

## 自賠責保険のしくみ

富士通健康保険組合

# 目 次

## — 自賠責保険のしくみ —

1．自賠責保険の基礎知識	1 頁
2．保険請求で困らないためのノウハウ	4 頁
3．請求手続きから異議申立までのチェックポイント	12 頁
4．損害はここまで認められる	15 頁

# I . 自賠責保険の基礎知識

## 1 . どんな事故にいくらおりののか

### (1) 自賠責は「他人」に対する賠償保険。モノやクルマは対象外

自賠責保険はあくまでも「対人保険」。つまり、保険金の支払いができるのは、「他人」に対する損害のみで、クルマやガードレールなど「モノ」に対する損害や、自分の体、自分のクルマの損害は、個人の意思で加入する「任意保険」で補うしか方法はありません。

では、「他人」に対する保険金は、自賠責から、いくらまで支払われるのでしょうか。死亡のときは最高3,000万円、重度の後遺障害も最高4,000万円、傷害は最高120万円という具合に、一人あたりの支払限度額が定められています。一つの事故で被害者が複数の場合は、それぞれの被害者に一人あたりの限度額まで支払われます。また、後遺障害が残った場合は、そのレベルに応じて14段階の等級がつけられ、それぞれに応じた後遺障害保険金が支払われるというしくみになっています。

## 2 . 根拠となる法律

### (1) 自賠責は「自賠法」、任意保険は「民法」。自賠法は「被害者救済」のための手厚い法律

まず、自賠責保険は「自動車損害賠償法保障法」（自賠法）によって運用されている対人保険制度です。加害者は自分に過失がなかったことを証明しない限り、被害者に対する賠償義務を負わなければなりません。また7割以上の重大な過失がない限り、保険金を減額されることもありません。被害者側にとっては手厚い保険だといえるでしょう。

一方、自賠責の上乗せである任意の対人保険は「民法」をもとに作られた賠償保険です。民法は過失責任主義を原則としているので、賠償範囲は加害者の過失分のみ。そのため、双方の過失割合に応じた減額が行われます。こちらは、逆に、被害者側が加害者側の過失を証明しなければなりません。つまり、損害額が自賠責の限度額をオーバーした時点で、処理は「民法」をベースに進んでいくというわけです。

#### ①自賠責保険支払の根拠となる法律 [自動車損害賠償法保障法第3条]

「自己のために自動車を行の用に供するものは、その運行によって他人の生命または身体を害したときは、これによって生じた損害を賠償する責めに任ず。ただし、自己および運転者が自動車の運行に関し注意を怠らなかつたこと、被害者または運転者以外の第三者に故意または過失があつたこと並びに自動車に構造上の欠陥がなかつたことを証明したときはこの限りでない」

#### ②任意保険支払の根拠となる法律 [民法709条]

「故意または過失によりて他人の権利を侵害したる者はこれによりて生じたる損害を賠償する責に任ず」

## 3 . 事故発生時の注意点

### (1) 被害者の救護が最優先。物損事故でも安易に現場での示談はしないこと

事故が起こったら、まず負傷者を救護し、救急車を呼ぶ必要があれば呼び、それから警察に通報する。この基本的な流れについてまず、頭に入れておく必要があります。救急車が出動するような重傷事故の場合は、事故現場で当事者同士が話し合ったりするゆとりはまずありませんが、クルマ同士の接触など比較的軽い事故の場合は、その場で「警察を呼ぼうかどうしようか」といった話になることがよくあります。ここでは、そのような事故の直後に、「自賠責保険の請求」という視点から、注意しなければならないポイントをいくつかあげておきます。まず、たとえ軽くてもケガをしていたり、クルマがつぶれていたりという損害がある場合は、必ず警察に届けてください。自賠責も任意保険も、請求には交通事故証明書が必要です。どうしてもその時に時間がとれず、警察を呼べないような場合は、とりあえず電話で、警察へ事故の報告だけを入れておくこともげきます。そのときには、お互いの住所・氏名・クルマの登録ナンバー・自賠責証明書の証明番号と会社名を必ず確認しておきましょう。

住所や氏名は、名刺ではなく免許証で確認した方が確実です。また、このような事態に備えて、クルマやバッグの中にメモ用紙と筆記用具を入れておく習慣をつけておきたいものです。

また、現場で損害賠償についての具体的な話はしないことです。現場での示談は、双方が納得のうえ、支払いが終われば問題はありませんが、たいていの場合、内容は公正を欠いています。よく、「私の保険で、アナタの治療費や修理代を全部持ちますから、私の治療費と修理代

はアナタの保険で全部持ってください」という話をその場でまとめてしまう人がいます。表面上は円満解決に見えるのですが、保険のシステムとして100%ずつ払い合うという処理方法はないので、後日、保険会社からの連絡で話がこじれ、両者とも納得しないケースがよくあります。したがって、もし、現場で相手からそういう話を持ちかけられても、「事故は初めてでよくわからないので、保険会社の担当者と話をしてください」とかわしましょう。

#### 4. 事故後に心がけること

##### (1) 事故報告からお見舞いまで、自分の過失で起こった事故では被害者に誠意を尽くす

ケガ人の救護、警察への通報、検証などが終わったら、自分が加入している任意保険会社へも必ず事故報告を入れてください。保険証券を見れば、代理店・営業所・サービスセンター・24時間フリーダイヤルなど、事故時の連絡先が書いてあります。被害者が歩行者や自転車の場合は、クルマが任意保険に入っているかどうかを確認し、早めに連絡を取ってもらうよう伝えておきます。保険会社に事故報告を入れると、担当者から事故状況などについていくつかの質問をされますので、その質問にしたがって、ひとつずつ答えていけばOKです。ただし、いくら電話口で「右から走ってきた」とか「左折しようとした」という説明を一生懸命しても、なかなか伝わりづらく、ときには間違っただまま事故発生状況報告書が作成されることもあります。したがって、事故報告から1週間もすれば、相手方の状況もほぼわかっている時期なので、その頃にもう一度、保険会社に問い合わせ確認してみましょう。もし状況に間違いがあればきちんと訂正してもらわなければいけません。

また、保険会社によっては、「アナタの担当は私です」と挨拶の電話を入れるところがありますが、そのような電話がない場合は、後々のことも考えて、必ず担当者の名前を確認しておきましょう。事故から数日経ってよく出てくるのは、物損事故から人身事故への切り替え問題です。事故直後は気が張っているせいかケガはないと思っても、2~3日後に打撲や骨折が見つかり、病院へ行くというケースはよくあります。警察署によっても差があるようですが、4~5日以内に診断書を出せば、人身事故に切り替えてくれるので、早めに手続きをします。診断書が出されると、改めて双方の当事者を呼び、人身事故の現場検証をする警察署もあります。

また、明らかに自分の過失で事故が起こり、相手がケガをしている場合は、品物を持って誠意を尽くしてお見舞いにいきましょ。保険があるからすべておまかせというのではなく被害者との接触の中で誠意の表し方を見極めることが大切です。

#### 5. 交通事故と健康保険

##### (1) 交通事故でも健康保険は使えます。ただし、通勤途中の事故は労災保険で

交通事故の治療費は、かぜなどの病気とは違って驚くほど高額になることがあります。脳挫傷などで集中治療室に入るような重傷事故の場合は、一晩で200万円、300万円という請求が来ることも珍しくありません。しかし、自賠責で支払われる限度額は120万円。被害者の過失が大きいときや、加害者が任意保険に入っていない場合は、残りの治療費を自己負担しなければなりません。それを考えると、治療費はできるだけ安く抑えた方が安心ということになります。交通事故の場合は突然ですから「保険証」の準備もなく、また加害者との賠償問題がどうなるのかさっぱりわからずに、オロオロする人も多いようですが、治療費の請求先の決定は、自賠責請求のスタート地点ともいえる大切なポイントなので、よく理解しておく必要があります。そこで、まず判断しなければいけないのは、その事故が業務中や通勤途中に起こった事故であれば「労災保険」をそうでなければ「健康保険」を使うことになります。病院によっては、健康保険指定病院なのに、「健康保険は使えません。事故扱い(自由診療)になります」というところもあるようですが、はっきり言ってそれは間違っていますので注意してください。

#### 6. 健保診療と自由診療

##### (1) 健保診療の医療単価は1点10円、自由診療は約20円。同じ治療でも請求額に大差が

健康保険の場合、治療費計算の基準となる医療点数の単価は1点10円と決まっています。ところが、自由診療の場合は、病院ごとに単価を自由に決めてよいことになっているため、1点の単価は平均すると約20円です。(地域によりそれ以上に高いところもあります。つまりある治療をして、その点数が10万点になったとき、健康保険を使った場合の請求額は100万円ですが、自由診療では200万円となり、治療内容はまったく同じでも請求額はなんと2

倍になるわけです。とはいっても、かかった治療費を加害者が全額負担してくれるときはあまり気にする必要はありません。問題は、被害者側の過失が大きいときです。このような場合は、加害者の任意保険から保険金が支払われないこともあり、最初から健康保険を使った方が得策といえるでしょう。現在は、ほとんどの治療が健康保険で認められています。もし、健保で認められない特別な治療が必要な場合は、主治医と相談しましょう。

## 7. 医師から自由診療を勧められたら

### (1) 健保診療、自由診療、どちらで治療を受けるかは、あくまで患者が決めること

「交通事故の場合、健康保険は使えません。自由診療となります」なぜそう答える病院が多いのか。それは「病院側から見れば自由診療の方がトク」。つまり、自由診療で患者を診る方が病院の収益はアップするからです。しかし、どちらの方法で治療してもらうかは、あくまで患者が決めることです。決定権は健康保険の被保険者（被扶養者）である患者（被害者）にあるので、病院の言いなりになる必要はありません。もし、いくら説明しても、病院が健康保険の診療を拒否したときは、都道府県の保険課へ相談してください。

実際に厚生省（当時）からは、「健康保険及び国民健康保険の自動車損害賠償責任保険などに対する求償事務の取扱いについて」という通達が出されています。（昭和43年通達106号）簡単にいうと、「交通事故でも健保が使えますよ」という内容です。

## 8. 労災保険が使える事故

### (1) 仕事や通勤途中の事故なら自賠責以外に労災保険も使える

5. でも説明したとおり、交通事故が仕事や通勤中に起こったのであれば、自賠責以外に「労災保険」にも損害を請求することができます。労災保険とは、業務中のケガ・病気による治療費や、休業中の補償（給与等）を支払う労働者のための制度で、「労働者災害補償法」という法律に基づいて作られました。慰謝料の支払いはありませんが、支払われる項目は自賠責とほとんど同じです。健康保険の場合は、病院の窓口で「治療費の3割」といった個人負担が発生しますが、労災の場合は個人負担がまったくありません。

さて、交通事故の場合はその性格上、「業務中の災害」と「通勤途中（出勤・退勤）の災害」に分けられます。通勤途中の場合は、事故の場所や時間が問題になります。なぜなら「通勤」とは「住居と就業の場所との間を、合理的な経路および方法により往復すること」と規定されているからです。そのため、途中で飲食のため寄り道したり、個人の用事をしたときは、その時点で通勤が中断されるとみなされ、それ以後は補償対象になりません。

