

Asian Journal of
**HUMAN
SERVICES**

Printed 2013.0430 ISSN2186-3350

Published by Asian Society of Human Services

*A*pril 2013
VOL. **4**



Asian Society of Human Services

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 needs 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。

 原著論文

- | | | | |
|--------|---|---|------|
| 原著論文 1 | ▶ | A Research Study on the Disaster Prevention and Disaster Risk Reduction of the Rehabilitation Facilities for the Disabled
Keiko KITAGAWA, Minji KIM, Sunhee LEE, Changwan HAN | P.1 |
| <hr/> | | | |
| 原著論文 2 | ▶ | Current Conditions and Effectiveness of the Housework Home Care Visiting Helper program in Korea
Sunwoo LEE | P.14 |
| <hr/> | | | |
| 原著論文 3 | ▶ | Recognition of the Necessity of Practical Disaster Nursing Education among Nursing Teachers in Japan
Hitomi MATSUNAGA, Koichi SHINCHI, Kazuyuki AKINAGA, Setsuko UMEZAKI | P.30 |
| <hr/> | | | |
| 原著論文 4 | ▶ | The Relationship between Social Participation and the Health Related Quality of Life of the Community-Dwelling Elderly in South Korea
Sookkyoung BAE, Minji KIM, Eunju LEE, Gimin LEE | P.40 |
| <hr/> | | | |
| 原著論文 5 | ▶ | Inhibitory control measured using the Stroop color-word test in people with intellectual disabilities
Yoshifumi IKEDA, Hideyuki OKUZUMI, Mitsuru KOKUBUN, Koichi HAISHI | P.54 |
| <hr/> | | | |
| 原著論文 6 | ▶ | 過程分離手続きを用いた抑うつにおける記憶バイアスの検討：うつ病対策に向けての基礎的研究
田上 恭子 | P.62 |
| <hr/> | | | |
| 原著論文 7 | ▶ | QOL の観点に基づいた日本の障害者雇用促進制度設計に関する研究 –WHOQOL を用いた障害者の雇用の促進等に関する法律の分析と考察–
權 偕珍, 小原 愛子, 韓 昌完, 佐藤 卓利 | P.77 |
-

総 説

- | | | | | |
|---|-----|---|--|-------|
| 総 | 説 1 | ▶ | Korean Rehabilitation Counseling Practice and Personnel Training
Hyunuk SHIN | P.88 |
| 総 | 説 2 | ▶ | Theoretical Background of Health Related Quality of Life (HRQOL) and Literature Reviews on its Definition
Aiko KOHARA, Changwan HAN, Atsushi TANAKA,
Masahiro KOHZUKI | P.103 |
| 総 | 説 3 | ▶ | サバイバー・シンドロームに関する近年の研究動向
—リストラ後、組織に残る人々の心理—
森 浩平, 大庭 さよ, 小原 美樹, 高島 麻巳子, 京牟禮 彩,
熊井 正之, 田中 敦士 | P.113 |
| 総 | 説 4 | ▶ | 障害乳幼児教育・保育の現状と課題—特別支援学校幼稚部を中心に—
児嶋 芳郎 | P.121 |

短 報

- | | | | | |
|---|-----|---|--|-------|
| 短 | 報 1 | ▶ | もの忘れ外来を受診したアルツハイマー型認知症高齢者の
臨床的類型化
野瀬 真由美, 納戸 美佐子, 仙波 梨沙, 上城 憲司, 谷川 良博,
小川 敬之, 中村 貴志 | P.137 |
|---|-----|---|--|-------|

実践報告

- | | | | |
|--------|---|--|-------|
| 実践報告 1 | ▶ | ボランティアと認知症高齢者のコミュニケーションの分析
納戸 美佐子, 野瀬 真由美, 仙波 梨沙, 上城 憲司, 中村 貴志 | P.149 |
| 投稿規程 | | | P.159 |
| 執筆規程 | | | P.160 |

ORIGINAL ARTICLE

A Research Study on the Disaster Prevention and Disaster Risk Reduction of the Rehabilitation Facilities for the Disabled

Keiko KITAGAWA¹⁾, Minji KIM²⁾, Sunhee LEE³⁾, Changwan HAN⁴⁾

1) Faculty of Culture and Education, Saga University

〒840-0027, 1, Honjo-Machi, Saga, Japan

kitagake@cc.saga-u.ac.jp

2) Division of Biostatistics, Tohoku University Graduate School of Medicine

3) Educational Informatics Education Division, Tohoku University

4) Faculty of Education, University of the Ryukyus

ABSTRACT

When disasters occur, the disabled who are vulnerable to disasters are supposed to flee to the rehabilitation facility for the disabled. Therefore, the disaster drills need to be steadily and regularly conducted for the smooth execution of emergency evacuation. This study aimed to improve the coping ability of the rehabilitation facility for the disabled and provide with the information necessary for the establishment of developmental countermeasures against disasters in the future by understanding the current situation of disaster drill in the rehabilitation facilities for the disabled in Japan and analyzing the awareness of emergency evacuation from disasters.

It is almost impossible to forecast how severely disasters will give damages and where and when they will occur. Therefore, we need to prepare for the worst conditions due to disasters. Needless to say, the high level of disaster consciousness of the staff of rehabilitation facilities for the disabled will be useful for rapid and smooth evacuation from disasters. The future countermeasures against disasters should consider the unique characteristics of the disabled and the disaster prevention planning needs to be established according to the types of facilities and their sizes and locations.

<Key-words>

Rehabilitation facility for the disabled in Japan, disaster drill, disaster consciousness
Asian J Human Services, 2013, 4:1-13. © 2013 Asian Society of Human Services

Received
December 18, 2012

Accepted
February 28, 2013

Published
April 30, 2013

I . Background

Even though social infrastructure such as health care and welfare system has been excellently established, people's life and property can be demolished at once by natural disasters. If the areas are prone to the occurrence of disasters, this kind of risk may become bigger and severer; the countermeasures against disasters for emergency evacuation are required urgently.

According to the White Paper on Disaster Management 2010, Japan is located in the circum-Pacific mobile zone where seismic and volcanic activities occur constantly. Although the country covers only 0.25% of the land area on the planet, the number of earthquakes and distribution of active volcanoes is quite high. The land of Japan is also subjected to very severe natural conditions including heavy rainfall, heavy snow, steep topography and vulnerable geological features, resulting in a higher propensity for the occurrence of natural disasters. When summer comes after spring, the seasonal rain front stays on Japan and causes heavy rain. The typhoons that goes north from tropical regions during summer and fall influence the weather of Japan, and cause rainstorms, because they arrive in or approach Japan every year. During winter, the dry and cold air from Siberia that is supplied with steam in the coasts of Japan causes heavy snow and rains near the shore, which afflicts Japan. Moreover, the topography of Japan has caused many sediment disasters; the land of Japan includes a lot of rugged mountains, valleys and steeps, which produces dry avalanche by the occurrence of earthquakes and volcano activities. Most of earthquakes occur in the border between plates. Japan is located on the borders among Pacific Plate, Philippine Sea Plate, North American Plate and Eurasian Plate; this is the reason that 10% of total number of earthquake on earth occurs in Japan(Cabinet office, Government of Japan 2010). As for the earthquake, recently the Great East Japan Earthquake caused the huge loss of life and property and also the radiation leak as its second disaster startled the world; among the secondary disasters, the fire caused by earthquake did harm greatly. The large scale of fire that was caused by the Great Hanshin Earthquake in 1995 completely destroyed 7,000 buildings and 9,000 households¹.

Recently the importance of disaster prevention management has been on the rise, as the scales of disasters have become bigger and so does those of damages. The disaster prevention measures have become the most important among other administrative ones to enable people to keep their life and property safe from disasters. However, when any other large scale of disasters occur, it is not enough to cope with disasters only by running disaster prevention system, even though every government of cities and prefectures does its best. For the disaster prevention measures for vulnerable group in disasters, public organizations, facilities for the disabled or the elderly, or self-government associations

¹ Wikipedia 「Han - Shin Awaji Earthquake disaster」 search

that are equipped with emergency evacuation system need to work together organically. Vulnerable group in disasters refers to the persons who needs assistance due to certain disabilities, when disasters occur, including persons with physical disabilities or diseases or injuries, the elderly, infants, pregnant women and foreigners who are not good at speaking Japanese (Niigata Prefectural Government 2010).

Particularly in the vulnerable group, persons with disabilities usually have the limited ability to move or travel; persons with intellectual disability or autism would get into a panic due to excessive information from the changes of sound, smell, temperature, etc.; persons with intellectual disabilities have to take medications regularly; persons with respiratory organ impairments among those with internal organ impairments cannot walk up the stairs or walk fast or can be vulnerable to the change of temperature; and, persons who need dialysis could be killed, if they were not able to be on dialysis three times a week (Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government 2012).

Welfare facilities for the elderly or rehabilitation facilities for the disabled can be temporarily used as a refuge for the vulnerable group in disasters. Therefore, rehabilitation facilities for the disabled have to establish emergency support system for the disabled who cannot secure safety by themselves and have to maintain facilities in the necessary conditions for disaster prevention. Pursuant to the standards of rehabilitation facilities for the disabled and their operations in 2006, rehabilitation facilities for the disabled have to implement the evacuation drill regularly and increase the staff in charge of emergency evacuation when they are on fire (Ministry of Health, Labour and Welfare 2006). While currently the response guideline for disasters of rehabilitation facilities for the disabled has been reported (Saitama Prefectural Government 2011, Fukuoka Prefectural Government 2012, Yamanashi Prefectural Government 2005), the studies on their response for disasters have not been sufficiently conducted and the current situations of the preparation to cope with disasters have not been fully explored.

This study aimed to improve the coping ability of the rehabilitation facility for the disabled and provide with the information necessary for the establishment of developmental countermeasures against disasters in the future by understanding the current situation of disaster drill in the rehabilitation facilities for the disabled in Japan and analyzing the awareness of emergency evacuation from disasters.

II. Research Overview

This research that surveyed the consciousness of disaster prevention and disaster risk reduction had been conducted for the rehabilitation facilities for the disabled from December in 2009 to February in 2010 for three months. The questionnaires were sent to

2,455 facilities and the return rate was 38.0 percent. Subject facilities among total 932 facilities that returned questionnaires included long-term care facilities for the physically disabled (176 facilities, 18.9%), workplaces for the physically disabled (124 facilities, 13.3%) and welfare centers for the physically disabled (68 facilities, 7.3%) (See table 1).

<Table 1> Types of Facilities

Types of Facilities	Number of Facilities	Percentage (%)
Long-term care facility for the physically disabled	176	18.9
Rehabilitation Facility for the physically disabled ²	25	2.7
Workplace for the intellectually disabled ³	40	4.3
Support center for community living for the mentally disabled	10	1.1
Workplace for the physically disabled	124	13.3
Day service facility for home care for the disabled	66	7.1
Welfare workshop for the physically disabled	7	0.8
Workplace for the mentally disabled	8	0.9
Welfare center for the physically disabled	68	7.3
Braille library for the blind	29	3.1
Welfare home for the physically disabled	19	2.0
Others	385	41.3
Unable to classify	33	3.5
Total	932	100.0

The users of facilities for the disabled are divided into persons with physical, intellectual or mental disabilities and the degrees of disabilities are also into mild, moderate and severe levels.; among persons with physical disabilities, more than a half of them (57.2%) had severe level of disabilities; persons with intellectual disabilities were evenly distributed into mild, moderate and severe levels of disabilities; and, more than a half of persons with mental disabilities (51.1%) had mild level of disabilities (See figure 1).

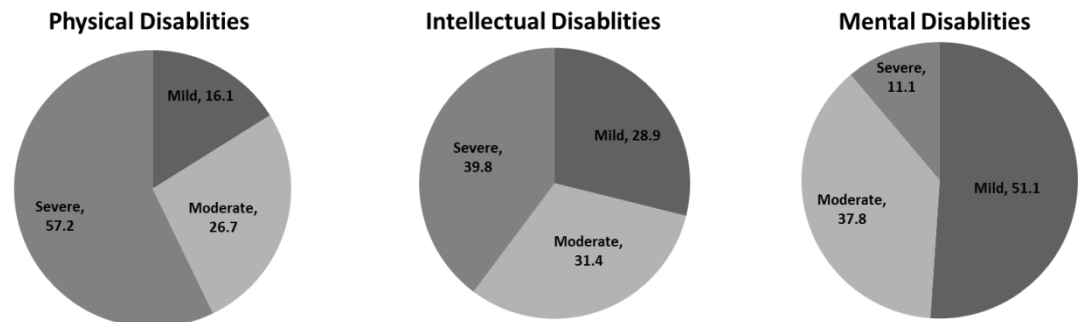
The questionnaire is comprised of total 42 questions; 8 questions for the demographic information of respondents, 4 questions for the experiences of natural disasters, 27 questions for the current situation of disaster prevention management and 3 questions for the consciousness of disaster prevention. The data that were collected from this research were analyzed by PASW(SPSS) Statistics 18.0.

This research was conducted only for the facilities that agreed to respond the

² This rehabilitation facility has the function to lead the disabled into the right path as well as to provide them with safe place to stay.

³ Workplace for the disabled is the workspace where the disabled work while commuting from their home.

questionnaire after reading the purpose of this research and the policy of privacy protection.

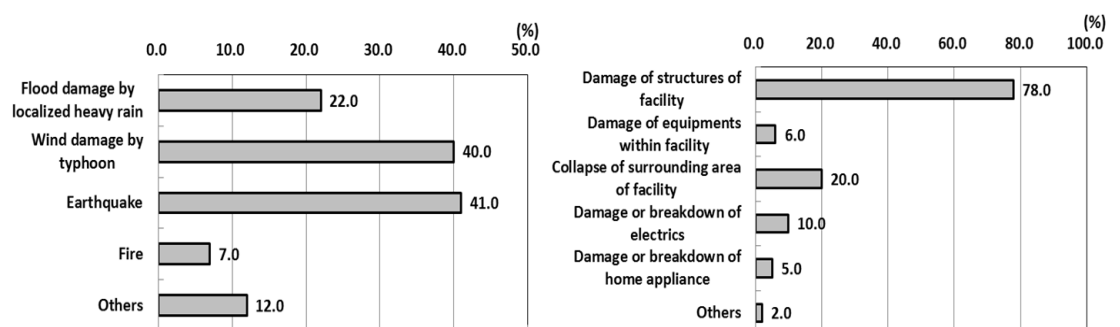


<Figure 1> The Degrees of Disabilities of Users of the Facilities

III. The Results of the Research on the Consciousness of Disaster Prevention and Disaster Risk Reduction

1. Damages to Rehabilitation Facilities for the Disabled from Natural Disasters

Among total 932 facilities, 100 facilities (10.7%) answered that they have the experiences that they have been damaged from disasters; damages to the facilities were mostly caused by earthquakes, typhoons and heavy rain in descending order and among the damages, the destruction of structures was the biggest one (See figure 2). As for the casualty, one person was injured lightly in one facility and six persons were killed in three facilities; most of the casualties were injured or killed by earthquakes and fires.

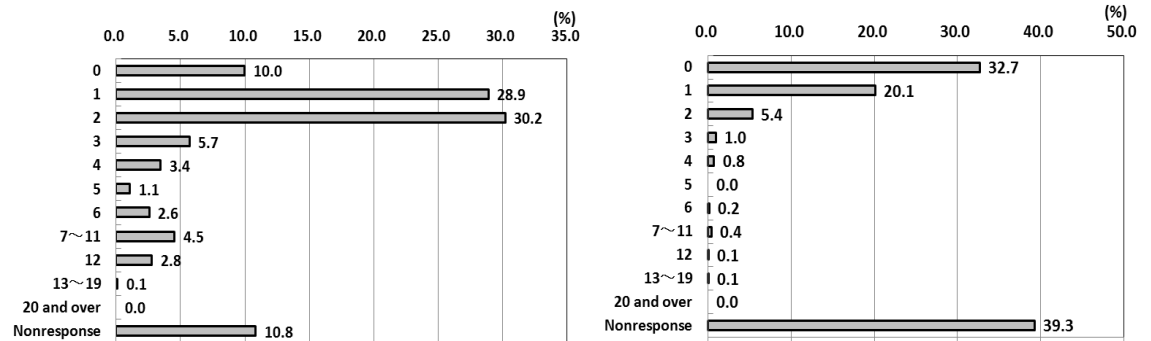


<Figure 2> The Types of Disasters that Have Caused Damages to Rehabilitation Facilities for the Disabled and the Types of Damages

2. Disaster Drill of Rehabilitation Facilities for the Disabled

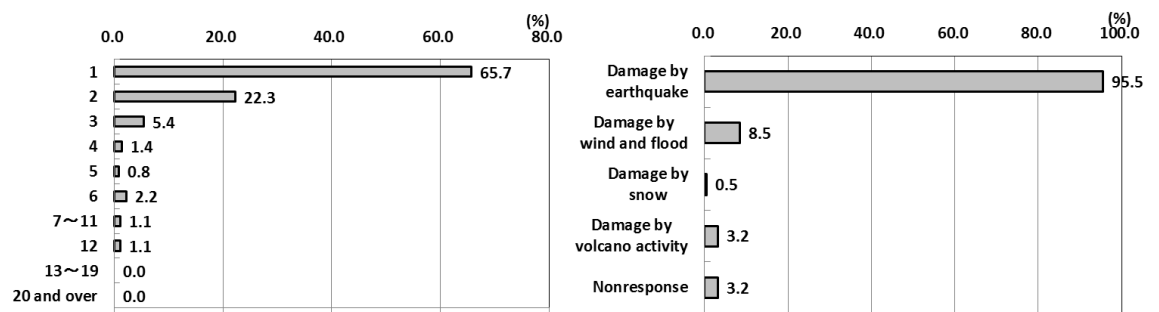
932 rehabilitation facilities for the disabled have been generally conducting disaster drill once or twice per year (See Figure 3. The left chart). Night disaster drill has been

conducted less frequently than disaster drill during the day; most of facilities are likely to conduct it once a year or less (See Figure 3. The right chart).



<Figure 3> Frequency of Disaster Drill during the Day (left chart) or Night (right chart)

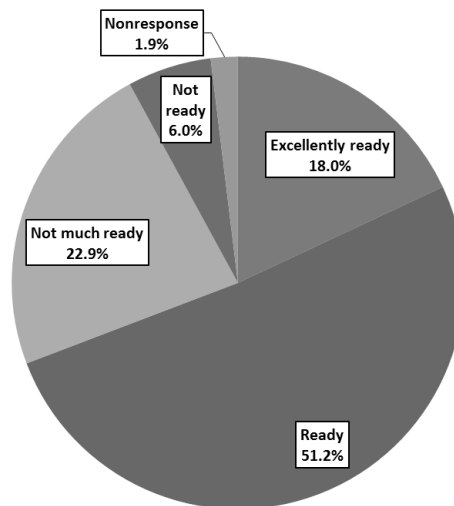
In the meantime, 367 facilities (39.4%) among 932 rehabilitation facilities for the disabled have carried out according to the types of natural disasters. They have conducted tailored disaster drills according to the types of disasters once to thrice per year (See Figure 4. The left chart) and the disaster drills for earthquakes (95.5%) have been most frequently conducted among the natural disasters such as earthquakes, storm and flood, heavy snow and volcano activities (See Figure 4. The right chart).



<Figure 4> The Frequency and the types of Tailored Disaster Drills

3. The Preparation for the Emergency Evacuation in Disasters of Rehabilitation Facilities for the Disabled

Among 932 rehabilitation facilities for the disabled, 645 facilities (69.2%) answered that they are ready for emergency evacuation in disasters and 269 facilities (28.9%) answered that they are not ready for it (See Figure 5).



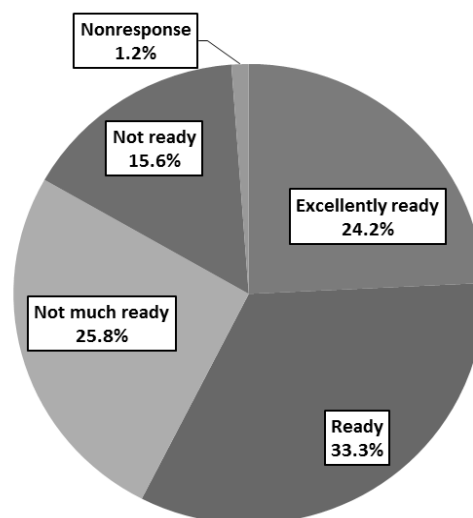
<Figure 5> The Preparation for Emergency Evacuation in Disasters

4. The Types of the Preparation for Disasters of Rehabilitation Facilities for the Disabled

How rehabilitation facilities for the disabled respond for disasters were searched including conducting disaster drill by linking with community, maintaining emergency evacuation system and its operation, securing the emergency supplies, acquiring information on disasters and finding emergency shelters in addition to rehabilitation facilities for the disabled.

1) Linking with Community for Disaster Drill

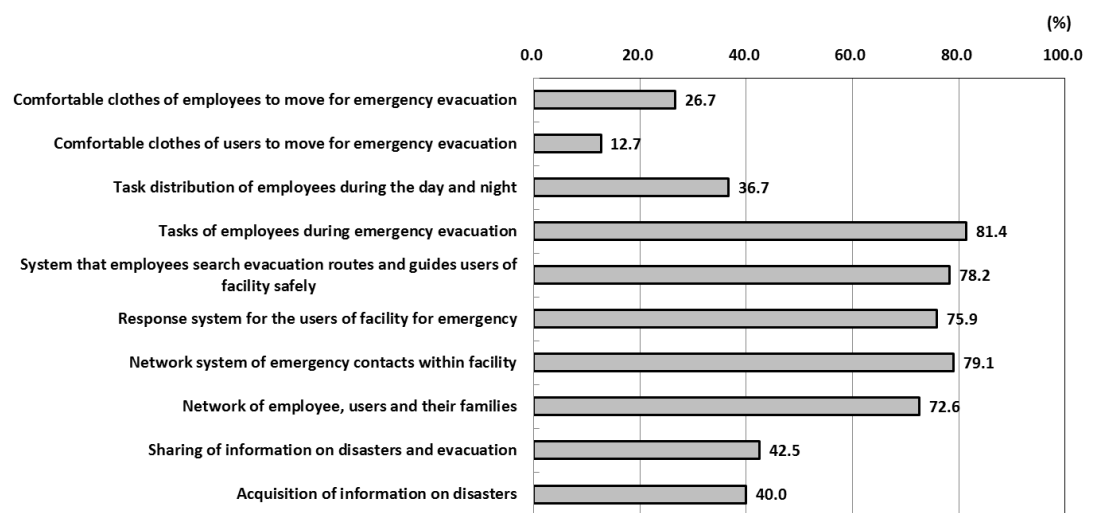
536 facilities (57.5%), which is more than a half of total 932 rehabilitation facilities for the disabled, have conducted disaster drill by linking with local residents, public facilities and fire station in the community (See Figure 6).



<Figure 6> Linking with Community for Disaster Drill

2) Emergency Evacuation System and its Operation

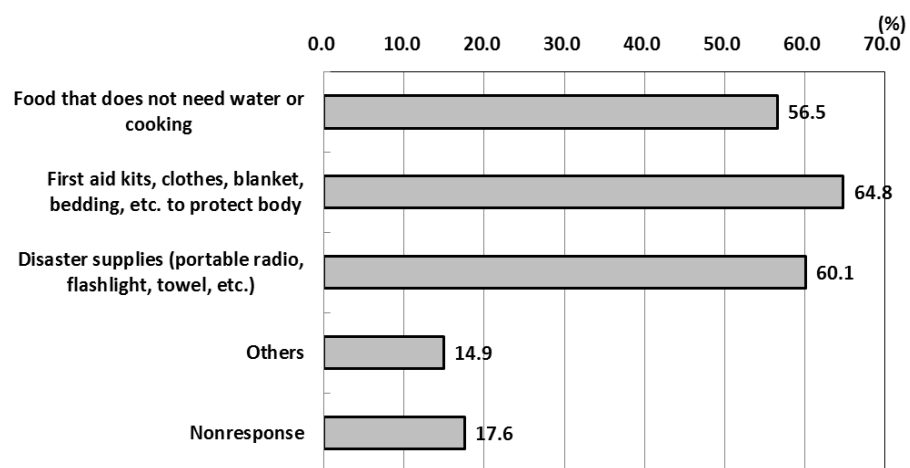
Rehabilitation facilities for the disabled have an emergency evacuation system including task distribution system that is operated by employees for emergency evacuation (81.4%), network system of emergency contacts within facility (79.1%), the system that employees search evacuation routes and guides users of facility safely (78.2%), the response system for the users of facility for emergency (75.9%) and network system of emergency contacts among employees of facilities, users and users' families (See Figure 7).



<Figure 7> Emergency Evacuation System and its Operation

3) Emergency Supplies

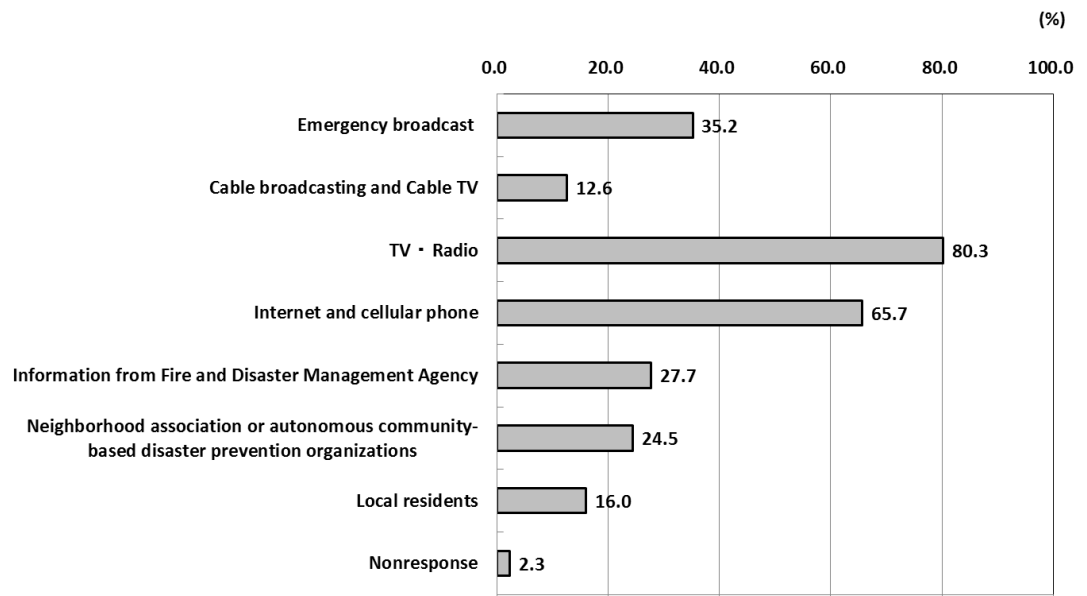
Rehabilitation facilities for the disabled are more likely to be equipped with items to protect body such as first-aid kit, clothes, blanket and bedding (64.8%), disaster supplies (60.1%), water and emergency food that requires no cooking (56.5%) (See Figure 8).



<Figure 8> Emergency Supplies

4) Acquisition of Information on Disasters

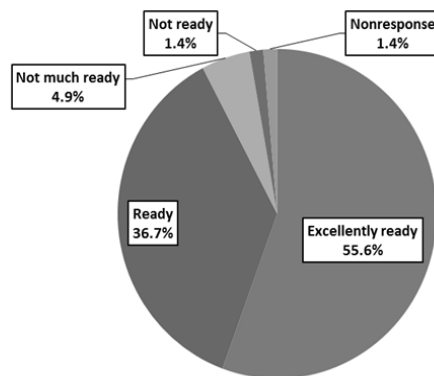
Rehabilitation facilities for the disabled have usually utilized TV and Radio (80.3%) and internet and mobile phone (65.7%). In addition, information from emergency broadcast, Fire and Disaster Management Agency, neighborhood association or autonomous community-based disaster prevention organizations have been utilized (See Figure 9).



<Figure 9> Acquisition of Information on Disasters

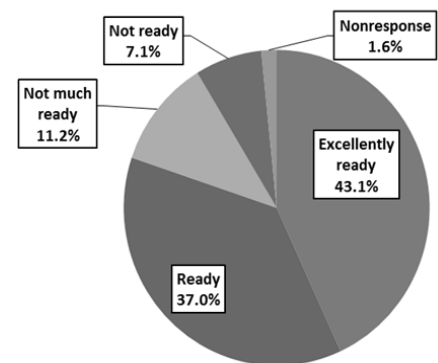
5) Emergency Shelters in addition to Rehabilitation Facilities for the Disabled.

Figure 10 shows whether rehabilitation facilities for the disabled know where they can find emergency shelters and related information when disasters occur in addition to their facilities; 860 facilities (92.3%) out of 932 rehabilitation facilities for the disabled knew the location of emergency shelters. Figure 11 shows whether rehabilitation facilities for the disabled know the evacuation route to emergency shelters; 747 facilities (80.1%) out of 932 rehabilitation facilities for the disabled know the evacuation route. Figure 12 shows whether rehabilitation facilities for the disabled secured safety of evacuation route; 714 facilities (76.3%) out of 932 rehabilitation facilities for the disabled answered that they know that they are supposed to avoid the risky place such as roads and bridges along rivers. Figure 13 shows whether rehabilitation facilities for the disabled collaborate with local residents in escaping from disasters; 435 facilities (46.7%) out of 932 rehabilitation facilities for the disabled answered that they have the plan to collaborate with local residents for emergency evacuation in disasters.



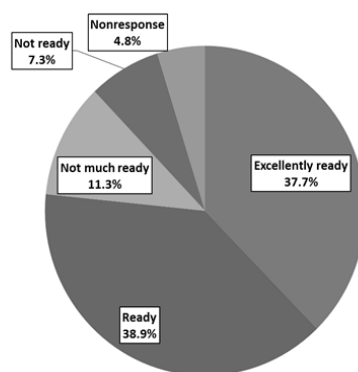
<Figure 10>

Emergency Shelters in addition to Rehabilitation
Facilities for the Disabled



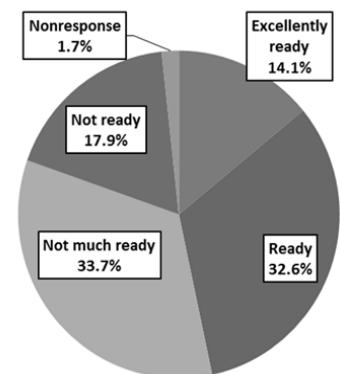
<Figure 11>

Evacuation Route to
Emergency Shelters



<Figure 12>

Securing the Safety of Evacuation Route to
Emergency Shelters



<Figure 13>

The Collaboration with Local Residents
during Emergency Evacuation

IV. Considerations and Conclusions

The research that has been conducted on the consciousness of disaster prevention and disaster risk reduction for three months found that 100 facilities out of 932 rehabilitation facilities for the disabled have experienced the damages from disasters; the damages have mostly caused by earthquakes, typhoons and heavy rains that have occurred frequently due to the geographical and meteorological reasons. Even though Figure 2 showed that the damages by earthquakes have been bigger than those by typhoon, it is assumed that the damages by rainstorms are more likely to have been induced by typhoons than earthquakes, for typhoon usually accompanies rainstorms. Fires may be caused by the secondary damages from natural disasters or accidents; it is assumed that the results of this study were from the secondary damages from natural disaster.

As for the frequency of emergency evacuation drill of rehabilitation facilities for the disabled, they have conducted the drills during the day or night once or twice a year and during the drills, they collaborated with community including local residents, public organization or fire station. It was found that rehabilitation facilities for the disabled have generally complied with the guideline on disaster prevention plan for rehabilitation facilities for the disabled, which suggests that they should prepare for the sediment disaster and river flood in addition to fires and earthquakes with collaboration with local residents and fire station. However, as for the night drill, over 30% of facilities answered that they have never conducted disaster drills or showed no response. Disasters may occur at any time regardless of cloudy or sunny weather or day or night. Therefore, the disaster drills should be regularly conducted in preparation for all weather conditions including clear or cloudy and warm or hot weather and 24 hour a day including at midnight or dawn.

It was found that rehabilitation facilities for the disabled have an emergency evacuation system including task distribution system that is operated by employees for emergency evacuation, network system of emergency contacts within facility, the system that employees search evacuation routes and guides users of facility safely, the response system for the users of facility for emergency and network system of emergency contacts among employees of facilities, users and users' families. Even though it was not mentioned above, more than 50% facilities answered that they have implemented staff workshop for disaster risk reduction. Moreover, most of rehabilitation facilities for the disabled knew where they can safely find evacuation shelters and route in addition to the facilities and have collaborated with local residents in disasters. This high level of the consciousness of disaster prevention will prevent people from being plunged in confusion and help them keep cool even in the chaos state.

To support the disabled or the elderly safely in disasters, the cooperation of local residents and organization such as other welfare facilities, local organizations for disaster prevention and fire station are required. Many guidelines for disaster response including evacuation support guideline for people requiring help in disasters (Cabinet Office, Government of Japan, 2006) have emphasized the network with community resources and the establishment of plan to specifically explain how to cope with disasters and how to decide who does what. It was found that this survey supports the guidelines for disaster response and it is the first study to survey the current situation of disaster prevention management of rehabilitation facilities for the disabled and their consciousness of emergency evacuation in disasters.

In this context, a few problems of disaster prevention measures will be considered for the vulnerable people to disasters based on the past disasters and damages.

First, the complacent way of thinking that great disasters may not occur has delayed well-timed evacuation and caused a lot of casualties. It will make the disabled or the elderly difficult to escape and take more time for them to be evacuated in fierce rainstorm

that is accompanied with heavy rain. Therefore, the system to enable vulnerable people to disasters to be evacuated in early stage need to be established and the competent staff who can lead and support the emergency evacuation and protection need to be fostered.

Second, all the victims including healthy people, the infirm and the disabled have been evacuated to the same shelters, which has caused people to be sicker and be even dead. In this reason, welfare shelters that only accommodate the elderly or the disabled need to be installed in each sub-municipal, municipal and prefecture and can be also installed in welfare facilities in disasters; It is necessary to install welfare shelters to enable to respond to disaster risk in each community (Yamanashi Prefectural Government 2012). In addition, because the types of disabilities are diverse and each type of disabilities has its unique needs, the supports in disasters are needed to be provided according to the seriousness of disabilities (Fukuoka Prefectural Government 2012).

This study has some limitations;

First, this study cannot tell the consciousness of disaster prevention of the disabled who are utilizing facilities, because the data for this study was not from the disabled, but from the employees of facilities. Moreover, the number of users of facilities was not asked, which makes difficult to determine whether the disaster drill was effective or not.

Second, the three months for the research may be insufficient period to expand the results to the long-term period. In spite of the limitation, this study has been useful to quantify the current situation of disasters and disaster prevention system of rehabilitation facilities for the disabled. The future studies need to consider the characteristics of each disability and the opinions of users of facilities as well as those of employees and the period of study also needs to be prolonged.

Even though disasters cannot be prevented in advance, the countermeasures for disaster prevention and disaster risk reduction for rehabilitation facilities for the disabled that are made by analyzing and responding the types of disasters and the damages of each disaster can minimize casualties and damages. For the disaster prevention plan, the types, scale and location of facilities need to be considered. At last, the training for the disaster drill including emergency evacuation need to be provided for both employees and users of facilities to enable them to be evacuated smoothly and quickly.

In conclusion, the results of this research showed that the disaster drills of rehabilitation facilities for the disabled have been properly conducted according to the guideline for disaster response, for example, the frequency of disaster drill, the collaboration with community, etc., and the consciousness of disaster prevention of employees is high. It is certain that the results of this study will contribute to establish the countermeasures for disaster prevention and become the foundation for the further study on the disaster prevention of rehabilitation facilities for the disabled.

Reference

- 1) Cabinet office, Government of Japan. 2010. *White Paper on Disaster Management 2010 edition*.
- 2) Niigata Prefectural Government, *Division of nuclear safety*. 2010. 自主防災会 防災訓練実践マニュアル.
- 3) Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government. 2012. ~災害の発生に備えて~東京都における障害者団体調査の結果.
- 4) Ministry of Health, Labour and Welfare. 2006. 障害者自立支援法に基づく障害者支援施設の設備及び運営に関する基準 平成 18 年 9 月 29 日 厚生労働省令第 177 号.
- 5) Saitama Prefectural Government, Department of Welfare, Division of Social Independence for the disabled. 2011. 障害者施設災害対応マニュアル.
- 6) Fukuoka Prefectural Government, Welfare and Labor Department. 2012. 障害者福祉施設等防災計画策定のためのマニュアル.
- 7) Yamanashi Prefectural Government, Public Health and Welfare Department, Welfare Division for the Disabled. 2005. 障害者と高齢者のための災害時支援マニュアル.
- 8) Cabinet office, Government of Japan. 2006. 災害時要援護者の避難支援ガイドライン

ORIGINAL ARTICLE

Current Conditions and Effectiveness of the Housework Home Care Visiting Helper program in Korea

Sunwoo LEE ¹⁾

1) Professor, Department of Social Welfare, Inje University,
197 Inje-ro, Gimhae, 621-749, South Korea
sunwlee@inje.ac.kr

ABSTRACT

The Housework Home Care Visiting Helper (HHCV) program provides disadvantaged people with housework assistance and care services while giving low-income people job opportunities. This study analyzes how the HHCV has been changed, and how it is operated in terms of its service providers, visiting helpers, and service users, and how effective it is in accomplishing its two goals of providing services and creating jobs for disadvantaged people. This study concludes that the HHCV was very effective in terms of service users' satisfaction with the services and creating jobs for low income people, but was not effective in terms of the quantity of services provided and in fairness of choosing beneficiaries. In addition, the jobs created were not "good jobs" which could not make visiting helpers self-sufficient.

<Key-words>

Home Care, Housework Assistance, Disadvantaged People, Visiting Helpers

Asian J Human Services, 2013, 4:14-29. © 2013 Asian Society of Human Services

Received

February 13, 2013

Accepted

March 14, 2013

Published

April 30, 2013

I. Introduction

Social services have been growing rapidly since the 2000s in Korea due to changes in the demographic structure and women's increasing economic activities. The rapid aging of the Korean society has increased numbers of the elderly who need care from others. The

growing participation of women into the job market has also made care need greater since women have been main carers for the elderly and young children.

The Housework Home Care Visiting Helper (HHCV) program was one of the first social care services which were introduced into the Korean society. The HHCV program was financed by the lottery fund from 2004 to supply housework assistance and home care services for low-income disadvantaged groups who had difficulties in daily life and social activities due to physical and/or mental impairments. At the same time, the program was to create social jobs for low-income people to be self-sufficient and to promote their social participation. The program was the only one then that provided aged people, disabled people, and child-headed households with indispensable housework assistance and home care services by the central government.

The scope of the HHCV program has been reduced since the Social Services Electronic Voucher program and the Personal Assistance Services (PAS) program for people with severe disabilities in 2007, and the Long-Term Care Insurance for the Elderly (LTC) in 2008 were introduced. Beneficiaries of the HHCV program with more care needs had been transferred to the LTC and the PAS.

This study analyzes how the HHCV program has been changed, and how it is operated in terms of its service providers, service workers (called visiting helpers), and service users, and how effective it is in accomplishing its goals.

II. History of the Housework Home Care Visiting Helper program

1. The beginning of the HHCV program

The HHCV program began as one of the Lottery Fund programs since 2004 which financed programs for disadvantaged people in Korea. The HHCV program had two goals: first, to provide disadvantaged people such as low-income aged or disabled people, patients with severe diseases, and child-headed households with free social services including home care and housework; second, to provide low-income people with work capacity such as the borderline poor¹ with social jobs (Yonsei University Social Welfare Research Institute-Central Housework Home Care Education Center, 2008).

The program was managed mostly by the Community Self-Sufficiency Assistance

¹Individuals whose household income is less than 120% of the minimum cost of living (poverty threshold)

Centers that were established by the National Basic Livelihood Security (NBLs) Act.² The centers actively engaged in the program since one of their main objectives was to make the NBLs recipients self-sufficient. The Lottery Fund subsidized the centers to operate the HHCv program, and the centers provided disadvantaged people (including the NBLs recipients and the borderline poor) with housework and home care visiting services through hiring low-income people (usually the borderline poor).

2. Introducing a voucher scheme

The HHCv program changed its financing methods from grant to voucher in 2008. Voucher scheme is relatively consumer-oriented while grant is provider-oriented. The change can be considered as privatization. The voucher scheme has a possibility to expand consumers' choices within predetermined ranges. In the voucher, governments give fixed amount of vouchers directly to potential service users to buy specific services such as home care services instead of financing service providers directly through grant. They can then choose their favorite providers among multiple service providers.

The voucher scheme was introduced as a social services provision method when the Ministry of Health and Welfare of Korea began the Community Social Services Investment Program. The Ministry tried to use the scheme as a strategy to increase social services providers since demands for social services were expected to explode. As a result, for-profit providers as well as non-profit organizations were able to participate as social services providers. The voucher scheme was adopted for the LTC and the HHCv program, subsequently.

3. Current operation

The financial sources of the HHCv program changed from the Lottery Fund to the General Account of the Central government in 2010. With the change, the beneficiaries with 65 years and over were transferred to the Senior Citizen Care Services. As a result, the elderly are no longer the beneficiaries of HHCv services.

The NBLs recipients and the borderline poor in need of housework assistance and/or home care services may apply for the HHCv services at Eup-Myon-Dong offices³ if they are one of these categories: disabled people, severely diseased patients, child-headed households, and single-parent households. Public social welfare officers at the offices confirm the applicants' information on the Social Welfare Unified Management Net⁴ and

² It is a main social assistance program for the poor in Korea.

³These are the lowest public administrative units in the Korean governmental hierarchy in which public officers give various public services directly to citizens.

⁴It is a network of the databases in which all the recipients of social welfare benefits are

verify their health conditions and needs for care and housework. After these processes, the public officers decide their eligibilities for the HHCV services. The HHCV program does not have a manual for eligibility tests, which sometimes raises doubts about the fairness of the processes. The applicants may have to wait for the HHCV services since the waiting lists for the HHCV tend to be long.

The HHCV services include: personal care, housework assistance, daily activities assistance, and nursing assistance. The fee for the services is 9,200 Won⁵ per hour irrespective of types of beneficiaries and services. The HHCV has two categories depending on beneficiaries' care needs: 24 hours per month or 18 hours per month. The beneficiaries pay deductibles according to their income level and service hours. The NBLS recipients with 24 hours pay 8,400 Won a month, and those with 18 hours can use the services free of deductibles. The borderline poor with 24 hours pay 23,760 Won, and those with 18 hours pay 17,820 Won (Ministry of Health and Welfare, 2012).

The HHCV program has been reduced in terms of numbers of service providers, service users and visitinghelpers. Table 1 shows that its service providers have been reduced 9.20% from 314 to 285, its service users reduced 14.9% from 9,297 to 7,911, and home visit helpers 4.7% from 2,974 to 2,835.

Table 1. Recent changes in the HHCV program

	1 st Quarter 2011	1 st Quarter 2012	Change
Service providers	314	285	-9.20%
Visiting helpers	2,974	2,835	-4.70%
Average work hours per month	56	54	-3.60%
Service users	9,297	7,911	-14.90%

Source: Lee et al. (2012), *Report for the Housework Home Care Visiting Helper Program*.

The Community Self-Sufficiency Assistance Centers still had the largest share of its service providers, 74.4%, and the Social Welfare Centers the 2nd largest share with 9.1% in 2012. Recently, the share of social enterprises has been rising rapidly, with 7.0%.

III. Current conditions of the Housework Home Care Visiting Helper Program

enlisted.

⁵Approximately US \$ 8.5. US \$ 1.00 is approximately 1,100 Won in April, 2013.

1. Service Providers

Almost all the HHCV service providers, 95.7%, were non-profit, while for-profit providers were still only 4.3% in July, 2012. Though for-profit care service providers are increasing very rapidly in the HHCV program, it is still strongly public-oriented compared to the LTC services. It seems to be due to its beginning as the first central government-supported home care services.

The service providers of the HHCV program hired 12.3 regular employees, and 7.0 temporary employees in average. Only a quarter of the service providers had staff who had the exclusive responsibility for the HHCV program, and the rest of them had staff who had to take charge of other programs too. It is very important for a service provider to have an exclusively responsible staff because s/he is essential for maintaining service quality. Visiting helpers work alone at their service users' home without any co-workers, which may sometimes become a psychological difficulty to them. Therefore, they need emotional support as well as professional support from supervisors time to time. An exclusively responsible staff may act as a supervisor who supports visiting helpers emotionally as well as professionally. In addition, a staff is needed to monitor quality of services delivered by visiting helpers to service users. Without adequate monitoring, it is very difficult to maintain quality of care services, especially services delivered at the service users' residences.

Most of the service providers (84.0%) supplied care services other than the HHCV services: 41.3% in-home services of the LTC; 37.3% Welfare Nursing Care; 33.3% the PAS. They hired 12.4 visiting helpers, and had 39.0 service users for the HHCV in average in 2012. All the service providers delivered the HHCV services to users with disabilities, and 74.7% to users with severe diseases, 50.7% to users of grandparent-grandchild households, and 45.3% to users of child-headed households in 2011. The average number of service users with disabilities was 45.0 persons, that of service users with severe diseases 9.1 persons, that of grandparent-grandchild households 3.4 persons, and that of child-headed households 3.8 persons.

Table 2. Types of service users for the HHCV program

	Percent of service providers	Average Service users
Users with disabilities	100.0%	45.0
Users with severe diseases	74.7%	9.1
Users of grandparent and grandchild	50.7%	3.4
Users of child-headed household	45.3%	3.8

Source: Lee et al. (2012), Report for the Housework Home Care Visiting Helper Program.

Continuing education is very important to maintain the quality of care services. The service providers carried out 7.8 educational programs in average for their visiting

helpers in 2011, which is not enough considering the importance of education for care services.

Another important aspect for quality of care services is case management. Case management in the HHCV service providers, however, was seriously problematic. Though more than two-thirds of the providers insisted to perform service users' needs assessments, just over one half of them had case management sessions. In addition, the term "case management" seems to be one of the mostly misused words among the services providers. They used very often the term improperly without properly understanding it.

Even though government expenditures for care services have been high-rocketing for more than 5 years, financial conditions of the HHCV service providers have been getting worse rather than getting better. Almost all the providers (93.5%) expressed financial difficulties in personnel expenses, and 85.7% pointed out the shortage of government expenditure for social jobs for low-income people. Almost two-thirds of them complained about difficulties in recruiting visiting helpers, but these difficulties were, they insisted, due to their financial deficits. They could not compensate their visiting helpers with reasonable wages, and hire an exclusively responsible staff because the fees for the HHCV services are set too low. As a result, a quarter of them had personnel problems of frequent quitting by staff and visiting helpers.

2. Visiting Helpers

Almost all the visiting helpers (99.7%) were women, and 63.7% of them were in their 50s or over. As expected, women in their 40s and 50s dominated personnel in care services. Care service sector such as the LTC is a major source for female employment in many OECD countries (OECD, 2011). Feminization of visiting helpers is a general phenomenon since pay levels are too low to support family. Thus, the majority of visiting helpers work to supplement their husbands' income.

Educational levels of visiting helpers were relatively low. Though more than one half of them were high school graduates or over, 42.6% were middle school graduates or less. The latter are considered to be disadvantaged in the regular labor market since graduation from high school is considered as basic educational level in the labor market.

The family composition of visiting helpers shows that 74.4% of them had spouses and 25.6% did not, which means that a quarter of them had to earn their own living expenses. Thus, they may continue to look for other job opportunities in the long run unless the fee levels of the HHCV will be raised up to cover their living costs.

Table 3. Socio-demographics of visiting helpers

	Categories	Percent
Gender	Male	0.3
	Female	99.7
Age	30s	2.2
	40s	34.1
	50s	47.5
	60s	16.2
Educational Level	Elementary school graduate	13.4
	Middle school graduate	29.2
	High school graduate	51.9
	Junior college or over	4.4
Family Composition	Alone	13.1
	Without spouse	12.5
	With spouse	74.4

Source: Lee et al. (2012), Report for the Housework Home Care Visiting Helper Program.

More than one-third of visiting helpers did not work, and almost a quarter of them worked the Self-Sufficiency Work Program at the Community Self-Sufficiency Centers before they participated in the HHCV program. Only one-eighth worked at for-profit companies. About one-thirteenth of them worked for other care services. In other words, the majority of them had entered the labor market through the HHCV. In this sense, the HHCV program played an important role as a path for housewives and low income women to begin their economic activities.

Table 4. Previous employment status of visiting helpers

	Frequencies	Percent
Self-Sufficiency Work	84	22.8
Other care services	29	7.8
Self-employed	22	6.0
Employed	46	12.5
Housewives	146	39.6
Other	42	11.4
Total	369	100.0

Source: Lee et al. (2012), Report for the Housework Home Care Visiting Helper Program.

Visiting helpers worked 20.1 days a month, and 7 hours a day in average. They worked 74.7 hours for the HHCV program and 81.0 hours for other home-care programs a month in 2011. Thus, home-care could be considered as their main job even though they had to work for several care services. They earned 487 thousand Won (approximately US \$440) a month from the HHCV program, and 524 thousand Won (approximately US \$475) a month from other home care services.

Table 5. Working conditions of visiting helpers

	Mean	Standard Deviation
Work days per month	20.2	4.1
Work hours per day	7.0	1.9
Work hours per month in HHCV	74.7	48.1
Work hours per month in other care	81.0	52.7
Wage from HHCV (thousand Won)	487	16.2
Wage from other care services (thousand Won)	524	4.4

Source: Lee et al. (2012), Report for the Housework Home Care Visiting Helper Program.

Each visiting helper cared for 1~10 service users, and a half of them cared for 4 or less users. If a visiting helper has 4 users, s/he may work 96 hours a month at most considering that the maximum service hours for a service user is 24 hours a month, which is insufficient for adequate living. Therefore, most of them also worked for other care services programs.

Table 6. Number of Service Users for a Visiting Helper

	Frequencies	Percent
1	67	19.6
2	38	11.1
3	35	10.3
4	29	8.5
5	47	13.8
6	52	15.2
7	39	11.4
8 or more	34	10.0
Total	369	100.0

Source: Lee et al. (2012), Report for the Housework Home Care Visiting Helper Program.

A visiting helper visited a service user 2.0 times a week in average, and provided 2.7 hours of care services each visit, and 22 hours a month in average.

Table 7. Number of visits and service hours of visiting helpers

	Mean	Standard Deviation
Visits a week	2.04	0.56
Service hours per a visit	2.71	0.62
Service hours per month	22.01	14.24

Source: Lee et al. (2012), Report for the Housework Home Care Visiting Helper Program.

The visiting helpers provided all the service users with housework assistance, seven-tenths of them with emotional support, six-tenths of them with individual activities assistance, and 34.4% of them with physical care. Thus, housework assistance seemed to be needed more than care services for the HHCV program users.

Table 8. Types of Services in the HHCV

Types of services	Percent of Service Users
Physical care	34.4
Housework assistance	100.0
Individual activities assistance	59.5
Emotional support	72.1
Other support	35.3

Source: Lee et al. (2012), Report for the Housework Home Care Visiting Helper Program.

