

平成 29 年（ワ）第 552 号 国家賠償請求事件

原 告 X

被 告 国

5

## 原告第 8 準備書面

2020 年 10 月 29 日

水戸地方裁判所民事第 1 部合議 A 係御中

10

原告訴訟代理人弁護士 児玉晃一

被告準備書面（4）に対する反論

### 第 1 緒言

15

原告第 6 準備書面で論じたとおり、W さんの死因は、虚血性心疾患（冠攣縮性狭心症）・心不全・不整脈の関与の可能性が高く、死亡直前は急性心不全の病態ででした。その原因として、W さんには持病として糖尿病~~XXXXXXXXXX~~  
~~XXXX~~があるとともに、強いストレス下にあったことが挙げられます。にもかかわらず、収容施設において適切な治療介入ができなかったために、冠攣縮性  
20 狭心症の状態が遷延し低拍出量症候群の状態に陥り、心不全が進行して死に至ったものです。

20

次に、入管職員の注意義務違反ですが、原告第 7 準備書面で論じたとおり、平成 29 年 3 月 29 日 19 時以降の W 氏の状態は明らかに異常であり、入管職員において救急搬送が必要な状態であると認識することは十分に可能であったといえ（甲 28 の報告書別紙参照）、にもかかわらず緊急通報等の必要な  
25 対応をしなかった入管職員には注意義務違反が認められます。そして、甲 43

の原医師追加意見書にもあるとおり、遅くとも 19 時 46 分から間もない時間までに緊急通報し、W さんに治療を受けさせる事ができれば救命できた可能性が高く、結果回避可能性はあったものといえます。

5 これに対し、被告は、準備書面 (4) において、原告の主張に対する反論を、東谷迪昭医師からの意見聴取書 (乙 20) を引用して主張しています。

この点、上記被告の主張とその根拠について、原告において改めて原久男医師より医学的見解を求めた結果、甲 45 の意見書の提出を受けました。この意見書を踏まえ、被告の主張に対しそれぞれ反論します。

10 第 2 冠攣縮性狭心症を否定する主張 (被告準備書面 (4) 4 頁～5 頁) について

1 剖検において心筋壊疽や冠動脈の炎症性変化等の器質的変化が認められていないとの主張 (被告準備書面 (4) 4 頁 (2) ア、乙 20 号証東谷医師からの聴取書 2 頁「4(1)ア」) について

15 甲 45 の意見書第 1・1・(1) (同 1 頁) によれば、剖検だけから冠攣縮性狭心症はないとは断定できません。むしろ、心筋壊死などの不可逆的な所見がないがゆえに、可逆性変化である冠攣縮性狭心症の可能性が高まったものといえます。

2 「非喫煙者」、「飲酒できない」、「43 歳と若年」という消極因子があるとの主張 (被告準備書面 (4) 4 頁(2)イ) について

20 W さんに上記の消極因子があるのは事実ですが、その一方で、糖尿病治療・脂質異常 ~~XXXXXXXXXX~~ 強いストレス下といった冠血管リスクの因子 (甲 42・13 頁～15 頁、甲 46 「冠攣縮性狭心症の診断と治療に関するガイドライン (2013 年改訂版)」 7 頁) があります。甲 45 の意見書第 1・1・(2) (同 1 頁) によれば、冠攣縮性狭心症のリスクとしては十分すぎるくらいだとされています。

25

3 「2 月 27 日の診察時から虚血性心疾患であったかのような記載となってい

る。しかしながら、心電図に ST 変化が全くないのに、冠攣縮性狭心症が同日から継続していたとの想定には無理がある」との指摘(乙 20 号証 4(2)ウ)について

5 甲 45 の意見書第 1・1・(3) (同 1 頁～2 頁) によると、また、冠攣縮性狭心症の心電図変化は 20～30%であり、心電図から典型的な変化を捉えることは困難とされます。心電図の変化がなくとも、冠攣縮性狭心症の場合があることは知られており、そのために、冠攣縮を誘発し確定診断を行うことが、一般的に行われています。原医師が所属する国立国際医療研究センター病院  
10 においても、心電図変化が明らかでない胸痛を有する患者に負荷試験(アセチルコリン負荷・エルゴノビン負荷といわれるカテーテルでの評価)を行い、冠攣縮性狭心症を診断確定するケースは多くあるのであって、W 氏についても、糖尿病・脂質異常~~XXXXXXXX~~といった冠血管リスクを有し、施設での管理下  
15 といった強いストレス状況にあることからすると、虚血性心疾患を起こしてもおかしくない状況であることは十分説明がつくとされています。

15

第 3 代謝性疾患により死亡した可能性があるとする主張(被告準備書面(4) 5 頁～6 頁)について

1 ~~XXXXXXXX~~治療薬の中断及び再開による副作用や、代謝に影響する乳酸アシドーシス等の合併により、代謝性疾患によって死亡した可能性が考えられる  
20 との指摘(乙 20 号証 4(1)イ)について

甲 45 の意見書第 1・2・(1) (同 2 頁) によると、薬による代謝障害の可能性はゼロではありませんが、以前より常用しているものであり、突然に副作用が出現してきたとは考えにくいとされます。

意見書ではさらに、W さんは、死亡する前日より体の恒常性が維持できなくなっており、心疾患にしろ、薬の副作用にしろ、それらが原因で恒常性が  
25 維持できなくなり死亡に至ったと考えるのであれば、その状況を打開すべく

