

1. 鞭打ち損傷

1-1 鞭打ち損傷とは？

「頭頸部の鞭打ち運動の結果起こった種々の病的状態」
一次的損傷...頭部周辺の軟部組織の単独又は合併損傷(皮膚・皮下組織・筋・筋膜・腱・靭帯・椎間板・関節包・頸椎神経根・頸髄・自律神経等の)
二次的損傷...自律神経障害を主因とする障害(内頸動脈や椎骨脳底動脈の血行障害に起因する神経系の多彩な病体)
心理的・社会的因子によるもの

1-2 鞭打ち損傷は傷病名欄に記載すべきか？

原則として骨関節損傷(骨折、脱臼)は含まない。実験では、筋繊維の断裂、出血、浮腫、変性が見られる。
受傷機転を表す言葉であるので、妥当でない。
脊椎外科の専門医でも「鞭打ち損傷」「鞭打ち症」と診断書に記載することがしばしばである。
その他の呼称として「頸椎捻挫」「頸椎挫傷」「頸部外傷」「外傷性頸部症候群」等があり、正診の判断はできない。
工学鑑定で、頸椎の生理的可動域以上の過屈曲、過伸展が発生し得ないような、軽微な受傷機転であったことが判明することも多い。
H2年の日本整形外科学会では「頸部外傷性症候群」と有り、過去の労災では「頭頸部外傷症候群」...どの病名でもかまわない。「頸部挫傷」が逃げ道が多そう。
曖昧不統一であり、固執に意味がない。

1-3 同様の症状でも病名が違うのはなぜか？

診断書の記載方法が統一されていない。(特に外傷に対しての病名のつけ方、診断書の書き方は医学部では習わない。)

病態を記載しない医師もいる。
症状固定、後遺障害、検査結果の解釈、治療方針等が、各医師間で異なることが多い。
医師に、傷病者の後遺障害の等級ひいては補償額に大きく影響するという認識していない。
複雑な手の挫減創では、14関節の自動的、他動的活動域の計測とその他の記載項目に関して15分以上要する。
「胃潰瘍」「末梢神経炎」「腸管麻痺」...消炎鎮痛剤による胃腸障害予防の抗潰瘍剤に対しての保険病名、
「神経炎」...疼痛に対してのB12製剤の保険病名
「腸管麻痺」...ベッド上での臥床安静によるガスの貯留予防・治療の為に蠕動促進剤又は下剤の保険病名
「神経麻痺」...一般外科医に多い記載...上肢がだるい、ちよっとしびれる
「神経麻痺」「腕神経叢麻痺」「中心性脊髄損傷」...脳外科医、整形外科医に多い記載
「脳挫傷」...画像診断的に異常所見が見られる重篤な場合と、頭が「重」-とする程度での記載の両方がある。
「TFC損傷」...「手関節捻挫」
「中脳水道症候群」...眩暈
「頭痛」「頂部痛」「眩暈」「耳鳴」...態様欄に記載するのが正しい、傷病名欄に記載するのはおかしい。
「手首」「足首」「上肢神経麻痺」...四肢・関節外傷の専門(整形外科医)以外の医師の所見の場合が考えられる。

1-4 なぜ鞭打ち損傷が問題となるか？

査定担当者の判断力のレベルアップが必要。査定担当者が、自身で医療現場で、臨床医・顧問に早めに聞いて無駄な時間と労力を費やさないようにすべき。
外科系医師の担当領域だが、手術対象とならない。「医は仁術」でも生活が第一と言うことから、診療に情熱がわかない、病態説明や治療法の研究に打ち込む気にならない。

研究発表や論文がほとんど出ない、...理論的に説明が付き難い訴えが多い。
医師の技量が反映されにくい外傷である、...対治療効果が得難い。
長期化すると、損害保険会社もさくなくなるし、医療照会状の提出を求められるし、最悪の場合は法定にまで引っ張り出されます。
中には、「治療が悪い、医療過誤で訴えてやるよ」という姿勢をあらわにしてくる損害保険会社の査定担当者もいる。
「いろいろ文句をつけて治療費をなかなか払ってくれない」

私病と重複するものも多い。慢性期になって治らない場合、対処法に医師が窮することがある。
交通外傷は医師の「ドク箱」...濃厚な点滴・注射・個室費用等も損害保険会社が支払ってくれる。
「自由診療」=「過剰診療」とされ、傷病者の納得のいくように時間をかければ治るのを、治療費がかさむと言って損害保険会社がケチケチのままだと断ったことも実際にある。

1-5 保険会社と医師とのギャップとは？

自賠責における自由診療の長い歴史から、最初から健保診療にするという短絡的な解決策ではどうにもならない。
私見ですが、診療内容、請求方法は、全て健保基準にすべきと考えている。...特殊性は賠償問題が絡み、面倒な仕事や気配りが多い。
損害保険会社側の損害賠償論と医師の純粋医学論とのギャップがある。...「自覚症状と他覚症状」・「症状固定」・「後遺障害」・「因果関係」・「素因競合」
「他覚所見」...医師としては、医師が診察によって知りうること。(知覚障害、筋力低下、腱反射等...損害保険会社としては、傷病者の主観と意志により調節可能という。)

「他覚所見」...損害保険会社としては、レントゲンやCTの画像診断上の形態学的異常、筋電図等の電気生理学的検査での波形異常、血液検査での異常値、医師の理学的所見としての関節拘縮、筋萎縮程度のもの。
自覚症状と他覚症状の、健保と損害保険との格差がある。...他覚的所見のない鞭打ち損傷の損害保険の支払い対象外に不納得。
損害保険会社の人間不信による詐病の可能性の指摘がある。

「症状固定」...医師としては、傷病者に対しての応召義務がある。
「症状固定」...労災では、「傷病が治ったとき、すなわち症状固定(もしくは治癒)とは、その病状が安定し、医学上一般に認められた医療を行っても、その医療効果が期待できなくなったときである。そして、病状が安定し、薬剤や理学療法などの治療により、症状の一時的回復が見られるに過ぎない場合を医療効果が期待できないものと判断する。」
「症状固定」...傷病者としては、その概念が無く、完全治癒(症状の完全消失、事故前と同じ状態)としている場合が多い。
「後遺障害」...医師としては、肩こりの程度のみ
「後遺障害」...傷病者としては、手足の麻痺等を考える。
「後遺障害」...査定担当者としては、後遺障害認定基準表の14級以上か否か
「因果関係」...医師と傷病者としては、事故の二次的、三次的病態まで補償要求する。
「因果関係」...損害保険会社としては、当初の外傷、時には直接波及した続発症(骨折後の関節拘縮)までに限った補償。...損害賠償論による。
「素因競合」...通常損害の拡大という解釈に基づく割合認定。...損害保険会社に有利な「素因原則考慮説(斟酌説)」がある。
「素因原則不考慮説」...損害保険会社に不利な、あるがまま判決(言うがまま判決)が増えている。

