

社会福祉法人聴力障害者情報文化センター

# 平成 25 年度 聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会

## 【報告集】

港区障害保健福祉センター ヒューマンぷらざ

住所：〒105-0014 東京都港区芝1丁目8番23号

日時：平成 25 年 8 月 4 日（日）9 時 30 分～17 時 30 分

### 主 催

社会福祉法人聴力障害者情報文化センター

### 後 援

東京都

### 協 力

公益社団法人日本精神保健福祉士協会

一般社団法人東京精神保健福祉士協会

一般社団法人日本聴覚障害ソーシャルワーカー協会

公益社団法人東京聴覚障害者総合支援機構  
東京都聴覚障害者連盟

特定非営利活動法人東京都中途失聴・難聴者協会

社会福祉法人東京聴覚障害者福祉事業協会

特定非営利活動法人東京盲ろう者友の会  
東京都盲ろう者支援センター

港区聴覚障害者協会



# 目 次

プログラム	P 2
開会挨拶	P 6
来賓挨拶	P 6
【講義】 (1) 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」	P 8
(2) 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」	P 16
【支援の実践】 (1) SST (社会生活技能訓練) 基礎講座	P 31
(2) SST を聴覚障害者に活用した例 情文センターこころのグループワーク SST 実践映像紹介	P 42
【座談会】 相談・支援の現場を語り合う 多職種多角的連携を目指して	P 44
来賓挨拶・講評	P 56
閉会挨拶	P 59
資料編	P 60

会場からの発言は、個人情報保護のため一部割愛、要約させていただいております。  
ご了承くださいますようお願い致します。

# プログラム

- 9 : 00 受付開始
- 9 : 30 開会 主催・来賓挨拶
- 9 : 45～11 : 00 **【講義】**
- (1) 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 氏  
双葉会診療所 院長 精神科医
- 11 : 15～12 : 30 (2) 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 氏  
日本精神保健福祉士協会 常務理事
- 12 : 30～13 : 30 昼休憩
- 13 : 30～14 : 50 **【支援の実践】**
- (1) SST (社会生活技能訓練) 基礎講座 天笠 崇 氏  
代々木病院精神科 科長  
SST 普及協会運営委員・認定講師・事務局次長
- 15 : 00～15 : 30 (2) SST を聴覚障害者に活用した例  
情文センターこころのグループワーク SST 実践映像紹介 森 せい子  
聴覚障害者情報提供施設 聴力障害者情報文化センター 施設長 相談員
- 15 : 45～17 : 00 **【座談会】** 相談・支援の現場を語り合う 多職種多角的連携を目指して  
コーディネーター 赤畑 淳 氏 (立教大学 コミュニティ福祉学部 助教)  
パネリスト 高井 洋 氏 (東京手話通訳等派遣センター コミュニケーション支援部)  
平野 基浩 氏 (東京聴覚障害者支援センター 副主任 生活支援員)  
森 せい子 (前掲)
- 17 : 00～17 : 30 講評
- 17 : 30 閉会挨拶 終了

## 講師・パネリスト紹介

### 【講義】

#### (1) 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 (かたくら かずひこ) 氏 双葉会診療所 院長 精神科医

1986年信州大学医学部卒業。長野県厚生連安曇病院、奥多摩町立病院を経て現職。  
日本精神神経学会専門医。

手話はろう者の言語であり、コミュニケーション方法である。会話にさほど時間がかからず、質問などの介入も出来て、表情・視線が伴うのが特徴である。それゆえ、例えば統合失調症が疑われるろう者との診察の場合、話の内容把握がしやすいだけではなく、視線の動きなどで幻聴の存在を考え、「今、それを話していて大丈夫？」などと現在形の会話を成り立たせやすい。しかも、視線を合わせることは治療的でもあり、幻聴などの異常体験に巻き込まれにくくする作用もある。

#### (2) 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 (おおつか あつこ) 氏 日本精神保健福祉士協会 常務理事

精神保健福祉士

職歴：身体障害者授産施設 東京コロニー東村山

医療法人社団一陽会陽和病院・こころのクリニック石神井

現職：公益社団法人日本精神保健福祉士協会 常務理事

公益財団法人日本精神衛生会 理事、日本病院・地域精神医学会 評議員

社会福祉法人つくりっこの家 理事

一般社団法人 JDD・ネット 理事

貧困の拡大、慢性疾患患者の増加、単身世帯の急増、コミュニティの脆弱さなどが影響して、メンタルヘルズ課題は多様化と深刻化、複雑化しています。精神疾患患者数が 323 万人を超え、2011 年に厚生労働省は国の重点的医療対策の 4 大疾病に精神疾患を追加させ「5 大疾病」としました。豊かな人間関係の構築とメンタル・ケアには不可欠なコミュニケーションが困難な状況に置かれがちな聞こえない人への理解と支援、協働のために共に学べたらと願います。

### 【支援の実践】

#### (1) SST (社会生活技能訓練) 基礎講座

■天笠 崇 (あまがさ たかし) 氏 代々木病院精神科 科長

SST 普及協会運営委員・認定講師・事務局次長

東京医科歯科大学卒。京都大学医学部大学院社会健康医学系専攻修士。同博士課程満期退学。代々木病院内科、みさと協立病院精神科、メンタルクリニックみさとを経て、現在代々木病院精神科。東大デイホスピタルでSSTを研修し、急性期入院病棟・精神科デイケアでSSTを実践し近年では、働く者のメンタルヘルズに応用実践してきている。

## (2) SST を聴覚障害者に活用した例

### 情文センターこころのグループワーク SST 実践映像紹介

■森 せい子（もり せいこ） 聴覚障害者情報提供施設 聴力障害者情報文化センター  
施設長 相談員

手話が通じる、筆談で話せる等、聞こえないことや聞こえづらいことを気にせず安心して参加できる SST を目指しています。SST で会話を楽しみながらさまざまな練習を重ねていけることが、どんなに大切か、実践映像をご覧いただきながら、地域でのさまざまなところで実践の輪と理解が広がることを願っています。

※参考資料 聴覚障害者の SST 実施の留意点

### 【座談会】相談・支援の現場を語り合う 多職種多角的連携を目指して

#### コーディネーター

■赤畑 淳（あかはた あつし）氏 立教大学 コミュニティ福祉学部 助教

東京都内の精神科病院にソーシャルワーカーとして約 15 年間勤務し、現在は大学でソーシャルワーク教育に携わっています。病院勤務時代、聴覚障害と精神障害をあわせもつ人とのかかわりを通し、本人や家族、関係者から多くのことを学び、ソーシャルワーカーとして育てられたと思っています。人と社会、病と障害など、多様な関係性が絡み合う生活のなかで、人の理解とコミュニケーションについて、考え続けていきたいと思っています。

#### パネリスト

■高井 洋（たかい ひろし）氏 東京手話通訳等派遣センター コミュニケーション支援部

##### <手話通訳者派遣>

センター登録 手話通訳者 124 人

派遣センターでは年間 7,500 件余りの手話通訳派遣依頼に対応している。そのうち、医療現場への派遣は 68%を占めている。そのなかでも精神科医療関係への派遣は、15%ほどある。この数字は昨年度よりも多くなっている。

聴覚障害と精神障害を併せ持つ方の実数は定かではないが、本人からの依頼の他、医療機関からの依頼や相談員からの代行依頼もある。

##### <要約筆記者派遣>

センター登録 要約筆記者 149 人

精神科医療関係への派遣はほとんどないが、依頼につながっていないと考えられる。発表では現場における現状と問題点、これから取り組む必要があることなどを述べたい。なかでも、他の専門分野・専門機関と連携が必要になるという点は現場の声を聴きたい。

- 1.東京都の手話通訳者の派遣と要請の現状
- 2.通訳業務だけでは乗り越えられないこと
- 3.現状制度の課題

■平野 基浩（ひらの もとひろ）氏 東京聴覚障害者支援センター 副主任 生活支援員

平成 7 年に東京都ろうあ者更生寮（身体障害者更生施設）へ生活支援員として入職。平成 22 年より自立支援法の施設（施設入所支援・就労移行支援・生活訓練・機能訓練）となるに伴い、自立訓練のサービス管理責任者兼生活支援員として従事。平成 23 年より就労移行訓練のサービス管理責任者兼就労支援員となる。現在の職種は生活支援員であるが、来年 1 月より特定相談支援事業を開始する計画があり、事業開始とともに相談支援専門員として勤務する予定。

■森 せい子（もり せいこ） （前掲）

東京都の聴覚障害者情報提供施設のなかで、毎日聴覚障害者の相談支援を実践しています。この 6 年間で対応した人数は 700 人ほどに上り、そのなかの多くの方が、精神の問題を併せ持ち、継続支援が必要な方々です。都内の聴覚障害者関連機関と連携を取りながら、さらに地域の専門職の方々ともパイプを作るために西へ東へと歩き、介護保険制度や成年後見制度、児童福祉、高齢者福祉、生活保護法など、多角的な視点から 1 人の人を支えるチーム作りがようやくできつつあるように思います。施設では精神保健福祉士 5 名、手話通訳士、ほかボランティアの方々力を得て、グループワークも実践しています。今後、都内の相談支援のネットワーク作りを強化していく時に、相談員や支援専門職と情報保障者の協働作業が不可欠です。座談会では、相談員としてのエピソードなどを出しながら、多職種多角的支援を会場の皆さまと考えたいと思います。

## 【開会挨拶】

皆様おはようございます。聴力障害者情報文化センター常務理事の丹羽と申します。

今日は大変暑いなか「聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会」に多数ご参加くださりましてありがとうございます。また、この会の開催にご協力くださいました医療、福祉分野の専門家の皆様、そして関係団体の皆様にも厚く御礼を申し上げます。本日参加の皆様は、手話通訳者、相談支援員、介護職員、医療関係者など保健福祉現場でご活躍の方々でございます。また、ご家族や当事者の方々のご参加もありまして、この会を通じて良い出会いと相互の交流が出来ればと思っております。

当センターのこの企画は今回で3回目となりますけれども、聴覚障害者の精神保健について皆様が日頃直面する課題を共に考えるというのがこの会の本来の趣旨でございますので、今回は実践に役立つプログラムを取り入れた研修会というふうにいたしました。ご参加の皆様にとってこの研修会が関係の方々との情報交換の場となり、また、解決策を共に考える貴重な場となることを期待しております。

皆様もご承知の通り、この2~3年の間に障害者基本法をはじめ、関連する法律が整備をされまして、一昨年に成立した障害者差別解消法をもって、国連の障害者権利条約の批准に向けた環境が整ったというふうに言われています。こうした法律の整備や相談支援の充実を願う関係者にとっても明るい材料ではございますけれども、やはり聴覚障害者の方々が抱える精神保健福祉の問題というのは大変多様であり複雑でございます。相談支援の充実は今後とも実践に役立つ研究と一つ一つの成果の積み重ねが求められる分野でもございます。その意味でも本日の研修会がご参加の皆様にとって有意義なものとなり、今後のご活動にいささかでもお役に立てればと思っております。皆様の積極的なご参加をお願いいたしまして、開会のご挨拶とさせていただきます。皆様、今日は一日よろしく願いいたします。

## 【来賓挨拶】

### ○東京都中途失聴・難聴者協会 理事長 新谷友良様

おはようございます。今、紹介いただきました東京都中途失聴・難聴者協会の新谷です。

今日は、3回目の「聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会」の開催、おめでとうございます。私たち聴覚障害というのは関係障害と言われるかもしれませんが、おそらくいろいろなストレスを原因に、精神的な問題は多々抱えていると思うんですけれども、そういう問題はあまり自覚的に考える場がないので、今回の研修会は非常に貴重な勉強の場ではないかと思っております。

個人的な話になりますけれども、いわゆる精神障害者の方とのお付き合いはかなりあるんですけれども、そういう観点とは別に聴覚障害者の精神問題というのは非常に疎い部分なので、今日時間が許す限り講義の内容を聞かせていただいて、勉強したいと思っております。一日の研修会、大変だと思いますけれども、ご盛会を祈念して私の挨拶とさせていただきます。

### ○東京都盲ろう者支援センター センター長 前田晃秀様

おはようございます。東京都盲ろう者支援センターの前田と申します。聴覚障害に加えて視覚障害を併せ持つ盲ろうの方、地域で孤立している方が非常に多いんですが、それでもここ5年で私たちのサービスにつながっている方が約2倍に増えております。その一方で障害が重複化、重度化している現状がございます。例えば、高次脳機能障害や認知症、さらに精神疾患ですね。そういったものを併せ持つ盲ろうの方が次々と支援につながってきている。そういったなかで我々もどのように支援をしていけばいいか、日々試行錯誤で取り組んでいるところでございます。

今回の研修会を通して、私たち、盲ろう者支援に携わる者にとっても、何か活かせるところがないのか、こういったことを考えながら参加したいと思っております。どうぞよろしく願いいたします。