例外として、勤めている主婦が仕事帰りにスーパーマーケットなどで惣菜などを購入する場合は、中断とはみなしません。いずれにしても、労災事故にあたるかどうかの判断がつかないときは会社の担当部門に相談してください。また、中には、労災保険を使いたがらない企業もあるようです。たしかに、労災を使うとその支払額に応じて、翌年から保険料がアップするなどいろいろな理由がありますが、それは業務上災害、つまり、正規の時間内の事故（交通事故を除く）だけです。通勤途中の事故（通勤災害）の場合は、たとえそれで保険を使ったとしても、次年度の労災保険料に影響はありません。それを混同したり取り違えている経営者も多いので、もし通勤途中や、仕事や通勤中の交通事故の場合は、そのことを話してみてください。また、労災保険の場合は、社員の名前を一人ひとり登録しているわけではありませんので、パートやアルバイトの労災事故でも、会社が認めてくれれば労災保険が使えます。ちなみに、労災の医療点数単価は1点につき12円です。

## 9. 「民事的な解決」への道すじ

### (1) 解決の方法は「示談」「調停」「訴訟」の3つに大別

まずは、「示談」です。これは、当事者同士がお互いに話し合っただけで支払う額などを決め示談書という約束の文書を交わして解決する方法です。交通事故は、ほとんどこの方法で解決されていますが、もし、加害者が示談の内容を守らないような不安がある場合は、双方が公正証書へ出向き、公正証書で示談します（実印・印鑑証明書が必要）。こうしておけば判決と同じ効力を持つので、約束が守られなかった場合は強制執行できます。特に、分割払いの示談などは、この方法を取ると安心できます。

次に「調停」という方法、これは示談でまとまらないときに簡易裁判所に申請して行ないます。当事者だけでなく、裁判官の指導のもとで、調停委員と一緒に話合いで解決しようというものです。費用や日数は裁判よりも少なく済みますが、お互いにある程度譲り合う

気持ちがなければ、まとまらない場合もあります。

最終的な手段はやはり「訴訟」です。和解や判決で解決することになりますが、効力としてはどちらも最強と考えてよいでしょう。ただし、解決まで時間がかかり、ほとんどの場合弁護士に依頼するため、訴訟費用もかかります。

## II . 保険金請求で困らないためのノウハウ

### 10 . 請求できる金額

#### (1) 治療費・慰謝料・休業損害等事故によって生じた「損害」はこの基準で計算される

では、交通事故でケガをした場合、自賠責に請求できる「損害額」は、どのような費用を対象に、どうやって計算していくのでしょうか。まず、損害額の認定にあたっては、

- ①積極損害（ケガを治療するために必要な費用）
- ②消極損害（事故によって得ることができなくなった収入）
- ③慰謝料（事故によって生じた精神的苦痛に対する損害賠償）

以上、大きく分けて3つの項目ごとに計算し、その金額を合計していきます。しかし重傷の場合は、ほとんど「治療費」だけで支払限度額の120万円を超え、自賠責を使いきってしまいます。つまり、残りはほとんど任意保険から補われることとなります。どちらにしても、事故によって生じた損害の合計額はきちんと計算しておく必要があります。

### 11 . 自賠責における「被害者」「加害者」の定義

#### (1) 「過失の大小」ではなく「ケガをしたか、させたか」でその立場が決まる

一般的には、過失割合の大きい方を加害者、小さい方を被害者と呼びますが、自賠責保険ではケガをした方を被害者、させた方を加害者と呼びます。つまり、双方の当事者がケガをした場合は、お互いが被害者であり、加害者である、ということになるわけです。

たとえば、信号のない交差点で発生したクルマ同士の出会い頭の衝突事故で、両方のクルマのドライバー・AさんとBさんがケガをしてしまった場合、どう見てもお互いの不注意で、過失割合は五分五分。こういうときは、どちらが加害者でどちらが被害者とは言い切れません。つまり、Aさんにとっての加害者はBさんであり、Bさんにとっての加害者はAさんなのです。そしてAさんもBさんも、この事故の被害者なのです。また、飛び出しや信号無視など、明らかに一方の過失が原因で起こったような事故もよくあります。

たとえば、ボールを追いかけて突然道路に飛び出して来た子供をはねてしまった場合、クルマにとっては避けられない事故でも、ケガをした子供は被害者で、はねたクルマはあくまでも加害者となります。

### 12 . 誰の自賠責に誰が請求するのか

#### (1) 「被害者請求」と「加害者請求」、自賠責請求には7つのパターンがある

交通事故の被害者が請求するのは、加害者のクルマにかかっている自賠責保険に対してです。加害車が2台以上ある事故の場合（共同不法行為という）は、それぞれの自賠責に請求することができます。自賠責への請求は、加害者側から請求する「加害者請求」、「被害者側から請求する「被害者請求」、どちらもOKです。加害者から請求するときは被害者にすでに賠償金を支払っていることが条件です。支払った分を自賠責に請求する場合は、被害者が受け取ったという領収証が必要になります。ただし、現実には加害者本人が賠償金を立て替えるケースは少なく、大半は加害者側の任意保険会社が「一括払い」という方法で被害者に賠償金を支払い、加害者に代わって自賠責の請求を行っています。

任意保険の一括払いが行われないとき（加害者が任意保険に入っていないときや、被害者側の過失が大きいとき）は、被害者側から請求するのが一般的です。基本的には被害者本人が請求を行います。被害者が未成年の場合は、親（親権者）が代わって請求します。

また、重度後遺障害の場合も家族が代わって請求することとなります。被害者が死亡の場合は遺族が請求を行います。

### 13 . 請求に必要な書類

#### (1) 請求内容、被害者の状況、年齢などによって、揃えなければならない書類は違う

自賠責保険への請求には、さまざまな書類が必要です。「請求書に住所と名前を記入すれば終わり」というのならラクですが、保険金を受け取るためには、証明しなければならないことがいろいろあります。提出書類の基本となるのは、自賠責保険金支払請求書、交通事故証明書（人身扱い）、事故発生状況報告書、診断書、診療報酬明細書、印鑑証明書などですが、加害者請求と被害者請求、傷害事故と死亡事故、また請求者が成人か未成年かによっても、そろえなければならない書類が異なります。まずは、加害者が加入している自賠責保険会社に問い合わせてください。窓口にいけば請求書類一式をもらうことができます。また、頼めば郵送してもらえます。なお、わからないことがあったら遠慮せずそのつど保険会社に問い合わせることです。

#### 14. 自賠責への請求から支払いまでの流れ

##### (1) 事故状況によって差はあるが、保険金は請求から約30日前後で支払われる

自賠責保険は、ひとがケガをしたり死亡するといった「人身事故」のための保険ですから、クルマやモノに対する「物件（物損）事故」とは別の流れで事故処理が進められます。ここでは、自賠責に請求してから、保険金が支払われるまでの流れを簡単に説明します。

- ① 保険金を請求するには、当事者（加害者もしくは被害者）が、損害を証明する書類とともに請求書を保険会社へ提出します。ここでいう「保険会社・共済組合」とは、加害者のクルマが加入していた自賠責保険の元請け、つまり自賠責保険証明書を発行している会社や共済組合のことです。加害者が任意保険もかけていて、損害が明らかに自賠責の限度額を上回る場合は、その任意保険会社が自賠責の請求なども任意保険と一括して行ってくれるので当事者が請求手続きをする必要はありません。
- ② 請求書類を受け取った保険会社は、書類が揃っているかどうかを確認して、全国各地に設置された損害保険料率算出機構の自賠責損害調査事務所へその書類を送ります。
- ③ 調査事務所は、事故状況や損害の状況についての調査を行ない、不明な点があれば当事者への事故状況照会、医療照会、必要と認める場合は事故現場調査などを行ない、事実確認を行ないます。
- ④ そして支払額や後遺障害等級などの調査結果を報告。
- ⑤ それを受けた保険会社は最終的に支払額を決定し、保険金を支払います。事故の形態や被害者、加害者それぞれの立場によって多少の違いはありますが、請求からおよそ30日前後で支払われます。

#### 15. 過失割合はどのように決まるか

##### (1) 「事故発生状況報告書」をもとに、責任の有無や双方の過失の割合が判断される

損害保険料率算出機構では、まず事故発生状況報告書の内容をチェックして、その事故が「有責」か「無責」かを判断します。「有責」とは加害者に責任があることをいいます。一方「無責」とは加害者にまったく責任がないこと、つまり加害者には被害者に対する損害賠償責任がないので、自賠責の支払い対象にはなりません。被害者の過失が70%未満と判断されたとき、損害保険料率算出機構はただちに損害額を計算します。計算後、被害者請求の場合は加害者に立て替え金があるかないかを照会を送って確認します。また、加害者請求の場合は被害者へ照会し、加害者からの支払額を確認します。照会状発送後、10日間待っても回答のない場合は、請求者の請求内容が正しいものとして、調査報告書を作成します。回答のない場合は、立て替え金がないものと判断して、被害者に支払う手続きに入ります。被害者に支払限度額を支払った後の加害者請求は無効になるので、立て替え金があれば、この段階で必ず請求してください。被害者の過失が70%以上の可能性がある場合は「重過失減額」といって、保険金のカットが行われたり、「無責」の可能性もあるため、「特定事案」として、「有無責等審査会」で審査されます。その際被害者・加害者双方に、よりくわしい事故状況を報告するよう照会状が送られます。加害者側に送られる照会状には被害者の書いた事故発生状況報告書のコピーも同封されます。両者の訴えている状況が食い違うときは、この作業が数回行われることがあります。このような確認作業を繰り返した後、損害保険料率算出機構では両者の回答書を客観的に判断し、「減額なし（保険金を100%支払う）」「重過失減額（被害者の過失に応じて保険金を減額する）」「無責（加害者に過失はないので保険金は支払わない）」のいずれかを決定します。また、後遺障害の請求の場合、醜状障害（身体表面の傷、アザなど）や眼瞼の欠損、運動障害などの等級認定は、損害保険料率算出機構で担当者が面接の上、判定します。このため被害者は損害保険料率算出機構まで出向かなければなりません。日当と交通費は支給されますので認印を持参してください。被害者が重度後遺障害で、動けない場合は、訪問調査が行われます。

また、軽微な事故にもかかわらず、治療期間が極端に長い場合は、被害者本人や病院にも照会状を出します。その結果、不信があれば独自の判断で妥当な金額を決めることもあります。損害保険料率算出機構はこれらの調査を終えると、「支払額」を計算し、調査報告書を作成後保険会社に通知します。

## 16. 任意保険会社の「示談交渉サービス」とは

### (1) 代行してもらえるのは自賠償の支払限度額を超える事故のみ

保険会社はどんな事故でも被害者のために動いてくれるとは限りません。実は、被害者側の過失が大きい事故、また事故直後の診断書に「全治見込み1~2週間程度」と記入されているような軽い事故の場合は、加害者の保険会社は原則として何もしてくれないことになっています。

その理由について少し説明しますと、昭和49年3月のこと、損害保険会社が人身事故における示談代行サービス付きの自動車保険を発売しようとしたとき、日弁連（日本弁護士連合会）という弁護士の団体からクレームがきました。「弁護士以外の者が示談交渉をすることは、弁護士法に触れる」という理由からです。つまり、弁護士でない者が示談代行という法律事務を仕事として行うことは法律違反になるというのです。そこで、保険会社の団体と日弁連で話し合った結果、「加害者に自賠償の限度額を超える民法上の支払い責任が発生したときのみ、示談の代行をしてもよい」という結論が出されました。

ただし、「弁護士の管理監督下において」という条件がきました。このような背景があり、保険会社は被害者の損害が自賠償保険の支払限度額を超えた場合、つまり、任意保険の対人賠償が必要になったときでないと動けないしくみになったのです。