医師の無知...自動車保険の実情(休業補償の存在を知らない)、システム、書類処理法、**ムチウチの標準的治療法**、診断書の書き方、調査会社や弁護士からの照会に対する対応等

1-6 医師は病型分類をしているか？

「捻挫型」「神経根症型」「脊髄症型」「ヘルニア型」「混合型」という分類方法がある。(他にも多くの分類法がある。)
一般的には、多くの病態が混合していて、明確な分類などできないことが多い。
頸椎部での「脊椎外傷」の一種であるので、整形外科、脳外科、脳神経内科が担当する。
整形外科(機能外科)...脊髄・末梢神経分野(神経・血管障害)を担当してきた。最適だが、骨・関節疾患で多忙である。外傷後のリハビリ(理学療法)にも精通(H2年未で、15000人越)

1-7 何科の医師が診療に当たるべきか？

脳外科...脊椎・脊髄を扱うので、鞭打ち損傷の専門家と言える。
脳神経内科...麻痺・痙攣を呈する神経・筋疾患で、手術適応とならないものが対象。鞭打ち損傷が診療対象となることはほとんど無い。
他科の医師...骨折後の偽関節、骨髄炎、神経麻痺、関節拘縮等の発生が多い。
...質問している弁護士の方が、医学的知識が豊富であるという印象を受けるケースもあります。
...損害保険会社側に整形外科・脳外科の顧問医がいて、査定できていると、担当医師に理解させる。

1-8 なぜ多彩な症状が出るか？

原則として専門科での受診を計る。
傷病者の「安心」のための受診が必要。
...損害保険会社も各科にわたる顧問医を用意しておかなければならないということにもなります。
頭部、顔面、上肢へ行(血管・神経の通路であり、その先の流域、つまり血管・神経の支配域のすべての病態が発生する可能性がある。
頭部のムチウチ運動により、頭蓋内障害が発生する。(間脳視床下部の障害では全身症状の発現もある。)
頸部交感神経と交感神経節(星状神経節)の損傷により多彩な症状が出現する可能性がある。
脊髄・神経根・自律神経との交通枝の存在で、より多彩な症状が出現する可能性がある。
私病の混入(変形性脊椎症、動脈硬化症、胸郭出口症候群、貧血症、本態性低血圧症、甲状腺機能低下症等)
「ムチウチはこわい、後で出る。」との誤報

1-9 なぜ受傷後しばらくしてから症状が出るか？

心身症・仮面鬱病等の精神科的疾患、老眼・耳鳴・難聴等の老人性疾患の加速、腰痛症・肩こり・五十肩等の経年変化生活様式の変化によるもの
受傷後しばらく経過して、当初無かった症状が出てくる場合は確かにあるようです。...精神的ショック、外傷による筋繊維の断裂、毛細血管の破裂その結果発生する血腫・浮腫の増大更に神経圧迫による疼痛・痺れ等の神経症状の発現。
受傷後1週間くらいまでに、事故に直接起因して発生した(と損害賠償論上みなすべき)病態がすべて出揃うだろう...すべて(100%)事故による病態と考えて良いのではないのでしょうか。
それ以降に発生した症状は、併発疾病・新たな外傷・心因性反応等の可能性が高い。(時間的経過が大きくなれば、100%より する事になるが、0%ではない。)

2ヶ月を経過した時点で病態に関して、交通事故外傷との因果関係を医学的に立証する事は不可能。(交通事故外傷としての理論的根拠が有るか、私病介入の否定ができるか。)

