

令和5年（ワ）第6275号 国家賠償請求事件

原告 ■■■■■ほか1名

被告 国

## 準備書面（5）

令和6年9月13日

東京地方裁判所民事第35部合A3係 御中

被告指定代理人

川 勝 庸 史

岡 田 健 斗

古 瀧 孝 明

五十嵐 雅 子

内 城 良

川 崎 健 太

福 田 浩 一

望 月 裕 太

齊 藤 泰 貴

小 松 裕 樹

長 山 貴 尚

安 田 恵 美

松 村 将 彦

大 塚 真 斗

目 次

第 1	訴訟上の因果関係の立証の程度について	4
第 2	岩田意見書及び池田意見書に関連する医学的知見	4
1	精巣腫瘍の転移について	4
(1)	腫瘍の転移の形式	4
(2)	精巣腫瘍の転移の形式について	5
ア	悪性精巣腫瘍の転移の形式	5
イ	ステージ I セミノーマの再発・転移の形式	5
(3)	泌尿生殖器のリンパ流と精巣腫瘍の所属リンパ節について	6
ア	精巣と陰嚢のリンパ流	6
イ	精巣腫瘍の所属リンパ節	6
(4)	精巣腫瘍における脈管侵襲について	7
ア	脈管侵襲には血管侵襲とリンパ管侵襲があること	7
イ	脈管侵襲と腫瘍径の関連性	8
ウ	病理診断における問題点	8
2	精巣腫瘍の組織型等	9
(1)	悪性腫瘍の分類	9
(2)	胚細胞性腫瘍	9
(3)	胚細胞腫瘍における体細胞型悪性腫瘍	10
ア	定義等	10
イ	症例、臨床所見等	10
ウ	予後等	11
(4)	精巣腫瘍の転移巣の組織型	11
(5)	精巣腫瘍とシスプラチン耐性	12
第 3	本件支所及び本件刑務所の医師らの亡■に対する対応等と亡■	

の再発・転移ないし死亡との間に相当因果関係が認められないこと

---

	13
1 原告らの主張	13
2 被告の反論	14
(1) 岩田医師及び池田医師の意見の要旨	14
ア 亡■■■■の病状に関する岩田医師の意見の要旨	14
イ 亡■■■■の病状に関する池田医師の意見の要旨	15
(2) 亡■■■■については、癌の再発ないし転移を回避し得た高度の蓋然性及び救命し得た高度の蓋然性があったとは認められないこと	16

被告は、本準備書面において、訴訟上における因果関係の立証の程度について主張した上で（後記第1）、岩田要医師（以下「岩田医師」という。）作成の意見書（以下「岩田意見書」という。乙B23）及び池田正行医師（以下「池田医師」という。）作成の意見書（以下「池田意見書」という。乙B24）に関連する医学的知見について補充・整理しつつ（後記第2）、岩田意見書及び池田意見書を踏まえ、本件支所及び本件刑務所の医師らの亡■に対する対応（原告ら主張の検査義務違反）と亡■の再発・転移ないし死亡との間に因果関係が認められないことについて主張を補充する（後記第3）。

なお、略語等は、本書面において新たに用いるもののほか、従前の例による。

## 第1 訴訟上の因果関係の立証の程度について

訴訟上の因果関係の立証は、一点の疑義も許されない自然科学的証明ではないものの、経験則に照らして全証拠を総合検討し、特定の事実が特定の結果発生を招来した関係を是認し得る高度の蓋然性が証明される必要があり、その判定は、通常人が疑いを差し挟まない程度に真実性の確信を持ち得るものであることを必要とし（最高裁昭和50年10月24日第二小法廷判決・民集29巻9号1417ページ）、このことは、医師が注意義務に従って行うべき診療行為を行わなかった不作為と患者の死亡の間の因果関係の存否の判断においても異なるところはない（最高裁平成11年2月25日第一小法廷判決・民集53巻2号235ページ）。

そして、因果関係の判断に際して、特定の結果の発生が他の原因によるものであるか否かが問題となる場合、他原因の可能性については、

因果関係について主張立証責任を負う原告が高度の蓋然性をもって否定する必要があるのであって、原告らは、本証として、他原因の不存在を高度の蓋然性をもって立証する必要があるのに対し、被告は、反証として、当該結果の発生が専ら他原因によるのではないかとの疑いを抱かせる程度の立証をすれば足りると解される（松並茂雄・最高裁判所判例解説民事篇平成18年度(下)737及び738ページ参照）。

