

2025 年

意見書

の件につき、書類審査の結果、次の通り見解を
申し上げます。

東京海上日動メディカルサービス株式会社

整形外科専門医

記

本意見書作成にあたっての参考資料

1. 診療録
2. 診断書、診療報酬明細書
3. 交通事故証明書
4. 後遺障害診断書
5. 画像資料
6. 訴状他訴訟関連書類

〔本件の経過〕

被調者は事故時 男性。

2021 年

自転車同士の衝突事故で受傷したとされる。 に救急搬送され
た。右鎖骨痛、右側胸部痛、右大腿痛。右鎖骨骨折あり、右肋骨骨折あり、保存的に固定
として鎖骨ギプス、消炎鎮痛剤が処方された。

レントゲン：転位増強か、 病院に紹介となった。

病院整形外科を紹介受診した。8/3 レントゲン写真でやや尾側への
転位(+)。 骨接合術予定として入院した。

骨接合、スコーピオンネオ、ネスフロンケーブル固定。鎖骨バンド2週間使
用、以降関節可動域訓練を。

手指痺れ（一）、創部きれい

手指痺れ（一）、創部きれい 退院した。

小指環指にしびれあり。鎖骨バンドは終了。

小指環指にしびれあり。創部周囲にピリピリ感あり。創部は綺麗。把握可能。整形外科に紹介となったが、同外科にはリハビリがなく、そのまま他院紹介となり、でリハビリが行われた（同院の経過は後述する）。

でリハビリ中。肩関節挙上 160、握力 38.2/29.2。9/13-関節可動域はフリー。

握力 34.8/32.3。

スーパーでかご一杯の買い物カゴを持ち上げたときに右肩に疼痛が出現した。リハビリ先でリリカ飲んでいる。症状は改善傾向あり。右前胸部周辺の感覚鈍麻あり。挙上 160

抜釘希望

抜釘時期は術後 1 年程度、抜釘後 1 か月で症状固定が望ましい。

からの紹介で脳神経外科を受診。示指屈筋 5-/5、指伸筋 5/5、尺側屈筋 5/5、短母指外転筋 5/5。肘での Tinel 徴候陰性。環指の分離はつきりしない。筋萎縮は認めず。前腕内側に感覚障害あり、尺骨神経麻痺は否定的。しびれ、感覚障害は右第 8 神経根/第一胸椎第二胸椎神経根支配領域。運動麻痺は目立たず。神経根引き抜き損傷？腕神経叢、下神経幹障害？神経伝導速度検査まで施行してみる。

尺骨神経遠位刺激で感覚神経活動電位 39.0/58.9、尺側内側皮神経 9.2/12.8、50%以上の左右差無く第 8 神経根/第 1 胸椎神経節より近位、節後繊維の障害疑う。これ以上の検索は整形外科でとして脳神経外科は終診となった。

第 8 頸椎/第 1 胸椎前根障害の疑い。違和感は続いている。右前胸部周辺の感覚鈍麻あり。違和感、若干の改善傾向。挙上 160、左肩を触ろうとすると右肩に違和感。レントゲン写真：転位（一）、CT：骨癒合傾向。抜釘希望あり。候補日

抜釘後 1 か月で症状固定が望ましい。

入院。

斜角筋ブロック下に骨内異物除去が行われた。「特に抜釘困難無かった。」退院した。

創部確認、きれい。

きれい、全抜糸。当科終診、1 か月は無理しないように、として 病院を終診となった。

経過中に への通院を確認できる。

から通院している。尺骨神経領域にしびれ(+)、運動神経麻痺ではない。肋骨も骨折があり経過を見ている。レントゲン：血胸は吸収されている。1 か月くらいでなおってくるのではないかと。としてリハビリテーションが開始された。

以下可動域の記載を抽出する。

挙上大分できるようになってきた。外転 130

屈曲 135 外転 145

屈曲 140 外転 150

屈曲 160 外転 170 伸展 50 左右差なし。

屈曲 145 外転 150

保険会社との面談。現在の症状：肩を動かすときの痛みについて、しびれについて。理学療法により少しずつだが症状改善がある事を説明。可動域が正常可動域の 3/4 以上有るかの確認があった。基本的にリハビリを抜釘まで継続することが難しいと説明された。

