

# 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

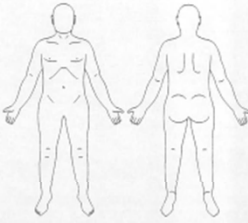


# 自賠責保険の請求に必要な書類

## 【後遺障害診断書】（作成：症状固定時の医療機関）

### [全ての後遺障害]

自動車損害賠償責任保険後遺障害診断書

氏名	男・女	■記入にあたってのお願い 1. この用紙は、自動車損害賠償責任保険における後遺障害認定のためのものです。交通事故に起因した精神・身体障害とその程度について、できるだけ詳しく記入してください。 2. 傷子障害については、医師後遺障害診断書を使用してください。 3. 後遺障害の等級は記入しないでください。																					
生年月日 ( ) 年 月 日 ( 歳 )		職業																					
住所		受傷日時	年 月 日 症状固定日 年 月 日																				
入院期間	自 至 年 月 日 ( ) 日間	当院入院期間	自 至 年 月 日 実治療日数 ( ) 日																				
傷病名		既往障害	今日事故以前の精神・身体障害：有・無 (部位・症状・程度)																				
自覚症状		各部位の後遺障害の内容 (各部位の障害について、該当項目の有・無に○印をつけ①の欄を用いて検査値等を記入してください)																					
① 他覚症状および検査結果	知覚・反射・筋力・筋萎縮など神経学的所見や知能テスト、心理テストなど精神機能検査の結果も記入してください。X-P・CT・EEGなどについても具体的に記入してください。眼・耳・四肢に機能障害がある場合もこの欄を利用して、原因となる他覚的所見を記入してください。																						
																							
② 器・必死診の障害	各臓器の機能低下の程度と具体的な症状を記入してください。生化学検査・血液学的検査などの成績はこの欄に簡記するか検査表を添付してください。																						
	<table border="1"> <tr> <th rowspan="2">視力</th> <th colspan="2">調節機能</th> <th rowspan="2">視野</th> <th rowspan="2">眼瞼の障害</th> </tr> <tr> <th>裸眼</th> <th>矯正</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td>cm</td> <td>cm ( ) D</td> <td>イ. 半盲 (1/4半盲を含む)</td> <td rowspan="2">イ. まぶたの欠損 ロ. 視野狭窄 ハ. 暗点 ニ. 視野欠損 (視野表を添付してください)</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>cm</td> <td>cm ( ) D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>眼球運動</td> <td colspan="2">注視野障害 (全方向1/2以上の障害)</td> <td>イ. 正面視口. 左右上下視</td> <td></td> </tr> </table>			視力	調節機能		視野	眼瞼の障害	裸眼	矯正	右	cm	cm ( ) D	イ. 半盲 (1/4半盲を含む)	イ. まぶたの欠損 ロ. 視野狭窄 ハ. 暗点 ニ. 視野欠損 (視野表を添付してください)	左	cm	cm ( ) D		眼球運動	注視野障害 (全方向1/2以上の障害)		イ. 正面視口. 左右上下視
視力	調節機能		視野		眼瞼の障害																		
	裸眼	矯正																					
右	cm	cm ( ) D	イ. 半盲 (1/4半盲を含む)	イ. まぶたの欠損 ロ. 視野狭窄 ハ. 暗点 ニ. 視野欠損 (視野表を添付してください)																			
左	cm	cm ( ) D																					
眼球運動	注視野障害 (全方向1/2以上の障害)		イ. 正面視口. 左右上下視																				
眼症状の原因となる前眼部・中間体・網膜などの他覚的所見を①の欄に記入してください (図示してください)																							

