

## ＝2014 年の最後に入院医療を受ける 何事も経験か＝

出生時を除き、入院するのは 2 回目。1 回目は、20 歳代に喘息発作が出たときでしたが、無意味な 1 週間の検査入院（既に知っている脂肪肝との診断を受けた）でしたので、真面目な治療入院は今回が初めてです。

衆議院選挙公示前の 1 日に入院・・前回通信を病棟から送るなど初めての体験が続きましたが、やはり病院のお世話にならない生活が一番であることは間違いありません。

### <交通事故とむち打ち>

交通事故の後遺症があると、必ずと言っていいほど「むち打ち」ですかと聞かれるものですが、「むち打ち」は、正式な傷病名ではありません。

一般社団法人 むち打ち治療協会 HP ([http://www.mutiuti.jp/accident\\_whiplash/whiplash.php](http://www.mutiuti.jp/accident_whiplash/whiplash.php)) を見ると、「むち打ち」について、次の記載があります。

自動車の追突、衝突、急停車等によって首が鞭(むち)のようにしなったために起こる症状を総称したものです。しかし「むち打ち症」は、正式な傷病名ではなく、「頸椎捻挫」「頸部挫傷」などと呼ばれます。

多くの方は次のような傷病名に診断され、様々な症状がでてきます。

頸椎捻挫型

根症状型

バレ・リュウ一症状型(後部交感神経症候群ともいいます。)

脊髄症状型

脳脊髄液減少症

このうち脳脊髄液減少症については、2000 年以降、報道機会も多かったことから、ご存知の人も多いでしょう。

長らく、医学界の常識として「髄液はめったに漏れない」とされ、また、現在、脳脊髄液減少症とされる多くの症例で髄液圧は正常範囲内にあることから、2000 年以前は、脳脊髄液減少症は病気として認められていませんでした。

しかし、2005 年春に、交通事故で脳脊髄液減少症を発症したとされる患者と、「むち打ち症なのに、脳髄液漏れを主張するのは不当だ」とする損害保険会社、共済との間で全国的に訴訟が展開されるようになり、その判決において、脳脊髄液減少症が交通事故の後遺障害として認められたとの報道がなされると、関連学会の関心が一気に高まり、現在では、必要な治療につき保険適用がなされるとともに、現在、厚生科学研究費補助金による「脳脊髄液減少症の診断・治療法の確立に関する調査研究」が継続して進められているとの由。

こうした変化には、交通事故の後遺症に悩む～原因が特定されず、周囲の理解を得られないために苦しむ数多くの人の存在と、その行動があるのだと思いますが、私の交通事故の弁護士に聞くと、未だに無理解の保険会社は、「脳脊髄液減少症は、未だ医学的に確立したものではない」と主張し、損害賠償の支払を拒否する事例が続いているようです。

さて、私は、国立病院機構福山医療センターの院長から、この脳脊髄液減少症の疑いもあるので当院で受診を・・との勧めを受け、本年 7 月に福山に赴き、診察を受けました。交通事故後、16 か月を過ぎた時期です。

診断結果は、外傷性胸郭出口症候群というものでした。担当の専門医の方によれば、この症候群は、19 世紀には概念が確立した古い疾患ですが、現在でも新たな知見が蓄積され続ける新しい疾患でもあるとのこと。

ただ、この症候群は、整形外科、脳神経外科、神経内科等の診療科を跨ぐ概念でもあり、また、むち打ち損傷のような比較的な軽微な外傷が原因となることの認識が臨床現場で低いことから、診断も正しくなされず、適切な治療もなされていない・・また、交通事故の損害賠償となると、脳脊髄液減少症と同じように、保険会社から因果関係不明、疾患として確立していない等の主張がなされ、患者を孤立させているとの話も聞きました。

確かに、上述の一般社団法人 むち打ち治療協会の HP にも、公益財団法人 日本整形外科学会の HP ([http://www.joa.or.jp/jp/public/sick/condition/thoracic\\_outlet\\_syndrome.html](http://www.joa.or.jp/jp/public/sick/condition/thoracic_outlet_syndrome.html)) にも、交通事故との関係を示す記述はありません。この症候群の置かれた状況は、脳脊髄液減少症の 2000 年当時のようなものかもしれません。

