

平成12年12月18日

# 自賠責保険における高次脳機能障害認定システムについて

高次脳機能障害認定システム確立検討委員会  
報告書

## 目 次

はじめに	.....	1
1. 基本的な考え方	.....	1
(1) 脳外傷による高次脳機能障害とは	.....	1
(2) 脳外傷による高次脳機能障害の特徴	.....	2
(3) 見過ごされやすい障害	.....	3
2. 症状の的確な把握	.....	3
(1) 意識障害の有無とその程度	.....	3
(2) 画像所見	.....	4
(3) 因果関係の判定（他の疾患との識別）	.....	4
3. 障害程度の的確な把握	.....	5
(1) 診療医による具体的な所見	.....	5
(2) 日常生活状況の把握	.....	5
(3) 神経心理学的検査	.....	6
(4) 幼児・児童や高齢者が被害者の場合の留意点	.....	6
(5) 社会的調査の必要性	.....	7
4. 等級認定にあたっての考え方	.....	7
5. 実務における認定体制	.....	8
(1) 高次脳機能障害が問題となる事案	.....	8
(2) 高次脳機能障害審査会	.....	9
6. 保険請求におけるその他の問題	.....	9
(1) 時効の取扱い	.....	9
(2) 再診断制度	.....	10
7. 関係各方面への周知	.....	10
(1) 被害者（一般）への周知	.....	10
(2) 医療機関への周知	.....	11
(3) 医師への啓発	.....	11
おわりに	.....	11

## はじめに

自動車交通量の増加に伴い、わが国においては引き続き交通事故件数および交通事故による死傷者数が増加の一途を辿っている。特に近年においては、救急医療技術の発達等によって、生命は助かったものの重度の後遺障害が残る被害者数が急激に増加しており、その救済をどのようにして図るかが大きな社会問題となっている。

こうした中、脳外傷に起因する後遺障害として高次脳機能障害が最近になって広く認識されるようになり、これを後遺障害としての的確に評価することが求められるようになった。この問題については、「今後の自賠責保険のあり方に係る懇談会」後遺障害部会において議論が重ねられ、本年6月6日の中間報告書では、脳外傷による高次脳機能障害を自賠責保険の後遺障害として認定するシステム（以下、「認定システム」という。）を早急に確立する必要性が指摘されたところである。その後、本年6月28日の自賠責保険審議会答申においても、高次脳機能障害を自賠責制度上の後遺障害としての的確に認知し、保険金支払のための認定システムを構築すべきである、という指摘がなされている。

こうした情勢を踏まえ、本年6月30日、運輸省自動車交通局長から自動車保険料率算定会（以下、「自算会」という。）に対して、専門家の参加による検討委員会を設置し、本年12月末までに認定システムを確立するための検討を行うことが求められるに至った。これを受け、自算会は本年8月4日、脳神経外科、精神神経科、神経内科、リハビリテーション科の専門医や医療ソーシャル・ワーカー、弁護士などを構成メンバーとする、「高次脳機能障害認定システム確立検討委員会」を発足させた。

当検討委員会では、本年8月4日から都合10回にわたり検討委員会を開催し、精力的に議論を行ってきた。検討にあたっては、次の3点を基本スタンスとしている。

1. 現行の後遺障害等級表・後遺障害等級認定基準は変更しない。
2. 典型的な脳外傷による高次脳機能障害の症例を集約することによって、その基本的な概念を整理し、現行の認定基準への当てはめをよりの確なものとする。
3. 高次脳機能障害事案を的確に認定するための調査方法、認定体制等の整備を図り、これに基づき平成13年1月から認定を開始する。

以下は、当検討委員会の検討結果を取りまとめたものである。

### 1. 基本的な考え方

#### (1) 脳外傷による高次脳機能障害とは

高次脳機能障害は、最近になってマスコミ等でも一般的に使われるようになっている名称であるが、その概念ないし用語についてはなお混乱がある。交通事故による頭部外傷後に生じる記憶障害や人格変化を主徴とする高次脳機能障害は、脳卒中などによる局在性脳損傷から生じる失行、失認、失語といった大脳巣症状や、これまでの“高次脳機能障害”とはややおもむきが異なっているところから、新たに“脳外傷による高次脳機能障害”と

