

脳外傷による高次脳機能障害 の被害回復の現状と問題点

～弁護士の立場から～

弁護士法人穗高

結論

行政・司法による**被害回復は不十分極まりない**と言う他なし。

- 特に、**軽度外傷性脳損傷の被害者と** その家族は、ほとんど補償の対象からはずされ、泣き寝入りを強いられている。

原 因

- 第1 杜撰な警察捜査（捜査機関の壁）
- 第2 自賠責保険と労災保険の高次脳機能障害の認定システム（行政の壁）
- 第3 司法の判断回避・消極的态度（司法の壁）
- 第4 専門医がない、医療機関が裁判に非協力的
(医師・医療機関による壁)
- 第5 職場の上司・同僚が非協力的（職場の壁）
～児童・生徒の場合は教師の壁（学校行政の壁）

立証責任は被害者

すなわち、
被害者が適正金額の賠償を得るためにには、損害の有無と内容につき、被害者が立証責任を負っている。

そのため

- (1) 被害者が**脳外傷（交通外傷）**となつたこと
- (2) 脳外傷に**因る高次脳機能障害**が後遺したこと
- (3) 高次脳機能障害の**内容と程度**

以上の全てについて被害者が立証する必要がある。

被害者が立証できないときは、被害者が主張している事実が真実か否かが証拠で確認できないとして、その主張が排斥される。

故に、被害者が、適正金額の賠償を得るには、
(1)～(3)についての十分な情報と立証資料
を入手していることが必要となる。

ところが、

脳外傷による高次脳機能障害に精通する医師が
少なく見落としが多いという壁、

実態から遊離している自賠責保険や労災保険の
後遺障害認定システムの壁、

弁護士の知識・能力不足の壁、

自賠責保険や労災保険の後遺障害認定の追認機
関と化している裁判所の消極的体質の壁、

その結果、

適正な賠償はおろか、被害回復が全くできず、途方に暮れ、泣き寝入りを強いられているケースが圧倒的に多い。

その悲惨な現状は、特にCT・MRI画像で脳損傷が判然としない軽度外傷性脳損傷による高次脳機能障害者とその家族において顕著。

そして、このような現状について、**加害者**、**保険会社**、**医療従事者**、**行政**、**司法関係者**、だれも責任を取ろうとしない。

第1 杜撰な警察捜査（捜査機関の壁） 省略

第2 自賠責保険と労災保険の高次脳機能障害の認定システム（行政の壁）特に自賠責保険の問題点

1. 自賠責保険が定めた等級内容は、高次脳機能障害の本質に即したものになつておらず、等級認定が低くすぎる。

※3級かそれとも2級以上かの区別に関する要介護の有無を、日常生活活動の自立性だけに着眼して判断している傾向が極めて強い。

2. 5級、7級、9級の等級基準が不明確

3. 画像所見を偏重している。

※ 5級か3級か、3級か2級か、2級か1級かの判断に迷う限界事例について、家族作成の日常生活状況報告書より、意識障害の程度やCTやMRIの画像上の異常所見の程度により判断する傾向がある。

4. 軽度外傷性脳損傷による高次脳機能障害を認めない。

自賠責保険の後遺症害等級

第1級 就労不能で常時介護

第2級 就労不能で隨時介護

第3級 就労不能だが介護は不要

第5級 単純な反復作業なら就労可能

第7級 一般就労維持できるが、作業手順が悪い、約束忘れやミスが多い

第9級 一般就労維持できるが、作業効率や作業持続能力に問題を残す

高次脳機能障害における自賠責保険による等級認定にあたっての基本的な考え方

	障害認定基準	補足的な考え方
1級	神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、常に介護を要するもの	「身体機能は残存しているが高度の痴呆があるために、 生命維持に必要な身の回り動作 に全面的介護を要するもの」
2級	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	「著しい判断力の低下や情動の不安定などがあって、 1人で外出 することができず、 日常の生活範囲は自宅内に限定 されている。身体動作的には排泄、食事などの活動を行うことができても、 生命維持に必要な身辺動作 に家族からの声掛けや看視を欠かすことができないもの」
3級	神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの	「 自宅周辺を一人で外出できる など、日常の生活範囲は自宅に限定されていない。また声掛けや、介助なしでも日常の動作を行える。しかし 記憶や注意力、新しいことを学習する能力、障害の自己認識、円滑な対人関係維持能力 などに著しい障害があつて、 一般就労が全くできない か、困難なもの」
5級	神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、 特に軽易な労務 以外の労務に服することができないもの	「 単純くり返し作業などに限定 すれば、一般就労も可能。但し、新しい作業を学習できなかったり、環境が変わると作業を継続できなくなるなどの問題がある。このため一般人に比較して作業能力が著しく制限されており、就労の維持には、職場の理解と援助を欠かすことができないもの」
7級	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	「 一般就労を維持 できるが、作業の手順が悪い、約束を忘れる、ミスが多いなどのことから一般人と同等の作業を行うことができないもの」
9級	神経系統の機能又は精神に障害を残し、 服することができる労務が相当な程度に制限 されるもの	「 一般就労を維持 できるが、問題解決能力などに障害が残り、作業効率や作業持続能力などに問題があるもの」

自賠責保険で適正な等級認定を受けるポイント

- 1 交通事故被害で泣き寝入りしない鉄則1～7の遵守
- 2 特に、両車両の損傷状況の写真を確保
- 3 意識回復時から症状固定時までの詳細な具体的な症状とその症状経過について陳述書を作成し、日常生活状況報告表の別紙として添付
- 4 主治医が「神経系統の障害に関する医学的意見」を記載する前にあらかじめ作成していた日常生活状況報告表を交付して主治医に情報提供しておく
- 5 職場の上司や同僚、部下等の陳述書を作成以上の資料を全て自賠責保険に参考資料として提出
- 6 以上の資料を全て自賠責保険に参考資料として提出

