

交通事故被害者と家族に対する ソーシャルワークの現状と今後の支援のあり方

サトウ マイ
佐藤 舞*

目的 医療現場で対応する社会福祉士（以下、ソーシャルワーカー）は、被害者やその家族への支援、退院後の次なる支援者や支援機関につなぐことに対する不安や難しさなど、多くの問題を抱えている。その背景には、ソーシャルワーカー養成校において交通事故に対する援助技術習得のためのカリキュラムが義務づけられてはいないことなどが考えられるが明確でない。そこで病院に勤務するソーシャルワーカーへのアンケート調査の分析を通して、被害者に関わるソーシャルワーカーの抱える不安や問題点を明確にし、今後の医療福祉の養成校や講習会等における、交通事故被害者への関与についての教育の充実を図ることを目的とした。

方法 全国の地域医療支援病院、特定機能病院、回復期リハビリテーション病棟協会に登録されている病院、計1,450箇所勤務するソーシャルワーカーを対象に、無記名自記式の質問調査を実施した。調査項目は、基本属性、交通事故関連のソーシャルワーク内容や連携をとった職種や機関、業務を遂行する上で感じている問題点や不安点、養成校での交通事故関連の学習経験の有無と今後の事前学習の希望を自由記載でデータを得た。自由記載の項目については、テキストデータをKJ法によりサブカテゴリーに分類し、さらにキー概念へ収斂した。

結果 交通事故被害者やその家族とのソーシャルワークで難しい・不安を感じていると回答した者は86.1%であり、「知識・経験不足」「社会資源の不足」「当事者の問題」「事故の複雑さ」が挙げられた。また養成校で交通事故関連の授業等がなかったと回答した者は、全体の89.7%であり、養成校で交通事故関連の授業等があった方がよいと回答した者は、全体の82.6%であった。具体的な内容に関しては「事例検討」「制度の学習」「心理的サポート方法の習得」などが挙げられた。

結論 交通事故被害者・家族に対する支援に対して、多くのソーシャルワーカーが不安や困難さを感じていることが改めて明らかとなった。交通事故のソーシャルワークは個別性が高く、社会保障制度の複雑さや社会資源が不足していることがさらに支援を複雑化させる原因であると考えられる。養成校での交通事故関連の授業に関しては、学生時代から社会保障制度の学習や事例検討を通しての交通事故被害の理解に取り組みさせることで、より早期の生活支援や社会復帰することにつながると考える。

キーワード 交通事故、交通事故被害者、家族、ソーシャルワーカー、退院支援、教育の充実

I 緒 言

わが国の救急医療の発展により、交通事故重

症患者の生存率が向上する一方で、後遺症を抱える被害者は増加傾向にある。2015年中の交通事故の発生件数は約53万6899件で、負傷者は約

* 東北大学大学院医学系研究科障害科学専攻肢体不自由学分野

66万6023人である¹⁾。これは毎日約1,500件の交通事故が発生し、1,850人が交通事故で負傷しているという厳しい状況にあることを示している。

また2014年の交通事故負傷者数を年齢層別にみると、25～64歳の年齢層が全負傷者数の69%（34万4170人）を占めており、次いで16～24歳は19%（9万3440人）、65歳以上は7%（3万2970人）を占めている。重傷者率（負傷者に占める重傷者の割合）および死亡重傷率（死傷者に占める死亡・重傷者の割合）を年齢層別にみると、高齢者は他の年齢層と比べて、それぞれ重傷者率は3.1倍、死亡重傷率は3.3倍となっており、他の年齢層に比べて事故に遭った場合の被害程度が深刻になっている¹⁾。交通事故が甚大な事故であるほど、被害者とその家族が受ける影響は大きく、生活が一変する可能性が高い。そのため、家族を含めた被害者に対するソーシャルワーク介入は、被害者のより速やかな社会復帰を促進するために必須であると考えられている²⁾。

