

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

5 原告ら第13準備書面 医療の不提供

2024年1月12日

名古屋地方裁判所民事第10部合議口B係 御中

10

原告ら訴訟代理人弁護士 川口直也



はじめに

本書面では、被告第9準備書面に対する認否・反論を行う。被告第9準備書面は  
15 医療問題に関する被告主張の集大成と考えられる。内容の詳細に入る前に、概括的  
に述べると、同書面には、ウィシュマさん死亡についてその原因を追及し、再発防  
止に役立てようという視点が皆無で、詭弁と無責任が満ち満ちており、収容継続に  
ついて違法性を否定する被告第8準備書面の主張ともあわせ考えると、被告主張の  
結論は、ウィシュマさんの死は名古屋入管の医療体制のもとでは仕方ないものであ  
20 り、彼女は不可抗力で亡くなったということに帰結している。

しかし、33歳の健康な若者だったウィシュマさんが、収容中に体調を崩し、や  
がて自力歩行ができず車椅子での移動を余儀なくされるようになり、監視カメラの  
映像の映し出している通り、寝たきりとなり、看守達が手助けをしてもベッドから  
25 起き上がるのも難しくなり、食事も口元に運んであげないとできない状態が歴然と  
なり（食事を口にふくまされても、しばしばこれを嘔吐し）、亡くなる3日前から  
はバイタルも十分に計れない状態となっているのに名古屋入管は何らの救命措置も

とらなかった。

5 その中では、2月15日の2回目の尿検査でケトン3+という数値が表れるなど、  
飢餓状態や脱水、肝機能及び腎機能障害が明らかとなっているのに、これらの深刻  
な容態に対する何らの治療方針も立てず、何らの治療もなされなかった。このよう  
10 に、明らかな医療上の過誤とウィシュマさんの体調を無視した収容の継続がなされ  
た末にウィシュマさんは死亡したにもかかわらず、被告国はウィシュマさん死亡の  
責任に向き合おうともしない。被告国は、医療体制の不十分さに全ての原因を集約  
せんとして、「仕方なかったのだ」と結論づけようとしているようであるが、ウィ  
シュマさん死亡の原因はそのようなところにはない。名古屋入管の医師の当たり前  
15 の注意か、若しくは、他の職員達の被収容者の命に対する当たり前の配慮があれば、  
容易にウィシュマさんの命は救えた。庁内の医療体制が不十分であれば、外部病院  
に搬送して点滴を施すだけで救命は可能であった。「一度、仮放免を不許可にして  
立場を理解させ、強く帰国説得する」ため等という理由すら挙げて仮放免を極力許  
可しないとす入管の方針（「収容」を被収容者の心に絶望感やストレスを与える  
20 道具としている）、詐病を疑う入管の指導層、こうした組織の体質的なものの影響  
が内部の医師や職員たちにも及んだ結果、ウィシュマさんは、顕著に体調を崩した  
にもかかわらず十分な医療を与えられず、仮放免されることもなく、死に追いやら  
れたのである。

ウィシュマさんは日本の入管行政の犠牲者である。

20

第1 被告第9準備書面「第1 収容中のウィシュマ氏に対する庁内内科等医の令  
和3年1月28日以降の医療上の対応が全体として不合理ではないこと」につ  
いて

1 同1「はじめに」について

25

被告は、「名古屋入管局長において、庁内内科等医の意見等を踏まえ、ウィ  
シュマ氏の病状に鑑みた「適当な措置（処遇規則30条1項）を施すように名

古屋入管の職員に指示しなかったことが不合理であるといえるか否かによって判断されるべき」と主張する。

しかしながら、国賠法1条1項の「国または公共団体の公権力の行使に当たる公務員」は、収容施設の長に限定されるものではなく、看護師、医師はもちろん、看守勤務の入国警備官、統括入国警備官ら名古屋入管の職員らを含むことについては、原告ら第3準備書面第1、1(1)(5頁)で述べた通りである。被告も、入管収容施設において、「収容施設の長を含む職員らが、被収容者に対し、その生命・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を負っていることは、被告

10 としても何ら否定するものではない。」(被告第4準備書面、第1、2(1)(5頁))と、これを認めている。

また、全ての職員が被収容者の生命・身体の安全や健康を保持するために、少なくとも、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を負っていることは被収容者処遇規則等からも明らかである。

15 被収容者処遇規則第14条第2項は、「入国警備官は、収容所等の施設又は被収容者について異状を発見したときは、応急の措置を講じるとともに、直ちに所長等に報告しなければならない。」と定め、入国警備官に対して応急の措置をとること求めている。

名古屋出入国在留管理局被収容者処遇細則(甲15)第34条1項は、処遇担当統括に対して、「被収容者から医師の診療の申出があったときは、局長に報告し、その指示を受けるものとする」、同2項において、「処遇担当統括は、前項の場合において、急を要し、局長に報告するいとまがないときは、直ちに医師の診療を受けさせた上、速やかに局長にその状況を報告しなければならない」と定めており、処遇担当統括に対しても、急を要する場合の医師の診療を義務付けている。

25

法務省入国管理局長も、被収容者から体調不良の訴えがあった場合、「時間

帯により看守責任者等が当該収容者への対応を判断せざるを得ない場合は、体温測定等の結果に異状が見られなくとも、安易に重篤な症状にはないと判断せず、ちゅうちょすることなく救急車の出動を要請すること。」と、看守責任者等に対し、「被収容者からの直接の訴え」に応じて、救急車を呼ぶことを含め、

5 被収容者の体調不良の訴えに対応することを指示している(甲16、1(3))。

国家公務員たる入管職員各人が、被収容者の人権である生命・健康を保持する義務を負っていることは当然である。したがって、以上からも明らかなおお

り、国賠法1条1項の適用上違法と評価されるか否かの判断基準は、「名古屋入管局長」において、「庁内内科等医の意見を踏まえ」ウイシュマさんの病状

10 に鑑みた「適切な措置」を施すよう「名古屋入管の職員に指示しなかったこと」が不合理であるか否かに限定されるものではないため、「庁内内科等医の医療上の対応が不合理であるとはいえないのであれば、庁内内科等医の意見等を踏まえてウイシュマ氏の病状に鑑みた「適切な措置」(処遇規則30条1項)を

15 施すように名古屋入管の職員に指示する立場にあった名古屋入管局長の対応も不合理であるとはいえず、名古屋入管局長が、職務上の注意義務を尽くすことなく漫然と対応したと評価することはできない」という被告の立論は誤りである。

とはいえ、本件では、庁内内科等医のウイシュマ氏に対する令和3年1月28日以降の医療上の対応が全体として不合理であったことは明らかであり、被告の庁内内科等医の医療上の対応が全体として不合理ではないという点については、以下で反論する。

2 同2「一般的な診療のプロセスについて」について

一般論としては認める。

3 同3「令和2年8月の収容開始から血液検査が実施された令和3年1月25

25 日頃までのウイシュマ氏の体重減少や、その頃の体調について」について

ウイシュマさんは、令和3年1月15日に、4日前頃から食欲がなく、吐き

気があると訴え、それ以降、継続的に同様の訴えを行っていることから（甲4の2、1（1）（1頁））、原告らは、1月上旬以降のウィシュマさんの体調について論じているのであって、それ以前に、特段の医療的な対応が必要であったと主張しているものではない。これを前提として、以下論じる。

5 被告は、ウィシュマさんと、肥満症に対する減量目的で入院した患者とを比較して、体重の減少率を議論しているが、かかる比較自体が失当である。肥満症に対する減量目的で入院する場合、摂取する栄養やカロリーを管理した上で、体重減少を図るものであるが、ウィシュマさんは、摂取栄養素の管理もされておらず、上記の通り、1月上旬以降は、食欲がなく、嘔吐や吐き気等が原因で  
10 食事が摂取できなくなり体重が減少したのであって、意図しない体重減少である。ウィシュマさんに「やせ願望」があり、意図的に体重減少を図っていたと被告が主張しているのであれば、全く事実と異なる。

また、被告は、ウィシュマさんの令和3年1月25日時点のBMIが肥満（1  
15 度）であることを指摘し、「健康状態に問題がない栄養状態を維持したまま、体重が減少していると考えられる」と主張するが、BMIは、身長と体重から計算する指数であり、栄養状態は全く関係がない。したがって、ウィシュマさんが「栄養状態を維持したまま」体重が減少しているという被告の主張に根拠はなく、失当である。

4 同4「令和3年1月25日に実施された血液検査結果及び血液検査を踏まえた医療的な対応の要否について」について  
20

(1) 同(1)「令和3年1月25日に実施された血液検査の結果について」について

被告は、令和3年1月25日の血液検査の結果について、ウィシュマさんの  
25 栄養状態に関して、特段の問題があったと認められないと主張する。

しかしながら、原告第12準備書面第1、3(2)記載の通り、アルブミン4.7g/dl、ヘモグロビン(Hb)16.0g/dlという検査結果

は、基準値内であっても、脱水症状が隠れている場合がある。このことは、ヘモグロビン値が16.0（標準11.3～15.2）g/dl、ヘマトクリットが49.6%（標準33.4～44.9）と上昇していることから推測される。

