

平成19年8月31日判決言渡

平成15年(ワ)第18664号 損害賠償請求事件

判 決

主 文

- 1 原告らの請求をいずれも棄却する。
- 2 訴訟費用は原告らの負担とする。

事 実 及 び 理 由

#### 第1 請求

- 1 被告は、原告Aに対し、6905万0180円及びこれに対する平成13年2月27日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- 2 被告は、原告Bに対し、3452万5089円及びこれに対する平成13年2月27日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- 3 被告は、原告Cに対し、3452万5089円及びこれに対する平成13年2月27日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

#### 第2 事案の概要等

本件は、テグレトール等の服用後に全身に発疹が生じるなどしたため、被告が設置・運営するD大学医学部附属E病院（以下「被告病院」という。）を受診したFが、約20日後に転院先の病院で死亡したことにつき、亡Fの相続人である原告らが、被告に対し、被告病院の担当医師らにスティーブンス・ジョンソン症候群（皮膚粘膜眼症候群型薬疹、以下「SJS」ということがある。）に対する適切な治療等を行うべき義務を怠った過失があるとして、診療契約上の債務不履行に基づき、損害賠償を請求した事案である。

- 1 争いのない事実等（月日のみの記載は、平成13年を示す。以下同じ。）

(1)ア 亡Fは、昭和13年2月14日生まれの男性であり、2月27日、死

亡した。原告Aは亡Fの妻，原告Bは亡Fの二男，原告Cは亡Fの三男であり，原告らの他に亡Fの相続人はいない（甲C1の1，2，弁論の全趣旨）。

イ 被告は，東京都練馬区において，被告病院を設置・運営する学校法人である。

- (2) 亡Fは，1月16日，被告病院神経内科を受診し，G医師の診察を受け，遅くともそのころには被告病院を設置・運営する被告との間で，亡Fに関する診療契約が締結された。
- (3) G医師は，亡Fに対し，1月16日の診察の際，抗てんかん薬であるテグレトールを処方し，同月30日にも同薬を処方した。
- (4) 2月7日の夜，発熱，発疹が生じるなどしたため，亡Fは，被告病院救急外来を受診した。救急外来のH医師は，薬疹を疑い，副腎皮質ホルモン（ステロイド）製剤の抗炎症剤であるサクシゾンの点滴静注等を行い，翌日に再度受診するよう指示した。
- (5) 亡Fは，2月8日午前9時ころ，神経内科で処方された薬を服用してから皮疹が生じたとして，被告病院内科を受診した後，皮膚科を受診した。同科のI医師は，亡Fの病状から，入院の上での経過観察が望ましいと判断したが，被告病院の病室は満床の状態であったため，至急の入院予約を行った。その後，亡Fは，神経内科を受診して帰宅した。亡Fが神経内科を受診した際，G医師は，亡Fに対し謝罪した。
- (6) 亡Fは，2月8日午後8時30分ころ，被告病院救急外来を受診し，J医師が診察に当たったが，この受診時においても，被告病院への入院の手配はされなかった。
- (7) 亡Fは，その後，K病院の救急外来を受診したところ，薬疹の疑いと診断され，2月8日，同病院に入院した。翌9日，K病院の皮膚科医師であるL医師が亡Fを診察し，スティーブンス・ジョンソン症候群と診断し，同日

から、ステロイドパルス療法（ステロイド剤の全身大量投与療法）が開始された（甲A9）。

(8) 亡Fは、2月27日、死亡した。K病院の内科医師であるM作成の死亡診断書には、直接死因として、スティーブンス・ジョンソン症候群と記載された（甲A1）。

(9) 独立行政法人医薬品医療機器総合機構は、亡Fは医薬品の副作用を原因とする中毒性表皮壊死症（ライエル症候群、以下「TEN」ということがある。）により死亡したと認定の上、平成17年10月25日、原告Aに対し、副作用救済給付として、医療費、医療手当及び遺族一時金として743万7433円、原告Bに対し、葬祭料として17万9000円を支払った。なお、同機構は、副作用救済給付の支払に当たり、副作用の原因として考えられる医薬品は、テグレトール100mgなどであると認定している（甲A11の1、2）。

## 2 争点

(1) 2月8日の皮膚科外来受診時において、被告病院担当医師に亡FのSJSに対する適切な措置を怠った過失があるか。

(2) 被告病院担当医師に、亡Fを入院させた上での経過観察を怠った過失があるか。

(3) 被告病院担当医師の過失と亡Fの死亡との間に因果関係があるか。

(4) 被告病院担当医師による亡Fの期待利益の侵害があるか。

(5) 損害額

## 3 争点についての当事者の主張

争点についての当事者の主張は、別紙当事者の主張のとおりである。

## 第3 当裁判所の判断

### 1 事実関係

証拠によれば、次の事実が認められる。

(1) 脳梗塞疑いで入院

亡Fは、平成12年9月16日、左手指脱力を主訴として被告病院神経内科を受診し、一過性脳虚血発作及び脳梗塞の疑いで被告病院に入院し、症状が安定したため、同月30日に退院して同科外来に通院するようになった(乙A1, 甲A7)。

(2) 被告病院神経内科への通院

亡Fは、平成12年11月9日、両足の裏に軽い痺れ等があるとして、被告病院神経内科を受診したところ、同科のG医師は、ビタミンB12製剤であるメチコバル及び抗血栓剤であるパナルジンを処方した。その後、同月21日及び同年12月19日にも、被告病院神経内科を受診し、痺れが続いているとしたため、G医師は、同様の薬剤を処方した(乙A1)。

亡Fは、1月16日、足の痺れが増悪したとして、被告病院神経内科を受診したところ、G医師は、パナルジン及びメチコバルに加え、抗てんかん薬であるテグレトール100mgを14日分処方した。その際に、G医師は、発疹等の異常が見られた場合には、すぐに同薬を中止し、被告病院を受診するようにとの説明をした(甲A7, 乙A1, 原告B, 弁論の全趣旨)。

亡Fは、同月30日、被告病院神経内科を受診し、痺れの症状が少し改善したと伝えたことから、G医師は、パナルジン、メチコバルに加え、テグレトール100mgを28日分処方した(甲A7, 乙A1)。

(3) 被告病院救急外来の受診

亡Fは、2月7日、左頸部のリンパ腺に塊があることに気づいたが、歯肉の異常と考え、通院していた歯科医院を受診した。診察に当たった歯科医師は、亡Fの口腔内の異常に気づき、内科を受診するように勧めた(甲A7)。

同日の夜になって、39度近い発熱があり、発疹も見られたため、亡Fは、原告Cが運転する自動車で、被告病院救急外来を受診した(甲A7, 乙A1, 原告B)。

救急外来のH医師が診察したところ、全身に赤い小丘疹が見られ、顔面が赤く、唇は浮腫状になっていた。受診時の体温は、38.1度、血圧は、154/89、脈拍は89/分であった。H医師は、薬疹を疑い、肝庇護剤である強力ミノファージェンCの静脈注射、電解質製剤であるポタコール及び副腎皮質ホルモン製剤であるサクシゾンの点滴静注を行い、抗ヒスタミン薬であるベナ錠を処方し、薬物アレルギーにより呼吸停止等に陥ることもある旨を説明し、翌日に再度受診することを指示した（甲A7、乙A1、原告B）。

#### (4) 被告病院内科の受診

亡Fは、2月8日午前9時ころ、自ら自動車を運転して被告病院内科を受診し、問診票に、同月7日12時ころから発熱、口と身体に発疹、目がうるむ等の症状が見られたこと、神経内科を受診しており、歯科の薬を飲んでいること、以前に薬の副作用によって発疹が生じたことがある旨を記入した上、内科のO医師に対し、神経内科の薬を服用してから皮疹が生じたと述べた。O医師が診察したところ、口唇及び顔面に浮腫が見られたため、同医師は、亡Fが食事も摂れないとのことであることなどから、被告病院皮膚科宛の診断依頼書に「(入院加療?)」と記載して、同科に診察の依頼をした。受診時の体温は、36.9度、血圧は、180/110、脈拍は95/分であった（乙A1、原告B）。

