

副本

令和4年(ワ)第891号 国家賠償請求事件

原告 ラトナヤケ・リヤナゲ・ワヨミ・ニサンサラ・ラトナヤケ ほか2名

被告 国

第15準備書面

令和8年6月30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

芝本昌征(

長尾武明(

輿水将利(

橋口喜一郎(

外山詳子(

徳井靖士(

今尾貴子(

古田豊実

川口悠太郎

飯田恵梨

山田与志人

5

大 槻 茂 樹 (

村 瀬 栄 二 (

迎 雄 二 (

辻 哲 也 (

上 田 裕 一 (

吉 岡 聖 剛 (

保 里 文 博 (

清 水 彩 音 (

本 田 太 信 (

10

## 目次

|    |                                                                              |    |
|----|------------------------------------------------------------------------------|----|
|    | 第1 事案の概要 .....                                                               | 7  |
|    | 第2 医療不提供の違法行為に関する争点及び被告の主張の骨子 .....                                          | 7  |
| 5  | 第3 ウィシュマ氏の死亡の原因ないし機序は不明であり、名古屋入管の職員がと<br>るべきであった結果回避措置は特定できないこと（争点①・②） ..... | 8  |
|    | 1 ウィシュマ氏の「死亡の原因ないし機序」を明らかにする必要があること                                          | 8  |
|    | 2 ウィシュマ氏の死因に関する原告らの主張 .....                                                  | 9  |
|    | (1) ウィシュマ氏の死因に関する原告らの主張の経緯 .....                                             | 9  |
| 10 | (2) ウィシュマ氏の「死亡の原因ないし機序」は直接的に死亡の原因となった<br>症状ないし事象とすべきであること .....              | 11 |
|    | 3 ウィシュマ氏に重度のビタミンB 1 欠乏症が生じていたとは認められないこ<br>と .....                            | 12 |
|    | (1) ウィシュマ氏のビタミンB 1 摂取量等に関する原告らの主張 .....                                      | 12 |
| 15 | (2) ビタミンB 1 摂取量等に関する原告らの主張は誤っていること .....                                     | 13 |
|    | (3) ウィシュマ氏がビタミンB 1 欠乏症であった旨の下医師の証言は信用でき<br>ないこと .....                        | 18 |
|    | 4 ウィシュマ氏にビタミンB 1 不足による脚気心及び代謝性アシドーシスが生<br>じていたとは認められないこと .....               | 27 |
| 20 | (1) ウィシュマ氏にビタミンB 1 不足による脚気心による心不全が生じていた<br>とは認められないこと .....                  | 27 |
|    | (2) ウィシュマ氏にビタミンB 1 欠乏症に起因する代謝性アシドーシスが生じ<br>ていたとは認められないこと .....               | 28 |
|    | 5 ウィシュマ氏がショックとなり死亡に至ったとは認められないこと ....                                        | 30 |
| 25 | (1) 下医師の証言 .....                                                             | 30 |

|    |                                                                                            |    |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|    | (2) 下医師の証言は根拠に乏しく、信用できないこと.....                                                            | 31 |
|    | (3) 小括.....                                                                                | 33 |
|    | 6 3月6日午前11時15分頃のウィシュマ氏に、原告らが機序として指摘する各症状があったとは認められないこと.....                                | 33 |
| 5  | (1) 原告らが機序として指摘する各症状について.....                                                              | 33 |
|    | (2) ウィシュマ氏が重篤なケトアシドーシスの状態であったとは認められないこと.....                                               | 34 |
|    | (3) ウィシュマ氏が重篤な乳酸アシドーシスの状態であったとは認められないこと.....                                               | 39 |
| 10 | (4) ウィシュマ氏に腎不全による高カリウム血症があったとは認められないこと.....                                                | 41 |
|    | (5) ウィシュマ氏が重篤な肝機能障害に至っていたとは認められないこと                                                        | 42 |
|    | (6) ウィシュマ氏に横紋筋融解症が生じていたとは認められないこと ....                                                     | 43 |
|    | 7 ウィシュマ氏の死亡には複数の要因が影響を及ぼした可能性があること                                                         | 44 |
| 15 | (1) ウィシュマ氏の死因については複数の医師が様々な意見を述べていること.....                                                 | 44 |
|    | (2) 死因に関する原告らの主張及びその根拠である今川医師・下医師の意見は変遷しており、それ自体、ウィシュマ氏の直接的な死因を特定することが困難であることを示していること..... | 44 |
| 20 | (3) クエチアピンの投与がウィシュマ氏の死亡に影響を与えた可能性についても不明であること.....                                         | 46 |
|    | (4) 小括.....                                                                                | 49 |
|    | 8 結語.....                                                                                  | 49 |
|    | 第4 庁内内科等医の義務違反に関する原告らの主張には理由がないこと.....                                                     | 49 |
| 25 | 1 原告らの主張.....                                                                              | 50 |
|    | (1) 原告らが主張する庁内内科等医の義務違反①～③・⑤について .....                                                     | 50 |

|    |                                                         |            |
|----|---------------------------------------------------------|------------|
|    | (2) 庁内内科等医が立てた治療方針が不合理であるとの原告らの主張                       | 52         |
| 2  | 庁内内科等医の診療時の判断の合理性を論じるまでもなく、原告らの主張には理由がないこと              | 52         |
| 3  | 庁内内科等医が立てた治療方針が不合理であるとの原告らの主張には理由がないこと                  | 53         |
| 5  | (1) はじめに                                                | 53         |
|    | (2) 医師が治療行為について負う具体的な注意義務の内容やこれを検討する際の留意点               | 53         |
|    | (3) 庁内内科等医が立てた治療方針には医学的合理性が認められること                      | 58         |
| 10 | (4) 治療方針に関する今川医師の評価は信用できないこと                            | 72         |
|    | (5) 結語                                                  | 78         |
| 4  | 庁内内科等医の義務違反①～③は認められないこと                                 | 78         |
|    | (1) はじめに                                                | 78         |
|    | (2) 義務違反①について                                           | 79         |
| 15 | (3) 義務違反②について                                           | 81         |
|    | (4) 義務違反③について                                           | 82         |
| 5  | 庁内内科等医の義務違反⑤は認められないこと                                   | 99         |
|    | (1) 原告らの主張                                              | 100        |
|    | (2) 庁内内科等医は適切な情報提供をしていること                               | 100        |
| 20 | (3) 小括                                                  | 103        |
| 6  | 結語                                                      | 103        |
|    | <b>第5 「相当程度の可能性」を保護法益とする損害賠償請求も認められないこと</b>             | <b>103</b> |
| 1  | 原告らは、ウィシュマ氏の低栄養・脱水とウィシュマ氏の死亡との間の因果関係（高度の蓋然性）を証明できていないこと | 103        |
| 25 | 2 原告らは、「医療水準にかなった医療行為が行われていれば患者が死亡しな                    |            |

|   |                                                                           |     |
|---|---------------------------------------------------------------------------|-----|
|   | かった相当程度の可能性」に関する主張をしていないこと.....                                           | 104 |
| 3 | 本件において「医療水準にかなった医療が行われていたならば患者がその死亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性」は認められないこと..... | 105 |
| 5 | 4 小括.....                                                                 | 110 |
|   | 第6 結語.....                                                                | 110 |

被告は、本準備書面において、証人尋問の内容（各証人の証言は、尋問調書の頁数を用いて「〇〇証人〇頁」として引用する。ただし、第20回及び第21回口頭弁論期日に行われた庁内内科等医の証言は、当該期日を特定した上で「庁内内科等医（第20回）〇頁」などと引用する。）を踏まえ、名古屋入管がウィシュマ氏に対して行った医療行為が国賠法1条1項の適用上違法とは認められないことについて、  
5 従前の主張を補充する。

なお、略語については、本準備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。

また、特記のない限り、日付は令和3（2021）年を指すものとする。

10

## 第1 事案の概要

本件は、ウィシュマ氏が、令和2年8月20日から名古屋入管収容場に収容され、3月6日、収容中に死亡したことに関し、原告らが、名古屋入管の職員において、違法な収容を継続したことによりウィシュマ氏の健康を害して死亡に至らせたという違法行為（収容継続の違法行為）、又は健康を害したウィ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（医療不  
15 提供の違法行為）があるとして、被告に対し、国賠法1条1項に基づき損害賠償を求める事案である。

なお、上記収容継続の違法行為に関する原告らの主張については、証人尋問の立証趣旨に含まれていないことから、本準備書面の対象としない。上記収容継続義務違反に関する原告らの主張に対する被告の主張については、被告第1準備書面第4の3（32～48頁）、被告第2準備書面第2～3（8～29頁）、被告第5準備書面第2（6～16頁）、被告第8準備書面を参照されたい。

20

## 第2 医療不提供の違法行為に関する争点及び被告の主張の骨子

25

本件訴訟における医療不提供の違法行為に関する争点の大枠は、

① 国賠法 1 条 1 項にいう違法（義務違反）の有無（以下「争点①」という。）

② 義務違反と死亡の結果との間の因果関係の有無（以下「争点②」という。）

③ 因果関係が認められる場合の損害

であり（裁判所の「R 4 w 8 9 1 1 1 月 2 7 日（水）期日メモ」第 1。ただし、争点①・②の検討はある程度重複し得るとされている。）、被告の主張の骨子は、被告の令和 7 年 4 月 1 6 日付け第 1 4 準備書面（以下「被告第 1 4 準備書面」という。）で述べたとおりである。

### 第 3 ウィシュマ氏の死亡の原因ないし機序は不明であり、名古屋入管の職員がとるべきであった結果回避措置は特定できないこと（争点①・②）

#### 1 ウィシュマ氏の「死亡の原因ないし機序」を明らかにする必要があること

被告第 1 1 準備書面第 3 の 2 (2) (3 3 ～ 3 7 頁)、被告第 1 4 準備書面第 1 (3 ～ 4 頁) 等で繰り返し述べたとおり、職務行為基準説を踏まえると、本件では、ウィシュマ氏の死亡という現実が生じた被害を前提としてその防止策（結果回避措置）が何かを検討する必要があるところ、ウィシュマ氏の死亡の原因ないし機序が明らかにならなければ名古屋入管の職員がとるべきであった結果回避措置を特定することはできないというべきである。したがって、本件においては、まず、ウィシュマ氏の「死亡の原因ないし機序」（より直接的に死亡の原因となった症状ないし事象。不明を含む。）が先行して争点となり、その上で、この「死亡の原因ないし機序」を前提として、国賠法 1 条 1 項の違法性の有無が検討されるべきである。

そして、被告は、ウィシュマ氏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から、死因については不明であるというほかないと主張している（被告第 1 1 準備書面第 1 の 3 (2) イ・1 7 頁）。

## 2 ウィシュマ氏の死因に関する原告らの主張

### (1) ウィシュマ氏の死因に関する原告らの主張の経緯

原告らは、ウィシュマ氏の死因について、「原告の主張する死亡についての機序は、「2月15日の時点で、少なくともケトーシスを発症し、その後、ケトアシドーシスを発症し、3月6日に死亡した。」というものである（甲103、13～17頁）。ただし、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（甲103、9～17頁、甲117、甲118）、並びに、脱水状態及びクエチアピンの投与により腎肝障害が起きたこと（甲86、13～16頁）も上記死因に補助的に関与した。」と主張した（原告ら回答書）。

しかし、上記主張では、具体的な機序（具体的な死因）が明らかにされておらず、被告が反論する前提を欠いていたことから、被告は、原告らに対し、ウィシュマ氏の死因に関する求釈明をした（被告の令和6年3月7日付け求釈明申立書）。それに対し、原告らは、「原告第14準備書面記載のとおり、ウィシュマさんの「死因」は、低栄養・脱水であり、当該死因から死亡に至るまでに複数の機序があり得ると主張するものである。なお、原告らは、「原告らの2024年2月14日付回答書において、死亡についての機序として「ケトーシスを発症し、その後、ケトアシドーシスを発症し、3月6日に死亡した」と回答しているが、これは「死因」が「ケトアシドーシス」であると述べたものではない。」と回答し（原告ら回答書2第2の1(1)・1頁）、死亡に至るまでの機序として、3月6日午前11時15分頃の「段階で、ウィシュマさんの体内ではケトアシドーシスと乳酸アシドーシスが進行し、血液が酸性に傾き、血液のpHは危機的に低下していた。脱水により腎機能障害が発生し、カリウム値も上昇していた。低栄養により肝障害を来していた可能性があったウィシュマさんにクエチアピンが処方されたため、クエチアピンは直接的に肝機能を悪化させ、また横紋筋融解を引き起こすことで間接的

に腎機能を悪化させることにより、アシドーシス及びカリウム値の上昇に寄与した。この時期、ウィシュマさんは危篤状態であり、死の危険が差し迫る緊急事態となっていた。このままウィシュマさんを放置すれば、ウィシュマさんが死に至ることは確実であった。」と主張した（原告ら第14準備書面第2の5・9～10頁、同準備書面別紙。なお、下線は被告指定代理人による。）。

そして、原告らは、「ウィシュマさんの死因は、明らかに「低栄養と脱水」である。」「低栄養と脱水」によって、どの臓器とどの機能がどのような過程で破壊されたのだとしても、ウィシュマさんの「低栄養と脱水」を国がもたらした以上、国の責任は免れ得ないのだから、その点は争点となり得ない。

「低栄養と脱水」によって人が死に至ることは当然の経験則で、国の主張する死亡の原因及び機序は争点にならない。」と主張した（原告第15準備書面第1及び第12の3・47～48頁）。

その後、原告ら第16準備書面及び原告らの2025（令和7）年1月24日付け第17準備書面（以下「原告ら第17準備書面」という。）では、ウィシュマ氏の死因に関する主張はされなかった。

他方、下医師は、ウィシュマ氏の死亡原因について「病理検査の結果、臨床経過、それまでの検査結果、生活状況を総合的に医学的に判断すればビタミンB1不足による脚気心による心不全が生じ、脱水、飢餓及びビタミンB1欠乏症に起因する代謝性アシドーシスの進行に伴う多臓器不全の結果、ショックとなり死亡に至ったと考えるのが合理的と考えます。」と証言した（下証人38頁、甲133・3頁。以下、ウィシュマ氏の死因に関する下医師の上記証言を「下医師死因証言」という。なお、下線は被告指定代理人による。）。

下医師死因証言の位置付けに関する原告らの主張は明らかではないが、原告らは、下医師の証人尋問後、「アシドーシスやビタミンB1欠乏症の悪化によりウィシュマさんは最終的にショック症状を呈して死亡した」と述べており（原告ら人証意見書1～2頁）、原告ら第15～第17準備書面の内容等を

踏まえれば、原告らは、ウィシュマ氏が「低栄養・脱水」であったことを前提として、ウィシュマ氏がビタミンB1欠乏症であったことを特に強く主張しているものと解される。

**(2) ウィシュマ氏の「死亡の原因ないし機序」は直接的に死亡の原因となった症状ないし事象とすべきであること**

しかし、ウィシュマ氏の死亡については、直接的に死亡の原因となった症状ないし事象を「死亡の原因ないし機序」とすべきである（被告第11準備書面第3の2(2)ア・35～36頁）。

そして、原告らが「死亡に至るまでの機序」として指摘するショック等の「症状（機序）」は、本来であればウィシュマ氏の「死亡の原因ないし機序」として原告らが主張立証すべきものである。しかし、上記各「症状（機序）」は、本件で取り調べられた各証拠を踏まえても、ウィシュマ氏に生じていた可能性があるというにとどまり、これを超えて、特定の「症状（機序）」がウィシュマ氏に生じていたとは認められない（被告第10準備書面第4～第7・21～50頁、被告第11準備書面第2の5・26～31頁等）。

同様に、原告らが主張するビタミンB1欠乏症についても、ビタミンB1の摂取不足があった可能性を否定することはできないが、栄養剤の服用によって少なからずビタミンB1を摂取できていたなど、ビタミンB1欠乏の重症化は抑制されていた状況にあったから、少なくとも、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（被告第10準備書面第6・39～46頁）<sup>1</sup>。

以下、原告らが主張する「死亡に至るまでの機序」が認められず、死因が不明であることについて、必要と認める限度で反論する。原告らは、これま

<sup>1</sup> 下医師も、「病理組織像ではビタミンB1不足を証明することは困難」（下証人12頁、スライド19枚目）と明言しており、ウィシュマ氏がビタミンB1不足であったことを病態から裏付ける医学的根拠はない（野村証人27～29頁、被告第10準備書面第6の2(4)イ・44頁参照）。

でに多数の病態を指摘しているが、下医師死因証言や原告らが主張する「死亡に至るまでの機序」の多くは、ビタミンB1欠乏症が前提となっていることから、まずは、ウィシュマ氏に重度のビタミンB1欠乏症が生じていたとは認められないこと（後記3）を述べた後、ビタミンB1欠乏症による脚気心、代謝性アシドーシス、ショックが生じたとは認められないことを指摘する（後記4～5）。そして、前記2(1)の原告らが主張する各「症状（機序）」についても、3月6日午前11時15分頃の段階でウィシュマ氏に生じていたとする「ケトアシドーシス」、「乳酸アシドーシス」、「腎機能障害」、「クエチアピンによる肝腎機能障害及び横紋筋融解症」の各症状について、必要と認める限度で反論する（後記6）。

### 3 ウィシュマ氏に重度のビタミンB1欠乏症が生じていたとは認められないこと

#### (1) ウィシュマ氏のビタミンB1摂取量等に関する原告らの主張

原告らは、成人女性の1日当たりのエネルギー摂取量が2000kcalであることを前提に（下証人64頁参照）、「厚生労働省・日本人の食事摂取基準2020年版（甲106）」に基づいて、「ビタミンB1については、0.32mg/日を下回ると、脚気が出現するおそれがあるが、0.7mg/日を投与すれば、速やかに血中ビタミンB1濃度は上昇に転じる」、「ビタミン摂取表によれば、ウィシュマさんの場合、2月1日から3月6日までの平均は、嘔吐を考慮しない数字で0.22mg/日であり、全体として0.32mg/日を下回っている。一方、0.32mg/日の基準を満たすのは、2月1日（0.69mg（ただし、1日に8回嘔吐）、2月23日0.52mg/日、2月26日0.55mg/日、2月28日0.61mg/日（1回嘔吐）、3月2日、0.60mg/日、3月3日0.61mg/日、3月4日0.57mg/日、3月5日0.5mg/日のみであり、いずれにしても、ビタミンB1濃度を速やかに上昇させる、0.7mg/日の摂取には不足している。」と主張する（原告ら第16準備

書面 1 (3) ・ 2 ～ 3 頁)。

## (2) ビタミンB 1 摂取量等に関する原告らの主張は誤っていること

### ア ビタミンB 1 の必要量等の算定方法

原告らが主張の根拠とする「厚生労働省・日本人の食事摂取基準 2020 年版」(甲 106) によれば、ビタミンB 1 の主要な役割は、エネルギー  
5 産生栄養素の異化代謝の補酵素であるため、その必要量はエネルギー消費  
量当たりで計算すべきである(甲 106・210 頁)。そして、ビタミンB  
1 の必要量をビタミンB 1 摂取量と尿中のビタミンB 1 排泄量との関係式  
における変曲点から求める方法(具体的には、18 か国から報告された  
10 類似のデータをまとめた結果) から、ビタミンB 1 の必要量の値を、チア  
ミンとして 0.35mg/1000kcal と算定したとされている(同頁)。

さらに、甲第 106 号証によれば、「ビタミンB<sub>1</sub>を完全に除去した食事が  
2 週間以上続くと脚気の症状が起こる場合があること、摂取量が 1,0  
00kcal 当たり 0.16mg を下回ると脚気が出現するおそれがあり、1,  
15 000kcal 当たり 0.3mg 以上であれば脚気が発生する可能性はほとんど  
ないものと考えられる。」<sup>2</sup>とされている(甲 106・213 頁)。

### イ 原告らが前提とするエネルギー消費量は誤っていること

前記(1)のとおり、原告らは、計算の根拠となるエネルギー消費量を 1 日  
当たり 2000kcal としているが、これは、身体活動レベルⅡの 18 ～ 2  
20 9 歳の女性の推定エネルギー必要量(kcal/日)である(甲 104 の 1・  
84 頁)。そして、「身体活動レベル」は、低い、ふつう、高いの三つのレ  
ベルとして、Ⅰ～Ⅲと区分されており、レベルⅡは自立している者に相当  
する(同頁)。しかし、2 ～ 3 月のウィシュマ氏の生活状況を見れば、身体

---

<sup>2</sup> この知見については、「これらの知見の科学的根拠は十分ではないものの、ビタミンB<sub>1</sub>欠乏(脚気)の発生を防ぐ上での一つの参考情報となるであろう。」との留保が付されている(甲 106・213 頁(〈参考資料〉))。もっとも、本件では、同知見を否定する科学的見解は明らかにされていないため、被告は、同知見に基づいて主張をすることとした。

活動レベルⅡがウィシュマ氏に当てはまらないことは明らかである。

ウィシュマ氏は、2月9日以降、遅くとも同月19日には、ベッドの上で生活するようになっており（甲4の2・19頁、甲4の3・43～44頁）、身体活動レベルⅠに相当すると考えられる（身体活動レベルⅠは、自宅にいてほとんど外出しない者に相当するものであり、高齢者施設で自立に近い状態で過ごしている者にも適用できる値とされている。）。したがって、ウィシュマ氏（当時33歳）のエネルギー消費量は、多くとも1750kcal／日で計算すべきである（身体活動レベルⅠの30～49歳女性の1日当たりの推定エネルギー量。甲104の1・84頁）。

なお、今川医師は、ウィシュマ氏の必要エネルギー量は1500kcal／日であると証言し（今川証人10頁）、下医師は、必要エネルギー量を1400kcal／日であると証言しており（下証人40頁・スライド34）、いずれも、原告らが主張する2000kcal／日を大幅に下回っている。

このように、ウィシュマ氏について、「ビタミンB1については、0.32mg／日を下回ると、脚気が出現するおそれがある」などとする原告らの主張は、ウィシュマ氏の当時の生活状況や今川医師及び下医師の証言と整合しておらず、前提に誤りがあり、理由がない。

**ウ 原告ら作成のビタミンB1摂取量に関する表を前提とすると、ウィシュマ氏は脚気が出現するおそれがあるほどのビタミンB1不足であったとは認められないこと**

(ア) 前記アのとおり、エネルギー消費量が少なければ、ビタミンB1必要量は低下し、脚気を防ぐために求められるビタミンB1摂取量も少なくなると考えられる。また、前記アで述べた「(ビタミンB1) 摂取量が1,000kcal当たり0.16mgを下回ると脚気が出現するおそれがあり、1,000kcal当たり0.3mg以上であれば脚気が発生する可能性はほとんどないものと考えられる。」との知見（甲106・213頁）を基に考

えると、下医師の証言（下証人40頁）に従って1日当たりのエネルギー消費量を1400kcalとすれば、ビタミンB1の摂取量が0.224mgを下回ると脚気が出現するおそれがあり、0.42mg以上であれば脚気が発生する可能性はほとんどないことになる<sup>3</sup>。

この点、原告ら作成のウィシュマ氏のビタミンB1摂取量に関する表（甲130の3<sup>4</sup>）によれば、ウィシュマ氏は、

2月23日に0.52mg

2月24日に0.51mg

2月25日に0.15mg

2月26日に0.55mg

2月27日に0.11mg

2月28日に0.61mg

3月 1日に0.11mg

3月 2日に0.60mg

3月 3日に0.61mg

3月 4日に0.57mg

3月 5日に0.50mg

のビタミンB1を摂取したとされており、脚気が出現するおそれがあるとされるビタミンB1摂取量（0.224mg）どころか、脚気が発生する可能性がほとんどないとされるビタミンB1摂取量（0.42mg以上）

<sup>3</sup> 今川医師の証言（今川証人10頁）に従って1日当たりのエネルギー消費量を1500kcalとすると、ビタミンB1の摂取量が0.24mgを下回ると脚気が出現するおそれがあり、0.45mg以上であれば脚気が発生する可能性はほとんどないことになる。また、1日当たりのエネルギー消費量を1750kcal（身体活動レベルIの30～49歳女性の1日当たりの推定エネルギー量）とすると、ビタミンB1の摂取量が0.28mgを下回ると脚気が出現するおそれがあり、0.525mg以上であれば脚気が発生する可能性はほとんどないことになる。

<sup>4</sup> ただし、被告がこれまで繰り返し指摘しているとおり、甲第130号証の3は、計算誤りや計上漏れが多数認められ、その信用性は低いものといわざるを得ない書証であることには留意する必要がある（被告第13準備書面、下証人45～48頁）。

を超える日が複数確認できる。

このように、甲第130号証の3は、むしろウィシュマ氏に脚気が発生していなかったことを推認させる書証であり、甲第130号証の3をもってウィシュマ氏に脚気が生じるほどのビタミンB1不足があったとする原告らの主張には無理がある。

(イ) また、ビタミンB1については、これを完全に除去した食事が2週間以上続くと脚気の症状が起こる場合があるとされている（甲106・213頁）。

しかし、甲第130号証の3によれば、ウィシュマ氏がビタミンB1を全く摂取しなかった日が連続したのは最長で4日（2月16日～19日）であり、0.1mg未満であった日を含めても最長で8日（2月15日～22日）にとどまる。

さらに、1日当たりのエネルギー消費量を1400kcalとした場合にこれを下回ると脚気が出現するおそれがあるとされるビタミンB1摂取量である0.224mgを基準としてみても、0.224mgを連続して下回った日は、最長で10日である（2月2日～11日、同月13日～22日。ただし、そのうち2月2日には0.22mg、同月13日には0.21mgを摂取したとされており、これは0.224mgに近い量である。）。

そうすると、ビタミンB1を全く摂取しなかった日が2週間以上続かなければ脚気にはならないとまではいえないものの、少なくとも、甲第130号証の3を踏まえれば、ウィシュマ氏は、脚気の症状が起こるおそれがあるような状況ではなかったと認められる。

(ウ) さらに、4人の健康な男性に1か月間ビタミンB1を完全に除去した食事を食べさせた欠乏実験では、脚気の典型的な初期症状の一つである全身倦怠期の出現が観察された後、回復期（ビタミンB1を1日当たり0.7mg含む食事を与えた）に入ると血中ビタミンB1濃度は速やかに

上昇に転じ、2週間程度でほぼ元のレベルに戻り、全身倦怠感も消失したとされている<sup>5</sup>（甲106・213頁）。今川医師も、上記実験結果と同様に、「ビタミンB1の投与後、12時間以内に劇的な効果（中略）が得られる。」としている（今川証人24頁・スライド51）。

5           そうすると、2月23日以降にビタミンB1をある程度（時には脚気  
が出現するおそれがあるとされるビタミンB1摂取量を超える量を）摂  
取したことにより、同月22日までに比べウィシュマ氏の血中ビタミン  
B1濃度は上昇に転じ、状況の改善につながったものと考えられる。

