

令和8年(ネ)第424号 損害賠償請求控訴事件

控訴人

被控訴人 国


医 学 意 見 書

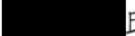
2026年 2月24日

東京高等裁判所 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、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東京地方裁判所に提出致しました。今回、控訴審に対して追加の意見書として再度提出致します。

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 東京地裁での双方の主張に対して

(1) さいたま拘置所での対応に関して

東京地裁での関心事として、さいたま拘置所での陰嚢水腫穿刺術実施の是非が極めて争点に成っていました。勿論、私の作製した意見書でも一定の範囲をここに当てておりました。東京地裁の判断の通り、超音波診断も用いずに安易に穿刺術を実施した事は、確かに不適切ですし、これが転移を助長した可能性も否定出来ません。しかしながら、私が診察して精巣腫瘍の可能性と早期の手術の必要性を説明し、結果さいたま拘置所も早急に東日本成人矯正医療センターに移送し手術を行い、追加化学療法(BEP療法)を行い、治療後の画像診断でも転移巣を見出せなかった事により、「結果として」は適切な治療を実施出来たと考えます。勿論、東京地裁で被告側証人が述べた通り、泌尿器科非専門医ではあるが消化器外科の診療経験を有する医師が、陰嚢内容の増大に対して鑑別すべき疾患である鼠経ヘルニアを念頭に置かずに、安易に穿刺を実施した事には私は大変驚いており、仮に故浦郷氏が鼠経ヘルニアであった場合には、腸管穿刺と成っていた可能性があり、重篤な腹膜炎を併発した場合を考えると、その場合には重大な医療過誤と成っていた事を付け加えておきます。それぞれ、飽く迄も「結果論」ではあり、本件に於ける故氏の生命予後に直接的には関与しませんが、通常診療に於ける常識とは乖離しています。

(2) 川越少年刑務所での対応に関して

一方で、東京地裁では重要な問題とは判断されませんでした。川越少年刑務所の対応は大きな問題であったと考えています。大きく分けて、悪性腫瘍治療直後の症例に対する配慮の無さ、ガイドラインに対する大きな誤解、そして、転移巣による苦痛を受けている受刑者に対する医療を受ける権利の侵害の3点があると考えます。必ずしも東京地裁での主張に限らない内容と成りますので、以下にそれぞれ分けて記述致します。

2 精巣腫瘍術後の受刑者に対する被告の問題点について

(1) 東日本成人矯正医療センターでの治療後の経緯

ここで東日本成人矯正医療センターでの高位精巣摘除術と術後化学療法（BEP 療法2クール）を実施した後の経緯を時系列で述べてみます。

令和2年7月6日 CT 検査にて明らかな転移巣無し。以後3か月ごとのCTを指示。

令和2年8月25日川越少年刑務所へ移送

令和2年9月22日故■■■■氏より腰痛の訴え

令和2年9月23日～熱発

令和2年10月5日頸部リンパ節腫脹を確認

令和2年10月8日共助診療依頼

令和2年10月9日入院の必要性を判断し移送の協議

令和2年10月26日東日本成人矯正医療センター入院・CT実施

令和2年11月2日東日本成人矯正医療センターにて化学療法開始（VIP療法2クール）

令和2年12月9日MRI上頸部リンパ節転移の改善を確認

令和2年12月10日執行停止、埼玉医療センターに転院し化学療法開始

以後の経過は他証拠に譲りますが、ここまでの経緯で日常診療を行う医師としては大きな問題を幾つか感じます。以下、夫々の問題点を述べます。

(2) 悪性腫瘍治療開始後の診療

被告は東京地裁で、故浦郷氏は難治性の悪性腫瘍であったのであり助けられなかったと主張しています。しかし、適切な診療を治療後に実施しなかった為に難治性にして仕舞ったのではないのでしょうか？悪性腫瘍の治療の後には（手術・化学療法・放射線療法等全てにおいて）、合併症・副作用、そして再発に対する厳重な管理が必要です。何らかの自覚症状が出現したら、直ちにその評価を行うべきものである事は、医療従事者のみならずとも周知の事ではないのでしょうか。故■■■■氏においては、疼痛・発熱・リンパ節腫脹と、再発・再燃を当然疑うべき事象を認識していたにも関わらず、いたずらに時間だけが経過しております。これは医療従事者としては重要な過失と言えるでしょう。埼玉医療センターを精神症状で出奔した後に入院した、日本大学医学部付属板橋病院で治療を担当した、泌尿器