#### (5) 被告病院皮膚科の受診

亡Fは、内科受診後、皮膚科を受診した。同科受診時の体温は、38.8度であり、同科のI医師が診察したところ、顔面全体にびまん性の紅斑及び浮腫状腫脹、口唇に浮腫状の発赤腫脹が見られ、眼瞼、眼球及び結膜には発赤が著明であった。体幹及び四肢には米粒大までの紅色の丘疹ないし小水疱が見られ、紅斑を伴って、播種状に散在・多発しているのが認められた。また、顎下リンパ節及び頸部リンパ節には、豌豆大のリンパ節腫大が見られ、扁桃腺にも発赤腫大が見られた。口腔内の所々には、紅斑が見られた。

I 医師は、亡 F の皮膚症状から、水痘を疑い、中毒疹の可能性も否定できないと考えた。そこで、I 医師は、胸部レントゲン検査及び水痘の抗体検査を行うとともに（なお、同抗体検査の結果は、同月 13 日に報告された。）、抗ヒスタミン薬であるタベジール及び L システイン製剤であるハイチオールを処方し、生理食塩水及び強力ミノファージェン C の点滴静注を行い、更に外用抗生物質製剤であるゲンタシン軟膏を処方した。その後の治療方針としては、水痘との確定診断ができれば、抗ウイルス剤の点滴又は内服をすることとし、中毒疹であれば、ステロイド剤の全身投与をすることとした。

I 医師は、亡 F の病状から、入院の上での経過観察が望ましいものと判断し、入院が可能かどうかの確認をしたが、満床であったため、被告病院の入院用ベッド（病室）に空きが出た時点で他の皮膚科入院予定の患者に優先して入院させるという意味の至急の入院予約を行った上で、亡 F を帰宅させた（甲 A 7、8、乙 A 1、2、証人 I）。

皮膚科受診後、亡 F は、被告病院神経内科を受診し、G 医師が診察したが、同医師は、亡 F の症状の原因が、テグレトールによる薬疹ではないかとの疑いを持ち、テグレトールの服用の中止を指示した（乙 A 1）。

#### (6) 被告病院救急外来の受診

帰宅後も、亡 F の症状が悪化したため、2月8日午後8時30分ころ、亡 F は、原告 B 及び原告 C とともに、原告 B が運転する自動車で、被告病院救急外来を受診し、J 医師が診察に当たった。受診時の体温は、39.7 度であった。全身に皮疹が見られ、顔面には浮腫が見られ、眼部及び口唇の腫脹が著明であった（甲 A 7、乙 A 1、原告 B）。

原告 B は、J 医師に被告病院への入院を依頼したものの、J 医師が入院ベッドが満床であり、点滴治療しかできないと返答したため、さらに D 大学 P 病院等の関連病院への紹介をするように依頼をしたが、J 医師は、入院は不可能であるとの返答をした。そこで、原告 B は、原告 A に連絡をとったり、

自ら119番に電話をかけるなどして、亡Fの受け入れ先の病院を探し、K病院から受入れが可能であるとの返答を得た。そこで、原告Bは、J医師に、同院宛の紹介状を書くように強く依頼して、同医師から紹介状を受け取った（甲A7、乙A1、原告B）。

(7) K病院への入院

亡Fは、原告B及び原告Cとともに、原告Bの運転する車で、K病院を受診し、2月8日、同病院に入院した。診察に当たったM医師は、亡Fの症状等から、薬疹疑いと診断し、翌日に皮膚科の診察を受けさせることとするとともに、ステロイド剤であるソルコーテフ及びハイドロコートン、強力ミノファージェンC、並びに電解質製剤であるソリタT3を投与した。入院時の白血球は12700であり、CRPは5.4であった（甲A7、9、10、原告B）。

(8) K病院での治療

2月9日、皮膚科医師のL医師が亡Fを診察したところ、眼球結膜充血、口唇のびらん、口腔内の粘膜疹、口臭、顔面に膿疱を伴う浮腫性紅斑、体幹・四肢の中心部に小膿疱を伴う爪甲大の紅斑が散在する等の皮膚所見が認められた。同医師は、多形紅斑の皮疹が見られ、発熱、リンパ節腫脹と全身症状があり、高度の粘膜症状を示していたことから、スティーブンス・ジョンソン症候群と診断し、同日から、ソルメドロール1000mgを3日間投与するというステロイドパルス療法を開始した（甲A9、L回答書）。

ステロイドパルス療法の開始後は、顔面の小膿疱多発を伴う浮腫性紅斑はかさぶたとなり、口唇や陰部のびらんは乾燥化し一部は上皮化し、体幹部に多発癒合していた滲出性紅斑、漿液性丘疹及び多発性小膿疱は、暗紫紅色調斑になり、困難であった開眼が容易になるなど、亡Fの症状には一時改善が見られた（甲A9、10、L回答書）。

しかし、同月16日には、びらん面の割合が体表面積の55%から60%

程度となり，S J S から T E N に移行したと診断された。同月 19 日からは，ソルメドロール 500 mg を 3 日間投与するというミニパルス療法が施行されたが，皮膚症状の改善が見られたほかは，明らかな効果は見られなかった（甲 A 9，10）。

なお，同日，D L S T（薬剤によるリンパ球刺激試験）の結果が報告されたが，テグレトールに対しては，陰性であった（甲 A 9）。

同月 21 日には，膿汁及び尿の培養検査の結果，M R S A が検出され，バンコマイシンが投与された。翌 22 日には，喀痰培養検査の結果，M R S A，コセリ，ストレプトコッカス，ナイセリアが検出され，一部にニコルスキー現象（一見健常な皮膚面に指先などで機械的刺激を加えると，表皮剥離あるいは水疱を生じる現象）が見られた（甲 A 9）。

同月 23 日からは，新鮮凍結血漿（F F P）が開始されたが，同月 24 日には，D I C，ショック状態にあると診断された（甲 A 9）。

## (9) 亡 F の死亡

その後も，呼吸状態の悪化，血圧低下等のショック状態が継続し，同月 27 日，亡 F は死亡した。M 医師作成の死亡診断書には，直接死因として，スティーブンス・ジョンソン症候群，発病（発症）から死亡までの期間は 21 日と記載された（甲 A 1，9）。

## 2 医学的知見

### (1) スティーブンス・ジョンソン症候群について

#### ア 多形滲出性紅斑

多形滲出性紅斑とは，皮膚及び粘膜に生ずる急性の炎症性疾患であり，真皮上層の滲出性の炎症をその基本的な特徴とする。多形滲出性紅斑には，皮疹が比較的単調で粘膜疹を通常伴わず，生じた場合でも軽度で口腔粘膜にとどまる軽症型と，全身倦怠感，発熱，関節痛などの全身症状を伴い，口唇，口腔粘膜だけでなく，眼や陰部などの複数箇所に粘膜病変を認めや

すく、皮疹が急速に拡大し、融合して地図状になるとともに、水疱や血疱を形成する重症型があり、スティーブンス・ジョンソン症候群は多形滲出性紅斑の重症型（最重症型）であるとする見解が多い（甲B4、乙B1）。

特徴的な臨床症状は、皮疹が標的状病変（target lesion）となることであるが、非典型例では、水疱を形成するものもある。皮疹の分布は、左右対称性であり、四肢の伸側、特に肘頭、膝蓋などの関節部や手背、足背、指趾背に好発するが、体幹や顔には少ない（甲B4、乙B1）。

#### イ スティーブンス・ジョンソン症候群

スティーブンス・ジョンソン症候群（SJS）とは、皮膚粘膜眼症候群ともよばれ、発熱を伴う口唇、眼結膜、外陰部などの皮膚粘膜移行部における重症の粘膜疹及び皮膚の紅斑で、しばしば水疱、表皮剥離などの表皮の壊死性障害を認めるものをいい、重症型多形滲出性紅斑と同義とされる。

これに対し、中毒性表皮壊死症（TEN）とは、ライエル症候群とも呼ばれ、SJSとは一連の病態であり、皮膚のびらん面積が全体表面積の10%未満の場合がSJSとされ、10ないし30%の場合がSJSとTENの重複、30%以上の場合がTENとされている（甲B2、4、6、乙B1、L回答書、鑑定人Q、同R、同S）。

