

医 学 意 見 書

2024年3月28日

東京地方裁判所 御中

山崎外科泌尿器科診療所

医 師 山崎 利彦



私は、小竹広子弁護士・高遠あゆ子弁護士からの依頼により、[REDACTED]氏に関する別紙「意見照会書」(2024年2月26日付)の「ご意見を伺いたい事項」について、提供を受けた資料に基づき、外科・泌尿器科の専門医としての見地から検討しました。その結果を意見書として提出します。

なお当職の学歴・職歴・学位・専門分野・専門医資格等の履歴については、別紙として添付します。

1 初期（令和3年1月）の対応について

(1) 一般的に、20代の患者が、痛みを伴わない精巣の腫れを訴えて受診をした場合、医学的にどう評価しますか。

回答： 精巣腫瘍を疑う事が最も重要です。当然、鑑別すべき疾患としては精巣上体炎・陰嚢水腫、そして鼠経ヘルニアは念頭に置くべきですが、20代で無痛性である事からは第一に考えるべき疾患は精巣腫瘍です。

(2) 精巣腫瘍を疑った場合、どのような医療措置を採りますか。

回答： 触診、超音波検査、腫瘍マーカーがありますが、極力早期の診断・治療（手術）を行うべきとの観点からは触診と超音波のみで直ちに手術を実施可能な医療機関に依頼する事が重要と考えます。腫瘍マーカーや CT も有用

ですが、これらは手術を行う医療機関で実施としても良い程、早急な手術を検討すべきでしょう。

(3) 精巣腫瘍の手術は、どの程度の緊急性をもって実施されますか。

回答：緊急手術として可及的速やかに行うべきでしょう。

(4) それはなぜですか。

回答：無作為抽出試験を実施する事が人道上不可能なため根拠と成るデータはありませんが、精巣は直接外から触れられる為、手術までの期間に患者が何度も触る事が転移を惹起する可能性があります。また、精巣腫瘍に限らず、若年者の悪性腫瘍は分裂・増殖能力が高く、周囲への浸潤や遠隔転移が急速に生じるリスクが高いと考えられ、緊急性は高いとされます。また、他の悪性腫瘍で用いられる組織診断としての生検は、その行為自体が転移を惹起するリスクも高く、手術治療が唯一の確定診断である事も手術を選択する要因です。患者が未婚で23歳と云う若さである事、拘置所で将来への不安が大きい事からも早急に診断的治療としての手術を選択すべきでしょう。余談ですが私が研修医の頃、先輩が診断した精巣腫瘍の患者にトラック運転手の方がおられましたが、緊急手術の説明をした際に「どうしてもトラックを会社に戻す必要が有る」と主張して一旦帰宅された方がいらっしゃいました。この患者さんはそのまま自殺されて仕舞いました。

(5) 本件では、████さんが精巣の腫れを訴え、初診（令和3年1月7日）の際、医師は触診、次の診察（同月9日）の際には、触診、陰嚢水穿刺吸引により細胞診のみ実施していますが、泌尿器科専門医としてどう評価しますか。

回答：そもそも陰嚢水腫ではなかった事から、穿刺は危険性こそあれメリットは何一つありません。私達のように経験を十分に積んだ泌尿器科専門医でも、触診のみで腫瘍と水腫の鑑別が困難な場合がありますが、その場合に陰嚢水腫の診断が出来ない状況で穿刺を実施する事は寧ろ禁忌と言えるでしょう。仮に悪性腫瘍でなかったとしても、精巣上体炎や鼠径ヘルニアの場合で

も穿刺は禁忌です。陰嚢水腫である事に確証がなければ穿刺は絶対にすべきではありませんし、その場合には超音波で確認する事が最も簡便で確実であると考えます。

- (6) また、細胞診で Class 2 であったことを理由に経過観察とし、実際に次に山崎先生を受診（同年 3 月 11 日）するまで約 2 か月間、特段の医療措置をとつていませんが、この措置をどう評価しますか。

