

インプラント埋入手術時に下歯槽神経を損傷した事例において、 術前検査に注意義務違反があると認定された事例

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

患者(女性, 当時20代)が, 被告の設置する歯科医院においてインプラント手術を受けた際に, 下歯槽神経の損傷が発生した。

患者は, 歯科医師には, 神経の走行位置を確認した上でインプラントの埋入方向や深度に注意しつつ施術すべき義務があったのにこれを怠り, その結果, 患者の左側三叉神経を損傷したとして, 被告に対し, 診療契約の債務不履行に基づく損害賠償として, 慰謝料約500万円の支払を求めた。

これに対し, 裁判所は, 被告に対し, 約290万円の支払いを命じた。

キーワード: 歯科, インプラント, 術前検査, レントゲン, CT

判決日: 大津地方裁判所令和4年1月14日判決

判決内容: 一部認容(約290万円)

【事実経過】¹⁾

年月日	経過
平成26年 11月20日	患者A(女性, 当時20代)は, H歯科医院を受診し(以下, 「初診時」という), 以降, 定期的に診察を受けていた。 O歯科医師は, 初診時, 患者Aの口腔内のパノラマレントゲンを撮影した(以下, 「本件写真」という)。
平成27年 9月21日	O歯科医師は, 他院で既に抜歯を受けた状態であったAの左奥歯2歯(左下6番および同7番)相当部にインプラント体を埋め込む手術をした(以下, 「本件手術」という)。 O歯科医師は, 本件手術後, Aの口腔内のパノラマレントゲンを撮影した。 ※なお, 当時, H歯科医院にCTを撮影する設備はなく, 本件手術に当たってCTは撮影されなかった。
平成28年 5月24日	Aは本件手術後, 定期的にH歯科医院を受診し, 術後の経過確認を受けた。
5月18日 ～6月3日	I歯科を受診し, ホワイトニングの施術を受けた。
平成29年	J歯科医院を受診し, 本件手術後にしびれが残っていることなどを相談し, CT設備のあるK診

10月25日	療所の紹介を受けた。 Aは、同日、K診療所を受診し、K診療所のP歯科医師は、下顎部のCTを撮影した。
平成30年 11月13日	AはL病院の歯科口腔外科を受診し、精密触覚機能検査を受けた。 その結果、Aは、担当医であるQ医師から「左側三叉神経障害(第3枝領域)」と診断された。

【争点】

・本件の争点は、以下の3点である。

- ① 本件手術により三叉神経が損傷したか
- ② 本件手術において O 歯科医師に術前検査を怠った過失があるか
- ③ 慰謝料額および A から相当な痛みや麻痺があるとの申出がなかったこと等に過失相殺が認められるかどうか

本稿においては、②に絞って検討する。

【当事者の主張】¹⁾

1. 患者A側の主張

O歯科医師は、本件手術に当たり、診療契約上、三叉神経等を損傷しないようにCTを撮影するなどの術前検査を行って神経の走行位置を確認し、埋入方向や深度に注意を払うべき注意義務があった。

しかし、O歯科医師は、同注意義務を怠り、術前検査としてCTを撮影せず、インプラント手術用に撮影されたものでない写真のみを元に本件手術を行い、下歯槽神経の走行位置が実際の位置より下方にあると誤診し、使用するインプラントのサイズや埋め込み深度を決定した。

その結果、O歯科医師は、インプラント体をAの下歯槽神経に至るまで埋入してしまった。

2. O歯科医師側の主張

患者A側の主張のうち、一般に、インプラント手術

に当たる歯科医師に患者側の主張するような注意義務があること自体は争わないが、それ以外の主張は争う。

患者A側は、CTを撮影していない点が注意義務違反であるかのような主張をするが、インプラントを行うすべての症例でCT撮影が求められことはなく、現にCTを撮影する装置を持たない歯科医院でもインプラント手術が多数行われていることからすれば、その主張は認められない。

