

CONTENTS

REVIEW ARTICLES

- How Did 'Difficult to Involve' Parents Emerge in Early Childhood Care and Education?
-A Discussion of Research Trends on Family Support and Relationship with Guardians.....**Tetsuji KAMIYA** • 1
- The Review of the Studies on the Fall Prevention Exercise Programs for Elderly Persons.....**Jaejong BYUN** • 16
- Current issues in driver's license of people with intellectual disabilities.....**Atsushi TANAKA** • 32

ORIGINAL ARTICLES

- The Changing Characteristics of In-home Care Service Providers in the U.S. and in the
UK: Implications for South Korea**Yongdeug KIM,et al.** • 38
- Assessing Training System for Social Service Workers in South
Korea: Issues and Policy Agenda**Jaewon LEE,et al.** • 60
- Relationship between depression and anger**Noriko MITSUHASHI,et al.** • 77
- Workaholism Determinant Variables of Social Workers and Care Workers
in Senior Welfare Centers in Korea**Jungdon KWON,et al.** • 87
- The Exploration of Financial Resources of Financial Adjustment System
and Social Welfare in Japan **Haejin KWON,et al.** • 105
- Relation between the importance of school education and after-school activity programs
and age, sex, and school type for school-aged children with disabilities..... **Hideyuki OKUZUMI,et al.** • 131
- A Study on the Vitalization of Silver Industry by Analyzing the Needs of Silver
Industry in the Daejeon, South Korea**Gowhan JIN** • 138
- A Comparative study on Factor Analysis of the Disabled Employment between
Japan and Korea**Moonjung KIM,et al.** • 153
- Relationship between Teacher Mental Health that Involved
in Special Needs Education and Sence of Coherence**Kohei MORI,et al.** • 167

SHORT PAPERS

- The Analysis of Disaster Mitigation System and Research on
Disaster Rehabilitation.....**Keiko KITAGAWA,et al.** • 177
- The Trend of International Research on University Learning Outcome and
Quality of Life and Mental Health of University Students
.....**Changwan HAN,et al.** • 189
- The research trend and issue of hospital school in the education for the health impaired
.....**Aiko KOHARA,et al.** • 198
- Bibliographical consideration about the current situation and the problem to be solved
about cooperation between teachers in hospital classrooms and other staffs.....**Remi KAKUTANI,et al.** • 208
- The Current Status and Issues in Korean Barrier-Free General School
..... **Eunae LEE,et al.** • 219

CASE REPORT

- Approach for the problematic behaviors of autism complicated with severe and multiple disabilities
~ a case study of a first year junior high school student in daily living ~
.....**Kazumi SUGIO,et al.** • 229

Asian Journal of
HUMAN
SERVICES

Printed 2012.1030 ISSN2186-3350
Published by Asian Society of Human Services

October 2012
VOL.3



Asian Society of Human Services

ヒューマンサービスとは「人を援助する」「支援する」上で直面する社会的課題を映し出す言葉であり、社会福祉分野、医療・看護分野、心のケアにかかわる心理臨床分野、長寿社会のヘルスプロモーション分野、育児や保育などの家族支援分野、生涯学習時代に対応した教育、雇用流動化に対応したキャリア開発分野など、ヒューマンサービスと総称できる領域が急速に拡大している。

ヒューマンサービス分野の研究はその方法が科学的であれば、国際的に通用する分野であり、共同の試みによって、より発展することが期待される。

そこで本学会では、ヒューマンサービスに関する科学的な研究・実践活動を通じ、日本を始めアジアのヒューマンサービス分野の進歩・発展に寄与することを目的としている。

The word 'Human Services' is used when someone faces social challenges for 'help' or 'support' people.

'Human Services' is expanding rapidly its area such as field of social welfare, medical・nursing, psychology clinical related mental care, health promotion for aging society, assist family for infant and child care, special supporting education corresponding to vocational education, education support sector corresponding to era of lifelong learning and fluidization of employment corresponding to the area of career development.

Human Services area, if its research methods are scientific, is internationally accepted and greater development is expected by collaborative research which is performed by multinational and multi-profession.

This journal aims to contribute to the progress and development of Asian Human Services through scientific research and actual activities on Human Services.

ISSN の取得について

Asian Society of Human Services が発行する Journal

「Asian Journal of Human Services」は、ISSN 番号を取得致しました。

国立国会図書館のホームページ上の「日本全国書誌」に書誌情報が掲載されます。

「日本全国書誌」とは、国立国会図書館が収集整理した国内出版物及び外国刊行日本語出版物について標準的な書誌情報を掲載し、広く国の内外に速報するものです。

I S S N (国際逐次刊行物番号) : ISSN2186-3350

資料種別 : 冊子体

表 題 : Asian Journal of Human Services

検索したい場合や詳細の書誌情報を知りたい場合は NDL-OPAC (国立国会図書館蔵書検索・申請システム) やアジア言語 OPAC をご利用ください。

総 説

総 説 1	▶ 保育現場における「対応の難しい親」はなぜ産み出されたのか？ — 家庭支援，保護者対応に関する研究動向からの一考察 — 神谷 哲司	P. 1
総 説 2	▶ The Review of the Studies on the Fall Prevention Exercise Programs for Elderly Persons Jaejong BYUN	P.16
総 説 3	▶ 知的障害者の自動車運転免許をめぐる諸問題 田中 敦士	P.32

原著論文

原著論文 1	▶ The Changing Characteristics of In-home Care Service Providers in the U.S. and in the UK: Implications for South Korea Yongdeug KIM, Eunjeong KIM	P.38
原著論文 2	▶ Assessing Training System for Social Service Workers in South Korea: Issues and Policy Agenda* Jaewon LEE, Hyungjo HUR	P.60
原著論文 3	▶ 抑うつと怒りとの関連 三橋 識子, 田上 恭子	P.77
原著論文 4	▶ Workaholism Determinant Variables of Social Workers and Care Workers in Senior Welfare Centers in Korea Jungdon KWON, Miok YEO, Eunju LEE, Myunghee LEE	P.87
原著論文 5	▶ The Exploration of Financial Resources of Financial Adjustment System and Social Welfare in Japan Haejin KWON, Jeongah YOON, Moonjung KIM Changwan HAN	P.105
原著論文 6	▶ 保護者が考える学校及び障害児放課後活動の役割と子どもの年齢、性別、在籍学校との関連 奥住 秀之, 池田 吉史, 平田 正吾, 國分 充, 清水 夏実	P.131
原著論文 7	▶ A Study on the Vitalization of Silver Industry by Analyzing the Needs of Silver Industry in the Daejeon, South Korea Gowhan JIN	P.138
原著論文 8	▶ 日韓における障害者雇用決定要因の比較・分析 Moonjung KIM, Haejin KWON, Changwan HAN, Norio SASAKI Yasuyoshi SEKITA	P.153
原著論文 9	▶ 特別支援教育に携わる教員のメンタルヘルスと SOC (Sense of Coherence) との関連 森 浩平, 田中 敦士	P.167

短 報 1	▶ The Analysis of Disaster Mitigation System and Research on Disaster Rehabilitation	P.177
	Keiko KITAGAWA, Sunhee LEE, Changwan HAN	
短 報 2	▶ The Trend of International Research on University Learning Outcome and Quality of Life and Mental Health of University Students	P.189
	Changwan HAN, Minji KIM, Aiko KOHARA, Atsushi TANAKA	
短 報 3	▶ 病弱教育における院内学級の研究動向と今後の課題	P.198
	小原 愛子, 森 浩平, 韓 昌完, 田中 敦士	
短 報 4	▶ 院内学級担当教師と他職種との連携に関する現状と今後の在り方に関する文献的考察	P.208
	角谷 麗美, 森 浩平, 小原 愛子, 田中 敦士	
短 報 5	▶ 韓国の普通学校のバリアフリーにおける現状と課題	P.219
	Eunae LEE, Aiko KOHARA, Atsushi TANAKA	

	重度知的障害を伴う自閉性障害児の日常生活における問題行動への対処	P.229
	杉尾 和美, 韓 昌完, 神園 幸郎	
投稿規程		P.240
執筆規程		P.241

REVIEW ARTICLE

保育現場における「対応の難しい親」は なぜ産み出されたのか？

— 家庭支援, 保護者対応に関する研究動向からの一考察 —

How Did 'Difficult to Involve' Parents Emerge in Early Childhood Care and Education?

-A Discussion of Research Trends on Family Support and Relationship with Guardians

神谷 哲司¹⁾ (Tetsuji KAMIYA)

1) 東北大学大学院教育学研究科

Graduate School of Education, Tohoku University

〒980-8576 仙台市青葉区川内27-1 東北大学大学院教育学研究科

kamiya@sed.tohoku.ac.jp

ABSTRACT

近年、保育現場において家庭支援、保護者対応のニーズが高まっている中で、「対応の難しい親」の存在が指摘されている。本研究は、そうした保育現場における「対応の難しい親」がなぜ取りざたされているのかについて、これまでの子育て家庭への支援、保護者対応に関する研究動向から示唆を得ることを目的とした。1980年以降の「保護者」「家庭」というキーワードを含む保育関連の研究を対象とした検索結果に基づき、「対応の難しい親」は90年代後半から2000年代を通して、家庭支援のニーズの高まりをもたらした家族の変化のみならず、保育サービスの質的な変化の中で生成されてきたことが示された。さらに、「対応の難しい親」は実態としてそれほど多くはなく、またその認識には保育者のキャリアも関連すること、家庭保育に対する保育者の視線は80年代から厳しいものであったことが明らかにされた。それらの結果を踏まえ、一般に「対応の難しい親」が取りざたされることによって、保育現場においても「対応の難しい親」が社会的現実として構成されていく側面があること、特に近年の保育環境の悪化はそうした認知処理を促進しているのではないかと懸念が議論され、その対策として、保育者の保護者対応を感情労働として位置づけ、園としての体制の構築と保育行政の整備が必要であることが提案された。

In recent years, 'difficult to involve' parents have become an issue in early childhood care and education as demands for family support and improved relationships with

Received
August 24, 2012

Accepted
October 12, 2012

Published
October 31, 2012

guardians are increasing. This study reviewed past research trends on support for families with young children and relationships with guardians to clarify why 'difficult parents' have become an issue in early childhood care and education. A search result using the keywords 'guardians' and 'family' within childcare studies from the 1980s revealed that the issue of 'difficult parents' emerged in the late 90s and 2000s, during a transition of family formation and qualitative childcare service that gave rise to the need for family support. Further, the actual number of 'difficult parents' was not high, and the perception of 'difficulty' was influenced by the teacher's experience. At the time, nursery teachers had tended to criticize at-home childcare since 1980s. These results suggest that the recent growing interest in 'difficult parents' is likely to construct 'difficult parents' as a social reality even in early childhood care and education. Furthermore, the recent deterioration in the childcare environment accelerates such a cognitive process. A structured system and solid childcare administration are needed as countermeasures. One measure is to employ the concept of 'Emotional Labour' proposed by Hochschild (1983) in building a good relationship with parents.

<Key-words>

保護者対応, 家庭支援, 保育, 感情労働

Relationship with Guardians, Family Support, Child Care and Education, Emotional Labour

Asian J Human Services, 2012, 3:1-15. © 2012 Asian Society of Human Services

はじめに

1990年代以降, 日本では「親になること」を取り巻く状況が大きく変わってきている。かつては, 「授かる」ものであった子どもが, 「つくる」ものへと変化しており(中山,1992), また, 朝日新聞社のウェブ・サイトで「子育ては損か?」というテーマで一大論争が巻き起こされたことにみられるように(朝日新聞社,2000), 出産や子育ては現在, 女性にとってその価値を基準に, ライフコースの中で「選択」されるものとなっている(柏木・永久,1999)。合計特殊出生率は2005年に戦後最低の1.26まで落ち込み, その後, 横ばいのまま欧米に比して低い値(2010年の概算値で1.39)を示しているとおりに(内閣府,2011), 晩婚化, 少子化が進行してきた。メディアを通じては, 年少児に対する虐待事件が連日報道され, 2009年度の児童相談所における児童虐待の相談件数は90年度の40倍強となっている(内閣府,2011)。また, 虐待までいかずとも「大人になれない親」といったものが取り沙汰され, 自分本位で未熟な親が増えているという主張とともに親教育・親準備教育の必要性が指摘され(加藤,1998;國分,1998;斎藤,2009), 学校や行政に対して理不尽な要求をする「モンスターペアレント」がマスメディアで取りざたされたのも記憶に新しいところである。

そうした中, 保育現場においても, エンゼルプラン以降, 少子化対策の一環として子育て家庭への支援がなされるようになり, 保育士資格に関しては, 1997年児童福祉法改正におい

Received
August 24,2012

Accepted
October 12,2012

Published
October 31,2012

て保護者への相談・助言が努力義務となり、さらに 2001 年には保護者への指導が保育士の業務として明文化されるなど、それらの支援の担い手として保育者が担うものと位置づけられることとなっている。しかし、その一方で、対応の難しい保護者を取りざたされ、その対応に苦慮している現状も指摘されているところである。

本稿はそうした、近年の社会変動に伴う家族の変化とその結果としての家庭支援の必然性が指摘される中で、特に焦点化されるようになった「対応の難しい親」について、その成立背景と流れをこれまでの研究動向から検討するとともに、改めて今後の家庭支援に求められる視座について議論したい。

I. 保育における保護者に関する研究数の推移

1.57 ショック以降の少子化対策の中で「子育て支援」は保育の中で大きな位置を占めるに至っており、その状況は、「子育て支援」に関する新聞記事や論文数が 90 年代後半から飛躍的に増加していることにも見て取れる(山縣,2008;神谷,印刷中)。そうした中、親や保護者にかかわる研究はどのように変遷してきたのであろうか。そのことを確かめるために、「保育」というキーワードとともに「保護者」あるいは「家庭」をタイトルに含む論文の数がここ 30 年間にどのように推移してきたかについて検索してみた^(註1)。具体的には、各年ごとに「保育&家庭」もしくは「保育&保護者」を論文名に指定して検索した。さらに、「保育&保護者」で検索された 427 編について、A)「保護者からのクレーム(苦情)」「気になる保護者」「困った保護者」「対応の困難な保護者」といった相対的にネガティブな表現が含まれているもの、ならびに、B)保護者と保育者との関係に言及しており、かつ特定のテーマなどに絞られ過ぎていないものを選別した^(註2)。この A), B)の基準で選ばれた 81 編の論文を「保護者対応論文」とし、さらに保護者対応論文のうち A 群で選ばれた論文を「対応の難しい保護者論文」とする。1981 年から 2010 年までの各年ごとに検索結果件数を図 1 に示し、さらに「対応の難しい保護者論文」12 編のタイトルを表 1 に示す。

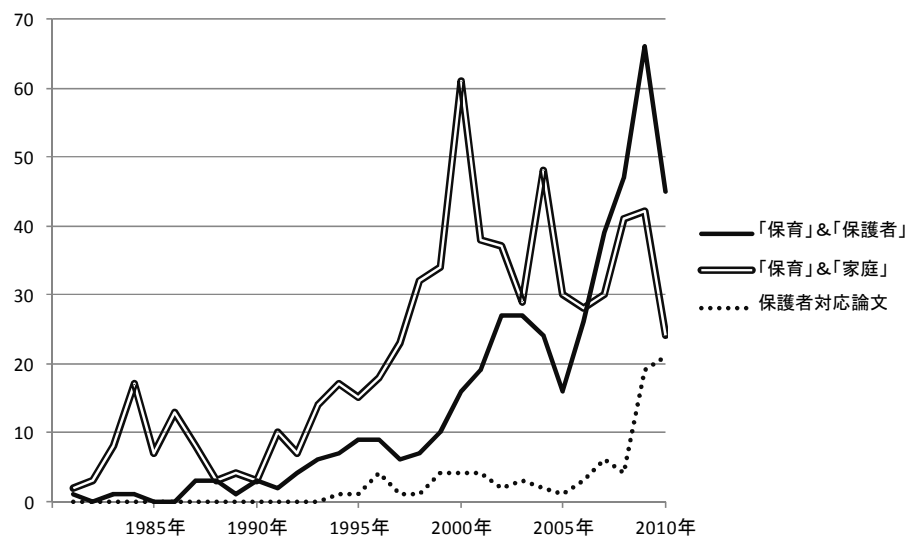


図1 「保護者」「家庭」に関する保育系論文の推移

Received
August 24,2012

Accepted
October 12,2012

Published
October 31,2012

表1 「対応の難しい保護者論文」一覧

著者名	年	論文名	雑誌名	巻(号)	ページ
吉田恵子	2010	保育園における保護者からのクレームとその対応	高崎健康福祉大学紀要	9	115-133
藤後悦子・坪井寿子・ 竹内貞一	2010	保育園における「気になる保護者」の現状と支援の課題・ 足立区内の保育園を対象として（地域に根ざした保育支 援・個と集団の発達を踏まえて）	東京未来大学研究紀要	3	85-95
大野雄子	2010	幼稚園・保育園における「困った保護者」の現状と対応	千葉敬愛短期大学紀要	32	71-83
青木利江子	2010	保護者保育指導の大学教育における教育内容,教育方法の 検討・対応の困難な保護者保育指導の学習過程（第2報）	千葉敬愛短期大学紀要	32	1-22
久保山茂樹ほか	2009	「気になる子ども」「気になる保護者」についての保育 者の意識と対応に関する調査：幼稚園・保育所への機関 支援で踏まえるべき視点の提言	国立特別支援教育総合研究所 研究紀要	36	55-75
安家周一	2009	保護者のクレームへの対応 無理難題やわがままが吹き 出る機会がチャンス。保護者、保育者、子どもを巻き込 み考えあう（特集 よい展開をつくるための理解と交渉）	そだちと臨床	6	11-16
渡邊建道	2009	保護者のクレームから考える保育の説明の重要性	保育の友	57(5)	11-14
土谷みち子	2008	特集 保護者からの苦情をどう受け止めるのか 保護者か らの苦情の受け止め方と保育活動への活かし方	ようほっとライン	11	2-7
関川芳孝	2001	保育園パワーアップのための改造計画・苦情は宝(4)保護 者からの苦情にどう対応する？	保育の友	49(10)	30-33
関川芳孝	2001	保育園パワーアップのための改造計画・苦情は宝(3)保護 者は最高の経営コンサルタント	保育の友	49(8)	30-33
徳田克己	2000	保育者の感じる「対応に困る保護者」	実践人間学	4	33-38
星野ハナ・横山範子・ 水野智美・徳田克己	1999	保育所保育士の感じる「困る保護者」とその対応	日本保育学会大会研究論文集	52	834-835

図1では省かれているが、1980年までの「保育」と「保護者」論文は2編、「保育」と「家庭」論文は121編であり、「保育」と「家庭」に関連する研究テーマが古くからなされてきたことが示されていた。1981年以降の2種の論文は、1990年代前半まではいずれも年あたり20編を超えないまま推移しているが、いずれも90年代後半に増加し、「保育」と「家庭」論文は2000年に61編とピークを迎える。その後、「保育」と「家庭」論文は2004年に48編、2008年と09年に41,42編といったピークがあり年次による大小はあるもののその振れ幅は概ね安定している。一方、「保育」と「保護者」論文も90年代後半から2002,3年まで増加していくがその後一時減少し、その後2009年に66編とピークを迎えている。これらの増減に関しては、先述のようにエンゼルプラン以降の少子化対策の流れとともに、子育て支援が拡充されていった流れとほぼ呼応していると言えよう。しかし、2000年代の後半になぜ「保育」と「保護者」論文が急増しているだろうか。また、先の基準によって選別された保護者対応論文も90年代後半から見られていたものの2000年代後半から急増し、2010年に

Received
August 24,2012

Accepted
October 12,2012

Published
October 31,2012

は 21 編と「保育」と「保護者」論文のうち 46.7%と半数近くを占めるようになってきている。

対応の難しい保護者論文 12 編の刊行年を見てみると、1999 年から 2001 年にかけて「困る」が 2 編、「苦情」が 2 編ヒットしている^(註 3)。しかし、この後、こうしたネガティブ・ワードが題目に使われることはいったん沈静化し、2008 年以降に「苦情」、「クレーム」、「気になる」、「困った」といった題目が含まれていることが見てとれる。以下、これらの研究について概観してみよう。

II. 2000 年代における対応の難しい保護者論文

2000 年代初頭の「困る」研究の一つは、星野ほかによる一連の研究(星野ほか,1999,2000,2001;徳田,2000)である。これらの研究では、表題に『『困る保護者』とその対応』と明記されており、保育士、幼稚園教諭のとらえる「困る保護者」とその対応・対処などについて保育者に尋ねている。そこでは、保育士は親の身勝手さや生活上の問題を、幼稚園教諭は、親の子どもとのかかわりが適切でない問題を多く挙げており、保育所と幼稚園で明確な違いが見られていた。また、対処・対応については、幼保ともに「保護者に直接会って説明する」が最も多かったが、一方で「対策はとらない・我慢する」という回答もみられ(幼 7%, 保 12%), 対応に苦慮している姿がうかがえていた(徳田,2000;星野ほか,2001)。

2000 年代の終わりごろの対応の難しい保護者論文では、「あなたにとって『気になる保護者』とは、どのような保護者ですか?」(久保山ほか,2009;藤後ほか,2010)、「いわゆる『モンスターペアレント』に困ったことがあるか」(大野,2010)といった尋ね方をしている。結果として、「気になる保護者」について、そこで得られた自由記述を整理する中で、久保山ほか(2009)では、「しつけ・かかわりに関すること」(13%),「子どもに無関心・放任」(12%),「保育者の話が伝わらない」(11%)などが多いこと、藤後ほか(2010)では、「親子関係・養育態度」(35%),「心身の健康」(18%),「夫婦・家族関係」(18%),「園へのクレーム」(14%)などが挙げられている。さらに、久保山ほか(2009)においては、幼稚園では「子ども観」「不安・心配」「過保護」「園に無関心」が比較的高いが保育所では低く、逆に保育所では、「子どもに無関心」「しつけ・かかわり方」「保護者中心」が高くこれらは幼稚園で低いことが示されており、上述の星野ほか(2001)と同様の結果が示されている。

「困った保護者」と表記した大野(2010)では、質問項目もそのまま「モンスターペアレント」という言葉を用い、遭遇の有無とタイプ別の分類を行っている。そこでは、あるという回答が 57 名中 33 名(57%)であり比較的年長者に多いこと、さらに、尾木(2008a)の分類に従うと「我が子中心型」が半数を占めることが示されていた。

しかし、久保山ほか(2009)も述べているように「気になる」という言葉は非常に多義的であり、その内容も程度も評定者によって大きく違いが生じるものである。また、「モンスターペアレント」というようなマスメディアにおいて取り沙汰された用語も同様であり、具体的にどのような理由によってそのように判断されているのかも明確ではない。そのため、これらの論文は、対応の難しい保護者について目が向けられるようになり、ダイレクトに「困った」「気になる」といった用語が標題につけられるようになってきたことを意味していると理解されよう。

Ⅲ.「モンスターペアレント」の浸透

2000年代の末に向けて、保護者対応論文が増加し、特に「困る」といったネガティブ・ワードを用いた「対応の難しい保護者論文」が見られるようになってきた背景として、2000年代後半にマスメディアをにぎわした「モンスターペアレント」という言葉の影響があるのではないかと推定される。その因果関係は実証できるものではないが、2000年代後半に保育における保護者対応論文の増加を考えるための資料として、「モンスターペアレント」という言葉がどのように広められたかについて簡単にまとめておこう。

先述の大野(2010)によると、その命名者は向山(2007)であるとされており、その記事においては、それ以前は「クレマー」や「いちゃもん親」と表現されていたという^(註4)。ちなみに、雑誌記事検索によると、「モンスターペアレント」でヒットする最も古い記事は2006年09月22日付発行の『婦人公論』の記事であり^(註5)、各新聞社の新聞・雑誌記事において「モンスターペアレント」が使われているのは概ね2007年5月から7月である^(註6)。こうした記事による報道の中、2007年から2008年にかけて関連する書籍も刊行されるようになり(大野,2010)、2008年にはテレビドラマのテーマとしても扱われるなど(斎藤,2009)、「モンスターペアレント」という用語は広く浸透していった^(註7)。

Ⅳ.「モンスターペアレント」論争が示唆すること

ところでこれらの論争は、そうした無理難題要求をする親が実在し、実数として増加していることを前提としている。しかし、その根拠は、「全国行く先々の学校現場で、教師たちの悲鳴にも似た悩みや訴えを耳にしていたから」(尾木,2008b)、もしくは、「近年保育現場では、些細なことでクレームを言う保護者や子どもへの不適切な対応が顕著な保護者が増えてきており、これらの保護者を総じて「気になる保護者」として表現することが多くなった。」(藤後ほか,2010)など、私的な体験や明示的なデータがないところで語られていることが多い。もしくは、大野(2010)のように、小野田(2006)による「保護者対応の難しさ」についての実態調査を示しているものもあるが、それらは「多い」ことは示していても「増えたこと」を示してはいない。もちろん、過去のそのような調査がされていないものの経年増加を実証することは不可能であり、せいぜい「増えたと思いますか」と回想的に尋ねることしかできない。ただし、一方では、「増えたかどうか」はともかく、保育・教育現場において「多い」とそのものは問題視されてしかるべきだとも考えられる。すなわち、現場で保護者対応にあたる保育者・教師自身にとって、「対応の困難な保護者がいる」という事実そのものに目が向けられてしかるべきである。このことを念頭に置いた場合、「対応の難しい保護者が増えた」と保育者自身が認識する事実について検討する必要があると指摘されよう。

さらに換言すれば、実態として対応の難しい保護者が例え増加していたとしても、それを「親や家庭の変化」だけで説明してしまっているのか?という問題も指摘されよう。子育て支援の担い手として保育者が位置づけられてきたのは90年代後半からのことであり、そこでは保育者の位置づけそのものも社会の中で変化してきている。その意味で、こうした保護者対応の問題は、「家族の変化」だけで説明しようとするのではなく、「保育現場の変化」も

Received
August 24,2012

Accepted
October 12,2012

Published
October 31,2012

あわせて検討しなければならないのである。そこで、まず、保育現場の変化について概観した上で、さらに「対応が難しい保護者」の実情について検討するために2つの問いを呈示してみたい。ひとつ目は、保育者自身の「対応の難しい保護者」に対する現状認識に関する問いであり、ふたつ目は、「対応の難しい保護者」の問題は2000年代に特徴的な問題なのかという問いである。

V. 保育環境はどのように変化したのか

保育環境の変化について述べるため、まずは保育制度改革に目を向けてみよう。1997年の児童福祉法改正による保育所の措置制度解体、契約利用制度化に見られるように、90年代以降の児童家庭福祉のあり方は、「行政権力を背景にして施す側がサービスを受ける側に温情的、保護的なサービスを提供するという従来のやり方から、サービスの提供者と利用者が市場という場で対等に立って、利用者が一定の対価をはらってサービスを購入するというシステムに変えていこう」とするものであり、それは設置運営の責任を国や自治体から市場に移行することを意味するものであった(汐見,2003)。それにより、「情報公開」「苦情処理」「第三者評価」「運営管理マニュアルの作成」といったシステムが整備されていく中で、「利用者主権」という言葉が用いられるようになり、そうした中で「身勝手な親」も増えてきたとの意見もある(加藤,2007)。なお、対応の難しい保護者論文において2000年前後に第1のピークがみられていたが、これは1990年代後半の児童福祉法改正に伴い児童福祉施設最低基準も改正され、保育園でも苦情解決委員会を設置することが義務づけられたことに起因していると考えられる。

一方、エンゼルプラン以降の子育て支援策の中で、保育所には、乳児保育の一般化、保育時間の長時間化、待機児童解消、さらに家庭・地域の生活変容に伴う多様なニーズへの対応や子育て支援としての機能等が求められるなど、保育所の多機能化が推進されることとなった。そのため、保育者の業務負担は増加・複雑化の一途をたどることとなり、保育者たちはゆとりを持って保育ができないと感じ、疲弊しつつあることが指摘されている(諏訪,2007)。また、それらの多機能化や子育て支援策は規制緩和と政策によって進められているため、それに伴う保育者配置基準や保育のスペース等保育諸条件の改善がされないままであり(杉山,2006)、そのことで保育者のストレスが高くなっているという指摘もある(神谷・杉山(奥野)・戸田・村山,2011)。このようなことを踏まえると、「対応の難しい保護者」が増えたという認識には、保育者と保護者の関係性の変容、ならびに保育の位置づけの変化や、保育者の就労環境の変化なども影響していることが指摘されるであろう。

VI. 対応の難しい保護者についての保育者の認識

大野(2010)や、藤後ほか(2010)でも「困る」「気になる」保護者の実態について報告されているが、大野では困ったことの有無についての報告であり程度を尋ねたものではなく、また、藤後ほか(2010)では子どもの年齢別に「気になる保護者」の数が報告されているだけで、そ

れが何名の保育者によって報告されたものなのかの記述がない。そこで、本稿では、A 県 B 市における全公立保育園保育士を対象として実施された 422 名のデータ(上久保,2009)をまとめたものを紹介したい。この調査では、「特に対応の難しい親」に関する設問を設定し、その人数や対応のしかたについて尋ねている。まず、人数については、「あなたの園には、おおよそ何人くらいかかわりにくいと感じる親がいますか」と尋ねた^(註 8)。それらをまとめたものが図 2 である。まずなによりも顕著なのが 151 名の保育者がこの問いに回答していないことであろう。保育者にとって「かかわりにくい親」という質問の想定そのものが現実にそぐわない、もしくは、心理的に受容しづらい問題設定であることがうかがえる。また、回答のあったものの中では、3 人から 5 人とする回答が 108 名おり、続いて「1~2 人」の 74 名、「6~10 人」の 40 名であり、「0 人」とする回答は 37 名であった。

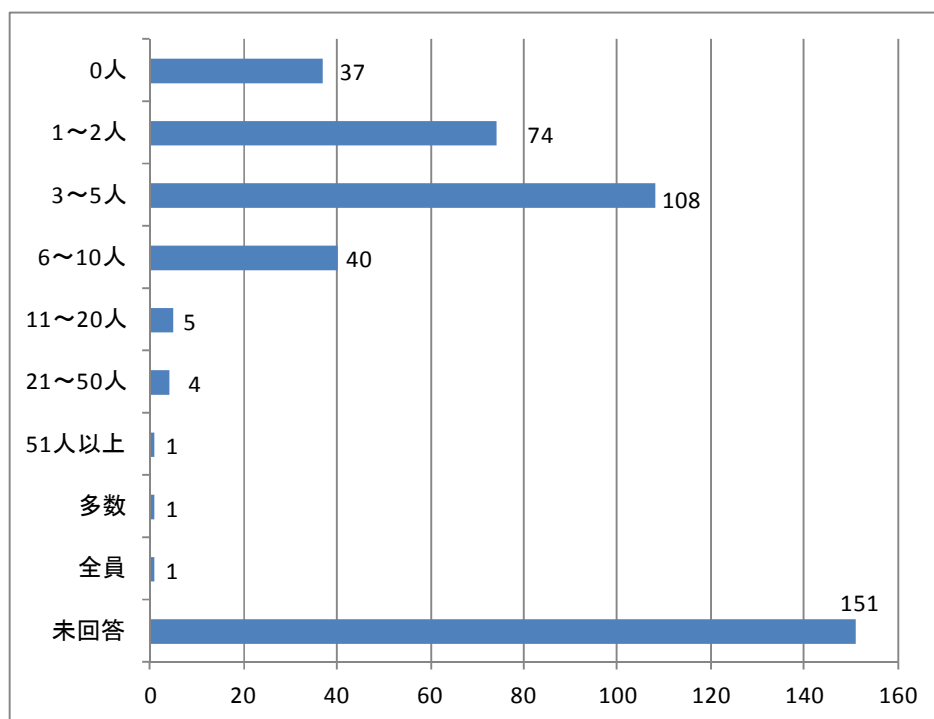


図 2 保育者の認識する「かかわりにくい保護者の人数」

次に、対象となった 32 園ごとに記入された人数の平均値と SD, 最大値と最小値, 中央値, 最頻値を示したものが表 2 である。かかわりにくい親を多く報告した保育者のいる園でも、最小値は最も大きいものでも「2~3 人」程度であり、対応の難しさについては、保育者の認識によって同じ園でも大きくばらつきがあることが見てとれる。また、最頻値が 10 となっている 3 園は 10 と回答したものがいずれの園も 2 名で最頻値となっており、有効回答数の少なさに加え回答がばらついたことによるものであるといえる。

Received
August 24,2012

Accepted
October 12,2012

Published
October 31,2012

表2 園ごとに見た保育者の認識する「かかわりにくい保護者の数」

園名	園規模 ^{a)}	n	平均値	SD	Max ^{b)}	Min ^{b)}	Med ^{b)}	Mod ^{b)}	園名	園規模 ^{a)}	n	平均値	SD	Max ^{b)}	Min ^{b)}	Med ^{b)}	Mod ^{b)}
A1	小	6	0.92	1.43	3	0	0	0	A17	大	13	3.62	2.91	全員	0	3	2
A2	小	5	3.40	1.67	6	2	3	2	A18	小	5	3.00	2.12	5	0	3	5
A3	中	3	2.33	2.31	5	1	1	2	A19	中	5	5.10	4.51	10	1	2.5	10
A4	不明	9	2.72	3.07	10	0	2	1	A20	中	3	6.67	5.77	10	0	10	10
A5	中	7	3.57	1.02	5	2.5	3	3	A21	大	7	5.14	3.84	多数	0	5	10
A6	中	5	1.90	1.95	5	0	1	1	A22	小	6	0.67	0.52	1	0	1	1
A7	小	8	1.44	1.55	3	0	1.25	0	A23	小	8	3.31	3.25	10	0	2.25	0 ^{c)}
A8	中	6	2.92	1.91	5	0	2.75	5	A24	中	12	2.63	1.80	5.5	0	2	2
A9	中	11	2.82	1.74	5.5	0	3	3	A25	小	5	4.30	3.49	10	1	3	1 ^{c)}
A10	大	12	5.38	3.50	10	2	3.25	3 ^{c)}	A26	大	11	3.45	2.10	8	0	3	3
A11	大	9	3.22	3.04	10	0	3	3	A27	大	17	10.21	23.32	100	0	4.5	5
A12	大	7	6.36	10.59	30	0	2	1	A28	小	6	1.08	1.28	3.5	0	1	5
A13	中	12	3.38	2.61	10	0	3	3	A29	中	8	6.50	3.95	12.5	2	5.5	2
A14	中	3	1.33	1.53	3	0	1	0 ^{c)}	A30	大	17	2.85	2.00	7	0	3	3 ^{c)}
A15	小	7	1.93	1.97	4.5	0	2	0	A31	大	17	11.53	15.07	50	1	2	2
A16	中	10	2.95	2.31	8	1	2.25	1	A32	中	9	6.89	5.79	20	1	5.25	1 ^{c)}

a)園規模: 小=60名以下, 中=61~100名, 大=101名以上

b) Max=最大値, Min=最小値, Med=中央値, Mod=最頻値

c)最頻値が複数あり, 値の低いものを示した。

これらのうち、数値で回答された 261 名のものを対象とし、さらに 21 名以上と回答したものを外れ値として除外し、保育者の年代ごとに平均値と標準偏差を算出した(図 3)^(註 9)。その上で、年齢と雇用形態を独立変数とする分散分析を行った結果、年齢の主効果に有意な傾向が見られ($F(3,242)=2.55$ $p<.10$, $\eta^2=.03$)、多重比較の結果(Bonferroni)50 代よりも 30 代の方が人数が多いことが示された($p<.05$)。また、雇用形態の主効果($F(1,242)=1.14$ n.s., $\eta^2=.01$)と交互作用($F(3,242)=.59$ n.s., $\eta^2=.00$)は有意ではなかったが、20 代において正規職員と非正規職員の平均値に開きが見られ(正規職員 $M=4.02$, $SD=3.11$, 非正規職員 $M=2.89$, $SD=2.37$)、さらに 20 代は平均値こそ 30 代と変わらないものの、3 名が外れ値として処理されていること、20 代、30 代はともに標準偏差も大きいことを鑑みると、若年から中堅にかけて、保護対応に困難さを抱える危険が大きいこと、特に 30 代に中堅になってくるに従い、主として対応が難しいと認識してしまう傾向にあり、その後、50 代にかけて人数は減っていくように思われる。これは、30 代に中堅になっていくにつれて、徐々に保護者対応の中核を担うようになっていくこと、しかし、40 代以降ほどのキャリアも積んでいないという特徴を示しているものなのかもしれない。

この研究では、対応の難しい保護者の「園ごとの人数」を尋ねていることから、保育者の認識が実態をとらえているのであれば、園ごとの違いが明確に示されるものと考えられるが、結果はそうなっておらず、むしろ、保育者のキャリアによって認識に相違がみられることが示されていると言えよう。すなわち、「対応の難しい」ことについては、保護者自身の問題のみならず、そこに対応する保育者自身の問題、さらには保護者と保育者の関係性の問題が潜んでいることがうかがえているのである。

Received
August 24,2012Accepted
October 12,2012Published
October 31,2012

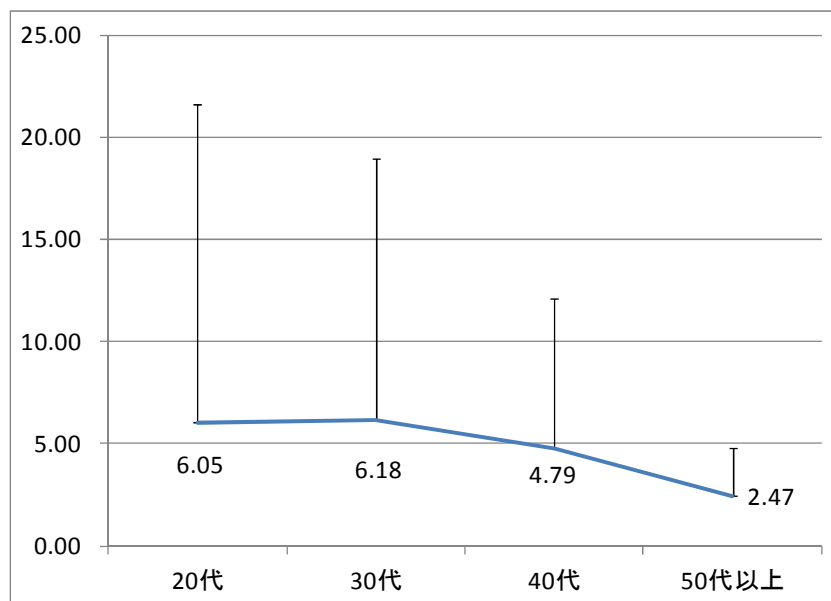


図3 保育者の年代ごとに見た「かわりにくい保護者の数」の平均値とSD

VII. 1980-90 年代の「保護者」研究

1980年代半ばに幼稚園と家庭との役割分担について、保護者と保育者の双方を調査した研究では、幼稚園と家庭の役割分担について、保護者は「どちらも十分役割を果たしている」と回答したものが最も多かったが(40.8%), 幼稚園教諭でそう回答したものは17.1%にしかすぎず、半数以上が家庭はその役割を十分に果たしていないと認識していることが示されている(田中・篠原,1986)。大家(1994)も保育士について、家庭保育については保護者よりも保育士の方が厳しい見方をしていることを明らかにしている。さらに、田中(1988)では、幼稚園を対象に保育者と保護者にアンケートを実施し、家庭との連携について、保護者は、家庭にいて園からの情報を受け取るという受け身の形の連携を好み、家庭訪問、家庭調査を望んでいないこと、また、1年以上幼稚園に勤務する保育者に対して「子どもや保育のことで困った」内容について尋ねた設問では、「保護者との関係」(38.8%)が3番目に多く、家庭、保育者ともに双方のコミュニケーションに消極的であったり、難しさを感じていることが示されている。こうした親の子育ての評価について保育者は保護者よりも厳しく評価しているという知見は、90年代の後半においても確認されており(鈴木・堀江・若松・喜多村,1999)), 家庭での保育は、80年代より一貫して保育者に厳しく評価されているとともに、家庭と園との連携には現在ほどではないにせよ、なにがしかの困難が生じていたことが示されていると言えよう。

さらにその原因については、上述の社会変動における家庭生活の変化などを挙げるとともに、保育者は多くの保護者と接するために「食い違い」経験が蓄積されていくこと(鈴木ほか,1999)、家庭保育の実態が保育士に把握しづらく、ステレオタイプの回答になった可能性(大家,1994)などが挙げられている。すなわち、対応の難しい保護者との食い違いが繰り返

Received
August 24,2012

Accepted
October 12,2012

Published
October 31,2012

し体験される中で、断片的な情報が蓄積されていくとともに、ある種の「対応の難しい親」スキーマが活性化され、それに基づいた処理がされやすくなるといった過程が想定されるのである。その意味において、「対応の難しい親」が現実増加しているかどうかは置いておいたとしても、一方で、対処しきれていない現状を「対応が難しい」として処理し、さらに保育者同士のコミュニケーションを通して社会的に構成されていく側面があることが指摘できるであろう。

結語：「対応が難しい保護者」はどのように産み出されたのか

本稿は、「対応が難しい親」がなぜ産み出されたのかについて、これまでの研究動向から示唆を得ることを目的としていた。結果としてまず、「対応が難しい保護者」に関する研究は、「困る」という表現で 2000 年前後に着目されたのち、いったん沈静化したものの、2000 年代後半になって再度注目されるようになってきていることが示されていた。2000 年ごろの第 1 のピークは、保育士の保護者に対する相談・助言が業務として明文化されたことに加え、児童福祉施設最低基準の改正により、保育園でも苦情解決委員会を設置することが義務づけられたことにも対応しているであろう。一方、2000 年代後半からの第 2 のピークについては、その時期がモンスターペアレント論争に続く時期であることから、それらの影響をなにがしか受けている可能性が示唆された。

さらに、そうした流れは、90 年代以降の保育所の多機能化と規制緩和にみられる「温情主義から対等主義」へという保育サービスの転換期において、家庭のみならず、保育現場の変化や、保育者と保護者との関係性そのものも変化してきたことに起因するものであることが示されるとともに、主にそれらが「保育者の認知レベルの問題」として着目すべきことが述べられた。

その上で、保育者の「対応の難しい保護者」に関する認識について、それらは園ごとの問題ではなく、保育者自身のキャリアにもかかわる問題であることが指摘され、一方では、80 年代より保育者は一貫して保護者の育児に対して厳しい見方をしているとともに、保護者とのコミュニケーションに悩んでおり、必ずしも「対応の難しさ」の問題が現代的なものだけではないことが明らかになった。そこでは、そうした保育現場の変化の中で、「親対園」という対立軸が設定されてしまうと、「対応が難しい親」は保育者の認知過程において、いわゆる帰属のバイアスによって親自身の問題として帰属されがちであること、さらにはそのことが保育者同士のコミュニケーションによって社会的現実として構成されていく可能性があることも指摘された。

すなわち、対応が難しい保護者は、社会変動の中で家族が変化してきたことのみに起因するのではなく、保育環境ならびに保護者と保育者の関係性も変容してきた中で、一般にも対応が難しい保護者を取りざたされることによって、元より家庭保育を厳しく見がちな保育者の認知傾向によって産み出され、維持、増幅されている側面が存在し得ることが指摘されるものと考えられる。

Received
August 24, 2012

Accepted
October 12, 2012

Published
October 31, 2012

おわりに

元より保育者は、「子どもが好き」だからこそ保育に従事しており、さらには、「子どものことが大好きな保育者は、『子どものことがかわいくない人、子どものことを第一に考えられない人』がいることが信じられない』ため、子ども中心に考えていないように見える保護者に出会うと、保護者を変えなくてはならないという思いが強くなりがちになること」が指摘されている(藤崎,2009)。こうした特性からも、保育者がかつてより厳しい目を保護者に向けてきたことはある意味理解できることではある。しかし、家族と保育現場が社会変動の中で大きく変化している現在、先般、改訂・告示化された保育所保育指針においても保護者支援が明文化されており、なによりも「子どもの最善の福祉」を守るためにはその生活基盤である「家庭」を含めた保育を構築していかなければならないことが保育者に求められている。そのためには、「対応が難しい」からといって保護者との関係を投げ出すことはできず、関連機関との連携を取りながらも事態の好転を願い支援計画を進めていかなければならない。だからこそ、80年代から厳しい目を家庭保育に向けつつも、これまでの研究論文において「モンスターペアレント」や「自己中心的な親」といった関係を断ち切るような言葉をあまり用いず、保護者との関係性を構築することを主眼としてきたものと推察される。

しかし、一方でこうした「困る」「気になる」といった言葉が、近年になって保護者に対しても用いられるようになってきた背景には、保護者対応で疲弊している保育現場が危機的な状況に置かれつつあることを意味するものであり、対応の難しい保護者への対応に苦慮する保育者に対して、家庭支援の理念を説き、「受容・傾聴・共感」といったカウンセリングマインドだけでは対応しきれない状況にまで陥ってきているのではないだろうか。だとすると、今後、保育者が様々な保護者に対してかかわりを続けていくためにも、保護者支援をよりスムーズに進めるためのプログラムやトレーニング法の開発が望まれるところである。近年、Hochschild(1983)がヒューマンサービスにおいて指摘した「感情労働」の概念を用いて保育をとらえる視座が提唱されているが(諏訪,2011)、そうした視座も保育者の保護者対応における、「保育者自身の感情管理」を射程に入れている点で有用であると考えられる。その際、感情労働が個人のスキルに収斂されるものではなく、職場全体において醸成されるものであるという視点を含めても、保育者が安心して子どもや保護者とかがかわれるような就労環境の整備がより求められるものであり、そのためにも、より子どもの最善の利益と発達を保障するための保育行政が望まれているといえよう。

脚注

- 註 1) 検索には、国立情報学研究所の論文情報ナビゲータ CiNii を用いた。本来であれば、「保護者」だけでなく「親」「子育て」や「幼児教育」など他のキーワードとの関連を含めて検討すべきであるが、その点は別の機会に譲りたいと考える。また、その意味で本稿においては「親」と「保護者」はほぼ同義としてとらえている。検索日は2011年12月1日。
- 註 2) 具体的な選別にあたっては「保護者と保育者との関係に言及している」基準として、以下のターゲット単語が含まれていること、かつ、「特定のテーマなどに絞られ過ぎ

ないこと」として、「統合保育」「親の特殊な事情(精神疾患など)」「病児・病後児」「児童虐待」「学童保育」「乳児保育」などの特定のテーマに絞られたもの、ならびに保育指針の改訂に伴う解説や各種研修会・シンポジウムなどの活動報告に関するもの、実態やニーズ調査に関するものを除外した。ただし、これらの基準に該当しないもののタイトルから適切であると推測された以下の15編はB群に含めた。真鍋(2009), 鈴木・江波・木村(2009), 藤崎(2009), 普光院(2009), 香月・山田・吉武(2009), 片山(2008), 古川(2007), 笠原(2004), 小笠原(2003), 片山(2003), 渡邊(2002), 伊藤(2002), 松隈(2001), 関川(2001ab)。なお、ターゲット単語は以下の通り。「支援(サポート)」「伝え方」「(保育者と保護者の)関係」「コミュニケーション」「(保育者と保護者の)連携」「(家族・家庭)援助」「(育児/保護者に対する)相談」「(保護者の)指導」「(保護者に対する)説明責任」「ネットワーク」「伝えあい」。

- 註3) なお、「苦情」の2編は、2001年から2002年にかけて『保育の友』(全国社会福祉協議会編)で連載された、保育園における苦情対応をテーマとした15編のうち題目に「保護者」が含まれている2編であった。
- 註4) ちなみに、「イチャモン」を扱った小野田正利氏の「困った保護者」に関する記事の初出は『月刊生徒指導』の「特集 困った保護者にどう対応するか」における「ウラに見えるホンネを、教職員の共同の力で読み取る—保護者からの学校への「要求」」である(生徒指導,35(12),2005年10月号 pp.16-20)。
- 註5) 大宅壮一文庫雑誌記事検索web版による。検索日は2011年9月28日。
- 註6) 各新聞社の記事データベースで「モンスターペアレント」の初出を調べてみると、朝日新聞では『週刊朝日』で2007年05月18日付(朝日新聞記事データベース閲覧Ⅱビジュアル <http://database.asahi.com/library2/>), 読売新聞では2007年7月6日付の東京夕刊で(ヨミダス歴史館の「読売新聞検索」 <http://www.yomiuri.co.jp/rekishikan/>), 毎日新聞でも2007年7月9日付の東京朝刊であった(Gsearchによる新聞雑誌記事横断検索で「毎日新聞」を指定して検索 <http://db.g-search.or.jp/>)。いずれも検索は2011年9月28日。また、尾木(2008b)によると、「TRYアングル」「読売新聞」2007年7月2日(朝刊)や「教育の森」「毎日新聞」2007年7月9日(朝刊)、「トークバトル」「静岡新聞」2007年8月5日(朝刊)などで扱われているほか、現場レベルにおいて「モンスターペアレント」という用語は、2002年頃に大阪で、2003年頃には北陸地方でも既に使われていたとされる。
- 註7) このモンスターペアレントの伝播に一役買ったのが、当時話題となっていた「給食費の未納問題」である。藤澤(2008)によると、学校給食費の未納問題は2006年あたりから様々な市町村で徴収に苦労していることが報じられ、同年の秋に文部科学省と読売新聞が調査を行っているが、文部科学省の調査結果が報じられた際には、新聞各紙は総じて未払いの親に対して批判的な論調であったという(藤澤,2008)。食費という生活に不可欠なもののすら支払わないという、わかりやすい「モラルの欠如」が、モンスターペアレントのイメージ形成にかなりの部分寄与したのではないだろうか。しかしながら、給食費未払い問題は古くからの問題であり、その理由も必ずしも困窮によるものばかりではなく、いわゆるモラルの欠如によるものであることも指摘されてい

- る(藤澤,2008)。
- 註 8) 回答欄を「人程度」とし、人数を記入するよう求めていたが、「多数」「全員」というように、数値のみならず言語によるものも見られていた。また、中には「4,5人」や「5~10人」というように一定の幅を持った回答がみられていたため、それらについては、表記してある最大値と最小値の平均を回答とみなした。
- 註 9) なお、21名以上と回答した者は、20代で3名(回答の実数値は「40名」と「100名」、「全員」)、30代で2名(同、「30名」と「多数」)、40代で2名(「30名」と「50名」)、50代では0名であった。

文献

- 1) 朝日新聞社 (2000) 子育ては損か?。臨時増刊アエラ No.53,12/15号。朝日新聞社
- 2) 藤崎春代 (2009) 子どもの園生活と保護者の発達。発達,118,58-64。ミネルヴァ書房
- 3) 藤澤宏樹 (2008) 学校給食費未納問題の現状と課題—近年の市町村の対応を中心に。大阪経大論集,59, 199-214.
- 4) 星野ハナ・横山範子・金子さつき・横山さやか・水野智美・徳田克己 (2001)「困る保護者」とその対応に関する幼保比較。日本保育学会大会研究論文集,54, 834-835.
- 5) 星野ハナ・横山範子・水野智美・徳田克己 (1999) 保育所保育士の感じる「困る保護者」とその対応。日本保育学会大会研究論文集,52, 834-835.
- 6) 星野ハナ・横山範子・横山さやか・水野智美・徳田克己 (2000) 幼稚園教諭の感じる「困る保護者」とその対応。日本保育学会大会研究論文集,53, 794-795.
- 7) 上久保佑美 (2009) 保育士の親との連携意識に関連する要因の検討—職務意識を中心として—。平成 20 年度鳥取大学地域学部卒業論文。未刊行
- 8) 神谷哲司 (印刷中) 育児現場での支援の実際。子安増生・長崎勤・本郷一夫(編著) 臨床発達心理学への招待。ナカニシヤ出版
- 9) 神谷哲司・杉山(奥野)隆一・戸田有一・村山祐一 (2011) 保育園の雇用格差と保育者のストレス反応 —雇用形態と非正規職員の比率に着目して— 日本労働研究雑誌, 608,103-114.
- 10) 柏木恵子・永久ひさ子 (1999) 女性における子どもの価値—今、なぜ子を産むか。教育心理学研究,47, 170-179.
- 11) 加藤繁美 (2007) 時代が求める保育実践の質と保育者の実践力量 垣内国光・東社協保育士会(編著) 保育者の現在—専門性と労働環境。pp.105-123. ミネルヴァ書房.
- 12) 加藤諦三 (1998) 大人になれない親。児童心理,705,pp.1-11. 金子書房
- 13) 國分久子 (1998) 「おとなの親」になる条件。児童心理,705. pp.1507-1512. 金子書房
- 14) 久保山茂樹・齊藤由美子・西牧謙吾・當島茂登・藤井茂樹・滝川国芳 (2009) 「気になる子ども」「気になる保護者」についての保育者の意識と対応に関する調査—幼

Received
August 24,2012

Accepted
October 12,2012

Published
October 31,2012

- 稚園・保育所への機関支援で踏まえるべき視点の提言ー 国立特別支援教育総合研究所研究紀要,36,55-75.
- 15) 向山洋一 (2007) モンスターペアレント対応, 急!. 教室ツーウェイ,347,9-11.
- 16) 内閣府 (2011) 平成 23 年版 子ども子育て白書
<http://www8.cao.go.jp/shoushi/whitepaper/w-2011/23webhonpen/index.html>
(Retrieved at 14th Dec.2011)
- 17) 中山まき子 (1992) 妊娠体験者の子どもを持つことにおける意識: 子どもを<授かる>・<つくる>意識を中心に. 発達心理学研究,3, 51-64
- 18) 尾木直樹 (2008a) バカ親って言うな! モンスターペアレントの謎. 角川書店
- 19) 尾木直樹 (2008b) アンケート調査報告ー「モンスターペアレント」の実相ー. 法政大学キャリアデザイン学部紀要,5,99-113.
- 20) 小野田正利 (2006) 悲鳴を上げる学校 親の“イチャモン”から“結びあい”へ. 旬報社
- 21) 大野雄子 (2010) 幼稚園・保育園における'困った保護者'の現状と対応 千葉敬愛短期大学紀要,32,71-83.
- 22) 大家香子 (1994) 園と家庭の連携に関する一研究: 家庭保育に関する保護者と保母の意識調査を中心に. 研究紀要(東九州短期大学),6,1-12.
- 23) 斎藤嘉孝 (2009) 親になれない親たち. 新曜社
- 24) 汐見稔幸 (2003) 保育制度の改革と子どもの発達保障. 発達,94,2-9. ミネルヴァ書房
- 25) 杉山隆一 (2006) パート化される保育園ー非正規保育士の拡大の実態と対応ー. 季刊保育問題研究,220,26-32.
- 26) 諏訪きぬ (2007) 保育の長時間化と保育の課題. 発達,111, pp.62-69. ミネルヴァ書房
- 27) 諏訪きぬ(監修), 戸田有一・中坪史典・高橋真由美・上月智晴 (編著) (2011) 保育における感情労働 北大路書房
- 28) 鈴木佐喜子・堀江まゆみ・若松美恵子・喜多村純子 (1999) 保育者と親の食い違いに関する研究ー保育, 子育ての問題を中心にー. 保育学研究,37,200-208
- 29) 田中敏明 (1988) 幼稚園の実態に対する保育者と保護者の意識. 福岡教育大学紀要 第4分冊 教職科編,37,187-200.
- 30) 田中敏明・篠原忍 (1986) 幼稚園と家庭の連携に関する幼稚園教諭と保護者の意識: 健康領域を中心に. 日本保育学会大会研究論文集,39, 334-335.
- 31) 藤後悦子・坪井寿子・竹内貞一 (2010) 保育園における「気になる保護者」の現状と支援の課題ー足立区内の保育園を対象としてー 東京未来大学研究紀要,3,85-95.
- 32) 徳田克己 (2000) 保育者の感じる「対応に困る保護者」 実践人間学,4,33-38.
- 33) 山縣文治 (2008) 保育サービスの展開と地域子育て支援 保育学研究,46(1),62-70.

Received
August 24,2012

Accepted
October 12,2012

Published
October 31,2012

REVIEW ARTICLE

The Review of the Studies on the Fall Prevention Exercise Programs for Elderly Persons

Jaejong BYUN ¹⁾

1) School of Health & Fitness Management WOOSONG University,
17-2, Jayang-Dong, Dong-Gu, Daejeon City, Korea.
Bjj1236@wsu.ac.kr

ABSTRACT

This study aimed to provide basic information for the prevention program for lumbar pain and falls of elderly people by comprehensively exploring the studies on the diverse exercise programs for fall prevention of elderly people. For the health management of elderly people, whether to keep physical strength through exercise is important, but it is true that common aerobic exercise and muscular exercise are not helpful for it. Therefore, this study analyzed and explored the researches for activity programs for fall prevention of elderly people and particularly it was found that the whole-body vibration and constant isokinetic exercise are effective for the fall prevention of elderly people from the results of the analysis of activity program for fall prevention through whole-body vibration and isokinetic exercise, which is not they are not traditional exercise program though. In conclusion, those results of researches are expected to be fairly helpful for the structure and operation of fall prevention program for elderly people in the future.

<Key-words>

elderly people, fall prevention, isokinetic exercise

Asian J Human Services, 2012, 3:16-31. © 2012 Asian Society of Human Services

Introduction

In modern society, the health of elderly persons has attracted attention due to the rapid aging. The development of science and medicine has prolonged the life expectancy and the prolonged life expectancy has caused to rapidly increase the proportion of elderly

Received
July 15, 2012

Accepted
September 10, 2012

Published
October 31, 2012

population. In South Korea, due to the rapid aging, the life expectancy of 55 years old in 1960 has increased to 77 years old in 2020 through 73 years old in 1995, which means the increase of the proportion of elderly people of 60 and over; in South Korea, the proportion of elderly population of 60 and over has increased to 5.7% from 4.7% in 1990 and is expected to increase to 12.5% in 2010, which means to become an aging society (Ministry of Health and Welfare, 1995).

The structural change of population has increasingly necessitated the attention to the social phenomena related to elderly population; especially the prolonged life expectancy has made the quality of prolonged old age life an important issue after retirement.

According to the U.S. National Center for Health Statistics in 1993, people spend 15% of their whole life unhealthily and it is mainly caused by the functional disorder, injuries and diseases due to the prolonged life expectancy. What elderly people hope most is to live their healthy old age and most of all they are extremely concerned about whether they can maintain the ability to perform ADL without other's assistance. One of the ways to live an independent life during old age is the regular and active physical activity.

Particularly whether elderly persons have the postural control ability through the maintenance of equilibrium is very important for fall prevention and their lumbar strength and flexibility play great roles for the postural control. The best way for fall prevention is to maintain healthy body functions; and among them, the coordination of diverse sensory functions including the strength of lower extremities, the flexibility of joints and equilibrium is the most important factor (Lord et al., 1994a).

Keeping the balance of body requires very complicated mechanism of nervous system, sensory system, musculoskeletal system, etc. Especially equilibrium goes through the process of recognizing the body movements through sensory organs, integrating the information through the central nervous system and finally responding to them with musculoskeletal system (Ho-Gyeong Seong, Gi-Whan Kim, 1996).

The weakening of muscle strength and abnormal tension of muscle cause the loss of equilibrium and the problems with walking and ADL (Jae-Suk Kim, 2004)

Daily life is associated with a lot of tasks to control postures and balance and the ability to keep balance is basic and essential for the daily life or intended activities of human beings (Cohen et al, 1993; Shumway-Cook & Woollacott, 1995)

Patients who have a stroke that causes the imbalance of body, asymmetry posture and impairment of weight-shift ability as well as people without health problems have great difficulty in keeping balance while standing up and in walking (Hyeok-Cheol Kwon, 1987; Carr et al., 1985). In particular, when the stability through the postural control of truncus is not secured fully, the functions of upper and lower extremities may be limited. Therefore, the stability of truncus plays important roles to enable human beings to stand up and perform functional activities (Dae-Jin Kim, 2006; Kisner & Colby, 2002)

Lumbar region is the core part to produce strength for the movements of human beings. In recent, the rapid development of economy has increased the time to spend in sedentary

Received
July 15, 2012

Accepted
September 10, 2012

Published
October 31, 2012

lifestyle, which has caused the decrease and deficiency of physical activities and the lowered physical strength and has eventually increased the injuries of lumbar region (Sang-Ho Kim, Seong-Su Kim and Myeong-Gi Kim, 2007).

McGill (2002) argued that the muscles around lumbar to maintain the functional stability of body and Brill (2001) asserted that the core program to stabilize lumbar region is useful for the reinforcement of muscle strength, the increase of equilibrium and the maintenance of balanced posture (McGill, S. M. 2002).

Equilibrium, which is the ability to enable human body to control balance even in the abnormal situation, is the indispensable ability for the smooth physical activities as skill related physical component of When keeping a certain posture without moving during a certain period, very weak vibration that cannot be seen with the naked eyes is detected and the posture can be shaken even by a very low level of power from a certain direction; to keep balance steadily, symmetry posture needs to be maintained by situating the center of gravity of body around the center of transverse plane and the contraction of flexor and extensor muscles needs to be harmoniously kept to minimize the movement of joints. The equilibrium of body can be kept when comprehensively combining balanced posture with strong muscular force, sensitive static sense and precise reflex function (Gyeong-Suk Hwang et al., 1984).

Namely, equilibrium is the ability to keep the center of gravity of body within the base of support by minimizing motion (Nichols et al., 1996). It is also a critical factor for the functional activities (Berg, 1989).

The equilibrium of human body is the comprehensive function based on the sensory information that has been input through visual system, somatosensory system and vestibular system. Together with the prolonged life expectancy, the decrease of function and muscle strength of elderly people has lowered the degree of equilibrium and increased the frequency of falls (Wolfson et al., 2001; Horak et al., 1989)

To keep balance in daily life, the interaction of central and peripheral factors is indispensable. Peripheral factors are composed of visual system and vestibular system; visual system provides information on joint, muscle, tension of tendon, kidney pain and joint location; vestibular system provides information on gravity, speed and the location of head for linear accelerator (Alexander and LaPier, 1998).

Central factors choose the most appropriate muscle response to control the location of truncus and posture by integrating the information that is input through peripheral factors (McCollum et al., 1996).

Even one defect among those factors makes body difficult to keep balance, cause falls and limit functional activities (Kauffman, 1990).

The damage of lumbar area causes disequilibrium as the result of the cut-off of two kinds of basic physiological mechanism that control balance; first, somatosensory system can be impaired due to the change of proprioception; and second, the decline of muscle strength, motor coordination and somatosensory may cause abnormal postural patterns,

Received
July 15, 2012

Accepted
September 10, 2012

Published
October 31, 2012

the postponement of reaction time and the impairment of stability (Boucher et al., 1995).

The first stage to assess the control of posture is to do the musculoskeletal system; the limitation of range of motion due to pains, muscle strength and endurance may affect the exercise strategy and balanced posture to keep the balance (Horak, 1987).

In the studies for elderly people, it was reported that the muscle strength is a critical factor for equilibrium and the improvement of muscle strength prevented falls and heightened the quality of life. Based on the analysis of precedent studies, one of the factors to affect the health of elderly people is the ability to control the posture and the posture is importantly affected by equilibrium. Equilibrium is affected by many factors; the modern people who lack physical activities and generally work sitting down have insufficient flexibility and have difficulty in keeping the balance of muscle strength.

However, it was found that the studies on the interrelation between equilibrium and lumbar muscle strength and flexibility are deficient. Therefore, this study aimed to provide basic information for the prevention program for lumbar pain and falls of elderly people by comprehensively exploring the studies on the diverse exercise programs for fall prevention of elderly people.

Body

1. The Guideline of the Level of Physical Strength of Elderly People (WHO, 1997)

1) Group III: Physically Fit-Healthy

These individuals regularly engage in appropriate physical activity, they can be described as physically fit and can participate in all activities of daily living. The elderly people in this Group may be able to participate in the activities with young people for more several years.

2) Group II: Physically Unfit - Unhealthy Independent

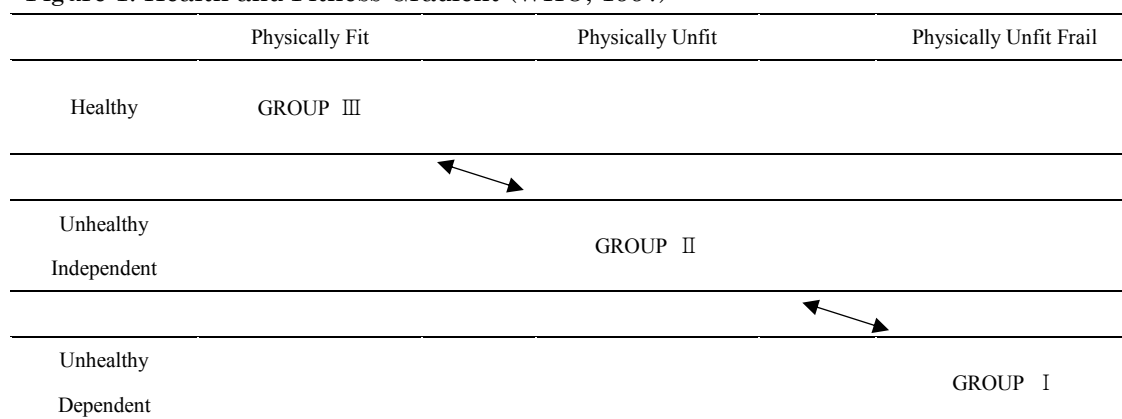
These individuals are not engaged in physical activity. While they are still living independently, they are beginning to develop multiple chronic medical conditions which threaten their independence. Regular physical activity can help improve functional capacity and prevent loss of independence. However, the physical activity program needs to be tailored according to their unique situations and the degree of impairment. According to the report of the American College of Surgeons (1996), 60% of elderly people belong to this group.

3) Group I : Physically Unfit - Unhealthy Dependent

These individuals are no longer able to function independently in society due to a variety of physical and/or psychological reasons. Appropriate physical activity can significantly enhance the quality of life and restore independence in some areas of

functioning. Physical activity program has been developed to be utilized in long-term care hospitals or other residential facilities. The diverse activities to use chairs or bed may be helpful for elderly people of this group.

Figure 1. Health and Fitness Gradient (WHO, 1997)



2. Physical Functions of Elderly People

It is important to assess physical functions in daily living when assessing the degree of aging of elderly people. It is hard to evaluate the physical strength of elderly people only with their age. The guideline that enables to assess the level of physical functions for the health management of elderly people based on the accurate assessment of physical functions is useful. Therefore, the table that shows the levels of physical functions of elderly people based on the performance level of activities of daily living is presented with the intent to help elderly people assess the level of their physical strength.

	Physical Functions
Physically elite	<input type="checkbox"/> Sports competition, Senior Olympics <input type="checkbox"/> High-risk and power sports(e.g., hang-gliding, weight lifting)
Physically fit	<input type="checkbox"/> Moderate physical work <input type="checkbox"/> All endurance sports and games <input type="checkbox"/> Most hobbies
Physically independent	<input type="checkbox"/> Very light physical work <input type="checkbox"/> Hobbies (e.g. walking, gardening) <input type="checkbox"/> Low physical demand activities(e.g., golf, social dance, hand crafts, traveling, automobile driving) <input type="checkbox"/> Can pass all IADLs
Physically frail	<input type="checkbox"/> Light housekeeping <input type="checkbox"/> Food preparation, grocery shopping <input type="checkbox"/> Can pass some IADLs, all BADLs

Received
July 15,2012

Accepted
September 10,2012

Published
October 31,2012

	<input type="checkbox"/> May be homebound
Physically Dependent	<input type="checkbox"/> Cannot pass some or all BADLs (e.g., walking, bathing, dressing, eating, transferring)
	<input type="checkbox"/> Needs home or institutional care
Disability	<input type="checkbox"/> Dependent in all BADLs

BADL = basic activity of daily living. IADL = instrumental activity of daily living.

from W. Spirduso, 1995, Physical dimensions of aging (Champaign, IL: Human Kinetics), 339.

3. The Analysis of the Studies on the Posture Control for the Fall Prevention

Balance that controls the posture of body on basal surface area is used interchangeably (Jeong-Byeong Chae, 2006), keeps the center of body within basal surface area while minimizing movements (Nichols et al, 1996) and is the state without location changes or motions (Jeong-Byeong Chae, 2006). The interaction of central and peripheral factors is critical to keep balance.

Peripheral factors are composed of somatosensory system, visual system and vestibular system; somatosensory system provides information on joint, muscle, tension of tendon, kidney, pain and joint location; visual system provides information on the change of environment; and vestibular system provides information on gravity, speed and the location of head for linear accelerator (Alexandrov et al., 2005).

Central factors choose the most appropriate muscle response to control the location of truncus and posture by integrating the information that is input through peripheral factors (McCollum et al., 1996). Even one defect among those factors makes body difficult to keep balance, cause falls and limit functional activities (Kauffman, 1990).

Keeping balanced posture is affected by pain, the range of motion, muscle strength and endurance and needs effective exercise strategy; when these functions are impaired, the stability of the center of body can be notably decreased (Jae-Sang Bak et al., 2001).

Normal posture control is to control the location of body by the musculoskeletal system according to the change of gravity or load (Jeong-Byeong Chae, 2006).

The impairment of musculoskeletal system affects the ability to control balance and obstructs the exercise strategy for when the balance is broken (Han-Suk Lee, 2001).

Lumbar pain provides inappropriate sensory information on the supporting surface and gravity as the nature or quantity of proprioceptive input from muscle spindles, Golgi tendon organs, joints and cutaneous receptor (Alexander & Lapier, 1998).

Proprioceptive sense from muscles plays the role of the pain-gate that cuts or suppresses nociceptor to spinal cord and central nervous system. Therefore, the impairment of proprioceptive sense of patients with lumbar pain causes chronic pain, the limitation of the range of joint motions and the decrease of the ability to control posture (Comerford & Mottram, 2001).

The damage of lumbar region causes postural balance impairment in the results of the cut-off of two kinds of basic physiological mechanisms that control postural balance

Received
July 15, 2012

Accepted
September 10, 2012

Published
October 31, 2012

(Deliagina et al, 2008); first, it may cause the impairment of somatosensory system due to the change of proprioceptive sense; second, it may cause the decrease of motor response due to the decrease of muscular force, motor coordination and somatosensory system.

The impairment of balance control may cause abnormal postural patterns, the postponement of reaction time and the impairment of stability (Boucher et al., 1995). That is to say, balance is affected by vestibular organ, visual organ, somatosensory, central nervous system, muscular force and the weight shift and postural control is affected by pain and damage, which changes postural control strategy (Harringe et al., 2007).

Louto et al. (1998) suggested that single leg stance balance of patients with lumbar pain in static condition is less stable than people without pain; single leg stance balance of patients with lumbar pain in static condition is obstructed because the muscular force of pelvis and motor coordination are damaged and muscles ineffectively interact with each other. For the control of static balance and dynamic balance and all the body movements, movements of body are produced both consciously and unconsciously.

Volpe et al. (2006) reported that the stability of truncus affects the control of posture balance in a standing posture.

Therefore, if central nervous system is damaged or joints and muscles fall ill or sensory organs are impaired, the stability of standing posture may be lost, the control of weight bearing and walking may be hindered and eventually the comeback to normal life may be difficult (Nurse & Nigg, 2001).

4. The Analysis of the Studies on the Fall Prevention Program through Whole-Body Vibration

Whole body vibration consists of two components; one is vibration stimulus and the other is non-weight bearing exercise using platform. Even though it is non-disputable that non-weight bearing exercise is helpful for the increase of muscular force of female elderly person, recent placebo studies have reported that the increase of muscular force of females who don't get trained has been caused by the vibration stimuli (Delecluse, Roelants, & Verschueren, 2003), which means that the vibration stimuli is the main factor to increase muscular force while exercising on vibration platform (Bosco et al, 1998; Torvinen, 2002; Cardinale, & Bosco, 2003).

As for elderly people, the amount of increase of muscular force of elderly people is less than that of young people after whole body vibration, which means that elderly people respond for vibration stimuli less than young people; it is assumed that the number of muscle spindle decreases with aging (Swash & Fox, 1972). As for female elderly people, because they are likely to weigh more (10.0%) and to have the lower ability to produce isometric strength, for the identical training program of whole body vibration, the

Received
July 15,2012

Accepted
September 10,2012

Published
October 31,2012

relative weight bearing of elderly people tends to be higher than that of young people. Therefore, the effects of whole body vibration between young and elderly people can be compared only when the intensity of vibration is determined individually.

Whole body vibration is effective to improve knee extension velocity of female elderly people, even though it is not more effective than traditional resistance exercise. Significant chronic effects of whole body vibration for relative force and velocity of knee extension is associated with the hypothesis that tonic vibration reflex affect the ability to mobilize the high-threshold motor unit (Bongiovanni, Hagbarth, & Stjernberg, 1990). During whole body vibration, threshold value of motor unit is low for voluntary contraction (Romaiguere, Vedel, & Pagni, 1993), which causes to activate faster motor units and to train the motor unit of high-threshold (Rittweger, Beller,& Felsenberg, 2002). Considering that the rapid muscle fiber of high-threshold decreases with aging, whole body vibration expands the area of average rapid muscle fiber and positively affects the velocity of movements (Lexell, Taylor, & Sjostrom, 1988).

Maximal explosive power is the strong pathological predicting factor of functional limitation and disabilities of elderly people (Janssen, Heymsfield, & Ross, 2002; Runge, Rehfeld, & Resnicek, 2000). Explosive power is the product of force and velocity and the variable of maximal muscular force can explain 65-75% of the factors of maximal explosive power of knee extensor of elderly people. The velocity of movement nullifies the effect of maximal muscular force, because resistance is determined by the percentage of maximal muscular force of isometric exercise of each individual. Therefore, the increase of movement velocity means that the velocity of knee extensor of elderly people gets to be quickened due to high resistance.

Table 3. The Example of Whole Body Vibration Program

	start	week12	end
Duration(minutes)	3	20	30
Number of different exercises	2	6	9
Longest duration of vibration without rest(sec)	30	60	60
Rest between exercises	60	5	5
Amplitude(low/high)	low	high	high
Frequency(Hz)	35	40	40

Whole body vibration is the exercise method to minimize conscious efforts and the necessity of stress of musculoskeletal system, respiratory system and cardiovascular system. It was reported that most of participants in whole body vibration enjoyed it, didn't consider it as difficult and felt only moderate fatigue after the exercise.

It was found that whole body vibration has contributed to improve the posture control of

Received
July 15,2012

Accepted
September 10,2012

Published
October 31,2012

elderly people who are 60 and over and live in Seoul. The adaptability to perturbed surface was evaluated while toeing up and down; particularly the results of evaluation in the toes-down posture showed that the group that participated in whole body exercise has been significantly improved comparing with other experimental groups, which means that whole body vibration is useful for the fall prevention of elderly people as well as for the improvement of muscular force. The posture control ability that is helpful to decreases falls that may cause physical injuries including joint injury and fractures can be improved by whole body vibration (Bogaerts, Sabine, Christophe, Albrecht, & Steven, 2007).

Fatigue or the lack of concern may increasingly prohibit nursing home residents from actively participating in exercise. If even small quantity of certain exercise can create bigger effects, that can be a significant alternative. The study by Ivan Bautmans, Ellen Van Hees, Jean-Claude Lemper, & Tony Mets (2005) intended to understand the possibility that elderly people who are accustomed with living in residential facilities can participate in whole body vibration and the effects of whole body vibration to the functional ability and muscular force. For the 24 residents at nursing home, exercise compliance, timed up-and-go, Tinetti-test, back scratch, chair sit-and-reach, grasping power and isotonic leg extension were evaluated. In results, the group of whole body vibration showed significant differences in the tests of timed up-and-go and balance comparing with the group of static exercise.

It was found that whole body vibration for nursing home residents with functional disabilities for six weeks improved balance and movements and the additional studies on whether whole body vibration is additionally useful for the muscle functions comparing with traditional exercise are needed.

The weakening of muscular force of elderly people due to muscle contraction causes physical weakness and disabilities (Fried, Tangen, Walston, Newman, Hirsch, Gottdiener, Seeman, Tracy, Kop, Burke, & McBurnie, 2001; Bartz, 2002; Morley, Perry, & Miller, 2002). In particular, the weakening of muscular force may pose a critical threat to the independent activities or walking of elderly people living in residential facilities.

