番号	事案概要	意識障害	画像所見等	症状経過 （既往症含む）	その他特記事項 （意見にわたる部分は発表者の主観に過ぎません）
【301】	【存否〇】 福井地判H26.4.25 交民集47-2-564 （控訴の有無は不明） 被害者：66歳男子。兄の経営する旅館の手伝い。 事故日：H19.1.22 自賠責非該当であるが、高次脳機能障害3級を認め、既往症による知能低下を指摘して25%の素因減額をした例。 横断歩行中の原告を加害車両がはねたもの。脳挫傷、急性硬膜下血腫、頚椎骨折、腓骨骨折等。 H19.1.22～2.16まで入院。	判決では「本件事故の直後に大声で呼びかけてようやく開眼する程度の意識障害が存在したこと」が認定されている。 ※ 「頭部外傷後の意識障害の所見」やカルテの意識レベルに関する記載内容には言及がなく、詳細は不明。	事故直後の診断は「脳挫傷、急性硬膜下血腫」とされている（根拠となる画像所見は指摘されていないが、おそらくCT画像であろう。） 他方、MRIでは、脳萎縮はないとの指摘がある。ただし、H21.5.20「脳のMRI検査を受けたところ、同検査に係る報告書には原告の脳に白質の希薄化が存在する旨の記載がある」とも指摘している。 画像所見の詳細については言及がないが、他方で、判決は「証拠（略）によれば、びまん性軸索損傷について、軸索が損傷されても血管が損傷されない場合もありまた画像の精度から出血が確認できない場合もあることから、事故直後の画像から異常が見られないことをもって直ちに外傷によるびまん性軸索損傷の可能性を否定することはできないともいわれている旨、画像所見で確認できるような脳萎縮がない場合にもそれだけで高次脳機能障害が外傷性のものではないと判断できるのかは問題である旨の見解が掲載された文献があることが認められる。この点にかんがみれば、上述の画像所見に乏しい点のみをもって上記アに記載した原告の現在の状況と本件事故との因果関係が直ちに否定されるものではないというべきである。」との指摘がある。	（既往症） 事故以前から軽度の精神遅滞がある。 （神経心理学的検査） WAISⅢを3回実施しているが、その結果（IQの数値）は判決書の「別紙」に記載されているようだが、判例雑誌では「別紙」が省略されている。ただし、3回とも85を下回っているようである。WMS－Rの結果も同様に、判例雑誌では省略されているが、全ての評価項目が85を下回ったとされている。 H22.6～7月：長谷川式25点、MMSE17点。 ※ 判決は、神経心理学的検査の内容を重視している。例えば、上記WAISやWMS－Rの結果が、事故後に上昇している点（誤差の範囲を超えて上昇している）を捉えて、外傷によるものであることの重要な根拠とし、また、既往症（知能低下の既往症）の影響の程度が小さいことの根拠としている。	既往症（知能低下を症状とする疾患？）がある。 判決文では明確な診断名についての言及がないが「本件事故の前から、知能低下の既往症が存在したことが認められる。」と指摘しており、25%の素因減額をしている。
【184】 【352】	【存否〇】 京都地判H26.10.31 自保ジャ1939 大阪高判H28.3.24 自保ジャ1972 被害者：19歳男子大学生 事故日：H17.6.27 1審【184】は、高次脳機能障害を否定し、非器質性精神障害を認めて9級で、素因減額30%としていたが、控訴審【352】は、高次脳機能障害7級を認めた。 歩道走行中の原告（自転車）と、右側のマンション駐車場から出てきた加害車両（2～3km/h）が衝突。自転車の前輪と、加害車両の左前部が衝突し、原告は、ボンネットに乗り上げた。 頭部外傷、頸椎・腰椎捻挫、両肩・足関節・右上・前腕打撲、右膝骨挫傷（疑）で20日入院。	【意識障害】受傷直後の意識障害はなし。 （控訴審判決は、意識障害と高次脳機能障害の関係について、厚労省の診断基準をもとに以下の通り述べる。） 「P医師が指摘するXの各障害がびまん性軸索損傷によるものであるなら、事故後には数日以上にわたる昏睡状態と運動障害が継続してしかるべきであり、慢性期の頭部CTスキャンやMRIで相当程度の脳萎縮が認められてしかるべきであるとの見解もあるけれども、受傷時の意識障害の有無をもって、脳外傷後高次脳機能障害の発生を論じることには問題があるとの見解もあること、高次脳機能障害の診断基準には「Ⅱ.検査所見 MRI、CT、脳波などにより認知障害の原因と考えられる脳の器質的病変の存在が確認されているか、あるいは診断書により脳の器質的病変が存在したと確認できる。」との事項があるものの、「なお、診断基準のⅠとⅢを満たす一方で、Ⅱの検査所見で脳の器質的病変の存在を明らかにできない症例については、慎重な評価により高次脳機能障害者として診断されることがあり得る。」との補足説明があることに照らすと、Xに本件事故後の意識障害が確認できず、頭部CTやMRI等の画像診断で有意な所見を見いだすことができないとしても、それらを絶対視して高次脳機能障害の存在を否定することは相当でな」いと判示。	【画像所見】H17.6.27CT異常なし。H17.9.21CT異常なし。H18.5MRIで異常なし。脳波も異常なし。 H24.5.12SPECTで「両側側頭葉血流低下、eZIS解析で右後頭葉血流低下、右側頭葉相対的血流上昇」と H24.8.28にSPECTで「全体的な大脳血流の高度低下、右視床の相対的血流低下、eZISで両側後頭葉の血流低下」 原告を診察した医師（神経内科）は「脳内血流を描出するSPECTの検査結果からは、全体的な脳血流が高度に低下していることが認められた。また、疾患特異性の高い所見は認められなかった（なお、患者の年齢からすると、びまん性の脳萎縮・脳室拡大は有意な所見ととれる。）