

平成19年7月26日判決言渡 同日原本領収 裁判所書記官

平成16年(ワ)第18142号 損害賠償請求事件

口頭弁論終結日 平成19年5月17日

判 決

主 文

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

事 実 及 び 理 由

第1 請求

被告らは、原告に対し、連帯して4092万5949円及びこれに対する平成13年5月8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

本件は、被告学校法人A大学（以下「被告法人」という。）の開設するA大学病院（以下「被告病院」という。）において歯科診療を受けた原告が、これを契機に、その際の担当医師であった被告B歯科診療所ことC（以下「被告C」という。）からB歯科診療所（以下「被告診療所」という。）においてインプラント手術を受けるようになり、その際の被告Cの手技上の過失により、術後、上顎洞炎を発症し、また、咀嚼に支障が生じるなどの障害を負ったと主張して、被告らに対し、診療契約の債務不履行又は不法行為に基づき、損害賠償を請求する事案である。

1 前提事実（証拠を掲記しない事実は、当事者間に争いがない。）

(1) 当事者

ア 原告

原告は、昭和42年 月 日生まれの女性である。

イ 被告ら

(ア) 被告法人は、被告病院を開設する学校法人である。

(イ) 被告Cは、平成13年4月当時、被告病院歯科口腔外科に口腔外科・インプラント外来の非常勤講師として勤務し、また、被告診療所を院長として実質的に運営していた歯科医師である(乙C1, 2)。

(2) 診療経過

ア 原告は、平成13年から被告病院外科及びD医療センターに通院していたところ、同年4月27日、被告病院歯科口腔外科を受診した。

同日の診察において、原告が、右上臼歯部の動揺を訴えたところ、同日、被告病院に非常勤講師として勤務していた被告Cが診察し、レントゲン撮影を行った後、原告に対し、経過不良となっている右上6番(右上顎第1大臼歯)を抜歯し、抜歯後には入れ歯かインプラントしかないと述べたうえ、インプラント手術についての説明を行った。

イ 同日午後、原告は、被告診療所を訪れ、インプラント手術を受けることを同意した。ここに、原告と被告Cとの間で、インプラント治療についての診療契約が成立した。

ウ 平成13年5月2日、原告は、被告診療所において、被告Cにより、右上6番の抜歯を受けた。

エ 平成13年5月8日、被告Cは、原告に対し、被告診療所において、インプラント手術(以下「本件インプラント術」という。)を施行した。同手術において、被告Cは、右上4番(右上顎第1小臼歯)及び5番(右上顎第2小臼歯)相当部に直径4.5mm、長さ13mmのインプラント体を、右上6番の抜歯窩に直径5.5mm、長さ10mmのインプラント体をそれぞれ埋入した(丙A1・2頁)。

オ 平成13年8月31日、被告Cは、被告診療所において、原告の右上4番から6番相当部にインプラントの上部構造物を装着した(丙A1・3頁)。

カ 原告は、平成14年5月21日、E歯科医院で右上7番（右上顎第2大臼歯）の歯周炎急性発作を指摘され、また、同月30日、インプラントによる歯性上顎洞炎の疑いがあるとして、被告病院にかかるよう指示された（丙A9・1，4頁）。

キ 平成14年5月31日、原告は、右顔面痛、歯痛、頭痛等を主訴に、被告病院耳鼻咽喉科を受診し、右上顎洞炎との診断を受け、同年6月3日から同月14日まで、同科に入院して治療を受けた（乙A2・4ないし7頁）。

ク 平成14年6月12日、原告は、F大学歯学部附属病院で、右頬部の圧痛、右鼻閉感の原因を精査する目的で診察を受け、右上顎洞炎と診断された。同月18日、同病院で、原告の右上7番の抜歯が行われた（丙A10・1，8頁）。

ケ 平成14年8月10日から、原告は、G病院で診察を受けた。同年9月17日、同病院の担当医師は、同日のカルテに原告の上顎洞炎は治癒の状態であると記載した（丙A12・17頁）。

コ 平成18年7月13日、原告は、H大学病院歯科医療センターにおいて、右上6番のインプラント体を抜去する手術を受けた。同時点においては、右上6番のインプラント周囲骨はインプラント中部に強硬にインテグレーション（骨組織との直接の結合）を起こしており、インプラント体を外した窩からは、洞粘膜が視認できる状態であった（甲B16・18，19頁）。

サ 被告診療所におけるその余の診療経過は、別紙「診療経過一覧表（B歯科診療所分）」（略）記載のとおりであり、被告病院におけるその余の診療経過は、別紙「診療経過一覧表（A大学病院分）」（略）記載のとおりであり、他院におけるその余の診療経過は、別紙「診療経過一覧表（他院分）」（略）記載のとおりである（ただし、当事者の主張が相違する部分

を除く。)。

2 争点

(1) 手技上の過失の有無

ア インプラント体を洞粘膜（シュナイダー膜）に貫通させることにより，易感染状態にさせた過失の有無（主位的主張）

（原告の主張）

(ア) 本件インプラント術を施行するに当たり，被告Cには，インプラント体を洞粘膜に貫通させずに上顎骨に埋入すべき手技上の注意義務があった。

(イ) にもかかわらず，被告Cは，上記注意義務を怠り，インプラント体を上顎骨を経て洞粘膜に貫通させ，易感染状態を招き，原告に上顎洞炎を発症させた。

(ウ) インプラント体が洞粘膜を貫通したことは，以下の点から推認できる。

a 画像診断

平成14年10月17日にI病院（以下「I病院」という。）において撮影されたCT画像（丙A20の25）上，インプラント体の先端が骨組織の一部であると思われる灰色がかった部分を突き抜け黒色の部分に位置しており，インプラント体が上顎洞に交通していることが見てとれる。

また，同病院の担当医師は，原告に対し，上記CT画像について，インプラント体が上顎洞に突き抜けている旨の説明をした。

b 検査報告書，診療情報提供書等の記載

(a) F大学歯学部附属病院関係

平成14年7月12日におけるF大学医学部附属病院放射線科医師作成の報告書（丙A10・10頁）には，「遠心側のインプラン

ト体は上顎洞内に露出している。」との記載がある。

なお、F大学歯学部附属病院のJ医師（以下「J医師」という。）は、平成15年10月28日、原告に対して、インプラント体は洞粘膜を突き抜けていないと発言したが、それは、その際に検討したCT画像（丙A17、平成14年8月8日撮影）上、洞粘膜が上顎洞炎のために肥厚している状態であったために、インプラント体が洞粘膜を突き抜けていないように写っていたにすぎない。

(b) G病院耳鼻咽喉科関係

平成14年8月10日付けG病院耳鼻咽喉科医師作成の診療情報提供書（丙A12）には、治癒が遷延している一因としてインプラントの上顎洞内への露出の影響が懸念されるとの記載がある。