医療介入がなされるべきであったとされています。

2 仮に代謝性疾患が死因であるとした場合の治療方法と、午後 7 時 46 分から間もない時点までに救急搬送した場合の救命可能性について

5 甲 45 の意見書第 1・2・<sup>ア</sup>(3) (同 2 頁～3 頁) によると、冠攣縮性狭心症であっても、代謝性疾患であっても、搬送してすぐに血液検査及び心電図をとり、病因を探ります。仮に代謝性疾患が疑われたら、直ちに全身状態の改善のための処置を行うのが通常であり、それがこの時点でなされていれば、救命は可能であったとされています。

10 第 4 午後 7 時 46 分から間もない時点までに救急搬送をすれば救命可能であったことを否定する主張 (被告準備書面 (4) 6 頁～8 頁) について

15 被告は、3 月 29 日午後 6 時 5 分から午後 7 時 4 分までの時点で救急搬送されたとしても、原因が不明であるから応急措置をするしかなく、救命可能であったとは考えにくい。また、救急搬送してから原因特定のための各種の検査をしていたのでは、時間的に間に合わず、救命することはできないと主張しています (乙 20 号証 4(2)エ)。

20 前提として、本件のような拘禁施設における医療機関への転送時期が問題とされる場合、適時に適切な医療機関への転送が行われ、同医療機関において適切な検査、治療等の医療行為を受けていたならば、患者の死の結果を回避できる「相当程度の可能性」の存在が証明されるときは、国は、患者がその可能性を侵害されたことによって被った損害について国家賠償責任を負うものと解するのが相当です (最判平 17. 12. 8/判時 1923. 26、判タ 1202. 249 など)。

25 そして、甲 45 の意見書第 1・3 (同 3 頁) によると、冠攣縮性狭心症であっても、代謝性疾患であっても、搬送してすぐに血液検査及び心電図をとり、病因を探るのが前提であり、検査に要する時間は医療機関にもよりますが施

設内で検査が行えればおよそ 60 分以内とのことです。仮に代謝性疾患が疑われたら、直ちに全身状態の改善のための救命処置を行うこととなります。

5 具体的には、甲 43 の意見書【回答 1】でも述べられているとおり、血液ガスから pH を測定し、これにより乳酸アシドーシスの把握することも可能となります。低拍出量症候群に対しては、強心薬といわれる製剤（カテコラミンといわれるものです）を点滴で使用します。これで対応ができない進行した状況（薬の使用によっても体循環の改善が得られない状況）であれば、体外循環という生体の循環動態を補助する機器（IABP、PCPS など）を使用し、悪い状態からの離脱を図ることとなります。冠攣縮性狭心症に対しても血管  
10 拡張の薬を使用し対処します。こういった集中治療により全身状態の改善が図れば救命できた可能性があるとのことです。

したがって、「午後 7 時 46 分から間もない時点」で緊急通報した場合、上記の検査をしたうえで原因を特定し、治療を行えば、W さんの救命について相当程度の可能性があったといえます。

15

第 5 午後 7 時以降の W 氏の状態が明らかに異常であったと認識することはできなかったとの主張（被告準備書面（4）9 頁～10 頁）について

1 当時、意識障害、痙攣、呼吸障害といった症状は見受けられないため、医師であったとしても、当時の死亡者の状況を見て、救急搬送を必要とする程  
20 度の緊急性があると判断することができたかについては疑問があり、ましてや、医療従事者ではない入管職員において、緊急性があると判断することは無理であったとの指摘（乙 20 号証 4(2)ア、オ）について

そもそも、東谷医師は、監視カメラの映像について全く言及しておらず、映像については確認していないものと思われます。そうすると、東谷医師は、  
25 収容施設における文書の記録のみをもとに W さんの症状についての意見を述べていることとなります。

この点、甲 45 の意見書第 1・4・(1) (同 3 頁) によると、医学的知識のない職員の記録だけでは W 氏の状態は把握できないとされています。さらに、W 氏については、3 月 27 日の段階で、被収容者が大挙して状態がおかしいことを訴え (甲 12・50 頁)、休養室に写されて動静監視が開始されており (甲 12・51 頁)、その流れからすると、19 時以降の映像 (甲 28) に記録されている W 氏の状態が異常であることは明らかとされています。

そうである以上、しかるべき医療施設への搬送を行い対処する必要があることもまた明らかといえます。

2 午後 8 時 30 分の時点において、乳酸アシドーシスが生じることによる意識障害を伴っていた可能性はあるが、意識障害を伴っていると認識することは相当困難であり、医療従事者以外の者において、これを意識障害であると認識することはなおさら難しいとの指摘 (乙 20 号証 4(3)) について

前述のとおり、施設職員に意識状態の異常を確認することはできなくても、W さんの行動・容態が尋常でないものであることは認識可能だったといえます。

第 6 令和元年 12 月 20 日付け意見書 (甲 42) 8 頁に記載されている、「顕微鏡レベルの動脈硬化」の意味について (被告求釈明に対する回答)

甲 45 の意見書第 2 (同 4 頁) によると、冠動脈疾患は大型～中型の冠動脈の内膜下にアテロームが沈着することが原因であり、アテローム硬化の特徴は、脂質 (細胞内外のコレステロールおよびリン脂質)、炎症細胞 (例、マクロファージ、T 細胞)、平滑筋細胞、結合組織 (例、コラーゲン、グリコサミノグリカン、弾性線維)、血栓、およびカルシウム沈着を含む変化をいいます。これらの変化を顕微鏡で確認することで、顕微鏡的動脈硬化が存在すると判断できるとのことです。

つまり、「顕微鏡レベルの動脈硬化」とは、肉眼では分からないような動

脈硬化の進行状態を指しており、本件で W さんの動脈硬化を顕微鏡で確認したという意味ではありません。

以上