回答：そもそも診断が付かなかった無痛性陰嚢内容腫大は早急に泌尿器科専門医を受診させるべきでしょう。穿刺を実施して十分な検体を確保し、陰嚢内容が激減した、即ち「陰嚢水腫の診断が付いて穿刺で改善した」との所見が無ければ、行うべきで無かった穿刺の影響も含めて、治療、並びに今後の方針の確認に直ちに泌尿器科専門医に依頼すべきであったと考えます。

- (7) 被告は、さいたま拘置支所には腹部臓器を検査対象とする周波数 3.75 メガヘルツのコンベックス型のプローブしかなかったため、陰嚢の超音波検査が実施できなかった、と主張しますが、この主張についてどのように評価しますか。

回答：恐らくは腹部超音波検査用の 3.5MHz のプローブは所持しているが体表臓器向けの 7.5MHz プローブが無いため実施出来なかつたと主張していると思慮しますが、これは失当であると考えます。体表面用プローブ (7.5MHz) は診療報酬上も「体表面超音波検査」として分けられ、甲状腺や陰嚢内容への実施は低い点数に抑えられています。これは対象臓器が体表面にあり、実施が容易で細かい部分まで見える事から、その「手間」を低く評価されていると考えられます。本件では穿刺まで実施するだけの体制を取っており、また細かな所見を得る必要も無く、「陰嚢内容が水か臓器か」の鑑別が出来れば良いだけでしたから、腹部超音波用の 3.5MHz で充分に鑑別が可能です。勿論、これが精巣上体炎や精索靜脈瘤・精巣梗塞・精巣外傷等の鑑別をしようと云うのであれば 7.5MHz プローブの有用性が発揮されますが、本件では

そもそもそうした疾患は念頭に置かれていません。

- (8) 精巣の腫れが発見されてまもなくもしくは1か月半程度後の1月9日頃に精巣腫瘍が判明した場合、ステージはどの程度であったと考えられるでしょうか。

回答：確実なことは言えませんが、3月24日の手術時の病理検査で腫瘍が「一部で精巣鞘膜表面に露出しています。少数の脈管侵襲がみられます。」と いう程度のステージⅡa であったことから、2ヶ月半以上前の1月初め時点であれば、その手前のステージI であった可能性は十分に期待できます。

- (9) 仮に亡●さんが1月の初診の後すぐに手術を受けていたらどのような経過になったと考えられますか。

回答：セミノーマの初診時点の75%がステージI、つまり転移がない状態です。そうであれば、直ちに手術をすることにより根治性（がんを全て取り除く）が期待出来ました。セミノーマでステージIで手術をしたケースの疾患特異的生存率はほぼ98-99%であることからすると、亡●さんについても、救命が期待できたでしょう。

2 令和3年3月11日の山崎外科泌尿器科受診時について

- (1) ●さんを初めて診察された際に、どのような所見を持たれましたか。

回答：一見して精巣腫瘍と思われる状態でした。拘置所と云う環境下でなかなか言い出せなかつたのだろうと想像しましたが、既に数か月前に診察を受けていたと聞いて大変驚きました。

- (2) それまでの刑事施設での医療措置についてどのように評価しましたか。

回答：浦和拘置所からは以前から依頼を受けた事が何度かありました。情報提供書の書き方から見ても、適切な時期に適切な依頼をしてくれていたと思います。本件で拘置所での診察・処置から長時間が経過していたのは、余程の事情があったのではないかと思いました。これが拘置所でなければ、この

ような長期間専門医に受診させない事は、患者が余程抵抗しない限りあり得ません。拘置所外での常識から考えると、拘置所の医療体制の在り方そのものに問題があったのではないかでしょうか。施設内に専門医がいないにもかかわらず外部との連携が不十分で、全体として医療体制が不十分です。

(3) 刑事施設にはどのような医療措置を指示されましたか。

回答： 精巣腫瘍が疑われるため、一刻も早い手術も念頭において CT撮影と腫瘍マーカーの確認を指示しました。

3 手術後～東日本成人矯正医療センター①での化学療法の医療措置について

(1) [REDACTED] さんがんステージは、手術後の病理検査結果を踏まえてステージⅡaと評価され、手術の後の化学療法（BEP療法2コース）および胸腹部CT検査を実施した後に、ステージⅠaと評価されていますが、これは何を意味しますか。

