

平成 19 年 2 月 2 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. 高次脳機能障害の医科学的な考え方	2
(1) 脳外傷による高次脳機能障害の意義と特徴	2
(2) 症状と障害の的確な把握	3
(3) 乳幼児、高齢者の留意点	4
(4) 認定態勢	4
2. 検討の進め方と論点整理	4
(1) 「あり方懇報告書」の指摘	4
(2) 問題点・改善点の整理	5
(3) 意見陳述のまとめ	5
3. 「論点1.『入口』の論議」の検討結果	10
(1) 高次脳機能障害が問題となる事案の抽出	10
(2) 意識障害の有無とその程度の把握	11
(3) 脳震盪症候群、MTBI の評価等	11
4. 「論点2.『妥当性・出口』の論議」の検討結果	11
(1) 等級評価に必要となる資料の収集	11
(2) 労働能力の解釈とその評価	12
(3) 脳機能の客観的把握	12
(4) 症状固定時期の考え方	13
5. 「論点3.『労災との関連』の論議」の検討結果	14
(1) 労災認定基準	14
(2) 労災認定基準（4能力+6段階評価）との整合性	14
6. 関係各方面への周知	15
(1) 被害者（一般）への周知	15
(2) 医療機関への周知	15
(3) 医師への啓発	15
おわりに	15

【はじめに】 — 経緯と検討の機縁 —

自賠責保険での「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」という。）において、その認定システムを確立し運営してきた。

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。

その嚆矢は、運輸省「今後の自賠責保険のあり方に係る懇談会」後遺障害部会（当時）で重ねられた論議である。その平成12年6月6日中間報告書では、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を早急に確立する必要性が指摘されていた。その後、同年6月28日の自賠責保険審議会答申でも、高次脳機能障害を自賠責制度上の後遺障害としての確に認知し、保険金支払のための認定システムを構築すべきである、と指摘されている。こうした情勢を踏まえ、国土交通省からの検討指示に基づき自動車保険料率算定会は、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、高次脳機能障害認定システムを確立し、同年12月に国土交通省宛て報告した。

その基本方針は、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し、その基本的な概念を整理する。これに基づき、事案の現行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る。これに基づき平成13年1月から認定を開始する、の3点であった。

この高次脳機能障害認定システムは、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り、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自賠責保険（共済）審査会高次脳機能障害専門部会（以下、「高次脳機能障害審査会」という。）で等級を認定し、上記認定システムを運営してきた。

その後、平成15年8月8日、厚生労働省が労働者災害補償保険（以下、「労災保険」という。）における「神経系統又は精神の障害」認定基準を全面的に改正したことにより、上記認定システムを改めて見直すこととした。

これは、自賠責保険（共済）での後遺障害等級認定が労災準拠であることによる。労災準拠については、平成13年金融庁・国土交通省告示第1号「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」（以下、「支払基準」という。）で「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。」と定められていることにより明文化されている。

一方、自賠責保険は、高齢者や幼児など非就労者を含めた交通事故被害者を補償の対象とする点で労災保険と本質的に異なる側面を有している。したがって自賠責保険の目的である被害者保護を実現するためには、自賠責独自の調査および認定のしくみを整えておくことが不可欠である。

これらを検討するため、損保料率機構は国土交通省からの検討指示に基づき、労災保険における神経系統又は精神の障害認定基準改正に対応した自賠責保険における認定システム確立の検討に着手し、平成15年12月に検討結果のとりまとめを完了し、爾後認定システムを運営してきた。

さて、上記認定システムについては、平成18年6月30日付国土交通省「今後の自動車損害賠償保障制度のあり方に係る懇談会」報告書（以下、「あり方懇談報告書」という。）において、次のとおり指摘を受けるに至った。

- ① 現行の認定システムでは認定されない高次脳機能障害者が存在するのではないかとの指摘があること
- ② 労災保険での高次脳機能障害認定基準確立（平成15年）以降、2年以上が経過している状況にあること
- ③ 高次脳機能障害認定システムの現状を見直し、一層の被害者保護を図る必要があること

上記指摘を受け、損保料率機構は国土交通省からの検討指示に基づき検討委員会を設置し、客観的な立場の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現行認定システムを再検討し報告することとなった。

これにより損保料率機構は、脳神経外科、精神神経科、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」という。）を設置し、合計8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. 高次脳機能障害の医科学的な考え方

この項は、平成12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。

(1) 脳外傷による高次脳機能障害の意義と特徴

自賠責保険（共済）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（以下、単に「高次脳機能障害」と呼ぶことがある。）。

① 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ような、自発性低下、衝動性、易怒性、幼稚性、自己中心性、病的嫉妬・ねたみ、強いこだわりなどの出現である。

