

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15準備書面

2024年9月18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



目次

15	第1 はじめに	4
第2	1月後半から2月15日頃の時点でウィシュマさんに対し、医療上の措置が必要であったこと	4
1	被告の主張のあやまり	4
2	ウィシュマさんの摂食・飲水・排泄・嘔吐の状況について、管理が必要な状態にあったこと	5
20	3 健康状態を把握するための適切な対処をせず、生命健康維持義務違反の状態にあったこと	8
	(1) 被収容者の生命健康維持義務を果たすための体制構築義務違反	8
	(2) 医師、看護師、看守勤務者ら職員による生命健康維持義務違反	9

原告
ら第
15
準備
書面
医療の不提供

4	死亡との因果関係について	10
5	肥満度と栄養状態の関連性について	11
	(1) 体重減少が「異常な程度」に達していたこと	11
	(2) 肥満と低栄養は別の概念であること	11
5	6 小括	12
	第3 2月18日の段階で、新美医師は外部医療機関の精神科の受診を指示する前に、点滴や入院治療等の措置等を行うべきであったこと	13
	第4 2月18日の段階で、新美医師が血液検査を行うべきであったこと	14
	第5 2月26日から3月4日の時点で、意識障害に対して原因究明と治療を行うべきであったこと	16
10	べきであったこと	16
	第6 2月3日から3月4日の時点で、ビタミンB1欠乏症への対応をすべきであったこと	17
	第7 死因は特定されており、機序を特定しなくても、被告の義務内容は明らかであること	19
15	第8 精神科医への情報提供が適切になされなかつたこと	19
	1 尿検査結果を伝えるべきであったのに伝えていないこと	19
	2 その他提供すべき情報を提供せず、提供すべきではない情報を提供したこと	20
	第9 看守勤務者に課せられた義務が履行されていないこと	23
20	第10 ウイシュマさんについて救急搬送等の緊急の対応が必要な状態にあると認識し得たこと	25
	1 3月5日午前7時52分頃以降、救急搬送等の緊急の対応が必要であると認識し得たこと	25
	(1) 被告の主張	25
25	(2) 「異状」を認識可能であったこと	26
	(3) 大村入国管理センターの対応要領をはじめとする入管の各文書は職員ら	

の認識可能性を基礎づけるものであること	26
(4) 実際に異常事態の発生に気が付いていたことが記録上明らかであること	28
(5) 小括	29
5 2 3月6日午前11時15分までに、看守勤務者らはウィシュマさんについて 緊急対応が必要であると認識し得たこと	29
第11 名古屋入管局長には体制構築義務違反が認められること	31
第12 全体の判断枠組みに関して	34
1 被告第11準備書面・第1への反論	34
10 (1) 注意義務の内容と特定について（被告第11準備書面6～9頁について ）	34
(2) 加害公務員の特定について（被告第11準備書面6～15頁について）	38
(3) 因果関係の証明の程度について（被告第11準備書面15～19頁につ いて）	42
15 2 被告第11準備書面・第2への反論	47
3 被告第11準備書面・第3について	47

20

25

第1 はじめに

- 1 被告第10準備書面及び第11準備書面の主張の眼目は、ウィシュマさんの死因及び死亡の機序は不明であるので、被告の注意義務違反を問うことはできず、被告はウィシュマさんの死亡について賠償責任を負わないというものである。しかし、この主張には理由がない。
- 2 ウィシュマさんの死因は、明らかに「低栄養と脱水」である。本件記録にあらわれたウィシュマさんの容体悪化の経緯から、死因が「低栄養と脱水」であることは明らかである。原告らはこれまで当該事実を主張立証してきたが、本書面でさらにこの点を詳細に説明する。

10

第2 1月後半から2月15日頃の時点でウィシュマさんに対し、医療上の措置が必要であったこと

1 被告の主張のあやまり

被告は、2021年1月15日（以下、特定のない限り日付は2021年を指す。）から2月15日までの間のウィシュマさんの体調について、「1月25日に実施された血液検査の結果によれば、その当時、ウィシュマ氏に深刻な脱水が生じていたとは認められず、栄養状態も特段問題がなかった」（被告第10準備書面第1・8頁以下）、「1月26日に実施された1回目尿検査の結果をもって、ウィシュマ氏の飲食物の摂取状況を注視すべきであったとはいえない」（同第2・13頁以下）、「ウィシュマ氏に対する診察時の身体所見や、看護師のウィシュマ氏との面談内容等からして、ウィシュマ氏に生命の危機が迫っているという事実が明確に示されていたとはいえないから、同年1月末頃に名古屋入管の職員が原告らが主張する医療上の対応を行わなかったことが不合理であるとはいえない。」、「同月末頃の名古屋入管の職員の行為とウィシュマ氏の死亡との因果関係は認められず、原告らの主張には理由がない」（被告第11準備書面20頁10～14行目）と主張する。

しかしながら、以下に詳述するとおり、1月25日における血液検査結果及びおよび同月26日の尿検査結果に加え、ウィシュマさんの臨床で観察される摂食量・摂水量、排尿、排便、嘔吐状況を踏まえれば、この期間において、適切な対処をしなければ、生命の危険につながるおそれがある状態にあった。

5 看護師の記録や看守勤務日誌及び新美医師の作成したカルテによれば、看護師や医師、看守勤務者らは、1月半ば頃から、ウィシュマさんの栄養状況に問題があり、脱水のおそれがあることを把握していた。そして、1月25日の血液検査や、その翌日の尿検査結果が、即座に生命の危機を意味するものではなかったとしても、上記検査以降も、ウィシュマさんが健康を維持するために必要な栄養素やカロリー、水分を摂取できておらず、体調が悪化し続け、対処が必要であることを認識していた。検査時点の血液検査の結果が正常の範囲にあり、尿検査結果のケトン体「+」が、直接生命に影響が出るものではないとしても、こうした結果は、翌日には変化する可能性があるものであり、それ以後、点滴等による栄養・水分確保の有効な対策を取らなかつたことの免罪符になるものではない。

原告らは、被告が、収容施設として課されている被収容者の生命健康維持義務の履行として行われるべきであった、成人が健康を維持するために必要な栄養素をウィシュマさんに摂取させる医療上の措置をとつていれば、3月6日のウィシュマさんの死亡は回避できたと主張しているのである。以下詳述する。

20 2 ウィシュマさんの摂食・飲水・排泄・嘔吐の状況について、管理が必要な状態にあったこと

看護師の記録（甲4の3別紙6）のみを見ても、看護師は、1月18日の時点で、ウィシュマさんが、吐き気を感じ、食欲低下に至っていること、食事の摂取量が少ないこと、「水分摂取量が不足していることから、尿回数が4回から2回になっている」、濃縮尿が出ている、5日間程度便秘が続いているなどといったウィシュマさんの栄養・水分摂取状況に問題があることを把握してい

た。摂食状況も、1月20日には夕食全量未摂取、1月21日には、パンも食べられない状況が記録され、「傷病名」として「胃腸症状、体重減少症状報告及び指示」との記載があり（同27頁最終行）、この時点において、ウィシュマさんの体重減少が病的症状として認識されていたことを示している。また、
5 1月22日には「水分が減少しているため、脱水注意」と査定評価されている。

こうした経緯を踏まえ、看護師は、ウィシュマさんの「食事量・尿回数、便秘状況を定期的に観察及びアドバイスに訪問する」という処置・計画を立てている（評価日1月26日）。

10 被告は、1月26日の尿検査結果が、ケトン体「+」であることをもってしても、ケトン体「+」には「病的な意味は認められないのであって、直ちにフォローアップが必要となるものではなかった」（被告第10準備書面15頁10～11行目）、ウィシュマさんの「飲食物の摂取状況を注視することが必要な状況ではな」かった（被告第11準備書面12頁6～7行目）と主張する
15 が、ウィシュマさんを日々観察していた看護師自身が、ウィシュマさんの体調、実際の飲食の量、排泄の状況などから、飲食物の摂取状況を定期的に観察する必要を認め、計画を立てていた。かかる事実からも明らかのように、ウィシュマさんは「飲食物の摂取状況を注視することが必要な状況」にあった。

さらには、1月21日以降は、処置・計画として、勤務員に情報の共有と観察依頼がされている（評価日1月29日、看護師が、ウィシュマさんに水分を摂取するよう指示していたという情報は警守長ら職員にも共有されていた（甲85の4、2月1日11：53部分参照）。

1月26日には、尿検査の結果、ケトン体「+」が検出され、「尿検査の結果や尿回数が3回と少ないと判断し、脱水も考え」飲水の指示もされている。

25 1月28日にも「尿回数依然と3回と少ないために、脱水も考え飲水をこまめに飲むことが必要」との査定評価が記録されており、同日の院内医師の診察

においては、ウィシュマさんに「ご飯やお水とってね」と食事や水分をとることが新美医師より指示がされている（甲4の3別紙6・32頁、1月28日【診察時の状況】部分）。

また、この時点において、看護師により、1月18日以降、唇及び足先のしびれを訴え、嘔吐や足のしびれを訴えることが多いという点が記録されている。
5

2月に入って以降は、さらに食事の摂取量は減少し、砂糖を食べたりはしていたものの、看守勤務日誌（甲85の4）によれば、2月1日は昼食全量未摂取、夕食は、主食2分の1、副食4分の1、2月2日は昼食、夕食それぞれ副食一口程度しか摂取できず、2月3日は昼がパイナップルのみ夕食は全量未摂取、4日も昼食夕食共に、全量未摂取という状態が続いていた。ウィシュマさんは、引き続き足や顔のしびれを訴え、2月3日には四肢脱力により、車いすにて臨床心理士のカウンセリングや支援者の面会に出向き、2月4日の府内医師の診察にも車いすを使用している。「足と顔の感覚がわからない」とまで訴
10
15
えるようになり、同日夜には、「時折聞き取り不能の言葉を話し、一人笑う様子が見られた」（甲4の3別紙6・37頁）という状態が観察されている。