交通事故被害で泣き寝入りしないための7つの鉄則

鉄則1 事故発生直後の現場検証

鉄則2 現場の保存と写真撮影

鉄則3 **納得のいかない供述調書にはサインしない**

場合によっては、警察の（再度の）実況検分の立会いを求める。

鉄則4 **自分の症状経過を克明にメモしておく。**

鉄則5 そのメモを主治医に交付し、カルテに綴じてもらうなど医師との正確な意思疎通を図る。

鉄則6 必要な検査をその都度主治医にしてもらうよう依頼する。

鉄則7 後遺障害の認定手続きは被害者請求です。

軽度外傷性脳損傷（M-TBI）による高次脳機能障害

このセミナーでは、説明の便宜上、

事故後の**意識障害**レベルが自賠責保険の認定基準レベルに達していたか否かが判然とせず、脳外傷を裏付ける**画像所見**もない脳外傷による高次脳機能障害と定義

（注）軽度外傷性脳損傷という場合の「軽度」とは、あくまで事故後の**意識障害**レベルが**軽度**であったという意味に止まり、**症状**それ**自体**が**軽度**であるという意味では決してありません。**症状**が**慢性化**したときはむしろ**重度**の後遺障害が残存する場合が多いことに注意

見捨てられる軽度外傷性脳損傷者

自賠責保険は、脳損傷の診断基準として国際基準に比べて異常に突出した高いハードルの診断基準を設定し、裁判所も自賠責保険の判断を追認する傾向が顕著である。

日本の医療従事者の大半は2004年WHOの軽度外傷性脳損傷の診断基準に精通していない。そのため、脳損傷であるのにそうではないとノイローゼ扱いして、被害者に泣き寝入りを強いている現実がある。

自賠責保険の高次脳機能障害の認定基準

- ① 初診時に頭部外傷の診断があること
- ② 頭部外傷後に以下のレベルの意識障害があつたこと
 - a 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
 - b 軽度意識障害（JCSが1～2桁、GCSが13点～14点）が少なくとも1週間以上
- ③ 経過の診断書または後遺障害診断書に、高次脳機能害、脳挫傷、びまん性軸索損傷、びまん性脳損傷の記載があること。
- ④ 経過の診断書または後遺障害診断書に、高次脳機能障害を示唆する具体的な症例が記載されていること、またウェクスラー成人知能検査など各種神経心理学的検査が施行されていること。
- ⑤ 頭部画像上、初診時の脳外傷が明らかで、少なくとも、3ヶ月以内に脳室拡大・脳萎縮が確認されること。

JCS (3-3-9度方式)

Grade I 刺激しないでも覚醒している	1	一見、意識清明のようであるが、今ひとつどこかぼんやりしていて、意識清明とは言えない。
	2	見当識障害(時・場所・人)がある。
	3	名前・生年月日が言えない・
Grade II 刺激で覚醒する	10	普通の呼びかけて容易に開眼する。
	20	大声または体をゆさぶることで開眼する。
	30	痛み刺激を加えつつ、呼びかけを繰り返すと、からうじて開眼する。
Grade III 刺激しても覚醒しない	100	痛み刺激を払いのけるような動作をする。
	200	痛み刺激で少し手足を動かしたり顔をしかめる。
	300	痛み刺激に反応しない。

意識レベルを3つのグレード・3つの段階に分類され、カルテには100-I、20-R Iなどと記載。

(R) Restlessness (不穏状態)

(I) Icotinence(失禁)

(A) Akinetic mutism (無動性無言)、Apallic Statre(失外套症候群)

GCS

	反応	評点
開眼 (E) Eye Opening	自発的に開眼する (spontaneous)	4
	呼びかけにより開眼 (to speech)	3
	痛み刺激により開眼する (to pain)	2
	全く開眼しない (nil)	1
最良言語反応 (V) Best Verbal Response	見当識あり (orientated)	5
	混乱した会話 (confused conversation)	4
	混乱した言葉 (inappropriate words)	3
	理解不明の音声 (incomprehensible sounds)	2
最良運動反応 (M) Best Motor Response	全くなし (nil)	1
	命令に従う (obeys)	6
	疼痛部へ (localises)	5
	逃避する (withdraws)	4
	異常屈曲 (abnormal flexion)	3
	伸展する (extends)	2
	全くなし (nil)	1
	3つの項目のスコアの合計で評価する	

外傷性脳損傷の国際基準

- 1993年 ACRM(アメリカ・リハビリテーション医学協会)
- 1999年 NIH(アメリカ国立衛生研究所)の統一見解報告
- 2002年 EFNS(神経学学会ヨーロッパ連盟)の診療ガイド
ライン
- 2003年 CDC (アメリカ疾病対策センター)報告書
- 2004年 WHO(世界保健機構)の診断基準

外傷性脳損傷の国際基準

アメリカ・リハビリテーション医学協会 (1993年)

意識障害や意識の変容は脳損傷の絶対要件ではない。
一過性の局所神経学的欠損症状(例えば痙攣、突発性疼痛、眩暈、耳鳴り、聽覚障害、神経因性膀胱など)と外傷後健忘
(事故後の記憶が判然としない)があれば脳損傷の可能性は
否定できない。

外傷性脳損傷の国際基準

WHO 世界保健機構 (2004年)

- ① 受傷後に昏迷または、30分以内の意識喪失、24時間未満の外傷後健忘症、または(and / or)これら以外の短時間の神経学的異常(例えば局所徵候、痙攣、外科的治療を必要としない頭蓋内疾患等)が少なくとも一つ存在すること。
- ② 外傷後30分ないしは医療機関受診時のGCSの評価が13点～15点に該当すること。

