

H16. 1. 22判決 東京地方裁判所平成13年(ワ)第22501号損害賠償請求事件

主 文

- 1 被告は、原告Aに対し、120万円及びこれに対する平成13年11月3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 原告Aのその余の請求及び原告Bの請求をいずれも棄却する。
- 3 訴訟費用は、被告に生じた費用の10分の6と原告Aに生じた費用の10分の9を原告Aの負担とし、被告に生じた費用の10分の3と原告Bに生じた費用を原告Bの負担とし、被告に生じた費用の10分の1と原告Aに生じた費用の10分の1を被告の負担とする。
- 4 この判決の第1項は、本判決が被告に送達された日から14日を経過した時は、仮に執行することができる。

事実及び理由

第1 請求

- 1 被告は、原告Aに対して、2750万円及びこれに対する平成13年11月3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に対して、1000万円及びこれに対する平成13年11月3日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

第2 事案の概要

原告Aは、東京拘置所に未決勾留されていたところ、平成13年4月1日午前7時30分ごろ、脳梗塞を起こして布団の上に半身を起こしているところを発見され(以下「本件脳梗塞」という。)、翌2日、C大学附属病院に搬送され、開頭減圧手術を受けるなどした後、最終的には、本件脳梗塞による後遺障害が発生した。原告Aは、開頭減圧手術後しばらくの間、東京拘置所の職員によって手錠をかけられていた。

本件は、原告らが、被告に対し、国家賠償法1条1項に基づき、損害賠償を求めるものであるが、第1に、原告Aが、①原告Aには血栓溶解療法の適応があった可能性があるため、東京拘置所の医師らは、同月1日午前8時ごろ、原告Aが脳卒中であるとの疑いをもった後、速やかに専門病院へ転医させるべきであり、②仮に血栓溶解療法の適応の可能性がなかったとしても、原告Aに適切な治療を受ける機会を与えるために、速やかに専門病院へ転医させるべきであったのに、これを怠ったと主張して、期待権が侵害されたことによる精神的損害について、慰謝料の支払を求め、第2に、原告Aが、①被告は、原告Aの脳浮腫を進行させないよう同月2日にグリセオール投与等を行い、脳浮腫対策をすべきであったのに、これを怠ったために開頭減圧手術を受けることを余儀なくされた、②仮にグリセオール投与等が行われていたとしても、適切な脳浮腫対策を受ける機会を期待する権利を侵害されたと主張して、慰謝料の支払を求め、第3に、原告Bが、肉親に対する説明義務違反を主張して、慰謝料の支払を求め、第4に、原告らが、被告に対し、正当な理由がなく原告Aに対し手錠をかけたと主張して、慰謝料の支払を求め、これらを合計して(弁護士費用相当の損害を加える)、原告Aは、損害金合計2750万円を、原告Bは、損害金合計1100万円のうち1000万円を、それぞれ請求している事案である。

- 1 前提事実(証拠を掲げない事実は当事者間に争いがない。)

(1) 当事者

ア 原告ら

(ア) 原告A(昭和24年4月20日生)は、本件脳梗塞発症当時51歳の男性であり、平成13年8月8日、東京家庭裁判所八王子支部によって、原告Aの兄であるDが、同人の成年後見人に指定された(甲C1, C2)。

(イ) 原告Bは、原告Aの父である(甲C1)。

イ 被告

被告は、東京拘置所を設置しており、平成13年4月1日当時、同拘置所医務部長であるE医師、同医務部の医師であるF、及び同所関係職員らは、公権力を行使する公務員であった。

(2) 事実経過

ア 原告Aの逮捕・勾留

原告Aは、東京都町田市内のアパートに居住しながら、運送会社でトラック運転手として稼働していたが、平成11年7月8日、住居侵入被疑事件の被疑者として警察官に逮捕された。

原告Aは、同月9日、同事件のため当庁において勾留決定された後、同月28日、東京地方検察庁によって起訴され、同事件については、当庁刑事部に係属した(以下「本件刑事事件」という。))。
そして、原告Aは、同年9月2日、東京拘置所に移監され、同日以降、同所で未決勾留されたまま、裁判を行っていた(なお、原告Aについては、本件脳梗塞発病により、平成13年8月29日、公判手続停止決定がなされ、それに伴い、勾留が取り消された。))。

イ 東京拘置所における診療経過

原告Aは、平成12年2月21日以降、東京拘置所医務部病院(以下「東京拘置所医務部」という。))において、痔の治療を受けるなどしており、同所における同日以降の原告Aの診療経過についての原告ら及び被告の主張は、別紙診療経過一覧表記載のとおりである(当事者の主張の相違する部分を除き、争いがない。))。

原告Aは、平成13年4月1日午前7時30分ころ、東京拘置所(単独房)内において、布団の上で上半身をおこしたまま、「うっ」、「あっ」などと言えない状態であるところを東京拘置所職員によって発見され、翌2日午後3時20分ころ、同所を出所し、C大学附属病院に転院した(以下、日時について、特に年を示さない場合は、全て平成13年である。))。

ウ 東京拘置所の対応等についての事実経過

原告訴訟代理人Gは、本件刑事事件の原告Aの主任弁護人であったところ、4月2日午前11時50分ころ、当庁刑事第11部の裁判所書記官から電話で、原告Aが脳梗塞の疑いで、昨日入院した旨の連絡を受けた。

同時点以降の原告Aの診療経過以外の事実についての原告ら及び被告の主張は、別紙経過一覧表記載のとおりである(当事者の主張の相違する部分を除き、争いがない。))。

エ 特定集中治療室管理科に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成12年3月17日 各都道府県民生主管部(局)保険・国民健康保険・老人医療主管部(局)老人医療主管課(部)長あて厚生省(当時)保険局医療課長・歯科医療管理官・老人保健福祉局老人保健課長連名通知)では、特定集中治療室(以下「ICU」という。)管理科に関する施設基準について、次のとおり定めている。

(ア) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。

(イ) 看護師が常時、患者二人に一人の割合で特定集中治療室内に勤務していること。

(ウ) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。

a 救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等)

b 除細動器

c ペースメーカー

d 心電計

e ポータブルエックス線撮影装置

f 呼吸循環監視装置

(エ) 原則として、当該治療室はバイオクリーンルームであること。

(オ) 当該治療室勤務の医師及び看護師は、治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとする。

オ 東京拘置所医務部の態勢等

東京拘置所医務部は、昭和60年3月に設立され、診療科目として内科・精神科・外科・整形外科・脳外科・皮膚科・泌尿器科・眼科・歯科があり、脳外科の医師(医務官)は2名である。

そして、同医務部にも、「ICU」という名称の病室が存在するが、医師及び准看護師の資格を有する職員が毎日当直しているという態勢であり、その当直場所は、ICUの存在する建物の隣の建物の2階の医務事務室であって、ICUに駆けつける際には、2箇所の鍵を開けて行かなければならず、前記エ(ア)、(イ)、(オ)の基準は満たしていない。

なお、医務事務室で執務する医師等は、同事務室内のテレビモニターで、ICU内に取りつけられたテレビカメラの映像を見ることが出来る。

カ 脳卒中の分類等

(ア) 脳卒中とは、脳血管障害により、急激に意識障害、神経症状が出現する病態をいう。脳出血(高血圧性脳内出血)、脳梗塞、一過性脳虚血発作、クモ膜下出血などがあり、それぞれに多くの原因疾患がある。脳梗塞は脳血栓と脳塞栓によることが多く、脳塞栓の原因としては心疾患が最も多い(乙B1・1615頁)。

(イ) 脳梗塞とは、脳血管の血流障害により、脳組織が壊死を起こすことをいう。血流障害の原因としては、脳血栓、脳塞栓によることが多い(乙B1・1610頁)。

(ウ) 脳血栓とは、脳血管に生じた血栓により脳血流障害が起こり脳梗塞を生じること(乙B1・1609頁)、脳塞栓とは、流血中の血栓、空気、脂肪、腫瘍などの異物により脳血管が閉塞し、脳虚血を起こすことをいう(乙B1・1615頁)。

(エ) 心原性脳塞栓症とは、遊離した心内血栓、あるいはシャント性心疾患を介した遊離静脈血栓が脳動脈を閉塞して生じる脳梗塞をいう(乙B第2号証97頁)。

キ 脳梗塞の治療(甲B1)

(ア) 超急性期における治療

虚血性脳卒中は脳を灌流する動脈の閉塞により、その支配領域が虚血に曝されることにはじまる(局所脳虚血。甲B1)。

しかし、虚血に陥ったすべての脳組織が直ちに不可逆的な死(脳梗塞)にいたるわけではない。虚血の中心部は、局所脳血流量が100グラム当たり毎分10ミリリットル以下となるような高度の虚血に曝されるため急速に死にいたるが、その周辺部にあり、100グラム当たり毎分約15ミリリットルから40ミリリットル程度の脳血流量が保たれている組織は、より長時間の虚血に耐えることができる。このような虚血状態にあるが、救命可能で、可逆性の要素をもつ虚血巣はペナンプラと呼ばれている。ペナンプラは放置すれば、時間経過とともに不可逆的な梗塞に移行する。また、そこに脳虚血を悪化させる要因が加われば、更に梗塞への進行が加速される。したがって、ペナンプラから梗塞への進行を抑止するための治療法と対策が重要である。(甲B1)

そして、脳梗塞超急性期とは、一般には血管の閉塞による血流の途絶によって虚血状態に陥った脳細胞を、不可逆的な細胞死(壊死)に至る前に、血栓溶解療法で救命しうる時期を指す。

(イ) 超急性期における血栓溶解療法

組織プラスミノゲン・アクチベータ(tissue plasminogen activator, 以下「t-PA」という。)は、組織プラスミノゲン活性化薬ともいい(甲B3参照)、血管の閉塞(血栓)を溶解させて血流を再開させる血栓溶解療法に使用する血栓溶解薬である。また、ウロキナーゼ(プロウロキナーゼ)も、t-PAと同じく血栓溶解薬である。

そして、脳梗塞については、超急性期において、血栓溶解薬を用いた血栓溶解療法が、一定の治療効果を認められている。

この点、米国・カナダ、ドイツでは、発症後3時間以内の脳梗塞患者に対するt-PAの静脈内投与が認可されている(甲B8・953頁)が、日本においては、脳梗塞の治療に使用することは認められていない(甲B8・963頁)。

日本において脳梗塞に対して承認されている血栓溶解薬とその投与法は、発症5日以内の脳血栓症に対する低用量ウロキナーゼ(6万単位/日)の静脈内反復投与法(7日間)のみであるが、ウロキナーゼ静脈内反復投与法では、十分な閉塞脳血管の再開通を得ることはできない。

そのため、日本では、現実には、高用量ウロキナーゼあるいはt-PAの局所動脈内投与や静脈内投与による血栓溶解療法が、いくつかの脳卒中専門施設で行われている(甲B8)。

2 本件医療行為についての原告Aの請求

(1) 請求原因

ア 責任原因

(ア) 期待権としての転医義務違反による国家賠償責任

F医師及び被告担当職員ら(以下「F医師ら」という。)は、次のとおり、①4月1日午前8時ころに医師が原告Aを脳卒中の疑いと診断した後、可及的

速やかに専門病院へ転医させるべきであり、②仮に①が認められないとしても、原告Aへの救急処置と第1回目のCT撮影(以下「第1回CT」という。)が終了した後、速やかに専門病院へ転医させるべきであり、これを容易にできたにもかかわらず、これを怠ったために、原告Aは期待権を侵害されたものであるから、被告は、国家賠償法1条1項に基づき、損害賠償責任を負う。

a 拘置所における適切な医療を受ける権利

- (a) 何人も、自らの健康を保持し、生命を維持するために必要かつ適切な医療を受ける機会を与えられるべきことは、最も重要な基本的人権である(憲法13条、25条、経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約12条1項参照)。
- (b) そして、拘禁施設の適正な管理体制を維持するために、被疑者・被告人が外部の医師を任意に選択し自由にその診療を受けることは制限されている(監獄法42条)が、在監者といえども、一般に国民が社会生活上享受すべき水準の、専門的資格のある医師による治療を受ける機会が不当に制限される理由は何ら存しないのであるから、拘禁を行なう国及び当該拘禁機関の職員は、被疑者・被告人の身体を適法に拘束する反面において、在監者の診察に万全の意を用い、疾病をかかえた者に対しては、迅速かつ適切な医療行為を行い遺漏なきを期すべきことは、監獄法40条をまつまでもなく、当然の職責である。この点、被拘禁者の医療を受ける権利について、わが国内法では明確な規定はないが、国際法規では、被拘禁者の医療を受ける権利が保障されており、これらの規約等は、わが国においても被拘禁者の処遇の基準とされるべきである(市民的及び政治的権利に関する国際規約10条、被拘禁者処遇最低基準規則22条1項、あらゆる形態の拘禁・収監下にあるすべての人の保護のための原則・原則25、医学倫理原則・原則1、法執行官行動綱領6条参照)。
- (c) さらに、医師一般としても、医療を受ける者に対し、良質かつ適切な医療を行う等の医療上の義務が存する(医療法第1条の2第1、2項、同条の4第1、2項参照)。
- (d) 以上に加え、自己決定権(憲法13条等)の尊重の観点及び憲法31条の要請するデュー・プロセス関係の観点を加味するならば、被拘禁者といえども、原則としてその拘禁目的(公判廷への出頭確保、罪証隠滅の防止等)からくる最小限のもの以外の人権制約は許されない。

b 拘置所における転医義務

拘禁施設における転医義務は、単に健康状態の悪化という結果を回避するための転医義務にとどまるものではない。被拘禁者は医師や医療機関を選択する自由が認められていない状況下におかれているのであるから、拘禁施設側は、医師を選択する「権限」を独占的・排他的に有している反面として、一般国民なら受けるであろう最善の医療を受けさせる積極的な義務を負っているというべきである。

そして、拘禁施設においては、仮に、とりわけ被拘禁者が高度に専門領域に属する疾病に罹患し、拘禁施設の医師あるいはその医療設備等によっては当該被拘禁者の疾病に対し、その時の医療水準に即応した診療(医療行為)が困難な場合には、自ら積極的に専門医療施設に転医させ、遺漏のない医療を受けさせる機会を与える義務を負うというべきである。

よって、東京拘置所においても、脳梗塞のような高度に専門領域に属する疾病で、かつ重病の場合であるため、拘置所内においては、医療水準に応じた医療行為を被拘禁者に対して提供できない場合には、前記医療機会提供義務の履行として、重病患者を外部の専門医療機関に可能なかぎり速やかに転医させる義務がある。

c 期待権

一般に、患者が、医療機関によって適切な治療を受ける機会を持つことは法的に保護される権利(以下「期待権」という。)であり、これを怠った医療機関に対しては、医師の過失と患者の結果との関係いかにかわからず、患者に精神的打撃を与えたとして、債務不履行もしくは不法行為に基づく慰謝料の損害賠償責任が認められ、かかる期待権の法的保護

