少の原因が手術に伴う生体炎症反応により血管の透過性が亢進することによる間質液の血管外への漏出といった術後出血以外
10 のものであるとすれば、補液なり輸血なりで血圧低下等の症状は改善すると考えられるが、アルブミンの投与や生理食塩水の投与が終了した後も一時的に血圧が回復傾向を示すのみで結果的に改善には至らなかったこと（別紙「本件医療センターにおける亡Dの診療経過等一覧」参照）からも、午後6時50分頃の時点の血圧低下の理由として間質液の血管外への漏出
15 といった術後出血以外の影響があったとは考え難い（証人H対質p91）。

エ さらに、以下の理由から、T L Sが午後6時50分頃の時点の血圧低下の原因であるとは考え難い。

（ア）証拠（乙B41、B44、証人I対質p99～111）によれば、亡DがT L Sを発症したことを窺わせる事情は次のとおりである。

20 ① 厚生労働省のT L Sの診断基準の下となったH o w a r dのT L S診断基準（① 高カリウム血症（ 6.0 mEq/L より高値（成人））、② 高リン血症（ 4.5 mg/dL より高値（成人））、③ 高尿酸血症（ 8 mg/dL より高値（成人））、低カルシウム血症（イオン化カルシウムにつき 1.12 mmol/L より低値）の4つの異常のうち2つの異常を満たせばT L Sと診断できるというもの。
25 なお、厚生労働省が公表しているT L Sの診断基準では、低カルシウ

ム血症を除く 3 つの異常のうち 2 つの異常を充たせば T L S と診断できるとしている。) に当てはめてみると、亡 D は、5 月 28 日午後 3 時 58 分時点で、高リン血症 (4.9 mg / d L) と低カルシウム血症 (イオン化カルシウム 0.95 mmol / L) の 2 つの異常を満たしており、その基準を満たしていた。

② 5 月 28 日午後 3 時 58 分時点で L D H、A S T 及び A L T につき著明な上昇が認められ、これらの数値の異常は肝がん細胞の崩壊が始まっていたことを示している。

(イ) しかしながら、次の点を踏まえると、亡 D が T L S を発症したと認めることはできない。

① 細胞の中に最も多く含まれている血性成分はカリウムであるから (細胞はカリウムとリンが主成分であり、カルシウムはほとんどない。) 、実際に細胞崩壊が起こっている場合には、まず最初にカリウムの数値が上昇するはずである (高カリウム血症) 。その後、カリウムに次ぐ細胞の主成分であるリンも放出されてリンの数値が上昇し (高リン血症) 、リンが血中にあるカルシウムと結合してリン酸カルシウムを形成する結果、カルシウムの数値が低下することになる (低カルシウム血症) 。そして、細胞崩壊に伴い細胞内の核酸が壊れると、プリン体が尿酸へと変化し、尿酸の値が上昇し (高尿酸血症) 、尿酸とリン酸カルシウムが腎機能に影響する結果、腎不全が引き起こされることになる。このように、T L S の発生を認めるに当たっては、まず高カリウム血症が認められることが重要であるが (現に、T L S の診断で必要とされる臨床症状には、不整脈や心停止などがあるが、これらは心機能の停止を引き起こすカリウムが上昇して高カリウム血症になることで引き起こされる症状である。) 、亡 D のカリウムの値は午後 3 時 58 分以降一貫して正常であった (別紙「本件医療センター

における亡Dの診療経過等一覧」参照）（甲B61、証人J対質p111～114）。

また、輸血の中にはクエン酸が入っていることから、クエン酸とカルシウムが結合することでカルシウムの数値が下がるのも当然である（甲B50資料18、証人H対質p115）。

② また、亡Dは本件手術で肝切除を経験しているところ、肝臓を切れば肝細胞が壊れ、肝臓に多く含まれるAST及びALT等の数値が上昇するのは当然である（証人H対質p115）。

③ 加えて、亡Dの肝細胞癌の病理報告書（2019年6月27日付け）に腫瘍が死滅崩壊している所見が記載されていない（甲B61・J意見書）。

（ウ）以上によれば、亡DがTLSを発症していたとは認められない。

オ 前記イないしエによれば、亡Dの5月28日午後6時50分頃の時点の血圧低下の原因は術後出血であったと推認され、この推認を覆す証拠はない。

そして、亡Dの午後6時50分頃の時点の血圧低下の原因が術後出血であったことからすれば、亡Dには午後6時50分頃以前にはすでに術後出血が生じていたと推認されるところ、亡Dの術後出血は本件手術の終了から約2時間半後という間もないときに生じたことや、本件手術中には、縫合止血は行われたものの、肝側の断端を縫合している際に下大静脈への肝静脈流入部近傍から大量の静脈性出血が生じたこと（前記1(2)）からすれば、当該術後出血は、本件手術の肝切除に関連する、① 下大静脈の肝静脈流入部付近で術中に止血に難渋した部位、② 肝切除断端、③ 下大静脈の短肝静脈結紮切離部位、④ 右副腎剥離部分付近などの残肝のいずれかの部位から生じたと推認される。

また、出血態様については、午後7時22分に開始されたアルブミンの

投与によりある程度の循環血液量が保たれることで亡Dの容体が最低限維持されていたといえること（別紙「本件医療センターにおける亡Dの診療経過等一覧」参照）からすれば、亡Dの術後出血に係る出血態様は、劇的な出血ではなく、じわじわとした静脈性の出血であったと認められる（証人H対質p 196、証人I対質p 197）。

5

カ 以上より、前記(1)冒頭の事実が認められる。

- (2) 次に、亡Dについて、5月28日午後9時40分頃以降の時点で腹部エコー検査が行われていれば、術後出血を確認できたかについて検討する。

証拠（証人H対質p 227）によれば、100cc以上の体積があれば、超音波検査（エコー検査）で血液を確認することができると認められ、この認定を覆す証拠はない。

10

そして、証拠（証人H対質p 228）によれば、5月28日午後4時5分の時点で6.3g/dlであった総ヘモグロビン値が、午後11時45分の時点で5.0g/dlにまで低下した事実（別紙「本件医療センターにおける亡Dの診療経過等一覧」参照）からすると、同時点までに少なくとも約400ccは出血していたことが推認されるところ、一定量の出血がなければ血圧は下がらないとされていること（甲B50資料16、証人H対質p 229）及び午後9時40分頃までに亡Dの血圧が二度大きく低下したことからすれば、午後9時40分頃の時点では少なくとも100ccを超える一定量の出血があったと推認され、この推認を覆す証拠はない。

15

20

そうすると、亡Dについて、午後9時40分頃以降の時点で腹部エコー検査が行われていれば、腹腔内の空気等の存在により血液の画像を描出できない可能性が抽象的にはあるものの（証人E p 58、p 84）、午後9時40分頃の時点では100ccを超える一定量の出血があったと認められることに照らせば、体位変換をするなどして超音波の当て方を工夫すれば血液の画像を描出することは可能であったと認められる。

25

したがって、亡Dについて、5月28日午後9時40分頃以降の時点で腹部エコー検査が行われていれば、具体的な出血点までは特定できないものの、出血の有無や血液の貯留状況を確認することが可能であったから、術後出血を確認できたと認められる（証人H対質p 118、209）。

5 (3) 次に、腹部エコー検査によって術後出血を確認できた場合、どのような経過をたどったと考えられるかについて検討する。

ア まず、肝切除後の術後出血は、再開腹の時期を逃して一度低血圧に陥ると、障害肝では不可逆的な肝不全より多臓器不全へ進行する危険性が高いことから、低血圧に至る前に術後出血に対処することが望ましいとされ、
10 持続する出血による出血傾向の増強や肝不全への移行を危惧して比較的少量の出血でも早期に開腹止血を行う例が比較的多く認められているところ（前記2(2)ア（カ）の医学的知見）、本件手術後の本件医療センターの体制は、当直看護師が2名おり、看護師長、主任をはじめとする複数の看護職員が通常勤務以降も勤務し対応する体制をとっており（乙A22p3）、
15 オンコール体制を整えて、何かあれば再開腹手術を執刀可能なE医師や助手を務められる医師がすぐに駆け付けることができる状況であったから（乙A24、証人E p 24、25、弁論の全趣旨）、5月28日午後9時40分頃以降の時点で行われた腹部エコー検査によって術後出血を確認できた場合、E医師は、速やかに本件医療センターに駆け付けたと考えられる。
20

イ 次に、亡Dは、午後6時50分頃の時点の血圧低下（64／43）についてアルブミンの投与によって血圧を回復させて自然止血を目指すという治療方針が採られたにもかかわらず、当該治療方針は奏功せず、午後9時30分頃の時点で再び血圧が低下し（62／40）、午後9時40分頃の
25 時点でさらに血圧が低下していた（56／41）ところ、亡Dの血圧低下が本件手術の終了から約2時間半後という間もないときに生じたことや、

本件手術中には、縫合止血は行われたものの、肝側の断端を縫合している際に下大静脈への肝静脈流入部近傍から大量の静脈性出血が生じたこと（前記 1 (2)）からすれば、E 医師及び F 医師は、当該術後出血が本件手術の肝切除に関連する部位からの静脈性出血であることを推測できたと認められる。

そして、証拠（証人 H 対質 p 1 8 1）によれば、静脈性出血は基本的に止血術以外に止血することができないと認められ、この認定を覆すに足りる証拠はない。また、再開腹による止血術は短時間で終わる場合が多いといわれている（前記 1 (2) ア（カ）の医学的知見。この点、原告らの協力医である H 医師は、再開腹による止血術の開始までの準備に約 1 時間（証人 H 対質 p 1 2 1）、再開腹による止血術を開始してから止血完了までに 5 分程度の時間で、亡 D の術後出血を止血することができたと証言している（証人 H 対質 p 1 2 4）。）。

さらに、亡 D の肝臓は、本件手術前の時点で、肝機能は良好であり、肝硬変の合併はなく、その他の重篤な併存疾患も認められなかった（前記 1 (2)）。

ウ 前記イの事情を総合すれば、E 医師は、5 月 28 日午後 9 時 40 分頃以降の時点で行われた腹部エコー検査によって術後出血を確認できた場合、それまでの亡 D の治療経過及び当時の医学的知見等に照らすと、亡 D の術後出血について再開腹による止血術を実施すると判断していたと考えられる。

エ これに対し、E 医師は、再開腹による止血術は相当の出血量がある場合に限られる旨の証言をするところ（証人 E p 2 1）、確かに、前記 2 (2) ア（カ）のとおり、100 ml / 時間程度の出血が 6 時間以上持続する場合は再開腹の適応があるという医学的知見があり、亡 D は 5 月 28 日午後 9 時 40 分頃の時点でこの基準を満たしていなかったと認められる（証人 H

たこと、② 再開腹による止血術の実施によって再び全身麻酔をかけることになり心肺機能に大きな負担がかかること、③ 再開腹による止血術中に出血点を特定するのに時間がかかること、④ 再開腹して傷を開けることによって更に炎症が進行すること等を理由に、再開腹による止血術を実施すると判断することは困難であった旨の証言をする（証人 E p 2 2、証人 F p 2 2）。

しかしながら、別紙「意見書整理メモ」に記載のとおり、原告らの協力医である H 医師及び J 医師は、5 月 2 8 日午後 9 時 4 0 分頃及び午後 1 1 時 1 0 分頃のいずれの時点でも再開腹による止血術を実施することができたとの意見を述べているところ、本件全証拠を検討しても、この意見に不自然不合理な点があるとは認められない。また、被告の協力医である I 医師も、午後 6 時 5 0 分頃の時点で再開腹していたら、タンポナーデ効果の消失により、圧が解放されて水が噴き出すように大量出血していたとの意見は述べるものの（ただし、後述するとおり、この意見は証人尋問において撤回された（証人 I 対質 p 1 2 8）。）、午後 9 時 4 0 分頃及び午後 1 1 時 1 0 分頃のいずれの時点でも E 医師が再開腹による止血術を実施すると判断することは困難であったとは述べていない。したがって、上記の E 医師及び F 医師の証言によって、5 月 2 8 日午後 9 時 4 0 分頃以降の時点で行われた腹部エコー検査によって術後出血を確認できたとしても、E 医師が亡 D について再開腹による止血術を実施すると判断できなかったとは認められない。

オ 以上より、E 医師は、5 月 2 8 日午後 9 時 4 0 分頃以降の時点で行われた腹部エコー検査によって術後出血を確認できた場合、亡 D の術後出血について再開腹による止血術を実施すると判断していたと考えられる。

(4) 上記(3)のとおり、E 医師は、5 月 2 8 日午後 9 時 4 0 分頃以降の時点で行われた腹部エコー検査によって術後出血を確認できた場合、亡 D の術後出血

について再開腹による止血術を実施すると判断していたと考えられるところ、その場合、亡Dが5月30日午後9時44分でなお生存していた高度の蓋然性があるといえるかについて検討する。

ア 前記(3)イのとおり、原告らの協力医であるH医師は、再開腹による止血術の開始までの準備に約1時間、再開腹による止血術を開始してから止血完了までに5分程度の時間で、亡Dの術後出血を止血することができたと証言しているところ、本件全証拠を検討しても、この意見に不自然不合理な点があるとは認められない。

そして、多臓器不全が完成する前であれば、再開腹による止血術が有効であると考えられるところ（証人H対質p222～224）、亡Dは、5月28日午後9時40分頃の時点では、2度目の血圧低下や無尿症状があったものの、その後、生理食塩水を投与されると血圧は回復し、無尿症状についてもアルブミンの投与が午後9時22分頃に終了して間もない時期のものであって深刻な状態に陥っていたとまではいえず、チアノーゼや腹部膨満症状もなかったこと（別紙「本件医療センターにおける亡Dの診療経過等一覧」参照）からすれば、この時点では未だショック状態に陥っていたとは認められない（なお、この点については、血液製剤の使用指針（甲B31添付文献7）のとおり、適時に血液ガス検査や血液検査が行われていればアシドーシスの進行状況等から亡Dが多臓器不全に陥っていたか否かが分かったはずであるが、本件医療センターにおいて適時に行われるべき検査結果がないことを理由に、亡Dが多臓器不全に陥っていなかったとは認められないとするのは相当でないというべきである。）。

そうすると、亡Dの術後出血は、5月28日午後9時40分頃の時点で腹部エコー検査が行われ、術後出血が確認されていれば、再開腹による止血術の開始までの準備に約1時間、止血までに約5分を要したと考えられるから、どんなに遅くとも午後11時00分までには止血されたと認める

のが相当である。

イ これに対し、亡Dは、本件手術で合計4347mlの出血があり、その手術時間も5時間55分に及んだ上、術後出血は遅くとも5月28日午後6時50分頃までに生じており、同日午後9時40分頃の時点で、約3時間
5 間が経過していたことからすれば、亡Dが当時74歳と高齢であったことも考えると、再開腹による止血術を実施していた場合、アシドーシスが進行しており全身状態が悪い中で、出血点を探すのに時間がかかり、再開腹に伴う出血量の増加及び全身麻酔の負担が残肝にかかることにより肝不全を発症するなどして術中死していた可能性を指摘する旨の証拠（乙B38、
10 証人F p 22、23、証人I 対質 p 136）がある。

しかしながら、証拠（証人H 対質 p 124）によれば、本件手術から間もない時期に行われる再開腹による止血術においては、出血点を探すのに時間がかかるとは認められない。

また、前記アのとおり、午後9時40分頃の時点では、未だ亡Dにつき
15 アシドーシスが進行していたとは認められず、全身状態がそれほど悪化していたとまでは認められない。

そうすると、上記各証拠は再開腹による止血術に伴う抽象的な術中死のリスクを指摘するに留まるというべきであり、これらの証拠をもって再開腹による止血術を行った場合に亡Dが術中死した具体的な可能性を認める
20 ことはできない。

むしろ、再開腹による止血術を行った場合に亡Dがその死亡の時点でなお生存していた高度の蓋然性に係る反証については、亡Dが午後6時50分頃の時点でT L Sに起因するD I Cを発症していたことを前提に、術後出血は毛細血管からの漏出性出血であって再開腹による止血術によっても
25 およそ止血不可能であったとか（証人I 対質 p 129、146、p 197）、再開腹した時点でタンポナーデ効果の消失により圧が解放されて水

