

検討委員会による検討結果

1. 脳器質性の障害

(1) 高次脳機能障害

ア. 改正基準の概要

労災保険では、脳の器質的損傷に基づく障害を、高次脳機能障害と身体性機能障害に区分した上で、認定基準の明確性の向上を図る観点からそれぞれについて新たに基準が策定された。高次脳機能障害については、被災者の職場における就労状況に着目し、①意思疎通能力、②問題解決能力、③作業負荷に対する持続・持久力、④社会行動能力の4つの能力（以下、「4能力」という。）の喪失の程度により等級評価を行うしくみとしている。具体的には、診療医（労災保険においては指定医療機関の専門医）が、主治医としてこれら「4能力」のそれぞれを「障害なし」および「わずかに喪失」～「全部喪失」までの6段階の障害区分で評価し、この内容に基づき、機械的に等級格付けを行うものである。

【表1：高次脳機能障害等級の区分】

等級	4つの能力の喪失の程度	
	1つ以上の能力の	2つ以上の能力の
第1級	常時介護を要するもの（※1）	
第2級	随時介護を要するもの（※1）	
第3級	全部喪失	大部分喪失
第5級	大部分喪失	半分程度喪失
第7級	半分程度喪失	相当程度喪失
第9級	相当程度喪失	
第12級	多少喪失	
第14級	わずかな能力喪失（※2）	

（※1）第3級以上に該当する重篤な高次脳機能障害のため、介護が必要なものに限る。

（※2）MRI、CT等による他覚的所見は認められないものの、脳損傷のあることが医学的に見て合理的に推測できるものが該当する。

なお、労災保険では、これまで高次脳機能障害の調査に定型の照会様式はなかったが、今回、診療医および被害者側に障害の実態について確認する様式を新設した。これにより、診療医に対しては前述の「4能力」の6段階評価、介護の要否等について、被害者側には日常生活の状況について報告を求める。ただし、診療医による「4能力」の6段階評価により等級の格付けを行う過程で、被害者側から得た日常生活状況がどのように反映されるのかという点については、基準上明確にされていない。

イ. 自賠責保険における認定システム

自賠責保険では、労災保険に先行して高次脳機能障害認定システムを確立し、実施している。現在の認定システムを導入するに至った背景は、以下のとおりである。

昨今、脳外傷に起因する高次脳機能障害が広く認識されるようになり、その「見過ごされやすい障害」という特性から、障害の実態を的確に把握することが求められるようになった。平成12年、「今後の自賠責保険のあり方に係る懇談会」後遺障害部会中間報告書（平成12年6月6日）および自賠責保険審議会答申（平成12年6月28日）において、高次脳機能障害認定システムを構築すべきとの指摘がされ、また、国土交通省（当時「運輸省」）から当機構（当時「自動車保険料率算定会」）に対して、専門家の参加による検討委員会を設置し、認定システムを確立するための検討を行うよう求められるに至った。

このような指摘を受け、当機構は、平成12年8月に、被害者保護に欠けることのない高次脳機能障害認定のためのしくみを構築することを目的として、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、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。同委員会は、同年12月に検討結果をとりまとめたが、その内容は、症状および障害の的確な把握、等級認定にあたっての考え方、実務における認定体制など多岐に渡るものであった。

この検討結果は、直ちに監督官庁、損保業界、自賠責共済事業を行う組合等に報告され、平成13年1月から、その成果である認定システムが実施に移された。以降、自賠責保険においては、診療医に対する受傷後の詳細な意識障害の推移や高次脳機能障害の内容・程度の照会、被害者側への日常生活状況の確認等により詳細な情報を得た上で、専門医を中心とする審査会において認定を行っており、自動車損害賠償保障法（以下、「自賠法」という。）の目的である被害者保護を実現する認定システムを実現している。

ウ. 改正基準への対応

上述のとおり、すでに実施されている自賠責保険における高次脳機能障害認定システムは、障害を的確に把握し、慎重に審査を行うものであり、被害者保護に資するしくみとなっているが、今回、**ア.** で述べた労災保険の高次脳機能障害認定基準改正を受け、労災保険の認定基準に原則準拠することとしている自賠責保険においても、認定システムの見直しを検討することとした。