The households of visiting helpers earned 1,814 thousand Won, and spent 1,425 thousand Won a month in average. More than one half of their households had debts, and the average amount of the debts was 26,500 thousand Won. The majority of them were in surplus even though their earnings were low compared to the median household income⁶.

⁶The monthly median income for the whole households was 2,930 thousand Won in 2011, and the monthly mean income was 3,598 thousand Won. Korea Institute for Health and Social Affairs, The 2012 Korea Welfare Panel Survey Descriptive Report.

Table 9. Economic conditions of visiting helpers

	Mean	Standard Deviation
Earnings (thousand Won)	1,814	1,344
Expenditure (thousand Won)	1,425	726
Debts (thousand Won)	26,504	27,362

Source: Lee et al. (2012), Report for the Housework Home Care Visiting Helper Program.

Visiting helpers had worked as carers a quite long period. Their average work period as carers was 49.3 months. One-fifth of them had worked for 6 years or more (Lee et al., 2012). Their long experiences as carers make quality of their services relatively high compared to other care services. It can be said that the HHCV program supplied them relatively stable jobs even though the pay was not good.

Nine out of ten visiting helpers had experienced education programs by the HHCV Education Center. The average education hours in a year, however, was only 10 hours, which is not enough for carers at all. All the visiting helpers had a Care Giver Certificate which is required to be a visiting helper according to the HHCV regulations. Less than 1% of the visiting helpers had a Social Worker Certificate or a Nurse's Aide Certificate.

The visiting helpers were satisfied with their care job itself and their supervisors, but not with their pay and frequent changes of their supervisors. Out of 23 Job Satisfaction Scale items, the highest mean scores were recorded for items related to the effect of HHCV services to users (4.6 point⁷) and for items related to supervisors (4.3 point, 4.2 point), while the lowest mean scores were recorded for items related to low wages (2.3 point, 2.5 point) and frequent changes of supervisors (2.5 point) (Lee et al, 2012).

As a result, One-third of them (29.0%) were looking for other job opportunities during the last year even though they seemed to have the feeling of accomplishment with their jobs. Among them, more than 20% had another job while working for the HHCV program.

Those who were looking for other jobs wished to work full-time equivalent with flexible working hours most (27.0%), full-time job (22.5%), and part-time job (22.5%). Thus, flexible working hours seemed to be one of the reasons that they had chosen to work as visiting helpers. Their average monthly reservation wage was 1,340 thousand Won, which is about 300 thousand Won higher or 30% more than their current average wage.

⁷The scale is a 5 point Likert scale for each item, and the most satisfied is given 5 point.

3. Service users

Service users of the HHCV program were mostly NBLS beneficiaries (93.4%), and the rest (6.6%) were the borderline poor. The number of their household members was 4 persons or less. The share of two-person household was the highest with 40.4%, and that of three-person household was the second highest with 24.0%. The share of one-person household was over one-eighth.

Shares of service user households with severely diseased members or disabled members were quite high: households with members with severe diseases were 23.1%; households with members with disabilities were 21.6%. Therefore, the service users seemed to be very vulnerable in terms of social service needs.

Table 10. Socio-demographics of service users

	Categories	Percent
Income group	NBLS beneficiaries	93.4
	Borderline poor	6.6
Number of household members	1	13.4
	2	40.4
	3	24.0
	4	13.4
	5 or more	8.7
Household member with disease	Yes	23.1
	No	76.9
Household member with disabilities	Yes	21.6
	No	78.4

Source: Lee et al. (2012), Report for the Housework Home Care Visiting Helper Program.

The HHCV service users were significantly low in their functioning levels. Almost four-fifths needed help for cleaning or doing laundry due to their health conditions. Only 7.4% were able to clean their home or do laundry without any help. Three-fourths needed help for preparing nutritional meals, and only 10.4% were able to prepare meals without any help. Almost two-thirds needed help for doing daily life activities such as going to a bank or public offices, and less than one-fourth were able to do without any help. Three out of ten service users had difficulties even in expressing their own feelings or opinions.

Table 11. Functioning levels of service users

	Categories	Percent
Cleaning or doing laundry	Able to do without any help	7.4
	Need help due to health problems	78.0
	Able to do but not properly	14.6
Preparing nutritional meals	Able to do without any help	10.4
	Need help due to health problems	74.3
	Able to do but not properly	15.3
Going to a bank or public offices	Able to do without any help	23.3
	Need help due to health problems	64.9
	Able to do but not properly	11.8
Expressing one's own feelings or opinions	Able to do without any help	51.0
	Need help due to health problems	30.2
	Able to do but not properly	18.8

Source: Lee et al. (2012), Report for the Housework Home Care Visiting Helper Program.

Service users had received the services for the period of 1.97 years in average. They had 1.90 visits a week by visiting helpers, and each visit lasted for 2.69 hours in average in 2001.

Table 12. Service history and service amount

	Mean	Standard Deviation
Length of current services received (years)	1.97	1.84
Visits per week	1.90	0.45
Hours per visit	2.69	0.72

Source: Analysis of the Housework Home Care Visiting Helper Program Survey Data in 2012.

The relationships between service users and carers are very important in quality of care services since it is affected by emotional as well as physical aspects. Therefore, whether a service user continues to receive care services from the same visiting helper is important in quality of care services.⁸ About one-third (29.8%) of all the service users

⁸OECD countries emphasized improvement of the continuity of care (OECD, 2011).

experienced changes of visiting helpers in 2011, which could be a significant source of their grievances. This might have worked seriously against the effectiveness of the HHCV program.

The most frequent reason for change of visiting helpers was circumstances of visiting helpers, and the second most frequent reason was situations of service providers. The change of visiting helpers due to service users was only 20.0%. Thus, it seemed that most service users did not want to change their visiting helpers, but they were forced to.

Table 13. Continuity of the HHCV services for a year

	Categories	Percent
Change of visiting helpers	Not changed	70.2
	Changed	29.8
Reason for change	Request from service users	20.0
	Circumstances of visiting helpers	54.5
	Situations of service providers	21.8
	Other reasons	3.6

Source: Lee et al. (2012), Report for the Housework Home Care Visiting Helper Program.

Levels of service satisfaction of service users were very high. The mean scores of three 5-point Likert scales of satisfaction with using services, satisfaction with visiting helpers, and the mean score of service effects were 4.65, 4.69, and 4.41, respectively. These were very high even though the HHCV services were free of charge or subsidized heavily.

Table 14. Service satisfaction and service effect of service users

	Mean	Standard Deviation
Satisfaction with using services *	4.65	0.52
Satisfaction with visiting helpers **	4.69	0.52
Service effects ***)	4.41	0.55

Source: Analysis of the Housework Home Care Visiting Helper Program Survey Data in 2012.

* Mean scores for these 5 items: life was improved and became convenient; satisfied with the current services; the services were helpful for overcoming users' problems; willing to use the services in the future; willing to recommend the services to others. The range of the scale is 1-5, and the highest point is 5.

** Mean scores for these 5 items: visiting helper could be got through; visiting helper understood me well; visiting helper cared for me skillfully; visiting helper was kind; visiting helper was on time. The range of the scale is 1-5, and the highest point is 5.

*** Mean scores for these 6 items: house became cleaner; body and mind became healthier; difficulties in daily activities became lesser; senses of alienation and isolation became lesser; relationships with family members, relatives, and significant others became better; life became happy. The range of the scale is 1-5, and the highest point is 5.

Though the service users were very satisfied with the HHCV services, more than a half of them (53.7%) wanted more service hours. And about two-thirds of them wanted 15 hours or less as additional hours.

IV. Conclusions

Care services in Korea have several distinctive features. First, care services programs are fragmented according to target groups such as aged people, children, and disabled people. Care services for aged people are provided by the Long-Term Care Insurance for the Elderly and the Senior Citizen Care Services; care services for children are by the Child Care Program; care services for disabled people are by the Personal Assistance Services, separately. Second, care services programs have very strict eligibility criteria, which results to exclude many aged or disabled people with moderate care needs. Thus, care needs of a whole family could not be considered adequately. As a result, there is a high possibility of getting no care services when a family has two or more family members with moderate care needs, but not enough to be eligible for the above services (Lee et al., 2012).

The HHCV program is the only care services program which can cover various types of service users: people with disabilities or severe diseases, single-parent households, grandparent-grandchild households, and child-headed households. It can be said that about 85% of the service users are eligible for the HHCV based on their physical or mental impairments, and the rest of them are eligible based on their family structure.

The HHCV program has two goals as mentioned before: first, to provide disadvantaged people with home care and housework to improve their quality of life; second, to provide low-income people with social jobs. How effective was the HHCV program in terms of these objectives?

The effectiveness of the first objective can be assessed through the service users. They were very satisfied with the services, and they felt their lives improved and became better. Moreover, they were disadvantaged people with mostly low functioning who needed home care and housework. Without the HHCV services, they would have suffered from inadequate living conditions. More than a half of them, however, felt the quantity of the services was not enough. Thus, it can be said that the HHCV program is very effective in terms of the first objective even though the quantity of the services is

needed to be increased. In addition, the processes of choosing eligible service users lack fairness and openness.

The effectiveness of the second objective can be assessed through the visiting helpers. All of them except one were women, and about two-thirds of them were in their 50s or older. In addition, more than one-third of them had been housewives before they participated in the HHCV program, and about one-third of them had been involved in the Self-Sufficiency Work Program by the Community Self-Sufficiency Centers or in the Social Jobs by the Ministry of Labor. Only one-eighth had jobs in the general labor market. Therefore, the HHCV program can be said that it supplied jobs for low-income disadvantaged or career-interrupted women.

The results of their job satisfaction measurements were not consistent: high in job itself and supervisors, but low in pay and frequent changes of supervisors. Service providers could not pay the visiting helpers reasonably because the rates for the HHCV services are set too low. In addition, the hours they worked for the program were too little. Thus, they could not earn enough money for adequate living if they were main bread-earners. The low rates, moreover, did not allow service providers to hire exclusively responsible HHCV program supervisors. The supervisors had to manage other programs as well. Thus, many of them were burned out, and were forced to quit their positions as HHCV program supervisors, which sometimes resulted in visiting helpers' resigning. Therefore, regarding the second objectives, the assessment of the effectiveness of the HHCV program is inconclusive. It was successful in supplying jobs for disadvantaged people, but the jobs were not "good jobs" at all.

In conclusion, the HHCV program has been playing a very important role in Korean home care services for almost 10 years. It has provided the lowest income group with housework and home care services which are essential for their adequate living. Moreover, it has supplied jobs for disadvantaged group to be self-sufficient. However, it must be emphasized that the quantity of the services is minimum, and the quality of the jobs is very low. Without proper financial supports from the governments, its services would be minimum and low-quality and it would produce low-wage laborers in large quantity. The fairness and openness of the eligibility tests must also be considered.

References

- 1) Korea Institute for Health and Social Affairs. 2012. The 2012 Korea Welfare Panel Survey Descriptive Report.
- 2) Lee, Sunwoo; Kim, Yongdeuk; Kim, Kyunghui; Jo, Sungeun; Kim, Jin; Jung, Jimin; Jang, Hyoahn; Hwang, Inmae; and Lee, Susie. 2012. A Report on the Housework Home Care Visiting Helpers Program. Institute for Social Welfare, Inje University-Central Self-Sufficiency Foundation.
- 3) Ministry of Health and Welfare. 2012. 2012 Housework Home Care Visiting-Helpers Program Guide.
- 4) OECD. 2011. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care.
- 5) Yonsei University Social Welfare Research Institute and Central Housework Home Care Education Center. 2008. Evaluation and Reform Plans of the Lottery Fund Housework Home Care Visiting Helpers Program.

ORIGINAL ARTICLE

Recognition of the Necessity of Practical Disaster Nursing Education among Nursing Teachers in Japan

Hitomi MATSUNAGA ¹⁾, Koichi SHINCHI ¹⁾,
Kazuyuki AKINAGA ¹⁾, Setsuko UMEZAKI ²⁾

- 1) Department of Community and International Health Nursing, Faculty of Medicine
Saga University, 5-1-1 Nabeshima, Saga-shi, Saga-ken 849-8501, Japan.
shinchik@cc.saga-u.ac.jp Tel: +81-952-34-2564 FAX: +81-952-34-2023
- 2) Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Junshin Gakuen University

ABSTRACT

Introduction: In large-scale disasters, nurses play a critical role in prehospital care and therefore require training in disaster medicine in order to prepare for future catastrophes. Accordingly, it is imperative to examine how nursing teachers perceive the importance of disaster nursing education.

Hypothesis/Problem: The aim of this study is to investigate nursing teachers' views regarding the necessity of disaster nursing education. In particular, this study will examine perceptions regarding the importance of practical exercises in disaster training.

Methods: Study subjects included 95 nursing teachers from Saga Prefecture in Japan. Responses to a self-administered questionnaire concerning disaster nursing education were collected between July 1, 2009 and April 30, 2010 and analyzed statistically.

Result: Approximately 81% of teachers acknowledged the need for practical exercises in cultivating a student's ability to respond effectively during disasters. Teachers who participated in practical disaster nursing lectures and/or exercises recognized the necessity more so than those who had no such experience.

Conclusion: Technical education including practical exercises is critical in cultivating an expert nurse who can play an active role in large-scale disasters. Establishing appropriate disaster nursing education for inexperienced student nurses and encouraging teachers to participate in practical lectures and exercises are vital.

Received
February 14, 2013

Accepted
March 24, 2013

Published
April 30, 2013

<Key-words>

disaster medicine, disaster nursing, education, practical exercise

Asian J Human Services, 2013, 4:30-39. © 2013 Asian Society of Human Services

Introduction

Japan is susceptible to natural disasters, such as typhoons, earthquakes, volcanic explosion, and other phenomena related to weather and geology.¹ The greatest disaster in recent years, the Great East Japan Earthquake struck on March 11, 2011, leaving in its aftermath approximately 20,000 people, including foreign citizens, dead or missing and a multitude of nuclear plant accidents.² Large-scale artificial disasters, such as the terrorist sarin gas attack on the Tokyo subway system³ and the Amagasaki rail crash,⁴ have also contributed to the calamity of natural disasters. Monumental catastrophic events such as these require urgent medical attention and the support of nursing personnel. Thus, training specialists who can respond competently to disaster situations is an important mission in Japan. Since nurses comprise a large proportion of the prehospital and disaster medicine workforce, providing adequate nursing education is essential. Yet, recent studies indicate that nurses remain unprepared to respond to a high-impact event^{5,6}. In most countries, disaster training is seldom provided at the basic nursing education level^{7,8} and research related to disaster nursing is rarely conducted. Given the proclivity for both natural and artificial large-scale disasters in Japan, establishing educational programs for disaster nursing and promoting research in this area are important goals. The Japanese Government recommends disaster training at the basic nursing education level but entrusts most of the curricula to the discretion of nursing teachers⁹. Many nursing students are interested in practical nursing such as psychological care for disaster victims and triage.¹⁰ Practical education with exercises has been reported to be an effective and requisite component of basic nursing education¹¹. In conducting these exercises, however, it is critical to engage the participation of experts who are technically skilled and knowledgeable in disaster nursing. Very few studies have investigated teaching in the field of disaster nursing or have determined which topics teachers consider necessary subjects for education. This study was undertaken to identify the topics that nursing teachers deem to be important in disaster nursing education. In particular, this study examined the attitudes regarding the value of practical exercises and analyzed the potential factors affecting these attitudes.

Methods

Study Design and Participants

This cross-sectional study analyzed both qualitative and quantitative data collected via a

self-administered questionnaire during the period from July 2009 to April 2010. The subjects included 158 nursing teachers from the eight schools located in the Saga Prefecture of Japan, which has a population of 866,000 and an area of 2,439 square kilometers. The participating schools and teachers from each school were randomly selected. A letter of request and questionnaire for each study participant were delivered directly to the nursing schools and returned by postal mail. The overall response rate was 60.8% with 96 teachers returning the questionnaires. One person was excluded due to numerous omitted responses. Based on the remaining 95 teachers, we analyzed the data. The valid response rate was 99.0%. Informed consent was obtained and all participants were informed that they could refuse to participate or withdraw from the study at any time.

Questionnaire

The questionnaire included both quantitative and qualitative items. Teachers ranked the level of necessity for practical exercises and items categorized as Contents Emphasized in Disaster Nursing Education using an ordinal five-point scale ranging from 1 (Absolutely unnecessary) to 5 (Absolutely necessary). The Contents Emphasized in Disaster Nursing Education included 11 items (Table 1). In addition, data regarding age, sex, years of experience as a nurse and teacher, clinical experience in a medical department, participation in lectures or exercises in disaster nursing, experience in disasters and disaster nursing activities, and plans to teach disaster nursing were collected. The qualitative questions investigated reasons why practical exercises are necessary or unnecessary for basic nursing education.

Data Analysis

Descriptive statistics were employed to summarize the data on the contents emphasized in disaster nursing education. The five levels of necessity for practical exercises were divided into two groups, which were broadly categorized as "Necessary," which included "Absolutely Necessary" and "Necessary" responses, and "Unnecessary," which included "Absolutely Unnecessary," "Unnecessary," and "Neutral" responses. The Mann-Whitney U test was used to compare the baseline characteristics between groups. Subject were divided into two groups according to the median values for baseline attributes, including age, years of teaching experience and years of experience as a nurse. Statistical analyses were performed using PASW Statistics 18 (IBM SPSS, Armonk, NY) software with the level of statistical significance defined as $P < 0.05$.

Content analysis was employed to examine the qualitative data.¹²⁻¹⁴ Three reviewers, two disaster nursing researchers and a professor of basic nursing education independently coded the data. Discrepancies were reconciled through line-by-line review of the coded material until a consensus was reached. Main-coding categories emerged that identified reasons why practical exercises are necessary or unnecessary for basic nursing education. Subcategories were further created for each of the main-coding categories.

Table 1 The Contents Emphasized in Disaster Nursing Education

Educational Contents	Details of contents
Knowledge of disaster nursing: 7items	
Basic knowledge	definition of disaster nursing, characteristics of different types of disasters, and principles of triage
Stage of disaster life cycle and nursing	disaster life cycle and nursing activities, as well as nursing in first-aid stations and temporary housing
Psychological care	care for acute and chronic stress disorders in victims of disasters and the people who support them
Nursing activities in hospitals	evacuation guidance, system for accommodating patients during disasters, and institutional nursing during disasters
Laws and systems for disaster support	disaster countermeasures basic act and cooperation with governmental administration
Disaster network	building support and cooperation among various professionals and relevant organizations
Nursing in disaster areas	visualization of nursing , using visual materials as teaching aids and stories of experience in disaster nursing activities
Skills of disaster nursing: 4 items	
Nursing skills	physical assessment and first-aid treatment including pressure homeostasis, bandaging, and bone fracture fixation
Medical skills	handling of triage tags, medical assistance, and cardiopulmonary resuscitation (CPR)
Skills for disaster support	tent set-up, creation and operation of stretchers, preparation of first-aid station environment
Disaster preparedness and training	exercises and creation of a disaster preparedness manual

Contents Emphasized in Disaster Nursing Education was evaluated using five-point scale.

1: Absolutely unnecessary, 2: Unnecessary, 3: Neutral , 4: Necessary, 5: Absolutely necessary

Results

Baseline Attributes of Subjects

Women accounted for 90.5% of the subjects (Table 2). The mean age (\pm SD) of the subjects was 43.7 ± 7.0 years (range, 29-60 years). On average, the subjects presented with 9.6 ± 5.7 years of nursing and 7.5 ± 5.7 years of teaching experience. Nineteen subjects (20.0%) had lectured, 29 subjects (30.5%) had disaster nursing education, and ten subjects (10.5%)

had experience with disaster skill training. Nine subjects (9.5%) had experienced disasters, and seven subjects (7.4%) had participated in disaster support activities.

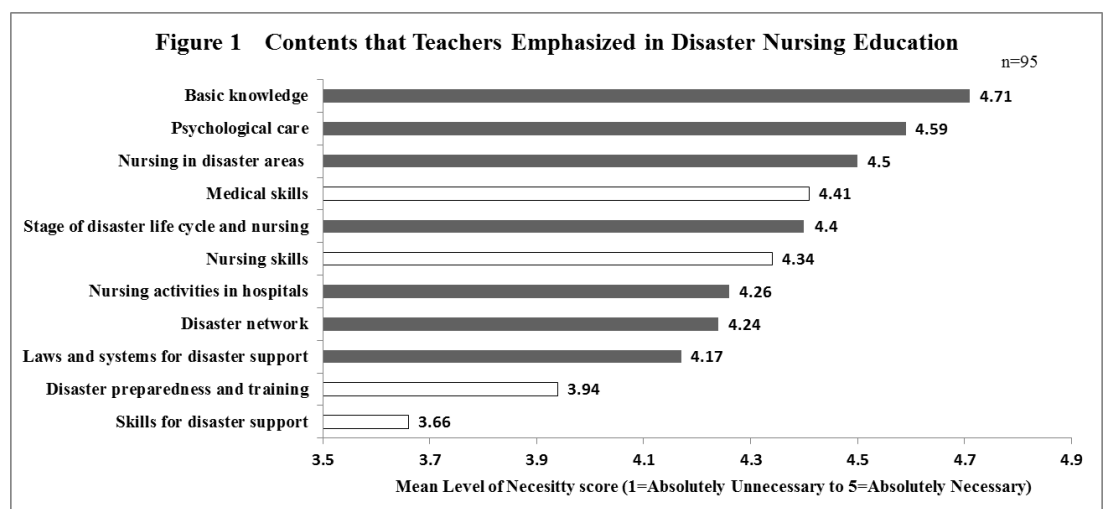
Table 2 Baseline attributes of subject

n=95

Items	Mean \pm SD	n	%
Age	43.7 \pm 7.0		
Sex			
Male		9	9.5
Female		86	90.5
Years of experience as a nurse	9.6 \pm 5.7		
Years of experience as a teacher	7.5 \pm 5.7		
Clinical experience in the medical department			
Internal medicine department		55	57.9
Surgery department		54	56.8
Emergency department		23	24.2
Experience in participation in lectures or exercises in disaster nursing			
Lecture method		19	20.0
Nursing education		29	30.5
Skill training		10	10.5
Experience in disasters		9	9.5
Experience in disaster nursing activities		7	7.4
Planning to teach disaster nursing		31	32.6

Contents Emphasized in Disaster Nursing Education

Knowledge-related items were ranked more highly compared to skill-related items (Figure 1). Teachers placed the greatest emphasis on “basic knowledge,” followed by “psychological care,” and “nursing in disaster areas.” Regarding skills, “medical skills” tended to be stressed more than “nursing skills”. Teaching “skills for disaster support” was considered to be the least necessary.



Level of Necessity of Practice Exercises

Practical exercises were considered to be “Absolutely Necessary” by 30 (31.6%) respondents, “Necessary” by 47 (49.5%), “Neutral” by 10 (10.5%), and “Unnecessary” by 5 (5.3%). None of the subjects deemed practice exercises to be “Absolutely Unnecessary.” Three (3.1%) subjects did not provide responses. The majority (81.1%) of subjects recognized the need for including practical exercises for disaster nursing in basic nursing education. This recognition was significantly affected by skill training ($P=0.005$) and nursing education ($P=0.024$). Teachers who had participated in disaster nursing lectures and exercises placed significantly greater emphasis on the necessity of practical exercises than teachers without such experience (Table 3).

Table 3 Affecting Factors that Enables Teachers to Recognize the Necessity of Practical Exercises n=92

	Necessity of practical exercises score				p-value*
	Yes		No		
	n	Mean±SD	n	Mean±SD	
Experience in participation in lectures or exercises	46	4.38±0.61	46	3.82±0.89	0.001
Experience in skill training	10	4.70±0.68	82	4.04±0.79	0.005
Experience in nursing education	28	4.41±0.50	64	3.97±0.89	0.024

*Mann-Whitney U test: statistically significant

Reasons Why Practical Exercises are Necessary

Table 4 shows the reasons why practical exercise is necessary. In the content analysis, five main-coding categories were identified: 1) Practical Competence during Disasters, 2) Enhancement of Thinking, 3) Special Characteristics of Disaster Nursing, 4) Effectiveness of Teaching Format, and 5) Other. These five categories were further divided into 18 subcategories.

Practical Competence during Disasters

Responses to the questionnaire item on practical competence during disasters revealed that teachers wanted students not only to gain knowledge but also to acquire the practical ability to assume an active role in disaster nursing education. In addition, teachers desired that students obtain experience in disaster nursing through practical exercises.

Enhancement of Thinking

A second rationale supporting the necessity of practical exercises was to improve intellectual abilities, such as problem-solving and the knowledge and understanding of disaster nursing. The teachers believed that the intellectual capacity to respond to disasters might be further developed through practical exercises.

Table 4 Reasons Why Practical Exercises are Necessary for Teachers
(n=64: Numbers of effective response teachers)

Items	total number of responses (%)	Codes	Nimber of responses
Practical competence during disasters	32 (40.5%)	Acquisition of practical ability and the ability to take action	20
		Insufficiency of knowledge alone	8
		Experience in practicing nursing during disasters	4
Enhancement of thinking	26 (32.9%)	Ability to visualize	12
		Improvement of problem-solving ability	6
		Ability to understand	4
		Memorability	2
		Understanding of the importance of knowledge and skills	1
		Integration of knowledge and skills	1
Special characteristics of disaster nursing	10 (12.7%)	Applied nursing skills	6
		Urgency	2
		Limited medical resources	2
Effectiveness of teaching format	8 (10.1%)	Improvement of learning effectiveness	5
		Increase in confidence	2
		Effect on students	1
Other	3 (3.8%)	Formation of lesson specifics	1
		Possibility of no education in clinical settings	1
		Needs of students	1
Content analysis	79 (100%)	Total numbers of described contents	79

*Many teachers described several reasons.

Special Characteristics of Disaster Nursing

Respondents also acknowledged that disaster nursing is a specialized field and recognized the need for practical exercises in applying nursing skills under extraordinary circumstances where medical resources may be limited.

Effectiveness of Teaching Format

Participants expressed the desire for students to further develop and improve their good judgment, values, attitudes, and interest in disaster nursing through practical exercises. Some respondents thought students could benefit from practical exercises.

Other

Three reasons necessitating practical exercises that were not included in other categories were; 1) to address the needs of students; 2) to facilitate the development of lesson specifics; and 3) to compensate for the unlikelihood of acquiring disaster education in clinical settings.

Reasons Why Practical Exercises are Unnecessary

In the content analysis, the reasons for not supporting the need for using practical exercises were grouped into two main-coding categories: 1) Educational Values of Teachers and 2) Unprepared Educational Environment. These two categories were further divided into six subcategories.

Educational Values of Teachers

Responses in this category conveyed the opinion that the practical exercise of disaster nursing was unnecessary and projected a sense of adequacy gained from skills acquired through continuing education. Further, teachers believed that education regarding basic nursing skills other than disaster nursing should be reinforced. While the respondents thought that disaster nursing education extended beyond solely gaining knowledge, they were also satisfied with the acquisition of “book knowledge”.

Unprepared Educational Environment

According to the respondents, balancing a curriculum with the existing nursing education was difficult, and a method for accomplishing this had not yet been established within the current educational system. Further, due to the overlap with other nursing activities, such as administering emergency care, there were insufficient hours to participate in disaster nursing training or practice exercises.

Discussion

The aim of this study, the first of its kind in Japan, was to explore the perception about the necessity of disaster education among nursing teachers. Many previous studies have demonstrated the importance and effectiveness of the practical exercise of disaster nursing.^{15, 16} Similarly, nursing teachers in this study considered practical exercise essential and recognized its utility in developing various areas, such as “skills” through the acquisition of practical competency and the ability to take action, “knowledge” through visualization and understanding, and “emotional aspects” by increasing confidence. These findings show that nursing teachers are highly motivated and interested in disaster nursing.

Particularly, participation in “skill training” and “nursing education” signified the recognition for the need for practical exercises. However, teachers in this study had little

experience in “skill training” and “disaster nursing education,” and seldom engaged in disaster nursing activities. Encouraging teachers to participate in practical disaster nursing lectures and exercises may assist in solidifying the foundation for disaster nursing education. Previous study reported that in the workplace, the family's attention in participating in disaster support activities influenced disaster nursing participation.¹⁷ Future studies might aim to enhance technical education support for disaster nursing teachers and to provide social support in ensuring safety during disaster nursing tasks. Furthermore, developing a curriculum and effective teaching methods for teachers without practical experience in disaster nursing is required. The findings of this study also suggested that experience in disaster nursing fostered recognition of the need for practical exercises and the importance of providing scenarios in which disaster nursing skills may be applied. Although nursing instructors appeared to emphasize teaching disaster nursing “knowledge” rather than “skills,” this may reflect the general belief that basic nursing education requires a solid foundation of knowledge.¹⁸

Few study limitations are noted. This study was the relatively small sample size and the subjects were only Japanese nursing teachers, especially in Saga Prefecture. Furthermore, teachers in this study had little experience in “skill training” and “disaster nursing education,” and seldom engaged in disaster nursing activities. This study investigated Japanese nursing teachers’ education programs and teaching priorities. Once disaster happens, many nurses will be called to practice. Future efforts should aim to establish disaster nursing education in different countries worldwide and to actively engage the participation of disaster specialists in basic nursing education.

Conclusion

Many nursing teachers were interested in disaster nursing education and recognized the necessity of practical exercises for disaster nursing in basic nursing education. Technical education including practical exercises is critical in cultivating an expert nurse who can play an active role in large-scale disasters. Establishing appropriate disaster nursing education for inexperienced student nurses and encouraging teachers to participate in practical lectures and exercises are vital.

References

- 1) The Geospatial Information Authority of Japan (GSI): Disaster Measures, Available at http://www.gsi.go.jp/ENGLISH/page_e30066.html, Accessed 16 June 2012.
- 2) The Great East Japan Earthquake Information from Official Websites, Available at http://www.jst.go.jp/pr/pdf/great_east_japan_earthquake.pdf, Accessed 16 June 2012.

- 3) Tetsu O., Norifumi N., Muneo O. (2003), The Chemical Disaster Response System in Japan, *Prehosp Disaster Med*, 18(3), 189-192.
- 4) Takashi N., Stephanie N. Rosborough, Michael J. VanRooyen, et al (2006), Express Railway Disaster in Amagasaki: A Review of Urban Disaster Response Capacity in Japan, *Prehosp Disaster Med*, 21(5), 345-352.
- 5) Wisniewski R., Dennik-Champion G., Pelier JW. (2004), Emergency Preparedness competencies, *J Nurs Adm* , 54(10), 475-480.
- 6) Kalz A.R., Nekorchuk D.M., Holck P.S., et al (2006), Hawaii physician and nurse bioterrorism preparedness survey, *Prehosp Disaster Med*, 21(6), 404-413.
- 7) Weiner E (2006), Preparing Nurses Internationally for Emergency Planning and Response, *Online J Issues Nurs*, 11(3). Available at <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume112006/No3Sept06/PreparingNurses.html>. Accessed 16 June 2012.
- 8) Aiko Y. (2008), Education and Research on Disaster Nursing in Japan, *Prehosp Disaster Med*, 23(1),s6-s7.
- 9) Kiyomi H. (2008), Envelopment a disaster nursing educational program based on the experiential learning theory, *J Jap Soc Disast Nurs*, 9, 10-23.
- 10) Mariko O. (2000), The learning Needs of Students for Disaster Relief Theory in Basic Nursing Education, *J Jap Soc Disast Nurs*, 2, 17-27.
- 11) Marguerite T., Littleton-Kearney, Lynn A.Slepsk (2008), Directions for Disaster Nursing Education in the United States, *Crit Care Nurs Clin N Am*, 20,103-109.
- 12) Berelson B. (1971), *Content Analysis in Communication Research*, Glencoe III. New York, The Free Press, 4-220.
- 13) Satu Elo, Helvi Kyngäs (2007), The qualitative content analysis process, *J Adv Nurs*, 62(1), 107-115.
- 14) Krippendorff K. (1980), *Content Analysis An Introduction to its Methodology*, Newbury Park, Sage Publications.
- 15) Andrea Jennings-sanders (2004), Teaching Disaster Nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model, *Nurs Edu in Practice*, 4,69-76.
- 16) Decker S.I., Galvan T.J., Sridaromont K. (2005), Integrating an exercise on mass casualty response into the curriculum. *J Nurs Educ*, 44(7), 339-40.
- 17) Satoko M., Kazutoshi K., Taro S. (2003), Nursing in Sudden-Onset Disasters, *Prehosp Disaster Med*, 18(4),359-366.
- 18) Gerard J. FitzGerald, Peter Aitken, Paul Arbon,et al (2010), A National Framework for Disaster Health Education in Australia, *Prehosp Disaster Med*, 25(1),4-11.

ORIGINAL ARTICLE

The Relationship between Social Participation and the Health Related Quality of Life of the Community-Dwelling Elderly in South Korea

Sookkyoung BAE ¹⁾, Minji KIM ²⁾, Eunju LEE ³⁾, Gimin LEE ⁴⁾

1) General Manager, Nowon Senior Welfare Center

15, Nowon-ro 16-gil, Nowon-gu, Seoul, Korea, 139-779

insight127@hanmail.net

2) Division of Biostatistics, Tohoku University Graduate School of Medicine

3) Director, Dobong Senior Welfare Center

4) General Manager, Korea Association of Senior Welfare Centers

ABSTRACT

The subjective sense of well-being of the elderly is a significant variable in social participation and the high level of the subjective sense of well-being is expected to contribute for community development. This study aimed to provide empirical and fundamental information for the development of social participation program by reviewing the relationship between diverse social participation and health related quality of life of the community-dwelling elderly and the factors to decrease health related quality of life. In results of research, it was found that there were differences of health related quality of life of the community-dwelling elderly by social participation programs. There was no difference among the scores of CHIEF by social participation programs. As for SF-36, the participants in senior employment program showed higher level of scores in all items than those in other social participation programs. Regardless of the types of social participation programs, most of respondents presented the high level of the performance ability of ADL and IADL.

<Key-words>

The Community-Dwelling Elderly, Social Participation, Health related Quality of Life

Asian J Human Services, 2013, 4:40-53. © 2013 Asian Society of Human Services

Received
March 5, 2013

Accepted
April 1, 2013

Published
April 30, 2013

I. Background

The social problems caused by aging including prolonged life expectancy and low fertility have been intensified in South Korea. The elderly population rate was 11.4% (5,656,000 persons of 65 and over) in 2011; due to the tendency of rapid aging, it is forecasted to reach 14.0% in 2017, which means aged society (Statistics Korea 2011). In spite of the aging of population and the significance of social participation of the elderly, studies on the elderly tend to excessively focus on the productivity of the elderly or their social contribution, but their needs and satisfaction in the aspect of the demand side have not gained sufficient attention (The Korea Institute for Health and Social Affairs 2007).

The subjective sense of well-being that is related to psychological and physical health has been proved to be a significant variable in social participation and to be significantly influenced by external environment factors including social support (Koh SD, Joe SH 1997, Shin DS, Hong CS 1997). The sense of loss of the elderly that has been induced by the life of old age, especially the loss of role due to retirement, has led them to participate in social activities. According to the scholars of activity theory, the elderly whose quality of life has lowered by retirement may heighten their quality of life through social participation, for example hobby-related activities or voluntary participations in some organizations (Joh Yong Ha 2009); Knapp (1976) proved that the more the elderly participate in social activities, the higher life satisfaction they have; and Chapman and Beaullet (1983) found that social participation highly contributes for the degree of life satisfaction of the elderly by measuring the degree of social participation with the degree of social activities and the frequency of social contacts.

It is very difficult to clearly identify the types of social activities in old age that may be utilized to define social participation and even they are often overlapped one another, which is caused by the complexity that social activity and participation retain (The Korea Institute for Health and Social Affairs 2007). First, the definition of social participation may be different depending on what to focus on, because social participation is varied by the person or group who are related with, places or purposes, e.g. with neighbors, in community or state, or for friendship or other purposes and includes formal and informal relationship. Second, even among the elderly in the same social activity, the motivations to lead them to participate in may be different from one another; the needs of human beings cannot be met by only one activity. Third, social activity and participation themselves are diverse; what they will choose is up to their own choice among many and diverse activities including economic activity to aim to economic compensation, activity to just kill time, activity to keep relationship or activity to acquire information and opportunity. To satisfy these diverse needs of social participation, government has expanded diverse social welfare services for the elderly, centering on senior welfare centers, home care service centers, public health center and gyeong-ro-dang (hall for senior citizens).

Social participation is closely related with the health of the elderly. Because the concept of life expectancy includes the period that people live with diseases or disabilities, the prolonged life expectancy does not always mean the higher health related quality of life. While life expectancy has increased by five years from 76.5 years in 2001 to 81.2 years in 2011 (Statistics Korea 2011), according to 2011 National Elderly Survey, 89.5% of age 65 and over had more than one chronic diseases, which was much higher than 71.3% in 2008 (The Korea Institute for Health and Social Affairs 2011). In South Korea, since the Long-term Care Insurance for the Elderly was introduced in 2008, a lot of elderly people began to be given long-term care services in facilities or communities. Because the elderly prefer to live a healthy and independent life in their old age, the home and community care aims to promote the healthy aging within community, which is the reason that their social participations need to be supported from when they are healthy (Kim Hye Sook 2009). The Welfare Law for the Elderly aimed to promote the health and welfare by finding the measures for the health and the stabilization of livelihood of the elderly. According to the law, senior welfare centers have contributed for the health improvement of the elderly through diverse social participation program (Ministry of Health and Welfare 2007). For this reason, while the studies on social participation, life satisfaction and mental health of the community-dwelling elderly have been frequently conducted, the studies on the relationship between various ways of social participation and health related quality of life has not been often carried out yet, even though, as for the health related studies on social participation of the elderly, there were some studies to have reviewed the relationship between some specific social participation program and mental health and health related quality of life of the elderly including studies by Kim Jee na (2011) and Park Jeong sook and Oh Yun jung (2006).

The necessity of fundamental information for the establishment of welfare policy for the elderly has increased, as the characteristics of the elderly have been changed over time rapidly and diversely. This study aimed to provide empirical and fundamental information for the development of social participation program by reviewing the relationship between diverse social participation and health related quality of life of the community-dwelling elderly and to identify the factors to decrease health related quality of life and furthermore, to suggest the necessity and the way of activating social participation of the elderly by applying the information to social welfare-related groups and organizations.

II. Methods

This is the retrospective observational study that was carried out by questionnaire for a month from March to April, 2009.

1. Research Subject

The subjects of this study were 867 elderly people (129 males and 738 females) who lived in Nowon-gu(district), Seoul and were involved in social participation; the types of social participations are presented in Table 1. Social participation programs that the elderly has participated in include social education program, services for the elderly living alone, functional rehabilitation training and senior employment program; those programs are implemented in senior welfare centers. In addition, the users of gyeongro-dang(the halls of senior citizens) were also included, because they participated in leisure activities there (Shin YS & Kim EH 2009).

<Table 1> The Number of the Elderly who Participate in Social Participation Program

Types of Program	Persons (%)
Social Education Program	228(26.3)
Services for the Elderly Living Alone	299(34.5)
Functional Rehabilitation Training Service	86(9.9)
Senior Employment Program	117(13.5)
Gyeongro-dang	137(15.8)
Total	867(100)

2. Questionnaire Items

Questionnaire items are as follows; for demographic information, age, gender, education background, marital status, types of family and religions; for income related information, whether to work and the amount of income; and for health related information, whether to have diseases, to need assisting devices and to need care. The items related to health includes arthritis, high-blood pressure, urinary incontinence, renal impairments, peptic ulcer, depression, lumbar pain, anemia, sleep disorder, neuralgia, diabetes, cancer, osteoporosis and disk for the kinds of diseases and wheelchair, glasses, cane stick, hearing aid and walker for the kinds of assisting devices.

3. Measurements

Barthel Index(BI) (Mahoney & Barthel 1965) and Frenchay Activity Index(FAI) Korean version (Han CW, et al. 2009) were employed to evaluate the activities of daily living,

Barthel Index(BI) consists of 10 items to assess the basic activities of daily life such as feeding, bathing, walking and toilet use. The elderly who obtained 100 points from BI,

which is the maximum possible score of it, do not need any help for basic activities of daily life, but the elderly under 100 points have at least one activity that needs the help, even though it could be just a part of the activity. Frenchay Activities Index(FAI) is the scale to measure the instrumental activities of daily life such as preparing main meals, performing housework and social outings. It consists of 15 items (the maximum possible score of each item is 3 points and the total would be 45 points). The lower scores that elderly obtained from FAI assessment indicate the more impediments they have. The reliability of this study was Cronbach's $\alpha=0.758$.

The Korean version of Crag Hospital Inventory of Environmental Factors(CHIEF) (Han CW, et al. 2005) was employed to evaluate environmental factors to social participation. This inventory is composed of 25 items to evaluate how often people have problems that may be barriers to social participation at school or work or in natural environment. According to the occurrence frequency of problems, the score of each item ranges from 0 to 4 and, when the problems occur, 1 or 2 scores of weight may be added; the CHIEF score is gained by calculating the average of all the scores of items that were given weights. The higher scores that elderly obtained indicate the more impediments they have in social participation. The reliability of this study was Cronbach's $\alpha=0.886$.

The short version of Geriatric Depression Scale(GDS) (Sheikh & Yesavage 1986) to identify depression was used for the part of mental function. The short version consists of 15 items and the maximum possible total score is 15 points. The higher score that elderly obtained from GDS indicates the more depressed they are. The pre-studies that had been carried out for Korean Elderly suggested that the minimum acceptable score is 8 points (Jo Maeng-Je et al. 1999). Moreover, Mini-Mental State Examination (MMSE-KC) (Lee Dong-Young et al. 2002) to evaluate cognitive function was employed and its maximum possible score is 30 points. Its norms differ depending on education level and ages (e.g. it could be considered that, if the female elderly who are 65~79 years old with 4~6 years of education scored under 20.5, they are out of the norm).

At last, the Korean version (Han CW, et al. 2004) of Short-Form 36-Item Health Survey (SF-36) was added. The SF-36 comprises eight health sub-scales: Physical Functioning (PF), Social Functioning(SF), Role Physical(RP), Role Emotional(RE), Mental Health(MH), Vitality(VT), Bodily Pain(BP), General Health(GH). Each subscale is converted to 100 points and largely divided into Physical Health(PH) and Mental Health (MH) again.

4. Data Collection

All the data was obtained from the personal interview based on the questionnaire, which was administered by the trained social workers for this survey and conducted from March to April of 2009; omitted requiring information was supplemented for three

months. In addition, the survey was carried out for the participants that consented to the survey after reading the purpose of this study and privacy policy.

5. Statistical Analysis

All statistical analyses were carried out using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS 12.0K for Windows). Frequency analysis and descriptive statistics as well as t-test and ANOVA for Pearson Chi-Square and analysis between groups were employed for statistical methods.

III. Results

1. Demographic Characteristics

As for the demographic characteristics, the mean age was 75.2 (SD=6.5). The highest age was 95 and the lowest age was 64; 45 respondents (5.3%) who are under 65 years old were included. The average of education period was 6.5 years, but it was found that 20.5% of respondents did not received formal education including 162 females and 8 males. While male respondents are more likely to have spouse, the majority of female respondents did not have spouse. The elderly living alone held 54.6% and the elderly living with their spouses held 16.5%. As for religions, there were 273 respondents (31.5%) in Protestantism, 233(26.9%) in Buddhism and 168(19.4%) in Catholics; 180 respondents (20.8%) had no religion.

As for the income, 835 respondents (97.0%) were not working and there was no significant difference between male and female respondents. The monthly income of 87.9% of respondents was less than 1,000,000 won; the average monthly income of male respondents was 777,000 won and that of female respondents was 458,000 won.

As for the condition of health, 765 respondents (88.2%) had diseases to need to manage or be getting treatment and more male respondents had diseases than females did. Even though it was not shown in Table, it was found that respondents had arthritis(414, 54.1%), high blood pressure(408, 53.5%), diabetes(148, 19.3%) and lumbar pain(131, 17.1%) (multiple responses). Also, 673 respondents (77.6%) were using assisting devices; 551 respondents (86.0%) with glasses, 112(17.5%) with cane stick, 6(0.9%) with wheelchair and 17(2.7%) with walker (multiple responses). As for the question to ask whether to need other's care, 71.5% of respondents answered that they need other's care (Table 2).

<Table 2> Demographic Characteristics of Subjects

Items	Male n=129	Female n=738	Total n=867	t or chi-square
Age(SD)	74.1(6.7)	75.4(6.5)	75.2(6.5)	-2.145*
Education Level(year, SD)	10.0(4.8)	5.9(4.6)	6.5(4.8)	9.102*
Marital Status (%)				
Single	73	158	231(26.6)	78.180*
Married	48	546	594(68.5)	
Others	6	31	37(4.3)	
Type of Family (%)				
Living alone	47	426	473(54.6)	44.328*
With a spouse	45	98	143(16.5)	
With children	23	112	135(15.6)	
Others	13	102	23(2.7)	
Religion (%)				
Protestantism	34	239	273(31.5)	38.039*
Buddhism	30	203	233(26.9)	
Catholic	15	153	168(19.4)	
None	50	143	193(20.8)	
Occupation (%)				
Hired	3	23	26(3.0)	0.220
None	124	711	835(96.3)	
Monthly Income (%)				
Under 100,000 won	5	60	65(7.5)	26.631*
100,000 to under 1,000,000 won	96	601	697(80.4)	
1000,000 to under 2,000,000 won	16	55	71(8.2)	
2,000,000 to under 3,000,000 won	6	16	22(2.5)	
3,000,000 to under 4,000,000 won	3	3	6(0.7)	
Diseases (%)				
With diseases	92	673	765(88.2)	40.316*
None	36	64	100(11.5)	
Assisting Devices (%)				
Using	109	564	673(77.6)	4.121*
None	20	174	194(22.4)	
Care Level (%)				
Care level 2	0	3	3(0.3)	2.468
Care level 3	1	3	4(0.5)	
Care is needed	23	170	193(22.3)	
No care is needed	94	526	620(71.5)	

*p<0.05

2. Activities of Daily Living by Social Participation Programs

In results of BI, 760 respondents (87.7%) gained 100 scores, which showed that they did not have difficulty in activities of daily living, and 107 respondents (12.3%) answered that they have more than one problem in activities of daily living in functional rehabilitation training(24, 27.9%), living alone (48, 16.1%) and using of gyeongro-dang (21, 15.3%).

In results of FAI, while over 40% of respondents who were participating in social education program or senior employment program gained 30 scores, the majority of respondents who were participating in activities in gyeongro-dang or programs for the elderly living alone only gained 20 to 29 scores; among the respondents (10.5%) who were participating in functional rehabilitation training, only 9 respondents gained over 30 scores and 13 respondents (15.1%) only gained less than 10 scores. Even though it was

not shown in the Table, it was found that there was weak significance between BI and FAI values ($r=0.29$, $p<0.001$) (Table 3).

<Table 3> Activities of Daily Living by Social Participation Programs

Items	Social Education Program n=228	Services for the Elderly Living Alone n=299	Functional Rehabilitation Training Service n=86	Senior Employment Program n=117	Gyeongro- dang n=137	Total n=867	Chi- square
BI(%)							
Means (SD)	99.7(1.5)	97.6(7.9)	96.8(6.5)	99.7(1.5)	95.8(12.9)	98.1(7.4)	
Less than 100	10(4.4)	48(16.7)	24(27.9)	4(3.4)	21(15.3)	107(12.3)	46.148*
100	218(95.6)	251(87.2)	62(72.1)	113(96.6)	116(84.7)	760(87.7)	
FAI(%)							
Means (SD)	27.0(8.0)	24.0(5.8)	20.3(7.6)	26.9(7.9)	24.1(7.7)	24.9(7.4)	
30 and over	109(47.8)	58(20.1)	9(10.5)	52(44.4)	26(19.0)	254(29.3)	
20-29	86(37.7)	182(63.2)	43(50.0)	43(36.8)	90(65.7)	444(51.2)	131.419*
10-19	20(8.8)	54(18.8)	21(24.4)	19(16.2)	10(7.3)	124(14.3)	
Less than 10	13(5.7)	5(1.7)	13(15.1)	3(2.6)	11(8.0)	45(5.2)	

The means was excluded from the values of Chi-square and p value. * $p<0.05$

3. Environmental Barriers by Social Participation Programs

In results of CHIEF, 400 respondents (53.4%) gained zero (0) point, which means that they don't have any environmental barriers. Among the respondents who were participating in functional rehabilitation training, the ratio of respondents who gained over 0.5 score was the highest (18, 23.4%) (Table 4).

<Table 4> Environmental Barriers by Social Participation Programs

Items	Social Education Program n=186	Services for the Elderly Living Alone n=257	Functional Rehabilitation Training Service n=77	Senior Employment Program n=101	Gyeongro- dang n=128	Total n=749	Chi- square
CHIEF(%)							
Means	0.2(0.4)	0.2(0.6)	0.2(0.3)	0.2(0.3)	0.2(0.3)	0.2(0.5)	38.439*
(SD)							
0	94(50.5)	154(59.9)	31(40.3)	63(62.4)	58(45.3)	400(53.4)	
0.01~ 0.5 less	74(39.8)	89(34.6)	28(36.4)	27(26.7)	51(39.8)	269(35.9)	
0.5~ 1 less	13(7.0)	10(3.9)	16(20.8)	8(7.9)	12(9.4)	59(7.9)	
1 and over	5(2.7)	4(1.6)	2(2.6)	3(3.0)	7(5.5)	21(2.8)	

The means was excluded from the values of Chi-square and p value. *p<0.05

4. Mental Functioning by Social Participation Program

In results of GDS, the average score of male respondents was 5.0 (SD=4.6); the respondents who gained 8 scores, which showed that it is strongly possible that they may have depression, were 306 (35.3%) and particularly among them, the ratio of the elderly living alone was high (Table 5). In results of MMSE, it was presented that 85 respondents (9.8%) gained less than 20 scores, which shows that they may be at risk of dementia. The level of cognitive functions of the respondents who were participating in functioning rehabilitation training was lower than that of others; there were 40 respondents who gained less than 20 scores (Table 5).

5. Health Related Quality of Life by Social Participation Program

In results of SF-36, among all the eight subareas, the health related quality of life of the respondents who were participating in senior employment program was the highest, but that of those who were participating in functioning rehabilitation training was generally lower than that of others; there were significant differences among each program (ANOVA, p<0.001)(Table 6).

