高次脳機能障害に関する裁判例の動向

～自賠責保険の認定が争われた事例を中心に～

令和元年６月１４日

弁護士　青　　野　　渉

文献等の略語

赤い本　日弁連交通事故相談センター東京支部「民事交通事故訴訟損害賠償額算定基準」（特に断らない限り２０１９年版）

青本　日弁連交通事故相談センター「交通事故損害額算定基準」（特に断らない限り２６訂版）

自賠責支払基準　自賠法１６条の３の委任に基づいて国土交通省及び金融庁が定めた「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」（赤い本 427 頁、青本 307 頁に掲載。）

12 年報告書　「自賠責保険における高次脳機能障害認定システムについて」高次脳機能障害認定システム確立検討委員会（H12.12.18）

19 年報告書　「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検討委員会（H19.2.2）

23 年報告書　「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検討委員会(H23.3.4)

30 年報告書　「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検討委員会(H30.5.31)

自賠責報告書　12 年報告書、19 年報告書、23 年報告書、30 年報告書をあわせて呼ぶ場合

障害認定必携　一般財団法人労災サポートセンター「労災補償障害認定必携」（１６版）

高野・後遺障害　高野真人ら「後遺障害等級認定と裁判実務」新日本法規

高野・動向　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」（青本２２訂版３５７頁）

目　　次

第１　高次脳機能障害の後遺障害等級 …… 3
　１　自賠責保険 …… 3
　　(1)　認定基準 …… 3
　　(2)　手続 …… 4
　２　労災保険 …… 5
　　(1)　認定基準 …… 5
　　(2)　手続 …… 5
　３　民事訴訟 …… 6
第２　裁判例の分析 …… 6
　１　【表１】ないし【表３】の見方 …… 6
　２　高次脳機能障害の存否が争われたケース …… 7
　　(1)　否定判決 …… 7
　　(2)　肯定判決 …… 8
　　(3)　若干の分析 …… 11
　　(4)　高次脳機能障害の有無についての判断基準 …… 12
　　(5)　ＭＴＢＩの主張 …… 13
　　(6)　労災との相違 …… 14
　　(7)　長期経過後の提訴 …… 14
　　(8)　その他の論点について …… 14
　３　高次脳機能障害の程度が争われているケース …… 17
　　(1)　当事者が争ったが自賠責保険と同じ等級を認定した例 …… 17
　　(2)　自賠責保険よりも下位等級を認定した例 …… 17
　　(3)　自賠責保険よりも上位等級を認定した例 …… 19
　　(4)　分析（主張・立証のポイント） …… 20
第３　請求側弁護士としての準備・対応 …… 24
　１　意識障害についての所見 …… 24
　２　画像 …… 24
　３　症状の経過の確認 …… 24
　４　労災事案での資料の取得 …… 25
　５　手続の選択について …… 25

第１　高次脳機能障害[1]　の後遺障害等級

１　自賠責保険

(1)　認定基準

ア　存否

自賠責保険における高次脳機能障害の存否を判断するための明確な基準は公表されていないが、自賠責報告書の内容からすると、①脳の画像所見（ＣＴ、ＭＲＩ）、②意識障害の継続、③症状（神経心理学的検査結果や家族等の報告）、の３つの視点から高次脳機能障害の存否を把握するという方法が採用されているものと考えられ、[2]　裁判例においても、この３つの視点が重視されている。[3]

イ　程度

高次脳機能障害の程度を把握するためには、上記アの③（神経心理学的検査結果及び家族等の報告）が重要な意味を持つ。画像（①）や意識障害（②）の程度から、ただちに何級に相当する後遺障害が残存するかを推定することは困難であり、重症度を把握するためには、③の点が重要となる。

自賠責保険における高次脳機能障害の等級は、自賠法施行令別表第１の１級１号、同表２級１号、同施行令別表第２の３級３号、５級２号、７級４号、９級１０号の６段階となっている。[4]

自賠責保険の等級認定は、基本的に労災保険の基準にしたがうこととされているが、[5]　高次脳機能障害の認定に関しては、自賠責報告書によ

---

1 高次脳機能障害についての一般的知見は、自賠責報告書のほか、大橋正洋「脳外傷による高次脳機能障害」判タ 1088 号 82 頁が参考となる。高次脳機能障害に関する書籍は膨大な数があるが、一般向けの書籍として、渡邉修「高次脳機能障害と家族のケア」講談社＋α新書、橋本圭司「高次脳機能障害」ＰＨＰ新書が平易な説明でわかりやすい。医療従事者向けの成書としては、石合純夫「高次脳機能障害学」第２版・医歯薬出版株式会社がある。

2 自賠責報告書が、これら３点を指摘しているのは、高次脳機能障害の有無を判断する直接的な基準としてではない。あくまでも高次脳機能障害が疑われる事例を抽出し、高次脳機能障害専門部会の審査にまわすための基準にすぎない。

3 交通事故における脳外傷に基づく高次脳機能障害（交通賠償問題）を離れた高次脳機能障害の一般的な診断基準としては、厚生労働省が公表している診断基準がある。国立障害者リハビリテーションセンターのウェブサイトで公表されており、裁判例においてもしばしば言及されている。

4 なお、自賠責保険においては、脳の器質的損傷に起因する症状があるが、その症状がごく軽度の場合には「高次脳機能障害」とは評価せず、脳の器質的損傷に基づく 12 級レベルの神経症状として認定している（例えば【32】【87】【141】【315】【316】【434】参照）。

5 自賠責支払基準には「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。」と記載されている。

り独自の考え方が公表されており[6]、そこに示された考え方にしたがって運用されている。[7]

また、１９年報告書では「従前の考え方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。」と指摘しており、後述する労災保険の基準も参考にして認定を行っているものと考えられる。近時の裁判例では、自賠責保険の考え方と、労災保険の考え方の双方をふまえて判示している例も少なくない。

(2)　手続

一般的な自賠責保険における等級認定手続については、青本339頁以下、高野・後遺障害２頁以下に説明がある。

高次脳機能障害特有の認定手続については、青本323頁以下、高野・後遺障害50頁以下に説明がある。

ア　提出する資料

被害者請求を行う場合には、①診断書及び診療報酬明細書、②後遺障害診断書といった一般的な資料のほかに、③神経系統の障害に関する医学的意見、④頭部外傷後の意識障害についての所見、⑤日常生活状況報告、⑥画像（請求時に添付していないと、後日、調査事務所から受傷後現在までの全ての画像の提出を指示されることが多い。）を提出する。[8]

任意保険会社に事前認定を依頼する場合には、同意書等を提出すれば、上記の各書類の取り付けを任意保険会社が行う。

イ　認定手続

自賠責保険においては、高次脳機能障害が疑われる事案については、自賠責保険（共済）審査会高次脳機能障害専門部会が後遺障害を認定するシステムとなっている。[9]

ウ　異議

自賠責保険の等級認定に不服があれば、異議申立をすることができる。

---

6 12年報告書、19年報告書、23年報告書、30年報告書は、損害保険料率算出機構のウェブサイトのサイト内検索で各表題をそのまま入力すればＰＤＦファイルが検索・取得できる。

7 各等級に関する考え方は、青本337頁にも掲載されている。

8 このほか、自賠責調査事務所で主治医に医療照会をするために、被害者の同意書の提出を指示されることもある。

9 損害保険料率算出機構のウェブサイトでは、リーフレット「脳外傷による高次脳機能障害の後遺障害認定について」等も公表して認定手続の周知に努めている。
https://www.giroj.or.jp/cali_survey/brain.html