しかし、現場で対応する社会福祉士（以下、ソーシャルワーカー）は、被害者や家族への関わりにおける適切な時期や支援、また次なる支援者や支援機関につなぐことに対する不安や難しさなど、多くの問題を抱えている現状がある。また大学、短期大学、専門学校、ソーシャルワーカー養成校（以下、養成校）において、交通事故に対する援助技術習得のためのカリキュラムは義務づけられていないことも支援を難しくさせるゆえんであると考えられるが明確でない。

そこで本研究の目的は、病院に勤務するソーシャルワーカーへのアンケート調査の分析を通して、交通事故被害者に関わる際の不安や問題点を明確にするとともに、今後の医療福祉の養成校や講習会等における、交通事故被害者への関与についての教育の充実を図ることを目的とした。また今後の交通事故被害者・家族のたどる過程と支援を事前に理解することで、被害者とその家族への適切な関わりや時期や状況を把握でき、被害者のより早期の社会復帰かつ生活

支援に貢献すると考えられる。

Ⅱ 方 法

（1）対象者

本研究の調査対象者は、全国の地域医療支援病院340箇所、特定機能病院83箇所、回復期リハビリテーション病棟協会に登録されている病院1,031箇所、計1,450箇所（重複病院はどちらかに割り振る）に勤務するソーシャルワーカーとした。同施設に2名以上対象者がいる場合は、アンケート用紙をコピーし対象者全員に記入を依頼した。

（2）調査方法と調査内容

本調査は2016年1月上旬から同年1月末までの1カ月とし、郵送法による質問紙調査を実施した。研究協力依頼書および無記名自記式質問紙調査票を郵送し、返信封筒により回収した。調査項目は、基本属性（性別、年齢、教育歴、経験年数、勤務先病院の種類、保持資格、最終学歴）、交通事故に関連する項目としては、相談援助に対して不安や困難だと感じていること、相談援助時に連携を図った職種や機関、またその際に業務を遂行する上で感じた問題点や不安点を自由記載形式で回答を得た。また、養成校での交通事故関連の学習経験の有無と今後の事前学習の希望を自由記載で回答を得た。

（3）統計的解析

本研究における自由記載の項目については、テキストデータをKJ法によりサブカテゴリーに分類し、さらにキー概念へ収斂した。また統計解析には、統計解析ソフトSPSS15.0J for Windows（SPSS Japan, 東京）を使用した。

（4）倫理的配慮

対象者に質問紙郵送時、質問紙への回答をもって同意を得たものとするを文書にて記載した。また文書内に調査趣旨を明記し、無記名調査であること、個人が特定されないよう配慮すること、調査票未回答の場合は回答者に不

利益が生じないこと、データ管理方法、個人情報保護、調査データを研究以外の目的で使用することはない旨を記載した。

なお本研究は、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得て実施した（承認年月日：2014年4月，承認番号：2015-1-587）。

Ⅲ 結 果

調査対象1,450箇所のうち、回収された439通（回収率30.3%）の調査票のうち、有効回答数は426通（有効回答率97.0%）であった。

（1）対象者の特性（表1）

対象者は男性137名（32.2%）、女性289名（67.8%）、年齢は23～60歳（平均±標準偏差：36.3±8.0歳）であった。20歳代が92名（21.6%）、30歳代が204名（47.9%）、40歳代が96名（22.5%）、50歳以上が34名（8.0%）であった。ソーシャルワーカーとしての経験年数は、1カ月未満～32年4カ月（平均±標準偏差：9年0カ月±6年2カ月）。最終学歴は、高校が2名（0.5%）、専門・短期大学が41名（9.6%）、大学が346名（81.2%）、大学院が37名（8.7%）であった。保持資格は、社会福祉士と精神保健福祉士の両資格保持者が108名（25.4%）、社会福祉士と介護支援専門員の両資格保持者が170名（39.9%）であった。

表1 対象者の特性

	（単位 名） n (%)または平均値±標準偏差
性別	
男	137(32.2)
女	289(67.8)
年齢（歳）	36.3±8.0
20～29歳	92(21.6)
30～39	204(47.9)
40～49	96(22.5)
50歳以上	34(8.0)
経験年数（年）	9.0±6.2
最終学歴	
高等学校	2(0.5)
専門・短期大学	41(9.6)
大学	346(81.2)
大学院	37(8.7)
保持資格（併） ¹⁾	
精神保健福祉士	108(25.4)
介護支援専門員	170(39.9)

