

令和4年（ネ）第4956号 国家賠償請求控訴事件

控訴人兼被控訴人（一審原告） X

被控訴人兼控訴人（一審被告） 国

答弁書（一審原告）

5

2023年2月9日

東京高等裁判所第24民事部係御中

一審原告訴訟代理人弁護士

児玉晃一

10

目次

目次	2	
第1 控訴の趣旨に対する答弁	3	
第2 一審被告控訴理由書に対する認否	3	
第3 職務行為基準説について	4	5
1 一審被告の主張	4	
2 上記主張に対する反論	4	
第4 救急搬送に関し行政裁量など認められないこと	6	
1 一審被告の主張	6	
2 上記主張に対する反論	6	10
第5 入管職員らの搬送義務違反	8	
1 総論	8	
2 社会一般の医療水準に照らして適切な医療上の措置を取るべき注意義務の存在	8	
3 一審被告の主張の誤り	11	15
4 小括	34	
第6 生存していた相当程度の可能性について	35	
1 実施されたであろう医療行為の内容等（40頁「4（1）」について	35	
2 「（2）Wに対して対症療法を実施しても、乳酸アシドーシスの原因を特定して根本治療を行うことはできず、対症療法を継続するのみでは救命可能性がかなり低かったこと」（42頁以下）について	37	20
3 「5 原判決の判断の誤り」（44頁以下）について	38	
4 乳酸アシドーシスの原因が特定できなくても救命は可能であったこと	38	25
5 小括	40	

第1 控訴の趣旨に対する答弁

- 1 一審被告の本件控訴を棄却する
- 2 訴訟費用は第1、2審とも一審被告の負担とする
との判決を求める。

5

第2 一審被告控訴理由書に対する認否

- 1 同「第1 はじめに」(一審被告控訴理由書6頁～8頁)^{*1}について
 - (1)同「1 事案の概要」(6頁)及び「2 原判決の判断の要旨」(6頁～7頁)は認めます。
 - (2)同「3 控訴理由の要旨」(7頁～8頁)は否認ないし争います。 10
- 2 同「第2」(9頁～37頁)について
 - (1)同「1」(9頁～12頁)は争います。
 - (2)同「2」(13頁～24頁)について
 - ア 同「(1)」(13頁～15頁)は認めます。
 - イ 同「(2)」(15頁～17頁)について 15
 - (ア) 同「ア」～「ウ」(15頁～17頁)は認めます。
 - (イ) 同「エ」(17頁)は不知。
 - (ウ) 同「オ」(17頁)は認めます。
 - ウ 同「(3)」(17頁～18頁)は認めます。
 - エ 同「(4)」(18頁～20頁)は認めます。 20
 - オ 同「(5)」(20頁～24頁)について
 - (ア) 同「ア」のうち、本文4行目から7行目「(同職員は～認識していた。)」及び同12行目から15行目「Wは、同職員らに対し、～退室した。」との部分は不知。その余は認めます。

*1 以下、一審被告控訴理由書の引用は単にページ数のみ記します。

(イ) 同「イ」(20頁～21頁)は不知。

(ウ) 同「ウ」(21頁～22頁)は認めます。

(エ) 同「エ」(22頁)のうち、本文3行目から5行目「(なお、～聞こえていない。)」は不知。その余は認めます。

(オ) 同「オ」(22頁～24頁)は認めます。

5

(3) 同「3」(24頁～32頁)は争います。

(4) 同「4」(32頁～37頁)は争います。

3 同「第3」(37頁～45頁)は争います。

4 同「第4」(45頁)は争います。

第3 職務行為基準説について

10

1 一審被告の主張

一審被告は、「国賠法1条1項にいう『違法』とは、国又は公共団体の公権力の行使に当たる公務員が個々の国民に対して負担する職務上の法的義務に反すること」とした上、本件でも同様の解釈が妥当することを前提に、職務上の法的義務に違反したかどうかは、当該公務員が職務行為をした時点の認識して

15

2 上記主張に対する反論

しかしながら、原判決が「生命・身体の安全や健康を保持するために社会一般の医療水準に照らして適切な医療上の措置を取るべき注意義務」(原判決11行目以下)、すなわち「過失」を検討し、これを肯定した点は妥当です。

20

(1) まず、一審被告の控訴理由書9頁「1(1)ア」は原審答弁書23頁と全く同じ主張の繰り返しですが、この点をおくとしても、一審被告の引用する判例は、立法不作為などにより選挙権、婚姻の自由などが侵害されたとする

25

事案(最判昭和60年11月21日民集39巻7号1512頁、最大判平成

17年9月14日民集59巻7号2087頁、最大判平成27年12月16日民集69巻8号2427頁)、違法な更正処分により精神的苦痛、顧客を失うなどの損害を被ったとする事案(最判平成5年3月11日民集47巻4号2863頁)、誤った法解釈に基づく通達が適用され続け、法律上の地位が侵害されたとする事案(最判平成19年11月1日民集61巻8号2733頁)など、生命・身体の安全や健康が侵害された事案ではなく、加害行為の態様も異なることから、本件と事案を完全に異にし、先例として参照されるべきものではありません。

かえって、判例は、生命・身体の安全(健康)が侵害された事案では、職務行為基準説によらず、過失があったかどうかを検討しています(最判昭和47年5月25日民集第26巻4号780頁、最判昭和51年9月30日民集30巻8号816頁、最判昭和58年2月18日民集37巻1号101頁、最判昭和62年2月6日集民第150号75頁、最判平成17年12月8日集民第218号1075頁など)。

したがって、本件で職務行為基準説を採らずに、東日本入管センターの職員らの行為を違法と判断した原判決は正当です。

(2)また、一審被告は、上記職務行為基準説を前提にして、「国賠法1条1項の違法は、究極的には他人に損害を加えることが法の許容するところであるかどうかという見地からする行為規範違反であることからすれば(引用略)、公務員が個々の国民との関係で負担する職務上の法的義務に違反したかどうかは、当該公務員が職務行為をした時点を基準として判断されるべきである。」と述べています(9頁～10頁)。

しかし、本件でも、収容の根拠となる規定(出入国管理及び難民認定法52条5項)のみならず、本件に関係しうるその他の関係法令をも参酌しても、「他人に損害を加えることが法の許容する」こと、すなわち、死亡(生命侵害)を法が許容し「適法」であると、これを是認する余地などおよそありえ

ません。

そして、本件で問われるべきは、個々の職員が何を認識し、何を判断できたかではありません。一審被告の主張は、議論を矮小化させるものです。詳しくは、11頁以下で述べます。

(3)以上のとおりですから、上記注意義務違反を検討すべきであり（原審原告 5
第4準備書面参照）、これを肯定した原判決は正当です。

第4 救急搬送に関し行政裁量など認められないこと

1 一審被告の主張

一審被告は、職務行為基準説を前提に、被収容者処遇規則30条1項にいう「適当な措置」に関し、「収容施設の所長等に、被収容者の身体の状態を踏ま 10
えた種々の措置を行う裁量を認める趣旨の規定である」などと主張します（1
1頁19行目以下）。また、救急搬送を要請しなければならない義務を負う場
合とは、「同所長において『適当な措置』として救急搬送以外の措置を講じる
余地がないこと」、すなわち「容態観察を継続することが許されず、…（中略）
…救急搬送を要請するほかないと判断せざるを得ない程度に、被収容者の容態 15
が明らかに重篤な状態へと変化した場合であると解すべきである」などとも主
張します（12頁7行目以下）。

2 上記主張に対する反論

(1)そもそも個人の生命・身体の安全（健康）に直結しうる医療行為に行政裁 20
量などありえないこと

しかしながら、そもそも一審被告の主張は職務行為基準説を前提としてい
る点において誤りですが、その点をおくとしても、人の生命・身体の安全（健
康）に重大な影響を及ぼしうる医療行為及びその契機となる救急搬送行為に
行政裁量など認められません。

ア まず、被収容者処遇規則30条1項は、要件を「被収容者がり病し、又 25
は負傷したとき」と規定しており（甲18）、「り病」「負傷」との事実概

念を用い、不確定概念を用いていませんし、効果についても適当な措置を「講じなければならない」とし、義務として規定しています。一審被告は、「病状により適当な措置」とする点を不確定概念であると解するようですが（11頁17行目以下）、そもそも「病状」とは行政により判断される法的な評価概念でなく、事実として判断されるべきものですし、「適当な」との文言のみで行政裁量（対司法裁量）が肯定されるものでもありません。

5

イ 加えて、行政裁量の存否の判断は、個人の権利利益の性質、行政の判断が裁判所の判断よりも優先されるべきであるかによりなされるところ、被収容者処遇規則30条1項は人の生命・身体の安全（健康）に重大な影響を及ぼす医療行為、本件ではその契機となる救急搬送の要否に関わるものですから、行政（一審被告）に終局的判断を行なわせてはならないことも明らかです。