エ　自賠責保険・共済紛争処理機構

また、平成１４年からは、一般財団法人自賠責保険・共済紛争処理機構による調停制度が新設されており、損害保険料率算出機構の判断に不服がある場合には、この制度を利用することができる。ただし、異議申立と異なり、この手続の利用は、同一の後遺障害について１度のみである。[10]

２　労災保険

交通事故が労働災害にあたる場合には、労災保険でも障害等級の認定がなされているケースがある。

(1)　認定基準

労災保険では平成１５年３月に外傷による高次脳機能障害についての認定基準が改定された。現在の認定基準と各種書類の様式は、障害認定必携 141 頁以下に掲載されている。[11]

(2)　手続

労災保険の場合には、労働基準監督署に対して障害（補償）給付支給請求書と、所定の診断書を提出する。労災保険でも高次脳機能障害については特別の様式の診断書がある。[12]

障害が認定された場合には支給決定通知書等が送付されるが、自賠責保険と異なり、認定理由の詳細などは示されず、結論のみが通知される。ただし、個人情報の開示請求[13]　により、調査復命書等を取得すれば、等級認定の判断根拠や、その前提となる医師の意見書等を取得することができ、自賠責保険の異議申立や民事訴訟における立証資料として利用することができる。

労災保険の等級認定に不服がある場合には、行政不服審査法に基づく審査請求及び再審査請求、行政訴訟による不服申立が可能である。

---

10 自賠責保険・共済紛争処理機構のウェブサイトにおいて「紛争処理申請及び処理状況」が公表されている（直近のものがサイトに掲載されている。）。発足当初の平成 14 年度は審査件数 152 件に対して、変更率は 21.1%（有無責と後遺障害の合計）であった。その後、徐々に変更率が低下し、平成 28 年度では審査件数 968 件に対して変更率 6.7%（同）まで下落した（ただし、平成 29 年度には 8.2%に上昇）。他方、損害保険料率算出機構の後遺障害の認定率は平成 14 年度以降 5%（後遺障害認定件数／傷害事案数）前後で推移しており、こちらには大きな変化はみられない（同機構のウェブサイトの「自動車保険の概況」のデータより）。したがって、紛争処理機構の判断が厳しくなっていることは数値上明らかである。

11 なお、青本 338 頁以下にも要旨が説明されている。

12 障害認定必携 174 頁参照。

13 行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律１４条以下。

３　民事訴訟

民事交通訴訟においては、裁判所は、「等級」そのものについて、判決文中で「自賠法施行令別表第二の〇級に該当する。」といった判断を示す必要はない。ただし、労働能力喪失率については、事実上、いわゆる喪失率表[14]による喪失率を用いて算定されることが多く、慰謝料も赤い本の基準にしたがって算定されることが多いので、その前提として自賠法施行令のどの等級に該当するかについて言及する裁判例も少なくない。

後述するとおり、裁判所は自賠責保険の手続で認定された等級を重視しており、訴訟において自賠責保険の等級認定と異なる判断を求める場合には丁寧な主張・立証を行う必要がある。

第２　裁判例の分析[15]

１　【表１】ないし【表３】の見方

別添の【表１】「高次脳機能障害裁判例一覧 2015」は次の方法で高次脳機能障害の存否又は程度が争点となった裁判例を抽出したものである。[16]

① 自動車保険ジャーナル CD－ROM２０１４年下期〔自保ジャ１９２６号まで収録〕の裁判例のうち、平成２１年以降のもの。

② 雑誌「自保ジャーナル」の１９２７号～１９４２号の裁判例（※上記①に未収録のものである。）

③ LEX／DB の平成１４年１月１日以降の裁判例（平成２７年４月頃検索実施）。[17]

また、同様に別添の【表２】「高次脳機能障害裁判例一覧 2019 年」は、次の資料から、高次脳機能障害の存否又は程度が争点となった裁判例を抽出したものである。

④ 自動車保険ジャーナル１９４３号から２０３５号までの裁判例。

⑤ WESTLAW の平成２６年１月１日以降の裁判例のうち、上記①～④

---

14 自賠法施行令の別表第１と第２に定められた等級に対応する労働能力喪失率は、自賠責支払基準の別表Ｉの「労働能力喪失率表」に定められている。この等級表及び喪失率の沿革については、高野・後遺障害５頁以下参照。

15 高次脳機能障害の裁判例を概観した文献としては、高野・動向がある。本レジメは同書の視点を参考にして判例を分析している。

16 検索方法は「高次脳機能障害」というキーワードで検索し、400 例弱の裁判例を抽出したうえで、内容を読み、「存否」「程度」が争点となっていないものを除外した。裁判例の番号は日付順に付したが、【131】と【132】の間に【200】があるのは、レジメ及び一覧表が完成した後にナンバリングの重複に気づいて、番号を振りなおしたためであり、特に意味はない。

17 12 年報告書の公表から１年以上が経過した時点という趣旨で平成 14 年以降の裁判例を抽出した。

に該当しないもの。平成３１年４月頃検索実施)。

【表３】は、【表２】のうち、特に、高次脳機能障害の存否が争われた裁判例を中心に参考となる裁判例を抽出したものである（主として、自賠責保険の判断が変更されたもの)。

【表１】ないし【表３】及び本レジメでは、高次脳機能障害の等級表記に際しては、自賠法施行令別表第一及び第二の区別と、号を省略し、単に「５級」等と表記することがある。

別表のうち、「分類」欄に「存否」とあるのは、高次脳機能障害の存否自体が争われた裁判例で、「×」は否定されたもの、「○」は肯定されたものである。なお、「×」に加えて「★」が付されているものは、自賠責保険では高次脳機能障害を認められていたが、裁判では否定されたものである。

同欄に「程度」とあるのは、高次脳機能障害の程度が争われた裁判例で、「×」は裁判において自賠責保険の認定よりも低い等級が認定されたケースである。「○」は裁判において自賠責保険の認定よりも上位等級が認定されたケースである。「△」は、当事者が自賠責保険の認定を争ったものの、裁判において自賠責保険と同じ等級認定がなされたケースである。なお、裁判例では、等級そのものについて明示的に「○級と認める。」という判断を示さないものが少なくないが、労働能力喪失率や後遺障害慰謝料の額から裁判所の認定等級を推定して、×○△の分類をした。

裁判所欄の裁判所名の下に【29】等と番号が付記してあるのは、審級関係の記載であり、当該番号の裁判例が原審又は上級審である。なお、自保ジャーナルが出展の高裁判決については、同じ号に原審判決が掲載されている場合が多いが、高裁判決と同時に掲載された原審判決については別表では独立した裁判例として扱っていないことが多い。

「被害者属性」欄の年齢は、参考程度の意味で記載した。事故日の年齢又は症状固定日の年齢のいずれかであるが、特に区別していないので、正確には原典（判決文）を参照されたい。

「高次脳機能障害に関する当事者の主張」「参考事項」欄で、「原告」とは被害者（損害賠償請求者)、「被告」は賠償義務者や保険会社を指す。本訴・反訴・別訴等、複数の訴訟が併合されている例もあるが、わかりやすさを考えて、上記のとおり統一表記とした。このため、実際の判決文での「原告」「被告」の表記と異なることがあるので、注意されたい。

２　高次脳機能障害の存否が争われたケース

(1)　否定判決

被害者側が高次脳機能障害を主張したが、裁判所が否定した裁判例は、【表１】及び【表２】の一覧表の分類で「存否×」と分類されているもの

である。【表１】で８０例、【表２】で８９例であった。

これらの裁判例はほとんどが自賠責保険において高次脳機能障害の認定がなされていない事案である。

自賠責保険において高次脳機能障害が認定されているケースで、裁判において高次脳機能障害が否定された裁判例としては、【117】、【144】、【156】（控訴審【182】）、【180】、【318】、【354】、【366】、【398】（控訴審【433】）の８件（１０裁判例）があった。

