

MTR 会報誌

Vol.10
2025 SEPTEMBER

交通事故後遺症における 医学鑑定の役割

意思能力[®] 鑑定サービス 特許取得済第 7554439 号 商標登録済第 5844440 号

社員全員
終活アドバイザー取得済!



医学意見書を作成する際の医師の視点	岩増 弘志	2
症例 1 バイク事故に伴う外傷性腱板損傷		4
症例 2 頸椎捻挫後に顕在化した椎間板ヘルニア症例		5
症例 3 複数の診断基準を満たす CRPS 症例		6
その他対応可能症例／依頼方法		7

医学意見書を作成する際の医師の視点

整形外科医 岩噌 弘志



初めまして、整形外科医の岩噌弘志といたします。

今回はメディカルリサーチ社の依頼で医学意見書をご依頼いただいている中で、以下の2点について、小生の留意事項について簡単に述べさせていただきます。

- 後遺障害等級表12級・14級・非該当を分ける医学的評価のポイント
- 医学鑑定における素因の考え方

1. 一般診療と医学鑑定の違い

まず初めに医学意見書を記載する際に前提となる医学的基礎事項について述べさせていただきます。

通常の整形外科診療の手順としては、**患者の主訴・罹病期間・合併症を聴取し(①)、臨床診察(②)、必要な画像検索(③)を行い、診断を確定します。**その後、臨床経過を診療録に記載します。

医学意見書を記載する場合、以上の内容に関して、主観的なものと客観的なものを区別して判断し意見を述べさせていただくことが肝要と考えています。

例えば、上記の①の主訴・罹病期間は、あくまでも患者の主張であり客観的なものとは言えません。「あの事故で転んでから肩が痛い、上がらない、その事故の前は上がったし痛くなかった」と診療録に記載があっても、事故による外傷により障害を受けたとは客観的には断定できません。

②の臨床診察(“臨床所見をとる”と言います)では、医師が患者を診察し、関節の可動域・圧痛の部位、運動麻痺や知覚障害の確認を行います。あとは疾患特異の診察手技(テストと言われるもので、多くは命名されています。例えば腰のヘルニアではSLRテスト、膝の半月板損傷ではマクマレーテスト等々があります)を行います。医師が医学的知識に基づいて施行したからと言って、これらの所見の結果に客観性があるかと言ったら必ずしもそうとは断定できません。

その理由として2点があげられます。第1点は、診察に当たった医師の知識不足か専門外のため、テストを間違った手技で試行した可能性がある点です。第2点は、その手技が陽性であっても必ずしも診断が確定するわけではない点です。例えば腰の椎間板ヘルニア

に対するGold standardとしてSLRテストというのがありますが、これが陽性だからと言って腰椎椎間板ヘルニアの診断が100%確定するわけではありません。

以上より、一番客観性が高い医学所見は③の画像所見になります。医学意見書を記載する場合、記載する我々は、患者(鑑定対象者)を直接診察するわけではないので、直接確認できるのは③のみとなります。画像資料が提出されておらず、MRI検査の放射線科の医師による画像診断書のみ提出されていた場合は放射線科医師の診断も確実なものと言えない場合がありますので、画像資料そのものが提出されているか否かは、医学意見書を記載するにあたっては最重要事項と言えます。

通常医学意見書で求められる事項としては、「本件事故による傷害の内容と程度」が中心となりますので、画像所見を中心に臨床所見と臨床経過と鑑定対象者の主訴の内容を参考に意見を述べさせていただくのが基本となります。

2. 自賠責保険後遺障害等級表の「第12級・第14級・非該当」の判断について

自賠責保険における後遺障害等級表の第12級(13)は「局部に頑固な神経症状を残すもの」、第14級(9)は「局部に神経症状を残すもの」とされています。まず、「事故による後遺障害」とするからには、「事故を契機に症状を発症(または増悪)していること」、「適切な治療を継続したにも関わらず症状が一貫して継続していること」は必須事項であると思いますので、症状経過を診療録で確認します。

第12級と第14級の区別は疼痛の原因となる客観的画像所見の有無で判断しています。例えば、骨折の変

形治癒が確認された場合やMRI軟部組織の（部分）損傷が確認され、同部の疼痛が残存した場合などは、第12級が妥当と判断します。

非該当の判断をするのは、①受傷後1週間程度の診療録に対象となる部位の症状の記載がない、②対象となる部位の画像検索が行われているが異常所見を認めない、③画像検索上対象部位の組織損傷が確認できるが、明らかに事故当日より以前の発生と確認できる場合、等です。