まず、被害者の過失が50%を超えるような場合は、損害額を過失相殺すると保険金がかかりカットされることとなります。よほどの重傷を除き、自賠償保険の支払限度額以内で収まるからです。そうすると、保険会社は動いてくれないので、自分の損害を賠償してもらうには、自分で加害者の自賠償保険へ被害者請求するしか方法がありません。

また、過失割合に関係なく、明らかに損害が自賠償の限度額で収まる場合や、短期間の通院で治る軽傷事故の場合も被害者請求をしなくてはなりません。加害者が保険会社に事故報告をしていれば、保険会社が被害者に「一括払いできません」という連絡をしてくれます。事故から1週間くらい経っても連絡がなければ、加害者の任意保険会社へ確認の電話を入れましょう

## 17. 自分のケガに自賠償は使えるか

### (1) 保険の対象になるのは運行供用者以外の「他人」のみ。運転者ガケガをしても対象外

自賠償保険は交通事故で人がをしたり死亡したときに支払われる保険だということは、何度も繰り返し説明してきました。しかし、ケガをした「人」なら誰でもいいというわけではありません。自賠償保険金支払いの対象は、あくまで事故によって被害を受けた「他人」で、自分のケガに自分のクルマの自賠償保険は使えません。そこで、この項では、自賠償という「他人」、つまり「支払いの対象になる人」の考え方について説明いたします。まず、自賠償のことを定めた自賠法という法律では、「自賠償保険は被保険者以外の他人に対して支払う保険である」と規定しています。

被保険者とは、「自己のために自動車を運行の用に供する者（運行供用者という）」とされているのですが、一般的には、クルマの所有者（クルマの所有者、使用する権利のあるもの）や運転者だけでなく、運送会社、運転助手なども被保険者になります。つまり、「他人」とはこのような人々を除く「第三者」ということになります。「他人」の範囲について以前問題になったのが、事故を起こしたクルマに同乗していた家族がケガを負ったケースです。

たとえば、夫が運転するクルマの助手席で事故に遇い、妻がケガをした場合、夫がかけている自賠償から保険金がもらえるかどうかという判断ですが、昭和47年の最高裁判決で夫と妻は自賠法においては「他人」であることが認められ、それ以降は同乗の家族にも保険金が支払われるようになりました。とにかく、同乗者（被害者）が自賠償保険の支払い対象になるかどうかかわからない場合は、請求時に保険会社に判断を仰げばよいでしょう。請求後送られて来る「同乗理由書」の質問事項に答え「運行供用者にあたらぬ場合は、支払われます。この他、「運行供用者」にあたらぬ人をいくつかあげてみると、クルマの名義変更をしていない場合の旧所有者、所有権留保の所有者（ローンが残っていて所有者が販売店になっているケース）、盗まれたクルマが事故を起こしたときの所有者などがあります。「運行供用者」の判断については、さまざまな学説や議論があるため、簡単にまとめることはできませんが、請求権の有無にかかわる最も大切な部分です。判断のつかないときは、まずは、保険会社に問い合わせましょう。



## 18. 加害者が2台以上の場合

### (1) 両方の自賠償に請求でき、支払限度額も2倍になる

被害者と加害者は、必ず1人対1人とは限りません。1人の被害者に対して、加害者が2人以上いることもあります。たとえば、あなたが友達のクルマの助手席に乗っていて事故に会い、ケガをしたとしましょう。交差点内で起こった衝突事故で、双方のクルマに過失がある場合あなたにとっての加害者は、相手のクルマの運転手だけでなく隣の席で運転していた友達の両方ということになります。このようなケースを、「共同不法行為」による事故といいます。つまり、事故の原因は双方のクルマの不法行為にあり、したがってあなたのケガを賠償すべき加害者は2人いるということになります。

また、歩行者がクルマにはねられた直後、後ろから走行してきたクルマにも衝突され、さらにケガを負ってしまったというような事故でも、双方のクルマに過失があればこれも共同不法行為となります。このように、加害車両が2台以上ある場合、被害者はそれぞれのクルマにかかっている自賠償保険に請求することができます。1台分の支払限度額は、傷害120万円、死亡3,000万円ですが、2台になると、支払限度額も2倍、つまり、傷害240万円、死亡6,000万円になります。

請求は、どちらのクルマの自賠償を先にしてもOKです。優先順位はとくにありませんが、一般的には、過失の大きい方から請求することが多いようです。もし、1台目への請求で支払限度額を超えたときは、もう一方の自賠償に追加請求します。この場合、最初に請求した自賠償保険会社に請求書類（立証書類）を出しているのだから、次の保険会社には請求書と交通事故証明書のコピー、「共同不法行為による請求である旨の説明書」のみで構いません。

請求された保険会社は、前の保険会社より請求書類を取り寄せ、支払限度額をオーバーする部分に関して、再計算を行ってから支払います。

また、後遺障害保険金は、逸失利益と慰謝料の合計です。計算した際、支払限度額を超える部分は支払いカットですが、共同不法行為の場合は、支払限度額が拡張されるため、追加支払いが可能となるケースが多いようです。

## 19. 「人身事故」はどう証明するか

### (1) 人身事故の届け出は自賠償請求に不可欠。病院で診断を受け、事故の届け出を警察に

自賠償は人に与えた損害を賠償する保険ですから、その事故が人身事故だという証明がなければ、原則として治療費や慰謝料などの請求はできません。それを公的に証明してくれる書類といえば、「交通事故証明書」です。交通事故証明書には、事故の発生日時・発生場所・当事者の氏名その他、事故の種別は「人身事故」か「物件事故」かが記載されています。つまり、「物件事故」の表示があれば、自賠償の支払い対象外ということになります。救急車で病院へ運ばれるような事故の場合は、はじめから人身事故として扱われますが、気をつけないといけないのは、事故から数日経って体に異常が現れたときです。たとえば、外見上のケガがない場合など、物件事故として簡単に処理が終わってしまうことがあります。事故直後は気が張っているせいか、本人も痛みを感じないことが多いようですが、2～3日してなんらかの症状が出るような場合は、できるだけ早めに病院で診てもらおうようにしてください。事故発生日から受診までの日数が開いてしまうと、事故とケガの因果関係に疑問を持たれたり、後々のトラブルにつながりかねません。診察の結果、異常が認められたら、「警察へ提出する診断書」を作成してもらい、早めに「人身事故」の届け出をしてください。このとき、診断書を提出する窓口は事故が発生した現場を管轄する警察署です。警察署によっては届け出の書式が異なる場合もあるので、前もって問い合わせるようにしましょう。診断書を警察に提出すると、改めて人身事故としての現場検証や事情聴取をする場合もあります。また、事故から日数が経過すると、受け付けない警察もあります。経過日数のボーダーラインは特に決まっていますが、地域によっても差があるようです。どうしても警察に診断書を受け取ってもらえない場合は、「人身事故証明書入手不能理由書」と交通事故証明書（物件事故のもの）をセットにして、請求することができます。ただし、この場合は、人身事故の交通事故証明書が申請（入手）できない正当な理由があることが前提です。

たとえば、公共の道路上の事故は警察が処理しますが、私有地内や会社内で起こった事故は、ノータッチの場合が多いようです。このように警察が処理しなかったような事故でも、この方法で請求すれば人身事故として扱われます。

なお、「人身事故証明書入手不能理由書」は保険会社に頼めばもらえます。

## 20. 自賠償にも時効がある

## (1) 被害者請求の時効は2年。期限を過ぎてしまいそうなら早めに「時効中断」の申請を

自賠責保険には、請求権の時効があります。時効を過ぎてしまうと、おりるものもおりなくなってしまうので十分な注意が必要です。また、時効の起算日、つまり時効までの日数を数え始める初日は、被害者から請求する場合と、加害者から請求する場合とでは異なります。

被害者の場合は事故の日から2年間、加害者の場合は、被害者に賠償金を支払った日から2年間です。それを過ぎてしまいそうな場合は、念のため「時効中断申請書」を出しておきましょう。時効中断申請書は保険会社に用意されています。

たとえば、重傷事故の場合など、一年二年という長期入院も珍しくありません。

①被害者請求（被害者から加害者の自賠責保険に請求する方法）の場合、自賠法では加害者の賠償責任が発生してから2年で時効となっています。

実際の請求においては、次のように時効の起算日が分かれています。

- ・ケガの場合-----事故日の翌日から2年
- ・後遺障害の場合-----症状固定日（これ以上治療しても効果・改善がみられないと診断された日）の翌日から2年
- ・死亡の場合-----死亡日の翌日から2年

②加害者請求（被害者に支払った後自分の自賠責保険に請求する方法）の場合、被害者に支払った日の翌日から2年で時効となっています。

また、次の場合は、時効が自動的に中断され、それぞれの日が新たな起算日になります

- ①保険会社が請求書を受け付けしたが、書類に不備があり請求者に返却された場合はその翌日
  - ②「無責」「対象外」「非該当」などの理由により「支払いできない」と回答された場合はその回答日
  - ③仮渡金が支払われた場合はその支払日
  - ④内払金請求の場合は前回の支払日
  - ⑤通知された支払額に不満があり請求者が保険会社に異議の申立てをした場合はその回答日
- 以上、請求者や請求内容によって、時効の計算の仕方は変わってきますので、注意が必要です。

## 2.1 . 真実究明に必要なこと

### (1) 手がかりは「証拠」。事故車や衣類、現場の写真など、万々に備えて証拠集めを

ある新聞にバイクとトラックの衝突事故で、当初は亡くなったバイクの青年の信号無視が原因とされていたのですが、母親が必死で証拠をかき集めた結果、信号無視をしたのはトラックの方だったことを突き止め、まったくおりないと言われていた自賠責が、減額なしに100%支払われたという記事が載っていました。このように、被害者の家族が独自に押さえた証拠がもとになって過失割合が逆転した例や、裁判で勝訴して自賠責が全額支払われることになったという例は少なくありません。どちらかが、亡くなったり重傷を負ったような場合は、片方の言い分だけで警察の捜査が終了してしまうことが多く、最終的にはその書類が、自賠責や任意保険の支払いにも影響するわけですが、事故から数カ月経ってその調査結果に不満を抱いてみても、なにを根拠に異議申立てをすればいいのかかわからず、多くの人がそのままあきらめるしかないというのが現実です。そんなとき、真実究明の手がかりになるのは「証拠」しかありません。現場に残されたスリップ痕や事故車の損傷、また、被害者の衣類などは、事故の瞬間を物語るなよりの証言者です。解決するまではできるかぎり現物を保管し、それが無理なものは写真で残しておいてください。特に事故直後の現場には事故の痕跡がたくさん残されていますので、早めに、多くの角度からたくさん撮影しておくことです。事故車も重要な証拠となります。警察に保管されていない場合は、すぐに修理や廃車手続きにまわされてしまうので、保険会社に修理工場の名前を聞き、写真を撮らせてもらいましょう。ポイントは正面・側面を同じ距離から撮ること、また、損傷箇所のアップも必ずおさえておきます。また、衣類などは、事故が解決するまでは、できるかぎり洗濯しないまま保存しましょう、もちろん、事故直後にこのような動きをすることはとても難しいものですが、後で後悔しないためにも早期の証拠保全に全力を尽くすことが大切です。

## 2.2 . 自賠責請求時の心構え

### (1) 示談交渉・請求代行のサービスはなし。知識を身につけ、自分の力で冷静に

保険会社のサービスセンターで事故処理の担当者によると、一番嫌われるタイプの被害者は自分の過失を棚に上げて、一方的に加害者を攻撃する人だそうです。加害者の無謀運転なら無

