

平成 28 年度 全国生活協同組合連合会助成事業  
「精神等の障害を有する聴覚障害者の  
相談・支援に関する調査・研究事業」  
報告書

社会福祉法人聴力障害者情報文化センター

平成 28 年度 全国生活協同組合連合会助成事業  
精神等の障害を有する聴覚障害者の相談・支援に関する調査・研究事業

目 次

|  |    |
|--|----|
| 報告書発行にあたって   | 2  |
| <b>I 「聴覚障害者の精神保健研究集会」と「聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会」<br/>報告書の文献研究</b> |    |
| 1 「聴覚障害者の精神保健研究集会」及び「聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会」<br>講演の総括と考察        | 3  |
| 2 「聴覚障害者の精神保健研究集会」及び「聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会」<br>講演一覧            | 5  |
| 3 「聴覚障害者の精神保健研究集会」及び「聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会」<br>講演要旨            | 7  |
| 4 「聴覚障害者の精神保健研究集会」事例発表の総括と考察                                 | 50 |
| 5 「聴覚障害者の精神保健研究集会」事例発表一覧                                     | 54 |
| <b>II 精神医療分野の取り組みについて</b>                                    |    |
| 精神科病院でのこれまでの取り組み   | 56 |
| <b>III 全国の聴覚障害者情報提供施設へのアンケート調査の実施</b>                        |    |
| 1 調査結果と考察  | 57 |
| 2 調査票  | 66 |
| <b>IV 座談会の開催</b>   |    |
| 座談会開催の目的とまとめ   | 69 |
| <b>V その他</b>   |    |
| 委員会委員等名簿   | 76 |

## 報告書発行にあたって

社会福祉法人聴力障害者情報文化センター  
理事長 中村 吉夫

精神や発達に障害のある聴覚障害者については、それぞれのケースに応じた適切な支援が求められます。しかしながら、現在、精神障害専門の相談機関や医療機関においては聴覚障害者への理解が必ずしも十分ではないため、受け入れが困難であったり、適切な対応が受けられないなど、当事者や現場で支援に当たる方々は多くの困難を抱えておられます。

そうしたなか、平成4年（1992）年から開催された「聴覚障害者の精神保健研究集会」では、聴覚障害と精神障害を併せ持つ方々への支援について、医療従事者や精神保健福祉士等による講演や施設での実践報告などが行われ、支援者や当事者、関係者らが支援の方法を模索してこられました。

当法人においては平成23（2011）年から、法人内での相談・支援事業をベースとして「聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会」を開催し、先の研究集会が平成25（2013）年に終了してからはその活動を引き継ぐ形で、毎年、聴覚障害と精神障害を併せ持つ方々への支援について、支援者、当事者、関係者がともに学び合う場を提供してまいりました。しかし、いまだ支援に関するマニュアルなどはなく、多くの困難を抱えながら、個々が工夫しながら対応されているのが現状だろうと思います。

このため、当法人では平成28（2016）年度に全国生活協同組合連合会の助成を得て、「精神等の障害を有する聴覚障害者の相談・支援に関する調査・研究事業」を実施することとしました。この調査・研究事業は、主として、これまでに蓄積された専門家の知見や研究成果、及び優れた実践事例研究資料の収集、分析、評価を行い、聴覚障害と精神障害等を併せ持つ重複障害者への理解の向上と適切な支援を可能とするための指針等を関係者に提供することを目標としています。実施に当たっては、当法人が事務局になり、これまで研究集会を牽引してこられた支援者や研究者に委員を委嘱し、次の5つの項目について調査・研究を実施しました。

### 1. 専門家の知見や研究成果の収集

21年間の「聴覚障害者の精神保健研究集会」及び5年間の「聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会」の講演内容と事例研究をまとめ、それぞれに考察を加えました。

### 2. 収集した事例等の分析・評価のための検討会の開催

項目1でまとめた内容について、3回の委員会と4回の小委員会を開催し、詳細な検討を行いました。

### 3. 関係機関へのアンケート調査

全国聴覚障害者情報提供施設協議会の協力を得て、全国各地の聴覚障害者情報提供施設を対象に、聴覚障害と精神障害を併せ持つ方々への支援の現状を調査して、取りまとめました。

### 4. 相談員等が直面している課題と意見の聴取

「事例検討研究会」を開催しました。その場では、全国的に見て先進的な取り組みが行われている関係機関を選定し、4つの事例報告をしていただきました。これを相談支援に携わっておられる方々と委員で検討しました。

### 5. 実践場面及び研修用資料等の映像製作と編集

長年にわたり聴覚障害者の精神医療に取り組んでこられた先駆的な医師等のご協力を得て、これまでの支援方法・内容等についてのインタビュー調査と模擬診察場面等の映像収録を実施させていただきました。

これらの取り組みから、25年間の長きにわたり開催されてきた研究集会及び研修会では、毎回先駆的報告や活発な意見交換が行われてきたにもかかわらず、それらが必ずしも継続して積み上げられておらず、現場の支援に十分生かされていないことが明らかになりました。また、支援者への研修体制が十分でなく、研修を行うための技術や方法に関する研究がなされていないことも大きな課題であることが明らかになりました。

本調査・研究事業の目指すところは、精神や発達に障害のある聴覚障害児・者に対する地域の相談支援体制作りに役立てることです。今回整理できたデータは大変貴重なものであり、相談支援に関する対応指針等を作成するために活用できると考えています。この成果が、精神等の障害を有する聴覚障害者の相談・支援のレベルアップにつながり、聴覚障害児・者の福祉の向上に寄与することを期待しています。

終わりになりますが、本調査・研究事業に助成をしてくださった全国生活協同組合連合会と委員の皆様をはじめ協力をいただいた方々に改めて感謝を申し上げ、引き続きのご支援・ご協力をお願いいたします。

# I 「聴覚障害者の精神保健研究集会」及び「聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会」報告書の文献研究

## 1. 「聴覚障害者の精神保健研究集会」及び「聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会」講演の総括と考察

平成4(1992)年から平成24(2012)年までの21年間に21回開催された「聴覚障害者の精神保健研究集会」と、平成23(2011)年から平成27(2015)年までの4年間に4回開催された「聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会」、すなわち25回にわたる会において、合計43本にわたる講演が行われた。

これらの講演の内容を分野別に分類すると、福祉分野17本(39.5%)、医療分野10本(23.3%)、心理分野8本(18.6%)、教育分野5本(11.6%)、総合的な内容3本(7.0%)であった。これらの中には、海外における精神障害と聴覚障害を持つ方々への支援体制などに関する発表が3本あり、講演者はイギリスから1名、アメリカから1名で、日・英語通訳と手話通訳が用意された国際色豊かな講演もあった。

また、43本の講演を行なって下さった講演者の職種を分類すると、ソーシャルワーカー12名(27.9%)、医師12名(27.9%)、教育・研究者8名(18.6%)、心理士6名(14.0%)、ろう学校教諭2名(4.7%)、言語聴覚士1名(2.3%)などであった。そのほか、映画監督、障害当事者、障害者当事者団体の職員による講演もあった。

これらの43本の講演内容について、精神障害を持つ聴覚障害者を医療、福祉、心理の側面から支援されてきた貴重な取り組みについてお話ししていただくことにより、参加者には多くのことを学ぶ貴重な機会となった。これらの講演者に対して、心から御礼を申し上げたい。

25年間という四半世紀におけるこれらの貴重な講演の要旨を読んでもいただき、その当時の時代背景を振り返るとともに、時代の変化に伴い、環境がどのように変わってきたのか、支援体制がどのように改善されたのか、まだ改善されていないことは何かなど、今後の支援体制を作るためには何が課題かなどを確認していただきたい。

また、これらの貴重な資料から、今後の精神障害や発達障害を持つ聴覚障害児・者の医療サービス体制、相談支援体制、福祉サービスの提供、地域生活支援体制など、様々な課題を検討するとともに、医療、心理、福祉、教育など様々な分野にわたる各種専門職がどのような知識と技術を習得しなければならないかを明らかにし、それらを習得し、知識・支援技術の向上を可能とするために、今後の研修会で活用できるような「実践指導マニュアル」などが開発されることを期待したい。

※講演者氏名、肩書き、所属等は発表当時のものである。

※文中、「分裂病」は旧病名であり、現在は「統合失調症」となっている。

## 2. 「聴覚障害者の精神保健研究集会」及び「聴覚障害者の精神保健福祉を考 える研修会」 講演一覧

| NO.              | 掲載集<br>NO. | 西暦   | 和暦    | 講演発表タイトル   | 発表者      |
|------------------|------------|------|-------|--|----------|
| 「聴覚障害者の精神保健研究集会」 |            |      |       |  |          |
| 1                | 1          | 1992 | 平成4年  | 聴覚障害者の精神障害について   | 藤田 保     |
| 2                | 2          | 1993 | 平成5年  | 聴覚言語障害更正施設における心理相談の試み                                      | 河崎佳子     |
| 3                | 2          | 1993 | 平成5年  | 医師としてのネットワークづくりのあり方  | 林 行秀     |
| 4                | 3          | 1994 | 平成6年  | こころの病と家族のこころ 病気・障害者へ家族のかかわり                                | 滝沢武久     |
| 5                | 3          | 1994 | 平成6年  | A病院聴覚障害外来の試み   | 古賀恵里子    |
| 6                | 4          | 1995 | 平成7年  | 地域での生活を支援する立場から  | 上野容子     |
| 7                | 5          | 1996 | 平成8年  | ろう者への援助、英国、世界の状況   | B・Tモンテイロ |
| 8                | 5          | 1996 | 平成8年  | ～聴障者の世界に触れて～2つの実態調査を終えて考えたこと～                              | 滝沢広忠     |
| 9                | 6          | 1997 | 平成9年  | 老年期聴覚障害者の精神保健について  | 藤田 保     |
| 10               | 7          | 1998 | 平成10年 | 不就学のろうあ老人について  | 鳥越隆士     |
| 11               | 8          | 1999 | 平成11年 | 障害受容とピアサポート  | 南雲直二     |
| 12               | 9          | 2000 | 平成12年 | 聞こえない人の体験にふれて  | 古賀恵里子    |
| 13               | 10         | 2001 | 平成13年 | 精神科的病気と精神医療について  | 吉松和哉     |
| 14               | 11         | 2002 | 平成14年 | ニューヨーク・レキシントンろう学校におけるメンタルヘルスと発達早期の母子支援                     | 河崎佳子     |
| 15               | 12         | 2003 | 平成15年 | 新生児スクリーニング検査について   | 木島照夫     |
| 16               | 12         | 2003 | 平成15年 | 聴覚障害児への早期支援について  | 菅原仙子     |
| 17               | 13         | 2004 | 平成16年 | 社会福祉基礎構造改革における障害をもつ人たちの地域生活と精神保健」－介護保険との統合問題で我々の生活はどうなるのか－ | 谷口明広     |
| 18               | 14         | 2005 | 平成17年 | 聴覚障害者の精神保健に関わって  | 大塚淳子     |
| 19               | 15         | 2006 | 平成18年 | 聴覚障害のある人とともに歩み生きることを目指して－やどかりの里から－                         | 増田一世     |
| 20               | 15         | 2006 | 平成18年 | 歩みは遅いけれども－支援の広がり求めて－                                       | 筒井優子     |
| 21               | 15         | 2006 | 平成18年 | 精神科クリニックからみた障害者自立支援法(いわゆる閉じこもり支援法)の問題点                     | 須賀一郎     |
| 22               | 16         | 2007 | 平成19年 | 医療・教育・福祉労働者の健康問題を考える                                       | 埜田和史     |
| 23               | 16         | 2007 | 平成19年 | ミニ講演 支援者に必要なセルフケア  | 大塚淳子     |
| 24               | 17         | 2008 | 平成20年 | 現代社会とうつ病－ばらばら・孤立・競争からつながり・連帯・共創へ－                          | 天笠崇      |
| 25               | 17         | 2008 | 平成20年 | 特別報告 ろう者とメンタルヘルスカウンセリング・通訳・ろう文化の認識                         | 蔵重ゆかり    |
| 26               | 18         | 2009 | 平成21年 | 社会不安障害とその治療 心理士の立場から                                       | 細谷紀江     |

|                       |      |      |       |   |              |
|-----------------------|------|------|-------|---|--------------|
| 27                    | 19   | 2010 | 平成22年 | 精神障害のある人の社会生活力を高める支援                        | 奥野英子         |
| 28                    | 19   | 2010 | 平成22年 | 「共に生きる」を考える                                 | 濱田良介         |
| 29                    | 20   | 2011 | 平成24年 | アラバマ州におけるろう者に対する精神保健サービスと災害時緊急対応            | ステイブ・ハマーディング |
| 30                    | 20   | 2011 | 平成24年 | 働きたいを実現するための効果的な支援                          | 倉知延章         |
| 31                    | 21   | 2012 | 平成25年 | 被災地支援の1年を振り返って 東日本大震災聴覚障害者中央本部の活動           | 久松三二         |
| 32                    | 21   | 2012 | 平成25年 | 被災地への想いを寄せて                                 | 今村彩子         |
| 「聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会」 |      |      |       |   |              |
| 33                    | 23年度 | 2011 | 平成23年 | 聴覚障害者外来の取り組みから                              | 藤田保          |
| 34                    |      | 2011 | 平成23年 | ミニクチャー 精神保健福祉の動向                            | 大塚淳子         |
| 35                    | 25年度 | 2013 | 平成25年 | 講義 疾病の理解について                                | 片倉和彦         |
| 36                    |      | 2013 | 平成25年 | 講義 生活支援の視点から                                | 大塚淳子         |
| 37                    | 26年度 | 2014 | 平成26年 | 聴覚障害と精神障害をあわせもつ人の支援について                     | 赤畑淳          |
| 38                    |      | 2014 | 平成26年 | ミニクチャー 聴覚障害者の精神疾患とコミュニケーション 精神科医の立場から       | 片倉和彦         |
| 39                    |      | 2014 | 平成26年 | 当事者理解のための講座 ろう者のこと                          | 野澤克哉         |
| 40                    |      | 2014 | 平成26年 | 当事者理解のための講座 中途失聴・難聴者のこと                     | 濱田豊彦         |
| 41                    |      | 2014 | 平成26年 | 当事者理解のための講座 盲ろう者のこと                         | 前田晃秀         |
| 42                    | 27年度 | 2015 | 平成27年 | 発達障害を有する聴覚障害者の困難と支援                         | 濱田豊彦         |
| 43                    |      | 2015 | 平成27年 | ミニクチャー 成人聴覚障害者の適応障害・発達障害に向き合って 心理的支援の実践をもとに | 甲斐更紗         |

### 3. 講演要旨

#### 講演要旨-1

| 開催年月日   | 講演テーマ          | 講師氏名                                   |
|---|----------------|--|
| 1992年<br>6月20日～21日<br>〔第1集〕   | 聴覚障害者の精神障害について | 藤田 保<br>(京都市聴覚言語障害センター<br>琵琶湖病院 精神科医師) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神障害には内因性、外因性、心因性という大きく3つの分類の方法もある。まず、外因性の中には、体因、つまり体の病気とか、体に原因がある場合も含まれる。</li> <li>・ 精神障害を持つ聴覚障害者を沢山集めるのは難しく、発生率の正しいデータはないと言える。但し、内因性精神疾患の発生率は健聴者も聴障者も同じくらいと論文では言われている。</li> <li>・ 精神分裂病の診断には、ろうの場合は注意が必要。言いかえると、誤診しやすいので気を付ける必要があると論文で紹介されている。具体的には、病識、つまり自分が病気であるという自覚、認識することが乏しい。感情がすぐ変わる、思考内容、疎通性が乏しいなどは、普通のろう者にもみられることがあり、そのような症状があっても即分裂病と診断してはいけない。</li> <li>・ ろう者の精神問題に関する意味ある最初の論文として、1964年の「スルドフレニア」という発表がある。「スルド」とは「ろう」、「フレニア」は「精神の病気」という意味で、藤田は仮に「ろうあ精神症」と言っている。</li> <li>・ 聴障者の心因反応を考える時、適応障害も含まれている。もし、ろうあ精神症と言われるような特異な人格が形成された場合には、適応障害や心因反応は起こり易いだろうと理論的には考えられる。</li> <li>・ 心因反応を考える場合、心因反応を起こす人の問題は、環境問題とのかかわりがある。社会適応し難い人格の人がいても、受容的な環境があれば発症しないで済む。聴覚障害はコミュニケーション障害でもあり、社会適応技術を身につけることで心因反応も適応障害も減らせることが可能である。</li> <li>・ フィンランドでの第10回世界ろう者会議の心理学精神医学分科会で、ろう学校で心理劇をして卒業した生徒は、社会適応が非常に良かったという報告があった。つまり在学中に社会に出た時の状況を、劇のような形で演じることで卒業前に身につけた。適応障害や心因反応を減らすための試みとも言える報告であった。</li> </ul> |                |  |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題〕</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 聴覚障害者の精神障害に関する学会発表論文もデータも非常に少なく、精神分裂病でも健聴者と同率の0.8%の発生率ではないかと言われるが根拠がないと指摘している。</li> <li>② 聴覚障害者の精神障害としては、心因反応や適応障害と言われる診断名が多い。しかし、受容的な環境があれば受診の必要もなく発症しないで済む。社会生活の適応技術を受けられる環境整備が必要と警鐘を鳴らす内容である。</li> <li>③ 聴覚障害者の精神分裂病は誤診されやすい。理由は、聴覚障害者の行動特性が理解されず、感情がすぐ変わるとか、思考内容や疎通性が乏しい等の症状から診断され、入院ということもある。聴覚障害者の精神医療分野にかかわる関係者も、一般診療場面で起こる診断には厳しく対応する必要があるという今後の課題でもある。</li> </ol>  |                |  |



| 開催年月日   | 講演テーマ                      | 講師氏名                                 |
|---|----------------------------|--------------------------------------|
| 1993年<br>6月19日～20日<br>〔第2集〕   | 聴覚言語障害者更生施設における<br>心理相談の試み | 河崎 佳子<br>(佛教大学心理クリニックセン<br>ター 臨床心理士) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1990年から聴言センター（京都）にて囑託の立場で週1、心理相談（1993年からカウンセリングと名称変更）開始。正式な所属は佛教大学心理クリニックセンター。料金制で外来相談担当。</li> <li>・ 聴言センターの指導員からカウンセリングの依頼を受けた訓練生（通所・入所）を対象に時間枠を決めて毎週面接を行う。その人の病理水準、どういう問題を示しているか、コミュニケーション能力等に合わせて、10～60分の間で時間枠を設定し、ずっとその時間で面接を行う。</li> <li>・ 面接内容はその都度指導員に報告し、指導員とも情報交換。精神障害を持つケース、医療が必要なケースに対しては、藤田先生（囑託医）にも関わってもらっている。年3回、全指導員と藤田先生、自分とでケースカンファレンスを行う。コミュニケーション手段は、絵や身振り、手話、筆談等、その人の能力に合わせる。</li> <li>・ その人が何を考えて何をしているのかということに思い切り関心を寄せながら聞いていく。その中で、おかしいことや妙なことをしたり繰り返したりするそれなりの理由が見えてきて共感できる内容が表れてくるので、それを確認しあう。</li> <li>・ カウンセリングでは「内的現実」に付き合う。ありえない内容（妄想）であっても限られた時間の中で時間が来るまでとことん付き合い、「あなたにとっての体験」として聞く。妄想を持ちながら日常生活をきちんとやって行き、たまった分、しんどい分を毎週必ず語れる場を保障する中で現実面での安定を目指す。</li> <li>・ 体験を二人でやり直す。体験を語ってもらい、何があったか、そのとき本当はどう感じたかを二人で体験しあう。聴覚障害者は言語化能力が乏しくなるため、絵や身振り、手話などで体験に言葉を付けていくことを一緒にする。その人の中でどんなに感情的に体験されているものであっても、言葉にしてみたらお互い納得できることが「内的現実」として起こっているということを大事にしながら言葉を付けていく。</li> <li>・ 症状は一つの「守り」。手洗いの強迫行動の例。無意識的にその行動に逃げ込んでいると考え、苦しいけれども受け入れるという時間をカウンセリングの中で体験していくと結果としてその行為は減ってくる。症状を取るのではなく、取れたところに何を埋めるのかということ。</li> <li>・ 発達には様々な発達のラインがある。「認知発達」「言語発達」「人格発達」「道徳性の発達」「社会性の発達」等のラインの中で、その人がどの発達ラインの中にいるのかを見極め、その段階でどんな援助を含めながら関わっていくことが必要なのかを考える。発達は互いに影響を及ぼしあうため、一つの発達ラインが伸びていくと他の発達ラインも影響を受ける。</li> </ul> |                            |                                      |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りには有効な内容・課題〕</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 福祉と心理の領域は離れているが、施設すべてに心理を専門にするスタッフを1～2人置けば、心理の立場からのコメントが出せたり調整役になれる。</li> <li>② 教育の領域では学校にカウンセラーを置く学校が増えた。福祉と連携しながらの領域拡大。</li> <li>③ 心理領域で問題提起はできるが、手話に関心をもつ心理職が出て就職先の問題がある。福祉領域での心理職が正職員として給料をもらえて食べていけるような施設体制作り。</li> </ol>   |                            |                                      |

| 開催年月日   | 講演テーマ               | 講師氏名                        |
|---|---------------------|-----------------------------|
| 1993年<br>6月19日～20日<br>〔第2集〕   | 医師としてのネットワークつくりのあり方 | 林 行秀<br>(東京大学附属病院<br>精神科医師) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 言葉でのやり取り、関わり方が大きな要素である精神科の診察において、コミュニケーションがスムーズにいかない聴覚障害者は最初の入り口からつまずきやすくなる問題について、聴覚障害者自身・取り巻く集団・家族・聴覚障害者を取り巻く地域社会・医療機関に分けて論じている。</li> <li>・ 二次的な自我の発達への影響のようなもの、自我を確立する力、問題解決していく力が何らかの理由で不十分であったときに心因反応的現象を起こしやすい。</li> <li>・ 中途失聴という大きな衝撃体験を乗り越える際の最初の窓口の整備。</li> <li>・ 先天性の聴覚障害者の場合、家族が抱え込むことによって他の人との接触が限られ、社会性がある程度落ちてしまうことによる問題が多いのは、社会の問題。アイヌや在日朝鮮人の例のように異文化や異質なものを受け入れようとしない日本人の特徴が、聴覚障害者を含めたいろいろな問題を排除する構造を作り上げている。</li> <li>・ 精神障害者のための中間施設、中間システムがない。福祉関係者の中にも十分な理解がない人もおり、規則の中で法の網目をかいくぐって柔軟に対応してもらえないことで退院支援がスムーズにできないケースがある。</li> <li>・ 聴覚障害者が利用しやすい院内環境の整備や手話のできる人を病院が養成しようとする努力はなされておらず、個人の努力に任されている現状がある。</li> <li>・ 診療の場で聴覚障害の患者がいるにも関わらず、医師が通訳者と話をすることで患者との関係が良くなり、手話通訳が入ることが逆効果になることもある。</li> </ul> |                     |                             |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題〕</p> <p>① ネットワーク作り<br/>関係者同士のネットワークだけではなく、障害者に関わっている人以外のいわゆる「普通の人」を含めたネットワーク作り。<br/>FAX を使ったの交流や情報ネットワーク化。FAX やネットで聴覚障害者や彼らに関わっている人たちからの質問や悩み、事例を共有化し、オンラインでの検討を可能にできるような仕組み作り。<br/>精神科の窓口の整備、関係者の内輪の連絡を密にするだけでなく、一般の障害のない人たちへの情報ネットの必要性、情報の扱い方等は大事にしなければならない。</p> <p>② 医療機関における聴覚障害者への対応の工夫<br/>職員と患者の関係が大切な精神科、デイケアにおける手話で会話ができるような環境づくり。<br/>手話の普及によって聴覚障害は認知され始めているが、手話を知らない人、手話や筆談ができない聴覚障害者たちへの対応。精神障害はまだまだ認知されていない。精神障害のある聴覚障害者を取り上げた論文は一つだけしか扱われていない。聴覚障害と精神障害の二つの領域間の交流は大切だが、どのような点に目標を置くか。</p>  |                     |                             |

| 開催年月日  | 講演テーマ                          | 講師氏名                         |
|--|--------------------------------|------------------------------|
| 1994年<br>6月18日～19日<br>〔第3集〕  | こころの病と家族のこころ<br>病気・障害者へ家族のかかわり | 滝沢 武久<br>(全国精神障害者家族会連合会常務理事) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日本障害者協議会の政策委員長という立場で、家族が心の病を体験した立場から話した。</li> <li>・ 精神医学での「精神分裂病、」とか、「神経衰弱」、「ノイローゼ」、「心因反応」など、共通理解になっていない。</li> <li>・ 「こころを病む」という言葉の使い方ではなく、歴史や置かれた環境でも解釈が異なる。兄の最初の診断名は「神経衰弱」で、その後、病名が神経症、精神分裂病、躁うつ病、非定型精神病等と6つも変わり、その都度、家族はその病名に翻弄された。</li> <li>・ 昭和30年、40年代の精神病に対するイメージは、遺伝する、危険、治らない、そして事故を起こし社会に迷惑をかける存在、家族全体がそれを背負って不安な中で生きていた。</li> <li>・ 葛藤を超えてPSWになったが、内側から見れば見るほど、精神病の診断はついても適切な治療がされておらず、退院後も受け皿である家族や地域社会には応援する仕組みがなかった。</li> <li>・ 当時の多くの精神病院は薬物治療が主で効果は期待できず、再発、再燃がしばしばであった。</li> <li>・ SWの時出会った聴障者は、障害故に自分の意見がうまく表出できず、家族とのコミュニケーショントラブルによる入院が多かった。</li> <li>・ 家族を支える、あるいは患者を支えるという時、肯定的に暖かく、ゆとりをもって応援することが大切である。</li> <li>・ 社会復帰をする精神障害者には、社会の多様な価値観、人間が多様に生きていく生き方に対して、私達関係者がもっと目を開いて支援することが大切である。</li> <li>・ 海外視察で学んだことは、日本の家族会は、9割が精神障害者を持った肉親であるが、海外では一般市民の参加によってかなりバランスよく運営されている。いろいろな価値観やエネルギーがそこに共有され、家族も励まされて健康な部分も共有していけて、閉鎖的な運動を回避できる。</li> </ul> |                                |                              |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題〕</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 精神障害者の家族を持った体験から、その当時の悩みや心理的葛藤を吐露した報告である。閉鎖的な地方都市での偏見、「精神障害」という診断が下す残酷さが、家族全員の苦しみともなり、時代的な背景が醸し出す内容ともいえる。</li> <li>② 自らPSWとなり、専門家という立ち位置から、日本の精神医療に対する仕組み、制度の問題であると気づかされた。社会で役に立ちにくい人をお預かりする収容施設（精神病院）、それを背負わせてきた政治や行政、社会資源の少なさが精神医療の現実であった。</li> <li>③ 精神医療の専門家や関係者と言われる時、当事者が社会参加をして始めてかかわりや支援の成果と言える。精神医療の意識や考え方だけでなく、社会の広範囲の価値観、人間は多様性があるという視点で対処するという提言もしている。</li> </ol>  |                                |                              |

