

令和4年(ワ)第891号 国家賠償請求事件

原告 ラトヤナケ・リヤナゲ・ワヨミ・ニサンサラ・ラトヤナケ ほか2名

被告 国

第10準備書面

令和6年5月15日

名古屋地方裁判所民事第10部合議口B係 御中

被告指定代理人 浅海 俊介

長尾 武明

樽井 勉

佐藤 良訓

佐藤 亘

山口 萌乃香

田中 貴大

小林 萌子

加藤 政樹

木村美香(

中谷文音(

向山智哉(

迎雄二(

久保田貴雄(

安藤宏弥(

工藤陽子(

長谷文哉(

上田裕一(

吉岡聖剛(

佐々木俊彦(

加藤歩葵(

## 目 次

	第 1	令和 3 年 1 月 2 5 日に実施された血液検査の結果によれば、その当時、ウィ シュマ氏に深刻な脱水が生じていたとは認められず、栄養状態も特段問題がな かったといえること	8
5	1	原告らの主張	8
	2	被告の反論	9
	第 2	令和 3 年 1 月 2 6 日に実施された 1 回目尿検査の結果をもって、ウィシュマ 氏の飲食物の摂取状況を注視すべきであったとはいえないこと	13
	1	原告らの主張	13
10	2	被告の反論	14
	第 3	令和 3 年 2 月 1 8 日までの診療経緯を踏まえて、庁内内科等医がウィシュマ 氏に関して外部医療機関の精神科での受診を指示したことが不合理であったと はいえないこと	15
	1	原告らの主張	15
15	2	被告の反論	16
	第 4	令和 3 年 2 月 1 8 日の段階で、庁内内科等医が、ウィシュマ氏に対し、直ち に血液検査を行わなかったことが不合理であったとはいえないこと	21
	1	原告らの主張	21
	2	被告の反論	22
20	(1)	2 回目尿検査後に直ちに再度の血液検査を実施しなかったことが不合理で あるとはいえないこと	22
	(2)	原告らの前記 1 ①の主張について	25
	(3)	原告らの前記 1 ②の主張について	26
	ア	入所時から令和 3 年 2 月上旬頃までのウィシュマ氏の体重減少について	26
25		イ 令和 3 年 2 月 1 8 日時点におけるウィシュマ氏の体重減少について	

	.....	27
	ウ ウィシュマ氏の体重減少に関して、5ないし10パーセントの体重減少 を来した高齢者グループの死亡率が顕著に上昇したとする研究結果を参酌 すべきではないこと .....	27
5	エ 小括 .....	28
	(4) 原告らの前記1③の主張について .....	29
	(5) 原告らの前記1④の主張について .....	29
	(6) 原告らの前記1⑤の主張について .....	29
	(7) 原告らの前記1⑥の主張について .....	29
10	第5 ウィシュマ氏には、重篤なケトアシッドシスにおいて見られるような意識障 害が認められないこと .....	33
	1 原告らの主張 .....	33
	2 被告の反論 .....	34
	(1) 原告らの指摘する事項をもって、ウィシュマ氏に意識が朦朧とする等の意 識障害があったとは認められないこと .....	34
15	ア 令和3年2月26日の状況について .....	34
	イ 原告らが指摘するビデオ映像について .....	35
	(ア) 令和3年3月3日午後3時19分から午後3時24分のビデオ映像に ついて .....	35
20	(イ) 令和3年3月4日午前7時から午前7時5分のビデオ映像について .....	36
	(ウ) 令和3年3月4日午前8時2分から午前8時12分のビデオ映像につ いて .....	37
	(エ) 令和3年3月4日午前8時12分から午前8時25分のビデオ映像に ついて .....	38
25	ウ ウィシュマ氏を診療した掖済会病院精神科医が、ウィシュマ氏について	

	意識障害が見られる旨の指摘を行っていないこと	38
	(2) 小括	39
	第6 ウィシュマ氏は、重度のビタミンB1欠乏症であったとは認められないこと	39
5	1 原告らの主張	39
	2 被告の反論	40
	3 小括	46
	第7 ウィシュマ氏が死亡に至った機序を特定することは困難であること	46
	1 原告らの主張	46
10	2 被告の反論	47
	(1) ウィシュマ氏について、生命の危機があるような重篤なケトアシドーシスを発症したことを特定できないこと	47
	(2) ウィシュマ氏が、重度のビタミンB1欠乏症であったとは認められず、乳酸アシドーシスを発症したとも認められないこと	49
15	(3) ウィシュマ氏が、肝機能障害又は腎機能障害であったと認めることは困難であること	50
	(4) ウィシュマ氏の死亡に至る機序が不明であること	50
	(5) 小括	50
	第8 庁内内科等医や名古屋入管職員が掖済会病院精神科医に行った情報提供は、	
20	適切であったこと	50
	1 原告らの主張	50
	2 被告の反論	51
	(1) 庁内内科等医は、掖済会病院精神科医に対する診療情報の提供を適切に行っており、2回目尿検査の結果を同医師に伝えなかったことが不合理であったとは認められないこと	51
25	(2) 名古屋入管職員は、掖済会病院精神科医に対し、ウィシュマ氏の具体的な	

症状や診療経過、体調不良を訴え始めた時期や経緯等の適切な情報提供をしており、詐病に関する予断に基づいて情報提供を行ったことはないこと  
..... 5 3

第9 入管収容施設において被収容者の処遇に当たる看守勤務者（入国警備官）に  
5 求められる注意義務の水準として、看護師レベルの水準までは求められていないこと ..... 5 4

1 原告らの主張 ..... 5 4

2 被告の反論 ..... 5 5

第10 名古屋入管の看守勤務者らは、原告らが指摘する日時において、ウィシュマ氏について救急搬送等の緊急の対応が必要な状態にあるとは認識しておらず、そのような認識を抱かなかったことが不合理であるとはいえないこと  
..... 5 7

1 看守勤務者らは、令和3年3月5日頃以降のウィシュマ氏の状態について、クエチアピン等の効果による影響があると認識していたことから、救急搬送等の緊急の対応が必要であるとは認識し得なかつたこと ..... 5 7

15 (1) 原告らの主張 ..... 5 8

(2) 被告の反論 ..... 5 8

ア 看守勤務者らは、掖済会病院精神科医が処方したクエチアピン等について、その服薬指示に従って服用させていたこと（前記原告らの主張①に対する反論） ..... 5 8

20 イ 掖済会病院精神科医がクエチアピン等を服用しても睡眠状態が続かないことを想定しており、看守勤務者らに対し、ウィシュマ氏の睡眠状態が続くとは説明していないことは、前記アにおいて述べた看守勤務者らのクエチアピン等の服用の効果に関する認識を妨げるものではないこと（前記原告らの主張②に対する反論） ..... 6 0

25 ウ 原告らの指摘する文書は、看守勤務者らに対し、ウィシュマ氏について

	緊急対応を要するとの認識を基礎づけるものではないこと（前記原告らの主張③に対する反論）	6 2
	エ 小括	6 3
5	2 令和3年3月6日午前11時15分のウィシュマ氏の様子からしても、看守勤務者らが、ウィシュマ氏について緊急対応が必要であるとは認識し得なかったこと	6 3
	(1) 原告らの主張について	6 4
	(2) 被告の反論	6 4
10	ア 令和3年3月6日午前11時15分頃、ウィシュマ氏に見られた呼吸がクスマウル呼吸であったかどうかは不明であるし、一般的な入管職員を基準とすれば、ウィシュマ氏の呼吸をもって医師に連絡して指示を仰ぐ又は救急搬送を要請するほかないと判断せざるを得ない程度に重篤な状態に陥っていると認識することは困難であったこと	6 4
15	イ 「大村入国管理センター被収容者死亡事案に関する調査報告書」の記載は、名古屋入管職員に対し、ウィシュマ氏に対する緊急対応を基礎づけるものではないこと	6 5
	第11 名古屋入管局長には体制構築義務違反が認められるとの原告らの主張には理由がないこと	6 6
	1 原告らの主張	6 6
20	2 被告の反論	6 7

被告は、本準備書面において、原告ら第10準備書面、2023年（令和5年）1月22日付け原告ら第12準備書面（以下「原告ら第12準備書面」という。）、2024年（令和6年）1月12日付け原告ら第13準備書面（以下「原告ら第13準備書面」という。）に対して、必要な限度で反論する。

5 なお、略語については、本書面で新たに定義するもののほかは、従前の例によることとし、略語等を整理した略語一覧表を本準備書面末尾に添付する。

第1 令和3年1月25日に実施された血液検査の結果によれば、その当時、ウィ  
シュマ氏に深刻な脱水が生じていたとは認められず、栄養状態も特段問題がな  
10 かったといえること

#### 1 原告らの主張

原告らは、被告が令和3年1月25日の血液検査の結果についてウィシュマ  
氏の栄養状態に関して特段の問題があったとは認められないと主張したこと  
（被告第7準備書面第1の7(2)・13ページ）に対して、アルブミンの数値  
15 が4.7 g/dL（基準値は3.8～5.3 g/dL）、ヘモグロビンの数値が  
16.0 g/dL（基準値は11.3～15.2 g/dL）という検査結果は、  
基準値内の数値であっても、脱水症状が隠れている場合があり、そのことはヘ  
モグロビンの数値、ヘマトクリットの数値が上昇していることから推測され  
る、また、アルブミンは採血した日の約3週間前の栄養状態を示しており、採  
20 血時の栄養状態を正確には示していないから、採血時である令和3年1月25  
日のウィシュマ氏の栄養状態に特段の問題がない旨の被告の主張には理由がな  
いと主張し（原告ら第12準備書面第1の3(2)・2ページ、原告ら第13準備  
書面第1の4(1)・5及び6ページ）、さらに、アルブミンが比較的高値のとき  
には、背後に脱水状態があるための「見かけ上の高値」である可能性があるこ  
25 とから、栄養状態に問題がないと考えるのは誤りであり、また、ヘモグロビン  
及びヘマトクリットの値は上昇しているのも、「見かけ上の高値」である可能性



があり、脱水と見るべきであったと主張する（原告ら第13準備書面第1の7  
①・10ページ）。

## 2 被告の反論

### (1) そもそもアルブミンの値が「比較的高値」であるとはいえないこと

5 原告らが主張の根拠とする今川篤子医師及び下正宗医師作成の2023年  
（令和5年）11月20日付け意見書（甲第103号証。以下「今川・下医  
師意見書（その2）」という。）は、ウィシュマ氏の令和3年1月25日の血  
液検査の結果におけるアルブミンの数値について、何らの理由も述べずに「比  
較的高値」と評価している（甲第103号証8ページ）。

10 しかし、被告第7準備書面第1の3（8及び9ページ）及び被告第9準備  
書面第1の4（9及び10ページ）で述べたとおり、アルブミンの基準値は、  
「3.8～5.3 g/dL」であるところ、令和3年1月25日に実施され  
た血液検査の結果におけるウィシュマ氏のアルブミンの数値は「4.7 g/  
15 dL」であり、基準値の範囲内であるばかりか（甲第4号証の3別紙8・7  
0ページ）、基準値の中央値（4.55 g/dL）に近い数値であることから  
すれば、そもそも同数値をもって「比較的高値」であるということとはできな  
い。

### (2) ウィシュマ氏に深刻な脱水が生じていたとは認められないこと

20 ア 脱水は、体内の細胞外液であるナトリウム（Na）の濃度により、高張  
性脱水（ナトリウムよりも水が多く失われ、ナトリウム濃度が上昇する。  
水欠乏性脱水ともいう。）、等張性脱水（水とナトリウムの均衡は保たれた  
まま、水とナトリウムが同時に、ほぼ等しく失われる。混合性脱水ともい  
う。）及び低張性脱水（水よりもナトリウムが多く失われ、ナトリウム濃度  
が下降する）に分類される。（以上につき、乙第65号証21ページ）。

25 イ このうち、高張性脱水（水欠乏性脱水）の場合は、赤血球が本当に増え  
ているのではなく、血漿の量が少なくなり、相対的に赤血球の濃度が高く

なって血液が濃縮することで、見かけ上、アルブミン、ヘモグロビン及びヘマトクリットの数値が上昇することがある。しかし、このようなときには、ナトリウムイオンやカリウムイオンなどの電解質よりも水が多く失われることから、ナトリウム、クロール及びカリウムなどの数値も合わせて高値になることが多いとされている。

そして、ウイシュマ氏の令和3年1月25日の血液検査の結果を見ると、

・ヘモグロビン量：「16.0 g/dL」

(基準値11.3～15.2 g/dL)

・ヘマトクリット値：「49.6%」

(基準値33.4～44.9%)

・ナトリウム：「141 mEq/L」

(基準値135～150 mEq/L)

・クロール：「100 mEq/L」

(基準値98～110 mEq/L)

・カリウム：「4.1 mEq/L」

(基準値3.5～5.3 mEq/L)

という数値であって、「ヘモグロビン量」や「ヘマトクリット値」は基準値を若干上回っているものの、その他の「ナトリウム」、「クロール」及び「カリウム」の数値は基準値の範囲内であり（甲第4号証の3別紙8・70ページ）、しかも、基準値の中央値を下回っており、原告らがいうところの「比較的高値」ということもできない。

かかる血液検査の結果を踏まえると、「ヘモグロビン量」や「ヘマトクリット値」の数値からは、仮にウイシュマ氏に脱水の傾向があったとしても、その程度が深刻な状態にあったとはいえず、また、その他の数値も含めると、同血液検査が行われた令和3年1月25日当時、ウイシュマ氏が高張性脱水（水欠乏性脱水）であったとは認め難い。（以上につき、乙第

65号証21及び22ページ)

ウ なお、ウィシュマ氏は、一定程度経口で栄養成分や水分を摂取することができる状況にあったものの、吐き気や嘔吐を訴えていたことからすると、原告らにおいて、水分及びナトリウムがいずれもほぼ同じ割合で欠乏する等張性脱水が生じていた可能性を指摘することが考えられる。

しかし、等張性脱水は、水とナトリウムがほぼ等しく失われることにより生じるものであるところ、令和3年1月25日の血液検査の結果における「ナトリウム」の数値は、前記イのとおり、「141 mEq/L」（基準値135～150 mEq/L）であって、基準値の範囲内であり、かつ、基準値の中央値（142.5 mEq/L）を少し下回る数値であり（甲第4号証の3別紙8・70ページ）、低い値は示していない。

また、前記血液検査の結果における「アルブミン」の数値は、前記(1)のとおり、基準値（3.8～5.3 g/dL）の範囲内の「4.7 g/dL」であり、栄養失調を示すような数値ではないため、仮にウィシュマ氏が脱水の傾向にあったことは否定できないとしても、その程度は軽微であったと考えられる。

さらに、前記血液検査の結果からは、ウィシュマ氏が、健康状態に影響を及ぼすような低栄養の状態ではなかったことがいえる。すなわち、肝臓において産生される蛋白質であるアルブミンは、栄養状態の指標となる検査項目であって、低栄養の場合には肝臓で産生されにくくなるため、基準値よりも低い値になることがあるところ、前記血液検査の結果は、前記(1)のとおり、基準値（3.8～5.3 g/dL）の範囲内の「4.7 g/dL」である上、同数値は基準値の中央値（4.55 g/dL）を少し上回る数値であり、低い値は示していない。

そして、数値が基準値よりも低い場合に栄養障害が疑われる「総蛋白」については、前記血液検査の結果における数値が、「7.9 g/dL」（基

準値6.5～8.3 g/dL)であって、これも基準値の範囲内であり、かつ、基準値の上限側に寄った数値であり、低い値は示していない。

5 加えて、「A/G比」(アルブミン(A)とグロブリン(G)の量の比を表したものであって、この数値が低い値(1.0未満)になると、慢性的な栄養不足、肝硬変、慢性肝炎、ネフローゼ症候群及び甲状腺中毒症などが疑われる。)については、前記血液検査の結果では「1.5」(基準値1.1～2.3)であり、これも基準値の範囲内であり、低い値は示していない(甲第4号証の3別紙8・70ページ)。

10 このような血液検査の結果という客観的な資料を踏まえると、ウィシュマ氏は、血液検査が行われた令和3年1月25日当時、高張性脱水(水欠乏性脱水)や栄養障害等を疑わせるような状態ではなく、等張性脱水(混合脱水)が生じていたとしてもその程度は軽微であった。(以上につき、乙第65号証22及び23ページ)