は、転医義務違反にも妥当する。

そして、転医による結果回避の可能性が転医義務発生の要件とされる場合も存するが、転医義務違反について期待権を問題とする場合は、結果のいかんにかかわらず、患者に適切な医療行為の機会を失わせ、精神的打撃を与えたものとして、債務不履行もしくは不法行為責任を負うべきである。

とりわけ、拘置所等の拘禁施設で被拘禁者が医師の診療を受ける場合は、診療契約に基づくものではないが、被拘禁者は、医師や医療機関の選択の自由を奪われているので、拘禁施設における被拘禁者に対する医療行為における期待権については、一般人の場合よりも一層保護されるべきである。

d 脳卒中の場合の転医義務

(a) 「脳卒中の疑いのある患者は、可及的速やかに専門医療施設へ移送すべき」である。その場合、緊急CTを撮れないような医療施設の場合には、CTで脳出血か否かを確定してから移送するのではなく、疑いの段階で救急車を利用してなるべく早期に専門病院へ移送することが望ましいとされる。現在では、安静にして様子を見た方がよいということとは決してなく、急性期の適切な処置、治療が、その後の病状に大きく影響するからである。

特に、超急性期の脳梗塞の治療については、発症後、3時間ないし6時間以内に、血管の閉塞を取り除いて血流を再開させるための血栓溶解療法が注目されている。例えば、①発症3時間以内に血栓溶解薬であるt-PAを投与する、②閉塞した動脈内に、6時間以内に、直接血栓溶解薬を投与する方法などである。

(b) このような治療法は、選択する薬剤やその投与方法、また患者の状態によって、治療効果の有効な発症後の時間が異なっている(甲B5)が、おおよそ、発症後3時間から6時間以内が一つの時間的目途とされており、これが、一般に「超急性期」といわれているのである。

(c) そして、超急性期は、脳梗塞治療にとって重要な時期なのであり、「この有効な時間内に治療を行うためには、発症後、早急に、脳梗塞の発症機序(しくみ、メカニズム)と、その虚血の原因となった血管病変を検索し、虚血領域を特定し、最も有効な治療法を選択することが必要となる」とされているのである(甲B5)。

(d) また、失語症と片麻痺という症状の組み合わせから、左大脳半球性の大梗塞と考えられる患者の場合は、今後脳浮腫が進行すると頭蓋内圧が亢進し、重症化する可能性があり、更に、脳梗塞の再発や感染症や消化管出血などの合併症を併発する危険性が高いため、容態の急激な変化に対処できるICUやSCUなどの設備を有し、脳卒中の診療に精通したスタッフのいる総合病院や脳卒中専門病院への早急な転送が望まれるとも言われる。

e 本件における転医義務及び期待権の侵害

次のとおりの事実からすれば、被告は、①遅くとも4月1日午前8時ころに医師が原告Aを脳卒中の疑いと診断した後は、②仮に①が認められないとしても、遅くとも救急処置を行って第1回CTを撮影した後は、速やかに、原告Aを専門病院へ転医させるべきであり、容易にこれができたにもかかわらず、拘禁目的を優先させてこれを怠ることにより、原告Aの期待権を侵害したものである。

(a) 血栓溶解療法による治療の可能性が皆無でなかったこと

本件における原告Aの脳梗塞は、心源性脳塞栓の可能性が高いところ、これを就寝中に発症する割合は少なく、普通は起きて活動している時が多い。しかも、本件の場合、看守が短い間隔で巡回していたにもかかわらず、原告Aの異常が発見できず、発見したときは布団の上に半身を起こして、「あっ」、「うっ」などと言っていたというのであるから、原告Aは、4月1日午前7時30分ころの原告Aの異常が発見される直前に本件脳梗塞を発症し、頭が痛くなるなどして起きあがったが、発語できない状態で発見された可能性が高いとも考えられる。

したがって、原告Aの脳梗塞は、4月1日午前8時ころには、超急性期にあった可能性も否定できず、血栓溶解療法の適応の可能性がな

かったわけではない。少なくとも、速やかに脳卒中専門病院に転送して検査等を行っていれば、血栓溶解療法の適応の可能性が皆無ではなかった。

以上からすれば、東京拘置所は、4月1日午前8時ころに医師が原告Aを脳卒中の疑いと診断した後、可及的速やかに専門病院へ転医させるべきであり、容易にできたにもかかわらず、これを怠ったものであり、これにより、原告Aは、上記一般国民であれば受けるであろう最善の医療を受ける機会を保障されることに対する期待権を侵害されたものである。

(b) 物的・人的な設備と能力の不存在

東京拘置所医務部には、次のとおり、原告Aのような重症の脳梗塞に対処する物的・人的な設備も能力も存しなかったのであるから(仮に、専門病院に転医されてそこで検査を行ったところ、結果として、原告Aに血栓溶解療法の適応性がないため、専門病院においても格別の措置がなしたわけではなかったり、あるいは、専門病院での診療によっても、現在の後遺症障害が避けられなかったのだとしても)、F医師らは、原告Aの異常を発見した後である4月1日午前8時ころ、原告Aを脳卒中の疑いと診断した後、速やかに(少なくとも、救急処置を行って第1回CTを撮影した後、速やかに)、専門病院へ転医させるべきであり、容易にこれができたにもかかわらず、これを怠ったものであり、これにより、原告Aは、専門病院でのきめ細かな経過観察等の、一般国民であれば受けるであろう適切な医療機会を保障されることに対する期待権を侵害されたものである。

なぜなら、脳梗塞の再発や、症状の急激な増悪、合併症の併発等に対処するための専門スタッフと設備の整っている医療施設できめ細かな経過観察を含む診療を受けなければ、生命の危機に瀕する可能性も十分存したのであり、原告Aや、その家族にとっては、その様な診療を受けたい(受けさせたい)と希望することは当然の心情であり、これは、現代医学の水準に沿う適切な治療を受ける機会を期待する権利として、保障されるべきであるからである。

他方、専門医療施設ではなく、専門医でもない東京拘置所の医師及び管理者らは、一般国民なら受け得る適切な治療専門の医療施設を整えている専門の医療機関で、専門のスタッフによるきめ細かな経過観察や合併症対策等の診療を受ける機会を尊重しなければならず、この機会を奪ったことは、拘置所医師あるいは管理者としての義務を怠ったものといわざるをえないからである。

① 神経症状を含めたきめ細かな経過観察の必要性

原告Aのように重症患者の場合は、専門病院においては、直ちに、血管の病変、心疾患の有無等を調べて、それに見合った適切な対策を行う(甲B3)。そして、原告Aのように、発語障害等が存してその症状を訴えることが出来ない場合は、特に、全身の神経症状をきめ細かく観察、記録して、症状の変化を迅速的確に把握し、それに基づいた対処が必要となる。

この点、文献(乙B4・170頁)には、「神経学的検査は神経症状の経時的変化を知るために繰り返して行い記録に残すことが必要である。これは緊急手術を行うか、保存的治療を行うかの決定の際に重要な情報を与える。救急医療においては時間的に余裕のない場合が多く、診察は重要度の高いものを優先的に行う必要がある。重要な項目としては、意識障害、眼症状、項部硬直、運動・感覚麻痺、眼底検査などであるが、眼症状は特に重要で、病変の局在診断に多くの情報を提供する。」とある。

また、心原性塞栓症の場合、脳浮腫は高度に起こることが多いとされ、脳浮腫が進展して「周辺組織を圧迫し、虚血や出血病変を発生させる」脳ヘルニアを引き起こすならば、最悪の場合「死亡」という重大な結果をもたらすところ、これらの進展は、特に眼症状に現れるから、その観察は特に重要である(甲B2、B7・1067・1068頁参照)。

ところで、脳浮腫は、発作後2日から4日で、極期に達し、約2週間

で軽減するのが一般的であると言われ(甲B7・1056頁)、また、心原性脳塞栓症の場合は、脳浮腫が高度に起こることが多いとも言われている。

そして、本件における原告Aのように、意識障害を伴う重篤な脳梗塞患者の場合、脳梗塞の再発や合併症を起こし、生命に危険が及ぶ場合もあるので、バイタルサインチェックは短い間隔で行わなければならない。また、本件のように輸液を行っている場合は、輸液で補給する水量と尿で排出する水量とのバランスをチェックしながら行わなければならない。例えば補給過剰となり脳浮腫の進行を引き起こすなどの危険性が高いため、尿量の点検も頻繁に行わなければならない。

以上の観点からすれば、バイタルサインチェックの間隔は、最初の数日間は少なくとも1時間ごとに、重症の脳血管障害、特に意識障害を伴う患者では30分毎に行わなければならない。

② 東京拘置所医務部の態勢等

＜A＞ 態勢

東京拘置所医務部においては、脳外科を専門とする医師は、常駐しておらず、即時呼出しに応じ得る体制もとられていなかった上、当直医が、上記医師に問い合わせをする等の態勢もとられていなかった。また、訓練された医師でなければ神経症状を診ることができないところ、そのように訓練された医師もいなかった。

また、同医務部には、CTは存したものの、CTを操作する技師も常駐していなかった(そのため、緊急CTすら撮影できなかった。)

看護師も准看護師1人が当直しているに過ぎなかった。

さらに、医務部のICUは、いわば監獄の単独房に若干の医療器材を置いてあるものに過ぎず、到底、一般病院のICUと比較できるものではなかった(この点は、東京拘置所の医師自身が、「ICUと言っても名ばかりです。」と言って、認めている。)

なお、医務事務室で執務する医師等は、同事務室内のテレビモニターで、ICU内に取り付けられたテレビカメラの映像を見ることが出来るとも言われているが、それは、患者である被勾留者が逃亡等しないかどうかをテレビモニターで遠隔監視しているに過ぎなかった。

＜B＞ 本件における東京拘置所医務部の対応

本件において、東京拘置所医務部は、4月1日午前11時45分、同午後5時30分、同午後9時20分、翌2日午前8時、同午後0時、同午後3時に、原告Aのバイタルサインのチェックに行っているだけであり、その間隔は、3時間から10時間40分にも及び(しかも、そのチェック内容は不十分なものでしかない。)、F医師らは、それ以外の病変を把握する為のチェックを行っていなかった。

また、東京拘置所医務部には、MRI、MRA、頸部血管エコー、脳血管造影などの装置もなく、脳神経内科・脳外科の専門医の診察も行われなかった。

なお、平成11年度厚生科学研究費補助金 健康科学総合研究事業研究報告書「脳梗塞急性期医療の実態に関する研究」によると、＜ア＞発症から3時間以内に来院した患者は全体の35.3パーセント、発症から3時間後から6時間後までが12.4パーセントであり、＜イ＞来院から頭部CT・MRI検査までの時間は、0分から30分までが63.5パーセント、30分から1時間までが23.1パーセントであり、＜ウ＞入院7日以内の脳血管の評価法として適用されるのは、MRA(62.5パーセント)、頸部血管エコー(34.3パーセント)、脳血管造影(18パーセント)、造影CT(4.8パーセント)などとなっている。

③ まとめ

したがって、東京拘置所医務部には、一般病院の集中治療室におけるような、短い間隔での、専門医及び熟練した看護師によるき

め細かなバイタルサインや眼症状等の神経所見の経過観察をすべき、原告Aのような重症の脳梗塞に対処する物的・人的な設備も能力も存しなかったのであって、F医師らは、遅くとも、〈ア〉午前8時ころに原告Aを脳卒中の疑いと診断した後、〈イ〉仮に血栓溶解療法の適応の可能性がなく、〈ア〉が認められなかったとしても、救急処置を行って第1回CTを撮影した後、速やかに原告Aを専門病院へ転医させるべきであった。

- f 以上のとおり、F医師らは、遅くとも、①4月1日午前8時ころ、原告Aを脳卒中の疑いと診断した後には、②仮に①が認められないとしても、救急処置を行って第1回CTを撮影した後には、速やかに原告Aを専門病院へ転医させるべきであり、容易にこれができるにもかかわらず、これを怠った（以下「本件転医義務違反」という。）ものであって、これにより、原告Aは一般国民なら受けるであろう最善・適切な医療機会を保障されることに對する「期待権」を侵害されたものであり、被告は、国家賠償法1条1項に基づき、損害賠償責任を負う。

(イ) 脳浮腫対策義務違反による国家賠償責任

- a 東京拘置所所属の医師らは、4月2日、原告Aに対して、脳浮腫の進行を防ぐため、グリセオールの滴下を行うべきであったにもかかわらず、これを行わなかった。これにより、原告Aは、開頭減圧手術を受けることを余儀なくされた。

このように、F医師らは、原告Aに対し、脳浮腫対策を行うべきであったにもかかわらず、これを怠り（以下「本件脳浮腫対策義務違反行為」という。）、原告Aの脳浮腫を進行させ、開頭減圧手術を受けることを余儀なくさせ、同原告に精神的損害を与えたのであるから、被告は、国家賠償法1条1項に基づき国家賠償責任を負う。

- b 仮に、4月2日にグリセオールの滴下を行っても開頭減圧手術を避けられなかったとしても、F医師らは、原告Aに対し、一般国民なら受けるであろう適切な医療機会（適切な脳浮腫対策）を保障されることに對する「期待権」を侵害し、精神的損害を与えたものであるから、被告は、国家賠償法1条1項に基づき国家賠償責任を負う。

イ 損害及び因果関係

(ア)（期待権侵害としての）本件転医義務違反による損害

以上述べたことから、被告は、原告Aの専門病院への早期転送という期待権を侵害することにより精神的苦痛を与えたものであり、これを慰謝するためには、1000万円が相当である。また、これに対する弁護士費用は、100万円が相当である。

(イ) 脳浮腫対策義務違反による損害

- a 原告Aは、F医師らが前記脳浮腫対策義務を果たし、適切な脳浮腫対策を行っていたら、開頭減圧手術を受けることは避けられた。

しかし、F医師らが、このような対策を怠ったことにより、原告Aは、浮腫による脳圧亢進が著しく進展し、脳ヘルニア発生にまで至って生命の危機に直面せざるをえなかったものであり、それ自体生命の危険があり、しかも予後が非常に悪いと言われる開頭減圧手術を受けることを余儀なくされ、精神的苦痛を受けたところ、これを慰謝するためには、1000万円が相当である。また、これに対する弁護士費用は、100万円が相当である。

- b なお、仮に、開頭減圧手術を避けられたことについて相当因果関係が認められなかったとしても、原告Aには、開頭減圧手術を受けなくてもすんだ相当程度の可能性があったにもかかわらず、被告は、原告Aが適切な脳浮腫対策を受ける機会を奪い、精神的損害を与えたものであり、これを慰謝するためには、500万円が相当である。また、これに対する弁護士費用は、50万円が相当である。