注 アメリカ・リハビリテーション医学協会もWHO(世界保健機構)も、以上の要件を充足している場合は、絶対に脳外傷と診断すべきだとか、高次脳機能障害であるとか、ましてや後遺障害として症状が永久残存する、といっているわけではない。むしろ、通常3か月、遅くとも6ヶ月で症状は自然治癒すると指摘。両者が強調しているのは、その中の1～2割程度の人が脳外傷による高次脳機能障害として重篤な後遺障害が残る場合があるので、医療従事者は慎重な経過観察と治療が必要だという点です。要するに、どこかの国みたいに患者をノイローゼ扱いしたり、詐病扱いしていると、医師による二重被害が発生する場合があると警鐘を鳴らしている点が重要。

日本大学医学部脳神経外科・講師・前田剛医師

GCS14点、15点のごく軽症で、なおかつ外傷後健忘が48時間以上認められた症例では、100%社会復帰出来ているのは45例わずかに27例に止まっていた。残りの18例（4割）の中には、脳外傷による高次脳機能障害の後遺障害が含まれているのではないか、意識障害の重症度と高次脳機能障害の相関はもちろんだが、軽症の場合にも存在する。そのため、見過ごされている患者が存在すると考えられる。

石橋徹医師（湖南病院名誉院長）

日本の脳神経外科医は、びまん性軸索損傷の診断基準としてゼネレリ分類を多用している。ゼネレリ分類は、受傷後6時間以上の意識喪失をびまん性軸索損傷と定義し、それ以下のものは脳震盪と分類した。そして脳震盪は予後がよく、脳神経系にほとんど後遺症を残さないとした。

ところが、その後、鞭打ち損傷の中に意識喪失もなく、ただ頭がボーッとして考えがまとまらないなどの意識の変容が生じたに過ぎない例でも脳内にびまん性軸索損傷が起きていることが分かり、このような例は脳震盪という病名ではなく軽度外傷性脳損傷と呼ばれ、2004年にWHOが新たな診断基準を作成し、これが欧米諸国で広く使われている。

東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座 講師・橋本圭司医師

「画像で抽出困難な脳損傷や、意識障害の確認が困難な症例も多数ある」

「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（M-TBI）』と診断されるべきである」

司法の壁

自賠責保険や労災保険といった行政機関が、脳外傷による高次脳機能障害を否定するか、肯定しても十分な補償をしない場合、被害者にとって最後の砦となるのが、司法関係者による救済

ところが

裁判所も弁護士も、その役割を果たせていない。

裁判所の機能不全

- 1 裁判所は自賠責保険の追認機関
- 2 裁判所独自の不合理で非常識な判断

裁判所は自賠責保険の追認機関

ア **自賠責保険が3級以下に認定したケースで、看視的（みまもり）介護費用を認めた判例は少数派**

また、

例外的に認容した判例も認定金額が少額

（認定例）

3級 日額6000円（東京地裁・八王子支部）

日額5000円（神戸地裁）

5級 日額2000円（東京地裁）

日額2500円（京都地裁）

日額2000円（横浜地裁）

7級 判例見当たらず

認めない理由

スコアがいい？ MR・画像等で重度の脳萎縮が所見されない？

そもそも被害者側代理人弁護士が請求していない？

裁判所は自賠責保険の追認機関

イ　自賠責保険が5級（労働力喪失率79%）以下に認定したケースで、就労不能（労働力喪失率100%）を認定した判例は**少数派**

5級の中学生（大阪地裁）

5級の中学生（岡山地裁・倉敷支部）

5級のトラック運転手（東京地裁）

なお

7級の女児（名古屋地裁 56% → 92%）

7級の農業従事者（東京高裁 56% → 70%）

7級のOL（名古屋地裁 56% → 75%）

9級の非常勤講師（東京地裁・八王子支部 35% → 60%）

労働能力喪失割合を裁判所基準どおりに機械的に認定する理由

そもそも被害者側代理人弁護士が自賠責保険の等級認定以上の請求をしない？

裁判所の不合理で非常識な判断

ア 被害者本人の後遺障害慰謝料の認定額が画一的

1級 2800万円

2級 2370万円

3級 1990万円

5級 1400万円

7級 1000万円

9級 690万円

※ 20歳の成年も70歳の老人も2800万円

イ 近親者慰謝料に対する厳しい認定

ウ 介護費用の算定が少額すぎる

弁護士の問題点

脳外傷に限らず、交通外傷に対する一般的な医学的知識、医療の実態、交通専門部における裁判の実態に対する経験値が乏しいのに、何とか出来ると誤信している弁護士が多い。裁判で保険会社の顧問医による医学的意見書が提出された場合、有効適切な反論が出来ず、立ち往生している弁護士が多い。

赤い本
弁護士必携

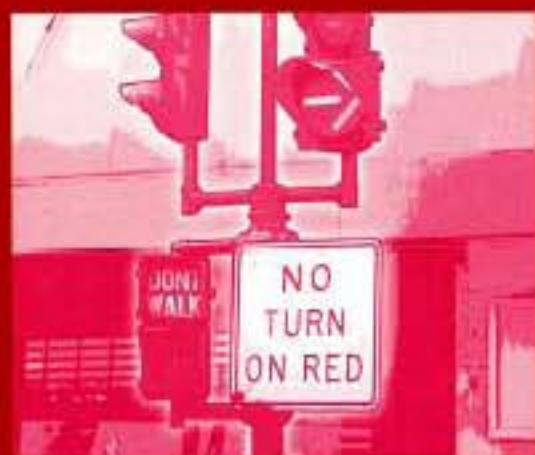
民事交通事故訴訟

損害賠償額算定基準

上巻(基準編)

2008

(平成20年)