④ 聴力と耳介の障害	オーゾグラムを添付してください イ. 感音性難聴 (右・左) ロ. 伝音性難聴 (右・左) ハ. 混合性難聴 (右・左)	聴力表示 イ. 聴力レベル ロ. 聴力損失 最高明瞭度	耳介の欠損 イ. 耳介の1/2以上 ロ. 耳介の1/2未満 (右・左欄に図示してください)	⑤ 鼻の障害 イ. 鼻軟骨部の欠損 (右・左欄に図示してください) ロ. 鼻呼吸困難 ハ. 嗅覚喪失 ニ. 嗅覚減退	⑦ 顔状障害 (探皮表を含む) 1. 外はう イ. 顔部 2. 上肢 ロ. 顔面部 3. 下肢 ハ. 頸部 4. その他
⑥ 頸椎の障害	任意背伸・脱臼 (推可切除・固定等を含む) の部位	運動障害 右屈伸 度 右回旋 度	イ. 頸椎部 ロ. 胸椎部	骨質機能障害 変形コルセット 装用の必要性	⑧ 四肢の障害 イ. 鎖骨 ニ. 肩甲骨 ロ. 胸骨 ホ. 骨盤骨 ハ. 肋骨 ニ. 指骨の变形 X-Pを添付してください
⑨ 上肢・下肢および手指・足指の障害	短 右下肢長 cm 縮 左下肢長 cm	上肢 (右・左) 下肢 (右・左) 手 指 (右・左) 足 指 (右・左)	⑩ 欠損 (断断部位を指示)	⑪ 関節機能障害 (機能低下を記入してください)	障害内容の増悪・緩解の見直しなどについて記入してください
視力		調節機能		視野	
裸眼 矯正		近点距離・遠点距離		調節力	
右		cm cm		( ) D	
左		cm cm		( ) D	
眼球運動 (全方向1/2以上の障害)		右 複視		イ. 正面視口. 左右上下視	
眼症状の原因となる前眼部・中間体・網膜などの他覚的所見を①の欄に記入してください (図示してください)					
上記のとおり診断いたします。			所在地		
診断日 年 月 日			名称		
診断書発行日 年 月 日			診療科		
			医師氏名		

# 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	損傷部位	第( )頸髄・胸髄・腰髄 (完全麻痺・不全麻痺)
傷病名				
<b>I. 運動機能</b> (左右独立評価、健常=合計 25点×2)				
<b>A. 肩・肘機能</b> (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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2: MMT3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3: MMT4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4: MMT5 (-)	耐久力の不足、屈力感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5: MMT5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B. 手指機能</b> (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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C. 下肢機能</b> (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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2: つかまり立ち、歩行器歩行可能		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
<b>II. 知覚機能</b> (左右独立評価、健常=合計 20点×2)				
<b>A. 上肢</b> (%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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	しびれが強くて我慢できない	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	腫脹を妨げるしびれ	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	軽いしびれはあるが、気にならない	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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>B. 下肢・体幹</b> (%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	腫脹を妨げるしびれ	<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"/>
<b>III. 膀胱機能</b> (健常=合計 10点)			
0: 自排尿が不能、あるいは失禁		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
8: 膀胱感正常、排尿まで時間がかかる、頻尿		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10: 膀胱感、排尿ともに正常		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>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。</b>			
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 ++ (右図にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 異常 + <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 ++ (右図にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 異常 + <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 ++ (右図にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 異常 + <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 ++ (右図にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 異常 + <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		<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		<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		<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	
(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)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(程度・周径を以下にご記載下さい)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(程度・周径を以下にご記載下さい)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(程度・周径を以下にご記載下さい)	
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"/> 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"/> 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"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (下図にご記載ください) <input type="checkbox"/> 未施行	
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。

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

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

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	2.とどき 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	2.とどき 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
排尿・排便動作	1.自立	2.とどき 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
排便・排便動作	1.自立	2.とどき 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	2.とどき 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	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	2.とどき介助/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	2.とどき 介助・見守り/すり	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	2.とどき 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	2.とどき 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