5           また、アルブミンは、採血した日の約3週間前の栄養状態を示しており、採血時の栄養状態を正確には示していないのであるから（甲113、「低栄養」部分）、同日時点の栄養状態に関して、特段の問題があったと認められないという主張についても理由はない。

(2) 同(2)「血液検査を踏まえた医療的な対応の要否について」について

10           被告は、令和3年1月25日の血液検査結果に基づき、この時点においてウィシュマさんに、特段の医療的な対応が必要な状況ではなかったと主張する。原告らも、この段階で、ウィシュマさんが、何らかの積極的な医療的な対応が必要な状況になかったということについては争うものではない。

15           しかしながら、後述の、尿検査の結果を踏まえれば、何の経過観察も必要ではなかったということを意味しないことを付言する。

5 同5「令和3年1月26日に実施された1回目尿検査について」について

(1) 当時のウィシュマさんが、必要な栄養を摂取できていなかったこと

20           被告は、1回目の尿検査を実施した頃、ウィシュマさんが少なからず飲食物を摂取している状態であって、食欲がなかったわけでもないから、医療的措置を取らなかったとしても不合理ではないと主張するようである。

          しかしながら、ここでいう「少なからず」、あるいは食欲が「なかったわけではない」という表現が、具体的にどれだけの量や食欲の程度を示しているのか全く不明であり、その結論に意味はない。

25           人には、生命健康を維持するために、必要最低限摂取する必要がある栄養素があり、仮に、「少なからず飲食物を摂取」したとしても、こうした栄養素を適切に摂取しなければ健康障害を引き起こす。具体的には、例えば、ビ

タミンB1を欠けば、筋力低下、Wernicke脳症、心不全ならびに筋痛等の合併等を引き起こす可能性がある（甲103、9～12頁）。

5 ウィシュマさんの第1回目の尿検査の結果、栄養状態の悪化を示すケトン体が「+」との結果がでているのであれば、摂食・摂水状況をモニターし、ウィシュマさんが必要な栄養素を摂取できているか否かを確認し、できていなければ改善を図り、それが困難であれば、医療的措置により、栄養の摂取を確保することが、名古屋入管の取るべき措置である。そして、これは容易に実施可能である。

10 必要な摂取カロリーについても、被収容者処遇規則26条において、被収容者に給与する糧食の一人一日当たりのエネルギーを、二千二百キロカロリー以上三千キロカロリー以下と定めているのであり、何の根拠も客観性もなく、「少なからず」飲食物を摂取していると、曖昧な感覚・イメージだけで論じているのでは、医療的措置が必要ないとの判断はできない。

15 いずれにしても、令和3年1月半ば以降、ウィシュマさんは、吐き気や食欲の低下、胃痛を申告しており（令和3年1月15日、17日、18日、19日、21日、22日）、実際、1月15日は夕食をとらず、同月18日は、パン、菓子、飲料は摂取しているが、摂取量が減少していること、19日には、少量ずつパン、官給食の副食、飲料を摂取したが、1月20日には官給食の夕食全量未摂取、22日は朝食が食べられず、飲料を嘔吐していることが記録されている（甲4の2、1～3頁）。

25 通常の食欲があったとは到底いえず、実際、食事の未摂取が頻繁に生じていた。体重減少も継続していたのであるから、食欲がなく、「少なからず飲食物を摂取している」といった状態にさえなかったことは記録上も明らかである。その結果、ウィシュマさんは遅くとも2021年2月15日までには飢餓状態に至っており、トイレ・シャワー等の基本的な日常生活も自分ではできなくなり、自力で歩行すらできなくなっていたのである。

また、「嘔吐」が頻繁に生じていたわけでもなかったと被告は主張するが、摂食をしなければ嘔吐はできないし、そもそも、名古屋入管は、ウィシユマさんの嘔吐をすべて記録していたわけでもないのであるから、「嘔吐が頻繁に生じていたわけでもない」という主張に根拠はない。

- 5 (2) ウィシユマさんが、「仮に脱水や栄養不足の状態であったとしても、それが生命の危機を伴うほどの状態であったとはいえず…、原告らが主張する医療上の対応を行わなかったことが不合理であるとはいえない」という被告の主張について

10 被告は、ウィシユマさんが、1回目の尿検査が実施された時点で、「仮に脱水や栄養不足の状態であったとしても、それが生命の危機を伴うほどの状態であったとはいえず…、原告らが主張する医療上の対応を行わなかったことが不合理であるとはいえない」と主張する。

15 しかしながら、被告自身、「収容施設の長を含む職員らが、被収容者に対し、その生命・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てらして適切な医療上の措置を取るべき注意義務を負っている」（被告第4準備書面、第1、2（1）（5頁））ことを認めているところ、「生命の危機を伴うほどの状態」まで医療上の対応をしないのであれば、被収容者の「健康を保持」する義務を果たしているとは到底言えず、被告の主張は失当極まりない。

- 20 6 同6「令和3年2月18日までの診療経過、及び庁内内科等医が、同日までの診療経緯を踏まえ、同日に実施した診療において、ウィシユマ氏に関して外部病院の精神科の受診を指示した対応が合理的であること」について

25 被告は、「一般的に、内科医は、吐き気に関する原因を追究する際、内科的な器質的疾患の有無を調べ、それがなさそうであるということになれば、次に精神的な疾患を疑う。」（乙62、11頁）という意見書を根拠として、ウィシユマさんを精神科に受診させるという指示が一般的な内科医の診療プロセス



に合致し、合理的な指示であった旨を主張している。

しかし、器質的疾患がなければ、次に機能的な異常を疑うのが一般的な診療プロセスである（甲103、5頁）。

5 そもそも、器質的疾患とは、臓器そのものに炎症や癌等の異常があることにより症状が出ている疾患をいう。機能的疾患とは、臓器に異常がないにもかかわらず、自律神経のバランスの乱れ等及び各臓器の機能の障害により臓器が元々兼ね備えている機能の働きが強すぎたり、逆に弱かったりすることで自覚症状が出ている疾患をいう（甲114）。

10 機能的疾患の例としては、神経性胃炎（消化器症状があっても必ずしも胃カメラで異常が認められない）や機能性ディスペプチア、NERD（内視鏡では異常がないが逆流性食道炎の症状が出る病態）、機能性頭痛等が挙げられる。

つまり、臓器そのものに異常がなくても様々な原因によりその働きに異常が出ている場合があり得るため、それらを疑うべきであったのである。

15 そして、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（甲103、7頁）。

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。

20 7 同7「庁内内科等医が令和3年2月18日に実施した診察において、直ちに血液検査を実施しなかったことが不合理であるとはいえないこと」について

25 被告は、具体的な必要性を伴った場合に血液検査を実施すべきであり、6つの理由からその必要性がなかったことを主張しているが、意図的に令和3年2月15日の尿検査結果を排除しているようである。血液検査の必要性は同日の尿検査結果を前提に主張しているものであり、その前提を欠いた状態で反論をするということは、同日の尿検査結果を踏まえた場合に血液検査の必要性を否

定できないことに他ならない。

以下、被告が挙げる6つの理由について反論する。

① 令和3年1月25日に実施された血液検査の結果、栄養状態に特段の問題が認められなかったこと

5 被告は、アルブミン値が基準値内であることから「栄養状態に問題があつて医療的な対応が必要であつたと評価することは困難である」（乙62、5頁）という意見書を根拠として、栄養状態に特段の問題が認められなかったと主張する。

10 しかし、4（1）で述べた通り、アルブミンが比較的高値の時、背後に脱水状態があるための「見かけ上の高値」である可能性があることから、栄養状態に問題がないと考えるのは誤りである（甲103、8頁）。

15 同日のヘモグロビン値は16.0g/dl（標準11.3～15.2）、ヘマトクリットは49.6%（標準33.4～44.9）と上昇しているのも、多血ではなく「見かけ上の高値」の可能性があつた。当時ウイシュマさんが胃痛や嘔気が続き、十分な水分・栄養が与えられていなかったことからすれば、脱水と見るべきであつた（甲86、12頁、甲103、3及び8頁）。

20 したがって、アルブミンやヘモグロビンの値が基準値であつたことと体重の推移をもつてして栄養状態に問題がなかったと考えることは早計であり、脱水状態の可能性が否定されないまま栄養状態に特段の問題が認められなかったということとはできない。

何より同年2月15日の尿検査結果と併せて考えれば、同月18日の時点でウイシュマさんの栄養状態に問題がなかったなど考えることは全くの不合理であり、血液検査の必要性を否定する理由とはなり得ない。

25 ② 収容以降の体重減少が特段病的な状態を示唆しないこと

被告は、体重の推移につき肥満度やBMIの値などから「病的な意味をも

つ体重減少ではなく、標準体重に向けて減量しているものと同等と考えるのが妥当」（乙62、8及び9頁）という意見書を根拠に、特段病的な状態を示す体重減少とは考え難いと主張する。