が噴き出すように大量出血して死亡したとの証拠（乙B39）があるものの、既に認定・説示したとおり、そもそも亡DがT L Sを発症していたとは認められないばかりか、当該証拠を作成したI医師自身、証人尋問において上記のような態様での術中死の可能性について書き過ぎたとしてこれを撤回したこと（証人I対質p128）からすれば、再開腹による止血術を行なった場合に亡Dがその死亡の時点でなお生存していた高度の蓋然性に係る反証が成功したとはいえない。

ウ 以上によれば、亡Dは、E医師が、5月28日午後9時40分頃以降の時点で行われた腹部エコー検査の結果を受けて、亡Dの術後出血について再開腹による止血術を実施すると判断していれば、血液ガス検査の結果、高カリウム血症、貧血及びアシドーシスが認められた午後11時45分頃の時点（亡Dは、この時点で、貧血状態及び代謝性アシドーシスの状態となり、ショック状態に陥っていた（甲B88、証人I対質p162、163、証人H対質p164）。なお、この頃の時点の亡Dのショックスコアは、血圧が62（午後11時2分時点）で2点、脈拍が90（午後11時2分時点）で0点、尿量が72ml（午後8時32分から午後11時2分の2.5時間で180mlの処理量）で0点、BEが-18.7（午後11時45分時点）で3点、意識が応答遅延（午後11時2分時点で、声掛けするも開眼のみ）で2点の合計7点になるものと解される。）よりも前の午後11時00分までに術後出血を止血することができたと考えられる。そして、本件全証拠を検討しても、亡Dが、午後11時00分までに術後出血を止血することができた場合でも、5月30日午後9時44分に死亡したことをうかがわせる事情は見当たらない。

エ したがって、E医師が5月28日午後9時40分頃以降の時点で行われた腹部エコー検査の結果を受けて、亡Dの術後出血について再開腹による止血術を実施すると判断していれば、亡Dがその死亡の時点でなお生存し

ていた高度の蓋然性があると認められる。

(5) 結論

以上より、前記2のF医師の注意義務違反と亡D死亡との間には因果関係があると認められる。

5 第8 争点6（徳島刑務所職員の亡Dへの告知義務違反の有無等）及び争点7（徳島刑務所長の更生保護委員会への通知義務違反の有無等）について

1 認定事実

前提事実並びに証拠（別紙「徳島刑務所における亡Dの診療経過一覧」に記載の証拠及び後掲証拠）及び弁論の全趣旨を総合すれば、次の事実が認められる。

10 (1) 徳島刑務所の医務課長である医師（K医師）は、平成29年6月23日及び平成30年6月22日、徳島刑務所受刑者検診（健康診断）として、亡Dの血液検査を行った（乙A1 p 34-2、47-2）。各血液検査に係るHDLコレステロールの値は、別紙「徳島刑務所における亡Dの検査結果一覧」
15 に記載のとおりであった。

(2) 徳島刑務所は、平成30年7月11日付けで、更生保護委員会に対し、仮釈放等の審理開始は時期尚早と思料する旨の「審理の開始に関する意見書」を提出した（乙C6 p 3）。

20 (3) 徳島刑務所は、平成30年7月23日付けで、更生保護委員会から、更生保護法35条に基づく刑事施設の長からの仮釈放を許すべき旨の申出によらない審理を開始した旨の通知を受けた（乙C6 p 2）。

(4) K医師は、2月21日、有害作業健康診断として、亡Dの血液検査を行った。

25 K医師は、その結果（CRPの上昇（3.67mg/dl【基準値：0.00～0.30】及びフェリチンの上昇（702.7ng/ml【基準値：39.9～465.0】）を踏まえ、悪性疾患が隠れている可能性を考える

とともに、胆道系といわれる酵素であるALP（アルカリフォスファターゼ）及びγGTPが上昇していたことから（ALPにつき488U/l【基準値：100～340】、γGTPにつき155U/l【基準値：0～60】）、ビリルビンの上昇はなかったものの（ビリルビンにつき0.4mg/dl【基準値：0.2～1.2】）、亡Dの糖尿病の背景にすい臓がんなどの胆道系の悪性疾患が隠れている可能性や肝機能障害が生じている可能性があると考え、何らかの画像検査を行うこととした。

（乙A1p48-1、48-2、48-4、乙A21p3、証人Kp11、12）

(5)ア K医師は、3月1日、2月21日に実施した血液検査の結果を受けて、亡Dに対し、腹部エコー検査を行った。その結果、K医師は、肝臓と腎臓の境界辺りに、エコー画面上に予想外に大きく描出される腫瘍を認めた（なお、この時点では、エコー画像が粗く、肝臓と腎臓のどちらが起源の腫瘍かの特定は困難であり、CT検査の実施が必須とされた。）。

そこで、K医師は、再度、腫瘍マーカーを含む血液検査を実施することとした（証人Kp13）。

イ K医師は、3月1日、2月21日に実施した血液検査の結果や腹部エコー検査の結果を踏まえ、エコー検査で発見された腫瘍については肝細胞がんの可能性が高いと考えていたものの、① 肝細胞がんは、肝炎ウイルス罹患歴やアルコール乱用歴を背景として、肝炎、肝硬変等から肝細胞がん

に発展することが多いところ、亡Dは肝炎ウイルス罹患歴もアルコール乱用歴もなく、肝細胞がんのリスクが低い人に該当し、また、2月21日に実施した血液検査の結果でも、肝臓に多く含まれる酵素であるAST、ALTの数値は特に異常がなかったことから、肝細胞がんを疑うことはかなり稀であり、肝細胞がんとの確定診断はできないと考え、また、② 高齢の長期受刑者の場合、がんが不治の病であるとのイメージを強く持ってい

る傾向が強く、がんと告知することにより、自暴自棄になって自殺等するリスクを避けるため、亡Dの心情に配慮する必要があると考え、亡Dに対し、肝細胞がんの疑いがあることは告げず、肝臓の病気が疑われるので、検査が必要である旨を伝えた（乙A 2 1 p 3、証人K p 1 1～1 5）。

5 これに対し、亡Dは、特に質問等をすることなく、K医師の前記告知内容を受け入れた（証人K p 3 4）。

 K医師ないし徳島刑務所は、これ以降、4月17日まで、亡Dに対し、病状について何らの告知もしなかった（弁論の全趣旨）。

10 ウ K医師は、3月1日、徳島刑務所長（L所長）に対し、同日に行った腹部エコー検査の結果、肝内腫瘍が認められ、CT検査を行うことが必須であるから、外部医療機関との間で受入調整を開始する旨口頭で報告した（乙C 6 p 5）。

15 (6)ア K医師は、3月4日、同月1日に実施した血液検査の結果、AFP、PIVKA-IIといった肝細胞がんで上がる腫瘍マーカーの数値が上昇していたことから、当該腫瘍につき、肝細胞がんの可能性が高いと考えた。もっとも、前記(3)イ①の理由から、肝細胞がんと確定診断できるほどの確信は持てずにいた。（証人K p 1 3）

20 イ K医師は、3月4日、L所長に対し、同月1日に実施した血液検査の結果を踏まえても、CT検査を行うことが必須であり、同月13日に受入調整のため外部医療機関を訪問することとなった旨口頭で報告した（乙A 1 2、乙C 6 p 5）。

25 (7)ア K医師は、3月6日、徳島刑務所の幹部職員が参加する刑務官会議において、参加者に対し、幹部職員間での情報共有のため、亡Dの病状等（各種検査の結果、肝内腫瘍が見つかり、肝細胞がんとの確定診断や原因探索のために外部医療機関にて速やかにCT検査を行うことが必須である旨）の報告をしたところ、同月13日に外部医療機関との受入調整が予定され

ていたことから、その結果を待つことになった（乙C 6 p 6、7）。

5 イ L所長は、前記刑務官会議において、K医師からの報告を受け、亡Dの
支援団体が徳島刑務所周辺で様々なデモ活動等を行っていたことを踏まえ、
亡Dにつき、肝内腫瘍があること、そして、同腫瘍が肝細胞がんの疑いがある
ことといった情報が外部に漏れることのないよう注意すべきとの趣旨
10 で、非常に背景が難しい方なので、慎重に対応する必要がある旨述べた
（乙C 6 p 6、証人K p 40）。

(8) K医師は、3月13日、徳島刑務所の処遇部長及び保険係長と共に、外部
医療機関を訪問して受入調整を行ったが、受入調整は整わず、処遇部長は、
10 同日、L所長に対し、その旨口頭で報告した（乙A 1 2、A 2 1 p 3、4、
乙C 6 p 7、8、証人K p 1 8、4 1）。

(9) 亡Dは、3月17日までに、2回にわたり（2月19日（甲A 2 5）、3
月14日（原告最終準備書面p 9 1））、更生保護委員会の委員による本人
面接を受けた（甲A 2 6）。

15 (10) 四国更生保護委員会は、3月25日、亡Dの仮釈放を許す決定をしない旨
の判断をした。（弁論の全趣旨。被告準備書面(1)p 1 0）

徳島刑務所長（L所長）は、3月25日までに、亡Dにつき肝内腫瘍が見
つかったこと及び同腫瘍につき肝細胞がんの疑いがあることについて、肝細胞
がんとの確定診断がついていなかったことを理由に、更生保護委員会に対
20 して何らの通知も行わなかった（乙C 6 p 2）。

(11) 徳島刑務所職員は、4月1日、亡Dに対し、仮釈放審理の結果を口頭で伝
えた。（被告準備書面(1)p 1 0）

(12) 徳島刑務所職員は、4月4日、本件医療センターに対し、亡Dの病状を踏
まえた精査及び受入れの可否等を問い合わせた（乙A 2 p 1）。

25 徳島刑務所職員は、3月13日に外部医療機関との受入調整がつかなかっ
た後、本件医療センターに問合せをした4月4日までの間、外部医療機関と

の受入調整等を含め何らの対応も取らなかった。

(13) 徳島刑務所の処遇部長は、4月8日、高松矯正管区第二部成人矯正第一課長に対し、亡Dの本件医療センターへの護送に係る護送計画につき内議にかけた(乙A13)。

5 (14) 徳島刑務所職員は、4月15日、亡Dの本件医療センターへの護送につき許可されたことから、本件医療センターに対し、亡Dの受送の可否を問い合わせた(乙A13、14)。

10 (15) 徳島刑務所の医師(K医師)は、4月17日、亡Dに対し、肝臓に異常があるため医療専門施設での精査が必要である旨説明し、亡Dは、特に質問等
をすることなく、これを承諾した(乙A1p49-4、49-5、証人Kp34)。

(16) 亡Dは、4月18日、徳島刑務所から本件医療センターに移送された。

15 (17) 亡Dは、4月24日、本件医療センターの医療部長から、各種検査を行った結果、肝内腫瘍は肝細胞がんであるとの診断結果及び手術が必要である旨説明され、5月23日、これに同意した(乙A2p31、乙A2p126)。

2 事実認定の補足説明

(1) 3月6日の刑務官会議におけるK医師の発言について(前記認定事実(7))

20 ア L所長は、3月6日の刑務官会議において、K医師から、腹部エコー検査の結果、亡Dの腹部に肝内腫瘍が見つかり、CT検査が必須である旨の報告を受けたにとどまり、当該腫瘍について肝細胞がんの疑いがあるとの発言はなかった旨陳述する(乙C6p6)。

25 しかしながら、前記1の認定事実(6)アのとおり、K医師は、確信までは有していなかったものの、亡Dの肝内腫瘍について肝細胞がんの可能性が高いと考えていたのであり、その上で、K医師は、刑務官会議において、当該腫瘍の原因探索や確定診断を行うために速やかにCT検査を行うことが必須である旨報告したことが認められるところ、L所長自身も認めてい

るとおり、亡Dの背景の特殊性も踏まえれば（乙C 6 p 6）、通常であれば、当該報告に当たり、亡Dにつき、なぜC T検査が必須なのか、なぜ速やかに同検査を行う必要があるのかといった点についての質疑応答がされるものと考えられ、K医師は、そのような迅速なC T検査の必要性を幹部職員に理解してもらうため、当該腫瘤につき肝細胞がんの疑いがある旨を併せて説明したと考えるのが自然であるといえる。

したがって、K医師は、3月6日、刑務官会議において、亡Dの肝内腫瘤につき肝細胞がんの疑いがあることを併せて報告したと認めるのが相当である。

イ そして、L所長の発言についても、亡Dの肝内腫瘤につき肝細胞がんの疑いがあるとの報告を受けたからこそ、そのような亡Dの心身の状況に係る大きな変化についての情報が亡Dの支援団体による活動等に影響を及ぼし得ることを危惧して、当該情報についての慎重な取扱いを要請したと考えるのが自然である。

ウ したがって、前記アのL所長の陳述は採用できない。

(2) 徳島刑務所の3月13日から4月4日までの間の対応について（前記認定事実(8)以降）

L所長は、亡Dにつき、外部医療機関で検査等を行うために受入調整を進めるとともに、医療刑務所へ移送した上で治療を行うことも視野に入れていたことから、当該受入調整と並行して、監督官庁である高松矯正管区に対して、亡Dの医療刑務所への移送の可否について内議をしていたものの、大阪医療刑務所（現西日本成人矯正医療センター）に移送することが相当との回答は得られなかったことから、大阪医療刑務所との受入調整は行わなかった旨、3月18日に本件医療センターに電話連絡をしていた旨陳述する（乙C 6 p 7、8）。また、K医師も、医療刑務所や本件医療センターへの受入調整は3月13日の外部医療機関との受入調整と並行して進めていた旨証言し

（証人K p 20）、また、本件医療センターとの受入調整に先立って、まずは診療情報提供書を作成した上で大阪医療刑務所と相談したものの、大阪医療刑務所からは警備上の都合で厳しいと受入れを断られたことから、本件医療センターとの接触を開始した旨証言する（証人K p 47）。

5 しかしながら、徳島刑務所は、4月8日付けで本件医療センターへの移送について高松矯正管区に内議する際には文書を作成しているところ（乙A13）、前記L所長の陳述が真実であれば、高松矯正管区に対する内議に係る同様の文書があるはずだが、本件ではそういった証拠は提出されておらず、また、本件医療センター宛ての診療情報提供書はあるが（乙A14）、大阪
10 医療刑務所宛ての診療情報提供書は証拠として提出されていない（弁論の全趣旨）。さらに、3月18日に本件医療センターとの間で電話連絡をしていた旨のL所長の陳述についても、4月4日に徳島刑務所と本件医療センターとの間で行われたやり取りについては、本件医療センターのカルテに記録が残っているところ（乙A2 p 1）、同陳述が真実であれば、徳島刑務所内に
15 は記録が残っていないとしても、少なくとも本件医療センターにおいては、4月4日のカルテの記載と同様、亡Dの受入れの可否を検討するに当たっての考慮要素として、3月18日時点の亡Dの容態や検査結果が共有され、本件医療センターのカルテに記載されるのが自然であるが、そのような記載はない（乙A2 p 1 参照）。

20 K医師の証言についても、K医師本人としては、本件医療センターとの受入調整に先立って大阪医療刑務所との間で受入調整がされたものの、調整が付かず、その後本件医療センターとの接触が開始されたという認識であったとしても、診療情報提供書を作成した後の受入調整等の手続を行っていたのは刑務官であって、K医師本人は直接関与していなかったというのであるから
25 （証人K p 20、27）、当該証言どおりの事実を認定することはできないというべきである。

したがって、前記陳述及び証言は採用できず、徳島刑務所が、３月１３日に外部医療機関との受入調整がつかなかった後、本件医療センターに問合せをした４月４日までの間、外部医療機関との受入調整等を含め何らかの対応も取っていたとは認められない。

5 3 争点６(１)(徳島刑務所の亡Ｄへの告知義務違反の有無)について

(１) 原告らは、徳島刑務所は、３月１日の亡Ｄの検査結果が判明した後、遅滞なく、亡Ｄに対して一連の検査結果等(具体的には、①平成２９年６月及び平成３０年６月に実施された血液検査の結果、ＨＤＬコレステロールが要医療と評価される低値であったこと、②２月２１日に実施された血液検査
10 の結果、③３月１日に実施された腹部エコー検査の結果、④３月１日時点で亡Ｄにつき肝細胞がんの疑いがあったこと、⑤３月１日に実施された血液検査の結果)を告知すべき注意義務を負っていたと主張するので、以下、この点について判断する。

(２) まず、徳島刑務所は、亡Ｄに対して、平成２９年６月及び平成３０年６月
15 に実施された血液検査の結果、ＨＤＬコレステロールが要医療と評価される低値であったこと(前記①)を告知すべき注意義務を負っていたといえるかについて判断する。

