

平成 23 年 3 月 4 日

「自賠責保険における高次脳機能障害認定システムの
充実について」（報告書）

自賠責保険における高次脳機能障害認定システム検討委員会

目 次

はじめに	1
1. 検討テーマについて	2
(1) 国土交通省の要請	2
(2) 検討テーマの設定	2
2. 当委員会における検討の前提について	2
(1) 自賠責保険における高次脳機能障害とは	2
(2) 認定状況	2
(3) 本報告書における関連用語の定義について	3
(4) 「軽症頭部外傷に伴う脳外傷」における検討対象	3
(5) WHO における MTBI の診断基準	4
3. 意見陳述のまとめ	5
(1) 谷医師の意見陳述	5
(2) 井田医師の意見陳述	6
(3) 片山医師の意見陳述	7
4. 委員による意見発表のまとめ	7
(1) A委員による意見発表	7
(2) B委員による意見発表	8
(3) C委員による意見発表	9
(4) D委員、E委員による意見発表	9
5. 検討事項の整理	10
(1) 「脳外傷による高次脳機能障害」の医学的な考え方の整理	10
(2) 現行の認定システムの修正	10
6. 当委員会における確認	10
(1) 「脳外傷による高次脳機能障害」の医学的な考え方の整理	10
(2) 現行の認定システムの修正	16
7. 関係各方面への周知	19
(1) 被害者（一般）への周知	19
(2) 医療機関への周知	19
(3) 医師への啓発	19
おわりに	20
文 献	21
「自賠責保険における高次脳機能障害認定システム検討委員会」委員名簿	22

【はじめに】

自賠責保険（共済を含む。以下同様）での「脳外傷による高次脳機能障害」に関する後遺障害認定については、平成 12 年から自動車保険料率算定会（当時。現在の損害保険料率算出機構。以下「損保料率機構」）において検討を開始し、認定システムを確立するとともに、平成 13 年より実施、運営してきた。

その契機は、当時、脳外傷に起因する後遺障害として高次脳機能障害が広く認識され始め、その「見過ごされやすい障害」という特性から、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とにある。

その後、平成 15 年、平成 19 年と認定システムの充実を図り、今日に至っている。

上記認定システムについて、平成 22 年 7 月 26 日付で国土交通省より損保料率機構宛に「自賠責保険における高次脳機能障害認定システムの充実について」という要請文書が出状された。内容は以下のとおりである。

【自賠責保険における高次脳機能障害認定システムの充実について】

自賠責保険における高次脳機能障害認定システム（以下「認定システム」という。）については、平成 13 年に貴機構において確立された後、平成 15 年及び平成 19 年に見直しが行われたところである。その認定システム見直しの報告書（平成 19 年 2 月 2 日付け）において「今後は医学の進歩や画像技術などの改善によって高次脳機能障害を取り巻く情勢が大きく変化することも考えられるため、損害保険料率機構は今後とも定期的に検証作業を行い、必要に応じて適宜認定システムを見直し、被害者保護を一層充実させなければならない」とされているが、前回の見直しから 3 年以上が経過していることに鑑み、また、現行の認定システムでは認定されないものが存在するなどの指摘もあるところである。

については、貴機構において検討委員会を設置し、現行の認定システムに係る問題点等について専門家の幅広い意見を踏まえて、損害賠償の保障の充実に資するよう検討をお願いしたい。

これにより損保料率機構は、脳神経外科、精神神経科、小児神経科、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、弁護士を構成メンバーとする「自賠責保険における高次脳機能障害認定システム検討委員会」（以下「当委員会」）を設置し、合計 9 回の論議を重ねるに至った。

本報告書はその論議をとりまとめ、今後の高次脳機能障害認定の充実に向けた基本的な考え方を示すものである。

1. 検討テーマについて

(1) 国土交通省の要請

国土交通省から損保料率機構への要請は上記内容のとおりであるが、「現行の認定システムでは認定されないものが存在するなどの指摘もあるところである。」とされている点については、障害としての存在が確認しにくい「軽症頭部外傷」を原因とする高次脳機能障害がこれにあたり、とりわけこの点を中心に検討の要請があったものである。

(2) 検討テーマの設定

上記国土交通省の要請を踏まえ、当委員会の検討テーマについては「軽症頭部外傷」を取り上げることとし、これと併せて、前回平成 19 年の検討から 3 年以上が経過していることに鑑み、前回報告書の継続検討課題とされていた「医学の進歩の動向」および「画像診断技術の向上」について、現状を確認することとした。

また、自賠責保険における後遺障害等級認定は原則として労災保険の後遺障害認定基準(以下「労災認定基準」)に準拠して行われるものであるが、労災保険の対象とならない小児や高齢者の認定に関して、自賠責保険における現在の審査システムで問題が生じていないか併せて確認を行った。

2. 当委員会における検討の前提について

(1) 自賠責保険における高次脳機能障害とは

自賠責保険における後遺障害等級認定は「自動車損害賠償責任保険の保険金等及び自動車損害賠償責任共済の共済金等の支払基準」(平成 13 年金融庁・国土交通省告示第 1 号)により、「等級の認定は、原則として労働者災害補償保険における障害の等級認定の基準に準じて行う」ことが定められている。

この労災認定基準は、厚生労働省労働基準局長が行政通達の形で明示したものであり、この基準において「高次脳機能障害は、脳の器質的病変に基づくものであることから、MRI、CT 等によりその存在が認められることが必要となる」とされており、これを踏まえ自賠責保険においても、高次脳機能障害として認定を行うためには、脳の器質的損傷の存在が前提となっている。

(2) 認定状況

脳外傷による高次脳機能障害に該当する可能性のある事案は、各分野の専門家によって構成される高次脳機能障害審査会で審査している。その運用実績は次のとおりである。

年度 等級	平成 18 年度	平成 19 年度	平成 20 年度	平成 21 年度
1 級	667 件	682 件	686 件	739 件
	(22.5%)	(22.4%)	(22.4%)	(22.3%)
2 級	373 件	397 件	412 件	437 件
	(12.6%)	(13.0%)	(13.5%)	(13.2%)
3 級	330 件	370 件	359 件	401 件
	(11.1%)	(12.1%)	(11.7%)	(12.1%)
5 級	391 件	417 件	407 件	426 件
	(13.2%)	(13.7%)	(13.3%)	(12.9%)

7 級	572 件	568 件	577 件	614 件
	(19.3%)	(18.6%)	(18.9%)	(18.5%)
9 級	634 件	615 件	618 件	696 件
	(21.4%)	(20.2%)	(20.2%)	(21.0%)
計	2,967 件	3,049 件	3,059 件	3,313 件

*カッコ内は各年度の認定件数に占める割合である

(3) 本報告書における関連用語の定義について

a) 軽症頭部外傷

当委員会は「軽症頭部外傷」を「頭部に何らかの外力が加わった事故のうち軽度なもの」と定義する。すなわち、頭部外傷という事故が起きた中で、外力の頭部への加わり方や、外力の脳への伝達、帰結などの点において影響が比較的軽いもの、という理解である。

b) 脳外傷

当委員会は、「脳外傷」を「脳の器質的損傷を意味するもの」と定義し、本報告書において用いている。したがって、「脳外傷による高次脳機能障害」というときは、脳の器質的損傷による障害を意味することになる。