また、同病院の担当医師は、CTを読影した結果として、インプラント体の1つについて確実に上顎洞内に突出していると判断している。

c インプラント体抜去時の所見

原告が平成18年7月13日、H大学病院歯科医療センターにおいて、インプラント体を抜去した時点で、窩から洞粘膜を視認することができた。これは、右上6番のインプラント体は上顎骨を貫通した状態であったということである。そして、洞粘膜の厚さが通常0.13mmから0.15mmであることに照らせば、上顎骨を貫通したインプラント体は、貫通時に洞粘膜をも貫通していた可能性が高い。インプラント体の抜去時に洞粘膜の穿孔が認められなかったのは、経過中に洞粘膜が再生したからであると考えられる。

（被告らの主張）

(ア) 本件インプラント術において、被告Cは、インプラント体を洞粘膜に貫通させていない。

a 被告Cは、本件インプラント術において、インプラント体を埋入する箇所にインプラント窩を形成したが、その際、ゾンデ（消息子）にて上顎洞との交通がないことを確認している。

また、インプラント体埋入後には、レントゲン写真（丙A5）でも確認している。上顎洞との交通が生じていたとすれば、レントゲン写真上、上顎洞内の出血の状況が示唆されるはずであるが、上記レントゲン写真にはそのような所見は認められない。

b 仮に原告が主張するように、インプラント体を洞粘膜に貫通させたのであれば、その直後に出血し、インプラント体を埋入した部位に著しい腫脹が生じるはずである。しかし、本件インプラント術後、原告にそのような症状は現れていない。

c 原告の指摘するI病院のCT画像（丙A20の25）では、インプラント体は上顎骨を貫通しているが、洞粘膜を突き抜けて上顎洞内に穿孔を生じさせてはいない。洞粘膜の厚さは、0.13mmから0.5mmであり、画像には鮮明に描出されないから、上記画像所見からインプラント体が上顎洞に穿孔を生じさせていると判断することはできない。

また、同病院の診療録に、インプラント体が上顎洞内に突き抜けている旨の記載はない。

d 原告は、平成15年4月24日、Sにおいて、被告Cの装着したインプラントの上部構造物だけを除去して、インプラント体は抜去せずに仮歯を作成し、また、同年7月3日、R歯科医院において、上部構造物を再作成した。これは、いずれの時点においても、インプラント体の埋入状況には問題がなかったことを示すものである。

e 原告が平成18年7月13日にインプラント体を抜去した時点で、洞粘膜の穿孔がなかったことが認められている（甲B16・18頁）。

(イ) 仮に本件インプラント術によって上顎洞穿孔を生じ，原告に易感染状態が生じたのであれば，術後，インプラント体の動揺，脱落が生じたはずであり，インプラント体が平成18年7月13日に抜去されるまで埋入されたままの状態であったのは不自然である。

よって，本件インプラント術によって原告に易感染状態が生じたとは考えられない。

イ 仮にインプラント体を洞粘膜に貫通させなかったとしても，上顎骨に貫通させ，洞粘膜と接触させた過失の有無（予備的主張）

（原告の主張）

仮に，インプラント体が洞粘膜を貫通していないとしても，被告Cには，本件インプラント術において，インプラント体を上顎骨に貫通させ，洞粘膜と接触させることにより易感染状態を招いた点に注意義務違反が存在する。

（被告らの主張）

インプラント体で上顎骨を貫通させたとしても，洞粘膜を貫通していなければ，易感染状態にはならず，問題は生じない。

インプラント体で上顎骨を貫通させたうえ，洞粘膜を貫通させないように挙上する施術方法も存在するのであり，インプラント体を上顎骨に貫通させないようにするべき注意義務はない。

(2) 因果関係の有無

（原告の主張）

ア 前記(1)の手技上の注意義務違反により，インプラント体が上顎洞に貫通し，またインプラント体の装着が不十分な状態となって，上顎洞が口腔内と交通し，易感染状態が生じたために，原告は，上顎洞炎を発症し，またインプラント体を埋入した部位で十分に咀嚼ができない状態となったものであるから，前記(1)の手技上の注意義務違反と原告の上記症状との間

には因果関係がある。

イ 本件インプラント術が上顎洞炎発症の原因であることは、以下の点から推認される。

(ア) F大学歯学部附属病院のJ医師は、平成14年6月18日、原告の症状を右上顎洞炎と診断したが、その原因としては、右上7番の根尖病巣か右上6番のインプラント体埋入による感染が考えられると診断した(甲A2)。

(イ) F大学歯学部附属病院インプラント科のK医師も「上顎洞炎はインプラントが発端となっている」との見解を示していた(丙A10・7頁)。

(ウ) 原告に上顎洞炎の症状が出現したのは、本件インプラント術後からであり、術前にそのような症状はみられなかった。

ウ 被告らは、右上7番の根尖性歯周炎が上顎洞炎の原因であると主張するが、右上7番の根尖相当部に5mm程度の嚢胞が認められたのであるから、歯根の状態が外部に影響を与えていなかったと考えられること、右上7番抜歯後も、上顎洞炎が完治したわけではないことに照らせば、被告らの主張は理由がない。

(被告らの主張)

以下の点からすれば、本件インプラント術によって易感染状態が生じたことが原因で上顎洞炎が発症したとは考えられない。

ア インプラント体が上顎洞に穿孔を生じさせていたとすれば、本件インプラント術直後から長期にわたり腫脹が生じ、また感染が生じて、インプラント体の動揺、脱落を起こすはずであるが、原告にそのような症状は全くみられなかった。平成14年4月3日のL歯科医院での診断時点では、原告に上顎洞炎は発症していない。

イ J医師は、平成14年6月18日付け診断書(甲A2)では、原告の上

顎洞炎は右上7番の根尖病巣か右上6番のインプラント体埋入による感染が考えられるとしていたが、その後、右上7番抜歯後に症状が改善した治療経過を踏まえ、同年8月6日には、上顎洞炎の原因は右上7番の根尖性歯周炎による可能性が大きい旨記載している（丙A10・13頁）。また、K医師も、「上顎洞炎はインプラントが発端となっているが、右上7番の方が原因として考えられるのでは？」と記載している（丙A10・7頁）。

ウ 原告の上顎洞炎は平成14年8月ころには完治していたものの、インプラント体は、平成18年7月13日に抜去されるまで埋入されたままの状態であり、脱落が生じなかった。

(3) 被告法人の責任

(原告の主張)

原告は、平成13年4月27日、被告病院歯科口腔外科を受診し、被告法人との間で、歯科治療に関する診療契約を締結した。その後、原告は被告Cの治療を受けたが、原告は、被告法人に属する医師の治療を受けているものとばかり思っていた。

被告法人は、被告Cが、被告病院内で、被告法人の履行補助者として診察することを許していたのであるから、医療過誤について、被告Cと共同して責任を負うべきである。

よって、原告は、被告法人に対しても、不法行為（使用者責任）又は診療契約の債務不履行に基づき、損害賠償請求権を有する。

(被告法人の主張)