科医の[]医師は、「折角治療した患者が治療後に適切に通院せずに再発を来したり合併症が出現する事に憤りを感じる」と証言しており、本件においては川越少年刑務所での対応の遅れが最大の問題である事には論を待ちません。東京地裁ではガイドラインでの推奨受診期間を盾に問題点が無いかのような判断がありましたが、そもそも自・他覚症状があればそれは別次元の問題と捉えるべきでしょう。

(3) ガイドラインに対する明らかな誤解

被告は精巣腫瘍診療ガイドラインに於いて、治療後の受診推奨期間が3か月と成っている事を、あたかも免罪符であるかのように主張していますが、これは大きな誤りです。そもそもガイドラインは免罪符等ではなく、「最低限共有すべき知見」に過ぎません。飽く迄も「推奨グレード」が提示されているだけであり、担当する医師・医療機関の水準と患者の状態を鑑みて治療方法は選択されるものです。受診・評価の推奨期間が3か月、と記載されるのは、「少なくとも3か月以内には評価する事が必要であり、どんなに自覚症状が無く元気であっても超過すべきではない」事を意味します。日本泌尿器科学会理事で幾つかのガイドラインの編纂も行った、[]教授も、「経過観察の手順は、「明らかな症状を有さない、通常の経過を示す患者」に対して行うことが推奨される検査項目とインターバル（検査間隔）を提示するものと考えられます。したがって、患者に当該疾患の進行・経過に関連する可能性がある症状や所見を認める場合は、ガイドラインの推奨するインターバル内でも、適切な検査・処置を考慮する必要があると考えられます。」と証言しています。このガイドラインと臨床症状の関係性は、実臨床を行う医師の間では常識以前の「大前提」である事は、前述の[]医師も証言しております。故[]氏の場合、令和2年9月22日の腰痛が、以前からの腰痛が原因であるかの判断は難渋する事も有り得ますが、後からみれば腹腔内リンパ節移転による痛みであったし、翌9月23日からの38度を超える熱発は十分に悪性腫瘍の再発・転移を疑うべき症状であり、直ちにCT等の評価を行うべき状況と考えます。そもそも被告が金科玉条の如く主張する、ガイドラインの推奨受診・CT評価期間は3ヵ月であり、最終CT実施が令和2年7月6日であった事を勘案すると10月6日迄にはCTの実施が必須（臨床医は1ヵ月を4週間・28日と読み替えますので実際には10月1日頃迄）です。これを、リンパ節の腫脹を確認した10月5日以降、10月8日に初めて共助診療依頼を行い、10月9日に入院の必要性を判断して移送協議を始めたと言う事は、そもそも川越少年刑務所はガイドラインの推奨受診・評価期間を遵守する意向が無かったと判断せざるを得ません。そのような状況でガイドラインを免罪符のように主張するのは、詭弁であるのと同時に、現在の日本の医療体制を根本から棄損しています。