10

ウ さらに、一審被告の主張のように行政裁量を肯定することとなると、裁量権の範囲の逸脱・濫用がない限り、救急搬送をしなかった行為はいずれも適法であることとなってしまいます。すなわち、一審被告の主張する『「適当な措置』として救急搬送以外の措置を講じる余地がないこと』及び「救急搬送を要請するほかないと判断せざるを得ない程度に、被収容者の容態が明らかに重篤な状態へ変化した場合』（12頁7行目以下）にあたらぬ限り、たとえ人が亡くなろうが、深刻な後遺症障害を被ろうが、一切の行為が適法であったことになってしまいます。これでは一審被告すら認める「生命・身体の安全や健康を保持するために社会一般の医療水準に照らして適切な医療上の措置を取るべき注意義務」（10頁26行目以下）、『「適当な措置』の内容は、法令上、被収容者に対し、一般の病院・診療所に求められている水準の医療上の措置を講じるものでなければならない』（11頁24行目以下）など、結局、無に帰しますし、一審被告の主張の間においてすら既に矛盾しています。

15

20

25

エ 以上のとおり、個人の生命・身体の安全（健康）に重大な影響を及ぼす救急搬送を行うべきか否かに行政裁量（対司法裁量）が認められるとする一審被告の主張は誤りです。

第5 入管職員らの搬送義務違反

1 総論

5

一審被告は、「東日本入管センターの職員らが本件時点において現に認識していた事実及び認識し得た事実を基礎とし、一般的な入管収容施設の職員を基準とすれば、同センターの職員らが、本件時点において、Wについて、服薬後の容態観察を直ちに中止して救急搬送を要請するほかないと判断せざるを得ない程度に重篤な状態であったと認識することはできなかつた」と主張していま

10

しかしながら、一審被告の主張する注意義務の基準は、入管収容施設における注意義務を矮小化するものであり、誤りです。

原判決は、20頁以下において、「(Wは) 法令の定め（出入国管理及び難民認定法52条5項）により東日本入管センターに収容され、その意思にかかわらず居住を東日本入管センター内に限定されて移動の自由を制限されていたことにより、自由に入国者収容所外の医師による診療等を受けることができない立場にあった。したがって、その反面として、被告の上記公権力の行使に当たる公務員であった東日本入管センターの職員らには、その職務を行うについて、被収容者であったWに対し、その生命・身体の安全や健康を保持するために社

15

20

2 社会一般の医療水準に照らして適切な医療上の措置を取るべき注意義務の存在

25

原判決の示した上記基準は、以下のとおり、一審原告が第一審において引用

した、拘禁施設における義務に関する各種条約、法令、判例、さらに近時の法務大臣の発言等と整合するものです（一審原告第4準備書面）。

(1) 自由権規約7条前段、10条1項

自由権規約7条前段は「何人も、拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰を受けない」と定め、10条1項は「自由を奪われたすべての者は、人道的にかつ人間の固有の尊厳を尊重して、取り扱われる」と定めています。10条1項は、入管収容によって自由を奪われた者にも適用され、人道的にその尊厳に対する尊敬を持って扱うよう積極的義務を課すことで、7条の補完をなすものです（甲32）。この積極的義務の中には、自由な人の尊厳に対するのと同条件下での医療の提供も含まれています。 5 10

(2) 国連被拘禁者処遇最低基準規則（マンデラ・ルール・甲33）

国連被拘禁者処遇最低基準規則は、1955年に犯罪の防止と犯罪人取扱に関する第1回国連会議において採択された後、2015年に改訂されて、「マンデラ・ルール」として、国連総会において全会一致で採択されました。これは、被拘禁者処遇の最低条件を示すものです（序則2・1）。 15

同規則の規則24は「1. 被拘禁者に対するヘルスケアの提供は、国家の責任である。被拘禁者は地域社会において利用可能なものと同水準のヘルスケアを享受し、かつ、その法的地位に基づく差別を受けることなく、必要とするヘルスケア・サービスに無料でアクセスできなければならない」とし、規則27は「1. すべての刑事施設は、緊急時における医療措置への迅速なアクセスを確保しなければならない。専門的な治療又は外科的処置を必要とする被拘禁者は、専門施設又は民間の病院へ移送されなければならない。刑事施設が独自に病院設備を有している場合には、当該病院に送られた被拘禁者に対して適切な治療とケアを提供するための十分なスタッフと設備が備えられていなければならない」としています。 20 25

(3)被拘禁者保護原則 (甲34)

1988年に国連総会において全会一致で採択された被拘禁者保護原則の原則24は、「被抑留者又は被拘禁者に対しては、抑留場所又は拘禁場所に収容された後できる限り速やかに適正な医学的検査が提供されなければならない、また、その後は必要な時はいつでも医学的な治療及び処置が与えられなければならない」としています。

5

(4)被収容者処遇規則 (甲18)

被収容者処遇規則30条は、「所長等は、被収容者がり病し、又は負傷したときは、医師の診療を受けさせ、病状により適当な措置を講じなければならない」としています。

10

(5)最判令和3年6月15日判決 (民集75巻7号3064頁)

同判例は、刑事施設に関するものですが、「被収容者が収容中に受ける診療の性質は、社会一般において提供される診療と異なるものではないというべきである」として、被拘禁者の診療の性質が社会一般において提供される診療と同基準であることを確認しました。

15

また、同判例の宇賀克也裁判官補足意見では、上記被拘禁者保護原則や、マンデラ・ルールが引用されています。

(6)法務大臣の見解

2021年3月に名古屋入管で死亡したウィシュマ・サンダマリさんの事件を受けて、当時の上川陽子法務大臣は、2021年3月30日衆議院法務委員会、「入管収容施設は、大切な命を預かる施設でございます。被収容者の健康を保持するため、社会一般の医療水準に照らし適切な医療上の措置を講ずること、また、そのために必要な医療体制を整えることは、出入国在留管理行政の責務であると認識をしているところでございます」(甲54)と答弁しました。

20

25

(7)小括

以上からすれば、入管収容施設においては、被収容者に対して、社会一般の医療水準に照らした医療を提供しなければならず、これに満たない場合は注意義務違反が認められるということになります。

3 一審被告の主張の誤り

ところが、一審被告は、上記のとおり、「東日本入管センターの職員らが本件時点において現に認識していた事実及び認識し得た事実を基礎とし、一般的な入管収容施設の職員を基準とすれば、同センターの職員らが、本件時点において、Wについて、服薬後の容態観察を直ちに中止して救急搬送を要請するほかないと判断せざるを得ない程度に重篤な状態であったと認識することはできなかった」と、注意義務の基準を主張していますが（8頁12行目以下）、これは上記2の注意義務を矮小化するものであり、誤りです。

上記各種法令や、原判決の示した注意義務は、個々の職員のレベルを基準とした救急搬送義務を、個別の職員に課したものではありません。入管収容施設という施設全体に対して、その中で収容している被収容者への、社会一般の医療水準に照らした医療提供義務を課しているのであり、この中には、社会一般の医療水準を提供できるような、医療体制、医師の配置、外部病院との連携・連絡関係、検査機関との連携・連絡関係、医療設備の設置、職員の教育、職員の配置などの、全てが含まれています。一審被告の主張は、Wさんに直接接した、個別の職員ら（Mを含む）個人の資質と、同人らが認識していた事実のみ限定して、個別の職員の能力に照らして過失があったかどうかを論じている点で、誤りです。上記各規則等も、義務の主体を、一般の職員ではなく、「国家」や「施設」、施設全体を統括する「所長等」としています。

本件で問われるべきは、個々の職員が何を認識し、何を判断できたかではなく、病人であったWさんに対して、2014年3月29日当時、社会一般の医療水準に照らした医療提供がされたかです。そして、社会一般の医療水準に照らせば、Wさんは2014年3月29日時点において、救急搬送がなされ、救

命措置が採られるのは当然であり、これを提供しなかった東日本入管センターの公務員である職員ら（Mらに限らない）には注意義務違反が認められます。

(1) 社会一般の医療水準に照らせば救急搬送されてしかるべきであったこと

以下のとおり、社会一般の医療水準に照らせば、3月29日の遅くとも午後7時04分以降、東日本入管センターにおいては、Wさんを救急搬送すべき義務が発生しており、それは午後7時46分まで続いていました。 5

ア Wさんの容態から、午後7時04分には救急搬送義務が生じていたこと

3月29日午後6時05分以降から翌日午前2時25分にかけて、ビデオに記録されたWさんの様子は、一審原告準備書面4の一覧表（同13頁以下）にまとめたとおりです。そして、一審原告の控訴理由書7頁以下で主張したとおり、おそくとも午後7時04分以降には、東日本入管センターの職員らに、Wさんの搬送義務が発生していました。 10