5           しかし、体重減少と死亡率との関係を見る場合、肥満であれば脱水にも飢餓にもならないというような偏見を捨て、体重減少率にも着目すべきである。

10           令和3年2月18日時点での判断の合理性を検討するには、直近の体重をみるべきであるところ、同月7日時点では69.5キログラムであり、収容時から18%超の体重減少率である。5～10%の体重減少を来した高齢者グループの死亡率が有意に上昇したという研究結果に照らすと（甲103、3頁）、危機感を抱くべき体重減少率であって、病的な状態を示唆しないなどという結論とはなり得ない。

15           また、同年2月15日の尿検査結果と併せて考えれば、体重減少は病的な状態を示唆する要素の一つであって、血液検査の必要性を否定する理由とはなり得ない。

③ 令和3年1月26日の尿検査結果でケトン体「+」と出ているが、直ちに病的な意味が認められないこと

20           被告が同年2月18日時点での血液検査の必要性を検討するために、いかなる理由で同月15日の尿検査結果を排除し、同年1月26日の尿検査結果を検討しているか理解に苦しむ。また、被告自身も、「試験紙を用いた尿検査は、血液検査の結果や他の症状、診察時の所見等も踏まえて栄養状態の程度や治療方針を判断するのが通常である」とし、血液検査の必要性を肯定しているようである。

④ 消化器内科や整形外科において異常がないことが確認されたこと

25           被告は、消化器内科や整形外科において異常がなかったことをもってして血液検査の必要性を否定している。

しかし、ウイシュマさんの訴えた症状の一つである下肢のしびれだけを取り上げたとしても、整形外科以外の疾患からしびれが生じることがないと結論づけることはあまりにも無理がある（甲103、6頁）。

5 器質的疾患がなかったとしても、内科疾患を原因とするしびれは、手根管症候群、帯状疱疹等の単神経障害、血管炎等の多発単神経障害、糖尿病、ビタミン欠乏等の多発神経障害等、数多く存在する（同、6頁）。

したがって、消化器内科や整形外科において異常がなかったとしても血液検査の必要性を否定する理由とはなり得ない。

⑤ 令和3年2月15日当時、ウイシュマさんが徐々に食欲が出てきており、  
10 嘔吐が改善傾向という状況が認められたこと

そもそも、被告が取り上げたのは一部分の記載であり、全体としては以下のとおりである（甲4の3別紙7、64頁。下線部は引用されなかった部分）。

「#、嘔気持続

15 O) 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。吐物は、だ液様のもの少量ずつ。  
食前に吐き気止め（口の中で溶ける薬）を毎食勧めてほしいと依頼。  
さらに食事や飲水状況に応じ500ml2本まで渡すことを話す（OS-1）。  
20 引続き食事を少量ずつ、油っぽい物は控える。OS-1を飲む。食前に吐き止めを服用。胃のOD錠も服用継続して、体力回復を目標にする。」

まず、「改善傾向」というのは相対的な表現であって、仮に2月14日時点よりも翌15日時点の方が嘔吐の症状が改善されていたとしても、血液検査の必要性が相対的に減少した可能性があるにすぎず、血液検査の必要性を  
25 否定する理由にはならない。もっとも、仮に同日時点で「嘔吐の症状が全くなかった」という記載があったとしても、ケトン体3+等の異常な尿検査

結果が出ている以上、血液検査の必要性を否定することはできないと考える。

次に、仮に食欲が出てきて嘔吐そのものが改善傾向であったとしても、2月15日の昼から全量未摂食が続いており、絶対的な栄養不足状態であったことは明らかである。

したがって、令和3年2月15日当時、ウイシュマさんが徐々に食欲が出てきており、嘔吐が改善傾向という状況が認められたこと血液検査の必要性を否定する理由とはなり得ない。

⑥ 意識障害などが認められず、明らかに生命の危機があるような重篤なケトアシドーシスが生じていたとは考えにくい状態であったこと

被告の主張を前提とすると、意識障害などが認められ、明らかに生命の危機があるような重篤なケトアシドーシスが生じていた状態でなければ血液検査の必要性が否定されることになるが、それは明らかに誤りである。仮に重篤なケトアシドーシスの状態にあることが血液検査の必要性を高める関係にあるとしても、その逆は成り立たない。重篤なケトアシドーシスにないとしてもケトアシドーシスに進行する可能性のあるケトアシドーシスの状態であれば血液検査の必要性は十分にあるからである。仮に、重篤なケトアシドーシス状態になれば血液検査の必要がないという主張を維持するのであれば、その旨を書面にて明らかにされたい。

そもそも、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、何の治療も行わなければほぼ確実にケトアシドーシスになる。ケトアシドーシスの確定診断は血液のpHが7.30未満、 $\text{HCO}_3^-$ が $15\text{ mmol/L}$ 未満であることを確認することで行われる（甲103、13～14頁）。野村医師は「pH7.0を切るような重篤なケトアシドーシス」という記載をし、「重篤なケトアシドーシス」とはpH7.0を切る状態をいうと定義しているように思われるが（乙62、13

頁)、ウィシュマさんの心停止後の血液ガス分析の結果はpHが6.637、 $\text{HCO}_3^-$ が5.9mmol/Lであるから(甲4の3別紙8)、ウィシュマさんがいずれかの時点で重篤なケトアシドーシスになっていたことは間違いなく。そして、ウィシュマさんの臨床症状は、ケトアシドーシスの存在が十分疑われるものであったし、低栄養状態が続いていたのであるから重篤化することは容易に予見可能であった(甲103、14~15頁)。

つまり、令和3年2月18日時点で、ケトアシドーシスに至るケトーシスの状態であることに気づき、若しくはケトアシドーシスの存在を疑い、血液検査を行うことにより、ケトーシスからケトアシドーシス、そして重篤なケトアシドーシスへと移行させないよう対応すべきであった。

ウィシュマさんが心停止するまでの間に血液検査を行わなかったことは被告の重大な過失の一つであり、重篤なケトアシドーシスに至っていたと言い切れないから血液検査の必要性がなかったなどという主張は決して許されるべきでない。

8 同8「2回目尿検査を踏まえ、ケトアシドーシスを念頭に置いた対応をしていないことが不合理であるとはいえないこと」について

議論を整理すると、原告らの主張は、令和3年2月15日の尿検査結果から、ケトアシドーシスを疑う(同時点でケトアシドーシスでなくてもケトアシドーシスに必然的に移行するケトーシスであることを確認して対応すること)のが普通の医師の判断であり、直ちに血液検査を実施すべきであるというものであって、同日時点でケトアシドーシスであった可能性を指摘するにすぎない。同日時点での「ケトアシドーシスを念頭に置いた対応」は、あくまでも血液検査及び点滴であって、その必要性は従前から主張しているとおりの尿検査結果だけをみても明らかである(原告第3準備書面19~28頁等)。

もともと、ウィシュマさんに意識障害等があった事実については争う必要があることから、以下、ウィシュマさんに意識障害等があったといえる部分につ

いて記載する。

(1) 意識障害の評価方法

まず、被告が挙げている事実は、ウィシュマさんに意識障害がみられない場面だけを取り上げてピックアップしているにすぎない。

5 日本で最も普及している意識障害の評価方法であるジャパン・コーマ・スケール（JCS）によると、意識障害には以下のような段階がある（甲115）。表のJCS0から300のように表記され、例えば「I-1：だいたい清明であるが、今ひとつはっきりしない」状態は「JCS1」と表記される。

10 表1：ジャパン・コーマ・スケール（JCS）

I：刺激しないでも覚醒している状態
0：意識清明
I-1：だいたい清明であるが、今ひとつはっきりしない
I-2：見当識障害がある（場所や時間、日付が分からない）
I-3：自分の名前、生年月日が言えない
II：刺激で覚醒するが、刺激をやめると眠り込む状態
II-10：普通の呼びかけで容易に開眼する
II-20：大きな声または体を揺さぶることにより開眼する
II-30：痛み刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すことにより開眼する
III：刺激しても覚醒しない状態
III-100：痛み刺激に対し、払いのける動作をする
III-200：痛み刺激に対し、少し手足を動かしたり、顔をしかめたりする
III-300：痛み刺激に反応しない

(2) 遅くとも令和3年2月26日の段階で意識障害あるいは明識困難状態があ

ったこと

ウィシュマさんは、令和3年2月26日に、「耳の奥から何か聞こえる。波の様な音。みんなの声が聞こえない」と訴えた。

5 同日の時点でウィシュマさんは、意識障害の一種であるせん妄（JCS 1）あるいは明識困難状態が始まっていたと考えられる（甲103、11頁）。

なお、明識困難状態とは、意識混濁のうち、最も軽度なものをいう。記録力がごく軽く障害され、適切な介助によってほぼ正常な活動は可能であるが、放置すると無欲状態になりやすい状態である（甲116）。

10 (3) 死亡する3日前から意識障害の存在がはっきりと疑われること

ア 令和3年3月3日15:19～15:24（乙36の11）

ウィシュマさんが「頭ちょっと」「バランスない」などと話しているが、ろれつが回っていない。職員が3人がかりで体を支えても首が垂れてしまい、意識が朦朧としているように見える。