しかしながら、第14級の認定には画像所見などの他覚所見が必須とされていないことから、第14級と非該当では、担当者によって判断が分かれるケースもあると思います。例えば、一度目の後遺障害申請では非該当であったケースで、加齢に伴って生じた変性所見（画像所見）が存在することが症状を遷延させる理由になるとして第14級に該当するといえないか、といった見解を求められることがあります。そういったケースでは、「素因」についての検討が必要となるため、次項で医学鑑定における素因の考え方について述べさせていただきます。

3. 医学鑑定における素因の考え方

医学意見書のご依頼をいただくときに「素因割合（既往症関与率）を述べてほしい」との依頼があります。ここでまず用語の問題を整理したいと思います。

素因に関してAI検索すると「医療における『素因』とは、ある病気にかかりやすい体質や、病気の症状を悪化させやすい体の状態のことです。交通事故の損害賠償においては、被害者の素因が事故による怪我の悪化に影響を与えた場合、損害賠償額が減額されることがあります。これを『素因減額』と言います。」と回答があります。

しかしながら、我々医療者が素因と言うと、例えば「生来関節の弛緩性があるって関節脱臼しやすい素因があるって外傷で脱臼した」とか「骨の脆弱性があるって軽微な外傷で骨折した」のように使用しますが、交通事故等の場合、我々が使用する「既往」も含めて、素因として使われています。既往とは、例えば「もともと腰痛があるって事故により悪化した」などの場合です。

そこで本稿では、「素因＝医学的素因＋既往」として述べさせていただきます。

前置きが長くなりましたが、率直に申し上げて、素因（既往）の有無の判定は比較的容易ですが、その率を数字で断定することはかなり困難です。

まず素因の有無に関しては、1の項で記述させていただいた中で①の初診時の診療録に受傷部位、例えば肩なら、「肩関節痛の既往あり」「肩関節手術歴・治療歴あり」という記述があれば、肩に関して事故以前の素因があった可能性が示唆されます。

しかし客観的な判断の根拠は③の画像所見となります。例えば事故により腰痛を生じた事例の場合、腰椎のレントゲンで「骨棘」が確認されれば、骨棘は外傷ではなく加齢や過負荷が原因なので、事故以前からの腰痛の既往があったと判断されます。またMRIで椎間板の変性が確認された場合も同様の判断をします。変性があれば事故以前からの腰痛の既往があったと判断されます。ただし事故以前にどの程度の腰痛があったか、事故による外傷でどの程度増悪したかの素因割合に関しては、医学的に判定が困難です。それは、整形外科学的に「画像所見の重症度≠症状の重症度」だからです。例えば、上記の腰痛の例で、骨棘が大きいか椎間板の変性が高度であっても既往の腰痛が重度であったとは限らないからです。素因割合を画像での組織損傷の重症度に基づいて割合を推察するか、事故以前の症状（主観的なものとなりますが）に基づいて推察するかは、議論が割れるところだと思います。現実的には、客観的な判断が求められる以上、画像所見での組織損傷の重症度に基づいて素因割合を推察せざるを得ません。

以上細くなりましたが、医学意見書を書くときに考慮している内容について私見を述べさせていただきました。少しでも皆様の参考になれば幸いです。

岩 曾 弘 志（いわそひろし） プロフィール

【経歴】 1986年 3月 東北大学医学部 卒業
1986年 5月 東京大学医学部整形外科教室 入局
1986年 7月 東京都立老人医療センター麻酔科
1987年 1月 東京大学医学部付属病院分院
1987年 7月 心身障害児総合医療療育センター
1988年 7月 茨城県立中央病院
1990年 1月 武蔵野赤十字病院
1992年 1月 東京都立府中病院
1993年 7月 横浜労災病院
1995年 7月 東京労災病院
1996年 7月 関東労災病院 スポーツ整形外科
2015年10月 関東労災病院 スポーツ整形外科 部長
2025年 4月 関東労災病院 嘱託医