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。

② 発症の原因および症状の併発

上記①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①の症状だけでなく、小脳失調症、痙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。

③ 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。したがって後遺症の判定は、急性期の神経学的検査結果に基づくべきではない。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。

④ 社会生活適応能力の低下

上記①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。これを社会的行動障害と呼ぶこともある。軽症で、忘れっぽい程度の障害であれば日常生活への影響は少ない。しかし、重症では就労や就学が困難になったり、介護を要する場合もある。

⑤ 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つたり、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低下のため症状の存在を否定してい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科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。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。

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。一次性的びまん性脳損傷（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。

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、認定に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。

③ 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、それが脳への損傷を示唆するものではなく、その後通常の生活に戻り、外傷から数ヶ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、外傷とは無関係に内因性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伸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。

④ 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「診療医による具体的な所見」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「日常生活状況報告表」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木目細やかに収集する仕組みとしている。

(3) 乳幼児、高齢者の留意点

一般的に成人被害者は、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が多い。したがって、受傷後少なくとも1年程度を等級認定時期の目安としている。しかし、乳幼児の場合は、障害の回復に当たって、脳の可塑性と家庭での養護性の影響が大であることを配慮する必要がある。したがって、適切な経過観察期間、例えば、乳児では幼稚園などで集団生活を開始する幼児期まで、幼児では就学期に達するまでを設け、幼稚園、学校や施設などにおける適応状況を調査することが必要と考える。これは、集団生活への適応困難さの有無が、成人後の自立した社会生活や就労能力に反映される可能性があると考えからである。

また、高齢者の場合は、就労能力のみならず必要に応じ事故前を含めた事故後の日常生活状況（特に自立の程度）を調査し、その社会生活適応能力を判断している。

(4) 認定態勢

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。

	平成 13 年度	平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度	平成 17 年度
1 級	630 件	589 件	507 件	460 件	503 件
2 級	307 件	379 件	372 件	359 件	372 件
3 級	338 件	425 件	348 件	315 件	330 件
5 級	336 件	400 件	410 件	376 件	353 件
7 級	453 件	590 件	605 件	587 件	491 件
9 級	465 件	677 件	773 件	768 件	705 件
計	2,529 件	3,060 件	3,015 件	2,865 件	2,754 件

2. 検討の進め方と論点整理

(1) 「あり方懇報告書」の指摘

「あり方懇報告書」の指摘は次のとおりである。まず、「2. 現在の被害者救済対策等の課題」として次の記載がある。

(5) 損害賠償の保障の向上の余地

自賠責保険では、交通事故による脳損傷のため認知障害とともに人格障害が生じ、仕事や日常生活に支障を来す高次脳機能障害について、平成13年に他の保険制度に先駆けて、国土交通省や損害保険料率算出機構により独自の認定システムが構築された。しかし、高次脳機能障害の治療等に携わる医師等から、現行の認定システムで認定されない高次脳機能障害者が存在するのではないか、との指摘が未だに存在する。

また、「6. 損害賠償の保障の充実」として次の記載がある。

(1) 高次脳機能障害認定システムの充実

自賠責保険における高次脳機能障害は、自賠責保険の損害調査を行う損害保険料率算出機構において、専門家で構成される審査会の審査に基づき認定されており、平成13年の認定システム構築後も随時見直しが行われてきた。しかし、労災保険認定基準改正に伴う平成15年の見直しから2年間が経過しており、現行のシステムをフォローアップすべき時期が来ている。そこで、同機構内に検討委員会を設置し、現行の高次脳機能障害認定システムに係る問題の有無等について、客観的な立場の専門家の意見を踏まえつつ検討すべきである。

(2) 問題点・改善点の整理

上記の指摘を受けた問題点・改善すべき事項を当委員会は次のとおり整理した。

- ①審査会付議対象事案の絞込み時に高次脳機能障害としての見落としはないか（以下、「論点1. 『入口』の論議」と呼ぶことがある。）
- ②審査会審議での等級判断時に現行の判断基準・目安は高次脳機能障害の程度を的確に反映しているのか。このための資料収集時に、現行の照会様式で不足している情報はるか、あるとしてそれは何か（以下、「論点2. 『妥当性・出口』の論議」と呼ぶことがある。）
- ③労災保険の高次脳機能障害認定基準との整合性をどう考えるか。労災基準に合わせることでより被害者保護が後退するなどの不都合はあるか（以下、「論点3. 『労災との関連』の論議」と呼ぶことがある。）