## 【日常生活状況報告】 (作成: 家族など)

### [遷延性意識障害・高次脳機能障害]

小学生以上・成人 用

#### 日常生活状況報告

記入年月日 年 月 日

患者様 氏名 男/女 記入者名

生年月日 年 月 日 患者様との関係 はい/いいえ

利き手 右手・左手 才

記入上の注意) ご家族、近親者、または介護の方がご記入ください。

#### 1. 日常生活 (以下の1~30の項目の【能力程度】の状態について、受傷前後の該当する数字に○をつけて下さい)

##### 【能力程度】

問題がない	0	1	2	3	4	N
0	0	1	2	3	4	N
1	0	1	2	3	4	N
2	0	1	2	3	4	N
3	0	1	2	3	4	N
4	0	1	2	3	4	N
5	0	1	2	3	4	N
6	0	1	2	3	4	N
7	0	1	2	3	4	N
8	0	1	2	3	4	N
9	0	1	2	3	4	N
10	0	1	2	3	4	N
11	0	1	2	3	4	N
12	0	1	2	3	4	N
13	0	1	2	3	4	N
14	0	1	2	3	4	N
15	0	1	2	3	4	N
16	0	1	2	3	4	N
17	0	1	2	3	4	N
18	0	1	2	3	4	N
19	0	1	2	3	4	N
20	0	1	2	3	4	N
21	0	1	2	3	4	N
22	0	1	2	3	4	N
23	0	1	2	3	4	N
24	0	1	2	3	4	N
25	0	1	2	3	4	N

	受傷前	受傷後 (年 月 日)
1 起床・起床時間を守れますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
2 日課にしたがった行動をしますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
3 言葉による指示を理解できますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
4 正しい内容を相手に十分伝えますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
5 電話や来客の聲源を理解し、それに適切に、家庭へ適切な反応ができますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
6 適当な食事を選択し食べられますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
7 簡単な食事の準備や調理、配膳や食器洗いができますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
8 洗濯の準備や洗濯、風呂掃除、掃除機かけ、お風呂洗い、お洗濯ができますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
9 食卓の準備や食卓の片付け、食器洗、お風呂洗い、お洗濯ができますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
10 通勤や通学あるいは通院などのために、定時に出勤や通院ができますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
11 交通機関の利用で、目的地へ、乗車、乗り換え、目的地までの移動ができますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
12 服や靴などの着脱・履脱、浴槽での必要量の自給ができますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
13 日用品程度の物品を準備して、買い物ができますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
14 日常生活に必要な金銭管理ができますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
15 体調を適切に観察して、体調不良の相談をしたり、簡単な薬の処置ができますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
16 服薬の必要性を理解し、服薬の時間、量を間違わず、飲み忘れはしていませんか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
17 病院受診について、治療の必要性などの理解や相談ができますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
18 保険証や健康保険、財形などの大切な物の管理ができますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
19 他人からの虐待やシカトや侮辱などの処置ができますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
20 タバコやお酒の飲ま、家の回廊などの掃除ができますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
21 スマホやタブレットなどを利用して健康管理ができますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
22 キャッシュレス、マイナンバー QR、連絡メールなどに適切に対応できますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
23 服し物、金銭の不足、遠に歩むなどの日常生活で困難が起きた時に対処できますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
24 円滑な対人関係を築いていきます。トラブルはしていませんか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
25 人付き合いが難しい場合、社会的な基本的マナーに基づいた行動をしていますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N

経験している難病は、以下の項目もご報告ください。

26 難病の経過について伺っていますか。理解が必要になってきますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
27 学校から家庭へ向けた対応策を、実行する家庭に受け付けていますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
28 休みの時間や夜間後に、外出の意思がわたり、確認がされていますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
29 翌日の授業のための準備ができますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N
30 休まずに学校に行くと、授業も普通に参加していますか。	0 1 2 3 4 N	0 1 2 3 4 N

#### 2. 問題行動 (以下の1~10の項目の【問題行動の頻度】について、受傷前後の該当する数字に○をつけて下さい)

##### 【問題行動の頻度】

0	1	2	3	4	N	
0	1	2	3	4	N	
1	0	1	2	3	4	N
2	0	1	2	3	4	N
3	0	1	2	3	4	N
4	0	1	2	3	4	N
5	0	1	2	3	4	N
6	0	1	2	3	4	N
7	0	1	2	3	4	N
8	0	1	2	3	4	N
9	0	1	2	3	4	N
10	0	1	2	3	4	N