## **第2 岩田意見書及び池田意見書に関連する医学的知見**

### **1 精巣腫瘍の転移について**

#### **(1) 腫瘍の転移の形式**

腫瘍の転移（非連続的な腫瘍の広がり方で、悪性腫瘍の大きな特徴の一つ）には、次の血行性転移、リンパ行性転移等がある。

血行性転移とは、腫瘍細胞が血管壁の薄い毛細血管や静脈を貫通し、血管内に侵入して血流に乗って広がる場合と、リンパ管から静脈に入って身体のほかの部位に転移巣をつくる場合とがある。

リンパ行性転移とは、腫瘍細胞がリンパ管に侵入し、まず一番近くにある所属のリンパ節に転移し、そこからさらにリンパの流れ（リンパ流：後記ウ(ア)）に沿って転移が進展することをいい、リンパ行性転移の中でも、左鎖骨上窩リンパ節（ウィルヒョウリンパ節）の転移をウィルヒョウ転移という。

（以上につき、乙B23・資料19、乙B25・13ページ）

#### **(2) 精巣腫瘍の転移の形式について**

##### **ア 悪性精巣腫瘍の転移の形式**

悪性精巣腫瘍は、リンパ節や肺への転移を来しやすく、リンパ節転移は、左精巣に生じた腫瘍では左腎静脈付近の大動脈外側へ、

右精巣では、第2腰椎の高さの下大静脈周囲のリンパ節から、胸管に進展し左鎖骨上窩リンパ節及び肺へとリンパ行性に転移する（つまり、精巣から頭側に、順に転移が進展する。）。他方で、血行性転移は晩期に生じることが多い（乙B23・資料9）。

#### イ ステージIセミノーマの再発・転移の形式

腹部大動脈（腹大動脈）の周囲は、腹部臓器から発したリンパ管が胸管（人体で最大最長のリンパ本管）に注ぐために集合してくる領域となっているところ（乙B23・資料6・51及び77ページ）、ステージIセミノーマの精巣摘出後の無治療経過観察における再発部位の80から100%が腹部の傍大動脈領域であるとされ（乙B23・資料3・52ページ）、ステージIセミノーマについて（無治療）経過観察された場合の再発部位は、圧倒的に当該領域のリンパ節が多い（乙B23・資料2・77ページ）。

他方で、厳重経過観察を行ったステージIの精巣腫瘍の1447症例（セミノーマ886例、非セミノーマ561例）について解析を行った結果として、164例の再発例中、胸部レントゲンで肺転移が確認された症例はなかったとの報告がされている（乙B23・資料3・148ページ）。

### (3) 泌尿生殖器のリンパ流と精巣腫瘍の所属リンパ節について

#### ア 精巣と陰囊のリンパ流

精巣（睾丸）からのリンパ流は、精巣静脈に沿って上行するリンパ管を通り、腹部大動脈周囲リンパ節に直接的に到達する（乙B23・資料5・325及び328ページ）。

他方で、陰囊からのリンパ流は、鼠径リンパ節、外腸骨リンパ

節を經由し、最終的には腹部傍大動脈リンパ節に達する（乙B 23・資料5・326及び327ページ）。

なお、腹部大動脈周囲リンパ節に達した精巣及び陰嚢のリンパ流は、胸管を通過して頸部の底部に達し、静脈角（内頸静脈と鎖骨下静脈が合する部位）に開口し、静脈（血管）に流入する（乙B 23・資料5・300ページ並びに資料6・54、57、77ないし80ページ）。

#### イ 精巣腫瘍の所属リンパ節

所属リンパ節とは、原発巣と直結したリンパ路をもつリンパ節の集団をいい、領域リンパ節とも称される。腫瘍のリンパ管への直接的侵襲があれば、リンパ管が断絶したり通過障害が起きて、逆流等がみられるようになり、逆流から更に程度が進むと副行路が形成されたり、迂回がみられるようになるなどの変化がリンパ管に生じる（乙B 23・資料5・308及び309ページ）。