(ウ) よって、原告Aは、被告に対し、国家賠償法1条1項に基づき、本件転医義務違反について1000万円、本件脳浮腫対策義務違反について、主位的に1000万円、予備的に500万円の、損害金合計2000万円（予備的に

1500万円), 及びこれらに対する弁護士費用200万円(予備的に150万円), 並びにこれらに対する訴状送達の日翌日である平成13年11月3日から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払を求める。

ウ 被告の主張に対する反論

(ア) 4月1日午前8時の時点で原告Aは超急性期になかったとは言い切れないこと

a 原告Aの症状

被告は, 原告Aに, 片麻痺・発語障害の局所神経症状が現れていたことから, 原告Aは, 4月1日午前8時の時点で超急性期にはなかった旨主張する。

しかし, 仮に4月1日朝の第1回CT撮影の時点(CT写真上, 午前10時07分ごろ)で, 原告Aに, 片麻痺・発語障害の局所神経症状が現れていたことを前提としても, 「片麻痺」「発語障害」などの神経症状は, 心原性脳塞栓の場合には, 発症直後(数秒から数分以内)から出現する症候である(甲B6)。

また, 被告は, 片麻痺や感覚障害などの症候から, 超急性期が過ぎていたと主張するが, 虚血性ペナンプラは, 「脳細胞の電氣的活動は停止し片麻痺や感覚障害などの症候はみられるが, まだ, 不可逆的な細胞死に陥っていない可逆性で蘇生可能な状態」とも言われている(甲B6)ように, 超急性期においても片麻痺や感覚障害などの症候が発生することは当然の前提となっている。

よって, これらの神経症状が生じていたことをもって「超急性期が過ぎていた」とすることはできない。

b 第1回CTの画像所見について

確かに, 第1回CTの画像には, 原告Aの左頭頂葉に「うっすらとした広範囲な低吸収域」が認められる。

しかし, 4月1日の第2回CT(午後0時16分ごろの時刻印字の存するもの)の画像においては, 同じ部分の低吸収域がはっきりと黒い影として現れてきている。このこととの対比でいえば, 第1回CTは, 明らかに「うっすらとした低吸収域」であり, したがって, これは, 脳梗塞発症後1時間程度からCT画像上に現れ始める「early CT sign(超急性期CT所見)」と見るべきものである。すなわち, 脳塞栓などによる大規模な脳梗塞(脳虚血)の場合などでは異常所見(「レンズ核陰影の不明瞭化」「脳溝の不明瞭化」「脳実質の淡い低吸収域の出現」等)の出現が早いと言われており, この「early CT sign」の一つである, 「淡い低吸収域の出現」は, 発症後2時間から3時間で出現し得るものである(甲B7)。

したがって, このCT画像上の徴候をもって「超急性期を過ぎている」とすることもできない。

c まとめ

以上より, 第1回CTの時点で, 原告Aに現れていた神経学的症候並びにCT上の所見からは, 「すでに超急性期を過ぎていた」と判断することは全くできず, むしろ, このCT所見は, 原告Aが超急性期であった可能性を示しているのである(したがって, 逆に, 「early CT sign(超急性期CT所見)」を認めたならば, まさに超急性期にふさわしい適切な処置を, 直ちに与えることが必要であったと言うべきなのである。)

(イ) CT上の低吸収域が出現した場合の血栓溶解療法の適応

被告は, CT上明らかに低吸収域が認められるときには血栓溶解療法の適応がない旨主張する。

確かに, 低吸収域(うっすらとした低吸収域を含む。)が認められれば, 血栓溶解療法の適応を避けるのが医師としてのコンセンサスであるとはいえる(ただし, 「early CT sign」としての「うっすらとした低吸収域」しか認められない段階で, 家族からの強い希望がある場合には, 担当医師の判断で血栓溶解療法を試みる可能性は残っており, 限界的な事例の場合は, 明確な線引きはなされていない。)

しかし, 被告の主張は, 次のとおり, 不当である。

a 第1回CTの撮影時刻については, 4月1日午前10時過ぎであって, 原告Aの異常を発見してから2時間半以上も経過した時点で撮影したものであ

るところ、被告は、同日午前9時3分であることを前提としている。
そして、被告は、このCT写真において、「うっすらとした低吸収域」が認められることを前提に、血栓溶解療法の適応がないと主張するが、原告Aの異常発見後、直ちに脳卒中専門病院に転送していれば、「うっすらとした低吸収域」が出現する前に対処ができた可能性が皆無であったわけではない。

b 本件においては、原告Aの異常発見直後に「脳卒中」の疑いが高いという診断がついたのであり、その場合の血栓溶解療法の適応の有無の判断は、直ちに専門病院に転送することなしには行えないものである。

そして、この時点（4月1日午前8時ごろに医師が原告Aを脳卒中の疑いと診断した時点）で、原告Aが専門病院に搬送されていれば、血栓溶解療法の適応の可能性がなかったとは言えない。

c そもそも、F医師は精神科医であって、脳梗塞についての適切な経験、知識を有しておらず、4月1日午前の段階では、「うっすらとした低吸収域」に気づいていなかった。しかも、F医師らは、拘禁目的を優先させて、直接的な生命の危険を感じなければ専門病院への転送など考慮していなかったものであり、いずれにしても血栓溶解療法の適応など考慮していなかった。

(2) 請求原因に対する認否・反論

ア 原告Aの主張は争う。

原告Aの脳梗塞は、次のとおり4月1日午前8時の時点で血栓溶解療法の適応はなく、F医師らは内科的療法を行わざるを得なかったところ、F医師らは、経過観察を行うとともにグリセオールの投与を行っており、転医の時期も原告Aの症状がそれ程悪化する前に行われたものであって適切な処置がなされたものである。

したがって、被告は責任を負わない。

イ 責任原因

(ア) 拘置所における適切な医療を受ける権利

在監者については、拘禁目的からくる制約や施設の事情に基づく制約等在監関係の特殊性を考慮に入れる必要があり、この限りにおいて、在監者がすべての点において一般国民と同様の状況にあるとは解されない。

そして、拘置所は、拘禁目的を達成するため適切な医療を行う観点から外部の専門病院等に転医させるか否かを判断するものであって、監獄法42条に規定する場合を除き、被拘禁者の意思・選択に基づいて転医させるものではない。

(イ) 転医義務違反

a 血栓溶解療法について

(a) 血栓溶解療法は、その適応について、我が国では未だ見解の一致を見ていない状態であり、現時点において施行するためには、倫理規定に基づいて臨床試験として行う必要がある（乙B第5号証110頁）。

(b) 血栓溶解療法の好適応としては、次のとおりの条件などを満足する例とされている（乙B2・102頁、B6・78頁）。

① 塞栓性梗塞

② 発症後3時間以内又は6時間以内

③ CT上明らかな低吸収域がないこと

④ 「early CT sign」が認められたとしても、中大動脈領域の33パーセント以下にとどまっていること

⑤ 内頸動脈閉塞ではないこと

⑥ 血圧レベルが収縮期圧184水銀柱ミリメートル以下、拡張期圧110水銀柱ミリメートル以下であること

(c) そして、前記(b)②に、発症後3時間以内又は6時間以内という条件が挙げられているが、同条件を満たせば血栓溶解療法の適応があるというものではなく、同条件を満たしたとしても、例えば、CT上明らかな低吸収域が認められれば、血栓溶解療法の適応はないことになる。

すなわち、「脳梗塞超急性期」を「血栓溶解療法で救命しうる時期」と定義するならば、「脳梗塞超急性期」とは、「発症後3時間又は6時間」というような単に時間によって定義される概念ではなく、脳細胞が不可逆的な壊死には至っていないという脳細胞の状態によって定義される

概念なのである。

そして、広範なCT上の低吸収域を伴う場合には重篤な出血性梗塞の危険性があるのであって、t-PA投与後、致死的な出血性梗塞を起こしたり、急激な線溶亢進により心内出血が遊離し塞栓症を再度発症した症例もある(乙B9・71頁)。

なお、そもそも、t-PAの使用はまだ我が国では認可されていないことに注意する必要がある、この治療法の危険性を考慮すると、現段階ではまだ一般に普及すべき治療法とはいえないのである(甲B1・705頁)。

b 本件における血栓溶解療法の適応

(a) 原告Aの病状に血栓溶解療法の適応があったか否かについて検討すると、前記a(b)②(発症後3時間以内又は6時間以内)の条件について、原告Aの発症時期は明らかではない上、前記のとおり、同条件②は、前記a(b)③(CT上明らかな低吸収域がない)の条件から導かれるものであって、前記a(b)③の条件と一体であるところ、同条件については、4月1日午前9時3分ころのCT写真上(乙A6)、明らかな低吸収域が認められるから(乙A1・10頁)、該当しない。さらに、前記a(b)④(「early CT sign」が認められたとしても、中大動脈領域の33パーセント以下にとどまっている)の条件については、上記CT写真のみから33パーセント以上であると断定することはできないが、原告Aにすでに片麻痺、発語障害等複数の症状が生じていたことからすると、梗塞部位は広範であったと考えられ、同条件にも該当しない。

以上のとおり、原告Aの病状は、前記a(b)③及び④の条件に該当しなかったのであるから、血栓溶解療法の適応はなかった(また、前記「患者が睡眠から覚醒したときに障害があった場合には、障害の持続時間が3から6時間以内であることが明白でない限り、血栓溶解療法は考慮すべきではない。」(乙B10・114頁)との記載からすると、原告Aの病状に血栓溶解療法の適応がなかったことは一層明らかである。)

(b) なお、第1回及び第2回CT(4月1日午前11時15分ころ撮影したもの)の実施時刻について、乙A6号証及び同7号証の写真に印字されている時刻は正確ではなく、実際の時間より約1時間進んでおり、被告は、F医師の記憶及びICU房動静経過表(乙A3)の記録に基づいて、時刻を主張している。

かかる時刻のずれが判明した経緯については、医務部医療第二課法務技官(診療放射線技師)が、平成13年4月2日午前9時ころ、原告Aの頭部CT写真を撮影するよう指示された際、医務部の職員から、前日に撮影したCT写真の時間がずれているのではないかと指摘され、CT機器のモニター画面上の時間を確認したところ、実際の時間より約1時間進んでいることを発見したことにより判明し、同技官がCT機器内蔵時計の時間を腕時計に合わせて修正したものである。

c 一定時間経過後の脳梗塞に対する治療方法

(a) 内科的保存療法

一定時間の経過した脳梗塞においては、既に脳組織の一部は壊死しており、症状はいかなる治療によっても不可逆的であって基本的には改善せず、後遺症についても壊死した脳組織の部分だけで決定しているのであって、症状が進んでさらに悪化するという事はない。

したがって、この段階における治療法としては、脳梗塞周囲の血流低下を防ぎ、脳浮腫の進行を和らげるため脳圧コントロールを行う内科的保存療法しかなく、これは、壊死した梗塞部位を回復させるものではない。具体的には、まず救命措置を行うが、全身状態の管理として、気道・呼吸管理、水・電解質管理、血圧管理を厳密に行い(乙B4・166頁、乙B第2号証99、100頁)、脳浮腫対策としてグリセオールを投与する。

(b) 開頭減圧手術

そして、内科的保存療法を行っているにもかかわらず、脳浮腫が進

行し、脳ヘルニア症状が出現するか、あるいは出現する可能性が確実になったら、救命のため、脳外科において開頭減圧手術を行うこととなる(乙B3・187頁)。開頭はリスクの高い手術であるから、これを行うことなく経過観察を継続することが可能であれば、そのようなリスクを負わないに越したことはない。

このように、脳梗塞は内科的治療が中心となるから、脳梗塞の大半は内科系の科又は病院で管理されているのであり、脳外科で管理する必要があるのは、手術適応のある場合、すなわち超急性期における血栓溶解療法の適応がある場合と脳浮腫進行のため減圧術が必要な場合に限られるのである。

d 東京拘置所医務部の態勢

東京拘置所医務部においては、夜間や休日等において緊急な診療が必要な場合には、毎日配置される当直の医師が対応しており、当直医で対応することが相当でない場合は、専門医を呼び出し、診療に当たらせるなどの態勢を整えている。

また、同医務部の医務事務室におけるテレビモニターは、保安上の理由から設置されているものではなく、ICUに収容中の者の健康状態を管理するという医療上の理由から設置されているものである。

さらに、同医務部の技師は、4月1日には出勤していなかったが、それは同日が日曜日だったからであり、平日は毎日常駐している。

以上からすれば、東京拘置所のICUは十分に機能しているものと考えられる。

e 東京拘置所の職員らの行った処置

本件において、原告Aの異常が発見されたとき、既に原告Aについては、超急性期が経過していたため、東京拘置所の職員らは、原告Aの異常を発見後、直ちに全身状態を管理するためICUに収容し、呼吸や血圧の管理、尿路の確保等を行い、また、頭蓋内圧亢進、頭蓋内浮腫治療剤であるグリセオールの静注点滴を行ってきた(4月2日のグリセオールの投与について、カルテ上特定の時刻の記載はないが、静注点滴により継続して投与していたものである。)。そして、これらの内科的保存療法を行うについて、C大学附属病院のような専門病院と東京拘置所とで治療内容が異なるものではなく、東京拘置所で上記治療を行ったことに何らの問題はない。

f 転医の判断

E医師は、4月2日午前10時ころ、第2回CTの写真を見て、原告Aに保存的治療を継続するのみでは不相当と判断した。すなわち、脳浮腫を放置すると頭蓋内圧亢進をきたし、脳ヘルニアを起こすこととなり、そのような状態になれば、救命のための開頭減圧手術を行うこととなるころ、E医師は、このまま原告Aの脳浮腫が進行すると、脳ヘルニアを起こし開頭減圧手術が必要な状況に進展すると考えたため、手術が可能な外部の病院へ搬送することとしたのである。

もっとも、4月2日午前10時ころの時点においては、画像上の所見として変化は出始めていたが、いまだ原告A自身の症状に変化は見られず、時間的な余裕はあると考えられた。

そのため、E医師は、慌てて救急車を呼び、かえって搬送先の病院探しに手間取ることになるよりも、多少時間をかけても刑事被告人である原告Aの立場を考慮しつつ、また、現実に脳外科の手術が可能な病院を確実に選定して搬送した方が、原告Aの利益になると判断した。

なお、4月2日午前10時ころの時点では、E医師が時間的な余裕はあると考えたことに誤りはなかったことは、原告AがC大学附属病院に到着した時刻が同日午後3時40分であるにもかかわらず、開頭減圧手術の開始時刻が同日午後9時20分であることから明らかである。

(ウ) 脳浮腫対策義務違反(グリセオールの投与義務違反)