<Table 5> Mental Functioning by Social Participation Program

Items	Social Education Program n=228	Services for the Elderly Living Alone n=299	Functional Rehabilitation Training Service n=86	Senior Employment Program n=117	Gyeongro-dang n=137	Total n=867	Chi-square
GDS(%)							
Means (SD)	3.6(3.3)	9.1(4.2)	7.4(4.0)	3.6(3.3)	4.2(4.6)	6.0(4.6)	191.563*
Less than 7	198(86.8)	109(36.5)	46(53.5)	100(85.5)	109(79.6)	561(64.7)	
8 and over	31(13.6)	190(63.5)	40(46.5)	17(14.5)	28(20.4)	306(35.3)	
MMSE(%)							
Means (SD)	25.1(2.9)	24.2(3.7)	19.8(4.5)	25.7(3.2)	23.6(3.0)	24.1(3.8)	152.512*
Less than 20	7(3.1)	28(9.4)	40(46.5)	4(3.4)	6(4.4)	85(9.8)	
20 and over	221(96.9)	271(90.6)	46(53.5)	113(96.6)	130(94.9)	781(90.1)	

The means was excluded from the values of Chi-square and p value. *p<0.05

<Table 6> Health Related Quality of Life by Social Participation Programs

Items	Social Education Program n=228	Services for the Elderly Living Alone n=299	Functional Rehabilitation Training Service n=86	Senior Employment Program n=117	Gyeongro-dang n=137	Total n=867	F
Physical Functioning	70.7(21.9)	53.6(25.8)	49.5(26.0)	84.4(19.3)	43.9(19.4)	60.3(26.6)	71.693*
Role Physical	71.5(26.9)	63.8(26.2)	58.1(31.8)	86.4(20.0)	65.3(17.3)	68.5(26.3)	22.681*
Bodily Pain	62.9(25.4)	60.1(21.7)	59.1(27.3)	84.6(22.1)	64.5(16.5)	64.8(24.0)	27.236*
General Health	57.2(24.9)	42.1(21.9)	43.6(26.4)	69.3(20.7)	52.9(12.2)	51.6(23.8)	40.049*
Role Emotional	79.5(26.5)	66.9(26.0)	69.9(30.8)	89.8(17.6)	65.6(15.4)	73.4(25.7)	26.288*
Social Functioning	84.9(20.6)	74.7(22.3)	75.9(26.9)	91.1(16.6)	62.5(14.5)	77.8(22.4)	39.754*
Mental Health	77.7(18.8)	56.7(19.9)	57.6(24.7)	77.4(18.3)	55.6(8.9)	64.9(21.3)	66.060*
Vitality	61.2(20.8)	42.6(19.5)	45.3(22.8)	71.4(20.1)	54.7(8.3)	53.6(21.6)	63.836*

* p<0.001

IV. Implications

This study showed that social participation programs are closely related to activities of daily living, environment barriers, cognitive functions and health related quality of life of the community-dwelling elderly.

In results, the FAI score of the participants in social education program was the highest among those of other social participation programs and the BI score of them was also the second highest next to that of the respondents who were participating in senior employment program; that is, the participants of social education program were in the highest level of activities of daily living and instrumental activities of daily living.

In the meantime, in the results of CHIEF, among the average scores of each social participation program was no difference; particularly the score of 59.9% of respondents who were getting the services for the elderly living alone was zero (0), for the range of their actions is usually limited within their house, because the services include regular visiting or telephoning to ask how they are doing. In addition, as for the elderly living alone, the situation that their contacts with others are more limited than those of participants in other social participation programs may have caused the highest score in depression.

Regardless of the types of social participation programs, most of the participants presented high levels of activities of daily living and instrumental activities of daily living. These results were partially similar with the study of Sohn (2009) on health condition, activities limitation, ADL and IADL. Among the scores of health related quality of life of whole respondents, the score of ADL performance was the biggest; it is the same results with the precedent study (Kim H, et al 2010) that the performance ability of ADL becomes the basic factor to evaluate health related quality of life, because the community-dwelling elderly had no difficulty in participating in social participation programs.

The health related quality of life of participants in senior employment program was higher than that of those in other programs. According to the precedent studies, senior employment program may motivate their life and is good for the mental and physical health, because it enables the elderly to develop the sense of achievement by participating in social and economic activities; when participating in social activities, diverse functions may be acquired and the sense of achievement and self-esteem may be improved (Bosse R, et al 1987, Salancik GR 1977). Just like the results of the precedents studies, the results of this study showed that the sense of achievement from jobs influences health related quality of life most strongly.

Among the socio-demographic characteristics, except for the items to ask whether to work and to need care, there was difference by gender in all items (Table 2). The female elderly are more likely to become dependent on children than the male elderly, because they are apt to have no jobs or income after the bereavement of spouse or divorce. In

particular, the oldest old female elderly are more likely to be more dependent and to have chronic diseases and no caregiver than the young old female elderly; the short period of education and the lack of social participation have led them to have difficulty in performing activities of daily living. The situation that the population of the female elderly has increased and their life expectancy has been prolonged has to be dealt with as the sociological phenomenon and the quality of life of the female elderly has to be improved prospectively (Joh Yong Ha 2009).

Meanwhile, the ranges of social participation include economic activities and the productive aging or productive activities of the elderly. In the category of living time, social participation is rather classified into leisure than work by recognizing social participation as one that individuals can utilize freely rather than as one that means paid work. However, it was emphasized that the range of productive jobs does not need to be limited to paid work and diverse social participations are the important source to create social value and contribution. In addition, the results of studies that various social participations positively affect life satisfaction and the quality of life of the elderly have been reported. However, social participation of the elderly in South Korea has not been active (Kim Jin Wook 2006). This study suggested that social participation programs significantly affect the subjective sense of health by understanding the current situation of health related quality of life by social participation of the community-dwelling elderly and by proving that there were differences in health related quality of life by social participation program.

This study also has limitations; first, the big difference between numbers of male and female decreased the reliability of results related gender; second, it was difficult to find the variables that may affect social participation program, because socio-demographical characteristics of respondents by social participation programs were not analyzed; and third, errors in individualization in the process of analysis may occur. However, this study emphasized the importance of social participation program by comparing and reviewing health related quality of life among various social participation programs.

Generally when people enters old age life, they may think that the pathological and physical declination is natural as they lose the control power of their life and they become dependent on medicine and medication by stopping the activities to stay healthy (Rodin&Langer 1977). It, however, has been reported by many studies that physical activities are indispensable to the elderly. Furthermore, because physical activity enable the elderly to keep and improve mental health and prevent the mental degeneration, physical activity program that helps them keep their physical health and secure social activity regularly needs to be developed (Wang Myoung Ja 2010). The results of this study suggested that the program that helps the community-dwelling elderly simultaneously do physical activity for health and productive activity for the sense of achievement is the best way for social participation.

V. Conclusion

This study proved that the social participation of the community-dwelling elderly is closely related to health related quality of life and suggested that their subjective sense of health is an essential factor for social participation. Therefore, to maintain the independent and high quality of life of the elderly, the programs to improve and support participation in community activities that enable them to practice physical and productive activities and to improve self-care ability related to living and health. This study is expected to contribute for the exploration and development of social participation programs of the community-dwelling elderly who have used senior welfare centers in the future as the fundamental information.

References

- 1) Statistics Korea, <http://kostat.go.kr/portal/korea/index.action>
- 2) The Korea Institute for Health and Social Affairs (2007). Social participation of Korean elderly and policy implications. Research report.
- 3) Koh SD, Joe SH (1997). A study on the analysis of factors affecting improvement of quality of life for the elderly. *J Korea Gerontol Soc*, 17(2), 17-36.
- 4) Shin DS, Hong CS (1997). A study on perceived family support and the quality of life in the elderly. *J Korean Acad Soc Home Care Nurs*, 4, 76-85.
- 5) Joh Yong Ha (2009). A study on life satisfaction with social activity in elderly women. *Andragogy Today: Interdisciplinary journal of adult & continuing education*, 12(1), 1-28.
- 6) Knapp MRJ. (1976). Predicting the dimension of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 31, 595-604.
- 7) Chapman NI & Beulet D. (1983). Environmental predictor of well-being at risk older adult. *Journal of Gerontology*, 38, 237-244.
- 8) The Korea Institute for Health and Social Affairs (2011). 2011 National Elderly Survey.
- 9) Kim Hye Sook (2009). A study of influential factors on health promoting behavior. Department of social welfare graduate school Soong-Sil University, Doctor's thesis.
- 10) Ministry of health & welfare, http://www.mw.go.kr/front_new/index.jsp.
- 11) Kim Jee Na (2011). The relation of the quality of life between the subjective health recognition and the general mental health of the attendees participating in the elderly people's health sports program. Department of physical education graduate school of education Kang-Won National University, Master's thesis.
- 12) Park Jeong Sook, Oh Yun Jung (2006). The effect of health promotion program on self-efficacy, health problems, farmers syndrome and quality of life of the rural

elderly. *Korean J Adult Nurs*, 18(1), 10-21.

- 13) Shin YS, Kim EH. (2009). A study on health behaviors, health status and anxiety about aging for the elderly-focused on the elderly in senior center. *J Korean acad community health nurs*, 20(2), 179-188.
- 14) Han CW, Lee EJ, Iwaya T, Kataoka H, Kohzuki M. (2004). Development of the Korean version of Short-Form 36-Item Health Survey: health related QOL of healthy elderly people and elderly patients in Korea. *Tohoku J Exp Med*. Jul; 203(3):189-94.
- 15) Han CW, Yajima Y, Lee EJ, Nakajima K, Meguro M, Kohzuki M. (2005). Validity and utility of the Craig Hospital Inventory of Environmental Factors for Korean community-dwelling elderly with or without stroke. *Tohoku J Exp Med*. May; 206(1):41-9.
- 16) Han CW, Lee EJ, Kohzuki M. (2009). Validity and Reliability of the Frenchay Activities Index for Community-Dwelling Elderly in South Korea. *Tohoku J Exp Med*. Mar; 217(3):163-168.
- 17) Cho MJ, Bae JN, Suh GH, Hahm BJ, Kim JK, Lee DW, Kang MH. (1999). Validation of Geriatric Depression Scale, Korean Version(GDS) in the Assessment of DSM-III-R Major Depression. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*. 38(1): 48-62.
- 18) Lee DY, Lee KU, Lee JH, Kim KW, Jhoo JH, Youn JC, Kim SY, Woo SI, Woo JI.(2002). A Normative Study of the Mini-Mental State Examination in the Korean Elderly. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*. 41(3), 508-525.
- 19) Kwon Jung Don, Cho Ju Yeon (2000). A study of factors influencing the life satisfaction of the aged. *The Korean Gerontological Society*, 20(3), 61-76.
- 20) Sohn SY. (2009). Factors related to the health related quality of life in elderly women. *Korean Journal of women health nursing*, 15, 99-107.
- 21) Kim H, Bae N, Kwon I, Chi Y. (2010). Relationship between status of physical and mental function and quality of life among the elderly people admitted from long term care insurance. *Journal of preventive medicine and public health*, 43, 319-329.
- 22) Bosse R, et al (1987). Mental health difference among retirees an workers: Findings from the normative aging study, *Psychology and aging*, 68, 383-389.
- 23) Salancik GR. (1977). Commitment and the control of organizational behavior and belief. In Staw B and Salancik G (eds). *New directions in organizational behavioral*, Chicago: St. Clair Press, 51-59.
- 24) Kim Jin Wook (2006). A study on the time of the elderly in Korea-Analysing their use of time upon work, family and leisure-. *Journal of welfare for the aged*, 32, 149-177.
- 25) Rodin J, Langer EJ. (1977). Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutional aged. *Journal of personality and social psychology*, 35, 897-902.
- 26) Wang Myoung Ja (2010). The relations among ADL, self-efficacy, physical activity and cognitive function in Korean elders. *J Korean acad community health nurs*, 21(1), 101-109.

ORIGINAL ARTICLE

Inhibitory control measured using the Stroop color–word test in people with intellectual disabilities

Yoshifumi IKEDA¹⁾, Hideyuki OKUZUMI¹⁾,
Mitsuru KOKUBUN¹⁾, Koichi HAISHI²⁾

- 1) Faculty of Education, Tokyo Gakugei University, Tokyo, Japan
4-1-1, Nukuikita, Koganei, Tokyo, 184-8501, Japan.
r113001n@st.u-gakugei.ac.jp
- 2) Saitama University, Saitama, Japan

ABSTRACT

Objectives: Inhibitory control is a key cognitive process of typical and atypical cognitive development. This study was undertaken to examine features of inhibitory control in people with intellectual disabilities (ID) from unspecified causes.

Methods: This study examined 14 people with ID (6 female, 8 male; mean CA = 34.36 years, SD = 8.22, range 15–45; mean MA = 87.96 months, SD = 20.70, range 57–132; mean IQ = 43.49, SD = 10.90, range 30–70). The Stroop color–word test was administered. In this test, individuals are presented with incongruent color–word stimuli, such as a word red printed in blue ink. They are then requested to name the ink color while inhibiting the prepotent tendency of word reading. The response time (RT) cost in color naming of the incongruent stimuli versus neutral stimuli, such as a blue rectangle, reflects the Stroop interference. A greater Stroop interference has been regarded as an index of less inhibitory control.

Results: Stroop interference was observed robustly in people with ID in terms of both error rates and RTs. Intelligence (intelligence quotient and mental age) correlated with RTs of the test, but not with the Stroop interference.

Conclusion: Results of this study suggest that the general speed of information processing is an important factor of intelligence, and suggest that inhibitory control should be assessed along with a standard intelligence scale to implement necessary support for people with ID who suffer from impaired inhibitory control.

Received
January 21, 2013

Accepted
February 15, 2013

Published
April 30, 2013

<Key-words>

Inhibition, executive function, executive dysfunction, cognitive control

Asian J Human Services, 2013, 4:54-61. © 2013 Asian Society of Human Services

Introduction

Inhibitory control refers to the ability to suppress inappropriate impulses, thoughts, and actions (Garavan, Ross, & Stein, 1999). Such control has been implicated as playing a crucially important role in executive function: higher-order cognitive processes that control and regulate thoughts and actions (M. Anderson, 2001; P. Anderson, 2002; Harnishfeger & Bjorklund, 1994; Miyake et al., 2000; Miyake & Friedman, 2012). Deficits in inhibitory control have been implicated in behavioral problems associated with several developmental disorders such as attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), Tourette syndrome, and phenylketonuria (Barkley, 1997; Channon, Sinclair, Waller, Healey, & Robertson, 2004; Diamond, Prevot, Callender, & Druin, 1997; Ozonoff & Jensen, 1999; Song & Hakoda, 2011; Spronk, Jonkman, & Kemner, 2008). Inhibitory control is a key cognitive process of typical and atypical cognitive development.

The Stroop color-word test (MacLeod, 1991; Stroop, 1935) is a classic measure of inhibitory control. In this test, individuals are presented with incongruent color-word stimuli, such as the word red printed in blue ink. They are then requested to name the ink color while inhibiting the prepotent tendency of word reading. The response time (RT) cost in color naming of the incongruent stimuli versus neutral stimuli, such as a blue rectangle, indicates the Stroop interference, also known as the Stroop effect. Higher Stroop interference has been regarded as an index of less inhibitory control.

Some investigation of inhibitory control has been done in people with intellectual disabilities (ID) using the Stroop color-word test (Das, 1970, 1969; Ellis, Woodley-Zanthos, Dulaney, & Palmer, 1989). Earlier research reported greater Stroop interference in people with ID than mental age (MA)-matched children (Das, 1970) and chronological age (CA)-matched adults (Ellis et al., 1989), suggesting weak inhibitory control in people with ID. In contrast, Das (1969) reported less Stroop interference in children with ID compared to CA-matched children, although children with ID had a wider range of intelligence quotient (IQ) between 35 and 65. Some children with ID presumably did not have a reading ability sufficient to show robust Stroop interference. Additionally, previous reports describe that the Stroop interference increased concomitantly with MA accompanied by an increase in reading proficiency (Das, 1970). However, the relation might not be caused solely by an increase in reading proficiency, but also by other factors. The blocked card-like format (i.e., stimuli of the same type are presented simultaneously on a card or a sheet of paper), which Das (1970) used, involves more of a shift of attention from one stimulus to the next than the item-by-item format

does (Ludwig, Borella, Tettamanti, & de Ribaupierre, 2010; Salo, Henik, & Robertson, 2001). It might be true that a shift of attention limited attentional resources used for resolving the Stroop interference and that such resources increased as a shift of attention becomes automated with ages. Consequently, additional research must be undertaken to accumulate sufficient data for meaningful conclusions about the relation between performance on the Stroop color-word test and intelligence.

This study was conducted to examine features of inhibitory control in people with ID. Specifically, a computerized item-by-item version of the Stroop color-word test, a purer measure of inhibitory control, was administered people with ID to assess the relation between performance on the Stroop color-word test and intelligence.

Method

Participants

Participants were 14 people with unspecified causes of ID (6 female, 8 male; mean CA = 34.36 years, SD = 8.22, range 15–45; mean MA = 87.96 months, SD = 20.70, range 57–132; mean IQ = 43.49, SD = 10.90, range 30–70) who had been recruited from a residential care facility in Japan. For each participant, IQ and MA were assessed through administration of the Tanaka-Binet intelligence scale, which is a standardized and widely used intelligence test in Japan that has been validated sufficiently against the Wechsler Scale. Criteria for inclusion were IQ under 70, absence of bilingualism, and absence of sensory deficits. Informed consent was obtained from a guardian of each participant before the assessment session. Ethical approval for the study was obtained from the Research Ethics Board at Tokyo Gakugei University.

Measures

All participants were administered a computerized item-by-item version of the Stroop color-word test. SuperLab 4.0 for Windows (Cedrus Corp., San Pedro, CA, USA) controlled the test and recorded oral responses. The test comprised three tasks: a word-reading task in which participants read aloud four words (red, blue, yellow, and green) written in black ink in Japanese Hiragana characters (one type of phonetic character); a color-naming task in which participants named the colors of squares of the four colors; and an incongruent color-naming task in which participants named the color of an incongruent stimulus, i.e., the Stroop condition. In the incongruent color-naming task, the stimuli were four words (red, blue, yellow, and green) in Japanese Hiragana characters, printed in a nonmatching color of the same four colors.

Procedure

Participants were tested individually in quiet rooms at their respective schools. At arrival, a participant was asked to be seated with a microphone. Then, each was asked to

respond as quickly and accurately as possible to a series of eight stimuli displayed on a monitor placed before the participant for each task. All stimuli were presented one at a time and randomly at the center of the white screen, followed by an interstimulus interval during which a fixation cross was presented for 500 ms. All stimuli were replaced by the fixation cross at the time a participant's voice key was input. The interval in milliseconds between the presentation of a stimulus and the onset of the participant's vocal response by the microphone was measured as the RT. Two pretrials were administered before each task, and the order of the three tasks was counterbalanced among participants.

In word-reading, color-naming, and incongruent color-naming tasks, the number of correct responses for eight trials and the mean RT for correct responses were calculated. Furthermore, an interference score was calculated using the formulas presented below, which exclude any influence of an individual's performance level (Ikeda, Hirata, Okuzumi, & Kokubun, 2010; Ikeda, Okuzumi, Kokubun, & Haishi, 2011; Ikeda, Okuzumi, & Kokubun, 2013; Ludwig et al., 2010; Song & Hakoda, 2011):

Interference score = (incongruent color-naming time – color-naming time) / color-naming time × 100.

A lower interference ratio reflects higher inhibitory control.

Results

Performance on the Stroop color–word test

Table 1 shows means and standard deviations for error rates, RTs, and the interference score. Error rates were higher and RT was longer in the incongruent color-naming task than in other tasks.

One-way analysis of variance conducted for error rates showed a significant main effect for the task ($F_{2,26} = 5.06$, $p < .05$; partial $\eta^2 = 0.28$). Post hoc Bonferroni tests revealed significant difference between the incongruent color-naming task and the word-reading task and between the incongruent color-naming task and the color-naming task ($p < .05$). No significant difference was found between the word-reading task and the color-naming task. The results of error rates therefore indicate that error rates were higher in the incongruent color-naming task than in the word-reading task or the color-naming task.

One-way analysis of variance conducted for RT showed a significant main effect for the task ($F_{2,26} = 10.57$, $p < .001$; partial $\eta^2 = 0.45$). Post hoc Bonferroni tests revealed a significant difference between the incongruent color-naming task and the color-naming task ($p < .001$). No significant difference between the word-reading task and the color-naming task and between the word-reading task and the incongruent color-naming task. Results of RT therefore show that RT was longer in the incongruent color-naming task than in the color-naming task.

Table 1

Means and standard deviations for error rates, response time, and interference score

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Error rate (%)		
Word-reading	1	4
Color-naming	2	5
Incongruent color-naming	9	13
Response time (ms)		
Word-reading	1178	581
Color-naming	894	260
Incongruent color-naming	1389	309
Interference score	61	39

N = 14*Relation between task performance and individual data*

Table 2 presents Pearson product-moment correlation coefficients between the performances of the Stroop color-word test and the individual data (IQ, MA, CA, and gender). Gender was coded as dummies: "0" for man and "1" for woman. The error rates of all three tasks did not correlate with any individual data series. The RTs of all three tasks correlated negatively with IQ and MA, but not with CA and gender. The interference score did not correlate with any single data series.

Table 2 Correlation between data and task performance

	IQ		MA		CA	Gender
Error rate (%)						
Word-reading	.240		.334		.372	-.240
Color-naming	-.174		-.292		.033	-.354
Incongruent color-naming	-.030		-.061		.404	-.488
Response time (ms)						
Word-reading	-.660	*	-.614	*	.026	.073
Color-naming	-.651	*	-.679	**	.295	-.353
Incongruent color-naming	-.677	**	-.628	*	.102	.150
Interference score	.039		.102		-.152	.520

N = 14

Note. IQ = intelligence quotient; MA = mental age; CA = chronological age

Gender coded as 1 = woman, 0 = man

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

Discussion

This study investigated the relation between performances of the Stroop color–word test and intelligence in people with ID using a computerized item-by-item version of the test, a purer measure of inhibitory control. The following sections present discussion of the performances of the Stroop color–word test and their relations with individual data.

Performances of the Stroop color–word test

Results demonstrated a robust Stroop interference in people with ID in terms of error rates, RT, and the interference score. This result is consistent with earlier findings (Das, 1970, 1969; Ellis et al., 1989). Although RT is shorter in the word-reading task than in the color-naming task in typically developing children and adults (e.g., Ikeda et al., 2011), this trend was not observed in people with ID. Some earlier studies demonstrated that RT in the word-reading task is longer than in the color-naming task in groups of ID who included those with lower MA (Das, 1969, 1970). These results point to the inefficiency of reading ability in people with ID who have a lower intelligence.

Relation between task performance and individual data

The results demonstrated that RTs in all three tasks negatively correlated with intelligence, which is consistent with results of earlier studies (Das, 1969, 1970). These results might indicate a relation between the general speed of information processing and intelligence, given that a number of measures of speed of cognitive information-processing correlated with intelligence test scores (Sheppard & Vernon, 2008).

In contrast, the results demonstrated no relation between the interference score and intelligence, as opposed to previous findings with less pure blocked card-like format (Das, 1969) and a suggestion made by the result of an increment of reading ability concomitantly with intelligence. The results obtained in the present study imply that inhibitory control does not correlate with intelligence. In fact, it has been suggested that intelligence scales might not assess inhibitory control to a great degree, although inhibitory control is an important component of intelligent behavior (Friedman et al., 2006). Considering the variation of the interference score, it is important to assess a profile of inhibitory control in people with ID for additional implementation of proper and necessary support. It might be true that people with ID have impaired inhibitory control irrespective of intelligence.

The sample of this study was too small to produce a meaningful conclusion. This insufficiency was partly attributable to an important shortcoming of the Stroop color–word test. Its effectiveness is limited when used with people who have little or no reading ability because it requires well-developed reading skills to elicit the Stroop interference. Future research is expected to investigate inhibitory control using inhibitory tasks that require no reading ability.

In conclusion, results of this study suggest that the general speed of information processing is an important factor of intelligence. Results also suggest that inhibitory control should be assessed along with a standard intelligence scale to implement necessary support for people with ID who have impaired inhibitory control.

Acknowledgments

This research was supported by a Japan Society for the Promotion of Science Research Fellowship for Young Scientists (to Y.I.). Additionally, the authors thank all children and adults who participated in the study and the staff of a residential care facility who supported data collection.

References

- 1) Garavan, H., Ross, T. J., & Stein, E. A. (1999). Right hemispheric dominance of inhibitory control: an event-related functional MRI study. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 96(14), 8301-8306.
- 2) Anderson, P. (2002). Assessment and development of executive function (EF) during childhood. *Child Neuropsychology*, 8(2), 71-82.
- 3) Anderson, M. (2001). Annotation: conceptions of intelligence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(3), 287-298.
- 4) Harnishfeger, K. K., & Bjorklund, D. F. (1994). A developmental perspective on individual differences in inhibition. *Learning and Individual Differences*, 6(3), 331-355.
- 5) Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "Frontal Lobe" tasks: a latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49-100.
- 6) Miyake, A., & Friedman, N. P. (2012). The Nature and Organization of Individual Differences in Executive Functions: Four General Conclusions. *Current Directions in Psychological Science*, 21(1), 8-14.
- 7) Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.
- 8) Channon, S., Sinclair, E., Waller, D., Healey, L., & Robertson, M. M. (2004). Social cognition in Tourette's syndrome: intact theory of mind and impaired inhibitory functioning. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(6), 669-677.
- 9) Diamond, A., Prevor, M. B., Callender, G., & Druin, D. P. (1997). Prefrontal cortex cognitive deficits in children treated early and continuously for PKU. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 62(4), 1-206.

- 10) Ozonoff, S., & Jensen, J. (1999). Brief report: specific executive function profiles in three neurodevelopmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29(2), 171-177.
- 11) Song, Y., & Hakoda, Y. (2011). An Asymmetric Stroop/Reverse-Stroop Interference Phenomenon in ADHD. *Journal of Attention Disorders*(15), 499-505.
- 12) Spronk, M., Jonkman, L. M., & Kemner, C. (2008). Response inhibition and attention processing in 5- to 7-year-old children with and without symptoms of ADHD: An ERP study. *Clinical Neurophysiology*, 119(12), 2738-2752.
- 13) Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18(6), 643-662.
- 14) MacLeod, C. M. (1991). Half a century of research on the Stroop effect: an integrative review. *Psychological Bulletin*, 109(2), 163-203.
- 15) Das, J. P. (1970). Changes in Stroop-Test responses as a function of mental age. *British Journal of Social & Clinical Psychology*, 9(1), 68-73.
- 16) Das, J. P. (1969). Development of verbal abilities in retarded and normal children as measured by Stroop test. *British Journal of Social & Clinical Psychology*, 8(1), 59-66.
- 17) Ellis, N. R., Woodley-Zanthos, P., Dulaney, C. L., & Palmer, R. L. (1989). Automatic-effortful processing and cognitive inertia in persons with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 93(4), 412-423.
- 18) Salo, R., Henik, A., & Robertson, L. C. (2001). Interpreting Stroop interference: An analysis of differences between task versions. *Neuropsychology*, 15(4), 462-471.
- 19) Ludwig, C., Borella, E., Tettamanti, M., & de Ribaupierre, A. (2010). Adult age differences in the Color Stroop Test: a comparison between an Item-by-item and a Blocked version. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(2), 135-142.
- 20) Ikeda, Y., Okuzumi, H., Kokubun, M., & Haishi, K. (2011). Age-related trends of interference control in school-age children and young adults in the Stroop color-word test. *Psychological Reports*, 108(2), 577-584.
- 21) Ikeda, Y., Okuzumi, H., & Kokubun, M. (2013). Age-related trends of stroop-like interference in animal size tests in 5- to 12-year-old children and young adults. *Child Neuropsychology*, 19(3), 276-291.
- 22) Ikeda, Y., Hirata, S., Okuzumi, H., & Kokubun, M. (2010). Features of Stroop and reverse-Stroop interference: analysis by response modality and evaluation. *Perceptual & Motor Skills*, 110(2), 654-660.
- 23) Sheppard, L. D., & Vernon, P. A. (2008). Intelligence and speed of information-processing: A review of 50 years of research. *Personality and Individual Differences*, 44(3), 535-551.
- 24) Friedman, N. P., Miyake, A., Corley, R. P., Young, S. E., Defries, J. C., & Hewitt, J. K. (2006). Not all executive functions are related to intelligence. *Psychological Science*, 17(2), 172-179.

ORIGINAL ARTICLE

過程分離手続きを用いた抑うつにおける 記憶バイアスの検討:うつ病対策に向けての 基礎的研究

Memory Biases in Depression Investigated by the Process Dissociation Procedure to Develop Countermeasure against Depression

田上 恭子¹⁾ (Kyoko TAGAMI)

1) 愛知県立大学看護学部

〒463-8502 愛知県名古屋守山区上志段味東谷

tagamik@nrs.aichi-pu.ac.jp

ABSTRACT

うつ病対策の一環として、認知行動療法の普及とさらなる発展が求められている。認知行動療法の基礎理論である認知理論を展開するために、本研究では、抑うつにおける気分一致記憶バイアスについて、過程分離手続きを用いて検討した。専門学校生 146 名が以下の 3 つが含まれる冊子に回答した。それは、(a) 学習段階としての性格表現用語の自己関連度評定、(b) テスト段階としての単語検索課題(包含テスト条件と除外テスト条件)、(c) ベック抑うつ尺度、であった。結果から、軽度抑うつ者においてポジティブ語に関する統制のプロセスの寄与がネガティブ語よりも高いが、非抑うつ者ではその逆であること、一方自動的プロセスの寄与に関しては抑うつ状態にかかわらず、軽度抑うつ者においても非抑うつ者においてもポジティブ語に関してネガティブ語よりも高いことが示された。これらの結果は、気分一致記憶バイアス及び抑うつの認知理論の観点から論じられる。

The development and dissemination of cognitive-behavioral therapy are necessary as a countermeasure against depression. Mood-congruent memory biases in mildly depressed students were investigated by using the process dissociation procedure to explicate the cognitive theory underlying cognitive-behavioral therapy. Participants ($N=146$) completed a booklet consisting of three tasks: (a) self-relevant ratings of personality trait words in the study phase, (b) a word retrieval task (inclusion and exclusion test condition) as the test phase, and (c) the Beck Depression Inventory. Results indicated that in mildly depressed students, the contribution of the controlled processes was higher for positive words than for negative words, and vice versa in non-depressed students,

Received
February 28, 2013

Accepted
April 11, 2013

Published
April 30, 2013

whereas the contribution of the automatic processes was higher for positive words in both mildly depressed and non-depressed students. These findings are discussed in terms of mood-congruent memory biases and the cognitive theory of depression.

<Key-words>

うつ病, 気分一致記憶バイアス, 過程分離手続き, 認知行動療法

depression, mood-congruent memory biases, process dissociation procedure, cognitive-behavioral therapy

Asian J Human Services, 2013, 4:62-76. © 2013 Asian Society of Human Services

I. 問題と目的

1. 日本におけるうつ病の現状と対策

近年, 日本においてはうつ病の増加及び自殺者数の増加に伴い, その対策が急務となっている。厚生労働省が3年ごとに行っている「患者調査」(厚生労働省, 2012)によると, うつ病等の気分障害の総患者数は2011年では約95万人であり, 12年前に比べて2倍以上の増加が見られている。厚生労働省の自殺・うつ病等対策プロジェクトチームでは, 自殺の背景に, さまざまな精神疾患が関連することが多いことから, 認知行動療法の普及等のうつ病対策の充実を対策として掲げている(厚生労働省自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム, 2010)。

うつ病の治療としての認知行動療法の適用は海外においても推奨されており, その治療効果も実証されてきている(清水・鈴木, 2011)。このような背景から, 2010年, 認知行動療法の診療報酬上の評価が新設され, 保険適用が可能となった。うつ病の対策に向け, 国をあげてその普及に努めているところであるといえる。

2. 認知行動療法と抑うつの認知理論

認知行動療法とはどのようなものか。熊野(2012)によれば, その意味する内容は多様であり, 行動療法の部分集合として説明されることがある一方で, うつ病を対象にして登場した認知療法がみずからの体系を狭義の認知行動療法の一部として位置づけるようになってきたこともあり, その結果, 行動療法的な色彩の強い, 学習理論の発展変化の過程として捉えられるものと, 認知療法的な色彩の強い, 情報処理理論に基づき新たな治療体系と位置づけられるものの両方の意味で使われるようになっているという。厚生労働省のうつ病対策における認知療法・認知行動療法の治療者用マニュアル(慶應義塾大学認知行動療法研究会, 2009)はこの後者の立場であると考えられ, 本研究においてもこのうつ病を対象にして登場した認知療法的な立場に焦点を当てる。

認知療法は, Beck(Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1978)によって開発された心理療法である。認知の歪みを変容させることを重視するものであり, ネガティブな自動思考をモニタリングし, その思考が気分及び影響を調べ, それに替わる思考法を考え出し, 前提となっている信念(スキーマ)を明らかにしていく(Newell & Dryden, 1991 丹野訳 1996)。厚生労働省のマニュアルにおける具体的な流れは表1の通りである。

表 1 認知療法・認知行動療法の治療全体の流れ
(慶應義塾大学認知行動療法研究会, 2009, p.3 より一部改変し引用)

ステージ	セッション	目的	アジェンダ (課題)	使用ツール・配布物
1	1-2	<ul style="list-style-type: none"> ・症例を理解する ・心理教育と動機付け ・認知療法へ socialization 	<ul style="list-style-type: none"> ・症状・経過・発達歴などの問診 ・うつ病, 認知モデル, 治療構造の心理教育 	<ul style="list-style-type: none"> ・うつ病とは ・認知行動療法とは
2	3-4	<ul style="list-style-type: none"> ・症例の概念化 ・治療目標の設定 ・患者を活性化する 	<ul style="list-style-type: none"> ・治療目標(患者の期待)を話し合う ・治療目標についての話し合い ・活動スケジュール表など 	<ul style="list-style-type: none"> ・問題リスト ・活動記録表
3	5-6	<ul style="list-style-type: none"> ・気分・自動思考の同定 	<ul style="list-style-type: none"> ・3つのコラム 	<ul style="list-style-type: none"> ・コラム法へ考えを切り替えましょう
4	7-12	<ul style="list-style-type: none"> ・自動思考の検証 (・対人関係の解決) (・問題解決技法) 	<ul style="list-style-type: none"> ・コラム法 (・オプション:人間関係を改善する) (・オプション:問題解決) 	<ul style="list-style-type: none"> ・バランス思考のコツ ・認知のかたよりとは ・人間関係モジュール ・問題解決モジュール
5	13-14	<ul style="list-style-type: none"> ・スキーマの同定 	<ul style="list-style-type: none"> ・上記の継続 ・スキーマについての話し合い 	<ul style="list-style-type: none"> ・「心の法則」とは ・心の法則リスト
6	15-16	<ul style="list-style-type: none"> ・終結と再発予防 	<ul style="list-style-type: none"> ・治療のふりかえり ・再発予防 ・ブースター・セッションの準備 ・治療期間延長について決定する 	<ul style="list-style-type: none"> ・治療を終了するにあたって

認知療法の理論としては、近年発達してきた情報処理モデルないしは認知モデルを基盤にしている(慶應義塾大学認知行動療法研究会, 2009)。たとえば Beck ら(Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1978)は、うつ病者が自分自身、将来、世界をネガティブに捉えること、すなわち認知のネガティブな歪みがみられることを指摘した。そしてこの認知の歪みが抑うつをもたらし、持続させるという認知モデルを提唱している。また 1970 年代後半になると、実験心理学の立場から感情と認知の相互作用として抑うつにおける認知の歪みを捉えようとする試みが盛んになり、気分一致した感情価を持つ情報の処理は促進されやすいという気分一致効果(mood-congruent effects; Bower, 1981)が注目を浴びた。たとえば抑うつ状態ではネガティブな認知を行いやすいという現象である。この気分一致効果は認知行動的病理学の基礎理論の一つとしても位置づけられているが(越川, 2010)、抑うつにおける認知のネガティブな歪みを、気分一致効果という現象に着目し明らかにしようとする実証研究が 1980 年代急増している。気分一致効果研究で扱われる認知の範囲は非常に幅広く、注意、記憶、判断、推論など多岐に渡っている。数々の実証研究からは、必ずしもすべての認知において気分一致効果が認められるわけではないことも見出されており、Beck の認知モデルや Bower の気分一致効果を説明するネットワーク・モデルからは説明できない現象も生じてきている。中でも記憶領域においては、その基礎的研究が 1980 年代顕著な発展を遂げていく中で、新たなモデルや理論、測定法も登場し、その違いによって抑うつとの関連も異なることが見出されてきている。抑うつにおける記憶の気分一致バイアスに関しては、新たなモデルの構築に向けて今なお研究が続けられているといえよう。

3. 抑うつにおける記憶の気分一致バイアスに関する研究

前述の通り、抑うつにおける記憶の気分一致バイアスに関する研究は 1970 年代から 1990 年代にかけて、非常に数多く行われてきた。初期の研究では、ほぼ一貫して抑うつにおいてはネガティブな感情価を持つ情報の記憶が促進されるという気分一致効果が認められ、この気分一致効果が抑うつの持続や発症に重要な役割を果たしていることも指摘されてきている (Blaney, 1986; Teasdale, 1983; Watkins, Vache, Verney, Mathews, & Muller, 1996)。

しかし初期の研究のほとんどでは、再生や再認などを測度とする顕在記憶(explicit memory)、すなわち学習時のエピソードの意識的な想起を求める記憶(藤田, 1994)が対象となっていた。これに対して、先行学習のエピソードの意識的想起を必要としない記憶は潜在記憶(implicit memory)と呼ばれる(藤田, 1994)。記憶に関する基礎的研究において、このような顕在記憶と潜在記憶との区分や分離(dissociation)についてが見出されて主張されてきた中(Graf & Schacter, 1985; Roediger, 1990; Schacter, 1987)、抑うつにおける記憶の気分一致バイアスにおいても 1990 年代に入りこの違いが注目されるようになった。したがって、これまで数多くの研究で示されてきた気分一致記憶バイアスは、潜在記憶を対象とした場合において必ずしも同様に認められるとは限らないと考えられる。また、日常生活において顕在記憶が用いられているのはほんの一部に過ぎず、記憶の大半は無意識的なもの、すなわち潜在記憶が用いられているということも指摘されている(Watkins et al., 1996)。以上から、抑うつにおける気分一致効果が抑うつの持続や発症に重要な役割を果たしていると認知療法の基礎的理論として位置づけるのであれば、広く記憶や認知において認められる現象であることを明らかにすることが必要であり、潜在記憶に関しても同様に検討する必要があると考えられる。このように抑うつにおける潜在記憶を検討することは極めて重要であるという認識が高まり、1990 年代に入り、抑うつにおける認知に関する研究においても潜在記憶が数多く取り上げられるようになった。

1990 年代の初期の抑うつ-潜在記憶研究では、抑うつにおける気分一致記憶バイアスは示されないことが多かった(Denny & Hunt, 1992; Watkins, Mathews, Williamson, & Fuller, 1992)。この点に関して Roediger & McDermott(1992)は、記憶テストにおけるデータ駆動型処理(data driven processing)と概念駆動型処理(conceptually driven processing)との相違、すなわちテストで必要とされる処理方略の相違に関する問題を指摘している。データ駆動型処理とは刺激の知覚的形態に関するより表層的な処理を指し、一方概念駆動型処理とは刺激の意味や概念に関するより深い処理を指す(Roediger, 1990; Roediger & McDermott, 1992)。Roediger & McDermott(1992)は、初期の抑うつ-潜在記憶研究で記憶課題とされてきた単語完成や知覚同定といったデータ駆動型テストでは気分一致バイアスは示されないが、自由連想やカテゴリ判断というような意味的・概念的処理を伴う概念駆動型テストではバイアスが認められる可能性があるとして述べている。

この指摘に基づき、概念駆動型テストである自由連想課題を用いた潜在記憶パラダイムにおいて抑うつにおける気分一致効果を検討した Watkins et al.(1996)では、抑うつにおいて抑うつ語の潜在記憶パフォーマンスが高くなるという気分一致効果が認められた。しかし、自由連想課題を用いた田上(1999)では、抑うつにおいてポジティブ語の潜在記憶パフォーマンスが高くなるという気分不一致効果が示された。さらに、Watkins, Martin, & Stern(2000)では、2 種類のデータ駆動型課題、2 種類の概念駆動型課題という 4 種類の潜在記憶課題を用いて抑

うつにおける気分一致バイアスを検討したが、気分一致バイアスが見出されたのは概念駆動型課題のうちのひとつである単語検索課題(単語の定義を呈示し、単語を検索してもらう課題)においてのみであり、概念駆動型課題に属する潜在記憶テストでも、ネガティブな偏りがみられない場合があるということが示された。このように、抑うつ-潜在記憶研究の結果は概念駆動型テストを用いても全く一貫しておらず、近年においてもメタ分析やレビュー論文の中で未ださまざまに論じられている(Barry, Naus, & Rehm, 2004; Barry, Naus, & Rehm, 2006; Phillips, Hine, & Thorsteinsson, 2010; Wisco, 2009)。

4. 過程分離手続き

以上のような抑うつにおける潜在記憶バイアスが一貫して示されないという問題のひとつの理由に、処理プロセスレベルでの違いが考えられる。基礎的な記憶研究では、潜在記憶テストは潜在記憶の純粋な測度かどうか、逆に顕在記憶テストは顕在記憶の純粋な測度かどうかが論じられてきている(藤田,1996; Jacoby,1991)。記憶の処理プロセスレベルでは、顕在記憶テストでは統制的処理の寄与が大きく、一方潜在記憶テストでは自動的処理の寄与が大きいとされているが、どちらの記憶テストにももう一方の処理が混入していると考えられてきている。すなわち、どのような記憶パフォーマンスにも統制的処理と自動的処理の両方が影響を及ぼしているといえる。したがって、先行研究で用いられた潜在記憶課題への統制的処理と自動的処理の寄与の程度がそれぞれ異なっているために、結果が一貫しないのではないかと考えられる。このことから、ひとつの課題でひとつの記憶プロセスを測るのではなく、同一課題の記憶パフォーマンスにおいて統制的処理と自動的処理とを分離し検討することが必要であると考えられる。

この2種類の処理プロセスの寄与の程度をパフォーマンスから別々に評価する手続きを過程分離手続き(process dissociation procedure; Jacoby, 1991, 1998)という。過程分離手続きについて藤田(2005)は、記憶の自動的な(Automatic; A)利用と意識的に統制された意図的な(Controlled; C)利用の2つのプロセスが協働してパフォーマンスを増加させる条件(包含条件)と、両者を対置させ、自動的な利用はパフォーマンスを増加させ、意図的な利用は減少させる条件(除外条件)とを設け、その2つの条件のパフォーマンスから自動的な利用と意図的な利用のプロセスを別々に評価するものであると解説している。以下では Jacoby(1998)、藤田(2005)をもとに、語幹による手がかり再生課題を用いた場合の過程分離手続きの適用について、より具体的に解説したい。

まず、ターゲットとなる単語のリストを学習させ、その後、前述のように包含テスト条件と除外テスト条件という2つのテスト条件下で手がかり再生をさせる。包含テストでは、語幹を手がかりに学習語を再生するように、またもし再生できない場合は最初に浮かんだ単語で語幹を完成させるように教示される。一方除外テストでは、語幹を手がかりに学習語を再生するよう教示されるが、それは答えず(除外し)、別の単語で語幹を完成するよう求められる。併せて学習語以外に単語が思い浮かばなかった場合はパスしてよいことも告げられる。前者の包含テストのパフォーマンス、すなわち語幹が学習語で完成される確率は、語幹を手がかりにして意図的に学習語を想起できる確率(C)と、意図的に思い出すことはできず、なおかつ自動的に浮かんだ確率(A)のどちらかであり、これらの2つが独立しているのであれば、以下のような式で表すことができる。

$$\text{inclusion performance (I)} = C + A - CA = C + A(1 - C)$$

除外テストでは対照的に、学習語が想起できずに自動的に浮かんだ場合にのみ学習語で語幹を完成することになる。したがって、

$$\text{exclusion performance (E)} = A(1 - C) = A - CA$$

この2つの式を連立させると、統制的プロセスと自動的プロセスの寄与を算出できる。すなわち、

$$C = I - E$$

$$A = E / (1 - C)$$

以上のような手続き及び数式を用い、同一課題の記憶パフォーマンスにおいて統制的プロセスと自動的プロセスとを分離し検討することが可能であると考えられている。

5. 本研究の目的

これまで論じてきたように、うつ病対策に向けて認知療法・認知行動療法の普及が求められている現在、さらなる理論と技法の発展に向けて、その理論に関する基礎的な実証研究を重ねる必要があると考えられる。本研究では、抑うつの発症や持続に重要な役割を果たしていると従来から指摘されている気分一致効果のメカニズムの解明に向け、これまで一貫した結果の得られていない気分一致記憶バイアスに焦点を当てる。同一課題において記憶の統制的プロセスと自動的プロセスとを分離する過程分離手続きを用い、それぞれのプロセスにおいて抑うつにおける気分一致記憶バイアスが認められるかどうか明らかにすることを目的とする。

II. 方法

1. 実験参加者

専門学校生 151 名を対象に、冊子を用いた実験を行った。有効回答は 146 であった。

2. 刺激

青木(1971)の性格表現用語より、学生評定中央値^{注1)}4.0 以下をポジティブ語、6.5 以上をネガティブ語とし、平仮名表記 4-6 字のポジティブ語とネガティブ語を各 32 語、計 64 語を刺激として用いた。この 64 語をポジティブ語・ネガティブ語同数(16 語ずつ)の 2 つのリストに分け、一方を学習呈示語リスト、もう一方をテスト時の新項目リストとした。なお、2 つのリストがどちらのリストとなるかは、カウンターバランスした。さらにそれぞれのリストを 16 語のリストに二分し(ポジティブ語・ネガティブ語同数)、包含テスト条件、除外テスト条件にカウンターバランスして配分した。学習・テストのリスト組み合わせは 8 通りであった(図 1 参照)。また、学習呈示語リストの最初と最後にフィラー語として、学生評定中央値 4.5 以上 5.0 以下の 4-6 字の単語を各 5 語ずつ加えた。

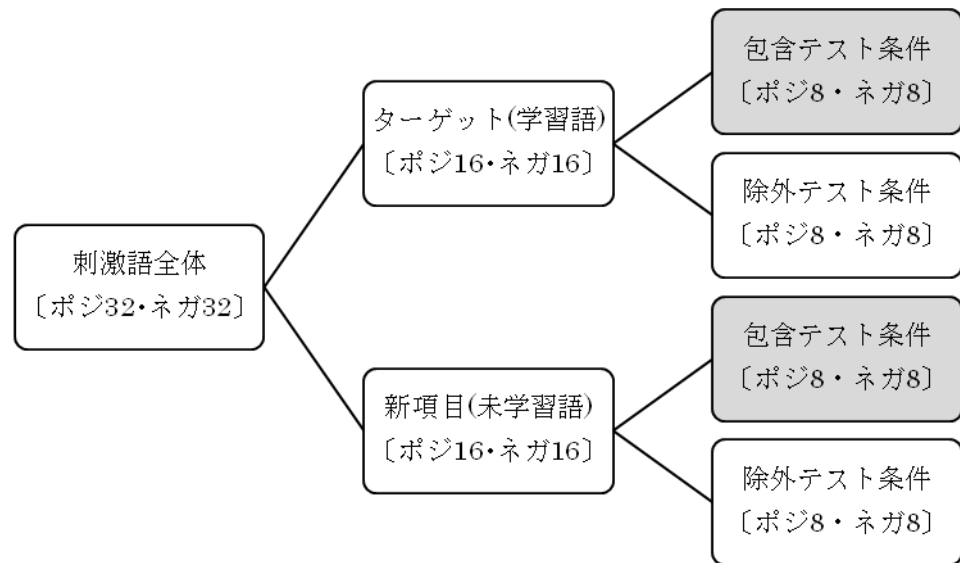


図1 リスト構成について～刺激の分割～

注 図中の数字は単語数である。

ポジ: ポジティブ語

ネガ: ネガティブ語

3. 学習課題

学習呈示語とフィラー語計 42 語の性格表現用語の自己関連度評定(自分にどの程度当てはまるか)を 4 件法で行った。刺激の表記形態は漢字・仮名混じりであった(たとえば“冷静な”)。

4. テスト課題及び教示

学習呈示語と新項目計 32 語についての単語検索課題を用いた。単語の辞書的な意味を手がかりとして呈示し(たとえば“感情に左右されず、落ち着いていて物事に動じない”), 単語(“冷静な”)を再生してもらう課題である。

テスト教示については、包含テスト条件では、手がかりから学習語を思い出して記述するように、また思い出せない場合には最初に手がかりから思い浮かんだ単語を記述するように求めた。除外テスト条件では、手がかりから思い浮かぶ学習語以外の単語を記述するよう教示した。学習語が思い出せない場合は、包含テスト条件と同様に、手がかりから最初に思い浮かんだ単語を記述してもらった。なお、包含テスト条件・除外テスト条件ともに、手がかりの中には学習していない単語の意味も含まれていることを明記した。

5. 手続き

冊子を用いた集団一斉方式で実験を行った。冊子の構成は、①フェイスシート、②学習課題としての性格表現用語の自己関連度評定、③単語検索の包含(または除外)テスト、④単語

検索の除外(または包含)テスト, ⑤ベック抑うつ尺度(Beck Depression Inventory; BDI; 林・塚本, 1987)であった。③と④の順序はカウンターバランスした。実験参加者には, テスト条件並びに学習・テストのリストの組み合わせをカウンターバランスした 16 種類の冊子(表 2 参照)をランダムに配布し, 回答を求めた。

表 2 実験冊子の種類～リストの組み合わせ～

①学習呈示語	②包含テスト呈示語			③除外テスト呈示語	
	ターゲット	新項目		ターゲット	新項目
リスト A・リスト B	—	リスト A リスト C	—	リスト B リスト D	
リスト A・リスト B	—	リスト A リスト D	—	リスト B リスト C	
リスト A・リスト B	—	リスト B リスト C	—	リスト A リスト D	
リスト A・リスト B	—	リスト B リスト D	—	リスト A リスト C	
リスト C・リスト D	—	リスト C リスト A	—	リスト D リスト B	
リスト C・リスト D	—	リスト C リスト B	—	リスト D リスト A	
リスト C・リスト D	—	リスト D リスト A	—	リスト C リスト B	
リスト C・リスト D	—	リスト D リスト B	—	リスト C リスト A	
①学習呈示語	②除外テスト呈示語			③包含条件呈示語	
	ターゲット	新項目		ターゲット	新項目
リスト A・リスト B	—	リスト A リスト C	—	リスト B リスト D	
リスト A・リスト B	—	リスト A リスト D	—	リスト B リスト C	
リスト A・リスト B	—	リスト B リスト C	—	リスト A リスト D	
リスト A・リスト B	—	リスト B リスト D	—	リスト A リスト C	
リスト C・リスト D	—	リスト C リスト A	—	リスト D リスト B	
リスト C・リスト D	—	リスト C リスト B	—	リスト D リスト A	
リスト C・リスト D	—	リスト D リスト A	—	リスト C リスト B	
リスト C・リスト D	—	リスト D リスト B	—	リスト C リスト A	

注) リスト A, B, C, D はそれぞれポジティブ語 8 語・ネガティブ語 8 語から構成された。

III. 結果

1. 抑うつ群の設定

有効回答数 146 の BDI 得点下位 1/3 の 45 名を非抑うつ群, 上位 1/3 の 51 名を軽度抑うつ群とした。全体の BDI 平均得点は 14.04($SD=8.01$), 非抑うつ群, 軽度抑うつ群の平均得点はそれぞれ 5.87($SD=2.49$), 22.71($SD=6.05$)であった。