傷病者の都合による受診困難は、傷病者の責任。

1-10 なぜ頭痛が起こるか？	脳浮腫(頭蓋内圧亢進...重篤な場合は少ない。) C2、C3神経根からは、大小後頭神経が出て、頭部の後半分の皮膚に分布している為、 頸部周辺の筋性傷による頭蓋骨表面の筋肉の反射性過緊張による筋収縮性頭痛(緊張性頭痛) 頭頸部に流入する血管壁に分布する自律神経(交感神経)の異常による血行障害による頭痛もある。 GOTS症候群...第5脳神経(三叉神経)と第2頸椎神経根との交通枝との関係で、顔面痛を訴える。
1-11 なぜ耳鳴り、難聴、眩暈が起こるか？	血液の流入経路(鎖骨下動脈-椎骨動脈-C1/C6横突孔-上位頸髄へ分枝-頭蓋内(内耳の前庭、小脳、脳幹)平衡覚・聴覚に影響のある部分に血液を供給する。)の障害による。 椎骨動脈の直接の損傷、周囲組織による圧迫、頸部交感神経機能異常による血管の収縮又は拡張 頸緊張性反射(脊柱周囲の傍脊柱筋群の外傷-反応性の緊張亢進の刺激-脳幹・視床下部への異常刺激-前庭器官・眼運動系(眼振)や脊髄への異常刺激(頸性眩暈)頭蓋内組織損傷でなくても発生する。 当然頭蓋内組織損傷(聴覚・平衡覚中枢、伝導路の直接損傷(出血・浮腫による圧迫)でも発生する。 脳動脈硬化症、メニエール病等の基礎疾患や私病(貧血症、低血圧症等)が、悪化する場合がある。又、心因性眩暈感の発生もある。 耳鼻科医、平衡神経科医、神経耳科医
1-12 なぜ調節障害など目の障害が起こるか？	医原病(薬原病)...外用薬剤には、耳鳴・眩暈が副作用として現れるものがある。 頸部交感神経の機能異常(交感神経-毛様体筋の調節障害)流涙は、頸部交感神経(星状神経節)ブロックで改善される場合がある。 脳実質(視床下部-脳幹系で、視床中枢・視床伝導路の損傷)での直接的・間接的障害による。 椎骨動脈を介した血行障害。 老眼等が事故を起点として出現する事もある。直接外傷が無い場合で視神経萎縮・網膜剥離・網膜色素変性・緑内障・飛蚊症(硝子体剥離・白内障)・斜視(複視)等私病・心因性反応によるものもある。
1-13 なぜ排尿障害や性機能障害が起こるか？	「神経因性膀胱」...脳-脊髄-末梢神経(膀胱壁排尿筋・尿道括約筋)の伝導路の異常(脊髄損傷)... 尿閉・尿意消失・膀胱の蓄尿障害・頻尿・尿失禁 がある。 「神経性頻尿」...心因反応か心身症の場合が多い。尿閉の場合私病としての前立腺肥大の場合がある。 性機能障害の確認...陰萎のみで運動反射正常・知覚反射正常・排尿障害無しの場合は私病の可能性が高い。
C 1-14 なぜ握力が低下するか？	握持動作はC6、C7、C8神経根による。握力低下は同部位の知覚神経の損傷・血行障害も併発しているはずであるから、知覚異常・反射異常も同時に出現する筈である。 考えにくい、頸部交感神経ブロックで、握力回復する場合があるが、神経損傷による麻痺では考えにくい。 上肢の皮膚知覚領域、筋力、反射と、これを司る神経根・脊髄レベル 整形外科医は病態評価の重要指標(肘関節90°屈曲で、3回の平均値)としない。神経学的には、 徒手筋力検査の方が重要 。 診察の手順(問診-視診-理学的検査(聴診-打診-触診)等)レントゲン、CT、MRIの実施
1-15 鞭打ち損傷の一般的な診療手順は？	問診では、「 事故の状況 」、「 受診迄の経過 」、「 細かい症状 」、「 日常生活・仕事での支障度 」に関して記載する。 視診では「入室時の姿勢」、「頭の動きと位置」によって傷病者の「痛み」・「辛さ」の程度が判る。 理学的検査では「筋緊張」、「圧痛」はあまり重要でない。「運動制限等の局所所見」以外では、神経学的所見が重要。(誘発試験としてスパーリングテスト・ジャコフテスト・トーンテスト等がある。神経根刺激試験・運動反射試験・知覚反射試験等で、異常を示す皮膚知覚領域や異常反射の分布から障害部位の見当がつく。) 知覚機能...痛覚・温冷覚・触覚・振動覚・位置覚 運動機能...筋力・筋萎縮・巧緻運動能力 反射機能...深部腱反射・皮膚表在反射・病的反射 その他...直腸膀胱機能、自律神経機能(発汗テスト・コンドリエスト) 病状病態の説明と安静指導が大切
1-16 レントゲン検査で何が分かるか？	単純撮影では、骨の状態のみ、 骨折・脱臼等のない「鞭打ち損傷」では意味がない 。先天性癒合椎、椎骨加工後の塊状椎(病的要因との切り分け...割合認定) 頸椎2方向撮影では不十分。私病との重複を避ける為(切り分け)にも最低4方向できれば6方向撮影が必要。 正面像...L5/S1間節の経年変化(関節面の骨硬化像や骨棘)、横突起骨折。 側面像(中間位)...脱臼・骨折(椎体圧迫骨折・局突起骨折)、椎体の前方・後方骨棘形成、椎間板腔狭小化、頸椎間の不安定性(動揺性・緩み)、骨粗鬆症、椎間関節の関節裂隙の狭小化、関節面の反応性骨硬化、項中隔石灰化(骨化)等(後縦帯骨化症・黄色靱帯骨化症...本来私病。)まれに前縦帯断裂(側面像(前・後屈)...不安定性が明確になる。まれに項韧带断裂。可動域の記録(受傷当初との運動性の改善等。) 斜位像(左・右)...神経根の通る椎間孔(変形・狭小化)が見える。椎間関節突起部の骨折、頸椎分離症、変形性脊椎症 環軸椎正面開口位...軸椎歯状突起骨折、環軸椎間脱臼の程度、歯状突起分離(形成不全)症、 撮影不良 。 「頸椎前弯減少」、「頸椎垂直化」、「頸椎後弯形成」、「角状変形」等あまり意味がない。