○日本聴覚障害ソーシャルワーカー協会 会長 稲淳子様

おはようございます。先ほど紹介いただきました、日本聴覚障害ソーシャルワーカー協会の会長をしております、稲淳子と申します。このような会が今年もまた開催できたことを非常に嬉しく思っております。

日本聴覚障害ソーシャルワーカー協会について少しお話したいと思います。今年4月に一般社団法人を取りました。東北の震災のときに、聞こえない人を支援する活動をしてまいりました。そして今年4月から東北3県も含め、全国に支援の幅を広げ派遣を始めております。チラシにも載っているとおりです。仲間に紹介していただければと思います。また、この研修会も非常に大事だと思います。なぜかという、私たち聞こえない者が、きちっとコミュニケーションがとれるということ、聴覚障害者の特性を把握して対応すること、支えていくということ、また地域との関係も進めていくということが、前例では非常に少ないですね。また、お互いが情報交換をする場がとても少ないです。ですから、この会を開いていただくことは本当にありがたいと思います。また支援者もお互い励まし合う場ということにもなりますので、この会は非常に大事だと思いますので、来年も開催して欲しいと思います。逆に私たち協会も、もっと啓発をするために、勉強会を例えば、警察に捕まってしまった後矯正するろう者たち、どういうふうに矯正していけばいいのか、また依存症の人とかへの対応支援もみんなで一緒に考えて勉強していきたいという、そういう場と一緒に、もっともっと増やしていきたいと思います。

ついでになりますが、当協会主催で学習会を予定しており、ちょっと宣伝になりますが、案内チラシも向こうに置いてありますので、是非興味があれば、今後、大阪のほうにもご参加ください。これで挨拶を終わらせていただきます。ありがとうございます。

## 【講義】

### (1) 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」

双葉会診療所 院長 片倉和彦

○司会 早速講義に入らせていただきます。最初のテーマは、「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」です。講師は、社会福祉法人双葉会診療所所長の片倉和彦先生です。片倉先生は、手話のできる精神科医として長年聴覚障害者の精神医療に携わってこられました。よろしくお願ひいたします。

○片倉 片倉といいます。よろしくお願ひします。障害者自立支援法になってから、実は迂闊なことに僕は今年の4月まで知らなかったのですが、施設、これは小規模の知的障害の施設でも身体障害の施設でも、定期的に入所施設に行っている医者は全て配置医師という扱いになるように変わったのです。そうすると、診療報酬上、つまり、診察した医療費としては、配置医師から再診療や初診料や指導料というのは請求できないようになって、知的障害の施設の人に関しては去年から、身体障害の入所の施設に関しては新法の施設になってから、新しい法律の体制になってからは、行って診察してもお金は出ないという体制になったので、なんかこのところ悔しい思いをしています。

自己紹介は置いておいて、今日は、主に病気の説明について僕自身の体験を元に話をしようと思います。出来るだけ質疑応答の時間を取りたいと思いますので、よろしくお願ひします。また、わからない話を聞き続けるのは嫌だと思うので、もし言葉でわからない場合は、話の途中で聞いてください。

今日はお土産を皆さんに配ろうと思います。烏骨鶏の卵、しいたけ、ミニトマト、こどもピーマン、シントウ、サラダカボチャのコリンキー、インカのめざめ、インカのひとみ、浮き輪。これをクイズで優秀だった人に差し上げます。クイズのやり方は○か×かを表してください。途中で、ずっとあっている人を確認したいと思います。全部で9問やります。

1問「日本の65歳以上の高齢者人口は1990年には約1,500万人だったが、2012年には約3,000万人になった」、どうでしょうか。しっかり挙げてください。○のほうが多いかな。答えは○です。パワーポイントの字が小さいかもしれません。1990年が約1,500万人です。今、2012年が3,704万人、知らぬ間に倍になっています。

2問「経済的に困窮する家庭に学用品費や給食費などを支給する就学援助制度を、例えば、公立中学校に子どもを通わせている家庭において、足立区・墨田区・板橋区・練馬区・江東区では、約1割の家庭で利用している」。いかがでしょうか。答えは×です。4割ぐらいです。公立中学校生徒の就学援助受給率は東京都内37区市で2割を超え、18区市は3割強、受給率がもっとも高いのは足立区の46.6%、板橋区・墨田区・荒川区・江東区も4割を超える。支部でもっとも高かったのは多摩支部の34.1%。現実こういうデータになっています。もちろん公立に行く子のほうがお金は少ないというのもあるんですけど。

3問「日本は諸外国と比べて、メンタルヘルス疾患の罹患率・受診率は高い」。諸外国というのは、先進国のことです。これは×です。どのデータを持ってくるかによっても違ってくるんだけど、WHOで調べると、いろんなデータで日本は常に低い側に居ます。新聞やテレビでいろいろ言われているけど、それでもまだ受診は少ない。これが現状だと思います。

4問「うつ病の患者・受診者は、日本は諸外国のなかで多いほうである」。これもすみません、データの持ってきたりによって違ってきますけど、このデータを見る限り×ですね。うつ病患者の国際比較、10万人当たりのデータで日本はここですので、いわゆる病気の数としては少ないと考えられます。

5問「人口10万人当たりの自殺率を比較すると、現在は1955年頃の自殺率とほぼ同じ水準である」。

答えは○。自殺者の数は増えているのですが、10万人当たりで見ると、1955年とほぼ同じぐらいです。実は、年齢構造で比較すると、むしろ戦後まもなくよりは少ない。ただし、去年ちょっと減りましたけど。それでも1日に80人死んでいる。そういう状況は今も続いていますから、決して放っておいていい状況ではないです。

6問「日本における他殺の死亡者は、ここ15年はほぼ横ばいである」。これは×です。減っています。棒グラフで減っているところ、これが殺された数。ニュースの情報だけ聞いていると殺人事件ばかりのようだけど、日本は自殺に比べると圧倒的に少ないです。

7問「東京都の職員本人の共済年金で、自分自身の障害年金の申請を出すときは、直近、申請から1年間のカルテのコピーを患者本人が開示請求をして、それを付けて申請するという決まりに2013年4月からなっている」。いかがでしょうか。これは×です。この資料です。「さて、貴方様よりご請求いただいた障害共済年金の障害認定を行うにあたり、該当の傷病について下記の資料の提出をお願いします。①診療録、カルテのうち、直近の日から初診日のもの」、つまり全部のカルテなのです。「②医療機関で受けた各種検査、報告書等の写し、③病院等で医療機関を変更した場合はその際の診療情報提供書の写し、などを共済組合で決めましたのでよろしく」ということが出ています。患者さん本人が医者カルテを写してくれと、そして紹介状を書いていたならそれもくださいと請求して、患者さん本人が共済年金担当に渡すということが書いています。つまり、患者さん本人がまったく医者の字が汚くて読めなくて医者不信になるかもしれないし、もし読めてもこんなこと考えていたのかと医者不信になるかもしれない。現在の症状に上司が関係していたとして、職場に届けるとなるとパニックになる。医者自身だって紹介状では自分の評価をきっちり書いてあるものだから、それまでコピー出せってなったら医療にならない。情報を上司に近い人に見せることが前提で、職場に関する話を医者と安心してできるわけがない。

8問「統合失調症は年々患者が増え、年々重度化してきている」。結構○が多いですね。答えは×です。少なくとも重度化はしていない、むしろ軽症化してきていると言われている。「社会の重圧は減っているので統合失調症は減り、人とのやりとりはむしろ難しくなっているからうつ病が増えている」という説もあります。

9問「自閉症スペクトラム障害などの発達障害は、20年前に比べて実際に数が増えている」。これは増えています。ほぼ5倍になっていると言われています。今まで個別指導が必要な子が、2クラスに1名だったのが、1クラスに5名程度になっているのが現状です。以上9問でした。

全部合っていた方、いないはずですね。間違い一つの人、いない。間違い二つ、はい、おめでとうございます。好きなものを選んで持って行ってください。残った物は昼に100円で売ろうと思います。

統合失調症の話をして。統合失調症という病名をお聞きになったことがあると思います。今日は主に病気の話をするのですが、基本的には脳内物質の病気と言われております。もともとはドーパミンという成分があると言われていたのですが、最近はグルタミン酸の低下、もっと最近は発達のなかでリーリンというたんぱく質が少ないと指摘されています。で、このような脳のなかの脆弱性、つまり物質が少なくて弱いところにストレスが加わったものが統合失調症の原因と考えられております。その原因がどういうふうになるかという、これも資料の提示だけに留めておきますけど、主には自分と他人との境界線がはっきりしなくなるためにほかの人の考えが頭に入ってきたり、自分の考えが吸い取られたり、自分の頭に命令する声が聞こえてきたりして生活に支障を来すのが主な症状です。

昔、統合失調症が別の名前で行われていたときには、もうとにかく診断ということ自体がレッテル張りだと言われていた時代もございます。今もそういう面がゼロではございません。でも、統合失調症は今、かなり薬で良くなるし、居場所作り役割作り、後ほど出てきますSSTとの訓練でも居場所が出来て安定してくるという面があります。

そのためにはやはり診断が大事です。特に聞こえない人の統合失調症の場合、「過剰診断」、つまり、例えば、筆談で変なことばかり書いているから統合失調症だとか、変な格好して歩いているから統合失調

症だとか、わけわかんないこと言っているから統合失調症だとか、そういう過剰診断される問題もありますけども、逆に診断不足というか、本来ちゃんと統合失調症という診断のもとに治療していくべきところで、逆に放置されている。聞こえなかったから仕方がないぐらいの診断をされている場合もある。この二つがあると思います。それゆえに診断をしっかりして、有効な薬物治療をしていくことが大切です。今、特に初期の診断の場合は、患者さん本人に「統合失調症という脳内の物質の病気にストレスが反応した形か」と思います。だから、こういう治療があります」という形で説明することが多いです。そういうふうに、自分の状況を理解してもらえます。

ファントム仮説というものがあって、ある朝急に足が短くなっていて、そうすると足が短くなっているのに気づかないで歩こうとすると、すぐ倒れてしまう。で、自分なりにいろいろ理由を作ったりするのだけど、それでも上手くいかない。それが繰り返される。それが足の短さじゃなくて、自分と他人との距離でそういうことが起きているというときに統合失調症という病気が起きていて、人との距離が上手く取れない、自分の噂がどんどん広がるって状態になっているので、治療が必要だし、こういう薬が有効なんですって話をして、理解していただくことは大事な事かと思えます。

統合失調症の場合、なんていうか本人が完全にまともになって世の中に近づくというよりは、むしろ本人もなんとというかコントロールを図るけど、周りもこれくらいならオーケーとするみたいな見方も大事なので、そういう周りも気づいてもらう必要があります。また、統合失調症になりますと居場所役割が減ります。そのために、居場所作り役割作りに向けても診断は大事かと思えます。

その診断のために僕らがどういうことをやっているかという、診察室に来る時点では、もう診察に来た経緯とか、今までどうだったか、診察が嫌かどうか、誰と一緒に来ているかなど見ています。診察の時点、最初の面接では、話は伝わるかどうか、話の内容はどうか、それとか話の最中視線はどうなっているか、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、話をしていくなかで見ています。で、もちろん1回で診察診断ができるわけではなくて、話しているなかで、「今大丈夫だった？」とか、「こういう考えは不自然だった？」とか聞くなかで、薬が必要かと思うというような話をしていくこともありますし、初回から薬の導入をすることもあります。

再診では最初の診察より時間が短いんですけど、その後どうか、薬の効き目と副作用はどうか、居場所や役割は今あるかどうか、などの話をしていきます。ここら辺はそんな特別ではない普通のことをやっています。相手が聞こえない人でも同じなんですけど、通じてホッとすることは大事だし、診察場面で患者さんの視線や表情の変化、例えば過去を思い出すときに混乱しているかどうかなどを捉えていくことも大事だと思っています。で、これは聞こえる、聞こえないに関係なく、その場でどうかという、別に観察しているわけではなくて、話、つまり関与をしているわけで、関わりながら見ていく、見ていくだけでなくてたぶんお互いに影響し合っていることが大事なのかと思えます。で、内容が伝わることも大事だけど、伝わらないってことも大事で、どういうふうに伝わらないかってことが大事だと思えます。

生活を送っていく上での困難さにたいしては、例えばいろいろ変なことを言うけど生活が成り立っている年配の人だったらそれはそれでいいかと思うわけで。聴覚障害者の場合、赤畑さんが言ってらしたけど、患者も相談者も孤立しがちという面があります。これは統合失調症の方ではないのですが、先日認知症プラス介助者が急病という方が見えたんなんですけど、本人が混乱しているときの声というのはよく響くんですね。それだけで一般の精神科病棟ではこの声だと周りも怖くなりますねっていう形で、受け取ってもらえなかったりする。やはり孤立しやすいと思う。声ってのはかなり感情が込められていると思います。むしろ直接会って話をしていって声に気がつかない、声っていうのは発語している声のことね。むしろ診療所に入ってきた時点での声の様子なんかで、結構こう、普段と違うかなという感情状態が推測されることもあるのかなと思っております。聞こえない人でいわば感情状態に合わせて自然に出てくるような声っていうのは結構重要な情報かもしれないと思っております。