10           (エ) 実際、ウィシュマ氏は、2月22日及び3月4日、庁内内科等医によ  
り、イノラス経腸栄養剤の処方を受け（甲4の3・68～69頁、乙7  
0・2枚目）、2月22日～24日、同月26日、同月28日及び3月2  
日～6日の合計10日にわたり、同栄養剤を服用していた（甲4の3・  
74頁）。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466.3μg（約0.47mg）含まれているから（乙71・1頁）、処  
15           方によりウィシュマ氏のビタミンB1摂取不足が補われたものである。

          (オ) 以上のとおり、原告ら作成のウィシュマ氏のビタミンB1摂取量に関  
する表（甲130の3）を前提とすると、ウィシュマ氏によるビタミン  
B1の摂取状況に照らしても、ウィシュマ氏が、脚気が出現するおそれ  
があるほどのビタミンB1不足の状態であったとはいえない。

---

<sup>5</sup> 今川医師は、ビタミンB1欠乏症の治療に関し、「ビタミンB1製剤（注射薬）：100mg／回をゆっくり静脈注射する。1日1、2回を、数日間繰り返す。」（今川証人24頁・スライド51枚目）と証言し、下医師も同様の証言をした（下証人20～21頁）。しかし、100mgのビタミンB1投与が求められるのは、ウェルニッケ・コルサコフ症候群や心血管性脚気による浮腫及びうっ血が生じている重度のビタミンB1欠乏症の患者であり、軽度の多発神経障害の患者については「10ないし20mgを1日1回経口にて2週間」とされており（甲110・4頁）、全てのビタミンB1欠乏症の患者に対して100mgのビタミンB1投与が求められているわけではない。また、特定の量（例えば0.7mg）を超えて投与しなければビタミンB1は体内に吸収されないとの医学的知見は見当たらず、むしろ、ビタミンB1が不足する者にビタミンB1を投与すれば、血中ビタミンB1濃度は速やかに上昇に転じる（予後が良い）と認められるとの医学的知見が確認できる（甲106・210頁の図3参照）。

(3) ウィシュマ氏がビタミンB 1 欠乏症であった旨の下医師の証言は信用できないこと

ア ビタミンB 1 欠乏症に関する意見は主として下医師の意見に基づくものと解されること

ウィシュマ氏がビタミンB 1 欠乏症であった旨の意見は、今川意見書(甲 4 6)にはなく、今川・下意見書(甲 8 6・5 頁)で初めて明らかにされた。その後は、今川・下意見書(その 2)(甲 1 0 3)及び 2 0 2 5 (令和 7) 年 1 0 月 2 日付け下医師作成の意見書(甲 1 3 3。以下「**下補充意見書**」という。)で指摘され、証人尋問でも主として下医師が証言していた。このことから、ウィシュマ氏がビタミンB 1 欠乏症であった旨の証言(意見を含む。)は、下医師の見解に依拠するところが大きいものと解される。

しかし、ウィシュマ氏がビタミンB 1 欠乏症(下医師の証言中において、これと同義で「ビタミンB 1 不足」が用いられている部分を含む。)であったとする下医師の証言は、信用できない。以下、詳述する。

イ 下医師の事実関係の把握は極めて不十分であること

#### (7) 下医師の証言

下医師は、主尋問において、1 日に必要なビタミンB 1 量は 1. 1 ~ 1. 2 mg であるとした上で、下証人スライド 2 1 の表(表題は「一日に必要なビタミンB 1 量 1. 1 ~ 1. 2 m g」とされている。図 1)を基に、ウィシュマ氏が摂取していたビタミンB 1 量は明らかに不足していた旨証言した(下証人 1 3 頁)。

| 2/15 | 2/16 | 2/17 | 2/18 | 2/19 | 2/20 | 2/21 | 2/22 | 2/23  | 2/24  | 2/25  | 2/26  | 2/27  | 2/28  |
|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0.033 | 0.048 | 0.127 | 0.048 | 0.086 | 0.141 |

| 3/1   | 3/2   | 3/3   | 3/4   | 3/5   | 3/6 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| 0.254 | 0.060 | 0.077 | 0.041 | 0.015 | 0   |

図 1 (下証人スライド 2 1 の表)

#### (イ) 下医師の証言の根拠は不明であること

しかし、前記 3 (2) アのとおり、「厚生労働省・日本人の食事摂取基準 2020 年版」(甲 106) によれば、ビタミン B1 の必要量は、0.35mg/1000kcal であるとされている。この算定方法に基づいてビタミン B1 必要量を 1.1~1.2mg と算出するには、エネルギー消費量を約 3140~3430kcal としなければならない。当時のウィシュマ氏の生活状況に照らせば、約 3140~3430kcal というエネルギー消費量が多すぎることは明らかである(下証言 41 頁参照)。

また、図 1 は、栄養士に任せて作成したとのことであり(下証人 39 頁)、下医師自身は確認しておらず、原告ら作成のビタミン B1 摂取量の表(甲 130 の 3)の値とも整合しておらず、図 1 の値の根拠は、証人尋問を経ても全く明らかにされなかった(下証人 39、40、44 頁)。

次に、下医師は、主尋問において、ビタミン B1 摂取に係るグラフ(下証人スライド 34 の 3 段目(図 2))に基づいて証言した(下証人 20 頁)。しかし、図 2 は表の上限が「1.4」とされ<sup>6</sup>、2月23日以降の日ではビタミン B1 の摂取(約 0.7mg)が半分を下回っているように読めるものとなっており、図 1 とは整合していない。



図 2 (下証人スライド 34 の 3 段目)

以上のとおり、ウィシュマ氏のビタミン B1 不足に関する下医師の証言は、根拠が不明であり、原告らが提出した書証とも整合していない。

#### (ウ) 下医師によるウィシュマ氏のビタミン B1 摂取量を把握するための

<sup>6</sup> 下医師は、図 2 の「1.4」の値について、ビタミン B1 必要量が 1.4 という趣旨ではない旨証言したものの、上限を「1.4」とした理由については「特に深い意味はありません。」と証言するにとどまった(下証人 52 頁)。

## 栄養摂取状況の事実確認は極めて不十分であること

前記(イ)のとおり、下医師は、反対尋問において、1日に必要なビタミンB1量が1.1～1.2mgであるとした理由について問われた際、ビタミンB1必要量を算定する際に用いたエネルギー消費量（カロリー）については、栄養士に任せてデータだけもらったため答えようがなく、  
5 下証人スライド21に記載した「一日に必要なビタミンB1量1.1～1.2mg」の算出方法についても分からない旨証言し、また、「厚生労働省・日本人の食事摂取基準2020年版」(甲106)については見ていない旨証言した（下証人39～40頁）。

10 さらに、下医師は、図1（スライド21の表）は栄養士が分析した結果を表にしたものであるが、算定の根拠や原資料の確認はしていない旨証言した（下証人42頁）。

また、下医師は、反対尋問における被告指定代理人の質問までは、図1の値が原告ら作成のウィシュマ氏のビタミンB1摂取量に関する表  
15 （甲130の3）の値と整合していないことを認識しておらず、被告が上記表について計算誤りや計上漏れを指摘していることも認識していなかったものと認められる（下証人48頁）。しかし、下医師は、図1と上記表（甲130の3）のどちらが正しいのかと質問されると、甲第130号証の3に計算誤りや計上漏れがあるか否かを改めて確認することすらしないまま、上記表の方が正しい旨を証言しており（下証人50～51頁）、結局、図1よりも甲第130号証の3の方が正しいとする根拠について証言していない。以上を踏まえると、下医師は、ウィシュマ氏の  
20 ビタミンB1摂取量を証言する上で必要となる事実確認を十分に行っていないことが明らかである。

25 なお、下補充意見書には、ウィシュマ氏の栄養摂取状況について、「原告準備書面16及び甲第130号証の1ないし3にまとめられていると

おりであり、カロリー及びビタミンB 1のいずれにおいても不足していることが明らかとなっています。」(甲133・4頁)と記載されている。下補充意見書は、被告第13準備書面より後に提出されたものであり、下医師が甲第133号証の3について自ら原資料を確認したり計算誤りがないかを確認したりしていれば、下医師自身が誤り等に気付くことができたはずである。しかし、下医師は、上記表の計算誤りや計上漏れの有無を精査することもしないまま、漫然と「(ウィシュマ氏は)カロリー及びビタミンB 1のいずれにおいても不足していることが明らかとなっています」と記載したものと認められる。

ウィシュマ氏のビタミンB 1摂取量について医学的知見を述べるに当たっては、まずは事実関係を的確に把握する必要があることはいうまでもない。しかし、上記のとおり、下医師によるウィシュマ氏のビタミンB 1摂取量を把握するための栄養摂取状況の事実確認は極めて不十分である。

#### ウ ウィシュマ氏の意識障害に関する下医師の証言は根拠に乏しいこと

##### (7) 下医師の証言

下医師は、ビタミンB 1欠乏症によって意識障害が起こるという医学的知見を前提に、看守勤務日誌(甲85の4～5)又は看護師メモ(乙14)の記載から、2月12日(下証人スライド30の「2月13日」という記載は誤記である。)以降、ウィシュマ氏に意識障害があった旨証言した(下証人17～18頁)。

具体的には、下医師は、3月1日の「頭の中で電気工事してるみたい、騒がしい。」との記載(乙14・32頁)、同月2日の「耳が聞こえにくいよ、波の音が聞こえる。」との記載(同34頁)が意識障害を示すと証言した(下証人56頁)。また、下医師は、同月6日にウィシュマ氏が「トロンとしている。寝ているのではなく、常時何か声を発している。」こと

をもってウィシュマ氏に意識障害があった旨証言した（下証人57頁・スライド30）。

そして、下医師は、ウィシュマ氏が意識障害であったことは、看守勤務日誌又は看護師メモの各記載から直ちに認められる旨証言した（下証人56～57頁）。

(イ) 下医師の証言は根拠に乏しいこと

a しかし、せん妄等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り（被告第10準備書面35頁）、看守勤務日誌又は看護師メモの記載から直ちに意識障害があったとする下医師の証言は、余りに短絡的なものといわざるを得ない。下医師は、上記各記載のみから意識障害があったと認められる理由について証言しておらず、下医師の意識障害に関する証言は根拠に乏しい。

また、下医師が3月6日にウィシュマ氏が「トロンとしている。寝ているのではなく、常時何か声を発している。」ことををもってウィシュマ氏に意識障害があったとしている点（下証人57頁・スライド30）については、看護師メモ（乙14）には同日の記載はなく、同日の看守勤務日誌（甲85の5・左上の数字で148～154頁）を見ても、ウィシュマ氏が下医師が指摘したような言動をした旨の記載はない。下医師は、3月6日にウィシュマ氏が「トロンとしている。寝ているのではなく、常時何か声を発している。」と認めた根拠について、「ビデオを見た記憶を、そこに加えたんではないかと思います。」と証言した（下証人57頁）。しかし、3月6日は、ウィシュマ氏が死亡した日であり、同日の監視カメラ映像（乙36の20）を見ても、ウィシュマ氏が「常時何か声を発している」状況は撮影されておらず、前後の経緯を踏まえても、ウィシュマ氏が上記のような言動をすることはあ

り得ない。下医師は、反対尋問において、被告指定代理人から、監視カメラ映像を見て、3月6日のウィシュマ氏が、寝ているのではなく、常時何か声を発している状態であったのかと問われると、「はい。」と返答し、客観的な証拠と反する証言をした（下証人57頁）。

5           このような下医師の一連の証言を踏まえると、下医師は、ウィシュマ氏の意識障害の有無を評価するのに必要な事実確認を行わないで証言していることが明らかである。

10           b 次に、下医師が、3月1日の「頭の中で電気工事しているみたい、騒がしい。」との記載（乙14・32頁）、同月2日の「耳が聞こえにくいよ、波の音が聞こえる。」との記載（同34頁）が意識障害を示すと指摘した点（下証人56頁）について検討すると、同月4日にウィシュマ氏を診療した精神科医は、ウィシュマ氏から「頭の中から、両方の耳に音がするって。電気工事の音がする。」との訴えを聞いた上で、  
15           「A氏（引用者注：ウィシュマ氏のこと）は、元気がなさそうではあったが、私の質問に対して通訳を介して短い答えではあるもののきちんと受け答えができており、意識の混濁も見られなかった。」、「A氏に意識の混濁や生命に危機があるような身体状態の徴候が見られなかった」と評価している（乙63・1～2頁）。

20           同精神科医は、問診を通じてウィシュマ氏とやりとりをした上で、念のため頭部CTを行うなど、慎重にウィシュマ氏の診療を行ったものであり、その評価は十分に信用できるものである。これに対し、下医師は、ウィシュマ氏を直接診療したことはなく、看護師メモの記載のみでウィシュマ氏の意識障害の有無を評価しており、しかも、看護師メモの記載のみで意識障害と評価する根拠についても明らかにしていない。このように、ウィシュマ氏を実際に診察した同精神科医による評価との対比という観点からも、下医師の証言が根拠に乏しいもの  
25

であり、信用できないことは明らかである。

5           なお、下医師は、同精神科医による評価に対し、「ウィシュマさんが自分で言葉を発したとかそういうことではなくて、通訳を介して、精神科医に自分の訴えをしたというふうに認識しております。そのしゃべり方とかそういうあたりで、訴えは通訳を介してはつきり精神科医には伝わったけども、そのしゃべり方とかそういうことに関しては、どれくらいの距離でウィシュマさんに面接したか分かりませんが、精神科医が把握できなかった状態であったんではないかと思えます。」などと証言した（下証人58頁）。

10           しかし、3月4日の精神科医の診療時に通訳人の通訳に支障があったことをうかがわせる事情は見当たらないし、ウィシュマ氏が上記通訳と異なる発言をしたとの記録もない。また、同精神科医がウィシュマ氏のしゃべり方等を把握できない状態であったとする点も根拠のない指摘であって、下医師が同精神科医と異なる評価をする理由になっていない。その点においても、意識障害に関する下医師の証言は根拠に乏しい。

15           以上のとおり、3月1日～2日のウィシュマ氏の発言に関する下医師の評価は、看護師メモ（乙14）の記載のみから意識障害があったと評価するものであり、現に診療に当たった精神科医の体験に基づく評価との対比においても根拠に乏しく、およそ信用できない。

エ   その他の下医師の証言等を踏まえてもウィシュマ氏がビタミンB1欠乏症であったとは認められないこと

（7）下医師の証言等

25           下医師は、下補充意見書において、「2つの病理鑑定では、確定的な死因を示す病理組織学的な所見は示されませんでした。実は、このことがビタミンB1欠病（ママ）症による死亡時の病理組織学的所見と合致し

ているのです。」「ビタミンB 1 欠乏に特有な組織学的な変化としては、急性期の腓腹神経で神経内相に浮腫が見られ、大径有髄神経繊維（ママ）維優位の軸索変性像が観察されるとされていますが、小径有髄神経線維は比較的保たれているため、剖検で所見が必ずみられるわけではないのです。ビタミンB 1 欠乏に特有な組織学的な変化もありますが、それらが確認されるのは十数パーセントで、80%以上の例ではなんら特徴的な病理組織学的な変化が見られないのです。」（甲133・14頁<sup>7</sup>）と述べた。そして下医師は、証人尋問においても、「病理組織像ではビタミンB 1 不足を証明することは困難」であり、病理組織や検査結果等からビタミンB 1 欠乏症が死亡の要因であるとは確認できない旨証言した（下証人12頁・スライド19）。

また、下医師は、ビタミンB 1 不足によって現れる臨床症状として、「乾性脚気」、「湿性脚気」、「脳の異常」の各症状を指摘した（下証人53～54頁・スライド22）。

**(イ) 確定的な死因を示す病理組織学的な所見が示されなかったことから  
ビタミンB 1 欠乏症であったと特定できるものではないこと**

しかし、確定的な死因を示す病理組織学的な所見が示されなかったという事実からは、病理組織学的な所見から確定的な死因は特定できなかった旨の評価ができるにとどまる。前記(ア)の下補充意見書の記載の趣旨は必ずしも明らかではないが、仮に、原告らが、確定的な死因を示す病理組織学的な所見は示されなかったことを、ウィシュマ氏がビタミンB 1 欠乏症であったことを示す積極的な事情として指摘する趣旨であっ

<sup>7</sup> 下補充意見書では、上記記載に続いて「ビタミンB 1 欠乏症の臨床所見として浮腫がありますが、ウィシュマさんの解剖所見には「左右下腿に浮腫がある」と記載されています。」との記載がある（甲133・14頁）。しかし、左右下腿に浮腫が生じる原因は、ビタミンB 1 欠乏症に限られるものではなく（非特異的）、ウィシュマ氏の左右下腿に浮腫があったことをもってウィシュマ氏がビタミンB 1 欠乏症であったと特定できるものではない（野村証人48～49頁参照）。

たとして、これを援用するのであれば、明らかに誤りである。

**(ウ) 下医師が指摘するビタミンB 1 不足の臨床症状はウィシュマ氏には認められないこと**

ビタミンB 1 不足によって現れる「乾性脚気」の臨床症状として下医師が指摘したものは、「つま先にピンや針で刺されているようなチクチクする感覚、足に焼けつくような感覚が生じて夜間に特に激しくなる、脚の筋けいれんや痛みなど」があるというものである（下証人スライド22）。しかし、そのような症状はウィシュマ氏に確認されていない（下証人53頁）。また、下医師が「乾性脚気」の臨床症状として同様に指摘している「筋力の低下や筋肉の萎縮」（下証人スライド22）は、乾性脚気に特異的な症状ではない。

次に、下医師が指摘した「湿性脚気」の臨床症状は、「心臓の異常が起こります。心臓が押し出す血液量が増加して鼓動が速くなります。血管が拡張して皮膚が温かく湿っぽくなります。心臓はこのレベルで動き続けることはできないため、最終的に心不全が生じます。その結果、体液が脚（浮腫）や肺（うっ血）にたまり、血圧が下がりショックを起こして、ときには死に至ることもあります。」（下証人スライド22）というものである。しかし、ウィシュマ氏に心不全兆候は見られておらず、剖検所見でもこれを認めないことから衝心脚気は否定的である（野村証人28～29頁・スライド番号47）。なお付言するに、下医師は、脚気心の剖検所見について、全体的に心肥大・心拡大の所見が認められると言われているものの、脚気心が完全に完成された場合に特徴的な所見が出るのであって、「リカバーできるような状態でのビタミンB 1 不足のような状態にある心臓」では認められなくても、全然問題がない旨証言した（下証人54頁）。しかし、ウィシュマ氏の心臓が「リカバーできるような状態でのビタミンB 1 不足のような状態にある心臓」であったという

のであれば、それは、ウィシュマ氏の直接的な死因がビタミンB 1 不足による脚気心でなかったことを意味するのであって、ウィシュマ氏の直接的な死因として「ビタミンB 1 不足による脚気心による心不全」を指摘する下医師自らの証言と整合しない。

5           さらに、下医師が指摘した「脳の異常」の臨床症状としては、ウェルニッケ・コルサコフ症候群が起こるとされている(下証人スライド22)。しかし、ウェルニッケ脳症で生じるとされる不随意の眼球運動等の眼の問題はウィシュマ氏には確認されておらず、また、コルサコフ精神症で引き起こされる最近の出来事の記憶障害、錯乱、記憶の欠落を埋めるために話を作る傾向(作話)がウィシュマ氏にあったとは認められない。

10           なお、下医師は、その根拠等に言及せずに、ウィシュマ氏が「錯乱をしてたというのは、あったんではないかと考えております。」と証言したが(下証人54頁)、今川医師及び下医師が作成した各意見書をみても、ウィシュマ氏が「錯乱」をしていたとの指摘はない。

15           このように、下医師が指摘するビタミンB 1 不足の臨床症状は、ウィシュマ氏には認められないのであって、このことから、ウィシュマ氏が重度のビタミンB 1 欠乏症であったとはいえない。

#### オ 小括

20           以上のとおり、ビタミンB 1 欠乏症に関する下医師の証言は信用できず、ウィシュマ氏が重度のビタミンB 1 欠乏症であったとは認められない。

#### 4 ウィシュマ氏にビタミンB 1 不足による脚気心及び代謝性アシドーシスが生じていたとは認められないこと

(1) ウィシュマ氏にビタミンB 1 不足による脚気心による心不全が生じていたとは認められないこと

#### ア 下医師の証言

25           下医師は、ウィシュマ氏について、ビタミンB 1 不足による脚気心によ

る心不全が生じていた旨証言した(下証人2頁・スライド4等)。原告らは、このような下医師の証言を基に、今後、ウィシュマ氏の死亡の原因ないし機序として「ビタミンB1不足による脚気心による心不全」があった旨主張するものと解される(原告ら人証意見書1～2頁参照)。

5      **イ 下医師の証言が信用できず、ウィシュマ氏にビタミンB1不足による脚気心による心不全が生じていたとは認められないこと**

しかし、前記3で述べたとおり、ウィシュマ氏に重度のビタミンB1欠乏症が生じていたとは認められない。

10      また、ウィシュマ氏に心不全兆候は見られておらず、剖検所見でもこれを認めないことから(乙19・1～2頁)、脚気心による心不全があったとも認められない(乙19・1～2頁、野村証人28～29頁参照)。

よって、下医師の前記アの証言は信用できず、ビタミンB1不足による脚気心による心不全が生じていたとは認められない。

15      **(2) ウィシュマ氏にビタミンB1欠乏症に起因する代謝性アシドーシスが生じていたとは認められないこと**

**ア 下医師の証言**

20      下医師は、3月6日にウィシュマ氏が深い呼吸をしたときにはビタミンB1欠乏症による代謝性アシドーシス(ケトアシドーシスを含む。)があった旨証言した(下証人2、3、16頁)。下医師は、ウィシュマ氏の深い呼吸が、代謝性アシドーシスが生じた場合に生じるクスマウル呼吸であり、クスマウル呼吸が認められた時点では、ウィシュマ氏にビタミンB1欠乏症による代謝性アシドーシスが生じていたとするものである。

**イ 下医師の証言は信用できず、ウィシュマ氏にビタミンB1欠乏症に起因する代謝性アシドーシスが生じていたとは認められないこと**

25      しかし、ウィシュマ氏に重度のビタミンB1欠乏症があったと認められないことは、これまで繰り返し述べたとおりである。

また、下医師が「深い呼吸」がクスマウル呼吸であるとする根拠は、3月6日午前11時15分にウィシュマ氏が「ベッドに就寝しながら、大きく呼吸し、胸が上下している。」との看守勤務日誌の記載（甲85の5・右上の数字で150頁）があることのみである。上記記載について、ウィシュマ氏がクスマウル呼吸をしていた可能性を問題とすることはできるとしても、重篤なケトアシドーシスが生じていた場合に見られる意識障害やアセトン臭が確認されていないことを踏まえると、上記記載のみから、同日午前11時15分頃にウィシュマ氏が重篤なケトアシドーシスの状態であったというのは無理がある（野村証人7～8頁）。

次に、下医師は、ケトアシドーシス以外の代謝性アシドーシスとしてビタミンB1不足による乳酸アシドーシスを指摘したものの（下証人13頁）、ウィシュマ氏に乳酸アシドーシスがあったとする根拠についての証言はない。仮に、ウィシュマ氏がビタミンB1欠乏症であったことを根拠とするのであれば、繰り返し述べたとおり、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、ウィシュマ氏にこれに起因する乳酸アシドーシスが生じていたとは認められない。

なお、今川・下意見書（その2）には、ウィシュマ氏が重篤な乳酸アシドーシスであったとする根拠として、ウィシュマ氏の死後（心停止後）の血液検査結果が指摘されている（pH=6.637、乳酸9.02mmol/l。甲103・8～9頁）。この検査結果については、下医師の証人尋問前から被告が指摘しているとおおり、乳酸の検査値は、細胞が酸欠状態になったとき等に上昇するものであり、心停止後は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もエネルギーを作り出す仕組み）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）が継続されることとなり、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して、pHは低下する（酸性になる）ことが知られている。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、心停止後の死後解糖により乳酸が蓄積した可能性も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。したがって、上記血液検査結果からウィシュマ氏が乳酸アシドーシスの状態であったと断定することはできない（被告第10準備書面第6の2(1)・40～41頁、野村証人8～9頁・スライド9及び11、野村意見書2・16頁）。

#### ウ 小括

以上のとおり、下医師の前記アの証言は信用できず、ウィシュマ氏にビタミンB1欠乏症に起因する重度の代謝性アシドーシスが生じていたとは認められない。

### 5 ウィシュマ氏がショックとなり死亡に至ったとは認められないこと

#### (1) 下医師の証言

下医師は、下医師死因証言のとおり、ウィシュマ氏が「ショックとなり死亡に至った」旨証言した（下証人2～3頁、甲133・3頁）。そして、下医師は、ショックとは「血液循環が高度に障害され、全身の臓器に十分な血液、すなわち酸素や栄養が供給されなくなった状態のことを指します。」とした上で、「ショックの一つの基準として、血圧があります。収縮期血圧、上の血圧が90切った場合には、ちょっとやばいんじゃないかと思うわけです。ショックインデックスという心拍数と収縮期血圧の指標も、一応臨床の場で使われております。」「（引用者注：下証人スライド34の2段目の図（図3））を基に）3月から色が濃くなっている場所ですけれども、ここの部分からは、確実にショック状態にあったというふうに判断できると思います。」（下証人19～20頁）、「血圧が測れないという状況、それから、そのときに意識が混濁しているというのを合わせれば、ショック状態というふうに考えるのが

妥当だと思います。」(同58頁)と証言した。

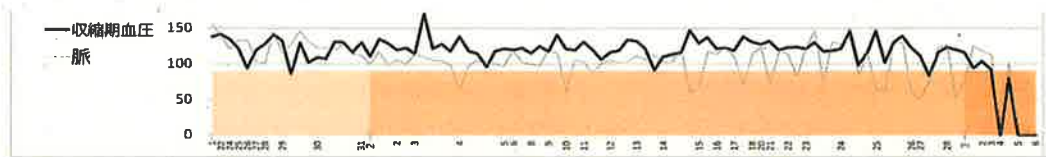


図3 (下医師スライド34の2段目)

また、下医師は、ショックインデックスについて、0.7を超えると生命の危険があり、「3月1日以降は、ずっと色が濃くなったような状態で、ショックインデックスは陽性というふうに出ておりますので、3月1日からは、かなり厳しい状態にあったのではないかと判断いたします。」旨証言した(下証人21、60頁)。

なお、下医師は、下補充意見書では、より具体的に「一般に血圧の上(収縮期血圧)が90を下回るとショックを疑うべきとされており、本例の状態はそれに該当します。血圧だけでなく心拍数100以上(3月1日以降は102-125)、脈拍微弱(3月4、5、6日は計測できない)、意識障害(頭のなかが騒がしい、不眠)などもショックの診断の小項目とされていますが本例では( )に示したように該当しており、ショック状態であったことが確定できます。本例の病態はショックを起こすほど悪化していたことが確定できます。」(甲133・8頁。なお、下線は被告指定代理人による。)と述べている。また、下医師は、ウィシュマ氏の血圧が測定できなかった日時(3月4日午前7時33分、同月5日午前7時53分、同月6日午前8時18分)について、「血圧が測定できないということは明らかに異常な低血圧状態を示すものです。この「脱力して測定できず」は循環血液量の減少による血圧低下や重篤な心不全を示し、測定できない状態が繰り返し継続的に起きている状態は臨床的には生命にきわめて危険な状態と言えます。」と述べている(同頁)。