1-17 頸椎の生理的前弯減少の病的意義は？	頸椎の生理的前弯の減少原因 1 正常でも10-20%有る体質・体格的なもの。 2 頸部周囲の軟部組織の疼痛や筋痙攣による反応性の肢位異常...「鞭打ち損傷」として考えられるが、あまり改善傾向は見られない。 3 経年変化による椎間板変性(変形性頸椎症)の二次的変化 4 外傷性椎間板ヘルニア或いは、頸椎の支持・連結組織の断裂による脱臼...「鞭打ち損傷」でなく、「椎間板ヘルニア」「骨折」「脱臼」の診断となる。 5 レントゲン撮影時の状態 * 1.3.5は「鞭打ち損傷」とは関係がないようである。
1-18 頸椎のスレとは、どういうことか？	整体治療院、カイロプラティックの「スレ」... 靱帯損傷等に起因する「亜脱臼」が、当初レントゲン・臨床所見なし とされても、その後の運動負荷で不安定性が増す場合がある。 医師の「スレ」...脊髄麻痺という重篤な病態を起こす可能性のあるもの。3.5mm以下なら病的意義なしとしている。 1 受傷時の頸椎脱臼或いは支持連結組織の断裂(狭義の不安定脊椎)...生理的可動域異常の運動を強いる外力による。(受傷後直ちに神経学的異常症候が有り、経時的に靱帯断裂部に反応性骨変化(靱帯の骨化、附着部骨萎縮等)...「鞭打ち損傷」にはない。 2 経年変化或いは体質的に関節弛緩傾向が強くて頸椎連結の緩み 無症状の健康者と「鞭打ち損傷」の傷病者とのレントゲンでの比較では健康者に「スレ」が多かった。 不安定性(非外傷性頸椎不安定症)...脊椎(髄)腫瘍・化膿性椎間板炎・慢性関節リウマチ・椎弓切除術・前方固定術 狭義の不安定脊椎(運発性脊髄麻痺)...マッサージ・整体・カイロプラティック等により、神経学的異常症候(麻痺等)の顕著化する場合がある。 基礎病変の存在により、病態が複雑化・重篤化・難治化する傾向がある。
1-19 椎間板腔の狭小化は何を意味するか？	椎間板の退行変性に基づく円潰・扁平化(変形性脊椎症の一種...椎間板変性症)...主に後方・後側方へ 外傷性椎間板ヘルニアの発生 1 衝撃強度(頸椎過伸・過屈曲を強いる外力)...頸髄・頸椎神経根の圧迫症状) 2 受傷直後からの重篤な症状の出現(頸部痛・上肢疼痛・痺れ・麻痺等) 3 受傷直後からの神経学的異常症候の出現(スパーリングテスト陽性・筋力低下・知覚異常・反射異常等)し、持続している。 * 中年以降で1、3を満足している場合は、椎間板変性(経年変化)の場合も考えられる。
1-20 造影検査で何が分かるか？	「脊髄造影」、「椎間板造影」、「選択的神経根造影」、「硬膜外造影(脊椎専門医のみ)」等がある。CT、MRIに役目を譲りつつある。...手術前提の検査である。 傷病者の苦痛と危険性...脊髄(硬膜・くも膜を貫通してくも膜下腔へ)への針の刺入・造影剤アレルギー・感染・技術設備の満足度が、充足されているか。 症状の再現性と責任病巣の確定。(選択的神経根造影は治療と検査を両用する場合がある。...局所麻酔剤+少量の副腎皮質ホルモン...疼痛と痺れに対して)S40年後半よりCT(放射線・水平断面のみ・硬組織(骨)の描出力)...造影の場合有り、S60年前半よりMRI(磁気・軟部組織の解析力・描出力)、緻密骨は描出されない。)...造影不要が臨床に応用される。...三次元解析可能(頭部外傷...血腫・挫傷・腫瘍等)
1-21 CT、MRIで何が分かるか？	整形外科領域...椎体骨折・骨盤骨折・骨腫瘍の良悪等。筋肉・腱・靱帯の状態、有る程度の腫瘍の性質、脊髄内部の状態、脊髄損傷後の脊髄実質の変性、急性期MRI撮影で、神経麻痺の予後予測 MRIの禁忌...心臓ペースメーカー・脳動脈瘤手術でのクリップ使用者・脊椎固定術で、内固定にプレートやロッドを使用している者・インプラントの義歯使用者 MRIの不得手...40分/1人の時間を必要とする。(最新では15分/1人)最小2mmの大きさ迄...「異常なし」とは、描出できる程の大きな病変がないと言う意味。 MRIの使用頻度...3回/1日程度(受傷当初)。頭痛・嘔吐感・意識障害が有る場合2回以上/1日程度(受傷後2、3日)。2、3回/1日程度(それ以降)。理由があればそれ以降の撮影も可。 スクリーニング検査として「鞭打ち損傷」でのMRIの使用は、濃厚過剰でない。1回は可。複数回は不可。
1-22 途中で椎間板ヘルニアに病名が変更されたら？	「頸椎捻挫」が「椎間板ヘルニア」になる。 椎間板は20歳代から退行変性を起こす。 ...無症状でも加齢によりMRI像での異常(椎間板変性・後方膨隆等)所見を呈することが多くなる。(40歳で25%、40歳で60%) 大袋袋な病名は、濃厚過剰を正当化する。 「外傷性椎間板ヘルニア」... 強烈な衝撃(「鞭打ち損傷」は過伸損傷と言われ、過伸後の過屈曲がなければ後方突出しない。) 受傷直後から突出した椎間板によって圧迫された神経(脊髄・頸椎神経根)の特異的症候(一定部位の疼痛・痺れ・運動麻痺等)が出現する。...多くて2部位 椎間板変性症...経年変化としての後方膨隆・後方突出は、多椎間にわたる椎間板に変性に後方膨隆傾向がある。
1-23 電気生理学的検査で何が分かるか？	「脳波(EEG)」「筋電図(EMG)」「神経伝導速度(NCV・MCV・SCV)」「体性感覚誘発電位(SEP)」等がある。...判定できる整形外科医は10%以下、脳外科内の専門医でも「境界領域(ボーダーライン)」神経原性異常がある。...程度の判断。 1回のみならず、(初回に異常所見があった場合は、意向も可。)傷病者、医師、損害保険会社の安心のために、 「脳波(EEG)」での異常所見...正常と異常(痲痺波)の境界が不明確である。(重度の脳挫傷・大きな腫瘍・昏睡・無症状成人の10-20%(小児・老人ではより高く

