

第1 高次脳機能障害

概 説

- 1 高次脳機能障害は、脳外傷の後、急性期に始まり慢性期へと続く、記憶・記銘力障害や注意・集中力障害等の認知障害、行動障害並びに自発性低下・衝動性・易怒性等の人格変化といった症状のため、就労や生活が制限され、あるいは社会復帰が困難となる障害をいいます。

高次脳機能障害については、損害保険料率算出機構が、平成12年12月18日付で「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」（「脳外傷による高次脳機能障害の等級認定にあたっての基本的な考え方」を含みます。）を公表して、高次脳機能障害認定システムが確立され、平成13年1月より、専門医等で構成される高次脳機能障害専門部会において、より慎重な等級認定が行われるようになりました。同システムは、その後も見直しが行われ、平成19年2月2日と平成23年3月4日に、それぞれ「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」と題する報告書が発表されています。

- 2 高次脳機能障害の等級認定一般については、『脳外傷による高次脳機能障害事案』の相談における留意点」（日弁連交通事故相談センター東京支部編『民事交通事故訴訟 損害賠償額算定基準 下巻（講演録編）〔2014〕』97頁（日弁連交通事故相談センター東京支部、2014））、高野真人「自賠責保険における高次脳機能障害の等級認定と裁判例における等級評価の動向」（日弁連交通事故相談センター専門委員会編『交通事故損害額算定基準－実務運用と解説－〔22訂版〕』357頁（日弁連交通事故相談センター、2010））等の文献が参考になります。

3 高次脳機能障害については、①障害の存在を裏付ける画像所見の有無や内容、②頭部外傷後の意識障害の有無や程度、③高次脳機能障害に特徴的な認知障害、行動障害、人格変化といった症状の有無や程度、の3点が重要なポイントとなり、主に、①と②で高次脳機能障害の発生の有無が検討され、③でその程度が検討されることになります。

上記の各要素の内、①と②については、判断の基礎となる資料が、①はCT、MRI画像等、②は事故後1週間程度の期間のカルテ等と限定されるために相当程度客観的な認定が可能です。

しかし、③については、長期間の治療・リハビリ期間における医師のカルテや作業療法士・臨床心理士等の報告書、WAIS検査等の神経心理学的検査の結果、家族や同僚の陳述書等、多種多様で伝聞的な要素を含む資料も判断の基礎とされるため、客観的な評価が容易ではありません。この点は、高次脳機能障害の後遺障害認定において、自賠責と裁判例で判断が分かれる一つの大きな要因と思われます。

4 本書では、高次脳機能障害の有無・程度において、自賠責の判断よりも重い方向に変更された裁判例のみを掲載していますが、高次脳機能障害については、ほかの後遺障害に比して、自賠責の判断よりも軽い方向に変更された裁判例が比較的多くみられます（大阪地判平17・4・13交民38・2・570、横浜地判平18・11・8自保1676・20、東京地判平19・3・1交民40・2・336、東京地判平26・1・28自保1918・15等）。上記3の③の要素についての認定が容易ではないことが関係していると思われる、実務上、留意が必要です。

[35] 受傷後の意識障害の程度は軽微であったが、画像所見、医師の所見、神経心理学的検査の結果、被害者本人の法廷での供述状況等を考慮し、5級の高次脳機能障害を認めた事例

(東京地判平24・12・18交民45・6・1495)

| 事件の概要 | |
|-------|--|
| 事故の状況 | 加害車両（普通乗用自動車）が、右折専用車線から直進車線に進路変更したところ、直進車線を走行してきた被害車両（普通自動二輪車）に衝突した。 |
| 被害者 | 男性・大工・症状固定時30歳 |
| 事故日時 | 平成18年11月18日・AM8：10頃 |
| 症状固定日 | 平成20年2月22日 |
| 受傷内容 | 頭部外傷，頸椎捻挫，全身打撲，頭蓋骨骨折，脳挫傷 |

