

# 人工骨頭置換術後に左坐骨神経麻痺が生じた症例において、 医師の手技上の過失および説明義務違反が否定された事例

## メディカルオンライン医療裁判研究会

### 【概要】

患者(昭和28年生, 63歳女性)が, 人工骨頭置換術を受けた後, 左坐骨神経麻痺が生じた。この坐骨神経麻痺は, 担当医師が手術の手技を誤ったためであるとして, 患者は病院に対し, 損害賠償を求め, 仮に手技の誤りがなかったとしても, 医師は事前に坐骨神経損傷が生じ, 可動域制限が生じる危険性があることを説明するべきであったとして慰謝料を求めた。

しかし, 裁判所はいずれの請求も認めなかった。

キーワード:人工骨頭置換術, 神経麻痺, 手技上の過失, 説明義務

判決日(一審):奈良地方裁判所令和3年2月25日判決

結論:請求棄却

判決日(控訴審):大阪高等裁判所令和3年9月8日判決

結論:請求棄却

### 【事実経過】<sup>1) 2)</sup>

年月日	経過
平成28年 1月27日	患者Aが自宅で転倒し, H病院に救急搬送された。 ○医師による診察の結果, 左大腿骨頸部骨折と診断され, 1週間後に手術を行うと説明されたが, Aは痛みが強いなどを理由に早期の手術を希望し, 29日に手術予定となった。 ○医師は, 手術内容を図示し, 別紙も参照しながら同意書とともに手術内容やリスク等について説明した。 なお, 別紙には, もし骨髄炎が生じればただちに治療開始し, 症状が改善しない場合は人工骨頭を抜去しなければならないこともあり, この場合歩行はおそらく不可能となること, 手術の後遺障害として関節の変形・拘縮, 筋力の低下, 四肢の短縮, 慢性の骨髄炎, 目立つ傷跡, 種々の痛み・しびれ等が残る場合があることなどが記載されていた。 ○医師はこの別紙を読み上げ, これらの書面を交付して説明を行ったが, 坐骨神経損傷, 可動域制限という言葉を用いて説明することはしなかった。
1月29日(手術)	○医師が左股関節人工骨頭置換術を後方アプローチで実施した。 なお, 手術には助手1名, 麻酔担当としてP医師も参加した。

	<p>手術手順の概要には、まずAを左下側臥位の状態で固定、皮切予定部位に麻酔を注射し、10cm超程度の皮切を加え、大腿筋膜張筋を電気メスで展開、直下の滑液包を可及的に電気メスで切除。</p> <p>中殿筋を筋鉤で頭側にレトラクトし、梨状筋直下にエレバトリウムを挿入、電気メスで切断。そして大転子の付着部から外旋筋群を切除し、小転子が触れる程度に大腿方形筋も切除。関節包を大腿骨からT字に切開。</p> <p>エレバトリウムを2本差し込んで大腿骨頭を脱臼させ、骨折していた大腿骨頭を抜去し、ボーンソーでネックを切除。</p> <p>臼蓋のトライアルは48mmで吸着に問題がないことを確認し、箱ノミで大転子の後外側部を落とし、大腿骨をリーミングし、#7までラスピング。</p> <p>ネックは+6を用いることとして人工骨頭の挿入、固定を行った。</p> <p>洗浄し関節包を閉じSBDレートを留置し、関節包、梨状筋、外旋筋群を大転子に縫着し、筋膜、皮下、表皮を順次縫合して閉創した。</p> <p>Aは手術当日の夜、左足の痛みを訴えた。</p>
1月30日	<p>O医師の診察の結果、足関節の背屈運動、母指の伸展運動ができず、左前脛骨筋のMMTは0であった。</p>
1月31日	<p>足関節および足趾の背屈ができず、前脛骨筋および長母趾伸筋のMMTはいずれも1程度で下腿外側のしびれがみられた。</p> <p>O医師は術中または術後の悪い体位による腓骨頭部の圧迫によって腓骨神経麻痺が生じている可能性があると考え、筋力が戻るまで1ヵ月以上かかる旨Aに説明した。</p> <p>その後も、左下腿外側から左足背のしびれや疼痛の訴えがあり、少なくとも平成29年2月頃(約1年後)まで左前脛骨筋のMMTは0ないし1程度であった。</p>
3月1日	<p>P医師は神経が回復傾向にあるのかを判断するために筋電図検査の必要があると考え、I大学附属病院での筋電図検査を勧め、同院を紹介した。</p>
3月24日	<p>Aは腰部MRI検査を受け、L4/5椎間板ヘルニアと診断された。</p>
3月26日	<p>H病院を退院した。</p>
3月31日	<p>AはI大学附属病院を受診し、左下肢の筋電図検査を受けた。</p> <p>その結果、左坐骨神経麻痺(腓骨神経束)と診断され、検査結果と本件手術後に下垂足が出現していることから、手術部付近での坐骨神経の腓骨神経束のみのワーラー変性が生じているとし、腓骨頭での腓骨神経障害は否定されると判断された。</p>

