

副本

令和8年（ネ）第424号 国家賠償請求控訴事件

控訴人

被控訴人 国

答 弁 書

令和8年5月14日

東京高等裁判所第16民事部八係 御中

被控訴人指定代理人

〒102-8225 東京都千代田区九段南一丁目1番15号

九段第2合同庁舎

東京法務局訟務部（送達場所は別紙のとおり）

部 付 磯 崎

法務事務官 甲 谷 駿 介

〒330-9723 埼玉県さいたま市中央区新都心2-1

さいたま新都心合同庁舎2号館13階

関東矯正管区成人矯正部成人矯正第一課

法務事務官 古 瀧 孝 明

法務事務官 青 嶋 真 吾

法務事務官 内 城 良

〒196-0035 東京都昭島市もくせいの杜二丁目1番9号

東日本成人矯正医療センター矯正処遇部企画調整部門

法務事務官 杉田 龍彦

法務事務官 五十嵐 雅子

法務事務官 佐久間 隼斗

〒350-1162 埼玉県川越市南大塚六丁目40番地1

川越少年刑務所企画調整部

法務事務官 渡辺 大悟

法務事務官 長山 貴尚

法務事務官 栗原 慎司

〒330-0063 埼玉県さいたま市浦和区高砂三丁目16番58号

川越少年刑務所さいたま拘置支所矯正処遇部門

法務事務官 山本文人

法務事務官 大塚 真斗

第1 控訴の趣旨に対する答弁

- 1 本件控訴を棄却する。
- 2 控訴費用は控訴人の負担とする。
- 3 仮執行の宣言は相当でないが、仮に仮執行宣言を付する場合は、
 - (1) 担保を条件とする仮執行宣言
 - (2) その執行開始時期を判決が被控訴人に送達された後14日経過したときとすることを求める。

第2 被控訴人の主張

1 はじめに

- (1) 被控訴人の事実上及び法律上の主張は、被控訴人が原審口頭弁論において主張したとおりであり、控訴人の請求を一部認容するにとどめた原判決は、正当である。
- (2) これに対し、控訴人は、控訴理由書において、原判決の判断に誤りがある旨種々主張するが、その内容は、それ自体として原判決の判断の当否を左右し得ないもの（控訴理由書第1及び第2）、あるいは、統計資料又は的確な医学的知見に基づかない控訴人独自の見解に基づいて原判決を批判するものにすぎず（控訴理由書第3（一つ目のもの。以下同じ。）、これらに理由がないことは、原審における被控訴人の主張及び原判決の判示から明らかである。

したがって、本件控訴は理由がないから、速やかに棄却されるべきであるが、以下、念のため、控訴理由書第3における控訴人の主張に対し、必要と認める範囲で反論する。

なお、略語は、原判決の例により、原判決にないものは、原審における被控訴人の準備書面の例による。また、原審における準備書面は「原審原告準備書面(1)」、「原審被告準備書面(1)」などといい、月又は月日のみを記載し

た事実関係は、令和2年のそれを指す。

2 より早期に亡■につき精巣腫瘍が発見された場合の亡■の生存可能性に関する原判決の判断は正当であること

(1) 亡■が1月7日時点でSTMであった可能性はないとの控訴人の主張は理由がないこと

ア 病理組織検査報告書(乙A13)に係る病理診断をもって亡■がSTMであった可能性を否定することはできないこと

(7) 控訴人の主張

病理組織検査報告書(乙A13)によれば、亡■の精巣腫瘍は、病理診断が行われた3月31日時点では純セミノーマであり、非セミノーマの成分は認められなかった。STMが一般的には化学療法後のRPLND検体を含む転移巣にみられることが多いことからすれば、亡■については、その後のBEP治療によりセミノーマ細胞が死滅したものの、その過程でシスプラチン耐性を獲得したSTMが生じて前景化したと考えるべきである。(控訴理由書・5ないし7ページ)

(4) 被控訴人の反論

- a まず、原審被告準備書面(5)第3の2(2)イ(17及び18ページ)で述べたとおり、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。そして、亡■については、日大板橋病院において同じプレパラートを用いた病理再検査の結果、「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(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(乙B27・62及び63ページ、乙B29・54ページ参照)。