患者には、生来的な脳形態の異常は認められず、また、脳血流低下のパターンを考えると、アルツハイマーの可能性は否定的である。そして、事故以前には全く通常の日常生活を営み、大学法学部の高度な研究生活に耐えうる知性を有していた患者において、現在の症状が多岐にわたっていることや脳血流が全体にわたって高度に低下していることからすると、これら症状の原因は頭部外傷後の変化に求めるべきものであり、それ以外の変性等は考えがたい。そして、脳の広範な領域に影響を与える病変があることが裏付けられていることやMRI等の画像に明確な脳実質の変化を認めないことからすると、頭部に対する衝撃によってびまん性軸索損傷を発症しており、これが起因となって、脳全体のところどころの巣症状として多彩な症状を来したものと考えられる。患者の頭部外傷は、2005年6月27日に発生した交通事故に起因するものと考える。解離性障害は後述のとおり否定的であり、その重篤な症状を起因するエピソードは、ほかに考えがたい。」とする。 （この医師の見解を、控訴審判決が採用）	H17.9.30両眼の違和感と視力低下を訴え。 H18.4.5大学からの勧めで精神科受診。「何をしても楽しくない。」等の愁訴。 H19.7.25、B病院を受診し、「昨日、家で勉強していてトイレに行った後、気がついたら倒れていた。鼻血が出ていた。デパケン飲んでからは減ってきているが、フワッとなって、気がつくと時間が過ぎていることがちょくちょくあった。」 H18.5.16、B病院を受診し、「同月15日、授業中に意識が飛んだ。」と訴え、同年6月6日、「5月になってから時々フーとなる。」と訴え、C大学病院脳神経外科を受診。H19.12～H20頃にも、意識が飛ぶなどと訴えて、数回受診 H24.9.5実施のBIT（行動性無視検査）の結果は、通常検査146点中66点（cut off 131点）、行動検査81点中27点（cut off 68点）であり、いずれもかなり得点が劣っていた。また、左視野の右側は体幹を傾けて代償しているが、右視野についてはほとんど代償が見られなかった。 H24.9.13実施のWMS－Rの結果は、それぞれ平均100点のところ、言語性記憶は57点と低く、視覚性記憶、一般的記憶、注意・集中力、遅延再生はいずれも50点未満で測定不能であった。検査のやり方を理解できにくかったり、理解できてもすぐに忘れて誤答となることがあった。 H24.9.20実施のMMS言語記憶検査の結果は、有意味綴りは中度記憶障害以上、無意味綴りは重度記憶障害と判定された。 H25.8月実施のWAIS－Ⅲ検査の結果、知的には平均域にあるが、言語性優位で、群指数では処理速度の著しい低下が認められた。 H25.8.9実施のWMS－Rの結果は、言語性記憶は65点、視覚性記憶、一般的記憶、注意・集中力、遅延再生はいずれもスケールアウトであった。 平成25年8月13日付け心理検査所見には、認知機能について、見当識はほぼ保たれている、右側の無視傾向は強い、重度の記憶障害が認められ、現状では日常生活を送る上でも周囲の見守りや援助、記憶の補償手段の活用が必要であるとある。 【その他】 事故後に、大学は卒業し、国会議員秘書をしている。	※ 共済（詳細不明。学校共済？）は、併合4級を認めている。中身は、頸椎部、腰椎部の運動機能障害（6級）、肩関節、股関節及び膝関節の機能障害（各12級）、神経系統の機能障害（7級）、複視（13級）、視力障害（9級）である。 1審判決は「びまん性軸索損傷によるものであれば、事故後には数日以上にわたる昏睡状態と運動障害が継続し、慢性期の頭部CTスキャンやMRIで相当程度の脳萎縮が認められてしかるべき」と指摘し、これらが必須要件であるかのように述べて簡単に排斥。 他方、控訴審判決は、左記「意識障害」欄記載のように必須要件とは捉えていない。 原告の主治医から相当詳細な意見書が提出され、MRIやCTで描出できない脳の損傷があることを指摘しており、控訴審判決はこれを採用している。 原告側意見書の最重要ポイントは、SPECTによる脳血流低下（全体的かつ高度に低下）、の点である。原判決は、さらに同意見書の「平成24年8月28日に行われた誘発電位検査について、丁山医師は「patternVEPでは全く誘発なし、flashVEPでは、反応はあるもののP100で136.8msecないし141.3msecと著しく遅延していた（正常は100msec前後である）。このことから、視覚入力路に障害があることがわかる。また、感覚誘発電位についても、左P38で39.3msecと軽度延長もしくは正常上限であり、左側感覚入力路に障害があると考えられる。誘発電位検査のみから、具体的に病巣を特定するものではないが、誘発電位検査によって他覚的に器質性の異常が確認される。患者の場合、MRIやCTといった画像上明らかな固まりや病巣は認められないから、これら画像には描出されない脳の器質的異常としてびまん性軸索損傷にその原因を求めることは矛盾しない。なお、誘発電位検査から当該刺激に直接関連した神経系に器質的異常が確認されたとしても、具体的な症状は様々であるため、どの症状に結びついているかの1対1の対応は判断が難しいが、視覚入力路に異常がある場合、同名半盲の症状が出現することは考えられる。」との記述も指摘・採用している。

番号	事案概要	意識障害	画像所見等	症状経過 （既往症含む）	その他特記事項 （意見にわたる部分は発表者の主観に過ぎません）