回答： 精巣腫瘍のステージ分類には、日本泌尿器科学会病期分類、TNM病期分類、IGCCC分類などがあります。日本泌尿器科学会の病期分類では、腫瘍が精巣を包んでいる鞘膜内に収まっており転移がないものがステージI、腫瘍が精巣の外に出ているが精巣近くの横隔膜以下のリンパ節にのみ転移しているものがステージII、肺などほかの臓器に遠隔転移しているものがステージIII。ステージIIのうち、後腹膜転移巣が5cm未満のものがステージIIa、5cm以上のものがステージIIbといいます。

本症例の場合、術前の病理検査結果で「腫瘍は一部で精巣上体の間質に浸潤しています。一部で精巣鞘膜表面に露出しています。少数の脈管侵襲がみられます。pT2に相当します。」とされています。腫瘍が精巣の鞘膜を超えて一部で表面に露出していること、脈管に侵襲していること、またリンパ節が腫脹していることから、既に転移が始まっている。リンパ節の腫脹は1cm大で5cm未満であるため、ステージIIaに相当します。

手術後に化学療法を行い、化学療法を終えた段階ではリンパ節の腫脹が治まり

目に見える転移が見られない状態になったことから、ステージⅠにダウンステージ (downstage : 病期が下がった) したと判断されています。

4 川越少年刑務所～執行停止までの医療措置について

(1)一般的に手術、化学療法を終えた後、どのような経過観察を行うべきですか。

回答：精巣腫瘍ガイドラインに従い、ステージⅡa のセミノーマの経過観察を行うべきです。すなわち導入化学療法後 1 年間は 2 ヶ月毎に理学的検査、腫瘍マーカー、胸部 X 線検査を行い、CT 検査は必要に応じ適宜行います。ただし、ガイドラインは飽く迄も「非専門医」に判り易く「最低限」の治療方法を示しているものであり、「これさえしていれば大丈夫」と云うモノでもありません。2 カ月と云う受診・検査頻度も「それ以上延ばすべきではない」と受け止めるべきであり、本人の自由意思で受診が出来ない刑務所であると云う環境を配慮すると一定期間は最低限 1 か月以内に受診させるべきであったのではないでしょか。

(2) [●]さんは、令和 3 年 3 月に手術、同年 4 月～ 6 月の化学療法を経て、同年 7 月に CT 検査をした際には、がんの転移は見つかりませんでした。この状態を医学的にはどう評価しますか。

回答：一般的に画像診断で確認出来る転移巣は、5mm 以上の大きさがなければ補足できません。目に見える転移は確認されていないが、ステージⅡa で脈管侵襲やリンパ節転移が始まっていた以上、目に見えない細胞レベルでの転移が完全に消失したわけではないので、慎重に経過観察をするべき状態と評価します。

(3) [●]さんは、その後、同年 9 月 22 日に腰痛、発熱を訴えていますが、[●]さんが精巣腫瘍で手術、化学治療を受けた後であったことを考慮した場合、医学的にはどのように対応すべきですか。

画像診断が 7 月 6 日、8 月に刑務所に移送された後、1 か月が経過している

事から、この段階で直ちに移送し診断を受ける事が必須だったと考えます。仮に転移ではなかったとしても化学療法後である事から免疫抑制状態である事も考えるべきでしょう。医師であれば、転移を疑い速やかに診察、腫瘍マーカー、胸部X線検査、CT検査を実施するべきです。

(4)ここで、速やかに転移を疑いCT検査等を実施した場合、[REDACTED]さんのがんの全身転移、ひいては、死亡の結果を回避できましたか。

回答：疼痛と難治性の発熱があり、リンパ節も触知されているのにも関わらず、悪性腫瘍で手術と化学療法を実施された20代の患者が月単位で精査を行わずに放置された事には驚きしかありません。確実なことは言えないが、ここまで腫瘍の転移・増大の速度から勘案すると、速やかに発見していれば全身転移に至る前に治療を開始でき、死亡の結果を回避できた事が期待出来たでしょう。