- 発現)...「外傷性痛」では、診断・経過観察・治療効果判定・予後判定に最重要。
「筋電図(EMG)」での異常所見...正常と異常の境界が不明確である。(筋肉の活動性に関して筋肉疾患・神経麻痺の有無)
「神経伝導速度(NCV・MCV・SCV)」での異常所見...末梢神経の明確な損傷・変性(麻痺)がある場合有用。「鞭打ち損傷」にはほとんど意義がない。
「体性感覚誘発電位(SEP)」での異常所見...傷害の程度の判定は無理。有・無のみの判定です。詐病の判定。
「聴覚誘発電位(聴性脳幹反応ABR)」での異常所見...傷害の程度の判定は無理。有・無(「聞こえる。」「聞こえない。」)のみの判定です。詐病の判定。
「視覚誘発電位(視性脳幹反応VBR)」での異常所見...傷害の程度の判定は無理。有・無(「見える。」「見えない。」)のみの判定です。詐病の判定。
「安静」...局所・全身・精神的...明確な神経学的異常所見がない場合3-4週間。過度の安静は、機能低下・回復遅延を起こす。
「通院頻度」...本来は、要安静の急性期には低く、症状改善期の理学療法適用時には頻度を増す。...査定担当者でも誤解している者が居る。
「慢性期」...受傷後6ヶ月以上経過しての一日おきの通院は問題です。(1-2回/週の電動間歇牽引・温熱療法では無意味。)
...重篤な器質的損傷の無い、いわゆる「鞭打ち損傷」では、臨床経験からも、受傷直後の安静が最良の、場合によっては唯一の治療法...
...やや強引に「純粋医学的ではなく、損害賠償論上の治療」としたケースもあるが、以降に、「痛い」「悪化した」として再診したケースはない。(その様な医師には再受診しないし、結果的に放置状態のまま治療とされているケースとなる。この医師は触診していない。)
医療行為は生体に対しての人工的侵襲と言える。有効性(有用性)が危険性(弊害・副作用)を大幅に上回る時にのみ適応になる。(薬剤・手術)
長期間継続しての薬剤の内服・注射には問題がある。
「鞭打ち損傷」急性期に副腎皮質ホルモンを使用して「大腿骨頭無腐性壊死」を発生させた。
1.26 消炎鎮痛剤の使い方の原則は？
非ステロイド系消炎鎮痛剤(NSAID)には、消炎・鎮痛・解熱・抗リウマチ作用がある。
アスピリンには抗凝固作用もあり、心筋梗塞・脳梗塞の再発予防に使われる。
「あくまでも対症療法であるので漫然と使用しない。」「病気や外傷の根本療法ではない。自然治癒力に期待しているだけである。慢性期に入っても漫然と消炎鎮痛剤を使用する必要は認められない。
消炎鎮痛剤は、各傷病者個別に効く効かないがあるので、効かない場合は2-3週間て他のものに切り替える。(4ヶ月以上の連続投与は、有害無益、2剤併用も無意味。...慢性関節リウマチ・膠原病に対しては減量して併用する。...例外です。)
主な副作用...胃腸障害・胃穿孔による腹膜炎・造血機能障害による白血球減少症・肝臓障害(1回/月の血液検査は必要。)、頭痛・頭重感・嘔気・眩暈・耳鳴・痺れ感・倦怠感・脱力・不眠・ふるえ等は「鞭打ち損傷」の残存主症状と重なる部分がある。
静脈注射用(注射・点滴)の消炎鎮痛剤...「経口投与不能の場合、内服では効果が不十分な場合、急激な解熱を必要とする場合に使用する。」「鞭打ち損傷」では不要。
1.27 意識障害治療剤、脳代謝賦活剤などは必要か？
「意識障害治療剤」「脳代謝賦活剤」「脳循環改善剤」「脳代謝改善剤」亜急性期(3ヶ月迄)迄は可。...高齢医師の処方が多い。
「鞭打ち損傷」で意識障害は考えられない。薬効の判定が困難。急性期(4週間迄)は可。
「末梢循環改善剤」「鞭打ち損傷」で使用する場合も有る。「血栓形成防止剤」「血栓溶解剤」「鞭打ち損傷」で使用する場合は無い。
「微小循環改善剤」
1.28 精神神経用剤は必要か？
「精神安定剤」「鞭打ち損傷」の初期には有効。亜急性期(3ヶ月迄)迄は可。...事故に遭遇・救急車で搬送・レントゲン撮影・入院等により、肉体的・心理的・社会的環境の変化から、精神不興・興奮・不安状態になる。
筋弛緩作用の有るものもある。
初期から「抗うつ病剤」「分裂病治療剤」「抗痙攣剤」も併用されている場合は、心療内科・心身症内科・精神神経科での受診を勧める。
心因反応・精神科を受診する・割合認定と言うのは飛躍です。
1.29 ビタミン剤は必要か？
ビタミンB12...神経痛・神経麻痺
ビタミンE...循環改善
ビタミンC...骨形成・血管強化(止血)
交通外傷には効果無し。
1.30 抗生物質は必要か？
「抗生剤」「抗菌剤」「化学療法剤」...閉鎖性外傷では不要。(打撲後の皮下血腫には使用する。)
事故後の高齢者の長期臥床で肺炎症としての感染症(膀胱炎・肺炎・褥創等)には認める。
1.31 副腎皮質ホルモン剤、脳圧降下剤は必要か？
「ショック状態・重症感染症・脳脊髄損傷(脳・脊髄浮腫予防・治療)...脳・脊髄圧降下作用。急性期(1週間迄)は可。...「グリセロール」程度の緩剤で副作用の少ないもの。
頭髄損傷(脊髄浮腫)・脳損傷(脳浮腫)...脳圧亢進
1週間以上の脳圧亢進継続があれば、要精密検査。受傷後2週目以降の投与には理由が必要。
「頭蓋内血腫がある場合、急激な脳圧降下によって止血していたものが再出血する危険性がある。」との記載がある。
「低脳圧症」となって「鞭打ち損傷」の主症状と類似症状を発現する場合がある。
原則的には不必要。...経口摂取不能或いは困難(精神的ショックで摂食できない・自律神経異常或いは脳圧亢進で嘔吐感があり摂食できない。)の場合、急性期に水分・電解質・ビタミン剤。長期化(2-3ヶ月)することはあり得ない。
嘔気・吐気に対するの制吐剤、精神不安定状態での経口摂取困難に対しての精神安定剤、初期の強力な消炎鎮痛療法に対しての集中的な消炎鎮痛剤は認められる。
1.33 理学療法の方法と効果は？
「物理療法」「牽引療法」「運動療法」...鎮痛筋弛緩・血行改善・変形矯正・機能保持や回復等を目的とする。
「物理療法」...主に消炎鎮痛を目的とする。...「温水・赤外線・ホットパック・超短波・極超短波・ラジオ波」浅部「超音波・レーザー」深部...温熱療法、
「マッサージ」...血行促進・筋弛緩の効果も期待できる。「運動療法」の前処置
...整形外科医はマッサージの指示を出さない。理学療法士はマッサージをしない。...整形外科医はマッサージの手法論に精通していない。
「牽引療法」...「直達牽引」...脊椎・四肢の骨折・脱臼の際に
「介達牽引」...「鞭打ち損傷」「腰椎捻挫」の際に神経への除圧・局所安静を目的として持続牽引する。(入院時に頸部周辺の症状が強い外傷急性期に安静目的(1-3kg)で行う場合は可。)成人の場合8-15kg(比較的軽めから始める。)
「電動間歇牽引」...頸部周辺組織のストレッチング・マッサージ効果を目的とする。急性期は不可。(神経根刺激徴候の強い場合は当初から可。)
社会復帰訓練・機能訓練と並行して行う。
...症状は頑固に残っているが、他にやるべきものは無い。けれどもここで打ち切り(交通外傷の賠償範囲内の診療として)にすると患者さんが納得しないので...
...症状を一時的に抑えておいて(つまり対症療法、補助療法)、その上で自然回復を待つのが...
「運動療法」...骨折・脱臼後の関節拘縮・神経麻痺の外は、適応無し。(傷病者が医師の指示に従って頸部周囲筋に対しての等尺性筋力増強訓練・可動域改善訓練を行うだけの場合がほとんど。)...理学療法士は40分間
「作業療法」...適応無し。
適応限界範囲...捻挫後の疼痛・筋痙攣(過緊張・硬直・凝り)、筋力低下、二次的に発生した肩関節拘縮に対しての「運動療法」、補助的手段としてのマッサージ
...効果はあっても、それは一時的なもので、外傷に対する本質的治療ではない...
「冷湿布(冷感ハット剤)」...貼付当初は冷却効果があるが、まもなく温熱効果になる。(急性期の治療の原則(冷却)に逆行している。)
本来の冷却...水・氷で行う。(持続的過冷却で局所の血行障害を起こす場合がある。)
効果...当初の冷却感+経皮吸収性消炎鎮痛剤の効果+心理的効果
「温湿布(温感ハット剤)」...トリカウシエキによる皮膚刺激で、反応性充血を起こさせる。
本来の加温...お湯・電熱・カイロ(化学的発熱のカイロも可。)で行う。
急性期以降の長期多数使用の効果は、対症療法として効果・意義がある。...骨折後の関節拘縮後療後の局所の腫脹・熱感には慢性期でも必要性がある。
...効果はあっても、それは一時的なもので、外傷に対する本質的治療ではない...
厳重安静が必要な場合(1人暮らしで帰宅すればすべて自身でしなければならぬ人...予後に影響する急性期の安静が取れない人では、必要。...「捻挫型」では1週間迄、理由があっても3-4週間が限界。
受傷直後に医療機関を受診した程の症状(病態)があれば、状況的・理論的に否定できない。...傷病者の都合・医療現場の事情により急性期は医師が認めた場合可。
長期入院の弊害...心肺機能低下・骨粗鬆進行・筋萎縮進行等
1.36 個室入院にはどう対処したらよいか？
先ず無し。...個室以外満床・大部屋では眠れない。他の患者に迷惑を掛ける。電話で仕事の指示をしなければならぬ。等の場合は2週間程度迄は可。
1.37 入院中の外出、外泊をどう考えたらよいか？
仕事の都合で仕方がない反面長期化した場合には傷病者側の責任にもなる。
「試験外泊」...健保・労災共に概念がある。...退院間近の1-2回は可。
1.38 鍼灸や漢方薬などの有効性は？
...東洋医学に限らず、カイロプラティック・整体療法その他、正直言って西洋医学医にはよく分からない治療の請求...西洋医学医の証明付きで3ヶ月迄。
...私自身も鍼灸治療をおこなっています。また治療を受けたこともあります。症例によっては劇的な効果があります。...
適応可能な限界...鍼灸・マッサージ・SSP・TENS等の皮膚電気刺激治療・カイロプラティック・整体療法・レーザー療法・冷凍療法...やや請求難。気功・祈祷...請求不可。
...交通事故診療で保険金支払いの対象となる治療は、広く医学界に認められた一般的な治療に限られる。...
...医学界に提示し、できれば約款に明確な断りを入れるべきだと思いますが...
...期間の問題は別として、治療をしていることには間違いはないのですから、...副作用発生危険率の高い西洋医学の治療に比べて、弊害もずっと少ないようです。
見識のない医師に...「有効と思われる。」という証明書が発行できるのか疑問です。
...急性期の安静指導や固定、消炎鎮痛療法などを受け、その後、慢性期に入ってもまだ症状が残存して...
...期限を切ってもらおうと...医師治療には期限が無く、他の治療方法にはあらかじめ期限を設定するという不遜。(2年間何の効果もなく通院する傷病者は居ないでしょう。しかし3ヶ月は対症療法でない場合には短すぎます。
...医師治療で治癒しなかった傷病者の後始末をこの分野に押しつけるのは如何なものか、大いに疑問です。