ア 前記第７の２(１)で説示したとおり、公権力の行使に当たる公務員の行為が国賠法１条１項の適用上違法と評価されるためには、当該公務員が職務
20 上通常尽くすべき注意義務に違反したといえることが必要である。

イ 刑事収容施設法６１条１項は、刑事施設が被収容者を強制的に収容する施設であることを踏まえ、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、社会一般の保健衛生及び医療の水準に照らし適切な保険衛生上の措置の一環として(同法５
25 ６条参照)、刑事施設の長に対し、被収容者に対する健康診断を行うことを義務付けた規定と解される。そして、刑事収容施設法には、労働安全衛

生法における有害作業健康診断に係る規定と異なり、刑事施設の長が被収容者に対する健康診断を行った場合に、刑事施設の長が当該健康診断の結果を当該被収容者に対して通知しなければならない旨を定めた規定はない。そうすると、刑事施設の長が被収容者に対する健康診断を行った場合に、
5 刑事収容施設法 6 1 条 1 項に基づき、刑事施設の長に対して当該被収容者に対する健康診断の結果の通知義務を課することはできないと解される。

もっとも、健康診断に限らず、何らかの医学的に必要な検査を行った場合、当該検査の結果を受検者に告知するのは自然かつ当然のことというべきであるから、健康診断の実施者は、受検者の生命、身体、健康等について
10 の自己決定権の実現に必要な範囲で、受検者に対し、健康診断の結果を告知すべき義務を負うものと解される。そして、被収容者が健康診断を受けた場合、被収容者は、拘禁目的達成のため、医師の選択や医療情報の享受について一定の制約を受けることはやむを得ないところであるが、このような制約を考慮しても、刑事施設内においても社会一般の保健衛生及び
15 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が行われることを前提に（刑事収容施設法 5 6 条参照）、刑事収容施設の長は、被収容者の生命、身体、健康等についての自己決定権の実現に必要な範囲で、被収容者に対し、健康診断の結果を告知すべき義務を負うと解するのが相当である。

ウ これを本件について検討すると、まず、証拠（乙 A 1 p 3 4 - 2、4 7 - 2）によれば、平成 2 9 年 6 月 2 3 日及び平成 3 0 年 6 月 2 2 日に実施された血液検査は、徳島刑務所受刑者検診（健康診断）として行われたものと認められる。そして、前記 1 (1) の認定事実及び証拠（甲 B 2 4 資料 1、甲 B 2 5）によれば、亡 D の HD L コレステロールは要医療と評価される
20 低値を示しているといえることができる。

もっとも、HD L コレステロールにつき要医療と評価される低値が示

されたことだけから、何らかの医療介入が必要なものということとはできず、むしろ、HDLコレステロール低値は亡Dの糖尿病に由来するものと考え
る余地もあり（乙B39 p 6、証人K p 68）、現に亡Dは糖尿病に対す
る治療を行っていたから（別紙「徳島刑務所における亡Dの診療経過一覧」
参照）、当該HDLコレステロールの値が亡Dの生命、身体、健康等につ
いての自己決定権の実現に必要なものであったとはいえない。また、平成
29年及び平成30年当時、HDLコレステロールの低値から原発性の肝
がんを疑うとの医学的知見が一般化していたと認めるに足りる証拠もない
ことからすれば（証人K p 67、68）、やはり当該HDLコレステロー
ルの値が亡Dの生命、身体、健康についての自己決定権の実現に必要なも
のであったとはいえない。

エ したがって、徳島刑務所は、亡Dに対して、平成29年6月及び平成3
0年6月に実施された血液検査の結果、HDLコレステロールが要医療と
評価される低値であったことを告知すべき注意義務を負っていたとはいえ
ない。

(3) 次に、徳島刑務所は、3月1日に実施された亡Dの検査結果が判明した後、
遅滞なく、亡Dに対して一連の検査結果等（2月21日に実施された血液検
査の結果（前記②）、3月1日に実施された腹部エコー検査の結果（前記
③）、3月1日時点で亡Dにつき肝細胞がんの疑いがあったこと（④）、3
月1日に実施された血液検査の結果（前記⑤）を告知すべき注意義務を負っ
ていたといえるかについて判断する。

ア 労働安全衛生法66条6は、事業者に対し、労働者に対して有害作業健
康診断（同法66条2項）を行った場合、当該労働者に対し、厚生労働省
令で定めるところにより、当該健康診断の結果を通知しなければならない
旨規定し、同法の委任を受けた当該厚生労働省令である「健康診断結果に
基づき事業者が講ずべき措置に関する指針」（甲C9 p 5）では、健康診

断結果の通知について、事業者は、労働者が自らの健康状態を把握し、自主的に健康管理が行えるよう、労働安全衛生法第66条の6の規定に基づき、健康診断を受けた労働者に対して、異常の所見の有無にかかわらず、遅滞なくその結果を通知しなければならないとしている。そうすると、刑事施設の長は、被収容者に対して有害作業健康診断を行った場合、当該被収容者に対し、異常の所見の有無にかかわらず、当該有害作業健康診断の結果を告知すべき義務を負うものと解される。

また、刑事施設の長は、被収容者に対して医療上必要な検査を行った場合には、被収容者の生命、身体、健康等についての自己決定権の実現に必要な範囲で、被収容者に対し、健康診断の結果を告知すべき義務を負うと解するのが相当である（前記(2)イ参照）。

そして、刑事施設の職員たる医師ないし刑事施設は、一般の医師及び医療機関と同様に（刑事収容施設法56条）、診察ないし検査の結果等によって重篤な疾病の可能性が予想される場合には、自ら確定的な診断を下すことが困難なときであっても、被収容者自らの治療の要否等についての自己決定権の実現に必要な範囲で、状況に応じて患者又はその家族等に病状を説明し、必要な情報を与え、精密検査等を指示、指導する義務があるというべきである（医療法1条の4第1項、同条の4第2項参照）。他方、被収容者の診療記録の取扱い及び診療情報の提供に関する訓令14条2項によれば、診療情報を提供することにより患者の心身を著しく害するおそれがある場合、患者が自己の行為の是非を判断する能力が著しく低い場合その他相当の事由がある場合は、診療情報の全部又は一部を提供しないことができる」とされている。

イ これを本件について検討すると、まず、証拠（乙A1 p 48-4）によれば、2月21日に実施された血液検査は、有害作業健康診断として行われたものと認められる。そして、前記(6)アの認定事実のとおり、K医師は、

2月21日に実施した有害作業健康診断の結果を踏まえ、3月1日に腹部エコー検査及び血液検査を実施した結果、これらの検査結果によれば、亡Dが肝細胞がんに罹患している可能性が高いと考えたことが認められる。そして、通常人の感覚に照らせば、肝細胞がんの疑いがあるということは、
5 単なる肝臓の病気が疑われるのとは大きく異なり、自身の予後、治療や検査の要否等について一層真剣に熟慮して、それらについて真摯な自己決定をすることが必要となるものというべきである。

そうすると、K医師は、前記検査の結果を踏まえ、亡Dが肝細胞がんという重篤な疾病に罹患している可能性が高いと考えたのであるから、3月
10 1日に実施した検査結果が同月4日に判明した後、遅滞なく、亡Dが肝細胞がんに対する治療の要否等についての自己決定権を実現するために必要な情報として、亡Dに対し、肝細胞がんの可能性が高いことを告知した上で、更なる精査の必要性を説明すべき義務があったというべきである。

それにもかかわらず、K医師は、3月1日、腹部エコー検査の結果として、亡Dに対し、肝臓の病気が疑われるので、検査が必要である旨を告げるにとどめ、3月4日以降、4月17日まで、亡Dに対し、病状について
15 何らの告知もしなかった（前記1(5)イの認定事実）。

ウ この点、前記1(5)イの認定事実のとおり、K医師は、① 3月1日の時点では、あくまで肝細胞がんの疑いがあるに過ぎず、確定診断がついていなかった、② 高齢の受刑者の場合、がんが不治の病というイメージを持っていることが高く、自殺を含む自暴自棄になる可能性があったことから、
20 受刑者の心情に配慮する必要があったことを理由に、亡Dに対し、肝細胞がんの疑いがあることを告げなかったと認められる。

しかしながら、確定的な診断がついていなかったとの点（前記①）については、前記イで説示したとおり、がんのような重篤な疾病の場合、確定的な診断がついていないとしても、重篤な疾病に罹患している可能性があ
25

るということ自体、自身の生命に関わる治療等の要否を自己決定するに当たって必要な情報といえるから、その可能性を告げない理由として合理的とはいえない。また、亡Dに対する心情を配慮する必要があったとの点（前記②）については、確かに、被収容者の診療記録の取扱い及び診療情報の提供に関する訓令14条2項によれば、診療情報を提供することにより患者の心身を著しく害するおそれがある場合、患者が自己の行為の是非を判断する能力が著しく低い場合その他相当の事由がある場合は、診療情報の全部又は一部を提供しないことができるとされているものの、そもそも、肝細胞がんの疑いがあることを亡Dに告げた場合に、亡Dの心身が著しく害するおそれがあることや、亡Dが3月1日時点で自己の行為の是非を判断する能力が著しく低かったことなどを認めるに足りる証拠はない。むしろ、亡Dは、4月24日に肝細胞がんとの確定診断を告げられた際も、何ら異常行動を取ることはなく、また、K医師自身、亡Dは、かなり穏やかな人であり、医師に治療方針を委ねるような対応を取ることが多かったと認識していたのであるから（証人K p 34）、前記の点をもって、肝細胞がんの疑いがあることを告げないことが合理的であるとはいえない。

(4) 結論

以上より、K医師が、3月4日以降、亡Dに対して、肝細胞がんの疑いがあることを告げなかったことは、亡Dに対する告知義務違反に当たるといえるべきである（なお、前記各検査は亡Dの病状について診断を行うために行われたものであるから、当該診断結果（肝細胞がんの疑いがあること）を告げれば足り、各検査結果（個別の数値等）についての告知義務は当該検査結果を踏まえた診断結果についての告知義務に含まれているものと解される。）。

4 争点6(2)（徳島刑務所の亡Dへの告知義務違反による亡Dの権利侵害の有無）について

(1) 原告らは、亡DはK医師の告知義務違反によって自己決定権（自身の病気

についての治療の可否や内容を決定し、その必要性を訴える権利）及び期待権（自身の心身の状況の変化を仮釈放の理由として説明する機会及び仮釈放に向けた合理的期待）を侵害されたと主張するので、以下、この点について検討する。

- 5 (2) 確かに、前記3で説示したとおり、K医師には、3月4日以降、亡Dに対して、肝細胞がんの疑いがあることを告げなかったという告知義務違反が認められる。

しかしながら、亡Dは、4月17日、徳島刑務所の医師（K医師）から肝臓に異常があるため医療専門施設での精査が必要である旨説明されたところ、
10 特に質問等を行うことなく、これを承諾している（前記1(15)の認定事実）。
そうすると、仮にK医師が亡Dに対して肝細胞がんの疑いがあることを告げていたとしても、結局のところ、肝細胞がんの確定診断に向けた精査の必要性があるとの説明がされ、現実の経過と同じように、外部医療機関での精査を待つことを受け入れたと認められる（前記1(17)の認定事実のとおり、亡D
15 は本件手術に同意していることから、肝細胞がんの疑いがあると告げられた場合にその精査を拒否する旨の自己決定をしたとは認められない。）。

したがって、亡DがK医師の告知義務違反によって肝細胞がんに対する治療の可否等についての自己決定権を侵害されたと認めることはできない。

- 20 (3) また、前記3(2)イで説示したとおり、K医師の告知義務は、亡Dの肝細胞がんに対する治療の可否等についての自己決定権を保護法益として認められるのであって、亡Dが肝細胞がんの疑いがあることを仮釈放の理由として説明する機会及び仮釈放に向けた合理的期待を保護するために認められるものとは解されない。

したがって、亡DがK医師の告知義務違反によって原告らが主張する期待権を侵害されたと認めることはできない。
25

5 争点 7(1) (徳島刑務所の更生保護委員会への通知義務違反の有無) について

(1) 前記第 7 の 2(1)で説示したとおり、公権力の行使に当たる公務員の行為が国賠法 1 条 1 項の適用上違法と評価されるためには、当該公務員が職務上通常尽くすべき注意義務に違反したといえることが必要である。

5 そして、社会内処遇規則 7 条によれば、刑事施設の長は、懲役の刑に処せられた者を収容したときは、速やかに、当該刑事施設を管轄する地方更生保護委員会に対し、書面により、当該被収容者の心身の状況を含む事項を通知しなければならず、当該被収容者の心身の状況を含む事項に変動が生じた場合には、当該事項について、同様の通知をしなければならないとされている。

10 (2) これを本件についてみると、前記 1(7)認定事実のとおり、徳島刑務所は、どんなに遅くとも 3 月 6 日の時点で、亡 D の病状につき、3 月 1 日に見つかった肝内腫瘍について肝細胞がんの可能性が高いとの情報を共有していたと認められる。そして、亡 D につき、肝細胞がんの可能性が高い肝内腫瘍が見つかったということは、確定診断を経ていないとしても、亡 D の心身の状況
15 に生じた重大な変動であるといえる。

 したがって、徳島刑務所の長は、3 月 6 日から遅滞なく、更生保護委員会に対し、亡 D の心身の状況に変動が生じたとして、肝細胞がん可能性が高い肝内腫瘍が見つかった旨を通知すべき義務を負っていたといえる。

(3)ア これに対し、被告は、① 社会内処遇規則 7 条 1 項は、被収容者の法的
20 権利や利益の保護を直接の目的としたものとはいえない、② 3 月 1 日時点では、亡 D に認められた肝内腫瘍について確定診断がされていない状態であり、同腫瘍がいかなるものか医学的に解明されていない状態であったから、同日時点で亡 D の心身の状況について変動が生じたとは認められなかった旨主張する。

25 イ この点、まず、前記①の主張については、確かに、社会内処遇規則 7 条 1 項は、直接的には、刑事施設の長の地方更生保護委員会に対する通知義

務を定めたものであるが、後記6(1)のとおり、その目的は、仮釈放審理を行う主体である地方更生保護委員会が当該審理に必要な情報を確実に収集できるようにすることで、個別の被収容者の仮釈放の許否について適切な判断を実現することにあると解されるから、同項が被収容者の法的権利や利益の保護を直接の目的としたものとはいえないからといって、徳島刑務所の長が、個別の被収容者に対して、当該被収容者の仮釈放審理手続との関係でも何らの義務を負わないとはいえないと解される。したがって、前記①の被告の主張は採用できない。

次に、前記②の主張については、がんのような生命に対する重篤な疾病の場合、確定診断がつかない場合であっても、その可能性があること自体が重大な心身の状況についての変動といえることができるものと解される。そして、本件においては、亡Dの肝内腫瘍が肝細胞がんである可能性は高いと考えられており、また、当該腫瘍が肝細胞がんといえなかったとしても、同腫瘍は非常に大きなものであり、そのような腫瘍が見つかったこと自体もまた亡Dの心身の状況の変動といえると解されるから、前記②の主張は採用できない。

(4) 以上より、徳島刑務所長は、3月6日から遅滞なく、更生保護委員会に対し、亡Dの心身の状況に変動が生じたとして、肝細胞がん可能性が高い肝内腫瘍が見つかった旨を通知すべき義務を負っていたにもかかわらず、更生保護委員会に対して何らの通知も行わなかったと認められるから（前記1(10)の認定事実）、徳島刑務所長には通知義務違反があったといえる。

6 争点7(2)（徳島刑務所長の更生保護委員会への通知義務違反による亡Dの権利侵害の有無）について

(1) 仮釈放は、地方更生保護委員会の決定によって、収容期間の満了前に被収容者を一定の条件を付して仮に釈放することであり、釈放の際に条件を付け、それに違反があったときは、仮釈放の処分を取り消して再び施設に収容する

5

という心理的強制によって、被収容者の改善・社会復帰を図る制度として、社会内処遇の出発点となるものである。そして、仮釈放制度の刑事政策的意義は、被収容者に将来の希望を与えることで更生意欲を高めて改善を促し、釈放後の社会復帰を円滑にするために保護観察を実施してその更生を図るとい