(5)できるとお考えの場合、その根拠はなんですか。

悪性腫瘍の転移巣は、診断した（見付けた）時の大きさで留まる訳ではなく、かなりの速度で成長します。従って、如何に早く転移を診断し、治療に移行するかが救命のカギとなるからです。

(6)被告は、「[REDACTED]さんががんは難治性のがんであった。そのため、①手術をより早く行っていたとしても、②手術、化学療法後、翔汰さんが腰痛、発熱などを訴えた際に直ちに転移を疑って早期に医療措置をとっていたとしても、死亡は回避できなかった。」と主張していますが、この主張に対するご意見をお聞かせください。

回答：この主張は、そもそもその診療を怠った事を棚に上げて病気に責任があるかのような主張と思えます。「難治性であった」事を理由にするのは、それまで十分な診療を行って来た場合に初めて主張できるものであり、各々の診療のタイミングを月単位で遅らせている状況では失当だと思います。逆に言えば、「難治性だったから早期に治療しても間に合わなかった」のではな

く、「診療のタイミングを逃した結果難治性となった」と反省するのが当然ではないでしょうか。仮にこうした弁明が成立するのであれば、どのような治療の「失敗」も存在しません。本件では適切なタイミングで適切な医学的介入が出来ていれば、「難治性」に陥る事なく、救命できたことが十分に期待できると考えます。セミノーマの中で「難治性のがんであった」というのは、結果的に治療の効果が出にくく治りにくかったということに過ぎず、発生当初からその性質が難治性であることを意味しません。ステージが進行することにより難治性になると考えられます。従って、早期に医療措置をとつていれば、それだけ難治性となる可能性も低下します。

5 その他、本件の経過をご覧になって、どのような点に問題があったとお考えですか。

初めに、私はプライマリ・ケアの担い手として、同時に学位を有する専門医として、医学・医療とは常に「不確定性」であると考え、そう理解しています。同時に、以前から浦和拘置所の医師・職員の限られた状況下での適切な対応に深く敬意を表している事を申しておきたいと思います。「その上で」、本件に関しましては、俗に言う「塀の中と外」ではここまで医療への扱いが異なるのか、と云う点に大いに驚かされています。本件で問題とされるべきは、限られた環境下で全力を挙げておられる浦和拘置所や川越少年刑務所の医師や職員「個人」ではありません。憲法 14 条で定める「すべて国民は、法の下に平等であって、人種、信条、性別、社会的身分又は門地により、政治的、経済的又は社会的関係において、差別されない」こと、並びに憲法 25 条第 2 項「国は、すべての生活面について社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」ことを、少なくとも医療面においては、俗に言う「塀の中と外」において長年に渡って放置して来た行政府としての日本政府・法務省、並びに立法府としての国会にこそ、問題があると考えています。

前述しました通り、浦和拘置所の医師・職員には限られた環境下で適切な対応をされて来た事に、私個人としては大変敬意を払っている処です。と、言いますのも、浦和拘置所では限られた「年間予算」の「範囲の中」で、限られた医療機器と薬剤のみで診療を行われており、浦和拘置所の「外」の医療機関への受診は、少なくとも私が経験して来た範疇では、形式的には担保されているものの、「極力費用を抑制するように」常に要望されておりました。本件では、こうした「限られた状況下で個人の力量で辛うじて維持されていた医療水準」が破綻した結果である事は明らかです。これは浦和拘置所だけでなく、川越少年刑務所、更には日本中の拘置所・刑務所で生じている事だと推察します。少なくとも本件事案が、「塀の外」で起こっていたら、担当した医師は重大な医療過誤として訴訟を受け、重大な刑事的・民事的責任を負わされた事は間違いない事態である事は裁判所の皆さんには十分ご理解頂けると思慮しております。

前項迄の意見でも述べました通り、「ガイドライン」は飽く迄も非専門医が、何時でも専門医に意見を求められる状況下で診療を行う為に作られた指針で有り、本件事案のように「塀の中」に限局された状況を想定はしていません。浦和拘置所でも川越少年刑務所でも、そこでの医療に「専門医に意見を聞く」と云う、「塀の外」では当たり前の前提が担保されていないからこそ生じた医療過誤と言えると推察します。