被告法人が被告Cのインプラント治療に関する法的責任を負うことはない。

ア 診療契約の内容について

被告Cは、平成13年4月27日、被告病院における具体的な治療方針を策定しないまま、他院である被告診療所について紹介し、被告病院での同日の診療を終えている。したがって、被告病院と原告との間に、具体的

な治療行為を内容とする診療契約は締結されていない。

イ 被告法人と被告Cの関係について

(ア) 被告法人と被告Cの使用関係

被告Cは、平成13年4月27日当時、被告病院歯科口腔外科の所属医師として、診療を担当する日（毎週金曜日）に患者に対する診療行為をしていた。

被告Cが被告病院において診療を担当する日（曜日）以外の日について、被告法人と被告Cとの間に、他院への派遣を含め使用関係はなかった。

(イ) 被告法人と被告診療所の関係

被告診療所は、被告法人とは法人格を別にする独立した医療機関であって、関連病院でもなければ、被告病院からの医師派遣等も行われておらず、被告病院とは何の関係性もない。

(4) 損害

(原告の主張)

原告の上顎洞炎の影響は全身に及び、原告には、炎症による粘膜肥厚、口腔内への排膿が認められたほか、未だに嚙めない、嚙むと痛い等の状況が続いている。また、原告は、（居住地）から東京へ1日がかかりで治療に赴くために仕事を辞めざるを得ず、次のとおり損害を被った。

ア 治療費（平成15年末まで）	314万9999円
イ 通院交通費，宿泊費	107万5950円
(ア) 交通費	88万2200円
(イ) 宿泊費	19万3750円
ウ 休業損害	3000万円
エ 慰謝料	300万円
オ 弁護士費用	370万円

カ まとめ

よって、原告は、被告らに対し、診療契約の債務不履行又は不法行為に基づき、連帯して、損害賠償金4092万5949円及びこれに対する不法行為の日である平成13年5月8日から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金を支払うよう求める。

(被告らの主張)

原告の主張は争う。

第3 当裁判所の判断

1 認定事実

前記前提事実のほか、証拠（各認定事実の後に掲記する。）及び弁論の全趣旨によれば、原告の診療経過について、以下の事実が認められる。

(1) 被告診療所受診までの経過

平成13年4月27日、原告は、被告病院歯科口腔外科を受診し、同日被告病院に非常勤講師として勤務していた被告Cの診察を受け、右上臼歯部の動揺を訴えた。被告Cは、デンタルX線写真及びパノラマX線写真を撮影し、原告に対し、経過不良となっている右上6番を抜歯し、抜歯後には入れ歯かインプラントしかないと述べた上、インプラント手術についての説明を行い、さらに、被告病院では月2、3回程度の診察、治療しかできないが、被告診療所であれば毎日診察していること等を話して、午後に被告診療所に来るよう指示した（乙A1・1、4、6頁、乙A8、9、丙A21、被告C反訳書1・3頁）。

(2) 被告診療所における診療経過

ア 平成13年4月27日午後、原告は、被告診療所を受診し、被告Cに対し、インプラント手術を受けることを同意した（丙A2・2頁、丙A21）。

イ 平成13年5月2日、被告Cは、原告の右上6番の抜歯を行い、抜歯後、

パノラマX線写真を撮影した。同画像上、上顎洞に炎症所見は認められなかった（丙A 2・2頁，丙A 3，4，21，被告C反訳書1・3，4頁）。

ウ 平成13年5月8日，被告Cは，原告に対し，右上4番，5番相当部に直径4.5mm，長さ13mmのインプラント体を，右上6番の抜歯窩に直径5.5mm，長さ10mmのインプラント体をそれぞれ埋入し（本件インプラント術），術後，パノラマX線写真を撮影した。同画像上，上顎洞内に出血は認められなかった（丙A 1・2頁，丙A 5，6，21，被告C反訳書1・5，6頁）。

エ 平成13年8月1日，被告Cは，原告のインプラント体に動揺がないことを確認した（丙A 1・3頁）

オ 平成13年8月31日，被告Cは，原告の右上4番から6番相当部にインプラントの上部構造物を装着した（丙A 1・3頁，丙A 21）。

(3) その後の診療経過

ア 被告病院

平成14年1月30日，原告は，被告病院歯科でインプラントの定期検診を受けた。その際，原告は，被告病院の担当医師に，下顎前歯の冷水痛を訴えたのみで，右下1番，左下2番，3番について知覚過敏の処置を受けた（乙A 1・6頁）。

イ L 歯科医院

平成14年4月3日，原告は，右上7番歯周炎等の病名でL 歯科医院の受診を開始し，レントゲン検査，歯周疾患に対する処置等を受けた（丙A 15・2，3頁，丙A 18）。

ウ E 歯科医院

平成14年5月16日，原告は，右上7番歯周炎等の病名でE 歯科医院の受診を開始した。そして，同月21日，右上7番の歯周炎急性発作を指摘され，同月30日，右上5，6番インプラント歯性上顎洞炎の疑いがあ

るとされ、被告病院口腔外科を受診するよう指示された（丙A9・1ないし4，6頁）。

エ 被告病院

平成14年5月31日、原告は、右顔面痛、歯痛、頭痛等を主訴に、被告病院耳鼻咽喉科及び口腔外科を受診した。その際、原告は、被告病院の担当医師に対し、平成13年5月にインプラント手術を受け、直後から鼻閉塞、頭痛等が起こったこと、2週間前から再び鼻閉塞が起こり、近医を受診したところ、インプラントが上顎洞に突出していると指摘されたことを訴えた。被告病院の担当医師は、同日、原告の右中鼻道から多量の膿性鼻汁の排出が認められ、レントゲン検査の結果右上顎洞に陰影が認められたことから、右上顎洞炎と診断し、パントモ画像（パノラマX線写真）上、インプラントの動揺はなく、インプラントに問題は見られないので、上顎洞炎とインプラントの因果関係は不明であると判断した。そして、原告に対し、入院のうえ、抗生剤点滴等の治療を開始した（乙A1・7頁，乙A2・4ないし7，14頁）。

オ F大学歯学部附属病院

(ア) 平成14年6月12日、原告は、右頬部の圧痛、右鼻閉感の原因を精査する目的で、F大学歯学部附属病院口腔外科及びインプラント科を受診し、右上顎洞炎と診断された。所見としては、右頬部圧痛及び鼻閉感が認められ、鼻水に膿が混ざっている状態であり、右上7番及び遠心インプラント（右上6番インプラント）の根尖相当分に圧痛が認められた。同日撮影されたパントモ画像上、右上顎洞の不透過性が亢進しており、右上7番の根管治療が不十分で、遠心インプラント周囲に骨吸収が認められた（丙A10・2，3，6頁）。