## (2) 下医師の証言は根拠に乏しく、信用できないこと

しかし、下医師も証人尋問で認めたが、収縮期血圧が90 mmHg以下であることをもって直ちにショックであると断定できるわけではない（下証人61頁）。また、ショックインデックス（ショック指数）は、心拍数を収縮期血圧で割ったものであるが（（心拍数（bpm）÷収縮期血圧（mmHg））、心拍数、血

5 圧、体温等のバイタルサインは計測するタイミングによって容易に変動するものである。収縮期血圧が90 mmHg以下であることや、ショックインデックスが0.7を超えることをもって、直ちに被検査者がショックであると断定できるわけではなく<sup>8</sup>、臨床症状と併せて判断する必要があり、ショックの重症度を判定できるものでもない（同頁）。

10 次に、下医師は、図3のとおり、ウィシュマ氏の血圧が測定できなかった時点の収縮期血圧を0と評価した上で、ウィシュマ氏の収縮期血圧を折れ線グラフで表現した。しかし、収縮期血圧が0という状態は、心停止を意味するものであって、図3は明らかに誤っている<sup>9</sup>。

15 被告第9準備書面第3の2(6)イ（50～51頁）のとおり、一般的に、バイタルチェックの際に、血圧と脈拍を電子機器で測定する場合、機器の装着方法が適切でないことや電子機器の不調等の理由によって測定不能となることも往々にして見られるところであり<sup>10</sup>（甲4の1・77頁）、ウィシュマ氏

<sup>8</sup> ウィシュマ氏が名古屋入管収容場に収容された令和2年8月20日のショック指数は0.92（最高血圧101、脈拍93）、同月23日のショック指数は0.96（最高血圧101、脈拍97）、同月25日のショック指数は1.138（最高血圧94、脈拍107）、同年10月28日のショック指数は1.333（最高血圧102、脈拍136）である。これらの日は、ウィシュマ氏は嘔吐等をして体調不良であったことは認められるが、健康状態に大きな異常はなく、ウィシュマ氏がショック状態であったといえないことは明らかである。

<sup>9</sup> 下医師は、収縮期血圧を0とした理由については「便宜上」である旨証言したが（下証人59頁）、便宜上表現するのであれば点線で表記するなどいくらでも他の方法が考えられるから、漫然と心停止を意味する「0」を用いて表記したのは、不適切である。

<sup>10</sup> 今川医師は、「医師が診れば、血圧が測定できないということ自体が、もう誰が見てもショック状態です。」と証言した（今川証人60～61頁）。しかし、調査報告書の作成時に出入国在留管理庁調査チームによる調査に応じた医師2名は、「電子機器の場合、器具の装着方法が適切でないと往々にして測定不能ということが起きる」と説明しており（甲4の1・77頁）、前記の今川医師の証言は、偏りのある意見であって、信用できない。

5 に対するバイタルチェックのうち、血圧と脈拍が測定できないことが一時的  
にあったとしても、そのみで直ちに収縮期血圧が90 mmHg以下であったと  
断定することはできない。ましてや、そのことから「明らかに異常な低血圧  
状態を示すもので」あるとはいえず、「循環血液量の減少による血圧低下や重  
篤な心不全を示し、測定できない状態が繰り返し継続的に起きている状態は  
臨床的には生命にきわめて危険な状態」であるなどともいえない。

また、下医師のいう意識障害について根拠が乏しいことは、前記3(3)ウの  
とおりである。

10 さらに、下医師がショックに言及した経緯についてみると、本件訴訟でウ  
ィシュマ氏がショックを起こした旨の意見が現れたのは、下医師が証人とし  
て採用された後に提出された下補充意見書が初めてであり、それまでに提出  
されていた3通の意見書では、ショックに関する記載はない。つまり、今川  
医師も下医師も、今川意見書を提出してから約2年6か月の間は、ショック  
15 については全く触れることがなかったのであり、そのような経緯に照らして  
も、ウィシュマ氏にショックが起きていたことを示す明確な根拠がないこと  
は明らかである。

これらの点からすると、下医師のショックに関する証言は根拠に乏しく、  
信用できない。

### (3) 小括

20 以上のとおり、下医師のショックに関する証言は信用できず、ウィシュマ  
氏が、「ビタミンB1不足による脚気心による心不全が生じ、脱水、飢餓及び  
ビタミンB1欠乏症に起因する代謝性アシドーシスの進行に伴う多臓器不全  
の結果、ショックとなり死亡に至った」とは認められない。

25 6 3月6日午前11時15分頃のウィシュマ氏に、原告らが機序として指摘す  
る各症状があったとは認められないこと

#### (1) 原告らが機序として指摘する各症状について

前記2のとおり、原告らは、死亡に至るまでの機序として、3月6日午前11時15分頃の「段階で、ウィシュマさんの体内ではケトアシドーシスと乳酸アシドーシスが進行し、血液が酸性に傾き、血液のpHは危機的に低下していた。脱水により腎機能障害が発生し、カリウム値も上昇していた。低栄養により肝障害を来していた可能性があったウィシュマさんにクエチアピンが処方されたため、クエチアピンは直接的に肝機能を悪化させ、また横紋筋融解を引き起こすことで間接的に腎機能を悪化させることにより、アシドーシス及びカリウム値の上昇に寄与した。この時期、ウィシュマさんは危篤状態であり、死の危険が差し迫る緊急事態となっていた。このままウィシュマさんを放置すれば、ウィシュマさんが死に至ることは確実であった。」と主張する（原告ら第14準備書面第2の5・10頁。なお、下線は被告指定代理人による。）。これらの主張は、下医師の証言に依拠してされているものと解される。

そこで、以下、原告らが機序として指摘する上記各症状に関する下医師の証言が信用できないことについて述べる。

## **(2) ウィシュマ氏が重篤なケトアシドーシスの状態であったとは認められないこと**

### **ア 下医師の証言**

下医師は、2月15日の時点でウィシュマ氏がケトアシドーシスであったか否かについて、「検査をしてないので分かりませんが、可能性を排除することはできないと思います。」と証言した（下証人10頁）。なお、下医師は、証人尋問では、2月15日から3月6日までの間、どのような理由でケトアシドーシスが進行していたかは明確には証言していない。

### **イ 重篤なケトアシドーシスの状態であったとする下医師の証言が信用できないこと**

この点、被告も、2月15日の尿検査でケトン体「3+」（強陽性）であ

ったことから、ウィシュマ氏が、血中ケトン体の量が正常より増加したケトosisの状態（体内でケトン体産生が増加し、血中ケトン体が増加している状態）であった可能性は否定しない。

しかし、ケトアシドーシスは、ケトosisの状態が進行し、高ケトン体血症が血液の緩衝作用を凌駕した結果、血液が酸性に傾いた状態をいうものであって（乙62・12頁）、血中ケトン体が増加しても、血液の緩衝作用を凌駕しなければ生じるものではなく、ケトosisの状態が続いたからといって必ずしもケトアシドーシスになるわけではない（野村証人<sup>11</sup>42～44頁）。特に、ウィシュマ氏には糖体質異常はなく、ケトアシドーシスに至ることは考えにくい（野村証人23～26、31頁）。

また、一般的に、ケトアシドーシスの状態に至ると、次第に、全身の倦怠感や意識が朦朧とするなどの意識障害が認められるが、ウィシュマ氏は、3月4日午後の精神科受診時に、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ていない（野村証人23～24頁、乙63・2頁）。この点、下医師は、ケトアシドーシスに関連して、ウィシュマ氏に意識障害があったと指摘しているが、その根拠が乏しいことは、前記3(3)ウで述べたとおりである。

さらに、前記4(2)で述べたとおり、3月6日午前11時15分頃の「大きく呼吸し、胸が上下している」との様子については、ケトアシドーシスの際に見られるクスマウル呼吸であった可能性が問題となるとしても、クスマウル呼吸であったと断定することはできない。むしろ、ケトアシドーシスの際に見られるアセトン臭は、ウィシュマ氏に確認されていない。

そして、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、

---

<sup>11</sup> 野村教授は、代謝性アシドーシスを取り扱う内分泌代謝内科の専門医であり、同専門医としての経歴や臨床で代謝性アシドーシスを数多く経験しており、その証言は十分信用できる（野村証人2頁・スライド番号2。）。

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が、3月6日午前11時15分頃の時点で動脈血ガス分析は実施されておらず、アシドーシスの確認ができないことから、確定診断は不能である（野村証人7頁）。この点、下医師も、動脈血ガス分析が実施されていない本件では、ウィシュマ氏がケトアシドーシスであったかどうかは断定できない旨認めている（下証人10頁）。

以上のとおり、仮に3月6日午前11時15分頃にウィシュマ氏がケトアシドーシスであった可能性はあるとしても、重篤なケトアシドーシスの状態であったとする下医師の証言は信用できない。

なお、下医師は、主尋問において、「糖尿病などの基礎疾患がない場合でも、ケトアシドーシスからケトアシドーシスに進むことがあるというお話をしていた際に、ビタミンB1欠乏症の場合には、ケトアシドーシスになることがあるというふうにおっしゃったのは、このビタミンB1がないとクエン酸回路が回らないからという理解で間違いないでしょうか。」と質問された際、「はい」と証言した。そして、下医師は、続けて、「ビタミンB1がなければ、糖質の摂取により乳酸が産生され続けるということなんではないでしょうか。」と質問された際、「はい。左側の図にあるように、グルコースがどんどんどんどん供給されますけれども、B1がないために、ピルビン酸がたまり続けます。そうすると、それはLDHによって、どんどん乳酸になっていく。酸性が進んでいくということになります。」と証言した（以上につき、下証人14頁・スライド23）。しかし、乳酸が増加することによって乳酸アシドーシスが生じる可能性はあるが、乳酸の増加によってケトアシドーシスが生じるとする機序は不明であり、その点でも、下医師の証言の信用性には疑義がある。

ウ ウィシュマ氏の摂食状況を踏まえても重篤なケトアシドーシスの状態であったとは認められないこと

次に、ウィシュマ氏の摂食状況についてみると、ウィシュマ氏は、2月15日の昼食以降、官給食を摂取しなくなったが、同月23日以降は官給食の摂取を再開し、自費購入の飲食物を食べるようになり、3月1日午後3時30分頃には「食事は少しずつだが、改善傾向。固形物を摂取後、嘔吐もしていない」、同月2日午後2時10分頃には「食事は少しずつだが、改善傾向。固形物を摂取後、嘔吐していない。」、同月3日午後5時頃には「毎日ごく軽度ずつではあるが、意欲が増えてきている。」、同月4日午後1時15分頃には「介助ではあるが、食欲はある。」などと、看護師が認識・評価できるほどになっており（乙14）、少ないながらも栄養を経口摂取していた。

他方、下医師は、「(ウィシュマ氏が)糖質しかとっていないので、ビタミンB1不足の体にとっては、非常にまずかったんではないかと思います。体がどんどん酸性になるばかりだったんではないかと推察されます。」と証言した（下証人14頁）。

しかし、前記3(2)ウのとおり、原告ら作成のウィシュマ氏のビタミンB1摂取量に関する表（甲130の3）を前提とすると、ウィシュマ氏はある程度はビタミンB1を摂取していたと認められ、ウィシュマ氏によるビタミンB1の摂取状況（イノラス経腸栄養剤の服用を含む。）に照らしても、重度のビタミンB1欠乏症であったとまでは認められないから、下医師の証言は前提に誤りがある。

また、糖質を摂取することができれば、人間の体内では、グルコースに応答して、インスリン分泌が促進され、血中ケトン体は減少し（ケトン体は、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。）、ケトーシスの進行がある程度抑えられ、ケトアシドーシスに進展する可能性は低減する（野村証人23頁、乙65・25頁）。この点においても、3月6日午前11時15分にウィシュマ氏に重篤なケトアシドーシスがあ

ったと認められるものではない。

## エ 飢餓性ケトアシドーシスについて指摘する今川医師の意見も信用できないこと

今川医師は、原告らが提出した1通目の意見書である今川意見書（甲46）の段階から飢餓性ケトアシドーシスについて指摘している。そこで、念のため、今川医師の意見が信用できないことについて述べる。

今川医師は、「尿ケトン体が高値を示す時は、自ずと血中のケトン体も高値となり、血液は代謝性アシドーシス（血液が酸性に傾く）のひとつ、「ケトアシドーシス」という状態となる。」（甲46・3頁）、「仮に、2月15日の時点ではケトアシドーシスにまでは至っていなかったとしても、ケトアシドーシスの状態からさらに血中のケトン体の濃度が高まれば、必然的に血液は酸性に傾き、何の治療も行われなければやがてほぼ確実にケトアシドーシスという状態になる。」と述べる（甲103・13頁）。

しかし、前記6(2)イのとおり、ケトン体「3+」という尿検査結果から、ケトアシドーシスの状態であった可能性は否定し得ないにしても、そのことから直ちに重篤なケトアシドーシスであったとまで認められるものではない。また、前述したとおり、ケトアシドーシスは血液の緩衝作用を凌駕しなければ生じるものではなく、ケトアシドーシスの状態が続いたからといって必ずしもケトアシドーシスになるわけでもない。また、今川医師は、「2月15日の尿検査のデータは、3+：100mg/dL（基準値2mg/dL）で著明に上昇していた。日常見られない高値で、基準値の50倍である。おそらく血液中のケトン体も上昇し、「飢餓性ケトアシドーシス」の状態だったと推察される。」「病歴と検査所見からアルコール性ケトアシドーシス、糖尿病性ケトアシドーシスは否定的であり、飢餓性ケトアシドーシスが主病態と判断される。」（甲46・3～4頁）と述べるが、その根拠は、結局、2回目尿検査でケトン体「3+」であったからという点にとどまり、3月6日午

前11時15分頃の時点でウィシュマ氏がケトアシドーシスの状態であったとする根拠は示されていない。

5 以上のとおり、今川医師の意見によっても、3月6日午前11時15分頃の時点でウィシュマ氏がケトアシドーシスの状態であったとは認められない。

## オ 小括

以上のとおり、下医師の証言等は信用できず、ウィシュマ氏が3月6日午前11時15分頃に重篤なケトアシドーシスの状態であったとは認められない。

## 10 (3) ウィシュマ氏が重篤な乳酸アシドーシスの状態であったとは認められないこと

### ア 下医師の証言等

15 下医師は、「ケトアシドーシス、乳酸アシドーシスという言葉を使っていますが、この二つが代謝性アシドーシスという一くくりのものになります。(中略)代謝性アシドーシス、電解質の異常というものは、心機能の低下につながりますし、脚気心は心不全ということで、心臓の動きを悪くする心原性の循環障害につながります。そして、全身に巡る血液が行かなくなった状態で、多臓器心不全に陥って死に至ったということになっております。」などと証言した(下証人3頁)。

20 また、下医師は、ウィシュマ氏が乳酸アシドーシスの状態であったとする根拠について、ビタミンB1欠乏の状態にあったためクエン酸回路が回らず、ピルビン酸が乳酸脱水素酵素(LDH)の働きにより乳酸に変わり、血液が酸性化したなどと証言した(下証人13～14頁)。

25 なお、証人尋問では言及されなかったが、今川・下医師意見書(その2)では、「心停止後のデータであり確実なことは断言できないが、血液ガス分析の結果、pH=6.637(標準7.35～7.45)と、血液は強酸性

となっており、乳酸も上昇（ $9.02 \text{ mmol/l}$ ：標準 $0.5 \sim 2.2$ ）そして、 $\text{HCO}_3^-$ （引用者注：重炭酸イオン）とBE（引用者注：塩基過剰）はそれぞれ $5.9 \text{ mmol/L}$ （ママ）（標準 $23.0 \sim 28.0$ ）、 $-29.6 \text{ mmol/l}$ （標準 $-2.2 \sim 2.2$ ）と著しく低下しており、明らかに亡くなられた時、ウィシュマさんには重篤な「代謝性アシドーシス：乳酸アシドーシス」の病態が存在したことが示されていた。」とされている（甲103・8～9頁）。

#### イ ウィシュマ氏が重篤な乳酸アシドーシスの状態であったとする下医師の証言等が信用できないこと

しかし、前記3(2)ウのとおり、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、前記アの下医師の証言は前提を欠いている。

また、乳酸アシドーシスは、血中の乳酸濃度上昇による、高アニオンギャップ性の代謝性アシドーシスであるが、前記4(2)イのとおり、乳酸の検査値は、細胞が酸欠状態になったとき等に上昇するものであり、心停止後は、嫌気的な代謝（死後解糖）により乳酸が蓄積し、pHの検査値が低下する（酸性になる）ことが知られている。

死後の血液検査の数値については死後変化を考慮する必要があり、特に、ウィシュマ氏については3月6日午後2時20分頃にAED装置を装着したものの、その時点で既に心停止状態であり、どの時点で心停止したか不明であることに照らせば、ウィシュマ氏の死亡後の血液検査結果をもって生前のウィシュマ氏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。この点を踏まえない下医師の証言は信用できず、同日午前11時15分頃のウィシュマ氏が重篤な乳酸アシドーシスの状態であったとはいえない（以上につき、野村証人6～8、31頁・同スライド番号9、11及び53、乙65・16頁）。

#### ウ 小括

以上のとおり、ウィシュマ氏が乳酸アシドーシスの状態であったとする

下医師の証言は信用できず、ウィシュマ氏が3月6日午前11時15分頃に重篤な乳酸アシドーシスの状態であったとは認められない。

(4) ウィシュマ氏に腎不全による高カリウム血症があったとは認められないこと

ア 下医師の証言等

前記2(1)のとおり、原告らは、ウィシュマ氏が低栄養・脱水によって発生した「症状(機序)」の一つとして、腎不全による高カリウム血症があったと主張し、下医師も、腎不全による高カリウム血症は、「電解質異常ということで一くくりにした」ものとして、腎不全による高カリウム血症がウィシュマ氏の死亡に影響を与えた可能性は否定できないと証言した(下証人32～33頁)。

この点につき、今川・下医師意見書(その2)では、3月6日の採血結果を基に、「死後の組織融解等の影響を考えなければならないが、1/25の正常な血液検査の結果からは考えられない値が並んでいた。(中略)電解質については、致死的な不整脈を引き起こすレベルの高カリウム血症(7.5mmol/l:標準3.6～4.9)が見られている。」との記載がある(甲103・8頁)。

イ ウィシュマ氏に腎不全による高カリウム血症があったという下医師の証言等が信用できないこと

しかし、被告第10準備書面第7の2(1)ウ(48～49頁)等で述べたとおり、カリウムは、赤血球中に多く含まれ、死後の溶血によりカリウムの値は急速に上昇するとされており、ウィシュマ氏の死後の血液検査のカリウム値に基づき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(野村証人9～10頁・スライド番号10、乙65・16～17頁)。

そして、下医師の証人尋問に先立ち、野村意見書や野村教授の証人尋問によって、ウィシュマ氏が心肺停止の状態になる前に高カリウム血症を発

症したと特定することができないことを指摘していたが、高カリウム血症が生じていたとする根拠についての下医師の証言はなく、原告らから、上記の点に関する補充の主張立証はされていない。

#### ウ 小括

5            以上のとおり、ウィシュマ氏に腎不全による高カリウム血症があったとする下医師の証言は信用できず、ウィシュマ氏が3月6日午前11時15分頃に腎不全による高カリウム血症の状態であったとは認められない。

#### (5) ウィシュマ氏が重篤な肝機能障害に至っていたとは認められないこと

##### ア 原告らの主張

10           前記(1)のとおり、原告らは、ウィシュマ氏の死亡に関する機序について、「2月15日の時点で、少なくともケトーシスを発症し、その後、ケトアシドーシスを発症し、3月6日に死亡した」ことを主張する一方で、「クエチアピンの投与により肝腎障害が起きたこと（括弧内省略）も上記死因に補助的に関与した。」と主張した（原告ら回答書）。

##### 15           イ 下医師は肝障害を否定する証言をしていること

              しかし、下医師は、反対尋問において、今川・下医師意見書（甲86）で述べていた、クエチアピンの投与の影響として「薬剤性にrushに肝障害が起こったのではないかと疑う。」と記載したことに関し、クエチアピンの投与がウィシュマ氏の死亡に影響を与えた可能性について問われた際、  
20           「司法解剖の所見で、肝臓の細胞にそういう所見はありませんので、否定されたと考えます。」と証言し、続いて、「肝障害が起こったのではないか」という疑いは消えたのかと問われると、「肝障害ということでは、消えています。」と証言した（下証人34頁）。

              このように、下医師自身、肝障害の可能性は司法解剖の鑑定書によって  
25           否定されたと考える旨の証言をしている。

#### ウ 小括

以上のとおり、3月6日午前11時15分頃のウィシュマ氏に重篤な肝機能障害があったとは認められない。

**(6) ウィシュマ氏に横紋筋融解症が生じていたとは認められないこと**

**ア 当初の下医師の意見**

原告らは、「低栄養により肝障害を来していた可能性があったウィシュマさんにクエチアピンが処方されたため、クエチアピンは直接的に肝機能を悪化させ、また横紋筋融解を引き起こすことで間接的に腎機能を悪化させることにより、アシドーシス及びカリウム値の上昇に寄与した。」と主張していたところ（原告ら第14準備書面第2の5・9～10頁）、下医師は、今川・下医師意見書（甲103）において、「1／25の正常な血液検査の結果からは考えられない値が並んでいた。（中略）横紋筋融解、肝機能障害や組織崩壊を示すAST992U/I（標準33以下）」などと、ウィシュマ氏に横紋筋融解症が生じていた旨述べている（甲103・8頁）。

また、今川医師は、クエチアピンにより横紋筋融解症が生じる可能性がある旨を証言している（今川証人70～71頁）。

**イ 病理所見として横紋筋融解症を生じていた形跡が認められず、横紋筋融解症を生じたとする下医師の意見等は信用できないこと**

しかし、ウィシュマ氏が横紋筋融解症を生じたのであれば、剖検時に、通常、骨格筋に病理所見として筋繊維の壊死や再生所見が確認でき、また、赤褐色のミオグロビン尿が確認できる。しかし、司法解剖の鑑定書（乙16）によれば、骨格筋である大腰筋には特記すべき所見は認められておらず（同5頁）、膀胱の所見でも、濃黄色の尿が約350mlであったことは確認されたものの、赤褐色のミオグロビン尿は認められておらず（同4頁）、ウィシュマ氏に横紋筋融解症があったとは認められない（野村証人11頁・スライド番号14、乙65・9頁）。

また、下医師の証人尋問でも、横紋筋融解症を生じた理由や根拠に触れ

られず、原告らから、上記の点に関する補充の主張立証はされていない。

## ウ 小括

以上のとおり、ウィシュマ氏に横紋筋融解症が生じていたとの下医師の意見等は信用できず、3月6日午前11時15分頃にウィシュマ氏に横紋筋融解症が生じていたとは認められない。

## 7 ウィシュマ氏の死亡には複数の要因が影響を及ぼした可能性があること

### (1) ウィシュマ氏の死因については複数の医師が様々な意見を述べていること

ウィシュマ氏の死因については、複数の医師が検討を行い、別表の「死因」欄記載の意見を述べている。しかし、それらの意見は様々であり、統一的な意見を導き出すことは困難である。

また、調査報告書を作成した出入国在留管理庁調査チームは、別表の1～3の各意見を踏まえ、ウィシュマ氏の死因については「病死」と認められるものの、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と言わざるを得ない。」との結論を示した（甲4の1・34頁）。この結論については、野村教授も、「私が考える今回の死因の結論と同じであります。」と証言し（野村証人3頁）、原告らがウィシュマ氏の死因として主張する低栄養・脱水については、「低栄養、脱水と死亡の因果関係は立証できないというのが私の結論であります。」と証言した（同31頁）。

このように、複数の医師による検討によっても、ウィシュマ氏の直接的な死因を特定することが困難である。

### (2) 死因に関する原告らの主張及びその根拠である今川医師・下医師の意見は変遷しており、それ自体、ウィシュマ氏の直接的な死因を特定することが困難であることを示していること

#### ア ウィシュマ氏の死因に関する原告らの主張は変遷していること

ウィシュマ氏の死因に関する原告らの主張の経緯は、前記 2 (1) のとおりである。

この点、原告らは、令和 8 年 3 月 11 日の口頭弁論期日において、「原告らは、医学的な根拠に基づき十分に考察して主張しており、主張を追加した部分はあるものの、変遷はしていない。」と発言した。しかし、前記 2 (1) の原告らの主張の経緯をみれば、その変更は「追加」にとどまらないことは明らかであり、ウィシュマ氏の死因に関する原告らの主張は変遷していると評価せざるを得ない。

#### イ ウィシュマ氏の死因に関する原告らの主張の根拠である今川医師・下医師の意見は変遷していること

(ア) 前記 2 (1) の原告らの主張は、今川医師及び下医師の意見に基づくものである。しかし、以下に述べるとおり、ウィシュマ氏の死因等に関する今川医師及び下医師の意見も変遷しているといわざるを得ない。

(イ) まず、今川医師は、当初、飢餓性ケトアシドーシスがウィシュマ氏の主病態であったと判断される旨主張していた (甲 46・4 頁)。しかし、その後、今川医師と下医師は、別表の 7、8 及び 10 のとおり、ウィシュマ氏の死因に関して様々な意見を述べるに至った。特に、今川・下意見書 (甲 86、別表の 7) では、「ウィシュマさんが死亡した主因は、脱水・栄養障害であると考えられる (すなわち、衰弱死)。そのほかに存在した病態として考えられるのは、腎不全や血糖の急激な上昇を原因とする腎性・高血糖性の代謝性アシドーシス、腎不全に伴う高カリウム血症による致死的不整脈がある。また、直接の死因ではないが、死亡に関与したと考えられる因子として、ビタミン B1 欠乏 (脚気心)、薬剤 (クエチアピン) の関与 (悪性症候群や肝不全) があげられる。」としているのに、下医師の意見書 (甲 133) では、「ビタミン B1 不足による脚気心による心不全が生じ、脱水、飢餓及びビタミン B1 欠乏症に起因する代

5 謝性アシドーシスの進行に伴う多臓器不全の結果、ショックとなり死亡に至ったと考えるのが合理的」であるとし、「直接の死因ではない」とされていたビタミンB1欠乏（脚気心）が直接的な死因として掲げられており、明らかに位置付けが変わっているほか、従前の意見書では全く触れていなかった「ショック」について指摘されており、今川医師・下医師の意見は明らかに変遷している。