検討にあたっては、これまで高次脳機能障害審査会の委員として実際の請求事案の審査を行ってきた脳神経外科、精神神経科、リハビリテーション科の専門医、弁護士などを構成メンバーとする検討委員会高次脳機能障害部会を設置し、検討を行った。

同部会は、平成15年8月から12月までの間に計9回^{（注4）}開催され、精力的に議論が行われた。

（注4）開催日は、H15.8/21,9/11,9/25,10/9,10/23,11/6,11/20,12/11,12/18。

エ. 改正基準を自賠責保険で採用した場合に想定される問題点

前述のとおり、自賠責保険の後遺障害等級認定は原則として労災保険の認定基準に準拠して行っている。しかし、労災保険の認定基準をそのまま自賠責保険に当てはめて実施することは、慎重に検討を行う必要がある。なぜなら、自賠責保険と労災保険にはいくつかの制度上の相違点があり、自賠責保険では、この違いを十分踏まえた認定システムとすることが、被害者保護のため肝要と考えられるからである。

以下に、自賠責保険と労災保険における制度上の相違点として特に留意すべき2点を指摘する。

（ア）労災保険における被災者と自賠責保険における被害者

労災保険において障害認定の対象となるのは、労災事故の被災者である。すなわち就労者に限定される。一方自賠責保険では、高齢者から幼児まで、広く交通事故被害者を対象とする。したがって、就労者だけでなく非就労者の高次脳機能障害を認定することも踏まえた運用が必要となる。

上述したとおり、労災保険では、就労者を対象に、職場における支障の状況に着目した「4能力」の喪失程度に応じて高次脳機能障害を評価することとされた。しかし、自賠責保険では、被害者保護および被害者間の公平性の維持の観点から、非就労者の障害評価の方法も確立し、かつ就労者・非就労者間の公平性に十分配慮する必要がある。

(イ) 労災保険における指定医療機関制度の存在

後遺障害診断を行う医療機関においても相違がある。労災保険では、指定医療機関制度を採用しており（労災保険法施行規則第11条第1項）、障害認定に習熟した指定医療機関の専門医が、被災者の主治医として障害診断を行うことが通常である。一方、自賠責保険では、このような制度はなく、後遺障害診断を行う医療機関は特段限定されていない。

労災保険では、専門医が一貫して診察をした上で高次脳機能障害の評価を行い、認定基準もその医師の所見を前提とした評価方法となっている。しかし、自賠責保険では、専門外の医師や短期間しか患者を診ていない医師が後遺障害診断を行うこともあり、診療医による定型的な「4能力」の格付けでは、高次脳機能障害の実態について十分な情報が得られないおそれがある。つまり、高次脳機能障害は「見過ごされやすい障害」として社会的な問題となったが、この点が再燃する可能性がある。

したがって、自賠責保険では、診療医の診断以外にも幅広く情報を収集して高次脳機能障害の実態を把握し、交通事故被害者の保護に遺漏がないよう慎重に認定することが重要であり、その点で被害者の家族等からの日常生活状況の情報が意味を持つことになる。

以上（ア）（イ）を前提に、労災保険における障害認定基準に準拠することを前提としつつ、交通事故被害者の保護に十全を期するためには、自賠責保険の特性を踏まえた上で調査・認定のしくみを確立する必要がある。そのため、すでに実施されている自賠責保険の高次脳機能障害認定システムについて、改善すべき点を検討する。

オ. 認定事例による検証

前述のとおり、自賠責保険における高次脳機能障害認定システムは平成13年1月から実施に移されており、すでに3年近くの間、自賠責保険高次脳機能障害審査会で個別の請求事案の認定を行っている。したがって、今回の労災保険改正基準への対応の検討にあたっては、検討委員会高次脳機能障害部会で、これまでの審査会での経験および実際の認定事例を活用して、分析・検証を行うことが有効である。