これに対して、例えば、米国政府の疾病制御予防センター（Centers for Disease Control and Prevention）（以下「CDC」）のウェブサイトは、「traumatic brain injury」（以下「TBI」）について、「外力が頭部に加わった結果起きた脳機能の破綻（disruption）」と定義し、その重症度について、mild TBI（すなわち精神状態（mental state）や意識（consciousness）にごく短時間の変化がある場合）、severe TBI（すなわち意識喪失（unconsciousness）期間や外傷後健忘（post traumatic amnesia）期間が長時間におよぶ場合）などに分類しているが、そこでの TBI は脳の器質的損傷と同義のものとはされていない。

わが国では TBI の訳語として、「外傷性脳損傷」あるいは、その省略形である「脳外傷」との用語が用いられることが多いが、上記の CDC が示す定義のように、必ずしも自賠責保険における「脳外傷」と同義のものではないことから、TBI の訳語としての「脳外傷」について議論する場合には、特に注意を要する。

(4) 「軽症頭部外傷に伴う脳外傷」における検討対象

当委員会は、国土交通省からの要請を受け、「軽症頭部外傷」後の症状の高次脳機能障害の認定における取扱いについて検討を行うものである。

頭部外傷による脳機能への影響（上記 CDC のいう TBI）を軽度から重度までの連続体と考えたとき、もっとも軽度な部分に、「脳振盪」という疾患概念が位置づけられるが、脳振盪は多くの場合に脳損傷を伴わない可能性が大きいことから、脳振盪よりも重度なものとして位置づけられる軽症頭部外傷である「mild traumatic brain injury（以下「MTBI」）」に着目して、認定システムにおける扱いを検討することとした。

MTBIの定義として、上記の米国連邦政府機関であるCDCが2003年にMTBIの発生率調査を行うために示したものがある¹⁾。これによるとMTBIは、「頭部への鈍的外傷あるいは加速・減速力が作用した結果、特定の自覚的および他覚的症状が起こること」、とされている。すなわち、そこではMTBIの全てが器質性脳損傷であるとはされていない。また、CDCに先行する1993年に米国リハビリテーション医学会（以下「AAPMR」）もMTBIの定義を示している²⁾が、ここで

もMTBIは「外傷が引き起こした脳機能の生理学的破綻」とされており、MTBIが器質性の脳損傷を意味するものとはされていない。

世界保健機関（WHO）の共同特別専門委員会（タスクフォース）（以下「WHO」）は、2004年以前に発表された、さまざまな定義によるMTBIについて系統的文献レビューを行い、それを踏まえてMTBIの定義を提唱している^{3, 4)}。そこで示された定義自体は、CDCやAAPMRの定義と大きく異なるところはないが、「一過性の神経学的異常や手術を要しない頭蓋内病変などの器質的脳損傷を示唆する状態も含む」ものとなっている。すなわち、WHOが提唱したMTBIの定義は、脳の器質的損傷が生じた症状と、これが生じていない症状の双方を包含する概念と理解される。したがって、自賠責保険における高次脳機能障害認定の前提となる、「脳の器質的損傷」発生 の判定には、直接的に適用できる基準とはいえないことになる。

しかしながら WHO は、MTBI 受傷後に症状が遷延する事象について、系統的文献レビューから根拠に基づく考察を行っている。これは軽症頭部外傷後の高次脳機能障害を検討する当委員会にとって貴重な資料であると考えられる。そこで当委員会は、WHO が示した MTBI についての考え方を尊重し、これを踏まえたうえで、「軽症頭部外傷により高次脳機能障害が発生し、かつ残存する可能性」について検討することにした。

(5) WHO における MTBI の診断基準（訳は当委員会）

【WHO 共同特別専門委員会の MTBI の診断基準】

MTBI は、物理的外力による力学的エネルギーが頭部に作用した結果起こる急性脳外傷^(注)である。

臨床診断のための運用上の基準は以下を含む：

- (i) 以下の一つか、それ以上：混乱や失見当識、30 分あるいはそれ以下の意識喪失、24 時間以下の外傷後健忘期間、そして/あるいは一過性の神経学的異常、たとえば局所神経徴候、けいれん、手術を要しない頭蓋内病変
- (ii) 外傷後 30 分の時点あるいはそれ以上経過している場合は急患室到着の時点で、グラスゴー昏睡尺度得点は 13-15

上記の MTBI 所見は、薬物・酒・内服薬、他の外傷とか他の外傷治療（たとえば全身の系統的外傷、顔面外傷、挿管など）、他の問題（たとえば心理的外傷、言語の障壁、併存する医学的問題）あるいは穿通性脳外傷などによって起きたものであってはならない。

(注) ここでいう「脳外傷」は、上記(2)で定義した「脳の器質的損傷」と同義の「脳外傷」ではなく、脳の器質的損傷の有無にかかわらずのものとして用いられている。

【上記の原文】

MTBI is an acute brain injury resulting from mechanical energy to the head from external physical forces. Operational criteria for clinical identification include:

- (i) 1 or more of the following: confusion or disorientation, loss of consciousness for 30 minutes or less, post-traumatic amnesia for less than 24 hours, and/or other transient neurological abnormalities such as focal signs, seizure, and intracranial lesion not requiring surgery;
- (ii) Glasgow Coma Scale score of 13- 15 after 30 minutes post-injury or later upon presentation for healthcare.

These manifestations of MTBI must not be due to drugs, alcohol, medications, caused by other injuries or treatment for other injuries (e.g. systemic injuries, facial

injuries or intubation), caused by other problems (e. g. psychological trauma, language barrier or coexisting medical conditions) or caused by penetrating craniocerebral injury.

3. 意見陳述のまとめ

国土交通省からの要請を踏まえ、客観的な立場から幅広い意見を聴くため、当委員会は次の専門家による意見陳述を受け、これらの意見陳述を踏まえて、その後の検討を進めた。その概要は次のとおりである。

氏 名	専 門	勤 務 先 等
谷 諭	脳神経外科	東京慈恵会医科大学 教授
井田 正博	放射線科	東京都保険医療公社 荏原病院 放射線科 部長
片山 容一	脳神経外科	日本大学医学部長

(1) 谷医師の意見陳述

谷医師はスポーツ外傷が専門である。当委員会の検討対象となっている軽症頭部外傷とスポーツにおいて多発する脳振盪の関係について説明を行った。

- ① 脳振盪と軽症頭部外傷の関係は、軽症頭部外傷の中でも症状の軽い形態として脳振盪が位置づけられ、軽症頭部外傷に包含される関係である。
- ② 脳振盪はスポーツで発生することが多く、スポーツで繰り返すことから、スポーツ医学において重要な問題となる。
- ③ 脳振盪は「第3回スポーツにおける脳振盪に関する国際会議（チューリッヒ、2008年11月）」において以下のとおり定義されている。
 - a) 脳振盪は頭部・顔面・頸部への直接的打撃もしくは、頭部へ伝播する他の体への衝撃的作用によって生じうる。
 - b) 脳振盪は典型的には、自然に回復する短期間の神経機能の障害が急激に起こる。
 - c) 脳振盪は神経病理学的変化を脳内に生じているかもしれないが、急性の臨床症状は主に解剖学的障害よりも機能的障害を反映している。脳振盪は意識障害を伴ったり伴わなかったりと様々な重症度の臨床徴候に帰着する。
 - d) 臨床症状や認知機能などは典型的には一連の流れに沿って軽快するが、少数ではあるが脳振盪後の症状が永続して存在する可能性があることは注意に値する。
 - e) 脳振盪では一般的な画像検査において明らかな異常所見を認めない。
- ④ 脳振盪の重症度を測る基準について、American College of Sports Medicine が公表している基準は以下のとおりである。
 - a) 秒単位の意識消失は重症度を示唆しない。これに基づく分類やガイドラインは正確ではない。
 - b) 逆行性健忘や外傷後健忘などの症状の持続は、重症度や転帰に相關するため、これらに基づいた分類やガイドラインは有用である。
 - c) 症状の持続は重症度を決める因子として最も重要であり、症候や所見が消失した時点で初めて重症度が判定される。
 - d) 脳振盪の治療と脳振盪後の復帰は、受傷者それぞれについて個別に検討すべきである。