| 開催年月日  | 講演テーマ        | 講師氏名               |
|--|--------------|--------------------|
| 1994年<br>6月17日～18日<br>〔第3集〕  | A病院聴覚障害外来の試み | 古賀 恵里子<br>(A病院心理士) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 平成5年4月に「聴覚障害外来」が開設され、1年間の患者数は509名、クリニックが135名で、精神的な患者は41名で、男性は適応障害、女性は神経症性不眠という診断。神経症性不眠というのは、精神的な要因で身体の訴え、不定愁訴があり、精神状態もイライラや不安のある方につけられる診断名である。スタッフが不十分だったが必要に迫られて5名の入院患者を受け入れた。</li> <li>・ 41名の精神的な関与が認められた患者は、①対人関係の問題、②抑うつ、不安などの神経症状の問題、③暴力などの問題行動、④職場不適応で引きこもり、の4つに分けられた。<br/>対応方法は、医師とPSW、心理士の三者でかかわり、すべての患者に、イ)、Dr.がまず面談、ロ)、すべて精神科医が関わる。内科的な疾患は他の医師、ハ)、PSWは手話通訳士を兼ね社会的な背景を理解した上で家族、関係機関との調整、ニ)、心理士は心理検査をし、必要な情報を他のスタッフにも伝え、必要に応じてカウンセリングを実施した。</li> <li>・ 困難例は、地域のネットワーク作りを大切にして、他機関との連携、ケース会議を実施した。</li> <li>・ 「聴覚障害者診療マニュアル」を作成し、院内手話サークルも作り、スタッフの手話技術向上を図り、チーム医療でスタッフ会議とか、経過確認、問題点の整理等を行った。</li> <li>・ 聴覚障害専門病棟を設けるのが良いのか、健聴者と混合でやるのが良いのかという問題も提案された。病棟内の緊急警報装置、視覚的な表示、スタッフの聴障者への理解とかコミュニケーション技術の向上とか、いろいろの課題がみられた。</li> </ul> |              |                    |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りにも有効な内容・課題〕</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 国内で初めての聴覚障害者専門外来の開設、入院病棟も順次開設という、精神医療の治療現場に歴史上の大きな一歩となった報告である。</li> <li>② 精神科医自身が聴覚障害者で、コミュニケーションが円滑に行われ、安心して診療が受けられる体制ができた。スタッフも開設以来、手話技術を上げ、コミュニケーション環境が保障されるという面で画期的な内容である。</li> <li>③ 開設1年目の報告ではあるが、聴覚障害者の精神治療にとっては朗報であり、日本の精神医療分野においても欧米に比し、50年の遅れを一步でも取り戻し、今後このような専門医療機関が更に増えることが期待される。</li> </ol>  |              |                    |

| 開催年月日  | 講演テーマ           | 講師氏名                                  |
|--|-----------------|---------------------------------------|
| 1995年<br>6月17日～18日<br>〔第4集〕  | 地域での生活を支援する立場から | 上野 容子<br>(ハートランド事務局長<br>ハートランドひだまり所長) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 昭和53年から17年間ソーシャルワーカーとして、精神病院退院後の当事者の地域での生活支援を行っている。</li> <li>・ その基本は、精神病院のPSWとして、精神病退院後の居場所作りの必要性を感じて、精神科医と一緒に公的補助金・心身障害者の通所訓練事業費を活用して開設した。</li> <li>・ 診療所の空間ではなく、地域にAランクの15人の作業所、グループホーム、ショートステイ等を次々と設立、精神障害者が地域で自立するための支援活動を実践した。</li> <li>・ 介護保険法・介護事業がまだ開始していない時に、先駆けて近隣の独居高齢者のための配食サービスを行い、コミュニケーションカフェ・喫茶も経営し、家から出かける居場所作りも積極的に行った。</li> <li>・ 自立するには経済的な裏付けが必要で、この当時に工賃が1人5万円であった。また、100食配食できた時には、500円の大入り袋を出すなど、障害者目線で喜びと励ましながらの自立支援であった。</li> <li>・ ある程度精神的に安定した方は、グループホームに入所して就労訓練、一般就労支援への道筋もつけた。</li> <li>・ 作業内容は、配食や区からの委託事業（印刷関係で、時給650円）、意欲を育てる先駆的な取り組みをし、当事者のニーズに合わせて地域で自立できる生活支援を行った。</li> <li>・ 入院患者の退院プログラムにショートステイを取り入れ、退院までに何回か試行し、自立へのクッション作りも行った。</li> </ul> |                 |                                       |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題〕</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 昭和53年代は、精神障害者の退院後の受け皿がなく、長期入院で家族との関係も希薄になり、支援が受けられないなか、精神科医と共に地域に居場所を作り、実践して行った画期的な内容である。</li> <li>② 作業所の次に、自立に向けた生活訓練の場としてグループホームを設立する。失われた人間関係の体験の場としても、当事者のニーズに合わせた実践報告である。</li> <li>③ この当時は、福祉と保健は行政の窓口が異なり、横のパイプがないための縦割り行政の弊害をもろ受け、設立までのご苦労が多々あった。しかし、関係者の努力で長期入院患者を減らし、社会復帰への受け皿のモデルでもある。</li> </ol>  |                 |                                       |

| 開催年月日   | 講演テーマ            | 講師氏名                      |
|---|------------------|---------------------------|
| 1996年<br>7月6日～7日<br>〔第5集〕   | ろう者への援助、英国、世界の状況 | B・T モンテイロ<br>(イギリス・精神科医師) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 何故、ろう者への特別サービスが必要か。障害が人により様々であること、失聴年齢によっても異なるからである。成人後に失聴した人は再び聴者の世界に適応することを切望するが、言語獲得期以前のろうは言語発達がスムーズにいかないという基本的問題をもつ。読話や書字は獲得が困難であり時間がかかることから、手話に接することが人生の形成期において有効。</li> <li>・ 精神科医と患者とのコミュニケーション(以下コミ)が正しく取れていない場合、精神疾患の誤診や知的障害などがあるとの誤診等の様々な問題が生じ、その中には診断における「落とし穴」も含まれる。</li> <li>・ 様々なタイプのろう者、ろう文化、言語的、社会心理状況やコミ方法の理解、失語症や自閉症等のコミ障害についての理解等、精神科医がろう者と関わる時は特殊な技術が求められる。</li> <li>・ 国立ろう精神保健センターは、ジョン・デンマーク博士により1964年に外来が作られた。スコットランド、アイルランドでも月に1回の診察。1995年の患者数は232名。</li> <li>・ 地域の保護サービスとの連携。外来診察と重度障害の限られた患者には在宅診療があり、日中滞在型サービスと入院診療がある。刑務所、再拘置所、保護観察所でも診察を行う。</li> <li>・ 狭いろう社会の中での情報伝播を気にする人の為にインサイトのカウンセリングを設けた。</li> <li>・ 家族内のコミ問題を抱える子どもが多い。知的障害や精神障害の誤診が多いため、的確なテストを行ったり患者の状態を正確に診断する。犯罪を犯した人の抱える精神的問題や治療を正しい環境下で行う。感情的、性的、肉体的等虐待についてはカウンセリングやサポートを行う。</li> <li>・ 精神療法やカウンセリングは、手話通訳者は入らず直接手話で行われる。44人のスタッフ中ろう者が14人、うち8人がカウンセリングの訓練を受けている。</li> <li>・ 日本語能力が低い人にはプログレッシブ・ネプリシーのテストを行う。いろいろなデザインの図を当てはめていく。心理テストは、MMPI(パーソナリティテストの改良版)を使用。ビデオや手話、写真を使う。精神的問題を抱えている人を判定する時はGHQ(精神的健康尺度)。</li> <li>・ センターを中心にデイセンター、寮施設等の地域サービス、ろうあ老人ホーム、ステッピングストーン(中間施設)、王立ろうあ協会、ろう学校(重複障害児施設)等が点在している。</li> <li>・ 英国で精神科医が5人と乏しい原因としては、医学を学ぶ際にろう者に対する理解を学ぶ機会が少ないため。卒業後の訓練として医学生や医者をまずセンターで研修させる計画を立案中。</li> </ul> |                  |                           |
| <p>[今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 「医療モデル」ではろう者は障害であり社会的不利であるが「文化モデル」の側面からはろう者は自身の言葉、文化を持つ。ろう者の精神保健の必要性を考える上でこれはとても重要なカギ。</li> <li>② 手話通訳者は精神医学の知識が必要。英国では精神保健用語の訓練施設がある。ろう者に関わる専門家は手話ができることが第一条件で、SWはろう者の要求に対応するため、特に求められる。</li> <li>③ 「認識」はろうやろう問題への認識を持つ。「アクセス」はろう者が気軽に利用できる場所がそこにあること。「利用可能」はろう者が住んでいる場所で精神保健に関するサービスを受けられること。「教育的」は聴者と同様に、ろうの専門家にも精神医療や保健に関する知識や技術を身につける機会の提供。「積極的な協力」は様々な組織がお互いに協力し合い、積極的に活動する。この「5つ」を満たしたサービスを考え、機能しているかのチェックを行う仕組みを作る。</li> </ol>  |                  |                           |

| 開催年月日   | 講演テーマ                              | 講師氏名                 |
|---|------------------------------------|----------------------|
| 1996年<br>7月6日～7日<br>〔第5集〕   | 聴覚障害者の世界に触れて<br>～2つの実態調査を終えて考えたこと～ | 滝沢 広忠<br>(札幌学院大学 教授) |
| <p>＜中途失聴者の心の悩みについて＞1995年第4回当研究会で発表。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ もともと備わっていた聴力が低下し聞こえが悪くなるという、かなり精神的ショックを受ける体験をいかに受容していくか。抱えている悩みやその悩みの受け止め方、心理的援助の有無などを把握。中学以前と中学以降の失聴者とで明らかに違いが認められた。物心ついてからの失聴はかなり悲観的になりやすく、現在も否定的な受け止め方をしている人もおり、障害受容は簡単ではないとの実態が明確化された。</li> <li>・ 軽度の場合、聞こえにくいことに自分自身が気づいていなかった人、周囲、特に親や兄弟の無理解のため関係が気まづくなったケースや、学校の授業についていけない、職場の理解が得られない、結婚ができない、結婚しても夫やその家族の理解が得られない、出産をめぐる問題等、社会的な生活送る上での問題が見られた。</li> <li>・ 臨床心理士の存在を知らない人が4分の3いた。悩みのある聴者でもカウンセラーにはなかなか結び付かないことから、心理的援助を受けるといふ土壌が日本では十分育っていないのかもしれない。聴覚障害者の気持ちを理解してカウンセリングできる専門家の少なさも課題。</li> </ul> <p>＜精神病院で治療を受けている聴覚障害者の実態について＞1995年心理臨床学会にて発表。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者とのコミュニケーションは十分でないという結果が出ているにもかかわらず、痴呆や知的障害の診断名が相対的に多い。北海道に手話のできる精神科医師、臨床心理士は一人もいないという事実から、痴呆や知的障害が多いという結果は誤診された患者が含まれている可能性を示唆している。</li> <li>・ 診療の場から手話通訳者が締め出されたり、ろうあ者相談員に的確な説明がなされないなどの問題もある。</li> </ul> |                                    |                      |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題〕</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 中途失聴者とろう者それぞれで聞こえの保障や障害受容ができるような心理的援助が大切。</li> <li>② 健康なろう者の心の問題を明らかにする必要があるのではないか。正常なろう者を知らなければ異常なろう者が分からない。</li> <li>③ 聴覚障害者に合った心理検査の開発。日本では聴者の検査をそのまま使っており、聴覚障害者はコース立方体の検査をよく使う。WAISは動作性だけやることがあるが、それだけでの判断は困難。</li> <li>④ 医療従事者は精神神経学会や心理臨床学会等、専門家集団の中での積極的発言や具体的に行動に移していくことが必要。</li> <li>⑤ どのコミュニケーション手段が良いかではなく、日本語対応手話であっても相手を理解しようとする気持ちが大切。</li> <li>⑥ 手話通訳者の役割の明確化。手話通訳者としての立場、役割があり、自分の意見を挟むべきではない。手話のできる専門家をどんどん育てていくことも大切。聴覚障害者の置かれている立場を代弁できるのは手話通訳者しかいないが、行き過ぎた対応は問題である。</li> </ol>  |                                    |                      |

| 開催年月日   | 講演テーマ             | 講師氏名                  |
|---|-------------------|-----------------------|
| 1997年<br>7月5日～6日<br>〔第6集〕   | 老年期聴覚障害者の精神保健について | 藤田 保<br>(琵琶湖病院 精神科医師) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 老年期は社会的地位、経済的基盤などの喪失、身体的機能や知的機能の衰えなどの諸体験が重なり社会集団から離れがちになり、頑固、保守的、自己中心的、猜疑的、心気、抑うつ的な傾向や特性が発展して精神的な病理症状に発展することがある。</li> <li>・ 老年期精神障害は、器質的なもの（せん妄、痴呆）と機能的なもの（感情障害、幻覚妄想、神経症等）に分類され、①原因が多因性、②身体疾病が随伴していることが多い、③脳の老化と関連を持つ症候群を起こしやすい、④心身の相関が若年期より著明、⑤症状の非定型性と変動性がある、⑥経過が環境要因に非常に影響を受けやすく、抑うつ、せん妄、痴呆、妄想が起りやすい。</li> <li>・ 抑うつは、喪失体験に伴い人間が反応するものとして一番多い。老年期には心気、貧困妄想、罪業妄想の3大妄想がある。病気そのものの原因がたくさんあり治りにくく、自殺率も高い。</li> <li>・ 老年期は環境の変化が引き金になり、せん妄状態になることがある。</li> <li>・ 痴呆は徐々に発症して慢性進行する。ウェクスラー知能テストでは、手話を主なコミ手段にする聴覚障害者には言語性テストは行わない。テスト時の状況やどんな説明を受けたか等で影響が大きい一つ参考。健常高齢者では動作性の方が落ちるが、痴呆の人は言語性が非常に落ちているという特徴あり。長谷川式簡易痴呆評価スケール検査を高齢聴障者の施設で行った際、46人中正常なのが1人だけとの結果が出た。言語性テストである長谷川式はろうあ者には不適當だと思われる。</li> <li>・ 妄想。聴覚障害者に妄想が出やすいことが昔から言われている原因の一つとして感覚遮断がある。脳の機能には見る、聞く、触るなどの知覚的な刺激が必要で、知覚情報が減ると精神的な不都合が起こるのは当然のこと。</li> <li>・ 外来の事例として、精神科疾患は13例。一番多いのはノイローゼや心因反応などの神経症圏で4例。他、うつ、妄想性疾患、アルコール依存症、脳血管障害に伴うせん妄が主な症状として出る精神障害が2例ずつ、アルツハイマー型痴呆が1例。</li> </ul> |                   |                       |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題〕</p> <p>① 身体面は集中的治療により回復するが、痴呆に基づくおかしい言動とどんな形でどう関わっていけばいいのか、また、手話を主なコミ手段とする人の聞こえの保障について。</p> <p>② 関係機関のネットワークづくりの必要性</p> <p>イ) 老年期の精神障害は治療が非常に難しい。その時に応じて対応の仕方が違ってくるため、日頃から色々な機関がネットワークを組んで取り組む必要がある。</p> <p>ロ) 人との交流や接触が著しく足りなくなり妄想に発展する「接触欠損パラノイド」に共通するのが「一人暮らし」であった。孤立が妄想を発生、発展させることが考えられるが、聴覚障害がこれを一層促進させることになった可能性もあり、ひどくなる前にどのように医療機関に繋げるか。</p> <p>ハ) 聴覚障害があるために社会的な役割を持ちにくい状況があるため、ろうあ協会や難聴者協会、老人部等、役割を持てる場への所属も大切ではないか。</p>   |                   |                       |



| 開催年月日  | 講演テーマ         | 講師氏名                  |
|--|---------------|-----------------------|
| 1998年<br>7月11日～12日<br>〔第7集〕  | 不就学のろうあ老人について | 鳥越 隆士<br>(兵庫教育大学 助教授) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 不就学ろうあ老人の実態について、リハビリセンター在職中に7年間に亘り、沖縄の離島や広島のアスラや荘で会った不就学ろうあ老人を観察・調査した報告内容である。</li> <li>・ 調査目的は、ろう文化、手話は言語であるというろう社会の動きに対し、手話という一つの言語を持ちろう社会を構成している。そういう観点から、聴覚障害者問題を社会的文化的視点から聴覚障害者が抱えている問題や援助を考えていくべきではないか。</li> <li>・ ろう学校は手話の伝承、あるいはろう社会が成立・維持されてく上で大きな役割を担ってきた。</li> <li>・ 手話はどこから生まれてきたのか、ろう学校誕生以前から存在するのか、ろう者の生活史を知ることで手話の起源、ろう社会の歴史を知る手がかりになると思った。</li> <li>・ 沖縄離島に不就学のろう者がいるという情報を聞き、一つの集落で出会う機会が得られた。そこで使用されているのは、手話でもなく日本手話とも違うホームサインであった。そこで見られた身振り、手ぶりの意味は全然理解できなかったが、あふれるばかりの表現であった。その集落で暮らす家族外の人、周りの健聴者も身振りが使え、内容を通訳してくれた。</li> <li>・ その離島では耳が聞こえないから自然に発生した身振りで通じ、同じ集落の人と結婚している。</li> <li>・ 離島や郡部では、一人でもろう者がいると身振りのコミュニケーションが始まり、地域社会に共有されている。そういう住み慣れた集落から出ざるを得なくなった時、広島の特別養護老人ホームアスラや荘を訪問。入所している不就学ろう者は、限られた身振りを全員が共有、あとは写真、絵、地図、指さしなどでコミュニケーションをしている。</li> <li>・ 離島と特養の調査から、不就学ろう者は単純な身振り、具体物を利用してコミュニケーションを図るろう者と、非常に豊富な身振り、いろいろな語彙を持って生まれ育った集落では機能しても、老人ホームのような環境ではホームサインは対話にはならない。</li> <li>・ 過去に育ててきた豊富な身振り、地域社会の中でホームサインが引き出せるような援助が必要。</li> </ul> |               |                       |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りにも有効な内容・課題〕</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 不就学ろう者の離島と老人ホームでの調査・行動観察<br/>不就学ろう者の実態とろう教育の歴史を知る上で有効な調査、報告内容である。</li> <li>② 手話の起源、ろう文化、社会の原点を知る内容<br/>手話はどこで生まれた？ ろう文化の伝承</li> <li>③ 不就学ろう者のコミュニケーション様相<br/>一方向的と対話的コミュニケーション、指さしから身振り、手ぶり、具体物と発展する。</li> </ol>  |               |                       |

| 開催年月日  | 講演テーマ       | 講師氏名                               |
|--|-------------|------------------------------------|
| 1999年<br>6月19日～20日<br>〔第8集〕  | 障害受容とピアサポート | 南雲 直二<br>(国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本来、障害受容には障害のある自分を当たり前自分と受け止める「自己受容」と、社会が障害のある人を当たり前存在として受け入れる「社会受容」が両輪。ところがいつのころからか「社会受容」が欠落してしまっている。障害受容の概念の歴史的変遷を概観する。</li> <li>・ 「自己受容」の中のキーワードの一つが、1940年代に精神科医グレイソンの述べた「ボディーイメージ（身体像）」。</li> <li>・ タマラ・デンボーは障害を「価値の喪失（例えば足のない人は劣っている）」にとらえ、そこからの価値に対する視野の拡大と比較価値からの脱却が重要と提唱。</li> <li>・ 1960年代になるとキューブラ・ロスの影響を受けて障害の受容にも「ステージ理論」が現れ、1980年代には日本でも上田敏氏の理論が大きな影響をもつ。</li> <li>・ しかし、みんなが受容に至るわけではない。少なくともプロセスやありように個人差がある。にもかかわらず、自己受容が過剰に求められ、リハビリ効果が上がらない理由にされたりした。</li> <li>・ 「社会受容」のキーワードは「スティグマ」と「リミナリティ」でいずれも境界性に関する用語。</li> <li>・ 「社会受容」のカギは異質なものと出会った時の振る舞いであるが、生と死の間の振る舞いとして葬儀という儀式が存在しているようには、障害に対しては確立していない。</li> <li>・ ピアサポートは、専門家主導のリハビリテーションを患者中心のものに変えていく可能性を秘めている。専門家は「思いやる」ことはできても、「分かり合う」関係にはなれない。</li> <li>・ 同じ障害を抱える者同士が暮らす地区（暮らしやすい地区）が日本の中にも増えるといいと思っている。アメリカにはすでに、高齢者の町、自閉症者がたくさん住む町のような試みが始まっている。</li> </ul> |             |                                    |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題〕</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 「障害受容」ということばが押し付けになっていないか<br/>障害の受けとめにはプロセスがあると専門家が承知することは重要であるが、それは一律的なものではないし、だれもが受容しきれものではない。専門家としての技量不足を障害受容ができないことに転嫁することは許されない。また、自己受容の評価基準がまだ試行レベルにとどまっていることも課題である。</li> <li>② 社会受容が確立していない<br/>障害者を当たり前の社会の一員として受け入れるためには、障害故に生じる境界性に対してどのように振る舞うことが社会的標準なのかが確立していない。</li> <li>③ ピアサポートを公的な資源にしていく<br/>ピアによる支援には、専門家にはない分かり合える関係がある。ただし、私的な取り組みがほとんどで、公的支援の仕組みの中に取り込まれていないのが課題である。</li> </ol>  |             |                                    |

| 開催年月日  | 講演テーマ        | 講師氏名                  |
|--|--------------|-----------------------|
| 2000年<br>7月15日～16日<br>[第9集]  | 聞えない人の体験にふれて | 古賀 恵里子<br>(琵琶湖病院・心理士) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ A病院の聴覚障害者外来が開設されて8年目の報告。</li> <li>・ 聴覚障害外来はF医師（聴覚障害）のしていたことを、病院全体の事業とするものであった。しかし、どのスタッフも手話をはじめ、0からのスタートであった。</li> <li>・ 準備期間に全職員の手話講習、専任スタッフには地域のろう者、難聴者、中途失聴者からの体験発表をしてもらった。</li> <li>・ また、英国の精神科で聴障者の看護をしてきたライトさんからも影響をうけた。言葉のイメージにはずれが生じるが、そのすり合わせの過程がコミュニケーションである。</li> <li>・ 聴障外来を年間の延べで800人が利用。患者のうち、精神科利用が80%で手話が主たるコミュニケーション手段の者が7割、3割以上が20代と若かった。</li> <li>・ 彼らの共通キーワードは「学校から社会へ」「庇護者からの自立」「自分で決める」であった。</li> <li>・ 学校では適応していたのに社会に出て不適応を起こす事例には、聴覚障害者から孤立して生き生きとした言語獲得ができていない印象がある。なすことが決まっていない状況でどのように人と接していいのかも分からないままだった。情報保障でなく、情緒的なコミュニケーションの環境が必要なのではないか。</li> <li>・ 「庇護者からの自立」では、母娘が独特の関係にあり、娘に結婚願望が芽生える中で暴力という形でしか表現できなかつた事例が紹介された。</li> <li>・ 「自分で決める」では、周囲の判断であらゆることが決められ、情報も与えられないなかで錯乱状態を示した事例が紹介された。退院に向けて自分の持ち物を、親が買ったものと自分が買ったもの、その他に分類していた。自分で決める窓口に立つことができた。</li> <li>・ 自分の専門範囲を意識して、チームとして支援に当たることの重要性が最後に話された。</li> </ul> |              |                       |
| <p>[今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 「+聴覚障害」となると専門家がしり込みする<br/>                     精神科領域において（意識することなく操ることができ）重要なことばが封じられ、無力感に苛まれると感じるだけで専門家は自己防衛が働いて積極的にかかわろうとしない。人材をどう育成していくかが大切な課題となる。</li> <li>② コミュニケーションの保障とは単なる情報保障ではない<br/>                     人とのかかわりの中で自然に育つはずの言語であるはずなのに、人との深い交わりが欠如していることが、対人的な課題を内包させる原因にもなる。ことばをはぐくむ環境を。</li> <li>③ 一人で抱えることなくチームで取り組む<br/>                     助けを求める人との出会いは、専門家にも「何とか役に立ちたい」「自分でなくては救えない」などの気持ちを起させるが、様々な人がかかわる方が有益な支援につながる。</li> </ol>  |              |                       |

| 開催年月日   | 講演テーマ           | 講師氏名               |
|---|-----------------|--------------------|
| 2001年7月14日<br>〔第10集〕  | 精神科的病気と精神医療について | 吉松 和哉<br>(大正大学 教授) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1996年一日当りの受診患者数は72万人。最近は社会情勢（IT革命、経済不況、リストラなど）の影響もあり、うつ病の患者が増えており、軽いうつを含めると1,300万から1,500万人位がうつ病に罹っている。国民全体の精神衛生が悪くなる傾向にある。</li> <li>・ 精神医学では患者の示す精神現象や精神状態に対して正常か異常か、健康か病的かを問題にする。何を基準にするか、基準はその時代の社会や文化の影響を強く受ける。かつてに比べ精神科の病気、病像、経過、発病率が違う。明らかに現代文化の変化の激しい、ストレスの多い社会の影響を受けている。病気とは身体医学では自然科学的、生物学的概念。精神医学では価値判断が入っている存在概念。mental disordersとして括る。</li> <li>・ 三つの分類→①外因性精神障害（身体に原因①症状性②脳器質性）、②心因性精神障害（心理的な原因）、③内因性精神障害（一番難しい。精神分裂病・躁うつ病&lt;気分障害&gt;・一昔迄はてんかんも入る→薬物療法、脳とは無関係ではない。何故病気になるのかは分からない）</li> <li>・ 最近では、引きこもり、登校拒否、家庭内暴力、摂食障害等分類できない病像が出てきた。難しい場合は人格障害（人格の歪み）も考える必要がある。人格障害が精神病レベルか、境界レベルか、神経症レベルかは治療やその後の経過に大きく影響する。</li> <li>・ 精神科の診察、診断の三つの側面→①客観的な側面（服装、話し方）、②患者の主観的所見（どんな内容の話しをするか）、③間主観的（患者と治療者間で上手く心が通わない、何か妙な感じがする＝分裂病感。早発感。感じるアンテナが非常に大切）</li> <li>・ PTSD、人格障害をバックに持ったうつ病、妄想性人格障害など分類できない一群あり。</li> <li>・ 精神分裂病→脆弱性ストレスモデル。脆さを逞しさに変えるSSTの効果が実証されている。</li> <li>・ うつ病→心因性は時間のいやし、心理療法が有効。内因性には抗うつ剤が効く。</li> </ul> |                 |                    |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 日本の精神医療の偏り<br/>精神病床数約37万床、入院33万人（内分裂病22万人）、平均在院日数423.7日。先進国は30日位。原因は国の経済的福祉的支援が薄い、更に医療制度など大きな問題。</li> <li>② 医療関係者は共通認識を持って信頼しあう良いチームを作る<br/>境界レベルの患者は原始的防衛機制を使っている。治療者、看護婦を操作する。患者は信頼しあうチームを見て模倣し成長する。このプロセスが大事。</li> <li>③ 精神科医療の総合的な活用<br/>3つのレベル（個人的レベル薬物療法。心理療法。家族療法や地域における支援など社会的レベル。制度的レベル）を総合的に活用して援助を考える。</li> </ul>  |                 |                    |