- 1.-39 神経ブロック療法とは？
- ...それで、患者さんの苦痛がとれていることもけっこうあるのですから、決して否定はできない。(整形外科医としてはカシイけれど)...
- ...とにかく西洋医学的治療より効果的なケースが多々あるのは事実ですし、患者さんが、より効く方に行くのは当然なことですので...
- ...整形外科医が鍼治療を行えばよいのだが、時間はかかるし、場所もとるので実施しにくい。
- 神経に局所麻酔剤を直接あるいはその近辺に浸潤させて、その神経の支配領域の無痛、さらには筋弛緩を得る。(手術用麻酔として開発されたものを、鎮痛・除痛・血行改善等に応用したもの。)
- 交感神経ブロック(麻痺)により血管拡張し、血行が改善する。
- 麻酔科医・末梢神経解剖を特に熟知している整形外科医・一部の脳外科医・一部の外科医以外には無理。...局所注射より神経ブロックの健保点数の方が高いから。...「肩甲上神経炎」
- 局所麻酔剤+副腎皮質ホルモン...局所注射でも神経ブロック並みの効果がある。
- 12回/週...対症療法
- 末梢神経ブロック以外の神経ブロック...頸部硬膜外ブロック(エドワ)・選択的神経根ブロック(SRB)・星状神経節ブロック(SGB...パレリウ-症候群に対して行われる。...「万病に効くブロック」)...保存療法での改善が無く、手術する程でないものに対して行う。
- 星状神経節ブロック(SGB)総数20-30回迄(5-6回施行して効果無ければ中止する。多少でも効果があれば、2-3回/週施行する。)
- ...効果はあっても、それは一時的なもので、外傷に対する本質的治療ではない...
- 1.-40 心因反応が疑われる場合の対処法は？
- 精神神経科でのとらえ方は異なる。一種の「心身症」である。「心理的(心因性)要因が介在・加重して、外傷に直接起因して発生した器質的病変に基づく病態(症状)以上ないし以外のものが出た状態」
- 「心因反応」-「気のせい」「詐病」という短絡的な考えでの、強引な交渉は避けること。
- ...量的・質的に本来の肉体的損傷の程度以上の訴え(病態)が出てくる。
- 「外傷性神経症」でも筋繊維の断裂・血管損傷同様の脳の微細な病変が存在する筈。
- 「神経質である。」「不安あるいはイライラが強い」等の記載、精神神経剤の連用・抗うつ剤使用傷病者に対しては、心療内科・心身症内科・精神神経科での受診を勧める。
- ...心因反応による割合認定については...一定の基準は永久に出せないでしょう。
- アロをアアが査定する。整形外科医は一種の職人である。...物理や数学のように、一つの答えが出ない分野でもあります。正常範囲・許容範囲が非常に広い。アアが振り返りに会った例
- 「椎間板ヘルニアの術後造影でその後の癒着等でヘルニアが残存しているような陰影を呈する場合がある。
- 術後のレントゲン映像でキルヨウ-鋼線が2本しか見えないのに4本請求されている場合、当初の仮固定時の抜去分が計算されていない。
- 骨折時の手術の際プレートを使用したのがねじ固定が1本不足していた為に再骨折したが、当初手術中に血圧降下があり、医師側としてはやや長期の固定と慎重な機能訓練でカバーできると思っていたが、患者が無視した。
- 薬品効能に骨粗鬆症とある筋弛緩剤の長期連用に私病の混入を疑ったが、骨代謝異常・骨脆弱化-二次的な周囲筋への過負荷-反射性筋過緊張-筋弛緩剤の使用過
- 重篤な外傷(腹部臓器損傷・股関節脱臼骨折等)があり、軽度の疾患(肋骨骨折・腓骨骨折・趾骨骨折等)が当初の診断書にない場合、変形治療・偽関節が支障とならない時は問題にしない。...手の舟状骨骨折は偽関節の好発部位であるので別扱い。
- 上肢神経麻痺の銘々は、専門医でない、早期の整形外科への転医を。
- 開放骨折とあるが骨髄炎の恐れはないのか。
- C4-C5分離症はC4とC5間の損傷ではなく、固定範囲はC3-S1間である。
- 著作物と医師としての専門性は無関係である。
- ...実際には教科書通りに行くものではないことをいかに多く知っているかが...
- ...とかく医師は自動車保険の取り扱いや使用語句に関して不慣れで、よく知りません。...
- ...査定担当者は何を基準に「治療がおかしい」「治療が長い」「治療費が高い」と言っているのか、感覚的に言っていないか、
- ...個々の損害保険会社で決めた一定の金額以上になったら、内容如何にかかわらず高額・濃厚過剰診療というイメージを植えつけているきらいもあります。
- 過去のデータ
- 同業複数医師との比較
- 教科書・テキストとの比較
- 1.-42 適切な医療照会状の書き方は？
- 23条照会
- 質問の基準・根拠、質問の問題点がどこにあるのか、質問が何の確認なのか、
- 質問の前書きとして「今迄の多数の同等症例と比較して長期化しているし、顧問医にも相談したが、使用薬品量も多いようで、副作用のことを考えると有益性が無いのではと言う意見があったのでお聞きしたいのですが、...」
- 「所見はどうですか?」「異常なし」、「因果関係は?」「あり」、「症状固定時期は?」「未定」として返送されてくる。
- 「上肢知覚異常-」-「どのような種類の異常がどの程度あるのか、どの神経の支配領域か、今回の事故外傷によってどの部位のどの組織損傷によってどのような機序で発生したものと考えているか、現在の加療は異常をどのように解決する為に施行されているか、その効果はどんなか、
- 「損害保険業務上の使用語句...「治療効果」「症状固定・治癒」「因果関係」「後遺障害」「素因疑合」
- 「病状打診」「医療照会」...病状・見込みに関しての「おたずね」程度、軽微な受傷機転であれば物損写真の添付も有効。
- 1.-43 長期遷延事案にはどう対処するか？
- 通院のみの軽傷例では3-4ヶ月で純粋に事故外傷による病態は落ち着く。
- 入院するような重症の場合でも6ヶ月程度。
- ...多くの医師は「鞭打ち損傷」の取扱ひ方に困惑している。どの段階で症状固定にするのか、診断書はどう書くか、治療方法はどのようなのか、
- ...損害保険業界とか厚生労働省により統一指標が出されれば...
- 過失相殺類推適用説...過去のデータから、同程度の事故症例ではほとんどが3-4ヶ月長くて6ヶ月で治癒しています。従ってこれ以上時間を要しても現在の病態は体質と経年変化と私病によるものと考えられます。これ以上加害者に負担を掛けるのは気の毒でしょう。
- 1.-44 就労不能期間の判断は？
- 担当医に充分な情報を提供する。...過去の事例の就労不能期間、傷病者の具体的業務内容、「運転していた。」「ゴルフしていた。」等の第三者からの情報が入ることもある。
- 「身の回りの処置は、買い物は、座席電話番号は、一般事務は、電車通勤は、自動車通勤は、店舗業務は、外回り営業は、運転業務は、運送業は、肉体労働は、高所作業は、等
- 自賠責ではないが保険の種類によっては、「全く就業が不能な状態を就労不能期間とみなす。」ことになっている。
- カシイ-乗務員に対して会社側が「完全に良くなるまで、就労許可を出さないでくれ。」と言っていたのに「多少症状があっても、仕事をした方がよい。」として、業務再開もなく再度事故を起こしてしまった例がある。
- 1.-45 顧問医の有効な活用法は？
- 臨床顧問医に相談の上査定:照会すれば...担当医師も察知する。...真剣な対応が得られる。・診療に慎重になる。・診断書作成に慎重になる。
- ...医療案件はすべて顧問医の目を通すべきであると言えるかもしれません。
- ...これからは精神科や産婦人科までも含めた全科の顧問医を用意しておくべきです。(主体は整形外科・脳外科で、他科はA-B程度)
- ...顧問医には高い顧問料が支払われている。
- 顧問医の条件...臨床医であり、高名高齢の大学教授でなく、総合病院の高齢の院長でなく、救命救急センターの所長でなく、法医学医(賠償医学では専門家で)でない医師、+地域医師会の開業医(勤務医の観点以外からのコトが得られる。)
- 顧問医に相談するタイミングは早めにする。...照会状発送前、裁判前、医師の証人尋問前、
- 顧問医にアドバイスを求める時...問題点・疑問点や相談事項(資料の収集、案件の把握と問題の整理)をまとめてから聞く。