(3) 意見陳述のまとめ

「あり方懇報告書」の指摘を踏まえ、客観的な立場の専門家の幅広い意見を聴くため、次の専門家による意見陳述を受けた。その概要は次のとおりである。

氏名	専門	勤務先等
山口研一郎	脳神経外科	やまぐちクリニック 院長
阿部 順子	臨床心理士	岐阜医療科学大学 保健科学部 看護学科 教授
馬屋原誠司	臨床心理士	脳外傷サポートセンター 代表
橋本 圭司	リハビリテーション科	東京慈恵会医科大学 リハビリテーション教室助手

当委員会は、これらの意見陳述を踏まえて、爾後の検討を進めたものである。

- ① 山口医師の意見陳述（「軽症頭頸部外傷による『高次脳機能障害』発生の見直しについて」）
軽症頭頸部外傷により「高次脳機能障害」発生が疑われる事例について、やまぐちクリニッ

クを受診（1999年7月～2006年6月）した約400名中27例（内自動車事故は23例）を基に、実態を発表。また「高次脳機能障害モデル事業報告書（平成13年度～平成15年度のまとめ）」（国立身体障害者リハビリテーションセンター／平成16年3月）に「画像診断を行った281名中、高次脳機能障害を説明する所見が得られなかった例は42名（15%）であったこと、「脳外傷後遺症実態調査報告書」（東京医科歯科大学難治疾患研究所被害行動学研究部門／平成16年11月）に調査対象者617名中、受傷後意識障害のなかった者が33名（5.3%）存在していたことを踏まえ、軽微な外傷で高次脳機能障害を生じる機序（推論）について、器質的側面として、次の4要素を挙げた。

- a) 回転性損傷による脳の歪み（大脳白質、神経線維、微小血管の損傷および軽症のびまん性軸索損傷）
- b) 一過性の脳虚血（低酸素脳症）
- c) 脳下垂体系ホルモン異常
- d) 低髄液圧症候群

また、精神的側面として次の3要素を挙げた。

- a) 従来から躁うつ傾向、ADHDの存在
- b) PTSD
- c) 事故後の心因反応

これらの考察を踏まえて、軽微な外傷による高次脳機能障害を見落とさないための方策について、次のとおり提案された。

1. 軽症頭頸部外傷後「高次脳機能障害」と訴えている事例の具体的検討（全国で2～3万人と推定）
 - 各地方、県単位に複数名の相談（判断）医を配置すること
 - 診察の上、月1回程度の会議・判定により等級認定を行うこと
2. 軽微な外傷による高次脳機能障害発生のメカニズムの解明
 - 全国に数カ所の“高次脳機能障害センター”を設立すること
 - 当事者の入所・評価・リハビリを遷延性意識障害を対象とした自動車事故対策機構“療護センター”を参考に行うこと

② 阿部教授の意見陳述（「高次脳機能障害者の生活実態と対応の現状」）

まず、「1. 生活の実態と対応ー在宅ケアニーズ調査から（報告書2006.2）」として、その概要を報告され、「支援量」の多かった領域として、社会活動 > 生活技術・生活管理 > 生活行動であったことを明らかにされた。また、「支援の程度」が高かった項目として次のとおり報告された。

- a) 社会活動：「契約・手続き」「主治医とのやりとり」
- b) 生活管理：「金銭管理」「大事な物の管理」
- c) 生活技術：「調理」「清掃」「電話・来客対応」「公共交通機関の利用」
- d) 生活行動：「指示の理解」「意思の伝達」
- e) 問題行動：「態度・表情」「依存性・退行」「思い込み」

特徴的なのは、すべての領域で支援度が高い群は、「問題行動」で他の群に比して最も高く、後処理の必要性が高いことが認められ、さらに感情のコントロールの面でも最も激しく行動化していることが明らかにされた。なお、自動車事故が原因で在宅ケアの支援が必要となった者の画像所見は、DAI（びまん性軸索損傷 Diagnosis of Diffuse Axonal Injury）タイプが11名（57.9%）、前頭葉挫傷タイプが8名（42.1%）であった。また、調査から1年間の変化として

社会参加状況をみると、上記のすべての領域で支援度が高い群は、一般就労継続が2名、離職して在宅で過ごす者が1名、一般就労をしたが離職して在宅で過ごす者が3名、作業所に通所していたがトラブルで退所し在宅で過ごす者が2名とのことであった。すべての領域で支援度が高い群は、他に比べ、安定した社会参加が難しいことが判明したとの報告であった。

次に、「2. 就労の実態と対応—脳外傷者の職場定着要因分析から(2006.9)」として、名古屋市総合リハビリテーションセンター職能開発課を平成13年度～17年度に利用した脳外傷者115名(全利用者の42.3%)のうち、5年間に退所した98名の2006.6.1時点での就労状況調査結果を報告された。その結果は、一般就労51名(68.9%)、福祉的就労12名(16.2%)、離職8名(10.8%)、その他3名とのことで、これらの実態をまとめると、次のことが判明したと報告された。