TNM分類において、精巣腫瘍の所属リンパ節として、①腹部大動脈周囲リンパ節及び性腺静脈（精巣静脈）に沿ったリンパ節のほかに、②陰嚢又は鼠径部の外科的手術後の骨盤内（外腸骨）リンパ節及び鼠径部リンパ節が挙げられている（乙B 22）。前記アのとおり、精巣と陰嚢のリンパ流は異なっており、精巣のリンパ流は鼠径（部）リンパ節と外腸骨リンパ節を經由しないが、そうであるにもかかわらず、上記のとおり、精巣腫瘍のTNM分類において上記②も所属リンパ節として明示されているのは、上記のような外科的手術（直接的侵襲）後のリンパ管の変化によるものと考えられる。

#### (4) 精巣腫瘍における脈管侵襲について

## ア 脈管侵襲には血管侵襲とリンパ管侵襲があること

血管やリンパ管などを脈管といい、脈管侵襲とは血管ないしリンパ管への腫瘍細胞の浸潤をいう（乙B26）。脈管侵襲（LVI）は、精巣腫瘍のTNM分類におけるT分類（原発腫瘍の広がり）の判定のために必要であり（乙B22）、また、ステージIセミノーマの再発リスクの評価にも関わるものとされている（乙B23・資料1）。このように脈管侵襲には、血管侵襲及びリンパ管侵襲があるところ、精巣腫瘍を診断するヨーロッパの病理医に対する2015年（平成27年）頃実施のアンケート結果として、脈管侵襲について、血管とリンパ管を常に区別している病理医は少数派であることが報告されており（乙B23・資料14の1及び2・4ページ）、「脈管侵襲」の有無によって病理組織学的分類が行われてきたことからもいえるように（乙B27・64ないし66ページ）、令和2年3月ないし4月当時の我が国の病理医が両者を明確に区別している状況にあったことはうかがえない。

以上によれば、血管侵襲とリンパ管侵襲のいずれであるかが区別されずに、病理診断において脈管侵襲の所見が示される場合が多いと考えられる。

## イ 脈管侵襲と腫瘍径の関連性

脈管侵襲と腫瘍径の関連性について、脈管侵襲を認めるセミノーマの腫瘍径の平均は4.9センチであるのに対し、脈管侵襲を認めないものの平均は3.6センチ、腫瘍径が4センチ未満の症例において脈管侵襲が認められたものが8%にとどまるのに対し、4センチ以上の症例では44%に脈管侵襲が認められたとす

る報告がある（乙B23・資料15の1、乙B23の2・343ページ）。

## ウ 病理診断における問題点

精巣胚細胞腫瘍（GCTs）の正確な病理的解釈（病理診断）は、（精巣腫瘍の）発生率の低さと組織学的パターンのばらつきのために問題となり得るとして、泌尿生殖器悪性腫瘍に精通した病理医が平成11年から平成25年にかけて病理標本の再解析を行った235例を対象として、精巣腫瘍の病理学的解釈における格差を検証した報告（乙B23・資料16の1、乙B23の3。上記検証目的と再解析対象例につき、同資料289ページのABSTRACT（要旨）第1及び第2段落目参照）によると、当初の診断とレビュー（二次的）診断とで、50例・21.3%（ $50 \div 235 \times 100\% \div 21.27\%$ ）に解釈の不一致を認め、その中でも、脈管侵襲の診断に不一致が認められるものが18例（「LVIなし」、「+LVI」との診断に係る症例の合計）に上ったことが報告されており（乙B23・資料16の1、乙B23の3・291ページの表）、精巣腫瘍の病理に関する令和3年発行の参考書籍に「脈管侵襲は判定の解釈に不一致が多い項目である」との記述もみられる（乙B23・資料4・215ページ）。

## 2 精巣腫瘍の組織型等

### (1) 悪性腫瘍の分類

腫瘍は、良性腫瘍と悪性腫瘍（malignant tumor）に大別される。後者の悪性腫瘍は、上皮性悪性腫瘍と非上皮性悪性腫瘍にさらに分類される。前者の上皮性悪性腫瘍は癌又は癌腫、後者の非上皮性悪性腫瘍は肉腫と呼ばれる。すなわち、悪性腫瘍は、主とし

て癌と肉腫からなる（乙B25・13ページ）。

## (2) 胚細胞性腫瘍

ア 胚細胞性腫瘍は、原始胚細胞を発生母地とする上皮性の腫瘍群の総称である。胚細胞性腫瘍は、卵巣、精巣の性腺のほか、性腺外生殖細胞腫瘍として、後腹膜、仙尾部、腸間膜、縦隔、中枢神経系などの人体の正中線上に発生する（乙B28・1936ページ）。