いう概念を整理した。すなわち、脳外傷後の急性期に始まり多少軽減しながら慢性期へと続く、以下の(2)で述べるような特徴的な臨床像を、“脳外傷による高次脳機能障害”と表現することとした(以下、単に“高次脳機能障害”と呼ぶことがある。)

これまで、脳外傷による高次脳機能障害が後遺した状態に対しては、脳挫傷後遺症、脳挫創後遺症、外傷性器質性精神障害、外傷性痴呆症、びまん性脳損傷後遺症、びまん性軸索損傷後遺症などといった臨床診断名が付けられていた。

## (2) 脳外傷による高次脳機能障害の特徴

当検討委員会では、脳外傷による高次脳機能障害が問題となる様々な症例の検討を行ったが、これによれば、高次脳機能障害の特徴は以下のように整理される。

### ① 典型的な症状

脳外傷による高次脳機能障害の典型的な症状は、全般的な認知障害と人格変化であり、これらの症状は軽重があるものの併存して認められるものといえる。ここでいう認知障害としては、記憶・記銘力障害、集中力障害、遂行機能障害、判断力低下、病識欠落などがある。具体的には、新しいことを学習できない、複数の仕事を並行して処理できない、行動を計画し実行することができない、周囲の状況に合わせた適切な行動ができない、危険を予測・察知できない、などがある。また、人格変化としては、感情易変、不機嫌、攻撃性、暴言・暴力、幼稚、羞恥心の低下、多弁(饒舌)、自発性・活動性の低下、病的嫉妬・ねたみ、被害妄想、などといった症状を挙げることができる。

### ② 発症の原因および症状の併発

前記①の認知障害と人格変化は、主として脳外傷によるびまん性脳損傷を原因として発症するものであるが、局在性脳損傷(脳挫傷、頭蓋内血腫など)とのかかわりも否定できない。実際のケースでは、びまん性脳損傷と局在性脳損傷とが併存することがしばしば見られる。

また、びまん性脳損傷においては、前記①の症状だけが認められるケースもあるが、神経症状として小脳失調による起立・歩行障害や構語障害がしばしば随伴するとともに、痙性片麻痺・四肢麻痺・四肢の振戦などが併発することも多い。したがって、脳外傷後に小脳失調と痙性片麻痺があれば、脳外傷による高次脳機能障害が疑われることになる。

### ③ 時間的経過

脳外傷による高次脳機能障害の特徴として、急性期にはほとんどのケースで重篤な症状が発現し、時間の経過とともに軽減傾向を示すことが挙げられる。これは、外傷後の意識障害の回復経過とも似ており、回復のすみやかな軽症と回復傾向の少ない重症が見られる。

### ④ 社会生活適応能力の低下

脳外傷による高次脳機能障害では、前記①の症状の後遺によって、社会生活適応能力が様々な程度に低下することが大きな特徴として挙げられる。軽症では忘れっぽい程度で日常生活をこなせることもあるが、重症では見守り看視や介護を要するようになり、最重症では遷延性昏睡となる。被害者の社会生活適応能力が低下しているかどうかの判断は、一般的には、成人であれば就労状態、小児にあっては就学状態が重要な判断要素となる。

### (3) 見過ごされやすい障害

脳外傷による高次脳機能障害は、ともすれば見落とされやすい障害である。急性期の治療にあたった診療医がその存在に気づかなかつたケースがときに見られる。また、被害者本人は、自己洞察力が低下しているために症状には気がつかず、これを訴えないことがある。さらに、介護や看護をする家族の側としても、外傷急性期から脱した頃には「命が助かって良かった」という思いが強く、被害者の高次脳機能的症状にすぐには気づかないことに加え、仮に気づいても、はじめのうちは事故後の回復過程だろうと安易に考えてしまうことが多い。