| 開催年月日   | 講演テーマ                                  | 講師氏名            |
|---|--|-----------------|
| 2002年<br>7月13日～14日<br>〔第11集〕  | ニューヨーク・レキシントンろう学校におけるメンタルヘルスと発達早期の母子支援 | 河崎 佳子<br>(佛教大学) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ニューヨーク市クウィーンズ地区にあるレキシントンセンターは、聴覚障害者のためのメンタルヘルスセンターとろう学校 (Lexington School for the Deaf) とからなる施設。</li> <li>・ メンタルヘルスセンターでは、聴覚検査や補聴機器に関するコンサルテーション、外来のカウンセリングサービス、特別なケアを必要とする聴覚障害児に対するマネージメントプログラム、ろう親の子育てをサポートするプログラム (Parent-Infant Therapeutic nursery; PITN) などがある。PITNの目的は、子育てに難しさを感じる保護者が、育児についての自分の能力に気づきながら、親子の絆を確めていく過程を根気強く応援することである。また、早期介入プログラムでは、聴覚障害が発見された(疑われる)乳幼児に対する査定と支援コーディネートがなされ、ろう学校の早期プログラム (Ready to Learn) に紹介される。</li> <li>・ ろう学校は幼稚部、小学部、中学部、高等部、職業コースで構成され、約400名のろう生徒が学んでいる。かつては手話を禁止した厳格な聴覚口話法指導がなされていたが、現在はトータルコミュニケーション教育で、アメリカ手話が公用語。本人の聴力や親の希望に合わせてスピーチセラピーにも力を入れている。0～3歳を対象とした早期プログラムは、週3回、タクシー送迎付きで親子が通ってくる。保護者相談や手話をとおした遊びが中心の個別面接と、対象児と家族が一同に集うプレイグループが提供され、ろう者やろう文化との出会いの場となっている。</li> <li>・ 日本では、新生児聴覚スクリーニング検査の実施に向けて、支援のシステムと内容を早急に整えなければならない。早期支援の要は親支援であり、そこでは、親の心理的体験の受容、医療・福祉・教育等についての正しく幅広い情報の提供、専門的かつ具体的な発達支援が柱となる。加えて、手話の紹介、ろう者との出会い、きこえない子を育てる仲間や先輩に出会う機会の提供が重要である。</li> <li>・ かつての手話を禁止した養育・教育がきこえない子どもたちにもたらした心理発達の困難、精神保健上の課題を共有し、スクリーニング検査による早期発見が人工内耳手術や口話訓練と結びついて、きこえない子と家族から手話を遠ざける結果とならない施策が必要である。</li> </ul> |  |                 |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題〕</p> <p>① 養育、保育、学習における手話環境の充実について<br/>ろう学校幼稚部・乳幼児教育相談、難聴児療育教室、小児難聴専門医らが手話について正しく理解し、愛着形成や早期認知発達に手話が果たす役割を認識してもらえよう取り組む。</p> <p>② 新生児聴覚スクリーニング検査実施後の支援について<br/>ろう学校、病院、福祉施設、ろう(聴覚障害)協会等が連携を図りながら、それぞれの地域に即した支援システムとプログラムを作り、実践を展開する。</p>   |  |                 |

| 開催年月日  | 講演テーマ            | 講師氏名                   |
|--|------------------|------------------------|
| 2003年8月9日<br>〔第12集〕  | 新生児スクリーニング検査について | 木島 照夫<br>(都立大塚ろう学校 教諭) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新生児に行う検査が全国的に広まっている。短時間、専門家不要。但し、詳細な聴力検査ができないため、確定診断ではない。聴覚障害の可能性を告げるだけで、非常なショックを受ける母親へのサポート体制が不十分ななかで検査が行われている。早期に発見するが、早期に対応する事ができていない。</li> <li>・ その理由として、機器が導入された経緯、産科医の問題（少子化）があり、子供のためではなく、企業や産科医の都合により導入されたため。</li> <li>・ 使用されている機器 自動ABR、OAE（精度低い）、大病院ではASSRを導入、ABRとOAEを兼ねたハンディな機器もある。</li> <li>・ 平成11年8月の朝日新聞記事「新生児に聴力検査、障害を早期発見、厚生省導入へ」ユニバーサルスクリーニング（5年以内に1年間に生まれてくる120万人すべてを対象）</li> <li>・ 早期発見は最初は福音と思ったが、早期に見つけて対応すれば、聴覚障害から逃れられる、障害を無くせるという発想がある事が大きな問題。全日本ろうあ連盟や米内山氏が抗議、反論。国の狙いは言語は音声言語のみ、手話の発想はない。補聴器や人工内耳で言語獲得、インテグレーション。</li> <li>・ モデル事業最先端の岡山県は手話排除、早期の母子支援の目的は、早い段階で補聴器装用、音声言語の獲得を目指す（根拠はヨシナガーイタノ女史の論文、6ヶ月以内に障害を発見、早期に対処すれば、言語力はほぼ聞こえる子供と近いものになるという調査結果を発表）。</li> <li>・ 赤ちゃんへの補聴器装用は、聴神経の柔らかさを考えると、また脳幹発達の未熟さが原因の聴覚障害もあるので、良いとは言えない。</li> <li>・ 本当に必要なのは母子関係への支援、愛情を持った関係がしっかり作られる事への支援である。</li> <li>・ 聴覚障害を無くす考えの医療技術が進歩すると、倫理の問題にまでなる。どこかで歯止めを。</li> </ul> |                  |                        |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題〕</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① リファール（専門機関への紹介）が出た段階から相談ができる体制作り</li> <li>② 医師、保健師を対象とした研修・啓発</li> <li>③ ろう学校、親の会、聴覚障害者団体との連携（障害をマイナスと見ない立場からの支援）</li> </ol>   |                  |                        |

| 開催年月日  | 講演テーマ           | 講師氏名                |
|--|-----------------|---------------------|
| 2003年8月9日<br>〔第12集〕  | 聴覚障害児への早期支援について | 菅原 仙子<br>(都立大塚ろう学校) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 早期教育の反省 2例               <ul style="list-style-type: none"> <li>①17年前の教育目標は、聴覚口話法で音声言語を獲得し、社会へ送り出すことだった。当時1歳Aさん（発音明瞭度高い、書記言語獲得、小学校から難聴学級のケアを受けつつ、中、高は普通校）は今年大学生に。母への手紙に「とても辛い思いをしてきた、友達の中で孤立、ずっと寂しい思いをしてきた」とあり、そのような心理的な重荷があったとは知らなかった母親から相談を受けた。<br/>Aさんには成人聴覚障害者を紹介、聴覚障害者の友人や仲間とのふれあいの場を提供し、バランスをとりながら高校生活を送れるように支援。母親からは二人で海外旅行に行った時に、大きな口でゆっくり話さなければならぬ口話コミュニケーションの大変さを痛感したと聞いた。聞こえない、聞こえ難い子供達にとって音声言語だけが全てではない。手話言語の習得を当時の教育に位置づけるべきだったと反省させられるきっかけを与えてくれた。</li> <li>②両耳110dB、音声言語駆使、読話力あり、書記言語を身につけてインテグレーションの子供。小学校4年の時、母親は口話だけでのコミュニケーションに限界を感じ、手話を勉強。しかし、子供は手話を覚えようとせず、音声言語でやらねばと頑張っている。そういう気持ちにさせたのは、早期教育のあり方に問題。早期から手話を導入すべき。</li> </ul> </li> <li>• そして、正式に手話をベースに位置づけ、Aろう学校で実践中</li> <li>• スクリーニングで発見された1歳児D君の事例 両耳100dB、確定診断5ヶ月後 補聴器装用、療育開始6ヶ月 前向きでたくましい性格の母親だが、出産後の微妙な心理状態の中でのスクリーニングの影響は大きい。医師から、今度くる迄に太鼓の音などで反応を見るように言われても、怖くて出来なかったと。</li> <li>• 母子への支援内容 手話の大切さ、音声言語を獲得しても聴者と同じになる訳ではないこと、成人聴覚障害者について等話す。個別、グループ指導を通して、子供に添う事の大切さを話す。</li> </ul> |                 |                     |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 親子のコミュニケーションの確立<br/>そのためには母親の情緒が安定すること、聴覚障害の専門家が子育てを一緒にしようという態度で母親に関わることが大切。</li> <li>② 子供達の自己認識（聞こえない、聞こえ難い）を育てる<br/>自己肯定感に基づいた自己認識に必要なのは、自分の思いを手話という言葉で思いのたけ表現できること、仲間がいること。</li> <li>③ 重複障害の子供の課題<br/>言語獲得以前に、基本的なコミュニケーションのところで支援が必要となり、全く別の課題がある。</li> </ul>  |                 |                     |

| 開催年月日  | 講演テーマ                            | 講師氏名                      |
|--|----------------------------------|---------------------------|
| 2004年7月31日<br>〔第13集〕   | 社会福祉基礎構造改革における障害をもつ人たちの地域生活と精神保健 | 谷口 明弘<br>(愛知淑徳大学医療福祉学部教授) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 措置制度から支援費制度への背景には、社会福祉基礎構造改革がある。社会福祉基礎構造改革とは、障害をもっている方々の主体性を大事にして、契約制度というものを基に進めるということ。今までの福祉は与えられる福祉、ようするに措置制度。昨年から支援費制度に変わったが、支援費制度の施行状況をみると、地域のばらつきがあるが、支援費額が大きく跳ね上がっている。</li> <li>・ 国は障害者状況を市場調査をやらずにスタートした。介護保険制度は3年かけて市場調査をやっている。国は聴覚障害者が使わない、要望がないだろうと思っていたが、支援費制度になって、障害者が使いたくても使えなかったサービスを出してきた。国にとっては誤算だったろう。</li> <li>・ 支援費の地域格差をみると政令指定都市が高い。障害者運動が強いことと関係がある。施設を出たい障害者は都会へ行く背景もあるようだ。</li> <li>・ 介護保険が支援費と統合される。支援費が予想外に金額が大きく膨らんできたため、介護保険と統合することを考えた。支援費は税金、介護保険は保険料という基盤が違うので一緒にできるのか。また高齢者と障害者へのサービスは視点がちがう。</li> <li>・ 自立支援施策のイメージの中に「住まい」支援がある。施設の優等生がグループホームに入るとするのが日本。外国では障害の重い人が入る。「就労」支援については、授産をあげるためではなく社会で一般就労できるような環境ではない。</li> <li>・ 介護保険と統合した支援費は、要介護認定では精神障害や知的障害の状態を測れるのか。長時間介護を要する人には最高の要介護認定でも時間制限がある、など問題点を提起。</li> </ul> |                                  |                           |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題〕</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 障害者のケアマネジメントは制度化されていない。制度化するにあたって、内容や責任の場所などをはっきりする。または当事者とちゃんとケアを組織して取り組むべき。</li> <li>② 「適度な介護」という意味を認識してほしい。「適正化」ではなく、「過不足なく」と言う。「過不足なく」提供できるケアマネを。</li> <li>③ 障害者運動と当事者運動を続けていくためには、今の支援費で満足しないこと。「困ってる」を引き出す。いろいろな障害者が共通基盤で動かないといけない。障害者同士で小さなパイを奪い合っている状況はおかしい。</li> <li>④ ストレスコーピング、毎日のストレスをどう解消していくか。障害のあるなし、程度にも関係ない。「自分は聴覚障害者だよ。」と周囲に言わないと何も始まらない。障害を隠していることがストレスコーピングの障壁である。</li> </ol>  |                                  |                           |



| 開催年月日  | 講演テーマ           | 講師氏名               |
|--|-----------------|--------------------|
| 2005年<br>7月16日～17日<br>〔第14集〕   | 聴覚障害者の精神保健に関わって | 大塚 淳子<br>(精神保健福祉士) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療は福祉や保健と対立するものではなく、医療もまた生活を支えるために必要な分野である。暮らしに安心と存在感が必要であるように、医療を受けるためにも必ず信頼感が必要。しかし、日本において、信頼感を築ける医療は、特に精神科医療においてまだ乏しい。とりわけ聴覚障害者にとっては大変厳しい状況である。</li> <li>・ 精神保健福祉士（PSW）は病院に身をおきつつ、医学的なアプローチではなく、福祉の制度や情報を用いて患者さんを支援する仕事。その過程で、ともすれば、障害のある人たちに対して保護的になり、先回りの、誘導的な動きをしてしまうことがあるが、本人が望む生活を理解し、その夢を叶えるために一緒に悩み、行動することが大切。病院における「患者さん」も、地域に戻ればそれぞれの役割をもって生活を営んでいる。その点を見据えた支援姿勢が重要。</li> <li>・ A区で4年間運動をつづけ、2003年12月に「精神障害者の地域生活支援センター」をオープンした。準備に時間を要した分、‘箱’ができたときには、それ以上にすばらしいネットワークが生まれていた。当事者、家族、関係者、保健師、社会福祉協議会の職員、ボランティア、一般住民が対等に意見を交わし、共に安心感、信頼感、存在の実感を確認できることが大切。</li> <li>・ 今の日本の精神科医療の課題は、受診に辿り着くのが遅いこと。一般的に精神科の敷居は高いが、加えて、聴覚障害者にはコミュニケーションの壁がある。精神保健福祉を含め、手話のできる医療スタッフはほとんどおらず、手話通訳を入れている病院も少ないため、対応が遅れたり、誤診が生じたりする場合がある。聴覚障害者本人が手話通訳に抵抗を示すこともあり、成長の過程で手話をどのように認識してきたかが重要な要因。</li> <li>・ 重複障害についての知識や理解が乏しい精神科スタッフが多い。聴覚障害に関する知識をもち、手話通訳を介してコミュニケーションを取ることによって、聴覚障害者への見方や症状の捉え方が変わってくるケースもある。</li> <li>・ 結論として、まず大切なのは、いかにして信頼関係を築くか。その兆しが見えてから、こちらの情報とネットワークを駆使して選択肢を提示し、利用者自身が決定していくプロセスを手伝う。最終的には、ケアチーム、ネットワーク、システムが必要。</li> </ul> |                 |                    |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題〕</p> <p>① ネットワークづくり<br/>病院内・施設内におけるケアチームの機能充実はもとより、当事者、家族、関係者、保健師、社会福祉協議会の職員、ボランティア、一般住民からなるネットワークづくりを進める。</p> <p>② 相談活動における留意点<br/>本人の求める支援内容を十分に理解するよう努め、まず初めに信頼関係を築く。先回りせず、利用者の自己選択・自己決定の過程を応援していく。</p> <p>③ 精神科における聴覚障害理解を促し、手話通訳の支援を利用できる環境保障を進めていく。</p>  |                 |                    |

| 開催年月日   | 講演テーマ                           | 講師氏名                  |
|---|---------------------------------|-----------------------|
| 2006年7月22日<br>〔第15集〕  | 精神障害のある人とともに歩みともに<br>生きることを目指して | 増田 一世<br>(社団法人やどかりの里) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神障害者の地域生活を支援する「やどかりの里」ってどんなところ、入職したきっかけ。</li> <li>・ その頃は精神衛生法の時代、その時期は、いわゆる医療モデルという、法律上医療のもとで管理されていた。やどかりの里は大宮厚生病院の精神科からスタート、退院した精神障害者に対する地域の受け皿として、生活の場を提供したのが始まり。</li> <li>・ 運営資金も乏しく、職員が資金つくりのため下請け、廃品回収、著作物発行など奔走した。</li> <li>・ 精神衛生法から精神保健法への改正の時期、地域生活支援を法律で保障されるようになり、大きな変革であった。家族的な雰囲気壊したくないというメンバーや家族の声があったが、精神障害者の地域生活を支援し続けるため、法人格をとり、社会復帰施設の建設に至る。</li> <li>・ 法の改正で、精神障害者の地域生活支援の形が「医療」から「生活」「地域」「自立」へ、また退院支援の基地として「やどかりの里」は地域の支援態勢を整えていった。</li> <li>・ 援護寮、授産施設、グループホーム、福祉工場、地域生活支援センター等、支援態勢が急激に大きくなっていったので、職員の活動理念の共有や連携がとれにくくなったという状況が生じ、バーンアウトも生じた。</li> <li>・ 自立支援法の、「自己責任論」。一般社会は、障害を持った生活のこと、障害を持った家族のことをあまりにも知らされていないからそういう論が出る。障害を持つことがどういうことかを、市民の人にわかってもらえる言葉で伝えることが足りなかった。「自立の考え方」は、価値観の差にある。障害を持つ人だけに自立を求めている。人間はどこかで人の手の助けはあるのに、自立とは何か。</li> <li>・ 「地域」社会の人たちとどれだけ共有できるのか。施設から地域へ、地域の中で繋がっていくことの課題がある。</li> </ul> |                                 |                       |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りにも有効な内容・課題〕</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 支援活動の中核はメンバーの力。「同じ体験をもった人たちが集まって分かち合う」そのための場が大事。</li> <li>② その人がどんな暮らしをしたいか、どう生きたいか、を支える。変わることを求めず、生きているという実感をメンバーにも支援者にも共有していくことが必要。</li> <li>③ 「自己責任論」「自立の考え方」「地域」は、一般社会に対してわかりやすい言葉で伝えていくことが必要。</li> <li>④ 支援員が燃え尽き症候群にならないためには処遇の面が課題。</li> <li>⑤ 精神障害者の退院後の支援について、自立支援法では、サービスの抑制や応益負担などがあつたため十分な支援ができない。痛みを伴った自立支援法になっている。障害者が当たり前の生活を損なわないためには、地域で頑張る運動を強めていかなければならない。「きょうされん」の調査、行政との話し合いなど重ねていく。</li> </ol>   |                                 |                       |

| 開催年月日   | 講演テーマ                  | 講師氏名                 |
|---|------------------------|----------------------|
| 2006年7月22日<br>〔第15集〕  | 歩みは遅いけれども<br>支援の広がり求めて | 筒井 優子<br>(青空会 言語聴覚士) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 3年前に「青空会」設立。精神障害をあわせもつ聴覚障害者、家族、ろう高齢者、聴覚障害児、他に補聴器相談等活動している。</li> <li>・ 「青空会」との関わり：不適應障害を抱えた聴覚障害者の存在を知り、こころの問題をライフワークにできれば、ということから聴覚障害者の精神問題について情報の共有化、同じ悩みを持った親同士の交流の場、心理・精神的な軽減が図れるようなそういう場を作ろうというのが関わりの始まり。</li> <li>・ 言語聴覚士の立場から心の病の要因をみていくと、コミュニケーション行動、中でもコミュニケーション方法、コミュニケーション態度、言語力、集団場面での困難さ等がある。</li> <li>・ 当事者は「聴覚口話法でわかります。わからないときは筆談をお願いします。」と二つの方法を上げることが多いが、それは限界を自分で把握していない。様々な場面でのコミュニケーションの限界が人間関係の悪化、孤独感、疎外感を少しずつ生み出し、心の病気につながる。</li> <li>・ 心の病を抱えている聴覚障害者は地域生活するため、就労支援を受けるため、などで社会資源の利用を、と思っても、支援機関は、ほとんど「コミュニケーションの保障がないので。」と利用を断る。身体障害と精神障害の支援制度の谷間にあるといえる。</li> <li>・ 「青空会」は、当事者と家族の居場所作りから始め、同じ問題や悩みを共通に抱える人たちの集いで、まずは「コミュニケーションをする」ところから活動を始めた。</li> <li>・ 調理教室、体操、映画鑑賞、野外でスケッチなど行動を通してコミュニケーション行動の改善がみられ、気持ちが前向きになり、笑顔が増えていった。</li> <li>・ 心の病が再発しても、戻れる場所がある、皆がいる、など安心感がある。またピアカウンセリングの効果もある。そういう大きな役割が「青空会」にある。</li> </ul> |                        |                      |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りにも有効な内容・課題〕</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 地域で自立生活の支援をするためには、コミュニケーションをするという活動を通して社会参加を促す。そのコミュニケーションが重視される支援の場が少ない。</li> <li>② 地域の中でそれぞれの地域特性を重視して、いろいろな役割を持った人を巻き込む。手話通訳者だけでなく精神保健福祉士、心理士など、医療関係者、民生委員、行政ワーカーなどとの連携をもつ。</li> <li>③ 自立支援法に伴い、地域の格差の課題に対して問題を共有しながら、どうしたらいいかを考えていける場、就労支援以外に金銭管理、介護などの問題を自分の問題として考えていけるような場、自分の問題を自覚を持つための場が必要。</li> <li>④ アウトリーチという活動をさらにひろげていくためにはどうするか。</li> </ol>   |                        |                      |

| 開催年月日   | 講演テーマ                                  | 講師氏名                          |
|---|--|-------------------------------|
| 2006年7月23日<br>〔第15集〕  | 精神科クリニックからみた障害者自立支援法(いわゆる閉じこもり支援法)の問題点 | 須賀 一郎<br>(下高井戸メンタルクリニック精神科医師) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自立支援法は、3障害が一緒になって平等になるというから、今までの精神障害者に対してのサービスが増える、良くなると期待していた。厚生労働省は3障害一元化、介護保険法と同じで全国平等に障害レベルを決める、など理想を掲げているが実際には、予算が減りサービスも低下してきている。</li> <li>・ 自立支援医療の成立で、精神保健福祉法 32条で自己負担が0だったのを上限額や有効期限も設定され、申請方法もややこしくなってきた。そのうえ、申請する際、自己所得の申請とあわせて、家族の所得も申請しなければならなくなり、かえって負担率が上がってしまった。それだけでなく個人情報も医療機関に知られることで抵抗感がある。</li> <li>・ 6段階の区分や、上限額ができたため、医療現場では自己負担率の採算に混乱をきたしている。補助を受ける時期と申請する時期がずれていたこともあり、計算をし直す、サービス先ごとに申請をしなければならないなど、医療機関側だけでなく利用者にも負担がかかってきている。</li> <li>・ 負担額の上昇に、受けるサービスや医療を減らしたりする利用者が増え、結局は引きこもりを促してしまう。</li> <li>・ 自立支援法の施設について、グループホームの利用期限、負担化などで利用者を圧迫している。入居条件も今までは施設側の裁量で決められたが、今は利用者の負担額によるところが大きくなっている。</li> <li>・ 障害程度区分の認定について、介護保険法と同じように調査項目に従いマークシートをつけるが、3障害すべてをまとめて1次判定というコンピューター判定になるのは、無理な話。精神症状の調査項目はあるが、ほとんどコンピューターに反映されていない。</li> </ul> |  |                               |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りにも有効な内容・課題〕</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 障害程度区分の判定調査については、精神症状を本人自ら話すことは少ないので、調査員はわからない。評価をあげるために、特記事項や医師意見書にしっかりと取り上げていくべき。調査員は精神保健福祉士とか介護保険法のケアマネのような有資格者でないのが問題。調査員の質を考えるべき。</li> <li>② 精神症状が反映される調査項目の内容を見直し、国にあげていくべき。</li> <li>③ 自己負担率があがる弊害として、家族全員の所得ではなく、本人の所得として申請するべき。</li> </ol>  |  |                               |

| 開催年月日   | 講演テーマ                | 講師氏名                                |
|---|----------------------|-------------------------------------|
| 2007年<br>7月14日～15日<br>〔第16集〕  | 医療・教育・福祉労働者の健康問題を考える | 埤田 和史<br>(滋賀医科大学社会医学講座<br>予防医学部門教授) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ヒューマンサービス労働とは、憲法に規定されている国民の基本的な人権、生命、健康、生活、発達学習を保障するための労働、すなわち医療、福祉、教育に関わる仕事であり、その特徴は、①その中には「働いている人の人権」と「その労働の対象となる人の人権」が存在する、②労働者の機械化が困難であり、感性を備えた人間の身体と精神が必要、③その価値をお金で置き換えることが困難、④限界を設定しにくく、わが身を守るためだけに行動できない、⑤24時間途切れることがない、⑥専門的な知識と技術が必要、⑦賃金と労働条件は行政が決める。</li> <li>・ ヒューマンサービス労働者に共通する主な健康問題は、「メンタル障害」と「腰痛・頸肩腕障害」である。</li> <li>・ 健康を維持するために基本的なことから、①休憩、睡眠、②体力の個人差の尊重、③遊び。</li> <li>・ 職種によって身体負担や症状は異なる。手話通訳者には頸肩腕障害が高率で発症する。筋電図を使った調査によると、交替制の通訳の待機時間でも日本語を聞くと筋肉が活動することが明らかになった。この障害が重症になると生理不順、生理痛、自律神経症状、うつ病が併発される。</li> <li>・ 日本の教師、勤務医の長時間労働は深刻な健康問題を引き起こしている。精神状態（焦燥感など）への影響も大きく、それが提供するサービスの質を低下させる。</li> <li>・ ヒューマンサービス労働のニーズは増えているが、それを規定する経済的条件は削減されている。</li> </ul> |                      |                                     |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題〕</p> <p>① 有効でかつ維持できる支援体制の構築</p> <p>2000年前後、公的責任が放棄された規制緩和の結果、制度の変化だけでなく、現場にも影響が及んだ。つまり、教員と親、医師・看護師と患者・家族、福祉施設職員と利用者の関係にも変化が生じ、共に取り組むという姿勢が失われつつある。そのような中で、労働者が、個人の生活や生命を犠牲にするような働き方をする必要はない。共倒れする状況は回避しなければならない。</p> <p>② 社会への発信</p> <p>ヒューマンサービス労働者の健康が保障される労働の質・量の保障が不可欠である。そのために、国民と共同した社会運動が必要。我慢して頑張るのではなく、困難な現状を社会に発信する責任がある。</p> <p>③ マクロな視点での問題提起</p> <p>目先の健康問題のみでなく、よりマクロな視点で私たちの生き方や社会とのかかわり合いを見据えて考えるべきである。構造的に貧困な社会保障政策の中で実践せざるをえない状況であることを、意識すべきである。</p>  |                      |                                     |