また、O歯科医師は、本件手術に先立ち撮影していた写真があったところ、口腔模型を作成し、下歯槽神経までの距離や骨量等を確認し、インプラント体の埋入方向や深度に注意を払って施術しているから、同注意義務に違反していない。

【裁判所の判断】¹⁾

1. 認定された事実

本件手術において、O 歯科医師が、A の左下 6 番および 7 番相当部にインプラント体を埋入したことは当事者間に争いがない。

各摘示の証拠および弁論の全趣旨によれば、以下の事実が認められる。

- ① 本件 CT 画像上、当該インプラント体は A の下顎管に明らかに触れていると読影できること。
- ② それ故、当該インプラント体が、A の三叉神経(下顎神経)に著しく近接し、圧迫している可能性は十

分にあるといえること。

- ③ 少なくとも平成 25 年 3 月時点の歯科治療における一般的な知見として、歯科インプラント治療に関わる代表的な偶発症として、下顎臼歯部の手術における下歯槽神経損傷の頻度が高いため、CT 等を用いた術前検査にて神経の走行を確認し、埋入方向や深度に注意を払う必要があることが認識されていたこと。
- ④ A は、本件手術の翌日以降、痛みや腫れ、左下口角付近にビリビリとした違和感があり、皮膚を指で押さえてもそれが分からないといった知覚鈍麻の症状を訴えていて、その神経症状がその後残存していること。
- ⑤ A は、平成 30 年 11 月 13 日、L 病院の歯科口腔外科における診察の結果、左側三叉神経障害と診断されたこと。
- ⑥ ①②のとおり読影できることは、P 歯科医師が明確に述べている内容であり、パノラマレントゲン写真だけを見た J 歯科医院の歯科医師も「インプラント先端部と下歯槽管の重なりが認められる」と P 歯科医師の読影に沿う診断をし、当裁判所が選任した専門委員（歯科医師）も両歯科医師の読影に沿う説明をしていること。
- ⑦ O 歯科医師は、本件手術によって埋め込まれたインプラント体の先端は、原告の下歯槽神経から 3mm 程度距離があるとして本件手術によって埋入されたインプラント体が A の下歯槽神経を圧迫している事実自体を否認するものの、⑥によれば、その主張は誤解といえること。

これらの事実によれば、歯科インプラント治療に関わる代表的な偶発症と同様に、本件手術によって埋入されたインプラント体が A の下顎管に触れ、三叉神経を圧迫したことによって、A に左側三叉神経障害が生じた事実が推認される。

2. 過失についての判断

前記 1 で認定したとおり、少なくとも平成 25 年 3 月時点の歯科治療における一般的な知見として、歯科インプラント治療に関わる代表的な偶発症として、下顎臼歯部の手術における下歯槽神経損傷の頻度が高いため、CT 等を用いた術前検査にて神経の走行を確認し、埋入方向や深度に注意を払う必要があることが認識されていた。

A と O 歯科医師との間の診療契約上、この神経損傷を生じさせないため、適切な術前検査をして神経の走行位置を確認し、インプラント体の埋入方向や深度に注意を払うべき注意義務が O 歯科医師にあったこと自体は本件でも特段争われていない。

これを前提に、O 歯科医師は、本件手術に先立ち撮影していた写真が存在し、口腔模型を作成した上で本件手術を行ったので、同義務の違反はない旨の主張をする。

しかし、CT 画像を撮影すれば、本件手術によって埋入されたインプラントの先端が下顎管に重なる位置に達すると分かり、パノラマレントゲン写真であったとしても、そのような読影をし得ること、つまり、O 歯科医師は、そもそもそのような読影をせず、下歯槽管がより下方（顎側）にあると誤解していたといえる。

そして、この誤解をしていた O 歯科医師が、本件手術に先立ち、かつて撮影していた写真を見た以上に、下歯槽管の位置を正確に把握しようと努めたことについての具体的な主張立証はない。なお、口腔模型によって歯茎内部の構造を正確に把握することはできないから、口腔模型を作成した点を捉えて、上記の注意義務を果たしたことにはならない。