## <外傷性胸郭出口症候群の治療を受ける>

福山医療センターの専門医から入手できた資料によれば、日本で積極的に外傷性胸郭出口症候群の診断・治療を行う医療機関としては、当該福山医療センター以外には、5 か所程度があるだけとのこと。医療資源が豊富なはずの東京エリアには皆無・従って、日本で最大の人口を抱える関東地区では、当該症候群の認識も治療もされない人が多いとなります。

さて、7月の福山での診断の際に、頸部のトリガーポイント注射(筋肉の圧痛点に局所麻酔剤を注射)という処置を受け、数日は、首の可動域が戻り、生活に支障がなくなるという経験をしました。しかし、当然のように、この処置は一時的な効果しかありません・逆に、その結果から、外傷性胸郭出口症候群が確定したとも言えますが、私自身、改善する見込みがあると理解し、それなりに時間が確保できる12月に入院して治療を受けることに決めました。

今回の入院は、こうした経過を経てのものですが、どのような治療がなされるのか、どの程度痛いのか・正直、おっかなびっくりの感じであったことは間違いありません。

今回の治療は、次のような手順で進められました。

- 初日 頸部のトリガーポイント注射(5、6本)
- 2日 透視下での頸椎椎間関節ブロック(左右計8か所に)
- 3日 休憩
- 4日 腰椎部からのエアパッチ(ブラッドパッチを応用した処置)
- 5日 頸部のトリガーポイント注射

最終手段としては、神経を圧迫する筋肉切除という選択肢もあるようですが、私の場合には、今回の治療を何回か受けることで寛解するのではないかというのが専門医の方の判断です。ただ、診断基準は標準化しているようですが、治療方法自体は、医療機関ごとに特徴があるようであり、何が最善かは、今後の診療の積み重ねの事後評価で決まっていくでしょう。私の症例も、それに使われることを願うものです。

もちろん、治療の効果・期間は、発症してから短期間で治療開始できたか、時間を要したかで、差異があるようであり、昔の言葉にあるように、「悪くなってから経った時間と同じだけの時間をかけて良くする」ということなのでしょう。

2日目の治療は、泣きそうなくらいに痛かったです(ほぼ泣いてました)が、退院後に、ストレスのない生活を10日も経験すると、来年も時間を作って、福山に治療を受けに来ることになりそうです。

## <外傷性胸郭出口症候群と交通事故の事後対応>

自分自身の交通事故に関し、加害者との訴訟は、今年始まりましたが、本格化するのは来年となります。

しかし、こうした脳脊髄液減少症や外傷性胸郭出口症候群の状況を知るにつれ、何と無駄な時間を社会全体で費やしているのだろうと思うばかりです。

### 1 加害者の立場、損害保険会社の立場

今の私の訴訟の相手は、加害者本人なのですが、その本人の弁護士は、どう見ても、加害者の立場ではなく、損害保険会社の立場を代弁しています。

私の保険会社の代理店の人に聞くと、「当事者が支払うと言えば、保険会社は反対できない。だから、保険会社は、加害者に対して法律に関わる事項なので我々に任せて欲しいと言って、全面的な委任を受けて、弁護士と直接、打ち合わせをして、保険会社の利益を守ろうとする傾向にある。」との由。代理店の人の話は、まさしく、今回の事故の示談交渉の時から経過にそのまま当てはまります。

私が、もし逆の立場であれば、事故責任が100か90の争いであり、争う時間が無駄なので100で良いと認めるでしょうし、そもそも訴訟でなく示談交渉で終わっているでしょう。私の負担は、事故処理には免責額の負担(これは責任の比率に関わらず一定)と、翌年からの自動車保険の保険料が上がるだけであり、無駄に時間を費やすこともありません。仮に、双方とも同じ損害保険会社なら、こうしたことも起きない~同じ会社内での費用問題でしかない~となるのですが、いかにも、損害保険会社間の利益確保競争に巻き込まれていると考えると、無駄なことと思うばかりです。

特に、被害者側から見れば、事故後のほうが、大きな損害です。

## 2 損害保険会社の存在価値

今回、脳脊髄液減少症や外傷性胸郭出口症候群の状況を確認して、実は、損害保険会社は、訴訟上の主張はともかく、こうした疾患で悩む人が数多くいることは認識しており、その被害者が治療を受ける場の存在を知っている～訴訟の相手方の主張から医療機関の存在を(例えば私の担当医も)知っていることに気づきました。