(ア) この点、原判決によっても、「午後7時04分頃以降、・・・うめき声をあげたり転がったりして、苦しげな様子を見せ、『アイムダイイング』、すなわち死にそうであると複数回声をあげて、その自覚症状が尋常なものではない旨訴え続け」たとしており（原判決20頁24行目以下）、同時点のビデオ（甲28）を見れば、直ちに救急搬送をしてしかるべき状況であったことは一目瞭然でした。Wさんとしても、「I'm dying（死にそうだ）」と、これ以上なく直接的に、自分の容態がひどいことを職員に口頭で訴え、現に尋常ならざる苦しみ方をしていたのであって、これですら救急搬送には不十分、というのであれば、もはや救われる余地がありません。 15 20

(イ) ところが、原判決は、その後、苦しげな様子がさらに30分以上続いたことと、Wさんが胸の痛みを訴えたことを根拠として、午後7時35分頃の時点において、ようやく救急搬送義務が発生したとしましたが、これは遅すぎます。原判決が、救急搬送義務の発生に「30分以上の苦 25

しみ」と「胸の痛みの訴え」を必要とした根拠も明らかではありません。ビデオを見れば、午後7時04分の時点で客観的に明白なWさんの苦しみを、30分もそのままにすることを容認する原判決の認定は、非人道的ですらあり、失当です。死を意識するほどの激痛に苦しむ者にとっては、30分どころか、3分でも長すぎ、耐え難いものです。また、Wさんが胸の痛みを直接訴えたことは、救急搬送義務を強めることになりませんが、その言葉を契機に、一転、救急搬送義務が発生したというのは不自然です。痛みのあまり、言葉で正確に伝えられない被收容者もいるはずであり、この言葉の発声が、搬送義務の発生が始点になるものではありません。

5

10

(ウ) この点、原判決も引用する消防庁作成の救急受診ガイド（甲39）によっても、「突然おかしくなった」「あばれたり、いつもと違う行動をする」「手足の動きが悪い。または、どちらかの手足が動かない。または、手足に力が入らない」（同8頁）、「胸が締め付けられる感じがある」（同11頁）、「動けない。または、歩行や移動ができない」（同16頁）は、赤でマークされており、「直ちに受診が必要です」「今すぐ救急車等で病院に受診して下さい」（同2頁）と分類されています。「30分以上の苦しみの継続」という要件もなければ、胸の痛み（11頁）以外の項目だけでも「直ちに」「今すぐ」救急車で受診すべきとされているのです。原判決が、30分以上の苦しみの継続と、胸の痛みの告知を救急搬送の要件としたのは、証拠にも反すると言わざるをえません。

15

20

(エ) さらに、事件当時の、東日本入管センターの副看守責任者だった入国警備官M勇（以下「M」といいます。）の陳述書（乙28）には、午後6時08分頃に「胸が痛い?」「なあ」「薬飲もうか?」などと声を掛けたこと（同7頁）、午後6時55分頃から午後7時04分までの間に「私は、W氏が、胸の痛みや体を動かすことが困難であることを訴えて

25

いることは分かっていた」こと（同8頁～9頁）、午後7時16分に入室した際に「私は、W氏が胸の痛みを訴えている体調不良の被収容者であるという認識はしていた」（同11頁）との記載があります。つまり、Mの陳述書によっても、午後6時08分から午後7時16分にかけて、Wさんが胸の痛みを訴えていることを認識していたと認めているので 5
 す。したがって、少なくともMは、午後7時35分頃の「My heart ache（心臓が痛い）」という発声をきっかけとせずとも、午後7時04分頃において、Wさんが苦しんでいるのは胸痛のせいだと認識していたはずで 10
 す。この点でも、原判決が午後7時35分を搬送義務の発生時点としたのは誤りです。

(オ) 「社会一般の医療水準」について

なお、原判決は、「通常人においても、上記Wの状況等を見て救急搬送が必要であると判断することが困難であったとはいえない」（原判決23頁16行目～17行目）としていますが、上記のとおり、基準は「通常人」ではなく、「社会一般の医療水準」に照らして救急搬送すべきだったかどうかです。言い換えれば、病院に搬送されてから社会一般の医療水準の医療提供義務が始まるのではなく、入管収容下において、社会一般の医療水準が提供されなければならず、社会一般の医療水準を提供するために救急搬送が必要であれば、職員は直ちに救急搬送をしなければなりません。 15
 20

(a) この点、上記「2」で挙げた各規定においても、「専門的な治療又は外科的処置を必要とする被拘禁者は、専門施設又は民間の病院へ移送されなければならない」（甲33・マンデラ・ルール）、「必要な時はいつでも医学的な治療及び処置が与えられなければならない」（甲34・被拘禁者保護原則）、「社会一般の医療水準に照らし適切な医療上の措置を講ずること、また、そのために必要な医療体制を整えるこ 25

と」(甲54・上川法務大臣の発言)など、被収容者が外部治療を要する場合に、間違いなく搬送できるような体制を整えておくことが、収容施設において求められています。

(b) 本件において、たしかに原判決が述べるとおり、通常人であったとしても、Wさんについて救急搬送すべき状態であったと認識することは可能であり、通常であれば、119番通報していたはずですが。しかしながら、入管収容施設においては、厳密にはそれに尽きるものではなく、Wさんが、社会一般の医療水準からして、午後7時04分の時点で、治療を要する状態にあった以上、職員らには直ちに治療を受けさせる義務があったのであり、それこそが強制収容施設である入管収容施設における医療提供義務なのです。 5 10

(c) さらにいえば、一審被告は、報告書(甲2)において、「仮に、深夜・早朝の対応について常時、相談することが可能な医師が常駐などしていれば、あるいは、非常勤医師への勤務時間外の連絡、相談及び仰指示が可能な体制が整っていれば、29日未明における胸痛の訴えや同日夜の低血圧を伝達した上、指示を仰ぎ、何らかの医療措置を施すことも可能であったかもしれない」(同23頁)としていますが、これは、東日本入管センターにおいて、内部の医療体制が整っていなかったことを自認する記載に他なりません。本来であれば、職員らは医師に連絡、相談したかったが、内部医療体制の不備により連絡できなかったというのであれば、それ自体が、医療体制の不備による医療提供義務違反となります。逆に、内部医療体制の不備を問わないのであれば、内部医療体制が存在しない以上、すくなくとも外部医療機関への救急搬送を行うべきだった、ということになります。 15 20

(d) 報告書(甲2)の23頁から24頁の記載からは、当時、東日本入国管理センターには常勤医師がおらず、非常勤医師への勤務時間外の 25

連絡手段は存在せず、3月29日は土曜日で週休日であった以上、医療提供はそもそも不可能だった、Wさんの容態にかかわらず「容態観察」を続けるしかなかった、と読めるものです。Wさんが苦しみ始めた29日は土曜日、亡くなったのは日曜日でしたが、週休日だったことは、強制収容施設において、医療を提供しなかった言い訳にはなり得ません。報告書（甲2）は、全体として読めば、当時、東日本入管センターの医療体制が不十分であったことを自認するものに他ならないのです。

5

イ 救急搬送義務を強めるさらなる事情

上記のとおり、午後7時04分時点の症状だけ見ても、直ちに救急搬送すべき義務が発生していましたが、本件においては、さらに救急搬送義務を強める事情が存在していました。

10

(ア) すなわち、原判決も指摘したように、Wさんは、約1か月前の2月27日の時点で、深刻な胸痛が1週間ほど継続していることを訴えて医師から頓服薬を処方され、3月2日には医師からその処方を継続されていましたが、3月15日には両足がひどく痛み、何かにつかまらないと歩けないという訴えがありました。3月27日からは体調が悪化し、ふらつき、脱力、胸痛に加え、立つことすらできなくなって車椅子状態になり、休養室に移され、医師の指示により、24時間体制で容態観察を行い、血液検査の結果によっては外部医療機関への紹介が必要な状態となっていたのです（原判決4頁16行目～5頁22行目、21頁15行目以下）。同日の様子は、他の被収容者十数名が、Wさんを早く医者に診せろと述べて、帰室を拒否するほどでした（甲12・通しページ50、M陳述書乙28・5頁も同旨）。被収容者は、「職員の職務執行に反抗し、又はこれを妨害」（被収容者処遇規則18条1項2号）した場合には、隔離収容される危険があります。Wさんを医者に診せろと言って帰室を