Healthy elderly people can improve considerable quantity of muscles through resistance exercise (Latham, Benntt, Stretton, & Anderson, 2004). Even physically weak elderly people living in residential facilities can participate in resistance exercise and may improve muscular force and movements (Rydwik, Frandin, & Akner, 2004; Thomas, & Hageman, 2003; Fiatarone, Marks, Ryan, Meredith, Lipsitz, & Evans, 1990; Fiatarone, O'Neill, Ryan, Clements, Solares, Nelson, Roberts, Kehayias, Lipsitz, & Evans, 1994). However, the intensive resistance exercise of the major muscles that are used for mobility and walking requires considerable quantity of motions that is calculated with exercise time, exercise intensity(70-80% of maximal muscular force) and the frequency of repetition(three sets at 10 times), which may give fatigue to 98% of elderly residents of nursing home (Lias, & Ferrell, 2000), but the lack of motivation may weaken the

Received
July 15,2012

Accepted
September 10,2012

Published
October 31,2012

possibility that physically weak elderly people participate in exercise. However, it has been reported that even small quantity of whole body vibration may significantly improve muscle functions of healthy elderly people (Roelants, Delecluse, & Verschueren, 2004) as well as young people (Delecluse, Roelants, & Verschueren, 2003; de Ruiter, Van Raak, Schilperoort, Hollander, & de Haan, 2003).

Exercise compliance of physically weak elderly people living in residential facilities for whole body vibration is similar with that of healthy elderly people for whole body vibration (Roelants, Delecluse, & Verschueren, 2004; Bruyere, Wuidart, Di Palma, Gurlay, Ethgen, Richy & Reginster, 2005; Russo, Lauretani, Bartali, Cavazzini, Guralnik, & Ferrucci, 2003) and that for traditional resistance exercise (Bautmans, Njemini, Vasseur, Chabert, Demanet, & Mets, 2005), which shows the possibility that whole body vibration may be taken advantage of for physically weak elderly people.

5. The Analysis of Studies on the Fall Prevention Program through Isokinetic Exercise

Just like the weakening of Lumbar muscular force, chronic functional overload due to long-term, epidemiological and orthopedic disease that is found through a lot of activities of sports and daily living is deeply associated with lumbar pain (Nachemson, & Lindh, 1969; Berkson, Nachemson, & Shultz, 1979; Holmstrom, Lindell, Moritz, 1992). lumbar pain can be generally treated by the well-balanced strengthening of lumbar muscular force (Brady, Mayer, & Gatchel). Quantification of the function of lumbar area turned out to be critical to determine the process of the strengthening of muscular force and rehabilitation to help sport players or sitting-down job workers return to their workplace (Langrana, & Lee, 1984; Ganzit, Chisotti, Albertini, Martore, & Gribaudo, 1984; Ganzit, Chisotti, Albertini, Martore, & Gribaudo, 1998; Bayramoglu, Akman, Kilinc, Cetin, Yavuz, Ozker, 2001; Grabiner, Jeziorowski, & Divekar; Hakkinen, Kuukkanen, Tarvainen, & Ylinen, 2003).

Until now, the postures to examine the functions of lumbar area have been selected by the preference of therapists. Lumbar muscle function test in sitting-down posture stimulates the functional needs more and it has been regarded to ease the postural discomfort of people who mainly live in sitting-down (Cartas, Nordin, Frankel, Malgady & Sheikhzadeh, 1993; Langrana et al, 1984; Kumar, Dufresne, Van, 1995; Akebi, Saeki, Hieda & Goto, 1998). The test in standing posture stimulates functional obstructive kinetic chain more while preserving the lordotic curve of lumbar spine (Marras, King, Joint, 1984; Mayer, Smith, Keeley, & Mooney, 1985; Smith et al, 1985; Delitto et al, 1991; Jerome et al, 1991; Madsen, 1996). The test in standing posture means the high-participations of hip-joint flexor in flexion exercises and gluteus maximus and hamstrings in extension. These participations of muscles add proper muscles to spine and abdominal muscles and induce the broad participations of hip joints (Akebi, Saeki, Hieda & Goto, 1998).

For the functional test of muscle functions, the posture of body and the direction of

Received
July 15, 2012

Accepted
September 10, 2012

Published
October 31, 2012

movement are a very important factor. Especially the selection of postures that reduce the burden of spine is important (Findley et al, 2000; Wessel, Ford, & van Driesum, 1992). Based on the several studies, researchers measured the torque of lumbar area by the equipment of isokinetic exercise and reported that the posture for the standard materials means unusual things. In conclusion, important clinical determinations have been made based on the wrong reading.

To determine isokinetic lumbar curve in standing and sitting-down posture and functional differences in extension, movements including exclusive muscular force of lumbar area that is not affected by the changes of posture need to be investigated; the preparation posture and the angle of physique region in the exercise of maximal deviation have been analyzed. In results when comparing two postures before exercising, the angles of hip, trunk and lumbar showed significant differences; this means that moderate curve of trunk as well as retroflexion of pelvis in sitting-down posture appeared. When comparing the movements in two postures, while the significant difference of the range of motion (ROM) was found when high participation of hip point was done, the minimal difference was found in the angle related to trunk.

In the results of the observation, the information that has been produced based on the equipment of isokinetic exercise and surface EMG becomes the basis to read the muscle functions. When comparing various angles of trunk in the contraction of different speeds, the fact that it is difficult to set up the relationship between the results of electromyogram and muscular force has been already known. There are complex and important factors including signal control in EMG that is produced from electrode related to muscle fibers, the effects of force length related to muscles and the effects of dynamic activities related to the relationship between EMG and force (Gallagher, 1997; Redfem, 1992; Soderberg, & Knutson, 2000).

In fact, initial angle of sitting-down posture causes the contraction of iliopsoas muscle and straight muscle of thigh, which produces discomfort posture and prohibits the ability to produce muscular force. Therefore, the significant decrease of muscular force that is observed in sitting-down posture can be explained by the level of contribution for the decrease of flexor muscle of hip; it decreases to 1/3 of low speed and 2/3 of high speed comparing with the standing posture. These results coincide with the opinions of other scholars who argue that the effectiveness of muscle group that produces torque are affected by the arm that plays a role of lever as well as the muscular force of muscle (Poulsen, 1981; Smidt et al, 1983).

The level of contribution of iliopsoas muscle was measured as about 50% of torque curve of trunk, but the different levels of contribution were presented according to the speed of each movement; the high level of contribution was shown in low speed. These results support that torque curve test in high speed is not the valid method to measure muscle functions (Wessel et al, 1992). Moreover, the significance of the contribution of hip flexor muscle was confirmed as the indirect method that analyzes the signal of EMG. In this

Received
July 15, 2012

Accepted
September 10, 2012

Published
October 31, 2012

study, significant difference in the EMG results of abdominal muscles comparing with the muscle functions in sitting-down and standing postures was not found, but the effects of difference of motions to hip flexor was discovered. EMG signal of straight muscle of thigh has decreased about 15% in sitting-down posture comparing with the test result in standing posture. It is assumed that the decrease of EMG signal is due to the iliopsoas muscle, which is the strongest hip flexor. However, unfortunately EMG of iliopsoas muscle cannot be measured with surface EMG. Extensor muscles of spine and hip are used for extensor and these muscles become longer in sitting-down posture (Findley et al, 2000; Morini, Ciccarelli, Romano, & Ripani, 1994). The previous studies have reported that the torque of trunk extensor muscle is not affected by postures (Cartas, Nordin, Frankel, Malgady & Sheikhzadeh, 1993; Langrana et al, 1984). However, in the recent studies, the torque of trunk extensor muscle has decreased 13 to 15% when testing in sitting-down posture, even though it does not show the significant difference (Akebi et al, 1998).

The results that were mentioned above are supported by the analysis of EMG signal of hip extensor muscle that shows the decrease of electrical activities of gluteus maximus and biceps femoris in sitting-down posture. The difference in EMG activities of erector muscle of spine is small and insignificant and it is expected that similar muscle functions in both postures are shown. In spite of the rapid decrease of signals from hip extensor muscle, the small decrease of torque in sitting-down posture supports the hypothesis that the contribution of hip extensor muscle in entire motions is less likely to be related. The levels of contribution for the center of rotation of pelvis and total torque produced are varied according to the speed and postures (Thorstensson, & Nilsson). However, while exercising in standing posture, the level of contribution of flexor muscles is higher than that of extensor muscle.

Other motions of gluteus that is included to flexor and extensor of lumbar change the proportion of agonist and antagonist of lumbar in two test postures. In fact, the proportion of maximal torque of flexor and extensor muscles in standing posture varies 60 to 88%; in sitting-down posture, because the contribution of hip flexor muscle to trunk curve lacks, the proportion of maximal torque of extensor and flexor muscles is just 45%.

In clinical setting, the proportion of extensor muscle and flexor muscle in the test of spinal function has played an important role. As for people who suffer from lumbar pain or spinal diseases, the proportion of extensor muscle and flexor muscle has changed due to the low ability of flexor or extensor muscles (Bayramoglu, et al 2001; Langrana et al, 1984; Mayer, et al, 1985; Shirado, Ito, Kaneda, & Strax, 1995). The proportion of agonist and antagonist has been considered as the prevention factor from acute or chronic spinal injuries.

It has been known that spinal extensor and flexor muscles have contributed for the prevention of atrophy of the hip and the spinal flexion and lordosis of spine in the atrophied and fixed posture (Langrana et al, 1984).

Received
July 15, 2012

Accepted
September 10, 2012

Published
October 31, 2012

Considering all the information mentioned above, the test in sitting-down posture can be regarded that it is less likely to be affected by the participation of hip muscles and, therefore, it is more proper for not only the reasonable function test for examinees and but also the torque ratio among antagonists.

Additional supports for the test in sitting-down posture can be gained by the observation of the motions of lumbar in flex motions. In sitting-down posture, the angle of abdominal region proved less noticeable lordosis of spine through small quantity of motion. It has been known that the increase of lordosis of lumbar pulls the lumbar spine and is caused by the action of iliopsoas muscle that bends the hip. These studies have been conducted already. Iliopsoas muscle becomes shorter pathologically in sitting-down posture, which reduces its role rapidly. Based on those reasons, sitting-down posture has been regarded as the best method to protect lumbar spine from abnormal condition due to overload in motions; it is also supported by the research results that the motions in sitting-down posture have a better performance tolerance (Langrana et al, 1984).

In recent, functional recovery of patients with chronic lumbar pain has been done by whole body muscle exercise focusing on the extensor muscle of trunk. Even though the muscle rehabilitation has been utilized to reinforce the muscular system of upper and lower extremities for several years, it has not been done for the lumbar rehabilitation. Mayer et al (1985) used kinesitherapy as well as psychological support for the functional recovery of patients with lumbar pain. Hazard et al (1989) investigated the success of this kinesitherapy based on other compensation system.

Short-term training for muscular force dramatically improves the muscular force of muscles of back and submaximal endurance (Graves, et al, 1990; Mayer, et al, 1985; Pollock, Leggett, Graves, & Jones, 1989). The three times of kinesitherapy per week focusing on endurance can improve sufficient endurance as much as the five times of functional recovery program per week. Exercise interval of the three times per week is generally used for the weight training rehabilitation (Fleck, & Kraemer, 1987). Isokinetic exercise for the training of patients with lumbar pain has a merit to provide proper centripetal resistance whenever to repeat it. Centripetal contraction is needed for the hypertrophy of fast muscle and the maximal isometric improvement of muscular force (Mayhew, Rothstein, Finucane, & Lamb, 1995). However, training without eccentric factors may cause patients to get injured due to the eccentric contraction (Ploutz-Snyder, Tesch, Dudley, 1998). In addition, isotonic contraction is excellent in the muscular force and explosive power of extensor muscle of knee joint comparing with isokinetic contraction.

Recent studies have shown that eccentric factors need to be included to exercises for the maximal results of dynamic strength (Kovaleski, Heitman, Trundle, & Gilley, 1995); because the most of lumbar motions include eccentricity and centripetal factors, they play critical roles in training for lumbar region.

The maintenance of factors of muscle endurance and muscular force importantly affects

Received
July 15, 2012

Accepted
September 10, 2012

Published
October 31, 2012

the rehabilitation of lumbar extensor muscles; for the training to maintain muscle endurance and muscular force, sporadic training may be useful for patients. This training enables patients with lumbar pain to maintain muscular force and muscle endurance (Tucci, Carpenter, Pollock, Graves, & Leggett, 1992) and to prevent them from being disabled due to lumbar pain when conducting three times a week for four weeks in a year. This strategy has the potential to simplify the prevention program in field (Mooney, Kron, Rummerfield, & Holmes, 1995).

In the group that participated exclusively in isokinetic exercise, the endurance that appeared just after training has not been maintained during the follow-up period.

Conclusion

The concerns and importance of healthcare of elderly people have been increasingly given attention due to the rapid increase of elderly population and living an independent and healthy life has become the most important goal for the healthcare of elderly people; the pertinent factors to health and physical strength including cardio respiratory endurance, muscular force, muscular endurance, flexibility, body composition are important; as for elderly people, the secondary damage by falls may severely obstruct their independent life and put their life in danger.

Even though maintaining physical strength through exercise is important for the health management of elderly people, the aerobic exercise and weight lifting are not always effective due to the physical characteristics of elderly people. Therefore, this study analyzed and explored the researches on exercise programs for fall prevention of elderly people. In particular, in the results of the analysis on the effects of whole body vibration and fall prevention exercise program through isokinetic exercise, they are significantly effective for the fall prevention of elderly people, even though those exercises are not traditional ones. These results are expected to be helpful for the composition and operation of fall prevention exercise program for elderly people in the future.

References

- 1) ACSM. (1995a). Guidelines for graded exercise testing and exercise prescription (5th ed.). Philadelphia, Lea & Febiger.
- 2) Bogaerts, Sabine V, Christophe D, Albrecht L, and Steven B. (2007). Effects of whole body vibration training on postural control in older individuals: A 1 year randomized controlled trial. *Gait & Posture*, 26:309-316.
- 3) Cardinale M, and Bosco C. (2003). The use of vibration as an exercise

Received
July 15,2012

Accepted
September 10,2012

Published
October 31,2012

- intervention. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 31:3-7.
- 4) Chang-Gyu Kim (2000). *The Human Body*. Seoul: Daehan Media.
 - 5) Delecluse C, Roelants M, and Verschueren S. (2002). Strength increase following whole body vibration compared to resistance training. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 34:1523-1528.
 - 6) Donald, A. (2004). *Kinesiology of the musculoskeletal system*. Seoul: Jung-Dam Media.
 - 7) Gyeong-Suk Hwang, Jung Tae Kim and Sung Hyun Park (1984). Effect of Scapular Stabilization Exercise on EMG Change of Shoulder Girdle and Trunk Muscle during Archer's Shooting, *Journal of Sport and Leisure Studies*, 29-30.
 - 8) Hakkinen A, Kuukkanen T, Tarvainen U. and Ylinen J. (2003). Trunk muscle strength in flexion, extension, and axial rotation in patients managed with lumbar disc herniation surgery and in healthy control subjects. *Spine*, 28:1068-73.
 - 9) Han-Suk Lee (2001). Study of Standing Balance Control between Normal Subjects and Subjects with Low Back Pain. Ph.D. Dissertation, The Graduate School, Daegu University.
 - 10) Ivan B, Ellen Van H, Jean-Claude L. and Tony M. (2005). The feasibility of whole body vibration in institutionalized elderly persons and its influence on muscle performance, balance and mobility: a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 5(17).
 - 11) Jae-Suk Kim (2004). Assessment of Isometric Trunk Extension Strength in Post Stroke Hemiplegic Patients. Unpublished Master's Dissertation. Graduate School of Rehabilitation Science.
 - 12) Je-Sang Bak (2001). Effects of the Foot Position on Standing Balance in Patients with Hemiplegia. Master's Dissertation, Department of Physical Therapy, The Graduate School, Hanseo University.
 - 13) Jeong-Byeong Chae (2006). Effects of Proprioceptive Control Program on the Balance and Walking in the Person with Stroke. Ph.D. Dissertation, The Graduate School, Daegu University.
 - 14) Jessie Jones C, and Debra J. Rose. (2005). Physical activity instruction of older adults, *Human Kinetics*.
 - 15) Mayer T, Gatchel R, Mayer H, Kishino N, Keeley J, and Mooney V. (1987). A prospective two-year study of functional restoration in industrial low back injury. An objective assessment procedure. *JAMA*, 258: 1763-1767.
 - 16) McGill, S. (2002). *Low back disorders: evidence-based prevention and rehabilitation*. Champaign(IL):Human Kinematics.
 - 17) Morini S, Ciccarelli A, Romano M, and Ripani M. (1994). The knee flexor and extensor muscle force related to hip position. *Medicine and Sport*, 47:739-44.

Received
July 15,2012

Accepted
September 10,2012

Published
October 31,2012

- 18) Morini S, Ciccarelli C, Cerulli C, Giombini,A, Di Cesare A, and Ripani M. (2008). Functional anatomy of trunk flexion-extension in isokinetic exercise: muscle activity in standing and seated position ,The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 48:17-23
- 19) Nurse M, and Nigg M. (2001). The effect of changes in foot sensation on plantar pressure and muscle activity. Clinical Biomechanics, 16: 719-727.
- 20) Pollock M, Leggett S, Graves J, Jones A, Fulton M, and Cirulli J. (1989). Effect of resistance training on lumbar extension strength. The American Journal of Sports Medicine, 17:624-628.
- 21) Poulsen E. (1981). Back muscle strength and weight limits in lifting burdens. Spine, 6:73-5.
- 22) Russo C, Lauretani F, Bandinelli S, Bartali B, Cavazzini C, Guralnik J, and Ferrucci L (2003). High-frequency vibration training increases muscle power in postmenopausal women. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 84:1854-1857.
- 23) Seong-Ho Kim, Seong-Su Kim and Myeong-Gi Kim (2007). An Influence which Lumbar Stabilization Exercises by its Exercise Intensity Has on the Lumbar Stabilization and Pain. Journal of Sport and Leisure Studies, 31: 933-942.
- 24) Seong-Su Kim and Il-Gyu Jeong (1995). Exercise Physiology. Daegyeong Publishing Company.
- 25) Shirado O, Ito T, Kaneda K, and Strax TE (1995). Concentric and eccentric strength of trunk muscles: influence of test postures on strength and characteristics of patients with chronic low-back pain. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 76:604-11.
- 26) Torvinen S, Kannus P, and Sievanen H. (2002). Effect of four-month vertical whole body vibration on performance and balance. Medicine and Science in Sports and Exercise, 34:1523-1528.
- 27) Vincent M. Ciriello, Raymond W. and McGorry. (2000). Effects of preloaded isokinetic versus pure isokinetic training on dynamic and static lumbar muscle strength and endurance. Journal of Occupational Rehabilitation, 10(4): 257-269.
- 28) Wolfson, L., Whipple, R, Derby C, Ameman P, Murphy T, Tobin J, and Nashner, L. (1992). A dynamic Posurography study of balance in healthy elderly. Neurology, 42(1): 2069-2075.
- 29) Yeong-Ho Choi (2002). The Effect of Knee Joint Taping on Lower Extremity Muscle Fatigue and Postural Sway. Department of Exercise Science, Graduate School of Bio-Medical Science, Korea University.

Received
July 15,2012

Accepted
September 10,2012

Published
October 31,2012

REVIEW ARTICLE

知的障害者の自動車運転免許をめぐる諸問題

Current issues in driver's license of people with intellectual disabilities

田中 敦士¹⁾ (Atsushi TANAKA)

1) 琉球大学 教育学部

〒903-0213 沖縄県中頭郡西原町千原 1 琉球大学教育学部特別支援教育講座

TEL/FAX (098)895-8417

atanaka@edu.u-ryukyu.ac.jp

ABSTRACT

本稿では、知的障害者における自動車運転免許の諸問題について紹介した。彼らが自動車運転免許を取得するにあたってのメリット、関連する法律、および困難な事項について論じた。

The purpose of this report is to introduce the current issues in driver's license of people with intellectual disabilities in Japan. Merits, related laws, and difficulties of getting drivers license are discussed.

<Key-words>

自動車運転免許 , 知的障害者 , メリット

driver's license , people with intellectual disabilities , merits

Asian J Human Services, 2012, 3:32-37. © 2012 Asian Society of Human Services

Received
October 9,2012

Accepted
October 12,2012

Published
October 31,2012

I. 知的障害者が自動車運転免許を取得することのメリット

2010 年末の日本全国の運転免許保有者数は 81,010,246 人であり（警察庁, 2010）、運転免許取得可能人口に対する免許保有者の割合は 70%を超えている。前年度の運転免許保有者数は 80,811,945 人であり、運転免許を取得する人口の割合は年々増加している。また、一世帯当たりの自動車保有率は 79.3%である（自動車検査登録情報協会, 2008）。これらのデータからも多くの人が運転免許の必要性を感じているとわかる。もはや、自動車は現代社会においてなくてはならない必需品となっている。

運転免許を取得することには多くのメリットがある。まず移動時間を短縮することができ、長距離の移動も可能となる。それにより趣味の拡大や余暇活動をより充実させることが可能となる。これらのメリットは健常者にも共通することである。しかし、保護者の高齢化に伴って子どもを同伴しての外出が困難となり、外出の機会が減少すること（吉松, 1997）や、活動への意欲は積極的であるものの移動に多大な時間がかかり、それが保護者の負担となり余暇活動にも影響を及ぼしていること（石黒・中村・木下, 1999）などが指摘されている。自動車の運転が可能になれば時間や場所に関係なく移動することができるようになり、これらの問題が解決できるようになる。

さらに障害者には、運転免許を取得することで得られる大きなメリットがある。それは就職の可能性が広がることである。まず運転免許の取得が就職の条件となっている仕事に携わることができるようになる。また運転免許を取得するには健常者と同様に、学科試験と実技試験に合格しなければならない。運転免許試験の合格率は 71.3%（警察庁, 2010）に過ぎず、そのため運転免許を持っているだけである程度の指示理解や知的作業もできると見なされるのである。さらに、運転免許を取得できたことで、障害者自身への自信にもつながる。運転ができることで就職にも積極的な姿勢が生じ、自己責任の認識も強くなる（井上・伊藤・栗原・森本, 2004）。知的障害者や発達障害者など障害者にとって自動車運転免許証の取得は就労など社会生活を営む上で大きな力となると国会答弁でも取り上げられている（広中, 2004）。運転免許を取得することではキャリアアップにもつながる。就職先の開拓という面からも運転免許取得はきわめて重要である。

以上述べたように、知的障害者が運転免許を取得することは、行動範囲の拡大による QOL の充実につながるほか、就業能力の証明と意味合いもあり、就職可能性の拡大にもつながるのである。

II. 道路交通法の改正による欠格事由の見直し

2003 年に道路交通法が改正されたことにより、これまでは一定の病気に罹っているものに対して一律に免許が取得できない（受験資格も無い）とされていた、絶対的欠格事由だったものが廃止された。そして、免許を取得しようとする者が自動車等の安全な運転に支障があるかどうかを個別に判断する相対的欠格事由となった。試験に合格しても一定の病気にかかっており自動車等の安全な運転に支障をきたす恐れがある場合には、道路交通の安全の観点から免許が取得できない場合もあるとされている。

Received
October 9, 2012

Accepted
October 12, 2012

Published
October 31, 2012

試験に合格した者に対しては免許の拒否や保留が、免許を取得している者に対しては免許の取り消しや停止がなされることがある。免許の拒否、保留、取消または停止の対象となる病気は表1の通りである。

表1 免許の拒否、保留、取消または停止の対象となる病気

-
1. 統合失調症（自動車等の安全な運転に必要な認知、予測、判断又は操作のいずれかに係る能力を欠くおそれがある症状を呈しないものを除く。）
 2. てんかん（発作が再発する恐れがないもの、発作が再発しても意識障害及び運動障害を伴わないもの並びに発作が睡眠中に限り再発するものの内悪化の恐れがないものを除く。）
 3. 再発性の失神（脳全体の虚血により一過性の意識障害をもたらす病気であり、発作が再発するおそれがあるものをいう。）
 4. 無自覚の低血糖症（人為的に血糖を調節することができるものを除く。）
 5. そううつ病（上記1. 統合失調症に同様。）
 6. 重度の眠気症状を呈する睡眠障害

※ 1から6までに掲げるものの他に、その他の精神障害（上記1. 統合失調症に同様。）や脳卒中などがある。

※ またこれらのものの他、次のものが免許の取り消し又は停止の対象となる。

1. 認知症
 2. 以下の身体の障害
 - ① 目が見えないこと
 - ② 体幹の機能に障害があつて腰をかけていることができないもの
 - ③ 四肢の全部を失ったもの又は四肢の用を全廃したもの
 - ④ ①～③までに掲げるものの他、自動車等の安全な運転に必要な認知、又は操作のいずれかに係る能力を欠くこととなるもの。（法第91条規定により条件を付し、又はこれを変更することにより、その能力が回復することが明らかであるものを除く。）
-

Ⅲ. 知的障害者が運転免許を取得する際に生じる困難

運転免許を取得することにはたくさんの利点がある。しかしその一方で、知的障害者が運転免許を取得するには様々な困難がある。運転免許を取得するためには自動車学校に通い技能教習や学科教習を受けなければならない。しかし指導教官によって教え方が異なる上高圧的な指導をする人も多く、健常者でも戸惑うことが多々ある。

Received
October 9, 2012

Accepted
October 12, 2012

Published
October 31, 2012

広中（2004）は「学科試験の設問が知的障害者には理解しづらい。知的障害者にも理解しやすい表現は、すべての人に理解しやすく、真のユニバーサル社会実現のためには更なる配慮が求められる。また、2003年の道路交通法の改正によって運転免許取得が可能になったにもかかわらず、自動車学校によっては入校を拒否されている」と述べている。現在は学科試験の全ての漢字に振り仮名をつけることが義務付けられており、問題の表現も知識を確認するという目的を損なわない範囲で例題を示すなどとされてきたが、問題の表現の適切か否かは都道府県警察に委ねられており、地域によって格差が生じているのではないかと考えられる。

また「自動車教習所が心身障害者は一律に入校できないという方針をホームページ等で明示している例がみられるが、およそ心身障害者は運転免許を取得できないとの誤解を与え、平成13年改正法による運転免許の欠格事由の見直しの趣旨に反するものであり、望ましくないものとする。」（警察庁, 2005）といった記述もみられる。障害者と言いつても、障害の種類や程度は個人によってそれぞれ異なり、どのような支援を行えば自動車運転が可能になるのかの判断基準はほとんどわかっていないのが現状である（鎌田・小竹・志水, 2004）。警察庁（2005）は、教習所が上記のような方針を明示していないか点検し、「運転免許センターの運転適性相談窓口（連絡先電話番号）にてご相談ください。」という表現に改めるよう通達している。しかし、地域の公安によっては教習所の判断に委ねているところなどがあり、免許をしようと考えている知的障害者がいても、教習所に入校する以前に情報が錯綜してしまい免許取得を諦めてしまっている現状が考えられる。

また地方自治体によって行われている運転免許取得の支援として自動車運転免許取得費助成事業があげられる。免許取得費用の一部を自治体が負担するなどの支援を受けられるが、障害者対象の自動車運転免許取得費助成事業は各自治体の採択に任されており実施にばらつきがある。助成事業の公表も各自治体によって異なり（伊保・田中, 2008）、十分な支援がなされているとは言えない。

車の運転には交通事故などの危険性があることも忘れてはいけない。交通事故による死者数は4,914人と減少傾向にあるが、負傷者数は910,115人にのぼる（交通事故総合分析センター, 2010）。交通事故の原因は事故によってさまざまだが、年齢や性別によって傾向に違いのあることが分かっている。高齢者は安全運転の心構えあるいは危険感受性の一方が極端に低下するが、逆にもう一方には気をつかう傾向がある。それによって、事故の傾向も2つに分かれる（森, 1987）。また交通事故に関する統計には、事故の当事者が障害者であるかどうかの分類がない場合が多いと指摘されている（徳田, 2002）。このように年齢層によっても事故の傾向も変わるのだから、同様に知的障害者に関しても傾向は異なってくると考えられる。さらに自動車に乗る際には自動車保険に加入しなければならない。しかし、いくつかの保険会社のホームページを確認したところ、事故後に障害者になった時の記載はされていても、知的障害者に限らず障害者が加入できるか否かに関する記載は一切載せられていなかった。交通事故の危険性が考えられるのに保険の整備は行き届いておらず、取得するための支援だけでなく、取得した後の支援も検討していく必要があるのではないかと考えられる。

Received
October 9, 2012

Accepted
October 12, 2012

Published
October 31, 2012

IV. 今後の課題

知的障害者が運転免許を取得する際は、健常者と同様に教習所に入校して学科教習と技能教習を受講し、最終的には学科試験に合格しなければならない。しかし、学科教習・技能教習双方において教習カリキュラムが一般人向けに作成されているため、知的障害者が教習を受けようとする基本教習時限の何倍もの時間と労力を必要とする。さらに学科教習に関して言及するならば、多くの教習所で集団学習の形態で行われているが、画一的な教習方法では個人の理解度の把握がとても困難であるといえる。知的障害者個人の障害の特性を把握するため、また集中力が切れた時の補助、語彙力・読解力の不足を補う等のためにも、個人指導という形態をとる必要がある。

また、現在の教本は健常者にも難解だと感じられる語句が多数あり、知的障害者が理解するためにはさらに時間を要することが推測される。そのため専門家を交えた話し合いの場を設けて、平易な表現を用いた、あるいは難解語句の注釈を細かくつけた知的障害者専用の教本を作成するなど、知的障害者が学習する中で挫折感を感じる機会を減らす工夫も求められる。

他に専門家の支援として、知的障害者が入校を希望する際に、本当に免許の取得が可能かどうか、教習所の教官と入校を希望する知的障害者本人、保護者等本人の障害を深く理解している人を交えての話し合いの場を設ける必要があるのではないだろうか。なぜなら、基本教習時限以上に教習に時間がかかることが想定されるからである。既定の時限以上の教習には決して安くはない費用が必要となってくる。家庭での経済的な負担を考えて、本人や家族が納得して入校することが重要となる。また、入校した後も継続してケース会議を開き、誰が担当になっても困惑することが無いよう教官の間で知的障害者に関する情報を共有し、知的障害者の指導方法に臨機応変に対応することが必要である。

免許証を取得するためには教習所を卒業した後に学科試験をパスする必要がある。知的障害者に限らず学科試験は最大の難関である。せっかく教習所を卒業しても学科試験に合格できず免許取得を諦めてしまう人は数多くいるだろう。実際に、卒業後に合格できない人に対して個別指導を行っている教習所もある。しかし卒業後のフォロー体制は各教習所の裁量に委ねられているのが現状だと推察される。教習所によってフォロー体制に差が出るのがないよう、卒業後も教習所で学科の再受講が出来るような制度を統一して確立していく必要があるのではないだろうか。

付記

本研究は、2010年度琉球大学受託研究「知的障害者の自動車運転免許の取得支援に関する調査研究」により行った。情報提供を頂きました自動車教習所の皆様方および研究協力者の小宮清子氏、宮西綾瀬氏に感謝いたします。

Received
October 9, 2012

Accepted
October 12, 2012

Published
October 31, 2012

文献

- 1) 広中和歌子 (2004) 内的障害者の自動車運転免許試験に関する質問主意書 答弁書 第 15 号, 内閣参質 161 第 15 号
- 2) 伊保愛子・田中敦士 (2008) 知的障害者による自動車運転免許の取得支援; 自治体・学校・自動車教習所による支援の現状 琉球大学教育学部紀要, 73, 175-181
- 3) 井上有史・伊藤正利・栗原まな・森本清 (2004) 道路交通法改正後のてんかんをもつ人における運転免許; 医師・公安委員会へのアンケート調査からみた問題点と課題 てんかん研究, 22, 120-127
- 4) 石黒久美子・中村攻・木下勇 (1999) 知的障害者の余暇生活環境整備に関する基礎的研究; 知的障害者の余暇生活行動の実態把握とその規定要因の分析 千葉大園学報, 53, 39-45
- 5) 自動車検査登録情報協会 <http://www.airia.or.jp/number/index.html>
- 6) 鎌田実・小竹元基・志水俊晴 (2004) 重度障害者の移動具に関する研究 日本機械学会論文集 (C 編), 70, 698, 150-157
- 7) 警察庁 (2005) 運転免許試験等における障害者に対する配慮について 警察庁交通局運転免許課長通達, 警察庁丁運発第 9 号
- 8) 警察庁 (2010) 運転免許の欠格事由の見直し等に関する運用上の留意事項について 警察庁交通局運転免許課長通達, 警察庁丁運発第 63 号
- 9) 警察庁 (2010) 運転免許統計 平成 22 年版
- 10) 森二三男 (1987) 高齢者の運転適性に関する研究 高齢者問題研究, 3, 65-78
- 11) 総務省 (2010) 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数
- 12) 徳田克己 (2001) 障害児に対する交通安全教育と一般市民に対する交通バリアフリー教育 国際交通安全学会誌, 27(1), 32-44
- 13) 吉松靖文 (1997) 自閉症者の余暇活動に関する研究; 余暇活動の実態調査 愛媛大学教育学部障害児教育研究室紀要, 21, 105-108

Received
October 9, 2012

Accepted
October 12, 2012

Published
October 31, 2012

ORIGINAL ARTICLE

The Changing Characteristics of In-home Care Service Providers in the U.S. and in the UK: Implications for South Korea

Yongdeug KIM ¹⁾ , Eunjeong KIM ²⁾

1) Sungkonghoe University

2) Keimyung University¹

ABSTRACT

Social service policies should be designed to guard the characteristics of the public interest while they enhance the possibilities for users to choose service providers. It might be crucial to establish a management system that enables to minimize the potential problems due to the enhancement of the right of choice among service users. As the number of social service users expands, the role of this management system would be more and more important. Taking into account that the volume of both demand and supply is continuously increasing, and that service users' right of choice and the role of for-profit providers are enlarging at the same time in South Korea, it might be meaningful to review how western countries have dealt with these problems. This study investigates the features of welfare pluralism and the responses of social policies focusing on in-home care services in the U.S. and in the UK, and attempts to draw social policy implications for South Korea.

< Key-words >

In-home Care Service, For-profit Organizations, Not-for-profit Organizations

Asian J Human Services, 2012, 3:38-59. © 2012 Asian Society of Human Services

Received
July 23,2012

Accepted
September 7,2012

Published
October 31,2012

¹ Corresponding author

I . Introduction

The characteristics of social service providers have been increasingly diverse since 1980. This trend has been referred to as welfare mix or welfare pluralism, which has drawn fierce debates on its pros and cons. Some urge that multiple providers are needed in order to increase the service quality and efficiency in the social service field. However, others believe that private providers may damage both the equity and integrity of social service providers, which should be cherished in the social service policy.

Meanwhile, the proportion of for-profit organizations in the social service field continues to increase in many western countries. The phenomenon that both non-profit and for-profit organizations have a greater role in providing social services than the public organization is related with diverse factors. One of the major factors is the considerable increase of the elderly population and working married women, which multiplies the volume of social service needs. The trend that the increasing numbers of social service users demand their own decision power to select service providers is also one important factor.

The characteristics of the public interest and enhancing the right of choice among social service users are basically contradictory. The difference results mainly because it is meaningless for service users to have the right of choice without competition among service providers. In addition, it is due to the fact that substantial competitions among service providers may impede the stable provision of social services and weaken the public characteristics of social services. Therefore, these two conflict orientations should be deliberately considered in social service policy in order not to severely damage either orientation.

Specifically, social service policies should be designed to guard the characteristics of the public interest while they enhance the possibilities for users to choose service providers. It might be crucial to establish a management system that enables to minimize the potential problems due to the enhancement of the right of choice among service users. As the number of social service users expands, the role of this management system would be more and more important.

Taking into account that the volume of both demand and supply is continuously increasing, and that service users' right of choice and the role of for-profit providers are enlarging at the same time in South Korea, it might be meaningful to review how western countries have dealt with these problems. This study investigates the features of welfare pluralism and the responses of social policies focusing on in-home care services in the U.S. and in the UK, and attempts to draw social policy implications for South Korea.

Received
July 23,2012

Accepted
September 7,2012

Published
October 31,2012

II . Social services in the U.S.²

1. Social Services Since 1960s

The number of social service providing organizations greatly increased during the 1960s and 1970s. The growth was mainly attributed to the federal expenditure on social services, which had been growing rapidly during this period. Therefore, the number of new organizations mostly funded from the federal government for social services was largely expanded at that time, and the purchase of services between these private (both for profit and not-for-profit) organizations and government became popular. As the Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) was enacted in 1981, the size of the federal expenditure on social services incrementally decreased. On the other hand, delegating the financial responsibility on social services to the state government increased.

Nevertheless, the demand on new social services, particularly in the long-term care for the elderly and home health services, has continuously incremented. Also, the financial recession during the 1980s made the demand on existing social services to increase as well. As a result, the size of public expenditure on social services has been growing since the early 1990s. Since then, the number of for-profit organizations has rapidly increased as social service providers; furthermore, the proportion of for-profit organizations in long-term care facilities, home health and care centers, child care centers, and medical services have been much higher (Gilbert, 1993).

After the beginning of the 1990s, the federal government expanded the expenditure on social services through new financial sources, such as Medicaid and Medicare. Therefore, the state as well as the local government tried to increase social service expenditure through Medicaid funding. The existing recipients of child welfare services, home-care services, hospice-care services, counseling services, foster-care services, drug and alcohol services, and mental health services, which were mostly funded by the state government, have been qualified recipients for Medicaid in the area of social services. The number of people who have entitlement for social services continuously increased.

In sum, before the 1960s in the U.S., public financial support for social services had been only a small amount of subsidies on not-for-profit organizations. It was only after the 1960s that financial support of both the federal and state government for social services became a substantial amount. After the 1980s, the importance of performance management in the public service area considerably increased due to the stress of the New Public Management (NPM). This trend led to an increase in the number of purchase of services in the area of social services, which made for-profit organizations enter the social service market. In fact, due to the stress on the outcome performance in public policy, the characteristics of organizations, such as public or private and for-profit or not-for-profit, became of little importance. The major

Received
July 23, 2012

Accepted
September 7, 2012

Published
October 31, 2012

² This section comes from the part of the article, "The characteristics of service providers in the US social service field (2011)" by Eun-Jeong KIM (Keimyung Journal of Social Sciences 30(1)). The content is modified and rearranged for this work.

interest of governments became the outcome performance of organizations providing social services.

As the importance of the power of choice among service users has been stressed since the middle of the 1990s, the voucher mode among social services grew, leading the number of for-profit-organizations to increase. Since the 2000s, the amount of subsidies on service organizations and of expenditure on purchase of services has been diminished, while tax-credit on service users and reimbursement on service providing organizations have substantially increased. Furthermore, managed care on social services was much more utilized from then on (Smith, 2007).

The trend on the increased proportion of reimbursement on service organizations is closely related with the fact that the role of Medicaid and Medicare, as financial sources on social services, has continuously been growing. The mode of reimbursement on service organizations is similar to that of the voucher in terms that both modes provide service users with the power of choosing. The expansion of users' power in terms of service selection engenders the increase of for-profit-organizations.

The long-term care facility services and home health services are the representative services which are fully funded by Medicaid and Medicare (Klees et al, 2010). In 2009, the 41 percent of total finance for long-term care facility services are funded by Medicaid and 16 million people have entitlements for this service. Total expenditure on home health also has been continuously increased, and almost 12 million people of home health service users are funded by Medicaid (Klees et al., 2010).

2. Home Health Service

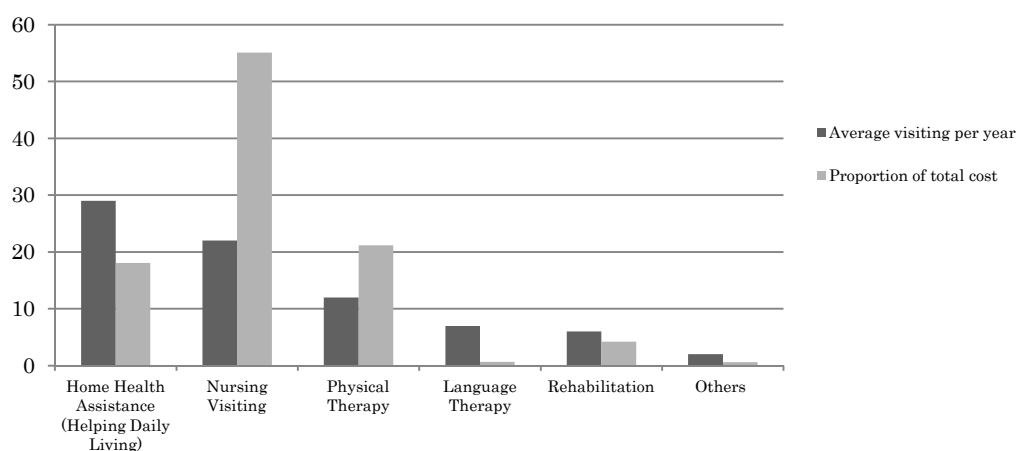
Home health care is generally defined as comprehensive health-related care services, which can be utilized in the service users' home. Home health care is considered more effective and convenient than that from hospitals or nursing facilities. Home health care services include professional services, such as part-time professional nursing services, physical therapy, rehabilitation, and language therapy. They also include routine care services supporting daily living, such as services done by a home health assistant.

Received
July 23,2012

Accepted
September 7,2012

Published
October 31,2012

<Figure 1> Content, Average Visit, and Cost of Home Health (2009)



Source: CMS (2009, 2011).

<Figure 1> shows that home health assistance services are smaller than other services, such as nursing, visiting, or physical therapy, in terms of the proportion of the total cost. However, the average visiting numbers of home health assistants are the highest among other home health services. From fee-for-services to diagnosis-related-grouping, the proportion of home health assistance services dropped from 25 percent to 18 percent, whereas that of professional nursing services increased from 50 percent to 55 percent between 2001 and 2008 (CMS, 2010).

In the medical area, private for-profit insurance companies stopped providing insurance for home health due to the low profitability after the early 1920s. However, from the middle of the 20th century, home health services has been considered as an efficient alternative to facility services, which engendered for-profit organizations to become interested in providing services. Notwithstanding, for-profit insurance companies did not commercialize the services for home health mainly because of the difficulties in standardizing and recoding (CMS, 2010).

As both Medicare and Medicaid officially supported health-related care services in 1965, home health services were recognized as public services funded by the federal government. In the Medicare system, the officially funded area of home health was refined to acute care at the very beginning. The area had been expanded until 1981 when OBRA got rid of the necessary conditions for funding, such as co-payment, the visiting number limitation, and pre-hospitalization. Also, for-profit organizations were qualified as public funded providers of home health service organizations. In 1997, the total costs for home health increased 4 times more than that in 1990 because the number of service users doubled during this period and also due to the fact that the average visiting numbers increased rapidly (CMS, 2009).

In 1997, the Balanced Budget Act (BBA) was enacted. The act enabled the Department of Health and Social Services in the federal government to apply DRG to home health services. Moreover, the entitlement became more restrictive and the cost per visit and cost per person were also strictly limited. Until the early 2000s, the number of service providers for home

Received
July 23, 2012

Accepted
September 7, 2012

Published
October 31, 2012

health had been diminished because of these changes. These changes in the reimbursement policy much more affected for-profit organizations than not-for-profit or government organizations (CMS, 2010).

However, the number of home health service users has been continuously increasing since the 2000s. This is mainly because the number of people entitled as Medicare recipients rapidly increased. The total expenditures on Medicare in 2001 were similar to the expenditures in the middle of the 1990s, but the expenditure increased by more than double in 2009 (CMS, 2009). Furthermore, the number of service providing organizations was much faster than that of total expenditure. This was mainly due to the increases of for-profit organizations<Figure 2, Table 1>.

<Figure 2> Increase of Home Health Organizations: 1980~2009



Source: CMS/ORDI/OIS data

3. Characteristics of Organizations

The proportion of for-profit organizations among home health service organizations had been less than 50 percent until the early 2000s. The proportion increased to 69 percent in 2005, and 70 percent in 2009. This increase results from the fact that Medicaid expenditure has been continuously increasing and moreover, the contract mode also changed from a contract with service organizations to that with service users through a policy of reimbursing the cost to service organizations.

The service providers of home health care are composed of diverse professionals, such as nurse, nursing assistant, home helper, physical therapist, social worker, and rehabilitation therapist. Only qualified Medicare organization can provide social care services, and in order to be qualified, the organization should meet the minimum standard coded in the “Code of

Received
July 23, 2012

Accepted
September 7, 2012

Published
October 31, 2012

Federal Regulations (2009)". The minimum standard includes the certificate of service providers, users' rights, service plan, data management, medical record, and comprehensive assessment rules.

In 2009, 85 percent of qualified Medicare organizations are independent organizations, and the remaining percentages are the sub-centers of hospitals, rehabilitation facilities, or professional nursing institutions. Among independent organizations, approximately 70 percent are for-profit, and 30% are composed of not-for-profit and public organizations. In the U.S., the characteristics of service organizations in rural areas are very different from urban areas. In the South, about 45 percent of service organizations are for-profit, whereas in the North, only 22% are for-profit (CMS, 2010).

Generally, not-for-profit organizations are apt in taking care of acute care patients, while for-profit organizations have the tendency to take chronic care patients (CMS, 2010). Recently, the number of chronic care patients using home health care has rapidly increased, which led for-profit-organizations into the service market. In 2008, about 70% of home health service users are chronic care patients (CMS, 2008).

The interest in home health care services, as a promising industry, has been gradually increased. However, at the same time, the existing risks due to the change of regulations, the increase of costs, and the shortage of professional service providers are also regarded as substantial threat factors. Nevertheless, the fact that the number of the elderly are rapidly increasing and the need to use services at home is also increasing make the home health care field as a prospective industry (CMS, 2010).

<Table 1> Proportion of Home Health Organizations (Under Medicaid): 1999~2009

	Home Health Organizations			
	Not-for-profit	For-profit	Government	Total
1999	34.6	49.9	15.4	7,924 (100.0)
2002	35.4	49.0	15.5	6,813 (100.0)
2005	26.8	62.0	11.2	8,090 (100.0)
2008	21.5	69.5	9.0	9,407 (100.0)
2009	19.6	72.5	7.8	10,184 (100.0)

Sources: CMS/ORDI; Choi & Davitt (2009)

4. Policy Responses to Welfare Pluralism

The research on differences between for-profit organizations and not-for-profit organizations, in terms of service quality and outcome performance, did not produce consistent results. In fact, the level of performance is also affected by other factors, such as the size of organization or the characteristics of the local area. Considering cost-efficiency as one of the most important criteria, for-profit organizations seem to produce better outcomes than not-for-profit organizations, particularly in the area of long-term care facilities and child care

Received
July 23,2012

Accepted
September 7,2012

Published
October 31,2012

institution. However, better performance of for-profit organizations, in terms of cost-efficiency, would mostly be from the reduction of the number of service providers or service coordinators (Gilbert, 1993).

Even though the proportion of for-profit organizations in social services has been increased, which might have produced the quality issues related to profit seeking strategies, public regulations were reduced during the 1980s. In the 1980s, the power of markets in raising service quality and efficiency was strongly emphasized (Gilbert, 1993). However, the reduction of public regulations developed a public concern as to the quality of social services. From the middle of the 1990s, public regulations on social services have been rather increasing (DHHS, 2004; NCQA, 2010). Public policies in the social service realm are stressing the establishment of quality management. Utilizing the NPI (National Provider Identifier) system and assuring service qualities through the NCQA (National Commission for Quality Assurance) are some of the strategies taken by the U.S. government.

1) National Provider Identifier (NPI)

The U.S. federal government planned to establish a quality assuring system through managing service providers funded by Medicaid and Medicare in 1993. As a result, the NPI (National Provider Identifier) number was conferred upon the service providing organizations, and this was legally obligated. The Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) in the federal government mandated that all organizations funded by Medicare or Medicaid should obtain the NPI.

CMS established the National Provider System (NPS) based on NPI in order to manage the nationwide social service organizations. The data gathered by NPS include not only the organizations funded by Medicare or Medicaid, but also diverse organizations providing health-related services. This system plays a vital role in providing comprehensive information needed for services users to choose the services that they want. Although the information of service providers in health and care services had been gathered and managed before the NPS was established, the information was also gathered by the local government. For the first time, the current NPI systems are mandated and protected by the federal law.

2) National Commission for Quality Assurance (NCQA)

The NCQA was established in 1990, and is currently the representative not-for profit organization assuring quality of health related care services. The information provided by the NCQA is comprehensively utilized when recognizing and judging the level of service quality among service organizations mostly funded by Medicare or Medicaid. Also, nationwide health insurance companies are registered on the committee in quality assurance. The committee is equipped with quality management systems, including the official procedure of accreditation and certification.

The NCQA is consolidating the association with federal and state governments. The federal government increasingly emphasizes the importance of the accreditation from the NCQA in

Received
July 23, 2012

Accepted
September 7, 2012

Published
October 31, 2012

order to become Medicare providers. In particular, the CMS in the federal government obligated the authorizing power to the NCQA in order to acknowledge the qualification of service providers, such as the Medicare Advantage (MA) program. Therefore, service organizations accredited by the NCQA do not need to be assessed in terms of quality control for participating MA programs.

In addition, 40 state governments utilize the quality accreditation results of the NCQA when they make plans for their health related service providing scheme through Medicaid. 25 state governments utilize the NCQA data as the main criteria for selecting official providers, and 10 state governments mandate NCQA certifications for official Medicaid providers. The Code of Federal Regulation (CFR) codifies that the data from a nationwide quality assurance organization can be utilized on behalf of the External Quality Review Organization (EQRO) of state or local governments (NCQA, 2009).

Currently, the quality rating results among service organizations are open to the public in terms of the Medicaid program performance. Thus, not only state governments but also the public can make use of the information (see <http://reportcard.ncqa.org>). The information provided by the NCQA is often utilized as an importance source for diverse magazines of “consumer guide”, and also as the criteria for selection of organizations performing “best practice.”

III. The Social Care Services in the UK

1. Changes in the Social Service Policy

Social services in the UK are comprehended through a system of community care. It is difficult to define a community care system because the concept of community care has been used very extensively in the UK. Since 1948 (or prior to that year), almost every ruling party has tried to reform the social welfare system, known as community care (Lewis and Glennerster, 1996). In effect, the concept of community care before 1990 was understood as the orientation of social welfare services. The National Health Service and Community Care Act (NHSCCA) acted in 1990 changed the concept of community care to an implementation system as well as a major content of social welfare services. The NHSCCA was conducted in 1993 after three years of preparation period. Community care, as an institution in the 1990s, can be summarized as adopting market principles, decentralizing government power, establishing the care management system, and welfare pluralism in terms of the characteristics of service providers. Community care institution comprehends the implementation systems and contents for the vulnerable adult groups, mainly for disabled, old, or mentally defective people.

There have been a lot of controversies on the fundamental reason as to why the NHSCCA in was legislated in 1990. A large amount of literature argues that the core objective of the legislation was to cutback the government expenditure on social services. Other people

Received
July 23, 2012

Accepted
September 7, 2012

Published
October 31, 2012

empathize that in the course of legislation, the ways of applying rational and systematic mechanism to the process of designing and delivering social services were seriously considered, even though reducing the public expenditure on social services is also one of its objectives. It might be difficult to deny the fact that the NHSCCA took into account the practical ways to enhance service users' power, although the key objective of the act was to adopt strategies that strengthen the market mechanism to the social service area (Harris and Chou, 2001).

Lewis and Glennerster explained the background reasons of the NHSCCA in 1990 as follows (Lewis and Glennerster, 1996). First, the public expenditure on institutional services had been rapidly increased since the 1980s. Before the year of 1980, the expenditure on institutional (residential) services was solely from the local government, and the board of experts determined who could receive those benefits. From 1980, the institutional service was transformed to the benefit that should be given to people who have legal entitlement, and moreover, the federal government had the responsibility to financially provide such benefit.

These changes caused the rapid increase of public expenditure on institutional social services. Second, there was a large amount of criticism on "the perverse effects of" social policy. Even though government policies had continuously stressed community-based services, the perverse effect that the larger number of social service users selected institutional services was larger. Therefore, the government urgently required to implement reformative strategies on the social service policy (Glendinning, 1991). The audit committee of the government strongly criticized this perverse effect by the report named "perverse effect against the goal of social security policy" (Audit Commission, 1986).

In relations to this issue, Griffiths argued that social security expenditures on personal care should be suspended by his report "Community care: an agenda for action" (Griffiths, 1988). The federal budget used in this category should be transferred to local governments. He also recommended that local governments implement this budget based on their own criterion of selecting beneficiaries, which might be a means-test, care need assessment, and so forth. The segmented characteristics among health services, social security benefits, and social services provided by the government and private organizations were also criticized. To alleviate this segmentation, it was recommended that the social service department (SSD) of the local government had full responsibility to design, conciliate, and pay social welfare and personal care services (Glendinning, 1991).

These arguments ended up with establishing 'the mixed economy' on care services. Along this orientation, a care management system was adopted and through this system, care managers were bestowed to appoint a social service budget to each user. Care managers also had responsibilities to assess the level of care need, to figure out service providers, and to assign the budget to service providers competing with each other (Harris and Chou, 2001).

The gist factors inherent in the community care system in the UK are as follows. First, the market mechanism is utilized in order to enhance the users' right of choice and efficiency. Based on this mechanism, service purchasers and service providers were divided. Second, both the responsibility and the authority of the local government were strengthened. The

Received
July 23, 2012

Accepted
September 7, 2012

Published
October 31, 2012

main role of the local government changed from a direct provision of social services to need assessment, service purchase, and cost payment. Third, it is noteworthy that the privatization of social services has been widely progressed. The privatization of social services lessened the amount of services provided by the government, while increasing those provided by private organizations or individual businesses. Fourth, the systems of universal assessment and care management were established on local unit. Adults who need social services can apply their demands to the one-stop window of SSD where it manages social services integrally.

2. Home Care Service

In 2006-07, the gross expenditure of local governments on adult care increased by 1.2% point compared to the increase in 2005-06(CSCI, 2009). This increasing rate is relatively lower compared to the 4% point in 2004-05, and to the 8% point in 2005-06. Among this cost, 59% of it were spent on services for the elderly (61% in 2005-2006), and 22% were spent on those who are mentally handicapped from the age of eighteen to sixty four (21% in 2005-06). From 2003-04 to 2006-07, the public expenditure on the disabled have been increased by 17% points, which is a relatively higher point. In 2006-07, half of the net expenditure of local governments to purchase social services was spent on care home services. However, the total amount of expenditure on care home services has been reduced by 1% point each year during the 5 years after 2001-02. On the contrary, the expenditure on community care services has been increased by 1% point during the same period.

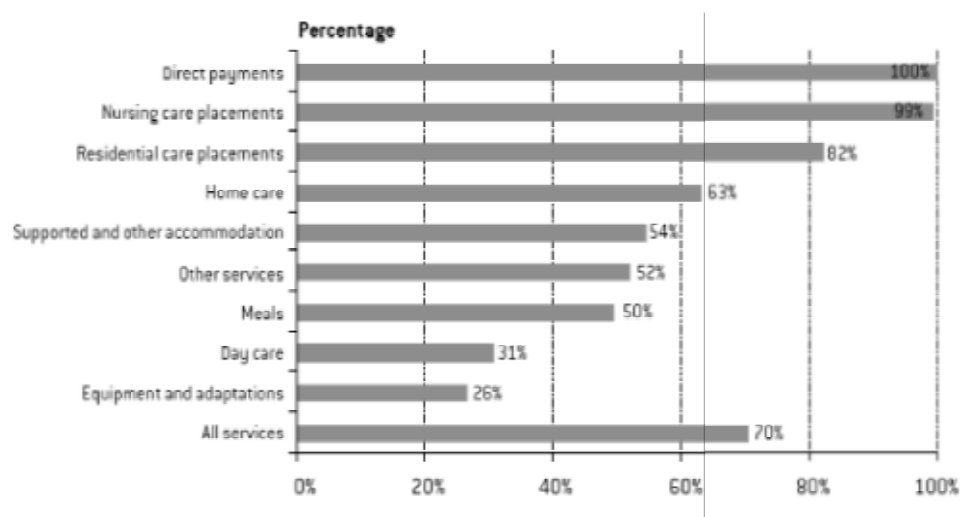
The proportion of purchasing services from private organizations of both for-profit and not-for-profit has continuously increased compared to that of providing services by the government. In 2001-02, the proportion of purchasing services from private organizations was 59%, which increased to 70% in 2006-07. Figure 1 shows the proportion of purchasing services from private organizations (both for-profit and not-for-profit) among the total expenditure of local government on adult social services in 2006-07.

Received
July 23,2012

Accepted
September 7,2012

Published
October 31,2012

<Figure 3> Proportion of Purchasing Adult Social Services from Private Organizations
(both For-profit and Not-for-profit Organizations) (2006-2007)



Source: CSCI. 2009. The state of social care in England 2007-2008.

Home care service is a major service of community care in the UK. Different from the U.S., home care service is managed separately from health care. The major trend of community care services, including home care, day services, equipment, and adaptations in the UK is as follows (CSCI, 2009). The net expenditure of local governments on home care service in 2006-07 increased by 2% compared to 2005-06. Taking into account that the expenditure has been increased by 10% points every year since 2002-03, the increasing rate was slowing down. The proportion of expenditure on home care service among total community care services was 47.6% in 2006-07, which is relatively lower than 48.5% in 2005-06.

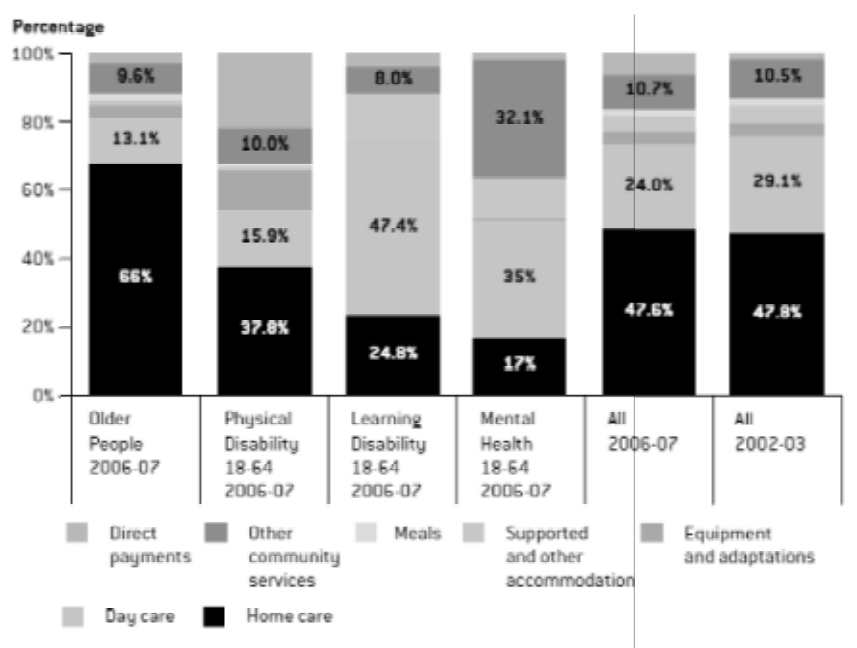
This is not because the amount of home care service was reduced, but because the proportion assigned to direct-payment was increased by 2.5% in 2002-03, 5.8% in 2005-06, and 7% in 2006-07. On the other hand, day services have been decreased every year so that only 24% of community care was day services in 2006-07. In particular, almost half of the expenditure (47.4%) on the mentally handicapped was spent on day services in 2006-07; yet, the percentage was considerably lower than 63% in 2002-03. The proportion of the expenditure on equipment and adaptations has been nearly 4% during the recent 5 years. <Figure 2> shows the proportions of expenditures on community social services on major populations.

Received
July 23, 2012

Accepted
September 7, 2012

Published
October 31, 2012

<Figure 4> Proportions of Expenditures on Community Social Services by Populations (2006-2007)



Source: CSCI. 2009. The state of social care in England 2007-2008.

3. Home Care by the Types of Providers

<Table 4>~<Table 7> show the proportion of home care provided by the government and those purchased from private organizations (for-profit and not-for-profit) separately by the major index (the total amount of service hours, service hours per week, the number of users and providers). The yearly trend of total home care service hours indicates that the total time increased by 150% from 1993 to 1999, by 200% from 1993 to 2005, and by 230% from 1993 to 2008. Specifically, the total home care time has continuously increased since the 1990s.

The change rates in total home care time according to the characteristics of service providers show that the proportion of service hours provided by local governments was over 95% in 1993, which was the year the NHSCCA was first enacted. During that year, the proportion of time provided by private organizations was less than 5%. However, the proportion provided by private organizations increased to over 50% in 1999. In 2005, the proportion of home care provided by local governments was 26.6% and that by private organizations was 73.4%. By 2008, the proportion by private organizations increased to 81.3% and that by the local government decreased to 18.7%. It can be said that by the end of the 2000s, most home care services were provided by private organizations.

Received
July 23, 2012

Accepted
September 7, 2012

Published
October 31, 2012

<Table 2> Change in home care time by the characteristics of providers (1993-2008)

YEAR	TOTAL	LOCAL GOV.	PRIVATE ORG.
1993	1,780,800	1,696,000	86,600
1994	2,215,100	1,787,000	428,200
1995	2,395,700	1,688,900	706,800
1996	2,486,700	1,581,200	900,900
1997	2,607,500	1,506,500	1,101,000
1998	2,607,400	1,410,500	1,197,000
1999	2,684,200	1,324,200	1,360,100
2000	2,791,300	1,241,100	1,550,200
2001	2,881,700	1,161,900	1,719,800
2002	2,983,200	1,078,600	1,904,600
2003	3,174,800	1,043,700	2,131,100
2004	3,359,000	1,022,400	2,336,600
2005	3,576,800	952,100	2,624,700
2006	3,726,000	920,000	2,806,000
2007	3,874,300	843,100	3,031,200
2008	4,082,900	764,100	3,318,800

* excluded the services by direct payment

Source: The Information Center for Health and Social Care, 2008. Community Care Statistics 2008: home care services for adults, England.

The number of home care users was 514, 600 in 1993; 421,000 in 1999; 370,000 in 2005; and 338,500 in 2008. These results indicate that the number of home care users have continuously decreased since the early 1990s. The main reason of this decrease, even though total home care time increased to 230% from 1993 to 2008, is that home care has been concentrated to those with high demand for care and also to the poor. It has been more and more difficult to obtain an entitlement for home care. Related to this trend, the problem of overly strict service entitlement, territorial deviation, and lack of prevention intervention became the main policy issues (Hwang, 2008).

The proportion of users utilizing services provided by the local government among all social service users in 1993 was 96%; only 4% of the users were utilizing services provided by private organizations during that year. However, the numbers of users utilizing private organizations rapidly grew during the 1990s ending at nearly 40% in 1999. The proportion of service users from the local government was 32.4%, and that of users from private organizations was 67.6% in 2005, and 22.5% and 77.5%, respectively, in 2008. It is no exaggeration to conclude that most service users came to utilize services provided by private organizations by 2008.

Received
July 23, 2012

Accepted
September 7, 2012

Published
October 31, 2012

<Table 3> Numbers of Users by the Characteristics of Providers (1993-2008)

YEAR	TOTAL	LOCAL GOV.	PRIVATE ORG.
1993	514,600	495,800	18,900
1994	538,900	479,300	59,600
1995	513,600	419,600	93,900
1996	491,100	370,200	121,000
1997	479,100	335,100	144,000
1998	447,200	284,500	152,700
1999	421,000	253,100	167,900
2000	415,800	225,800	190,000
2001	399,900	194,100	205,800
2002	383,100	167,600	215,600
2003	376,300	149,500	226,700
2004	370,900	134,100	236,800
2005	370,000	119,800	250,300
2006	358,100	104,900	253,200
2007	345,300	88,900	256,400
2008	338,500	76,000	262,500

* excluded the services by direct payment

Source: The Information Center for Health and Social Care, 2008. Community Care Statistics 2008: home care services for adults, England.

The number of home care service hours per week was 3.5 in 1993; it increased to 6.3 in 1999, 10.1 in 2005, and 12.4 in 2008. The number of hours per week in 2008 was 3.5 times more than that in 1993. The trend of service hours analyzed, according to the characteristics of service providers, is as follows. In 1993, home care service hours per week provided by the local government were 3.4, whereas that by private organizations was 4.6. Home care service hours per week provided by the local government was 5.2, and that by private organizations was 8.1 in 1999, 7.9 and 10.5, respectively, in 2005, and 10.0 and 12.6, respectively, in 2008.

This trend shows that home care service hours per week by private organizations are much more than those by the local government. This is because the cases demanding intensive care tend to use services by private organizations rather than those by the local government. Intensive cares are often accompanied with holiday care and night care, which private organizations can much easily provide than the local government. In general, local governments should obtain an agreement from the Labor Union or change the agreement conditions for public officials in order to change the fixed working schedules (Woo, 2006).

Received
July 23, 2012

Accepted
September 7, 2012

Published
October 31, 2012

<Table 4> Home care service hour per week by service providers (1993-2008)

YEAR	TOTAL	LOCAL GOV.	PRIVATE ORG.
1993	3.5	3.4	4.6
1994	4.1	3.7	7.2
1995	4.7	4.0	7.5
1996	5.1	4.3	7.4
1997	5.4	4.5	7.6
1998	5.8	5.0	7.8
1999	6.3	5.2	8.1
2000	7.0	5.5	8.2
2001	7.5	6.0	8.4
2002	8.1	6.4	8.8
2003	8.7	7.0	9.4
2004	9.1	7.6	9.9
2005	10.1	7.9	10.5
2006	10.8	8.8	11.1
2007	11.6	9.5	11.8
2008	12.4	10.0	12.6

* excluded the services by direct payment

Source: The Information Center for Health and Social Care, 2008. Community Care Statistics 2008: home care services for adults, England.

The number of service providers, according to their characteristics, shows that private organizations are much larger than that of the local government. The proportion of private organizations is increasing every year. In 2004, the proportion was 70%, and it increased to 75% by 2008.

<Table 5> Number of Home Care Providers by Characteristics (2004-2008)

YEAR (REF. MARCH 31)	TOTAL	GOV.	NOT- FOR- PROFIT	FOR- PROFIT	NHS	OTHERS
2004	1,881	340	173	1,320	7	41
2005	4,111	731	364	2,910	32	74
2006	4,632	794	409	3,286	41	102
2007	4,729	717	390	3,473	48	101
2008	4,897	680	388	3,687	47	95

Source: CSCI. 2009. The state of social care in England 2007-2008.

Received
July 23,2012

Accepted
September 7,2012

Published
October 31,2012

4. Policy Responses to Welfare Pluralism

The number of total service hours (<Table 4>) and that of service providers (<Table 7>) shows the changes in the characteristics of service providers. The proportion of total home care hours in 2008 indicates that the service hours provided by the local government was 19.7%, whereas that provided by private organizations was 81.3%. Meanwhile, in 2008, the proportion of governmental providers in terms of numbers was 11.8%, whereas that of private organizations was 83.2%. This means that the average size of private organizations would be smaller than government agencies. In effect, in the realm of home care services, most private organizations are small sized, holding less than 100 service users, which might be the most vulnerable characteristics (CSCI, 2009). This type of vulnerability might be connected to the problems of service quality. In order to lessen the problems owing to this vulnerability, the UK has tried to establish a proper quality management mechanism.

The Labor Party, as a ruling party in 1997, did not considerably change the policy framework of marketization and privatization of community care, which had been established by the Conservative Party. However, the Labor Party accepted the criticism that marketization strategies of the Conservative Party excessively emphasized the competitions among service providers, and that those strategies did not fully service the users' right of choice. The Labor Party, therefore, tried to construct a powerful service quality management institution in order to increase service stability and to ensure the safe choice of service users. This policy was implemented under the slogan of "Modernizing Strategy". Service quality mechanism was integrated based on the Care Standard Act (2000).

The major changes due to the Care Standard Act are as follows. First, the National Care Standards Commission (NCSC) was established. The mission of this organization was to register and monitor health and care service providers in order to enhance the quality of social care services. In 2004, this organization was separated to the CSCI (Commission for Social Care Inspection), and took full charge of the quality management of social care services. In 2009, the function of quality management for both health and social care services was integrated into the CQC (Care Quality Commission). Nevertheless, the changes occurred frequently and the basic principles and criteria were kept consistently.

Second, the National Minimum Standards for institutional and domiciliary services for the elderly and the disabled were established; this was used for registering and evaluating the regular inspection. Third, the Criminal Records Bureau was also constructed. This organization took charge of reviewing the criminal records of social service providers, which had been previously conducted by the policy department. Forth, the General Social Care Council was established in order to enact the code of ethics for the social care service field, and to manage the social service labor force.

The new quality management system, which unified the management practice separately, was applied to 150 local governments, respectively. Moreover, it encompassed home care services, which were not officially managed before. It also unified the rules applied to the private and public area differently. Newly introduced national minimum standards were first

Received
July 23, 2012

Accepted
September 7, 2012

Published
October 31, 2012

established to be applied to all organizations nationwide. The NCSC (changed to CSCI, and currently CQC) has endeavored to manage service providers and also produced concrete guidelines to be kept to the national minimum. The NCSC also has the authority to enforce strong sanctions on service providers who do not meet the minimum standards or to those who violate the rules.

In 2003, the proportion of service providers meeting the national minimum shows that the proportion was the highest among not-for-profit organizations, whereas that of for-profit organizations was the lowest. The proportion of government agencies were in the middle. Overall, the proportion of service providers over the national minimum standards has been growing higher since 2005, which applies to all the characteristics of the service providers. Since the proportion of for-profit organizations is overwhelmingly large, the proportion of for-profit organizations meeting the national minimum standards is similar to that of the whole social service providers. Therefore, the quality control mechanism of home care came to focus on the quality of services from for-profit organizations.

<Table 6> Proportions of meeting the national minimum standards by the characteristics of providers (2005-2008)

YEAR (REF. MARCH 31)	TOTAL	GOV.	NOT-FOR- PROFIT	FOR- PROFIT
2005	66%	63%	75%	65%
2006	72%	72%	76%	72%
2007	78%	78%	83%	77%
2008	82%	83%	87%	81%

Source: CSCI. 2009. The state of social care in England 2007-2008.

IV. Conclusion

Since the 1960s, the proportion of cash benefit has decreased, whereas the number of beneficiaries of social services as an in-kind benefit has increased in the U.S. In particular, it has been emphasized in constructing a policy environment that service users as consumers in order to have a power to select service providers in the U.S. It is essential that a certain number of service providers should be secured in order to assure the right of choice among service users and to establish the stable base of service provision. In the U.S., a large number of for-profit organizations have entered the social service field since public budgets on social service rapidly grew in the 1960s.

As a result, the proportion of for-profit organizations in the social service field has continuously increased, while those of not-for-profit organizations or government agencies have decreased. The changes in proportions of service providers, in terms of their

Received
July 23,2012

Accepted
September 7,2012

Published
October 31,2012

characteristics, as shown above, are closely related with those in the way of reimbursing social service costs to service providing organizations. Also, there are differences in service contents according to the types of service providers. For instance, chronic daily care in home health services tend to be provided by for-profit organizations, whereas not-for profit organizations have the tendency to provide services such as post-hospitalization.

Moreover, it is quite different in the number of service providers between urban and rural area. A rural area has a different condition in terms of accessibility to service users, the possibility of securing volunteers, and referring the cases from an urban area. Due to such differences, it can be stated that not-for-profit organizations are more appropriate than for-profit organizations as social service providers in a rural area (Skinner & Rosenberg, 2006).

Along with the continuous increase of for-profit organizations, the necessities of managing the quality of social services have been emphasized. In 1996, the NPI institution was established as a unified quality control mechanism, which should be applied to all service organizations on a nationwide level. Both the federal government and the state government utilize the NCQA, which is a private quality assuring organization for the social care field, established in 1990.

In the UK, local governments have kept deducing their direct providing role in social services and increasing their service purchasing role, since the NHSCCA was enacted in 1990. 20 years after, the community care provided brought changes in decreasing institutional services and increasing the community-based care. In the realm of home care services, the total number of service hours considerably increased, whereas the number of service users relatively decreased. The number of service organizations consistently and largely increased every year. Primarily, the number of for-profit organizations grew very rapidly, so that the proportion of for-profit organizations was 75% in 2008. This trend was intentionally designed since 1990 when NHSCCA was legislated (Filinson, 1998), and this intention was fulfilled by the government's consistent interventions.

It was found that for-profit organizations are relatively smaller and more vulnerable than other types of service providing organizations. Dealing with this problem, the UK government systematically established a quality management framework in order to prevent the deterioration of service quality related to the increase of for-profit organizations. In 2000, the Care Standard Act was conducted in order to implement a nationwide quality management system. According to this act, the independent institution took full charge of the quality management (currently CQC), and the institution of national minimum standard for social care was established. By standards, service organizations should registered and be inspected. Owing to this effort, the level of fulfillment meeting the national minimum standards has consistently increased; nevertheless, social care services are highly dependent on for-profit organizations.

In South Korea, the proportion of for-profit organizations is already very high in long-term care insurance. Among 4,174 care homes in April 2012, the number of local government

Received
July 23, 2012

Accepted
September 7, 2012

Published
October 31, 2012

agencies is 109 and the number of not-for profit organizations is 1,412. Further, for-profit organizations are 2,608, the proportion of which is up to 63%. Among 8,656 organizations providing in-home care services, 30 organizations are run by the local government and 1,594 are run by not-for-profit organizations. 6,978 organizations are for-profit organizations, the proportion of which is 81%.

Since the proportion of for-profit organizations is very high and furthermore, growing more and more, the proper policy responses are crucial issues for the success of social care policy. The increase of for-profit organizations is a common phenomenon for countries to emphasize the right of choice among social service users. This trend can be understood as one of a neo-liberalistic policy approach, which lessens the role of the government as a service provider and refers the service providing role to private organizations.

However, in the U.S. and in the UK, for-profit organizations have developed their own roles, such as providing services needed for chronic or serious disease need, rather than for mild cases. Also, they are likely to provide irregular care services, such as weekend or night care. In South Korea, heavy care needs are increasing as the number of the elderly are growing and growing. This trend is apt to encompass the increasing need for night or weekend care. Responding to these needs, small sized for-profit organizations would increase in the near future, which in turn may increase the importance of establishing a quality management system. Similar to the U.S. and the UK, South Korea also has to establish a systematic quality management institution, which would take full charge of setting up management standards and implementing those rules to providers on a nationwide level.

References

- 1) Audit Commission. 1986. *Making a reality of community care*. HMSO.
- 2) Center for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2010, 2009, 2008, 2007, 2006, 2003, 2002 *Data Compendium*. (http://www.cms.gov/DataCompendium/15_2009/DataCompendium.asp)
- 3) Center for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2008. 2009. *Medicare & Medicaid Statistical Supplement*.
- 4) Center for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2010. *Nursing Home Data Compendium 2009 Edition*.
- 5) Center for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2011. *Home Health Study Report*. L& M Policy Research.
- 6) Choi, S. & Davitt, J. K. 2009. Changes in the Medicare Home Health Care Market: The Impact of Reimbursement Policy. *Medical Care* 47(3), 302-309.
- 7) CMS Homepage: <http://www.cms.gov/>
- 8) CSCI. 2009. *The state of social care in England 2007-2008*.

Received
July 23, 2012

Accepted
September 7, 2012

Published
October 31, 2012

- 9) Department of Health and Human Services (45 CFR Part 162). 2004. *HIPAA Administrative Simplification: Standard Unique Health Identifier for Health Care Provider*. Final Rule.
- 10) Department of Health. 1989. *Caring for people: Community care in the next decade and beyond*, London: HMSO.
- 11) Department of Health. 2003. *Community Care Statistics 2003: Supported Residents (Adults), England*.
- 12) Filinson. 1998. "The impact of the Community Care Act:: view from the independent sector." *Health and Social Care in the Community*, 6(4): 241-250.
- 13) Gilbert, N. 1993. From "Welfare" to "Enabling State. In *Balancing Pluralism: New Welfare Mixes in Care for the Elderly*, Evers, A. & Svetlik, I.(Eds.). Ashgate Publishing.
- 14) Glendinning, C. 1991. "Losing ground: social policy and disabled people in Great Britain, 1980-1990." *Disability, Handicap & Society*, 6(1): 3-19.
- 15) Griffiths, R. 1988. *Community care: agenda for action*. London: HMSO.
- 16) Harris, J. and Y. C. Chou. 2001. "Globalization or glocalization? community care in Taiwan and Britain." *European Journal of Social Work*, 4(2): 161-172.
- 17) Health and social care information center. 2004. *Community Care Statistics 2004: home care services for adults, England*
- 18) Hwang, Duksoon, 2008. The Effects of Extending Market Principle in Personal Social Service in the UK. Labor Policy Report, 8(3): 63-91.
- 19) Klees, B. S., Wolfe, C. J., & Curtis, C. A. 2010. *Brief summaries of Medicare & Medicaid*. Title XVIII and Title XIX of Social Security Act. CMS/ DHHS. Health Care Financing Review/ 2010 Statistical Supplement.
- 20) Lewis, J. and H. Glennerster. 1996. *Implementing the new community care*. Bristol: Open University Press.
- 21) Medicare Homepage: <http://www.medicare.gov/>
- 22) NCQA Homepage: <http://www.ncqa.org/>
- 23) NCQA.2009. *NCQA Medicaid Managed Care Toolkit: 2010 Health Plan Accreditation Standards*.
- 24) NCQA. 2010. *States Using NCQA Accreditation for Medicaid Plans*.
- 25) Skinner, M. W., & Rosenberg, M. W. 2006. Managing Competition in the Countryside: Non-profit and for-profit perceptions of long-term care in rural Ontario. *Social Science & Medicine* 63, 2864-2876.
- 26) Smith, S. 2007. Transition to Contracting Regime: US Social Services Provision System. International Symposium on Social Service Provision System in South Korea.
- 27) The Information center for health and social care. 2006. *Community Care Statistics 2006: home care services for adults, England*.
- 28) The Information center for health and social care. 2008. *Community Care Statistics*

Received
July 23,2012

Accepted
September 7,2012

Published
October 31,2012

- 2008: home care services for adults, England.*
- 29) The Information center for health and social care. 2009. *Community Care Statistics 29) 2009-10: social services activity report, England.*
- 30) Ware, P., T. Matosevic, J. Forder, B. Hardy, J. Kendall, M. Knapp and G. Wistow. 2001. "Movement and change: independent sector domiciliary care providers between 1995 and 1999." *Health and Social Care in the Community*, 9(6): 334-340.
- 31) Woo, K. 2006. Increasing Supply of the Community Care Services for the Elderly through the Private Sector: Lessons from the UK. *Journal of Welfare for the Aged*, 32: 223-245.