原告ら第3準備書面「別紙 ウィシュマさんの容態悪化の状況」にも記載したところではあるが、その後も、

- | | |
|------------|--|
| 2月5日 | 昼食全量未摂食、夕食は摂取の申し出なし |
| 20
2月6日 | 昼食主食2分の1程度、副食全量未摂食、
夕食主食4分の1程度、副食全量未摂食、 |
| 2月7日 | 午後4時頃主食2分の1程度 |
| 2月8日 | 昼食主食3分の1程度、副食5分の1程度
夕食主食4分の1程度、副食全量未摂食、 |
| 25
2月9日 | 昼食全量未摂食、
夕食主食4分の1程度、副食パイナップル、春巻きの皮の部 |

分、チキンカツ一口のみ（食事後嘔吐）

2月10日 昼食主食5分の1程度、副食全量未摂食

夕食主食5分の1程度、副食全量未摂食

2月11日 昼食、夕食とも全量未摂食

5 2月12日 昼食、夕食とも全量未摂食

2月13日 昼食全量未摂食、夕食主食おかゆ4分の1程度

2月14日 昼食主食4分の1程度、副食5分の1程度、

夕食主食2分の1程度、副食全量未摂食

という状態が継続する。しかも、この間も嘔吐を繰り返しており、摂食した分

10 すら、栄養・水分を摂取できていない。

1月後半から、ウィシュマさんに対し、看護師や新美医師によって、食事や水を取るよう指示が出され、看護師によって、「食事量・尿回数、便秘状況を定期的に観察及びアドバイスに訪問する」という処置・計画が立てられていたが、2月に入っても、ウィシュマさんの摂食状況等は改善するどころか、悪化の一途をたどり、さらには自立歩行ができない状態にまで衰弱が進んでいくのであるから、より詳細な観察が必要な状態にあった。

そして、2月15日の尿検査において、ケトン体「3+」の結果が確認された。1月26日の尿検査でケトン体「+」となり、さらに、食事をほとんど食べることができない状況が続き、四肢脱力という身体症状を発症するに至り、

15 20 2月15日の尿検査でケトン体「3+」の結果となったことを踏まえれば、ウィシュマさんが飢餓状態に陥っていたことは明白である。

3 健康状態を把握するための適切な対処をせず、生命健康維持義務違反の状態にあったこと

(1) 被収容者の生命健康維持義務を果たすための体制構築義務違反

25 収容施設である名古屋入管には、被収容者の生命健康を維持する義務があり、被収容者の生命健康を維持するためには、適正な栄養及び水分の摂取が

確保される必要があることは言うまでもない。そのために、「被収容者に給与する副食の栄養基準量に関する訓令」が定められるなどしている（甲126）。

そして、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・摂水量の正確な記録と、排泄・嘔吐に関する正確な記録が必須となる。名古屋入管は、看護師・医師、あるいは看守勤務者ら職員が、ウィシュマさんの低栄養・脱水の可能性を認識した段階で、これらの情報を正確に記録する体制を構築する義務があるが、かかる義務を履行していない。

具体的には、朝食の記録はほとんどなく、副食4分の1といった大雑把な記録や、自弁の食品については「ビスケット」など物品名だけが記載され、分量の記録がないものも多い。嘔吐や排せつについては、記録が一部しか残されていない。

名古屋入管局長による被収容者の生命健康を維持するための体制構築義務違反である。

（2）医師、看護師、看守勤務者ら職員による生命健康維持義務違反

ウィシュマさんは、1月18日ごろから食事が摂取できない、嘔吐を繰り返すという状態にあり、1月21日には体重減少症状が「傷病」として確認され、1月26日にはケトン体「+」が検出されている。

かかる臨床状況においては、仮に、正確な摂食、摂水量を把握するための体制構築がされていなかったとしても、また、1月25日の血液検査の結果が基準範囲内であったとしても、新美医師や看護師は、ウィシュマさんの上記臨床症状からして低栄養・脱水の可能性を考えるべきであり、医師・看護師として、この時点から、正確に水分や食事の摂取量を記録し報告するよう25に、看守勤務者ら職員に指示すべきであった（甲86第3のB1③・12頁）。

また、新美医師は、1月28日の診察において、3か月後の採血を指示しているが、臨床的に水分や食事の摂取量が確保できていない状態であれば、もっと早期に採血を行うべきであった（甲86第3のB1③・12頁）。摂食障害が生じている原因の追究と共に、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・排便の回数を記録し、低栄養・脱水が疑われる場合は採血を行って、必要に応じて点滴などの治療が行われたはずである（甲86第3のA1①・3頁）。

それ以降も、ウィシュマさんは、官給食をほぼ摂取していない状態が続き、嘔吐を繰り返し、四肢に力が入らず、2月3日には、自力歩行ができず、判読可能な文字も書けない状態までに体調が悪化しているのだから、低栄養・脱水が進行していることが明らかに疑われる。ウィシュマさんの症状の改善が確認できるまで、しっかりと受診、フォローアップをし、新美医師においてそれができないのであれば、外部の医療機関を受診することによって、体調改善が図られるべきであった。

したがって、遅くともこの時点での摂食・摂水の正確な記録とすみやかな血液検査や、症状の回復が確認できるまでの外部診療を含む受診・フォローアップや、栄養・水分の点滴が指示されるべきであった。

必要な医療措置をとるための必要な情報である、摂食量、摂水量、排尿、排便や嘔吐の回数を正確に記録することも、症状の改善が確認できるまでの治療・フォローアップ・外部医師による診療もせず、ウィシュマさんの体調が悪化するに任せたのであるから、医師・看護師らが負う被収容者の生命健康維持義務に反していたことは明らかである。

4 死亡との因果関係について

また、この頃の栄養不足状態と死亡との因果関係について、被告は、「ウィシュマ氏に生命の危機が迫っているという事実が明確に示されていたとはいえないから、同年1月末頃に名古屋入管の職員が原告らが主張する医療上の対応

を行わなかつたことが不合理であるとはいえない。」（被告第11準備書面20頁9～12行目）、「令和3年1月15日から2回目尿検査が実施された同年2月15日までの間を見ても、ウィシュマ氏に対する診療時の身体所見や、看護師のウィシュマ氏との面談内容等からして、ウィシュマ氏に生命の危機が迫っているという事実が明確に示されていたとはいえない。」（同21頁4～7行目）などと主張するが、かかる被告の主張に従えば、名古屋入管は、被収容者の生命の危機が迫っていない限り、点滴といった「医療上の対応」すらしないということを意味しているということと理解される。しかしながら、食事がとれず、嘔吐し、自力で歩行ができない状態にまでなっている患者に対し、何もしないということは、被収容者の生命健康維持義務に反するものであり、被告の主張する「一般的な診療室で通常行われる対応」でないことは上記のとおりである。

低栄養状態にある者が、さらに食事をとることができない状態が続けば、当然栄養状態は漸進的に悪化し、最終的には死亡に至るのであるから、その流れを止めるための措置を講じておけば死亡に至らなかつた高度の蓋然性が認められる。

5 肥満度と栄養状態の関連性について

（1）体重減少が「異常な程度」に達していたこと

被告は、ウィシュマさんの体重減少について、「異常な程度の体重減少ではなかつた」（被告第11準備書面21頁13～14行目）と主張するが、上記のとおり、ウィシュマさんを観察していた看護師は、1月21日の時点で、ウィシュマさんの「傷病名」として「胃腸症状・体重減少症状」と看護記録に記載しており（甲4の3別紙6・27頁）、傷病として認識される程度に、「異常な程度」の体重減少状態にあつたことを示している。

被告の主張は、看護師の記録に反している。

（2）肥満と低栄養は別の概念であること

原告らが、「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」（原告ら第13準備書面15～16行目）と主張したことに対し、被告は、BMIが低栄養状態の一般的栄養スクリーニング指標として国際的に採用されているとして、原告らがBMIに関する理解を誤っていると主張し、1月25日のウィシュマさんのBMIが28.64（肥満1度）であったこと、この頃、食欲がなかったわけでもないことなどを指摘して、この当時のウィシュマさんの栄養状態に特段の問題があったとはいえないと主張する（被告第10準備書面12頁20行目～13頁4行目）。

BMIが低栄養状態の一般的栄養スクリーニング指標の一つとして利用されていること自体は否認するものではないが、BMIが肥満1度であることのみをもって、低栄養状態を否定することはできない。

低栄養状態とは、栄養のバランスが負に傾き、体組成変化と健康障害に対する脆弱性を呈した状態であり、低栄養状態にあるかの判断のための各栄養スクリーニングツールの評価項目比較としては、体重減少、摂食量減少、BMI、理想体重比、消化器症状、身体機能、急性疾患、精神状態、身体計測、アルブミン、総リンパ球数、総コレステロールがあり（甲127）、これらの総合的な判断によって行われる。BMIだけで栄養状態の判断がされるわけではない。

ウィシュマさんは、体重が減少し、摂食量も著しく減少していた。嘔吐を繰り返して消化器症状もあったのであり、2月15日には飢餓を表すケトン体「3+」が検出されている。身体機能も、判別可能な文字も書けず、自力歩行ができないほどの四肢脱力が生じていた。

BMIだけを取り出し、栄養状態に特段の問題がなかったという被告の主張に理由はない。

25 6 小括

ウィシュマさんは、1月半ばころから、食事や水分の摂取に困難を感じるよ

うになり、また、嘔吐を繰り返すようになったことから、摂取カロリーや栄養素の不足、脱水状態が継続していた。

被告は、名古屋入管が、ウィシュマさんの体調不良の原因を明らかにするために、適切な対応を行っていた旨主張する。しかしながら、ウィシュマさんは、官給食がほとんど摂取できなくなる中、自力で歩くこともできず、判読可能な名前も書くことができなくなるなど、急速に四肢脱力、身体衰弱が進んでいった。新美医師や看護師は、ウィシュマさんが食事をとることができず、嘔吐を繰り返していたことを認識し、ウィシュマさんに対し、食事をし、水分を摂取するよう指導していたのであるから、食事をとることができず、嘔吐を繰り返す原因を明らかにする以前に、まずはウィシュマさんの体調が改善されるまで、検査・診察・フォローアップを行い、それができないのであれば、外部の医療機関に任せるべきであった。

また、水分不足、摂食状況に問題があることは把握していたのであるから、少なくとも点滴等の対応をすべきであったのであり、これが、生命健康を維持するための「一般的な診療室で通常行われる対応」である（甲86第3のA1①・3頁）。

低栄養状態が継続すれば、人は死に至るのである。この時点で、名古屋入管が一般的な診療所で通常行われる対応を行っていれば、3月6日のウィシュマさんの死を防ぐことができた高度の蓋然性が認められる。