- a) 一般就労のためには、ある程度の基礎能力が必要で、作業能力の代表的評価方法はPIQであったこと
- b) 脳外傷者の就労は、身体障害有無より認知障害の重症度にかかわっていること
- c) 障害認識とマッチングの大切さ＝障害を認識し、自分に合った仕事を選んでいる人は、安定就労していることが認められること
- d) 準備訓練での能力上昇が難しかった人には、環境設定・環境整備やジョブコーチ利用や他機関利用など多様な方法で就労支援が必要であること
- e) 安定就労のためには適応能力が重要であること

最後に、「3. 生活支援において必要と考えられること—在宅ケア試行事業から」として次のとおりまとめられた。

- a) 在宅サービスを訓練的に活用することで自立可能となる行動がある(ガイドヘルパー、ホームヘルパー、グループホームなど)。
- b) 自立支援法によって在宅サービスが利用できるようになって、高次脳機能障害者に適合させるためには多くの手間がかかる。
 - ・ 具体的なノウハウ(外出ヒントカードの作成、プログラムの作成、行動の指示の仕方、フィードバックの仕方、配慮すべき点)の伝達を現場の実習やモニタリングを通じて行う。
 - ・ 高次脳機能障害についてある程度知っているサービスの提供に関わるコーディネータがいる。
- c) 高次脳機能障害の人たちに特化したサービスも必要である。例えば、次のとおりである。
 - ・ グループホーム：行動管理やトラブル解決を支援する世話人(舎監のような)の存在
 - ・ 高次脳支援センター：対応のノウハウを具体的にアドバイスするスタッフの存在
 - ・ トラブルケアラー：在宅で生活する人の問題行動やトラブル解決に当たるスタッフ(例：オーストラリアでのチャレンジング行動への行動コンサルタント業)
 - ・ 余暇支援ワーカー：個別のニーズに対応し在宅生活を豊かにする

③ 馬屋原臨床心理士の意見陳述(「高次脳機能障害の後遺障害等級認定の問題点—神経心理学的検査による認知障害及び器質的精神障害の客観的数値評価の活用—」)

次の3点について提案があった。第一の提案は、「後遺障害の認定等級に関する見直し」であり、その概要は、a)非器質性精神障害の認定等級の限度引上げ(他覚的所見の無い場合9級以下として認定される。)、b)高校・大学に入学・在学していることの実態評価の追加、c)医師の意見書における介護要否項目に見守り監視を追加、d)評価基準の4項目について下位項目の設定(ICF：国際障害分類コード活用)の4項目にわたるものであった。

第二の提案は、「高次脳機能障害を対象にした『療護センター』機能の民間委託事業の創設による支払保険料の低減」であり、その趣旨は、現在療護センターでは実施されていない高次脳

機能障害者への「社会復帰支援プログラム」の実施を、「療護センター」機能を民間機関に業務委託した形で実施するというものであった。具体的には自賠責保険（共済）での後遺障害等級認定で2級～3級程度の高次脳機能障害者を対象に、社会生活への適応を訓練するプログラムを実施し、爾後の認定等級の軽度化を図り、ひいては支払金額の低減を図るというものであった。その導入企画（プログラムの費用対効果の検証）は、6か月×2クルールの計1年間を単位として（6か月ごとの神経心理学的検査とICF等の行動観察を併せて行う。）「社会復帰支援プログラム」を実施し、効果を検証するというもので、その終了時に再度後遺障害等級を仮審査し、等級の改善を確認するというものであった。

第三の提案は、「神経心理学的検査による認知障害及び器質的精神障害の客観的数値評価の活用」であり、a)MTBI (Mild Traumatic Brain Injury) の障害評価、b)小児TBIの障害評価、c)神経心理学的検査の妥当性確保、d)神経心理士の養成、研修の進言に関する具体的な提案があった。そして最後に、当事者の人としての尊厳の問題について触れられ、次の事項に対する重要性の再認識を訴えられた。

- a) 当事者と家族が納得した目標の設定（障害認識をした上で）
- b) 価値観の多様性（各自それぞれのめざす社会復帰）
- c) 将来に備えた経済的な自立（年金の確保、裁判への対応）
 - ・ 大切な後遺症申請の手続き（専門的対応は弁護士が必要）
 - ・ 社会生活の困難性を把握（障害認知プログラムが有効）
- d) 将来に備えた他人との関わりを持った（共同）生活への準備（グループホーム等の建設と運営への準備）
- e) 成年後見人制度の活用も考慮にいった将来設計
- f) 家族会の紹介と参加の呼びかけ（ネットワークに入ること）
- g) 生涯にわたる継続した支援者（支援機関）の存在（行政担当者は入れ替わるので、NPOとして生涯支援する体制）