15 ウィシュマさんが上前方を見上げ、タオルを持っていた右手が力なくずり落ちる。職員の呼びかけに反応せず、上前方を見続け、意識を失っているようにも見える。

イ 同月4日7:00～7:05（乙36の13）

20 ウィシュマさんの頸部が右方に垂れ下がり、意識が朦朧としているように見える。職員が2人がかりで体を回転させているが、意識レベルが低下していて協力動作がないように見える。

ウ 同日8:02～8:12（乙36の14）

25 8分20秒から9分40秒頃までウィシュマさんはずっと天井を見つめている。首が安定せず、ふらふらしており、意識が朦朧としているように見える。

エ 同日8:12～8:25（乙36の15）



職員が「眠くなってきた？ ご飯食べて？」と話しかけるが、ウイシュマさんの返答はない。

オ 小括

5 以上は、開示されているビデオ映像のうち、令和3年3月4日午後の精神科受診前のもののみを取り上げており、開示されていないビデオ映像にも意識障害が疑われる様子が記録されている可能性が高い。

10 意識障害がないというのはJCS0の状態をいい、JCS1にもなっていないことをいう。被告においてウイシュマさんに意識障害がなかったという立証をするのであれば、開示されていないビデオ映像を全て開示の上、JCS1の「だいたい清明であるが、今ひとつはっきりしない」状態でなかったことを立証されたい。ビデオを全て開示しないまま、意識障害がないとみられる一部の映像のみを取り上げて意識障害がなかったなどという主張をすることには全く意味がない。

15 9 同9「庁内内科等医が、ウイシュマ氏に関して、点滴を受けさせる対応を採らなかったことが不合理であったとはいえないこと」について

被告は、ウイシュマさんが「嘔気が強く、全く経口摂取できない場合や、摂取のたびに全部吐いてしまうといった場合」でないことを前提とし、経口摂取が可能であって腸が機能している場合は経腸栄養を選択すべきであるから、点滴の必要性は認められないと主張している。

20 しかし、繰り返し述べている通り、2月以降のウイシュマさんは、経腸による栄養摂取が十分にできない状態であったため、点滴が必要であった（原告第7準備書面17頁以下、原告第12準備書面18頁以下）。

10 同10「ウイシュマ氏に対する庁内内科等医等の対応についてのまとめ」について

25 被告は、庁内内科等医が原則として週に2日、1回当たり2時間という限られた時間で複数の被収容者の診察を行うことになるといった制約や、コミュニ

ケーションをとるに当たっての言葉の壁がある中で全体として一般的に診療室レベルで通常行われる対応をしていたなどと主張している。

5 そもそも、時間の制限や言葉の壁があつたとしても、血液検査や点滴等を行っていないことを正当化することはできず、特に令和3年2月15日の尿検査結果を見落としとしたとしか思えない対応は、一般的な診療室レベルに達していないことを決定づけるものである。

また、仮に、時間の制限や言葉の壁があつたことで血液検査や点滴等を含む適切な医療措置を行えなかつたのであれば、入管において通訳を用意すべきであつたし、それすらできないのであれば外部施設に運ぶべきであつた。

10 さらにいえば、令和3年2月18日の新美医師の診療時間は2時間で、診療件数は15件であつたから、一件あたりの診療時間は8分であつた。そして、医師免許を有する米山隆一議員によると、8分というのは尿検査結果を確認して適切な指示を行うのに十分な長さであつたし（甲59、5頁）、これは、ごく常識的な見解と言える。また、新美医師は日本語で書かれた尿検査結果を見て指示を出すことができたのであるから、仮にウイシュマさんとの間に言葉の壁があつたとしても無関係である（ウイシュマさんがある程度日本語が分かり、更に必要なら通訳を用意すれば良かったということについては改めて言うまでもない）。

11 ビタミンB1欠乏症への対応がなされなかつたこと

20 (1) ビタミンB1欠乏が起こっていた可能性が高いこと

ウイシュマさんは、極端に食事が少なかったことによる低栄養に加え、少量食べることができた食品の種類が限られており、ジャムや砂糖、清涼飲料水等、糖質に偏っていた。その結果、ビタミンB1欠乏が起こっていた可能性が高い（甲103、9頁）。

25 そもそも、ビタミンとは、それ自体がエネルギーを産生しないが、体内の代謝において多くの酵素反応を補助する補酵素として働き、体内で合成でき

ない、もしくは合成されても必要量に満たないため、体外から摂取する必要がある有機化合物をいう。そして、ビタミンB1は、水溶性ビタミンの一つで、チアミンと呼ばれる（甲117）。

5 ビタミンB1は、全粒穀類、肉（特に豚肉並びにレバー）、栄養強化シリアル製品、ナッツ類、豆類、及びイモ類から摂取可能である（甲110）。

ビタミンB1摂取が不足する状態が持続すると、18から20日でビタミンB1欠乏状態になるところ、ウイシュマさんの場合は僅かに口にできた食事が糖質に偏っていたことから、それがさらにビタミンB1の消費を増加させ、欠乏症を助長してしまったと考えられる（甲103、9～10頁）。

10 ビタミンB1欠乏症の対応としては、食事や静脈注射により確実にチアミンを十分に補給することが重要である（甲110）。ウイシュマさんは経口・経腸による栄養摂取が十分にできない状態だったことから、経静脈的にチアミンを投与する必要があった。

15 (2) ビタミンB1欠乏症により乳酸アシドーシス及びケトアシドーシスが促進されたこと

20 ビタミンB1の役割は、エネルギー代謝（糖代謝）反応の際の補酵素である。すなわち、炭水化物からエネルギーを算出する際に必須の役割を担う。ビタミンB1が欠乏すると、チアミンピロリン酸が欠乏し、ピルビン酸がアセチルCoAに変換できなくなる。その結果、ピルビン酸が乳酸になり、体内に乳酸が蓄積され、乳酸アシドーシスになる。（甲111、甲117）

また、ビタミンB1が欠乏すると糖代謝ができなくなる。糖が分解されず、グルコースが欠乏するため、身体がエネルギー源として糖質よりも脂質を利用する状態となり、ケトン体が蓄積される。（甲118）

25 したがって、ウイシュマさんの心停止後の血液検査結果において、pHが6.637、 $\text{HCO}_3^-$ が $5.9\text{ mmol/L}$ とケトアシドーシスになっていたと同時に、乳酸（G-Lac）が $9.02\text{ mmol/L}$ （標準 $0.5\sim$

2. 2) と高くなっており（甲4の3別紙8）、乳酸アシドーシスにもなっていたのは、ビタミンB1欠乏症が影響したものである。

(3) ウィシュマさんの症状がビタミンB1欠乏症の症状と一致すること

5 ビタミンB1欠乏症は、脳（視床、乳頭体、小脳）の変容を引き起こし、心機能の低下や末梢神経障害を引き起こす。その症状は、身体倦怠感、易疲労性、食思低下や嘔気等の消化器症状、手足の痛み、しびれ、筋力低下、歩行障害、錯乱や傾眠等の意識障害、比較的な急速な心不全（浮腫、経脈、血圧低下）等である（甲103、10頁）。

10 ビタミンB1欠乏症の症状は、ウィシュマさんの食思不振、嘔気、倦怠感、下肢のしびれという症状と一致する。また、ビタミンB1欠乏症による筋力低下は下肢優位であり、ウィシュマさんが令和3年2月に入り歩行困難になった症状と一致する。令和3年3月3日のウィシュマさんの口元を拭こうとする動作がゆらゆらと揺れて目標から微妙にずれていることから（乙36の12、18：19～19：02）、筋力低下に加え失調（手足の末端の位置感覚が低下すること等によって測定異常が生ずる）の存在が疑われる。

15 また、ウィシュマさんの筆跡が乱れていったことから（甲6）、栄養障害による衰弱に加え、ビタミンB1欠乏症により中枢・末梢神経障害、意識障害が進行していったことが明らかである。

(4) ウィシュマさんにウェルニッケ脳症の症状がうかがわれること

20 ビタミンB1欠乏症の中枢障害として、ウェルニッケ脳症がある。ウェルニッケ脳症は、体重減少、倦怠感、不眠、焦燥感が出現し、そのうちに多発性神経炎、眼球運動障害、意識障害へと移行すると言われている。ウェルニッケ脳症は意識障害、眼球運動障害、失調性歩行を特徴的な3徴とするが、その3徴が典型的に揃う症例は少なく、病理学的に確定診断が得られていて

25 も3徴が典型的に揃うのはわずか16%に過ぎなかったという報告もある（甲103、12頁）。

「3徴が揃っていないなければならない」というのはよくある誤解であり、3徴が揃う患者は少なく、何より揃うまで待つてはいけないという注意喚起がなされている（甲111）。

5 ウェルニッケ脳症は、軽症であれば、意識はあっても無気力や意識低下の状態が見られるといわれているところ、ウイシュマさんの言動は非常に受身的であり、気力が衰え、退行しているように見受けられる（甲103、11頁）。令和3年2月24日に作成されたリハビリテーション計画においても「意欲の向上を図る」ことが目的の一つとして掲げられており、意欲の低下があったことが前提となっている（甲4の3別紙6、46頁）。