2.周辺疾患

- 2.-1 頸椎症
- 2.-2 椎間板ヘルニア
- 2.-3 後縦靭帯骨化症
- 2.-4 胸郭出口症候群
- 2.-5 パレリウ-症候群(自律神経失調症)
- 2.-6 頸腕症候群
- 2.-7 骨粗鬆症
- 2.-8 その他

私病(素因)

寄与率	病態が、交通事故外傷に直接起因して発生したものと、私病(素因)により発生したものとを切り分け。
	事故前の状態 医療機関受診状況・生活と就労状況
	各種画像検査所見 全体的経年性変化の有無・部位・程度
	受傷直後の病態 症状・他覚的所見と、その推移。
	事故の寄与率
他院から紹介された	「鞭打ち損傷」傷病者に対しての濃厚過剰でない範囲の検査等 入念な理学的検査

頸椎7方向レントゲン単純撮影 頭部CT 頸部MRI

素因競合による通常損害の拡大があったとして、割合認定にもっていく。

「椎間板ヘルニア」の確定診断 明確な神経症状(神経根圧迫刺激徴候・疼痛痺れ等の知覚異常・筋力低下・反射異常)が認められる。 画像診断上、形態学的異常が認められる。(脊椎造影・椎間板造影・CT、MRI等) 上記に整合性がある。(C5、C6椎間板の後方膨隆所見・C6神経根の刺激徴候或いは麻痺徴候が有る。... 厳密には椎間板ヘルニアより1.5髄節下方にずれる。従ってC7域に出現する。)