なお、高次脳機能障害を否定した場合に「非器質性の精神障害」等を認定し、賠償を命じている例が相当数ある（【36】、【39】、【40】、【46】、【53】、【73】、【75】、【90】、【105】、【113】、【115】、【123】、【129】、【130】、【140】、【156】、【182】、【184】、【318】、【323】、【325】、【334】、【347】、【372】、【374】、【375】、【391】、【409】、【420】等）。非器質性の精神障害を認定した理由を詳述するものもあるが、消極的判断として、特に理由を示さずに認定している例もある。また、これらの中には自賠責保険の認定において、１４級又は１２級の非器質性精神障害として認定されている例もある。

なお、やや特異な例として、高次脳機能障害の発症を否定しつつ、既往症である統合失調症の悪化と交通事故との因果関係（３割の限度）を肯定し、３級レベルの逸失利益・慰謝料を認めている例（【365】）があった。

逆に、原告が予備的に非器質性精神障害を主張しても、その立証がない（あるいは既往のもの）として否定している例も見られる（【303】、【337】、【339】、【379】、【418】、【430】）。

非器質性精神障害の認定については、労災認定必携 166 頁以下に認定の基準が掲載されている。[18]

(2)　肯定判決

自賠責保険で高次脳機能障害が認定されていない事案で、原告が高次脳機能障害を主張し、判決で、高次脳機能障害を認定している例は以下のとおりである。

【表１】には、次のとおり 20 例あった。

【1】（自賠責は高次脳機能障害非該当としたが、原告３級主張。判決では高次脳機能障害を認め併合５級。）

【4】（自転車事故のため自賠責認定なし。加齢による痴呆との関係もあるため、被告側は事故と裁判時点での症状との因果関係を否定。判決は

18 裁判例の中には労災認定必携の記載の前提となっている厚生労働省労働基準局長通達「神経系統の機能又は精神の障害に関する障害等級認定基準について」（H15.8.8 通達）及び「精神・神経の障害認定に関する専門検討会報告書」（いずれも厚生労働省ｳｪﾌﾞｻｲﾄで入手可能）の内容に言及するものもある【418】。

鑑定に基づき症状固定時の等級を２級３号と判断。）

【11】（自賠責は高次脳機能障害を非該当とし咀嚼機能障害等で併合４級。原告は高次脳機能障害５級主張。判決は高次脳機能障害を認めたが等級には言及せず労働能力喪失率を８０％と判断した。）

【23】（自賠責 14 級、原告 11 級相当、被告争う、判決は嗅覚障害、器質性気分障害、高次機能障害、視野障害、両眼飛蚊症等の眼症状、味覚症状、右上肢前腕痺れを認定し 12 級と判断）

【24】（自賠責不明〔非該当と思われる。〕、原告３級、被告非該当、判決は３級認定。札幌高裁。）

【48】（自賠責非該当、原告５級、被告非該当、判決９級。大阪高裁。受傷の衝撃の大きさ、短時間の意識消失の存在、前額部をフロントガラスに打ち付けて出血した事実等を総合考慮して認定。）

【49】（自賠責の認定なし。原告５級、被告非該当〔１２級〕、判決９級。判決では自賠責保険の認定は受けていないと判示されているが、その理由は不明。なお、意識障害の程度や画像所見からすると、自賠責保険の請求がなされていれば等級認定がなされた可能性がある事案と思われる。）

【50】（自賠責非該当、原告２級、被告非該当、判決５級又は３級。東京地裁。なお、鑑定が実施されている。事故の衝撃の大きさ、意識障害は短期間であるが存在したこと、ＳＰＥＣＴでの血流低下があること等から高次脳機能障害を認定している。）

【51】（自賠責非該当、原告３級、被告非該当、判決６級〔ただし、事故から２０年以上経過しており、比較的症状が安定していた時期もあることや有名大学に合格した経歴があること等を考慮し、他の要因での精神症状の悪化も否定できないとして素因減額５０％〕。東京地裁交通部合議。画像所見や意識障害自体はあるケース。）

【52】（自賠責非該当、原告８級、被告非該当、判決９級。事故の大きさ、クモ膜下出血の存在、両側前頭葉と左側頭葉の脳血流の低下（ＳＰＥＣＴ）、事故前後の人格変化等を総合考慮して判断。なお、意識障害の有無について判決で言及なし。）

【58】（自賠責非該当、原告３級、被告非該当、判決７級。名古屋地裁交通部合議。ＭＲＩで前頭葉の脳挫傷の所見が認められたことなどを根拠。）

【81】（自賠責非該当、原告３級、被告非該当、判決７級。東京地裁交通部合議。意識障害〔見当識障害〕が軽度ではあるが６日間継続していたことや、ＭＲＩの画像について脳挫傷の所見があるとする複数の医師の意見があること、鑑定医が「軽症脳外傷」による高次脳機能障害を肯定

したこと等をふまえて高次脳機能障害を肯定。）

【83】（自賠責非該当、原告５級、判決５級。頭部・顔面部に強い衝撃がかかる事故態様であったこと、意識障害は一過性であるが存在すること、画像所見がない場合もありうるとの見解にたつこと、事故後に明らかな症状がみられること、等を理由として肯定。）

【85】（自賠責非該当、原告少なくとも５級、判決９級。【74】の控訴審。東京高裁。事故後の経過を重視し、最判昭和５０年１０月２４日〔ルンバール事件判決〕を引用して、高次脳機能障害を認めている。）

【89】（自賠責非該当、原告７級、判決９級。名古屋地裁。なお労災では９級認定。頭部外傷があること、下顎骨骨折があること、若干の意識障害があったことから、画像所見が明確ではないものの高次脳機能障害を認定している。）

【102】（自賠責不明〔非該当と思われる〕、原告５級、被告「せいぜい１４級」、判決は高次脳機能障害を認めるが１２級。）

【120】（自賠責非該当、原告５級、判決７級。名古屋地裁。事故直後の短時間の意識消失と JCS１が３日ほど継続。明確な画像所見はない。事故は重大なバイク事故（運転者死亡。原告は同乗者。）で、両手足の骨折、顔面の多発外傷や歯の脱臼がある。原告には事故前に精神症状はなく、事故後に顕著な精神障害〔易怒性等〕が生じたことを重視して高次脳機能障害を肯定。）

【122】（自賠責１４級〔頭痛〕、原告：７又は９級の高次脳機能障害と非器質性精神障害、判決：高次脳機能障害及び非器質性精神障害で７級。意識障害は JCS２～３程度で１日程度。頭蓋骨骨折と外傷性くも膜下出血はあるが、ＭＲＩで脳実質の損傷を示す所見はない。なお、５０％の素因減額。）

【141】（自賠責１２級〔脳挫傷によるふらつきとめまい〕、原告５級主張、判決では５級認定。東京地裁交通部合議。２３年報告書や一般的な医学的知見を判示したうえで、当該事案に対するあてはめを行い、５級を認定している。意識障害は JCS３ないし１程度が２、３日継続。その後も、入院中に不可解な言動があることから高次脳機能障害の症状は受傷当初から発現していたことを認定。画像所見は、ＣＴ、ＭＲＩでの脳挫傷と軽度の脳萎縮を認定し、ＰＥＴ、ＳＰＥＣＴとの整合性も補助的に指摘。神経心理学的検査と家族の証言、医療記録等の記載に加え、原告本人尋問の結果をふまえて、症状の現存を肯定。）