20

第3 2月18日の段階で、新美医師は外部医療機関の精神科の受診を指示する前に、点滴や入院治療等の措置等を行うべきであったこと

原告らは、2月18日までの診療経過、特に同月15日の尿検査結果を踏まえ、新美医師が血液検査や入院・点滴といった対応をせず、精神科の受診を指示した対応が不合理であったと主張している（原告ら第13準備書面8～9頁、原告ら第14準備書面8～9頁等）。

これに対して被告は、同月15日の尿検査結果に正面から向き合わないことに終始している（被告第10準備書面15～21頁等）。これは、尿検査結果を踏まえた場合には成り立たない反論をしていることを認めているのと同じである。

仮に、「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」（被告第10準備書面17頁3～5行目）という野村医師の意見が、「一般的な内科において実践されている診療のプロセス」（同17頁15～16行目）であったとしても、器質的疾患がないことに加え、同月15日の尿検査結果を含む同月18日までの診療経過を検討した場合、一般的な内科医としては精神的な疾患を疑うプロセスに進む前に、尿検査結果から示唆される飢餓状態（低栄養・脱水状態）に対する点滴や入院治療等の措置等を行うべきであったことは明らかである。こうした対応を行うことは、「全てを精査してからでなければ別の診療科につなげてはならない」（同17頁21～22行目）などというレベルの話ではなく、重要な検査結果を見落としてはいけないという最低限のレベルの話であって、ウィシュマさんの生命健康維持義務を負う医師として果たすべき最低限の義務である。

2月18日の段階で、新美医師が外部医療機関の精神科の受診を指示する前に、同月15日の尿検査結果に対して血液検査や入院・点滴といった対応を行つていれば、ウィシュマさんは死亡に至らなかつた高度の蓋然性が認められるから、この時点での名古屋入管の生命健康維持義務違反とウィシュマさんの死亡との間に因果関係が認められる。

第4 2月18日の段階で、新美医師が血液検査を行うべきであったこと

被告は、令和5年11月22日付け「求釈明に対する回答書」において、新美医師は、「同月（2月）18日の診療の際に2回目尿検査の結果を把握したかどうかの記憶は定かではない旨述べている」（同5頁7～8行目）と記載している

のに対し、被告第10準備書面では「序内内科等医は、令和3年2月18日に、
（略）ケトン体「3+」、ウロビリノーゲン「3+」、蛋白質「3+」という尿
検査結果の数値と見合うような身体の状態（略）が認められるか否かを総合的に
考慮し、確定診断をするために精神科につなげるという判断をしたと推察され
5 る」（同24頁21行目～25頁3行目）と記載した。

この点に対する令和6年6月18日付け「求釈明に対する回答書」によると、
被告としては、「従前の主張から詳細になっているものの、その趣旨に変更はない」
（同5頁12～13行目）とのことである。

そもそも、被告は新美医師の判断を「推察」する必要はなく、新美医師自身に
10 尿検査結果を踏まえたうえで精神科受診の判断を行ったか否かを確認すればよ
く、確認ができないような事情はない。

2月18日のカルテから読み取れるのは「①②14」「器質的疾患はつきりせず
精神科へ」という記載だけであり（甲5・34頁）、尿検査結果を把握したこと
15 を推認させる事実がない以上、新美医師は2月15日の尿検査結果を把握して
いなかつたといえる。すなわち、上記の推察には根拠がない。

仮に尿検査結果を把握していたとしても、尿検査結果から示唆される飢餓状態
(低栄養・脱水状態)に対する点滴・入院治療や血液検査等の措置を行っていない
以上、新美医師の過失は明らかである。つまり、新美医師が同日の尿検査結果
20 を把握していたか否かに関わらず、血液検査を含む適切な措置を行っていない以
上、生命健康維持義務違反があるといえる。

また、被告は、2月18日時点の血液検査の要否につき検討する中で、1月2
5日の血液検査結果をもってしてウィシュマさんの栄養状態に特段問題があった
とはいえない、栄養状態を維持したまま体重減少していたなどと主張しているが
（被告第10準備書面第4の2・23～33頁）、2月15日の尿検査結果を無
25 視して栄養状態に問題がなかったという主張をしても全く意味をなさない。同日
の尿検査結果から看護師はウィシュマさんが「嘔吐や下痢等による脱水及び栄養

不足状態にあると理解し」たのであるから（甲4の1・40頁）、その3日後の時点で栄養状態に問題がなかったという主張は成り立たない。そもそも被告は、原告らが1月25日の血液検査結果と2月15日の尿検査結果を併せて考えれば2月18日時点で栄養状態に問題があったという主張をしていると整理したうえで（被告第10準備書面第4の1①・21頁）、それに対する反論（同25頁）において同日の尿検査結果に触れないというのは全く理解できない。

被告は、2月18日の時点でウィシュマさんが「生命の危機があるような重篤なケトアシドーシス」に至っていなかつたことを主張するが、「生命の危機があるような重篤なケトアシドーシス」に至るまでは血液検査をしなくていいという主張は、危篤状態にならなければ入管は血液検査をしなくてよいと述べているようなものであり、全く不合理である。

さらに、被告は確定診断をするために精神科につなげたなどと主張するが、そのような理屈は尿検査結果を見落としていた場合にしか成立しない。尿検査結果によりウィシュマさんが低栄養・脱水の状態にあり、腎機能障害や肝機能障害等も疑われる異常な状態であることが判明している以上、全くの原因不明の嘔吐等ではなくなっていたのであるから、確定診断をするためにすべきことは、血液検査を含む検査であった（甲86・6頁）。

2月18日の段階で、新美医師が血液検査を行っていれば、低栄養・脱水の状態が数値上明らかになり、点滴・入院等の措置が取られて死亡に至らなかつた高度の蓋然性が認められるから、この時点での名古屋入管の生命健康維持義務違反とウィシュマさんの死亡との間に因果関係が認められる。

第5 2月26日から3月4日の時点で、意識障害に対して原因究明と治療を行うべきであったこと

被告は、意識障害が改善しているときがあることを理由に意識障害がなかったと主張している。しかし、意識障害には段階があり、原告らが主張しているせん

妄や明識困難状態は、「だいたい清明であるが、今ひとつはつきりしない」程度の状態」（甲 103・11頁）であって、「呼びかけに対する反応が困難なまでの状態」をいうものではない。意識障害が改善している状態があったことは意識障害の存在を否定することにはならない。意識が朦朧としている状態があった以上、その状態が増悪しないように、原因究明と治療を行うべきであった。看護師や看守勤務者らは、ウィシュマさんに意識障害が疑われるときに府内診療室の医師に報告すべきであった。仮にそのような報告を行う体制ではなかったとすれば、名古屋入管は、被収容者の意識障害が疑われたときに看護師や看守勤務者らが府内診療室の医師に報告するという体制を整えるべきであった。

したがって、2月26日から3月4日の時点で、看護師や看守勤務者らが意識障害について、府内診療室の医師に報告を行い、医師が意識障害の原因究明と治療を行っていればウィシュマさんは死亡に至らなかつた高度の蓋然性が認められるから、この時点での名古屋入管の生命健康維持義務違反とウィシュマさんの死亡との間に因果関係が認められる。

なお、被告自身が「せん妄などの意識障害の有無は、発言内容（文字づら）のみならず、発言に至る会話の流れやその際の状況等を総合的に観察して判断するものである」（被告第10準備書面35頁1～3行目）と述べるように、意識障害の立証には未開示のビデオ映像の確認が不可欠である。少なくとも意識障害が顕著に疑われる期間（2月26日以降）のビデオ映像を開示すべきである。

20

第6 2月3日から3月4日の時点で、ビタミンB1欠乏症への対応をすべきであったこと

25 ウィシュマさんが2月3日頃にはビタミンB1欠乏の状態であった可能性が認められることに争いはない（被告第10準備書面45頁21～25行目）。ビタミンB1欠乏症は、仮に軽症であったとしても、確実に食事からチアミンを十分補給するという治療がなされる（甲110）。

被告は1日当たりのビタミンB1推定平均必要量を0.9mgとするが（被告第10準備書面45頁8行目）、令和2年2月12日付け「被収容者に給与する副食の栄養基準量に関する訓令」（甲126）によると、1日当たりのビタミンB1は1.2ミリグラム以上と定められている。

5 ウィシュマさんは、1月下旬頃から食欲不振であり、摂取する食事量も水分量も不足していたし、嘔吐を繰り返していた。同月22日にイノラス配合経腸用液を服用したがすぐに吐き出した旨の記載があるように（甲4の1・29頁）、経口・経腸による栄養摂取が十分にできない状態であったのであるから、イノラスを与えるだけでなく、経静脈的にチアミンを投与する必要があった。

10 2月3日から3月4日の時点で、看護師や看守勤務者らはウィシュマさんの食事や水分の摂取量を正確に把握して府内診療室の医師に報告すべきであったし、報告を受けた医師はビタミンB1欠乏症への対応として経静脈的にチアミンを投与すべきであった。仮に食欲不振により十分に食事や水分が摂取できない被収容者について食事や水分の摂取量を正確に把握して府内診療室の医師に報告する体制ではなかったとすれば、名古屋入管はそのような体制を整えるべきであった。

15 したがって、看護師や看守勤務者らはウィシュマさんの食事や水分の摂取量を正確に把握して府内診療室の医師に報告し、医師がビタミンB1欠乏症への対応として経静脈的にチアミンを投与していれば劇的に症状が改善する可能性があった（甲103・13頁）。さらにいえば、ウィシュマさんは、遅くとも2月15日時点で看護師により低栄養・脱水の状態であることが認識されていたのであるから（甲4の2・23頁）、同日以降はビタミンB1及びブドウ糖の点滴や補水を行うべきであった。ビタミンB1及びブドウ糖の点滴や補水を行っていれば、
20 ウィシュマさんは死亡に至らなかつた高度の蓋然性が認められるから、この時点での名古屋入管の生命健康維持義務違反とウィシュマさんの死亡との間に因果関係が認められる。

