

裁判例と自賠責認定にみる 神経症状の等級評価

— 後遺障害認定の傾向と着眼点 —

共編 高野真人 (弁護士)
高木宏行 (弁護士)

新日本法規

第3章 上肢・下肢の骨折・靭帯損傷後に残った症状

第1 12級と認定された事例

<骨折後の骨癒合状況と12級認定>

- [34] 診療録上「骨癒合」と記載されたが、X線画像により他覚的に神経系統の障害が証明されたとして12級13号を認定した事例
(大阪地判平24・9・18自保ジャーナル1892・116)

事件の概要

事故の状況	一時停止規制を遵守せずに交差点を直進した被害者（原動機付自転車）と一方通行道路から進入してきた普通貨物自動車が出合頭衝突
被害者	女性・19歳・無職
事故日時	平成21年6月25日午前8時45分
入院期間	入院7日、通院約16か月（実日数67日）
症状固定日	平成22年10月21日
受傷内容	右橈尺骨遠位端骨折、顔面挫創、鼻骨骨折等
自賠償の認定	12級13号
残存したと主張された神経症状	右橈尺骨遠位端骨折後の不整癒合による右手関節痛

当事者の主張

【被害者】

後遺障害として右手関節痛、右手関節可動域制限減少等の症状が残

存し、これは、自賠令別表第二12級13号に該当する。

【加害者】

原告は、平成21年10月2日には、既に骨癒合が得られており、カルテ上、不整癒合との記載はなく、C病院の平成22年9月24日のカルテには、明らかな神経異常なし、圧痛なしとされているから、原告には、後遺障害は存在しないというべきであり、仮に、何らかの神経症状が存在するとしても、他覚的異常所見のない神経症状として、後遺障害等級14級9号に該当するに止まる。

裁判所の判断

病院の診療録には「骨癒合」と記載されている。しかし、骨折部位が変形して癒合する変形癒合があり得るのであり、骨癒合の記載があることによって、他覚的所見の存在を否定することはできない。原告の右橈尺骨遠位端において、癒合部が、正常な状態とは異なる状況にあるものと解され、また、癒合部及びその近接する部分に、X線写真の濃度が高くなっている部分が相当あることが認められ、骨組織が局所的に減少した状態、即ち骨萎縮となっているものと推測され、この事実を照らすと、原告の右手関節痛については、障害の存在が他覚的所見によって裏付けられているものと解される。したがって、後遺障害等級12級13号に該当すると判断した自賠責保険会社（損害保険料率算出機構）の判断は相当であり、原告には、右手関節痛の後遺障害が残存し、その程度は、後遺障害等級12級13号に該当するとするのが相当である。

考慮要素

事故による衝撃の程度	—	既往歴	—
入通院の実績	—	症状の一貫性	—

その他神経所見	△	医学的・客観的（画像）所見	○
その他	—		

【その他神経所見】

尺側に疼痛があり、握力は右16kg、左24kgであった。

病院の診療録には、天候により右手関節痛、動かしていると右手関節痛、明らかな神経学的異常なし、圧痛なし、肥厚性癭痕なしとの記載がある。

【医学的・客観的（画像）所見】

病院搬送後のX線検査の結果、右橈尺骨遠位端骨折、顔面挫創、鼻骨骨折等と診断された。

診療録に骨癒合との記載があった。

コ メ ン ト

本判決では、自賠責認定で、右橈尺骨遠位端骨折後の不整癒合ありとして12級の神経症状の後遺障害が認定されています。それにもかかわらず、被告は、骨癒合が得られており、カルテ上、不整癒合との記載はなく、病院の事故約15か月後のカルテには、明らかな神経異常なし、圧痛なしとされているから、原告には、後遺障害は存在しないか14級どまりであるとして争いました。

これに対して、本判決は、原告の右橈尺骨遠位端において、癒合部が、正常な状態とは異なる状況にあるものと解され、また、癒合部及びその近接する部分に、X線写真の濃度が高くなっている部分が相当あることが認められることから、骨組織が局所的に減少した状態、即ち骨萎縮となっているものと推測されるとして、右手関節痛について、他覚的に神経系統の障害が証明されるものと捉えられるとして12級13号と判断しました。自賠責認定よりも、裏付け所見といえるものを補

充して判断理由としているといえます。

関節部位の骨折の後の障害について、12級の神経障害を認定されるかどうかについては、骨癒合が行われているのかや、関節内での欠損や変形が残存しているかどうかが目点となります。自賠責認定にもかかわらず、被告は、カルテに骨癒合と記載され、自賠責認定では認められた不整癒合ありとする主治医の判断が記載されていないことを根拠に骨折部は完全に癒合し不整癒合はないから障害が残存するはずがないと主張したわけで、やや言いっぱなしの感じのする主張ではあります。ここまで主張するのであれば、画像診断をした医師意見書等で立証をする必要があるでしょう。結局、不整癒合の状態と骨萎縮が生じていると判断される所見がある以上、異常状態があることは間違いないといえますから、12級認定されやすい事案といえるでしょう。

被告が主張するように、神経学的な異常所見などは見られないわけですが、それは余り問題にならず、関節部位の形態的な異常が重要な着目点というのが、関節部の後遺障害認定の実情といえるかもしれません。