④ 橋本医師の意見陳述（「外傷性脳損傷後遺症実態調査—自賠責・労災等級に関する検討—」）

「1. 2004年脳外傷後遺症実態調査結果の概要」について、1999年に名古屋市総合リハビリテーションセンターが実施した慢性期脳外傷者327名に対する実態調査（その87%は交通事故が原因であり、受傷時の平均年齢は26.9歳、その3分の2が日常生活自立だが一般就労は14.6%、高次脳機能障害を持つのは85%で、当事者の悩みは高次脳機能障害の認定とその結果を障害者手帳や年金に反映させること）結果を踏まえ、2004年7月に東京医科歯科大学と日本脳外傷友の会が実施した脳外傷後遺症実態調査に関して次のとおり報告された。

- a) 目的：外傷性脳損傷（脳外傷）後の後遺症状を持つ人たちについて脳外傷の背景や社会生活状況を明らかにする。
- b) 方法：全41問（意識障害の期間、社会参加状況等）からなる記述アンケート調査（郵送）／発送数1,707件⇒回答数779名（回収率45.6%）
- c) アンケート結果
 - ・ 当事者は男性が多く平均年齢が35.3±13.5歳と若い一方で回答者（介護者）の平均年齢は55.6±10.0歳と高かった（介護者なき後の受け皿の問題）。
 - ・ 急性期意識障害なしは5.4%、意識障害3か月以上は9.1%、救急病院の入院期間3か月以上が約5割を占めた（軽度脳外傷やPTSD、遷延性意識障害への対応）。
 - ・ 障害像として運動・コミュニケーションは比較的良好だが社会認知に問題がある症例が多い。診療科としてリハビリテーション科、脳外科が多く精神科はそれに比べて少なかった

が5年前の名古屋の調査16.2%から28.2%と増えていた。

- ・身体障害者手帳所持者は60.8%、精神保健福祉手帳は28.3%であり5年前の名古屋の調査5.2%から大幅に増加していた。障害年金は肢体不自由58.4%、精神障害48.0%であった(精神保健領域との連携、診療科の枠を超えたネットワーク作り)。
- ・現在の社会参加状況は、病院治療・訓練中23.0%、何もしていない19.5%、福祉的就労14.6%、一般就労14.7%(受傷後平均8.5年経過時)であった(一般就労率:名古屋リハの調査;14.6%(受傷後6.11年経過時))。高次脳機能障害などの複雑な障害像に対応できる就労支援の必要性が見て取れる。

d) 脳外傷者の抱える問題点 (まとめ)

- ・受傷原因の多くが交通事故で、若年者が多く、受傷後長期のライフステージが残されている一方で当事者・家族へのサポートシステムが無い。
- ・就労支援のシステムが確立されておらず、脳外傷者への支援体制の地域差が大きい。
- ・高次脳機能障害支援モデル事業後も通常の障害者サービス、介護保険サービスのみでは脳外傷者の抱えた問題への対応は困難である。

⇒これらから、独自の支援システム構築が必要と考えられ、介護者なき後の受け皿、就労支援、利用可能なリハ資源を整理し、医療としては、救急・脳外科・精神科・リハビリテーション科、更には広く福祉・労働・教育をも巻き込んだネットワークの構築が不可欠次に「2. 脳外傷者の3つの障害像」について、次のとおり報告された。

a) 重症脳外傷者の障害像 (意識障害の期間が3ヶ月以上)

運動・認知機能全般に介助量が大きく、遷延性意識障害者も含まれている。

b) 脳外傷者の障害像 (意識障害の期間が0から3ヶ月未満)

様々な障害像を呈し、運動やコミュニケーション能力は比較的良好だが、一方で社会認知や就労能力に問題を抱えている。

c) 軽度脳外傷者の障害像 (意識障害なし)

運動機能はほぼ問題なしで、コミュニケーション能力や市街地移動能力は比較的良好だが、一方で社会認知や就労能力に問題を抱えている

次に「3. 後遺障害と自賠責・労災認定等級との関係」および「4. 社会参加状況から見たあてはまり状況」について、結果のまとめを次のとおり報告された。

a) 意識障害が3か月以上遷延した重症脳外傷者のFIM: Functional Independence Measure / FAM: Functional Assessment Measureによる日常生活自立度は自賠責保険後遺障害等級と運動、コミュニケーション、社会認知、就労能力、地域移動の全ての項目で有意に相関していた。

b) 意識障害が0~3か月未満だった脳外傷者のFIM/FAMによる日常生活自立度は自賠責保険および労災の後遺障害等級と運動、コミュニケーション、社会認知、就労能力、地域移動の全ての項目で有意に相関していたが、それら全ての項目(特にコミュニケーション、社会認知、就労能力)の相関係数が自賠責より労災の方が高かった(なお、労災データは平成15年の労災基準改定前のものであり、自賠責データの約7割は平成12年の自賠責システム変更前のものである)。

c) 意識障害がなかった軽度脳外傷者のFIM/FAMによる日常生活自立度は自賠責保険後遺障害等級とコミュニケーション、地域移動の項目で有意に相関していたが、運動、社会認知、就労能力といった項目では相関しなかった。

