

第1章 精神・神経の障害

第1 脳の器質性障害 ～高次脳機能障害・麻痺

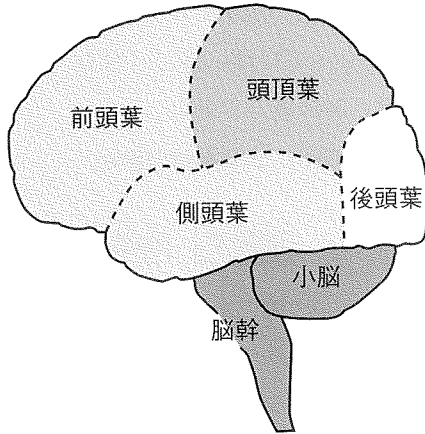
1 はじめに

人が人として存在し行動できるのは、脳の機能が正常に働いているからである。事故により脳が損傷したことによって生じる精神機能、運動機能への障害は、人の生活や就労に重大な影響を与え、時としてその人の人生を奪うことにもなる。近時の救急救命医療の発達により、事故によって脳に重大な損傷を受けた被害者が生命をとりとめることが珍しくなくなった。しかし、その中には、脳外傷は治癒したとされて社会に復帰したものの、精神機能や運動機能に障害が残存したために、事故前と同様の仕事や生活に戻れない者も少なくない。

これらの被害者について、画像検査等によって被害者に残存した障害と一致する脳の器質的損傷が確認される場合には、従前より障害の内容と程度に応じた後遺障害等級認定が行われてきていたが、近時、事故直後の検査画像からは明確な損傷が確認しにくい、いわゆるびまん性軸索損傷（DAI=Diffuse Axonal Injury）による脳機能の障害が広く認識されるようになり、自賠責保険における後遺障害等級認定システムにおいても、この障害を「外傷による高次脳機能障害」と呼んで、より慎重な認定がなされるよう認定体制の充実が図られている。

しかしながら、実際の事案においては、事故による脳の損傷が存在するのかが否かが明確でない場合もよくあり、被害者に残存した症状が事故によるものではない内因性のものではないのか、あるいは事故により発症した症状であっても脳の器質的損傷によらない（非器質性）のものではないのかが、激しく争われることになるのである。これは、自賠責保

図2 脳の区分



(イ) 小 脳

筋や腱、関節からの深部感覚や内耳からの平衡感覚、大脳皮質からの情報を受けて、運動の強さや力のいれ具合、バランスなどを計算して調節するという、運動調節機能を担当している。

(ウ) 脳 幹

脳幹部は、間脳、中脳、橋および延髄から構成されており、呼吸、循環など生命活動の基本的な営みを支配するとともに、知覚情報を大脳皮質に中継したり、末梢に向かう運動指令を中継する機能を担当している。また、ここに脳神経12対の核が存在する。

ウ 脳の機能

(ア) 一次機能と高次脳機能

脳の機能には、目や耳（感覚受容器）で感じた光や音を脳に伝え（知覚機能）、あるいは、脳から出た命令に従って手足（運動効果器）を動かす（運動機能）などの「一次機能」と、一次機能により得た情報をより高等な命令に変換する「高次脳機能」とがある。高次脳機能は、一次機

(4) 等級認定のポイント

自賠責保険における高次脳機能障害は、脳の器質的損傷によるものである。同様の症状であっても、脳損傷が認められない場合は、非器質性の精神障害に関する等級認定が行われる。したがって、等級認定は、①事故による脳損傷の有無、②障害の内容・程度の判断の2段階に分けて検討することが必要である。

ア 脳損傷の有無

脳の器質的損傷には一次性損傷（事故による外力の作用で直接脳が損傷する。）と二次性損傷（頭蓋内出血等により脳が圧迫されて損傷する。）とがあるが、いずれも後遺障害の残存する原因となりうる。

また、びまん性軸索損傷については、事故直後の画像には一見、異常が見られない場合も少なくないことから、脳外傷の存在を判断するに当たり、①意識障害の有無とその程度・長さ、および②画像資料上で外傷後ほぼ3か月以内に完成するとされるびまん性脳室拡大・脳萎縮の所見、が重要なポイントになる（自賠責平成19年報告書3頁）。

