

＝4年越しの交通事故裁判終了～課題は交通事故医療体制＝

地元福井で長女とともに交通事故に遭い、その後の示談交渉も加害者側から一方的に打ち切られたのは、平成25年の春でした。その後、裁判が始まりましたが、並行して外傷性の胸郭出口症候群と診断され入院治療を受けたのは2年前～その状況は通信 Vol.87 (<http://humancare-sys.jp/newsletter/files/2014/12/vol.87.pdf>)でお伝えしたところです。

それから2年を経て、和解で裁判を終えることにしましたが、今回は、その経過報告です。

<過失割合と車両損害～保険会社の姿勢が否定される>

交通事故の過失割合について、弁護士や保険会社は、『民事交通訴訟における過失相殺率の認定基準』(通称:「判例タイムズ」と呼ばれる本を参考に、過失割合の交渉を行っています。この認定基準は、交通事故を様々なパターンに類型化し、その基本的な過失割合を定めた上で、いくつかの修正要素(重過失の有無等)を適用して、最終的な過失割合を算出するという方法を示しています。

もちろん、現場の状況や車の損傷箇所などをよく調査して、客観的にお互いの過失が何であったかを洗い出した上で、「判例タイムズ」の示す方法を当てはめるべきものなので

しょうが、保険会社の事故担当者の中には、現場確認や車の損傷箇所を確認することなく、過失割合は「裁判例」や「判例タイムズ」で絶対的に決められているかのような発言をする低レベルな人も多いとのこと。

私の場合、事故直後に加害者の加入保険会社の医療担当者から連絡がありましたが、彼の対応は丁寧で常識的だったものの、過失割合の担当は酷いものでした。年度末の忙しい時期で、誰もが働いている日中の時間帯にも関わらず、こちらの状況や都合も聞かずに、電話で一方的に、「こうした事故の過失割合は8:2か9:1」と、いきなり話をはじめ、やむなく私が「事故現場を見ての話か」と問うと、「見てない」との回答があり、さらに「事故現場の状況も知らない者が、過失割合を判断できるのか」と確認すると電話は切れました。その後、加害者側は弁護士の出番となりましたが、「判例タイムズ」の示す9:1の機械的な適用を主張するばかりで、裁判でも同じ状態が続きました。

裁判では、当方が事故の態様などを書面で示し加害者の重過失を主張した結果、本年春の最初の和解案では9.5:0.5と加害者の責任割合が増え、加害者本人の証人尋問を経て最終的に10:0となりました。裁判所の判断は、「被告(加害者)は、交差点手前で一旦停止し左方確認した時には原告(私)の車両に気付かず、発進するにあたり左方を全く確認せず、衝突するまで原告車両に全く気付かなかったというのであるから、被告には著しい過失(▲0.1)があったと認められる」「原告には、本件証拠上、過失の修正要素は見当たらないから、原告に過失があったとは認められない。」というものでした。

加害者側が、「判例タイムズ」の機械的適用を求めばかりで私の過失を具体的に説明しなかったこと、及び、あえて説明を避けてきた事故当時の状況について証人尋問で加害者本人が説明をせざるを得なかったことが背景にあると思いますが、そもそも、この程度のことを示談交渉時に話をするこすら放棄して、裁判で形式的な判断を求めようとする保険会社の姿勢に問題があると言わざるを得ません。

また、車両損害については、加害者保険会社の関連会社が作成した立会損害確認報告書の信憑性を論点としました。本来の時期から大きく遅れて立会損害確認報告書が送付された直後に、加害者弁護士から「提訴しないなら、こちらが調停を申し立てる」との連絡があるなど、加害者の裁判対策として作成されたと推定される点、及び、内容的にも、足回りの傷に関し、古い傷は写真で示しながら、事故で生じたと考えられる新しい傷には一切触れていないなど、公平な運用がなされていない蓋然性が高い点を主張し、最終的には当該報告書に依拠せずに損害が認定されました。

支払額を少なくしたい保険会社の安易な行動が否定されたと考えていますが、こうしたことは被害者側が事故直後に事故車の細部を撮影するなどの対策がないと、何度も繰り返されることでしょう。