また、同日の診療録には、「インプラント科Dr Kによると、遠心インプラントはインテグレーションしていないかもしれないが、上部構造を

こわす覚悟でとらないと実際のところはわからない。上顎洞炎はインプラントが発端となっているが、右上7番の方が原因として考えられるのではないかとのこと」との記載がされた。

そして、口腔外科のJ医師は、上顎洞炎の原因として、本来右上顎洞に慢性炎症があり、インプラント埋入により急性化したか、右上7番の根尖病巣によるか、右上6番インプラント埋入によるかのいずれもあり得ると考え、まずは右上7番の根管治療を行い、経過をみて、必要があれば右上7番の抜歯、右上6番インプラントの抜去を行うこととした（丙A10・7，8頁）。

(イ) 平成14年6月18日、原告は、右上7番フルキャストクラウン（鋳造された金属のかぶせ物）、コア（土台）を外したところ、カリエス（う蝕）が多く、保存不可能と判断され、右上7番の抜歯を受けた。同部位には、上顎洞への穿孔が生じており、イソジン及び生理食塩水にて上顎洞の洗浄がされた。右上7番根尖相当部に直径5mmほどの嚢胞状のものがあり、排膿も認められた。

同日、J医師は、原告の症状について「右上顎洞炎、原因として右上7番根尖病巣か右上6番部インプラント埋入による感染が考えられる」との診断書を作成し（甲A2）、1、2か月後に症状が改善しないようであれば遠心インプラントの除去を考慮することとして、抗生剤、鎮痛剤等を処方した（丙A10・9頁）。

(ウ) 平成14年6月21日、原告から、鼻汁に膿が混ざっていたのが消失したとの申述があった。同日撮影されたパントモ画像上、右上顎洞の不透過性の低下が認められた（丙A10・9頁）。

(エ) 平成14年6月25日、原告に再び右顔面部痛が出現した（丙A10・9頁）。

(オ) 平成14年7月5日、原告から、右顔面部痛、頭痛、後鼻漏等の症

状はかなり治まったが、痰に少し膿が混ざることがあるとの訴えがあった（丙A10・9頁）。

(カ) 平成14年7月12日，原告から，後鼻漏がときどきあるとの訴えがあった（丙A10・9頁）。洗浄液が貯留している所見が認められたため，原告の右上顎洞の状態，インプラントと上顎洞の関係を再評価するために，単純CT検査が施行され，右側上顎洞の洞底部付近に炎症性粘膜の肥厚像が認められ，右上顎洞炎が考えられるとの画像診断がされた（丙A10・10，11頁）。

(キ) 平成14年7月16日，J医師は，同月12日施行のCT画像上，原告の症状に改善が認められたことから，上顎洞内の洗浄を中止して，抗生剤等の投与で経過を観察し，炎症が治まらなければインプラント体を抜去することとした。原告からは，ときどき右鼻翼部や目の下が痛むときがある，後頭部の痛みもときどき出現するときがあるとの訴えがあった（丙A10・12頁）。

(ク) 平成14年7月24日，原告から，右顔面部，口唇周囲のしびれ，後鼻漏等の訴えがあった。同日撮影されたパントモ画像上，上顎洞炎が認められた（丙A10・12頁）。

(ケ) 平成14年7月31日，原告から，痛みが毎日あり，右顔面，眼窩下部，のどの違和感，後鼻漏もあるとの訴えがあり，J医師は，右上7番抜歯窩が閉鎖されていることから症状が再発しているのではないかと考えた（丙A10・11，12頁）。そして，原告が，右上7番抜歯窩の開放ではなく鼻腔への対孔形成を希望したため，J医師は，同年8月6日，耳鼻科の外来担当医師に診察を依頼した。診療依頼書には，「1年前に右臼歯部インプラントを埋入した後より症状が出たとのことです。が，右上7番のper（根尖性歯周炎）によるものが大きいと考え，インプラントはまだ残し，右上7番を抜歯し，洗浄，抗生剤投与にて経過を

みたところ，病状軽減しましたが，洗浄を止め，右上7番の抜歯窩が閉鎖した後より，再び症状出現してきました。」との記載がなされた（丙A10・12，13頁）。

同日，耳鼻科のM医師が原告の診察を行ったが，耳鼻科的には明らかな異常が認められず，自然孔も空いており，対孔形成術の適応はないと判断された。そのため，J医師は，右上7番抜歯窩を穿孔して，上顎洞の洗浄を行った。インプラントの動揺，周囲歯肉の炎症は認められなかった（丙A10・13，14頁）。

(コ) 平成14年8月8日，右上顎洞の炎症状態を評価するために，単純CT検査が施行されたが，痛みがあるほどの炎症は認められなかった（丙A10・15，16頁，丙A17）。

(サ) 平成14年8月30日，J医師は，CT画像上は上顎洞内に炎症はないと思われるにもかかわらず，原告が右頬部の違和感，痛みなどを訴え続けていることから，原告の自覚症状は心因性のものが大きいと考え，原告を心療科に紹介した（丙A10・16頁）。

カ G病院

(ア) 平成14年8月10日，原告は，右頬部痛，膿性鼻汁等を主訴に，G病院耳鼻咽喉科を受診し，右上顎洞炎と診断された（丙A12・12枚目裏，15枚目）。

(イ) 平成14年8月12日，原告は，上顎洞の炎症は消失していると判断され，治療は終了とされた（丙A12・16枚目裏）。

(ウ) 平成14年8月19日，CT上もインプラント周囲の粘膜肥厚は認められず，膿も認められなかった（丙A12・15，16枚目表）。

(エ) 平成14年9月17日，原告は，上顎洞炎は現時点では治癒の状態であると判断された（丙A12・16枚目表）。

キ N大学附属病院

平成14年8月19日、原告は、右頬部の痛み等を訴えてN大学附属病院口腔外科を受診した。平成14年9月3日、原告は、同病院の担当医師に対し、右鼻翼基部の違和感、上下唇のしびれ感、咬合の違和感等を訴えた（丙A11・3枚目表、4ないし6枚目、丙A19）。

ク S

原告は、平成14年10月2日、左上6番の痛み等を訴えてSを受診した。そして、同月7日、原告は、左上顎洞炎と診断されたが、同月28日、上顎洞炎は治っていると診断された（丙A13・5頁）。

ケ I病院

(ア) 平成14年10月15日、原告は、右側顔面痛を訴え、I病院を受診した（丙A7・3、4頁）。

(イ) 平成14年10月17日、原告は、CT検査を受け、同画像からは、上顎洞炎とは思われず、洞内粘膜の肥厚等は見られずと診断された（丙A7・4頁、丙A20）。

コ H大学病院歯科医療センター

(ア) 平成17年10月5日、原告は、上顎洞炎疑い、右側インプラント周囲炎疑いとの病名でH大学病院歯科医療センターを受診した。同月19日、CT検査が行われたが、上顎洞に炎症は認められなかった（甲B15）。