#### 3. 日常の活動および適応状況 (家庭、地域社会、職場、学校などにおいて、日常の活動状況や適応状況について、該当する数字に○をつけてください)

\*下記4.にも具体的に記入ください。

1 家庭、地域社会、職場、または学校などの広い領域において、問題なくよく活動・適応している。	
2 家庭、地域社会、職場、または学校で、中等度の困難に活動・適応している。	
3 家庭、地域社会、職場、または学校における活動や人間関係に、ごくわずかの障害がある。	
4 家庭、地域社会、職場、または学校でいくらかの困難がある。しかし全体的には良好にふるまっています。有意義な対人関係はもたれている。	
5 家庭、地域社会、職場、または学校で、中等度の困難がある。 (昨・友達が少ない、友人あるいは職場の人間トラブルを被ることがある。)	
6 家庭、地域社会、職場、または学校で深刻な障害がある。 (昨・友達が少ない、任務がこなせない。)	
7 (昨・友人を助け、家族を無視し、仕事ができない、子供の虐待、しばしば乱暴を、家庭では家族に反抗し、学業は同級生についていけない。)	
8 家庭、地域社会、職場、または学校で、役割を果たしたり、人と関わるのができない。 (昨・家庭内あるいは自宅に引きこもり、仕事も家庭内関係も維持できない。)	
9 最低限の身の回りや健康維持ができない部分がある。一人ではほとんど生活を維持できない。	
10 最低限の身の回りの清潔および健康維持を継続的に行うことができない。	

#### 4. 上記1~3の症状が、社会生活・日常生活にどのような影響を与えているか、事故前後の生活状況の変化。

現在支障が生じていることなど、具体的に記入ください。  
(記入欄にコピー用紙などを貼ききれなければ、別の用紙に記入して添付してください。)

1/2

け、障害等をご記入ください。

#### 6. 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	2.上さどき	介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全体的に介助
食事動作	1.自立	2.上さどき	介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全体的に介助
排便・排便動作	1.自立	2.上さどき	介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全体的に介助
入浴動作	1.自立	2.上さどき	介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全体的に介助
園外歩行	1.自立	2.上さどき	介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全体的に介助
階段昇降	1.自立	2.上さどき	介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全体的に介助
車いす操作	1.自立	2.上さどき	介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全体的に介助
公共交通機関	1.自立	2.上さどき	介助・見守り・声かけ	3.ほとんどできない/大部分介助	4.全体的に介助

7. 上記6.に基づき、声かけ、見守り、介助が必要な理由、それらの内容、頻度を具体的に記入ください。  
(介護保険の認定がありましたら、介護認定通知書等の写をご添付下さい)

#### 8. 生活状況 (事故前後の生活状況について、該当する項目に○をつけて、障害等をご記入ください)

事故前	a. 独居 b. 他の家族と同居 c. その他 (下欄にご記載下さい)
現在	a. 独居 b. 他の家族と同居 c. 施設入所中 (名称) d. 医療機関に入院中 (医療機関名) e. その他 (下欄にご記載下さい)



# 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<sup>※</sup>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

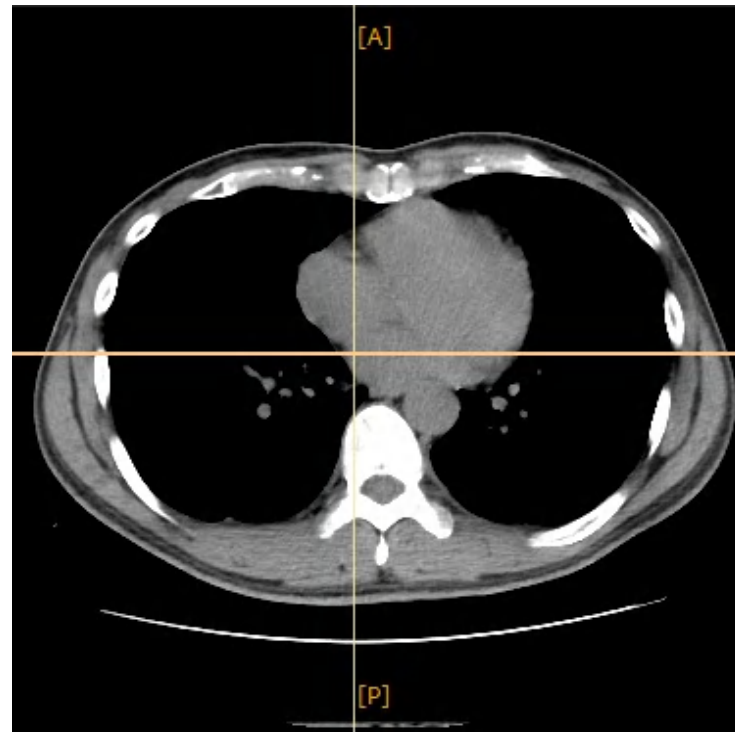


【画像データ】（作成：撮影した全ての医療機関）  
[全ての後遺障害]