注 1) 社会福祉士との併用資格

表2 相談援助時感じている不安や困難さ（n=370）

概 念	具体的な内容	概 念	具体的な内容
知識・経験不足 (153件)	<ul style="list-style-type: none"> ・自賠責保険の仕組みなどについて詳しくなく、相手側の保険会社とのやり取りのことで家族から質問があった時に答えることができない。 ・援助したことがないため、相談が来た時に何の準備もないし、社会資源などの紹介もできるかどうか不安。 ・ケースが少なく、社会資源に関する知識が不足しているため提供できる情報があまりないこと。 ・自分自身が勉強不足で、賠償制度を十分把握理解しておらず、支援が適切なかわからなかった。 ・家族の精神的なケア。福祉的な視点ではなく心理的ケアが必要と感じた点。 	当事者の問題	<ul style="list-style-type: none"> いがある。違いがあることが家族との関係に変化をもたらす場合。 ・被害者意識が強いと自己解決の援助になかなかつながらない。 ・加害者への感情により、本人・家族がリハビリテーションのプロセスに必要な、障害受容がすすみにくい場合がある。 ・生命保険等の症状固定に関して、後遺症として本人が受け入れできない。
社会資源の不足 (50件)		当事者の問題	
当事者の問題 (196件)		事故の複雑さ (92件)	

注 具体的な内容は、アンケートに記載された内容の一部を抜粋したものである。

表3 院外で一番連携を図った機関と連携時に困難だと感じたこと (n=320)