## 【争点】

1. 手術手技の過失の有無
2. 説明義務違反の有無

## 【当事者の主張および判決の概要】<sup>1) 2)</sup>

### 1. 争点1(手術手技の過失)について

Aは、協力医の意見に基づき、坐骨神経の損傷を避けるためには、脂肪組織に覆われた坐骨神経の周囲を展開して、その位置をしっかりと確認し、操作の際は坐骨神経の位置を手術操作部位から遠ざけ、手術器具で保護すべき注意義務を負うところ、そもそも神

経の位置を確認して愛護的に操作していれば坐骨神経は損傷されないこと、また神経損傷回避のためには十分な視野の確保が重要で、一般には切開幅は10cm～15cmとされるが、手術記録に「7cm程度の皮切」とあり、本件は7cm程度の皮切に留まっていること、O医師は整形外科医になって約3年10ヵ月で手術の症例数も15件と経験が浅いことなどを総合考慮すれば、本件には手技上の過失があると主張した。

一方、H病院は、手術手技は医師によって異なり、Aの協力医の意見は単にその協力医の手法というだけであって、O医師は神経損傷回避のための措置を取っていた。本件坐骨神経麻痺は手技によるものかはわからず、術中または術後の悪姿勢による腓骨頭の圧迫など他の原因の可能性も否定できない。そもそも神経損傷回避の確立した予防法もなく、本件はAに後日腰部L4/5のヘルニアが確認されており、通常であれば遊びがあるため動いて自然に緊張を和らげるはずの坐骨神経が腰椎椎間板ヘルニアのある上流部分で圧迫されていることから自由に動かさず、術中の愛護的な操作にもかかわらず、通常以上の負荷(引っ張る力)が加わってしまったために損傷が生じた可能性が高い。そして、切開幅については10cm超で、O医師がいつも手術録に「7cm程度の皮切」という記載を行っていたためそのようにカルテに記載をしたに過ぎないなどと反論した。

本裁判所は、まず本件坐骨神経麻痺が生じた機序は、本件手術における何らかの操作が原因となって生じたものでH病院側が主張するような腓骨頭の圧迫などによって生じたものではないとした。その上で、手技上の過失について、細かい手技は医師によって異なり、A協力医も、脂肪組織内の神経を展開させるべきと意見する一方で、神経を展開せずとも脂肪組織ごと術野から保護するという手法であっても標準的な手技から外れるものではないとも述べていることからすると、Aの協力医の手法が標準的な手法とは認められない。そして、人工股関節全置換術におい

て神経損傷は原因が明らかでないことが多く、予防法も確立しておらず、人工骨頭置換術の方が全置換術よりも坐骨神経麻痺のリスクは小さいが、初回の人工股関節全置換術後の神経麻痺の頻度は約1%あり、坐骨神経麻痺が術後神経麻痺全体の79%を占めること、Aの協力医自身、神経損傷を100%確実に防ぐ方法はない旨述べていることからすれば、術者が坐骨神経の位置を確認して愛護的に処理すれば、坐骨神経が損傷されることがないとまでは認められない。

皮切の範囲に関する手術記録について、手術記録を作成したO医師が、手術の際に皮切の長さを正確に測定して記載したのではなく、人工骨頭置換術の際にはいつも「7cm程度の皮切を加えた」と記載していたことからそのように記載したに過ぎず、実際には13cm程度の皮切を行っていた旨述べているところ、Aは上記供述を覆す証拠を提出していない。そうすると、手術記録の記載をもって本件手術の際の切開幅が7cmであったとの事実を認めるに足りず、本件は10cm超程度の皮切を加えたと考えべきで、他にこれを認めるに足りる証拠はない。

以上から、O医師がAの主張する注意義務に違反したとは言えない。

## 2. 争点2(説明義務違反)について

Aは、仮に本件坐骨神経損傷が不可避的な合併症ならば、事前にそのような合併症が起り、可動域制限が生じる可能性があることを説明するべきであったが、O医師から説明は受けていないし、別紙の交付も受けていない。そもそも別紙には「痛み」「しびれ」の記載のみで坐骨神経損傷による可動域制限は記載されていない。これでは坐骨神経損傷のリスクの説明とは言えないと主張した。