SJSの発症率は、人口100万人当たり1年間に1ないし6人、TENの発症率は、0.4ないし1.2人とする報告がある（甲B2、6、乙A2）。

#### ウ 症状

SJSの症状としては、粘膜疹が著しく、眼結膜、口腔口唇、陰部・尿道粘膜に認められる。口腔粘膜の水疱形成は顕著であり、びらんを形成したり、灰白色調を呈し、口唇にはびらん、血痂が認められる。眼症状は重症のカタルや膿性結膜炎で、水疱形成が起こることもある。皮膚病変の程度は様々であるとされ、典型的なものは多形滲出性紅斑様皮疹であるが、

水疱，膿疱が認められることもある。発疹は，躯幹優位に出ることが多い。発熱，関節痛，肝機能障害をしばしば伴い，重篤化すると消化管粘膜障害による下血や，気道粘膜障害による呼吸困難を伴うことがある（甲B2，甲B4，甲B6，乙B1，鑑定人R，同S，同Q）。

平成17年度厚生労働科学研究，難治性疾患克服事業，橋本公二研究班作成のステーブンス・ジョンソン症候群診断基準案（2005年）によれば，SJSの主要所見（必須）として，1皮膚粘膜移行部の重篤な粘膜病変（出血性あるいは充血性）がみられること，2しばしば認められるびらんもしくは水疱は，体表面積の10%未満であること，3発熱の3項目が，また，副所見として，4皮疹は非典型的ターゲット状多形紅斑，5角膜上皮障害と偽膜形成のどちらかあるいは両方を伴う両眼性の非特異的結膜炎，6病理組織学的に，表皮の壊死性変化を認めること，ただし，TENへの移行があり得るため，初期に評価を行った場合には，極期に再評価を行うこと，の3項目が指摘されている。そして，主要項目の3項目をすべてみだす場合にSJSと診断するとされている（鑑定人S）。

TENでは，滲出性紅斑が癒合して第 度熱傷様に紅斑，水疱，びらん が混在し，ニコルスキー現象が陽性となり，多臓器障害の合併症（肝障害，腎障害，呼吸器障害，消化器障害等）を来すことがある（甲B2，4，6）。

## エ 原因・発症機序

SJSは，単純疱疹ウイルス，肺炎マイコプラズマ，細菌，真菌などの種々のウイルスや細菌による感染症，医薬品，食物，内分泌異常，悪性腫瘍，物理的刺激などが原因となって起こるアレルギー性の皮膚反応であると考えられているが，医薬品が原因になる場合が多いとされている。各種統計においては，SJSでは，薬剤が原因と考えられたものが50ないし60%前後であり，感染症が原因と考えられたものが20ないし40%で

あるとされている。これに対し，TENでは，薬剤が原因と考えられたものが80ないし90%前後であり，感染症が原因と考えられたものが数%であるとされている（甲B2，6，乙A2）。

原因医薬品としては，種々の医薬品が報告されているが，抗生物質製剤，解熱鎮痛消炎剤等の汎用されている医薬品及び抗てんかん剤等の長期間使用される医薬品が原因薬剤としての報告が多いものとされている。そのうち，テグレトール（カルバマゼピン）は，SJS等の多数の薬疹の報告例がある薬剤である（甲B2，6，7，乙B2ないし4，鑑定人S）。

この疾患の発症機序については，一般に医薬品のように比較的簡単な構造を持った化学物質は，単独では免疫原性を有しないハプテン（担体となるタンパク質と結合すると，抗原としての活性を発揮する低分子物質）としての性格を持っており，蛋白質のような高分子化合物と結合し免疫原となるために重篤な皮膚疾患を起こすなどと推定されているが，発症機序の詳細は，未だ明らかではないとされている（甲B2，6，乙A2）。

## オ 治療

薬剤が原因と考えられるSJSに対しては，原因と考えられる薬剤の投与を中止することが基本的かつ最良の治療方法である。一般に，SJSが発症した場合には，副腎皮質ホルモン剤（ステロイド剤）の全身投与，あるいは血漿交換療法，ビタミン類の投与，二次感染防止の目的での抗生物質製剤投与が行われ，皮膚面に対しては，びらん部分を保護するほか，外用抗生物質製剤，外用副腎皮質ホルモン製剤が用いられる。粘膜面には，これらとともに，うがい，洗眼などの開口部の処置が行われる。また，SJSでは，粘膜病変が強いため，バイタルサインの確認，全身管理が重要であるとされる（甲B2，6，乙B1，L回答書，鑑定人Q）。

ステロイドパルス療法とは，ステロイドの全身大量投与療法であり，プレドニゾロンに換算して通常のアレルギー疾患などで処方される量の10

倍以上の1000mgという量を3日間投与する療法をいう。このステロイド全身投与に関しては、有効であったとの報告があり、日本国内ではSJSの患者に対して実施している医療機関が多いが（発症早期には積極的に使うべきとの観念が確立されてきているとの報告もある。）、ステロイドには抗炎症作用があるものの、その有効性に関する医学的根拠が不十分であり、作用機序等も厳密には明らかではなく、敗血症など感染症の危険が増大するため、重傷熱傷に準じ、補液と皮膚の局所療法（抗生物質含有軟膏など）のみを行い、ステロイドの全身投与は行うべきではないとする意見もあり、いまだ議論があるところである（甲B3ないし6，乙A2，乙B1，5，L回答書，鑑定人Q，同R，同S）

#### カ 予後

SJSの死亡率は、7.3%とする報告や、6.3%とする報告等がある。TENの死亡率は、20ないし30%であるとする報告が多い（甲B2，4，6，鑑定人S）

### (2) 水痘

#### ア 症状

水痘とは、水痘・帯状疱疹ウイルスによる全身感染症である。主に、小児に生じる。潜伏期は10ないし14日間であり、軽度の発熱、全身倦怠などの前駆症状の後、あるいは、これをなくして、薄い被膜を持った小水疱が躯幹、顔面、被髪頭部、四肢などに散在性に発生する。水疱はやがて膿疱となり、ついで黒褐色の痂皮に変じ、これが脱落して治癒する。この水疱発生から痂皮脱落までの期間はほぼ1週間である。発病後4ないし5日までの間は、新しい水疱が次々と発生するため、水疱期のもの、痂皮期のものと種々の病期にある発疹が同時に見られ、これは、水痘の診断のための一つの手がかりとなる。全身状態が侵されることは少なく、軽い発熱、違和倦怠で経過するが、成年に発症したもの等では、極めて強い全身症状

をみることがある（乙B2，6ないし8）。

#### イ 治療

特別の処置を行う必要はなく，安静を保たせる。局所には，抗生物質含有軟膏，湿疹用外用薬であるカチリ（フェノール亜鉛華リニメント）などを使用する等の対症療法を行う（乙B6ないし8）。

### 3 争点(1)（2月8日の皮膚科外来受診時において，被告病院担当医師に亡FのSJSに対する適切な措置を怠った過失があるか）について

#### (1) SJSの発症の予見可能性について

ア 原告らは，被告病院担当医師には，2月8日の皮膚科外来受診時において，亡Fの症状につき，SJSと診断し，あるいはSJSと疑った上で，SJSに対する治療として，同人を緊急入院させた上で，できるだけ早期にステロイドパルス療法を実施するとともに，補液及び外用療法を行うべき義務があったと主張する。

そこで，まず，2月8日の皮膚科外来受診時において，亡Fの症状につき，SJSと診断すること，あるいはSJSの疑いがあると診断することが可能であったかについて検討する。

2月9日のK病院における診療時の亡Fの症状のほか，同月8日の被告病院皮膚科外来受診時には，亡Fには発熱，リンパ節の腫脹，眼球結膜の充血，口腔内のびらんと紅斑，口唇の腫脹というSJSに特徴的な粘膜疹が生じ，躯幹を中心とした丘疹及び小水疱という皮疹が認められていたこと，SJSを始めとする薬疹の発症が多く報告されている薬剤の一つであるテグレトールの処方服用から約20日後に上記症状を発症していることは前記1で認定したとおりであり，亡Fの症状等の経過をレトロスペクティブ（後方視的）にみると，亡Fは，2月8日にはSJSを発症していたものと認めるのが相当である（鑑定人R，同S，同Q）。