屈曲 135 疼痛、水平外転 85 疼痛

10/27 抜釘。屈曲 160 外転 15 外旋 60 内旋 80。

屈曲 165 外転 155 外旋 60 内旋 80 症状固定と判断された。

自賠責保険後遺障害診断書の内容を纏める。

傷病名：右鎖骨骨折

自覚症状：右第4.5指、上肢尺側から全胸部のしびれ。術創部の疼痛、しびれ、上肢挙上時疼痛増強

他覚症状：筋力正常、腱反射正常、握力 33.3/37.4 k g

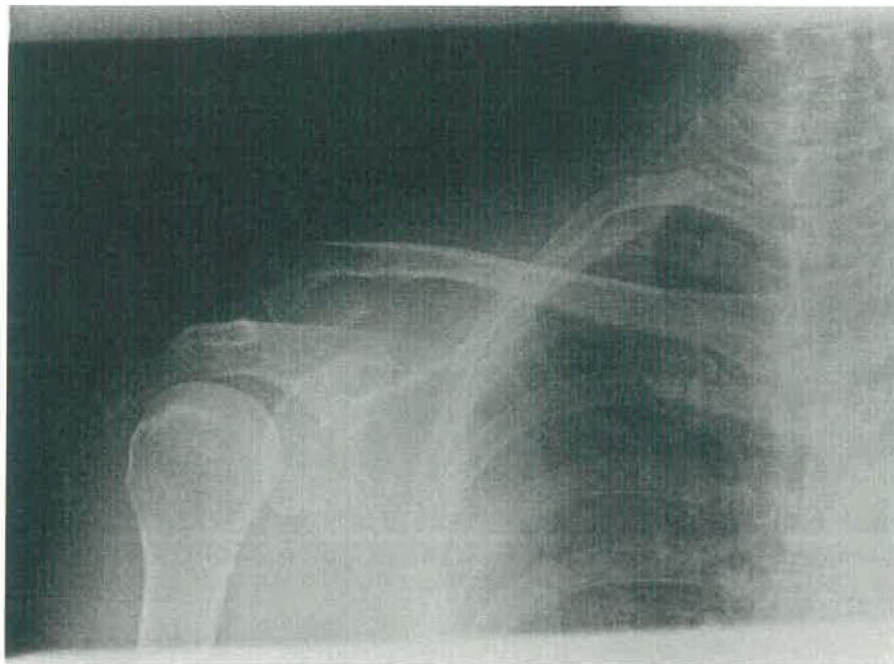
関節可動域：

関節名	運動の種類	他動		自動	
		右	左	右	左
肩関節	屈曲	135	170	130	165
	伸展	45	50	45	50
	外転	125	165	120	160
	内転	-10	0	-15	0
	第一外旋	60	60	60	60
	第一内旋	60	75	60	70
	第二外旋	85	90	85	90
	第二内旋	50	70	50	70
	第三外旋	75	80	75	80
	第三内旋	5	10	5	10
肘関節	屈曲	140	140		
	伸展	10	10		
手関節	背屈	85	85		
	掌屈	80	80		