損害保険会社の行動は、今のところは、こうした医療機関での診断・治療実績を否定して、保険金支払を拒否することに躍起になっているように見えますが、これが問題を複雑化させているのではないかと考えます。

こうした疾患で悩む人は、お金の問題の前に、こうした適切な治療に結びつかないことに悩んでいるわけであり、損害保険会社の本来のサービスは、こうした医療機関を事故当事者双方に紹介して、スムーズな治療を受けられるようにすることではないかと考えます。その結果、紛争も減り、トータルのコストも下がるのは自明のことと思いますが、彼らは保険金支払額の大小に目をとられ、交通事故紛争を減らすという自動車保険の当初の目的を忘れ、紛争を増やす最大の存在になっているのは残念なことです。これは金融庁の仕事かもしれません。

## 3 外傷性胸郭出口症候群に特有の問題

素人なりに、この症候群を理解すると、訴訟遂行上、なかなか難しい問題があるなという実感です。

### (1) 診断基準上の問題

胸郭出口症候群の診断基準は、概ね標準化されているようですが、画像所見・神経生理学的検査所見は含まれていません。これが訴訟上の手続きを難しくします。

交通事故の紛争処理の現場では、画像診断の結果を証拠提出する等の要請がありますが、胸郭出口症候群では、こうした証拠は提出できない(画像に異常は写らない)ため、証明が難しくなります。

そのため医師の意見書等を個別に求めることとなりますが、そもそも積極的な診断・治療を行う医療機関が少ないのですから、被害を訴える側としては、医療機関を探して、そこで依頼する、裁判で被告側に否定されて、また医師にお願いする・・・など、重い負担になります。

私の場合には、適切な医療機関に辿り着くまで時間は要しましたが、それでも、過去の間人関係もあり、訴訟上で必要だが病院には面倒なことを、率直に病院にお願いすることが可能な立場であり、その面では恵まれていると言えます。しかし、多くの方は、そうではありません。

こうした点は、裁判の場では、挙証責任を被告側が持つなどの方法で配慮がないと、被告側＝保険会社に一方的に有利になりかねません。訴訟手続上での、実質的な公平の担保が検討されるべき問題でしょう。

### (2) 発症時期の問題

外傷を受けてから胸郭出口症候群を発症するまでの期間も問題を複雑にします。

担当医の資料に記載されている外国の研究では、事故後、早期に頸椎捻挫(むち打ち損傷)と診断された患者が、当該症候群の症状を呈する時期は、数週間以内が 4 割程度、数か月以内が 3 割強、数年以内が 2 割強と分かれており、交通事故の損害賠償が確定してから発症することもあり得る・・・という状況です。

私の場合には、「幸い」なことに、加害者側から訴訟で解決すると一方的に言われたことから、事故後 1 年以上を経た 4 月に訴訟を開始、訴訟継続中の 7 月に外傷性胸郭出口症候群の診断を受けることができ、訴訟の中で一体的に処理ができます。しかし、もし、示談で終わっていたら、損害請求の対象になりません。

また、私の場合にも、加害者側は、当初の診断書～頸椎捻挫全治 2 週間という記載を楯にとり、その後の治療は、事故と因果関係なしと主張しており、実質的な判断は裁判所に委ねられています。

外傷性胸郭出口症候群に関する最先端の医学的知見では、「外傷を受けてから胸郭出口症候群を発症するまでの間が、数か月(数年?)あったとしても、その外傷を原因とするのが医学的常識」となるようですが、これが裁判上の常識となるかは、別の問題です。これは、私の裁判で、実際の展開が見えて来るでしょう。

当初は、事故後の加害者、保険会社、弁護士の一方向的な行動に対し、いわば「私憤」を覚えての訴訟でしたが、来年は、交通事故と胸郭出口症候群に関する訴訟という、ある意味、社会的価値もある訴訟になりそうです。

私的にも公的にも、納得のいくまで、訴訟は続けるつもりですが、できれば、訴訟が終わる前には、外傷性胸郭出口症候群の違和感・不快感からは解消されたいものですし、損害保険会社には、同じことが繰り返されないよう、早期に適切な医療機関を紹介するシステムを整えて欲しいものです。

交通事故の事後処理は、金で解決できる問題ではない・・・これが今年の実感です。