(2) 井田医師の意見陳述

井田医師は画像診断学が専門である。当委員会の検討対象となっている、軽症頭部外傷後の後遺障害が器質性のものであるか否かについて、最新の画像診断技術によりどこまで判断が可能なのかについて、実際の画像を参考に説明を行った。

- ① 現在の画像診断の主役はCT、MRIであるが、画像診断において重要なことは、適切な時期にきちんとした検査が行われるということである。
- ② 今後、微細な外傷の診断にあたっては、MRIの撮像法である拡散強調画像（diffusion-weighted imaging : DWI）および磁化率強調画像（Susceptibility-weighted Imaging : SWI）が有用となると考えられる。
- ③ DWIを用いることにより、CTや従来のMRIで確認できなかった脳損傷が証明できる可能性は高まると考えられる。急性期の落ち着いた段階（受傷2～3日目）でMRIを撮影し、客観的な証拠を捉えることが大切である。
- ④ SWIはT2*（スター）強調画像の原理に加え、従来用いられていなかったMRIの位相情報を併せて、より磁化率を強調しようという方法である。SWIの利点は、造影剤を使わずに静脈を映し出せるということおよび微細な出血（ヘム鉄）を検出することができるということである。
- ⑤ 外傷によりMRIを撮影する施設はあまり多くないが、外傷、特に軽微な脳挫傷の診断、軸索損傷の診断に対し、DWIはT2、T1、FLAIR、CTと比較して圧倒的に有用である。問題点は、多くの医療機関において急性期～亜急性期にMRIが施行されることが少ないということである。
- ⑥ 拡散テンソル画像は脳内の神経線維に沿った水分子の拡散の動きを見ることによって神経線維の状態を推定しようとするものであり、病変の位置が特定できている場合には脳機能と病変の関係を見ることについて有益である。ただし、形態学的に異常がない微細な脳外傷の有無を拡散テンソルだけで判断することはできない。
- ⑦ fMRIは指を動かすなどの課題に対して脳の中樞が賦活化されて、相対的にデオキシヘモグロビン量の変動することにより、賦活化された脳をMRIで画像化するというものである。脳機能を科学的に見るという面では良い方法であるが、現時点では微細な脳機能の低下に対してはまだ使える段階にはない。
- ⑧ MRスペクトロスコピーは脳内の代謝物質を測る方法であるが、環境に影響されやすく、元来出ているはずのないものが出たという評価はしやすいが、あるべきものが下がったという評価は難しい。したがって、このスペクトロスコピーについても、微細な脳外傷の脳機能評価にはまだ使えない。
- ⑨ Positron Emission Tomography（PET）については現在一般に使用されているのはブドウ糖により細胞活性を見るFDG-PETである。しかし、分解能が極めて低いこと、急性期に検査を実施するのは難しいこと、形態学的異常がない時に、FDGに差が出たとしても、それがなぜ起きたのかが分からないことから、PETのみで異常を診断することはできない。
- ⑩ 画像診断の意義は急性期から亜急性期の形態情報について客観的に捉えて事後的に、つまり第三者的にも評価できるためには、いわゆる「自己完結型」の医療、診断を防ぐことが大切である。ただし、画像診断だけを用いれば高次脳機能障害を評価できるということではなく、神経学的な診断とのジョイントが必要である。

(3) 片山医師の意見陳述

片山医師は脳神経外科学が専門である。当委員会の検討対象となっている、1回限りの軽症頭部外傷により遷延する重篤な症状あるいは障害が発生することがあるかという点について説明を行った。

課題1：一度だけのMTBIにより、遷延（3か月以上）する重篤（社会生活が困難）な症状あるいは障害が発生することがあるか？

- a) 受傷直後から数日ないし数週間までは、頭痛やめまいなどの愁訴や、記憶障害および注意障害、不安および抑うつなどの症状が持続することがある。
- b) これらの症状は、受傷後しばらく脳の機能的障害および器質的障害の影響を受けるために起きると考えられる。
- c) しかし、これらの症状は徐々に軽快し、一般的には3か月以内に消失する。ほとんどが受傷後3か月から12か月以内に回復する。
- d) ただし、一部の患者ではこれらの症状が遷延したり遅発したりすることがある。

課題2：現実には症状の遷延や遅発の事例は、脳損傷に起因するものといえるか？

- a) 遷延ないし遅発する症状の原因を、脳の器質的障害（脳損傷）に求めることはできない。
- b) 遷延ないし遅発する症状には、脳損傷とは関係のない要因が絡んでいると考えられている。これには、身体的（疼痛など）、精神的（外傷後ストレスや不安ないし抑うつ）、人格的（行動性向など）、社会的（家族や職場などでのストレス、訴訟や補償など）な要因が含まれる。
- c) しかし、軽症頭部外傷による脳の機能的障害ないし器質的障害（脳損傷）による症状が消失する前に、これらの要因が絡むことによって、症状が遷延したり遅発したりしたときには、軽症頭部外傷を原因とする症状と見做すべきであるという考え方もある。

課題3：特に、受傷による意識障害がなく、形態画像でも脳損傷を検出できないような場合はどうか？

- a) 意識障害や記憶障害などを起こしていなければ、器質的脳損傷を起こすことはないと考えられる。
- b) このような場合、遷延ないし遅発する症状の原因を、脳の器質的脳損傷に求めることはできない。

4. 委員による意見発表のまとめ

上記外部専門家の意見陳述に加え、当委員会における論議の過程で、委員から各論点について以下のような意見発表があった。

(1) A委員による意見発表

- ① 軽症脳外傷あるいは脳振盪後症候群など、さまざまな用語があるが、米国リハビリテーション医学会が1993年にJ Head Trauma Rehabil に示したmild traumatic brain injury (MTBI) に関する定義は、鞭打ち損傷など加速・減速力に伴う脳損傷についても包含している²⁾。
- ② 軽症頭部外傷の病態・自然経過・診断については、150年前から、多くの医学論文で論議の対象とされてきた。しかし脳の微細な損傷を客観的に診断する手段がない時代においては、さまざまな解釈や理論が存在し、定説はなかった。
- ③ 一方で、Biglerによる1報告例によれば、受傷時にGCS14であった軽症頭部外傷の47歳

男性が、受傷後7か月の時点でも情報処理と短期記憶能力の低下が持続していた⁵⁾。たまたま本人も気づいていなかった心疾患の進行があり、この男性が死亡した。剖検が行われた結果、外傷に起因すると判断された前頭葉切片を中心とした血管周囲腔や白質への出血の痕跡があったという。