F医師は、原告Aについて、グリセオールの滴下をするよう指示し、4月1日午前10時ころから、グリセオールの滴下が行われていた(乙A1・12頁)。なお、診療録(乙A1)上、グリセオールの滴下が明記されているのは、4月1日午後5時30分及び同日午後9時20分(乙A1・4頁)であるが、このほかに、准看護師Hが、4月1日午前10時ころ、同日午後2時ころ、同

月2日午前6時ころ及び同日午後0時10分ころ、原告Aに対し、グリセオールを滴下したものである。

(エ) F医師の過失

a 脳梗塞に対する知識

F医師は、精神科医として、精神医学全般を研修し、また、神経心理学という、脳と心理現象(行動)との関係を研究する領域を専攻していた。

つまり、従来から脳損傷とその際に生じた言語、行為、認知等の障害との関係を研究し、最近統合失調症など機能性精神病における行動異常と脳機能の関係を研究している。また、脳血管障害及びその後に生じた障害の研究もしており、これまでも総合病院や老人病院において脳血管障害患者の急性期から慢性期にわたっての診断、治療に携わったことがある。

したがって、F医師は、専門は精神科であるものの、本件当時、脳血管障害に関しても相応の知識・経験・判断能力を有していたのである。

b F医師の判断

F医師は、上記のとおり、脳血管障害に関する相応の知識・経験・判断能力を有していたところ、4月1日午前9時3分ころCT撮影をした際のモニター画像を見て、原告Aの左頭頂葉に低吸収域が認められ、また、原告Aに片麻痺、発語障害等複数の症状が生じていたことを併せ考え、梗塞部位は広範であると判断した。

このように、F医師は、原告Aの病状から、血栓溶解療法の適応はないと判断して、その後内科的保存療法をとったものであって、F医師の上記判断及びその後の処置に何らの過失はないというべきである。

ウ 損害及び因果関係

(ア) 原告Aの主張する損害及び因果関係及び同損害は争う。

(イ) 期待権等について

a 要件

(a) 判例は、患者の、医師等に対する適切な治療への期待、適切な治療を受ける機会を持つこと、という意味でのいわゆる期待権侵害論を採用しておらず、従前期待権等といわれていた被害法益の内容は「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」として具体化されている。したがって、「専門医・専門施設による適切な医療を受けること」による「安心感、満足感、そしてあきらめ」等の主観的感情利益を保護法益として認めたものではない。そして、一般に、「可能性」を被害法益とすると、その限界が不明瞭、無限定となるおそれが高いことから慎重でなければならないにもかかわらず、判例があえてこれを肯定したのは、生命を維持することは人にとって最も基本的な利益であるからであると解されることからすれば、判例の趣旨は、患者が死亡した場合にのみ及ぶものと解され、客観的な生存可能性がない場合には、法益の侵害はない。

(b) また、生存していた可能性を被害法益として損害賠償請求が認められる場合については、医師の具体的医療行為を対象とし、これに注意義務違反があったことも要件と考えられる。

(c) さらに、生存していた可能性を被害法益として損害賠償請求が認められる場合については、医療水準にかなった医療が行われることと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との間との因果関係も要件と考えられる。

b 本件の場合

(a) まず、本件は患者が死亡した事案ではない。

(b) また、仮に、死亡事案以外について、前記判例の趣旨が及ぶと解するとしても、その場合は、現実採られた措置より適切な措置が採られていたとすれば、症状が改善した相当程度の可能性の存在が証明されることが要件となるが、ある程度時間の経過した脳梗塞においては、既に脳組織の一部は壊死しており、症状はいかなる治療によっても不可逆的であって基本的には改善せず、後遺症についても壊死した脳組織の部分だけで決定しているのであって、症状が進んでさらに悪化するというところ、本件においては、発見された当時の原告Aの脳梗塞は既にこの段階にあったのであるから、他の措置が採られたとして

も、原告Aの症状が改善した可能性はない。

(c) さらに、本件において、東京拘置所が原告Aに対して採った措置が、「その過失により、当時の医療水準にかなったものでなかった」とはいえない。生命・身体を保護法益ととらえるとしても、期待権を保護法益ととらえるとしても、国家賠償法1条1項の要件として故意又は過失が規定されている以上、国家賠償責任の要件として、公務員の注意義務違反が必要であることにはかわりはない。そして、本件において、F医師やE医師らの判断や措置に何らの過失がなかったことは明らかである。

(d) なお、本件において、東京拘置所が原告Aに対して採った措置より適切な措置が採られていたとすれば、原告Aの症状が改善したであろうという因果関係はない。

c. まとめ

以上からすれば、原告Aの主張する期待権侵害は認められない。

3 本件医療行為についての原告Bの請求

(1) 請求原因

ア 責任原因(説明義務違反に基づく国家賠償責任)

(ア) 患者には、医師、医療方法を選択する権利があり、医師は、患者に転医の選択・判断に資する情報を提供する義務がある。

すなわち、患者の医療に対する期待権が認められるべきであり、患者が欲する医療を選択する利益に対して、医療機関は配慮すべき観点から、転医勧告義務を負い、仮に当該医療機関が(他の医療機関における治療の必要性を)積極的に評価し得ないものであっても、患者のある病状のもとでその合理的な意思を斟酌すれば、転医することを希望することが明らかな場合には他の医療機関での医療の機会を与える義務を否定する理由はないとして、患者に対する情報提供義務が医療契約に付随した医師の信義則上の義務であるとされるものである。

(イ) このような観点から医師は、患者に対し、前記判断を適正になすため、病状の説明とともに、治療法の実施を行なう義務がある。

すなわち、医師は、患者に対し、①当該施設における治療の方針の説明、②当該医療施設の治療の限界についての説明、③可能な治療法についての説明(より高度の治療の存在)、医療の現場において広く普及している治療法以外にも、当該疾患について有効性がある程度承認されている治療方法がないかどうか、あるとすればこれを実践している医療機関を把握し、その情報を患者に提供する義務が存するというべきである。

なお、拘置所等の拘禁施設で被拘禁者が医師の診療を受ける場合は、診療契約に基づくものではないが、被拘禁者は、医師や医療機関の選択の自由を奪われているので、この場合の転医勧告義務は、一般人の場合よりも一層認められるべきである。

(ウ) 原告Aは、その発見の当初より、重度の発語障害、意識障害を伴っており、自らはその症状と治療方針について説明を受け、治療法を選択することはできなかったのであるから(例えば、開頭減圧手術が必要になった場合、本来は肉親が説明を受け、承諾することにならざるを得ない。)、東京拘置所としては、その肉親(又はそれに代わる弁護士等)に対し、連絡し、上記説明を行い、治療方法などについての意向を聴取すべき義務が存した。

(エ) それにもかかわらず、東京拘置所が、原告Bに連絡したのは、原告Aの病変を発見してから28時間近く経過し、生命の危機に陥った4月2日の午後0時ころのことである。

このような連絡、説明の遅れにより、原告Bは、弁護士等に依頼して、病状を問い合わせたり、専門病院への転院を要請したりする機会を喪失させられ、甚大なる精神的損害を被ったのであって、被告は、国家賠償法1条1項に基づき損害賠償責任を負う。

イ 因果関係及び損害

原告Aが重度の脳梗塞に陥っていたにもかかわらず、翌日、原告Aが危篤状態になるまで、原告Bには、全く連絡がなく、インフォームドコンセントを受けられなかったのであって、原告Aについて納得に基づく診療を受けさせる権利が侵害されたことによる原告Bの精神的損害は重大であり、これを慰謝するために相当な金額は、600万円を下らない。

また、原告Bは、本件訴訟の追行を原告訴訟代理人らに委任したところ、弁護士費用としては、60万円が相当である。

(2) 請求原因に対する認否・反論

ア 原告の主張は争う。

イ 原告の主張は、実務の支配的な見解である結果回避義務としての転医勧告義務ではなく、患者の期待権に基づく転医勧告義務と把握することを前提にするものであるところ、結果回避義務を前提としない情報提供義務を、医師に対する職業倫理的義務として課することはともかく、法的義務として認めるのが相当であるかどうかについては疑問があり、仮にこれを認めるとしても、その要件、限界、効果については必ずしも判然としないといわざるを得ない。

なお、患者の期待権に基づく転医勧告義務が医療契約に付随した医師の信義則上の義務であると構成されているとすれば、原告Aと被告との間に診療契約関係は存在しない。

4 原告Aが手錠をかけられた行為についての原告らの請求

(1) 請求原因

ア 責任原因

東京拘置所職員は、原告Aが、C大学附属病院高度救命救急センターにおいて、開頭減圧手術を受け、全く意識不明の危篤状態で同センター内のベッドで横たわっているにもかかわらず、同原告の左手に手錠をかけ、そこに紐をとおしてベッドに固定し、弁護人の抗議等にもかかわらず、勾留執行停止の指揮が来るまで、それを継続した。

しかし、原告Aは、未決勾留の目的(逃亡の防止等)を達成する為に必要な限度でのみ、人身の自由が制約されるにすぎないものであり、それを越えた制約は許されない。本件における原告Aは、まさに危篤状態であったのであり、自ら逃亡することはもちろん、他者の助けを借りて逃亡することすら全く不可能であったことは、誰の目にも明らかであった。したがって、その原告Aに対し手錠をかけるということは、「勾留の目的」を達成するために必要な限度を超えた過剰な苦痛ないし人権の制約であり、憲法31条の要請する「適正な」内容をもった法律(デュー・プロセス)による人権の制約とは言えず、憲法36条の「残虐な刑罰」又は「拷問」にあたるものである。

したがって、不必要な手錠を、病室という他人の目にも触れる形でかけたということは、原告A本人に対する違法行為であると共に、危篤状態でありながら手錠までかけられた息子の姿を見せつけられた原告Bに対する違法行為でもあることは明白である。

イ 因果関係及び損害

(ア) 原告Aは、不必要な手錠をかけられたことにより、著しい精神的苦痛を受けたものであり、これを慰謝するためには、500万円が相当である。また、これに対する弁護士費用は、50万円が相当である。

(イ) 原告Bは、原告Aが危篤状態にありながら、ベッドに手錠でつなぎ止められている姿を見せつけられ、著しい精神的苦痛を受けたものであり、これを慰謝するためには、400万円が相当である。また、これに対する弁護士費用は金40万円が相当である。

(2) 請求原因に対する認否・反論

ア 原告らの主張は争う。

イ 責任原因について

(ア) 監獄法19条1項に基づく手錠の使用

監獄法19条1項は「在監者逃走、暴行若クハ自殺ノ虞アルトキ又ハ監外ニ在ルトキハ戒具ヲ使用スルコトヲ得」と規定しており、施設内において被収容者に逃走、暴行、自殺のおそれがあるとき及び施設外に被収容者を連れ出すとき、被収容者に戒具を使用することができるとされている。そして、本件においても、物的設備による裏付けのない施設外であるC大学附属病院において勾留を執行している以上、意識が回復した場合の逃走、暴行、自傷、身柄奪取等のおそれを考慮すると、手錠を継続する必要性は認められた。

ただし、手錠の使用に当たっては、片手だけに使用し、拘束の度合いを弱くする等の配慮をした。

したがって、手錠を使用したことは違法とはいえない

(イ) 戒具使用等通達に基づく手錠の使用

また、「戒具の使用及び保護房への収容について(通達)」(乙A第10号証。以下「戒具使用等通達」という。)に照らしても、本件において手錠を使用したことは違法ではない。

戒具(手錠)が使用されるのは、監獄法19条に規定されているとおり、①逃走、暴行、自殺のおそれのある場合と、②監外(施設の外)に出ている場合とに大別される。

逃走、暴行、自殺のおそれのある場合については、身柄の確保又は監獄内の規律、秩序の維持の観点から戒具を制止的に用いるものである。

他方、監外に出ている場合については、護送の場合がこれに該当する。この場合の戒具の使用は、制止的というよりは、むしろ、特別の場合の予防的戒護の強化と解すべきである。護送とは、監獄外において職員の戒護の下に在監者の身柄を移送することであって、監獄の物的設備によって裏付けられることがないため、本条で一般に戒具を使用することができるものとされている(乙A11・160, 161頁)。これは、逃走、暴行、自殺のおそれのある場合と異なり、物的設備が脆弱な監外(施設の外)において、特別の場合の予防的戒護の強化を目的として使用する場合であると解される。

本件のように病院に搬送された者に対する手錠の使用が、これらの場合のいずれに該当するかは戒具使用等通達に明記されているわけではないが、物的設備が脆弱な監外(施設の外)における特別の場合の予防的戒護の強化を目的とした使用という点からすれば、監外に出ている場合に該当するものと解される。

そうすると、戒具使用等通達中の「護送時を除き」等の注意書きの付された条項は、病院に搬送された者に対して手錠を使用する場合には適用されないことになる。

(ウ) まとめ

以上からすれば、本件における原告Aに対する戒具の使用が、監獄法19条に照らして違法といえないことはもとより、戒具使用等通達にも反しないものであることは明らかである。

第3 争点に対する判断

1 認定事実

前記前提事実、本件各証拠及び弁論の全趣旨によれば以下の事実が認められる。

(1) 原告Aの診療経過等

ア 原告Aの4月1日朝の状況

東京拘置所職員は、4月1日午前7時30分ころ、起床時の点検のため、拘置所内の各房を巡回中、原告Aが、布団の上で上半身を起こした状態でいたのを見たが、数分後、再度原告Aの独房を見たところ、同人が同様の状態であったため、不審に思い、声をかけたところ、原告Aは、何の反応もせず、ただ「うっ」、「あっ」と言葉にならない返答をするだけでろれつが回らず、点呼もできなかったことから、同40分ころ、直ちに医務部に連絡し、原告Aの状況を報告した(前記前提事実、乙A2・7頁)。

そこで、同日午前7時50分ころ、東京拘置所職員で准看護師でもあるIが、原告Aの独房に赴き、同房において、血圧を測定するなどの診察を実施したところ、同人の症状から脳内出血等も考えられたため、直ちに他の職員に応援を求め、同人をストレッチャーで医務部へ搬送した(前記前提事実、乙A2・7頁)。

なお、原告Aは、医務部へ搬送される際、1回嘔吐した(乙A1・12頁)。

イ J医師による診察等

原告Aは、4月1日午前8時0分ころ、同医務部に運び込まれ、東京拘置所医務部外科医師であり、同日午前8時30分までの当直医であったJによる診察を受けたところ、脳内出血又は脳梗塞の疑いがあるとのことで、同8時10分ころ、ICUに収容された(乙A2・7頁、A3・1頁)。

そして、J医師は、同日午前8時30分ころ、太い静脈から血管を確保し、輸液を可能にするため、鎖骨付近に針を刺して、経静脈栄養法(以下「IVH」という。)を施行した(乙A1・12頁、乙A3・1頁、証人F、同H)。