10

このように、仮釈放は、社会的にはもちろん、被収容者本人にとっても重要な意義を有する制度であるが、あくまでも刑事施設内における処遇の一環として行われるものであるから、仮釈放審理を開始するか否かは国の裁量に属すると解すべきであり（犯罪予防更生法 29 条 1 項、同条 2 項参照。仮釈放審理の開始は、地方更生保護委員会が、矯正施設の長の申請を受理した場合又は自らの職権で審理を開始する場合に限られる。）、被収容者本人には仮釈放申請権ないし仮釈放請求権を認めることはできないと解される。

15

そうすると、仮釈放審理は、被収容者にとって、仮ではあるものの収容期間の満了前に釈放されるという意味で事実上重大な利害関係を有するといえる一方で、自らは主体的に関与することのできないものであるから、その手続の適正性は仮釈放制度にとっての生命線ともいえるべき極めて重要な要素であるといえるべきである（甲 C 3 参照）。そして、仮釈放手続に関しては、仮釈放審理の対象となる被収容者を収容する刑事施設の長に対し、地方更生保護委員会に対する、被収容者の身上関係事項をはじめとする適切な仮釈放審理を実現するために必要な基本情報について通知義務を課す社会内処遇規則 7 条 1 項や、地方更生保護委員会に所属する保護観察官自らが、被収容者本人と面接し、仮釈放実施のための情報を収集する仮釈放準備調査といった仮釈放審理手続の適正性を担保するための様々な仕組みが定められているところである。

20

25

そして、仮釈放の要件は、無期刑については 10 年を経過した後において、

改悛の状があることとされており（刑法２８条）、心身の状況は、改悛の状の有無を判断するに当たっての考慮要素の一つとされている（別紙「関係法令の定め」第２参照）。

- (2) 本件で更生保護委員会に対して通知されなかった亡Dの心身の状況の変動は、亡Dにつき、肝内腫瘤が見つかり、当該腫瘤が肝細胞がんの可能性が高いというものであって、これが亡Dの仮釈放審理の結論にどのような影響を与え得るものであったかは定かではないものの、一般人の感覚に照らせば、がん罹患する又はその可能性があるということは、個人の人生観にも影響を及ぼすような心身の状況の重大な変動といえるのであって、これが個人に対する適切な更生の措置としての仮釈放の許否を判断するに当たっての考慮要素として一定の重みを有するというべきである。

そうすると、前記(1)で説示したとおり、被収容者に仮釈放についての申請権等が認められないと解されることに照らせば、仮釈放自体への期待は法律上保護に値するとはいえないものの、仮釈放が被収容者にとっての最大の関心事であることは明らかであって、その審査の適正性が確保されていなければ、被収容者はその審査手続自体に不信感を抱き、被収容者の更生意欲はそがれ、結果として、仮釈放制度の刑事政策的意義が損なわれ得ることを踏まえれば、仮釈放審理において適正手続を受ける権利（仮釈放審理における適正手続への期待権）は法律上保護に値すると解するのが相当である。

- (3) 以上によれば、徳島刑務所の長の通知義務違反によって亡Dの仮釈放審理において適正手続を受ける権利（仮釈放審理における適正手続への期待権）が侵害されたと認められる。

第９ 争点８（亡Dの損害及びその額）について

１ 請求１に係る損害（亡Dの生命侵害）について

亡Dの生命侵害によって生じた損害は、亡Dの年齢及び家族構成など本件に表れた一切の事情を勘案すると、亡Dの死亡慰謝料が２０００万円と認めるの

が相当であり、弁護士費用が200万円と認めるのが相当である。

証拠（甲C1、C2）及び弁論の全趣旨によれば、原告らは、法定相続分（原告Aが4分の3、原告B及び原告Cが各8分の1）に応じて、亡Dの前記損害に係る損害賠償請求権を相続したと認められるから、原告Aは1650万円、原告B及び原告Cはそれぞれ275万円を取得したと認められる。

なお、争点1ないし4に対する判断は、本件の結論に影響を与えないと認められるため、当裁判所は、上記判断を差し控えることにする。

2 請求2に係る損害（亡Dの仮釈放審理において適正手続を受ける権利（仮釈放審理における適正手続への期待権）の侵害）について

亡Dの仮釈放審理において適正手続を受ける権利（仮釈放審理における適正手続への期待権）の侵害によって生じた損害は、本件に表れた一切の事情を勘案すると、慰謝料が30万円と認めるのが相当であり、弁護士費用が3万円と認めるのが相当である。

証拠（甲C1、C2）及び弁論の全趣旨によれば、原告らは、法定相続分（原告Aが4分の3、原告B及び原告Cが各8分の1）に応じて、亡Dの前記損害に係る損害賠償請求権を相続したと認められるから、原告Aは24万7500円、原告B及び原告Cはそれぞれ4万1250円を取得したと認められる。

第10 結語

以上によれば、原告らの被告に対する国賠法1条1項に基づく損害賠償請求は、請求1については、原告Aにつき1650万円、原告B及び原告Cにつきそれぞれ275万円及びこれらの各金額に対する令和元年5月30日（亡Dが死亡した日）から支払済みまで平成29年法律第44号による改正前の民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払を求める限度で理由があり、請求2については、原告Aにつき24万7500円、原告B及び原告Cにつきそれぞれ4万1250円及びこれらの各金額に対する令和3年2月9日（亡Dの仮釈放審理において適正手続を受ける権利（仮釈放審理における適正手続への期待

権)の侵害の日である、請求2に係る請求の趣旨拡張申立書の送達日の翌
日)から支払済みまで平成29年法律第44号による改正前の民法所定の年5
分の割合による遅延損害金の支払を求める限度で理由があるからこれを認容し、
その余はいずれも理由がないからこれらを棄却することとし、訴訟費用の負担
5 につき民事訴訟法64条本文、61条をそれぞれ適用して主文のとおり判決す
る。なお、請求1及び請求2に係る各仮執行宣言の申立てについては、いずれ
もその必要がないものと認めこれらを却下する。

東京地方裁判所民事第14部

10

裁判長裁判官 村 主 隆 行

15

裁判官 武 藤 明 子

裁判官 小 倉 広 太 郎

徳島刑務所における亡Dの診療経過一覧

(別紙)

年	日	診療経過	証拠
平成30年 (2018年)	2月頃	亡Dは、ジャヌビア（糖尿病治療薬）の処方を受け、同薬の服用を開始した。	乙A1p30-4
		亡Dは、従事する刑務作業につき、有機溶剤を使用するものから別のものへと変更された。	乙A1p37-4
	4月18日	亡Dは、既往症である全身の発疹及び糖尿病等に係る経過観察のため、徳島刑務所の医師の診察を受けたところ、同医師は、アトピー性皮膚炎及びステロイド糖尿病と診断した。	乙A1p39
		亡Dは、上記診察の際、平成30年2月頃から刑務作業が変わって、脈が乱れる旨を申し出たところ、上記医師は、期外収縮の疑いと診断し、経過観察とした。	乙A1p40
	6月13日	亡Dは、発疹及び糖尿病等の経過観察を受けるため徳島刑務所の医師の診察を受けた際、同医師に対し、同年3月頃から疲れやすい旨を訴えた。	乙A1p41
	8月20日	亡Dは、徳島刑務所の医師に対し、体重減少及び食欲不振を訴えた。	乙A1p41
	8月22日	亡Dは、腹痛及び下痢の症状を訴え、病室に入病して1日休養した。	乙A1p46-3
		亡Dは、徳島刑務所の医師に対し、食欲が減っている旨を訴えた。	乙A1p42,46-3
	8月23日	亡Dは、体調軽快である旨を申し出たことから、休養が解除された。	乙A1p46-3
	8月24日	亡Dは、便潜血検査を受けたが、検査結果に異常は認められなかった。	乙A1p46-2
	8月28日	亡Dは、便潜血検査を受けたが、検査結果に異常は認められなかった。	乙A1p46-1
	10月10日	亡Dは、体重減少についての精査目的で、上部内視鏡検査を受けた。	乙A1p46-3
	10月19日	亡Dは、便潜血検査を受けたが、検査結果に異常は認められなかった。	乙A1p47-5
	10月23日	亡Dは、便潜血検査を受けたが、検査結果に異常は認められなかった。	乙A1p47-4
	12月26日	亡Dは、徳島刑務所の医師の診察を受けた際、同医師に対し、体重が戻らない旨を訴えたところ、同医師は、亡Dが平成29年2月頃から服用していたジャヌビア（糖尿病治療薬）に体重増加を抑制する作用が認められていたことから、亡Dの糖尿病が改善傾向にあったことを踏まえ、ジャヌビアを減薬した。	甲A10,乙A1p48-4
平成31年 (2019年)	2月21日	亡Dは、「自覚症状及び他覚所見」として、悪心、食意不伸及び体重減少が認められ、亡Dを診察した医師は、亡Dのこれらの症状につき、刑務作業との関連性を否定できないと判断し、血液検査を実施した。	甲A8,乙A1p48-1

徳島刑務所における亡Dの診療経過一覧

(別紙)

	3月1日	亡Dは、腹部エコー検査を受けたところ、肝内腫瘍が発見されるとともに、右腎腫瘍も疑われたことから、腫瘍マーカーを含む血液検査を受けるとともに、腹部CT検査が必須であるとの診断がされた。	乙A1p49-5
	4月18日	亡Dは、徳島刑務所から本件医療センターに移送された。	乙A2p4

徳島刑務所における亡Dの検査結果一覧

(別紙)

年月日	体重 (kg)	HDLコレステロール (mg/dℓ) (基準値：40～99)	γGTP (U/ℓ) (基準値：0～60)
平成29年1月	57.2	40	42
平成29年2月	56.4～58.0	—	—
平成29年3月	57.8	39	—
平成29年4月	—	—	—
平成29年5月	56.4	—	—
平成29年6月	56.2	29	38
平成29年7月	55.6～55.7	—	—
平成29年8月	—	—	—
平成29年9月	55.3	—	—
平成29年10月	—	—	—
平成29年11月	55.5	—	—
平成29年12月	56.4	—	—
平成30年1月	57.3	—	—
平成30年2月	57	—	—
平成30年3月	—	—	—
平成30年4月	54.8	—	—
平成30年5月	—	—	—
平成30年6月	54.5	28	77
平成30年7月	54.2	—	—
平成30年8月	52.3～52.8	—	—
平成30年9月	—	—	—
平成30年10月	51.3～52.8	—	—
平成30年11月	—	—	—
平成30年12月	52.7	—	—
平成31年1月	—	—	—
平成31年2月	51	28	155
平成31年3月	50.3	—	—
平成31年4月	48.3	—	182

医学的知見

(1) 肝細胞がん

原発性肝がんの95%は、肝細胞がんである。

5 日本における肝細胞がんの主たる原因は、B型肝炎ウイルス及びC型肝炎ウイルスであり、肝炎ウイルスへの感染による慢性肝炎や肝硬変を経て発症することが多く、ウイルス性肝疾患を背景とする肝細胞がんは約90%に及ぶ。

10 ウイルス性肝疾患を有する患者に対しては、画像診断（超音波検査、造影CT検査・MRI検査）と腫瘍マーカー（AFP、PIVKA-II）測定による経過観察を行い、早期診断をすることが重要である。

（乙1p234、235）

(2) 検査項目

ア AST・ALT

15 ASTは、肝臓や心筋等に多く含まれる酵素である。

ALTは、肝細胞に多く含まれる酵素である。

これらの臓器が障害されると、同酵素が血液中に逸脱し、値が高くなる。

イ γ GTP

20 γ GTPは、胆管細胞に存在する酵素であり、肝、胆道疾患のスクリーニングに利用される。

γ GTPは、アルコール等による肝障害に強く反応するほか、ステロイド剤の投与により上昇する。

25 基準値は、成人男性が概ね70以下であり、100以上となると肝臓の障害が疑われる。健康保険組合連合会が採用している基準によれば、50以下は異常なし、51～80は軽度異常、81～100は要経過観察・生活改善、101以上は要治療・要精密検査とされている。

ウ ALP

肝臓等に多く含まれる酵素であり、肝臓においては、胆汁成分として胆管を取って胆のうに貯蔵された後、十二指腸に排泄されるのが通常である。

5 前記経路に異常が発生すると、値が高くなる。

基準値は、50～350である。

エ AFP

胎児の肝臓で合成される血清たんぱく質の一種であり、健康な人ではほとんどみられないが、肝細胞がん患者では増加する。

10 基準値は10以下であり、1000以上が高値とされる。

オ PIVKA-II

ビタミンKの欠乏により肝臓で産生される血液凝固第Ⅱ因子の異常体であり、肝細胞がんに特異的な腫瘍マーカーである。

基準値は40以下であり、肝細胞がんの進行度が高いほど高値を示す。

15 カ HDL（高比重リポ蛋白）コレステロール値

HDLコレステロールの値の低下は、急性肝炎初期、肝硬変及び原発性肝がん等の肝疾患を示唆するものであり、基準値は40～99mg/dlであり、34mg/dl以下の値は要医療とされている（甲B25、B26）。

20

以 上

(別紙)

関係法令の定め

第1 犯罪をした者及び非行のある少年に対する社会内における処遇に関する規則

第二章 仮釈放等

5 第一節 仮釈放、仮出場及び少年院からの仮退院

第一款 法定期間経過の通告等

(身上関係事項の通知等)

第七条 矯正施設の長（刑事施設の長及び少年院の長をいう。以下同じ。）は、懲役若しくは禁錮の刑に処せられた者又は少年法（昭和二十三年法律第百六十八号）

10 第二十四条第一項第三号若しくは同法第六十四条第一項第三号の保護処分を受けた者を収容したときは、速やかに、刑事施設又は少年院の所在地を管轄する地方委員会及び刑事施設又は少年院に収容された者（以下「刑事施設等被収容者」という。）に係る帰住予定地（刑の執行のため刑事施設若しくは少年院に収容されている者、労役場に留置されている者若しくは保護処分の執行のため少年院に収容されている
15 者が釈放された後に居住する予定の住居の所在地又は当該住居がないときはその者が釈放された後に居住することを希望する場所をいう。以下同じ。）を管轄する保護観察所の長に対し、書面により、次に掲げる事項を通知しなければならない。これらの事項に変動が生じた場合における当該変動に係る事項についても、同様とする。

20 一～七 （略）

八 心身の状況

九～十三 （略）

2 2 （略）

3 地方委員会は、拘留の刑の執行のため刑事施設に収容されている者又は労役場
25 に留置されている者について、必要があると認めるときは、その者を収容し、又は留置している刑事施設の長に対し、次に掲げる事項を記載した書面の提出を求める

ことができる。

一～四 （略）

五 心身の状況

六 （略）

- 5 4 刑事施設の長は、前項に規定する書面を提出した場合において、当該書面に記載した事項に変動が生じたときは、速やかに、当該刑事施設の所在地を管轄する地方委員会に対し、書面により、当該変動に係る事項を通知しなければならない。

第2 犯罪をした者及び非行のある少年に対する社会内における処遇に関する事務
10 の運用について（依命通達）（平成20年5月9日法務省保観第325号）

（通達）7 仮釈放許可基準の適用

(1) 規則第28条に定める基準に該当するかどうかを判断するに当たっては、次に掲げる事項に留意するものとする。

ア 規則第28条は、悔悟の情及び改善更生の意欲があると認められること、再び
15 犯罪をするおそれがないと認められること、保護観察に付することが改善更生のために相当であると認められること並びに社会の感情が仮釈放を是認すると認められることの4つの要件を掲げており、仮釈放を許すにはこれらのいずれもが満たされることが必要であるとされていること。

イ アの4つの要件のうち、悔悟の情及び改善更生の意欲があると認められること
20 は、仮釈放を許すことの中心的な要件であり、これが認められるかどうか、他の要件に先立って、判断されるべきであること。

ウ 悔悟の情及び改善更生の意欲があると認められる審理対象者について、再び犯罪をするおそれがないと認められるかどうか判断されるべきであること。この場合において、悔悟の情及び改善更生の意欲があると認められることは、通常、再び
25 犯罪をするおそれがないことを推認させることになるが、審理対象者の性格、年齢、経歴、心身の状況その他の事情を考慮したときに、なおこれが認められるかどうか

が判断されるべきであること。

(2) (略)