2. 学習語の再生率及び記憶の意図的利用・自動的利用の寄与率の算出

包含テスト条件と除外テスト条件の単語の種類別学習語の再生率を求めた(表 3)。Jacoby(1991, 1998)の方程式に基づき, 統制的プロセス(*C*)と自動的プロセス(*A*)の寄与率を実験参加者ごとに算出した。なお, 実験操作がうまくいかなかった実験参加者を分析から除き^{注2)}, 最終的には抑うつ低群 24 名, 抑うつ高群 25 名について結果を整理・分析した。統制的プロセスの寄与率を図 2 に, 自動的プロセスの寄与率を図 3 に示す。

表 3 各群のテスト条件及び単語の種類別平均再生率

群	N	BDI	包含テスト条件				除外テスト条件			
			学習語		未学習語		学習語		未学習語	
			ポジ	ネガ	ポジ	ネガ	ポジ	ネガ	ポジ	ネガ
非抑うつ	24	5.83 (2.88)	.33	.34	.06	.03	.12	.05	.07	.03
軽度抑うつ	25	22.80 (6.22)	.37	.27	.08	.06	.10	.07	.12	.06

()内は標準偏差
ポジ: ポジティブ語, ネガ:ネガティブ語

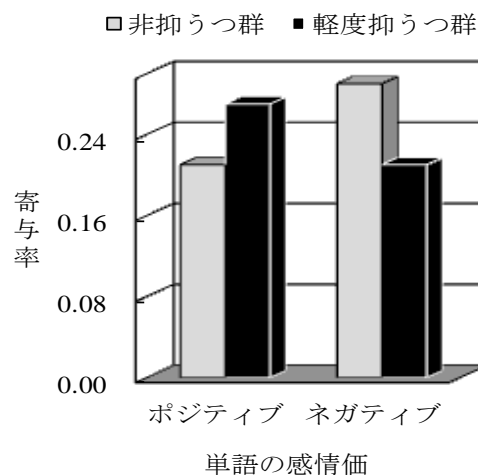


図 2 各群の単語の感情価別
統制的プロセスの寄与率

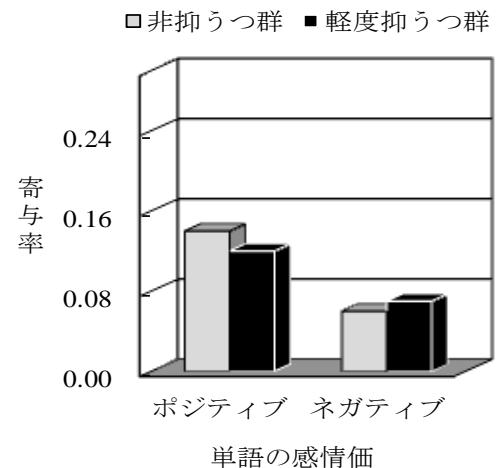


図 3 各群の単語の感情価別
自動的プロセスの寄与率

3. 統制的プロセス及び自動的プロセスにおける抑うつ気分一致記憶バイアスの検討

まず記憶の統制的プロセスの寄与率について抑うつ(非抑うつ群, 軽度抑うつ群)×単語の感情価(ポジティブ, ネガティブ)の 2 要因分散分析を行ったところ, 抑うつと単語の感情価との間に有意な交互作用が認められた($F(1,47)=4.38, p<.05$)。図 2 に示しているように, 非抑うつ群ではネガティブ語の寄与率が高く, 軽度抑うつ群ではネガティブ語の寄与率が低いことが示された。

次に自動的プロセスの寄与率について同様の 2 要因分散分析を行ったところ, 単語の感情価の主効果のみ有意であった($F(1,47)=7.87, p<.01$)。抑うつの高低にかかわらずポジティブ語における寄与率がネガティブ語よりも高いことが示された。

IV. 考察

1. 抑うつにおける気分一致記憶バイアスについて

本研究では, 意味的・概念的処理を反映すると考えられる単語検索課題を用い, 過程分離手続きを用いて分離した統制的プロセスと自動的プロセスそれぞれにおける抑うつの気分一致記憶バイアスを検討した。その結果, 抑うつは統制的プロセスに影響を及ぼすことが示されたが, 気分一致バイアスではなく, 抑うつが高いとポジティブ語における寄与率が高いという気分不一致バイアスが生じたといえる。一方, 自動的プロセスにおいては, 抑うつの程度にかかわらずポジティブ語における寄与率が高いことが示され, 抑うつは自動的プロセスには影響を及ぼさないことが示唆される。

抑うつにおいて統制的プロセスで気分不一致バイアスが生じた理由のひとつとして, 抑うつの程度の問題が考えられる。本研究の対象は一般学生であったため, 臨床的なうつ病患者とは抑うつの質や程度が異なっている可能性があるかもしれない。田上(2003)では, BDI 得点に基づき大学生を非抑うつ, 軽度, 中等度, 重度に四分し, 顕在記憶と潜在記憶における気分一致記憶バイアスを検討しているが, 顕在記憶においては, 中等度抑うつ群では気分一致バイアスが示されているものの, 重度抑うつ群では気分不一致バイアスが示され, 抑うつの程度によって気分一致効果となるか気分不一致効果となるかが異なることを示唆している。これまで気分不一致効果を示している先行研究では, 主に気分緩和動機, すなわちネガティブな気分を緩和しようという動機からポジティブな認知が促進されるという観点で説明がなされてきた(榊, 2006)。たとえば, Erber ら(Erber & Tesser, 1992; Erber & Erber, 1994)は, 気分一致的か気分不一致的かは場面によるのではないかと指摘し, 場面による効果の現れ方の違いを示して, 気分を変えようという動機づけがある場合に気分不一致的な再生が生じると述べている。また, Rusting & DeHart(2000)は気分一致効果及び気分不一致効果を媒介する特性として, 気分調整に関わるパーソナリティ変数を示唆している。彼らは, ネガティブな気分調整には個人差があることを指摘し, この個人差に関わる特性が気分不一致効果に関連していると述べている。関連して, ネガティブな気分一致効果は自尊心の低い者に特徴的であり, 自尊心が高い者は気分不一致再生を示すことも見出されている(Smith & Petty, 1995)。このように単に動機づけからの観点ではなく, それに関わるパーソナリティ変数が気分不一致効果に関与している可能性も考えられるだろう。さらに別の観点として, 榊(2006)は自己複雑性

(self-complexity)という自己知識の構造の個人差が気分不一致効果に影響を及ぼすこと、すなわち自己複雑性が高い人ほど気分不一致効果を示しやすいことを提唱し、自伝的記憶の想起に関する実験からそれを検証している。

以上のように、気分緩和動機やパーソナリティ特性、自己知識の構造といったことが気分不一致効果に影響を及ぼしていることがこれまで論じられてきているが、抑うつとそれらの変数がどのように関連するかは未だ明らかではない。近年においても、抑うつにおける認知バイアスと感情調整を結びつけるような実証研究が非常に数少ないことが指摘されている(Joormann & D'Avanzato, 2010)。今後はそのような研究を重ね、変数間の関係を明らかにしていくことが必要であると考えられる。また Rusting & DeHart(2000)は、気分調整方略による気分不一致記憶をネットワークモデルからも説明でき得ることを示唆しているが、本研究の結果から示唆された抑うつの程度や質の違いの影響も含め、新たなモデルを検討していくことが望まれよう。

次に本研究では意味的・概念的処理をより要すると考えられる単語検索課題を用いたが、自動的プロセスには抑うつの影響は認められなかった。気分一致効果研究ではないが、同様に過程分離手続きを用い抑うつが記憶パフォーマンスに及ぼす影響を検討している Hertel & Milan (1994), Jermann, Van der Linden, Adam, Ceschi, & Perroud(2005)においても、自動的プロセスには抑うつが影響しないことが示されている。すなわち、気分一致効果にかかわらず、過程分離手続きを用いて自動的プロセスを抽出した場合は、抑うつの影響はみられないといえるのではないだろうか。したがって、抑うつにおける気分一致潜在記憶バイアスが生じるのは、潜在記憶と顕在記憶とを別の課題として分けて検討する場合であり、用いられる潜在記憶課題にかなり統制的プロセスが寄与している場合にバイアスが生じる可能性があると考えられる。

また、Hertel & Milan(1994)は転移適切処理(transfer-appropriate processing; TAP)の観点から説明を試みてもいる。TAP とは、学習時とテスト時に類似した認知プロセスが活性化されると転移が適切に行われ、学習された刺激はより検索しやすくなるという現象であり(Graf & Ryan, 1990)、潜在記憶における気分一致バイアスの結果の一貫性のなさについても TAP からの説明が行われてもいる(Barry et al., 2004; Phillips et al., 2010; Watkins, 2002)。たとえば Phillips et al.(2010)は、TAP の観点から2つの説明があり、論争が続いていると述べている。1つは符号化課題と検索課題の両方で同じ処理水準が行われた場合にのみ潜在記憶バイアスが生じるという立場であり(Barry et al., 2004)、もう1つは、概念的処理が符号化時と検索時の両方で行われた場合にのみ抑うつバイアスが生じると主張する立場である(Watkins, 2002; Wisco, 2009)。Phillips et al.(2010)のメタ分析では前者を支持する結果となったと述べているが、この点についてはさらに検討していく必要があるだろう。

2. 今後のうつ病対策に向けて～抑うつの認知理論への示唆～

本研究では、統制的プロセスにおいても自動的プロセスにおいても気分一致記憶バイアスは示されなかった。これまで述べてきたように、気分一致効果が抑うつの発症や持続、悪化に重要な役割を果たしていることは、認知療法・認知行動療法の基礎的な理論のひとつとして位置づけられていることではあるが、この現象がみられるのは限られており、ある種の認知においてはそれがみられなかったり、あるいは逆の現象が生じたりすることを本研究は示唆

しているといえよう。

気分一致効果が抑うつを悪化させる原因として提唱されているのと同様に、気分不一致効果は抑うつ予防や緩和の手段として考えられるかもしれないと Parrott & Sabini(1990)は述べている。気分不一致効果は、抑うつにおける認知と抑うつ気分の悪循環を断ち切る現象であるとも考えられる。また自動的プロセスにおいて気分一致効果がみられないということは、ネガティブな悪循環に巻き込まれずに保たれている機能が存在しているということにもなると考えられる。このような従来のモデルからは説明しにくい知見について吟味し検討を重ねていくことで、モデルの修正や拡張、新たなモデルの構築にもつながり、さらなる効果的な技法の開発にもつながるであろう。

また本研究ではうつ病患者ではなく健常学生を対象としたが、抑うつが比較的高くても日常生活をある程度営むことができるような場合には、抑うつにおける気分一致効果は生じにくいというような可能性も考えられ得る。たとえばうつ病患者と抑うつ傾向の高い健常者では、抑うつ気分や抑うつ尺度で測定されるような状態の違いはあまりなかったとしても、気分一致効果に影響していると考えられる自己知識構造や動機づけ、自尊心などのパーソナリティに大きな違いがある可能性もあるだろう。こういった違いが明らかになれば、予防や発症に関わる要因の発見にもつながっていくものと考えられる。実験的な心理学的研究は臨床群を対象には行いにくいのが日本の現状であると考えられるが、健常者を対象とした抑うつ研究を単なるアナログ研究として位置づけるのではなく、予防や発症プロセスに関わるメカニズムの解明に役立ち得るものとして積極的な意義を持たせて研究を重ねていくことも、より効果的な治療や予防法の開発に向けて必要であるだろう。

3. 今後の課題

最後に本研究の限界と課題を2点述べたい。本研究では、実験操作のうまくいかなかった被験者がかなり存在した。また全体として再生率がかなり低い結果であったと考えられる。実験操作が成功した者と失敗した者とは、何かしらの認知的処理の相違や抑うつや気分の質の相違が存在している可能性も考えられ、この点に関する検討も必要ではあるが、今後は刺激材料や実験状況をより統制し、実験手続きを精緻にした上で、抑うつにおける記憶バイアスを実験的に検討していく必要があると考えられる。

2点目としては、先にも少し触れたが本研究は学生を対象にしたものであり、本研究の結果を単純に抑うつやうつ病の理論に一般化して考えることはできない。従来の抑うつ認知理論の修正や拡張、新たな予防や発症に関する理論の構築に向けて、臨床群との知見の比較やさらなる知見の蓄積が必要であるだろう。

注1) 青木(1971)は性格表現用語の望ましさについて、学生と一般成人に評定を求め、それぞれの中央値を算出している。本研究では研究の対象を専門学校生としたため、学生の方の値を用いた。

注2) 方程式からも分かる通り、仮説的には包含条件パフォーマンスが除外条件パフォーマンスを上回るものとされており、除外条件パフォーマンスが上回った場合、寄与率の値はマイナス値となる。そこで除外条件パフォーマンスの方が上回った者は教示の理解が十分ではなかったとみなし、除いて分析することとした。

文献

- 1) 青木孝悦 (1971) 性格表現用語の心理-辞典的研究—455 語の選択, 分類および望ましさの評定— 心理学研究, 42, 1-13.
- 2) Barry, E. S., Naus, M. J., & Rehm, L. P. (2004) Depression and implicit memory: Understanding mood congruent memory bias. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 387-414.
- 3) Barry, E. S., Naus, M. J., & Rehm, L. P. (2006) Depression, implicit memory, and self: A revised memory model of emotion. *Clinical Psychology Review*, 26, 719-745.
- 4) Beck, A. T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- 5) Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- 6) Blaney, P. H. (1986) Affect and memory: A review. *Psychological Bulletin*, 99, 229-246.
- 7) Bower, G. H. (1981) Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- 8) Denny, E. B., & Hunt, R. R. (1992) Affective valence and memory in depression: Dissociation of recall and fragment completion. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 575-580.
- 9) Erber, R., & Erber, M. W. (1994) Beyond mood and social judgment: Mood incongruent recall and mood regulation. *European Journal of Social Psychology*, 24, 79-88.
- 10) Erber, R., & Tesser, A. (1992) Task effort and the regulation of mood: The absorption hypothesis. *Journal of Experimental Social Psychology*, 28, 339-359.
- 11) 藤田哲也 (1994) 潜在記憶研究における単語完成をめぐる問題 心理学評論, 37, 72-91.
- 12) 藤田哲也 (1996) 記憶における自動的処理と意図的処理—過程分離手続をめぐる問題について 京都大学教育学部紀要, 42, 73-89.
- 13) 藤田哲也 (2005) 記憶の自動的利用における処理水準効果: 過程分離手続による検討 法政大学文学部紀要, 50, 125-144.
- 14) Graf, P., & Schacter, D. L. (1985) Implicit and explicit memory for new associations in normal and amnesic subjects. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 11, 501-518.
- 15) Graf, P., & Ryan, L. (1990) Transfer-appropriate processing for implicit and explicit memory. *Journal of Experimental Psychology, Learning, Memory, and Cognition*, 16, 978-992.
- 16) Hertel, P., & Milan, S. (1994) Depressive deficits in recognition: Dissociation of recollection and familiarity. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 736-742.
- 17) 林潔・塚本嘉寿 (1987) Beck Depression Inventory(新改定版)についての検討 埼玉大学紀要: 総合篇, 6, 45-57.
- 18) Jacoby, L. L. (1991) A process dissociation framework: Separating automatic from intentional uses of memory. *Journal of Memory & Language*, 30, 513-541.
- 19) Jacoby, L. L. (1998) Invariance in automatic influences memory: Toward a user's guide for the process dissociation procedure. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 24, 3-26.

- 20) Jermann, F, Van der Linden, M., Adam, S., Ceschi, G., & Perroud, A. (2005) Controlled and automatic uses of memory in depressed patients: Effect of retention interval lengths. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 681-690.
- 21) Joormann, J., & D'Avanzato, C. (2010) Emotion regulation in depression: Examining the role of cognitive processes. *Cognition and Emotion*, 2010, 24, 913-939.
- 22) 慶應義塾大学認知行動療法研究会編 (2009) うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」 厚生労働省ホームページ
[〈http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/dl/01.pdf〉](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/dl/01.pdf) (2013 年 2 月 27 日閲覧)
- 23) 越川房子 (2010) マインドフルネス認知療法: 注目を集めている理由とその効果機序 ブリーフサイコセラピー研究, 19, 28-37.
- 24) 厚生労働省 (2012) 平成 23 年(2011)患者調査の概況 厚生労働省ホームページ
[〈http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/index.html〉](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/index.html) (2013 年 2 月 27 日閲覧)
- 25) 厚生労働省自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム (2010) 誰もが安心して生きられる, 温かい社会づくりを目指して～厚生労働省における自殺・うつ病等への対策～ 厚生労働省ホームページ
[〈http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/dl/torimatome_2.pdf〉](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/dl/torimatome_2.pdf) (2013 年 2 月 27 日閲覧)
- 26) 熊野宏昭 (2012) 新世代の認知行動療法 日本評論社
- 27) Newell, R., & Dryden, W. (1991) Clinical problems: An introduction to the cognitive-behavioural approach. In W. Dryden & R. Rentoul (Eds.), *Adult clinical problems: A cognitive-behavioural approach*. London: Routledge, Pp.1-26.
 (ニューウェル R.・ドライデン W. 丹野義彦(訳) (1996) 認知行動アプローチの基礎理論
 ドライデン W.・レントウル R. 丹野義彦(監訳) 認知臨床心理学入門—認知行動アプローチの実践的理解のために— 東京大学出版会 Pp.9-54.)
- 28) Parrott, W. G., & Sabini, J. (1990) Mood and memory under natural conditions: Evidence for mood incongruent recall. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 321-336.
- 29) Phillips, W. J., Hine, D. W., & Thorsteinsson, E. B. (2010) Implicit cognition and depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 691-709.
- 30) Roediger, H. L. (1990) Implicit memory *American Psychologist*, 45, 1043-1056.
- 31) Roediger, H. L., & McDermott, K. B. (1992) Depression and implicit memory: A commentary. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 587-591.
- 32) Rusting, C. L., & DeHart, T. (2000) Retrieving positive memories to regulate negative mood: Consequences for mood-congruent memory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 737-752.
- 33) 榊美知子 (2006) 自己知識の構造が気分不一致効果に及ぼす影響 心理学研究, 2006, 217-226.
- 34) Schacter, D. L. (1987) Implicit memory: History and current status. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 13, 501-518.
- 35) 清水馨・鈴木伸一 (2011) うつ病の認知行動療法の実際 心身医学, 51, 1079-1087.

- 36) Smith, S. M., & Petty, R. E. (1995) Personality moderators of mood congruency effects on cognition: The role of self-esteem and negative mood regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1092-1107.
- 37) 田上恭子 (1999) 抑うつにおける潜在記憶バイアス 日本心理学会第 63 回大会発表論文集, 567.
- 38) 田上恭子 (2003) 抑うつの程度が潜在記憶に及ぼす影響 弘前大学教育学部紀要, 90, 193-199.
- 39) Teasdale, J. D. (1983) Negative thinking in depression: Cause, effect, or reciprocal relationship? *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 3-25.
- 40) Watkins, P.C. (2002) Implicit memory bias in depression. *Cognition and Emotion*, 2002, 381-402.
- 41) Watkins, P. C., Martin, C. K., & Stern, L. D. (2000) Unconscious memory bias in depression: Perceptual and conceptual processes. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 282-289.
- 42) Watkins, P. C., Mathews, A., Williamson, D. A., & Fuller, R. D. (1992) Mood-congruent memory in depression: Emotional priming or elaboration? *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 581-586.
- 43) Watkins, P. C., Vache, K., Verney, S. P., Mathews, A., & Muller, S. (1996) Unconscious mood-congruent memory bias in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 34-41.
- 44) Wisco, B. E. (2009) Depressive cognition: Self-reference and depth of processing. *Clinical Psychology Review*, 29, 382-392.

ORIGINAL ARTICLE

QOL の観点に基づいた日本の 障害者雇用促進制度設計に関する研究 －WHOQOL を用いた障害者の雇用の促進等に関する法律 の分析と考察－

QOL-based research for laws that promotes the employment of persons with disabilities

-Analysis and examinations of using WHOQOL-

権 偕珍¹⁾ (Haejin KWON), 小原 愛子²⁾ (Aiko KOHARA)
韓 昌完³⁾ (Changwan HAN), 佐藤 卓利⁴⁾ (Takatoshi SATO)

1) 立命館大学大学院経済学研究科

Graduate School of Economics, Ritsumeikan University

〒525-8577 滋賀県草津市野路東 1 丁目 1-1

kkhhjj51@naver.com

2) 琉球大学教育学研究科特別支援教育専攻

Graduate School of Education, University of the Ryukyus

3) 琉球大学教育学部特別支援教育講座

Faculty of Education, University of the Ryukyus

4) 立命館大学経済学部

Faculty of Economics, Ritsumeikan University

ABSTRACT

障害者雇用は障害者の QOL (生活・人生の質) に影響を与える重要な要因の一つであるにも関わらず、日本の障害者雇用促進制度において QOL の観点から設計されたものは見当たらない。そこで本稿では、障害者の QOL の観点から、障害者の雇用の促進等に関する法律を中心に障害者雇用促進制度を分析することで、QOL の観点に基づいた障害者雇用制度設計の課題を提示する。分析の結果、障害者雇用促進法は、事業主が障害者雇用の義務を負わされ、障害者個人はサービスの措置を受ける地位にあることによって、雇用の場を得るという構造であることが明らかとなった。働くこととは、それ自体が人間の QOL に関わるものであり、障害者雇用促進法においては、障害者の労働法として労働権が保障されたものでな

Received

December 16, 2012

Accepted

February 26, 2013

Published

April 30, 2013

ればならない。そのことから、今後は QOL の観点に基づき設計された障害者雇用促進制度が必要であろう。

Even though the employment of persons with disabilities plays an important role in affecting the QOL of the disabled people, none of the present policies promoting such kind of employment are designed from the perspective of the QOL of these people.

In this paper, the issues regarding the design of these disability employment promoting policies are analyzed based on the perspective of the QOL of the disabled people.

The results show that, it becomes clearer that disabilities employment promoting laws do not only enable the employers to fulfill social responsibilities but also allow the disabled people to enjoy social services.

Taking a job, or working itself is related to the QOL of human being. Therefore those policies that promoting the employment of person with disabilities should also function as labor rights protection laws. It is suggested that policies makers should take QOL into considerations when making any disability employment promoting policies in the future.

<Key-words>

QOL, WHOQOL, Disability employment promotion policies

Asian J Human Services, 2013, 4:77-87. © 2013 Asian Society of Human Services

I. はじめに

1. 障害者雇用と QOL

働くことは QOL を向上させるための生活の条件であり、QOL に影響を与える重要な要因の一つである (Lehman・Ward・Linn, 1982)。障害者が働くことは、それ自体が重要な社会参加であるとともに、経済的自立を達成するための手段であり、障害者の自立にとって不可欠な要素である。それは、障害者の QOL を根底から支える活動である (今野・霜田, 2006)。QOL とは、Quality of Life の略で、「生活の質」と訳されることが多く、経済的、身体的、精神的、社会的など広範囲で総合的評価を要する概念である (西川, 2010)。また、土井 (2004) は QOL について「人は生を受けこの世に生まれたとき、誰であつても、人間として生きていく尊厳を尊重され、そして、人間として生きる喜びを享受することを許されている。結果として受けた生命の長短や障害の有無に関わらず、あるいは、結果として受けた人生の苦楽の深さに関わらず、尊厳と喜びを追求することは、人間誰もが平等に許されている権利と言える。“人生を良く生きること”は、古くから人間が追求してきた命題であつた」と述べている。つまり、QOL とは、障害の有無に関わらず、人間誰もが生きる尊厳を尊重された上でより良く生きるということであろう。

WHO は、1994 年に QOL を「一個人が生活する文化や価値観のなかで、目標や期待、基準、安心に関連した自分自身の人生の状況に対する認識」と定義し、QOL の構成領域を「身体的側面、心理的側面、自立のレベル、社会的関係、生活環境、精神性／宗教／信念」の 6

つの側面に及ぶ概念として設定した（表 1）。QOL は総合的に人間の「生活の質」を測るためのものであり、障害者における QOL 向上も重要な課題となっている。

表 1 WHOQOL の領域と下位項目

Overall and General Health	全体的な生活と一般的な健康の質
Domain 1 – Physical Domain Pain and discomfort Energy and fatigue Sexual activity Sleep and rest Sensory function	領域 1 – 身体的側面 痛みと不快 活力と疲労 性行為 睡眠と休養 感覚機能
Domain 2 – Psychological Domain Work capacity Thinking memory and concentration Self-esteem Bodily image and appearance Negative feeling	領域 2 – 心理的側面 肯定的感情 思考、学習、記憶、集中力 自己評価 容姿（ボディイメージ）と外見 否定的感情
Domain3 – Level of Independence Mobility Activities of daily living Dependence on medical substances and medical aids Dependence on non-medical substances (alcohol, tobacco, drugs...) Community capacity Work capacity	領域 3 – 自立のレベル 移動能力 日常生活能力 医療品や医療への依存 嗜好品の常用 コミュニケーション能力 仕事能力
Domain4 – Social Relationship Personal relationship Practical social support Activities as provider/support	領域 4 – 社会的関係 人間関係 実際的な支え 支える側としての活動
Domain5 – Environment Physical safety and security Home environment Work satisfaction Financial resources Health and social care ; accessibility and quality Opportunities for acquiring new inform and quality Participation and opportunities for recreation/leisure activities Physical environment ; Transport	領域 5 – 生活環境 安全と治安 居住環境 仕事の満足 金銭関係 医療社会福祉サービスの利便性と質 新しい情報・技術の獲得の機会 余暇活動への参加と機会 生活圏の環境；交通手段
Domain6 – Spirituality/Religion/Personal Belief	領域 6 – 精神性／宗教／信念

引用：田崎・野地ら（1995）WHO の QOL. 診断と治療, 83(12), 2183-2198.

2. 障害者雇用における制度

障害者が働く形態として、福祉的就労と一般雇用という二形態に大きく分けられる。福祉的就労とは、福祉法による社会福祉施設において障害や労働能力を配慮して働く力を向上することを通して就労することを保障するものである（峰島・岡本，2012）。また、一般雇用とは、労働法が適用される一般企業等において、障害者も他の労働者と同じく身分保障されて、他の労働者のなかで働くことを保障するものである（峰島・岡本，2012）。本稿では、一般雇用という形での就労が障害者にとっても、また社会全体にとっても望ましいことは明らか（竹中，2000）であるため、障害者の一般雇用の問題に絞って検討を行うこととする。

一般雇用の推進制度は、世界的には割当雇用制度や差別禁止法によるものがある（峰島・岡本，2012）。割当雇用制度とは、身体障害者及び知的障害者について、一般労働者と同じ水準において常用労働者となり得る機会を与えることとし、常用労働者の数に対する割合（障害者雇用率）を設定し、事業主等に障害者雇用率達成義務を課すことにより、それを保障するもの（厚生労働省）であり、差別禁止法とは、差別や平等についての定義をそなえ、差別禁止の実施機関を規定するものであり、市民権・人権のモデルをもとに、障害に基づく差別を実質的に禁止するもの（玉村・佐藤，2006）である。

現在、各国の制度は、割当雇用制度のみ、割当雇用制度を廃止して差別禁止法のみ、あるいは、両者の併用と多様である。日本は、現在割当雇用制度のみをとっており、差別禁止法制定に関しては平成 25 年度の国会に法案提出する予定である。また、障害者雇用に関する日本の主要立法としては、障害者の雇用の促進等に関する法律（以下、障害者雇用促進法とする）を挙げることができ、障害者雇用促進法における中心的制度が割当雇用制度である（竹中，2000）。

3. 研究目的

QOL の向上があらゆる障害者関連サービスにおける重要原則になったことは、多くの文献を見渡しても疑いの余地がない（田中・松為ら，2002）。実際、福祉サービスに限らず、社会の指標、政策評価指標、あるいは医療サービス評価指標としての QOL 概念には過去 30 年の歴史がある（古屋・三谷，2005）。しかし、制度・政策の設計や評価において基準・判断材料としているものは政治的判断、経済的状况、世論の要求、外国の事例等が挙げられ QOL の観点から設計されたものは少ない状況であり、特に障害者雇用の制度では見当たらない。

障害者制度改革推進本部差別禁止部会の 2011 年 1 月から 5 月の会議資料を見ると、差別禁止法制定過程においても、アメリカ・イギリス・韓国等の既に差別禁止法を実施している国の事例を参考に法案作成を行っている。しかし、そのような基準や判断材料であった場合、時代の変化に伴い制度・政策の有効性に疑問が生じる場合があると考えられる（韓，2013）。また城山（2010）は、政策決定過程において、①政策判断の基準や根拠の不透明さ、②判断の前提となる情報収集の回路確保、③個々の分野での決定過程革新の必要性を挙げ、判断基準を透明化した上で社会への影響を再検討することを指摘している。そこで、障害者雇用においては、制度を設計する際に明確な判断基準と人間の尊厳の尊重という価値観に基づいて設計することが必要であろう。上述したように、QOL 向上が障害者にとって重要な課題となっており、障害者雇用が障害者の QOL 向上に影響を及ぼすため、障害者雇用の制度を QOL の観点から分析評価することが望ましい。

そこで、本稿では、障害者の QOL の観点から、障害者の雇用の促進等に関する法律を中心に障害者雇用促進制度を分析することで、QOL の観点に基づいた障害者雇用制度設計のための課題を提示することを目的とする。

II. QOL の観点に基づいた障害者雇用促進制度の分析

障害者雇用促進法の概要については、厚生労働省のホームページ上でも公開されており、そこでは、「事業主に対する措置」と「障害者本人に対する措置」の 2 つに分類し、特に「事業主に対する措置」においては、「雇用義務制度」、「納付金制度」について、「障害者本人に対する措置」としては「職業リハビリテーション」について解説している。本稿では、障害者雇用に関する日本の主要立法としての障害者雇用促進法を「目的」「理念・責務」「事業主に対する措置」「障害者本人に対する措置」の 4 つに分類し、それらを WHOQOL の構成領域である「身体的側面、心理的側面、自立のレベル、社会との関係、生活環境、精神性／宗教／信念」の 6 領域の内容と照らし合わせながら分析を行うこととする（表 2）。障害者雇用促進法の解説については、厚生労働省資料だけでは不十分であるため、先行研究を用いながら随時解釈を補うこととする。

1. 障害者雇用促進制度の「目的」に関する分析

障害者雇用促進法では、障害者がその能力に適合する職業に就くこと等を通じてその職業生活において自立することを促進するための措置を総合的に講じ、もって障害者の職業の安定を図る（第一条）ことを目的としている。第一条に規定された目的を達成するため、障害者雇用促進法は、障害者に対する公的責任による職業紹介や職業訓練、そして割当雇用制度等について詳細な規定を置いている（竹中，2000）。障害者雇用促進法の目的は、障害者の職業生活の自立であり、それを促進するための社会的な措置を義務付けるものであることから、WHOQOL 領域 3「自立のレベル」下位項目「仕事能力」、領域 4「社会環境」下位項目「実質的な支え」「支える側としての活動」の 2 領域に相当すると考えられる。

2. 障害者雇用促進制度の「理念・責務」に関する分析

障害者である労働者は、経済社会を構成する労働者の一員として、職業生活においてその能力を発揮する機会を与えられるもの（第三条）とされ、職業に従事する者としての自覚を持ち、自ら進んで、その能力の開発及び向上を図り、有為な職業人として自立するように努めなければならない（第四条）と基本理念の中で謳われている。つまり、雇用促進法において障害者は職業人として自立し、自覚と能力開発及び向上を基本理念としていることから、WHOQOL の領域 3「自立レベル」下位項目「仕事能力」に相当すると考えられる。

他方で事業主の責務として、障害者の雇用に関し、社会連帯の理念に基づき、障害者である労働者が有為な職業人として自立しようとする努力に対して協力する責務を有するものであつて、その有する能力を正当に評価し、適当な雇用の場を与えるとともに適正な雇用管理を行うことによりその雇用の安定を図るよう努めなければならない（第五条）とし、国及び地方団体の責務として、障害者の雇用について事業主その他国民一般の理解を高めると

もに、事業主、障害者その他の関係者に対する援助の措置及び障害者の特性に配慮した職業リハビリテーションの措置を講ずる等障害者の雇用の促進及びその職業の安定を図るために必要な施策を、障害者の福祉に関する施策との有機的な連携を図りつつ総合的かつ効果的に推進するように努めなければならない（第六条）としている。事業主においては障害者である労働者が自立するために、協力する責務があり、国及び地方団体は、その援助のために職業安定を図るために必要な施策や福祉に関する施策を推進する責務を負っている。このことは WHOQOL の領域 4「社会的関係」下位項目「实际的な支え」「支える側としての活動」、領域 5「生活環境」下位項目「医療社会福祉サービス利便性と質」に相当すると考えられる。

3. 障害者雇用促進制度の「事業主に対する措置」に関する分析

（1）雇用義務制度

すべて事業主は、身体障害者又は知的障害者の雇用に関し、社会連帯の理念に基づき、適当な雇用の場を与える共同の責務を有するものであつて、進んで身体障害者又は知的障害者の雇入れに努めなければならない（第三十七条）としている。社会連帯の理念とは一生活集団内における相対的強者が相対的弱者を援助する関係（高藤，1994）である。すなわち、「障害者に雇用の場を提供するという社会連帯の責務」と「その負担を平等に負う社会連帯の責任」のことである（有田，2008）。国及び地方公共団体、一般事業主は政令で定める雇用率に達する人数の身体・知的障害者を雇用する義務が課せられている。2013 年 4 月 1 日、障害者雇用法定率が引き上げられ、民間企業では 1.8%から 2.0%、国や地方公共団体等では 2.1%から 2.3%、都道府県等の教育委員会では 2.0%から 2.2%と設定された。

（2）納付金制度

納付金制度に関しては、雇用率達成事業主に対する障害者雇用調整金（以下、調整金とする。）の支給と雇用率未達成事業主に対する障害者雇用納付金（以下、納付金とする）の徴収がある。調整金の支給に関しては第四十九条から五十二条において示されており、現在、常用労働者 200 人超の事業主を適用対象とし、超過 1 人あたり月額 2 万 7 千円が支給されている。また、納付金の徴収については、第五十三条から六十八条において示されており、常用労働者 200 人超の事業主を適用対象とし、不足 1 人あたり 5 万円が徴収される。

以上、雇用義務制度や納付金制度について述べてきた。事業主に対する措置は直接障害者の QOL に影響するものではないが、本稿は障害者雇用促進制度が障害者の QOL に関する領域の内容の観点から分析するものであり、事業主に対する措置は障害者雇用を促進する活動ということを考えると、WHOQOL の領域 4「社会的関係」下位項目「实际的な支え」「支える側としての活動」に相当すると考えられる。また、事業主が障害者を積極的に雇用することは障害者にとって情報や技術を獲得する場となるため、WHOQOL の領域 5「生活環境」下位項目「新しい情報・技術の獲得の機会」に相当すると考えられる。

4. 障害者雇用促進制度の「障害者本人に対する措置」に関する分析

障害者雇用促進法においては、障害者本人に対する措置として、職業リハビリテーションの実施を挙げている。職業リハビリテーションとは、障害者に対して職業指導、職業訓練、職業紹介その他法律に定める措置を講じ、その職業生活における自立を図ることをいう（第二条）。職業リハビリテーションの措置は、障害者各人の障害の種類及び程度並びに希望、適

正、職業経験等の条件に応じ、総合的かつ効果的に実施されなければならない（第八条）とし、①公共職業安定所、②障害者職業センター、③障害者就業・生活支援センターがその役割を担っている。

①公共職業安定所

公共職業安定所は、障害者の態様に応じた職業紹介、職業指導、求人開拓等を行っている。障害者の能力に適合する求人の開拓に努め（第九条）、求人者から求めがあるときは、その有する当該障害者の職業能力に関する資料を提供するもの（第十条三項）としている。また、障害者がその能力に適合する職業に就くことができるようにするため、障害者に適応した職業指導を行う等必要な措置を講ずるもの（第十一条）である。また、障害者の職業の安定を図るために必要があるとみとめる場合は、適応訓練（第十三条～第十五条）、就職職後の助言及び指導（第十七条）、事業主に対する助言及び指導（第十八条）を行うことができる。

②障害者職業センター

障害者職業センターは、第二十条から第二十二条に示されているように、障害者に対する職業評価、職業指導、職業準備訓練及び職業講習を行うなど、専門的な職業リハビリテーションサービスの実施を行っている。障害者職業センターには、障害者職業カウンセラーを置かなければならない（第二十四条）。職業カウンセラーの役割について厚生労働省の福祉、教育等の連携による障害者の就労支援の推進に関する研究会（2006）では、職業評価、職業指導、職業準備支援、講習、職場復帰支援、職場適応指導、事業主に対する障害者の雇用管理に関する事項についての助言・援助等を挙げている。また、八重田（2003）の職業リハビリテーション関連職務 20 項目の因子分析の結果を見ると、上述した職業に関するカウンセリングだけでなく、「クライアントの抱える問題に対し心理カウンセリングを行う」という心理的側面に関するカウンセリングを行っていることも明らかとなり、WHOQOL の領域 2「心理的側面」に相当すると考えられる。しかし、職業カウンセラーの心理的側面サポートについては制度として整っているが、明確に規定はされていない。

③障害者就業・生活支援センター

障害者就業・生活支援センターは、支援対象障害者からの相談に応じ、必要な指導及び助言を行い（第二十八条一項）、支援対象障害者がその職業生活における自立を図るために必要な業務を行う（第二十八条三項）など、就業や生活面に関する相談や支援を行っている。

以上、①公共職業安定所、②障害者職業センター、③障害者就業・生活支援センターは、職業紹介や、職業指導、準備訓練等の具体的な内容は異なるが、いずれにおいても障害者の職業能力を向上させる職業リハビリテーションを行っており、職業リハビリテーションの用語の意義を考えると、これらは WHOQOL の領域 3「自立のレベル」下位項目「仕事能力」に相当すると考えられる。また、職業リハビリテーションの措置を受けることから領域 4「社会的関係」下位項目「実際の支え」「支える側としての活動」、領域 5「生活環境」下位項目「医療社会福祉サービスの利便性と質」に相当し、障害者は職業紹介、あるいは職業指導を受けることから領域 5「生活環境」下位項目「新しい情報・技術の獲得の機会」に相当すると考えられる。また、職業指導や職場適応訓練には、コミュニケーションスキルの習得を図るプログラムがあるため、WHOQOL 領域 3「自立のレベル」下位項目「コミュニケーション能力」、領域 4「社会的関係」下位項目「人間関係」にも相当すると考えられる。

表2 WHOQOL 対応表

WHOQOL の領域と下位項目		対応する雇用促進法の条文
領域 1 身体的 側面	痛みと不快 活力と疲労 性行為 睡眠と休養 感覚機能	・該当なし
領域 2 心理的 側面	肯定的感情 思考、学習、記憶、集中力 自己評価 容姿（ボディイメージ）と外見 否定的感情	・職業カウンセラー（第二十四条） 制度は整っているが、規定はされていない。
領域 3 自立の レベル	移動能力	・該当なし
	日常生活能力	
	医療品や医療への依存	
領域 3 自立の レベル	嗜好品の常用	・障害者への措置；職業準備訓練、職場適応指導（第九条～第三十六条） 制度は整っているが、規定はされていない。
	コミュニケーション能力	
	仕事能力	
領域 4 社会的 関係	人間関係	・障害者への措置；職業準備訓練、職場適応指導（第九条～第三十六条） 制度は整っているが、規定はされていない。
	実質的な支え	・目的（第一条） ・責務（第五条・第六条） ・障害者への措置；公共職業安定所・障害者職業センター・障害者就業生活支援センター（第九条～第三十六条）
	支える側としての活動	・雇用義務制度（第三十七条～第四十八条） ・納付金制度（第四十九条～第六十八条）
領域 5 生活 環境	安全と治安	・該当なし
	居住環境	
	仕事の満足	
	金銭関係	・責務（第五条・第六条） ・障害者への措置；公共職業安定所・障害者職業センター・障害者就業生活支援センター（第九条～第三十六条）
	医療社会福祉サービスの利便性と質	
	新しい情報・技術の獲得の機会	
領域 5 生活 環境	余暇活動への参加と機会	・障害者への措置；公共職業安定所・障害者職業センター・障害者就業生活支援センター（第九条～第三十六条） ・雇用義務制度（第三十七条～第四十八条） ・納付金制度（第四十九条～第六十八条）
	生活圏の環境；交通手段	・該当なし
領域 6 精神性／宗教／信念		・該当なし

Ⅲ. 考察

障害者雇用促進法を WHOQOL の観点から分析すると、領域 3「自立のレベル」下位項目「仕事レベル」、領域 4「社会関係」下位項目「实际的な支え」「支える側としての活動」、領域 5「生活環境」下位項目「医療社会福祉サービスの利便性と質」に集中していることが明らかとなった。職業人として自立するということは、単に仕事能力において自立することだけではない。長谷川（2008）は、「障害者の自立には、経済的自立、精神的自立、生活の自立が必要だが、経済的自立とは、労働者として働くことによって、賃金を得て生活することであり、そのことが精神的、社会的な自立の基盤にもなる」と述べている。つまり、職業人としての自立は経済的自立であり、そのことが精神的自立や社会的自立につながることを踏まえると、WHOQOL の領域 3「自立のレベル」下位項目「仕事能力」「コミュニケーション能力」だけではなく、その他「移動能力」「日常生活能力」に関する内容を障害者雇用促進法の中に追加すべきではないだろうか。特に「移動能力」に関しては、自宅から職場までの移動、通勤に障害のある人々は少なくない。その人々にとって、「自力通勤できること」、この一文は、働きたいという願いの実現に大きな障壁となってきた（岩佐，2011）ことから、障害者雇用促進法の中に「移動能力」に関する内容を追加することが必要だろう。さらに、障害者雇用促進法の条文が領域 4「社会的関係」下位項目「实际的な支え」「支える側としての活動」、領域 5「生活環境」下位項目「医療社会福祉サービスの利便性と質」に集中していることを見ると、この法律がリハビリテーションなどの支援サービスを規定する「福祉立法」であることが伺える。福祉立法では、障害者は福祉の措置を受ける地位にあることによって、措置の実施機関である行政に従属し、その限りで福祉サービス受給に関する自己決定権等の市民的自由が制約される（河野，1987）という問題点が指摘される。

本稿において、障害者雇用促進法の中核とも言える「義務雇用制度」や「納付金制度」は、WHOQOL の項目に該当したが、障害者雇用促進法は、事業主が社会連帯の視点から障害者雇用の義務を負わされ、障害者個人はいわばその反射的利益として雇用の場を得るという基本構造をとっている（竹中，2000）。納付金を納付することで障害者雇用しないと考える企業があり、法定雇用率を満たしていない企業も多い（有田，2008）と問題点も挙げられる。しかし、障害のない労働者と同じように障害のある労働者にも、労働者が享受している権利が保障され、人としての尊厳が保たれるような労働環境がなければならない。そして、それを実現するためにも、障害者を主体とした制度、すなわち障害者の QOL と働く権利を保障した制度を設計する必要がある。

領域 2「心理的側面」は、「職業カウンセラー」と相当するものがあつたが、上述したように、職業カウンセラーの心理的側面サポートについては制度として整っているが、明確に規定はされていない。そこで、職業カウンセラーの設置義務だけでなく、その役割として心理的側面に関する概念が含まれる規定を加えることが必要だろう。また、領域 1「身体的側面」、領域 6「精神性／宗教／信念」はいずれも該当する内容が条文に含まれていなかった。人にとっての労働の意義は、収入を得ることや、自らの知的・精神的・肉体的能力の発達と自己実現を図ることができるとともに、社会における様々な人々との共同連帯関係を作り出していくこと（有田，2008）である。すなわち働くこととは、それ自体が人間の QOL に関わることであるのを考えると、例えば領域 1「身体的側面」や領域 5「生活環境」下位項目「余

暇活動への参加と機会」に関連する内容として、労働時間や休憩時間、あるいは休日についても詳しく明記し、領域 6「精神性／宗教／信念」に関連する内容として「障害者は宗教によって就業を左右されてはならない」等の宗教の自由が保障されるという意味が含まれた条文を入れる等、障害者の労働法として機能することが望ましい。

IV. おわりに

本稿では、日本の障害者雇用制度の中心となる障害者雇用促進法を QOL の観点から分析してきた。その結果、障害者雇用促進法は、事業主が障害者雇用の義務を負わされ、障害者個人はサービスの措置を受ける地位にあることによって、雇用の場を得るという構造であることが明らかとなった。働くこととは、それ自体が人間の QOL に関わるものであり、障害者雇用促進法においては、障害者の労働法として労働権が保障されたものでなければならない。そのことから、今後は QOL の観点に基づき設計された障害者雇用の制度が必要であろう。

文献

- 1) 有田伸弘 (2008) 「障害者の雇用促進等に関する法律」についての憲法的考察. 関西福祉大学研究紀要, 11, 9-17.
- 2) 土井由利子 (2004) 総論—QOL の概念と QOL 研究の重要性. 国立保健医療科学院, 53(3), 176-180.
- 3) 韓昌完 (2013) 2013 年 3 月 20 日, QOL の観点に基づいた障害者雇用促進制度に関する勉強会資料.
- 4) 古屋健・三谷嘉明 (2005) 知的障害を持つ人の QOL. 名古屋女子大学紀要, 51, 127-138.
- 5) 河野正輝 (1987) 社会福祉権の再構成と福祉立法の見直し. 社会保障研究, 23(2), 147-153.
- 6) 今野義孝・霜田浩信 (2006) 知的障害者の就労支援に関する研究, 文教大学人間科学部, 28, 69-78.
- 7) 厚生労働省 (2006) 第 1 回福祉、教育等との連携による障害者就労支援の推進に関する研究会資料 12
- 8) 岩佐美樹 (2011) 障害者の通勤と就業環境に関する研究. 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター, 資料シリーズ No.57.
- 9) Lehman, A.F.・Ward, N.C.・Linn L.S. (1982) Chronic Mental Patients: The Quality of Life Issue, American Journal of Psychiatry, 139, 1271-1276.
- 10) 峰島厚・岡本裕子 (2012) 障害者雇用の推進方策のあり方. 立命館産業社会論集, 48(1), 197-210.
- 11) 西川正人 (2010) 知的障害者福祉におけるノーマライゼーションと QOL, 桃山学院大学社会学論集, 44(1), 25-55.

- 12) 城山英明 (2010) 2010 年 2 月 26 日, 経済教室, 日本経済新聞.
- 13) 高藤昭 (1994) 社会保障法の基本原理と構造, 法政大学出版局.
- 14) 竹中康之 (2000) 障害者雇用の法的課題; 割当雇用制度に焦点を当てて. 修道法学, 22, (1), 305-358.
- 15) 玉村公二彦・佐藤和美 (2006) 韓国における障害者差別禁止法の提案; 保健福祉部案を中心に. 奈良教育大学紀要, 55(1), 87-99.
- 16) 田中敦士・松為信雄・長谷川恵子 (2002) 知的障害のある人の QOL と QWL—利用者主体の職業リハビリテーションを考えるにあたって. 日本障害者雇用促進協会障害者職業総合センター, 資料シリーズ No.25.
- 17) 田崎美弥子・野地有子・中根允文 (1995) WHO の QOL. 診断と治療, 83(12), 2183-2198.

REVIEW ARTICLE

Korean Rehabilitation Counseling Practice and Personnel Training

Hyunuk SHIN ¹⁾

- 1) Professor, Department of Rehabilitation, Jeonju University,
45 Baengma-gil, Wansan-gu, Jeonju 560-759, South Korea
vexme@hanmail.net

ABSTRACT

The rehabilitation system in Korea is facing a new era for expanding rehabilitation services after a foundation period until late 1980s. The vocational rehabilitation services are facilitated by the Ministry of Health and Welfare (MOHW), the Ministry of Labor (MOL), and the Ministry of Education and Human Resources Development (MEHRD). The welfare management committee for people with disabilities under the prime minister coordinates each ministry to deliver services and develop the employment policies for people with disabilities. In order to establish the accreditation of vocational rehabilitation specialist training programs in Korea, the Korean Society of Vocational Rehabilitation (KSVR) was established in 1991. The KSVR established a regulation governing the accreditation of training programs for vocational specialists, and also establishing a certificate for these specialists in Korea. To facilitate effective rehabilitation services for people with disabilities, rehabilitation professionals and researchers must understand the concepts and processes of the international rehabilitation system and apply these principle structures to specific programs within their own countries effectively.

< Key-words >

Rehabilitation Counseling Practice, Personnel Training

Asian J Human Services, 2013, 4:88-102. © 2013 Asian Society of Human Services

Received

February 25, 2013

Accepted

March 15, 2013

Published

April 30, 2013

I . Introduction

According to a systemic and ecological model to explain the rehabilitation process, it is imperative to understand individuals and environments as they are affected by the larger systems that influence them (David, 1998). Therefore, to formulate the conceptual framework of rehabilitation counseling practice and personnel training in Korea, it is important to understand the social, economical, and political circumstances simultaneously. Because of rapid economic growth and a new understanding of social and political issues of disability from the late 1980s, Korea has established the foundational structure of the rehabilitation system and now faces a new era for expanding rehabilitation services. Therefore, the issue of disabilities is regarded as a social and structural problem instead of a personal problem (Kwon, 1997). As a result, the dated concepts of benevolence and sympathy applied to addressing rehabilitation concerns are no longer used to explain the Korean rehabilitation system. Further, people with disabilities should be active collaborators rather than passive recipients of rehabilitation services. This new movement may improve the quality of life of people with disabilities. Also, it is clear that rehabilitation services in Korea will continue to move in this new direction. The purpose of this article is to discuss a brief history, current status of rehabilitation and disability-related legislation, policies, and services for people with disabilities in South Korea, to describe the rehabilitation training, to suggest training program aspects, and to recommend implications for rehabilitation counselor education.

1. Brief History Review

Between the 1981 International Year of People with Disabilities and the 1988 Paralympics, the rehabilitation services and policies in Korea have been dramatically changed. To demonstrate brief rehabilitation history, rehabilitation developmental processes could be divided into three periods (Rue, 2003).

A First Period: prior 1980. After the 1950 Korean War, there was an increased need to house orphans and adults with disabilities due to the War and diseases. At the time only a few facilities provided housing services for these individuals, and there were neither adequate community based rehabilitation centers nor vocational rehabilitation facilities.

A Second Period: 1981 to 1988. The United Nations declared "International Year of People of Disability" in 1981. As a result, Korean government enacted the Welfare Act for People with Disabilities (WAPD) in 1981 and Ministry of Health and Welfare (MOHW) founded Rehabilitation Division. The act made clear that, by law, the wellbeing of people with disabilities became the responsibility of the state. From 1985, community rehabilitation centers have been modernized and also various rehabilitation bodies have been organized. In order to identify the actual conditions and work towards independent living and self-support of people with disabilities, a disability registration

system was put into effect in 1988. From this point, people with registered disabilities could obtain an identification card leading to various social benefits only available upon registration.