財団法人 日弁連交通事故相談センター東京支部

交通事故損害額算定基準

昭和45年3月 初版
平成16年1月 19訂版



財団法人 日弁連交通事故相談センター

こんな弁護士には依頼しない

- 1 症状固定するまでは、弁護士としては何もすることがない、主治医を信頼しなさいと言い切る弁護士
 - 2 労災と自賠責保険の後遺障害等級認定の実態を知らない弁護士
 - 3 高次脳機能障害の場合は、退院後の症状経過が特に重要なポイントになることを知らない弁護士
- ※ 損害保険会社の顧問をしている弁護士なら安心か？

医療従事者の問題点

専門医がない

画像所見に頼り過ぎ

名古屋市総合リハビリセンター・ リハビリテーション部長・蒲澤秀医師

「当センターで日々脳外傷者の診療を行っていると、救急搬送された医療機関において、脳外傷でありながら脳外傷と診断されず、『異常なし』と診断されて在宅生活や社会生活の場に送り返されている脳外傷者が、如何に多いかに気づく。これらの脳外傷者のなかには、後遺症としての高次脳機能障害によって就労や就学が困難なために、自宅に引きこもってしまう者、いったんは復職あるいは復学をしても、高次脳機能障害や感情コントロールの障害があるためにトラブルを容易に引き起こし、社会生活を継続することが困難になる者が大勢いる。これらの脳外傷者の背景を調べてみると、身体障害がなく（あってもごく軽症）、高次脳機能障害もごく軽症のために見過ごされていて、救急搬送された医療機関においては『治療すべき病態がない』と判断された。いわゆる“見えない障害”をもつ軽症の脳外傷者であった。」「以上のように、“見えない障害”をもつ軽症の脳外傷者は、社会的に理解されていないばかりか、医療の場においても適切に処遇されていない現状があると考えられる。」

石橋徹（湖南病院名誉院長）

本邦では「鞭打ち損傷は頸椎の疾患である」という考え方を持つ医師が多い。ところが、鞭打ち損傷では頸椎が異常な動きをして脳に負担を掛けるために、軽度外傷性脳損傷という脳の病気が起きることがある。

軽度外傷性脳損傷（M-TBI）は、脳の中で軸索と呼ばれる神経線維があちこちで機能しなくなり、脳の中で一種の停電が起ることであり、それによって起る症状は、記憶力や理解力が衰えたり、根気がなく、怒りっぽくなったり、失神や痙攣発作が起きたり、脳神経が麻痺して臭いや味が分からなくなったり、目が見え難くなったり、耳が聞こえ難くなったり、手足の運動や感覚が麻痺して、箸が使い難くなったり、歩き難くなったりと様々である。さらに排尿や排便にも支障を来すことがあり、社会生活へ影響してくる。

この病気を診断するには、脳・脊髄・末梢神経を丁寧に診察することだが、脳症状に関連する各診療科、眼科、耳鼻科、泌尿器科の検査を受けると病気が詳しく分かる。

この病気は毎年世界で1000万人が罹ると推定されるほど頻度の高い病気であるが、本邦では殆ど注されておらず、知られていない。その結果、救急搬送された患者の意識障害レベルが軽度のときは、整形外科医が担当医となる。

本邦の整形外科医は、頭痛、耳鳴り、眩暈、吐き気、上肢の神経症状等を全て頸椎由来の症状と決め打ちし、脳神経損傷の疑いを抱かない。記憶障害や遂行機能障害の訴えがあると、さすがに脳神経外科に回す。

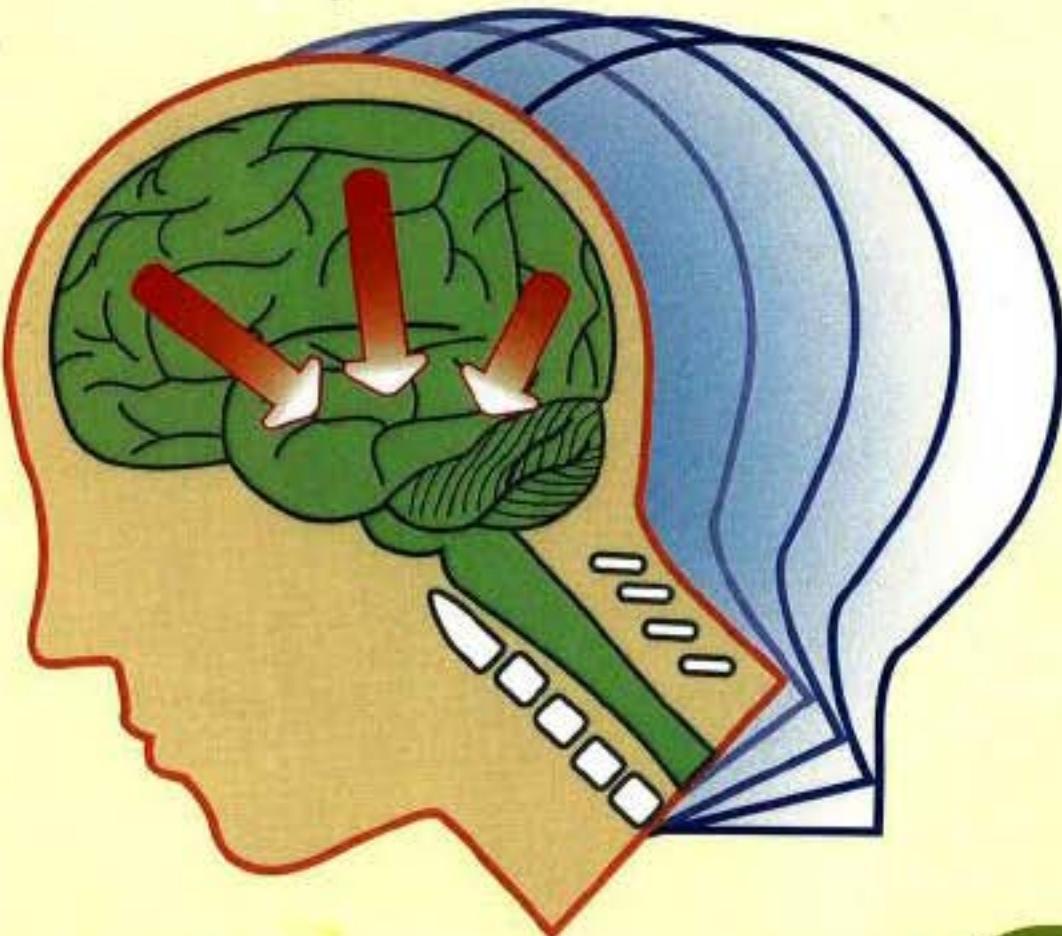
ところが、本邦の脳神経外科医は、WHOの軽度外傷性脳損傷の診断基準（2004）に関心がなく、脳MRIで異常がないときはゼネレリの分類（1984）に従い、受傷時に意識障害の程度が軽かったときは、脳神経由来の重篤な後遺障害が残る可能性があることを全く予想していない。