第4章 脊髄損傷が問題となった事例

第1 脊髄損傷を認め9級と認定された事例

〔65〕 頸部捻挫等の被害者（自賠責認定14級9号）につき、脊髄空洞症の発症を認定し、9級10号を認定した事例

（名古屋地判平30・4・18自保ジャーナル2026・29）

事件の概要

事故の状況	信号待ちの原告車両に被告車両が追突
被害者	女性・固定時50歳・翻訳業
事故日時	平成25年3月27日午後6時40分頃
入通院期間	通院約13か月（実日数165日）
症状固定日	平成26年5月1日
受傷内容	頸椎捻挫、胸椎捻挫、右前腕挫傷、中心性脊髄損傷（争いあり）
自賠責の認定	14級9号
残存したと主張された神経症状	頭痛、頸部痛、背部痛、両手のしびれ、右下肢のしびれ、左下肢の軽度のしびれ

当事者の主張

【被害者】

原告（被害者）は、本件事故により中心性脊髄損傷、頸部捻挫、胸椎捻挫、右前腕挫傷等の傷害を負った。

本件事故による後遺障害は、7級4号「神経系統の機能に障害を残し、

軽易な労務以外の労務に服することができないもの」に相当する。

【加害者】

原告が本件事故により中心性脊髄損傷の傷害を負ったとは認められない。初診時において原告の脊髄に重大な損傷を来したことを示唆するような症状が発現した旨の記載はなく、神経学的異常所見も記載されていない。本件事故時点において、脊髄空洞症（外傷性以外のもの）であったところ、平成25年6月頃から同症による具体的症状が発症したと考えるのが相当である。後遺障害等級は14級9号に相当するものに止まる。

裁判所の判断

原告は、C整形外科を受診した時点（事故から3日後）には、右手指の巧緻性にかかる症状を訴えていた。10秒テストの結果では右に異常のあったことを認めることができる。右手指の症状は、それ以降も続いており、右母指用の装具や右中指用の装具を使う状態が現在まで続いている。

原告の頸椎（C6-7）のMRI画像には輝度変化が認められることは各医師意見書ともこれを認めている。ここで認められる脊髄空洞症の原因についてであるが、D医師が指摘するように、外傷性ではない脊髄空洞症の場合は、基礎疾患に伴う合併症として発症することが多いところ、原告にそのような基礎疾患は認められず、また、突発性の脊髄空洞症は極めて稀な症例とされている。そのうえE医師やF医師・G医師の意見書において、原告の脊髄空洞症が突発性のものであるとする重要な根拠の一つは、原告の右手指の症状や四肢のしびれに関する症状が本件事故からある程度期間を置いてから発現した点にあるが、この前提を採用できないことは上記のとおりである。したがって、原告の脊髄空洞症はD医師が意見を述べるように外傷性のものと認める

のが相当である。原告の後遺障害は、自賠責保険における後遺障害等級の9級10号に相当するものと認められる。

考慮要素

事故による衝撃の程度	○	既往歴	—
入通院の実績	—	症状の一貫性	○
その他神経所見	△	医学的・客観的（画像）所見	○
その他	—		

【事故による衝撃の程度】

事故態様は、停車中の原告車に被告車が追突し、その衝撃で原告車が先行車に追突した。このように原告は2度にわたり到底軽微とはいえない衝撃をその身体に受けた。

【症状の一貫性】

右手指のしびれなどが事故後相当期間経過後から発生していると争われたが、事故後まもなくから一貫していると認定された。

【その他神経所見】

四肢しびれ（－）、脱力（－）、右握力左と比べて低下、10秒テスト：右20・左24等

【医学的・客観的（画像）所見】

C6／7 頸椎間で髄内高輝度像あり

コメント

脊髄損傷による後遺障害ありと認定するためには、画像所見とそれを基礎付ける神経学的所見が要求されます。本判決では、頸椎MRI検査上、脊髄内に輝度変化があり、脊髄空洞症だということについて争

いはないようです。しかし、自賠責認定では、脊髄内の輝度変化は外傷性のものではないだろうと判断したようです。椎間板の膨隆、脊柱管の狭窄といった脊髄損傷を発生させるような器質的な異常もみられず、また、脊髄損傷の場合、事故直後から、ある程度重篤な症状や神経学的所見が出現するのが通常であるのに、事故直後の診療録上、神経学的所見はなく、X線検査でもC5/6に加齢変化があるほかは有意なものはなく、四肢しびれ(-)、脱力(-)とされており、さほど重篤な症状は出ていないので、脊髄損傷とは認めにくかったのでしょう。

訴訟においては、脊髄空洞症による症状が出ているという点が共通認識となったため、脊髄空洞症が外傷性のものか、それとも既往のものか、あるいは、事故後にたまたま発生してきたものかが論点となりました。判決は被害者側の医師の意見を採用して、外傷性のもとと認定したわけです。脊椎や椎間板などの様子からすると、事故の衝撃で脊髄が圧迫されて内部に損傷が生ずるといえるのか疑問があり、事故との因果関係の判断は微妙でしょうが、事故の衝撃の程度が軽いわけではない点と、被害者側の医師の意見が説得的に思われたことが脊髄損傷と認定された要因でしょう。自賠責認定で認められない脊髄の症状の場合、脊髄に障害が発生していることを、どう医学的に説明し裏付けるかが重要といえます。

なお、障害程度としては、脊髄損傷が認定されると、9級以上に認定されることが多いわけですが、本判決では9級にとどまっています。障害認定基準に当てはめると何級になるのか、甚だ疑問ですが、四肢麻痺や下半身麻痺が出る脊髄損傷例と比べると障害の程度が軽いと見て、12級の神経症状よりは重い最低限のところで9級を認定したものと思われまます。