10 また、嘔吐しているのにバケツを持たされ、食事を促されるというどう考えても異常な状況に対し、ウイシュマさんは抵抗することなく看守に従っていたところ、この状態は意欲障害、注意障害（注意の集中、分散、持続が損なわれている状態）を来しているものと考えられ、軽い意識障害があるときの「意識の曇り」の状態であったと評価できる（甲103、11頁）。

15 ウイシュマさんにせん妄等の意識障害があったことは第1の8（2）及び（3）で前述したとおりである。

したがって、ウイシュマさんには意識障害、眼球運動障害、失調性歩行というウェルニッケ脳症の3徴が全て揃っていたものではないが、3徴が揃う患者は少ないことから、ウェルニッケ脳症を疑うべきであった。

20 （5）ウイシュマさんにビタミンB1欠乏性ニューロパチーがうかがわれること

ビタミンB1欠乏性ニューロパチーとは、ビタミンB1の欠乏により引き起こされる末梢神経障害（ニューロパチー）のことをいう（甲108）。初期症状は、下肢遠位部のしびれ感又は下肢の脱力であり、症状の進行は急速な場合も緩徐な場合もあり多様である。

25 ウイシュマさんはしびれをたびたび訴えており、下肢脱力や失調等の症状があったことから、ビタミンB1欠乏性ニューロパチーの症状と合致する。

したがって、ウィシュマさんには衰弱に加えてビタミンB1欠乏性ニューロパチーによる失調や脱力があったことが推察される（甲103、12～13頁）。

5 (6) 以上から、ウィシュマさんはビタミンB1欠乏が起こっていた可能性が高く、経静脈的にチアミンを投与することにより症状が改善する可能性があったにもかかわらず、こちらに対する対応もなされなかったことから、ケトアシドーシス及び乳酸アシドーシスへの進行が阻止されなかったものである。

10 第2 同「第2 令和3年3月4日から同月6日にかけて、ウィシュマ氏に対し適切な医療措置を提供しなかったとする原告らの主張のうち、名古屋入管職員による掖済会病院精神科に対する不適切な情報の提供によって、ウィシュマ氏に適切な医療措置が提供されなかったとの原告らの主張に理由がないこと」について

15 1 被告による原告らの主張の取り上げ方の問題点

被告は、2021年3月4日のウィシュマさんの掖済会精神科受診について、原告らの主張のうち精神科医に対する不適切な情報の提供のみ取り上げている。

20 しかし、原告らが本書面第1、6以下、そして、原告ら第3準備書面、同第7準備書面（そして、同第10準備書面、同第12準備書面においても）繰り返して主張してきた通り、2月15日の2回目の尿検査において極度の栄養不足・飢餓状態が明らかとなり、脱水及び肝機能障害や腎機能障害も明白に疑われる数値が明らかとなっているのであるから、この治療こそウィシュマさん救命のために必要だったのであり、精神科受診はそもそも必要がなかったのである。  
25 被告はこの点を避けようとしているが不当なことである。被告は、中間報告書から2回目の尿検査の結果を隠したことも含め（甲119、7頁以下階議

員質問、甲58、7頁以下米山議員質問)、一貫してこの2回目の尿検査結果に対する治療に向きあおうとしない。

## 2 情報提供に関する被告の反論について

5 (1) 被告は、庁内内科等医から掖済会精神科医に対する診療情報提供書による診療依頼は、他の医療機関に患者の診療を依頼する際の一般的な診療依頼のあり方に沿うものである上、必要な情報が記載されたものであり、適切な情報提供であったと主張する。

10 その理由として、ウイシュマさんの吐き気や嘔吐といった病状から器質的な疾患を疑い、外部の消化器内科医を受診させ、上部消化管等の異常がないことを確認したこと、次に庁内整形外科医を受診させ下肢等のしびれについて整形外科的に異常がないことを確認したことをあげる。そして、2013年2月18日付け精神科医宛の診療情報提供書において、ウイシュマさんの病状を記載し、現病歴・治療の経過欄に「体重も減少しています。採血、消化管検索、整形外科受診等で軽度のGERD(引用者注:「胃食道逆流症」)以外に器質疾患ははっきりせず、精神科的要因につきまして、ご高診  
15 お願い申し上げます。」と記載して診察を依頼したので、一般的な診療依頼のあり方に沿う適切な依頼であり、適切な情報提供がされたと主張する。

20 しかし、この「採血、消化管検索、整形外科医等で」の部分で、原告が主張する2回目の尿検査結果のケトン3+、ウロビリノーゲン3+、蛋白質3+がなぜか含まれていない。この情報を新美医師が認識していれば、そもそも精神科受診には至らなかったであろうと思われる。必要のない精神科受診であっただけでなく、この尿検査結果の情報を精神科医に提供しなかったことは、原告ら第7準備書面第6、3記載の通り、精神科医を誤信せしめることになったものであり、情報提供に過誤があったことは明らかである。

25 被告は、ウロビリノーゲン3+はウイシュマさんの便秘を原因としている可能性があるからという理由で、情報提供に不備はなかったと主張するが、

被告も認めるとおりウロビリノーゲン3+は肝障害が原因であることの可能性を否定できないのであるから、当然精神科医に伝えるべき情報であった。

5 (2) 被告は、名古屋入管の職員は掖済会病院精神科医の診療時に同医師に対し、適切な情報提供を行っており、不適切な情報提供を行ったとは言えないと主張する。

10 しかし、被告も認めるとおり、名古屋入管の職員は精神科医に「ウィシュマ氏が支援者から病気になれば仮釈放してもらえる旨言われたことがあり、その頃から心身の不調を訴えている旨も伝えている」のである。原告ら第2準備書面第4、4(2)(32頁以下)で指摘したとおり、2月3日ウィシュマさんが自力歩行できなくなり車椅子での移動を余儀なくされるようになった直後、名古屋入管の処遇の責任者はマスコミ対応の中でウィシュマさんが詐病を装っているとの内容の報告を名古屋入管指導層に報告している(甲45)。このようなウィシュマさんに対する予断と上記精神科医に対する報告は無関係ではなく、この報告は明らかに詐病を示唆するものである。実  
15 際、精神科医の3月4日の診療録(甲10)には「詐病の可能性もある」と記載されており、この記載は入管職員からの情報に基づくものである。名古屋入管職員が精神科医に事実ではない不適切な内容を伝達したことは明らかである。

20 (3) 被告は、掖済会精神科医によるクエチアピンの処方が不適切であったとはいえないと主張する。

25 しかし、被告も認めるとおり、精神科医はウィシュマさんに「それまでの診療において内科的な疾患があるような事情もうかがわれない」ことを前提に1日1回就寝前に100mgのクエチアピンを処方した。原告ら第7準備書面(52頁)で指摘したとおり、クエチアピンには副作用として肝機能障害も含まれているので、肝機能障害のある人や高齢者には1日25mgから慎重に投与するようとの注意がなされている(甲87)。このようにウィシュ



マさんの精神科受診はそもそも不要であっただけではなく、ウィシュマさんの体調に悪影響を及ぼした可能性がある。ウィシュマさんの吐き気や嘔吐はこれまで述べた通り栄養不足やビタミンB1不足に原因があったと考えられ、点滴による栄養補給や、ビタミン剤の補給で対処すれば容易に救命できたはずである。

第3 同第3について（名古屋掖済会病院精神科受診後、2021年3月6日午後2時15分よりも前に、救急搬送を要請するなどの適切な医療措置を提供しなかったこと）

10 1 国賠法上の違法性の判断基準

(1) はじめに

被告は、看守勤務者らが救急搬送などの医療措置を提供しなかったことについて、職務行為基準説の採用を主張し、公務員の注意義務違反の基準時は職務行為時とし、かつ、その義務違反の前提となる事情は、当該公務員が「現に認識していた事実及び認識し得た事実」を基礎にすべきであると主張する（39～40頁）。さらに、職務上の法的義務に違反したかどうかは、通常要求される知識・能力等を有する一般的な公務員を基準として判断すべきである、と述べる。

20 これらの被告の主張が誤りであることは、原告第2準備書面、第7準備書面において再三述べてきたところであるため、以下において必要な範囲に置いて反論を行う。

(2) 被告の主張は誤りであること

ア 本件において職務行為基準説の採用は誤りであること

25 被告は、国賠法1条1項の違法性の判断枠組みは、職務行為基準説に立脚することが判例の趨勢であるかのような主張を行うが、これが完全に誤りであることは、原告ら第2準備書面6～9頁、原告第7準備書面7～9

頁において記載のとおりである。最高裁判所が「職務上尽くすべき忠義義務」や「職務上の義務」という文言を使った場合でも、その実質が必ずしも職務行為基準説に拠ったものとは言えないのである（甲24・95頁、宇賀克也『行政法概説Ⅱ』第6版425～438頁）。むしろ、国賠法1

5 条1項の規定が民法上の不法行為の特則だという考えからすれば、被侵害利益の性質によっては「当該権利利益を侵害しないように行為する義務」を明らかにしないと権利利益侵害が起きているか不明になるところがあり、その場合には行為規範の判断と過失の判断が重複することがあるのは当然だと考えていく方が自然である（甲24・76頁）。つまり、「保護法益