こうした見落としは、脳外傷による高次脳機能障害が以前にはそれほど注目されていなかったこと、医学的に定義がなされていなかったこと、客観的診断法が見当たらなかったこと、脳の器質的損傷であるとの認識が薄かったこと等によるものと思われる。

当検討委員会では、脳外傷患者の協力のもと実施されたアンケート調査の結果が報告されているが、これによれば、主治医が完治していると判断したため、そもそも後遺障害診断書の作成・提出が行われていないケースが報告されている。実務上、脳外傷による高次脳機能障害を後遺障害としての確に認知する必要があることはもちろんであるが、その一方で、診療医や医療機関に対して脳外傷による高次脳機能障害を啓発していくことや、広く一般向けにもわかりやすくその解説を行っていくことが求められている。

## 2. 症状の的確な把握

当検討委員会では、脳外傷による高次脳機能障害が問題となった様々な症例の検討等を行ったが、これによれば、交通事故被害者の脳外傷による高次脳機能障害を医学的・客観的に判断するためには、意識障害の有無とその程度・長さの把握と、画像資料上で外傷後ほぼ3か月以内に完成するびまん性脳室拡大・脳萎縮の所見が重要なポイントとなる。

### (1) 意識障害の有無とその程度

脳外傷による高次脳機能障害は、意識消失を伴うような頭部外傷後に起こりやすいことが大きな特徴である。一次性びまん性脳損傷（脳しんとうやびまん性軸索損傷）の場合、外傷直後からの意識障害を大きな特徴とするのに対し、二次性びまん性脳損傷では、頭蓋内血腫や脳腫脹が増悪して途中から意識障害が深まるという特徴がある。

脳外傷において外傷直後の意識障害がおよそ6時間以上継続するケースでは、永続的な高次脳機能障害が残ることが多い。ここでいう意識障害の程度としては、昏睡～半昏睡で、刺激により開眼しない程度（JCS（Japan Coma Scale：3-3-9度方式）が3桁、GCS（Glasgow Coma Scale：グラスゴー・コマ・スケール）が8点以下）が目安となる。また、健忘症～軽症意識障害（JCSが2～1桁、GCSが13～14点）が1週間程続いても、高次脳機能障害を残すことがある。ただし、高齢者の場合には、これらより短い意識障害期間でも高次脳機能障害が残ることがある。

一方、十数分以内に意識障害が回復する脳しんとう程度の外傷の場合には、高次脳機能障害が現れても一過性のものであって、半年から1年以上続く後遺障害とはならない。

このように、脳外傷による高次脳機能障害を判断するうえでは、意識障害の程度と期間が重要なポイントとなるが、診断書をはじめとする医証ではその記載が十分になされていないケースが多い。こうした場合には、医療機関に対して、必ず個別照会（例えばJCSが2桁になるまでの期間、あるいは刺激により開眼するようになるまでの期間の照会等）を行う必要がある。

## (2) 画像所見

びまん性軸索損傷の場合、受傷直後の画像では正常に見えることもあるが、脳内（皮質下白質、脳梁、基底核部、脳幹など）に点状出血を生じていることが多い。また、脳室内出血やクモ膜下出血を伴いやすい。受傷数日後には、貯留液の程度には多い少ないがあるものの、しばしば硬膜下ないしクモ膜下に脳外液貯留を生じる。脳外液貯留はときに慢性硬膜下血腫に発展する場合があるが、一般的には、やがて自然に減少し、代わってびまん性脳室拡大と脳挫傷（外傷後脳室拡大）が目立ってくる。およそ3か月程度で外傷後脳室拡大は固定し、以後はあまり変化しない。二次性びまん性脳損傷においても、慢性期までに脳室拡大するのは上記と同様である。

当検討委員会でも、頭部外傷患者の後遺障害について、主に脳室拡大に着目して実施された調査結果が報告されているが、そこでは4か月ぐらいまでに脳室拡大が完成するというデータ報告がなされている。脳外傷による高次脳機能障害を判断するにあたっては、経時的な画像資料を通して脳室拡大・脳萎縮等の有無を確認することが必要である。