診察は直接の手話で話すほうが視線が合わせやすいです。視線が合うとずいぶん楽ですね。でも日本で

多いのは、精神科医・患者・手話通訳者っていう単位の診察ですよ。その場合、皆さんに教えて欲しいんだけど、視線がどこいつているのかなって。患者さんがいて、医師がいて、手話通訳者はこっちですよ。でも医師と患者の間で視線が合っていたほうが、治療関係としては作りやすい。そうすると、患者さんは視線を両方見るといふ形になるのかな。でも、やっぱりお互いに顔を見合わない診察の関係って難しいよなって思うのです。

ろう患者さんのしゃべっていることが変なときの読み取り通訳はどうするんだという問題は常にあるし、患者さんと通訳者、という関係も医師にとっては大事な関係だと思う、通訳者が透明な存在としてあり得るかというとはやはり難しく、これは精神科医・患者・手話通訳者という単位であっても、通訳者は診療に関わる人という形になっているのかなと思います。ここら辺意見があったら教えてください。

少し経験した例をお話しします。多少変えています。20代から30代の男性の症例を少し合成してみました。Aさんは最初の診察です。本人の主訴、実はコミュニケーションの問題があって自分の噂をいろいろと言われている。一カ所ではなくて、駅で待っている人もスポーツセンターの人も前の職場の人も自分のことを話してバカにして、会社をリストラされてイライラして困っているという内容。いろんな医療機関を回って不安を減らす薬等を出されていました。母親からの主訴、突然カッとなったり、暴力が出たり、電車のなかでずっとブツブツ言ったりということが1年程前から出てきて、自分でも何やらわからないことが起きたようで、それまでよく働く、趣味も楽しむ普通の子だったが、会社を辞めてしまいどうしたらいいのか、というのが母親の話。

初診ですけど、手話はよく通じるし、特に成育歴には問題のなさそうない人。でも、話している最中も落ち着かない疲れた顔をして、話が時々中断する。話が途切れます。で、しかも例えば特定の、または若い女性という対象に限定された「自分がどう思われているのか」というのではなくて、どんどん広がっていくような関係妄想（関係念慮）があります。自分の悪口を言われているという関係が広がっていつている状態。念のため、コース立方体組み合わせという言葉を使わない知能検査をやって80だったのですが。そうすると、いい人なのに、「いい人」というのは非科学的な言い方だけど、つまり揉まれて変になったわけではなさそうなのに、この疲れた顔は何だろうと考えたときに、統合失調症の初期かなと思ったのです。

この人の場合、ごく少量の抗精神病剤を一種類だけ使って、次に来たときはもう元気で、元気というかほぼ普通の人という感じで、それでも場所によっては落ち着かないときもあるみたいですが、現在経過観察中です。この人の場合、それまでのドクターの診断は聞こえないがゆえの心因反応という形だったのですが、この場合は初診の時点で、この疲れ方と話の中断の仕方がどうも気になるということで、そこをお話ししました。

次のBさん。家族内で彼だけが聞こえない。ろう学校には幼稚部から通い、聴覚口話法による教育を受けてきた。母親と一緒に発語訓練に通っていた。真面目で素直な性格です。高等部を卒業して大きな会社に就職する。手話通訳の保障などはなかったが、会社のなかにはろう者が十数人いて、集まって手話で話すこともあった。資格試験を受けると上司に言われた頃から、背広を着た人はスパイだと言い、家でも大きな声を出し落ち着かなくなるが、精神科に受診しても通じない。

たまたま身体障害者センターで相談中に相談員が席を外したときに、患者さんが激しい独り手話をやっているのがドアの曇りガラスから見えて、これは手話面接が必要だろうとのことでこちらに紹介受診されています。それで僕のところに来て手話で話したとき、「耳の人」って言ったのです。耳の人がうるさい、奇跡だ病気だと言うことを途切れ途切れに話して、間があく。間があくとすぐ視線が逸れて、右斜め上ぐらいを視線が彷徨って独り手話で「違う違う」ってやっている。ほかにも「バカ」ってやったりしていた。その時点でちょっと待ってと言って、「今変だった？」「誰と話していた？」と介入をしていますが。幻聴の形がはっきりしていて、例えば病気を気にして、手洗い等を行う不潔恐怖になっていて、でも社会生活は何とか保たれている。

まあ、家の上に行って大きな声を出したりして、だから妄想型統合失調症と診断して、現在に至っています。まあ耳の人の話は今でも続いているし、したくないのに耳の人が入ってきてうるさいって言うている。でも患者会や作業所で活躍するようになりました。この人の場合も、やっぱり診察室の特に話の中断、視線のズレというのが気になった人です。

Cさんの場合は、女の人が集まってバカとか白痴とか言う、霊とか悪魔とかが暗闇に浮かんで見えるとか言って興奮し親への暴力が激しくなり精神科に長期入院中。先輩医師に頼まれ転勤するまでの4回面接に行った。先輩医師とは筆談、片倉とは手話で話します。先輩医師の入院カルテに書いてあった文章、「幻聴、幻視もあるようで『他人が来て祈れば、キリストが救ってくれる、病気が治る』と言う。何か見えるらしく、夜11時頃とか聖書を信じて、ある時間になると興奮し、皆のいるところに急に入ってきてぶつぶつ独り言を言う。怨霊が来る、女の人が見える、もやもやしたものが見えると訴える」。

僕の手話面接では、あまり詳しく聞いていないです。むしろ、そのとき、そのときどうだった、という話を聞いています。逆にいうと、筆談で話しているときと、手話で話しているときで、こんなに話している内容が違うことが不思議なのだけど。僕との面接、患者が集まっているのを見るとき、テレビを見るとき、父と母が話しているのを見るときにピピピが起こる。そのときは視線が合わないようにして、歩き回ったり、布団に潜り込んだりしているという話でした。このときは、あまり聖書の話は出て来なくて、とにかく如何にピピピが嫌だか怖いかという話で、病棟にもう一人聞こえない人がいて、その人に見られるとやっぱり怖いという言い方をしていました。症状から見ると統合失調症です。筆談だとカルテには出て来なかったピピピというのが、何か頭で起きたときの表現で、異常体験つまり幻聴に近い物だと思っておりました。家で本人と母親、本人と父親が口話で話しているときは、ピピピは起きないのですが、父と母が会話しているのを見るときにピピピが起きています。つまり、情報遮断も関係していると思いました。

Dさんの場合はどうか。ろう学校高等部卒、成績は中の下、コース立方体テストのIQは90。卒業後、工場や作業場に勤めて、長くて数年、短ければ一週間くらいで退職することも繰り返されています。で、主訴は「周りの視線が気になる」「悪口を言われている」「ラップの音が聞こえる」「家族に乱暴する」等です。病歴としては、高等部3年の頃から、「友達に悪口を言われてしまう」「友達が集まって自分の悪口」、この場合は友達限定です、「電車に乗っていると周りの女の視線が気になる」といって学校に行けなくなります。卒業後も会社を辞めても落ち着かなくなり、夜眠らずに大声を出したり、物を壊したり、川に飛び込んで自殺を図る、ラップの音が聞こえる、聖書を読むと悪魔が夜に出てくるという。

この人の場合、診察の場面自体では結構整然とラップの話とかして話は途切れない。途切れないので、まあでもやっていることは充分変だったので、さあどうしようというふうでした。女性に対しての関係妄想はあるが、興味のない世代と男性に関しては関係妄想はない。教会の女はわがままと言ってタクシーで教会に行ってガラスを割って来た話など、となる。話は堂々巡りが多いが、こちらからの問いかけには応じてくれる。というわけで、この人の場合は診断に迷いました。むしろ、例えば最初の二人みたいにはっきりとした視線のズレとかもなかった。でも行動は変で、関係念慮は拡散せず、でも行動化が激しく、行動化というのはいろんな暴力とか物を壊すとかですね。で、話も幻視なのか、つまり何かが見えているのか、聖書のなかのヨブ記という挿絵の話なのか、そこらへんもよくわからなかった。ただ、何かに動かされているという「させられ体験」は存在しているために、抗精神病剤を処方して治療していたのですが今は中断しています。

Dさんの場合が一番統合失調症かどうかというのは診断としては迷うのです。生活の形自体はずいぶん変なので薬は出したんですけど、今でも迷うところはあります。あの、どこかに発達障害が絡んでいて、というものかもしれない、ということすら思っています。ここまでが統合失調症の話で、わかんないことはそのままわかんないという形です。統合失調症かなと思って見ているんだけど、どこかに発達障害によるつまづきが関係しているのかもしれないと思う例が最近結構ありますので、ちょっと発達障害の話をついでになっちゃいますが、します。

発達障害っていう言い方ありますよね。これはそれぞれ行動障害、LD 学習障害、ADD 注意欠陥障害、ADHD 注意欠陥多動性障害、ASD 広汎性発達障害というふうには分類はあるのですが、実はきっちり分類しちゃうと分類のなかに属さない非定形の例のほうが多いのです。それも合わせて自閉症スペクトラム障害という言い方が最近多いです。つまりいろんな段階があるということです。杉山登志郎先生という浜松医大の先生は、こういうふうに言っています。「発達障害の原因は遺伝もあるだろう、もしかしたら環境もあるだろう、環境ホルモンも関係しているかもしれない、食べ物だって関係するかもしれない。そういういろいろな因子がある」。

遺伝子というのはちょっと前までは絶対的な存在で、遺伝子があるから、その遺伝子っていうのは普遍的なもので、それを生き物は乗り物として使っているだけという遺伝子乗り物論というものすらあったのですが、これがまたここ 10 年で多少変わってきて、遺伝子があったって出る出ないというのは、この遺伝子は発現する、これは発現しないということはしばしばあるという。これがエピジェネティクスという考えで、つまり人間はただの遺伝子の乗り物ではないという発想ですけど、そういうふうには発想すると遺伝も関係しているにしても、もともとある発達凸凹（でこぼこ）という状態で育って行くなかで、発達凸凹があれば視線が合わないし、なんかあまり可愛くないとか、育てにくいとかそういうのがあって、子育て障害が起きる。そうするとそこでトラウマがあって、それで発達障害が出て来るという説です。そういう説があります。

僕自身も発達凸凹の気はあると思います。比較的知的のレベルの高いアスペルガーと呼ばれている人たちに取り組んでいる、お茶の水の明神下診療所この米田先生の仮説がありまして、主な特性が三つ、ほかに周辺の特性があると言われているので、今日は病気の説明としてこういう話があるので聞いてください。

①シングルフォーカス特性。一つのことに注意が向いてしまうと、すぐにはほかのことに注意が転換できないために別の重要な情報を無視してしまう傾向がある。いわゆる高機能自閉症、アスペルガーといわれている人たち。

②シングルレイヤー思考。アスペルガー障害でないいわゆる普通の人は、一つの状況を多くの側面（物理的現象、社会常識、抽象的認識など）から立体的に把握している。同時並列的に考えて社会的に妥当な形で一つの判断に統合する。しかし、アスペルガー障害の人はどれか一つの側面でしか考えられない傾向にあるので、例えば物理的レベルで問題を考えたときには日常的な社会的関係のルールまでは考えられない。結果的に社会的な適切さに欠ける言動になってしまう。

③ハイコントラスト知覚。グレーゾーンや中間色の曖昧さやニュアンスが把握できない。感覚的にも例えば暗いところは真っ暗で見えず、明るいところはまぶしくて見えず、ちょっと大きい音は騒音になってしまう世界。ゆえに中くらいとかほどほどに、と言われてもイメージができず、何事も白か黒かと割り切った極端な認識になってしまいやすい。

さらに周辺特性としては一つの説ですけど、こういう説がありまして、1「自己モニター障害」、自分の身体的・精神的状態に気づかない。2「注意欠陥多動特性群」、不注意・衝動性など。3「情動制御関連特性群」、気分変動・やる気がコントロールできない。発達障害のうつって多いですね。ずいぶん多いと思います。4「運動制御関連特性群」、不器用、姿勢が悪い、運動学習の障害。5「記憶と学習に関する特性群」、エピソード検索の障害、何かこのときこれがあったと思い出すときに、全部巻き戻さないと思い出せない。そういうことがあります。手続き記憶の障害等がいられています。

発達障害の場合、聴覚障害と重複の人、これは例えば今「聴覚障害 自閉」で検索すると、アメリカでもかなりたくさん論文が出ているのですけれども。特に小さい子、幼い子の場合、障害が重複しますと、聴覚障害の発見が遅れます。逆に超早期に聴覚障害が見つっている場合は、発達障害の発見が遅れている傾向にあります。今、そうですね、割と 1 歳半～3 歳くらいで発達の凸凹かなというのが、最終的には 4 歳 5 歳で見付けているだろうけど、聞こえが悪いからということで、それが遅れていることがあるのじゃないかというケースがありました。