第7 死因は特定されており、機序を特定しなくとも、被告の義務内容は明らかであること

被告は、ウィシュマさんの死亡については、司法解剖結果にもあるとおり、「病死」とは認められるものの、詳細な死因に関しては、複数の要因が影響した可能性があり、専門医らの見解によっても、各要因が死亡に及ぼした影響の有無・程度や死亡に至った具体的な経過（機序）を特定することは困難であると主張する（被告第10準備書面第7・47～50頁）。

しかしながら、機序は因果関係の存否を判断する際に考慮すべき事情の一つにしかすぎず、因果関係及び被告の義務設定をするために、一つ一つの機序が科学的にすべて解明される必要はない。

本件において、低栄養・脱水により死亡するに至った一連の機序の説明がされており、被告は低栄養・脱水に対する処置をとるべきであったことが明らかであるから、被告が機序について特定することは困難である旨の主張は何ら法的意味を有さない。

このことは、本書面第12記載のとおりである。

第8 精神科医への情報提供が適切になされなかつたこと

1 尿検査結果を伝えるべきであったのに伝えていないこと

被告は、i) ケトン体「3+」やウロビリノーゲン「3+」などの2回目尿検査の結果は、精神科的要因の有無とは直接的な関連性を有しておらず、精神科医による診療との関係では、必ずしも同医師に提供しなければならない情報ではなく、ii) 尿検査結果は「器質的疾患ははっきりせず」という結論に至るまでの考慮事情の一つにとどまる、iii) 尿検査結果は補助的に利用されるにとどまり、血液検査の結果や他の症状及び診断時の所見等を踏まえて、栄養状態や健康状態が判断されるものであるところ、「器質的疾患ははっきりせず」という結論に直ちに影響するものではなかったため提供しなくても不合理ではな

かつた、と主張する（被告第10準備書面第8・51～53頁）。

しかしながら、患者が、低栄養・脱水の状態にある、という情報、もしくはそれを示唆する情報は、精神科医が患者の精神状態を分析する上で、必要かつ重要な情報である。また、肝腎機能障害の有無及び低栄養・脱水の状態の程度
5 は、いかなる処方薬をどの程度処方するか、という判断の前提のためにも必須の情報である。したがって、本件において、低栄養・脱水の状態を示す尿検査結果は必ず精神科医に提供する必要があった。その結論は、仮に新美医師が尿検
10 査結果を「器質的疾患ははつきりせず」という判断を導く際の一事情として用いていたものだとしても左右されない（もっとも、被告が、新美医師が尿検査結果を「器質疾患ははつきりせず」という判断を導く際の一事情として考慮した、と主張したことはない。）。

また、被告は、上記iii）の主張の中で尿検査結果だけでは正確な栄養状態や健康状態が判断できないことを認めながら、尿検査結果で異常値が出たウィシュマさんに対して、血液検査等を行い、正確な栄養状態や健康状態を把握することを忘了。それらを把握していれば、精神科医に対して、ウィシュマさんの低栄養・脱水の状態が生じた原因には精神的要因以外の要因が見つからないかのような情報を提供することなどなかった。

さらに被告は主張の中で、ことさらにウロビリノーゲン「3+」に着目し（ケトン体「3+」、蛋白質「3+」を無視し）、新美医師が「器質疾患ははつきりせず」という結論を導いたことが誤りではないことを繰々述べるが、そもそも器質的疾患でもない低栄養・脱水の状態であることを看過しているのであるから、見当はずれな主張を繰り返していると言わざるを得ない。

2 その他提供すべき情報を提供せず、提供すべきではない情報を提供したこと
被告は、名古屋入管職員が、精神科医に対し、ウィシュマさんが支援者から
25 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ことを伝えたことは認めつつ、その他「詐病」という言葉を用

いたことは否定し、さらに報道応接完了報告書の内容も関連すると詐病を示唆するものであるという原告らの主張は憶測であるため、名古屋入管の職員は、精神科医に対し、ウィシュマさんの具体的な症状や診療経過、体調不良を訴え始めた時期や経緯等の適切な情報提供をしており、詐病に関する予断に基づいて情報提供を行ったことはない、と主張する（被告第10準備書面第8・53～54頁）。

しかしながら、被告の主張をもってしても、ウィシュマさんの具体的な症状や、診療経過、身体状況を示す情報は与えられていないことがおのずと明らかである。改めて述べると、以下の情報は与えられていない。

- 10 ① 2回目の尿検査の結果、血液検査の結果
② 具体的な体重減少の経緯・食事摂取量・水分摂取量
③ 歩行困難・しびれ・嘔吐の内容・回数・頻度・程度
④ 意識障害の有無・程度
⑤ バイタルチェックの数値・推移（特に、血圧が低下していたこと、測定
15 不能になったこと及び頻脈について）

①の必要性については、上記1記載のとおりである。当然、尿検査の結果に基づいた血液検査の結果も提供されるべきであったが、本件ではそもそも検査がなされなかった。

20 ②及び③についても、①と同じ趣旨で必要であり、低栄養・脱水の状態である患者であることを前提に、精神科医に治療方針を立ててもらうことが肝要であった。

④について、ウィシュマさんは、3月4日の未明にかけて、4回にわたり、意味の分からぬ言葉をつぶやくなどの意識障害が観察されているところ（甲85の5・69）、このような様子は必ず、精神科医に伝えるべきであった。

25 ⑤について、ウィシュマさんは数日前から血圧が低下し、頻脈気味になっていた（甲5・67）。さらに、精神科受診前の3月4日午前7時33分、ウィ

5 シュマさんの血圧・脈拍は測定不能となっていた（甲4の1・44頁、甲5・
67）。これらの事情は、低栄養・脱水により心機能が低下し、ウィシュマさ
んが低血圧状態になっていた可能性を強く疑わせる。④の意識レベルの低下が
起きていた状況も併せると、ウィシュマさんは極めて危険な身体状態に置かれ
ていたといえる。バイタルチェックは、身体のサインを早期に発見するために
行っているものである以上、計測不能であるということ自体が、ウィシュマさ
んの危険な身体状態を如実に表す「サイン」であり、「異常」の発生である。
10 そうである以上、看守勤務者、看護師らは、測定不能の原因を探求するなどの
対応をとり、当然、医師に対してバイタルチェックの異常について情報提供を
すべきであった。看守責任者、処遇担当統括、処遇部門首席、局長（以下、併
せて「局長等」という。）にも報告し、対応を求めるべきであった。報告して
いた場合、局長等は、救急搬送等を検討し、少なくとも医師に対して情報を提
供すべきだった。そのことは、一旦測定不能となった後に看護師が血圧を測定
できていたとしても、変わりはない（3月4日までにウィシュマさんが測定不
能になったことはないのである。）。精神科医がウィシュマさんに対して処方
15 したクエチアピンやニトラゼパムは、血圧の低下を招来する薬であるところ
(甲87、甲128)、低栄養・脱水によって低血圧の症状を呈していたウィ
シュマさんに対し、それらの薬を処方することには極めて慎重な判断が必要で
あった。しかしながら、薬の処方の前提として必要となるバイタルチェックの
20 値の推移等の情報は精神科医に与えられなかった。

他方で、精神科医に対してウィシュマさんの体調不良の時期だけを伝えるの
であれば、「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」という
情報まで伝える必要はなかった。必要がないにもかかわらず、当該情報とセッ
トで「その頃から心身の不調を訴えている」という事実を伝えたのは、「詐
25 病」という言葉を用いずに「詐病」の疑いが濃いと伝えたも同じであり、入管
職員らに精神科医に対してウィシュマさんの体調不良が心因的な原因に起因す

ることを想起させる意図があったことを示す。

以上のとおり、名古屋入管の職員は、精神科医に対し、提供すべき情報を提供せず、提供すべきではない情報を提供した。

5 第9 看守勤務者に課せられた義務が履行されていないこと

被告は、「看守勤務者に求められる社会一般の医療水準は、入管収容施設において被収容者の処遇等に従事する医学的な専門知識のない一般的な職員を基準として判断されるべきであり、これらの一般的な職員の知識・経験を超えて、看守勤務者の全員について、医師に適切に情報提供を行うことや緊急の対応を可能とする知識・経験を有すること、介護に関する知識、看護に関する看護師レベルの知識及び経験を有することが求められる」とする原告らの主張は、社会一般の医療水準を超え、医療従事者として医療の専門的知識を有する看護師と同等のレベルという過度の医療水準を看守勤務者に求めるに等しいものであって、理由がない」としたうえで、「名古屋入管の看守勤務者らが、一般的な職員を基準にした場合の医療水準を満たしていないとはいえないから、名古屋入管局長に、原告らがいうところの「人的物的体制の構築義務違反」は認められない」と主張する（被告第10準備書面第9・57頁8～20行目）。

しかしながら、被告の主張は原告らの主張の一部を切り出したものに過ぎず、原告らの主張の趣旨は、次のとおりである。

名古屋入管の収容施設は、円滑な送還の実現のために被収容者が送還されるまでの間短期間収容するための施設である。収容施設に、健康な被収容者だけを収容するのであれば、看守勤務者は看守するために必要な知識・能力を有していればよい。この場合、①体調不良の被収容者はすぐに外部のしかるべき医療機関に移送すべきである。

しかし、収容施設に体調不良者や要介護者を収容していくのであれば、②医療従事者もしくは介護資格を有する者を常駐させ、ケアできる体制を整えるか、③

看守勤務者自身が体調不良者や要介護者のケアできる能力を有するか、のいずれかの体制を探るべきである。

本件においては、①の対応は取られなかつた。さらに、②の体制も整えられておらず、看守勤務者が、バイタルチェックを行い、投薬を管理し、24時間ウィ
5 シュマさんの容態を看視している状態であった。また、看守勤務者がウィシュマさんに対し、「飲食物の取分け、体位の転換、体勢の調整、着替え及びトイレの介助など、介護ともいえる対応を行つていた」（被告第10準備書面第9・57頁3～4行目）という状態にあつた。看護師は勤務していたものの、非常勤であり、24時間ウィシュマさんの容態を管理できる状態にななかつた。そうであれば、③として、看守勤務者らが医療従事者と同水準か、介護資格保有者と同レベルの知識・経験を有する他に、体調不良者や要介護者に事件・事故が発生することを未然に防ぐことはできない。