A Third Period: 1989 to current. Due to Korea's sudden economic development and the 1988' Paralympics, the rehabilitation needs of people with disabilities were significantly changed to restructure the social system and expand the welfare services. To reorganize rehabilitation policies and prevent social stigmas toward people with disabilities, the Employment Promotion Act for the Disabled (EPAD) was passed in December 1989. It was a turning point for the persons with disabilities in Korea (Rue, 2003).

Current Issues: Although various efforts were made to improve the quality of life of people with disabilities in Korea, ineffective and unscientific service approaches remain. As a result, the Korean government publicizes comprehensive programs which could intensify the social safety net and meet various needs of people with disabilities in 2006 (OPC, 2006).

The plan consisted of thirteen specified goals. In order to ascertain the social safety net for people with disabilities, the reformation of security income system, the expansion of medical, educational, housing services, and the renovation of employment services were suggested. Further, to facilitate social participation of people with disabilities, the improvement of accessibility and independent living, the extension of close captioning services and assistive technology services, the promotion of disability acts, and the establishment of support system for women with disabilities were launched. Finally, the government focused on the innovational reformation of a service delivery system for people with disabilities (OPC, 2006).

2.Law and Policy

In Korea, vocational rehabilitation services are facilitated by MOHW, MOL, and MEHRD. Further, the Welfare Management Committee for People with Disabilities under the Prime Minister coordinates each ministry to deliver services and develop the employment policies for people with disabilities (Na, 2000).

Two government bodies, the MOHW and the MOL offer rehabilitation services to people with disabilities in South Korea (Kwon, 1997). The MOHW coordinates 62 work activity centers, 142 sheltered workshops, and 136 community rehabilitation centers in 2005, which manage the vocational rehabilitation services such as vocational counseling and guidance, vocational evaluation, vocational adjustment training, job placement, follow-up, and supported employment (MOHW, 2005).

In order to boost the rehabilitation services for the people with disabilities, the MOL established the Korean Employment Promotion Agency for the Disabled (KEPAD) based on the Employment Promotion Act for the Disabled (EPAD) in 1990. The KEPAD is providing the integrated and advanced employment services such as the employment support service, the vocational evaluation, supported employment program, the

employment network for people with disabilities, and assistive technology services (KEPAD, 2006).

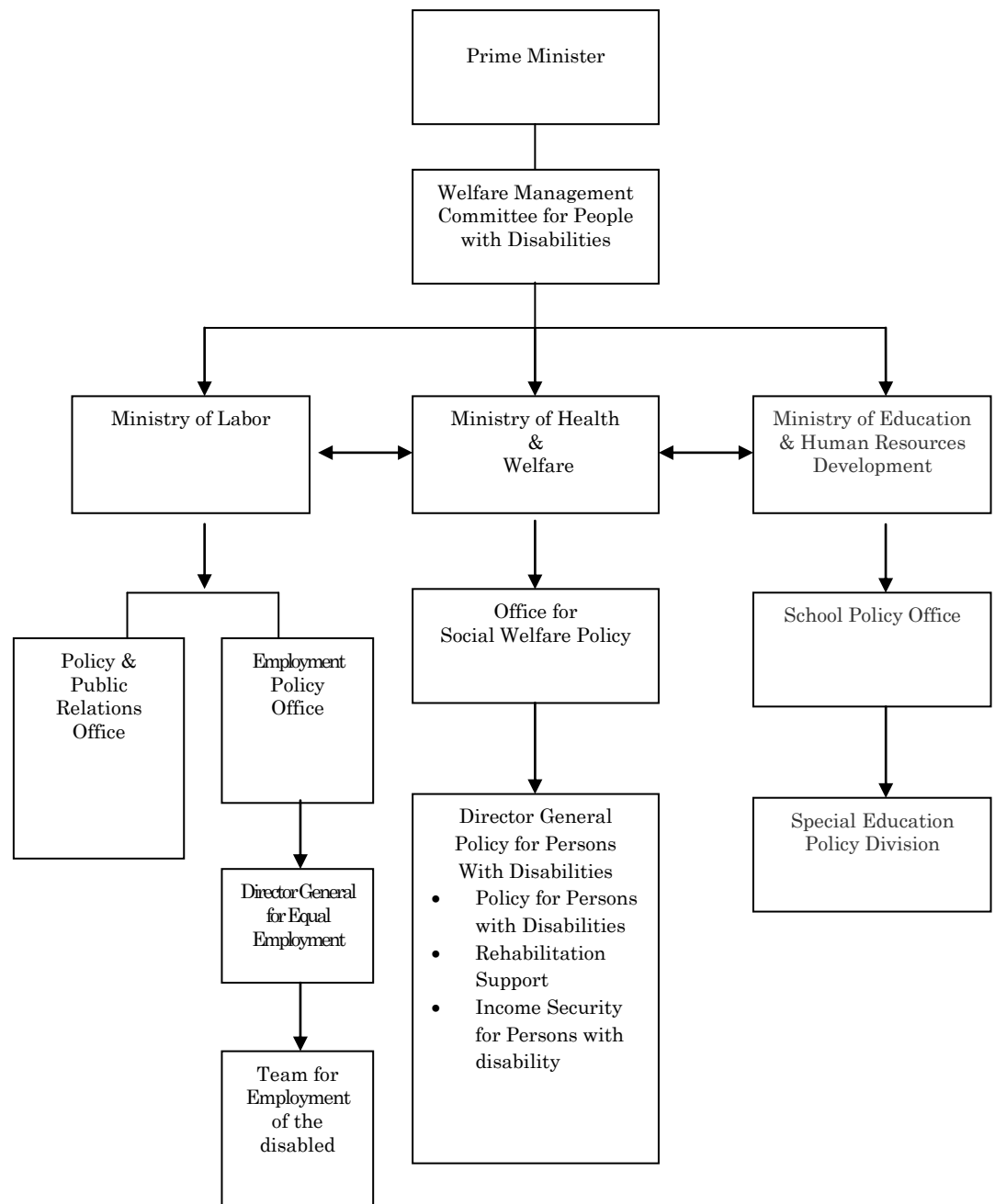


Figure 1. Rehabilitation Service Delivery System in Korea

Each ministry established vocational rehabilitation legislation and continued development of the system. The WAPD Amendment of 1989 and the EPAD Amendment of 2000 will be addressed to illustrate significant legislation.

The Welfare Act for People with Disabilities (WPAD) Amendment of 1989.

The purpose of this act is to develop a plan for people with disabilities regulated at the

national and local levels to seek comprehensive welfare plans for individuals with disabilities by establishing the necessary provisions for disability prevention, medical care, educational rehabilitation, promotion of employment and provision allowances, and to promote the welfare of people with disabilities. Further, the act demonstrates necessary provisions for vocational rehabilitation and presents the future direction of rehabilitation facilities (Kim, 2003).

According to Article 19, the national and local governments have to provide career counseling, vocational evaluation, vocational adjustment training, job placement, follow-up, and employment to people with disabilities recognizing individual aptitudes and abilities. Also, the national and local governments may refer research projects on vocational rehabilitation to professional rehabilitation research institutions so as to practice comprehensive and systematic investigation for the employment of people with disabilities.

The 32nd enforcement regulation of Article 19 illustrates the types and functions of vocational rehabilitation facilities which consist of independent work facilities, sheltered workshops, work activity centers, vocational training centers, and products marketing facilities for the products made by individuals with disabilities. Work activity centers provide individuals with the most severe disabilities basic job task training, basic activities for daily living training, vocational evaluation, and social skills training. Sheltered workshops which are segregated facilities offer people with disabilities with employment opportunities.

Due to social barriers, some people with disabilities may not find permanent employment in competitive settings. Therefore, independent work facilities provide minimum wage employment for people with disabilities to work and job placement services as necessary. Vocational training centers provide vocational evaluation, social adjustment training, vocational training, job placement, and follow-up to people with disabilities who want to have specialized vocational training. Stores, Products marketing facilities, are set up to sell exclusively the products manufactured by people with disabilities from sheltered workshops and independent work facilities.

The Employment Promotion Act for the Disabled (EPAD) Amendment of 2000

The EPAD was amended as "Act on Employment Promotion and Vocational Rehabilitation for the Disabled." The purpose of this act is to promote the employment and vocational rehabilitation of people with disabilities in order to maximize the ability of individuals with disabilities (Lee, 2000).

According to the EPAD Amendment of 2000, the national and local governments attempt to provide job guidance, vocational adjustment training, vocational competency development training, supported employment, sheltered employment, and job placement services to people with disabilities. The brief descriptions of each service follow.

Guidance and Training. The MOL and the MOHW have the responsibility to facilitate the rehabilitation of people with disabilities. These ministries have to provide job

guidance services by implementing job counseling, providing job aptitude testing, vocational competency evaluation, and offering general job information.

Job Adaptation Training. The MOL and the MOHW may implement vocational adjustment training for people with disabilities to help them adjust to job environments, when the Ministers deem it necessary, in order to enable people with disabilities to manage working life appropriate for their future aspirations, attitude, and capability.

Vocational Competency Development Training. The MOL shall carry out vocational competency development training and subsidize people with disabilities for their training allowance when they take vocational competency development training.

Supported and Sheltered Employment. The MOL and the MOHW provide a supported employment and the necessary support for the severely disabled so that they can work in workplaces whose work is difficult to be carried out by the disabled. Also, the national and local governments provide a specific working environment for the disabled having difficulty working in normal working conditions, and provide a sheltered employment to enable people with disabilities to work in the specific working environment.

Job placement services. The MOL provides people with disabilities suitable jobs considering their future aspirations, aptitude, capability, and type of jobs based on job information (Kim, 2003).

According to Article 36 of the EPAD Amendment of 2000, the act included plans to increase employment of people with disabilities, including a quota system. In the Quota System, national, local governments and employers with over 300 regular employees are obliged to hire at two percent of their regular employees with disabilities. Employers who hire more than two percent of regular employees with disabilities receive subsidies. However, they hire less than two percent, they must pay a fine. On 2004, a revision was mandated to apply the quota system from 300 regular employees to 50 employees.

3. Employment Programs

Sheltered Employment. With the enactment of the WAPD in 1981, the basis was laid for policy for sheltered employment of people with severe disabilities, who face great difficulty in finding regular employment. The government of the Republic of Korea supports 142 sheltered workshops, 62 work activity centers, and 23 independent work facilities. About 7,400 individuals with disabilities are working in these vocational rehabilitation centers (MOHW, 2005). Sheltered workshops supply people with disabilities with sheltered employment with employment opportunities. Work activity centers provide individual with the most severe disabilities with basic job task training and basic activities for daily living. Further, one of the most representative sheltered employment types is independent work facilities. To facilitate systematic vocational rehabilitation services and strengthen the specialties of each facility, independent work facilities provide comprehensive rehabilitation services and minimum wage employment for people with disabilities to work at these facilities. As a result, people with disabilities,

specifically those who stay at home, could be provided with proper financial background and integrated into main society. To work at independent work facilities, people with disabilities need to have appropriate work skills and experiences. Also, the minimum number of employees in independent work facilities is 30 individuals. Further, 70% of employees at independent work facilities should be people of disabilities. Also, individuals with disabilities might be placed in positions appropriate to their physical and medical conditions.

Supported Employment. The principle idea behind supported employment is normalization, the ultimate goal is to allow the seriously disabled to work together with people without disabilities in the labor market. Most specifically, supported employment is meant to provide people with disabilities specialized and personal services by vocational rehabilitation specialists on a regular basis so that they can be employed by businesses in the community and work productively and efficiently together with other workers. In 1992 the supported employment programs was introduced at community rehabilitation centers in Seoul and Seabu.

Also, KEPAD has provided supported employment programs to people with mental retardation since 1993. To date, almost four thousand people with disabilities have been employed by community rehabilitation centers and KEPAD supported employment programs (Kim, 2005). Further, supported employment programs were legislated in the EAPD Amendment of 2000. Article 12th specifies that the MOL and MOHW should provide a supported employment and the necessary support for people with severe disabilities.

Regular Employment. With the enactment of the EAPD in 1991, policy for the regular employment of the disabled was established. According to Article 35 of the act, the government assigned quotas for mandatory employment of people with disabilities. Businesses which fail to meet the standard employment quota (two percents of full time employees at present) for the employment of people with disabilities become subject to imposition of a fine. In this way, those businesses that fail to hire people with disabilities may legally do so by paying a fine. Businesses which employ a number of workers with disabilities in excess of the standard quota may receive government subsidies: Financial support including allowances and incentives are provided for such purposes as operating funds needed for employment of individuals with disabilities. According to "A National Survey on the Actual Conditions of People with Disabilities on 2005", the number of people with disabilities over 15 years old is 2,036,788 in Korea. Also, 777,159 people with disabilities are employed in work places with people without disabilities. Therefore, 34.1% of people with disabilities over 15 years old have jobs or their own company (Korea Institute for Health and Social Affairs, 2005).

II. Rehabilitation Professionals Training

1. Government Policies

The government policies related to rehabilitation professional training are associated with the MOL's and the MOHW's service delivery systems. Two government bodies have distinctions which categorize, train, and arrange rehabilitation professionals. These differences arise from the goals and strategies of the two ministries. However, two government bodies must coordinate rehabilitation professionals training policies because vocational rehabilitation and employment of people with disabilities are heavily influenced by these two ministries.

In terms of types of rehabilitation professionals, the MOL and the MOHW have different categorizations. According to the classification of the MOHW, sheltered workshops, work activity centers, and vocational training centers might have a director and vocational trainers. Also, independent work facilities could have a director, an assistant director, vocational trainers, facility management engineers, a nurse, a nutritionist, officers, and a chef. Further, products marketing facilities might have a director and a manager.

In contrast, the MOL categorizes vocational rehabilitation professionals into vocational rehabilitation guiders in industries, vocational rehabilitation trainers, vocational evaluators, and job coaches. According to Article 65th in the EPAD Amendment of 2000, vocational rehabilitation guiders in industries are trained by the KEPAD for two weeks twice per year. In this course, trainees could learn counseling skills, case managements, vocational counseling strategies in competence work places (Park, 2005).

According to Article 62nd in the WPAD Amendment of 1989, the national and local governments attempt to train rehabilitation professionals, sign language interpreters, and Braille interpreters.

2. Korean Society of Vocational Rehabilitation

The Korean Society of Vocational Rehabilitation (KSVR) was established in 1991 to promote research in vocational rehabilitation and vocational independent and adjustment for people with disabilities. The KSVR has published the Korean Journal of Vocational Rehabilitation since 1991 (KSVR, 2006). The KSVR has adapted a set of purposes as follows:

- Holding annual conferences and academic meetings
- Publishing Korean Journal on Vocational Rehabilitation
- Research to advance basic and applied knowledge, skills, and ethics.
- Exchanging information and personnel
- Accreditation of vocational rehabilitation specialists training programs
- Licensing of vocational rehabilitation specialists
- Enhancing skills, knowledge, and conditions of personnel working in the field.

One purpose of the KSVR is the accreditation of vocational rehabilitation specialist training programs in Korea and to promote the effective delivery of rehabilitation services to individuals with disabilities by accrediting the undergraduate and graduate programs. It also serves to assist and advise in the development and refinement of vocational rehabilitation specialists training programs. These programs are related to the education of persons for professional endeavors associated with the vocational rehabilitation of people with disabilities. A vocational rehabilitation specialist is a professional who has knowledge, skills, and attitudes in the field to achieve ultimately vocational goals for people with disabilities (Park, 2003).

KSVR has a committee to advance the accreditation of vocational rehabilitation specialist training programs and release vocational rehabilitation certificates based on Amendments of Accreditation of Program and Certification of Specialists in Vocational Rehabilitation in 2003. The major contents of the regulations are as follows:

1) Program Accreditation

KSVR can grant recognition of undergraduate and graduate programs. Undergraduate programs may be accredited by opening six core courses as well as more than six optional courses as listed Table 1. Graduate programs may be accredited by opening more than three core courses as well as optional courses, respectively as listed Table 1.

An educational program seeking recognition by KSVR must apply for consideration. The application consists of an application form, an application fee, and specified program information including history, goals, and objectives of program, curriculum, and information about faculty members. The member programs accredited by KSVR must pay annual membership fees.

In considering program eligibility, the KSVR committee determines whether the goals and objectives of the program are relevant to professional preparation, whether the program is composed of core and optional courses requirements, and whether the program has faculty members to train personnel having vocational rehabilitation knowledge, skills, and attitudes.

Table 1. Korean Society of Vocational Rehabilitation Courses

Core Courses	Introduction to Vocational Rehabilitation, Vocational Rehabilitation Counseling, Vocational Assessment, Job Development and Placement, Rehabilitation Administration and Policy, Practicum I
Optional Courses	Medical Aspects of Disability, Psychosocial Aspects of Disability, Characteristics of Disability Types and Vocational Rehabilitation, Case Management, Vocational Rehabilitation Facility, Disability Assessment and Diagnosis, Work Adjustment, Job and Career Development, Transition Services and Education, Sheltered and Supported Employment, Vocational Rehabilitation Methodology, Labor Law and Rehabilitation, Industrial Education and Training, Labor Environment and Employment Trend, Vocational Rehabilitation Research, Program Development in Rehabilitation, Independent Living, Practicum II

2) Level of Certificate

KSVR grants first, second, and third levels of vocational rehabilitation specialist certificate.

First level certificate can get when one of four conditions is satisfied and application evaluation is passed by the committee in KSVR:

- Have more than three years of field experiences and more than 180 hours in-service training after getting second level certificate.
- Get a master degree from program accredited by KSVR after getting second level certificate.
- Get a doctoral degree from program accredited by KSVR
- Teach as a professor more than three years at the program accredited by KSVR.

Second level certificate can get one of four conditions is satisfied and a second level certificate written test is passed:

- Graduate with majoring program accredited by KSVR with six credits of core courses as well as more than six optional courses.
- Graduate with minor program accredited by KSVR with six credits of core courses of as well as more than 120 hours of in-service training programs
- Finish more than 120 hours in-service training after getting third level certificate.
- Get master degree in a graduate program accredited by KSVR.

Third level certificate can get one of two conditions is satisfied and a third level certificate written test is passed:

- Have more than three years of field experiences and more than 90 hours in-service training.
- Graduate with majoring program at two years college accredited by KSVR.

3) A Committee of Accreditation and Certificate in KSVR

The committee is composed of a vice-president and a few board members appointed by the KSVR president. The purpose of A Committee of Accreditation and Certificate is as follows:

- Evaluation of application to get first level certificate
- Accreditation of undergraduate and graduate vocational rehabilitation training programs
- Develop in-service program to promote professional abilities
- Other works mandated by the Board of Directors

3. Specific Training Programs

1) Undergraduate Programs. The training of rehabilitation specialists in Korea was initiated from Daegu University in 1988 and followed from Hanshin University in 1989, Korean Nazarene University in 1995, Catholic University of Korea 1998, Pyeongtack

University in 2002 (Park, 2003), and Korean Rehabilitation Welfare College in 2006.

Table 2 listed undergraduate major curriculum of Catholic University of Korea, Daegu University, and Hanshin University. The programs are composed of 33 courses, 40 courses, and 41 courses, respectively and include all core courses and most optional courses designated by KSVR.

Table 2. Undergraduate Major Curriculum of Universities

	Catholic University	Daegu University	Hanshin University
Freshman	<ul style="list-style-type: none"> -Foundation of Special Education & Rehabilitation -Practice of Special Education & Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> -Introduction to Vocational Rehabilitation -Vocational Counseling 	<ul style="list-style-type: none"> -Introduction to Disability -Developmental Psychology
Sophomore	<ul style="list-style-type: none"> -Introduction to Vocational Rehabilitation, -Human Anatomy & Function, -Rehabilitation Policy, -Education for Children with Mental Retardation, -Diagnosis and Evaluation of Disabilities, -Behavior Modification, -Rehabilitation Technology, -Sign Language Practice, -Vocational Rehabilitation Counseling, -Play Therapy, -Educating for Behavior & Emotional Disorders, -Vocational Rehabilitation Facility 	<ul style="list-style-type: none"> -Sheltered Employment & Supported Employment, -Introduction to Social Welfare, -Medical Rehabilitation, -Rehabilitation Psychology, -Rehabilitation Administration & Policies, -Education of the Mentally Retarded, -Industrial Welfare, -Human Relations, -Psychology & Testing of the Disabled, -Pre-Vocational Preparation for the Handicapped, -Psychosocial Understanding of Disability, -Education of the Hearing Impaired 	<ul style="list-style-type: none"> -Introduction to Vocational Rehabilitation, -Developmental Psychopathology, -Rehabilitation Facility -Education for the People with Mental Retardation, -Vocational Rehabilitation Counseling, -Research Methods for Rehabilitation -Vocational Evaluation -Abnormal Psychology -Education for the People with Physical Impairment
Junior	<ul style="list-style-type: none"> -Transition from School to Society, -Functional Living Skills, -Vocational Skills Training, -Educating and counseling of Parents with Handicapped Children, -Education for Children with Learning Disabilities, -Art Therapy for Exceptional Children, -Education for Children with Physical Disabilities, -Sensory Integration Training, -Rehabilitation Methodology, -Work Adjustment, -Vocational Evaluation 	<ul style="list-style-type: none"> -Education of the Visually Impaired, -Family Counseling for the Disabled, -Rehabilitation of the Severely Disabled, -Vocational Rehabilitation Counseling, -Vocational Adjustment and Mental Hygiene of the Disabled, -Communications with the Deaf & Braille, -Vocational Assessment, -Labor Law, -Abnormal Psychology, -Social Education of the Handicapped, -Career Education for the Disabled, -Education of the Physically Handicapped, -Job Development and Placement, -Practicum in Vocational Rehabilitation & Assessment 	<ul style="list-style-type: none"> -Statistics in Rehabilitation, -Theory & Practice of Counseling, -The Theory & Practice Play Therapy, -Vocational Adjustment, -Rehabilitation & Special Education Technology, -Education for the People with Visual Impairment, -Group Counseling -Learning Theory & Behavior Modification -Daily Living Skill Training, -Psychological Assessment & Diagnosis, -Cognitive Psychology -Psychology of Personality, -Job Placement -Education for the People with Hearing Impairment,

Senior	<ul style="list-style-type: none"> -Educational for Children with Visual Impairments, -Rehabilitation Practice, -Supported Employment, -Sex Education for the Handicapped, -Seminar for Rehabilitation, -Rehabilitation for People with Severe Disabilities, -Early Education for Exceptional Children, -Education for Children with Language Disorders and Hearing 	<ul style="list-style-type: none"> -Student Teaching and Practicum in Vocational Rehabilitation, -Education for the Emotionally & Behavior Disturbed, -Rehabilitation of Psychiatric Disorders, -Methodology of Vocational Rehabilitation, -Vocational Rehabilitation Facility Operations & Programs, -Educational Media & Material Development for the Disabled, -Industrial Education & Training of the Disabled, -Vocational Education & Follow-Up-Service for the Adult-Disabled, -Rehabilitation Engineering, -Rehabilitation Counseling & case management, -Research in Vocational Rehabilitation, -Education for the Learning Disabilities 	<ul style="list-style-type: none"> -Disability & the family life cycle, -Long-term Care for People with Severe Disabilities -Sheltered & Supported Employment -Education and Training for Parents -Social Psychology -Education for the People with Emotional Disturbance -Rehabilitation Practice, -A quality Sign Language, -Home & Community Based Services, -Therapeutic Interventions, -Rehabilitation Policy & System -Independent Living, -Industrial Education & Training -Rehabilitation Methodology, -Community Based Rehabilitation, -Education for the People with Learning Disability
Total	33 Courses	40 Courses	41 Courses

2) Graduate program. Graduate program in rehabilitation must include more than three classes of the core requirements (or eight credit hours core) and more than three classes of the electives (or eight credit additional credits hours) accredited by the committee in KSVR.

At the present time, the M.S. degree in rehabilitation program at the Daegu University is structured to complete five semesters with 120 students for two years and six months consisting of the three departments and the specialized nine programs designed to prepare the students to develop and operate comprehensive or specialized rehabilitation programs. Table 3 listed graduate program in vocational rehabilitation at Daegu University and Hanshin University. The programs are composed of 15 courses and 12 courses, respectively and satisfy KSVR core and optional course requirements.

Table 3. Graduate Major Curriculum of Universities

Daegu University	Hanshin University
<ul style="list-style-type: none"> -Introduction to Rehabilitation, -Topics in Vocational Rehabilitation, -Advanced Study of Social Rehabilitation for the Person with Disability, -Advanced Study of Medical Rehabilitation, -Advanced Rehabilitation Psychology, -Vocational Rehabilitation Counseling, -Theory and Practice of Vocational Assessment, -Career Education for the Person with Disability, -Research Methods & Statistics, -Vocational Education & Follow up Service for the Adult Disabled, -Policy of Employment for the Person with Disability, -Research of Vocational Rehabilitation, -Advanced Study of Methodology of Rehabilitation, -Seminar in Vocational Rehabilitation, -Advanced Study of Social Education of the Person with Disability 	<ul style="list-style-type: none"> -Rehabilitation Research Methodology -Rehabilitation Research Methodology -Topics in Vocational Rehabilitation -Advanced Vocational Rehabilitation Counseling -Advanced Vocational Assessment -Advanced Vocational Adjustment -Vocational Rehabilitation for People with Severe Disabilities -Employment Strategies for People with Disabilities -Advanced Vocational Rehabilitation Methods -Seminar in Vocational Rehabilitation -Disability Related and Labor Laws -Practicum in Vocational Rehabilitation

III. Implications

This paper reviewed a brief history, current status of rehabilitation, disability-related legislation, policies, services, and rehabilitation training in South Korea. As rehabilitation interventions enhance in effectiveness and efficiency, more studies of rehabilitation are needed in other countries and cultures (Drake et al., 2003). Diverse rehabilitation services, trainings, and policies in different countries could inspire the rehabilitation education system in Korea and other countries. The quality of life for people with disabilities would be consistent with the quality of rehabilitation services and professionals who deliver the services. There are a couple implications for enhancing international rehabilitation education systems.

At first, rehabilitation professionals and researchers must recognize international trends of rehabilitation education systems. Also, diverse rehabilitation services have to inspire the education systems. There are distinctive differences between Korean and other countries' rehabilitation systems regarding social, historical and economical dimensions. Specifically, a quota system, KEPAD, and Welfare Management Committee for People with Disabilities are distinctive aspects in Korean rehabilitation systems. Further, international exchanges of rehabilitation professionals would be needed due to global economic growth and social integrations of individual countries. Numerous

countries have accomplished much in rehabilitation service and education systems over a short period of time. Therefore, rehabilitation professionals themselves also have to be actively associated with other countries' legislation, policies, services, and rehabilitation training.

In summary, in order to offer effective rehabilitation services to people with disabilities, professionals and researchers must understand the concepts and processes of rehabilitation systems and apply these unique structures to specific programs within their own countries. By integrating existing advanced knowledge and information of rehabilitation systems, professionals could enhance the quality of life of people of disability.

References

- 1) David, H. (1998). Systemic, ecological model for rehabilitation counseling, *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 42(1), 40-51.
- 2) Drake, R. E., Goldman, H. H., Leff, H. S., Lehman, A. F., Dixon, L., Mueser, K. T., & Torrey, W. C. (2003). Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. In R. E. Drake, & H. H. Goldman (APA), *Evidence-based practices in mental health care* (pp. 1-4). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- 3) KEPAD. (2006). Employment Promotion Projects. Retrieved December, 20, 2006 from <http://www.kepad.or.kr/>
- 4) Kim, J. Y. (2003). The understanding and practicing of rehabilitation welfare policies. Seoul: The Research Institute of the Differently Abled Person's Right in Korea.
- 5) Kim, M. W. (2005). A study on the analysis of problems and the actual condition of competitive labor market employment program for the people with severe disabilities: Focused on supported employment program. Unpublished master's dissertation, University of Hanshin, Osan.
- 6) Korea Institute for Health and Social Affairs. (2005). A National Survey on the Actual Conditions of People with Disabilities on 2005. *Rehabilitation Policy Report*, 4, 222-234.
- 7) KSVR. (2006). The qualification provisions of rehabilitation professional. Seoul: Korean Society of Vocational Rehabilitation.
- 8) Kwon, D. (1997). Change in employment delivery system for people with disabilities: History of change in welfare for people with disabilities in Korea. Seoul: Yangseowon.
- 9) Lee, M. (2000). A study to promote the employment of people with disabilities and to understand the evolution of vocational rehabilitation policies in Korea. Unpublished doctoral dissertation, University of Silla, Busan.

- 10) MOHW. (2005). A present condition of vocational rehabilitation facilities in 2005. Retrieved December, 20, 2006 from <http://www.mohw.go.kr/index.jsp>
- 11) Na, W. H. (2000). A study of training approaches of vocational rehabilitation professionals, *Korean Journal of Vocational Rehabilitation*, 10(2), 129-137.
- 12) OPC. (2006). A comprehensive future plan for the disabled in 2006. Seoul: Office for Government Policy Coordination Press.
- 13) Park, H. C. (2003). A review of training process for rehabilitation professionals in Korea. *Korean Journal of Vocational Rehabilitation*, 13(2), 129-155.
- 14) Park, H. C. (2005). A current issue and future direction of education policies for rehabilitation professionals in Korea. *Korean Journal of Vocational Rehabilitation*, 15(1), 25-43.
- 15) Rue. M. O. (2003). A study for facilitating the rehabilitation welfare policies in Korea. Unpublished master's dissertation, University of Chosun, Gwangju.

REVIEW ARTICLE

Theoretical Background of Health Related Quality of Life (HRQOL) and Literature Reviews on its Definition

Aiko KOHARA¹⁾, Changwan HAN²⁾, Atsushi TANAKA²⁾
Masahiro KOHZUKI³⁾

1) Graduate School of Education, University of the Ryukyus

Faculty of Education, University of the Ryukyus, 1 Senbaru, Nishihara-Cho,
Nakagami-Gun, Okinawa 903-0213 Japan.

aljl_tokushi@yahoo.co.jp

2) Faculty of Education, University of the Ryukyus

3) Department of Internal Medicine & Rehabilitation Science, Tohoku University
Graduate School of Medicine

ABSTRACT

Modern society has been more interested in healthy life beyond the matter of simple survival. The improvement of health has promoted the quality of life and the improvement of the quality of life has contributed for the overall level of well-being. This study aimed to discuss the direction of future studies by exploring the definition of and research trend in health related quality of life and by reviewing the studies and discussions that became theoretical foundations of health related quality of life.

Health related quality of life means the well-being that is directly related to health. The research on health related quality of life has been mostly conducted in the medical field and the theoretical study has not been carried out frequently; even though the scopes of the quality of life have been subdivided and specified, the theoretical studies have been insufficient. Both clinical and theoretical studies on health related quality of life need to be actively conducted in the future.

<Key-words>

health, quality of life, health related quality of life

Asian J Human Services, 2013, 4:103-112. © 2013 Asian Society of Human Services

Received
December 15, 2012

Accepted
February 25, 2013

Published
April 30, 2013

Introduction

The life expectancy has been prolonged due to the rapid changes of economic structure caused by industrialization and informatization and the medical advances, which also has brought about the problems caused by aging. Japan became super-aged society in 2006 and South Korea is expected to be super-aged society in 2026. It is predicted that the aging of population will be more serious than ever and its problem have appeared more among advance countries than developing countries.

The physically and mentally healthy life has come into the spotlight due to the rapid aging of population; this trend can be exemplified with the frequent uses of the terms of the quality of life and well-being. The desire to live a long and healthy life, which is not only a wish of the elderly but also that of everybody, may have formed this trend that emphasizes the quality of life (Kim Young-Geun 2008). In modern society, the health related issues have become the greatest and ultimate tasks that were given to us.

In other words, modern society has been concerned about the healthy life beyond the matter of survival. The improvement of health is expected to contribute for the well-being and welfare of individuals and, furthermore, the overall quality of life in society in the end.

In this context, as the interest in the quality of life has grown, it is necessary to consider the here and now of the studies and discussions that will give the theoretical foundation for health related quality of life. This study aimed to discuss the direction of future studies by exploring the definition of and research trend in health related quality of life and by reviewing the studies and discussions that became theoretical foundations of health related quality of life. Literature review based on precedent studies has been employed as the research method.

Theoretical Background

1. Health

Even though the dictionary definition of health has not been changed much comparing the past to the present, the health criteria have been changed much.

There are a lot of definitions by many organizations, books and scholars.

WHO (World Health Organization) defined that health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. Recently it has been suggested that spiritual aspect also needs to be included into the scopes of health, which shows the tendency that attempts to define health in the comprehensive conception.

Kouzien, Japanese unabridged dictionary, defined that health is the good and sound condition of body and mind that can show physical and mental abilities to the full; the state that the abilities of human body and mind can be fully displayed.

International Dictionary of Medicine and Biology defined health as a state of

well-being of an organism or part of one, characterized by normal function and unattended by disease.

Dorland's Medical Dictionary of the U.S.A. defined health as a condition of optimum physical, social, mental and spiritual well being - not merely the absence of disease or infirmities.

Gould Medical Dictionary of U.K. defined health as the physical state that all functions perform normally.

Smith(1981) identified four models of health; clinical, role-performance, adaptive, and eudaimonistic. First, within clinical model, health is viewed as the absence of disease; it is from the medical model that health is considered as a physical condition without disease, symptoms, disabilities, etc. Second, within role-performance model, health is defined as effective performance of roles as human being. It was developed through the studies of medical sociology. Within this model, even though persons have disabilities, they are considered as healthy, as long as they perform their roles in jobs and family. Third, within adaptive model, health is viewed as effective, productive interaction with the physical and social environment with the emphasis on flexible adaptation. Fourth, within eudaimonistic model, health is viewed as self-actualization derived from complete development of the potential for general well-being and self realization. Based on the theory of Smith (1981), the concepts of health seem that they have evolved from clinical model through role-performance and adaptive model to eudaimonistic model.

Bak Jae-Guk and Lee Mi-Suk (2001) have explained that the definition of health in the medicine has changed from concept that understand health in the aspect that it is matter of survival through the concept that health is free from disease and the concept that emphasizes the abilities of individuals to perform daily life activities to positive concept that emphasizes happiness, social and emotional well-being and the quality of life.

Health is the physically and mentally sound condition and its definition has been greatly changed.

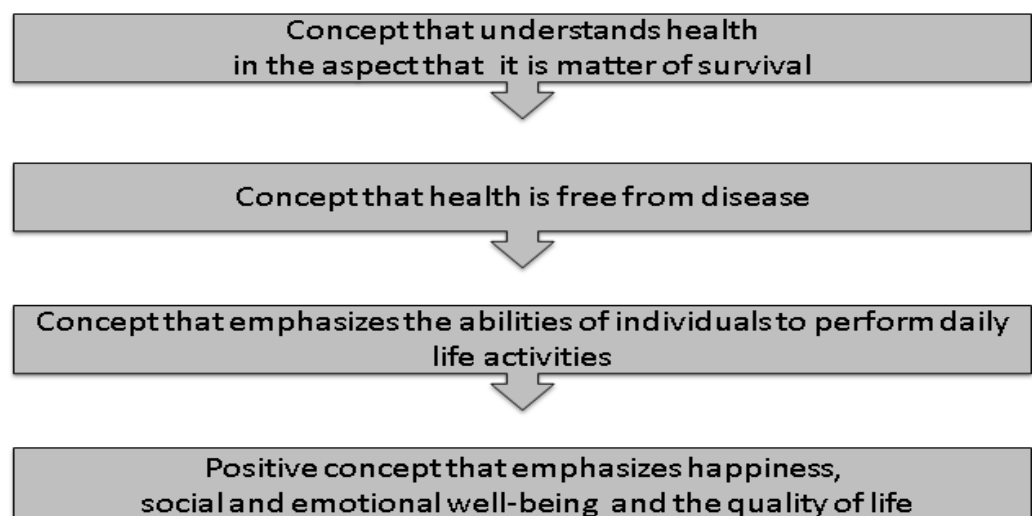


Figure 1: The Changes of the Concepts of Health

2. Quality of Life (QOL)

Human beings have struggled to survive famine, diseases and wars with great efforts for a very long time and the life expectancy was very short and the quality of life was very low until recently. In the past, the most important goal of life was the matter of simple survival. However, as people have been extricated from famine and diseases due to the industrial revolution centering on Europe and the rapid development of science technology, how well they are fed, clad and housed for comfortable life has become the important factor to determine the quality of life. In modern society, the matter of the quality of life has changed to how well they are fed, clad and housed from the matter of simple survival (Lee Jong-Yeong 1996).

Even though so many scholars in so many academic fields have defined the quality of life, there are similar definitions, but no common definition.

Jeong Gu-Hyun (1994) measured the quality of life adding the aspect of welfare or mental health to the aspect of material while considering the quality of life as the state of satisfaction and happiness. The quality of life is the concept of a high standard. It includes the increase of basic human rights and the expansion of suffrage in the political aspect and the job satisfaction, value consensus, social integration, privacy, the development of art and education and the expansion of the right to culture in the social aspect.

Campbell et al. (1976) defined the quality of life as the subjective perception of welfare level based on the passion, value and goals in the subjects of marriage, family, housing, job, friends, neighbor, health, etc.

WHO defined the quality of life as an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.

No Yu-Ja (1988) defined the quality of life as the subjective conception of well-being in the physical, mental, socio-economical and spiritual aspects and subdivided it into emotional state, economic life, self-esteem, physical condition and functions, neighborhood and family relationship. In the meantime, Basavaraj, K.H.(2010) suggested four domains of the quality of life in HIV/AIDS including physical, psychological, social and environmental domains; comparing with the definitions of scholars mentioned above, the definition that Figure 2 shows seems to be universal than specified to specific diseases (see Figure 2).

Quality of life is the conceptive state in the physical, mental, socio-economic and spiritual domains. Because the quality of life refers to a subjective state, it can be defined more diversely depending on each person.

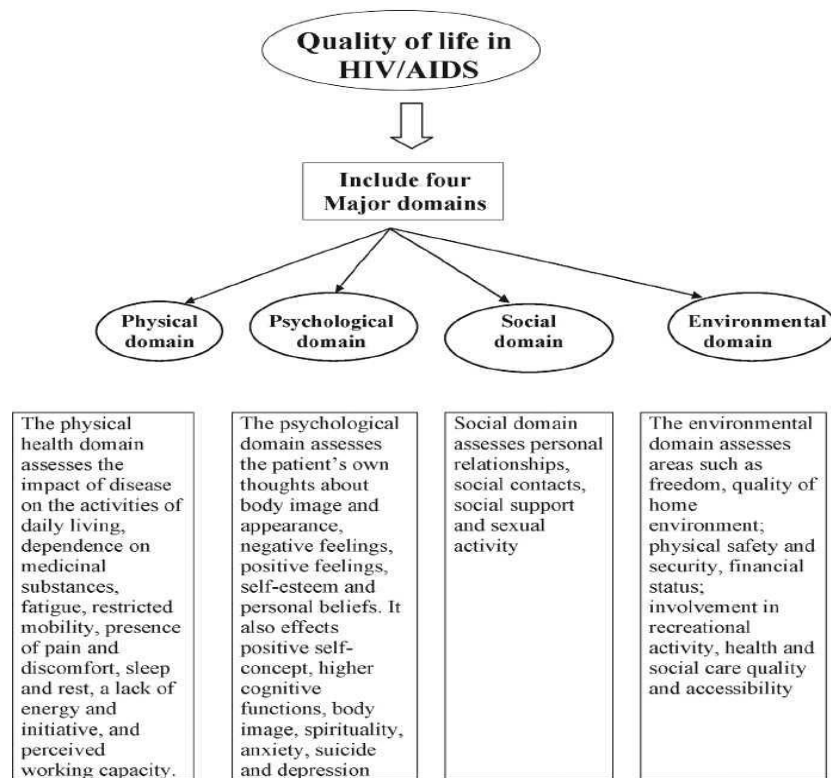


Figure 2: Quality of life - major domains

The Definition and Research Trend of Health Related Quality of Life (HRQOL)

1. The Definition of Health Related Quality of Life (HRQOL)

The theme of the quality of life has been dealt with in diverse academic fields. In the medical world, the quality of life of patients has begun to be discussed. The studies on health related quality of life have been carried out by linking health and the quality of life.

There are diverse definitions of health related quality of life;

Ware (2000) divided the quality of life into the one that is directly related to health and the other that is not related to health and defined health related quality of life in the physical, emotional and social aspects of the quality of life that is being influenced by diseases or treatment.

Hollandsworth(1988) defined health related quality of life as the individual's sense of well-being related to diseases, accidents, treatment and side effects (Hollandsworth 1988).

Testa & Sinnonsoon (1996) suggested that health related quality of life refers to all the physical, psychological and social aspects of health that are affected by the overall sense of well-being, experiences, faith and perception of individuals.

Yuriko D (2004) explained that the quality of life is directly related to health and it

includes physical, psychological, social and spiritual, role-functioning and overall well-being.

Figure 2 that presents the modeling of medical treatment and evaluation for patients with chronic diseases shows how to improve health related quality of life of individuals. It can be said that all of clinical evaluation, the creed and values of patients, evaluation of patients based on their judgments, their physical state, psychological state, social exchange, economic state, spiritual state and overall sense of well-being are connected to health related quality of life.

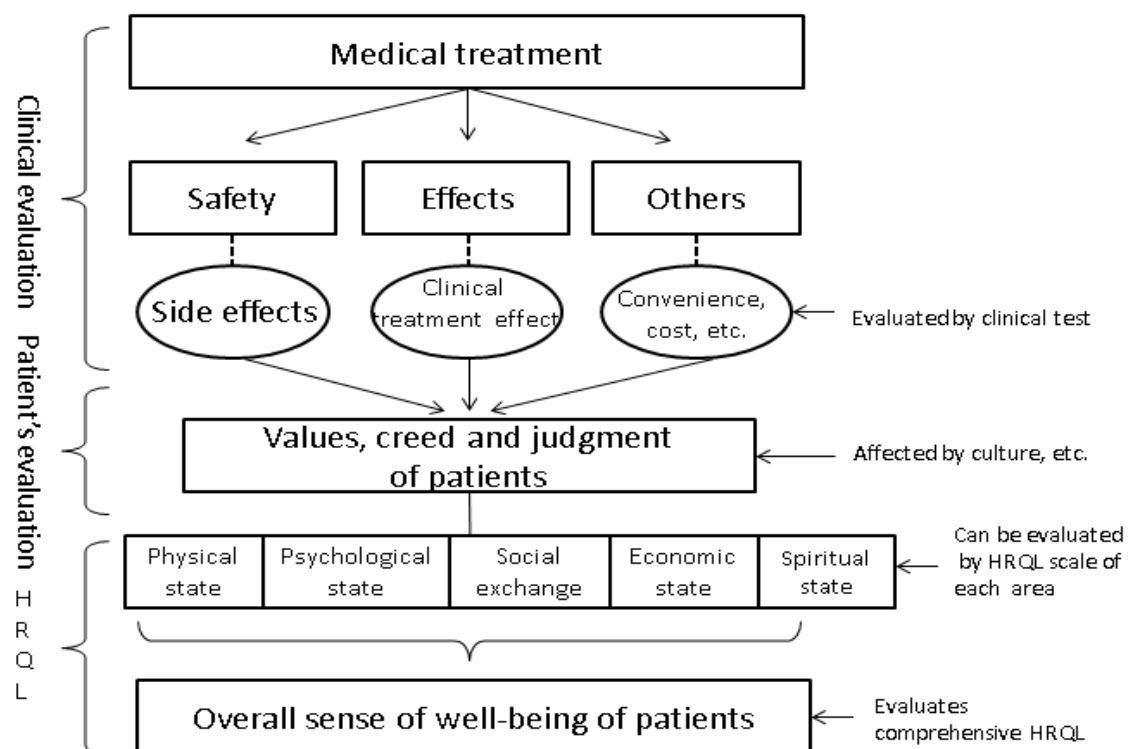


Figure 3: Health related Quality of Life model

Source: Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials 2nd Edition. Bert Spilker edited. (Translated by the author) .

Remark: HRQL(Health - Related Quality of Life)

Even though it has been known by scholars that the person's sense of health affects whole life, ironically health related quality of life has not been considered for the evaluation of treatment; it may happen naturally and even a remarkable treatment cannot improve the quality of life. As for the health related quality of life, it is indispensable that the subjects or factors to be measured according to goals need to be limited (Guyatt GH 1993).

Based on the information mentioned above, health related quality of life refers to the well-being of areas that are directly related to health. As mentioned in the section of the

definition of health, just like that the definition of health includes psychological, social and environmental aspects as well as physical aspect, that of health related quality of life also means the well-being of comprehensive areas.

2. The Research Trend of Health Related Quality of Life (HRQOL)

Historically studies on quality of life have been initiated by social indicator movement of the fields of sociology. Social indicators that have been used as the practical tool to understand the characteristics of social problems and to predict future have grown to be significant research tool in sociology together with the development of statistics techniques.

As diverse social statistical year books and social survey reports began to be published in 1960's, social indicator movement had reached its peak until the conservative U.S. federal government got less interested in it in 1980's (Sirgy 2006). Meanwhile as the bibliography of health index that is necessary to health section was published due to the impact of social indicator movement, the studies on health related quality of life have been actively conducted.

In this context, diverse studies on the quality of life have been discussed. Macroscopic discussions about the quality of life of patients have been begun even in the medical world that is interested in diseases and their treatments based on the scientific way of thinking. Health related quality of life can be considered as the attempt to connect health with the quality of life different from the quality of life in macroscopic aspect, which has the important place in the recent research trend of the quality of life (Schalock 2002). The heightened concern about health related quality of life can be viewed that health has an important place among the factors that the quality of life consists of.

The studies on health related quality of life that was merely begun in 1970's have gained more and more interest as the indicator of the performance of medical intervention in the health and medical fields and, since the mid 1980's, they have quantitatively increased (Hickey 2005).

In Japan, since 1980's, the studies on the quality of life have been conducted and in 2000, health related quality of life has been defined by government. In South Korea, studies on health related quality of life have been carried out in the some particular diseases and since 1990's, they have been increasingly conducted in more diverse fields. The representative studies on health related quality of life include the studies on the scale to measure health related quality of life, correlation between particular (especially medical) factors and health related quality of life and health related quality of life by age.

Some theses can be exemplified as followed;

There is the study on HRQOL and its Influential Factors in Outpatients with Cerebrovascular Diseases: Report of Thirteen Cases Measured by SF-36 (IKUSHIMA Yoshie, BAN Sadahiko, 2000). This study aimed to measure health related quality of life of outpatients with cerebrovascular diseases and to analyze the factors to affect their quality of life by recognizing the significance of HRQOL in the care invention for

outpatients with cerebrovascular diseases.

There is the study on Factors Affecting Health Related Quality of Life in Stroke Outpatients (AMISHIMA Shigeko, 2004). This study aimed to find out the factors to affect health related quality of life of outpatients with cerebrovascular diseases.

There is also the study on Mood states and Health Related Quality of Life in older adults (JOO Jung-Mi, 2008). This study aimed to provide fundamental information for the policy making to solve the recently increasing problems of the aging of population and to improve health related quality of life of them through the study on health related quality of life of the elderly in South Korea and the mood status to affect health related quality of life.

While many studies in the medical circles have been conducted, theoretical studies on health related quality of life have not been carried out.

Considerations and Conclusion

In 21st century, tremendous developments have been achieved comparing with the past, for example, economic and material affluence, prolonged life expectancy due to the development of medical technology, leisure activities due to the development of cultural contents, psychological stability through human relations and stable residential life. Today's life has always been more affluent than yesterday's and the quality of life has been improved; its meaning has also been segmented.

Health related quality of life have the most important place among the scopes of the quality of life and has become the ultimate and greatest task in modern society.

This study has been conducted to understand health related quality of life that has gained the interest recently, because the studies on the segmented scopes of the quality of life are not sufficient in spite of plenty studies on the quality of life itself.

Most of all, the dictionary definition of health is the state without physical and mental diseases, but the health criteria have been changed greatly. The meaning of health has been evolved from the matter of simple survival, through the state without diseases and role-performance conception to eudaimonistic health conception. Quality of life is the person's sense in the comprehensive areas including physical, mental, socio-economic and spiritual areas. Health related quality of life means the well-being in physical, mental, social and role-functioning aspects that are directly related to health.

The studies on health related quality of life have been actively conducted due to the social indicator movement in the research trend of health. The studies on health related quality of life have dealt with the scale to measure health related quality of life, medical diseases, correlation between particular (especially medical) factors and health related quality of life, etc.

Even though the scopes of the quality of life have been segmented and the subjects of study have been specified, the actual researches have not kept up with the trend.

Moreover, the definition of each scope of the quality of life has not been made yet and scholars have also presented diverse opinions, too. Because every precedent study on health related quality of life has presented its own definition, it is difficult to find its universal definition. In addition, the conception of health has been greatly changed with the course of time and the studies need to be conducted with keeping up with the changes of definition and scope.

In Japan and South Korea, the studies on health related quality of life have been begun in 1990's and have quantitatively increased, but theoretical studies have not been sufficiently conducted in both Japan and South Korea. Because the studies on health related quality of life have been mostly carried out in the medical world, thoughtful discussions could be carried out, if the studies would be also conducted in other academic worlds.

The past criteria of the quality of life that emphasized economic aspect of the quality of life have greatly changed today. The studies on the quality of life dealing with more diverse scopes in diverse academic fields will contribute for the better quality of life in the future.