また、控訴人は、前記(7)の主張に関連して、「HE染色標本、種々の免疫組織化学染色も使って、非セミノーマ成分の検索を行う(中略)。このようにして検索しても、非セミノーマ成分が検出されず、3月31日時点の病理診断で「純セミノーマ」と診断されている」(「免疫組織化学染色」は「免疫組織化学染色」の誤記と解される。)として、亡[]から提出された腫瘍に係る病理検査において、免疫組織化学染色も使って純セミノーマと診断されたかのように主張する(控訴理由書・6ページ)。しかし、上記病理検査においては、HE染色しか行われておらず¹、原告は、この点においても、病理検査の結果を誤認している。

したがって、控訴人の前記(7)の主張は、病理検査の結果を誤認しているか、日大板橋病院の病理再検査の結果を無視したものというほかない。

- b 次に、原審被告準備書面(5)第2の2(3)イ(11ページ)で述べたとおり、STMを伴う奇形種は、(化学療法を経ない)未治療の症例に認められる(乙B31・74ページ「A」の項の本文1行目)。そして、同項で述べたとおり、STMを伴う奇形腫は、シスプラチンを主体とした化学療法後の転移巣に発生することが知られているが、STMは、その細胞の本態として、シスプラチン耐性が認められるのであって、シスプラチンの投与によって、シスプラチン耐性を「獲得」するものではない。前記(7)の控訴人の主張は、BEP療法によって、亡[]がシスプラチン耐性を獲得し、それがSTMであるかのように主張しているようであるが、そうであれば、当該主張は、STMを正解しないものというほかない。

¹ このことは、本件医療センターが保管しているプレパラートから明らかであるが、日大板橋病院の病理診断結果(甲A7・672ページ)に、「組織型の検討に免疫染色も有用であり、可能であれば(原文ママ)ブロックを取り寄せて頂き、当施設にて免疫染色を行います。」とあることから明らかである。

また、前記(7)の控訴人の主張は、原発巣に非セミノーマの成分が認められなければ、STMが病理検査の当時に潜在していたとはいえないという趣旨をいうものとも解されるが、原審被告準備書面(5)第2の2(4)(12及び13ページ)で述べたとおり、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等がある。

そして、池田医師が「癌における遺伝子の変化は当然のことながら不可視であり、その変化の集積が顕微鏡下での癌細胞の形態変化(病理組織所見の異常)やCT/MRI画像の異常所見として表出するまでには年余の時間がかかる、言い換えれば、遺伝子に変化が生じていても、CT/MRI画像はもちろん、顕微鏡の所見にもその遺伝子変化が反映されてないという事態も十分ありうる」(乙B24・3ページ。下線は引用者による。以下同じ。)と述べているとおり、病理検査においてセミノーマが確認できたにとどまる場合であっても、STMへの悪性転化過程が潜在することは十分にあり得る。この点について、控訴人は、原審において、「その後の検査で明らかな転移が認められなかったとしても、検査では発見できない癌細胞の転移があった可能性もあり、その7月7日時点で転移が無かったわけではない」(原審原告準備書面(2)・7ページ)、「亡[]の場合、(中略)リンパ節転移が既に起きていたのであるから、がん細胞が精巣から出て少なくともリンパ節に拡がっていたのである。(中略)がんの転移は細胞レベルで起きるものであり、CT上で明らかな転移が確認できなくとも(中略)がん細胞が他臓器に残っている可能性は否定できない」(原審原告準備書面(3)・2及び3ページ)などと述べ、検査上確認できない細胞レベルの転移があると主張していたものである。

さらに、岩田医師も、精巣腫瘍が希少であり、病理医の経験値に差があり、また、精巣腫瘍自体が多様であると考えられていることを背

景として、精巣腫瘍の組織分類そのものの診断にも不一致が多いことに注意が必要であると指摘し（乙23・4ページ脚注）、精巣腫瘍の組織分類に係る病理診断の確実性に留保を付している。

以上のとおり、控訴人の前記(ア)の主張は、3月31日の病理検査の結果について、顕微鏡所見を過大視したものか、癌における遺伝子の変化が病理検査に反映されない事態があり得ることを捨象して、独自の評価を述べるものにすぎないし、原審における主張とも矛盾する。