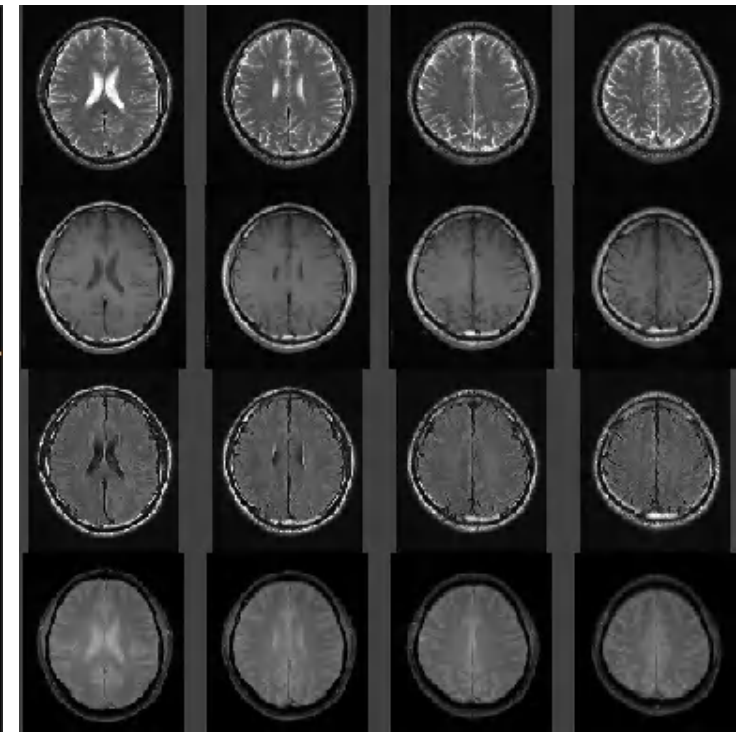
〈レントゲン〉



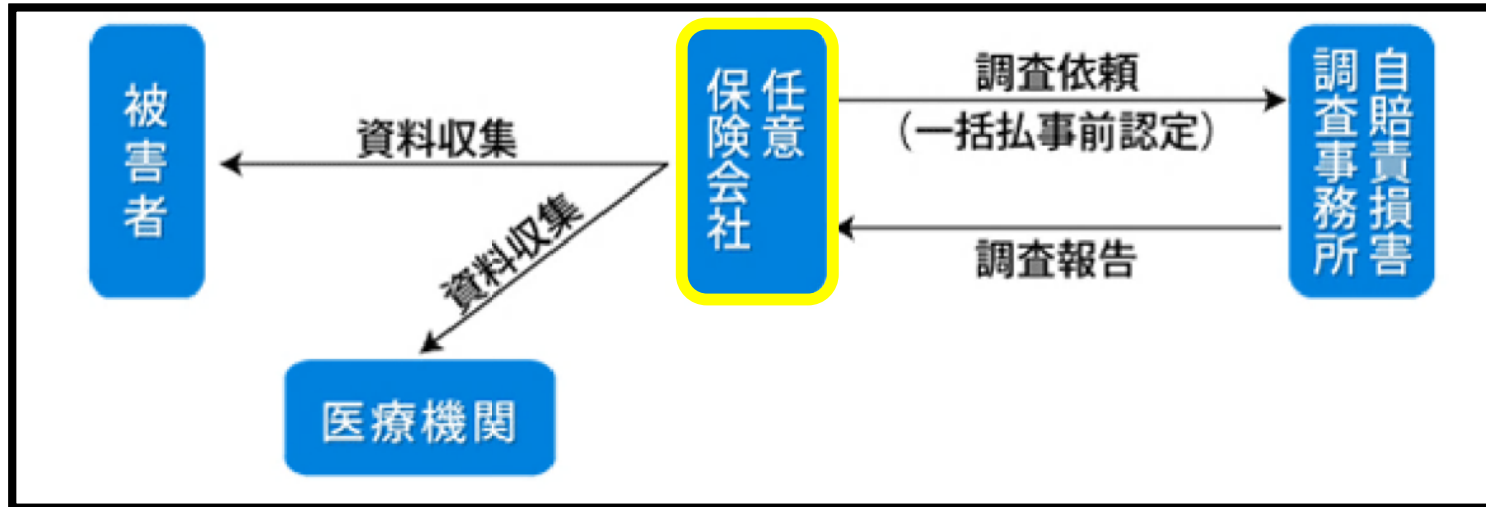
〈CT〉



〈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

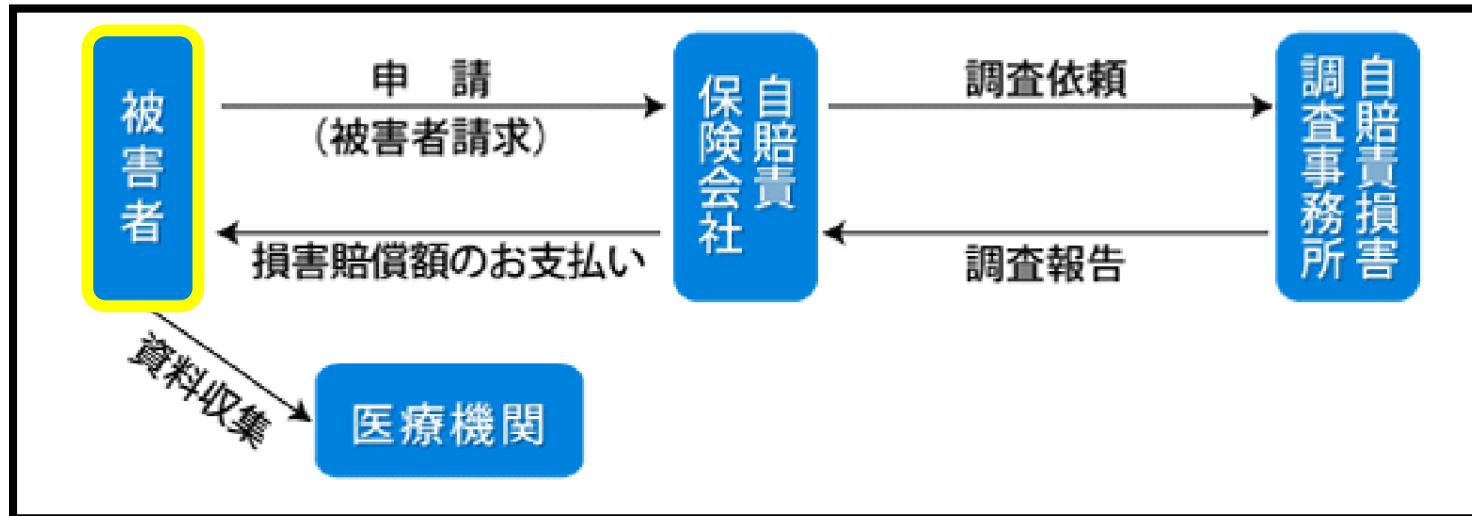
- ・ 保険会社が資料を収集してくれる。

## 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。