Received
July 23,2012

Accepted
September 7,2012

Published
October 31,2012

ORIGINAL ARTICLE

Assessing Training System for Social Service Workers in South Korea: Issues and Policy Agenda*

Jaewon LEE ¹⁾ , Hyungjo HUR ²⁾

1) Professor, Pukyong National University

2) Ph.D Student, Ohio State University

ABSTRACT

Government is the principal operator in developing necessary human capitals for societal and economical needs. The importance of quality and supply control of talents by government is especially crucial in the fields directly involved with the well-being of its citizens such as the health care service and education. However, little had been done to ensure the qualities and supply of professionals in social service sectors (e.g. social workers) in South Korea. In recent years, government has realized that the traditional approach of 'social welfare service' is incapable of dealing with new social problems such as sky-rocketing youth unemployment, low birth rates, rapid ageing, and the changes within traditional families. This paper discussed the current structures and challenges faced by the South Korean government in training qualified social service professionals in order to meet the demands from broadened social service scheme. This paper also analyzed the socio-economic contexts surrounding the social services. With both internal and external factors surrounding the social service regime, it is necessary to reform the current human resources program (both training and recruiting) within the sector to be more efficient with higher standard of qualities. Finally, this paper pointed out future policy issues in order to create sustainable and quality social service training programs.

<Key-words>

Korean Social Service Policy, Social Service Worker, Social Service Job, Social Service Licensure

Asian J Human Services, 2012, 3:60-76. © 2012 Asian Society of Human Services

Received
July 20, 2012

Accepted
September 26, 2012

Published
October 31, 2012

* This work was supported by the National Research Foundation of Korea Grant funded by the Korean Government (NRF-2010-330-B00265)

I . Introduction

Government is the principal operator in developing necessary human capitals for societal and economical needs in South Korea. Private sectors, such as corporations, do provide some training deemed necessary for certain sectors of the economy. However, they are limited by the fact that societal needs for new talents are often heterogeneous and unpredictable; *lassiez-faire* approach would not accommodate all of those needs, causing market failure. Therefore, government plays key role in setting up quality standards and enforce them (such as providing licensure to certain professions) in order to maintain quality of human capital development programs over the board and control the supply of new talents to a market equilibrium level.

The importance of quality and supply control of talents by government is especially crucial in the fields directly involved with the well-being of its citizens such as the health care service and education. For instance, South Korean government requires training institutions (universities, graduate schools etc.) in those fields to meet the national professional standards. At the same time, government controls the number of professionals, such as doctors and nurses, to be trained by operating a controlled license regime (either directly or in collaboration with professional boards) with pre-determined fixed numbers of licenses every year. The regime also applies to other professions in business services as well, such as attorneys and certified accountants.

By contrast, little had been done to ensure the qualities and supply of professionals in social service sectors (i.e. social workers) in South Korea. Though certified social worker scheme does exist, it was never the top priority of the government to maintain quality and supply control, despite the fact that social workers are equally essential part as medical professionals in the well being of citizens. This is due to long standing perception on 'social welfare services' by previous South Korean administrations as minimal security for the population in economical troubles. The common concept that social services are under the realm of volunteerism also negated the government's desire to establish a quality control in the professionals in the field.

In recent years, however, government has realized that the traditional approach of 'social welfare service' is incapable of dealing with new social problems such as sky-rocketing youth unemployment, low birth rates, rapid ageing, and the changes within traditional families. In 2011, South Korean government revised its Social Security Act to broaden the definition of social services from mere supplemental programs for the economically poorest, to general services for much broader population with multiple issues, such as counseling and intervention for substance abuse. In order to accommodate the newly added target population for more people-oriented social services, new system needs to be implemented in order to provide qualified professionals in this expanded field.

This paper discussed the current structures and challenges faced by the South Korean

Received
July 20, 2012

Accepted
September 26, 2012

Published
October 31, 2012

government in training qualified social service professionals in order to meet the demands from broadened social service scheme that targets virtually everyone in the nation. This paper also analyzed the socio-economic contexts surrounding the social services. Finally, this paper pointed out future policy issues in order to create sustainable and quality social service training programs.

II. The Context for Training Social Service Workers

1. Trends in demands and supply of the social services

Under the official Industrial Field Categories, social service in South Korea falls under multiple categories, such as public administrative service. This is due to lack of clear boundaries in defining 'social services' in contrast to other 'public services'. Social Security Act of Korea, which is the key legislation in operating social services, the definition of social services is broadly defined, and the Ministry of Health and Welfare, ministry responsible, defines social service more close to the traditional field of 'social welfare service' shown on table 1 below, though the term 'social services' can be allocated in any categories listed on the table.

In traditional 'social welfare services' approach, needs for certified service professionals were relatively low because the target population was severely limited to people under the official poverty line. With an expansion of the target areas of social services in recent years, however, there needs to be a sustainable structure to provide qualified professionals who are trained to provide services to meet the various needs of the target population.

There are four main areas that demands for social service professionals will increase in South Korea within next decades, mainly due to policy interventions of general societal shifts. First, with the changes in traditional social institutions, such as families and local communities, it is expected to see the surges in alternative social care systems that will replace the crumbling traditional institutions. Already, there is a great demand in privatized care services, such as child and youth care, to fill in the voids left by the traditional family values.

Second, as senior population increases rapidly in the nation, demand for senior care has been increased tremendously. With the concept of "New Aging" - senior population who are still active in the social scenes even after they retire from primary careers - on the rise, newly entered senior population requires more diverse services available, ranging from recreational activities to daily care services.

Third, with women's participation in economic activities are on the rise, there are voids need to be filled by the society that was once the domains of married women-i.e. childcare. Since childcare requires professional knowledge in early childhood development, training service workers in this field are especially crucial in supplying stable number of

Received
July 20, 2012

Accepted
September 26, 2012

Published
October 31, 2012

professionals.

Forth, as South Korean economy transforms from manufacturing-based to knowledge based service economy, social services are widely perceived as a career path that can replace shrinking manufacturing jobs for young people. With improved conditions and necessary trainings, government is expecting the social service field to create jobs for young people to take it as a life-time career. In other words, while expansion of social services deals with new social problems, expansion of social services may become a new growth industry of its own for the nation.

Table 1. The Job Scope for Social Service

Area	Detailed Jobs
Public Administration Services	Legal/Administrative manager in government, Law Enforcement officers/Emergency Service workers, Administrators in local government, Revenue/Custom officers, Military affairs officers, Clerical and Administrative officers in government, Correctional officers
Educational Services	School administrator, School Board Superintendent, Professors/Instructor-university, Instructor-college, Special-Ed teacher, High school teacher, Auxiliary teacher, Other teachers/instructors (e.g. computer instructor, tutors, daycare teachers, sports and recreational instructors etc.)
Health/Medical Services	Doctors-professional, General Practitioner, Acupuncture and Herbal Medicine Specialist, Dentist, Pharmacist, Nurses, Dental Hygienist, Physic/Occupational therapist, Pathologist, Radiation technologist, Optometrist, Massage Therapists, Hygienist, Nutritionist, Emergency Medical Professionals, Hospice Care workers, Physician's Aid, Health Administrator, or anyone else involved in health/medical field.
Social Welfare Service	Social Workers, Counselors, Community Organizers, Daycare/Child Care workers.

Source: Cho et al. (2010:14)

While demands for social services and related professionals are expected to grow in coming years, supply side of the services possesses different pictures. With low-birth rates decreases the potential labor pool, expansion of social services will be challenged by the shortage of professionals. While immigration of young population may be the solution, cultural and linguistic uniqueness of the Korean society makes it not reliable.

Unlike traditional 'social welfare services', where only selected few were eligible for the benefit, the expanded social services involves more customer, and perhaps even market approaches in providing services to the public. Unlike many other professional categories on table 1, for instance, social service professionals do not possess strong authorities in

Received
July 20, 2012

Accepted
September 26, 2012

Published
October 31, 2012

providing services than other related professions, such as doctors, administrators etc. As the government approach toward social services changes from supplier-based to customer-based, it may lead to reduced interests for young talents toward social service sectors, as they are more likely to choose the area with more control over their authorities, such as health or educational sector. It is therefore crucial for policymakers to pay close attention about the potential gap between supply and demand of the social service professionals.

2. Social service as an alternative career path

Social Service has been recently touted as a new source of job growth in South Korea, as a country enters into low-growth phase of the economy. Still, employment is quite low in this field in comparison with other OECD nations. According to International Labour Organization (ILO) reports on 2008, social service sector employs around 21.5% of the total active labor pools (among them, 9.6% were from health/welfare sector). By contrast, only 14.7% of active Korean workers (3.6% in health/welfare sector) were employed in the social service sector. This is low even compared to the U.S. where 26.3% of paid workers (12.5% in health/welfare) are in social service sectors despite low public spending on social services in general.

To increase the employment in the sector, the government has recently announced to invest 1 trillion Korean won (approx. 900 million USD) in 5 core social service sectors, and create 280,000 jobs by 2014. In addition, government has announced the plan to improve and control the qualities of professionals entering the field, including creating a new license regime for currently unregulated areas such as audiologist, linguistic therapist, and funeral directors.

There are few hurdles to jump over in order to make the social services as a solution to counter the unemployment, particularly among youths. In order for social services professions to be attractive by young talents, it needs to possess market competitiveness against other similar sectors. Two main factors for market competitiveness are innovation and value added creations, which majority of current social services schemes are not keeping up with market demands. Low value added activities, such as babysitting, would not be sustainable and suitable to create massive jobs for qualified professionals. Over-creation of jobs in those low skilled works may cause the collapse of the profession itself by Baumol's Cost Disease theorem. Government mandated cost-fixation or subsidies for those low skilled social services may be used, though they both require serious political and social capitals for the government to pursue.

To make the social service an independent sustainable industry, its products need to be marketable and able to generate profit. However, due to its labor intensive nature which limits its potentials to be innovative, and high elasticity of demands, it is not suitable for the private entities to pursue the service through innovation in a market setting. With lack of profitability, social services are simply not attractive enough for the capitalist

Received
July 20, 2012

Accepted
September 26, 2012

Published
October 31, 2012

market system.

Overall, social services should be the job creator for young population in order to be an effective and sustainable tool to deal with unemployment. This is also crucial in order to boost up the social service's profile within the policymaking structure in South Korea, where social services were traditionally viewed as voluntary or mere extra income activities for near-retirees and therefore never taken seriously as a part of national human capital development. However, due to the nature of funding for the social services (majority of the funding should come from taxpayers pocket due to its unattractiveness in the market mentioned above), allocating wages for young professionals may be challenging, especially since all those trained young professionals will start at higher-than-average wages. At the same time, relatively low chance of upward mobility within the field (just like many other service industry jobs) makes it difficult for the potential young professionals to be excited about making social service as their life career.

Table 2. Career Ladder of Industrial Society and Social Industrial Society

Ladder of Industrial Society	Profession Age	Ladder of Social Industrial Society (Post-Industrial Society)
Executive and the Board Manager, Inspector Skilled Manual Worker Unskilled Manual Worker	⇒	Expert Quasi-Expert, Technician Skilled Service Worker Unskilled Service Worker

Source: Esping-Anderson (1999)

III. The Supply Side for Korean Social Service Worker

1. Current issues for social service workers

The Ministry of Health and Welfare has reported that there were around 2.127 million people hired by the social service sectors as of June 2011. This is an increase of 165,000 employees over the last year, and takes up one-sixth of the total employment growth during the same time period. Child and youth care, including babysitting, showed the strongest growth, followed by health services, community services, and non-residential social services. The growth trend is expected to continue, as government spends more on social services in the wake of global economic recessions, and the fact that South Korea still ranks bottom among OECD nations in social spending, leaving larger rooms to grow.

Lee et al. (2010:55) has calculated the estimates on demands for human resources in the social service sector in comparison to other industries/sectors. According to the study,

Received
July 20, 2012

Accepted
September 26, 2012

Published
October 31, 2012

sector will add 494,000 new positions by 2019, an annual increase of 3.5% from 349,000 new positions added in 2009. Amongst the sub-fields of the social services, child and youth care will add the largest number of new positions with 85,000 already added in 2010, followed by long term senior care (161,000 added in 2010), disability care (27,000 in 2010), and community social service investment (61,000 in 2010). Apart from long term senior care, all other sub-fields are operated by private social providers with a government subsidy directly to customers through e-voucher programs. Those sub-fields, therefore, uses market mechanisms as an operating ground, as well as filling in new talents.

Table 3. The Scale of Care Giver Trend in Social Service E-Voucher Program

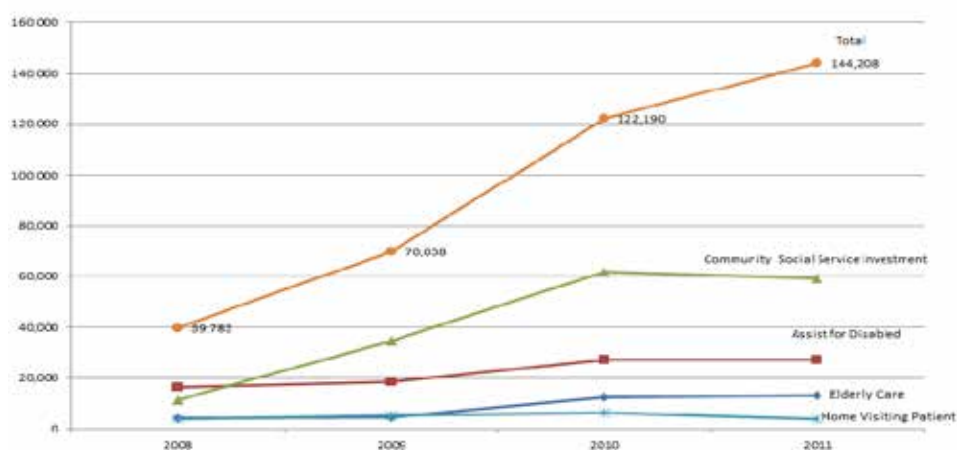
(Unit: person)

		Elderly Care	Assist for Disabled	Support for Disabled	Community Social Service Investment	Supporting Mother and Baby	Home Visiting Patient	Rehabilitation for Disabled Child	Supporting Language Development	Total
2008	Sum	4,341	16,423		11,486	3,687	3,846			39,783
	Man	69	2,289		1,040		20			3,418
	Woman	4,272	14,134		10,446	3,687	3,826			36,365
2009	Sum	4,499	18,611	-	34,872	3,977	5,391	2,688	-	70,038
	Man	31	2,323	-	4,056	-	14	236	-	6,660
	Woman	4,468	16,288	-	30,816	3,977	5,377	2,452	-	63,378
2010	Sum	12,381	27,499	-	61,607	9,554	6,305	4,802	42	122,190
	Man	112	3,735	-	8,412	-	28	394	2	12,683
	Woman	12,269	23,764	-	53,195	9,554	6,277	4,408	40	109,507
2011	Sum	13,052	27,311	26,008	59,260	8,735	4,062	5,662	118	144,208
	Man	99	3,447	3,126	7,453	2	16	444	5	14,592
	Woman	12,953	23,864	22,882	51,807	8,733	4,046	5,218	113	129,616

Source: www.socialservice.or.kr

Figure 1. The Scale of Care Giver Trend in Social Service E-Voucher Program

(Unit: person)



Source: www.socialservice.or.kr

Received
July 20, 2012

Accepted
September 26, 2012

Published
October 31, 2012

Table 4. The Wage Condition of Social Service Areas (2008)

(Unit: person, %, 10,000won, time)

Scale		Age Distribution					Wage Condition	
		The Twenties	The Thirties	The Forties	The Fifties	Total	salary	Working Hour per Week
Social Service Related Jobs	Public Administration Service	62,106	174,409	192,644	112,238	541,397	304	57.4
	Educational Service	445,801	549,466	414,155	211,282	1,620,704	232	49.6
	Health and Medical Service	229,659	198,643	123,678	100,612	652,592	224	58.4
	Social Welfare Service	32,883	43,943	52,767	66,481	196,074	133	59.9
	Sum	770,449	966,461	783,244	490,613	3,010,767		
Others		3,253,382	5,015,300	5,781,484	6,673,069	20,723,235	199	59.8
Total		4,023,831	5,981,761	6,564,728	7,163,682	23,734,002		
Ratio		The Twenties	The Thirties	The Forties	The Fifties	Total		
Social Service Related Jobs	Public Administration Service	11.5	32.2	35.6	20.7	100.0		
	Educational Service	27.5	33.9	25.6	13.0	100.0		
	Health and Medical Service	35.2	30.4	19.0	15.4	100.0		
	Social Welfare Service	16.8	22.4	26.9	33.9	100.0		
	Sum	23.5	33.5	28.1	15.0	100.0		
Others		15.7	24.2	27.9	32.2	100.0		
Total		17.0	25.2	27.7	30.2	100.0		

Source: Cho et al. (2010:21)

With all the increases in quantities, however, improvements in work conditions does not seem to catch up with the trend. According to the recent data, there are around 3 million people working for the broader social service sectors (including educational services, which takes 53.8% of the total social service workers), which is 12.7% of the total active labor pools (Cho et al. 2010:15-19). Women take 78% of the total workforce in social welfare services, and 50.9% of the social service workers have less than secondary educations. This is mainly due to the preference over under educated employees among daycare businesses, which takes the bulk of total social service works. They worked long hours (around 59.9 hours per week, the longest amongst all social service disciplines) and paid the least amount, around 1.33 million Korean won per month (about 1200 USD/month).

Despite negative conditions in many of social service professions, there are some positive signs among other sectors of the social services. Particularly the Community Social Service Investment (CSI) program, which the government initiated in 2007, showed the possibilities to provide new types of employments with better conditions than other social services jobs such as daycare. The community service program showed its strengths on diversity and flexibility, where it can provide multiple services in diverse formats and media based on local population needs, both for users and employees. Currently, there are around 500 different programs operated under community services scheme as of 2011.

Received
July 20, 2012

Accepted
September 26, 2012

Published
October 31, 2012

Table 5. Contents and Examples of the Community Social Service Investment (CSI) program

Business Field		Program Example
Support for Life Environment	Residential Environment	Sanitation for public facilities such as community centers and playgrounds Disinfecting Senior Citizen Center
	Health Care	Nutritional support, Senior/Mental health assistance,
	Care Environment	Services for senior services including recreational activities, mobile laundry services, senior community establishment etc.
	Family Culture	Supporting family-oriented activities, such as traveling, bridging the gap between generations
Support for Improving Child's Ability	Support for Child Development	Language classes/Science Class/ Youth Leadership Class. Running communal spaces for children such as library
	Support for handicapped child	Supporting children with disabilities, Providing maintenance/rental services for necessary equipment such as wheelchairs, Developmental programs for children with mental illnesses, Therapeutic classes
	Support for Health Development	Classes for Children's mental development, counseling/intervention services for children in trouble, Intervention,
Support for Social Activity	Support for Children	Daycare services for working mothers, Special care for young adult with developmental disabilities
	Support for Special family	Multicultural family services, Single parent support system, family counseling services
	Combination of Labor & Welfare	EAP services for working people, Customized employment and social services

Received
July 20,2012

Accepted
September 26,2012

Published
October 31,2012

Table 6. Market Condition Examples of the Community Social Service Investment (CSI) program

Business	Description	Wages (Monthly)
Intervention Service in Early Stage for Chile Health Development (Daejeon)	Cognitive Behavioral therapy, Linguistic therapy, Mobile services up 10 times per month	1.7 million Korean Won (KRW) (1500 USD)
Psycholinguistic Therapy for Children and Adolescents (Gangreung)	Art/Music therapy, Psychotherapy/counseling up to 4 to 8 times per month	2-3.5 million KRW (1800-3100 USD)
Business for Chile Health Development (Chungju)	Physical/Cognitive/Linguistic Therapy up to 10 times per month alongside parental counseling	1.3 million KRW (1100 USD)
Health Development Service for Aged People in Farming and Fishing Village (Jeonnam)	Physical training, Medical Check-ups, Dance Sports and Spa therapy, with some alternative therapies such as laughing and singing classes	1.2-1.5 million KRW (1050-1350 USD)
Customized Exercise Prescription Service (Gongju)	Customized physical training for seniors, pregnant women, physically disabled person (In conjunction with University Entrepreneurial Venture)	1.5 million KRW (1350 USD)
Service for the Aged to Prevent Degenerative Diseases (Mokpo)	Massage Therapy, Physical Therapy	1-1.6 million KRW (900-1400 USD)

Source: Lee (2008)

2. Managing training programs for care service worker

As mentioned before, social service professions, care services (such as babysitting or senior care) and educational services (such as after school teachers) takes the majority share of the total social service professions. The former focuses on personalized cares for seniors, pregnant women and infants, while latter is oriented toward school aged children. In terms of professional trainings for care service workers, there is currently no centralized system of certifications; each service providers, most of them privately operated, operate their own training programs. This is mainly due to the fact that the government approach in this matter has always been reactive to rising social issues, instead of being proactive and establishing holistic structures.

Lack of harmonized structure of training had caused severe backlogs in training and placing necessary professionals in timely manner, as some of candidates had to start from the scratch when they want to move from one institution to the other. For instance, the Ministry of Health and Welfare had tried to create the uniform 30 hour training for all care service workers, but faced challenges in coordinating efforts among different

Received
July 20, 2012

Accepted
September 26, 2012

Published
October 31, 2012

government agencies responsible for different types of care services. Under the current system, senior care and maternity care goes through completely different training tracks, and responsibilities to administer the process is unclear among multiple agencies in both public and private sectors.

Another obstacle facing professional development of care service workers is the lack of coherence in government policy regarding mobilizing care service as a new growth area for job creations. Currently, care service workers are widely regarded as a 'career for low-income households' with below average wage levels earmarked from the government. Though this may provide some job opportunities for low income families, it may have negative consequences in turning away larger pool of talents, who are mainly young and looking for careers with average salaries.

Table 7. Caregiver Entry Condition and Support Statement

	Course of Study and Time	Educational Institution	Educational Cost
Nursing Home	<ul style="list-style-type: none"> ○ Caretaker Service License Class 2 ○ Receiving trainings from designated institutions ○ Receiving 120 hours of training from related institutions other than designated ones 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Designated Caretaker institutions (senior care included) ○ 5 nationally designated On-the-job training centers. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Caretakers are responsible of their own insurance payments (such as Employment Insurance) ○ Government Subsidizes 100% of the training
Senior Care	<ul style="list-style-type: none"> ○ Caretaker Service License Class 2 ○ For services in remote rural areas, institutional requirements will be exempt (on-site training will be conducted) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Designated Caretaker institutions (senior care included) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Caretakers are responsible of their own insurance payments (such as Employment Insurance) ○ Individual Service providers are on their own for training expenses
Activities Assistance for the Disabled	<ul style="list-style-type: none"> ○ Basic Training: 40 hours ○ Experienced Care Service workers (at least 360 hours from previous year) : 20 hour Basic training 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Regional designated training institutions ○ Candidates recruited by individual service providers ○ 8 hour on site training for first time practices 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Basic Training: 100,000 KRW (90 USD); government takes half the cost ○ Training for experienced: 50,000 KRW (45 USD); government take the half
Helper for Maternal and Newborn	<ul style="list-style-type: none"> ○ Basic Training: 80 hours - Basic 40 hours - Specialized: 40 hours ○ Experienced Care Service Workers : 40hours 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Assigned by local authorities on basis of accessibility by candidates (up to two can be assigned by each jurisdiction) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Up to 150,000KRW (135 USD) supported by government

Source: Kang et al (2010:30)

Since training procedures are basically on the hands of individual service providers, heavy burdens are being placed for future care service workers, who sometimes may have to pay for their own training if the agency he or she applied is too small to offer trainings. There are also regional disparities in training as well; since independent training agencies for care services require certain amount of participants to run the program, some areas may not have enough participants to get the program running in their own areas. Even if training is available, quality control seems to be almost non-existent. There are no verification processes on whether potential candidates had completed the program with competent level of understandings; there are even cases that some participants may just attend the program and get certified without an intention to join the field, wasting valuable resources to train people who will actually enter the service.

Received
July 20,2012

Accepted
September 26,2012

Published
October 31,2012

Most of programs are focused on health/medical aspects of the services, rather than interactive part such as counseling and relationship building with target population.

Table 8. Nursing Related Care Giver

	Carer	Home Supporter	Nursing Helper	Care Worker	Professional Carer
Legal Base	None (run by private providers)	Senior Welfare Act	Social Security Act	None (run by private providers)	Disability Benefit Act
Service Place	Households, Medical Institutions,	Households	Households, Medical Institutions	Household, Medical Institutions	Households, Service Providers
Training Institute and Time	Korean Red Cross	Designated by Ministry of Health and Welfare (Paid 40 hours, Un-paid 20hours)	Designated by Ministry of Health and Welfare (Course works: 50, hours Practical: 30 hours On Site training 40 hours)	Level 1: Universities and Colleges Level 2: (200-300 hours of course works required)	Designated by Ministry of Employment and Labor (40 hours (16 hours on site training required))

Source: Kim et al (2007:38)

Care service workers who are currently part of e-voucher transfer system are required to update their profiles on centralized system, though they are not required to put professional profiles (such as experiences and relevant licenses etc.) on the system. Despite the importance of professional development provisions for care service workers, it is still unclear whether the government is going to add professional profiles on the system due to its complexity in implementation. Hospice care is the one example of this dilemma; although it works at the medical site and sometimes acts as the quasi-health service provider, their professional records are not kept or asked by the government. In most cases, they work on the contract basis with guardians of the patients (which put them out of the e-voucher transfer system). In addition, their services are certified based on multiple legislations (such as Social Security Act, Disability Benefit Act, and Senior Welfare Act etc.) and multiple private institutions.

Long-Term Caretaker is the new category of the care service workers that started in 2008 when Long-term Care Insurance was established for seniors. Class 1 long term care takers are eligible to work on the senior home and conduct counseling and caretaker services in related facilities after receiving 120 hours of education (50 on-site hours) in designated institutions. Class 2 license requires 40 hours of training, and it allows similar activities that are allowed by Class 1 certification, though their job descriptions

Received
July 20,2012

Accepted
September 26,2012

Published
October 31,2012

are limited to manual caretaker services.

Since its inauguration, demands for long term caretakers has been skyrocketed and so as the vacancies for the position as well. At the same time, however, service providers in the field are suffering from worker shortages, which led to the increased employment of under-qualified professionals and therefore lower quality services for recipients. This is due to poor work environment faced by long term caretakers (Jung, 2010). Average salaries was around 1 million KRW (900 USD) per month, and their hourly wage was only around 6,219 KRW (less than 5.50 USD), which was only 58% of average wage workers in the country.

3. Professional licensure regime for social service

Professional licenses are created in the field where high level of technicalities and expertise are required to function in full capacity. As of 2010, there are 1,504 professional fields that require licenses in the whole service industry, and 58.1% of them belong to greater social service sector (health, education, social welfare service, and public services). Current social service license regime comprises of three government-certified types, 3 national technical licenses and various privately-regulated licenses.

Current professional license regime in social service can be characterized by four main features. First, government plays minor role in operating the regime, with multiple private institutions runs similar license schemes. There are 32 professional license schemes operated directly by the Ministry of Health and Welfare, and only 3 of them were for social service fields other than health/medical disciplines. This shows the negligence by the government in promoting professional quality of the social services due to minimalist social welfare policy which were mentioned at the beginning of this paper. There are also risks that multiple private actors may manipulate potential candidates for the social service fields, as lack of standardized system often leads to lack of proper channel to receive accurate information about the field. Private actors tend to distort the information for their own benefit; this is especially true in current social service professional license regime where multiple private actors are competing against one another.

Received
July 20, 2012

Accepted
September 26, 2012

Published
October 31, 2012

Table 9. The License Types for Social Service

	License Types
National License	Social Workers (psychiatric/clinical)
National Technic License	Consumer Counselor, Vocational/Career Counselor, Clinical trial counselor
Private License (Samples)	Developmental therapy specialist, Rehab/recreational therapy specialist, sign language translator, Special education teacher/administrator/therapist, Babysitter, Youth development psychologist, Child development specialist, Child recreational counselor, Child traumatic damage rehab counselor, Senior rehab specialist, Family counselor, Multicultural family counselor, Sexual abuse counselor, School bullying counselor, Psychological counselor (reading/drawing/analytical/rehab/developmental), Clinical art counselor, Professional counselor, Anger management counselor, Social service manager, Household safety manager, Volunteer coordinator, Fundraising specialist, Hospice volunteers etc.

Source: Lee et al (2010:64)

Second, there is a fundamental barrier that prevents “professionalization” of the field. Social service in general involves both therapeutic (intervention) and prevention tools in dealing with people’s needs. However, South Korean government puts restriction on usage of term ‘therapy’, as it is only reserved for medical activities. This limits the growth boundaries of the social services in general, and puts into conflicts of interests against other related professions (i.e. health/medical). Although social services plays vital role as a first respondent of the traumas faced by ordinary people before it gets into clinical problems, current restrictions forces them to take mere counseling roles with very limited intervention tools before traumas get full-blown problems. With lack of activities allowed, the whole field is also facing problems for its internal growth, as the opportunities to professionalize the field are being narrowed, thus de-motivating service providers to further enhance their skills.

Third, there is a lack of supervision amongst different private license regime, as there are virtually no official mechanisms to assess the qualities of different systems. Some of those private license granting organizations even form a cartel and focuses more on increasing their own benefits by over-issuing the licenses without considering the market conditions and its professional qualities. As unqualified licenses are being poured into the labor market without restrictions, they drag down the quality and credibility of the whole license system. For service recipients’ point of view, low quality practices by licensed professionals in social services make them to distrust the system itself, which leads to the slowed growth (or even recession) within the social services. The ultimate victims will be the new professionals with licenses, who would witness the degradation of

Received
July 20,2012

Accepted
September 26,2012

Published
October 31,2012

their qualifications, and less jobs than originally expected.

Forth, diverse programs within the community service scheme make it challenging to get necessary professional talents on site. According to the “Rights to Access Social Services” act, all community service programs receiving e-voucher transfer system must report their service providers and their qualifications to the Ministry responsible. Unlike other single entity social services, however, community services require customized professional qualifications for all of its 500 operations, and they often involves multiple regulatory agencies with different rules to follow. Without a single umbrella organization to streamline the human resources management procedures, community service operators are facing fundamental limitations in increasing their capacity.

IV. Policy Agenda for Korean Social Service Professional Development

With rapid changes in traditional family and community values, which acted as primary caregivers, the needs for government-sponsored care services for broad range of population are also increasing as well. However, current human resources structures for the care services (or social services in general) cannot keep up with the increased demands, as it was designed to accommodate the minimal range of population with limited services provided by often small individual private service providers. Lack of capacities for current system to provide quality professionals into the field has caused a widespread inefficiency, as well as low quality services for recipients.

Social services in general are facing issues regarding attracting and retaining quality labor pools due to its poor work conditions, along with lack of quality controls and credibility toward the license regime, which awards the professionals in the field an authority and proper job qualifications. This is especially true in the care service, where most of the works are concentrated on simple manual services with lack of professional accreditation to motivate providers to improve their services. Government may intervene by increasing subsidies for providers, though it requires strong political consensus among stakeholders. Nevertheless, it is evident that the field requires government intervention in order to fully develop social services into professionalized and respected career path.

Demands for social services especially increase during the time of economic recession, where spending on both public and private sectors are being reduced dramatically. Recession, however, also limits the capacity of government spending on social spending, since economic uncertainty and fears over fiscal mismanagement prevents authorities to take bold action into many social services which are often labeled as questionable investment with uncertain outcomes.

With both internal and external factors surrounding the social service regime, it is necessary to reform the current human resources program (both training and recruiting) within the sector to be more efficient with higher standard of qualities. After all,

Received
July 20, 2012

Accepted
September 26, 2012

Published
October 31, 2012

demands for social services are going to increase for some time with ongoing global economic downturns.

First, wages for social service works need to be increased in order to attract young talents to participate as a service provider. Despite some studies, such as Escobedo et al (2002), suggest that social service works do offer relatively high job satisfaction even with low wages, it is important to distinguish the differences whether someone wants to stay on the field as a lifetime career. There needs to be a re-establishment on the minimum level of wages for social service workers to a level comparable with other public sector works. To do that, professions within the social service sector needs to be respected as a full-pledged career rather than voluntary works for one's moral awareness.

Secondly, there needs to be a re-evaluation on so called 'works for welfare' approach on social service works, which had justified the low wages in exchange for job opportunities for low income households. This practice may end up creating a systematic low income working class in the field, regardless of their skills and qualifications. Different fields of the social service professions need to be treated differently based on their level of competency and skills required. Wage levels and other benefits should follow on the differentiated level and qualities of each area. To put this into practice in an efficient manner, independent mechanism on human resources management for social services is required outside of the general social service provision plans.

Thirdly, customized qualification codes for service providers need to be implemented to serve better on needs among different target populations (e.g. seniors, child and youth, disability rehab etc.). This will also reduce the redundancies and increase sustainability of the training program for new entrants into the field. The Ministry of Health and Welfare's plan to create two tier training system for care service workers (comprehensive foundation training for all care service workers, and advance to the specialized trainings for each areas) can be the solid stepping stone for the reform.

Forth, current private license systems need to be re-organized by the government. One solution will be to amalgamate similar licenses into a single government-certified license. In the process, the role of 'therapeutic interventions' in social services needs to be revisited, and more researches are required to understand the role of social services in this previously suppressed role. Mobilization of National Competency Standards (NCS) should be considered as a starting point for this sector-wide reform.

Finally, more structural approaches are needed in maintaining electronic registration system for social service providers. This is a key step not to ensure the qualities, but also to ensure the credibility to recipients. Some of the key areas need to be formalized and improved will be: the procedure to approve the registration of the service providers, background checks, and follow-up procedures on renewal of service workers' credentials and qualifications.

Received
July 20, 2012

Accepted
September 26, 2012

Published
October 31, 2012

References

- 1) Cho, Jungyun et al. (2010). *Vitalization for Social Service license*. Korean Research Institute for Vocational Education & Training.
- 2) Escobedo, A. Fernandez, E. Moreno, D. and Moss, P.(2002). *Surveying demand, supply and use of care: consolidated report, care work in Europe*. London: Thomas Coram Research Unit, University of London.
- 3) Esping-Andersen, G. (1999). *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford Univ. Press.
- 4) Jung, Byungyu (2010). "The Issues of Elder Care Giver and Alternative Carer Model" *Korean Social Policy*, 17(3). (Korean)
- 5) Kang, Sang Kyung et al.(2010). The Institutionalizing Agenda of Promoting Care Service Industry. *The Ministry of Health and Welfare*. (Korean)
- 6) Kim Hyungyoung et al. (2007). A Study on Social Service Industry Manpower and Training Demands. *Ministry of Labor*. (Korean)
- 7) Kim, Jungsun et al. (2009). "Analysis of Service Occupation Types and Training Programs of Services for the Aged in Busan", *Journal of Korean Academic Community Health Nurse*, 20(2) (Korean)
- 8) Lee, Injae (2011). "Social Service Providing Organization and Social Service Worker". Yun Youngjin et al. *Social Service Policy*. Nanumjib. (Korean)
- 9) Lee, Jaewon(2008). *Social Service E-Voucher*. Daeyoung Moonwhasa. (Korean)
- 10) Lee, Jaewon (2011). "The New Policy Values for Social Service and Activating Agenda", *Korean Social Service Studies*, 1. (Korean)
- 11) Lee, Namcheol et al. (2010). *Prospecting the Supply and Demand of Health & Welfare Service Sector Manpower and Human Resource Development*. The Ministry of Health and Welfare. (Korean)
- 12) Oh, Kyetaek (2010). "Current Situation of Service Industry Manpower Management", *Labor Review*, March, Korean Labor Institute. (Korean)
- 13) Park, Sekyung et al (2009). *Advancement Agenda for Social Service Worker*. The Ministry of Health and Welfare (Korean)

Received
July 20,2012

Accepted
September 26,2012

Published
October 31,2012

ORIGINAL ARTICLE

抑うつと怒りとの関連

Relationship between depression and anger

三橋 識子¹⁾ (Noriko MITSUHASHI), 田上 恭子²⁾ (Kyoko TAGAMI)

1) 弘前大学大学院教育学研究科

〒036-8560 青森県弘前市文京町1

mhnk72@yahoo.co.jp

2) 弘前大学教育学部

〒036-8560 青森県弘前市文京町1

tagamik@cc.hirosaki-u.ac.jp

ABSTRACT

本研究の目的は、抑うつは攻撃性の自己への向けかえによって生じるという精神分析理論に基づき、怒りを内に向けることが抑うつをもたらすのかどうかを検討することであった。167名の大学生が抑うつを測定する SDS と怒りを測定する STAXI を含む質問紙に回答した。なお STAXI は、状態-特性怒り尺度(“状態怒り”, “特性怒り”)と怒り表出尺度(“怒り表出”“怒り抑制”“怒り制御”)から構成される。階層的重回帰分析の結果、STAXI の怒りの表出傾向のうち“怒り抑制”のみが抑うつに影響を及ぼしていたことが示された。このことから、怒りを抑制することによって抑うつが生じたり持続されたりすることが示唆され、精神分析的理論を支持する可能性がうかがわれた。抑うつ予防には怒りを適切に表現することが重要であるということについて論じる。

The psychoanalytic theory that depression arises from turning aggression towards the self was examined by investigating the possibility that depression is caused by inwardly focusing anger. University students ($n=167$) completed questionnaires that included the Self-Rating Depression Scale (SDS) and the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI), which respectively measures depression and anger. STAXI consists of the State-Trait Anger Scale (“State Anger” and “Trait Anger”) and the Anger Expression Scale (“Anger-Out”, “Anger-In”, and “Anger-Control”). Results of hierarchical multiple linear regression analysis indicated that the Anger-In measure of STAXI affected depression only in the relation to anger expression. This result suggests that development and the maintenance of depression might arise from anger-in (focusing anger inwardly, or anger

Received
August 20, 2012

Accepted
October 26, 2012

Published
October 31, 2012

suppression), which supported the psychoanalytic theory. We have discussed the importance of appropriately expressing anger as a method of preventing depression

<Key-words>

抑うつ, 怒り, 精神分析理論

depression, anger, psychoanalytic theory

Asian J Human Services, 2012, 3:77-86. © 2012 Asian Society of Human Services

I. 問題と目的

1. 現代におけるうつ病の問題

近年, うつ病者の増加が指摘されており, 実際に厚生労働省が3年ごとに全国の医療施設に対して行っている2009年度の「患者調査」(厚生労働省, 2010)では, 平成8年には43.3万人だったうつ病等の気分障害の総患者数は, 平成20年には104.1万人と12年間で2.4倍に増加していることが示されている。うつ病による休職者数の増加やうつ病を原因とする自殺も問題となっており, 病気と診断された個人だけでなく, その周囲の人々や社会, 経済に与える影響も懸念され, 早期の予防が望まれる。また, これまでの一般的なうつ病の症状とは異なり, 自責感が強くなり, 他人を責めるという特徴をもつ非定型うつ病や新型うつ病の存在, うつ病の経過の中でアンガーアタックと呼ばれる突発的でコントロールしきれない怒りが生じるケースも注目されてきている(衛藤・岡村・宮城, 2010; Painury, Sharan, & Matto, 2005)。衛藤他(2010)によると, 非定型うつ病では, 自責感が強くなり他人のせいにするという特徴の他に, 気分の状態や睡眠, 食欲の傾向がこれまでのうつ病と異なり, 若い世代に目立つとされ, 薬物療法以上にカウンセリングや心理療法などの心理学的援助が重要であるとされている。新型うつ病は, さらにタイプが分けられ, タイプごとに自己中心的であったり, イライラを伴ったりするなどの症状がみられ, 抗うつ薬の効果が期待できないとされている。またアンガーアタックについて Painury et al.(2005)は, 1990年に初めて記述されたこと, うつ病の経過の中での突発的でコントロールできない激しい怒りを特徴としていること, その発作の後に罪悪感が続くこと, 抗うつ薬で改善するためうつ病における怒りの特別な形であるとされることが示している。アンガーアタックをもつ患者は, アンガーアタックのない患者よりも抑うつや絶望感, 不安や敵意, 苦悩を高く感じていることが報告され, 依存性, 回避性パーソナリティ障害や自己愛性, 境界性, 反社会性パーソナリティ障害の基準を満たしやすいなどの特徴が示されている。これに限らず, 抑うつ症状を呈するものが攻撃性を持ちあわせることは, 対人関係の問題や衝動的な自殺との関連が懸念され, その予後は必ずしも良くないとされる(Painury et al., 2005; Moreno, Selby, Huhrihan, & Laver, 1994)。このように近年の臨床事例ではうつ病における攻撃性の高さが注目されており, 抑うつと攻撃性の関連について検討を重ねていくことは意義あるものと考えられる。

Received
August 20, 2012

Accepted
October 26, 2012

Published
October 31, 2012

2. 抑うつと攻撃性に関する理論と実証研究

抑うつと攻撃性の関連についての検討は、抑うつは大切な他者に向かうはずだった攻撃性が自己に向け変えられたものであるという精神分析理論に始まる。Arieti&Bemporad (1978 水上・横山・平井訳 1989)によると、S.Freud は、患者の臨床観察から、メランコリーと悲哀を比較してうつ病における自責感について述べ、うつ病者の喪失が内面的で無意識的なものであり、喪失における内的感覚を説明するものとして、うつ病者のひどく不当化した自責感を挙げている。その自責感は、実は自分自身ではなく、自分自身の自我に移された愛の対象に向けられたものであり、もし攻撃性が外部に向けて表現されなければそれは自己に向かうと考えられている。すなわち、うつ病者の自責感というのは、対象喪失の結果、対象に向けた攻撃性が自己に向き変わったものであるといえる。抑うつと攻撃性との関連に関する実証研究は、このような攻撃性の自己への向け変えという観点から行われているものが多い。

例えば、Moreno et al. (1994)は抑うつと敵意(hostility)との関連について、敵意を怒り(anger)のような感情(affects)の側面、憤り(resentment)のような態度(attitudes)の側面、攻撃(aggression)や暴力(violence)のような行動(behaviors)の側面などから包括的に捉え、検討している。結果、自己批判や罪悪感、内罰性のような内に向けられる敵意の方が抑うつとの相関が高かったものの、言語や攻撃行動、外罰性のような外に向けられる敵意も抑うつと正の相関があり、抑うつが高い者は敵意の各側面も含めて全体的に敵意が高いことを示している。また、Riley, Treiber, & Woods(1989)は、敵意(hostility)を怒りやすい態度傾向とし、怒り(anger)を感情の要素であるとして敵意と怒りを分け、敵意や怒りの経験の頻度と怒りの表出傾向に注目してうつ病者と正常者を比較している。結果、抑うつと敵意・怒りの間にはそれぞれ正の相関がみられ、うつ病者は敵意や怒りを正常者よりも有意に多く感じているものの、怒りを表出せずに抑制する傾向があることが示されている。

うつ病者に限らず大学生を対象とした研究として、上野・丹野・石垣(2009)は、物理的な攻撃行動や言語的な攻撃のような行動的側面をさす表出性攻撃と、怒りの喚起されやすさとしての短気や他者への否定的な信念や態度としての敵意のような情動的側面をさす不表出性攻撃の2側面から攻撃性を捉えて、抑うつとの間に関連がみられるか、どちらと関連が強いのかについて検討している。結果、健常大学生では、抑うつが高い人は全般的にやや攻撃性が高く、抑うつと表出性攻撃(言語・行動)よりも不表出性攻撃(短気・敵意)が強く関連していることが示されている。また、鈴木・安齊(1999)は、P-F スタディの標準法と質疑法を用いて標準法によって外側に現れる外面的攻撃性と質疑法によって現される内面的攻撃性を測定した結果、外的反応では自責固執反応が多かったものの内的反応では反応数が少なく、他責や他責逡巡反応が多かったことから、抑うつ者は表面上は罪悪感を感じ、自ら問題を解決しようとしているように見えるが、内面では不平不満を抱いているという特徴が示されている。

以上のように、先行研究からは抑うつが強い人は感情・態度・行動含めて全般的に攻撃性が高いことや、行動的側面よりも情動的側面の攻撃性である敵意や短気との関連が強いこと、うつ病患者は健常者に比べ、怒りを抑制しやすいこと、抑うつ者は表面上は罪悪感を感じ、自ら問題を解決しようとしているように見えるが、内面では不平不満を抱いていることなどが示されてきている。これらの実証研究の結果と精神分析理論との関連については、たとえば Riley et al. (1989)は、怒りの増加と怒りの抑制が抑うつを引き起こしているかもしれないと考察し、抑うつは怒りの向き変えによるという精神力動仮説と関連することを示唆してい

る。すなわち、怒りの自己への向き変えについては怒りの抑制に現れると考えられており、実証研究においては怒りの抑制という測度から捉えられているといえる。本研究でも、このように怒りの抑制は自己への向き変えと関連するという仮説に基づき検討する。

3. 本研究における攻撃性と怒りについて

抑うつと攻撃性の高さについては全般的には正の相関があることが示されており、抑うつ者の攻撃性の特徴についても研究がすすめられているが、細かい部分では結果は一貫していない。Moreno et al.(1994)も指摘しているが、先行研究において抑うつとの関連で測定されている攻撃性概念は多様であり、その多様性や曖昧さがひとつの問題であると考えられる。そこで、本節では攻撃性概念について整理する。

攻撃とはほかの個体に対して危害を加えようと意図された行動であり、攻撃性とは攻撃を起こす、認知、情動、動機づけ、パーソナリティなどの内的過程であり、認知や情動などの内的過程を含み広く定義される(大淵, 1999)。Moreno et al.(1994)が hostility を包括的に捉えているのと同様に、山崎・坂井・曾我・大芦・島井・大竹(2001)は、攻撃性(aggresiveness)を感情面としての怒り(anger)、認知面としての敵意(hostility)、行動面としての攻撃(aggression)のように細分化し、それらを総称して攻撃性としている。このように細分化されることによっていわゆる攻撃性のどの部分が抑うつと関連があるのかを検討できる。本研究では山崎ら(2001)の定義にしたがって、感情面としての怒り、認知面としての敵意、行動面としての攻撃として攻撃性を捉えることとする。

前節で概観した抑うつと攻撃性の関連についての実証研究からは、抑うつが行動的側面の攻撃性よりも認知面や感情面の攻撃性である敵意や怒りとの関連が強いことが示されている。近年は、アンガーアタックと呼ばれる抑うつ者の怒りの問題や、怒りを抑制しやすいというような怒りの表出傾向も注目されていることも踏まえ、本研究では攻撃性の中でも怒りとその抑制に注目し抑うつとの関連を検討する。

4. 本研究の目的

前述のように、精神分析理論では、抑うつは大切な他者に向かうはずだった攻撃性が自己に向け変えられたものであると考えられている。本研究ではこの理論及び Riley et al. (1989)の見解にもとづき、攻撃性の自己への向け変えは怒りの抑制に現れると仮定し、抑うつと怒りの抑制との関連を明らかにすることで、抑うつと精神分析理論を実証的に検討することを目的とする。

なお、怒り及び怒りの抑制の測定には、Spielberger によって作成された State-Trait Anger Expression Inventory(以下 STAXI)の鈴木・春木(1994)による日本語版を用いることとする。STAXI は、状態・特性怒りを測定する State-Trait Anger Scale(以下 STAS)と、感じられた怒りがどの程度外へ表現されたり、抑制されたりしているのか、怒りの表出の方向について測定する Anger Expression Scale(以下 AX)の 2 つの尺度を合わせたものである。STAS は情動状態としての怒りの強さを測定する「状態怒り(State Anger)」とパーソナリティ特性としての怒りやすさの個人差を測定する「特性怒り(Trait Anger)」からなる。AX は怒りを他の人や周囲の対象に向ける「怒りの表出(Anger-Out)」, 怒りを表現することを抑えたり、怒りを心の中に抱いたりする「怒りの抑制(Anger-In)」, 怒りを抑制しようとする「怒りの制御(Anger-

Received
August 20, 2012

Accepted
October 26, 2012

Published
October 31, 2012

Control)」の3つからなる。このAX尺度の中の「怒り抑制」に着目し、抑うつとの関連が認められるかどうかを検討する。

II. 方法

1. 調査対象者

大学生 177 名を対象に質問紙調査を実施した。そのうち、記入漏れや記入ミスのあった回答を除いた有効回答者 167 名（男性 51 名、女性 116 名、平均年齢 20.45 歳 \pm 1.05 歳）を分析対象とした。有効回答率は 94.35%であった。

2. 手続き

質問紙は、一部は講義時間を利用して配布し持ち帰って記入してもらった後、翌週の講義後に回収し、一部は個別に質問紙を配布し、その場で記入して回収するか後日回収した。

3. 質問紙の構成

(1) 怒り

鈴木・春木(1994)による STAXI 日本語版(44 項目)を用いた。情動状態としての怒りの強さを測定する「状態怒り」10 項目、パーソナリティ特性としての怒りやすさの個人差を測定する「特性怒り」10 項目、怒りを他人や周囲のものに対して向ける「怒りの表出」、怒りを内にためる「怒りの抑制」、怒りが外に出るのを抑えようとする「怒りの制御」の AX 尺度 24 項目からなる。回答は「まったくあてはまらない(1)」から「とてもよくあてはまる(4)」の 4 件法により評定を求めた。

(2) 抑うつ

自己評定式抑うつ性尺度 Self-rating Depression Scale (以下 SDS とする) の日本語版(福田・小林, 1973)を用いた。20 項目からなる尺度であり、得点が高いほど抑うつが高いことを意味する。回答は「ないかたまに(1)」から「ほとんどいつも(4)」の 4 段階で評定を求めた。

III. 結果

1. 各尺度の基礎統計量と相関係数

各尺度ごとに合計点を算出し、それぞれの平均値と標準偏差、相関係数を算出した(表 1)。相関分析の結果、抑うつと状態怒りの間、抑うつと特性怒りの間には中程度の正の相関が認められた(それぞれ $r=.41$, $r=.33$, $p<.001$)。また、抑うつと怒り抑制の間には中程度の正の相関がみられた($r=.31$, $p<.001$)。

Received
August 20, 2012

Accepted
October 26, 2012

Published
October 31, 2012

表1 各尺度の平均値と標準偏差, 変数間の相関係数

	2	3	4	5	6	平均値	SD	項目数
1 抑うつ STAXI	.41***	.33***	.12	.31***	-.08	43.02	8.12	20
2 状態怒り	—	.35***	.32***	.11	-.16*	14.17	5.41	10
3 特性怒り		—	.66***	.05	-.47***	21.41	5.87	10
4 怒り表出			—	-.08	-.41***	18.69	4.30	9
5 怒り抑制				—	.41***	20.46	4.17	8
6 怒り制御					—	17.58	4.11	7

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

2. 階層的重回帰分析

怒りの高さを一定にした上で, 怒りの表出傾向が抑うつにどのような影響を与えているのかを階層的重回帰分析により検討した(表2)。

投入方法は, 抑うつを目的変数として, 第1ステップで状態・特性怒りを説明変数として投入し, 第2ステップで怒りの表出傾向(表出・抑制・制御)を投入した。1回目で怒りを統制することにより, 2回目では怒りの表出傾向がどのように抑うつに影響を及ぼしているかが検討できる。また, ステップにおける決定係数の増加は, 投入された変数が抑うつをどれくらい説明するかを表す。結果, 第1ステップにおける重決定係数は有意であり($R^2=.21$, $p<.001$), 怒りが高くなると抑うつも高くなることが示された。第2ステップで怒りの表出傾向を投入したところ, 重決定係数には有意な増分がみられ($\Delta R^2=.09$, $p<.001$), 怒り表出と怒り抑制の標準偏回帰係数が有意になった(それぞれ $\beta=-.19$, $p<.05$, $\beta=.28$, $p<.001$)。このことから, 怒りを表出することによって抑うつが低くなること, 怒りを抑制することによって抑うつが高くなることが示された。

表2 抑うつを目的変数とした階層的重回帰分析の結果

ステップ	投入された変数	β	R^2	ΔR^2	F値変化量
1	怒り		.21***	.21***	21.74***
	状態怒り	.34***			
	特性怒り	.22**			
2	怒り表出傾向		.30***	.09***	7.00***
	怒り表出	-.19*			
	怒り抑制	.28***			
	怒り制御	.08			

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$ Received
August 20, 2012Accepted
October 26, 2012Published
October 31, 2012

IV. 考察

本研究では、精神分析理論をもとに抑うつと怒りの抑制との関連について検討した。結果から、抑うつが高い者は、状態、特性に関わらず怒りが高いこと、また怒りの表出が低く、抑制が高いことが示された。以上の結果から、怒りを感じていても表出せず、内にためることで抑うつが生じる、もしくは強まる可能性が示唆される。このことは、攻撃性が対象に適切に向けられず、自己に向き変えられると抑うつが生じるという精神分析理論の支持につながるものと考えられるのではないだろうか。

ただし、怒りの抑制と攻撃性の自己への向け変えは同様であるとは必ずしも言えない可能性もあることを述べておきたい。先行研究においても、攻撃性の自己への向け変えによって抑うつが生じると言えるのかについて議論がなされてきている。例えば Moreno et al.(1994) は、自己批判や罪悪感、内罰性が自己へ向けられた敵意であり、言語や攻撃行動が外に向けられた敵意であるとした。しかし、抑うつ者は敵意が自己だけではなく外に向けられたものとも相関が高いという結果から、精神分析理論は支持されなかったとしている。精神分析理論には無意識の考え方が根底にあると考えられるため、内面化された対象を特定したり、その対象に攻撃性が向けられているかどうかを検討することは難しく、自己評定式の質問紙によって攻撃性を測定するだけでは方法論的に限界があるだろう。また、Riley et al.(1989)でも述べられているように、怒りの抑制(suppression)を扱うか怒りの抑圧(repression)を扱うかの議論もある。このように、どういった状態を攻撃性が自己へ向かった状態とするかによって結果の捉え方は異なるものと考えられ、精神分析理論が実証されたかどうかは安易には結論づけられないものの、本研究の結果からは少なくとも、怒りを感じているもののその怒りを内にためることが抑うつにつながる可能性は示唆されたと考えられる。

攻撃性が高いものの内にためる傾向があるというのは、鈴木・安齋(1999)で抑うつ者の攻撃性の特徴として示されたように、表面上は表出しないものの内的には他責的であることと類似した状態であると考えられる。Spielberger, Krasner & Solomon(1988)は、STAXI の怒り抑制得点が高い者は絶望感や抑うつを長引かせやすいことを述べているが、抑うつ者が怒りを適切に表出せずにためこむことは、後の抑うつや怒りの高さに影響を与え、アンダーアタックのような突発的な怒りの表出をもたらすことにもつながるかもしれない。また、うつ病者の攻撃性の存在については必ずしも良い予後兆候ではなく、外部への注意を示す深刻な状況も示唆するため、うつ病者の攻撃性の表現は特に禁忌であるともされている(Moreno et al.,1994)。以上より、抑うつ重症度が増す前にそのような攻撃性に早期に対処できることが望ましいと考えられよう。今後は怒りを適切に表現するための方法について検討を重ねることが必要であり、怒りの適切な表現のための介入もうつ病治療においては視野に入れる必要があると考えられる。

現在、怒りの適切な表現方法の一つに、さわやかな自己表現として知られるアサーションがある(平木,2009)。怒りを表出することで抑うつが低減する可能性が本研究の結果から示唆されたことから、怒りを適切に表現することで抑うつが予防できる可能性も考えられる。すなわち、攻撃的な自己表現でもなく、非主張的な自己表現でもなく、アサーティブな自己表現を心がけることが、怒りを内にためこまないという意味で抑うつ予防にもつながるかもしれない。アサーティブな言動には、ものの見方、考え方が影響しており(平木,2009)、要す

Received
August 20,2012

Accepted
October 26,2012

Published
October 31,2012

るに認知が影響していると考えられる。非合理的な認知を合理的なものに変えることにより、アサーティブな考え方、ひいてはアサーティブな自己表現へとつながるものと考えられる。

アサーション・トレーニングに限らず、認知行動療法の有効性も示されている(金築・金築・根建,2008)。金築他(2008)では、大学生を対象に、怒りの表出の高低群と怒りの抑制群の高低群に分け、認知行動療法介入群と統制群の比較を行った。結果、認知行動療法の介入をした群において、特性的な怒りの低減が確認されていた。また、怒りの対処スタイルによって効果は異なり、怒りの抑制が高い群では介入を行うことで怒りを抑制することに対する肯定的な意味づけが弱まり、結果的に怒りの抑制の減少をもたらしたと考えられている。一方で、怒りの表出が高い群は介入を行うことで特性的な怒りは低減されたが、怒りの認知的側面における変容の大きさは怒りの抑制高群と比べて小さかった。具体的な介入として、認知行動療法群には怒りに関する心理教育のほかに、自身の怒りの行動的反応における利点と不利な点の話し合いを行うなどの認知的側面への焦点化や怒り喚起場面に対応するためのイメージ・リハーサル、ホーム・ワークとしてセルフ・モニタリングが行われていた。認知行動的アプローチにより、怒りをいかに表現するかだけでなく、普段の怒りの感じやすさ自体を低減させることも有効な対処法と考えられるだろう。

その他に、湯川(2008)は、まだ発展途上ではあるが、怒り感情を筆記することにより、自分自身が抱えている気持ちを客観的にみることができるようになり、怒りの感情を調整し受容する制御力が強まる可能性についても言及している。ただし、抑うつ傾向の高い人には、筆記は効かないばかりか症状を悪化させる可能性が指摘されているという見解もあり、消沈的な感情の場合には、筆記は必ずしも効果的と言えないことが述べられている。このことから、筆記法も怒りの表現の際に有効なアプローチのひとつと考えられるが、こういった対象を相手にするかによって対処法を考慮する必要があるとも考える。

以上のように、怒りを適切に表現する方法を身につけたり、怒り自体を低減するようなアプローチを行うことによって、ひいては抑うつ予防につながる可能性があると考えられる。今後は、抑うつ問題を扱う場合に、怒りの表出方法や怒りへの対処法と関連させて検討することも必要であろう。そのためにも、抑うつと怒りにはどのような関連があり、何によって導かれるのかその関係性について検討することは意義があることと考える。

今後の研究上の課題としては次の3点が考えられる。第一に、抑うつ者は非抑うつ者と比較して、配偶者や子どもを含めた近親の家族に対しては怒りを表出するという知見もある(Painury,et al.,2005)。表出の仕方によっても適切か、不適切かが分かれると考えられるため、どんな状況の場合に怒りを表出、抑制する傾向にあるのかなど、表出の仕方や状況などを考慮に入れ、今後研究していく必要があるだろう。第二に、結果の一般化のためには変数間の関連を検討するだけでなく、実際に事例的な検討を行い、本研究で得られたような結果を個にあてはめることができるか検討する必要があるだろう。第三に、本研究では対象者を健常者の中で抑うつ症状をもついわゆる軽度抑うつ者としたため、重度の抑うつ者に対してもこの結果が述べられるのか、大学生のみでなく一般の人を対象とした場合にも同様の結果が得られるのかについて検討する必要があると考えられる。

最後に、前述の通り、今後抑うつ問題を考える際に怒りに着目することはその理解においても援助においても有用であり意義あることと考えられる。そのためにも、抑うつと怒りにはどのような関連があり、何がその関係性に関与しているのか実証研究を重ね、明らかに

Received
August 20,2012

Accepted
October 26,2012

Published
October 31,2012

していくことが望まれる。

付記

本研究を進めるにあたり、お忙しい中ご指導・ご助言下さいました諸先生方、調査にご協力下さいました大学生の皆様にご心よりお礼申し上げます。

文献

- 1) Arieti, S. & Bemporad, J. (1978). *Severe and mild depression : the psychotherapeutic approach*. Basic Books inc., New York
(水上忠臣・横山和子・平井富雄 (訳) (1989). うつ病の心理 精神療法的アプローチ)
- 2) 衛藤理砂・岡村志津英・宮城和子(2010). 病気を生きぬく② <医師><看護師><患者・家族>によるうつ病の本 岩波書店
- 3) 福田一彦・小林重雄(1973). 自己評価式抑うつ性尺度の研究 精神神経学雑誌, 75, 673-679.
- 4) 平木典子(2009). 改訂版 アサーション・トレーニング—さわやかな自己表現のために— 日本・精神技術研究所
- 5) 金築智美・金築優・根建金男(2008). 大学生の怒り特性の変容に及ぼす認知行動療法の有効性—怒りの対処スタイルの個人差を考慮した認知的技法を用いて— 教育心理学研究, 56, 193-205.
- 6) 厚生労働省(2010). 気分障害患者数の推移 厚生労働省 政策レポート 自殺・うつ病等対策プロジェクトチームとりまとめについて
<<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2010/07/03.html>>(2012年8月15日閲覧)
- 7) Moreno, J. K. , Selby, M. J. , Fuhrman, A. , & Laver, G. D. (1994). Hostility in depression. *Psychological Reports*, 75, 1391-1401.
- 8) 大淵憲一(1999). 攻撃／攻撃性 中島義明・安藤清志・子安増生・坂野雄二・繁耕算男・立花政夫・箱田裕司(編) 心理学辞典 有斐閣 pp.243-244.
- 9) Painury, N. , Sharan, P. & Matto, S. K. (2005). Relationship of anger and anger attacks with depression: A brief review. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 255, 215-222.
- 10) Riley, W. , Treiber, F. A. , & Woods, M. G. (1989). Anger and hostility in depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 668-674.
- 11) 坂本真士・大野裕(2005). 第1章 抑うつとは 坂本真士・丹野義彦・大野裕(著) 抑うつの臨床心理学 東京大学出版会, 7-28.
- 12) Spielberger, C. D., Krasner, S. S., & Solomon, E. P. (1988). The experience, expression, and control of anger. In M. P. Janisse (Ed.), *Individual differences, stress, and*

Received
August 20, 2012

Accepted
October 26, 2012

Published
October 31, 2012

- health psychology* (pp. 89-108). New York : Springer-Verlag.
- 13) 鈴木平・春木豊(1994). 怒りと循環器系疾患の関連性の検討 健康心理学研究, 7, 1-13.
 - 14) 鈴木常元・安斎順子(1999). 抑うつ者の外面的および内面的攻撃性 心理臨床学研究, 16, 573-581.
 - 15) 上野真弓・丹野義彦・石垣琢磨(2009). 大学生の持つ抑うつ傾向と攻撃性との関連—攻撃性の4つの下位尺度を踏まえて パーソナリティ研究, 18, 71-73.
 - 16) 山崎勝之・坂井明子・曾我祥子・大芦治・島井哲志・大竹恵子(2001). 小学生用攻撃性質問紙(HAQ-C)の下位尺度の再構成と攻撃性概念の構築 鳴門教育大学研究紀要 教育科学編, 16, 1-10.
 - 17) 湯川進太郎(2008). 怒りの心理学—怒りとうまくつきあうための理論と方法—有斐閣

Received
August 20, 2012

Accepted
October 26, 2012

Published
October 31, 2012

ORIGINAL ARTICLE

Workaholism Determinant Variables of Social Workers and Care Workers in Senior Welfare Centers in Korea

Jungdon KWON¹⁾, Miok YEO²⁾, Eunju LEE³⁾, Myunghee LEE⁴⁾

- 1) Professor, School of Social Work, Mokwon University
Mokwon Univ. Doan-dong, Seo-gu, Daejeon, Korea. 302-729
kjd716@hanmail.net
010-5457-1234
- 2) Ph.D Student, The Graduate School of Mokwon University
- 3) Director, Dobong Senior Welfare Center
- 4) Vice-Director, Senior Welfare Center of Seoul

ABSTRACT

South Korea has an organizational culture that stresses the value of labor and performance. This has increased the possibility that employees of senior welfare centers will become workaholics and that working hours will increase to boost performance outputs. Until now, however, there are hardly any studies that deal with the problems caused by the workaholism of employees of senior welfare centers.

This study was conducted to measure the level of workaholism of employees of senior welfare centers and to determine the factors that affect such workaholism.

A quantitative research was conducted using a questionnaire for 646 social workers and care workers in senior welfare centers in Seoul. The results of the study showed that one-third of the subjects had experienced workaholism; 25.5% were mild workaholics; and 9.4% were severe workaholics. The statistically significant variables that included approval motivation, the average wage per month, the average number of working hours per week, family cohesion, and achievement motivation were found to have affected the workaholism of the subjects. To prevent or ease the workaholism of employees of senior welfare centers, some suggestions were given that included the improvement of working conditions, benefit packages, and the organizational culture and personnel management of senior welfare centers, and efforts to change family culture.

Received
July 3, 2012

Accepted
September 20, 2012

Published
October 31, 2012

<Key-words>

Workaholism, senior welfare center, social worker, approval motivation,
family cohesion

Asian J Human Services, 2012, 3:87-104. © 2012 Asian Society of Human Services

I . Introduction

Korean society has cherished the values of diligence and sincerity in their rise to modernization (National Council of the Saemaul Undong Movement in Korea, 2012) and the workplace was shown to have such a significant role in Koreans' lives that Koreans are criticized for not having a life outside work (JIN, 2007). The OECD Better Life Index reported that Koreans spend the longest time (2,193 hours a year) working among people in OECD member countries-44 hours more than most people in other OECD member countries (2012b). The Koreans' long working hours have caused an imbalance between their work and life as well as much stress, and have eventually lowered their life satisfaction.

The Korean value of hard work is also seen among the country's social workers. According to Korea's Ministry of Health and Welfare and the Korea Association of Social Workers (2011), 31.4% of social workers in social welfare centers in the country still work six days a week and 8.85 hours a day even under the country's official five-day work week, but are not properly paid for overtime and holiday work. Under these circumstances, most such social workers have experienced work-related stress and burnout, which has spawned a high rate of turnover of social workers. Among the respondents of the survey of Ministry of Health and Welfare and the Korea Association of Social Workers (2011), 55.5% changed jobs more than once and 57.1% wanted to change their job.

The oversupply of social workers and the limited work places, however, have made social workers hesitate to change jobs and instead, work for even more hours under the trap of a performance-oriented organizational culture and their responsibility to support their family.

The economics academic circle in South Korea considers workaholism a social problem among employees who try to improve their performance by increasing their working hours, as they regard their job as an object of competition due to their organization's performance-oriented culture, and has studied such problem (JUNG & TAK, 2009). Such studies have mainly dwelt, however, on methods of decreasing turnover, stress, and burnout by understanding their causes (YOON, 1991; KIM, 2011; HAN, 2012), and hardly on the workaholism of social workers. According to the studies of western scholars, even though employees are immersed in their work and contribute much to their organization as they show higher levels of workaholism (Machlowitz, 1980), higher levels of workaholism have negatively influenced employees' health (Killiner, 1991) and caused

Received
July 3,2012

Accepted
September 20,2012

Published
October 31,2012

problems related to their relationships with their co-workers because of their obsession with their work (Porter, 1996). Likewise, employees' workaholism negatively affects their personal life and interpersonal relationships, as well as the effectiveness and growth of their organization, and is expected to play a negative role in the provision of services to consumers.

Therefore, the workaholism of social workers and care workers in senior welfare centers, whose number has rapidly increased, is highly likely to be a critical issue in the personnel management of senior welfare organizations, as will work-related stress, burnout, and turnover. In this context, this study aimed to find practical methods of preventing workaholism among employees of senior welfare centers by measuring the level of workaholism of such employees and identifying the factors that affect it.

II. Theoretical Background

1. Concept of Workaholism

The Naver Korean Dictionary (krdic.naver.com) defines workaholism as a state of sustained anxiety if one does not work continuously. Oates (1971) defines workaholism as the state of indulging in work due to the uncontrollable desire to work. Machlowitz (1980) defines a workaholic as a person who is always immersed in work and tries to work more than he or she is asked to. Even though workaholism has been diversely defined and even then, it still has no universally agreed-upon definition, the definition "a tendency to work excessively" is most common (Taris, Schaufeliand, & Verhoenen, 2005).

Scott, Moore, & Miceli (1997) proposed three types of workaholism: compulsive-dependent workaholism in which more time is spent working than being with one's family or doing personal activities; perfectionist workaholism in which one thinks about his/her job even when he/she is not working; and achievement-oriented workaholism in which one expands his/her work much more than is needed. Specifically, a compulsive-dependent workaholic generally works longer than he/she planned to and acknowledges that he/she spends too much time at work but still cannot reduce his/her work hours. A perfectionist workaholic has an abnormally strong desire for control and sternness, and the tendency to aggressively see his/her work or environment. The achievement-oriented workaholic is very interested in succeeding or in achieving difficult tasks, and usually focuses on long-term goals while enjoying competition (JUNG & TAK, 2009).

In this study, workaholism is defined as the state in which one loses control of work and is too immersed in his/her work to the extent of ignoring his/her family or social relationships and threatening his/her own health and life.

Received
July 3,2012

Accepted
September 20,2012

Published
October 31,2012

2. Review of Preceding Studies on Factors that Affect Workaholism

1) Workaholism and Family Cohesion

With the increase in the number of couples who are jointly working for a living, the increasing number of women who are entering the workforce, and the rising attention to the quality of work life, conflicts or problems between work life and family life have become issues and have been increasingly studied (LEE, 2009). Work-family conflict is the term that describes the conflict between work and family; i.e., it is the conflict between the roles that are required in the workplace and those in family (Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, & Rosenthal, 1964). Greenhaus & Beutell (1985) clarified that the conflict between work and family, which is one of the conflicts among roles, is caused by the incompatible needs of work and family roles. Conflicts between work and family manifest as depression (Frone, Russell, & Cooper, 1992), dissatisfaction with life (Kossek & Ozeki, 1998), mental health problems (Frone, 2000), absence from work without notice (Geoff, Mount, & Jamison, 1990).

Due to the importance of work-family conflicts, there have been studies on the factors that affect such conflicts (Byron, 2005), but not many studies on the conflicts between work and family caused by workaholism. Robinson (1998), who studied the effect of workaholism on family life, found problems with family functions when the workaholic is the head of the household, including with communication, solution of family problems, expression of emotions, respect for others' interests, couple relationship, and cooperation among family members. He reported that a high level of workaholism in which one considers work very important causes diverse problems related to one's family and personal lives. As the members of a workaholic's family show a high tendency to be co-dependent, children raised by a workaholic are very likely to be unable to establish their identity, which may make them rely heavily on their workaholic parents or to become addicts (JUNG & TAK, 2009).

2) Workaholism and Achievement Motivation

Achievement motivation is the disposition to pursue and make efforts to derive satisfaction from success in competitions, with some standard of excellence. McClelland (1975) explained in his achievement motivation theory that human beings are motivated by the need for achievement, power, and affiliation. McClelland & Winter (1969) defined motivation achievement as the need to (a) accomplish something difficult, (b) establish lofty goals that require overcoming obstacles, (c) think and act quickly, thoroughly, and independently, (d) compete with and surpass other people by driving oneself hard, and (e) attain instant recognition and compensation for one's efforts. They further argued that a person with a great need for achievement tends to lead in solving problems and proposing goals, and to do his/her best to accomplish such goals.

Steers (1975) showed that employees with greater achievement motivation accomplish more, by studying the relationship among job satisfaction, performance, and achievement

motivation in employees. Even though there have been almost no studies on the relationship between achievement motivation and workaholism, based on the finding that the greater one's achievement motivation is, the more one will achieve, greater achievement motivation is expected to cause serious workaholism.

3) Workaholism and Approval Motivation

All humans need to build positive relationships with others and to be recognized by others in their social life. Approval motivation is a person's need for his/her traits or achievements to be recognized by others (krdic.naver.com). That is, it is the motivation to be accepted and recognized in meaningful social relationships (LEE, 2005). As strong approval motivation acts as a psychological stress factor in social life, persons with strong approval motivation experience more serious depression due to the negative feedback they receive from others (LEE, 2010). Frost et al. (1995) suggested that persons with higher levels of approval motivation strongly tend to blame themselves when they make mistakes in their work or interpersonal relationships. Flett et al. (1995) suggested that persons with a higher level of approval motivation often feel helpless as they recognize society as critical, and worry about not producing a perfect outcome, as is demanded by society. Even though there have been almost no studies on the relationship between approval motivation and workaholism, persons with greater approval motivation are likely to become workaholics because they spend more time in working to win greater approval from others and from their organization.

III. Research Methods

1. Model

This study established the study model shown in the below Figure by comprehensively reviewing the precedent studies on the factors to affect workaholism and by assuming that personal characteristics, working condition, psychological factors and family factors of employees of senior welfare centers may affect workaholism.

2. Research Subjects and Methods

For this study, the social workers and care workers who are working in 29 senior welfare centers that were established and are operated by the Seoul Metropolitan Government were surveyed. On May 1, 2012, 770 social workers and care workers, from 615 social workers and 712 care workers (Seoul Association of Senior Welfare Centers, 2012; www.longtermcare.or.kr), were given questionnaires based on the self-report method. The study was conducted for 40 days, from May 1 to June 10, 2012.

Received
July 3, 2012

Accepted
September 20, 2012

Published
October 31, 2012

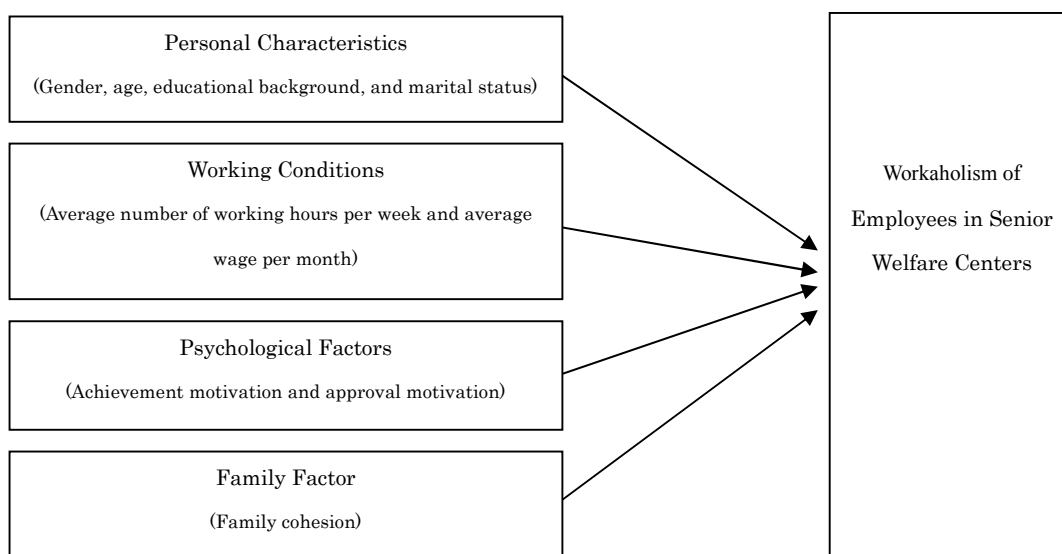


Figure 1. Model

3. Measures

A structured questionnaire was used as the measures for the data collection. The questionnaire was composed of demographic characteristics, working conditions, psychological characteristics, family characteristics, and workaholism. In addition, the demographic characteristics were measured (gender, age, educational background, and marital status) with the working conditions (average working hours per week and average wage per month).