(イ) 平成18年2月20日、O医師（以下「O医師」という。）及びP医師（以下「P医師」という。）は、原告からの照会に対し、上顎洞に粘膜肥厚や膿の貯留等の所見はなく、上顎洞炎は認めないこと、そのため、咬合痛の原因が上顎洞炎にあるとは考えられず、インプラント周囲骨の骨吸収に基づく炎症や、インプラント周囲を支える辺縁性歯周炎により痛みが生じている可能性があることを回答した（甲B10、原告反訳書5・10頁）。

(ウ) 平成18年7月7日、原告から、担当医師に対し、インプラントを入れたことがきっかけで頬部の症状が出現し、インプラント埋入後に鼻出血、鼻漏が出現したことを前提として、頬部症状の原因について質問がなされたが、担当医師は、CT画像上は上顎洞炎の症状がみられず、インプラントが原因で頬部症状が出現しているのかは分からないと判断した(甲B16・16頁)。

(エ) 平成18年7月13日、原告は、右上6番のインプラント体を抜去する手術を受けた。抜去時、右上6番のインプラント周囲骨はインプラント中部に強硬にインテグレーションを起こしていた。また、インプラント体を外した窩からは、洞粘膜を視認することができ、口腔内の空気が鼻腔に抜けることもなく、洞粘膜の穿孔は認められなかった(甲B15, 甲B16・16ないし19頁)。

2 争点(1)ア(インプラント体を洞粘膜に貫通させ、易感染状態にさせた過失の有無)について

(1) 原告は、被告Cには、本件インプラント術において、インプラント体を洞粘膜に貫通させた手技上の過失があると主張するので、以下、本件インプラント術において、インプラント体が洞粘膜を貫通したと推認することができるか検討する。

ア 画像所見について

(ア) 原告は、平成14年10月17日、I病院において撮影されたCT画像(丙A20の25)上、インプラント体の先端が、骨組織の一部であると思われる灰色がかった部分を突き抜け、黒色の部分に位置しており、インプラント体が上顎洞に交通していることが見てとれると主張する。

(イ) 確かに、証拠(丙A20の25)によれば、上記CT画像上、インプラント体の先端部分は、灰色がかった部分を突き抜けて黒色の部分に

位置しているように見える（丙A20の25）。

(ウ) しかしながら，この点に関しては，以下の事実を指摘することができる。

- a 上顎洞は，3次元的には球体のような形であるから，インプラント体が上顎洞の前方又は後方に存在し，これが上顎洞の底面より上方に位置しているような場合には，2次元的なCT画像においては，あたかもインプラント体が上顎洞内に突出しているかのような像が描出される場合がある（丙21，被告C反訳書1・7，8頁）。したがって，2次元的なCT画像の所見だけから，インプラント体が上顎洞内に突出しているかを正確に判断することは困難である。
- b 金属の入っている部分をCTで撮影すると，ハレーション（光の強くあたった部分の周囲の画像が白くぼやける現象）が生じることから，メタルアーチファクト（本来存在しない像が画面上に出現すること，または本来存在している像が出現しないこと）が混入し，正確な描出をすることができない。また，前記CT画像（丙A20の25）は，上顎洞内の炎症状態をみるために，骨，空気，液体等が明確に描出されるように分子量を調整して撮影されたものであると考えられるから，金属であるインプラント体の形状及び大きさが前記CT画像に正確に描出されているとは言い難く，インプラント体と上顎骨及び洞粘膜の物理的な関係を正確に判断することはできない（被告C反訳書1・10ないし12頁）。
- c また，仮にインプラント体が上顎洞内に突出していたとしても，それによって，洞粘膜が貫通しているとは推認できない。洞粘膜は，多層性の円柱上皮で，厚く弾性に富むものから，薄く脆弱なものまで，その性状は様々であるが，概ね6mmから7mmまでは，破ることなく上顎洞内への挙上が可能である（甲B4・37頁，丙B5・16頁）。

そして、洞粘膜は、厚さが0.13mmから0.5mmの非常に薄い膜であるので、炎症等により肥厚が生じている場合等を除き、単純レントゲンやCTでは画像上鮮明に描出されない。したがって、画像上描出されないため、洞粘膜の貫通があるかを判断することはできない（甲B4・37頁，甲B10・1頁，丙A21・14頁，被告C反訳書1・13頁，反訳書4・14頁）。

したがって、上記画像所見をもって、インプラント体が洞粘膜を貫通していると推認することはできない。

(エ) なお、原告は、I病院の担当医師が、原告に対し、前記CT画像について、インプラント体が上顎洞に突き抜けている旨の説明をしたと主張する。しかしながら、診療録にその旨の記載はなく（丙A7）、これを認めるに足りる証拠はない。

イ 検査報告書，診療情報提供書等の記載について

(ア) F大学歯学部附属病院におけるCT検査報告書

証拠（丙A10）によれば、F大学歯学部附属病院歯科放射線外来における平成14年7月12日付けCT検査報告書には、「遠心側のインプラント体は上顎洞内に露出している。」との記載があることが認められる（丙A10・11頁）。

しかしながら、上記記載が、洞粘膜の貫通まで含む趣旨かは明らかでないこと、前記説示のとおり、洞粘膜は非常に薄い膜であるので、単純レントゲンやCTでは画像上鮮明に描出されないことに照らせば、前記CT検査報告書に「遠心側のインプラント体は上顎洞内に露出している。」と記載されていることから、直ちにインプラント体が洞粘膜を貫通しているとは推認することはできないというべきである。

(イ) G病院における診療情報提供書等

a 証拠（丙A12）によれば、平成14年8月10日付けG病院耳鼻

咽喉科Q医師（以下「Q医師」という。）作成の診療情報提供書には、「右上顎洞炎」との診断名に続けて、「貴院で加療中とのことですが、症状が再び悪化したようです。治療が遷延している一因として、インプラントの上顎洞内への露出も懸念されます。」との記載があることが認められる（丙A12・13枚目裏）。

しかしながら、上記記載は、Q医師が、原告の上顎洞炎の治療が長引いている要因の1つとして、インプラント体が上顎洞内に露出している可能性が考えられる旨を指摘したにすぎないことが明らかであり、同医師が、インプラント体が上顎洞内に露出しているとの断定的な判断を示したものは認められない。

b また、証拠（丙A12）によれば、同病院医師作成の「（原告）様の病状及びインプラントと右上顎洞炎との因果関係について」と題する書面には、インプラント体が上顎洞内に突き抜けているかどうかにつき、「F大学で平成14年8月8日に撮影した副鼻腔CTを読影すると、右5のインプラントは確実に上顎洞内に突出していると判断できます。」との記載があることが認められる（丙A12・18ないし20枚目）。