一方、F医師は、4月1日午前8時30分から翌2日午前8時30分までの当直勤務であったことから、同月1日午前8時20分ころ、当直勤務のため、東京拘置所に登庁し、同所医務部事務室に赴いた(乙A12、証人F)。

しかし、F医師は、休日の朝は同事務室で引継を行うことになっていたにもかかわらず、前日の当直医であるJ医師が同事務室にいなかったことから、何かあったのではないかと思います、事務室に設置されたICUのモニターを見ると、J医師が原告Aに対して処置を施しているのが見えた(乙A12, 証人F)。

そこで、F医師が、ICUに赴いたところ、J医師、I及びH准看護師(H准看護師は、4月1日午前8時30分からの当直で、その直前に原告Aの治療に加わったものである。)が、点滴、尿道確保、酸素吸入といった救命措置を行っており、F医師は、J医師から、「本朝、起床時の様子がおかしいとの連絡を受け、午前8時過ぎにICUに運び込まれた。脳内出血又は脳梗塞が疑われる。血管確保をした。緊急措置は行ったが、CT撮影で原因の確認をする必要がある。」との引継を受けた(乙A12, A14, 証人F, H)。

なお、F医師が引継を受けた当時、ソリタT3、ラクテックGの点滴がされていた(乙A1・12頁, A12)。

ウ F医師による診察

F医師は、4月1日午前8時30分過ぎころ、改めて原告Aを診察したところ、原告Aは、「問いかけに答えず。痛み刺激で手足を動かす。右半身麻痺。発語不能。瞳孔は正円。両眼の対光反射は迅速。」という状態であり、点滴は、継続され、酸素吸入が開始された(乙A1・12頁から14頁, A12, 証人F)。なお、酸素吸入については、同日午前9時58分ころ、酸素分圧が、149水銀柱ミリメートルとなり、正常範囲を上回ったため、同日午前9時58分に中止された(乙A1・13頁, A12)。

F医師は、その後、原告Aの症状から、原告Aは、脳内出血又は脳梗塞のいずれかであろうと考え、診断のため、頭部CTを撮影することとした(乙A12, A14, 証人F, 同H)。

エ CT撮影及びグリセオールの投与開始

F医師は、H准看護師とともに、ストレッチャーで原告Aを撮影室に搬送し、自ら、原告Aの頭部のCTを撮影した(第1回CT)が出力方法が分からなかったため、プリントアウトすることはできなかった(甲A5, 乙A12, A14, A15証人F, 同H, 同K)。

なお、第1回CTの画像については、原告Aが動いたため、アーチファクトが写るなど画質が悪かったが、低吸収域が写っていた(乙A6, 証人L, 同M)。また、撮影時刻については、画像上、4月1日午前10時7分とされていた(乙A6)。

F医師は、第1回CTの画質が悪かったことから、出力した画質の良い写真によって確実に判断する必要があると考え、H准看護師に対し、東京拘置所医務部放射線技師であるKに連絡し、登庁してくれるように依頼した(乙A12, A14, 証人F, 同H)。

その際、F医師は、H准看護師に対し、原告Aについて、①呼吸の有無、②心拍の急激な変化の有無、③収縮期血圧が100以下又は150以上になっていないかを特に注意して観察するように指示した。

また、F医師は、第1回CTの画像に、高吸収域がなかったことから、原告Aは、脳内出血ではなく、脳梗塞であると判断し、脳浮腫対策のため、H准看護師に対し、原告Aにグリセオールの投与を開始するように指示をした(乙A1・12頁, 証人F)。

その後、K技師が登庁し、同技師により、原告Aについて頭部CT撮影が行われた(第2回CT。乙A3, 乙A12, A14, A15証人F, 同H, 同K)。

F医師は、第2回CTの画像所見で、低吸収域が認められたことから、脳梗塞の可能性が高いという当初の判断を確認した。

なお、原告Aの状態等については、4月1日午前11時45分、「発語なし、瞳孔左右不同なし、対光反射あり。」、同日午後5時30分、「しきりに起きようとする。発語なし。」、同9時20分「就寝中」というものであった(乙A1・4頁)。

4月1日午後11時30分ころ、東京拘置所医務部職員が事務室内のモニターの電源を切り、同時点以後翌2日朝まで、准看護師や医師による巡回はなくなった(甲A6(以下、枝番のある書証については、特に枝番を示さない限り、すべての枝番を含む。)、証人F, 同H, 弁論の全趣旨。)

なお、夜間の勤務職員は、原告Aの状態をICUの窓越しに見ることができるような状態であった(甲A6, 乙A16, 証人F, 同H)。

オ E医師による診察

E医師は、4月2日午前7時ころ、東京拘置所に登庁し、医務部長室に赴いたところ、H准看護師が同室に来室し、原告Aの前日からの経過、現在の状況等の説明を受けたが、F医師からは特に引継ぎをしなかった(乙A12からA14まで、証人E、同F、同H)。

E医師は、同日午前7時50分ころ、原告Aを診察したところ、原告Aは、「こちらの言うことは分かるらしい。目を閉じてという、目を閉じる。右半身麻痺、言語障害がある。」というような状態であり、生理食塩水100ミリリットル及びペントシリン2グラムが追加投与されることになった(乙A1・14頁)。

E医師は、その後、原告AのCTを撮影することとし、K技師が、同日午前9時27分ころ、3回目のCT撮影を施行した(乙A1・11頁)ところ、「左、中大脳動脈、後大脳動脈に広範な脳梗塞があり、一部出血性梗塞となっている。パターンからは心原性塞栓症と考えられる。病変による正常構造物変異は高度。左半球(側頭頭頂後頭葉)梗塞」という所見であった(乙A1・11頁)。

E医師は、同日午前10時頃、第3回CTの写真を見て、左の脳質が圧迫されており、そのまま東京拘置所で保存的治療を継続することは不相当であると判断した(乙A5・6頁)。

カ 原告Aの重症指定と転医状況等

(ア) そこで、E医師は、同日午前11時5分ころ、原告Aを重症指定とし、同25分ころ、原告Aについては呼吸管理が必要であると判断して、気管切開をすることとし、同11時55分ころまでに施術を終了した。なお、同35分ころ、重症指定されたことに伴い、東京拘置所庶務課長補佐看守長であったNは、原告Aの刑事裁判について担当していた東京地方検察庁公判部検察事務官に電話連絡した(乙A5・2頁、3頁、5頁、A13)。

そして、N看守長は、同日午後0時23分ころ、原告Aが重症指定されたことに伴い、原告Bに対し、電話で、「実は、Aさんの健康状態の件で至急連絡を差し上げました。現在、Aさんは、東京拘置所に収容されており、昨日、発語障害、右半身麻痺のため、全身管理を行い、本日CT検査を実施したところ、左大脳に広範囲な病変を確認し、病状についても大変危険な状態となりました。つきましては、Aさんの病状や今後のことについてお話をしたいため、こちらにお越し願いたいのですが。」と告げたところ、原告Bは、「大分県で遠方なもので、家内と話して電話します。」と回答した(乙A5・7頁、8頁)。

(イ) E医師は、同日午後0時ころ、警察病院に対し、原告Aの搬送先として受入の可否を照会したところ、同医師が通常東京拘置所の被収容者の受入を依頼する際の窓口になっている医師が手術中であり、午後2時ころに回答するとのことであったため、同日午後2時ころまで回答を待ったが、結局同病院は満床で受け入れることができないとの回答であった(前記前提事実、弁論の全趣旨)。

なお、G弁護士は、同日午前11時50分ころ、当庁刑事第11部裁判所書記官から「原告Aが脳梗塞の疑いで、昨日入院した」旨の連絡を受け、同日午後0時5分ころ、東京拘置所に電話で問い合わせたところ、東京拘置所処遇部処遇部門看守長であったOから、「原告Aが、4月1日脳梗塞の疑いでICUに収容され、CT検査を行ったところ、脳内出血はなく、経過観察中である。意識はあるが混濁しており、会話は成立しない。生きるか死ぬかといった状態ではないが、今警察病院へ搬送する手配をしている。CT撮影の結果では、左脳梗塞であり、4月2日のCT撮影の結果では、10センチメートル×5センチメートル×5センチメートル程度の梗塞が見られ、病状が進行すれば危険な状態ともなりうる。気道確保のため気管切開は終了した。昨日から今日にかけては問いかけに反応したが、今は問いかけに答えない。」旨の説明を受けたため、早く原告Aの転送手続をとるよう要求し、同日午後2時ころ、東京拘置所に行ったところ、N看守長から「警察病院は午後2時まで手術しており、それから原告Aを受け入れられるかどうか協議するとのことである。」旨の説明を受けたため、同弁護士は、再度、脳外科のある病院へ一刻も早く移すよう要求した(前記前提事実、甲A7、弁論の全趣旨)。

(ウ) E医師は、警察病院に受入れを断られたことから、同日午後2時過ぎころ、次の搬送先として、目白第3病院に連絡したが、受け入れることができないとの回答であった(前記前提事実、乙A13、証人E)。

G弁護士は、同日午後2時15分ころ、東京拘置所職員に対し、「救急車の手配はしているのか。一刻も早く転送するために、手配はしておくべきだ。」と要求したが、N看守長は、「まだ手配していない。現在、警察病院と協議中である。」と回答した(前記前提事実、甲A7、弁論の全趣旨)。

- (エ) その後、E医師は、更にC大学附属病院高度救命救急センターに連絡をしたところ、受入が可能との回答であったので、C大学附属病院へ転医させることとし、N看守長は、同日午後2時50分ころ、G弁護士に対し、その旨を告げた(前記前提事実)。

同日午後3時9分ころ、救急車が到着し、原告Aは、同20分ころ、救急車で、東京拘置所を出発し、同41分に、C大学附属病院に到着した(前記前提事実、乙A1・15頁、A3・4頁、弁論の全趣旨)。

キ C大学附属病院における診療経過

- (ア) 開頭減圧手術に至る経緯

原告Aの到着時の状態は、意識レベルは、ジャパン・コーマ・スケール(以下「JCS」という。)で100(グラスゴー・コーマ・スケールで、E4VTM5)であり(甲A1。なお、C大学附属病院の診療録(甲A1)では、来院時の原告Aの意識レベルについて一部JCSⅡ-20(6頁)との記載もあるが、大半がJCS100と記載されており、脳梗塞が悪化しつつあった原告Aの状態から鑑みて、JCS100であったと推認される。)、同日午後4時30分に行われた頭部CT検査上、左中大脳動脈領域に広範な脳浮腫が出現し、左半球は脳溝は狭小化し、脳室は拡大し、大脳鎌(海馬)鉤ヘルニアがあるなどし、4月1日、翌2日午前中よりも憎悪傾向にあった(甲A1・7頁、13頁、A2)。

そこで、同病院の医師であるPから、Q弁護士、拘置所職員等に対して、「病名は、脳梗塞で、症状としては、右半身麻痺、言語障害、意識障害がある。今後脳梗塞になった領域が腫脹してくると脳浮腫憎悪により命を落とす危険性が大きく、救命のためには手術が必要である。手術をしても予後は非常に悪く死亡する可能性もある。また、同疾患以外の合併症の危険性もある。」旨の説明があり、同弁護士が手術の承諾書に署名をし、原告Aについて、前側頭部の緊急開頭減圧手術が行われることとなった(前記前提事実、甲A1・7頁、21頁、A2、乙A4・4頁)。

そして、同日午後9時30分ころから麻酔が開始され、同10時15分から11時35分までの間、前側頭部の減圧開頭術が施行され、翌3日午前0時23分手術は終了した(前記前提事実、甲A1・8頁)。

なお、原告B及びDは、同日午後11時57分ころ、C大学附属病院に到着し、手術後、C大学附属病院医師から、「外減圧術を施行し頭蓋骨を除去し、脳浮腫による圧を逃がしてやる手術をしました。手術中トラブルはなく、現在の所、浮腫は6水銀柱ミリメートルであり、減圧はできているが、脳浮腫は3、4日でピークを迎えるため、今後ともまだ危険な状態にある可能性が大きい。」旨の説明を受けた(甲A1・8頁)。

- (イ) 開頭減圧手術後の状況

原告Aの意識レベルは、4月4日まで、C大学附属病院来院時と変わらない状態(JCS100)であったが、4月3日午前7時45分ころ、C大学附属病院の医師の許可を受け、原告Aに対し、手錠が施錠された(前記前提事実、甲A1・9頁、10頁、乙A4・4頁)。

原告B、D及び本件刑事事件の刑事弁護人であるRが、4月3日午後3時ころ、原告Aに面会したところ、左手首に手錠がかけられていることに気付く、R弁護士が、拘置所職員に対し、手錠を外すように抗議したが、外されなかったため、どうしてもだめであれば、せめて動かさない右手にしたらどうかと申し入れたが、戒具の使用は法令の範囲内で使用しており、医師と相談の上、右手に変更することを検討する旨の回答にとどまった(前記前提事実、乙A4・6頁、弁論の全趣旨)。

R弁護士は、同日午後3時20分ころ、C大学附属病院の医師から、医学的見地から言えば手錠はしない方がよい。ストレスになる。」との意見も聞き、東京地方検察庁の検察官に対し、すぐに手錠を外すように要求したが、同6時30分ころ、検察官から、拘置所としては手錠を外すことはできないとの回答があったとの連絡を受けた(前記前提事実、弁論の全趣旨)。

本件刑事事件の原告Aの弁護人は、4月4日午前中に、当庁刑事第11部に対し、勾留執行停止の申立てを行い、同部は、同日午後1時ころ、原

告Aの勾留執行停止決定をした(前記前提事実、弁論の全趣旨)。

そして、同日午後3時ころ、東京地方検察庁から勾留執行停止に係る釈放指揮書がファクシミリで送信され、東京拘置所職員は、同日午後3時15分ころ、原告Aについて釈放指揮書が出たことが確認できたため、原告Aの手錠を解除した(前記前提事実、乙A4・9頁、弁論の全趣旨)。

(ウ) 原告Aの状態

原告Aについては、4月11日、P医師により、今後重大な後遺症を残す可能性が高いと診断された(甲A3)。

また、当庁刑事第11部が、8月5日、S大学脳神経外科教授であるTに、原告Aの症状について症状照会を行ったところ、同人の回答は、現在の病状としては、①感覚性失語及びほぼ完全な運動性失語、②右同名性半盲、③失読・失書(平仮名、片仮名、漢字、数字の全て)、④高次の会話はもとより抽象的な会話内容、抽象的用語を用いた疎通はできない、⑤計算力は全くないか著しく低下している、言語や文字を要する理解、判断力は著しく障害されている、⑥右下2分の1顔面神経麻痺、⑦右半身完全運動麻痺等であり、原告Aの同症状は将来ある程度まで回復する可能性はあるが、現時点における神経脱落症候が著しい障害であることに加え、7月12日に行った頭蓋単純X線検査、MRI・MRA検査、脳波検査の結果、症候に一致してほぼ不可逆的変化を示していると考えられることからすれば、前記①から⑤までの事項については、判断は変わらないであろうというものであった(甲A4。以下「本件後遺障害」という。)