一方、H病院は、同意書には別紙参照とあり、これによる説明も交付もしている。別紙には種々の痛み・しびれ等が残る場合があること、歩行困難、歩行不可

能になる可能性があることも記載されており、説明義務は尽くしていると反論した。

裁判所は、別紙による説明および交付はあったと認定し、確かに別紙には坐骨神経損傷による可動域制限については記載がなく、O 医師も坐骨神経損傷によって可動域制限が生じるとの言葉での説明はしていないが、他方で、大腿骨頸部骨折に対しては人工骨頭置換術以外の治療法は見当たらず、A が骨折による痛みを強く訴え、本件手術を強く希望していたことを考慮すると、客観的にも主観的にも人工骨頭置換術を受けないという選択肢を検討する余地は乏しかった。そして別紙には、骨髄炎により歩行が不可能となる可能性や、関節の変形・拘縮、種々の痛み・しびれ等が残る可能性も記載があることからすると、坐骨神経損傷による可動域制限という合併症が一定の確率で発生し得ることを説明しておく方が望ましいものの、坐骨神経損傷によるかはともかく、本件手術によって歩行が不可能になる可能性や可動域制限を伴う関節の変形・拘縮、種々の痛み・しびれ等が残る可能性について情報を提供している以上、A が本件手術を受けるか否かを決定するために熟慮し、決断することを助けるための説明として A の自己決定権を侵害するものとはいえず、医師の裁量の範囲を逸脱したものとはいえないと判示し、説明義務違反を認めなかった。

## 【コメント】

### 1. はじめに

本裁判例は、人工骨頭置換術後に坐骨神経麻痺が生じた症例において、医療機関の損害賠償義務の有無が争われた事案である。

このような術後神経麻痺症例は、ときに遭遇するが、法的には手技上の過失の有無、説明義務違反の有無、術後経過における治療の適否（適時の転医義務の有無も含む）などが争点になることが多く、いずれの争点もどのように評価するべきか悩むことも少なく

ない。

本裁判例は、これら典型論点のうち、手技上の過失と説明義務違反が争点になっており、これら争点に対して、裁判所がどのように考え、どのように判断するのかをみることで、今後の同種事案を検討するにあたって参考になると思われるため、紹介する。

### 2. 争点1(手技上の過失の有無について)

#### (1) 坐骨神経麻痺に至る客観的機序について

前述のとおり、術後神経麻痺症例の場合、手技上の過失の有無が争われることが多い。

もともと、手技上の過失が問題になるのは術後の神経麻痺が手術手技によって生じた場合であり、手術手技以外の原因によって神経麻痺が生じたのであれば手技上の過失は争点にはならない。

人工骨頭置換術の坐骨神経麻痺の場合、手術手技以外にも、術後の血腫、脚の過伸長による伸長、術後の腰椎椎間板ヘルニアによる坐骨神経麻痺の発症や、術中、術後の悪姿勢による腓骨頭の圧迫など医学的にはさまざまな原因が考えられ、これら他の原因によって神経麻痺が生じたのであれば、その原因に応じた過失が争点になるので注意されたい。

本裁判例でも、具体的な手技上の過失の有無を判断する前に、坐骨神経麻痺の原因を考察しており、医療機関側は、術後の悪姿勢による腓骨頭圧迫によって神経麻痺が生じたと主張したものの、裁判所は、後医における筋電図検査結果等の結果を考慮し、本件は手術操作によって神経損傷が起こった可能性が高いと判断し、医療機関側の主張を排斥した。

#### (2) 本件における手技上の過失の有無について

本件は手術操作により神経損傷が起こったと判断された上で手術手技上の過失が争われた。

##### ア 手術操作の詳細の確認について

手技上の過失があるかを評価する前にまず手術がどのような手順で行われたのか事実経過を確認する

必要がある。

この点、本裁判例では手術記録の皮切範囲の記載の信用性が争われた。すなわち、手術記録には皮切の範囲は 7cm 程度と記載があった一方で執刀医は実際の皮切の範囲は 10cm 以上と供述した。これに対し、裁判所は、手術記録ではなく、執刀医の供述を根拠に 10cm 超程度の皮切であったと認定したが、裁判所は判決文で「患者においてこの執刀医の供述を覆す証拠を提出していない」とも判示しており、皮切の範囲は実際の患者の身体の皮切部を確認すれば容易に判断可能であるにもかかわらず、患者がそれを明らかにしなかったという点が考慮されたものと解される。