To measure the achievement motivation of employees of senior welfare centers, questions were selected from those for achievement motivation in McClelland's questionnaire (1969). Achievement motivation was measured with five (5) questions, each of which was assigned five scores. The higher the score was, the higher the level of achievement motivation was. It was found that because Cronbach's α value was = .865, there was a high level of internal consistency.

To measure the approval motivation of employees of senior welfare centers, Martin (1984)'s Revised Martin-Larsen Approval Motivation Scale (RMLAM) was used. Approval motivation was measured with 20 questions, each of which was scored up to five points. The higher the score was, the higher the level of approval motivation was. It was found that because Cronbach's α value was = .713, the required degree of reliability for the study of social science was reached.

To measure the family cohesion of employees of senior welfare centers, questions were selected from those for family cohesion in the Family Cohesion & Adaptability Evaluation Scale of Olsen, Sprenkle, & Russel (1983). Family cohesion was measured with 10 questions, each of which was scored up to five points. The higher the score was,

Received
July 3,2012

Accepted
September 20,2012

Published
October 31,2012

the higher the level of family cohesion was. It was found that because Cronbach's α value was = .823, a high level of internal consistency was secured.

To measure the level of workaholism of employees of senior welfare centers, the Work Addiction Risk Test of Robinson (1999) was used. The level of workaholism was measured with 25 questions, each of which was scored up to four points. The higher the score was, the higher the level of workaholism was. A score of 49 or lower indicated non-workaholism; 50-69, mild workaholism; and 70 or higher, severe workaholism. It was found that because Cronbach's α value was .870, the required reliability for the study of social science was secured.

4. Analyses

The responses of 646 social workers and care workers (453 social workers and 193 care workers) in 29 senior welfare centers in Seoul in the questionnaire were analyzed. The collected data were analyzed with SPSSWIN ver. 18 via coding, error checking, and editing. For the demographic characteristics, frequency and cross-analyses were used; for the working conditions and psychological factors, a t-test and ANOVA; for the test of the hypothesis on the differences in the level of workaholism, ANOVA; and for the test of the effects of independent variables on workaholism, hierarchical regression.

IV. Results

1. Demographic Characteristics of the Subjects

Table 1 shows the demographic characteristics of the respondents who were social workers and care workers in senior welfare centers. Among them, 75.4% were female and there were much more females among the care workers than among the social workers. As for the age, there were significant differences between the social workers and care workers. While 89% of the respondents who were social workers were in their 20s and 30s, 95% were care workers in their 40s and 50s. As for the educational background, 93% of the social workers graduated from four-year universities, and 55.4% of the care workers reached high school or below. This difference reflects the differences in the qualifications of social workers and care workers. As for the marital status, two-thirds of the social workers were single, and 96% of the care workers were married. This difference stems from the difference in the age when the person entered the workforce. While social workers often start working right after graduation from university when they are still single, care workers often start working after spending many years as housewives.

Received
July 3, 2012

Accepted
September 20, 2012

Published
October 31, 2012

Table 1. Demographic Characteristics of the Subjects

Variable		Total	Social Workers	Care Workers	χ^2/p
Gender	Male	24.6	32.0	7.3	44.69 /.000
	Female	75.4	68.0	92.7	
Age	20-29	38.1	53.4	2.1	457.47 /.000
	30-39	26.0	36.0	2.6	
	40-49	14.1	8.6	26.9	
	50 and above	21.8	2.0	68.4	
Educational background	High school or below	16.7	0.2	55.4	381.12 /.000
	Junior college	11.9	6.8	23.8	
	College or university	54.2	69.1	19.2	
	Graduate school	4.2	6.0	0.0	
	Beyond graduate school	13.0	17.9	1.6	
Marital status	Single	46.9	65.1	4.1	205.50 /.000
	Married	53.1	34.9	95.9	
Total		100.0	100.0	100.0	
(N)		(646)	(453)	(193)	

The working conditions, psychological characteristics, and family characteristics of the respondents are shown in Table 2. The average number of working hours of all the respondents was 43.80, which is 0.45 hour short of the average number of working hours of all the employees of all social welfare facilities in South Korea (Ministry of Health and Welfare, Korea Association of Social Workers, 2011), but it was found that social workers work 3.60 hours more. The average wage per month of employees of senior welfare centers is 1,545,000 *won*, but the wages of social workers and care workers significantly differ. The average wage per month of social workers is 1,831,000 *won*, and of care workers, 871,000 *won*. They differ due to the different wage payment plans for social workers and care workers; the wages of social workers are paid monthly, and those of care workers, hourly.

The achievement motivation score, among the psychological characteristics, was 18.13, which is 3.1 higher than 15 at the mid-level. This means the achievement motivation of care workers is relatively greater than that of social workers. The difference in the levels of achievement motivation can be considered caused by the difference in the wage payment plans. The approval motivation score was 59.71, which is close to 60 at the mid-level, and the level of approval motivation of the social workers was higher than that of the care workers, which differs from the achievement motivation results. This may have been due to the manner of evaluation of performance and promotion. Positive recognition of one's supervisors and co-workers became advantageous for promotion.

Received
July 3,2012

Accepted
September 20,2012

Published
October 31,2012

Table 2. Statistics on Number of Working Hours, Wages, Motivations, and Family Cohesion

Variables		N	Mean	Std. Dev.	t/p
Working hours per week	Social Workers	453	47.81	9.17	16.95 / .000
	Care Workers	193	34.26	9.39	
Wage per week	Social Workers	453	183.14	59.13	21.09 / .000
	Care Workers	193	87.18	34.15	
Achievement motivation	Social Workers	453	18.05	2.26	-1.36 / 0.10
	Care Workers	193	18.31	2.08	
Approval motivation	Social Workers	453	60.55	7.01	4.58 / .000
	Care Workers	193	57.70	7.49	
Family cohesion	Social Workers	453	37.43	5.27	-2.62 / .009
	Care Workers	193	38.55	4.18	

2. Levels of Workaholism of Employees of Senior Welfare Centers

In the results of the implementation of the Work Addiction Risk Test, in which the scores are arranged between 25 and 100 points, the workaholism score of the respondents was 53.25, which is 12.25 points lower than the median of 62.5. Even though the workaholism score is lower than the median, it is dangerous to find that the workaholism of employees of senior welfare centers is not serious; that is to say, 25.5% were mild workaholics (scores: 50-69); and that 9.4% were severe workaholics (scores: 70-100), which means that one-third of the respondents were workaholics. The workaholism score of the social workers was 55.20, which is 6.59 higher than the 48.61 score of the care workers. While 41.8% of the social workers were mild and severe workaholics, 34.9% of the care workers were, which show that the workaholism of social workers is more serious than that of care workers.

Table 3. Levels of Workaholism of Social Workers vs. Care Workers

(Unit: score, %)

	Total	Social Workers	Care Workers
Mean score for workaholism	53.25	55.20	48.61
No workaholism	65.1	58.2	81.5
Mild workaholism	25.5	29.8	25.5
Severe workaholism	9.4	12.0	9.4
Total	100.0 (639)	100.0 (450)	100.0 (189)

Received
July 3,2012

Accepted
September 20,2012

Published
October 31,2012

As for the level of workaholism according to the genders of the respondents, the average score of the male respondents tended to be relatively higher than that of the females, and the percentage of the male mild and severe workaholics tended to be higher than that of the females. That is, it was found that the gender and the level of workaholism had a statistically significant relationship. As for the age, the employees in their 30s showed the highest level of workaholism and a significantly higher percentage of mild and severe workaholism than any other age category. As for the educational background, the more highly educated respondents had higher levels of workaholism and those who completed four-year university courses or beyond tended to have a relatively higher percentage of mild and severe workaholism than those in other educational achievement categories. The more the average number of working hours per week and the higher the average wage per month were, the higher the level of workaholism and the higher the percentage of mild and severe workaholism were, which show that the average number of working hours per week and the average wage per month had a statistically significant relationship with the level of workaholism. While achievement motivation had a statistically significant relationship with the level of workaholism, approval motivation did not; i.e., the higher the level of approval motivation of a respondent was, the higher his/her level of workaholism and the higher the percentage of mild and severe workaholism were. As for family cohesion, even though it was found that the respondents with weaker family cohesion tended to show lower levels of workaholism, the percentage of mild and severe workaholism was higher among the respondents with stronger family cohesion.

Table 4. Levels of Workaholism According to the Characteristics of the Respondents

(Unit: score, %)

Variable		Mean Score	No Workaholism	Mild Workaholism	Severe Workaholism	Total (N)
Gender **	Male	54.93	60.1	24.7	15.2	100.0(158)
	Female	52.70	66.7	25.8	7.5	100.0(639)
Age ***	20-29	54.24	61.0	28.9	10.2	100.0(246)
	30-39	56.95	54.9	29.5	15.7	100.0(166)
	40-49	50.49	70.5	23.9	5.7	100.0(88)
	50 and above	48.83	81.3	15.8	2.9	100.0(139)
Educational background **	High school and below	48.42	81.3	15.0	3.7	100.0(107)
	Junior college	50.09	77.3	20.0	2.7	100.0(75)
	College or university	54.76	59.2	29.3	11.5	100.0(348)
	Graduate school	56.85	55.6	25.9	18.5	100.0(27)
	Beyond graduate	54.87	61.0	28.0	11.0	100.0(82)

Received
July 3,2012

Accepted
September 20,2012

Published
October 31,2012

	school					
Marital status	Single	51.33	72.4	21.5	6.1	100.0(330)
***	Married	55.31	57.3	29.8	12.9	100.0(309)
Number of	Below 40 hours	49.73	78.2	19.4	2.4	100.0(252)
working hours	41-50 hours	54.85	59.6	27.8	12.6	100.0(277)
per week	51-60 hours	56.91	48.9	36.7	14.4	100.0(90)
***	60 hours and above	62.13	40.0	26.7	33.3	100.0(15)
Wage per	Below 1 million won	49.35	77.6	19.0	3.4	100.0(174)
month	1.01-2 million won	53.95	63.1	27.0	9.8	100.0(366)
***	2.01-3 million won	57.15	51.7	31.0	17.2	100.0(87)
	3.01 million won and above	60.60	41.7	33.3	25.0	100.0(12)
Achieve-ment	Low	52.00	50.0	50.0	0.0	100.0(22)
motivation	Middle	52.51	69.5	22.4	29.5	100.0(341)
	High	54.19	59.6	29.5	10.9	100.0(275)
Approval	Low	47.41	77.3	13.6	9.1	100.0(22)
Motivation	Middle	53.20	65.9	25.3	8.8	100.0(589)
***	High	62.60	25.0	45.0	30.0	100.0(20)
Family	Low	54.33	100.0	0.0	0.0	100.0(21)
Cohesion	Middle	53.86	66.3	25.4	8.3	100.0(586)
**	High	52.86	35.7	28.6	35.7	100.0(28)

** = $p < .001$ and *** = $p < .000$

3. Results of the Regression Analysis of the Factors that Affect the Workaholism of Senior Welfare Center Employees

In the results of the analysis of the correlation between the level of workaholism and other related variables (See Table 5), even though it was found that the variables such as the age, educational background, average number of working hours per week, average wage per month, approval motivation, and family cohesion had a static correlation with the level of workaholism, the correlation was not strong, which shows that the basic hypothesis in the regression analysis was satisfied.

Received
July 3,2012

Accepted
September 20,2012

Published
October 31,2012

Table 5. Correlation between the Levels of Workaholism and Related Variables

Variable	Age	Educational Background	Working Hours per Week	Wage per Month	Achievement Motivation	Approval Motivation	Family Cohesion	Workaholism
Age	-							
Educational background	-.449***	-						
Working hours per week	-.458***	.423***	-					
Wage per month	-.339***	.653***	.505***	-				
Achievement motivation	.129**	.016	-.002	.114*	-			
Approval motivation	-.252***	.019	.120*	-.007	-.136***	-		
Family cohesion	.024	.038	.032	.098*	.158***	.126*	-	
Workaholism	-.238***	.225***	.295***	.296***	.070	.264***	.149***	-

Moreover, in the results of the multicollinearity test, all the VIF (Variation Inflation Factor) values were arranged between 1 and 2, which shows that there was no problem with the multicollinearity. Because the basic hypothesis in the regression was satisfied, hierarchical regression was performed to determine the factors that affect the level of workaholism and to test the significance of each variable (See Table 6).

Model 1, in the results of the regression analysis of the effect of the demographic characteristics of the respondents on their level of workaholism, only the educational background was statistically significant. That is to say, the higher the educational achievement was, the higher the level of workaholism tended to be. In addition, the explanatory power of the four variables of the demographic factors of the respondents was 7.5%. In Model 2, the results of the regression analysis after the addition of the

Received
July 3,2012

Accepted
September 20,2012

Published
October 31,2012

variables of the working conditions, marital status, average number of working hours per week, and average wage per month showed a statistically significant static relationship with workaholism. That is, the married respondents tended to show a higher level of workaholism than the single respondents, and the respondents with more average working hours per week and a higher average wage per month tended to show a higher level of workaholism. The explanatory power of all the independent variables that were inputted in Model 2 for workaholism was 12.3%, and the explanatory power of the two variables related to the working conditions was 5.1%.

Table 6. Results of the Regression Analysis of the Effect on the Levels of Workaholism

Variables		VIF	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
			β	β	β	β
(constant)			(53.438)***	(45.030)***	(14.893)*	(4.582)
Demographic factors	Gender # (male = 1)	1.145	.047	-.008	-.022	.002
	Age	2.458	-.098	-.020	.045	.035
	Educational background	1.972	.148**	-.018	.003	-.012
	Marital status # (married = 1)	1.896	.096	.122*	.127*	.125*
Working conditions	Working hours per week	1.558		.152**	.139**	.146**
	Wage per month	2.156		.212***	.218***	.205***
Psychological factors	Achievement motivation	1.076			.092*	.083*
	Approval motivation	1.126			.255***	.229***
Family factor	Family cohesion	1.039				.146***
F			13.885***	15.783***	18.237***	18.297***
R ²			.081	.131	.191	.212
Adjusted R ²			.075	.123	.181	.201
R ² change			-	.051	.058	.020

= Dummy variable

*p < .05, **p < .01, and ***p < .000

In Model 3, in the results of the regression analysis after the addition of the psychological factors, the five variables of the marital status, average number of working hours per week, average wage per month, achievement motivation, and approval motivation had a statistically significant relationship to the level of workaholism. That is, the married respondents showed a higher level of workaholism; and the more the average number of working hours per week was, the higher the average wage per month and the stronger the achievement motivation and approval motivation were, the higher the level of workaholism tended to be. The explanatory power of all the independent variables that were inputted in Model 3 was 18.1%, and the explanatory power of the two variables

related to the psychological factors was 5.8%.

Finally, in the results of the regression analysis after the addition of the family factors, the six variables of the marital status, average number of working hours per week, average wage per month, achievement motivation, approval motivation, and family cohesion showed statistically significant relationships to the level of workaholism. That is, the respondents who were married, worked for more hours per week, had a higher average wage per month, and had a stronger achievement motivation, approval motivation, and family cohesion tended to have a higher level of workaholism. The explanatory power of all the independent variables that were inputted in Model 4 was 20.1%, and the explanatory power of family cohesion was 2.0%.

Looking at the statistically significant impact of each independent variable on the level of workaholism of the employees of senior welfare centers based on the results of the regression analysis in the last Model 4, the approval motivation was statistically most significant ($\beta = .229$), followed by the average wage per month ($\beta = .205$), family cohesion ($\beta = .149$), average number of working hours per week ($\beta = .146$), marital status ($\beta = .125$), and achievement motivation ($\beta = .083$), in descending order.

V. Conclusion and Suggestions

Korean society, which cherishes the value of hard work, has become a competitive society that emphasizes performance ever since it experienced the IMF cold wave. As social welfare fields have also been affected by this tendency, employees of senior welfare centers have had to spend more time working than employees of for-profit organizations, are experiencing job-related stress and burnout, and, as shown in the results of study, are very likely to be workaholics. Studies on workaholism among employees of senior welfare centers have rarely been conducted in the social welfare academic circle, though. This study measured the level of workaholism of employees of senior welfare centers to determine the factors that affect workaholism and to analyze the relative impact of each variable.

Questionnaires were used to examine the demographic characteristics, working conditions, psychological characteristics, family characteristics, and levels of workaholism. The accomplished questionnaires were collected from 646 social workers and care workers in 29 senior welfare centers in Seoul. The collected data were analyzed via a frequency analysis, t-test, ANOVA, and hierarchical regression using SPSSWIN.

Even though the level of workaholism did not seem serious, one-third of the respondents turned out to be workaholics; 25.5%, mild workaholics; and 9.4%, severe workaholics. In addition, it was found that social workers are more likely to experience workaholism than care workers. This is because of the vicious circle of excessive workloads caused by repetitive overtime work due to the too heavy case load and administrative workload,

Received
July 3, 2012

Accepted
September 20, 2012

Published
October 31, 2012

which lead to workaholism. Among the respondents, married male employees in their 30s who had completed a four-year university course often showed a high level of workaholism. As for the working conditions, the employees who were more likely to be workaholics were those who had more average working hours per week and a higher average wage per month; those with higher levels of achievement motivation and approval motivation; and those with stronger family cohesion.

Among the variables that affected the level of workaholism of the employees of senior welfare centers, such as the marital status, average number of working hours per week, average wage per month, achievement motivation, approval motivation, and family cohesion, the employees who were married, worked longer per week, earned more per month, and had stronger achievement motivation, approval motivation, and family cohesion showed a higher level of workaholism. It was found that the explanatory power of the nine variables that were inputted in the regression was 20%, and that the approval motivation, average wage per month, average number of working hours per week, family cohesion, marital status, and achievement motivation affected the level of workaholism strongest, in descending order.

Based on the results of this study, the following suggestions are made to prevent or ease workaholism among employees of senior welfare centers.

First, the working conditions and benefit packages of senior welfare center employees must be improved. In the results of this study, the employees who worked longer and earned more tended more to be workaholics. Because the number of workers in senior welfare centers in South Korea is far short of the required number, extension of the average number of working hours per week cannot be avoided. In addition, the wage structure is such that one is paid more if one works more, because the payment for overtime work is included in the average wage per month. Given this situation, by hiring more employees and reducing caseloads and administrative work, it is possible to prevent employees of senior welfare centers from being workaholics.

Second, the organizational culture and personnel management style of senior welfare centers must be improved. According to the results of this study, the stronger the achievement motivation and the approval motivation of the employees are, the more likely they are to become workaholics. Even though achievement motivation and approval motivation can be regarded as personal dispositions, they are often reinforced by an organizational culture that emphasizes results more than the process of job performance, and interpersonal relationships among employees more than business relationships. Therefore, efforts to change the methods of performance evaluation, to improve the wage structure to include bonus, and to establish equal business relationships instead of the hierarchical relationships in position-focused organizations must be made.

Third, efforts must be made to change family culture. In this study, the stronger the family cohesion of the employees was, the more likely they were to be workaholics.

Received
July 3, 2012

Accepted
September 20, 2012

Published
October 31, 2012

Because Korean society has a strong sense of family, the sense of responsibility for supporting one's family tends to be very strong. Therefore, employees who have a strong sense of family tend to try to earn money with which to support their family through overtime and holiday work. Therefore, the family culture must be changed to one in which family members help each other make a living and support each other, instead of putting all the responsibility onto only one person in the family.

Fourth, follow-up studies must be conducted to overcome the limitations of this study. This study is significant because it is the first study on workaholism among employees of senior welfare centers. As the research subjects and research area were limited, however, the results of the study could not be generalized nationwide. Therefore, a quantitative research for a sample group that will aptly represent the population and a qualitative research that will analyze the development path of workaholism needs must be implemented in the future.

References

- 1) Eun-Hee KIM (2011). Social Capital and Job Satisfaction of the Social Welfare Organization : Based on mediated effect of work immersion. *Korean Public Administration Quarterly*. vol. 23, 371-400.
- 2) National Health Insurance Corporation Republic of Korea. Long-term Care Insurance.
www.longtermcare.or.kr.
- 3) Naver Korean Dictionary <http://krdic.naver.com>.
- 4) Ministry of Health and Welfare and Korean Association of Social Workers (2011). A statistical yearbook of Korea Social Workers.
- 5) Seoul Association of Senior Welfare Centers (2012). Internal documents.
- 6) Hye-Mi YOON (1991). A Study on the Public Welfare Official of Job Satisfaction, Turnover intention, Burnout. *Korean Journal of Social Welfare*. vol. 18, 83-116.
- 7) Byung-Jae LEE (2009). The effects of work-family conflict on organizational commitment and turnover intention: the moderating roles of achievement motivation, power motivation, and perceived organizational support. Sejong University, Master's Thesis, 6-12.
- 8) Seong-Rok LEE (2005). A New Community Areas @The 4th Sector. Seoul: Davincihouse.
- 9) Jeong-Suk LEE (2010). The effects of perfectionism on life satisfaction: the mediating effects of need for approval, self-reinforcement, success-fail experience. The Catholic University of Korea, Master's Thesis, 10-11.
- 10) Byung-Seok JUNG · Jin-Kook TAK (2009) A Study on the Antecedents and

Received
July 3, 2012

Accepted
September 20, 2012

Published
October 31, 2012

- Outcomes of Workaholism disposition. *Korean Journal of Industrial and Organizational Psychology* vol. 22, 295-317
- 11) Jung-Kwon JIN (2007). *Homo Coreanicus*. Seoul: Woongjin publishing company.
 - 12) Yeong-Geun HAN (2012). The Effects of the Working Environment on Burnout of Social Worker: Mediation Effect of Work Addiction. University of Seoul, Master's Thesis, 78-90.
 - 13) Bryan, R. (1998). The Workaholism family: A clinical perspective. *American Journal of Family Therapy*. vol. 26, 63-73.
 - 14) Byron, K. (2005). A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior*. vol. 67, 169-198.
 - 15) Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Mosher, S. W. (1995). Perfectionism, life events, and depressive symptoms: A test of diathesis-stress model. *Current Psychology*. vol.14, 112-128.
 - 16) Frone, M. R. (2000). Work-family conflict and employee psychiatric disorders. *Journal of Applied Psychology*. vol. 85, 888-895.
 - 17) Frone, M. R., Russell, M., & Cooper, M. L.(1992). Antecedents and out of work-family conflict: Testing a model of work-family interface. *Journal of Applied Psychology*, vol. 77, 65-78.
 - 18) Frost, R., Turcotte, T., Heimberg, R., Mattia, J., Holt, C., & Hope, D. (1995). Reactions to mistakes among subjects high and low in perfectionistic concern over mistakes. *Cognitive Therapy and Research*. vol.19, 195-205.
 - 19) Geoff, S. J., Mount, M. K., & Jamison, R. L. (1990). Employer supported child care, work-family conflict and absenteeism: A field study. *Personnel Psychology*. vol. 43, 793-809.
 - 20) Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between and family roles. *The Academy of Management Review*. vol. 10, 76-88.
 - 21) Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D., & Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. Oxford, England: John Wiley.
 - 22) Kossek, E., & Ozeki, C. (1998). Work-family conflict, policies, and the job-life satisfaction relationship: A review and directions for organizational behavior - human resources research. *Journal of Applied Psychology*. vol. 83, 139-149.
 - 23) Killiner, B. (1991). *Workaholics: The respectable addicts*. NY. Firefly Books Ltd.
 - 24) Martin, H, J. (1984). A revised measure of approval motivation. *Journal of Personality Assessment*. vol. 48, 508-519.
 - 25) Machlowitz, M. (1980). *Workaholics: Living with them, working with them*, Reading, MA: Addison-Wesley.
 - 26) McClelland. D. C. and Winter, D. G. (1969). *Motivating economic achievement*. NY: Free Press.

- 27) McClelland, D. C. (1975). *Power : The inner experience*. NY: Halstead.
- 28) McClelland, D. C., & Burham, D. H. (1975). Power-driven managers : Good Guys make Bum Bosses. *Psychology Today*. vol. 9, 68-70.
- 29) Porter, G. (1996). Organizational impact of workaholism: the negative outcomes of excessive work. *Journal of Organizational Health Psychology*. vol. 1, 70-84.
- 30) Robinson, B. E. (1998). *Chained to the desk: A guidebook for workaholic, their partners and children and clinicians who treat them*, NY: New York University Press.
- 31) Robinson, B. E. (1999). The Work Addiction Risk Test: Development of a tentative measure of Workaholism. *Perceptual and Motor Skills*. vol. 88, 199-210.
- 32) Scott, K. S., Moore, K. S., and Miceli, M. P. (1997). An exploration the meaning and consequences of workaholism. *Human Relations*. vol. 50, 287-314.
- 33) Steers, R. M. (1975). Task-goal attributes in achievement and supervisory performance. *Organizational Behavior and Human Performance*. vol. 13, 392-403.
- 34) The National Council of Saemaul Undong Movement in Korea (2012). *Saemaul Undong in Korea*.
- 35) Oates, W. (1971). *Confessions of a Workaholic: The facts about work addiction*. NY: World.
- 36) OECD (2012a). *Economic Policy Reforms 2012: Going for Growth*.
- 37) OECD (2012b). *Better Life Index*.
- 38) Olsen, D. H., Sprenkle, D. H., & Russell, C. S. (1983). Circumplex Model of Marital and Family System III: Cohesion and Adaptability Dimension. *Family Type Clinical Applications. Family Process*. vol. 18, 3-28.

Received
July 3,2012

Accepted
September 20,2012

Published
October 31,2012

ORIGINAL ARTICLE

The Exploration of Financial Resources of Financial Adjustment System and Social Welfare in Japan

Haejin KWON¹⁾, Jeongah YOON²⁾, Moonjung KIM³⁾
Changwan HAN⁴⁾

1) Graduate School of Economics, Ritsumeikan University

kkhhjj51@gmail.com

〒525-0059, 7-21-1601, Nozi, Kusatu-Si, Siga, Japan

2) Umenoki-Kai Social Welfare Corporation

3) Graduate School of Economics and Management, Tohoku University

4) Faculty of Education, University of the Ryukyus

ABSTRACT

In Japan, the reform of social welfare finance has been performed under the circumstance of the deterioration of finance and the fundamental change of welfare policy. Since the late 1980's, the rate of National Treasury Subsidy for the social welfare services had been reduced and the Package Reform of Three Issues in 2004 has brought a great change in the financial relationship between central and local governments.

This study aims to provide reference materials for the preparation of the plan to allot the social welfare finances between central and local governments in South Korea by analyzing the contents and actual situation of financial adjustment system of Japan and analyzing and considering the adjustment of finance between central and local governments.

The government of Japan that has confronted accumulated problems has attempt to solve those problems with the marketization, decentralization and the increase of Consumption Tax, which means that central government shares the burden with market and local governments; the continuous and rapid increase of the demand of social security and social welfare services, the low rate of economic growth and the insufficient financial resources, the low fiscal self-reliance ratio of local governments, the deepening of regional inequality, etc.

Received
July 12, 2012

Accepted
September 19, 2012

Published
October 31, 2012

According to the Ministry of Health, Labour and Welfare, the share of central government for the public expense for the social security related expenditure is expected to increase to 59 trillion Yen (11.5% of National Income) in 2025 from 26 trillion Yen in 2004 (Ministry of Health, Labour and Welfare, 2012). Under the difficult situation that Government Bonds Outstanding, which is the debt of state, is projected to be over 709 trillion Yen (end of FY 2012), the increase of social security related expenditure is going to be a bigger burden on the central and local governments.

<Key-words>

Finance, financial adjustment system, social security, decentralization, finance of social welfare

Asian J Human Services, 2012, 3:105-130. © 2012 Asian Society of Human Services

I . Introduction

The financial condition of Japan has been deteriorated due to the long-term economic depression, disaster caused by an earthquake and increase of social security expenditure that new issuances of government bonds grew up to 55.8 trillion Yen in 2011, which was the highest issuance ever. Even though the fiscal deficit to GDP ratio of Japan is relatively lower than the U.S., U.K. and Greece, Portugal and Spain that are struggling with financial crisis, the outstanding government securities to GDP ratio is 200%(2010), which is much higher than even Greece.

Japan of which population has rapidly aged is the first ranked longevity country in the world. Tokyo was already the world's most populous metropolis¹ in the seventeenth century, two hundred years before Commodore Matthew Perry forced Japan to open to the outside world. In Japan after war, aging as well as high growth has rapidly proceeded. In Japan, 21.5 percent of the population is over sixty-five and 10 percent is over seventy in 2010. By 2050, 40 percent of Japan's 85 million people will be older than sixty-five. In 2005, Japan became the first modern, industrial nation to shrink in population for reasons unrelated to war or disease (Ted C. Fishman 2011).

Welfare policy of Japan in the situation of low fertility and high life expectancy has changed in the process of policy formation and its implementation; especially it has been asserted that existing welfare system for the elderly needs to be reformed since 1980's. Since the late 1980's, Japan's welfare policy has fundamentally changed from Japanese style welfare society strategy based on the reinforcement of family function. Japanese government instituted the Ten-Year Strategy to Promote the health and welfare for the elderly and prepare the long-term care service, which is commonly known as the Gold

¹ Tokyo then had over a million inhabitants, roughly twice as many as London at the time.(Ted C. Fishman 2011)

Plan (December, 1989), Health Care and Welfare for the Elderly (1993) and New Gold Plan (1994) (橋本久子 2002). Long-Term Care Insurance Act was passed in December, 1997 and enacted on April 1, 2000.

The implementation of Long-Term Care Insurance System has fundamentally changed the then welfare system, which was implemented by public fund (Hye-Jeong Yoon, 2005). As Long-term Care Insurance has been implemented, the changes of delivery system of welfare services for elderly persons and the marketization of welfare could be considered as the biggest ones. Before the implementation of Long-term Care Insurance in Japan, the supply and uses of welfare services for elderly person were performed based on the Measures System that administration takes responsibility for and determines everything; the services prescribed in the measures of administration are provided by social welfare foundations and the balance between demand and supply of the services is controlled by administration. As the Long-term Care Insurance was implemented, however, the qualifications to be providers for in-home service were softened and various business entities could be the providers such as corporations, incorporated companies, private profit companies, NPO, medical corporations and individuals. In addition, the system was changed to supply the services to the users based on the contract and to directly involve the administration in the service supply. It means that the conversion 'from measures to contract' has fundamentally carried out (Chang-Wan, Han et al., 2009).

Under the circumstances of the deterioration of finance and the fundamental change of welfare policy, social welfare finance also has been reformed. Since the late 1980's, the subsidy rate of National Treasury subsidy for the social welfare projects has cut back and "The Reform Package of Three Issues", which has implemented in 2004, drastically changed the financial relationship between central and local governments.

This study aims to provide reference materials for the preparation of the plan to allot the social welfare finances between central and local governments in South Korea by analyzing the contents and actual situation of financial adjustment system of Japan and analyzing and considering the adjustment of finance between central and local governments.

II. The Finance and Financial Adjustment System in Japan

1) The Financial Adjustment System in Japan

Under the influence of the European Charter of Municipal Liberties in 1985, which was called as the portmanteau of globalization and localization, Japan has been decentralized in diverse ways; Resolution for the Promotion of Decentralization was adopted by the National Diet in 1993 and Promoting Decentralization Act was enacted in 1995. Since Package Promoting Decentralization Act was enacted in 2000, the decentralization has

Received
July 12, 2012

Accepted
September 19, 2012

Published
October 31, 2012

more accelerated; in the Koizumi Cabinet, the decentralization of tax revenues has begun based on the Reform Package of Three Issues (川田一義 2007).

Furthermore, in December, 2012, Decentralization Reform Promotion Law came into force and the Second Stage of Decentralization Reform has begun. While the ratio of tax revenue between central and local government was 3:2, that of expenditure between them was 3:2; in results, the differences of finances between central and local governments have been produced and they have been made up for by supplying local allocation tax grants from tax revenue of National Treasury to local governments.

In the Japanese budget of FY 2012, local allocation tax grants is 18.7% of total expenditure of general account, which is ranked next to the social security (29.2%) and national debt service (24.3%) and the reason that its reduction cannot be avoided for the reform for the financial soundness.

Local Allocation Tax, which has reached its peak of 21.7 trillion Yen in 2000, has continuously decreased by the reform of financial structure due to the deterioration of national finance. Especially in 2004 when the reform package of three issues² began being implemented, Local Allocation Tax was cut back to 12% across-the-board and each local government confronted the shocks of Local Allocation Tax that had each local government re-examine all projects, abolish funds and issue local government bonds.

Local Allocation Tax drastically increased while tax revenues decreased after the burst of bubble economy in Japan; since the finance of local governments has deteriorated in 1993, the deficit of special account has grown, because they have been financed through the special grants from general account or the borrowing from special account of Local Allocation Tax.

To make up for the deficit of finance, the system that regards the debt that includes local government bonds to make up for the deficit financing as Local Allocation Tax was introduced; that is, Local governments issue local government bonds to make up for the deficit financing and then repay with Local Allocation Tax (川田一義 2007).

In this situation, Local Allocation Tax has been deteriorated into the security system for local finance; as local governments have spent more money for the constructions of roads, harbors and school, Local Allocation Tax has increased.

Even though the sectors of education, public works and welfare are generally subsidized by central government, Local Allocation Tax is also partly spent for those. For example, when implementing a project that the half of its budget is subsidized by central government, local governments are supposed to pay only half of its budget. However, in

² The financial adjustment system that was implemented by the Koizumi Cabinet between 2004 and 2006. The reform includes measures ① to abolish national subsidies, ② to transfer tax bases from central government to the local government and ③ to review the system of Local Allocation Tax; the name of Trinity Reform was given by attempting to reform these three issues at the same time.

this project, the local governments that have small amount of tax revenue finance its own share with Local Allocation Tax or debt and they pay back with additional Local Allocation Tax.

The central government has controlled local governments through Local Allocation Tax and local governments have financed projects with small amount of their share. Because local governments implemented public works competitively as the reflationary measures before the burst of bubble economy in Japan and central government paid them back with Local Allocation Tax, both Local Allocation Tax and national debt rapidly increased.

2) The Finance of Japan

Since the global financial crisis, the finance of Japan has been drastically deteriorated, which is proven by the rise of consumption tax. The government of Japan has raised consumption tax to solve the problems; national debt of over 1000 trillion Yen, the increase of the demand of social welfare services due to the rapid increase of the elderly and the economic depression that seems to be extended and fixed. The government of Japan intends to raise the current consumption tax of 5% to 8% in April, 2014 and 10% in October, 2015. This Consumption Tax Act was passed by the House of Representatives in June 26, 2012 and is under discussion by the House of Councilors currently.

① The Tax Revenue and Expenditure of Finance of the Government of Japan

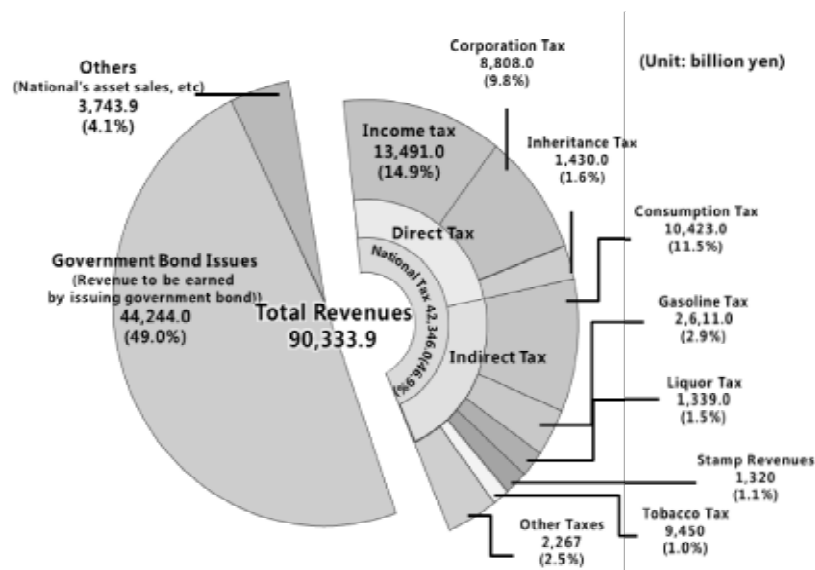
In the budget of FY 2012, the tax revenue is less than 50% of total revenues and the Government Bond Issues, which hold 49%, may be considered as the debt of future generations.

Received
July 12, 2012

Accepted
September 19, 2012

Published
October 31, 2012

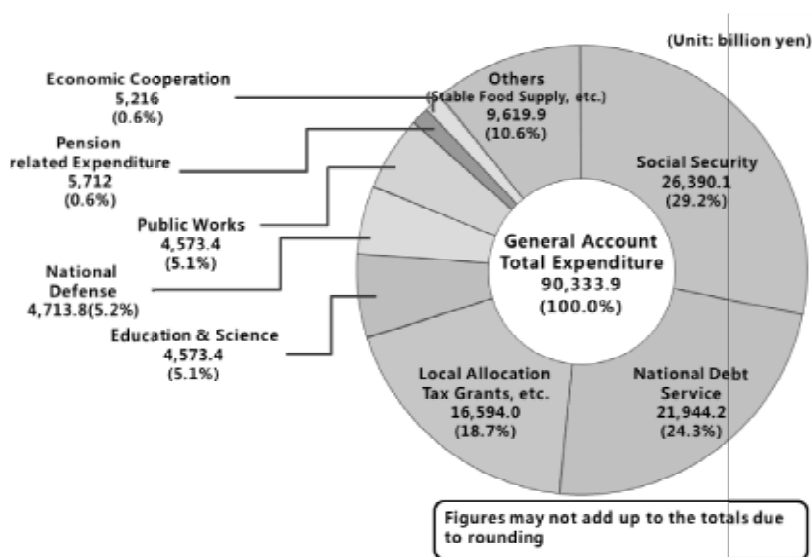
Figure 1. Finance of Japan in 2012 (Tax Revenue, the Budget of Fiscal Year 2012)



Source: Ministry of Finance Japan, Japan's Fiscal Condition, September, 2011

Among the expenditure items of FY 2012, the social security related expenditure holds 29.2% of total expenditure and the expenditures of social security, national debt service and Local allocation Tax hold 70% of total expenditure, which can be considered to present the necessity of financial reform.

Figure 2. Finance of Japan in 2012 (Expenditure, the Budget of Fiscal Year 2012)



Source: Ministry of Finance Japan, Japan's Fiscal Condition, September, 2011

Received
July 12, 2012

Accepted
September 19, 2012

Published
October 31, 2012

Table 1. The Budget Framework of General Account of FY 2012 of the Government of Japan

(Unit: billion Yen)

	FY2011 Budget	FY2012 Budget	FY2011' → FY2012'	Notes
(Revenue)				
Tax revenue	409,270	423,460	14,190	Transfer the remaining reserves (¥996.7 billion) from the Special Account for Fiscal Investment and Loan Program to Special Account of Government Debt Consolidation Fund as refunding Reconstruction Bonds Bond Dependency Ratio: 49.0% (FY2011: 47.9%) Medium-term Fiscal Framework: "Make every effort to ensure that the amount of new government bonds issuance in FY2012 does not exceed that in FY2011 (approx. ¥44 trillion)"
Other Revenue	71,866	37,439	△34,427	
Secured by Special Acts	24,897	-	△24,897	
Government Bond Issues	442,980	442,440	△540	
Construction Bonds	60,900	59,090	△1,810	
Special Deficit-Financing Bonds	382,080	383,350	12,270	
Total	924,116	903,339	△20,777	
(Expenditures)				
National Debt Service	215,491	219,442	3,951	Medium-term Fiscal Framework: "Primary balance expenses will not, in substance, exceed that of the previous fiscal year" Excludes the amount required to ensure one-half support for basic pension expense by national government contribution in FY2012 which would be financed by government compensation bond reimbursed by fiscal revenues acquired by drastic reform of the taxation system
Primary Balance Expense	708,625	683,897	△24,728	
Social Security	287,079	263,901	△23,177	
Local Allocation Tax Grants, etc.	167,845	165,940	△1,905	
Contingency Reserve for Economic Crisis Response and Regional Revitalization	8,100	9,100	1,000	
Transfer to Special Account for Reconstruction from the Great East Japan Earthquake	-	5,507	5,507	
Others	245,601	239,448	△6,153	
Total	924,116	903,339	△20,777	

(Note 1) Figures may not add up to totals due to rounding.

Source: Ministry of Finance Japan, Japan's Fiscal Condition, September, 2011

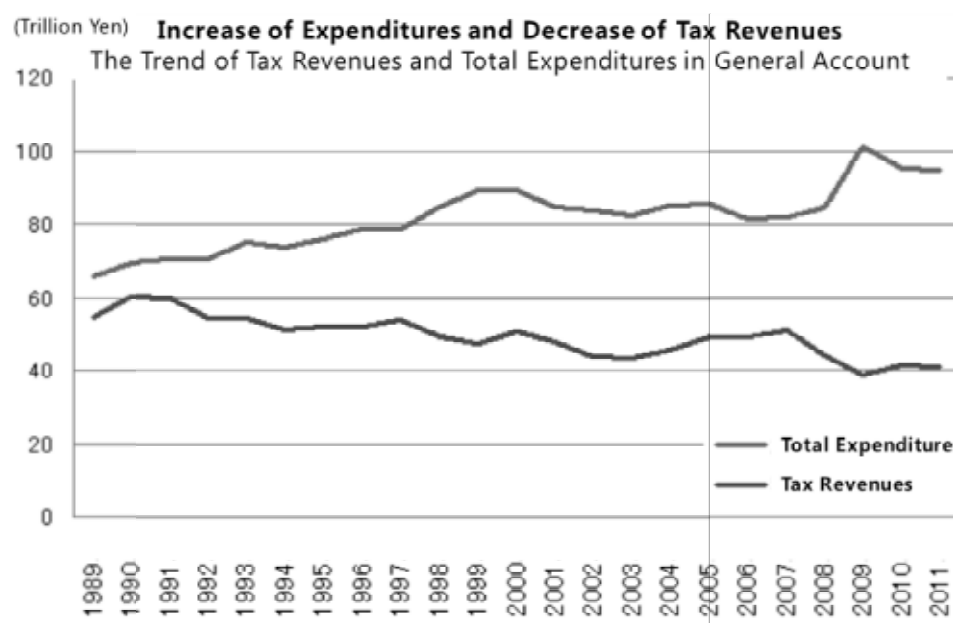
According to the Framework of FY 2012 Budget, it is recommended to "make every effort to ensure that the amount of new government bonds issuance in FY2012 does not exceed that in FY 2011", even though the bond dependency (49%) increased. Because Special Account has been formed for the reconstruction from the Great East Japan Earthquake, some budgets expenditures including social security related expenditure have been reduced.

Received
July 12, 2012

Accepted
September 19, 2012

Published
October 31, 2012

Figure 3. The Trend of Tax Revenues and Total Expenditures in General Account in Japan



Source: Ministry of Finance Japan, Japan's Fiscal Condition, September, 2011

As shown in Figure 3 about the trend of Tax Revenue and Total Expenditure in General Account in Japan for the last 20 years, while the expenditures have steadily increased due to the increase of Social Security expenditure and Local Allocation Tax, the Tax Revenues have clearly decreased due to the prolonged economic depression and the decrease of economically active population.

② Bonds in the Finance of the Government of Japan

If the expenditures of central and local governments cannot be financed by tax revenues, the government issues bonds to borrow money from private sector. As of end-FY 2012 Government Bonds outstanding is over 709 trillion Yen, which may become the great obstacle against the reform for the financial soundness.

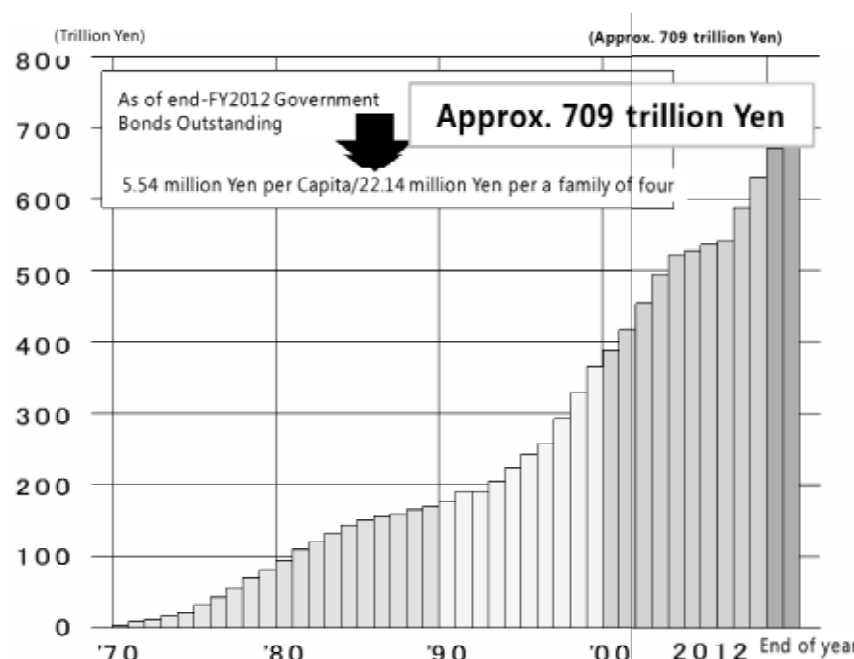
The Government Bonds Outstanding of Japan has steadily increased since 1970's; especially it has rapidly increased from 1990's. 709 trillion Yen, which is the forward projection of as of end-FY 2012 Government Bonds Outstanding, is almost the same as the Tax Revenues of the Government of Japan for 17 years and can be converted to the debt of the 5.54 million Yen per person; it is expected to be a great burden of future generations in Japan.

Received
July 12, 2012

Accepted
September 19, 2012

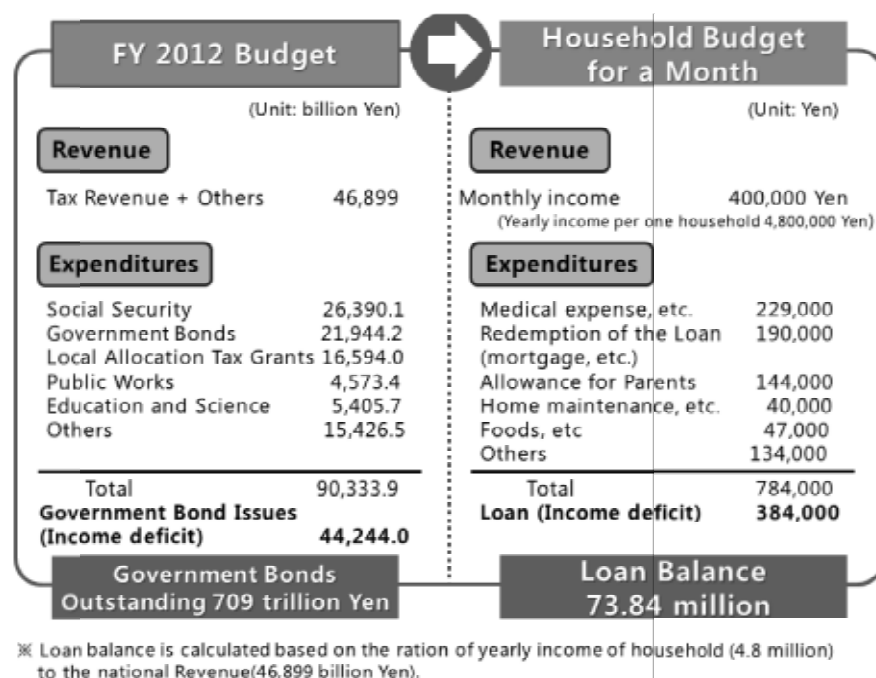
Published
October 31, 2012

Figure 4. The Trend of Government Bonds Outstanding in Japan



Source: Ministry of Finance, *Outstanding Government Bonds and Borrowings* (2011)

Figure 5. Conversion of Japan's Budget into Household budget for a Month



Source: Ministry of Finance Japan, *Japan's Fiscal Condition*, September, 2011

Received
July 12, 2012

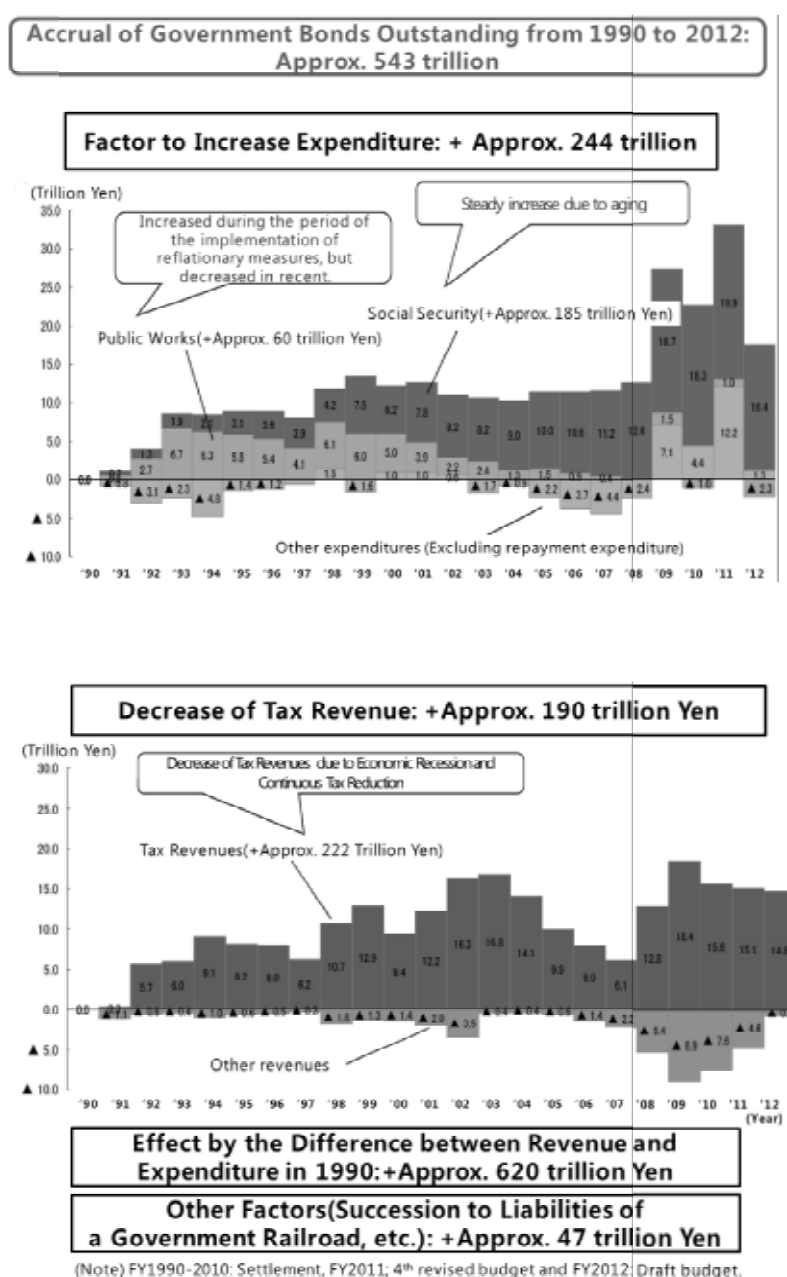
Accepted
September 19, 2012

Published
October 31, 2012

③ The Factors to Increase the Government Bonds Outstanding in Japan

Looking at the accrual of Government Bonds Outstanding, while it was induced by the increase of public works in Total Expenditures in 1990's, it was done by the increase of social security in recent; in the aspect of Tax Revenues, the prolonged economic depression and deterioration and the decrease of Tax Revenues due to tax reduction also have induced its increase.

Figure 6. The Reasons of the Increase of Government Bonds Outstanding in Japan



Received
July 12, 2012

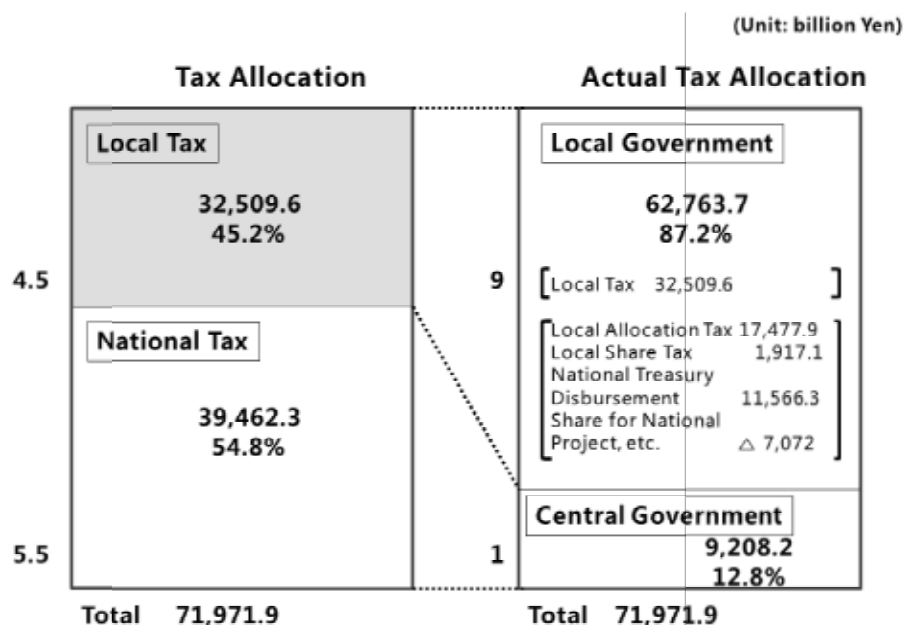
Accepted
September 19, 2012

Published
October 31, 2012

Source: Ministry of Finance Japan, Japan's Fiscal Condition, September, 2011

④ Financial Relationship between Central and Local Governments in Japan

Figure 7. Finance Allocations between Central and Local Governments



Source: Ministry of Inter Affairs and Communications (2012), Local Allocation Tax in 2011

Tax Revenues in local governments are generally made up for with local taxes, local allocation tax and national treasury disbursements.

Local Tax is the biggest finance source of local governments and cannot be imposed by local government autonomously; the items and tax rate are determined pursuant to the Local Taxes Act, which enable to prevent local governments from arbitrarily changing them; there is a penal provision that local governments that impose a tax with lower rate than prescribed standard rate in the Local Taxes Act are prohibited from issuing local government bonds.

Local Allocation Tax is transferred to local governments at a certain percentage of National Tax without stipulating the uses.

National Treasury Disbursement is the grants that are allocated to local governments by central government stipulating where to use it; it is usually used for the works or policies of state and cannot be used arbitrarily.

As a law, local government cannot issue local government bonds independently; local governments require the permission of the Minister of Internal Affairs or Communications and the Governor of Prefecture (Local Bond Permits System); likewise, central government of Japan is deeply involved into the finance of local governments.

Received
July 12, 2012

Accepted
September 19, 2012

Published
October 31, 2012

III. Financial Adjustment of Central and Local Government in the Social Welfare Sector

1) Social Welfare Basic Structural Reform and the Reform Package of Three Issues

In 2000, Social Welfare Basic Structural Reform, which led to amend Social Welfare Service Act to Social Welfare Act, has begun; since 1990's, the providers of social welfare services have been diversified and, since 2000's, private service providers became to actively participate in the business under the pretext to provide qualitatively good services and activate social welfare services. Under the slogan of the establishment of community-oriented welfare, local residents as well as the providers who provide social welfare services and the persons who take part in the social welfare related activities are involved in providing social welfare services, which shows that social welfare services are being provided based on citizen autonomy in the local self-government system(大藪 元康 2011).

Administrative and financial management of local government is determined by the counselors who are selected by local residents. Even though residents need to monitor whether their representatives works administratively and financially well or not, they don't seem to be quite interested in the works of local government. However, the discretionary power of local government has increased due to the Social Welfare Basic Structural Reform and the National Treasury Subsidy related to social welfare services has been reduced, which induce local residents to participate in the management of local government. Because social welfare services are closely related to the needs of local residents, local residents usually react to the increase or decrease of social welfare services sensitively.

Between 2004 and 2006, the Package Reform of Three Issues have been implemented ① to abolish national subsidies, ② to transfer tax bases from central government to the local government and ③ to review the system of Local Allocation Tax. According to the Package Reform of Three Issues, the reduced National Treasury Subsidy is compensated with the transfer of sources of taxation; Income Tax (National Tax) is replaced by the Residence Tax (Local Tax), that is, without changing the amount of tax from each resident, the Tax Revenues of local government can be increased; from the point of view of taxpayers, they pay the same amount of money to other tax levier.

However, special attention needs to be paid to the difference of financial power among local governments. Local governments in the prefecture level, where economically active population density is high, have financial power, but other local governments do not have sufficient Tax Revenues. This is the reason that Local Allocation Tax plays an important role for the financial adjustment. Local Allocation Tax, which is made from a certain rate of National Tax (Income Tax, Corporate Tax, Liquor Tax, Consumption Tax and Tobacco Tax)³, is given to local governments; it plays roles to adjust the difference of financial

³ Local Allocation Tax is made from 32% of Income Tax and Liquor Tax, 34% of Corporate Tax, 29.5%

power among local governments and to ensure the financial resources that enable local government to provide a certain level of administrative services. While National Treasury Subsidy limits the uses, Local Allocation Tax doesn't limit the uses because it is general resources. In this context, it can be said that National Treasury Subsidy has changed to general resources of Local Allocation Tax.

As, due to the decentralization of welfare policy, social welfare services are delivered based on the local government level and the finance for social welfare services are made from general resources, the discretionary power of local governments cannot help being expanded. Under the circumstances without the regulation of central government, the difference of quality in the social welfare service may occur among local governments; it is necessary for local residents to actively participate in the works of local government to solve the problems from the difference of quality in the social welfare services.

Local Allocation Tax that central government provides for local government is the part of decentralization; namely it is the decentralization of welfare policy. Because the total amount of Local Allocation Tax is limited, the assurance of National Minimum of administrative services as well as social welfare services has become a very critical issue.

Long-term consideration and research on the effects of the Package Reform of Three Issues of Japan on the finance of local governments, especially on the social welfare related finance need to be conducted.

2) The Finance of Social Welfare in Japan

In the aspects of economics and finance, the social security system is the structure that central government secures the finance by gathering tax or insurance premiums and provides social security services for citizens through the diverse system related to social security (片山 信子, 2008).

In Japan, the allowance of social security is provided based on the finance made of insurance premium and public expense (of state and local governments) and the total amount of the allowance of social security has steadily increased every year.

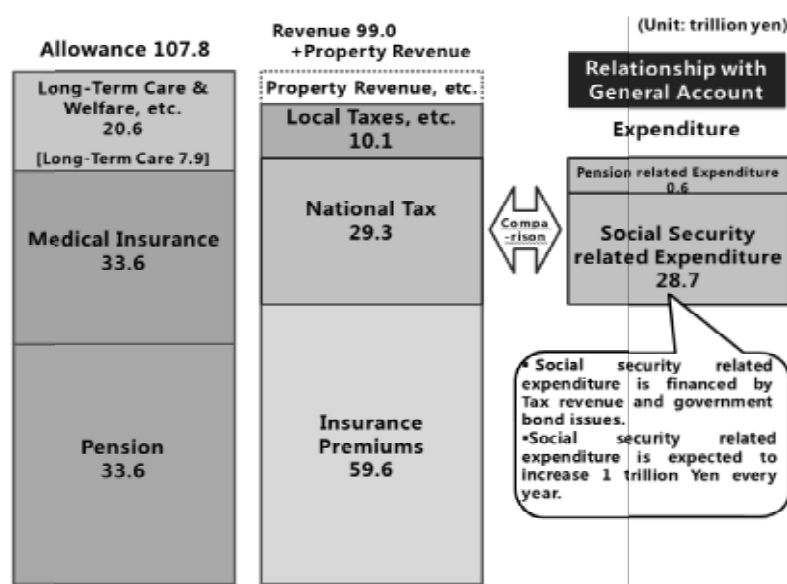
Received
July 12, 2012

Accepted
September 19, 2012

Published
October 31, 2012

of Consumption Tax and 29.5% of Tobacco Tax(大藪 元康 2011).

Figure 8. The Allowance of Social Security in Japan



Source: Ministry of Finance Japan, Japan's Fiscal Condition, September, 2011

The expenditure related to social security has steadily increased due to the rapid increase of the elderly population in Japan.

In the budget of FY2010, social security related expenditure held 29.7% (28.2 trillion Yen) of total expenditure of General Account (94.6 trillion Yen) (In the budget of FY 2012, social security related expenditure is 29.2%). Social Security related Expenditure consists of the allowance of pension, health and long-term care (72.1%), living allowance (8.7%), social welfare services (15.2%), health and hygiene (2.1%) and employment and industrial accidents (1.8%) (See Table 2).

Table 2. Social Security related Expenditure for the Recent Five Years in Japan

(Unit: billion yen)					
Major Expenditure Items	2006	2007	2008	2009	2010
Government Total Budget	81,445,481	81,842,570	84,697,395	100,973,424	94,594,166
Social Security Related Expenditure	20,554,984	21,140,981	22,561,742	28,716,151	28,248,922
Allowance of Pension, Medical and Long-Term Care Insurance	-	-	-	19,720,881	20,338,997
Living Allowance	2,006,227	1,982,011	2,047,261	2,289,060	2,459,871
Social Welfare	1,562,556	1,511,989	1,868,493	4,170,598	4,316,082
Health and Hygiene	485,101	415,404	404,672	1,121,827	618,035
Employment & Industrial Accidents	-	-	-	1,413,785	515,937
Social Insurance	16,267,327	17,080,269	17,900,055	-	-
Unemployment	233,774	151,307	341,261	-	-

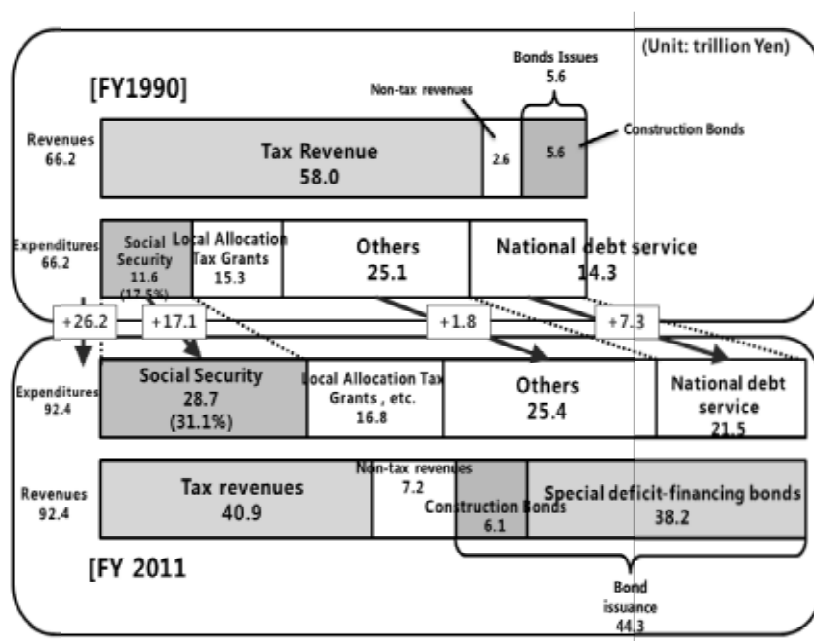
Source: Ministry of Finance, Annual Budget Report submitted to the National Diet

Received
July 12, 2012

Accepted
September 19, 2012

Published
October 31, 2012

Figure 9. Comparison of General Account Budget between FY1990 and FY 2011



Source: Ministry of Finance, Annual Budget Report submitted to the National Diet

Comparing Japan's General Account Budget between FY1990 and FY2011, it is found that most of the growth in expenditures is due to the increase in social security expenditure. The increase in government bond issuance results from the growth of social security-related expenditure as well as falling tax revenues.

The Local Allocation Tax in Japan is the local tax that central government collect instead of local governments, but guarantees the discretionary uses of local governments. The operation of Local Allocation Tax is stipulated in the law; in accordance with this Law, (1) allocate the total sum of local allocation tax to the local bodies whose financial needs exceed their financial revenues with fairness, to make good such deficiencies, (2) the State shall, in granting allocation tax, respect the principles of local autonomy and shall attach no conditions or impose no limitations on the use thereof, and (3) each local body shall make best efforts to maintain a reasonable and appropriate level of administration, and see to it that it conform at least to the minimum standards of scale and quality established by laws or cabinet orders duly delegated by laws.

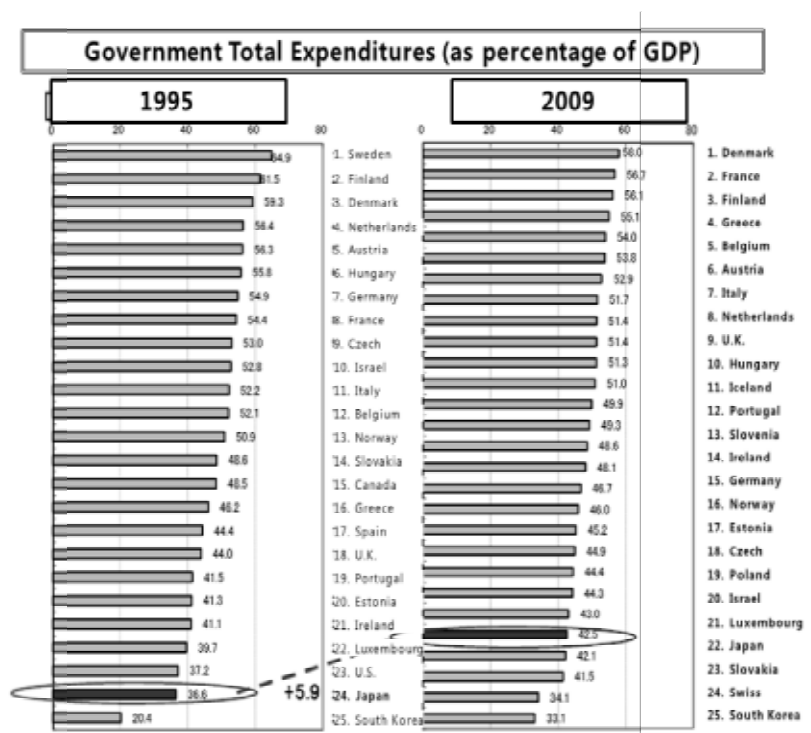
Local Allocation Tax in Japan is the total of Income Tax, Liquor Tax, Corporate Tax, Consumption Tax and Tobacco Tax and it is also stipulated in the Law just like that of South Korea; and there may also be addition and reimbursement of debt in General Account by the plan of local governments every year. (Jae-Won Lee, et al., 2007).

Received
July 12, 2012

Accepted
September 19, 2012

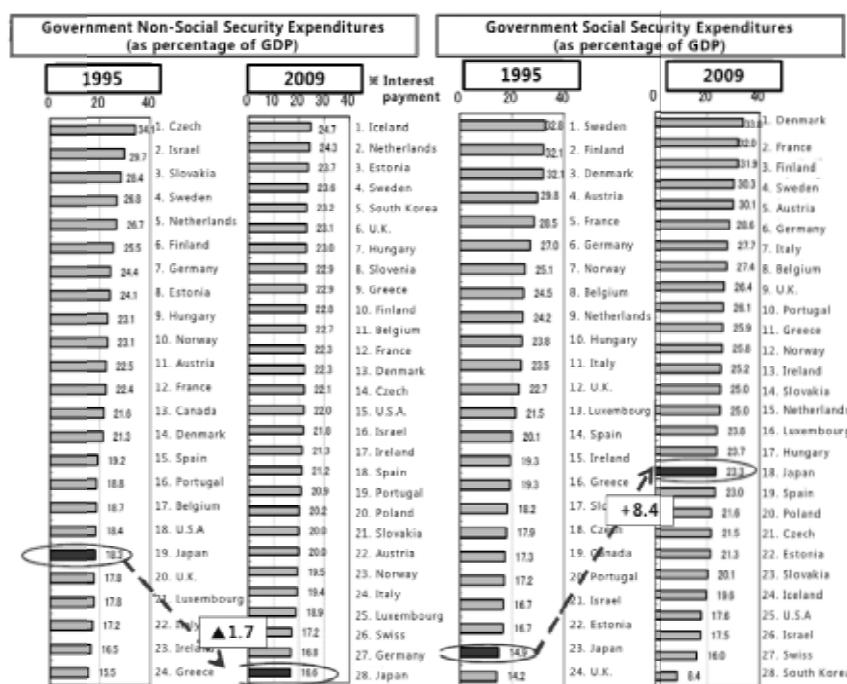
Published
October 31, 2012

Figure 10. Comparison of Government Total Expenditures of OECD countries



Source: OECD "Economic Outlook 76", "National Accounts 2010 vol.II", "Stat Extracts National Accounts"

Figure 11. Comparison of Social Security related Expenditure of OECD countries



Source: OECD "Economic Outlook 76", "National Accounts 2010 vol.II", "Stat Extracts National Accounts"

Received
July 12,2012

Accepted
September 19,2012

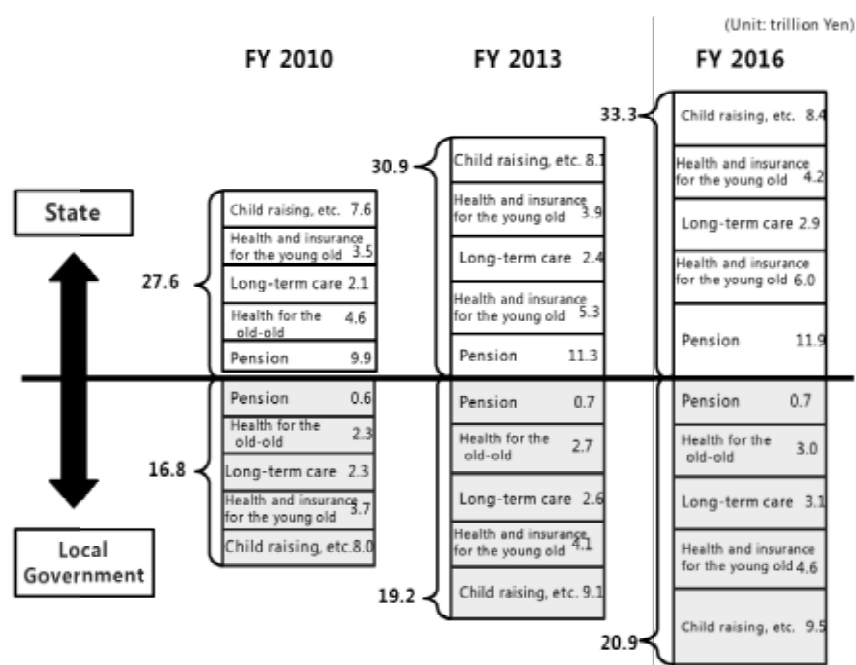
Published
October 31,2012

In Japan, government social security expenditure is increasing along with the progress of population aging among OECD countries.

3) The Cases of Sharing of Social Welfare related Expenditure in Japan

The operating bodies of social security system in Japan are divided into central government (state) and local governments; local governments are divided into prefectures and municipalities. 27.6 trillion Yen of the share of central government for social security related expenditure and 16.8 trillion Yen of that of local governments in 2010 are expected to become 33.3 trillion Yen and 20.9 trillion Yen each in 2017 due to the low fertility and population aging (See Figure 12).

Figure 12. The Estimation of Social Security related Expenditures



Source: Ministry of Internal Affairs and Communication, *The Report on the Social Security and Local Taxes* (February, 2011)

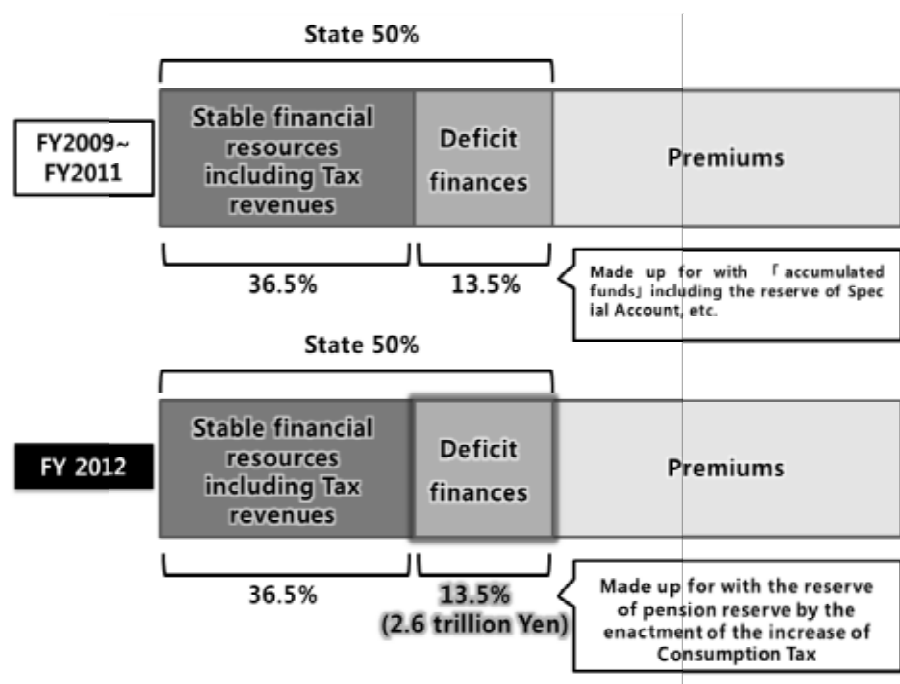
Social security benefits are composed of benefits in cash and benefits in kind.

Benefits in cash based on the basic pension or public assistance are provided pursuant to the standard guideline of central government, but benefits in kind including diverse welfare services are provided pursuant to that of local government, because they need to be given under the consideration of the regional characteristics (Jae-Won Lee, et al., 2007).

The operation body of the pension benefit that is the representative benefit of social security services in Japan is central government and National Pension is mandatory for all the citizens. Employees of private companies and public servants are required to mandatorily join welfare annuity insurance or pension deduction. Municipal

governments take the responsibility to manage the applications for National Pension and to collect its payment and Social Insurance Agency and other related agencies are in charge of collecting insurance premiums. The National Pension is financed by national treasury (a half) and pension premium (a half) (See Figure 13).

Figure 13. The Financial Resources of National Pension in Japan



Source: Jiji Press HP

In Japan, the types of Public Assistance, which is another kind of benefits in cash include livelihood assistance, education assistance, housing assistance, medical assistance, long-term care assistance, maternity assistance, occupational assistance and funeral assistance. Central government that finances Public Assistance determines the amount of benefits and local government that operate its services let local social welfare offices determine and implement the contents of services. Central government shares in three fourth of the costs of assistance and the operation of facilities that local governments demand and local government that is in charge of shares in one fourth of them. In summary, local governments who understand the needs of local residents are in charge of providing public assistance services and central government takes the responsibility for the design of system and the finance. Due to the partial amendment of National Health Insurance Law, in 2012, National Health Insurance is financed with public expense (1/2) and insurance premiums (1/2); public expense is consisted of national

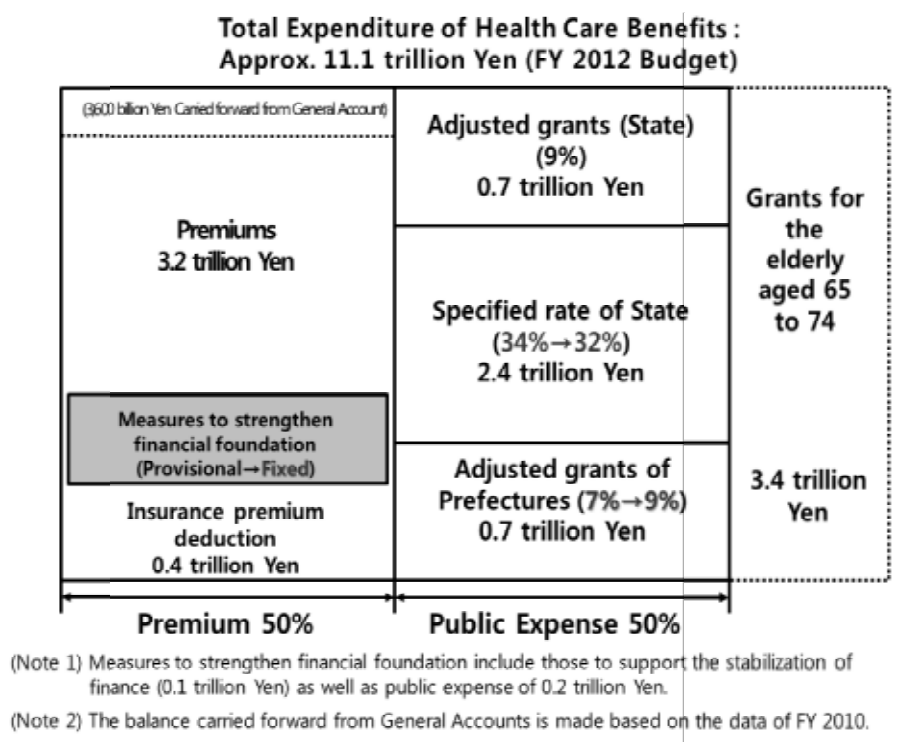
Received
July 12, 2012

Accepted
September 19, 2012

Published
October 31, 2012

treasury (41%) including adjustment subsidy (9%) and the share of local governments (9%) (See Figure 14).