【162】（自賠責の等級について判示なし。既払自賠責保険金は 9,990,682 円と認定。なお、判決では視覚障害が８級と認定されている。高次脳機

能障害については原告５級主張、被告は高次脳機能障害を否定。判決は７級（併合５級）認定。意識障害は一過性意識消失のみ。画像所見は当初ＣＴで急性硬膜下血腫（２週間後に除去手術施行)。退院後４ヶ月目での症状の訴えは、自宅療養して職場復帰をして症状に気づくことは不自然ではないとする。)

また、【表２】では、【301】、【321】(控訴審【391】は否定)、【352】、【369】、【388】、【411】(自賠責保険の認定がないと思われる。)、【412】の７例がある。

(3)　若干の分析

高次脳機能障害の存否自体が争われるケースでは、①意識障害の有無・程度、②画像所見（特にＣＴ、ＭＲＩ)、の２点が重視されている。これに加えて、③神経心理学的検査結果、④事故の重大性（軽微性)、⑤症状の発現経過（推移)、等が補足的に検討されている。

ア　意識障害の有無・程度

意識障害の有無・程度の基礎となるものは、初期治療を担当した医師の作成による「頭部外傷後の意識障害についての所見」である。これに加えて、自賠責用の経過診断書、カルテ、消防の救急搬送記録、刑事記録、本人や事故現場にいた関係者の供述等が証拠提出されているようである。

意識障害の有無・程度は、画像所見とともに、外傷による脳実質の損傷があったことを裏付ける重要な事実とされている。

イ　画像所見[19]

自賠責報告書では、ＣＴ、ＭＲＩが重視されている。[20]

ＰＥＴ、ＳＰＥＣＴは、多くの裁判例で証拠提出されているが、それのみでは認定根拠とはされにくい。ただし、ＣＴやＭＲＩ画像の所見がある場合に、ＰＥＴ、ＳＰＥＣＴに一定の補助的な意味を認める裁判例はある（たとえば【141】)。機能画像の補助的な意義については 30 年報

19 脳外傷に関して有用な撮像方法についての一般的知見は井田正博医師の講演録「高次脳機能障害の画像診断」（青本 26 訂版 379 頁以下）にわかりやすく説明されている。

20 自賠責報告書では一貫して、ＣＴ及びＭＲＩが信頼できる画像所見であるとの立場を維持している。30 年報告書でも「脳の器質的損傷の判断に当たっては、ＣＴ、ＭＲＩが有用な資料であるという従前の考え方に変更はない」としている。その他の検査に関しては 30 年報告書では「一方、ＤＴＩ、ｆＭＲＩ、ＭＲスペクトロスコピー、ＳＰＥＣＴ、ＰＥＴ等に関する研究は現在なお進行中であり、健常者との比較研究や脳器質性病変との関連、画像処理方法等も研究段階にある。したがって、現在、これらの検査のみで、脳の器質的損傷の有無、認知・行動面の症状と脳の器質的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。」と指摘しており、23 年報告書と同様のトーンである。

告書でも言及されている。[21]

最近の裁判例では、ＭＲスペクトロスコピー（【24】）、拡散テンソル画像（ＤＴＩ）及びＭＲトラクトグラフィー（【101】、【112】、【123】、【126】、【128】、【149】、【154】、【156】、【170】、【173】、【183】、【305】、【322】、【331】、【362】、【375】、【396】、【403】、【405】、【428】、【430】、）、イオマゼニルＳＰＥＣＴ（【73】、【154】、【353】、【373】、【375】、【397】、【405】）等の画像所見に言及されているものもある。

ウ　神経心理学的検査

神経心理学的検査は、高次脳機能障害の存否の判断資料ともなるが、ア、イに比べるとむしろ補助的な要素である。

エ　事故の重大性（あるいは軽微性）

高次脳機能障害を肯定する裁判例では事故の重大性に言及しているものが多く、高次脳機能障害を否定する裁判例では事故の軽微性に言及しているものが多い。

オ　症状の経過

受傷後、相当期間が経過してから症状が発現して悪化していったり、いったん軽快して再度増悪したような場合には、症状の経過が外傷後の高次脳機能障害としては一般的ではないとして、否定の根拠として摘示されることが非常に多い。[22]

なお、小児の場合には、時間的な経過にともなってＩＱが低下することは必ずしも不自然な経過ではないとする裁判例がある。[23]

(4)　高次脳機能障害の有無についての判断基準

最近の裁判例（【表２】の裁判例）では、自賠責報告書（２３年報告書）に言及しているものが多かった。次いで、厚生労働省の診断基準[24]　に言

---

21 30 年報告書では、ＤＴＩ、ｆＭＲＩ、ＭＲＳ、ＰＥＴ、ＳＰＥＣＴについて「当初のＣＴ、ＭＲＩにおいて脳損傷が明らかであったものの、時間経過とともに損傷所見が消失した場合など脳外傷による障害の残存に疑義が生じる場合には、前記のようなＣＴ、ＭＲＩ以外の検査において整合性のある一貫した所見が窺えるものについては、補助的な検査所見として参考になる場合がある。」との指摘があり、一定の肯定的評価が述べられている。

22 23 年報告書では「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。」とされている（12 頁。同趣旨のことは 12 年報告書５頁、30 年報告書 13 頁でも記載されている。）。否定理由として、「存否×」と分類されている例では、この記載を引用している裁判例がかなりの割合を占めていた。

23 裁判例としては、【384】、【427】。なお、栗原まな医師の講演録（青本 26 訂版・393 頁以下）にもその趣旨の症例報告がある。

24 前掲注 3

及するものも相当数あった。また、ＭＴＢＩの主張がなされているものは、ＷＨＯの診断基準[25]　に言及するものが多かった。

(5)　ＭＴＢＩの主張

軽度外傷性脳損傷（ＭＴＢＩ）により高次脳機能障害が残存したと主張する例は多く見られる。

ＷＨＯの診断基準を援用して、意識障害が軽度で、画像所見がない場合でも高次脳機能障害を認めうるという主張をする例もあるが、このパターンでは、①そもそも意識障害の存在が認められない（医療記録や刑事記録等に基づき否定）からＭＴＢＩとは言えないとして排斥されるか、②ＭＴＢＩにあたるとしても、ＭＴＢＩによる症状は一過性のものであることから高次脳機能障害が遷延することは考えにくいという論法で排斥する例が多くみられた。

また、もう一つは、明確な意識障害やＣＴ、ＭＲＩの画像所見がなくとも、神経心理学的検査、拡散テンソル画像、ＰＥＴ、ＳＰＥＣＴ等の機能画像、耳鼻科、泌尿器科の検査結果を総合して高次脳機能障害を診断する見解[26]　に依拠する主張である。ただし、この見解を正面から採用して高次脳機能障害を認定した裁判例は見当たらない。

裁判例においては、自賠責報告書を前提にして、上記(3)で指摘した事実のうち、特に意識障害と画像所見を重視して高次脳機能障害の存否を判断する手法が圧倒的多数の裁判例において採用されているのが現状である。[27]

---

25 WHO は 2004 年に「MTBI」の定義について「受傷後 30 分またはそれ以降の診察時点のグラスゴー昏睡尺度（Glasgowcoma scale、以下 GCS）が 13～15 点で、かつ①混乱や見当識障害、②意識消失が 30 分以下、③ 24 時間以内の外傷後健忘、④一過性の神経学的異常（大脳巣症状、けいれん、保存治療で足りる頭蓋内病変）の①～④の 1 つ以上」とすることを提案している。裁判例等では、これを「WHO の診断基準」と表現している例も多い。