それから、聴覚障害がありますと、例えば発達障害の子の行動をここで止めたほうがいいという場合でも、そこに向けていなければ解明できませんから、言語を使ってのその場での中距離の解明ってのはやはり難しい。視線が向いていない、全く目をつむっている場合はその場でその行動を止めるのは難しいし、その子の力を抜くっていうのも難しい。たくさん診察したわけじゃないのですが、高機能自閉の人だと例えば境界パーソナリティ障害、つまり育ちのなかでずっと不安定な立場に置かれていたために、周りを巻き込んで混乱するような障害と発達障害との区別が結構難しい。聞こえないので、例えば大阪の施設の子で「中」という字を見ると混乱するなどのこだわりは、つまり見たことのこだわりですけれども、視覚優位とは限らないのかなって思いました。白か黒かはっきりさせたいのは、発達障害の特徴としてあるのですけれども、これも全然断定はできなくて、彼女、聞こえないから余計に白か黒かはっきりさせてというふうにいるのかなって思えるときもありました。というわけで、現状でよくわからないことがたくさんあるので、そういうのをわからないままで今日は話してしまいました。話の材料だけ出したので、あとは質疑応答で深めていきたいと思います。質疑または意見または感じていること、問題と思っていることを出してください。

○司会 片倉先生ありがとうございました。そうしましたら、質問のある方は前にお願いたします。

○会場 どうもお話しありがとうございます。感想と質問があるんですけども。一点目は臨床例で聖書とか教会関係の話が随所に出てきましたけれども、これはやはり統合失調症っていうのは宗教的なしぼりの多い方が症例として出てくるケースが多々あるので、聖書とか教会とかいう話があったのかということが感想です。二点目は障害種別のなかで、統合失調症やうつ病の症状を訴える人に聴覚障害の人は多いのでしょうか。視覚障害とかと比べると聴覚障害は比較的そういう症例が多いのかなという感想を持つのですが、その辺を教えてください。3番目は診断のときに手話でろう者と診断されるという例はご紹介いただきましたけれども、手話ができないいわゆる中途失聴者の場合に、筆談で診断した場合、筆談っていうのはちょっとかなり客観的な言語になるんで、その辺統合失調の症例を訴える方は、筆談という、先生の筆談に対してきちっと認識した上での対応はできるのかどうかちょっと気になったんですけど。以上三点です。

○片倉 まず1番目の宗教との関係に関しては、たまたまかもしれません。たまたま患者さんにキリスト教の人が多かっただけかもしれません。そんなわけで、それはわからない。患者さんの数に関しては、統計上、それから琵琶湖病院の藤田先生の話も聞いていても、決して比率的に多いということはないと思います。中途失聴者に対する筆談は当然の方法として、ろう者に対する筆談とは別の意味がある。つまり、中途失聴者に対しては、コミュニケーション上は第一言語とっています。とにかく筆談しまくるというような診察をします。この場合は、なんというか話し言葉で筆談するぐらいのスピードで筆談して行って、というかたちを取ります。そうすると、もし筆談よりもパソコンのほうが早い人だったらキーボードで筆談するぐらいの感じで筆談します。そうすると聞こえない人が筆談で診断が「あれっ」というのはまた違って、やっぱ筆談によっても同時性が持てるのではないかと考えております。

○司会 それでは次の方、よろしくお願いたします。

○会場 今日はありがとうございました。二つ質問させてください。一つは、今の精神科治療というのは、どちらかというと薬物治療が中心になっていると思うのですが、私は統合失調症とか、精神科でのうつの聴覚障害者に関する行動療法的なものが全然広がらないことについて、そういう行動療法的な場面のフロアが広がらない理由というのは治療費報酬との関係があるのかということと、もう一つは、治療診断場面



において先生は手話を使ってらっしゃると思うのですが、今 iPhone、iPad で、音声認識で文字が出る物が出ましたよね。要するに筆談で書かなくても、このぐらいの A4 レベルのところ、口をマイクに近づけてしゃべると、文字で出る。それを見せると、音声で先生がしゃべっている内容が理解できる。しかし、いわゆる聴覚障害者には、一般的には言語力のあまりないという問題があって、せっかく高度な説明をしても理解ができないじゃないかという心配があります。それに加えて、手話を使っても私が対応しているお客さんは手話も不十分、筆談力も不十分、言語力も不十分、実際は理解できなくて曖昧なまま帰ってくるのが非常に多いんですね。その辺について、先生はどういうふうにお考えでしょうか。2 点よろしくお願いたします。

○片倉 聴者も含めた一般的な話としては、SST 的なこと、または認知行動療法的なことをうつ病の人の、うつ病の回復というのは病気が、薬で病気がよくなっていくだけじゃなくて、いかに社会生活をやっているかってところが大事なので、そういう適応に対して、それこそ、虎ノ門クリニックとかそういうところで一部行われているのですが、まあ、ほか任せですね。統合失調症の人に対してはむしろデイケア的なところで、生活の、特に長期入院して退院した人の切符の買い方等は今それなりにやっているんですけど、一般診療所で統合失調症の治療をしていて、そこで一步踏み込むというのは、正直難しい。例えば、僕が患者会に行っているいろいろやったりとかそういうのはあるけど、それしかやれてない。これは、一つには診療報酬上のものはあると思います。話をして、薬を出して。5 分以上やってですけど、大体診療報酬は四千いくらかくらい。一生懸命、デイケア的なこととか、SST やるよりは、医者が一人いればできること多いし。そういうことはあると思います。筆談できる機械は、あるといいなと思ったことはありますが、あるといいなぐらいです。例えば、先ほどの話でいえば症例の 3 の人とか 4 の人とかは、周りのろう者とも孤立していますから、手話も下手です。通じてないことも多いし。そうすると、手話の上手下手、聴者である僕が手話の上手下手をいうのは変なんだけど、やはりろう者のなかに普段入っているかという、そういう人は怖くて入れないということもあって、ろうあ協会にも属していないという人が多い。たまたま昔はろう学校で手話をやっていた人でも、今は手話が出来にくくなっているという人もいます。

治療のなかで、そう簡単じゃないけど、特に病気の人同士の交流の場は、大事なのかなと思う。で、最初から手話がそんなに上手じゃない人の場合は、確かに通じないし苦しそうだというのはわかるけど、通じないという面もあるんだけど、でもなんというのかな、逆に、通じないんだから付き合っていくしかないぐらいに思って、添っていくしかないかなぐらいに思っています。変な言い方だけど、ある意味逆に気が楽で、一緒にいろいろやろうよって感じになっていくのかなと思っています。個人的感想です。

○司会 よろしいでしょうか。お時間が 11 時までになりますので、ご質問ある方はもう 1 名程度になります。良い機会ですので、質問のほうございましたら、よろしくお願いたします。

○片倉 ついでに、テストです。資料の最後にあります。テストというかゲームなんですけど。これをぱっと見ますと、三つぐらい言葉が見つかります。実は言葉はもっと入っているんだけど、目に飛び込んでくる言葉は三つぐらい。それをチェックしてください。ちなみに僕がこれをみると何故か、「お仕事」「反省」「余裕」と出てきます。タネ明かしをしますと、これで出てくる三つの言葉が、自分が大事だなと思っている言葉だそうです。皆様は何だったのでしょうか。というわけで、現時点でわからないことをいっばいしゃべっちゃいましたので、後から討論出来たらと思います。では、ちょうど時間にもなりましたので、ちょっと早いけどこれで終わりにしたいと思います。

## (2) 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」

日本精神保健福祉士協会 常務理事 大塚淳子

○司会 それでは時間になりましたので、二つめの講義を始めさせていただきます。講師は、公益財団法人日本精神保健福祉士協会常務理事、大塚淳子様です。テーマは、生活支援から聴覚障害のある精神障害者への関わり方についてです。大塚様は、日本精神保健福祉士協会の常務理事のお立場で、聴覚障害者の心の問題にも、長きにわたりご尽力されています。本日は、より広い視点からお話しいただきたいと思いません。大塚先生お願いします。

○大塚 こんにちは。ご紹介いただきました、大塚淳子と申します。よろしくお願いいいたします。片倉先生のように、クイズもお土産も用意できませんでした。すみません。精一杯お話ししますので、お許してください。 それでは 12 時半までお時間をいただいておりますが、お話をさせていただきたいと思っています。まず、皆さんお手元に資料（資料編 P64）が届いていますが、大変申し訳ないことに、皆さん虫メガネでもない見えにくいぐらいの細かい字だらけのものになっていますが、あってもなくても大丈夫な資料なので、どうしてもというところだけもしあれば、またあとで確認していただければと思います。

私自身の自己紹介はここにたくさん書きましたが、今現在は、精神保健福祉士という国家資格を有する人たちの加盟する全国の組織で常務理事を務めております。2005 年の 9 月からになりますので、だいぶ現場を離れて長くなってしまいました。それまでは、東京都の練馬区で精神科病院、それから、その病院のサテライトクリニックでソーシャルワーカー（以下、SW）、精神保健福祉士として働いてまいりました。さらにその前は、身体障害者の授産施設で SW、ケースワーカーを 6 年ほどやってまいりました。そういうことから、身体障害の施設で出会った方々と精神科の病院で出会った方々の支援をしていくなかで、重複障害の方たちに関心を持つこととなり、そのなかでも特に聴覚障害の方に関心があって関わってきたという経験があります。そのことがあって、いつもここにお招きいただいているということだと思います。

この会の前身であります聴覚障害者精神保健問題研究集会、それが 21 年間継続して 3 年前に発展的解散をして、その後任団体となるようなかたちでこの会が 3 回目を迎えておりますが、その 21 年の会で資料をもらって学びを深めて実践をしてきたということがあります。その恩返しを少しでも出来ればと思って、この場に立たせていただいています。自己紹介はこちらにたくさん書いておりますので、こちらは飛ばしたいと思います。一点だけ、小さい時に帰国子女だったんですが、日本語が全く話せない 2 年間がありまして、そのことが言語とかコミュニケーションということに関心を持たせたという背景がありますが、未だに私の日本語はおかしいと言われるので、途中でおかしかったらご容赦ください。

さて、最初に、冒頭で丹羽常務理事がご挨拶されたなかにも、差別解消法の話もありましたが、今、障害福祉・精神保健福祉を巡る動向というのは、激変が続いております。毎年毎年、本当にめまぐるしくいろいろな法制度というのができたり変わったりということが続いております。これは現場の支援者にとっては大変。やっとな新しい法制度になじんでその法制度を使って支援しようと思ったら、また次のがやってくるというように大変な状況かと思いますが、一番大変なのはおそらく当事者やご家族の方たちかなと思っています。そんななかでも、なんでそんなにめまぐるしく変わるのかというなかには、目指す方向というのがあって変わってきているということだと思います。資料左側からですね、ここに古くからある身体障害者福祉法とか知的障害者福祉法とかありますが、障害者基本法によって三障害ということで精神の方たちも精神障害と言われるようになり、徐々に障害者基本法のなかで差別の禁止などがいわれるようになっていきます。その各法律を跨るかたちで、全体の差別禁止法というような実際には差別解消法というものに

なって、今年の6月に成立しましたが、出来上がりつつあります。そして、福祉の分野でいうと、それぞれの各法と違うサービス法というかたちで、障害者自立支援法とか障害者総合支援法というものが特例の権利条約を挟んでいろいろ整備が進んできています。そして下のほうに書いてあるのが、精神保健福祉法といわれるものも実は何回もの改正を経てきていますが、今年の6月、保護者制度の廃止ということを目玉にするという法改正がありました。少し大きくこういうかたちで流れがありますけれども、目指すべき方向というのが何かと申しますとですね、ノーマライズ理念の浸透とソーシャルインクルージョンです。配布資料の図では見づらいのでパワーポイントを見てください。この真ん中の矢印です。ノーマライズ理念の浸透と、ソーシャルインクルージョンの社会の創設というので共生社会を作っていきますようになっていきます。共生社会というのを簡単にいうと、どんな人も排除されない、そういう社会を作っていくようになっていきますが、それは下にも書いてありますように、かつて特に障害を持っている方たちについては、ここが足りないからここを保護してくださいという、若干特別視扱いする、特別視というようなかたちで、選別主義というのがありました。そこからみんな一緒がいい、平等がいいということで普遍主義となってきましたが、さらに一步進んで今はダイバーシティともいいますけれども、より個別多様性を尊重する一人一人違ってでもやはり権利性は平等であるべきだということで、そういう社会を作っていきますというような方向が目指されるということになっています。こういった流れのなかに、今聴覚障害のことも精神障害のこともあるのだということの基本を抑えておきたいなと思っています。