Figure 14. The Financial Resources of National Health Insurance in Japan



Source: Ministry of Health, Labour and Welfare, Report on the Partial Amendment of National Health Insurance, April, 2012

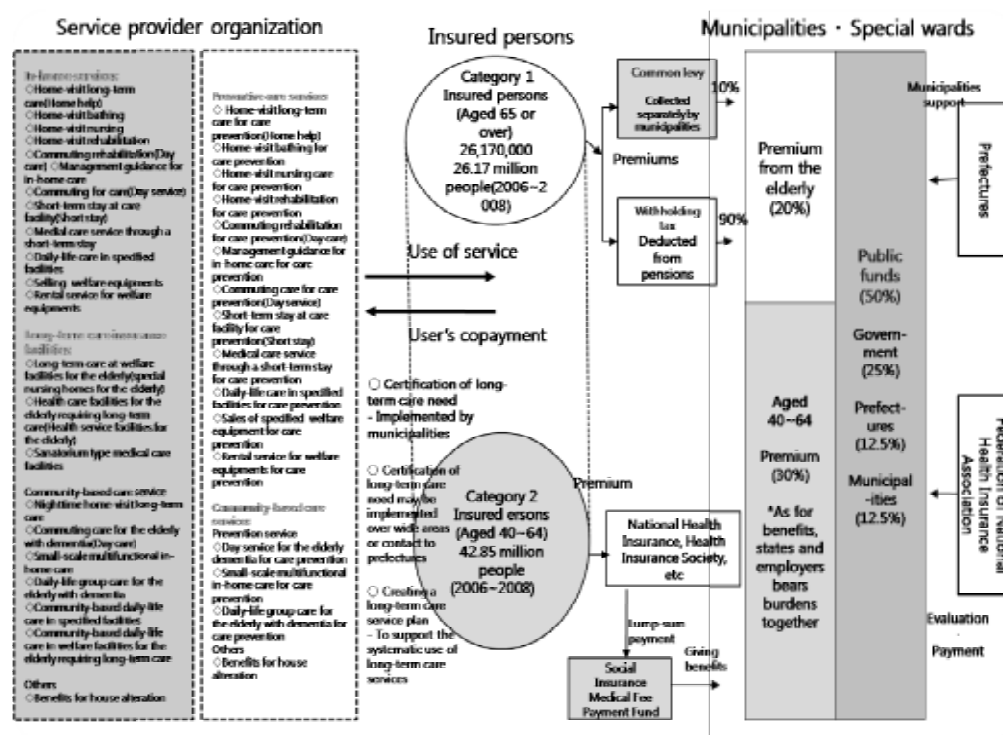
The representative benefits in kind in Japan are Long-Term Care Insurance Services. The system and financial resources of Long-Term Care Insurance Services are shown in Figure 15.

Received
July 12, 2012

Accepted
September 19, 2012

Published
October 31, 2012

Figure 15. The System and Financial Resources of Long-Term Care Insurance Services in Japan



Source: Ministry of Health, Labour and Welfare, Health and Welfare Bureau for the Elderly, (2006)

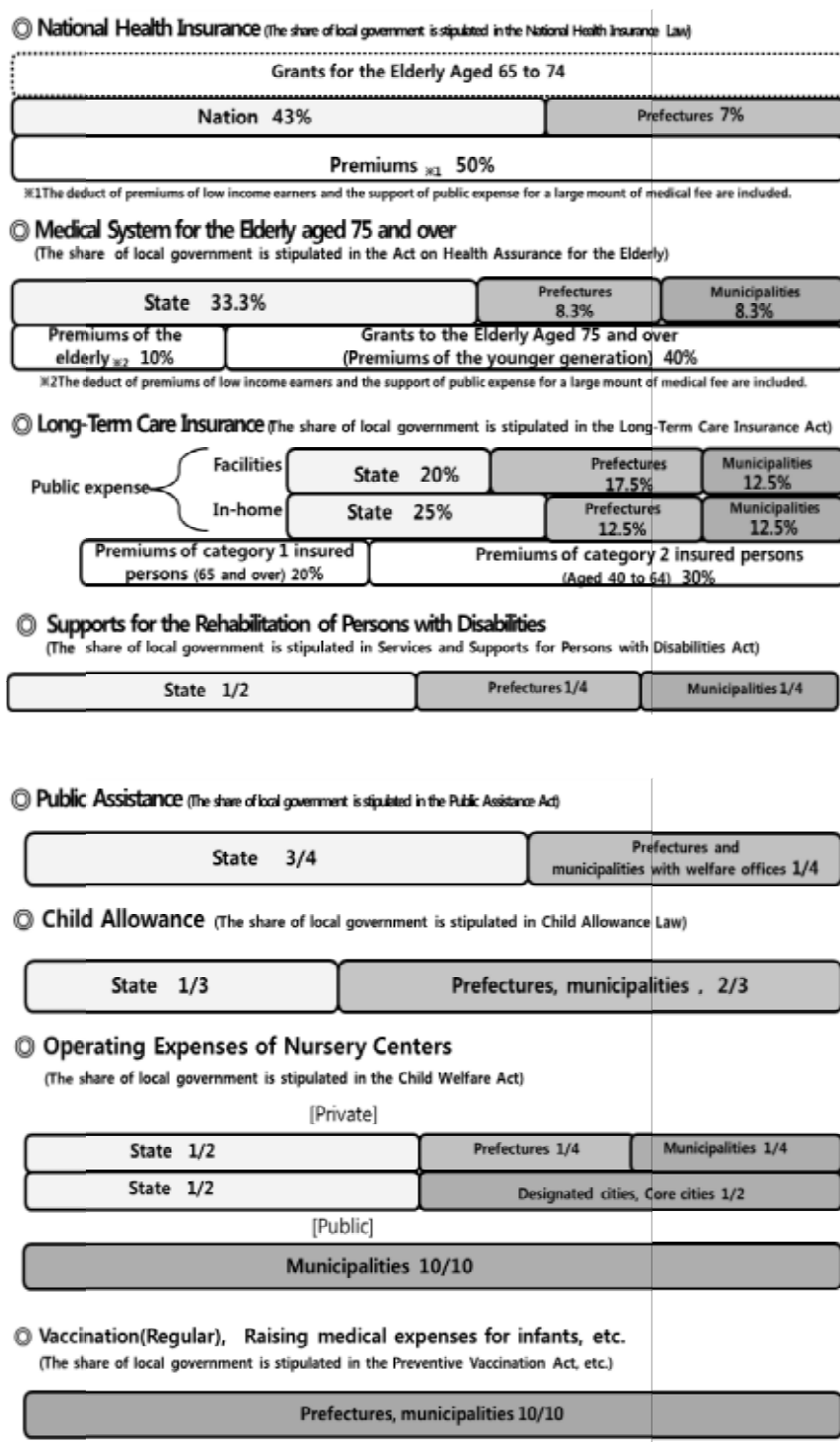
The major services of social security and social welfare include supports for the rehabilitation of persons with disabilities, child allowance and operating expenses for nursery centers and the financial resources are shown in Figure 16.

Received
July 12, 2012

Accepted
September 19, 2012

Published
October 31, 2012

Figure 16. Financial Resources of Major Services of Social Security and Social Welfare



Received
July 12,2012

Accepted
September 19,2012

Published
October 31,2012

Source: Ministry of Internal Affairs and Communications, Report on the Finance of Social Security and Local Taxes, February, 2011

IV. Conclusion

While Japanese enjoyed the richness of bubble economy, socialist states collapsed in the Eastern Europe. Since then, the market economy has been dominant in the world economy. The system of welfare state began to face crises and low fertility and population aging have caused new crises. In this situation, Japanese have emphasized the stability and development of market economy system more than welfare, health, safety or nature conservation just like other European countries (Chang-Wan Han, et al., 2011).

Just like that neo-liberalism made an appearance in the crisis of capitalism among the western countries in the mid 1970's, Japanese also accepted neo-liberalism ideology in the process of overcoming the crisis of welfare state. As shown in the Social Welfare Basic Structural Reform, social security system could not avoid being reformed as the neo-liberal style; restructuring essentially was steered for the return to market fundamentalism and the decentralization.

In Japan, the marketization and decentralization of welfare was done based on the deregulation; deregulation is the administrative reform to abolish public regulation and to aim at small government.

In the meantime, the understanding of the change of paradigm and the consideration of actual financial situation in the aspect of system reform enabled to project the future more clearly.

According to the Ministry of Health, Labour and Welfare, the share of central government for the public expense for the social security related expenditure is expected to increase to 59 trillion Yen (11.5% of National Income) in 2025 from 26 trillion Yen in 2004 (Ministry of Health, Labour and Welfare, 2012). Under the difficult situation that Government Bonds Outstanding, which is the debt of state, is projected to be over 709 trillion Yen (end of FY 2012), the increase of social security related expenditure is going to be a bigger burden on the central and local governments.

Under the circumstances, the discussion that social security system needs to be managed based on the cost of social security benefits or the rate of economic growth with securing the sustainability of the system has been held; the discussion to emphasize the stability and development of market economy system. While the National Treasury Subsidy for the finance of local government had abolished or reduced due to the Package Reform of Three Issues, the way that the National Treasury Subsidy for the Social Security related expenditure can be dealt with became an issue. In the situation that the reform of social security and Consumption Tax is focused on the increase of Consumption Tax by the government that Democratic Party seized, it is possible that the discussion about social security reform would stand out as the issue to determine the future of Japan.

Japan has a long story of local self-government; considering that centralization began to be conducted in earnest after the Meiji Restoration (1868), it can be said that the history

Received
July 12, 2012

Accepted
September 19, 2012

Published
October 31, 2012

of centralization is very short. Even though Japan has a rich history of local self-government, the exhaustion of local industries that was brought by the great change of structure of population due to low fertility and population aging (excessive population growth in urban area and rapid aging in rural area) has induced the chronic depression and recession of local economy; naturally, the fiscal capacity has been lowered and the regional inequality has been deepened. It is a serious problem that the local government with the great demand of social security and welfare services due to the population aging tends to have a lower level of fiscal capacity, which is the matter to be considered when exploring the way to effectively share the social welfare expenditures.

The most important thing for the decentralization is to strengthen self-determination. The strengthening of self-determination is essentially accompanied with the expansion of self-responsibility. Considering the current situation of the deterioration of financial status, the abolishment or reduction of National Treasury Subsidy and the suppression of Local Allocation Tax, the expansion of self-responsibility of local governments can be considered as the avoidance of government's responsibility for the public policies. That is, it results in the situation that the responsibility returns to the local residents through the self-determination of local governments, which is the matter to need to be considered to explore the way to share the social welfare expenditures.

The government of Japan that has confronted accumulated problems has attempt to solve those problems with the marketization, decentralization and the increase of Consumption Tax, which means that central government shares the burden with market and local governments; the continuous and rapid increase of the demand of social security and social welfare services, the low rate of economic growth and the insufficient financial resources, the low fiscal self-reliance ratio of local governments, the deepening of regional inequality, etc.

For South Korea that has confronted similar problems, the situation of Japan would give the good lessons, which is the reason that the attention needs to be paid to the current situation of Japan.

George Friedman, renowned American political scientist and author, projected that Japan would have more powerful power and make a comeback as the biggest power in spite of frequent disasters in his book, *Next Decade*. He also forecast that Japan, which is different from China, is a strong nation that can endure the fiscal austerity with minimizing the social anxiety and make a breakthrough by reinforcing the naval power (George Friedman 2011).

The ceaseless observation and analysis are needed to be performed whether Japanese society can solve the piled-up problems as he forecast.

Received
July 12, 2012

Accepted
September 19, 2012

Published
October 31, 2012

References

- 1) Se-Hyeong Oh (2005) 「Two Ways of The Market of Long-Term Care Services for the Edlerly 」 Forum of Social Welfare and Labor, pp2-3.
- 2) Hye-Jeong Yoon (2005) 「Study on the Care Insurance in Japan」 , Master's Dissertation, Cheongju University, pp65-69.
- 3) Jae-Won Lee, et al., (2007) 「Final Report on the Direction of the Reorganization of National Treasury Subsidy System for the Optimization of Sharing the Finance for Social Welfare, The Korean Association for Local Finance.
- 4) Chang-wan Han ・Sekita Yasuyoshi (2009) 「A Study on the Long-Term Care Insurance and Care Management in Japan」 , Korea Care Management Research, No. 2, pp.78-79.
- 5) Chang-Wan Han, et al., (2011) 「Study on the User Selection System and the Change of Composition of Social Service Providers in Japan」 , Journal of the Korean Association for Social Service, No.2-1, pp141-169.
- 6) Ministry of Health, Labour and Welfare(2006) Health and Welfare Bureau for the Elderly, Operations manual of Community Comprehensive Support Center.
- 7) Ted C. Fishman(2011) 「Shock of Gray」 SCRIBNER, pp. 144-146
- 8) George Friedman(2011) 「Next Decade」 Sam&Parkers.
- 9) T.Buettner,D.E. Wildasin(2005). 「The dynamics of municipal fiscal adjustment」 , Journal of Public Economics, No.2005-03.
- 10) 荒井貴史(2004) 「三位一体の改革と財政調整制度」 , 尾道大学経済情報論集, 4 券 第 1 号,pp127-149.
- 11) 池尾和人(2010) 「機関投資家中心の市場ゆえに国債バブルの発生がありうる」 , 週刊ダイヤモンド, 4326 号, pp25.
- 12) 石弘光(2008) 「成長のみでは財政再建はできない」 , エコノミスト, 3938 号, pp42-45.
- 13) 鶴田晋幸(2005) 「社会保障分野における国と地方の役割と財政基盤の今後のあり方について」 , The Hiroshima Economic Review, 29 (1), pp39-78.
- 14) 太田充(2008) 「地方財政対策について」 ほか『ファイナンス』 , 財務省, 43 券 第 11 号.
- 15) 大藪 元康(2011) 「地方自治体における社会福祉財政の現状と課題」 , 中部学院大学・中部学院大学短期大学部研究紀要, 12 号, pp113-118.
- 16) 大和田一紘(2007) 「市町村財政分析」 , 自治体研究社.
- 17) 具塚啓明他(2008) 「分権化時代の地方財政」 , 中央経済社.
- 18) 片山 信子(2008) 「社会保障財政の国際比較 - 給付水準と財政構造-」 , レファレンス.
- 19) 川田一義(2007) 「現在の財政調整制度」 , 尾道大学経済情報論集, 8 券 第 1 号, pp.123-154.
- 20) 片桐正俊他(2007) 「分権化財政の新展開」 , 中央大学出版部.
- 21) 片山善博(2008) 「自治体の自立を妨げる地方財政システムを除け (特集: 格差社会と

Received
July 12, 2012

Accepted
September 19, 2012

Published
October 31, 2012

- 増税論議-「消費税増税しかない」は本当か?」, 岩波書店, 世界(777), pp122-129.
- 22) 菊池英博(2009)「消費税は 0%にできる—負担を減らして社会保障を充実させる経済学」, ダイヤモンド社, pp41-42.
 - 23) 厚生労働省保険局(2012)「国民健康保険法の一部を改正する法律について」, 第 52 回社会保障審議会医療保険部会 参考資料 1.
 - 24) 厚生労働白書(2011)「WAMNET」
 - 25) 小西砂千夫(2007)「地方財政改革の政治経済学」, 有斐閣.
 - 26) 小室裕一ほか(2002)「地方交付税」, ぎょうせい.
 - 27) 小池拓自(2010)「日本財政の現状と再建への論点—財政規律の確率をめぐって—」, 国立国会図書館, 調査と情報-ISSUE BRIEF-, 第 682 号.
 - 28) 小林航・大野太郎(2010)「日本の家計貯蓄率」, ファイナンス, 533 号, pp2-7.
 - 29) 佐藤主光(2007)「地方の自立と地方税の課題: 地方法人課税を中心に」『税務弘報』, 中央経済社.
 - 30) 澤井勝(2006)「国庫補助負担金とその改革」, 地方財務, 624 号, pp25-33.
 - 31) 財務省(2011)「日本の財政関係資料」.
 - 32) 財務省(2006-2010)「決算の国会提出について」.
 - 33) 財政金融調査室・課(2010)「平成 22 年度予算案の概要」, 調査と情報-ISSUE BRIEF-, 第 670 号.
 - 34) 財務省(2011)「国債及び借入金並びに政府保証債務現在高」
<http://www.mof.go.jp/1c020.htm>.
 - 35) 財務省(2010)「純債務残高の国際比較 (対 GDP 比)」.
 - 36) 島本幸治(2010)「国債暴落のリスクが 2012 年から高まる」, 週刊東洋経済, 6245 号, pp50-51.
 - 37) 椎川忍(2001)「少子高齢化時代の自治体と社会保障政策」, ぎょうせい.
 - 38) 時事通信社 HP http://www.jiji.com/jc/vp=ve_pol_yosanzaisei20111220j-03-w420.
 - 39) 神野直彦(2007)「三位一体改革と地方税財政」, 学陽書房.
 - 40) 総務省(2011)「社会保障と地方税財政について」, 参考資料 2.
 - 41) 総務省(2010)「平成 22 年版地方財政白書」, 日経印刷.
 - 42) 橋本久子(2002)「介護概論」, 建帛社, pp6-29.
 - 43) 瀧野 欣彌他(2007)「三位一体の改革と将来像」, ぎょうせい.
 - 44) 高橋洋一(2008)「日本は財政危機ではない!」講談社, pp26-30.
 - 45) 地方財財源研究会(2006)「税源偏在について」, 『税経通信』, 税務経理協会.
 - 46) 寺井純一(2007)「地方財政のあり方等に関する研究会報告書について」ほか
『ファイナンス』, 財務省, 通券策 502 号.
 - 47) 野口悠紀雄(2010)「ついに国債破綻が始まった」, 文芸春秋, 88(4), pp158.
 - 48) 日本租税理論学会(2006)「地方自治と税財政制度」, 法律文化社.
 - 49) 初村 尤而(2007)「自治体財政再建」, 自治体研究社.
 - 50) 林宏昭(2007)「分権社会の地方財政」, 中央経済社.
 - 51) 林広昭(2004)「三位一体改革と地方の行革」, 会計検査研究, 29 号, pp71-82.

Received
July 12, 2012

Accepted
September 19, 2012

Published
October 31, 2012

- 52) 松田直樹(2004)「国と地方の財政上の関係(上)」『税務弘報』, 中央経済社.
- 53) 右田紀久恵・里見賢治・平野隆之・山本隆(1989)「福祉財政論」, ミネルヴァ書房.
- 54) 持田信樹(2006)「地方分権と財政調整制度」, 東京大学出版会.
- 55) 諸富徹・門野圭司(2007)「地方財政システム論」, 有斐閣ブックス.
- 56) 森裕之・平岡和久(2005)「危機の分析「三位一体改革」の成否をにぎる一般財源-自治体の財政運営の現場から分析する(特集:地域再生-「三位一体改革」を超えて)」, 岩波書店, 世界(742), pp127-138.
- 57) 持田信樹(2004)「地方分権の財政学」, 東京大学出版会.

Received
July 12, 2012

Accepted
September 19, 2012

Published
October 31, 2012

ORIGINAL ARTICLE

保護者が考える学校及び障害児放課後活動の 役割と子どもの年齢、性別、在籍学校との関連

Relation between the importance of school education and after-school activity programs and age, sex, and school type for school-aged children with disabilities

奥住 秀之¹⁾ (Hideyuki OKUZUMI), 池田 吉史¹⁾³⁾ (Yoshifumi IKEDA)
平田 正吾²⁾³⁾ (Shogo HIRATA), 國分 充¹⁾ (Mitsuru KOKUBUN)
清水 夏実⁴⁾ (Natsumi SHIMIZU)

1) 東京学芸大学

〒184-8501 東京都小金井市貫井北町4-1-1

okuzumi@u-gakugei.ac.jp

2) 千葉大学

3) 日本学術振興会特別研究員

4) かつしか風の子クラブ

ABSTRACT

本研究では、奥住・池田・國分・北島(2012)と同一のデータベースを用いて、学齢期の障害児の保護者が学校と放課後活動に対して重視していること 11 項目と、子どもの年齢、性別、在籍学校との関連を調べた。6 つの放課後活動グループを利用する保護者 198 名に調査用紙を配布し、回収数 127 部（回収率は 64.1%）、有効回答数は 114 部（57.6%）であった。学校に重視していることについては、特別支援学校より小学校等に通う子どもの保護者で「文字や計算など、子どもが基本的な学力を獲得すること」を、女子よりも男子の保護者で「身辺自立など子どもの日常生活に必要な力をつけること」を、小学校等よりも特別支援学校に通う子どもの保護者で「保護者のレスパイト(休息・介護負担軽減)を保障すること」を学校に重視していた。放課後活動に重視していることについては、低年齢の子ども保護者ほど「交通機関の利用など、子どもが社会生活に必要な力を身に付けること」を放課後活動に重視していた。

This study investigated the relation between the importance of school education and after-school activity programs and age, sex, and school type in school-aged children with

Received
September 6, 2012

Accepted
October 12, 2012

Published
October 31, 2012

disabilities. For this study, 198 parents from six programs were administered a self-report questionnaire, yielding data of 114 parents (57.6%). Parents with children attending primary school regard academic skills as important in school education. Parents with male children regard ADL skills as important in school education. Parents with children receiving special needs education school think of respite services as necessary. Parents with young children regard social abilities as important in after-school activity programs.

<Key-words>

特別支援学校、放課後活動、障害児の保護者

special needs education school, after-school activity programs, parents of children with disabilities

Asian J Human Services, 2012, 3:131-137. © 2012 Asian Society of Human Services

I. はじめに

放課後活動は、学齢期の障害のある子ども（以下、障害児とする）にとって、家庭、学校と並ぶ「第三の生活・活動の場」である。そこには学校とは異なる集団での活動があり、障害児の発達保障にとって重要な意味があるとされている(品川, 2001 ; 奥住, 2009 ; 黒田, 2005 ; 丸山, 2007)。しかし、その意義の高さに反して制度は不安定な試行錯誤であり(田中, 2001 ; 渡邊, 2001)、2011 年度までは障害者自立支援法による児童デイサービスなどを中心として行われていた。2012 年度からは改正児童福祉法による放課後等デイサービスとして行なわれることになった。

放課後活動と学校との関係については、たとえば学校には教育課程や指導計画があり、学校教育として行うべき授業や活動が多数用意されている。一方、放課後活動は、その種類にもよるが、そうした制約の少ない環境で活動がなされる場合が多い(奥住, 2008)。こうした違いから、両者の相互連携の必要性が近年ますます指摘されている(奥住・端山・村岡, 2010 ; 丸山, 2011a)。送迎やボランティアの専門性など放課後・休日支援に対する障害児の保護者の要求・ニーズを明らかにした研究は少なくないが(津止・立田, 2005 ; 丸山, 2009a ; 丸山, 2009b ; 丸山, 2011b ; 丸山, 2011c)、しかし、学校との対比でそれが検討されたものは、奥住・池田・國分・北島(2012)を除くとほとんどない。

その奥住・池田・國分・北島(2012)では、東京の障害児放課後活動を利用する障害児の保護者を対象に、学校と放課後活動で重視することの違いの比較検討が行われている。学校、放課後活動について、重視するかどうかの 11 項目それぞれが 4 段階評定される。その結果、放課後活動よりも学校に重視する役割として「文字や計算など、子どもが基本的な学力を獲得すること」、「身辺自立など子どもの日常生活に必要な力をつけること」、「子どもが言葉やコミュニケーションの力などをつけられるようにすること」、「子どもが対人関係やソーシャルスキルを身につけること」、「交通機関の利用など、子どもが社会生活に必要な力を身につけること」の 5 点を、逆に学校よりも放課後活動に重視する役割として、「子どもが安心して

過ごせる居場所を作ること」、「保護者のレスパイト(休息・介護負担軽減)を保障すること」、「保護者の就労を保障すること」の3点を指摘した。学力、コミュニケーション、ソーシャルスキルなどの獲得については学校に重視する一方、放課後活動は安心できる居場所であり保護者のレスパイトという位置づけである。こうして、障害児の保護者一般が考える学校と放課後活動との重視する中身の違いが明らかにされたが、子どもの年齢や在籍学校などの影響はここでは検討されていない。

そこで本研究では、奥住・池田・國分・北島(2012)と同じ保護者のデータベースを用いて、学齢期の障害児の保護者が学校と障害児放課後活動それぞれに対して重視していることについて、子どもの年齢、性別、在籍学校との関連を調べ、そこから両者の違いについて検討する。

II. 方法

(1) 対象

奥住・池田・國分・北島(2012)で発表したものと同一のデータベースを用いた。学齢期の障害児を対象に放課後活動を行なっている6か所の「障害児放課後グループ連絡会・東京」に加盟するグループに調査を依頼し、承諾を得た。どのグループも開所日は週5～6日と、多くの日の放課後(あるいは休日)の利用が可能である。「障害児放課後グループ連絡会・東京」は、1991年に結成された、東京都内に所在する障害児の放課後活動(学校休業日も含む)を実施するグループの連絡会である。その6か所を利用する子どもの保護者198名に調査用紙を配布し、回収数は127名(回収率は64.1%)、うち欠損値のない有効回答数は114名(57.6%)で、それを分析対象とした。調査は2011年度に実施した。回答は無記名である。114名の属性については、回答者は母親105名、父親9名。対象児童生徒の性別は女子26名、男子88名。学校は小学校(小学部)45名、中学校(中学部)39名、高等部30名。在籍学校は特別支援学校93名、小・中学校21名であった。

(2) 質問紙の構成と質問項目

表1、2に重視しているかどうかに関する11の質問項目を示す。それぞれの項目について、「学校に重視していること」と「放課後活動に重視していること」を問う形式とした。「全く重視していない」(1点)、「あまり重視していない」(2点)、「やや重視している」(3点)、「とても重視している」(4点)の4件法で回答を求めた。回答者の基本情報については、利用する施設名称、子どもとの続柄、子どもの年齢・学年、子どもの性別、子どもの通う学校の種別を尋ねた。得られたデータはデータベースソフトでデータベース化したのち、重回帰分析(一括投入法)を行った。11項目それぞれの評価を従属変数、子どもの年齢、性別(女子0、男子1)、在籍学校(特別支援学校0、小学校等1)が独立変数である。統計処理にはSPSSを用いた。

Received
September 6, 2012

Accepted
October 12, 2012

Published
October 31, 2012

III. 結果

表1は、学校で重視することについての重回帰分析（一括投入法）の結果をまとめたものである。重相関係数 R が有意だった項目は、問2「文字や計算など、子どもが基本的な学力を獲得すること」、問3「身辺自立など子どもの日常生活に必要な力をつけること」、問10「保護者のレスパイト(休息・介護負担軽減)を保障すること」の3項目であった。有意だった項目について独立変数の標準偏回帰係数 B をみる。問2では在籍学校が有意であり、特別支援学校よりも小学校等に通う子どもの保護者の方が「文字や計算など、子どもが基本的な学力を獲得すること」を学校に重視している。問3では性別が有意であり、女子よりも男児の保護者ほど「身辺自立など子どもの日常生活に必要な力をつけること」を学校に重視している。問10では在籍学校が有意であり、小学校等よりも特別支援学校に通う子どもの保護者の方が「保護者のレスパイト(休息・介護負担軽減)を保障すること」を学校に重視している。

表2は、放課後活動で重視することについての重回帰分析（一括投入法）の結果をまとめたものである。重相関係数 R が有意だった項目は、問9「交通機関の利用など、子どもが社会生活に必要な力を身に付けること」だけであった。独立変数の標準偏回帰係数(B)をみると有意だった独立変数は年齢であり、低年齢の子どもの保護者ほど「交通機関の利用など、子どもが社会生活に必要な力を身に付けること」を放課後活動に重視している。

表1 学校に重視することに関する重回帰分析結果

項 目	標準偏相関係数(B)			重相関係数 (R)
	年齢	性別	在籍学校	
1 子どもが安心して過ごせる居場所を作ること	-.066	-.056	-.032	.089
2 文字や計算など、子どもが基本的な学力を獲得すること	-.149	.032	.295**	.351**
3 身辺自立など、子どもの日常生活に必要な力をつけること	-.089	.254*	.012	.262*
4 子どもが言葉やコミュニケーションの力などをつけられるようにすること	-.176	.02	.018	.179
5 子どもの成長・発達の土台を豊かにすること	-.056	.112	-.003	.122
6 子どもが友だちや同年代の仲間と過ごすこと	.059	-.123	.123	.188
7 子どもが趣味に繋がる活動を見つけ、それを楽しむこと	.033	-.117	-.032	.119
8 子どもが対人関係やソーシャルスキルを身に付けること	-.012	.102	.136	.157
9 交通機関の利用など、子どもが社会生活に必要な力を獲得すること	.086	.053	.036	.102
10 保護者のレスパイト（休息・介護負担軽減）を保障すること	-.079	.029	-.282*	.284*
11 保護者の就労を保障すること	-.045	-.043	-.138	.137

+p<.10 *p<.05, **p<.01

Received
September 6,2012Accepted
October 12,2012Published
October 31,2012

表 2 放課後活動に重視することに関する重回帰分析結果

項 目	標準偏相関係数(B)			重相関係数 (R)
	年齢	性別	在籍学校	
1 子どもが安心して過ごせる居場所を作ること	-.095	-.118	-.047	.152
2 文字や計算など、子どもが基本的な学力を獲得すること	-.065	-.155	-.113	.184
3 身辺自立など、子どもの日常生活に必要な力をつけること	-.217 ⁺	-.101	-.15	.256 ⁺
4 子どもが言葉やコミュニケーションの力などをつけられるようにすること	-.183	-.109	.033	.231
5 子どもの成長・発達の土台を豊かにすること	.019	-.024	-.072	.077
6 子どもが友だちや同年代の仲間と過ごすこと	-.079	.185	.004	.196
7 子どもが趣味に繋がる活動を見つけ、それを楽しむこと	-.143	-.08	-.109	.178
8 子どもが対人関係やソーシャルスキルを身に付けること	-.123	-.064	-.048	.139
9 交通機関の利用など、子どもが社会生活に必要な力を獲得すること	-.325 ^{**}	-.087	-.044	.336 ^{**}
10 保護者のレスパイト（休息・介護負担軽減）を保障すること	-.202	.056	-.133	.229
11 保護者の就労を保障すること	-.04	-.046	-.005	.062

+p<.10 *p<.05, **p<.01

IV. 考察

本研究では、奥住・池田・國分・北島(2012)と同一のデータベースを用いて、学齢期の障害児の保護者が学校と障害児放課後活動に対して重視していることについて、子どもの年齢、性別、在籍学校との関連を重回帰分析により調べた。

学校に重視していることについてモデルで説明可能な項目は3つであった。まず、基本的な学力の獲得である。この能力については、奥住・池田・國分・北島(2012)で、保護者一般には放課後よりも学校で重視されているという結果が得られている。今回の分析から、同じ学校でも特別支援学校より小学校等の方で重視されていることが明らかとなった。これは児童生徒の障害の程度や教育課程で教科学習をより重視する傾向にある等を勘案すれば、おおむね妥当な結果であろう。一方で、身辺自立、コミュニケーション、ソーシャルスキルなどの獲得については、特別支援学校で特に重視されているわけではないことにも注意を払う必要がある。小学校等に通う障害児の保護者は、読み書き計算等の学習スキルのみならず生活上の力量形成をも希望していると推察される。

身辺自立などの日常生活に必要な力の指導もまた、奥住・池田・國分・北島(2012)では、放課後活動よりも学校での獲得を重視している。今回の分析から、学校で女子よりも男子でとりわけ重視されていることがわかった。これは障害のある男子が女子よりも身辺自立などの課題が顕著であることを示唆するが、一方で保護者の子どもの見方の性ステレオタイプを考える必要もあるだろう（遠藤, 2005）。丁寧な知見の積み重ねが必要である。

3つめのレスパイトとしての役割は、小学校等よりも特別支援学校で重視するという分析

結果となった。学校は、当然のことではあるが、レスパイト機関でない。奥住・池田・國分・北島(2012)からも、学校よりも放課後活動でこの役割は重視されるという結果が得られている。しかし、学校だけに注目すれば、子どもが学校に行っている間の保護者の時間保障ということの重要性もまた示唆されるのである。そう考えると特別支援学校でとりわけこれが重視されたということは妥当であり、その背景には子どもの障害の程度や支援の必要度などが推察される。

一方、放課後活動に重視していることでモデルが説明可能だったものはわずか1つであった(有意傾向($p<.10$)のものは1項目あった)。交通機関の利用などの社会生活に必要な力の獲得で子どもの年齢が低いほど重視するということは、保護者が早くにこうした力量を活動の中で身につけさせたいと考えている結果と推察される。有意傾向ではあるが、身辺自立の力の獲得についても低年齢の保護者が重視するという同様の傾向が得られており、この推測の妥当性を説明するだろう。しかし一方で、奥住・池田・國分・北島(2012)では、生活上の力の獲得の場という役割は放課後活動ではなく学校が担うと保護者一般は考えていることには注意を払いたい。今回の結果はそうした役割が少なからずあることを示唆するものではあるが、多くの保護者の障害児放課後活動の意味は安心できる居場所だということは確認しておきたい(奥住・池田・國分・北島, 2012)

なお、今回、放課後活動については、取り上げた年齢、性別、在籍学校の3要因ではほとんどの項目をモデルが説明しなかった。他の要因を推定しつつ、さらに研究を進める必要があるだろう。

付記

調査にご協力頂きました6か所の障害児放課後活動グループと、そこを利用する保護者の皆様に感謝申し上げます。

文献

- 1) 遠藤由美(2005) パーソナリティとジェンダー. 中島義明・繁杵算男・箱田裕司編. 新・心理学の基礎知識. 有斐閣ブックス. 294 頁.
- 2) 黒田学(2005) 学齢障害児の放課後生活支援と余暇保障. 障害者問題研究, 32, 293-300.
- 3) 丸山啓史(2011a) 障害のある子どもの放課後活動と学校との連携をめぐる実態と課題. SNE ジャーナル, 17, 203-216
- 4) 丸山啓史(2011b) 障害児を育てる母親の就労に影響を与える要因. 京都教育大学紀要, 118, 81-90
- 5) 丸山啓史(2011c) 知的障害の軽い子どもの放課後・休日の実態と課題. 京都教育大学紀要, 119, 99-111.
- 6) 丸山啓史(2009a) 障害のある子どもの放課後・休日支援の現状と課題. 障害者問題

- 研究, 36, 312-319.
- 7) 丸山啓史 (2009b) 特別支援学校に通う障害のある子どもの放課後・休日支援の現状と課題ー京都府における保護者対象質問紙調査よりー. 京都教育大学紀要, 114, 149-161.
 - 8) 丸山啓史 (2007) 社会教育・生涯学習をめぐる課題. 荒川智・越野和之・全障研研究推進委員会編 障害者の人権と発達. 全国障害者問題研究会出版部. 152-161 頁.
 - 9) 奥住秀之・池田吉史・國分充・北島善夫 (2012) 障害児放課後活動を利用する保護者における活動で重視することとその利用における困難事項. SNE ジャーナル, 18, 97-108.
 - 10) 奥住秀之・端山花子・村岡真治 (2010) 障害児放課後活動グループにおける学校との情報交換の実態と課題. 東京学芸大学紀要 総合教育科学科系 I , 61, 231-236.
 - 11) 奥住秀之 (2009) 放課後・休日活動を推進するために. 東京学芸大学特別支援教育研究会編. 広げよう放課後・休日活動 障害児が参加する放課後子どもプラン. 東京. ジェアース教育新社. 15-18 頁.
 - 12) 奥住秀之 (2008) 放課後実践と子どもの育ち. 放課後連・東京 (2008) 障害のある子どもが育つ放課後活動 放課後連・東京実践記録集 (第一集) . 107-116 頁.
 - 13) 品川文雄 (2001) 障害児の放課後生活保障の展望. 障害者問題研究, 29, 33-41.
 - 14) 田中斎 (2001) 学齢期の放課後、長期休暇時の地域サービスー地域療育等支援事業からみたニーズの実情ー. 発達障害研究, 23, 77-84.
 - 15) 津止正敏・立田幸代子 (2005) 障害児・家族の生活実態と地域生活支援: 京都・障害児放課後休日実態調査から. 障害者問題研究, 32, 285-292.
 - 16) 渡邊和弘 (2001) 休日。放課後における障害のある子どもの地域活動促進の展望ー東京都の先進例をふまえた全知 P 連の地域活動促進・ボランティア養成事業を通してー. 発達障害研究, 23, 85-95.

Received
September 6, 2012

Accepted
October 12, 2012

Published
October 31, 2012

ORIGINAL ARTICLE

A Study on the Vitalization of Silver Industry by Analyzing the Needs of Silver Industry in the Daejeon, South Korea

Gowhan JIN ¹⁾

1) Dept. of IT Management, WOOSONG University
17-2, Jayang-Dong, Dong-Gu Daejeon, Korea
gwjin@wsu.ac.kr

ABSTRACT

Recently silver industry has been recognized as the market with growth potential among companies in the long term. The information on the needs of users who are potential consumer and the understanding of their awareness of silver industry in the aspect of the demand of silver industry seems to be important for both private companies and the government.

Therefore, this study to form the basis for the development of silver industry in Daejeon by researching and analyzing the needs of the silver industry of the elderly living in Daejeon, utilizing the information for establishing the policy to promote silver industry, simultaneously and building the network of local resources to support silver industry.

The research for this study was conducted for 1,000 elderly people who are 65 and over living in 84 dong's in Daejeon about the degree of interest in silver industry, the needs of housing, health care, recreation, finance and welfare products and the current situation of the old age life. By analyzing the needs of elderly people for silver industry, this study suggested the methods in the four categories such as housing, health care, finance and welfare products to promote silver industry in Daejeon

<Key-words>

Silver industry, finance, health care, long-term care, development of welfare products, recreation, housing for elderly person.

Asian J Human Services, 2012, 3:138-152. © 2012 Asian Society of Human Services

Received
July 24,2012

Accepted
September 18,2012

Published
October 31,2012

¹ An administrative district of South Korea

I . Introduction

Silver industry, which generally includes high-end housing complex, clothing, food, leisure and medical products that are tailored according to the preference of elderly population, was coined by shrewd Japanese businessmen comparing white hair to the silver for elderly people who dislike the word of old age and dark image. The silver also means people who are living the life after retirement, that is, in the twilight years of their life. Since the late of 1990's, the silver has been used to indicate elderly people; in South Korea, it has been used as the same meaning, but it has not been legally or administratively stipulated and its origin has not been academically reported, either.

Even though silver industry has not been clearly conceptualized, it has been used as a business term in the perspective of business strategy as aging has proceeded based on the developments of industry and medicine; it is also called as industry for the elderly, silver business or silver service.

Silver industry can be classified into two kinds in narrow and broad senses. Silver industry in a narrow sense includes housing service for the elderly and long-term care services including bathing service, housekeeping service, day service and short stay service. Silver industry in a broad sense is the business for the people who are preparing for old age life from young age as well as elderly people and its ranges of business include all the products and services related to money management, life management to live a desirable life, employment, preparation of a life plan, etc. In this situation, silver industry is the for-profit business to provide the goods and services to elderly people based on the market competition; therefore, it can be said that all the existing industries may be included in the silver industry, which means that the size of silver industry is enormous and there is full of possibility for the great development.

The way of thinking has changed to emphasize the quality of life, since the rapid economy growth has greatly improved the level of life from 1970's in South Korea, which has forced the welfare policy and facilities for elderly people that have only aimed to provide food, clothing and shelter into changing and being improved (Jeongmin Go and Hyeonseung Jeong, 2002).

While Daejeon Metropolitan City Government has made great effort to foster the high-tech industry centering on Daedeok Science Town, it has not been concerned to foster silver industry by linking both industries yet.

It is expected that combining human resources and physical infrastructure of Daedeok Science Town with silver industry will not only activate the local economy, but also rapidly increase manpower demand.

The detailed plan and the network among related agencies are urgently needed to be established based on the analysis of current situation of silver industry in Daejeon.

In the near future, silver industry will play an important role for the welfare for elderly people, because silver industry has been recognized as the industry with growth potential

Received
July 24, 2012

Accepted
September 18, 2012

Published
October 31, 2012

by private companies and the institutional and legal preparations for silver industry have been prepared.

It is believed that, for demand forecast, understanding the needs and awareness of potential users for silver industry will be useful for both silver industry related for-profit companies and governments; in this context, for this study, the demand and awareness of silver industry will be explored for the people living in Daejeon.

This study aimed to utilize the results of analysis of the needs of elderly people for silver industry as the basic information to establish the policy to foster silver industry and simultaneously to form the basis of the development of silver industry in Daejeon by establishing the plan for building the network to link resources to support silver industry.

II . Research on the Needs of Silver Industry in Daejeon

1. Research Subject

Elderly people who are 65 and over from 85 dongs among 178 beopjeong-dongs(legal dong) and 79 haejeong-dongs(administrative dong) in Daejeon have been selected for this study; elderly people who are living in facilities are excluded. For the research method, the face-to-face interview with subjects was employed to understand their needs.

2. The Contents of Research

Based on the health condition, from elderly people who are healthy enough to perform activities of daily living to those who requires to be protected due to dementia, stroke, arthritis, etc. were included. For this study, elderly people who require to be protected are defined as those who need protection due to the dementia, stroke and other diseases. Because this research intended to understand the needs of subjects, elderly people who require the protection for the activities of daily living regardless of whether they were medically diagnosed were included in the subjects of this research.

3. Respondents

The subjects, themselves, were interviewed in person. The subjects who cannot go out or answer by themselves due to the physical and cognitive impairment were excluded.

4. Interviewers and Research Period

Interviewers visited the house of each subject and conducted face-to-face interview. Eight Interviewers were selected from the assistant researchers attending the senior year of Woosong University. This research was conducted for 30 days from August 1, 2010.

Received
July 24,2012

Accepted
September 18,2012

Published
October 31,2012

III. Analysis and Interpretation of the Results of Survey on Needs for Silver Industry in Daejeon

1) Demographical Characteristics of the Subjects

The results of the demographical characteristics of the subjects to analyze the needs for silver industry in Daejeon are shown in Table 1.

Table 1. Demographic Characteristics of Subjects

Characteristics		Frequency	Percentage	Characteristics		Frequency	Percentage
Gender	Male	356	35.6	Age	65-69	281	28.1
	Female	644	64.4		70-74	302	30.2
	Total	1,000	100.0		75-79	184	18.4
Family composition	Living alone	123	12.3		80-84	90	9.0
	Elderly couple	315	31.5		85-89	75	7.5
	Elderly person(s) and unmarried child(ren)	121	12.1		90 and over	68	6.8
	Elderly person(s) and married child(ren)	282	28.2		Total	1,000	100.0
	Elderly person(s) and grandchild(ren)	94	9.4	Educational background	No education	435	43.5
	Others	65	6.5		Elementary school	236	23.6
	Total	1,000	100.0		Middle school	142	14.2
Cost bearer	Public charge	180	18		High school	102	10.2
	Users paying actual expense	75	7.5		University and over	85	8.5
	Potential welfare recipients	73	7.3		Total	1,000	100.0
	Self-pay	672	67.2				
	Total	1,000	100.0				

The results were shown as follows; female subjects were more than male subjects, subjects in 70's were more than other ages, the percentage of elderly couple was higher and there were subjects with the educational background of middle school or less.

2) The Degree of Interest in Silver Industry and the Needs for Housing

The results of the survey on the needs of elderly people in Daejeon for silver industry are shown in Table 2.

Received
July 24,2012

Accepted
September 18,2012

Published
October 31,2012

Table 2. The Degree of Interest in Silver Industry

(%)

Age	Definitely interested	Interested	Just so-so interested	Not interested	Definitely not interested
65-69	20.1	28.7	25.3	16.3	9.6
70-74	16.3	26.3	24.1	18.8	14.5
75-79	13.6	24.8	22.2	25.2	14.2
80-84	11.2	21.2	20.5	18.3	28.8
85-89	9.1	19.3	16.7	28.8	26.1
90 and over	8.3	16.2	15.2	30.2	20.1
Total	13.1	22.8	20.7	22.9	18.9

It is assumed that the reason that the degree of interest in silver industry is low among elderly people living in Daejeon seems to be because of the low awareness of silver industry itself.

The results of the question, “What kind of residence type is proper for old age life?” are shown in Table 3.

Table 3. The Degree of Interest in Residence Type in Old Age Life

(%)

Age	General apartment	Apartment for the elderly	Fee charging nursing home	Silver town	Recreational facilities for the elderly	Residence for three generation family
65-69	20.3	12.9	19.9	22.4	14.2	10.3
70-74	19.1	16.1	17.7	21.1	16.3	9.7
75-79	14.2	20.4	16.5	22.5	15.1	11.3
80-84	11.5	19.6	18.1	28.6	13.3	8.9
85-89	18.7	18.4	16.4	22.5	11.7	12.3
90 and over	22.2	14.7	17.9	24.2	12.2	8.8
Total	17.7	17.0	18.8	23.6	13.8	10.2

The type of residence that the respondents are most often interested in was silver town regardless of age.

The results of the question, “What do you consider most to determine the type of residence?” are shown in Table 4.

Received
July 24,2012

Accepted
September 18,2012

Published
October 31,2012

Table 4. The Factors to Consider for the Determination of the Types of Residence

(%)

Age	Cost	Location	The relationship with children	Facilities and services	Surrounding environment	Others
65-69	24.5	15.1	14.9	20.9	10.8	13.8
70-74	20.1	10.4	25.3	20.7	16.3	7.2
75-79	18.7	19.6	16.5	21.1	16.7	7.4
80-84	22.4	16.1	18.1	22.5	11.7	9.2
85-89	22.2	22.5	17.7	20.3	15.1	2.8
90 and over	14.2	12.9	16.4	20.3	28.6	7.6
Total	20.4	16.1	18.2	20.9	16.5	8.0

When determining the types of residence, it was found that respondents from 65 to 69 years old consider the cost as most important (24.5%); those from 70 to 74 consider the relationship with children as most important (25.3%); those from 75 to 79 years old consider facilities and services as most important (21.1%); those from 80 to 84 years old also consider facilities and services as most important (22.5%); those from 85 to 89 consider the location as most important; and those 90 and over consider surrounding environments as most important (28.6%). In the results of looking into the relation between income and the factors to consider most when determining the types of residence, while the respondents with high income are more likely to consider facilities and services, those with low income are more likely to consider the cost or the relationship with children.

3) The Needs for Silver Industry related to Medical Healthcare

The results of the question, "Are you interested in medical healthcare among silver industry?" are shown in Table 5.

Table 5. The Degree of Interest in Medical Healthcare

(%)

Age	Definitely interested	Interested	Just so-so interested	Not interested	Definitely not interested
65-69	30.2	18.1	24.3	18.0	9.3
70-74	28.4	20.3	22.1	17.4	7.8
75-79	25.5	28.9	26.3	6.4	12.9
80-84	24.3	27.3	21.5	17.7	9.2
85-89	14.5	34.4	19.6	21.3	10.2
90 and over	10.3	40.1	25.6	15.8	8.2
Total	22.2	28.2	23.2	16.1	9.6

Received
July 24,2012

Accepted
September 18,2012

Published
October 31,2012

As shown in the table 5, elderly people in Daejeon are interested in medical healthcare among silver industry.

The results of the question, “What kind of services do you want most in the medical healthcare?” are shown in Table 6.

Table 6. The Services related to Medical Healthcare

(%)

Age	Hospital for the elderly	Good medicine and medical devices	Information for geriatric medicine	Health examination program	In-home healthcare
65-69	23.2	16.2	11.2	32.3	17.2
70-74	34.3	6.4	15.7	23.6	20.0
75-79	36.1	22.6	10.3	12.4	18.6
80-84	31.6	28.8	14.2	10.2	15.2
85-89	25.3	30.3	11.2	21.1	12.1
90 and over	37.8	15.1	10.1	11.2	25.8
Total	31.9	19.9	12.1	18.5	18.2

In results, the service that respondents answered that they are most interested in was the hospital for the elderly (31.9%) and they are also interested in excellent medicine and medical devices (19.9%), health examination program (18.5%), in-home healthcare (18.2%) and information for geriatric medicine (12.1%) in descending order.

4) The Needs of Leisure Activities

The results of the question, “Are you interested in leisure activities?” are shown in Table 7.

Table 7. The Degree of Interest in Leisure Activities

(%)

Age	Definitely interested	Interested	Just so-so interested	Not interested	Definitely not interested
65-69	27.2	29.1	23.3	17.1	3.3
70-74	25.3	30.1	20.2	18.6	5.8
75-79	16.5	20.2	17.9	19.1	26.3
80-84	14.2	21.3	20.3	16.3	27.9
85-89	10.1	26.1	14.4	20.1	29.3
90 and over	9.5	14.4	25.9	19.6	31.3
Total	17.1	23.5	20.3	18.5	20.7

As shown in the table 7, elderly people in Daejeon tend to be interested in leisure

activities.

The results of the question, “What kind of services do you want most among the leisure activities?” are shown in Table 8.

Table 8. The Types of Leisure Activities

(%)

Age	Volunteer work	Lifelong education program	Sports	Hobby	Travel	Others
65-69	18.1	20.3	19.2	17.0	14.2	11.2
70-74	12.1	20.1	18.2	27.0	13.1	9.5
75-79	11.8	16.4	10.1	28.7	14.2	18.8
80-84	11.2	14.6	9.8	18.4	22.7	23.3
85-89	10.5	12.4	8.4	29.9	11.3	27.5
90 and over	9.2	13.1	7.2	27.2	20.1	23.2
Total	12.2	16.2	12.2	24.7	15.9	18.9

In results, the types of leisure activities that respondents answered that they are most interested in was activities related to their own hobbies(31.9%) and they are also interested in lifelong education program (16.2%), travel (15.9%), sports(12.2%) and volunteer works (12.2%) in descending order; in addition, 18.9% of respondents answered that they are interested in others. In the results of looking into the relation between gender and leisure activity, it was found that male respondents are more likely to be interested in sports, activities related to their own hobbies and travels than female respondents and female respondents are more likely to be interested in volunteer works and lifelong education program. In addition, while respondents with higher level of education background are more likely to be interested in volunteer works, lifelong education program or travel, respondents with lower level of educational background are more likely to be interested in sports and activities related to their own hobbies.

Received
July 24,2012

Accepted
September 18,2012

Published
October 31,2012

5) The Needs for Financial Services

The results of the question, “Are you interested in financial services?” are shown in Table 9.

Table 9. The Degree of Interest in Financial Services

(%)

Age	Definitely interested	Interested	Just so-so interested	Not interested	Definitely not interested
65-69	19.3	33.4	14.9	12.1	20.3
70-74	20.5	30.5	14.5	12.8	21.7
75-79	13.3	18.4	20.8	22.1	25.4
80-84	12.7	16.3	14.6	21.8	34.6
85-89	10.7	14.9	20.5	21.2	33.3
90 and over	9.7	17.7	19.2	24.7	28.7
Total	14.3	21.9	17.4	19.1	20.3

As shown in the table 9, elderly people in Daejeon are highly interested in financial services, which can be understood that elderly people have financial difficulty.

The results of the question, “What kind of financial services do you want most?” are shown in Table 10.

Table 10. Financial Services

(%)

Age	Pension benefit	The receipt of diverse insurance	Trust or saving	Management of real estate	Others
65-69	22.3	19.5	18.1	30.9	9.2
70-74	24.1	17.2	20.1	23.7	14.9
75-79	23.7	16.8	21.8	24.1	13.6
80-84	27.2	29.1	23.3	17.1	3.3
85-89	27.9	20.3	21.3	16.3	14.2
90 and over	31.3	19.6	25.9	13.7	9.7
Total	26.1	20.4	21.8	20.9	10.8

In results, the types of financial services that respondents answered that they are most interested in was pension benefits (26.1%) and they are also interested in trust or saving (21.8%), management of real estate (20.9%), receipt of diverse insurance (20.4%) and others (10.8%) in descending order.

Received
July 24,2012

Accepted
September 18,2012

Published
October 31,2012

6) The Needs for Silver Products

The results of the question, “Are you interested in silver products and support system to assist old age life?” are shown in Table 11.

Table 11. The Degree of Interest in Silver Products and Supports

(%)

Age	Healthy food	Goods for the elderly	Clothing and shoes for the elderly	Home appliances for the elderly	Information network System	Others
65-69	24.5	20.9	14.9	15.1	13.8	10.8
70-74	25.1	18.3	16.6	14.2	11.2	14.6
75-79	19.8	22.3	20.3	11.8	12.3	13.5
80-84	17.3	25.3	18.7	12.6	10.1	16.0
85-89	20.1	24.8	21.2	13.1	12.3	8.5
90 and over	18.7	23.5	20.8	20.2	12.7	4.1
Total	20.9	22.5	18.8	14.5	12.1	11.3

In results, the types of silver products that respondents answered that they are most interested in was goods for the elderly (22.5%) and they are also interested in clothing and shoes for the elderly (18.8%), home appliances for the elderly (14.5%), information network system (12.1%) and others (11.3%) in descending order.

The results of the question, “What kinds of goods for the elderly do you want to be developed?” are shown in Table 12.

Table 12. The Goods for the Elderly Desired to Be Developed

(%)

Age	Household goods	Goods for assisting the life of the elderly	Goods for first aid	Goods for leisure	Others
65-69	28.1	24.3	17.1	15.1	15.4
70-74	25.9	23.2	18.3	14.3	18.3
75-79	19.8	18.7	23.4	22.7	15.4
80-84	23.4	24.4	19.7	16.1	16.4
85-89	24.5	23.7	22.8	16.7	12.3
90 and over	26.3	22.1	20.3	17.8	13.5
Total	24.7	22.7	20.3	17.1	15.2

As shown in the above table, all the items of goods for the elderly are almost evenly desired by the respondents.

7) The Old Age Life

The results of the question, “Do you try to control exercises and foods for the healthy old age life?” are shown in Table 13.

Table 13. The Control of Exercises and Foods

(%)

Age	Definitely yes	yes	Just so-so	No	Definitely no
65-69	25.3	28.1	20.1	12.3	14.2
70-74	22.5	25.2	20.0	18.7	13.6
75-79	20.3	22.4	17.4	27.2	12.7
80-84	15.7	20.1	18.8	34.1	11.3
85-89	16.3	18.2	22.1	33.3	10.1
90 and over	15.1	16.2	23.2	36.2	9.3
Total	19.2	21.7	20.3	26.9	11.9

In results, it was found that the elderly in Daejeon are not active to control exercises and foods for keeping healthy life.

The results of the question, “Are you pensioner or insurance policyholder or Do you save certain amount of money regularly?” are shown in Table 14.

Table 14. Whether Respondents Have Pension, Insurance or Saving Account or not

(%)

Age	Definitely yes	yes	Just so-so	No	Definitely no
65-69	20.1	24.1	21.6	21.3	12.9
70-74	21.4	23.6	20.6	19.8	14.6
75-79	10.1	13.7	15.2	34.7	26.3
80-84	9.4	14.3	18.4	27.5	30.4
85-89	8.3	12.1	14.6	31.9	33.1
90 and over	7.7	10.3	12.4	38.4	31.2
Total	12.8	16.3	17.1	28.9	24.8

In results, because it was found that elderly people are not prepared enough to live an economically stable life, the countermeasures for this situation need to be prepared urgently.

The results of the question about activities related to respondents' hobbies are shown in Table 15.

Received
July 24,2012

Accepted
September 18,2012

Published
October 31,2012

Table 15. Whether respondents have hobbies or not

(%)

Age	Definitely yes	yes	Just so-so	No	Definitely no
65-69	6.4	45.2	22.8	8.4	17.2
70-74	5.6	45.6	23.2	7.6	18.0
75-79	6.0	6.4	16.8	24.0	46.8
80-84	4.8	5.2	18.8	29.6	41.6
85-89	3.2	4.8	19.6	25.2	47.2
90 and over	2.8	3.2	20.0	20.4	53.6
Total	4.8	5.9	20.2	31.6	37.4

In results, elderly people in Daejeon are not aware of the necessity of activities related to their own hobbies and do not perform activities related to their own hobbies actively, either. Because the activities related to hobbies is indispensable to prevent depression and keep healthy life, the countermeasures for this situation need to be prepared urgently.

IV. Conclusion

- The problems of silver industry in Daejeon and the measures to promote it.

1) The Problems of Silver Industry in Daejeon

First, network needs to be built.

Cooperative system to promote silver industry has not been completely built. Cooperative system to support Daedeok Science Town, companies, local government, welfare foundation, etc. through exchanging information and providing technology, administrative skill and manpower is required.

Second, the supply of services and facilities are deficient.

As shown in table about the supply of housing for elderly people, those who want to live in silver town that is conveniently designed for elderly people have increased, because elderly people who want to separate from children have increased. However, the policy of Daejeon City government has not been made to consider the needs of elderly people. To increase the supply of housing for elderly people, the individuals or companies to want to participate in silver industry need to be supported. Moreover, the stinting supports should be given to install the facilities for elderly people.

Third, the companies are silver industry are deficient.

The companies that belong to silver industry, which can be categorized into housing, in-home services, healthcare, finance, leisure and devices, are mostly located in

Seoul and Gyeonggi area, but the companies that supply products and services are chronically deficient in provincial areas. Therefore, the diverse political inducements to attract the companies to supply products and services for elderly people need to be made.

2) The Measures to Promote Silver Industry

①Housing and Facilities

For elderly people with the low and middle income, the construction of houses for three-generation family need to be facilitated and the fund needs to be provided. In addition, the active advertisement strategy targeting elderly people, associations of elderly people and social groups needs to be implemented to promote the business related to housings. When constructing and selling new public tract house in the future, the portion of houses only for elderly couple and those for elderly couple and their children need to be specified and it should be designed to help its residents and local residents exchange each other. When remodeling the houses that elderly couples have occupied, the measures including financial supports need to be performed to help the houses change for them to live conveniently and comfortably.

The policy that gives preferential right to buy to elderly people who have lived in constructing sites and local residents needs to be set up to help elderly people live together with family, relatives and friends in the place they have lived during their whole life when constructing new apartments or houses.

Fee-charging nursing home needs to be expanded based on the National Pension Fund; for the residents to take a loan to enter the nursing home, the measure that social welfare foundation that runs the nursing home instead of themselves or their families provides collateral needs to be implemented to reduce economic burden of residents, because they tend to avoid providing personal asset as collateral.

Daejeon metropolitan city government needs to form a basis for elderly people to live a stable life by establishing urban type and urban suburban type of silver town that embrace housing, medical care, leisure and culture, jobs, etc. and by helping their houses remodel through the good loan conditions.

②Healthcare and Long-term care

(i) Supports for the Establishment of Hospital for the elderly (Specialized Long-Term Care Facilities for the Elderly with Dementia)

The concerns about dementia have been heightened rapidly; the elderly population with dementia is expected to rapidly increase to 397,000 in 2020, which means that it will have increased 285.8% for 25 years.

To systemically and steadily care dementia patients, the volunteers as well as professionals need to be fostered and the cooperative system including family, professionals and volunteers needs to be established.

Received
July 24, 2012

Accepted
September 18, 2012

Published
October 31, 2012

Progressive measures to cope with the increase of the elderly with dementia need to be established; the facilities for recipients of National Basic Livelihood Security as well as general population need to be expanded to meet 100% of demand; and the amount and quality of in-home services need to be heightened.

(ii) Fostering of Professionals

In reality the qualified professionals in the field of health, medicine and rehabilitation for elderly people working at health and medical institutions are not sufficient and the fostering and training of professionals who take care of elderly people have not been implemented well. Because even elderly persons in the middle class tend to avoid paying fees for the healthcare services, the government needs to support general elderly population in middle class for the promotion of healthcare services. Because even general hospitals or university hospitals hesitate to install the ward for the elderly, it is assumed that it may be difficult for for-profit companies to expect to make profit from running hospitals for the elderly currently.

As for the short and long term measures for securing the health and medical professionals, refresher training for public health doctors and family physicians who are involved in the treatment of elderly people needs to be implemented. Even though 44% of patients that the public health doctors treat are elderly people, they are placed without specialized training for treating elderly people. Most of all, to solve this situation, refresher training for geriatric medicine needs to be implemented, which essentially needs the cooperation of Ministry of Health and Welfare, medical associations, hospital associations and college of medicine. In addition, doctors, nurses, physical therapists and other caregivers who provide treatments and rehabilitation services that are tailored for geriatric diseases need to be fostered and given refresher training.

③Finance and Insurance

The government needs to expand National Pension System, which is mandatory to an entire people nationwide and to activate the personal pension system.

Personal pension, which is the financial product to compensate the weak points of National Currently personal pension, has been given tax benefits by government based on the social needs of stimulating savings and preparing old age life and became a promising silver product.

In preparation for the increase of old-old elderly people, long-term care insurance is necessary to be expanded to include elderly people who cannot perform ADL by themselves or have dementia. It is also expected that a lot of financial products to manage investment with the assets of elderly people will be developed

Received
July 24,2012

Accepted
September 18,2012

Published
October 31,2012

④Devices and Products for Elderly People

Diverse devices and products to help elderly people live a normal life and those with disabilities be rehabilitated are needed.

The demand of welfare devices and products that are used for health examination, physical therapy, walking, sleeping, caring, bathing, etc. is expected to greatly increase to help elderly people live a healthy life and perform the activities of daily living, because old-old elderly people (75 and over) are expected to greatly increase.

Because welfare devices and products for elderly people are manufactured as small quantity batch production, which cannot benefit from the economy of scale, the cost in the process of manufacturing and distributing needs to be reduced. Moreover, as most of manufacturers are small companies and have difficulty in R & D, the political supports need to be given for R & D.

References

- 1) Jeong-Min GO, Hyeon-Seung Jeong (2002) Opportunities and Threats in the Advent of Aging Society, Samsung Economic Research Institute.
- 2) Korea Health Industry Development Institute (2004) The Development of the Tasks to Promote Elderly Friendly Industry.
- 3) Chang-Wan HAN, et al. (2004) Study on the Development of Comprehensive Policy for the Elderly in Daejeon Metropolitan City, Daejeon Metropolitan City.
- 4) Hae-Seon JEONG (2005) The Activating Methods of Silver Industry in an Aging Society, Sejong University, Master's Dissertation.
- 5) Ji-Yeol KIM (2011) The Senior Household's Income Trait and Senior Friendly Industry, Journal of Management & Economics, Vol.33, No.2.
- 6) Se-Chang SON, Hyeon-Yong JANG and Gi-Seon KIM (2011) Status and Development Plans of the Gwangju Senior Friendly Products Industries, Korean journal of research in gerontology, Vol.20.

Received
July 24,2012

Accepted
September 18,2012

Published
October 31,2012

ORIGINAL ARTICLE

日韓における障害者雇用決定要因の比較・分析

A Comparative study on Factor Analysis of the Disabled Employment between Japan and Korea

Moonjung KIM¹⁾, Haejin KWON²⁾, Changwan HAN³⁾
Norio SASAKI⁴⁾, Yasuyoshi SEKITA⁵⁾

- 1) 東北大学大学院経済学研究科
〒982-0833 仙台市太白区八木山弥生町4-18 ロフティアイランドA棟206号
moonjung87@gmail.com
- 2) 立命館大学大学院経済学研究科
- 3) 琉球大学教育学部
- 4) 東北大学大学院経済学研究科
- 5) 東北福祉大学医療経営管理学科

ABSTRACT

In Japan and Korea, has implemented a Qouta System for people with disabilities to promote employment. However, the employment rate of people with disabilities to the private sector in both countries is low. In order to improve the employment rate of people with disabilities, it is necessary to support private companies more aggressively. And, there is a need to consider the effectiveness and efficiency of employment of people with disabilities from the perspective of the company.

It is purpose of this study to compare the factor analysis of the disabled employment between Japan and Korea. And than, we propose the challenges of the future in order to promote the employment of people with disabilities.

As a result of analysis, a large companies rate of employment of people with disabilities was higher than medium and small companies in Japan. But, in Korea, a large companies rate of people with disabilities was lower then medium and small companies. Second, almost employer support system was done inefficiently in both countries.

Finally, for improve the employment rate of people with disabilities, the study offers three following suggestions.

1. Examination in order to improve payment System is necessary.

Received
July 9,2012

Accepted
September 25,2012

Published
October 31,2012

2. The various support system for the medium and small companies is necessary.
3. It is necessary to improve the efficiency of various employer support systems.

<Key-words>

The Disabled Employment, Employment Rate of people with disabilities, Employer support System, Payment System

Asian J Human Services, 2012, 3:153-166. © 2012 Asian Society of Human Services

I. はじめに

障害者雇用は障害者の社会参加を誘導し経済的自立を可能にするため、結果的には国の福祉予算軽減という経済的効果をもたらすことができる。さらに、現代の少子・高齢化による労働力不足問題を解決する一つの方法として障害者雇用が考えられる(福井, 2011)。障害者を労働市場の供給者として考えれば、障害者雇用は促進させる必要があり、障害者雇用に関する調査研究は行われる意義がある。

障害者に対する雇用差別を防止し障害者雇用を促進するため、ドイツやフランスなどのヨーロッパでは割当雇用制度を実施しており、日本と韓国では、福祉先進国の影響を多く受けて割当雇用制度を実施している。特に、韓国の割当雇用制度は、日本の影響を多く受けて発展してきたため、制度上において多くの類似点がみられる。割当雇用制度は、公的機関及び民間企業に対して法定雇用率を定めることにより障害者の雇用を強制し、雇用機会を確保している。

しかし、近年の世界的な経済危機により、日本と韓国の経済環境は急速に悪化しており、両国とも高い失業率の問題に直面しているため、障害者の就職及び雇用環境はより難しくなっている。実際に、2011年公的機関と民間企業における障害者実雇用率は日本で各2.11%、1.65%、韓国では各2.09%、1.92%となっており、両国とも公的機関に比べて民間企業に対する障害者実雇用率は低くなっている。すなわち、両国とも障害者実雇用率を向上させるためには、民間企業で障害者を積極的に雇用するように支援する必要があり、企業の立場から障害者雇用の効果・効率性を考える必要がある。

一般的に、企業では利潤を追求するため中・長期的な生産計画を作成しており、費用対効果を求める一つの方法として雇用計画が作成される。障害者に関する雇用計画とも雇用計画の一つとして作成される。この生産計画及び雇用計画は、企業の規模や業種、経営的特性などに基づいて作成されるため、企業の多様な特性要因が障害者雇用率といかに関係しており、どの程度影響を及ぼしているかについて調査研究する必要がある。また、一般労働市場における障害者の雇用不均衡を緩和するためには、障害者を雇用する事業主の立場から障害者雇用を決定する諸要因について検討する必要があると考えられる。

本稿では、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構で行われた「企業経営に与える障害者雇用の効果などに関する研究」報告書の結果と韓国障害者雇用公団で行われた「企業の障害者雇用における実態調査」のデータベースを用いて、日韓における民間企業の障害者実雇用率（以下、実雇用率）に影響を及ぼす諸要因を明らかにする。さらに、両国の民間企

Received
July 9, 2012

Accepted
September 25, 2012

Published
October 31, 2012

業における実雇用率に影響を及ぼす要因について比較・考察し、障害者雇用を促進するための今後の課題を提案することを目的とする。

II. 研究対象及び方法

1. データベースについて

日韓における民間企業の実雇用率に影響を及ぼす諸要因を明らかにするためには、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構で行われた「企業経営に与える障害者雇用の効果などに関する研究」報告書の結果と韓国障害者雇用公団で行われた「企業の障害者雇用における実態調査」のデータベースを用いた。

＜表 1＞ データベースの内容

区分	日本	韓国
	「企業経営に与える障害者雇用の効果などに関する研究」	「企業の障害者雇用における実態調査」
調査機関	独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構	韓国障害者雇用公団
調査期間	2008 年 11 月上旬～12 月下旬	2010 年 8 月 23 日～11 月 19 日
調査対象	常用労働者 101 人以上の 5,000 社 ¹⁾ に郵送し回答した企業 1,063 社	常時労働者 50 人以上の民間企業 2,067 社 ²⁾ (障害者雇用企業: 1,579 社、障害者未雇用企業: 488 社)
調査項目	<ul style="list-style-type: none"> ・各企業の概要 (産業分類、常用労働者数など) ・障害者雇用状況 (雇用率、雇用障害者数) ・障害者雇用時の認識 ・障害者雇用の満足度に与える影響 ・障害者雇用の理由・効果 ・支援制度及び支援機関 (支援制度の利用状況、支援機関利用状況) など 	<ul style="list-style-type: none"> ・障害者雇用の現況 (常時労働者数に対する障害者労働者数) ・障害者募集と採用及び採用計画、障害者雇用に対する満足度 ・障害者雇用に関する法律・制度の認識 ・障害者雇用に関する認識 など

注 1) 常用労働者 101 人以上の民間企業の計 60 分類別に、標準精度 5%を起点として必要な標本企業数である。

注 2) 「2009 年障害者雇用計画及び実施状況報告書」を提出した全国の常時労働者 50 人以上の民間企業の数である。

2. 研究方法

本研究では、日本と韓国の民間企業における実雇用率と企業の規模を用いてクロス集計分析を行う。

また、韓国の場合「民間企業の障害者雇用率」を被説明変数とし、「企業の経営的要因」、「企業の特性要因」、「事業主支援制度要因」、「事業主支援制度の利用に関する認識」を説明変数として重回帰分析を行う (図 1 参照)。

ただし、日本の場合「企業経営に与える障害者雇用の効果などに関する研究」報告書のデータベースが得られなかったため調査結果に基づいて分析する。

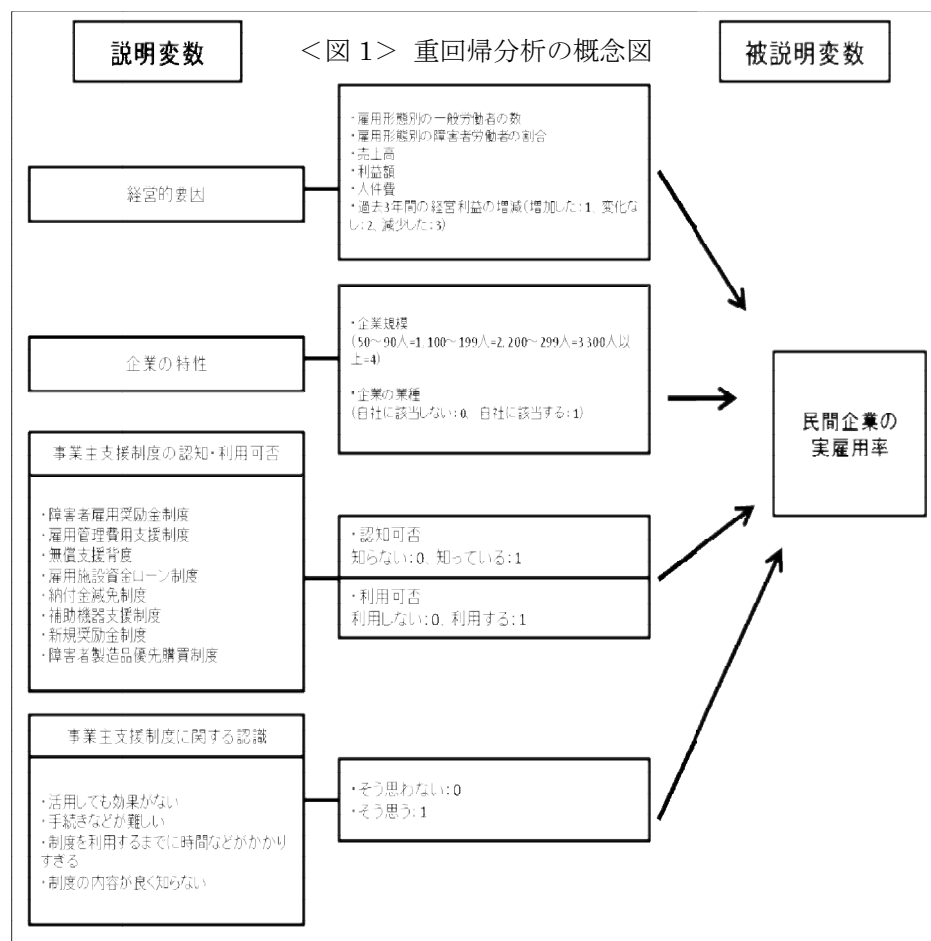
統計分析には、統計解析ソフト PASW(SPSS) Statistics 18.0 を用いる。

「経営的要因」、「企業の特性」、「事業主支援制度の認知及び利用可否」、「事業主支援制度に関する認識」という多様な説明変数が「民間企業の実雇用率」という被説明変数に及ぼす影響を概念図で示すと＜図 1＞になる。

Received
July 9, 2012

Accepted
September 25, 2012

Published
October 31, 2012



Ⅲ. 日韓の民間企業における障害者雇用率決定要因の分析結果

1. 日本の障害者雇用率決定要因の分析結果

1) 実雇用率と企業規模のクロス集計分析

実雇用率と企業規模を用いてクロス集計を行った結果、法定雇用率「1.8%以上」を達成している企業は303社(28.5%)で最も多く、次いで「1.2%未満」の企業は269社(25.3%)、「1.2%以上～1.8%未満」の企業は299社(28.1%)であった。

規模別における実雇用率をみると、常用労働者「200人以下」規模では「障害者雇用なし」が最も多く、「201～900人」規模では実雇用率「1.2%以上～1.8%未満」が最も多くなっていた。また、「1,000以上」規模では実雇用率「1.8%以上」が最も多くなっていた(表2 参照)。すなわち、実雇用率は企業の規模が大きくなるとともに増加することが明らかになった。

さらに、企業規模別の障害者に対するイメージに関する要因を分析した結果、300人以下の中小企業の場合、障害者雇用には積極的であると評価する企業が半数以下であり、中小企業が障害者雇用には積極性になれないことが明らかになった。

Received
July 9, 2012

Accepted
September 25, 2012

Published
October 31, 2012

<表 2> 規模と雇用率の関係 (クロス集計結果)

(単位: 社)

企業規模	1.8%以上	1.2%～1.8% 未満	1.2%未満	雇用なし	無回答	計
200 人以下	50 (23%)	25 (11.5%)	56 (25.8%)	60 (27.6%)	26 (12%)	217 (100%)
201 人～300 人	40 (21.5%)	33 (17.7%)	77 (41.4%)	17 (9.1%)	19 (10.2%)	186 (100%)
301 人～999 人	105 (38.4%)	108 (28.7%)	111 (29.5%)	10 (2.7%)	42 (11.2%)	376 (100%)
1,000 人以上	108 (38.4%)	131 (46.6%)	24 (8.5%)	1 (0.4%)	17 (6.0%)	281 (100%)
無回答	0 (0%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)
計	303 (28.5%)	299 (28.1%)	269 (25.3%)	88 (8.3%)	104 (9.8%)	1,063 (100%)

資料: 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター (2010) 企業経営に与える障害者雇用の効果などに関する研究、pp48.