連携機関先	内 訳	困難だと感じたこと
病院 (n = 119) (37.2%)	回復期リハビリテーション・地域包括ケア病棟	<ul style="list-style-type: none"> 重症度が高く受け入れ先がなかなか見つからなかった。 高次脳機能障害が強いと受け入れ先が限られる。 基本的に重度の人をうけ入れてくれる回復期リハビリテーション病棟は待機が長い。 転院期限までの転院が困難であった。 医療費がどこから支払われるのか結論が出ない状況での転院支援。 家族の回復への期待度高く、合う病院がなかなかなかった。 認知症や精神疾患があると対応困難と言われ受け入れ先が見つからない。
	療養病棟	<ul style="list-style-type: none"> 重度かつ多科、長期療養が見込まれるなど受け入れ先が見つからない。 若いのに療養型の病院に行ってもらった。 市内の病院では受入先が見つからず隣接の他府県や他市の病院になった。 人工呼吸器の患者を受け入れる病院がない。 経済的な基盤が整備されるまで受け入れ困難であった。 待機が長い。 診断書作成や支払い（任意保険等）対応ができないことを理由に受入先が限られる。
	一般病棟	<ul style="list-style-type: none"> 交通事故の方は受け入れしない病院がある。 旅行中の事故で患者住所所がかなり遠方で重症だったため、移動手段の確保が大変だった。
	外来	<ul style="list-style-type: none"> 保険対応の医療機関（外来リハビリ）を探すのに何件も電話をかけた。 常勤医師が整形外科専門でないため診断書や後遺症診断ができない。 外来リハビリ継続について、頻度が多く実施している病院は少ない。
	療養センター	<ul style="list-style-type: none"> タイミングが合わない場合、数カ月待機もありえるが、急性期病棟の在院日数では、待機困難なケースがある。 遠方にしかないため移動手段等準備に時間がかかった。
介護保険サービス事業所 (n = 100) (31.2%)	介護老人保健施設	<ul style="list-style-type: none"> 重症度が高く、年齢が若いため受け入れを断られた。 障害固定の診断書のための受診は施設も出しになるため入所困難。 高齢者が多い地域で受け入れ先が見つからず入所までに時間がかかる。 家族が障害受容できず、大きな改善を求めていたため受け入れ拒否。 整形外科への経過フォロー受診が必要で受け入れ先が限られた。
	その他施設 ¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> 保険がどこまで、いつまで効くものかわからなかった。 年齢が若く、施設になじめない。 まだ若いという理由で利用を断られた。 有料老人ホームの費用をだれがどこまで負担するか不明。 リハビリを自費で支払う場合の費用負担で困った。
	居宅介護支援事業所・地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none"> 交通事故被害者への対応にケアマネが不慣れでとまどった。 ケアマネが制度の知識がそれほどなく導入が遅くなるサービスが出た。 介護費用を誰が支払うのか。相手方がどこまで補償するのか不明である。
行政 (n = 34) (10.6%)		<ul style="list-style-type: none"> 身障手帳の申請、交付、サービスの利用までに入院期間が切れてしまう。 精神保健福祉手帳では住宅改修は不可であり、他のサービスがなかった。 生保の方が事故の加害、被害の場合、他方優先と考え、損保補償および損保会社の判断を優先視し、過失相殺の結果を待つ。その間の治療費、通院交通費等が宙に浮くため医療機関と生保患者さんの間で医療扶助、治療費の支障が生じる。 第三者行為届出、手帳の取得、障害認定、サービス導入に時間がかかる。 自立支援認定にとっても時間がかかること。 生活保護が自賠賠でもめる。医療機関への支払いがストップする。 事務的な対応でドライ“個人情報保護”のことばかり言われ、一緒に支援して下さるような姿勢を感じられなかった。 状況による臨機応変な対応をしてもらえない、ルール重視。
支援相談機関 (n = 29) (9.1%)	障害者職業センター	<ul style="list-style-type: none"> 高次脳機能障害が残り、就労支援につながりまで時間がかかった。 遠方の患者だとなかなか行きたくない。 専門性の高い職能訓練には対応困難。 中途障害の方の就労支援の場合、地方に対応できる事業所が少ない。 新規の就職ではなく、復職を支援してくれる機関が少ない。
	障害者相談支援センター	<ul style="list-style-type: none"> 若年層の方でも利用できるサービスが少ないため、在宅移行に難渋した。
	労働基準監督署	<ul style="list-style-type: none"> 労務中の交通事故で、勤務先が小規模事業所で労災医療の手続きがうまくいかない。 福祉用具も労災からであるが、福祉用具の理解をしてもらえなかった。 知識不足により、書類、年金の扱いなど様々なことの確認。
その他 (n = 38) (11.9%)	各種保険会社	<ul style="list-style-type: none"> 担当者によって対応が違う。 患者家族が高齢であり、セッションできなくて難渋した。 医師は障害固定と判断したが、判断するのは早いと支払を渋った。 患者とのコミュニケーション不足、支払い渋り。
	企業・学校	<ul style="list-style-type: none"> 復職にあたり、障害程度、障害特性の理解や配慮をいただくこと。特に人事課の方がみえると、直属の上司等よりも現場がわからないため話が進みにくい。 通学サポートできる制度がなく、学校側も例外を作りがたがらず難航した。
	障害者入所施設	<ul style="list-style-type: none"> 入所までの手続きに時間がかかる。 入所の際の計画相談をひきうけてくれる事業所の不足で、探すのが大変。

注 1) 介護老人福祉施設、グループホーム、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅
 2) 具体的な内容は、アンケートに記載された内容の一部を抜粋したものである。

(2) 相談援助時に感じている不安や困難さ
(表2)

交通事故被害者やその家族とのソーシャルワークで難しい・不安を感じていると回答した

表4 養成校で希望する交通事故関連授業の具体的な内容
(n=287)

