

交通事故判例速報No.478号より

横浜地裁 平成17年12月8日判決（参照＝末尾掲載の判例紹介）

参考文献＝週刊自動車保険新聞（2006年3月22日）

解説弁護士 今井佐和子

第1. 事案の概要

平成11年10月31日、右折待機中の車両に続いて停止していた原告X乗車車両に、後方から被告Y運転車両が追突し、押し出されたX乗車車両が前車に追突した。X乗車車両は、前部・後部に損害が生じ、物損はおよそ40万円で示談が成立した。

Xは、事故前年間を通じてスポーツを楽しむ生活を続けていたが、平成9年頃には、倦怠感・嘔気・悪寒・足の痺れ・手の震え・めまい等の症状を訴え、低血圧、抹消神経炎、自律神経失調症の診断を受けていた。

事故後、XはB病院に救急搬送され、頸部捻挫、背部、右肘挫傷の診断を受けた。

その後、Xはめまい、悪心、後頭部のこばわり、背中から腰にかけての張り、項部、肩、右腕、背部の痛み、痺れ、重苦しさ、吐き気、右手痛、腰部痛、下肢痺れ感、立ちくらみ、ふらつき等の症状を訴え、C接骨院、D病院に平成14年9月頃まで通院を続け、理学療法を受けていた。

平成11年12月及び平成12年12月には、約1週間程度D病院に入院した。

上記入院期間中、徒手筋力テスト、知覚テスト、神経学テスト、MRI等の画像検査等各種検査が行われたが、異常は認められず、平成13年12月自賠責保険後遺障害診断書を作成し、Xは自動車保険料率算定会に事前認定の申出をしたが、非該当との判断を受けた。

その後Xは、F病院、G病院を受診した後、インターネット等で低髄液圧症候群を知り、平成15年7月S病院のM医師を受診し、ガドニウムMRI、RIシンチグラフィ等の検査を受け、低髄液圧症候群と診断されて、ブラッドパッチ療法が実施された。

数回のブラッドパッチ療法の後、平成16年10月に首と腰にブラッドパッチを施こされたところ、症状が軽減された。

Xは、本件事故により低髄液圧症候群の傷害を受け、前記約4年に渡る各症状は低髄液圧症候群によるものであると主張し、Yに対し損害賠償の請求をした。

第2. 争点

本件における主な争点は、本件事故後Xが長期間にわたり訴え続けた症状が、本件事故により生じた低髄液圧症候群によるものであるか否か。

第3. 裁判所の判断

低髄液圧症候群の最も主要な症状は頭痛であるところ、Xが長期間にわたり訴え続けた主要な症状に頭痛の訴えは見あたらないので、Xの症状は低髄液圧症候群ではないと判示した。

第4. 解説

1. 大脳、中脳、小脳、延髄、脊髄等の中樞神経を構成する神経細胞は、頭蓋骨や脊椎骨に覆われ、

頑丈な硬膜に包まれている。硬膜の内側には、くも膜があり、軟膜が神経細胞を包んでいるが、このくも膜と軟膜の間は、脳脊髄液（髄液）と呼ばれる液体により充たされている。中枢神経は、髄液の中に浮かんでおり、髄液は脊柱が外から大きな衝撃を受けても、その衝撃を和らげる働きをしている。

この脳脊髄液の圧力が低下することにより生じる（髄液量の減少による見解もある）慢性的頭痛を主徴とする症候群が低髄液圧症候群である。

髄液圧の低下による頭痛は、早くから提唱されており、1938年にはドイツの脳外科医により報告されている。

1987年に提唱された国際頭痛分類では、中分類7・2として髄液圧低下による頭痛が挙げられ、これは更に、硬膜穿刺後に生ずる硬膜穿刺後頭痛、硬膜に生じた欠損・裂隙から髄液腔害に漏出することによる生ずる髄液漏性頭痛、原因が不明である突発性低髄液圧性頭痛に分類されている。

2. 低髄液圧症候群の特徴的な症状は、座位または立位で増悪し臥位で軽減する起立性頭痛、髄液圧の低下（60mmH₂O）MRIによる画像所見であるが、必ずしも髄液圧の低下があるとは限らないという指摘もある。