(2) 東京拘置所の医療設備及び看護態勢等

ア 医療設備等

(ア) 病舎と医務棟

東京拘置所においては、ICUは、医務棟とは別の建物である病舎の1階にあり、医務棟と廊下でつながっており、距離は約100メートル程度であるが、病舎から医務棟に移動するためには、2箇所以上施錠箇所が存在する(前記前提事実、乙A16、証人H)。

そして、CT室は医務棟の1階にあり、医務事務室は、同棟の2階にあり、医師等が夜間、休日の当直業務をする際には、医務事務室で勤務する。また、医務棟の1階には仮眠室があり、医師等は、深夜は同所で仮眠する。(前記認定事実・乙A16、証人H)

(イ) ICUの設備等

4月1日当時、ICU内には、レスピレーター、酸素吸入器、吸引器、ハートレートモニター、その他除細動器等、緊急処置に必要なもの等が置いてあった(証人H)。

そして、ICUの部屋は、手前に窓枠があり、廊下から内部の様子を確認できるようになっており、病舎に勤務している処遇勤務者(看護師等医療従事者としての資格は有していない。)は、外側から、中にあるモニター類を確認することができた(乙A16、証人H)。

また、ICU内部には、監視カメラが2台設置されており、医務事務室において、患者の様子をモニターで監視できるようになっており、ICUには、医師、看護師等が常時いるわけではなく、必要に応じて医師看護師等が来室するという態勢であり、夜間には、誰か人を付けておかない限りは、付き添う人もなく、医務事務室のモニターも消されるという状態であった。そして、監視カメラのうち、1台は全体を監視するために固定されたカメラであるが、もう1台は、事務室から方向、倍率をコントロールできるようになっていた。もっとも、同カメラについて、倍率を最も大きくした場合でも、患者の瞳孔の状態を観察することはできなかった。(前記前提事実、乙A6、証人H)

イ CT撮影についての所要時間(証人K)

(ア) まず、CTの撮影前には、CT室にあるCTの電源を入れておく必要がある。電源が入っていないければ、最初のセッティングには10から15分程度かかり、電源が入ってる場合には、最初のセッティングは、数分程度で終了する。

(イ) 次に、患者をストレッチャー等によって、CT室に運び込み、CT用の撮影台に乗せ替える(同作業については、複数人で行う。)。なお、ICUからCT室まで移動するに当たり、最短距離で移動するルートには、3箇所の施錠箇所があり、距離については、30メートルから50メートル程度であり、複数

人で、1人が先導して先に鍵を開けながら移動すれば、早ければ1分程度で移動が可能である。

(ウ) そして、患者を実際に撮影する位置の所までベッドを移動させる。

(エ) その後、コントロールパネルで患者の氏名の入力、撮影条件(撮影部位ごとにあらかじめインプットされている。)の選択等を行い、撮影を行う。

(オ) 前記(ア)から(エ)までの作業については、自分で動けないような患者については、3分から15分程度かかり、特に、点滴等色々な補器類をつけているような患者については、かなり気を付けて移動しないと脱げたりするので、時間がかかることが多い。

(3) 原告Aについての診療録の記載(乙A1)

ア 病名

2頁目に記載された病名については、「脳出血の疑い」と記載された上、「出血」という部分が線で抹消され、その上に「梗塞」と記載されている。

イ バイールサインとの表題のある表

4頁目には、「ICU収容者 バイールサイン」という表題で日付(時刻)、体温、血圧、尿量、脈拍、備考が記載されている表が記載され、4月1日については、午前11時45分(備考欄に「発語なし。瞳孔左右不同なし、対光反射あり。」と記載)、午後5時30分(備考欄に「グリセオール滴下、しきりに起きようとする、発語(ー)」と記載)、午後9時20分(備考欄に「グリセオール滴下、就寝中」と記載)分が記載され、4月2日については、午前8時(備考欄に「呼名反応あり、発語なし、8:30頭部CT」と記載)、午後0時(備考欄に「11:30気管切開施術」と記載)、午後3時(備考欄に「レスピレーター装着、瞳孔左>右」と記載)分の記載がある。

ウ F医師が記載した原告Aの症状、処置に関する記載は、次のとおり12頁に記載されているもののみである。

(ア) DIV(点滴)

a 点滴①ソリタT3 500ml+ガスター1A

b ラクテックG 500ml+ガスター1A

c グリセオール200ml×4

(イ) 問いかけに答えず、痛み刺激で手足を動かす。右半身麻痺。発語不能。瞳孔正円。両眼の対光反射迅速であった。その後起きあがろうとするなど体動あり。点滴、酸素スタート、酸素分圧高く酸素止め。

(4) 東京拘置所の対応等についてのF・E両医師の供述

ア 4月の時点における供述

G弁護士は、4月3日、弁護士であるUとともに、東京拘置所に赴き、午後3時18分ころから4時21分ころまで、同所において、F医師及びO看守長から原告Aの診療経過等について説明を求め、同月9日、R弁護士とともに、同所に赴き、午後2時40分ころから同4時40分ころまで、E医師及び東京拘置所職員から、原告Aの診療経過等について説明を求めたところ、F・E医師は要旨次のとおり、供述した(前記前提事実、甲A5、6)。

(ア) F医師の供述(甲A5。以下括弧内のページ数は、甲A5号証の2の頁数である。)

a 東京拘置所のICUは、ICUといっても名ばかりで、お粗末だが、一応色々な薬品もあり、色々な処置もできる。東京拘置所で何かあった場合は、そこにまず入れて、色々治療的にやるといことが流れである(3頁)。

原告Aについては、ICUに搬送された時点で、脳血管に何か障害があったのではないかという推測はあった(3頁)。

b F医師がJ医師から引継を受けたころの原告Aの状態は、Aさんと呼びかけても自分が呼びかけられているかどうか分からない、問いかけたことに反応しているという感じではなく、E医師が4月2日診た時点に眼の開閉に応じたということも、たまたまそうだったのではないかという気がする(5頁)。

c 自分は、たまたま脳外科の本も読んでいたので、原告Aのような状態の場合は、脳内出血か脳梗塞じゃないかと思う。

d 脳出血にせよ脳梗塞にせよ、急性期の治療に関しての大まかな部分は大体一致しており、脳圧が亢進しないように脳圧を下げて、輸液のルートをあけて何か薬が入るようにしておく。

- e 4月1日は、午前9時3分と同11時15分に頭部CTを撮影したが、9時3分の時点では、うっすらとそれらしき所見はあるけれども、とにかく出血はないというのは、まあ確認して、脳梗塞の疑いらしいことがまあ何となくはっきりしないけれど、体動があつて、画像がぶれていた。それで、もう1回、午前11時過ぎくらいに撮ったときには、あ、ちょっとこれは出てきたなという感じは確認した。ただ、それでも、脳梗塞で非常に薄いので、低吸収域は、はっきり写らない。9時に撮影したものも、よくよく脳外科医が診れば、低吸収域があることが分かるが、やっぱりそれでも薄い。いずれにしても、その時点で、もう多分脳梗塞の疑いということで、治療的には同じことである。(8頁)
- f グリセオールの投与を開始したのは、多分9時か10時くらいだと思う。また、グリセオールの投与については、1日4回くらいが標準である。(9頁)
- g 第1回CTについては、自分と准看護師で操作したので、プリントアウトまではできなかったの、CTの技師を呼んで、第2回CTを行おうとしたが、同技師は、11時30分に来た(10頁)。
- h E医師には、第1回CTと第2回CTの間くらいに、脳梗塞発症らしいということで、電話で連絡した(14頁)。
- i 専門の脳外科の医師によって、超急性期という発症の間際の時期であれば、血栓の溶解とかいろいろやる場合もあるが、原告Aについては、発症は多分夜中で、発症からだいぶ時間が経っているということもあり、超急性期的な治療という適応はないと思う(15頁)。
- (イ) E医師の供述(甲A6、以下括弧内のページ数は、甲A6号証の2の頁数である。)
- a 自分は、4月1日、F医師から、原告Aについての連絡を受けたことはなく、同日午前10時30分ころ、花見をしている最中に、東京拘置所医務部保健係長であったVから、自分の携帯電話に連絡を受けた(4、5頁)。
- b 上記連絡では、原告Aについて、意識はあるが、発語障害、右麻痺があるというもので、病名は言われなかった。また、同連絡では、CTに関する連絡はなく、自分は、レントゲン技師が捕まらないことから、同日午前10時30分にはまだCTを撮っていないと思っていた(5頁)。
なお、自分は、意識があれば、発語障害、麻痺があつても、東京拘置所で対応できると思っていた(5頁)。
- c そして、自分が、午後0時ころに、花見から帰ってきて、東京拘置所に電話をしたところ、看護師が、レントゲン技師が見つかったの、CTを今撮っている最中であり、発語障害、右半身麻痺はあるが、意識はあるという話であつた(5、6頁)。
- d 自分は、CTを撮った結果については、報告を受けておらず、報告を聞こうとしなかった(7頁)。
- e 原告Aについては、脳内出血又は脳梗塞であると思っており、何時から脳圧亢進の薬を使用しているかということは確認していないが、多分使用しているであろうと思っていた(8頁)。
- f 東京拘置所では、平成13年だけで、3、4件脳内出血又は脳梗塞の患者がいたが、皆、転医させることなく、治まっていた(8頁)。
- イ 本 법정における供述
F・E医師は、本 법정で要旨次のとおり供述した。
- (ア) F医師(証人F)
- a 原告Aの診療録(乙A1)の病名として、脳出血の疑いと記載したが、第1回CTを見た後で訂正した。
- b 自分は、神経心理学を専攻しており、神経内科と精神医学の境界領域を研究していた。また、ほかの収容者について、自らCTを撮ったことは、過去に2、3回あつた。
- c 第1回CTの撮影時刻は、4月1日午前9時3分ころであり、ICUにいる段階で、CT撮影室に搬送する10分以上前には、保健助手にスイッチを入れてくれるように頼んだ。
なお、放射線技師についても、誰かに登庁してもらうように依頼したが、見つからなかったと思う。
- d 第1回CTの画像については、脳全体を見て大きな左右差があること、脳

溝の程度差から、最初から低吸収域があると判断しており、低吸収域が出現しているので発症から5、6時間以上経っていると判断した。なお、4月3日に曖昧な供述をしたのは、自分が精神科医であるため、曖昧な言い方をするくせがあるからである。

e 自分は、第1回CTと第2回CTの間に、H准看護師又はV係長に、E医師に電話をしてもらい、途中で変わって、原告Aの症状等について報告した。

f 超急性期の血栓溶解療法で助かることは、大学病院にたまたまいるか、発症の時間が特定した急性期であるか、全設備の整った病院に近かったというような場合でない限りは、無理である。

(イ) E医師(証人E)

a 自分は、V係長から、4月1日午前10時30分ころ、原告Aに関する報告の電話をもらった(なお、同人の書いた陳述書(乙A13)には、同日昼ころと記載されているが、訂正する旨供述した。))。

b 上記報告では、脳内出血ではないという話は聞いたが、脳梗塞という病名については、聞いておらず、自分で勝手に脳梗塞であると判断した。

c 自分は、同日午前11時過ぎに食事をしようと思い、レストランに入ったが、そこで、心配であったので、東京拘置所に電話をしたところ、経過観察のためにCTを撮っているところであるとの報告を受けた。なお、普段は昼ご飯を早めに摂るのが自分の習慣となっている。

d 4月9日の供述については、自分の記憶に従って、誠実に回答したものである。

(5) 原告Aについての医師の意見

ア M意見

W病院脳神経血管内治療科部長であるM医師は、原告Aの治療について意見書(甲B10)を提出し、かつ、証人として証言をしたが、同医師の意見は、要旨次のとおりである(甲B10、証人M。以下「M意見」という。))。

(ア) 脳卒中では、急激な症状の変化が起こることは稀ではなく、特に「問いかけに答えず、痛み刺激で手足を動かす、右半身麻痺」というような患者については重症であるという印象が強く、1時間ごとに神経症状、バイタルサイン(血圧、脈拍、呼吸状態)をチェックする必要があるが、神経症状の変化は、専門の訓練を受けた医師、看護師でなければ難しく、専門施設とスタッフが十分でなければ、できないと思われる。

(イ) 第1回CT写真は、アーチファクトが多く、患者の体動のために画像が歪んでおり、細部の構造の解像力が悪く、正確な観察をするのは難しいが、第2回CTと比較することにより、推測で低吸収域が生じていたと判読することができる。なお、低吸収域の有無の判断については、画質のいいCTで撮ったもので判断しなければならず、最終的な判断はできないという考えに基づいており、後記L意見の所見を否定しているわけではない。

(ウ) 第1回CT写真が撮影された時から1時間前の状態については、推測することは難しく、発症から何時間経過しているかについては、判断できない。

(エ) 患者の発見した時から、第1回CTの撮影まで(被告主張のとおり、午前9時3分が撮影時間であるとしても)1時間30分経過しており、通常の救急医療の現場では、30分程度でCTを撮影していることからすると、第1回CTの撮影が遅すぎる。

(オ) 血栓溶解療法については、色々と意見が分かれるところであり、原告Aについては、もう少し早く対応を採っていれば、血栓溶解療法の適応があった可能性もあり、本件後遺障害のような後遺障害が生じなかった可能性はある。

(カ) 原告Aについて、IVHを入れた理由は不明だが、点滴が入りにくいので入れたのであれば、自分であれば、先にCTを撮って後からIVHを入れる。

(キ) 東京拘置所の診療録については、開眼の有無が一切ないことから、JCSでの意識状態を判別することはできないが、通常痛み刺激で手足を動かすか否かは、昏睡状態か否かの見極めの時に使う刺激であるので、JCS 100の状態にあったのではないかと推測される。

イ L意見

X大学医学部脳神経外科教室助手であるL医師は、原告Aの治療について

意見書(乙B13)を提出し、かつ、証人として証言をしたところ、同医師の意見は、要旨次のとおりである(乙B13、証人L。以下「L意見」という。)

(ア) 第1回CTの画像の所見については、アーチファクトは写っており、100パーセントとはいえないが、低吸収域の有無については確実にあると断言でき、脳梗塞の発生から6時間以上経過していると思われる。ただし、脳梗塞の発症時期の推測については、発症後30分以内であれば、通常CT上低吸収域が出ないところ、低吸収域が出ている場合には、数時間以上経過したと考えられることによっており、発症時期を推測することは難しい。なお、自分であれば、その場にいれば、第1回CTについては、アーチファクトが写っているので、もう一度CTを取り直す。