見通し：症状固定、一定になっていると考える

〔画像所見〕

右鎖骨レントゲン：転位のある鎖骨遠位端骨折を認める。



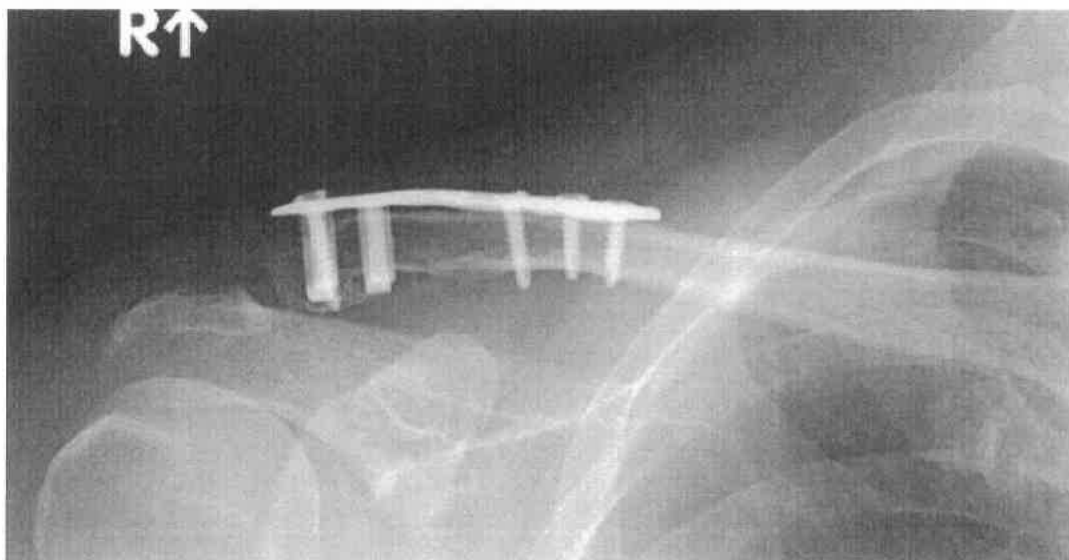
右鎖骨 CT：転位のある鎖骨遠位端骨折を認める。



右鎖骨レントゲン：プレートによる骨接合術後である。整復位は良好である。



右鎖骨レントゲン：骨癒合している。



原告第2準備書面を踏まえた後遺障害等級該当性

(結 論)

(解 説)

の挙上 160、

屈曲 165 外轉 155 外旋

ここで原告第2準備書面の中の医学的主張について解説します。

第3：後遺障害の原因について

「鎖骨と肩甲骨肩峰をつなぐ関節である肩鎖関節は肩関節の可動に重要な役割を担うところ、事故当初のCT画像上、上記肩鎖関節構成要素である右鎖骨遠位端の完全離断や偏移を伴う重篤な骨折をしたことが認められる。また、MRI画像上も骨折部の周辺に輝度変化が認められ、これは血腫や水腫等と考えられ、また、骨折部は軟部に引っかかり後方へと転位していたとの骨折の状態から、本件事故による骨折時等に右肩関節の可動を司る右肩部の筋腱類の軟部組織を損傷したことを示していると考えられる。」とあります。本件の外傷である鎖骨遠位端骨折により、骨折時等に右肩関節の可動を司る右肩部の筋腱類の軟部組織を損傷したことを示しているのは当然のことで、レントゲン、CT、MRIで外傷性変化が起こっているのは自明の画像所見です。特に医学的に特別なことはありませんが、本件骨折は鎖骨遠位端骨折としては重篤な程度のもものでは無く、本件程度の所見は臨床的に特筆すべき物ではありません。

「神経伝導検査においても手首よりも近位の神経損傷を原因とした右上肢の神経の異常が認められている。」とありますが、
の神経伝導速度検査において、運動神経、感覚神経において「尺骨神経遠位刺激で感覚神経活動電位 39.0/58.9、尺側内側皮神経 9.2/12.8、50%以上の左右差無く第8神経根/第1胸椎神経節より近位、節後繊維の障害疑う。」とあり、鎖骨遠位端骨折による外傷性変化は否定されています。原告は「下記図のとおり、骨折した鎖骨直下には上肢及び手指の運動及び感覚を司るC5乃至T1神経が腕神経叢を構成して走行しているのであるから、骨折時にこれら神経を損傷し、原告の各後遺障害を発症させ難治化させていると考えられる。」とのべています。腕神経叢は鎖骨骨幹部では鎖骨と肋骨の間の胸郭出口部を走行していますが、鎖骨遠位1/3の下方にある烏江突起以遠では烏江突起に下方を走行するようになり、鎖骨遠位端では離れた部位を走行しています。そのため、鎖骨骨幹部の重篤な骨折では鎖骨骨折端により腕神経損傷が起こりえますが、鎖骨遠位端骨折では腕神経損傷が起こることは医学的には考えにくいです。また、腕神経叢が損傷された場合、正中神経、尺骨神経、橈骨神経が分離するより近位の損傷となるので、本件の様な尺骨神経領域に局限した症状を来すことはありません。したがって、「後遺障害についてはいずれも画像及び検査結果上、骨折による神経もしくは軟部組織の損傷を原因とすることが明らかとされている。」という解説は医学的に