- ④ 米国の法廷においては、科学的検証手順を踏むことなく、PET・DTI（拡散テンソル画像）・fMRIなどの神経画像検査法が法律家によって利用されてきたとのことである。Granacherは、科学的検証が不十分な検査法をむやみに法廷で用いるべきではないと警告している⁶⁾。
- ⑤ PET、fMRI、DTIなどの神経画像検査法の中では、2010年になってDTIに関する論文がいくつか発表されている。これら論文においては、神経画像検査法の多くは、軽症頭部外傷の亜急性期に、微細な脳損傷が起きていることを示し、症状を説明する客観的根拠となるとされている。しかし脳振盪後に症状の回復が遷延する事例に対しては、まだこれらの検査法が充分に行われていない。
- ⑥ 軽症頭部外傷の急性期に、二次的な精神障害が加わることを予防するための指導が必要である。

(2) B委員による意見発表

MTBI後の身体症状と認知、感情、行動の変化について、1980年から2002年までの論文を系統的にレビューした2004年のWHO研究について発表があった^{3, 4)}。

- ① MTBIは、何らかの意識障害や神経学的徴候によって判断するものであり、画像所見は必須ではない。
- ② MTBI直後には心理検査で把握される認知障害である注意、記憶、情報処理速度、遂行機能などの障害が起きることが多い。これらの症状は大多数の患者で3か月から1年以内に回復する。
- ③ MTBI後には非特異的自覚症状として脳振盪後症候群の症状（易疲労、頭痛、めまい、不眠、自覚的な記憶障害等）も生じる。これも大多数の患者で3か月から1年以内に回復する。
- ④ 症状（主に非特異的自覚症状）が持続することに関係する因子で、確実なものは訴訟と補償の問題のみである。
- ⑤ MTBIの症状の軽重は、持続する症状の軽重に関係しない。
- ⑥ 頭部を打撲した患者で、CTおよびMRIの所見がなくても、受傷時に（軽度であったとしても）意識喪失、錯乱または見当識障害、外傷後健忘、神経学的徴候のいずれかが認められた場合、認知障害および（または）非特異的自覚症状が持続することがある。症状の持続は心理社会的因子の影響によるという考えが有力である。しかし器質的脳損傷による可能性を否定することも難しい。
- ⑦ 症状の持続に関係する可能性のある因子には下表のようなものがある。

	持続する非特異的自覚症状	能力低下
人口動態学的因子	女性、40歳以上、学生、既婚（交通事故の場合）※	高齢
心理社会的因子	司法・補償の問題（最も確実） 交通事故による受傷 生活上のストレス因子 精神障害の既往	精神障害の既往 アルコール乱用の既往 受傷後の急性ストレス障害

	受傷後の急性ストレス障害 この怪我で仕事を離れている※ 事故に責任がない※	
医学的因子	受傷前からの身体機能の低下 脳外傷の既往 他の脳疾患の既往 何らかの神経学的問題 他の外傷の併発※ 外傷後の吐き気※ 自覚的記憶障害※	局在性脳病変 頭蓋骨骨折 急性血腫で手術 手術が必要だという判断の遅れ 他の外傷の併発

(注) 交通事故に特異的な(交通事故以外では問題とならない)因子には※を付した

(3) C委員による意見発表

頭部外傷後の高次脳機能障害患者における神経心理学的検査上の特徴と、軽症および中等症頭部外傷後の高次脳機能障害の長期予後について発表があった⁷⁾。

- 軽症頭部外傷のうち、CTにおいて頭蓋内病変を合併し、受傷早期に記憶力低下などの自覚的症状を持つ8例においては、早期には知能、記憶、遂行機能に障害を認めたが、後期には、知能、記憶は回復した。一方、遂行機能障害は約半数に残存した。

(4) D委員、E委員による意見発表

明確な意識障害や画像所見のない場合に後遺障害9級(ただし30%の素因減額を適用)を認定した裁判例(東京高裁平成22年9月9日判決。平成22年(ネ)第1818号事件、同第2408号事件)について、報告がなされた。

- ① 本件事案について、一審の東京地裁は事故で脳外傷が生じたことを否定して後遺障害14級を認定したが、東京高裁はこれを認め後遺障害9級を認定したうえで、損害賠償額の算定において「心的要因の寄与」を理由として30%の素因減額を行っている。
- ② 東京高裁は因果関係の判断にあたり、最高裁昭和50年10月24日判決(ルンバール事件判決)を引用している。同最高裁判決は、因果関係を判断するうえで“自然科学的な証明まで求めなくて良い”ことを述べたものである。東京高裁が因果関係の判断に関する最高裁判決を引用した上で判断した点と、損害額の算定において「心的要因の寄与」を理由とする素因減額(最高裁昭和63年4月21日判決参照)を行っている点とを考え合わせれば、東京高裁は、脳に器質的損傷が発生したか否かという点、被害者の訴える症状の全てが脳の器質的損傷によるものか否かという点の双方について、悩みながら判断したという印象を受ける。
- ③ 東京高裁は、事故直後に強い意識障害がなくても脳外傷は生じうるとした。この点について加害者側は、“事故後にきちんと事故状況の説明をしているし、ましてや自分で車を運転して帰っているのだから、意識障害はないだろう”と主張したが、高裁は“だからといって脳外傷が生じていないとはいえない”と判断している。

しかしながら、脳外傷の有無に関する東京高裁判決の論理展開は、「提出された診断・検査結果の内容と被害者側医師意見書を考えると器質性の脳幹損傷が起こった」というのみであり、他方、加害者側から出てきた意見書については単純に「採用できない」と否定するだけであって、脳外傷の判断における医学的意見の採否の理由は十分に説明されておらず、また、被害者に発生した神経症状や所見(被害者側が主張するもの)についても、ど

う評価すべきかの検討が十分ではないと思われる。

5. 検討事項の整理

外部専門家の意見陳述および委員の意見発表を踏まえ、当委員会において検討すべき事項を次のとおり整理した。

(1) 「脳外傷による高次脳機能障害」の医学的な考え方の整理

平成 19 年の報告書において示されているが、これを最新の知見も踏まえて再整理する必要があると考えた。特に、当委員会の主要テーマとして掲げられている軽症頭部外傷について、どのように取扱うべきかの整理を行う。

(2) 現行の認定システムの修正

当委員会では「現行の認定システムで救済されていない被害者が存在する可能性がある」との指摘も踏まえ、現行の認定システムの修正の要否を検討すべき視点を以下のとおり掲げた。

- ① 高次脳機能障害事案として審査の対象と考える事案（「審査対象」の問題）
- ② 高次脳機能障害認定システムの対象となるが、現行調査様式の不備により、結果的に評価されない問題（「調査内容」の問題）
- ③ 症状固定時期の考え方（小児や高齢者の場合の留意点）

6. 当委員会における確認

上記の検討事項の整理を踏まえ、当委員会において以下のとおり確認した。

(1) 「脳外傷による高次脳機能障害」の医学的な考え方の整理

この項は、平成 19 年の報告書に示された内容を再度掲げるものであるが、最新の知見などに基づき考え方の一部は変更されている。なお、当委員会の主要テーマである軽症頭部外傷については、⑥で整理した。

① 脳外傷による高次脳機能障害の特徴

自賠責保険における「脳外傷による高次脳機能障害」とは、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、次の特徴的な臨床像である。

a) 典型的な症状 — 多彩な認知障害、行動障害および人格変化

認知障害とは、記憶・記銘力障害、注意・集中力障害、遂行機能障害などで、具体的には、新しいことを覚えられない、気が散りやすい、行動を計画して実行することができない、などである。