続いて次のとおり考察された。

a) 意識障害が3か月以上遷延した重症脳外傷者の自賠責保険後遺障害等級認定は家族の介護負

担という観点からも全般的に妥当であると考えられる。

- b) 意識障害が0～3か月未満だった脳外傷者の自賠責後遺障害等級認定は、同様に妥当であると考えられたが労災との比較から見ると改善の余地があると考えられる
- c) 意識障害がなかった軽度脳外傷者の自賠責後遺障害等級認定は、失調やバランスの問題による運動障害や様々な高次脳機能障害による社会認知、就労能力といった問題に対応しきれていない可能性がある（なお、上記b), c)とも、労災データは平成15年の労災基準改定前のものであり自賠責データの約7割は平成12年の自賠責システム変更前のものである。）。続いて「5. 軽度脳外傷(MTBI)について」、a)現時点で画像診断による器質的な病変の確認が困難な症例についてはWHOの診断基準に基づき「軽度脳外傷(MTBI)」と診断されるべきであること、b)「軽度脳外傷(MTBI)」の診断には今後拡散テンソルMRIによる画像診断やNIRS(近赤外線分光法)による脳血流評価の確立が期待され、将来的にはこれらの方法で客観的な器質的病変や機能障害を確認し「軽度脳外傷(MTBI)」による高次脳機能障害を認定することが望ましいことを報告された。そして最後に「6. 提言・まとめ」として、次のとおり結論付けられた。
 - a) 外見からは判りにくい高次脳機能障害者の後遺症認定をより適切に行うためには自賠責の高次脳機能障害の認定基準においても労災の認定基準同様に、例えば「4能力」(今回の検討では、例えば「コミュニケーション」「社会認知」「就労能力」「地域移動)」のいくつがどれくらい障害されたかというような具体的な記載が必要ではないか。
 - b) 軽度脳外傷者の診断にはWHOの診断基準を用い、器質的病変や機能障害の客観的同定には拡散テンソルやNIRS(近赤外線分光法)などを用いた先進的評価法の確立が望まれる。

3. 「論点1. 『入口』の論議」の検討結果

(1) 高次脳機能障害が問題となる事案の抽出

あり方懇談会において、高次脳機能障害審査会に付議することなく結論を出されてしまったとの批判は見受けられない。これは、現行の高次脳機能障害が問題となる事案に関する次の5条件が機能しており対象事案の抽出漏れがないためと考えられる。

【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

高次脳機能障害の等級認定に当たっては、引き続き、この5条件を維持し、また、研修の反復等により、一層の理解・定着が進むよう努力すべきである。

(2) 意識障害の有無とその程度の把握

前記のとおり、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り、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、現行の調査様式を一部改め、意識障害の程度（JCS・GCS）とその推移が時系列で把握できる様式とすべきであると考えている。また、外傷後健忘と意識障害との判別についても意を用い、さらに一層精緻な情報収集のためには、被害者の実態に応じ救急搬送記録、看護記録等の提出も依頼できる態勢を整えるべきであると考えている。

これにより、被害者の状態に関する詳細で的確な情報を速やかに入手し、従前に比して被害者に後遺する症状を高次脳機能障害として肯定的に捉えるための情報量を増やし、十分な情報を基に迅速な審査を行い一層適正な等級認定を実現すべきものと考えている。これらの取組みが、ひいては認定精度の向上につながることを期待できると考える。

(3) 脳振盪症候群、MTBI の評価等

脳振盪症候群、MTBI（Mild Traumatic Brain Injury）の評価については、現在の画像検査において外傷所見が見出せず、また、意識障害の存在も確認できない場合であっても、外傷による障害があるものが相当程度存在するので、脳外傷による高次脳機能障害と認定すべきだとする問題提起がなされている。

しかしながら、当委員会の判断としては、現在臨床において一般的に実施されているCT、MRI等の検査において外傷の存在を裏付ける異常所見がなく、かつ、相当程度の意識障害の存在も確認できない事例について、脳外傷による高次脳機能障害の存在を確認する信頼性のある手法があると結論するには至らなかった。従って、当面、従前のような画像検査の所見や意識障害の状態に着目して外傷による高次脳機能障害の有無を判定する手法を継続すべきこととなる。