# 刑事手続

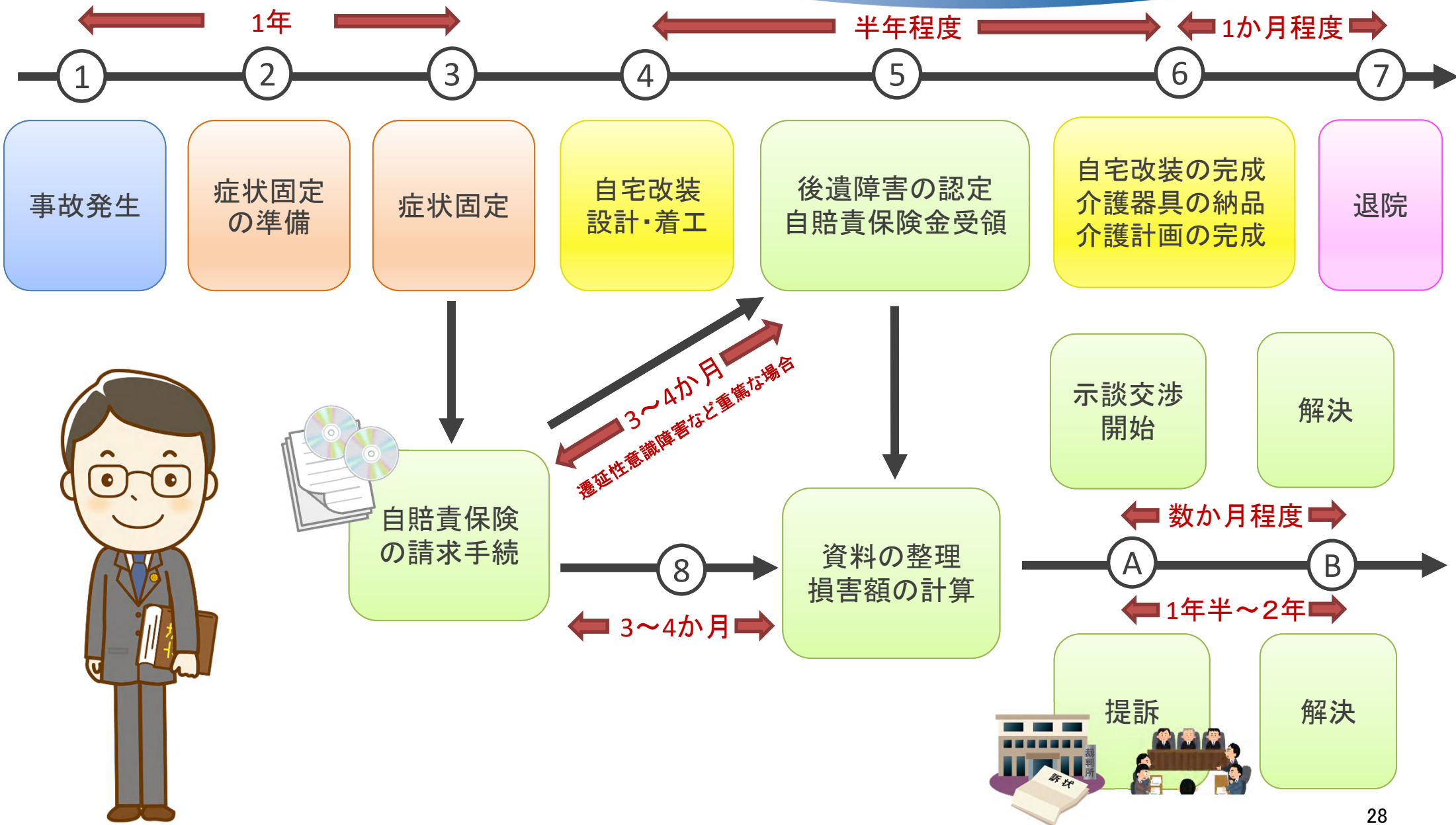
## ● 刑事手続の重要性

- ① 加害者に適正な処罰を受けさせる
- ② できる限り多くの刑事記録を入手する
- ③ 過失割合の認定に影響する可能性がある

## ● 対応

- ① 処罰感情を明確に伝える  
選択肢は、厳重な処罰・通常の処罰・寛大な処罰
- ② 被害者参加制度の利用  
裁判官に被害者の気持ちを伝える

# 事故から解決までにかかる期間の目安



# だいち法律事務所 弁護士藤本一郎

- ① 交通事故の被害者の支援に専門特化して活動しています。  
詳しくは、だいち法律事務所のホームページ(<https://daichi-lo.com/>)  
をご参照ください。
- ② 本日の資料をダウンロードしたい方は、  
<https://daichi-lo.com/news/3951/>へアクセスしてください。
- ③ 交通事故の被害に遭った場合に必要な知識を解説する書籍の出版  
を準備しています(後遺障害編は改訂版、死亡事故編は初版)。  
アマゾンで販売する予定です。



事務所の連絡先