行動障害とは、周囲の状況に合わせた適切な行動ができない、複数のことを同時に処理できない、職場や社会のマナーやルールを守れない、話が回りくどく要点を相手に伝えることができない、行動を抑制できない、危険を予測・察知して回避的行動をすることができない、などである。

人格変化とは、受傷前には見られなかった発動性低下と抑制低下であり、具体的には自発性低下、気力の低下、衝動性、易怒性、自己中心性などとして現れる。なお、これらの症状は軽重があるものの併存することが多い。

b) 発症の原因および症状の併発

上記 a) の認知障害、行動障害、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、両者が併存することがしばしば見られる。

また、びまん性脳損傷の場合、上記 a) の症状だけでなく、小脳失調症、痙攣性片麻痺あるいは四肢麻痺の併発も多い。これらの神経症状によって起立や歩行の障害がある事案においては、脳外傷による高次脳機能障害の存在を疑うべきである。

c) 時間的経過

脳外傷による高次脳機能障害は、急性期には重篤な症状が発現していても、時間の経過とともに軽減傾向を示す場合がほとんどである。これは、外傷後の意識障害の回復経過とも似ている。

したがって後遺障害の判定は、急性期の神経学的検査結果に基づくべきではなく、経時的に検査を行って回復の推移を確認すべきである。しかし症例によっては、回復が少ないまま重度な障害が持続する場合もある。

d) 社会生活適応能力の低下

上記 a) の症状が後遺した場合、社会生活への適応能力が様々に低下することが問題である。社会生活適応能力の低下は就労や就学などの社会参加への制約をもたらすと同時に、人間関係や生活管理などの日常生活活動にも制限をもたらす。重症者では介護を要する場合がある。

e) 見過ごされやすい障害

脳外傷による高次脳機能障害は、種々の理由で見落とされやすい。例えば、急性期の合併外傷のために診療医が高次脳機能障害の存在に気付かなかったり、家族・介護者は患者が救命されて意識が回復した事実によって他の症状もいずれ回復すると考えていたり、被害者本人の場合は自己洞察力の低下のため症状の存在を否定していたりする場合などがあり得る。

② 症状と障害の的確な把握

脳外傷による高次脳機能障害の症状を医学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脳室拡大・びまん性脳萎縮の所見が重要なポイントとなる。

また、その障害の実相を把握するためには、診療医所見は無論、家族・介護者等から得られる被害者の日常生活の情報が有効である。

a) 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。

一次性のびまん性脳損傷（びまん性軸索損傷等）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、二次性脳損傷では、頭蓋内血腫や脳腫脹・脳浮腫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。

また、脳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。意識障害の程度・期間の重要性を良く認識した上で、十分な調査が必要である。

b) 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く、脳室内出血やくも膜下出血を伴いやすい。

受傷数日後には、しばしば硬膜下ないしくも膜下に脳脊髄液貯留を生じ、その後代わって、脳室拡大や脳溝拡大などの脳萎縮が目立ってくる。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。これらを踏まえ、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、頭蓋内血腫等）が画像で目立つ場合でも、脳室拡大・脳萎縮の有無や程度を把握することが重要である。

c) 因果関係の判定（他の疾患との識別）

前述のとおり、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で、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。

一方、頭部への打撲などがあっても、それが脳の器質的損傷を示唆するものではなく、その後通常の生活に戻り、外傷から数か月以上を経て高次脳機能障害を思わせる症状が発現し、次第に増悪するなどしたケースにおいては、外傷とは無関係の疾病が発症した可能性が高いものといえる。画像検査を行って、外傷後の慢性硬膜下血腫の生成や脳室拡大の進展などの器質的病変が認められなければ、この可能性はさらに支持されるものと考えられる。この可能性の中には非器質性精神障害も含まれる。

d) 障害把握の手法

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照会するため「神経系統の障害に関する医学的意見」を用いており、また、同様の視点から、家族・介護者に照会するため「日常生活状況報告」を使用している。これにより、適正な後遺障害等級認定に必要な情報を細やかに収集する仕組みとしている。

なお、当委員会においては、より精度の高い審査を行うためには、照会様式に、現在以上に多くの情報記載を求めることが必要という意見もあった。しかし、診断書および意見書を作成する際に診療医に現在より多くの情報の記載を求めることは、多くの病院の状況から困難であると思われる。

一方で、わが国の救急救命や頭部外傷の診療において、初診時と退院時の状態を診療録の退院時要約に正確、精緻に記録しようとする努力が重ねられていることを認識している。そこで将来は、診療医に照会様式の記載を求めるのではなく、必要な情報が記載された退院時要約のコピーを求めることで、診療医の負担軽減を図りつつ十分な情報を得ることができるのではないかと意見があった。当委員会は、医学教育および診療現場における、診療録記載のさらなる充実を期待している。

③ 労働能力の解釈とその評価

高次脳機能障害者の労働能力を考えると、障害認識能力、家庭や職場への適応能力、生活の困難さ、支援の有無など複数の事柄が労働能力に影響を及ぼしていることを理解するべきである。しかし、特に就労を阻害する要因としては、認知障害だけでなく、行動障害および人格変化を原因とした社会的行動障害を重視すべきであって、社会的行動障害があれば労働能力をかなりの程度喪失すると考えるべきである。具体的には、次のとおりと考える。

a) 著しい知能低下や記憶障害は、就労能力を当然のことながら低下させる。しかし神経心理学的検査で知能指数が正常範囲に保たれている場合でも、行動障害および人格変化に基づく社会的行動障害によって、対人関係の形成などに困難があり、通常の社会および日常生活への適応に難渋している場合には相応の等級評価をすべきである。

- b) 社会的行動障害によって就労が困難な場合でも、TVゲームを操作したり、インターネットでウェブサイトを見たりするなどの能力を有する場合がある。日常生活報告欄に、これらを行っている」と記述されている場合、これをもって就労可能と判断すべきではない。
- c) 学校生活に求められる適応能力と職業生活に求められる職務遂行能力には違いがある。学校では自分が好まない対人関係を避けることができる場合が多い。しかし、就労場面ではこのような選択ができにくいために対人的な葛藤を起こしやすくなる。したがって、小児期について将来の就労能力を推測する場合、学業成績の変化以外に、非選択的な対人関係の構築ができているかなどを労働能力の評価において勘案すべきである。
- d) 知能指数が標準範囲であっても、社会的行動障害が阻害要因となって就労困難な場合があることをすでに述べた。同様に、一般交通機関を利用した移動能力と労働能力喪失の程度とは必ずしも一致しない場合がある。併せて、脳外傷を示す画像所見が軽微な場合でも、労働能力がかなりの程度損なわれている場合がある。
- e) 18 歳未満の被害者で受傷前に就労していた者については、一般の就労者と同様に取り扱うこととする。

④ 脳機能の客観的把握

脳の器質的損傷の判断にあたっては、従前と同じく CT、MRI が有用な資料であると考えられる。ただし、これらの画像も急性期から亜急性期の適切な時期において撮影されることが重要である。

CT は撮像時間が短く、重度の意識障害や合併外傷がある場合にも、患者への負担が少なく、頭蓋骨骨折、外傷性クモ膜下出血、脳腫脹、頭蓋内血腫、脳挫傷、気脳症などの病変を診断できる。