理もありませんが、明らかにお互いの不注意による事故なのに、それをすっかり忘れて、「自分の方が重いケガを負った」という理由だけで、保険会社の担当者に食ってかかる被害者もいます。たしかに、ケガをして辛いという気持ちは分かりますが、過失が明らかに自分にもある場合は、それなりの自覚が必要です。交通事故の処理は、基本的に法律や保険の約款に従って行われるわけですが、しょせんは人と人との交渉ごと。常識を守り、できるだけ感情を抑え、ときには相手の身になって冷静に行動しないと、かえって話がこじれてしまうことになりそうです。もうひとつ覚えておきたいのは、自賠責保険は制度上、示談交渉や請求代行のサービスがないということです。加害者が任意保険をかけている場合は、任意保険会社の担当者が、被害者と交渉することになるわけですが、軽い被害事故や被害者の過失が大きい事故では、彼らは動いてくれません。従って、自賠責に被害者請求をする場合は、基本的に被害者本人、または遺族が行うしかありません。他人に頼らず、交通事故賠償や法律の本などを読んである程度のしくみを勉強し、できるだけ知識を蓄える努力が必要です。

## 2.3 . 自賠責がおりないことがある

### (1) 被害者に100%の過失があれば保険金ゼロ。加害者が立証する免責3条件

死亡事故でも、遺族に自賠責保険金がまったく支払われないケースがあります。そのケースとは、被害者に全面的な過失があった場合、加害者は無過失となり、自賠責保険金は1円も支払われません。つまり、被害者の自損事故と判断されるわけです。加害者が、自分の無過失を証明する項目については、自賠法の第3条に記されています。どうしても避けられないような事故で加害者になってしまったような場合は、「無責の3条件」とも呼ばれている次の3つの項目をすべて証明し、被害者や遺族に文書で説明したときのみ、被害者に対する賠償責任を問わない（無責という）ことになっています。

#### ①自動車の運行に対して注意を怠らなかつたこと

ドライバーやその使用者は、「道路交通法」などの法律を守ることはもちろん、社会的に要求される注意義務を果たす必要があります。つまり、法律をきちんと守り、注意義務を怠っていなかったことなどが証明できれば、たとえ相手がケガをしていても賠償義務はありません。たとえば、正しく信号待ちをしているときに追突され、追突してきた方がケガをしたような場合は、被害者自身に100%の過失があるとみなされ、信号待ちしていたクルマは無責です。

#### ②被害者または運転手以外の第三者に故意または過失があったこと

被害者の自殺行為、当たり屋などは故意に当たります。また、自分は注意を怠っていなかったけれど、第三者の行為により加害者になった場合などもこれにあたります。たとえば、信号待ちで停車中に追突されたAさんのクルマが、はずみで前のクルマに追突し、前のクルマの人がケガをした場合などは、Aさんは無責です。

#### ③自動車に構造上の欠陥または機能の障害がなかつたこと

車検や道路運送法に定められている定期点検、始業点検をクリアしていれば、この項目はほぼ証明できたこととなります。

とくに被害者が死亡するような重大事故の場合は、加害者側の言い分だけで事故が処理されていることもあり問題になることもしばしばです。保険会社の説明に納得できないときは、加害者側の過失を立証する新事実を探し、「異議申立て」を行うか、「財団法人自賠責保険・共済紛争処理機構」に紛争処理の申請を行うことができます。

## 2.4 . 判定の難しいケースは「特定事案」として審査会へ

### (1) 無責、重過失減額、後遺障害認定、脳外傷など「特定事案」の審査の流れ

98年4月から、次のようなケースを「特定事案」として選別し、慎重かつ客観的に審査されるようになりました。

#### ①自賠責保険（共済）が支払われない、あるいは減額される可能性のある特定事案

- ・死亡事故や傷害事故で「無責」や「重過失減額」の可能性のあるケース
- ・傷害の程度によって、被害者から事故状況についての説明を受けることができないケース

#### ②後遺障害の等級認定に対する特定事案

- ・損害保険料率算出機構本部で認定した等級に対して異議申立てがあったケース
- ・認定が困難な事案に対して異議申立てがあったケース

#### ③脳外傷による高次脳機能障害が残存する症例

なお、審査会の結果に異議を申し立てた場合は、さらに損害保険料率算出機構以外の第三者で構成される「再審査会」が意思決定を行いません。

## 25. 特定事案①有無責の判断

### (1) 過失割合の判断が難しい事故は、学者や弁護士も加わり「有無責等審査会」で審査

ここでは、次ようなケースについて説明します。

- ①死亡事故で、自賠責保険（共済）が支払われないか減額される可能性があるケース
- ②傷害事故で、自賠責保険（共済）が支払われないか減額される可能性があるが、傷害の程度等により、被害者から事故状況についての説明を受けることができないケース

たとえば、被害者がセンターラインオーバーをして対向車と衝突した、信号無視で衝突した、また追突をして前車に衝突して死傷したような場合は、相手のドライバーには責任はありません。避けようのない事故だからです。こうした状況を加害者側が明らかに立証できる場合は「無責」（加害者に責任なし）と判断され、被害者や遺族には、自賠責保険は1円もおりません。しかし、中には、目撃情報もなく、本当に被害者が信号無視をしていたのかどうかははっきりしないケースもあります。そのようなときは、一方の言い分だけで簡単に判断を下すのではなく、「特定事案」として扱い、特に慎重に審査しようというのが狙いです。このような特定事案については最終的に損害保険料率算出機構本部内の「有無責等審査会」で審査されます。ここには、審査の客観性を確保するため、損害保険料率算出機構の職員だけでなく日弁連（日本弁護士連合会）が推薦した弁護士も加わっています。また、審査会の結論に対して異議が申し立てられた場合には、さらに「有無責等再審査会」で審査されることになります。

有無責等再審査会は、損害保険料率算出機構以外の第三者で構成する最終的な審査機関で、交通法学者、弁護士、学識経験者等で構成されます。損害保険料率算出機構はあくまでも審査には加わらず、再審査会の審査結果に従って意思決定を行なうことになります。

## 26. 特定事案②後遺障害等級認定

### (1) 等級認定が困難な場合は、専門医や弁護士も加わり「後遺障害審査会」で決定を下す

「自賠責が判断した後遺障害等級が低すぎる」「明らかに事故の後遺障害が残っているのに非該当と判断された」自賠責保険の請求において、後遺障害認定に関するトラブルはかなりのものが現状です。そこで自算会（現損害保険料率算出機構）では98年4月から、次のようなケースを「特定事案」として取り扱い、専門医が参加する「後遺障害審査会」で審査しています。後遺障害に関する「特定事案」は、次のとおりです。

- ①損害保険料率算出機構本部において認定した後遺障害等級に対して異議申立てがあったケース
- ②認定が困難な事案に対して異議申立てがあったケース
- ③自賠責保険（共済）と労災保険の等級認定に相違がある事案
- ④眼・耳・胸腹部臓器の障害で認定が困難な事案
- ⑤事故前に障害のある被害者が、事故によって同一部位の障害を増させた場合
- ⑥第9級以上に該当する障害で認定が困難な事案（他覚的所見を伴わない神経症状を除く）
- ⑦その他、とくに損害保険料率算出機構が認定困難と認める事案

これらの事案に対して、後遺障害審査会では、審査の客観性・専門性を確保するため整形外科系、脳神経外科系、その他（眼科系、耳鼻科系、外科系）の各専門分野に分けて審査を行います。なお、審査会の結論に対して異議が申し立てられた場合には、損害保険料率算出機構以外の第三者で構成される「後遺障害再審査会」でもう一度審査されることになります。

## 27. 特定事案③脳外傷による高次脳機能障害とは

### (1) 2001年1月から専門医等を構成員とする「高次脳機能障害審査会」新設

「脳外傷による高次脳機能障害」は、最近になって一般的に認識されるようになった後遺障害です。実は、交通事故による死者数はここ数年減少していますが、その一方で「脳外傷による高次脳機能障害」という極めて深刻な後遺障害に苦しむ被害者の増加が問題視されています。そこで自賠責保険では、交通事故によってこのような状況に陥っている被害者を救うため、2001年1月から、専門医等を構成員とする「高次脳機能障害審査会」を設置し、「特定事案」と位置づけた上で、さらに詳しく審査を行ない、後遺障害等級の認定をすることになりました。障害のレベルにはかなり個人差があり、具体的には記憶・記憶力障害、集中力障害、判断力低下等の認知障害や暴言・暴力などの行動や状態が典型的な症状とされています。半身運動麻痺や起立・歩行の不安定などの神経症状を伴うこともあります。医学的にはCT・MRI等の画像診断で全般的な脳損傷が認められることが特徴です。自賠責で「高次脳機能障害」であると認定されれば、その症状に応じて、後遺障害等級のいずれかに該当するものとして取り扱われます。

## 28. 高次脳機能障害か否かの判断方法

### (1) 脳に大きなダメージを受けた場合は、事故直後から画像審査を定期的にかけておく

交通事故で脳に大きなダメージを受けたことが明らかな場合は、万一に備えて事故直後から経過を十分に観察する必要があります。高次脳機能障害の認定を受けるためには、頭部を撮影したレントゲン写真・CT・MRIなどの画像検査による資料が重要な判断材料として必要になります。とにかく、容態に不安を感じる場合は、早い段階で意思に相談し、定期的に画像診断を受けるようにします。撮影の間隔は、年齢によっても異なりますので、医師の指示を仰いでください。また、脳外傷による高次脳機能障害の認定にあたっては、被害者の日常生活や仕事の状況が、事故に遭う前と後でどのように変化したのかが重要なポイントとなります。被害者本人はその変化を認識できないことも多いので、実際に介護にあっている家族や医師に、簡単な報告書の作成を依頼されることもありますので、事故直後からの経過をできるだけ詳細にまとめておくことが必要です。また、言語性IQや動作性IQを検査するWAISIR（ウエイス・アール）テストや、三宅式記銘力検査の結果なども目安となります。

## 29. 高次脳機能障害の等級認定基準とは

### (1) 認定基準を参考に、被害者の状況をしっかり診断してもらうこと

被害者が脳外傷による高次脳機能障害であると認定されたら、次はその症状に応じて、後遺障害等級の何級にあたるかが決められ、後遺障害保険金が支払われます。これまでも、高次脳機能障害は「神経系統の機能または精神の障害」の系列である、1、2、3、5、7、9級の中で認定が行われてきましたが、今後はさらに、それぞれの認定基準を補足する下記のような考え方を参考にしながら、認定が行われます。もちろん、高次脳機能障害に合併した運動麻痺などの神経症状も十分に考慮されます。なお、審査会での審査結果に不服が申し立てられた場合は、さらに「後遺障害再審査会」で審査することになっています。

請求に当たって注意したいのは時効です。被害者請求権は症状固定日の翌日から2年間、加害者請求権は損害賠償金を支払った翌日から2年間で消滅します。高次脳機能障害は医師でも専門外の場合は見逃しやすいため、気がついたときは請求できなかったということにもなりかねませんので、不安なときには、時効の中断の手続きをとっておくなど、注意が必要です。