しかしながら、本件においてはいずれの対応も取られることはなかつた。

旧処遇規則14条によって、看守勤務者らは、被収容者の動静及び施設の異状の有無に注意を払い、何か異変があれば、応急の措置を講じるとともに、ただちに所長等へ報告しなければならないとされている。その際の注意義務の程度は、他人の生命・健康を預かる者として持ち合わせるべきものが要求される。被収容者にとっては、収容施設から外部への入り口を担つてゐるのが看守勤務者である。被収容者の要望・容態等は、看守勤務者を通して、看護師、医師、医療機関、面会者、上位の幹部への連絡・情報共有がなされるのであるから、看守勤務者が被収容者の要望・容態をどのように捉え、またその他どのような変化に気が付くか、ということが被収容者の生命健康維持の可否を大きく左右する。したがつて、看守勤務者は、被収容者のしびれや苦痛等心身の不調を聞き取り、バイタルチェックを任されるのであれば測定結果の変化に気がつき、低栄養・脱水の被
20 収容者を管理するのであれば、栄養・水分摂取量の記録及び食事量から異状を察知し、その他服薬後の状況や外観上の変化などを観察し、結果として、その後の

医療・介護措置につなげ、被収容者の生命・健康を維持することを可能にする程度の注意義務を必要とする。

もっとも、本件においては、今までの原告らの準備書面で述べてきたとおり、
5 ウィシュマさんが低栄養・脱水の状態にあったこと、それにより危険な水域の症
状を呈していたことは、一般人をしても容易に看取できることであるから、看守
勤務者の義務の程度の高低は、結論を大きく左右するものではない。

看守勤務者らは、容態が急変していくウィシュマさんに対して、最低限の「被
10 収容者の動静及び施設の異状の有無に注意を払」う義務（旧処遇規則14条1項）、「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」する義務（旧処遇規則14条2項）をも果たさなかつ
た。

第10 ウィシュマさんについて救急搬送等の緊急の対応が必要な状態にあると認 識し得たこと

15 1 3月5日午前7時52分頃以降、救急搬送等の緊急の対応が必要であると認
識し得たこと

（1）被告の主張

被告は、i) 看守勤務者らは精神科医が処方したクエチアピン等につい
て、その服薬指示に従って服用させていた、ii) 精神科医がクエチアピン等
20 を服用しても睡眠状態が続かないことを想定しており、看守勤務者らに対
し、ウィシュマ氏の睡眠状態が続くとは説明していないことは、看守勤務者
らのクエチアピン等の服用の効果に関する認識を妨げるものではない（処方
薬の効用だと思っていた）、iii) 大村入国管理センター作成の「拒食中の被
収容者に対する対応要領」（甲121）は、看守勤務者らに対し、緊急対応
25 を要するとの認識を基礎づけるものではない、と主張する（被告第10準備
書面第10・57～63頁）。

しかしながら、ウィシュマさんが呈していた容態からは、被告の上記主張は成り立たない。

(2) 「異状」を認識可能であったこと

3月5日以降のウィシュマさんの容態は、原告ら第7準備書面47頁以下、第13準備書面31頁以下に記載のとおりである。入管による最終報告書ですら、「3月5日以降、A氏は、寝ているままで、起床した場合も自力で姿勢を維持することが出来ず、看守勤務者の介助を受けて水分及び食物を少量摂取することが出来たのみで、次第に、看守勤務者らの声かけに応答・反応することが少なくなっていった。」と表現されている（甲4の1・73頁）。一般人の感覚からしても、呼びかけても起きないといったこん睡状態が続くことは、極めて異常な事態である。

それだけでなく、一般人をしても、従前から摂取カロリーと水分が過少だったウィシュマさんが、カロリーも水分もほぼ摂取しない状態で睡眠を継続することは、生命・健康を危険にさらす状態であることが容易に認識可能であった。それらの事情に加え、薬剤医療情報提供書等によても、クエチアピンの処方等による昏睡状態については注意喚起がなされていた。

したがって、看守勤務者において、医師の指示による服薬の作用であるからといって看過すべきではない危険状態にあることを認識し得た。このことは、当然、看護師も危険性を認識し得たことを意味する。

(3) 大村入国管理センターの対応要領をはじめとする入管の各文書は職員らの認識可能性を基礎づけるものであること

大村入国管理センター（以下「大村入管」という。）被収容者死亡事案に関する調査報告書には、「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」ことから、「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すすめるべきである」と記載されている（甲120・14頁）。したがって、
5 被収容者が低栄養・脱水の状態に陥った際に呈する容体が急変する過程、体重減少率に基づく介入の程度、低栄養・脱水の際の異常薬効の危険性については、大村入管のみならず、他の入管の幹部及び職員らに対して周知されていたはずである。

したがって、大村入管の対応要領（甲121）は大村入管内に向けて発出されていたものであったとしても、同様の内容について各地方局の職員らが事務連絡・通達・研修等で認識を有し、共有されていたはずである。つまり、義務を構成するかということと、認識を有する基礎事情となるかどうかは別の次元の問題である。
10

仮に、名古屋入管の看守勤務者らが、大村入管の餓死事件を知らず、拒食者等への対応や症状について何ら知識を有さないまま、勤務していたのであれば、それは内規を整備せず、研修・教育を怠った入管局長の義務違反を構成する。大村入管の死亡事件から得た知見・教訓を周知しないと、再度同様の死亡事件が発生することは容易に予見可能である。
15

さらに、拒食者の認定は処遇担当統括以上の幹部が行うことになっており、その認定がされた場合には出入国在留管理庁への報告が行われていたところ（甲4の2・23頁）、名古屋入管は2月17日からウィシュマさんを拒食者として取り扱うようになっていたため、ウィシュマさんの事案は出入国在留管理局長にまで報告されていたはずである。
20

出入国在留管理庁においては、大村入管の餓死事件の情報の収集および分析、対応方法等の情報を把握していたはずであるから、拒食者の報告を受けたのであれば、拒食者に対するしかるべき対応を名古屋入管に対して指示・
25

共有していたはずである。このことからも、当時の看守勤務者、看護師、医師、名古屋入管の幹部らにおいて、異常薬効等について警戒をしないとならないこと、最後は容態が急変する可能性があること、といった認識を有していたはずである。

5 (4) 実際に異常事態の発生に気が付いていたことが記録上明らかであること
上記のとおり、看守勤務者及び看護師は、危険性を認識し得ただけでなく、実際に、次の事情から、異常事態の発生に気が付いていた。

10 3月5日、ウィシュマさんがあまりにぐったりしていたため、看守勤務者らは、対応を協議し、服薬を続けさせて良いかどうか看護師に相談をした
(甲4の1・75頁、甲4の2・57頁)。その上で、看護師は、ウィシュマさんの低血圧状態や、クエチアピンとニトラゼパムの薬効及び拒食者と異常薬効の関係等に注意を払うことなく、投薬を継続した。看守勤務者らは、異状の発生に気が付き、局長等に報告をすべきであったがそれを怠った。もしくは、看守勤務者らは、局長等に報告をしたが、局長等は休日の人員体制の整備及び医療機関との連携を怠った。

15 このように、看守勤務者、看護師、局長等らは異常事態が発生していることを認識しつつ、もしくは認識し得たにもかかわらず、対応を取ることを怠った。なお、被告は、看守勤務者らが「重篤な状態」に陥っていることまで
20 は認識できなかったと主張するが（被告第10準備書面第10・59頁）、平成30年3月5日付け通達では「安易に重篤な症状ないと判断せず、ちゅうちよすることなく救急車の出動を要請すること」、「被収容者の容態に変化が認められた場合には・・・迅速かつ適切に対応すること」との注意喚起がなされているのであるから（甲16）、原告ら第13準備書面第3の1
(2) ウ (イ) ・31頁記載のとおり、看守勤務者らが救急車を呼ぶ等の対応を取るためには、ウィシュマさんが重篤な容態に至っているという認識までは必要ではなく、体調不良が発生し、容態に変化が見られたという認識が

あれば十分である。

そして、上記通達が看守勤務者に対して「体温測定等の結果に異状がみられなくとも・・・救急車の出動を要請すること」という義務を課しているのに対し、本件においては、3月5日午前7時35分には血圧測定ができないという状態にあったのであるから、明らかにバイタルサインに顕著な異状が生じている場合に当たり、当然に救急搬送をすべきであった。

(5) 小括

したがって、被告主張の諸事情は、看守勤務者らが異状を認識しなかったことを裏付ける、もしくは、気が付かなかつたとしても仕方ないと肯定することを許すものではない。

3月5日午前7時52分以降のウィシュマさんの状態を認識しながら、漫然と医療上の対応を取らず、救急搬送せず、点滴も入院もさせなかつた看守勤務者、看護師及び名古屋入管幹部には、ウィシュマさんに対する生命健康維持義務違反が認められる。

仮にこの時点で、ウィシュマさんに対して投薬を中止し、点滴等の適切な医療措置を取つていれば、ウィシュマさんが死亡に至らなかつた高度の蓋然性が認められる。

2 3月6日午前11時15分までに、看守勤務者らはウィシュマさんについて緊急対応が必要であると認識し得たこと

被告は、看守勤務者らがウィシュマさんに緊急の対応が必要であると認識できなかつた理由として、i) ウィシュマさんに見られた呼吸がクスマウル呼吸であったかどうかは不明であるし、一般的な入管職員を基準とすれば、ウィシュマさんの呼吸をもって医師に連絡して指示を仰ぐ又は救急搬送を要請するほかないと判断せざるを得ない程度に重篤な状態に陥つていると認識することは困難であったこと、ii) 「大村入国管理センター被収容者死亡事案に関する調査報告書」の記載は、名古屋入管職員に対し、ウィシュマさんに対する緊急対

応を基礎づけるものではないこと、を挙げる（被告第10準備書面第10・6
3～66頁）。

しかしながら、当時の容態に鑑みて、被告の主張は成り立ちはしない。

i)について、クスマウル呼吸であったかどうかが確定的に判断できなかつ
5 たとしても、「大きく呼吸し、胸が上下している」という「被収容者の容態に
変化が認められ」（甲16）、異状が発生していたことは看守勤務者にも認識
し得た。当該呼吸の様態が看守勤務日誌に記載されているということは、通常
の呼吸方法とは異なっていたことを意味する。したがって、「重篤な状態」で
あったことまでは認識していないとしても、ほぼ絶食・絶飲状態が続いていた
10 ことや呼びかけに応答しないこと、体が熱い、脈が速いといったことに加え
て、さらに「容態に変化」が見られたのであるから、看守勤務者らは平成30
年3月5日付け通達（甲16）どおりに医師に連絡をして指示を仰ぐか、救急
搬送をすべきであった。最終報告書においても、看守勤務者らがウィシュマさ
んに「外観上の顕著な変化を認識していた」ことを認めている（甲4の1・7
15 8頁）。そうであれば、後は通達どおりの措置を取ればよいだけのことであつ
た。