10 なお、下医師は、「ショック」について、「ショックということが、全体の状況を見ていったときに、やはりこれにつながるのかなということで、ショックをかなり重要視したということになります。」と証言した（下証人63頁）。しかし、下医師はこれ以上の説明はしておらず、「全体の状況」とは何か、なぜショックを重要視すべきなのか、従前の検討でショックを指摘できなかったのはなぜかなど、下医師の証言の信用性について重要な事情に関する詳細は不明である。

15 (ウ) いずれにせよ、下医師や今川医師の意見・証言に変遷があることに変わりはなく、それ自体、ウィシュマ氏の直接的な死因を特定することが困難であることを表している。

### (3) クエチアピンの投与がウィシュマ氏の死亡に影響を与えた可能性についても不明であること

#### ア 原告らの主張

20 前記2(1)のとおり、原告らは、「クエチアピンは直接的に肝機能を悪化させ、また横紋筋融解症を引き起こすことで間接的に腎機能を悪化させることにより、アシドーシス及びカリウム値の上昇に寄与した。」と主張する（原告ら第14準備書面第2の5・9～10頁）。

25 その根拠である今川・下意見書では、「3/6の死亡直後の採血結果では、血液のphが6.637でHCO<sub>3</sub>が5.9mmol/lと著明な代謝性アシドーシスを呈しており、eGFR：糸球体濾過率が極低値の19mg/dl（正常60以上）

であることから、腎不全が死に至る代謝性アシドーシスの一因となったと考えることが出来る。」とされている（甲 86・14 頁）。

現時点で、下医師が悪性症候群についてどのように評価しているのか<sup>12</sup>、また、原告らが、下医師の証言を踏まえて、従前の「クエチアピンは直接的に肝機能を悪化させ、また横紋筋融解症を引き起こすことで間接的に腎機能を悪化させることにより、アシドーシス及びカリウム値の上昇に寄与した」との主張を維持しているのかは定かではないが、下医師のクエチアピン投与に関する意見は、否定・撤回されていない。

#### イ クエチアピンの投与による副作用の可能性を踏まえても、死亡に至る具体的な経過（機序）を特定することは困難であること

被告第 9 準備書面第 2 の 2 (3)（33～35 頁）等で述べたとおり、ウィシュマ氏を診察した精神科医によるクエチアピンの処方、ウィシュマ氏が訴える具体的な症状を踏まえ、これらの症状に対して効果が出ることを期待してされたものであり、ウィシュマ氏の症状及び薬剤の効能を踏まえた合理的なものである。

この点、クエチアピンには、悪性症候群（Syndrome malin）という重大な副作用が頻度不明で生じる可能性があるとしてされている（乙 64・2 頁）。悪性症候群とは、精神神経用薬（主に抗精神薬）により引き起こされる副作用で、高熱、発汗、意識のくもり、錐体外路症状（手足の震えや身体のこわばり、言葉の話しづらさやよだれ、食べ物や水分の飲み込みにくさ等）、自律神経症状（頻脈や頻呼吸、血圧の上昇等）、横紋筋融解症（筋肉組織の障害：筋肉の傷み等）等の症状がみられるものであり（甲 89・6 頁）、高熱が持続し、意識障害、呼吸困難、循環虚脱、脱水症状、急性腎障害へと

<sup>12</sup> 下医師は、証人尋問において、クエチアピンの投与がウィシュマ氏の死亡に影響を与えた可能性について問われた際、「司法解剖の所見で、肝臓の細胞にそういう所見はありませんので、否定されたと考えます。」（下証人 34 頁）と証言したが、腎機能障害についての証言はない。

移行し、死亡した例が報告されている（乙64・2頁）。

しかし、本件で、それらが生じたと認められる的確な根拠は原告らから示されていない。被告は、ウィシュマ氏に悪性症候群が生じたと主張するものではないが、仮にそれらが生じたとして、それらがどの程度ウィシュマ氏の死亡に影響を及ぼしたのか、死亡に至る具体的な経過（機序）を特定することは困難であり、ウィシュマ氏の直接的な死因を特定することはできない（甲4の1・34、35頁、野村証人3頁、乙65・7～8頁）。

**ウ 今川医師の証言によっても、クエチアピンの投与がウィシュマ氏の死亡に影響を与えた可能性は不明であること**

今川医師は、クエチアピンの投与がウィシュマ氏の死亡に影響を与えた可能性について、「最後には心身症という診断の下で精神科に依頼され、精神科に診断を委ねられ、そして大量の抗精神病薬を投与されてなくなりました。」などと、クエチアピンがウィシュマ氏死亡の原因であるかのような証言をした（今川証人27頁）。また、今川医師は、クエチアピンによる不整脈及び心不全の可能性について問われると、「クエチアピンが直接影響を及ぼすとしましては、やっぱり添付文書には血圧低下と横紋筋融解症が書いてあります。」「横紋筋融解症になりますと、急激な腎機能低下を腎不全の状態になることが知られています。クエチアピンが原因で肝機能障害も起こるけれども、横紋筋融解症によるまた腎障害も起こる。」「（ウィシュマ氏の診療の経過等に照らしても）クエチアピンが何らかの要素、背中を押したというんでしょうか。死因の幾つかある中で、その影響を及ぼした可能性はあります」と証言している（今川証人71頁）。

しかし、今川医師は、ウィシュマ氏に横紋筋融解症が生じたといえる根拠について明らかにしておらず、可能性を指摘するにとどまる上、前記6(6)のとおり、ウィシュマ氏に横紋筋融解症が生じていたこと自体が認められないから、今川医師の上記証言は信用できず、ウィシュマ氏の直接的

な死因を特定することが困難であることに変わりはない。

#### (4) 小括

以上のとおり、クエチアピンの投与がウィシュマ氏の死亡に影響を与えた可能性についても不明というほかなく、ウィシュマ氏の直接的な死因を特定することは困難である。

### 8 結語

以上のとおり、下医師死因証言や原告らが主張する「死亡に至るまでの機序」の多くが前提とするビタミンB1欠乏症については、ウィシュマ氏に重度のビタミンB1欠乏症が生じていたとは認められず、ビタミンB1欠乏症による代謝性アシドーシス、脚気心及びショックが生じたとは認められない。

また、原告らが3月6日午前11時15分頃の段階でウィシュマ氏に生じていたと主張する「ケトアシドーシス」、「乳酸アシドーシス」、「腎機能障害」、「クエチアピンによる肝腎機能障害及び横紋筋融解症」も、これらが生じていたとは認められない。

結局のところ、ウィシュマ氏の詳細な死因に関しては、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り、死因については不明であるというほかない。そのため、ウィシュマ氏の死亡を回避するために名古屋入管の職員がとるべきであった結果回避措置を特定することはできず、名古屋入管職員に国賠法1条1項にいう違法（義務違反）があったとはいえず（争点①）、義務違反と死亡の結果との間の因果関係も認められない（争点②）。

よって、健康を害したウィ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（医療不提供の違法行為）があるとする原告らの主張は理由がない。

## 第4 庁内内科等医の義務違反に関する原告らの主張には理由がないこと

## 1 原告らの主張

### (1) 原告らが主張する庁内内科等医の義務違反①～③・⑤について

原告らは、庁内内科等医の義務違反として、義務違反①～③・⑤を主張する。

各義務違反の詳細を見ると、義務違反①（1月28日の庁内内科等医診療当時の義務違反）は、庁内内科等医には、遅くとも1月28日の診療の時点で、同月26日の尿検査の結果を踏まえて、看護師及び看守勤務者ら職員に対し、ウィシュマさんの水分摂取量・食事摂取量（嘔吐の状況を含む。）、排尿・排便に関する情報を正確に記録し、報告するように指示すべきであったのにしなかった旨の義務違反があるとするものである（原告ら第17準備書面第1・1～2頁）。

次に、義務違反②（2月4日の庁内内科等医診療当時の義務違反）は、3つの義務違反をいうものであり、具体的には、庁内内科等医には、遅くとも2月4日の診察の時点で、1月26日の尿検査の結果及びその後の状況を踏まえて、看護師に対し、速やかに血液検査を指示して、点滴による栄養補給・補水を指示すべきであったのにしなかった（以下「**義務違反②－1**」という。）、遅くとも2月4日の診察の時点で、1月26日の尿検査の結果及びその後の状況を踏まえて、入管施設内での点滴ができないのであれば、看守勤務者らに対し、速やかに外部医療機関の受診を指示すべきであったのにしなかった（以下「**義務違反②－2**」という。）、遅くとも2月4日の診察の時点で、1月26日の尿検査の結果及びその後の状況を踏まえて、看護師及び看守勤務者ら職員に対し、ウィシュマ氏の水分摂取量・食事摂取量（嘔吐の状況を含む。）、排尿・排便に関する情報を正確に記録し、報告するよう指示すべきであったのにしなかった（以下「**義務違反②－3**」という。）という各義務違反があるとするものである（原告ら第17準備書面第2の2①～③・2～3頁）。

さらに、義務違反③（2月15日の尿検査結果判明時点から同月18日の

5 庁内内科等医診療当時にかけての義務違反)も、3つの義務違反をいうものであり、具体的には、庁内内科等医には、遅くとも2月18日の診察の時点で、同月15日の尿検査の結果を踏まえて、看護師に対し、速やかに血液ガス分析及び血液検査を指示して、飢餓状態や脱水症状等の健康状態を確認した上で、速やかに点滴による栄養補給(チアミン等)・補水をすべきであったのにしなかった(以下「**義務違反③-1**」という。原告ら第17準備書面第3の1①・4頁)、遅くとも2月18日の診察の時点で、同月15日の尿検査の結果を踏まえて、精神科の受診を指示するのではなく、速やかに、自ら検査、鑑別診断、点滴等を行うか、もしくは、看守勤務者らに対し、検査、鑑別診断、点滴等を行うことが可能な外部医療機関で受診させるよう指示すべきであったのにしなかった(以下「**義務違反③-2**」という。同書面第3の1②及び2・4～5頁)、遅くとも2月18日の診察の時点で、同月15日の尿検査の結果を踏まえて、看護師及び看守勤務者らに対し、ウィシユマさんの水分摂取量・食事摂取量(嘔吐の状況を含む。)、排尿・排便に関する情報を正確に記録し、報告するように指示すべきであったのにしなかった(以下「**義務違反③-3**」という。同書面第3の1③・4頁)という各義務違反があるとするものである。

20 そして、義務違反⑤(庁外の精神科医への不適切な情報提供)は、庁内内科等医には、3月4日の精神科医の受診に当たって、精神科医に適切な情報を提供すべきであったのにしなかった、というものである(原告ら第17準備書面第5・6～7頁)。

25 なお、原告らは、義務違反①～③に関し、看護師の義務違反(原告ら第17準備書面第1の1②、第2の1④、第3の1④・2～4頁)を主張するが、これに対する被告の反論は、被告第14準備書面第2の1(2)、2(2)、3(2)(5～9頁)のとおりである。また、原告らは、義務違反③に関し、庁内整形外科医の義務違反(原告ら第17準備書面第3の1⑤・4頁)を主張する

が、これに対する被告の反論は、被告第14準備書面第2の3(2)(9頁)のとおりである。さらに、原告らは、義務違反⑤に関し、看守勤務者らの義務違反(原告ら第17準備書面第5の1②・7頁)を主張するが、これに対する被告の反論は、被告第14準備書面第2の5(2)(11～12頁)のとおりである。

そして、原告らは、義務違反④(2月18日の庁内内科等医診察後の義務違反、原告ら第17準備書面第4・5～6頁)、義務違反⑥(3月5日午前7時52分頃から同月6日午前11時15分頃までの時点において救急搬送を要請しなかったこと、同書面第6・7～8頁)、義務違反⑦(本件当時における名古屋入管の体制が不適切であったこと、同書面第7・8～10頁)を主張するが、これに対する被告の反論は、被告第14準備書面第2の4、6～7(9～16頁)のとおりである。

## (2) 庁内内科等医が立てた治療方針が不合理であるとの原告らの主張

まず、庁内内科等医は、ウィシュマ氏の主訴である嘔吐や吐き気の原因を究明するために治療方針を立て、ウィシュマ氏に他の医師の診療を受けさせるなどしており、ウィシュマ氏が訴える症状に対し、何ら医療措置を講じなかったものではない。

この庁内内科等医が立てた治療方針について、原告らは、義務違反③-2のように、庁内内科等医が精神科の受診を指示したことが不合理である旨主張している。具体的には、原告らは、「精神科の受診を指示する前には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った。したがって、「器質的疾患がなければ、精神科受診」というのは、機能性疾患を疑い、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、外部病院の精神科の受診を指示した対応は不合理であった」旨主張している(原告ら第13準備書面第1の6・9頁)。

## 2 庁内内科等医の診療時の判断の合理性を論じるまでもなく、原告らの主張に

## は理由がないこと

前記第3のとおり、ウィシュマ氏の直接的な死因を特定することは困難である以上、ウィシュマ氏の死亡という結果を回避するために名古屋入管の職員がとるべきであった結果回避措置を特定することは困難である。

5           したがって、義務違反①～③・⑤については、庁内内科等医の診療時の判断の合理性について論じるまでもなく、原告らの主張には理由がない。

## 3 庁内内科等医が立てた治療方針が不合理であるとの原告らの主張には理由がないこと

### (1) はじめに

10           前記2の点をおくとして、原告らの、庁内内科等医が立てたウィシュマ氏の治療方針が不合理であった旨の主張（前記1(2)）は、原告らの義務違反③－2に関する主張のみならず、義務違反①～③のいずれの主張にも共通するものといえる。そこで、まず、この庁内内科等医が立てた治療方針に関する原告らの主張に理由がないことについて述べる。

### 15           (2) 医師が治療行為について負う具体的な注意義務の内容やこれを検討する際の留意点

ア この点、秋吉仁美編著「リーガル・プログレッシブ・シリーズ医療訴訟」

287～292頁は、医師が治療行為について負う具体的な注意義務の内容やこれを検討する際の留意点として、次の点を指摘している。

20           (ア) 一般論として、医師は、診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準に従った診療を行うべき注意義務を負っている（最高裁昭和57年3月30日第三小法廷判決・集民135号563頁）。しかし、個々の症例はまさに千差万別であり、「医療水準」という概念も流動的なものであるため、医師が治療行為について負う具体的な注意義務の内容やレベルもまた一様でなく、個々の診療経過や医学的知見についての証拠資料に照らして、個別の事案ごとに判断するほかない。

25

そして、具体的な診療の場面においては複数の治療方針が考えられるのがほとんどであり、医師は様々な要因を考慮して治療方針を選択することとなる。治療方針として複数の選択肢が存在し、そのいずれを選択することにも医学的な合理性がある場合、そのいずれを選択するかは専門家としての医師の判断に委ねられているといえる。他方、診療経過（患者の主訴、他覚所見、検査データ、画像所見、症状経過、既往等）及び標準的な医学的知見に照らして、特定の治療方法を選択することが要求される場合もある。これを法的にみれば、医師は、一定の事実（診療経過、医学的知見）を前提として、患者に対し、特定の治療を行うべき法的な義務（以下「**治療義務**」という。）を負う場合がある。そして、医師が要求される特定の治療を行わなかった場合、治療義務に違反したものととして過失が認められることとなる。

なお、医師がある疾患に対して何らの治療も行わず、それが原因となって悪しき結果（死亡、後遺障害等）が生じたからといって、その治療の不実施が直ちに過失（治療義務違反）となるわけではない。飽くまで、何らかの治療義務の存在が認められた場合に、その義務懈怠が過失（治療義務違反）となるのであって、治療義務の存在が認められなければ、仮に医師が何らの治療も行っていなかったとしても、治療義務違反が認められることにはならない。

また、治療義務として施行を要求される「特定の治療」がただ1つの治療方法に限定されるとも限らない。ある状況下において、施行することが医学的に合理的であると認められる治療方法が複数存在することもあり、この場合、そのいずれかを実施していれば治療義務違反は認められない。例えば、文献等の一般的な記載からすればある治療方法が第1選択又はよりよい適応になるようにみえるが、当該症例における個別事情を考慮すれば、それとは異なる判断にも医学的な合理性が認められる

という場合がある。この場合は、いずれの治療方法を選択することにも相当の理由があるわけであるから、いずれか一方の治療方法を選択すべき義務があるとは認められないという結論に至りやすい。

(イ) そして、治療義務違反が主張されるケースでは、どのような側面が実質的な争点となるかによって、①治療方針・方法の選択が問題となる場合（医師がどのような治療を行うべきであったかが争点となる場合）、②治療の対象となる疾患の診断が問題となる場合（治療を実施する前提として、ある疾患を診断すべきであったかも問題となる場合であり、診断義務の要素が加わっている。）等がある。

この典型的な例としては、医師が患者のある疾患に対して治療方法Aを実施したが、これが奏功せず、患者が死亡するに至った場合に、「（治療方法Aではなく）治療方法Bを実施（選択）すべき義務があった」との主張がされるケースが挙げられる。この場合、治療方法Bを選択すべき必要性の程度が問題となることはいうまでもないが、医学的合理性が認められる治療方法が複数存在する場合、そのいずれを施行するかは、医師の裁量の範囲内の問題であり、いずれか一方の治療方法を選択すべき義務は生じない。つまり、治療方法Aを実施することも合理性があったのであれば、治療方法Bを実施すべき義務があったとはいえないことになる。したがって、上記義務の有無を判断するためには、医師がどのような判断から治療方法Aを選択したのか、その判断は適切・合理的であったのかという角度からの検討も重要となる。

なお、上記検討の際の留意点として、第1に、上記アプローチは、治療方法Aと治療方法Bの優劣（何が最善の選択肢であったか）を問題とするものではない。仮に治療方法Bがより適切な選択肢であったと考えられたとしても、治療方法Aも医療水準に沿ったものであったと認められるのであれば、治療方法Bを選択しなかったことに過失は認められな

いからである。

第2に、上記の判断は、行為時（治療を実施した時点）までの事情を基礎としなければならない、行為後の事情を考慮することはできない。飽くまで、治療方法Aを実施した時点でのプロスペクティブ（前方視的）な判断として、その判断が合理的であったのか、治療方法Bの選択が要求されていたのかが問題とされなければならない。これは、過失の有無が行為時を基準として判断されることからすれば当然のことである。

前記文献における以上の指摘は、私法的医療契約に基づいて医療行為が行われた場合を念頭に置いたものではあるが、本件においても十分斟酌されるべきものである。

イ また、野村教授は、庁内内科等医が立てた治療方針について証言しているが、上記治療方針を評価する上での留意点について、概要、以下のとおり証言した。

(ア) 「本件、やはり死亡という重大な結果を伴っていることから、どうしても後方視的にいろんな行為を見がちになります。当事者の判断を必要以上に批判的に捉える恐れがある、このことに留意する必要があります。医療安全の観点だけで評価するのではなく、できる限り、先ほど医療事故調査委員会の話も冒頭させていただきましたが、この回でもそうですが、後方視的な視点を排除し、当時の状況に即して、庁内内科等医による医療対応が適切であったか、現在の医療水準に照らし合わせて適切であったか、中立、公平に検討すべきであるというのが私の現在の立ち位置でございます。また、実際に対象者を診察していた医者というのは、数字だけではなく、対象者を目の前にして問診、視診、触診、そういった様々な角度からの情報を手に入れてるわけです。そのため、後方視的な批判を避け、直接診療に当たった医師の判断を一定程度、尊重する姿勢が原因の究明には必要なんではないかというふうに考えています。」

(野村証人12～13頁・スライド番号16)

(イ) 「(一般的な医師の診療について、) 診療をそもそもなぜするのか。それは、患者さんが病院に来て困っている、苦痛がある、何か訴えがあつて来られます。これは私たちは主訴と呼んでいます。ですから、診療の目的は、この主訴の原因を特定し、その苦痛、訴えを改善する、取り除くことが診療、全部まとめると、そういう言い方になります。したがって、その診療の進め方としては、まずは患者さんの問診によって、過去の病気の歴史であったり、性別、年齢、どういった生活習慣なのか、そういうことも含めたことを詳しく聴取します。そして、また患者さんを目の前にして身体の状況、ずっと歩いて入ってこられたのか、一人で立てるのか、そういうことも含めて視診ですが、そういうことを踏まえます。当然、皮膚所見も見ていきます。足が腫れてないかどうか触ったりもします、こういった身体所見を取っていきます。そして訴え、そういった所見から、どういった病気を考えるのかというのは、それはドクターのこれまでの医学的知見によるところが大きいわけです。そこで仮説を立てて、その診断に必要な検査を優先順位をつけて診療録に沿って検査を進めていくということになります。したがって、やみくもに多数の検査を網羅的に行うということは、少なくとも保険診療上も認められていませんし<sup>13</sup>、医療法上も認められてませんし<sup>14</sup>、こういったことはすべきではないということになります。そして、そのプロセスとして、検査だけではなくて、訴えに関連し得る全ての内科疾患を一人のドクタ

<sup>13</sup> 保険医療機関及び保険医療養担当規則（具体的には厚生労働省令である。保険診療を行うに当たって、保険医療機関と保険医が遵守すべき基本的事項を定めたものである。）の規定により、各種の検査は診療上必要があると認められる場合に行うこととされており、診療上の必要性を十分考慮した上で、段階を踏んで必要最小限に行うこととされている。また、不適切な検査の具体例として、スクリーニング的に多項目を画一的に実施することが挙げられている。（乙85・5、34頁）。

<sup>14</sup> 医療法1条の2第2項、1条の4第1項及び第3項参照

一が精査するのではなく、それぞれ現在は専門性に分かれてますので、  
いろんな診療科と協力しながら診断のプロセスを進めていくというのが  
現在の在り方でございます。慢性疾患などでいいますと、そのほか、い  
ろんな多職種連携も必要になってきます。これから、医療というのは  
5 チーム医療というのがうたわれてますが、こういったことが重要になっ  
てくるということになります。これが一般的な診療の内容でございます。」  
と証言した（野村証人13～14頁・スライド番号17）。

野村教授による以上の証言は、医師による臨床医学の実践としての治  
療の際の留意点を端的に述べたものであり、本件においても参考にされ  
10 るべきである。

### (3) 市内内科等医が立てた治療方針には医学的合理性が認められること

#### ア 2月4日に市内内科等医が立てた治療方針には医学的合理性が認められ ること

##### (ア) 2月4日の診療時に認められる事情

市内内科等医が2月4日の診療時にウィシュマ氏の治療方針を立てた  
15 際に認められる主な事情は、以下のとおりである。

##### a ウィシュマ氏の体重変化

ウィシュマ氏が名古屋入管収容場に収容された令和2年8月20日  
の体重は身長158.0cmに対し84.9kgであり、1月25日の時  
20 点では71.5kgであって、入所時から約6か月間で13.4kg減少  
した。また、2月4日の診療時の体重は69.9kgであり、名古屋入  
管収容場収容時から15kg、1月26日の診療時から10日間で  
1.6kg減少していた（診療録（乙80資料1））。

なお、市内内科等医は、ウィシュマ氏の体重について、看護師等か  
25 ら口頭で報告を受け、約4か月で約12kg減少していると認識してい  
た（乙80・15頁、市内内科等医（第20回）19頁）。

#### b 1月25日に行われた血液検査

1月25日に行われたウィシュマ氏の血液検査では、白血球数、ヘモグロビン量、ヘマトクリット値、MCV、CRP定量についてはいずれも基準値を上回る数値となっており、HDLコレステロールについては基準値を下回る数値となり、それに伴い、LDL/HDL比は基準値を上回る数値となっていたが、ほかの数値はすべて基準値の範囲内であった（乙80・6頁）。

上記血液検査結果を見て、庁内内科等医は、異常値が認められる項目はあるもののその程度は軽微であり、診療時点で特定の疾患を診断できる状況ではないが、今後の経過を観察しておく必要があると判断した（庁内内科等医（第20回）6～8頁、乙80・7頁）。

#### c 1月26日に行われた1回目尿検査

1回目尿検査では、蛋白質「+」、潜血「3+」、ケトン体「+」という結果であった。なお、採尿時、ウィシュマ氏は生理中であった。（乙80資料2の2）

庁内内科等医は、ケトン体「+」の結果については、ウィシュマ氏の体は食べられないことにより糖質が不足している状態であることが認められたため、食べられない原因を探ること、必要に応じて糖質を補給する方向にもっていくことが必要であると考えた（庁内内科等医（第20回）9～11頁）。もっとも、1回目尿検査は、生理中に行われたものであったことから、尿検査の信頼性が低いと考え、看護師に取り直しを指示した（庁内内科等医（第20回）9頁）。

#### d 診療録の記載

診療録（乙80資料1）には、庁内内科等医による記載のほかに、以下の記載がある。庁内内科等医は、2月4日の診療前にこれらの記載を確認していた。

1月18日の欄に、看護師による「看護師のアドバイスがほしいと情報得、訪問する。活気あり。」「考えごとがあること、胃液様のものがあがるので食べるのが不安。」との記載

1月19日の欄に、看護師による「なんらかの不安や考えごとが胃腸に影響したものとする」との記載

1月20日の欄に、看護師による「11/20から-7kg。本人はやせ願望あり」、「医師に相談した方がよい、診療（外の病院に行くことも含め）を促すが頑として拒否」、「BMI 28 標準体重54.78kg」との記載

1月28日の欄に、看護師による「食欲もどおり嘔吐なし。昨日バレーボールしていた。腹痛、胸部痛軽減したと元気アピールが強い。口唇と足のしびれを強く訴える」との記載

2月1日の欄に、看護師による「胃腸症状軽減に伴い、一気に食物を摂取した為に嘔吐出現。カレーライス、パン、バター、ジャム、油がし、飲み物等。摂取後嘔吐に至っている様子。」との記載

#### e 1月28日の診療時の問診

1月28日のウィシュマ氏の問診は、シンハラ語の通訳人を通じて行われたが、ウィシュマ氏との意思疎通に支障等はなかった。

ウィシュマ氏は、足が痛い、しびれがある、唇もしびれるということ訴えたが、食べたいのに食べられない、吐いてしまうなどの訴えはなかった。

問診の際のウィシュマ氏の顔色や受け答えの様子に特段変わったところはなかった。

（以上につき、庁内内科等医（第20回）12頁）

#### f 看護師から情報提供

庁内内科等医は、2月4日の診療の前に、看護師から、ウィシュマ

氏が拒食と過食を繰り返すという既往があることを聞いた。

また、庁内内科等医は、看護師から、ウィシュマ氏は、食べることに  
対する意欲はあるがなかなか食べられないという状態であるとの報  
告を受けていた。

#### g 2月4日の診療時の問診

2月4日のウィシュマ氏の問診は、シンハラ語の通訳人を通じて行  
われたが、ウィシュマ氏との意思疎通に支障等はなかった。

ウィシュマ氏は、睡眠が取りにくいこと（不眠）、吐き気があり、実  
際に吐いてしまったこと、食事がとれていないこと、過食と食事がと  
れないことは、以前もあり、直前にもあった（繰り返していた）こと、  
胸が痛いことを訴えたが、歩けないと話したことはなかった。