また、局在性脳損傷（脳挫傷、頭蓋内血腫など）においても、限局性もしくはびまん性脳室拡大・脳萎縮を把握することが重要である。

なお、保険実務上の対応として、画像検査をしたものの、廃棄等でその取り付けができないケースについては、存在する直近の画像に基づき、年齢相当の正常像であるかどうか（脳室容積、脳萎縮の程度）を考慮しての判定が行われることになる。また、画像検査を実施したが、関係先の意向等で現物貸与あるいはフィルムコピーが得られなかったケースについては、被害者救済のために必要な資料であることについて改めて関係者に理解を求める必要があるが、今後、医療機関側としても、協力の必要性を認識しなければならないであろう。さらに、そもそも画像検査が実施されていなかったケースについては、意識障害が全く認められない等、当初の病像が脳画像検査を必要としなかったのかどうかを確認する必要がある。

## (3) 因果関係の判定（他の疾患との識別）

前記1(2)のとおり、頭部外傷を契機として具体的な症状が発現し、次第に軽減しながらその症状が残存したケースにおいて、前記2(2)のびまん性軸索損傷とその特徴的な所見が認められる場合、および二次性びまん性脳損傷においても（削除）脳室拡大が認められる場合には、脳外傷による高次脳機能障害と事故との間の因果関係が認められるものとしてよい。

頭部外傷がなく、あるいは頭部外傷があっても、ふだんの日常生活に戻り、その後数か月以上を経て次第に高次脳機能障害が発現したようなケースにおいて、外傷による慢性硬膜下血腫も認められず、脳室拡大の進展も認められなかった場合には、外傷とは無関係に内因性の痴呆症が発症した可能性が高いものといえる。

### 3. 障害程度の的確な把握

交通事故被害者の脳外傷による高次脳機能障害の程度を把握するためには、実際の診療にあたった医師の所見はもちろんのこと、家族や介護者など被害者の周辺から得られる情報が有効である。当検討委員会では、脳外傷患者、精神障害者、知的障害者本人およびその家族の協力を得て実施された「脳損傷等による生活障害の実態に関するアンケート調査」結果が報告されている。そこでは、脳外傷患者（高次脳機能障害者）に比較的多い症状が明らかにされており、以下の(1)、(2)の検討にあたってこれを参考としている。

#### (1) 診療医による具体的な所見

これまで自算会では、脳外傷後に精神障害が発現した交通事故被害者の保険請求に際して、所定の様式を用いることによって、診療担当医に対して、現在の精神障害の状態や日常生活能力などについての調査・確認を行ってきた。

しかしながら、この様式自体は、精神障害全般を照会するものであったことから、今回、脳外傷による高次脳機能障害の認定に用いるための、診療医に対する照会様式を新設した。これは、前記1(2)の脳外傷による高次脳機能障害の特有の症状等を踏まえて、各症状の有無とその程度を診療医に対して照会するものである。

これにより、今後は、一定の条件に該当する請求事案（後記5参照）については、必ず診療担当医に対する個別照会が行われることになる。この照会によって得られる情報は、言うまでもなく脳外傷による高次脳機能障害を認定するうえで重要な判断材料となるものである。

#### (2) 日常生活状況の把握

これまで自算会では、脳外傷後に精神障害が発現した交通事故被害者の保険請求に際して、所定の様式を用いることによって、当該被害者あるいはその家族ないし介護者などに対して、事故前および事故後で日常の行動や性格、知能などの面にどのような変化が生じたのか、起床から就寝までの間に何をして過ごしているのかについての調査・確認を行ってきた。

しかしながら、この照会様式には、脳外傷による高次脳機能障害特有の症状を照会する設問が必ずしも十分に盛り込まれていなかったことから、今回、従前の様式を全面的に改定した。これは、記憶・記銘力、知能、判断力、注意力、感情や行動の障害の有無とその程度、具体的な日常生活状況等を被害者側に対して照会するものである。