2) 実雇用率と企業の業種

本調査の対象企業を業種別にみると、無回答した 4 社を除く、「サービス業 (141 社)」が最も多く、次いで「教育・学習支援業 (126 社)」、「卸業・小売業 (117 社)」、「製造業 (99 社)」が多くなっていた。

産業別における実雇用率を調査した結果、業種全体の平均雇用率は 1.38%となっていた。ここで「鉱業」の平均雇用率は 1.8%と最も高くなっているが、これは「鉱業」の企業サンプルが少なくなっていたためであり、平均雇用率は企業数に比べてみる必要がある。業種サンプルが多い順でみると「サービス業」の平均雇用率は 1.29%、「教育・学習支援業」は 1.59%、「卸売業・小売業」は 1.45%、「製造業」は 1.56%となっており、「教育・学習支援業」の平均雇用率が最も多くなっていることが分かった (図 2 参照)。

3) 事業主支援制度の要因

各種の事業主支援制度の認知度と利用経験について調査した結果、制度の認知度率に比べて制度の利用率が非常に低くなっていることが分かった。

認知度率が最も高い制度は、「トライアル雇用 (障害者試行雇用事業) 制度」で 73.8%を占めており、次いで「職場適応援助者 (ジョブコーチ) による支援制度」(64.1%)、「特定求職者雇用開発助成金制度」(54.1%)の認知度率が高くなっていた。しかし、「雇用管理サポート事業制度」(19.2%)や「障害者就労支援機器の貸出制度」(30.8%)については認知度率が低くなっていた。

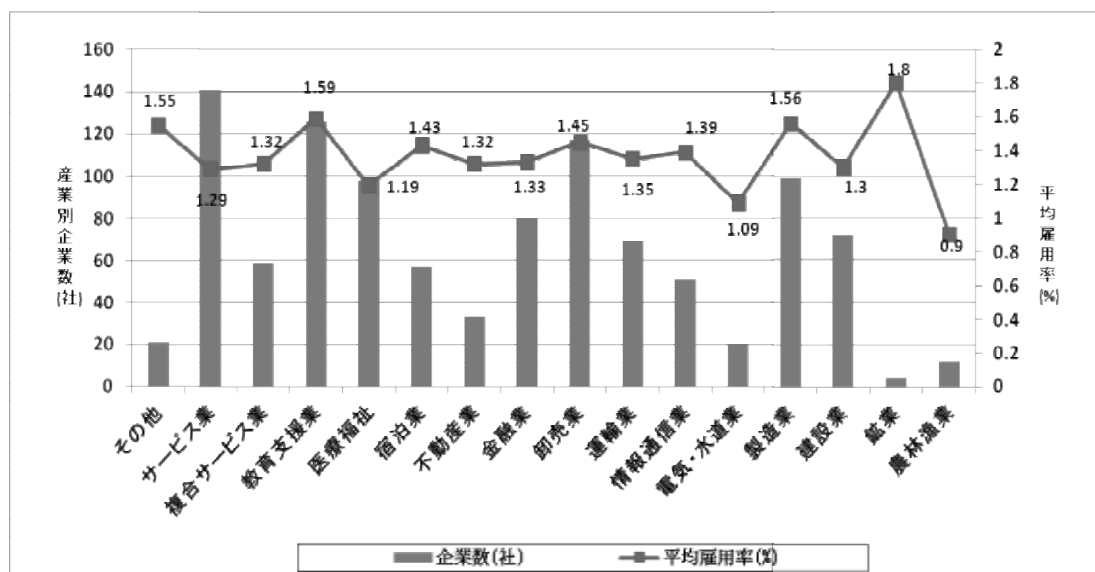
一方、利用経験率が最も高い制度は、「特定求職者雇用開発助成金制度」で 26.2%を

Received
July 9, 2012Accepted
September 25, 2012Published
October 31, 2012

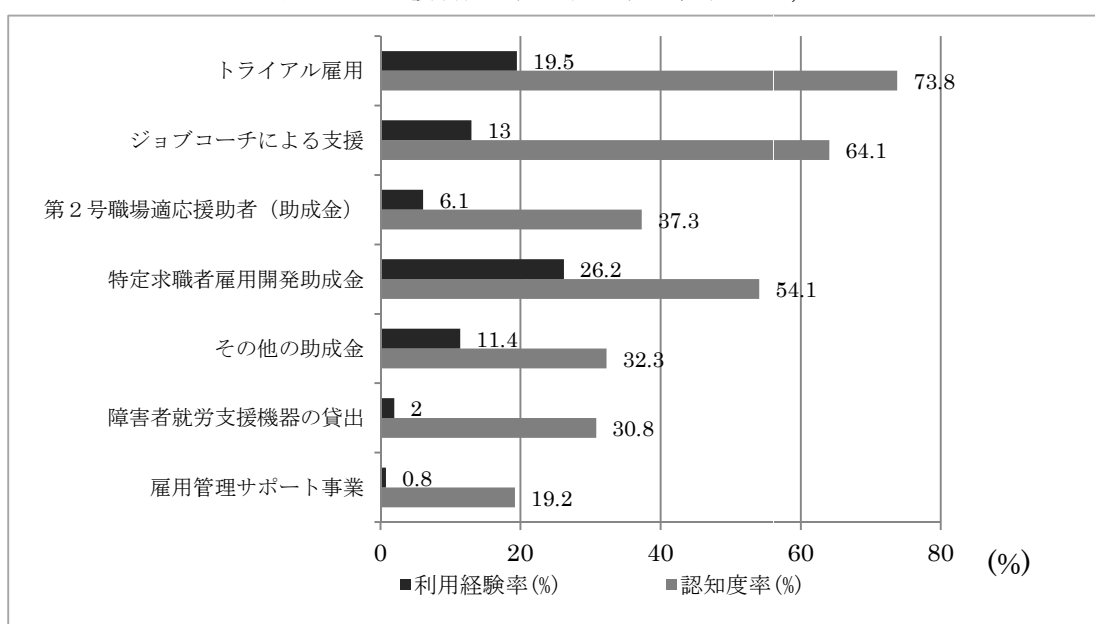
占めており、次いで「トライアル雇用（障害者試行雇用事業）制度」（19.5%）と「職場適応援助者（ジョブコーチ）による支援制度」（13%）の利用経験が高くなっていた（図-3 参照）。

すなわち、「特定求職者雇用開発助成金制度」、「トライアル雇用（障害者試行雇用事業）制度」、「職場適応援助者（ジョブコーチ）による支援制度」は多くの企業で利用されているが、その他の制度はほとんど利用していないことが明らかになった。

<図 2> 産業別の企業数と平均雇用率(N=1059)



<図 3> 支援制度の認知度と利用経験(N=1,063)



資料：独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター（2010） 企業経営に与える障害者雇用の効果などに関する研究、企業経

営に与える障害者雇用の効果などに関する研究、pp.66

Received
July 9,2012

Accepted
September 25,2012

Published
October 31,2012

4) 事業主支援制度に関する認識

各種の事業主支援制度を知っているが利用経験がない企業に対して各種の制度を利用しない理由を調査した結果、利用しない制度のなかで「トライアル雇用（障害者試行雇用事業）制度(570 社)」と「職場適応援助者（ジョブコーチ）による支援制度(532 社)」が最も多く、「雇用管理サポート事業(189 社)」が最も少なくなっていた。

支援制度別に利用しない理由については若干異なっていたが、「特にその制度を必要としない障害者を雇用している」企業が多く、次いで「制度の利用要件に該当しないため使えない」企業が多くなっていた。すなわち、多くの支援制度が利用されていない理由は、制度の認知可否または制度の利用手続きや内容に関する不満とは関係なく、制度の対象になれないため使えないことが明らかになった。また、「特にその制度を必要としない障害者を雇用している」企業が多いことから、多くの企業では支援制度を必要としない軽度障害者を雇用していることが予測される（表 3 参照）。

＜表 3＞ 支援制度別に利用しない理由

支援制度	利用していない理由	(単位:社)											
		利用していない理由	利用していない理由	利用していない理由	利用していない理由	利用していない理由	利用していない理由	利用していない理由	利用していない理由	利用していない理由	利用していない理由	利用していない理由	利用していない理由
トライアル雇用(障害者試行雇用事業)	570	31	67	2	79	86	13	2	120	21	3	54	92
職場適応援助者(ジョブコーチ)による支援	532	34	55	10	53	70	4	1	139	38	4	41	83
第2号職場適応援助者(助成金)	323	16	40	2	33	87	6	0	59	9	1	24	46
特定求職者雇用開発助成金	282	9	30	1	35	77	3	0	36	8	1	38	44
その他の助成金	216	13	33	0	19	69	3	0	22	8	3	17	29
障害者就労支援機器の貸出	300	13	28	2	16	59	6	0	87	25	3	17	44
雇用管理サポート事業	189	18	20	2	14	25	5	0	40	17	4	14	30

資料: 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター (2010) 企業経営に与える障害者雇用の効果などに関する研究、
「企業経営に与える障害者雇用の効果などに関する研究」、pp.67

2. 韓国の障害者雇用率決定要因の分析結果

1) 実雇用率と企業規模のクロス集計分析

実雇用率と企業規模を用いてクロス集計を行った結果、法定雇用率「2.3%」を達成している企業は 521 社であった。そのうち、「1~199 人」規模の企業は 328 社で最も多く、「1,000 人以上」規模の大企業は 35 社で最も少なくなっていた。「雇用なし」の企業は 563 社であり、そのうち「1~199 人」規模の企業は 438 社で最も多く、「1,000 人以上」規模の大企業は、5 社と最も少なくなっていた。

すなわち、実雇用率は企業の規模が大きくなるほど低くなるが、障害者をまったく雇用しない企業数は減少することが分かった。

Received
July 9,2012

Accepted
September 25,2012

Published
October 31,2012

<表 4> 規模と雇用率の関係 (クロス集計結果)

(単位: 社)

区分		実雇用率				合計
		雇用なし	0.1～1.1%以上	1.2～2.2%以上	2.3%以上	
企業の規模	1～199 人	438 (77.8%)	128 (29.6%)	300 (55.2%)	328 (63.0%)	1,194 (58.0%)
	200～299 人	63 (11.2%)	85 (19.7%)	88 (16.2%)	78 (15.0%)	314 (15.3%)
	300～999 人	57 (10.1%)	150 (34.7%)	110 (20.3%)	80 (15.4%)	397 (19.3%)
	1,000 人以上	5 (0.9%)	69 (16.0%)	45 (8.3%)	35 (6.7%)	154 (7.5%)
合計		563 (100.0%)	432 (100.0%)	543 (100.0%)	521 (100.0%)	2,059 (100.0%)

2) 実雇用率に関する重回帰分析の結果

実雇用率を被説明変数とし、「企業の経営的要因」、「企業の特性要因」、「事業主支援制度要因」、「事業主支援制度に関する認識要因」を説明変数として重回帰分析を行った結果は<表 5>に示している(R-square=.652, adjusted R-square=.640, F=55.780, p<.001)。

第 1 に、「企業の経営的要因」のなかでは、日雇い型の一般労働者数(B=-.001, p<.05)は負の影響を及ぼしており、常時型の障害者労働者の割合(B=.545, p<.001)、日雇い型の障害者労働者の割合(B=.084, p<.001)は正の影響を及ぼしていることが分かった。すなわち、実雇用率は、日雇い型の一般労働者が少ない企業であるほど、また常時型・日雇い型の障害者労働者数が多い企業であるほど高くなることが明らかになった。

第 2 に、「企業の特性」のなかでは、企業業種で環境復旧業と運輸業のみ正の影響を及ぼしていることが分かった。すなわち、他の業種に比べて環境復旧業(B=1.400, p<.05)と運輸業(B=1.002, p<.001)の企業の場合、実雇用率が高くなることが明らかになった。

第 3 に、「事業主支援制度要因」のなかで制度の認知可否については、納付金減免制度と補助機器支援制度の認知可否が影響を及ぼしていることが分かった。そのなかで、納付金減免制度の認知可否は負の影響を及ぼしており、補助機器支援制度の認知可否は正の影響を及ぼしている。すなわち、納付金減免制度(B=-.353, p<.05)について知らないほど、また補助機器支援制度(B=.573, p<.001)について知っているほど実雇用率が高くなることが明らかになった。

また、制度の利用可否については、無償支援制度、補助機器支援制度、新規雇用奨励金制度 3 つの制度利用可否が影響を及ぼしていることが分かった。そのなかで、無償支援制度(B=1.494, p<.01)は正の影響を及ぼしており、補助機器支援制度(B=-1.093, p<.01)と新規雇用奨励金制度(B=-.623, p<.05)は負の影響を及ぼしていた。すなわち、

Received
July 9,2012

Accepted
September 25,2012

Published
October 31,2012

無償支援制度を利用するほど、また補助機器支援制度、新規雇用奨励金制度を利用しないほど実雇用率が高くなることが明らかになった。

第4に、「事業主支援制度に関する認識」については、「手続きなどが難しい」という項目のみ影響を及ぼしていることが分かった。すなわち、制度を利用する際に手続きなどが難しい ($B=.457, p<.01$) と認識するほど実雇用率が高くなることが明らかになった。

＜表5＞ 民間企業の障害者実雇用率についての重回帰分析結果

Coefficients					
model		Unstandardized coefficients		standardized coefficients	t
		B	Std.Error		
〈企業の経営的要因〉					
一般労働者数	-常時型-	6.394E-6	.000	.006	.146
一般労働者数	-臨時型-	7.313E-5	.000	.005	.235
一般労働者数	-日雇い型-	-.001*	.001	-.054	-2.214
障害者労働者割合	-常時型-	.545***	.014	.726	38.271
障害者労働者割合	-臨時型-	.017	.017	.018	1.005
障害者労働者割合	-日雇い型-	.084***	.015	.101	5.732
売上高		1.685E-8	.000	.011	.393
利益額		2.762E-8	.000	.008	.384
人件費		-1.422E-7	.000	-.013	-.531
過去 3 年間の営業利益の増減可否		-.036	.063	-.010	-.564
〈企業の特性〉					
企業の規模		-.024	.050	-0.09	-.473
企業の業種	-鉱業-	.108	.909	.002	.119
企業の業種	-製造業-	.059	.134	.010	.443
企業の業種	-電気・ガス及び水道事業-	.154	.603	.005	.256
企業の業種	-環境復旧業-	1.400*	.693	.036	2.020
企業の業種	-建設業-	-.308	.178	-.040	-1.736
企業の業種	-小・卸売業-	-.192	.353	-.010	-.544
企業の業種	-運輸業-	1.002***	.222	.088	4.508
企業の業種	-保健福祉サービス業-	.054	.266	.004	.203
〈事業主支援制度要因-①制度の認知可否〉					
雇用奨励金制度		-.102	.178	-.011	-.575
雇用管理費用支援制度		-.069	.138	-.010	-.499
無償支援制度		.075	.179	.008	.419
雇用施設資金ローン制度		.024	.135	.004	.179
給付金減免制度		-.353*	.167	-.041	-2.116
補助機器支援制度		.573***	.178	.067	3.223

Received
July 9,2012

Accepted
September 25,2012

Published
October 31,2012

新規雇用奨励金制度	.200	.122	.032	1.639
障害者製造品優先購買制度	.046	.226	.004	.205
〈事業主支援制度要因 ②制度の利用可否〉				
雇用奨励金制度	-.032	.112	-.005	-.287
雇用管理費用支援制度	.440	.262	.034	1.684
無償支援制度	1.494**	.489	.057	3.054
雇用施設資金ローン制度	.586	.540	.020	1.084
給付金減免制度	-.042	.361	-.002	-.117
補助機器支援制度	-1.093**	.432	-.048	-2.528
新規雇用奨励金制度	-.623*	.312	-.037	-1.997
障害者製造品優先購買制度	.846	.489	.034	1.733
〈事業主支援制度に関する認識要因〉				
活用しても効果がない	.023	.195	.002	.119
手続きなどが難しい	.457**	.172	.050	2.661
利用するまでに時間などがかりすぎる	.290	.323	.016	.897
制度の内容がよく分からない	-.052	.306	.003	-.169
Constant	.644**	.250	.	2.575

R-square=.652, adjusted R-square=.640, F=55.780, p<.001

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

IV. 日韓の民間企業における障害者雇用率決定要因の比較・考察

1. 実雇用率と企業の経営的要因

韓国の民間企業における実雇用率は、企業の経営的要因のなかで「日雇い型の一般労働者数」が少なく、「常時型・日雇い型の障害者労働者数」が多い企業であるほど実雇用率は高くなることが明らかになった。特に、日雇い型の障害者労働者の割合が高くなると共に実雇用率が高くなることから、多くの企業では日雇い型として障害者を雇用していると予測される。

実際に「2010年の障害者経済活動実態調査」によると、障害者労働者のなかで臨時及び日雇いのような非正規労働者は63.2%になっており、一般労働者に対する非正規労働者の割合(33.1%)に比べて約2倍近く高くなっている。また、非正規労働者のなかでも日雇い型で雇用されている障害者は17.6%と最も高くなっていた。

2. 実雇用率と企業規模

日本と韓国の民間企業における実雇用率と企業規模についてクロス集計を行った結果、日本では、実雇用率は企業の規模が大きくなるとともに増加することが明らかになった。

一方、韓国の場合、クロス集計を行った結果としては企業の規模が小さいほど実雇用率が高くなることが明らかになったが、重回帰分析の結果としては企業の規模は実雇用率に影響

を及ぼしていないことが明らかになった。すなわち、韓国の民間企業の実雇用率は、企業の規模が大きくなるほど低くなるが、企業規模が実雇用率に及ぼす影響力は他の変数に比べて低いと考えられる。

韓国の大企業における実雇用率が低い背景としては、納付金制度の非効率性から考えられる。韓国では法定雇用率を達成していない常時労働者 100 人以上の民間企業に対して納付金を徴収している。基本的に納付金単価は、企業で障害者を雇用することによりかかる追加費用の月平均価格に基づいて算定しており、2011 年現在の納付金単価は 56 万ウォンとなっている。しかし、障害者雇用によりかかる追加費用または障害者雇用による経営的損失や利潤などは企業の規模や産業別によって異なるものであり、これに合わせて納付金単価を徴収する必要があるにもかかわらず、納付金単価は 56 万ウォン（約 4 万円）と一括的に適用されている。そのため、大企業では障害者を雇用することにより生じる生産損失と障害者一人当たりの納付金単価を考慮して障害者を雇用せず、納付金を支払う傾向が強くなっている。反面、中小企業では、大企業に比べて障害者雇用による生産損失が小さく、最低賃金¹⁾の 60% 程度である納付金単価を考慮して納付金を支払わず、障害者を雇用していると考えられる。実際に、韓国の 2008 年における納付金支払い状況をみると、常時労働者 300 人以上の大企業が 90% を占めており、2000 年以降、毎年増加していることが分かる。さらに、JUN(2011) は、Cobb-Duglas の生産関数を用いて障害者労働者と一般労働者の生産性の差について分析した結果、企業の規模が大きくなるとともに生産損失費用も大きくなることを明らかにし、今後、効率・効果的な納付金制度を実施するには、企業の規模別に合わせた納付金単価を徴収することを提案している。

3. 実雇用率と企業の業種

民間企業における実雇用率と企業の業種について分析した結果、日本では「教育・学習支援業」、「卸売業・小売業」、「製造業」、「卸売業・小売業」の平均雇用率が 1.38% 以上と高くなっていることが分かった。一方、韓国では「運輸業」と「環境復旧業」のみ正の影響を及ぼしていることが明らかになった。しかし、この調査は両国とも限られた調査対象にあたる結果であるため、国単位の調査報告書を用いて分析した民間企業における障害者雇用状況に基づいて考察する必要がある。

厚生労働省「平成 23 年障害者雇用状況の集計結果」によると、日本の産業別における実雇用率は「医療・福祉業」で 1.9% と最も高く、続いて「電気・ガス・熱供給・水道業」で 1.85%、「生活関連サービス業」で 1.87%、「複合サービス業」で 1.79% と法的雇用率を達成していた。一方、「教育・学習支援業」(1.37%) と「情報通信業」(1.39%) などでは法定雇用率を下回っていた。また、雇用労働部・韓国障害者雇用公団「2010 障害者義務雇用現況」によると、韓国の産業別における実雇用率は、「個人サービス業」で 4.44% と最も高くなっており、「運輸業」(3.47%) と「環境復旧業」(3.43%) などでは法定雇用率を達成していた。一方、「建設業」(1.42%) や「金融業」(1.33%) などでは法定雇用率を下回っていた。つまり、第 2 章の各国における障害者雇用状況と本章の結果に基づいて日本では「製造業」の企業で、

¹⁾ 2011 年最低賃金は、約 90 万ウォンとなっている。最低賃金は、「障害者雇用促進及び職業リハビリテーション法」第 33 条 3 項に基づいて雇用労働部の雇用政策審議会により定められる。また、2007 年までは月 226 時間、2008 年以降からは月 209 時間にあたる賃金である。

また韓国では「運輸業」と「環境復旧業」の企業で実雇用率が高くなっているといえる。

4. 実雇用率と事業主支援制度要因

日本と韓国の民間企業における実雇用率と事業主支援制度の認知及び利用可否について分析した結果、日本では、7つの事業主支援制度のなかで、「特定求職者雇用開発助成金制度」、「トライアル雇用（障害者試行雇用事業）制度」、「職場適応援助者（ジョブコーチ）による支援制度」の3つの制度の認知度率と利用率が高くなっていた。一方、韓国では、8つの制度のなかで「納付金減免制度」を知らないほど、「補助機器支援制度」を知っているほど、また「無償支援制度」のみを利用するほど実雇用率が高くなることが明らかになった。

すなわち、両国とも各種の助成金制度や奨励金制度、支援機器（韓国の場合、補助機器）の貸出制度など、多様な事業主支援制度が実施されているが、一定の支援制度を除くほとんどの支援制度は利用されておらず、実雇用率に影響を及ぼしていない類似点がみられた。

以上の分析から、両国とも各種の事業主支援制度が非効率的に行われていると予測される。そのため、両国とも各種の支援制度を利用した後に対する評価または満足度などについて調査・分析し、事業主支援制度の効果・効率性について持続的に検討する必要があると考えられる。

5. 事業主支援制度に関する認識

日本と韓国の各種の事業主支援制度を利用する際における難しさまたは事業主支援制度を利用しない理由について分析した結果、日本では「特にその制度を必要としない障害者を雇用している」ため事業主支援制度を利用していない企業が多くなっていた。また、「制度の利用要件に該当しないため使えない」企業も多くなっていることが分かった。

一方、韓国では「制度を利用する際に手続きなどが難しい」と認識するほど実雇用率が高くなることが明らかになった。これは、手続きが難しいため各種の支援制度は利用しないが、障害者は雇用している意味になり、多くの企業では支援制度を利用しなくても雇用することができる軽度障害者を雇用していると考えられる。

すなわち、両国とも制度に関する情報不足や制度上の不満などの問題とは関係なく、軽度障害者を多く雇用しているため、各種の事業主支援制度を利用しないと予測される。従って、今後、事業主の立場から重度障害者の雇用を促進させるための制度上のインセンティブについて多様な検討が行われる必要があると考えられる。

V. まとめ

以上、日韓の民間企業における障害者の実雇用率が低くなっている点に着目し、一般労働市場における障害者の雇用不均衡を緩和する一つの方法として、障害者を雇用する事業主の立場から障害者雇用に影響を及ぼす諸要因を比較・考察した。これに基づいて障害者雇用を促進するための今後の政策的課題について検討した。

第1に、納付金単価を改善するための検討が必要である。韓国の民間企業における実雇用率と企業規模についてクロス集計を行った結果、企業規模が大きくなるとともに実雇用率が

低くなることが明らかになった。大企業で実雇用率が低い背景の一つとして、納付金制度の非効率性が考えられる。

企業では、障害者を雇用することによりかかる追加費用や生産損失費用と納付金単価を考え、経営上に効果的な方法を選択すると考えられる。しかし、障害者を雇用することによりかかる追加費用や生産損失費用は、企業の規模、業種、所在地、また雇用する障害者の障害程度及び障害種別により異なるものであり、企業特性に合わせて納付金単価を徴収しなければ、企業特性により実雇用率の偏差が大きくなる問題が生じるにもかかわらず、両国とも基本的に法定雇用率に不足する障害者一人当たりの納付金単価を定めて一律的に適用されている。

従って、今後、両国とも企業特性によって生じる実雇用率の偏差を緩和するとともに納付金制度の効果を高めるためには、企業の規模や企業の構造、立地などを考慮した納付金単価を定めるよう検討する必要がある。

第2に、中小企業に対する障害者雇用支援制度について検討する必要がある。民間企業における実雇用率と企業規模について分析した結果、日本では企業の規模が大きくなるとともに増加し、障害者雇用は消極的であることが明らかになった。日本の中小企業における実雇用率が低い背景の一つとして、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター(2008)は、中小企業では切り出せる業務内容・業務量を限られた人員で遂行しなければならないため、障害者雇用は積極的になれないと論じている。

従って、今後、日本の中小企業における実雇用率を段階的に向上させるためには、中小企業向けの多様な人的・物的支援制度が備えられるよう検討する必要がある。

第3に、各種の事業主支援制度の効率性を向上させるための検討が必要である。両国とも障害者雇用を促進するために多様な事業主支援制度を実施している。しかし、日本では、7つの支援制度のなかで、「特定求職者雇用開発助成金制度」、「トライアル雇用（障害者試行雇用事業）制度」、「職場適応援助者（ジョブコーチ）による支援制度」の3つの制度のみ認知度率と利用率が高くなっていた。また、韓国においても8つの制度のなかで「納付金減免制度」、「補助機器支援制度」の2つの制度認知可否と「無償支援制度」の利用可否のみ実雇用率に正の影響を及ぼしていた。すなわち、両国とも各種の助成金制度や奨励金制度、支援機器（韓国の場合、補助機器）の貸出制度など、多様な事業主支援制度が実施されているが、一定の支援制度を除くほとんどの支援制度は利用されておらず、実雇用率に影響を及ぼしていないことから、無駄遣いが生じていると考えられる。

従って、各種の事業主支援制度の効率性を高めるためには、両国とも企業の立場から実際に障害者を雇用することによって必要となる制度について継続的に調査・検討する必要がある。さらに、各支援制度利用後に対する評価または満足度などについても継続的に調査・分析し、制度の無駄遣いを軽減していく必要がある。

文献

- 1) 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター(2008)「中小企業における障害者の雇用の促進及び安定支援に関する研究調査」(研究調査報告書通刊 266 号)
- 2) 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター (2010)「企業経営に与える障害者雇用の効果等に関する研究」(調査研究報告書 No.94)
- 3) 福井 信佳(2011)「労働市場における障害者雇用に関する制度の分析」日本職業・災害医学会会誌 JJOMT Vol.59 No.1 pp8-12.
- 4) JUN, Young-Hwan (2011)「Costs-added Estimate of Enterprises Hiring Disabled Workers」, 韓国障害者雇用公団雇用開発院政策研究
- 5) 厚生労働省(2011)「平成 23 年障害者雇用状況の集計結果」統計報告書
- 6) 韓国障害者雇用公団雇用開発院(2010)「Survey on the Employment Status of the Disabled in Business」
- 7) 雇用労働部・韓国障害者雇用公団「2010 障害者義務雇用現況」

Received
July 9,2012

Accepted
September 25,2012

Published
October 31,2012

ORIGINAL ARTICLE

特別支援教育に携わる教員のメンタルヘルスと SOC (Sence of Coherence)との関連

Relationship between Teacher Mental Health that Involved in Special Needs Education and Sence of Coherence

森 浩平¹⁾ (Kohei MORI), 田中 敦士²⁾ (Atsushi TANAKA)

1) 琉球大学大学院 教育学研究科

〒903-0213 沖縄県中頭郡西原町千原1 琉球大学教育学部特別支援教育講座

ktv_m_kohei@yahoo.co.jp

2) 琉球大学 教育学部

ABSTRACT

本研究では、特別支援教育に携わる教員のメンタルヘルスとSOC（首尾一貫感覚）の関連について明らかにし、教員のストレス低減の方法を検討することを目的とする。特別支援学校教諭免許状を未取得で特別支援教育に携わる教員に対するメンタルヘルスチェックの結果から、教職経験年数の長いベテラン教員群は、若手教員群と比べ有意義感が低いことが明らかとなった。また、SOCはストレッサー尺度及び精神健康度GHQ28の下位尺度間において負の相関が得られた。これより、特別支援教育教員のメンタルヘルス改善のために、SOCの保持・増進の必要性が示唆された。

The purpose of this research is to disclose the teacher mental health of special needs education relating to sence of coherence and finding a way to reduce their stress. From the analysis result of mental health check of teachers that engaged in special needs education, it shows that the group of teachers with long years of teaching experience, the sense of meaningfulness is low compared with the group of young teachers. In addition, SOC had a negative association in stressor standard and GHQ(General Health Questionnaire).Than this to improve the mental health of special needs education teachers, the need for the maintenance and promotion of SOC was suggested.

Received
September 18,2012

Accepted
October 27,2012

Published
October 31,2012

<Key-words>

SOC, ストレッサー, 教員, 特別支援教育, メンタルヘルス

sence of coherence, stressor, teacher, special needs education, mental health

Asian J Human Services, 2012, 3:167-176. © 2012 Asian Society of Human Services

I. 問題と目的

1. 教員のメンタルヘルスの現状

文部科学省の教育職員に関する統計調査(2011)により、全国の公立小・中・高校、特別支援学校などの教員約92万人のうち、病気休職者が8660名、そのうち精神疾患による休職者は5407名であり、病気休職者のうち62.4%が精神疾患を抱えていることが示された。

近年、多くの教員がストレスに悩まされる状況が続いており、文部科学省(2009)では「学校教育は教員と児童生徒との人格的な触れ合いを通じて行われるものであり、教員が心身ともに健康を維持して教育に携わることが重要である」と提言している。具体的な教員のメンタルヘルス対策が早急に求められており、同省は校務の効率化や教員の事務負担の軽減を進めるよう、都道府県教育委員会などに通知しているが、具体的なメンタルヘルスの対策は各教育委員会に任されている現状にある。

石川・中野(2001)が小・中学校・高等学校に所属する教員を対象に行った調査では、日常の仕事の中でストレスを「非常に感じる」あるいは「感じる」と答えた教員が半数以上を超えている(田上・山本・田中, 2004)。このような深刻な状況の中にあり、多くの教員のストレス改善のための研究が増え、教員のバーンアウト(燃え尽き症候群)に目を向けようといった動きが強まっている。こうした中で提唱された「教員バーンアウト」は特に教員に限定した概念で、「教員が、理想を抱き真面目に仕事に専心する中で、学校のさまざまなストレスに晒された結果、自分でも気づかぬうちに消耗し極度の疲弊をきたすに到った状態」と定義されている(田上・山本・田中, 2004)。

教員のストレスの要因として高木・田中(2003)は職務自体・職場環境・個人的(家庭内)の3つを挙げており、これらがバーンアウトと関連性があることを指摘している。このうち職場環境の影響によるストレスに関しては、役割葛藤・同僚との関係・組織風土・評価懸念の4因子25項目に分類がされている。

教職員の勤務の実態や意識に関する分析委員会(2008)が、沖縄県の公立小・中・高校、特別支援学校に在籍する本務職員12,760人を対象にした調査を実施した。その結果、「日頃、悩んでいること」について、「特になし」(29.4%)が最も多く、次いで「教員としての適性」(24.4%)、「子育て」(9.8%)、「自分の病気」(6.7%)の順であった。「教員としての適性」に悩んでいる教員の割合が約4分の1を占め、他の悩みに比べて特に多い結果となっている。

UNESCO(1966)による「教員の地位に関する勧告」では、教員の仕事を専門職として定義し、「厳しい継続的な研究を経て獲得される専門的知識及び特別な技術を要求する公共的業務」と規定している。障害児教育教員の「専門性」は、複雑な教育的ニーズを抱えた障害児の増加を踏まえ、通常教育教員との専門性の差異は量的な差異とともに質的な差異も包含している(清水, 2003)。

Received
September 18, 2012Accepted
October 27, 2012Published
October 31, 2012

特殊教育から特別支援教育へと大きな転換が図られ、障害種の拡大や重度・重複化に伴う一人一人のニーズに応じた適切な指導・支援の要求水準の引き上げや、学校と福祉・医療・保健・労働機関等との連携など特別支援教育を担う教員に求められる専門性は非常に高まっている。こうした現状の中で特別支援教育に携わる教員のストレスも飛躍的に高まり、問題も年々深刻化している。

2. SOC (首尾一貫感覚)

1990年代以降、欧米や日本で SOC (Sense of Coherence) に関する研究が増加しており (小田, 1991; 高山・浅野・山崎ら, 1999)、SOC とストレスマネジメントとの関係や身体的・精神的健康度の関連 (depression, GHQ, QOL, physical conditions, etc) が示されている。

SOC とは、Antonovsky (1979) の提唱した健康生成論の中心的な健康生成要因で、非常にストレスフルな経験をしながらも健康に生きる人々が保有する生きる力とされている。この力は、問題が生じたときに自分の持っている様々な内的・外的な資源を動員する力であると説明されている。

SOC は 3 つの要素から構成されており、①自分が置かれている状況や、将来起こるであろう状況のある程度予測、理解できる把握可能感 (comprehensibility)、②どんな困難な出来事でも自分で切り抜けられるという感覚や、何とかできるという処理可能感 (manageability)、③自分の人生・生活に対して、意味があると同時に価値観を持ち合わせている感覚である有意味感 (meaningfulness) をいう (山崎・戸ヶ里・坂野, 2008)。このような 3 つの感覚をもって生活を送っている人は、ストレス状況に耐えうまく対処することができる、すなわち、ストレス対処能力が高いとされる。

特別支援教育に携わる教員の SOC について国内では調査されておらず、特別支援教育教員のストレスマネジメントに関する特性を知る手がかりになると考える。そこで、本研究では、特別支援教育に携わる教員のストレス要因及びメンタルヘルスと SOC の関連を明らかにすることを目的とする。

II. 方法

1. 調査対象

特別支援学校教諭免許状未所得で、障害児の指導を担当している教員 102 名を対象に質問紙調査を実施した。

2. 手続き

2012 年 8 月 1 日の沖縄県教育職員免許法認定講習の休憩時において、調査の趣旨説明を行いプライバシーの配慮をしたうえで調査票を 102 名へ配布、同日中に 93 名から回収を行った。

3. 調査内容

質問紙調査の内容は以下の通りである。

(1) フェイスシート

回答者の基本属性

- ・性別
- ・年齢
- ・教職経験年数

フェイスシートでは、回答者の基本属性として性別・年齢・教職経験年数についてたずね、それぞれにおいて SOC にどのように関連しているのかを明らかにした。

(2) SOC (首尾一貫感覚)

SOC は、Antonovsky が作成した SOC 英語版 29 項目尺度・13 項目短縮版尺度 (Antonovsky, 1987) によって測定可能とされている。日本語版 SOC 短縮版尺度 (山崎, 1999) は、Antonovsky の SOC 英語版 13 項目短縮版尺度を山崎らが翻訳し、信頼性・妥当性の検証がされている (山崎・高橋・杉原, 1997)。この尺度は 13 項目 7 件法で構成され、得点の高いものほどストレス対処能力が強いとされている。また SOC は、把握可能感覚 (comprehensibility)、処理可能感覚 (manage-ability)、有意味感覚 (meaningfulness) の 3 つの下位概念から成っている。本調査では、この日本語版 SOC 短縮版尺度を用いる。

(3) ストレッサー尺度

高木・田中(2003)の先行研究で使用されたストレッサー尺度を用いる。鈴木・別惣・岡東(1994)の役割曖昧性・役割葛藤尺度、橋本(1997)の対人ストレスイベント尺度、牧(1999)の学校経営診断マニュアルから構成されており、それぞれ信頼性・妥当性ともに確認されている。本尺度は、「役割葛藤」「同僚との関係」「組織風土」「評価懸念」の 4 因子、25 項目から成り、「1. 全くそうでない」「2. そうでない」「3. そうである」「4. とてもそうである」の 4 件法で回答し、項目の評定値を加算した値が得点となる。

(4) 精神健康度 GHQ28 (中川・大坊, 1985)

ゴールドバーグ (Goldberg,D.P.) が神経症、心身症を中心とする非器質性、非精神病的疾患の病状把握、スクリーニング・テストとして 60 項目からなる質問紙を英国で開発した。因子分析の結果をもとに 28 項目版、30 項目版などの短縮版も作成されている。本調査では、GHQ28 項目版を使用する。信頼性・妥当性の吟味がよくなされており、実施・採点の簡便性、判別効率、適用範囲の広さなどから精神科、内科、学校、企業などで広く用いられている。28 項目から成り、4 件法で回答を求め、「0-0-1-1 得点法」で得点化する。精神健康度は、0~28 点の得点で精神健康状態が判断される。精神健康度得点が 0 点に近づくにつれて精神健康状態は良好であり、6 点以上の得点になると、精神健康状態が悪いとされる。さらに、28 点に近づくにつれて神経症者として診断される。

Received
September 18,2012

Accepted
October 27,2012

Published
October 31,2012

Ⅲ. 結果

1. フェイスシート

(1) 回収率

本研究における調査のアンケートの回収数は 102 名中 93 名で、回収率は 91.2%であった。また、欠損値についてはペアごとに除外して分析を行った。

内訳は、男性 21 名 (22.6%)、女性 62 名 (66.7%)、不明 10 名 (10.8%) であった。

(2) 回答者の年齢

回答者の年齢については、「40 歳以上 45 歳未満」と回答した人が一番多く、25 名 (26.9%) であった。次いで、「35 歳以上 40 歳未満」が 16 名 (17.2%)、「30 歳以上 35 歳未満」が 14 名 (15.1%)、「45 歳以上 50 歳未満」が 14 名 (15.1%)、「50 歳以上 55 歳未満」が 7 名 (7.5%)、「25 歳以上 30 歳未満」が 6 名 (6.5%)、「55 歳以上」が 3 名 (3.2%)、「25 歳未満」が 0 名 (0.0%)、不明は 8 名 (8.6%) であった。

(3) 回答者の通算教職経験年数

回答者の通算教職経験年数の平均は 15.3 年±7.1 年であった。最大は 30 年 7 か月、最小は 4 年であった。

通算教職経験年数が 1 年から 10 年未満の教員を「若手教員群」、10 年以上 20 年未満の教員を「中堅教員群」、20 年以上の教員を「ベテラン教員群」とした結果、「若手教員群」は 26 名 (30.6%)、「中堅教員群」は 33 名 (38.8%)、「ベテラン教員群」は 26 名 (30.6%) となった。

2. SOC

(1) 男女差の比較

男女差の検討を行うために、SOC について *t* 検定を行った。表 1 に男女別の各平均点等を示す。その結果、男女の得点差は有意ではなかった。

表 1 男女別の平均値と *SD* および *t* 検定の結果

	男性 (<i>n</i> =21)		女性 (<i>n</i> =62)		<i>t</i> 値	
	平均	<i>SD</i>	平均	<i>SD</i>		
把握可能感覚	21.52	5.27	21.08	5.57	0.32	<i>n.s.</i>
処理可能感覚	16.76	3.95	16.58	4.08	0.18	<i>n.s.</i>
有意味感覚	19.10	4.80	20.23	3.91	1.08	<i>n.s.</i>
SOC 合計	57.38	12.68	57.89	11.25	0.18	<i>n.s.</i>

Received
September 18,2012

Accepted
October 27,2012

Published
October 31,2012

(2) 通算教職経験年数の比較

通算教職経験年数の3つのグループ「若手教員群」「中堅教員群」「ベテラン教員群」を独立変数、SOCを従属変数とした分散分析を行った。その結果、「有意味感覚」において、 $F(2, 82)=1.77$ であり5%水準で有意な群間差がみられ、「若手教員群」>「ベテラン教員群」という結果が得られた。

表2 3群のSOC平均点

	<i>n</i>	把握可能感覚	処理可能感覚	有意味感覚	SOC 合計
若手教員群	26	23.19±4.05	17.81±3.93	21.08±3.33	* 56.33±11.85
中堅教員群	33	20.42±5.95	16.85±3.43	19.06±4.36	
ベテラン教員群	26	20.00±5.84	15.04±4.54	19.81±4.45	
<i>F</i>		2.74	3.32	1.77	2.96
<i>p</i>		<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	*	<i>n.s.</i>

* $p<0.05$

3. 尺度間の関連

(1) SOCとストレッサー尺度

SOC（3下位尺度）とストレッサー尺度（4下位尺度）について下位尺度得点間のPearsonの積率相関係数を求めた（表3）。

その結果、「把握可能感覚」と有意な相関が得られたストレッサー下位尺度は「役割葛藤」（ $r=-0.476, p<0.01$ ）、「同僚との関係」（ $r=-0.393, p<0.01$ ）、「組織風土」（ $r=-0.341, p<0.01$ ）、「評価懸念」（ $r=-0.550, p<0.01$ ）、「処理可能感覚」と有意な相関が得られたのは「役割葛藤」（ $r=-0.529, p<0.01$ ）、「同僚との関係」（ $r=-0.460, p<0.01$ ）、「組織風土」（ $r=-0.340, p<0.01$ ）、「評価懸念」（ $r=-0.407, p<0.01$ ）、「処理可能感」と有意な相関が得られたのは「役割葛藤」（ $r=-0.375, p<0.01$ ）、「組織風土」（ $r=-0.329, p<0.01$ ）、「評価懸念」（ $r=-0.338, p<0.01$ ）であった。「有意味感覚」と「同僚との関係」においてのみ有意な相関はみられなかった。

表3 SOCとストレッサー尺度との相関

尺度名		ストレッサー尺度			
	下位尺度	役割葛藤	同僚との関係	組織風土	評価懸念
SOC	把握可能感覚	-0.476**	-0.393**	-0.341**	-0.550**
	処理可能感覚	-0.529**	-0.460**	-0.340**	-0.407**
	有意味感覚	-0.375**	-0.196	-0.329**	-0.338**

** $p<0.01$ Received
September 18, 2012Accepted
October 27, 2012Published
October 31, 2012

(2) SOC と GHQ (精神健康度)

SOC (3 下位尺度) と GHQ (精神健康度) について尺度得点間の Pearson の積率相関係数を求めた (表 4)。

その結果、「把握可能感覚」と有意な相関が得られた GHQ 下位尺度は「身体的症状」($r=-0.473, p<0.01$)、「不安と不眠」($r=-0.610, p<0.01$)、「社会的活動障害」($r=-0.469, p<0.01$)、「うつ傾向」($r=-0.323, p<0.01$)、「処理可能感覚」と有意な相関が得られたのは「身体的症状」($r=-0.493, p<0.01$)、「不安と不眠」($r=-0.515, p<0.01$)、「社会的活動障害」($r=-0.325, p<0.01$)、「うつ傾向」($r=-0.354, p<0.01$)、「処理可能感」と有意な相関が得られたのは「身体的症状」($r=-0.310, p<0.01$)、「不安と不眠」($r=-0.430, p<0.01$)、「社会的活動障害」($r=-0.422, p<0.01$)、「うつ傾向」($r=-0.433, p<0.01$) であった。

表 4 SOC と GHQ の相関

尺度名	下位尺度	GHQ			
		身体的症状	不安と不眠	社会的活動障害	うつ傾向
SOC	把握可能感覚	-0.437**	-0.610**	-0.469**	-0.323**
	処理可能感覚	-0.493**	-0.515**	-0.325**	-0.354**
	有意味感覚	-0.310**	-0.430**	-0.422**	-0.433**

** $p<0.01$

4. 因果関係の検討

(1) GHQ (精神健康度) を従属変数とした重回帰分析

SOC が GHQ (精神健康度) に与える影響を検討するために、重回帰分析を行った。結果を表 5 に示す。また、重回帰分析に基づくパス図を図 1 に示す。

ステップワイズ法で重回帰分析を行った結果、調整済み R^2 値は 0.448 となり、一定程度の説明力を有するモデルであることが示された。ベータ (β) 値の絶対値が大きい方が GHQ への影響力が高いとされており、把握可能感覚 (β=0.330) が最も高く、次に処理可能感覚 (β=0.263)、有意味感覚 (β=0.202) となった。

表 5 重回帰分析結果 (標準化係数 (β))

	標準化係数 (β)	t 値	有意確率
把握可能感覚	0.330	2.79	0.00**
処理可能感覚	0.263	2.47	0.02*
有意味感覚	0.202	2.07	0.04*

従属変数 : GHQ

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

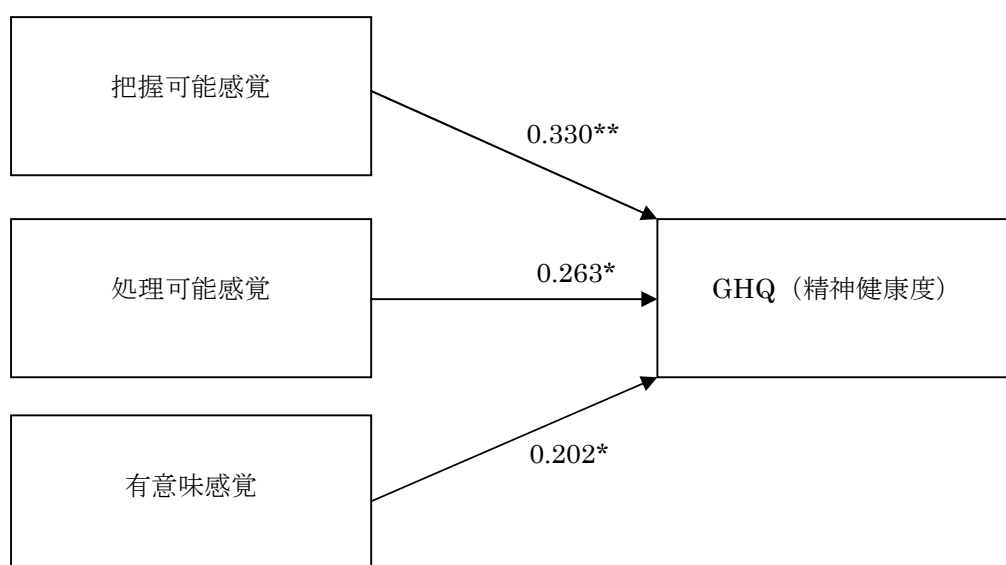


図1 重回帰分析結果 (パス図)

IV. 考察

1. 男女差・教職経験年数の比較

男女差の検討を行うために、SOC について t 検定を行った結果、男女の得点差は有意ではなかった。また、通算教職経験年数の 3 つのグループ「若手教員群」「中堅教員群」「ベテラン教員群」を独立変数、SOC を従属変数とした分散分析を行った結果、SOC の下位尺度「有意味感覚」においてベテラン教員よりも若手教員の方が有意に高かった。これは、ベテラン教員は若手教員に比べ、自分の人生や生活に対して意味があると感じることができていないということである。

SOC は遺伝的な生得能力ではなく、経験によって生成する後天的な資質であるとされている。また、SOC を強くするものとして、汎抵抗資源 (Generalized Resistance Resources : GRRs) が挙げられている。これは、特定でなく多様なストレスに対応するための資源のことで、資金、知識、自我の強さ、ソーシャルサポート、文化的な安全性などを含む。これらにより、「一貫性 (consistency)」、「バランスのとれた負荷 (underload-overload balance)」、「結果の形成への参加 (participation in shaping outcome)」に特徴付けられる良質な人生経験がもたらされ、それによって SOC が強化されると言われており、さらに、この繰り返しが SOC を形成するとされている。有意味感覚の成長には、「社会的に価値ある意思決定への参加」が重要であり、これは仕事上の喜びや誇りと関係している (Antonovsky, 1987)。すなわち、職場において汎抵抗資源を得られ、良質な人生を経験できるような環境であれば、職場に就いた後でも SOC は成長し、ストレスに対して適応することが可能になると予想される。また逆に、そのような環境を与えなければ、SOC は低下して不適応な状態に陥る可能性もあると考えられる。

このように、経験によって強化されると考えられる有意味感覚であるが、教職経験におい

ては経験年数が長いベテラン教員の方が有意味感覚は低かった。長年にわたる長時間労働や、責任のある職務を任せられることによる高負荷・心身の消耗により、職務への意欲低下も考えられる。また、教員にとって、昇進・昇格や給与の変化があるわけではなく、教員の職場組織では、各人の希望に沿ったキャリア・コースが用意されているとは言えない。ポストや活躍の場がほとんど用意されていないなか、教員それぞれが職務への意欲や向上心を保ち続けることは困難になっていくのではないだろうか。こうした職場環境により、汎抵抗資源が得にくく、有意味感の低下につながっていると考えられる。

2. 尺度間の関連と GHQ（精神健康度）を規定する要因の検討

SOC の下位尺度「把握可能感覚」「処理可能感覚」「有意味感覚」とストレッサー下位尺度「役割葛藤」「同僚との関係」「組織風土」「評価懸念」の相関をみると、「有意味感覚」と「同僚との関係」以外のすべての下位尺度間において負の相関がみられた。これは、SOC、つまりストレス対処能力が高ければ高いほど、各ストレッサーが軽減されることを示している。

また、SOC の下位尺度「把握可能感覚」「処理可能感覚」「有意味感覚」と GHQ 下位尺度「身体的症状」「不安と不眠」「社会的活動障害」「うつ傾向」の相関をみると、すべての下位尺度間において負の相関がみられた。これは、SOC が高ければ高いほど、各メンタルヘルスの状態が良好となることを示している。また、重回帰分析の結果より、教員のメンタルヘル스에影響を及ぼすのは順に、「把握可能感覚」「処理可能感覚」「有意味感覚」であるというモデルが構築された。

SOC は深刻なストレッサーに遭遇しても、むしろそれを成長の糧とし、かつ良い健康状態を保っている人々が共通してもつ特徴として見つけ出されたものである。SOC はストレッサーからストレスを受けてストレス状態に至る過程のいずれにも強い抑制力を持ち（山崎, 2003）、看護師や医療職者を対象とした研究においても、SOC が強い人ほどストレスが少ない（本江・星山・川口, 2003）など、SOC の効果が示されている。こうした報告と同様に、特別支援教育に携わる教員においても、SOC のストレス対処能力としての機能を裏付ける結果であったと考えられる。特別支援教育教員のメンタルヘルス改善のため、SOC の保持・増進の必要性が示唆された。

付記

本研究は、文部科学省科学研究費補助金基盤研究（C）「特別支援教育にかかわる教員の専門性とメンタルヘルスとの関連に関する実証的研究（研究代表者；田中敦士 課題番号 21531032）」の助成を受けて行った。調査に協力くださいました学校教員の方々および情報提供を頂きました研究協力者の皆様方に感謝いたします。

文献

- 1) Antonovsky A(1987) Unraveling the Mystery of Health:How people Manage Stress and Stay Well Jossey-Bass Publishers, 189-194／山崎喜比古・吉井清子監

- 訳(2001) 健康の謎を解くーストレス対処と健康保持のメカニズムー 有信堂
- 2) Antonovsky A(1979) Health, Stress, and Coping: New Perspective on Mental and Physical Well-being Jossey-Bass Publishers, 182-197.
 - 3) 橋本剛(1997) 大学生における対人ストレスイベント分類の試み 社会心理学研究 13, 64-75.
 - 4) 本江朝美・星山佳治・川口毅(2003) 看護学生の体験学習に対する意識と行動と Sense of Coherence との関連に関する研究 昭和医学会誌, 63(2), 130-141.
 - 5) 石川正典・中野明德(2001) 教師のストレスとサポート体制に関する研究 福島大学教育実践研究紀要第, 40, 17-24.
 - 6) 教職員の勤務の実態や意識に関する分析委員会(2008) 教職員の勤務の実態や意識に関する調査報告書
 - 7) 牧昌見(1999) 学校経営診断マニュアル 教育開発研究所
 - 8) 文部科学省(2011) 平成 22 年度教育職員に係る懲戒処分等の状況について
 - 9) 文部科学省(2009) 文教・科学技術施策の動向と展開 文部科学白書
 - 10) 中川泰彬・大坊郁夫(1985) 日本版 GHQ 精神健康調査票〈手引き〉日本文化科学社
 - 11) 小田博志(1991) サリュートジェネシスとストレス 現代のエスプリ別冊 39-49
 - 12) 清水貞夫(2003) 障害児教育教師の専門性 障害者問題研究, 31(3), 178-188.
 - 13) 鈴木邦治・別惣淳二・岡東壽隆(1994) 学校経営と養護教諭の職務(II)-養護教諭の役割と「位置」の認知を中心にして-, 43, 153-164.
 - 14) 田上不二夫・山本淳子・田中輝美(2004) 教師のメンタルヘルスに関する研究とその課題 教育心理学年報, 43, 135-144.
 - 15) 高木亮・田中宏二(2003) 教師の職業ストレスに関する研究—教師の職業ストレスとバーンアウトの関係を中心に— 学術研究教育心理学編, 47, 57-72.
 - 16) 高山智子・浅野祐子・山崎喜比古・吉井清子・長阪由利子・深田順・古沢有峰・高橋幸枝・関由起子(1999) ストレスフルな生活出来事が首尾一貫感覚と精神健康に及ぼす影響 日本公衆衛生雑誌, 46, 965-976.
 - 17) UNESCO(1966) Recommendation Concerning the Status of Teachers ILO/UNESCO
 - 18) 山崎喜比古(1999) 健康への新しい見方を理論化した健康生成論と健康保持能力概念 SOC Quality Nursing, 5(10), 81-88.
 - 19) 山崎喜比古・高橋幸枝・杉原陽子(1997) 健康保持要因 Sense of Coherence の研究 (1)SOC 日本語版スケールの開発と検討 日本公衆衛生雑誌, 44(10), 243.
 - 20) 山崎喜比古・戸ヶ里泰典・坂野純子(2008) ストレス対処能力 SOC 有信堂
 - 21) 山崎喜比古(2003) ストレスの進行と防止の過程徹底分析 データブック NHK 現代日本人のストレス, 177-200.

Received
September 18, 2012

Accepted
October 27, 2012

Published
October 31, 2012

SHORT PAPER

The Analysis of Disaster Mitigation System and Research on Disaster Rehabilitation

Keiko KITAGAWA ¹⁾, Sunhee LEE ²⁾, Changwan HAN ³⁾

1) Faculty of Culture and Education, Saga University

〒840-0027, 1, Honjo-Machi, Saga, Japan

kitagake@cc.saga-u.ac.jp

2) Educational Informatics Education Division, Tohoku University

3) Faculty of Education, University of the Ryukyus

ABSTRACT

Due to the abnormal climate in the world, as much as the scale of disasters has grown, that of damage has increased for the last 10 years. Japan has been more badly damaged among Asian countries; Korea is also not the perfectly safe place from disasters. The government of Japan spent 90% of the budget for disaster management in the disaster prevention in 2004. Furthermore, the East Japan Great Earthquake has brought the great change of people's life and the discussions about the rehabilitation of victims have been held. It is meaningful for both Japan and Korea to look into their disaster management system and disaster rehabilitation, because it will be helpful to mitigate the damage of disasters.

This study aimed to compare and research the disaster management system and disaster rehabilitation of Japan and South Korea through the review of pertinent literatures to disasters.

The government of Japan operates comprehensive information system for disaster mitigation by planning disaster mitigation and linking Japan Meteorological Agency. Even though the government of South Korea has implemented the disaster mitigation plan, it doesn't seem to have the information system for disaster mitigation that takes advantage of weather forecasts.

Even though the process of disaster rehabilitation in Japan consists of four (4) stages, in the actual situation, several problems have occurred because the period of mitigation is prolonged for a long time. To solve problems, long-term efforts need to be made to build the system that reinforces the roles of coordinators who deal with related organizations

Received
October 10, 2012

Accepted
October 20, 2012

Published
October 31, 2012

and gives the special leave to the volunteers for the disaster areas.

In South Korea, the disaster rehabilitation system is concentrated on medical rehabilitation, but does not support rehabilitation in the aspect of life at all. To improve the disaster rehabilitation system in South Korea, the awareness of disaster rehabilitation needs to be raised and when providing supports, psychological and living aspects of victims need to be considered.

<Key-words>

Disaster, Disaster Management System, Rehabilitation

Asian J Human Services, 2012, 3:177-188. © 2012 Asian Society of Human Services

I . Introduction

The number of natural disasters around the world is increasing, and disasters remain a major drawback to sustainable development. Reducing vulnerabilities to disasters and damage caused by them is an inevitable challenge in the international community.

Every year, disasters worldwide are experienced by 160 million people, kill 100,000 people, and cause more than 33 billion US dollars in damage (annual average from 1970-2004) . Compared to the 1970s, the number of disasters and the number of people affected have tripled in the last decade (1995-2004) Asia is a region where many disasters occur, as exemplified by the Indian Ocean tsunami disaster in late 2004, killing approximately 230,000 people. Looking at disasters worldwide in recent years (2000-2004) , approximately 40% occurred in Asia, accounting for more than 80% of the people killed and affected, and approximately 50% of the economic damage. Most of the casualties are concentrated in low- to middle-income countries, making the vicious cycle of disasters and poverty another challenge (Cabinet Office, Government of Japan 2011).

The total number of deaths in South Korea for the same period was 2,012 and 200 people have been killed every year, which shows that South Korea is not the safe place from disasters (PARK et al 2005).

Natural disasters that are different from man-made disasters cannot be completely prevented, but the damages can be reduced by the prepared measures. When natural disasters happen, the lack of preparation for initial reactions has usually induced the major damages. The secondary damages that are caused by the lack of preparation have become more serious than the initial damages. Therefore, before disasters happen, the most economic and efficient methods to minimize the damages is to prevent and prepare for disasters through reasonable disaster management system. To decrease the damage from natural disasters, predictable disasters need to be prevented and the possibility for disasters to happen needs to be reduced; for the disasters that already happened, the

Received
October 10,2012

Accepted
October 20,2012

Published
October 31,2012

efforts to minimize the damages have to be made. The government of Japan that has established disaster management system in advance has attempted to minimize the damages by building the system to prevent and alert disasters and strengthening the prevention activities (Federal Emergency Management Agency 2000). While the government of Japan spent 90% of the budget for disaster management (the expenditure for damage restoration + the expenditure for prevention) in the disaster prevention in 2004, South Korea spent only 50% (Hyo-Jin CHOI 2006).

Since the occurrence of the East Japan Great Earthquake on March 11, 2011, the government of Japan has emphasized the follow-up process after disasters occurred and the disaster rehabilitation as well as disaster management. The East Japan Great Earthquake was the severe one (9 magnitude) that may occur once a thousand years; as of June 11, the number of casualties is 15,413 dead and 8,069 miss; the damages including the harms of ships and farmland and radioactive pollution have greatly affected the all areas of people's life. The severe change of the lifeline by the East Japan Great Earthquake induced the discussion about the rehabilitation of victims. However, the study on these situations is in an opening stage. In South Korea, where is not the completely safe place from disasters, there are almost no studies on disaster rehabilitation. Therefore, it would be meaningful for both Japan and South Korea to understand their disaster management system and disaster rehabilitation for the decrease of the disaster damages.

This study aimed to compare and research the disaster management system and disaster rehabilitation of Japan and South Korea through the review of pertinent literatures to disasters.

II. Current Situation of Disaster Management System

1) Disaster Management System in Japan

(1) Disaster Management Planning System

① Disaster Management Planning System

- Basic Disaster Management Plan: This plan is a basis for disaster reduction activities and is prepared by the Central Disaster Management Council based on the Disaster Countermeasures Basic Act.
- Disaster Management Operation Plan: This is a plan made by each designated government organization and designated public corporation based on the Basic Disaster Management Plan.
- Local Disaster Management Plan: This is a plan made by each prefectural and municipal disaster management council, subject to local circumstances and based on the Basic Disaster Management Plan.

Received
October 10, 2012

Accepted
October 20, 2012

Published
October 31, 2012

② Basic Disaster Management Plan

The Basic Disaster Management Plan states comprehensive and long-term disaster reduction issues such as disaster management related systems, disaster reduction projects, early and appropriate disaster recovery and rehabilitation, as well as scientific and technical research. The plan was revised entirely in 1995 based on the experiences of the Great Hanshin-Awaji Earthquake. It now consists of various plans for each type of disaster, where tangible countermeasures to be taken by each stakeholder such as the national and local governments, public corporations and other entities are described for easy reference according to the disaster phases of prevention and preparedness, emergency response, as well as recovery and rehabilitation. Basic Disaster Management Plan also includes countermeasures for the damages from earthquake, storm, flood, volcanic eruption and heavy snow.

(2) Integrated Disaster Management Information System

Based on the experiences of the Great Hanshin-Awaji Earthquake, the Cabinet Office has been developing an integrated disaster management information system that helps to grasp the situation of the disaster early on and promotes information sharing among relevant organizations, thereby enabling quick and appropriate decision-making for emergency response operations.

① DIS (Earthquake Disaster Information System)

DIS is automatically activated upon the receipt of earthquake (intensity level of 4 or greater) information from the Japan Meteorological Agency to estimate the approximate distribution of seismic intensity and scale of damage (human suffering and building damage) within 30 minutes.

② RAS (Real Damage Analysis System by Artificial Satellite)

RAS uses satellite images to assess actual disaster damage when it is otherwise difficult to determine the disaster situation due to the disruption of transportation and communications networks.

③ PF (Disaster Information Sharing Platform)

PF is a common information sharing system with a standardized information format, where various kinds of disaster information provided by ministries and agencies, local governments, relevant organizations and residents, can be posted and freely accessed by all (Cabinet Office, Government of Japan 2011).

2) Disaster Management System in South Korea

(1) Disaster Countermeasures Basic Act

The government of South Korea established Five-Year Plan Disaster Countermeasures Basic Plan that includes disaster prevention, emergency disaster measures and disaster restoration to protect national land and people from disaster since 1977; from 1977 to 2006, it has been implemented six times every five years (See Table 1).

Received
October 10, 2012

Accepted
October 20, 2012

Published
October 31, 2012

Table 1. The Development of Disaster Countermeasures Basic Plan

Plans	Period	Contents
1 st plan	1977~1981	Preparation of mitigation activity and flood control for the protection of country
2 nd plan	1982~1986	Establishment of mitigation system and expansion of facilities for disaster mitigation
3 rd plan	1987~1991	Establishment and Implementation of adaptable disaster countermeasures for the disaster prevention based on the regional characteristics and the degree of damages
4 th plan	1992~1996	Establishment of rapid disaster management system and disaster mitigation support system
5 th plan	1997~2001	Establishment of scientific disaster mitigation information system and disaster mitigation policy
6 th plan	2002~2006	Establishment of comprehensive prevention countermeasures, the strengthening of rapid emergency countermeasures and the establishment of the countermeasure for improvement and restoration from damages

Source: Seong-Jin KIM(2007) *A Study on the Improvement of National Confrontation Systems against Meteorological Disasters*

As well as Disaster Countermeasures Basic Act, there is the Countermeasures against Natural Disasters Act to deal with the damages from meteorological disasters; it stipulates the organization to work for disaster mitigation, the disaster mitigation plan, disaster prevention, emergency disaster countermeasures, disaster restoration and other pertinent countermeasures to disaster damages to protect national land, and the life and property of the people from natural disasters. The main subjects of the Act are as follows;

- The organization to work for disaster mitigation, the disaster mitigation plan, disaster prevention, emergency disaster countermeasures, disaster restoration and other pertinent countermeasures to disaster damages
- The installment of disaster headquarter as the organization for disaster mitigation
- The implementation of disaster impact assessment and the designation of disaster danger zone
- Earthquake disaster countermeasures, emergency disaster countermeasures, disaster restoration, etc.

Countermeasures against Natural Disasters Act and the Act on Disaster and Safety Management are the basic laws to cope with disasters. They mainly include the contents as follows:

- Details pertinent to the establishment of disaster management system, the

Received
October 10,2012

Accepted
October 20,2012

Published
October 31,2012

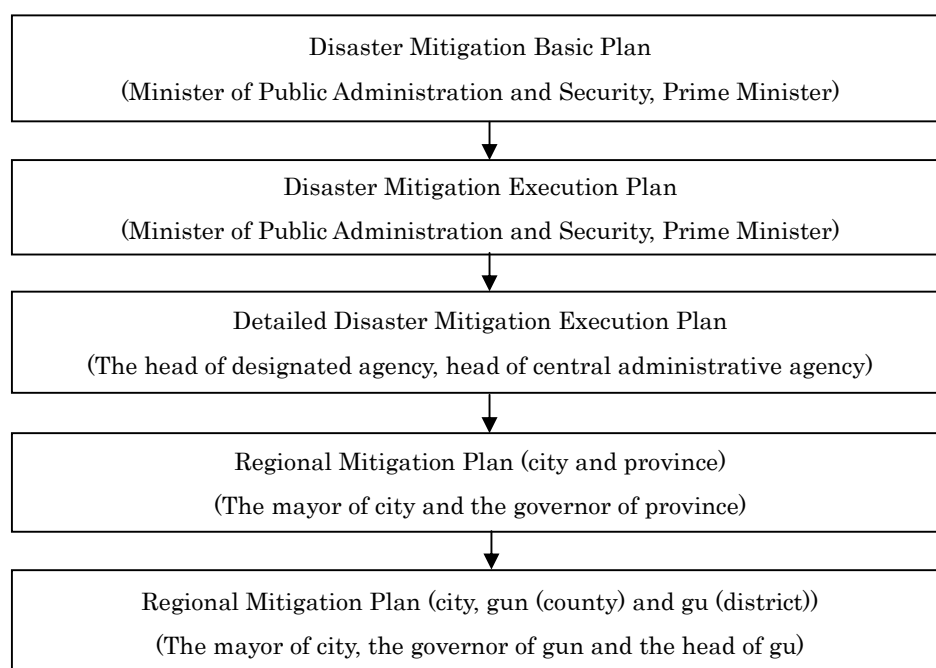
prevention and management of disaster, emergency rescue and other disaster managements

- Details pertinent to the prevention of disaster and emergency measures including emergency rescue and emergency evacuation
- Details pertinent to the installment of disaster countermeasure headquarter and the designation and support of special disaster zone (Seong-Jin KIM 2007).

(2) Disaster Management Planning System

The disaster mitigation plan of South Korea consists of basic plan, execution plan, detailed execution plan and regional plan for disaster mitigation. The disaster mitigation plan is shown in the Figure 1; each plan is included to the plans of disaster mitigation of civil defense plan pursuant to the Framework Act on Civil Defense.

Figure 1. The Flow Chart of Disaster Mitigation Plan



Source: Sung-Kyu LEE (2005) *A Study on the Improvement Plans for Disaster Management of Local Government*

① Disaster Mitigation Basic Plan

Disaster Mitigation Basic Plan includes the long-term and basic contents and guideline of disaster mitigation execution plan; Disaster Mitigation Basic Plan that is submitted to the Minister of Public Administration and Security by the request of the head of central administration agency is lastly confirmed lastly by the Prime Minister. It is included to the civil defense basic plan pursuant to the Framework Act on Civil Defense.

② The Establishment of Disaster Mitigation Execution Plan

Received
October 10,2012

Accepted
October 20,2012

Published
October 31,2012

Disaster Mitigation Execution Plan, which is written based on the Disaster Mitigation Basic Plan and is also included to the Civil Defense Execution Plan pursuant to the Framework Act on Civil Defense, is confirmed by the Prime Minister.

③ The Establishment of Detailed Disaster Mitigation Execution Plan

The head of designated agency works on detailed disaster execution plan pursuant to the Disaster Mitigation Execution Plan discusses with the mayor of city and governor of province and finally gets it confirmed by the head of related central administrative agency.

④ The Establishment of Regional Disaster Mitigation Plan

The Regional Disaster Mitigation Plan is delivered to the mayor of city, the governor of gun and the head of gu through the deliberation of city and provincial civil defense committee. The mayor of city, the governor of gun and the head of gu also deliver it to the head of related agencies and execute it.

⑤ The Measures for Disaster Prevention

The person in charge of disaster mitigation must take the action for the disaster prevention pursuant to the related Acts or disaster mitigation plan. The main measures for disaster prevention include the maintenance of disaster mitigation organizations, the education and training for disaster mitigation, the advertisement of disaster prevention, the reserve and maintenance of the goods and materials for disaster mitigation and the inspection and maintenance of disaster mitigation facilities and the vulnerable facilities for disaster (Sung-Kyu LEE 2005).

III. Disasters and Rehabilitation

1) The Definition of Rehabilitation

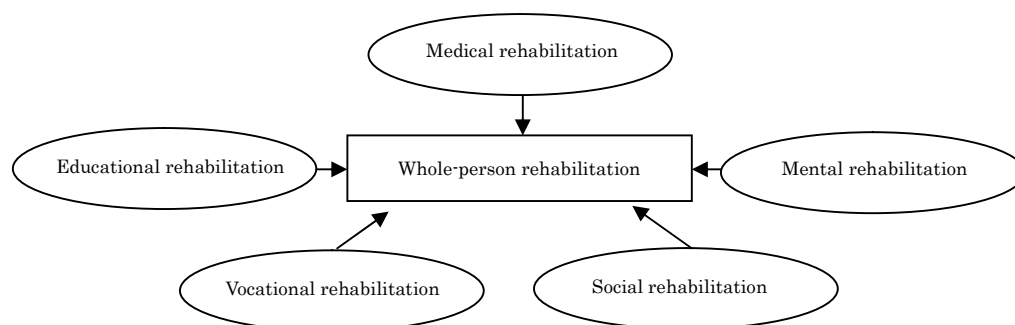
In 1943, National Council on Rehabilitation in San Francisco, U.S.A. defined the rehabilitation as “the restoration of the handicapped to the fullest physical, mental, social, vocational, and economic usefulness of which they are capable.” WHO defined rehabilitation that “the rehabilitation of people with disabilities is a process aimed at enabling them to reach and maintain their optimal physical, sensory, intellectual, psychological and social functional levels; Rehabilitation provides disabled people with the tools they need to attain independence and self-determination.” Sun-Jin KWON defined rehabilitation as the integrated program to help persons with disabilities live independently and interact in society functionally by providing the medical, physical, mental and vocational arbitration for them. Even though rehabilitation of persons with disabilities may be understood to simply refer the restoration from physical and mental damages, it rather means the whole-person restoration to recover their mental, social and vocational potentials as well as the functional and medical recovery from physical and mental illness (See Figure 2).

Received
October 10, 2012

Accepted
October 20, 2012

Published
October 31, 2012

Figure 2. The Concept of Rehabilitation of Persons with Disabilities



2) Disaster Rehabilitation

In Japan, the discussion about the rehabilitation after the occurrence of rehabilitation as well as the disaster management system before disasters occur has been actively held since the occurrence of the East Japan Great Earthquake in 2011. This chapter is written based on the study by Masahiro KOHZUKI (2012), which is the representative literature about disaster and rehabilitation; he suggested that the venues where rehabilitation is implemented are shelters, university hospitals and local core hospitals and divided the rehabilitation period into two stages of fifth day to one month and two months to three months after the occurrence of disaster.

(1) The Rehabilitation of fifth days to approximately one month after the occurrence of disaster

According to the Rehabilitation Division of Tohoku University Hospital, patients have increased 50% after the occurrence of earthquake. Even though the changes by the ratio of each disease were not great, particularly the patients who have traumatic brain injury, spinal cord injury, femoral neck fracture, cardiovascular disease and respiratory disease and need dialysis treatment had been admitted due to the direct damage and power cut caused by earthquake and tsunami. Patients who need HOT and dialysis or have stroke and spinal cord injury had been admitted to rehabilitation division of university hospital because they couldn't use the machines at home or hospitals due to power cut; Inpatients are required to have only 800 Kcal a day and it was clearly noticed that the victims who were newly admitted lost weight noticeably. Doctors working at medical office of the hospital investigated the rehabilitation facilities and damages in the northeastern areas and supported the treatment for rehabilitation of related hospitals.

The staff of local core hospitals devotedly performed their job by admitting the patients who were harmed by disasters to the hospitals. The rehabilitation staff of wrecked local core hospital supported the rehabilitation of victims around shelters and took efforts to prevent secondary disorders.

The government of Fukushima Prefecture contacted each hospital and completed the

Received
October 10,2012

Accepted
October 20,2012

Published
October 31,2012

transfers of over 100 rehabilitation patients to other hospitals and other facilities. In the Miyagi Prefecture, the medical office bureau was in charge of contacting each hospital by telephone; because there was no hospital that needs to transfer over 10 patients to other facilities, each hospital that has a few patients who need transfer was asked to get vehicles by itself. As for the hospitals that were not able to be contacted by telephone, the staff of medical office bureau and disaster prevention and healthcare bureaus of the Prefecture visited hospitals in person and checked whether they need to transfer rehabilitation patients; they reported that they finished the transfer of rehabilitation patients by the 7th day after the occurrence of disaster.

It had been reported that the hospitals in the damaged areas prescribed medicines together with the examination of victims; at that time, the food supply for victims was not sufficient and the lack of water and reagents prohibited medical staff from providing the examination that was necessary for victims. In this situation, to prevent blood clot and contracture, patients were guided to take water sufficiently and to exercise.

(2) The Rehabilitation of two months to three months after the occurrence of disaster

In the late March, the government of Miyagi Prefecture held the 1st Conference for the Rehabilitation Support for Miyagi Prefectures Damaged by the East Japan Great Earthquake at the conference room in Tohoku University, School of Medicine on April 12 by the request of the staff of related agencies and scholars to disasters and rehabilitation. In the Conference, the increase of coordinators to understand the rehabilitation needs of Ishmakitiku and Kensennumatiku, where the damages were great and it was difficult for supports to be delivered, and provide necessary services to them was demanded and the situation of volunteers who were actively involved in relief activities was discussed.

Next, it was reported that shelters in Ishmakitiku was reorganized. In May, two welfare shelters were installed and began to provide rehabilitation services including counseling, decision of whether to adjust to assistive devices and welfare equipments, ADL training and exercise coaching; one welfare center accepted persons of care level 4 to 5 and the other welfare center accepted persons of care level 3 and persons who required support. During the holidays in May, 10 Groups gave supports for the rehabilitation of the victims of the East Japan Great Earthquake.

On May 24, the 2nd Conference for the Rehabilitation Support for Miyagi Prefectures Damaged by the East Japan Great Earthquake was held; the rehabilitation needs to prevent secondary disabilities were discussed; because 30% of victims had disuse syndrome according to the research on the disuse syndrome and the rehabilitation needs, it was forecast that they needs the intervention for rehabilitation. At the 2nd shelters, the part of dining hall was used as the rehabilitation room to provide rehabilitation counseling and to introduce rehabilitation related devices, which was used as welfare shelters, was linked to medical association and each council and became the place to enable 10 groups to support rehabilitation of victims. The rehabilitation services at

Received
October 10, 2012

Accepted
October 20, 2012

Published
October 31, 2012

shelters were provided for free, but those at facilities were charged. Despite of this situation, the opinion that the needs of persons who were in care levels, but asked to return to home, should be taken care of was proposed by connecting the Association of Care Managers (Masahiro KOHZUKI 2012). To respond to those needs, the Promotion Council of IT Disaster Management Lifeline was organized. The Promotion Council of IT Disaster Management Lifeline was held on June 28, 2012. The Promotion Council of IT Disaster Management Lifeline was organized to review and distribute the information related to disaster management lifeline with the utilization of IT technology and to strengthen the linkage with other related agencies or persons and has provided the pertinent information to what the residents need to do (Prime Minister of Japan and His Cabinet 2012).

In South Korea, comparing the disaster mitigation system, no study on disaster rehabilitation has been conducted; it may be due to the Korea's geographical location that earthquake and tsunami rarely occur. When referring disaster in South Korea, it generally means flood damages. As for the disaster rehabilitation, there are the measures that the Ministry of Health and Welfare actively responded for the demand of medical rehabilitation services including the increase of the number of beds in the National Rehabilitation Center and the supports of oriental medical doctors (Ministry of Public Administration and Security 2010). In this situation, because the disaster rehabilitation is qualitatively and quantitatively insufficient and is mostly given too much emphasis on medical rehabilitation, almost no rehabilitation services in the aspects of daily living and mental health of victims has been provided.

IV. Conclusion

As for the disaster mitigation system in South Korea and Japan, the government of Japan has operated the comprehensive disaster mitigation system by linking with meteorological agency; the government of South Korea also has operated disaster mitigation system, but the meteorological system has not been taken advantage of. The pertinent Acts to disaster mitigation in South Korea have been more concentrated on the restoration from disaster than the prevention; disaster mitigation is included to the Framework Act on Civil Defense and there is no clause about the organization that is in charge of disaster mitigation. Therefore, it is suggested to install the organization to be exclusively in charge of disaster mitigation; when installing the organization, the enhancement of roles of disaster mitigation organization, the development of complete training program and the system and professionalism of disaster mitigation need to be considered.

In Japan, disaster rehabilitation consists of four stages, but because, in the study of Masahiro Kohzuki, one to three stage were dealt with for three months, only three stages

Received
October 10,2012

Accepted
October 20,2012

Published
October 31,2012

will be dealt with in this study.

The first stage is from the day when the earthquake occurs to third day.

During the first stage, it is needed to figure out the extent of damage, to cut the lifeline and to install the disaster countermeasure headquarter; the activities to link among hospitals, transfer patients, procure and supply emergency food and goods, take care of health and hygiene and prevent secondary damages and the expansion of disaster are performed. Based on the established system during this stage, the transfer of rehabilitation patients, sufficient supply of goods, the measures to prevent infections, the emergency situation management and medical supports of internal medicine are implemented.

The second stage is from fourth day to one month; during the second stage, wheelchair, welfare equipments and mattress preventing bedsores are supplied and the supports to prevent disuse syndrome and economy class syndrome are provided.

The third stage is from two months to six months; shelters are reorganized, welfare shelters are open and temporary housing is supplied; during this stage, home-visit rehabilitation services, the maintenance of housing, the response for the rapid increase of the needs of orthopedic treatment and the supply of vehicle for bathe are implemented.

Even though volunteers, university hospitals, medical research divisions, local core hospitals and other hospitals are connected for the rehabilitation supports, in reality the limitations have appeared as the support period has prolonged. Therefore, long-term efforts, for example, to strengthen the roles of coordinators who connect among organizations and give the leave to volunteers, need to be made. Until now, in the short run, the rehabilitation has been generally implemented by rehabilitation staff, related support agencies and the local councils, but the damaged region needs to be able to go into their rehabilitation independently by adding financial supports and manpower in the long run (Masahiro KOHZUKI 2012).