15

20

25

拒否した被収容者十数名は、自らが隔離をされる危険を冒してまでの行動をしたのです。素人目にも、尋常ではない様子であったことが窺い知れます。

(イ) このような直前1か月の経過を見れば、Wさんは、そもそも病人であり、客観的に見ても容態が悪化しつつあること、血液検査の結果が出るまでの間、不測の事態に備えられるよう、体調の変化についてより細やかな注意が求められ、急変があれば救急搬送をすべきだったことは明らかでした。 5

ウ 小括

以上のとおり、社会一般の医療水準に照らせば、遅くとも3月29日の午後7時04分以降、東日本入管センターにおいては、Wさんを救急搬送すべき義務が発生しており、これを漫然と怠った職員らには注意義務違反が認められます。 10

(2)一審被告に対する反論

これに対し一審被告は、救急搬送義務はなかった、職員らにおいて救急搬送が必要とは思わなかった、と縷々主張していますが、以下のとおり理由がありません。 15

ア 「第2 3 (1) 東日本入管センターの職員らは、本件時点に至るまでの間、診療室医師がした本件指示（取り分け、3月27日の診察に基づく指示）に従いWの容態観察を行っていたこと」（24頁以下）について 20

(ア) そもそも「容態観察」の意味を誤っていること

一審被告の主張は、要するに、職員らは医師に指示されたとおり「容態観察」をしていたので、注意義務違反はない、というものです。しかし、そもそも、一審被告が本訴訟において繰り返している「容態観察」の意味は、常識的に考えて、医師が本来意図するはずの「容態観察」とは、まったくの別物です。一審被告は、「容態観察」の意味を、意図的 25

にすり替えていると考えざるを得ません。

- (a) 一審被告がいうところの「容態観察」の意味は、一審被告控訴理由書12頁7行目以下に表れています。一審被告は同箇所において、「この点、前記イで述べた同センター所長が負担する職務上の法的義務の根拠となる規定の趣旨に照らせば、同職員らが上記のような義務を負わなければならない場合とは、同所長において『適当な措置』として緊急搬送以外の措置を講じる余地がないこと、換言すれば、同職員らにおいて、もはや従前診療室医師に受けた指示に従い容態観察を継続することが許されず、新たに同医師の指示を仰ぐ必要があるものの、そのいとまがないため救急搬送を要請するほかないと判断せざるを得ない程度に、被収容者の容態が明らかに重篤な状態へと変化した場合であると解すべきである」と主張しています。 5 10
- (b) 同箇所を、端的に言い換えれば、「医師の指示に従って『容態観察』をしていたので、医師の指示に反する『救急搬送』をすることはできなかった」ということになりますが、これが不合理、詭弁であることは明らかです。常識的に考えれば、「容態観察」の延長線上に「救急搬送」があるのであって、これらを矛盾する行為、医師への違反行為、と捉える一審被告の主張は、明らかな誤りです。 15
- (c) 一審被告によると、「容態観察」とは、単に見ているだけ、数値を計るだけの「観察」であり、それ以上の積極的な措置をしてはならない、「救急搬送」は「容態観察」の中断になるため原則としてしてはならない、もし「容態観察」を中断して「救急搬送」をするのであれば「新たに医師の指示」を仰ぐ必要がある、「新たに医師の指示」がない状態で「救急搬送」をするのは、よほど極限的な場合に限る、ということになりますが、もし、「容態観察」が真にこのような意味であれば、不幸にも「容態観察」に置かれた人が重篤になったとき、容 20 25

態観察さえなければ救急搬送されたかもしれないのに、容態観察としてWさんのように休養室に閉じ込められたまま、救急搬送されずに亡くなっていくでしょう。

(d) 3月27日に医師が指示したという「容態観察」が、そのような意味ではないことは、常識的に考えて明らかです。むしろ、24時間体制で、病人を注意深く観察し、容態の急変や不測の事態があれば、直ちに医師に連絡せよ、あるいは救急搬送せよ、というのが「容態観察」の本来の意味のはずです。 5

(e) なお、本件より後に作成されたものではありませんが、令和4年1月27日付け出入国在留管理庁出入国管理部長作成「被収容者に対する救急対応マニュアルの策定について（通知）」（甲69）では、容態観察はただぼーっと見ていれば良いだけではなく、容態急変時の対応についても医療関係者から指示を受け、引継時にはその点も引き継ぐべきことが記載されています（同11頁～12頁）。 10

(f) 一審被告は、訴訟上の責任を免れるために「容態観察」の意味をわざと歪曲しているか、もし本当に、当時、職員らがそのように信じて行動していたとしたら、それこそ、東日本入管センターにおける職員らの資質や、職員らに対する教育が、甚だしく不十分であり、社会一般の医療水準を提供できなかったという組織的過失を示すものです。 15

(イ) 医師ですら予測困難だったから過失がない、というのは理由になっていないこと 20

一審被告は、「診療室医師からは、同日の診察後、それ以前に開始していた休養室での容態観察の継続を指示されたものの、採血した血液検査の結果を踏まえて外部病院の診療の可否を検討することとされ、・・・その他に特段の指示はされなかった」（24頁24行目以下）として、容態観察を継続したことは合理的だったと主張しています。 25

- (ウ) しかしながら、上記のとおり、常識的に考えれば、「容態観察」とは、病人を注意深く観察して急変に備えるものであって、単に観察したから義務を果たしたとする一審被告の主張は、そもそも前提が誤っています。
- (エ) さらに一審被告は、上記引用箇所にかけて、「このことからすると、Wを診察した診療室医師の医学的判断として、Wが訴えた胸痛を含めた 5
体調不良について、当面の間（・・・具体的には、本件において検査結果が届いた同月31日頃までの間）、処方した薬を服用させることで対応することができるとするものであるから、Wの容態が、上記当面の間は処方した薬の服用で対応可能なものであり、これにより対応することが困難になるほど急変することは、医学的な専門知識を有する同医師で 10
すら予測困難であったものといえる」（25頁3行目以下）と結論づけていますが、甲4の診療録にもそのような記載はなく、明らかな論理の飛躍であり、こじつけです。
- (オ) 3月27日の医師の指示は、Mの陳述書（乙28）によっても「容態観察」だけだったというもので、それ以上でも以下でもありません。 15
「3月31日までに急変することはないから、ソラナックスだけで大丈夫」と保証したこともありません。医師からすれば、27日の時点で、31日までの急変の可能性を予測し尽くしておらずとも、もし29日に容態が急変したら、その際、専門病院への搬送など速やかな対応をすることによって、必要な医療が提供されるべきと考えるはずです。 20
- (カ) 一審被告の主張のとおり、27日の時点で「当面の間、急変することは、医学的な専門的知識を有する同医師ですら予測困難だった」というのは、そのような証拠はそもそもありませんし、突然変わるからこそ「急変」という概念が存在するのです。仮に27日の時点で医師が予想していなくとも、それから2日後の29日における職員らの搬送義務を 25
なんら減じるものではありません。29日に職員らが容態急変の現場を

目の当たりにしたのであれば、その時点で、直ちに救急搬送をする義務があったのです。

(3)「第2 3 (2) 東日本入管センターの職員らが現に認識していた事実及び認識し得た事実を基礎として、一般的な入管職員を基準に判断すれば、本件時点においてWについて救急搬送を要請するほかないと判断せざるを得ない程度に重篤な状態であったと認識することはできなかつたこと」(26頁以下) について

ア 注意義務の基準が誤っていること

そもそも、一審被告は、注意義務の基準を「職員らが現に認識していた事実及び認識し得た事実を基礎として」「一般的な入管職員を基準に判断すれば」としている点で、誤っています。上記のとおり(本書面11頁以下参照)、社会一般の医療水準を提供するために救急搬送が必要な状態であれば、救急搬送すべき注意義務が生じるのです。

また、一審被告が、「本件時点においてWについて救急搬送を要請するほかないと判断せざるを得ない程度に重篤な状態」として、救急搬送を要請するにあたって、一般基準以上に容態悪化の程度を引き上げているのも不合理です。

この点、このような一審被告の救急搬送要請の基準は、以下のように、一審被告自身の内部指示等にも反します。

(ア) 平成25年12月4日付け「体調不良を訴える被収容者への対応等について」

本件以前に周知されていた、平成25年12月4日付け法務省入国管理局警備課補佐官による「体調不良を訴える被収容者への対応等について」(甲67)には、「被収容者の健康を維持するためには、その動静に注意するなどして、心身の健康管理に細心の注意を払う必要があるところ、被収容者が体調不良を訴える場合には、申立ての内容を十分に聴取