脳外傷による高次脳機能障害が認められる被害者の場合、本人の自己洞察力自体に問題のある（病状の認識が少ない）ケースが多いことから、その症状がごく軽い事例を除いて、本報告表は基本的に被害者を見守っている家族や介護者に記入してもらうことが適当である。

### (3) 神経心理学的検査

脳外傷による高次脳機能障害が認められる被害者に対して、ごく一般的に行われている神経心理学的検査としては、言語性IQや動作性IQを検査するWAIS-R（成人知能検査法）、言語性の記憶を検査する三宅式記銘力検査などがある。

これらの検査は、脳外傷による高次脳機能障害の特徴的な症状であるところの認知障害を評価するにはある程度適したものであるといえるが、もう一方の特徴的な症状であるところの人格変化を評価するものではなく、人格変化の評価法については現在もなお検討がなされている。

当検討委員会の各種症例検討においても、知能検査の結果は比較的良好であるにもかかわらず人格変化が顕著であったため、社会生活適応能力に支障が生じるケースのあることが明らかにされている。

したがって、神経心理学的検査の結果は、高次脳機能障害の症状の一部を表しているにすぎないというべきであり、この検査だけで重症度（等級）を判定することは適当ではない。保険実務上の対応としては、前記(1)の診療医の具体的所見を補足する資料として活用することが望ましい。

なお、高次脳機能障害が重症の場合、神経心理学的検査の施行自体が困難なケースもしばしば見られる。

### (4) 幼児・児童や高齢者が被害者の場合の留意点

前記1(2)③のとおり、脳外傷による高次脳機能障害の場合は、急性期の症状の回復が急速に進み、それ以降は目立った回復が見られなくなるという時間的経過を辿ることから、事故被害者の等級認定の時期としては、受傷後1年程度を目安とすべきである。

ただし、幼児や児童の場合には、成人に比べて頭部外傷に対する抵抗力が強く、回復力が高いものといえる。このため、画像診断を十分に活用して脳損傷の程度を明らかにするとともに、できれば経過観察期間を設け、学校や施設などにおける適応状況をチェックした方が望ましい。これによって、成人後の自立した社会生活や就労の可能性を検討することが適当である。

一方、高齢者が被害者である場合には、幼児の場合と同様、実際に就労を行っていないケースが多いことから、その就労能力の判定は困難とならざるを得ない。事故前・事故後における高齢者の日常生活状況（日常生活全般にわたって自立をしていたのかどうか、要支援や要介護状態にあったのかどうか等）の調査などを通して、その社会生活適応能力を判断していくことが求められる。



## (5) 社会的調査の必要性

事故前に実際に就労を行っていた者が脳外傷による高次脳機能障害の被害者となったケースにおいては、その就労状況についての調査・確認が必要となる。前記(2)にもあるとおり、自算会では、その所定の照会様式の中に被害者本人の日常生活の具体的状況をフリーテキストで記載してもらい欄を設けていることから、基本的にはこれを取り付けることによって、被害者本人の社会生活への適応状況を把握することが可能である。

ただし、家族による回答だけでは被害者の社会生活への適応状況が十分に把握できないケースについては、必要に応じて、職場や学校の同僚、上司などに対して、被害者本人に関する情報を個別に照会する必要があるものと考えられる。こうした社会的調査は、客観性の高い判断材料となる反面、本人のプライバシーに関わるものことから、必ず本人もしくは近親者の了解を得ることが必要である。

## 4. 等級認定にあたっての考え方

現行の自賠責保険後遺障害等級表およびその等級認定基準は、自動車損害賠償保障法施行令第2条の別表に定められており、各等級の後遺障害を定める認定基準は、労働者災害補償保険の「障害認定必携」に記載されている基準に準拠している。

これまで脳外傷による高次脳機能障害については、現行の後遺障害等級表における「神経系統の機能又は精神の障害」の系列の中でその認定が行われてきた。今後は、現行の「神経系統の機能又は精神の障害」の系列における各等級（1級3号、2級3号、3級3号、5級2号、7級4号および9級10号）の認定基準を補足するものとして、以下のような考え方にに基づき、脳外傷による高次脳機能障害の認定を行っていくことが必要である。