15 エ なお、低張性脱水については、ナトリウムが水以上に失われることから、血液検査の結果、ナトリウムの数値が基準値の範囲内よりも下回ることがあるところ、前記イのとおり、令和3年1月25日の血液検査の結果における「ナトリウム」の数値は基準値の範囲内であることから、令和3年1月25日当時、ウィシュマ氏に低張性脱水が生じていたとも認められない(乙第65号証23ページ)。

20 (3) さらに、被告第9準備書面第1の5(11ページ)で述べたとおり、血液検査を行った令和3年1月25日のウィシュマ氏の体重は71.5キログラムであり、肥満、痩せの判定や低栄養状態の一般的栄養スクリーニング指標の一つとされるBMI(ボディマス指数)は28.64(肥満1度)であったこと(甲第4号証の1・27ページ、乙第56号証)、この頃、ウィシュマ氏が少なからず飲食物を摂取している状態であって、食欲がなかったわけ  
25 でもないこと(例えば、甲第4号証の3別紙6・30ページの同月26日の

看護師作成メモによると、この日、ウィシュマ氏からは、パン、ヌードル、ミカン以外の果物、水、薄めたコーヒー、紅茶、ヤクルト、ヨーグルトを飲食している旨の申告があった)をも踏まえると、この当時のウィシュマ氏の栄養状態に特段の問題があったとはいえない。

5           なお、原告らは、BMIに関し「身長と体重から計算する指数であり、栄養状態は全く関係がない」(原告ら第13準備書面第1の3・5ページ)と主張するが、 $< \text{BMI} 18.5$ ないし $20$ は、低栄養状態の一般的栄養スクリーニング指標として国際的に採用されているのであって(乙第65号証31ページ)、原告らの主張は、前提となるBMIに関する理解を誤っている。

10           (4)したがって、令和3年1月25日の血液検査の結果によれば、その当時、ウィシュマ氏は、深刻な脱水の状態にあったとは認められず、栄養状態についても特段の問題があったとはいえないのであって、この点に関する原告らの主張には理由がない。

15 **第2 令和3年1月26日に実施された1回目尿検査の結果をもって、ウィシュマ氏の飲食物の摂取状況を注視すべきであったとはいえないこと**

### 1 原告らの主張

原告らは、令和3年1月26日の1回目尿検査の結果において、ケトン体「+」との結果が出たことに加え、ウィシュマ氏が食事を摂取できていない又は不十分である状況が生じており、吐き気や食欲の低下、胃痛を申告していたことを踏まえれば、ウィシュマ氏の栄養が不足している状態にある可能性を十分に認識可能であったことなどから、ウィシュマ氏について食事や水分摂取の状況を記録し、ウィシュマ氏が必要な栄養素を摂取できているか否かを確認し、できていなければ改善を図り、それが困難であれば、医療的措置により栄養の  
20 摂取を確保すべきであったなどと主張する。

25           また、原告らは、1回目尿検査の結果でケトン体が「+」の段階で、栄養状

態が不良であって、人が必要最低限摂取する必要性のある栄養素が摂取できていない可能性があり、例えば、ビタミンB1を摂取しなければ、筋力低下、Wernicke（ウェルニッケ）脳症、心不全及び筋痛等の合併症を引き起こす可能性があること、また、必要な摂取カロリーについても、被収容者処遇規則26条において一人一日当たりのエネルギーを2200キロカロリー以上3000キロカロリー以下と定めており、ウィシュマ氏は、少なからず飲食物を摂取しているといった状態にさえなかったことも挙げる。（以上につき、原告ら第12準備書面第1の4・3及び4ページ、原告ら第13準備書面第1の5(1)・6及び7ページ)

さらに、原告らは、被告第9準備書面第1の5（11ページ）の「それが生命の危機を伴うほどの状態であったとはいえず（乙第62号証10ページ）、原告らが主張する医療上の対応を行わなかったことが不合理であるとはいえない。」（同準備書面・11ページ）との記載を引用した上で、これに対し、「生命の危機を伴うほどの状態」まで医療上の対応をしないのであれば、被収容者の「健康を保持」する義務を果たしているとは到底言えない（原告ら第13準備書面第1の5(2)・8ページ）などと主張する。

## 2 被告の反論

(1) 1回目尿検査の前日（令和3年1月25日）に行われたウィシュマ氏の血液検査の結果から、ウィシュマ氏の栄養状態に特段の問題が認められるものでなかったことは、被告第7準備書面第1の3(2)及び(3)（9ページ）、被告第9準備書面第1の4（9及び10ページ）及び前記第1の2において、繰り返し述べたとおりである。

また、ウィシュマ氏は、名古屋入管に収容された令和2年8月20日から血液検査が実施された令和3年1月25日までの約5か月間で、体重が13.4キログラム減少している（甲第4号証の1・27ページ）ところ、この間のウィシュマ氏の体重減少が、病的な状態を示唆する体重減少であったとは

考え難く、健康状態に問題がない栄養状態を維持したまま体重が減少していると考えられること（以上につき、乙第62号証4、8及び9ページ）は、被告第7準備書面第1の3(1)(8ページ)及び被告第9準備書面第1の3(8及び9ページ)で述べたとおりである。

5           そして、1回目尿検査の結果、ケトン体「+」との検査結果が出ているものの、前記血液検査の結果や健康状態に問題がない栄養状態を維持したまま体重が減少していると考えられたことからすれば、1回目尿検査の結果に病的な意味は認められない（乙第62号証9ページ）。

10           (2) 以上からすると、令和3年1月26日に行われた1回目尿検査のうち、ケトン体「+」の値には病的な意味は認められないのであって、直ちにフォローアップが必要となるものではなかったといえ、原告らが主張するような、ウィシュマ氏の飲食物の摂取状況を注視することが必要な状況ではなく、原告らの主張には理由がない（乙第62号証27及び28ページ）。

15           (3) また、原告らが引用する被告第9準備書面第1の5（11ページ）の記載は、原告らが「尿検査の結果としてケトン体+が確認された場合には、必ずその理由を検討し、必要に応じて食事指導を行い、陰性になるまで繰り返しフォローアップの検査を行うべき」（引用者注：傍線は引用者によるもの。原告ら第7準備書面第2の1・10ページ）旨主張したことに対する反論であり、名古屋入管は、ウィシュマ氏に対して被告として適切と認める医療上の  
20           対応を行っていたことを付言する。

**第3 令和3年2月18日までの診療経緯を踏まえて、庁内内科等医がウィシュマ氏に関して外部医療機関の精神科での受診を指示したことが不合理であったとはいえないこと**

25   **1 原告らの主張**

原告らは、器質的な疾患がなければ、次に機能的な異常を疑うのが一般的な

診療プロセスであり、精神科の受診を指示する前にあらゆる内科疾患を否定すべく、内科で徹底的に症状の原因を精査する必要があるなどとして、庁内内科等医が令和3年2月18日までの診療経緯を踏まえて、同日、ウイシュマ氏について外部医療機関の精神科での受診を指示した対応は、機能性疾患を疑い、  
5 内科で徹底的に症状の原因を精査するという至極当然の診療プロセスを欠いていることから、不合理な対応であったと主張する（原告ら第13準備書面第1の6・9ページ。なお、同第1の7・12ページ及び原告ら第12準備書面第1の5(1)・4及び5ページも同旨）。

また、原告らは、吐き気などの症状を生じさせる機能的疾患として「神経性  
10 胃炎（括弧内省略）や機能性ディスペプチア、NERD（括弧内省略）、機能性頭痛等」（原告ら第13準備書面第1の6・9ページ）を挙げ、しびれや筋力低下を生じさせる疾患として、「末梢神経（ニューロパチー）や筋疾患（ミオパチー）」のほか、多数の疾患（原告ら第12準備書面第1の5(1)・4及び5ページ）、「手根管症候群、帯状疱疹等の単神経障害、血管炎等の多発単神経障害、  
15 糖尿病、ビタミン欠乏等の多発神経障害等」（原告ら第13準備書面第1の7・12ページ）といったように、多数の疾患を列挙する。

## 2 被告の反論

(1) 被告第7準備書面第1の1(6ページ)及び被告第9準備書面第1の2(8  
20 ページ)で述べたとおり、医師による診療の基本的な目的は、一般的に患者が患っている苦痛を取り除くことと、予見可能な病態の発現を妨げる（予防する）ことにある。そして、医師がその目的を達するためには、目の前の患者がどのような状態にあるのかといったことや、もしその状態を放置すればどのような経過をたどるのかといったことを判断し、どのような方法によって治療ないし予防できるのかを検討することになる。その上で、医師は、  
25 身体所見や医学的な知識などから到達した仮説診断に基づく疾患を念頭に置いた検査を行うべきであり、網羅的に多数の検査をむやみに行うことは避け、



具体的な必要性を伴った検査を実施すべきである。(以上につき、乙第62号証2及び3ページ)

5 (2) そして、一般的に、内科医は、吐き気に関する原因を追究する際、内科的な器質的疾患の有無を調べ、それがなさそうであるということになれば、次に精神的な疾患を疑う。それは、ストレスが原因で吐き気を催すこともあるからである。(以上につき、乙第62号証11ページ)

10 本件においても、庁内内科等医は、被告第7準備書面第1の7(12ないし14ページ)及び第2の6(3)(26ページ)並びに被告第9準備書面第1の6(11ないし13ページ)で述べたとおり、令和3年2月18日の診療において、ウイシュマ氏が全身のしびれなどを訴えているものの、これまでの消化器内科や整形外科での診療経緯などを踏まえ、ウイシュマ氏について、器質的疾患がはっきりとしないため、ストレスから自律神経のバランスが崩れ、食欲不振、吐き気又はしびれの症状が出た可能性を疑い、病名「心身症(疑い)」と診断し、外部医療機関精神科の受診を指示した。

15 このような本件における外部医療機関精神科の受診を指示した経緯は、一般的な内科において実践されている診療のプロセスとも合致している(乙第62号証10及び11ページ)。なお、この点については、調査報告書において、有識者である2名の医師からも、「こうした診療の流れは問題ないと考えられる」との指摘がなされている(甲第4号証の1・68ページ)。

20 (3) また、一般的に、患者の訴えから可能性としては考え得るあらゆる内科疾患について、その可能性の高低を問わず、全てを精査してからでなければ別の診療科につなげてはならないとすれば、診療時間や回数、検査数が増加することが見込まれ、患者に対して過度の身体的・費用的負担を生じさせるおそれがある上、別の診療科における適時適切な治療を実施できないことも考えられるほか、医療機関や医療従事者の効率的な利用といった観点からもお  
25 よそ現実的なものではない。

原告らが主張の根拠とする今川・下医師意見書（その２）においては、「あらゆる内科疾患を否定して初めて、精神科にコンサルトすべき」（甲第103号証7ページ）との記載がみられるが、臨床実務においては、そのような考え方は採られておらず、症状の原因となっている可能性の高いものから、順次、疾患を推論していくものとされている（鑑別診断）。前記1のような原告らの主張やその根拠となる意見は、いずれも、医師の通常の臨床診断に求められている医療水準を超える医療上の対応を求めるものである上、「あらゆる内科疾患が否定できなければ精神科につなげることができない。」という硬直的なものであり、実臨床とそぐわず不合理である。（以上につき、乙第65号証41及び42ページ）

(4) そして、原告らが前記1で列挙する疾患の中で、「吐き気」等の原因として挙げられた症状のうち「機能性頭痛」を除く「神経性胃炎」、「機能性ディスぺプシア（被告注：機能性ディスぺプシア）」、「NERD（引用者注：非びらん性胃食道逆流症）」は、一般的に消化器内科において診断・治療がなされる疾患である（乙第66号証1及び2ページ）。

そして、令和3年2月5日、ウイシュマ氏は、中京病院消化器内科を受診したところ、同病院消化器内科医は、診療録に、「EGD（引用者注：上部消化管検査）ほぼ異常なし 少し逆流による食道浮腫ありそうか。PPI（引用者注：プロトンポンプ阻害薬）継続でよいかと。脳のしびれとか続くのであれば神経内科など。」（甲第4号証の3・80ページ）と記載し、診療情報提供書には、「高度の逆流性食道炎も疑い胃カメラも行いましたが、ほとんど所見は認めませんでした」（同号証の3・81ページ）と記載しており、庁内内科等医において、同病院における診療結果を踏まえて、ウイシュマ氏について、神経性胃炎、機能性ディスぺプシアを吐き気等の原因から除外したとしても、その判断が不合理であるとはいえない。

なお、NERD（非びらん性胃食道逆流症）については、診療情報提供書

に「症状的には胃酸の逆流がありそうなので、ランソプラゾールを継続頂ければと思います(マ)。」(甲第4号証の3・81ページ)とあるとおり、中京病院消化器内科医は、庁内内科等医に対し、NERDの可能性を指摘した上でランソプラゾールの処方の継続を指示している。

5           また、庁内内科等医は、令和3年2月4日、ウイシュマ氏に対し、嘔吐等の解消・抑制のため、消化性潰瘍治療薬であるランソプラゾールOD錠15ミリグラム「トーワ」を処方していたものであるが、中京病院消化器内科医の前記指示を踏まえ、同月18日及び同年3月4日、引き続き、ランソプラ  
10           ゾールOD錠15ミリグラム「トーワ」を処方している。このランソプラゾールOD錠15ミリグラム「トーワ」の処方は、機能性ディスペプシアの治療も含んだものと評価できる(乙第65号証32及び33ページ)。

          以上を踏まえると、機能性ディスペプシア及びNERDについては、その可能性を考慮して適切な処置が行われたと評価できるから、原告らの主張には理由がない。

15           また、原告らが前記1に列挙する疾患のうち、「単神経障害」は、整形外科においても、「しびれ」の原因として鑑別診断にあげた上で、整形外科的な治療が行われる障害であるところ、庁内内科等医において、令和3年2月16日に実施された庁内整形外科医による診察によって、「単神経障害」の障害の有無についても庁内整形外科医において診断され、その結果、ウイシュマ氏  
20           のしびれの原因について、「単神経障害」を除外したとしても、その判断が不合理であるとはいえない(乙第65号証40ページ)。

          そして、「多発単神経障害」及び「多発神経障害」については神経内科(脳神経内科)での治療が行われることが多いが、医療現場における実情として、主訴としてしびれを訴える患者が受診する診療科としては、神経内科ではなく、まずは、身近な整形外科を受診することが多く、その上で、患者の臨床  
25           症状に応じ、必要に応じて、整形外科医が、患者を神経内科に紹介すること

を検討し、患者に神経内科への受診を勧めることが多いとされている。このことからすると、庁内内科等医としては、ウィシュマ氏について、令和3年2月16日に実施された庁内整形外科医による診療の際に、これらの障害の有無についても庁内整形外科医による検討が行われていると考えるのが通常であり、庁内整形外科医から神経内科の受診指示なども行われていないことからすれば、「多発単神経障害」や「多発神経障害」等の神経内科的な疾患よりも、ストレスから自律神経のバランスが崩れ、食欲不振、吐き気又はしびれの症状が出た可能性を疑い、精神科への受診を指示したとしても不合理であるとはいえない。(以上につき、乙第65号証40ページ)

5  
10 (5) 以上のとおり、しびれを訴える患者の多くが、初診として整形外科を受診し、患者の臨床症状に応じて同整形外科から神経内科への紹介が行われている医療現場の実情を踏まえると、庁内内科等医において、①ウィシュマ氏について、庁内整形外科医の診療を受けさせた上で、ウィシュマ氏が訴える全身のしびれは整形外科的な疾患によるものではないとの判断を得ていたこと、②庁内整形外科医によっても精神的な疾患が疑われ(甲第4号証の3・64ページ)、同整形外科医による神経内科への受診指示などもなかったことからすれば、ウィシュマ氏について、各種の神経障害もないとして、ウィシュマ氏が訴えているしびれ等の原因となる疾患の具体的な可能性が高いものとして精神的な疾患を念頭に置いて精神科に受診させる判断をしたとしても、それが不適切な判断・対応であったとはいえない(乙第65号証40及び41ページ)。

15  
20  
25 (6) また、前記(5)のとおり、庁内内科等医は、庁内整形外科医及び外部医療機関の消化器内科医の診療を踏まえ、ウィシュマ氏について外部医療機関の精神科での受診を指示しているところ、このような庁内内科等医の対応には、それぞれ専門的な知識を有している複数の医師による診療結果も考慮に入れて、ウィシュマ氏が訴えるしびれや吐き気の症状の原因を特定しようとして