| 開催年月日  | 講演テーマ        | 講師氏名                             |
|--|--------------|----------------------------------|
| 2007年<br>7月14日～15日<br>〔第16集〕   | 支援者に必要なセルフケア | 大塚 淳子<br>(JAPSW 日本精神保健福祉士協会常務理事) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専門職である以上、セルフケアは自分の責任においてしなければならないことである。それは外側のシステムの問題と自分自身の内面のバランスの問題、その両面である。</li> <li>・ 演者が身体障害者施設や精神科病院で働いていた際に、自分の仕事に自信や確信が持てなかった。その時に自分の役割、専門性、自分でなければできないことの確認が大事だった。</li> <li>・ 支援者である自分が支援を求めて揺れた時、経験値、トレーニング、研修、スーパーヴィジョンが大切であることを認識した。そして何より大切なのは、自分が支えられている実感であることがわかった。支援対象者に結果的に支えられることも多い。</li> <li>・ 個々の援助者の問題も重要であるが、それ以上に環境・システムの問題が大きい。</li> <li>・ 対人援助の仕事は、やっていることが数や量で示しきれない。自分と他者との関係性の中で確認をとっていく作業である。そのためには、言葉にすること、記録を残すこと、オープンにすること（他者に確認してもらう）が必要である。</li> <li>・ 支援の中で避けて通ることのできない現実と直面することもあるが、その時にはチームでミーティングを持つことで対処することができる。</li> <li>・ 演者自身が大病を患う中で、自律的生活の難しさ、再発への不安など学ぶことが多かった。</li> </ul> |              |                                  |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題〕</p> <p>① 援助者自身が健康であること<br/>ゆとりを持つための業務管理や生活管理が大切である。チーム・ミーティングで、一人一人のスタッフを支えることができる。</p> <p>② 精神科病院長期入院患者が地域で暮らせる仕組みづくり<br/>「住むところ」があって「支援する人」がいれば、地域で暮らせる人が少なからず存在する。</p> <p>③ 福祉の中の差別（質疑応答で）<br/>『制度的壁』『物理的壁』『心の壁』という3つの壁の中で、『心の壁』は見えない」というフロアからの意見に対して、「見た目の変化がある中で、見えない問題を伝え続けなくてはいけないことの難しさの自覚が必要である」との回答があった。</p>   |              |                                  |

| 開催年月日  | 講演テーマ                               | 講師氏名           |
|--|-------------------------------------|----------------|
| 2008年<br>7月19日～20日<br>〔第17集〕   | 「現代社会とうつ病」－ばらばら・孤立・競争からつながり・連帯・共創へ－ | 天笠 崇<br>(精神科医) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ うつ病は疲労と連続的につながっており、精神症状のみでなく身体症状もあらわれる。周囲の人が気づくサインとしては、「これまでなかった泣き言・愚痴」「能率低下」などである。</li> <li>・ うつ病の診断は「国際疾病分類改訂版 10 版」などによってなされる。厚生労働省の研究班の調査では、地域住民の 15 人に 1 人みられると報告されている。2 回以上かかると「反復性うつ病」、躁状態がみられると「双極性感情障害」と診断される。</li> <li>・ 治療はエビデンスに基づいて組み立てられる。回復するまでの期間はおおよそ 6 カ月といわれているが、再発も多い。回復後 6～9 カ月は再発予防療法として服薬を続ける必要がある。「良い時」と「悪い時」を繰り返すので、「6 割主義」で穏やかに回復していくことが大切である。「寛解」状態が 6 週間続けば、「回復」と見なす。職場復帰や復学のためのリハビリは回復後に始めるべきである。薬物療法に加えて、家族同席の心理教育や認知行動療法ベースのカウンセリングを行う。</li> <li>・ うつ状態の原因のひとつにアルコール依存症が関係している場合がある。</li> <li>・ 厚生労働省等の患者調査によると、働く現場で精神障害が増えており、一度休むと長期になる。1995 年の社会構造の変化（リストラ、成果主義、非正規雇用など）が関係していると考えられる。また、新自由主義的改革によって社会保障費等が切り崩され、心の貧困を生み出している。</li> <li>・ うつ病・うつ状態とワーキングプアは、鶏と卵の関係にある。</li> </ul> |                                     |                |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題〕</p> <p>① 階級福祉体制モデル<br/>D:格差からもたらされた「健康の悪化」「精神状態の悪化」は、C:「社会的統合、」つまり人と人のつながりが低下することにつながる。それを生み出しているのがB:「福祉体制の低下」と「市場の強化」であり、その背景にはA:「経済のグローバル化」と「新自由主義的構造改革」がある。新自由主義的改革に抵抗しないと、「愛と平和の成長なし」の状況に陥る。WHOやILOは1990年代からすでに取り組んでいることである。</p> <p>② 成果主義とメンタルヘルス<br/>成果主義賃金により、長時間労働、乏しい裁量権、支援体制の乏しさ、コミュニケーションの悪化、賃金低下や評価への不満の高まりなどが生じる。また、所得格差や健康格差が拡大、ハラスメントが増え、社会的孤立も進んでいる。不平等が健康を損なう。だからこそ、繋がり連帯し、共に社会を創る流れに切り替える必要がある。</p> <p>③ 悪玉ストレスとうつ病<br/>うつ症状が出てくるのは「ストレス」「脆弱性」「対処技能」のバランスが崩れた時である。現代社会は環境の変化によって、「悪玉ストレス」が強くなっている。これがうつ病を増やしている。従って環境調整という視点が大切である。</p>   |                                     |                |

| 開催年月日   | 講演テーマ                               | 講師氏名  |
|---|-------------------------------------|---|
| 2008年<br>7月19日～20日<br>〔第17集〕  | 特別報告「ろう者とメンタルヘルスカウンセリング・通訳・ろう文化の認識」 | 蔵重 ゆかり<br>(ギャロドット大学大学院<br>メンタルヘルスカウンセリン<br>グ学科修了) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 聴者同様、ろう者の中でも精神疾患が増えている。</li> <li>・ 演者は、アメリカ東部・ワシントンD.C.にあるギャロドット大学大学院に籍を置き、付属のメンタルヘルスサービスグループホームや、サンディエゴの個人開業クリニックで実習した。修了後は sacrament のろう重複障害者の施設の指導員として勤務した。</li> <li>・ 子どもに聴覚障害があることがわかると、周囲がそのことに意識を集中させるあまりに他の障害、例えばADHDを見落としがちである。適切な支援がなかった結果、成人後にDVの加害、反社会的行動、OCDなど二次障害が生じる場合もある。</li> <li>・ ろう者のカウンセリングにとって描画は有効な方法である。描画によって自分の感情を表出することができる。</li> <li>・ コミュニケーションの問題から、アルコール依存や薬物依存に罹る聴覚障害者が多い。AAなどの自助グループに行っても、手話通訳がないなど、聴者よりも治療が難しい。</li> <li>・ ミネソタアルコールドラッグ中毒施設にはろう者のためのプログラムがあり、指導やカウンセリングが手話で行われている。治療後はハーフウェイホームに入所し、その後、自宅に戻る。</li> <li>・ コミュニティサービスの一つであるデイプログラムでは、コミュニケーション技術、読み書きの訓練、グループセラピー、カウンセリングなどが行われている。</li> </ul> |                                     |   |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りにも有効な内容・課題〕</p> <p>① 視覚的ツールを用いた援助<br/>絵やジェスチャーなど様々なことを使って的確に伝える必要がある。アメリカでは聴覚障害と発達障害の重複の人のために作られた、HIVについての教育のための、絵で説明されたテキストが販売されていた。</p> <p>② ろう文化についての理解<br/>医療通訳者、ソーシャルワーカー、セラピストなど全てのスタッフがろう文化、ろう者の行動特性を認識する必要がある。一例としてDVD「ろう文化と聴文化の比較」の一部を視聴した。これは、精神的問題を抱える聴覚障害者の通訳場面で、通訳者が技術を高めるための研修用DVDである。<br/>演者は、アメリカでスーパーヴィジョンを受けていた。スーパーヴァイザーは聴者であるが、ろう文化に精通した人であったので、非常に有益な指導を受けることができた。</p> <p>③ 聞こえない専門職の働く場（質疑応答より）<br/>「演者がアメリカで学んだ専門性を、日本でどのように活かせるのか」との質問に対して、「2006年に帰国した後、専門性を活かせる仕事を探したが状況は大変厳しかった。現在も求職活動を続けているがまだ見つからない」との回答がなされた。</p>   |                                     |   |



| 開催年月日  | 講演テーマ                   | 講師氏名                             |
|--|-------------------------|----------------------------------|
| 2009年<br>8月1日～2日<br>[第18集]   | 社会不安障害とその治療<br>心理士の立場から | 細谷 紀江<br>(学習院大学 学生相談室 臨床<br>心理士) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 社会不安障害とは精神疾患の1つで、人前で不安や恐怖を感じ、社会生活に支障をきたす。恐怖を感じる状況へ曝されることで不安反応が誘発され、パニック発作の形をとることもある。</li> <li>・ 幼少時、思春期に発症することが多く、他の精神的な悩みも一緒に起こることが多い。</li> <li>・ ストレスの反応が過剰で強く、恐怖感を感じ不安感が形成されるため、不安を回避する。その行動が維持される（不適切な安全確保行動）と、刺激(不安を起す要因)に対する過敏性が残り、予期不安が形成されていく。</li> <li>・ 治療の重要なポイントとなるのは「認知」（情報を取り入れて、それを処理していく全ての過程である。）<br/>                     その人がどのように受け取り、どのような考え方をするのかというこの「認知」に対してアプローチしていく。<br/>                     起きてしまった不安や自分の中で強めてしまった考え方に対して、問題がどうして続いているのかを分析し、共同で問題の解決を考えていく。過去の掘り起こしではなく、現在の状況をみつめ、この先を少しでも変えられるか、少しでも上手くいくことを続け、その行動を増やしていく。人にしてもらった治療ではなく、本人自らが、人前で避けていたものを避けなくなるようにしていく「セルフコントロール力」を高める。不安反応をコントロールする方法としてリラクゼーション、エクスポージャー(暴露:あえて不安に直面し成功体験を重ねる)、考え方を変える(否定的な考え方を自分も周囲も変える)、などがある。<br/>                     認知再構成法、カラム法、セルフモニタリング、リラクゼーション、自己教示法、エクスポージャー、主張訓練</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族の対応・・・疾患として認識すること、治療への協力と理解</li> </ul> |                         |                                  |
| <p>[今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 早期の支援</li> <li>② 家族の役割が重要<br/>                     病気を理解し、医師に伝えることを手伝い、治療方針を理解し、本人を支える。</li> <li>③ 職場での理解（柔軟な対応）</li> </ul>  |                         |                                  |

| 開催年月日  | 講演テーマ                    | 講師氏名                       |
|--|--------------------------|----------------------------|
| 2010年<br>8月28日～29日<br>〔第19集〕   | 精神障害のある人の社会生活力を高める<br>支援 | 奥野 英子<br>(筑波大学大学院教授、社会福祉士) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 聴覚障害のある方を対象とした「社会生活力プログラム」は作られていない。精神障害のある方を対象に作られた社会生活力プログラムを紹介する。今後、聴覚障害のある方を対象とする社会生活力プログラムを作ろうという機運がでることを期待したい。</li> <li>・ リハビリテーションは総合的に実施されることが大事であり、医学的リハ、教育リハ、職業リハ、社会リハ、リハビリテーション工学などの分野がある。各種職員の連携が重要である。</li> <li>・ 「社会生活力」は、社会リハビリテーションの目的概念である。社会リハビリテーションは、1986年にR I（リハビリテーション・インターナショナル）によって定義され、「社会リハビリテーションは社会生活力を身につけることを目的としたプロセスである。社会生活力とは、様々な社会的な状況の中で、自分のニーズを満たし、最も豊かな社会参加を実現する権利を行使する力（ちから）を意味する。」とされている。</li> <li>・ 障害のある方が、自分の障害を正しく理解し、健康管理、受診、日常生活でできることを増やし、職業に就き、必要な福祉サービスを権利として要求し、地域や職場で良い人間関係を作り、主体的に充実した生活を実現するために活用する総合的、実践的なプログラムである。</li> <li>・ 社会生活力プログラムの基本理念はリハビリテーション、生活の質、社会モデル、エンパワメント、パートナーシップ、社会参加、ノーマライゼーション、サポートなどである。</li> <li>・ プログラムは5部門、25モジュールで構成され、学習目標1, 2, 3と進み、具体的な実施方法はグループ討議、グループ学習、体験学習、ロールプレイ、モデリングなどである。</li> <li>・ 「障害者総合支援法」では、「自立支援給付」の「訓練等給付」における「自立訓練」や、「相談支援事業」のなかで実施できる事業である。</li> </ul> |                          |                            |
| <p data-bbox="188 1395 895 1429">〔今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題〕</p> <p data-bbox="140 1442 571 1476">① 健康管理・医療の適切な利用</p> <p data-bbox="188 1489 1428 1570">本人ができるようになるための支援方法を具体的に学べ、本人が実施できるプログラムが必要である。</p> <p data-bbox="140 1585 927 1619">② 人間関係、日常生活、社会生活、職業生活の維持・向上</p> <p data-bbox="188 1632 1428 1713">地域において安定し、幸せな生活を営むためのノウハウを身につける支援方法、プログラムが必要である。</p> <p data-bbox="140 1729 671 1762">③ 自分の権利を行使できる力（ちから）</p> <p data-bbox="188 1776 1428 1955">「障害者権利条約」「障害者差別解消法」下において、「自分の権利を行使する力を身につける」ことは、現在非常に重要な喫緊の課題である。聴覚障害のある方、また、精神障害も併せ持つ方を対象とする「SST」や「社会生活力プログラム」の作成に取り組むことが必要ではないだろうか。</p>  |                          |                            |

| 開催年月日  | 講演テーマ       | 講師氏名                                    |
|--|-------------|---|
| 2010年<br>8月28日～29日<br>[第19集]   | 「共に生きる」を考える | 濱田 良介<br>(特別養護老人ホーム淡路ふくろの郷 生活援助・相談統括主任) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 淡路ふくろの郷所長の大矢氏が体調不良のため、生活援助・相談統括主任をしている濱田が代わりに講義を担当する。</li> <li>・ ふくろの郷は特別養護老人ホームであり、入所者60名、ショートステイ10名で、合計70人が生活している。「寛ぐ」を大事にし、全室個室である。</li> <li>・ 「暮らしの4本柱」があり、「寛ぐ・学ぶ・働く・遊ぶ」である。</li> <li>・ 「学ぶ」場として、「ふくろ大学」があり、健康、書道、農業を開講している。未就学者が7人いるが、学ぶ場を大事にしている。</li> <li>・ 「働く」場として、「ふくろ工房」があり、様々な作業をしている。</li> <li>・ 「遊ぶ」は海水浴を楽しんだり、地元のろうあ協会の行事にも積極的に参加している。</li> <li>・ 「主人公は入所者」という理念に基づき、演者と一緒に上京した入所者4名の自己紹介や、ふくろの郷に入所する前の生活等について、家族との関係も含めて、精神病院に入院していた方についてのほか、入所者の生活歴等について詳しい説明があった。</li> <li>・ 「ふくろの郷」に入所して、充実し、心豊かな第二の人生が始まった生活の様子が紹介された。</li> <li>・ 法人の理念は二つあり、一つは「一人一人を大切に」と「共に生きる」である。「共に」には、入所者、職員ばかりでなく、ボランティア、地域の方々も含まれる。「生きる」については、「生きることは誰にも課せられた仕事」という意味に捉えている。お互いに成長していくことが大事である。</li> </ul> |             |   |
| <p>[今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 精神障害を有する高齢聴覚障害者の現状の把握<br/>                     実態調査等が実施されているのか、地域での生活、施設での生活の中で、人権の保障の観点から検討する。</li> <li>② 在宅サービス、施設サービスなどにおけるコミュニケーション保障の実情、相談支援体制の在り方<br/>                     コミュニケーション保障の元での相談支援体制を構築する方法を検討する。</li> <li>③ 聴覚障害を持つ高齢者を対象とする高齢者保健福祉の在り方<br/>                     高齢者福祉、障害者福祉、介護保険制度のもとで、聴覚に障害を有する高齢者の老後を保障するためには、現在の状況を振り返り、総合的に、全国的にどのような問題・課題があるか、今後、どのような体制を作るべきかの検討をする。</li> </ol>  |             |   |

| 開催年月日  | 講演テーマ                            | 講師氏名  |
|--|----------------------------------|---|
| 2011年<br>8月6日～7日<br>〔第20集〕   | アラバマ州におけるろう者に対する精神保健サービスと災害時緊急対応 | スティーブ・ハマーディングー<br>(アラバマ州精神保健局長、聴覚障害者サービス部門所長) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ アメリカでは、ろう者や言語的少数者への精神保健サービスは、不足している。ろう者へのサービスは直接手話を使うのが良い。手話通訳を介する場合も、重要なのは、専門家が専門的なトレーニングを受けること。</li> <li>・ アラバマ州のほとんどのろう児の言語能力は低く、小学校3年程度。言語獲得の遅れによる情報不足。両親との言語によるコミュニケーション不全は、過干渉などにより、社会的不適応行動を引き起こす例が多い。</li> <li>・ 聴覚障害の原因となった病気が引き起こす他の問題に適切に対応するためには、聴覚障害の原因や出生時の様子を知り、言語獲得に関する知識を持つことが重要であるが、そのような専門家は少なく、ろう者のサービス離れを起こす。</li> <li>・ 精神保健サービスの所轄であるアラバマ州政府では、ろう者協会の提訴により 2003 年から 4 箇所ですらろう者が責任者となり、手話言語でのサービスが可能となった。手話によるサービス提供と地域生活実現、すなわち「リカバリー」を大切にしている。</li> <li>・ アラバマ州精神保健局に所属する、ODS (Office of Deaf Services) は、聴覚障害者専門の精神保健センターであり、各精神保健センターに対して、精神保健手話通訳者を派遣している。SC (Service Coordinator) は、支援ルールのチェック、教育を担当している。また、地域事務所 (Regional Office) が 4 箇所。ろうの専門家と精神保健手話通訳者が常駐していて、年間 120 万ドルの予算がある。</li> <li>・ 精神保健手話通訳者は、RID の手話通訳資格に 1 週間で講義 40 時間、実習 40 時間を終了し、試験に合格した者である。年収は 4 万ドル程度。また、ワークショップでは、初心者用のメンタリングプログラムも提供している。</li> <li>・ アメリカでは、実証的実践 (Evidence Based Practice) が精神保健サービスの主流であるが、ろう者に関する調査や研究がないので課題である。また、精神保健に関わるろうの専門家や医師を育成する必要がある。</li> </ul> |                                  |   |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題〕</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 専門家に対するトレーニング<br/>医師、看護師、ソーシャルワーカーなどに対する、聴覚障害と言語獲得、文化、コミュニケーションなどの専門教育</li> <li>② ろう者を責任者とする相談支援<br/>即応的な相談、情報提供、教育などを提供する身近な機関</li> <li>③ 専門性のある手話通訳者の養成及び身分の安定<br/>手話通訳士資格に追加研修を行い、専門的な力量の育成及び医療機関への雇用</li> <li>④ 当事者医師の育成</li> </ol>  |                                  |   |

| 開催年月日   | 講演テーマ                | 講師氏名                             |
|---|----------------------|----------------------------------|
| 2011年<br>8月6日～7日<br>〔第20集〕  | 「働きたい」を実現するための効果的な支援 | 倉知 延章<br>(九州産業大学国際文化学部臨床心理学科 教授) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日本の障害者雇用制度について・・・法定雇用率は大企業が高い→特例子会社の存在</li> <li>・ 障害者の中でも精神障害者の就労は伸びているが、働き続けることに困難がある。</li> <li>・ 聴覚障害者雇用をめぐる問題点の整理             <ul style="list-style-type: none"> <li>①仕事上のコミュニケーションは大きな支障ではない。</li> <li>②「人間との関係」が問題。</li> <li>③情報不足に起因するトラブル。(成長過程から情報がないため、発達に影響がある)</li> <li>④昇進等の将来が描きにくい。</li> <li>⑤相談する人がいない。利用可能な社会資源がない。</li> </ul> </li> <li>・ 精神障害者雇用をめぐる問題の整理             <ul style="list-style-type: none"> <li>①統合失調症患者への包括型地域生活支援事業への転換が必要</li> <li>②新型うつ病への対応</li> <li>③精神障害の多様化に伴い、支援の方法論も多様化が求められる。</li> </ul> </li> <li>・ 職業生活上の課題・・・①認知行動障害、②自尊心の低下、③世間の誤解、④専門職の消極的態度</li> <li>・ 聴覚障害者と精神障害者の共通課題・・・①働き続けることが困難、②情報の捉え方が偏りやすい、③世間の誤解、④孤立しやすい</li> <li>・ 就労支援の方法(必要な援助)・・・①本人主体、②長所に焦点をあてる、③訪問型支援、④企業への支援、⑤多機関協働の支援、⑥I P S支援モデル</li> <li>・ 就労支援の流れ・・・①相談、②職場開拓、③職場での就業準備、④フォローアップ</li> <li>・ 専門家には職場を探すという意識を持ち、経験の中で技術を得、企業との関係作りに努め、障害者の希望を聞き、長所をつかみ、障害の知識を持ってコミュニケーション技術を身につけることが求められる。</li> </ul> |                      |                                  |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題〕</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 支援者がコミュニケーション技術を持つ<br/>相談者の希望や長所をつかむために欠かせない。</li> <li>② ネットワーク(関係機関と協働で支援)<br/>1機関が抱えこまないためにも多くの支援機関で共に支えあって支援する。</li> <li>③ 長期的な支援<br/>就労はできても継続するための支援が必要。社内での環境作りも欠かせない。</li> </ul>   |                      |                                  |

| 開催年月日   | 講演テーマ                                | 講師氏名                                    |
|---|--------------------------------------|---|
| 2012年7月21日<br>〔第21集〕  | 被災地支援の1年を振り返って<br>東日本大震災聴覚障害者中央本部の活動 | 久松 三二<br>(全日本ろうあ連盟 東日本大震災聴覚障害者救援本部事務総括) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 災害発生時には、当事者の各団体が1つにまとまった組織をつくるのが大切であり、全国組織の本部は、支援する人の支援体制づくりが大切。また、民間の力だけでなく、行政との連携が重要である。</li> <li>・ 東日本大震災時は、内閣府の記者会見に手話通訳をつけることができた。東京電力の記者会見にも手話通訳をつけたが、手話通訳者の確保は、手話通訳者などのネットワークが大きな力になった。</li> <li>・ 全日本ろうあ連盟が把握していた被災地での聴覚障害者の被災、死亡者数と、NHKの調査では、2～3倍の差があった。民間団体では、身体障害者手帳を活用した実地把握は困難。南相馬市では、名簿を支援団体へ公開した。市との契約のないろうあ連盟への公開は不可であった。</li> <li>・ NHKでは、手話通訳者や字幕オペレーターが足りないという理由で、字幕・手話通訳の挿入が普及していない。韓国では「差別禁止法」が成立し、字幕も手話も義務付けになった。日本では努力義務となったままである。</li> <li>・ 東日本大震災では、180人位の手話通訳者が被災地支援に入った。日本財団からの援助で先行派遣しながら、公務員、情報提供施設職員、その他社会福祉法人等雇用関係のある手話通訳者の公的派遣が実現した。しかし、登録通訳者、相談員、要約筆記者は公的な身分の人が少なく、ほとんど派遣することができなかった。今後の課題である。</li> <li>・ 被災地沿岸部では県の福祉サービス情報を持っていない人が沢山いた。家族や地域社会の助け合いに終始し、手話の使用にも躊躇があった。そこで、行政と民間団体で協力して、2000人にアンケート調査を行ったが、「困ったことはある」と回答した人が多い反面、「相談することに迷っている人」が多いことがわかった。</li> <li>・ これから、各市でやっている情報発信システムの情報を集め、国内での情報キャッチができる全国的なシステムづくりを全日本ろうあ連盟としてもやっていきたい。</li> </ul> |                                      |   |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りにも有効な内容・課題〕</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 民間団体と行政との相互協力<br/>民間団体も持っているネットワークを有効に活用するためには、個人情報保護などの壁を行政と共に乗り越える取組が必要である。</li> <li>② 差別禁止法、情報コミュニケーション法<br/>権利としての情報の保障を具体化する必要がある。</li> <li>③ 専門的な相談員の派遣<br/>公的身分で、専門性のある相談員の派遣が必要である。地方では、行政サービスそのものが届いていない地域が多くあり、生活ニーズの掘り起こしが必要である。</li> <li>④ 緊急の情報発信システム<br/>全国的なシステムの開発が必要である。</li> </ol>   |                                      |   |

| 開催年月日   | 講演テーマ       | 講師氏名            |
|---|-------------|-----------------|
| 2012年7月21日<br>〔第21集〕  | 被災地への想いを寄せて | 今村 彩子<br>(映像作家) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ろう者の立場で社会にろう者の声を伝えることを信念に、映像の仕事をしている。3月11日に東日本大震災が起きた。現地の人々の状況や困っていることは何かを映像に収め、社会に伝えることが自分の役目だと考え、被災地に向かった。</li> <li>・ 地震から1カ月後、福島で取材中に大きな余震にあった。聴こえるスタッフから「津波警報が鳴っている、逃げなければいけない」と教えられた。もしそこに聴こえないスタッフがいなかったらと考えると、とても怖い体験であった。東北のろう者たちは同じ体験をしてきている。</li> <li>・ 被災地のろう者はいつも不安を抱えている。情報が得られない。テレビを見ても字幕がない。自分も余震のたびに目を覚まし、精神的に不安でいっぱいであった。</li> <li>・ 精神的にとっても疲れて、ストレスから病気になる方がいるときく。特に高齢者に多くいる。手話ができる専門知識のある人が避難所に行き、話し相手になるのがいいと感じた。</li> <li>・ 津波情報が聴こえないために亡くなられたろう者・難聴者がいると思うと、悔しい。</li> </ul> |             |                 |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題〕</p> <p>① スマホなど技術が発展し便利になったが、同じ社会に生きるろう者・難聴者には、まだまだ命にかかわる情報が得にくい状況がある。情報が得られにくい人にも情報が伝わるように方法を考えていかねばならない。技術者がろう者・難聴者などの当事者にあわせた解決策を議論できる場を作る。これは精神のサポートにも同じことがいえる。</p>   |             |                 |