次の資料、これも見た事ある方見たことない方いらっしゃるかもしれませんが、国際生活機能分類といって、ICF というものですが、これはかつて障害分類というのを、三つの障害分類というものをしていたんですが、そもそも全員、国民、全員生きているもの全て健康状態というのが基本にあり、この健康状態が変調したり、病気になったりすることによってですね、この2, 3, 4、心身に障害が起きたり、活動の制限があったり参加の制約を受けたりすることがある。これらは、しかも、環境因子や個人因子などによって影響を受けることになっているんですね。

例えばの話ですが、大学生が、地方から上京してきた大学生を本人と考えます。一生懸命目指した大学に受かって上京してきて、一人暮らしを始めて。大学に通うことになった。下宿をしています、という大学生が、例えば最初は健康で学生生活を送っていたとしますけれども、地方からの仕送りが大変になってしまったがために自分でアルバイトをしなければならなくなった。それから、大好きなバンド活動をやっていた。学業のほかにアルバイトと大好きなバンド活動もやっているなかで、個人因子としては、とっても生真面目でやや神経質な人という個人因子を持っている人が、ずっと頑張り続けていたら寝不足になってしまった、疲れてしまった。そういうなかで事故を起こしてしまう。車の事故を起こしてしまって、車椅子が必要な生活になってしまった。そうなったときに、それが心身の機能、変調・病気や心身の機能というかたちになって現れます。そうすると自ずと、学校に行くのが難しくなる、その学校が車椅子で出入りが自由であればそんなことはないかもしれませんが、いろんなところに支障がある。それから自分の活動をしていたバンドにも参加ができなくなる。当然アルバイトも難しくなると、この真ん中の活動とか参加というところにいろんな制約が出てくるということになります。

そういう状況のなかで、親も心配して帰ってこい、大学を中退してもいいから帰ってこいとか、自分もこの先どうなるかなということをお心配しているうちにだんだん眠れなくなってきた、不眠になってきた。そうこうしているうちに、少し気持ちが鬱々とするようになった。というような状況で、障害や病状が悪化していくことが、例えばこういうことに照らして考えるとわかりやすいと思うんですが、その時に必要な支援は何でしょうか、となると少し薬を飲めば調子が戻るかもしれない、ボランティアがあつて車椅子の介助等々支援してくれる仲間がいればいいのかもわからない、大学には行けなくなっても昼間居場所があつてそこで好きなバンド活動が再開できるようになれば、また元気になるかもしれないということがあるんですね、環境因子がいいかたちで促進されていくようになると、また健康な状況に、車椅子生活は変わらなくても健康な状況に戻っていったら参加の制約や参加の制約が減って来るかもしれない。こういうふう

に構造的に考えられているのが障害というふうにいわれているものなんです。

少し難しい話が続いているかもしれません。恐縮です。大事な視点なんです、障害の理解ということを考えてときに、まず障害は誰にも生じる身近なもので、これは普遍的なものといえます。特に今日お話しする中心になることが、精神疾患や精神障害のことについてお話しすることになります、心の病気、精神疾患、精神障害は今や誰にでもかかりうる心の病気をもとにある状態です。今日いらっしゃる、120人ぐらいいらっしゃるというふう聞いておりますけれども、今日いらっしゃる皆様、もれなくかかるチャンスをお持ちでございます。自分は絶対にならないという方は、もしかしたら最近流行りの会話ができるロボットかもしれません。人間である限り病気というのはかかるチャンスはあるんですね。私は「かかるチャンスがある」という言い方をあえてするのですが、病気というのは必要悪だと私は考えています。私も最近大病しまして、ここで役割を負っていた 2 回目の依頼を、急遽キャンセルさせていただきました。これ以上無理が続くと難しいよ、あなたの体は応えないよというときに、やっぱり何らかのサインがでる。熱が出るとかお腹が痛くなるとか頭が痛くなるとか、もう休みなさいよというサインだと思うのですが、それが体のどこの部位に出るか。心といわれているところに出るかということなんだろうと思います。いずれにしても病気や障害は誰にも生じる身近なもの。そして一方で、その状態は多種多様で、皆、障害でも一律ではありませんので、ここで私も気をつけなければいけないなと思っているのは、この会、よく聴覚障害と私はくくって話しますが、聴覚障害といっても、決して一様ではなく、本当に人それぞれ聞こえの程度や状態があるということ聞かれますし、精神疾患や精神障害の場合も同じということになります。外見ではわかりにくい障害が、この二つとも外見ではわかりにくい障害に挙げられるというふうに思います。一方で不自由があるけれども、周囲の理解や配慮があればできることが多いというのも障害の状態になるわけです。日常生活や授業活動のなかでの配慮や工夫というのがいくつか書いてありますが、全体を共通してここで言っていることは何かといいますと、ご本人さんの自己決定が一番大切。ご本人さんを中心に据えることが一番大切ということになるかと思えます。

さて、これもちょっと厚生労働省の資料を持ってきたので、これは斜め読みをしていただければいいと思いますが、先ほどのたくさんの方々の法制度ができましたというスライドにも書いてあったように、今福祉サービスの根拠となる法律、障害者総合支援法というものになっています。今年から始まっていて、一部は来年からとなっています。ここにですね、難病の方々が入ってきたとなっておりますが、今までとは違う仕掛けがいくつかあるかなと思っています。何故この資料を持ってきたかというところでですね、施行後 3 年間を見直しとあって、総合支援法ができたときには解決を見なかったいくつかの検討課題については、これから 3 年間検討していきましようとなっているものの一つに、上から 4 番目ですね。手話通訳等行うものの派遣、その他の聴覚言語機能、音声機能、その他の障害のため意志疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方というのが入っています。これは、障害者制度改革推進会議等、いろんな会議のなかで、それまでももちろんろうあ連盟の方々の運動とか難聴者の方々の団体の運動とか、もろもろ、さらにこれがですね高まってきて、今本当にこの聴覚言語機能・音声機能等々の方たちへの支援の在り方というのが大変大きな柱として検討に上るようになっていきます。

一方で検討に上がってきているけれども、まだまだ資源の不足とか、ということがあって絶対的にサービスとしては足りないし、国民の理解も少ないし、まだまだいろんな方法論が、先ほどの片倉先生のお話に対する質問にもあったように、私も申しあげたように、聴覚障害といってもどうしても例えば手話を使う人が中心になってしまったりですね、いろんな足りなさ加減というのがあるんだろうなというふうに考えられます。3 年間というのはあつという間なんですね実は。もう半年過ぎましたよね。なので、ここにいる皆様共々、3 年間でどうやって過ごすかということを考えながら、ここに紹介したいなと思った次第です。これの、この総合支援法のなかでですね、実は障害者制度改革推進会議という鳩山総理の時代に、鳩山総理が何代前の総理だかわからなくなりましたが、いろいろ内閣府で、いろんな障害者制度改革推進というのが行われてきましたが、そのなかで、そもそもは障害者総合支援法ではなくて障害者総合福祉法

というのを作りましょうということで、いろんな提案がされていまして、で、結果的には障害者総合支援法というものになりましたが、自立支援法をやめてこの法律に変わったわけですけども。そのなかに基本理念というのが置かれたんですね。この基本理念というのが何かというと、23年の7月に成立した改正障害者基本法で、目的や基本原則として盛り込まれたものをここにもう1回掲げているというかたちになってきている。ここに書いてあることは大事なことで、ここに照らして障害者の総合支援法ということが本当に整備されているのか、聴覚障害や精神障害をお持ちの方々が本当に使いやすくなっているのかということ、確認をしていく必要があります。そこが拠って立つ基本理念となっておりますので、これもいつか機会があればもう一度読んでいただければと思っています。

一番大事なことは、すべての国民が個人として尊重されるべきものであるという理念であること、プラスアルファ、3番目とか4番目とかもそうなんですけれども、5番目・6番目も私はとても重要だと思っています。特に精神障害の支援に長く付き合っていたものとしては、どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会においてほかの人と共生することを妨げられない、つまり何が言いたいかというと障害があるからといって、あなたが住む場所はここですよ、暮らす場所はこの施設ですよ、この病院ですよ、あなたはこの人と暮らすしかないんですよ、と一方的に決められない。ご自分の意志できちんと選択をして、地域社会のなかできちんとほかの皆さんと同様に暮らしていけるということがとても大事なんだということを、まだ実現できないからここに理念として掲げられていると思っていますので、ぜひこれを実現できるといいなと思っています。この図は、見にくくてごめんなさい。障害者総合支援法というのが福祉のサービスの中心となっていくなかで、これから最も重要視されるもの、そしてこれからもっとも整備されなきゃいけないものは相談支援ということです。今日も見させていただきましたら、相談支援に携わっている方々がたくさんお出でだと思いますが、これもですね、重複障害の方とか複雑な問題をお持ちの方とかに総合的、包括的に対応できるような体制がとても求められるということについては、まだまだこれから整備していかなければならないという課題があるんだろうなと思っています。沢山いろんなところで相談が行われているんですね。上の黒い四角のなかに専門機関・医療などがありますが、いろんな専門的なサービスを提供している機関や医療施設などでは、日常的に相談援助を行うスタッフがいて対応していると思いますし、そういうなかで、障害者は約800万人いるといわれていますが、入院や入所者の約50万人も含めてですね、ここでは相談援助とかそれからケアマネジメントなどを使った相談支援とかが行われています。そして、幅広くすべての国民に対しても、市町村で一般的な相談を提供するという体制がこれから整っていくはずですよ。そういう状況にあります。

さて、片倉先生のように、お土産も何にもない、ゲームでもないのですが、質問です。今日なんとなく事前にどのような方々がいらっしゃっているかということは何となく伺っているのですが、ちょっと私のこの雰囲気確かめるために伺いたいなと思っています。聴覚障害のある人との交流や関わりの経験がある方、手を挙げていただけますか。はい、ありがとうございます。ほぼ9割だったと思いますが、その方々のなかで、支援に困難を覚えたことがある人、手を挙げていただけますか。五十肩ではない方はもうちょっと上まで元気に手をあげましょう。ちょっと、でもけっこう多いですね。次です、精神障害のある人との交流や関わりの経験をお持ちの方はいらっしゃいますでしょうか。それでも8割、7割はいらっしゃるんですね。ありがとうございます。そのなかで、難しいなと支援に困難を感じた人はいらっしゃいますか。けっこういらっしゃいますね。ありがとうございます。両方ともそれぞれ困難を感じていらっしゃる方が多いですね。だから皆さん研修にいらっしゃるんですね。それでは、両方、聴覚障害と精神障害の重複障害をお持ちの方に関わったり、交流されたりした経験のある方はいらっしゃいますか。ちょっと減るけど6割くらい。難しさを感じた方はいらっしゃいますか？はい、ありがとうございます。今、最後に難しさを感じたことがあると答えた人のなかで、先ほどの一つの障害に関する難しさとは違う難しさを感じているという方はいらっしゃいますか？手の挙がり方がみんな中途半端なのはなぜでしょうか。もう一つですね、今難しいなと思っている方々のなかで、その理由はなんだろうなというふうに自分で考えたときに、

だいたい理由をわかっていらっしゃる方はいますか？ほとんど減りますし、みんな肩から上がらないですね。10人くらいですね。ありがとうございます。すみません。いつも怒られるんです、すみません。もうちょっとゆっくり話しますね。

スライドの下に書いてありますように、今答えがあまりわかっていないという方々が多かったんですけども、それを今回考えていきたいと思いますが、私は身体障害者の施設にもおりましたけれども後半ずっと精神障害の領域で働いてきていますので、今日お話しするときにどちらかの軸かという精神障害の支援をしている場からの視点がお話しすることが多くなるというふうに思います、そこはご了承ください。もし皆さんが相談したいと思われたときに、自分の言葉が伝わらない、もしくは使えないとしたら、どんなことを感じるでしょうか。想像をしてみてください。なかなかこれは、車椅子の体験をする機会とか、アイマスクとか、あると思うんですが、聴覚の体験というのはあるかもしれませんが、あんまり頻繁に私は聞かないのですけれども、どうかなと考えてみてください。これは一番手っ取り早いのは、全く英語が話せない人が外国に行ったときの状況ですね、これは皆さん困ることが多々あると思います。本当に周りがすべて外国人で全く意思疎通できないエレベーターのなかなどで、一人ぼっちでくすくす笑われると、私は自分のスカートのチャックが開いているのかなって思ってみたりしますね。それくらい孤立感というかすごいですね。言葉って大事だなと思います。言葉の問題だけではないと思うのですが、苦手意識が強いとやはり避けたいのが人の常で、聴覚障害とか精神障害とかお持ちの方に、日常、支援の現場では、もしくはご家庭では地域では、もしかしたら私は支援を求められているのかもしれないと思う場でも、何となく無意識に避けてしまったりすることがないでしょうか。できたらそうではなくなるというふうに思っています。その為には、先ほど答えはわかっていますとおっしゃった方のなかに、実はよくわかってないからだよという人もいらっしゃるかもしれませんが、やっぱり最初に大事なことは、知ろう、わかりたいという気持ちや、知ることだと思えるんですね。私も福祉の道に就いて長いですが、今だに知らないことがたくさんあります。知らない障害のこともたくさんあります。オールラウンドではありません。やはり苦手意識もありますし、おそらく偏見もあります。ですので、やはり知ることからしか始まらないと思っています。

