

# 症例報告 その1

## 頸髄症に対する椎弓形成術実施の際に手術手技を誤り硬膜損傷と脊髄損傷を生じ四肢不全麻痺に至ったとして、訴訟上の和解（勝訴的和解）が成立した事案

里内 友貴子（京都弁護士会）・富永 愛（医師・大阪弁護士会）

【患者】 事故当時68歳・男性

【医療機関】 国立大学法人・脳神経外科

### ■事案の概要

患者は、手指の巧緻性障害や軽度の筋力障害が出現したため、頰椎後縦靭帯骨化症の診断で大学病院の脳外科を紹介され椎弓切除術を実施することとなった。予定された手術は、椎弓形成術の一つであり、椎弓の棘突起（きょくとつき）を基部で水平方向に切除するためにオシレーターソーという器具を使う方法で、C4-7の椎弓形成術を行うはずであったが、被告病院医師が棘突起基部よりも脊髄に近い部位で切断し硬膜および脊髄を損傷し四肢不全麻痺を生じた事案である。交渉では無責の回答であったため訴訟提起。（患者は訴訟係属中76歳で死亡）。

### ■診療経過

平成26年4月

患者の手術前の症状は、手指の巧緻性障害（字が書きづらい、ボタンを留めにくい）で左側優位であった。下肢麻痺や膀胱直腸障害もなかった。術前のMRI画像診断で、C3～6の頸髄が左側優位に圧迫されていた。

4月24日 手術実施

手術術式は、頸髄の圧迫に対してC5、6部位の圧迫を後方から解除するため、C4-7椎弓形成術が予定された。椎弓形成術は、背骨を構成する椎骨の背側にある弓状の構造をしている椎弓の部分を一部切り開き、観音開きやヒンジ状にすることで脊髄の圧迫を後方から解放する手術方法の総称である。大学病院や脊椎専門病院等により様々な椎弓形成術が実施されている。被告病院では椎弓形成術の一つK-method（K：開発した医師の名

前）を実施する予定であったが、椎弓を切除してしまう椎弓切除術になり、硬膜損傷も複数箇所生じていた。

4月25日 術後1日目

術直後から不全四肢麻痺の症状が出現したため、血腫等を考慮して再手術を実施したが、脊髄を圧迫するような血腫はなく、硬膜損傷部位から脳脊髄液が漏れ出していたため硬膜縫合を行った。縫合を要する硬膜損傷がC5-6の高位を中心に7カ所、右側優位に存在していた。

術後2日目以降

再手術後に不全四肢麻痺の症状は若干軽減したが、本件手術前にはなかった下肢の運動麻痺は変わらず残存していた。

その後も四肢不全麻痺、膀胱直腸障害、片側感覚障害の症状は、本件手術後から著変なく後遺症として残存した。

患者は施設に入所して全介助を要する状態であったが、訴訟係属中に死亡した。

### ■訴訟の経過

証拠保全手続で医療機関から一部の証拠しか開示されなかった。医療機関の代理人弁護士に対して追加開示を申し入れするも対応がなかったことから、法人文書開示請求及び行政に対して苦情相談を行ったところ、最終的には医療機関から任意の追加開示があった。しかし開示された手術ビデオは、問題となる時間帯の部分がなかった。

平成29年4月

示談申し入れを行ったが、3か月後、合併症であり無責との回答があった。

令和2年2月 訴訟提起

訴状にズタズタに硬膜損傷されたビデオの静止画に解説を入れたものを別紙として添付。

再度、被告側へビデオ提出を求めたが拒否。

令和4年5月 裁判所の争点整理案作成。

令和4年7月

原告協力医（整形外科・脊椎外科専門医）の意見書提出。

令和4年9月

被告側から脳外科・脊椎外科専門医の意見書の提出。

令和4年9月

被告側から鑑定手続きを求める上申あり。原告は鑑定手続き不要であること、鑑定をするなら事実確定のために執刀医の尋問が必須である旨を上申。

令和4年10月

被告側協力医の追加意見書提出あり。被告側の意見書を作成した医師の経歴が提出されず、原告側で調査したところ、意見書作成当時は別の地方の病院に勤務していたが、もともと被告病院の大学病院の医局員であり定年退職するまでその関連病院で勤務し、大学の同窓会長も務めていた人物であったことを証拠として提出。被告側意見書の信憑性に疑いがあることを主張した。

令和4年12月

原告協力医の追加意見書を提出して被告意見書に反論。

令和4年12月

鑑定手続きを行うのであれば執刀医の尋問が必須であり、裁判所も執刀医の出廷を求めた。しかし、被告側が医師の証人尋問に難色を示し、裁判官から過失・因果関係を概ね認める心証開示とともに和解勧告があった。

令和5年4月

裁判所から勝訴的和解といえる金額などの提案があり、双方和解を受け入れた。

和解の結果：7500万円（請求金額約1億2000万円、訴訟中死亡により請求額減縮 約8500万円）

令和5年5月

訴訟上の和解成立（守秘義務条項なし）。

## ■争点

- 1 手術手技に脊髄損傷の過失があったか
- 2 手術手技（過失）と後遺症との因果関係

## ■コメント

1 脊髄損傷後からの手術ビデオしか提出されず、再三、全ての手術ビデオを提出するよう求めたが、被告側からはこれしかないとの回答であった。

2 手術ビデオには、椎弓が切除された後の状態（椎弓を残して形成するはずが切除してしまった状態）、硬膜がズバズバに損傷されている状態が映し出されていた。酷い硬膜損傷の状況から硬膜損傷部位の近傍の脊髄も当然損傷されたはずである旨を主張したが、裁判所からは過失の具体的手技（どのような器具でどのように硬膜や脊髄を損傷したのか）を主張するよう求められた。そもそも手術ビデオを提出しない被告側の対応に問題がある旨を主張しつつ、予定されていた術式で用いる器具（オシレーターソー、ダイヤモンドドリル、ケリソンパンチなど）で硬膜および脊髄を損傷する可能性がある操作を示した。特にオシレーターソーを不適切な角度で使用したことによる損傷の可能性が高いとの協力医の意見や、複数の医学文献とともに具体的損傷の機序について主張した。

### 3 脊椎外科訴訟における被告側主張

被告側は術後の後遺症出現は争わず、その原因は手術手技ではなく静脈環流障害（圧迫されていた脊髄の圧迫解除により血流が再開したことで生じる環流障害）だと主張した。

脊椎外科手術の訴訟では、医療機関側から「脊髄膨隆」説や、「静脈環流障害」論が主張されることを多く経験する。しかし、その根拠は漠然としていたり、極少数の症例報告であったり、根拠薄弱なことも多い。本件では、被告側から英語論文（翻訳付き）が提出されたが、原告側で翻訳内容も精査の上、同論文内容が被告側の主張の根拠にならないことを指摘した。また、静脈環流障害の機序は、脊髄の浮腫であり、一過性の症状を呈しても多くは改善する旨を記載した文献や論文を原告から複数提出した。症状についても、本件では後遺症が右側優位、脊髄圧迫部位は左側優位で環流障害論では説明できないことも主張した。

### 4 謝辞

脊髄外科手術につき丁寧に御教授いただいた複数の脊椎外科専門医に感謝の意を表したい。