<外傷性胸郭出口症候群～裁判所の基本姿勢は変わらず～しかしヒントは見つける>

後遺障害、傷害慰謝料については、従来の外傷性胸郭出口症候群を基本的に認めないという裁判所のスタンスは変わらず、後遺障害は認めない一方で、傷害慰謝料を手厚めに認めるという形が示されました。

胸郭出口症候群については、担当医に証人尋問に立ってもらいましたが、下記のような従来通りの判断が示されました。

原告の頸部痛、両肩部痛及頭痛について、骨折等の外傷性の異常所見があることを示す画像等はなく、他に同症状が**他覚的所見に裏付けられている**ことを認めるに足りる証拠はない。

これに対し、原告は胸郭出口症候群を発症していると主張し、担当医も同じ供述をする。しかし、担当医が、原告につき胸郭出口症候群と診断した主たる根拠は、モーレイテスト(鎖骨上窩部で腕神経を圧迫して、局所の疼痛や手指の放散痛が生じるかを調べるテスト)の陽性結果と供述するところ、**同テストが胸郭出口症候群の診断根拠として特異的価値があるかは措くとしても、結局は、疼痛ないし放散痛を覚えたという患者の申告に依拠するもの**であり、その結果について第三者の検証可能性がないため、これをもって他覚的所見によって裏付けられたとは言えない。

したがって、原告の神経症状の強弱を判断するにあたっては、事実認定の客観性確保のために、同人の供述に依拠するのではなく、その通院頻度ないし治療内容等といった客観的な事情から推認するという手法をとることが相当である。

ポイントとしては、「裁判上の賠償である以上、第三者の検証可能性が必要」ということですが、胸郭出口症候群の場合には、患者の治療をするための医学的な診断基準と、損害賠償としての判断基準がマッチしないため、胸郭出口症候群で苦しむ患者は、ほぼ損害賠償が認められないとなります。裁判所に悪意はないのですが、「患者の申告に依拠する」だけでは不十分という点が、「私のことを詐病と思っているのか」との強い憤りを多くの患者に与えていることも間違いないでしょう。

この不幸な問題を解決する方法としては、医療側で「目に見える方法」を開発することが考えられますが、担当医にその可能性について聞くと、「世界中の専門医が、胸郭出口症候群の画像～電気生理学的検査による確定診断を目指しているが、今のところ先が見えていない。」とのこと。

将来に希望は託すとしても、それまで待つだけでは多くの不幸が再生産されるだけです。そうすると司法側の歩み寄りを期待するしかありませんが・・・和解案に関して 2 度裁判官と話をする機会を得たときに、彼らの発想の背景～今後取り組むべき方向がわかったような気がしました。

「胸郭出口症候群の診断・治療をしているのは、ごく一部の医療機関しかない」という点を繰り返すので、最初は「一部の者がやっているだけの胡散臭いもの」と考えているのかと思いましたが、逆に「公的医療機関で一定のネットワークができ具体的な治療効果が積み上がれば、裁判所の判断も医療に歩み寄るのでは・・・」との可能性に気がきました。

確かに、胸郭出口症候群の診断は知識さえあれば難しいものではなく、一般の整形外科でもできますし、私の受けている治療も透視化での頸椎ブロック注射と著しく難易度の高いものではありません。しかし、そうした治療をしている医療機関はないため、わざわざ福山まで行って入院という形式で治療を受けていますが、東京圏にあれば通院で済む話です。

仮に、こうした交通事故医療の拠点をブロック別に1か所以上を設けることができ、実際の治療効果が上がれば、裁判所も、いきなり胸郭出口症候群を後遺障害と認めるのはできないにしても、治療期間中の傷害慰謝料の支払いという形で実質的な賠償を認めることになるのではないかと思います。そもそも、こうした医療体制整備で早期治療開始となれば、後遺障害の状態にはならなくなるでしょう。

そうなれば、現状、本来保険会社が負担すべき医療費負担の肩代わりしている医療保険者の負担も減るでしょうし、保険会社も本来の交通事故賠償の早期解決という役割に立ち返ることができるでしょう。

私自身は、2 年間の治療のお陰で、訴訟開始時の頃よりは随分と状態も良くなり、後遺障害という状態でないことは自覚できています。こうした状態もあって、今回の和解を決めましたが、一方では、交通事故医療の体制の実現に向けて、来年は、いろいろと模索してみるつもりです。