イ 胚細胞腫瘍のうち精巣に発生したものを精巣胚細胞腫瘍という。精巣胚細胞腫瘍の組織分類は、多岐にわたるが、当該分類は、精巣腫瘍取扱規約が改訂される都度、最新の医学的知見に基づき、変更が加えられてきた（乙B27・62及び63ページ、乙B29・54ページ各参照）。

## (3) 胚細胞腫瘍における体細胞型悪性腫瘍

### ア 定義等

胚細胞腫瘍、特に奇形腫から新たに腺癌や肉腫などの体細胞（型）腫瘍が発生することが知られており（乙B30・158ページ）、この腫瘍は、平成15年のWHO分類において、germ cell tumor with somatic-type malignancy（体細胞型悪性腫瘍を有する胚細胞性腫瘍）と新たに記載されるようになった（乙B24・資料5及び8。以下、体細胞型悪性腫瘍を英語による呼称（somatic type malignancy）にちなみ「STM」ということがある。）。

現行の精巣腫瘍取扱規約第4版には、「非セミノーマ性胚細胞腫瘍」の「体細胞型悪性腫瘍を伴う奇形腫」（teratoma with somatic-type malignancy）という分類があるところ、この組織型は、奇形腫構成成分から非胚細胞性（体細胞性）悪性腫瘍（癌、肉腫

など)が生じたことを意味し、まれに奇形腫以外の胚細胞腫瘍からも発生することがあるとされている。なお、この組織型は、平成9年発行の精巣腫瘍取扱規約第2版では「奇形腫」の「悪性化(teratoma with malignant transformation)」、平成17年発行の第3版においては「悪性部分を伴う奇形腫(teratoma with malignant area)」と分類されていた(乙B27・47、53及び62ページ、乙B29・54ページ)。

#### イ 症例、臨床所見等

体細胞型悪性腫瘍を伴う奇形腫に関する320例の集計データについて、胚細胞腫瘍の治療中に体細胞腫瘍が診断された症例は約4割であり、残りは異時発症例であったこと、原発巣に奇形腫がある症例と体細胞腫瘍組織中に奇形腫成分を含む症例が各々約7割を占め、この病態が密接に奇形腫と関連していることが報告されている(乙B30・158ページ)。

S TMを伴う奇形腫は、未治療の例に認められることもあるが、シスプラチンを主体とした化学療法後の転移巣(後腹膜リンパ節など)に発生することが知られている。S TMを伴う奇形腫は、奇形腫を含む胚細胞腫瘍を基盤とすることが多いが、卵黄嚢腫瘍やセミノーマなどの奇形腫を含まない胚細胞腫瘍でもS TMが発生することがある。S TMは、単一の組織型の胚細胞腫瘍よりも混合型胚細胞腫瘍に伴って発生することが多い(乙B31・74ページ)。

#### ウ 予後等

S TMは、胚細胞腫瘍の転移例の3から6%と比較的まれな病態であるが、化学療法に抵抗性を示し、予後も不良とされている

(乙B30・158ページ)。

また、精巣内に限局しているSTMは、予後には影響しないが、精巣以外の臓器におけるSTMの合併は、死亡率が高いとされる。そして、STMは、従来の胚細胞腫瘍に対するシスプラチンを主体とした化学療法には反応が悪いが、一部のSTMは、他臓器の対応する組織型の腫瘍の化学療法に反応することがあるとされる(乙B31・76ページ)。

#### (4) 精巣腫瘍の転移巣の組織型

精巣腫瘍については、転移巣の組織型がしばしば原発巣の組織型と異なるとの指摘がある(乙B29・87ページ)。

また、GTS(Glowing teratoma syndrome:成熟奇形腫(現在は、単に奇形腫と呼ばれる。))から構成される再発転移病変が、化学療法中に増大する病態)を研究した報告によれば、GTSの発生機序として、自然にあるいは治療によって悪性胚細胞の細胞分化能が変化して成熟細胞に分化する説があるとされ、これについて、化学療法により、転移巣の組織が胎児性癌から奇形腫に変化した症例の報告や、非セミノーマの腫瘍形成経路について、精細管内胚細胞腫瘍からセミノーマを経て連続的に・多段階的に非セミノーマに進展する説があり、この説については、原発巣がセミノーマから成る症例であるなど、原発巣に奇形腫を含まないGTSの発生機序が説明し得るとされているように(乙B32・118ページ)、原発巣が奇形腫を含まないセミノーマであっても奇形腫が発生する症例、治療により胎児性癌が奇形腫になる症例、セミノーマが非セミノーマに進展する症例がある。また、再発例について、転移切除標本の腫瘍成分は原発巣のTGCTs(精巣胚細胞腫瘍)には存在しなかった