(4) 拘禁施設における受刑者の医療を受ける権利の侵害

被告は東京地裁において故[]氏が難治性の悪性腫瘍であったから、どのような時期に

対応を行ったとしても救命出来なかったと主張し、東京地裁も治療方法や時期が救命の可能性に關与した可能性を否定的に判断しています。これには医学的に異論はありますが、異論は後述するとして、そもそも癌患者の苦痛への対応が川越少年刑務所では為されていたのか疑問があります。故●氏は悪性腫瘍の診断と告知を受け、手術を受け、化学療法を受けた後に川越少年刑務所に移送されております。この時点で、20代の故●氏には今後の再発・転移・余命への不安が有ったのは想像に難くありません。そんな環境下で腰痛と38度を超える発熱、全身倦怠感があれば、「このまま癌が再発・転移して死んで仕舞うのではないか」と云う恐怖に怯えていたであろう事は当然でありましょう。にも拘わらず、川越少年刑務所では解熱鎮痛剤で「様子を見る」と云う対応を漫然と行い、東日本成人矯正医療センターに入院したのは1ヵ月以上経過した10月26日でした。これが「塀の外」であれば、悪性腫瘍で術後化学療法を実施した後に、腰痛・発熱・全身倦怠感・リンパ節腫脹を訴えたにも関わらず1か月以上受診させなかった、となればその医療機関は医療過誤で訴訟対象に成りますし、有罪に成る、と多くの医療関係者は実感しております。東京地裁も、拘禁施設においても一般社会と医療を受ける機会に差異があっては成らない旨の判断をしておりますが、川越少年刑務所の対応は、正に拘禁施設内での受刑者の医療を受ける権利を侵害していると言え、その間の故●氏の抱いた「死の恐怖」は矯正施設としての本来の役割を大きく逸脱した対応と言わざるを得ません。

(5) 治療時期と救命の可能性

被告は故●氏が難治性精巣腫瘍であり、術後の化学療法も効果が無かった事から、川越少年刑務所から東日本成人矯正医療センターへの移送の時期は生命予後に關与していないと主張しており、東京地裁も同様の判断を下しております。しかし、本当にそうであるのか、そもそもその主張が正しいのかは臨床医として疑問があります。確かに、医療に絶対は有りませんし、「たれば」だけを裁判の判断にするのは問題があると考えます。しかし、川越少年刑務所から東日本成人矯正医療センターに移送された後に、化学療法としてVIP療法を2クール実施した後のMRIでは頸部リンパ節は縮小しており、化学療法の効果は「無かった」とは言えません。20代と若年者の悪性腫瘍は、当然進行が早く、癌細胞が細胞分裂により進行する事を勘案すると、連日謂わば「ネズミ算」式に増殖する訳であり、比例式に増大している訳ではありません。治療の開始が1日遅れる度に、倍々形式に腫瘍細胞・腫瘍の絶対量が爆発的に増加する訳であり、頸部リンパ節は改善したが肺・リンパ節・骨等への転移巣は十分な効果が果たせなかった、と考える方が自然ではないでしょうか。当然、絶対と云う主張は出来ませんが、「難治性」と云う表現自体、全力を挙げて適切な治療を行った場合に初めて使うべき言葉であり、適切な治療時期を根本から否定して受診をさせなかった被告が「逃げ口上」に使うのは適切ではありません。少なくとも腰痛に引き続いて発熱を認めた9月23日から数日以内に移送が行われていれば、治療がより奏功した可能性は十分に有ったと考えるべきではないでしょうか。

3. 拘禁施設内における、受刑者の医療を受ける権利として

前述した通り、本件、故■■■■氏の診療に関しては、拘禁施設内での受刑者が適切に医療を受ける権利が確保されていたか否かが最大の問題点と考えます。東京地裁で被告側証人として田淵医師が証言した通り、拘禁施設内において医師が医療の必要性を感じてもそれが適切に実施されていない、と云う現実には、個々の矯正医療官の責任ではなく、正に政府・法務省が根本的に憲法を守り、憲法の最重要精神の一つでもある「基本的人権」としての医療を軽んじている、と云う事の証左なのではないでしょうか。川越少年刑務所に於いても、個人としての矯正医療官は、頸部リンパ節腫脹を診て共助診療依頼を出されている通り、適切な医療を実施したいと思われているのではないのでしょうか。にも拘わらず、ガイドラインで推奨されている CT 実施の期間を遵守する方針さえ伺えず、剩え疼痛・発熱・全身倦怠感と云った、悪性腫瘍の再発・再燃・転移の可能性を十分示唆する症状の訴えが有ってから移送迄1か月を要したのは、明らかに拘禁施設内で受刑者の医療を制限しようとする風潮が有ったとの誹りを免れません。これが意図して行われたとまでは言いませんが、憲法を頂点として法律を守り実行する法務省が管轄する拘禁施設内に於いて、受刑者が医療を受ける機会を積極的に担保する責任が有ると判断して頂く事を、本法廷に強く希望致します。こうした人権への配慮こそ、懲罰的な懲役制度から、矯正を目的とした拘禁刑に法改正が行われた本来の趣旨なのではないのでしょうか。

以上