(3) (1)のウにより再び犯罪をするおそれがないかどうかを判断するに当たっては、次に掲げる事項に留意するものとする。

5 ア 「再び犯罪をするおそれ」には、仮釈放中の再犯のおそれ及び仮釈放期間経過後の再犯のおそれが含まれるところ、前者の意味での再犯のおそれについては、何らかの犯罪をするおそれが合理的に想定し得ない程度に至っていなければならないのに対し、後者の意味での再犯のおそれについては、再犯のおそれが相当程度現実的でなければ、この意味での再犯のおそれはないと認められるものであると考えら
10 れること。

イ 悔悟の情及び改善更生の意欲が特に強く認められたときは、再び犯罪をするおそれがないことを示すものとして、一定の評価をすること。

ウ 次に掲げる事項その他の事項を考慮すべきであること。

(ア) 性格、年齢、経歴及び心身の状況

15 (イ) ～ (カ) (略)

(4)～(5) (略)

以 上

(別紙)

当事者の主張（要旨）

1 原告らの主張（要旨）

(1) 総論

5 刑事施設の長は、刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律（以下「刑事収容施設法」という。）56条に基づき、刑事施設における保健衛生及び医療につき、被収容者の心身の健康維持について、社会一般の病院に求められるのと同じ医療水準の措置を講じるべき職務上の注意義務を負っているところ、亡Dが収容されていた徳島刑務所の長は、以下のとおり、上記職務上の注意義務に違反した。なお、刑事施設の長は、被収容者に対していかなる医療上の措置を講じるかという点について裁量を有するものではない。

また、刑事施設の職員も、刑事施設の長と同様、刑事施設における保健衛生及び医療につき、被収容者の心身の健康維持について、社会一般の病院に求められるのと同じ医療水準の措置を講じるべき職務上の注意義務を負っているところ、亡Dが移送された本件医療センターの医師らは、以下のとおり、上記職務上の注意義務に違反した。

(2) 徳島刑務所の検査義務違反（請求1の請求原因）

ア 以下の事実及び医学的知見によれば、徳島刑務所の医師は、遅くとも平成30年10月までに実施した各種検査によって亡Dの食欲不振を伴う体重減少及び腹痛の原因を究明できなかった時点で、亡Dにつき、食欲不振を伴う体重減少及び腹痛の原因を明らかにするため、少なくとも血液検査（肝機能、リパーゼに係る検査を含むもの）及び腹部エコー検査を実施すべき注意義務を負っていた。【訴状、XJS3p11、XJS4、XJS5p15、18】

① 亡Dは、平成15年7月30日から平成30年1月24日までの間、徳島刑務所において有機溶剤を使用する刑務作業に従事していた。

② 亡Dは、平成30年1月から同年10月までの9か月間で体重が10.4%減少していた。

③ 亡Dは、平成29年6月及び平成30年6月に実施された血液検査の結果、TG（中性脂肪）やLDL（低比重リポ蛋白）と比較して、HDLコレステロールの値だけが29、28mg/dlという要医療とされる低値を示していた。なお、糖尿病を示すHbA1c値は、平成29年6月以降、適切にコントロールされていた。

④ 亡Dは、平成30年6月に実施された血液検査の結果、γGTPが前年の倍以上となり、かつ、基準値を超えていた（77U/L）（乙A1p47-2）。

⑤ 亡Dは、平成30年8月以降、徳島刑務所の医師に対し、食欲がない旨を訴えていた（乙A1）。

⑥ 亡Dは、平成30年8月22日、腹痛を訴えて倒れ、病室に入病し、徳島刑務所の医師も「腹痛」と診断していた（乙A1p46-3）。

⑦ 亡Dは、平成30年10月10日に実施された上部内視鏡検査の結果、悪性腫瘍がないことが確認されたものの、食欲不振及び体重減少の原因は不明であった。

⑧ 亡Dは、平成30年10月19日及び同月23日に実施された便潜血検査の結果、異常は認められず、食欲不振及び体重減少の原因は不明であった。

⑨ 亡Dは、有機溶剤（トルエン、ノルマルヘキサン。甲A8）を使用する作業に従事しており、有機溶剤中毒予防規則に基づき労働安全衛生法の特設検診を受けていたところ、同有機溶剤について肝機能の検査は義務付けられていないが、上記有機溶剤の使用においても医師が問診等により必要と認める場合には肝機能検査等の検査治療が奨励されている（労働安全衛生法66条。甲B61）。

イ しかしながら、徳島刑務所の医師は、平成30年10月までに、亡Dに対し、上記検査をいずれも実施しなかった。

ウ・ 亡Dは、10cmを超える大きさの肝右葉に位置する肝細胞がんを切除する必要が生じた結果、①5月28日に実施した本件手術において大量出血したことにより血液中の凝固因子の損失、消費及び希釈や低カルシウム血症が生じていたところ、②術後出血（以下「本件術後出血」という。）が継続したことにより、同日午後6時50分頃から同日午後11時40分頃までの間に、低血圧及び循環不全（ショック状態）となり、腎障害（腎不全）が進行した後、出血性ショックによる多臓器不全の一環として出血性の急性肝不全となり、その結果、死亡した。【XJS11p10、甲A1、13、甲B50p6、7】

イ 徳島刑務所の医師が上記検査義務を尽くしていれば、亡Dは、肝細胞がん罹患していることが上記検査義務を尽くした時から間もない時期に発覚し、本件医療センター等の医療専門の刑事施設において、より早期に肝臓がんに対する手術等の治療を受けることができた。そして、その頃であれば、亡Dの体力はそれほど低下しておらず、上記肝細胞がんの大きさも直径約4.6cmほどであったか、少なくとも本件手術時より優に小さかったと考えられるから、手術をより安全に実施することができ、術中・術後の出血リスクも低くなっていた。以上によれば、徳島刑務所の医師が上記検査義務を尽くしていれば、亡Dが5月30日に死亡しなかった高度の蓋然性があり、仮に上記高度の蓋然性があるとはいえないとしても、亡Dが5月30日の時点で生存していた相当程度の可能性がある。（甲B24、28～30）

(3) 徳島刑務所の転送義務違反（請求1の請求原因）

ア 以下の事実及び医学的知見によれば、徳島刑務所の医師は、3月1日の亡Dの検査結果を踏まえ、直ちに、亡Dに対して腹部CTなどの精密検査

や手術を行うため、亡Dを同検査等の実施可能な病院に転送すべき注意義務を負っていた。【X J S 4 p 2 3】

① 徳島刑務所の医師は、3月1日、亡Dに対して実施した腹部エコー検査の結果、肝内腫瘍があることを認識し、右腎腫瘍も疑った上で、腹部CT検査が必須であると診断した（乙A 1 p 4 9－5）。

② 亡Dは、3月1日に実施された腫瘍マーカー検査の結果、AFPにつき1547 ng/ml（基準値は10 ng/ml）、PIVKAⅡにつき2422 mAU/ml（基準値は40 mAU/ml）であった（乙A 1 p 4 9－1）。

③ AFP、PIVKAⅡについての医学的知見

イ しかしながら、徳島刑務所の医師は、3月1日に亡Dの検査結果が明らかになった後、直ちに、亡Dを腹部CTなどの精密検査や手術が実施可能な病院に転送しなかった。

ウ 徳島刑務所の医師が上記転送義務を尽くしていれば、亡Dは、3月1日から間もない時期に、本件医療センター等の医療専門の刑事施設に転送され、より早期に肝臓がんに対する手術等の治療を受けることができ、遅くとも4月19日までに肝細胞がんに対する手術が実施されていた。そして、4月19日までに肝細胞がんに対する手術が実施されていれば、亡Dの同日時点の肝臓の状態は本件手術が行われた5月28日の状態より良かったはずであるから、亡Dが5月30日に死亡しなかった高度の蓋然性があり、仮に上記高度の蓋然性があるとはいえないとしても、亡Dが5月30日の時点で生存していた相当程度の可能性がある。

(4) 本件医療センターの転送義務違反（請求1の請求原因）

ア 以下の事実及び医学的知見によれば、本件医療センターは、本件手術を実施するに当たり、腹腔内出血が生じることを想定して即時の再開腹手術にも対応できる体制を整えておく必要があったところ、本件手術後にIC

Uと同等の術後管理を実施できる人的体制（回復室の患者2名に対して回復室専従看護師1名が配置されていること）が整っていなかったから、亡Dに対し、亡DをICUと同等の術後管理を実施できる人的体制が整っている病院に転送すべき注意義務を負っていた。【XJS1p26】

- 5 ① 亡Dの肝細胞がんは、肝右葉背側に位置し、前後12cm×左右10cm×上下13cmの大きさであった。
- ② 生体肝移植の場合、成人生体につき15%の割合で腹腔内出血が生じ、そのうち25%で再開腹手術が行われている（甲B16p5、6）。
- ③ 本件医療センターは、高度医療施設（特定機能病院）ではなく、10
- 10 cmを超える大きさの肝細胞がんの切除術の経験がない施設であった。
- ④ 5月28日の本件医療センターの人員体制は、回復室専従の当直医及び看護師は常駐しておらず、本件医療センター全体で当直医1名、36名の患者に対して2名の看護師（2交代制のため仮眠を取る必要がある。）というものであった（乙A2p169、乙A15）。
- 15 ⑤ 厚生労働省の【告示】三 特定集中治療室管理料の施設基準等（1）

特定集中治療室管理料の注1に規定する入院基本料の施設基準（常勤の医師及び看護師（患者二人に対して看護師一人の割合）が特定集中治療室内に勤務していること）

イ しかしながら、本件医療センターは、亡DをICUと同等の術後管理を実施できる人的体制が整っている病院に転送しなかった。

ウ 本件医療センターが上記転送義務を尽くしていれば、亡Dは、本件術後出血について、回復室専従の医師及び看護師が常駐することにより、ICUと同等の術後管理を受けることができた。したがって、本件医療センターが上記転送義務を尽くしていれば、亡Dが5月30日に死亡しなかった高度の蓋然性があり、仮に上記高度の蓋然性があるとはいえないとしても、亡Dが5月30日の時点で生存していた相当程度の可能性があるといえる。

(5) 本件医療センターの体制整備義務違反（請求１の請求原因）

ア 以下の事実及び医学的知見によれば、本件医療センターは、本件手術を実施するとしても、その実施に先立って、術後に腹腔内出血が生じることが想定して即時の再開腹手術にも対応できる体制を整えておく必要があったところ、本件手術後の亡Dの容体の急変に備えて、回復室専従の当直医を確保するとともに、レントゲン技師及び臨床検査技師並びに本件手術の執刀医、助手及び主治医につきオンコール体制（当直の医師及び看護師が、執刀医等の医師に対して、直接、指示やアドバイスを求め、患者の下に来るよう求めることができる体制）を整えておくべき注意義務を負っていた。

【X J S 1 p 4 5、4 6、X J S 3 p 3 2、3 3、X J S 4 p 3 1、3 2】

① 前記(5)の①、②と同じ。

② ４月１９日及び５月２７日の血液検査の結果（乙A 4 p 1）

イ しかしながら、本件医療センターは、本件手術の実施に当たり、回復室専従の当直医を確保することも、レントゲン技師及び臨床検査技師並びに本件手術の執刀医、助手及び主治医につきオンコール体制を整えておくこともしなかった。

ウ 本件医療センターが上記体制整備義務を尽くしていれば、当直医は、本件術後出血により意識レベルが低下した段階で、速やかに本件手術に関わった執刀医等に連絡し、再開腹手術の措置を採ることができた。したがって、本件医療センターが上記体制整備義務を尽くしていれば、亡Dが５月３０日に死亡しなかった高度の蓋然性があり、仮に上記高度の蓋然性があるとはいえないとしても、亡Dが５月３０日の時点で生存していた相当程度の可能性がある。

(6) 本件医療センターの止血措置等実施義務違反（請求１の請求原因）

ア 以下の事実及び医学的知見（特に後記①の急激かつ大幅な血圧低下、後記②の意識障害及び後記③の尿量低下等の循環動態の不安定さを示す事実）

によれば、本件医療センターの医師は、5月28日午後6時50分の時点で、亡Dが循環血液量減少性ショックに陥っていることを認識し又は認識し得たから、亡Dに対し、①血液検査並びに腹部エコー検査及び腹部CT検査を実施して、ショック状態となった原因、すなわち、術後出血の有無、出血量及び出血部位等を確認するとともに、②術後出血を確認した場合には、術後出血に対して再開腹手術を含む止血措置を実施すべき注意義務を負っていた。

また、本件医療センターの医師は、どんなに遅くとも5月28日午後11時40分の時点で、亡Dが循環血液量減少性ショックに陥っていることを認識し又は認識し得たから、上記措置を採るべき注意義務を負っていた。

【XJS3 p35～、XJS4 p33～（特にp40）、XJS6】

① 亡Dは、5月28日午後6時50分頃、右横隔膜下ドレーンから95mlの血性排液が生じた上、同時刻以降、121/64mmHgあった収縮期血圧が64/43mmHgに急激かつ大幅に低下しており、平均血圧も65を大幅に下回った状態が継続しており、ショック状態にあった（乙A2 p164、167、甲B18）。

② 亡Dは、5月28日午後6時50分頃、「白い馬が何頭も見える」と発語し（乙A2 p164）、同日午後8時頃、いびきをかいて眠っていて昏睡していたと評価できる状態であり（乙A2 p166）、同日午後11時2分頃、声掛けに対して反応が開眼のみの状態であった（乙A2 p167）。

③ 亡Dは、5月28日午後7時30分以降、同日午後8時48分までの間、尿量が増加せず、循環血漿量の増加をもたらすアルブミン製剤の投与を経た後の同日午後9時40分の時点で排尿がなく、同日午後11時10分の時点で尿量の低下が認められた（乙A2 p166、167）。

④ 亡Dは、5月28日の本件手術実施後のヘモグロビン値は6.7であったものの、同日午後11時40分頃のヘモグロビン値は5.0となった（乙A2 p 160、乙A4 p 7）。

⑤ 亡Dは、5月28日午後11時40分頃には、右手Aライン（動脈）から血液が引けない状態であった（乙A2 p 167）。

5

イ しかしながら、本件医療センターの医師は、5月28日午後6時50分以降、亡Dに対し、前記アの措置を一切行わず、昇圧剤やアルブミン製剤の投与しか行わなかった。

ウ 本件医療センターが上記止血措置等実施義務を尽くしていれば、亡Dは、本件術後出血について、5月28日午後6時50分又は遅くとも同日午後11時40分以降の体内循環血液量の減少を防止することができたから、再開腹術が大量出血をもたらす可能性は低く、亡Dの肝細胞がんは転移がなく単発で、背景肝に硬変はみられず（乙A2 p 158）、もともと肝機能は比較的良好に保たれていたこと（乙A4 p 1、2）からすれば、現実とは異なる予後をたどって回復したといえる。したがって、本件医療センターが上記止血措置等実施義務を尽くしていれば、亡Dが5月30日に死亡しなかった高度の蓋然性があり、仮に上記高度の蓋然性があるとはいえないとしても、亡Dが5月30日の時点で生存していた相当程度の可能性がある。

10

15

20

(7) 徳島刑務所の告知義務違反（請求2の請求原因）

ア 以下の法令等及び事実によれば、徳島刑務所は、3月1日に実施した亡Dの血液検査の結果の報告を受けてから遅滞なく、亡Dに対し、適切な治療方法を検討する機会を与えるため、また、仮釈放審査における調査対象事項に係る個人情報として、①2月21日以降に行われた一連の検査結果及びそれに基づく診断結果（腹部エコー検査の結果及び腫瘍マーカーの数値等を含む血液検査の結果を踏まえると、肝細胞がんの疑いがあること）、

25

② 2年間にわたってHDLコレステロール値の異常低値（要医療）が出ていること（以下では、上記①及び②を併せて「一連の検査結果等」という。）を告知すべき注意義務を負っていた。【XJS4 p25、XJS5 p21、23、請求拡張】

5

① 刑事収容施設法61条1項

② 厚生労働省作成の健康診断結果措置指針等（甲C9 p5）

③ 亡Dは、2月21日、労働安全衛生法66条2項に基づく健康診断を受けた。

10

④ 亡Dは、3月1日、刑事収容施設法61条、同規則29条の定める健康診断（血液検査及び腹部エコー検査）を受けた。

⑤ 亡Dは、上記各診断の結果、肝細胞がんが疑われた。

⑥ 亡Dは、平成29年6月以降、刑事収容施設法61条、同規則29条の定める健康診断（血液検査）の結果、HDLコレステロールの数値が34mg/dl以下（要医療）であった。