なお、最終的な認定では、「神経系統の機能又は精神の障害」の系列のなかで、痙性片麻痺などの脳・脊髄・末梢神経由来の神経症状を含めた等級認定が行われることになる。

- 1級3号……「身体機能は残存しているが高度の痴呆があるために、生活維持に必要な身の回り動作に全面的介護を要するもの」
- 2級3号……「著しい判断力の低下や情動の不安定などがあって、1人で外出することができず、日常の生活範囲は自宅内に限定されている。身体動作的には排泄、食事などの活動を行うことができても、生命維持に必要な身辺動作に、家族からの声掛けや看視を欠かすことができないもの」
- 3級3号……「自宅周辺を一人で外出できるなど、日常の生活範囲は自宅に限定されていない。また声掛けや、介助なしでも日常の動作を行える。しかし記憶や注意力、新しいことを学習する能力、障害の自己認識、円滑な対人関係維持能力などに著しい障害があって、一般就労が全くできないか、困難なもの」

- 5級2号……「単純くり返し作業などに限定すれば、一般就労も可能。ただし新しい作業を学習できなかつたり、環境が変わると作業を継続できなくなるなどの問題がある。このため一般人に比較して作業能力が著しく制限されており、就労の維持には、職場の理解と援助を欠かすことができないもの」
- 7級4号……「一般就労を維持できるが、作業の手順が悪い、約束を忘れる、ミスが多いなどのことから一般人と同等の作業を行うことができないもの」
- 9級10号…「一般就労を維持できるが、問題解決能力などに障害が残り、作業効率や作業持続力などに問題があるもの」

## 5. 実務における認定体制

### (1) 高次脳機能障害が問題となる事案

脳外傷による高次脳機能障害を認定するにあたっては、まず高次脳機能障害が問題となる案件を請求受付の時点で漏れなく取り上げる必要がある。このため、保険実務上は以下の5条件を設定し、そのいずれか一つの条件にでも該当する案件については、これを「高次脳機能障害が問題となる事案」として位置づけ、これに該当するものについては、必ず前記3(1)の診療医向け、(2)の被害者向けの照会様式を関係当事者に出状・照会することが必要である。

#### 【高次脳機能障害が問題となる事案】

- ①初診時に頭部外傷の診断があり、頭部外傷後の意識障害（半昏睡～昏睡で開眼・応答しない状態：JCSが3桁、GCSが8点以下）が少なくとも6時間以上、もしくは、健忘症あるいは軽度意識障害（JCSが2桁～1桁、GCSが13～14点）が少なくとも1週間以上続いた症例
  - ②経過の診断書または後遺障害診断書において、高次脳機能障害、脳挫傷（後遺症）、びまん性軸索損傷、びまん性脳損傷等の診断がなされている症例
  - ③経過の診断書または後遺障害診断書において、高次脳機能障害を示唆する具体的な症状（注）、あるいは失調性歩行、痙性片麻痺など高次脳機能障害に伴いやすい神経徴候が認められる症例、さらには知能検査など各種神経心理学的検査が施行されている症例
- （注）具体的症状として、以下のようなものが挙げられる。
- ・記憶・記銘力障害、失見当識、知能低下、判断力低下、注意力低下、性格変化、易怒性、感情易変、多弁、攻撃性、暴言・暴力、幼稚性、病的嫉妬、被害妄想、意欲低下
- ④頭部画像上、初診時の脳外傷が明らかで、少なくとも3か月以内に脳室拡大・脳萎縮が確認される症例
  - ⑤その他、脳外傷による高次脳機能障害が疑われる症例