【資格】 日本整形外科学会専門医
体育学博士
日本体育協会公認スポーツドクター
日本臨床スポーツ医学会評議員

※医師への個別のお問い合わせは、診療の妨げになるため固くお断りしております。

バイク事故に伴う外傷性腱板損傷 —急性期MRI所見による証明と後遺障害等級評価—



概要

- **事故態様**：バイクでの転倒事故
- **症状及び診療経過**：頸部、左肩、左膝などの痛みを訴え救急搬送される。
レントゲンにて明らかな骨折や脱臼は認められず、左肩打撲症の診断にて投薬治療を開始。
痛みが改善せず、事故から約2週間後にMRI検査を行い、左肩の腱板損傷を指摘された。
投薬治療とリハビリを継続したが、左肩痛と左肩関節の可動域制限を残し症状固定となった。
- **後遺障害認定結果**：画像上で腱板の変性は認めるが、腱板損傷及び事故との因果関係を否定し、第14級9号と判断された。
- **依頼目的**：外傷性腱板損傷の証明、上位等級該当可能性について評価希望。

★ポイント★ 画像所見の経時的変化で腱板損傷を外傷性所見と評価できるか検討した。

検討結果

(A) 受傷機転

転倒時、左側に倒れ左半身を路面に打ち付けている。
左肩に外力を受けたことが示唆され、腱板損傷の受傷機転として整合性はある。

(B) 症状の一貫性

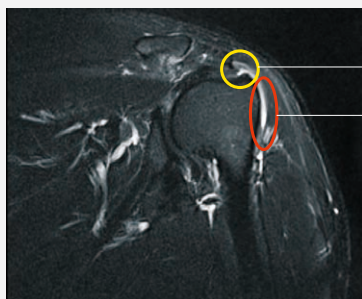
受傷直後から左肩痛が生じ、症状固定まで一貫して症状が持続していることがカルテから確認できる。

(C) 画像所見

腱板損傷はMRI画像で評価する。

① 事故から約2週間後のMRI

- ・ 腱板損傷を示唆する所見
- ・ 周囲の水腫もしくは血腫を示唆する所見



腱板損傷（白色部分）
血腫または水腫

② 事故から約6ヶ月後のMRI

- ・ 腱板損傷を示唆する所見
- ・ 周囲の水腫もしくは血腫を示唆する所見は消失している



腱板損傷（白色部分）
血腫または水腫
消失している

画像①②のMRIを比較することで、

- ・ **画像①**：腱板損傷が生じその時に血腫または水腫が生じた急性期の画像
- ・ **画像②**：外傷から時間が経過した慢性期の画像

と判断することができる。

また、画像①撮影時に近い日時に受傷した外傷性のものと判断することができ、本件事故によって受傷したものと考えて矛盾はないといえる。

結論

- MRI画像から、事故によって生じたと考えられる外傷性腱板損傷の所見が指摘できる。
- 症状の存在を証明する他覚的所見が認められることから、**第12級13号**に該当する。

※本症例の腱板損傷は比較的小さく、整形外科医でも肩関節を専門としない医師では正確に判定できない可能性がある所見であったことが、後遺障害認定結果に影響を及ぼした可能性が考えられた。

まとめ

急性期（受傷早期）の症例に特徴的な所見が得られることがあるため、事故後、強い痛みが続く場合には早めにMRI検査を受けることをお勧めします。また、経時的にMRI検査を受けることで、経時的変化を捉えることができ、外傷性の所見であることを支持する情報が得られる場合もあります。

症例 2 頚椎捻挫後に顕在化した椎間板ヘルニア症例 —自賠責後遺障害認定の再考—

概要

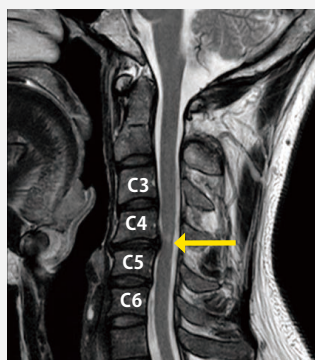
- **事故態様**：自動車追突事故（信号待ち停止中に後方より追突された）
- **症状及び診療経過**：事故翌日、頸部痛と両手のしびれを主訴に整形外科を初診。レントゲンでは明らかな外傷性の所見は指摘されず、頚椎捻挫の診断で投薬治療を開始した。
症状が改善しないため、約1週間後にMRI検査を行い、頚椎椎間板ヘルニアを指摘された。
両手のしびれ・握力低下を残し症状固定となった。
- **後遺障害認定結果**：画像上で変性は認めるが事故との因果関係を否定され、非該当と判断された。
- **依頼目的**：後遺障害該当性について評価希望。