(イ) 第1回CTの1時間前にCTを撮影していた場合については、どのような所見になるかは、分からない。なお、発症時間が特定できなくても、CT等で異常がなければ、血栓溶解療法の適応はあるが、血栓溶解療法については、色々意見が分かれている。

(ウ) 第1回CTの撮影は(被告主張のとおり、午前9時3分が撮影時間であるとしても)一般的な救急治療としては遅すぎるが、原告Aについて点滴が入りにくいことからIVHを試行したこと、CTのウォーミングアップ、人の入れ替わり等が重なったためだと思われる(なお、同人の意見書では、患者の発見が午前7時30分で、第1回CTの撮影時刻が午前9時3分であるということとは、時期として遅いということはない旨記載されているが、同人は、本法院で、これらの事実を前提としても第1回CTの撮影時刻が遅すぎる旨証言した。)

なお、CTを撮らずに転医させるか否かの判断は、電話での交渉等事務的な問題等から1時間半では判断しにくい。

(エ) 通常の施設であれば、入院当初は少なくとも1時間ごとに観察を行い、1日後、状態が安定してくれば、その間隔を広げていくが、原告Aについては、CT上症状がどんどん進行しており安定していないので、注意を払う必要はある。

ウ Z意見書

Y大学附属脳神経センター神経内科教授であるZ医師は、原告Aの治療について、要旨次のとおりの意見書2通(甲B3、B9)を提出した(甲B3、B9。以下「Z意見書」という。)

(ア) 脳卒中の患者については、まず、バイタルサインのチェックを行い、気道、呼吸、循環の確保を施行し、意識状態、瞳孔も必ず観察する。そして、次に神経所見のチェックをするが(ただし、バイタルサインのチェック後にすぐに救急処置をしなければならないような患者については、神経所見のチェックは後回しにすることがある。)、神経所見のチェックは、その取り方を学んだ専門の医師でないと難しく、見る頻度は、重症度によって異なるが、意識障害があれば1時間ごとにチェックをする。

なお、原告Aについては、中等症以上の脳卒中であると判断し、直ちに処処をしなければならない。

(イ) そして、緊急CTを撮って、出血の有無を確認し、脳内出血か脳梗塞かを判断するが、30分以内に撮影することが望ましく、重症の場合には、1時間後に撮ったのでは遅い上、CT所見を見る医師の読影能力が必要である。

なお、原告Aについては、4月1日午前7時30分ころ、原告Aの異常を発見し、同8時10分にはICUに搬送したとしながら、最初のCTを撮ったのが同9時3分又は同10時7分であり、あまりにも遅い気がする。

瞳孔観察は、脳浮腫の進行状況を知る指標の一つであり、瞳孔不同や意識レベルなどの神経所見はカルテに必ず記載する必要がある。

(ウ) 血栓溶解療法については、「early CT sign」がない場合、あるいはあっても軽度の場合に適応があり、これ以外の場合については、重篤な出血の可能性が低いと判断した症例に限定して行うべきである。

(エ) 脳浮腫対策、合併症対策等々の処置が的確に行われ、それが少しずつ違うとトータルでは大きく結果が違ってくる。

(オ) 脳梗塞の場合、発症した時点で頭部にガーンとする痛みがあり、上体を起こす可能性が高い。また、心原性脳塞栓症の場合には、寝ているときに発症することは統計的に少なく、起きて活動しているときに発症することが

多いので、原告Aの場合も、朝起きた直後に発症した可能性はあると思う。
(カ) 患者に、初発の時点で、失語と片麻痺が見られたら重症と判断し、開頭減圧手術中が必要な状態に陥る前に専門病院へ送るべきである。

2 本件医療行為についての原告Aの請求について

(1) 転医義務違反に基づく国家賠償責任について

ア 血栓溶解療法の適応について

(ア) 第1回及び第2回CTの撮影時刻

被告は、第1回CTは、4月1日午前9時03分ころ、第2回CTについては、同日午前11時15分ころに撮影したものである旨主張し、F医師、H准看護師はこれに沿う供述をし、K技師は、4月2日、職員から、4月1日のCTについては、撮影時刻が約1時間ずれているのではないかと指摘され、1時間4分進んでいたため、これを1時間4分戻した旨供述する。

しかし、①画像上の撮影時刻として、第1回CTについては、4月1日午前10時7分、第2回CTについては、同日午後0時19分と印字されており(前記認定事実)、通常各々の時刻に撮影されたと推認できること、②E医師は、4月3日、G・R弁護士との話の中で、4月1日午前10時半ころにV係長から、原告Aの件で電話を受け、同日午後0時過ぎに自分から東京拘置所に電話をしたところ、原告Aについて、CTを撮影している際中である旨聞いたと供述しており(前記認定事実)、これは、第2回CTの写真に印字された4月1日午後0時19分という表示と概ね合致すること(なお、同人は、本法院では、2回目の電話は11時過ぎである旨証言したが、供述が変遷したことについての合理的な理由は何もなく、これを信用することはできない。)、③ICU房動静経過表(乙A3)には、第1回CTに関し、「4月1日8時58分、CT撮影のため医務へ。」、「同9時28分、CT撮影終了し還る。」、第2回CTに関し、「午前11時10分、CT撮影のため、医務へ。」、「同30分、CT撮影終了し還る。」との記載があるが(乙A3)、仮に、第1回CTの撮影時刻が同9時03分、第2回CTの撮影時刻が同11時15分であるとすると、F医師らは、第1回CT、第2回CTとも、原告Aの移動及び撮影準備を5分間(8時58分から9時03分までと11時10分から11時15分まで)で行ったことになるが、原告Aは自分では動けず、意識もないような状態にあったものであり、IVHも施されていたことからすれば、そのような短時間で、撮影の準備ができたとは考えがたいこと(前記認定事実、証人K、同F)、④東京拘置所においては、CT撮影が何回も行われていたところ(証人K)、4月1日以前から、装置の内蔵時計が1時間進んでいたのであれば、医師や准看護師等がカルテ等を記載する際に気付くと考えられるところ、誰も気付かなかったというのは不自然であること、⑤CT装置の内蔵時計のずれについては、発生原因も不明で、3月には、定期点検も行われており(証人K)、4月1日に突然内蔵時計が1時間進んだとは考えがたいこと、⑥K技師は、電源を入れる際に、突然1時間ずれる可能性もある旨供述するが、そうであるならば、4月2日に装置の内蔵時計が進んでいたとしても、同月1日にも時計が進んでいたということにもならず、同人も第1回及び第2回CTの撮影時刻については、時計も見えていないので分からないと供述していることなどから判断すると、CT画像に印字されているとおり、第1回CTについては、午前10時07分ころ、第2回CTについては、午後0時19分ころに撮影されたものと認められ、これを覆すに足る証拠はない。

(イ) F医師の認識

被告は、F医師は、第1回CT施行当時、原告Aの症状について、第1回CTの画像から、うっすらとした低吸収域があり、原告Aは脳梗塞であって、血栓溶解療法の適応もないと認識していた、F医師には脳卒中の治療について十分知識があった旨主張し、F医師は、その旨供述する(証人F)。

しかし、①同医師は、4月3日の時点では、第1回CTの画像については、脳内出血ではないことが確認できたと供述するにとどまっており、「(第2回CTの画像で、)あ、ちょっとこれは出てきたなという感じは確認した。」、「(第1回CTの画像については、)よくよく脳外科医が診れば、低吸収域があることが分かるが、やっぱりそれでも薄い。いずれにしても、その時点で、もう多分脳梗塞の疑いということで、治療的には同じことである。」と述べていたこと(前記認定事実)、②同医師は、第1回CT撮影後、H准看護師に対し、低吸収域があることについての話はせず、脳内出血ではないとしか話し

ていないこと(証人H), ③同医師は, 4月3日の時点では, 「自分は, たまたま脳外科の本も読んではいたので, 原告Aのような状態の場合は, 脳内出血か脳梗塞じゃないかと思う。」とも述べていたこと(前記認定事実), ④そもそも, 同医師は精神科医であって, 脳神経内科・外科医ではなく, 同医師が記載した診療録の記載では, 意識レベルがどの程度であるかについてすら不明であり, M意見, Z意見書等も考慮すれば, 到底, 脳梗塞の治療に必要な神経所見について, 十分なチェックを行っていたとは考えられないこと, ⑤脳卒中の場合の発症当初のCT上の所見は, きわめて重要であり, 質の良い写真を撮ることが必要であるところ(証人M), F医師は, CT撮影について不慣れであり(実際, 原告Aが動いたためぶれてアーチファクトが入ってしまっている上, プリントアウトもできなかった。), K技師はいつでも呼び出せる状態にあったにもかかわらず(証人K), 第1回CT撮影時に呼び出していないこと(証人K), などから判断すると, 同医師が血栓溶解療法の適応の観点からCT撮影の重要性を認識していたとも, また, 第1回CTの画像を見てうっすらとした低吸収域を認識できたとも認めることはできない。

したがって, F医師は, 第1回CT画像を見て, 脳出血の所見は得られなかったことから, 脳梗塞と判断したにすぎず, 血栓溶解療法の適応の有無については, およそ考えていなかったものと認められるし, 迅速なCT撮影の必要性(前記のとおり, M・L意見, Z意見書のいずれにおいても, 迅速なCT撮影の必要性が指摘されており, 第1回CT撮影が被告の主張するように午前9時3分であったとしても遅すぎるとの指摘がされている。)についての知識や脳梗塞発症者に対する経過観察の在り方(前記のとおり, M・L意見, Z意見書のいずれにおいても, 原告Aのような症状がみられた場合, 1時間ごとに神経症状, バイタルサインのチェックをする必要があるとしているが, 後記のとおり, F医師はそのようなチェックはしていない。)についての知識も含めて, F医師の脳卒中の治療についての知識は極めて不十分なものであったと認められる。

(ウ) 血栓溶解療法の可能性

- a 被告は, ①原告Aの脳梗塞の発症時期は明らかではないこと, ②第1回CT写真上, 明らかな低吸収域が認められること, ③原告Aにすでに片麻痺, 発語障害等複数の症状が生じていたことから, 梗塞部位は広範であったと考えられることなどから, 原告Aの病状に血栓溶解療法の適応はなかった旨主張し, 内科的治療については, 東京拘置所において, 十分行えるのであるから, 被告に転医義務違反はない旨主張する。
- b 確かに, L意見は, 第1回CTの画像からは, 低吸収域が存在するとし, M意見も同様に低吸収域の存在が推測されとしている。しかし, 片麻痺, 発語障害等の症状が生じていれば血栓溶解療法の適応がないと認めるに足る証拠はないし, 「early CT sign」についても, Z意見書は, 前記のとおり, 血栓溶解療法については, 「early CT sign」がない場合, あるいはあっても軽度の場合に適応があり, これ以外の場合については, 重篤な出血の可能性が低いと判断した症例に限定して行うべきであるとしており, M意見も, 前記のとおり, 血栓溶解療法については, 色々と意見が分かれるところであり, 原告Aについては, もう少し早く対応を採っていれば血栓溶解療法の適応があった可能性もあり, 本件後遺障害のような後遺障害が生じなかった可能性はあるとしている。被告も, 前記のとおり, 「early CT sign」が認められたとしても, 中大動脈領域の33パーセント以下にとどまっているときは, 血栓溶解療法の適応が否定されないこと, 及び第1回CT画像のみから上記33パーセント以上であると断定することはできないことを認めている。
- c しかも, 第1回CTの撮影は, 前記のとおり, 4月1日午前10時7分に行われたものであるが, 第1回CT画像に低吸収域が認められるからといって, その前, 例えば, 1時間前にも低吸収域が存在したと認めることはできず(L意見及びM意見), 原告AがICUに収容され, J医師の診察を受けた同日午前8時10分ころ, さらにF医師がJ医師と交替して原告Aの診察をすることになった同日8時30分過ぎころの状態では, 原告AについてCT撮影をしても低吸収域は認められなかった可能性がある。この点は, 仮に第1回CTの撮影が被告の主張するとおり, 同日午前9時3分で

あったとしても、その撮影は遅すぎたものであり(M意見及びL意見)、もっと早く撮影していれば(M意見では、前記のとおり、通常の救急医療の現場では30分程度でCT撮影をしているという。),「early CT sign」は認められなかった可能性がある。

- d そして、東京拘置所においては、1時間に4回程度の巡回がなされていた(甲A6, 乙A9)にもかかわらず、4月1日午前7時30分ころになって、初めて原告Aの異常が発見されているということ、及び、原告Aは、前記のとおり、布団の上で上半身を起こした状態での発見されたものであるが、脳梗塞を発症した時点で頭部にガーンとする痛みがあり、上体を起こす可能性が高いということ(Z意見書)から判断すると、原告Aが脳梗塞を発症したのは、4月1日午前7時30分に近接した時点であった蓋然性が高いと考えられる。
- e したがって、F医師がJ医師と交替した4月1日午前8時30分過ぎころの時点においては、原告Aに血栓溶解療法の適応があった可能性が相当程度あったものと認められるし、第1回CT撮影が行われた同日午前10時7分以前であれば、その可能性を完全に否定することはできない。

イ 被告の転医義務について

(ア) 原告Aの症状と東京拘置所の態勢

- a 血栓溶解療法の適応があったとしても、血栓溶解療法には、危険性も伴い(甲B1・705頁, 乙B9・71頁)、これを行うかどうかの判断については、専門的な知識が必要とされる(M・L意見及びZ意見書)し、当然、血栓溶解療法を行うことについての患者の同意(患者が同意できない場合は、近親者の同意)も必要とされるものと解される。また、患者の正確な症状の判定も不可欠である(甲B1, 乙B9, M・L意見及びZ意見書)。
- b 前記のとおり、F医師が原告Aを初めて診察した4月1日午前8時30分過ぎころの同原告の症状は、「問いかけに答えず。痛み刺激で手足を動かす。右半身麻痺。発語不能。瞳孔は正円。両眼の対光反射は迅速。」という状態で、相当に重篤であったというべきであるが、これに対して東京拘置所の医療設備や看護態勢等については、さきに認定したとおりであり、人的(F医師の脳卒中の治療についての知識は極めて不十分なものであったことはさきに判示したとおりであり、J医師についても、行った処置内容から判断して、血栓溶解療法等、脳卒中の治療について十分な知識を有していたとは認められない。)にも物的にも、原告Aの正確な症状を判定して、血栓溶解療法を含む適切な治療を行える態勢にはなかったものと認められる。