さらに、大村入管の餓死事例においても、被収容者が低栄養・脱水で死亡する直前に、ウィシュマさんと同じ症状として肩で大きく息をしている状況が確認されるという先例があった（甲120・9頁）。

20 被告は、本件は拒食による死亡事案ではないため、同報告書は本件の注意義務違反を基礎づける規範となり得るものではないと主張するが（上記ii部分）、本書面第10の1（3）で述べたとおり、2月17日に拒食者としての取り扱いを開始しているのであるから、主張として誤りである。

25 仮に、看守勤務者ら現場の職員において、体調の容態に変化があったにもかかわらず、そのことについて何ら対応を取らなくていいという意識が醸成されたり、低栄養・脱水の者が大きな呼吸をし始めたら緊急の対応が必要であ

るという認識が欠如していたりしていたのであれば、それは、名古屋入管局長に、生命健康維持義務を果たすために必要とされていた、平成30年3月5日付け通達（甲16）の周知義務違反、看守勤務者らに対する拒食者対応の研修・教育義務違反があることを端的に示す。

5

第11 名古屋入管局長には体制構築義務違反が認められること

被告は、i) 報告書は、拒食以外の原因による被収容者の死亡事案についてまで、その防止のための方策を定めたものではなく、官給食その他一切の摂食を継続的に拒否するという意味における拒食をしていたわけではなく、診療や薬の処方を受けていた本件で、名古屋入管局長に、原告らが指摘するような義務が発生しているとは認められない、ii) 「拒食中の被収容者に対する対応要領」は大村入管において、収容中の被収容者が拒食した場合に大村入管の入国警備官及び医師が行う対応をまとめたものであり、大村入管以外の他の入管収容施設の長に職務上通常尽くすべき注意義務を生じさせるものではない、iii) 名古屋入管局長に体制構築義務が生じる法的根拠が不明である、と主張する（被告第10準備書面第11・66～68頁）。

しかし、被告の主張は義務設定の内容・時期を誤っていることに加え、名古屋入管における対応と矛盾するものであるから誤りである。

名古屋入管局長が、被収容者に対して生命健康維持義務を負うことは、訴状17頁以下に記載のとおりである。被告も、「収容施設の長は、被収容者の生命及び健康を維持するための責務を負うことになる」、「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なければならない」と認めているところ（被告第1準備書面50頁4～5行目、同13～14行目）、名古屋入管局長においては、医療従事者を常駐させるか、常駐させることができない場合は、看守勤務者らがバイタルサイン等を読み取り、緊急の事態を感知し、医療措置につなげる体制を整備しておく必要がある。

そして、これまでにも、入管収容施設内では、被収容者が事件・事故により死亡する事案が相次いでいたところ、被収容者の健康管理を怠れば被収容者が死亡する危険が発生することは容易に予期できた。そのために、各地方入管宛に「被収容者の健康状態及び動静把握の徹底について」という通達が発出され（甲16）、被収容者の体調不良に対しては「適切な措置を講じること」という指示がされていた。それだけでなく、名古屋入管において、看守勤務者は容態観察が必要な被収容者に対して1日1回、もしくは被収容者からの訴えがあった場合、バイタルチェックを行うようにしていた（甲4の1・77頁）。

上記のとおりの措置をとることが求められていた以上、当然ながら、体調不良者10の体調の変化やサインを把握する体制を構築することも要請されていた。

さらに大村入管における餓死事件により、低栄養・脱水により被収容者が死亡するといった当然の事実だけではなく死亡に至る身体状態の変化等が関係各所に明らかになり、低栄養・脱水の状態にある被収容者の体調の管理、栄養の管理、低栄養・脱水の状態に対する対応策を構築する必要性が発生していた。したがつ15て、被収容者に対する生命健康維持義務を負う名古屋入管局長としては、二度と低栄養・脱水による死亡事案が発生しないように、マニュアル等を策定し、局内の職員に対して研修を行い、異変を敏感に察知できるような意識を涵養するとともに、医療機関及び現場と幹部の情報共有を円滑に行う方法を確立し、異変が生じた際にちゅうちょなく救急搬送を要請する体制を構築すべきであった。

このことは、最終報告書においても次のとおり、体制の不備として指摘されて20いるところである。

- ① 休日に医療従事者が不在で、外部の医療従事者とのアクセスもなかったという名古屋局の医療体制の制約があった（甲4の1・78頁）
- ② 看守勤務者にバイタルチェックを行わせるのであれば、その目的及び意義を看守勤務者によく理解させるとともに、測定不能であった場合の対応方法を定めておくべきであったが、名古屋局においてはこうしたこと

も行われていなかった（甲4の1・78頁）。

③ 休日に医療従事者が不在となる中では、緊急を要する可能性がある状況が生じた場合には、看守勤務者から看取責任者等の上司に状況を報告するとともに、早期から救急搬送を視野に入れた対応を開始し、あるいは、
5 医療従事者に相談するなど、体調不良者の容体の急変等に対応するための情報共有・対応体制を整備すべきであったが、名古屋局では、組織として、休日における幹部への報告や医療的相談等の対応体制が整備されていなかった。休日等の医療相談体制の構築に努めることや、緊急時の対応については、過去の収容施設における被収容者死亡事案の再発防止
10 策としても掲げられていたが、名古屋局でその実施が徹底されていなかった（甲4の1・79頁）。

④ 看守勤務者は、外部病院の精神科で処方された薬の影響でウィシュマさんに外観上に顕著な変化が生じていると認識したとしても、あまりに反応が薄いなどの状況を疑問に感じ、ウィシュマさんの全身の状態が想定以上の悪化しているのではないかとの「気付き」を得て上司に相談するべきであり、そのような対応がとれるよう、組織として、看守勤務者等の職員の意識を高めておく必要があったが、名古屋局においては、そうした教育や意識の涵養が十分に行われていなかった（甲4の1・79頁）。

20 上記のような総括をしながら、本件における被告の主張は、（自己の意志による拒食者だけではない一般的な）体調不良者に対する対応の体制を事前に構築しておかなかつた不備を棚上げにし、本件が大村入管の事案と微細な点が異なることを理由に、具体的な事案での義務違反を否定するものであり、是認することはできない。

25 上記のような体制を構築していれば、ウィシュマさんの血圧測定ができなかつた時点（3月4日、3月5日、3月6日）、ウィシュマさんがぐったり寝たきり

になってしまった状態に至った時点、ウィシュマさんが胸を大きく上下させる呼吸をしていた時点等で、医療機関への連絡もしくは救急搬送等しかるべき対応が取られ、点滴等の必要な医療上の措置が受けられたことによって、ウィシュマさんが死亡に至らなかつた高度の蓋然性が認められる。

5

第12 全体の判断枠組みについて

1 被告第11準備書面・第1への反論

以下、必要な範囲で反論することとする。

(1) 注意義務の内容と特定について（被告第11準備書面6～9頁につい

10

て）

ア 被告が入管収容施設において被収容者に対して負っている注意義務につき、被告自身が、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なければならないという限度では認めている（被告第11準備書面第1の1(2)ウ・9頁）。被告はまた、「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」（被告第11準備書面第1の1(2)ウ・9頁8行目）とも明確に認めている。

15

すなわち、被告は、名古屋入管局長・次長（診療室長）・府内医師・府内看護師・看守勤務者を含む被告職員らによって、ウィシュマさんの生命・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点は認めているのである。

20

イ ただし、被告は、上記の引用箇所の直後（同9頁15行目以降）に、「府内内科等医は、非常勤の医師として、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、「診療におけるコミュニケーションをとるに当たっての言葉の壁」の存在を指摘した上で、このような「制約」や「壁」があるがために、「全体を通してみた場合、（名古屋入管では）一般的な診療室で通常行われる対応を実践していたことが認められ」、ウィシュマさんへの対応も、「医療の対応として不合理であるとはいえ（ない）」と強弁する。
5

しかし、この議論は、論理的に飛躍がある上に不合理としかいいようがない。すなわち、（そもそも文意自体が感覚的で漠然としているのであるが）被告は「全体を通してみた場合」という曖昧なフレーズを挿入することで、入管収容施設内には、被告の表現するところの「制約」や「言葉の壁」があるのであるのだから、収容施設の外の世界と比較して、収容施設内に拘束された被収容者に対しては、水準の低い医療上の措置がなされても許容されると主張し、そのような漠然とした印象を裁判所に与えようとしている模様である。
10

しかしながら、ウィシュマさんを含む「被収容者」と「施設外に生存する市民」の身体の構造や身体の耐久性が異なるわけではない以上、被収容者の生命と健康を維持すべく、被収容者に提供されるべき「社会一般の医療水準」が、 “全体を通して見ようが見まいが” 外部世界における医療水準と比べて下がって良いはずもない（仮にそのような非論理的な思考法を採用すると、超人的な耐久性を有していない被収容者の身体は、社会一般より低い不十分な水準の医療しか提供されないまま、本件のように、栄養不足や脱水症状に苦しめられて死亡してしまうのである。）。
15

ウ 改めて論じるまでもなく、被告が「制約」と呼んでいる「（当時の名古屋入管に）常勤医がおらず、非常勤医の診療時間が少ない事実」が、ウィシュマさんに対して一般の病院・診療所に求められている水準未満の医療上の措置しか講じなくても許される「口実」にはならない。先述のとお
20
25

り、被収容者の立場になつたら施設の外で生活している時に比べて急に人間の身体の耐久性が向上するものでない以上、「一般の病院・診療所に求められている水準の医療措置」の内容が、収容施設の中と外で異なるはずもない。