しかしながら、前記ア(ウ)aに述べたとおり、2次元的な画像では、インプラント体が上顎洞内に突出しているように見えても、必ずしもインプラント体が上顎洞内に貫通しているとは判断できないのであり、この点に照らせば、上記の記載から直ちにインプラント体が洞粘膜を貫通したと推認することはできない。

ウ 上顎洞炎の発症について

原告は、本件インプラント術後から、原告には上顎洞炎に伴う鼻閉、頭痛等の様々な症状が生じており、これは、本件インプラント手術の際、インプラント体が洞粘膜を貫通したことによるものであると主張する。

しかしながら，原告の上顎洞炎が確認されたのは，本件インプラント術から約1年後の平成14年5月であって，本件インプラント術によって生じたと認めるに足りないことは後記4に認定のとおりであり，これによれば，本件インプラント術後に上顎洞炎が発症したとの事実から，洞粘膜の貫通があったと推認することはできない。

エ インプラント抜去時の所見について

(ア) 平成18年7月13日，原告が，H大学病院歯科医療センターにおいてインプラント体を抜去した時に，窩から洞粘膜を視認することができたことが認められ，したがって，同日時点では，洞粘膜の穿孔が無かったことが認められる。

しかしながら，仮に本件インプラント術の際に洞粘膜を貫通したとしても，その後無菌の状況が一定期間以上続けば，インプラント体を覆う形で洞粘膜が再生されることはあり得ることであるから（被告C反訳書1・18頁，反訳書4・40，41頁），平成18年7月13日時点で洞粘膜の貫通が無かったからといって，直ちに本件インプラント術の時点で洞粘膜の貫通が無かったと推認することはできない。

(イ) ところで，原告は，平成18年7月13日当時，インプラント体を抜去した窩から洞粘膜が視認できたこと，インプラント周囲骨がインプラント中部に強硬にインテグレートしていたことからすれば，右上6番のインプラント体は，埋入時から上顎骨を貫通していたと考えられ，そして，洞粘膜の厚さが通常0.13mmから0.15mmであることに照らせば，上顎骨を貫通していたインプラント体は，洞粘膜をも貫通していた可能性が高い旨主張する。

そして，確かにインプラント体先端部と上顎洞底との間に骨が残されていたり，あるいは骨形成が生じていたとすれば，インプラント体を抜去しても洞粘膜を視認することはできないはずである（被告C反訳書4

・45頁)から, 右上6番のインプラント体は, 埋入時に, 原告の上顎骨を貫通したと推認することができる。

(ウ) しかしながら, 洞粘膜が, 前記のとおり, 通常6mmから7mm挙上することができるようなある程度の弾力性を備えた膜であると認められることに照らせば, 厚さ0.13mmから0.5mmの薄い膜であるということ(甲B4・37頁, 被告C反訳書1・13頁)のみから, 上顎骨を貫通したインプラント体が, 同時に洞粘膜をも貫通したであろうと推認することはできない。

オ その他の事情

かえって, 原告の治療経過においては, 以下の事実が認められる。

(ア) 本件インプラント術後のパントモ画像上, 上顎洞内には, 洞粘膜の穿孔を窺わせる出血が認められなかった(前記1(2)ウ)。

(イ) 仮にインプラント体が洞粘膜を貫通していれば, 手術直後から感染や出血が起こることが考えられるが, 平成13年5月9日には, 原告の口腔内, 鼻腔内から, 出血は認められず, その後同年8月31日にインプラントに上部構造を装着する際にも, 感染の徴候は見られなかった(丙A1・2, 3頁)。また, 平成14年1月30日には, 被告病院において, インプラントの定期検診が行われているが, その際も, 原告から下顎前歯の冷水痛の訴えがあったのみで, インプラントに関する異常は認められなかった(乙A1・6頁)。

(ウ) 仮にインプラント体の洞粘膜の貫通が原因となって感染を生じていれば, インプラントの周囲に動揺が生じることも考えられるが, 平成13年8月1日の被告診療所における診察時にインプラントの動揺は見受けられず(丙A1・3頁), 平成14年5月31日の被告病院における診察時にもインプラント体に問題はないと診断された(乙A1・7頁)。また, 平成15年4月24日, Sでは, インプラントの上部構造だけを

除去して、インプラント体は撤去せずに仮歯を作成し、同年7月3日、R 歯科医院では、やはりインプラント体は撤去せずにインプラントの上部構造物を作成しており、これらの時点でも、インプラント体の異常は特に指摘されておらず（丙A 13・11頁，丙A 14・14頁），平成18年7月13日，H大学病院歯科医療センターにおいてインプラント体を抜去する際にも，右上6番のインプラントは，中部において周囲の骨と強硬にインテグレートしていることが確認された（前記1(3)コ（エ））。

(エ) 加えて，被告Cは，本件インプラント術の際，上顎洞との交通がないことを確認しており，その旨診療録にも記載している（丙A 1・2頁，被告C反訳書4・12ないし14，19，30頁）。

カ 以上検討したところによれば，原告の指摘する点を考慮しても，本件インプラント術において，右上6番に埋入されたインプラント体が洞粘膜を貫通したと認めることはできない。

(2) よって，被告Cには，本件インプラント術において，インプラント体を洞粘膜に貫通させた手技上の過失があるとの原告の主張は採用できない。

(3) なお，原告は，仮に本件インプラント術中に洞粘膜の貫通が生じなかったとしても，術後，咬合圧によってインプラント体が沈下し，洞粘膜の貫通が生じたと考えられる旨主張する。

しかしながら，インテグレーションは手術後1か月程度で生じるのが通常であること（被告C反訳書4・26頁），本件インプラント術から上部構造物の装着までには3か月以上の期間がおかれており，その後，インプラント体の動揺がないことを確認した後に上部構造物を装着していること（前記1(2)ウないしオ）からすると，咬合圧によりインプラント体が沈下したとは考えにくい（被告C反訳書4・21，37頁）。したがって，術後，咬合圧によってインプラント体が沈下し，それによって洞粘膜の貫通が生じた

と認めることもできないというべきである。

3 争点(1)イ(インプラント体を上顎骨に貫通させ、洞粘膜と接触させることにより、易感染状態にさせた過失の有無)について

(1) 原告は、仮に、インプラント体が洞粘膜を貫通していないとしても、被告Cには、本件インプラント術において、インプラント体を上顎骨に貫通させ、洞粘膜と接触させた点に手技上の過失があると主張する。

そこで、まず、被告Cが、本件インプラント術において、右上6番に埋入したインプラント体を上顎骨に貫通させたと認められるかにつき検討する。

前記2(1)エに判示したとおり、本件インプラント体の抜去時に、窩から洞粘膜が視認できたことからすれば、インプラント体は、上顎骨を貫通していたと推認するのが相当である。

この点につき、被告Cは、本件インプラント術では、右上6番の抜歯窩の底から2mm浅い部分までドリリングを行い、インプラント体を埋入したものであり(被告C反訳書4・17, 20ないし22, 28ないし30, 33, 44頁)、ドリリング後にゾンデで上顎洞との交通がないことを確認した旨供述する(被告C反訳書4・12ないし14, 19, 30頁)。