【369】	【存否〇】 静岡地判H28.9.30 判タ1435-202 （控訴。結果不明） 被害者属性：事故時20歳位の男性 事故日　H5.3.10午前10:30 原告は、本件事故現場でバスから降車したところを加害車両（原付バイク）に衝突された。 事故から20年以上経過して提訴している。自賠責保険では非該当であるが、裁判では3級の高次脳機能障害が認められた。なお、自賠責保険会社のみを訴えている。	気付くと地面に寝転がっている状態であり、頭の左側に猛烈な痛みを感じ、意識がもうろうとして歩いてG皮膚科医院に行き、再度前記バス停に戻ると、近くの喫茶店の人が救急車を呼んでくれて、見当識障害、開口傷害を認め、C病院に救急搬送された。 C病院では、頭部打撲傷、脳震盪症、外傷性ショック、左頬骨骨折、上顎骨頬骨突起骨折の診断を受けた。原告は、C病院で頭蓋骨、頬骨、上顎骨のレントゲン検査を行い、入院。（～4.12まで34日間）　入院中に頬骨骨折観血的整復固定術の手術を受けた。 原告は、C病院での初診時、意識障害（見当識障害）があり、約１日後である平成５年３月１１日には意識清明となり、改善消失し、理学的所見として神経学的異常はないため、同月１３日に全身麻酔にて前記頬骨骨折観血的整復固定術の手術を実施し、術後は経過も良好で、歩行も可能であり、神経学的異常や精神的異常は認められず、同年４月１２日に軽快退院となった。	当初入院したC病院では、MRI及びCTの画像検査はなされなかった。 H21.10.8(事故16年後)撮影のCT画像では、左側頭葉の一部に萎縮を認め、外傷との関連も示唆される旨の診断を受けた。 H24.4.16撮影で、脳梁膝部に異常信号が認められ、外傷性脳損傷と診断された。	原告は、入院中から、被害妄想のようなことを述べていた。退院後、従前の仕事（靴の修理及び合鍵の複製の仕事）に復帰したが、靴の底に1回で釘を打てなくなるなど従前できていたことができなくなった。その後、H6.2.28に原告は上記仕事を辞めた。 その後も職を転々とし、長続きしなかった。原告の被害妄想は、平成８年頃からひどくなった。原告は、本件事故後、もの忘れがひどくなった。 原告は、近所からの誹謗中傷を感じて自宅を出て、１人暮らしを始めるようになった。原告は、派遣会社を転々とし、仕事が１年以上続いたものもあったが、作業のスピードについていけなかったり、悪口が聞こえてきて１、２日で辞めた仕事もあった。 他方、H6年に自動車運転免許を取得したり、その後、フランス（2か月）、アメリカ（3週間）の一人旅に行っている。 H13年～H22年までDクリニックに通院。ここで診断された原告の傷病名は、統合失調症、交通事故による脳損傷による後遺障害であり、自覚症状として、集中力、持続力に欠け、意欲に乏しくなっている、被害的な幻聴が常に存在し、妄想に支配されているというものであり、他覚的症状として、IQ８９、言語性１００、動作性７７とされている（検査時期不明）。	（自賠責保険における後遺障害の認定） 平成２１年６月１０日付けで非該当。異議申立て結果も非該当。 自賠責保険・共済紛争処理機構における委員会の平成２２年６月８日付け調停（紛争処理）結果も、非該当。 訴訟では鑑定が実施されている。 鑑定意見では、脳外傷による高次脳機能障害を肯定（統合失調症は否定）。症状固定日はH24.4とする。 判決は、鑑定の結論に依拠する。被告側は多様な点を反論として指摘しており、判決では、それに対して、一つ一つ応答している。 なお、慰謝料請求額の理由は不明。
【388】	【存否〇】 札幌地判H29.4.7（確定） 自保ジャ2000 被害者属性：62歳男子嘱託社員 事故日：H22.2.13 自賠責非該当で、判決は9級の高次脳機能障害を認定した。 事故状況：被告大型貨物自動車（50～55キロ）が直進走行中、路外から進入してきた原告乗用車と衝突。原告車両は前部を中心に大きく損傷したことから廃車処分。	なし 判決では「脳外傷直後に意識障害があることは高次脳機能障害であることを示す事情となるものの、他方で、意識障害がないことが直ちに高次脳機能障害であることを否定する事情となるものとはいい難く、厚労省基準も意識障害の有無自体を判断基準の要件とはしていない。」とする。	H22.2.13CT 硬膜下水腫と左後頭部の大きな皮下血腫が認められるものの、脳挫傷や脳内出血はない。 「H22.2.13に撮影された上記のCT画像とH23.6.16に撮影された原告の頭部CT画像とを比較すると軽度ではあるが経年による生理的変化では生じない程度の脳萎縮（側脳室の拡大）が認められる（計測方法にもよるが、側脳室の拡大の程度は、Evans Index（側脳室前角幅と頭蓋内腔幅の比率：脳室の拡大の程度を示す指標）の差で約1.9％ないし約5.2％、頭蓋内腔幅に対する側脳室前角幅の比率の差で約9.7％となる。）。」と認定されている。 H27.12.10 SPECT　頭頂葉、後部帯状回及び楔前部、後頭葉外側、後頭葉内側の血流低下の程度は、閾値を下回っていた。	救急搬送時には意識障害なし。 入院はなく、整形外科での通院治療。 H22.3.30頭痛を訴え、H22.4.6脳神経外科を受診し、「事故後ぼーっとするなどと訴え、記憶障害があることが認められた。」 「本件事故後から、物忘れ、注意力不足で仕事のミスを続発するようになり、あるいは、感情のコントロールができなくなり怒るなどして、娘や職場の同僚との関係を悪化させるなどした。」と認定。 WAISⅢ H22.11.22 FIQ98 VIQ107 PIQ87（以下同じ順） H23.7.4 93, 110, 74 H24.5.22 93,110,74 H27.12.17 99,106,90 「PIQがVIQより16点ないし36点下回るという有意な差が生じていると認められるところ、脳外傷を受けた者が、健常者と比較してPIQの低下が起こりやすいという医学的知見をふまえると、この結果は、原告に脳外傷が生じたことを示す一つの事情」と認定。	厚労省の診断基準、23年報告書の内容を指摘している。 なお、被告側は、MCI（アルツハイマー型認知症の前段階）と主張したが、この点は、MCIに特徴的なSPECTの血流低下がないことや症状が進行していないこと（アルツハイマー型であれば進行することが一般的）から、否定されている。 高次脳機能障害のほか、自賠責非該当の脊髄損傷(9級)も認定。ただし、OPLLの既往症があるため、20%の素因減額をしている。