更に私が驚いたのは、被告らが「初診時から精巣腫瘍を疑っていたが拘置所で超音波検査が出来なかったため穿刺液の細胞診を行った」「陰嚢駅の細胞診はがん組織に針を刺したわけではないので禁忌とされる生検ではない」等の主張を行っていると聞いた事です。「精巣腫瘍で陰嚢液の細胞診を行う」との発想は、国家試験を通った医師であれば普通は持ちません。「塀の外」の診療を通常行っている医師であれば誰も主張しない見当外れな見解です。的外れであり、他の医師からは嘲笑の対象となるでしょう。一般的に「腹部超音波検査」として用いられる 3.5MHz のプローブであっても、陰嚢水腫と精巣腫瘍の鑑別は容易です。寧ろ悩まされるのは「鼠径

ヘルニア」との鑑別ですし、私自身、鑑別に難渋した症例があります。しかし、現在の「塙の外」では、鼠径ヘルニアは CT で最終診断を得る事が多いため、浦和拘置所では 3.5MHz プローブでの鑑別が想定されなかつたのではないかでしょうか？実際、私自身、故浦郷氏の診断に用いたのは 3.5MHz のプローブです。斯様に、診療その物にも「塙の中と外」では大きな隔たりがあるばかりか、本件のような訴訟案件でも、「塙の中」の診療を行う医師は、「塙の外」の当然の医療水準には程遠い弁護しか受けられないと云う事実に、暗澹たる思いがしました。

斯様に、本件の最大の問題は、浦和拘置所並びに川越少年刑務所の医師・職員が判断を誤った、と云う「個人のミス」ではなく、「塙の中と外」で、ここまで大きな「医療を受ける権利」、即ち最低限の人権の扱いに大きな乖離がある事だと思います。しかも、それを所管するのが憲法を始めとした法律を司る法務省である事に大きな問題を感じます。前述の通り、長年に渡って法務省を始めとした行政が憲法に定められた人権の公平性を蔑ろにし、それを改善しようとしてこなかつた立法府としての国会にそもそも問題があると思慮しております。本法廷では、残された三権の最後の砦、司法の判断として、「塙の中と外」に憲法 14 条並びに憲法 25 条の公平性を求める御判断を頂きたいと切に望みます。故 [REDACTED] 氏にはその御判断は活かされませんが、日本中の日本国民の為に、何卒宜しくお願ひ致します。

履歴

山崎外科泌尿器科診療所
院長 山崎利彦

私は 1992 年 3 月に日本大学医学部を卒業し、1993 年 5 月に医師免許取得と共に日本大学医学部泌尿器科学教室(当時)に入局しました。大学病院を中心に関連病院で研鑽を積み、1998 年 4 月 1 日には日本泌尿科学会認定専門医を取得し、今日まで 5 回の更新を行っております。2003 年 4 月 1 日には日本泌尿器科学会認定指導医にも認定されましたが、此方は開業に伴い更新を行っておりません。病院での診療と並行して研究も行い、2003 年には医学博士の学位の授与を受けています。

大学医局から勤務医として働いておりましたが、2002 年に父が脳梗塞で倒れ、急遽父が開業しておりました「山崎外科医院」を引き継ぎ、山崎外科泌尿器科診療所院長として現在に至っております。

開業医として幅広くプライマリケアの担い手として診療を行っておりますが、これは勤務医時代に様々な病院に勤務し、他の診療科の医師と協働し、多くの病院で「外科系当直」をこなして來たと云う診療実績があります。

更に、開業医としての診療報酬・社会保障制度の理解の為に 2007 年から埼玉県保険医協会の理事に就任、2011 年から常任理事、2019 年には副理事長の就任し、2021 年から現在まで同協会の理事長を務めています。また、全国保険医団体連合会でも 2016 年より理事に就任し、診療報酬全体の研究・周知を行う「社保・審査部」担当の理事として活動しており、診療報酬上のルールに関しては医科全体のみならず、一部歯科に関しても理解を深めております。