裁判所が、必ずしもカルテの記載どおりに事実認定する訳ではないという一つの例ではあるものの、一般にはカルテの信用性は高く、その記載どおりに事実認定される場合が多く、本裁判例のような判示は例としては少なく、個別具体的事情に即したものと整理されるべきであろう。

#### イ 具体的な注意義務違反について

手術手技の詳細を確認した上で、具体的な手術手技の過失の有無については、当時の医療水準に反しているのか否かで評価、判断される。

この点について、患者は脂肪組織内の坐骨神経を展開して保護すべきであったと主張したが、裁判所は、神経を展開せずに脂肪組織ごと保護することも通常の手技の範囲内として患者の主張を排斥した。術後の神経麻痺の事案は、ときに神経麻痺という結果を重視し、医師の手技に何かしらの過失、落ち度があったのではないかと推測される危険性がある。しかし、本裁判例では、術中坐骨神経に一定の負荷がかかること自体は避け難いこと、どれほど詳細を検証しても時に原因不明ということもあり得ること、また本件患者には椎間板ヘルニアもあり、これら患者の既往症や体形など手技とは関係のない部分で坐骨神経麻痺の発生の有無が左右されることもあることなど

を考慮されている。このように客観的に手術手技が医療水準に反しているか否かを評価判断した本裁判例の判断過程は適切であった。

#### ウ 小括

このように術後神経損傷における過失の有無は、神経麻痺という結果を重視するのではなく、まずは詳細な手術手順の確認と、その手順が当時の医療の水準と異なるか否かという観点から考察することが重要になる。

### 3. 争点 2(説明義務違反の有無について)

本裁判例では、事前に坐骨神経麻痺が生じて機能障害が生じる可能性があることを説明するべきであったか否かが争われたが、この争点も術後神経損傷事案の典型論点の一つである。

この説明義務について、坐骨神経は緩みのある神経であり、術中の操作ではあまり負荷はかからず、実際の発生頻度も極めて僅少であることから、坐骨神経麻痺まで説明する必要はないとの意見があろう。実際、坐骨神経麻痺のリスクまで説明していない医療機関も少なくないように思われる。他方で、仮に発生頻度が僅少であるとは言え、人工骨頭置換術は術部が坐骨神経近くであり、坐骨神経麻痺が生じるリスクはあるのであり、一旦、坐骨神経麻痺が生じれば、下垂足など患者に与える影響も小さくないことから、坐骨神経損傷のリスクは事前に説明するべきとの意見もあろう。

この争点に対し、本裁判例は、結論として説明義務違反を否定した。もっとも、裁判所も、人工骨頭置換術の場合に、一般的、類型的に坐骨神経麻痺のリスクを説明する必要がないと判示して説明義務違反を否定したのではない。

むしろ、裁判所としても「坐骨神経損傷による可動域制限という合併症が一定の確率で発生し得ることを説明しておく方が望ましい」としており、本件の場合、そもそも患者に手術を受けないという選択肢がほぼ

ないこと、他の原因で知覚異常が生じる可能性があること、また歩行困難や歩行不能になる可能性があること自体は説明していることから、実質的には、患者が手術を受けるか否かを適切に判断できる程度の説明はされていると判示した。つまり、本裁判例は、本件具体的な事情において説明義務違反を否定したもので、一般に坐骨神経麻痺のリスクを説明しなくともよいとまで判示した訳ではないので注意されたい。

坐骨神経麻痺を説明していなければ必ず法的に説明義務違反になる訳ではないが、临床上は、人工骨頭置換術の坐骨神経麻痺のように術野近くに大事な神経や大事な血管がある場合には、事前にそのリスクも患者に提供し、患者が適切に手術を受けるか否かが判断できる対応が望ましいだろう。

#### 【参考文献】

- 1) ウエストロー
- 2) 医療判例解説 98 号 128 頁

#### 【メディカルオンラインの関連文献】

- ・ [第29回 高齢の胃癌患者が内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）後に死亡したケースにおいて説明義務違反があったとされた事例\\*\\*\\*](#)
- ・ [大腿骨頸部骨折に対するセメント使用人工骨頭置換術の臨床成績と安全性\\*\\*](#)
- ・ [整形外科領域における医療訴訟の解析\\*\\*\\*](#)
- ・ [第140回 審美目的の医療行為における説明義務を整形外科の事例から学ぶ\\*\\*](#)
- ・ [医原性神経損傷\\*\\*](#)

「\*」は判例に対する各文献の関連度を示す。