するとともに・・・看守勤務者が自らの判断だけで対処することなく、速やかに統括入国警備官や看守責任者に状況を報告するとともに、医師又は看護師の助言を得るなどして、病状等に応じた適切な措置を講じること」「前記1にかかわらず、被収容者の体調が急変した場合、看守勤務者は直ちに看守責任者に報告し、当該報告を受けた看守責任者は、自ら当該被収容者の状態を確認し、急速を要すると認めるとき又はその判断に迷うときは、平日、夜間又は休日にかかわらず、ちゅうちょすることなく直ちに救急車の出動を要請すること」とあり、これについて「改めて部下職員に対して指導を徹底願います」としています。

(イ) 平成21年7月2日付け「被収容者の確実な病状把握及び体調不良を訴える者への適切な対応について」

上記(ア)の事務連絡よりも前に周知されていた、平成21年7月2日付け法務省入国管理局警備課補佐官による「被収容者の確実な病状把握及び体調不良を訴える者への適切な対応について」(甲68)においては、十二指腸潰瘍に罹患していた受刑者が激しい腹痛を訴えたにもかかわらず、常備薬(胃薬)を投与しただけで放置し、急性腹膜炎により死亡させた事案を周知した上で、「被収容者が体調不良を訴える場合には、その申立ての内容を十分に聴取するとともに、・・・看守勤務者が自らの判断のみで措置することなく、看守責任者や統括入国警備官が状況を把握し、・・・然るべく医師の診察を受けさせるなど適切に対応できる体制を執ること」としています。

(ウ) 平成19年6月4日付け「被収容者の健康状態の管理について(通知)」

平成19年6月4日付け法務省入国管理局警備課長による「被収容者の健康状態の管理について(通知)」(甲35)においては、「収容中においては、常に、被収容者の健康状態に係る訴え、あるいは動向に注意

を払い、体調の変化に疑義がもたれる場合には、早い時期に医師の診察を受けさせること」「様態の急変があり得るということを念頭に置き、急を要する事態に素早く対応できるよう、普段からその初動措置の確認を励行すること」としています。

(エ) 令和4年1月27日付け「被収容者に対する救急対応マニュアルの策定について（通知）」（甲69） 5

同マニュアルは本件よりも後に作成されたものではありませんが、胸部に「突然の激痛」があったり、「痛みや苦しさが激しく聴取（受け答え）が困難」な場合で、「医師又は看護師等が不在の場合、ちゅうちよすることなく119番通報する」とされています（同7頁～8頁）。 10

(オ) このように、入管の内部指示によっても、体調不良を訴える場合には自己判断せずに医師や看護師の助言を得ること、体調が急変した場合には、急速を要するか判断に迷う程度の場合であっても、夜間又は休日にかかわらず、ちゅうちよなく直ちに救急車の出動を要請すること、とあり、本件のような急変の事案においては、そのとおり救急搬送を要請すべきでした。 15

もし、一審被告が主張するように、「重篤な状態」に至るまで救急搬送しなくても良いのだとすると、実際に搬送した時点では手遅れになってしまい、救命することができなくなる可能性が高まってしまいます。一審被告の主張は、要するに、本当に「重篤な状態」になるまで放置してもよい、その後死亡したら、その時点では間に合わなかったので責任を負わない、というものです。人の命を預かる施設の運営者として、あまりに無責任な主張というほかありません。 20

本件において、救急搬送すべき注意義務を、一般以上に、極限的な場合にまで引き上げるような一審被告の主張は、明らかに誤りです。 25

イ 「ウ 3月29日午後6時58分頃にソラナックスを服用させて容態観

察を開始した時点の状況について」(26頁以下)について

一審被告は、「午後6時58分頃、ソラナックスを服用したが、その際、同職員に対し、痛み等を訴えることはなく、その後も、自ら車椅子を自ら操作し、室内を移動するなどしており、その後の運動機能にも従前とは異なる特段の異常は認められなかった」(27頁8行目以下)と主張していますが、事実と異なります。実際は、以下のとおり、午後6時52分頃も不穏な様子が見て取れる状態でした(甲57の動画参照)。

・ 午後6時52分頃から、Wさんは車椅子の上で息が荒くなり、朦朧としたように前後に揺れていましたが、6時53分には「要件あり」のボードを監視カメラに振りました。この頃の「ハアハア」という音も、ビデオに記録されています。

・ 6時55分に職員が入室し、乙29と思われる用紙に署名を求めましたが、Wさんは手を動かさず、しばらく署名できずにいました。6時56分、服薬のために職員から差し出されたカップを持つことができず、職員がカップを口に運んで飲ませ、服薬しました。その際、職員は、「自分で。ユア パワー、OK? ユア パワー」と言っています。服薬後、Wさんが「ヘルプ ミー」と言ってベッドを指し示すと、職員は「ユア パワー、ヒア、OK?」と言い、自分でベッドに移動するよう申し向け、そのまま退室しました。

・ 6時59分頃から、Wさんはさらに息が荒くなり、ベッド横まで車椅子1台分ほどだけ、車椅子を前に動かしましたが、立ち上がることができずに、うつむいたまま脱力していました(以上、甲57の動画)。

このように、6時58分前後、「自ら車椅子を自ら操作し、室内を移動」というような活発な動きはしておらず、呼吸の明らかな乱れや、カップすら持てない、車椅子からベッドに乗れない、という運動能力の低下が起きていました。

ウ 「エ ソラナックス服用の効果について」(27頁以下)について

一審被告は、「一般的な入管職員としては、通常、医師の指示する処方薬が最大血中濃度に至るまでの時間を正確には認識していないものの、薬の特徴として、経口投与後薬効が生じるまでに数十分から数時間程度必要であることは通常認識し得る事実といえる。なお、この点については、
 ・同センターの職員らも毎回の服用から4時間の間隔を空けることとされており、効き目が現れるのが1、2時間後程度との認識を有していた」(27頁18行目以下)、
 「ソラナックスを経口投与した場合の血中濃度は、投与から約2時間後に最高値に達し半減期は約1.4時間とされていること、
 カンファタニンの先行薬であるロキソニンを経口投与した場合の血中濃度は、投与から約30分で最高値に達し・同職員らの上記認識は客観的事実とも矛盾しない」(28頁21行目以下)と主張しています。

しかしながら、一審被告控訴理由書で述べられているような、職員らは3月29日午後6時58分にソラナックスを飲ませた後、ソラナックスが効くと思っていた、という主張は、第一審ではまったく行っておらず、大きな変遷があります。第一審での一審被告の主張は、Wさんは、午後7時04分から午後7時34分にかけて、そもそも激痛を感じていたとは考え難く、その後、職員の「声かけ」や「励まし」によって落ち着きを取り戻した(一審被告平成31年3月22日付け準備書面(2)13頁~14頁)などというものであり、ソラナックスに関する言及をしていません。一審被告が控訴審で新たに始めた主張は、信用性を欠くものです。

さらに、医師が医療従事者ではない職員らに、ソラナックスの効果の見極めを含めた容態観察を指示することはあり得ませんし、実際、そのような指示はなされていません。第一審では、一審原告の求釈明に対し、一審被告は「亡Wに係る医師からの指示は、朝夕の体温と血圧測定、及び週1回の体重測定であった(甲第4号証4枚目)。上記の医師の指示について

は、業務引継ぎの際に前任者から引き継いだものであり、そのほかに、上司等から特段の指示はなかった」と釈明していました（一審被告令和元年8月26日付け準備書面（3）3頁）。3月27日に医師からなされた指示の中に、ソラナックスによる急変対応は、含まれていなかったのです。

そもそも、一審被告が主張する、「ソラナックスを服用させて容態観察を開始した」のは午後6時58分で、Wさんが絶叫し、尋常でない痛みを訴え始めたのは、それよりも後の午後7時04分以降のことでした。この点でも、ソラナックスの効果が生じるだろうと思っていた、という一審被告の主張は不合理です。

なお、一審被告控訴理由書の上記主張箇所の記載は、ソラナックス投与から効果が現れる時間と、血中濃度最高値になる時間が同じとは限らず、医学的根拠も欠くものです。結局、職員においては、いつまでに効果が現れる薬なのか、知らなかったということであり、午後7時04分以降、漫然と、Wさんの容態が治まるのを待っていた、というにすぎません。上記主張箇所は、薬の添付文書を元に、突然、計算を始めたもので、それをもって職員らの当時の認識だというのは、不自然というより他ありません。

したがって、一審被告が新たに始めた控訴審での上記主張はそもそも信用できませんし、いずれにせよ、職員らが薬を飲ませたとしても、その後である7時04分以降に、尋常ならざる容態、急変を目の当たりにした以上、救急搬送をしなかった職員らに注意義務違反が認められるのです。