26 石橋・相馬・安田・篠田「軽度外傷性脳損傷の実際　学際的アプローチと多重的脳画像診断学」（労働者住民医療 2015.10。なお、インターネットでタイトルを入力して検索すれば入手可能）や石橋「軽度外傷性脳損傷」（金原出版・H21.2）等に依拠した主張といえる。耳鼻科や泌尿器科の検査、神経心理学的検査、脳画像診断（3 テスラ MRI、MRA、MRtensor tractgraphy、FA-SPM imaging、FDG-PET、ECD-SPECT）を組み合わせて診断をするというものである。公刊物では病院名や医師名が仮名となっているものが多いが、【349】では各病院や医師の実名が引用されている。

27 MTBI に関連して、意識障害がない症例や画像陰性例においても、高次脳機能障害が残存する可能性を示唆する研究として「高次脳機能障害者の地域生活支援の推進に関する研究」（平成 23 年総括報告書）の 33～40 頁にある「高次脳機能障害画像所見陰性例の調査結果報告」がある（インターネットで、厚生労働科学研究データベースから取得可能）。また、この報告に基づく、労災に関する通達「画像所見が認められない高次脳機能障害に係る障害（補償）給付請求事案の報告について（平成 25 年 6 月 18 日・基労補発 0618 第 1 号・都道府県労働局労働基準部労災補償課長あて厚生労働省労働基準局労災補償部補償課長通知）」や、「高次脳機能障害（MTBI）への適切な対応について」（平成 25 年 7 月 1 日国土交通省自動車局保障制度参事官室長の通

(6)　労災との相違

労災認定と自賠責認定が相違する例は一般論として珍しくはないが、今回調査した【表２】の裁判例では、特に、労災保険で高次脳機能障害が認定されている一方で、自賠責保険では認められず、訴訟でも否定されている例が目立った。例えば、【311】、【337】、【350】、【351】、【355】、【356】、【386】、【391】（自賠責認定留保事案）、【420】、【421】、【426】、【434】等があった（【355】【356】は労災の障害年金を受給しているが、高次脳機能障害が認定されているのかは判決文からは不明）。

なお、労災保険の社会保障的性格と、賠償場面における認定の相違について言及する裁判例として【347】がある。

(7)　長期経過後の提訴

事故後、判決や和解によって、いったん解決したが、長期間経過後に高次脳機能障害の診断を受けたとして、別訴を提起している例や、そもそも本人及び家族が明確に高次脳機能障害を認識せずに長期間経過後に提訴している例がある（【130】、【131】、【200】、【302】、【369】、【373】、【411】等）。[28]

(8)　その他の論点について[29]

裁判例で、比較的多くみられた争点について若干の意見を述べる。

ア　画像上の脳萎縮・脳室拡大の所見の扱い

脳萎縮・脳室拡大の所見が重要な所見であることは、自賠責報告書で一貫して指摘されているが、自賠責報告書では“脳萎縮・脳室拡大が高次脳機能障害の必須要件”と述べているわけではない。

例えば、30 年報告書では「また、外傷から３～４週間以上が経過すると、重症例では、脳萎縮が明らかになることがある。」とされているとおり、脳萎縮は全例での必須要件とは考えられてはいない。これは、局所性の脳損傷（脳挫傷等）や、びまん性の脳損傷でも軽度であれば、目立った脳萎縮が生じないこともありえるからと思われる。現に、明確な脳萎縮が認められないケースでも自賠責保険で高次脳機能障害が認定さ

達）等がある。これらにおいては、意識障害や画像所見のない外傷性の高次脳機能障害の存在が示唆されている（これらの調査報告や通達に言及する裁判例として【405】がある。）。

28 高次脳機能障害の場合には事故から長期間経過して障害が判明するケースがある。そのようなケースについては、時効・除斥期間や和解・示談の効力等が問題となる。また、民事交通訴訟と時効・除斥期間については、千葉和則「後遺障害と消滅時効・除斥期間について」赤い本 2010 年版下巻５頁参照。高次脳機能障害に気付かないケースでの時効については【411】の判断が参考となる。なお、高次脳機能障害の事案で、後遺障害診断書発行日から３年以上が経過しているとして消滅時効の完成を認めている最近の裁判例として、東京地判平成２９年６月１３日（ウェストロー掲載）がある。

29 この項の記載は、報告者の全くの私見であり、一般的な見解ではない。

れることはある（例えば【354】、【398】等）。

少なくとも自賠責保険が高次脳機能障害を認めているのに、脳萎縮がないことを主たる理由にして、高次脳機能障害を否定することは疑問である。

イ　慢性期の画像で異常所見が消失している例

また、近時の裁判例では、被告側が「当初の脳挫傷の所見は、その後消失した」「血腫は吸収されて消失した」と指摘し、「だから高次脳機能障害が残存することはありえない。」といった主張がみられる。裁判例でも、その主張を採用したととれるような記載もみられる。

しかし、脳神経細胞は、一度損傷すれば、骨や皮膚の細胞のように分裂・再生することは原則としてない、という考え方が一般的と思われる。受傷直後の重い症状が改善していくのは、残った脳神経細胞がネットワークを強化して代償するからであって、死滅した脳神経細胞が再生したり脳神経細胞が分裂して増えて元にもどるといったものではない。画像で描出できる水分や鉄等は出血等の病変を映すもので、慢性期にこれらの画像所見が消失したことは、脳神経細胞が「全て元通り」になったことを意味しているわけではない。だからこそ、自賠責報告書でも「微細な脳損傷を検出するには、ＣＴでは不十分である。ＣＴにおいて画像所見が得られない患者で、頭蓋内病変が疑われる場合は、外傷後早期にＭＲＩ（Ｔ２強調画像、Ｔ２＊、ＤＷＩ、ＦＬＡＩＲなど）を撮影することが望まれる。これは、早期に撮影されれば脳挫傷が明らかになる場合でも、時期が経過すると、脳の器質的損傷所見が消失する例があるからである。」（30 年報告書では 11 頁。過去の自賠責報告書でも同趣旨）のように早期に画像を撮影することの重要性を強調していると理解できる。「当初、挫傷痕や点状出血があろうがなかろうが、今現在、ＭＲＩで異常所見がないから、高次脳機能障害が残存しているはずがない」のであれば、画像を「早期」に撮影することに意味はないはずである。自賠責報告書でも、早期にＭＲＩ（しかもＴ２＊やＤＷＩ、ＦＬＡＩＲ等で）を撮影することの重要性を指摘しており、「画像上の異常所見が消失したら高次脳機能障害は残らない」との見解には立っていないと思われる。

したがって、脳挫傷や点状出血の所見が消失したことは、器質的損傷が比較的軽度であったことを示すものとはいえても、高次脳機能障害が残らないと断定できるような事実ではないと思われる。少なくとも、自賠責保険が高次脳機能障害を認めている事例について、慢性期に画像所見が認められなくなったことを理由に、高次脳機能障害を否定することは疑問である。

なお、ＭＲＩ上の当初の異常所見が消失した場合に、ＰＥＴやＳＰＥＣＴ等の機能画像が補助的に使えることは前述のとおりである(注21参照)。

ウ　画像所見はあるが意識障害がない（もしくは軽度）のケース

また、自賠責報告書では「意識障害は、脳の機能的障害が生じていることを示す１つの指標である。一次性の脳外傷に起因する意識障害が重度で持続が長いほど（特に脳外傷直後の意識障害がおよそ６時間以上継続する症例では）高次脳機能障害が生じる可能性が高い。」としている（30年報告書12頁。23年報告書11頁や19年報告書3頁も同趣旨の記載がある。)。