問診の際のウィシュマ氏の顔色や受け答えの様子に特段変わったと  
ころはなかった。

（以上につき、庁内内科等医（第20回）19頁）

#### （イ）2月4日の診療時点の治療方針（庁内内科等医（第20回）17～24頁、乙80・15頁）

庁内内科等医は、ウィシュマ氏に生じている苦痛の原因となる疾患に  
ついて確定診断をしようと考えていたところ、ウィシュマ氏が訴えてい  
る嘔吐や吐き気の原因として食道炎（胃食道逆流炎）・胃炎の可能性ある  
いは悪性の胃がん等の存在がある場合を考え、専門医によって消化器の  
器質的疾患の有無を精査する必要があると判断し、外部医療機関である  
消化器内科の受診を指示した。

また、庁内内科等医は、嘔吐や吐き気の解消・抑制のため、食道炎（胃  
食道逆流症）・胃炎に有効であるランソプラゾールOD錠（胃炎・食道炎・  
消化性潰瘍治療薬）15mgを夕食後に1錠、ナウゼリンOD錠（消化管  
運動改善剤）10mgを1回1錠（1日3回まで）という処方をして機能

的疾患に対する治療は続けながら、仮に消化器内科において器質的疾患が認められなかった場合には、ウィシュマ氏には精神的な症状である過食と拒食を繰り返すという既往があることから、ウィシュマ氏の体調不良の原因となる疾患としては精神的な疾患の可能性があるのではないかと疑い、精神科の受診も考慮する必要があるとの治療方針を立てた。

(ウ) 庁内内科等医が立てた治療方針には医学的合理性が認められること

a 一般的に、内科医は、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という診療のプロセスを立てる。また、吐き気の原因として、身体表現性障害（身体化障害）や詐病を疑うこともある（野村証人20頁・スライド番号33）。

b これを前提に(ア)の各事情をみると、1月25日の時点でのウィシュマ氏のBMIは28.8であり、ウィシュマ氏の体重は、欧米では過体重と分類される程度のものである。また、ひと月当たりの体重減少率でみると、約3%の減少というペースであり、医学的な介入を要する病的な状態を示唆する体重減少とまではいえない（野村証人17頁・スライド番号25）。また、1月25日から2月4日までの10日間に1.6kg減少したことについても、通常の診療では、医師は「すごく減ったなとか、そういった具合に感じるものではない」程度のものである（野村証人21頁）。

次に、1月25日の血液検査の結果については、直ちに何か特段の医療的な措置を取る必要は全くないと判断できるものであり（野村証人16頁）、栄養状態、腎機能、肝機能、炎症反応、貧血の有無や甲状腺機能等に大きな異常がないことが確認できるものであった。

また、1回目尿検査については、「ウロpees S」と呼ばれる試験紙を用いて行われる定性的な検査が行われたところ、医師は、尿ケトン

5 体等の検査結果を補助的に指標として利用するにとどまるものであつて、血液検査の結果や他の症状、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ものである<sup>15</sup>。1回目尿検査ではケトン体「+」の結果が出たが、上記の体重減少の経過を踏まえると、内科医であれば、脂肪が燃えて体重が減っている状態を表しているものと捉えられ、経口摂取を促すことによってケトン体は消えるであろうと考える程度のものである(野村証人16頁・スライド番号24)。また、ウィシュマ氏は、同月26日の時点で生理中であったが、通常、飢餓状態や極端な栄養不足の状態の場合、多くの女性は、月経異常が生じて月経が止まる。同時点でウィシュマ氏に生理があったということは、ウィシュマ氏が飢餓状態や極端な栄養不足の状態ではなかったことを示唆するものである(野村証人17頁)。

15 以上のとおり、2月4日の診療時において、ウィシュマ氏の内科的所見には大きな異常がなく、すぐに特定の疾患を示唆するものは見当たらず、ウィシュマ氏の食思不振が改善すればケトン体「+」も解消することが見込まれた。そのため、専門医によって消化器の器質的疾患の有無を精査しつつ食思不振の原因となる疾患について確定診断を進めるというプロセスを取ることは、医学的にも合理性が認められた。

20 c 加えて、ウィシュマ氏は、日本という異国の地で6か月以上名古屋入管収容場に収容されていたのであり、通常とは異なる生活環境の中で相当の精神的な負荷が生じていたことは優に認められる。そして、食思不振の原因として、うつ病を初めとして、様々な精神的疾患が隠れている可能性があり、精神科医による治療が行われることで改善することがある(以上につき、野村証人20頁・スライド番号33)。

<sup>15</sup> ウロピースSの添付文書には、「測定結果に基づく臨床診断は、臨床症状や他の検査結果等と併せて、担当医師が総合的に判断してください。」と記載されている(乙38資料2)。

また、庁内内科等医は、2月4日の診療前に看護師から、同日の診療時にウィシュマ氏本人から、以前に拒食と過食を繰り返したことがあり、直近でもそのような症状になっていたことを聞いていた（庁内内科等医（第21回）22頁）。さらに、庁内内科等医は、同診療時まで、2月1日の欄の冒頭に「胃腸症状軽減に伴い、一気に食物を摂取した為に嘔吐出現。カレーライス、パン、バター、油がし、飲み物等。」と記載されているのを確認し、「食べる意欲が強い余り一遍に食べてしまい、そのため吐いてしまうというような現象があったと考え」ていた（庁内内科等医（第20回）17頁）。このように、ウィシュマ氏の食思不振が精神的疾患を原因とするものではないかと疑うに足りる事情が存在し、庁内内科等医はそれを把握していた<sup>16</sup>。

以上のとおり、庁内内科等医は、専門医によって消化器の器質的疾患の有無を精査しつつウィシュマ氏の食思不振の原因について追究し、仮に消化器内科の診療において器質的疾患が認められなかった場合には、ウィシュマ氏には過食と拒食を繰り返すという精神的な症状の既往があることから、ウィシュマ氏の体調不良の原因となる疾患としては精神的な疾患の可能性があるのでないかと疑い、精神科の受診も考慮する必要があるとの治療方針を立てたものであり、これら一連の判断には、医学的に見て合理的な理由がある。野村証人も、「これは極めて妥当な診断プロセスだろうというふうに私は考えています。」と評価している（野村証人19頁）。

d また、吐き気の原因究明のプロセスとして、一般的に、内科としては、上部消化管の器質的疾患をまず第一に疑うべきであるとされてい

<sup>16</sup> 2月4日の診療後の事情となるが、看護師も、「嘔気の原因について、中枢性を疑う脳圧上昇や前庭症状もない。また末梢性を疑う症状は、胃食道性逆流症はあるが、潰瘍など認めず。睡眠不足は持続、夜間時々大声をあげたり、唸り声は認める。医師の予想通りの精神性が強い印象。」（甲4の3別紙6・39頁）と評価している。

る。上部消化管は、内視鏡を使わないと精査できないため、内科医としては、専門的な技術を持った消化器内科専門医に当該患者を紹介することになる。庁内内科等医は、最初にウィシュマ氏を庁外の消化器内科に受診させるという上記のプロセスに沿った対応をしているのであって、野村教授も、「2月4日の診療時における消化器内科への受診指示というのは、適切な判断であったと考えられます。」と評価している（以上につき、野村証人19～20頁）。

e 以上のとおり、2月4日の診療時に庁内内科等医が立てた治療方針には医学的合理性が認められる。

イ 2月18日に庁内内科等医が立てた治療方針には医学的合理性が認められること

(7) 2月18日の診療時に認められる事情

庁内内科等医が2月18日の診療時にウィシュマ氏の治療方針を立てた際に認められる主な事情は、以下のとおりである。

a 2月5日に庁外の消化器内科を受診したこと

庁内内科等医は、ウィシュマ氏を外部医療機関の消化器内科に受診させるため、診療情報提供書を作成した（甲5・左上の数字で58～59頁、乙80資料第3-1）。

庁内内科等医は、上記診療情報提供書の傷病名欄に「悪心嘔吐（反復 吐血）」と記載し、現病歴・治療の経過欄に「過食と悪心嘔吐があり、繰り返しています。吐物に血液が混入したこともあるとのことでした。体重が入所後4か月で12kg減少しています。スクリーニング採血では、軽度WBC・CRP上昇以外は特記すべき異常を認めませんでした。消化器器質疾患R/Oにつきまして、御高診願います。」と記載した。

ウィシュマ氏は、2月5日に庁外の消化器内科を受診した。

5 庁外の消化器内科医は、ウィシュマ氏に高度の逆流性食道炎が生じていることを疑い、胃カメラ検査を行ったが、所見はほとんど認めなかった。また、同消化器内科医は、ウィシュマ氏には胃酸の逆流があると疑い、庁内内科等医が処方していたランソプラゾールの処方を継続すべきと考え、その旨を診療情報提供書に記載した。なお、診療情報提供書には、ウィシュマ氏が生命維持のための点滴を要する状態であるとの記載はなかった。

10 ウィシュマ氏が受けた胃カメラ検査の結果は、上部内視鏡検査報告書に記載されており、食道については「異常所見なし」、胃については「良性びらん」、十二指腸については「異常所見なし」であり、潰瘍等  
は見当たらないというものであった。

#### b 2月15日に実施された2回目尿検査

2回目尿検査では、ウロビリノーゲン「3+」、ケトン体「3+」、蛋白質「3+」という結果であった。

#### c 2月16日の庁内整形外科医の診療

15 ウィシュマ氏は、同月16日に庁内整形外科医の診療を受けた。ウィシュマ氏は、頭、首、全身がしびれる、口の周りもしびれると訴えたが、運動神経の機能が失われているような症状は認められなかった。庁内整形外科医は、ウィシュマ氏のしびれの原因は、精神的な、あるいは神経学（神経内科）的な要因ではないかと考え、診療録に「mental or neurologicな要因か 整形疾患ではないでしょう」と記載した。なお、診療録には、ウィシュマ氏が生命維持のための点滴を要する状態であるとの記載はされていない。

#### d 診療録の記載

25 診療録（乙80資料1）には、庁内内科等医による記載のほかに、以下の記載がある。

2月9日の欄に、看護師による「睡眠状況、食事摂取量について引き続き気をつけ、記録することを依頼。」との記載

2月15日の欄に、「#嘔気持続」、「徐々に食欲出てきている。又、嘔吐そのものは改善傾向だが、一気に食べる為、嘔気出現」との記載

5      e      **2月18日の診療時までの状況**

庁内内科等医は、2月18日のウィシュマ氏の診療時までに、庁外の消化器内科医が作成した診療情報提供書及び上部内視鏡検査報告書、2回目尿検査、同月16日の庁内整形外科医の診療結果並びに前記診療録の記載を含む医療記録を確認した。

10      なお、庁内内科等医は、同月18日の診療の際に、2回目尿検査の結果を看護師若しくは他の職員から口頭で報告された記憶がないものの、通常、指示した検査が実施されて結果が判明している場合には次の診療時に看護師等から示されるため、庁内内科等医は、同日の診療の際には、2回目尿検査の結果の報告は絶対にされていると思う旨証言した（庁内内科等医（第20回）43頁）。同証言のとおり、検査を指示した医師にその結果が報告されないことは、通常想定されず、庁内内科等医の上記証言は不自然とはいえない上、本件において、庁内内科等医に2回目尿検査の結果が報告されなかったと認めるに足る証拠はないことからすると、庁内内科等医は2回目尿検査の結果を確認したものと認められる。

15      f      **2月18日の診療時の問診**

2月18日のウィシュマ氏の問診は、シンハラ語の通訳人を通じて行われたが、ウィシュマ氏との意思疎通に支障等はなかった。

25      ウィシュマ氏は、吐き気があり、吐いてしまうことを訴えたが、歩けないという話はしなかった。ウィシュマ氏の顔色や受け答えの様子は特に問題がなく、同月4日の診療時と比べても特に変わりはない

た。庁内内科等医は、見える範囲でウィシュマ氏に黄疸やむくみの有無や皮膚の状態について視診等をしたが、確認できなかった。また、ウィシュマ氏をより近接して観察している看護師等からも、黄疸やむくみの有無について報告はなかった。

5 (以上につき、庁内内科等医 (第20回) 28～29頁)

(イ) 2月18日の診療時の治療方針 (主として庁内内科等医 (第20回) 24～36、42～45頁、乙80・23～24頁)

10 ウィシュマ氏は、前記のとおり、2月5日に庁外の消化器内科医の診療を受け、同月16日に庁内整形外科医の診療を受けたが、いずれの医師によっても、何らかの器質的疾患があるとの判断はされなかった。また、いずれの医師によっても、ウィシュマ氏が入院や点滴が必要となるような重篤な状態であるとの判断はされなかった。

15 取り分け、ウィシュマ氏については、同月16日の診療室の整形外科医の診療において、しびれの原因として整形外科的な要因は除外され、残る原因としては、「mental or neurologicな要因か」とされていて、「mental」、つまり、精神疾患の可能性が示唆されていた。庁内内科等医も、ウィシュマ氏については、精神的な症状である過食と拒食を繰り返す既往があったため、精神的な疾患の可能性がより強いと考えた。

20 庁内内科等医は、2回目尿検査のケトン体「3+」という結果はあったものの、同月18日の診療当時、ウィシュマ氏に黄疸やむくみ、大きな血圧上昇、意識障害は認められず、クスマウル呼吸も認められないなど、全身状態に変化が認められておらず、1回目の血液検査の結果もほぼ正常であったこと等から、ウィシュマ氏が喫緊に対応する必要がある重篤な状態 (重症) に至っているとは考えなかった。また、庁内内科等  
25 医は、ウィシュマ氏に嘔吐はあるものの、食事やOS-1は摂取していると看護師等から聞いており、診療録にも「徐々に食欲出てきている。」

と記載され、精神的な対応をすることにより喫食を期待すべきものと考えた。以上の点を考慮し、庁内内科等医は、2月18日の診療の時点で、ウィシュマ氏の体調不良の原因が、器質的なものではなく、心因的なものである可能性を考慮して、まずは精神科の受診をさせることにした。

5       なお、庁内内科等医は、ウィシュマ氏が外部医療機関の精神科を受診した後、その診療の結果を踏まえて、今後の診療方針を決定することとした。

(ウ) 庁内内科等医が立てた治療方針には医学的合理性が認められること

10       前記のとおり、庁内内科等医が2月18日の診療時に立てた治療方針は、2回目尿検査の結果を踏まえつつも、ウィシュマ氏の全身状態や血液検査の結果を踏まえ、外部医療機関の精神科に受診させる方針を維持するというものであった。この治療方針に医学的合理性があるといえるかどうかを検討するに当たっては、庁内内科等医がどのような判断から上記治療方針をとったのかという観点が重要である。

15       まず、2回目尿検査の結果から検討すると、その結果は、ウロビリノーゲン「3+」、ケトン体「3+」、蛋白質「3+」であった。

20       ケトン体についてみると、ケトン体「3+」は、ケトン体強陽性を示すものであり、血中ケトン体が増えてケトosisであったことを推定させるものであった。他方、尿糖はマイナスであり、ウィシュマ氏はインスリン分泌がある状態であったと認められる。このように、ウィシュマ氏は、糖尿病患者ではなく、インスリン分泌がある状態であり、インスリン分泌があればケトosisの進行はある程度抑えられるから、ケトosisがそのまま進行してケトアシドーシスに至ることを予想することを直ちに予想すべきものではなく、この時点でケトン体「3+」であることを理由に直ちに医療的介入が必要であると断定することはできない。

25       インスリンは、糖質を口にすることによって分泌されるため、食思不振

の原因を究明してこれを改善することができれば、ウィシュマ氏が糖質を摂取することにより、ケトン体強陽性の状態は解消されることが見込まれるものである。そして、ウィシュマ氏については、過食と拒食を繰り返すなどの既往があり、食思不振について精神的な疾患の要因もうかがわれたところ（庁内整形外科医も同旨の見立てをしていたことは前記のとおりである。）、2月15日当時は、ウィシュマ氏は、徐々に食欲が出てきている状態であり、嘔吐そのものは改善傾向にあるとされていた。また、同月18日の診療時の問診でも、ウィシュマ氏は、通訳を通じてやりとりができており、意識障害等は認められず、明らかなケトアシドーシスが生じていたとは認められない状態であった。

以上のことを踏まえると、まずは、ウィシュマ氏の食思不振の原因を究明し、ウィシュマ氏が安定的に喫食をして糖類を摂取することができるようになるため、精神的な疾患について精神科受診のプロセスを進めるのが相当であるとした判断には合理性が認められる。

この点、野村教授も、庁内内科等医が、2月18日の診療当時のウィシュマ氏の表情や問診でのやりとり、それまでの診療時との変化、2回目尿検査の数値と見合うような身体の状態が認められるかを総合的に考慮し、直ちに血液検査等を行うことなく、同月4日に立てた診療方針を維持して、ウィシュマ氏に食事を食べさせるべく、同人の食思不振の原因を突き止めるために外部医療機関の精神科に紹介するという診断のプロセスを進めたのであり、この判断は妥当であったと見ているところである（野村証人23、26～27頁・スライド番号39、43）。

なお、庁内内科等医が外部医療機関の精神科に紹介するという診断のプロセスを進めた点については、3月4日にウィシュマ氏を診療した<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> 庁内内科等医が2月18日の診療時にウィシュマ氏を外部医療機関の精神科に受診させる

精神科医も、ウィシュマ氏の問診をし、脳CTを行うなどした上で、「症状出現時期と帰国希望から日本に残りたいと変更した時期と合う為、精神的に影響し、心因性の障害をおこしたものである（脳神経内科等よりは精神科妥当）」と評価している（甲5・左上の数字で36頁）。このことは、庁内内科等医の治療方針が医学的に正しいものであったことを裏付けるものである。

次に、ウロビリノーゲンについてみると、ウロビリノーゲン「3+」という結果は、肝臓に何らかの障害が起こっている可能性を示すものであり、庁内内科等医も同様の認識をしていた。しかし、2月18日の診療時において、ウィシュマ氏には倦怠感や黄疸といった臨床所見はみられず、重篤な肝機能障害に至っていたとは考え難い状況であった<sup>18</sup>。前述したとおり、後の剖検によっても肝機能障害が否定されていることもこのことを裏付ける。そのため、庁内内科等医が、ウィシュマ氏に大きな肝機能障害はないと判断し、同月4日の治療方針を維持したことが、不適切であったとはいえない（以上につき、野村証人24頁・スライド番号40）。

また、たんぱく質についてみると、たんぱく質「3+」という結果は、腎機能障害を疑わせるものであり、庁内内科等医も同様の認識をしていた。しかし、2月18日の診療時において、ウィシュマ氏にむくみといった臨床所見はみられず、重篤な腎機能障害に至っていたとは考え難い

---

と判断した後、実際にウィシュマ氏が庁外の精神科を受診したのは3月4日であって、約2週間を要しているが、名古屋入管職員は、2月18日の診療における庁内内科等医の指示を踏まえ、同日中に、名古屋市内の2つの精神科医療機関にウィシュマ氏の受診を申し込んだものの、いずれも対応できないと回答され、同月19日に庁外の精神科にウィシュマ氏の受診を申し込んだところ、3月4日であれば診療可能であるとの回答があり、同日の受診が決定したものである（甲4の1・41～42頁）。

<sup>18</sup> 他方、ウィシュマ氏には便通障害があり、それがウロビリノーゲン「3+」の原因であった可能性も指摘されている（野村証人24頁・スライド番号40）。

状況であった。そのため、庁内内科等医が、ウィシュマ氏に大きな腎機能障害はないと判断し、同月4日の治療方針を維持したことも、不適切であったとはいえない（以上につき、野村証人24頁・スライド番号40）。

5                   このように、2月18日の庁内内科等医が立てた治療方針は、医学的合理性が認められるものであった。

#### ウ 小括

これまで述べてきたとおり、2月4日及び同月18日の診療時に、庁内内科等医が立てた治療方針には医学的合理性が認められる。

#### 10           (4) 治療方針に関する今川医師の評価は信用できないこと

##### ア 医師が治療行為について負う具体的な注意義務の内容やこれを検討する際の留意点に関する今川医師の証言等

15                   今川医師及び下医師は、今川・下医師意見書（その2）において、「今回、その対象者（ウィシュマさん）は死亡したのであり、診療経過を振り返ることは、どの時点で、またどの視点を持って死亡に至る変化に気付くべきであったかを後方視的に検討し、二度と死亡事故を起こさないように、次の処遇につなぐべき性質を自ずと有していることと考える。」とした上で、  
「同意見書（引用者注：野村意見書）からは、その姿勢が全く感じられず、ウィシュマさんの死への転帰についての考察が何もなされていない。」と野  
20                   村意見書を批判する（甲103・2頁）。

25                   また、今川医師は、証人尋問において、上記の「後方視的に検討し」の意味について尋ねられた際、「私が考えたのは、1人の方が亡くなったわけですから、普通患者様が亡くなられると、死因を確かめるために病理解剖、そしてCPCといって、臨床医と病理医が一緒になって究明しようとしています。このウィシュマさんに関しても、死因を特定することが病理学的に確定ということが難しかったと聞いています。私たちは、医者としては、二

度と患者様の死亡することのないように、原因が分からないで亡くなった場合には、そのように検討会を開いて、こういう経過でこういうような臨床データがあって、こういう症状があった。それで、生前は分からなかったんだけど、答え合わせのように病理医がここの部分に問題があった。実はこういうことであったという、これからの医療に生かすための検討会を行います。そういうような場合、やはり患者様が亡くなられているわけですし、また亡くなられている間に様々の症状があって、一部ではありますが記録も残されていました。その中からウィシュマさんの病態の手掛かりを見付け、そしてもう遅いことではありますけれども、診断をして、どうすれば、どの時点で介入すれば助かったのか。これは、臨床では患者様が亡くなられた場合に行う医学上の手続です。それをレトロスペクティブ、後方視的ということかもしれませんが、例えばこれはもう臨床検討会ではないから、後方視的に考えるべきものではないと私は思っていないんです。同じようなことが起こらないように、施設の中で不幸にもこのことが起こって、ウィシュマさんが身を挺して亡くなられたんです。ウィシュマさんが亡くなられて、処遇が問題だったのか、診断が問題だったのか、治療が問題だったのか。これは、別に臨床検討会じゃなくても、これからの入国管理局収容所の処遇や医療に対しての、ウィシュマさんが残してくださった教訓だと、私たちはそれに学んで、どういうことをすればよかったのか。それは必然的に医学の手続として、私は自然に考えました。医者は、きっと亡くなった方を見て、その振り返りを行うと考えますので、そのような意味で、後方視的なというふうに考えています。」と証言した(今川証人32頁)。

## イ 前記アの今川医師の考え方は国家賠償請求訴訟である本件では妥当でないこと

前記アの証言からすると、今川医師は、ウィシュマ氏が死亡したという

事実を重視し、「医療事故調査のように、インシデントやアクシデント事例について、なぜそのような出来事が発生したのかを振り返って分析し、その事故の根本原因を特定するRCA (Root-Cause-Analysis) と同様の観点に立ち、「二度と死亡事故を起こさないように、次の処遇につな」げるとい

5 う再発防止に向けた行政的な目的」に基づいて（乙65・2～3頁）、庁内内科等医の判断を評価して証言したものと認められる。

被告は、今川医師のように、再発防止に向けた行政的な目的に基づいて本件の経緯を振り返ることの必要性や重要性を否定するものではない。そして、出入国在留管理庁は、既述のとおり、ウィシュマ氏の死因を特定することはできず、その死亡の主たる要因や死亡に至るまでの具体的機序を前提とした検討を行うことまではできなかったものの、「本件のような死亡事案の再発を何としても防ぐという強い決意をもって、死亡に至る一連の対応の当否について、可能な限り客観的な資料に基づいてしっかりとした検証を行うとの観点から、有識者から御意見・御指摘をいただきながら、

10 幅広く問題点を抽出し、掘り下げて検討を行」い（甲4の1・66頁）、その成果として、調査報告書（甲4の1～3）を作成し、公表した。

しかし、本件は、庁内内科等医の治療義務違反が問われている国家賠償請求訴訟であり、再発防止に向けた行政的な目的で行う医療事故調査ではない。今川医師は、庁内内科等医の義務違反①～③・⑤があったことを「証明すべき事実」として証言を求められた証人（原告らの令和7年7月4日付け証拠申出書第1の1・1～3頁）である。

15 20

前記(2)で述べたとおり、医師の治療義務違反の有無を判断する際には、行為時（治療を実施した時点）までの事情を基礎としなければならない、行為後の事情を考慮することはできない。これとは逆に、今川医師は、むしろ積極的に後方視的な視点を取り入れて、庁内内科等医の治療義務違反の有無に関する証言をしており、その前提に誤りがあるといわざるを得ない。

25

ウ 庁内内科等医の治療方針に関する今川医師の証言は、その内容に医学的合理性が認められないこと

(7) 治療方針に関する今川医師の証言

今川医師は、2月4日の診療時の庁内内科等医の治療方針について、  
「ウィシュマ氏は衰弱していきましてし、吐き戻していきましてし、しびれや脱力、意識障害を呈していたわけですから、内科的な機能疾患を疑って、内科的に、まずきちんと診療をし診断をし、治療につなげるべきでした。精神科は、全ての内科的疾患がルールアウトできてから依頼する。それが鉄則です。」と証言した（今川証人25～26頁）。

(イ) 前記(7)の今川医師の証言に医学的合理性がないこと

a 今川医師のいう「鉄則」は合理性がないこと

今川医師による「精神科は、全ての内科的疾患がルールアウトできてから依頼する。」という見解は、今川・下医師意見書（その2）でも指摘されている。同意見書では、「患者が苦しんでいる症状が本当に「精神科」領域の疾患由来のものと言い切るためには、内科で徹底的に症状の原因を精査することが必要である。「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るべきである」という鉄則が、内科・精神科の関係には存在する。」と述べられている（甲103・7頁）。

しかし、そのような「鉄則」が臨床医学の実践として定説であるとの根拠は示されていない。今川医師は、「鉄則」であるとの結論はいうものの、なぜ、全ての内科的疾患を除外してからでないと精神科に診療を依頼してはならないのか、それが「鉄則」といえるほどに遵守しなければいけない準則であるのか、医師において常識といえる程度に周知されているものなのかなどの点について、全く説明していない。

そもそも、ウィシュマ氏の「悪心 食欲不振 しびれ」の原因が精神的要因であった可能性は証拠上否定されておらず、むしろ、前記(3)

ウ(イ)のとおり、庁内整形外科医も精神的な疾患を疑っていたほか、庁外の精神科医も精神科相当との意見を述べている。仮に、ウィシュマ氏の「悪心 食欲不振 しびれ」の原因が精神的要因によるものであったと特定された場合、庁内内科等医の治療方針によってウィシュマ氏の症状の原因が解明されたことになる。他方で、この場合に今川医師の「鉄則」に従っていたとすると、全ての内科的疾患を除外するために多種多様の検査や医師による診療を繰り返すことになり、その検査や診療を行って精神科の診療を後らせている間はウィシュマ氏の症状の原因解明は遅れることとなって不合理である。