内 訳	具体的な内容
制度学習 (n=118) (41.1%)	<ul style="list-style-type: none"> ・自賠責とは、第三者行為とは、和解、示談とは…など用語について学生のうちに知っておくとよいと思う。 ・第三者行為、診療報酬、介護報酬においても制度論として規定されているため社会保障や社会保険の授業で講義があれば良い。 ・疾病によるADL（日常生活動作）低下と、事故によるADL低下では制度も保険も変わってくるため、その違いについての講義があっても良いと思う。 ・交通事故が起きた際の加害者、被害者側両方の立場から、一連の流れについて、被害者側に提供できる内容一覧（装具、部屋有料代金負担など）、過失負担割合の評価を学べたらいいと思う。 ・NASVA（独立行政法人自動車事故対策機構）介護料支給や短期入院でレスパイト入院が出来ることなど、本来もっと知られておくべき制度が実はまったく周知されていないこともあるので、わかりやすく広めていく必要がある。 ・交通事故後の精神的な問題に対する援助方法や連携が予想される機関についての紹介等があれば良い。
事例検討 (n=110) (38.3%)	<ul style="list-style-type: none"> ・事例を通して入院から退院までの一連の流れを知る（入院費の支払い方法や職場とのやり取りなど）。 ・ロールプレイングを交え、援助技術を用いながら事例検討を行う。 ・事例報告形式で実際に対応したソーシャルワーカーがどのように対応したのか、そのケースに応じての対応方法を学びたい。 ・保険や裁判など多職に渡るケースの実際の動きをそれぞれの視点から報告できる様な形式があれば参加したいと思う。 ・自分自身が交通事故で受傷した場合に、どのような治療や制度を受け、社会復帰のためには、何が必要なのか等イメージをしながら学べるようなロールプレイがあればいい。 ・患者、家族が感じるであろう精神的、身体的苦痛の理解や相談窓口等事例を通して学べる機会があればよい。
心理的サポート方法の習得 (n=36) (12.5%)	<ul style="list-style-type: none"> ・被害者心理、加害者がいる中での本人と家族の障害受容過程への支援方法 ・事故後のメンタルヘルスなど（加害者、被害者問わず） ・PTSDの心理的ケアについて学ぶ機会がほしい ・先天性疾患や疾病とは違い、急におそってくることで身体的・心理的サポート、家族ケア等学ぶ事は多々ある。
当事者からの実体験 (n=23) (8.0%)	<ul style="list-style-type: none"> ・損保対応の難しさを損保経験者を講師として迎えワーク式で実践とした方がよい。 ・障害の程度によりどのような生活が可能かイメージできるようにしておいた方がよいと思うので、クライアント、家族からの直接話をきく機会やその障害でどのような生活となるかを学ぶ機会 ・受傷当時の気持ちや回復過程、生活困難状況など当事者の方から学ぶ機会。 ・当事者等から事故後の問題、生活課題を聴きたい。 ・実際の現場で働いているソーシャルワーカーに交通事故被害者の関わり方や支援方法について講義をしてもらう。

注 具体的な内容は、アンケートに記載された内容の一部を抜粋したものである。

者は370名（86.9%）であった。具体的には「知識・経験不足」として障害受容に対するアプローチの仕方や社会保障制度の知識不足に対する不安が挙げられた。「当事者の問題」としては、限られている入院期間内で障害受容が難しいケースが多く、退院をしづられることに対する対応や、被害者意識が強いケースの場合に社会復帰への援助が進みにくいことが挙げられた。また「社会資源の不足」として、急性期病院退院後の受け皿や、小児高次脳機能障害を支援する専門機関が少ないこと、また地域性による問題も多く挙げられ、患者や家族と社会資源の間で苦勞するソーシャルワーカーの声が多く挙げられた。また「事故の複雑さ」として加害者が無保険等で医療費の支払いが困る場合や、行政や保険会社、警察などの多機関と関わることの困難さが挙げられた。

(3) 院外で一番多く連携を図った機関とその問題点 (表3)

交通事故に関し、院外で一番多く連携を図った機関として、「病院」が119件（37.2%）、「介護保険サービス事業所」が100件（31.2%）、「行政」は34件（10.6%）、障害者職業センターやハローワークなどの「支援相談機関」は29件（9.1%）であった。