Reference

- 1) Kim Young-Geun(2008) The research for health perception and quality of life in elderly, The Journal of Korean Society of Occupational Therapy, Vol.16, No.3, pp.99-110.
- 2) Bak Jae-Guk, Lee Mi-Suk (2001) The Study Trend of the Life of the Disabled, Journal of Special Education and Rehabilitation Science, Vol.40, No.2, pp.1-25.
- 3) Lee Jong-Yeong (1995) Post Industrial Society and the Sociology of Sport, Korean Society of the Sociology of Sport
- 4) Jeong Gyu-Hyun, Bae Gyu-Hyun, Lee Dal-Gon, Choi Yeong-Myeong (1994) The Power of Social Development of South Korea in 21st Century, Nanam Publishing House
- 5) Campbell, A. Converse, P. E. & Rodgers, W.L.(1976) The Quality of American Life. New York, Russel sage foundation.
- 6) No Yu-Ja (1988) Analytical Study of the Quality of Life of the Middle-aged in Seoul, Ph.D. Dissertation, The Graduate School of Yeonsei University
- 7) Basavaraj K.H., Navya M.A., Rashmi R.(2010) Quality of life in HIV/AIDS. Indian J Sex Transm Dis., Vol.31, pp.75-80.
- 8) Ware,J.E(2000) Sf-36 Health Survey Update. Spine, Vol.25, No.24, p3130-3139.
- 9) Hollandsworth,J.G.(1988) Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life, a five year update. Social science & medicine Vol26, p.425-434.
- 10) Testa, M.A. & Simonson, D.C.(1996). Assessment of quality of life outcomes, New English journal of medicine, Vol.334, p.835-840

- 11) Yuriko Doi(2004) Introduction-Conceptual issues on quality of life(QOL) and importance of QOL research, J. Natl. Inst. Public Health, Vol.53, No.3, pp.176-180.
- 12) Guyatt GH, et al(1993) Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med, Vol.118, pp.622-629.
- 13) Sirg, M.J., Michalos, A.C., Ferris, A.L., Easterlin, R.A., Patrick, D & Pivot, W(2006) The quality of life research movement, past, present, and future. Social indicators research, Vol76, p343-466.
- 14) Schalock, R.L & Alonso, M(2002) Handbook on quality of life for human service practitioners. Washington, DC, the American association on mental retardation
- 15) Hickey, A., barker, M., Mcgee, H., & O'Boyle, c.(2005). Measuring health-related quality of life in older patient populations, a review of current approaches/. Pharmacoeconomics Vol.23, No.10, p971-993
- 16) Ikushima Yoshie, Ban Sadahiko(2000) HRQOL and its Influential Factors in Outpatients with Cerebrovascular Diseases : Report of Thirteen Cases Measured by SF-36, Bulletin of Kobe City Junior College of Nursing, Vol.19, pp.39-44.
- 17) Amishima Shigeko(2004) Factors Affecting Health Related Quality of Life in Stroke Outpatients, Bulletin of Sapporo Medical University School of Health Sciences, No 7 pp39-46
- 18) Joo Jung Mi(2008) Mood states and Health Related Quality of Life in older adults, Master's Dissertation, Hanyang University Graduate School of Information in Clinical Nursing

REVIEW ARTICLE

サバイバー・シンドロームに関する

近年の研究動向—リストラ後、組織に残る人々の心理—

Recent Research Trends in Survivor Syndrome

-After the Restructuring, the Psychology of the People who Remain in the Organization-

森 浩平¹⁾ (Kohei MORI), 大庭 さよ²⁾ (Sayo OHBA),
小原 美樹²⁾ (Miki OHARA), 高島 麻巳子²⁾ (Mamiko TAKASHIMA),
京牟禮 彩²⁾ (Aya KYOMURE), 熊井 正之¹⁾ (Masayuki KUMAI),
田中 敦士³⁾ (Atsushi TANAKA)

1) 東北大学大学院教育情報学研究部・教育部

日本学術振興会特別研究員

〒980-8576 宮城県仙台市青葉区川内 27-1

ktv_m_kohei@yahoo.co.jp

2) 神田東クリニック MPS センター

3) 琉球大学教育学部

ABSTRACT

企業におけるサバイバー・シンドロームとは、リストラの生き残り（サバイバー）である従業員を襲う心理的な反応を指す。リストラから生き残った従業員は、次は自分が解雇される番かもしれないという不安や、上級管理職に対する不信感を抱く。さらに、人員削減による業務量の増大や長時間労働によってバーンアウト（燃え尽き症候群）につながる等といった特有の心理的反応を示すことが多くの研究によって明らかとなってきた。こうした特有の心理的反応は、結果的に作業能率の低下を招くとされる。リストラはもともと、組織の機能の無駄を廃し効率化するために組織を再構築することを目的としているが、リストラ実施が経済的効果を上げているとは必ずしもいえない。多くの研究では、リストラ実施後に自分自身あるいは組織に対して否定的な反応を示すことが報告されており、本稿ではそうしたリストラが組織に残された人々へ与える心理的影響に関する研究を中心にレビューを行った。

<Key-words>

サバイバー・シンドローム, リストラ, ストレス, メンタルヘルス

survivor syndrome, restructuring, stress, mental health

Asian J Human Services, 2013, 4:113-120. © 2013 Asian Society of Human Services

Received

February 27, 2013

Accepted

April 14, 2013

Published

April 30, 2013

I. はじめに

企業におけるサバイバー・シンдрームとは、リストラの生き残り（サバイバー）である従業員を襲う心理的な反応を指す。リストラの実施された企業で働いていれば、将来再び人員削減が起こった時に、自分がリストラされるのではないかと恐怖心を抱く。また、会社へ献身的に尽くそうとも雇用され続けるわけではなく、会社から裏切られたように感じ不信感を持つ。さらに、同僚が解雇されたにも関わらず自分が雇用され続けていることへの罪悪感を抱いてしまう等、リストラされた従業員だけでなくリストラから生き残った従業員もまた、特有の心理的反応を示すことが多くの研究によって明らかとなってきた。

「リストラ」とは本来、「リストラクチャリング (restructuring)」という事業再構成を意味する言葉である。計画的な人員削減を意味する言葉としては「ダウンサイジング (downsizing)」、強制的な一時休業や解雇を意味する言葉としては「レイオフ (lay-off)」であるが、日本では計画的な人員削減を示す言葉として、「リストラ」を用いることが定着している。

近年のグローバル化や IT 革命は、企業間の競争の激化と経済効果の追求に拍車をかけ、それに伴うリストラクチャリングやダウンサイジング、年俸制や裁量労働制の導入、そのほか、労働人口の高齢化、女子就労の増加、長引く経済不況、社会における個人主義傾向の進展などは、それぞれが影響しあいながら労働環境にも大きな変化をもたらしている（永田，2000）。労働省（1999）の調査では、失業に対する不安を感じる人は全体の 67% に達しており、リストラクチャリングやダウンサイジングに伴う雇用への不安がうかがえる。2008 年秋のリーマン・ショック以来、雇用不安は深刻化しているが、失業者個人への心理的援助の研究は、欧米に比べて依然として盛んとは言えない（廣川，2010）。そして、サバイバー・シンдрームに関する文献は、これまで国内では数件ほどしか見られなかった。失業者本人への対応すら十分とは言えない現状であり、リストラ実施後に組織に残る人々への対応についてはほとんど目が向けられていない。こうした現状について今一度振り返っておく必要があるのではないだろうか。

リストラはもともと、組織の機能の無駄を廃し効率化するために組織を再構築することを目的としているが、リストラ実施が経済的效果を上げているとは必ずしもいえない。Cascio, Young, & Morris (1997) や Morris, Cascio, & Young (1999) によれば、アメリカ企業の約半数は、ダウンサイジング実施後に生産性が落ちており、執行役員の約 3 分の 1 はダウンサイジングの実施が期待された結果をもたらさないと回答している。多くの研究では、リストラ実施後に自分自身あるいは組織に対して否定的な反応を示すことが報告されており、本稿ではそうしたリストラが組織に残された人々へ与える心理的影響に関する研究を中心にレビューする。

II. サバイバー・シンдрームに関する研究

リストラによって同僚や友人が退職を余儀なくされるのを見ながらも、自分自身はリストラ後も企業に残るといふ従業員は、特有の心理的反応を示す。リストラによって非自発的な

従業員の退職があった後も企業に留まる従業員のことを「サバイバー (survivor)」と呼び、彼らが示す一連の反応は「サバイバー・シンドローム (survivor syndrome)」もしくは「サバイバー・シックネス (survivor sickness)」と呼ばれる。サバイバーという用語はもともと個人に対して大きな打撃を与えるような出来事（戦争、災害、事故、犯罪等）に遭遇し、そのために精神的外傷を負った人々を意味する言葉である。サバイバーを対象とした研究としては、第二次大戦下のホロコーストの生存者や原爆投下後の広島における生存者を対象とした研究、爆発事故を起こしたスペースシャトル、チャレンジャー号の打ち上げプログラムに関与した人々を対象とした研究等がある。

アメリカの研究では、ダウンサイジング（組織の規模縮小）やそれに伴うレイオフ（強制的な一時休業や解雇）によるネガティブな心理学的影響は、レイオフを宣告された人々に留まらず、レイオフを免れて組織に残留した従業員にも波及しているとされる。リストラクチャリング（事業再構築）やダウンサイジング、レイオフによる人員整理の対象から免れて職場に残された従業員は、レイオフ・サバイバー (layoff survivors) と呼ばれている。

Cascio (1993) は、レイオフ・サバイバーが示す特有の反応を「サバイバー・シンドローム」と呼んだ。Brockner (1988) や Cascio (1993) は、その否定的反応として、図1のような特徴を示すとしている。最悪の場合は、サバイバーの健康が脅かされ、病欠による欠勤が多くなるとされる (Kivimäki, Vahtera, Thompson et al. 1997; Vahtera, Kivimäki, Penttinen et al. 2004)。

- ①同僚の解雇に対する手続き上の不正・不公平に対する怒り
- ②抑うつ
- ③次は自分が解雇される番かもしれないという不安
- ④同僚が解雇されたにも関わらず、自分が雇用され続けていることについての罪悪感
- ⑤上級管理職に対する不信感
- ⑥自信喪失
- ⑦会社への帰属意識（組織コミットメント）の低下
- ⑧モチベーションの低下
- ⑨職務に対する自覚の欠如
- ⑩人員削減による個人あたりの作業負荷の増大や「サービス残業」に代表される長時間労働によって、バーンアウト（燃え尽き症候群）が生じ、結果的に作業能率の低下を招くこと

図1 サバイバーの心理的反応

(Brockner (1988)、Cascio (1993)、および Ketz de Vries&Balazs (1997) に基づいて作成)

リストラから生き残った従業員は、リストラが行われた後に職場や組織に対して、仕事へのモチベーションが向上する (Brockner, 1988)、自分の所属する組織に対するオーナーシップ（経営に対する当事者意識・参画意識や、与えられたミッションに対する自発性）を意識するようになる (O'Neill&Lenn, 1995)、自発的に自分の役割外の仕事も行う (Bies, Martin, & Brockner, 1993) といった肯定的な反応も報告されている。

しかし、多くの研究では、組織あるいは個人に対して否定的な反応を示すことが報告されており、Mishra&Spreitzer (1998) はサバイバーの反応を図2のように類型化した。

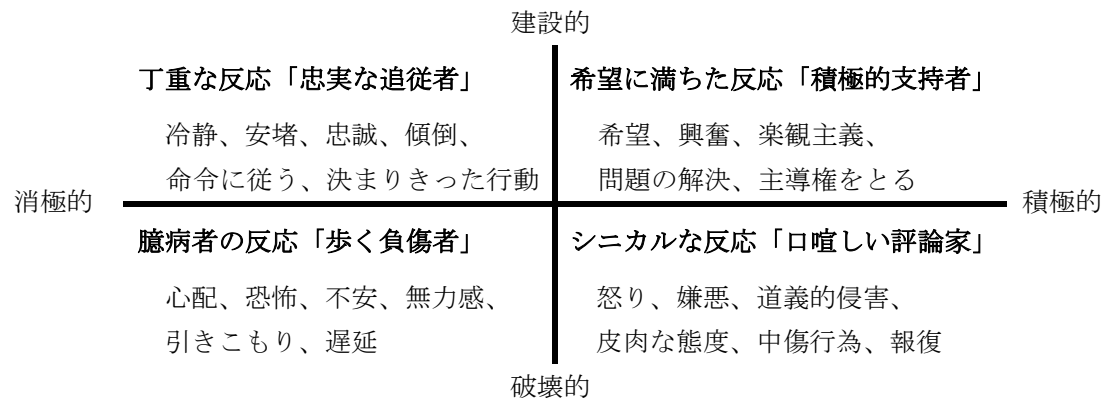


図2 Mishra&Spreitzer (1998) によるサバイバーの反応類型

日本では、坂爪（1999）がサバイバーの反応を、「サバイバー自身の反応」「他者に対する反応：経営陣に対する怒りや不信感」「自分の職務や企業との関係に関する認識変化」の3つに分類した。

「サバイバー自身の反応」としては、リストラを経験したことでサバイバーは怖れや罪悪感・バーンアウト等の反応が生じ、最も顕著なものは、次は自分がリストラされるかもしれないという怖れであるとしている。また、その怖れは仕事遂行へのモチベーションを低下させ、リストラされないように懸命に働くといった意識が強くなるため、仕事の内容そのものに対する興味関心が低下する。また、リスクのある仕事を回避しようとする傾向も見られる。さらに、他人より好業績をあげることによって、次は自分かもしれないという怖れを打ち消そうとするあまり、同僚との関係が競争的になり緊張感が高くなる。仕事量は削減されないまま人員削減が行われると、サバイバーの仕事量が増加するが、それに対する付加的な報酬が与えられることはほとんどない。そうした状況下におかれたサバイバーは、いずれバーンアウト（燃え尽き）につながり仕事の効率が低下するとされている。

「他者に対する反応：経営陣に対する怒りや不信感」について、サバイバーは同僚の退職に対して、なぜ彼らが退職しなければならなかったのか、他に退職すべき人がいるのではないかといった不公平感を持つとされる。また、高業績の時には経営陣がその恩恵に預かったにも関わらず、業績が低迷した時にはそのつけを自分たちに回しているのではないかという不公平感を感じる。さらに、なぜリストラを実施するのか、それはどのようなプロセスで進められるのか、退職者はどのような処遇を受けるのかといったリストラ計画に関する情報が十分に開示されない場合や、リストラを進めることに対してトップが悔悛の情を表明しないといったことがあると、強い怒りを感じる。管理職の中には、場当たりにリストラを実施しているだけで、その戦略的方向性が見えないことに対する不満を感じる人も多い。また、このような反応は経営陣に対する怒りや恨み、不信へとつながる。経営陣に対するこのような感情はサバイバーのコミットメントやモラル、忠誠心の低下やサボタージュ、生産性の低下を招く。また、経営陣に対して中傷を行う人々も出てくるとしている。

「自分の職務や企業との関係に関する認識変化」として、リストラはサバイバーに対して心理的契約（psychological contract）や職務保証（job security）に関する認識の変化を生じさせるとしている。心理的契約とは、企業と従業員が相互に期待しあう暗黙の依存関係のこ

とである。「忠誠心を持って懸命に働くならば（企業の個人に対する期待）、長期雇用が保証される（個人の企業に対する期待）」、「転勤・異動等について企業からの指示に従うならば（企業の個人に対する期待）、企業がある程度のキャリア形成に責任を持つ（個人の企業に対する期待）」といったことが、組織における共依存といえる。しかし、リストラは企業がこの心理的契約（共依存関係）を破棄するものであると捉えられる。その結果、会社に裏切られたように感じ、不信感を強く示す。また、サバイバーは自分の職務保証が非常に不安定になってきたと認識するようにもなる。彼らは「いつまで自分の仕事があるかわからない」「自分の能力がいつまで必要とされるかわからない」と認識するようになり、「次は自分がリストラされるかもしれない」という怖れにつながるとしている。これについては、同時に新たな学習の動機付けとなることや、今後の自分のキャリアについて考えるきっかけにもなり、このような不安定さの認識は、あまりにも高いもしくはあまりにも低いと生産性を低下させるが、中程度の時には生産性が向上するとされる。

Ⅲ. リストラされた従業員の否定的反応を緩和する要因

サバイバーの心理学的、産業衛生的な問題を緩和する要因としては、ひとつにエンパワーメントの役割が挙げられる。エンパワーメントは、「従業員に大きな権限を与えるとともに、従業員自らが設定した目標に責任を持たせることによって、従業員が自立的に問題解決に取り組む環境を醸成し、それを促すこと」と定義される。ダウンサイジングを経験した後のサバイバーは概して組織コミットメントが低下する傾向があるが、エンパワーメントの高いサバイバーは、レイオフ経験後においても高い組織コミットメントを維持できていた（Spreitzer, Mishra, 2002）。

Brockner, Spreitzer, Mishra et al. (2004)の研究でも、サバイバーの自己決定感の高さが、レイオフに起因する否定的な反応を緩和することが報告されている。自己決定感の低い従業員は、ダウンサイジングがされた・されなかったかによって、組織コミットメントに違いが見られた（実施された群では組織コミットメントがより低かった）が、自己決定感の高い従業員では、ダウンサイジングの実施の有無に関係なく、組織コミットメントが高かった。さらに、ダウンサイジングによって（個人的に）健康状態に悪い影響を感じていても、自己統制感が高い従業員は職務パフォーマンスにあまり影響を受けていなかった。これらの研究結果から、仕事に関わるエンパワーメントがリストラ実施に伴う従業員への悪影響を緩和する効果があると思われる。

サバイバーに関する心理学的研究は主としてアメリカで行われてきたが、日本では関連研究の紹介はなされていたものの（坂爪, 2002）、実際に心理学的視点から行われた研究はほとんどなかった。また、日本の企業の執行役員はリストラクチャリングが残された徴候に及ぼす影響についてあまり関心を持っていないとする報告もある（Robinson, Shimizu, 2007）。田中（2007）の調査では、職場において自身にもリストラの影響が降りかかってくると感じている人は、以下の特徴を示したとしている：①ストレス反応としての心理的・身体的反応（身体的不調徴候、苛立ち感）をより多く訴えがちであった。②仕事に対するエンパワーメントを感じにくかった。これらは、リストラクチャリングやダウンサイジングを実施してネ

ガティブな結果をもたらさないためには、従業員のエンパワーメントをいかに低下させずに実施するかが重要であることを示唆していた。また、自身が雇用調整の対象と考えている回答者は、20%弱であり、Kalimo et al. (2003) によるアメリカのデータと比較すると、彼らのデータにおいて、「起こるかもしれない」「たぶん起こる」の回答率が 4.0~9.0%であったことからすれば、かなり高い割合であったといえ、将来に来るかもしれないリストラの脅威を強く感じているといえる。しかし、ビジネス分野における国際的な競争激化の中、リストラは日本企業にとって避けて通ることの出来ない選択肢となっている。そのため、リストラを実施する企業はサバイバーの示す否定的反応をできるだけ緩和する方法を検討しなければならない。その具体的対策として、①リストラ計画に関する情報（理由や概要、退職者に対する悔悛など）の充分な開示、②リストラ退職者に対する退職手当等金銭面を含めた支援プログラムの提供、③リストラ退職者選定における公平性の維持、④サバイバーのエンパワーメントを支援するような職務の再設計、について多くの研究で指摘されている。坂爪 (1999) は、破壊されてしまった企業と従業員間の心理契約（共依存関係）：「忠誠心を持って懸命に働くならば（企業の個人に対する期待）、長期雇用が保証される（個人の企業に対する期待）」の再構築や、より短期的・成果主義的条件のもとで、どのような心理的契約を結ぶかを今後の対応策の課題として挙げている。さらに、今後個人は、自身のエンプロイアビリティ（雇用されうだけの能力）やキャリア形成に対して今まで以上に責任を持ち、同時に、企業もこうした個人の活動を支援する環境の整備を行うことが必要だとしている。

リストラクチャリングやダウンサイジング、レイオフに関する心理学的研究はアメリカで多く行われてきた。特に、1980 年代後半、アメリカ経済は深刻な不況に苦しんでいた。当時多くのアメリカ企業では、不況への対策の一環として組織の効率性や生産性、競争力を向上させることを目的として、計画的に職務や管理職のポストを削減した。その結果、多くの従業員が人員整理の対象となり、残された従業員も業務過重によって過酷な日々を強いられた。こうした背景から、企業のリストラが従業員に及ぼす心理学的影響に関する研究が多くなされてきた。しかし、日本国内ではリストラ後に組織へ残る従業員の心理的、行動的側面への影響については、まだまだ研究が進んでいるとは言い難い。今後日本においても更なる知見の蓄積が望まれる。

文献

- 1) Bies, R.J., Martin, C., & Brockner, J. (1993) Just laid off, but still a good citizen? Only if the process is fair. *Employees Rights and Responsibilities Journal*, 6, 227-238.
- 2) Brockner, J. (1988) The effects of work layoffs on survivors: Research, theory, and practice. In B.M. Staw & L.L. Cummings (Eds.), *Research in organizational behavior*, 10, 213-255. Greenwich, CT: JAI Press.
- 3) Brockner, J., Spreitzer, G., Mishra, A., Hochwarter, W., Pepper, L., & Weinberg, J. (2004) Perceived control as antidote to the negative effects of layoffs on survivor's organizational commitment and job performance. *Administrative Science*

- Quarterly*, 49, 76-100.
- 4) Cascio, W.F. (1993) Downsizing: What do we know? What have we learned. *Academy of Management Executive*, 7, 95-104.
 - 5) Cascio, W.F., Young, C.E., & Morris, J.R. (1997) Financial consequences of employment change decisions in major U.S. corporations. *Academy of Management Journal*, 40, 1175-1189.
 - 6) 廣川進 (2010) リーマン・ショック後のリストラ失業の語りを聴く—失業が本人の心理と周囲に与える影響— 日本労働研究雑誌, 598, 48-57.
 - 7) Kalimo, R., Taris, T.W., & Schaufeli, W.B. (2003) The effects of past and anticipated future downsizing on survivor well-being: An equity perspective. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 15-25.
 - 8) Kets de Vries, M.F.R., & Balazs, K. (1997) The downside of downsizing. *Human Relations*, 50, 11-50.
 - 9) Kivimäki, M., Vahtera, J., Thompson, L., Griffiths, A., & Cox, T. (1997) Psychological factors predicating employee sickness absence during economic decline. *Journal of Applied Psychology*, 82, 858-872.
 - 10) Mishra, A.K., & Spreitzer, G.M. (1998) Explaining how survivors respond to downsizing: The role of trust, empowerment, justice, and work redesign. *Academy of Management Review*, 23, 567-588.
 - 11) Morris, J.R., Cascio, W.F., & Young, C.E. (1999) Downsizing after all these years: Questions and answers about who did it, how many did it, and who benefited from it. *Organizational Dynamics*, 27, 78-87.
 - 12) 永田頌史 (2000) 産業・経済変革期の職場ストレス対策—ミニレビューシリーズの企画にあたって—, 産業衛生学雑誌, 42, 215-220.
 - 13) O'Neill, H.M., & Lenn, D.J. (1995) Voice of survivors: Words that downsizing CEO's should hear. *Academy of Management Executive*, 9, 23-33.
 - 14) Robinson, P., & Shimizu, N. (2007) Japanese corporate restructuring: CEO priorities as a window on environmental and organizational change. *Academy of Management Perspectives*, 21, 44-75.
 - 15) 労働省 (1999) 図説労働白書〈平成 11 年度〉急速に変化する労働市場と新たな雇用の創出, 至誠堂.
 - 16) 坂爪洋美 (1999) ストレス理論に基づく失業研究の展望—失業が個人の心理的状态に及ぼす影響— 日本労働研究雑誌, 466, 77-88.
 - 17) 坂爪洋美 (2002) 失業とその影響 宗方比佐子・渡辺直登 (編著) キャリア発達の心理学 仕事・組織・生涯発達 川島書店. 229-248.
 - 18) Spreitzer, G.M., & Mishra, A.K. (2002) To stay or to go: Voluntary survivor turnover following an organizational downsizing. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 707-729.
 - 19) 田中堅一郎 (2007) リストラ経験およびリストラの脅威が従業員の心理学的・行動的側面に及ぼす影響 日本大学大学院総合社会情報研究科紀要. 8, 357-366.

- 20) Vahtera,J., Kivimäki,M., Pentti,J., Linna,A., Virtanen,M., Virtanen,P., & Ferrie,J.E.(2004) Organisational downsizing,sickness absence,and mortality:10-town prospective cohort study. *British Medical Journal*, 328, 555.

REVIEW ARTICLE

障害乳幼児教育・保育の現状と課題

—特別支援学校幼稚部を中心に—

Present Condition and the Subject of Infants with Disabilities Education and Childcare

- Focus to Schools for Special Needs Education Kindergarten Section -

児嶋 芳郎¹⁾ (Yoshio KOJIMA)

1) 特定非営利活動法人発達保障研究センター

NPO Hattatsuhosyo Research Center

〒169-0051 東京都新宿区西早稲田 2-15-10 西早稲田関口ビル 4F 全障研内

hajiwatapapa@gmail.com

ABSTRACT

本稿では、就学前の障害幼児に対する保育・教育制度及び現状について、特別支援学校幼稚部を中心に概観し、就学前の障害幼児に対する保育・教育は、現状ではまだまだ不十分な状況にあること、そして特別支援学校幼稚部は特に貧困な状況であることを述べた。また、特別支援学校幼稚部における課題について若干の考察を加えた。そこでは、特別支援学校幼稚部の現状を改善するためには、単純に幼稚部の設置だけを求めるのではなく、特別支援学校自体を増設することとあわせて、幼稚部の設置を進めていく必要があること、幼稚園にも特別支援学級や「通級による指導」を設置できるような制度的改正が必要であること、義務教育段階以外の場での、教員配置の基準を設ける必要があることを指摘した。そして、現状では特別支援学校には障害幼児に対する専門性が不足しており、また一般の幼稚園教諭も専門性が不十分であり、「インクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進」のために、特別支援学校における障害幼児への専門性の向上は、早急に解消しなければならない課題であることを指摘した。

Received
February 10, 2013

Accepted
March 6, 2013

Published
April 30, 2013

In this paper, it surveyed focusing on schools for special needs education kindergarten section about the childcare and the educational system to infants with disabilities before entering school, and the present state. From the result, it was said that it is in a situation with the childcare and education still insufficient under the present circumstances to infants with disabilities before entering school, and that schools for special needs

education kindergarten section is in an especially poverty situation. Moreover, some consideration was added about the subject in schools for special needs education kindergarten section. There, in order to improve the present condition of schools for special needs education kindergarten section, it did not ask only for installation of the kindergarten section simply, but described that it is necessary to advance installation of a kindergarten section in accordance with extending the schools for special education itself. And it was said that institutional revision which can install a special support class etc. also in a kindergarten is required. In addition, it pointed out that it was necessary to establish the standard of teacher arrangement at places other than a compulsory education stage. Moreover, under the present circumstances, the speciality nature to infants with disabilities was insufficient for schools for special needs education, and it pointed out those ordinary kindergarten teachers also had insufficient speciality nature. The improvement in the speciality nature to infants with disabilities in schools for special needs education pointed out to the last that it was a subject which must be canceled immediately for "promotion of special needs education for an inclusive education system configuration."

<Key-words>

障害幼児, 就学前, 特別支援学校幼稚部, 専門性, インクルーシブ教育システム

infants with disabilities, before entering school, schools for special needs education kindergarten section, speciality nature, inclusive education system

Asian J Human Services, 2013, 4:121-136. © 2013 Asian Society of Human Services

I. 問題の所在と研究の目的

2007 年度より、学校教育法等の改正により、それまでの「特殊教育」は「特別支援教育」へと変更された。この改正により、学校教育法第 81 条には「幼稚園、小学校、中学校、高等学校及び中等教育学校においては、次項各号のいずれかに該当する幼児、児童及び生徒その他教育上特別の支援を必要とする幼児、児童及び生徒に対し、文部科学大臣の定めるところにより、障害による学習上又は生活上の困難を克服するための教育を行うものとする」との文言が追加され、同条第 2 項にはその対象者として、①知的障害者、②肢体不自由者、③身体虚弱者、④弱視者、⑤難聴者、⑥その他障害のある者で、特別支援学級において教育を行うことが適当なもの、が挙げられている。

このように、通常の幼稚園においても、①～⑥の障害のある幼児に対して「障害による学習上又は生活上の困難を克服するための教育を行う」ことが求められるようになったのである。

一方、学校教育法第 81 条第 2 項では、「小学校、中学校、高等学校及び中等教育学校には、次の各号のいずれかに該当する児童及び生徒のために、特別支援学級を置くことができる」とされているが、ここでは幼稚園は除外されており、幼稚園においては障害のある子どもだ

けで構成される学級（集団）をつくることができない。

あわせて、学校教育法施行規則第 140 条では、「小学校若しくは中学校又は中等教育学校の前期課程において、次の各号のいずれかに該当する児童又は生徒（特別支援学級の児童及び生徒を除く。）のうち当該障害に応じた特別の指導を行う必要があるものを教育する場合には、...特別の教育課程によることができる」とし、「各号」として、①言語障害者、②自閉症者、③情緒障害者、④弱視者、⑤難聴者、⑥学習障害者、⑦注意欠陥多動性障害者、⑧その他障害のある者で、この条の規定により特別の教育課程による教育を行うことが適当なものを挙げている。

これは、いわゆる「通級による指導」に対する規定であるが、この「通級による指導」においても、幼稚園は（ここでは高等学校も）除外されているのである。

しかし、中央教育審議会初等中等教育分科会が 2012 年 7 月 23 日に発表した「共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進（報告）」（中央教育審議会初等中等教育分科会特別支援教育の在り方に関する特別委員会, 2012）（以下、「報告」）では、「1.共生社会の形成に向けて」において、「個別の教育的ニーズのある幼児児童生徒に対して、自立と社会参加を見据えて、その時点で教育的ニーズに最も的確に応える指導を提供できる、多様で柔軟な仕組みを整備することが重要である。小・中学校における通常の学級、通級による指導、特別支援学級、特別支援学校といった、連続性のある『多様な学びの場』を用意しておくことが必要である」としている。「幼児」としていることから、「多様な学びの場」を用意するのは、就学前の段階も対象となるであろうし、そこには幼稚園も含まれると考えられるであろう。

「報告」で示されている「連続性のある『多様な学びの場』」とは、「ほとんどの問題を通常学級で対応」→「専門家の助言を受けながら通常学級」→「専門的スタッフを配置して通常学級」→「通級による指導」→「特別支援学級」→「特別支援学校」→「自宅・病院における訪問学級」というものである。

しかし、幼稚園においては、「通級による指導」も「特別支援学級」も設置することができない。そのような現状の中で、唯一就学前の段階にも設置できるのが「特別支援学校幼稚部」である。学校教育法第 76 条第 2 項では、「特別支援学校には、小学部及び中学部のほか、幼稚部又は高等部を置くことができ、また、特別の必要がある場合においては、前項の規定にかかわらず、小学部及び中学部を置かないで幼稚部又は高等部のみを置くことができる」とされている。だが、同条第 1 項で「特別支援学校には、小学部及び中学部を置かなければならない」とされている義務教育段階の学部の必置規定に比べれば弱い規定である。

このように、いうなれば文部科学省の管轄の教育機関として就学前の障害幼児を受け入れることができる場は、通常の幼稚園と特別支援学校幼稚部だけである。しかし、その他にも障害幼児を受け入れる場としては、厚生労働省の管轄の各種の療育機関及び保育所がある。障害幼児は、このように大きく二つに分類できる場において対応されているということができよう。

先行研究では、幼稚園や保育所における特別な支援については検討されており（たとえば、渡邊・大伴・濱田・小笠原・田中, 2009）、また療育機関における実態などについても言及されている。しかし、障害幼児のニーズに対して「特別」な対応を行う唯一の場である特別支援学校幼稚部に対して検討しているものは少ない。

そこで本稿では、まず障害乳幼児に対する教育・療育の現状を概括するとともに、特別支援学校幼稚部、しかも知的障害、肢体不自由、病弱の三つの障害種を対象とするものを中心にその状況を明らかにする。あわせて、障害幼児を受け入れる場が、どのような指針の上に指導を行っているのかを概観する。その上で、現在の特別支援学校幼稚部が抱える課題に対して若干の考察を加える。このような作業を通して、障害幼児の教育のあり方に対して、一つの方角性を提起することが、本稿の目的となる。

II. 保育所・幼稚園・特別支援学校幼稚部の制度と状況

ここでは、まず通常の保育所及び幼稚園、特別支援学校幼稚部の制度と状況について概観する。

1. 保育所における障害児保育の制度と現状

保育所における障害児保育の制度については、藤上（2013）が概括しているが、1974 年 12 月に厚生省（当時）から「障害児保育事業の実施について」の通知が出され、「障害児保育実施要綱」に基づいて始まっている。当初の保育所における障害児保育の対象は、「保育に欠ける」「4 歳以上の軽度」の障害児に、しかも受け入れるのは「定員が 90 名以上で、障害児がその 1 割程度に及ぶところ」と限定されていた。しかし、1978 年 6 月に出された「保育所における障害児の受入れについて」の通知により、年齢規定が取り払われ、障害の程度も「中程度まで」となり、受け入れ人数も「それぞれの保育所において障害児と健常児との集団保育が適切に実施できる範囲内の人数」とされた。あわせて、国の助成の対象となるのは、特別児童扶養手当の支給対象児とされた。その後、1989 年度からは国の特別保育事業の中に「障害児保育事業」として位置づけられ、1998 年度からは「障害児保育対策事業実施要綱」に基づき、2002 年度まで実施されていた。その対象は「保育に欠ける」障害児であり、「集団保育が可能で日々通所できるもの」で、特別児童扶養手当の支給対象児（おおむね中程度以上、身体障害者手帳 1・2 級、療育手帳 A・B）であった。この制度では障害児一人あたり月額 7 万 5,460 円（2002 年度）の人件費への補助金が支給されていたが、2003 年度からこの事業は補助金制度から一般財源化され、特別児童扶養手当支給対象児 4 人につき保育士 1 人の配置を地方財源措置とした。2007 年度からは軽度の発達障害児も対象になり、特別な支援が必要な児童 2 人に対して保育士 1 の配置と変更され、2009 年度からは人口 10 万人あたり 3,700 万円の地方交付税措置がされている。

厚生労働省「全国児童福祉主管課長会議資料」（厚生労働省、2012a）によれば、2010 年度に、全国の保育所が受け入れている障害児（軽度の発達障害児を含め）は 4 万 5,369 人である。そのうち特別児童扶養手当の支給対象である障害児は 1 万 1,080 人となっている。

2007 年度の全障害児の数は 3 万 5,157 人、うち特別児童扶養手当の支給対象である障害児は 1 万 749 人であったことを見ると、全体では 3 年間で約 1 万人増えているが、それは軽度の発達障害児の受け入れが進んでいるためである。これは、2007 年度より制度的背景をもってスタートした「特別支援教育」によって、就学前の機関においても、発達障害児の存在がクローズアップされたことも影響しているのではないかと考える。

また、特別児童扶養手当の支給対象である障害児を受け入れている保育所の数は 7,221 カ所であり、平均すると 1 カ所に 1~2 人の障害児が在籍していることになる。

2. 幼稚園における障害児教育の制度と現状

上述のように、幼稚園には、特別支援学級及び「通級による指導」の場を制度上設置することはできず、また藤上 (2013) が指摘するように、国によるその他の制度も明確にはない。市の補助金制度として、私立幼稚園に特別支援教育の補助費を出しているところもあるだけである。この市による制度は 1974 年にできたもので、伊勢田 (2003) によれば、1972 年には障害幼児を受け入れていた幼稚園は 29 園、幼児数は 143 人であったのが、私立幼稚園において 10 名以上の障害幼児を受け入れた場合に補助金が出るようになったことの影響もあり、1980 年には障害幼児を受け入れる幼稚園が 4,472 園、在籍幼児 1 万 512 人にもなったという。

では、現在の通常の幼稚園にはどのぐらいの障害児が学んでいるのであろう。

平成 24 年度の学校基本調査 (文部科学省, 2012) によれば、全国にある幼稚園は 1 万 3,170 園 (国立 49、公立 4,924、私立 8,197) であり、そこに 160 万 4,225 人が在籍している。幼稚園に在籍している障害児の数は明確ではないが、ここでは佐久間・田部・高橋 (2011) による全国の公立幼稚園への「特別な配慮を要する幼児の実態」に関する調査の結果から推計してみる。

佐久間らの調査では、「特別な配慮を要する幼児のなかでも発達障害幼児 (LD、ADHD、高機能自閉症、アスペルガー症候群、広汎性発達障害、知的障害) の幼児が公立幼稚園に 4.4% 在籍しているとされている。上述の厚生労働省「全国児童福祉主管課長会議資料」(厚生労働省、2012a) を見ると、全国の保育所が受け入れている発達障害児を含めた障害幼児が 4 万 5,369 人で、そのうち特別児童扶養手当の支給対象である障害児が 1 万 1,080 人であり、約 4 分の 1 となる。この数字をあてはめると、幼稚園には約 1% の知的障害・肢体不自由の障害幼児が在籍していると考えられる。現在、幼稚園には約 160 万人の幼児が在籍しており、そのうちの 1%、約 1 万 6,000 人が障害幼児であると推計される。

全国保育団体連絡会編『保育白書 (2012 年版)』(全国保育団体連絡会編, 2012) によれば、4 歳以上の子どもの 54.2% が幼稚園に、41.4% が保育所に通っているとされており、このことを踏まえれば、幼稚園に在籍する障害児が約 1 万 6,000 人というのは妥当な数字ではないかと考える。

しかし、この幼稚園に在籍する障害児は、市による補助金制度はあるとしても、国による明確な制度的裏づけをもった支援を受けることができていないのである。

3. 障害児療育の制度と現状

就学前の障害児は保育所・幼稚園だけに在籍するのではなく、専門的な施設に通っている場合も多い。ここでは、障害児療育の制度とそこに通っている子どもたちの現状について概括する。

在宅の就学前の障害児が通う専門施設には、これまで「知的障害児通園施設」「肢体不自由児通園施設」「難聴幼児通園施設」「児童デイサービス」があった。しかし、2010 年 12 月の「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間

において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」(いわゆる、障害者自立支援法の一部改正法)によって、児童福祉法の一部が改正されたことにもなっており、2012年4月より、障害児通園施設の障害種別をなくし一元化された。また、知的障害児通園施設と難聴幼児通園施設、児童デイサービスが児童発達支援センター及び児童発達支援事業に、医師や看護師、理学療法士等が配置されていた肢体不自由児通園施設が、主として医療型児童発達支援センターへと制度が改正された(中村, 2013)。

現在、上述の制度は移行期間中であり、ここでは平成 23 年度の各施設等の状況を見てみる。

厚生労働省「平成 23 年社会福祉施設等の調査の概況」(厚生労働省, 2012b)によると、全国で、知的障害児通園施設は 256 ヲ所、在所者数 1 万 1,174 人、肢体不自由児通園施設は 97 ヲ所、在所者数 2,706 人、難聴幼児通園施設は 23 ヲ所、在所者数 893 人、児童デイサービス事業は 1,816 ヲ所で利用者実人員が 6 万 4,483 人となっている(児童デイサービスには、学齢児の「放課後活動」を行っているところも含まれており、その利用者数も合計されていることに注意が必要である)。上述の通園施設等を利用している障害児の数を合計すると約 8 万人となる。

「平成 17 年度知的障害児(者)基礎調査の概要」(厚生労働省, 2007)の結果によると、就学前の知的障害児の日中活動の場としては通園施設等が 29.8%であり、また「平成 18 年身体障害児・者実態調査」(厚生労働省, 2008a)の結果によると、身体障害児の日中活動の場としては通園施設等が 14.8%となっている。また、知的障害児の 34.4%、身体障害児の 35.9%が、どの場にも通わず自宅ですごしている。

このことの背景にはどういった要因があるのか。海老原(2013)は、「全国的に見ると、乳幼児期に専門施設を利用しない障害児はたくさん存在します。しかしそれはニーズがないというわけではなく、近くに利用できる施設がないとか、利用できる療育や制度に関する情報が十分伝わっていないことによるものです。ニーズにもとづき、利用できる施設や機能を充実させ、日本全国どこに住んでいても、どのような障害があっても、必要な療育や制度が受けられる諸条件の整備を進めれば、地域で豊かな発達と自立を支える基盤を厚くすることができ」としている。

障害児が通う専門施設は、まだまだ不十分な整備状況にあるということができるであろう。

4. 特別支援学校幼稚部の現状

海老原(2013)は、「何らかの障害やそのおそれのある子どもたち」が、医療機関、乳幼児健診等のあとに通う場の一つとして特別支援学校幼稚部を挙げている。先行研究では特別支援学校幼稚部の状況を明らかにしたものはない。ここでは、その現状について概観する。

「特別支援教育資料(平成 23 年度)」(文部科学省初等中等教育局特別支援教育課, 2012)によれば、全国で幼稚部を設置している特別支援学校(国・公・私、分校を含む)は 172 校である。特別支援学校の総数が 1,049 校であり、設置率は 16.4%である。幼稚部を設置している 172 校の特別支援学校のうち、国立(国立大学附属)が 5 校、公立 154 校、私立 5 校、分校(すべて公立) 8 校となっている。

172 校の内訳を見ると、単一の障害を対象とする特別支援学校の 148 校に幼稚部が設置さ

れており、複数の障害を対象とする特別支援学校が 24 校となっている。

単一の障害を対象とする特別支援学校のうち、視覚障害が 46 校（視覚障害のみを対象とする特別支援学校の 69.7%に設置）、聴覚障害が 85 校（聴覚障害のみを対象とする特別支援学校の 93.4%に設置）となっており、これだけで全体の約 7 割強となっている。

また、知的障害が 9 校（知的障害のみを対象とする特別支援学校の 1.8%に設置）、肢体不自由が 8 校（肢体不自由のみを対象とする特別支援学校の 5.8%）であり、病弱のみを対象とする特別支援学校には幼稚部は設置されていない。

複数の障害を対象とする特別支援学校で幼稚部が設置されている 24 校の内訳を見ると（複数の障害種を対象とする特別支援学校は 202 校であり、幼稚部の設置率は 11.9%）、「視・知」1 校、「視・病」1 校、「聴・知」6 校、「知・肢」3 校、「肢・病」3 校、「視・肢・病」1 校、「聴・知・病」1 校、「知・肢・病」2 校、「聴・知・肢・病」1 校、「視・聴・知・肢」1 校、「視・聴・知・肢・病」4 校である。

在籍幼児数は、全体で 1,543 人（男子 854 人、女子 689 人）であり、国立が 69 人、公立 1,434 人、私立 40 人となっている。そのうち、視覚障害のみを対象とする特別支援学校幼稚部の在籍幼児数が 218 人、聴覚障害のみが 1,115 人であり、これだけで全体の 9 割近くになる。

以下、知的障害、肢体不自由、病弱に限定して、特別支援学校幼稚部の現状を概観する。

(1)知的障害特別支援学校幼稚部の現状

知的障害のみを対象とした特別支援学校で幼稚部を設置しているのは 9 校（そのうち国立が 3 校、公立 4 校、私立 2 校）であり、学級数は 18、在籍幼児数は 60 人となっている。

設置している特別支援学校を列举すると、国立が筑波大学附属大塚特別支援学校、筑波大学附属久里浜特別支援学校、東京学芸大学附属特別支援学校、公立が愛知県立春日台養護学校、香川県立香川中部養護学校、沖縄県立美咲特別支援学校、沖縄県立西崎特別支援学校、私立が旭出学園、愛育養護学校である。

公立のみで見た場合、設置校数は 4 校、学級数は 6、在籍幼児数は 25 人となっている。

単純に比較はできないが、知的障害のみを対象とする特別支援学校の小学部には 1 万 8,506 人が在籍していることを考えると、小学部に比べて 0.3%の幼児のみしか幼稚部には在籍していないのである。

(2)肢体不自由特別支援学校幼稚部の現状

肢体不自由障害のみを対象とした特別支援学校で幼稚部を設置しているのは 8 校であり、すべてが公立である。学級数は 18、在籍幼児数は 47 人となっている。

設置している特別支援学校を列举すると、北海道旭川養護学校、山形県立ゆきわり養護学校、愛知県立一宮養護学校、加古川市立加古川養護学校、神戸市立垂水養護学校、鳥取県立皆生養護学校、熊本県立松橋東支援学校、大分県立別府支援学校鶴見校である。

これも単純に比較はできないが、肢体不自由のみを対象とする特別支援学校の小学部には 5,692 人が在籍しており、小学部に比べて 0.8%の幼児のみしか幼稚部には在籍していないことになる。

(3)複数の障害種を対象とする特別支援学校幼稚部の現状

上述したが、病弱のみを対象とした特別支援学校には幼稚部は設置されていない。ここで

は、視覚障害、聴覚障害をのぞいた、複数の障害種を対象とする特別支援学校幼稚部の状況について見る。

「知・肢」を対象とする特別支援学校で幼稚部を設置しているのは3校であり、学級数は3、在籍幼児数は7人である。設置している特別支援学校を列举すると、千葉県立銚子特別支援学校、沖縄県立名護特別支援学校、沖縄県立島尻特別支援学校である。「知・肢」を対象とする特別支援学校の小学部には5,717人が在籍しており、比べると0.1%となる。

「知・病」を対象とする特別支援学校で幼稚部を設置しているところはない。

「肢・病」を対象とする特別支援学校で幼稚部を設置しているのは3校であり、学級数は7、在籍幼児数は13人である。設置している特別支援学校を列举すると、北海道手稲養護学校、神戸市立友生養護学校、愛媛県立しげのぶ特別支援学校である。「肢・病」を対象とする特別支援学校の小学部には677人が在籍しており、比べると1.9%となる。

「知・肢・病」を対象とする特別支援学校で幼稚部を設置しているのは2校であり、学級数は2、在籍幼児数は5人である。設置している特別支援学校を列举すると、福井県立嶺南西養護学校、福井県立嶺南東養護学校である。「知・肢・病」を対象とする特別支援学校の小学部には956人が在籍しており、比べると0.5%となる。

ここで、知的障害、肢体不自由、病弱の3つの障害種に対応する特別支援学校幼稚部の状況を総括すると、設置している特別支援学校数は25校、学級数は48、在籍幼児数は132人、小学部の在籍者（3万1,548人）と比べると0.4%となる。

明らかに、幼稚部の設置校数、在籍幼児数ともに少ないことがわかる。

Ⅲ. 保育所保育指針及び幼稚園教育要領、特別支援学校幼稚部教育要領の記述

これまで、保育所及び幼稚園、特別支援学校幼稚部の制度的背景と現状について見てきた。

このような状況の中、具体的にはどのような指針をもって、保育所及び幼稚園、特別支援学校幼稚部では障害児への保育・教育を行おうとしているのか。以下、それぞれについて概観する。

1. 保育所保育指針及び保育所保育指針解説書の記述

まず、保育所保育指針及び保育所保育指針解説書における障害児への保育についてである。

現在の「保育所保育指針—平成20年告示」（厚生労働省、2008b）は、2009年4月1日より適用されている。「3 保育の原理」の「(1) 保育の目標」には、「ア 保育所は、子どもが生涯にわたる人間形成にとって極めて重要な時期に、その生活時間の大半を過ごす場である。このため、保育所の保育は、子どもが現在を最も良く生き、望ましい未来をつくり出す力の基礎を培うために、次の目標を目指して行われなければならない」とされている。その上で、(ア)～(カ)の6つの目標が示されている。

6つの目標については、「保育所保育指針解説書」（厚生労働省、2008c）では、「(ア)が養護に関わる目標であり、(イ)以下は、教育の内容の5領域に照らし合わせ、(イ)が「健康」、(ウ)が「人間関係」、(エ)が「環境」、(オ)が「言葉」、(カ)が「表現」に関わる目標」であることが示されている。つまり、保育の目標は、養護と教育に大きくわけることができ、しかも教育

においては幼稚園と共通のものであるとされているのである。

「保育所保育指針」において、障害児に対して直接言及している部分は、「第4章 保育の計画及び評価」の「1 保育の計画」の「(3) 指導計画の作成上、特に留意すべき事項」である。ここには「ウ 障害のある子どもの保育」が示されており、「(ア)障害のある子どもの保育については、一人一人の子どもの発達過程や障害の状態を把握し、適切な環境の下で、障害のある子どもが他の子どもとの生活を通して共に成長できるよう、指導計画の中に位置付けること。また、子どもの状況に応じた保育を実施する観点から、家庭や関係機関と連携した支援のための計画を個別に作成するなど適切な対応を図ること」、「(イ)保育の展開に当たっては、その子どもの発達の状況や日々の状態によっては、指導計画にとらわれず、柔軟に保育したり、職員の連携体制の中で個別の関わりが十分行えるようにすること」、「(ウ)家庭との連携を密にし、保護者との相互理解を図りながら、適切に対応すること」、「(エ)専門機関との連携を図り、必要に応じて助言等を得ること」としている。

「保育所保育指針解説書」では、「保育所における障害のある子どもの理解と保育の展開」「個別の指導計画と支援計画」「職員相互の連携」「家庭との連携」「地域や専門機関との連携」をポイントとして挙げている。

「保育所における障害のある子どもの理解と保育の展開」としては、「一人一人の障害は様々であり、その状態も多様であることから、保育士等は、子どもが発達してきた過程や心身の状態を把握し、理解することが大切です。子どもとの関わりにおいては、個に応じた関わりと集団の中の一員としての関わりの両面を大事にしながら、保育を展開してい」くことが述べられており、保育所においても、障害幼児に対する「個に応じた」支援を行う必要性が示されている。

「地域や専門機関との連携」では、「障害のある子どもの保育に当たっては、地域の専門機関と連携し適切なアドバイスを受けながら取り組んでいくことが必要になります。そのためには、保育所と専門機関とが定期的に、又は必要に応じて話し合う機会を持ち、子どものへの理解を深め、保育の取り組みの方向性について確認することが大事」だとされている。また、「保育所保育指針」の「第6章 保護者に対する支援」の「2 保育所に入所している子どもの保護者に対する支援」には「(4)子どもに障害や発達上の課題が見られる場合には、市町村や関係機関と連携及び協力を図りつつ、保護者に対する個別の支援を行うよう努めること」とされており、「保育所保育指針解説書」では、関係機関として、「療育機関等の専門機関」とともに、幼稚園、小学校が示されている。

2. 幼稚園教育要領及び幼稚園教育要領解説の記述

次に、幼稚園教育要領及び幼稚園教育要領において障害児への教育について触れられている部分を概観する。

幼稚園における教育の目的は、学校教育法第22条に「義務教育及びその後の教育の基礎を培うものとして、幼児を保育し、幼児の健やかな成長のために適当な環境を与えて、その心身の発達を助長すること」と示されている。

この目的を達成するための具体的な手段を示すために、幼稚園教育要領が示されている。

幼稚園教育要領の変遷を見ると、1947年、当時の文部省は「保育要領—幼児教育の手びき」(文部省, 1947)を「試案」という形で示した。その後、1956年にこの「保育要領」を改

訂し、「幼稚園の保育内容について、小学校との一貫性を持たせるように」するために、「幼稚園教育要領」（文部省，1956）を示した。幼稚園教育要領は、1964 年（文部省，1964）、1989 年（文部省，1989a）、1998 年（文部省，1998）2008 年（文部科学省，2008a）と改訂されている。

障害児に対しては、1989 年に改訂された幼稚園教育要領から言及されている。その「第 3 章 指導計画作成上の留意事項」の「2 特に留意する事項」には「(5)心身に障害のある幼児の指導に当たっては、家庭及び専門機関との連携を図りながら、集団の中で生活することを通して全体的な発達を促すとともに、障害の種類、程度に応じて適切に配慮すること」と示されている。また、1998 年改訂の幼稚園教育要領では、「心身に障害のある幼児」が、「障害のある幼児」と変更されている。

2008 年の改訂では、「特別支援教育」制度が開始されたことも受け、「(2)障害のある幼児の指導に当たっては、集団の中で生活することを通して全体的な発達を促していくことに配慮し、特別支援学校などの助言又は援助を活用しつつ、例えば指導についての計画又は家庭や医療、福祉などの業務を行う関係機関との連携した支援のための計画を個別に作成することなどにより、個々の幼児の障害の状態などに応じた指導内容や指導方法の工夫を計画的、組織的に行うこと」とされている。