そして，2月8日に亡Fにみられた上記症状のほか，被告病院皮膚科担

当医師である I 医師は、亡 F が S J S の原因薬剤としての報告が多いテグレトールを服用していたことを被告病院内科からの紹介状及び神経内科カルテ等で確認していたこと（証人 I）を併せて考えると、2月8日の皮膚科外来受診時において、亡 F は、その症状等から、S J S の発症が疑われる状況にあったといえる。

もっとも、皮膚科疾患の診断においては、皮膚所見が重要な要素となる（証人 I、鑑定人 R）、前記 2 (1)ウのとおり、S J S の典型的な皮膚所見は多形滲出性紅斑様皮疹であるのに対し、2月8日の皮膚科外来受診時において、亡 F の皮膚所見として多形滲出性紅斑様皮疹は認められず、丘疹ないし小水疱が認められていた。これらは S J S に典型的なものではなく、むしろ水疱に典型的な皮膚病変である上、発熱、リンパ節腫脹、眼球結膜の充血、口腔内びらんも認められる症状であることからすれば、2月8日の亡 F の症状からは、S J S のみならず、水痘をも疑うべき状況にあったと認められる。この点について、鑑定人らは、S J S 及び水痘を鑑別診断の 1 つとして疑うほか、遅延型の薬疹である薬剤性過敏症候群（D I H S）等の薬疹、中毒疹を疑い、これらを鑑別診断に挙げる必要があるとの意見を述べている（鑑定人 S、同 R、同 Q）。

イ これに対し、I 医師は、S J S を疑うためには、多形滲出性紅斑を認めることが必須であり、多形滲出性紅斑様の皮疹を認めない場合には、S J S を否定することができるという趣旨の証言をする（証人 I）。しかしながら、前記 2 (1)ウのとおり、多形滲出性紅斑あるいは多形滲出性紅斑様皮疹は、S J S の典型的な皮膚所見ではあるものの、非典型的な皮膚所見として、水疱、膿疱等を呈する場合もあるから、S J S の診断に必須のものではなく、多形滲出性紅斑様皮疹が認められないことのみをもって S J S を発症していないものと診断することができないことは、各種文献から窺われ（甲 B 2、6、鑑定人 S）、鑑定人らも述べているところであるから

(鑑定人R, 同S), 確立された医学的知見というべきであり, この点についてのI医師の証言は採用することができない。

I医師は, 亡Fの診断に当たり, 同人に多形滲出性紅斑様皮疹を認めることができないことのみをもって, SJSの発症はないものと判断したのであって, 同医師の亡Fに対する上記判断は不適切であったといわざるを得ない(なお, I医師は, 後医のK病院において亡FがSJS及びTENであると診断されていることについて, 診療録を見た限度ではそのように診断する根拠が不明確であり, そのように診断することは誤りであるという趣旨の証言をするが, 亡FがSJSないしTENを発症していたものと認められることは, 前記認定のとおりであるから, この点に関するI医師の証言は独自の見解を述べるものとして採用することができない。)

(2) ステロイドパルス療法を施行すべき義務の有無について

ア 次に, 2月8日の被告病院皮膚科外来の担当医師が, 亡Fに鑑別診断の一つとしてSJSの発症を疑うべきことを前提に, SJSに対する治療としてステロイドパルス療法を施行すべき義務があったかについて検討する。

前記2(1)オのとおり, ステロイド全身投与・ステロイドパルス療法は, 日本国内ではSJSの患者に対して実施する医療機関が多く, 発症早期には積極的に使うべきとの観念が確立されてきているとの報告もあるものの, その有効性に関する医学的根拠が不十分であり, ステロイドパルス療法が感染症のリスクを増大させることなどから, その実施については賛否両説があつて, いまだ議論の途上にある治療法である。鑑定人の間でも, 鑑定人R及び同Sは, 二次感染の危険性に留意した上でのステロイドパルス療法の有効性を認める意見を述べるのに対し, 鑑定人Qは, 同療法は, 欧米ではSJSに対する教科書的な治療法としてはあまり記載されておらず, 世界的には標準的な治療法ではない(早期のステロイドパルス療法が有効とする見解には医学的根拠がないとされている。)との意見を述べるよう

に（鑑定人R，同S，同Q），三鑑定人の間においても意見が分かれる状況にあるから，SJSに対してステロイドパルス療法を実施することが，平成13年当時における医療水準となっていたとまではいうことができず，2月8日の被告病院皮膚科外来受診時において，同科担当医師にステロイドパルス療法を実施すべき義務があったとまではいうことができない。

イ また，この点は措くとしても，ステロイドパルス療法には，SJSの治療に効果があるとの報告がある一方で，感染症等のリスクを増大させる危険性があり，いわば両刃の剣になり得ることから，その実施には慎重を期す必要があるため，その実施に当たっては，患者がSJSであることについて確定診断をした上で，そのSJSの原因がウイルス等の感染症に起因するものであることを否定することが必要とされ，SJSとともに，水痘等の感染症の発症が疑われ，SJSと確定診断することができず，あるいは，SJSと確定診断されていても，感染症に罹患していないことが確認できていない段階においては，原則としてステロイドパルス療法を行うべきではないとされている（鑑定人R，同S，同Q）。

そして，SJSとともに，感染症が疑われる場合，平成13年当時の一般的な医療水準では，SJSとの確定診断に至るためには，感染症を排除するために炎症症状に関する血液検査，血清学的検査，胸部レントゲン検査等を実施するとともに，患者の臨床症状等の経過観察を行ってSJSに特徴的な症状が発現するまで待つ必要があるとされている（鑑定人R，同S，同Q）。そうすると，亡Fの場合，SJSに典型的，特徴的な症状であるとされているような皮疹ではなく，その症状等から感染症である水痘等の疑いもあった2月8日の被告病院皮膚科外来受診時においては，亡Fの症状がSJSによるものと確定診断することはできない（しかも，もとより，その原因がテグレトール等の薬剤によるものであるか，感染症によるものであるか，また亡Fが感染症に罹患していないかについては，確定

診断されていない。)のであるから、仮に、被告病院皮膚科外来の担当医師が亡FにSJSの発症を疑うべきであるとしても、平成13年当時の医療水準では、2月8日の時点において、亡Fに対しステロイドパルス療法を実施すべきであったということとはできない。

したがって、仮にSJSの発症早期におけるステロイドパルス療法の有用性、有効性を肯定するとしても、2月8日の皮膚科外来受診時において、同科担当医師に亡FのSJSに対する治療としてステロイドパルス療法を実施すべき義務があったとは認められない。

### (3) ステロイドパルス療法以外の治療について

さらに、ステロイドパルス療法以外の治療についてみると、薬剤を原因とするSJSに対して行うべきことは、まずは原因薬剤と考えられる薬剤の投与を中止すべきことであるところ、被告病院では、亡Fが2月8日に神経内科を受診した際に、同科担当医師であるG医師が亡Fに対しテグレトールの服用中止を指示していることは前記1(5)のとおりである。また、発症早期の段階におけるSJSに対する治療と水痘に対する治療では、その治療方法に大きな違いはなく、その主たる治療方法は、皮疹に対する対症療法等のほかは、安静と輸液等の全身管理とされている(鑑定人Q)。本件において、I医師が、亡Fの症状について水痘を疑い、診断のために、胸部レントゲン検査及び水痘の抗体検査を行い、抗ヒスタミン薬であるタベジール及びLシステイン製剤であるハイチオールを処方し、生理食塩水及び肝庇護剤である強力ミノファーゲンCの点滴静注を行い、更に外用抗生物質製剤であるゲンタシン軟膏を処方していることは前記1(5)のとおりであり、亡Fの症状等に照らしその輸液の量に不足があったとはいえないし(鑑定人Q、同S、同R)、その他の診療内容にも特に不適切であったとすべき点は認められないから、I医師が亡FにSJSの疑いはないと診断したことには問題があり得るとしても、同医師が亡Fに対し実施した診療行為自体には不適切とすべき