このように、今川医師のいう「鉄則」に従えば、上記のとおり、多種多様の検査や医師による診療を繰り返すことになるが、それは、通常の医師の診療の進め方からはかけ離れている。前記(2)イで野村教授が述べているように、医師の診療の目的は、患者の主訴の原因を特定し、その苦痛、訴えを改善し、取り除くことにある。したがって、その診療の進め方は、患者の問診によって、性別、年齢、病歴、生活習慣等を詳しく聴取し、目の前の患者の身体所見を取り、そのような所見から医師の医学的知見に基づき仮説を立てて、その診断に必要な検査を優先順位をつけて進め、その結果を踏まえて新たな診療方針を立てるというものである。やみくもに多数の検査を網羅的に行うことは、少なくとも医療法上、保険診療上で認められているものではない。また、専門性が進んだ現在の医療現場では、様々な診療科と協力しながら診断のプロセスを進めていく「チーム医療」が重要とされており、合理的な理由もないのに精神科よりも内科を優先するという考え方は、現在の医療現場とも整合しない(以上につき、野村証人13～14頁・スライド番号17)。

以上のとおり、今川医師のいう「鉄則」は、医学的合理性を欠いて

いる。

**b 今川医師は、ウィシュマ氏の全身状態を的確に把握しておらず、この点でもその評価に医学的合理性が欠けていること**

今川医師の「ウィシュマ氏は衰弱していきましたし」との証言からも明らかなおと、今川医師は、2月4日より後のウィシュマ氏の状況を「衰弱している」と評価した上で、これを考慮していることが明らかである。

仮に、今川医師の上記証言が言い間違いで、2月4日より後のウィシュマ氏の状況を指したのではなく、同日以前のウィシュマ氏の状況を踏まえて述べたものであったとしても、ウィシュマ氏は、1月27日にバレーボールをしており、同月28日及び2月4日に庁内内科等医が診療した際も、受け答えも問題なくでき、顔色にも異常を感じさせない状態であったから、同日までの体調不良について、「衰弱していた」との評価が妥当であるかは疑問がある。また、今川医師が、同日以前のウィシュマ氏の様子の中の部分をもって「衰弱している」と評価したのかは不明である。

同様に、今川医師が指摘した「意識障害」についても、2月4日より以前のウィシュマ氏にどのような意識障害があったのかは明らかにされておらず、同日より後のウィシュマ氏の様子をもって意識障害と評価しているものと解される。また、今川医師の証人尋問では、意識障害がみられたとの結論が示されるだけで、ウィシュマ氏のどの具体的言動をもって意識障害が生じていると評価したのかは必ずしも明らかではない。

このように、今川医師は、医師の注意義務違反の有無を評価する前提となるウィシュマ氏の全身状態を的確に把握しないで根拠なく決めた上で証言しており、その評価には医学的合理性が欠けている。

## エ 小括

以上のとおり、庁内内科等医の治療方針に関する今川医師の証言は、その内容に医学的合理性が認められず、信用できない。

### (5) 結語

5           以上のとおり、庁内内科等医の治療義務違反の有無に関する今川医師の意見・証言は、その前提において誤りがあり、およそ信用できない。これに依拠する原告らの主張も理由がないことが明らかである。

## 4 庁内内科等医の義務違反①～③は認められないこと<sup>19</sup>

### (1) はじめに

10           原告らが主張する義務違反①～③は、「〇〇すべきであったのにしなかった」というものであり、庁内内科等医が立てた治療方針とは別の治療方針を指摘して、後者の方が最善であったのにそれをしなかったと主張するものである。

15           しかし、前記3(2)で述べたとおり、「(治療方法Aではなく) 治療方法Bを実施(選択)すべき義務があった」との主張がされる場合、治療方法Bを選択すべき必要性の程度が問題となることはいうまでもないが、医学的合理性が認められる治療方法が複数存在する場合、そのいずれを実施するかは、医師の裁量の範囲内の問題であり、いずれか一方の治療方法を選択すべき義務は生じない。つまり、治療方法Aを実施することにも合理性があったのであれば、治療方法Bを実施すべき義務があったとはいえない。

20           そして、前記3のとおり、庁内内科等医が立てたウィシュマ氏の治療方針には医学的合理性が認められるものであるから、庁内内科等医は、原告らが

---

<sup>19</sup> 従前の被告の主張は、被告第1準備書面第4の3(2)エ(イ)・45～46頁、同第4の4(2)ウ(イ)・53～54頁、被告第4準備書面第3の2(2)及び(3)・17～21頁、被告第6準備書面第1の2(2)・8～9頁、被告第7準備書面第1の5～7・10～14頁、同第2の6(1)イ～(3)・22～26頁、同第3の2(1)・28～31頁、被告第9準備書面第1の6～7・11～15頁、被告第10準備書面第3の2・16～21頁、同第4の2・22～33頁、同第6の2・40～46頁、被告第12準備書面第2の4(2)・23～24頁、同第2の6(2)・26～27頁のとおり。

義務違反①～③で主張するような治療方法を実施すべき義務があったとはいえない。また、前記2のとおり、そもそも、ウィシュマ氏の直接的な死因を特定することは困難である以上、ウィシュマ氏の死亡という結果を回避するために庁内内科等医がとるべきであった結果回避措置を特定すること自体困難である。

なお、義務違反①・②についてみると、1月25日に実施された血液検査の結果及び1回目尿検査並びに当時のウィシュマ氏の症状等からは、ウィシュマ氏に特段の病的な意味がある異常があるとまでは認められない。今川医師も、同日の採血結果がほぼ正常であったと評価しており(今川証人26頁)、それ以降、同月28日の診療時(義務違反①)又は2月4日の診療時(義務違反②)に至るまでの間に、ウィシュマ氏の症状等に特段の異常や変化が認められない以上、庁内内科等医に義務違反が成立する余地はない。この点、庁内内科等医の判断の適否に関しては、今川医師自身も、「1月25日の結果自体は、生命の危険が生じるほどではありません」、「2月15日の尿検査(引用者注:2回目尿検査)、これはウィシュマさんが救命につながる最初の症状だった、兆候だった。」などと、1月25日の血液検査及び(2回目尿検査よりも前に行われた)同月26日の1回目尿検査が、ウィシュマ氏の死亡との関係で重要ではないことを示唆する証言をしている(今川証人27～37頁)。

以上のとおり、原告らの義務違反①～③の主張については、これらを個別に論じるまでもなく、理由がないことは既に明らかであるが、念のため、個別に義務違反①～③・⑤を検討しても、原告らの主張には理由がないことについて、被告の主張を補充する。

## (2) 義務違反①について

ア 原告らが主張する義務違反①は、庁内内科等医には、遅くとも1月28日の診療の時点で、同月26日の尿検査の結果を踏まえて、看護師及び看守勤務者ら職員に対し、ウィシュマさんの水分摂取量・食事摂取量(嘔吐

の状況を含む。)、排尿・排便に関する情報を正確に記録し、報告するように指示すべきであったのにしなかったというものである(原告ら第17準備書面第1・1～2頁)。

イ まず、原告らは、「栄養・水分が不足した場合に、どれだけの補充が必要になるのか判断するためには、上記のとおり、摂食・摂取量の正確な記録と、排泄嘔吐に関する正確な記録が必須となる。」、「一般の診療所ならば、最低限、一日の摂取水分量、食事摂取量、排尿・排便の回数を記録」するなど主張する(原告ら第15準備書面第1の3・9～10頁)。

しかし、そのような記録を作成することが医師に求められる根拠(例えば、医師が診療の際に遵守する事項がまとめられた診療ガイドラインのようなもの)は一切示されておらず、原告らがいう水分摂取量・食事摂取量、排尿・排便に関する情報の正確な記録が、具体的にどのようなものであるかは明らかにされていない。なお、名古屋入管職員は、ウィシュマ氏の摂取水分量、食事摂取量、排泄嘔吐に関する記録は作成している(甲4の3別紙6参照)。原告らは、名古屋入管職員の作成した記録では不十分であると主張するものと解されるが、なぜそれが不十分であるのか、本来はどのような根拠によりどのような記録の作成が求められるのか、その根拠は一般に医療従事者に周知されているものかなど、名古屋入管職員の注意義務違反を主張するために必要な主張立証をしていない。

この点をおくとしても、医療的対応として水分量、食事摂取量の把握、管理が必要となるのは、水電解質に関し、併存疾患(心不全、尿崩症、脳内器質性疾患(特に視床下部障害)等)により調整能力が失われているような場合である。併存疾患がなく、調整能力が保持されているような場合には、患者自らが水分量を調整することが可能であり、仮に水分を摂取しすぎた場合であっても、体の調整能力により余分な水分は対外に排出され、足りない場合には自ら飲水行動を取ることができる。したがって、脱水状

態であるからといって、それから直ちに患者が摂取する水分量と排出する水分量を把握し、厳格に水分管理をすることが求められるものではない。

原告らは、ウィシュマ氏が栄養・水分が不足している状態であったことを水分量や食事摂取量の記録が必要であることの根拠として指摘するが、ウィシュマ氏に上記併存疾患は確認されておらず、体の調整能力が失われていたことを示す事情も見当たらないから、水分摂取量・排出量を厳格に管理することが必要であったとはいえない。また、食事摂取量については、前記のとおり、経口摂取内容に関する一定の記録がされており、1月28日の時点で、改めて厳格な記録を記載、報告するよう指示すべき場合であったとはいえない（以上につき、野村証人18頁・スライド番号27）。

そもそも、前記3(3)ア(ア) bのとおり、1月28日の時点では、その3日前に行われた血液検査において、異常値が認められる項目はあるもののその程度は軽微であり、ウィシュマ氏は特定の疾患を診断できる状況ではなかったのであるから、原告らがいうような水分量、食事摂取量の把握、管理が求められる状況であったともいえない。

ウ よって、義務違反①に関する原告らの主張は理由がない。

### (3) 義務違反②について

ア 原告らがいう義務違反②(2月4日の庁内内科等医診療当時の義務違反)は、庁内内科等医には、遅くとも同日の診察の時点で、1月26日の尿検査の結果及びその後の状況を踏まえて、看護師に対し、速やかに血液検査を指示して、点滴による栄養補給・補水を指示すべきであったのにしなかった(義務違反②-1)、遅くとも2月4日の診察の時点で、1月26日の尿検査の結果及びその後の状況を踏まえて、入管施設内での点滴ができないのであれば、看守勤務者らに対し、速やかに外部医療機関の受診を指示すべきであったのに、しなかった(義務違反②-2)、遅くとも2月4日の診察の時点で、1月26日の尿検査の結果及びその後の状況を踏まえて、

看護師及び看守勤務者ら職員に対し、ウィシュマさんの水分摂取量・食事摂取量（嘔吐の状況を含む。）、排尿・排便に関する情報を正確に記録し、報告するよう指示すべきであったのにしなかった（義務違反②－３）というものである。

5 イ まず、義務違反②－３については、前記(2)で述べたのと同様の理由により、原告らの主張に理由がないことは明らかである。

次に、義務違反②－１・２については、前記３(3)アのとおり、２月４日の診療時において、ウィシュマ氏の内科的所見には大きな異常がなく、すぐに特定の疾患を示唆するものは見当たらなかったものであり、生命維持のための治療として行う点滴が必要な状態でなかった（絶対的適応がなかった）ことは明らかである。したがって、原告らが主張する義務が生じているということ自体できず、義務違反②－１・２に関する原告らの主張も理由がない。

ウ 以上のとおり、義務違反②に関する原告らの主張は理由がない。

#### 15 (4) 義務違反③について

##### ア 原告らの主張

義務違反③は、庁内内科等医は、遅くとも２月１８日の診察の時点で、同月１５日の尿検査の結果を踏まえて、看護師に対し、速やかに血液ガス分析及び血液検査を指示して、飢餓状態や脱水症状等の健康状態を確認した上で、速やかに点滴による栄養補給（チアミン等）・補水をすべきであったのにしなかった（義務違反③－１）、遅くとも２月１８日の診察の時点で、同月１５日の尿検査の結果を踏まえて、速やかに、自ら検査、鑑別診断、点滴等を行うか、もしくは、看守勤務者らに対し、検査、鑑別診断、点滴等を行うことが可能な外部医療機関で受診させるよう指示すべきであったのにしなかった（義務違反③－２）、遅くとも２月１８日の診察の時点で、同月１５日の尿検査の結果を踏まえて、看護師及び看守勤務者らに対し、

ウィシュマさんの水分摂取量・食事摂取量（嘔吐の状況を含む。）、排尿・排便に関する情報を正確に記録し、報告するように指示すべきであったのにしなかった（義務違反③－３）というものである。

#### イ 義務違反③－１について

（７）義務違反③－１のうち、血液検査及び血液ガス分析を指示すべきであったとする点について

ａ ２月１８日の診療時に直ちに血液検査及び血液ガス分析を指示すべき義務があったとはいえないこと

（ａ）義務違反③－１のうち、血液検査及び血液ガス分析を指示すべきであったとする点については、２回目尿検査がウロビリノーゲン「３＋」、ケトン体「３＋」、蛋白質「３＋」という結果であったことを踏まえ、庁内内科等医において、直ちに上記の指示をすべきであったとするものと解される。

（ｂ）しかし、２月１８日の診療当時、ウィシュマ氏については、消化器内科における器質的検査においても異常が認められておらず、むしろ、過食と拒食を繰り返す既往があつて、食思不振について精神的要因が疑われており、精神科医へのコンサルトが現実的に検討されている段階であったことは既に述べたとおりである。

そして、２回目尿検査がケトン体「３＋」という結果であったことは原告ら指摘のとおりであるが、「ウロpees S」を用いた尿検査は、血液検査の結果や他の症状、診察時の所見等も踏まえ、個別・具体的な治療方針を判断するために補助的に指標として利用される定性検査である。まず、血液検査の結果については、ウィシュマ氏の血液検査は１月２５日に行われ、その数値はほぼ正常であり、２月１８日の診察段階で同検査から１か月を経えていなかった。そして、重篤なケトアシドーシスが生じていた場合には意識障害やアセトン

臭がみられるところ、ウィシュマ氏に黄疸やむくみ、大きな血圧上昇はもとより、意識障害等も認められておらず（なお、同日の診療時までにはウィシュマ氏には倦怠感や意識障害があったとは認められていない。）、喫緊に対応する必要がある重篤な状態（重症）に至っているとも認められず、むしろ、同日の診察段階におけるウィシュマ氏については、徐々に食欲が出てきている状態であった。また、ウィシュマ氏は糖尿病患者ではなく、インスリン分泌がある状態であり、インスリンは、糖質を口にすることによって分泌されるため、食思不振の原因を究明してこれを改善することができれば、ケトン体強陽性の状態は解消されることが見込まれるものである。したがって、庁内内科等医が、ケトン体「3+」であったとしても早期に血液検査等をする必要まではないと考えたとしても不合理であるとはいえず（野村証人23頁、乙62・24頁）、2回目尿検査でケトン体「3+」であったことから、庁内内科等医において、直ちにケトアシドーシスか否かを判別するために血液ガス分析及び血液検査をしなければならなかったとはいえない。

また、2回目尿検査においては、ウロビリノーゲン「3+」、たんぱく質「3+」という検査結果も出ていたが、ウロビリノーゲン「3+」という結果についていえば、2月18日の診療時において、ウィシュマ氏には倦怠感や黄疸といった臨床所見はみられず、重篤な肝機能障害に至っていたとは考え難い状況であったこと、たんぱく質「3+」という結果についていえば、ウィシュマ氏にむくみといった臨床所見はみられず、重篤な腎機能障害に至っていたとは考え難い状況であったことは、前記3(3)で述べたとおりであり、庁内内科等医において、直ちに血液検査をしなければならなかったとはいえない。

5

このような状況下において、庁内内科等医が、2回目尿検査の結果を踏まえつつも、ウィシュマ氏の全身状態や既にされていた血液検査の結果等を踏まえ、直ちに血液検査及び血液ガス分析を指示することまではせず、まずは精神科の受診をさせることし、その受診結果を踏まえて今後の診療方針を決定することとしたとしても、その判断には相応に合理性が認められる。

(c) 以上のことを踏まえると、2月18日の診察の時点において、庁内内科等医が、直ちに血液検査及び血液ガス分析を指示すべき義務があったとはいえない。

10

**b 今川医師の証言が信用できないこと**

**(a) 2回目尿検査を理由とする血液ガス分析及び血液検査について**

15

今川医師は、血液ガス分析及び血液検査の必要性について、「尿中にケトンがたくさんたまっているということは、血液中にもケトン体がたまっていると考えて、その状態をケトosisといいます。そのケトosisの原因が飢餓あるいは嘔吐などであれば、その状態が治療されないまま、どんどんケトン体が蓄積をして、いずれはケトン体で血液が酸性になってしまう。アシドーシスというのは、血液が酸性という意味です。ですので、放置した場合、ケトアシドーシスに陥る可能性が高いと考えています。」「ウィシュマさんは、軽度の意識障害は2月の上旬から呈し始めていましたし、最後には血圧も低下していました。放置しておくことで、ケトアシドーシスになってしまう。その前に、ケトosisになってしまう。その前に、ケトosisのうちに予防的に、あるいは検査をして治療をする必要があったと考えます。」「ウロビリノーゲン強陽性ということは、肝細胞性の肝機能障害、つまり肝臓の細胞に異常を来しているということですから、肝不全に進行する可能性があると思います。」「腎機能

20

25

障害の原因も分からず、どういうデータなのか血液検査もしていなければ、腎機能障害が進めば、やがて進行性の腎不全になって、透析も視野に行くような状態にならないとも限りません。」（今川証人 6～7 頁）、「まず、もし 2 月 15 日のこの 3 +、3 項目強陽性の結果を見ていましたら、そのように 1 か月後だとか、後から血液検査をするよりも、まず知りたいと臨床医であれば考えると思います。」と証言した（同 8 頁）。

しかし、ケトアシドーシスは、ケトーシスの状態が進行し、高ケトン体血症が血液の緩衝作用を凌駕した結果、血液が酸性に傾いた状態（代謝性アシドーシス）であり、インスリン分泌があれば、ケトーシスの進行はある程度抑えられる。そのため、今川医師が証言するように「ケトーシスの原因が飢餓あるいは嘔吐等であれば、その状態が治療されないまま、どんどんケトン体が蓄積をして、いずれはケトン体で血液が酸性になってしまう。（中略）放置した場合、ケトアシドーシスに陥る可能性が高い」とは当然にはいえない。この点、2 月 18 日の診療時において、ウィシュマ氏の全身状態が悪化していなかったことも前記 a で述べたとおりである。

また、今川医師は、ウィシュマ氏は「軽度の意識障害は 2 月の上旬から呈し始めていました」と証言するものの、いつのいかなるウィシュマ氏の言動をもってそのような評価をしているかは全く明らかでない。

仮に、今川医師が下医師の指摘する意識障害（下医師スライド 30）と同様のものを考えていたとしても、2 月 18 日の診療前のもので指摘されているのは「2 月 13 日：ベッドに座って意味の分からない言葉を発している」の 1 点だけであり、これは、看守勤務日誌の 2 月 11 日午前 1 時 53 分の「（ウィシュマ氏が）ベッドに座っ

て意味の分からない言葉を発している状況を確認した」(甲85の4・左上の数字で298頁)の記載に基づいたものである。看守勤務日誌の上記記載だけで意識障害があると断定することはできず(前記第3の3(3)ウ。職員がウィシュマ氏の使用する外国語(シンハラ語)を理解することができずに「意味の分からない言葉」と表現した可能性も排除できない。)、結局、今川医師が指摘する2月上旬の軽度の意識障害は、根拠不明のものというほかない。この点、2月18日の診療時において、ウィシュマ氏におよそ意識障害が認められていないことも前記aで述べたとおりである。

さらに、今川医師が「最後には血圧も低下していました」という点も、いつの時点の血圧を指しているのかは不明であり、同日の診療時より後の血圧のことを言っているのであれば、行為後の事情を指摘するものであって不相当であるし、ケトーススのうちに予防的に検査をして治療をする必要があったとする点も、ウィシュマ氏が死亡したという結果から遡って評価しているものといわざるを得ず、不相当である。

その上、肝機能障害及び腎機能障害をいう点も、今川医師は、肝機能障害あるいは腎機能障害が分かる可能性があったから早期の血液検査をすべきであった(した方がよかった)と抽象的な可能性を指摘するにとどまるところ、ウィシュマ氏には倦怠感や黄疸、むくみといった臨床所見はみられず、重篤な肝機能障害や腎機能障害に至っていたとは考え難い状況であったことに照らせば、同日の診療時において、直ちに血液検査及び血液ガス分析を指示しなかったことが不合理とはいえない。

#### (b) 飢餓状態を把握するための血液検査について

今川医師は、ウィシュマ氏の体重について、名古屋入管収容場に

収容された令和2年8月20日から1月20日までの5か月間で12.9kg減少し、体重減少率は15%を超えること、2月23日までの約6か月間で19.4kg減少し、体重減少率は22.85%であること、3月6日までの約6か月半の間で21.5kg減少し、体重減少率は25.3%であることから、ウィシュマ氏には体重の減少率が著しいと証言した（今川証人9頁・スライド24～25）。また、今川医師は、GLIM基準による低栄養診断のプロセスを踏まえ、ウィシュマ氏の体重減少率及び摂食状況を診断した場合、表現型基準（フェノタイプ基準）として、過去6か月以上の期間で25.6%の激しい体重減少率が認められること、病院基準（エチオロジー基準）として2週間以上、様々な程度の食事摂取量減少があることから、重度の低栄養状態と診断されると証言した（今川証人11頁・スライド27）。その上で、今川医師は、「ウィシュマさんがどのくらいの栄養をとれていたか。また体重の変化についてもきちんと把握し、その変化を追っていくべきだったと思いますし、まず低栄養があるかどうかを、血液検査で診断するべきであったと思います。」と証言した（同頁）。

そこで、ウィシュマ氏の体重減少の経緯についてみると、ウィシュマ氏の体重は、名古屋入管収容場に入所した令和2年8月20日の時点では84.9kgであったが、1月20日の時点では72kgに減少しており、約5か月間に12.9kg減少した。その後、ウィシュマ氏の体重は、1月25日の時点で71.5kg、2月4日の時点で69.9kg、同月18日の時点で69.5kgであった。そして、司法解剖時（3月7日）のウィシュマ氏の体重は63.4kgであり、令和2年8月20日時点の体重からは21.5kg減少した（以上につき、乙80資料1）。

しかし、ウィシュマ氏については、1月25日に血液検査が実施され、その採血結果がほぼ正常であった上、2月4日の診察の時点で、その内科的所見に大きな異常は認められておらず、すぐに特定の疾患を示唆するものもなかったことは、前記3(3)アで述べたとおりである。そして、同月18日の診察の時点でのウィシュマ氏の体重減少量が、上記血液検査の時点との比較で2kg、同月4日の診察の時点との比較で0.4kgにとどまっていたことに照らしても、同時の診察の時点で、飢餓状態を把握するために再び血液検査を行うべきものであったとはいえない。

この点、今川医師は、令和2年8月20日時点の体重と3月6日時点（司法解剖時）の体重とを比較し、ウィシュマ氏の体重が約6か月半で21.5kg減少し、その体重減少率が25.3%であったとして、GLIM基準の「意図しない体重の著しい減少」があったとしている。しかし、ウィシュマ氏の体重減少の過程を更に詳しく見ると、令和2年8月20日から同年11月20日までの間、特段の体調不良が見当たらないにもかかわらず、体重が5.9kg減少し、また、遅くとも、食欲不振、吐き気、体のしびれ等の体調不良を訴えるようになった1月15日頃までは、ウィシュマ氏に大きな体調不良は認められなかったにもかかわらず、同月20日までに、体重が更に7kg減少していた。このように、ウィシュマ氏の体重は、大きな体調不良が認められない約5か月間に12.9kg減少したものである<sup>20</sup>。今川医師も、「入所してから1月11日までの体重減少の意味と、症状が現れてからの体重減少の意味は、全く異なると思い

<sup>20</sup> 前記のとおり、司法解剖時（3月7日）のウィシュマ氏の体重は63.4kgであり、令和2年8月20日時点の体重からは21.5kg減少しているが、1月20日の時点で既に体重減少量のうち6割の体重減少があったことになる。

ます。」「1月25日の採血の結果を見ますと、2週間御飯が食べられないということでの脱水は示していますけれども、アルブミンとか栄養状態の指標は満たしていますので、それまでの間、低栄養ではなかったとは思いますが。」と証言しており（今川医師53頁）、1月20日（前記のとおり、今川医師は「1月11日までの体重減少」と証言したが、同日に体重測定は行われていないため、同月20日の言い間違いであったと認められる。）までの体重減少と同日以降の体重減少の意味合いが全く異なることや、同月25日までのウィシュマ氏の栄養状態に大きな問題がなかったことを認めている。このように、同月20日までの体重減少は、ウィシュマ氏の栄養状態に大きな問題がない中で起こったものであり、今川医師自身もその旨を認めているのに、それでもなお、今川医師が、令和2年8月20日から司法解剖時までの体重減少率をもって、「過去6か月以上、20パーセント以上、つまり25.6パーセントでしたので、体重減少率が激しかった」と評価することは、相当ではない。

さらに、「臨床検査のガイドライン JSLM2021 一般社団法人日本臨床検査医学会」132頁によると、「体重減少」とは、「一般的に6～12カ月間に通常の体重から5%以上の体重減少を認めた場合に定義される」、「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」、「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」とされており、「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（乙65・31～32頁）。また、今川医師が指摘するGLIM基準による低栄養診断のプロセスにおいても、「意図しない体重減少」であることが判断基準である旨明記されており、自分の意思による意図した体重減少であったかどうかは、重要な区分である

とされている（今川証人53～54頁・スライド26）。これらをウィシュマ氏についてみると、令和2年8月20日時点のウィシュマ氏のBMIは34.0であり、肥満（2度）に当たるものであって、同時点のウィシュマ氏の体重は「通常の体重」といえるものではなく、この点について考慮しない今川医師の証言には疑義がある。また、ウィシュマ氏は、1月20日に、看護師に対して、「私はやせたいです。」と述べていたことが認められる（甲4の3・26頁）。この発言からすると、少なくとも、1月20日時点におけるウィシュマ氏の体重減少には、「意図的」な側面もあることを否定することは困難である（乙65・32頁）。今川医師の証言によっても、今川医師が、やせ願望に基づいた体重減少は「意図しない体重減少」に当たらないとするのか否かは判然とせず、今川医師が1月20日より前のウィシュマ氏の体重減少を「意図しない体重減少」とであると認める合理的な理由は明らかにされていない。