この部分の記述は、“意識障害が６時間未満ならば高次脳機能障害が生じない”という方向での記述ではないし、特に、局在性の外傷性脳損傷（例えば、前頭葉の脳挫傷等）の画像所見が明らかなケースで「意識障害がないから高次脳機能障害は生じない。」とはいえないと思われる。

少なくとも、自賠責保険が高次脳機能障害を認めている事例について、意識障害が「基準に達しない」という理由で、高次脳機能障害を否定することは疑問である。

エ　原告の立証責任

交通事故に起因する脳外傷による高次脳機能障害が生じたことの立証責任は、あくまでも原告側にある。「意識障害が全くない」「画像所見（ＣＴやＭＲＩの所見）が何もない」という状況であれば、そうした客観所見を根拠にして高次脳機能障害を推認する根拠がないということであるから、立証は不奏効と評価されることが通常である。現に「存否×」の裁判例は大半がそのような判断であり、客観所見がない(乏しい)ケースで、高次脳機能障害を認めてもらうことは極めて困難であるのが現状といえる。

また、客観所見が「全く無い」わけではなくとも、「意識障害が軽度」「当初、画像上の脳挫傷の所見があったが、その後、所見が消失した」「脳萎縮がない」といったケースでは、「意識障害が重度」「現在も脳挫傷痕は明瞭」「脳萎縮がある」という事案に比べれば、証拠として弱いことは否めないので、その他の事情（症状の経過が外傷によるものと考えて自然であること、当初みられた脳損傷の部位と症状が医学的に整合すること、事故の大きさ、等の諸般の事情）を丁寧に立証する必要がある。

「存否×」とされている例の大多数は、①ＣＴ、ＭＲＩによる脳の器質的損傷の客観所見がない（乏しい)、②意識障害がない（乏しい)、という厳しい状況のうえに、③事故自体が軽微といった点が認定されてい

る。加えて、④症状経過として「既往症がある。（したがって、症状は既往症によって説明できる。）」というケース、「症状の経過が不自然。（時間が経過してから重篤な症状を呈している。）」というケースが非常に多い。

自賠責保険の等級認定がない事案はもとより、等級認定がある事案でも、客観所見にかかる証拠が弱い事案は必ずしも安心できないといえる。特にカルテ等の記録上、症状の訴えが当初からなされておらず、半年以上経過して症状の訴えがでてきているケース（それが徐々に悪化するようなケース）は、高次脳機能障害が否定される根拠とされることが多いので、留意が必要である。自賠責保険ではカルテが提出されないが、訴訟の場合にはカルテが証拠提出されることが多く、裁判所としても「前提が異なる。」として自賠責保険の認定と異なる判断をすることが少なくないようである。

３　高次脳機能障害の程度が争われているケース

(1)　当事者が争ったが自賠責保険と同じ等級を認定した例[30]

当事者の一方又は双方が自賠責保険の認定等級と異なる等級を主張しても、多くの裁判例では、自賠責保険の認定等級と同じ等級を認定している。「程度△」は、【表１】では 58 例、【表２】では 24 例であった。

(2)　自賠責保険よりも下位等級を認定した例[31]

被告が自賠責保険と異なる低い等級を主張して争った結果、自賠責保険よりも低い等級を認定している裁判例は以下のとおりである（労働能力喪失率について、自賠責保険の支払基準の一般的な喪失率よりも低い率とする例を含む。）。

まず、【表１】では、以下のとおり 22 例あった。

【8】（自賠責３級〔併合１級〕。被告は５級を主張。判決は３級〔併合１級〕と認定しつつ、労働能力喪失率は９５％と認定）

【10】（自賠責９級。被告は労働能力喪失率２０％を主張。判決は労働能力喪失率２７％と判断。※事故前の職場に復帰し、収入減少がなく、むしろ増加しているケース。なお、後遺障害慰謝料は９級を前提として６５０万円とする。）

【13】（自賠責３級、原告２級、被告５級、判決は３級と５級の間であると

30 等級そのものを明示していない裁判例もあるが、労働能力喪失率や後遺障害慰謝料額から、自賠責保険どおりの等級を維持したと認められるものを含む。

31 自賠責保険の等級認定を変更するのか否かについて明確に言及しない裁判例もあるが、労働能力喪失率や後遺障害慰謝料額から自賠責保険よりも下位の等級を認定したと認められるものを含む。

して労働能力８８％喪失と判断）

【26】（自賠責１級、被告３級、判決は等級を明示していないが慰謝料額からは実質２級評価と思われる。）

【30】（自賠責２級で、判決は５級と判断。）

【47】（自賠責７級、原告７級、被告９級、判決８級）

【66】（自賠責７級、原告３又は５級、被告９級、判決８級）

【70】（自賠責９級、被告１２級、判決は９級としつつ喪失率２７％。事故前より増収となっている点を考慮。）

【79】（自賠責５級〔視野障害とあわせて併合３級〕、原告は自賠責認定を前提に喪失率１００％、被告は喪失率７９％よりも低いと主張。判決では等級は明示せず喪失率７９％と判断）

【93】（自賠責１級、被告２級、判決は神経心理学的検査と実際の生活状況を詳細に認定したうえで２級と判断。）

【121】（自賠責９級、被告：労働能力喪失を否定、判決９級としつつ喪失率３０％）

【127】（自賠責７級、反訴被告は事故との因果関係を否定。判決では７級としつつ、１５％の心因性減額）

【132】（自賠責３級、被告は高次脳機能障害自体の存在を強く争い、判決では比較的詳細な説示をして、高次脳機能障害を認定したうえで、その等級については３級にまでは至らないとし、３級と５級の間とする。）

【139】（自賠責２級、原告１級、被告３級、判決３級。一人で公共交通機関を利用していること等から、１級・２級にはあたらないと判示している。）

【150】（自賠責２級、被告は高次脳機能障害を強く否定。判決は、等級は明示しないが、後遺障害慰謝料１７００万円（４級より少し高い）、労働能力喪失率６０％としている。なお、公務員で職場復帰しており現実の収入減少は認められていない。）

【151】（自賠責２級、被告３級、判決３級。片道２時間かけて公共交通機関に乗って一人で通院をしていることから、３級にとどまると判示。）

【153】（自賠責５級、被告９級、判決７級。事故後に復職し、パソコン入力作業に従事したり、一人で自動車を運転して通勤したりしていた事実から、５級までは至っていないと判示。）

【167】（自賠責３級、被告争う、判決９級。一人で買い物に行っている事実から、９級と認定。程度についての認定理由はごく簡単である。）

【168】（自賠責３級、被告９級、判決７級。日常生活が自立していることと、就労に相当程度の困難が伴っていること等をふまえて評価。）

【172】（自賠責５級、被告争う、判決７級。障害者枠ではあるが就労していること〔時給 1,000 円〕、ホームヘルパー２級の資格取得のために本を購入するなどしていること、リハビリテーションセンターで知り合った異性と交際し、その後、別の異性と交際するなどしていること、一人暮らしに向けて準備をしていること、等をふまえて７級と判断）

【181】（自賠責２級、被告９級又は１２級、判決７級。受傷時９歳であり、その後の進学状況〔高等学校の成績は学校内でも上位であり、大学に進学し、サークルに加入している。〕や、ＦＩＭで 120 点台まで回復していることなどをふまえて７級とする。）

【185】（自賠責５級、被告９級、判決７級。事故後に、社員食堂のパートの仕事〔配膳や後片付け〕に復帰して、支障なく仕事をしていた点を指摘し、労災の整理表による検証もしたうえで７級と評価した。）

他方、【表２】では 13 例あった（【310】【317】【328】【329】【343】【348】【358】【370】【378】【404】【406】【425】【432】）。程度が争点となっている例において、近時、自賠責保険よりも低い等級が認定される例が多くみられている印象である。