エ 「オ 3月29日午後7時4分頃、Wが自力で車椅子からベッドに移動せず、大声を上げて転倒しかけた状況について」（28頁以下）

この点、一審被告は、「Wが大声を上げ転倒しかけたのは、Wが足を挟んで痛みを感じたのが原因であると考えて」いたと主張しており（29頁）、Mの陳述書（乙28）にも「これは、私がW氏をベッドに移動させようとした際に、W氏の脛か足首付近を車椅子の足置きとベッドの縁に挟んでし

まったためです。」(同9頁)とあります。ですが、これも、第一審においては主張していなかった事実であり、明らかな変遷があります。

(ア) 第一審では、一審被告は「亡Wは、東日本センター職員が亡Wの身体を持ち上げようとした際に大声を発したものであり、その前後において痛みを訴えていない。亡Wが大声を発したのは、東日本センター職員が亡Wを持ち上げようと力を掛けた際に身体の一部に力が加わったこと
5
によって痛みを覚えたためと考えるのが自然である」(一審被告平成31年3月22日付け準備書面(2)11頁)と主張していました。本当に足を挟んだのであれば、第一審からそのように主張していたはずです。

(イ) 実際、ビデオ(甲28)を見ても、職員が車椅子の足置きを直して
10
いる様子は映っていますが、職員がWさんの足を気に掛けている様子、謝罪する様子はありませんし、Wさんも足を押さえるなど、足が痛いような仕草はしていません。もし、MがWさんを移動させようとした際に脛か足首付近を挟んでしまったなら、とっさに「ごめん」とか、「どうした?」、「大丈夫?どこ、挟んだ?」などという言葉が発するのが自然
15
です。ですが、そのような言動は一切ありません。むしろ、Wさんが、職員に抱えられて大きな悲鳴を上げた後、うつぶせになり、肩を上下させながら、ハア、ハア、と声に出して1分以上も荒い呼吸を続け、呼吸を整えようとしていることからすれば、第一審で被告が主張していたと
20
おり、職員が無理に身体を持ち上げようとした際に身体の一部、つまり胸に力が加わり、胸に激痛が走った、と見るのが自然です。

(ウ) このように、控訴審における、一審被告の「午後7時04分の悲鳴は、足を挟んだから」という主張は、信用できません。午後7時04分の時点で、職員が身体を持ち上げようとしたところ、激痛で大声を上げ、その後1分以上も荒く苦しそうな呼吸を続けていた状態は、「胸が締め
25
付けられる感じがある」「胸が裂けるような痛みがある」「息切れ・めま

い、または、脱力感（体に力が入らない）がある」「安静にしても胸が痛い」に該当し、救急受診ガイド（甲39・11頁）によっても、直ちに救急搬送しなければならない状態にあたり、救急搬送を要請しなかった職員らには注意義務違反が認められます。

オ 「カ 3月29日午後7時16分頃以降のWの言動等について」（29頁以下）について 5

一審被告は、午後7時16分以降のWさんの言動等について、職員らに対して「プリーズ ウォーター」と複数回水を飲みたいと述べ、「スタンディー」と言って起こしてもらって、水を飲むなどしたことを理由に、「同職員らとの意思疎通を図りつつ、これらの行動に出たものであって、これら 10
らを踏まえ、同職員らとして、Wの容態が徐々に落ち着きつつあると認識した」と主張していますが、これらは実態を反映したものではありません。

ビデオ（甲28）を見れば、Wさんは午後7時19分にも「アアー」という悲鳴を繰り返していますし、水を飲み終わったと思われる午後7時23分にも「アアー」「オオー」と悲痛な大声を上げており、水を飲んだこ 15
とで容態が緩和した、容態が落ち着いた、と評価できるような様子はありません。また、Wさんが職員に懇願しているのに、職員は「ノー」と強い調子で叱責しており、職員との意思疎通がそもそも十分にできていない状態でした。午後7時24分頃には、またWさんが転がり回ってベッドから 20
落ちそうになっているのを、職員らは、そのような苦しい容態を心配するのではなく、単に「落ちないため」に、ベッド横に別のベッドを衝立のように設置しました。

そもそも、「意思疎通」に関して言えば、通訳を用いていない時点で、意思疎通は極めて不十分な状態でした。ビデオを見ても、職員は、W氏の言葉を聞き取れていないことが多々ありますし、Mもそれを認めています 25
（乙28）。職員の発している英語は、わずかな単語レベル、それも、ユ

ア パワー、ノー グッド、メディスン、インポルタント、ウォーター、ローリングくらいであり、体調不良の内容に関する意思疎通はほぼできていないに等しいものでした。胸の痛みがどの程度なのか、どのように痛むのか、いつもと違いがあるか、あるいは胸以外の場所も痛んでいるのかなど、具体的な聞き取りは何もできていなかったのです。 5

このような客観的な状態からすれば、午後7時16分から午後7時35分ころまでのWさんの様子から、「落ち着きつつある」などと判断できないことは明らかであり、この間の尋常ならざる状態を目の当たりにしながら救急搬送しなかった職員らには、注意義務違反が認められます。

(4) 「4 原判決の判断の誤り」(32頁以下)について 10

ア 「(1) 原判決は、局所的な場面のみを切り取って、その間のWの主訴やその表現を過度に重視し・・・Wの容態が徐々に落ち着きつつあると認識し得る事実を適切に考慮しない点において誤っていること」について

(ア) 一審被告は、原判決は局所的な場面のみを切り取ったと主張してい

ますが、上記(3)で述べたとおり(21頁以下参照)、一審被告の方が、水を飲んだ、職員らの手を借りて車椅子に乗ったなどの、それ自体落ちついたとは評価できないような事実を挙げており、全体的な評価をしていません。午後7時04分以降、Wさんは呼吸が明らかにおかしくなり、絶叫を繰り返しているのもあって、落ち着きつつあると評価することは到底できません。 15 20

(イ) また、一審被告は、「原判決が判示する『尋常ではない外形的な状態』

とは、同日午後7時8分頃から同日午後7時16分頃までのWの言動を踏まえての評価と考えられるところ、同時間帯に休養4号室に同職員らはいなかったのであり、処遇事務室内にいた同職員らは、Wの発言は聞こえていない」(34頁)として、聞こえていなかった以上責任がないかのような主張をしています。 25

しかしながら、一審被告によると、当時、テレビ監視所において、休養室内の音声を聞くこともできるのに、これを消音にして、Wさんの大声の悲鳴、助けを求める叫びを聞いていなかった、というのですから（17頁）、それ自体がWさんの容態を把握できるのにしなかった、という組織過失を構成するに等しいものです。また、休養4号室から処遇事務室まで複数枚扉があつて聞こえなかった（17頁）というのも、十分な容態観察がそもそもできない監視方法を採用していたことを示すに他ならず、むしろ過失を基礎づける事情といえます。この間のWさんの悲鳴は、「I'm dying」と繰り返し、絞り出すような苦しいものとなっており、救急搬送を要したことは容易に認識できたはずで、これを「東日本入管センターの職員らが認識し得ない事実」（34頁）であったという一審被告の主張は誤りで、むしろ「認識し得た事実」に他なりません。

(ウ) さらに、一審被告は、「この日にWを休養室に移室したのは、同医師の指示によらない東日本入管センターの職員らの判断であり、医療上の必要のみならず、騒じょう防止の目的にもよるものである。そして、この日に同医師が指示したのは、飽くまで東日本入管センターの職員らの判断により開始された休養室での容態観察を継続することであり・・・」（34～35頁）と主張していますが、これは一審被告の「東日本入管センターの職員らは、本件時点に至るまでの間、診療室医師がした本件指示（取り分け、3月27日の診察に基づく指示）に従いWの容態観察を行っていたこと」という主張（24頁）と完全に矛盾するものであり、破綻しています。この箇所で一審被告は、要するに、容態観察はもともと医師の指示ではなく、騒じょう防止、つまり、3月27日にWさんの容態悪化を、他の被収容者十数名が知って、医者に診せるよう求めて居室拒否をしたことから、それを宥めて帰室させる目的で行ったに

すぎない、医師の指示によりその容態観察を継続しただけ、容態観察はその程度のもの、ということ述べているように受け取れます。そうだとすれば、職員らの認識としては、「容態観察」は、もともとWさんの健康管理の目的で行ったものではないということになり、Wさんの急変を深刻なものとして捉えておらず、だからこそ救急搬送をしなかった、という過失に直結しますし、医師が容態観察を指示したから大丈夫だと思った、というのも根拠を欠くことになります。