15

イ しかしながら、徳島刑務所の医師は、3月5日に上記亡Dの血液検査の結果の報告を受けた後、遅滞なく、亡Dに対し、一連の検査結果等を告知しなかった（4月17日に、亡Dに対し、肝臓に異常があるため、医療専門施設での精密検査が必要である旨を説明しただけであった。）。

20

ウ これにより、亡Dは、①自身の病気についての治療の可否や内容を決定し、その必要性を訴える権利（自己決定権）及び②自身の心身の状況の変化を仮釈放の理由として説明する機会を奪われ、仮釈放に向けた合理的期待（期待権）を侵害された。

(8) 徳島刑務所の通知義務違反（請求2の請求原因）

25

ア 以下の法令等及び事実によれば、徳島刑務所は、3月1日に実施した亡Dの血液検査の結果の報告を受けてから速やかに、具体的には2回目の面接前か、遅くとも2回目の面接時に、更生保護委員会に対し、2月21日

以降に行われた一連の検査の結果（腹部エコー検査の結果及び腫瘍マーカーの数値等を含む血液検査の結果を踏まえると、肝細胞がんの疑いがあること）を通知すべき注意義務を負っていた。【請求拡張】

① 犯罪をした者及び非行のある少年に対する社会内における処遇に関する規則（以下「社会内処遇規則」という。）7条1項8号（乙B25）

② 徳島刑務所は、亡Dに対する更生保護委員会による仮釈放審理が進行しており、既に同委員会の委員による1回目の面接が2月19日に実施され、3月1日の亡Dの検査結果が判明した時点で、近く2回目の面接が実施される予定を認識していた。

③ 前記(7)の③～⑥と同じ。

イ しかしながら、徳島刑務所は、3月1日に実施した亡Dの血液検査の結果について、同月5日に報告を受けてから速やかに更生保護委員会に対して上記結果を通知することをせず、亡Dは、更生保護委員会による同月25日の仮釈放審理において、その心身の状態を考慮されないまま、仮釈放しない旨の判断を受けた。

ウ これにより、亡Dは、更生保護委員会による仮釈放に向けた審理において、法令に従い適切な情報が適宜提供されることへの期待権を侵害された。

(9) 亡Dの損害及びその額

ア 亡Dの生命侵害又は生存の相当程度の可能性侵害によって生じた損害は、次のとおりである（請求1の請求原因）。

（ア） 慰謝料	5 0 0 0 万円
（イ） 弁護士費用	5 0 0 万円
（ウ） 合計	5 5 0 0 万円

原告らは、法定相続分（原告Aが4分の3、原告B及び原告Cが各8分の1）に応じて、亡Dの上記損害に係る損害賠償請求権を取得した（請求1）。

イ 亡Dの自己決定権侵害によって生じた損害は、次のとおりである（請求
2の請求原因）。

（ア） 慰謝料	400万円
（イ） 弁護士費用	40万円
（ウ） 合計	440万円

原告らは、法定相続分（原告Aが4分の3、原告B及び原告Cが各8
分の1）に応じて、亡Dの上記損害に係る損害賠償請求権を取得した
（請求2の請求原因）。

ウ 亡Dの期待権侵害によって生じた損害は、次のとおりである（請求2の
請求原因）。

（ア） 慰謝料	400万円
（イ） 弁護士費用	40万円
（ウ） 合計	440万円

エ 原告らは、上記アないしウの亡Dの被告に対する損害賠償請求権を、法
定相続分（原告Aが4分の3、原告B及び原告Cが各8分の1）に応じ
て取得した（請求1及び2の請求原因）。

2 被告の主張（要旨）

(1) 総論【YJS1p35～、YJS3p5～】

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を講じなければならないものの、刑事施設にお
ける医療水準については、当該刑事施設の性格、設備等を含めた医療環境の
特性等の諸般の事情を考慮して決定されるべきである。また、刑事施設にお
ける医師等と被収容者との診療関係は、通常診療契約に基づくものとは異
なり、拘禁の性質上、医療に関する自己決定権がある程度制約されることも
やむを得ない。そうすると、個々の被収容者の症状等に対し、いかなる医療
上の措置を講じるかという点に係る判断については、医学に精通し、当該被

収容者の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というべきである。

したがって、刑事施設の医師等の補助を受けた刑事施設の長の医療行為については、上記合理的裁量を逸脱し、著しく妥当性を欠くものでない限り、
5 国賠法1条1項の適用上違法とはいえないというべきである。

(2) 徳島刑務所の検査義務違反について

ア 原告らが主張する評価根拠事実①ないし⑤及び⑦ないし⑧は、認める。

⑥について、亡Dが倒れたとする事実是否認し、⑨について、労働安全衛生法66条に、特殊検診を受けた場合に医師が問診等により必要と認める
10 場合には肝機能検査等の検査治療が推奨されると解される記載はない。徳島刑務所の医師が原告らの主張する検査義務を負っていたことは争う。

以下の事実及び医学的知見によれば、消化器疾患のほかに肝細胞がんを疑うべき具体的な事情はなく、徳島刑務所の医師が原告らの主張する検査義務を負っていたとはいえない。【YJS1p38～、YJS3p10～】
15

① 亡Dは、肝細胞がんに移行することが一般的な既往症（B型肝炎ウイルスやC型肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎や肝硬変）を有していなかった。

② 平成30年6月に実施した血液検査の結果、AST及びALTの数値は基準値内であった（γGTPの数値だけが異常を示していた。）。
20

③ 亡Dは、8月20日及び同月22日に初めて食欲不振を訴えるとともに、腹痛や下痢を訴えていたものの、医師の診察の結果、圧痛はなく、腫瘍は触知せず、1日の休養を経て、同月23日には症状が軽快していた。

④ 亡Dは、8月頃から11月頃までの間、日常生活の様子に大きな変化がなかった（乙A9、10）。
25

⑤ 体重減少の原因究明の必要性、緊急性についての医学的知見（乙B 17）

⑥ HDL コレステロール値及び脂質異常症に係る医学的知見（乙B 32 p 104～106）

5 ⑦ 肝機能、肝障害を反映する検査項目に係る医学的知見（乙B 4 p 65、B 35）

イ 徳島刑務所の医師が、平成30年10月までに、原告らが主張する各種検査を行わなかったことは認める。

ウ・ 亡Dの死亡に至る機序に係る原告らの主張のうち、原告らの主張する亡Dの術後出血（本件術後出血）を「静脈性の急激な術後出血」（XJS 10 p 28～p 29）と解した上で否認する。また、5月28日午後6時50分頃から同日午後11時40分頃までの間に出血性ショックとなったこと、出血性ショックによる多臓器不全の一環として出血性肝不全となったことは否認する。

15 仮に亡Dが術後出血（本件術後出血）をしていたとしても、その原因は、STLSを原因とする播種性血管内凝固（以下「DIC」という。）であった（乙B 24）。なお、原告らが主張する亡Dの肝細胞がんの大きさが直径4.6cmほどであったとの主張は計算を誤っている。【YJS 7 p 10、YJS 11 p 11】

20 イ 徳島刑務所の医師が原告らの主張する検査義務を尽くしていれば、亡Dが5月30日に死亡しなかった高度の蓋然性があること及び亡Dが5月30日の時点で生存していた相当程度の可能性があることは争う。徳島刑務所の医師が原告らの主張する検査義務を尽くしていた場合に、どのような検査結果が出て、どのような治療が行われ、その効果がどのようなものであったか明らかでない以上、上記高度の蓋然性及び相当程度の可能性があるとはいえない。【YJS 6 p 9～】

25

(3) 徳島刑務所の転送義務違反について

ア 徳島刑務所の医師が原告らの主張する転送義務を負っていたことは争う。

以下の事実によれば、徳島刑務所の医師が、原告らの主張する転送義務を負っていたとはいえない。【Y J S 1 p 4 2 ～、Y J S 3 p 1 4 ～】

5 ① 徳島刑務所の医師は、3月1日時点で、亡Dにつき、肝細胞がんであると確定診断することができなかった。

イ 徳島刑務所の医師が、3月1日に亡Dの検査結果が明らかになった後、
4月18日に亡Dが本件医療センターに移送されるまで、亡Dに対して精密検査や手術を行わず、検査等の実施可能な病院への転送を行わなかった
10 ことは認める。

もともと、徳島刑務所は、3月1日の亡Dの検査結果を踏まえ、亡Dの疾患の有無及び具体的内容を確定させるため、速やかに本件医療センターへの移送に向けた協議を開始していた。すなわち、徳島刑務所は、①3月4日から3月13日までの間には亡Dの病変の検査・診察を外部の病院に
15 打診していたが（乙A12）、調整が付かず、②3月18日には本件医療センターとの間で亡Dの移送に向けた施設間協議を開始し、同日以降も断続的に折衝を続け、③徳島刑務所においても、4月8日には、保安警備上問題のない護送計画を策定していた（乙A13）。

以上のとおり、亡Dの本件医療センターへの移送は、その調整が難航した結果、4月18日に実施されることとなったにすぎない（乙A14）。

ウ 徳島刑務所の医師が原告らの主張する転送義務を尽くしていれば、亡Dが5月30日に死亡しなかった高度の蓋然性があること及び亡Dが5月30日の時点で生存していた相当程度の可能性があることは争う。

(4) 本件医療センターの転送義務違反について

ア 原告らが、本件医療センターが、本件手術を実施するに当たり、腹腔内出血が生じることを想定して即時の再開腹手術にも対応できる体制を整え

ておく必要があったとする点は争う。亡Dは、一般の肝がん患者と異なり、腹腔内出血のリスクとなる肝硬変及び慢性肝炎が全く認められなかったからである。

また、原告らが主張する評価根拠事実のうち、②及び④は否認し（乙A 2、A 1 1、B 1 1、B 2 1）、その余の評価根拠事実は認め、本件医療センターが原告らの主張する転送義務を負っていたことは争う。

以下の事実によれば、本件医療センターは本件手術を実施するのに適した病院であったといえるから、本件医療センターが上記転送義務を負っていたとはいえない。【Y J S p 4 4～p 4 7、Y J S 3 p 1 7～p 2 5、X J S 3 p 1 9】

- ① 病院として、肝切除手術の可否・適否を定めた基準はない（原告らの引用する施設基準（訴状 p 1 6）は腹腔鏡下肝切除術の診療報酬算定方法に係る施設基準である）。
- ② 本件医療センターは、1 0 cm未満の大きさの肝切除術については実施例があった（乙A 6）。
- ③ 本件医療センターは、本件手術の実施に当たり、肝胆膵外科高度技能指導医、癌治療認定医の専門資格を有し、1 0 cmを超える大きさの肝切除の経験を有する外科医を外部から執刀医として招聘した（乙A 6）。
- ④ 刑務官は、原則として2 0 分に1 回の頻度で、被収容者を巡回視察し、患者からの申出を受けた場合や患者の異変に気付いた場合は、医師や看護師にその旨連絡することとしていた（乙A 1 5、C 1）。
- ⑤ 回復室は、生体情報監視装置等の機器が設置され、看護師が常時回復室又は隣接するスタッフルームに勤務することとなっており（なお、本件手術当日は、複数の看護師を残務させていた）、医師も迅速に対応できる体制にあった2 4 時間管理であって、I C Uに準じた病室である（乙A 6）。

イ 本件医療センターが、亡Dを他の病院に転送しなかったことは認める。
原告らが主張するICUの基準は、診療報酬上の施設基準であり、同基準
を満たしていないからと言って手中治療室と認められないものではなく、
その呼称も施設により異なっても構わないものである（乙B11・p3）。

5 ウ 本件医療センターが亡Dを原告の主張する病院に転送していれば、亡D
が5月30日に死亡しなかった高度の蓋然性があること及び亡Dが5月3
0日の時点で生存していた相当程度の可能性があることは争う。本件医療
センターは、十分な人員体制を整えて本件手術後の亡Dの容態を頻繁に確
認していたから、上記高度の蓋然性及び相当程度の可能性があるとはいえ
10 ない。【YJS6p21～】

(5) 本件医療センターの体制整備義務違反について

ア 本件医療センターが原告らの主張する体制整備義務のうち、本件手術の
実施に先立って、術後に腹腔内出血が生じることを想定して即時の再開腹
手術にも対応できる体制を整えておく必要があったとする点は争い、回復
15 室専従の医師を確保する義務を負っていたとする部分は否認し、その余は
認める。肝切除に当たり、ICUに準じた管理を行うことができる病室を
要する旨の規定はないため、回復室専従の医師を確保する義務は負ってい
ない。

イ 本件医療センターが、本件手術の実施に当たり、回復室専従の当直医を
20 確保することも、レントゲン技師及び臨床検査技師並びに本件手術の執刀
医、助手及び主治医につきオンコール体制を整えておくこともしなかった
ことは否認する。【YJS3p19～、YJS6p17～】

本件手術が実施された5月28日当時、本件手術に立ち会った麻酔科
医が当直医として勤務しており、また、本件医療センターで勤務する職員
25 (医師、臨床検査技師、放射線技師及び薬剤師等の医療従事者を含む。)は、
非常招集を受ければ直ちに登庁できる状態であった。なお、体制の不

備を理由に、医師等の召集がかなわず、適切な医療措置が行われなかったという事情もなかった（乙B22、B27、C2）。

したがって、本件医療センターは、本件手術実施当時、本件手術後の亡Dの急変に備えて十分な術後管理体制を整えており、原告らの主張する体制整備義務違反はない。

ウ 本件医療センターが上記体制整備義務を尽くしていれば、亡Dが5月30日に死亡しなかった高度の蓋然性があること及び亡Dが5月30日の時点で生存していた相当程度の可能性があることは争う。本件医療センターは、上記のとおり、十分な術後管理体制の下で、上記当直医が亡Dの全身管理等を行い、呼吸動態・循環動態の状態の安定を図るための医療措置を講じていたから、上記体制整備義務を尽くしていれば、亡Dが5月30日に死亡しなかった高度の蓋然性及び相当程度の可能性があるとはいえない。

【YJS6p21～】

(6) 本件医療センターの止血措置等実施義務違反について

ア 原告らが主張する評価根拠事実③ないし⑤は認め、①及び②は否認する。亡Dは、5月28日午後8時頃に昏睡はしていない（乙A2p166）。本件医療センターが原告らの主張する止血措置等実施義務を負っていたことは争う。

以下の事実及び医学的知見によれば、5月28日午後6時50分頃及び同日午後11時40分頃のいずれの時点においても、亡Dにつき再開腹術を行わなければならないほどの出血を示唆する所見は認められず、亡Dが循環血液量減少性ショックに陥っていたとも認められない。また、仮に亡Dが上記の時点で循環血液量減少性ショックに陥っていたとしても、本件医療センターの医師が上記止血措置等実施義務を負っていたとはいえない。【YJS6p19～、YJS11p11】

① 亡Dの血圧は、5月28日午後7時22分頃にアルブミン製剤を投与

されると、同日午後8時頃には81／49、同日午後8時45分頃には88／50となり、同日午後9時40分頃に生食液投与、同日午後11時10分頃にエフェドリンの筋肉注射、同日午後11時33分頃にアルブミン製剤の投与並びに同月29日午前0時10分頃にピカネイト輸液及び炭酸水素ナトリウムの投与がされると、同日午前0時29分頃には78／51となった。

② 亡Dのドレーンからの出血量は、5月28日午後11時2分頃の時点で128ミリリットル、手術創からの出血量も若干量であった（乙A2 p164、167）。

③ 亡Dの脈拍は、5月28日午後11時40分頃までの時点で、77から94で頻脈又は徐脈はなかった。

④ 亡Dは、5月28日午後11時40分頃までの時点で、頻呼吸が認められなかった。

⑤ 亡Dは、5月28日午後11時40分頃までの時点で、パルスオキシメーターでSPO₂測定が可能であった（深刻な末梢循環の悪化は認められなかった。）。

⑥ 亡Dの尿量は、5月28日午後6時50分の時点で150mlであり、尿量の低下はなかった。

⑦ 亡Dは、5月28日午後8時頃、「背中の管が抜けていませんか」と言って、自ら側臥位になっていた（意識レベルや反応が明瞭で、せん妄状態であったとは認められない。）。