これらの点に加えて、前記3(3)ア(i)(b)のとおり、1月25日の時点でのウィシュマ氏のBMIは28.8であり、ウィシュマ氏の体重は欧米では過体重と分類される程度のものであること、ひと月当たりの体重減少率でみると、約3%の減少というペースであり、医学的な介入を要する病的な状態を示唆する体重減少とまではいえず（野村証人17頁・スライド番号25）、1月25日から2月4日までの10日間に1.6kg減少したことについても、通常の診療では、医師は「すごく減ったなとか、そういった具合に感じるものではない」程度のものではあったこと（野村証人21頁）、同月7日の時点では同月4日から0.4kgしか減少していなかったこと等を踏まえると、ウィシュマ氏の体重減少をもって、同月4日及び同月18日の診療時に、飢餓状態を把握するために血液検査をしなければなら

らない状態であったとはいえない。よって、今川医師の証言から、  
飢餓状態を把握するために血液検査をすべきであったとはいえない。

**(c) 被收容者申出書の筆跡の変化に関する証言について**

今川医師は、被收容者申出書のウィシュマ氏の筆跡の変化を指摘  
した上で、「被收容者申出書」の筆跡の経緯は、これらの悪化の軌  
跡である。その筆跡は、亡くなるまで十分な診察や生体検査を受け  
られず、苦痛に対する適切な治療も、救命処置も受けることができ  
なかったウィシュマさんが遺した、重要なメッセージと考える。」と  
証言した（今川証人22～27頁・スライド46～50、52）。

しかし、被收容者申出書は、庁内内科等医が見ることを予定した  
書類ではなく、現に庁内内科等医は見えていない（庁内内科等医（第  
21回）26頁）。また、2月22日付け及び3月4日付けの被收容  
者申出書は、2月18日の診療以降に作成されたものであり、庁内  
内科等医の治療義務を判断するに当たって考慮することはできない。

以上より、被收容者申出書のウィシュマ氏の筆跡の変化を考慮し  
て庁内内科等医の治療義務を判断すべきものとはいえない。

**(d) 小括**

以上のとおりであるから、直ちに血液検査等を行わなければなら  
なかったとする今川医師の証言は信用できず、2月18日の診察時  
に、庁内内科等医において、直ちに血液検査や血液ガス分析を指示  
すべきであったとまではいえない。

**c. 下医師の証言が信用できないこと**

(a) 下医師は、2回目尿検査の結果を踏まえた血液ガス分析の必要性  
について、「少なくとも、1月25日に比べると、ケトン体というも  
のが3倍に増えています。そういうことでいくと、かなり緊急度は  
高く、血液ガス分析は速やかにしないと、いわゆる死につながる

可能性があるケトアシドーシスを防げなかったんじゃないかと。ケトアシドーシスになれば、かなり死への階段が近付いてるということになりますので、アシドーシスに陥ってたかどうかを判断するというのは極めて大事なことで、ある意味では、外に連れ出して血液ガス分析をしていただくとか、それぐらいの切迫度があつたんじゃないかと考えます。」「私であれば、(その場で) もう検査に連れてきなさいというふうに判断したのではないかと思います。」「診察上も、1月25日は歩いてきた患者さんが、車椅子で来てるということは、何かやっぱり体起きてるんじゃないかな。しかも、おしっこ

5

10

のデータを見てみたら、何これというふうに判断するし、一般の医師だったら、そういうふうに判断すると思います。」と証言した(下証人69～70頁)。

(b) しかし、そもそも、前記第3の6(2)のとおり、ウィシュマ氏の死因がケトアシドーシスであつたとは特定されていない。にもかかわ

15

らず、下医師は、「血液ガス分析は速やかにしないと、いわゆる死につながる可能性のあるケトアシドーシスを防げなかったんじゃないかと。」などと、ウィシュマ氏の死因がケトアシドーシスにあつたことを前提とした証言をしており、誤りがあるといわざるを得ない。

この点をおいても、前記のとおり、ケトアシドーシスは、ケト

20

シスの状態が進行し、高ケトン体血症が血液の緩衝作用を凌駕した結果、血液が酸性に傾いた状態であり、ウィシュマ氏のようにインスリン分泌があると認められる者であれば、ケトシスの進行はある程度抑えられると考えられる。そして、2月18日の診療時のウィシュマ氏について、下医師からは、車椅子に乗って診療を受けた

25

という指摘はあるものの、そのほかに、全身の倦怠感や意識が朦朧とするなどの意識障害が生じておらず、クスマウル呼吸、アセトン

臭等の症状が認められていないことは繰り返し述べたとおりであり、そのような中で、なぜケトアシドーシスを疑わなければならなかったのかについて合理的な説明はされていない。下医師の証言の医学的合理性には疑問がある。

5           以上より、下医師の証言を踏まえても、2月18日の診察時に、  
        市内内科等医において、直ちに血液検査や血液ガス分析を指示すべきであったとまではいえない。

**d 小括**

10           以上のとおり、直ちに血液検査等を行わなければならなかったとする下医師の証言は信用できず、市内内科等医が、2月18日の診療時に直ちに血液検査及び血液ガス分析を指示しなければならなかったとはいえない。

**(イ) 義務違反③－１のうち、速やかに点滴による栄養補給（チアミン等）・補水をすべきであったのにしなかったとする点について**

15           **a 点滴による栄養補給（チアミン等）について**

          (a) 点滴によってチアミン（ビタミンB1）を補給すべきであったとする原告らの主張については、それほどの病態のビタミンB1欠乏症を主張する原告らの主張に理由がなく、その前提に誤りがあることは前記第3の3のとおりである。

20           また、ビタミンB1欠乏症（脚気心）は、食生活が豊かになった現在の日本においてはまれであり、鑑別診断の対象に挙がることが少ないという現状があり、ビタミンB1欠乏症の代表的な3つの徴候（意識障害、眼球運動障害、失調性歩行）も非特異的であって、人によって現れる症状が異なるという特徴がある。加えて、本件では、  
25           2月18日の診療時のウィシュマ氏の足及び下肢に浮腫が生じていた、あるいは心不全兆候があったとの臨床所見は認められてい

ない。

したがって、2月18日の診療時において、ウィシュマ氏にビタミンB1の摂取不足があった可能性を否定し得ないとしても、ビタミンB1欠乏が長期間にわたって続いたとはいえないから、庁内内科等医において、ウィシュマ氏が重度のビタミンB1欠乏症であると疑うべきものであったとはいえない（以上につき、野村証人28～29頁・スライド番号47）。

そうすると、2月18日の診療時において、庁内内科等医が、ビタミンB1を点滴投与すべきであったとはいえない。

(b) 次に、原告らは「(チアミン等)」として、ビタミンB1以外の栄養も点滴で補給すると主張するようである。

しかし、原告らが「等」としてどのような栄養を念頭に主張しているかは明らかでない上、今川医師も、同医師が想定しているのは脱水の補正を目的とした末梢静脈から入れる点滴であり、栄養を入れることは主目的ではないと証言しており（今川証人38、72頁）、ビタミンB1以外の栄養については言及していない。

したがって、速やかに点滴によってビタミンB1以外の栄養を補給すべきであるとする原告らの主張には理由がない。

**b 速やかに点滴による補水をすべきであったとする原告らの主張について**

(a) 2月18日の診療時におけるウィシュマ氏の全身状態については、既に繰り返し述べたとおりであり、ウィシュマ氏が脱水により生命の危険が生じており、点滴の絶対的適応があるような状態であったことを示唆する臨床所見は見当たらない。

また、同月5日にウィシュマ氏を診療した庁外の消化器内科医や同月16日にウィシュマ氏を診療した庁内整形外科医も、ウィシュ

マ氏に生命の危険が生じており直ちに点滴による補水をすべきであるとの指摘はしていない。

さらに、同月18日の診療後の事情とはなるが、3月4日にウィシュマ氏を診療した庁外の精神科医も、問診や頭部CTを実施しているものの、ウィシュマ氏に生命の危険が生じており直ちに点滴による補水をすべきであるとの指摘はしていない。同精神科医は、ウィシュマ氏から点滴や入院を希望する話はされなかったこと、ウィシュマ氏は元気がなさそうではあったが、質問に対して通訳を介して短い答えではあるもののきちんと受け答えができており、意識の混濁も見られなかったため、点滴の必要があるような身体状態ではなく、点滴が必要であるとは考えなかったこと、仮に、ウィシュマ氏に意識の混濁や生命に危険があるような身体状態の徴候があれば救急科（原因がはっきりしない患者の受け入れをする診療科）に対しウィシュマ氏の診療を依頼したと思われるが、ウィシュマ氏に意識の混濁や生命に危機があるような身体状態の徴候が見られなかったため、そのような依頼はしなかったこと等を供述している（乙63・2頁）。このような庁外の精神科医の供述からも、2月18日の時点のウィシュマ氏が速やかに点滴による補水をしなければならない状態ではなかったと認められる。

したがって、2月18日の診察時において、庁内内科等医が、速やかに点滴による補水をすべきであったとはいえない。

(b) これに対し、今川医師は、ウィシュマ氏が脱水状態にあったと証言し、その根拠として、1月25日の血液検査でヘマトクリット値が49.6%（基準値33.4～44.9%）であること、ウィシュマ氏のバイタルサイン（心拍数）が頻脈であり、全体の77%が100以上であり、体温が37度前半で推移していたこと、ウィシ

ユマ氏の皮膚が乾燥していたこと（3月3日に「口唇乾燥強度」、同月5日に「口唇の乾燥強い」）、ウィシュマ氏の尿量が減少していたことを挙げた（今川証人13～14頁・スライド31及び32）。

しかし、1月25日の血液検査におけるヘマトクリット値は、基準値を少し超えており多血や脱水の症状を示唆している可能性はあるものの、基準値からの乖離は少なく、一時的な脱水等の可能性があるとしても軽微なものであり、また、脱水の症状を疑わせるその他の検査項目であるナトリウム、クローム、カリウム等の電解質は、いずれも基準値の範囲内であるため、少なくとも、強い脱水傾向は認められないものである（乙80・6～7頁）。

次に、ウィシュマ氏のバイタルサイン（心拍数）については、前記第3の5脚注9のとおり、ウィシュマ氏が名古屋入管収容場に収容された令和2年8月20日の脈拍93、同月23日の脈拍は97、同月25日の脈拍は107、同年10月28日の脈拍は136と105であった（甲5・左上の数字で63頁）。これらの日は、ウィシュマ氏は嘔吐をするなど体調不良であったことは認められるが、健康状態に大きな異常はなく、ウィシュマ氏が脱水状態であったとは認められない。このように、脈拍自体から直ちにウィシュマ氏が脱水状態であったといえるものではない。

さらに、今川医師が指摘したウィシュマ氏の皮膚の乾燥は、3月3日と同月5日の出来事であり、ウィシュマ氏の尿量の減少は2月25日の出来事であって、いずれも同月18日より後の事情であるから、今川医師の指摘は適当でない。

付言するに、今川医師は、口唇の乾燥は脱水の所見であると証言した上で、口唇の乾燥は診療に当たった医師であれば気付くものであるかという質問に対しては、「ちゃんと診てれば気づきます」と証

言した（今川証人42～43頁）。しかし、庁外の精神科医は、直接  
ウィシュマ氏を診療し、ウィシュマ氏がぐったりとした様子で元気  
がなく、ぼそぼそとした話し方で話をしていたものの、同精神科医  
が質問をすると、通訳を介して、短い答えではあるものの、質問に  
5 対して症状に関する訴えなどをきちんと答えることができることを  
確認し、また、頭部CTを実施しており、ウィシュマ氏を診療した  
際の態度に特段の問題はないものと認められる。そのように、適切  
な診療を行った庁外の精神科医が、ウィシュマ氏の口唇の乾燥につ  
いて特に指摘していないということは、少なくとも、ウィシュマ氏  
10 には生命に危険が生じるほどの重度の脱水であることを示す口唇の  
強度の乾燥までは認められなかったことを推認させるものである。

以上のとおり、今川医師の指摘からは、2月18日の診療時にウ  
ィシュマ氏が脱水状態であったと明確に断定できるものではなく、  
庁内内科等医が、ウィシュマ氏が脱水状態であったことに気付いて  
15 点滴による補水をしなければならなかったといえるものではない。

#### ウ 義務違反③－2・3について

##### (7) 義務違反③－2について

原告らは、遅くとも2月18日の診察の時点で、同月15日の尿検査  
の結果を踏まえて、速やかに、自ら検査、鑑別診断、点滴等を行うか、  
20 もしくは、看守勤務者らに対し、検査、鑑別診断、点滴等を行うことが  
可能な外部医療機関で受診させるよう指示すべきであったのにしなかつ  
たなどと主張する（義務違反③－2）。

しかし、繰り返し述べているとおり、2月18日の診察の時点におけ  
るウィシュマ氏については、その際の全身状態や既にされていた血液検  
査の結果等を踏まえ、ウィシュマ氏に食事を摂らせるべく、ウィシュマ  
25 氏の食思不振の原因を究明し、ウィシュマ氏が安定的に喫食をして糖類

を摂取することができるよう精神的な疾患について精神科受診のプロセスを進めていたところであって、その判断に相応に合理性が認められるところであるから、原告らが主張するように、他に検査・鑑別等をし、外部医療機関で受診させるよう指示すべき義務があったとはいえない。

#### 5 (イ) 義務違反③－３について

原告らは、遅くとも２月１８日の診察の時点で、同月１５日の尿検査の結果を踏まえて、看護師及び看守勤務者らに対し、ウィシュマさんの水分摂取量・食事摂取量（嘔吐の状況を含む。）、排尿・排便に関する情報を正確に記録し、報告するように指示すべきであったのにしなかったなどと主張する（義務違反③－３）。

しかし、義務違反①や義務違反②－３で述べたとおり、原告らがいう水分摂取量・食事摂取量、排尿・排便に関する情報の正確な記録というものが、具体的にどのようなものをいうかは明らかにされていないこと、名古屋入管職員は、ウィシュマ氏の摂取水分量、食事摂取量、排泄嘔吐に関する記録は作成していること（甲４の３別紙６参照）、そもそも医療的対応として水分量、食事摂取量の把握、管理が必要となるのは、水電解質に関し、併存疾患（心不全、尿崩症、脳内器質性疾患（特に視床下部障害）等）により調整能力が失われているような場合である。２回目尿検査のケトン体「３＋」という結果を踏まえても、ウィシュマ氏に前記併存疾患が生じていたということにはならず、そのほかにウィシュマ氏の水電解質の調整能力が失われているような状態であったことを示す事情もないことに照らせば、義務違反①や義務違反②－３で述べたのと同様の理由により、原告らが主張する義務があったとはいえない。

#### エ 小括

以上のとおり、義務違反③の原告らの主張には理由がない。

### 5 庁内内科等医の義務違反⑤は認められないこと

## (1) 原告らの主張

原告らは、庁内内科等医が、精神科医受診に当たって、精神科医に適切な情報を提供すべきであったのにしなかった旨主張する。

## (2) 庁内内科等医は適切な情報提供をしていること

5           ア 医療法1条の4第3項は、「医療提供施設において診療に従事する医師及び歯科医師は、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するため、必要に応じ、医療を受ける者を他の医療提供施設に紹介し、その診療に必要な限度において医療を受ける者の診療又は調剤に関する情報を他の医療提供施設において診療又は調剤に従事する医師若しくは歯科医師  
10           又は薬剤師に提供し、及びその他必要な措置を講ずるよう努めなければならない。」と定めている。このように、同法は、医師に対し、患者を他の医療提供施設に紹介する際、その診療に必要な限度において同人の診療に関する情報を提供するように求めている。

          そして、医師が他の医療提供施設に患者を紹介する際に一般的に用いられるのが紹介状（診療情報提供書）である。紹介状（診療情報提供書）は、  
15           医師が情報を整理し、依頼内容を明確に伝える文書であり、必ず記載すべき事項としては、紹介の目的（疑われる疾患、診療依頼内容）、主要症状・経過の概要、重要な既往歴・服薬情報、現在の臨床的判断に直接関係する情報である。そのほか、必要に応じて添付すればよい情報としては、検査  
20           結果（採血・検尿・画像等）や時系列データ等である（野村証人30頁・スライド番号51）。

          以上を踏まえ、本件についてみると、庁内内科等医が庁外の精神科医に提供した診療情報提供書には、「傷病名」欄に「悪心 食欲不振 しびれ」、  
          「現病歴・治療の経過」欄に「上記あり。体重も減少しています。採血、  
25           消化管検索、整形外科受診等で軽度のGERD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。」と記載さ

れ、服薬情報として現在の処方が別添されている（甲５・３８頁（左上の数字で５９））。

このように、庁内内科等医が作成した診療情報提供書は、精神的要因に関する診察を具体的かつ明示的に依頼するものであるといえ、「医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するため」（医療法１条の４第３項）に行われる診療依頼の在り方に沿う適切な依頼であると認められるのであり、医学的に誤った情報等も記載されていなかったのであるから、適切な情報提供がされたといえることができる（野村証人３０頁）。

また、他の医療提供施設の医師が薬を処方する場合には、処方薬の禁忌事項等との関係から、必要があれば、同医師が従前の各種検査結果を照会したり、自ら各種検査を実施したりすることも当然予定され、診療情報提供書に従前の医療記録を全て添付しなければならないものでもない。

イ これに対し、今川医師は、「精神科医には、血圧が低下している情報や尿検査の結果は、依頼書に付いていませんでした。もし尿検査の結果を見たら、クエチアピンは肝代謝ですので、肝臓障害を来します。また、脱水症であれば、クエチアピン１００ミリグラムは脱水症の人に出すと、横紋筋融解症という重篤な状態の副作用報告が、イエローペーパーであります。また、血圧が低下してる人にクエチアピンを出すと、薬の手順に副作用として血圧低下と書かれています。ですので、クエチアピンをかなり、私たちは普通２５ミリですね、投与したとしても。薬剤師もみんなに聞いても、若い人で健康な人には１００ミリグラム出すのは問題ない。ですので、精神科医がウィシュマさんを健康な女性で幻聴があるということで１００ミリ出したと思うんですけども、ウィシュマさんの血圧低下や、今の衰弱した状態、また２月１５日の尿検査の結果をもし精神科医が診れば、あのような処方とはしなかったのではないかと推察しています。」と証言している（今川証人６１～６２頁）。

そこで検討すると、今川医師の上記証言は、庁内内科等医がウィシュマ氏にクエチアピンが投与される場合のために情報提供をすべきであった旨をいうものと解されるが、庁内内科等医において、クエチアピンの投与を懸念するためには、事前に、庁外の精神科医がウィシュマ氏に1日1回、就寝前にクエチアピン100ミリグラムを処方することを認識していることが必要である。しかし、一般に、医師がほかの医師に患者を紹介するのは、自分では十分な判断・診療ができないためであり、患者を紹介する側の医師としては、紹介先の医師の判断についてあらかじめ明確に分かるものではない。また、一般に、薬の処方は、患者の症状やその原因を想定して行うものであるが、患者を紹介する側の医師は、紹介先の医師の判断についてあらかじめ明確に分かるものではない以上、同医師が薬を処方するか、処方するとしてどのような薬を処方するかを、あらかじめ明確に特定することはできない（以上につき、下証人37頁）。

加えて、クエチアピンは、肝機能障害のある患者に対しては慎重に投与することとされているが、禁忌とはされていない（乙64）。このことも併せて考えると、庁内内科等医が、精神科医に紹介する際にクエチアピンが投与されるのを懸念して血圧の情報や2回目尿検査の結果を精神科医に提供しなければならないとするのは無理がある。

したがって、庁内内科等医が、2月18日の診療時において、庁外の精神科医がウィシュマ氏にクエチアピンを処方するのを認識するのは著しく困難であるから、今川医師の前記証言は前提を欠いている。

なお、今川医師は、前記のとおり、「クエチアピン100ミリグラムは脱水症の人に出すと、横紋筋融解症という重篤な状態の副作用報告が、イエローペーパーであります。」と証言している。しかし、クエチアピンについては、禁忌として、昏睡状態の患者、バルビツール酸誘導体等の中枢神経抑制剤の強い影響下にある患者、アドレナリンを投与中の患者、クエチア

ピンの成分に対し過敏症の既往歴のある患者、糖尿病の患者、糖尿病の既往歴のある患者が挙げられているが、脱水症については挙げられていない（乙64・1頁の【禁忌】欄）。また、クエチアピンの副作用として、横紋筋融解症が指摘されているが、脱水症との関係は指摘されていない（同2～3頁）。さらに、クエチアピンの緊急安全性情報（いわゆるイエローパー。甲88）には、禁忌として「糖尿病の患者、糖尿病の既往歴のある患者」が指摘されているが、脱水症は指摘されていない。このように、少なくとも本件で書証として提出されているクエチアピンの添付文書や緊急安全性情報を前提とする限り、脱水症に対するクエチアピンの副作用に関する今川医師の上記証言自体も誤りである。

### (3) 小括

以上のとおり、診療情報提供に係る義務違反があったとは認められず、義務違反③についての原告らの主張は理由がない。

## 6 結語

以上述べたとおり、原告らが主張する義務違反①～③・⑤はいずれも認められないから、名古屋入管職員に国賠法1条1項にいう違法（義務違反）はなく（争点①）、義務違反と死亡の結果との間の因果関係も認められない（争点②）。

## 第5 「相当程度の可能性」を保護法益とする損害賠償請求も認められないこと

### 1 原告らは、ウィシュマ氏の低栄養・脱水とウィシュマ氏の死亡との間の因果関係（高度の蓋然性）を証明できていないこと

因果関係の立証の程度については、「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く、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を証明することであり、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、かつ、それで足りる」とされている

(最高裁昭和50年判決)。因果関係の立証は、注意義務違反と結果発生との間に高度の蓋然性があることが認められることが必要であり、相当程度の可能性では足りない。

前記第3のとおり、原告らは、ウィシュマ氏の死因が低栄養・脱水であった旨主張するものの、ウィシュマ氏の詳細な死因に関しては不明であるというほかなく、低栄養・脱水がウィシュマ氏の死亡の結果を招来したとはいえないのであって、原告らが、因果関係の出発点とされる上記「特定の事実」の存在を証明したとはいえない。また、原告らは、「当該死因から死亡に至るまでに複数の機序があり得る」と主張するにとどまり、上記低栄養・脱水がウィシュマ氏の死亡という結果の発生を招来する規則性又は法則性の存在についても証明していない。

以上のとおり、本件では、原告らは、原告らがウィシュマ氏の死因として主張する低栄養・脱水とウィシュマ氏の死亡という結果との間の因果関係を立証できていない。

## 2 原告らは、「医療水準にかなった医療行為が行われていれば患者が死亡しなかった相当程度の可能性」に関する主張をしていないこと

前記1の点をおき、最高裁判所平成12年9月22日第二小法廷判決・民集54巻7号2574頁（以下「**最高裁平成12年判決**」という。）は、「疾病のため死亡した患者の診療に当たった医師の医療行為が、その過失により、当時の医療水準にかなったものでなかった場合において、その医療行為と患者の死亡との間の因果関係の存在は証明されないけれども、医療水準にかなった医療が行われていたならば患者がその死亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性の存在が証明されるときは、医師は、患者に対し、不法行為による損害を賠償する責任を負うものと解するのが相当である。けだし、生命を維持することは人にとって最も基本的な利益であり、その可能性は法によって保護されるべき利益であり、医師が過失により医療水準にかなった医療を行わない

ことによって患者の法益が侵害されたものということができるからである。」と判示する。これは、因果関係について高度の蓋然性の立証が出来なかった場合、本来であれば、患者側の請求は棄却されるが、「医療水準にかなった医療行為が行われていれば患者が死亡しなかった相当程度の可能性」を保護法益とすることによって、それに対する高度の蓋然性の立証が認められた場合には、「相当程度の可能性」を侵害したと考えるものである。

また、過失行為と結果発生との因果関係について高度の蓋然性が認められる場合は、患者の生命、身体が保護法益であるのに対し、相当程度の可能性の場合は、「生命を維持する可能性」、「重大な後遺症が残らなかった可能性」を新たな保護法益として認めたものであり、訴訟物は別であるとされている。

この点、本件における因果関係についての原告らの主張を整理・補充した原告ら第14準備書面の記載によれば、原告らは、「ウィシュマさんが3月6日の死亡の時点においてなお生存していた高度の蓋然性があることは明らかである。」との主張を繰り返し（同書面第2・4～10頁）、原告らは、その後も、「医療水準にかなった医療行為が行われていれば患者が死亡しなかった相当程度の可能性」に関する主張をしていない。

こうした経過の下、今川医師は、裁判所からの補充尋問において、「相当程度の可能性」を念頭にしたものとして解される証言をした。

そこで、被告は、念のため、相当程度の可能性が認められないことについても主張しておくこととする。

### 3 本件において「医療水準にかなった医療が行われていたならば患者がその死亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性」は認められないこと

(1) 相当程度の可能性の立証の程度については、最高裁平成12年判決の前記判示では、「医療行為と患者の死亡との間の因果関係の存在は証明されないけれども、医療水準にかなった医療が行われていたならば患者がその死亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性の存在が証明されるとき」

(引用者注：下線は引用者による。)とされており、1番目の「証明」と2番目の「証明」は同じ意味であり、「医療水準にかなった医療行為が行われていたこと」と「患者が死亡した時点においてなお生存していた相当程度の可能性」との間の因果関係につき、高度の蓋然性を証明しなければならない。

5       これを本件についてみると、前記第4の3で詳述したとおり、庁内内科等医の医療行為(ウィシュマ氏の治療方針を含む。)は医学的合理性を持つものであり、既に「医療水準にかなった医療行為が行われていた」ことは明らかである。そのため、庁内内科等医の医療行為が医療水準にかなった医療行為ではなかったことを前提とする原告らの主張は、そもそも理由がない。

10       (2) この点をおき、なお念のため、裁判所の補充質問における今川医師の証言について検討すると、次のとおりである。

ア 今川医師は、2月18日の診察の時点で、2回目尿検査の結果を踏まえて速やかに血液ガス分析及び血液検査を指示して、飢餓状態、肝機能障害及び腎機能障害の健康状態を確認し、それぞれに対応する治療をしていれ  
15       ば、8割ぐらいは救えたのではないかと、病理解剖でウィシュマ氏の腎臓は動脈硬化が強かったことが分かっているから、同月15日時点で適切な輸液をして腎機能が改善する可能性もあったから、亡くなるまでには至らなかったのではないかと証言している(今川証人63、66～67頁)。

しかし、前記第3で詳論したとおり、死亡当時におけるウィシュマ氏に  
20       ついては、ビタミンB1不足による脚気心及び代謝性アシドーシスやショックが生じていたと認めることができない上、重篤なケトアシドーシスや乳酸アシドーシス、腎不全による高カリウム血症、肝機能障害、横紋筋融解症を生じていたものとも認めることができず、クエチアピンの投与がウィシュマ氏の死亡に影響を与えた可能性も不明で、専門医らの見解によっ  
25       ても、ウィシュマ氏の詳細な死因については、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)を特定することが困

難であり、結局のところ、死因不明である。

したがって、今川医師が指摘するように血液検査及び血液ガス分析を指示したとして、具体的にどのような疾患を鑑別・治療することができ、これによりウィシュマ氏が死亡した時点において、真にウィシュマ氏になお生存していた相当程度の可能性が生じるものであったといえるか否かに  
5 ついては、全く不明であり、原告らは、この点の立証を欠いている。