点は見当たらない（なお，I 医師に亡 F を入院させるべき義務の違反があったかどうかについては，後記 4 (1) のとおりである。）。

- (4) 以上のとおりであり，2月8日の皮膚科外来受診時に，被告病院担当医師に，亡 F の症状につき，S J S と診断しあるいは S J S と疑った上での S J S に対する適切な措置を怠った過失があるとは認められない。

4 争点(2)（被告病院担当医師に，亡 F を入院させた上での経過観察を怠った過失があるか）について

(1) 皮膚科外来受診時における過失の有無について

ア 原告らは，2月8日の被告病院皮膚科外来受診時における亡 F の症状からして，同科担当医師には，S J S をも念頭におき，治療時期を逸することのないように亡 F を緊急入院させて経過観察すべき義務があり，また，仮に亡 F が水痘であったとしても，水痘が成人に発症すると重症化しやすいものであることから，やはり亡 F を入院させて経過観察すべき義務があったにもかかわらず，同医師は，これを怠ったと主張する。

確かに，本件のように複数の疾患が疑われるような場合には，入院をすれば，外来で通院するときと比較して，より慎重かつ容易に患者の症状の経過等を観察することができ，鑑別診断のために必要とされるレントゲン，CT 検査，血液検査等の各種検査もより迅速かつ容易に行うことができるという利点があるというべきである（鑑定人 S，同 R）。

また，本件においては，前記 3 のとおり，2月8日の被告病院皮膚科外来受診時における亡 F の症状等からすると，S J S に加えて，水痘その他の疾患も疑われ，未だ確定診断ができない状況であり，確定診断をするためには，病理組織の検査等のほか，経時的に経過観察を行い，顕著な症状の発現があるかどうかを確認することが必要であったのであるから，亡 F の症状等のより慎重な経過観察が重要であったといえる（鑑定人 S，同 R）。

さらに、入院の要否を決するのは、最終的には患者の状態が重篤か否かの医師の判断であるところ、2月8日の皮膚科外来受診時における亡Fの症状は、皮膚・粘膜等の症状が顕著で、38.8度の高熱があり、全身状態が良い状態でなかったことは前記1(5)のとおりである。

これらのことからすると、亡Fは、2月8日の時点で、その症状等からして入院をした上で経過観察等を行うことが望ましい状況にあったというべきである(鑑定人S,同R,同Q)。

イ しかしながら、亡Fを入院させる目的は、前記のとおり、専ら安静状態を保ちながら、所要の検査を行い、その症状の経過等を観察するためであり、これらはいずれも外来で通院することによっても実施可能な診療行為であって、2月8日の時点で、それ以上に入院しなければ行うことができない必須の検査・治療などがあったわけではない。また、前記1(4)のとおり、亡Fは、自ら自動車を運転して被告病院を受診しているのであって、担当医師が亡Fの症状等から受ける重症感という点からしても、亡Fが即時に入院しなければならない程の状態ではないと判断したことにもやむを得ない面がないとはいえない(鑑定人S)。

また、2月8日の皮膚科外来受診時において、被告病院の入院用ベッド(病室)は満床で、即日の入院はできない状態であったこと、そのため、I医師は、ベッドに空きが出た時点で他の皮膚科入院予定の患者に優先して入院させるという意味の至急の入院予約を行ったこと、亡Fについては、前記3(1)アのとおり、水痘も疑われる状況であり、感染防止のために個室への入院が必要となるため、空きベッド(病室)を探すのがより困難な状況にあったこと(鑑定人R)も認められるところであり、これらの事情をも併せ考えると、2月8日の皮膚科外来受診時において、I医師に、亡Fを入院させるべき(あるいは被告病院への入院ができない場合には他の病院に入院させるための措置を講ずるべき)法的な義務があったとまでは

認めることができず、したがって、I医師が亡Fについて即日入院の措置を講じないで、同人を帰宅させたことをもって、医師としての注意義務違反（過失）があるということとはできない。

ウ なお、T医師作成の意見書（甲B7）では、被告病院担当医師には、2月8日午前の受診時において、入院治療を開始しなかった過失があるとするが、同意見書は、結局のところ、亡Fの皮膚所見等が2月7日の所見と比較して進行していたこと、亡Fは食事が摂取できない状態であったこと、一般的にSJS等の重症薬疹や水痘が疑われる場合には入院しての全身管理・経過観察・治療等が必要とされていることのみをもって、入院治療を開始しなかった被告病院担当医師には過失があると結論付けており、亡Fの症状、疑われる疾患等に照らし、入院した上でどのような診療行為等が実施されるべきかについて具体的な検討がされておらず、前記認定判断に反する部分は、これを採用することができない。

(2) 救急外来受診時における過失の有無について

ア 次に、2月8日の被告病院救急外来受診時において、担当医師に亡Fを入院させるべき義務があったか否かについて検討する。

被告病院救急外来受診時の診療録には、亡Fの症状について極めて簡潔な記載しかないため、救急外来受診時における亡Fの症状の詳細は明らかではないものの、亡Fの体温は39.7度で、全身に皮疹が見られ、顔面には浮腫が見られ、眼部及び口唇の腫脹が著明であったことのほか、担当のJ医師からK病院に宛てた紹介状には、被告病院皮膚科外来を受診したが帰宅後も皮疹の悪化が認められる旨の記載があり（甲A9）、原告Bも、朝に見た時点に比べて夜の時点では亡Fの症状が著しく悪化していた旨供述していることからすれば（原告B）、亡Fの症状は、同日の皮膚科外来受診時よりも更に悪化していたものと認めるのが相当であり、これに、後医であるK病院の診療録から認められる亡Fの症状の経過等をも考慮する

と、救急外来受診時の亡Fの症状は入院治療を要する状態となっていた可能性が高いというべきである。

イ しかしながら、仮に亡Fの症状が入院治療を要する状態となっていたとしても、救急外来受診時においても、被告病院の入院用ベッドは満床であり、被告病院への入院は不可能であったこと、救急外来の担当医師であるJ医師は、原告Bが強く依頼したことを受けてK病院の担当医師宛の紹介状を作成し、これを原告Bに交付することによって、後医であるK病院の担当医師に対し亡Fに関する情報を提供し、亡Fはその日のうちにK病院を受診して同病院に入院することができたことは前記1(6)及び(7)のとおりであり、このことからすると、J医師の亡Fらに対する対応について問題なしとしないことは後記のとおりであるとしても、J医師は、最終的には後医であるK病院の担当医師宛ての紹介状を作成して亡Fに関する情報を提供しているから、救急外来の担当医師として、入院治療が必要な患者が他の病院を受診し入院するに当たってなすべき最低限の注意義務は果たしたものである。

ウ なお、上記紹介状作成の経緯について、被告は、J医師が主体的に紹介状を作成した上で他の病院の受診を指示したと主張するが、原告Bは、「J医師に対し、被告病院の入院用ベッドが満床で入院できないのであれば、被告の系列病院であるD大学医学部附属P病院等を紹介してくれるよう依頼したが、それもできないということであった。そこで、原告ら家族が自ら転医先である他の病院を探し、K病院から受入れが可能であるとの返答を受けたことから、同病院に対する紹介状を書いてくれと依頼したが、紹介状も書けないといわれたため、強い口調でメモ程度でもいいから紹介状を書いてくれるようお願いして、作成交付されたものである。」という趣旨の供述をしているところであり(甲A7,原告B)、被告病院救急外来診療録には「患者希望によりK病院皮膚科へ」との記載があり(乙A

1), K病院のL医師も, 亡Fの入院の経緯について, 亡Fは被告病院を救急で受診したが, 診察で帰されたため, 家族が心配してK病院の救急を受診したと回答していること(L回答書), K病院作成の「F殿の治療に関する質問事項に対する回答」においても「通院中のD大E病院が満床のため, 本人及び家族より当院救急外科に入院要請があり, それを直ちに受け入れ」とされていること(甲A10)に照らすと, 原告Bの供述は全体として信用することができるというべきであり, これによれば, 原告ら家族が自ら転医先病院としてK病院を探し出し, J医師に対し同病院宛の紹介状を作成するよう強く要望したことから, 上記紹介状が作成されたものと認められる。したがって, これと異なる被告の上記主張は採用することができない。