手術前の手術同意書に「合併症として「肩関節可動域制限の可能性や疼痛・しびれ・違和感など知覚異常の残存の可能性」が指摘され、「手術の際に切開した皮膚・軟部の周囲には感覚障害（しびれなど）や運動障害（麻痺・筋力低下）が発生することがあります。障害は、直後から発生するものから、遅発性のものまで様々です。・・・明らかな神経損傷がなくても、創部に頑固な疼痛が残存することがあります。」との記述があることが、後遺障害の残存の根拠としているようです。しかし、これら記載は侵襲的操作を加えるときの一般的な注意を述べたものであり、本件の様な軽微な症状には当てはまらないと医学的に考えられます。

右肩の可動域制限について後遺障害診断書の数値では12級相当だが、診療記録の経時的記載ではそれよりも良い関節可動域が記載されています。原告主張でも「 病院及び整形外科 」の診療録に記載された肩関節可動域の数値を経時的な羅列して表にしたものであるが、確かにこれらの数値のみで判断すれば、原告の右肩可動域は経時的に改善しているように見え、症状固定時の後遺障害診断書記載の数値のみ突如悪化しているかのようである。」と認識されているようです。その理由として「 」の可動域数値は、適切な肢位に基づき角度計を用いて得られた関節可動域を後遺障害診断書に記載したとのことである。他方、同日を含めた同時点以外の診療記録記載の可動域の数値については、理学療法士等のリハビリセラピストが、治療効果の目安を見るために測定し、セラピストが目視で行うことや痛みの訴えがあった時の角度を記載しており、カルテ内の記載は必ずしも正確な測定方法ではないことがあるとのことであった。」として

-9-

域)を示していない理由の一つである。「(日常生活上も十分なストレッチをすれば一時的に関節可動域が広がることは自明であろう。)」と述べているが、この記述からもわかるようにリハ後の可動域が最も状態のよい可動域であるのは明らかなので、後遺障害はこの最善の可動域で判断するのが医学的に妥当です。また、○の主治医の計測が「目視で測定するという、基本肢位に基づかずどの運動方向(国曲か外転か)も定かではなく角度計を使用しない極めて簡易な測定方法であった。」ため、その計測値に疑問を呈しているが、整形外科専門医であれば、肩の可動域は簡単な目視で計測しても5度単位で計測可能と考えます。「被測定者の姿勢と肢位によって、各関節の運動範囲は著しく変化する。・・・そこで、各論において述べる基本的な測定姿勢」にしたがって測定されることが求められている。また、測定方法について、「角度計は、十分な長さの柄がついているものを使用し、通常は5度刻みで測定する」との日整会方式の測定方法は、可動域測定になれていないものが測定する場合の方法を述べているに過ぎず、ある程度の経験のある理学療法士や整形外科専門医であれば、そのような方法をとらなくても正確な可動域は測定できます。実際の診療記録でも○の医師診察記録で「屈曲 160 外転 15 外旋 60 内旋 80。」と記載されており、○り理学療法士の記録で「屈曲 165 外転 155 外旋 60 内旋 80。」と記録されています。複数回の測定者の記録の方に信頼性があるのは自明と思われます。

第5 神経症状について

神経症状についての画像所見として「右肩部 MRI 画像上で軟部組織内に輝度変化による筋腱類等の軟部組織の損傷像」を根拠にあげているが、外傷時の MRI 所見は何らかの変化があるのは当然であり、これが神経症状の残存に対する根拠にならないことは医学的に明らかです。

神経伝導速度検査において「正中神経 (「Median」) 及び尺骨神経 (Ulnar) いずれも患側である右上肢に F 波の潜時の延長 (「F-Latency」) 及び出現率の低下 (「F-Occurr」) が認められている。」として神経損傷の根拠としています。しかし、○脳神経外科医師が「50%以上の左右差無く有意な所見では無い」と記載しているとおおり、この程度のわずかな左右差は臨床的に意味のある結果では無い事が示されています。具体的な数値として原告は「尺骨神経潜時右/左 27.3/26.8、出現率 87%/100%」としますが、F 波の潜時の正常範囲は 25-32、出現率は 70%以上が正常値であるので、本件の検査結果は正常で

す。

以上、原告第2準備書面で記された内容に医学的に意味の通る部分は無く、誤っていると評価します。

以 上