しかしながら、びまん性軸索損傷のように、広汎ではあるが微細な脳損傷の場合、CT では診断のための十分な情報を得難い。CT で所見を得られない患者で、頭蓋内病変が疑われる場合は、受傷後早期に MRI (T2、T2*、FLAIR など) を撮影することが望まれる。受傷後 2～3 日以内に MRI の拡散強調画像 DWI を撮影することができれば、微細な損傷を鋭敏に捉える可能性がある。

受傷から 3～4 週以上が経過した場合、重症のびまん性軸索損傷では、脳萎縮が明らかになることがあるが、脳萎縮が起きない場合には DWI や FLAIR で捉えられていた微細な損傷所見が消失することがある。したがって、この時期に初めて MRI を行った場合には、脳損傷が存在したことを診断できないことがある。

T2*は、時間が経過した場合でも、びまん性脳損傷による小出血部に沈着したヘモジデリンを捉えて診断につながる場合がある。また磁化率強調画像 SWI は、T2*よりもさらに鋭敏に微細な出血痕を捉えられる可能性がある。SWI は新しい高性能の MRI に搭載されることが期待される。

拡散テンソル画像 (DTI)、fMRI、MR スペクトロスコピー、PET については、それらのみでは、脳損傷の有無、認知・行動面の症状と脳損傷の因果関係あるいは障害程度を確定的に示すことはできない。

なお、脳外傷を示す画像所見に現れた異常の程度と認知・行動障害の程度については必ずしも相関しないことに留意する必要がある。

一方、神経心理学的検査 (WAIS-Ⅲ、WMS-R、三宅式記銘力検査、Trail Making Test、語の流暢性、BADs、WCST、WISC-Ⅲ、K-ABC、新版 K 式発達検査など) は、認知障害を評価す

るにはある程度適したものといえるが、行動障害および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。

⑤ 小児、高齢者の留意点

一般に成人では、急速な急性期の症状回復が進んだあとは、目立った回復が見られなくなることが多い。したがって、受傷後1年以上を経ってから症状固定の後遺障害診断書が作成されることが妥当である。

しかし、小児の場合は、暦年齢によって、受傷後1年を経過した時期でも、後遺障害等級の判定が困難なことがある。後遺障害等級が1～2級の重度障害であれば、判定は比較的容易であるが、3級より軽度である場合、幼稚園、学校での生活への適応困難の程度を的確に判断するには、適切な時期まで経過観察が必要になる場合が多い。小児が成長したときにどの程度の適応困難を示すかについては、脳損傷の重症度だけでなく、脳の成長と精神機能の発達とによる影響が大きい。

ところが小児事例で受傷から1年以内であっても後遺障害の審査請求が提出される事案が散見される。これは事故に伴って起きたさまざまな事柄に早期の決着をつけたいと希望する親の意向も反映されることが一因と考える。障害を負った小児は、こうした判断を自力で行うことができない。したがって親の判断に基づいて障害認定が進められることになるが、障害を負った小児が正当な社会的補償を得るために、医学的に十分な考察に基づく障害固定時期の判断について、より広く理解されるべきである。

すなわち、学校などにおける集団生活への適応困難の有無を知ってからであれば、成人後の自立した社会生活や就労能力をより正確に判断できる可能性がある。したがって、適切な経過観察期間、例えば、乳児の場合は幼稚園などで集団生活を開始する時期まで、幼児では就学期まで、後遺障害等級認定を待つ考え方も尊重されるべきである。

また、高齢者の場合は、障害認定後しばらく時間が経過してから認知能力や身体能力のさらなる低下に対して、再審査請求がなされる場合がある。このような場合、当該脳外傷以外に疾病などの原因がないか、加齢による認知障害の進行が原因でないかなどを、慎重に検討することが必要になる。

⑥ 当委員会における「軽症頭部外傷後の高次脳機能障害」に対する理解

a) 検討の前提

現在、軽症頭部外傷と関連する病態については、医学領域において40通り以上の定義や重症度分類案が提起されている。しかし、これらにまったく共通のものはない。このように、関連文献の中でも用語や概念がさまざまであることが、論議の混乱を招く一因となっている。

WHOは、こうしたさまざまな定義による軽症頭部外傷患者に関する研究の系統的レビューを行い、この問題を検討するときの出発点となるような考察結果を提示している。そこで、これを参考にしながら「軽症頭部外傷の事案において、後遺障害としての高次脳機能障害（脳の器質性精神障害）が発症したか否かの判断がいかになされるべきか」を検討した。

b) 結論

軽症頭部外傷後に1年以上回復せずに遷延する症状については、それがWHOの診断基準を満たすMTBIとされる場合であっても、そのみで高次脳機能障害であると評価することは適切ではない。ただし、軽症頭部外傷後に脳の器質的損傷が発生する可能性を完全に否

定することまではできないと考える。したがって、このような事案における高次脳機能障害の判断は、症状の経過、検査所見等も併せ慎重に検討されるべきである。

また、現時点では技術的限界から、微細な組織損傷を発見しうる画像資料等はないことから、仮に、DTIやPETなどの検査所見で正常値からのへだたりが検出されたとしても、その所見のみでは、被害者の訴える症状の原因が脳損傷にあると判断することはできない。

c) 理由

上記のとおり、WHOは、診断基準を示すと共に、MTBIに関する2004年以前の医学論文の系統的レビューを行い、MTBIによる症状、特に受傷後1年以上経過しても、症状が治癒・改善されない場合の考え方について、次のように整理している。

- i MTBI の受傷直後に神経心理学的検査を行うと、注意、記憶、情報処理速度、遂行機能などの障害が把握されることが多い。しかし、これらの異常は大多数の患者で3か月から1年以内に正常化する。同様に受傷直後には、非特異的自覚症状として、易疲労、頭痛、めまい、不眠、自覚的な記憶障害等も生じる。しかし、これらも大多数の患者で3か月から1年以内に回復する。
- ii 一部の患者で、上記の自覚症状が遷延することが確認されている。症状が遷延することに関連する因子として、脳外傷の重症度は統計的に有意の関連を示さなかった。唯一確実に関連があると認められた因子は、訴訟・補償問題の有無であった。このように、症状の遷延については、心理社会的因子の影響によるという考えが有力であるとされている。

確かに、MTBIに関する医学論文にもBiglerによる1報告例（受傷時にGCS14の軽症頭部外傷の例）⁵⁾にあるように、軽症頭部外傷受傷後の認知・情緒・行動面の症状が、高次脳機能障害である可能性が全くないと断言することまではできない。しかしながら、WHOのMTBI基準が脳の器質的損傷による症状のみを対象とするものではなく、かつ、WHOはMTBI後の「症状の遷延は心理社会的因子の影響による」という考え方が有力であると報告しているのであるから、同基準をもって直ちに後遺障害等級認定の前提となる脳損傷が発生したと判断し、さらには、それと事故後に発生した残存症状との因果関係があると判断するための認定基準とすることは相当でないと考ええる。

したがって、後遺障害等級の判断において、被害者がWHOのMTBIの診断基準に該当することのみをもって、事故後1年以上経過して残存する症状を自賠責保険における高次脳機能障害に該当すると判断することはできない。

なお、現時点では、画像資料等の技術的限界から、微細な組織損傷を発見する手段はないことから、仮に、DTIやPETなどの検査所見で正常値からのへだたりが検出されたとしても、その所見のみで当該患者が訴えている症状の原因であると診断することはできないと考える。