連携時の困難な点として「病院」に関しては、若年者かつ重症度が高い場合や、長期療養が見込まれる場合に受け入れを拒否される病院が多くあることや、高次脳機能障害者を受け入れる病院が少ないことが挙げられた。「介護保険サービス事業所」に関しては、介護老人保健施設などの入所施設において、高齢者が多く住む地域のため施設入所に時間がかかることや吸引・ナースコール回数頻回等で対応困難で交通事故被害者を受け入れる施設が少ないことが挙げられた。在宅サービスにおいては、居宅介護支援専門員の交通事故に関する知識にバラつきがあり支援に時間がかかるケースや、在宅サービスの調整において、本人と介護サービスのニーズが合わないことが挙げられた。「行政」に関しては、制度利用するまでの手続きに時間

を要し、退院の延期を余儀なくされることなど、病院と行政とのジレンマに悩まされる声が挙げられた。また職員による対応のバラつきがあり困惑したという声も多く挙がった。「支援相談機関」では、中途障害者の就労支援は対応できる事業所が少ないことや、復職を支援してくれる機関が少ないこと、若年障害者に合う制度やサービスが少なく解決ができなかったことが挙げられた。

(4) 養成校での交通事故関連の経験の有無と今後の指導要綱(表4)

養成校での交通事故関連の学習経験の有無に関して、過去に養成校で交通事故関連の授業等がなかったと回答した者は、全体の89.7%であった。また養成校において、交通事故関連の授業等があった方がよいと思うかという問いには、「あった方がよい」と回答した者は352名(82.6%)であった。具体的に「あった方がよい」内容に関しては、必要となる社会資源や自賠責保険の知識等の「制度の学習」(118名)、グループワーク等で交通事故被害者が抱える問題や悩みなどを考え、対応策を検討する「事例検討」(110名)、障害受容の過程を学びながら「心理的サポート方法の習得」(36名)すること、当事者から実際に話を聞く機会を設けること(23名)などが挙げられた。

IV 考 察

本研究は、交通事故被害者・家族に対する支援について多くのソーシャルワーカーが感じている不安や困難さを明確にし、今後の養成校でのカリキュラムの再編を目的とすることで行った。本研究の結果より、ソーシャルワーカーが対応する交通事故による支援内容は多岐にわたり、ケースによっては複雑かつ長期間の関与を要していた。交通事故の事例は個別性が高く、社会保障制度が複雑であることや、社会資源が不足していることに加え、被害者心理への援助の難しさによる適切な時期での退院支援が困難であること、後遺症症状による社会復帰の難し

さが支援を複雑化させており、ソーシャルワーカーは自身の判断や対応に自信がもてない現実におかれていることは否めない。

社会資源に関して、急性期病院での治療後、在宅復帰が進まない患者に対しては、すみやかにリハビリテーション病棟へ転院し、残存機能の向上を中心としてリハビリテーションに移行することが大切である²⁾。しかし現状では、重症度の高い患者であるほど受け入れが難しい現状にあり、転院まで3カ月から6カ月も在院することが多い。回復期リハビリテーション病棟は制度上、発症後または手術後から入院までの期間が疾患によって1カ月以内もしくは2カ月以内と決められている。したがって上述のように転院までの期間が長くなってしまいうケースの場合、回復期リハビリテーション病棟への入院期限を超えてしまうため転院自体が不可となる。回復期リハビリテーション病棟は、急性期を脱してもまだ医学的・社会的・心理的なサポートが必要な患者に対し、残存機能の向上、社会復帰を目指す病棟であることから、急性期病院からの移行をスムーズに行うための整備が早急に必要であると考えられる。またリハビリテーションを終えた後の療養場所や施設など長い経過をたどる被害者に対し、各機関のソーシャルワーカーの連携による情報共有や支援システムの構築が必要であると考えられる。

また、交通事故被害者はASD(急性ストレス障害: Acute Stress Disorder)やPTSD(心的外傷後ストレス障害: Post-traumatic stress disorder)といったストレス反応を示すことが報告されている²⁾。さらに交通事故死の遺族の精神的影響については、突然の死を受容することが困難で心に傷を残すと言われており、精神的な支援の重要性が認められている³⁴⁾。本研究において被害者心理の援助に不安を抱えているという声が多く挙がったことから、ソーシャルワーカーは精神科医や看護師、臨床心理士らとの連携を図り、病棟のケースカンファレンス等で問題を多職種と共有することは必然であろう。また交通事故被害者の心理分野についての理解を深める研修の機会が必要であると考えら