とする報告もある（乙B23・資料17の1、乙B23の4・114及び120ページ）。

#### (5) 精巣腫瘍とシスプラチン耐性

シスプラチン耐性を獲得するメカニズムについては、グルタミン代謝経路上にある代謝産物やDNAメチル化との関連が示唆されているものの（乙B24・資料2）、平成30年に公表された精巣腫瘍の研究報告において、「(前略)患者の15%—20%は再発し(予後不良を伴う)、一部はシスプラチン耐性を獲得する(そのメカニズムはまだ解明されていない)」(乙B23・資料17の1、乙B23の4・114ページ)とされ、令和6年2月に発行された最新のガイドラインにおいて、化学療法抵抗性を予測する知見について、「現時点では検討症例数が少なく、標準化された方法も確立されていない状況である」(乙B30・48ページ)とされているように、解明途上にある。

### 第3 本件支所及び本件刑務所の医師らの亡■■■■に対する対応等と亡■■■■の再発・転移ないし死亡との間に相当因果関係が認められないこと

#### 1 原告らの主張

(1) 原告らは、令和2年1月7日に本件支所の医師によって適切に鑑別診断のための検査が行われていれば、同年1月末頃には精巣切除術の実施が可能であったはずであり、そうであれば、細胞レベルの転移が未だ進行しておらず、全身転移とそれによる死亡という結果を防ぐことができた可能性が高いとして、本件支所の医師らの検査義務違反と亡■■■■の死亡との間には相当因果関係がある旨主張する(原告ら準備書面(2)・7ページ)。

そして、この点について、山崎利彦医師（以下「山崎医師」という。）は、初診の後すぐに手術を受けていた場合について、セミノーマの初診時点の75%がステージIで転移がない状態であり、直ちに手術をすることにより根治が期待できたなどと、原告らの上記主張に沿う趣旨の意見を述べる（甲B6・4ページ）。

(2) また、原告らは、令和2年9月24日に本件刑務所の医師によって、再発・転移を検査するためのCT検査の必要性が認識され、すぐに本件センターに移送して治療が開始されていれば、転移が比較的早期に判明して治療を行えたはずであり、元々の癌の性質として最難治であったわけではないから、早期に再発が発見されていれば、骨転移にまで至らず、「最難治症例」とはならなかった可能性が高く、そうであれば、死亡という結果を防ぐことができた可能性が高いとして、本件刑務所の医師らの検査義務違反と亡■の死亡との間には相当因果関係がある旨主張する（原告ら準備書面(2)・7及び8ページ）。

そして、この点について、山崎医師は、令和2年9月22日に速やかに検査を実施していれば、確実なことはいえないものの、ここまでの腫瘍の転移・増大の速度から勘案すると、全身転移に至る前に治療を開始でき、死亡の結果を回避することを期待できた、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、診察のタイミングを逃した結果、亡■が難治性となったなどと、原告らの上記主張に沿う趣旨の意見を述べる（甲B6・8ページ）。

## 2 被告の反論

前記1の原告らの主張ないし山崎医師の意見は、特定の事実が特定の結果発生を招来した関係を是認し得る高度の蓋然性を肯定するに足

りる内容を含むものか疑問であるが、この点をひとまずおくとしても、以下のとおり、岩田医師の意見及び池田医師の意見を踏まえると、本件支所及び本件刑務所の医師らの対応と亡■の再発・転移ないし死亡との間に因果関係があるとは認められないというべきである。