【412】	【存否〇】 名古屋地判H30.3.20　自保ジャ2020 （確定） 被害者：15歳女子高校生 事故日H16.7.9 原告自転車と、被告乗用車の衝突事故。被告の速度は30～35km/h。なお、被告車両のフロントガラスには、原告の頭部が衝突したことによって凹みとひびが生じた。	当日救急搬送された病院では「意識障害なし」とされており、意識障害の存在についての客観的な証拠はない。 他方、判決では原告本人供述をもとに「原告には事故直後の記憶がない。」ことから、短時間の意識障害があったとする。 なお、事故現場において、原告は、友人や原告の母に電話をかけるなどしている。	H16.7.14(事故5日後）撮影の「頭部CT画像上、原告の脳には小出血痕があったことが疑われるとともに、PETによれば酸素消費量は脳全般で低下している事が認められる。高次脳機能障害の判断におけるPETの位置付けについては、医学界でも評価が分かれているものの、酸素消費量の脳全般での低下は、高次脳機能障害の発症機序と矛盾するものではない。」 ※　CTに関する上記の認定はH27.12.15に読影した病院のドクターの意見に基づくものである。撮影時の主治医の意見では「異常なし」とされている。 ※ H16.9.頃MRIで「異常なし」「（前医から借りた上記CTも）異常なし。 ※　H19.12.5撮影MRI(T2*）でも異常なし。 ※　H20.3.5PET「血流量は良好であるが、酸素代謝量は2.1～3.4ミリリットルO2／100ml／minと異常低値であり、特に左半球で低い傾向が認められた。	当初の愁訴は、頭痛であり、訴訟時に主張している症状（行動や情緒の障害）は訴えていなかった。 H17.3.10施行の高次脳機能検査では「知能についても良好な成績であり、その他前頭葉機能検査についても特に異常は認められない」 判決では「本件事故後、原告は頭痛が特に辛かったことがうかがわれ、その他にも様々な症状の訴えがあったため、低髄液圧症候群を疑っての治療もなされていたという経緯があることからすると、高次脳機能障害の症状が外部に認識されるのに時間がかかったとしてもやむを得ないというべきである。症状発覚の時期のみをもって、原告の症状が脳の器質的損傷に基づくものであることを否定はできない。」とする。	原告・被告双方の医師の意見書等が詳しく引用されている。 頭部外傷の有無、意識障害、画像所見は、症状の経過、神経心理学的検査の5項目に関する事実をそれぞれ認定して、それらを総合して結論を導いており、枠組みとしては、一般的なものである。ただし、各項目の評価・判断については、かなり微妙な判断であり、異論もありうるところであろう。 MRIの解像度に関する言及（現在のMRIでは描出できない微細な損傷がありうること）やPETの肯定的評価などもあり、請求側にとっては、非常にありがたい判決である。 交通部合議体の裁判例でもあることから、参考になる。 25年提訴事案で、判決までの時間は非常に長い。

番号	事案概要	意識障害	画像所見等	症状経過 （既往症含む）	その他特記事項 （意見にわたる部分は発表者の主観に過ぎません）
【318】	【存否×★】 東京地裁H27.3.25　自保ジャ1950（控訴後和解） 被害者：21歳男子無職 事故日：H21.6.20 自賠責保険高次脳機能障害で9級認定。判決は高次脳機能障害を否定し、非器質性精神障害で12級を認定。 バイク同士の右直事故。	救急搬送後１泊だけ入院。当日はJCSⅠ-1、GCS14、翌日はJCSⅠ-3、GCS14。原告が退院を強く希望し、退院。6.22は強い頭痛があり、再度救急搬送。 判決では「　まず、意識障害の有無・程度についてみると、本件事故による受傷当初のJCSやGCSの結果は軽度意識障害のレベルである上、原告が退院後に頭痛を訴えて救急要請した際の観察結果は意識清明であって、外傷性の高次脳機能障害を認定する根拠の１つとなる意識障害が一定期間継続した事実（一般に、軽度意識障害が少なくとも1週間以上続いていることが確認できると脳外傷による高次脳機能障害が疑われるとされている。）を認めることは	頭部CT検査の結果、前頭葉底部に脳挫傷と左急性硬膜下血腫。H21.7.28MRIで、両側前頭葉に脳挫傷（＋）であったが縮小し、両側前頭葉、左側頭葉にT1強調画像で僅かに高信号を呈する領域が認められた。	【神経心理学的検査】 H24.9.3WAISⅢでVIQ75、PIQ57とされた。 【既往症】 事故以前のH20.12に、喧嘩で、ヘルメットの着用中の頭部を背後から殴られて以降、精神科への通院（外傷後ストレス障害）。 【事故後の症状経過】 H22.2.11警察での事情聴取中に硬直性のけいれん発作30秒あり。意識消失もあり。	判決は、意識障害が軽度、てんかん波がない、WAISは3年後で事故との因果関係が不明、既往症があり治療を受けていた、等を理由として、脳外傷による高次脳機能障害を否定した。 また、「本件事故による脳外傷に起因するものと認めることはできず、その主張する症状は心因的な要因に起因するものと認められる」として、非器質性の精神障害（12級）を肯定した。 （コメント）自賠責保険でも高次脳機能障害を認めており、非器質性精神障害よりも、むしろ高次脳機能障害のほうが証拠と整合するような印象。意識障害レベルなどの自賠責報告書の記載について、あたかも「必須要件」のように解釈している印象。