いた姿勢が認められ、その点で医療上の対応としては適切であり（乙第65号証42ページ）、その対応が不合理であったとは認められない。

(7) よって、令和3年2月18日、庁内内科等医がウィシュマ氏について外部医療機関の精神科での受診を指示したことが不合理であったとは認められず、原告らの主張には理由がない。

#### 第4 令和3年2月18日の段階で、庁内内科等医が、ウィシュマ氏に対し、直ちに血液検査を行わなかったことが不合理であったとはいえないこと

##### 1 原告らの主張

原告らは、2回目尿検査におけるケトン体「3+」との結果からすれば、ウィシュマ氏について、令和3年2月18日時点でケトアシドーシスを疑う（その時点でケトアシドーシスでなくてもケトアシドーシスに必然的に移行するケトアシドーシスであることを確認して対応すること）のが普通の医師の判断であり、直ちに血液検査を実施すべきであるなどと主張する（原告ら第13準備書面第1の8・14ページ）。

その上で、被告の主張に対する反論として、

- ① 令和3年1月25日の血液検査の結果を踏まえると、その時点でのウィシュマ氏の栄養状態に特段問題がなかったとは認められない上、同年2月15日の2回目尿検査の結果と併せて考えれば、同月18日の時点でウィシュマ氏の栄養状態に問題がなかったなどと考えることは全く不合理である
- ② 令和3年2月18日時点からみた直近の体重測定結果となる同月7日時点のウィシュマ氏の体重は69.5キログラムであり、入所時の体重（令和2年8月20日時点の体重は84.9キログラム）から約18パーセント超の体重減少率であり、「5～10%の体重減少を来した高齢者グループの死亡率が有意に上昇したという研究結果」に照らした場合、

2回目尿検査の結果と併せて考えれば、この体重減少はウィシュマ氏の病的な状態を示す要素の一つである

③ 令和3年2月18日時点での血液検査の必要性を検討する際に、被告は、同年1月26日の1回目尿検査の結果には触れるが、同年2月15日の2回目尿検査の結果に触れないことは理解に苦しむ

④ 消化器内科や整形外科において異常がなかったとしても、ウィシュマ氏が訴えたしびれだけを取り上げてもその原因となりうる内科疾患は複数存在することからすれば、整形外科以外の疾患からしびれが生じることはない結論づけることは無理があり、消化器内科や整形外科において異常がなかったことは血液検査の必要性を否定する理由とはならない

⑤ 被告は、令和3年2月15日の時点で、ウィシュマ氏が、徐々に食欲が出てきており、嘔吐の症状に改善傾向が認められたとするが、被告が根拠としているのはウィシュマ氏の症状を示す記載の一部である上、「改善傾向」という表現は相対的な表現であり、これをもってケトン体「3+」等の2回目尿検査の結果から生じる血液検査の必要性を否定することはできず、また、同日昼以降、ウィシュマ氏は、(官給食が)全量未摂食の状態が続いており、栄養不足の状態にあった

⑥ 被告は、血液検査の必要性を否定する理由として、令和3年2月18日の時点で、ウィシュマ氏は、意識障害などは認められず、明らかに生命に危機があるような重篤なケトアシドーシスが生じたとは考えにくい状態であったとするが、ウィシュマ氏が重篤なケトアシドーシスに至っていなくても、ケトアシドーシスに進行する可能性があるケトアシドーシスの状態であれば、血液検査の必要性は十分にあった

などと主張する(原告ら第13準備書面第1の7・9ないし14ページ)。

## 25 2 被告の反論

(1) 2回目尿検査後に直ちに再度の血液検査を実施しなかったことが不合理で

## あるとはいえないこと

血液検査を実施するか否かは、臨床経過を踏まえ、その時点において、血液検査を実施する具体的な必要性がどこまで認められるか否かによるところ、本件で問題になっているのは、一般的・抽象的な医療方針の選択の適否ではなく、ウイシュマ氏に対する治療方針として、市内内科等医が選択した個別・具体的な治療方針が適切であったか否かである。

そして、そもそも、「ウロピース」と呼ばれる試験紙で行われたウイシュマ氏に対する尿検査における検査結果は、定量的（比較可能な絶対的な数値で示される）検査ではなく定性的検査であることも踏まえ、補助的に、つまり、尿ケトン体等の検査結果については指標としての利用にとどまり、血液検査結果のみならず、ほかの症状、診察時の所見等も踏まえて、個別・具体的な治療方針を判断する必要がある（乙第62号証8ページ）。

なお、臨床実務では、①意識障害で搬送されてきた患者であることに加え、②同患者に尿検査を実施したところ、ケトン体「3+」という数値が出たような場合に即時入院を検討するなどしているのもあって、尿検査結果単体（②）のみで医療上の対応を決めるということも行われていない。要するに、重症の患者について尿検査をした結果、ケトン体「3+」という数値が出ることが多いのもあって、これとは反対に、ケトン体「3+」という数値が出たからといって、それだけで直ちに重症と判断するわけではない。（以上につき、乙第65号証36ページ）

そして、市内内科等医は、ウイシュマ氏が令和2年8月に名古屋入管に収容されて以降、体重減少が続く中で、令和3年2月15日当時は、「徐々に食欲出てきている」、「嘔吐そのものは改善傾向」、「吐物は、だ液様のもの少量ずつ」（甲第4号証の3別紙7・64ページ）といった改善傾向が認められ、また、問診や看守勤務者とのやり取りも行うことができている意識障害などが認められず、明らかなケトアシドーシスが生じていたとは考えにく

い状況の中で、嘔吐（吐き気）の原因を特定し、診断をつけようとしている段階にあった。

すなわち、庁内内科等医は、同年1月25日の血液検査において栄養状態等に特段の問題がないことを確認し、また、同月26日の1回目尿検査の結果、ケトン体「+」の数値が出たものの、血液検査の結果や従前の体重減少の傾向からすれば病的な異常を感じるような数値ではないと考え、これらの検査結果も踏まえ、順次、吐き気やしびれを訴えるウィシュマ氏の症状に対して消化器内科や整形外科における診療や検査を行い、自分以外の2人の医師の診察を踏まえても内科的な疾患等がないと考えたことから、同年2月18日の時点で、ウィシュマ氏の吐き気や食思不振、しびれの原因が精神的なもの、心因的な原因によるものである可能性も考慮して精神科の受診をさせることとし、ウィシュマ氏の体調不良の原因を特定しようとしていた。

このように、庁内内科等医は、ウィシュマ氏が患っている苦痛を取り除くために、ウィシュマ氏の状態を個別・具体的に見た上で、確定診断をつけようとするプロセスを進めており、ウィシュマ氏が遅からぬ時期に精神科の診察も受けることになったことや、一定程度の摂食が可能で、医師や看守勤務者等との意思疎通も可能なことから、この時点において更なる血液検査を実施するのではなく、経過観察とし、診断をつけるために精神科の受診結果を待つという選択をしたとしても、その判断が不適切な治療方針であったとはいえない。

言い換えると、庁内内科等医は、令和3年2月18日に、実際にウィシュマ氏の診療をしており、そのときのウィシュマ氏の表情や問診でのやり取り、それまでの診療時との変化、ケトン体「3+」、ウロビリノーゲン「3+」、蛋白質「3+」という尿検査の数値と見合うような身体の状態（ウィシュマ氏の体重に関していえば、前回の診療時である令和3年2月4日の体重は69.9キログラムであり、同月19日当時のウィシュマ氏の体重は65.



5 キログラムに減っていたが、BMI 26.24の肥満1度であった。)が認められるか否かを総合的に考慮し、確定診断をするために精神科につなげるという判断をしたと推察されるのであって、その判断が不適切な治療方針であったとはいえない。(以上につき、乙第65号証37ページ)

5 以上からすると、2回目尿検査後に直ちに再度の血液検査を実施しなかった庁内内科等医の判断が不合理であるとはいえない。

## (2) 原告らの前記1①の主張について

既に被告第9準備書面第1の4(9及び10ページ)及び前記第1の2で述べたとおり、令和3年1月25日の血液検査結果から、ウイシュマ氏の栄養状態に特段問題があったとはいえないのであって、この点に関する原告らの主張には理由がない。

10 なお、原告らは、「アルブミンは、採血した日の約3週間前の栄養状態を示しており、採血時の栄養状態を正確には示していないのであるから(甲113、「低栄養」部分)、同日時点の栄養状態に関して、特段の問題があったと認められないという主張についても理由はない」(原告ら第13準備書面第1の4(1)・6ページ)とも主張する。しかし、令和3年1月25日に行われた血液検査におけるアルブミンの数値が約3週間前の栄養状態を示しているとしたとしても、前記第1の2(3)のとおり、同日のウイシュマ氏の体重は71.5キログラムであり、肥満、痩せの判定や低栄養状態の一般的スクリーニング指標の一つとされるBMI(ボディマス指数)は28.64(肥満1度)であったこと、この頃、ウイシュマ氏が少なからず飲食物を摂取している状態であって、食欲がなかったわけでもないことをも踏まえると、少なくとも、本件において、同日時点の栄養状態に特段問題があるような徴候は認められない。したがって、同日時点の栄養状態に関して、他の検査結果等

15

20

25

も踏まえ、「特段の問題があったとは認められない。」と評価することに不合理な点はない(乙第65号証23ページ)。

(3) 原告らの前記1②の主張について

ア 入所時から令和3年2月上旬頃までのウィシュマ氏の体重減少について

令和2年8月の収容開始から血液検査が実施された令和3年1月25日頃までのウィシュマ氏の体重減少については、被告第9準備書面第1の3  
5 (8及び9ページ)で述べたとおり、病的な状態を示唆する体重減少であったとは考え難く、健康状態に問題がない栄養状態を維持したまま、体重が減少していると考えられる(乙第62号証4、8及び9ページ)。

また、ウィシュマ氏の体重は、令和3年1月25日の71.5キログラムから、庁内内科等医による2回目の診療日に体重が測定された同年2月  
10 4日までの体重(69.9キログラム)の推移をみると、約10日間で1.6キログラム程度と、なだらかに減少しているにすぎない。そして、同年1月25日に実施された血液検査の結果にも特段問題はなかったこと、ウィシュマ氏の同日時点のBMIは28.64(肥満1度)であり、同年2月4日時点のBMIも28(肥満1度)であったことなどを踏まえると、  
15 同日の庁内内科等医による診療時(2回目)に、庁内内科等医において、ウィシュマ氏の体重減少が異常な程度に達している(病的な意義を有している)と認識することは困難であったといえる。(以上につき、乙第65号証31ページ)

なお、そもそも、「臨床検査のガイドラインJSLM2021 一般社  
20 団法人日本臨床検査医学会」(乙第67号証132ページ)によると、「体重減少」とは、

- ・ 一般的に6ないし12か月間に通常の体重から5パーセント以上の体重減少を認めた場合と定義される
- ・ 肥満者にみられる意図的体重減少は問題のないケースが多い
- ・ 25 自分の意思による意図した体重減少と意図しない体重減少に分類される

とされているところ、「通常の体重」から減少した場合と、肥満状態からの体重減少とは必ずしも同一視できるものではない。

この点、ウィシュマ氏は、収容開始時の令和2年8月当時、BMIが34.01で「肥満2度」（体重84.9キログラム）であり、令和3年1月25日時点のBMIは28.64であり、「肥満1度」（体重71.5キログラム）であったため、「通常の体重」からの体重減少ではなく、「肥満者の体重減少」という視点で見ることになる。（以上につき、乙第65号証31及び32ページ）

#### イ 令和3年2月18日時点におけるウィシュマ氏の体重減少について

庁内内科等医がウィシュマ氏に対して3回目の診療を行った令和3年2月18日時点において、ウィシュマ氏の直近の体重は、同月7日の69.5キログラムという数値であるところ、この数値は、血液検査が実施され、ほぼ正常という値が出ていた同年1月25日の体重（71.5キログラム）から、約2週間で約2キログラムの体重が減少したにとどまっており、依然として、健康状態に問題がない同日時点からはなだらかなペースで体重が減少している。

したがって、同年2月18日の段階でも、庁内内科等医において、ウィシュマ氏の体重減少が異常な程度に達しており、病的な意義を有していると認識することは困難であったといえるから（乙第65号証32ページ）、その点からしてもこの段階で血液検査の必要性を認めるのは困難である。

#### ウ ウィシュマ氏の体重減少に関して、5ないし10パーセントの体重減少を来した高齢者グループの死亡率が顕著に上昇したとする研究結果を参酌すべきではないこと

原告らは、今川・下医師意見書（その2）における「高齢者を対象としたメタ解析で5－10%の体重減少を来した群の死亡率が有意に上昇したと報告する論文（括弧内省略）も複数あり、体重減少と死亡率の増加には

相関があるという知見は、一般的」(甲第103号証3ページ)であるとの記載をもとに、前記1②のとおり、ウイシュマ氏の体重減少は、病的な病態を示す要素である旨主張する(原告ら第13準備書面第1の7・11ページ)。

5           しかし、そもそも「高齢者を対象としたメタ解析で5-10%の体重減少を来した群の死亡率が有意に上昇したと報告する論文」の詳細は明らかではない上、令和3年3月時点でウイシュマ氏は30代の女性であって「高齢者」ではなく、同論文の調査範囲とは条件が異なり、同論文はウイシュマ氏との関係では関連性を欠いているといえ、原告らの引用する同論文を  
10           ウイシュマ氏に関する事例に当てはめることはできない。

          なお、今川・下医師意見書(その2)の記載を前提としても、今川・下医師意見書(その2)が引用元として記載する論文は、ウイシュマ氏が死亡した約2年後の令和5年4月(「2023. Apr」。甲第103号証17ページ参照)に公表されたものであり、ウイシュマ氏が死亡した当時の知見でもない。ウイシュマ氏について血液検査を行う必要性の有無を検討するものとして同論文を参酌することは、後方視的な評価である。この  
15           点、被告第9準備書面第3の2(2)(39ページ)のとおり、国賠法1条1項の違法は、行為規範違反であることからすれば、公務員が個々の国民との関係で負担する職務上の法的義務に違反したかどうかは、当該公務員が職務行為をした時点  
20           を基準として判断されるべきであって、当該公務員が職務行為をした後の事情を参酌して、当該公務員が職務上の法的義務に違反したかどうかを判断すべきではない。

          したがって、ウイシュマ氏の体重減少に関して前記論文を参酌すべきでないことは明らかであり、この点でも原告らの主張に理由はない。

## 25           エ 小括

          以上より、原告らの前記1②の主張には理由がない。

**(4) 原告らの前記 1 ③の主張について**

被告は、既に被告第 4 準備書面第 3 の 2 (2) 及び(3) (17 ないし 21 ページ) において、令和 3 年 2 月 15 日の 2 回目尿検査のケトン体「3+」、ウロビリノーゲン「3+」、尿蛋白「3+」との結果をもって、ウイシュマ氏がその時点で直ちに生命に危険のある重篤なケトアシドーシスに至っていたとはいえず、また、肝機能障害や腎機能障害についても、「黄疸」や「浮腫」、「意識障害」は認められなかったのであるから、直ちに血液検査を実施すべきであったといえないと述べており、2 回目尿検査の結果も踏まえた上での血液検査の必要性については反論済みである。

したがって、同日の 2 回目尿検査の結果に触れずにウイシュマ氏についての血液検査の必要性を論じていることはなく、この点に関する原告らの主張には理由がない。

**(5) 原告らの前記 1 ④の主張について**

前記第 3 において述べたとおりであり、この点に関する原告らの主張には理由がない。

**(6) 原告らの前記 1 ⑤の主張について**

前記(1)のとおり、令和 3 年 2 月 15 日の時点で、ウイシュマ氏は嘔吐の症状が改善傾向であったことに加え、被告第 9 準備書面第 1 の 9 (2) (27 ページ) のとおり、同月 18 日の時点でウイシュマ氏が官給食は未摂食であったものの一定程度の摂食は可能であったことなども踏まえると、庁内内科等医が、ウイシュマ氏について直ちに血液検査が必要であるとの判断に至っていないとしてもそのことが不合理であるとはいえず、この点に関する原告らの主張に理由はない。

**(7) 原告らの前記 1 ⑥の主張について**

ア 原告らが主張の根拠とする今川・下医師意見書 (その 2) の 4 (二つある 4 のうち 5 の後のもの) には、「ウイシュマさんは 2 月 15 日の尿検査後