### (3) まとめ

以上のとおりであり, 2月8日の被告病院皮膚科外来受診時及び救急外来受診時における担当医師らの亡Fに対する対応は, 亡Fの病状及びその後の経過等に照らすと, 亡F及びその家族である原告らにとって決して納得のいくものではなく, 医師として患者である亡Fのために最善を尽くしていない, 極めて不十分なものと受け止められたとしてもやむを得ない面があり, このような被告病院における診療行為等に対する不満と無念の思いが, 本件訴訟の提起に至る一つの原因・動機になったとも認められる(甲A7, 原告B)ところである。

しかしながら, 前記のとおり, 2月8日の被告病院皮膚科外来受診時及び救急外来受診時のいずれにおいても, 被告病院の担当医師らは, 平成13年当時の医療水準に照らして必要とされる医療行為・医療措置はこれを行っており, 医師としての法的意味での注意義務は尽くしたものと評価するのが相当であるから, 担当医師らに患者を入院させた上での経過観察を怠った過失があったとまでは認めることができない。

5 争点(3) ( 被告病院担当医師の過失と亡Fの死亡との間に因果関係があるか ) について

前記3及び4のとおり、被告病院担当医師らに過失があったものとは認められないから、この争点について判断する要はないが、念のため判断を示しておくこととする。

(1) 原告らは、2月8日の皮膚科外来受診時ないし救急外来受診時において、亡Fを入院させて経過観察をしていれば、SJSとの診断をより迅速に行うことができ、ステロイドパルス療法の開始時期を逸することなく、適切な治療をすることができ、死亡結果の回避は可能であったと主張する。

しかしながら、前記2(1)オのとおり、ステロイドパルス療法は、感染症を増悪させる危険性を有することから、その実施に当たっては、感染症がないことが確認されていることが極めて重要である。そこで、その実施に先立って、レントゲン検査、血液培養、血液検査等の感染症の有無を確認するための検査を行うことが必要であり、同検査を実施するために、1日程度の時間を要することになる。特に、本件では、2月8日の被告病院神経内科受診時における血液検査においては、白血球10800、CRP3.05、K病院入院時の血液検査においては、白血球12700、CRP5.4と高度の炎症所見を示しており(甲A9)、より慎重な感染症の検査が必要であったと考えられる(鑑定人R、同S)。

そうすると、仮に2月8日の午前中である被告病院皮膚科外来受診時に、亡FがSJSと診断され、あるいはSJSの疑いがあると診断されて、入院したとしても、ステロイドパルス療法の実施は、亡Fに対し実際に同療法が開始された日と同じ日である2月9日になったと考えられ、同日のうちで数時間の遅れが生じたとしても、その遅れによって亡Fの予後に有意な差異が生じたとは考え難いところである(鑑定人R)。

また、前記3(3)のとおり、入院中の亡Fに対して行うべきであった治療

としては、ステロイドパルス療法のほかに、輸液等の全身管理が挙げられるが、仮に2月8日の被告病院皮膚科外来受診時に、入院が決定され、実際に行われたよりも、半日ないし1日早く輸液等の全身管理が行われたとしても、これらの手段はSJSに対しては対症療法にすぎず、患者の予後・転帰に有意な影響を与えたものとは認められないから（鑑定人Q，同S，同R），これによって亡Fの予後・転帰に影響があったと認めることはできない。

(2) さらに、原告らは、2月8日の被告病院皮膚科外来受診時にステロイドパルス療法が開始されていれば、亡Fの死亡という結果は回避可能であったと主張する。

しかしながら、本件では、亡Fが被告病院皮膚科外来を受診した日の翌日である2月9日にはK病院においてステロイドパルス療法が開始されているところであり、SJSの症状の進展に対してステロイドパルス療法が作用する機序等は明らかではなく、また、同療法によってどの程度の効果が生じるかについては個人差・個体差が大きいとされていることからすると、SJSに対してステロイドパルス療法が有効であるとしても、この1日の遅れが、亡Fの予後・転帰に有意な影響を与えたかどうかは明らかでないというべきである（乙A2，鑑定人S，同R，L回答書）。

なお、甲B第3号証には、ステロイドの大量投与は、早期に始めるほど有効であるとの記載があるが、その医学的な根拠には言及されておらず、上記に照らし、採用できない。

したがって、2月8日の被告病院皮膚科外来受診時に、ステロイドパルス療法が開始されていたとしても、亡Fの死亡という結果が回避可能であったとは認めることができない。

(3) そうすると、被告病院担当医師らに原告ら主張の過失が認められないことは、前記3及び4に説示したとおりであるが、仮にこれらの過失があったとしても、それらと亡Fの死亡との間に因果関係があるとは認められないし、

また、これらの過失がなければ亡Fがその死亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性があったとも認めることができない。

#### 第4 結語

以上のとおりであり、原告らの請求は、その余の争点について判断するまでもなく、いずれも理由がないからこれらを棄却することとし、主文のとおり判決する。

東京地方裁判所民事第34部

裁判長裁判官                      村   田                      涉

裁判官                                大   嶋                      洋   志

裁判官                                岡   田                      安   世

(別紙 当事者の主張)

第1 2月8日の皮膚科外来受診時において、被告病院担当医師に亡FのSJSに対する適切な措置(以下「第1の措置」という。)を怠った過失があるか。

(原告らの主張)

1 SJSの発症が予見可能であったこと

(1) SJSの一般的所見

SJSの一般的所見は、概要、以下のようになる。

ア 紅斑の病因は不明であり、ウイルスや細菌の感染、薬剤などの誘因に対する免疫アレルギー反応である。

イ 皮膚症状として斑状丘疹状紅斑であり、一部は拡大し四肢より体幹に増強し、急速増加する。

ウ 口腔粘膜に紅斑、びらん、水疱を伴うこともある。

エ 上記の皮膚症状のほかに、口唇・口腔粘膜病変、眼粘膜病変、陰部・尿道粘膜病変などの粘膜症状を呈するものをスティーブンス・ジョンソン症候群(皮膚粘膜眼症候群型薬疹)と呼ぶ。

オ そのほかに、発熱、関節痛、肝機能障害等があり、検査所見では、白血球増加、赤沈亢進、CRP陽性などを示す。

(2) 亡Fの症状

体幹、四肢、特に体幹には著明に米粒大から直径2センチ程度の紅色丘疹ないし小水疱が紅斑を伴って散在、多発、顔面全体にびまん性の紅斑、浮腫状腫脹を認める、口唇は浮腫状に発赤腫脹、口腔粘膜には所々にびらんを認める、両眼瞼、眼球結膜は発赤が著明、水疱形成、粘膜疹もあり、発熱、リンパ節腫脹、扁桃腺発赤腫大があった。

(3) 亡Fの症状がSJSを示すものであること

2月8日朝の時点では、全身の発疹(水疱)、口唇浮腫、顔面浮腫が著し

かった。

2月8日午前11時49分の時点では、体幹、四肢、特に体幹には著明に米粒大から直径2センチ程度の紅色丘疹ないし小水疱が紅斑を伴って散在、多発し、口腔粘膜のびらん形成、両眼瞼、眼球結膜の発赤、水疱形成、粘膜疹もあり、発熱していた。

2月8日午後8時30分の時点では、皮疹の増悪、発熱の悪化がみられた。しかし、この時点での亡Fの症状については写真撮影はされていない。

上記のように、発疹の増悪、紅斑の急速増加が見られること、口腔粘膜のびらん形成などの粘膜疹が見られること、両眼瞼、眼球結膜の発赤とあるように結膜炎を起こしていたとみられたこと等の亡Fの経過からすれば、重症型薬疹であるSJSと診断できる。

#### (4) 被告病院の認識

被告病院では、薬疹と診断していたものの水痘の疑いも捨てきれずにいた。

しかし、ウイルス性疾患である水痘では禁忌とされている薬剤を治療に使用していたことに照らしても、水痘との疑いは極めて低く診断をしていたものと考えられる。

被告病院は、亡Fについて薬疹であると診断しながら、重症型薬疹であるSJSとの認識は欠いていたと考えられる。

#### (5) K病院での診断について

SJSと診断し緊急入院させている。

入院直後には、まず被告病院がサクシゾン投与していたことから、同じ薬剤のソルコーテフを200mg点滴静注し、さらに翌朝までの間にハイドロコートン300mgを2度点滴静注し、翌2月9日からステロイドパルス療法を実施している。