In South Korea, as for the disaster rehabilitation, there are the measures that the Ministry of Health and Welfare actively responded for the demand of medical rehabilitation services including the increase of the number of beds in the National Rehabilitation Center and the supports of oriental medical doctors. In this situation, because the disaster rehabilitation is mostly given too much emphasis on medical rehabilitation, almost no rehabilitation services in the aspects of daily living and mental health of victims have been provided. Therefore, to develop disaster rehabilitation, the awareness of disaster rehabilitation needs to be promoted and the aspects of mental health and daily living as well as medical supports need to be considered. In addition, the roles of disaster rehabilitation need to be improved, the organization to be in charge of disaster rehabilitation based on the cultivation of professionals needs to be built and disaster rehabilitation system needs to be established based on the reasonable manual.

Received
October 10, 2012

Accepted
October 20, 2012

Published
October 31, 2012

References

- 1) Federal Emergency Management Agency (2000) Effective Disasters Warnings, Reported by the Working Group on Natural Disasters Information Systems, Subcommittee on Natural Disasters Reduction
- 2) PARK et al (2005) An Analysis of Meteorological Disasters occurred in the Korean Peninsula, Journal of the Environmental Sciences, Vol.14 No.6, pp613-619
- 3) Sung-Kyu LEE (2005) A Study on the Improvement Plans for Disaster Management of Local Government, GyeongSang National UNIVERSITY Master's thesis, pp.56-58
- 4) Hyo-Jin CHOI (2006) Review of Risk Model and Application of the Prevention Meteorological Information to reduce the Natural Disasters, Inje UNIVERSITY Master's thesis, pp.1-4
- 5) Seong-Jin KIM (2007) A Study on the Improvement of National Confrontation Systems against Meteorological Disasters, Chosun UNIVERSITY Master's thesis
- 6) Kecheng XIONG (2010) Research on Confrontation Systems against Meteorological Disasters between Republic of Korea and the People's Republic of China, Catholic UNIVERSITY of DAEGU Master's thesis, pp. 15-17
- 7) Ministry of Public Administration and Security (2010) White Paper on Administrative Safety pp.22, pp.40
- 8) Cabinet Office, Government of Japan (2011) Disaster management in Japan, pp.14-19
- 9) Masahiro KOHZUKI (2012) Disaster and Rehabilitation, 2012 Asian Society of Human Services Congress in Okinawa, pp.11-18
- 10) Prime Minister of Japan and His Cabinet <http://www.kantei.go.jp>

Received
October 10,2012

Accepted
October 20,2012

Published
October 31,2012

SHORT PAPER

The Trend of International Research on University Learning Outcome and Quality of Life and Mental Health of University Students

Changwan HAN ¹⁾ , Minji KIM ²⁾ , Aiko KOHARA ³⁾
Atsushi TANAKA ⁴⁾

1) Faculty of Education, University of the Ryukyus

hancw917@gmail.com

2) Department of Biostatistics, Tohoku University Graduate School of Medicine, Japan

3) Graduate School of Education, University of the Ryukyus

4) Faculty of Education, University of the Ryukyus

ABSTRACT

This study aimed to research and analyze the precedent studies on University Learning Outcome, which has been given great attention as the indicator of academic performance in the undergraduate course, and Quality of Life (QOL) and mental health of university students in Japan and to compare and analyze the policies for the improvement of academic learning ability of South Korea and China. Even though the higher education has been implemented with devoting all the energy to strengthen knowledge, technology and creative R&D to acquire professional workforce based on pragmatism for the preparation of globalized knowledge-based society and learning society in Japan, the sense of crisis that both individuals and government feel bureau has been heightened, which requires the countermeasures for the problems to cause the sense of crisis. The real problem is that university students have mental and emotional problems that cannot be solved by the education focusing on knowledge necessary for social participation and can be only solved by the implementation of the systemic policy to improve mental health of students for the well-being of students and welfare society. Education and mental health are closely related and university education needs to be carried out in the perspective that the mental health of students should be dealt with as the adaptation to university environment rather than individual personality.

Received
October 10,2012

Accepted
October 20,2012

Published
October 31,2012

<Key-words>

University education, University Learning Outcome, QOL, Mental Health

Asian J Human Services, 2012, 3:189-197. © 2012 Asian Society of Human Services

I . The Current Situation of University Education in Japan and University Learning Outcome

The provision of high quality of university education is the task that is complex and presented in diverse ways in the globalized society; education is also the public mission to ultimately aim for the happiness of individuals and the entire development of society. After the collapse of bubble economy, Japan has not been freed from serious economic crisis in the situation of the aging and decrease of population, the decrease of the number of students studying abroad, lowered manpower and the lowered national competitiveness. Even though the studies to argue that technological innovation has to be implemented, productivity of industries needs to be improved and the place in international society should be heightened by attempting to cultivate people of ability through undergraduate and graduate courses have been presented, the curriculum of universities to improve academic performance of students in undergraduate course seems to be insufficient. According to the survey on the university faculties (See Figure 1), over 60% of university professors answered that they consider the decline in the scholastic ability, especially the decline of the ability of logical thinking, expressiveness and independence as the problem (Central Council for Education, 2008).

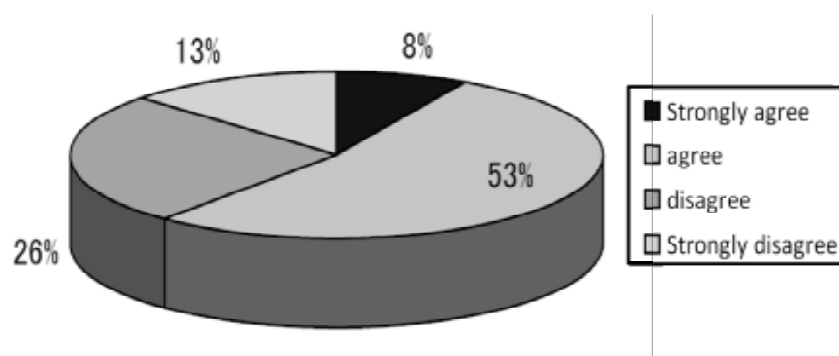


Figure 1. The Awareness of University Faculty for the Reasons of the Decline of Academic Ability

Thanks to the deregulation of the inauguration of university, the creation of university, college and department can be made easy and competitive environment among them has been established, but they have fallen to just a preparatory school to get certificates and tend to put the recruitment of students above all. The government of Japan suggested

Received
October 10,2012

Accepted
October 20,2012

Published
October 31,2012

University Learning Outcome to improve the academic performance of undergraduate school by reflecting past and considering the social phenomena according to globalization.

Central Council for Education defined University Learning Outcome as the ability to acquire professionalized skills until finishing higher education; it is largely divided into 4 categories of knowledge and understanding, intellectual(thinking) skills, practical skills(subject-specific) and key/transferable skills(generic); and it also includes 13 items such as the understanding of subculture and multiculture, the understanding of culture, society and nature, communication ability, quantitative skills, information literacy, logical thinking skill, problem solving skill, ability of self-management, teamwork, leadership, ethics, the sense of social responsibility as a citizen, ability of life-long learning and comprehensive use of knowledge.

II. The Current Situation of University Life in the Aspects of Mental Health and Quality of Life of University Students

The desire to learn can be generated from personality of people, but it also can be done from their own situation. The desire to learn tends to be heightened in the schools that have more diverse incentives (UNICEF, 2000).

However, if schools concentrated only on the education and training of knowledge and skills without diverse feedback system, it would erase the aims of the lesson, decline academic ability and the motivation to learn and decrease intellectual energy (Science Council of Japan, 2002).

WHO defined mind as the human quality to govern thinking or feeling – the emotional state of a person, the relationship that he or she established with others and the equilibrium within socio-cultural context) and health as the state that he or she can live a happy life both physically and mentally, which does not only necessarily mean that he or she is not weak or does not have illness. Furthermore, National Committee for Mental Hygiene of the U.S.A. defined mental health as the ability to maintain satisfying relationship as well as the state without mental illness.

During the period of post-adolescence that needs the establishment of self-identity and the independence in mental attitude, adolescents tend to show adjustment disorder such as chronic lethargy, anthropophobia and suicide, which means that their mental health is endangered (Nishiyama A. et al., 2004). According to the White Paper on Student's Health (2005), it was found that the mental state of university students are very unstable; 83.8% of respondents answered that their health condition is relatively good; but 59.7% answered that their future is vague, 50.5% answered that they don't have confidence for where they head for and 44.4% answered that they feel anxiety without reason. Because the adjustment disorder gets serious and negatively affects academic performance as

Received
October 10,2012

Accepted
October 20,2012

Published
October 31,2012

they grow, the management of mental health has become important (Nakagawa M., 2006).

Tanaka suggested that the college maladjustment tends to become more serious as they are promoted to the next grade (See Figure 2) (Tanaka T. et al., 2006).

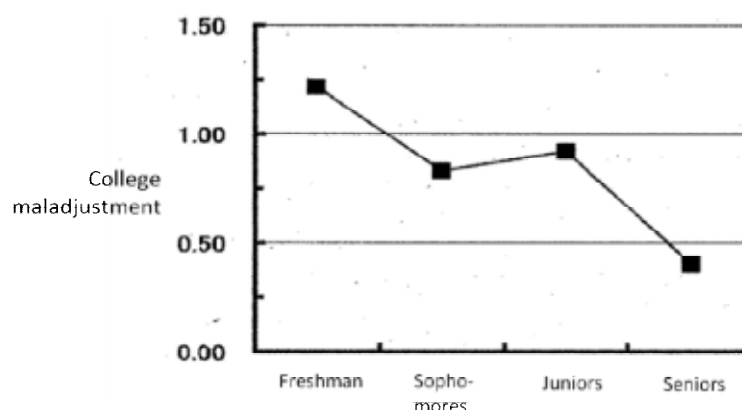


Figure 2. The College Maladjustment by Grades

III. The Current Situation of University learning outcome in Each Country and International Comparison

(1) South Korea

Since 1990's, university evaluation system has been innovated and academic performance evaluation has been developed and implemented; they have focused on the categorization of the factors of educational environment that affect learning experience and academic performance of university students, particularly among them, the factors that affect the systematic or educational measures of university bureaucracy(research results, educational program, the support system for learning, the development of teaching competency, academic performance evaluation system, etc.) (Korea Educational Development Institute, 2011). For instance, Korea Collegiate Essential Skills Assessment (K-CESA) has been developed under the leadership of Ministry of Educational Science and Technology and Korea Research Institute for Vocational Education and Training in 2006; the participants in K-CESA have been rapidly increased from 1,235 students of 9 universities in 2009 and 16,091 of 32 universities in 2010 (石川裕之, 2012).

In South Korea, the limitation and problems of financial supports of government have been found by investigating existing financial supports of government for university, which have contributed to understand the current situation of South Korea and other countries related to the influence of university education (Korea Educational Development Institute, 2011).

Received
October 10,2012

Accepted
October 20,2012

Published
October 31,2012

(2) China

In China, recent educational innovation has demanded the change of school education due to the introduction of socialist market economy system; China government has planed and controlled the production and distribution and has also directly controlled the management of school authoritatively (Yeong-Pyo Choi, 2002). China has grown to newly become one of the world powers in 21st century based on the rich human resources; namely China has sustained the innovation emphasizing the importance and necessity of the development of human resources. China has innovated the education system multi-dimensionally; the reinforcement of the management system of compulsory education in rural area, the implementation of compulsory education of children of farmers who moved into cities, the reinforcement of the sustainable development of higher education through the innovation of higher education system, the promotion measures for private schools, the reinforcement of the monitoring of educational expense of higher education, the supplementation of support system for students with economic difficulty, the thorough implementation of educational innovation and the reinforcement of the cultivation of teachers (Il-Gyu Gang, 2008).

(3) The U.S.A

Figure 3 shows the graduation rate in the higher education institutions in the U.S.A. by degrees. The rate of Bachelor's degree in both public and private universities was the highest, but that of doctor's degree was the lowest. While the percentages of bachelor's (50.1%) and associate's (29.8%) degrees in public universities are higher than those in private universities, which may be because most of community colleges are public schools, the percentages of bachelor's (29.0%) and master's (17.4%) degrees in private universities are higher than those in public universities. These percentages show that most of universities tend to concentrate on undergraduate courses considerably except some research universities (See Figure 3).

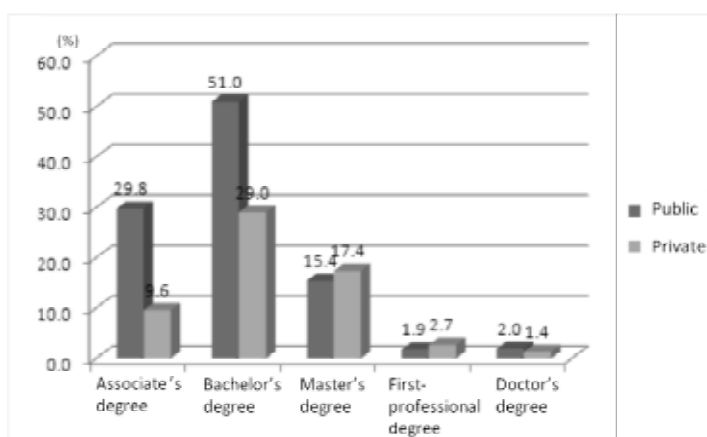


Figure 3. Digest of Education Statistics 2010.

Source: NCES(2010)

Received
October 10,2012

Accepted
October 20,2012

Published
October 31,2012

As the financial crisis of state governments has been continued from the late 1980's, university education has not been recognized as public goods or public services and the roles of universities to contribute to the economy and the development of human resources have been emphasized, the responsibility and efficiency of university education have been strongly demanded (Ewell P, 1990). The representative policy to reinforce university teaching competency can be exemplified as Higher Education Opportunity Act of 2008 (HEOA), which was amended in 2008, and Higher Education Program (HE Program), which is implemented by Office of Postsecondary Education (OPE).

According to the data from JCIPR (Japanese Cooperative Institutional Research Program) that was reported by 山田礼子, even though the university learning outcome of Japan has increased every year, the self-rated gain of learning outcome of students in Japan is still lower than that in the U.S.A. (See Figure 4) (山田礼子, 2012).

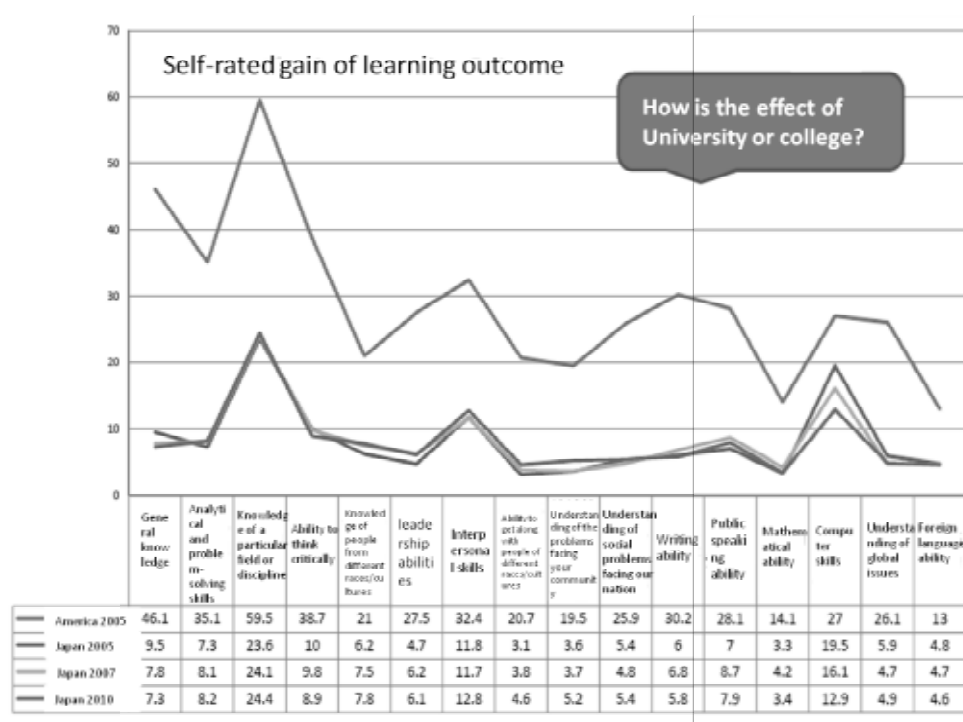


Figure 4. The Comparison of Self-Rated Gain of Students in Japan and the U.S.A.

American universities have provided diverse trainings and educational programs that enable students to live healthy and productive life. The academic ability and success of students are associated with mental health that is related to memory, concentration and learning ability. The programs to encourage students play roles to help make up creative campus community and reinforce the students' ability and social connection (OCHA, 2009).

Received
October 10,2012

Accepted
October 20,2012

Published
October 31,2012

OECD is going to implement AHELO (Assessment of Higher Education Learning Outcomes), which assesses the level of achievement to evaluate the quality of university education in the world since 2013.

IV. Considerations

The countermeasures to improve university learning outcomes have to be prepared based on the consideration for mental health and quality of life of university students. For the establishment of the support programs for university learning outcomes and the school innovation, the awareness of university teaching staff and school personnel for higher education institutions needs to be surveyed thoroughly. By clearly understanding what they consider as problems of education and students and where they feel the sense of crisis, the executing plan to solve those problems has to be constructed (Benesse 教育研究開発センター, 2007). The improvement of ability of teaching staff and school personnel has to be considered as the important tasks that are associated with university management (See Figure 5) (Central Council for Education, 2008). Based on the quantitative data that are regularly acquired from self-review and self-rated gains of university students, the educational goals need to be reconfirmed and readjusted for the university management. Even though all universities vary from each other and have their own countermeasure for certain situations, they all share the same goal that cultivate student of ability with healthy mind, which is considered as the best way to fundamentally improve the university learning outcomes.

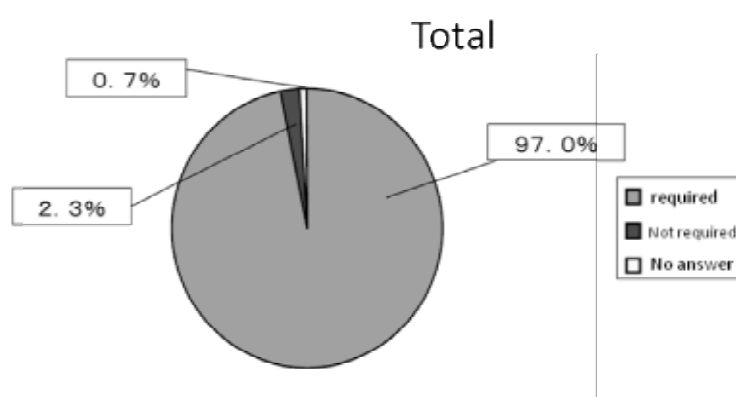


Figure 5. Result of the question of whether university teaching staff and school personnel need to develop their competency

In near future, the educational environment of higher education institutions such as universities and the system to guarantee the competition among universities and the quality of education are going to rapidly and greatly change. Quite a number of students feel stress and fatigue when they don't adjust themselves to the change of educational

Received
October 10,2012

Accepted
October 20,2012

Published
October 31,2012

environment. There are just a few comparison studies related to mental health and quality of life of university students who are supposed to carry the future society. In particular, because the comparison study with South Korea and China has not been conducted, this study will be the first one that researched and compared the university learning outcomes and mental health and quality of life of university students in Japan and other countries.

References

- 1) 中央教育審議会(Central Council for Education)(2008) 学士課程教育の構築に向けて(答申).
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/1217067.htm
(2012/10/13)
- 2) UNICEF(2000) Defining Quality in Education.
<http://www.unicef.org/education/files/QualityEducation.PDF> (2012/10/21)
- 3) science council of Japan(2002) 21 世紀の高等教育が直面する課題—教育のグローバル化への対応—.
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/18pdf/1857.pdf> (2012/10/21)
- 4) Nishiyama A, Sasano T(2004) An Actual condition survey of the mental health of university students. *Kawasaki Medical Welfare Journal*, 14(1), 183-187.
- 5) Nakagawa M(2006) Research on relation between UPI and occurrence of psychological problem, and relation between UPI and study accomplishment. *Bulletin of Den-en chofu University*, 1, 51-67.
- 6) Tanaka T, Suga S(2007) A psychological approach to the anxiety of university students. *Bulletin of Wakayama University*, 57, 15-22.
- 7) Korean Educational Development Institute (2011) Global Trend Analysis on University Educational Capacity Enhancement Policy. Research Paper RR, 2011-14.
- 8) 石川裕之(2012) 学習成果アセスメントのインパクトに関する総合的研究韓国における高等教育の質保証システムと学習成果アセスメントのインパクト. 国立教育政策研究所, 高等教育-009(研究成果報告書), 131-156.
- 9) Yeong-Pyo Choi (2002) The Theoretical Basis of Educational Innovation in China. *The Journal of Chinese Education*, First issue, 53-84.
- 10) Il-Gyu Gang (Researcher, Korea Research Institute for Vocational Education & Training)(2008) The Trend of Policy for Human Talent Development in China. *The HRD review*, 11(1), 120-131.
- 11) Ewell, P(1990) Assessment and the New Accountability: Challenge for Higher Education's Leadership. Education Commission of the States [ECS]: Denver, CO.

Received
October 10, 2012

Accepted
October 20, 2012

Published
October 31, 2012

- 12) NCES(2010) Digest of Education Statistics 2010. U.S. DOE.
- 13) 山田礼子(2012) アセスメントとしての学修行動調査.
http://www.niad.ac.jp/n_kenkyukai/no13_2012forum_Yamada_presentation_j.pdf
(2012/10/21)
- 14) OCHA(Ontario College Health Association)(2009) Towards a comprehensive mental health: The crucial role of colleges and universities as partners.
http://www.oucha.ca/pdf/mental_health/2009_12_OUCHA_Mental_Health_Report.pdf(2012/10/21)
- 15) Benesse 教育研究開発センター(2007) 学生満足度と大学教育の問題点 2007 序章高校・大学教育の課題と教育調査.
http://benesse.jp/berd/center/open/report/manzokudo/2007/pdf/data_02.pdf
(2012/10/21)

Received
October 10,2012

Accepted
October 20,2012

Published
October 31,2012

SHORT PAPER

病弱教育における院内学級の研究動向と 今後の課題

The research trend and issue of hospital school in the education for the health impaired

小原 愛子¹⁾ (Aiko KOHARA), 森 浩平²⁾ (Kohei MORI)
韓 昌完³⁾ (Changwan HAN), 田中 敦士³⁾ (Atsushi TANAKA)

1) 琉球大学大学院教育学研究科

〒903-0213 沖縄県中頭郡西原町千原1 琉球大学教育学部特別支援教育講座

a1j1_tokushi@yahoo.co.jp

2) 琉球大学大学院教育学研究科

3) 琉球大学教育学部

ABSTRACT

本稿では、病弱教育における院内学級の現状と課題について明らかにし、院内学級の在り方について検討した。医学の進歩とともに病気の種類や程度が多様化・重度化し、病弱教育は一人ひとりのニーズに応じた教育が求められている。その中でも院内学級は病院内で教育的配慮を受けられる場として重要な役割を果たしている。しかし、病弱教育や院内学級に関する先行研究は非常に少ない。教師の専門性、多職種連携、心理的サポートなどの視点からより具体的な実態把握が重要な課題となっていることが明らかになった。

In this paper, we clarified the current situation and problem in hospital schools in the education for the health impaired and reviewed of the status of the hospital school. The education for answering each students need is required in the education for the health impaired because the type and extent of the disease become diversification and severe with advance in medicine. Among them, the hospital school plays an important role as a place to receive an educational consideration in hospital. However, they are very few previous researches on this kind of education. It has been clear that it is an important issue to grasp the actual condition more concretely from the view point of expertise of teachers, cooperation with a variety of occupations and psychological support.

Received
September 14, 2012

Accepted
October 26, 2012

Published
October 31, 2012

<Key-words>

病弱教育, 院内学級, 教師の専門性, 多職種連携, 心理的サポート
education for the health impaired, hospital school, expertise of teachers, cooperation
with a variety of occupation, psychological support
Asian J Human Services, 2012, 3:198-207. © 2012 Asian Society of Human Services

I. はじめに

身体虚弱が問題になったのは明治初年から(津島, 1996)にもかかわらず、病弱教育は治療の一環として扱われ、病弱教育に関する研究は、教育学関係者ではなく主に医療に携わる側から行われてきた経緯がある(佐竹, 2006)。また、他の障害児教育に比しても教育行政上も研究上も顧みられることの少ない分野で(谷口, 2009)、他の領域と比較して多いとは言い難い(小島, 2007)。これは、入院児のプライバシーの問題(小島, 2007; 谷口, 1999)や心理的安定を守る為に現場の警戒感が強いこと等が原因として考えられる(小島, 2007)。

また、国立情報学研究所 CiNii において「視覚障害」「聴覚障害」「知的障害」「肢体不自由」「病弱」のキーワードをそれぞれ「教育」とアンド検索した。「視覚障害 教育」は 1410 件、「聴覚障害 教育」は 1487 件、「知的障害 教育」は 2038 件、「肢体不自由 教育」は 1641 件がヒットしたのに対して、「病弱 教育」は 461 件であり、他の領域と比較しても先行研究の少ない分野ということがいえる。さらに、病弱教育の中に位置づけられている「院内学級」というキーワードで絞ると 152 件と先行研究は極めて少なかった。

そこで、本稿では病弱教育の行政資料から病弱教育の現状を明らかにする。また、病弱教育や院内学級に関する先行研究を整理し、教師の専門性や関係機関との連携、児童生徒の心理的サポートの観点から院内学級の在り方を含めた病弱教育の今後の展望について検討することを目的とする。

II. 行政資料からみる病弱教育の現状

学校基本法第七十二条において、「特別支援学校は、視覚障害者、聴覚障害者、知的障害者、肢体不自由者又は病弱者(身体虚弱を含む。)に対して、幼稚園、小学校中学校又は高等学校に準ずる教育を施すとともに、障害による学習上又は生活上の困難を克服し自立を図るために必要な知識技能を授けることを目的とする」と述べている。

病弱教育を受ける児童生徒の中には、内部障害や小児慢性特定疾患を伴う児童生徒も存在する。平成 20 年に発表された平成 18 年身体障害児・者実態調査結果をみると、内部障害者数は、5~9 歳は 5,300 人、10~14 歳は 8,400 人と学齢期の児童生徒だけで内部障害者数全体の 6 割であった。また、平成 20 年度小児慢性特定疾患治療研究事業の全国登録状況をみると、多い順に、内分泌疾患 27,876 人、次に慢性疾患 14,815 人、悪性腫瘍 12,802 人となっていて、全疾患群を合わせると 88,938 人であった(加藤, 2010)。

平成 23 年度特別支援教育資料(文部科学省, 2012)によると、全国で病弱児を対象とす

る特別支援学校（複数の障害種を対象とする特別支援学校も含む）は 138 校、在籍している児童生徒は 19,589 人、また病弱特別支援学級は 1,271 学級、在籍している児童生徒は 2,270 人と、法改正の平成 18 年度以降、病弱教育を必要としている児童生徒は増加傾向にある。特に、病弱児を対象とする特別支援学級に在籍している児童生徒は、著しい増加傾向にある（図 1）。また、平成 20 年度患者調査の結果によると、学齢期にあたる 5 歳～14 歳で入院している児童生徒は 11,400 人で、病弱教育を受けている児童生徒のうち、半数以上の児童生徒は上述したようなさまざまな病気を抱え、入院しながら医療を必要としていることが明らかになった。

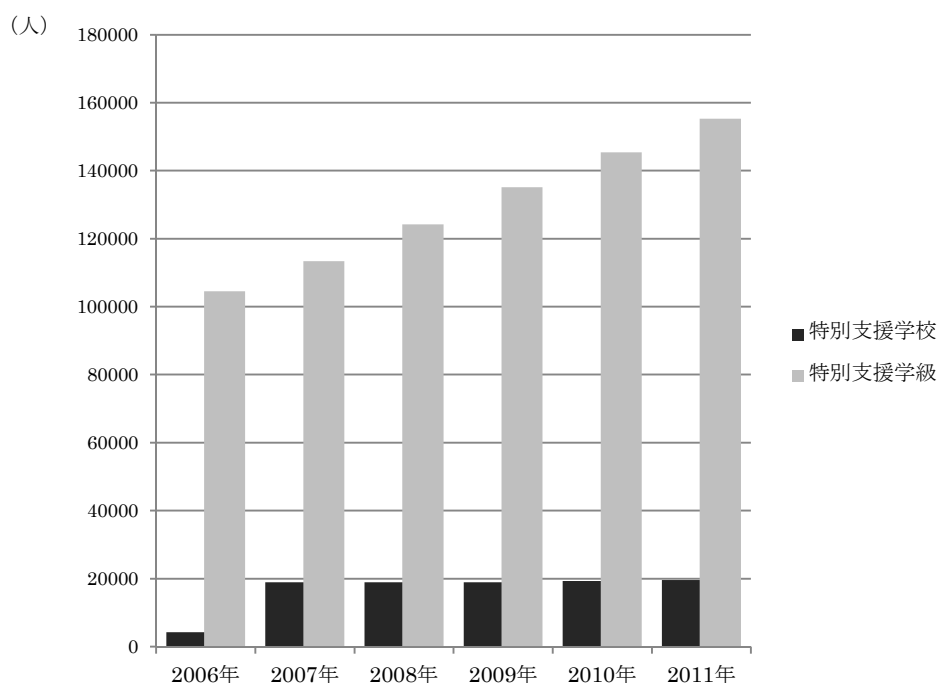


図 1 病弱教育の対象となる児童生徒の在籍人数

前出の平成 23 年度特別支援教育資料において、病弱特別支援学校教諭の特別支援教諭免許保有状況をみると、全体の約 3 割が非免許保有者で、新規採用者のみだと約 4 割が非免許保有者であった。病弱児を対象とした特別支援教育が必要とされている中で、様々な病気や疾病に関する知識や理解を深め、指導できる専門的な技術を持った教員が今後必要ではないだろうか。

Received
September 14, 2012

Accepted
October 26, 2012

Published
October 31, 2012

Ⅲ. 先行研究からみる病弱教育

病弱という言葉は医学的な用語ではなく、病気にかかっているため体力が弱っている状態を示す常識的な意味で用いられ、一般に病弱とは慢性疾患等のため、長期にわたり医療や生活規制を必要とする状態をいう（武田，2006b）。病弱教育とは、何らかのハンディキャップを有する子どもを対象とする障害児教育のうち、長期にわたる医療または生活規制を必要とし（田中，1988）、通常の学校で健康な子どもと一緒に教育を受けることが困難な子どもたちが受ける教育のこと（横田，1998）であり、病弱児を対象にさまざまな病気を原因とした生活・行動上の困難（健康障害）を抱える状況として考え、その子ども達への教育的支援を行う場である（村上 2004）。また、谷口（1999）は、「病弱教育」とは「病弱・虚弱教育」の略称のことであると述べている。これらのことを踏まえ、本稿では「医療や生活規制を必要とし、困難を抱える児童生徒への病弱・虚弱教育」を指すものとして、「病弱教育」という言葉を一貫して用いるものとする。

身体虚弱が問題になったのは明治初年から（津島，1996）で、結核などを対象として取り組みが開始された（横田，2004）。昭和 40 年代前半頃まで結核が主流（横田，2004）だったが、高度経済成長と時期を同じくして喘息が増加し（横田，2004；谷口，1999）、その後結核は激減した（谷口，1999）。昭和 53 年頃から腎炎、ネフローゼ症候群などの腎臓疾患が増加し、昭和 60 年代頃からは拒食症などの摂食障害など医療を必要とする程度の心身症が増加傾向にあった（横田，2004）。近年は自律神経失調症等の心身症を病名とした不登校児の増加も著しい。谷口（1999）によると、現在、特別支援学校においては、重度の気管支喘息、腎疾患、筋ジストロフィーなどの重度で慢性的な障害・疾患の子どもが在籍し、学校母体の分校・分教室や市区町村立小・中学校の分校・特別支援学級においては、血液疾患や悪性新生物・骨折などの急性の疾患を有する児童が在籍している。

結核の全盛期から喘息、腎臓疾患などが増加した時期を経て、医療を必要とする心身症や悪性腫瘍、臓器移植など医学の進歩とともに、高度医療を求めて特定機能病院や専門病院に入院する児童が多くなっている（津島，1996）。その中で、病気の種類や程度が多様化・重度化（武田，2006a；津島，1996；小島，2007；武田，2004；中井，2002）し、児童生徒の転入・転学時期はさまざまになり、在籍期間は短期化・煩回化（篁・武田・海津ら，2004；咲間，2010）している。特別支援教育が展開する中で、病弱教育は、一人ひとりのニーズに応じた教育が求められているといえよう。

Ⅳ. 院内学級に関する研究動向

1. 院内学級の現状

院内学級とは、病院内におかれた学級のことであり（島，2004）。また、横田（2003a）は、小・中学校に設置されている身体虚弱のための特殊学級の一種であり、その内、病院内に設置されている学級のことをいうと述べており、院内学級は入院中の児童生徒を対象に学習活動を保障する「病院の中の学校」である（阪中，2005）。本稿においては、「院内学級」とは、入院している児童生徒が病院内で教育的配慮を受けられる場という意味でこの言葉を一貫し

て用いるものとする。

学校教育法第八十一条第三項において「疾病により療養中の児童及び生徒に対して、特別支援学級を設け、又は教員を派遣して、教育を行うことができる」と明記されている。院内学級には、義務教育対象年齢の患者が学業を行うため最寄りの小中学校から教師の派遣を受けて授業を行う（花田・中村・森山ら，2005）形態や、小中学校の特別支援学級の他に特別支援学校の分教室の形態をとっている場合がある。

院内学級に通う児童生徒は、1日あたりの授業時間数が健康な児童生徒（健常児）が通う小中学校に比べて少ないことや、理科の実験や体育の授業を行うことはできず、授業以外の様々な行事を通した学習もできない（花田・中村・森山ら，2005）ことなどから、限られた空間や物によって遊びが制限されたり、学習の機会も制限されたりしてしまう（江本，2009）という課題もある。しかし、藤原・細田・関ら（1996）のアンケート調査によると、院内学級は入院患児の治療面で特に長期入院患児では入院生活の励みになるという回答が多く、中江・熊谷・栗原（2001）によると、行事も多彩で、子ども達にとって院内学級は入院生活に楽しみをもたらす存在という回答があった。また、大島・櫻庭・田副ら（2005b）は、院内学級に通う児童生徒をみると、対人緊張が緩和した患児、退院後の現実適応ができた患児、入院中のストレスの軽減となった患児、生活環境が改善された患児などがいたと述べている。

個別に配慮した対応や、小学校や中学校と同様の学習内容で、それぞれの児童生徒の病状や学習進行に応じたきめ細かい指導が児童の励みになったのではないだろうか。また、院内学級での学習は児童生徒にとって、それ自体がリハビリテーションの一部であり治療効果をもっていると考えられる。

2. 院内学級における課題

(1) 教師の専門性

「病気療養児の教育について（通知）」（文部科学省，1994）では、「病気療養児に対する教育の機会を確保する観点から、病弱養護学校等の教育の対象をすることが本来適当な児童生徒が入院している病院等の所在地を所管する都道府県及び市町村の教育委員会は当該病院等の理解と協力を得て、その人数、病状等に応じ、隣接・併設等の形態により、養護学校の本校、分校、分教室等の設置や訪問教育の実施又は特殊学級の設置など病弱教育の特殊性を踏まえた適切な形態により教育を提供すること」と明記された。この通知により大学病院を中心に院内学級の設置が進んだ。しかし、入院日数の短縮化により急性期疾患の子どもを受け入れる病棟ほど入退院が激しく（江本，2009）、多種多様な障害・疾患の児童生徒への教育に苦慮している（池本，2009）。療養中の子どもであっても彼等に対する教育的配慮は欠くことのできない大切な要素であり（中江・熊谷・栗原，2001）、学期期にある患児は病状に応じた学習の機会がいつでも保障されることが必要（中垣・堀部・前田ら，2010）であろう。

院内学級などの病弱教育担当教員は、入院などで学習を受けることが困難な児童に対して、学習や経験の空白にならないように、学習の遅れの補完（咲間，2010；横田，2003b）、学習権の保障（阪中，2007）など、学習空白の問題に対して、授業の工夫や教育課程の編成なども加味した取り組みを行う必要がある（横田・山口・城戸ら，2011）。

また、子どもの実態に合わせ支援や指導をする上で実態把握をする力が必要である。その

ためにも、体や病気についての基礎的な教育配慮事項（武田，2004；中井，2002）、病気や障害についての専門的な知識や技術（横田，2004；武田，2006b）を身につけることが重要であろう。病弱教育担当教員は、深い洞察力をもってこの子どもたちを理解し、支援しなければならない（村上，2006）。

さらに学習指導にとどまらず、心のケアを担うことのできる教員が必要とされている（阪中，2005）。自分の病気や自分の心と向き合わせる関わりをしながら（中井，2002）、退院後の地域における生活も視野に入れた上で入院中の子どもの心理的支援をすることが重要だろう（谷口・平・副島ら，2011）。院内学級など病弱教育担当教員には、教科指導や心理的サポートなどへの気遣いなど高い専門性が求められる。

以上、述べてきたように現場教師に求められる専門性も広範囲にならざるを得ない現状だが、現場においてはこの現状に十分に対応できていない（武田，2004）。本稿でも上述したように、病弱教育担当教員の非免許保有者の割合が3～4割である。病弱教育担当教員の免許取得率が低いにも関わらず、教師の研修機会も少ない現状である（池本，2009）。また、大学の講義においても、病弱教育関連講義で使用することが可能なテキストは少ない（滝川・小野・太田ら，2011）。障害児教育（特別支援教育）にかかわる教員養成課程の教育課程をみると、発達障害教育に関する専攻が多いことや、特別支援教諭の免許取得にかかわる講義内容が知的障害教育へ偏っている（中井，2002）。

今後は、病弱教育担当教員の専門性を高めるための研修を定期的に行ったり、大学の病弱教育に関する講義をより充実させたりと、入院している児童・生徒に対応できるような専門性を向上させるシステムを構築していくことが必要だろう。

（2）関係機関との連携

特殊教育から、特別支援教育へと移行したのをきっかけに特別支援教育のセンター的機能を果たすことが求められるようになった。「特別支援教育を推進するための制度の在り方について（答申）」（中央教育審議会，2005）では、①小・中学校等の教員への支援機能、②特別支援教育等に関する相談・情報提供機能、③障害のある幼児児童生徒への指導・支援機能、④福祉、医療、労働など関係機関等との連絡・調整機能、⑤小・中学校等の教員に対する研修協力機能、⑥障害のある幼児児童生徒への施設設備等の提供機能の6つの機能が示された。特別支援教育がセンター的機能を果たす為にも、「連携」が重要なキーワードになるのではないだろうか。阪中（2005）は専門職同士がお互いを尊重しつつ密接な連携をとることの重要性を述べている。

まず一つ目に、医療と教育の連携が挙げられる。現在は、医療と教育のより緊密な連携が必要とされる時代と考えられるが、残念ながら制度として確立されたシステムはなく、教師と医師の間の距離は未だ遠い（中江・熊谷・栗原，2001）。荻庭（2009）は、医療と連携しながら学校教育を継続していくことで子どもの成長を支援できると述べている。リハビリテーションにおいては医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語療法士・臨床心理士・ソーシャルワーカー等が連携しながら、児童生徒に関わっている（中江・熊谷・栗原，2001）。連絡会やケースカンファレンスは、医療・教育・その他様々な専門職が情報交換を行い、多角的な視点からの児童生徒理解を深めることができる場になるのではないだろうか。

二つ目に、前籍校との連携が挙げられる。院内学級に在籍していた児童生徒が、退院後に

地元校へ転校する際に学習上および生活上においてさまざまな困難が生じる場合が多い（中垣・堀部・前田ら，2010）。その際に、復学支援を行うことで、患児、親が不安なく原籍校に戻ることができる（北沢・山畑・山田ら，2010）。児童生徒や親が不安なく原籍校に戻る為にも、病気の程度に応じて原籍校の学級とも連携をとる必要があるだろう。また、学籍の移動をはじめとする煩雑な転学手続きが伴うために、制度の活用の仕方を関係者が共通理解することが重要である（横田・山口・城戸ら，2011）。医療者、保護者、もとの学校の校長、学級担任、養護教諭、院内学級の教師が一堂に会し、お互いの意見交換をすることで、児童生徒のよりよい復学支援が行えるのではないだろうか。

三つ目に、病弱教育担当教員同士の連携が挙げられる。上述したように、病弱教育担当教員は高い専門性を求められている。谷口（1999）は、各種研究会等で、実態把握を目的とした調査研究・教育方法研究が奨励されていると述べている。教員同士が情報交換することで、病気についてより専門的な知識を得られ、児童生徒の理解や指導方法など考え直すきっかけになるのではないだろうか。

（3）心理的サポート

院内学級の子どもの心理的問題の重要性が指摘され（横田，1997）、あらゆる病態において身体面のみならず心理社会的ケアが必要になっている（大島・櫻庭・田副ら，2005a）。子ども達は、入院当初のショックを受けている時期、「どうして私がこんな病気に点」「なんで入院しないといけないの」と、病気であることや入院の必要性を認めない時期、悲しみや怒りが出現する時期、病気を受け入れる時期など、このような心の流れが、入院中何回も繰り返される（阪中，2007）。その中で、治療という苦痛経験への恐怖感（谷口，2004）、副作用への不安、食事や運動制限などの生活規制からくるさまざまな欲求不満、ボディイメージへの劣等感（武田，2006a）、クラスや仲間から離れることへの不安（村上，2006）、など、子ども達は様々な困難を抱えている。そのような子ども達に対して、ネガティブな感情を押さえこむのではなく、言葉として表現することが、安心して病院にいられるために必要なことであり（谷口・平・副島ら，2011）、子ども達がどのような不安を抱いているのかを明らかにすることが、効果的な援助展開のための課題ではないだろうか。退院後の生活も視野に入れた上で入院中の子どもの心理的支援を行うことが必要であろう。

また、子ども達への心理的支援だけでなく、家族へのケアも重要視されている。核家族化が進み、育児に困難をおぼえる家族や周囲からサポートが得られにくい家族も増えている（江本，2009）ことから、家族一人ひとりの支援も今後は重要になるだろう。

V. おわりに

以上、病弱教育における院内学級の現状と課題を整理してきた。入院・治療中の子どもの成長・発達にとって学校教育は大きな意義がある。その中で病弱教育担当教員が、より高い専門性を身につけることが求められている。しかし、「病弱」に関する講義は医学医療に関する内容が多くそれを習得するには限界があるので、他職種との連携の強化の方がより現実的である（武田，2003）。教育・医療・その他機関の関係者がそれぞれの専門性を尊重し合い

ながら、チームとして子どもの将来を支えるための長期的な視野をもち支援することが重要である。

最後に、本稿冒頭でも述べたが、病弱教育、特に院内学級についての先行研究は非常に少ない。理由としては、プライバシーの問題等もあるが、入院期間の短期化、病気や障害の種類が多様化・重度化したことで児童生徒の実態を把握しづらいことも考えられる。また、病院などの関係機関からの協力が得られにくいことから、調査する範囲が制限されることも考えられる。院内学級は充足しているように見えるが、教育内容の実態には施設間で大きな差があるのが現状である（岡・鶴沢，2005）。今後は、多くの事例研究をまとめながら、教育・医療・その他機関の様々な分野の専門職への調査を行うことで、より具体的な実態把握し、院内学級の在り方をさらに深く考察したい。

文献

- 1) 中央教育審議会（2005）特別支援教育を推進するための制度の在り方について（答申）。
- 2) 江本リナ（2009）病院における保育をめぐる現状と課題。小児看護, 32(8), 1020-1023.
- 3) 藤原利男・細田弥太郎・関聖史・福永研・黒須祐作・土岡丘・砂川正勝（1996）小児病棟院内学級の実態。日本小児外科学会雑誌, 32(5), 837-838.
- 4) 萩庭圭子（2009）疾患をもって通学する子どもの支援—特別支援学校（病弱教育）の取り組み—。小児看護, 32(1), 76-82.
- 5) 花田英輔・中村守彦・森山健治・宮本守・鳥屋尾昌裕（2005）院内学級向けエージェント型学校参加システム。情報処理学会論文誌, 46(5), 1197-1206.
- 6) 池本喜代正（2009）特別支援教育体制における病弱教育の現状と課題。宇都宮大学教育学部教育実践総合センター紀要, 32, 183-190.
- 7) 加藤忠明（2010）平成 20 年度小児慢性特定疾患治療研究事業の全国登録状況。平成 22 年度厚生労働科学研究（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）分担研究報告書。
- 8) 北沢貴子・山畑直美・山田真弓・藤原ゆう子（2010）小児病棟における復学支援実施後の評価と今後の課題。小児がん学会小児悪性腫瘍研究会記録, 47(2), 326-327.
- 9) 小島道生（2007）病弱児の心理学的研究に関する一考察—日本における近年の研究動向—。長崎大学教育学部紀要教育科学, 71, 39-47.
- 10) 篁倫子・武田鉄郎・海津亜希子・西牧謙吾（2004）病弱養護学校における心身症等の児童生徒の教育—「心身症など行動障害」に括られる児童生徒の実態と教育・心理的対応—。国立特殊教育総合研究所病弱教育研究部。
- 11) 厚生労働省（2008）平成 20 年度患者調査。
- 12) 厚生労働省（2008）平成 18 年度身体障害児・者実態調査。
- 13) 文部科学省（2012）平成 23 年度特別支援教育資料。
- 14) 文部科学省（1994）病気療養児の教育について（通知）。

Received
September 14, 2012

Accepted
October 26, 2012

Published
October 31, 2012

- 15) 村上由則 (2004) 病弱教育 特別支援教育への扉. 八千代出版. 65-81.
- 16) 村上由則 (2006) 小・中・高等学校における慢性疾患児への教育的支援—特別支援教育の中の病弱教育—. 特殊教育学研究, 44(2), 145-151.
- 17) 中江陽一郎・熊谷公明・栗原まな (2001) 神奈川リハビリテーション病院での院内学級活動. 小児保健研究, 60(1), 41-45.
- 18) 中垣紀子・堀部敬三・前田尚子・磯野哲也 (2010) 小児がん患児に関する復学支援の取り組み—愛知県における実態調査—. 小児悪性腫瘍研究会記録, 47(2), 275-280.
- 19) 中井滋 (2002) これからの病弱教育 I. 特殊教育学研究, 39(5), 144-146.
- 20) 岡敏明・鶴沢正仁 (2005) 国内小児がん治療施設での教育と保育の現状と課題. 日本小児悪性腫瘍研究会記録, 42(2), 212-215.
- 21) 大島郁葉・櫻庭拓郎・田副真美・作田亮一・中村延江・末松弘行 (2005a) チーム医療としての小児科院内学級の機能—第 1 報：現在の取り組みについて—. 心身医学, 45(6), 460.
- 22) 大島郁葉・櫻庭拓郎・田副真美・作田亮一・中村延江・末松弘行 (2005b) チーム医療としての小児科院内学級の機能—第 2 報：症例検討—. 心身医学, 45(6), 460.
- 23) 阪中順子 (2005) カウンセリングをいかした院内学級の取り組み. *Journal of Nara Medical Association*, 56(4), 175-181.
- 24) 阪中順子 (2007) 「院内学級」の役割と課題および医教連携の留意点. 小児看護, 30(8), 1144-1149.
- 25) 咲間まり子 (2010) 学校不適応児童の現状と課題—病弱特別支援学校の変容を通して—. 岩手県立大学社会福祉学部紀要, 12(2), 1-10.
- 26) 佐竹真 (2006) 病弱教育の現状と役割—医療側、教育側が考える病弱教育の意義比較—. 日本教育学会大曾研究発表要項, 65, 140-141.
- 27) 島治伸 (2004) 病弱養護学校の使命と役割. 小児看護, 27(9), 1223-1229.
- 28) 武田鉄郎 (2004) これからの病弱教育Ⅲ—教員の専門性の向上をめざして—. 特殊教育学研究, 41(5), 597-598.
- 29) 武田鉄郎 (2006a) 病弱教育における自立活動の行き詰まりとその打開. 特殊教育学研究, 44(3), 165-178.
- 30) 武田鉄郎 (2006b) 病弱・身体虚弱の心理・行動特性と支援 特別支援教育の基礎知識. 明治図書. 166-182.
- 31) 滝川国芳・小野幸男・太田容次・島治伸・丹羽登 (2011) 病気の児童生徒への特別支援教育—病弱教育支援冊子「病気の子どもの理解のために」の編集とその活用を通して—. 特殊教育学研究, 48(5), 477-478.
- 32) 田中農夫男 (1988) 障害児教育入門. 福村出版.
- 33) 谷口明子 (1999) 日本における病弱教育の現状と課題. 東京大学大学院教育学研究科紀要, 39, 293-300.
- 34) 谷口明子 (2009) 病弱教育に関する理解促進を目的とした教育プログラム—「院内学級イメージ」の変化に着目して—. 山梨大学教育学部附属教育実践研究指導センター研究紀要, 14, 152-158.

Received
September 14, 2012

Accepted
October 26, 2012

Published
October 31, 2012

- 35) 谷口明子・平直子・副島賢和・堀口眞理・武田鉄郎（2011）病弱教育における「心理的支援」再考—“教師だからできる支援”とは何か—。特殊教育学研究, 48(5), 419-420.
- 36) 津島ひろ江（1996）岡山県における病弱・身体虚弱児の教育に関する研究—その成立と発展過程を中心に—。川崎医療福祉学会誌, 6(1), 81-90.
- 37) 横田雅史（1997）小児医療における教育問題。小児の精神と神経, 37(1), 41-45.
- 38) 横田雅史（1998）特殊教育の現状と課題。こころの科学, 81, 11-29.
- 39) 横田雅史（2003a）いわゆる院内学級を巡る諸問題。小児保健研究, 62(3), 301-309.
- 40) 横田雅史（2003b）心身症への病弱教育からの支援。日本心身医学会心身医学, 43(5), 289.
- 41) 横田雅史（2004）病児を担当する教師の心構え。小児看護, 17(9), 1230-1234.
- 42) 横田雅史・山口志麻・城戸幸一・浦川心・梅本千鶴（2011）病弱児の未来のために、つながり合う病弱教育を目指して—学校復帰に焦点をあてて—。特殊教育学研究, 48(5), 42-443.

Received
September 14,2012

Accepted
October 26,2012

Published
October 31,2012

SHORT PAPER

院内学級担当教師と他職種との連携に関する現状と今後の在り方に関する文献的考察

Bibliographical consideration about the current situation and the problem to be solved about cooperation between teachers in hospital classrooms and other staffs.

角谷 麗美¹⁾ (Remi KAKUTANI), 森 浩平²⁾ (Kohei MORI)
小原 愛子²⁾ (Aiko KOHARA), 田中 敦士³⁾ (Atsushi TANAKA)

1) 琉球大学 教育学部

〒903-0213 沖縄県中頭郡西原町千原1 琉球大学教育学部特別支援教育講座

ichariba-nankuru@rc4.so-net.ne.jp

2) 琉球大学大学院 教育学研究科

3) 琉球大学 教育学部

ABSTRACT

近年、入院している子どもの多くは院内学級で教育を受けることができる。これは彼らの学力を維持し続けることだけでなく、心理的安定にもつながる。本研究では、医療関係者や教師間の連携について文献研究を行った。医療関係者に関するほとんどの事例では、院内学級の子どもたちを支援するために医療関係者が非常に重要な役割を果たしていた。教師と医療関係者はそれぞれの職種を理解し日常的に交流を図りながら連携する必要がある。

These days, most hospitalized children can continue to get their education in hospital classrooms. This is not only so they can keep up with their studies, but also to contribute to their mental well-being. In this research on hospital classrooms, we analyzed the interaction between medical staffs, teachers and so on. In most cases regarding medical staff, we found that medical staff playing an important role in helping the children in the hospital classrooms. Teachers and medical staff need to cooperate by understanding their coworker's job description and communicating regularly.

<Key-words>

入院治療中の子ども達, 院内学級, 教員

Received
September 19,2012

Accepted
October 17,2012

Published
October 31,2012

hospitalized children, hospital classrooms, teacher

Asian J Human Services, 2012, 3:208-218. © 2012 Asian Society of Human Services

I. 問題と目的

病弱教育とは、さまざまな病気を原因とした生活・行動上の困難（健康障害）を抱える病弱児を対象とし、その子ども達へ行う教育的支援のことをいう(村上, 2004)。学校教育法施行令第22条第3項では病弱教育対象児の障害の程度について「1. 慢性の呼吸器疾患、腎臓疾患および神経疾患、悪性新生物その他の疾患の状態が継続して医療又は生活規制を必要とする程度のもの 2. 身体虚弱の状態が継続して生活規制を必要とする程度のもの」と定義している。

病弱・身体虚弱児は入院・治療等による学習空白から学習に遅れが生じたり、回復後においては学業不振を示したりすることが多い。「病気療養児の教育について（通知）」(文部科学省, 1994)によると、病弱教育はこのような学習の遅れなどを補完し、学力を補償する上で重要な意義を有することはいうまでもないが、その他、(1) 積極性・自主性・社会性の涵養 (2) 心理的安定への寄与 (3) 病気に対する自己管理能力の育成 (4) 治療上の効果等の意義も挙げられる。これらは意義であると同時に、病弱教育のねらいでもある。

病弱教育を行う場として、病弱特別支援学校の場合は、隣接・併設していない病院等に入院している子どもたちのために分教室を設置したり、分教室が設置されていない又は自宅や施設で療養中に通学して教育を受けることが困難な子ども達に対して教員を派遣して訪問による指導を行ったりする。入院を必要としながらも特別支援学校に在籍せずに小学校や中学校等で学ぶ障害や病気のある子どもについては、学校教育法第81条第2項（文部科学省, 2011a）で、「小学校、中学校、高等学校及び中等教育学校は特別支援学級において教育を行うことが適当とされた者に対して特別支援学級を設置することができる」と明記されている。そして、学校教育法第81条第3項（文部科学省, 2011b）には「前項に掲げる学校は、疾病により療養中の児童及び生徒に対して、特別支援学級を設け、または教員を派遣して、教育を行うことができる」と明記されており、院内学級やベッドサイド学習にあたる形で授業を行っている。これらのことを踏まえ本研究では、病院内に設置されている学級を総称して「院内学級」とする。

病院内での教育活動において、他職種との連携は非常に重要な要素である。病弱教育における教育補償の課題に関して、中村・真城（2001）は「就学に関する課題」「学籍に関する課題」「教育環境に関する課題」「学校における医療行為に関する課題」「家庭の生活基盤に関する課題」の5点を挙げている。これらはいずれも教育だけでなく医療あるいは家庭に関する問題が絡まっており、教育の分野だけで解決することが困難である。そしてその解決のためには医療・教育・家庭の相互の協力が不可欠であろう。

そこで本研究では、国立情報学研究所論文情報ナビゲータ(CiNii)で連携に関する文献を抽出し文献研究を行い、病院の中の教師の役割や医療との連携の在り方について考察することを目的とする。

Received
September 19, 2012

Accepted
October 17, 2012

Published
October 31, 2012

II. 方法

1. 分析対象

国立情報学研究所情報論文情報ナビゲータが提供している文献からそれぞれ「院内学級連携」「病弱教育 連携」のキーワードで抽出した 29 件のうち、連携事例が述べられている文献 17 件すべてを本研究の対象とした。

2. 分析方法

対象となった文献の中から連携について「院内学級」を主体とし、連携相手・連携内容を分析した。

III. 結果

1. 連携相手

院内学級と連携を図っている事例を相手別にみると、図 1 の通りとなった。「院内学級」と「医療関係者」との連携に関する事例は 24 事例で、最多であった。

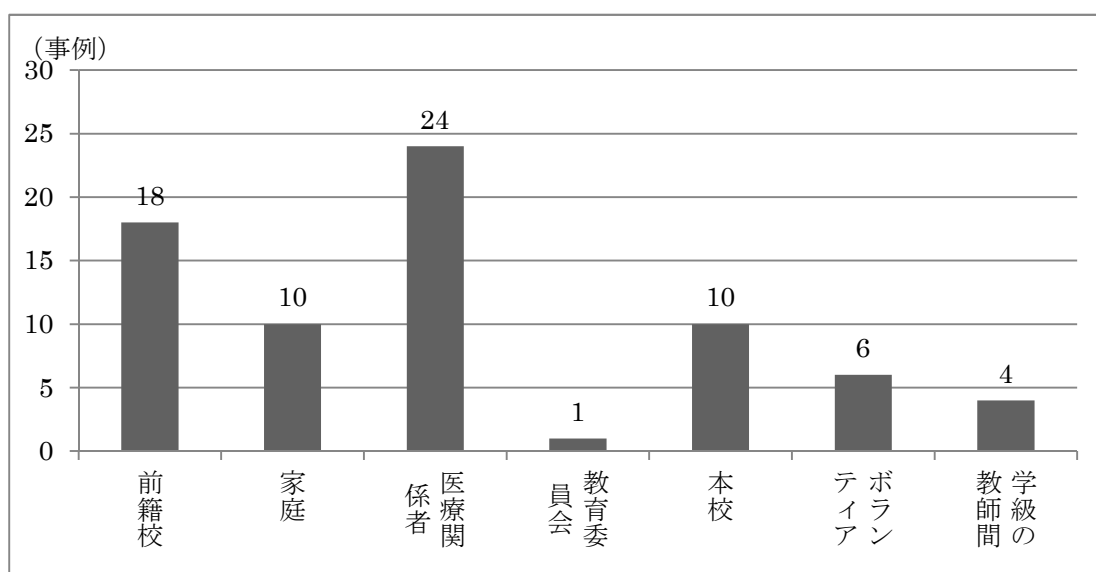


図 1 院内学級の連携相手

2. 院内学級担当教師と各職種との連携事例

院内学級担当教師と各職種との連携事例を項目別に表 1 から表 7 に示した。

(1) 前籍校

院内学級担当教師と前籍校との連携事例を分析したところ、「子どもの情報交換」「前籍校と繋がりを保つ工夫」「子ども同士の交流」「復学支援」「ターミナル・ケア」に分類することが出来た (表 1)。院内学級担当教師が前籍校の担任と連絡を取り合うことによって初めて子

ども同士の交流が実現している事例が多く、子どもが前籍校とつながっているという思いをもつことができるようにするためにも、前籍校との連携が重要であることが明らかになった。

表 1 前籍校との連携事例

子どもの情報交換
<ul style="list-style-type: none">・ 電話や書類での子どもの状況報告（山内ら，2009）。・ 学習進度や習得状況等についての把握（石井，2008）。・ 児童生徒の学習状況をふまえ、前籍校との連絡を密にして指導する（萩庭，1996）。・ 前籍校との必要に応じた話し合い（清水ら，2000）。
繋がりを保つ工夫
<ul style="list-style-type: none">・ 前籍校の教室での席の確保（高宮ら，2005）。・ 前籍校から借りた机、椅子を授業中に使用（高宮ら，2005）。・ 作品、作文は前籍校で掲示（高宮ら，2005）。・ 運動会などの行事での写真・ビデオ、クラス便りの依頼（高宮ら，2005）。
子ども同士の交流
<ul style="list-style-type: none">・ 前籍校との交流の意図的な取り入れ（林，1998）。・ 外泊時の前籍校での級友との交流（三木ら，2001）。・ 前籍校の担任と友だちで見舞い訪問（櫻木ら，2009）。・ ICT を活用した交流活動（西牧，2010）。・ 前籍校によるバーベキュー計画（阪中，2007）。
復学支援
<ul style="list-style-type: none">・ 両校の関係者及び主治医とのカンファレンスの実施（石井，2008）。・ 前籍校担任、特別支援コーディネーターとの支援会議の実施（萩庭，2009）。・ 保護者・主治医・両校担任で病弱学級設置の話し合いの実施（阪中，2005）。・ 両校担任による退院後の環境づくりのための話し合いの実施（清水ら，2000）。
ターミナル・ケア
<ul style="list-style-type: none">・ 本児に希望を持たせることを目的とした小学校卒業に向けての連携（三木ら，2001）。

（2）家庭

院内学級担当教師と家庭との連携事例を分析したところ、「心理的支援」「子どもの情報交換」「学習面」「復学支援」「ターミナル・ケア」に分類することが出来た（表 2）。子どもの入院は、その家族にとっても大きな不安をもたらしていることが多いことが考えられる。そのため、家庭との連携の中に家族に対する心理的支援が必要だろう。

Received
September 19,2012

Accepted
October 17,2012

Published
October 31,2012

表 2 家庭との連携事例

心理的支援
<ul style="list-style-type: none"> ・担任の「本人の心の安定と保護者の心の安定はつながっている」という考えによる密度の濃い連絡の実施（阪中，2005）。 ・母親に対する受容的な話の傾聴（阪中，2007）。
子どもの情報交換
<ul style="list-style-type: none"> ・児童生徒の実態の把握を目的とした家族との密度の濃い連絡（阪中，2005）。 ・保護者と担任間での連絡や意見交換を目的とした連絡帳の活用（萩庭，2003）。 ・放課後等を使った保護者との直接面会（萩庭，2003）。 ・年 8 回開催されている親の会への参加（高宮ら，2005）。 ・入級時での学習者本人と保護者からの情報、院内学級における願い等を聞くことを目的とした面談の実施（山内ら，2009）。
学習面
<ul style="list-style-type: none"> ・情報通信機器を活用しての病室から前籍校への授業参加の際の、保護者への趣旨説明や理解・協力依頼等の実施（石井，2008）。
復学支援
<ul style="list-style-type: none"> ・時間がある時の保護者が職員室に訪問しての担任との相談（萩庭，2003）。
ターミナル・ケア
<ul style="list-style-type: none"> ・本児死去後の前籍校担任と院内学級担任による家庭訪問の実施（三木ら，2001）。

（３）医療関係者

院内学級担当教師と医療関係者との連携事例を分析したところ、「入院中の子どもの情報交換」「病院内の行事」「授業への協力」「復学支援」「ターミナル・ケア」に分類することが出来た（表 3）。医療関係者とは子どもの治療に関する情報交換を行うことのみならず、子どもの社会経験の機会も医療関係者の協力が不可欠であり、前籍校等他機関との交流も主治医との連携がなければ実現することは困難であることが明らかとなった。

（４）教育委員会

院内学級担当教師と教育委員会との連携事例を分析したところ、「授業への協力」が挙げられた（表 4）。教室の設備改善等、教師一人で院内学級の授業環境をよりよくすることは困難である。子どもたちが通常学校と変わらない授業を受けることができるよう教育委員会とも連携を図っていることが明らかとなった。

Received
September 19,2012

Accepted
October 17,2012

Published
October 31,2012

表 3 医療関係者との連携事例

入院中の子ども達の情報交換
<ul style="list-style-type: none"> ・担当医師からの子どもの容体や今後の見通し等の情報取得（山内ら，2009）。 ・月に一度の主治医・師長・看護師と担任による定期的な打ち合わせ会の実施（土屋ら，1995）。 ・医療スタッフのカンファレンスでのオブザーバーとしての参加（土屋ら，1995）。 ・病状、治療及び指導の方針について話し合うことを目的とした週に一度の「医師・看護師長・教師の会」の設定（林，1998）。 ・教師と看護スタッフ間での対象児ごとの連絡ノートの活用（清水ら，2000）。 ・週に一度学校から病棟ナースステーションに提出される「治療予定週案」（各主治医が病棟外の場所で児童生徒が学習や行事に参加できるか否か記入する）の活用（萩庭，2003）。 ・小児科・精神科児童思春期の専門医、担当の看護師、院内学級担任が参加する月に一度のケースカンファレンスの実施（阪中，2005）。 ・主治医や看護師との廊下での話し合いの実施（阪中，2007）。 ・スタッフ一同による評価会議の実施（中江ら，2001）。 ・小児病棟の多職種によるチーム医療カンファレンスの実施（高宮ら，2004）。 ・医師、心理士、薬剤師、管理栄養士も含めた日々のカンファレンスの実施（高宮ら，2004）。
病院内の行事
<ul style="list-style-type: none"> ・入学式、始業式、終業式、文化祭、クリスマスコンサート、書初め大会、花火の夕べ等への医師、看護師の参加（林，1998）。 ・多くの医師、看護師の院内コンサートへの参加（阪中，2005）。
授業への協力
<ul style="list-style-type: none"> ・授業での調理実習を計画した際の、医師からの条件付きでの参加許可（土屋ら，1995）。 ・総合的な学習の時間での、薬剤師・栄養管理士・検査部の先生・小児科医への外部講師依頼（森，2002）。 ・調理実習をする際の食堂やプレイルームの借用（萩庭，2003）。 ・学級への行き渋りがあった際の主治医や看護師による声掛け（阪中，2007）。 ・院内学級で実施の社会見学や遠足の際の医師や看護師等の引率（石井，2008）。 ・校外学習の際の非番の看護師 2 人による付き添い（櫻木ら，2009）。
復学支援
<ul style="list-style-type: none"> ・高校受験の際の治療のサイクルの調整（萩庭，2003）。 ・保護者・主治医・看護師・ソーシャルワーカー等、関係者による支援会議の実施（萩庭，2009）。 ・医療チームの一員としてのチームへの参加（中江，2001）。
ターミナル・ケア
<ul style="list-style-type: none"> ・病棟カンファレンスにおいて本人へのサポート体制、家族への支援などを医師、看護師（非番、時間外の看護師も参加）、院内保育士、院内学級教師らによる意見交換の実施。対応の確認（櫻木ら，2009）。 ・本児死後の病棟カンファレンス振り返りの実施（櫻木ら，2009）。

Received
September 19,2012

Accepted
October 17,2012

Published
October 31,2012

表 4 教育委員会との連携事例

授業への協力
・テレビ会議システムを活用した学習形態の工夫。委員会所属の ALT によるテレビ会議での授業の実施（石井，2008）。

（５）本校（院内学級が所属する学校）

院内学級担当教師と本校との連携事例を分析したところ、「子ども同士の交流」「授業への協力」「児童の報告」に分類することが出来た（表 5）。阪中（2007）は、医療と教育の連携を進めるうえでの留意点の一つとして、学校・病院管理職の連携をコーディネートすることを挙げている。院内学級の様子を報告する等、担任が学校長へ働きかけることによって本校の院内学級への理解も深まり、病院側とよりスムーズな連携が可能となるのではないだろうか。

表 5 本校との連携事例

子ども同士の交流
・本校との交流の意図的な取り入れ（林，1998）。
・野外炊飯への参加（阪中，2007）。
・本校での文化祭への作品展示とそれを鑑賞する「本校訪問」の実施（石井，2008）。
授業への協力
・担任以外の本校教員による教科ごとの訪問指導（阪中，2005）。
・総合的な学習の時間での本校の養護の先生への外部講師依頼（森，2002）。
・本校の教員の各教科の専門的な視点からの助言や既存教材の効果的活用（石井，2008）。
児童の報告
・本校の職員会議での院内学級の活動紹介（清水ら，2000）。
・学校長への院内学級の様子報告（阪中，2007）。
・学校長の始業式や終業式への参加（阪中，2007）。
・行事で院内生が本校に行ったときの校長室での対応依頼（阪中，2007）。

（６）ボランティア

院内学級担当教師とボランティアとの連携事例を分析したところ、「病院内の行事」「授業への協力」「病院外の行事」に分類することが出来た（表 6）。病院には多くの人々が協力して実施される行事もあり、院内学校担当教師は子どもに直接関係する医療関係者や保護者以外のボランティアスタッフなどとも連携を図っていることが明らかとなった。

Received
September 19,2012

Accepted
October 17,2012

Published
October 31,2012

表 6 ボランティアとの連携事例

病院内の行事
<ul style="list-style-type: none">・院内コンサートにおいて自分で作った曲を披露することになった際のボランティアへの作曲や短歌指導依頼（阪中，2005）。・入院しているこどもと遊びや楽しい時間を共有する活動の提供（石井，2008）。・読み聞かせの実施。・パントマイマーの方のボランティア公演の開催（櫻木ら，2009）。
授業への協力
<ul style="list-style-type: none">・ボランティアの学生を週 2 時間ゲストティーチャーに迎えてのコンピュータ学習の実施（森，2002）。
病院外の行事
<ul style="list-style-type: none">・全国の院内学級に呼びかけて開催している「コンピュータによる全国院内学級絵画展覧会」の美術館での開催（森，2002）。

（7）院内学級教師

院内学級担当教師間の連携事例を分析したところ、「授業への協力」「子どもの情報交換」に分類することが出来た（表 7）。院内学級は複式学級で授業を行うことが多く、教師は自分の担当以外の子どもの情報を把握するための工夫を行っていることが明らかとなった。

表 7 院内学級教師間での連携事例

授業への協力
<ul style="list-style-type: none">・本児と外出をする際の院内の低学年学級担任への同行依頼（櫻木ら，2009）。・授業中、隣にいる異なる教科の先生が飛び入りで参加するチーム・ティーチングの授業の実施（山内ら，2009）。
子どもの情報交換
<ul style="list-style-type: none">・職員朝会での児童生徒についての情報交換（松野ら，1996）。・入級後の本児に対してどのように対応していくか等、院内学級教師同士の共通理解（山内ら，2009）。

Received
September 19,2012

Accepted
October 17,2012

Published
October 31,2012

IV. 考察

連携は文献の中でも様々な場面で様々な機関と図られており、カンファレンスの頻度や保護者との連携の方法等、内容は文献によって多種多様であった。これは、現在は確立されたガイドラインがないため、現場の教師は独自の判断で連携の方法を決めているためではないだろうか。子どもや保護者のニーズは一人ひとり違うが、共通のガイドラインがないまま支援を行うことは、教師自身が「これでいいのか」と悩み自分自身で抱え込んでしまう原因となる可能性もあるだろう。早急なガイドラインの確立が今後病弱教育の発展において必要とされるのではないだろうか。

また、本稿で対象とした文献でみられた院内学級担任と他職種との間で連携において最も多かったのが医療関係者との連携事例であった。その中でも連携が上手く図られていた事例から共通点を見つけ、連携を円滑に図るための留意点をまとめたところ、次の2点が挙げられた。

1点目は、連携相手の仕事内容や考えをよく理解することである。清水ら（2000）の事例では、月に一度のペースで医師と院内学級担当教師が合同勉強会を開催し、毎回お互いの立場から考えた子どもとの関わり方について話し合いを行った結果、お互いの考え方を理解・尊重し、医師から院内学級教師に連携協力を働きかけることがあった。このように、相手の考えを受け止め、理解することで今までとは違った視点から子どもを捉えることができ、子どもたちにとっての必要な支援について広い視野で考えることができるようになるのではないだろうか。

2点目は、普段から交流を深めることである。文献の中でも医教カンファレンスを行っている事例は多くみられたが、連携はその場だけで図られるものではない。毎週決められた時に顔を合わせ決められた内容に沿って話をする固定化された話し合いでは、本来はお互いに共有すべき内容であるものを逃してしまう可能性もある。連携をする者同士で普段からコミュニケーションをとり、連携の必要性を感じることでできる取り組みを行うことができるよう工夫すべきである。

以上、院内学級教師と他職種との連携の在り方について整理してきた。入院する子どもは、学校から離れること、苦しい治療、食物の制限、薬の服薬等、入院前とは異なった生活を送ることを強いられている。そのような子どもの生活を可能な限り入院以前の生活に近付けるためには、他職種との連携が必要不可欠である。今後は、院内学級担当教師が様々な関係機関をつなぐコーディネーター的役割を果たすことが重要となるだろう。

文献

- 1) 萩庭圭子・石崎千富（2003）養護学校における子どもたちのQOLを考えよう！、小児看護，26，8，1031-1038
- 2) 萩庭圭子（2009）疾患をもって通学する子どもの支援—特別支援学校（病弱教育）の取り組み—、小児看護，32，1，76-82

Received
September 19, 2012

Accepted
October 17, 2012

Published
October 31, 2012

- 3) 林恵 (1998) 病気療養児の教育—院内学級と養護学校との連携—, 特殊教育, 93, 24-27
- 4) 石井力 (2008) 院内学級における教育を支える関係諸機関との連携—大阪市立都島中学校 大阪市立総合医療センター院内学級の取組—, 特別支援教育, 30, 32-35
- 5) 松野圭介・河野曜子 (1996) 特色ある病院内学級の経営—小学校・中学校の連携を密にした教育活動—, 特殊教育, 84
- 6) 三木芳美・山口悦子・倭和美・宮田雄祐 (2001) 卒業を控えたターミナル期児童の居住地校との連携のあり方について, 小児看護, 38, 4, 533-537
- 7) 文部科学省 (1953) 学校教育法施行令第 22 条の 3
- 8) 文部科学省 (1994) 病気療養児の教育について (文部省初等中等教育局長通知)
- 9) 文部科学省 (2011a) 学校教育法第 81 条第 2 項
- 10) 文部科学省 (2011a) 学校教育法第 81 条第 3 項
- 11) 森訓子 (2002) 院内学級における生きる力を育む心理的支援のあり方—病院・大学と連携を図りながら全国展開へ—, 山陽放送学術文化財団リポート, 46, 49-54
- 12) 村上由則 (2004) 病弱教育, 鈴木陽子・井坂行男・東風安生 (編著), 特別支援教育の扉, 八千代出版, 65-81
- 13) 中江陽一郎・熊谷公明・栗原まな (2001) 神奈川リハビリテーション病院での院内学級活動, 小児保健研究, 60, 1, 41-45
- 14) 中村章子・真城知己 (1999) 医療ソーシャルワーカーの教育領域での機能の可能性, 日本特殊教育学会台 37 回大会発表論文集, 66
- 15) 西牧謙吾 (2010) 病気のある子どもの教育の充実を目指した ICT 活用について, 電子情報通信学会技術研究報告. ET, 教育工学 110, 209, 5-9
- 16) 阪中順子 (2005) カウンセリングをいかした院内学級の取り組み, 奈良県立医科大学研究紀要 56, 4, 175-181
- 17) 阪中順子 (2007) 「院内学級」の役割と課題および医教連携の留意点, 小児看護, 30, 8, 1144-1149
- 18) 櫻木里子・永尾紀代美 (2009) 終末期にある子どもの院内学級における教育支援, 小児看護, 32, 2, 237-245
- 19) 清水章子・三輪由香・渡辺みづほ・寺本貴英・井上恭子・田村純子・和仁雅樹 (2000) 大学病院小児科における院内学級との連携の治療的意義について, 小児の精神と神経, 40, 1, 26-34
- 20) 高宮静男・松原康策・川本朋・白川敬子・井戸りか・笹井恵子・月岡万里子・米永千香・奥野昌宏・細見光一・奥村朋子・松本美穂・高原夕紀子・山本欣哉・佐藤倫明・馬場国蔵 (2004) 小児がん患児と家族に対する多角的な心理・社会的援助 心身医, 44, 1, 52-59
- 21) 谷口明子 (2003) 教育の場としての病院内学級の特徴: 実践へのエスノグラフィック・アプローチ, 東京大学大学院教育学研究科紀要, 43, 155-164
- 22) 谷口明子 (2011) 病弱教育における教育実践上の困難—病院内教育担当教師たちが抱える困り感の記述的報告— 教育実践研究 16
- 23) 土屋志伊・市川博敬 (1995) 病弱教育の実際—医療と教育の連携について—, 特殊教

Received
September 19, 2012

Accepted
October 17, 2012

Published
October 31, 2012

- 育, 81
- 24) 山内章正・益子典文 (2009) 院内学級の現状と中学校数学授業における教師の指導方略に関する研究—学習者特性に基づく授業の指導方略のモデル化—, 岐阜大学カリキュラム開発研究, 27, 1, 26-36
- 25) 山内章正・益子典文 (2009) 院内学級中学数学授業記録の事例分析に基づく教師の指導方略決定のモデル化—教師の指導過程分析に基づく「多重的指導方略決定モデル」—岐阜大学カリキュラム開発研究, 27, 1, 37-53

Received
September 19, 2012

Accepted
October 17, 2012

Published
October 31, 2012

SHORT PAPER

韓国の普通学校のバリアフリーにおける現状と課題

The Current Status and Issues in Korean Barrier-Free General School

Eunae LEE ¹⁾, Aiko KOHARA ²⁾, Atsushi TANAKA ³⁾

1) 琉球大学大学院教育学研究科

〒903-0213 沖縄県中頭郡西原町千原 1 琉球大学教育学部特別支援教育研究講座
eunae929@gmail.com

2) 琉球大学大学院教育学研究科

3) 琉球大学教育学部

ABSTRACT

In this thesis, I am with the aid of administrative documentation and prior research going to reveal the state of normal Korean schools concerning the barrier-free concept and related Korean law, upon discussing issues and how to solve these issues. Korea, starting with the “Welfare Law for the Handicapped”(1981) which started to change the law concerning handicapped and the barrier-free concept. However, ramps and elevators are insufficient in more than 50% of the schools, out of connection facilities, internal facilities and sanitation facilities, handicap guidance facilities are the most insufficient. In addition, there is no law in place regarding the management of these facilities, which leads to a problem with lack of proper management.