結局、自賠責保険が加害者の損害賠償責任を前提としているため、被害者のみならず加害者をも納得させ得る「根拠に基づく判断」が求められていることは無視できないことから、脳外傷（脳損傷）による後遺障害であるかの判断においては、現時点で系統的レビューなどで根拠が認められた医学的指標や判断手法（この点に関する当委員会の考え方の概要は本項①から⑤で示したとおりである）を重視せざるを得ない。

もちろん、軽症頭部外傷にとどまると思われる例であっても、形式的に高次脳機能障害は発生・残存していないと断定せずに、このような事例においても慎重な検討をすることが望ましい。そのために、後述のように認定システムを修正し、より広い範囲のものが審

査対象となるようにして、高次脳機能障害が発生しているにもかかわらず障害認定が受けられない事態の発生防止に努めるべきであるとの結論に至った。

(2) 現行の認定システムの修正

① 高次脳機能障害事案として審査の対象と考える事案（「審査対象」の問題）

現行の審査システムにおいては、「脳外傷による高次脳機能障害は見落とされやすい」との前提のもと、診療医が高次脳機能障害の存在に気付かない可能性を考慮して、審査対象の選定には注意を払っている。以下に現行システムにおいて、どのような事案に注意しているかの5条件を示す。ただし、これをもって高次脳機能障害の判定基準とするものではないことに留意すべきである。

【高次脳機能障害が問題となる事案】（現行）

- 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

当委員会において、上記現行5条件の妥当性について論議を行った。

この5条件は、どれか1つ以上に該当すれば自賠責保険（共済）審査会の審査対象としているものであり、その意味では非常に幅広いものとなっており、基本的に拡大する余地はない。

しかしながら、5条件のうち、意識障害（①）および画像所見（④）の条件については、もともとは高次脳機能障害が医師にも周知されていない時代に、これらの条件に該当する被害者は高次脳機能障害が残存する可能性が高いので調査をするという趣旨で設けた項目であった。にもかかわらず現在では、現場の医師に①もしくは④の条件に達しない被害者は高次脳機能障害ではないと形式的に判断されているおそれがあるのではないかと指摘があった。

また、軽症頭部外傷の被害者については、上記(1)⑥のとおり、通常3か月以内、長いものでも1年以内にほとんどの事例で症状が回復するものであるが、1年以上の長期にわたり症状が遷延する症例がまれにあることから、高次脳機能障害を示唆する症状の残存が認められる場合には、審査対象から漏れることがないように、それを選別する要件においてもわかりやすい書き方をする必要があるとの指摘があった。

こうした指摘も踏まえ、当委員会としては、後遺障害診断書において高次脳機能障害を

示唆する症状の残存が認められる（診断がなされている）場合、認められない（診断がなされていない）場合に分け、新たな基準を以下のとおりとすることが適当であると判断した。

【高次脳機能障害審査の対象とする事案】（改定案）

A. 後遺障害診断書において、高次脳機能障害を示唆する症状の残存が認められる（診療医が高次脳機能障害または脳の器質的損傷の診断を行っている）場合

全件高次脳機能障害に関する調査を実施の上で、自賠責保険（共済）審査会において審査を行う。

B. 後遺障害診断書において、高次脳機能障害を示唆する症状の残存が認められない（診療医が高次脳機能障害または脳の器質的損傷の診断を行っていない）場合

以下の①～⑤の条件のいずれかに該当する事案（上記A. に該当する事案は除く）は、高次脳機能障害（または脳の器質的損傷）の診断が行われていないとしても、見落とされている可能性が高いため、慎重に調査を行う。

具体的には、原則として被害者本人および家族に対して、脳外傷による高次脳機能障害の症状が残存しているか否かの確認を行い、その結果、高次脳機能障害を示唆する症状の残存が認められる場合には、高次脳機能障害に関する調査を実施の上で、自賠責保険（共済）審査会において審査を行う。

① 初診時に頭部外傷の診断があり、経過の診断書において、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

② 初診時に頭部外傷の診断があり、経過の診断書において、認知・行動・情緒障害を示唆する具体的な症状、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系統の障害が認められる症例

（注）具体的症状として、以下のようなものが挙げられる。

知能低下、思考・判断能力低下、記憶障害、記銘障害、見当識障害、注意力低下、発動性低下、抑制低下、自発性低下、気力低下、衝動性、易怒性、自己中心性

③ 経過の診断書において、初診時の頭部画像所見として頭蓋内病変が記述されている症例

④ 初診時に頭部外傷の診断があり、初診病院の経過の診断書において、当初の意識障害（半昏睡～昏睡で開眼・応答しない状態：JCSが3～2桁、GCSが12点以下）が少なくとも6時間以上、もしくは、健忘あるいは軽度意識障害（JCSが1桁、GCSが13～14点）が少なくとも1週間以上続いていることが確認できる症例

⑤ その他、脳外傷による高次脳機能障害が疑われる症例

（注）上記要件は自賠責保険における高次脳機能障害の判定基準ではなく、あくまでも高次脳機能障害の残存の有無を審査する必要がある事案を選別するための基準である。

上記改定後の「高次脳機能障害審査の対象とする事案」においては、この要件があくまでも自賠責保険において高次脳機能障害の審査対象事案を選別する要件であることを明確にした。また、これまでも、当然のことながら中等度の意識障害も高次脳機能障害審査の対象としてきたが、上記④（現行の①）の意識障害の要件については、中等度の意識障害も含まれることをより明確にする観点から、記載方法を見直した。

なお、医師・医療機関の理解不足により、後遺障害診断書が発行されず、自賠責保険への請求がなされていない被害者も一定数存在することが考えられる。

この点については平成 12 年および平成 19 年報告書において「被害者への周知」「医療機関への周知」「医師への啓発」の 3 点を提言し、自賠責保険としては「被害者向けリーフレットの配布」「医療機関向け解説書の配布」などをとおして対応しているが、引き続きこれを継続する必要があるものと考えられる。

- ② 高次脳機能障害認定システムの対象となるが、現行調査様式の不備により、結果的に評価されない問題（「調査内容」の問題）

脳外傷による高次脳機能障害を的確に後遺障害等級認定するためには、意識障害の程度・期間の重要性を良く認識した上での十分な調査が必要である。そのため現在定型的な調査様式を用い診療医から被害者の意識障害について情報収集している。

当委員会では、被害者の状態に関する的確な情報を速やかに入手し、迅速な審査を行うべく、現行の調査様式を一部改めることとした

これらの取組みが、ひいては認定精度の向上につながると考える。

- ③ 症状固定時期の考え方（小児・高齢者の場合の留意点）

症状固定時期について、成人被害者の場合、通常は後遺障害診断書に記載された症状固定日の時点と捉えることで妥当性の確保が可能である。しかし、小児、高齢者の場合は診断書に記載されている症状固定日の状態をもって機械的に障害評価をすると、被害者保護の観点から不適当な事態が発生する危険性がある。そのため、症状固定時期及び障害評価の時点について、柔軟に取り扱うことが妥当と考える。

学齢期前の小児の場合には、上記(1)⑤のとおり、本来乳児は幼稚園、幼児は就学時まで等級評価を行わないことが妥当と考える。そこで当委員会において、社会的適応に問題があるかどうかを評価可能な時期まで、小児の症状固定時期を待つ（等級認定を行わない）べきかを検討した。しかしながら、迅速な補償を求める親も多いと考えられることや、早期の示談を希望する加害者もいることから、年齢によって一律に症状固定時期を延伸することは適切ではないものと判断した。この場合、現時点での症状固定日に基づき等級認定をするが、仮に入園・入学後に症状増悪が判明したとして、追加請求がなされた場合には、これを受け付けて慎重に検討することが必要である。