2008 年版の「幼稚園教育要領解説」（文部科学省，2008b）では、上述の部分に対して、幼稚園においては、「障害のある幼児などに対し、障害による学習上又は生活上の困難を克服するための教育を行うこととなっている」としつつ、特別支援教育は「障害のある幼児の自立などに向けた主体的な取組を支援するという視点に立ち、幼児一人一人の教育的ニーズを把握し、そのもてる力を高め、生活上などの困難を改善又は克服するため、適切な指導又は必要な支援を行う」ものであるとしている。また、「幼稚園において障害のある幼児を指導する場合には、幼稚園教育の機能を十分生かして、幼稚園生活の場の特性と人間関係を大切に、その幼児の発達を全体的に促していくことが大切」であり、そのため「幼児の障害の種類や程度などを的確に把握し、個々の幼児の障害の状態などに応じた指導内容・指導方法の工夫について検討」する必要があるとしている。その例示としては「弱視の幼児がぬり絵をするときには教師が近くに座るようにして声がよく聞こえるようにする」、「肢体不自由の幼児が興味や関心をもって進んで体を動かそうとする気持ちがもてるように」することを挙げている。

あわせて、幼稚園は「特別支援学校や医療・福祉などの関係機関と連携を図り、障害のある幼児の教育についての専門的な助言や援助を活用しながら、適切な指導を計画的、組織的に行うことが大切」であるとされている。

3. 特別支援学校幼稚部教育要領の記述

特別支援学校幼稚部教育要領では、どのような内容が示されているのかを、その変遷ともに概観する。

特別支援学校幼稚部教育要領は、1989 年に「盲学校、聾学校及び養護学校幼稚部教育要領」（文部省，1989b）として初めて示された。これは、1989 年に改訂された幼稚園教育要領と同じ章構成となっており、「第 2 章 ねらい及び内容」では、「領域」として、「健康」「人間関係」「環境」「言葉」「表現」の 5 つを、幼稚園と同様に示している。そして、「ねらい、内

容及び留意事項については、幼稚園教育要領第2章に示すものに準ずるものとする」ことが述べられ、「取扱いに当たっては、幼児の心身の障害の状態等に十分配慮するものとする」ことが示されている。また、5つの領域に加えて、「養護・訓練」が領域として示され、「この領域は、幼児の心身の障害の状態を改善し、又は克服するために必要な態度や習慣などを育て、心身の調和的発達の基盤を培う観点から」示していることが述べられている。

「養護・訓練」のねらいは、「(1)疾病や損傷の状態に応じた望ましい生活習慣を身に付けようとする。(2)身近な人や物とかかわりを持ち、意欲的に行動しようとする。(3)感覚やその補助的手段を活用して、環境を認知しようとする。(4)喜んで体を動かすとともに、日常生活の基本動作を身に付けようとする。(5)言葉に対して興味や関心を持ち、互いの意思を伝え合おうとする」が示されており、内容的には上述の5つの領域に対応するようなものとなっている。

「第3章 指導計画作成上の留意事項」の「2 特に留意する事項」では、各障害種に対応して、「① 盲学校においては、幼児の聴覚、触覚及び保有する視覚などを十分に活用することのできる遊具や用具を創意工夫し、活発な活動が展開できるようにすること」「② 聾(ろう)学校においては、幼児の視覚、触覚及び保有する聴覚などを十分に活用して言葉を習得させ、これを用いて日常生活に必要な知識を広げたり考えたりしようとする態度を育てること」「③ 精神薄弱者を教育する養護学校においては、幼児の障害の状態に応じて必要な内容を選定し、それらを生活の自然な流れの中に位置付けるなどして、幼児の活動力を高めるようにすること」「④ 肢体不自由者を教育する養護学校においては、幼児の運動・動作の状態等に応じ、可能な限り体験的な活動を通して経験を広めるようにすること」「⑤ 病弱者を教育する養護学校においては、幼児の病弱の状態等を十分に考慮し、身体活動が負担過重とならないようにすること」が挙げられている。

「盲学校、聾学校及び養護学校幼稚部教育要領」は1999年に改訂され(文部省, 1999)、「養護・訓練」が「自立活動」へと変更されている。また、2009年には「特別支援学校幼稚部教育要領」(文部科学省, 2009)とされているが、いずれも1989年のものと内容的には大きな変更点はない。

上述のように、特別支援学校幼稚部は、視覚障害、聴覚障害の幼児を対象としたものがほとんどであり、知的障害、肢体不自由、病弱の幼児を対象としたものは少ない。しかし、文部科学省は、知的障害、肢体不自由、病弱の幼児に対する教育を、特別支援学校幼稚部で担うことを想定しており、この部分を量的・質的にどう充実させていくかは大きな課題であると考えられる。

IV 特別支援学校幼稚部の課題

これまで、障害幼児に対する保育・教育の制度及び状況について、特に特別支援学校幼稚部を中心に概観してきた。

以下、これまでの検討をもとに、特別支援学校幼稚部にしばって課題を2点取り上げ、若干の考察を加える。

1. 設置校数及び在籍幼児の少なさ

上述のように、2011年度の時点で、幼稚部が設置されている特別支援学校は172校（設置率16.4%）であり、在籍幼児数は1,543人である。特別支援学校小学部が932校（分校を含む）に設置され、在籍児童数が3万6,659人であることに比べて、明らかに少ない数字である。小学部と幼稚部とでは在学期間が異なるが、小学部の在籍児童数を、幼稚部の最大3年間に比較できるようにすると、約1万8,000人となり、これでも幼稚部の在籍数は10分の1以下となる。

専門施設等に通所している障害幼児もいるため、単純に特別支援学校の幼稚部を小学部の設置数並にする必要があるとは言えないが、それにしても幼稚部を増設する必要性を考えずにはいられない数字である。

しかし、現在の特別支援学校にあらたに幼稚部を設置する余裕があるのか。土方（2012）によれば、この10年間で特別支援学校の在籍者数は3万3,521人増加（1.35倍）しているが、学校数は100校の増加（1.06倍）にすぎず、結果的に特別支援学校の過大・過密が起きている。教室不足も深刻であり、2011年5月の時点で4,561教室が不足している状況である。これは、特に知的障害を対象とする特別支援学校で顕著である。

単一の障害を対象とする特別支援学校のうち、視覚障害特別支援学校では幼稚部の設置率が69.7%、聴覚障害が93.4%であるのに対して、知的・肢体・病弱を対象とする特別支援学校では幼稚部の設置が少なく、特に知的障害特別支援学校は1.8%となっている。明らかに、知的障害を対象とする幼稚部の基本的環境整備が遅れていると考えられる。

だが、現状でも過大・過密化している知的障害特別支援学校に、新たに幼稚部を設置することは困難であろう。単純に幼稚部の設置だけを求めるのではなく、特別支援学校自体を増設することとあわせて、幼稚部の設置を進めていく必要があると考える。

また、中央教育審議会初等中等教育分科会「特別支援教育の在り方に関する特別委員会」の「報告」では、「特別支援学校を分校、分教室の形で、小・中・高等学校内や小・中・高等学校に隣接又は併設して設置するなど、地域バランスを考慮して、都道府県内に特別支援学校を設置していく」ことが、「基礎的環境整備」の「方策の一つとして考えられる」としている。ここには、幼稚部については言及されていないが、少子化が進む現在、通常の幼稚園に幼稚部を併設する（幼稚園の空き教室を利用する）という方向性も検討されるべきではないか。しかし、あくまでも「分校、分教室」を併設するためには「本校」が必要であり、これも幼稚部が、ある程度設置されることが前提となる。

あわせて、「報告」は、「連続性のある『多様な学びの場』を用意しておくことが必要」であるとしており、幼稚園にも特別支援学級や「通級による指導」を設置できるような制度的改正が必要であろう。しかし、現状でも特別支援学級を設置することができる高等学校では、その設置が進んでいない。この要因には、高等学校に特別支援学級を設置した際の教員配置に関する基準が示されていないことがあると考えられる。「多様な学びの場」を整備するためにも、義務教育段階以外の場での、教員配置の基準を設ける必要がある。

2. 教員の専門性に関して

現在、国立大学附属特別支援学校は45校あり、知的障害のみを対象としている学校が42校となっている。しかし、そのうち幼稚部を設置しているのは3校のみである。国立大学附

属特別支援学校は、教育内容や方法に対する研究・開発を担う存在である。しかし、3校だけでは、知的障害幼児に対する教育内容や方法に関する研究を進めていくことは困難であろう。障害幼児に対する教育内容や方法をどう研究・開発していくのかに大きな課題がある。

また、知的障害特別支援学校幼稚部においては、教員の専門性という部分においても課題がある。特別支援学校幼稚部教育要領は、その内容のほとんどが通常の幼稚園教育要領と同一であり、幼稚部を担当する教員には幼児教育に関する専門性が求められるであろう。教員の専門性を、単純に教員免許を取得しているかどうかで判断することはできない。しかし、教員免許を取得しているということは、大学等における教員養成段階で一定程度は、当該分野に対して学んでいるということである。だが、現状の知的障害特別支援学校に、幼稚園教員の免許を取得している教員がどれほどいるのか。特別支援学校教員の免許を取得するためには、通常の小学校ないしは中学校の教員免許を取得する必要がある。これに加えて、幼稚園教員の免許を取得することは、大学等における教員養成段階では難しいであろう。

あわせて、一般の幼稚園教諭における障害幼児に対する専門性の養成についても課題がある。幼稚園教員の一種免許状の取得のための最低修得単位数としては、障害のある幼児、児童及び生徒の心身の発達及び学習の過程を含む、「幼児、児童及び生徒の心身の発達及び学習の過程」は6単位にすぎない。これだけでは、幼稚園教員が教員養成段階で、障害幼児に関する十分な専門性を身につけることは難しいであろう。

「報告」では、「5. 特別支援教育を充実させるための教職員の専門性向上等」に「(1)教職員の専門性の確保」があり、「1 すべての教員が身に付けるべき基礎的な知識・技能」として、「すべての教員は、特別支援教育に関する一定の知識・技能を有していることが求められる」としている。しかし、その対象として「児童生徒」のみが挙げられている。ここでも「幼児」は対象となっていない。しかし、障害幼児に対する教員の専門性を向上させる必要性について、教育行政は視野に入れる必要があると考える。

学校教育法第74条には、「特別支援学校においては、...幼稚園、小学校、中学校、高等学校又は中等教育学校の要請に応じて、...幼児、児童又は生徒の教育に関し必要な助言又は援助を行うよう努めるものとする」とあり、幼稚園及び幼児に対する「助言又は援助」を行うことを、特別支援学校は求められているのである。特別支援学校幼稚部教育要領の「第3章 指導計画の作成に当たっての留意事項」「第2 特に留意する事項」にも「6 幼稚部の運営に当たっては、幼稚園等の要請により、障害のある幼児又は当該幼児の教育を担当する教師等に対して必要な助言又は援助を行ったり、地域の実態や家庭の要請等により障害のある乳幼児又はその保護者に対して早期からの教育相談を行ったりするなど、各学校の教師の専門性や施設・設備を生かした地域における特別支援教育のセンターとしての役割を果たすよう努めること」と述べられている。

しかし、現在の特別支援学校は、障害幼児への教育内容・方法に対して専門性を確保することはできていない状況であり、「必要な助言又は援助」を行うことは難しいのではないかと。「報告」が言う「インクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進」のためにも、特別支援学校における障害幼児への専門性の向上は、早急に解消しなければならない課題であろう。

V まとめと今後の研究課題

以上、本稿では、就学前の障害幼児に対する保育・教育制度及び現状について、特別支援学校幼稚部を中心に概観し、就学前の障害幼児に対する保育・教育は、現状ではまだまだ不十分な状況にあること、そして特別支援学校幼稚部は特に貧困な状況であることを述べた。また、特別支援学校幼稚部における課題について若干の考察を加えた。そこでは、特別支援学校幼稚部の現状を改善するためには、単純に幼稚部の設置だけを求めるのではなく、特別支援学校自体を増設することとあわせて、幼稚部の設置を進めていく必要があること、幼稚園にも特別支援学級や「通級による指導」を設置できるような制度的改正が必要であること、義務教育段階以外の場での、教員配置の基準を設ける必要があることを指摘した。そして、現状では特別支援学校には障害幼児に対する専門性が不足しており、また一般の幼稚園教諭も専門性が不十分であり、「インクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進」のために、特別支援学校における障害幼児への専門性の向上は、早急に解消しなければならない課題であることを指摘した。

最後に今後の研究課題を示す。まず、特別支援学校幼稚部及び保育所・幼稚園、障害幼児を対象とする専門機関が、それぞれ障害幼児の発達を保障するために、どのような特有の機能を持ち、どのような連携をつくり出していく必要があるのかを精査することである。このことで、特別支援学校幼稚部がめざす方向性が明らかになるであろう。

また、知的障害及び肢体不自由特別支援学校に幼稚部が比較的多く設置されている地域とそうでない地域の障害乳幼児への教育・療育の専門機関などの現状を探ることも必要であると考え。特別支援学校幼稚部が比較的多く設置されている地域は、療育施設などの専門機関が少ないことが推察されるが、このような関連について精査している先行研究はない。このことに加え、知的障害及び肢体不自由特別支援学校に幼稚部を設置している学校における設置の経過、幼稚部を設置している学校の地域における障害乳幼児の専門機関の設置の経過も精査する必要があるだろう。そのことで、当該地域において特別支援学校幼稚部が、障害乳幼児の教育・保育においてどのような役割を担っているのかが明らかになると考える。上述の特別支援学校幼稚部及び保育所・幼稚園、障害幼児を対象とする専門機関の連携のあり方を考える上でも、必要なことであろう。

あわせて、現在の特別支援学校幼稚部での実際の教育の実態についても精査していかなければならない。これまでの研究では、障害幼児を対象とする専門機関における療育・保育については、さまざまな研究が行われてきているが、特別支援学校幼稚部を対象としたものは少ない。特別支援学校幼稚部に在籍している幼児の具体的な姿から、実際に必要な教育内容・方法を検討することは、火急の課題である。

文 献

- 1) 中央教育審議会初等中等教育分科会特別支援教育の在り方に関する特別委員会 (2012) 共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進. (最終更新日: 2012 年 12 月 8 日) http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/044/attach/1321669.htm (2012 年 9 月 2 日閲覧)
- 2) 海老原功 (2013) 障害乳幼児のための保育・療育施設. 近藤直子・白石正久・中村尚子 (編) 保育者のためのテキスト障害児保育. 全国障害者問題研究会出版部, 160-175.
- 3) 藤上真由美 (2013) 保育所における障害児保育. 近藤直子・白石正久・中村尚子 (編) 保育者のためのテキスト障害児保育. 全国障害者問題研究会出版部, 144-159.
- 4) 土方 功 (2012) 教育条件の不十分さと実践へおよぼす影響—学校・教室・教員不足の現状. みんなのねがい, 553, 22-25.
- 5) 伊勢田亮 (2003) 障害のある幼児の保育・教育とは. 伊勢田亮・倉田新・野村明洋・戸田竜也 (著) 障害のある幼児の保育・教育. 明治図書, 9-23.
- 6) 厚生労働省 (2007) 平成 17 年度知的障害児 (者) 基礎調査の概要. (最終更新日: 2011 年 12 月 28 日) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/titeki/index.html> (2013 年 1 月 26 日閲覧)
- 7) 厚生労働省 (2008a) 平成 18 年身体障害児・者実態調査. (最終更新日: 2010 年 6 月 29 日) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/shintai/06/index.html> (2013 年 1 月 26 日閲覧)
- 8) 厚生労働省 (2008b) 保育所保育指針—平成 20 年告示. フレーベル館.
- 9) 厚生労働省 (2008c) 保育所保育指針解説書. フレーベル館.
- 10) 厚生労働省 (2012a) 全国児童福祉主管課長会議資料. (最終更新日: 2012 年 11 月 10 日) <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000023yot-att/2r98520000023ytn.pdf> (2013 年 1 月 26 日閲覧)
- 11) 厚生労働省 (2012b) 平成 23 年社会福祉施設等の調査の概況. (最終更新日: 2012 年 10 月 31 日) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/11/index.html> (2013 年 1 月 26 日閲覧)
- 12) 文部科学省 (2008a) 幼稚園教育要領. 教育出版.
- 13) 文部科学省 (2008b) 幼稚園教育要領解説. フレーベル館.
- 14) 文部科学省 (2009) 特別支援学校幼稚部教育要領. 海文堂出版.
- 15) 文部科学省 (2012) 平成 24 年度学校基本調査. (最終更新日: 2012 年 12 月 21 日) <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001011528> (2013 年 1 月 12 日閲覧)
- 16) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 (2012) 特別支援教育資料 (平成 23 年度). (最終更新日: 2012 年 12 月 19 日) http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1322973.htm (2013 年 1 月 12 日閲覧)
- 17) 文部省 (1947) 保育要領—幼児教育の手びき. (最終更新日: 2011 年 3 月 17 日) <http://www.nier.go.jp/guideline/s22k/index.htm> (2013 年 1 月 26 日閲覧)

- 18) 文部省 (1956) 幼稚園教育要領. (最終更新日 : 2011 年 3 月 17 日)
<http://www.nier.go.jp/guideline/s31k/index.htm> (2013 年 1 月 26 日閲覧)
- 19) 文部省 (1964) 幼稚園教育要領. (最終更新日 : 2011 年 3 月 17 日)
<http://www.nier.go.jp/guideline/s38k/index.htm> (2013 年 1 月 26 日閲覧)
- 20) 文部省 (1989a) 幼稚園教育要領. (最終更新日 : 2012 年 12 月 6 日)
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/old-cs/1322225.htm (2013 年 1 月 26 日閲覧)
- 21) 文部省 (1989b) 盲学校、聾学校及び養護学校幼稚部教育要領. (最終更新日 : 2012 年 12 月 6 日) http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/old-cs/1322575.htm (2013 年 1 月 26 日閲覧)
- 22) 文部省 (1998) 幼稚園教育要領. (最終更新日 : 2012 年 12 月 6 日)
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/cs/1319940.htm (2013 年 1 月 26 日閲覧)
- 23) 文部省 (1999) 盲学校、聾学校及び養護学校幼稚部教育要領. (最終更新日 : 2012 年 12 月 6 日) http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/cs/1320714.htm (2013 年 1 月 26 日閲覧)
- 24) 中村尚子 (2013) 保育・療育の場の全体像. 近藤直子・白石正久・中村尚子 (編)
保育者のためのテキスト障害児保育. 全国障害者問題研究会出版部, 136-143.
- 25) 佐久間庸子・田部絢子・高橋智 (2011) 幼稚園における特別支援教育の現状—全国公立幼稚園調査からみた特別な配慮を要する幼児の実態と支援の課題. 東京学芸大学紀要総合教育科学系 II, 62, 153-173.
- 26) 渡邊健治・大伴潔・濱田豊彦・小笠原恵・田中謙 (2009) 幼稚園・保育所における特別な支援について—小 1 プロブレム, 幼保小連携を踏まえて. SNE ジャーナル, 15, 32-62.
- 27) 全国保育団体連絡会 (編) (2012) 保育白書 〈2012 年版〉. ちいさいなかま社.

SHORT PAPER

もの忘れ外来を受診したアルツハイマー型認知症 高齢者の臨床的類型化

Classification of the clinical characteristics for elderly patients with Alzheimer's-type dementia

野瀬 真由美¹⁾ (Mayumi NOSE), 納戸 美佐子²⁾ (Misako NOTO)
仙波 梨沙³⁾ (Risa SENBA), 上城 憲司⁴⁾ (Kenji KAMIJOU)
谷川 良博⁵⁾ (Yoshihiro TANIGAWA), 小川 敬之⁶⁾ (Noriyuki OGAWA)
中村 貴志⁷⁾ (Takashi NAKAMURA)

- 1) 株式会社フジケア グループホーム高峰
Group home takamine, FujiCare Corporation
- 2) 西南女学院大学保健福祉学部福祉学科
Faculty of Health and Welfare, Seinan Jo Gakuin University
〒803-0835 福岡県北九州市小倉北区井堀 1-3-5
西南女学院大学保健福祉学部福祉学科
no_misako@yahoo.co.jp
- 3) 佐賀大学医学部附属病院 先進総合機能回復センター
Advanced Comprehensive Functional Recovery Center. Faculty of Medicine, Saga University
- 4) 西九州大学リハビリテーション学部作業療法専攻
the Faculty of Rehabilitation Sciences, Nishikyushu University
- 5) 東郷外科はつらつデイケア
Hatsuratsu day care
- 6) 九州保健福祉大学作業療法学科
Faculty of Health and Science, Kyusyu University of Health and Welfare
- 7) 福岡教育大学教育学部特別支援教育講座
Faculty of Education, Fukuoka University of Education

Received
March 11, 2013

Accepted
April 15, 2013

Published
April 30, 2013

ABSTRACT

本研究では、もの忘れ外来を受診したアルツハイマー型認知症高齢者と在宅で介護を行っている主介護者 162 組を対象に、認知症高齢者と主介護者の臨床的特徴を類型化するために、因子分析、クラスター分析および分散分析を行った。因子分析の結果、「排泄関連」、「攻撃性」、「常同性(何度も同じことを聞くといった症状など)」、「主介護者の精神的健康度」および「活動性(徘徊行動など)」の 5 因子が抽出された。さらに、クラスター分析と分散分析の結果、「生

活障害の少ないタイプ」、「常同性の強いタイプ」、「常同性と攻撃性をあわせもつタイプ」、「活動性の高いタイプ」および「排泄障害の多いタイプ」の5つのタイプに類型化されることが示唆された。この5つの中で常同性と攻撃性をあわせもつタイプの主介護者の精神的健康度が最も低くなっていた。今後、各タイプに応じた対応方法の検討が必要である。

The purpose of this study was to classify the clinical characteristics of 162 primary caregivers providing in-home care for elderly patients with Alzheimer's-type dementia via outpatient examinations for poor memory. As a result of factor analysis, five factors named "toilet behaviors", "aggressiveness", "stereotypy (repetitive questioning etc.)", "mental health of primary caregiver", and "activity (wandering etc.)". Then as a result of cluster analysis and analysis of variance, five cluster types named "a few disturbances in daily living type", "high stereotypy type", "stereotypy and aggressiveness type", "high activity type", and "many continence disturbances type". The primary caregiver's mental health of "stereotypy and aggressiveness type" was worst in five types. In the future it will be necessary to investigate methods of dealing appropriately with each of these types.

<Key-words>

アルツハイマー型認知症, 類型化, 排泄障害, 行動障害, 精神的健康度

Alzheimer's-type dementia, classification, continence disturbances, behavioral disturbances, mental health

Asian J Human Services, 2013, 4:137-148. © 2013 Asian Society of Human Services

I. はじめに

認知症高齢者の介護は、社会的に重要な課題となっている。認知症高齢者は、認知機能の障害に加え、日常生活動作の障害や様々な行動障害が生じており、介護の分野では、個々の状態に応じた適切な援助計画の作成が求められている。だが、認知症高齢者に対し援助計画を作成する際に特に重要となる視点や認知症高齢者の状態像から最低限必要となる共通した援助とその方向性について、研究や実践に基づくガイドラインやマニュアルは十分に検討されていない。

認知症高齢者の臨床症状に主眼をおいた類型化を試みた先行研究では、山崎・国吉・堀川・山口・目黒・佐藤(1994)が、会話場面における言動のまとまりの程度(形骸・滅裂)と、日常生活における態度(受動・能動)または運動性(多動・寡動)の評価を組み合わせることで重度認知症の5つの好発類型を報告し、脳の画像所見との関連にもふれ具体的な対応策を示した。近年では、認知症高齢者の行動障害に焦点を当てた類型化が行われ、竹内(2000)がその行動を「葛藤型」「遊離型」及び「回帰型」に類型化して、各タイプへの具体的対応を提言している。

また、行動障害以外の指標も取り入れた報告では、小川・山崎(2005)が認知症高齢者に対して職種間、及び家族が共通認識を持ち、同じ方向性のもとで関わりを持つことが重要であると示し、在宅認知症高齢者を対象に認知機能、日常生活動作、精神症状・行動障害、コミュ

ニケーション能力及び作業能力を指標に臨床症状に即して、「境界型」「準境界型」「不安・多動」「介護ヘトヘト」及び「穏やか・ゴソゴソ」の5つのタイプに類型化し、認知症高齢者の状態像に応じた介護の手がかりを示している。

しかしながら、これらの報告は、対象者の認知症の重症度に偏りがあったり、臨床データに基づく解析と分類が不足していたり、指標に認知症高齢者を在宅で介護している家族介護者の負担の問題が組み込まれていない。欧米では、認知症患者の施設入所には患者自身の要因よりも介護者の要因の方が強く関与し、特に介護者の負担が在宅介護の質に大きく影響していることが報告されている(Yaffe, Fox, Newcomer, Sands, Lindquist, Dane, & Covinsky, 2002)。

そこで、認知症高齢者の在宅介護を支えるためには、認知症高齢者とその主介護者の臨床的特徴に応じた適切な援助を行う必要があると考えられる。本研究においては、対象者をもの忘れ外来を受診し、アルツハイマー型認知症と診断された認知症高齢者に限定した。認知症高齢者とその主介護者の臨床的特徴について類型化を試み、各タイプに応じた対応方法について考察した。なお、もの忘れ外来は、認知症の早期発見・早期対応を目的とした診療外来である。もの忘れ外来では、診察や認知症に対する対応方法などについての相談・助言および必要に応じて各種制度・サービス等の相談窓口への紹介などが行われている。

II. 方法

1. 対象者

対象者は、A 大学病院、B 病院及び C クリニックのもの忘れ外来を受診し、アルツハイマー型認知症と診断された認知症高齢者とその主介護者 162 組であった。認知症高齢者 162 名は、男性 45 名(平均年齢 73.18 歳、標準偏差 7.38)、女性 117 名(平均年齢 77.31 歳、標準偏差 7.50)であった。主介護者 162 名は、男性 47 名(平均年齢 68.09 歳、標準偏差 10.34)、女性 115 名(平均年齢 56.64 歳、標準偏差 12.21)であった。

2. 手続きと検査項目

(1) 手続き：認知症高齢者に対する調査項目としては、認知症高齢者の性別と年齢及び以下の検査とした。認知機能を評価するために Mini-Mental State Examination(以下、MMSE)(Folstein, Folstein, & McHugh, 1975)を用いた。日常生活動作(Activity of Daily Living; ADL)の評価には Physical Self-Maintenance Scale(以下、PSMS)(Lawton & Brody, 1969)を、行動障害の評価には Dementia Behavior Disturbance Scale(以下、DBD)(溝口・飯島・江藤・石塚・折茂, 1993)を用いた。

主介護者に対する調査項目としては、認知症発症からの期間、主介護者の性別と年齢、認知症高齢者との続柄についての調査票を作成した。さらに、主介護者の精神的健康度を評価するスケールとして日本語版 General Health Questionnaire(GHQ)の短縮版である日本版 GHQ28(以下、GHQ28)(中川・大坊, 1985)を用いた。

調査に関しては、事前に担当医師及び調査者が調査内容について説明を行い、同意が得られた対象者においてのみ実施した。調査は、外来受診時において個別に面接形式で実施した。

(2) 検査項目：MMSE は、記憶を中心に見当識や計算など 11 つの課題から構成され、

30 点満点で得点が低いほど認知機能の低下が大きいことを表している。PSMS は、「排泄」、「食事」、「着替え」、「身繕い」、「移動能力」及び「入浴」の 6 つの基本的な生活機能から構成され、この 6 項目について、それぞれ必要な介助と介助への協力の程度を自立レベルから全介助で介助に抵抗するレベルまでの 5 段階で評価し、得点を算出した。得点が高いほど、ADL の自立度が低下していることを表している。DBD は、行動障害を 28 項目 5 段階評価し、得点を算出した。得点が高いほど、行動障害の出現頻度が多いことを表している。GHQ28 は、28 項目から構成され、「身体症状」、「不安と不眠」、「社会的機能低下」、「うつ傾向」の 4 つの下位尺度に分けられる。採点方法として、リッカート採点方法に従う場合には、0、1、2、3 点の重みをつけ、その合計点を算出する。また、4 種類の選択肢のうち、精神的健康度が高いと解釈できる 2 つを選択した場合 0 点、精神的健康度が低いと解釈できる 2 つを選択した場合 1 点とし、その合計を求める方法がある。本研究においては、後者の採点方法を用いた。

(3) 統計的分析方法：認知症高齢者と主介護者の臨床的特徴を集約するために、PSMS の下位項目 6 項目、DBD の下位項目 28 項目、GHQ28 の下位尺度 4 項目の合計 38 変数の得点について、主因子法を用いた因子分析を行った。次に、対象者を類型化するために、得られた各因子の因子得点について、クラスター分析を行った。そして、得られた各クラスターの得点の差異を検討するために、クラスターを独立変数とし、発症からの期間、MMSE、PSMS の合計、PSMS の下位項目 6 項目、DBD の合計、DBD の下位項目 28 項目、GHQ28 の合計、GHQ28 の下位尺度 4 項目の合計 43 変数の尺度得点を従属変数として分散分析を行った。

統計学的処理は、Macintosh 版の STATISTICA 4.1J と Statview Version 5.0J を使用した。各解析の有意水準は $p<.05$ と $p<.01$ とした。

III. 結果

認知症高齢者とその主介護者の臨床的特徴を集約するために、PSMS の下位項目 6 項目、DBD の下位項目 28 項目、GHQ28 の下位尺度 4 項目の合計 38 変数の得点について、主因子法とバリマックス回転による因子分析を行った。

Table1 は、因子分析の結果を示したものである。固有値 1 以上と各因子の解釈可能性を基準に因子数を決定し、5 因子が抽出され、因子負荷量.60 以上の項目をその因子を解釈するための対象項目とした。

抽出された第 1 因子は、PSMS の下位項目の「排泄」、DBD の下位項目の「尿失禁」「便失禁」などを含むため、「排泄関連」因子と命名した。第 2 因子は、DBD の下位項目の「食べ物を投げる」「理由なく叫ぶ」「性的接触」を含むため、「攻撃性」因子と命名した。第 3 因子は、DBD の下位項目の「何度も同じことを聞く」「物をなくす、隠す」を含むため、「常同性」因子と命名した。第 4 因子は、GHQ28 の下位尺度の「身体症状」「不安と不眠」「社会的機能低下」「うつ傾向」を含むため、「主介護者の精神的健康度」因子と命名した。第 5 因子は、DBD の下位項目の「昼の徘徊」「歩き回る」「不適當な着衣」などを含むため、「活動性」因子と命名した。

Table 1 認知症高齢者と主介護者の臨床的特徴に関する因子分析結果

変数	因子 1	因子 2	因子 3	因子 4	因子 5	共通性
排泄	0.816	-0.016	0.064	-0.032	0.215	0.717
食事	0.287	-0.103	-0.347	0.104	0.181	0.256
着替え	0.525	-0.026	-0.052	0.208	0.612	0.697
身繕い	0.574	0.044	-0.068	0.037	0.509	0.596
移動能力	0.638	-0.150	0.184	0.157	-0.015	0.488
入浴	0.623	0.080	-0.247	0.160	0.371	0.619
何度も同じことを聞く	-0.020	0.032	0.741	0.114	-0.055	0.567
物をなくす、隠す	0.011	-0.069	0.766	0.012	0.090	0.600
関心の薄れ	0.238	-0.069	0.379	0.145	0.235	0.281
夜起きる	0.390	0.232	0.164	0.076	0.290	0.323
非難する	-0.072	0.498	0.322	0.314	0.169	0.484
日中よく寝る	0.456	0.104	0.095	0.148	-0.005	0.250
歩き回る	-0.043	0.153	0.080	0.181	0.746	0.621
同じ行動を繰り返す	0.082	0.122	0.462	0.003	0.276	0.311
攻撃的言動	-0.011	0.574	0.313	0.381	0.190	0.609
不適當な着衣	0.359	-0.039	0.189	0.220	0.655	0.643
不適切な笑い泣きをする	0.131	0.545	0.114	0.018	0.090	0.336
世話を嫌がる	0.297	0.015	0.492	-0.011	0.332	0.441
物を集める	-0.045	0.048	0.295	0.142	0.533	0.396
手足を動かす	-0.068	0.278	0.296	0.072	0.352	0.299
タンスを片付ける	0.188	0.299	0.167	-0.100	0.419	0.338
夜の徘徊	0.215	0.264	0.042	0.054	0.481	0.352
迷子	0.171	-0.048	0.088	0.138	0.486	0.295
食べようとしない	0.269	0.106	-0.014	0.164	-0.114	0.124
過食	-0.053	0.218	0.401	0.040	0.529	0.493
尿失禁	0.834	0.129	0.052	-0.031	0.142	0.736
昼の徘徊	0.079	0.145	-0.156	0.149	0.817	0.741
攻撃的行為	-0.055	0.547	-0.106	0.505	0.025	0.569
理由なく叫ぶ	0.136	0.660	-0.050	0.136	0.058	0.478
性的接触	-0.013	0.629	0.061	-0.153	-0.005	0.423
露出	0.051	0.311	0.036	0.010	0.176	0.132
物を壊したり衣服を破る	-0.021	0.581	-0.160	0.329	0.061	0.476
便失禁	0.708	0.219	-0.140	0.196	0.055	0.610
食べ物を投げる	0.146	0.765	-0.075	-0.094	0.002	0.621
身体症状	0.284	0.144	0.095	0.623	0.106	0.510
不安と不眠	0.331	0.081	0.123	0.702	0.234	0.679
社会的機能低下	0.157	0.019	0.022	0.659	0.296	0.547
うつ傾向	0.101	-0.015	0.047	0.738	0.137	0.576
固有値	8.313	3.381	2.748	1.935	1.857	
累積寄与率(%)	21.877	30.773	38.004	43.097	47.983	

さらに、対象者を類型化するために、5 因子の因子得点を用いて、クラスター分析を行い、特徴的なクラスターを 5 つ抽出した。Fig.1 は、クラスター分析の結果を示したものである。そして、Table 2 はクラスターごとにみた発症からの期間、MMSE、PSMS の合計、PSMS の 6 つの下位項目、DBD の合計、DBD の 32 の下位項目、GHQ28、GHQ28 の 4 つの下位尺度の合計 43 変数の平均得点をまとめたものである。分散分析の結果、発症からの期間 ($F=6.049$, $df=4/157$, $p<.01$)、MMSE ($F=9.711$, $df=4/157$, $p<.01$)、PSMS ($F=84.435$, $df=4/157$, $p<.01$)、DBD ($F=83.879$, $df=4/157$, $p<.01$)、および GHQ28 ($F=41.145$, $df=4/157$, $p<.01$) において有意差がみられた。

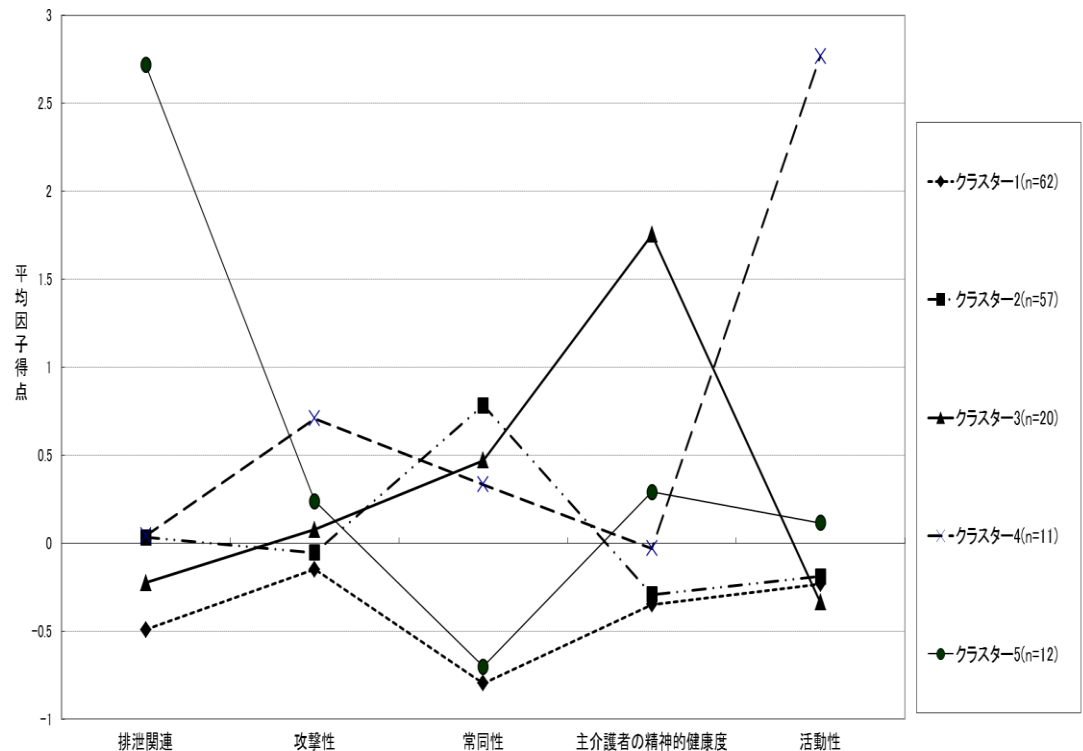


Fig.1 各クラスターの平均因子得点

Fisher の PLSD による多重比較の結果、クラスター1の特徴は、発症からの平均期間が 5 つのクラスターの中で最も短く、認知機能と ADL の低下および行動障害の出現頻度は、最も少なかった。行動障害の下位項目に関しては、「何度も同じことを聞く」、「物をなくす、隠す」といった常同性に関する行動が出現していたが、主介護者の精神的健康度は最も高かった。よって、クラスター1は、生活障害の少ないタイプと言える。

クラスター2の特徴は、クラスター1と比べ有意に ADL が低く、行動障害の出現頻度は多く、主介護者の精神的健康度が低かった。ADL の下位項目において、「移動能力」のみ、クラスター1と比べ有意に低かった。行動障害の下位項目においては、「何度も同じことを聞く」、「物をなくす、隠す」といった常同性に関連した項目がクラスター1、5と比べ有意に出現頻度が多く、5 つのクラスターの中でも最も多かった。一方、発症からの期間と認知機能の低下に関しては、クラスター1との有意差がみられなかった。よって、クラスター2は、常同性の高いタイプと言える。

クラスター3の特徴は、クラスター1に比べ有意に ADL が低く、行動障害の出現頻度は、

クラスター2 と比べても、有意に多かった。クラスター5 とは有意差がみられなかった。行動障害の下位項目において、「攻撃的言動」といった攻撃性に関連した項目では、クラスター1、2、5 と比べ有意に出現頻度が多く、5 つのクラスターの中でも最も多かった。主介護者の精神的健康度は、5 つのクラスターの中でも最も低かった。一方、発症からの期間と認知機能の低下に関して、クラスター1、2 と有意差がみられなかった。よって、クラスター3 は、常同性と攻撃性をあわせもつタイプと言える。

クラスター4 の特徴は、発症からの期間がクラスター1 と比べ有意に長く、5 つのクラスターの中で4 番目に長かった。認知機能はクラスター1、2、3 と比べ有意に低く、クラスター5 とは有意差がみられなかった。ADL は、クラスター1、2、3 と比べ有意に低い、クラスター5 と比べると有意に高かった。ADL の下位項目においては、「移動能力」のみクラスター2、3 とは有意差がみられなかった。行動障害の出現頻度は、他のクラスターと比べ有意に多かった。行動障害の下位項目において、「歩き回る」、「迷子」、「夜の徘徊」、「昼の徘徊」といった活動性に関する項目の出現頻度は、他のクラスターに比べ有意に多かった。主介護者の精神的健康度は、クラスター1、3 と比べ有意に低かった。よって、クラスター4 は、活動性の高いタイプと言える。

クラスター5 の特徴は、発症からの期間がクラスター1、2、3 と比べ有意に長く、5 つのクラスターの中でも最も長かった。認知機能がクラスター1、2、3 と比べ有意に低く、クラスター4 とは有意差がみられなかった。ADL は、他のクラスターと比べ有意に低かった。行動障害の出現頻度は、クラスター1、2 と比べ有意に多く、クラスター4 と比べ有意に少なく、クラスター3 とは有意差がみられなかった。主介護者の精神的健康度は、クラスター1、2 と比べ有意に低く、クラスター3、4 とは有意差がみられなかった。下位項目においては、他のクラスターに比べ、ADL の「排泄」能力が有意に低く、行動障害の「尿失禁」、「便失禁」といった排泄関連の項目の出現頻度が有意に多かった。よって、クラスター5 は、排泄障害の多いタイプと言える。

Table 2 クラスターごとにまとめた各指標の平均値、標準偏差および有意差検定の結果

	クラスター1(n=62)		クラスター2(n=57)		クラスター3(n=20)		クラスター4(n=11)		クラスター5(n=12)		有意差あり(p<0.05)		有意差なし	
	平均値 (標準偏差)	平均値 (標準偏差)	平均値 (標準偏差)	平均値 (標準偏差)	平均値 (標準偏差)	平均値 (標準偏差)	平均値 (標準偏差)	平均値 (標準偏差)	平均値 (標準偏差)	平均値 (標準偏差)				
発症からの期間	2.74 (1.79)	3.46 (2.44)	3.55 (2.67)	4.82 (2.93)	6.08 (3.40)	1vs4, 1vs5, 2vs5, 3vs5	1vs2, 1vs3, 2vs3, 2vs4, 3vs4, 4vs5							
MMSE	20.39 (5.35)	19.26 (4.28)	18.45 (5.43)	13.36 (5.32)	12.42 (5.71)	1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5	1vs2, 1vs3, 2vs3, 2vs4, 3vs4, 4vs5							
PSMSの合計	6.76 (1.41)	8.12 (2.32)	7.90 (1.37)	13.18 (3.16)	17.58 (3.12)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5, 4vs5	1vs3, 2vs3							
排泄	1.07 (0.25)	1.54 (1.12)	1.15 (0.37)	2.46 (1.29)	4.08 (1.08)	1vs2, 1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5, 4vs5	1vs3, 2vs3							
食事	1.05 (0.22)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.09 (0.30)	1.25 (0.87)	1vs5, 2vs5, 3vs5	1vs2, 1vs3, 1vs4, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5, 4vs5							
着替え	1.19 (0.51)	1.44 (0.76)	1.55 (0.69)	3.09 (0.94)	3.08 (1.17)	1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5	1vs2, 1vs3, 2vs3, 2vs4, 3vs4, 4vs5							
身繕い	1.19 (0.54)	1.33 (0.66)	1.20 (0.41)	2.55 (1.13)	3.08 (0.90)	1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5	1vs2, 1vs3, 2vs3, 2vs4, 3vs4, 4vs5							
移動能力	1.19 (0.51)	1.72 (0.77)	1.75 (0.72)	1.82 (0.98)	2.92 (0.79)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5	2vs3, 2vs4, 3vs4							
入浴	1.07 (0.40)	1.09 (0.34)	1.25 (0.64)	2.18 (1.25)	3.17 (1.27)	1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5, 4vs5	1vs2, 1vs3, 2vs3							
入浴	8.27 (3.91)	21.74 (6.95)	25.75 (10.32)	44.18 (9.86)	29.92 (10.72)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs3, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 4vs5, 3vs5	1vs5, 2vs3, 2vs4, 3vs4							
DBDの合計	2.36 (1.27)	3.88 (0.38)	3.70 (0.66)	3.64 (0.67)	2.42 (1.56)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 2vs5, 3vs5, 4vs5	1vs5, 2vs3, 2vs4, 3vs4							
何度と同じことを聞く	1.97 (1.27)	3.70 (0.63)	3.20 (1.11)	3.64 (0.92)	2.17 (1.64)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 2vs5, 3vs5, 4vs5	1vs5, 2vs3, 2vs4, 3vs4							
物をなくす、隠す	1.02 (1.27)	2.65 (1.52)	2.50 (1.36)	2.82 (1.33)	2.83 (1.53)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5	2vs3, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5, 4vs5							
関心の薄れ	0.10 (0.35)	0.46 (0.95)	0.80 (1.24)	1.46 (1.51)	1.25 (1.29)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5	2vs3, 3vs4, 3vs5, 4vs5							
夜起きる	0.18 (0.59)	0.70 (1.12)	1.20 (1.51)	1.73 (1.68)	0.50 (0.91)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5	1vs5, 2vs3, 2vs5, 3vs4, 3vs5							
非難する	0.71 (1.32)	1.26 (1.54)	2.30 (1.53)	1.82 (1.54)	3.00 (1.54)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs3, 2vs5	2vs4, 3vs4, 3vs5, 4vs5							
歩き回る	0.27 (0.83)	0.33 (0.89)	0.75 (1.48)	3.64 (0.51)	0.58 (1.00)	1vs4, 2vs4, 3vs4, 4vs5	1vs2, 1vs3, 1vs5, 2vs3, 2vs5, 3vs5							
同じ行動を繰り返す	0.32 (0.86)	1.84 (1.74)	1.35 (1.60)	2.18 (1.83)	1.25 (1.36)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5	2vs3, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5, 4vs5							
攻撃的言動	0.08 (0.38)	0.53 (0.97)	1.55 (1.67)	1.46 (1.37)	0.58 (1.08)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 2vs3, 2vs4, 3vs5, 4vs5	1vs5, 2vs5, 3vs4							
不適当な着衣	0.15 (0.62)	0.86 (1.16)	1.00 (1.26)	3.00 (1.10)	2.25 (1.60)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5	2vs3, 4vs5							
不適切な笑い泣きをす。	0.02 (0.13)	0.37 (0.88)	0.30 (0.80)	0.46 (1.21)	0.50 (1.00)	1vs2, 1vs5	1vs3, 1vs4, 2vs3, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5, 4vs5							
世話を嫌がる	0.07 (0.31)	0.90 (1.25)	0.40 (0.75)	1.91 (1.45)	1.08 (1.24)	1vs2, 1vs4, 1vs5, 2vs3, 2vs4, 3vs4, 4vs5	1vs3, 2vs5, 3vs5							
物を集める	0.15 (0.47)	0.56 (1.17)	1.15 (1.53)	2.46 (1.84)	0.50 (1.17)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 2vs3, 2vs4, 3vs4, 4vs5	1vs5, 2vs5, 3vs5							
手足を動かす	0.11 (0.45)	0.56 (1.09)	0.95 (1.40)	1.91 (1.87)	0.08 (0.29)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 2vs4, 3vs4, 3vs5, 4vs5	1vs5, 2vs3, 2vs5							
ダンスを片付ける	0.07 (0.40)	0.72 (1.24)	0.20 (0.70)	1.55 (1.84)	1.25 (1.22)	1vs2, 1vs4, 1vs5, 2vs3, 2vs4, 3vs4, 3vs5	1vs3, 2vs5, 4vs5							
夜の徘徊	0.02 (0.13)	0.16 (0.59)	0.30 (0.98)	1.27 (1.35)	0.42 (0.79)	1vs4, 1vs5, 2vs4, 3vs4, 4vs5	1vs2, 1vs3, 2vs3, 2vs5, 3vs5							
迷子	0.05 (0.28)	0.28 (0.77)	0.30 (0.73)	1.64 (1.96)	0.42 (0.79)	1vs4, 2vs4, 3vs4, 4vs5	1vs2, 1vs3, 1vs5, 2vs3, 2vs5, 3vs5							
食べようとしてない	0.08 (0.33)	0.18 (0.54)	0.50 (1.10)	0.09 (0.30)	0.42 (0.79)	1vs3, 2vs3	1vs2, 1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5, 4vs5							
過食	0.00 (0.00)	0.72 (1.28)	0.60 (1.19)	2.27 (1.62)	0.42 (0.67)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 2vs4, 3vs4, 4vs5	1vs2, 1vs3, 2vs3							
尿失禁	0.10 (0.35)	0.75 (1.15)	0.25 (0.55)	1.36 (1.50)	3.58 (0.67)	1vs2, 1vs4, 1vs5, 2vs3, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5, 4vs5	1vs2, 1vs3, 2vs3							
昼の徘徊	0.10 (0.56)	0.05 (0.23)	0.20 (0.62)	3.18 (1.33)	0.83 (1.19)	1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5, 4vs5	1vs2, 1vs4, 1vs5, 2vs4, 3vs4, 3vs5, 4vs5							
攻撃的行為	0.08 (0.38)	0.00 (0.00)	0.65 (1.39)	0.27 (0.65)	0.42 (1.17)	1vs3, 2vs3, 2vs5	1vs2, 1vs4, 1vs5, 2vs4, 3vs4, 3vs5							
理由なく叫ぶ	0.07 (0.36)	0.07 (0.42)	0.15 (0.49)	0.46 (0.69)	0.58 (1.24)	1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs5	1vs2, 1vs3, 1vs5, 2vs3, 2vs5, 3vs5							
性的接触	0.00 (0.00)	0.02 (0.13)	0.00 (0.00)	0.09 (0.30)	0.00 (0.00)	1vs4, 2vs4, 3vs4, 4vs5	1vs2, 1vs3, 1vs5, 2vs3, 2vs5, 3vs5							
露出	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.05 (0.22)	0.27 (0.65)	0.00 (0.00)	1vs4, 2vs4, 3vs4, 4vs5	1vs2, 1vs3, 1vs5, 2vs3, 2vs5, 3vs5							
物を壊したり衣服を破る	0.00 (0.00)	0.02 (0.13)	0.10 (0.45)	0.18 (0.41)	0.08 (0.29)	1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs5, 3vs5, 4vs5	1vs2, 1vs3, 1vs5, 2vs3, 2vs5, 3vs4, 3vs5, 4vs5							
便失禁	0.02 (0.13)	0.14 (0.52)	0.40 (0.75)	0.46 (0.69)	2.42 (1.68)	1vs4, 1vs5, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5	1vs2, 1vs3, 2vs3, 2vs4, 3vs4							
食べ物を投げる	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.09 (0.30)	0.08 (0.29)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs3, 2vs4, 2vs5, 3vs4	1vs2, 1vs3, 2vs3, 2vs5, 3vs5							
GHQ28	4.53 (3.87)	6.70 (3.91)	16.40 (4.07)	12.64 (5.70)	14.00 (5.86)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs3, 2vs4, 2vs5, 3vs4	3vs5, 4vs5							
身体症状	1.60 (1.66)	2.58 (1.77)	4.90 (1.65)	3.91 (1.97)	4.50 (1.98)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs3, 2vs4, 2vs5	3vs4, 3vs5, 4vs5							
不安と不眠	1.97 (1.79)	2.68 (1.97)	5.55 (1.23)	4.64 (2.01)	5.33 (2.19)	1vs2, 1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs3, 2vs4, 2vs5	3vs4, 3vs5, 4vs5							
社会的機能低下	0.77 (1.14)	1.09 (1.35)	2.95 (1.79)	2.91 (1.87)	2.33 (2.06)	1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs3, 2vs4, 2vs5	1vs2, 3vs4, 3vs5, 4vs5							
うつ傾向	0.19 (0.54)	0.37 (0.77)	3.00 (2.08)	1.18 (1.72)	1.75 (2.01)	1vs3, 1vs4, 1vs5, 2vs3, 2vs4, 2vs5, 3vs4, 3vs5	1vs2, 4vs5							