| 開催年月日   | 講演テーマ                   | 講師氏名                  |
|---|-------------------------|-----------------------|
| 2011年12月11日<br>(平成23年)  | 琵琶湖病院<br>聴覚障害者外来の取り組みから | 藤田 保<br>(琵琶湖病院 精神科医師) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1993年から琵琶湖病院で聴覚障害者外来開設。目的は病院でのバリアフリー。</li> <li>・ 職員対象講座の開催「聴覚障害者のことを知る」「聴覚障害者とのコミュニケーション方法を学ぶ」</li> <li>・ 職員向けマニュアルの作成・院内設備の工夫。(目で見てわかる工夫、機器の利用等)</li> <li>・ 患者の状況・・・手話ユーザーが6割、滋賀と京都で7割、近畿地方で9割、近畿以外では1割の来院がある。</li> <li>・ 直近3ヵ年の診断別状況は、神経症圏が1/3、精神病性障害が2割、気分障害が1割。</li> <li>・ 最近では新型うつ病、発達障害が増えているように感じる。</li> <li>・ 聴覚障害者のコミュニケーション手段を保障して対応できる医療機関が少ないため、聴覚障害者は十分な精神科医療を受けていないと思われる。</li> <li>・ 心理社会的なストレスの影響で病気が起こっていることが多いと考えられる。</li> <li>・ 教育の問題に起因すること・・・母親離れがうまくいかない(母子密着)、障害認識してアイデンティティを確立することが解決されていないことから起る。</li> <li>・ 生活体験の減少・・・聞こえないから「仕方ない」→家族が代わりにやる。</li> <li>・ 若年層の自傷行為の増加</li> <li>・ 職場定着の困難・・・自己確立ができないまま社会にでる。</li> <li>・ 入院の問題・・・年間6～7例。24時間、聞こえる人に囲まれる社会と同じ状況で入院することになるための患者のストレス。患者がルールを守らないことによる、職員のストレス</li> <li>・ 聞こえる患者が手話を自発的に学び始めた。</li> <li>・ ろうの患者同士のグループワークが有効</li> </ul> |                         |                       |
| <p>〔今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題〕</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 患者に合わせたコミュニケーション方法が有効(聞こえる人に合わせる必要がない)である。</li> <li>② 生まれつき聞こえない人(生活体験の量的・質的違い)のことを理解する。</li> <li>③ 現存の精神医療や診断基準は、聞こえる人を前提としていることを認識する必要がある。</li> <li>④ 発達障害(学習面・行動面の問題)は、聞こえないことから二次的に起る可能性もある。</li> <li>⑤ 聴覚障害者の援助者が精神保健の専門家と協働すること、聴覚障害者の専門家を育成することが適切な対応につながる。</li> </ol>   |                         |                       |



| 開催年月日   | 講演テーマ                | 講師氏名                           |
|---|----------------------|--------------------------------|
| 2011年12月11日<br>(平成23年)  | ミニレクチャー<br>精神保健福祉の動向 | 大塚 淳子<br>(日本精神保健福祉士協会<br>常務理事) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神保健福祉医療の改革の背景にある3つのポイント<br/>               ①障害者権利条約の批准に向けた障害者制度改革の影響 ②今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 ③医療制度、医療計画の見直し</li> <li>・ 2004年「精神保健福祉施策の改革ビジョン」が日本の精神保健福祉施策の基礎。これを10年かけて「入院医療から地域生活中心へ」という流れに改革を進める。<br/>               改革の3強化ポイント ①普及啓発 ②精神医療の改革 ③地域生活支援の強化</li> <li>・ 国内の障害者施策・・・2005年「障害者自立支援法」障害者が普通に暮らせる地域を目指す。</li> <li>・ 国外の障害者施策・・・2006年「国連障害者の権利条約」共生社会の実現を目指す。</li> <li>・ 国内の障害者施策・・・2009年「障がい者制度改革推進本部」国連の権利条約批准に向けた国内法整備<br/>               2010年「障害者制度改革推進会議」構成員のうち半数が当事者</li> <li>・ 国内外の障害者施策の動きがあるなか、精神障害の施策が進まない現状のため、10年間の改革のうち後半5年の重点施策の検討が行われ、2009年「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」が出された。精神保健医療体系の再構築と精神医療の質の向上と2つにわけ、共生社会を実現するという方向が出された。</li> <li>・ 検討会の中間的とりまとめ「入院治療から地域生活へ」「権利条約の批准に向け強制入院と社会的入院、人員体制の見直しを行なう」</li> <li>・ 障害者自立支援法の改正に伴い、精神保健福祉法も一部改正</li> <li>・ 4疾病5事業に精神疾患が含まれ、5疾病5事業になった。</li> <li>・ 新たな取り組み①社会的入院の解消に向け具体的数値を設定し都道府県が取り組む、②アウトリーチ、③精神科救急医療体制の構築、④医療計画に記載すべき疾病への追加、⑤地域移行の支援、⑥認知症への対応</li> <li>・ 保護者（家族）に課せられる責務規定の検討</li> </ul> |                      |                                |
| <p>[今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 退院した人が地域で安心して暮らせるための支援体制作り</li> <li>② 患者の家族への支援体制作り</li> <li>③ 病院そのものが受診しやすくなるための医療制度改革とマンパワー</li> </ul>  |                      |                                |

| 開催年月日   | 講演テーマ                              | 講師氏名                         |
|---|------------------------------------|------------------------------|
| 2013年8月4日<br>(平成25年)  | 疾病の理解について「聴覚障害のある人の統合失調症や発達障害について」 | 片倉 和彦<br>(双葉会診療所 院長<br>精神科医) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 統合失調症とは基本的には脳内物質の病気といわれている。</li> <li>・ 症状としては、病気になると、主に自分と他人との境界線がはっきりしなくなるために、幻覚や妄想、幻聴が起り生活に支障をきたす。昔は診断自体がレッテル貼りだといわれていた。現代でもそのような面がゼロではない。現代では薬やSSTでかなりの回復が見られ、病気後も社会に居場所や役割を作ることが可能になっている。そのためには診断が重要である。</li> <li>・ 聴覚障害者の統合失調症の場合、「過剰診断」(例：筆談で変なことばかり書いている・変な格好で歩いている・わけのわからないことを言う)や、反対に、本来、統合失調症の診断のもとに治療していくべきところで、放置されていることがある。それゆえにしっかりとした診断を行ない、有効な薬物治療をしていくことが大切である。また、患者本人に、診断の初期段階で病状と治療方法について理解していただくことも大事である。</li> <li>・ 統合失調症の場合、完治して元通りになるというよりは、本人は病気をコントロールし、周りもある程度病気のことを理解していただくことが大事である。</li> <li>・ 診察では、「これまでの経緯」「診察に来た経緯」「診察が嫌かどうか」「同行者の有無と立場」などを見る。面談では、「話が伝わるかどうか」「話の内容は現実的かどうか」「話の最中の視線はどのようになっているか」「話が不自然に止まるかどうか」「過去の思い出はどうか」などを見る。</li> <li>・ 聴覚障害者の場合、患者も相談者も孤立しがちである。</li> <li>・ 発達障害は、LD・ADD・ADHD・ASDなどの分類があるが、分類に属さない非定形の例が多い。最近では自閉症スペクトラム障害という。</li> <li>・ アスペルガーについての仮説および周辺特性について紹介。</li> <li>・ 聴覚障害と発達障害が重複している幼い子の場合、どちらかが発見されると、一方の発見が遅れる傾向にある。</li> </ul> |                                    |                              |
| [今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題]   |                                    |                              |

| 開催年月日  | 講演テーマ                             | 講師氏名                           |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|
| 2013年8月29日<br>(平成25年)  | 生活支援の視点から「聴覚障害のある精神障害者への関わり方について」 | 大塚 淳子<br>(日本精神保健福祉士協会<br>常務理事) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 心の病気、精神疾患、精神障害は、今や誰でもかかりうる可能性があるものである。「これ以上無理が続くと難しい」というサインがどこかの部位に出る。それが身体に出るか心（精神面）に出るか、いずれにしても病気や障害は誰にも生じる身近なものである。</li> <li>・ 共生社会について、現代は個別多様性を尊重し、権利性は平等であるべきという考え方が主流である。</li> <li>・ 障害者支援について、わかりたいという気持ち、知ろうとすることが大事である。知らない障害や病気などがたくさんあり、人は「知らないこと」に対して、苦手意識や偏見を持ってしまう。支援というものは、知ることからしか始まらない。</li> <li>・ 40歳～64歳の壮年期に聴力を失聴すると、メンタルヘルスの問題に結びつくケースが多いという経験をしている。</li> <li>・ 生活支援の視点から、聴覚障害にはコミュニケーション支援、情報保障が必要となる。精神障害には良質な医療の提供による病気の維持・管理が必要となる。また、判断能力が低くなっている場合には、意思決定の支援が必要となる。特に精神障害については、家族が社会にオープンにしにくい状況があり、家族自体が社会的孤立に陥りがちであるため、家族支援が大事になる。</li> <li>・ ワーカーとして、手話通訳者や要約筆記者とかかわりながら、支援をすることができたのは良かった。なぜなら精神疾患は人との関係の中で病む病気であるので、必然的に何人か人数が支援に関わることで、関係性の面で力を付けられたと感じる。</li> <li>・ コミュニケーションの目的は、理解してもらうことではなくラポールを形成することにもある。</li> <li>・ 精神障害の人と接するときには大事なものは「安心感を提供すること」「提供の確認をして、お手伝いをしたいという姿勢や想いを、非言語・言語を含めて伝えていくこと」「自己決定を重んじ、まずどうしたいかを聞くこと」「今難しくても必ず変化をするのだという可能性を信じていくこと」。</li> <li>・ 障害や病気に関わるスタッフは問題点を探し、直してしまいがちであるが、ストレングスモデルでの関わりは、問題点はその人の一側面であるということを忘れてはいけない。長所がたくさんあるので、それをどれだけ発見し、確認し、共有し、伸ばしていくことができるかが大事である。</li> </ul> |                                   |                                |
| <p>[今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 障害者総合支援法が福祉サービスの中心となり、相談支援が最重要視され、整備がなされていくだろう。</li> <li>② 重複障害や複雑な問題を抱えている方に、総合的・包括的な対応が求められ、今後整備していかなければならない。</li> </ol>   |                                   |                                |

| 開催年月日  | 講演テーマ                       | 講師氏名              |
|--|-----------------------------|-------------------|
| 2014年8月1日<br>(平成26年)   | 聴覚障害と精神障害をあわせもつ人の<br>支援について | 赤畑 淳<br>(立教大学 助教) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 聴覚障害と精神障害をあわせもつ人への支援の困難性について<br/>支援が難しいという構造を、全体像や誰が何に困難を感じているのか確認が必要である。本人にのみ原因を探るのではなく、支援者側の知識不足、技術不足、連携のありかたなどを検証する必要がある。「保健医療福祉システム」という分析枠で考察した。</li> <li>・ 支援の可能性として、実践の蓄積から見えてきた留意点や工夫について理解し、支援の全体像をとらえることが大切である。</li> <li>・ 支援の専門性の面からは、「従来の援助技術の（聴覚障害者への）適用の難しさ」「専門的な見立ての難しさ」や、「専門知識不足」などがある。</li> <li>・ 支援環境は重要である。支援者間のコミュニケーションが大切である。支援者と話がかみ合わないという問題がある。「たらい回しによる支援機関の一極集中」に陥りやすい。</li> <li>・ グラウンデッドセオリーアプローチによる分析結果として、支援の困難性の要因を分析し、概念を構成した。「感覚コミュニケーションの探求」「関係に焦点化」「行動密着支援」「特殊性と普遍性の認識」「複合システムの理解」</li> <li>・ コミュニケーションのポイント ①感覚特性の理解と活用により、コミュニケーションを探求すること、②行動を共にすることでコミュニケーションを可視化する、③支援の普遍性を認識した上で、コミュニケーション特性への配慮を行うこと、④支援領域間のコミュニケーションにより、支援の協働体制を作っていくこと、⑤支援全体のコミュニケーションの複合システムとして捉えていくことということ。</li> <li>・ 聴覚障害と精神障害をあわせもつ人の支援全体の構造 ①感覚・知覚、②行動、③認識。④機関システム、⑤社会文化システム</li> </ul> |                             |                   |
| <p>[今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 支援者側の意識を向上させるための研修<br/>相互作用を引き出す取り組みの研修が必要である。</li> <li>② チームアプローチ<br/>対個人だけで抱えるのではなく、チームとして話し合いを重ね、チームとして見守ることが大切である。</li> <li>③ 社会資源の開拓<br/>複雑な様相をみせる聴覚障害者の対応について、たらいまわしにならないような社会資源の仕組みづくりが必要である。</li> <li>④ 関係性の構築<br/>社会資源も大切であるが、更に、支援者同士の関係性を活用することが必要不可欠である。</li> </ul>  |                             |                   |

| 開催年月日  | 講演テーマ                          | 講師氏名                      |
|--|--------------------------------|---------------------------|
| 2014年8月30日<br>(平成26年)  | 聴覚障害者の精神疾患とコミュニケーション 精神科医の立場から | 片倉 和彦<br>(双葉会診療所院長、精神科医師) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当事者が専門職になるということが日本ではまだまだ難しいと感じるが、当事者だからこそ可能な要素があり、当事者が担うメリットの一つに視線の使い方がある。聴者が会話をしているときの視線と、ろう者が手話で会話しているときの視線は違う。</li> <li>・ 聞こえない人は、視線を合わせて話すのが基本になっている。</li> <li>・ 視線についての実験をするために、参加者に前に出してもらい、演習を試してみたところ、聞こえない人は視線を合わせて会話をし、聞こえる人同士では視線を合わせずに会話することが認識された。</li> <li>・ 聞こえない人にとって視線というのは大事なことなのに、精神医療の現場ではないがしろになっているのではないか。</li> <li>・ 精神科医と患者の関係というのは、視線が合う関係であるが、聞こえる人同士では、逆に視線の逃げ場所を作るような座り方もする。</li> <li>・ 精神科では、過去に嫌なことがあったとして、今、平常の心で伝えてもらえているのか。その過去の嫌なことを思い出して、今もパニックになっているかを見分けることが診断である。話している内容だけではなく、現在の状態との関係を見ることも、大事な診断である。幻聴が聞こえているときに、視線がズレるとか、うつで自殺を考えているときに下ばかりを見ている。そういうことも診察のときに、重要な手法。精神科一般で重要であるところに、対聞こえない人の診療の場合、そこが上手くいってないことが多いのだと思われる。</li> <li>・ 今の医療や精神科医が患者を全然見ないというが、医者に患者を見させる、患者も医師を見ることが大切である。</li> <li>・ 診断および治療において、目を合わせていくというのは大事であり、そのためには周りの人間が、それをどう保障していくかも大事である。</li> </ul> |                                |                           |
| <p>[今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 当事者が専門家として働けること<br/>聞こえない人だからこそできることや持ち得る感性がある。専門職としての学びを修了した後、就労システムが必要である。</li> <li>② 視線を合わせることの大切さを認識した診察が大切である<br/>医師は患者と視線を合わせながら診察にあたる工夫が必要である。</li> <li>③ 聞こえない人が視線を合わせる意味をきちんと理解する<br/>聞こえる人と聞こえない人の視線の使い方の違いを理解し、視線に関わる診断を慎重にしてい<br/>く必要がある。</li> </ol>   |                                |                           |

| 開催年月日   | 講演テーマ                                  | 講師氏名                    |
|---|--|-------------------------|
| 2014年8月30日<br>(平成26年)   | 社会の中での生きづらさ(?)とは<br>ろう者の心因反応には環境要因が大きい | 野澤 克哉<br>(聴覚障害問題研究会 代表) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ろう者の心因反応について、ろう者のタイプを5分類した。①先天的なろう者、②言語習得前の失聴者。4歳前後に失聴した者、③自分が聞こえないと自覚できるころの失聴者、④手話を日常生活にメインで使っているろう者、⑤デフファミリー。</li> <li>・ ①環境がよいと心因反応は少ないが、成人で心因反応が起こると支離滅裂な文章になる。<br/>②精神科にかかるケースが最も多い。<br/>③この時期の失聴者は、健聴の世界、またろうの世界を自由に行き来ができる力がある。<br/>④日本語はわかるけど手話を日常のメインに、コミュニケーション方法として使うという聴覚障害者と、もうひとつは、日本語の習得は十分ではない、交流範囲も友好範囲も手話だけというようろう者タイプがある。2つの中でも心因反応が起こりやすいというのは、日本語を十分習得できていないろう者のほうである。本人の置かれている環境を十分理解し、本人に合ったコミュニケーション方法で支援をしながら、少しずつ自信を与えていくことが大事である。<br/>⑤デフファミリーは、自分で聞こえないということを1つのアピールに使って、手話劇とか講演とか本を書くとか、そういう社会的な活動をやっている人が増えているように感じる。</li> <li>・ 自分は長きにわたりろう者の支援を担ってきた立場で、ろう者問題に明るいためにこのような分類の仕方ができるが、まだまだこの分野の取り組みや社会資源は少ない。</li> </ul> |  |                         |
| <p>[今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 社会資源が不足している</li> <li>② 学校等における児童へのフォロー体制の強化</li> </ul>  |  |                         |

| 開催年月日  | 講演テーマ              | 講師氏名                 |
|--|--------------------|----------------------|
| 2014年8月30日<br>(平成26年)  | 中途失聴・難聴者の生きづらさを考える | 濱田 豊彦<br>(東京学芸大学 教授) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 中途失聴・難聴者それぞれの状況はまちまちであり、ニーズが多岐にわたることが1つの特徴で、心の深いところで、「やっぱり聞きたい」、あるいは「聞こえていることが当たり前だ」、というような気持ちを持つ方が「中途失聴・難聴者」だと感じる。</li> <li>・ 教育の世界では障害受容と障害認識を使い分けるということが、最近増えている。障害受容というのは、喪失感を伴うもので、それを乗り越えて、障害のある自分を当たり前の自分なんだと受けとめていくことが障害受容である。それに対して、子どものころからの障害には喪失感情が伴わないので、障害認識という言葉を用いる。</li> <li>・ 心理的不安があると、非公式な場に積極的に出ていくことがだんだん減り、情報が入りにくくなっていくという悪循環をどう断ち切っていくかが、中途失聴・難聴の方をサポートしていくとき、非常に大事になってくる。</li> <li>・ 幼少期からの難聴で聴力変動がないと、聞こえる世界を知らない、ということにつながってくる。聞こえないために生じる不利益を認識し改善する方法を学ぶ必要がある。自覚を持って、「だからどうしてほしいのか」ということを求める力を身につけたり、その改善方法を知っていることなどが大事。</li> <li>・ 聴覚障害はその困難が見えにくく、不適切な対応をされがちである。適切な方法も周囲には分りにくい、そういう特徴が聴覚障害にはある。どのような不利益があるのか、そしてどうすれば改善するのかを、聴覚障害児・者自身が説明する力を持つということが求められる。</li> <li>・ 「聴覚障害児・者の聴覚の活用を考える会」アンケート調査の結果、聴力が軽めの人達が手話を使っているかどうかは、聴力との関係というよりは、周りに聞こえない仲間がいるかどうかの問題。</li> <li>・ 生活者として、各々の「生活の質」を上げるための情報を、どう集めて活用していくかが大事。そこに行けば、とりあえず受けとめてもらえる。そういう所を作っていくことが必要。</li> </ul> |                    |                      |
| <p>[今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 中途失聴者の損失感情と障害受容への理解<br/>障害受容のプロセスの理解と支援が必要</li> <li>② 軽度難聴者の障害認識のためのアプローチ<br/>社会適応のためのトレーニングの必要性など</li> <li>③ 相談機能の充実<br/>生活の中での問題解決や、アイデンティティを支える相談支援の窓口が必要</li> <li>④ 手話の言語環境整備<br/>軽度難聴者が安心して手話を使い続ける言語環境が必要である</li> </ol>  |                    |                      |

| 開催年月日  | 講演テーマ                  | 講師氏名                              |
|--|------------------------|-----------------------------------|
| 2014年8月30日<br>(平成26年)  | 社会の中での生きづらさとは～盲ろう者のこと～ | 前田 晃秀<br>(東京都盲ろう者支援センター<br>センター長) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 盲ろうの重複障害を発症することによって、「見えない、聞こえないなんて世の中で自分1人だけ」と思い、非常に孤独感にさいなまれる人が多い。</li> <li>・ 安楽死がないということで、絶望してすぐに自殺に至る方が多いわけではないが、中には盲ろうの障害を発症することで、それが常に大きなストレスになって、統合失調症とかうつ病などを発症される方も少なくない。</li> <li>・ 「盲ろう者に関する実態調査・全国域」を実施した。視覚と聴覚の両方の障害の手帳を交付している人は1万4000人。女性が多く平均年齢75歳。18歳以上65歳未満の方で一番多いのが弱視難聴で大体37%。弱視ろう21%。全盲難聴が18%。全盲ろうが15%であった。1ヵ月会話の頻度や外出の頻度、情報を得ている頻度の項目についてはいずれも月に2日以下という方の存在があり、非常に社会参加の機会が限られているということが明らかになった。</li> <li>・ 全盲ろうの人のコミュニケーション方法を見てみると、発信手段で見ると、手話を使われている方が3割、触手話を使われている方が27%ということになっていて、ここからも、元々、ろうの方であとから視力を失った方というのがかなりいるのではないかと考える。</li> <li>・ 当事者に焦点を当てたDVD(村岡美和氏)実際の見え方や心理的な葛藤など理解してほしい。</li> <li>・ 支援について、早期の情報提供がとても大事である。</li> <li>・ 仲間との出会いや交流が大切で、自分の苦しい気持ちをほかの同じ立場の人にわかってもらえる。それ自体が非常に、精神療法的な意味合いがある。</li> <li>・ 通訳・介助者派遣事業は、盲ろうの方にとっては、非常に意味のある制度。通訳・介助者派遣につながることで、ずいぶん社会参加の程度が増えて、そして、そこから孤独から抜け出すことができるのではと思う。</li> </ul> |                        |                                   |
| <p>[今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 社会との接点が低い盲ろう者の存在が多くあることを知る<br/>重複する障害ゆえ、行動の制限があり、外出などの社会活動ができない状態の方が多くいることが明らかになった。</li> <li>② 情報提供支援の大切さ<br/>障害が発生する前から予備知識を持ち、情報を得ておくことが重要</li> <li>③ 仲間との出会いや交流と分かち合いの場が必要<br/>集団精神療法的な支援が可能</li> </ol>   |                        |                                   |



| 開催年月日  | 講演テーマ               | 講師氏名                          |
|--|---------------------|-------------------------------|
| 2015年8月29日<br>(平成27年)  | 発達障害を有する聴覚障害者の困難と支援 | 濱田 豊彦<br>(東京学芸大学 特別支援科学講座 教授) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 聞こえないことが発達に影響を及ぼす。そのことを無視して、聞こえない人の行動などを「発達障害」と決めてはいけない。また、対人的な不器用さがあることイコール発達障害ではない。</li> <li>・ 発達障害と関係してくるのが「社会性」と「言語獲得」である。</li> <li>・ 自閉症が注目されるようになり、「社会性」という言葉がよく聞かれるようになったが、社会性の定義はなく、文化によって求められる社会性は異なる。また、社会性は人と関わる中で無意図的に身に付けていくものである。コミュニケーション自体に制限がある環境にいと、多様な集団に参加していく機会の不足を招きやすい。ろう学校を例に見ると、地方のろう学校は集団が小さいため、対人的な経験の乏しさを招く状況が起こりやすくなる。聴覚障害がゆえに起こる環境面がもたらしている問題である。</li> <li>・ 発達障害を合併する聴覚障害児の数を調べるため、全国のろう学校にアンケート調査を行った。普通学校の子どもよりも、ろう学校の子どものほうが高い数値が出た。数値には「対人関係の経験不足によるもの」も含まれていると思われるが、発達障害的な要因をその子自身の中に持っている子達の割合が少なくはないことを表している。</li> <li>・ 自閉症スペクトラム (ASD) の概念は変わってきている。</li> <li>・ ASDの子の発達における特徴を国立の精神研究所が出している。</li> <li>・ 支援はより早期からきちんとした環境を作っていくことで、成人になってからの問題を軽減できるはずである。そのポイントになるのが、小学2～5年生であると考えられる。</li> <li>・ ASDの子は他人と自分の違いを意識し始める年齢になると、トラブルが起きてくる。「違っていてもいいんだよ」と言ってもらう経験、大切な存在として受け入れてもらう経験が、この年齢の子にはすごく大事であり、トラブルを起こすのは、「訴え」なのだと思えてもらえるかどうか大事である。</li> <li>・ 本人が困難に向き合うためには保護者や家族の障害受容が重要である。障害認識ができると適切な支援を受けやすい。本人だけでなく保護者や家族も対象とした支援展開が重要である。</li> <li>・ 聴覚障害とASDが合併する場合、指導の量や種類で、聞こえる子より多くの時間がかかる。</li> <li>・ 視覚的情報があればよいというものではない。</li> </ul> |                     |                               |
| <p>[今後の相談・支援体制作りにも有効な内容・課題]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 本人だけでなく保護者や家族も対象とした支援展開が重要である。(上記内容と重複)</li> <li>② 聴覚障害と発達障害を併せ持つ人の就労支援について、状況自体を打開していくためには、地域の障害者就労支援センターを活用し、その職員を育てていくことが課題となる。</li> <li>③ 聴覚障害との合併事例ではないが、聞こえる自閉症の人達の手記を読み、当事者の声に耳を傾け、関わり方のヒントを得ることが重要である。</li> </ol>   |                     |                               |

| 開催年月日   | 講演テーマ                                  | 講師氏名  |
|---|--|---|
| 2015年8月29日<br>(平成27年)   | 「成人聴覚障害者の適応障害・発達障害に向きあって 心理的支援の実践をもとに」 | 甲斐 更紗<br>(九州大学基幹教育院 キャンパスライフ・健康支援センター 特任助教 臨床心理士・精神保健福祉士) |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 聞こえる親の元に生まれたろう者は、親とのコミュニケーションが不足しがちであり、「自分でわかる、自分の気持ちを伝える」という経験が少ないことから、主体性が獲得しにくい。</li> <li>・ デフファミリーだからといって、聞こえない親が聞こえない子の状況を理解できるとは限らない。</li> <li>・ 発達障害者と聴覚障害者の行動は似ていることがあるが、聴覚障害者の場合、「情報が入らないために様々な問題行動が起こる」というプロセスがある。どうしてこういう状況になったのかという結果だけ見るのではなく、プロセスを丁寧にアセスメントすることが非常に重要かつ必要ではないかと思う。</li> <li>・ 診断名が見つからない人でも、その人なりの世界がその人の中にある。現実社会では、自分が主体となっては動けない、でも自分の世界の中では自分が主体となって動いているかもしれない。そういう世界を持っている人を私達が見つけても、その人の世界を私達の世界に無理に合わせる必要はないと思っている。向こうが私に気付いて言ってきたら、一緒に同じ何かを見るような関わりをして、最終的に信頼関係の構築ができることが大切。</li> <li>・ ルールやしなければならぬ行動について、理由を明示し、具体的に説明する。明示した上で、本人も交流が可能になる場を提供する。</li> <li>・ 親はきちんとした診断名を求める。私がひっかかるのは、診断名は聞いたが、対応方法についての説明はない場合が多いことである。個人的には、診断名は問わない。臨床心理士の立場からは病名の診断はできない。診断名よりも、この人ができること、得意、不得意は何かを見つけること、見つけたら次に何ができるのか、支援方法をどうするのかを提示すること、それが我々の仕事であると思う。</li> <li>・ 本人のライフステージ、生育歴を把握し、家族と話をしていくことが大事。</li> <li>・ 一方的に話すのではなく、対話の成立が重要。専門家として支援できるかどうか評価し、支援者本人も自分を見つめ直して、自分自身を評価することが大切である。</li> </ul> |  |   |
| <p>[今後の相談・支援体制作りに有効な内容・課題]</p> <p>① 当事者が問題にぶつかった時に、支援を得られる場所があるということを知ることができるように情報を広める。ネットワーク作り。</p>  |  |   |