その他めまい、吐き気、手足の痺れ、動機（まま）＝正しくは動悸（根角）、倦怠、集中力の低下等多様な症状が発症することがある。

前記国際頭痛分類第二版（ICHD-II）では、突発性低髄液圧性頭痛について以下の診断基準が設けられている。

A 頭部全体および、または鈍い頭痛で、座位または立位をとると15分以内に増悪し、以下のうち少なくとも1項目を満たし、かつDを満たす

1. 項部硬直
2. 耳鳴
3. 聴力低下
4. 光過敏
5. 悪心

B 少なくとも以下の1項目を満たす

1. 低髄液圧の証拠をMRIで認める（硬膜の増強など）
2. 髄液漏出の証拠を通常の脊髄造影、CT脊髄造影、または脳槽造影で認める
3. 座位髄液初圧は60mm柱未満

C 硬膜穿刺その他髄液瘦の原因となる既往がない

D 硬膜外血液パッチ後、72時間以内に頭痛が消失する

3. 突発性低髄液圧性頭痛の髄液圧低下の原因としては、

- ① 髄液産生低下
- ② 髄液吸収の亢進
- ③ 脊髄硬膜裂孔からの髄液漏出

が考えられているが、必ずしも明確ではなく、先天性素因も否定できないとされている。

また、①～③についても、長年の低髄液圧症候群での髄液産生吸収の研究で

- ① 髄液産生低下
- ② 髄液吸収の亢進

は否定的となり、③髄液漏出によってこの症候群がおこっていることがほぼ判明したとする指摘がある一方で、②髄液吸収の亢進③髄液漏出も否定できないが常識的には、①髄液産生低下によるものと考えておくべきではないかとする見解もあるなど統一した結論は出されていない。

また、漏出部位についても、髄膜の欠損説、神経根の通過する dual sleeve からの漏出とする説、硬膜憩室からの漏出説等様々な説があり、確定していない。

なお、頭痛等の症状は、髄液が低下することにより、脳が沈下し脳神経が牽引されたり変形したりすることやアデノシン受容体（神経伝達物質アデノシンの受容体）の活性化を伴う代償性血管拡張、蝸牛水管を通して迷路内の圧が変化すること、内リンパ水腫、外有毛細管（聴覚の感覚細胞）機能低下、脳の下方偏位（ま）＝偏移（修正＝根角）により神経が圧迫されること等により生じるとされている。

4. 予後は良好であり、大部分の症例は、床上安静と水分摂取により 数週間で自然治癒するが、輸液や経口ステロイドを服用し治癒に2～4ヶ月かかることもある。髄液の流出部位が特定できれば、髄膜憩室を結紮する等の外科的治療や自家血を硬膜下へ注入する治療法（ブラッドパッチ治療）等の治療方法もある（ブラッドパッチ治療は、流出部位が特定されていなくても施行されることがもある）。

5. 交通事故との関係で、低髄液圧症候群が注目されるようになったのは、2002年に篠永正道医師が、むち打ち症によって生じる頭痛、後頭部痛等の不定愁訴の原因の一部が、低髄液圧症候群によるものであり、これらの症状は、ブラッドパッチ治療により劇的に改善すると発表したことがきっかけである。

同医師は、「あなたのむち打ち症は治ります！」等の著書を出版するなどして前記見解の普及に努め、また、新聞やテレビ等のマスコミで報道されたこともあり、同医師の見解は、世間に知られることになった。

もっとも、篠永医師の見解に対しては、客観性に欠け推測の域を出ない等の批判もあり、関係学

会から受け入れられているとは言い難いようである。

6. 本裁判所においては、Xの症状として、低髄液圧症候群の特徴的な症状である頭痛がなかったことから、低髄液圧症候群が否定されている（髄液圧の低下、MRIによる画像所見があったかは、判決文からは不明）

本裁判例は、判断がやや簡素であるとの印象はあるが、低髄液圧症候群の主徴たる頭痛がないことや事故前からXに低血圧、抹消神経炎、自律神経失調症等の症状があったこと等も合わせて考えると、妥当な結論であろう。

交通事故による損害賠償訴訟において、事故による低髄液圧症候群の受傷を認めたものとしては、福岡地裁行橋支部平成17年2月22日裁判例、鳥取地裁平成18年1月16日裁判例（いずれも控訴中）がある。

他方、低髄液圧症候群が否定されたものとしては、名古屋地裁岡崎支部平成16年3月23日裁判例（自保ジャーナル1585・2）千葉地裁平成16年6月24日裁判例（自保ジャーナル1585、10）岡山地裁平成17年1月20日裁判例（自保ジャーナル1585、7控訴中）神戸地裁平成17年5月17日裁判例（自保ジャーナル1616・2）等がある。

第5 まとめ

低髄液圧症候群をむち打ち損傷と結びつける篠永医師の見解の登場以来、交通事故により低髄液圧症候群の傷害を受けたとの主張も急増している。

交通事故等の外傷による低髄液圧症候群は、医学的見解や診断基準、治療方法等が未だ確定していないことに加え、咳や転倒等日常生活の動作により発症するという見解もあることから発症の原因を交通事故と特定しうるかという問題等もある。既往症の問題も無視できない。