しかしながら、上記結論は、あくまでも現在の医療水準の到達点を前提とするものであって、現在の画像診断技術で異常が発見できない場合には、外傷による脳損傷は存在しないと断定するものではない。この点については、今後の画像診断技術などの向上を待つこととし、その進歩に応じて、従前の画像診断による手法に拘泥することなく、適切に対応すべきであると考えている。

また、今回の有識者からの意見聴取において、被害者の精神症状のみから、その原因が器質因か非器質因かを鑑別することができるとの見解も示されたが、そのような考え方は、現在の医科学的な知見に照らして採用困難と考える。

従って、労災補償における障害認定基準にあるとおり「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、CT、MRI等によりその存在が認められることが必要」とする考え方を維持すべきであるというのが当委員会の結論であるが、一方、医学の進歩の動向に十分な注意を払うことも不可欠であり、将来に向け定期的な検討を継続すべきである。

4. 「論点2.『妥当性・出口』の論議」の検討結果

(1) 等級評価に必要な資料の収集

医師への精神症状についての調査項目、家族への日常生活状況についての記載項目が高次脳機能障害の実態把握に寄与しているかについては、現行の方式をより充実させるために、他の制度における調査項目等も参考にした調査項目の整理拡充が必要で、その際には乳幼児の特性に鑑み、

「乳幼児用」と「学童・成人用」の2種類の調査様式を作成することが妥当と考える。新たな調査様式には、従前の判断要素となっていた情報が過不足なく盛り込まれていなければならない。また何らかの尺度を採用して、被害者の状態を全体的に評価および格付けすることができないかを検討することも必要である。このうち、小児に関しては、必要に応じ学校教師（就学児童）、保育士（幼稚園児）から情報を収集することがある。これは他の制度における調査様式も参考に、新たに検討すべきである。ただし調査先が医学の専門家でないことを考慮し簡潔で記載しやすい形式でなければならない。また、小児に関して特有の提出資料（例：母子手帳、成績表等）を求めることについては、センシティブ情報であることを十分に認識し被害者側の心情に配慮して必要不可欠の場合に限定して提出を依頼するという姿勢が穏当である。

(2) 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、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。

- ① 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。
- ② 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、インターネットでホームページを眺め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こと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。
- ③ 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対人的葛藤を起しやすくなる。したがって、学童・学生について将来の就労能力を推測するとしたら、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ないかなどを評価し、これを労働能力に勘案すべきである。
- ④ 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。
- ⑤ 18歳未満の児童で受傷前に就労していた被害者については、一般の就労者と同様に取り扱うこととする。

(3) 脳機能の客観的把握

脳機能を客観的に把握する技術として、PET、MRS（陽電子磁気共鳴スペクトロスコピー）、拡散テンソルMRIによる画像診断やNIRSによる脳血流評価などがある。これらが事故と後遺障害との因果関係を証明したり、高次脳機能障害の障害程度を判定したりする安定的な方法と評価できるのか否かについて、当委員会は次のとおり整理した。

- ① MRIおよびCTについては、引き続き有効な資料であることを確認した。
- ② PETによる脳機能検査所見を、因果関係の有無や障害程度判断の根拠とするには、検査手法としてなお一層の確立を待つことが穏当と整理した。

- ④ MRS、拡散テンソルMRI、NIRSなどの検査手段についてもなお一層の検査法としての確立を待つことが穏当と整理した。
- ⑤ 神経心理学的検査の評価については現行と変更がない。

(4) 症状固定時期の考え方

症状固定時期について、成人被害者の場合は、後遺障害診断書に記載された時点と捉えることで通常は妥当性の確保は可能である。しかし、乳児・幼児、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、やや柔軟に取り扱うことが妥当と考える。

まず、小児では、本来は乳児は幼稚園、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。すなわち、事故による異常の有無や程度は、ある程度被害者の成長を待たなければ判定できないことが多く、将来成人後に、どの程度の能力低下が生ずるかは、成長過程を観察しなければ判断が難しいからである。

この場合、上記時期以前に後遺障害診断書が作成され、後遺障害等級認定の手続きがなされた場合に、認定を拒絶するのではなく、現時点での症状固定日と捉えて等級認定をするが、仮に入園・入学後に症状増悪が判明したために追加請求がなされた場合には、これを受け付けて高次脳機能障害審査会にて慎重に検討することが必要である。

ただし、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、示談で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ことになる。しかし、示談において、障害の悪化に関する賠償の権利を示談の対象から除外していれば、損害賠償・自賠責保険への請求も可能と判断される。そのため、既に成立している示談において被害者側がどの範囲の損害賠償請求権を放棄したこととなるのか微妙な判断を求められることとなるため、慎重な判断が不可欠となる。また、被害者が、障害が悪化した場合の損害賠償の権利をいたずらに失うことがないように、示談条項に関する注意点も教示することが望ましいであろう。