- c さらに、原審被告準備書面(5)第3の2(イ)(16ページ)で述べたとおり、池田医師は、要旨、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たという劇症の再発と転移が、精巣癌では説明できず、STMで初めて説明可能となる旨、STMが顕在化するまでの潜伏期間が最短でも32か月（中央値は約55か月）であるなどといった研究結果を踏まえると、亡■が、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旨の意見を述べる。

亡■について、BEP治療によりセミノーマ細胞が死滅したものの、その過程でシスプラチン耐性を獲得したSTMが生じて前景化したという前記(ア)の主張における控訴人の想定は、池田医師が研究結果を踏まえて上記のとおり指摘する術後から再発までの期間の短さという亡■の術後経過とSTMの潜伏期間を捨象している。

- d 以上によれば、控訴人の前記(ア)の主張は、理由がない。

イ 池田意見書（乙B24）は医学的根拠に基づくものであり、信用性があること

(7) 控訴人の主張

シスプラチンが腫瘍細胞に効果を発揮する機序に照らし、池田意見書(乙B24)が前提とする「セミノーマとしての表現型を維持しながら、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」といったことは起こらない。再発腫瘍にシスプラチンの効果が認められなかったことからすれば、BEP治療と再発の過程で、セミノーマから分化してSTMが生じていたと考えざるを得ない。

また、池田医師がインターネット上に匿名化もせず亡■に関する意見書及び控訴人代理人等を誹謗中傷する文書を公開していることは、同医師が妄想的であり、根拠なく思い込みで結論に至る傾向を示している。

そして、池田医師は、亡■の■という科学的根拠に乏しい考えを下敷きとして上記意見書の「セミノーマとしての表現型を維持しながら、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」との結論に至ったものである。

以上によれば、池田医師の意見書は、信用性が低い。(以上につき、控訴理由書・7ないし9ページ)

(4) 被控訴人の反論

- a 高位精巣摘除術後に行う補助化学療法としてBEP療法は、再発予防を目的とするものであるが、ステージIのセミノーマでは再発の7割が2年以内に起こり、その中央値が14から16か月であることという精巣腫瘍の一般的な再発様式・再発時期に関する医学的知見(乙B8・27及び28ページ)に照らし、術後7か月という極めて早期に再発が起きたという経緯は、BEP療法が無効であったことを意味する。池田意見書は、この点を捉えて、初回のBEP療法が無効であったと指摘しているものであるが(乙B24・1及び7ページ)、亡■

■に対して行われたBEP療法に効果が認められなかったことについては、転医先の埼玉医療センターの医師も「BEP（中略）に抵抗性」と指摘しているところである（甲A6の5・45ページ）。

なお、亡■については、医師Cが4月8日にステージⅡAと同等の化学療法を補助的に行う方針を伝えているが、TNM分類に従った亡■の精巣腫瘍の実際の病期はステージⅠであり、BEP療法によりステージⅡAからステージⅠAにステージダウンした事実がないことは、原審被告準備書面(4)第2（5ないし8ページ）で述べたとおりである。

控訴人の前記(7)の主張は、ステージⅠのセミノーマの再発時期に関する統計資料を踏まえず、本件手術後に再発予防のために行われたBEP療法の有効性に関する評価を誤ったものというほかない。

- b この点、控訴人は、池田医師が控訴人代理人等を誹謗中傷する内容の投稿等をインターネット上で公開したことを捉えて、池田意見書が科学的根拠に乏しいなどと主張する。しかし、池田意見書は、これに添付された医学文献上の知見を集約して述べられたものであり、何ら科学的根拠に欠けるものでない。他方、控訴人は、その機会があったにもかかわらず、池田意見書ないしこれに基づく原審被告準備書面(5)における主張に対して特段反論反証をせず、上記意見書に添付された医学文献の内容や池田医師による当該文献の解釈の合理性を左右するような医学的知見の主張立証を原審において何ら行わなかったものであり、控訴理由書においても、池田意見書が基礎とする統計資料及び医学文献並びにその評価の誤りを指摘し得ておらず、自己の主張を裏付ける医学的知見を医学文献等によつて的確に立証するものでない。