検証結果は、次のとおりである。

(ア)「4能力」による評価

自賠責保険では、前述のとおり被害者の障害について診療医に照会確認をする際、「4能力」にそのまま当てはまるような区分での情報収集は行っていない。しかし、「4能力」の具体的な内容（例えば、「意思疎通能力」では、記銘・記憶力、認知力または言語力）に着目すると、「4能力」の範囲を十分含んだ障害調査を実施していることが検証できた。すなわち、現行の診療医への照会確認項目は、いわば広義に「4能力」を含んでいて極めて有効であり、また、障害を見過ごすことなく捉えるために、より幅広い視点から調査を行っているものといえる。このように、就労者・非就労者に同内容の調査を行うことは被害者間の公平性の観点からも好ましいと考えられる。

なお、現行の照会項目を「4能力」に区分する照会様式を作成することも検討したが、各項目は「4能力」のうち複数の能力に該当することが多い（必ずしも1対1の対応にならない）ため、単純に区分して評価することは困難であり、また、あえて区分を行って評価すると、かえって不適切な結論が導かれることが懸念されるので、その実現は困難と判断し、得られた情報をもとに、「4能力」の区分を念頭におきつつ評価を行うことが適切であるとの結論に至った。

そのため、診療医への照会様式（自賠調第139号様式）に一部修正を行い、「4能力」の観点からも情報を収集すること、審査会の席上で、「4能力」による等級評価を行い検証することができるよう、労災保険における「高次脳機能障害整理表」等を参

照できる体制としておくことが必要である。

(イ) 日常生活状況の把握

自賠責保険では、診療医の診断のみに基づいて高次脳機能障害を認定するのではなく、被害者側（家族・勤務先等）に日常生活状況（就労状況を含む）を照会し、その情報を認定の重要なファクターと捉えている。交通事故被害者の場合、前述のとおり必ずしも専門医が一貫して診療しているわけではなく、そのため、労災保険に比較して診療医から詳細な情報が得られない事例が少なくない（前記エ.（イ）参照）。このような場合に労災保険の認定基準をそのまま適用すると、等級の格付けが不当に低くなる可能性があり、被害者保護の点で問題がある。したがって、これを補う意味で、被害者側に照会することによって、見過ごされやすい高次脳機能障害の障害程度を把握することが可能となってくる。審査会では、診療医の所見のみでなく、被害者側に照会確認した日常生活状況や画像所見、意識障害の経過等を総合的に勘案し、評価を行っていくことが重要である。

以上の観点から、よりの確かつ詳細な情報を被害者側から得るため、現行の照会様式（自賠調第117号様式）の部分的な見直しを行うこととする。

(ウ) 高次脳機能障害審査会

前記イ. で述べたとおり、自賠責保険では、診療医からの情報のみでなく、被害者側に確認した日常生活状況等も含めて総合的に検討することによって、障害のより正確な評価、被害者保護に遺漏のない認定を行うことができる。ここで重要なのは、このような総合的な審査を専門の医師、弁護士等による審査会の場で行い、慎重に認定を行っていることである。このことが、被害者保護の点できわめて重要な機能を果たしていると考えられる。したがって、今後も専門家の参加による審査会で審査を行う体制を維持する必要がある。

カ. 結論

検討委員会高次脳機能障害部会では、労災保険と自賠責保険の認定対象の違いなど周辺環境の差異を踏まえれば、労災基準の考え方をそのまま取り入れるのではなく、基本的には現行の自賠責保険高次脳機能障害認定システムを維持するとともに、改正基準に対応して、次のとおり一部修正を行うことが、被害者保護のより一層の充実という目的に照らし、妥当と判断する。

(ア) 自賠責保険においては、従来どおり、診療医への照会結果、被害者側への調査により収集した日常生活状況、画像所見等に基づき、審査会において、総合的に高次脳機能障害の等級認定を行うことが妥当である。なお、審査にあたっては、「4能力」の観点からも検討を行い、その場合にも等級評価に乖離がないことを検証していく必要がある。