・高次脳機能障害の認定にあたっての考え方

後遺障害等級	認定基準の考え方
第1級3号 等級表別表①	身体機能は残存しているが高度の痴呆があるために、生活維持に必要な身の回り動作に全面的介護を要するもの
第2級3号 等級表別表①	著しい判断力の低下や情動の不安定などがあって、一人で外出することができず、日常の生活範囲は自宅内に限定されている。身体動作的には排泄、食事などの活動はできても、生命維持に必要な身辺動作に、家族からの声かけや看視を欠かすことができないもの
第3級3号 等級表別表②	自宅周辺一人で外出できるなど、日常の生活範囲は自宅に限定されていない。また声かけや、介助なしでも日常の動作を行える。しかし記憶や注意力、新しいことを学習する能力、障害の自己認識、円滑な対人関係維持能力などに著しい障害があって、一般就労が全くできないか、困難なもの
第5級2号 等級表別表②	単純な繰り返し作業などに限定すれば、一般就労も可能。ただし、新しい作業を学習できなかったり、環境が変わると作業を継続できなくなるなどの問題がある。このため一般人に比較して作業能力が著しく制限されており、就労の維持には、職場の理解と援助を欠かすことができないもの
第7級4号 等級表別表②	一般就労を維持できるが、作業の手順が悪い、約束を忘れる、ミスが多いなどのことから一般人と同等の作業を行うことができないもの
第9級10号 等級表別表②	一般就労を維持できるが、問題解決能力などに障害が残り、作業効率や作業持続力などに問題があるもの

### III . 請求手続きから異議申立て迄チェックポイント

#### 30 . 「仮渡金請求」「内払金請求」「本請求」について

##### (1) 請求から1週間程度で支払われる。ただし、請求は1回のみ

自賠責では、当事者の置かれている状況に応じて「仮渡金請求」「内払金請求」「本請求」という3種類の請求方法をとることができます。

まず、「仮渡金」の請求は、賠償金の支払いを受ける前に、当座の費用が必要な被害者がまとまったお金を受け取ることができ、被害者のみが請求できます。医師に「仮渡し用の診断書」(入院や治療の見込み日数がわかるもの)を書いてもらい、請求書とともに保険会社に提出すれば、1週間程度で迅速に支払われます。ただし、「仮渡金」が請求できる回数は1回のみです。金額は、被害の程度によって次のように決められています。

- ①死亡の場合…………… 290万円
- ②入院14日以上かつ治療30日以上を要する場合…………… 40万円
- ③大腿骨・下腿骨の骨折…………… 40万円
- ④上腕または前腕の骨折…………… 20万円
- ⑤入院14日以上を要する場合・入院を要し治療30日以上を要する場合…………… 20万円
- ⑥治療11日以上を要する場合…………… 5万円

もちろん、このお金は「仮に渡すお金」ですから、最終的に決定した金額より仮渡金の方が多く場合は、多く受け取った差額分を保険会社に返さなければなりません。また、事故の状況から「加害者には過失がない(無責)」と判定された場合は、ただちに全額を返すこととなります。なお、最近では、仮渡金の額を20万円と5万円に限定している保険会社もあるようです。

#### 31 . 被害者が未成年の場合

##### (1) 被害者請求は成年か未成年かによって手続きが違う

自賠責保険に対する請求は、加害者、被害者のどちらでも行えます。ここでは被害者から請求する方法について説明します。被害者から直接行なう請求は、一般に「被害者請求」と呼ばれていますが、正式には「法第16条請求」といいます。これは自賠法の第16条に「被害者は、政令で定めるところにより、保険会社に対し、保険金額の限度において、損害賠償額の支払いをなすべきことを請求することができる」と書かれていることによります。

しかし、交通事故の被害者は、赤ちゃんからお年寄りまで年齢が幅広く、必ずしも被害者本人が請求できるとは限りません。また、事故のケガがもとで長期入院を余儀なくされたり、重い後遺障害が残ったりして、本人からの請求が不可能なケースもあります。そこで、被害者が成人か未成年か、また、結婚しているか、請求できる状態にあるかどうか、などといった条件によって、請求の手続きや提出書類が少しずつ変わりますので、注意が必要です。

##### ①被害者が成人の場合

請求時に、被害者が20歳以上の場合は、原則として本人からの請求となります。ただし、成人でも心神喪失状態であったり耳や目が不自由な場合で、本人の手続きが困難な場合は、後見人や保佐人を立てての請求となります。

##### ②被害者が未成年の場合

請求時に被害者が20歳未満の場合は、法定代理人(親権者)からの請求となります。たとえば、被害に遭った子供の代わりに親が請求する場合は、親子関係を証明する戸籍謄本(抄本)、または親子関係がわかる住民票が必要となります。親権者が死亡している場合は、同居の親族や雇用主からの請求になります。この場合、例外として、未成年者でも結婚していれば成人として扱われ、本人から請求ができます。ただし、結婚している証明として、戸籍謄本の提出が必要です。なお、被害者の年齢については、あくまで請求時の年齢が基準です。たとえば、19歳のときに事故にあって1年間入院し、自賠責に請求するときには20歳の誕生日を過ぎていたというようなケースでは、親が代理で請求しなくても、その時点で本人が成人しているので、本人から請求することができます。

#### 32 . 被害者が死亡した場合

##### (1) 相続権、慰謝料請求権のある遺族の中から請求代表者を決め請求

まず、被害者が死亡している場合は、遺族からの請求になります。自賠責から支払われる死亡保険金は、次のように区分され、それぞれの請求権者(請求できる権利を持っている人)ご

とに計算された合計額（3,000万円が上限）が支払われます。

#### ①相続財産

「葬儀費用」「逸失利益」「本人慰謝料」は民法に規定している法定相続人に支払います。相続財産の配分は、民法で決められています。（民法第886～890条・第900条）。同順位の相続人が複数の場合は、それぞれの受取額を人数で割り、同額とします。なお、現在の民法では、非嫡出子は、嫡出子の2分の1となっています。

#### ②遺族慰謝料

民法の法定相続人と異なり、自賠責特有の考え方で、被害者の父母・配偶者・子に支払われます。請求権者が複数の場合は代表を決め、請求権者全員が代表者に委任します。請求の手順は次のとおりです。

①戸籍謄本で相続権のある人、慰謝料請求権のある人の名前を確認します。

②遺族の中から「請求代表者」を決めます。

③請求権者から代表者への委任状をそろえます。

委任状が多く必要なときはコピーします。もし、行方不明者や反対者がいて、請求権のある人全員の委任状が集まらない場合は、その人を除く他の人の分の請求だということがわかるような説明書をつけます。

④請求後、損害の立証書類とともに、保険会社へ提出します。提出後、一カ月くらいで支払われます。

### 3.3. 被害者本人が請求できない場合

#### (1) 重度の後遺障害などで本人が手続きできない場合は、後見人が代理で請求する

交通事故によって被害者に重度の神経障害が残り、判断能力が十分でなくなった場合、被害者本人が保険の請求手続きなどを行なうことは困難です。こうした場合は家族や親族など、然るべき立場の人が被害者本人に代わって請求手続きをしなければなりません。また、障害を持った人が事故に遭った場合も同様です。そのとき必要になるのが念書です。被害者との関係を明記した上で、保険会社に提出し、その後の請求手続きを代理で行ないます。

### 3.4. 病院から自賠責へ直接請求する場合

#### (1) 治療費や入院費の請求は病院からの「委任状」が一般的。病院へ直接振り込まれる

自賠責保険の被害者請求は、一般的に、被害者本人が行ないますが、場合によっては、第三者に請求と受領を委任する方法もあります。これを「委任請求」といいます。具体例としては次の3つがあります。

①治療費部分の請求を病院に依頼

この方法は、被害者が治療費を立て替える必要がなくなるため一般化しています。また、治療費を確実に回収できるため、どちらかといえば病院の方が積極的です。具体的には病院と話し合い、請求書の振込先指定欄に病院の口座番号を記入すれば、治療費は病院へ支払われます。

②遺族から請求するとき

請求の権利を持つものが代表者に請求を委任する。

③請求を弁護士など第三者に委任

第三者に委任するときは、必ず「委任状」が必要です。ただし、自賠責請求は自分で行なえますので、弁護士に依頼する必要はありません。

### 3.5. 任意と自賠責の「一括払い」とは

#### (1) 自賠責の支払い限度額を超えると、任意保険会社は「一括払い」という手続きを行なう

被害者の損害が自賠責の支払限度額を超えると、加害者の任意保険会社はそのオーバー分を対人保険から支払います。このような場合は、たいてい「任意保険と自賠責保険の一括払い」を行ないます。そして、加害者の任意保険会社は、自賠責保険会社に対して、「事故通知連絡兼自賠責保険契約現存確認依頼書」という書類を送ります。これは、加害者のクルマの自賠責の契約が有効かどうか、また、今までに請求があったかどうかを確認するものです。契約が有効であるという確認がとれれば、任意保険会社はすぐ一括払いの手続きに入ります。ここから先は、加害者も被害者も、自賠責へ直接請求することはできません。たとえ請求しても、請求書が受け付けられないシステムになっています。加害者の任意保険会社は、賠償金を一括して被害者に支払った後、立て替えて払った自賠責保険部分を自賠責保険から回収します。

ただし、任意保険が共済の場合、「任意保険と自賠責保険の一括払い」ができないことがあります。また、加害者が任意保険に入っておらず、なおかつ被害者が被害者請求を拒否するケースもごく希にあるようですが、このような場合は、加害者が賠償金を支払ったあと、自分のクルマにかけている自賠責保険に保険金を請求することになります。このようなかたちの請求を、一般に「加害者請求」と呼んでいます。正式には「法第15条請求」といいます。これは、自賠法第15条に「自己が支払いをした限度においてのみ、保険会社に対して保険金の支払いを請求することができる」とあるからです。また、加害者請求するときには、示談書と領収証が必要になるので、被害者にお金を渡したときには、必ず、領収証をもらっておかなければなりません。

### 36. 2002年改正「自賠法」の注目点

#### (1) 条文の中に初めて「支払い基準」を明記。被害者への「説明」と「情報開示」も徹底

2002年4月の自賠法（自動車損害賠償保障法）改正の中でもっとも注目すべき点は、法律の条文の中に、初めて「支払い基準」が明記されたことです。さらに、査定結果や支払額、後遺障害認定の根拠についての理由を明らかにし、被害者に説明することを法律の中で義務付けたことも大きな進歩といえます（これを守らなかった保険会社には100万円以下の罰金もあります）。もし保険会社から書面で十分な理由説明が受けられなかった場合は、自賠法に反することになりますので、国土交通省にその旨を通告しましょう。

### 37. 自賠責の査定結果に不満な場合①

#### (1) 納得できない通知結果には「異議申立書」を。定型書式はないので自由に作成する

「支払われた金額が少ない」「非該当として後遺障害が認められなかった」「実際の症状に比べて後遺障害等級が低すぎる」「加害者は無責と判断を下されたが、このままでは納得ができない」など、損害保険料率算出機構の調査結果に対する不満はさまざまです。万一納得できない場合は、「異議申立て」を行ない、再調査を依頼することができます。異議申立ての書式は特に決まっていません。これまで実際に異議申立てを行なったケースでは、再調査してもらいたい項目を箇条書きしたもの、また独自に調査してわかった新事実や再診断の結果を記した診断書を添付しているものなど、事故の内容によってそれぞれに異なります。