#### 4. 「聴覚障害者の精神保健研究集会」事例発表の総括と考察

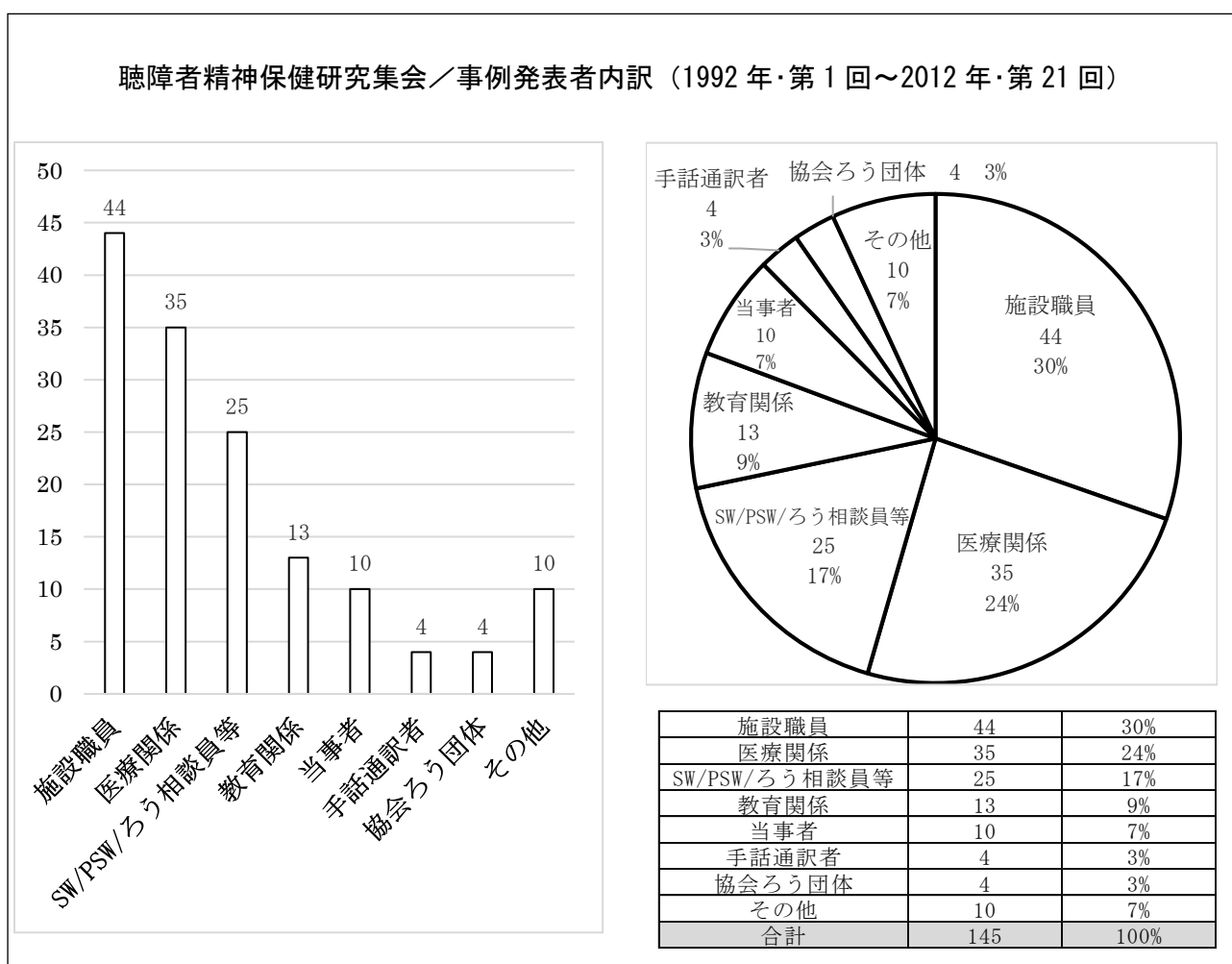
日本の精神保健は、欧米と比較すると 50 年、いや 100 年の遅れと言っても過言ではない。まして精神保健に関する聴覚障害者への相談支援においては実践例も少なく、報告事例は歴史的にも僅かにとどまり、殆ど非公開に近い状態にあった。

世界ろう者会議が日本で開催された翌年にあたる 1992 年 6 月に、第 1 回聴覚障害者の精神保健研究集会が開催された。それは、聴覚障害者を対象とした精神医療や心理相談にかかわる人の実践報告の場の誕生でもあった。以後、回を重ねて第 21 回研究集会までに、145 事例の実践が報告された。

その事例内容から分類すると、福祉の現場・施設からの報告が 30%、医療関係者の報告が 24%、聴覚障害者の相談に関わる報告が 17%と全体の 70%を占めている。その余 30%は、大学、ろう学校などの教育関係者、当事者、手話通訳者の立場からの報告であった。(事例資料 1 参照)

発表者の職種、立場を見ると、精神病院の P S W, 看護師、施設の相談員 (生活指導員・援助員)、ろうあ者相談員、臨床心理士、聴覚障害者の相談員、相談を兼務する手話通訳者、鍼灸師、精神科医、大学教員、ろう学校教員、家族、学生、保健師、社会福祉士、精神保健福祉士、施設長、当事者と多岐に亘っている。

##### 事例資料 1

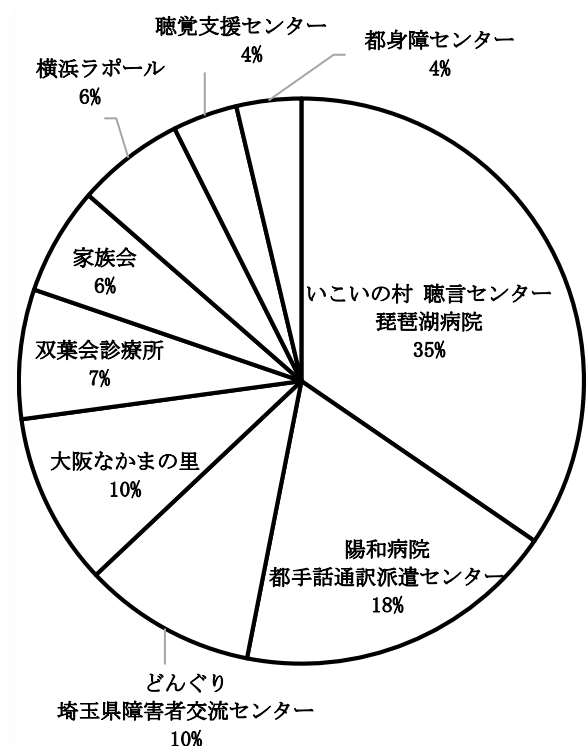
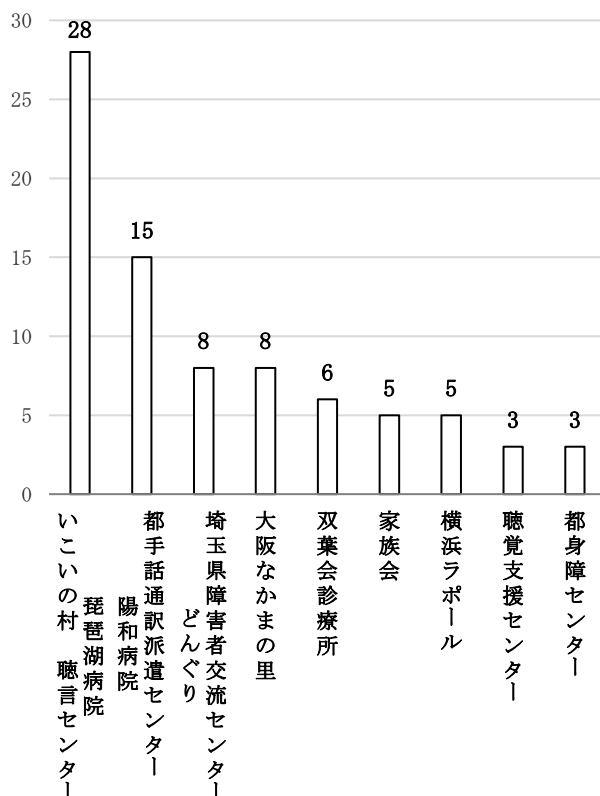


初期の報告では、地域におけるろうあ者相談員の活動報告や聴覚障害者の心理・精神面への取り組みなどが主であった。精神科医からの報告も、聴覚障害者の精神医療に関する問題点は何か、その問題の解決策は何か、というテーマで、「聴覚障害者が精神を病んでいる時は、コミュニケーションが非常に困難となる」、聴覚障害者の特性を十分理解していないと「誤診」につながる危険性が高いと、初期の段階から琵琶湖病院の藤田医師は指摘している。

次に報告された 145 事例の中から、3 事例以上の発表があった地域や事業所別に分類すると事例資料 2 の通りである。

### 事例資料 2 複数の事例を発表した事業所一覧（内訳本数）

| 事業地域     | 事業所名                   | 本数 | 関連事業の括り計 | 関連計(81)比率 |
|----------|------------------------|----|----------|-----------|
| 埼玉県・浦和区  | 埼玉県障害者交流センター           | 2  | 8        | 10        |
| 埼玉県・毛呂山町 | ふれあいの里・どんぐり            | 6  |          |           |
| 東京都板橋区   | 東京聴覚障害者支援センター(ろうあ者更生寮) | 3  | 3        | 4         |
| 東京都新宿区   | 東京都心身障害者福祉センター         | 3  | 3        | 4         |
| 東京都練馬区   | 陽和病院                   | 13 | 15       | 18        |
| 東京都新宿区   | 東京手話通訳等派遣センター(陽和派遣)    | 2  |          |           |
| 東京都奥多摩町  | 双葉会診療所                 | 6  | 6        | 7         |
| 東京都江戸川区  | 家族会(青空会等)              | 5  | 5        | 6         |
| 神奈川県横浜市  | 横浜ラポール                 | 5  | 5        | 6         |
| 滋賀県大津市   | 琵琶湖病院                  | 6  | 28       | 35        |
| 京都府綾部市   | いこいの村                  | 11 |          |           |
| 京都市中京区   | 京都市聴覚言語障害センター          | 11 |          |           |
| 大阪府・熊取町  | なかまの里                  | 8  | 8        | 10        |
|          | 9事業所の発表総計              | 81 | 81       | 100       |



過去 20 年間の中で、陽和病院の報告は群を抜いて 13 事例と多い。次いで京都市聴覚言語障害センター、いこいの村がそれぞれ 11 事例であった。陽和病院では精神保健福祉士（以下 P S W）からの発表が目立った。それまでは殆ど公開されていなかった聴覚障害者の治療の実態が見えてきて、次々と[きこえない]障害に対してのかかわりの大切さや、病院から地域の関係者との連携等、画期的な事例報告でもあった。また大阪のなかまの里からは 8 事例、埼玉のふれあいの里・どんぐりから 6 事例、医師の立場での琵琶湖病院、双葉会診療所からも夫々 6 事例の報告であった。

次に、時期を区切って詳しく見ていきたい。

#### 第 1 回から第 7 回研究集会（1992～1998 年）

第 1 回(1992 年)から第 7 回(1998 年)までに報告された 61 事例の多くは、対象者である精神等の障害を有する聴覚障害者の日常生活への関わりを通じた内容で、心理的不安や心の悩みなどの状況、症例等の現状報告だった。またアルコール問題をあげた事例もあり、関係機関が繋がりをもつ重要性が提起されており、ネットワーク作りの基盤という理由で事例を取り上げている。ケースとしては多くはないが、ろう学校や青年期の教育場面からの報告もあり、在学中の交流体験の大切さという観点で警鐘をならす意味で、事例のまとめ対象として選択した。

全国の参加者による質疑応答・情報交換の中では、東京や大阪などの都市周辺と離れた地域では通院に半日近くかかる等の報告もあり、社会資源の格差を認識する場ともなった。

#### 第 8 回から第 13 回研究集会（1999～2004 年）

第 8 回(1999 年)から 13 回(2004 年)までに報告された 49 事例は、福祉、医療、手話通訳者との連携の大切さなど、協力関係に目を向け問題意識をもった事例を目にするようになる。施設に限らず、様々な立場や取り組みから、退院後や施設退所後の地域復帰や自立支援を考える事例が提起されている。これらの事例からは、地域において退院後の息の長い自立支援が如何に大切かを学ばせてもらえる点で取り上げている。

また、医療関係者による報告の過程で、関わった 10 事例のカルテに共通して、対象者の生育歴、発症歴記録が白紙になっている人が何人かいるという報告があった。わずか 10 年前の事例であり、聴覚障害者に対する医療につなげる環境が十分でない現状を実感する。つまり、この時代の精神医療機関の事実を知り、その実態から聴覚障害者が十分な治療も受けないまま、いわゆる社会的入院という歴史的経緯を知る事例として取り上げた。

一方で、当事者の苦悩や家族の抱える深刻な問題提起や、取り組み等も事例として報告され、回を重ねることで発言する場(環境)ができつつあった。こうした中で、様々な支援を得ながら当事者を中心にした家族会である青空会の実践報告は、一つの展望として出された例ともいえる。更に聴覚障害者自身の P S W 資格取得についての報告や、P S W 自身が抱える悩み、気づきや変化をもたらした対象者との関わりの報告、支援者自身のメンタルヘルス問題を取り上げた報告は、貴重な事例として受け止めていきたい内容であった。

#### 第 14 回から第 21 回研究集会（2005～2012 年）

14 回(2005 年)以降、21 回(2012 年)までは 35 事例の発表があり、学生、研究者から海外情報なども寄せられた。研究集会の事例発表は数少ない情報共有の場でもあったが、情報の共有にとどまる

ことなく、ろう(特別支援)学校等の教育関係者などにより広範な分野からの積極的な参加が求められていた。特にアディクション問題は教育の現場で早期に取り組んでいくべきものと考え、今後の課題として捉えていきたい。

滋賀における琵琶湖病院の聴覚障害専門外来窓口の設置は、先進的な取り組みでありその功績は大きく、関係する医療や福祉等の機関は注目し、期待してきたところである。また関東の陽和病院での手話通訳の導入は、P S Wの取り組みが機関としての取り組みにつながり、聴覚障害者の治療改善に結びついていった。コミュニケーションの確保は聴覚障害者の基本的人権を保障する根本である。こうした活動の成果として、第8回研究集会(1999年)では、医療分野における聴覚障害者入院患者数が26名との報告もあがった。こうした変化は、聴覚障害者の精神医療問題に着眼し、顕在化させていった結果ともいえる。その後、P S Wの働きかけによる地域連携の中で、利用者は減少していくが、地域社会へ移行していく過程でグループホームに繋がっていった。医療と福祉の連携をめざしてきた関係機関やP S Wの活動は大きい。

福祉施設での取り組みも、個からグループ支援やチームとしての対応の報告があり、今後に期待される場所であった。しかし、20数回の研究集会で提起されてきた課題も、後半の事例報告では、医療、福祉の分野で個々に取り組んできた活動は、組織として継続するには至らず、多くの課題が残された現状がある。

2006年(第15回研究集会)赤畑P S Wの事例発表の結びに「手話通訳や要約筆記派遣制度などの社会資源を活用し、チーム医療に聴覚障害者の福祉の専門家が参画し、互いの専門性を学び合うことが、精神障害、聴覚障害を併せ持つ人への理解を深め、援助や支援の輪を広げ、聴覚障害者への理解、また、聴覚障害者分野では精神障害者への理解も深まるのではないか。そしてこのことが精神医療現場への普及啓発になり、幅広く聴覚障害者が精神医療機関を使うための可能性を広げていくことになる」とある。今後の課題と展望を含んだ貴重な提言である。

困難事例は今もあり、解決されないままの課題として数多く残されている。20数年を通して有資格者の働く場や身分保障は十分ではなく、専門家の人材育成にも取り組んできたとは言いきれない。

課題の解決に向かい展望を持ってすすめて行くためにも、関係する機関や人との連携は不可欠である。一つひとつの実践や現場の声が改善につながる。「真理」は具体性の中にあり、実践の中に「理論」は埋もれている。

## 5. 「聴覚障害者の精神保健研究集会」事例発表一覧

| NO. | 掲載集NO. | 西暦   | 和暦    | 事例発表タイトル  |
|-----|--------|------|-------|---|
| 1   | 1      | 1992 | 平成4年  | 心理的援助について<br>—クライアントの立場から考える—                               |
| 2   | 1      | 1992 | 平成4年  | 青年期の心理的安定について   |
| 3   | 1      | 1992 | 平成4年  | ろうあ相談員の活動を通して   |
| 4   | 2      | 1993 | 平成5年  | 退院後の職場定着に関する事例報告  |
| 5   | 2      | 1993 | 平成5年  | 精神保健に関わるケースについて   |
| 6   | 2      | 1993 | 平成5年  | 東京都手話通訳派遣協会における役割と課題  |
| 7   | 3      | 1994 | 平成6年  | 重複障害者へのケアと地域関係機関との連携について                                    |
| 8   | 3      | 1994 | 平成6年  | 聴障者のアルコール依存症に関する事例報告(1)アルコール依存症専門クリニックの立場から(2)聴障者ミーティングを通して |
| 9   | 3      | 1994 | 平成6年  | 中途失聴者に対するカウンセリングの必要性について                                    |
| 10  | 3      | 1994 | 平成6年  | 聴覚障害夫婦の退院援助に関わる地域のネットワーク作り                                  |
| 11  | 4      | 1995 | 平成7年  | 聴覚障害をもつ外来者へのソーシャルワーカーのかかわり                                  |
| 12  | 5      | 1996 | 平成8年  | 精神病院における援助  |
| 13  | 5      | 1996 | 平成8年  | 聴覚障害者の自立援助と精神保健との連携<br>—自己管理とストレス対応—                        |
| 14  | 5      | 1996 | 平成8年  | 米国のろう者精神保健の状況について   |
| 15  | 5      | 1996 | 平成8年  | A聴覚障害者施設に暮らす精神障害の仲間の取り組み                                    |
| 16  | 6      | 1997 | 平成9年  | 職場での障害受容と克服   |
| 17  | 6      | 1997 | 平成9年  | 精神病院における聴覚障害者へのかかわり   |
| 18  | 6      | 1997 | 平成9年  | ろう者の精神分裂病の診断をめぐって   |
| 19  | 6      | 1997 | 平成9年  | 内面を豊かに支えること   |
| 20  | 7      | 1998 | 平成10年 | 聴覚障害者の精神科入院治療上の問題について—聴覚障害者外来5年間のまとめと報告を兼ねて—                |
| 21  | 7      | 1998 | 平成10年 | 精神障害を合わせ持つAさんの変化から教えられたこと                                   |
| 22  | 8      | 1999 | 平成11年 | 人間関係の広がり求めて   |
| 23  | 8      | 1999 | 平成11年 | Ptの適応場とは  |
| 24  | 8      | 1999 | 平成11年 | 関わりの限界を感じていた外来治療から入院治療に移って                                  |
| 25  | 9      | 2000 | 平成12年 | 施設と協力病院とのあり方をめぐって   |
| 26  | 10     | 2001 | 平成13年 | 20年に渡る長期入院生活からの退院支援を通して                                     |
| 27  | 10     | 2001 | 平成13年 | ろう重複障害者への対人援助アプローチ  |
| 28  | 10     | 2001 | 平成13年 | Mさんの地域生活を支援する関係機関の連携について                                    |
| 29  | 11     | 2002 | 平成14年 | 聴覚障害者の精神医療・当事者の立場から   |
| 30  | 11     | 2002 | 平成14年 | 精神障害のあるろう者の事例について   |

| NO. | 掲載集NO. | 西暦   | 和暦    | 事例発表タイトル   |
|-----|--------|------|-------|--|
| 31  | 12     | 2003 | 平成15年 | “わからなさ” 識るということ<br>～聴覚障害を持つAさんから学んだかかわりの原点～                        |
| 32  | 14     | 2005 | 平成17年 | 聴覚障害者更生訓練施設における心理的支援の展開<br>—1992年から今日まで—                           |
| 33  | 15     | 2006 | 平成18年 | ろうヘルパーは単なるヘルパーでは、ないのに…   |
| 34  | 15     | 2006 | 平成18年 | 病棟グループへの要約筆記者導入の経過<br>—中途失聴者の社会資源活用から協働体制の構築へ—                     |
| 35  | 16     | 2007 | 平成19年 | 地域における聴覚障害者支援の現状と課題  |
| 36  | 16     | 2007 | 平成19年 | 支援者を支えるということ—実践事例の振り返りを通し支援者の支援体制を考える—                             |
| 37  | 17     | 2008 | 平成20年 | 聴覚障害と精神障害を併せ持つ人々への支援におけるコミュニケーション<br>～報告書におけるコミュニケーション用語と実践場面事例から～ |
| 38  | 17     | 2008 | 平成20年 | 心に病を持つ聴覚障害者のためのメンタルサポートセルフケアグループを通して～設立から数年、その後～                   |
| 39  | 17     | 2008 | 平成20年 | ろう学校でのカウンセリング（相談支援）について  |
| 40  | 18     | 2009 | 平成21年 | 実践現場で支援者が抱える「困難さ」の検討<br>～文献調査による報告書分析から～                           |
| 41  | 18     | 2009 | 平成21年 | 歩みは遅いけれども—青空会のその後—   |
| 42  | 19     | 2010 | 平成22年 | 歩みは遅いけれども・青空会入会後の私について   |
| 43  | 19     | 2010 | 平成22年 | 重複障がいをもつ聴覚障がい者との関わり  |
| 44  | 19     | 2010 | 平成22年 | 私は一生どんぐりにいるの？—居場所を探して—   |
| 45  | 21     | 2012 | 平成24年 | 聴覚障害者の地域生活支援を考える   |
| 46  | 21     | 2012 | 平成24年 | 聴覚障害者外来の成果と課題—担当医のひとりごと—   |

※プライバシー保護のため一部タイトルを改題してあります。



## II 精神医療分野の取り組みについて 精神科病院でのこれまでの取り組み

聴覚障害者の精神保健研究集会での報告は、首都圏のA病院と関西地方のB病院からがほとんどで、別に首都圏C病院の手話ができる精神保健福祉士（PSW）から単発的な報告があった。病院はいずれも中規模以上の単科精神科病院である。

A病院の場合は、21回に及ぶ聴覚障害者の精神保健研究集会の半数以上で2名のPSWがレポート報告等を精力的に行ったが、嚙矢は聴覚障害をもつ入院患者がグループワークなどで情報保障がないために十分な治療効果が上がっていないことへの疑問であった。まずは、手話で最もよく理解できる患者のために、手話通訳派遣協会の理解と協力を得て院内の諸種のプログラムで手話通訳を実践し始めたが、その効果は数回に亘る縦断的な事例報告で院内安定、グループホームへの退院、家族との和解などを焦点に紹介された。

また、手話を知らない難聴や中途失聴の入院患者の情報保障のために要約筆記者の派遣を活用するようになっており、手話通訳者も含めて医療以外の分野の専門家の視点が院内に入ってくることの効用も強調されていた。

一方、B病院の場合は、聴覚障害者の精神保健研究集会と歩を同じくするように始められた聴覚障害者外来と入院診療での経験を、PSW、看護師、心理士、医師らが報告してきた。聴覚障害者外来を開設したのは、聴覚障害をもつ患者は適切かつ十分な医療を円滑に受けられていない、すなわち、受療権が損なわれている現状を変えるためであった。実際、外来を始めてみると、とくに手話で最もよく理解できる聴覚障害者がより多く、より遠方から受診することが報告され、精神科医療へのニーズが高いのに十分な恩恵に浴していないことなどが強調されていた。

聴覚障害をもつ患者の入院診療の困難さは、A・B両病院の報告からよく窺えるが、院内でのチーム医療の効果的展開と聴覚障害者福祉関係機関等との連携や協働により、長期入院事例を退院に繋げた取り組みなどは評価、参考にされるべきと思われる。

B病院は聴覚障害の有無にかかわらず患者をめぐる問題や課題は、基本的に院内とスタッフで解決すべきとのスタンスであるが、A病院では聴覚障害をもつ患者の情報保障のために、手話通訳や要約筆記ら病院外の専門家の協力を積極的に導入していく方針で、単に必要な場面での通訳だけでなく、病院スタッフ間での打ち合わせや準備に通訳者も参加して、いわば医療スタッフの一員のように加わっているとのことで注目されるべきであろう。

精神科病院での聴覚障害をもつ患者への支援の重要性や困難さなどは聴覚障害者の精神保健研究集会で指摘され続けてきたことであるが、その実践にあたりA・B両病院での取り組みにつき改めて検証して、今後の取り組みの発展に繋げていくべきかと思料される。

### Ⅲ 全国の聴覚障害者情報提供施設へのアンケート調査の実施

#### 1. 調査結果と考察

回収数：44 件（回収率：86%）

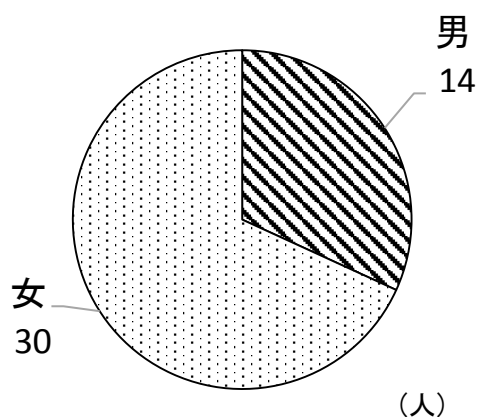
全国の聴覚障害者情報提供施設及び意思疎通支援者の派遣を行っている機関 51 箇所に別紙のとおり質問紙をメールにより送付し、うち 44 件からメールによる回答を得たので報告する。

1. 目的：精神等の障害を有する聴覚障害者への胃質素痛支援と相談支援の現状を把握し、今後の支援の参考とする。
2. 対象：聴覚障害者情報提供施設等意思疎通支援者の派遣を行っている施設等と相談支援を行っている機関 51 箇所の派遣コーディネーターまたは相談室責任者または施設長を対象とした。
3. 方法：電子メール
4. 期間：平成 27 年 6 月から 8 月
5. 理的配慮について：データは本事業以外に使用しないこと、施設名及びケースに関して得られた情報は特定できない形で用いること、メールによる送信の場合はパスワードをかけていただくなど留意点を依頼状に明記した。