(イ) 診療医および被害者側からより詳細な情報を確実に得ること、また、「4能力」の観点からも診療医から情報を得ることを目的として、現行の照会様式の部分的な見直しを行うことが有効である。

なお、検討委員会高次脳機能障害部会で作成した照会様式の改定版（別添1-1・1-2）は、平成16年1月を目途に自賠責損害調査において使用を開始し、審査会での審査に実際に用いていく中で、さらなる改善の可否を検討していく。

(2) 身体性機能障害

ア. 改正基準の概要

労災保険で今回定められた身体性機能障害についての認定のしくみは、基本的に運動麻痺の範囲（四肢麻痺、片麻痺、単麻痺）およびその程度（高度、中等度、軽度、軽微）に応じて等級評価を行うこととされている^(注5)。実際の認定においては、認定基準に習熟した指定医療機関の専門医が被災者を診断して的確に運動麻痺の範囲・程度の評価を行い、その情報に基づいてある程度機械的に認定を行うことが可能なシステムとしている。

脳の障害による身体性機能障害については、麻痺の範囲・程度に応じて、下表のように等級に格付けられることとされている。

(注5) 労災保険では、脳の障害による身体性機能障害と脊髄の障害による身体性機能障害のいずれについても上記のシステムで等級評価を行う認定基準としている。脊髄の障害による身体性機能障害の認定システムについては、後記3. 参照。

【表2：麻痺の範囲及び程度と障害等級の対応表】

等級	麻痺の範囲及び程度		
	四肢麻痺	片麻痺	単麻痺
第1級	高度	高度（常時介護を要するもの）	
	中等度（常時介護を要するもの）		
第2級	中等度（随時介護を要するもの）	高度	
第3級	中等度（介護を要するものを除く）		
第5級	軽度	中等度	高度
第7級		軽度	中等度
第9級			軽度
第12級	軽微	軽微	軽微

イ. 検討委員会による検討

脳の損傷による身体性機能障害は高次脳機能障害と並存することが多く、最終的には両者を総合的に評価することになる。そこで、この認定のしくみを自賠責保険にも導入することが適当かどうかについて検討委員会高次脳機能障害部会で検討を行った。

自賠責保険においては、前述のとおり、必ずしも診療医が認定基準に習熟しているとは限らないことから、その趣旨に沿った回答が得られないことも予想される。したがって、等級評価に直結する麻痺の程度の評価を診療医に求め、その所見のみに基づいて等級を認定するシステムを採用することは、被害者保護の観点からは適当ではないものと考えられる。

一方、本障害に該当するようなケースでは、高次脳機能障害の調査のため診療医への医療照会や被害者側（家族や介護者など）への日常生活状況の確認を行っており、これらの調査を通じて得られた情報から、身体性機能の障害像をある程度把握することは可能と考えられる^(注6)。さらに、上記の資料により得られる情報を補足するため、診療医^(注7)に動作内容を具体的に確認することにより、的確な障害程度が把握できると考えられる。

(注6) 検討委員会で過去の身体性機能障害の認定事例を分析した結果、後遺障害診断書などの医証に身体所見の記載がなされていれば、運動麻痺の範囲ならびに程度について、概ね労災基準に準じた判断ができることが確認された。

(注7) 症状固定時期あるいはそれ以降にリハビリテーションに移行している場合には、リハビリテーション専門医あてに照会調査を実施することが効果的と考えられる。

ウ. 結論

自賠責保険では、脳の障害に伴う症状を高次脳機能障害と身体性機能障害に分離し、かつ、身体性機能障害の等級を主治医の評価した運動麻痺の程度により機械的に判断するしくみを採用することは、かえって妥当性を欠く結果となりかねないものと考えられる。したがって、後遺障害診断書や日常生活状況報告表等の各種照会様式で確認される症状・所見に加え、新設する「日常生活動作検査表」（別添２）により得られた情報をもとに、高次脳機能障害が並存する場合には審査会で身体性機能障害の状態を総合的に検討し、改正基準に照らして等級認定を行うことが妥当である。

以 上