#### (6) 結論

2月8日午前11時49分の時点で、SJSとの診断が可能であり、SJS

S 発症の予見可能性はあった。

## 2 スteroidパルス療法を行うべき義務

亡Fの症状は、2月7日から8日にかけて発疹の増悪等が見られ、急速に悪化していたのであるから、できるだけ早期にステロイドパルス療法を実施することが必要であった。SJSに対するステロイド大量投与であるステロイドパルス療法の効果は、早期に始めるほど有効であり、全身の皮膚がびらんになってからの投与ではあまり有効とはいえないとされていることから、2月8日皮膚科外来受診時には、ステロイドパルス療法を開始するべきであった。

## 3 被告病院の治療内容及び上記義務を怠ったこと

2月7日から8日にかけて、亡Fの症状が急速に悪化したことや、2月8日皮膚科外来受診時の同人の症状に照らせば、この時点で重症型薬疹としてのSJSを疑い、同人を緊急入院させステロイドパルス療法を実施するとともに、水疱やびらんも生じていたことから、熱傷に準じた補液と外用療法（抗生物質含有軟膏）も併用した治療を開始すべきであった。

仮に満床で入院が不可能であれば（満床とされている場合にも緊急用にベッドは確保されているのが通常である。）、系列病院や他の専門病院を探して紹介し入院治療を施すよう措置すべきであった。

しかるに、被告病院は薬疹であるとの診断を下しつつ、漫然とタベジール、ハイチオール、強力ネオミノファーゲンを投与しただけで、満床を理由に緊急入院をさせないで亡Fを帰宅させた。

### （被告の主張）

## 1 SJS発症の予見可能性がなかったこと

### (1) SJSの一般的所見

SJS、中毒性表皮壊死症の発生頻度は、人口100万人当たりそれぞれ年間1～6人、0.4～1.2人と極めて低い。

発症原因と機序としては、単純疱疹ウイルス、肺炎マイコプラズマ、細菌、

真菌などの種々のウイルスや細菌による感染症，医薬品，食物，内分泌異常，悪性腫瘍，物理的刺激などによって起こるアレルギー性の皮膚反応（Ⅰ型アレルギー）と考えられる。

一般に免疫学的機序により重症な皮膚疾患を起こすものと推定されているものの，これら皮膚疾患の発症機序の詳細は，未だ明確にされていない。

したがって，これら重篤な皮膚疾患の発症を事前に予知することは事実上不可能である。

SJSの原因となり得る医薬品は，抗生物質製剤，解熱鎮痛消炎剤，抗てんかん剤，痛風治療剤，サルファ剤，消化性潰瘍用剤，催眠鎮静剤・抗不安剤，精神神経用剤，緑内障治療剤，筋弛緩剤，高血圧治療剤などと極めて広範にわたり一般的に処方される薬剤が大半を占め，その他種々の医薬品で発生することが報告されている。

## (2) 亡Fの症状

被告病院皮膚科外来受診時，亡Fには体幹に非常に小型の水疱が散在・多発しており，その一部では紅暈（紅色調）を伴っていた。

## (3) 亡Fの症状がSJSの所見とは異なること

### ア SJSの皮膚所見とは異なること

SJSは多形滲出性紅斑の重症型であるところ，多形滲出性紅斑は，四肢，体幹に比較的大型の，多形（いろいろな形を示す）の，滲出性（みずみずしく，紅色～鮮紅色で，辺縁が周囲より軽度盛り上がり，病巣の中心が淡い）紅斑が多発することが特徴である。

この紅斑に弛緩性（表面がしわしわ状を呈する）の水疱を伴うことがある。

亡Fの皮膚所見は，発疹は小粒状と小さく，いわゆる多形滲出性紅斑ではなく，特徴的とされる標的状病変（target lesion）もない。

つまり，亡Fの皮膚所見は，多形滲出性紅斑ではなく，その重症型であ

るSJSの皮膚所見とは異なる。

#### イ 水痘の可能性

水痘は、顔、体幹部、四肢に及ぶ米粒大の発疹から始まり、ただちに小水疱を伴うようになる。口腔粘膜内にアフタ（偽膜性炎症、潰瘍）を認め、舌、頬粘膜、口唇粘膜にもアフタは生じる。

したがって、亡Fの皮膚所見を見た場合、皮膚所見はもちろん、頻度を考慮しても水痘を疑うことは医学的に当然である。

なお、亡Fに対して水痘の抗体検査を施行しているが、一般に水痘の検査結果は、検体提出より3ないし5日を要する。本件で検査結果が病院に届いたのは2月13日であり、皮膚科外来受診時では検査結果は判明していない。かつ、水痘の抗体検査は、ペア血清という別の時点での抗体量と比較して初めてウイルス感染か、既感染か、未感染か判断が可能になるのであり、この検査結果が仮に判明していたとしても、水痘を除外する根拠とはならない。

#### ウ SJS以外の薬疹の可能性

亡Fに対しては、皮膚所見の出現前に先行して内服薬の投与がなされていることから、薬疹の可能性は否定できない。なお、一般的な薬疹とSJSとはその予後、治療法などで全く異なる。

#### (4) 被告病院の認識

上記の亡Fの臨床症状、SJSの皮膚所見との違い、一般的な水痘の皮膚所見との近似性からは、第1に水痘を念頭において対応すべきであり、次に内服薬に起因する薬疹の可能性にも配慮しつつ対応すべきであった。

#### (5) K病院でも2月8日にSJSと診断していないこと

K病院の内科当直医であるM医師は、SJSとは異なる一般的な薬疹を疑っていたのであり、SJSとは診断していなかった。このことは、M医師が夜間には皮膚科専門医の診察を必要と考えず、翌日朝になって初めて皮膚科

の診察を依頼したこと、M医師はいわゆるステロイドパルス療法ではなく、単なるステロイド剤の投与、強力ミノファージェンCの投与しか治療計画として考えていなかったこと、最初300mg投与を予定したハイドロコトンを自ら訂正して100mgに減量していることから明らかである。

したがって、K病院を受診した時点でもSJSの皮膚所見がなかったといえるのであるから、それより以前、被告病院受診時にはSJSを示唆する症状が存在していたとはいえない。

#### (6) 結論

以上より、亡Fが被告病院皮膚科外来を受診した際の皮膚所見をはじめとする臨床所見からは、SJSは否定的であり、かつ他の疾患が医学的に合理性をもって疑われるのであるから、SJS発症の予見可能性はない。

#### 2 ステロイドパルス療法を行うべき義務はないこと

亡Fの当時の症状からSJSと診断することは、根拠がなくできないため、被告病院担当医師にSJSを前提とした治療法を施行すべき義務はない。

さらに、SJSに対するステロイドパルス療法は、その是非について議論があり、医学的な根拠（いわゆる「エビデンス」）が存在せず、治療法としてコンセンサスが存在するとはいえない。

そして、亡Fの症状が水痘などの他の感染症による可能性があり、成人で罹患する水痘はそもそも重篤化しやすいが、ステロイド剤が投与された患者では、さらに水痘が重篤となること、外来受診時、独歩で受診する程度の全身状態であることから、皮膚科外来受診の時点で、ステロイド剤を投与しなければならないとすることは、医学的に不適切である。皮膚科医師は常に薬疹と水痘の可能性の両者を考慮しつつ、両者のいずれの可能性も無視できない中での判断であり、ステロイド剤の投与の可否の判断は、まさに専門家の経験と知識に基づく裁量の範囲内である。

#### 3 被告病院の治療内容が適切であったこと

当日，被告病院皮膚科外来担当医師は亡Fに強力ミノファージェンCなどを投与するとともに，輸液を行った。

すでに皮膚症状の原因薬剤である可能性が否定できないものは内服中止の指示が出されており，当時の被告病院の治療としては必要にして十分であり，適切である。

第2 被告病院担当医師に，亡Fを入院させた上での経過観察（以下「第2の措置」という。）を怠った過失があるか。

（原告らの主張）

1 2月8日の皮膚科外来受診時に亡Fを緊急入院させるべき義務があること

2月8日の被告病院皮膚科外来受診時における亡Fの症状は，前日の7日救急外来から急速に悪化したものであったことや，体幹，四肢に紅色丘疹ないし小水疱が紅斑を伴って散在，多発し，口腔粘膜のびらん形成，両眼瞼，眼球結膜の発赤，水疱形成，粘膜疹もあり，また発熱もあったという各症状に照らせば，皮膚科の専門医ならば，SJSも念頭において治療を施すべきであり，亡Fを緊急入院させて経過観察を行い，速やかにステロイドパルス療法を開始する時期を逸することなきよう万全の態勢を採るべき注意義務があった。