なお、亡■の精巣腫瘍が種々の標準的化学療法に抵抗性であり、シスプラチン耐性を有していることは明白であって、控訴人の指摘す

る[]の見解は、相当因果関係を否定する説明として論理的に必須なものではない。したがって、その見解の是非によって、池田意見書の信用性は何ら左右されるものではない。

以上のとおり、池田意見書（乙B24）の合理性と信用性は、池田医師の上記投稿や上記見解によって何ら左右されるものではない。

(2) 亡[]が1月7日時点で脈管侵襲を伴っていた可能性は低いとの控訴人の主張は理由がないこと

ア 控訴人の主張

続発性の陰嚢水腫の機序は不明であり判明しておらず、岩田意見書（乙B23）で紹介されている二説以外にも機序が複数考えられる。

亡[]については、「手術後」（「手術前」の誤記と解される。）の検索で「後腹膜周囲リンパ節」（「腹部大動脈周囲リンパ節」の誤記と解される。）や右鼠径リンパ節が1cmで、明らかな腫大とは言えない程度であったことからすれば、その時点で既に腹部大動脈周囲リンパ節への転移・リンパ行性転移が逆行性に陰嚢からのリンパ流側にまで進展してリンパ流を阻害していた可能性は低い。そのようなリンパ流の阻害が起きるのは、リンパ管内が腫瘍細胞で満たされ、腹部大動脈周囲リンパ節内にも進展し、更に逆行性に鼠径リンパ節までに進展するということだが、そのような事態に至っていれば、腹部大動脈リンパ節には明らかな腫大が見られ、転移として発見されていたはずである。

したがって、1月7日時点で陰嚢水腫があったことは脈管侵襲の徴表ではなく、同日時点の陰嚢水腫をもって、その時点で「脈管侵襲を伴っていた可能性が十分にある」とした原判決の判断は誤っている。逆に、3月24日時点で、亡[]の精巣腫瘍が純粋なセミノーマであり、脈管侵襲が少数であり、腫瘍の露出はなく、明らかなリンパ節転移も認められなかった

ことからすれば、1月7日時点で脈管侵襲を伴っていた可能性は低い。(以上につき、控訴理由書・10及び11ページ)

イ 被控訴人の反論

(7) 医療部長は、3月18日に本件センターで撮影された腹部造影CTの画像を見て、「右鼠径部及び腹部傍大動脈に大きめのリンパ節(1cm)を認め、リンパ節転移の可能性はある。」と診療録に記載している(乙A 8・6ページ)。そして、岩田医師が注意を要すると指摘するとおり、リンパ節転移があればリンパ節が腫脹するとは限らない(乙B 23・8ページ)。

前記アの控訴人の主張は、上記リンパ節について、「明らかな腫大とは言えない程度であった」などと評価し、「明らかな腫大」といえる程度のリンパ節の腫脹がなければ、リンパ節転移が認められない、あるいは逆行性の進展が起り得ないという趣旨をいうものと解されるが、その医学的根拠は不明である。他方で、石田修ほか「脈管の造影－診断と治療的応用－」(乙B 23資料5²)において示されている、「リンパ節が完全に癌細胞によって占められる場合には、その節は全く造影されないで末梢の輸入リンパ管の拡張や逆流像などが著明に見られる」(323ページ)、「転移のあるリンパ節は必ずしも腫大があるとは限らず、小さなリンパ節にも転移による欠損を発見することが少なくない」(324ページ)、精巣腫瘍に「全般に腰(大動脈)リンパ節は小さい」(328ページ)、「睾丸腫瘍は外から触知できない腰(大動脈)リンパ節に転移を起こしやすい」(同ページ)等の記載によれば、亡に見られた1cm程度のリンパ節の腫大であっても、癌細胞によって完全に占拠されること

² この文献は、平成3年に発行された脈管造影に関する成書である。CT検査が発達した近年においてリンパ管造影は行われなくなっているが、脈管に関する知見については、利用価値のある記述が多いものとして、現在もなお有用な文献である。