神経内科医は、脳神経外科医の仕事と思って関心がない。

神経泌尿器科医、神経耳鼻科医、神経眼科医に、脳神経の損傷まで鑑別できる力量のある医師は圧倒的に少ない。

このように本邦の医師は、専門科目を問わず、こぞって軽度外傷性脳損傷の患者をノイローゼ扱いし、精神科医に任せて放置しているという現実がある。

輕度外傷性 石橋 徹 ~~~~~ 腦損傷



SCOM-035
金原出版

脳病態生理学を専門とする精神科医（要約）

- ・精神科医は、その取扱う患者の大半が内因性疾患か心因性疾患であり、外傷性の疾患の臨床経験は少なく苦手意識が強い。
- ・脳病態生理学に精通している精神科医も少なく、SPECTやPETで脳血流の低下が認められないのにうつ病や統合失調症と誤診。
- ・事故後の傾眠傾向が顕著で、発動性や意欲低下も内省を伴わないアパシー（平板な感情鈍麻）状態であるのに、うつ病や統合失調症と誤診している。
- ・結局、対処方法がわからず、手間隙のかかる認知行動療法（認知リハビリ）は避け、安易にドラッグクテストをして、薬物を大量投与し、認知機能を低下させている医療実態がある。

平成19年2月2日

自賠責保険における高次能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能機能障害認定システム検討委員会)

「後遺障害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」

「高次能機能障害の診断・・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」

「診断書作成費用の設定方法でインセンティブを与える」

「現場の診療医に向けた啓発活動を継続することが必要」

「医療機関向けの解説書などの整備を図る」

「各種学会・講習会等の場で高次能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。」
と意見表明。

高次脳機能障害で泣き寝入りしない10の鉄則

(将来の裁判に備えて)

(2009年・全訂)

- 1 交通事故被害で泣き寝入りしない7つの鉄則の遵守
- 2 自動車事故の場合は、加害車両と被害車両の損傷状況の写真を確保
- 3 「何か変だ」「以前と様子が違う」と感じたら日から、症状やエピソードを克明に逐一メモしておき、その具体的な症状経過について時系列表を作成
- 4 主治医に3の時系列表を交付して情報提供し、カルテに綴じてもらう
- 5 職場の上司や同僚の陳述書、セラピストの報告書、作業所の指導員の報告書等を作成
- 6 3の時系列表とは別個に陳述書を記載し、その陳述書と5の陳述書を自賠責保険に提出する日常生活状況報告書の別紙として添付
- 7 主治医が自賠責保険に提出する「神経系統の障害に関する医学的所見」を記載する前に、6の日常生活状況報告表を交付して主治医に情報提供
- 8 CTやMRIで脳の損傷が判然としない場合は、最低でも脳神経損傷の神経学的所見、神経心理学的検査所見、出来ればSPECTかPET、さらに理想を言えば脳拡散テンソルMRI所見を得ておく。
- 9 主治医が画像だけで判断するタイプの場合は、高次脳機能障害自立支援普及事業・地域ネットワークに所属している医療機関に転院し、各種神経心理学的テストを受け認知機能のスクリーニングをする。
- 10 認知リハビリは可能な限り継続する。

ポイント

- 1 症状経過を克明にメモ（時系列表の作成）
特に、受傷後3ヶ月以内の神経症状をメモ
- 2 高次脳機能障害自立支援普及事業・地域ネットワーク
に所属している医療機関を受診
- 3 画像で判然としない場合は、脳神経損傷の神経学的所
見を得ておく
- 4 認知リハビリの継続と神経心理テストの受験

病院選びの重要性

事故から3か月ないし6か月経過しても脳外傷や高次脳機能障害を疑う症状が残存しているのに、

- ア まともに話しを聴かない、
- イ 頸椎MRIだけをオーダー、
- ウ 神経診断をせずに脳MRIだけで判断する医師であれば、早々に見切りをつける。

高次脳機能障害自立支援普及事業・地域ネットワークに所属している医療機関を受診してみる。

脳神経損傷の神経学的所見を得ることの重要性

MRIで脳損傷の所見が得られないときは、脳神経損傷の神経学的所見を得ておくことは必須

神経心理学的テストで、注意障害、記憶障害、遂行機能障害の所見が得られただけでは、脳外傷による高次脳機能障害を証明するのに十分とはいえない。

軽度外傷性脳損傷の臨床症状

発 作

欠伸発作 脱力発作 精神運動発作 焦点性発作 てんかん

脳神経麻痺

味覚・嗅覚障害、視野狭窄、眼球運動異常、咀嚼障害、開口障害
難聴、平衡感覚障害、嚥下障害

運動・知覚麻痺

片麻痺、単麻痺、四肢麻痺

小脳症状

小脳運動失調、筋緊張低下

自律神経障害

発汗異常、洞性頻脈

神経因性膀胱等

頻尿、残尿感、切迫排尿、尿失禁、便失禁

求心路遮断痛

永続する四肢の疼痛

高次脳機能障害

認知機能障害(注意・記憶・遂行機能等の障害)
人格情動障害(易怒性、感情易変、アパシー)