★ポイント★ 頚椎椎間板ヘルニアが外傷性のものと評価できるか。
外傷性ではない場合、ヘルニアと症状との整合性はあるか。

検討結果

(A) 画像所見と症状との整合性

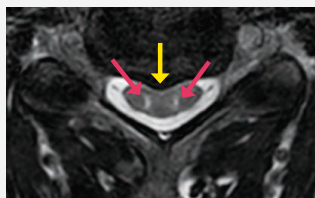
① 事故から約1週間後のMRI



【矢状断】

第4/5頚椎（C4/5）椎間板が後方へ突出し、頸髄を圧迫している（黄矢印）。これにより、脊髄症状を呈していると考えられ、両手のしびれ、握力低下といった症状を説明することが可能。

→ 画像所見と症状は整合している（症状の存在を裏付ける他覚所見といえる）。



【軸位断】

C4/5高位にて、頸髄内にsnake eye signと呼ばれる輝度変化を認める（赤矢印）。これは脊髄の慢性的な圧迫によって出現する所見であるため、事故以前から生じていたものと判断される。

→ 事故前には症状がなかったことから、事故を契機として脊髄症状を発症したものと考えられる。

(B) 後遺障害等級の検討

- ・ 事故直後から頸部痛及び両手のしびれが生じ、症状固定まで一貫して症状が持続している（診療録より）。
- ・ 両手のしびれと握力低下の影響で「箸が使えない」「ものを落としてしまう」「パソコンのタイピングがうまくできない」といった障害が生じ、日常生活や就労において支障を来している。
- ・ 症状と整合する画像所見を認めている。

自賠責保険における後遺障害認定は労災保険における障害等級認定基準に準ずる（平成13年金融庁・国土交通省告示第1号）とされているところ、本症例は労災での障害認定基準上の「通常の労務に服することはできるが、せき髄症状のため多少の障害を残すもの」に該当する可能性がある。

結論

頚椎椎間板ヘルニアは外傷性のものではないと考えられるが、事故以前は無症状であったことから、本件事故を契機として、ヘルニアに伴う脊髄症状を発症したものと考えることができる。

症状と整合する画像所見があること、症状により日常生活や就労に支障を来している状況から、自賠法施行令別表第二第12級13号に該当すると考えられる。また、ヘルニアそのものが事故によって外傷性に生じたものではないことを理由に後遺障害等級第12級に該当しないとすると、少なくとも第14級9号には該当すると考えられる。

まとめ

加齢性の変性が事故を契機に発症（症状が出現）した症例は大変多いですが、後遺障害認定では厳しい判断となってしまうケースが多いです。メディカルリサーチでは、画像所見（外傷性所見）の有無だけでなく、画像所見と症状・神経学的所見の整合性や日常生活への影響の程度などを丁寧に精査し、後遺障害等級を検討しています。

症例 3 複数の診断基準を満たすCRPS症例 —後遺障害認定との乖離—

概要

- **事故態様**：自動車追突事故（両手でハンドルを握った状態で信号待ち停止中に後方より追突された）
- **症状及び診療経過**：
事故直後より頸部痛及び両上肢の痛みと痺れが生じ、救急搬送される。
初診医では、頸椎捻挫・両手関節捻挫の診断にて鎮痛剤を処方されるが症状は軽減しなかった。その後、複数の整形外科やペインクリニックにて治療を受けるが症状の改善は乏しく、最終的に両上肢のCRPSと診断された。
- **後遺障害認定結果**：自賠責保険における後遺障害認定ではCRPSであることを否定され、非該当と判断された。
- **依頼目的**：対象者の症状はCRPSであるといえるか。

★ポイント★ CRPSの診断基準にはいくつか種類がある。複数の診断基準を用いて総合的に検討した。
CRPS（複合性局所疼痛症候群）

検討結果

(A) 後遺障害認定

後遺障害認定においては、以下の3要素が重要視されている。

項 目	本症例
1. 関節拘縮	○
2. 骨萎縮	×
3. 皮膚変化（皮膚温の変化、皮膚の萎縮）	○

→ 骨萎縮所見は認められない。

(B) 国際疼痛学会（IASP）が定めるCRPS診断基準を用いた評価

項 目	本症例
1. 強い持続痛、アロディニア、痛覚過敏	○
2. 疼痛部位に浮腫、皮膚血流の変化、発汗異常のいずれか	○
3. 上記1および2を説明できるほかの原因がない	○