仮に亡Fが水痘であったとしても，「水痘は発症すると成人では重症化」しやすいものであり，そのことは皮膚科の専門医なら容易に判断できるはずであるから，そのためにも，亡Fを入院させて経過観察をすることが必要であったといえる。

そして，仮に満床で入院が不可能であれば（満床とされている場合にも緊急用にベッドは確保されているのが通常である。），系列病院や他の専門病院を探して紹介し，緊急入院により治療ができるように措置すべきであった。

2 2月8日の救急外来受診時に亡Fを緊急入院させるべき義務があること

仮に2月8日の皮膚科外来受診時に緊急入院させなかったとしても，より症状が増悪した亡Fが救急外来を受診したその日の夜の時点で，速やかに入院措

置を採り対応すべきであった。

被告病院皮膚科のI医師は、2月8日の受診時に、亡Fに対する治療方針として、「至急入院治療」と判断し、中毒疹ならステロイド剤全身投与と判断していた上に、2月8日救急外来時点で亡Fの症状が更に急速に増悪していたのであるから緊急入院させるべきであった。

### 3 被告病院の対応に注意義務違反があったこと

上記のように、被告病院は亡Fを緊急入院させて、少なくとも経過観察をすべきであるにもかかわらず、2月8日の皮膚科外来受診時及び救急外来受診時のいずれにおいても、漫然と薬剤を投与するだけで治療を終えていた。

(被告の主張)

#### 1 2月8日の皮膚科外来受診時の被告病院の対応に注意義務違反はないこと

皮膚科外来受診時、亡Fは水痘が最も疑われ、他の可能性として一般的な薬疹の可能性も存在した。水痘については、特に入院をした上でないと施行できない治療があるわけでもなく、基本的には安静にしていることが重要であることからすれば、一般的に水痘患者は入院が必要ではないといえ、亡Fを緊急入院させるべき義務は認められない。

皮膚科外来担当医師は入院予約をしているが、これは「念のため経過観察をする目的で」入院を検討したものであり、入院させるべき義務が存在していることを示唆するものではない。

#### 2 2月8日の救急外来受診時の被告病院の対応に注意義務違反はないこと

2月8日の救急外来受診時に、亡Fの症状が急速に増悪していたとの事実はなく、亡Fを入院させるべき義務は存在しない。

当時の皮膚所見からして入院が必要か否かは別としても、被告病院には入院可能なベットが存在せず、当直医は紹介状を作成した上で他の病院の受診を指示しているのであり、その対応に注意義務違反はない。

### 第3 被告病院担当医師の過失と亡Fの死亡との間に因果関係があるか。

(原告らの主張)

1 第1の措置を行っていれば死亡結果の回避が可能であったこと

SJSの場合には、できるだけ早期にステロイドパルス療法を実施することが必要である。

しかも、ステロイド大量投与であるステロイドパルス療法の効果は、早期に始めるほど有効であり、全身の皮膚がびらんになってからの投与ではあまり有効とはいえない。

それ故、2月8日皮膚科外来受診時にステロイドパルス療法を開始していれば、亡Fの死亡という結果の回避は可能であった。

2 第2の措置を行っていれば死亡結果の回避が可能であったこと

亡Fを緊急入院させ経過観察をしていれば、同人の急速な増悪を観察することができ、詳細に症状の変化を看取することによりSJSとの診断をより迅速に行うことができたため、ステロイドパルス療法の開始時期を逸することなく治療することができた。

そして、ステロイドパルス療法の実施時期を逸することがなければ亡Fの死亡の結果は回避することが十分可能であった。

仮に被告病院が、系列病院や他の専門病院を探し出して紹介したのであれば主導的に治療の申し送りも実施でき、ステロイドパルス療法等の治療を迅速に実施することが可能であったから、亡Fの死亡の結果を回避することができた。

(被告の主張)

SJSに対するステロイドパルス療法の治療効果については、未だ争いがある。同療法を施行して効果が認められた場合に皮膚科専門雑誌にて報告がされる程であり、同治療を施行すれば、疾患の経過に影響を与えることができるとする科学的根拠はない。これは、SJSが各種感染症を原因としても発症するものであり、ステロイドのような免疫を抑制する薬剤が、感染症を重篤化させる可能性があることから理解できる。

この点、一般的なSJSの病状の進行速度を前提にすると、被告病院受診時に既にSJSと診断可能な程度まで皮膚症状が出現しているのであれば、K病院で施行されながら死亡するに至った治療法を、被告病院で施行すれば結果を回避しうるとする根拠はない。

結局、原告らの主張する注意義務を履行したとしても、死亡という結果を回避できた蓋然性は認められない。

#### 第4 被告病院担当医師による亡Fの期待利益の侵害があるか。

(原告らの主張)

仮に、亡Fの死亡という結果を回避できた可能性が認められないとしても、被告病院担当医師は、亡Fが適切な治療を受けることに対する期待利益を侵害した。

すなわち、被告病院担当医師らは、2月8日の皮膚科外来受診時及び同日の救急外来受診時において、亡Fを被告病院に入院させて経過観察し、それに対応した適切な治療をする義務、又はそれが困難であれば、治療可能な病院を探して亡Fを確実に転医させる義務を負っていたにもかかわらず、被告病院は、上記義務を履行せず、亡Fを帰宅させた。

このような被告病院の行為は、まさに治療拒否であり、期待利益を侵害することは明らかである。

(被告の主張)

期待権の侵害との主張は、被告に注意義務違反が認められることを前提としているところ、被告には、過失はないのであって、原告らの主張は前提を欠いている。

仮に、原告ら主張の注意義務違反が認められるとしても、原告らが主張する適切な治療を受けることに対する期待利益というような、抽象的な単なる期待利益は法的保護を受けるものではない。このような期待そのものは、客観性に乏しく、権利性を有するものではない。適切な治療を受けることに対する期待

利益の侵害を理由として損害賠償を認めることは、不法行為において過失と結果との間に因果関係を要求している民法709条を没却するものである。

抽象的な期待利益が侵害されたとの原告らの主張は、法的にも判例上も認められない、およそ根拠のない主張であって、主張自体失当である。

## 第5 損害額

なお、原告らの前記請求金額と以下の損害合計額とは、損益相殺の主張があるため、一致していない。

(原告らの主張)

### 1 亡Fの損害

(1) 治療費 ... 68万0370円

(2) 入通院慰謝料 ... 32万0000円

通院1日、入院20日に相当する慰謝料である。

(3) 入院雑費 ... 2万6000円

入院1日当たり1300円×20日分の金額である。

(4) 死亡慰謝料 ... 2600万0000円

亡Fは一家の支柱であったから、死亡による精神的苦痛を慰謝するための慰謝料は2600万円を下らないことは明らかである。

(5) 逸失利益 ... 9852万3988円

亡Fの平成12年分の収入は1386万1000円であり、死亡時には63歳であったから、就労可能年数は9年であり、それに対応するライフニツツ係数7.108を乗じると上記金額になる。

2 弁護士費用 ... 1255万0000円

原告らは、原告ら訴訟代理人弁護士に本件訴訟の提起・追行を委任し、報酬を支払う旨を約した。

3 各損害額の合計 ... 1億3810万0358円

4 損益相殺

医療費（医薬品医療機器総合機構の副作用救済給付金）

... 1 5 万 4 3 0 3 円

医療手当（医薬品医療機器総合機構の副作用救済給付金）

... 3 万 6 3 3 0 円

小計

... 1 9 万 0 6 3 3 円

5 損害合計額

... 1 億 3 7 9 0 万 9 7 2 5 円

（被告の主張）

全て争う。

以上