次に障害者の統計について若干概要をお持ちしました。職場と自宅のパソコンのバージョンが違ったので、図面が変なことになっていますが。聴覚障害ということについてですが、日本では聴力レベルが70デシベル以上から障害者手帳をもらえることになっていきますよね。この手帳をもらっている方、一番重い方は聴覚障害の方の場合は1級というのはないですね、2級から始まりますよね。こういうことも知っていたり知らなかったり、今日お越しの方は知っていらっしゃると思いますが。手帳をお持ちの方が日本では約36万人といわれています。平成24年の障害白書ですね。で国連のWHO世界保健機構で補聴器の装用が必要だといわれているのが41デシベル以上ということになっていきますが、日本では600万人くらいがいるといわれています。これは特に、補聴器とか難聴の問題というのは、先天だけではなくって高齢の問題とも絡みあって自ずと増えていくということになるかと思えますし、私自身だいぶ耳が遠くなってきているのですが、本当に聴覚の問題というのは、高齢化の問題とともにあることでもあるので、もうちょっと幅広く国民に理解されてもいいのかなというふうに思います。でも、先天性とか乳幼児期とか学齢期に発症しているという方もいらっしゃるわけですが、その原因や障害の部位、聞こえの程度は非常にさまざまです。

聴覚を保障する機器や方法も多様であることは皆さんご存知の通りなのですが、年齢別にちょっとだけ見ておきたいと思います。言語習得前3歳までが18.6%、2割弱の方が失聴されていて、17歳までが27.6%と3割弱になります。また40から64歳までが28.6%これもまた3割弱となります。これはどういうことかという、若い時代に失聴している、要するに、修学中とかです。自分が就職に向かっている途中とか、仲間たちと関係性を築き上げていく頃に、とても聴覚の障害を持つことで大変な経験をする方もいれば、40から64歳というのは壮年期ですからとても社会関係、社会なかでの実績を築き上げている頃です。そ

ういう頃に失聴することによってどういうことが起こるかということから、メンタルヘルスの問題に結びつく方々も少なくないんですね。

それから先ほど言いました老人性失聴というのは高齢化に伴って。また片倉先生もおっしゃっていましたように発達障害、知的障害、身体障害との重複も増えてきているんですね。一方で精神障害についてです。全国で323万人。これは平成20年のデータ、やや古いデータです。患者調査といわれるところからとっていますが、大きい数字になるとだんだん苦手になりますよね。自分と関係ない桁の話になるとなんのこっちゃとなってしまうんですが、323万人大きいので、割り算をしてみたいと思います、40人に1人です。今日片倉さんが自殺の話がされていましたよね、1日に80人。あれは年間にようやく去年3万人を下りましたよね。でも1日に80人。20分に1人ぐらいとなりますよね。精神障害の方々323万人というのが40人に1人というのは、いまの小学校のクラスはもっと少ないのでしょうか。少ないでしょうかね。だから小学校のクラスでいうと1人くらいは何らかの精神疾患や精神的症状を訴えて、相談や治療を受けているというデータになります。これは、なんで割り算をしたかということ、とても身近な数字だということ、身近な病気だということ。ですよね。今日、確率的にいいますと、このなかに三人から四人いても確率的にはおかしくないという数字なんですね。そのくらいとても普通の病気なんです。実は、私と片倉先生が、片倉先生が真面目にパワーポイントを作るんですね、珍しい、そうかと思いながら、先生も変わってきたんだなと思いながら、あの1年に1回くらいしかお互いに安否確認をしていないので、あっ、人って変わるんだな嬉しいなと思いながら、すみません、とても失礼なことを言っています。あの、先生が最初にデータをたくさん出してくださいましたけど、データを正しく知ることって、とても大事なことだと思うんですね。意外と新聞やマスコミは正しくあんまり伝えてくれません。誇張して伝えることが多く、その誇張が良いことというよりもネガティブなことが多いと私は思っているんですね。なので、自分でしっかりと正確に事実を知ることが大事だし、それが身近なところでは、どういう数字なのかどういう位置づけなのかということを理解することはとても大事だと思っています。そういうことから考えると、今申し上げましたように、とても普通になって生きているなかで、統合失調症はおよそ100人に1人といわれています。

また、うつ病は今や国民病だといわれていますけれども、程度は軽度から重度まであるかと思いますが、障害有病率は3%といわれています。初診時年齢別に見てみると、これも20歳未満、未成年が41%です。統合失調症のみだと56.2%、統合失調症は思春期に発症しやすいといわれますが、自我が揺らいでいるときに発症しやすいといわれていますけれども。それから40歳以上が20%。統合失調症だけで見るとここは6.2%と少なくなっています。つまり在学中、思春期での発病が多いんですね。そうすると、これから自分の人生を設計していこうという大事な時期です。就職が難しくなったり、そういうことによって社会経験を逸してしまったりということがあります。それから一方で社会生活を築きあげる途上やそのあとの壮年期、青年期・壮年期の発症などの場合はやはりさまざまな喪失体験、職場を失ってみたり地域社会との関係性を失ってみたり、家族を失ってみたりなどもあってですね、これも大変なことになるんですね。

そんななかで精神科医療機関は、今31万人、32万人弱が入院しているといわれています。これはどういう数字かということ、全ての診療科ありますね、整形外科とかなんかいろいろありますね、呼吸器とか内科とかいろいろ、すべての病気によって入院している患者さんのうちの4分の1を占めています。それくらい、日本は入院患者さんのなかで、圧倒的に精神疾患で入院している人が多いです。このことはなぜだろうと、まずクエスチョンを持ってみてください。実際にはほかの診療科目に比べると大変劣悪なマンパワー、ちょっとずつ良くなっては来ましたが、でも劣悪なマンパワーとかですね、診療報酬が低いとかですね、そういうこともあったりします。

実は長い期間、精神障害者と言われず、患者さんといわれてきた、病者というふうにいわれてきた歴史が日本にはあります。なので、福祉の対象ではなくて医療の対象だった。さらにその前は社会治安の対象だったということがありますので、そういう歴史の問題もあります。1993年、障害者基本法ができたとき

に初めて三障害になったときに日本では、精神障害は障害者というふうに法的に位置づけられました。1995年に精神保健福祉法ができて、初めて手帳がもらえるようになって、福祉の対象になりました。まだそれだけの歴史しかありません。ですが、やっとやっと最近、決して嬉しくないことですが病気の方が増えてきたので国が力を入れてくれるようになり、2011年に厚生労働省が日本の今までの医療計画、医療計画は難しいので今日は説明をいたしません、各都道府県でいろいろな医療の整備をするにあたって四大疾病ということについてきちんと手当てをなささい、ということをしてきたんですね。四大疾病というのは、癌・脳卒中・心臓疾患・糖尿病です。皆さんのなかにも、抱えている方いませんか。実は、これらの数よりも精神障害の方が多いじゃないかということもあって、ここの五大疾患ということに精神疾患も入っているんですね。そういうこともきちんと整備しなさいといわれるようになりました。

さて、ここら辺は飛ばしていきたいと思いますが、私のことじゃないよ、精神疾患なんて関係ないよと思っている皆さん、最初に申し上げましたように、誰もがかかりうる病気です。病気ですので、治療が早ければ回復も早いのですが、得てして精神疾患というのは気付くのが遅いことがあるので、治療が遅くなってしまい重症になってしまうことがあります。とても治りにくくなってしまいます。そうなることも含めて障害を併せやすい。病気と障害を併せ持つのが精神障害の特徴だといわれています。病気と障害が両方とも相互に関連し合うということも特徴です。ですので、皆さん広義の精神保健という広い意味でのメンタルヘルスの対象は我々全国民が対象となっているということになります。そこで、心を病んでしまう、心の健康を病んでしまうと、病気というものになってしまうと精神疾患を罹患した人、患者さんになるわけですね。患者さんだけで早急に回復して元の健康状態に戻る方もいらっしゃいますし、手だてが遅かったということで障害を併せ持つてしまう方は精神障害ということになっていくわけですね。

これももう飛ばしますが、赤ちゃんはなかなか精神疾患になることはないんですけども、胎生期から老年期までどのステージにおいてもなり得ます。いろいろな要因があるということが資料に書いてあります。そして横断して例えば災害とかによってですね、PTSDとか、とても起きやすいということが上のところに通して書いてあるわけですが、いろいろな要因により、ステージ毎に発症しうることがあり、それに対応するいろいろな機関があり、さまざまな職種の間が支援者としているということが図になっているものです。先ほど申し上げたように、この一番大きい輪のなかに私たち全員いて、二番目の輪というのは病気になった方、三番目の真ん中の輪というのは、さらに精神障害を併せ持つ、病と障害を併せ持つていう方ということです。真ん中の円から外側の円には戻りにくいです、とても。

それから病気というのは、捻挫もそうですし、扁桃腺もそうですが癖になりやすいですね。何度も繰り返すとやっぱりダメージが大きくなります。なるべく繰り返さないに越したことはないので、完治しなくても悪化しない再発しないということがとても大事になってきます。ここら辺は飛ばしていきます。で、今日は、片倉先生が病気の話は僕がします、お任せですと言ったから、私は安心していましたので、ここから先、数枚飛ばしたいと思いますが、片倉先生がいくつかの事例を通してお話してくださいましたが、すつとなじめた方もいらっしゃると思うし、ちょっと難しかなと思われた方もいらっしゃるのかもしれませんが、我がこととしても、自分のこととしても病気というのはどういう症状が出るんだろうというのは、主な病気だけは理解しておくといいと思います。このあとのスライドは細かいので割愛しますが、一番上のところに書いているように、いろんな紹介のウェブサイトがあります。ここに厚生労働省の「みんなのメンタルヘルス」の総合サイトの URL を貼っていますが、べつに厚生労働省のだけではなくてもいろんな製薬会社だったり、いろんなところが出しています。それから家族会からも出していると思うのですが、そういうわかりやすいパンフレット等々を見て、広く浅くで最初は良いと思うので、病気の知識をお持ちになってください。そうするとなんとなく自分がいつもと変だな、周りの友達が変わるなというときに、でも体の病気を見てもらったけど異常ないといわれたけど、でもやっぱり変だわ、調子が良くなれないわというときには、心療内科に行かれるということが早くできるようになると思いますので、そういう意味でも理解されるといいと思います。ここで紹介をしようと思ったのは、統合失調症とか気分障害と



か認知症とか PTSD とか依存症とか、種々の神経症状というのをご紹介しようと思いましたが、時間の関係もありますので飛ばしたいと思いますので、できたらどこかでウェブサイト等々見てご確認いただけたらと思います。病気というのは何でも早期発見がやっぱり大事だと、つくづく私は病気をして本当にそう思います。

さて、今日は少し生活支援の観点からということでお話するという事になっていきますので、少し概説から中身に入っていきたいと思います。早さは大丈夫ですか。すみません、これでも息継ぎをしているので、かなり例年よりはゆっくりだと思えますが。さて、ニーズと必要な支援ということですが、聴覚障害と精神障害をまず一つずつ考えていきたいと思えますけれども、細かいことはいろいろあると思うのですが、いくつか特徴があることをここに書いています。聴覚障害がある方の場合、コミュニケーション障害といわれるように、対人関係における支障というのがどうしても、その会話の疎通性の問題等々から生じやすいというふうに思われます。これに対して必要なのはコミュニケーション支援、言い換えれば、今政策レベルでは意思疎通支援という言葉が増えています、そこですね。それから情報入手困難ですよ。今回、参議院選挙から全部、政見放送に皆さんお入りになったのかしらね、NHK だけは入ったのかしらね、あのなんか良かったなと思いましたがけれども、情報が本当になかなか取れないですよ、そこに対しては情報保障が必要だとなってきます。

それから、先ほどの片倉先生のお話にもありましたが、家族全員が聴覚障害という事例はどのくらいの割合があるのかはわかりませんが、それよりもやはり課題を抱えやすいのは家族のなかに聴覚障害をお持ちの方が1人しかいないとか、親子関係でいうと聴覚障害の親御さんのもとに健聴の方が育つとか、そういういろいろな状況があるわけですが、その家族支援というのがとても重要になってきます。精神障害の場合は、これは病気をずっと持っているということになりますので、疾病の管理、病気の管理ですね。それから病状の維持、先ほど言ったように再発しないようにという、そしてできれば健康回復もしくは状態維持ということになりますけれども、そのためには、まず良質な医療の提供というのが欠かせません。