ベッドサイドでの神経学的検査

深部反射

上腕二頭筋反射、上腕三頭筋反射、腕橈骨筋反射、膝蓋腱反射、アキレス腱反射

病的反射

ホフマン、トレムラー、ワルテンベルグ、バビンスキー、クローネス、足クローネス

知覚障害

表在知覚、深部知覚

徒手筋力テスト

四肢 握力

大脳神経

嗅神経(タバコ)、視神経(視野等)、動眼神経・滑車神経・外転神経(対光反射、眼振)、三叉神経(咀嚼機能)、顔面神経(発語、味覚、聴神経(聴力))、その他

小脳機能

鼻指さわりテスト、起立閉眼安定テスト、踵つま先歩行テスト
踵脛すべりテスト

その他問診

認知機能、ADL、発作、ドライアイ

一般的の医師がベッドサイドでの神経学的検査をしない理由

- 1 そもそも、M-TBIの国際基準を知らない　脳外傷であるはずがないと思い込んでいる
- 2 検査に時間がかかる(1時間から1時間30分程度)
- 3 客観性がない
- 4 他の原因疾患(特に脊髄由来の症状)との鑑別診断が困難
- 5 診療報酬 制度 上の問題点

ベッドサイドでの神経学的検査

273点(初診料として)

頭部CT

1420点

頭部MRI

1870点

- 6 仮に脳由来の神経症状であったとしても、M-TBIであれば、その大半(9割前後)の患者は半年から1年で自然治癒する

※ 何もしなくとも半年～1年で大半の人が治るのだから、手間隙かけて、極端に安い報酬で、客観性がなく、しかも他の原因疾患との鑑別も十分でないベッドサイドでの神経学的検査をするのは有効な診察方法とは言えない(?)

各種検査と診療科目

神経眼科

視力検査、瞳孔検査、調節機能検査、網膜筋電図(ERG)、視野検査(ゴールドマン)、限界フリック力値(CCF)、視覚誘発電位(VEP)、眼球電位図(EOG)、外眼筋筋電図(EMG)

神経耳科

純音聴力検査、語韻聴力検査、聴性脳幹反応検査(ABR)、耳音響放射(OAE)、平衡機能検査(直立検査、重心動搖検査、眼球遍奇検査)、眼振・眼球運動検査、味覚・嗅覚検査

神経泌尿器科

尿流動検査、尿流測定、膀胱内圧測定、尿道内圧測定、多機能排尿検査、括約筋筋電図、尿失禁、便失禁

リハビリテーション科

神経心理学的検査、喉頭造影、筋電図、体性感覚誘発電位

主な神経心理テスト一覧表

	検査名	標準化	基準値	時間	概要
知能	WAIS-R 成人知能診断検査	○	○	90分	言語性、動作性等知能検査の総合パッテリー。年齢ごとに偏基値が設定されている。100を基準に±10で普通、70~79で劣る、69以下は最劣。重度障害者には負担が重過ぎる。
	改訂長谷川式(HDS-R)	×	○	20分	30点満点中20点以下が痴呆域
	MMSE	×	△	20分	知能、見当識の他に動作性記憶(図形模写等)も検査する。30点満点で、痴呆の判断については、26以下、23以下、20以下と病院により見解が分かれる。
記憶	三宅式	△	○	15分	意味記憶力を診る。有関係ー1回目8.5点、2回目9.8点、3回目10点。無関係ー1回目4.5点、2回目7.6点、3回目8.5点が平均値。最近はAVLTアストに取って換わられつつある。
	REYの複雑図形	×	△	10分	視覚性記憶力を診るが構成力も診る。36点満点。30分遅延再生で30代では17で平均値
	WMS-R (ウェクスラー記憶検査)	○	○	40分	前向性記憶に関する総合的な記憶テスト。年齢ごとに偏基値が設定されている。100を基準に±15点で普通。
	RBMT (日本版リバーミード行動記憶検査)	○	○	30分	日常生活場面に即した記憶テスト。スクリーニング点合計(SS最高12点)と標準プロフィール点合計(SPS最高24点)。SS7点以下、SPS19点以下で記憶障害が疑われる。60歳以上ではSSが15点以下、SPSが15点以下とされる。設題が平易過ぎて日常生活の問題行動が反映されていないとの指摘がある。
注意	かな拾いテスト	×	○	5分	注意力と遂行機能を診る。年代別に平均値と(境界値)が設定され、20代ー44点(30)、30代ー42(29)、40代ー36(21)、50代ー32(15)、60代ー24(10)、70代ー22(9)、80代ー19(8)
	D-CAT	×	○	5分	数字抹消により注意の焦点化と維持、処理速度を測定。平均点は50点
	TMT (トレイルメイキングテスト)	×	△	10分	ランダムに配置された数字や仮名を順に繋いで行く時間を測定するテスト。注意の分散や副脚機能を診る。年齢により異なるが、パートAは30秒~50秒、パートBは60秒~120秒で正常
	PASAT	×	△	10分	施設的な持続性の注意機能を測定。正答数はPart1、part2とともに各60点。平均は、16歳~29歳では、part1で27、part2で42、30歳~49歳ではpart1で25、part2で42、50歳~69歳では、part1で21、part2で36
遂行機能	WCST (ウィスコンシンカード・ソートティングテスト)	×	△	30分	柔軟性や転換能力を診る。正答数が3以下か、又は誤反応数が10以上の場合は障害が疑われる。
	BADS (前頭葉機能検査)	○	○	30分	日常生活で起こる問題解決能力を評価するもの。最高点は24点。プランニングテスト項目以外は日常生活上の実際の問題点を敏感に反映していないとのコメントあり。
	PCRS	×	-	10分	ADLやコミュニケーション能力に関する30項目について本人、家族、医療従事者の認識のギャップを測定。

認知リハビリの継続と神経心理テストの受験

テストのスコアよりセラピストや家族による行動観察の方が遙かに重要

- テスト結果に一喜一憂しない。
- 認知リハビリの継続の重要性

(神経心理テストを受診するだけでは足りない。)

脳拡散テンソル画像

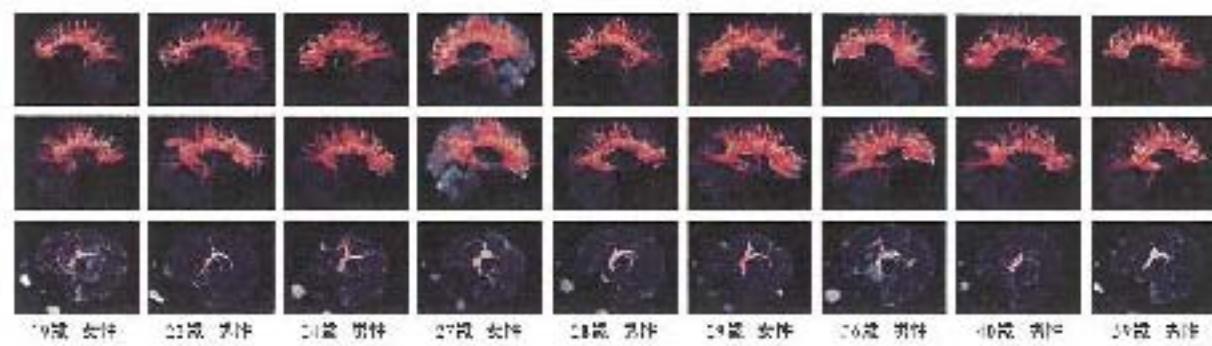


図 1 脳拡散 DTI

上段：各被験者における脳内白質の DTI の DTI の各方向の強度分布。下段：各被験者の DTI。

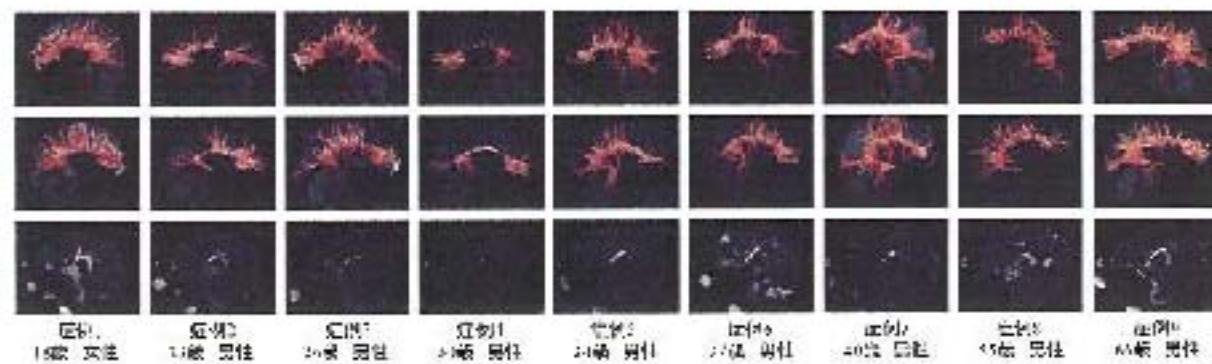
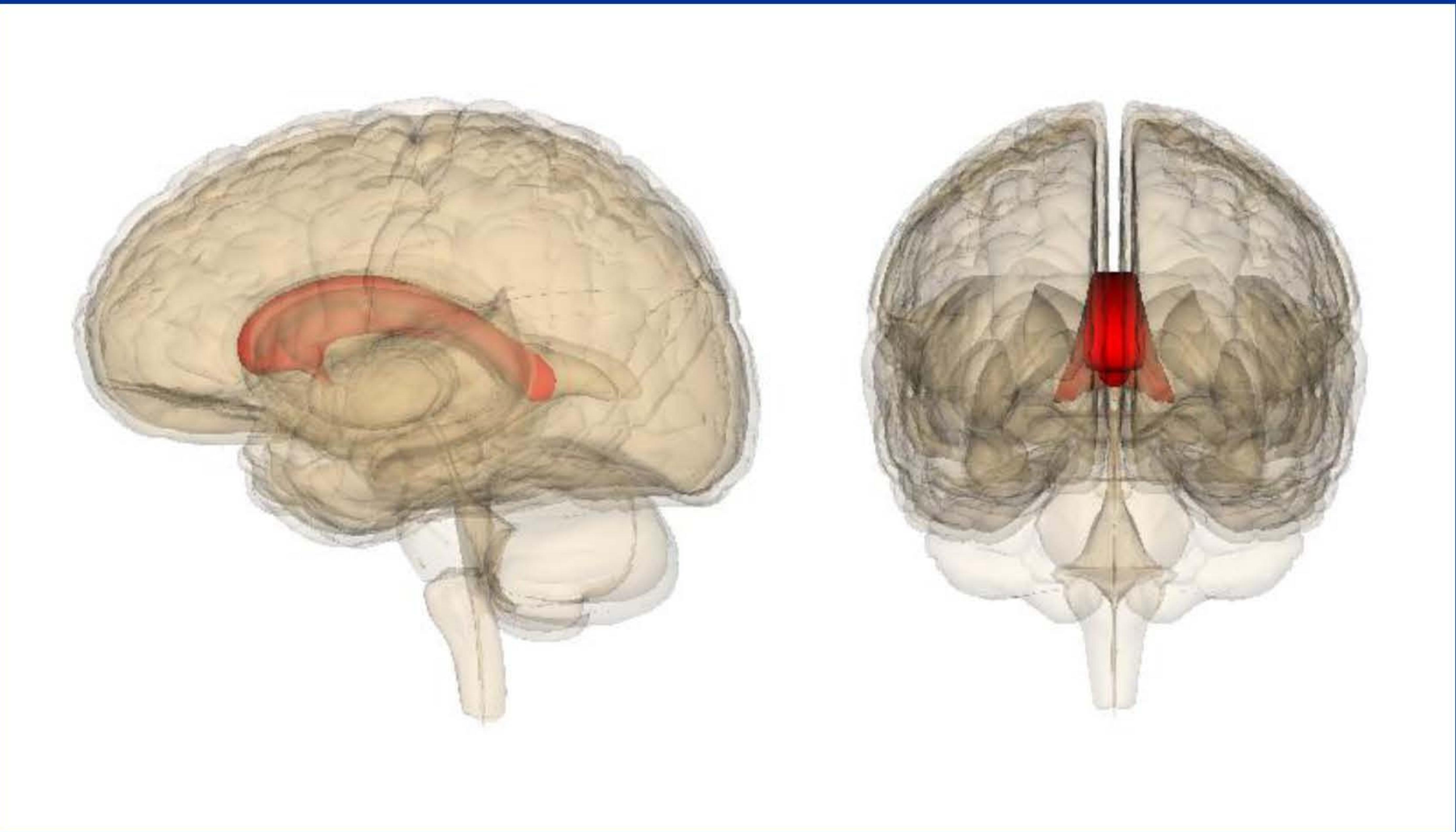


図 2 脳拡散 DTI

上段：各被験者における脳内白質の DTI の DTI の各方向の強度分布。下段：各被験者の DTI。



軽度外傷性脳損傷に光 厚労省 診断基準作成へ研究

の方ガイドラインを立ち
決めていくが検討を進
めたい」と述べ、診断
基準作成に向けた研究
を始めた旨を明るか
にした。MTB-Iは國
内で認知されてから
ず、専門家の推定で約
30万人いる患者は数々
指摘もなかつたが、政
府は方針転換した。

山本参院議員(公明)
の発言に答えた。厚労
省は「専門家が十分
でなかった」と不適
を認めた上で「診断基
準を決める必要があ
る。ます専門的知見を
蓄積していく。といひ
う研究が適切か、検討
したい」と語った。

MTB-I患者は脳震
共感化装置(MRI)
などで脳内の損傷
が映りこぐため「M
RI」などの画像所見が
必ずしも通用される
よう標準改正を求め
た。

毎日 4/9

労災基準の改正
患者団体求める

特異な損傷を負う症候群
外因性脳損傷(MTBI)
にかかる脳震共感化装置
MRI)などで脳内の損傷
が映りこぐため「M
RI」などの画像所見が
必ずしも通用される
よう標準改正を求める
こと。これは、多い症例の加
害が複数ある場合など、
特異な損傷を負う症候群
外因性脳損傷(MTBI)
にかかる脳震共感化装置
MRI)などで脳内の損傷
が映りこぐため「M
RI」などの画像所見が
必ずしも通用される
よう標準改正を求める
こと。

日本労働相は20日の參
院本会議で「診断され
ず、多い症例の加
害が複数ある場合など、
特異な損傷を負う症候群
外因性脳損傷(MTBI)
にかかる脳震共感化装置
MRI)などで脳内の損傷
が映りこぐため「M
RI」などの画像所見が
必ずしも通用される
よう標準改正を求める
こと。

のガイドラインを立ち
決めていくが検討を進
めたい」と述べ、診断
基準作成に向けた研究
を始めた旨を明るか
にした。MTB-Iは國
内で認知されてから
ず、専門家の推定で約
30万人いる患者は数々
指摘もなかつたが、政
府は方針転換した。

山本参院議員(公明)
の発言に答えた。厚労
省は「専門家が十分
でなかった」と不適
を認めた上で「診断基
準を決める必要があ
る。ます専門的知見を
蓄積していく。といひ
う研究が適切か、検討
したい」と語った。

また山本参院議員(公明)
の発言に答えた。厚労
省は「専門家が十分
でなかった」と不適
を認めた上で「診断基
準を決める必要があ
る。ます専門的知見を
蓄積していく。といひ
う研究が適切か、検討
したい」と語った。

「田舎者でも専門家の
意見を十分にうかがい
て改訂してほしい」と
述べた。【大川聰】

吉野河に異色を求めて
いた。この点に因じて
吉野河は「画像診断
技術の確立も含めて検
討していきたい」と述べた。

吉野河は「画像診断
技術の確立も含めて検
討していきたい」と述べた。

吉野河は「画像診断
技術の確立も含めて検
討していきたい」と述べた。

上記新聞記事のとおり、4月8日、梅村参院議員(矢吹忠吉)の紹介で、細川厚生労働副大臣に陳情し、20日、山本参院議員が参院厚生労働委員会で、軽度外傷性脳損傷についてはじめて質問してくださいと、前向きの答弁を引き出しました。

長妻大臣・やまのい政務官は、研究の推進、WHOの基準を念頭に、診断のガイドライン検討、障害基準見直しの前提となる医学的知見の収集・診断技術の確立、画像診断機器の研究を約束しました。

さらに、脳損傷から起こる高次脳機能障害・身体性機能障害(脳神経麻痺・運動知覚麻痺・膀胱直腸障害)にかかる神経診断学の、石橋医師による診断手法の確立、裁判例を踏まえ、障害基準の迅速な改正を求めてゆきます。

ご静聴ありがとうございました。

弁護士法人穂高