これらの問題については、医学界における議論の成熟が待たれるが、損害賠償の場面において、医師の間でも大きく意見が分かれている傷病の検討は、慎重に行われるべきではないだろうか。

今後、低髄液圧症候群をめぐる交通事故の損害賠償事件は、更に増加すると思われるので、その先駆的裁判例の一つとしてご紹介した次第である。

以上

上記解説の出典は交通事故判例速報No.478号より

横浜地裁 平成17年12月8日判決についての解説（参照＝末尾掲載の判例紹介）

参考文献＝週刊自動車保険新聞（2006年3月22日）解説弁護士 今井佐和子

【判例紹介】出典は自動車保険ジャーナル第1626号（2月16日号）（判決全文を掲載する予定です。）

乗用車の助手席同乗停車中、乗用車に追突され先行車に玉突き追突して頸椎捻挫等負った26歳女子会社員が低髄液圧症候群で7級後遺障害を残したとする事案につき、原告の症状は低髄液圧症候群の特徴の頭痛でなく「吐き気、めまい等で低髄液圧症候群であるというには足りない」とし、症状固定後の通院、就労状況等から14級10号後遺障害を認めた。

(横浜地裁 平成17年12月8日判決)(確定)

< 髄液漏れ > 事故で発症と推認 東京高裁
<http://headlines.yahoo.co.jp/hl?a=20080801-00000012-mai-soci>

交通事故で脳脊髄(せきずい)液減少症(髄液漏れ)を発症したかが争われた民事訴訟で東京高裁は31日、事故と発症との因果関係を認めた横浜地裁判決(1月)を支持し、加害者側の控訴を棄却した。原田敏章裁判長は「事故と髄液減少症との間に相当な因果関係を肯定できる」と指摘した。「事故によって髄液漏れを発症した」と認定した民事訴訟判決は地裁で4件明らかになっているが、高裁は初めて。

判決によると、事故は横浜市内で04年2月に発生。自営業の40代の男性が運転する乗用車が交差点を直進中、前から右折してきた乗用車に衝突された。男性は当初、頸椎捻挫(けいついねんざ)などと診断されたが、立ってられないほどの頭痛が続いた。髄液漏れと診断されて「ブラッドパッチ」という髄液漏れを止める手術を受け、治った。

この日の判決は(1)横になると頭痛が和らぐといい、髄液漏れの典型的な症状の一つとされる起立性頭痛の症状と符合(2)症状は事故前にはなく、事故後に発症するような出来事もなかった一ことを挙げ「発症は事故の衝撃や外傷によると推認できる」とした。

横浜地裁は、加害者側に治療費など676万円余の賠償を命じていた。

髄液漏れは発症のメカニズムに未解明な点が多く、診断基準が定まっていない。患者や家族らが研究推進を求め2月、34万7500人分の署名を舛添要一厚生労働相に提出している。【渡辺暖】

脳脊髄液減少症治療の保険適用「不可」/政府答弁書
<http://headlines.yahoo.co.jp/hl?a=20080107-00000006-cbn-soci>

交通事故などの後遺症で脳脊髄液が漏出する「脳脊髄液減少症」について、赤嶺政賢衆議院議員(共産党)が提出した質問主意書に対し、政府はこのほど、「同症の診断・治療法はいまだに確立されていない」として、一部の研究者から治療効果が指摘されている「ブラッドパッチ(硬膜外自家血入)治療法などの保険適用や患者の実態調査は困難である」などとする答弁書を示した。同症は、交通事故やスポーツ障害などによる頭部・全身への強い衝撃で脳脊髄液が漏出し、頭痛や眩暈(めまい)といったさまざまな症状を引き起こす。潜在的な患者は全国で30万人にも上るといふ。原因が特定されにくいため「怠け病」「精神的なもの」と診断されることが多く、治療法が未確立であるとともに医療保険の適用が認められていないことにより、患者らは精神的にも経済的にも大きな負担を強いられている。ブラッドパッチ療法については、ある研究者が「約7割の例で症状の改善が得られた」と報告しているが、保険適用外であるため入院費込みで30万円前後の負担となる。このような状況を受けて、赤嶺議員は12月18日、政府に「同症の研究や治療を推進すべき」とする質問主意書を提出。ブラッドパッチ療法などの新しい治療法の保険適用に関する政府の見解をただすとともに、学校生活内の事故によって発症した子どもや交通事故などの外傷による患者の実態調査を求めるよう促した。1月7日18時55分配信 医療介護情報CBニュース