【354】	【存否×★】 新潟地裁H28.3.25　自保ジャ1973（確定） 被害者：17歳男子高校生 事故日H19.5.16 自賠責は当初7級、異議申立後5級認定。裁判所は12級（脳挫傷痕のみ）と判断。 自転車と乗用車の事故。（乗用車は40km/h後半の速度） 当初の診断は「脳挫傷、外傷性クモ膜下出血、左手打撲、急性硬膜外血腫、頭蓋骨骨折、両肩打撲、中心性頸髄損傷、前頭部皮下血腫、擦過傷、末梢神経障害、左手CM脱臼骨折の傷害」とされており、H19.6.10まで入院した。	28日間入院。救急車現着時はJCS0。初診時の意識障害は、JCS2、GCS14で、翌日はJCS10、GCS13で、受傷1週間後JCS0となり、本件事故から8日後に意識清明となった。	MRIで脳挫傷・圧迫所見が残存。H19.8.23MRI検査を受け、硬膜外血腫は消失しており、右前頭葉脳挫傷痕があるとされた。脳波については当初異常あり。継続的にフォローしたが、その後は異常がないとのことで、H21.3.5車の運転が許可される。 H25.6.7、別事故を原因として、C病院において、MRI検査を受け、右前頭葉、左側頭葉に古い脳挫傷を認めたが、新しい病巣は認められなかった。 有意な脳室拡大あるいは脳萎縮は認められていない。 【神経心理学的検査】 ①H19.6頃　全検査IQ78、言語性IQ86、動作性IQ72（WAIS？） ②H22.9.18の心理検査等を実施。H19.6検査に比べて数値低下。 ③H24.7.21再度検査実施　H22.9.18の検査と比べてWAISの結果は悪化。他方、WMS－Rの言語性記憶、視覚性記憶、一般的記憶、遅延は、初回検査であるH19.6.5検査より、いずれも大幅に低下し、H22.9.18の検査と比較すると、視覚性記憶を除き改善している。	H19.8.23、C病院を受診した際の原告の自覚症状は「good（良好）」で、MRI検査を受け、硬膜外血腫は消失しており、右前頭葉脳挫傷痕があるとされた。 H19.10.2、同年9月末から右側頭部、後頭部痛がある旨訴えて、C病院を予定外に受診し、丁山医師の診察を受けたが、特別なフォローはされていない。（証人丙川） H20.2.14、C病院を受診した際の原告の自覚症状は「good（良好）」で、MRI検査と脳波検査を受けた。 H20.3故後に高校を卒業し、自動車大学校に進学。在学中にガス溶接技能講習修了、損害保険募集人資格、低圧電気取扱業務特別教育、アーク溶接特別教育講習、中古自動車査定士の資格等を取得し、H22.3月、同校を卒業した。大学での成績は良好とされている。 H21.3　運転免許取得 H22.3　F有限会社し、3ヶ月後にフロント業務担当に決まったが、その後1ヶ月未満で体調を崩し、食欲減退、吐き気、胃痛の症状が現れ、近医を受診して、胃からの出血が認められ、急性腸炎と診断され、体重も20キロほど落ちた。 H22.9.18の心理検査等を実施。もともと主治医は後遺障害はないとの考えで、後遺障害診断書の作成を断っていたが、対人社の要請もあり、検査を実施することになった。この結果をみるまで、原告も、家族も、物忘れ等の症状については医師に訴えていなかった。	自賠責報告書に言及して、経過の不自然性を指摘。判決では、受傷後、症状がなかったところ、3年後に突然症状が出現したとの認定をしているが、その事実認定自体が正しいのかどうかは疑問もある。 判決では、自賠責5級認定を12級（高次脳機能障害はなく、脳挫傷痕の存在のみを認定。労働能力喪失なし）とする。事故後の経過からすると、5級は疑問もあるが、高次脳機能障害が一切ないというのも、極端な結論のような印象である。
【366】	【存否×★】 津地裁四日市支判H28.8.3 自保ジャ1978 （確定） 被害者：8歳女児 事故日H16.12.9 自賠責5級認定。判決では非該当。 横断歩行者と、普通乗用車の衝突事故。	原告花子は、本件事故後、意識はあり、被告車の走行車線側の歩道に座って泣いており、その後、泣きつかれたように横たわった。救急搬送後の病院でも意識消失はなかった。原告花子は、救急搬送時、意識消失、嘔吐及び嘔気のいずれも認められず、入院先のB病院形成外科において、顔面擦過傷及び右大腿部の挫創が認められたが、ここでも意識消失はなく、顔面、頸部及び右膝の挫創・打撲のほか、皮膚欠損（顔面及び右下肢）と診断され、原告春子の希望により、経過観察のため入院することとなった。入院時（H16.12.9PM10時頃）、原告花子は、「枕ほしい」などと発語があったものの、やや意識がはっきりしておらず、処置室でベッドに移行した後、入眠した。 ※判決では「意識障害が生じておらず」と認定。	H16.12.9～17まで入院した当初の病院のCTでは異常なし。 H17.2.3　MRI　異常なし H17.11.16　MRI　異常なし。同日のSPECTで右優位に両側小脳血流に低下がみられた。（後遺障害診断書では、これをもとに「びまん性軸索損傷」との診断がなされている。） H26.3　MRI異常なし、SPECT「びまん性軸索損傷として典型的なものではなかった」	事故時小学2年生 H16.12.30 退院（3週間入院） 小学2年生3学期から元の小学校に復学。 復学後の通知表からは、本件事故後も、活発に学校生活を送っている様子がうかがわれ、本件事故前後とも、長所として、よく気が付く点を指摘されていた。 小学5年生時点で転校。 私立中学を受験して合格。茶道部に所属し、雨の日以外は自転車で通学した。途中で公立中学に転校し、その後、私立高校に進学。ワープロ検定や秘書検定に合格し、在学中に3か月間の留学を経験。高校卒業後S短期大学に進学し、居酒屋でアルバイト。 H18.4.10 後遺障害診断書作成(脳外傷) H19.6.12 後遺障害診断書作成（歯科） H20.8.13　自賠責保険の等級認定。高次脳機能障害5級2号。その他（歯牙傷害と醜状障害）は非該当。 H24 提訴	意識障害もほとんどなく、画像所見も乏しい事例であるが、自賠責保険では高次脳機能障害を肯定していた。