そうすると、O 歯科医師は、下顎臼歯部の手術における下歯槽神経損傷というインプラント治療に関わる代表的な偶発症を発生させないようにするための適切な検討を尽くしたと認められないから、上記の注意義務に反した過失があったと認められる。

【コメント】

1. 歯科紛争の現状

裁判所の調査における、令和5年の医事関係訴訟事件(地裁)の診療科目別既済件数(速報値)では、合計759件中、内科189件(24.9%)、外科106件(14.0%)に次いで、歯科は99件(13.0%)と3番目に多く²⁾、患者とトラブルになった案件のすべてが訴訟に至るわけではないものの、医科のみならず歯科も相応の訴訟リスクがあるといえる。

本裁判例は、インプラント埋入手術時に下歯槽神経が損傷したことについての責任を問われた事例である。同事例は、インプラント治療のトラブルとして好発事例と考えられ、今後のトラブル予防を考える際の参考になるため紹介する。

2. 東京地裁平成20年12月24日判決(以下、「平成20年裁判例」という)

本裁判例を検討するに当たり、類似裁判例として平成20年裁判例を紹介する。

平成20年裁判例は、平成14年のインプラント手術において、手術前にCTを撮影せず下顎管等までの距離を正確に把握せずに手術を行った等の過失により、神経麻痺による知覚異常等の後遺障害が残ったとして、患者が手術を担当した歯科医師に対し、賠償金の支払を求めた事案である。

裁判所は、下顎管等からインプラント体先端部までの適切な距離を取るため、CT撮影による三次元的診断を行うことが望ましいとはいえるものの、メジャーテープを用いたパノラレントゲン写真により距離を確認するのも有用であると判断した。その上で、本件で手術を担当した歯科医師は、手術に先立ち、パノラレントゲン写真およびデンタルX線写真を撮影し、パノラレントゲン写真上にメジャーテープを当てて、下顎管等までの距離を測定し、骨の幅について、触診や口腔内所見(肉眼)により確認しているため、注意義務違反は認められないと判断した。

3. 本裁判例と平成20年裁判例との比較

(1) 両裁判例の結論および判断基準の比較

結論として、本裁判例は注意義務違反を認めた一方、平成20年裁判例は注意義務違反を認めなかった。

両裁判例の共通点は、術前にCTを撮影しなかった点であるが、いずれも、インプラント埋入手術における術前検査としてCTを撮影していないこと自体を注意義務違反と認定したものではない。

また、本裁判例は、CT画像を撮影すれば、本件手術によって埋入されたインプラントの先端が下歯槽管に重なる位置に達するかどうかを判断できるとしてCT画像の有用性を指摘する。平成20年裁判例も、CT撮影による三次元的診断を行うことが望ましいとCT画像の有用性を指摘する。

そして、注意義務違反の判断基準としては、両裁判例とも、インプラント埋入手術には下歯槽神経損傷のリスクがあることを念頭に、この神経損傷を生じさせないため、適切な術前検査をして神経の走行位置を確認し、インプラント体の埋入方向や深度に注意を払ったかどうかであるとした。

その上で、両裁判例の結論を左右したのは、術前検査の方法、同検査結果の評価検討の有無から、インプラント体の埋入方向や深度に注意を払って治療したと判断されたかどうかである。

(2) 両裁判例の事実認定の比較

(ア) 平成20年裁判例において認定された歯科医師の行った術前検査

平成20年裁判例において認定された歯科医師の行った術前検査は、手術に先立つ、①パノラレントゲン写真およびデンタルX線写真の撮影、②パノラレントゲン写真上にメジャーテープを当てて下顎管等までの距離を測定、③触診や口腔内所見(肉眼)による骨幅の確認である。

平成20年裁判例は、下顎管までの距離を正確に確認するには、デンタルフィルムにメジャーテー

プを貼り平行法で撮影する等の方法が有用であることを認定し、手術に先立ち、上記①～③の検査を行っていたことは、インプラント体の埋入方向や深度に注意を払って治療したといえると判断した。