### 38. 自賠責の査定結果に不満な場合②

#### (1) 「自賠責保険・共済紛争処理機構」を利用しよう

自賠責の「支払い通知」や「不払い通知」「後遺障害等級認定」等に納得できない場合は、前項で説明した「異議申立て」のほか、「自賠責保険・共済紛争処理機構」に紛争処理の申請を行なうこともできます。この機構は、平成14年の自賠法改正時に、「指定紛争処理機関」としてスタートした財団法人です。自賠責のモットーである被害者保護を充実させるため、万一、被害者と保険会社（共済組合）の間で紛争が起こったとき、速やかに解決できるように作られた第三者機関です。申請できるのは、交通事故の被害者本人、遺族、もしくは代理人（弁護士など）です。「紛争処理申請書」に必要な事項を記入して、必要な資料とともに機構に提出すると、中立公正な立場の弁護士、医師、学識経験者などが各事案を審議し、合議制の調停が行なわれます。申請費用は無料ですが、審議に専門家の鑑定や意見書が必要な場合は、別途費用がかかることもあるようです。損保会社や共済組合は本機構の調停結果に従うことになっていますが、もし、被害者側がその結果に納得できない場合は、必ずしも従う必要はありません。なお、再度の申請は出来ませんので、不服の場合は、民事裁判ということになります。また、ここで行なわれる調停に当事者は出席できませんし、面談も行なわれないので、申請書類や証拠書類をいかに充実させるかが、重要なポイントとなります。

### 39. ひき逃げや無保険車との事故

#### (1) 政府の保障事業に請求して自賠責と同等の救済を受ける

交通事故に遭ったら、その損害は加害者の自賠責や任意保険で賠償してもらおうのが世の常識です。ところが最近、ひき逃げで加害者がわからない、また、加害者が自賠責や任意保険をかけず、に運転していたため、賠償能力がまったくない、といった最悪のケースが増えていきます。そこで政府は、このような被害者が泣き寝入りせず、最低限の保障を受けられるよう、



自賠責保険料の0.5%を別会計で管理し、ひき逃げや無保険車による交通事故の被害者からの請求に応じています。支払い項目は自賠責と同じく、ケガ・死亡・後遺障害です。支払い限度額や請求から支払いまでの流れも基本的に同じですが、仮渡金や内払金の制度はありません。また、請求書を提出する窓口は、保険会社でも共済でもかまいません。

政府は被害者に保障金を支払った後、加害者が特定できる場合は加害者に請求をします。また、加害者と補償交渉ができる場合は、政府保障で支払われた部分を除き、加害者に請求することもできます。自賠責と政府の保障事業は次の点で大きく異なります。

- ①自賠責では、被害者に7割以上の過失がない限り100%支払われますが、政府の保障事業では被害者の過失を5%単位でチェックし、過失相殺します。
- ②治療費は健保診療の単価しか認められません。自由診療で治療を行なっても、健保診療に換算して行なわれます。
- ③他法令調整が行なわれます。他法令調整とは、健保や労災保険など、自賠法以外の法律に基づき、被害者に他からの支払いがある場合、この支払いはすでに被害者に支払ったものとみなし、支払金から除外するということです。重傷のときは治療費の支払いで120万円をオーバーし、休業損害や慰謝料は、ほとんど支払われないことがあります。
- ④理由のいかんを問わず、時効は2年です。ケガは事故の翌日から、死亡は死亡の翌日から、後遺障害は症状固定日の翌日から起算します。時効中断の申請は認められません。
- ⑤政府の保障事業は、異議の申立てができません。
- ⑥自賠責の場合は請求から約一カ月で支払われますが、保障事業は支払いまで半年から1年かかります。また支払いの内訳については、被害者であっても教えてくれません。つまり、政府の保障事業は、被害者に対する最終的な最低限の救済措置といえます。

#### 40. 後遺障害の等級認定

##### (1) 等級認定は書類審査が基本。医師の協力を得て具体的な診断書を

自賠責の後遺障害等級認定は、基本的に書類審査ですから、請求のときに提出する診断書はできるだけ具体的に書いてもらわなければなりません。そのためには、どんな機能障害が残っているかを医師にもれなく告げることが大切です。したがって、納得のいく等級認定を勝ち取るためには、自分で自賠責の後遺障害等級表を隅から隅までチェックし、その障害が何級の何号にあたるかをすべて調べることが重要となります。そうすれば、何級で認定されるかがわかりますし、仮に間違った認定を下されたときに、すぐ異議の申立てを行なうことができます。なお、異議の申立ては何度でもできます。また、問題なのは、労災保険と自賠責保険で認定された後遺障害等級が異なるというケースが少なくないということです。傾向としては、自賠責のほうが軽い障害として判断することが多いようです。というのも、労災は医師が直接被害者を診察して判断を下しますが、自賠責にはその制度がなく書類審査のため、たびたびこのような食い違いが起こるわけです。自賠責基本的に書類審査で後遺障害認定を行ないます。ときには診断書の書き方によって、不本意な認定を下されることもあるようですが、どうしても納得できない場合は、医師に再診断をお願いしてみましょう。

## IV. 損害はここまで認められる

### 41. ケガの場合の保険金①

#### (1) 治療費・差額ベット代・看護料などの計算

自賠責では次のようなものが治療費関係費として認められます。請求のためには領収書はきちんととっておきましょう。

##### ①治療費

医師による治療を受けたときは、「診察料」「入院料」「投薬料」「手術料」「処置料」「歯科治療費」「護送費」「交通費(退院・転院・通院に要した費用)」「看護料」「入院諸雑費」「義肢・義足・松葉杖などの用具」「診断書等の文書料」の支払いが認められます。このうち、入院料(差額ベッド代)については、各地方によって認定される1日の上限額が次のように決まっています。

- ・関東地方・中部地方・関西地方・福岡県----- 1万4000円
- ・東北地方・北陸地方・中国地方・四国地方・九州地方(福岡県除く)----1万3000円
- ・北海道・沖縄県----- 1万2000円

「護送費」とは、事故現場から病院まで被害者を運ぶための費用のことで、タクシーなどを使った場合の運賃や座席カバーの汚れを除くための費用が対象になります。

「交通費」とは、転院・退院・通院に必要な費用のことで、原則として公共機関の運賃が認

められます。ケガの状態が重い、または過疎地などの理由で公共機関を使用することが困難な場合は、タクシー・ハイヤーの使用が認められます。また、自家用車を使用した場合は、1キロ当たり15円が「燃料代」として認められます。ただし、タクシー・ハイヤーの運賃の請求には領収証が必要となります。

「看護料」とは、治療時に患者に付き添った付添人の費用のことです。平成8年に付添婦制度は廃止されましたが、医師の指示で付添人（看護婦・家政婦）が付いた場合は、その費用が認められます。また、ケガの状態から判断して、治療上必要と認められる場合は、柔道整復師、あんま師、はり師、きゅう師、マッサージ師などの施術費（治療費）も認められます。その他、医師が必要と認め、その指導のもとに行なった温泉治療費も認められます。しかしカイロプラクティック、整体術などは、現在の法律では治療行為として認められていないためその費用は認められません。また、救助捜索費、応急手当費、捜索応援者への謝礼なども認められますが、いずれも「社会通念上必要かつ妥当な実費」と決まっています。

## 4.2. ケガの場合の保険金②

### (1) 治療関係費にはどんなものが含まれるか。付添料ほか経費の計算

医師の指示で親族が付添いをした場合は、近親者の付添費として1日当たり4,100円が認められます。付添人の休業損害が4,100円を超える場合は、その人の収入を証明する資料があれば、1日当たり最高1万9000円まで認められますので診断書の「付添看護を要した期間」に証明してもらいましょう。被害者が12歳以下の子供の場合は、医師の指示がなくても母親または母親に準ずる人の「付添看護」が認められています。また、医師の指示により「自宅看護」をした場合や、幼児、歩行困難な被害者の通院付添をした場合は、1日当たり2,050円が認められます。付添看護料を請求するには、「付添看護自認書」を提出します。付添看護に必要な「寝具代」や「交通費」も、必要かつ妥当であれば実費が認められます。

「入院中の諸雑費」も、療養に直接必要な諸物品であれば、入院1日当たり1,100円が領収証なしで認定されます。具体的には、氷・吸呑みなどの購入費、寝具などの使用料・運搬費、医師の指示により購入した牛乳・卵などの栄養物、電話・電報などの通信費、テレビ・ラジオの賃貸料、新聞購読料、電気・ガスなどの光熱費、シーツ・衣類などの洗濯費、医師・看護婦への謝礼などが含まれます。定額を超える場合は、領収証があれば「社会通念上、必要かつ妥当」な範囲内で認められますので、とにかく、入院中に出費したものに関しては、明細がきちんとわかるかたちで領収証をもらい保管しておくことが大切です。事故によって、義肢、義歯、義眼、メガネ、補聴器、松葉杖などが必要になり、医師の指示で購入した場合は、いずれも実費が認定されます。ただし、メガネ、補聴器については5万円が上限です。また、自賠責の請求には必ず、診断書や印鑑証明書、交通事故証明書等が必要になりますが、それらの文書料もすべて「文書料」として認定されます。診断書料は提出分以外に1通（警察提出用）まで認められます。ただし、加害者請求の場合の印鑑証明料は、被害者の損害ではないため認められません。さらに、輸血の謝礼（一人1回5,000円程度）や、事故によるかつらの購入費、被害者本人の結婚式、新婚旅行のキャンセル料は損害として認められます。このようにケガの損害といっても医療費だけでなく、事故が起これなければ払う必要のなかった費用がかなり認められます。

## 4.3. ケガの場合の保険金③

### (1) 事故による減収があれば、休業損害証明書を提出する

交通事故によってケガをし、仕事を休んだために減ってしまった収入のことを、「休業損害」といいます。ケガをして結果的に死亡したような場合でも、死亡に至るまでの期間は休業損害が発生することになります。ただし、休業しても給与（報酬）が減額されない規定になっていれば、休業損害は発生しないと解釈されます。また、休業期間中に年次有給休暇をした場合は、その日数は休業損害の対象となります。また、会社役員の場合も役員報酬には賃金カットがないため、休業損害は発生しませんが、小規模な会社の場合、使用人兼務役員の使用人部分だけは請求できます。その場合、賃金カットが行なわれるという規定が必要です。つまり、「休業損害」とは、あくまで、現実に減収した部分だけが認められるわけです。

#### ①休業日数の計算方法

仕事につけない期間を「休業期間」といい、基本的にはこれが休業補償の対象となります。給与所得者の場合は「休業損害証明書」に記載されている日数がそのまま認定されますが、休業日数に比べて治療日数が極端に少ない場合は、病院や勤務先に照合し、損害保険料率算出機構が独自の判断で妥当な休業損害を認定します。自営業や主婦の場合は、実際に治療を受けた日数（実治療日数）が、そのまま休業日数となります。しかし、ケガの内容によって

は、治療期間の範囲内で、実治療日数の2倍を限度に休業日数が認定されます。また、長管骨折や脊柱の骨折・変形で、ギブス固定している期間は、実治療日数とみなします。事故が夜間休日の場合でも、その日のうちに治療を受けていれば、その日が休業初日となります。サラリーマンの場合は、「休業損害証明書」に記載されている初日が休業初日となります。

#### ②一日当たりの賃金計算法

給与所得者は、会社が証明した「休業損害証明書」に基づき、自営業などの事業所得者は、事故の前年の申告所得に基づき計算します。日額が5,700円を下回る場合は、5,700円が認定されます。また、どんな高所得者でも、自賠責での日額の最高額は1万9000円と決められていますので、これを超えての支払いは受けられません。

### 4.4. ケガの場合の保険金④

#### (1) 会社員の休業損害

「給与所得者」、いわゆるサラリーマンの休業損害の計算は、勤務先の会社が作成した「休業損害証明書」に基づいて、給与日額と欠勤期間から計算します。「休業損害証明書」とは、交通事故により会社を休んだり、仕事につけなかったりして収入が減少した場合、所得の損害を証明するための書類です。損害分の計算には給与以外のボーナスの減収分も含まれますが、ボーナスの減収分は別の「賞与減額証明書」によって証明します。給与日額、つまり一日当たりの賃金を出すときは、事故前の3カ月間の基本給+付加給(社会保険料・所得税を控除する前の金額)を90で割ります。なぜ暦日の90で割るかというと、休業中の休日も補償対象とするためです。「休業損害証明書」は次の項目に従って記入し、担当者名と代表者印をもらってから保険会社に提出します。ひとつでも欠けていると、調査事務所から照会状が届き、それに答えられない場合は、調査事務所の判断で、日額および日数を決定します。