イ 「(2) 原判決が、東日本入管センターの職員の救急搬送要請義務を導く根拠として消防庁発行のプロトコル(甲第39号証)を指摘した誤り」(36頁以下)について

一審被告は、「同プロトコルは、飽くまで救急車の利用が適切ないし推奨される場合を一般的、抽象的に示すものにすぎない」(36頁)と主張しますが、同プロトコルは、まさに一般的な基準を示すものとして有用です。そして、入管職員向けに作成された令和4年1月27日付け「被収容者に対する救急対応マニュアルの策定について(通知)」(甲69)7頁で「直ちに119番通報を行う」べきとされている「重病兆候者」は、消防庁発行のプロトコル(甲39)を参照したと思われる内容になっています。一般家庭におけるのと同じで、かつ、本件事件後とはいえ入管職員向けに作成されたマニュアルの搬送基準すら守れなかった職員らに、注意義務違反が認められることは当然です。

また、「現に診療室医師の診療を受け、容態観察を指示されていた本件の場合に直ちに妥当するものではない」(36頁)と述べますが、医師の診察を受けたのは「現に」ではなく、2日前のことです。既に述べたように、27日に医師が容態観察を指示したとしても、29日に容態が急変すれば救急搬送すべきであること、医師のいう「容態観察」の意味は、容態を注意深く観察して、異変があったら医師への連絡か救急搬送をせよとい

う意味のほずであって「異変があっても救急搬送はせずに観察を続けよ」などというものではあり得ないこと、31日まで容態観察を続けて大丈夫などと医師が保証したことはないこと、当時入管の内部指示においても体調が急変した場合は夜間休日にかかわらず躊躇なく直ちに救急車の出動を要請することとされていたこと等からすれば、一審被告の主張は理由たり得ません。 5

ウ 職員らの態度から推測される救急搬送しなかった本当の理由

以上のとおり、職員らが、29日にWさんの急変を目の当たりにしたにもかかわらず、救急搬送をしなかった理由として、「医師から容態観察を指示されたから」という主張は真実ではなく、仮にそうだとした場合、容態観察の意味を全く理解していなかった職員らの過失が否定されることはありません。 10

職員らが救急搬送をしなかった本当の理由を推測すると、既に述べたとおり、29日は土曜日（週休日）であり、かつ夜間であったため、そもそも非常勤医師や外部医師に相談しようという意思、発想がなかったことが考えられますが、これが注意義務違反を否定することにならないことは上記のとおりです。Wさんが、もし、当時収容されていなければ、自ら、あるいは人を介して119番通報をして救急搬送されたはずであり、それが社会一般の医療水準です。職員らに、29日の時点で、そもそも救急搬送しようという発想がなかったと思われることは、午後7時46分以降のさらなる症状の悪化、すなわち、午後8時以降ベッドの上で寝ていることができず床で転げ回っていたり、午後8時35分頃に水を飲もうとしても立ち上がれずに倒れていたりと、午後10時21分に血圧88/50という低数値が測定されても、救急搬送を要請せず、心肺停止となって始めて救急搬送を要請したことからも見て取れます。 15 20 25

加えて、上記のように「容態観察は騒じょう防止が目的だった」などと

述べていることからしても、当初から一貫して、Wさんの容態を深刻に受け取っていなかったことが推測されます。以下のような具体的な職員らの行動を見ても、職員らは、29日の容態の急変を目の当たりにしながら、胸痛が治まるのを待っていたのではなく、そもそも、胸痛の訴えを本気にせず、それどころか「大げさ」「わざとやっている」と考えていたことが 5 窺えます（甲28、57）。

- ・ 午後6時08分頃から午後6時13分頃にかけて、職員らは「セルフパワー」「オーケー？」などと言って、歩行困難なWさんを歩かせようとしていました。

- ・ 午後7時04分頃にも、「セルフ パワー」「ユア パワー」「スタンディング」「ノー グッド、スリーピング」などと言って、立てないWさんに車椅子からベッドに自力で移動するよう促しました。午後7時05分には、こどもをあやすかのように鼻歌を歌っています。 10

このような「手を貸さない」という対応は、医師の指示によるものではなく、Mの陳述書において「精神的な原因だろう」「手を貸してしまうと、筋力が衰えて完全に動けなくなってしまうかもしれない」（乙28・9頁）などという記載があるとおり、職員独自の判断でした。 15

職員が繰り返した「自分で動くように」「ユア パワー」という指示は、「本当は動けるのに、精神的に動こうとしない」という発想からくるものであり、「大げさ」あるいは「わざとやっている」と、職員が内心では考 20 えていたことを強く窺わせます。

- ・ 午後7時16分頃、職員らは、Wさんが床に落ちたことに対する心配ではなく、「頭をベッドの下に入れたことにより、テレビ画面による監視ができなくなった」ことを理由に、職員らが休養室にやってきて、「何、何、何がしたいの」などと叱責しました。ビデオを見れば、苦しんで転が 25 っているうちにベッドの下に入ってしまったことは明らかなのに、職員ら

は、怒りながら「何、何、何がしたいの」と、Wさんが職員らを困らせようとして、わざとしているのだと受け取っていたのです。

そして、「I' m d y i n g」(死にそうだ)「My h e a r t」(心臓)と訴えたWさんに対し、2人の職員は、「疲れたんだろ」「ユーアー
 タイヤード」と言って済ませています(甲28、乙28)。このことも、
 Wさんの「I' m d y i n g」(死にそうだ)「My h e a r t」(心臓)という、これ以上なく症状を直接的に訴えるWさんを見無視し、「疲れたんだろ」、つまり、「精神的なもの」ひいては「大げさ」「わざとやっている」という評価をしていることを窺わせるものです。

・ 午後7時30分頃から午後7時35分頃にかけて、職員は「リラックス」という言葉を複数かけていますが、これも、上記「何、何、何がしたいの」「疲れたんだろ」という言葉と同様、「落ち着け」、つまり、実際は胸痛が深刻だと思っているのではなく、「精神的なもの」「大げさ」「詐病」という考えが念頭にあることを窺わせる発言です。

・ 午後7時39分、職員は、イライラしたように「ちょっと頑張れよ」「まったく動けない体に、動けないことになるから」と日本語で叱責しています。

このように、3月29日午後6時以降、特に午後7時04分以降、職員らは、Wさんが「I' m d y i n g」「h e a r t」などと直接的に苦痛を訴え、容態が急変しているのに、それをあるがままに受け取ろうとせず、「大げさなだけ」「わざとやっている」という誤った評価を、医学的な裏付けなく行っており、それゆえに救急搬送しようとしなかったことが窺えるのです。収容施設の職員の間では、被収容者が体調不良を繰り返し訴えた場合に詐病を疑う風潮があったと述べる元職員もいます(甲70・
 2頁11行目以下)。

4 小括

以上のとおり、東日本入管センターの職員らの救急搬送義務違反を認めた原
判決は、常識に適った極めて正当な判断であり、一審被告の主張は理由があり
ません。

第6 生存していた相当程度の可能性について

一審被告は、一審被告控訴理由書第3の第4項「Wについて相当程度の可能
性があつたとは認められないこと」（40頁～44頁）との項立てのもと、一
審で証人となったF医師の新たな意見書（乙34）を引用するなどして、相当
程度の可能性を否定する主張を展開しています。

既に尋問を終えた証人の意見書を提出すること自体、民訴法156条（適時
提出主義）の趣旨から問題がありますが、それを措くとしても、一審被告に対
しては以下の反論が可能であり、一審原告は甲71のD医師の意見書等を提出
します。

1 実施されたであろう医療行為の内容等（40頁「4（1）」について

(1)一審被告は、「ア」において、「3月29日午後7時35分頃の時点で救急
搬送を要請した場合」、「同月29日午後8時15分ないし午後8時25分頃、
搬送先の病院に到着したものと考えられる」と主張しています（40頁）。

しかしながら、一審原告控訴理由書6頁以下で指摘したとおり、午後7時
04分の段階で入管職員の注意義務違反が認められるべきです。この時点で
救急搬送を要請した場合、29日午後7時44分ないし午後7時54分頃
には搬送先の病院に到着したものと考えられます。

(2)一審被告は、「イ」において、Wさんの死因が「乳酸アシドーシス」であ
ることを前提に、「Wに対しては、乳酸アシドーシスに対する対症療法とし
てのメイロン投与等の措置を行うしかなかったものと考えられる」と主張し
ており（41頁）、その根拠として、F医師の意見書（乙34）も引用して
います。同意見書4頁の「W氏が乳酸アシドーシスになった原因は特定でき
ないものの、私は、薬剤が原因である可能性が最も高いと考えております」

との部分です。

ア この点、Wさんが乳酸アシドーシスの状態に陥り死に至ったことは、F医師もD医師も同じ意見ですが、その原因を薬剤とみるか（F医師1度目の証人調書1頁～3頁）、冠攣縮性狭心症とみるか（D医師1度目の証人調書12頁～14頁）について見解が異なります。 5