しかしながら、他方において、上顎骨は非常に軟らかいため、ゾンデで確認をした際、上顎骨が残されていたのか、洞粘膜に触れていたのかを明確に区別することはできないとも供述していること(被告C反訳書4・13, 19, 20頁)、被告C自身、本件インプラント体が上顎骨を貫通し、洞粘膜を若干押し上げる形で、洞粘膜に接している状況にある図を作成していること(丙A21・14頁, 別紙図面)に照らせば、本件インプラント術において右上6番のインプラント体が上顎骨を貫通したとの前記推認は左右されないというべきである。

(2) そこで、インプラント体を上顎骨に貫通させたことが過失に当たるか検討する。

証拠によれば，インプラント体を上顎骨に貫通させ，洞粘膜と接触させたとしても，そのことで直ちに易感染性が生じるとは認められないことが認められる（甲B 24・187頁，被告C反訳書4・36・43頁）。

しかしながら，ドリルで上顎骨を貫通すると，シュナイダー膜まで穿孔してしまう危険性が高まるため，一般的には上顎骨を残すものとされていること（丙B 5・10頁，被告C反訳書4・43，44頁），被告C自身，ぎりぎりまでドリリングをすると上顎洞穿孔という偶発症が発生する危険もあるので，骨を少し残すのが一般的であると述べていること（被告C反訳書4・21，22，43頁）に照らせば，被告Cには，本件インプラント術において，インプラント体を上顎骨に貫通させないように，骨を残してドリリングをすべき手技上の注意義務があったと認めるのが相当である。

(3) この点につき，被告らは，インプラント体で上顎骨を貫通させた上，洞粘膜を貫通させないように挙上する施術方法も存在し，上顎洞を貫通させたとしても，洞粘膜を貫通していなければ，問題は生じない旨主張する。

確かに，証拠によれば，上顎骨を貫通し，上顎洞底を挙上する術式としてはソケットリフト法が存在することが認められる（甲B 9・4頁，丙B 5）。しかしながら，ソケットリフト法は，上顎洞底を挙上した部位に骨補填材を填入することにより，支持骨の増大を図る術式であり（甲B 9・4頁，丙B 5），上顎骨貫通後の補強が予定されていること，被告Cは，本件インプラント術において上記術式を採用したのではなく，あくまで上顎骨を貫通させずにインプラント体を埋入する手技をとろうとしたこと（被告C反訳書4・12，13頁）が認められる。

したがって，上記術式が存在するからといって，本件インプラント術においてインプラント体を上顎骨に貫通させないように，骨を残してドリリングをすべき手技上の注意義務が否定されるものではない。

(4) 以上によれば，被告Cには，本件インプラント術において，インプラン

ト体を上顎骨に貫通させないように、骨を残してドリリングすべき手技上の注意義務に違反した過失が認められる。

4 争点(2) (因果関係の有無) について

(1) 原告は、インプラント体を上顎骨に貫通させたことにより、インプラント体の装着が不十分な状態となって、インプラント体が洞粘膜を貫通し、上顎洞が口腔内と交通し、易感染状態が生じたために、原告に上顎洞炎が発症し、その結果、インプラント体を埋入した部位で十分に咀嚼ができない状態となったものであると主張する。

(2) そして、原告の主張に沿う事情として、骨内インプラントが予後不良の症例で上顎洞炎が起こり得ること(甲B23ないし29, 被告C反訳書4・10頁), 原告は、本件インプラント術前には、上顎洞に炎症所見がみられず(前記1(2)イ), 本件インプラント術後である平成14年5月31日に上顎洞炎の診断がされたこと(前記1(3)エ), F大学歯学部附属病院における平成14年6月12日の診療録に「上顎洞炎はインプラントが発端となっている」との記載があること(前記1(3)オ(ア)), F大学歯学部附属病院のJ医師が、平成14年6月18日、原告の症状につき「右上顎洞炎、原因として右上7番根尖病巣か右上6番部インプラント埋入による感染が考えられる」と診断書に記載したこと(前記1(3)オ(イ)), 原告は、右上6番のインプラント抜去後、痛みが改善した旨を訴えたこと(甲B16・19頁)がそれぞれ認められる。

(3) しかしながら、この点については、以下の事実を指摘することができる。

ア 上顎洞炎の発症時期について

(ア) 原告は、本件インプラント術施行直後から鼻閉感、痛みなどの症状があったと供述する(原告反訳書3・4頁, 反訳書5・19頁)。

そして、原告が平成14年5月31日、被告病院歯科において、「インプラント埋入後より鼻閉感が発現した」旨を訴えたこと(乙A1・7

頁) , 被告病院耳鼻咽喉科において , 「平成13年9月に微熱 , 頭痛が出現し , 平成14年に入り右顔面痛が出現していた」旨を訴えたこと (乙A2・4頁) , 平成18年7月7日 , H大学病院において , 「インプラント埋入後に鼻出血 , 鼻漏が出現した」旨を訴えたこと (甲B16・16頁) 等は , 原告の上記供述に沿う内容のものである。

しかしながら , 原告が , 平成13年9月5日まで , 被告診療所において , 異常を訴えた形跡はなく , 原告が後にH大学病院で述べたような鼻出血 , 鼻漏が生じていたことを疑わせる形跡も存しないこと (丙A1・2 , 3頁) , 平成14年1月30日 , 原告が被告病院歯科にインプラントの定期検診に訪れているが , その際 , 下顎前歯の冷水痛を訴えたのみで , 他の異常を訴えた形跡も , 異常がみられた形跡も存しないこと (乙A1・6頁) , 平成14年5月16日 , 原告は , E歯科医院の初診時に , 予診表の「歯をぬいた時又はその他の手術後の異常」という事項について , 「なかった」との回答をしていたこと (丙A9・4頁) ,

原告の上記鼻閉感 , 痛み等の訴えは , 平成14年5月30日 , E歯科医院において , 右上5 , 6番インプラントによる歯性上顎洞炎の疑いがあるとの指摘がなされた後に , 本件インプラント術後約1年を経過してから初めてみられるようになったものであることに照らせば , 本件インプラント術直後から , 原告に鼻閉感 , 痛みなどの症状があったとの原告の上記供述は直ちに採用することができないというべきである。

(イ) そして , 仮に本件インプラント術に起因して感染 , 炎症が生じたとすれば , 遅くとも平成14年4月のL歯科医院受診時には , インプラント埋入部位の感染 , 炎症を示唆する所見が現れているものと考えられるが , 同医院においてそのような所見は指摘されていないこと (前記1(3)イ , 被告C反訳書1・14頁) , 原告は , 平成14年5月30日に上顎洞炎の疑いを指摘されており , その後同月31日 , 被告病院において