前記照会様式の出状の結果、有意な回答が得られた場合には、以下に述べる審査会の審査の対象となる「特定事案」として取り扱われることになる。

なお、有意な回答が全く得られなかった場合には、そもそも脳外傷による高次脳機能障害が認められないものと判断される。

## (2) 高次脳機能障害審査会

前記(1)によって「特定事案」として取り上げられた事案については、今般、脳神経外科や精神神経科などの専門医を審査会委員として自算会内に新設される、「高次脳機能障害審査会」でその審査・認定が行われることになる。高次脳機能障害審査会では、被害者側からの異議申し立てを前提とすることなく後遺障害認定のための審査が行われるという点で、従来の自算会の後遺障害審査会制度とは異なった取扱いとなる。

「特定事案」については、その全件を審査会の審査対象としていることを対外的に説明していく必要があるとともに、前記(1)によって「特定事案」として取り上げられる事案が相当数に及ぶことが予想され、より現実性のある認定体制づくりが求められることなどを勘案すると、本部審査会と地区審査会を設置することが妥当と考える。

地区審査会では、通常の特件事案の審査・認定が行われるが、以下のような実務上特に認定が困難な事案については、本部審査会へ移送されることになる。本部審査会では、地区審査会から移送された認定困難事案のほか、地区審査会の認定に対して異議申し立てがなされた事案の審査・認定が行われる。

### 【認定困難事案】

- ①意識障害がない事案（医療照会の結果、意識障害の有無・程度が確認できなかった事案を含む。）
- ②CT・MRI等の画像資料上、脳室拡大・脳萎縮が認められない事案、または器質的な脳損傷が認められない事案（CT、MRIが取り付けられなかった事案を含む。）
- ③被害者が幼児・児童である事案
- ④事故受傷と高次脳機能障害との間の相当因果関係に疑義のある事案
- ⑤時効が問題となる事案

なお、本部審査会の認定に対して異議申し立てがなされた事案については、既存の後遺障害再審査会での審査・認定が行われる。

本部審査会および各地区審査会の審査の専門性、客観性をより高めていくためには、今後、関係当事者に対する事前の研修や教育に努めるとともに、後記7に挙げるマニュアル類の充実に力を入れる必要がある。

## 6. 保険請求におけるその他の問題

### (1) 時効の取扱い

自賠責保険の被害者請求権については、時効期間は2年と定められており（自賠法19条）、被害者またはその法定代理人が「損害及び加害者ヲ知りタル時ヨリ」時効が進行するとされている。一方、後遺障害による損害の消滅時効については、「後遺症が顕在化した時点より進行する」（最判昭和49年9月26日交通民集7巻5号1233頁）と解されており、実務では、症状固定の診断がなされた時がこれに当たるものとして取り扱われている。したがって、脳外傷による高次脳機能障害事案についても、原則として、症状固定時（前回請求があった場合にはその回答の通知日または支払日）から2年以上を経過してなされた保険請求については、時効完成として取り扱われることになる。

しかしながら、裁判例からも明らかなおり、前回認定時と比較をすると被害者に著しい症状の増悪が認められ、これを前回認定時に予見することが困難であったものと認められるケースについては、時効の起算点を必ずしも前回認定時と捉える必要はないものとして一般的に解されている。

脳外傷による高次脳機能障害は、最近になってようやく広く認知されるようになってきた障害であり、事故後ある程度の期間が経過した後に、実は高次脳機能障害ではないのかと気付くケースや、幼児や児童の場合には、症状固定の判断を行うまでに相当の期間を要するだけでなく、就学や就労の場面に至って初めてその障害が顕在化するケースがあることが指摘されている。時効の取扱いについては、新たに設置される高次脳機能障害審査会の本部審査会において、こうした各ケースごとの様々な事情を勘案しながら、被害者救済に欠けることがないよう、個別具体的判断を行っていく必要がある。

## (2) 再診断制度

脳外傷による高次脳機能障害においては、医療機関側の認識不足によって、提出されている医証等からは被害者の現在の障害程度を的確に把握することが困難なケースがしばしば見られる。また、前記(1)の時効の問題に関連して、当初は症状が治癒したものと考えていたため、特に病院等での診察を受けていなかったところ、相当の時間を経過した後にその障害が深刻なものであったとして、保険請求が行われるケースも見られるところである。