①「欠勤期間」の欄は、いつ発生した事故で、いつからいつまで何日間欠勤したか、つまり欠勤日数を証明するところです。

②年次有給休暇を使用したかどうか、使用した場合は何日間使ったかを証明します。

③欠勤期間中の給与を全額支給したか、一部は支給したか、全額支給しなかったかを証明します。

④給与の支払金額を証明します。原則として事故前3カ月の支払金額を平均し、日額を決めます。休業損害証明書には前年度の源泉徴収票を付けなければなりません。源泉徴収をしていない場合は、過去1年間の給与台帳、出勤簿(タイムカード)をコピーして、会社印を押し源泉徴収票の代用とします。また、入社直後に事故に遭ったような場合、勤務実績が3カ月に満たないことがあります。このようなときは、事故前1カ月または2カ月の平均で日額を認定します。1カ月未満の場合は、入社時の雇用契約書に書かれた金額に基づいて認定されます。就職内定者の場合も、就職予定日以降は同じく雇用契約書の金額に基づいて認定されます。

欠勤期間中に年次有給休暇を使用した場合は、賃金のカットがなくても有給休暇を買い上げるという考え方で使用日数分の賃金が認定されます。ボーナスの減額も休業損害の対象になります。一般にボーナスは夏と冬の2回に分けて支給されますので、休業期間が長期にわたる場合は、それぞれの期間に対する証明書が必要です。

### 4.5. ケガの場合の保険金⑤

#### (1) 自営業・主婦・バイトの休業損害

会社員の場合は、所得の明細がはっきりしていますが、自営業や主婦、アルバイトなどは、所得を証明することが難しく、いざ交通事故にあって仕事を休むことになっても、休業損害の計算はなかなかしにくいものです。そこで自賠責では、次のようなルールを作って計算することになっています。

「事業所得者(自営業)」の場合は、職業証明書を提出することにより、1日あたり休業損害の定額である5,700円が認定されます。職業証明書は請求セットに入っていないので、必要な場合は保険会社に請求します。また定額の5,700円を超える所得がある場合は、前年度の所得証明書で請求します。その場合の計算は、日額=(年間の収入-必要経費)÷365となります。専業主婦(主夫)の場合は、「家事従事者」として休業損害が認められます。この場合、家事の対象となる同居の家族がいるかどうかを住民票で確認します。本人以外に家族がいれば、人数は問いません。なお、住民票は、続柄の入ったものをとること。家族の中で家事ができる人が複数いる場合は、「被害者のみが家事をしている」という内容の説明が必要です。専業主婦(主夫)の場合、1日あたりの休業損害は定額5,700円が認定されます。また、「アルバイト」「パートタイマー」等で、1カ月の勤務が20日以上であり、かつ1日の就労

時間が6時間以上で、収入の日額が5,700円を下回る場合は、定額の5,700円に引き上げます。しかし、1カ月の勤務日数が少ないパートなどはそこまで引き上げず、実収入をもとに日額を決めます。この場合は、事故前3カ月の実収入を90で割り、日額を出します。

#### 46. ケガの場合の保険金⑥

##### (1) 慰謝料は1日当たり4,200円で計算

「慰謝料」とは、事故によって被害者が受けた精神的な苦痛に対して支払われる賠償金のことです。自賠責では1日当たり4,200円と決められています。慰謝料の対象となる日数は、「治療期間」と「実治療日数」（実際に治療を行なった日）によって決まります。通院の場合などは、必ずしも治療期間と実治療日数が一致しないので少し複雑ですが、計算の方法を説明します。まず、「治療期間」とは、治療開始日から治療終了日までをいいます。事故が発生した日から7日以内に治療を開始した場合は、事故日を治療開始日とみなします。治療を開始した日が事故後8日以降の場合は、実際に治療を開始した日の7日前から治療を開始したとみなします。途中で病院を変えたりして治療を中断した場合は、その日数が14日以内であればすべてを治療期間に含めます。15日以上の場合は7日間を治療期間に含めます。治療の最終日が、治療終了日となります。医師が治ったと判断すれば「治癒」となり、まだ治療の必要があるが、患者側で治療を打ち切る場合は「中止」となり、「中止」の場合は、実際の治療期間に7日を加えます。慰謝料支払いの対象となる日数は「実治療日数」を2倍した数と、「治療期間」の日数と比べてどちらか少ない日数になります。つまり、治療期間に対して、その半分以上の治療を受けていれば、治療を受けていない日でも慰謝料は認定されるというわけです。次に、慰謝料の計算例をあけてみます。

交通事故に遭ったAさんは、救急車で病院へ運ばれ、事故の当日から「治癒」まで、60日間にわたって医師の治療を受けました。この場合、治療期間は60日ということになります。入院生活を20日間過ごしたAさんは、その後1日おきのペースで通院を22日続けました。つまり、実治療日数は入院の20日と通院の22日を合わせて、42日間となります。この場合、慰謝料は、実治療日数の2倍で42日×2=84日と、治療期間60日のどちらか少ない方となるため、治療期間の60日をもとに計算します。したがって、Aさんがもらえる慰謝料は、日額4,200円×60日=25万2000円となります。ただし、あんま・マッサージ・はり・きゅう・指圧については、実治療日数を2倍しません。また、長管骨（上腕骨・ぎょう骨・尺骨・大腿骨・頸骨・腓骨）、長管骨に接続する三大関節部分、脊骨、肋骨、胸骨にギブスを装着した場合は、装着した日数を実治療日数とします。

#### 47. ケガの場合の保険金⑦

##### (1) 受け取り保険金額の計算例

ここでは、いままでの総まとめとして、自賠責保険に被害者請求した時、受取り保険金がどのように計算されるのかを次の事例で説明します。

###### ① 専業主婦A子さんの場合

専業主婦のA子さんは、3月1日、自転車に乗り買い物に行く途中、自動車と衝突し足を負傷しました。救急車で運ばれ3月1日から3月20日まで20日間入院、3月23日から4月29日まで22回（治療期間60日）通院し、4月29日に治癒の診断を受けました。

（計算式）

###### ・積極損害

治療費-----150,000円（健康保険の本人負担分）

看護料-----0円（付添人の必要はなかった）

入院諸雑費----22,000円（1,100円×20日）

通院交通費----6,600円（バス代金往復300円×22回）

計---178,600円

###### ・消極損害

休業損害----239,400円（5,700円×42日（20+22））

###### ・慰謝料

慰謝料-----252,000円（4,200円×60日）

（治療日数42日の2倍=84日と治療期間60日を比べ少ない日数が対象になります）

受取保険金合計=670,000円

#### 48. 死亡の場合の保険金①（葬儀費・慰謝料の計算）

##### （1）葬儀費は最高100万円まで。慰謝料は請求権を持つ遺族の人数で決まる

被害者が死亡した場合、自賠責では、①葬儀費、②慰謝料、③逸失利益の3つの項目に分けて計算し3,000万円を限度に支払われます。また、死亡に至るまでの治療については、別に「傷害」の項目で120万円まで補償されます。まず、「葬儀費」として60万円が支払われます。同じ事故で家族が2人以上死亡した場合は、それぞれについて定額が支払われます。60万円を超える場合は、「社会通念上必要かつ妥当」な範囲で認定され、最高100万円まで支払われます。ただし、定額を超えての請求には領収証などの書類が必要です。葬儀費に含まれるものとしては、祭壇料、火葬（埋葬）料、会葬礼状など葬儀当日の費用、通夜から初七日までの法要費用、墓石（供養塔）、仏壇購入費などですが、墓地購入費、永代供養料、香典返し、年弔法要費用、戒名代は認められません。また、慰謝料とは、事故によって被った精神的な損害に対する賠償金のことです。死亡した本人分と遺族分に分けて計算されます。自賠責に遺族慰謝料を請求できる人は、被害者の父母（養父母）、配偶者、子（養子・認知した子・胎児を含む）です。民法に規定されている法定相続人とほとんど同じですが、自賠責の特徴としてあげられるのは、被害者の父母（養父母）にも遺族慰謝料の請求権があることです。自賠責から支払われる慰謝料の金額は、請求権を持った人（請求権者という）の人数によって、次のように決められています。また、被害者が家族を扶養していた場合は、遺族慰謝料に200万円が加算されます。

- ・本人慰謝料：350万円（遺族が受け取ります）
- ・遺族慰謝料：請求権者1名の場合550万円、2名の場合650万円、3名以上750万円

#### 49. 死亡の場合の保険金②（逸失利益の計算）

##### （1）実収入と年齢別平均給与額を比べる

逸失利益とは被害者が生きていれば得られたであろう将来の見込み収入で、その計算は次のとおりです。

・逸失利益＝（収入額－本人の生活費）×就労可能年数に対応するライフニッツ係数  
ちなみに、ライフニッツ係数とは、将来の収入を一時金で受け取るため途中で発生する年5%の利息を複利で差引く係数のことをいいます。「本人の生活費」とは、死亡により被害者本人の将来の生活費がなくなるため、この金額を最初から差し引くということです。生活費の証明ができれば実額を控除しますが、ほとんどの場合、証明が難しいため、次のように決められています。

- ①被扶養者がいる場合――収入の35%が控除されます。
  - ②扶養者がいない場合――収入の50%が控除されます。
- また、収入額の基準は次の3種類あり、被害者の年齢や職業により用いる基準が異なります

- ①死亡の1年前の実収入
  - ②年齢別平均給与額
  - ③全年齢別平均給与額＝男子41万5,400円、女子27万5,100円
- さらに、3つの基準のうち、どの基準を適用するかは、次のように決まります。
- ①有識者（1年未満の中途退職者を含む）で収入が証明できる人は、「事故前1年間の収入」と死亡時の「年齢別平均給与額」を比べ、どちらか高いほうの額で計算されます。ただし、35歳未満の場合は、「事故前1年間の収入」死亡時の「全年齢別平均給与額」「年齢別平均給与額」を比較し、もっとも高い額で計算されます（有識者でも収入が証明できない35歳未満の人は、「全年齢別平均給与額」と「年齢別平均給与額」を比べ高いほうの額で計算35歳以上の人は「年齢別平均給与額」で計算されます。）
  - ②幼児・児童・生徒・学生・家事従事者の場合は、「全年齢別平均給与額」で計算されます。ただし、58歳以上の人は「年齢別平均給与額」と「全年齢別平均給与額」を比べ、高いほうの額で計算されます。
  - ③①～②以外の働く意思と能力のある人の場合は、「年齢別平均給与額」で計算されますが、「全年齢別平均給与額」が上限となります。
  - ④年金受給者の場合、年金額も収入として加算されますが、加算されない年金もありますので保険会社に確認する必要があります。

#### 50. 死亡の場合の保険金③（死亡保険金の計算例）

##### （1）「葬儀費」「慰謝料」「逸失利益」の合計に、死亡に至るまでの損害が加算される

死亡保険金は、「葬儀費」「慰謝料」「逸失利益」の3つの項目の合計であると説明しました。その他に、治療費など死亡に至るまでの損害に対しては、ケガの保険金の支払限度額120万円までが支払われます。