右上顎洞炎と診断されていることに照らせば、原告の右上顎洞炎は、平成14年5月ころ、発症したものと推認するのが相当である。

イ 上顎洞炎の発生原因について

そして、原告が右上5,6番インプラント埋入部位の上顎洞炎の疑いを指摘されたのは、E歯科医院において、右上7番について歯周炎の急性発作を指摘された直後のことであること（前記1(3)ウ）、証拠によれば、上顎大臼歯の歯根尖は、上顎洞底に最も接近しており、ときには上顎洞内に突出していることもあるため、根尖性又は辺縁性の歯周炎が波及して上顎洞炎を発症しやすいとの指摘が存すること（甲B2・184頁、甲B3・67頁）、平成14年6月18日、原告は、右上7番フルキャストクラウンを外したところ、カリエスが深く、右上7番の抜歯を受けたが、その際、同部位には、上顎洞への穿孔が生じており、右上7番根尖相当部には直径5mmほどの嚢胞状のものがあり、排膿も認められたこと（前記1(3)オ(イ))を併せ考えれば、原告の上顎洞炎は、本件インプラント術に起因して生じたものというよりは、むしろ右上7番の歯周炎に由来したものであると考えるのが合理的である（被告C反訳書1・14頁）。

ウ F大学歯学部附属病院K医師及びJ医師の所見について

(ア) 前記のとおり、F大学歯学部附属病院における平成14年6月12日の診療録には、「DrKによると...上顎洞炎はインプラントが発端となっている」との記載があることが認められる。しかしながら、この記載は、本件インプラント術後から右側頬部痛等の症状が生じたとの原告の申述を基礎にしていると考えられるところ、その申述を直ちに採用することができないことは、前記説示のとおりである。加えて、上記記載部分は、全体としては、「上顎洞炎はインプラントが発端となっているが、右上7番の方が原因として考えられるのでは？」との記載であること（丙A10・7頁）からすると、K医師は、上顎洞炎発症の根本原因と

しては、むしろ右上7番の根尖病巣をより疑っていたと認められる。

したがって、K医師の所見から、本件インプラント術が上顎洞炎発症の原因であったと推認することはできない。

(イ) J医師の所見(前記(2))についても、右上7番の歯周炎と右上6番のインプラントの双方を原因として疑うものであり、右上6番のインプラントが原因であると断定まではされていないことに鑑みると、上記所見から、本件インプラント術が上顎洞炎発症の原因であったと直ちに推認することはできない。

エ 上顎洞炎の症状経過について

(ア) 前記認定事実によれば、原告は、平成14年6月18日、右上7番を抜歯され、上顎洞の洗浄、消毒を受けた結果、同月21日、鼻汁に膿が混ざっていたのが消失し、パントモ画像上、右上顎洞の不透過性が低下し、その後、右上5、6番のインプラントについては保存的に経過観察がされたが、右顔面部痛、後鼻漏等の症状軽減が認められ、平成14年8月8日施行のCT画像及び同月12日施行のX線画像上、上顎洞の炎症所見が消失し、平成14年9月17日、上顎洞炎は治癒の状態にあると判断されたことが認められる(前記1(3)オ(イ)、(ウ)、(オ)、(キ)、(ケ)、(コ)、カ(イ)ないし(エ))。

以上の経過に照らせば、原告は、右上5、6番のインプラントを除去しなかったにもかかわらず、右上7番についての治療後に上顎洞炎の症状が改善したと認められるのであるから、原告が上顎洞炎を発症した原因は、右上5、6番のインプラントではなく、むしろ右上7番の病変にあったと推認するのが合理的である。

(イ) 原告は、右上7番の治療後も上顎洞炎の症状は改善していなかったと主張する。なるほど原告が右上7番の抜歯後もたびたび右顔面部痛、後鼻漏、口唇周囲のしびれなどを訴えていたことが認められる(前記1

(3)オ(カ) , (ク) , カ(ア)) 。

しかしながら , 前記(ア)のとおり , 複数の医療機関において , 他覚所見としては , 上顎洞炎の軽減ないし消失が指摘されたこと , J 医師が , 原告につき , CT画像上 , 上顎洞炎の所見が認められなかったことから , 原告の自覚症状を心因性のものと考え , 原告を心療科に紹介したこと (前記 1 (3)オ(サ)) からすれば , 原告の前記主訴は心因的要素によるものであったと推認することができ , 客観的には上顎洞炎の症状は改善していたと認めるのが相当である。

オ H大学病院歯科医療センターにおける所見について

(ア) 前記認定のとおり , 原告は , H大学病院歯科医療センターにおいて右上 6 番のインプラント抜去を受けた直前も , 上顎洞炎の症状は認められず , また , 抜去時 , インプラント周囲骨はインプラント中部に強硬にインテグレートしていたことが認められる (前記 1 (3)ク(イ)ないし(エ)) 。このように , インプラントを抜去しないまま , 長期にわたり経過が安定していたことに鑑みれば , インプラント埋入が原因となって上顎洞炎が生じていたとは考え難い。

(イ) この点につき , 原告は , I病院のCT画像 (丙A 2 0 の 2 3) に基づき , インプラント体の左側部分に影がかかった形になっている部分があり , 同部分には空間が存在するものと推認されるから , インテグレーションが十分でないことが窺われると主張する。

しかしながら , I病院の他のCT画像 (丙A 2 0 の 2 4 ないし 2 6) には , インプラント体がしっかりと埋入 , 装着されている様子が写し出されていること , CT画像 (丙A 2 0 の 2 3) 上 , インプラント体の左側部分に影がかかった形になっているのは , アーチファクトの可能性も考えられ , 上記CT所見 (丙A 2 0 の 2 3) のみをもってインテグレーションが不十分であると判断することはできない。

(ウ) さらに，原告は，H大学病院の担当医師から，上顎洞炎の原因は右上6番である可能性が高いとの説明を受けたと供述する（原告反訳書3・5頁）。しかしながら，これを裏付ける証拠はなく，むしろH大学病院歯科医療センターの担当医師が，インプラントが原因で頬部症状が出ているのかどうかは分からないと判断していたこと（前記1(3)コ(ウ)）に照らしても，原告の前記供述を採用することはできない。

以上の点に鑑みれば，前記(2) ないし の事実を考慮しても，原告の上顎洞炎は，右上7番の根尖性歯周炎に由来して生じた可能性が高く，原告が，本件インプラント術の手技により易感染性が生じたことが原因で，上顎洞炎を発症し，また，インプラント体を埋入した部位で十分に咀嚼ができない状態となったとは認められないというほかない。

(4) よって，前記3に認定した手技上の過失と原告の上顎洞炎の発症及び咀嚼機能の低下との間に因果関係を認めることはできない。

第4 結論

以上によれば，原告の請求は，その余の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30部

裁判長裁判官 秋 吉 仁 美

裁判官 田 代 雅 彦

裁判官 渡 邊 隆 浩