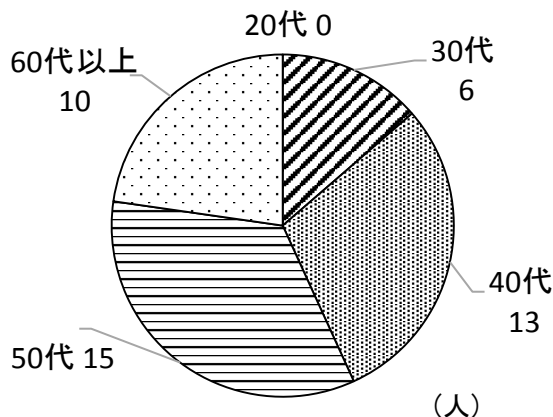
#### 6. 結果

##### 【回答者について】

##### 問 1. 性別



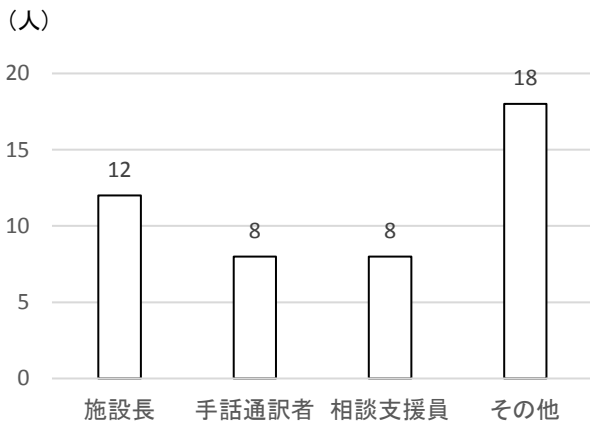
##### 問 2. 年齢



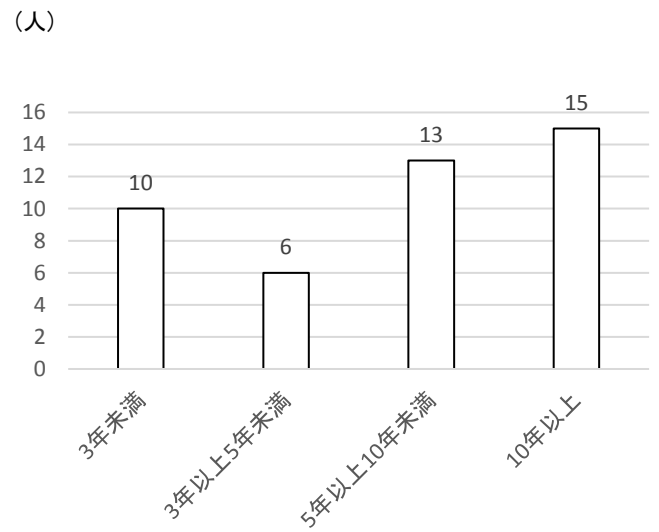
回答者は女性が多く 68%、男性 32%であった。

年齢は 50 代 34%、40 代 29%、60 代 23%、30 代 14%であった。

### 問 3. 職種

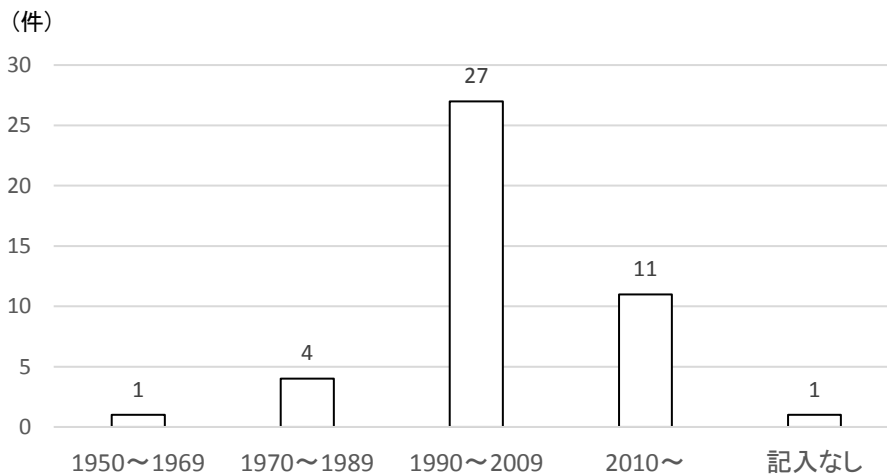


### 問 4. 勤続年数



職種はその他、施設長、相談支援員、手話通訳者の順に多く、勤続年数は10年以上、5年以上10年未満、3年未満、3年以上5年未満の順に多かった。

### 問 5. 施設の設置時期

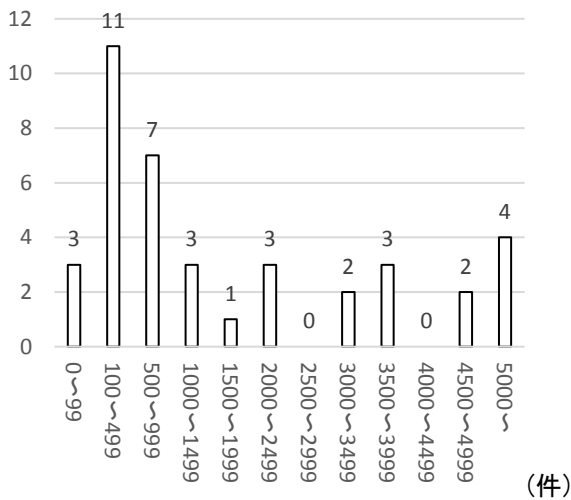


施設の設置時期については1970年から1989年に設置された最も多い27箇所、それ以前に設置されたところは5箇所、以降の設置が12箇所であった。

## 【平成 27 年度の聴覚障害への意思疎通支援者派遣状況】

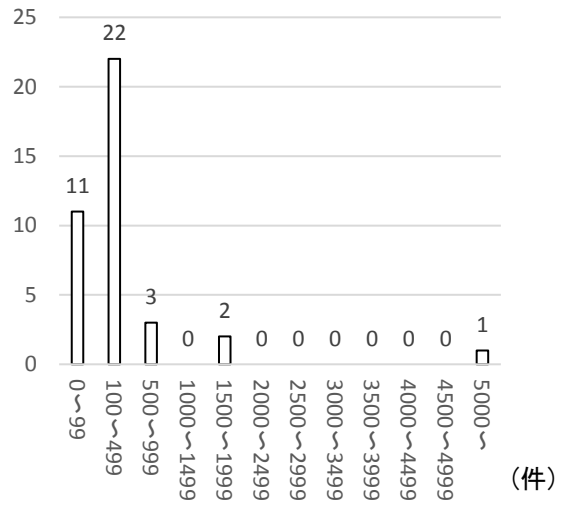
### 問 6. 手話通訳者と要約筆記者の年間の総派遣件数（延べ件数）

手話通訳者派遣件数



※5000 件以上：5186 件、5573 件、8807 件、16000 件

要約筆記者派遣件数



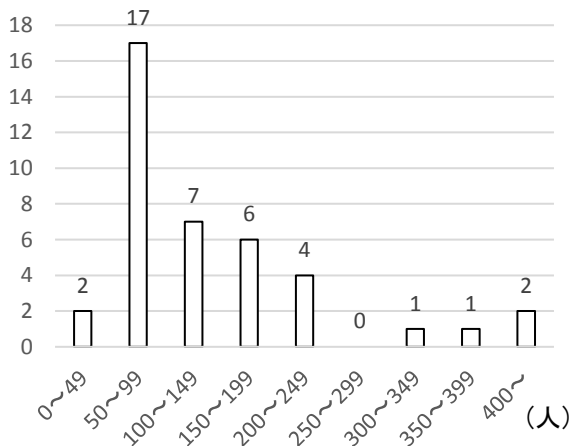
※5000 件以上：8000 件

手話通訳者及び要約筆記者の年間延べ派遣件数については、少ない順にグラフ化したが、手話通訳については、5000 件以上が 4 箇所（最大値 16000）最低枠の 99 件以下が 3 件あり、要約筆記者については 5000 件以上が 1 箇所（最大値 8000）で最低枠の 99 件以下が 11 箇所となった。

この派遣のカウントの方法については詳細を尋ねていないが、政令指定都市の聴覚障害者情報提供施設も含み、また都道府県の派遣元であっても各市町村と契約を交わしているなど、事業範囲が異なるので、各自参考程度とされたい。

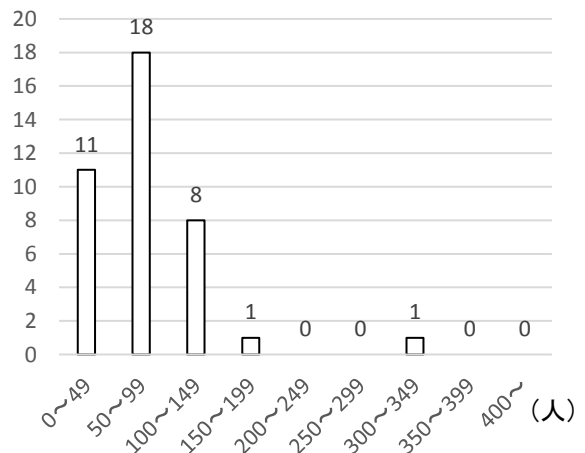
### 問 7. 登録支援者数

手話通訳者登録数



※400 人以上：532 人、2445 人

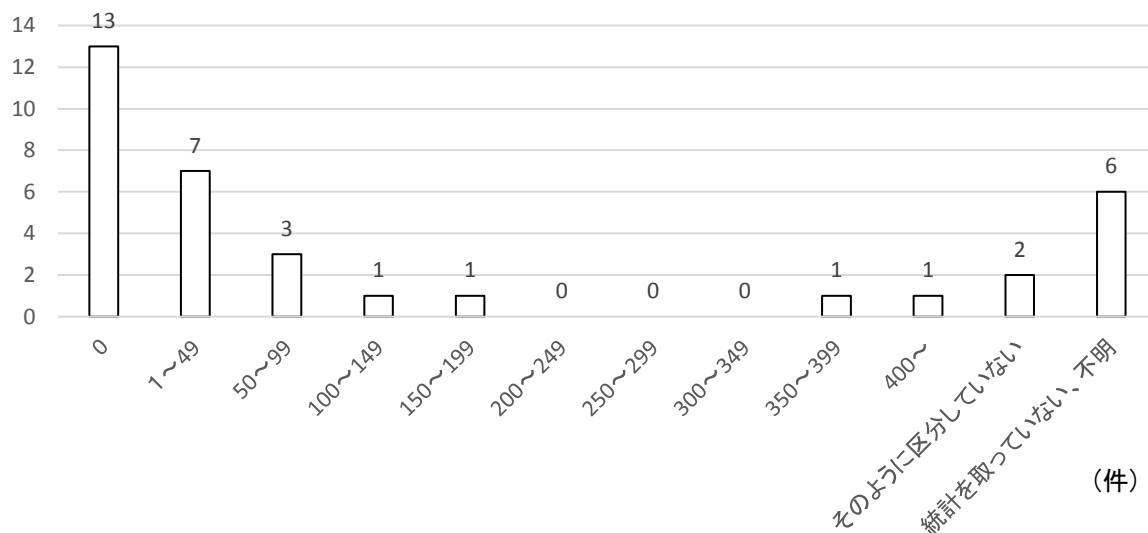
要約筆記者登録数（手書き、PC 合算）



意思疎通支援者の登録者数については、手話通訳者が 49 人以下が 2 箇所あった。50 人以上 99 人以下が 17 箇所でもっとも多く、100 から 149 人が 7 箇所、150 人から 199 人が 6 箇所、

300人から349人が1箇所、350人から399人が1箇所、400人以上が2箇所（532人・2445人）であった。最高値の2445人は、相当に他よりも多く、カウントの方法が異なると思われる。

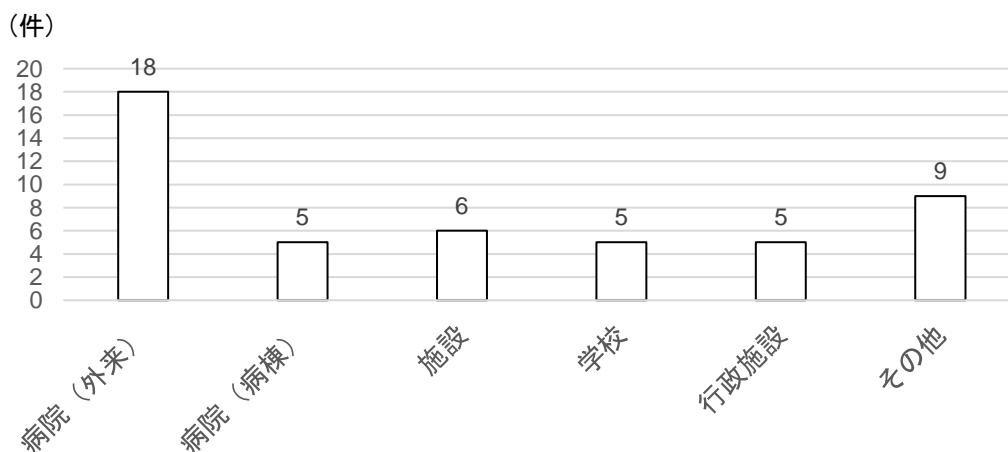
問8. 1) 精神障害（発達障害含む）や知的障害が重複している（重複が疑われる）ケースへの年間派遣件数



※400人以上：800件

精神障害や知的障害が重複している、またはしていると思われるケースへの派遣をしていないと回答したところが13箇所あった。49件以下が7箇所、50から99件が3箇所、100から149件が1箇所、150から199件が1箇所、それ以上は、350から400までが1箇所、400件以上が1箇所（800件）であり、機関により、相当の差が生じていることが明らかになった。また、不明6箇所、カウント項目を設定していないところが2箇所であった。

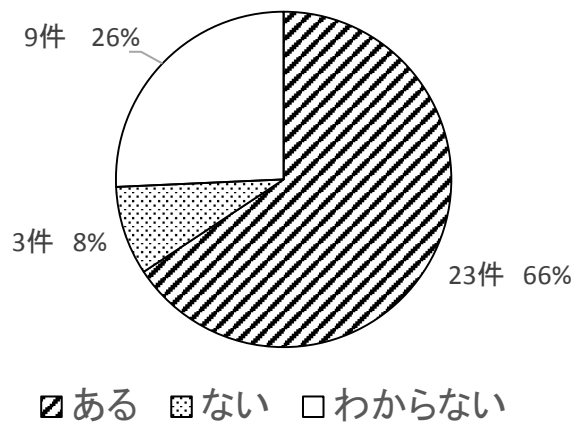
2) 上記質問の派遣場所（複数回答可）



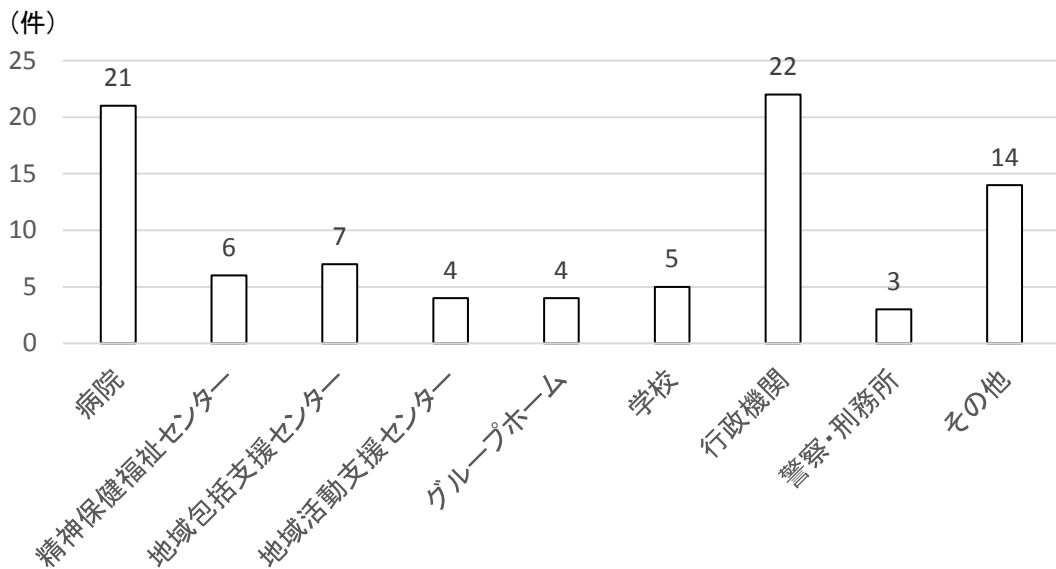
病院が最も多く、その他、施設、学校行政の順になっている。

【精神等の障害を有する方への意思疎通支援者派遣と他の支援の連携について】

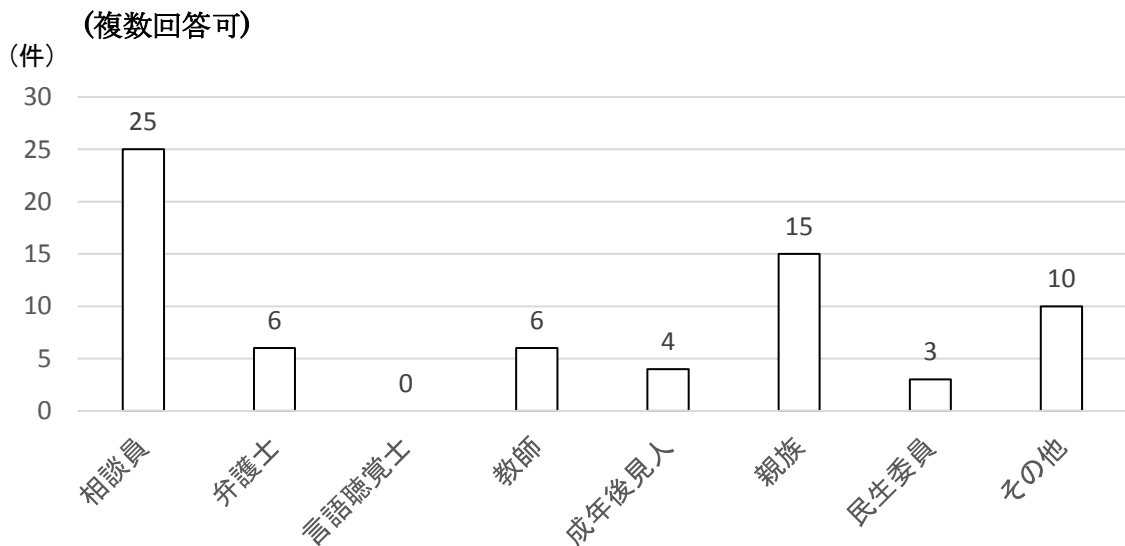
問 9. 精神等の障害を重複する（重複が疑われる）ケースに派遣した場合連携をとることがありますか



問 10. 連携する場合、どのような機関と連携をとりますか（複数回答可）



問 11. 意思疎通支援者以外で連携する場合どのような職種と連携をとりますか



連携の有無についてはあると答えたところが 68%であった。

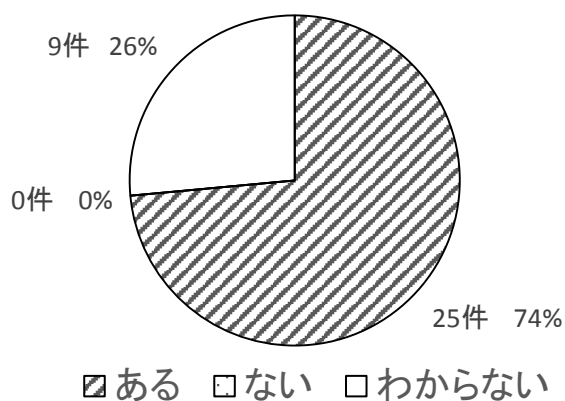
連携先は行政 22 件がもっと多く、病院 21 件、その他 14 件、地域包括支援センター 7 件、精神保健福祉センター 6 件、学校 5 件、グループホームと地域活動支援センターが 4 件、警察・刑務所が 3 件であった。

連携をとる職種については、相談員が 25 件で最も多く、次いで親族 15 件、その他 10 件、教師と弁護士が 6 件、成年後見人が 4 件、民生員が 3 件であった。

## 問 12. 連携しやすい、または連携を続けている機関があれば記入してください

- ・行政（2 件）
- ・聴力障害者情報文化センター・聴覚障害者支援センター
- ・意思疎通支援と聴覚障害者相談支援をひとつの機関で行っているため、聴覚障害者相談員
- ・情報提供施設内（相談員・就労支援ワーカー）市町村（担当者・設置手話通訳者・保健師）
- ・精神障害を主に支援している福祉施設・弁護士など、必要な知識を得るため連絡をとるようにしている。
- ・その対象者の行政・社協・警察・刑務所
- ・琵琶湖病院
- ・市役所、聴覚関係施設支援員、所内の精神保健福祉士
- ・障害者機関相談支援センター、社会福祉協議会 CSW、就労継続支援 B 型などの事業所
- ・精神保健福祉センター、行政機関

## 問 13. 精神等の障害を有する方への意思疎通支援を困難と感じることがありますか

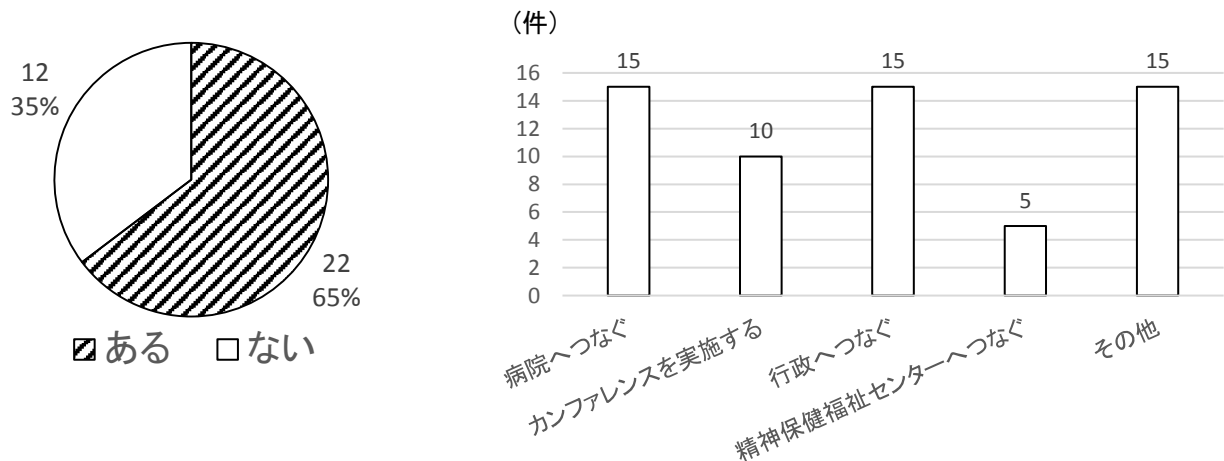


支援の困難を感じているところが 74%になった。ないと答えたところは 0 であり、わからないとしたところが 26%であり、これは対応経験がないかもしくは他機関へ繋ぐことにより、直接援助が少ないことによるものと考えられる。

問 14. 質問 13 で①「ある」と答えた場合はどのようなことで困難と感じますか

- 困難と感ずることは、多岐にわたったが主なものを下記に列記した
- ニーズの把握：病状によって変化が大きく問題の所在が把握しづらい。
- 原因の判断：精神障害に起因するのか、聴覚障害の二次的なものか、支援スキルによるものなのかの判断がつかず、効果的介入できない。
- 疎通見極め：本当に理解できているのかが見極められない。独特の表現のため派遣できる人材に限られる。
- 信頼関係：通訳や医療者との信頼関係が築きにくく、派遣できる人材に限られる。
- 過剰要求：頻回の連絡など。
- 病識不足：家族や支援者及び本人の病識が不足しているために適切な医療につながらない。
- 周囲の理解：通訳しながら障害特性の説明することは困難。通訳の役割を理解されない現場も少なくない。
- その他：自傷、パニック、薬依存、不衛生環境、病名がわからないままの支援、難病等に困難を覚える。

問 15. 精神等の障害を有する聴覚障害者及び関係者からの相談はありますか  
ある場合はどのような支援をしていますか



※その他：

- ・既に繋がっている支援機関への後方支援
- ・個人への聞き取り、作業所の訪問支援など
- ・同法人内障害者 110 番相談員と協議
- ・相談を継続する
- ・地域の相談支援センターの活用を促す
- ・自宅訪問を行う、精神科訪問看護につなぐ
- ・傾聴
- ・センターが核となり、その対象者の地域の資源や機関につなぐ
- ・カウンセリングの実施



- ・当センターで面談を実施
- ・設置通訳者につなぐ
- ・本人が病院にかかっている
- ・話を聞くのみで終わってしまう
- ・障害者支援施設、障害者就業・生活支援センター

## 問 16. 相談支援の問題点

問題点のところでは示されたことは「聴覚障害と精神の両方の専門性を持った職員がいない」ということであった。支援員は精神の知識が、医療機関等は聴覚の知識がないために効果的な連携できない（複数の機関がかかわっていても誰も全体をフォローできていないことも経験した）。

犯罪等の重篤ケースでも精神障害と聴覚障害を合併するケースは更生施設や支援センターで受け取ってもらえず、情報提供施設に回されること少なくない（「第二のバリア」と呼ばれる専門機関が二の足を踏む状況が増える）。

その結果「一人で抱え込み」「過重負担」「人手不足」問題が出てくる。

精神に関する組織的な研修を（5/28件）

## 問 17. 必要な資源取り組み（問 18 効果的な支援の経験 を含めて）

問 18 は、実施した取り組みよりも必要性にふれた記述が多く問 17 と一緒に整理した。

その結果、必要とされる資源は以下の三つに集約された。

「身近で 長期にわたって の支援に必要な資源」「聴覚障害者の特性と精神障害者への対応を理解した機関」「手話を通じて安心できるグループホーム、作業所、相談できる場」である。

「身近」に関する具体的な記述としては、地域で包括的な支援が出来るようなネットワーク地域活動センターに、手話のできる職員の配置 地域ごとの対象者の掘り起こしが必要。（しかしながら、現実には専門家がいなければ市や区の委託事業として都内の機関にお願いするなど、意思疎通支援と相談支援が行政担当者も巻き込むかたちで連携）。

「長期」に関しては、見守りの段階になった時に対応できる登録手話通訳者、要約筆記者の確保があげられた。

また、これらを実現するためには、「相談支援に公的な制度としての十分な位置づけを（相談員の兼務でなく専任化）」「通訳事業に携わる人の制度保障（正職員扱い）」「聴覚障害者についての理解がある医師の養成」が上げられた。

## 7. 考察とまとめ

### （1）精神等の障害を有する聴覚障害者への意思疎通支援者派遣の実態と課題

#### 1) 地域格差が大きい

意思疎通支援者の養成と派遣については聴覚障害者情報提供施設（身体障害者福祉法 34 条）や行政その他が担っているが、本調査ではそれら全てを対象とすることはできなかったが、全国域での調査ができたことにより、地域によって、大変大きな差が生じていることが明らかになった。

例えば、首都圏は聴覚障害者数も多いために、派遣数も支援者数も多いのは当然で

あるが、派遣数はそれほど多くないところでも、精神等の障害を有する聴覚障害者への支援に力を入れているところが存在するのは、相談員などの支援者の熱意に委ねるところが大きい。また、精神等の障害を有する聴覚障害者は家族の保護のもとに生活していることや、専門的な対応が必要であるにもかかわらず、体制がないために、各機関の裁量に任せられ、地域差が生じ、当事者へ支援が届いていない状況が伺えた。