5 仮に、被告の呼ぶ「制約」ゆえに、ウィシュマさんをはじめとする被収容者が、収容施設内で「一般の病院・診療所に求められている水準の医療措置」を受けられないのであれば、被告は、①自ら庁内医療施設を増設し、医師を大幅増員する等の庁内医療体制を改善することで「制約」を取り払うか、さもなくば、②日頃から容態を看守勤務者が観察・記録して施設内で情報共有し、知識と経験の共有を徹底することで、タイミングを決して間違えることなく被収容者を適切に外部医療に繋げられる体制を構築するか（適切な外部病院受診、早急な救急搬送を行うことを含む外部医療機関への適切な連携・移行の確保）、あるいは、③解放（仮放免）して本人に外部病院に受診させるという手段を取るという、代替的な措置を講ずることで、「制約」を乗り越える義務を有していたことになる。すなわち、被収容者が「一般の病院・診療所に求められている水準の医療措置」を施設の中か（庁内医療の改善）、施設の外で（外部医療機関への搬送、若しくは仮放免）、受けることのできる体制構築がなされないのであれば、被告は、注意義務違反の誹りを免れることはできない。

20 換言すれば、常勤医がおらず非常勤医の診療時間が限られているとの「制約」は、①医師の増員など、その「制約」の前提自体を変えるのでなければ、②被収容者と接触する看守勤務者・看護師が被収容者の容態（体重が減少している被収容者については、水分・栄養摂取量の記録も含む。）を丁寧に記録して上司及び医師に報告して適宜「適切な外部医療に繋ぎ」（救急車を呼ぶタイミングについての指導と実践を徹底することの重要性は今さら強調するに及ばない。）、あるいは、③外部病院に運ぶの

ではなく「解放する」ことによって、施設内での病状悪化を防ぐことで容易に乗り越えられる「制約」であるし、「乗り越えないことが、決して許されない制約」である。

そもそも、「被告が制約と呼ぶもの」を存在させているのは被収容者ではなく被告自身であり、被収容者がその「制約」からくる不利益を、「一般の病院・診療所に求められている水準の医療措置」から遠ざけられる形で負わせられるいわれはない。にもかかわらず、かようなことを「制約」と呼んで、被収容者を適切な医療に繋げないことへの「弁解」に使うこと自体が誤りであり、かかる「制約」を乗り越える体制を設置して、「一般の病院・診療所に求められている水準の医療措置」を被収容者に提供してはじめて、「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」（被告第11準備書面）措置を講じ、法令を遵守したことになるのである。

なお、2月15日実施の尿検査結果については、庁内内科等医師が「検査の結果を把握したかどうかの記憶は定かでない旨を述べ」（2023年11月22日付け被告求釈明回答書）ているとのことである。この点を論理的に思考すれば、可能性として想定されうるのは、Ⓐ同医師が自ら実施を指示した検査結果の確認を怠るという決定的なミスを犯したか、さもなくば、Ⓑ「検査結果の確認」は怠らなかつたが、飢餓状態を示唆する検査結果の数値を同医師が「確認したにもかかわらず」判断を誤って血液検査・点滴を含む対応に繋げなかつたという決定的なミスを犯したか、畢竟、ⒶⒷのどちらの「決定的なミス」が犯されたのかという問題でしかない。従って、本件にあっては、同庁内内科等医師が週2日、2時間ずつしか勤務していなかつたので、その制約上、「（ある程度の医療水準の劣後は）仕方がない」というような弁解が通用する次元の問題ではそもそもないこともまた、明らかなのである。

さらに、被告のいう「言葉の壁」であるが、前提として、ウィシュマさんの場合は、日本語で自らの体調不良と必要な医療を求めることが出来さえしたが、（既に再三指摘したとおり、現にウィシュマさんが、「点滴、お願い」という日本語を用いて看守勤務者らに自ら点滴を求めていたシンが開示された監視カメラの映像にすら残っている。）、この点をおくとしても、診療時に電話通訳を使用することは可能であったため（診療時に電話通訳を使えない状況であれば、それこそが被告の責任となる。）、被収容者が日本語のネイティブ・スピーカーでなかった事実を「言葉の壁」などと呼んで、被収容者への医療水準を外界のそれより下げていい理由にはならず、まして、被収容者に適切な医療を繋げないまま死なせてしまったことの弁解に使うことはできない。かかるディスコミュニケーションのない状態に被収容者（患者）を置いてはじめて、被告は、「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」（被告第11準備書面）措置を講じたことになるからである。

エ 現実にウィシュマさんの身に起きたことは、少なくとも、被告自身が認める内容の「被告の負うべきであった注意義務」さえ果たされなかつた結果の死であったことが既に明らかである。すなわち、「その生命・身体の安全や健康を保持するための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」はついにウィシュマさんに対して果たされず、ウィシュマさんは、生命維持に必要な最低限の栄養と水分を補充されることのないまま、あるいは、解放されて自ら支援者の手を借りて栄養と水分を補充する機会も与えられないまま、「点滴お願い」「病院に持って行って（連れて行って）」と助けを求めながら、33歳で死亡することを余儀なくされたのであつた。

（2）加害公務員の特定について（被告第11準備書面6～15頁について）

ア ウィシュマさんは、名古屋入管に収容されている約6か月半の期間中に、低栄養・脱水の症状を呈して、それが原因で死亡したものであるが、
5 当時の名古屋入管局長、次長（診療室長）、看守勤務者ら、庁内医師、看護師が、それぞれ当然なすべき（作為を必要とした）段階で注意義務違反を犯していなければ、ウィシュマさんが死亡に至らなかつた高度の蓋然性は優に認められる。

イ 同注意義務違反の内容については既に主張しており、既に必要な特定も
されているものと考えるが、今後、必要に応じて主張の整理を行う。

ウ 被告第11準備書面12頁において、2月15日に行われた尿検査結果
10 対応して、ウィシュマさんにつき、「点滴等のしかるべき対応」を行う
注意義務があるとは認められないと強弁しているが、既に繰り返し原告ら
が主張立証しているとおり、この時点で、尿検査結果の異常値に見合つた
医師としての通常の対応をしていれば（すなわち、血液検査を行ってウィ
15 シュマさんの栄養状態等を確認した上で、点滴で栄養／水分補給を行って
さえれば）、低栄養・脱水の状態に苦しんでいたウィシュマさんが3月
6日の死亡時点で亡くななかつた高度の蓋然性は優に認められる。

エ 3月4日に、名古屋掖済会病院精神科医受診でクエチアピンを投与した
件につき、被告は、「合理的なものであった」（被告第11準備書面14
20 頁など）と主張する。もとより原告らは、この点について従前より疑義を
表しているところであるが、原告らは、掖済会病院精神科医が、被告のい
うところの「加害行為」を行ったとは主張していない。

25 にもかかわらず、被告は、原告らが「クエチアピンの投与量がウィシュマさんの当時の体調に鑑みれば過剰であった」と指摘している点を奇貨として、原告らが、あたかも掖済会病院精神科医をウィシュマさん死亡の「加害者」とし、同氏の医療措置を、被告のいうところの「加害行為」と構成してウィシュマさんの死の責任を追及しているが如き誤った議論を展

開した末に、精神科医の「加害行為」が認められれば、ウィシュマさんの死の責任を被告が免れ得るかのような議論を展開している模様である。すなわち、「国又は同一の公共団体の公務員ではない掖済会病院精神科医によるクエチアピンの処方も、加害行為として主張しているものと解される」（被告第11準備書面第1の2(2)ウ・14頁）との誤った解釈を前提に、精神科医の「加害行為」が認められれば、ウィシュマさんの死の責任を被告が免れ得るかのような議論を展開するのである。

しかしながら、3月4日の名古屋掖済会病院における精神科医診療について原告らが問題にしているのは、まず、①「精神科医の診療よりも明らかに優先されるべきであった、血液検査と点滴の実施の必要性を無視して精神科医に受診させた」被告（府内内科医師ら）の判断である。次に、②精神科医が処方薬を定める上で非常に重要であるはずの、ウィシュマさんの体調についての重要な情報が被告から同精神科医に対して全く与えられなかつた事実こそが大きな問題である。精神科医が府内医師から受け取つた診療情報提供書（甲5・59）は、診療日から2週間も前の2月18日付で、同日以降の容態悪化については一切触れていないだけではなく、そもそも、2月18日におけるウィシュマさんの体調の説明としてさえ顕著に内容が不十分であった。具体的には、同診療情報提供書には、2月15日の尿検査結果若しくはその結果が示唆する事実（飢餓状態等）に言及がなく、2月18日の時点で、ウィシュマさんが、既にトイレ・シャワー等の日常生活に必要な最低限の活動はおろか、立って歩くことも身体を起こすことも独力で出来なくなっている事実、嘔吐を繰り返しており摂食・摂水が足りていない事実、2月15日よりも前には書いていた文字が書けなくなっている事実（甲6の1～9）、口唇・足から始まった痺れが広がっている事実にも言及がなかった。また、「体重も減少しております」と書かれていたが、その数値・減少程度については書かれていなかった。③

しかも、受診日（3月4日）の朝7時33分には血圧も脈拍も測定できなくなり、10時7分にようやく測定できた血圧さえ80-61という低値であった事実が、ウィシュマさんを掖済会病院に「連行」した入管職員から精神科医に伝えられていなかった。④それどころか、逆に、ウィシュマさんには「詐病の可能性もある」との虚偽情報を入管職員が精神科医に伝えるか、あるいは少なくとも強く示唆していた。

このように、原告らが3月4日の精神科医診療に関連して問題視している事実①～④は、全て被告の注意義務違反である。そして、被告職員（医師と看守勤務者・警備職員の全てを含む。）の注意義務違反が原因で、精神科医にウィシュマさんの健康状態が伝達されず、しかも詐病を示唆する誤情報すら与えられた結果、同精神科医が誤った診断と処方にミスリードされ、低栄養・脱水で体力と血圧が著しく低下しているウィシュマさんのような人に対しては処方すべきではない量のクエチアピンの投与を行ってしまうに至るのである。

しかも、そもそも、ウィシュマさんの死因は、クエチアピン投与ではなく、脱水と栄養障害（低栄養）である（甲86、乙19）。そして、医師意見書にも明らかなどおり、クエチアピン投与は死因に関与している可能性は考えられるものの（甲86）、被告の注意義務違反により低栄養・脱水に追いやられたウィシュマさんが、低栄養・脱水により亡くなつたのであるから、被告が免責される余地はない。すなわち、被告の注意義務違反が原因で、クエチアピン投与がなくてもウィシュマさんは確実に亡くなつているのであり、被告が、ここに来て突如、従前「合理的な処方」を行っていたと主張してきた精神科医の処方を原告らが「加害行為」と評価していると強弁して、同精神科医の「加害」を口実に、被告が責任から免れようとするのは、あまりにも非論理的かつ不合理であると言わざるを得ない。しかも、その「クエチアピン投与」すら、被告の①～④の不法行為が