10 性の微妙な利益になればなるほど、予見・回避可能性という意味での過失と一体的に判断せざるを得ない」（甲24・95頁）のであり、逆に言えば、被侵害法益が重大である場合は、違法性判断に注意義務を持ち込まなくとも違法である旨を宣言し、賠償責任を負わせるべきかをさらに過失の判断において行えば足りることになる。

15 この点、被告は、原告の「主張に依拠した場合、およそ行為義務違反が認められない行為であっても、死亡という結果発生の一事をもって、同施設の長らの行為が国賠法1条1項の適用上違法と評価されることになるが、原告らの主張が、結論において合理性を欠くことも明らかである。」（被告第2準備書面13頁）などと主張するが、違法性判断と過失判断を混同

20 させており、誤った指摘である。

したがって、被告の主張は、民法上の不法行為の枠組みが妥当する国賠法1条1項の責任追及の場合にも、すべからず職務行為基準説を用いるべきであるとしている点において、判例的にも法理論的にも根本的に誤っている。

25 もっとも、本件においては、看守勤務者の医療の不提供は、不作為行為であるとも構成されるため、作為義務の導出と過失の判断が重なることは

あり得る。しかし、言うまでもないが、それは職務行為基準説とは理論的に全く異なる枠組みの話である

イ 求められる入管局長及び職員の注意義務の水準

5 (ア) 被告は、注意義務違反の有無は、名古屋入管の職員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、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（以下「一般的な入管職員」という。）を基準として判断されるべきである、と主張する（42頁21行～）。

10 (イ) しかし、被告も認めるように、被収容者は「逃亡の防止等を目的としてその居住を収容施設内に限定されるものであって、その限度で身体的自由を制限されるのみならず、収容施設の規律及び秩序の維持のために必要かつ合理的な範囲において、それ以外の行為の自由にも一定の制限が加えられることとなり、その生命及び健康の維持を被収容者の自助努力のみで行うことが困難」（40頁24行～）である。

15 したがって、被収容者の処遇に当たる職員には、被収容者の体調・健康管理のために必要な最低限の知識及び経験が求められているというべきである。また、健康な被収容者だけでなく、心身に不調がある被収容者の収容も継続するのであれば、体調・健康管理だけでなく、摂食・摂水量の管理や薬剤の管理、バイタルチェック等、医師に適切な情報を提供し、緊急に対応することをも可能にする最低限の知識及び経験が求められているというべきである。さらに、心身に不調があるだけでなく、  
20 介護が必要な傷病者等の収容をも継続するのであれば、看守勤務者には当然、傷病者をケアするために、介護に関する知識、看護に関する知識及び経験（傷病者を介護・看護するのであるから、看護師レベルの者が  
25 必要であろう）が求められているというべきであろう。

仮に、看守勤務者がそれらの知識・経験を有していないのであれば、

収容は継続されるべきではない。生命・身体（健康）の維持は、基本的  
人権の中でも権利を共有するための根本的な要求であるところ、仮に、  
対象者がいかに凶悪な犯罪の容疑者であっても、被告のいういわゆる“  
在留活動が禁止されている者”であったとしても、拘禁することによる  
生命・健康を害することは認められないからである。

5

(ウ) その結果、注意義務違反の有無に際して求められる基準は、当該施設  
における一般的な職員ではなく、一般的に人身の自由を奪う施設におい  
て、生命・健康を維持するために適した処遇を提供するために求められ  
る知識と経験を有した人物を基準にすべきである。さらにいえば、当該  
機関・施設において、職員に対していかなる教育、研修、知識の伝授が  
なされていたかではなく、国際的な水準で、拘禁施設でいかなる対応が  
求められ、また、国際的な条約や勧告等からいかなる最低水準が求めら  
れていたか、ということを経験にすべきである。そうでないと、処遇水  
準の引き上げを怠り、人権軽視の対応を貫いている施設であればあるほ  
ど、注意義務違反が認定されにくいという不合理な結果が招来されてし  
まうことになる。

10

15

(エ) 注意義務違反の基準を、当該施設の職員の認識に限定すべきではない  
ことは、日本の裁判例でも示されているところである。例えば、さいた  
ま地方裁判所令和5年6月16日判決・判タ1514号196頁は、警  
察署の留置施設に約9カ月間勾留された者がビタミンB1不足で脚気に  
罹患した事案において、「脚気は過去に国民病といわれていたこともあ  
り、その原因（ビタミンB1の欠乏）は一般に広く知られているから、  
被告は被留置者に対する食事の提供に際してビタミンB1が欠乏するこ  
とのないよう注意すべき義務も負っていた」と判示して県の責任を認  
めた。署内における認識等ではなく、ビタミンB1欠乏症が一般的に知  
るべき知識であったこと及び職員らは被留置者に対して健康を保持する

20

25

に足りる食事を提供すべき義務を負っていたことが考慮されている。

(オ) そして、上記のような注意義務を基準として設定しても、ウィシュマさん収容時の名古屋入管職員にとって特別に酷なことではない。すなわち、ウィシュマさんが名古屋入管に収容されたとき、すでに大村入国管理センターで餓死事件が発生していた（2019年6月24日）。その際  
5 際の報告書には、「今後同様の事案が生じることを防止するために、入管組織全体として、拒食者の健康状態の推移、特に生命への重篤な危険が生じていることを示す症状・兆候に関する医学的な知見や、看守業務等を通じてそのような兆候等を早期に発見して適切に対応する方法について、刑事施設等の他機関における取組や諸外国の例をも参考に、組織  
10 的な研究・蓄積を進め、各収容施設等の現場に対し適切な形で共有を進めるべきである。」（甲120、14頁）と記載され、大村入国管理センターだけでなく、入管の組織全体において、拒食者ひいては摂食不良者への対応のために、刑事施設等の他機関や海外から、医学的知見の収集・蓄積・共有がなされていたはずである。上記さいたま地裁の事案が  
15 発生したのは2019年8月のことであるから、その情報についても収集されていたと考えてよいであろう。

(カ) したがって、本件において、看守勤務者らがウィシュマさんの容態を把握する能力、それに対応する能力は、名古屋入管において一般的職員  
20 がどのような認識知識を持ち合わせていたかではなく、他人の生命・健康を預かる者が通常持ち合わせるべき水準を採用すべきことになる。

100歩譲って看守勤務者らの個人的な知識・スキルがあまりに低く、何ら行為の期待可能性がないという判断に至るのであれば、それは入管局長にして、職員の配置のミスか、研修・研鑽不足など、人的物的体制  
25 の構築義務違反が認められるべきである。

ウ 名古屋入管の職員が医師に連絡して指示を仰ぐ又は救急搬送を要請する

義務を負う場合について

被告は、①医師が名古屋入管の施設内において不在の状況下で、②庁内内科等医が、客観的な血液検査の結果も踏まえ、ウィシュマ氏が訴える体調不良に関してその原因となるような内科的所見は認めないと判断するなど、生命の危機が迫っているようなものではなかった状況下において、③名古屋入管の職員が医師に連絡して指示を仰ぐ又は救急搬送を要請する義務を負う場合とは、名古屋入管局長を含む名古屋入管の職員をして、夜間休日等の庁内医師らの不在時に、被収容者からの体調不良の訴え等により、体調不良と思料される被収容者を把握した場合であって、かつ、その症状から名古屋入管の職員をして、翌週月曜日（同月8日）午後の庁内内科等医の診療を待つことなく、医師に連絡をして指示を仰ぐ又は救急搬送を要請するほかないと判断せざるを得ない程度に、当該被収容者の容態が重篤な状態に陥った場合を意味すると解すべきである、と主張する（42頁1行～）。

しかし、上記主張では医療上の措置をとるべき場合をあまりに限定しすぎており、適切ではない。

まず、①についてであるが、医師が名古屋入管の施設内にいるかいないかによって、注意義務の高低が決まることはあり得ない。これは、一般的な医療事故において、医師の有無によって看護師の注意義務が変わることがないことと同じである。したがって、①は注意義務の判断において何ら意味を有さない。

次に、②について、この庁内医師の判断が誤っていたことについては、本書面で既に述べたとおりであるため、前提として成り立たない。

さらに、③について、緊急対応が必要な異常な事態に陥っていると判断できれば、自ら庁内／外部を問わず医師に指示を仰ぐか、救急搬送を要請すればいいだけであるところ（以下、両対応を含め、「緊急の対応が必要