→ CRPS診断基準を満たすといえる。

(C) 1997年Hardenらが報告したCRPS診断基準（感度99%、特異度68%）を用いた評価

項 目		本症例
1. 原因から理解できない持続性疼痛		○
2. 3項目以上で、1つ以上の症状を有すること	知覚障害：知覚過敏・アロディニア	○
	血管運動障害：温度の非対称・皮膚触色調変化/非対称	○
	浮腫/発汗：浮腫・発汗変化・発汗の非対称	○
	運動障害・萎縮性変化：関節可動域減少・運動障害（筋力低下・振戦・ジストニア）・髪/爪/皮膚の萎縮性変化	○
3. 2項目以上の徴候を、少なくとも病期中に一度有すること	知覚障害：痛覚過敏・アロディニアの <u>証拠</u>	○
	血管運動障害：温度の非対称・皮膚触色調変化/非対称の <u>証拠</u>	○
	浮腫/発汗：浮腫・発汗変化・発汗の非対称の <u>証拠</u>	○
	運動障害・萎縮性変化：関節可動域減少・運動障害（筋力低下・振戦・ジストニア）・髪/爪/皮膚の萎縮性変化の <u>証拠</u>	○
4. これらの症状や徴候を説明できる他の疾病のないこと		○

→ CRPSの診断基準を満たすといえる。

(D) 2008年厚生労働省研究班によるCRPSのための判定指標を用いた評価

	項 目	本症例
自覚症状	1. 皮膚・爪・毛のうちいずれかに萎縮性変化	○
	2. 関節可動域制限	○
	3. 持続性ないしは不釣り合いな痛み、しびれたような針で刺すような痛み、知覚過敏	○
	4. 発汗の亢進ないしは低下	○
	5. 浮腫	×
他覚症状	1. 皮膚・爪・毛のうちいずれかに萎縮性変化	○
	2. 関節可動域制限	○
	3. アロディニア（触刺激ないしは熱刺激による）	○
	4. 発汗の亢進ないしは低下	○
	5. 浮腫	×

※国際疼痛学会（IASP）のCRPS診断基準を満たすこと

※臨床用：自覚症状・他覚症状それぞれ2項目以上が該当すること（感度82.6%，特異度78.8%）

※研究用：自覚症状・他覚症状それぞれ3項目以上が該当すること（感度59%，特異度91.8%）

➡ CRPSの判定指標を満たすといえる。

結論

明らかな骨萎縮所見は認められないものの、国際的な診断基準、国内で作成された判定指標、感度の高い診断基準など、複数の診断基準・判定指標を満たしており、CRPSであるといえると評価した。

まとめ

医学的には「診断基準を満たす＝真にその疾患である」ではなく、またその逆もあります。疾患によっては複数の診断基準が作成されていますので、メディカルリサーチでは、本症例のように複数の診断基準を用いて検討することで、診断の確度を高めています。



その他、このような症例
にも対応できます

- 高次脳機能障害
（後遺障害等級の妥当性／画像所見がない場合の診断の妥当性 etc）
- 脳脊髄液漏出症
- TFCC（三角線維軟骨複合体）損傷
- 歯牙障害
- 心的外傷後ストレス障害（PTSD）
- 頭部外傷後に難聴を発症した症例
- 頭部外傷後に複視症状が生じた症例
- 高齢者が事故をきっかけに要介護状態となった症例
- 胸部打撲に心臓弁閉鎖不全症を発症した症例

ご依頼方法

交通事故案件の医学意見書作成を希望される方は
こちらへお問い合わせください。

☎ 03-6285-2848

✉ support.kantei@medicalresearch.co.jp

〈交通事故案件の精査に必要な資料〉

- ☐ 事故態様が分かる資料
- ☐ すべての画像検査データ
- ☐ 初診から症状固定までのカルテ一式
- ☐ 後遺障害診断書
- ☐ 後遺障害認定結果が分かる資料
- ☐ 訴訟資料（係争中の場合）
- ☐ 相手方提出の医学意見書

精査に必要な資料を
ご用意ください

その他、詳しくはお問い合わせ時に看護師が
ご説明致します。



CONTACT

 03-6285-2848

 support.kantei@medicalresearch.co.jp

遺言能力(意思能力®)鑑定サービス 専用サイト
https://medicalresearch.co.jp/lp_mental-capacity/



メディカルリサーチ 株式会社

【東京本社】〒101-0044 東京都千代田区鍛冶町 1-10-4 丸石ビルディング 6 階

【関西営業所】〒670-0912 兵庫県姫路市南町 63 番地 ミツワビル 2 階



弁護士協同組合特約店 ※2025 年 9 月現在

札幌・青森県・仙台・茨城県・埼玉・千葉県・東京都・神奈川県・滋賀・京都・大阪・兵庫県・岡山・広島・徳島・香川県・愛媛・高知・福岡県・大分県

※その他、弁護士協同組合に申請中です。詳細はお問い合わせください。