(イ) 本裁判例で認定された歯科医師の行った術前検査

本裁判例で認定された歯科医師の行った術前検査は、①初診時(手術10ヵ月前)のパノラマレントゲン写真の撮影、②口腔模型の作成である。

本裁判例は、パノラマレントゲン写真であったとしても、本件手術によって埋入されたインプラントの先端が下歯槽管に重なる位置に達すると分かりそのような読影をし得ると評価した。また、口腔模型では歯茎内部の構造を正確に把握することはできないとした。

○歯科医師は、本件手術に先立ち、パノラマレントゲン写真等を撮影しておらず初診時のパノラマレントゲン写真を使用している。また、パノラマレントゲン写真を利用して下顎管との距離を測定していない。さらに、口腔模型を作成しても歯茎内部の構造を正確に把握することはできないため、下顎管との距離を測定したとはいえない。そのため、本裁判例は、上記①②の検査では、インプラント体の埋入方向や深度に注意を払って治療したといえないと判断した。

(3) 小括

上記の通り、両裁判例では、具体的な術前検査の有無、同検査の評価検討の方法から、インプラント体の埋入方向や深度に注意を払って治療したといえるかどうかが判断された。

結論を左右したのは、CTを撮影したかどうかという点より、歯科医院が有していた検査機器(パノラマレントゲン写真等)等の設備を有効活用してインプラント体と下顎管との距離を正確に把握し下歯槽神経損傷のリスクを回避しようとしていたかどうかであった。

4. 今後の対応

CTを導入している歯科医院では、CT画像の三次元的な情報により、骨の厚みや高さおよび血管や神経の走行位置の把握、骨密度の確認をすることができる。CT画像から得られる情報を最大限利用して、神経損傷等のリスク回避に務めるべきであろう。尚、裁判上では、神経損傷との関係で、CTを撮影してさえいれば、インプラント埋入手術の術前検査として必要な検討を尽くしたと認定されるわけではないので注意すべきである。

CTを導入していない歯科医院では、CT画像により得られる三次元的な情報が不足している。

そこで、インプラント埋入手術の前に、CTを設置している提携歯科医院でCT撮影を依頼することが考えられる。また、インプラント埋入手術の前にパノラマレントゲン写真やデンタルX線写真を撮影し、これら二次元的な情報しか得られない画像では神経損傷等のリスクを回避できるかどうか判断できない場合には、CTを設置している提携歯科医院に撮影を依頼するようにするなど、各歯科医院でスクリーニング基準を設けて、提携先との連携方法を検討しても良いだろう。

また、本裁判例は、術前にCTを撮影しなかったという点に過失を認めたものではないものの、實際上、CTを撮影せずにインプラント体の埋入を行う場合はそうでない場合に比べ神経損傷等のリスクが高いと考えられる。そのため、上記のように、できる限りCTを撮影できるような体制を整備すべきだろう。

最後に、インプラント埋入手術の術前検査には、歯列、咬合、審美、発語等のさまざまな検討事項があるため、神経損傷のリスク回避のみに注力することは難しいと思われる。しかし、同手術は、神経損傷という重大な結果を引き起こすリスクがある以上、当該歯科医院の設備を最大限に有効活用し、場合によっては他院と連携することで、個別症例ごとに適切な対応を検討すべきであろう。

【出典・参考文献】

- 1) ウエストロー
- 2) [医事関係訴訟に関する統計](#)

【メディカルオンラインの関連文献】

- ・ [下歯槽神経麻痺***](#)
- ・ [歯科用インプラントによる下歯槽神経損傷後の治療経過に関する実験的研究**](#)
- ・ [1 経過観察と臨床統計からインプラントの治療効果を探る**](#)
- ・ [V-1. 歯科治療による下歯槽神経損傷に関する一考察**](#)
- ・ [インプラント治療における下顎管の解剖：先人から学び、新たな知見を再考する**](#)

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。