イ 以上に対し、今川医師は、ウィシュマ氏が飢餓状態にあったとした上で、  
「その時点で採血をしていれば助かったというような意味で、可能性が高い  
10 というふうに考えております。」と証言しているが（今川証人67頁）、  
今川医師自身、血液検査及び血液ガス分析をしたとしても、ケトン体の量  
やpHが判明するだけでウィシュマ氏の食思不振の原因が判明するかどうか  
は分からないと証言している（同46頁）。

また、今川医師は、病理解剖で腎臓の動脈硬化が判明した旨証言したが、  
司法解剖の鑑定書でも、「本屍の腎は死後変化が強く詳細な検討が困難で  
15 あった」とされ、「糸球体に顕著な変性があり、腎硬化症様の所見を呈して  
いた」とされているものの（乙16・6頁）、それがウィシュマ氏の死因に  
どのように影響したかは、複数の専門家の検討によっても明らかにされて  
いない。

さらに、肝機能障害についても、血液検査後にどのようなことが判明し  
20 たのか、また、どのような治療をすればウィシュマ氏が救命できたのかは  
明らかにされていない。

ウ 今川医師は、3月4日に血圧が測定できず、測り直して収縮期血圧が8  
0mmHg、拡張期血圧が61mmHgであり（甲5・左上の数字で67頁）、血圧  
が低下したということはショック状態であることを示すから、この時点で  
25 緊急搬送して原因を調べれば、救命の可能性が高かったと考える旨証言し  
た（今川証人63頁）。

しかし、前記第3の5(2)で述べたとおり、収縮期血圧が90mmHg以下であることをもって直ちにショックと断定できるわけではない(下証人61頁)。そのため、3月4日の収縮期血圧が80mmHgであることのみをもってウィシュマ氏がショック状態であったとは認められない。そもそも、3月4日に救急搬送したとして、搬送先でどのようなことをすれば何が判明したのか、それに対してどのような医療行為が予想されるのか、その医療行為によりウィシュマ氏が救命できたといえるのかなども不明である。

エ 今川医師は、ウィシュマ氏が3月6日午前11時15分頃にクスマウル呼吸をしていたことを指摘した上で、その呼吸が出たことは血液が酸性になっているサインであり、この時点でウィシュマ氏がアシドーシスになっており、血圧も低下して反応しない状態であったが、この時点で搬送しても、ビタミンB1欠乏の対応、適切な電解質の補正、補液等を行えば救命し得た可能性がある、クスマウル呼吸をしていても救命された患者の症例報告もあるなどと証言している(今川証人63~64、69頁)。

しかし、前記第3の4(2)のとおり、今川医師が上記見解を述べるに当たって依拠している3月6日午前11時15分頃の「ベッドに就床しながら、大きく呼吸し、胸が上下している」(甲85の5・左上の数字で150頁)という記載については、これがクスマウル呼吸であった可能性が問題となるとしても、クスマウル呼吸であったと断言できるものではなく(野村証人7頁・スライド10)、上記記載に基づきウィシュマ氏がクスマウル呼吸をしていたと認めることはできない。また、前記第3の4(2)のとおり、ウィシュマ氏が3月6日午前11時15分頃の時点で重度のビタミンB1欠乏症であったとは認められないから、今川医師が証言した治療方法でウィシュマ氏が救命できるとことにもならない。

オ そのほか、今川医師は、ウィシュマ氏が救命できた方法とその可能性について種々の証言をしているが、その理由・根拠はいずれも薄弱であり、

相当程度の可能性について立証できているとはいえない。

そもそも、救命可能な割合として述べる８割という数字についても、今川医師は、当初は「可能性について何パーセントというふうに、はっきりと断言することはできない」と証言していたはずである。それが、裁判官から繰り返し質問されるうちに、「いろいろな状況を加味しなければいけない」という前提を置いた上で「８割ぐらいは救えたのではないか」と前言を翻して証言したもので、その根拠・理由は全く不明であり、単なる推測を述べるものにすぎない。

カ このように、今川医師の証言は信用できず、同証言によって、ウィシュマ氏について、「医療水準にかなった医療が行われていたならば患者がその死亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性」を認めることはできない。

(3) 次に、野村教授も、裁判所からの補充尋問において、「相当程度の可能性」に関して証言をしているので、同証言についても検討する。

ア 野村教授は、補充質問において、ウィシュマ氏の死因あるいは死亡に影響した要因を質問された際、推測であることを前提とした上で、不整脈による心停止、栄養障害、脱水、ウィシュマ氏本人の肥満、急激に体重を落としたことによる影響（恒常性の破綻）、薬剤の影響等多くのことが重なり合って不幸な結末になった旨証言した。また、市内内科等医や名古屋入管職員等が真摯に、親身に対応している中で、ウィシュマ氏が死亡するに至ったものであり、予期せぬ死亡で不幸な出来事であった旨証言した（以上につき、野村証人 72～74 頁）。

そして、野村教授は、上記の予想が正しいとすると、ウィシュマ氏が外部医療機関で血液検査や一定の検査をしたとしても、原因が特定できる可能性は低く、血液検査によって原因を特定してウィシュマ氏の死亡を防ぐことができたということとはできない旨証言した（野村証人 73 頁）。

また、野村教授は、救えた可能性も一定割合はあるのかという質問に対し、「もちろん」と肯定してはいるが、その割合については判断が難しく、救える可能性があったかという自信はない旨証言した(野村証人75頁)。

イ 以上のとおり、野村教授は、ウィシュマ氏が外部で血液検査や一定の検査をしたとしても、原因が特定できる可能性は低く、血液検査によって原因を特定してウィシュマ氏の死亡を防ぐことができたということとはできない旨を明確に証言している。したがって、野村教授の証言によっても、「医療水準にかなった医療が行われていたならば患者がその死亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性の存在」を認めることはできない。

#### 4 小括

以上のとおり、本件では、庁内内科等医の医療行為(ウィシュマ氏の治療方針を含む。)は医学的合理性を有し、医療水準にかなった医療行為が行われていたということができるから、「医療水準にかなった医療が行われていたならば患者がその死亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性」があったということとはできない。

したがって、本件において、「相当程度の可能性」の侵害を理由とする損害賠償請求の成否という観点から検討したとしても、理由がないことになる。

### 第6 結語

以上のとおりであり、原告らの本件請求はいずれも理由がないから、速やかに棄却されるべきである。

以 上

# 略語一覧表

|    |   | 略 語            | 全 文                                                                                                                                                | 定義箇所                                                    |
|----|---|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1  | 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 23頁                                              |
| 2  | 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 31頁                                              |
| 3  | 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 17頁                                              |
| 4  | い | 1 回目尿検査        | 令和 3 年 1 月 2 6 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 7頁                                              |
| 5  | い | 今川意見書          | 今川篤子医師が作成した意見書（甲第 4 6 号証）                                                                                                                          | 第4 準備書面 16頁                                             |
| 6  | 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 42頁                                             |
| 7  | 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 2 0 2 3 年（令和 5 年）1 1 月 2 0 日付け意見書（甲第 1 0 3 号証）                                                                                    | 第1 0 準備書面 9頁                                            |
| 8  | い | 今川医師           | 今川篤子医師                                                                                                                                             | 令和 7 年 1 0 月 2 4 日付け証人尋問時に乙第 3 6 号証の映像を示すことについての意見書 3 頁 |
| 9  | う | ウイシュマ氏         | ラトナヤケ・リヤナゲ・ウイシュマ・サンダマリ                                                                                                                             | 第1準備書面 4頁                                               |
| 10 | 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 4頁                                               |
| 11 | 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 24頁                                             |
| 12 | お | OS-1           | 経口補水液である OS-1                                                                                                                                      | 第1準備書面 10頁                                              |
| 13 | お | 乙第 3 6 号証の映像   | 乙第 3 6 号証に記録された映像                                                                                                                                  | 令和 5 年 2 月 1 3 日付け原告の「訴訟進行に関する申入れ」に対する意見書 3 頁           |
| 14 | お | 大阪高裁平成 3 1 年判決 | 大阪高等裁判所平成 3 1 年 4 月 1 2 日判決（判例タイムズ 1 4 6 7 号 7 1 ページ）                                                                                              | 第1 1 準備書面 1 6 頁                                         |
| 15 | 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可に係る決裁書                                                                                                                      | 第1準備書面 11頁                                              |
| 16 | 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 3 頁                                     |
| 17 | き | 求釈明申立書         | 原告らの 2 0 2 2 年（令和 4 年）7 月 1 9 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 3 頁                                |
| 18 | き | 求釈明申立書 2       | 原告らの 2 0 2 4（令和 6）年 5 月 2 0 日付け求釈明申立書                                                                                                              | 令和6年6月18日付け求釈明に対する回答書 3 頁                               |
| 19 | き | 求釈明申立書 3       | 原告らの 2 0 2 4（令和 6）年 9 月 1 7 日付け求釈明申立書                                                                                                              | 令和6年11月6日付け求釈明に対する回答書 3 頁                               |
| 20 | き | 旧処遇規則          | 令和 6 年 5 月 2 9 日法務省令第 3 7 号による廃止前の被収容者処遇規則（従前「処遇規則」と略語設定していたものを改める）                                                                                | 第1 2 準備書面 7 頁                                           |
| 21 | き | 求釈明申立書 4       | 原告らの 2 0 2 5（令和 7）年 2 月 1 0 日付け求釈明申立書                                                                                                              | 第1 4 準備書面 3 頁                                           |
| 22 | き | 局長等            | 名古屋入管局長又は同局長から権限分掌を受けた者                                                                                                                            | 第1 4 準備書面 1 5 頁                                         |
| 23 | き | 旧処遇細則          | 名古屋出入国在留管理局長発出の令和 6 年 6 月 6 日付け訓令第 1 号附則 2 による廃止前の名古屋出入国在留管理局被収容者処遇細則                                                                              | 令和 7 年 5 月 2 8 日付け原告の立証計画に対する意見書 4 頁                    |
| 24 | ぎ | 義務違反②-1        | 庁内内科等医は、遅くとも 2 月 4 日の診察の時点で、1 月 2 6 日の尿検査の結果及びその後の状況を踏まえて、看護師に対し、速やかに血液検査を指示して、点滴による栄養補給・補水を指示すべきであったのにしなかった                                       | 第1 5 準備書面 5 0 頁                                         |
| 25 | ぎ | 義務違反②-2        | 庁内内科等医は、遅くとも 2 月 4 日の診察の時点で、1 月 2 6 日の尿検査の結果及びその後の状況を踏まえて、入管施設内での点滴ができないのであれば、看守勤務者らに対し、速やかに外部医療機関の受診を指示すべきであったのにしなかった                             | 第1 5 準備書面 5 0 頁                                         |
| 26 | ぎ | 義務違反②-3        | 庁内内科等医は、遅くとも 2 月 4 日の診察の時点で、1 月 2 6 日の尿検査の結果及びその後の状況を踏まえて、看護師及び看守勤務者ら職員に対し、ウイシュマ氏の水分摂取量・食事摂取量（嘔吐の状況を含む。）、排尿・排便に関する情報を正確に記録し、報告するよう指示すべきであったのにしなかった | 第1 5 準備書面 5 0 頁                                         |
| 27 | ぎ | 義務違反③-1        | 庁内内科等医は、遅くとも 2 月 1 8 日の診察の時点で、同月 1 5 日の尿検査の結果を踏まえて、看護師に対し、すみやかに血液ガス分析及血液検査を指示して、飢餓状態や脱水症状等の健康状態を確認した上で、速やかに点滴による栄養補給（チアミン等）・補水をすべきであったのにしなかった      | 第1 5 準備書面 5 1 頁                                         |

|    |   | 略 語                 | 全 文                                                                                                                                                  | 定義箇所                           |
|----|---|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 28 | ぎ | 義務違反③－２             | 庁内内科等医は、遅くとも２月１８日の診察の時点で、同月１５日の尿検査の結果を踏まえて、精神科の受診を指示するのではなく、速やかに、自ら検査、鑑別診断、点滴等を行うか、もしくは、看守勤務者らに対し、検査、鑑別診断、点滴等を行うことが可能な外部医療機関で受診させるよう指示すべきであったのにしなかった | 第１５準備書面 ５１頁                    |
| 29 | ぎ | 義務違反③－３             | 庁内内科等医は、遅くとも２月１８日の診察の時点で、同月１５日の尿検査の結果を踏まえて、看護師及び看守勤務者らに対し、ウイシュマさんの水分摂取量・食事摂取量（嘔吐の状況を含む。）、排尿・排便に関する情報を正確に記録し、報告するように指示すべきであったのにしなかった                  | 第１５準備書面 ５１頁                    |
| 30 | く | クエチアピン              | クエチアピン錠１００ミリグラム「サンド」                                                                                                                                 | 第９準備書面 ３４頁                     |
| 31 | 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 １４頁                     |
| 32 | 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、 $\text{HCO}_3^-$ が $15\text{ mmol/L}$ 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                     | 令和６年３月７日付け求釈明申立書 ５頁            |
| 33 | 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 ５頁                      |
| 34 | 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 ５頁                      |
| 35 | 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 ５頁                      |
| 36 | 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 ３頁                      |
| 37 | 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 ３頁                      |
| 38 | 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 ７頁                      |
| 39 | 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 ５頁                      |
| 40 | 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様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 ３９頁                     |
| 41 | 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 ３頁      |
| 42 | 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 ３頁            |
| 43 | 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 ８頁                     |
| 44 | 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 ８頁                     |
| 45 | げ | 原告ら第１４準備書面          | ２０２４（令和６）年３月２８日付け原告ら第１４準備書面                                                                                                                          | 第１１準備書面 ６頁                     |
| 46 | げ | 原告ら回答書２             | 原告らの２０２４（令和６）年３月２８日付け求釈明に対する回答書                                                                                                                      | 第１１準備書面 １７頁                    |
| 47 | げ | 原告ら第１５準備書面          | ２０２４（令和６）年９月１８日付け原告ら第１５準備書面                                                                                                                          | 第１２準備書面 ５頁                     |
| 48 | げ | 原告ら第１６準備書面          | ２０２４（令和６）年１１月２０日付け原告ら第１６準備書面                                                                                                                         | 第１３準備書面 ３頁                     |
| 49 | げ | 原告ら第１７準備書面          | ２０２５（令和７）年１月２４日付け原告ら第１７準備書面                                                                                                                          | 第１４準備書面 ３頁                     |
| 50 | げ | 原告らＤＶＤ追加意見書         | ２０２６（令和８）年２月１０日付け「文書提出命令申立書に関する原告意見書（ＤＶＤ）」                                                                                                           | 令和８年３月６日付け文書提出命令申立てに対する意見書 ２３頁 |
| 51 | げ | 原告ら証拠申出書            | 原告らの２０２５（令和７）年７月４日付け証拠申出書（医療関係）                                                                                                                      | 令和８年３月６日付け原告らの人証申出に対する意見書 ３頁   |
| 52 | げ | 原告ら人証意見書            | 原告らの２０２６（令和８）年２月２５日付け証拠申出書に関する原告ら意見書                                                                                                                 | 令和８年３月６日付け原告らの人証申出に対する意見書 ３頁   |
| 53 | げ | 原告ら第１７準備書面          | 原告らの２０２５（令和７）年１月２４日付け第１７準備書面                                                                                                                         | 第１５準備書面 １０頁                    |
| 54 | こ | 国賠法                 | 国家賠償法                                                                                                                                                | 第１準備書面 ４頁                      |
| 55 | こ | 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 １５頁                     |

|    |   | 略 語          | 全 文                                               | 定義箇所                                        |
|----|---|--------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 56 | さ | 最高裁判昭和57年判決  | 最高裁判所昭和57年4月1日第一小法廷判決（民集36巻45号519ページ）             | 第11準備書面 13頁                                 |
| 57 | さ | 最高裁判昭和50年判決  | 最高裁判所昭和50年10月24日第二小法廷判決（民集29巻9号1417ページ）           | 第11準備書面 15頁                                 |
| 58 | さ | 最高裁判平成11年判決  | 最高裁判所平成11年2月25日第一小法廷判決（民集53巻2号235ページ）             | 第11準備書面 15頁                                 |
| 59 | さ | 作成者氏名等       | 乙第16ないし第23号証の各文書の作成者の氏名、所属及び連絡先                   | 令和6年11月6日付け求釈明に対する回答書 4頁                    |
| 60 | さ | 最高裁判平成12年判決  | 最高裁判所平成12年9月22日第二小法廷判決（民集54巻7号2574頁）              | 第15準備書面 104頁                                |
| 61 | し | 処遇規則         | 被收容者処遇規則                                          | 第1準備書面 16頁                                  |
| 62 | し | 收容継続の違法行為    | 違法な收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 31頁                                  |
| 63 | 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 3頁                          |
| 64 | し | 下医師          | 下正宗医師                                             | 令和7年10月24日付け証人尋問時に乙第36号証の映像を示すことについての意見書 3頁 |
| 65 | し | 下医師死因証言      | ウイシュマ氏の死因に関する下医師の証言内容                             | 第15準備書面 10頁                                 |
| 66 | し | 下補充意見書       | 2025（令和7）年10月2日付け下医師作成の意見書（甲第133号証）               | 第15準備書面 18頁                                 |
| 67 | 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 13頁                                  |
| 68 | 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 14頁                                  |
| 69 | 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 4頁                                   |
| 70 | そ | 争点①          | 国賠法1条1項にいう違法（義務違反）の有無                             | 第15準備書面 8頁                                  |
| 71 | そ | 争点②          | 義務違反と死亡の結果との間の因果関係の有無                             | 第15準備書面 8頁                                  |
| 72 | 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收容者死亡事案に関する調査報告書             | 第1準備書面 5頁                                   |
| 73 | ち | 中京病院         | 名古屋市内所在の中京病院                                      | 第1準備書面 10頁                                  |
| 74 | 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 10頁                                  |
| 75 | 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 18頁                                  |
| 76 | ち | 庁内医師         | 医師2名                                              | 第1準備書面 28頁                                  |
| 77 | ち | 庁内診療         | 名古屋入管内の診療                                         | 第1準備書面 29頁                                  |
| 78 | ち | 庁外診療         | 外部医療機関での診療                                        | 第1準備書面 29頁                                  |
| 79 | ち | 治療義務         | 医師の、一定の事実（診療経過、医学的知見）を前提として、患者に対し、特定の治療を行うべき法的な義務 | 第15準備書面 54頁                                 |
| 80 | て | DV措置要領       | DV事案に係る措置要領                                       | 第1準備書面 41頁                                  |
| 81 | 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 21頁                                  |
| 82 | と | 東京高裁判平成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 61頁                                  |
| 83 | な | 名古屋入管        | 名古屋出入国在留管理局                                       | 第1準備書面 4頁                                   |
| 84 | に | 入管法          | 出入国管理及び難民認定法                                      | 第1準備書面 5頁                                   |
| 85 | 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 24頁                                  |
| 86 | に | 入国者收容所長等     | 入国者收容所長又は主任審査官                                    | 第1準備書面 40頁                                  |
| 87 | 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 6頁                                   |

|     |   | 略 語       | 全 文                                                                                                                             | 定義箇所                                  |
|-----|---|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 88  | に | 入管庁       | 出入国在留管理庁                                                                                                                        | 第8準備書面 10頁                            |
| 89  | に | ニトラゼバム    | ニトラゼバム錠5ミリグラム「トーフ」                                                                                                              | 第9準備書面 34頁                            |
| 90  | ぬ | 沼津警察署     | 静岡県沼津警察署                                                                                                                        | 第1準備書面 23頁                            |
| 91  | 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 7頁                             |
| 92  | の | 野村教授      | 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                                                                                                  | 令和6年6月18日付け求釈明に対する回答書 5頁              |
| 93  | の | 野村教授意見書2  | 野村教授の意見書（その2）                                                                                                                   | 令和6年6月18日付け求釈明に対する回答書 5頁              |
| 94  | 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 3頁               |
| 95  | 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 5頁                             |
| 96  | 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 6頁                             |
| 97  | 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 7頁                             |
| 98  | 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 10頁                            |
| 99  | 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 3頁              |
| 100 | ひ | 被告第10準備書面 | 被告の令和6年5月15日付け第10準備書面                                                                                                           | 令和6年6月18日付け求釈明に対する回答書 3頁              |
| 101 | ひ | 被告第14準備書面 | 被告の令和7年4月16日付け第14準備書面                                                                                                           | 令和7年5月28日付け原告の立証計画に対する意見書 3頁          |
| 102 | ひ | 被告第6準備書面  | 被告の令和5年6月14日付け第6準備書面                                                                                                            | 令和7年5月28日付け原告の立証計画に対する意見書 7頁          |
| 103 | ひ | 被告立証計画意見書 | 被告の令和7年5月28日付け「原告の立証計画に対する意見書」                                                                                                  | 令和8年3月6日付け原告らの人証申出に対する意見書 5頁          |
| 104 | ひ | 被告第14準備書面 | 被告の令和7年4月16日付け第14準備書面                                                                                                           | 第15準備書面 8頁                            |
| 105 | び | 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 3頁                    |
| 106 | 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 3頁 |
| 107 | べ | 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 6頁 |
| 108 | ほ | 本件ビデオ映像   | ウシ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 64頁                            |
| 109 | ほ | 本件尿検査     | ウシ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 4頁               |
| 110 | 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 3頁               |
| 111 | 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 3頁               |
| 112 | ほ | 本件単独室     | ウシ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 3頁 |
| 113 | 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 6頁              |
| 114 | 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13頁        |

|     |   | 略 語        | 全 文                              | 定義箇所                      |
|-----|---|------------|----------------------------------|---------------------------|
| 115 | も | 元交際相手      | スリランカ国籍の男性                       | 第1準備書面 6頁                 |
| 116 | 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 6頁 |
| 117 | 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 33頁                |

|    | 医師等           | 書証                                  | 作成日付     | 死因に関する意見                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|---------------|-------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 司法解剖鑑定医       | 司法解剖の鑑定書<br>(乙第16号証・6頁)             | R3.4.16  | 本屍は甲状腺炎による甲状腺機能障害により全身状態が悪化し、既存の病変を有する腎などの臓器不全が加わり死亡したと考えるのが考えやすい。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 2  | 内分泌内科医師       | 調査報告書<br>(甲第4号証の1・31及び32頁)          | R3.8.10  | <p>ウィシュマ氏の症状の多くは1月25日以前から認められており、同検査後から死亡までの40日程の間に甲状腺炎によって重篤な症状が引き起こされて死亡に至ったとは考えにくい。</p> <p>その他にウィシュマ氏の死亡に影響したと考えられる要因を指摘すると、死亡後の血液検査の結果が直ちに生前の状態を反映しているかについて検討の余地はあるものの、同検査結果から、腎臓及び肝臓の機能が悪化し、急性の脱水状態を生じた可能性を指摘できる。</p> <p>また、同じく死亡後の血液検査の結果から、死亡に影響した要因として、栄養状態が悪く、貧血になっていた可能性、肝臓等の状態が悪く、脱水状態となっている中で服用したクエチアピン（抗精神病薬。3月4日に精神科で処方。）の効果が強く出て、意識レベルが低下した可能性を指摘できる。</p> <p>これらの機能悪化等の原因を明確に特定することは困難であるが、甲状腺炎がその原因となったとは考えにくい。</p>                    |
| 3  | 総合診療科医師       | 調査報告書<br>(甲第4号証の1・32頁)              | R3.8.10  | <p>司法解剖結果にある「甲状腺炎」については、1月25日の血液検査以降に生じた甲状腺炎であると考えられ、それ以前から生じていたウィシュマ氏の吐き気やしびれ等の症状とは無関係であり、死亡への影響の程度も小さいと考えられる。</p> <p>司法解剖結果にある「臓器不全」については、甲状腺炎に起因するものとは考えにくく、2月15日の尿検査結果で蛋白質が3+と高値になっていたことからすると、一つの可能性として慢性腎炎等による腎機能障害が生じていたことが考えられる。</p> <p>その他にウィシュマ氏の死亡に影響した可能性のある要因として、嘔吐等による電解質異常に起因する不整脈、服薬したクエチアピンによる薬剤起因性の不整脈を指摘できる。</p> <p>これらの各要因は、ウィシュマ氏の検査結果や症状等から可能性として考えやすいものを指摘したものであるが、ウィシュマ氏の死亡にそれぞれの程度影響したのか、また、どのように影響を及ぼしたのかなどを特定することは困難である。</p> |
| 4  | 出入国在留管理庁調査チーム | 調査報告書<br>(甲第4号証の1・34及び35頁)          | R3.8.10  | 「病死」と認められるものの、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と言わざるを得ない。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 5  | 大学医師          | 病理解剖鑑定書<br>(乙第19号証・6及び7頁)           | R4.2.28  | 食思不振による脱水と低栄養に、最近発症した自己免疫性甲状腺炎に起因する未完成の血球貪食症候群が合併した複合的な要因による多臓器不全                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 6  | 森雅亮           | 意見書<br>(乙第24号証・12頁)                 | R4.11.16 | 「自己免疫性疾患に合併した血球貪食性リンパ組織球症」あるいは「自己免疫性甲状腺炎に起因する未完成の血球貪食症候群」が直接の死因となったとは考えがたい。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 7  | 今川医師<br>下医師   | 今川・下医師意見書<br>(甲第86号証・16頁)           | R5.4.28  | <p>ウィシュマさんが死亡した主因は、脱水・栄養障害であると考えられる（すなわち、衰弱死）。そのほかに存在した病態として考えられるのは、腎不全や血糖の急激な上昇を原因とする腎性・高血糖性の代謝性アシドーシス、腎不全に伴う高カリウム血症による致死的不整脈がある。</p> <p>また、直接の死因ではないが、死亡に関与したと考えられる因子として、ビタミンB1欠乏（脚気心）、薬剤（クエチアピン）の関与（悪性症候群や肝不全）があげられる。</p>                                                                                                                                                                                                                           |
| 8  | 今川医師<br>下医師   | 今川・下医師意見書（その2）<br>(甲第103号証・16及び17頁) | R5.11.20 | <p>ウィシュマさんの死因は（中略）脱水・栄養・代謝障害が死因として推測される。</p> <p>ウィシュマさんは、最終的にはケトアシドーシスと明確に考えられる症状を呈して死亡した。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 9  | 野村医師          | 野村意見書（その2）<br>(乙第65号証・7頁)           | R6.5.10  | （調査報告書の死因に関する記載内容については、）「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言わざるを得ないとの結論に至った。」という点も含め、特に問題のある内容とは思わない。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 10 | 下医師           | 意見書<br>(甲第133号証・3頁)                 | R7.10.2  | 病理検査の結果、臨床経過、それまでの検査結果、生活状況を総合的に医学的に判断すればビタミンB1不足による脚気心による心不全が生じ、脱水、飢餓及びビタミンB1欠乏症に起因する代謝性アシドーシスの進行に伴う多臓器不全の結果、ショックとなり死亡に至ったと考えるのが合理的                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |