

障害のある人の生活を支える制度を知る ～事故による障害～

〈R6.5.18 神戸学院大学 神戸三宮サテライト セミナー室〉

だいichi 法律事務所
DAICHI LAW OFFICE

弁護士 藤本 一郎

交通事故から解決までの流れ

事故発生

治療

治療
リハビリ

退院
①

症状固定

退院
②

通院
往診
リハビリ

生活

付添看護

退院後の
生活場所
の選択

自宅改造
設計・着工

介護計画
の準備

自宅改造の完成
介護器具の納品
介護計画の完成

在宅介護

法的手続

交通費
休業損害
などの
仮払請求

加害者の
刑事手続

自賠責保険
の請求手続

後遺障害の
認定
↓
自賠責保険
金の受領

資料の整理
損害額の計算
賠償手続の選択

示談
交渉

解決

提訴

解決

入院中

● 治療・リハビリ

- ① 治療・リハビリに集中して、できる限りの回復を目指す。
- ② 療護センター・NASVA委託病床（遷延性意識障害）
- ③ 重度脊髄損傷者受入環境整備事業（モデル事業）が始まった（3病院・各4床の計12床）。

● 入院期間中の生活の維持

- ① 治療費
健康保険・労災保険を適用して負担を減らす。
- ② 生活費
保険会社や労災保険から休業補償を支払ってもらう。



症状固定

● 症状固定とは

- ・ 加害者に対して賠償を求めるには、被害者に生じた「損害額」を算定する必要がある。
- ・ 損害額を算定するためには、症状固定の診断を受けた上で、自賠責保険に後遺障害等級を認定してもらう必要がある。

● 症状固定の効果

- ① 自賠責保険の請求が可能になる。
→ 後遺障害が認定されれば、自賠責保険金を受領できる。
- ② 保険会社は、治療費・休業損害などの支払を止める。

症状固定の時期

● 症状固定とする時期の目安

① 一般論

脊髄損傷・遷延性意識障害などの重症患者の場合
→ 事故から「1年ほど」が経過してからが一般的。

② 考慮要素

- 主治医の見解(患者本人の回復状況)
- 患者や家族の状況



症状固定の時期(考慮要素の解説)

● 主治医の見解

患者の回復状況を見て、主治医が、
「これ以上の回復は難しい」
と評価すれば、症状固定と判断されやすい。

● 患者や家族の状況

- ① 保険会社の支払いが止まることの影響
- ② 退院後の環境整備などのための資金需要
 - ▶ 自宅の改造費
 - ▶ 介護器具の購入費

自賠責保険の請求に必要な書類

【脊髄症状判定用】（作成：症状固定時の医療機関）

脊髄症状判定用

氏名	男 女	才	
傷病名		損傷部位	第()頸髄・胸髄・腰髄 (完全麻痺・不全麻痺)
I. 運動機能(左右独立評価、健常=合計 25点×2)			
A. 肩・肘機能(三角筋、上腕二頭筋力にて測定)(5点×2)			
0: MMT2 以下	肘疾患による障害を除く	右	左
2: MMT3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3: MMT4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4: MMT5 (-)	耐久力の不足、屈力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5: MMT5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 手指機能(10点×2)			
0: 食事動作はスプーン・フォークも使用不能 ボタンかけなどが全く不能		右	左
2: 食事動作はスプーンかフォークでやっと可能 大きいボタンを見ながらやっと掛ける		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4: 食事動作はスプーン・フォーク使用、ナイフ使用不能、幸うじて割り箸の使用可能 紐を結ぶことはできるが解けない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6: 食事動作はナイフもやや困難であるが使用可能 割り箸はほぼ普通に使える 大きいボタンは掛けられるがシャツのボタンは困難		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8: 食事動作はナイフ、フォークの扱いは自由、箸の使用は自由だがややぎこちない 細い紐の結び解き、シャツのボタン掛け外しはできるがぎこちない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10: 食事動作、紐結び、ボタン掛けすべて普通に可能		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 下肢機能(下肢機能は明らかな左右差がないかぎり、左右同点とする)(10点×2)			
0: 起立、歩行不能		右	左
2: つかまり立ち、歩行器歩行可能		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4: 松葉杖(一本杖)歩行可能、階段上昇可能、片足ジャンプ不能		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6: 平地で杖なし歩行可能、階段昇降可能(下降時に必ず手すり必要)、片脚起立可能		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8: 平地では速歩可能、走るとは自信ない、階段下降はぎこちない、片足ジャンプ可能		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10: 正常、片足ジャンプ、歩行、階段昇降はスムーズ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. 知覚機能(左右独立評価、健常=合計 20点×2)			
A. 上肢(%は患者の自己評価による正常域に対する残存知覚の範囲)(10点×2)			
0: (0~10%) 知覚脱出		右	左
	しびれが強くて我慢できない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3: (20~40%) 何かに触れていることはわかるが、形状、質の識別は不可能		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	踵を妨げるしびれ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5: (50~70%) 触れていることも形状、質とも識別可能、しかし感覚は半分ほどしか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	わからない ときに投薬を必要とする疼痛、しびれがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8: (80~90%) 触覚はほぼ正常であるが、軽い痛覚鈍麻あり		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	軽いしびれはあるが、気にならない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10: (100%) 正常で、しびれ・疼痛などもない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[脊髄損傷]

記入上のご注意

- 該当する項目の□にチェックしてください。
- 補足する事項等ある場合には、IV欄を利用して文章にてご記入ください。

B. 下肢・体幹(%は患者の自己評価による正常域に対する残存知覚の範囲)(10点×2)		右	左
0: (0~10%) 知覚脱出	しびれが強くて我慢できない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3: (20~40%) 何かに触れていることはわかるが、形状、質の識別は不可能	踵を妨げるしびれ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5: (50~70%) 触れていることも形状、質とも識別可能、しかし感覚は半分ほどしか	わからない、ときに投薬を必要とする疼痛、しびれがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8: (80~90%) 触覚はほぼ正常であるが、軽い痛覚鈍麻あり	軽いしびれはあるが、気にならない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10: (100%) 正常で、しびれ・疼痛などもない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. 膀胱機能(健常=合計 10点)			
0: 自排尿が不能、あるいは失禁		<input type="checkbox"/>	
3: やつと自排尿ができる、つねに膀胱感があり、あるいはおむつが必要な失禁		<input type="checkbox"/>	
5: 頻尿・尿線に勢いが無い ときに失禁し、下着を汚すことがある		<input type="checkbox"/>	
8: 膀胱感正常、排尿まで時間がかかる、頻尿		<input type="checkbox"/>	
10: 膀胱感、排尿ともに正常		<input type="checkbox"/>	
IV. 日常生活活動能力又は労働能力に関する医師の意見を記入してください。 また、食事、入浴、用便、更衣等に介護が必要な場合は、具体的に記入してください。			
診断日	平成 年 月 日	所在地	
発行日	平成 年 月 日	診療科名	
		医師氏名	印

自賠責保険の請求に必要な書類

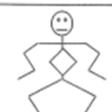
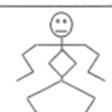
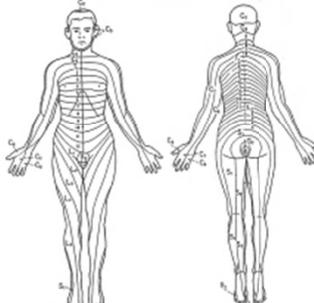
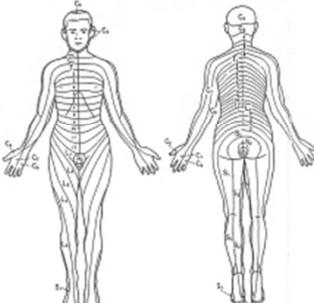
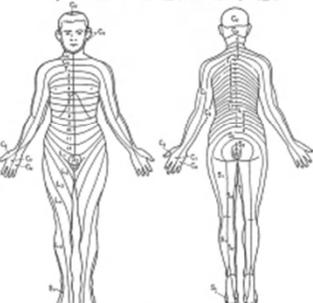
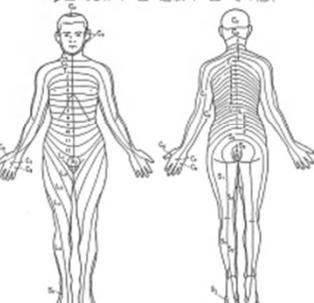
【神経学的所見の推移について】 (作成: 症状固定時の医療機関)

別紙

【脊髄損傷】

神経学的所見の推移について (受診者名 _____ 様 _____ 年 _____ 月 _____ 日生)

貴院における症状・所見の推移について、下表にご教示賜りますようお願いいたします。

神経学的所見	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
	右	左	右	左	右	左	右	左
具体的症状								
(膀胱直腸障害)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
腱反射	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 亢進 ++ <input type="checkbox"/> 異常 + (右図にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 正常 + <input type="checkbox"/> 低下 ± <input type="checkbox"/> 未施行 - 		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 亢進 ++ <input type="checkbox"/> 異常 + (右図にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 正常 + <input type="checkbox"/> 低下 ± <input type="checkbox"/> 未施行 - 		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 亢進 ++ <input type="checkbox"/> 異常 + (右図にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 正常 + <input type="checkbox"/> 低下 ± <input type="checkbox"/> 未施行 - 		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 亢進 ++ <input type="checkbox"/> 異常 + (右図にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 正常 + <input type="checkbox"/> 低下 ± <input type="checkbox"/> 未施行 - 	
病的反射	検査名 右 左		検査名 右 左		検査名 右 左		検査名 右 左	
筋力 (MMT)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (以下にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 未施行 筋の名称 右 左 筋の名称 右 左 () () () () () () () () () () () () () () () ()		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (以下にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 未施行 筋の名称 右 左 筋の名称 右 左 () () () () () () () () () () () () () () () ()		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (以下にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 未施行 筋の名称 右 左 筋の名称 右 左 () () () () () () () () () () () () () () () ()		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (以下にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 未施行 筋の名称 右 左 筋の名称 右 左 () () () () () () () () () () () () () () () ()	
(握力)	右()kg 左()kg		右()kg 左()kg		右()kg 左()kg		右()kg 左()kg	
筋萎縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(程度・周径を以下にご記載下さい) 上腕 右 cm 左 cm 前腕 右 cm 左 cm 小手指 右() 左() 大腿 右 cm 左 cm 下腿 右 cm 左 cm		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(程度・周径を以下にご記載下さい) 上腕 右 cm 左 cm 前腕 右 cm 左 cm 小手指 右() 左() 大腿 右 cm 左 cm 下腿 右 cm 左 cm		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(程度・周径を以下にご記載下さい) 上腕 右 cm 左 cm 前腕 右 cm 左 cm 小手指 右() 左() 大腿 右 cm 左 cm 下腿 右 cm 左 cm		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(程度・周径を以下にご記載下さい) 上腕 右 cm 左 cm 前腕 右 cm 左 cm 小手指 右() 左() 大腿 右 cm 左 cm 下腿 右 cm 左 cm	
知覚障害	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (下図にご記載ください) <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 鈍麻 / <input type="checkbox"/> 過敏 / <input type="checkbox"/> その他() 		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (下図にご記載ください) <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 鈍麻 / <input type="checkbox"/> 過敏 / <input type="checkbox"/> その他() 		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (下図にご記載ください) <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 鈍麻 / <input type="checkbox"/> 過敏 / <input type="checkbox"/> その他() 		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (下図にご記載ください) <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 鈍麻 / <input type="checkbox"/> 過敏 / <input type="checkbox"/> その他() 	
その他の所見	検査名 右 左		検査名 右 左		検査名 右 左		検査名 右 左	
Jackson test	Jackson test		Jackson test		Jackson test		Jackson test	
Spurling test	Spurling test		Spurling test		Spurling test		Spurling test	
SLR, FNST	SLR, FNST		SLR, FNST		SLR, FNST		SLR, FNST	
10秒テスト等	10秒テスト		10秒テスト		10秒テスト		10秒テスト	

- <ご記入にあたって>
- 各種検査において、左右ともに計測している場合には、左右双方についてご記載下さい。
 - 経時的に所見の変化が認められない場合は、「左に同じ」「変化なし」等、ご記載下さい。
 - 筋電図検査・神経伝導速度測定検査の施行がありましたら、検査結果等をご提出ください。

医療機関名 _____
 診療科 _____
 医師名 _____ 印
 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

自賠責保険の請求に必要な書類

【神経系統の障害に関する医学的意見】（作成：症状固定時の医療機関）

【遷延性意識障害・高次脳機能障害】

小学生以上・成人用

神経系統の障害に関する医学的意見

記入年月日 年 月 日

患者氏名 男・女 才

病院名

診療科

医師名 印

1. 画像（脳MRI、脳CTなど）および脳波 これらの医学的検査において、検査名・検査日と特記すべき所見をお示しください。

2. 神経心理学的検査 知能、記憶、情報処理能力、遂行機能、言語などの検査を行っていただき、検査日と所見をお示しください。
※検査報告書のコピーのご提供をお願いします（□なし・□あり）
検査日/検査名と所見：

3. 運動機能 該当する項目に○をつけてください。また筋力もMMT（5～0）で記入してください。

右上肢筋力	1.正常 肩外転: <input type="checkbox"/> 肘伸屈: <input type="checkbox"/> 肘屈曲: <input type="checkbox"/> 手伸屈: <input type="checkbox"/> 手伸屈: <input type="checkbox"/>	2.手指巧緻性低下 肩外転: <input type="checkbox"/> 肘伸屈: <input type="checkbox"/> 肘屈曲: <input type="checkbox"/> 手伸屈: <input type="checkbox"/> 手伸屈: <input type="checkbox"/>	3.補助手 肘伸屈: <input type="checkbox"/> 肘屈曲: <input type="checkbox"/> 手伸屈: <input type="checkbox"/> 手伸屈: <input type="checkbox"/>	4.廃用 肘伸屈: <input type="checkbox"/> 肘屈曲: <input type="checkbox"/> 手伸屈: <input type="checkbox"/> 手伸屈: <input type="checkbox"/>
左上肢筋力	1.正常 肩外転: <input type="checkbox"/> 肘伸屈: <input type="checkbox"/> 肘屈曲: <input type="checkbox"/> 手伸屈: <input type="checkbox"/> 手伸屈: <input type="checkbox"/>	2.手指巧緻性低下 肩外転: <input type="checkbox"/> 肘伸屈: <input type="checkbox"/> 肘屈曲: <input type="checkbox"/> 手伸屈: <input type="checkbox"/> 手伸屈: <input type="checkbox"/>	3.補助手 肘伸屈: <input type="checkbox"/> 肘屈曲: <input type="checkbox"/> 手伸屈: <input type="checkbox"/> 手伸屈: <input type="checkbox"/>	4.廃用 肘伸屈: <input type="checkbox"/> 肘屈曲: <input type="checkbox"/> 手伸屈: <input type="checkbox"/> 手伸屈: <input type="checkbox"/>
右下肢筋力	1.正常 股伸屈: <input type="checkbox"/> 膝伸屈: <input type="checkbox"/> 膝屈曲: <input type="checkbox"/> 足伸屈: <input type="checkbox"/> 足伸屈: <input type="checkbox"/>	2.耐久力低下/つまずきやすい 股伸屈: <input type="checkbox"/> 膝伸屈: <input type="checkbox"/> 膝屈曲: <input type="checkbox"/> 足伸屈: <input type="checkbox"/> 足伸屈: <input type="checkbox"/>	3.片足立ち困難/下肢装具使用 膝伸屈: <input type="checkbox"/> 膝屈曲: <input type="checkbox"/> 足伸屈: <input type="checkbox"/> 足伸屈: <input type="checkbox"/>	4.廃用 膝伸屈: <input type="checkbox"/> 膝屈曲: <input type="checkbox"/> 足伸屈: <input type="checkbox"/> 足伸屈: <input type="checkbox"/>
左下肢筋力	1.正常 股伸屈: <input type="checkbox"/> 膝伸屈: <input type="checkbox"/> 膝屈曲: <input type="checkbox"/> 足伸屈: <input type="checkbox"/> 足伸屈: <input type="checkbox"/>	2.耐久力低下/つまずきやすい 股伸屈: <input type="checkbox"/> 膝伸屈: <input type="checkbox"/> 膝屈曲: <input type="checkbox"/> 足伸屈: <input type="checkbox"/> 足伸屈: <input type="checkbox"/>	3.片足立ち困難/下肢装具使用 膝伸屈: <input type="checkbox"/> 膝屈曲: <input type="checkbox"/> 足伸屈: <input type="checkbox"/> 足伸屈: <input type="checkbox"/>	4.廃用 膝伸屈: <input type="checkbox"/> 膝屈曲: <input type="checkbox"/> 足伸屈: <input type="checkbox"/> 足伸屈: <input type="checkbox"/>
体幹	1.正常 腰伸屈: <input type="checkbox"/> 腰伸屈: <input type="checkbox"/> 腰伸屈: <input type="checkbox"/> 腰伸屈: <input type="checkbox"/>	2.軽度バランス障害 腰伸屈: <input type="checkbox"/> 腰伸屈: <input type="checkbox"/> 腰伸屈: <input type="checkbox"/> 腰伸屈: <input type="checkbox"/>	3.バランス悪く長く立ってられない 腰伸屈: <input type="checkbox"/> 腰伸屈: <input type="checkbox"/> 腰伸屈: <input type="checkbox"/> 腰伸屈: <input type="checkbox"/>	4.座ってられない 腰伸屈: <input type="checkbox"/> 腰伸屈: <input type="checkbox"/> 腰伸屈: <input type="checkbox"/> 腰伸屈: <input type="checkbox"/>

4. 身の回り動作能力 該当する項目に○をつけてください。

食事動作	1.自立 介助・見守り・声かけ	2.ときどき 介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全能的に介助
更衣動作	1.自立 介助・見守り・声かけ	2.ときどき 介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全能的に介助
排泄・排便動作	1.自立 介助・見守り・声かけ	2.ときどき 介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全能的に介助
入浴動作	1.自立 介助・見守り・声かけ	2.ときどき 介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全能的に介助
屋内歩行	1.自立 介助・見守り・声かけ	2.つかまり歩き/すり	3.てつなぎ/装具/歩行器	4.屋内歩行不能
屋外歩行	1.自立 介助・見守り・声かけ	2.ときどき介助/遠くへ行けない	3.てつなぎ/装具/歩行器	4.屋外歩行不能
階段昇降	1.自立 介助・見守り・声かけ	2.ときどき 介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.階段昇降不能
車いす操作	1.自立 介助・見守り・声かけ	2.ときどき 介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.車いす自働不能
公共交通機関	1.自立 介助・見守り・声かけ	2.ときどき 介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.公共交通機関は利用できない

5. てんかん発作の有無

(1) 無し

(2) 有り:

①治療のために使用している抗てんかん薬の種類と量:

②上記の治療を行っていても発作がある場合は、その頻度: 年 ____ 回程度、月 ____ 回程度、日 ____ 回程度

③多く見られる発作の型:

6. 認知・情緒・行動障害 (以下の1～21の症状について該当する数字に○をつけてください)

1	2	3	4
なし	軽度 / 稀に	中等度 / ときどき	重度 / 頻回
障害なし	障害はあるが軽度であり、生活には支障がない	代償手段の工夫や家族等の援助で対処できている	深刻な生活困難さを起こす原因となっている。

1 以前に覚えていたことを思い出せない	1	2	3	4
2 新しいことを覚えられない	1	2	3	4
3 疲れやすく、すぐ居眠りする	1	2	3	4
4 自発性低下、声かけが必要	1	2	3	4
5 気が散りやすく、動きっぱい	1	2	3	4
6 発想が幼見的、自己中心的	1	2	3	4
7 話がまわりくどく、考えを相手に伝えられない	1	2	3	4
8 周囲の人との意思疎通を上手に行えない	1	2	3	4
9 複数の作業を同時にできない	1	2	3	4
10 行動を計画したり、正確に遂行することができない	1	2	3	4
11 粘着性、しつこい、こだわる	1	2	3	4
12 感情の変動がはげしく、気分が変わりやすい	1	2	3	4
13 感情や行動をコントロールできない	1	2	3	4
14 ちょっとしたことですぐ怒る	1	2	3	4
15 暴言・暴力	1	2	3	4
16 性的な異常行動・性的差恥心の欠如	1	2	3	4
17 ふさぎこむ、気分がおちこむ	1	2	3	4
18 特に理由もなく不安を感じている	1	2	3	4
19 夜、寝つけない、眠れない	1	2	3	4
20 幻覚や妄想がある	1	2	3	4
21 受傷前と違っていることを自分では認めない	1	2	3	4

7. 上記6. の症状が「社会生活・日常生活に与える影響について具体的に」ご教示ください。

8. 全般的活動および適応状況
家庭、地域社会、職場、または学校などでの、全般的活動状況ならびに適応状況について具体的に教示ください。

自賠責保険の請求に必要な書類

【頭部外傷後の意識障害についての所見】（作成: 初診の医療機関）

【遷延性意識障害・高次脳機能障害】

頭部外傷後の意識障害についての所見

患者 _____ 様 _____ 年 月 日生

1. 意識障害の有無、その推移についてご記入ください。

(1) 意識障害の有無・推移

初診時の意識障害なし

⇒ 来院前の意識障害

なし 不明

あり (救急隊から確認 問診にて確認)

※確認した内容を下欄にご記入ください。

※救急搬送時の記録(救急活動記録票)がありましたら、併せて添付してください (なし あり)

初診時の意識障害あり (JCS : _____ GCS : E____+V____+M____=____)

経過中に意識障害が出現 (JCS : _____ GCS : E____+V____+M____=____)

○ 意識レベルの推移について、JCS または GCS にて確認された内容をご記入ください。

経過		JCS	GCS			
日付	時刻		E	V	M	計

(2) 上記の期間で意識障害が認められた場合

治療期間中、意識清明になった。

意識清明になった時期：(およその場合は(約)に○を付けてください)

(約) _____ 時間後、(約) _____ 日後、(約) _____ ヶ月後

(_____ 月 _____ 日 _____ 時 頃)

退院時(転院時)、意識清明にならなかった。

(3) 入院時“昏睡”の場合 (JCS : 30 以上、GCS : 計 ≤ 8)

簡単な命令に応じるようになった。

応じるようになった時期：(およその場合は(約)に○を付けてください)

(約) _____ 時間後、(約) _____ 日後、(約) _____ ヶ月後

(_____ 月 _____ 日 _____ 時 頃)

退院時(転院時)、命令に応じなかった。

2. 外傷後健忘 (PTA) (本人が覚えていない期間) の長さについてご記入ください。

なし

あり：(約) _____ 時間、(約) _____ 日、(約) _____ ヶ月 (およその場合は(約)に○を付けてください)

不明

3. 貴院終診時(退院時)における退院時サマリー、および他の医療機関への診療情報提供書の作成がありましたら、ご提供をお願いします。

退院時サマリー なし ・ あり (コピーのご提供をお願いします)

診療情報提供書 なし ・ あり (コピーのご提供をお願いします)

4. 意識障害の評価にあたり、頭部外傷以外の影響[※]が考えられる場合がありますら、ご教示ください。

※呼吸不全、低酸素血症、出血性ショック等の循環器系・呼吸器系の障害、薬剤性・中毒性の意識障害、認知症、失語症等の精神疾患によるもの 等

5. その他、意識障害の所見について、特記すべきことがありましたらご教示ください。

年 月 日 医療機関の住所

医療機関の名称・科目

医師氏名

印

自賠責保険の請求に必要な書類

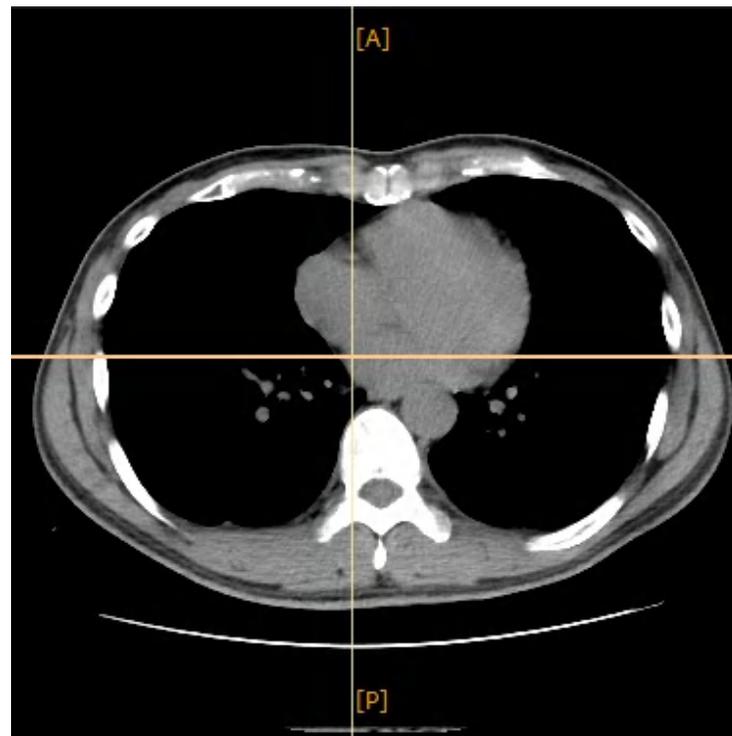


【画像データ】（作成：撮影した全ての医療機関）
[全ての後遺障害]

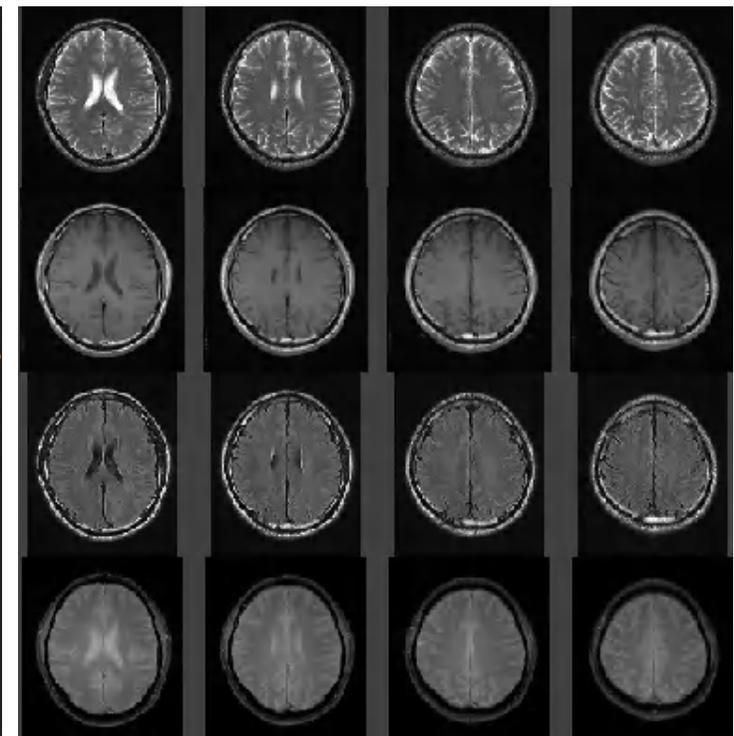
〈レントゲン〉



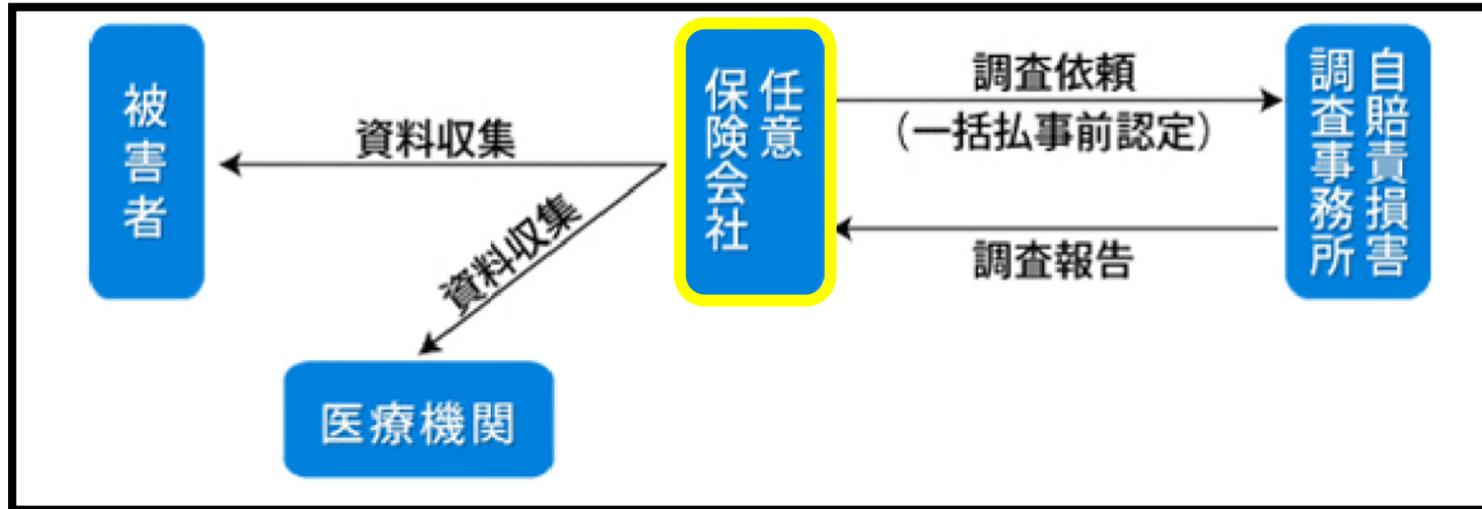
〈CT〉



〈MRI〉



自賠責保険の請求手続(事前認定)



【任意保険会社が、資料の収集・認定手続を行う方法】

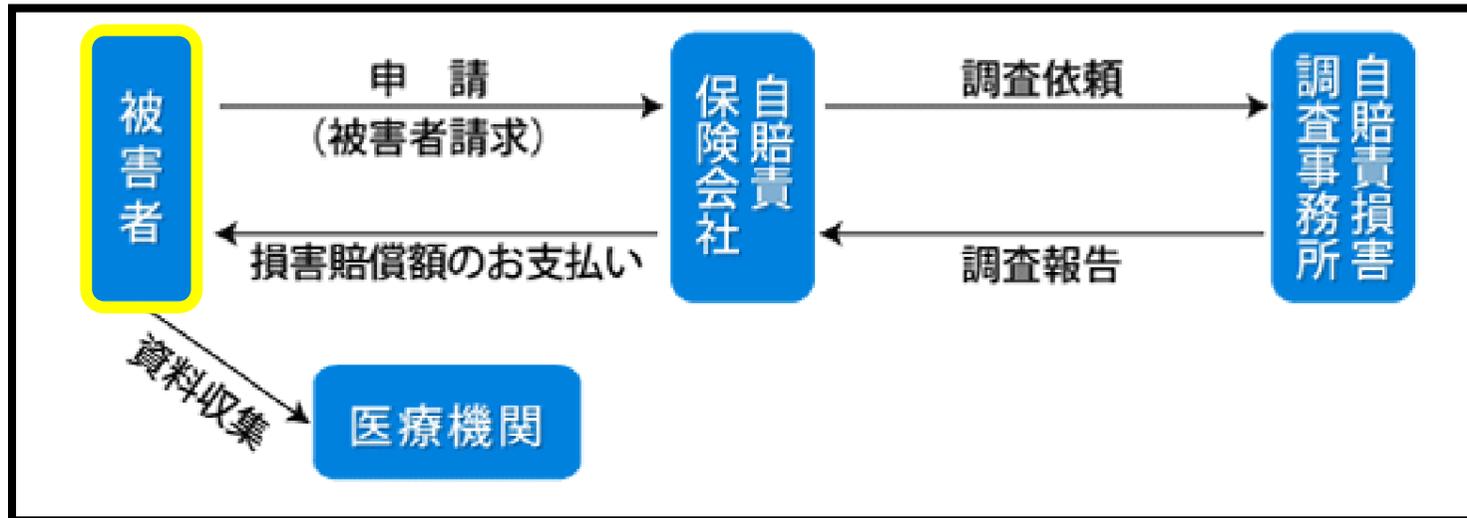
メリット

- ・ 保険会社が資料を収集してくれる。

デメリット

- ・ 十分な資料の収集がなされない。
- ・ 示談成立まで自賠責保険金が支払われない。

自賠責保険の請求手続(被害者請求)



【被害者が資料を収集し、請求手続を行う方法】

メリット

- ・ 十分な資料を集めて提出できる。
- ・ 後遺障害が認定されれば自賠責保険金を受けとれる。

デメリット

- ・ 被害者が資料を収集する必要がある。

退院後の生活場所

● 被害者の生活場所の選択肢

- ① 自宅
- ② 病院(療養病床)
- ③ 介護施設

● 考慮要素

- ① 本人の状態
- ② 家族の介護能力
- ③ 利用可能な介護サービス
- ④ 得られる賠償金の額の違い



自宅の環境整備①

● 自宅の環境整備のパターン

- ① 自己所有の住宅の改築
→ 改築費

- ② 新たな自宅の取得
 - 新築
→ 障害者仕様にするための増額分
 - 中古住宅の取得＋改築
→ 改築費
 - バリアフリー住宅の取得
→ 大きな費用はかからない

自宅の環境整備②

● 賠償額が減額される事情

- ① 既存の住宅の価値(評価額)が増加する
- ② 同居する家族の利便性が向上する
- ③ 障害者の生活・介護に適した環境になることで
介護負担が軽くなる

● 反論する要素

- ① 改築の必要性
- ② 障害者仕様にしたことによって増額した費用の明確化
- ③ 家族の利便性が向上しているかの検証
- ④ 通常の住宅としては不便になっている点の強調

自宅の環境整備③

● 介護器具の購入

- ① 障害の内容・程度に応じた器具の購入
介護ベッド・マットレス・車いす・リフトなど
- ② 継続的に使用する物品については「買換費」も賠償の対象になる。
買換費を計上する場合、耐用年数のチェックが必要

自宅の環境整備④

● 介護サービス

- ① 訪問診療
- ② 訪問看護
- ③ 訪問介護(居宅介護)
- ④ 生活介護(デイサービス)

● 公的な給付

- ① 障害者総合支援法
障害支援区分の認定
- ② 介護保険(原則65歳以上・例外的に40歳以上)
要介護認定

自宅の環境整備⑤

● 費用のかけ方

- ① 一般的な障害の場合
必要最小限の費用で対応
- ② 交通事故による後遺障害
ある程度の費用をかけて対応できる
あとは、損害賠償請求により、できる限り回収する
【弁護士役割が大きく、力量の差が出る部分】

賠償手続の選択

● 加害者(任意保険会社)への請求

自賠償保険金は、賠償金の一部の先払いであり、
残額を請求する必要がある。



選択肢は、大きく分けて2通り。

- ① 示談
- ② 裁判

それぞれにメリットとデメリットあり

損害賠償請求の手続の選択

● 示談のメリット

- ① 保険会社が後遺障害等級を争う可能性が低い。
- ② 解決までの期間が短期間で済む。



● 裁判のメリット



- ① 裁判所による中立的な判断を受けられる。
 - ▶ 個々の損害項目
 - ▶ 過失割合
- ② 弁護士費用・遅延損害金が認められる。

成年後見①

● 成年後見が必要となる場合

- ① 被害者が成人になっている
未成年の場合、親権者が代理権を有するので不要。
- ② 被害者が「意思疎通できない」状態、
意思疎通できても「判断能力が大きく欠けている」状態

● 成年後見の形態

- ① 親族(親・配偶者など)が後見人になる
- ② 親族が後見人、専門職が後見監督人になる。
- ③ 専門職が後見人になる。
- ④ 専門職が財産管理、親族が身上監護を分掌する。



成年後見②

● 後見人の報酬

専門職が後見人になった場合、報酬の支払が必要になる。

- ① 損害賠償請求の対象になる。
- ② 後見支援信託を利用すれば、親族に交代できる可能性あり。

● 後見人による財産管理

専門職が後見人になっても、財産の管理・処分が難しくなる

- ① 後見人の候補者を明記して申立てる
- ② 候補者を明記しないと家裁が名簿から決める



その他の制度

● 障害者が得られる給付

- ① 労災保険
- ② 障害基礎年金・障害厚生年金
- ③ 自動車事故対策機構(NASVA)の介護料
- ④ 特別障害者手当
(特別児童扶養手当・障害児福祉手当)

● 損益相殺に注意

- ① 労災保険の特別支給金
- ② 自動車事故対策機構(NASVA)の介護料
は損益相殺の対象にならない。

事故から解決までにかかる期間の目安