も官給食が摂取出来ずに1週間が経過、2月22日からイノラス®(栄養剤)の投与が開始されるも必要十分量ではなく、自ら摂取できた少量の食物さえ明らかに糖質に偏っていた。それゆえ、血中のケトン体が減ることはありえず、さらに増加するしか考えられない経過をたどっていた。従って、ウィシュマさんの体内に現れたケトosisはケトアシドーシスへと進展する蓋然性は高かった(甲第103号証13ページの下から2行目ないし14ページの上から3行目)とあり、「臨床症状は、ケトアシドーシスの存在が十分疑えるものであった」(同号証14ページの上から6及び7行目)とある。

10 イ 原告らの主張に対して反論するに当たって、人は、食物から栄養を補い、そこからエネルギーを生み出して活動し、老廃物を排出し生きているところ、栄養素を分解したり合成したりする化学反応である「代謝」の概念を把握しておく必要がある。

15 「代謝」とは、同化と異化に大別される。「同化」とは、消化管から吸収した栄養素を体内に貯蔵する作用であり、一方「異化」とは、一旦体内に貯蔵した栄養素を、エネルギーや生命の維持に必要な物質に変える作用をいう。

20 例えば、ご飯、パン、麺、果物、砂糖などに多く含まれている糖質は、摂取後、消化によってグルコース(ブドウ糖)などに分解され、小腸粘膜から吸収された後、肝臓に運ばれ、肝臓に運ばれたグルコースはそのまま血液中に運ばれて、筋肉などの各組織でエネルギー源として利用されるほか、肝臓や筋肉においてグリコーゲンとして蓄えられ、余剰なグルコースはインスリンの作用によって肝臓で中性脂肪に合成され、脂肪組織(体脂肪)に貯蔵される(同化)。一方、血糖値が下がると、肝臓に蓄えられたグリコーゲンはグルコースへと分解され、血液中に放出されてエネルギー源として使われる。さらに、体内で利用できるグルコース(ブドウ糖)が足り

なくなつたときに、体脂肪を燃やして脂肪酸が生成され、肝臓に運ばれて脂肪酸からケトン体が生成される（異化）。ケトン体は、脂肪酸から作られるエネルギー源であり、令和3年2月15日の2回目尿検査の結果、ケトン体「3+」という、形式的には強陽性を示す数値が検出されたことからすると、（程度はさておき）代謝のバランスは異化が亢進した状態であり、血中ケトン体の量が正常より増加したケトosisの状態であることが推定される。そして、このことは、一般的には、飢餓状態が進んでいることをうかがわせる。（以上につき、乙第62号証12ページ、乙第65号証24及び25ページ）。

もつとも、血中ケトン体が増加してケトosisの状態であることが形式的に推定されたとしても、その後、必ずしもケトアシドーシスになるわけではなく、高ケトン体血症が血液の緩衝作用を凌駕した場合に、ケトアシドーシスが生じる（乙第62号証12ページ、乙第65号証24ページ及び25ページ）。

また、ケトアシドーシスの状態に至ったとしても、ケトアシドーシスには、生命に危機が生じるような重篤なものから、その程度には達していないものまで、症状の程度には幅がある。今川・下医師意見書（その2）では、このような症状の程度について考慮されておらず、ケトアシドーシスの状態であれば、直ちに死と直結するかのような前提に立っているように思われる。しかし、ケトアシドーシスの状態に至ってもその程度が軽微であつて、早期に適切な治療が行われたような場合には、その死亡率は相当に低く、また、一定程度、食事を摂取することができているような場合などにも、ケトosisからケトアシドーシスに進展しないことも十分あり得る。

さらに、今川・下医師意見書（その2）は、前記アのとおり、「自ら摂取できた少量の食物さえ明らかに糖質に偏っていた。それゆえ、血中のケ

トン体が減ることはありえず、さらに増加するしか考えられない経過をたどっていた」と指摘するが、糖質を摂取することができていたのであれば、グルコースに応答して、インスリン分泌が促進されるため、むしろ、「グルコースが無くなり、インスリン分泌が低下したときに作られる血中ケトン体」を減少させる方向に働くといえるから、ケトアシドーシスに進展する可能性は低減する。(以上につき、乙第65号証25ページ)

5 以上のことからすると、令和3年2月15日当時、ウィシュマ氏の体内に現れたケトアシドーシスについて、本件で問題となる生命の危機があるような重篤なケトアシドーシスへと進展する蓋然性が高かったとはいえない。

10 更にいえば、ウィシュマ氏は、令和3年3月4日午後に掖済会病院の精神科を受診しているところ、掖済会病院精神科医によっても、ウィシュマ氏の意識が朦朧とするなどの明らかな意識レベルの低下や意識障害は認められなかったことからすれば、同年2月15日当時はもとより、同年3月4日午後の精神科受診時でも、ウィシュマ氏が、生命の危機があるような重篤なケトアシドーシスの状態に至っていたとはいえない(乙第62号証13ページ、乙第65号証26ページ)。

15 ウ また、今川・下医師意見書(その2)の4(二つある4のうち5の後のもの)では、「ケトアシドーシスに移行した可能性を疑うべきであった」事情として、①持続する悪心・嘔吐、②書字の異常、③錯乱(幻聴)などの意識障害の初期症状を挙げる(甲第103号証14ページの上から10及び11行目)。

20 しかし、①持続する悪心・嘔吐は、ケトアシドーシス特有の症状ではない。また、②書字の異常や筆跡の乱れがあったとしても、体力の低下や運動機能の低下が原因であるとも考えられるのであって、複数の可能性の中から書字の異常や筆跡の乱れをもって、ケトアシドーシスの状態に移行したと疑うことは困難である。

25



また、③今川・下医師意見書（その2）がいう「錯乱（幻聴）」が、令和3年2月26日付けの看護師作成メモ（甲第4号証の3別紙6・50ページ）に記載されているウイシュマ氏の「耳の奥から何か聞こえる。波のような音。みんなの声が聞こえない。」旨の言動を意味しているとすれば、この記載のみで、「このころから意識障害が既に始まっていた」旨の評価をすることは困難である。

以上からすると、ケトアシドーシスに移行したことを疑うべきであったとして今川・下医師意見書（その2）が指摘する事項からは、看守勤務者のもとより、庁内内科等医も、ウイシュマ氏がケトアシドーシスに移行したことを疑うことは困難である。（以上につき、乙第65号証27ページ）

エ そして、前記のようなウイシュマ氏のケトアシドーシスの状態等を踏まえ、既に被告第9準備書面第1の7（15ページ）において述べたとおり、庁内内科等医が外部医療機関の精神科の受診を指示した令和3年2月18日において、同年3月下旬に予定されていた血液検査を早めて実施するのではなく、吐き気等の原因に関して確定診断をつけるために、すなわち、器質的疾患がはっきりとしない中で、ストレスから自律神経のバランスが崩れ、食欲不振、吐き気又はしびれの症状が出た可能性が高いと具体的に疑い、精神科の受診結果を待つという選択をしたとしても、その判断が不合理であるとはいえない（乙第62号証19ないし21ページ）のであり、この点の原告らの主張には理由がない。

## 第5 ウイシュマ氏には、重篤なケトアシドーシスにおいて見られるような意識障害が認められないこと

### 1 原告らの主張

原告らは、ウイシュマ氏は、遅くとも令和3年2月26日の段階で「せん妄（JCS1）」又は「明識困難状態」が始まっていたと考えられるとし、また、

死亡する3日前の同年3月3日以降の4つのビデオ映像（①令和3年3月3日午後3時19分から午後3時24分、②令和3年3月4日午前7時00分から午前7時05分、③令和3年3月4日午前8時02分から午前8時12分、④令和3年3月4日午前8時12分から午前8時25分）を挙げ、これらビデオ映像からもウイシュマ氏の意識障害の存在がはっきりと疑われると主張する（原告ら第13準備書面第1の8・14ないし17ページ）。

## 2 被告の反論

(1) 原告らの指摘する事項をもって、ウイシュマ氏に意識が朦朧とする等の意識障害があったとは認められないこと

### 10 ア 令和3年2月26日の状況について

原告らは、今川・下医師意見書（その2）の5における「ウイシュマさんが精神科受診の際に訴えていた「頭の中で音が聞こえる」という症状も、せん妄（意識障害）と捉えることが可能である。看護師作成メモ（甲第4号証の3別紙6・50ページ）によれば、2月26日の記録に「耳の奥から何か聞こえる。波の様な音。みんなの音が聞こえない。」というウイシュマさんの訴えが確かに記録されている。この頃から意識障害（JCS；ジャパン・コーマ・スケール）I-1（だいたい清明であるが、今ひとつははっきりしない）あるいは明識困難状態に相当する状態が既に始まっていたことが考えられる。」（甲第103号証11ページの上から12ないし18行目）との記載をもって、「同日（被告注：令和3年2月26日）の時点でウイシュマさんは、意識障害の一種であるせん妄（JCS1）あるいは明識困難状態が始まっていたと考えられる（甲103、11頁）。なお、明識困難状態とは、意識混濁のうち、最も軽度なものをいう。記銘力がごく軽く障害され、適切な介助によってほぼ正常な活動は可能であるが、放置すると無欲状態になりやすい状態である」と主張する（原告ら第25 13準備書面第1の8・15及び16ページ）。

しかし、せん妄などの意識障害の有無は、発言内容（文字づら）のみならず、発言に至る会話の流れやその際の状況等を総合的に観察して判断するものである。

5 被告第9準備書面の第1の8(2)オ及びカ（20及び21ページ）において述べたとおり、令和3年2月26日午前5時14分頃から午前5時27分頃にかけて、ウィシュマ氏は、インターホン越しに複数回にわたって声を出して看守勤務者に部屋に来るように自主的に求めたり、部屋に来た看守勤務者に対して「私こうやって」と言いながら、転落した床からベッド  
10 に戻す方法を積極的に指図したりしており、また、翌27日午前7時30分頃から午前7時31分頃にかけて、ウィシュマ氏は、ベッド上に座り、看守勤務者に対して、「もうちょっとお湯入れて」、「もうちょっと砂糖」などと述べて自らの希望を明示的に伝えながら会話をしており、意識レベルが明らかに低下している様子は認められない。

15 したがって、看護師が作成した資料に、「耳の奥から何か聞こえる。波のような音。みんなの声が聞こえない。」とのウィシュマ氏の発言内容が記載されていたとしても、この記載のみで、「このころから意識障害が既に始まっていた」とは認められない。（以上につき、乙第62号証15ページ並びに乙第65号証11及び12ページ）

#### イ 原告らが指摘するビデオ映像について

20 (7) 令和3年3月3日午後3時19分から午後3時24分のビデオ映像について

25 原告らは、ウィシュマ氏が「死亡する3日前から意識障害の存在がはっきりと疑われる」とし、その根拠として、まず、「令和3年3月3日15:19～15:24」のビデオ映像の内容をもとに、「首が垂れてしまい、意識が朦朧としているように見える」、「職員の呼びかけに反応せず、上前方を見続け、意識を失っているようにも見える」と指

摘する（原告ら第13準備書面第1の8(3)ア・16ページ）。

被告第9準備書面第1の8(2)コ（22及び23ページ）のとおり、  
確かに、このときの映像を見ると、ウィシュマ氏の体は力が入っていないように見え、また、看守勤務者からの問いかけにも反応が良くない。  
5

しかし、他者の問いかけに対する反応が悪くなることは、意識障害に陥っているときに限られるものではなく、他の原因として、体力が落ちていたり、倦怠感があるときにも見られるものである。

そして、ウィシュマ氏は、入室した看守勤務者から、「サンダマリー」と優しい口調で声を掛けられたのに対し、「はあ。」と返事をし、「入るよー。」と言われたのに対し、「はい。」と返事をしている。その上で、ウィシュマ氏は、看守勤務者から、カウンセリングを受けるか質問されたのに対し、「うん。」などと返事をしている。さらに、ウィシュマ氏は、看守勤務者に対し、「あー。タオル。」「ここ掛けて。」と、意思表示を行うことができている（乙第36号証の11、甲第83号証の5・午後3時19分頃及び午後3時23分頃）。  
10  
15

このような状況からすると、原告らがいうように、「意識障害の存在がはっきりと疑われる」との評価をすることはできない。（以上につき、乙第65号証12ページ）

20 (イ) 令和3年3月4日午前7時から午前7時5分のビデオ映像について

原告らは、「同月4日（引用者注：令和3年3月4日）7：00～7：05」のビデオ映像をもとに、「ウィシュマさんの頸部が右方に垂れ下がり、意識が朦朧としているように見える」と主張する（原告ら第13準備書面第1の8(3)イ・16ページ）。

しかし、看守勤務日誌（甲第85号証の5・70及び71枚目（左上のページ数で69及び70ページ））には、看守勤務者が、午前7時  
25

頃にウィシュマ氏の部屋に入室した理由として、ウィシュマ氏が、「担当さん。」と声を出し、「おしっこ。出た。来て。」と訴えたためであることが記載されている。

このように、ウィシュマ氏は、①自らが失禁したことを認識し、②その対処が必要であることも認識し、③その対処を看守勤務者に依頼すれば良いことも認識し、④自ら、看守勤務者を部屋に呼んだのであり、これらのことからすれば、原告らがいうような「意識が朦朧としている」といった状態にはなかったと判断できる。(以上につき、乙第65号証12及び13ページ)

10 (ウ) 令和3年3月4日午前8時2分から午前8時12分のビデオ映像について

原告らは、「同日（引用者注：令和3年3月4日）8：02～8：12」のビデオ映像をもとに、「首が安定せず、ふらふらしており、意識が朦朧としているように見える」と主張する（原告ら第13準備書面第1の8(3)ウ・16ページ）。

しかし、被告第9準備書面第1の8(2)サ（23ページ）で述べたとおり、このときのビデオ映像を改めて見ると、ウィシュマ氏は、看守勤務者に対し、「甘い物入れて。」、「ピーナッツバター。」などと述べ、ピーナッツバターを欲している（乙第36号証の14、甲第83号証の6・午前8時5分頃）。

このように、ウィシュマ氏は、①食欲があることが認められるとともに、その食欲を満たすために甘い物が適していると自分で考え、②その「甘い物」としてピーナッツバターがあることを認識した上で看守勤務者にピーナッツバターを求めて発言していること、それに加え、③このときの映像からは、看守勤務者からの問いかけに対する反応（レスポンス）の速さが認められることからすれば、原告らがいうような

「意識が朦朧としている」という評価をすることはできない。(以上につき、乙第65号証13及び14ページ)

(E) 令和3年3月4日午前8時12分から午前8時25分のビデオ映像について

5 原告らは、「同日（引用者注：令和3年3月4日）8：12～8：25」のビデオ映像をもとに、「職員が「眠くなってきた？ご飯食べて？」と話しかけるが、ウイシュマさんの返答はない」ということを意識障害の存在を裏付ける根拠として主張する（原告ら第13準備書面第1の8(3)エ・16及び17ページ）。

10 しかし、このビデオ映像では、ウイシュマ氏は、看守勤務者が「眠くなってきた。御飯食べて。」、「ちょっと頑張って、ちょっとチェック中ね、今。」と伝えた後、ベッドにあおむけの状態のまま、「起きる。」、「ちょっと高いほしい。」と答えている（乙第36号証の15、甲第83号証の6・午前8時17分頃）。

15 このように、ウイシュマ氏は、自らがベッド上にあおむけの状態で見ていることなどを認識しているのものであって、少なくとも、自らの姿勢や状況を正確に理解しているといえることからすれば、「意識障害の存在がはっきりと疑われる」といった状況にはないことが認められる。

(以上につき、乙第65号証14ページ)

20 ウ ウイシュマ氏を診療した掖済会病院精神科医が、ウイシュマ氏について意識障害が見られる旨の指摘を行っていないこと

25 ウイシュマ氏は、令和3年3月4日午後、掖済会病院の精神科を受診している。そして、せん妄は、精神機能の障害であり、精神科の医師であれば、「せん妄」などの意識障害がある患者を診察する機会もあるところ、仮に、掖済会病院精神科医による診療時に、ウイシュマ氏に明らかな意識レベルの低下や意識障害が認められたのであれば、掖済会病院精神科

医は、その旨を診療録に記載したり、診療情報提供書に記載したり、名古屋入管職員に伝えるなどの方法により、名古屋入管に対してウイシュマ氏に意識障害等がみられることを指摘していたはずである。