#### (1) 岩田医師及び池田医師の意見の要旨

##### ア 亡■の病状に関する岩田医師の意見の要旨（乙B23・10 ないし14ページ）

令和2年1月9日の診察の際に存在した陰嚢水腫は、精巣腫瘍に伴う続発性陰嚢水腫であり、この陰嚢水腫の原因としては、腹部大動脈周囲リンパ節への転移が存在し、リンパ行性転移が逆行性に陰嚢からのリンパ流側に進展した可能性が高い。そして、同9日の診察の時点で、亡■の精巣腫瘍は、陰嚢からの正常なリンパ流を妨げる程度の脈管侵襲（リンパ管侵襲）が存在していたと考えられる。この時点において、亡■の精巣腫瘍のステージは、同年3月24日の本件手術の時点のステージと同等のステージIBであったことになるから、仮に同年1月9日の診察の直後に手術を行ったとしても癌の全てを取り切ることにはならず、再発を起こす蓋然性が高かった。

亡■の再発・転移の機序としては、腫瘍細胞が右精巣→腹部大動脈周囲リンパ節→縦隔リンパ節→ウィルヒョウリンパ節へとリンパ行性に転移を起こし、その後、左静脈角から血管内に流入し、血流に乗って肺へと血行性転移を起こしたと解される。そして、上記リンパ行性転移の端緒は、令和2年1月9日の診察の時点ですでに存在していたと考えられる脈管侵襲（リンパ管侵襲）から生じたと解される。

イ 亡■の病状に関する池田医師の意見の要旨（乙B24・5ないし7ページ）

亡■には、精巣癌（精巣胚細胞腫瘍）に対して極めて有効性の高いシスプラチンを含むBEP療法が行われたにもかかわらず、術後7か月という極めて早期に再発が起き、手術不可能な多発性転移を来していた。このような劇症の再発と転移は、精巣癌では説明できず、STMで初めて説明可能となる。STMが顕在化するまでの潜伏期間が最短でも32か月であるなどといった研究結果を踏まえると、亡■は、令和2年1月の初診時の数年前あるいはそれ以前に、STMを誘発する何らかの発癌因子に曝露し、その後、STMへの進展プロセスが体内で進み、令和2年10月のSTM発症に至ったと考えられる。

亡■は、令和2年1月の初診時において、既にSTMの難治性の本態であるシスプラチン耐性を獲得していたと考えられるから、当該初診後に速やかに手術と術後化学療法を開始しても、翔汰の救命あるいは延命を期待することはできなかった。

(2) 亡■については、癌の再発ないし転移を回避し得た高度の蓋然性及び救命し得た高度の蓋然性があったとは認められないこと

ア 前記(1)アの岩田医師及び同イの池田医師の意見は、いずれも、岩田意見書及び池田意見書において詳細な説明がされているように、亡■の病状の経過等を踏まえたもので、かつ、これと整合的なものである上、前提とする医学的知見は、上記各意見書中において参照されている医学文献ないしこれを整理、補充した前記第2の医学的知見とも整合的であって、いずれの意見も合理的なものである。

イ STMが胚細胞腫瘍の転移例の3から6%と比較的まれな病態であること（前記第2の2(3)ウ）にも鑑み、亡■がSTMを発症していた可能性について補足すると、まず、セミノーマの再発については、非セミノーマに比べて転移が遅いとされており（乙B4・291ページ）、再発の約7割は2年以内に起こり、再発までの中央値は14から16か月とされ、再発部位については、80から100%が傍大動脈領域であるとされている（乙B23・資料3・1枚目）。これを本件についてみると、亡■の再発・転移は、術後7か月という早期に発生し、再発部位が傍大動脈リンパ節だけでなく、縦隔、頸部リンパ節、肺及び腰椎にまで及んでいたものであるから、亡■の再発・転移は、池田医師が述べるとおり、通常のセミノーマの再発では説明できないものである。

また、前記第2の2(3)イで指摘したとおり、STMは、単一の組織型の胚細胞腫瘍よりも混合型胚細胞腫瘍に伴って発生することが多いとの知見がある。亡■については、日大板橋病院の病理再検査の結果、「セミノーマとともに、一部は胎児性癌の成分を含む可能性も否定できません。」という所見が示されているところ（甲A7・672ページ）、亡■に胎児性癌の成分があったとすると、亡■は、セミノーマのみならず非セミノーマの成分を含む混合型胚細胞腫瘍であったことになるから（乙27・62及び63ページ、乙B29・54ページ参照）、上記知見に照らし、STMがまれな病態であるとしても、亡■にはSTMを発症する十分な素地があったといえる。