によって、リンパ流の逆流と癌の逆行性進展は生じ得るといえる。

また、上記診療録の記載において着目すべきは、右鼠経部の腹部大動脈周囲リンパ節に加えて、本来は精巣腫瘍の領域リンパ節ではない右鼠経リンパ節³にも腫大が認められたことにある。岩田医師は、右鼠経リンパ節に腫大が認められたことが、精巣腫瘍に伴う続発性陰嚢水腫の発生機序について、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とする説（岩田意見書第2の3(2)の①の説、乙B23・7ページ）に合致すると指摘するところ（乙B23・11及び12ページ）、控訴人は、この点について何ら反論できていない。

上記診療録の記載に加え、その約2か月後に亡から摘出された精巣腫瘍について、脈管侵襲の所見が認められたこと（甲A7・672ページ、乙A13⁴）も踏まえると、1月7日及び9日の診察時に確認された続発性の陰嚢水腫は、上記機序によるものであり、その時点で、すでに正常のリンパ流を妨げる程度の脈管侵襲が存在していたと想定するのが医学的に自然である。

- (イ) 他方で、1月9日提出の自然剥離細胞診の結果が「class II」であったことに照らせば、精巣腫瘍への直接浸潤と精巣鞘膜腔内播種を想定する説（岩田意見書第2の3(2)の②の説、乙23・7ページ）に係る機序によって陰嚢水腫が発生していた蓋然性は低い（乙B23・11及び12ページ）。

また、控訴人は、岩田意見書で紹介されている二説以外の機序により精巣腫瘍に伴う陰嚢水腫が生じた可能性を指摘するが、これを裏付ける

³ 精巣及び陰嚢のリンパ流の経路につき、岩田意見書・5ないし7ページ参照。

⁴ 精巣腫瘍の病理診断における脈管侵襲の評価に係る問題につき、岩田意見書第2の2（3ないし5ページ）及び第3の1（10及び11ページ）参照。

亡■に係る具体的な所見や統計資料等が示されているものではなく、
控訴人が指摘するのは抽象的な可能性にすぎない。

この点、控訴人が指摘する可能性のうち、腫瘍が大きくなることの影
響については、亡■が一審原告■に宛てた手紙（甲A2の3）にお
いて、精巣（陰嚢）について初めて医師の診察を受けた当時⁵のことを振
り返り、それまでに精巣と精巣の間にできてきたしこり（腫瘍）が「ゴ
ルフボールぐらい」の大きさになっていたとの記載がある。しかし、ゴ
ルフボールの規格は、直径42.67mm以上に相当するところ、原審
被告準備書面(5)第2の1(4)イ（8ページ）で主張したとおり、腫瘍径
と脈管侵襲には強い相関があり、腫瘍径4cm以上では脈管侵襲陽性率
が44%、4cm未満では8%と報告されていること（乙B23・10
ページ）に照らすと、亡■の精巣腫瘍の大きさは、岩田医師が指摘す
るとおり、1月7日時点において、脈管侵襲を十分来し得るものであっ
たということになる。

- (ウ) 以上によれば、前記アの控訴人の主張は理由がなく、亡■について
1月9日の診察時に確認された陰嚢水腫は、その時点で脈管侵襲が存在
していたことを有力に示唆するものであり、その時点において、亡■
の精巣腫瘍のステージは、3月24日の本件手術時点と同等のステージ
IBであったことになるから、仮に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はならず、再発を起こす蓋然性
が高かったとみるべきである。

(3) 小括

⁵ 亡■は、一審原告■に宛てた手紙（甲A2の3）に、精巣と精巣の間にしこりができ、そ
れが「ゴルフボールぐらい」の大きさになっていたことを職員に伝えたのが、令和元年10月
中旬頃で、その約1週間後に医師の診察を初めて受けたと記載しているが（3ページ）、精巣（陰
嚢）について医師の診察を受けたのは、令和2年1月7日が初めてであるから、亡■は2か
月程度、診察の時期等を誤認している。

以上によれば、原判決が、亡翔汰の1月7日時点の精巣腫瘍について、池田医師の意見に基づきS T Mであった可能性が否定できないとし、また、岩田医師の意見に基づき脈管侵襲を伴っていた可能性が十分にあると説示した上で、これを前提として、早期に精巣腫瘍が発見されていた場合の亡■の救命可能性と令和3年7月24日の死亡時点でなお生存していた相当程度の可能性を否定したことは正当である。