原因で引き起こされた事態であり、これは、精神科医の加害行為ではなく、被告の「加害行為」としか評価しようがない。

(3) 因果関係の証明の程度について（被告第11準備書面15～19頁について）

- 5 ア 被告は「原告らの主張する注意義務には法的根拠がない」と繰り返しているが、被告自身が、「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」（被告第11準備書面9頁8行目）と、被収容者の生命健康維持義務を被告が法的に負っていることを認めている。
- 10 イ 最高裁判決において、原因行為が作為である場合にとどまらず、不作為型注意義務違反についても、いわゆるルンバール事件判決（最高裁判所昭和50年10月24日判決）の法理が踏襲されていることは周知の事実である。すなわち、ルンバール事件判決では、「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來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うるものであることを必要とし、かつ、それで足りるものである」としているところ、不作為型注意義務違反が問題とされた肝がん事件判決（最高裁判所平成11年2月25日判決）にあっても、「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來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、それで足りるものである（最高裁昭和四八年（オ）第五一七号同五〇年一〇月二四日第二小法廷
- 15
- 20
- 25

判決・民集二九巻九号一四一七頁参照）。右は、医師が注意義務に従つて行うべき診療行為を行わなかつた不作為と患者の死亡との間の因果関係の存否の判断においても異なるところはなく、経験則に照らして統計資料その他の医学的知見に関するものを含む全証拠を総合的に検討し、医師の右不作為が患者の当該時点における死亡を招來したこと、換言すると、医師が注意義務を尽くして診療行為を行つ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であろうことを是認し得る高度の蓋然性が証明されれば、医師の右不作為と患者の死亡との間の因果関係は肯定されるものと解すべきである。患者が右時点の後いかほどの期間生存し得たかは、主に得べかりし利益その他の損害の額の算定に当たつて考慮されるべき由であり、前記因果関係の存否に関する判断を直ちに左右するものではない」と明確に判示されている。

したがつて、そもそも、原因行為が作為である場合において採用される法理を不作為型注意義務違反の事案において採用することを否定するかのような議論は、最高裁の一連の判例と矛盾するものであり、理屈からも採り得ないという点では、原告ら・被告も異論を唱えようがなく、争いようがない。

この点、被告は、原告らが、『民法事実認定重要判決50選』記載の医療訴訟における因果関係の存否を検討するにあたつての考慮要素の列挙箇所を引用した点について、「原告らは…不作為を原因行為として主張しているのであるから、原告らの主張は、前提において誤りがある」（被告第11準備書面16頁19~24行目）と主張するが、原告らが指摘の箇所を引用した趣旨は、本件にあっても、判例に従つて、死亡結果発生に至る機序の説明が一点の疑義も無くされることが証明対象でないことを示すためであった。すなわち、原因行為が作為であれ不作為であれ、因果関係の検討につき、「経験則に照らして統計資料その他の医学的知見に関するも

のを含む全証拠を総合的に検討し、医師の右不作為が患者の当該時点における死亡を招來したこと、換言すると、医師が注意義務を尽くして診療行為を行っ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であろうことを是認し得る高度の蓋然性が証明されれば、医師の右不作為と患者の死亡との間の因果関係は肯定されるものと解すべきである」場合に、検討さるべき考慮要素には、医療行為（不作為の場合も含まれて当然である。）の不手際、医療行為（不作為）と結果との時間的関係、一般的統計的因果関係をはじめとする多様な考慮要素が検討されるべきであり、死の機序に関する疑義なき自然科学的証明などそもそも求められていないことは勿論のこと、医療行為（不作為）と生体反応の生物学的関連（医療行為から結果発生に至る作用機序についての説明の可否）の考慮すら、因果関係の存否を判断する際に考慮する、数多い考慮要素のひとつに過ぎないとの原告らの主張に、被告は実質的な反論を全く行えていない。

なお、本件訴訟にあって、被告の犯した注意義務（被収容者の生命健康維持義務）の内容には、庁内医師・看護師・入管局長・次長・看守勤務者らによる不作為型注意義務違反に加えて、外部医療機関・医師に、ウィシュマさんの詐病を疑わせるような誤導的な情報提供を行った同行職員らの作為も問題となっている。

ウ 被告は、第11準備書面において、繰り返しウィシュマさんの死因が不明と強弁するが、ウィシュマさんの死因が「低栄養・脱水」であることは、これまで述べて来たとおりあまりにも明らかである。たとえば、①既に原告ら提出の医師の意見書（甲46、甲86、甲103）からも明らかであることに加えて、②被告提出の医師の鑑定書（乙19）にさえ「鑑定人は、本例の死因を、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であると結論する」（乙19・6～7頁）と書かれて

おり、後に、被告は「血球貪食症候群」を死因のひとつにすることに否定的な意見書（森雅亮医師作成、乙24）は提出しているが、「死因」としての「脱水と低栄養」という鑑定結果については動かしようがなく、被告すら否定的な意見を得ることができないでいる。後述のとおり、被告は今まで、乙19号証の作成者名・所属大学名を秘しているが、その作成者が信頼に足る人物であれば、「死因」としての「脱水と低栄養」は、乙号証からも明らかになることとなる。そのほか、③2月15日付け尿検査の結果もウィシュマさんが既にこの段階で飢餓状態にあったことを示している。加えて、④収容中のウィシュマさんの体重減少が顕著である事実、⑤既にここまで原告らが主張立証しているウィシュマさんの他の症状からも、ウィシュマさんが深刻な脱水・低栄養に苦しんだ末に死亡したことは明らかである。そもそも、⑥1月下旬以降、ウィシュマさんの摂取カロリー／栄養素／水分にも顕著な不足が認められる。

なお、上記乙19号証「鑑定書」の作成者につき、上記のとおり、被告の提出した証拠説明書に「大学医師」としか書かれておらず、病理学が作成者の専門であることは同「鑑定書」の記載から伺われるものの、結局、その医師が誰なのか所属はどこなのか等、それ以上の情報が原告らに全く知らされていない異常な状態が今日まで継続している。そこで、被告はすみやかに乙19号証を含めた、専門家たる作成者の名前・所属の伏せられている乙号証の作成者名・所属を示されたい。被告の提出した証拠説明書によれば、乙19号証等の作成者等についてマスキングをしたのは名古屋地方検察庁である模様であるが、「被告」（訟務検事）からの問い合わせに法務省管轄下の「被告機関」たる名古屋地方検察庁が回答拒否するとは到底考えられないため（そして、本来この種の情報につき隠し通すことを許す法的根拠がないため）、直ちに確認し、裁判所と原告らに報告されたい。この点、非常に重要な点でもあるため、既に求釈明申立書を提出済み

である。

エ また、被告第11準備書面第1の3(2)イ・17頁に、原告らは「『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』する規則性ないし法則性の存在についても証明していない」との記載があるが、「低栄養・脱水」によって人が死ぬことは、小学生の子どもでも知らぬ者がないところである。被告の方で、低栄養・脱水が人間の死を招来しないとの有意の規則性・法則性の存在を把握しておられるのであれば、御開陳されたい。「低栄養・脱水」は、ウィシュマさんに限らず、人類全てにとって死亡を招来する要因となるため、開闢以来、この法則から逃れられる人類が1人でもいたのでない限り、被告の求める立証を原告らが改めて行う必要性のないことは明々白々である。

オ また、被告は大阪高裁平成31年判決の論理が本件事案に当てはまらないと主張しているところ（被告第11準備書面第1の3エ・18頁22～25行目）、被告が理由として挙げるのは、「府内内科等医に注意義務違反は認められない」という明らかに誤った「前提」の一点のみであり、説得力を全く持たないことがこれまでの原告らの主張立証から既に明らかである。

カ これまで繰り返し確認しているとおり、本件においては、府内内科等医が顕著な注意義務違反を犯す等しており、「医師が注意義務に従って行うべき診療行為を行わなかった不作為」につき、肝がん事件判決（最高裁判所平成11年2月25日判決）における規範が当てはまる場合であることが明らかであることに加え、本件においては、府内内科等医師のみならず、入管局長・次長・看守勤務者・看護師らも注意義務違反を犯しているところ、いずれにおいても、求められている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、経験則に照らして統計資料その他の全証拠を総合的に検討し、注意義務違反の死亡事件であれ

ば、加害者の注意義務違反が特定時点における損害（死亡）を招來したこと、換言すると、加害者が注意義務を尽くしていたならば被害者が死亡した時点においてなお生存していたであろうことを是認し得る高度の蓋然性が証明されれば、不法行為と結果の因果関係が肯定されるものというの
5 が、今日まで最高裁の保持する立場が妥当することは、明らかである。

しかしながら、被告は一貫して、ウィシュマさんの死亡に至る因果関係の立証について、「一点の疑義も許されない」死に至る機序についての「自然科学的証明」を求め続けている。すなわち、被告は、最高裁の立場に真っ向から反する独自見解を繰り返し主張し続けている上に、ついに人
10 間が低栄養・脱水が原因で死に至る規則性を原告らが立証できていないとの吃驚する主張に至っており、原告らとしては、因果関係論につき日本の最高裁判所の採用している立場に従って肅々と結論が出されるべきと考える。

2 被告第11準備書面・第2への反論

15 ここまで原告らが反論したとおりである。

3 被告第11準備書面・第3について

被告は第11準備書面31頁以下で、「被告が争点として考えている点」について主張している。

しかし、被告がここで争点としてあげていない点（例えば収容の違法性）も
20 本件訴訟の争点である。

また、被告は、「争点整理のために必要となる思考過程」と題する段落において、「ウィシュマ氏の死亡の原因ないし機序が先行して争点とされるべきである」等と述べ、「低栄養と脱水」という死因を超え、どの臓器とどの機能がどのような過程で破壊されたのかの順序を争点とすべきであると主張する。しかし、「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。

争点の整理は当事者双方の主張を踏まえ、判断に必要な限度で正確に行うべきである。

以上