## 2) 専門的な対応ができる職員がいない

聴覚障害者の特性に応じ、更に精神等の重複する障害に対して適切に対応ができる職員が配置されていないということが挙げられた。

聴覚障害者の障害特性といっても、手話や筆談、補聴器活用など、ニーズは多岐にわたり簡単ではない。知的レベルの低い方や発達障害、高齢者問題など、総合的に対応できる職員の設置、及び研修が必要である。

## 3) 意思疎通支援者を活用することへの難しさ

精神等の障害を有する聴覚障害者の場合、手話通訳や要約筆記者の支援スキルが通常の方法だけでは対応できない部分があり、こうしたことへの取り組みがなされていない現状が浮き彫りになった。

## (2) まとめと今度の展望

聴覚障害者情報提供施設における相談支援事業の充実のための基盤整備については、全国聴覚障害者情報提供施設連絡会が国に具体的な要望を出しているところであるが、聴覚障害者福祉と精神保健福祉の制度の中でも、地域福祉において、精神等の障害を有する聴覚障害者が福祉の谷間に沈殿することなく、社会の構成員の一人としてその人らしく役割を持って暮らしていけるためには、まず、その存在を明らかにしていくことや、サービスの提供があるということ「見えるように」していくことが重要であり、わかりやすい仕組み作りが必要であると考えます。

今後、意思疎通支援者の派遣元と、相談支援機関、その他様々な関係機関がこの問題について協議を重ねる場を設けることが重要であろう。

## 2. 調査表

社会福祉法人聴力障害者情報文化センター  
平成28年度 全国生活共同組合連合会助成事業

### 精神等の障害を有する聴覚障害者への相談・支援に関する調査・研究事業

#### アンケート票

本研究は、精神等の障害を有する聴覚障害者への相談支援の実態を調査して、聴覚障害者が安心して精神科医療・福祉分野の支援が受けられる仕組みを構築するための一助として実施するものです。

本研究の趣旨をご理解いただき、何卒ご協力賜りますようよろしくお願い申し上げます。

なお、本調査で得られた情報は、統計的に処理され個人のプライバシーは厳守されます。

ご回答は、貴施設の責任者または意思疎通支援者の派遣コーディネーター、または相談支援責任者に当たる方をお願い致します。回答はわかる範囲でご記入いただければ幸いです。

記入日 年 月 日

#### 【回答者様についてお伺いします】

質問1 回答者様の性別 1 男 2 女

質問2 回答者様の年齢

1. 20代 2. 30代 3. 40代 4. 50代 5. 60代以上

質問3 回答者様の職種

1.施設長 2.手話通訳者 3.相談支援員 4.その他（ ）

質問4 貴施設での勤続年数：

1. 3年未満 2. 3年以上5年未満 3. 5年以上10年未満 4. 10年以上

質問5 貴施設の設置時期 西暦 年

#### 【貴施設における平成27年度の聴覚障害者への意思疎通支援者派遣状況をお伺いします】

質問6 手話通訳者と要約筆記者の年間の総派遣件数（延べ件数）

手話通訳者 件 要約筆記者 件

質問7 登録支援者数

手話通訳者 人 要約筆記者 人

質問8 1) 精神障害（発達障害含む）や知的障害が重複している（重複が疑われる）

ケースへの派遣件数

年間 件

2) 上記質問の派遣場所 複数回答可

①病院 ア 外来 イ 病棟 ウ その他（ ）

②施設（どのような？）

③学校(保護者の立場) ④行政関連機関（どのような？）

⑤その他（具体的にお書きください）

#### 【精神等の障害を有する方への意思疎通支援者派遣と他の支援の連携について伺います】

質問9 精神等の障害を重複する（重複が疑われる）ケースに派遣した場合

連携をとることがありますか

①ある ②ない ③わからない

質問10 連携する場合、どのような機関と連携をとりますか(複数回答可)

①病院 ②精神保健福祉センター ③地域包括支援センター ④地域活動支援センター

⑤グループホーム ⑥学校 ⑦行政機関 ⑧警察・刑務所 ⑨その他（ ）

質問11 意思疎通支援者以外で連携する場合どのような職種と連携をとりますか(複数回答可)

- ①相談員 ②弁護士 ③言語聴覚士 ④教師 ⑤成年後見人 ⑥親族 ⑦民生委員  
⑧その他 ( )

質問12 連携しやすい、または連携を続けている機関があれば記入してください

質問13 精神等の障害を有する方への意思疎通支援を困難と感じることがありますか？

- ①ある ②ない ③わからない

質問14 質問13で①「ある」と答えた場合はどのようなことで困難と感じますか？

具体的にお書きください

質問15 精神等の障害を有する聴覚障害者及び関係者からの相談はありますか

ない ・ ある (おおよその年間件数 件)

ある場合はどのような支援をしていますか？

- ①病院へつなぐ ②カンファレンスを実施する ③行政へつなぐ  
④精神保健福祉センターへつなぐ ⑤その他 ( )

質問16 相談支援で問題だと感じることをお書きください

質問17 聴覚障害者が安心して精神科医療を受けて、回復し、通院して地域で暮らしていくために  
どのような取組や社会資源、支援などが必要だと思いますか？ご自由にお書きください。

質問18 精神等の障害を有する聴覚障害への支援で成果のあった取り組みがあればご記入ください

質問は以上です。その他、本調査に関する御意見・御質問など、ご自由にお書きください。  
御協力まことにありがとうございました。

社会福祉法人 聴力障害者情報文化センター

## IV 座談会の開催

### 座談会開催の目的とまとめ

今年度の「精神等の障害を有する聴覚障害者の相談・支援に関する調査・研究事業」において、これまでの25回にわたる研究集会・研修会におけるすべての講演と、選択した事例発表の内容をまとめ、それらを総括するとともに、「事例検討研究会」を実施した。さらに「全国聴覚障害者情報提供施設」へのアンケート調査も実施した。

これらの調査・研究事業を通して、本事業の結論を得るために、本調査・研究事業の委員による座談会を以下の通り開催した。

- 1 開催日時と開催場所 平成28年10月5日（日）14:00～17:30  
社会福祉法人 聴力障害者情報文化センター
- 2 テーマ 「聴覚障害者への精神科医療・福祉相談支援体制に必要なこと」
- 3 目的 精神疾患やメンタルの不調を抱える聴覚障害者が安心して地域で暮らしつづけるために何が必要か、今後どのような取り組みが必要かを明らかにする。
- 4 座談会の構成  
第1部 各委員が以下の項目について話した。
  - ① 25年間の取り組みの成果
  - ② 残されている課題
  - ③ 課題を解決するために今後取り組むべきこと第2部 第1部で各委員から話された内容を踏まえて、本調査・研究事業の結論を導くために話し合った。

#### 座談会第1部

各委員から25年間にわたるこれまでの取り組みを振り返り、以下の3つの柱を中心に話し合った。以下は、3つの項目に整理して重要なポイントを抜粋したものである。

座談会の全記録はまとめの後に掲載しているので、参照にされたい。

#### 1. 25年間の取り組みの成果

- ・環境との相互作用、養育環境の影響を受けて発する2次障害、3次障害を見ていく必要がある。それが社会の変革との関係もあり、障害が重複する方々の状態も支援も困難性が変わってきている。
- ・手話を導入することで、ろうの方達が落ち着いてきたという成果は見られるが、10人のろうの入院患者さんのカルテがすごく薄くてびっくりしたという報告があった。
- ・当事者の有資格者が増えた。人のネットワーク、顔の見える関係、全国では2～3時間で、新幹線で行き来できるようになったので、全国のやる気のある人が集まれる。そこで顔の見える関係ができてきた。
- ・これまでの研究集会や研修会は、精神保健医療に関わる関係者が一堂に会して、顔が見えて、25年継続したというのが1つの大きな成果。
- ・研究集会で学んだ方たちは、いろいろな意味で成果になった。
- ・福祉職や地域での自立へ向けた連携がとれるようになったことが大きな成果。

- ・実践報告については、特にいこいの村、ふれあいの里どんぐりなど、生活支援の実践報告がされてその支援内容が理解できたのも、この集会の大きな収穫。集会に参加した若い大学生が卒業後、専門資格を取得し、特に精神保健福祉士、社会福祉士の資格などを取得して現場に戻ってきたという成果も見られた。
- ・25年でどんぐりができ、高齢者支援施設もでき、障害者総合支援法ができたおかげか、市町村での派遣事業が増えた。25年間に聞こえない人を取り巻く社会状況が大きく変わったという背景があることをきちんと踏まえないといけない。
- ・精神等に障害のある聞こえない人の支援を担当するときに、右も左もわからずとまどっていたという実態があるなかで、この研究集会があったことは大きな救いだった。
- ・専任の相談員であれ、他の業務を兼任していても、相談員がいろいろな専門職種の人と関われば、専門機関を知ることができ、相談支援の処遇に大きな役割をこの研究集会は果たしてきた。
- ・1991年に世界ろう者会議で片倉先生が以下の5つを提言された。①聴覚障害者の心理相談、精神医療者のネットワークづくり、②国内精神医療の実態把握の必要性、③聴障者の精神医療、精神疾患、心理反応の研究促進、④ろう重複者の居場所づくりの推進、⑤手話のできる相談・診療、短期入院施設の必要性。翌年に精神医療の研究集会が立ち上った。その中で、いろいろ問題が整備されてきた。
- ・藤田先生は講演の中で、聴覚障害者の行動特性を知らないと誤診につながる恐れがあると言っていた。陽和病院のPSWの方が手話の導入を試みる中で、聴覚障害の環境改善につながっていくと発表し、琵琶湖病院は専門外来を開設した。藤田先生自身が聴覚障害があるということもあり、先生による力が大きく進められることができた事業だと思う。
- ・グループとしての取り組み・アプローチが研究集会で発表され、全国から参加された方々が貴重な情報を共有することができた。
- ・精神保健をテーマにする場所が21年、さらに5年と続いていることの意義は大きい。人が顔をつきあわせて交流し、人と人が会う場所としての役割を担ってきた。
- ・精神医療診断、相談場面に、必ず手話通訳、情報保障をつけることが、聴覚障害者自身に自覚が持てるようになってきている。
- ・25年の取り組みは重要な内容を参加者に提供してきた。しかし、その成果が参加者以外には波及しなかったのではないか。
- ・マンパワーとしての専門技術の資質向上のための持続的な研修の場として、年に1回でも研修の場が開催されたことが良かった。

## 2. 残されている課題

- ・聴覚障害でメンタルや精神疾患のある方へサービスが具体的に届いていないので、家族の負担は変わらない。職員の研修がない。聴覚障害対応の研修も受けてないなかで、さらに複雑な困難を抱えている方への支援は更におざなりになっている。
- ・聴覚障害を専門に治療する精神科の医者は藤田先生、片倉先生など5人で、25年経過しても増えていない。
- ・アメリカで心理学を学んだ聴覚当事者が帰国したのに就労の場がない、受け皿がないという問題があって、いまだに正職員になっていない。

- ・対人援助という形で、福祉・医療などの支援をしているが、研究集会そのものが他者・第三者からの評価を受けていない。
- ・聞こえない人に対する相談支援については、情報提供施設ができて相談員が置かれていても、専任で相談の仕事ができていない人はあまりいない。ほかの業務を兼務して相談支援をしている人はいるが、聞こえない人への相談支援に関しては遅々として制度化は進んでいない。
- ・専門的な知識を得る場がない、専門家がいけないなどの問題が 25 年前と同じように起きているのではないか。
- ・障害や、困難が二重三重に重なると、そこから専門家が退いてしまうという第 2 のバリアが生まれる。そのことが、聴覚障害と精神保健の問題の中には常にある。どう人材を育てるべきか。
- ・障害の一元化のため、「聴覚障害のためのサービス」という形で事業を興したり、施設を作ることが現実にはできにくい状況になっている。
- ・東北の被災地域では、聴覚障害者へのコミュニケーション支援などあまり普及していない。行政の理解もあまりないし、聴覚障害者にサービスも届いていない。主体的に生きるという点では問題がある。
- ・学校や大学の特別な教育環境なら人が配慮してくれるので聴覚口話法でもやっていけるが、厳しい競争社会に入ると、あまりのギャップに対応できずドロップアウトする人が出ている。そのような問題は今日まで続いていて、過去の問題ではない。
- ・手話などのコミュニケーション手段を使った支援の方法論が十分まとまっていない。
- ・「記録」のとり方という方法論の問題がある。生活記録などで、手話、身振りなどをどのように読み取るかということが重要で、それを記録として残すには日本語に変える力も必要。記録の段階で情報がゆがんでいく。そういうことは、ほとんど専門的に研究されていない。今はビデオなどがあるので、そういう記録媒体を考えていかないといけない。
- ・発達検査をやっても言語性のもものは役に立たない。聴覚用に開発することができていない。
- ・聴覚障害者のケアマネジメントはどうするのか。
- ・情報提供施設に配置されている人たちは、「聞こえない」ということでの必要条件を満たしているかもしれないが、十分条件は満たしていない。専門的スキルを身につけるためのシステムや支援もない。そういう人が集まって勉強したり、スキルを磨いていくような研修がない。
- ・心理士を聴覚障害者福祉の施設で雇うための枠がない。
- ・ケースカンファレンスをきちんとする仕組み、そのためにスーパーバイザーが必要。
- ・個別の心理相談、グループワークの試みを 25 年、重ねてきたが、全国的には京都市聴言センターしかない。
- ・優秀な臨床心理士で手話が堪能な若者が育っても、生活を支えていくことができないため、この分野に就業していない。
- ・スクールカウンセラーが日本全国の公立中学校に設置されたにも関わらず、ろう学校は取り残されている。
- ・ろうあ者で刑務所に入っている人、そういう事例が多く出ている。公にできず、隠している状況である。刑務所出所・釈放されたあとにまた犯罪問題を起こすという事例もあり、出所後の支援が不十分。
- ・聴覚障害者の相談支援事業、また、ほかの障害を併せ持った方の相談支援体制を全国的に確



立しなければならない。

### 3. 課題を解決するために今後取り組むべきこと

- ・診療場面での具体的なガイドラインの整備が必要。社会資源が活用できない要因の分析も必要。
- ・教育者や支援者への手話習得の研修の実施。
- ・地域社会の家族への支援。
- ・手話または聴覚活用、聴覚障害者のあらゆる面に対する総合的な支援ができる支援センターが必要。
- ・専門家を育てていくことができる、人材育成の研修体制を作ること。
- ・キーステーション(例えば、Skype を用いての相談や専門知識の提供など)になるような役割を情報提供施設などに築いていくことが必要。
- ・臨床心理士の場合は心理のことを勉強して資格を得ているので、聴覚障害者について勉強すれば心理発達については理解できる。
- ・対応できる専門家、ドクター、心理士、ケースワーカー、PSW、そういう人たちのチームがあつて、何か問い合わせがあつたときに、スーパービジョンやコンサルテーション的な機能が果たせる仕組みが必要。
- ・「聴覚に障害をもつ赤ちゃん・子どもと家族の集いの場～にじっこ～」を立ち上げた。療育ではなく、そこに来たら、ろう者と手話に出会えるという場が必要。スーパーバイザーとして関わっていて、成果が出ていることを感じている。この子たちは、私がこれまで 25 年間で出会った人たちとは違った発達の道筋をたどれるのではないかと思ひ、精神的な健康に向けての予防というのはそこまで考えてもいいと捉えている。
- ・聞こえない人の支援のために、専門家が分析して、差別解消法を活用するのも必要。
- ・障害者権利条約を日本が採択をして、障害者差別解消法が施行されたが、内容も十分ではなく、生かされていない。全日本ろうあ連盟、日本手話通訳協会、全国手話通訳問題研究会などと一緒に、様々な問題を解決するための具体的な対策が必要。
- ・相談事業所、ろう学校、一般の学校、企業でも、総務課に必ず 1 人は手話通訳士や手話通訳者全国統一試験に受かった人を置くなどのコミュニケーション保障が必要。
- ・身体障害者福祉法において、障害者福祉施設が聴覚障害者の相談支援を行うとなっているが、実際には相談支援を行う専門的な人を雇う財源がないという現実の問題が大きい。厚生労働省に働きかけなければならない。
- ・各県の聴覚障害者情報提供施設は県と政令指定都市設置であるが、身近な場所で相談を受けられる体制になっていなければならない。
- ・聴覚障害に対する支援で、精神科だけでなく、心理発達や心的ケアという点からも心理士の協力が必要で、全国の情報提供施設に 1 人ずつ常勤の公認心理師が設置されれば、その人がいろいろな所に派遣されることもできる。
- ・インテグレーションしている子どもで心理的な問題を抱えている子どもが多い。そういった所に、につながるので、スクールカウンセラー導入が必要。
- ・心理士としてはプロなので、その上に、聴覚障害について学ぶことで、心理的な課題などを研修することはできる。

- ・心理士を1人雇って、その人に聴覚障害に関する研修をして、手話については、その後時間をかけてやってもらってほしい。
- ・国家資格化されて、普通の学校も特別支援学校もろう学校も、すべて国家資格の公認心理師を置くとなれば一番良い。
- ・ろう学校と特別支援学校がセンター的機能を持つことになり、地域の聴覚障害児に対して出かけていき、いろいろな支援ができる。

## 座談会第2部

後半は、主に次の項目について委員から意見をいただいた。

- ・福祉援助について（相談窓口と他職種連携、チーム支援について等）
- ・心理的支援について（心理臨床及び心理的アプローチの実践と課題、カウンセリングの有効性等）
- ・言語環境及び補聴環境整備と意思疎通支援について（聴覚障害者の意思疎通手段の多様性と精神障害を併せ持つ方への配慮等）
- ・精神科医療面での治療及びリハビリテーションについて（診断の難しさ、医療現場に望まれること等）

### 1. 心理的支援について

知能検査や発達検査の実施において、聴覚障害者の言語性検査は実施が難しい。研究に着手しても皆、断念してしまう。検査自体が聞こえる人対象となっており、それを聴覚障害者にあてはめることに問題がある。自身が検査する時には、動作性と描画を利用している。聴覚障害をよく理解した臨床心理士であれば検査は可能だと思われるが、聴覚障害のことを知らない臨床心理士の検査は難しい。臨床心理士が資格をとってから聴覚障害者に出会うことはまれで、出会ってから経験を積むことになる。そうした臨床心理士には、聴覚障害を学ぶ研修を設け、まずは聴覚障害の特性を理解してもらい、手話は簡単には身につかないので時間をかけてやっていくとよいのではないかと。

臨床心理士は国家資格化が決まり、「公認心理師」となるが、福祉分野は医療点数とは関係がないため、福祉施設等への配置が増えるなどの影響は考えにくい。しかし、ろう学校のスクールカウンセラーや全国の聴覚障害者情報提供施設などに配置されるのが望ましい。特別支援学校にはカウンセラーが入れない状況もあるので、配置が義務付けられるような制度ができることが求められる。（河崎）

### 2. 福祉支援、心理援助

福祉援助は相談支援が基本。相談支援の中に専門性をもった人を配置することを考える。地域では委託相談支援事業と相談支援事業があるが、いくつかの委託相談事業所の中に、聴覚障害者に対応できる専門の職員を配置し、一定の加算ができるようにするのが望ましい。今後、障害と介護保険が一体化する中で、そのような機能を持った包括支援センターができると良いのではないかと。障害者総合支援法の自立訓練事業で、週に1回、グループワークに取り組んでいる。（近藤）

アルコールやギャンブル依存の方へのアプローチとして支援プログラムを行いたいと考えている。現状、聴覚障害者は既存の方法が利用できないために苦慮している。（高橋）

現在、障害者の自立を高める訓練は十分といえない。本来、自立訓練事業で取り組むべきである

が、行なっているところはほとんどない。聴覚障害者が社会生活力を持つことが重要であり、そのために自分の障害を自分で理解し、社会参加し自分の権利を行使する力を高めることが必要である。自立訓練事業をどう活用するかが重要であるが、聴覚障害者に使いやすい社会生活力プログラムを作ることが望ましい。(奥野)

日常の相談事業の中ではできることを増やす支援まではできていない。生活条件の整備がないと本人が挑戦する意欲に向かず、諦めが先に出ることが多い。(田中)

地域の格差を感じる。精神的な問題を持った聴覚障害者への支援計画を作り、モニタリングしながら支援する面が弱く、組織的な対応もできていない。また、支援のスキルを高める研究も進んでいない。

日本聴覚障害ソーシャルワーカー協会でも、東日本大震災の救援活動があり、派遣と養成の両方を行なうのは難しい状況である。相談員が他の機関につなぐ力、説明する力に問題があり、協会の課題でもある。聴覚障害者やその家族への理解啓発の運動も必要と感じている。(稲)

言語聴覚士が国家資格化されたが、聴覚障害を担当する人が少ないため、学会認定で聴覚障害者に強い認定言語聴覚士を作る動きがある。聴覚障害に強い社会福祉士の認定も必要ではないか。(濱田)

全日本ろうあ連盟では、聴覚障害を対象とするソーシャルワーカーの国家資格化を検討していたが実現しなかった。(奥野)

### 3. 子どもの支援

聴覚障害者は、乳幼児期からの環境が大切で、成人してからではいろいろな面で難しくなることが多い。言語、コミュニケーションに問題があったために精神を病む方が多い。ろう教育に問題あることが原因だと、学校にフィードバックしても教員の資質や異動という問題がある。親が子どもの教育方法に振り回され、最終的に親の責任と言われる。また、聞こえる兄弟の問題も親子関係に問題が起きる場合があり、親も子も共に病む。言語環境を整えないと、手話も書記言語も中途半端で言語力のない子が育ち、アイデンティティに派生する。聴覚障害者として生きていくこともできず、就労もできないで親が丸抱えになる。教育大学での学生養成も大切なこと。(筒井)

京都では放課後デイを行なうことで、多様な成人モデルを子どもにみてもらっている。若いろう者にも手伝ってもらおう。親のニーズが多い。(近藤)

聞こえない子どもの言語発達はどうしても制限されるため、遅れが生じる。情報保障をするのではなく、対等の関係で深く関わられるコミュニケーションの集団を子どもの中に作る事が大事。言葉は経験の中で育つものであり、失敗の経験を積み重ねることも必要。言語環境を整えるという意味で家庭環境も非常に大事になるが、家庭の収入と言語力の関係性の問題がある。収入が低い家庭は片親世帯が多い。聴覚障害は早期に発見し言語獲得の支援を始めることが重要だが、小さいころから言葉の訓練に通わせるとなると親が正職に就くことができない。それをどう支えるか。スクールカウンセラーの配置は重要である。家庭環境の整備はカウンセラーではなく、ソーシャルワーカーの役割になるのであり、各種専門職を学校に配置することが言語環境を整えることにつながる。デフファミリーでも言語発達が必ずしもスムーズではない。(濱田)

デフファミリーでも成人して社会に入ってから心の病を起こすことも多く、親よりも言語力が高いことが苦しみや悩みにつながるのかもしれない。(稲)

#### 4. 精神医療

専門家に求められるのは、知識の披露だけではなく、支援担当者への支援もあると感じている。ろうの医学生が精神科の医者にならないのは、聞こえる人も診療しなければならないので、難しい面があるからである。ピアで精神医療ができるセンターがあればいいが、医療費は診療報酬で成り立つので難しい。

最近では、精神保健福祉士がいることで点数加算されるようになった。診察における課題では、以前は統合失調症と間違っただけで長期入院させられる擬陽性という問題が多かった。今は、統合失調症の治療が必要なのに薬の治療などを受けていない疑陰性がみられるように感じる。手話のできない医師の治療での手話通訳は大事であると感じる。しかし、通訳を見るため医師を見ないことでろう者をうとましく思うことがあるかもしれない。手話通訳は、情報保障であると同時に早い時間で情報を伝えられる存在として大事であり、通訳者の勉強会に精神科のテーマがあってもよいと思う。

(片倉)

遠隔地からの相談を受けるために、今の時代にあったやり方 (skype) など取り込むことも今後は考える必要があるのではないか。(濱田)

大阪府の病院は手話通訳者が設置されていて中には精神専門の病院もある。月に1回、通訳場面や情報を持ち寄って会議を開く。そこに情報交換とアドバイスとして参加し、通訳者から相談を受けたり必要に応じて診察に同行させてもらうなどしている。当事者 PSW として医療機関に所属できるか考えているところ。通訳者の雇用形態はまちまちである。(稲)

アメリカでは 20 年前にすでに精神科病院に手話通訳者が配置されている。イタリアでは精神科病院そのものが廃止され、地域で生活することが基本。日本の聴覚障害者が、言語環境を整えていくことで社会不適応状態から心因反応による精神の病を予防し、精神の病があっても人として地域で生きていける支援をしていきたい。(森)

## V その他

### 委員会委員等名簿

#### 委員長

奥野 英子 (日本リハビリテーション連携科学学会前理事長 元筑波大学大学院教授  
社会福祉士)

#### 委員

稲 淳子 (一般社団法人日本聴覚障害ソーシャルワーカー協会会長 精神保健福祉士  
社会福祉士)

片倉 和彦 (社会福祉法人双葉会診療所院長 精神科医師)

河崎 佳子 (国立大学法人神戸大学教授 臨床心理士)

古賀 恵里子 (大阪経済大学准教授 元琵琶湖病院臨床心理士)

近藤 幸一 (社会福祉法人京都聴覚言語障害者福祉協会常務理事 手話通訳士 社会福祉  
士)

高橋 秀志 (社会福祉法人友愛十字会東京聴覚障害者支援センター所長)

田中 清 (社会福祉法人埼玉聴覚障害者福祉会埼玉聴覚障害者情報センター県西支所相  
談員 手話通訳士)

筒井 優子 (一般社団法人ゆうわ きこえとことばの相談センター代表 言語聴覚士)

濱田 豊彦 (国立大学法人東京学芸大学教授)

藤田 保 (医療法人明和会琵琶湖病院精神科医師 社会福祉法人滋賀県聴覚障害者福祉  
協会理事長)

森 せい子 (社会福祉法人聴力障害者情報文化センター 聴覚障害者情報提供施設施設長  
精神保健福祉士 介護支援専門員)

#### 事務局スタッフ

松井 美奈子 (社会福祉法人聴力障害者情報文化センター職員 手話通訳士)

早川 高央 (社会福祉法人聴力障害者情報文化センター職員 手話通訳士)

小林 恵子 (社会福祉法人聴力障害者情報文化センター外部相談員 手話通訳士 精神保  
健福祉士)

笹野 美紀 (社会福祉法人聴力障害者情報文化センターボランティア 精神保健福祉士  
社会福祉士)

#### 協力

大鹿 綾 (筑波技術大学講師)

新海 晃 (東京学芸大学大学院)

平成 28 年度 全国生活協同組合連合会助成事業  
「精神等の障害を有する聴覚障害者の相談・支援に関する調査・研究事業」報告書

平成 28 年(2016 年)12 月発行

発行:社会福祉法人聴力障害者情報文化センター 聴覚障害者情報提供施設

連絡先:〒153-0053 東京都目黒区五本木 1-8-3

TEL:03-6833-5004 FAX:03-6833-5005

メールアドレス:soudan@jyoubun-center.or.jp

URL:<http://www.jyoubun-center.or.jp/>