ここでは会社員Aさん（妻を扶養している）を例にとって保険金の計算をしてみます。ちなみに、Aさんが60歳で平均月収40万円だった場合、保険金は次のように算出されます

①葬儀費

120万円の領収証がありますが、認められるのは100万円です。

②逸失利益

60歳男性の平均賃金は40万6300円で40万円より多いため、年齢別平均給与額を使い、被扶養者がいるので収入額の35%を控除して、次のように計算します。

$40万6300円 \times (100\% - 35\%) \times 12 \times 8.306$ （60歳のライプニッツ係数）  
= 2,632万円となります。

③慰謝料

慰謝料の合計は、本人慰謝料350万円+遺族慰謝料500万円+（扶養者）200万円=1,050万円になります。

④死亡に至るまでの損害

この場合、仮に、2日間入院し、治療費が50万円かかったとします。これに、休業損害と慰謝料他の合計5万円を加算しますと55万円となります。

①～③までの合計は、4,032万円となりますが、自賠責の死亡保険金の支払限度額は3,000万円ですので、自賠責からは3,000万円（限度額）の死亡保険金と、死亡に至るまでの損害として、ケガの保険金55万円の合計3,055万円が支払われることとなります。

## 5.1. 後遺障害の保険金は後遺障害等級認定で決まる

### (1) 等級認定は医師の診断書による書類審査が基本

交通事故に遇い、頭を強く打って知的障害を負った人、割れたフロントガラスが目突き刺さって失明した人、クルマの間に挟まれて手足を切断した人、脊椎をいため半身不随になった人等々、一瞬の事故が、その後の人生を大きく左右してしまうケースは珍しくありません。

後遺障害とはこのような状態のこと、つまり、治療を続けても医学上はこれ以上の改善、回復の見込みがないと判断され、身体に永久的な精神的・肉体的毀損状態を残すことを言います。

もちろん、このような状態になると、事故の前と同じ生活はできなくなります。治療費がかかったり、仕事にもかなり制限が生まれます。そこで自賠責では、交通事故で後遺障害を負った人を救うため、傷害保険金（支払限度額120万円）とは別に、障害の等級に応じて「後遺障害保険金」を支払うことになっています。後遺障害保険金は、「症状固定」といって、「これ以上良くはならない」と診断されれば、請求できます。手・指の切断などの身体の欠損は、その時点で症状固定とみなしますが、機能障害や醜状痕の場合は、主治医の判断となります。障害の程度によって差はありますが、事故からおよそ6カ月～1年くらいで症状固定と判断されるケースが多いようです。後遺障害の等級はもっとも重い1級（支払限度額4,000万円）からもっとも軽い14級（支払限度額75万円）に分かれており、基本的に医師の書いた診断書をもとに、損害保険料率算出機構の調査事務所で認定されます。そしてその結果をもとに、保険会社が最終的に判断を下し、等級に応じた保険金を支払います。

身体に傷が残った場合などは、損害保険料率算出機構の調査員が面談を行なうこともあります。ほとんどのケースが書類審査だけなので、後遺障害診断書はできるだけ具体的に記入してもらってください。そのためにも、医師には自分の症状をはっきり伝えることが重要です。特に機能障害、たとえば「足が曲がらないため階段が上がれない」とか、「耳が聞こえずらく電話の応対ができない」など、事故のために身体に残った障害のために、現在どのような苦勞があるかをまとめておきましょう。そのためにも、後遺障害別等級表を見て、自分はどの等級の後遺障害に当てはまるかをあらかじめ確認しておくことが大切です。また、同時に複数の箇所に後遺障害が残った場合は、「等級の併合」という決まりによって、等級をいくつか上げることもありますので、とりあえず後遺障害と思われるものは、すべてピックアップしておきましょう。

## 5.2. 後遺障害の保険金①（逸失利益の計算）

### (1) 等級ごとに上限額が決められている

後遺障害は現在138種類に分類され、14の等級に分かれています。たとえば、両眼失明

や精神障害を負った人と、指の関節が曲がらなくなった人では、同じ後遺障害でも日常生活に与える影響に差が生じるので、その状態に応じてもっとも重い1級からもっとも軽い14級まで、後遺障害を細分化しているのです。後遺障害の等級が決まったら次は保険金の計算です。後遺障害の損害は「逸失利益」と「慰謝料」の合計で等級別に限度額が決められています。逸失利益とは、後遺障害を負ったことによって事故前の労働ができなくなり、収入が減少するために失われる利益のことで、次のような式で計算します。

・逸失利益＝収入額×労働能力喪失率×後遺障害確定時の年齢に対するライフニッツ係数  
ライフニッツ係数とは、将来の収入を一時金で受け取るため途中で発生する年5%の利息を複利で差引く係数のことをいいます。また、労働能力喪失率とは、後遺障害により労働能力が低下するため1級から14級までの等級別に決められています。ちなみに、1級から3級までは100%、14級で5%。つまり、1級から3級まではまったく仕事ができないとみなされるわけです。

また、収入額の基準は3種類あり、被害者の年齢や職業によって用いる基準が異なります。

①死亡の1年前の実収入

②年齢別平均給与額

③全年齢別平均給与額＝男子41万5400円、女子27万5100円

さらに、3つの基準のうち、どの基準を適用するかは、次のように決まります。

①有識者（1年未満の中途退職者を含む）で収入が証明できる人は、「事故前1年間の収入」と死亡時の「年齢別平均給与額」を比べ、どちらか高いほうの額で計算されます。ただし、35歳未満の場合は、「事故前1年間の収入」と死亡時の「全年齢別平均給与額」「年齢別平均給与額」を比較し、もっとも高い額で計算されます（有識者でも収入が証明できない35歳未満の人は、「全年齢別平均給与額」と「年齢別平均給与額」を比べ高いほうの額で計算。35歳以上の人は「年齢別平均給与額」で計算されます。）

②幼児・児童・生徒・学生・家事従事者の場合は、「全年齢別平均給与額」で計算されます。ただし、58歳以上の人は「年齢別平均給与額」と「全年齢別平均給与額」を比べ、高いほうの額で計算されます。

③①～②以外の働く意思と能力のある人の場合は、「年齢別平均給与額」で計算されますが、「全年齢別平均給与額」が上限となります。

### 5.3. 後遺障害の保険金②（慰謝料と保険金の計算）

#### （1）慰謝料は等級に応じて定額が支払われる

後遺障害の「慰謝料」は等級に応じて「定額」が決まっています。介護が不要の後遺障害の場合、1級は1,100万円、14級は32万円。1級から3級に限り、被扶養者がいる場合は、金額が高くなります。前項で説明した「逸失利益」と「慰謝料」の合算が「後遺障害の損害額」というわけです。ただし、それぞれの等級ごとに保険金額の上限が決まっています。もし、上限の金額に達しなかった場合は、合算した額のみが支払われることとなります。とにかく後遺障害保険金の基本は等級にあります。症状と照らして適正な等級認定をしてもらうことが第一なので、請求のときには診断書に記載もれのないよう十分な注意が必要です。

### 5.4. 後遺障害の保険金③（介護を必要とする重度後遺障害）

#### （1）保険金限度額は4,000万円に引き上げられた

2002年4月に行なわれた自賠責の支払い基準改定。その中でもっとも注目すべきは、重度後遺障害者に支払われる保険金額の支払い限度額が大幅に引き上げられたことです。事故で神経系統や精神にダメージを受けた被害者は、多くの場合、介護を必要とします。こうした被害者を抱える家族から、「自賠責の支払い保険金額を引き上げ重度後遺障害者をもっと手厚く救済してほしい」という声が高まっていました。そこで、今回の改定では「介護を必要とする1・2級の重度後遺障害」をこれまでの後遺障害等級表から独立させ、自賠法施行令第2条の中で①介護を必要とする後遺障害等級表を【別表一】②その他の後遺障害等級表を【別表二】という具合に分けました。そして、【別表一の一級】と認定された場合、支払い限度額を従来の3,000万円から4,000万円にアップすることになりました。

### 5.5. 自賠責の「重過失減額」とは

#### （1）ケガをしたり死亡しても、被害者に70%以上の過失があると保険金がカットされる

自賠責は被害者救済のために作られた制度です。しかし、請求さえすれば、無条件で支払っ

てくれるものではありません。自賠法では、加害者が免責3条件を証明すれば、損害賠償をしなくてもいいことになっています。つまり、いくら被害者保護のための保険といっても、被害者の一方的過失や故意、常識では考えられないような危険な運転（無免許での泥酔運転や50キロ以上の速度オーバーなど）による事故は、無責と判断され1円も支払われません。また、被害者に重大な過失がある場合は、減額（支払額の一部をカット）して支払います。このように、自賠責の支払い方法は「全額支払われるもの」「減額して支払われるもの（減額事案）」「まったく支払われないもの（無責事案）」の3つに分けられます。ところで、お互いどの程度責任があるかということ「過失責任の割合」とか「過失割合」といいます。この割合は本来、裁判の中で双方の言い分を聞いた上、民法に基づき裁判官が決めるものですが、多くの交通事故の過失割合をすべて裁判によって決めることは不可能です。そこで裁判所では、交通事故が急増した昭和40年代に裁判ではなく双方の話し合いで円満に解決する方法を考えました。そして、過去の判例をもとに事故状況別に双方の過失割合の基準を作り、昭和50年4月に「民事交通訴訟における過失相殺率の認定基準」として公表しました（平成9年10月一部改定）。保険会社もこの基準を使用し、現在では交通事故の90%が示談により解決しています。自賠責もこの基準をもとにして、被害者の過失がどの程度あるかを「事故発生状況報告書」と、「損害保険料率算出機構からの照会状」などにより判断し、「全額支払うか」「ゼロか」「カットして支払うか」を決めています。具体的には次のように、被害者の過失割合によって、支払率が決められています。

・被害者の過失と減額率

被害者の過失割合	後遺障害を残した事故・死亡事故	傷害事故
7割未満の場合	減額なし	減額なし
7割以上8割未満	20%減額	20%減額
8割以上9割未満	30%減額	
9割以上10割未満	50%減額	

また、後遺障害や死亡の原因が事故によるものかどうかははっきりしない場合は、「因果関係が不明」との理由で50%が減額されます。例外として、死亡・後遺障害を伴わない軽いケガの場合は、損害額が20万円以下の場合に限り減額されません。

## 5.6. 減額率はどうか

### (1) 基本過失割合を基本割合と修正要素で修正し、重過失減額や無責が判断される

事故の形態は千差万別。被害者のプロフィールは歩行者からクルマに乗っている人までさまざまです。事故現場の状況や速度によっても、その事故のとらえ方は多岐にわたります。自賠責では、まず基本となる過失割合（基本割合）を決め、被害者、加害者にルール違反が見つかった場合は、その内容によって、20%と10%を足したり引いたりして基本割合の修正を行なっています。これを「修正要素」といいます。たとえば、後遺障害を残した事故で、被害者に基本割合70%の過失があり、加害者に修正要素に該当する過失がないときは、被害者への保険金は80%（重過失による減額率20%）しか支払われませんが、加害者が無免許運転の場合は、被害者の基本割合70%から加害者の過失20%が減算され、最終的に被害者の過失は50%となります。つまり、被害者には減額なしで保険金が100%支払われます。反対に、被害者が無免許運転の場合は、基本割合に被害者の修正要素10%が加算され、被害者の過失は80%となります。そのため、保険金は70%（重過失による減額率30%）しか支払われません。なお、傷害事故の場合は20%減額が上限となります。このように自賠責では民法上の過失割合を基準にして、被害者にとって保険金が少しでも有利に支払われるよういろいろと工夫をしています。