一方、高齢者は、加齢による症状の変化を勘案し、外傷治療終了後の合理的な期間内に症状固定として取り扱うことが妥当である。高齢被害者には、加齢に伴い、時間が経過すると障害が重篤なものとなっていく事例がみられる。このような場合、事故と高次脳機能障害発生に因果関係が認められれば、症状固定後の症状悪化についても、交通事故との因果関係を否定できない場合がある。しかしながら、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、その事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障害固定とし、障害等級の認定を行うものとする。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、上位への等級認定の対象とはしないという取り扱いが合理的と思われる。

なお、損害賠償金を支払った後の被害者の状態を把握する方法については、被害者側の任意の協力を委ねることになっているが、損害賠償制度の次元ではそれ以上の方法は存在しない。そこで、症状増悪による損害賠償額の追加支払いが被害者側に再審査請求をすることの動機付けとなる可能性も考えられる。そのような制度で、被害者保護の観点を維持しつつも、公平な認定業務を維持できるかについて継続的に検討し、より適切な障害認定システムの確立をめざすことが必要と考える。

5. 「論点3.『労災との関連』の論議」の検討結果

(1) 労災認定基準

労災保険では、高次脳機能障害について、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、等級格付けを行っている。

【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) MR I、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、上記認定基準を定めたことに伴い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段階評価および介護の要否等について報告を求め、被害者側には日常生活の状況について報告を求める仕組みとしている。

(2) 労災認定基準（4能力+6段階評価）との整合性

非就労者である小児および高齢者は、その特有の事情を反映し、労災認定基準に関する解釈を微修正することが適切な等級認定につながるものと考え。すなわち、小児は事故後の各種能力（学習能力等）の獲得や集団生活への適応能力に与える高次脳機能障害の影響を勘案し、また、高齢者は、加齢による症状の変化を勘案した上で妥当な後遺障害等級を認定すべきである。

また、就労者である成人の被害者に対しては、従前の考え方をを用いて後遺障害等級を認定した後、労災保険で使用している「高次脳機能障害整理表」に当てはめて検証し、最終結論とすることが労災保険に準拠する自賠責保険としての妥当な認定方法と考える。この場合、実際の検証作業に当たっては、従前の整理に従い、労災認定基準と自賠責保険の等級認定の考え方との間の対応関係を明確にし、仮に「高次脳機能障害整理表」を用いた等級評価と自賠責保険での等級評価が異なる場合は、その根拠を明確にし、労災との相違点を整理しておく。

なお、当委員会および意見陳述を行なった専門家の中には、労災における「高次脳機能障害整理表」の前記「4能力」のうち、「社会行動能力」などの労働能力喪失基準が実態に即していない可能性があるとの指摘があった。したがって自賠責保険における解釈は、必ずしも厳密に「高次脳機能障害整理表」と対応関係にある必要はないとの意見があったことを付記する。

6. 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、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。

(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。

また、将来の課題として、高次脳機能障害の診断・後遺障害診断書の発行を十分な設備と技量を備えた医療機関（仮に「中核医療機関」とする。）に限定することの妥当性論議を継続すべきものとする。その場合には、診断書作成費用の設定方法でインセンティブを与えるなどの方法で、一層充実した診断・後遺障害診断書の発行が促進される態勢を関係諸機関とも連携して検討すべきである。ただし、現時点では医療に関する地域差が存在することは現実であり、認定システムの大規模な変更を性急に行うことはできない。したがって、本報告書に記載した事柄の周知・啓発活動が一定の成果を上げた後で、改めて「中核医療機関」について検討することが穏当と考える。

(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してしまった場合は、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。

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。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（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】 — 今後の課題と継続的な見直し —

当委員会では、自賠責保険（共済）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をどのように制度設計していくべきかを論議し、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。

また、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。

なお以下は、損害賠償の枠組みを超えることであるが、今後、さまざまな手法により認定の適正さを事後的に検証する態勢が作れないかとの意見も出されたが、損害賠償補償制度の枠組みのなかでは限界があるため長期的な課題として記載することとした。併せて、被害者意識を考慮した場合に、高次脳機能障害認定の精度を上げるだけでなく、高次脳機能障害と他障害との障害等級の整合性や妥当性についての検証も求められるべきとの意見があったことも付記しておく。

以 上

「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 救急医学講座主任
生方 克之	神奈川県リハビリテーション病院 医学福祉総合相談室地域連携班長
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局長
熊谷 公明	重症心身障害児施設 小さき花の園園長
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	武蔵野赤十字病院脳神経外科部長
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

○

○は座長

(五十音順 敬称略)