⑧ 亡Dは、5月28日午後11時40分頃までの時点で、Five P'sに該当する症状が認められなかった。

⑨ ショック状態の判断基準に係る医学的知見（甲B3 p145、乙B9 p112、114、115）

⑩ 顕性出血の許容範囲に係る医学的知見（乙B8 p463）

⑪ 出血性ショックに陥った場合の一般的治療法に係る医学的知見（甲 B 4 p 260、乙 B 10 p 38）

⑫ 術後低血圧の治療に係る医学的知見

イ 本件医療センターの医師が、5月28日午後6時50分以降、亡Dに対して前記原告らの主張(6)アの各措置を行わなかったことは認める。

ウ 本件医療センターが上記止血措置等実施義務を尽くしていれば、亡Dが5月30日に死亡しなかった高度の蓋然性があること及び亡Dが5月30日の時点で生存していた相当程度の可能性があることは争う。

亡Dは、本件手術による身体的侵襲が軽度といえず、相当量の出血もあったから、再開腹術に耐え得る状態であったといえない。また、仮に、原告らが主張するように、亡Dが本件手術後に出血性ショックに陥っていたとすれば、再開腹術は相当リスクの高い手術であったといえるから、当該再開腹術によって死亡した可能性もある。したがって、上記高度の蓋然性及び相当程度の可能性があるとはいえない。

また、仮に、再開腹術を行うことにより止血ができたとしても、残肝の肝機能は手術後数日後から改善傾向となるため、術後は一時的に正常時より劣っていること（甲 B 15 p 7）、再開腹術を実施した際には出血が生じ、輸血を実施する必要があると想定されるところ、同種輸血は肝不全等を来しやすく、がんの再発を促進する可能性があるから（乙 B 31 p 3）、再開腹術は肝臓への負担が大きいものであることからすれば、亡Dの残肝が再開腹術に伴う肝臓への負担に耐えることは困難であったといえる。そうすると、仮に、再開腹術を行うことによって止血ができたとしても、残肝に過大な負担がかかって、肝不全になっていた可能性があるから（甲 B 23 p 880）、再開腹術及び止血によって亡Dが異なる予後をたどり、肝不全による死亡という結果を回避することができたとはいえない。したがって、上記高度の蓋然性及び相当程度の可能性があるとはいえない。

【Y J S 6 p 2 3～】

(7) 徳島刑務所の告知義務違反について

ア 徳島刑務所の医師が原告らの主張する告知義務を負っていたことは争う。

【Y J S 1 p 4 3、Y J S 3 p 1 6, 1 7、Y J S 5】

5 なお、原告らが主張する法令等及び事実④の血液検査及び腹部エコー
については、刑事収容施設法 6 1 条及び同規則 2 9 条に定める「健康診断」
として実施されたものではなく、同法 6 2 条に基づく「診療等」の一環と
して実施されたものである。

10 また、原告らが主張する法令等及び事実⑥の血液検査については、刑
事収容施設法 6 1 条及び同規則 2 9 条に定める「健康診断」のほか、同法
6 2 条に基づく「診療等」の一環で行われた血液検査の結果も含まれる。

15 被収容者の診療記録の取扱い及び診療情報の提供に関する訓令 1 4 条
2 項によれば、診療情報を提供することにより患者の心身を著しく害する
おそれがある場合、患者が自己の行為の是非を判断する能力が著しく低い
場合その他相当の事由がある場合は、診療情報の全部又は一部を提供しな
いことができるとされている。

20 そして、亡Dの病状については、3月1日に実施された亡Dに係る腹部
エコー検査の結果を前提としても、肝細胞がんであるとの確定診断が得ら
れておらず、上記検査によって認められた肝内腫瘍がいかなるものか医学
的に解明されていたわけではなかったところ、このような状況で一連の検
査結果等を亡Dに告知することは、亡Dに小さくない精神的不安を与える
ことになり、自暴自棄になるなどした亡Dに対する診察・治療等が困難に
なるおそれがあった。

25 したがって、3月1日時点では、診療情報を提供することにより患者
の心身を著しく害するおそれがあったのであり、徳島刑務所の医師が原告
らの主張する告知義務を負っていたとはいえない。

イ 徳島刑務所の医師が、2月21日、亡Dに対し、有害作業定期健康診断の結果を告知しなかったことは否認し、その余は認める。

ウ 亡Dが原告の主張する自己決定権及び期待権を侵害されたことは争う。

(8) 徳島刑務所の通知義務違反について

5 ア 徳島刑務所が原告らの主張する通知義務を負っていたことは争う。【YJS3p15、16、YJS5】

10 社会内処遇規則7条1項は、被収容者の法的権利や利益の保護を直接の目的としたものとはいえない。また、3月1日時点では、亡Dに認められた肝内腫瘍について確定診断がされていない状態であり、同腫瘍がいかなるものか医学的に解明されていない状態であったから、同日時点で亡Dの心身の状況について変動が生じたとは認められなかった。なお、社会内処遇規則7条4項は拘留の刑の執行のため刑事施設に収容されている者又は労役場に留置されている者についての規定であり、亡Dに適用はない。

15 イ 徳島刑務所が更生保護委員会に対して亡Dの検査結果を通知しなかったことは認める。

ウ 亡Dが原告の主張する期待権を侵害されたことは争う。

(9) 亡Dの損害及びその額について

否認ないし争う。

以 上

(別紙)

争点

1 徳島刑務所の検査義務違反等（争点1）

(1) 徳島刑務所の医師は、平成30年10月までに、亡Dの食欲不振を伴う体
5 重減少及び腹痛の原因を明らかにするため、亡Dに対して血液検査（肝機能、
リパーゼに係る検査を含むもの）及び腹部エコー検査を実施すべき注意義務
を負っていたといえるか（争点1(1)）。

(2) 上記検査義務を負っていたといえる場合、徳島刑務所の医師が上記検査義
務を尽くしていれば、亡Dが5月30日に死亡しなかった高度の蓋然性又は
10 亡Dが5月30日時点で生存していた相当程度の可能性があるといえるか
（争点1(2)）。

2 徳島刑務所の転送義務違反の有無等（争点2）

(1) 徳島刑務所の医師は、3月1日の亡Dの検査結果が判明した後、直ちに、
亡Dを腹部CTなどの精密検査や手術の実施可能な病院に転送すべき注意義
15 務を負っていたといえるか（争点2(1)）。

(2) 上記転送義務を負っていたといえる場合、徳島刑務所の医師が上記転送義
務を尽くしていれば、亡Dが5月30日に死亡しなかった高度の蓋然性又は
亡Dが5月30日時点で生存していた相当程度の可能性があるといえるか
（争点2(2)）。

3 本件医療センターの転送義務違反の有無等（争点3）

(1) 本件医療センターは、亡DをICUと同等の術後管理を実施できる人的体
制が整っている病院に転送すべき注意義務を負っていたといえるか（争点3
20 (1)）。

(2) 上記転送義務を負っていたといえる場合、本件医療センターが上記転送義
25 務を尽くしていれば、亡Dが5月30日に死亡しなかった高度の蓋然性又は
亡Dが5月30日時点で生存していた相当程度の可能性があるといえるか

(争点3(2))。

4 本件医療センターの体制整備義務違反の有無等 (争点4)

(1) 本件医療センターは、本件手術実施当時、本件手術後の亡Dの急変に備えて十分な術後管理体制を整えていたといえるか (争点4(1))。

5 (2) 本件医療センターが上記術後管理体制を整えていたといえない場合、本件医療センターが上記術後管理体制を整えていれば、亡Dが5月30日に死亡しなかった高度の蓋然性又は亡Dが5月30日時点で生存していた相当程度の可能性があるといえるか (争点4(2))。

5 本件医療センターの止血措置等実施義務違反の有無等 (争点5)

10 (1) 本件医療センターの医師は、5月28日午後6時50分の時点で、又はどんなに遅くとも5月28日午後11時40分の時点で、亡Dに対し、①血液検査並びに腹部エコー検査及び腹部CT検査を実施して術後出血の有無、出血量及び出血部位等を確認し、②術後出血を確認した場合には、術後出血に対して再開腹手術を含む止血措置を実施すべき注意義務を負っていたといえるか (争点5(1))。

15 (2) 上記注意義務を負っていたといえる場合、本件医療センターが上記注意義務を尽くしていれば、亡Dが5月30日に死亡しなかった高度の蓋然性又は亡Dが5月30日時点で生存していた相当程度の可能性があるといえるか (争点5(2))。

20 6 徳島刑務所の亡Dへの告知義務違反の有無等 (争点6)

(1) 徳島刑務所は、3月1日の亡Dの検査結果が判明した後、遅滞なく、亡Dに対して一連の検査結果等を告知すべき注意義務を負っていたといえるか (争点6(1))。

25 (2) 上記告知義務を負っていたといえる場合、亡Dは上記告知義務違反によって自己決定権 (自身の病気についての治療の可否や内容を決定し、その必要性を訴える権利) 及び期待権 (自身の心身の状況の変化を仮釈放の理由とし

て説明する機会及び仮釈放に向けた合理的期待)を侵害されたといえるか
(争点6(2))。

7 徳島刑務所の更生保護委員会への通知義務違反の有無等(争点7)

5 (1) 徳島刑務所は、3月1日の亡Dの検査結果が判明した後、速やかに、更生
保護委員会に対し、2月21日以降に行われた一連の検査の結果を通知すべ
き注意義務を負っていたか(争点7(1))。

(2) 上記通知義務を負っていたといえる場合、亡Dは上記通知義務違反によっ
て期待権(更生保護委員会による仮釈放に向けた審理において、法令に従い
適切な情報が適宜提供されることへの期待)を侵害されたといえるか(争点
10 7(2))。

8 亡Dの損害及びその額(争点8)

以 上

令和2年（ワ）第4600号 国家賠償請求事件
原告 A外2名
被告 国

意見書整理メモ

令和6年4月17日裁判所作成
令和6年5月8日原告ら修正
令和6年6月18日被告修正

○徳島刑務所の検査義務違反の有無等（争点1）

	J 意見書（甲B24、49）	I 意見書（乙B39）
争点1 (1)	【結論】 平成30年10月時点で、癌（胆嚢癌、胆管癌、膵癌）を疑い、腹部超音波検査、腹部CT検査、血液生化学的検査を行う義務があった。 → 亡Dの所見からすれば、肝臓癌を疑う医師はほとんどいないと思われるが、胆嚢、肝内胆管・肝外胆管、膵臓の疾患（胆嚢癌、胆管癌、膵癌）を疑い、上記検査を行う義務があった。	【結論】 平成30年10月時点で、腹部超音波検査、腹部CT検査、血液生化学的検査を行う義務があったとはいえない。
	【理由】 ① 体重が平成30年2月までは56kg前後で推移していたが、それ以降徐々に減少し、平成30年10月時点で約52kgであった。 ② HDLコレステロール（40以上が正常）が平成27年7月は48であったが、平成29年3月に39、平成29年6月が29、平成30年6月が28であった（39～35は要指導、34以下は要医療）。 → HDLの低下は肝機能障害で生じ、急性肝炎の初期、肝硬変、肝臓癌ではよく見られる。 → 亡Dは高TG血症ではなく、HDLが単独で低下していた。 → 亡Dは、平成27年7月に糖尿病を併発したが、ステロイド剤の減量や平成29年3月からの血糖降下剤（ジャヌビア）の投与によりHbA1cは6.6まで改善した（HDLの低下は糖尿病が原因ではない。）。 → 医師はHDLの低下が肝障害によるものであることを簡単に推測することができた。 ③ γGTP（50以下が正常）が平成27年7月は19であったが、その後徐々に増加し、平成30年6月は77であった（50～100は要指導、101以上は要医療）。	【理由】 ① 体重減少の原因として癌を考えるとしても、肝癌ではなく、胃癌、大腸癌、膵癌を疑って検査を進める必要があった。 → 亡Dは、昭和62年の徳島刑務所入所時からアルコール、B型C型肝炎ウイルス感染といった肝癌・肝硬変のリスクがゼロであることが分かっており、入所後も肝癌・肝硬変リスクへの曝露は全くなかった。 → 正常な肝細胞の指標となる検査であるAST・ALT（GOT・GPT）が正常であった（なお、γGTPは肝細胞ではなく肝臓にある別の細胞（胆管細胞）の指標となる検査である。）。 ② HDLコレステロールの低下の原因（低HDLコレステロール血症の原因）は糖尿病と考えられる。 → 亡Dは平成29年2月から血糖降下剤（ジャヌビア）を投与され、HbA1cが低下したが（平成29年6月が6.6、平成30年6月が6.5）、ジャヌビアの投与によって糖尿病が治ったわけではなく、ジャヌビアにHDLコレステロール低下作用はないから、HDLの低下は糖尿病が原因と思われる。 ③ γGTPの単独上昇は薬剤性肝障害ではなく病的意義のない酵素誘導と考えられる。 → γGTPの基準は0～60であり、平成30年6月の

	→ γ G T Pの上昇はウイルス性肝炎、アルコール性肝障害、肝内胆汁うっ滞、肝外胆汁うっ滞、限局性肝疾患（肝癌）、胆管癌、転移性肝癌、薬剤による誘導、代謝性疾患等で生じるが、亡Dはウイルス性肝炎やアルコール性肝障害は否定的であり、脂肪肝も否定的であり、一番可能性が高いのが胆汁うっ滞や薬剤による副作用であった。 → 亡Dは、有機溶剤を使用する作業に従事していたところ、有機溶剤による胆嚢癌の多発事件があった。 → なお、平成31年2月21日の健康診断（有機溶剤）個人票によると、産業医は「体重減少等があり、作業との関連を否定できない」との意見を述べていた。 ④ 亡Dは、平成30年8月20日、体重減少と食欲不振を訴え、同月22日、上腹部痛が生じ、緊急受診により、徳島刑務所の医師により入病を命ぜられ、医療上横臥（安静度1度）となった。 亡Dは、平成30年8月24日、同月28日及び同年10月19日の便潜血検査の結果、陰性であり、同年10月10日の胃カメラの結果、異常が認められなかった。 血液生化学検査は平成30年6月22日より後、行われていなかった。 → そのまま大腸内視鏡検査、腹部超音波検査、血液検査を行うのが当然であり、それが医師の常識である。	77は基準を上回っているが、他の検査機関の基準値では基準内となる程度のものであり、A S T・A L Tに異常がないので、特段の病的意義を認めないと判断するのが一般的である。 → γ G T Pの単独上昇は薬剤による酵素誘導として古くから知られる病的意義のない現象である。この知見は今から30年以上も前から既に知られた知見であり（参考文献あり）、今では市中のクリニックの公開情報にもなっている一般的医療の常識である（参考文献あり）。 ④ 徳島刑務所医師は、平成30年8月22日当時、亡Dの主訴である腹痛、食欲不振、体重減少及び下痢症状等から、食欲減少の原因として、何らかの消化器疾患がある可能性があると考え、触診で圧痛の有無、腫瘍や便の触知の有無を確認し、結果は異常ないであったが、亡Dが高齢であることも考慮し、消化器悪性腫瘍の鑑別診断を行うこととし、全国統計で男性の悪性腫瘍の中でも肺癌に次いで頻度の高いことが分かっている胃癌・大腸癌の可能性を想定し、便潜血検査（2回法）を行った（同月24日及び同月28日）と思われる。その後、便潜血検査が陰性であったことから、さらに体重減少の原因を精査するため、上部消化管内視鏡検査を行い（同年10月10日）、胃に数個のポリープを発見したが、病理組織診断の結果、悪性腫瘍ではなかったことから、徳島刑務所医師は、まず、食道癌と胃癌を除外した。 そして、徳島刑務所医師は、さらに念を入れて同年10月に再度便潜血検査（2回法）を行い（同月19日及び同月23日）、陰性であったため、大腸癌も否定的となった。 そうしたところ、同年10月10日時点で51.3kgであった亡Dの体重が同月19日時点で52kgに増加した（なお、亡Dの体重は同年12月26日時点で52.7kgに増加した。）。また、亡Dも「夏になって急に食欲低下した。少し体を温めるように、暖かいお茶を飲むようにしたら改善してきた」と述べた。 これらのことや亡Dの体重が例年夏に減少し、秋から冬にかけて増加することなどからすれば、この時点で直ちに体重減少の原因を解明するために血液検査や腹部エコー検査を行うことが一般的な医療として求められるものではない。 徳島医療刑務所医師の診療は、患者特性と悪性腫瘍の疫学のエビデンスに基づき順序立てて検査を行う合理的な診断アプローチである。
争点 1 (2)	① 平成30年10月時点で血液生化学的検査を行っていれば、γ G T Pの更なる上昇、貧血、血小板の増加（血小板は炎症や癌で増加する。）を発見できたから、肝臓癌を発見できた。 → 平成31年2月21日の血液生化学的検査の結果は、	

