

抜歯手術における歯科医師の義務

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

本件は、O 歯科医師の歯科治療(抜歯手術)により下顎骨骨折等の傷害を被ったとするAが、O 歯科医師の相続人Pに対し、不法行為又は治療行為の債務不履行に基づき、損害賠償を求めた事案である。

キーワード: 抜歯手術, 下顎骨骨折, 水平埋伏智歯, ヘーベル

判決日: 富山地裁平成 19 年 1 月 19 日判決

結論: 請求認容(認容額 1,069 万 4,799 円)

【事実経過】

年月日	詳細内容
平成 16 年 10 月 19 日	A(女性, 昭和 26 年 3 月 20 日生)は, 歯痛のため H 歯科医院において O 歯科医師の診察を受けた。O 歯科医師は, レントゲン撮影をした上で, 歯痛の原因は右下智歯(本件智歯)であり, 抜歯する旨を A に伝えた。
10 月 21 日	午後 5 時ころから, O 歯科医師により, 本件智歯の抜歯手術を受け, 午後 7 時ころに終了した。本件智歯は水平埋伏智歯であったが, O 医師はヘーベル(あるいはこれに類する器具)を使用して, 歯冠分割を行うことはなく, そのままの状態であ抜いた。
10 月 22 日, 23 日	A は, O 歯科医師の指示にしたがい通院した。手術後, 痛みや腫れ, 痺れが続き, 口も思うように開けられない状態であったので, O 歯科医師にこれら症状を訴えたが, O 歯科医師は次第に治る旨述べ, 消毒治療をするのみであった。
10 月 28 日	その後も痛みが軽快しないため, A は, 勤務先の同僚らの勧めにより I 病院を受診したところ, 下顎骨骨折の診断を受け, 即日

	入院となり観血的整復固定術を受けた。
11 月 20 日	O 歯科医師死亡
12 月 19 日	I 病院を退院したが, 右側オトガイ部と右側舌尖部の知覚麻痺が残存し, 平成 17 年 5 月 10 日以降はほとんど改善がない。

【争点】

O 歯科医師の過失(抜歯手技, 説明義務違反)

【裁判所の判断】

1. 抜歯手技について

本件智歯のような水平埋伏智歯の抜歯は, 歯茎を切開し, 症例に応じて歯槽骨を切除し, 歯冠を分割して, 歯冠部と歯根部を別個にヘーベルで抜去するというのが一般的な抜歯方法であり, 他の方法はほとんど考えられず, かかる歯牙分割や骨切除を適切に行って抜歯すれば, 特別無理な力を加えない限りは, 下顎骨を骨折することはほとんどないことが認められる。

そうすると, O 歯科医師は, 本件智歯を抜歯するに際しては, 下顎骨骨折を起こさないよう, そのままの状態では抜歯が困難な場合には, 状況に応じて

歯牙分割や歯槽骨切除を行うなどして、無理な外力を加えずに抜歯すべき注意義務があるのに、これを怠り、抜歯が困難だったにもかかわらず、歯牙分割を行うこともなく、無理な外力を加えて抜歯をし、その結果、A に下顎骨骨折を生じさせた過失が認められる。

2. 説明義務違反について

舌神経損傷につき、証拠によれば、下顎骨中の神経が歯根に接近して走行している場合には、無理な外力を加えた場合でなくても、智歯の抜去により舌神経を損傷し、知覚麻痺の症状が出る可能性が一定程度あり、A においても、本件智歯とその下部の舌神経の位置関係は非常に近接した状態だった可能性が高いことは認められる。しかしながら、このような場合には、O 歯科医師としては、抜歯により知覚麻痺が残る可能性がある旨を原告に事前に説明し、了解を得るとともに、不必要に神経を損傷しないよう、特に注意して抜歯操作すべき注意義務があるというべきである。

3. 損害について

亡 O 歯科医師の過失により、A は、平成 16 年 10 月 28 日から同年 12 月 19 日まで 53 日間の入院及びその後平成 17 年 8 月 2 日まで 12 回の通院を要する下顎骨骨折並びに右側オトガイ部及び右側舌尖部の知覚麻痺の傷害を負い、軽度の発語明瞭度の低下と咀嚼機能低下の後遺障害(12 級)を負ったことが認められる。

【コメント】

1. 歯科医事紛争の現状

本件は、O 歯科医師の歯科治療(抜歯手術)により下顎骨骨折等の傷害を被ったとする A が、相続人 P に対し、不法行為または治療行為の債務不履行に基づき、損害賠償を求めた事案である。