イ そして、薬剤が原因である可能性が高いと主張するF医師自身が、「この薬は糖尿病の薬として、全世界で最も処方されている薬であり、同薬の服用をしていて乳酸アシドーシスで死亡した症例は、非常に少なく、1万人に1人以下の頻度くらいになると思われま

す」と述べています（乙34の4頁～5頁）。実際、甲72の論文によると、その頻度は「年間10万人あたり数人程度」とされています（同59頁左列）。甲73の論文においても、「メトホルミンの極めて稀な副作用として乳酸アシドーシスがある」とされています（同1頁「要旨」本文3行目）。 10

ウ したがって、Wさんがメトホルミンの副作用で乳酸アシドーシスに陥ったと推認することは、経験則に反するというほかありません。 15

(3)また、一審被告は「ウ」において、「PCPS（註：体外循環機器のこと）を使用した処置が社会一般の医療水準として求められる医療行為であるということはできず、Wに対してPCPSを使用した処置が実施されたであろうと認めることはできない」と主張しています（41頁～42頁）。当審で一審被告が提出したF医師の意見書（乙34）でも、「対症療法の中でも、PCPSなどの侵襲 20

的な処置ができず、メイロン投与などの一般的な対症療法しか実施できない場合には、先ほどお話ししたとおり、その効果には限界がありますので、救命可能性はさらに低くなると考えられます」と述べられています（同6頁）。

ア しかしながら、まず、PCPSがなければ救命可能性はさらに低くなるとの一審原告の主張自体が間違いです。この点は次項において詳述します。 25

イ また、甲72と甲73の論文にも記載されているとおり、まずは薬物療

法と必要に応じて血液透析が選択されるのが一般的な救急措置です。血液透析は、救急に対応する施設であれば、基本的に行える治療といえます。

ウ したがって、PCPSがなければ救命し得なかったとする一審被告の主張自体が前提を誤っています(以上、甲71の意見書第2項)。

2 「(2) Wに対して対症療法を実施しても、乳酸アシドーシスの原因を特定して根本治療を行うことはできず、対症療法を継続するのみでは救命可能性がかなり低かったこと」(42頁以下)について 5

一審被告は、前述のF医師の意見を踏まえ、「Wについては、3月29日午後8時35分頃までに社会一般の医療水準に照らした医療行為であるメイロンの投与等の措置が適切に実施されていたとしても、同措置は対症療法にすぎず、根本治療ではなかったことから、救命可能性は、乳酸アシドーシスの原因を特定して根本治療を行うことができた場合やPCPSを使用した処置を実施した場合も含む救命可能性である4、5割よりも相当低いものであったというべきであり、このような救命可能性をもって前記2で述べた『それ相応の可能性』があったということはできないというべきであって、相当程度の可能性があったとは認められない」と主張しています(43頁～44頁)。 10 15

(1)しかしながら、薬物療法等が「対症療法」にすぎず、「根本治療」ではないとする一審被告の主張自体が間違いです。

(2)そして、乳酸アシドーシスの原因が仮にメトホルミン服用に伴う副作用だとしても、甲72と甲73いずれの症例も、薬物療法や緊急透析等の対応により救命できたことが論じられています。さらに、甲74の論文では、「MALA(メトホルミン関連の乳酸アシドーシス)の死亡率は調査期間中(1960年代から今日まで)に約50%から約25%に減少した。この知見は、メトホルミンが以前より危険でなくなったことを意味するものではなく、(これほど長い研究期間では意外にも)重症の疾患で入院した患者の転帰が以前より良くなっていることだけを示唆している」と結論付けられています(1126 20 25

頁右段“CONCLUSION”の項“Overall, the mortality rate in MALA fell from around 50% to around 25% over the study period(from the 1960s to date). This finding does not mean that metformin is less dangerous than before; it suggests (unsurprisingly, for such a long study period) only that patients hospitalized for severe diseases have a better outcome nowadays than in the past.”)。

5

(3)したがって、メイロン等の薬物療法等が「対症療法」にすぎず、「根本治療」ではないとする一審被告の主張自体が間違いです。メイロン投与等の薬物療法や緊急透析等の対応により、Wさんの救命可能性は十分にあったといえます(以上、甲71の意見書第1項)。

3 「5 原判決の判断の誤り」(44頁以下)について

10

一審被告は、薬物療法等は「対症療法」にすぎず「根本治療」ではないとの誤った立論をもとに、「原判決は、前記3及び4で述べた乳酸アシドーシスに対する唯一の治療方法は、その原因に対する根本治療であること、乳酸アシドーシスが判明した場合の対症療法は、乳酸アシドーシスに対する『根本治療』ではなく、根本治療を行うための『時間稼ぎ』にすぎないこと、その原因が判明しない場合には対症療法を継続するしかないところ、対症療法のみでは死亡の結果を避けられる可能性がかなり低いこと」が「医学的知見」とであると主張しています(45頁)。

15

しかしながら、まずは薬物療法と必要に応じて血液透析が選択されるのが一般的な救急措置であること、それにより救命される可能性も十分あることは、既に述べたとおりです(甲72、甲73の論文参照)。甲74の論文のとおり、メトホルミン関連の乳酸アシドーシス(MALA)の死亡率が近年改善しつつあることも明らかとなっています。むしろ、一審被告の主張こそが「医学的知見」とはかけ離れたものなのです(甲71の意見書第2項)。

20

4 乳酸アシドーシスの原因が特定できなくても救命は可能であったこと

25

Wさんの死因となった乳酸アシドーシスが、薬物(メトホルミン)の副作用

であったとする一審被告の主張は、十分な根拠を示さずして極めて確率の低い推論を押しつけるものにすぎず、明らかに不合理です。

この点、D医師は、甲71の意見書第3項以下で、「W氏の病態が、何が原因で致命的となったかを解明することは、現状では至難です。確かに薬の副作用としての乳酸アシドーシスも1つの可能性かと思いますが、これを救命が難しい病態だから致し方ないとするのは無理があります」と述べています。そのうえで、D医師は、Wさんが低拍出症候群に陥っていたことを踏まえ、その原因について考察しています。なお、F医師もビデオ画像からWさんの低拍出性症候群を認めています（F医師1度目の証人調書17頁～18頁）。 5

そして、D医師は、「一般的に心不全に陥る原因として心筋梗塞や弁膜症がありますが、W氏の死後に行われた剖検からは冠動脈の異常を示唆する所見はなく心筋のダメージもないことから、心臓が原因での致命的変化は考えづらい」ため、「冠攣縮性狭心症といった病態から不整脈を生じ、それが原因となって低拍出性症候群に陥ったとすることが、一元的かつ妥当性が高いと考えています」と述べています（甲71・2頁）。前述のとおり、メトホルミンの副作用という可能性が極めて低いことからすると、かかる分析のほうが説得的かつ合理的と言えます。 10 15

さらにいえば、Wさんの症状の原因が薬物であるのか、冠攣縮性狭心症であったかが特定できなかったとしても、Wさんの救命可能性は十分あったといえます。この点、D医師は、原審の証人尋問において、裁判官からの質問に対し、「搬送されて、これだけということでは適格^{原文の}な治療ができれば、当然救命できると思います。ですから、それは、かなり高いものではないかというふうには考えます」と証言しています（同人の1度目の証人調書31頁）。また、F医師においても、大分動かない状況になる前に救急搬送すれば、救命可能性が四割、五割ぐらひはあるかもしれない旨を証言しており、救命可能性を否定していません（同人の1度目の証人調書26頁）。 20 25

なお、両医師とも、時間的に早く搬送すればするほど救命可能性が高まることについては共通の意見です。一審原告が、午後7時04分の段階で救急搬送を要請した場合、29日午後7時44分ないし午後7時54分頃には搬送先の病院に到着したものと考えられると繰り返し指摘する所以です（一審原告控訴理由書6頁）。 5

5 小括

以上のとおり、原審におけるD医師及びF医師の証言の結果や、控訴審で提出されたF医師の意見書（乙34）に対するD医師の意見書（甲71）と論文（甲72～甲74）などからすると、原判決を、「医学的知見を踏まえておらず、抽象的な理由から、W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を肯定したものだ」というほかないから、原判決の上記判示は誤りである」（45頁6行目以下）と批判する一審被告の主張は根拠薄弱です。 10

そして、以上の検討を踏まえると、原判決の、「Wについて、遅くとも同日午後7時35分頃に救急搬送の要請が開始されて病院に搬送されていれば、その症状の原因や病気を特定するための検査を行うことと並行して、その症状に対する応急処置を行うことは可能であったことが認められ、Wは、その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があったものと推認される」との認定（原判決29頁）は、至って合理的なものといえます（ただし、それ以上に死亡との因果関係が認められるべきことは、一審原告の控訴理由書で述べたとおりです。）。一審被告の主張は医学的に見て失当です。 15 20

以 上