「捻挫」・「打撲」等の一般外傷に対する初期治療は、RICE Rest(安静) Ice(冷却) Compression(圧迫) Elevation(挙上)
--

「鞭打ち損傷」の加療時期 急性期 受傷後3-4週間迄 亜急性期 受傷後3ヶ月迄 慢性期 受傷後4ヶ月以降

点滴の適応 経口摂取不能或いは不足時 精神的ショックで摂食できない・自律神経異常或いは脳圧亢進で嘔吐感があり摂食できない。 循環血液量(体液量)の維持・補充 大出血・ショック 特殊薬剤の連続投与・高血中濃度: 抗生物質・副腎皮質ホルモン等 経口投与では効果の消失或いは原弱する薬剤の投与 急変時の投与経路の確保 脳実質損傷・血腫に対するの脳圧降下剤、血管損傷・閉塞に対するの血行改善剤、重症症例に対する抗ショック・循環用剤 経口摂取不能または不足で、水分・電解質・栄養などを補給する場合 大出血やショックなどの際に循環血液量(体液量)の補充・維持を図る場合 特殊な薬剤(抗生剤その他)の連続投与・高血中濃度を維持する場合 急変時の薬剤投与に備えての血管(投与経路)確保が必要な場合

入院の必要な条件 絶対的適 嚴重安静が必要な場合(1人暮らしで帰宅すればすべて自身でなければならぬ人...予後に影響する急性期の安静が取れない人 特殊で濃厚で集中的な治療が必要な場合 比較的適応
--

副腎皮質ホルモンの長期連用と過剰投与による障害...膠原病・ネフローゼ(腎臓疾患)に効果がある。 ムンチャイス・消化性潰瘍・消化管出血・易感染性・副腎機能不全・ステロイド糖尿病・精神異常・血栓症・ステロイド骨粗鬆症・高血圧・大腿骨頭無腐性壊死等

交通事故被害者の立場 日常生活や就労に様々な支障を来す。...被害者意識の増大
--

担当医師への質問 「事故に直接起因して発生した病変らしき所見は認められますか。」 「事故に起因しない、つまり事故以前から存在していたと思われる病変(経年変化、先天奇形 素因)は認められますか。」 「それは具体的にどの辺に、どんなものが見られますか。」 「どの程度のものでしょうか。年齢相応ですか。」 「それは純粋に事故によって起こった病態に、どのくらい影響しているかと想像されますか。かなり、半分半分、ほんの少し。無しに近い僅か、無し。」 「純粋に事故による病態に対して、その経年変化などの素因が多少でも影響があると考えられる場合、損害賠償論では、素因競合による通常損害の拡大があったとして、割合認定とするのが一般的ですが、本症例ではそのような要素はありますか。」 「もしこのような経年変化のない20歳くらいの人だったら、先生の経験上同様事故外傷の一般平均例として、どれくらいの期間で治癒したと思われますか。」 *変形性脊椎症その他の加齢に基づく(基礎的病態のある高齢者の頸椎捻挫は、症状が消失することは困難なため、場合によっては、死亡するまで事故外傷として補償しなければならなくなる。

ワサギの靭帯の損傷後の組織修復課程 3週間後 ある程度の抵抗が生じる。 8週間後 50%の強度(張力)回復 20週間後 70%の強度(張力)回復 6ヶ月以上(24週間以上)経っても、頻りに病院で積極的治療の必要な場合は他の疾病を考える。 ...効果はあっても、それは一時的なもので、外傷に対する本質的治療ではない... *「ちょっとした捻挫なのに5ヶ月経っても、まだ痛いと言っている。そんなに長く痛がるのはおかしい。」...上記の結果から、痛むのが当たり前。 *「鞭打ち損傷」で「3-4ヶ月過ぎれば、何の症状もないはずだ。」...とは言えない。

損害賠償論上の症状固定の会話 「一進一退ではないですか。」 「牽引しても、また直ぐに戻ってしまうのではないですか。」
--

損害賠償論上の治療(専門医の目を入れた専門知識に基づいて) 過去のデータとの相違 受傷機転との整合性 傷病者の訴えと他覚的・検査的所見の整合性 素因・特殊因子の介在の可能性 外傷に対する治療の意義・必要性・弊害
--

素因競合 変形性頸椎症・後縦靭帯骨化症...経年変化...事故前は何の症状もなかった。いまある症状はすべて事故後に出てきたものだから、すべて事故の責任だ。 *素因原則考慮(斟酌)説...加害者側(損害保険会社側)が主張している。...賠償における公平の理念に反し、賠償の範囲にきりがなくなるではないか、病気持ちの人が得をするではないか。 *素因原則不考慮説...被害者側(一般病院側)が主張している。...病変は以前からあったとしても私病が影響しているとしても、事故前には症状がなく事故後に症状が出てきたのだから、事故後に出てきた病態のすべてを、あるがままに事故の責任とすべきである。

長期漫然治療症例の担当医に対して 「こんなに長く治療しても治らない、先生がやっている治療が効いていないのではないですか。」 「現在の治療はいわゆる疾病として発症した変形性脊椎症の治療と同じではないですか。本当に怪我に対する治療と言えるのですか。」 「患者さんの訴える症状と先生の診察から把握される他覚的な所見との間に整合性はありますか。」 「治療に向けた治療の一環として、生活指導とか社会復帰指導などは逐次やっていますか。」 「症状が完全に無くなるまで、今の治療を続けるつもりですか。そのようなことは可能なのですか。」 「高齢者では、もともと経年変化とあいまって、一度出た症状はずっと続く可能性が高いのだから、それを交通事故治療として、補償していたら死亡するまでと言うことになってしまいませんか。」

治療担当医師と傷病者の言い分 「私が事故の被害者で、怪我で苦しんでいるのに、なぜ訴えられ、被告にならなければいけないのだ。」 ...損害保険会社の元顧問医でさえ、受傷後2年経っても、症状固定として自賠責診療を終わりにすることを納得させられないケースを、現在なお診療中です。 「医師は、加害者と被害者の賠償問題に首を突っ込んで、症状固定や打ち切りの話に加わる必要など無い。」 「医師は苦痛を訴える患者さんの満足が行くまで、日々治療だけに専念しては良いのだ。」 *患者さんの訴えに振り回された主体性・計画的に乏しい対症療法の繰り返となり、肉体的のみならず、精神的、社会的にも回復を妨げる。理論すれば医原病を生み出す可能性を秘めているのではないかと思います。 *患者さんの医師に対する依存度が、欧米に比べてかなり高い。...「病氣や怪我は医師が直すものだ。患者はただ黙って医師の言う通りにしていればよい。」と言う風潮 *真の意味での「怪我人、病人の為の医療」...早期治療に向けた治療の一環として、損害賠償の業務や習慣に慣れ親しみ、損害保険会社との交渉、ひいては患者さんへの説得にも積極的に取り組むべきと考えます。

傷病者への病状経過・精神的回復・社会的回復に影響する因子...健康とは肉体的・精神的・社会的な充足 医師の指導・説明や具体的治療方針 自分の身体に対する心配 家庭生活や職場への復帰への不安 加害者や損害保険会社との人間関係に起因する因子
--