最高裁判所の統計によると、医療訴訟の新受件数

は、平成 16 年の 1,110 件をピークに平成 22 年は 794 件と減少傾向にある。そして、新受件数の減少に伴い、既済件数も平成 20 年が 986 件、平成 21 年が 952 件、平成 22 年が 921 件と減少しているが、歯科に限ると、平成 20 年が 70 件、平成 21 年が 71 件、平成 22 年が 73 件とほぼ横ばいとなっている。

歯科は、損害額も少なく、訴訟になりにくい分野であると言われていたが、医療訴訟全体では 7%程度を占めており、決して訴訟になりにくい分野とは言い切れない。しかも、近年では、矯正やインプラントなどの高額な自費診療を取り扱う診療所も多く、これに比例してトラブルの危険性も増えており、訴訟に至らない水面下のトラブルは年々増加傾向にあると考えられる。

さらに、インプラントの手技ミスによる死亡事故や、死亡事故に至らなくても下歯槽神経麻痺のような後遺症が残存することもあり、歯科であるといって必ずしも損害額が低くなるとは限らない。

そこで、歯科において裁判例が公表される例は多くないが、本件は 1,069 万円余という比較的高額が認容されていること、およそ 30 年前に同様の先例があり、現在との比較もできることから、本件裁判例を採り上げた。

2. 東京地裁昭和 57 年 12 月 17 日判決

抜歯の際の下顎骨骨折が問題となった例としては、東京地裁昭和 57 年 12 月 17 日判決が存在する。この判決は、「抜歯等の手術の際、下顎骨が骨折することは一般に広く見受けられることではないものの、全く稀有な事例ではなく、埋伏智歯の状況、患者の口腔内の状況、年令等の条件により、通常の術式を採用してもなお下顎骨にヒビが入ることは避けられない場合があると認められる。」と認定し、抜歯手技における歯科医師の過失を否定した。

しかし、昭和 57 年裁判例は、抜歯の手技について「通常、埋伏智歯の抜去に用いられている術式に従い、第二大臼歯頬側及び埋伏歯上部に切開を加

え、骨膜(歯肉)を剥離し、歯槽骨を露出させ、骨ノミを使用し、これを槌でたたいて歯槽骨を削除したうえ、智歯を鉗子及びヘーベルで抜去する方法によった。」と認定しているが、下顎埋伏智歯の抜歯で多くの歯科医師が採用していると思われる歯冠分割には触れられていない。しかも、下顎埋伏智歯の抜歯ではヘーベルの強引な使用により下顎角部に顎骨骨折を起こすと言われており、下顎骨にヒビが入ることが避けられない場合というのは、例外的場合であると考えられる。

そして、昭和 57 年裁判例の智歯も本件と同様に水平埋伏智歯であり、そうすると、下顎骨の骨折を避けるために抜歯の手技として歯冠分割が検討されてよいと考えられる。とすれば、歯冠分割が採りうることを検討せずに歯科医師の過失を認めなかった昭和 57 年裁判例の認定は多少疑問が残る。

3. 抜歯手技に対する本件裁判例の認定

抜歯手技と下顎骨骨折との関係について、上記昭和 57 年の裁判例では、「歯槽骨を骨ノミで削除したとき或いは智歯を鉗子及びヘーベルで抜去したときに下顎骨にヒビが入る程度の相当の打撃が加えられた」と推認することができるとしつつ、「下顎骨にヒビが入ることは避けられない場合がある」と認定している。

これに対し、本件裁判例では「本件智歯のような水平埋伏智歯の抜歯は、歯茎を切開し、症例に応じて歯槽骨を切除し、歯冠を分割して、歯冠部と歯根部を別個にヘーベルで抜去するというのが一般的な抜歯方法であり、他の方法はほとんど考えられず、かかる歯牙分割や骨切除を適切に行って抜歯すれば、特別無理な力を加えない限りは、下顎骨を骨折することはほとんどないことが認められる。」と認定している。

ところが、本件における O 歯科医師は、水平埋伏智歯の抜歯であったにも関わらず、歯牙分割を行うことなく抜歯を行っていることからすれば、十分に治

療計画を立てずに抜歯を実施したものと考えられる。そして、今後、同様の事故が裁判上争われた場合、歯冠分割を考慮した本件裁判例のような判断になるものと思われる。

4. 説明義務について

本件裁判例では、抜歯により知覚麻痺が残る可能性がある旨を原告に事前に説明し、了解を得る必要があると認定している。

筆者も下顎智歯の抜歯により知覚麻痺が生じたという事案に遭遇することは珍しくないが、事故を起こした歯科医師に麻痺が生じる可能性についての事前説明の有無を尋ねると、「そんなことを聞いたら抜歯しなくなってしまう。」という答えが返ってくるが多い。そこで、さらに「じゃあなぜ抜歯をするのですか?」と尋ねると、「放置したら痛みがでたり、感染したりするから。」という答えが返ってくる。事故を起こした場合でも、ほとんどの歯科医師は、抜歯後の注意事項として出血、運動、食事、飲酒、腫れなどを説明しているが、知覚麻痺など抜歯手術そのものに伴う危険性についてまで説明していることはあまり見受けられない。