さらに、亡■の治療に当たった日大板橋病院の医師らは、病

状等を踏まえ、「他原発腫瘍の可能性につきましても再度考える必要があります。」、「(中略) 発症時の腫瘍とは性質が異なっているようにも思われます。(中略) いずれにしても胚細胞腫瘍としては最難治症例であり、(中略)。」という所見を示している。前記第2の2(3)イ(イ)で指摘したとおり、精巣腫瘍については、転移巣の組織型がしばしば原発巣の組織型と異なるとの指摘があり、奇形腫の発生機序として、自然にあるいは治療によって悪性胚細胞の細胞分化能が変化して成熟細胞に分化する説があるとされるが、亡■のS TMの発症は、こうした知見によっても説明が可能である。

亡■について、肺等の転移巣の病理診断は行われていないため、実際の組織型を解明することは極めて困難である上、原発巣が奇形腫を含まないセミノーマであっても奇形腫が発生する症例、治療により胎児性癌が奇形腫になる症例、セミノーマが非セミノーマに進展する症例があるなど、亡■の再発・転移に係る組織型については様々な可能性があるものの、以上によれば、亡■は、それがまれな病態であることを念頭に置くとしても、池田医師が指摘するように亡翔汰がS TMを発症したと想定することには十分な合理性がある。

ウ そこで、岩田医師及び池田医師の意見を踏まえ、本件支所の医師らの対応と亡■の転移、再発ないし死亡との因果関係について検討すると、まず、亡■については、令和2年1月9日時点において、既に正常なリンパ流を妨げる程度の脈管侵襲（リンパ管侵襲）が存在する状態にあり、同年10月に確認された転移再発に係るリンパ行性転移の端緒があったと考えられ、同年1月7

日時点でも同様であったと推認される。そして、この状態は、亡■が本件支部における初診時と同年3月の本件手術当時が同じ病期であったことを示すから、初診後直ちに治療を開始した場合であっても、再発・転移を回避し得る可能性は本件手術当時と同等であったといえる。

その上、亡■は、体内においてSTMへの進展プロセスが進んでいた可能性もあるところ、上記のとおり、本件支所の初診時に既に脈管侵襲が生じていたことを踏まえると、初診時に存在した脈管侵襲によってリンパ管に流れ出た腫瘍成分には、STMに変異していく治療抵抗性の因子が含まれていた可能性も考えられる（ただし、STMについては、これよりも早期に血流ないしリンパ流に乗って転移巣に展開していった可能性もある。）。そして、STMは、前記第2の2(3)ウで述べたように、予後が不良とされ、5年生存率が35%という研究結果もある（乙23・6ページ）。また、亡■の精巣腫瘍は、本件支所の初診時からシスプラチン耐性を獲得していたと考えられる。

以上によると、本件においては、本件支所の医師らによって原告らが主張する検査が実施され、初診後直ちに精巣切除術が実施されたとしても、亡■の再発・転移は回避できず、また、死亡という結果を回避することもできなかったと考えられる。原告らは、令和2年1月末頃に精巣手術を実施すれば、細胞レベルの転移が進行しておらず、全身転移と死亡という結果を防ぐことができた可能性が高いと主張するが、上記のとおり、本件支所における初診時に脈管侵襲があり、細胞レベルの転移があったと考えられるし、再発した癌が治療抵抗性を本態とするSTMであり、そ

の因子が既に初診時に存在し、脈管侵襲によって流れ出たとも考えられることにも鑑みると、死亡という結果を防ぐことができた高度の蓋然性があるとは認められない。また、この原告らの主張に沿う山崎医師の意見は、初診時において全く転移がなかった状態を前提にするものと解されるとともに、再発・転移した癌の組織型ないし性質を考慮しないものであるから、採用されるべきではない。

したがって、本件支所の医師らの対応（原告ら主張の検査義務違反）と亡■の再発・転移ないし死亡との間に因果関係があるとは認められない。

エ 次に、池田医師の意見によると、令和2年10月27日に確認された再発・転移は、STMによって説明可能となるどころ、本件においては、本件刑務所の医師らによって原告らが主張する検査が実施され、直ちに治療が開始されたとしても、再発転移に係る癌の本態が化学療法に抵抗性を示し、予後が不良のSTMである以上、初診後直ちに精巣切除術が実施されたとしても、亡■の死亡という結果を回避することはできなかったと考えられる。