このようなケースにおいて再診断制度の活用が有効と認められる場合には、新たに設置される高次脳機能障害審査会の審査会委員の判断に基づき、再診断を実施し、被害者の現在の障害程度を的確に把握することが必要となる。

## 7. 関係各方面への周知

### (1) 被害者（一般）への周知

脳外傷による高次脳機能障害者に対する救済をどのようにして図っていくのがひとつの大きな社会問題になっているという現状を踏まえると、自動車事故の被害者等に対し脳外傷による高次脳機能障害の特徴をわかりやすく説明するとともに、保険請求にあたっての諸手続き、高次脳機能障害審査会制度などについて周知する必要がある。このため、被害者（一般）向けのリーフレットを新たに作成する等の取り組みが重要である。

本リーフレットは、各保険会社の受付窓口や自算会調査事務所に備え付けをしておくほか、日弁連交通事故相談センターなどの各種請求相談窓口にも備え付けることが必要である。

## (2) 医療機関への周知

保険実務上、脳外傷による高次脳機能障害を判断するうえでは、診療医によって作成される経過診断書および後遺障害診断書の記載内容が大きなウエイトを占める。特に、初診時における意識障害の有無やその程度ないし継続期間、各種検査結果、被害者の現在の症状などについては、診療医による詳細なコメントが求められるところである。

今後、関係各方面の協力を得ながら、自算会を中心に、脳外傷による高次脳機能障害に関する後遺障害診断書の記載方法などをわかりやすく解説した、医療機関向けの解説書を作成・配布していくことが望まれる。

## (3) 医師への啓発

脳外傷による高次脳機能障害は、最近になってようやく広く一般的にも認識されるようになってきているが、仮に診療をする医師の側がこれを見落としてしまったような場合には、被害者側から提出された医証を中心に検討を行う現行の保険実務にとっては、その被害者救済に一定の限界があるものといわざるを得ない。被害者の脳外傷による高次脳機能障害の症状を的確に捉え、適切な診断を行ってもらうためには、現場の医師に対する啓発活動を積極的に行っていくことが何よりも重要である。

今後、医師向けの診断マニュアル等の整備を図るとともに、各種学会等の場で広く啓発活動を行っていくことが望まれる。

## おわりに

当検討委員会では、限られた時間の中で、自賠償保険として脳外傷による高次脳機能障害を的確に認定するためのシステムとして、症例検討等を通して脳外傷による高次脳機能障害の特徴を取りまとめるとともに、各種照会様式の新設・改訂、等級認定にあたっての考え方の整理、高次脳機能障害審査会制度の新設等の提言を行った。今後の課題としては、実務の認定にあたって診療医からより詳細な情報が得られるよう、関係各方面の協力を得ながら経過診断書や後遺障害診断書の改訂作業を進めていく必要があるものとする。

また、平成13年1月以降、今回の認定システムに基づき実際の審査・認定業務を行った結果、実務上様々な面から問題が生じることも予想される場所である。これについては、自算会を中心に今後定期的に検証作業を行い、必要に応じてその見直しを行うことが求められる。

「高次脳機能障害認定システムの確立検討委員会」委員名簿

氏名	現職
○ 益澤 秀明	新東京病院脳神経外科顧問 北見中央病院脳神経外科部長
中村 紀夫	日本交通科学協議会会長 東京慈恵会医科大学脳神経外科名誉教授
富田 博樹	武蔵野赤十字病院脳神経外科部長
大橋 正洋	神奈川県リハビリテーション病院 リハビリテーション部長
宮永 和夫	群馬県精神保健福祉センター 所長
作田 学	杏林大学 神経内科 教授
生方 克之	神奈川県リハビリテーション病院 相談指導科ソーシャルワーカー
高野 真人	弁護士 (財)日弁連交通事故相談センター専門委員会第二部会長
中村 健二	厚生省大臣官房障害保健福祉部企画課 課長補佐
市花 克己	運輸省自動車交通局保障課再保険業務室長
平川 敏幸	運輸省自動車交通局保障課再保険業務室 補佐官

○は座長

(敬称略)