そして判断能力、病状の兼ね合いで、時々判断能力が難しくなってしまうことがあります。どうしても混乱したり錯乱したりということも含めてですね、それから長期間入院していることなどによって一定の判断能力が減ってしまうというような場合に、自己決定もしくは意思決定の支援が必要になります。もしくは代弁というようなことですね。そして社会生活における支障、これは特に長期間病んでしまっている社会的な活動から外れてしまう期間が長い方に関しては、どうしても生活能力が落ちてしまいますので、そこについても地域生活のさまざまな支援が必要になります。同じように、家族の支援が必要になります。聴覚障害も見えにくいので、最近はどうかわかりませんが、精神障害については本当に長いことご家族がオープンにできない、今でもそうだと思いますけれどもオープンにしにくいという状況があつてですね、家族自体が孤立してしまうということがあるので、家族支援が大事になります。そういう意味でいうと、生活にさまざまな困難が生じやすいということが真ん中に書いてありますが、そちらも多様性や変容性など障害や疾病における特性があり、見えにくいという特性があり、状況によりコミュニケーションに困難が伴うということがあり、情報保障と関連して自己決定が難しい場合があります。共通するのはそうすると対人関係障害を含む生活支援と、権利擁護、さまざまな意味での権利擁護ということになります。コミュニケーション障害という意味では、聴覚障害と精神障害は類似性があるということがずっと言われてきているわけですね。特に先ほどの先生のお話にもありましたが、医療の面で長くいるととても大きな問題だと思うのが、医療の面で権利保障や情報保障は未整備です。まだまだ、通訳さんを常設している医療機関なんて聞いたことがないですし、なかなか入りにくいということもあつて、そういうところから誤診とか治療導入の遅れなどということもあります。

それから私たち精神保健医療福祉従事者が聴覚障害のことをよく知らないまま対応しているとですね、やっぱり間違った対応が起きやすいということがたくさんあります。皆さん、読まれた方も多いと思いますが「どんぐりの家」って、山本おさむさんが書かれた絵、続編も数年前に出ましたよね。あの漫画のな

かにある、長く精神科病院に放置されている実態の方がでてきました。何巻だか忘れちゃいましたけど、出てきましたが。ああいう実態の方は今でもある事例だと私は考えています。先ほどの片倉先生のお話に触発された部分もあったんですが、先生は手話ができる精神科医ですねと紹介されていていいなと思いました。私はいつまでたっても手話ができる精神保健福祉士と紹介されないという自分の恥ずかしさをかかえています。私は手話ができないので、治療とか支援の場面でも通訳者と一緒にコンビを組みます。私が勤めていた陽和病院ではずっとそういうかたちでやってきました。なので、さっきの先生の質問にあった視線の話は、いろいろ考えるとところはあったのですが。私は医者ではないので、ワーカーなので、という言い訳もしつつ、手話通訳さん、もしくは要約筆記の方々とコンビを組めたことが大変良かったというふうに、私自身は思っています。自分が、手話ができたらもっと良かったと思っていますが、通訳さんとコンビが組めたことは大変良かったと思います。なぜならば精神疾患というのは、人との関係のなかで病みやすいものです。さっき、これも片倉さんがどこかで紹介してくれていましたけれども、だんだん統合失調症が減ってきて他者との関係性のなかで病む人が増えてきたから、うつが増えてきたというお話がありました。非常に関係性のなかで病み、関係性が発端となる病気です。そうするとお薬や、お薬などで病状が良くなったとしても、社会関係のなか、人間関係のなかに戻れば、また同じことが起こりやすいということもあるのです。笑い話ではありませんが、非常に夫婦関係が悪くてDVもあって大変な状況のなかで精神疾患を発症した人が、非常に重篤なうつになって、療養していたなかで、入院して集中治療をすればうつ状態はよくなりますが、うつが良くなってきているからもう帰っていいよと言われて、帰られてもですね、ご主人は変わっていないわけですよ。入院している間にご主人がすごい入れ替わって良い人になっているとか、よりイクメンになっていますとか、イケメンになっていますとかですね、そういうことがあればいいのですが、そういうことがないので、退院してもとの状況のところに戻ると状況も戻るわけ。職場でもそうですね。職場でストレスを抱えてうつになって入院治療が必要になった人が、戻るときに同じ環境の職場に戻ってしまうと再発しやすいわけですよ。そういうことを考えると、関係性の修復とかですね、関係性に対する力をつけていくですとか、そういうことがとても大事になってきますので、二者関係でやり取りをしているというよりも、何人かの人数がいたり、ほかの人との関係を見合える関係というのはとても重要だと私は思っているので、通訳の方とコンビを組ませてもらおうというのはとても大きかった。かつ、その人の言葉がわかる人、というのはとっても大事な存在だなと感じていました。

相談が重要だという話をしましたが、今、いろいろ法制度も政策が整い始めていますが、本当に聴覚障害や精神障害のある人たちが暮らしやすい状況ははまだまだ難しいだろうなと思っています。特に、聴覚障害の人に私は感じるものがあるのですが、聴覚障害というのは先ほども申し上げたように、手帳でいうと2級からしか始まらないですね。ですよ。長いこと聴覚障害の現場に携わっている皆さんのほうが多いと思うので、こんなこと釈迦に説法だと思いますが、でも決して軽い障害ではないと思うのです。そういうなかで、全て日本は申請主義です。窓口について自分で相談をして申請をしなきゃいけないという状況にあるなかで、障害者の総合支援法や介護保険法というものは本当に障害がある人たちの日常生活をきちんと滞りなく支えているのだろうか、使いやすいのだろうか、決してそうではないんじゃないかなと私は思っています。だからまだまだみんな我々は頑張らなきゃいけないだろうなと思っています。

特に障害支援部門は、精神障害の方々は実はとても軽くなってしまっているのです。判定が。あれは介護保険のADLから始まったと思うのですが、今見直しを進めています。介護保険のADLになぞらえて始められているものからどうしても身体障害の方が重くなるんですね。身体障害のなかでも、聴覚障害や、それから精神障害や知的障害というのはADLではできることが多いので、軽くなりがちなんです。でも本当に生活上の支障は軽いのだろうかという、決してそうではないのだろうと思うのですが、それを判定する仕組みがまだないんですね、日本には。今それを見直しされている最中ですが、どういうふうになっていくのかなと、そこは考えています。それと、できないことを判定する仕組みですね、日本の制度はね。で、どちらかというところはできないけど、ここは助けてもらわなくてもいいという

ころも人によってはある、むしろここはちょっと出来るんだけど、障害があってもちょっとだけできるんだけど、でもここは自分の得意なところで、この力が付けば自分の希望がかなうんだ、という場合にはそっちを手伝って欲しいと思う人がいると思うんですね。

つまり、出来ないことを助けるのか、やりたい生活を叶えるために助けるのかという仕組みでいうと、まだどちらかという出来ないことを、最初に言った矢印のなかの一番下のほうに書いてある保護主義的な考え方がやっぱりどうしても多いんですね。でもそこは選挙が終わったから言うわけではないのですが、こういうことを多くの国民の方に理解していただかないと税金を使っている福祉というのは、なかなか政策に上がらないですよ。決して私は何党の話をしているわけではないのですが。非常に社会保障が厳しくなりそうですよね。本当にそう思います。それはやっぱり、こういう課題を抱えている当事者たちのことを、そこにお金を掛けてもらうことで国全体が豊かになるんだということをどうやって理解してもらうかということが、とても大事なんだろうなと思うんですね。

ちょっと余談になってしまいました。で、所得保障に課題はないか、今社会保障の話をしましたけど、差別解消法が片や通った国会で、生活保護の引き下げとか生活保護の話は廃案になってこれから継続になっていくのかもしれませんが、ずいぶんすったもんだしていました。生活保護に手がつけられ始めてきたので、この8月からですね、基準が引き下げになりましたけれども、各地で問題が起きるんじゃないか心配していますが、次にもしかしたら目をつけられてしまうのが、障害年金ではないかと思うんですね。生活保護の障害加算ではないかというふうに私はひやひやしています。そういうこともちゃんと見ていきたいなというふうに思っています。特に、聴覚障害の方は補装具が必要になりますね、補聴器とか必要になります。

それから、今日はどういうことになっているかわかりませんが、私どもの協会で研修をやろうとしても、例えば受講者のなかに聴覚障害の方がお一人いらしたときの手話通訳であるとか要約筆記の体制はですね、やはり私どもの持ち出しになってくるわけですね。ここは合理的配慮とのにらみ合いで、非常に難しいのですが、そういうお金の問題もあってつかないところもありますよね。それからご本人さんたちが利用できない状況も多々あるわけですよ。市町村によって利用負担も微妙に違うと聞いていますが、こういうこともどうなんでしょうかと思えます。

それから、雇用の場、私のところに以前相談に見えた方で、聴覚障害の方は割と雇用されている率が高いと思うのですが、高学歴の中途失聴の方でしたかね、エンジニアの仕事をされていて途中で聞こえなくなったんですが、エンジニアとしての腕前は確かだということがあって、仕事はあったんですが、だんだん人間関係の難しさがでてきて挙句の果てに独り部屋に入れられてしまいました。どうせ話さないんだから、話さないんだから、聞こえないんだからパソコン一台あればいいよね、と壁の前でずっと独りで仕事をしているという状況に置かされたんですね。それはどんどん不健康な日々を過ごすことになり、心も不健康になっていくということで、病気になってしまい受診をされた方がいらっしやいました。このように雇用の場においても、さまざまな配慮等がされているんだろうかということが大事になってきます。

そして、支援人材が充足しているのか、ろうあ者相談員や通訳者や要約筆記者、聴覚障害者情報提供施設、それからこれは圧倒的に少ないですけど、片倉さんのように聴覚障害と精神障害に精通した医師や看護師、SW、相談員。基本的に足りないがゆえに、稲さんたちが聴覚障害 SW 協会を立ち上げざるを得なかったんだと思っていますが。まだまだ足りないだろうと思っています。

それから、仲間、ピアの活動の場や機会があるかということなんだと思うのですが、そういうことを考えていくと大変、相談体制一つをとっても、サービス体制一つをとってもですね、聴覚障害や精神障害のある方がまだまだ生きにくい地域社会ではないかなというふうに思っています。

いくつかの事例をお話ししたいというふうに思いますが、そもそもです。今日ちょっとやや片倉先生も医者、私も医療のところにいる経験の話からの事例になってしまうので、若干医療寄りになってしまうことをお許しください。地域の相談支援事業所の方がここに来るとまたちょっと違う話になるのかなと思うのですが、医療の現場のなかで医者ではない立場の者として、関わった事例やそもそものところをお話し

たいと思うのですが、私が勤めていた病院でもさまざまな程度、さまざまな状態の聴覚障害の方がいらっしゃいました。ろうの方もいれば、難聴の方もいればというかたちです。そういうなかで、1回、まとめて調査をしようと思って31人分のカルテを全部ひっくり返したことがあるんですが、本当に診断がまちまちなんですね。その診断がまちまちで私は医者ではないので、その診断の力がどうなのかということ点を点検する力はないわけですが、こんなにもまちまちなのかと思うことのなかに特徴的なことが三つほどありました。

一人の先生は、非常に聴覚障害の方に対する理解というか想像力に長けているんだらうなと私は思うのですが、聴覚障害ゆえの人間関係に基づくいろんなトラブルがあって、そこから始まっている心因反応ではないかと最初の診断を全部その診断で通している先生がいたんですね。徐々に変わることもあるかと思うのですが、最初、そういうかたちで入っている。

もう一人の先生は、自分は手話ができないので必ず筆談で診察するわけですが、ろう文化の方の筆談って違いますよね。ろう文化の方は我々の健聴文化の文章構成がないですよ。そうするとどうしてこの人は「てにをは」が使えないんだらうということ、この人の言っていることはどうしてめちゃくちゃなんだらうというような感想がカルテに書かれているんですね。それはでも、いやそれはめちゃくちゃではなくて、その人の発言を筆談にするとそうなっちゃうんだよ、と思うのですが、そういうかたちで書かれていました。

もう一人の先生は、僕はこの人の言葉を理解していないのにこうやって診察をしていて、本当に正しく幻覚や妄想のことをちゃんとわかっているのだから不安だって書いてありました。良い先生だなと思いましたけど。

そういうふうにはですね、いろんなことがあって、いろんな診断が起きているということがまず現場ではあるということです。そういう意味でいうと本人の言語、それが要約筆記であっても手話であってもさまざまな苦労があるんだと思いますが、言語レベルがあると思うのですが、それを保障していくのがとっても大事なことなんだらうなと思いました。それから先ほど、筒井さんの質問のなかに iPad の話が出ましたが、私は、極論です。極論ですが、片倉先生がずっとこだわっているように、私はとっても視線が大事だと思っています、実は。なので、ここに iPad の文字が見えるよりも、もしかしたら片倉先生がどんな表情になっているか、が見えたほうが私は重要ではないかなんかと思ったり、ちょっとする部分があってさっきはペインディングで私も考え続けたいなと思っているのですが。つまりコミュニケーションをとる目的は、単純に今言っていることを頭面で理解してもらおうということではなくってラポールを形成するためにとても大切な関わりの最初だと思っているので、この人は本当に私のことを心配してくれているとか、この人になら安心して話せるという関係作りのための最初の一步だと思っているんですね。すごく極端なことを話しているの、間違っているぞと言われるかもしれませんが、非言語も含めて伝わるということがとても大事だなと思っている次第です。