番号	事案概要	意識障害	画像所見等	症状経過 （既往症含む）	その他特記事項 （意見にわたる部分は発表者の主観に過ぎません）
【398】 【433】	【存否×★】 名古屋地判H29.9.19　自保ジャ2002 名古屋高判H30.9.21　自保ジャ2035 被害者：17歳男子・大工見習い 事故日H22.7.15 原告(17歳)同乗の普通貨物自動車が右折青矢印で右折をしたところ、赤色無視の対向車（被告大型貨物自動車）が直進してきて、衝突したもの。（速度70キロ） 自賠責保険7級を、1審も控訴審も非該当と判断した。	（当初21日入院） H22.7.15午前1：45事故発生。 午前2：01救急車現着時JCSⅢ桁。 午前2：11救出完了時JCS Ⅰ-3。 午前2:31GCS13点 午前5:05頃～午後5:15までJCS Ⅰ ～Ⅱ-10を繰り返す。覚醒時には名前、年齢言えるが、場所わからない状態で、会話は成り立たず、四肢を活発に動かし、ネックカラーを外すために両手を使い、足でベッドを蹴るといった状態でやや不穏傾向。 7.16午前1:15、日付、場所の認識はいまいちであるものの、JCS Ⅰ －3～2レベル。同日午前6:00意識レベルほぼクリア。同日午前8:30から午後5:15までの間には意識レベルクリアになり、傾眠傾向だがしっかりと病識もある状態に回復した。同日PM8時で傾眠傾向は変わらず、17日AM6時時点で名前、場所を正確に回答できる、17日PM6時時点で傾眠強いが、覚醒すれば応答しっかりできるとされ、18日午前6:00にレベルクリアとなった。19日午前9:15までには、意識障害なし。	（1審） 救急搬送時、脳挫傷疑いの頭部挫傷と診断されたが、その後の頭部CTでは、右上顎骨骨折、鼻骨骨折が認められたものの脳出血は認められなかった。→当初診断は「脳震盪」 7.22頭部CTは脳の病変認めず。 H22.8.4退院。（入院中の脳MRIは異常なし。） 脳波検査は正常内であり、MRI（T2＊）で左嗅球付近に出血痕があるものの異常はなく、脳PETでも局所脳血流、脳酸素代謝は全般的に良好であった。 脳PETでは、局所脳血流、脳酸素代謝は全般的に良好であるが、左帯状回での低下が疑われる。 「MRI検査で嗅覚障害の原因となる左嗅球付近の出血痕が認められたのみであり、そのほか異常所見は認められていない。経時的なMRIの比較でも、脳の萎縮といった、びまん性脳損傷の所見も認められていない。」 （控訴審） H22.7.27撮影のMRI画像所見について、原告側の医師は「明らかに前頭葉直回の脳損傷所見をきたしている。」とする。 これに対し、被告側の医師は「前頭葉下面内側面に浮腫とみられる輝度変化があり、浮腫の場所から嗅神経が直接ダメージを受けた可能性を推測できる」とし反面で「脳実質の損傷があれば、時間の経過とともに脳が萎縮し、大脳縦裂に開大傾向が認められるが、H24.6.26のMRI画像上、大脳縦裂の開大はなく、その他萎縮所見も認めないため、脳実質の損傷はなかったと推測できる」とする。（他にも2名の医師が「外傷による脳損傷を示す所見はない」としている。） ※PET（脳ポジトロンCTと表記）についても「所見は本件事故との関連性は定かでないというほかない」とする。	H22.8.4　退院。 ・物忘れの訴えが診療録上みられるのは、本件事故から3ヶ月程度が経過したH22.10.8が最初。その後、同様の訴えがみられるのは事故から約1年4ヶ月経過した平成23年11月（家族から「物忘れが激しい」とのカルテ記載あり。）、と認定されている。 ・事故後に運転免許を取得している。 ・事故時は建築会社で大工見習いをしていたが、辞めている。 原告がその人格変化として主張する、事故後怒りやすくなった、物忘れが激しい、計画的に行動できなくなったなどのエピソートは、そのほとんどが本件事故から相当程度時間が経過した後のものであって、原告の症状の経過は、脳損傷を原因とする高次脳機能障害の症状の通常の経過に照らし、不自然である H22.10.8に「物忘れが激しい」 同年11.15の一番期になる症状は「手の痺れ」 H23.11.11「家族は原告の物忘れが激しいと心配しているが、医師はそれほど問題がないという印象をもった。 H23.12.16原告は「物忘れが激しい」と訴えた。 H24.5.25　頭部外傷の評価。集中力がない、集中できない、記憶力もおちた、暗算ができなくなった、怒りっぽい、等。訴え。 H24.7.10WAISⅢ（VIQ93、PIQ78、FIQ85） H25.9.13（後遺障害診断書の症状固定日） 事故時17歳で、ブログ（事故7日目以降）を書いており、交際女性とデートしたことなどをブログに綴っている。「そもそも、原告は本件事故後、入院中のころから、ブログを更新しており、最近あった出来事について比較的詳細に記録することができている。」とする。 1審判決では「神経心理学的検査の結果では、高次脳機能障害と矛盾しない内容となっているが、上記のとおり、それ以外の諸事情（画像所見、意識障害の有無・程度及び症状経過）が原告について、外傷性の高次脳機能障害があるとするには消極的なものとなっていることに加え、上記検査は本件事故から約2年経過後に実施されていること、被験者の協力なしに正確な数値が測定できない類のものであること、本件事故前の原告の知的水準から著しく低下したと認めるに足りる証拠もない」と判示。	なお、判決によれば、自賠責保険の認定理由は以下のとおりであった。 