	AST22、ALT12、ALP488、γGTP155、WBC5800、Hb9.0、Ht30.4、Plt37.6であり、肝機能検査（ALP・γGTP）の上昇、貧血検査（Hb・Ht）の低下、血小板（Plt）の上昇が認められたことからすれば、平成30年10月時点で血液生化学的検査を行っていたら、γGTPの更なる上昇、貧血、血小板の増加を発見できたはずである。 ② 平成30年10月時点で腹部超音波検査又は腹部CT検査を行っていたら、肝内腫瘍を発見できた。 → 平成31年3月1日に行われた腹部超音波検査で肝内腫瘍を発見できたことからすれば、平成30年10月時点で腹部超音波検査又は腹部CT検査を行っていたら、肝内腫瘍を発見できたはずである。 ③ 亡Dの肝臓癌の大きさは平成31年4月19日に行われた腹部CT検査の結果によれば前後12cm×左右10cm×上下13cmであったところ、平成30年10月時点での大きさは10cmを超えていなかったか、本件手術時と比べて明らかに小さかったと考えられ（真島康雄論文に基づく推論）、治療法は手術一辺倒ではなく、安全な様々な方法が考えられた。また、最終的に手術が必要であるとしても、亡Dの肝臓癌はリンパ節転移、遠隔転移のStageⅡ（TNM分類）であり、平成30年10月時点での大きさは10cmを超えていなかったことからすれば、手術の初期成功率はほぼ100%であったと考えられる。	
--	---	--

○本件医療センターの止血措置等実施義務違反の有無等（争点5）

	H意見書（甲B31、50）、J意見書（甲B61、74）	I意見書（乙B41、44）
争点5 (1)	【結論】 亡Dの血圧が64／43に低下した5月28日18時50分時点で、術後出血を疑い、①血液生化学検査、②医師自らのドレーンの洗浄等によるドレーン機能の確認、③腹部超音波検査で腹腔内出血の有無の確認、④過量投与の可能性を考慮して硬膜外麻酔による麻酔薬の投与量の減量又は中止を行うべきであり、腹部超音波検査等により腹腔内出血（術後出血）を診断し、直ちに再開腹止血術を行うべきであった。 また、血圧・尿量の低下、ドレーンの排液量の減少等が報告された同日20時45分、21時40分、23時10分の各時点でも上記対応を行うべきであった。	
	【理由】 ① 医学的知見 ア 肝切除後の後出血は、肝不全発生の契機となる重篤な術後合併症であると認識されている（参考文献1、2）。 イ 肝切除後の術後出血は、術後48時間以内に起こることがほとんどであり、後出血を疑った場合には、vital sign 及び血算の経時的な測定が必要であること、必ずしもドレーンが十分に効く症例ばかりとは限らないので腹部超音波検査による腹腔内貯留液の量を観察することが重要と強調する文献がある（参考文献3）。 ウ 術後出血は vital sign（血圧低下、頻脈など）の変化が生じたらまず術後出血の発生を疑うことが第一であり、疑った場合は術後早期の出血は対処が遅れれば致命的であるため、直ちに腹部超音波検査、必要に応じCTにて診断を確定しなくてはならないと主張する文献がある（参考文献4）。 エ 手術当日を中心とした術後早期の周術期管理において術後出血の有無の確認は重要な確認事項であり、多くの肝胆膵外科領域高難度手術のハイボリュームセンター（肝切除術を多く施行している施設）では、肝切除後の後出血などの重大な合併症は手術当日に生じる可能性が高いことを考慮して手術当日はICU管理としている。 オ 東京慈恵会医科大学附属病院でも、肝切除の手術当日は原則ICU管理とし、ICU専従の熟練したICU担当医師が主に術後管理を行っている。また、生体肝移植や術中出血が多量などの理由で手術侵襲が大きかったと考えられる肝切除症例の場合、ICUに入室後、術者又は主治医による腹部超音波検査を手術当日のうちに少なくとも1回は施行し、腹腔内出血の有無に加えて残肝血流（肝動脈・門脈・肝静脈の血流）が良好に保たれており血栓形成などの血流障害が生じていないことを	

	確認している。 カ 後出血と判断した場合には、vital sign、ドレーン排液量、排液のヘマトクリット、血算を頻回に測定し、また腹部超音波検査で腹腔内を観察しながら再開腹の判断をする。この場合、循環動態が安定していれば濃厚赤血球や全血の輸血は極力避け、ヘマトクリットが20%までは凍結血漿のみの輸血を行う。しかし、循環動態が不安定になり循環不全の状態に陥った場合や、出血の程度の推移により一概にいけないが時間100ml程度のドレーンからの出血が6時間以上持続する場合の後出血の対応は、照射赤血球による輸液でvital signを少しでも良好な状態に改善させつつ速やかに再開腹による止血術を選択することが救命治療として必須である。また、腹腔内の凝血塊は感染を引き起こす可能性もあるのでいずれ開腹除去が必要となることを認識するべきである。 キ 低血圧に至っても再開腹止血術自体は短時間の簡単な手術で終わる場合が多いので迅速かつ十分な輸血療法を行いながら再開腹止血術施行の決断を躊躇してはならない。換言すれば、術後出血に対して保存的に経過観察すれば、長時間にわたる血圧の低下・尿量の低下が誘因となり肝不全そして多臓器不全となる可能性は極めて高く止血術によるリスクをはるかに凌駕するため、術後出血と診断した時点では速やかに再開腹止血術を選択しなくてはならない。 ② 本件について ア 本件手術が終了した5月28日16時18分の2時間32分経過後の18時50分、血圧が64/43に低下したから、術後出血を疑うべきであり、この時点で、①血液生化学検査、②医師自らのドレーンの洗浄等によるドレーン機能の確認、③腹部超音波検査で腹腔内出血の有無の確認、④過量投与の可能性を考慮して硬膜外麻酔による麻酔薬の投与量の減量又は中止を行うべきであった。 イ 血圧・尿量の低下、ドレーンの排液量の減少等が報告された同日20時45分、21時40分、23時10分の各時点でも術後出血を疑うべきであり、上記対応を行うべきであった。	
争点5(2)	① 血圧低下の原因 亡Dは、術後出血が生じたため低血圧・循環不全（ショック）になったと考えられる。本件手術中の大量出血に起因する凝固因子の希釈、損失及び消費（APTT、PTやフィブリノーゲンの低下）や低カルシウム血症は、術後出血を助長させる誘因となった可能性がある。	① 血圧低下の原因 血圧低下の原因には、①麻酔薬の影響（乙B44・資料14、15）、②TLS（乙B44・資料2）、③循環体液量不足（術中の出血により血球成分だけでなく血漿成分も失われるから）が考えられるから、血圧低下の原因が術後出血（術中に損傷した静脈からの出血）と特定することはできない。

② 術後出血の原因及び部位 術後出血には動脈性出血と静脈性出血があるところ、亡Dの術後出血は静脈性出血であり、基本的には手術操作に起因すると考えられる。術後出血の部位は、手術記録から推測すると、①下大静脈の肝静脈流入部付近で術中に止血に難渋した部位、②肝切除断端、③下大静脈の短肝静脈結紮切離部位、④右副腎剥離部分付近などが考えられる。 ○ 亡DにT L S（S T L S）が発生したと考えることはできない（H意見書・甲B 5 0、J意見書・甲B 6 1、7 4）。 a 「腫瘍崩壊症候群（T L S）診療ガイドンス 第2版」（甲B 6 4）によれば、T L Sの診断は2 0 1 0年に発表されたT L S p a n e l c o n s e n s u sに基づいているとされており、具体的には、「高尿酸血症、高カリウム血症もしくは高リン血症の3つ	② 術後出血の原因及び部位 亡Dは、手術前日の5月27日のフィブリノゲン（基準値上限400に対し450）とDダイマー（基準値上限1.0に対し3.1）の二つの血栓形成マーカーがいずれも上昇しており、血栓準備状態（血栓ができやすくなる状態）であった。そして、閉腹前の5月28日15時58時点で①低カルシウム血症と②高リン血症であったから、本件手術中にS T L S（自然崩壊型腫瘍崩壊症候群）が発生していた（詳細は後記★のとおり）。また、フィブリノゲンが194と基準値下限を僅かに下回るまで減少し、血小板も基準値内ながら手術前日の6割にまで低下しており（乙B 4 4・別添3）、血栓形成が進行しフィブリノゲンや血小板が消費されたことを示している（消費性凝固障害）。そして、亡Dは、それ以降、症状が急速に進行し、出血症状、臓器症状といったD I C（播種性血管内凝固症候群）の二大症状がみられるようになった。亡Dの場合、この消費性凝固障害の段階から3時間経った18時50分の時点で既にこのD I Cの二大症状が顕在化していたと考えられる。 5月28日15時58分の閉腹前の時点では出血・凝固系の異常は軽度であったこと及び閉腹時に止血が確認されたこと（手術記録）からすれば、この時点ではまだ出血が始まっていなかったと考えられる。そして、5月28日19時30分以降、排尿がなく、血圧も低いままであったことからすると、5月28日19時30分時点あるいはそれより前に既にD I Cによる術後出血が始まっていた可能性が高い。 ★ S T L Sについて ○ T L Sとは悪性腫瘍の治療に伴う特殊な副作用である。抗癌剤が癌細胞に作用して死滅する際、細胞内から様々な毒性成分が放出され、これらの毒性成分によって多臓器が障害され、代謝性アシドーシス、高カリウム血症、腎不全、肝不全といった病態が生じるが、これがT L S（腫瘍崩壊症候群）である。 ○ 通常T L Sは治療に続発して発生する。しかしごく稀に治療と無関係にT L Sが自然発生する。これがS T L S（自然崩壊型腫瘍崩壊症候群）である。 ○ 亡Dは、T L Sの原因となるような抗癌剤の投与を一切受けていない。したがって、亡Dに発生したT L SはS T L Sと考えるのが妥当である。 ○ 亡DにT L S（S T L S）が発生したと考える根拠は次のとおりである。 a 厚生労働省の腫瘍崩壊症候群（T L S）の診断基準の引用元であるH o w a r dらの論文によれば、T L Sの診断は、具体的には、治療開始3日前から開始7日後までに、高尿酸血症、高リン血症（リン>4.5 m g / d L（成人））、高カリウム血症、低カルシウム
---	--

	のうち、2つ以上の異常が化学療法開始3日前から開始後7日以内に認められた場合」をlaboratry T L Sとするとされており（甲B 6 1・資料1、乙B 3 9・別添8）、低カルシウム血症は診断基準に入っていない。これは高尿酸血症、高カリウム血症、高リン血症が重要な因子であり、低カルシウム血症が二次的なものだからである（カルシウムは高リン血症があればリンとカルシウムが結合してリン酸カルシウムを形成して当然低値となるからである。）（J意見書・甲B 6 1）。 b 4月19日の腹部造影C T所見の「壊死部分」は腫瘍のサイズが大きくなったときに生じる「乏血部と繊維化」を反映した所見とも考えられる。4月18日及び4月23日に実施した腹部超音波検査で腫瘍内に壊死組織があったとの指摘がないこと、5月28日まで何事もなく経過していたことからすれば、4月19日の腹部造影C T所見から腫瘍内に壊死組織があったといえるか疑わしい（J意見書・甲B 6 1）。 4月19日時点で腫瘍内に壊死組織があったとしても、壊死組織は徐々に融解し液状となり嚢胞となり、嚢胞部分を摘出した際には液体は流れ空洞となるから、4月19日に壊死組織があったからといって5月28日に壊死組織が残存していたとはいえない（J意見書・甲B 6 1）。 c 肝臓癌の手術ではLDH、AST、ALTが上昇するのが普通であるから、LDH、AST、ALTの上昇が肝癌細胞の崩壊が始まっていたことを示すものとはいえない（甲B 6 1・J意見書）。 d 亡Dの肝細胞癌の病理報告書（2019年6月27日付）に腫瘍が死滅崩壊している所見が記載されていない（甲B 6 1・J意見書）。 e S T L Sは発症も進行も緩徐な経過をたどる。手術後2時間半でS T L SがD I Cを続発し、腹腔内出血を発症するとは考えられない（H意見書・甲B 5 0）。 f 亡Dの肝細胞癌は中分化型肝細胞癌である。高分化型、中分化型、低分化型、未分化型肝細胞癌の順番で悪性度が高くなる。低分化型肝細胞癌の一部や未分化型では、悪性度が極めて高く腫瘍の増殖速度も早いため、腫瘍が急激に増殖する過程で中心壊死が生じることもあり得るが、中分化型肝細胞癌では、腫瘍の悪性度は高くなく、成長速度も緩徐であるため、中心壊死が生じることはまれである（H意見書・甲B 5 0）。 g 本件手術における肝離断中の出血は肝門遮断（プリ	血症（カルシウム<7.0mg/dLまたはイオン化カルシウム<1.12mg/dL）の4種類の代謝異常のうち2種類以上同時に（24時間以内）起こった場合にlaboratry T L Sとするとされているところ（乙B 4 4・資料1）、亡Dは5月28日15時58分時点で、高リン血症（4.9mg/dL）、低カルシウム血症（イオン化カルシウム0.95mmol/L）であり、上記診断基準を満たしていた。 b 本件手術前の4月19日の腹部造影C T所見の報告に「(腫瘍の内部は) 実質部分と壊死部分が混在している」と記載されており、壊死組織が検出されていた。 c 5月28日15時58分時点でのLDH、AST、ALTの著明な上昇（乙B 4 4・別添3）も肝癌細胞の崩壊が始まっていたことを示している。 d 癌細胞集団が崩壊・溶解するという機序からすれば、その後の病変の所見が乏しかったとしても決して不思議ではない。 e 肝癌S T L Sは劇症の経過を辿る。すなわち、肝癌のS T L S 4例（乙B 4 4・添付資料7）は、いずれも発症から数日以内で死亡する劇症の経過を辿っていた。同旨の記載がある文献（乙B 4 4・添付資料2）もある。 f 中分化型肝細胞癌で中心壊死が生じることはまれとはいえない（エビデンスがない。）。むしろ、乙B 4 4・添付資料2、7及び8によれば、肝癌の組織型とT L Sは関係がないといえる。
--	--	--

	ングル法)によって肝への流入血をゼロにすることにより著明に減少する。文献(甲B50・参考文献7)も、正常肝での肝切除では、合計322分までの肝門遮断による肝阻血を行っても肝虚血障害や肝壊死など生じることなく安全に肝切除ができることを報告している。したがって、本件手術における肝切除中に肝細胞癌に虚血や壊死が生じることはない。また、肝細胞癌は手術中に体外に摘出され、術後は体内に存在しないから、術後経過に持続的な影響を及ぼすとは考えられない(H意見書・甲B50)。 ③ 上記5(1)の対応を行っていた場合の経過(因果関係) ア 実際に手術を担当した外科医であれば、手術経過も熟知しているため、再開腹止血術に臨むにあたり、予想される出血点をまず検索する。手術後2～3時間の経過であれば、まだ創傷治癒機転による癒着も殆どないので、短時間で出血点に到達でき止血処理が完遂できる(緊急開腹止血術により確実に出血部の止血処理を行うことは、一般に短時間で完遂できる。) イ 本症例では術後検査の頻度が少ないためDICがいつから始まったかを同定することは難しい。しかし、例えば大量出血に対する大量の輸血で凝固機能が低下していようが、仮にDICを併発していようが、緊急再開腹止血が救命できる唯一の手段であるので、手術施行を躊躇してはならない。DICの治療の原則はその基礎(原因)疾患の治療を行うことである。緊急手術で腹腔内出血の止血を確実に行うことはDICのトリガーとなった原因を除去することになり、再開腹止血術によりDICや循環不全(ショック)が速やかに改善することも少なくない。	③ 上記5(1)の対応を行っていた場合の経過(因果関係) ア 腹部超音波検査は血腫を描出するだけである。出血部位が静脈であった場合、腹部超音波検査を行っても出血部位を特定することはできない。 イ 5月28日18時50分は、DICによる術後出血推定時刻にほぼ相当するため、仮にこの時点で再開腹していたら、タンポナーデ効果(腹腔内出血では内部で高まる空気圧が自然の止血効果になっている)の消失により、圧が解放されて水が噴き出すように大量出血して死亡していたと考えられる。
--	--	--