な場合」と表現する。）、「夜間休日等の庁内医師らの不在時に、被收容者からの体調不良の訴え等により、体調不良と思料される被收容者を把握した場合であって、かつ、その症状から名古屋入管の職員をして、翌週月曜日（同月8日）午後の庁内内科等医の診療を待つことなく、医師に連絡をして指示を仰ぐ又は救急搬送を要請するほかないと判断せざるを得ない程度」という事情は考慮をする必要がない。逆に、被收容者が緊急対応の必要な事態に陥っているにもかかわらず、翌週月曜日午後の庁内医師の診察を待てる状況というものがどういう事態であるか全く想定できない。また、法務省入国管理局長が2018年3月5日付けで発出した「被收容者の健康状態及び動静把握の徹底について（通知）」によると（以下、「平成30年3月5日付け通知」という。）、「時間帯により看守責任者等が当該被收容者への対応を判断せざるを得ない場合は、体温測定等の結果に異状が見られなくとも、安易に重篤な症状にはないと判断せず、ちゅうちょすることなく救急車の出動を要請すること」との記載があることからすると（甲16）、医師の有無にかかわらず、職員らはちゅうちょなく救急搬送を依頼すればよいのであり、庁内医師の次の勤務日まで待てるか否かを判断要素にする必要はない。さらには、緊急の対応を必要とする場合の判断に、被收容者が「重篤な状態」にまで陥っていることを認識する必要もなく、「安易に重篤な症状にはないと判断」できない場合、つまり判断がつきかねる場合にも、救急車の出動を要請すべき義務がある。

上記のとおり、被告は、看守勤務者らが注意義務違反を構成する場合について何とか規範立てをしようとしているが、本件について特段特別な基準は必要なく、要は、ウイシュマさんの容態が急変し、緊急の対応が必要な場合に陥っていたか否か、という点のみを判断すればよい。

25 2 ウイシュマさんは緊急対応が必要な状態に陥っていたこと

ウイシュマさんは、3月5日午前7時52分頃以降、職員らが呼びかけても

反応しないことが多くなり、摂水・摂食の意欲も示さず、ほぼ寝たきりの状態であり、看守勤務者らがバイタルチェックをしようにも一部測定が不可能な状態に陥ったことは、原告ら第7準備書面47頁以下に記載のとおりである。精神科の医師は、食事をとることが出来るようになることも目的としてクエチアピンを処方したのであり（乙63）、また、朝には目覚める量を処方したものであるにも関わらず（乙63）、3月5日以降、ウイシュマさんは寝たきりとなり、摂水量も摂食量も逆に減ることとなった。本書面において既述のとおり、2月15日の時点までに、ウイシュマさんは栄養と水分不足により、身体がケトosis状態になっていたこと、その後の摂食不良やウイシュマさんの四肢の動きが弱っていく状態からは、ビタミンB1不足等により、アシドーシス（ケトアシドーシス・乳酸アシドーシス）が進行する状態にあったこと、に鑑みれば、異常薬効の危険性が高く、3月5日以降、寝たきりとなりさらに脱水と低栄養が進んだウイシュマさんに対しては、緊急の対応が必要であったことは歴然たる事実である。

被告も、被告第9準備書面43頁以下において、被告の職員らがウイシュマさんが重篤な状態に陥っていたことの認識の有無について述べてはいるものの、重篤な状態になかった旨の記述はないことからすれば、ウイシュマさんが、3月5日午前7時52分頃以降、いわゆる「重篤な状態」にあったことは、争いのない事実である。

3 名古屋入管の看守勤務者をはじめとする職員らにおいて緊急対応が必要な状態にあることを認識したにもかかわらず緊急の対応を採らなかったことに注意義務違反があること

(1) ウイシュマさんの様子からしても緊急性を認識し得たこと

被告は、3月5日午前7時52分頃以降、職員らや看護師がウイシュマさんの様子を見てクエチアピン等と眠気とを結びつける発言等をしている事実や、ウイシュマさんがかゆを2口食べた事実や、看護師や看守勤務者らとわ



ずかな会話をした事実を持って、看守勤務者及び看護師は、ウィシュマさんの様子はクエチアピンやニトラゼパムの効果による影響と認識していたため、医師に連絡して指示を仰ぐ又は救急搬送を要請するほかないと判断せざるを得ない程度に重篤な状態に陥っていると認識することは困難であった、と主張する（第3、2（5）（45頁〜））。

しかし、クエチアピンには高血糖、ケトアシドーシス、昏睡等の症状が出るとの注意喚起がなされており（甲88）、さらに前述のとおりウィシュマさんは肝機能障害を負っていた可能性があることを考慮すると、その後の経過観察は慎重に行われるべきであった（2月15日の尿検査の結果を見落としたことにより肝機能障害を負っていた可能性に気が付かなかった、という可能性は、名古屋入管の職員の注意義務違反が連鎖しているだけなので、経過観察を怠った注意義務違反の過程で考慮されるべきではない。）。クエチアピンの副作用については、薬剤情報提供書により、名古屋入管にも共有されていたため（乙63、4頁）、名古屋入管の職員も認識していたはずである。また、クエチアピン等を処方した医師自身が「クエチアピンを就寝前に服用した場合には、通常は、翌日の朝には眠気がなくなり、目が覚めると考えられる。」と意見を述べており、さらに「翌日の午前7時や8時頃になっても睡眠状態から目を覚まさないという状態が認められるのであれば、クエチアピンの処方量が多く、薬の効果のうち、眠気の効果が出すぎているということも考えられる。」と、睡眠状態が続かないことを想定していたことに鑑みれば（乙63）、医師が薬の作用で睡眠状態を続けさせるということを職員らに説明していた事実もない。そして何より、上記で引用した大村入国センターの通達には、体重が〇パーセント以上減少し、医師の診察により〇〇と判定された者については、特に慎重な容態観察・動静把握を義務付けており、さらには、異常薬効を考慮し、原則として投薬を中止する、という対応を求めている（甲121、※〇部分は黒塗りになっているところ、体重減

少率に関しては、この要領は平成13年通達（甲122）を敷衍するものであるため、平成13年通達の基準である10%であることが推察される。平成13年通達は令和2年3月31日に再度全国に周知徹底されていることに加え、前記大村入管餓死事件の報告書に記載のとおり、全国で医学的知見が共有されているはずであるため、大村入管と名古屋入管で共有されている知識及び対応に大きな差異はない。

以上の事実からは、名古屋入管においても、被収容者に投薬を行う役割を有する看守勤務者らには、クエチアピンの副作用という一般的医療知識、医師から与えられる情報、そして、内部通達等の存在から、ほぼ摂食及び摂水ができていないウイシュマさんに対し、クエチアピンという向精神薬を投与した場合、異常薬効で身体に異変が起きている可能性もあることを踏まえて、薬が異常作用している、もしくは薬によらないとしても異変が発生していると想定することは十分に可能であった。したがって、名古屋入管の職員及び看護師が認識した事実をもってしても、ウイシュマさんが重篤な状態に陥っている可能性には気づき得たと言え、反応がないウイシュマさんの様子から正常な薬の影響であると捉えて医師の指示を仰いだり救急搬送等の対応を採らなかったことには、注意義務違反が認められる。

それだけでなく、平成30年3月5日付け通知では、動静把握を的確に行い、安易に重篤な症状にはないと判断しないように求めているところ（甲16）、上記事実関係に照らし、職員らには通知により定められた義務違反があることは否定しがたい。

(2) バイタルチェックの計測結果が出ないことから緊急の対応が必要であることを認識できたこと

ア バイタルチェックと注意義務違反について

被告は、①名古屋入管では、被収容者のバイタルチェックについて、基準やマニュアルは設けられておらず、②看守勤務者は、ウイシュマ氏に対

するバイタルチェックについて、そもそも庁内内科等医ら医療関係者から指示を受けていたわけではなく、③一般的に、バイタルチェックの際に、  
5 血圧と脈拍の測定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など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、ことを理由に、バイタルチェックの項目の一部が計測不能となったことをもって、一般的な入管職員を基準として、直ちにウィシュマ氏の容態が重篤な状態に陥っていると認識することは困難であった、と主張する（第3、2（6）ア～エ（49頁～））。

10 しかし、①について、名古屋入管の職員がバイタルチェックを行っているのは、バイタルチェックを行う必要性があるからである。そして、バイタルチェックの必要性があるという判断に至るためには、バイタルチェックの目的及び効果を理解している必要がある。したがって、基準やマニュアルの有無に限らず、入管内においてバイタルチェックを行っている以上、  
15 入管局長や次長をはじめとする入管の幹部はもちろんのこと、バイタルチェックを実際に実施する職員らにおいても、少なくともバイタルチェックを行うことが出来ないという事態が正常ではないという認識を有し得たはずである。仮に、基準やマニュアルが設けられておらず、職員らに「バイタルチェック」の意義を解さない者がおり、バイタルチェックで計測ができないことの重大性を認識できないのであれば、それは他人の生命・健康  
20 を預かる収容施設を擁する名古屋入管局長の人的物的体制の構築不足である。このことは、前掲の大村入国管理センターの対応要領（甲121）には、「バイタルチェックを確実に行う。」との記載がみられ、大村餓死事件の報告書に医学的知見の収集・周知を図る旨の報告があることから否定できないものである。