「頭蓋内に顕著な異常所見は認められないものの、顔面骨骨折などの異常所見があるほか、初診時の意識障害ありとされ、受傷当初、入院後数日は不穏状態が続いたこと、物忘れが激しいといった症状経過を踏まえると高次脳機能障害が残存したことは否定できない。知的にはVIQ＞PIQの乖離など能力間でギャップが生じている。注意力障害がベースにあり能力をコンスタントに発揮できない状況が認められる。特に視覚性の注意力の低下が著明で単純作業処理や記憶面にて支障が生じているといった所見がある。そのほか、事故後の就労状況、頸部痛、両側胸部痛、左手関節痛の症状などを踏まえて総合的に評価すると、神経系統の機能又は精神に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないものと判断される。」 （コメント）　確かに意識障害はやや弱く、また画像所見も乏しい。他方、JCSⅢの意識障害があり、自賠責保険の認定は特におかしなことを言っているようには思えない。 控訴審判決では、「脳実質の損傷があれば、時間の経過とともに脳が萎縮」するとの被告側医師の意見を採用している。 また、脳に出血痕が認められており、程度はともかく脳に器質的な損傷があったことは認められる事案であるのに、「控訴人の意識障害では、脳外傷による高次脳機能障害が残存する可能性のあるものとして審査する対象の目安に達していない。」と判断しており、あたかも、自賠責報告書の指摘する意識障害の基準に達していない場合には、それだけで高次脳機能障害を否定しうるかのように判断しているのは、少々気になる言い回しである。 こうした判断の是非は、慎重に検討する必要があるように思われる。（自賠責報告書の記述は、こうした使われ方は想定していないように思われる。）
【319】	【存否×】 名古屋地裁H27.3.27　交民 48・2・454 （控訴の有無不明） 被害者：中学3年男子 事故日：H22.2.10 自賠責保険の認定がないと思われる事案（理由不明）。重度の意識障害があったと思われるが、意識障害や画像所見について、ほとんど言及されず、高次脳機能障害が否定されている事例。 交差点における原告運転の原付バイクと、被告運転の乗用車の衝突事故。原告（中学3年生）は無免許、ヘルメット非装着で、原付バイクに3人乗りであった。 被告車両の速度は40km/hと、被告自身が供述。（※判決文では、原告と被告が逆なので要注意。）	意識障害：直後はGCSで「E1（開眼しない）、V4（錯乱状態）、M4（逃避）であり、程なくE1、V4、M5」と認定。また、「2/10～2/15重症頭部外傷による意識障害あり。」との診断書あり。	画像所見：「画像資料上で外傷後ほぼ3か月以内に完成する慢性脳室拡大・脳萎縮所見を認めるに足りる証拠もない。」とされている。 これ以外に画像に関する言及なし。 他方、救急搬送された病院(25日間入院）の診断名は「上部消化管出血、出血性ショック、急性循環不全、前額部挫創、顔面打撲・挫滅創・皮下血腫、重症頭部外傷、腰椎骨折、脳挫傷、びまん性軸索損傷、頭蓋底・左側頭骨骨折、頭部打撲・皮下血腫、左上腕骨頸部骨折、骨盤骨折、後腹膜血腫、腰椎椎体骨折L2、腰椎横突起骨折L1、全身擦過傷、左膝蓋部挫滅創」とされている（争いのない事実）。 意識障害の程度からしても、相応の脳損傷に関する画像は存在すると思われるが、判決では、特に言及されていない。	症状：H23.2.26診断書でMMSE26点、IQ88（Kohs） これ以外の神経心理学的検査については言及なし。 また、事故後の症状や、生活状況、就労状況等についても、判決では一切触れられていない。	自賠責保険の認定はされていないようである（理由不明）。 意識障害や画像所見の詳細が不明だが、当初の意識障害レベル、当初の診断名、MMSEの結果から推測すると、高次脳機能障害の残存の可能性が高く、被害者には酷な判断のように感じる。 信号が争点となっており、この点については、丁寧な立証がなされ、原告側の信号が青であると認定されており、裁判所も丁寧に答えている。 他方、後遺障害についての判断は、意識障害の有無・程度、画像所見の有無や内容にはほとんど言及しておらず、ずいぶん乱暴な印象。

番号	事案概要	意識障害	画像所見等	症状経過 （既往症含む）	その他特記事項 （意見にわたる部分は発表者の主観に過ぎません）
【347】	【存否×】 東京地判H28.3.4　WL 被害者：33歳英語教諭 事故日：H18.8.18 無保険車傷害保険金の請求訴訟。自賠責無保険で、自賠責の認定なし。（政府保障事業についての言及なし） なお、労災は、高次脳機能障害につき障害等級認定はしていないものの外傷性脳損傷による療養補償給付を肯定している。 判決は高次脳機能障害を認めなかった。（非器質性精神障害は肯定） 事故状況：原告の直進自動車と、路外店舗から道路を横切ろうとした被告自動車（無免許、自賠責無保険）が衝突した事故（被告は逃走）。原告車は前部中破。	意識障害：医療記録等から「なし」と認定（原告は短時間の意識喪失を主張した）。	判決は異常所見なしとの認定　「原告について，CT，MRI等の画像診断上，脳の器質的病変があることを直接認める証拠はない（J局医は，東京医科大学茨城医療センターで行われた頭部MRI検査で，前頭葉が他の脳葉に比較して軽度萎縮しており，受傷当初に軽度の軸索損傷があった可能性を否定しないとするが，一方で，受傷時の意識障害や健忘が認められないことから，外傷によらない個人差である可能性があるとも述べており，上記MRI検査の結果をもって，画像診断上，脳の器質的病変があるとまではいえない」	遷延する症状については「原告の症状が詐病といえないことは明らかであるにしても，非器質的要素，社会心理的因子あるいは心因性によって原告に症状が発現していることを排除することはできない。」とする。 　結論として、情動障害，記憶障害，注意障害」は非器質性の障害であり、本件事故との因果関係を肯定している。加えて、神経因性膀胱、味覚脱失、頚部痛等の疼痛、等とあわせて「11級に相当」と認定している。	「医学的知見」という項目を設けて、MTBIに関するWHOの診断基準、石橋医師の見解、労災の通達、23年報告書、厚労省診断基準、重症頭部外傷治療・管理のガイドライン、等がコンパクトにまとめられている。 判決文では、社会保障制度の判断と賠償責任を肯定する場合の判断の違いにも触れており、原告の指摘する根拠に一つ一つに丁寧に応答したうえで結論を導いており、参考になる裁判例である。 結論として、高次脳機能障害を否定しつつ、非器質的精神障害（12級レベルとの趣旨と思われる。）を認め、その他の後遺障害とあわせて11級を認めている。