しかし、最高裁判例(平成 13 年 11 月 27 日判決)は「医師は、患者の疾患の治療のために手術を実施するに当たっては、診療契約に基づき、特別の事情のない限り、患者に対し、疾患の診断(病名と病状)、実施予定の手術の内容、手術に付随する危険性、他に選択可能な治療方法があれば、その内容と利害得失、予後などについて説明すべき義務があると解される。」と判示しており、抜歯手術そのものに伴う危険性も当然に説明の対象となる。

つまり、抜歯手術を行うに際して、歯科医師は、患者に対し、抜歯を選択することおよび選択しないことの利益不利益を専門的見地から助言、説明し、患者が抜歯手術を行うかどうかを判断するための情報を与えて初めて説明義務を果たしたと言えるのである。

そして、患者に対する説明を実施したのであれば、それは必ずカルテに書き留めておくべきである。歯科医師のカルテは、処置名しか記載されていない場合が多く、後日説明の有無で紛争になった場合、説明した事実の立証が困難になることがある。カルテに数行の記載があれば勝てる裁判を負けてしまうのは、大変口惜しいことである。

なお、患者の口腔内の状態などによっては歯冠分割を選択することが適切でない場合もあると思われるが、その場合でも何故歯冠分割を選択しなかったのか、その理由を説明し、カルテに記録しておく必要がある。特に、本件裁判例のように歯科医師が死亡してしまった場合、カルテに記録を残しておかなければ立証は困難となる。

5. 最後に

本件裁判例では、右側オトガイ部および右側舌尖部の知覚麻痺、軽度の発語明瞭度の低下と咀嚼機能低下により後遺障害等級 12 級相当の後遺障害が認定された。後遺障害等級 12 級の場合、労働能力喪失率 14%と認定されることから、休業損害、後遺障害慰謝料、逸失利益などを合計した損害賠償額が、歯科の場合であっても 1,000 万円超となることは珍しくない^{*}。もっとも、知覚麻痺の場合、多くが後遺障害等級 14 級と認定されることが多いが、この場合でも年収や年齢によっては賠償額が 500 万円前後となることもある。

事故対応における説明で、下顎の水平埋伏智歯でも診療報酬点数が 1,150 点(平成 23 年 10 月現在)しかないのに、知覚麻痺が生じただけで何百万もの賠償をしなければならぬのはおかしい、と不満を言う歯科医師も少なくない。

しかし、抜歯手術も手術であり、身体への侵襲の程度も決して低いものではなく、事故としても本件のような骨折や神経損傷、時には術後感染による死亡という例もある。つまり、手術ミスによる悪しき結果の重大性は、報酬に比例するものではないということを

念頭に、たとえ抜歯手術であったとしても研鑽を怠らずに慎重に実施しなければいけない。

^{*}たとえば、後遺障害等級 12 級、40 歳、年収 500 万円の場合、逸失利益だけで $500 \text{ 万円} \times 0.14 \times 14.643 = 1,025 \text{ 万 } 100 \text{ 円}$ となる。14.643 はライブニッツ係数と呼ばれ、裁判上、就労可能年齢とされる 67 歳までの 27 年間の収入を計算する場合の係数である。

【参考文献】

判例時報 1986 号 118 頁

判例タイムズ 495 号 153 頁

抜歯の臨床(医歯薬出版株式会社)

【メディカルオンラインの関連文献】

- (1) [下顎埋伏智歯抜歯後に下顎骨病的骨折を生じた 1 例](#)
- (2) [親不知の抜歯と下顎骨の骨折](#)
- (3) [下顎埋伏智歯が下顎角部および関節突起部骨折の発生に与える影響](#)
- (4) [日本人における下顎埋伏智歯の抜歯後合併症の発症危険因子の探求](#)
- (5) [抜歯後の治癒](#)
- (6) [診療録電子化への課題と展望](#)
- (7) [インフォームド・コンセント―「先生におまかせします」ではだめなの？](#)
- (8) [下顎埋伏智歯抜歯時のパノラマ X 線写真と CT による知覚異常出現の予見](#)
- (9) [歯科臨床における神経損傷と継発する痛み](#)
- (10) [抜歯編](#)