(7) 意識障害

i 意識障害の程度と高次脳機能障害の残存との関係

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という特徴がある。自賠責平成19年報告書は、「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」とし、一定時間の意識障害の継続が、後遺障害として残存する高次脳機能障害の発症を判断するポイントであることを示唆している。この特徴をふまえ、自賠責保険の実務においては、前述のとおり事故後に一定程度の意識障害（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、GCSが13～14点）が少なくとも1週間以上続いた症状が存在した事案を特定事案として抽出し、より慎重な検討を行うこととしている。この意識障害の程度と継続時間を把握する

また、高次脳機能障害特有の、声かけ・看視の必要性にしても、何度も声をかけなければ何もしないという状態から、声をかけないとなかなか行動に移らないという状態まで、その程度はさまざまである。また、日常生活や社会生活上、どのような行動をとるべきか戸惑ったときに、簡単なアドバイスをすることによって対処できる場合もあるだろう。結局、どの程度の状態であれば1級または2級の要介護状態を認定するのかという点の判定の基準は、実際のところ、はなはだあいまいといわざるをえないのである。

2級の高次脳機能障害を認定した裁判例を概観しても、「1人で外出」という単純なメルクマールで等級を認定していないことは明らかである。逆に、1人で外出できるようでも、危険行為があり、これに対する看視が必要であると判断しているものもあり、ここでも「できること」を数えるのではなく、どのような場面で何が「できないこと」なのかを個々に判断しているといえよう(表8)。

表8 2級認定事例

| | | | |
|--|-------------------|----|------------|
| 裁判年月日 | 大阪地判平15・1・27 | 出典 | 交民36・1・124 |
| 被害者 | 女・18歳(固定時21歳)・大学生 | | |
| 自賠償の認定 | | | |
| 併合2級(左上下肢不全片麻痺, 知能低下, 記憶力障害, 左半身失認, 見当識障害等3級3号, 両眼の視野狭窄9級3号, 左足第1指の用廃12級11号, 右下肢醜状障害14級5号) | | | |
| 加害者側の主張 | | | |
| 後遺障害の程度については、以下のとおりである。 | | | |
| ① 現時点での原告の実生活においては、原告は、両親が外出してから | | | |

介護人が到着するまでの間、また、職業付添人が退出してから両親が帰宅するまでの間、単独で留守番をしており、日常生活の自立性に大きな支障はないから、原告が、家庭内での日常動作について、後遺障害等級3級3号該当基準（「声かけや、介助なしでも日常の動作は行える。」）を優に満たしている。

- ② 原告は、自宅周辺の落ち葉を単独で片付けることができること、外出時も自宅の鍵を自ら施錠していること、歩行する際は職業付添人の前方を歩き、バスにも職業付添人よりも先に乗車して、電車の乗車方法も理解していること、職業付添人との間に会話が成り立っており、玩具店ないし装飾品店では自ら商品を選んでいること、交差点では職業付添人の制止を待つことなく信号待ちをしていることからすれば、少なくとも自宅周辺でも外出に大きな支障がないことが認められる。したがって、原告が、自宅周辺での外出についても、後遺障害等級3級3号の基準（「自宅周辺を1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。」）を満たしていることは明らかである。
- ③ 上記のとおり、原告については、家庭内での日常動作という観点からも、自宅周辺での外出という観点からも、何ら介護の必要性は存していない。客観的な介護の必要性という観点からは、原告の後遺障害の程度は、「自宅周辺を1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。また声かけや、介助なしでも日常の動作は行える。」程度、すなわち、後遺障害等級3級3号にとどまっている。

裁判所の判断

原告は、平成10年1月6日に症状固定し、その後も、左上下肢不全片麻痺および高次脳機能障害につき、記憶・記憶力障害、集中力障害、遂行機能障害、判断力低下等により、身体動作的には排泄、食事などの生命維持に必要な身辺動作についてはほぼ自立しており、自宅内において常に家族等の声かけや看視を欠かすことができないとまではいえないものの、日常の生活範囲は自宅内にほぼ限定されており、外出に際しては看視が必要であることから、結局、「神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、随時介護を要するもの」として後遺障害等級2級1号に、頭部