- 3 9月上旬、9月24日又は10月5日に亡■に対するC T検査を実施しなかったという医療行為が著しく不適切なものであったといえないと判断した原判決の判断に誤りはないこと

(1) 控訴人の主張

9月上旬、9月24日又は10月5日に亡■に対するC T検査を実施しなかったという医療行為が著しく不適切なものであったといえないと判断した原判決の判断は、本件ガイドライン（乙B8）の位置づけを誤って理解している。

患者に何らかの症状が出れば、本件ガイドラインが推奨する経過観察期間内であっても、速やかに検査等の医療措置を執るべきであるから、亡■が9月に発熱と腰痛を訴えた時点で速やかに検査等の医療措置を執らなかった本件刑務所の医師には過失がある。

これにより、亡■は、適切な治療機会を喪失し、不要に1か月にわたり、癌の転移と死の恐怖にさらされ、多大な精神的苦痛を受けた。（以上につき、控訴理由書・12及び13ページ）

(2) 被控訴人の反論

ア 原審被告準備書面(6)第2の3（9ないし12ページ）で述べたとおり、適時に適切な医療行為を受けるという法益と損害賠償責任について判示した最高裁平成17年判決の法廷意見と補足意見、最高裁平成23年判決の法廷意見と同判決の解説（判例タイムズ1344号112ページ）を踏ま

えると、適時に適切な医療機関へ転送され、同医療機関において適時に適切な検査、治療等の医療行為を受けることによって結果が回避された因果関係及び結果を回避できた相当程度の可能性が証明されなかった場合に、当該治療行為を受けられなかったことを保護法益として不法行為法による賠償責任を認める余地があるとしても、転送しなかった医師により行われた医療措置が、「検査治療が現在の医療水準に照らしてあまりにも不適切不十分なもの」「著しく不適切不十分な場合」「医師の検査、治療等が医療行為の名に値しないような例外的な場合」と認められない限り、上記保護法益に係る損害賠償責任を検討することはできないと解される。

イ 控訴人は、本件ガイドラインが最低限遵守すべき方向性を示しているなどといい、甲B第12号証にはこれに沿う意見が見られるが、本件ガイドラインは、我が国における発行時点現在での「標準的」と考えられる診療を示したものである（乙B8・iiiページ参照。同旨の理解は、甲B第11号証・1ページでも示されている。）。

また、控訴人が前記(Ⅰ)の主張に関連して提出する甲B第10ないし12号証における各医師の意見は、成書や医学論文を参照することなく、自身の経験に基づく知見を述べるものにすぎず、当該意見と異なる医療措置が医療行為の名に値しないような著しく不適切不十分なものと評価すべき根拠となり得るものではない。

ウ そして、本件刑務所の医師らについて、9月24日の時点においてCT検査を実施すべきであったのにこれを怠ったこと、同年10月5日の時点においてCT検査を実施すべきであったのにこれを怠ったことが違法である旨の控訴人主張に理由がないことは、原審被告準備書面(Ⅰ)第5の5(2)（59ないし62ページ）で述べたとおりであり、原判決が正当に判示するとおり、本件刑務所の医師は、本件ガイドラインで推奨される内容から逸脱することなく亡●の経過観察を行うとともに、腫瘍の発生を受けて、

順次検査を進めたものであるが、こうした亡[]に対する本件刑務所の医師の医療措置が「著しく不適切不十分な場合」であるとか、「医師の検査、治療等が医療行為の名に値しないような例外的な場合」などと見ることはできないことは明らかというべきである。

エ したがって、前記(1)の控訴人の主張は理由がない。

4 結語

以上によれば、控訴人敗訴部分につき控訴人の請求を棄却した原判決は相当であって、本件控訴は、理由がないから速やかに棄却されるべきである。

以 上

別紙

送達場所

住所

〒102-8225

東京都千代田区九段南一丁目1番15号

九段第2合同庁舎

東京法務局訟務部

民事訟務部門 甲谷 宛て

電話 03-5213-1291

FAX 03-3515-7308