自 賠 責 の 認 定

| | |
|--------|---|
| 後遺障害等級 | 12級13号（局部に頑固な神経症状を残す），高次脳機能障害は否定 |
| 理 由 | <p>頭部の画像から左前頭葉及び側頭葉における脳挫傷痕の残存やこれに限局した脳萎縮の所見は認められるものの、脳室の拡大や脳全体に及ぶ明らかな萎縮は認められない。</p> <p>事故当初における意識障害の程度等も併せて勘案すると、重度の高次脳機能障害が生じたことを裏付ける他覚的な医学的所見は乏しい。</p> |

当事者の主張

【被害者】

- ① 被害者には、受傷直後に3日間、軽度の意識障害が生じた。
- ② 画像所見では、局在性脳損傷だけでなく、びまん性脳損傷又はびまん性軸索損傷の広範囲にわたる脳外傷が生じたとされている。
- ③ 神経心理学的検査の結果は、被害者に認知障害及び記憶障害があることを示すものであった。
- ④ 被害者は、通常の労務に服することができず、家族からの声かけや看視がなければ生活することができないので、後遺障害等級5級に相当する。

【加害者】

- ① 被害者の指摘する画像で確認できる脳挫傷痕は微小であり、局所的脳損傷を原因とする高次脳機能障害が残存しているとみることはできない。
- ② 被害者について、急性期における重度の意識障害やその後の広範囲にわたる脳萎縮はみられない。被害者にびまん性軸索損傷を原因とする高次脳機能障害が残存したと認める根拠もない。
- ③ 被害者の後遺障害の程度は、自賠責の認定で示されたとおり、12級にとどまる。

判決の結論

| | |
|---------|------|
| 後遺障害等級 | 5級2号 |
| 労働能力喪失率 | 79% |

| | |
|----------|--------|
| 労働能力喪失期間 | 37年 |
| 後遺障害慰謝料 | 1400万円 |
| 素因減額 | なし |

主な証拠と医学的検査の結果

○主な証拠

- ・損害保険料率算出機構の平成23年3月4日付けの「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」と題する報告書(以下「平成23年報告書」という。)
- ・A医師, B医師作成の各後遺障害診断書
- ・A医師, B医師, C教授, D医学博士が作成した各医学的意見書
- ・各病院の診療録等
- ・被害者本人, 被害者の妻, 被害者の母の各供述

○医学的検査の結果

- ・JCS: I - 3 → I - 1
- ・GCS: 14点
- ・CT, MRI: 左前頭葉の脳挫傷痕, 軽度の脳室拡大及び脳萎縮
- ・SPECT: 左前頭葉底部等で脳血流の低下
- ・PET: 両側小脳半球等における局所糖代謝低下
- ・長谷川式簡易知能評価: 18/30 (該当年齢平均30点)
- ・WAIS-III: 全検査IQ58 (該当年齢平均100), 言語性IQ61, 動作性IQ61

判決の要旨

- ① 平成23年報告書の内容を検討した上で、同報告書が示す高次脳機能障害の調査対象とすべき症例の指標とおおむね一致する、以下の考慮要素に即して高次脳機能障害の有無を検討した。
- ② (受傷直後の意識障害の有無ないし程度) 被害者には受傷当日から3日間、健忘を中心とする軽度の意識障害があったが、これは、平成23年報告書で示された基準「当初の意識障害(JCSが3桁、GCSが12点以下)が少なくとも6時間以上、若しくは健忘症又は軽度意識障害(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」に達しない。しかし、この基準は、高次脳機能障害の判定基準そのものではなく、脳外傷による高次脳機能障害を疑うべき指標の一つにすぎないから、この点を以て被害者が高次脳機能障害を負わなかったということとはできない。
- ③ (画像所見について) 画像検査の結果を考慮すると、被害者の脳実質は事故により広範囲にわたって損傷を受けたものと推認され、被害者がびまん性脳損傷ないしびまん性軸索損傷を負ったことを示唆している。
- ④ (診察した医師による具体的な所見について) A医師、B医師、C教授は、自ら被害者を診察した結果に基づき、被害者に脳損傷を原因とする記憶障害、注意障害及び遂行機能障害等が存するとの見解を示している。
- ⑤ (家族の具体的な報告について) 被害者の妻と母の供述等によれば、被害者は、事故後、発語能力ないし意思疎通能力の低下、記憶力及び遂行能力の障害、易怒性及び無関心、病態に対する無自覚等がみられるようになったといえ、これらは高次脳機能障害の特徴と合致する。