れると同時に、スーパーバイザーによるスーパービジョンを受けることもソーシャルワーカーにとって有効であると考えられる。

また高次脳機能障害に対する支援の困難さについて、外傷性脳損傷の場合、四肢の運動麻痺は目立たず、その場その場の会話や簡単な判断ができ、一見すると日常生活動作には問題が目立たない。しかし行動範囲の拡大とともに、注意障害や遂行機能障害がみられ日常生活・社会復帰を進める上で困難になるケースもある。高次脳機能障害に対する包括的なアプローチの原則は、患者の情動や動機づけを重視し、認知機能全体と患者を取り巻く環境のすべてにアプローチすることであると言われている⁵⁾。回復の予後は、年齢、障害の重症度、受傷前の社会的要因、リハビリ内容や環境因子など多くの因子が関連している。受傷から早い段階で機能障害に気が付き、対処できるよう支援することが、早期の就労や社会的統合を促進し、患者が障害を認識し自信につながるようなプロセスを支え、家族の障害に対する理解を深め、地域や職場の中で受け入れられる環境を作ることにつながる⁶⁾。したがって受傷早期より高次脳機能障害に対する評価を行い、次なる連携機関へつなぐこと、また中途障害者の就労支援を受けることのできる就労支援機関では、的確な予後予測を行うことは難しいが個々人の機能に応じたさらなる社会資源の収集と、連携機関同士の情報提供・情報共有を行うことは今後も重要であろう。

本研究では養成校での交通事故関連の授業に関して、約9割が望んでいるとの結果となった。必要でないと回答した者の理由として、ソーシャルワーカーとしての基礎知識を固めることによって交通事故のケースにも対応できるという意見や、福祉の思想や支援の前提となる原則などの基本的な理念を知ることがまずは重要であるとの回答もあった。しかし、交通事故の個別性の高さを考慮すると、学生時代から事例検討やロールプレイ等を通して支援の過程や当事者の思い・感情、社会保障制度の学習や障害受容の過程を学ぶことは、事例に直面した際の自信につながり、実践の場での支援にも有効であ

ると考える。

V 結 語

交通事故被害者と家族に対する援助において、ソーシャルワーカーの不安や困難と感じるゆえんは自身の「知識・経験不足」や退院後の受け皿である病院や施設、福祉制度等の「社会資源の不足」「事故の複雑さ」また被害者心理を含む「当事者の問題」に対する支援の難しさであったことが明らかとなった。また、ソーシャルワーカー養成校や講習会等では、社会保障制度や被害者心理に対する教育の充実と普及が望まれる。

謝辞

本研究を進めるにあたり、調査のご協力をいただきました専門職の皆様へ心より御礼申し上げます。また、研究の初期段階より多くのご助言ご指導をいただきました東北大学大学院医工学研究科出江紳一教授、並びに鈴鴨よしみ准教授に深謝いたします。なお、本研究は一般社団法人日本損害保険協会の助成（平成24年度）による研究成果の一部である。

文 献

- 1) 警察庁ウェブサイト. 平成26年中の交通事故の発生状況 (<http://www.npa.go.jp/>) 2017.5.15.
- 2) 交通事故被害者の生活支援. 公益社団法人日本医療社会福祉協会編. 晃洋書房, 2012.
- 3) 内閣府政策統括官. 交通事故被害者の支援-担当者マニュアル-. 2004; 61-8.
- 4) 厚生労働省. 心的トラウマの理解とケア. (株)じほう. 東京. 2001; 121-220.
- 5) DeLisa JA, Martin GM, Currie DM. Rehabilitation medicine: past, present, and future. in Rehabilitation Medicine: Principles and Practice. 1988; 3-32.
- 6) Svein U, Mongs M, Roe C, et al. Self-rated competency in activities predicts functioning and participation one year after traumatic brain injury. Clin Rehabil 2008; 22: 45-55.