なお、看護態勢について、被告は、原告Aの観察は十分行われていた旨主張し、F医師は頻繁に、H准看護師は5回以上、原告Aの容態の観察に訪れ、瞳孔等まで観察していた旨主張するが、①診療録には、准看護師等が記載をする「バイイルサイン」と記載されている表に、4月1日午前11時45分、同日午後5時30分、同日午後9時20分の記録があるのみで、F医師の記載は、全くないこと(前記認定事実, 乙A1)、②ICU房動静経過表にも、第2回CT撮影後の医務室来診の記載は、同日午後1時20分、同5時15分、同9時20分にしかないこと(前記認定事実, 乙A3)、③医療行為を行うにあたっては、その経過が大切であることから、通常、経過について診療録、看護記録等何らかの書面に記録が残されてしかるべきであるところ、原告Aについては、前掲の記録のほかにも何も記録が残っていないこと、④F医師、H准看護師は当日他の患者も診ていたこと(証人F, 同H)などからすれば、F医師、H准看護師は、頻回に原告Aの観察を行っていたとは認められず、その内容についても、瞳孔等の細かい神経所見のチェックが行われていたと認めることはできない。

- c したがって、J医師が担当した4月1日午前8時30分までの時点においても、原告Aを脳神経内科・同外科の専門知識と治療設備を有する専門病院(総合病院を含む)へ転医させる(少なくともその手続に入る)べきであったし、少なくとも、午前8時30分過ぎにF医師が引き継いだ時点では、速やかに転医の手続をとるべきであったというべきである(原告Aの症状が転医を困難とするようなものであったことを窺わせる証拠は何ら存しない。)

東京拘置所には、CT装置が存在していたので、CT撮影をしてCT画像の所見を得てから転医の判断をするということも不当とはいえないが、血栓溶解療法の適応は時間を争うものである以上、CT撮影をするのであれば、J医師の担当した午前8時30分までの時点においても、これを行うべきであったし、F医師も引き継いだ後、速やかにこれを行うべきであった。もっとも、前記のとおり、F医師は、CT装置の取扱いに慣れているとはいえない上、脳梗塞の場合のCT画像の読影能力も十分に有していたとは認められないので、CT撮影をすることなく、転医させる方が妥当であったと考えられるし、少なくとも、CT撮影をするのであれば、K技師を呼ぶべきであった(K技師は、呼ばれれば応じられる状態にあった(証人K))。そして、CT撮影と並行して転医の準備が行われるべきであった。

しかし、CT撮影は、4月1日午前10時7分になってはじめて行われ、同日中は原告Aの転医が行われなかったことはさきに認定したとおりである。

なお、原告Aと被告との間には診療契約が締結されているわけではないが、原告Aは勾留中であり、被告によって、東京拘置所に所属する医師からしか医療の提供を受けることができない環境に置かれているのであるから、被告(具体的にはJ医師やF医師)は、診療契約が締結されている場合に準じた治療義務(転医義務を含む)を条理上負うものというべきである。

(イ) 在監者の特殊性について

被告は、在監者については、拘禁目的からくる制約や施設の事情に基づく制約等在監関係の特殊性を考慮に入れる必要があり、この限りにおいて、在監者がすべての点において一般国民と同様の状況にあるとは解されないところ、拘置所は、拘禁目的を達成するため適切な医療を行う観点から外部の専門病院等に転医させるか否かを判断するものであると主張する。

しかし、原告Aは、未決勾留されているにすぎず(前記前提事実)、勾留されていることによる必要最小限度の制約を受けるとしても、疾病によりその生命・身体が危険な状態になった場合にそれに対応した適切な医療行為を受ける利益は、最大限尊重されなければならない。

前記のとおり、原告Aは、4月1日午前7時30分ころ、「うっ」、「あっ」と言葉にならない状態で、ろれつが回らず、点呼もできない状態で発見されたものであり、同日午前8時30分過ぎころには、「問いかけに答えず。痛み刺激で手足を動かす。右半身麻痺。発語不能。瞳孔は正円。両眼の対光反射は迅速。」という状態にあったのであるから、生命・身体に重大な危険が及んでいることは外見からも明らかであり、その生命を守り、病状の悪化を防ぎ、健康の回復を図るために迅速かつ適切な医療が提供されなければならない。東京拘置所において血栓溶解療法を行うことができない以上、これを行うことができる医療施設に転医させるべきことは当然であり、未決勾留されていることがそのような転医を妨げる理由とはならない。

(ウ) なお、原告Aは、血栓溶解療法の適応の可能性があったことから生じる損害とは別に、原告Aのような症状の脳梗塞については、脳梗塞の再発や、症状の急激な増悪、合併症の併発等に対処するための専門スタッフと設備の整っている医療施設できめ細やかな経過観察を含む医療を受けなければ、生命の危機に瀕する可能性も十分存したので、そのような現代医学の水準に沿う適切な治療を受ける機会を期待する権利を有していたが、被告が転医を遅らせたことによってそれを奪われたとして、その損害賠償も主張している。

確かに、これまでに認定した事実によれば、東京拘置所で経過観察及び治療を続けるよりも、早い段階で専門の医療施設に転医させる方が、きめ細かな経過観察ができた可能性が高いし、必要になれば直ちに開頭減圧手術を行えるという意味で、安全性も高かったと認められるが、東京拘置所においても、原告Aの症状に対応した治療は行われている(後記のとおり、グリセオールの投与も適切に行われていた。)し、転医させれば、症状、あるいは後遺障害の内容、程度に影響を与えたと認めるに足る証拠も存しない(前記血栓溶解療法の問題を除く)から、原告Aが専門の医療施設で

の経過観察、治療を受けられなかったことのみをもって、賠償を必要とするような精神的損害が発生したと認めることはできず、違法性も認められない。

ウ 損害及び因果関係について

(ア) 被告の責任

これまで判示したところによれば、J医師、F医師等の東京拘置所の職員らが、原告Aが「うっ」、「あっ」と言葉にならない状態で発見されてから、速やかに転医の手続をとっていれば、原告Aには血栓溶解療法の適応があった可能性があり、同職員らが原告Aを速やかに専門病院に転医させるべき義務(条理上の転医義務)に反したために、原告Aは血栓溶解療法を受ける機会を完全に失ったものというべきであるから、これによって原告Aに発生した精神的損害については、被告は、国家賠償法1条1項により、これを賠償すべき責任があるというべきである。

(イ) 原告Aの損害

原告Aの本件後遺障害は、前記のとおり、①感覚性失語及びほぼ完全な運動性失語、②右同名性半盲、③失読・失書(平仮名、片仮名、漢字、数字の全て)、④高次の会話はもとより抽象的な会話内容、抽象的用語を用いた疎通はできない、⑤計算力は全くないか著しく低下している、言語や文字を要する理解、判断力は著しく障害されている、⑥右下2分の1顔面神経麻痺、⑦右半身完全運動麻痺等であり、血栓溶解療法が行われていれば、これほどの後遺症は生じなかった可能性があるものと認められる(M意見)。そして、被告の転医義務違反は、原告Aからそのような可能性を奪うものであるから、これを看過することはできず、それによって生じた原告Aの精神的損害は、慰謝料をもって賠償されるに値するものというべきである。

もっとも、慰謝料算定にあたっては、原告Aの症状は、4月1日午前8時30分過ぎころには、すでに、「問いかけに答えず。痛み刺激で手足を動かす。右半身麻痺。発語不能。瞳孔は正円。両眼の対光反射は迅速。」という状態であったので、血栓溶解療法が行われた場合、本件後遺障害がどの程度軽減されたかは明らかではないこと、前記のとおり、血栓溶解療法には危険も伴うこと、東京拘置所が速やかに転医手続をとったとしても、転医先を探す時間や搬送に要する時間など、転医には一定の時間がかかることは避けられないので、転医先の医療施設において血栓溶解療法を採用できたとは断定できないこと、などの点も考慮されなければならない、その他本件に現れた諸般の事情を考慮すると、慰謝料額は、100万円と認めるのが相当である。そして、弁護士費用相当の損害は、20万円と認めるのが相当である。

(ウ) 被告の主張

被告は、①本件は死亡事案ではないこと、②期待権が保護されるためには、症状が改善した相当程度の可能性の存在が証明されることが要件となるが、本件ではその証明がないこと、③F・E両医師の処置に過失はないことなどから、被告は、期待権侵害に基づく損害賠償責任を負うことはない旨主張する。

そして、原告Aが専門の医療施設での経過観察、治療を受けられなかったことによる期待権侵害の主張が理由がないことはさきに判示したとおりであるが、原告Aから血栓溶解療法を受ける機会を奪うことについては、これを期待権侵害と呼ぶか否かは別として、原告Aから本件後遺障害という、生命侵害にも比肩すべき重大な後遺障害を免れる機会を奪うことであって、原告Aが自らの生命・身体に関して有している人格的利益を侵害するものというべきであり、それによって生じた精神的損害については、賠償責任が発生するものというべきである。

(2) 脳浮腫対策義務違反に基づく国家賠償責任について

原告Aは、4月1日にグリセオール200ミリリットルは、4回投与されておらず、4月2日には、グリセオールは投与されていない旨主張する。

しかし、①診療録上、グリセオールの投与について、4月1日分については、「200ミリリットル×4」との記載があり、ICU収容者「バイイルサイン」と題する表にも、同日午後5時30分及び同9時20分にグリセオールを投与したとの記載があること(前記認定事実)、②F医師及びE医師は、原告Aの症状については脳梗塞であると判断していたものであって(前記認定事実、証人F、同E)、その治

療のため投与していたグリセオールを中止するとは考えられないこと、③東京拘置所においては、一度指示のあった投薬については、変更指示がない限り、従前と同様の投与を続けるという運用がなされており(証人H)、H准看護師は、自らグリセオールを投与した旨供述していること(証人H)等からすれば、H准看護師は、原告Aに対し、4月1日に4回、4月2日に2回、グリセオールの投与を行っていたと認められ、これを覆すに足る証拠はない。

したがって、グリセオールが投与されていないことを前提とする原告Aの脳浮腫対策義務違反の主張は、その余の点について判断するまでもなく、理由がない。

また、原告Aは、適切な脳浮腫対策を受ける機会を期待する権利を奪われたとして、その損害賠償も主張しているが、これが認められないことは、転医義務に関係して(1)イ(ウ)で判示したとおりである。

3 本件医療行為についての原告Bの請求(説明義務違反に基づく国家賠償請求)について

(1) 前記のとおり、原告Aは、4月1日午前7時30分ころ、「うっ」、「あっ」と言葉にならない状態で、ろれつが回らず、点呼もできない状態で発見され、午前8時30分過ぎころには、「問いかけに答えず。痛み刺激で手足を動かす。右半身麻痺。発語不能。瞳孔は正円。両眼の対光反射は迅速。」という状態にあり、生命・身体に重大な危険が及んでいることは外見からも明らかであったのであるから、少なくとも道義上、被告(東京拘置所)は、原告Aについて緊急の処置を終えた段階(遅くとも第1回CT撮影後)では、原告Aの父親である原告Bに連絡し、原告Aの症状、治療法、予後等について説明すべきであったというべきである。

そして、原告Bに連絡がされれば、本件刑事事件の原告Aの弁護人に連絡し、勾留の執行停止を申し立てることも可能であったと解される。また、C大学附属病院での開頭減圧手術についても、原告Bが術前に説明を受け、手術に同意した上で実施されたものと解される。

(2) しかし、原告Bに連絡があっても、最も重要な血栓溶解療法を行うことについての同意を求められる余地はなく(この点は、被告が転医義務に反したために生じたことであり、転医義務違反による損害は、前記のとおり、原告Aの損害として認めている。)、原告Aが専門の医療施設での経過観察、治療を受けられなかったことのみをもって、賠償を必要とするような精神的損害が発生したと認めることはできないことは、さきに判示したとおりであるから、勾留の執行停止決定を得て、原告Aを専門の医療施設に転医させられなかったことをもって、原告Bに賠償を必要とするような固有の精神的損害が発生したと認めることもできない。

そして、C大学附属病院における開頭減圧手術については、これを行わないという選択肢は存在しなかったものであり(前記認定事実)、原告Bの原告Aに代わって手術を受けるか否かの決定をする利益が害されたということもできない。

(3) したがって、確かに、被告(東京拘置所)が、4月2日午後0時23分ころまで原告Bに原告Aの症状について連絡しなかったことは、適切ではなかったというべきであるが、これが原告Bの固有の権利を侵害する違法性を有するものであったとまでは認めることはできず、原告Bの本件医療行為についての請求(説明義務違反に基づく国家賠償請求)は、その余の点について判断するまでもなく、理由がない。

4 原告Aが手錠をかけられた行為についての原告らの請求について

(1) 原告らは、東京拘置所の職員が、C大学附属病院において、開頭減圧手術後の原告Aに対し、手錠をかけたことは、「勾留の目的」を達成するために必要な限度を超えた過剰な苦痛ないし人権の制約であって、原告Aの人権を侵害し、憲法31条の要請する「適正な」内容をもった法律(デュー・プロセス)による人権の制約とはいえず、憲法36条の「残虐な刑罰」又は「拷問」にあたる上、危篤状態でありながら手錠までかけられた息子の姿を見せつけられた原告Bに対する違法行為でもあることは明白である旨主張する。

そして、東京拘置所の職員が開頭減圧手術後である4月3日の午前7時45分ころ、原告Aに対し手錠をかけたことは、さきに認定したとおりである。

(2) 開頭減圧手術後、原告Aには本件後遺障害が残っていることから判断して、原告Aに「逃走、暴行若くハ自殺ノ虞」(監獄法19条)があったことは疑問であり、東京拘置所の職員は、原告Aが「監外ニ在ル」(監獄法19条)のために手錠をかけたものと推認される。

このような対応はいささか杓子定規の感を免れないが、手錠をかけるか否か

の判断において、拘置所の職員に臨機応変な法解釈を求めることが適当であるとは一概にはいえないし、前記のとおり、東京拘置所の職員は、C大学附属病院の医師の許可を得て、手錠をかけており、手錠をかけることが原告Aの症状に悪影響を及ぼしたと認めるに足る証拠もないから、東京拘置所の職員が監獄法19条に従って原告Aに手錠をかけた行為が原告らに対する関係で違法性を有すると認めることはできない。

(3) したがって、原告Aが手錠をかけられた行為についての原告らの請求は、その余の点について判断するまでもなく、理由がない。

5 結論

よって、原告Aの請求は、国家賠償法1条1項に基づき、損害金120万円及びこれに対する訴状送達の日翌日である平成13年11月3日から支払済みまで民法所定の年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、原告Bの請求は、いずれも理由がないから、主文のとおり判決する。なお、仮執行免脱宣言は、相当でないので、これを付さないこととする。

東京地方裁判所民事第30部

裁判長裁判官 福田剛久

裁判官 新谷晋司

裁判官 平田晃史