5 5  
しかし、掖済会病院精神科医による診療時の診療録を見ても、「患者はぐったりしているが、話は何とかできていた」、「幻聴、嘔吐、不眠などもある」といった記載がある一方で、明確な意識障害があった旨の記載は見られず（甲第4号証の3・87及び88ページ）、また、掖済会病院精神科医が庁内内科等医に宛てた診療情報提供書にもウイシュマ氏に意識障害があったことを認めるような記載は見られない（甲第10号証18ページ）。

10  
以上からすると、令和3年3月4日の掖済会病院精神科医による受診時においても、ウイシュマ氏に明らかな意識レベルの低下や意識障害は認められなかったと強く推認できる。（以上につき、乙第65号証14及び15ページ）

## 15 (2) 小括

以上のとおり、ウイシュマ氏のビデオ映像やその前後のウイシュマ氏の言動に加え、令和3年3月4日午後に掖済会病院の精神科を受診した際に、掖済会病院精神科医から意識障害があることの指摘がないことなどを踏まえると、ウイシュマ氏には、遅くとも、同日午後の精神科受診時まで、意識が朦朧とするなど重篤なケトアシドーシスにおいて認められるような意識障害は認められない。

したがって、この点に関する原告らの主張には、理由がない。

## 第6 ウイシュマ氏は、重度のビタミンB1欠乏症であったとは認められないこと

### 25 1 原告らの主張

原告らは、ウイシュマ氏の食事量が極端に少なかったことによる低栄養に加

え、少量摂取した食品が糖質に偏ったものであったことから、ウィシュマ氏にビタミンB1欠乏が起こっていた可能性が高いと主張する。

その理由として、原告らは、①ウィシュマ氏の死亡時の血液検査結果における乳酸（G-L a c）の数値が高くなっていることなどから、ウィシュマ氏が  
5 ケトアシドーシスと同時に乳酸アシドーシスになっており、その原因としてビ  
タミンB1欠乏が影響したといえること、②ウィシュマ氏に見られた意識障害  
や下肢のしびれといった症状は、ビタミンB1欠乏症の中樞障害であるウェル  
ニック脳症やビタミンB1欠乏性ニューロパチー（末梢神経障害）の各症状と  
合致し、ウィシュマ氏には、ビタミンB1欠乏症を原因とするこれらの障害が  
10 生じていたと疑われること、③ウィシュマ氏の筆跡が乱れていたことも踏ま  
え、ウィシュマ氏は栄養障害による衰弱に加えて、ビタミンB1欠乏症を原  
因とする中樞・末梢神経障害及び意識障害が進行していたことなどを主張する  
（以上につき、原告ら第13準備書面第1の11・18ないし22ページ）。

## 2 被告の反論

15 (1) 原告らが指摘する血液検査の結果は、ウィシュマ氏の心停止後に採取され  
た血液についてのものであり、当該検査結果における乳酸値をもって、ウィ  
シュマ氏がビタミンB1欠乏であったとすることはできないこと（前記1①  
の主張に対する反論）

原告らの主張は、乳酸アシドーシス（乳酸濃度 $> 5$ ないし $6 \text{ mmol/L}$   
20 かつ動脈血ガスで $\text{pH} < 7.35$ の場合、乳酸アシドーシスと診断される。）  
が、ビタミンB1欠乏により乳酸が蓄積することにより発症することを前提  
として、ウィシュマ氏の死亡後の血液検査の結果、乳酸（G-L a c）が $9.02 \text{ mmol/L}$   
であったこと（甲第4号証の3別紙8・71ページ）から、  
ウィシュマ氏が生前に乳酸アシドーシスの状態に至っており、その原因（乳  
25 酸アシドーシスの状態に至った原因）としてビタミンB1不足が影響したと  
するものである。



しかし、そもそも、乳酸の検査値は、細胞が酸欠状態になったときなどに上昇するものであって、心停止後、筋肉や細胞への血液による酸素の供給がなくなるため、好氣的な環境下での代謝（酸素のある環境下でエネルギーを生み出す仕組み）が停止し、嫌氣的な環境下での代謝（酸素のない環境下でもエネルギーを生み出す仕組み）が継続されることになるところ、嫌氣的な代謝（死後解糖）では、筋肉や細胞中のグリコーゲン（糖）が分解されて代謝産物である乳酸が蓄積するため、pHは低下する（酸性になる）ことが知られている。

このように、乳酸の検査値は、死後変化を考慮する必要があるところ、特に、ウィシュマ氏については、AEDをした時点で既に心停止の状態であり、どの時点で心停止したか不明であることに照らせば、死後の血液検査の数値に基づいてウィシュマ氏の生前の状態について正確な評価や解釈をすることはできない。（以上につき、乙第65号証16ページ）

したがって、この点に関する原告らの主張には理由がない。

15 (2) ウィシュマ氏がウェルニッケ脳症の状態に至っていたとは認められないこと（前記1②の主張に対する反論）

ア ウィシュマ氏には、令和3年3月4日までに、ウェルニッケ脳症の特徴とされる明らかな意識レベルの低下又は意識障害は見られないこと

20 ウェルニッケ脳症の「特徴的な3徴」としては、「意識障害」、「眼球運動性障害」、「失調性歩行」があげられる（甲第109号証4ページ）。

この点、被告第9準備書面第1の8(2)（16ないし24ページ）及び前記第5の2でも述べたとおり、ウェルニッケ脳症の特徴とされる意識障害についていえば、令和3年3月4日午後に掖済会病院精神科を受診するまでの間、ウィシュマ氏に明らかな意識レベルの低下又は意識障害は認められない。

25 イ ウェルニッケ脳症の特徴的な症状である眼球運動障害（外眼筋麻痺及び

眼振) もウィシュマ氏には認められないこと

ウィシュマ氏には、ビタミンB1欠乏症を原因とするウェルニッケ脳症を強く示唆する「眼球運動障害」(外眼筋麻痺、眼振)といった特徴的な症状は、診療録・診療情報提供書等の記録上、認められない。

5           なお、星野晴彦「I. 代謝・中毒疾患に伴う神経障害 1. W e r n i c k e脳症」において、「眼球運動障害はW e r n i c k e脳症の68%に認められ」と記載されている(甲第109号証6ページ)。

ウ ウィシュマ氏に失調性歩行が生じていたことが認められるとしても、失調性歩行はウェルニッケ脳症に特異的な症状ではなく、他の原因によって  
10           生じた可能性が否定できないこと

ウェルニッケ脳症の「特徴的な3徴」として、前記の「意識障害」及び「眼球運動障害」のほかに、「失調性歩行」が「急性発症」とされている(甲第109号証4及び6ページ)。

15           そして、「急性発症」とされている「失調性歩行」の原因となる痺れなどの末梢神経障害は、個々人によって症状の出方が異なる上、非特異的な症状であり、他の原因(筋力低下(サルコペニア)、脳血管障害、炎症性疾患、ビタミンB12欠乏(亜急性連合性脊髄変性症)、代謝性疾患、悪性腫瘍等)によって生じる場合もある(乙第65号証15ページ)。

20           したがって、「失調性歩行」が認められたとしても、そのみで、直ちに、ウェルニッケ脳症を疑うものではなく、この点に関する原告らの主張に理由はない。

(3) 筆跡の変遷(字の乱れ)は、ビタミンB1欠乏症による末梢神経障害(手のしびれ)とは必ずしも結びつかないこと(前記1③の主張に対する反論)

25           筆跡が乱れる原因として、手のしびれがあり、このしびれの原因として、ビタミンB1欠乏症を原因とする末梢神経障害の可能性を否定することはできない。

しかし、手がしびれる原因としては、ビタミンB1欠乏症だけではなく、それ以外の原因も考えられる。例えば、字を書くためには骨格筋（屈筋と伸筋）を使うことになるが、寝たきりの状態（不動）が続き、体力が落ちているような場合には、骨格筋の力（筋力）が衰え（筋肉量が減少し、筋力や身体機能が低下している状態を意味するサルコペニア）、これが原因となって筆跡が乱れることがある。

この点、「脳神経内科の主な病気」（一般社団法人日本神経学会ホームページ・甲第107号証）の「表1. しびれを引き起こす主な病気」に複数の疾患が記載されているとおおり、しびれを引き起こす疾患としては、多数の原因が考えられる（原告ら第12準備書面第1の5(1)・4及び5ページ）。そして、「ビタミン欠乏」（同表のうち、「③末梢神経／多発神経障害」の欄）に関しても、例えば、ビタミンB12が欠乏することによってしびれが生じることもあるところ、このしびれ（末梢神経障害）によって筆跡が乱れることもあり得る。現に、庁内内科等医は、ウィシュマ氏が下肢のしびれ等を訴えたことから、令和3年1月28日（庁内内科等医は、ウィシュマ氏に関して合計4回の診察を行っているところ、同日の診察は初回の診察である。）、メコバラミン錠（末梢性神経障害治療剤（ビタミンB12の系統の薬剤））を処方している（甲第4の3別紙8・62ページ。なお、「メチコバル」はメコバラミン錠の商品名である。乙第68号証）。

したがって、筆跡が乱れていることをもって、ビタミンB1欠乏症を原因とする末梢神経障害が発症していたと特定することは困難であり、筆跡の乱れの原因は不明と言わざるを得ず、この点に関する原告らの主張には理由がない。（以上につき、乙第65号証18及び19ページ）

(4) ウィシュマ氏については、他に、ビタミンB1欠乏症と認めるに足りる事情等が認められないこと

ア ウィシュマ氏について、ウィシュマ氏がビタミンB1欠乏症であったと

### 診断できる医学的な根拠が認められないこと

5 ビタミンB1欠乏症の診断に当たっては、①血液中総ビタミンB1濃度、  
②血中ピルビン酸と乳酸の上昇、尿中ビタミンB1排泄の減少、③チアミ  
ンピロリン酸(TPP)添加による赤血球トランスケトラーゼ活性の増加、  
④診断的治療(ビタミンB1の投与によって、症状が速やかに改善するか)  
をもって判断するとされている(乙第69号証32ページ)。

10 しかし、ウイシュマ氏については、令和3年1月25日及び同年3月6  
日に行われた各血液検査結果において、ビタミンB1については検査項目  
に挙げられていないため、血液中総ビタミンB1濃度等を特定することは  
できない。また、ウイシュマ氏は、市内内科等医により、「診断的治療」  
としてビタミンB1の投与がされていたものでもないことから、ウイシュ  
マ氏がビタミンB1欠乏症であったと診断できる医学的な根拠が認められ  
ない。

15 **イ ビタミンB1欠乏症によって生じる心臓の拡張や下肢の浮腫といった特  
徴は、死後の解剖においても見られず、病態を裏付ける根拠がないこと**

ビタミンB1欠乏症の病態生理としては、「心臓が拡張することがある」、  
「足および下肢の浮腫が生じる可能性がある」とされている(甲第110  
号証2ページ)。

20 しかし、ウイシュマ氏に関する司法解剖の鑑定書等(乙第16及び第1  
9号証)を見ても、ウイシュマ氏の心臓が拡張していた事実や、足及び下  
肢に浮腫が生じていた事実は認められていない。

したがって、ウイシュマ氏がビタミンB1欠乏症であったことを病態か  
ら裏付ける医学的根拠は認められない。(以上につき、乙第65号証19  
ページ)

25 **ウ ウイシュマ氏は経腸栄養剤によって少なからずビタミンB1を摂取して  
いたこと**

ウィシュマ氏は、令和3年2月22日、市内内科等医により、栄養剤としてイノラス経腸栄養剤（187.5ml）14日分の処方を受け、同年3月4日にも同栄養剤14日分の処方を追加して受けた（甲第4号証の3・68及び69ページ、乙第70号証2枚目）。

5           そして、同栄養剤には1包につきビタミンB1（フルスルチアミン）が466.3 $\mu$ g（約0.47mg）含まれているところ（乙第71号証〔イノラスの添付文書〕1ページ）、これは30歳から49歳までの女性における1日当たりのビタミンB1推定平均必要量（0.9mg）の2分の1を超える量に当たる（乙第72号証2枚目。なお、甲第106号証213  
10           ページには、ビタミンB1の摂取量が1日当たり0.32mg～0.4mgを下回った場合に脚気が出現するおそれがある旨の記載が見られる。）。

          そして、ウィシュマ氏は、令和3年2月22日ないし24日、同月26日、同月28日及び同年3月2日ないし6日の計10回にわたって、同栄養剤を服用した（甲第4号証の3・74ページ）。

15           このように、ウィシュマ氏は、同栄養剤の服用によって少なからずビタミンB1も摂取していたのであり、そのこともウィシュマ氏がビタミンB1欠乏症であったことを否定する事情である。

## エ 小括

          以上より、ウィシュマ氏について、ビタミンB1欠乏症であることをう  
20           かがわせるような事情等は認められない。

(5) ウィシュマ氏に関して、下肢を中心としたしびれを訴えるようになった令和3年1月中旬頃の状況を踏まえると、支援者との面会の際などに、看守勤務者に対し、「自力で歩行できない」旨訴えて、車椅子での移動をした同年2月3日頃には、ビタミンB1が不足している状態であった可能性を完全に  
25           否定することはできない。

          しかし、前記のとおり、ウィシュマ氏について、ビタミンB1欠乏症の典

型的な徴候がそろっていたものではない上、ビタミンB1も含まれているイノラス経腸栄養剤を服用していたこと、ウィシュマ氏については、ウェルニッケ脳症の状態にまで至っていたかについては疑問があり、意識障害の有無や程度、眼球運動障害が認められないこと等の事情からすると、むしろ、ウ  
5 ウェルニッケ脳症の状態にまで至っていなかったと考えられる。

これに加え、仮に、ウィシュマ氏が、軽度のビタミンB1欠乏の状態であった可能性が認められるとしても、ウィシュマ氏がイノラス経腸栄養剤を服用しており、ビタミンB1欠乏の重症化は抑制されていたと推察されることからすれば、重度のビタミンB1欠乏症であったとは認められない。(以上  
10につき、乙第65号証19及び35ページ)

### 3 小括

したがって、ウィシュマ氏がビタミンB1欠乏症であったという主張は飽くまで可能性にとどまるものであって、ウィシュマ氏が重度のビタミンB1欠乏症であったとは認められないから、原告らの主張には理由がない。

15

## 第7 ウィシュマ氏が死亡に至った機序を特定することは困難であること

### 1 原告らの主張

原告らは、「飢餓状態や極度の栄養欠乏などの極限状況のさなかにあるウィシュマさんの容態も無視して、ウィシュマさんが、ケトアシドーシス若しくはケ  
20 トアシドーシスに至るケトーシス、及び飢餓状態・ビタミンB1欠乏を含む栄養欠乏状態、それらのいずれの容態からの回復を図る措置を打たず、結果、ウィシュマさんの飢餓状態・栄養欠乏状態・ケトアシドーシス若しくはケトアシ  
ドーシスに至るケトーシスの更なる進行を許し、以て約20日後にウィシュマ  
25 さんを死に追いやつた(原告ら第12準備書面第3の1(3)・2.2及び2.3  
ページ)、「ウィシュマさんの飢餓と栄養欠乏状態を押し進め、ケトーシスに手  
当を打たなかったため、ウィシュマさんがいずれかの時点でケトアシドーシス

を発症し、2021年3月6日亡くなった」(同第3の2(1)キ・27ページ)などと主張するとともに、①掖済会病院に救急搬送された直後に高カリウム状態であることが判明していること、②掖済会病院における救急救命措置として、血液のpHを上昇させてアルカリ性にするメイロンの静脈注射が行われていること、③掖済会病院に搬送された後の血液検査でアシドーシスの状態が判明しているといった事後的な症状からすれば、令和3年3月6日午前11時15分の時点(原告らがいうクスマウル呼吸である可能性のある「大きく呼吸し、胸が上下している」状態が確認された時点)でケトアシドーシスに至っていたと考えることが合理的である(原告ら第13準備書面第3の3(3)・38ないし40ページ)などと主張する。

また、原告らは、ウィシュマ氏の死亡に至る機序として、「2月15日の時点で、少なくともケトアシドーシスを発症し、その後、ケトアシドーシスを発症して、令和6年3月6日に死亡した。」と主張し、「ウィシュマさんの低栄養状態によりビタミンB1欠乏症が起き、ケトアシドーシスに加えて乳酸アシドーシスをも併発したこと」、「並びに脱水症状及びクエチアピンの投与により肝腎障害が起きたこと」、「も上記死因に補助的に関与した。」と主張する(原告ら回答書)。