<Key-words>

Barrier-Free, General School, Handicapped

Asian J Human Services, 2012, 3:219-228. © 2012 Asian Society of Human Services

Received
September 26,2012

Accepted
October 2,2012

Published
October 31,2012

I. はじめに

教育の最大の目的は、人間らしい生活を受けることができるよう、個人が社会の主体として保証されることにより、平等な存在として生活を営むことができるよう基盤を固めるものである。これは教育を通じて人間としての人格形成を行い、主体的な生活能力の向上と国民の一人としての義務を果たすことを意味している(Jung-Min SEO, 2011)。

韓国の憲法第 31 条第 1 項には「すべての国民は能力に応じて均等に教育を受ける権利を有する」と明記されている。「すべての国民」には障害者も含まれており、障害者も健常者と同じように普通学校で教育を受ける権利があることを指し示めている。しかし、いまだに障害者の接近権が確保されていない状況で、障害者が教育を受ける際に制約を受けており、ほとんどの障害者が義務教育においても快適な環境で教育を受けることが困難である。接近権について、Pyoung-Keun KANG(2007)は「接近権とは、日常生活内で障害を含めたすべての人間が建築物などを制限されずに利用できる基本的な権利」と定義している。本稿においても Pyoung-Keun KANG の定義を一貫して用いることとする。

1990 年代から統合教育が本格的に論議され始め、1994 年「特殊教育振興法」全面改正、公布され、統合教育の施行が規定されている。特に、特殊教育振興法施行令第 10 条の第 3 項、第 5 項では、障害のある児童・生徒が何の不便さなしに普通学校で教育を自由に受けることができる制度を保証している(Sang-Hyuk PARK etc, 2006)。このような内容は学校内でのバリアフリー化を実現し、健常者だけでなく障害のある児童・生徒も快適に学校生活を営むことができるようにすることを指している。しかし、特殊学校に比べて普通学校の場合はバリアフリー施設が不適切な設置方法であることや、設置率が低い現状である。これらのような現状では、障害のある児童・生徒にとって学校生活を過ごす上で不便を感じるのではないだろうか。

したがって本稿では、バリアフリーの概念と関連する韓国の法律について、行政資料や先行研究から韓国の普通学校におけるバリアフリーの現状を明らかにした上で、今後の課題について検討することを目的とする。

II. バリアフリーの概念と関連する法律

1) バリアフリーの概念と定義

バリアフリーとは、「障害者福祉の基本理念である“社会参加と平等”を実現するために建物や都市、施設を障害者の日常生活や社会活動に何ら不便がないようにすることである」。すなわち、障害者が障壁と感じる物理的な障害を除去するという意味である。建築物や住宅の建築的な障害を除去し、障害者または高齢者など日常生活に不自由を感じる人にとって、自由に生活ができるよう配慮した設計基準のことを指している(Dong-Shik CHOI etc, 2009)。

障害者生活環境の専門家協議が「バリアフリーデザイン」(国際連盟, 1974)という報告書を提出した後から「バリアフリー」と「バリアフリーデザイン」という用語が使用され始めた(Seong-Tae LEE, 2005)。その報告書以降、日本・スウェーデン・アメリカなどの先進国を中心にバリアフリーは、車椅子を利用する障害者と高齢者、児童も健常者と変わらず快適に暮らせるようにという意味で、住宅や公共施設を建設する際の敷居をなくするという運動を

展開しながら世界のあちこちで拡散された(Seo-Yeon CHOI, 2011)。

1981 年国際連合は世界国の障害者におけるリハビリと福祉状態を調査し、障害者の問題に対する理解の促進及び障害者がより人間らしい生活をするができる権利と補助手段の確保を目的とする「国際障害者の日」を 12 月 3 日に指定した。このような国際連合の勧告により韓国でも 1981 年「心身障害者福祉法」が保健社会部(現、保健福祉部)で制定され、バリアフリーを実現する便宜施設に対する条項が制定された。「障害者・老人・妊産婦などの便宜施設増進に関する法律(1998)」の第 2 条第 2 項において「便宜施設とは、障害者が生活を営むことにあたって移動と施設利用の便利性を図り様々な事への接近を容易にするための施設と設備」と定義されている。Ki-Chang SEONG ら(2003)は「便宜施設は、障害者の日常生活や社会活動を可能にするバリアフリー環境創出のためのすべてのものが含まれる」と述べており、バリアフリーと便宜施設は同義ではない。したがって、本稿においても、バリアフリーと便宜施設は同義で扱わないことを踏まえながら「障害者・老人・妊産婦などの便宜施設増進に関する法律(1998)」の定義を一貫して用いることとする。

2000 年代以降、バリアフリーの概念は建築または道路・公共施設の建築要素など物理的な生活環境作りだけではなく、資格・試験など障害者の参加制限をする障壁を初め、様々な差別偏見、さらに障害者だけではなく一時的な障害がある弱者の心理的な障害物を取り除くことなど、その意義を拡大しながら幅広く使用されている(Seo-Yeon CHOI, 2011)。

これらのことを踏まえ、本稿ではバリアフリーを「身体的・心理的に障害のある人々が日常生活の中で不便さを感じることがないように、物理的・心理的障壁を除去すること」と定義し、用いることとする。

2) バリアフリーに関連する法律

韓国は 1980 年代まで、法律で規定した障害者の便宜施設に関する内容はほとんどなく、公共施設はもちろん個人住宅の新築時など、それらはほとんど適用されなかったが「世界障害者の日」の取り決め以降、障害者の便宜施設に対する関心が高まった。韓国においても、1981 年「心身障害者福祉法」が制定され、公共施設などの設備設置の規定を設け、関連法に基づき施設のバリアフリー化が進められた。障害者の便宜施設関連規定の変遷過程と内容については次の<表 1>に示す。

このように障害者施設に関連する法律がいくつかの法律に散在しているため、設置担当者にとっての利便性を図るものではなかった。また、障害者の接近権についての議論が活発化し、保健福祉部は、障害者の便宜施設に対する法的な拘束力を強化するために、「障害者・老人・妊産婦などの便宜施設増進に関する法律(1998)」を制定した。便宜増進法は、他者からの手助けなしで安全かつ快適に施設や設備を利用し様々な事柄に接近できるようにすることで、社会活動への参加と障害福祉増進に繋がることを目的としている。また、この法律は障害者のための便宜施設設置に関する法律の一つに総合して、設置しなければならない施設の詳細な説明や規定を具体的に制定しており、過去の建築基準法に散在していた既存の法律より実効性のある法律である(Seon-Ho SEO, 2008)。

これらのバリアフリー施設関連法制度の変化で、教育研究施設内に障害者便宜施設関連規定がある。「障害者・老人・妊産婦などの便宜施設増進に関する法律(1998)」が制定され、変化してきた<表 2>。

<表 1> 障害者の便宜施設に関する法律の変遷過程

法令	施行年度	内容
心身障害者福祉法	1981	公衆が利用する施設と心身障害者が快適に利用できる施設、設備勧告
建築法施行令	1985	500 席以上の観覧席を備えた施設には、肢体不自由者が利用しやすい構造で設置することを規定
建築法施行令	1986	公共施設のエレベーター及びトイレの便宜施設規定
建築法施行令	1988	エレベーター構造の規定
障害者福祉法	1989	便宜施設に関する条項を国家及び地方自治団体の責任で設置勧告
保健福祉部令	1995	障害者の便宜施設及び設備の設置基準に関する規則施行
障害者・老人・妊産婦などの便宜施設増進に関する法律	1998	障害問題をめぐる社会環境の改善を目的とし、すべての国民に関する包括的内容の法律
障害者福祉法	2007	国家と地方自治団体は、障害者が公共施設や交通手段などを安全かつ快適に利用できる設備の設置及び運営に必要な政策

出典: Chang-Sun PARK (2005)を参考に改編

<表 2> 障害者の便宜施設に関する教育研究施設の法律の変遷過程

法令	施行年度	内容
障害者・老人・妊産婦などの便宜施設増進に関する法律	1998	第 7 条及び施行令第 23 条の対象施設の範囲に含まれる教育研究施設と福祉施設
障害者・老人・妊産婦などの便宜施設増進に関する法律 施行令	1998	施行令第 4 条には、便宜施設の設置基準を義務化し、推奨施設については、既存施設の整備に 1988 年 4 月 11 日以降、新築の建築物は障害者用施設を義務的に 1988 年 4 月 11 日以前の施設のうち増築、改築、移転、大修理、用途変更した建物は段階的に推進
特殊教育振興法	2004	第 12 条第 4 項、学校長は関係法令（障害者）による設備を設置
特殊教育振興法	2004	第 11 条は、特殊教育対象者が高等学校の課程以下の各級学校に就学しようとするときは、該当する学校に直接支援したり、教育監 ¹⁾ に指定・配置要求
特殊教育振興法 施行規則	2004	第 11 条、特殊教育対象者の就学する学校の指定・配置は一番目統合教育を実施する普通学校、二番目普通学校の特殊学級、三番目特殊学校、四番目住所地と違う場所に所在する特殊学校の順で配置

出典: Hyun-Ja SEO(2009)を参考に改編

Received
September 26,2012

Accepted
October 2,2012

Published
October 31,2012

¹⁾ソウル特別市直轄市及び各道の教育委員会の事務を総括処理する公務員のことである。

Ⅲ. 韓国の普通学校におけるバリアフリーの現状

障害者の教育の接近権を保証するために、教育研究施設（学校）から、対象施設ごとに設置しなければならない便宜設備の細部基準は、媒介施設、内部施設、衛生施設、案内施設、その他の施設など 5 つの領域に分けている(Jung-Min SEO,2011)。媒介施設は学校の敷地から建物の入口と関連があって、出入口の接近路²、障害者優先駐車場、出入口の段差除去などが含まれる。内部施設とは、学校建物内における施設の設備のことであり、出入口(扉)、廊下、階段又はエレベーターなどが含まれる。衛生施設とは、基本的にトイレの設備がであり、大便器、小便器、洗面台、シャワー室及び脱衣室が含まれる。案内施設とは、日常生活の移動の際に誘導するものや災害など危険な状況での誘導する施設であり、視覚障害者のための点字ブロック、誘導及び案内施設、警防及び避難施設が含まれる。その他の施設には、観覧席、閲覧席、受け付けデスク及び作業台がある<表 3>。

<表 3> 教育研究施設で設置しなければならない便宜施設の種類の種類

分類	内容例
媒介施設	出入口の接近路
	障害者優先駐車場
	出入口の段差除去
内部施設	出入口（扉）
	廊下
	階段 ³ 又はエレベーター
衛生施設	大便器
	小便器
	洗面台
	シャワー室及び脱衣室
案内施設	点字ブロック
	誘導及び案内施設
	警防及び避難施設
その他施設	視聴覚室、閲覧席
	デスク及び作業台

出典: Jung-Min SEO(2011)を参考に改編

Received
September 26,2012

Accepted
October 2,2012

Published
October 31,2012

² 学校につながる外部と学校施設の出入口の間のことをいう。障害児が安定して便利に通行できるように幅、傾き、床の材質や仕上げなどを考慮して設置することが必要である(Kyoung-Hee KIM, 2006)。

³ ハンドルの高さ、角度などの規定が定められており、階段の床面は、滑りにくい材質で平坦に仕上げなければならない(Paeng-Cheol YANG, 2007)。

このような教育研究施設の設置基準となる5つの細部基準のうち媒介施設、内部施設、衛生施設、案内施設の現状を特殊学級が設置されている普通学校と特殊学級が設置されていない普通学校で比較すると、次のことが明らかになった。

韓国の特殊学級⁴が設置されている普通小・中・高等学校の場合は、合計5,989校と全体的な設備の設置率は84.1%であった。その中でも、媒介施設に属する障害者専用駐車場が97.6%と最も高く、案内施設の誘導及び案内設備が63.8%と最も低い数値を示している。また各小・中・高等学校別に見た設置割合は、小学校が86.6%、中学校が86.0%であったのに対し高等学校においては82.3%と小・中学校に比べ低かった。

特殊学級が設置されていない普通小・中・高等学校は、総5,390校と特殊学校が設置されている学校より559校少ない。便宜施設の平均設置率を見ると特殊学級が設置されていない学校は64.4%と特殊学級が設置されている学校より21.7%低いことが明らかになった。また、障害者優先駐車場の設置率は89.4%と特殊学級が設置されている学校と同様も高い割合だった。また、誘導及び案内設備においては、38.0%と各項目の中で最も低い割合を示していた。しかし、特殊学級が設置されている普通普通小・中・高等学校では、高等学校に便宜施設の設置率が最も低かったが、特殊学級が設置されていない普通小・中・高等学校の場合は、小学校62.4%、中学校64.7%、高等学校67.0%と高等学校の設置率が最も高かった。

特殊学級がある学校の便宜施設の平均設置率は86.1%、特殊学級がない学校は64.4%とその差は大きい。最近では、軽度の障害であっても、普通学校で生活することを望んでいる児童・生徒がいる場合や、交通事故などで一時的な障害を持つ児童・生徒が増加しているので特殊学級が設置されていない普通学校においても便宜施設の設置を増すべきではないだろうか。

<表 4> 2011 年度特殊学級未設置の小・中・高等学校における便宜施設の設置状況

	特殊学級 未設置 小・中・高等 学校の数	媒介施設						内部施設						衛生施設				案内施設						平均 設置 率
		出入口の 接近路		障害者 優先 駐車場		出入口の 段差除去		出入口 (扉)		廊下		階段又は エレベーター		トイレ 大便器		トイレ 小便器		点字 ブロック		誘導及び 案内設備		警防及び 避難施設		
		設 置 校	設 置 率	設 置 校	設 置 率	設 置 校	設 置 率	設 置 校	設 置 率	設 置 校	設 置 率	設 置 校	設 置 率	設 置 校	設 置 率	設 置 校	設 置 率	設 置 校	設 置 率	設 置 校	設 置 率	設 置 校	設 置 率	
合計	5,390	4,355	80.8	4,816	89.4	4,219	78.3	4,251	78.9	2,791	51.8	2,400	44.5	4,263	79.1	3,721	69	2,239	41.5	2,046	38	3,092	57.4	64.4
小	2,164	1,708	78.9	1,893	87.5	1,622	75.0	1,696	78.4	1,194	55.2	1,038	48.0	1,573	72.7	1,398	64.6	805	37.2	727	33.6	1,195	55.2	62.4
中	1,690	1,319	78.0	1,505	89.1	1,297	76.7	1,260	74.6	851	50.4	755	44.7	1,395	82.5	1,194	70.7	769	45.5	699	41.4	982	58.1	64.7
高	1,536	1,328	86.5	1,418	92.3	1,300	84.6	1,295	84.3	746	48.6	607	39.5	1,295	84.3	1,129	73.5	665	43.3	620	40.4	915	59.6	67.0

出典: 教育科学技術部(2012)

⁴ 特殊教育の対象者に統合教育を実施するため普通学校で設置されている学級(Myung-Hee CHU, 2006)
特殊学級は運営形態によって全日制、時間制、混合制、学習助力室、巡回教育の統合教育の形態で運営
(Young-Sook KIM, 2012)

<表 5> 2011 年度特殊学級設置の小・中・高等学校における便宜施設の設置状況

(単位: 校, %)

	特殊学級 未設置 小・中・高等 学校の数	媒介施設						内部施設						衛生施設				案内施設						平均 設置 率
		出入口の 接近路		障害者 優先 駐車場		出入口の 段差除去		出入口 (扉)		廊下		階段又は エレベーター		トイレ 大便器		トイレ 小便器		点字 ブロック		誘導及び 案内設備		警防及び 避難施設		
合計	5,989	5,755	96.1	5,847	97.6	5,647	94.3	5,522	92.2	5,233	87.4	4,856	81.1	5,812	97	5,466	91.3	4,258	71.1	3,818	63.8	4,487	74.9	86.1
小	3,781	3,671	97.1	3,686	97.5	3,599	95.2	3,528	93.3	3,432	90.8	3,070	81.2	3,698	97.8	3,505	92.7	2,670	70.6	2,400	63.5	2,756	72.9	86.6
中	1,461	1,391	95.2	1,440	98.6	1,364	93.4	1,328	90.9	1,225	83.8	1,185	81.1	1,413	96.7	1,314	89.9	1,079	73.9	997	68.2	1,184	81.0	86.6
高	747	693	92.8	721	96.5	684	91.6	666	89.2	576	77.1	601	80.5	701	93.8	647	86.6	509	68.1	421	56.4	547	73.2	82.3

出典: 教育科学技術部(2012)

IV. 今後の課題

現在、韓国は障害者の移動権⁵と接近権の保障のために様々な便宜施設が改善されている。統合教育導入前は、障害児と健常児が分離され、障害児は特殊学校で教育の受けることが当たり前だと思われていたが、1990 年代に統合教育が本格的に導入され始め障害児も普通学校に通うようになった。これに伴い普通学校の便宜施設設置に関する内容が法律として定められ、普通学校で障害のある児童・生徒のための設備設置が増加している(Seon-Ho SEO, 2008)。しかし、バリアフリー化した施設を利用する障害者にとっては未だに不便な点が多い。また、障害児も健常児と全く同じように学校を利用することは難しい状況であると言えよう。したがって、韓国の普通学校のバリアフリー施設における課題について、以下に述べる。

1) 移動権と接近権の保障

学校の接近路での障害物を除去し、歩行に支障を与えないよう車椅子が動きやすい廊下など基本的な配慮をしたり、すべての教室には段差を取り除き、車椅子を使用する児童・生徒が学校を利用しやすいように改善したりすることが必要だろう。また、校門から建物まで、建物と建物の移動における車椅子の移動に無理がないよう傾斜勾配に配慮することが必要である。前出した<表 4>で示すように、特殊学級が設置されていない小・中・高等学校の場合、出入口の接近路、出入口の段差の除去の設置率は、高い傾向にあるが、エレベーターおよび傾斜路の場合は 50%にも満たない割合を示している(Jung-Min SEO, 2011)。学校の建物は運動場、体育館など機能別にそれぞれ分けられているのが特徴的であり、移動しやすいよう

⁵ どのような目的で通行をするときに、出発地から目的地までの手段と動線を確保するに当たっては、制約を受けずに自由にできる権利 (Tea-Ok LIM, 2005)

効率的配置されることが求められている。しかし、傾斜があったり、排水設備などの車椅子が動きにくい穴があったりする場合など、完全に取り除くことのできない障壁は未だに存在する。この場合においては、穴の幅をできるだけ小さくするカバーなどを使って移動しやすい状況を作ることが必要である。

2) 学校における案内施設の必要性

前出したように案内施設とは、障害児や健常児に対して方向誘導や、注意喚起を目的とした施設である。また、災害発生時においては、児童・生徒の安全を確保する役割を持つ重要な施設である。しかし、媒介施設、内部施設、衛生施設、案内施設の4つの項目の中で設置割合が最も低いことが分かった(Jung-Min SEO, 2011)。安全施設の役割は児童・生徒の安全確保と関連する非常に重要なものであるため、法律的に設置基準を強化する必要がある。また、避難施設の場合は、設置だけでなく定期的な点検や避難訓練を行うなど、災害状況になった場合でも効果的に使用することができるようにすべきである。

3) 便宜増進法の具体化

現在、便宜施設の設置は、便宜増進法をはじめとする様々な法令に基づいて設置されている。法律の基準に合うよう設置することも重要だが、現在施行されている法律をさらに具体的かつ強制的な規定にする必要があるだろう。現在の法律では設置基準について明記されているが、設置過程においては、専門家の参加や設置後の点検など具体的な内容が明記されていない。基準に適合する施設は、法律的には問題がないが、実際使用する際不便さが生じる。また、点検が適切にされないと、使用されるのが一時的になり、継続した便宜施設であるとは言いがたい。したがって、すべての施設が設計段階からしっかりと整えられ、工事や点検も定期的に行い、その際には障害者の専門家を含めることも重要である。

V. おわりに

このように、韓国の障害者便宜施設は法的に定められた基準があるが、多くの普通学校ではいまだに不十分な設備が多く、障害のある児童・生徒のために考えられた施設というよりも、法的基準に合わせて設置されている場合が多い。障害のある児童・生徒のための便宜施設の設備においては、法的基準に合った設備を増やすことも重要だが、障害のある人にとって生活しやすい環境を整えることを目的とした施設を今後は増やすことが重要ではないだろうか。

文献

- 1) Chang-Sun PARK(2005) Focused on municipal buildings in Jeonbuk Province = A Study on Convenience Facilities of the Physically Disabled in the Public Buildings. Journal of the Korea Institute of Healthcare Architecture, 11(3), 41-49
- 2) Dong-Shik CHOI, Ji-Won MOON(2009) The Establishment of Social Basis

- Maintenance System Preparing for the Aging Society of Daegu ; Focused on the Case of Universal Design in Japan. Journal of the Korea Association for Local Government Studies, 10(4), 143-168
- 3) Hea-Jeong PARK, Mi-Young LEE, Eun-Woo NA(2003) The Current Status of Accommodations for the Disabled Children in Elementary Schools of Suwon City. Journal of the Korean Academy of University Trained Physical Therapists, 10(2), 23-44
 - 4) Hyun-Ja SEO(2009) A study of the way to improve barrier-free facilities in school. Major in Educational Facilities Policy Graduate School Educational Policy and Administration of Korea National University of Education ChungBuk, A master's thesis
 - 5) Jung-Min SEO(2011) A Study on the Realities of Access of the Integrated Education Institution for People with Disabilities and Their Improvements ; Focused on Elementary School. Department of Social Welfare Inha Graduate School of Policies, A master's thesis
 - 6) Ki-Bong SHIN(2002) A Study on Current Trends and Practical Usage of Universal Design. Silla University Journal, 51(1), 325-342
 - 7) Kyoung-Hee KIM(2006) Teachers recognition of universal design for the inclusive education. Department of special Education Graduate School of Pusan National University, A master's thesis
 - 8) Myung-Hee CHU(2006) The Study of the Facility in elementary school about routes to the students in special class for the Disabilities. Department of Architectural Engineering Graduate School Daegu University, A master's thesis
 - 9) Paeng-Cheol YANG(2007) The Study on the Improvement of Facility Environment for the Handicapped in School Architecture. Department of Architectural Engineering The Graduate School of Engineering In-ha University, A master's thesis
 - 10) Pyoung-Keun KANG, Ki-Chang SEONG, Kwang-Jae PARK, Eun-Kyoung KIM(2007) Optimal Approach to Establishing Special Schools through Analysis of Domestic • Overseas Actual Conditions. Journal of the Architectural Institute of Korea, 23(11), 79-86
 - 11) Sang-Hyuk PARK, Jee-Hee LEE(2011) Examination of Educational Facilities Standards for Integrated Education based on Barrier Free. The Architectural Institute of Korea, 31(1), 97-98
 - 12) Seo-Yeon CHOI(2011) Analysis Barrier-Free of Downtown. Leisure Beach in Busan; Focus on BF assessment indicators. Department of Urban Design & Development Kyungsoo University, A master's thesis
 - 13) Seon-Ho SEO(2008) A Study on the Program for the Securing of Barrier-free Spaces for the Disabled with a Focus on the Public Amenities in Public Service

Received
September 26, 2012

Accepted
October 2, 2012

Published
October 31, 2012

- Areas. Department of Public Administration The Graduate School Sangmyung University, Ph. D Thesis
- 14) Seon-Gyu KIM, Hyeong-Kyu LEE(2002) A Study on the Facilities in Schools for the Physical Handicapped. Korean Council of Physical, Multiple & Health Disabilities, 39, 127-146
 - 15) Seong-Tae LEE(2005) A Study of Trend Analysis for Universal Design Research ; Based on the former researches. Graduate School of Digital Design Kyungsung University, A master's thesis
 - 16) Sun-Ho KIM(2006) Designing the Barrier ; Free School Library Facilities. Korea Library and Information Science Society, 37(1), 221-237
 - 17) The Korea National Institute for Special Education(2007) Research on the development of evaluation criteria for schools with convenience for the disabled.
 - 18) Young-Sook KIM(2012) A study on the spatial planning for special class ; Focusing on high schools in Seoul Metropolitan City curriculum operation. Major in Educational Facility and Environment Policy, Graduate School of Educational Policy and Administration of Korea National University of Education Chung-Buk, A master's thesis
 - 19) Ministry of Education, Science and Technology Homepage
<http://www.mest.go.kr/web/1106/ko/board/list.do?bbsId=148>

Received
September 26, 2012

Accepted
October 2, 2012

Published
October 31, 2012

CASE REPORT

重度知的障害を伴う自閉性障害児の日常生活における問題行動への対処 ～中学1年生の事例を通して～

Approach for the problematic behaviors of autism complicated with severe and multiple disabilities

～ a case study of a first year junior high school student in daily living ～

杉尾 和美¹⁾ (Kazumi SUGIO), 韓 昌完²⁾ (Changwan HAN)
神園 幸郎²⁾ (Sachiro KAMIZONO)

1) 琉球大学大学院 教育学研究科

〒903-0213 沖縄県中頭郡西原町千原1 琉球大学教育学部特別支援教育講座

Takazu2525@gmail.com

2) 琉球大学 教育学部

I. はじめに

近年、特別支援学校や特別支援学級などの特別支援教育の現場では、在籍する児童生徒の障害の多様化と重度化が進んでいる。障害の多様化と重度化が進行するなかで、学校教育の現場でよく使われているのが「重複障害」と「重度・重複障害」という用語である。川住(2002)によれば、重複障害とは、学校教育法施行令で規定する「障害を二以上併せ有する者」のことであり、重度・重複障害とは1975年に「重度・重複障害児に対する学校教育の在り方について(報告)」(特殊教育の改善に関する調査研究会,1975)により、初めて示された用語である。この報告では、重度・重複障害とは、「障害を二以上併せ有する者」の他に、発達の側面で精神発達の遅れが著しく、行動的側面でも、問題行動が著しい、「常時介護を必要とする者」を加えた概念として示されている。またこの用語は、単一障害であってもきわめて程度の重い者や、容易に指導の手立てが得られない者も含む幅広い概念を示すようになってきている(小宮ら,2002)。

このような「重度・重複障害児」に該当してくるのが、重度の知的障害と重度の自閉性障害を併せもつ子である。教育現場において、重度の知的障害と重度の自閉性障害を併せ持つ子の教育は、これまであまり論じられておらず、その教育の在り方や指導法を具体的に検討した文献も数少ないのが実情である(太田,2006)。

このように、これまであまりその実態について十分な検証が行われてこなかった「重度・重複障害児」において、その実情と併せて特に気になることの一つが自閉性障害児の思春期

Received
September 28,2012

Accepted
October 27,2012

Published
October 31,2012

である。自閉性障害児が思春期を迎える際に、その障害に起因する多様な問題行動が出現する事については多くの指摘がなされている（太田・永井,1992）。そのため、自閉症の中でも、重度の知的障害を伴う自閉性障害児の思春期においては、なお一層多様で、なおかつ困難な問題行動が出現してくると考えられる。したがって、これらの実態の把握を進めることは、今後この分野の研究を進めるために重要な基礎情報となるであろう。

本研究の目的は、重度の知的障害を伴う自閉性障害児における思春期に出現する問題行動の実態を把握し、それらについての適切な対処法を提案することである。

II. 症例

1. プロフィールと実態

本児は沖縄県在住で、家族は当時40代の父親と母親、小学5年生で2歳下の弟の4人である。

本児は、出生時に異常はなく、二日後に黄疸の症状に対して光線治療を受けたが、それ以外に1歳を過ぎる頃までは特に問題を感じさせることなく発達の道筋を辿っていた。しかし、1歳6ヵ月頃から、「くーま（車）」「ブーブー（水）」「カーカー（母）」など出現していた言葉が、増えることなく減っていき名前を呼んでも振り向かないなどの様子も見られ、言葉の遅れも心配していた矢先、2才9ヵ月に自閉症と診断された。診断前の2歳5ヵ月から一般の幼稚園に通園を開始、障害がわかったあとも、障害への配慮をしてもらいながら、統合保育の中で過ごし、並行して療育施設にも8ヵ月ほど通った。3才にて療育手帳を取得し、5才よりティーチ・プログラムによる治療教育を開始する。その後、A養護学校小学部に入学し、中学部、高等部と進み現在に至る。障害の程度としては最重度の精神遅滞で発語がなく、K式発達検査で言語理解1才、認知2才半、全領域2才程度を示す。身体的な問題は少ないが、不安感やこだわりが非常に強いことが特徴である。

重度の精神遅滞と自閉症という障害を併せ持ち様々な問題を抱えていた本児だが、家族の愛情と努力、学校や支援施設の担当者との連携などにより、無事に小学部卒業を迎えることができた。しかし、中学部入学時より、様々な問題行動が次々に見られるようになり、中学1年生となってすぐの6月には、てんかん発作も発症し目の離せない状態が続いた。そんな中、中学1年後半に、発熱等の症状をきっかけに本児に大きい変化が訪れ、言葉のない本児が、体を張って、親に対して学校に対して何かを訴えるかのように、うつ類似症状を呈し始めたのである。自閉性障害からくる不安感の高まりで、食事を含むすべての面で意欲を失い笑顔も見せなくなってしまった。その現状を打破するために、食事を摂らせ、意欲を取り戻し、本来の本児の状態にもどしたいという思いで、数々の取り組みを行った。

2. 問題行動の経過

中学部に入り、自閉性障害からくる不安感や線恐怖症、同一性保持の強迫性障害が強くなり、うつ類似症状を示す。動作の緩慢・意欲の減退・過敏・分離不安の症状や、食事や水分の吐き出し・食欲不振による体重減・本人の登校拒否もあり、登校が難しくなった。そこで、ストレスの原因を分析し、原因を取り除くことで、ストレスを緩和していく方法を取り、少

しずつ登校を始める。母の付き添いによる不定期登校から母の学校待機・授業途中の母の顔見せなどで安心感を与えながら、スクールバスでの登校を開始、次第に母なしで1日の日課を過ごせるようになる。また、家庭と学校、支援施設等の連携によりストレスが軽減され、食欲や意欲も徐々に戻り、食べられる時期、食欲の落ちる時期を繰り返しながらも、学校へ適応していく様子が見られた。

3. 問題行動の症状

本児の様子に変化が現れ、生活への悪影響を及ぼすことになった行動を問題行動と捉えて、その様々な諸症状と周辺の状況を以下に記述した。

まず、食事に関する症状の例を挙げてみる。一つは、食事をする際に、口に入れた食べ物を飲み込もうとすると、これまで見られなかった苦しそうな表情を見せ、首を少し回しながら伸ばしてみたり、自分なりに苦心してやっと嚥下ができるといった状況が見られるようになった。そのうちに、飲み込みがやりづらいためか、口に入れた食べ物を噛んで味わたあと、飲み込まずに出すようになった。そして、日によっては、今まで本児の好物であった食べ物さえも拒否するようになり、体重が減少していった。口から食べ物を出す様子や前後の様子を観察していると、嘔吐感があって吐き出しているような状況ではなく、飲み込みがきついたために、味わたあと口から出しているように見受けられた。また、食べたあとに、口の中に残った水分をその食材が入っていた食器にもどすこともあった。水分の嚥下が嚥下力の低下で難しくなっていた面もあると思われるが、これについては、食材から出た水分をもともと入っていた食器にもどすといった同一性保持的な一連のこだわりのようにも感じられた。

食事に関しては、もともと偏食の傾向が強かったが、この時期はさらに食べ物に対する選り好みが増え、体重の減少に歯止めをかける必要もあって、これまで行ってきた食事指導的な部分を気にする余裕はないまま、とにかく食べてくれる物を探して試すことで栄養を摂取させ、何とか体調を保っているような状態であった。

生活面で大きく支障を来すこととなった鼻水や唾に関する症状も見られるようになり、学校への登校やデイサービス等の支援施設の利用ができない状況となる。重症のアレルギー性鼻炎のような状態で、鼻水をところ構わず出し続け、なおかつ鼻水を拭こうという意欲が見られず、介助者による促しや手助けにより鼻水を始末する状態であった。併せて、口に溜まる唾も多くなり、その唾を飲み込むことはせず口に溜め込むため、水場への唾の吐き出しが頻繁となり、スクールバス乗車による学校への登校などはできない状況となった。この唾出しの状態は、食事の飲み込みが難しくなったこととも関連していると思われるが、起きている間だけではなく、寝ている間も多量の唾を口に溜め、飲み込みができずに吐き出そうとして起きるといった行動となり、本児と家族の睡眠を妨げ、外出時にも大きい課題となる問題行動であった。また、起きがけにも唾を溜め込み、黄色い唾状の物を口から出すようになり、胃の状態も心配されたが、検査ができる状況ではなく、この時点では、発語もない本児の正確な状況を知る術は見つからず、細かな観察の様子を主治医に伝えるしかない状況であった。

このように、一つずつの問題行動が幾重にも重なり合うことで、本児のQOLは著しく低下することとなる。どの行動・活動を行う際にもひどく時間がかかり、ある行動から次の行動へ移るときにも、言葉かけによる促しや手取足取りの援助が必要となって、これまでの本

児の様子とは一変してしまった。また、どの場面においても自分で考えたり、決定をするようなことに拒否的であった。食事量の少なさやストレス、意欲の低下による運動量の不足などの影響からか便秘がひどくなり、一度座るとなかなか立ち上がれないトイレでの長時間の座り込みが一日に何度も見られ、着替えに関しても、上着の裾直しや靴下の位置決め、下着のゴム部分の位置など細かな点にこだわるが増え、本人が納得するまで30分から1時間ほど直しが続くこともあった。そして、食事へのこだわりや意欲の減退からくる長時間の食事でも、1食に2時間前後かかることが多く、本児と共に、家族の生活にも大きな影響をもたらすこととなった。食事については、時間の問題だけではなく、吐き出し唾出し等でのマナーの悪化も著しく、学校や援助施設の利用、外出時の食事などで支障を来すこととなる。さらに、食事の量が摂れず体力的な落ち込みからか睡眠時間が長くなり、それまではできていたほぼ定時の起床もできなくなり、おねしょの回数も増え、昼夜逆転の生活パターンや起床の呼びかけだけで1時間から2時間かかるような日々が続き、本児のこのような状態に対して、様々な介護的な関わりを常にする必要が出てきたため、母親はフルタイムの仕事を休んで本児の世話にあたるという状態が半年ほど続いた。

4. 実状の把握からストレスの軽減のための対処事項例

母親が、家庭、学校、支援施設、ヘルパーによる外出など、24時間すべてを本児と共に過ごすことで、これまではわからなかった本児のストレスに関係するであろう実状が浮かび上がってきた。どのような状況が本児の不安症状を呼び起こすのか、母親なりに原因を分析し、原因を少しずつでも緩和することで、精神面での安定を構築し、併せて本児の生活環境を整えていく方向で取り組みを始めた。

前記の問題行動の症状それぞれに対して、どのように対処するかを母の視点から考えて、学級担任に伝え、支援施設の担当者とも共通確認を行い、協力・連携して一つずつ対処していった。

まず始めに、家庭内でのみの生活が続くと家族の負担も大きく、本児にとってもよくない状況だと判断し、どうすれば外出できるようになるかを検討した。当初、生活面すべてにおいて精神面でのサポートを本児が求めており、母親からの分離ができない日が続いたが、まず、母の付き添いがある状態で学校へ通学することを学校側に相談し了解を得た。しかし、制服の着用や学校用かばんの拒否により、登校の意思のないことを示しているように感じられたため、徐々に登校させることにした。比較的調子の良さそうな日に、ゆっくりと起床、食事を済ませ、制服ではなく学校用ジャージの上下を着用し、かばんも持たずに、母と自家用車で学校へ向かった。到着は昼前で給食の時間に母付き添いのもと参加し、ほとんど食べることはできなかったが、何とか登校はできた。その後、週1回程度から行けそうな日と登校回数を徐々に増やし、母と共に授業に参加することを続けた。しかし、母の付き添いなしの状態にもどすために、母の対応については教室外での見守り、パニックや表情の悪化等に備えての学校内での待機、学校外の近隣にての待機などを経て、約6カ月目にスクールバス乗車に成功し、一日の日課をこなすことができるようになった。その訪れは急で、そろそろスクールバスでの登校をと考えていた矢先、乗車に間に合いそうな状況で本児が自分から進んで起床したため、機をはずさず食事、着替えを促し、できるだけ平常に近い形で自宅を出発、バスに乗車させた。嫌がる様子はなく自然に乗車した本児であったが、自家用車で母も

Received
September 28, 2012

Accepted
October 27, 2012

Published
October 31, 2012

バスのあとを追ひ、何事もなく学校に到着し本児がバスから降り担任に引き継がれるのを確認した。そして、次の日から何事もなかったかのように、スクールバス登校にもどることができ、急な変化に家族も学校側も驚かされた。

このような形で、以前の学校生活にもどっていった本児であるが、母が授業に付き添う中でストレスの原因をチェックし、学校側に了解を得ながら対応してもらったことを挙げてみる。まず、制服から体育着、作業着、下校時にはまた制服、放課後にデイサービスを利用すればまた私服へと、一日に数回も着替えをすることがストレスの一つではないか、それにより荷物も必然的に増えて、持ち物の多さや重さもストレス要因ではないかと考えた。そこで、体育着登校、私服下校の了解を得て着替えの回数を減らし、かばんの中身も最小限に抑えて、学校に取り置きできる物は保管してもらい、毎日の荷物を減らしてみた。すると、登校前の朝の支度では、ジャージへの着替えを嫌がらなくなり、学校用かばんも自分で持つようになった。また、運動靴のマジックテープのかみ合わせへの強いこだわりも続いていたため、スリッポンと呼ばれる靴紐やマジックテープのないタイプに切り替えた、また、かばんも理由があり肩掛けタイプを使用していたが、リュックに切り替えた。学校との調整で一番大きかったのは、実態に合った学級配置をお願いし、中学2年進級時より一般学級在籍から重複学級への変更が認められたことであった。

学校生活が平常にもどれるように対応をしながら、並行して行っていたのが、外出の取り組みである。当初、学校への通学が難しかったため、家庭で過ごす時間が長くなってしまったが、外出して屋外で日の光を浴びること、体を少しでも動かすことが本児にとって必要であると考え、登校できない日でも、一度は外出するようにした。近隣の店への歩行での買い物、歩いて10分弱の祖父宅への訪問、30分2kmほどの商業施設への往復ウォーキングと外食、ヘルパー支援を受けながらの母とのプール通いなど、その日の体調や天気に配慮しながら、代わる代わる行った。冬場でもあり、寒さに弱い本児を公園のような場所に連れていくことはなかなか難しく、トイレでの長時間の座り込みや水場での頻繁な唾出し等もあったため、商業施設内の屋内ゲームコーナーは、行ける場所が限られている本児にとって大変有難いところであった。中でも、親子やヘルパーと一緒に複数で行える「太鼓の達人」というゲームでは、普段リズム通りに手拍子をすることもできない重度の知的障害のある本児が、このゲームをくり返すことで、ある程度正しいリズムが自力で打てるようになり、家族やヘルパーを驚かせた。そのゲームと併せて本児が喜んで取り組んだのが、「バスケットシュートゲーム」であった。ゴールネットにボールが入りシュートが決まると1ポイントと表示され、1分間で20ポイント獲得することを目標とするゲーム内容である。その他の生活面では多くの困難を抱えている本児が、ゲーム取り組み時に見せるこのような状況に、家族やヘルパーは賞賛と驚きの言葉をかけ続けた。そのことが本児の自分への自信を取り戻す大事な充電作業となっていたようだ。また、二つのゲームに対しほめられることで自信と意欲につながっていく本児の様子をつぶさに見ることは、家族やヘルパーにとって支援の方向性への自信と本児と共にがんばっていかうとする原動力ともなった。

生活面で特に問題だったのは、頻繁な唾出しが周囲へ与える不快感である。四六時中のことで、許容してもらえそうな場所も限られており、一緒に同席する家族にとっては、外出意欲が減ってしまうほどの回数であった。しかし、本児のためには家庭の外に出続ける努力が必要であり、母が考えた結果、小さめの自立できる紙袋の内側にビニール袋を入れ常に携帯

Received
September 28, 2012

Accepted
October 27, 2012

Published
October 31, 2012

し、水場に行かなくてもそれに唾出しをさせることにした。本児も嫌がることなくすぐに覚え、自分の席で小袋内に唾出しをすることができるようになると、唾出しのために離席をくり返すことが少なくなった。また、唾出しの意思表示で周囲の人を巻き込むことが多かったが、OKの合図なしでも自分で唾出し処理ができるようになり、本児にとってもストレス感は減ったように見受けられた。また、夜間就寝時に関しても枕元に洗面器を置き唾出しをさせるように教え、何度も起き上がって唾出しに行くことが減ったおかげで、家族と本人の負担もだいぶ軽くなった。以上が生活面への主な対処事項である。

次に医療的な部分で対処したことを挙げてみる。本児の受診に関しては、もともと様々な配慮が必要であったが、うつ類似症状を呈しているときは、さらに配慮を必要とした。診察室に入る時点から、不安感で一杯であり入室ができたとしてもすぐに退室しようとするため、ゆっくりと本人の症状を伝えることができない。そのため、本人の障害の程度と特徴を書いたプリントを作成し、現在のうつ類似症状の様子やその診療科で診てもらいたい症状について書き加え、診察前に医師に読んでもらい、入室後は最短の時間と手間で診察が終えられるように各病院で配慮してもらうことで、スムーズに受診することができた。病院と医師に関しても、本児への対応を考えて選んだのはもちろんのことである。

まず、児童精神科の主治医には、うつ類似症状と朝起きがけの黄色い液状の唾について伝え、ストレスによる胃炎症状との診断を受け胃薬の投薬を行った。また、トイレへの座り込みを便秘からくるものと考え、整腸剤の投薬も主治医の指示で行った。併せて市販の便秘薬（のみ薬）を投薬し便秘の改善を行ったが、これは日々の状況を見て両親で判断し時々使用した。胃炎と便秘の症状は、投薬により、比較的速やかに改善された。

鼻水に関しては、もともとアレルギー性鼻炎を患っていたが、これまでにない重症な状態であり、耳鼻科の医師と相談して鼻炎薬以外に抗生剤も投薬し、点鼻薬も使用を開始した。点鼻薬は容器を直接鼻に入れて噴霧するため、最初は嫌がっていた本児だが、次第に慣れてさせてくれるようになった。投薬後鼻水の量はだいぶ改善され、症状の変化を見ながら、耳鼻科に通院して治療を続けた。

飲み込みの心配をしながら、口の中をチェックしていたら、食欲減退による栄養不足やストレスからか、口内炎が見つかり、皮膚科で受診後、塗り薬による投薬治療を開始した。治った口内炎もあったが、唇の裏にできたイボ状の口内炎は、本人が何度も手でいじったり、口を動かすたびに歯に触れたりするため、なかなか治癒しなかったが、一年後あたりにいつのまにか消えていた。

初めてのてんかん発作から7、8カ月経っていたが、うつ類似症状が急にひどくなったこの時期に、てんかん発作も起こった。それまで本児の拒否により脳波検査ができない状況であったが、再度脳波検査に挑戦し、数回目に何とか検査をすることができ、左前頭葉にてんかん波が確認された。しかし、発作の回数が少なく、すぐには投薬開始はせずにしばらく様子を見ることになった。後日、半年後に全身強直間代痙攣発作があり、投薬を開始している。

次に精神面での対処について挙げてみる。まず、母親が本児のそばを24時間離れることができない状況に陥ったほどの分離不安が起こった。このような状況は、乳児期からその頃まで一切なく、比較的周囲の人たちに構って構われ、対人関係ではあまり問題なく過ごしてきた本児であったため、よほどのストレスや原因があるのだろうと推察された。そばを離れさせないだけではなく、母親への強制的な指示があり、トイレに本児が座っているときは、

Received
September 28, 2012

Accepted
October 27, 2012

Published
October 31, 2012

目の前に直立不動で立ち、足を崩したり少しでも動くことを許さないような状態であった。動いたことに気付くと奇声を上げ、立ち位置や姿勢を指定し直すのくり返しで2時間余り続くこともあった。夜中には、たびたびトイレの訴えがあり、その状況下でやっと終えて寝室にもどっても、5分後には、また訴えがあり同じことをくり返すような状況が続いた。このような母への厳しさやこだわりが他の家族以上に強く出現したが、この時期はすべて受け入れ共に過ごすことが本児の精神的な苛立ちを改善することにつながると考え対応した。しかし、1カ月近くこのような状況が続くとさすがに母の体力的にも精神的にも厳しさが増し、少しずつ外部へ目を向けさせるように方向づけていった。その時に、考えたのがヘルパー支援による外出時の二人対応である。母なしで外出する時間を作り、母の休養と本人の今後に向けた支援を考え進めてみた。通常、ヘルパーは一人対応であるが、うつ類似症状が顕著になってからは、ヘルパー支援の外出にも母が同行していたのを、ヘルパー支援の事業所の協力で二人体制での支援を始めることができた。そして、母の付き添いなしの外出支援ができるようになると、本児も自信を取り戻したのか、喜怒哀楽の表情や表現が随所に見られるようになり、生き生きとした表情が多くなった。

Ⅲ. 考察

本児の不安症状に関しては自閉症というおおもとの障害が変わることはなく、今後もくり返すことが予想される。しかし、気になる症状を悪化させることを防ぐために、状態の変化をいち早く見つけ、その原因を探り早めの対応をすることが重要である。また、学校、家庭や支援機関において、それぞれの構造化を図るなどの努力も必要とされる。個々人で不安症状の実態は違って当然だと考えるが、まとめとして、学校や家庭において般化できるであろう6つの事項を、以下に挙げておく。

- (1) できる動作であっても、適切な補助や支援を必要とする場合がある。

できる動作は多いが、視覚 - 運動模倣により獲得された自力可能動作が多く見受けられ、周囲の見様見真似や、これまでの繰り返して何となくできている場合がある。理解に裏打ちされていない自力可能動作の場合、言葉の指示のみでは難しいが、精神的な支えがあればできることもあると考えられるので、誘導的な少しだけの補助や細かな言葉かけなどをくり返し行った方がよい。

- (2) 獲得済みの動作やスキルでも、補助の要求に応えた方がよい場合がある。

不安感からくる過敏等により、衣服や何かに触れることがつらい場合があると考えられるため、本人からの手伝ってほしいという要求があるときは応えるようにする。やればできるはずだと待つのではなく補助をお願いできたことをほめてやり、その動作を手伝ったり、行動を代弁して上げるとよい。

- (3) 指示を伝えた場合には、活動の最後まできちんと付き合い終了の確認をする。

口頭での指示をしたあとは、途中の確認などの言葉かけがないと本人にとってストレス

が大きいと考えられる。言いつ放しにはせず指示通りに行えるか最後まで見守り、本人ができないときには「できなかったら手伝おうか？」等の言葉かけをして本人の意思を確認してから、補助をして行動の終了まで付き合う。また、行動終了後「できたね」「がんばったね」等の言葉かけで終了の確認をする。そして、何かしたいことがあるのか等本人の意思を尋ねたり、次の指示を行った方がよい。

- (4) 自発的な行動ができない場合には、本人にまかせず、共に活動することが必要である。

自分から自発的に動くことがなかなかできないため、何をしたいかわからないときに、不安感が起こると考えられる。本人にすべてまかせた状態をできるだけ作らないように配慮し、休み時間や自由時間なども「休み時間は好きなことをしていいよ」で終わることはせずに、一緒に過ごしてあげるようにした方がよい。

- (5) 今の支援者はだれであるのか常に本人に伝え、安心感を与える必要がある。

教師やスタッフの引継ぎ時には、今は誰が自分の担当者なのかわからないと不安になると考えられる。その時には、言葉かけがあると、理解や我慢ができると思われるので、「次は～先生だよ、バトンタッチするね」「～とってくるから、みんなと待っていてね！」「～先生と待っていてね！」などの言葉を投げかけた方がよい。

- (6) 支援者は常にてんかん発作が起こりうることを想定し、対応できる体制でサポートを行う。

てんかん発作の可能性がある場合、立位から倒れると頭部への衝撃が大きくなることが予想されるため、非常に危険であると考えられる。特に全身性の痙攣発作の場合には、危険回避が一切できない。指示がない場合や自由時間などは、できるだけ座らせた方が安全である。立位のときには、発作時の倒れ込みにすぐ対応できる位置を考えながらサポートするとよい。また、体調不良や不安時にてんかん発作を起こしやすいことを念頭におき心身共に児童・生徒に寄り添った支援を行うとよい。

以上の6つの不安症状への対処事項が、特別支援学校や特別支援学級での教育において参考になればと思う。また、中学部入学後の本児の大きい変化を考えたとき、学校の教育体制との関わりはなかったのかどうかなども、いずれ検証していきたいと考えている。

この報告が、現場の多忙や対応の厳しさに目を背けることなく、ひとり一人の症例に関して向き合っていく体制作りに役立ってくれればと思う。

文献

- 1) 川住隆一 (2002) 障害児教育指導法 放送大学教材,199.
- 2) 小宮三彌・末岡一泊・今塩屋隼男・安藤隆男 編集(2002)障害児発達支援基礎用語辞典 川島書店 178-179.

Received
September 28,2012

Accepted
October 27,2012

Published
October 31,2012

- 3) 太田英樹 (2006)東京知的障害研究会『自閉症児の理解と授業づくり 重い知的障害の子どもたち』, 56-65.
- 4) 太田昌孝・永井洋子(1992) 自閉症治療の到達点 日本文化科学社,28-35.

項 目	症 状
食事に関する症状	<ul style="list-style-type: none"> ・首を回したり伸ばしながら、きつい表情で嚥下する ・食べ物を味わったあと飲み込まずに口から出す ・選り好みが増え、今まで好きだった食べ物や食材も拒否することが増えた ・汁物や食べ物から出た水分を口から出して、食器にもどす ・嘔吐ではない
鼻水や唾に関する症状	<ul style="list-style-type: none"> ・鼻水をところ構わず出し続け、自分で始末をしない ・唾が多くなり唾を口に溜め込み、口から出す ・唾出しによる水場への頻繁な行き来や水場以外への唾の吐き出し ・寝ながらもたくさん唾が出る ・起きがけに黄色い唾状の物を口からたくさん出す
生活面の症状	<ul style="list-style-type: none"> ・ある行動から次の行動へなかなか移れない ・どの行動も手取足取りの援助が必要になった ・自分で考えたり、決定するのを極力嫌がる ・便秘等でトイレでの長時間の座り込みが増えた ・こだわりによる着替えの時間が長くなった ・着替え時の裾直しなど細かなこだわりの増加 ・食事時間の長時間化と吐き出し唾出し等でのマナーの悪化 ・睡眠時間が長くなり、なかなか起床できない ・おねしょの回数が増えた ・制服着用、学校用かばんの拒否 ・家族への影響（24時間介護が必要な状況）

表 1 問題行動の症状

Received
September 28,2012

Accepted
October 27,2012

Published
October 31,2012

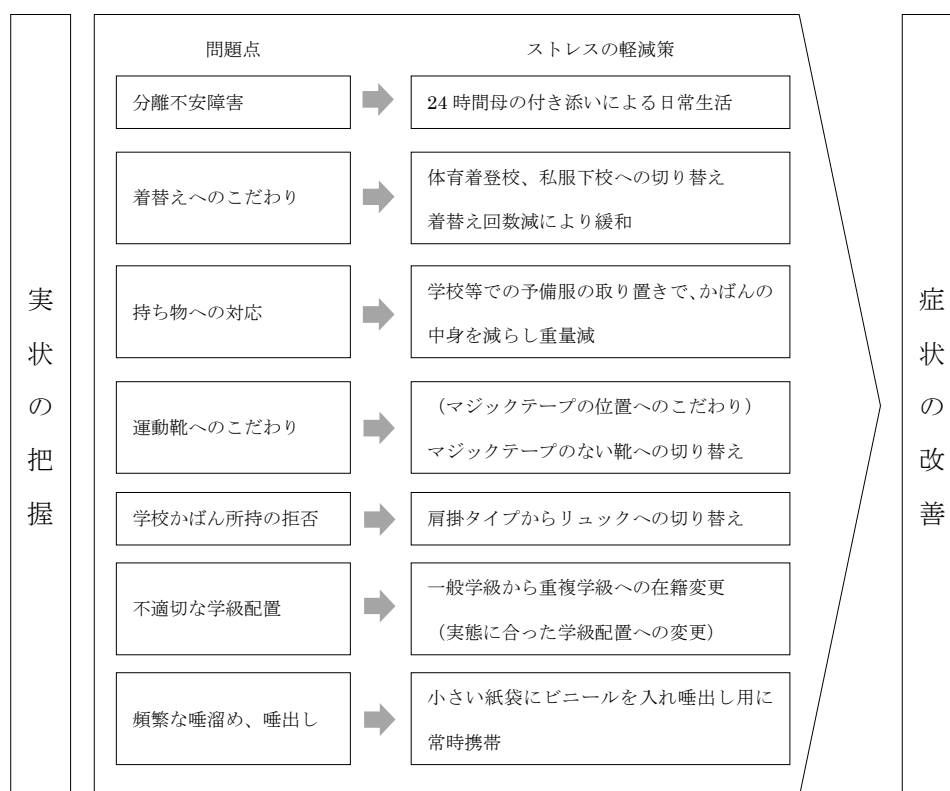


図 1 生活面の対処事項

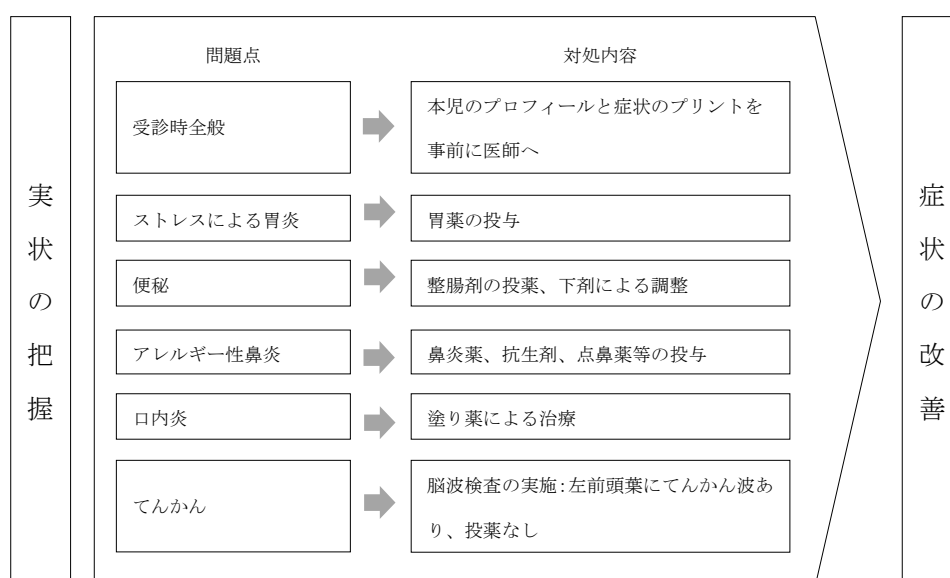


図 2 医療的な対処事項

Received
September 28,2012

Accepted
October 27,2012

Published
October 31,2012

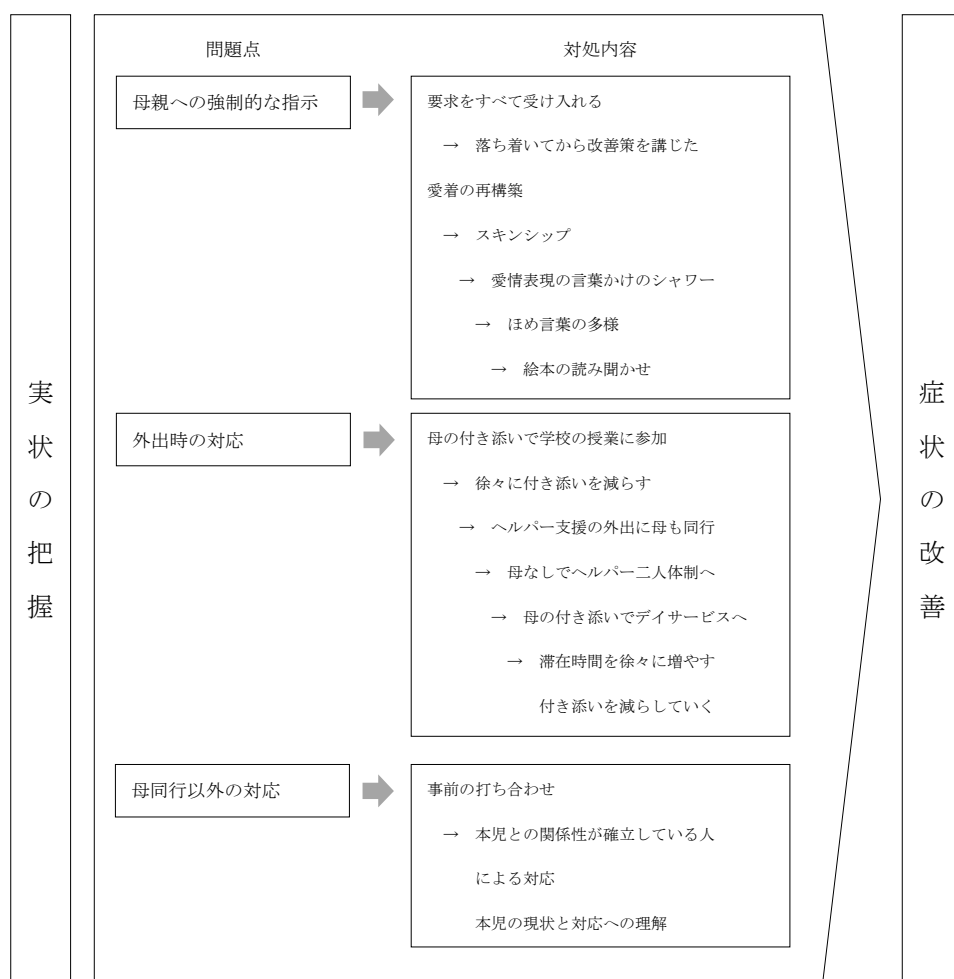


図 3 精神的な対処事項

Received
September 28, 2012

Accepted
October 27, 2012

Published
October 31, 2012

投稿規程

1. 投稿の内容について：本誌への投稿原稿は、ヒューマンサービスに関連する諸領域の進歩に寄与する学術論文とし、他誌に掲載されていないもの、もしくは掲載予定のないものに限る。
2. 倫理規定について：投稿原稿は、以下に沿ったものとする。
 - ・ヒトを対象とした研究に当たっては、Helsinki 人権宣言に基づくこと。
 - ・その際、インフォームド・コンセント、所属研究機関あるいは所属施設の倫理委員会、それに準ずる機関の承認を得ていることが望ましい。
 - ・個人情報保護に基づき、症例報告等では匿名化すること。
 - ・なお、十分な匿名化が困難な場合には、論文発表とそれに伴うリスクについての同意を文書で得ておくこと。
3. 著作権について：本誌掲載後の論文の著作権は、Asian Society of Human Services に帰属し、掲載後は本研究会の承諾なしに他誌に掲載することを禁じる。
4. 著者について：本誌への投稿の筆頭著者は Asian Society of Human Services 会員に限る。
5. 投稿承諾について：投稿に際しては、共著者全員がその内容に責任をもつことを明示する。
6. 利益相反について：利益相反の可能性がある商業的事項（コンサルタント料、寄付金、株の所有、特許取得など）を報告しなければならない。
7. 英文校閲について：英文論文の場合は、必ず英語を母国語とする外国人に校閲を受けることとする。
8. 投稿区分について：投稿論文の区分は下記の基準によるものとする。
 - ①原著：独創性があり、結論が明確である研究報告。
 - ②短報：斬新性があり、速やかな掲載を希望する研究報告。
 - ③症例報告：会員・読者にとって示唆に富む、興味ある症例報告。
 - ④実践報告：会員・読者にとって示唆に富む、興味ある実践報告。
 - ⑤その他：“総説”、“会員の声”など。
9. 投稿原稿について：本規定および執筆規定に従うものとする。
10. 採否について（査読）：投稿論文の採否は、その分野の専門家である複数の査読者の意見を参考に編集委員会で決定する。修正を要するものには編集委員会の意見を付けて書き直しを求める。修正を求められた場合は 90 日以内に修正原稿を再投稿すること。期限を過ぎた場合は新規投稿論文として処理される。
11. 校正について：著者校正は初校のみとし、文章の書き換え、図表の修正は原則として認めない。
12. 掲載料について：掲載料は規定の範囲内までは無料とするが、それを超えるものに関しては実費負担とする。特急掲載およびカラー掲載希望の場合は全額実費負担とする。
13. 別刷について：別刷はすべて有料とし、50 部単位での希望に関して実費負担とする。
14. 原稿送付について：原稿は下記の E-mail アドレスに送ること。

Asian Society of Human Services 事務局 編集担当

〒198-0024

東京都青梅市新町 8-24-25

TEL : 04-2968-9083

FAX : 04-2968-9084

E-mail : hancw917@gmail.com

執筆規程

- 言語は英文または和文とする。
- 論文は英文・和文を問わず、表題頁、著者頁、英文要旨、本文、文献、図説明文および図・表の順で構成されるものとする。投稿区分ごとに必要とされるものは下記の表に従うものとする。「著者頁」以外には著者を特定できる情報は入れないこと。
 - 1頁目は表題頁とし、投稿区分、表題（和英）のみを記載するものとする。
 - 2頁目は著者頁とし、筆頭著者および共著者の氏名（和英）、所属/住所（和英）、連絡先、住所、E-mail アドレス等を記載するものとする。
 - 3頁目は英文要旨頁とし、論文の要旨と**Key words**（和英）のみを記載するものとする。
Key words は日本語およびそれに対応する英語を記載するものとする。単語は原則として規定 5 に従い、名詞形で 5 語以内とする。
 - 本文は①～③の必要頁とは別に頁を改め、頁数を1頁より始めるものとする。本文は原則的に、原著・短報では「はじめに」「方法」「結果」「考察」、また症例報告では「はじめに」「症例」「考察」のスタイルで構成するものとするが、論文の内容によっては柔軟な構成を認める。
 - 図・表は1頁に1点ずつ記載するものとする。図には原則として説明文を付けるものとする。
- 和文論文は A4 判の用紙に横書きで記載し、本文は 1 枚 1000 字程度とする。英文論文も A4 判の用紙にて記載する。いずれもパソコンのワープロソフトを使用すること、文字の大きさを本文は 10.5、タイトルは 14、小タイトルは 12 ポイント程度に設定し、行間、上下左右の余白については特に定めないこととする。

和文・英文論文（A4 判）

投稿区分	表題	著者頁	英文要旨 Key words	本文 1 枚：1000 字程度
原著	1 頁	1 頁	500 語以内	30 枚以内
短報	1 頁	1 頁	500 語以内	15 枚以内
症例報告 実践報告	1 頁	1 頁	—	15 枚以内
総説	1 頁	1 頁	500 語以内	30 枚以内
会員の声	1 頁	1 頁	—	2 枚以内

- 原稿枚数は上記の表の通りとする。
- 原稿はひらがな・口語体・現代仮名遣い・常用漢字を使用することとする。
- 数字は算用数字を用いることとする。
- 数量は MKS (CGS) 単位とし、mm、cm、m、ml、*l*、g、kg、cm² などを用いることとする。
- 特定の機器・薬品名を本文中に記載するときは以下の規定に従うものとする。
 - 機器名：一般名（会社名、商品名）と表記する。
 〈表記例〉MRI (Siemens 社製, Magnetom)
 - 薬品名：一般名（商品名®）と表記する。
 〈表記例〉塩酸エペリゾン（ミオナール®）
- 略語を用いる場合は初出時にフルスペル、もしくは和訳も併記する。
- 文献は著者のアルファベット順または本文中での引用順に記載し、通し番号をふるものとする。
 〈表記例〉
 - 増田雅暢(2007)「韓国の介護保険の成立と今後の課題」週刊社会保障 Vol. 61, 36-43.
 - Song Tae-min, Lee Jung-sun(2010)「日本の少子化・高齢化現況と対策」保健福祉フォーラム, Vol. 50, 100-101.
 - Yamamoto Mikiko (2007) Community General Support Center and long-term care insurance system, Sogo Rehabilitation, Vol.35(4), 327-332.

Instructions for Authors

1. Manuscript

Submitted manuscript is academic essay which contribute to progress of all areas of Human Services. So it is not posted on other magazines and also will not be posted on any magazines elsewhere.

2. Research Ethics : The Categories of contributions are basically followed below types.

- 1) For all manuscripts involving human participants, the principles outlined in the Declaration of Helsinki should be followed.
- 2) formal approval by ethics committee of the institution or facility that author(s) is affiliated with or appropriate institution should be required
- 3) If human participants cannot be dealt with anonymously, permission form of the release of personal information should be included when to submit the manuscript.

3. Copyright

The copyright of the manuscript submitted is transferred to Asian Journal of Human Services and it is prohibited to publish through other journals without approval of Asian Journal of Human Services after publication.

4. Qualification for Contribution

The authors who can submit manuscripts are limited to the members of Asian Journal of Human Services.

5. Authorship Responsibility

All authors of manuscript submitted must clearly state that they all take full responsibility of its contents.

6. The Conflict of Interest

Commercial issues relevant to the conflict of interest must be reported including consulting cost, fund, stock ownership, patent acquisition, etc.

7. English Proofreading

Manuscript submitted in English must be proofread by native English speaker.

8. Category of Contribution

- 1) Original Work: Study or research with unique and clear conclusions
- 2) Short Communication: Original study or research to be desired to be published as soon as possible
- 3) Case Report: On-site case report to give suggestions to members or readers
- 4) Activity report: On-site Activity Report which gives interesting suggestion to members or readers.
- 5) Others: "Overview", "Comment" etc.

9. The Style of Manuscript

The style of manuscript must be submitted pursuant to Publication Manual of Asian Journal of Human Services.

10. Judgment

Acceptance of manuscript submitted is determined by editorial committee with consulting reviews of more than two external experts in the field. The contents that are determined to need corrections should be corrected including the opinions of editorial committee. Corrected manuscript should be submitted again within 90 days after the request of correction and if not, it will be considered as newly submitted manuscript.

11. Proofreading by author(s)

Proofreading by author(s) can be conducted only for the first proof and sentences, figure and tables must not be changed.

12. Publication Fee

Publication Fee is free when it satisfy its specified range, but when it over its range, exceeded part is imposed on author.

13. Offprint

Cost of offprint must be fully paid by author and offprint will be published by 50 volumes.

14. Submission of Manuscript: Manuscript written pursuant to publication manual must be submitted via e-mail by

attaching manuscript file.

<Asian Journal of Human Services >

8-24-25 shinmachi, Ome-City, Tokyo, Japan198-0024

Tel: 04-2968-9083

Fax: 04-2968-9084

E-mail: hancw917@gmail.com(Han Chang-Wan)

Publication Manual

1. The manuscripts must be submitted in Japanese or English.
2. Regardless of the English, Japanese language, the manuscript is composed in sequence with title page, author page, English title page, text, references, figures and tables. Refer to the following table when you needs information by parts. Except author's page, the information of author(s) must not be included.
 - 1) First page
First page is a title page to provide category, title in English or Japanese.
 - 2) Second page
Second page is an author's page to provide full names, institutional affiliation, complete contact information(postal/mail address, telephone and fax number and e-mail address) of all authors in English.
 - 3) Third page
In English Abstract page, it should contain Abstract of manuscript and Keyword. Key word must be written in English. Words should be made of five or less than five nouns and should be written according to Rule 5.
 - 4) Text of manuscript is Besides of ①～③, the text of manuscript must be newly started as the first page numbered consecutively. The text of manuscript for original paper is the text of original material; for short, introduction, materials and methods, results and discussion; for case reports, introduction, case study and discussion. It is adjustable according to manuscript's contents.
 - 5) Figures and tables must be inserted to one per page. Figures must contain explanation.
3. For the manuscripts in Japanese, it must be written in horizontally on A4 size paper and completed within 1000 words per a page. For the manuscripts in English, it is also written in horizontally on A4 size paper. Both manuscripts should be written by word processor soft ware, formatting letter size as 10.5 points and strap-line should be 12 points. Formatting of line spacing and blank of papers are allowed to compose personally with author's convenience. There is no need to made abstract in manuscript in Japanese.
Manuscript in English Japanese (A4)

Category	Title· (page)	Author's Page	Cover page and Keywords in English	Text (Less than 1000 words per page)
Original paper	1	1	Less than 500 words	30page
Short paper	1	1	Less than 500 words	15page
Case report& Activityreport	1	1	—	15page
Review article	1	1	Less than 500 words	30page
Comments	1	1	—	Less than 2page

4. As for the number of pages of manuscript, see the above table.
5. The manuscript in Japanese must be written in Hiragana, colloquial style and Chinese characters in common use.
6. For the numbers, Arabic numerals must be used.
7. MKS (CGS) must be employed for quantity units including mm、cm、m、ml、*l*、g、kg、cm², etc.
8. Names of Devices and Drugs are prescribed pursuant to the rules as below.
 - * Names of Devices: Use nonproprietary names(company name, product name) of devices.
<ex> MRI(Siemens, Magnetom)
 - * Names of Drugs Use nonproprietary names(product name) of drugs.
<ex> Hydrochloric acid eperison (Myonal®)
9. When using abbreviations in the manuscript, it should be written in Full spelling.

10. References must be listed according to the names of authors in descending order or according to the order that the references were referred to in the text of manuscript and consecutive numbers are added to References. Literature in Korean must be listed in English only if it is available to written in English. When it is not, it is allowed to written in Korean according to following conditions.

<ex>

- 1) 増田雅暢(2007)「韓国の介護保険の成立と今後の課題」週刊社会保障 Vol. 61, 36-43.
- 2) Song Tae-min, Lee Jung-sun(2010)「日本の少子化・高齢化現況と対策」保健福祉フォーラム, Vol. 50, 100-101.
- 3) Yamamoto Mikiko (2007) Community General Support Center and long-term care insurance system, Sogo Rehabilitation, Vol.35(4), 327-332.

査読結果報告書

[報告日： 年 月 日]

査読対象論文

[No.]

査読結果

- A 採択
- B 条件付き採択（修正採択）
- C 再投稿
- D 不採択

コメント

Asian Society of Human Services

Chairman

JAPAN	Takahito TAKEUCHI	International University of Health and Welfare Graduate School Japan Power Rehabilitation Society Chairman
KOREA	Youngjin YOON	Keimyung University Korea Social Service Society the Former Chairman

Vice-Chairman

JAPAN	Yoshiki KATAOKA	Umenoki-Kai Social Welfare Corporation Chairman Hanshin University
KOREA	Injae LEE	Hanshin University Korea Social Service Society Chairman

Director

JAPAN	Yasuyoshi SEKITA	Tohoku Fukushi University
	Masahiro KOHZUKI	Tohoku University
	Keiko KITAGAWA	Saga University
	Hideyuki OKUZUMI	Tokyo Gakugei University
	Atsushi TANAKA	University of the Ryukyus
	Tetsuji KAMIYA	Tohoku University
	Akira YAMANAKA	Hokkai-Gakuen University
	Kyoko TAGAMI	Hirosaki University
	Takeshi NONAKA	Japanese Association of Psychiatric Rehabilitation Chairman
	Ryoji ARITSUKA	Department of Psychiatry OKINAWA Cooperative Hospital

Director

KOREA	Hokyung LEE	Korea Association of Senior Welfare Centers Chairman
	Sunwoo LEE	Inje University
	Yongdeug KIM	Sungkonghoe University
	Byongdon SHON	Pyeongtaek University
	Eunjeong KIM	Keimyung University
	Kyunghee BYON	Hanshin University
	Jaewon LEE	Pukyong National University
	Giyong YANG	Pukyong National University
	Boram HWANG	Pusan National University
	Hyunuk SHIN	Jeonju University
	Gimin LEE	Korea Association of Senior Welfare Centers Chairman

Secretariat

Secretary General / Director	Changwan HAN	University of the Ryukyus
Sub-Secretary General / Director	Rie KATAOKA	General Incorporated Association Human Service Smile Chairman
Sub-Secretary General	Yukio HASHIMOTO	Umenoki-Kai Social Welfare corporation
Secretariat Staff	Kaori HATA	Umenoki-Kai Social Welfare corporation
	Shigeru MIZUGUCHI	Umenoki-Kai Social Welfare corporation
	Jeongah YOON	Umenoki-Kai Social Welfare corporation
	Moonjung KIM	Tohoku University
	Sunhee LEE	Tohoku University
	Heajin KWON	Ritsumeiken University
	Eunae LEE	University of the Ryukyus
	Aiko KOHARA	University of the Ryukyus

Asian Journal of Human Services

— Editorial Committee —

Chief Editor	JAPAN	Atsushi TANAKA	University of the Ryukyus
--------------	-------	----------------	---------------------------

Chief Editor	KOREA	Sunwoo LEE	Inje University
--------------	-------	------------	-----------------

Editorial Board	Tetsuji KAMIYA	Tohoku University
	Akira YAMANAKA	Hokkai-Gakuen University
	Hideyuki OKUZUMI	Tokyo Gakugei University
	Byongdon SHON	Pyeongtaek University
	Kyunghee BYON	Hanshin University
	Chen li TING	Sophia School of Social Welfare

Asian Journal of Human Services VOL.3

発行	平成 24 年 10 月 31 日
発行人	Takahito TAKEUCHI ・ Youngjin YOON
発行所	Asian Society of Human Services 〒198-0024 東京都青梅市新町 8-24-25 TEL 04-2968-9083 FAX 04-2968-9084
販売	一般社団法人ヒューマンサービスマイル TEL 04-2968-9083 FAX 04-2968-9084

定価	¥2,000 円（税別）
----	--------------

*落丁・乱丁本はお取り替え致します。

*本書は、「著作権法」によって、著作権等の権利が保護されている著作物です。本書の全部または一部につき、無断で転載、複写されると、著作権等の権利侵害となります。上記のような使い方をされる場合には、あらかじめ本研究会の許諾を求めてください。

Printed in Japan

CONTENTS

REVIEW ARTICLES

- How Did 'Difficult to Involve' Parents Emerge in Early Childhood Care and Education?
-A Discussion of Research Trends on Family Support and Relationship with Guardians..... **Tetsuji KAMIYA** • 1
- The Review of the Studies on the Fall Prevention Exercise Programs for Elderly Persons..... **Jaejong BYUN** • 16
- Current issues in driver's license of people with intellectual disabilities..... **Atsushi TANAKA** • 32

ORIGINAL ARTICLES

- The Changing Characteristics of In-home Care Service Providers in the U.S. and in the
UK: Implications for South Korea **Yongdeug KIM,et al.** • 38
- Assessing Training System for Social Service Workers in South
Korea: Issues and Policy Agenda **Jaewon LEE,et al.** • 60
- Relationship between depression and anger **Noriko MITSUHASHI,et al.** • 77
- Workaholism Determinant Variables of Social Workers and Care Workers
in Senior Welfare Centers in Korea **Jungdon KWON,et al.** • 87
- The Exploration of Financial Resources of Financial Adjustment System
and Social Welfare in Japan **Haejin KWON,et al.** • 105
- Relation between the importance of school education and after-school activity programs
and age, sex, and school type for school-aged children with disabilities..... **Hideyuki OKUZUMI,et al.** • 131
- A Study on the Vitalization of Silver Industry by Analyzing the Needs of Silver
Industry in the Daejeon, South Korea **Gowhan JIN** • 138
- A Comparative study on Factor Analysis of the Disabled Employment between
Japan and Korea **Moonjung KIM,et al.** • 153
- Relationship between Teacher Mental Health that Involved
in Special Needs Education and Sense of Coherence **Kohei MORI,et al.** • 167

SHORT PAPERS

- The Analysis of Disaster Mitigation System and Research on
Disaster Rehabilitation. **Keiko KITAGAWA,et al.** • 177
- The Trend of International Research on University Learning Outcome and
Quality of Life and Mental Health of University Students
..... **Changwan HAN,et al.** • 189
- The research trend and issue of hospital school in the education for the health impaired
..... **Aiko KOHARA,et al.** • 198
- Bibliographical consideration about the current situation and the problem to be solved
about cooperation between teachers in hospital classrooms and other staffs..... **Remi KAKUTANI,et al.** • 208
- The Current Status and Issues in Korean Barrier-Free General School
..... **Eunae LEE,et al.** • 219

CASE REPORT

- Approach for the problematic behaviors of autism complicated with severe and multiple disabilities
~ a case study of a first year junior high school student in daily living ~
..... **Kazumi SUGIO,et al.** • 229