【321】 【391】	【存否〇】→【存否×】 京都地判H27.5.18　自保ジャ1952 大阪高判H29.4.21　自保ジャ2005 被害者属性：29歳男子配管工事業 事故日H20.10.27 労災2級。自賠責は提訴による認定留保で判断が示されていない。 1審は高次脳機能障害(5級)を認め、控訴審は高次脳機能障害を否定しつつ非器質性精神障害(7級)とした。 【事故状況】 被告トラックが交差点で右折したところ、後方からきた原告バイクと衝突。	H20.10.27AM7:42事故発生。事故直後、バイクごと転倒した。声をかけられても応答せず、小刻みに痙攣していた。事故時の記憶はない。 救急搬送時にはJCS：Ⅱ－10、GCS：E3－4、V2、M4。午前9時頃には、「GCS：E4、V1、M6（従命とれるがうなづきのみ発語がない。）」、同時20分ころには、「発語可能となるも、ボーっとしている。」状態であった。 診断は「頭部打撲、全生活史健忘、頸椎捻挫、腰部打撲」とされた。なお、この「全生活史健忘」は以後も継続する（この部分について、被告は解離性障害又は詐病と主張）。 入院加療。H20.11.14転院。	事故当日、脳CTの結果については、「正常範囲（小脳テント周囲の外傷性クモ膜下出血は確定できないがいずれにしても様子観察）、脳震盪」であった。 H20.11.14転院。この病院の脳波検査で両側前頭葉の異常波が認められ、抗てんかん薬服用。（ただし入院中は発作なし） H21.1施行のSPECTで血流に異常なし、MRI（SWI）でも異常なし。 H23.6.1頭部MRI検査の結果、明らかな頭蓋内の器質的病変は認められなかった。	【事故前】 高校卒業後のH8年頃から父経営の水道工事会社で配管工として就業。同社が廃業後、H14年頃から別会社で配管工として働く。H12.12に結婚。長女（H13生）、二女（H17生）あり。 H20.3離婚。 【症状経過】 事故日に救急搬送され216日入院。生活史健忘の再構築を目指したが、全生活史健忘も、前向性健忘も顕著であった。 H21.5.27保健福祉手帳（精神障害）1級を取得。 H21.5.30退院。退院後も記憶障害は継続。易怒性、衝動性、粘着性に対する精神科治療は奏効せず。 H23.2.1「心身の状況により、重度の介護を要する状態にある」として障害者自立支援法21条に基づき障害程度区分5と認定された。（6段階で上から2番目の重度）→H26.2.1区分6（最重度に変更） H23.5.29、子供の発表会会場のエレベーターホールで奇声をあげ、全身性間代性の痙攣を起こし約1分後に転倒して顔面を打撲した。救急搬送された。JCS：Ⅰ－3、GCS：E4、V3、M6で、痙攣は消失していた。 H23.6.17 HDS-R27点、MMSE24点。TMTはPartA251秒、PartBは235秒といずれも悪化しており、日本版リバーミード行動記憶検査は、標準プロフィール得点が15／24点と低下を認め、スクリーニング点は7／12点と正常であった。記憶力の低下が認められ、興味のあることは記憶していることもあるが、日常生活での物忘れは依然として多く、前向性健忘は持続しており、注意力・遂行能力は退院後半年よりも低下していた。 H23.10.24 WAIS－Ⅲ FIQ53、VIQ54、PIQ60 H23.10.31症状固定（後遺障害診断） 「自覚症状」欄に「受傷以前のことは家族のことも含めほとんど思い出せず、受傷以後のことも断片的にしか覚えることができず、片仮名しか書くことができない。何もやる気がせず、些細なことでイライラし、物に当たることがある。金銭管理ができない。」	1審も控訴審も23年報告書を参考に判断している。 1審判決は「（MTBI事案で）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。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」「（MTBI事例について）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は慎重な検討をすることが望ましい。」との記載から、「慎重に検討すれば認定してよい。」との立場をとり、本件について高次脳機能障害（に解離性障害が合併）と判断。 他方、控訴審判決は23年報告書の「（MTBIの大多数は）3か月から1年以内に回復する」「（遷延する症状は）心理社会的因子の影響によるという考えが有力」「（MTIBI）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。」との記載を重視して、高次脳機能障害を否定。 症状は重篤で、被告側は詐病を主張している。なお、盗撮や録音がなされているようであるが、裁判所は、詐病とは判断せず、1審は高次脳機能障害を肯定、控訴審は高次脳機能障害を否定しつつ非器質性精神障害を肯定した。