## 2 被告の反論

(1) ウィシュマ氏について、生命の危機があるような重篤なケトアシドーシスを発症したことを特定できないこと

ア 前記第4の2(7)のとおり、ウィシュマ氏は、令和3年3月4日午後掖済会病院の精神科を受診しているところ、掖済会病院精神科医によっても、ウィシュマ氏の意識が朦朧とするなどの明らかな意識レベルの低下や意識障害は認められなかったことからすると、ウィシュマ氏は、この頃まで、生命の危機があるような重篤なケトアシドーシスの状態に至っていたとは認められない。(以上につき、乙第62号証13ページ、乙第65号証26ページ)

イ また、令和3年3月6日の午前中の看守勤務日誌に「ベッドに就床しながら、大きく呼吸し、胸が上下している」という記載があるところ（甲第4号証の2・59ページ）、このような記載からは、同日の時点ではいわゆるクスマウル呼吸が現れていた可能性があり、もし仮に、これがクスマウル呼吸であったとすると、この頃、ウィシュマ氏については、生命の危機があるような重篤なケトアシドーシスの状態に至った可能性はある。

しかし、そもそも、看守勤務日誌に書かれている呼吸の状態は具体性を欠くため、それがクスマウル呼吸であったかは特定できず、ケトアシドーシスの際に現れるアセトン臭の有無も令和3年3月6日の時点では不明であることなどから、断定的なことはいえないのであって、結局、この呼吸についても、重篤なケトアシドーシスの可能性があったとまではいえるものの、それを特定することはできないものであり、これをもって重篤なケトアシドーシスが発症したと認めることは困難である（乙第62号証25ページ）。

ウ また、ウィシュマ氏は、救急搬送時既に心停止の状態であり、その後蘇生することなく亡くなっていることからすれば、救急搬送直後の状態から、ウィシュマ氏が心停止の状態になる前に重篤なケトアシドーシスを発症していたかどうかを推測することは困難であるというべきである。

すなわち、前記第6の2(1)のとおり、嫌氣的な代謝（死後解糖）では、筋肉や細胞中のグリコーゲン（糖）が分解されて代謝産物である乳酸が蓄積するため、pHは低下する（酸性になる）ことが知られているほか、カリウムは赤血球中に多く含まれるため、死後の溶血によりカリウム値が急速に上昇することが知られている（乙第65号証16及び17ページ、乙第73号証1ページ）。

したがって、原告らが主張するように、ウィシュマ氏が救急搬送直後に高カリウム状態であることが判明していることや病院搬送後の血液検査で



アシドーシスの状態が判明していることを根拠に、ウィシュマ氏が心肺停止の状態になる前に重篤なケトアシドーシスを発症していたということとはできない。

5 また、メイロンは、高カリウム血症によって心肺停止したと思われる患者の心肺蘇生の際に投与が推奨されている薬剤であるところ（乙第74号証150ページ）、ウィシュマ氏にメイロンが投与されたことからいえるのは、ウィシュマ氏が心肺停止になったことで好気性呼吸から嫌気性呼吸になり、アシドーシスの状態になったため、この状態を改善させる目的でアシドーシス改善薬であるメイロンを注射したという限度である。すなわち、心肺停止に至った理由を問わず、心肺停止になったことによるアシドーシスの状態を改善するためにメイロンを注射するのであって、心肺停止に至った具体的な理由が心不全なのか、不整脈なのか、ケトアシドーシスなのかといったことまで推認できるものではない（乙第65号証28及び29ページ）。

15 エ なお、今川・下医師意見書（その2）の4（二つある4のうち5の後のもの）においても、「どの時点でケトアシドーシスになったかは今からでは確認できない」（甲第103号証15ページの下から8行目）などとしているのであり、ケトアシドーシスを発症したことは主張するものの、どの段階でその状態になったのかについて明らかにしておらず、そのことからウィシュマ氏が重篤なケトアシドーシスを発症したと特定することは困難である。

**(2) ウィシュマ氏が、重度のビタミンB1欠乏症であったとは認められず、乳酸アシドーシスを発症したとも認められないこと**

25 前記第6のとおり、ウィシュマ氏は、ビタミンB1欠乏の状態であった可能性はあるものの、重度のビタミンB1欠乏症であったとは認められず、ビタミンB1欠乏により乳酸アシドーシスを発症したとも認められない。

したがって、この点に関する原告らの主張に理由はない。

**(3) ウィシュマ氏が、肝機能障害又は腎機能障害であったと認めることは困難であること**

5 前記第4の2のとおり、令和3年2月15日の2回目尿検査の結果から、  
ウィシュマ氏が、肝機能障害又は腎機能障害であったと認めることは困難で  
あり、この点に関する原告らの主張に理由はない。

**(4) ウィシュマ氏の死亡に至る機序が不明であること**

前記(1)ないし(3)のとおり、原告らが指摘するウィシュマ氏が死亡に至っ  
た機序に関する各主張には理由がないところ、被告第8準備書面第3の2(2)  
10 (20ページ)において述べたとおり、ウィシュマ氏の死亡については、司  
法解剖結果にもあるとおり、「病死」とは認められるものの、詳細な死因に関  
しては、複数の要因が影響した可能性があり、専門医らの見解によっても、  
各要因が死亡に及ぼした影響の有無・程度や死亡に至った具体的な経過(機  
序)を特定することは困難であるとされている(甲第4号証の1・34及び  
15 35ページ)。

以上も踏まえると、ウィシュマ氏の死亡に至る機序については、特定する  
ことは困難であり、不明である。

**(5) 小括**

したがって、ウィシュマ氏が死亡に至る機序は特定することが困難である  
20 ことから、この点に関する原告らの主張には理由がない。

**第8 庁内内科等医や名古屋入管職員が掖済会病院精神科医に行った情報提供は、  
適切であったこと**

**1 原告らの主張**

25 原告らは、①令和3年2月15日の2回目尿検査において、ウィシュマ氏に  
ついて極度の栄養不足及び飢餓状態が明らかとなっており、また、脱水、肝機

能障害及び腎機能障害も明白に疑われる数値が明らかになっていたのであるから、掖済会病院精神科医に対し、ケトン体「3+」やウロビリノーゲン「3+」などの2回目尿検査の結果を伝達すべきであった、②令和3年2月15日に実施された2回目尿検査の結果を同医師に提供しなかったことによって同医師を誤信させたのであり、5 庁内内科等医の情報提供に過誤があったことは明らかであるし、ウロビリノーゲン「3+」という結果は肝機能障害が原因であることの可能性を否定できないことから、当然、同医師に伝えるべき情報であった、③「名古屋入管の処遇の責任者はマスコミ対応の中でウィシュマさんが詐病を装っているとの内容の報告を名古屋入管職員指導層に報告している（甲45）。10 このようなウィシュマさんに対する予断と上記精神科医に対する報告は無関係ではなく、この報告は明らかに詐病を示唆するものである」として、掖済会病院精神科医が診療録に記載した「詐病の可能性がある」との記載（甲第10号証3枚目）は、名古屋入管職員らのウィシュマ氏に対する予断に基づいてなされた情報提供であるなどと主張する（原告ら13準備書面第2の2・23ないし25ページ）。15

## 2 被告の反論

(1) 庁内内科等医は、掖済会病院精神科医に対する診療情報の提供を適切に行っており、2回目尿検査の結果を同医師に伝えなかったことが不合理であったとは認められないこと

20 被告第9準備書面第2の2(1)イ(29及び30ページ)で述べたとおり、庁内内科等医は、掖済会病院精神科医に対し、ウィシュマ氏に係る精神的要因の診察を依頼するに当たって、令和3年2月18日付けの精神科医宛での診療情報提供書において、傷病名欄に「悪心、食欲不振、しびれ」とそれまでの診療から考えられるウィシュマ氏の症状等を記載し、現病歴・治療の経過欄に「体重も減少しています。採血、消化管検索、整形外科受診等で軽度25 のGERD（引用者注：胃食道逆流症）以外に器質疾患ははっきりせず。

精神科的要因につきまして、御高診お願い申し上げます。」と記載し、精神科的要因の有無に関して診察を依頼した（甲第4号証の3別紙16・84ページ。なお、同診療情報提供書には、ウィシュマ氏に対する当時の処方内容も添付されていた。）。

5           そして、庁内内科等医は、ケトン体「3+」やウロビリノーゲン「3+」  
といった2回目尿検査の結果を伝えていないが、令和3年2月18日の診療  
時までの消化器内科や整形外科での診療経緯などを踏まえ、ウィシュマ氏に  
ついて、器質的疾患がはっきりとしないため、精神科的要因を疑い、精神科  
10           の受診を指示していたのであって、肝機能障害の有無を精神科医に診察して  
もらおうと考えていたわけではない。

すなわち、ウロビリノーゲン「3+」などの2回目尿検査の結果は、精神科的要因の有無とは直接的な関連性を有しておらず、精神科医による診療との関係では、必ずしも同医師に提供しなければならない情報ではなかった。

15           また、庁内内科等医は、精神科医宛ての診療情報提供書（甲第4号証の3  
別紙16・84ページ）において、「採血、消化管検索、整形外科受診等で（中  
略）器質疾患ははっきりせず。」との情報提供をしているところ、ここで庁内  
内科等医が精神科医に対して提供したかったことは、主として、器質的疾患  
が明確には認められないということであったところ、2回目尿検査のうち、  
20           ケトン体「3+」やウロビリノーゲン「3+」といった結果は、「器質疾患は  
はっきりせず」との結論に至るまでの考慮事情の一つにとどまる。したがっ  
て、原告らがいうように、庁内内科等医において、掖済会病院精神科医を誤  
信させるような情報提供の過誤があったなどとはいえない。

25           さらに、この点をおくとしても、被告第9準備書面第1の7（13ないし  
15ページ）で述べたとおり、試験紙を用いた尿検査は、比較可能な絶対的  
な数値で示される定量的検査ではなく、定性的な検査であることも踏まえ、  
その検査結果は、補助的に利用されるにとどまり、血液検査の結果や他の症

状及び診察時の所見等を踏まえて、栄養状態や健康状態が判断されるものであるところ、2回目尿検査の結果のうち、ウロビリノーゲンが「3+」であったことは、肝機能障害が原因である可能性も否定はできないが、当時のウィシュマ氏には倦怠感や黄疸といった症状が見られないことなどから、重篤な肝機能障害に至っていたことは考えにくく、ウィシュマ氏が訴えていた便秘異常を原因とする可能性があった(乙第62号証21ページ)。したがって、ウロビリノーゲンが「3+」であったとしても、「器質疾患ははっきりせず」という結論に直ちに影響するようなものではなく、庁内内科等医が、掖済会病院精神科医に対し、2回目尿検査の結果について情報提供を行わなかったことが不合理であったとは認められない。

以上のことからすると、この点に関する原告らの主張には理由がない。

(2) 名古屋入管職員は、掖済会病院精神科医に対し、ウィシュマ氏の具体的な症状や診療経過、体調不良を訴え始めた時期や経緯等の適切な情報提供をしており、詐病に関する予断に基づいて情報提供を行ったことはないこと

被告第9準備書面第2の2(2)(30ないし33ページ)で述べたとおり、名古屋入管の職員は、掖済会病院精神科医に対し、ウィシュマ氏が支援者から病気になれば仮釈放してもらえる旨言われたことがあり、その頃から心身の不調を訴えている旨も伝えているが、これは、同職員が、ウィシュマ氏と支援者の面会時の言動等を記録した令和3年1月20日の面会簿の記載から把握したものであり(甲第4号証の1・55ページ、同号証の2・46及び47ページ、同号証の3別紙4・9ページ)、その伝達内容に誤りはない。

そして、この伝達内容は、ウィシュマ氏が体調不良を訴え始めた時期や経緯等の事実を述べるものであって、同医師において、ウィシュマ氏の具体的な病名を判断する上で必要となる情報であり、この点の情報提供は適切な内容であった。

一方、名古屋入管の職員は、掖済会病院精神科医に対し、ウィシュマ氏の

状態に関して、「詐病」や「詐病の可能性」という言葉を用いたり、詐病の疑いがある旨の発言をしたことはなく（甲第4号証の1・47ページ、同号証の2・46及び47ページ）、その他、同医師が診療を行うに当たって不適切であると評価されるような内容を同医師に述べたこともない。

5           また、原告らは、「報道応接完了報告書」に「食欲がないのは事実であるが、数日前から官品の経口補水液を1日に数本飲んでおり、水分はしっかり摂取し、脱水症状とは程遠い状態」（甲第45号証）と記載されていることをもって「詐病を装っているとの内容の報告」と位置づけた上で（原告ら13準備書面第2の2・24ページ）、同記載と、名古屋入管職員が掖済会病院精神科医に報告した内容とは関係しているため、同報告は明らかに詐病を示唆するものであるとも主張する。しかし、前記のとおり、同報告は事実を述べたものであるから、原告らの主張は憶測にすぎない。

10

          以上のとおり、名古屋入管の職員は、掖済会病院精神科医に対し、ウィシユマ氏の具体的な症状や診療経過、体調不良を訴え始めた時期や経緯等の適切な情報提供をしており、一方で、詐病に関する予断に基づいて情報提供を行ったことはないから、この点の原告らの主張には理由はない。

15

**第9 入管収容施設において被収容者の処遇に当たる看守勤務者（入国警備官）に求められる注意義務の水準として、看護師レベルの水準までは求められていないこと**

20

#### 1 原告らの主張

原告らは、被収容者の処遇に当たる職員には、被収容者の体調・健康管理のために必要な最低限の知識及び経験が求められ、心身に不調がある被収容者の収容を継続する場合、摂食・摂水量の管理や薬剤の管理、バイタルチェック等医師に適切な情報を提供し、緊急に対応することも可能とする最低限の知識及び経験が求められ、さらに、介護まで必要な傷病者等の収容を継続するのであ

25

れば、介護に関する知識、看護に関する看護師レベルの知識及び経験が求められる旨述べて、注意義務違反の有無の判断に際して求められる基準としては、「他人の生命・健康を預かる者が通常持ち合わせるべき水準」を採用すべきである旨主張する（原告ら第13準備書面第3の1・27ないし29ページ）。

5       また、原告らは、「100歩譲って看守勤務者らの個人的な知識・スキルがあまりに低く、何ら行為の期待可能性がないという判断に至るのであれば、それは入管局長に（マ）して、職員の配置のミスか、研修・研鑽不足など、人的物的体制の構築義務違反が認められるべきである」として、名古屋入管局長が、看守勤務者として上記水準を満たす職員（介護、看護するのであれば看護師レ  
10       ベルの職員）を配置しなかったことが、職務上の義務違反に当たると主張するようである（原告ら第13準備書面第3の1(2)イ(カ)・29ページ）。

## 2 被告の反論

15       そもそも、原告らの主張する「他人の生命・健康を預かる者が通常持ち合わせるべき水準」というのが、具体的にどのような水準を意味するのか定かではない。

20       また、処遇規則30条1項は、「所長等は、被収容者がり病し、又は負傷したときは、医師の診療を受けさせ、病状により適当な措置を講じなければならない。」と定めているところ、入管収容施設において、被収容者がり病した際等には、まず庁内医師の診察を受けさせ、庁内医師から外部病院の診察が必要であるとの診断があった場合には、外部病院の診察を受けさせ、その結果、入院させる必要があるとの診断があった場合には、入院をさせているところである。原告らの主張は、所長等（入国者収容所長及び地方出入国在留管理局長）が、医師によって入院が必要と診断された者について入院させているという前提を度外視するものである。

25       さらに、原告らは、「傷病者を介護・看護するのであるから、看護師レベルの者が必要であろう」とも主張する（原告ら第13準備書面第3の1(2)イ(イ)・

27ページ)。もっとも、本件発生時、名古屋入管には、被告第1準備書面第3の1(1)イ及びウ(29ページ)で述べたとおり、看護師1名(女性、嘱託の非常勤)及び准看職員2名(准看護師免許を有する常勤の入国警備官。男女各1名)がいたにもかかわらず、原告らが前記主張をしていることからすると、原告らは、ウィシュマ氏の処遇を担当していた複数の看守勤務者の全員について、看護師や准看職員と同レベルの知識と経験が必要であると主張しているものとも解される。