- ⑥ （神経心理学的検査の結果について）被害者に対して行われた神経心理学的検査の結果（長谷川式簡易知能評価，WAIS-Ⅲ）は、いずれも標準を下回る水準である。
- ⑦ （被害者の症状の経過について）被害者には、事故で受傷した当初から脳損傷による記憶障害等の症状が現れていた。
- ⑧ 以上から、被害者に高次脳機能障害が残存したと認められる。
- ⑨ 発語が緩慢、記憶力に障害があり1人での帰宅や公共交通機関の利用ができない、平成24年7月に始めた店舗での作業も皿洗い等の単純作業に限られていること、等を考慮すると、単独での就労が極めて軽易な労務に制限される程度の後遺障害を負ったというべきで、後遺障害等級5級2号に相当する。

解 説

自賠責では、脳室拡大、脳萎縮が認められないこと、受傷後の意識障害の程度が軽微であったこと等を理由に、高次脳機能障害が否定されましたが、本裁判例では、平成23年報告書を詳細に検討した上、画像所見、医師の所見、神経心理学的検査の結果、家族の供述等を考慮した上で、5級の高次脳機能障害を認めたものです。なお、判決では、被害者の法廷での供述状況（発語は緩慢で、供述は、おおむね1語の主語又は目的語と動詞のみで構成されています。）も、被害者の症状の認定に用いられており、参考になります。

[56] 自賠償で骨萎縮が判然としない等として12級13号とされたが、CRPS(RSD)の診断基準を満たしていることは否定できない等として10級相当とした事例

(神戸地判平22・12・7交民43・6・1587)

| 事件の概要 | |
|-------|--|
| 事故の状況 | 加害者運転の普通乗用自動車 ^が 、交差点を右折し、横断歩道手前で停車中の前方車に追突し同車を前進させ、横断歩道を進行中の被害者運転の自転車に衝突した。 |
| 被害者 | 女性・兼業主婦（パート・アルバイト職）・症状固定時29歳 |
| 事故日時 | 平成17年4月7日・AM8：55頃 |
| 症状固定日 | 平成19年8月31日 |
| 受傷内容 | 頸部捻挫（頸椎捻挫）、左肩・左手打撲、腰部打撲・肋骨骨折（疑）、左側胸部打撲、反射性交感神経性ジストロフィー（RSD）等 |

自賠償の認定

| | |
|--------|--|
| 後遺障害等級 | 12級13号 |
| 理由 | 画像上、左上肢・左手部の骨萎縮は判然とせず、写真においても皮膚の変化が健側と比較して明らかに認められるとは捉えられないが、医証上腫脹や発汗等が確認でき、治療経過からも疼痛等に対するブロック療法等を行った結果、症状固定時においても関節拘縮が所見されていること等を総合 |

理由

的に判断すると、頸部から左上肢にかけて残存する神経症状については、12級13号を認定するのが妥当。上肢・手指の可動域制限、頸椎の運動障害は、器質的損傷の所見がなく非該当。