これに対し、原告らは、元々の癌の性質として最難治であったわけではないと主張し、山崎医師も診察のタイミングを逃した結果、亡■が難治性になったとの意見を述べるが、亡■について、本件手術後にBEP療法を行ったにもかかわらず短期間のうちに再発・転移している経過（こうした経過自体が亡■の精巣腫瘍の難治性の徴表である。）や亡■の再発・転移に係る癌の本態がSTMであった可能性を前提としないものである。また、山崎医師の「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」との意見については、ステージ I で難治化している例がある（乙 B 2 1）上、そもそもセミノーマに「poor prognosis group(予後不良群)」はないとされているのだから、その主張の根拠が不明確である。

なお、原告らは「亡■の癌が「最難治症例」となったのは、骨転移にまで至る程度に病状が進んでしまっていたという結果が影響した側面がある」、「早期に再発が発見されていれば、骨転移にまで至らず、「最難治症例」とはならなかった可能性が高い。」と主張する（原告ら準備書面(2)・8ページ）。こうした主張からすると、原告らは骨転移により難治症例となったと主張するものとも解されるが、これは、原告らが、腰痛を再発の徴候として指摘し、骨転移によって同腰痛が起きたことを前提にしていると解されるところでもあり、原告らの主張は一貫しないきらいがあるが、いずれにしても「難治性セミノーマの臨床的検討」（乙 B 2 1）によれば、難治例 6 例のうち、骨転移があるのは 2 例であり、骨転移がなくても難治化となっているものがあることに照らすと、原告らの主張は前提とする医学的知見が不明といわざるを得ない。また、前述のとおり、山崎医師の「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」との意見についても、ステージ I で難治化している例がある（乙 B 2 1）上、後記オで述べるとおり、そもそもセミノーマに「poor prognosis group(予後不良群)」はないとされている（乙 B 8・8ページ）のだから、その主張の根拠が不明確である。以上によれば、山崎医師の上記意見は採用されるべきではなく、原告らの主張は理由がない。

したがって、本件刑務所の医師らの対応（原告ら主張の検査義

務違反)と亡■の死亡との間に因果関係があるとは認められない。

オ　ところで、セミノーマについては、ステージⅠである場合、術後化学療法を追加した場合の再発率は4から5%程度とされ(乙B8・29ページ)、「再発した場合でもほぼ98-99%は治癒可能」とされる(乙B8・27ページ)。また、IGCCC(International Germ Cell Consensus Classification)において、「poor prognosis group(予後不良)」に該当する群の設定はない(肺に転移があっても、肺以外の臓器に転移があっても5年生存率はそれぞれ86%、72%とされる。乙B8・8ページ)。精巣腫瘍について、仮に進行したステージⅡAの状態でも最初の治療を開始したとしても、腫瘍摘出術後、化学療法が実施された場合、中央値71.5か月の観察期間において、83%以上でCR(寛解)が得られたとする報告もある(乙B8・40ページ)。なお、30%に顕微鏡的転移があるとされる非セミノーマのステージⅠであったとしても、化学療法により再発率が2%、長期生存率は97%以上とされる(乙B8・35及び81ページ)。

このように、精巣腫瘍のうち、特にセミノーマについては、再発転移した場合も含め、一般的に治癒する蓋然性が高いと考えられるところ、水準とされる治療を行ったにもかかわらず、再発・転移し、標準的治療が奏功せず死亡に至ったという特異な経過をたどっている事実を照らし、亡■については、精巣腫瘍の早期発見及び早期治療によって救命できたなどと簡単に結論付けることはできない。すなわち、原告らとしては、亡■の上記のような実際の病態ないし病状の経過といった具体的な事情を前提

に、いかなる治療をいかなる時期に行うことにより、再発ないし転移を回避できたのか、救命ができたのかについて、本証として医学的観点を踏まえた的確な主張立証する必要があるというべきであるところ、後医のカルテを提出するのみで、本件死亡に至る経過について、医学的観点を踏まえた具体的な主張立証をしていない。

カ 以上によれば、本件支所及び本件刑務所の医師らの亡■■■■に対する対応等と亡■■■■の再発・転移ないし死亡との間に相当因果関係が認められないから、原告らの前記1の主張は理由がない。

以 上