そして、原告らの主張を前記のように解した上で、被告の反論を述べるとすると、被告第9準備書面第3の2(2)(39及び40ページ)で述べたとおり、公務員の職務行為につき国賠法上の違法性の有無を判断するに当たって、当該職務行為を行った当該公務員に通常要求される知識・能力等を超える職務行為が義務付けられるとすれば、当該公務員が通常の知識・能力等を有する公務員であったとしても、国賠法上違法とならないことについて不可能を強いるものであって相当でないことは明らかである。

したがって、当該公務員が個々の国民との関係で負担する職務上の法的義務に違反したかどうかは、通常要求される知識・能力等を有する一般的な公務員を基準として判断すべきである。

そして、看守勤務者、すなわち、入国警備官(甲第4号証の3別紙3・3ページ)は、入国者収容所、収容場その他の施設の警備を職務とし(入管法61条の3の2第2項3号)、被告第6準備書面第1の2(3)(9ないし11ページ)で述べたとおり、収容所等内外の巡視、見張り及び動しょうを行うとともに、被収容者の動静及び施設の異状の有無に注意を払い、もって保安上の事故の防止に努めなければならない(処遇規則14条1項)とされている。そして、看守勤務者(入国警備官)は、被収容者の権利等に配慮しつつ節度をもって被収容者の対応に当たるが、同規則14条2項において、「入国警備官は(中略)被収容者について異状を発見したときは、応急の措置を講じるとともに、直ちに



5 所長等に報告しなければならない。」とされているにとどまり、それ以上の医学  
的知識や経験を有していることは、職務上求められていない。また、名古屋  
入管の看守勤務者らは、ウィシュマ氏に対し、飲食物の取分け、体位の転換、  
体勢の調整、着替え及びトイレの介助など、介護ともいえる対応を行っていた  
10 が、これらの行為は、日常生活を送る上で必要となる行為を手助けするという  
実務上の対応として行ったものであり、処遇規則等により義務付けられて行っ  
たものではない。

10 そうすると、看守勤務者に求められる社会一般の医療水準は、入管収容施設  
において被収容者の処遇等に従事する医学的な専門知識のない一般的な職員を  
基準として判断されるべきであり、これらの一般的な職員の知識・経験を超え  
て、看守勤務者の全員について、医師に適切に情報提供を行うことや緊急の対  
15 応を可能とする知識・経験を有すること、介護に関する知識、看護に関する看  
護師レベルの知識及び経験を有することが求められるとする原告らの主張は、  
社会一般の医療水準を超え、医療従事者として医療の専門的知識を有する看護  
15 師と同等のレベルという過度の医療水準を看守勤務者に求めるに等しいもので  
あって、理由がない。

20 そして、ウィシュマ氏に対応した名古屋入管の看守勤務者らが、一般的な職  
員を基準にした場合の医療水準を満たしていないとはいえないから、名古屋入  
管局長に、原告らがいうところの「人的物的体制の構築義務違反」（原告ら第1  
20 3準備書面第3の1(2)イ(カ)・29ページ)は認められない。

第10 名古屋入管の看守勤務者らは、原告らが指摘する日時において、ウィシュ  
マ氏について救急搬送等の緊急の対応が必要な状態にあるとは認識しておら  
ず、そのような認識を抱かなかったことが不合理であるとはいえないこと

25 1 看守勤務者らは、令和3年3月5日頃以降のウィシュマ氏の状態について、  
クエチアピン等の効果による影響があると認識していたことから、救急搬送等

の緊急の対応が必要であるとは認識し得なかったこと

(1) 原告らの主張

原告らは、名古屋入管の看守勤務者らが令和3年3月5日午前7時52分頃以降のウィシュマ氏の状態について、掖済会病院精神科医によって処方されたクエチアピン等の効果による影響と認識していたことにより、医師に連絡して指示を仰ぐ又は救急搬送を要請するほかないと判断せざるを得ない程度に重篤な状態に陥っていると認識することは困難であったとの被告の主張（被告第9準備書面第3の2(5)・45ないし49ページ）に対し、①クエチアピンにはケトアシドーシス、昏睡等の症状が現れることについて、製薬会社作成の書面（甲第88号証）によって注意喚起がされていた上、薬剤情報提供書によっても名古屋入管職員に共有がされていたこと、②掖済会病院精神科医は、クエチアピン等の効果により眠気の効果が出るとしても、ウィシュマ氏の睡眠状態が続かないことを想定しており、同医師が名古屋入管職員らに対し、クエチアピン等の効果による影響で睡眠が続くとは説明していないこと、③大村入国管理センター作成の「拒食中の被収容者に対する対応要領」（甲第121号証）においては、拒食の開始から体重の減少率が一定程度に至ったものに対して特に慎重な容態観察・動静把握を義務づけるとともに異常薬効を考慮して原則として投薬を中止するという対応を求めていたことなどから、看守勤務者らは、ウィシュマ氏について、クエチアピンが異常作用している又はクエチアピンによらないとしても異変が生じていると考えることは十分に可能であったと主張する（原告ら第13準備書面第3の3・32ないし34ページ）。

(2) 被告の反論

ア 看守勤務者らは、掖済会病院精神科医が処方したクエチアピン等について、その服薬指示に従って服用させていたこと（前記原告らの主張①に対する反論）

令和3年3月4日、掖済会病院精神科医は、ウィシュマ氏の診療を行った結果、ウィシュマ氏については確定的な診断はできず、可能性としては、病気になることで仮釈放してもらいたいという動機から詐病又は身体化障害を生じたと考え得るが、この時点でいずれとも確定できない状況である  
5 と考え、傷病名を「身体化障害あるいは詐病の疑い」とした（甲第4号証の1・47ページ）。その上で、掖済会病院精神科医は、ウィシュマ氏に対し、クエチアピン錠100ミリグラム「サンド」及びニトラゼパム錠5ミリグラム「トーワ」を、いずれも就寝前に1回1錠を服用するものとして処方した。そして、掖済会病院精神科医は、ウィシュマ氏については、経過観察をした上で対応を検討する必要があるとの考えから2週間後の再診  
10 を指示した。（以上につき、甲第4号証の1・47ページ、同号証の2・47及び48ページ、乙第6号証22及び23枚目）

看守勤務者らは、この掖済会病院精神科医の処方指示に従い、同日夜から、ウィシュマ氏に対し、クエチアピン等を服用させたものである。

15 原告らが指摘するクエチアピン等の副作用について、製薬会社作成の書面や薬剤情報提供書によって注意喚起等がされていたとしても、看守勤務者らとしては、ウィシュマ氏を診療した医療の専門家である掖済会病院精神科医がそのような注意喚起等を十分に理解した上でクエチアピン等を処方し、服薬の指示をしたと考えるのが通常である。

20 したがって、原告らが指摘するような製薬会社作成の書面や薬剤情報提供書による一般的な注意喚起等が存在していたからといって、それを根拠として医療従事者ではない看守勤務者らにおいて、掖済会病院精神科医の処方等に医療上の問題があり、クエチアピン等の効果による副作用によってウィシュマ氏が重篤な状態に陥っているなどと認識することは困難である。  
25

よって、この点に関する原告らの主張には理由がない。

イ 掖済会病院精神科医がクエチアピン等を服用しても睡眠状態が続かないことを想定しており、看守勤務者らに対し、ウィシュマ氏の睡眠状態が続くとは説明していないことは、前記アにおいて述べた看守勤務者らのクエチアピン等の服用の効果に関する認識を妨げるものではないこと（前記原告らの主張②に対する反論）

5 (ア) 被告第9準備書面第3の2(5)ウ（46ないし49ページ）で述べたとおり、クエチアピンには鎮静効果等があるところ、掖済会病院精神科医は、ウィシュマ氏の不眠の症状に対して眠気を感じる効果をも期待してクエチアピンを処方していた。また、同時に処方されたニトラゼパムも、「寝つきを良くし、麻酔効果を高め」る作用を有しており、不眠症の  
10 治療に用いられる薬（睡眠誘導剤）である（甲第4号証の1・47ページ、乙第6号証23枚目）。これらの処方は、ウィシュマ氏が、従前から不眠の症状を訴えており、同医師に対しても不眠を訴えたことから、同症状を治療するために処方されたものであった（乙第63号証2及び3  
15 ページ）。

そして、被告第1準備書面第4の4(2)エ(イ)（55ページ）及び被告第9準備書面第3の2(5)ア（45及び46ページ）で述べたとおり、ウィシュマ氏は、クエチアピン等を服用した後の令和3年3月5日には、ぐったりとしてベッドに横たわった状態で、自力で体を動かすことはほとんどなく、看守勤務者らの問いかけに対しても「あー。」とか「うー。」  
20 などとの声を発するだけの場合も多くなっていたが、このようなウィシュマ氏の状態について、看守勤務者らは、同月4日に掖済会病院精神科で処方され、同日夜から服用を開始したクエチアピン等による影響と認識していた（甲第4号証の1・48ページ、同号証の2・51ページ脚  
25 注81）。また、被告第9準備書面第3の2(5)イ（46ページ）で述べたとおり、医療従事者である名古屋入管の看護師でさえも、看守勤務

者らと同様に、クエチアピン等の服薬開始以降のウィシュマ氏について、服薬の影響により寝ていたり、脱力するなどしているものと認識していた。

5                   そして、クエチアピン及びニトラゼパムに認められている眠気が強まり、従前よりも長く眠るという薬の効果からすれば、一般的な入管職員を基準にした場合、ウィシュマ氏が朝になっても目を覚まさなかったり、日中の時間帯に至っても覚醒していないといった状態が現れていたとしても、これはウィシュマ氏が就寝前に服用したこれらの薬の影響である  
10                   と考えるのが自然である。

                  そうすると、掖済会病院精神科医によって処方されたクエチアピン等を服用した後にウィシュマ氏に対応した看守勤務者や看護師らが服薬の影響で寝ているなどと認識したのは、当初から予定されていた薬の効果  
15                   が出ているものと思ったからであって、これは一般的な入管職員を基準としても、不合理であるとはいえない。

15                   (イ) また、そもそも、原告らが指摘する「クエチアピンを就寝前に服用した場合には、通常は、翌日の朝には眠気がなくなり、目が覚めると考えられる。」、「翌日の午前7時や8時頃になっても睡眠状態から目を覚まさないという状態が認められるのであれば、クエチアピンの処方量が多く、薬の効果のうち、眠気の効果が出すぎているということも考えられる。」(原告ら第13準備書面第3の3(1)・33ページ)といった掖済  
20                   会病院精神科医の意見は、医療の専門家として同医師自らが認識しているクエチアピンを単体で服用した場合の効果について意見を述べているものにすぎず、クエチアピン等、すなわちクエチアピン及びニトラゼパムを同時に服用した場合の効果についての意見を述べたものではない。

25                   原告らは、「医師が薬の作用で睡眠状態を続けさせるということを職員に説明していない」ことを理由に、看守勤務者において睡眠が続いて

いたのであれば異常を予見すべきであった旨主張するが、掖済会病院精神科医は、看守勤務者に対し、明示的かつ積極的に「クエチアピン等の効果によって睡眠が続くことはない。」旨説明していたわけではなく、単に、「診療時に、クエチアピンの効果について、よく眠れるようになって、吐き気も減るとい程度の話」をしたにすぎず（乙第63号証3及び4ページ）、それ以上に、睡眠が続くとも続かないとも説明していなかったし、同医師は、クエチアピンと同時に睡眠誘導剤であるニトラゼパムの服用も指示しているのであって、処方箋等から、クエチアピンの「神経の興奮をしずめて、気持ちを落ち着かせます。」、「眠け、注意力の低下等の症状が現れることがある」という薬効、ニトラゼパムの「寝つきを良くし、麻酔効果を高め、けいれん、意識がなくなる等の症状を改善します。」、「眠け、注意力低下等が現れることがある」という薬効（甲4号証の1・47ページ、甲第7号証の4、乙第6号証23枚目）について認識している看守勤務者において、ウィシュマ氏が翌朝になっても睡眠が継続していたとしても、異常を察知することは極めて困難である。したがって、原告らがいう理由をもって、クエチアピン等の服用の影響に関する看守勤務者の前記アの認識を妨げるものでないことは明らかであり、この点に関する原告らの主張にも理由はない。

ウ 原告らの指摘する文書は、看守勤務者らに対し、ウィシュマ氏について緊急対応を要するとの認識を基礎づけるものではないこと（前記原告らの主張③に対する反論）

原告らの指摘する文書は、大村入国管理センターが作成した令和元年10月24日付け「拒食中の被収容者に対する対応要領」（甲第121号証）であるところ、これは、同センターが、収容中の被収容者が拒食した場合に同センター入国警備官及び医師が行う対応をまとめたものであり、飽くまでも同センター内部での取扱いを記載したものにすぎない。そして、大

村入国管理センターから名古屋入管職員らに対し、同要領の内容が伝達されたものではなく、また、名古屋入管職員らが令和元年10月24日以降、同要領によって業務を行うとされたものでもない。

5  
、5  
以上のことからすると、他の入管収容施設である大村入国管理センターの内部取扱いに基づいて名古屋入管職員らの職務上の注意義務を導くことはできず、ウィシュマ氏について前記要領に基づいて、緊急対応を要するとの認識を基礎づけることはできない。

10  
また、原告らの指摘する文書（「拒食中の被収容者に対する対応要領」。甲第121号証）が他の入管収容施設の内部取扱いであるという点をおくとしても、同文書は、拒食中の被収容者一般に対する対応に関するものであるところ、ウィシュマ氏は、一時期、官給食の摂食は拒否していたものの、その時期においても購入品等は摂食しており、官給食その他一切の摂食を継続的に拒否するという意味における拒食をしていたわけではなく、庁内内科等医において、患っている苦痛を取り除くために確定診断をつけようとするプロセスの途中にあったウィシュマ氏の対応に関するものでないこと  
15  
とは明らかである。

したがって、この点に関する原告らの主張には理由がない。

## エ 小括

20  
以上のとおり、上記各原告らの主張にはいずれも理由がなく、看守勤務者らは、令和3年3月5日頃以降のウィシュマ氏について、掖済会病院の精神科で処方されたクエチアピン等の効果による影響があると認識していたことにより、緊急対応が必要な状態であることを認識し得なかったところ、そのような認識を抱かなかったことが不合理であるとはいえない。

25  
2 令和3年3月6日午前11時15分のウィシュマ氏の様子からしても、看守勤務者らが、ウィシュマ氏について緊急対応が必要であるとは認識し得なかったこと

(1) 原告らの主張について

原告らは、令和3年3月6日午前11時15分の時点で、ウィシュマ氏が「大きく呼吸し、胸が上下している状況であった」（甲第4号証の2・59ページ）ことについて、名古屋入管の職員によってアセトン臭の有無の確認や、動脈血ガス分析が行われていないところ、そのこと自体が注意義務違反を基礎づける旨主張する。また、原告らは、「大村入国管理センター被収容者死亡事案に関する調査報告書」（甲第120号証）において、同センターで死亡した被収容者は、死亡直前に「肩で大きく息をしている状況」（同号証5ページ）が確認されており、同報告書における改善策として、拒食者の健康状態の推移や、生命への重篤な危険が生じていることを示す症状や兆候に関する医学的知見や対応方法が名古屋入管にも共有されていたはずであることからすれば、ウィシュマ氏との関係で緊急の対応が必要であると認識することが困難であったはずがないと主張する（原告ら第13準備書面第3の3(3)・38ないし40ページ）。

(2) 被告の反論

ア 令和3年3月6日午前11時15分頃、ウィシュマ氏に見られた呼吸がクスマウル呼吸であったかどうかは不明であるし、一般的な入管職員を基準とすれば、ウィシュマ氏の呼吸をもって医師に連絡して指示を仰ぐ又は救急搬送を要請するほかないと判断せざるを得ない程度に重篤な状態に陥っていると認識することは困難であったこと

被告第9準備書面第3の2(7)（53及び54ページ）で述べたとおり、令和3年3月6日午前11時15分頃の時点のウィシュマ氏の状況として、看守勤務日誌に記載された「大きく呼吸し、胸が上下している」（甲第85号証の5・150ページ）という状態は、クスマウル呼吸が現れていた可能性はある（乙第62号証25ページ）。