25 ②について、上記①に関する反論と同様、名古屋入管自らがバイタルチェックの必要性を認めて行っているものである以上、それが庁内内科等医

らや医療関係者から指示を受けてのものであろうとあるまいと、看守勤務者らの緊急対応の義務の有無を左右するものにはならない。

③について、バイタルチェックの目的（バイタルサインの変化から急変や急病を早期に発見する、原告ら第7準備書面56頁、甲90）に照らし、  
5 看守勤務者らが、バイタルチェックの項目の一部が計測不能であることの原因が、急変や急病にあるのか、機器の装着方法が適切でないことや電子機器の不調にあるのか、判別する能力があるのであればともかく、それが  
10 できない以上、測定不能であることは医学的に問題がある可能性があることを前提に行動しないとしないことは言うまでもない。したがって、当該事情は、重篤な状態に陥っているとの認識に至らなかったことを免責しない。

したがって、血圧や脈拍等のチェックができない、微熱が出ている時点で、職員らには外部医師に医学的な知見を求める契機は与えられていたといえ、その際に、バイタルチェックが出来ないこと、睡眠状態が続いていることを相談すれば、ウイシュマさんが異常な状態に置かれていることを  
15 早期に気づき得たと言える。

#### イ 各時点におけるバイタルチェックの評価

(ア) 被告は、令和3年3月5日午前7時52分頃に血圧及び脈拍を測定することが出来なかったことについて、ウイシュマ氏が単に脱力しているにすぎないと考えていたこと、前日4日午後10時7分頃には測定することが出来ていたこと及び同日午後2時30分頃から58分頃にかけて看護師が測定できたことをもって、重篤な状態に陥っていると認識することは困難であったと主張する（第3、2（6）オ（ア）（51頁～））。

しかし、血圧及び脈拍が「脱力」により計測できないのであれば、その  
25 脱力状態が問題なのであるから、余計に看過するべきではない。また、3月5日午前7時52分頃に測定した時点で昨晚の測定時から9時間も経つ

ており、その間に薬の効果も表れているところ、3月5日午前7時52分頃に測定するまでに異変が起きることは十分にあり得る。また、3月5日午前7時52分にはウイシュマさんは呼びかけにも反応しない状態だったのであるから、明らかに前夜の様子とは異なることを血圧及び脈拍の測定不能であることに加味して考慮すべきであった。そして看護師の測定は事後的な事情であるから注意義務違反の根拠事情にできないことは上記の通りである。したがって、平成30年3月5日付け通達(甲16)が「体温測定等の結果に異状が見られなくとも」緊急搬送を義務付けていることから、本件のように血圧及び脈拍が測定できなかった場合はなおさら、その時点で、医療機関につなげようとしなかったことについて、被収容者の生命・健康を預かる看守勤務者らとしての注意義務違反が認められる。

(イ) また、被告は、その直前に看護師が血圧及び脈拍を測定することが出来ていることをもって、2021年3月5日午後3時25分の時点でウイシュマさんが発熱していたとしても、ウイシュマさんの容態が緊急の医療対応を必要とする状態に陥っていると認識することは困難であったと主張する(第3、2(6)オ(イ)(52頁~))。

しかし、バイタルチェックで対象とするサインは、何も血圧及び脈拍、血中酸素濃度だけではない。また、体温・血圧・脈拍・血中酸素濃度などのすべてにおいて異常が顕出されないと、体の異常が探知できないというものでもない。チェックすべきバイタルサインには、体温・血圧・脈拍・血中酸素濃度に加え、呼吸・意識・尿量などもモニタリングの対象となるのである。

したがって、直前に血圧及び脈拍が測定できていたとしても、看護師が脈が速いことに気が付いていること、ウイシュマさんに頻繁に意識障害が出ていること、食品も水分もほぼ摂取していないこと、といった情報に加え、前日比にして1度も高い体温が計測されたなら、異常を察知すること

は容易かつ看守勤務者として当然有すべき認識であった。平成30年3月5日付け通達（甲16）によれば、なおさら緊急に対応すべき場合であることを認識し得た。

5 (ウ) さらに、被告は、2021年3月6日午前8時12分頃にも血圧及び脈拍が出来なかったがこの場合にも、職員らは測定できない理由について脱力していたこと及びウィシュマさんの反応がないことについて薬の効果であると認識していたことから、ウィシュマさんの容態が救急の対応が必要な事態であることを認識することは困難であった、と主張する（第3、2(6)オ(ウ)（53頁～））。

10 しかし、これらの主張が通り得ないことは、上記ア及びイ（ア）に記載した通りである。

(3) 2021年3月6日午前11時15分の様子を見ても、緊急の対応が必要であると認識し得たこと

15 被告は、2021年3月6日午前11時15分にウィシュマさんが「大きく呼吸し、胸が上下している」ことにつき、それ以上に具体的な記載はされておらず、アセトン臭の有無も確認できず、動脈血ガス分析も実施されていないことから、ウィシュマさんがケトアシドーシスの状態に至っていたとは断定することはできないことに加え、看守勤務者らが「大きく呼吸し、胸が上下している」状態を現認したとしても、それが緊急対応の必要な状態であると認識することは困難であると主張する（第3、2(7)（53頁～））。

20 まず、アセトン臭の有無が確認できないこと、及び、動脈血ガス分析が実施されていないことは、そのこと自体が名古屋入管の注意義務違反を意味する。つまり、ウィシュマさんをもっと早い段階で医療措置につなげることが出来ていたら、医学的知見を持った医療従事者によって、「大きく呼吸し、  
25 胸が上下している」状態からクスマウル大呼吸である疑いがもたれ、アセトン臭の有無の確認や、動脈血ガス分析がなされたはずである。名古屋入管の

主張によると、名古屋入管の看守勤務者らは、医学的知見がないとのことであり、そうであれば、ウィシュマさんのように重篤な病状を有する者の生命及び健康の管理を任せるべきではなかった。したがって、そもそもアセトン臭の有無の記録や動脈血ガス分析の結果が存在しないこと自体、名古屋入管  
5 の職員の注意義務違反を基礎づけるものである。

次に、「大きく呼吸し、胸が上下している」状態が確認されたのは同日午前11時15分であるところ、病院に搬送されたのは午後2時31分である。その搬送直後に高カリウム状態であることが判明しているため、血液検査結果が出ていることがわかるが（甲10・4枚目）、緊急の処置としてウィシュマさんに対して血液のpHを上昇させる作用を持つメイロンが投入されていることからすると（甲10・4枚目）、この時点で血液がアシドーシスになっている所見が見られたことがわかる。さらに、搬送された後の血液検査結果からは、血液のpHが6.637と極めて酸性の状態であり、かつ乳酸値が9.02mmol/lであることからすると、死亡直前にはアシドーシスの病態が存在したといえる（甲103、14頁）。これらの事後的な事情を考慮すると、ウィシュマさんが名古屋掖済会病院に救急搬送される約3時間前の午前11時15分の時点でアシドーシス状態に陥っていたと考えることが合理的である。  
10  
15

さらに、被告の主張によると、「大きく呼吸し、胸が上下している」状態から看守勤務者らは異常事態を察知できなかったとのことであるが、2019年6月29日に大村入管で被収容者が餓死しているときにも、死亡直前に当該被収容者には「肩で大きく息をしている状況」が確認されている（甲120、5頁）。大村入管餓死事件の報告書によると、「本人の健康状態が急激に悪化する可能性やその兆候を知ることができなかった」ことを反省し、拒食者の健康状態の推移や、生命への重篤な危険が生じていることを示す症状・兆候に関する医学的知見や、対応方法について、知識の共有が図られていた  
20  
25

はずである。したがって、「大きく呼吸し、胸が上下している」状態をみて、緊急の対応が必要であると認識することが困難であるはずがない。

5 したがって、看守勤務者らは、同日午前11時15分にウイシュマさんが「大きく呼吸し、胸が上下している」状態を見て、ウイシュマさんに緊急の対応の必要があることは、十分に認識し得、平成30年3月5日付け通知（甲16）にちゅうちょせず救急搬送をすることが義務付けられていることからすると、同日午前11時15分から午後2時15分頃まで救急搬送を漫然と怠ったことには注意義務違反が認められる。

#### （4）名古屋入管局長に体制構築義務違反があること

10 上記のとおり、大村入管における餓死事件を受けて、入管の収容施設においては、摂食拒否者、体調不良者への対応の強化がなされていた。体重減少率に注目した動静監視の必要や、緊急時の現場対応の強化、そして、医学的知見の収集や共有も求められていたところである。したがって、それらの体制を強化しない場合、再び死亡事件が発生するであろうことは容易に予見できた。

15 それにもかかわらず、名古屋入管においては、被告も認めるように、バイタルチェックの基準やマニュアルは設けられておらず、現場の職員らは反応のないウイシュマさんを目前にしながらかつて何ら危機感を有さず、ちゅうちょせず救急搬送すべきである義務も履行しようとしなかった。看守勤務者らに対する教育及び研修がなされなかった結果である。

20 したがって、名古屋入管局長には、体調不良者の扱いに関する基準構築義務違反及び緊急時の対応の体制構築義務違反が認められる。

#### 4 小括

25 以上のとおり、3月5日以降、ウイシュマさんの体調は急速に悪化し、緊急の対応の必要性があつたにもかかわらず、看守勤務者らはそのような状態のウイシュマさんを漫然と放置し、医師に連絡して指示を仰ぐ又は救急搬送を要請



する義務を果たさなかったことは明らかである。

以上