(3)　自賠責保険よりも上位等級を認定した例[32]

原告が自賠責保険と異なる高い等級を主張して争った結果、自賠責保険よりも高い等級を認定している裁判例（労働能力喪失率について、自賠責保険の支払基準の一般的な喪失率よりも高い率とする例を含む）は、【表１】では以下の 11 例があったが、【表２】（最近４年ほど）では１例もなかった。

【2】（自賠責５級、判決３級）

【3】（自賠責９級、判決７級。判決文からは自賠責保険の認定内容が不明だが、当事者の主張等と照合すると、下肢短縮 13 級と高次脳機能障害９級で併合８級が自賠責の認定と推測される。結論は労働能力喪失率６０％としており、６級と７級の間をとっているので、高次脳機能障害自体は７級との判断と思われる。）

【6】（自賠責３級、判決２級）

【7】（自賠責５級、判決２級。ただし認知症の影響を考慮して２５％素因

32　自賠責保険の等級認定を変更するのか否かについて明確に言及しない裁判例もあるが、労働能力喪失率や後遺障害慰謝料額から自賠責保険よりも上位の等級を認定したと認められるものを含む。

減額）

【20】（自賠責７級（複視等と併合して６級）で、原告が５級（併合４級）を主張した事例。判決は、等級そのものは自賠責の認定等級を維持しつつ、記憶力及び記銘力障害が顕著であることを重視して、労働能力喪失率については、５級と７級の中間とする。）

【21】（自賠責５級・併合３級。原告は３級（併合２級）を主張。判決では労働能力１００％、慰謝料２２００万円（事故当時の赤い本基準の２級の慰謝料）、介護料日額４０００円を認定しており、高次脳機能障害については３級と評価したものと思われる。）

【29】（自賠責２級。原告は明示的には等級自体に関する主張をしていないが、慰謝料や介護料は１級相当を前提にした主張となっている。判決も等級については明示しないが「常時介護が必要」と判示し、後遺障害慰謝料２５００万円、将来介護料日額 15,000 円を認定しており、実質的には１級相当との判断と思われる。なお、控訴審【34】では、後遺障害慰謝料は２５００万円を維持しているが、将来介護料は日額１万円を上限とする内容に変更）

【38】（自賠責５級、原告少なくとも３級、判決３級。なお労災１級）

【108】（自賠責９級、原告５級、判決５級。労災の基準を参考に丁寧な事実認定をして、等級評価を行っている。）

【110】（自賠責５級。判決では５級２号を前提としつつ、①具体的症状、②６１歳という年齢、③事故以前のマンション管理人の仕事〔軽易な労務〕も維持できなくなったこと、④基礎収入自体が 192 万円と低額認定であること、等から 100％喪失を認めている。）

【133】（自賠責３級、原告２級、判決は２級と判断。自発性の欠如や重度の記憶障害があることを指摘し、２級と認定している。）

(4)　分析（主張・立証のポイント）

高次脳機能障害の「程度」の問題については、自賠責保険の基準自体がかなり抽象的で曖昧なものであるため、争点となりやすい。[33]

最近の裁判例では、概ね、自賠責保険及び労災の考え方を意識しながら（当事者も、これらの基準を引用しながら主張・立証を行っていると

33　自賠責保険の後遺障害の基準は客観的・具体的なものが多いが、高次脳機能障害に関する基準は曖昧・抽象的であり、両当事者が不満を持ちやすい面がある。例えば、被害者側からすると、７級の「事故以前の半分程度の労働能力がある。」との評価や、５級の「事故以前の２割程度の労働能力がある。」との評価に対し、「とても働けない。現に就労できていない。」という不満を持つことが多い。反面で、支払側としては、被害者・家族の主張が自賠責保険の判断資料となることもあって、「賠償目的で症状を過大に訴えていないか？」という疑念を持つのではないかと思われる。

思われる。)、判断を行っている。裁判例における「高次脳機能障害の程度の判断」におけるポイントは以下のような点である。

ア　意識障害と画像所見

意識障害と画像所見は、それらから、ただちに残存する高次脳機能障害の程度を導き出せるものではなく、程度が争点となっている例では、それほど重要視されていないが、意識障害や画像所見が重症であるほど残存する障害が重い（逆に軽症であれば、軽い）という点を考慮している例もある。[34]

イ　神経心理学的検査

高次脳機能障害の程度が争われる場合の基礎的な資料は神経心理学的検査の結果である。神経心理学的検査の結果が悪ければ、高次脳機能障害としても重症であるということになる。

他方、高次脳機能障害の症状は多様であり、特に行動障害（人格変化）に関しては、神経心理学的検査では十分に把握できないので、神経心理学的検査の成績が比較的良好でも、中等度ないし重度の高次脳機能障害を認定している例は少なくない。以下に、いくつかの裁判例をあげる。

※　Ｖは言語性ＩＱ、Ｐは動作性ＩＱ、Ｆは全体ＩＱを意味する。また、検査は特に注記ないかぎり、ＷＡＩＳ－Ｒ又はＷＡＩＳ－Ⅲである。

【3】（Ｖ96、Ｐ102、Ｆ99 で、判決は６級と７級の中間）

【5】（Ｖ92、Ｐ113、Ｆ100、自賠責及び判決５級）

【20】（検査の種類が不明だが「ＩＱは 110 前後」と認定。自賠責及び判決７級）

【22】（Ｖ86、Ｐ84、Ｆ83。自賠責及び判決３級）

【27】（Ｖ94、Ｐ101、Ｆ96。自賠責及び判決３級）

【30】（Ｖ85、Ｐ92、Ｆ87。自賠責２級、判決５級）

【38】（Ｖ99、Ｐ83、Ｆ91。自賠責５級、判決３級、なお、労災１級）

【77】（Ｖ139、Ｐ112、Ｆ130。自賠責及び判決７級。短期間に繰り返し検査しており、慣れによる得点上昇の可能性が指摘されている。）

【93】（Ｖ107、Ｐ83、Ｆ96。自賠責１級、判決２級）

【95】（Ｖ84、Ｐ90、Ｆ85、自賠責及び判決２級）

【125】（Ｖ81，Ｐ95，Ｆ84。自賠責及び判決３級）、

【160】（Ｖ88、Ｐ97、Ｆ96。自賠責及び判決２級）

34　30 年報告書では「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。」と指摘している（11 頁）。

【341】（Ｖ106、Ｐ101、Ｆ104。自賠責及び判決７級）
【378】（Ｖ101、Ｐ108、Ｆ105．自賠責３級、判決５級）

ウ　日常生活状況・就労状況

自賠責保険の認定を変更するケースでは、起床、炊事、食事、服薬、洗濯、掃除、整容、入浴、排せつ、外出（交通機関の利用含む）、戸締り、火の扱い、会話、読書、テレビ視聴、就学、就労等の日常生活の様々な場面における「できること」「できないこと（必要な援助の内容）」や、行動障害の具体的内容等を比較的詳細に事実認定している例が多い。

これらの日常生活状況は、家族の供述が基本となるが、これに加えて、職場の同僚・上司の供述、学校の教師の供述で、具体的なエピソードを示すことが出来る場合には、裁判所も比較的、重視しているように思われる。神経心理学的検査では的確に把握できない障害については、こうした方法で立証するほかない。[35]

日常生活状況のうち、判決でしばしば指摘されているのは、単独で外出している事実、単独で公共交通機関を利用している事実、単独で買い物等を行っている事実、就労に関係する事実（職場復帰して就労している。職場復帰できなかった。復帰したけれど仕事ができずに結局、退職・解雇となって以後、就労していない、等）である。[36]