この点に関して、被・加害者間で損害賠償責任に関する示談が成立したケースにおいて、示談の内容として被害者が損害賠償請求権を放棄している場合には、自賠責保険に対する請求もできないのが原則である。しかし、示談において、障害が悪化した場合や示談後に上位の障害等級が認定された場合等における賠償の権利を留保する趣旨の内容が定められていれば、加害者への損害賠償請求および自賠責保険への請求も可能と判断される。そのため、障害が悪化した場合の損害賠償の権利をいわずに失うことがないように、（特に被害者に対して）示談条項に関する注意点も教示することが望ましい。

また、被害者の成長・発達に伴い、社会的適応に問題があることが明らかになることで、被害者に有利な等級認定が可能となる場合もあることから、そのような要素があると考えられる事案については、社会的適応障害の判断が可能となる時期まで後遺障害等級認定を待つという考え方もあることを周知することが望ましいと考えられる。

高齢者の場合は、症状悪化の原因として、被害者の加齢による認知障害の進行が同時に存在していることが多いので、そのことも考慮すべきである。そこで、自賠責保険の障害認定手続きにおいては、症状固定後一定期間が経過し、状態が安定した時点の障害程度をもって症状固定とし、障害等級の認定を行うものとし、その後、時間が経過する過程で症状が悪化した場合については、交通事故による受傷が通常に加齢による変化を超えて悪化

の原因になっていることが明白でないかぎり、上位等級への認定変更の対象とはしないという取扱いが合理的と思われる。

高齢者からなされた「脳外傷の後遺障害が重度化した」との再審査事案に対しては、初回審査後、認知・行動面の症状を継続的に診療している医師の診断書が必要で、その内容は症状の増悪について当該脳外傷が症状増悪の原因であり、脳外傷以外の疾患や加齢に伴う廃用などは主因ではないことを証明できるような資料の提出が必要であることを、保険会社および被害者に周知することが望ましいと考えられる。

7. 関係各方面への周知

本報告書を関係先に配布することのほかに、次のとおり取り組むべきである。

(1) 被害者（一般）への周知

現在損保料率機構が作成している被害者（一般）向けのリーフレットは、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を記載しており、周知に当たっての一定の効果があると考えられる。被害者（一般）向けのリーフレットについては、今後も各保険会社の受付窓口や損保料率機構自賠責損害調査事務所に備え付けるだけでなく、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漏れなく備え付けることが必要である。

また、日弁連交通事故相談センターが行っている高次脳機能障害相談の窓口に対しても積極的に協力するなどして周知への努力を続けるべきである。

さらに、当委員会の検討において、軽症頭部外傷を原因とする高次脳機能障害の被害者が審査の対象から漏れている可能性についての指摘もあったことから、その点についても一層の注意喚起を行っていくことが適当である。

(2) 医療機関への周知

脳外傷による高次脳機能障害を評価するうえでは、診療医作成の経過診断書および後遺障害診断書の記載内容が極めて重要である。特に、初診時の被害者の状態（意識障害の有無・程度・持続期間等）、各種検査結果、被害者の現在の症状などについて、診療医から提供される医療情報が不可欠である。今後、関係各方面の協力を得ながら、現在損保料率機構が作成してい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改訂・配布することが必要である。

(3) 医師への啓発

脳外傷による高次脳機能障害は、社会的な認知が高まりつつあるが、依然「見すごされやすい」障害である。仮に診療医がこれを見落とした場合は、医証を中心に検討を行う現行の保険実務では、被害者救済に一定の限界があるといわざるを得ない。

このような場合も含めて、診療医が高次脳機能障害の診断と評価を適切に行なうことが、被害者救済を充実させることにつながる。とりわけ、軽症頭部外傷を原因とする高次脳機能障害を的確に認定していくためには、医師が初診時の患者の状態を正確に記録することが極めて重要であり、診療録の記載の充実を求める必要がある。

そのため、後遺障害診断書を記載する現場の診療医に向けた啓発活動を継続（軽症頭部外傷による高次脳機能障害発症の可能性についての注意喚起および意識障害に関する必須情報の記載を含む。）することが必要である。この目的で、医療機関向けの解説書等の整備を図

るとともに、各種学会・講習会等の場で高次脳機能障害の後遺障害等級認定に関する情報提供を行うなど、広く啓発活動を行っていくことが望まれる。

【おわりに】 — 今後の取組みと継続的な見直し —

当委員会では、自賠責保険として脳外傷による高次脳機能障害について、画像機器の技術革新などによる診断技術の現状の確認を行うとともに、現状の認定システムを再点検することで、より一層的確な認定が行えるよう論議し種々の提言を行った。今後、今回の提言を活かした実効性ある取組みが必要と考える。

なお、今回の提言を踏まえた取組みが行われることにより、当面の問題は整理できるものと考えられるが、損保料率機構は今後とも定期的に検証作業を行い、必要に応じて適宜認定システムを見直し、被害者保護を一層充実させなければならないと考える。

以 上

文 献

1. Centers for Disease Control and Prevention.
Report to Congress on mild traumatic brain injury in the United States, 2003
2. Mild Brain Injury Committee of the Head Injury Interdisciplinary Special Interest Group
of the American Congress of Rehabilitation Medicine,
Definition of mild traumatic brain injury.
J Head Trauma Rehabil 8: 86-87, 1993
3. Carroll LJ, Cassidy JD, Holm L et al.
Methodological issues and research recommendations for mild traumatic brain injury: the
WHO collaborating centre TASK FORCE on mild traumatic brain injury.
J Rehabil Med 36:113-125, 2004
4. Holm L, Cassidy JD, Carroll L et al.
Summary of the WHO collaborating centre for neurotrauma TASK FORCE on mild traumatic
brain injury.
J Rehabil Med 37:137-141, 2005
5. Bigler ED
Neuropsychological results and neuropathological findings at autopsy in a case of mild
traumatic brain injury.
J Int Neuropsychol Soc 10: 794-806, 2004 Sep
6. Granacher RP Jr.
Comment on: J Am Acad Psychiatry Law 36: 310-22, 2008
Commentary: Applications of functional neuroimaging to civil litigation of mild
traumatic brain injury.
J Am Acad Psychiatry Law 36: 323-8, 2008
7. 富田博樹、戸根修、玉置正史 他
軽症・中等症頭部外傷における高次脳機能の長期予後
日本交通科学協議会誌 5: 27-32, 2006

「自賠責保険における高次脳機能障害認定システム検討委員会」委員名簿

○

氏 名	現 職
有賀 徹	昭和大学病院 副院長 昭和大学医学部教授
生方 克之	神奈川リハビリテーション病院 医療福祉総合相談室長 ソーシャルワーカー
大橋 正洋	神奈川リハビリテーション病院 リハビリテーション局長
熊谷 公明	重症心身障害児施設 小さき花の園名誉園長 旭川荘顧問 旭川荘児童院・療育園・睦学園顧問医師
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
富田 博樹	武蔵野赤十字病院長
平川 公義	東京医科歯科大学名誉教授
堀川 直史	埼玉医科大学総合医療センター神経精神科教授
松居 英二	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委員

○は座長

(五十音順 敬称略)