(福岡高裁 平成19年2月13日判決)

(事件番号 平成17年(ネ)第336号、平成18年(ネ)第666号 損害賠償請求控訴・同附帯控訴事件)

(1審福岡地裁行橋支部 平成17年2月22日判決)

(事件番号 平成15年(ワ)第104号 損害賠償請求事件)

【福岡高裁(平19.2.13)判決を受けて】関東中央病院脳神経外科部長 吉本 智信 自動車保険ジャーナル 1676号(平成19年3月1日発行3頁)より

(1) 本判決を医学的観点からみて

近年、一部の医師グループ「脳脊髄液減少症研究会」は、既存の「低髄液圧症候群」の概念を拡張し、独自の診断基準で「新しい低髄液圧症候群」の診断を行い始めた。しかし、その独自の診断基準は現在の医学界が認める所に至っていない。その理由は、根拠が提示されず、また、明らかに誤った根拠を提示したり、基礎的データを示さないまま診断基準を変更したりするからである。医学は常に進歩していく。医学界は新しい概念に対して閉鎖的ではなく開放的である。しかし、診断基準の根拠が示されない限り、「新しい低髄液圧症候群」が医学界に受け入れられるとは思われない。この「新しい低髄液圧症候群」は、本来は医学界で議論が先行すべきであるにも拘らず、裁判の場に持ち込まれて争点となっているのが、現在の最も大きな問題といえよう。ところで、医療と医学は異なる。困っている患者が存在する時、医師が個人として患者を何とかしようとする気持ちは当然であろう。それが医療である。しかし、そこで得た経験や治療法を多くの第三者に普遍化する場合は、話が異なる。客観的なデータに基づいた合理的な診断根拠が必要となる。現在のままでは、既存の「低髄液圧症候群」という病名を使用しながら、全く異なる内容を実行していることになる。診断基準の合理的な根拠を提示しない限り、医学界が受け入れることはない。このようにして、医学界は自らを律することにより、無理な治療から患者を守ってきたし、今後も守っていく。思いつきで治療が行われてはいけない。これが医学である。

(2) 医学的根拠において、本件控訴の判断は、何が一番のポイントか

「新しい低髄液圧症候群」を提唱している医師たちは、最新の診断基準として「脳脊髄液減少症暫定ガイドライン2006」を提示した。その中で、「現時点では最も信頼性が高い髄液漏れの診断」として、髄液に特殊な薬品(RI=ラジオアイソトープ)で印を付けて髄液の動きを調べる「RI 脳槽シンチ」をあげた。そして、「RI 注入から3時間以内にRIが膀胱にたまる」、「本来、髄液がない場所にRIがある」、「RI 注入から24時間でRIの体内の残存率が30%以下である」のうちの一つを満たせば、「髄液が漏れている証拠だ」と主張した。なお、「頭部MRI」や「MRミエログラフィー」などの他の画像検査所見は参考所見に留めるとしている。しかし、この「髄液が漏れている証拠だ」としている3つの基準に関して、髄液が漏れていない正常人ではどうなっているか示されていない。今回の判決の最も重要な点は、「脳脊髄液減少症2006」の診断基準の根幹である上記の3つの診断基準に近い基準で診断された患者を、「RIの早期膀胱排泄」、「RIの早期対外排泄」、「脊髄周辺のもやもや画像」だけでは髄液漏と言えないと明記している点にある。彼らの診断基準の根幹が否定さ

れているため、与える影響は大きいものと言えよう。

(3) 本判決を受けて、今後民事損害賠償ではどのような方向性が考えられるか

従来の「低髄液圧症候群」が、治療や賠償の対象になることは当然と思われるが、「新しい低髄液圧症候群」と診断されたケースでは、合理的な診断根拠が裁判の場でも要求されることになるのではないだろうか。

(4) 今後、「低髄液圧症候群」が医学界でどのように取り扱われていくであろうか？

平成 19 年 3 月の神経外傷研究会、同年秋の日本脳神経外科学会において、「低髄液圧症候群」のガイドライン、または「新しい低髄液圧症候群」に対する見解が発表される。その時までには、「脳脊髄液減少研究会」が、合理的なデータに基づいた診断基準を提示しない限り、「新しい低髄液圧症候群」は厳しい評価がされられると思われる。

[前回の関連記事 1 審福岡地裁行橋支部 平成 17 年 2 月 22 日判決（「新しい低髄液圧症候群」を認めた 1 審判決に関する新聞記事）](#)