当事者の主張

【被害者】

- ① 本件事故により、被害者には、頸椎捻挫、反射性交感神経性ジストロフィー（RSD）、左肩・手指関節拘縮等の傷害による頸部から左上肢痛、左手しびれ感、左手発汗過多、皮膚温低下、浮腫（腫脹）、夜間不眠、左上肢筋力低下及び巧緻運動障害（関節機能障害を含む）等の後遺障害が残存した。
- ② 被害者の症状は、CRPSの診断基準を満たし、仮にRSDないしCRPSと確定的に診断できないとしても、被害者に具体的な障害が生じており、回復可能性が認められないことからすれば、病名にかかわらず後遺障害の発生が否定される理由はなく、少なくとも9級相当の後遺障害が残存し、労働能力の35%を喪失したものと評価すべきである。

【加害者】

被害者の病名は、RSD、CRPSよりも転換性障害、身体表現性疼痛障害というべきで、他動的な関節可動域の制限が小さく、骨萎縮がみられないことから、自覚的な痛みを中心とした局部神経症状（12級13号）に該当するものである。

判決の結論

| | |
|----------|-------|
| 後遺障害等級 | 10級相当 |
| 労働能力喪失率 | 27% |
| 労働能力喪失期間 | 38年 |
| 後遺障害慰謝料 | 530万円 |
| 素因減額 | なし |

主な証拠と医学的検査の結果

○主な証拠

- ・ 診断書、後遺障害診断書
- ・ ギボンズRSDスコア表
- ・ 関節可動域測定結果
- ・ RSDと診断した担当医の意見書

○医学的検査の結果

- ・ RSDスコア表：痛覚異常・敏感、灼熱痛、浮腫、皮膚色や毛の異常、発汗異常、皮膚温度の異常、XP上の骨萎縮像、血管運動障害につき各1点、骨シンチグラフィーの異常所見はX、交感神経ブロックが有効は0.5点、計8.5点。
- ・ 関節可動域測定結果：左肩、左肘、左手に制限あり。左手指は、自動では動かせないが他動では正常。

判決の要旨

- ① 被害者の迅速な救済のため定型的な基準を必要とする自賠責の認定では、骨萎縮を要件とすることは理解でき、骨萎縮が判然としない、交感神経ブロックによる痛みの抑制は不明瞭等、通常のCRPS (RSD)とは異なる所見があることは否定できないが、本件事故による軽度の外傷により強度の疼痛が持続し、筋力低下等の障害、発汗、皮膚温度の異常、皮膚の変色等がみられ、CRPS (RSD)にみられる関節拘縮とは考えにくい、左肩・左肘・左手指に関節可動域制限が認められ、事故後の症状で就労可能な職場を見いだすことが困難で、毎日ひどい痺れや疼痛に悩まされ、家事は娘の助けを借りて行い、1人でこなすことができない状況にある。
- ② 加えて、治療経過、CRPSの診断基準等に照らし、被害者の症状がCRPS (RSD)の診断基準等を満たしていることは否定することができず、ギボンズのRSDスコア表も基準以上で、複数の担当医もRSD・CRPSの診断をしており、事故前には症状発症の体質的要因はなく、事故が発症の契機となったことを否定し難いこと等を総合すると、事故後から継続する症状による後遺障害が残存する状況にあり、既に治療しても改善が見込まれない状況にあるといえる。
- ③ 疼痛等も影響して、左肩・左肘関節に機能障害を残すものと評価でき、症状を総合すると、後遺障害等級10級に該当する程度の後遺障害を負ったと評価するのが相当である。

解説

自賠責では、CRPS・RSDについて、労災保険における認定基準に準じ、①関節拘縮、②骨萎縮、③皮膚変化（皮膚温度の変化、皮膚の

萎縮)という慢性期の主要3症状が健側と比較し、明らかに認められる場合に限り、神経損傷を伴う難治性疼痛であるカウザルギーと同様の基準により、それぞれ7級、9級、12級に認定するものとされています。本件は、骨萎縮が判然としない等として自賠責では12級の神経症状と認定された事案ですが、治療経過等からCRPS (RSD) の診断基準を満たしていることは否定できない等とし、臨床で用いられる診断基準も考慮して、関節機能障害の症状と総合して10級相当と判断しています。