IV. 考察

これまでの認知症高齢者の状態像の類型化を試みた先行研究(山崎ら, 1994; 竹内, 2000; 小川・山崎, 2005)は、臨床症状、特に行動障害に焦点を当てている報告がほとんどであり、認知症の重症度に偏りがあったり、臨床データに基づく解析と分類が不足していたり、認知症患者の施設入所に強く関与し、在宅介護の質に大きく影響している介護者の負担の問題(Yaffe et al., 2002)が組み込まれていなかった。そのため、認知症高齢者の行動障害に対する具体的な介護方法や認知症高齢者の状態像に応じた介護の手がかりを示すにとどまっている。本研究では認知症高齢者の在宅介護を支えるために、認知症高齢者だけでなく、その介護者の臨床症状も組み込んで類型化することで、高齢者と介護者の介護状況のタイプごとに特に重要となる視点や最低限必要となる共通した援助とその方向性を検討することができると考えられる。

そこで本研究では、もの忘れ外来においてアルツハイマー型認知症と診断された在宅認知症高齢者とその主介護者を対象として、認知症高齢者と主介護者の臨床的特徴を集約するために、ADL、行動障害及び主介護者の精神的健康度を指標に因子分析を行った。その結果、「排泄関連」、「攻撃性」、何度も同じことを聞く、物をなくす、隠すといった「常同性」、「主介護者の精神的健康度」及び、歩き回る、昼の徘徊といった「活動性」の5因子が抽出された。抽出された5因子をもとにクラスター分析を行った結果、5つのタイプに分類されることが示唆された。

次に因子分析、クラスター分析及び分散分析の結果をもとに、クラスターごとの特徴とその特徴に応じた認知症高齢者とその主介護者への対応について検討した。クラスター1の特徴は、認知機能の低下と、行動障害の中では介護者に何度も聞いたり、物をなくしたり、隠したりするといった常同性がわずかにみられた。ADLの低下は、ほとんどみられなかった。主介護者の精神的健康度は、5つのクラスターの中で最も良好であった。常同性に関する行動以外には、行動障害がほとんどみられず、ADLの低下もみられないため、主介護者は、介護をしているという意識が薄く、まだ負担に感じていないのでないかと考えられる。

このタイプは、何度も聞いたり、物をなくしたりする常同行動以外には生活障害がほとんどなく、認知症高齢者本人も家族も現在の症状が認知症によるものか判断が難しいため、対応としては地域の認知症予防事業、かかりつけ医や高齢者に対する保健福祉サービスの相談窓口、もの忘れ外来など認知症の専門医療機関が相互に連携して、認知症高齢者の早期発見・早期対応を行うことが重要である(藤本, 2003)。地域の認知症予防事業やかかりつけ医や保健福祉サービスの相談窓口で、物忘れが気になる高齢者を発見した場合、もの忘れ外来を紹介して、受診してもらう。また、もの忘れ外来は受診した患者を状態に応じて、地域の認知症予防事業や保健福祉サービスの相談窓口などに紹介するといった連携が必要である。

クラスター2の特徴について、認知機能の低下は、クラスター1とほぼ同じであった。ADLは、クラスター1よりも低く、移動能力が低下しているが、5つのクラスターの中では軽度に位置する。行動障害の出現頻度もクラスター1より多いが、軽度に位置する。しかしながら、常同性に関する行動は、5つのクラスターの中で最も多くなっており、主介護者の精神的健康度は、クラスター1よりも低く、5つのクラスターの中で中間に位置している。認知症高齢者は、移動能力がわずかに落ちている状態で、物を隠したり、主介護者に何度も

同じことを聞いたりするため、日常生活において主介護者の見守りや介助が必要であり、精神的に負担に感じている状態と言える。

このタイプは、クラスター1と異なり、何度も同じことを聞くといった行動障害が認知症高齢者に頻回に出現し、介護が必要な状態であり、主介護者は精神的な負担を感じている。認知症が早期のうちに認知症の病態、介護方法、社会資源の利用について十分な知識を持ち、将来の症状の変化に対応できることが余裕のある介護につながると古くから指摘されているため(Chiverton & Caine, 1989)、介護の必要性を意識した家族への援助が重要である。対応として、専門職から認知症の病態、介護の正しい知識と技術、社会資源の活用や副介護者の獲得などについての指導を受ける介護者教育の介入は、介護負担の軽減に効果がある(井上・森脇・大川・橋本・小林・博野・森, 1999)。また、専門職でなく、同じような立場の介護者同士が悩みなどの話をする方が有効な場合もあるので、介護者同士の相互交流を図るために家族会への参加を促すことも重要になる。

クラスター3の特徴について、5つのクラスターの中で、認知機能とADLの低下は軽度であるが、行動障害の出現頻度は、クラスター2より多く中等度に位置している。常同性に関する行動は、クラスター2とほぼ同じ出現頻度で重度にあり、他にも「攻撃的言動」や「攻撃的行為」の出現頻度が最も多く、主介護者の精神的健康度は5つのクラスターの中で最も低かった。本研究では、認知機能とADLが高い状態で、常同行動に加え、攻撃的言動や暴力行為といった内容の攻撃的行為が多いという臨床的特徴を持つ認知症高齢者を在宅介護する主介護者の精神的健康度が最も低くなることが示唆された。

このタイプへの対応としては、主介護者の介護負担は最も高いため、認知症高齢者の常同性と攻撃性といった行動障害の軽減を図れるように社会資源の提供が必要である。デイケアやデイサービスでは、認知症高齢者に対して作業療法、運動療法、回想療法、リアリティー・オリエンテーション、音楽療法、レクリエーションなどさまざまなプログラムを一日のスケジュールの中で適宜組み合わせ適切なケアにより、精神症状や行動障害の減少だけでなく、認知機能や対人交流の向上、感情面と意欲面の改善を図ることができる(田高・金川・立浦・和田, 2000)。

クラスター4の特徴について、5つのクラスターの中では認知機能の低下が重度で、ADLは、移動能力以外の下位項目がクラスター2、3よりさらに低く中等度に位置する。行動障害の出現頻度は最も多く、特に「歩き回る」、「昼の徘徊」、「夜の徘徊」、「迷子」といった徘徊行動が多く、主介護者の精神的健康度は低かった。認知症高齢者は、移動能力が比較的高いため、昼夜を問わず徘徊し、屋内だけでなく、外にも出て行き迷子になるため、主介護者は一日中高齢者の行動から目を離すことができず、主介護者の生活が侵害されていると考えられ、負担となっていると推察される。

徘徊行動がみられる認知症高齢者は、転倒に伴う骨折の発生頻度が高いことが指摘されている(Buchner & Larson, 1987)。このタイプへは、認知症高齢者の徘徊行動の減少させることと外へ出て行ってしまうことを未然に防ぐ援助が最重要である。対応としては、まず適度な運動により夜間の睡眠を促進し徘徊行動を減少させる(Coltharp, Richie, & Kaas, 1996)。しかしながら、徘徊行動を消失させることは難しく、高齢者から目を離せないという状況は残り、主介護者にとって非常に介護の負担感が大きい(鷺尾・荒井, 2002)。主介護者による見守りの他に、福祉機器をあわせて活用して負担の軽減を図れるように住環境を整えることが必

要である。例えば、徘徊行動のみられる高齢者を対象とした居室や家屋から外に出たことを感知し、介護者に知らせるシステム(山本・若松, 1999; 赤羽・福沢・矢澤・井原, 2002)などの福祉機器を活用することで、一日中目を離せないという状況は改善されるため、介護負担の軽減に有効であると考えられる。

クラスター5の特徴について、5つのクラスターの中では、認知機能の低下がクラスター4とほぼ同じで重度にあり、ADLは最も低かった。失禁といった排泄障害は、最も多くなっており、主介護者の精神的健康度が低かった。認知症高齢者の状態像として、尿便失禁が昼夜ともにあり、トイレまでの移動や排泄動作のために介助を要するため、主介護者は夜間も何度も起きて、トイレまでの誘導や介助、オムツ交換などを行っていると考えられる。特に夜間の休息が十分にとれないため、精神的にも身体的にも疲労が蓄積している状態と推察される。

このタイプへの対応としては、主介護者による排泄介助の負担の軽減を図る必要がある。排泄障害への対応は、排泄障害を引き起こす膀胱尿道・直腸機能障害、身体機能障害、認知機能障害、環境の不適合といった要因によってさまざまであるため(釜土, 2006)、まずは排泄状態の把握とそれに基づいたトイレへの誘導や物理的環境の工夫が望ましい。排泄状態を総合的に評価して、リハビリパンツやパッドなど福祉用具を活用することで尿もれを防ぎ、安眠できるようにするといった対応やトイレのドアと周りの壁の色を変えたり、夜間はトイレの照明をつけたままにしておくことでトイレの場所を分かりやすくして、迷わずひとりで行けるようにしたり、トイレまでの導線を短くするといった住環境の整備が有効と考える(草壁・安原, 2006)。

今後の課題として、本研究では横断的データを用いて認知症高齢者とその主介護者の臨床的特徴のタイプを5つに分類し、各タイプへの対応方法について文献考察を行ったにとどまっている。今回の対象者を継続的に調査し、臨床的特徴のタイプの推移に応じた具体的な対応方法の検討が必要である。

文献

- 1) 赤羽恵子・福沢いづみ・矢澤美保・井原真由子(2002) 21・実践へのアドバイス 脳神経外科病棟における転倒・転落の予防対策 フラッシュコールとマットコールの効果. 看護実践の科学, 27(5), 94-95.
- 2) Buchner,D.M., & Larson, E.B. (1987) Fall and fractures in patients with Alzheimer-type dementia. *Journal of the American Medical Association*, 257, 1492-1495.
- 3) Chiverton,P.,&Caine,E.D.(1989) Education to assist spouse in coping with Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*,37, 593-598.
- 4) Coltharp,W.Jr., Richie,M.F., &Kass,M.J.(1996) Wandering. *Journal of gerontological nursing*, 22, 5-10.
- 5) Folstein,M.F., Folstein,S.E., &McHugh,P.R.(1975) "Mini-Mental State"; A practical method for grading the cognitive state for the clinician.

Journal of Psychiatric Research, 12, 189-198.

- 6) 藤本直規(2003) かかりつけ医と専門医の連携システムについて. *Gerontology*, 15, 41-48.
- 7) 井上真由美・森脇由美子・大川敏子・橋本純代・小林広子・博野信次・森悦朗(1999) 痴呆症患者の主介護者の負担に対する教育介入の効果について. *看護研究*, 32(3), 227-234.
- 8) 釜土禮子(2006) 認知症高齢者の排泄とそのケアの重要性について 介護のかかわりより学ぶ. *日本認知症ケア学会誌*, 5(3), 520-526.
- 9) 草壁利江・安原耕一郎(2006) 施設における排泄ケア. *日本認知症ケア学会誌*, 5(3), 527-533.
- 10) Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969) Assessment of older people; Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186.
- 11) 溝口環・飯島節・江藤文夫・石塚彰映・折茂肇(1993) DBD スケール(Dementia Behavior Disturbance Scale)による老年期痴呆患者の行動異常評価に関する研究. *日本老年医学会雑誌*, 30(9), 835-840.
- 12) 中川泰彬・大坊郁夫(1985) 日本版 GHQ 健康調査票. 日本文化科学社, 東京.
- 13) 小川敬之・山崎きよ子(2005) 在宅痴呆性高齢者の状態像に関して(第1報). *九州保健福祉大学研究紀要*, 6, 229-234.
- 14) 田高悦子・金川克子・立浦紀代子・和田正美(2000) 在宅痴呆性高齢者に対する回想法を取り入れたグループケアプログラムの効果. *老年看護学*, 5(1), 96-106.
- 15) 竹内孝仁(2000) TAKEUCHI 実践ケア学セミナー3 事例研究 痴呆性高齢者の在宅ケアマネジメント. 医歯薬出版株式会社, 12-23.
- 16) Yaffe, K., Fox, P., Newcomer, R., Sands, L., Lindquist, K., Dane, K., & Covinsky, K.E (2002) Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. *The journal of the American Medical Association*, 287, 2090-2097.
- 17) 山本博美・若松秀俊(1999) 在宅徘徊老人用電子保護システムの長期家庭運用とその解析. *医用電子と生体工学*, 37(3), 301-303.
- 18) 山崎英樹・国吉和秀・堀川歩・山口慶一郎・目黒謙一・佐藤光源(1994) 老年期における重度痴呆の類型分類-画像所見との対応-. *老年精神医学雑誌*, 5(2), 199-214.
- 19) 鷺尾昌一・荒井由美子(2002) 公的介護保険の導入と農村部の要介護高齢者を介護する主介護者の介護負担感. *福岡医学雑誌*, 92(8), 292-298.

ACTIVITY REPORT

ボランティアと認知症高齢者の コミュニケーションの分析

Analysis of the communication between volunteers and elderly people with dementia

納戸 美佐子¹⁾ (Misako NOTO), 野瀬 真由美²⁾ (Mayumi NOSE)
仙波 梨沙³⁾ (Risa SENBA), 上城 憲司⁴⁾ (Kenji KAMIJYOU)
中村 貴志⁵⁾ (Takashi NAKAMURA)

- 1) 西南女学院大学保健福祉学部福祉学科

Faculty of Health and Welfare, Seinan Jo Gakuin University

〒803-0835 福岡県北九州市小倉北区井堀 1-3-5

no_misako@yahoo.co.jp

- 2) 株式会社フジケア グループホーム高峰

Group home takamine

- 3) 佐賀大学医学部附属病院 先進総合機能回復センター

Advanced Comprehensive Functional Recovery Center. Faculty of Medicine, Saga University

- 4) 西九州大学リハビリテーション学部作業療法学専攻

the Faculty of Rehabilitation Sciences, Nishikyushu University

- 5) 福岡教育大学教育学部特別支援教育講座

Faculty of Education, Fukuoka University of Education

Received

March 7, 2013

Accepted

April 16, 2013

Published

April 30, 2013

ABSTRACT

本研究では、認知症高齢者の帰宅願望などが継続した場面と消失した場面でのボランティアの関わりの特徴について、機能的アセスメントを用い、ボランティアの関わり方が認知症高齢者の反応に及ぼす影響について客観的に示すことにより、認知症高齢者とのコミュニケーションを円滑にする方策について検討することを目的とした。

その結果、帰宅願望がみられた場面では、認知症高齢者の話を傾聴し、さらに、認知症高齢者の好む話題や興味をもつ活動を提示することにより帰宅願望が消失する傾向がみられた。また、重度認知症高齢者においては、言語的コミュニケーションだけでなく、非言語的コミュニケーションを用いた関わりが重要であることが示された。機能的アセスメントを用いることによって、ボランティアの関わりによる認知症高齢者の反応の違いが示された。調査対象を増やすとともに、機能的アセスメントに基づいた支援計画を策定し、介入的な研究を行うことにより、ボランティアの関わりが認知症高齢者に及ぼす影響を明らかにすることが必要である。

<Key-words>

認知症高齢者, グループホーム, ボランティア, 機能的アセスメント

elderly people with dementia, group home, volunteers, functional assessment

Asian J Human Services, 2013, 4:149-158. © 2013 Asian Society of Human Services

I. はじめに

わが国において、「話し相手ボランティア」は、1980年代頃から、主に在宅高齢者を対象とする社会福祉サービスの担い手として始まり（横山，2007）、現在、「話し相手ボランティア」や「傾聴ボランティア」などの名称での活動がみられる（保科・奥野，2008）。

保科（2010）は、認知症ケアの視点からも対話の困難な高齢者への働きかけを行うことのできるボランティアの育成が必要であることを指摘している。また、先行研究において、ボランティアが認知症高齢者へ話しかける話題によって、認知症高齢者の発言数が変わることが示唆された（納戸・上城・野村・平澤・野瀬・中村，2010）。このことから、認知症高齢者を対象としたボランティア活動においては、特に関わり方についての配慮が必要であることが考えられる。しかしながら、実際の関わり場面を用いて、ボランティアの関わりが認知症高齢者に及ぼす影響について検討した報告は、ほとんどみられない。近年、発達障害者の行動障害に対して、「Positive Behavioral Support（以下、PBS）」が用いられるようになってきている。このアプローチでは、行動障害への対応において、行動障害が生じた後の事後的対応よりも、予防的対応が重要であることが指摘されている。このアプローチによる支援の効果は、適応行動の増加、行動障害の減少、QOLの向上から評価されている（Bambara L. M. & Knoster T., 1998）。このアプローチでは、機能的アセスメントの方法論が中心となっている。機能的アセスメントとは、行動障害の生起と機能的に関係している先行事象と結果事象についての情報を集めるプロセスである。機能的アセスメントの方法は、間接法、直接観察法、実験法に大別される。直接観察による機能的アセスメントは、一般にABC観察と呼ばれる（AはAntecedent:先行条件、BはBehavior:行動、CはConsequence:結果条件）。ABC観察は、直接観察・記録できることから正確な情報を得るこ

とができる。(Raymond G.M.,2001 (訳) 園山繁樹・野呂文行・渡部匡隆・大石幸二, 2006)。機能的アセスメントを用いることにより、行動障害の生起にかかわる先行条件と結果条件を改善する(Carr E. G., Nancy A. L. & Scott C. Y., 1999 ; O'Neill R. E., Horner R. H., Albin R. W., Sprague J. R., Storey K. & Newton J. S., 1997)。

野瀬・納戸・中村(2007)は、介護上の負担が大きく、帰宅を望む・要求する発言(以下、帰宅願望)がある認知症高齢者を対象に、機能的アセスメントに基づいて、日常生活の中に本人の好きな活動を取り入れることで帰宅願望が生起しなくても済むという予防的視点を取り入れた介護職員による援助について検討した。その結果、帰宅願望の生起を予測する先行条件を改善することにより、帰宅願望の生起は減少した。これらの研究からも、認知症高齢者への対応方法について検討する際に、機能的アセスメントが活用できる可能性が示唆された。

本研究では、認知症高齢者の「帰宅願望」と「ボランティアにとって理解が困難な発言(例えば、唐突に「ごめんなさい」と言われるなど)」が継続した場面と消失した場面での、ボランティアの関わりの特徴について、ABC観察法を用いた機能的アセスメントを用い、ボランティアの関わり方が認知症高齢者の反応に及ぼす影響について客観的に示すことにより、認知症高齢者とのコミュニケーションを円滑にする方策について検討することを目的とした。

II. 方法

1. 対象者

(1) 認知症高齢者

本研究では、A市郊外にある認知症高齢者グループホームB(以下、グループホームと記す)を研究フィールドとした。グループホームの定員は、9名であった。本研究では、グループホームに入居している認知症高齢者(以下、入居者)のうち、帰宅願望がみられた入居者a(女性、76歳)および唐突に「ごめんなさい」などの発言があり、ボランティアにとって意味の理解が困難な発言がみられた入居者b(女性、80歳)を調査対象とした。

(2) ボランティア

認知症サポーター養成講座を受講した60代および50代の女性2名(以下、ボランティアCおよびボランティアDと記す)を対象とした。どちらのボランティアも認知症高齢者と関わるボランティア活動は初めてである。また、各ボランティアの活動開始時に合わせて調査を実施した。ボランティアは、1~2週間に1回程度、グループホームに訪れ、入居者との時間を過ごした。1回の滞在時間は、約5時間であった。なお、ボランティアCおよびボランティアDが同じ日にグループホームを訪れることはなかった。

2.実施期間

各ボランティアに対し、それぞれ6回(計12回)の調査を行った。調査時間は、ボランティアが活動を行った約5時間を調査対象とした。調査期間は、ボランティアCがX年2月～X+1年6月、ボランティアDがX年1月～X+1年5月であった。

3.事前アセスメント

事前アセスメントとして、職員へのインタビューを行い、入居者の生活状況や特性および支援方針についての情報収集を行った。また、入居者の状況を把握するために各評価スケールを用いて認知機能、日常生活動作能力、行動障害についての評価を行った。認知機能の評価スケールとして Mini-Mental State Examination (以下, MMSE) (北村, 1991) を用いた。MMSE は、30 点満点で得点が低いほど、認知機能の低下が大きいことを示している。食事や排泄等の基本的な日常生活動作能力を評価するために Physical Self-Maintenance Scale (以下, PSMS) (本間, 1991)、食事の準備や金銭管理等の手段的な日常生活動作能力を評価するために Instrumental Activities of Daily Living Scale (以下, IADL) (本間, 1991) を用いた。PSMS は、0～25 点で、得点が低いほど自立度が高いことを示す。IADL は、0～52 点で得点が低いほど自立度が高いことを示す。行動障害の評価を行うために Dementia Behavior Disturbance (以下, DBD) (溝口・飯島・江藤・石塚・折繁, 1993) を用いた。DBD は、0～112 点で得点が低いほど行動障害が少ないことを示す。

4.記録方法と分析場面の抽出

ボランティアと入居者との関わり場面の状況を把握するために、記録用紙を用いて1分間隔で行動観察を行い、ボランティアと入居者a・入居者bとの関わりがみられた場所、その時の行動について記録した。同時にICレコーダーによる録音を行った。録音データは、テープ起こしを行い、会話の内容について詳細に記録した。

本研究においては、ボランティアへのインタビューを行い、ボランティアが入居者への対応に苦慮していた帰宅願望がみられた場面とボランティアにとって意味の理解が困難な発言がみられた場面を分析対象とした。これらの場面について、ABC観察法を用いた機能的アセスメントを用いて検討した。その場面の抽出は、行動観察および録音記録において、ボランティアと入居者の関わりのなかでそれらの発言がみられたひとつの場面を1回としてカウントした。本研究においては、12回の調査において帰宅願望がみられた場面8回、ボランティアにとって理解が困難な発言がみられた場面15回を分析対象とした。

5.倫理的配慮

本研究を行うにあたり、グループホーム入居者またはご家族、ボランティア、施設長に対し、文書および口頭で研究の趣旨について説明を行い、同意を得た。また、ボランティアには、ボランティア活動で知り得た入居者の情報に関する個人情報保護についての同意も得た。

III. 結果

1. 評価スケール

各入居者の認知機能、日常生活動作能力および行動障害の程度については、表1に示した。各評価スケールの結果から、入居者aおよび入居者bは認知症レベルが中等度～重度であると判断された。

表1 各入居者の認知機能、日常生活動作能力および行動障害の程度

	MMSE	PSMS	IADL	DBD
入居者 a	2	13	49	28
入居者 b	不可	20	50	23

2. 機能的アセスメントを用いた分析

(1) 帰宅願望がみられた場面

図1に、帰宅願望に関する発言が消失した関わりと継続した関わりを示した。

ボランティアが入居者 a の訴えを傾聴すると同時に、散歩など入居者 a の訴えに関連した別の行動を提供した場面（図 1④⑤）やトイレへの誘導（図 1②）および洗濯物など入居者 a が興味をもつものを提示した場面（図 1①③）において帰宅願望に関する発言が消失した。また、関わりの途中でボランティアが他の入居者と会話を行ったり（図 1⑧）、「もう少し、おって下さい」など口頭での指示のみ（図 1⑥⑦）では、帰宅願望に関する発言が継続される傾向がみられた。

(1) 帰宅願望が消失した状況		
A 先行条件		B 行動
状況要因	直前のきっかけ	
①・リビング ・入居者がリビングの椅子に座っている	ボランティアが入居者の近くに来る	→「もう帰る」「お金をおろしたいから」とボランティアに言う
		→「ボランティアが「土曜日から銀行は休みです」と言う →入居者に洗濯物を見せ、「これはどうしたらいい？」と尋ねる (→入居者がボランティアに洗濯物について説明する)
②・リビング ・入居者とボランティアが椅子に座っている		→「ここ出ていかないけん」とボランティアに言う
		→「ボランティアが「それなら、先にトイレに行きましょうか」と言う (→トイレ後、リビングに来て、椅子に座る)
③・リビング ・入居者とボランティアが椅子に座っている		→「帰ろうかね」とひとりでも度々言う
		→「ボランティアが入居者のバッグの中身を指さして、「夕飯食べるためにお箸を持って来てでしよ」と言う →夕食について話しかける (→入居者がバッグの中の箸をさわって、箸のことについて話す)
④・洗濯物を干す部屋 ・入居者とボランティアが洗濯物を干している	洗濯物を干し終わる	→「帰る」とボランティアに何度も言う
		→「ボランティアが「お散歩に行こう」と言う (→ボランティアと散歩へ行く →グループホームへ戻り、「気持ちよかった」と散歩のことを話す)
⑤・リビング ・他の入居者とボランティアが洗濯物をたたんでいる	ボランティアのところへ入居者が来る	→「我が家へ帰ります土地がなくなります」とボランティアに言う
		→「入居者が話をあいづちを打ちながら聞く →ボランティアが「外へ行ってみましょうか」と言う (→庭のベンチに座り、風景や昔話をする →グループホームへ戻る)
(2) 帰宅願望が継続した状況		
A 先行条件		B 行動
状況要因	直前のきっかけ	
⑥・リビング ・皆でおやつを食べている	おやつを食べ終わる	→「帰ろうかね」とボランティアに言う
		→「ボランティアが「お仕事を頼みたいから、もう少しおって下さい」と言う (→入居者は「そうね」と言うが、しばらくして、「帰ろうかね」と繰り返す)
⑦・リビング ・ボランティアが食器を洗っている	ボランティアのところに入居者が来る	→「私、帰ります」とボランティアに言う
		→「ボランティアが「一緒に帰りましょう後からお散歩しましょう」と言う →ボランティアが行っている家事を入居者に手伝ってもらい (→家事をしながら「帰る」と繰り返す)
⑧・リビング ・入居者とボランティアが椅子に座っている	入居者がボランティアに鍵について話している	→「そろそろ帰ろうと思って」とボランティアに言う
		→「ボランティアが「帰りますか」と尋ね、入居者の話をしばらく聞く →話の途中でボランティアが他の入居者へ声をかける (→入居者は「してくれる人がおらん」とひとりごとを言い、座っている)

図1 帰宅願望が消失した状況と継続した状況

注1)結果においては、ボランティアが関わった後の入居者の行動を(→顔末)として記した。

注2)今回の行動観察において該当する行動が観察できなかったところは、空白とした。

(2) ボランティアにとって理解が困難な発言がみられた場面

図 2-1 にボランティアにとって理解が困難な発言が消失した関わり、図 2-2 に継続した関わりについて示した。その結果、入居者 b の話を傾聴したり (図 2-1④⑤)、手をつないで傾聴した場面 (図 2-1①⑥⑧⑨)、一緒に行っている作業についての会話をを行った場面 (図 2-1②) においては、「痛い」「ごめんなさい」などの発言が消失した。

A 先行条件		B 行動	C 結果条件
状況要因	直前のきっかけ		
①・リビング ・入居者とボランティアが椅子に座っている		「痛い」とボランティアに言う	・ボランティアが「どこが痛い?」と言い、手をさする →・ボランティアが「手がぬくくなったね」と言う (→・入居者が「あら、本当」と言い、笑う)
②・リビング ・入居者とボランティアが手作業を行っている	入居者とボランティアが一緒に雛人形を飾る	「気の毒でたまらない情けない」とボランティアに言う	・ボランティアが「ここでもいい?」と飾りつけについて聞く (→・入居者は返事をし、笑う)
③・リビング ・入居者が椅子に座っている	ボランティアが入居者の横に立つ	「気の毒でたまらない出ていこう」とボランティアに言う	・ボランティアが「出ていこう?」と入居者の言葉を繰り返す →・天気の話をする (→・入居者が笑う)
④・リビング ・他の入居者とボランティアが洗濯物をたたんでいる	入居者がボランティアの近くに来る	「ごめんなさい」とボランティアに言う	・ボランティアが「謝ることないですよ」と言い、洗濯物を入居者に渡す →・入居者に「お座り下さい」と言う (→・入居者が「すみません」と言い、椅子に座る)
⑤・リビング ・他の入居者とボランティアと一緒に会話をしている		「お許し下さい」とボランティアに言う	・ボランティアが「かわいそうなことは忘れましょう」と言う (→・入居者が笑う)
⑥・リビング ・入居者とボランティアが椅子に座っている	ボランティアが他の入居者と会話をしている	「かわいそうでかわいそうで」とボランティアに言う	・ボランティアが「かわいそうでたまらんかった?」と言う →・手をつないで、入居者の話を聞く (→・ボランティアの呼びかけに対し、入居者が「そうですね」と言い、頷く)
⑦・リビング ・入居者とボランティアが椅子に座っている		「かわいそうでたまらんね」とボランティアに言う	・ボランティアが「たまりませんね」と入居者の言葉を繰り返す →・入居者の子育ての話を聞く (→・入居者が「幸せ」と言い、笑う)
⑧・リビング ・椅子に座り、他の入居者と一緒にぬりえをしている ・ボランティアは、入居者の横に座っている		「私、悲しい」とボランティアに言う	・ボランティアが「なんで悲しいの?」と言う →・入居者の話を聞く →・ボランティアが入居者の手を握る (→・入居者が「こうしてくれればいいですよ」と言う)
⑨・リビング ・他の入居者と一緒に椅子に座っている	ボランティアがリビングに来る	「お願い致しますお願いします」とボランティアに言う	・ボランティアが「こちらこそお願いします」と言う →・手を握って、入居者の話を聞く (→・入居者が「うれしいことおっしゃって下さって」と言う)
⑩・リビング ・ボランティアと他の入居者が会話をしている	ボランティアと他の入居者が会話をしている 近くに入居者が立つ	「気の毒でたまらない」とボランティアに言う	・ボランティアが「とんでもないですお風呂はいりましたか?」と話しかける →・入居者の入浴の話を聞く (→・入居者が「うれしいことでした」と言う)
⑪・リビング ・入居者とボランティアが椅子に座っている	ボランティアが入居者のボタンをとめる	「かわいそうでかわいそうで」とボランティアに言う	・ボランティアが「かわいそうですか?ニコニコして生きていったほうがいいですよ」と言い、入居者の首の趣味について聞く (→・入居者が「うれしいことです」と言う)
⑫・リビング ・入居者とボランティアが椅子に座っている	他の入居者とボランティアが会話をしている	「かわいそうでたまらない」とボランティアに言う	・ボランティアが「大丈夫ですよ」と言う →・入居者の首の趣味と子どもの話を聞く →・体操が始まったため、会話が中断される (→・入居者の手を持って一緒に体操をする)

図2-1 ボランティアにとって理解が困難な発言が消失した状況

注1)結果においては、ボランティアが関わった後の入居者の行動を(→願末)として記した。

注2)今回の行動観察において該当する行動が観察できなかったところは、空白とした。

また、15 回のうち、話題の転換を行った場面は、5 回であった。入居者 b と会話が成立しやすい天気（図 2-1③）や趣味（図 2-1⑪）、家族のこと（図 2-1⑦）、入居者 b が好む話題（図 2-1⑩）などに話を転換させた場面は、「かわいそう」「気の毒」などの発言が消失し、会話が成立する傾向がみられた。一方、入居者 b の関心のない話題（図 2-2⑮）では、「痛い」などの発言が継続される傾向が示された。

さらに、15 回のうち、会話を中断した場面は、3 回であった。会話が中断された理由は、グループホームの日課である体操が始まったためであった。そのうち、会話は中断されたが、入居者 b とボランティアが手をつないで一緒に体操を行っていた場面（図 2-1⑫）においては、「かわいそう」という発言が消失した。一方、ボランティアが入居者 b と離れた場所で体操を行っていた場面においては、「かわいそう」「お許し下さい」という発言が継続された（図 2-2⑬⑭）。

A 先行条件		B 行動	C 結果条件
状況要因	直前のきっかけ		
⑬ ・リビング ・入居者とボランティアが椅子に座っている		→「かわいそうでたまらない」とボランティアに言う	→・ボランティアは、相槌をうちながら話を聞く →・体操が始まり会話が中断される →・ボランティアは、入居者の横から離れる (→・入居者が「気の毒でたまらない」と言う)
⑭ ・リビング ・他の入居者とボランティアが椅子に座っている	リビングに入居者が来る ボランティアが「寒くありませんか？」と言う	→「寒くないですお許し下さい」とボランティアに言う	→・入居者の話を聞く →・体操が始まり会話が中断される →・ボランティアは、入居者の横から離れる (→・入居者が体操をしながら「気の毒でたまらない」と言う)
⑮ ・リビング ・他の入居者と一緒に洗濯物をたたんでいる	洗濯物をたたみ終わる ボランティアが他の入居者に話しかける	→「お父さんが」とボランティアに言う	→・ボランティアが「おだんご作りませんか？」と言う (→・入居者が「おだんごどころかね、痛い」と言う)

図2-2 ボランティアにとって理解が困難な発言が継続した状況

注1)結果においては、ボランティアが関わった後の入居者の行動を(→顔末)として記した。

注2)今回の行動観察において該当する行動が観察できなかったところは、空白とした。

IV. 考察

現在、高齢者を対象とした傾聴ボランティアが活動しているが、傾聴ボランティアが活動を行う際には、まず、関係性の構築が必要であることが指摘されている（野崎，2005）。関係性を構築するためには、まず、入居者とボランティアとの関わり場面をつくる必要がある。しかしながら、高齢者施設で高齢者との話し相手を行う活動を希望するボランティアの中には、いざ入居者の横に行くと戸惑ったり、会話が成り立たないボランティアがいることが指摘されている（山本，2005）。

また、傾聴・回想の効果については、事例やケースなどの記述による検証が必要であることが指摘されている（野崎，2006）。しかしながら、ボランティアの関わりが認知症高齢者に及ぼす影響について具体的な場面を用いて詳細に検討した例は少ない。

そこで、本研究では、グループホームに入居している認知症高齢者とボランティアとの関わり場面において、ボランティアが対応に苦慮していた帰宅願望および内容の理解が困難な発言がみられた場面を抽出し、それらの発言が消失する関わり方および継続する関わりにつ

い

て ABC 観察法を用いた機能的アセスメントを用いて検討した。その結果、帰宅願望がみられた場面においては、入居者の話を傾聴するだけでなく、入居者が興味をもつ洗濯物などを提示したり、散歩へ誘うなど入居者の訴えに関連した別の行動を提示するなどの関わりを行うことにより、帰宅願望が消失する傾向が示された。話題の転換を行う場合においては、入居者の好む話題や会話を把握しておくことが重要であると考えられる。女性の高齢者との会話に関する先行研究において、髪型や服装のことを指摘することにより表情や語りが活気づくことも報告されている(野崎, 2006)。入居者の好む話題や苦手の話題を把握することは、入居者の混乱を避け、また、関係性を構築するうえでも重要であると考えられる。さらに、先行研究において、認知症高齢者に対し調理活動を実施したことにより、自発的な発話が増加したという事例(林田・山中・窪田, 2004)や1日の会話量が増加したという事例(横山・足利・横田・辰巳, 2002)が報告されている。入居者になじみのある活動を介した会話を行うことにより、入居者の自発的な発言を促すことができる可能性が示された。入居者が好む歌を取り入れることにより、外へ出て行ってしまう行動がなくなった事例(小坂・野沢・吉川, 2003)が報告されていることから、帰宅願望への対応については、傾聴と同時に各入居者に応じた対応を行うことが重要であることが示唆された。

また、入居者bから理解が困難な発言が出る原因のひとつとして、認知症にともなう「失語」が考えられ、日常生活で発せられる語彙が限られていた。認知症高齢者が言語を失うことは、自己の真意を伝える重要な手段を喪失すること(田中・大越, 2007)にもなり、発言の意味の理解が難しい場合であっても入居者の発言の意図を汲み取ろうとする姿勢が重要であると考えられる。ボランティアにとって意味の理解が難しい発言がみられた入居者bは、日常生活の中で使うことができる語彙が限られている。本研究においては、ボランティアにとって発言の意味の理解が難しかったとしても、うなづきや手を握るなどの非言語的コミュニケーションを活用しながら、入居者と1対1で関わることにより訴えがなくなる傾向が示された。このことから、「ごめんなさい」などの言葉を発することが入居者bにとってのコミュニケーションの方法である可能性が考えられた。

重度認知症高齢者が「関心・興味」をもたらす要因を検討した先行研究においては、「視線を合わせる」や「やさしいボディタッチ」など人物の立ち位置や関わりなどが要因としてあげられている(田中・大越, 2007)。本研究においても、言語的コミュニケーションと同時に手を握るなどの非言語的コミュニケーションを用いて1対1で対応していた場面では、意味の理解が難しい発言が消失したことから、言語的コミュニケーションが困難な入居者に対しては、話を傾聴すると同時に、非言語的コミュニケーションを活用した丁寧な関わりが重要である。

認知症高齢者は、一人ひとり特徴が異なり、個別的な対応が重要であると考えられる。個別的な対応を行うためには、今後、様々なボランティアがグループホームでボランティア活動を行った際に、ボランティアと認知症高齢者の関わり場面から得られた情報を個別に整理し、蓄積することが必要である。ボランティアが認知症高齢者への対応に苦慮したときには、

該当する認知症高齢者の蓄積された情報を確認し、職員とともに、具体的な対応方法を検討することが出来ると考えられる。認知症高齢者との関わりを築けないことは、ボランティア活動が中断される理由ともなり得るため、これらの情報は、継続的なボランティア活動の支援においても有効な情報のひとつとなると考えられる。

V. 今後の課題

本研究は、ボランティア活動の時間が限られていたこともあり、分析対象となった場面も少なく、事例検討のみに留まっている。今後、調査対象を増やすとともに、機能的アセスメントに基づいた支援計画を策定し、介入的な研究を行うことにより、ボランティアの関わりが認知症高齢者に及ぼす影響を明らかにすることが必要である。

謝辞

本研究の実施および論文作成にあたり、ご指導頂きました岐阜大学大学院教育学研究科 平澤紀子先生に深く感謝致します。

文献

- 1) Bambara L. M., Knoster T. (1998) Designing positive behavior support plans. American Association on Mental Retardation.
- 2) Carr E. G., Nancy A. L., Scott C. Y. (1999) Hypothesis-based intervention for severe problem behavior. In A. C. Repp, R. H. Horner (Eds.), Functional analysis of problem behavior. From effective assessment to effective support.
- 3) 林田あゆみ・山中克夫・窪田理恵 (2004) 女性痴呆高齢者の調理場面における生活療法的ケアからの介入に関する事例研究. 日本痴呆ケア学会誌, 3(2), 222-229.
- 5) 本間昭 (1991) Physical Self-Maintenance Scale (PSMS). 大塚俊男・本間昭 (監) 高齢者のための知的機能検査の手引き. ワールドプランニング, 99-101.
- 6) 本間昭 (1991) Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL). 大塚俊男・本間昭 (監) 高齢者のための知的機能検査の手引き. ワールドプランニング, 95-97.
- 7) 保科寧子・奥野英子 (2008) 在宅高齢者を対象として対話や交流を行うボランティアの機能分析—話し相手ボランティアの事例分析から—. 社会福祉学, 49(2), 111-122.
- 8) 保科寧子 (2010) 高齢者を対象として対話や交流を行うボランティアトレーニングプログラムの効果評価. 社会福祉学, 50(4), 122-132.
- 9) 北村俊則 (1991) Mini-Mental State (MMS). 大塚俊男・本間昭 (監) 高齢者のための知的機能検査の手引き. ワールドプランニング, 35-38.
- 10) 小坂直樹・野沢由佳里・吉川真由美 (2003) 適切な課題の提供と援助により徘徊等の

問題行動を解消した事例. 高齢者のケアと行動科学, 9(1), 12-18.

- 11) 溝口環・飯島節・江藤文夫・石塚彰映・折繁肇 (1993) DBD スケール (Dementia Behavior Disturbance Scale) による老年期痴呆患者の行動異常評価に関する研究. 日本老年医学会雑誌, 30(9), 835-840.
- 12) 野瀬真由美・納戸美佐子・中村貴志 (2007) グループホームにおける認知症高齢者の帰宅願望の予防に関する介入プログラムの効果. 福祉心理学研究, 4(1), 65-73.
- 13) 納戸美佐子・上城憲司・野村美代子・平澤紀子・野瀬真由美・中村貴志 (2010) 傾聴ボランティアにおける情報カードの有効性ーグループホームにおける認知症高齢者を対象としてー. 認知症ケアジャーナル, 3(3), 234-240.
- 14) 野崎瑞樹 (2005) 高齢者に対する傾聴ボランティアの効果に関する一考察. 日本文理大学紀要, 33(2), 63-69.
- 15) 野崎瑞樹 (2006) 高齢者に対する傾聴ボランティアの効果の質的検討. 日本文理大学紀要, 34(1), 83-88.
- 16) O'neill R. E., Horner R. H., Albin R. W., Sprague J. R., Storey K., Newton J. S. (1997) Functional assessment and program development for problem behavior. A practical handbook. Books/Cole Publishing Company.
- 17) Raymond G.M.(2001) Behavior Modification: Principles and Procedures, Wadsworth (レイモンド・G・ミルテンバーガー (訳) 園山繁樹・野呂文行・渡部匡隆・大石幸二 (2006) 行動変容入門, 二瓶社, 218-225.
- 18) 田中敦子・大越扶貴 (2007) 重度アルツハイマー型認知症高齢者の表情と見る動きに関する調査研究ー介護老人保健施設入所中のシングルケースの分析ー. 埼玉県立大学紀要, 9, 55-62.
- 19) 山本浩史 (2005) 高齢者分野のボランティア活動. 岡本栄一 (監) ボランティアのすすめ. ミネルヴァ書房, 129-130.
- 20) 横山ハツミ・足利学・横田芳武・辰巳恵子 (2002) KOMI チャートを用いた老年期痴呆患者の調理活動の評価. 総合看護, (1), 39-47.
- 21) 横山貴美子 (2007) 話し相手ボランティアの活動支援としての「定例会」の機能と役割ー「活動への勇気」の後押しという視点ー. 山梨県立大学人間福祉学部紀要, 2, 1-10.

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、掲載予定でないもの、あるいは投稿中、投稿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、掲載後は本学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 の会員に限る。
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”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 30 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：掲載料は実費負担とする。
13. 別刷について：別刷は学会としては発行しないが、ホームページ上に論文の原本を掲載する。
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 Journal of Human Services 編集事務局

〒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

E-mail : ajhs.hensyu@gmail.com

執筆規程

- 言語は英文または和文とする。
- 和文論文、英語論文とも学会ホームページ (<http://ashs.asia/>) より論文フォーマットをダウンロードし、見本に従って作成すること。見本に従わない原稿は一切受理しない。投稿の際には Word ファイルで提出することとする。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。

投稿区分	英文要旨	Key words	本文	文献	表図 あわせて
原著	500 語以内	5 語以内	30 枚以内	40 個以内	10 個以内
短報	500 語以内	5 語以内	15 枚以内	20 個以内	4 個以内
症例報告 実践報告	500 語以内	5 語以内	15 枚以内	20 個以内	4 個以内
総説	500 語以内	5 語以内	30 枚以内	50 個以内	10 個以内

- 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。
 - ① 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)
 - ② 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〉
 - 1) 久保真人・田尾雅夫(1994) 看護婦におけるバーンアウトストレスとバーンアウトとの関係ー, *実験社会心理学研究*, 34, 33-43.
 - 2) Bies,R.J., Martin,C., &Brockner,J.(1993) Just laid off, but still a good citizen? Only if the process is fair. *Employees Rights and Responsibilities Journal*, 6, 227-238.
 - 3) 田上恭子・富澤登志子・北島麻衣子・工藤うみ(2012) グループワークを組み合わせた運動プログラムの心理的効果：糖尿病患者に対する効果的なプログラムの開発に向けて, *Asian Journal of Human Services*, 2, 67-80.
 - 4) Moonjung Kim, Heajin Kwon, Changwan Han, Noriko Sasaki, Yasuyoshi Sekita(2012) A comparative study on factor analysis of the disabled employment between Japan and Korea. *Asian Journal of Human Services*, 3, 153-166.
 - 5) 高藤昭(1994) 社会保障法の基本原理と構造, 法政大学出版局
 - 6) 内藤哲雄(2008) PAC 分析を効果的に利用するために, 内藤哲雄・井上孝代・伊藤武彦・岸太一(編)PAC 分析研究・実践集 1, ナカニシヤ出版, 1-33.

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 Society of Human Services and it is prohibited to publish through other journals without approval of Asian Society of Human Services after publication.

4. Qualification for Contribution

The authors who can submit manuscripts are limited to the members of Asian Society 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 article: Study or research with unique and clear conclusions
- 2) Short paper: 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: "Review article" 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 30 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 imposed on author.

13. Offprint

Not published

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 >

1 Senbaru, Nishihara-cho, Nakagami-gun, Okinawa, Japan

Faculty of Education, University of the Ryukyus

TEL/FAX 098-895-8417

E-mail: ajhs.hensyu@gmail.com

Publication Manual

1. The manuscripts must be submitted in Japanese or English.
2. Regardless of the English, Japanese language, download the format of paper from website(<http://ashs.asia/>), to create according to sample. We do not accept any document that does not comply with the sample. Submit in Word file at the time of your contribution. Refer to the following table when you need information by parts. Except author's page, the information of author(s) must not be included.

Category	Cover page in English	Keywords	Text	References	Tables & Figures
Original article	Less than 500 words	Less than 5 words	30page	Less than 40	Less than 10
Short paper	Less than 500 words	Less than 5 words	15page	Less than 20	Less than 4
Case report & Activity report	Less than 500 words	Less than 5 words	15page	Less than 20	Less than 4
Review article	Less than 500 words	Less than 5 words	30page	Less than 50	Less than 10

3. As for the number of pages of manuscript, see the above table.
4. The manuscript in Japanese must be written in Hiragana, colloquial style and Chinese characters in common use.
5. For the numbers, Arabic numerals must be used.
6. MKS (CGS) must be employed for quantity units including mm、cm、m、ml、 l 、g、kg、 cm^2 , etc.
7. 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®)
8. When using abbreviations in the manuscript, it should be written in Full spelling.
9. 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) 久保真人・田尾雅夫(1994) 看護婦におけるバーンアウト・ストレスとバーンアウトとの関係ー, *実験社会心理学研究*, 34, 33-43.
 - 2) Bies, R.J., Martin, C., & Brockner, J. (1993) Just laid off, but still a good citizen? Only if the process is fair. *Employees Rights and Responsibilities Journal*, 6, 227-238.
 - 3) 田上恭子・富澤登志子・北島麻衣子・工藤うみ(2012) グループワークを組み合わせた運動プログラムの心理的効果：糖尿病患者に対する効果的なプログラムの開発に向けて, *Asian Journal of Human Services*, 2, 67-80.
 - 4) Moonjung Kim, Heajin Kwon, Changwan Han, Noriko Sasaki, Yasuyoshi Sekita (2012) A comparative study on factor analysis of the disabled employment between Japan and Korea. *Asian Journal of Human Services*, 3, 153-166.
 - 5) 高藤昭(1994) 社会保障法の基本原理と構造, 法政大学出版局
 - 6) 内藤哲雄(2008) PAC 分析を効果的に利用するために, 内藤哲雄・井上孝代・伊藤武彦・岸太一(編)PAC 分析研究・実践集 1, ナカニシヤ出版, 1-33.

Asian Journal of Human Services

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

Honorary president

Takahito TAKEUCHI	International University of Health and Welfare Japan Power Rehabilitation Society Chairman
-------------------	---

Chairman

Japan	Keiko KITAGAWA	Saga University
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
	Hideyuki OKUZUMI	Tokyo Gakugei University
	Atsushi TANAKA	University of the Ryukyus
	Tetsuji KAMIYA	Tohoku University
	Akira YAMANAKA	Hokkai-Gakuen University
	Kyoko TAGAMI	Aichi Prefectural University
	Miho HIROSE	MR Staff President
	Ryoji ARITSUKA	Nagomi Mental Clinic
	Takeshi NONAKA	Japanese Association of Psychiatric Rehabilitation Chairman
	Katsunori MATSUDAIRA	CO.AQUAS President
	Ken OSHIRO	University of the Ryukyus

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

Gimin LEE

Korea Association of Senior Welfare Centers

Hyunuk SHIN

Jeonju University

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
Sub-Secretary General	Yuki TAKAHASHI	Baby Yoga associates,Inc.
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	Graduate School of Economice and Management, Tohoku University
	Sunhee LEE	Graduate School of Education Division, Tohoku University
	Minji KIM	Tohoku University of graduate school of medicine
	Heajin KWON	Graduate School of Economics, Ritsumeiken University
	Eunae LEE	Graduate School of Education, University of the Ryukyus
	Aiko KOHARA	Graduate School of Education, University of the Ryukyus
	Jiyoung HAN	Graduate School of Education, University of the Ryukyus
	Natsuki YANO	University of the Ryukyus
	Marie AOKI	University of the Ryukyus
	Sakurako YONEMIZU	University of the Ryukyus

Editorial Secretary

Japan	Kohei MORI	Graduate School of Educational Informatics, Tohoku University. Research Fellowship of the Japan Society for the Promotion of Science
Korea	Eunju LEE	Director, Dobong Senior Welfare Center

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
	Byong-Don SHON	Pyeongtaek University
	Kyung-Hee BYON	Hanshin University
	Chen Li TING	Sophia School of Social Welfare

Asian Journal of Human Services VOL.4

発行 平成 25 年 4 月 30 日
発行人 Keiko KITAGAWA ・ Youngjin YOON
発行所 Asian Society of Human Services
〒903-0213 沖縄県中頭郡西原町千原 1
TEL/FAX 098-895-8420

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、あらかじめ本学会の許諾を求めてください。

Printed in Japan

Asian Journal of Human Services
VOL.4 April 2013

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

-
- A Research Study on the Disaster Prevention and Disaster Risk Reduction
of the Rehabilitation Facilities for the Disabled..... **Keiko KITAGAWA**, et al. · 1
-
- Current Conditions and Effectiveness of the Housework Home Care Visiting Helper program in Korea..... **Sunwoo LEE** · 14
-
- Recognition of the Necessity of Practical Disaster Nursing Education
among Nursing Teachers in Japan..... **Hitomi MATSUNAGA**, et al. · 30
-
- The Relationship between Social Participation and the Health Related Quality of Life
of the Community-Dwelling Elderly in South..... **Sookkyoung BAE**, et al. · 40
-
- Inhibitory control measured using the Stroop color-word test in people
with intellectual disabilities..... **Yoshifumi IKEDA**, et al. · 54
-
- Memory Biases in Depression Investigated by the Process Dissociation Procedure
to Develop Countermeasure against Depression..... **Kyoko TAGAMI** · 62
-
- QOL-based research for laws that promotes the employment of persons with disabilities
-Analysis and examinations of using WHOQOL-..... **Haejin KWON**, et al. · 77
-

REVIEW ARTICLES

-
- Korean Rehabilitation Counseling Practice and Personnel Training..... **Hyunuk SHIN** · 88
-
- Theoretical Background of Health Related Quality of Life (HRQOL)
and Literature Reviews on its Definition..... **Aiko KOHARA**, et al. · 103
-
- Recent Research Trends in Survivor Syndrome
-After the Restructuring, the Psychology of the People who Remain in the Organization-..... **Kohei MORI**, et al. · 113
-
- Present Condition and the Subject of Infants with Disabilities Education and Childcare
- Focus to Schools for Special Needs Education Kindergarten Section-..... **Yoshio KOJIMA** · 121
-

SHORT REPORT

-
- Classification of the clinical characteristics for elderly patients with Alzheimer's-type dementia..... **Mayumi NOSE**, et al. · 137
-

ACTIVITY REPORT

-
- Analysis of the communication between volunteers and elderly people with dementia..... **Misako NOTO**, et al. · 149
-