しかし、このときのウィシュマ氏の呼吸の状態として、それ以上に具体



5 的な記載は看守勤務日誌にないこと、ケトアシドーシスの状態に至った場合に現れることがあるアセトン臭の有無についても看守勤務日誌の記載内容からは確認することができないこと、ケトアシドーシスの状態に至ったか否かは、動脈血を採血して、動脈血ガス分析を行うことによって判定することができる。この時点において、ウィシュマ氏については、動脈血ガス分析が実施されていないことからすると、この時点で、ウィシュマ氏がケトアシドーシスの状態に至っていたとは断定することはできない（乙第62号証24及び25ページ）。

10 そして、前記第9の2のとおり、看守勤務者に求められる社会一般の医療水準は、入管収容施設において被収容者の処遇等に従事する医学的な専門知識のない一般的な職員を基準として判断されるべきであり、医療従事者として医療の専門的知識を有する看護師と同等のレベルの医療水準を看守勤務者に求めることは相当でないところ、医学的な専門知識のない一般的な入管職員を基準とすれば、「大きく呼吸し、胸が上下している」という呼吸状態を現認したとしても、当該呼吸の態様をもって、ウィシュマ氏がケトアシドーシスの状態に至っており、医師に連絡して指示を仰ぐ又は救急搬送を要請するほかないと判断せざるを得ない程度に重篤な状態に陥っていることを認識することは困難であるから、看守勤務者が、令和3年3月  
15 6日午前11時15分頃の時点において、医師に連絡して指示を仰ぐ又は救急搬送を要請しなかったとしても、その判断が不合理であるとはいえない。  
20

イ 「大村入国管理センター被収容者死亡事案に関する調査報告書」の記載は、名古屋入管職員に対し、ウィシュマ氏に対する緊急対応を基礎づけるものではないこと

25 原告らが指摘する「大村入国管理センター被収容者死亡事案に関する調査報告書」（甲第120号証）は、拒食による死亡事案の再発防止に関し、

今後採るべき方策として、「入管組織全体として、拒食者の健康状態の推移、特に生命への重篤な危険が生じていることを示す症状・兆候に関する医学的な知見や、看守業務等を通じてそのような兆候等を早期に発見して適切に対応する方法について、刑事施設等の他機関における取組や諸外国の例をも参考に、組織的な研究・蓄積を進め、各収容施設等の現場に対し適切な形で共有を進めるべきである」（同号証14ページ）とし、入管組織全体の課題として、拒食による死亡事案の再発防止に関して今後採るべき方策の方向性を示したものである。

これに対し、本件において、ウィシュマ氏は、一時期、官給食の摂食は拒否していたものの、その時期においても購入品等は摂食しており、官給食その他一切の摂食を継続的に拒否するという意味における拒食をしていなかったわけではない。

したがって、拒食による死亡事案ではない本件に、同報告書の示した方策を当てはめることはできない。

よって、「大村入国管理センター被収容者死亡事案に関する調査報告書」（甲第120号証）は、ウィシュマ氏に対する個別の対応についての注意義務違反を基礎づける規範となり得るものではなく、この点に関する原告らの主張にも理由がない。

## 20 第11 名古屋入管局長には体制構築義務違反が認められるとの原告らの主張には理由がないこと

### 1 原告らの主張

原告らは、入管収容施設においては、大村入国管理センターで発生した拒食者の死亡事案を受け、摂食拒否者及び体調不良者への対応の強化がされており、体重減少率に着目した動静監視の必要性や、緊急時の現場対応の強化等が求められていたにもかかわらず、名古屋入管では、バイタルチェックの基準やマニ

5 ュアルは設けられておらず、看守勤務者らに対する教育及び研修もされていなかった結果、看守勤務者らは、ウィシュマ氏について、ちゅうちよせず救急搬送すべき義務を履行しなかったものであり、名古屋入管局長には、体調不良者の取扱いに関する基準構築義務違反及び緊急時の対応の体制構築義務違反が認められると主張する（原告ら第13準備書面第3の3(4)・40ページ）。

## 2 被告の反論

10 (1) 原告らを取り上げる大村入国管理センターで発生した被収容者の死亡事案は、自らの意思により拒食を継続し、点滴治療等も拒否していた被収容者が、看守勤務者から飲食物を摂取し、点滴治療を受けるよう度重なる促しを受けていたものの、基本的には、これに応じず、居室内で意識のない状態となり死亡した事案である（甲第120号証）。

15 これに対し、本件は、ウィシュマ氏が、看守勤務者らの介助を受けて一定程度飲食物を摂取し、庁内内科等医等の医師による診療や薬の処方も受けていたものであり、摂食の有無並びに診療及び薬の処方の有無の点で、そもそも事案が異なる。

20 そして、「大村入国管理センター被収容者死亡事案に関する調査報告書」（甲第120号証）においても、治療を拒否する拒食者に対する医療（強制的治療）の在り方が検討されている上、拒食による死亡事案の再発防止のために今後採るべき方策として、拒食者の健康状態の変化等に関する知見の組織的な蓄積及び共有などが指摘されているところ（同号証14ページ）、同報告書は、飽くまで拒食による死亡事案に関して、今後採るべき方策の方向性を示したものであり、拒食以外の原因による被収容者の死亡事案についてまで、その防止のための方策を定めたものではない。

25 したがって、一時期、官給食の摂食は拒否していたものの、その時期においても購入品等は摂食しており、官給食その他一切の摂食を継続的に拒否するという意味における拒食をしていたわけではなく、診療や薬の処方を受け

ていたウィシュマ氏が死亡したこととの関係で、名古屋入管局長に、原告らが指摘するような義務が発生しているとは認められない。

5 また、大村入国管理センターにおいては、同センターの被収容者死亡事案後に、令和元年10月24日付けで「拒食中の被収容者に対する対応要領」(甲第121号証)が作成されているが、同要領は、同センターにおいて、収容中の被収容者が拒食した場合に同センター入国警備官及び医師が行う対応をまとめたものであり、同センター内での取扱いを記載したものにすぎない。したがって、同センター以外の他の入管収容施設の長に職務上通常尽くすべき注意義務を生じさせるものではない。

10 (2) 以上に加え、原告らが、どのような法的根拠に基づいて、名古屋入管局長に体制構築義務等が生じると主張しているのかも明らかではない。

(3) したがって、この点に関する原告らの主張には理由がない。

以上

略語一覧

		略 語	全 文	定義箇所
1	な	名古屋入管	名古屋出入国在留管理局	第1準備書面 4P
2	こ	国賠法	国家賠償法	第1準備書面 4P
3	す	スリランカ	スリランカ民主社会主義共和国	第1準備書面 4P
4	う	ウイシュマ氏	ウトナヤケ・リヤナゲ・ウイシュマ・サンダマリ	第1準備書面 4P
5	え	掖済会病院	名古屋市内所在の名古屋掖済会病院	第1準備書面 4P
6	ち	調査報告書	令和3年3月6日の名古屋出入国在留管理局被収容者死亡事案に関する調査報告書	第1準備書面 5P
7	に	入管法	出入国管理及び難民認定法	第1準備書面 5P
8	も	元交際相手	スリランカ国籍の男性	第1準備書面 6P
9	ち	中京病院	名古屋市内所在の中京病院	第1準備書面 10P
10	ち	庁内内科等医	名古屋入管の非常勤医（内科・呼吸器内科・アレルギー科医）	第1準備書面 10P
11	お	OS-1	経口補水液であるOS-1	第1準備書面 10P
12	か	仮放免関係決裁書	ウイシュマ氏の1回目の仮放免許可申請の許否に係る決裁書	第1準備書面 11P
13	し	処遇規則	被収容者処遇規則	第1準備書面 16P
14	ち	庁内整形外科医	名古屋入管の非常勤医（整形外科医）	第1準備書面 18P
15	と	東京入管	東京出入国在留管理局（現東京出入国在留管理局）	第1準備書面 21P
16	ぬ	沼津警察署	静岡県沼津警察署	第1準備書面 23P
17	い	1回目仮放免許可申請	ウイシュマ氏は、令和3年1月4日、名古屋入管主任審査官に対し、仮放免許可を申請した	第1準備書面 23P
18	に	2回目仮放免許可申請	ウイシュマ氏は、令和3年2月22日、名古屋入管主任審査官に対し、仮放免許可を申請した	第1準備書面 24P
19	ち	庁内医師	医師2名	第1準備書面 28P
20	ち	庁内診療	名古屋入管内の診療	第1準備書面 29P
21	ち	庁外診療	外部医療機関での診療	第1準備書面 29P
22	し	収容継続の違法行為	違法な収容を継続したことによってウイシュマ氏の健康を害し、死亡に至らせたという違法行為	第1準備書面 31P
23	い	医療不提供の違法行為	健康を害したウイシュマ氏に対し必要な医療を提供せずに死亡に至らせたという違法行為	第1準備書面 31P
24	よ	容疑者	入管法24条各号の一に該当すると思料する外国人	第1準備書面 33P
25	に	入国者収容所長等	入国者収容所長又は主任審査官	第1準備書面 40P
26	で	DV措置要領	DV事案に係る措置要領	第1準備書面 41P
27	と	東京高裁平成17年判決	東京高等裁判所平成17年6月23日判決	第1準備書面 61P
28	ほ	本件ビデオ映像	ウイシュマ氏が収容されていた名古屋入管収容場の単独室内の天井に設置された定点監視カメラにより、同単独室内の状況を、1日24時間、令和3年2月22日午前8時頃から同年3月6日午後3時5分頃まで合計約295時間分を撮影した映像が記録されているDVD合計39枚	第1準備書面 64P
29	み	民訴法	民事訴訟法	令和4年7月15日付け文書提出命令申立てに対する意見書 13P

		略 語	全 文	定義箇所
30	き	求釈明申立書	原告らの2022年(令和4年)7月19日付け求釈明申立書	令和4年9月2日付け求釈明に対する回答書 3P
31	ひ	被告第1準備書面	被告の令和4年7月13日付け第1準備書面	令和4年9月2日付け求釈明に対する回答書 3P
32	ほ	本件尿検査	ウイシュマ氏に係る尿検査	令和4年9月2日付け求釈明に対する回答書 4P
33	ほ	本件申立書2	申立人らの2022年(令和4年)6月1日付け文書提出命令申立書	令和4年9月7日付け求釈明に対する回答書 3P
34	ほ	本件申立て2	本件申立書2による文書提出命令の申立て	令和4年9月7日付け求釈明に対する回答書 3P
35	か	各文書等	名古屋地方検察庁から提供を受けた以下の文書等(文書の作成者、所属大学名等についてマスキング(白色)がされたもの)	令和4年11月18日付け上申書 3P
36	し	司法解剖の鑑定書	令和3年4月16日付け司法解剖医作成の鑑定書(抄本)	令和4年11月18日付け上申書 3P
37	ひ	病理鑑定書	令和4年2月28日付け大学医師作成の鑑定書(抄本)	令和4年11月18日付け上申書 3P
38	げ	原告ら第1準備書面	原告らの2022年(令和4年)9月9日付け「原告ら第1準備書面 認否、相互主義」	第2準備書面 5P
39	げ	原告ら第2準備書面	原告らの2022年(令和4年)9月9日付け「原告ら第2準備書面 収容の違法」	第2準備書面 5P
40	げ	原告ら第3準備書面	原告らの2022年(令和4年)9月9日付け「原告ら第3準備書面 医療不提供の違法」	第2準備書面 5P
41	じ	自由権規約	市民的及び政治的権利に関する国際規約	第2準備書面 13P
42	じ	自由権規約委員会	自由権規約第28条に基づき設置される委員会	第2準備書面 14P
43	い	移住グローバル・コンパクト	「安全である秩序ある正規移住のためのグローバル・コンパクト」	第2準備書面 17P
44	お	乙第36号証の映像	乙第36号証に記録された映像	令和5年2月13日付け原告の「訴訟進行に関する申入れ」に対する意見書 3P
45	ほ	本件単独室	ウイシュマ氏が収容されていた名古屋入管収容場の単独室	令和5年2月13日付け原告の「訴訟進行に関する申入れ」に対する意見書 3P
46	ぶ	文提意見書1	被告の令和4年7月15日付け文書提出命令申立てに対する意見書1	令和5年2月13日付け原告の「訴訟進行に関する申入れ」に対する意見書 3P
47	へ	別件訴訟	別件国家賠償請求訴訟(水戸地方裁判所平成29年(ワ)第552号)	令和5年2月13日付け原告の「訴訟進行に関する申入れ」に対する意見書 6P
48	に	2回目尿検査	令和3年2月15日に行われたウイシュマ氏の2回目の尿検査	第4準備書面 6P
49	い	1回目尿検査	令和3年1月26日に行われたウイシュマ氏の1回目の尿検査	第4準備書面 7P
50	け	経腸栄養剤	経腸栄養剤であるイノラス配合経腸用液	第4準備書面 14P
51	い	今川意見書	今川篤子医師が作成した意見書(甲第46号証)	第4準備書面 16P
52	げ	原告ら第4準備書面	原告らの2023年(令和5年)2月8日付け「原告ら第4準備書面(損害論)」	第5準備書面 3P
53	げ	原告ら第5準備書面	原告らの2023年(令和5年)2月8日付け「原告ら第5準備書面 収容の違法」	第5準備書面 3P
54	げ	原告ら第7準備書面	原告らの2023年(令和5年)5月1日付け「原告ら第7準備書面 医療不提供の違法」	第6準備書面 7P
51	ひ	被告第4準備書面	令和5年2月14日付け被告第4準備書面	第7準備書面 5P
52	げ	原告ら第8準備書面	原告らの2023年(令和5年)7月5日付け「原告ら第8準備書面 収容の違法性について(補充)」	第8準備書面 5P
53	ひ	被告第2準備書面	被告の令和4年12月5日付け第2準備書面	第8準備書面 6P
54	ひ	被告第5準備書面	被告の令和5年4月28日付け第5準備書面	第8準備書面 7P
55	ひ	被告第7準備書面	被告の令和5年8月10日付け第7準備書面	第8準備書面 10P
56	に	入管庁	出入国在留管理庁	第8準備書面 10P

		略 語	全 文	定義箇所
57	ご	拷問等禁止条約	拷問及び他の残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取扱い又は刑罰に関する条約	第8準備書面 15P
58	の	野村教授意見書	久留米大学医学部内科学講座内分泌代謝内科部門野村政壽主任教授の意見書	第9準備書面 7P
59	え	掖済会病院精神科医	(掖済会病院の)精神科医師	第9準備書面 24P
60	く	クエチアピン	クエチアピン錠 10.0ミリグラム「サンド」	第9準備書面 34P
61	に	ニトラゼパム	ニトラゼパム錠 5ミリグラム「トロー」	第9準備書面 34P
62	げ	現に認識していた事実及び認識し得た事実	当該職務行為時点において当該公務員が現に認識していた事実及び同種の地位にある一般的な公務員として通常要求される職務を遂行すればその当時に認識し得た事実	第9準備書面 39P
63	い	一般的な入管職員	入管収容施設において被収容者の処遇等に従事する医学的な専門知識のない一般的な職員	第9準備書面 42P
64	げ	原告ら第10準備書面	原告らの2023年(令和5年)9月22日付け「原告ら第10準備書面 医療不提供の違法」	令和5年11月22日付け求釈明に対する回答書 3P
65	や	約290時間分の映像	乙第36号証の映像(約5時間分の映像)以外の約290時間分の映像	令和5年11月22日付け求釈明に対する回答書 6P
66	ひ	被告第9準備書面	被告の令和5年10月13日付け第9準備書面	令和6年2月14日付け求釈明に対する回答書 3P
67	ほ	保安上の事故	被収容者の逃走、奪取等	令和6年2月14日付け求釈明に対する回答書 6P
68	げ	原告ら回答書	原告らの2024年(令和6年)2月14日付け「求釈明に対する回答書」	令和6年3月7日付け求釈明申立書 3P
69	け	軽度のケトアシドーシス	原告らがいうケトアシドーシスの確定診断の定義(血液のpHが7.30未満、HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> が15mmol/L未満であること。原告らの2024年1月12日付け原告ら第13準備書面第1の7・13ページ)に達した程度のもの	令和6年3月7日付け求釈明申立書 5P
70	げ	原告ら第12準備書面	原告らの2023年(令和5年)11月22日付け「原告ら第12準備書面」	第10準備書面 8P
71	げ	原告ら第13準備書面	原告らの2024年(令和6年)1月12日付け「原告ら第13準備書面 医療の不提供」	第10準備書面 8P
72	い	今川・下医師意見書(その2)	今川篤子医師及び下正宗医師作成の2023年(令和5年)11月20日付け意見書(甲第103号証)	第10準備書面 9P