エ　立証方法について

立証方法は事案ごとに様々であるが、以下の３点は判決において、しばしば指摘されている。

①　医師の意見及び医療記録

医師の意見（鑑定も含む）が高い証拠価値を有することは当然であるが、加えて、カルテや看護記録自体に記載された高次脳機能障害の

35 阿部順子「脳外傷者の社会生活を支援するリハビリテーション」中央法規出版株式会社 35 頁では「脳外傷特有の認知や行動の障害は、外見から分かりにくいために、援助者も本人も障害を理解することが難しく、短時間の面接やテストなどでは見逃してしまいがちです。医師や裁判官などの前ではごく普通の応対ができる人たちもいます。しかし家族は、そんな場合に１日一緒に仕事をしてほしい、１日一緒に生活をしてほしい、そうしたら自分たちの訴えていることが決して誇張ではない、事実なのだと分かってもらえると思う、と言います。このように生活の中の一部を切り取って観察しただけでは、脳外傷によって生じた認知・行動障害の全貌を理解することは難しいということを胆に命じておくことが大切です。」と指摘している。なお、著者は名古屋市総合リハビリテーションセンター（平成 13 年～15 年に厚生労働省が行った高次脳機能障害モデル事業の拠点病院）の臨床心理士である。

36 自賠責の考え方（青本 337 頁）では、２級について「一人で外出できない」、３級について「自宅周辺を一人で外出できる」となっており、外出の有無や程度が判断要素となっている。５級、７級、９級については就労の能力に着目している。したがって、裁判例でもこれらの点について当事者双方が主張立証（反証）をしていることが窺われる。

程度を示すエピソードも高次脳機能障害の重症度の判断においては重視されている。医療記録に記載された症状やエピソードは家族作成の日常生活状況報告や陳述書等と比べて客観性が高い証拠といえる。

程度が争われている事例の多くにおいて、医療記録に記載されている被害者の症状が摘示されている。

② 被告側の反証

被告側の立証としては、支払側の主張に沿う医学的意見を提出したうえで、神経心理学的検査の結果が良好であること、医療記録中に症状が軽いことを示すエピソードがあること、就学状況、就労状況、単独での外出状況（買い物、通学、通勤）等を主張することが多い。具体的な立証方法として、被害者を撮影した写真やビデオ等を含む調査報告(単独で外出したり、買い物をしたりしている様子を撮影する等)が提出されていると思われる例も少なくない。[37]

③ 原告本人尋問

原告本人尋問における原告の供述内容や態度を、高次脳機能障害の存在を否定したり、程度が軽いとの認定理由にあげる裁判例は相当数ある（【20】、【81】、【97】、【111】、【121】、【166】、【310】、【311】、【337】、【343】、【350】、【371】、【377】、【382】、【413】等)。本人尋問を検証的な意味で利用しているものといえるが、法廷では１問１答の環境が整った特殊な状況下での問答になるので、尋問に回答した事実から日常生活での支障を推認したり、高次脳機能障害の存否や程度を推認することには慎重であるべきように思われる。[38] この点を指摘するものとして【108】がある（他に【27】も１時間以上の原告本人尋問に適切に応答できていたこと等を根拠に、症状が軽いとする被告の主張につき、批判的に検討して排斥している。)。

逆に、【94】では原告本人尋問の状況を摘示して症状の重篤さの認定根拠にしている。また、【141】は、高次脳機能障害の存否が争われた事案であるが、原告本人尋問の内容から高次脳機能障害の症状が認められるとし、高次脳機能障害の存在を肯定する根拠の一つとして指摘している。

---

37 今回追加調査した【表２】の裁判例で、被害者の行動確認調査（尾行による写真やビデオ等の撮影）がなされていると思われる例としては、【317】、【337】、【343】、【375】、【391】、【397】、【399】、【406】、【426】、【427】等がみられた。特に重度の障害（外出できない、他人と意思疎通が一切できない）や身体麻痺等との複合（歩けない）等を原告側が主張している事案では、被告側の反証として大きな効果がある。他方、編集されていることや断片的なものでしかないことから、ビデオをふまえても自賠責認定を変更しない例もある（【399】、【427】)。

38 注 35 参照。

他に、原告本人尋問を拒否したこと自体を原告に不利益な認定に用いている例もある（【79】）。

第３　請求側弁護士としての準備・対応[39]

画像所見が乏しく、意識障害が軽度の事案について相談を受けた場合、以下のような点を意識することが重要と思われる。これは、自賠責保険において高次脳機能障害が認められていない事案はもとより、認められている事案であっても同様である。

１　意識障害についての所見

「頭部外傷後の意識障害についての所見」は、既に意識が回復しているケースでは、受任後早期に取得しておくことが望ましい。時間が経過するとドクターが異動するなどして、的確に書けないケースも出てくる。

２　画像

受任時点で、画像所見（ＣＴ、ＭＲＩ）がないものについては、画像取得について主治医の意見を確認し、場合によって新たに撮影してもらうことも検討すべきである。撮影をする場合には、自賠責保険の実務上、頭蓋内の血腫、挫傷痕、点状出血等が認められるか、それらがない時は、経時的な脳萎縮の画像が重視されていることを伝えて的確な撮像方法を依頼する必要がある。自賠責報告書でも指摘されているとおり、できるだけ高性能（３Ｔ）で、Ｔ２ＷＩ、Ｔ２＊、ＤＷＩ、ＦＬＡＩＲ、ＳＷＩ等の撮像方法を使って撮影できないか相談してみる。

なお、補助的に機能画像（ＰＥＴ、ＳＰＥＣＴ）が有用な場合もあるので、その点についても主治医に相談してみる。

３　症状の経過の確認

本人や家族から事情聴取するとともに、医療記録を取得して、事故後の経時的な症状の経過（既往の精神疾患等があれば、事故前も含めて）をなるべく詳細に把握することが何よりも重要である。症状を訴え始めた時期が争点となることも多いので、その点についての本人・家族の説明と、カルテの記載の整合性については特に慎重に確認しておく必要がある。

△抽象的な症状（物忘れが多くなった、怒りっぽくなった）

○具体的なエピソード（家で、職場で、職場で、病院で、施設で、こんなことがあった。学校の試験・宿題・課題でこんなことを書いていた。～医療記録・施設記録・学校記録・職場記録等の第三者の記録があれば証拠価値増加）

[39] この項の内容も全くの私見である。

◎恒常的な生活状況の変化（特別支援学級に行くことになった。就労不能で解雇された。一人での外出や買い物は不可能。通院時も必ず付添が必要。車の運転ができなくて運転免許は返納した。）

4　労災事案での資料の取得

労災の認定がなされている事案については、調査復命書等についての個人情報開示請求を行って、労災の認定理由の詳細や医員の意見等を把握し、証拠として有用なものがないか調査する必要がある。

5　手続の選択について

後遺障害等級を認定する手続としては、①自賠責保険、②一般財団法人自賠責保険・共済紛争処理機構、③訴訟、がある。特段の事情がないかぎり、まずは自賠責保険での後遺障害等級認定手続（被害者請求又は事前認定）を経て等級認定を受けることが合理的である。

また、終局的な解決については、①示談、②ＡＤＲ、③訴訟、がある。自賠責保険は、定型的な様式の書類で判断し、基本的にはカルテ等は取り寄せない。また、事故態様についても有無責が争われないケースでは詳細な調査はしない。他方で、訴訟になれば、カルテに記載されている症状の経過の詳細や事故態様の詳細が明らかになり、その結果、自賠責保険の認定が否定されてしまう事例が少なからず存在することは十分に留意すべきである。