いくつも事例を持ってきたので、間に合わないと思うので飛ばしながら行きたいと思うのですが、かつ、このいくつかの事例のちょっと違う角度の記述を今日持ってきませんでした。会場にいらっしゃる、奥野英子先生が書かれている、ちょっと厚いテキストで『聴覚障害者のソーシャルワーク・支援と実践』という本があって、そのなかに私もいくつか事例を書かせていただいているので、そこに入っているものでもありますので、機会があったらそれをまた見ていただきたいと思います。

太郎さんは言語獲得後7歳で失聴して、ちょっと加工してあります、いくつか。ろう・統合失調症の方です。50代で私は出会いました。50代で出会いました。就労期間中にたぶん精神疾患を発症したんだらうなと思います。キーパーソンは母親でした。兄弟とは、母親とだけ繋がっていて、兄弟とは精神疾患を病んだことにより30年没交渉。で、支援の最中にこれがもう1回再会というかですね、出来たということになっています。繰り返す入退院の末の長期滞在期間中に会ったわけですが、最初の疑問はですね、この方、最初に私が精神科病院で出会った聴覚障害の方です。精神科病院というのはあんまり聴診器とか

の世界ではないですね。切った貼ったの世界ではないですね。なので、言葉が治療の道具ですし、診察の道具になるわけですが、聴覚障害の人って精神科の診察ってどういうふうに受けているんだろうな、先生や看護師と普通に会話しているんだろうなというふうに思ったのが最初です。で、見たところ失聴が言語獲得以降の方ですので、大変言語能力が高く、スタッフも本人もいつもメモを持って歩いていました。それで何とかやり取りをしていたということです。ですが、お母さんとの関係性が一つ大きな課題だったということ。それから集団といって病棟ミーティングのなかにいるときはいつも、入りたいんだけど入れない、みんなが話していることが気になっているんだけど入れない、わからない。だから仕方なくそこでコーヒーを売って存在している。病棟のなかではコーヒーを売っちゃいけないですよ、内緒の話ですけど。で、そうやってしか存在できなかった彼に、そのグループの場面で手話通訳に入って頂くことによって何が変わったかという「所属感」です。オンタイムで、リアルタイムで自分が発言することを通訳さんが発言してくれて、その反応が返ってきて、みんなが僕の意見や発言に笑ってくれたり怒ってくれたり茶化したりするということを受け止めることによって、僕はここにいるんだ、みんなのなかにいるんだ、という仲間意識や所属感を生みました。それが自己肯定感に繋がりました。自信に繋がりました。

そしてその後、めきめきと退院に向けてグループホームに移り、グループホームから最後はアパートに移るということをするわけですが、私は彼が自分が聞こえないということはよく理解していたと思っていました。グループホームに移って、私に食ってかかってきたことがありました。避難訓練のときに、僕一人だけ死んじゃうんだよねと言うんです。病院で何回も避難訓練をやってきたのに、そんなことは1回も言わなかったのに。それはなぜかという、そこで暮らしているほかの人たちと明確に自分は違うということ、だんだん生活を共有するなかで理解するようになり、自分が彼らと一緒に生活していくためには、どんな支援が必要かということがちゃんと自分で理解できるようになり、それを通訳者に発信していくようになり、彼の大事な支援者は医者や私ではなく通訳者になっていったんですが、そんななかで避難訓練のときのブザーが聞こえない、きつとドアをロックされても僕は薬を飲んで眠っているから気がつかない、僕だけ一人逃げ遅れて死んじゃうからという話しをしていました。

こういうことをみんなと話すなかで、彼はだんだんと、私のなかで聞こえないただのおじさんになっていったなと思いました。言っていることわかりますか。統合失調症の方ではなく、聞こえないただのおじさんに戻っていったなという感じがしました。その経過を見てお母さんは、ほかの優秀な兄弟に比べて何も出来ないこの子が、半人前になってようやく地域に暮らしているのは皆さんのおかげですと言ってくれるようになり、いつも鬼のような母親だと思っていた太郎さんは、お母さんへの気持ちが変わり、少し和緩して、なぜ鬼のようかと思ったかという、ものすごい形相でお母さんは怒るんですね。食事中に音を立てるなとかね。本人聞こえていないんですよ。そこに障害の理解がそれぞれずれていたということがあって、そんなことがありました。ここにエピソードが一つと書いてあります。彼はリーダー格になれる人だったので、病院のなかの聴覚障害の仲間のリーダーになっていましたが、そんななかで1人、聴覚障害ではないのですが、ほのかに知的障害の女性に好意を寄せていました。で、からかいたくてじゃれ合っているときに、これはまた後で教えてください。

手話というのはどうしても語彙の問題があるのかもしれませんが、「やーい」というのをやりたい時に、彼はくるくるパーとやっちゃうんですね。くるくるパーってやっちゃうんです。で、健聴者の世界は、くるくるパーは、くるくるパーですね。ですごく不快になるし怒るんですけど、彼は楽しくて仕方がないんです。それをじゃれてやっちゃうんですね。じゃれる手話があるのかもしれませんが、彼はそれを使う。また、怒るときものすごく怒っているときに、あっちいけー、コノヤロ、バカヤロというときに、うわーと言える私たちとは違うので、彼は必ずものすごい形相で拳を振りかざします。ものすごい形相なんです。本当にすごく怖いんです。がたいも大きいですし、拳を振りかざすと、かなり怖いんですね。で、そういうことでトラブルが起きます。こういうことが、病状の悪化じゃないかとか、病状が悪いんじゃないかと知らない人は捉えるんですね。でもほぐしていくと、彼のコミュニケーションなんです。その彼側のコミュ

ニケーションを彼側じゃないコミュニケーションの人にとどう繋ぐかということが、実はトラブルの解決であって、そこに薬を入れることではないですね。そういうことがとても大事になってきます。

二つめの事例の三郎さんは、これはどんぐりの家の事例があった人です。あの、何十年と病院にいるうちに手話を忘れてしまいました。英語、皆さん習いましたよね。英語、おそらくここにいる皆さんは英語を習っていますよね。忘れていきますよね。使わないと忘れます。手話も使う相手がいないがために、手話を話す相手がいないわけですから、使わずそのうち忘れていきます。そうすると新しいスタッフたちは、この何も言葉を発さない彼のことを、聴覚障害だとそもそもわからないことが生まれてくるんですね。でも断片的に何か聴覚障害らしきなにかサインが出たりすることを見つけたスタッフも、さっきの太郎さんのようにほかのところに手話通訳者が、その断片的なサインを見つけて、もしやと思ってくれて、太郎さんやほかの人のところに通う時間の隙間で、彼のところに言葉チェックに面会にずっと行ってくれたんですね。で、だいぶ長いことがかかって、この人は手話は使えたはずの人だということがわかるようになり、そのあとは状態が変わってきます。

でも、そういう彼でも、病棟のなかでは仲間がいないので、全然自閉的に諦めていたのですが、お姉さんのところに出かけるときにだけ手話通訳者と同行して行くなかで、この人のとても素敵な面を発見し、同時に電車のなかでいつまでも目の前に座っている人をにらみ続け、席を変わってくれらるまでににらめ続けるということを見つけ、これはいつか絶対に殴られる刺されると思ってですね、なんとか対応しようと思って対応策を講じるのですね。やはり生活に密着すること、その人のコミュニケーションを見つめるなかで、いろんな支援方法や対応方法や QOL が変わってくるということがありました。

もう時間だということで、お話したい事例はたくさんあったのですが、ちょっとすみません。割愛させていただきます。

最後に、精神障害、聴覚障害の方に詳しい方のほうが今日は多いんじゃないかなと思いますが、精神障害についてはいろんなパンフレットやリーフレット等々出ていますので、お読みいただくと良いと思います。接するときのコツとかですね、障害の特性いろいろ難しさもあります。でも聴覚障害を併せ持っている人ということも含めてですね。精神障害だけの方であってもですが、大事なのはこの辺だろうなと思っています。まずやっぱり大事なのは安心感を提供すること、その確認をすること、貴方を心配している者です、お手伝いをしたいのですという姿勢というか想いを非言語・言語を含めて伝えていくこと。そして貴方のやり方を大事にしていきたくと思っています。大事に出来ないこともあるかもしれませんが、大事にしたいと思っています。自己決定を重んじ、まず貴方がどうしたいかを聞くこと。それから可能性を信じ、今難しくてもきっと出来ることあるはずだ、必ず変化をするのだということ。

それからストレングスモデルでの関わりということで、どうしてもですね、障害とか病気とかに関わるスタッフの多くは問題点をたくさん見つけてしまいがちです。そして、直そうとしてしまいがちですが、問題点は部分でしかなくて、その人の全体のなかで患者さんなんてのは一側面です。私も患者になる、患者体験をいっぱいしているわけですが。患者である部分だけではない、健康な側面がいっぱいあるので、その人の健康な側面とか長所をどれだけ発見して、そこを共有し確認し伸ばしていこうとするかということがとても大事だと思います。その結果、その人の夢や希望や、その人らしい暮らし方を実現する。そういうエンパワメントのお手伝いが出来ればということだと思っています。そういう支援に携わる人の実はメンタルヘルスも大変重要な課題に最近なりつつあります。労災は医療職がとても多いんですよね。なので、福祉や医療等々に携わる人は、だいたい世話好きでお節介で、自分のことを省みず人のことを世話している人が多くてですね、気づいたら自分もへろへろみたいなことが多いわけです。自分が病んで始めてあーということになるんですが、やっぱり自分の健康合っただと思うので、自分のメンタルのことも時々点検をしながらですね。障害のある方のことも一緒に過ごしやすい社会を作っていくことに関わっていただければいいなと思っています。ぎりぎりになってしまいました。すみません。早口で飛ばしましたが、これで終わりたいと思います。ありがとうございました。

○司会 大塚様、ありがとうございます。それではただいまより質疑応答に入りたいと思います。質問のある方は挙手をお願いいたします。いかがでしょうか。本日は研修会ということです。研修は、知識や技能を向上させるものですので是非前のほうに来ていただきまして、皆と情報を共有していただければと思います。いかがでしょうか。そうしましたら、先生のほうから何か補足等はございますでしょうか。

○大塚 一つだけ事例で、女性の事例で、私が感動した、一緒に働いていた病院の精神科医に感動した事例なんです。これは手話通訳者の関わりがあってこそその入院が出来た事例なんです、奥様がうつになってしまい、いつも通っている都心の大きな病院の外来の先生が、電話をしてきて、今日そちらで受け入れてくれないかという電話をしてこられた事例です。

その日とても重篤なうつの方を受け入れる病室はありませんでしたので、一生懸命断りました。一生懸命断れば断るほどその先生は、一生懸命お願いしてきました。こんなに一生懸命お願いするのは裏があると思ったら、いつも好意にしている手話通訳者がいました。絶対大塚なら受けるはずだとか、あの病院なら受けるはずだとずっと後ろで言っていたようです。で、根負けして受け入れることにしました。でも、そのときに「今日は、保護室や個室を使うような状態では受け入れられないので、大部屋でないととても難しいのでご理解ください」と。「来ていただいて、もし万が一救急の場合、またほかを探すことになるかもしれません」と言っていたら、もうぐったりで、保護室・個室が必要だったんですね。

でも来ていただいてしまうと、「ほかに」というふうになかなかそうはならないんですね。やっぱり私たちがなんとかせねばというふうなことになって、院内走り回ってベットコントロールをしてお部屋を開けるわけですが。その時に初診を見てくれた女の先生は、聴覚障害の方を数人見たことはありましたが、そう日常的に関わっている先生ではなかったんです。「いや大塚さん大変な日に、そんな、こんな大変な人来ちゃって」とかぶつぶつ言いながらやってきてですね、診察をしてくれることになりました。ものすごくうつがひどかったと思います。なので、もう顔を伏せてしまって私たちのことを、通訳のことを見ない、私たちのことを見ない。ようするに言葉を聞きたくないという反応をした人です。でも通訳さんはずっと横に付きっきりで、顔が上がった瞬間に目の前に入って通訳をしようとするんですね。

でもそうするとまたすぐ顔を伏せてしまうんですね。これは難しいなと思っていたときに、その女の先生が来て、彼女は車椅子に座ってもらっていたのですが、もうぐったりして。車椅子の前にしゃがみ込んで話を始めました。全然その会話ができない人ですのでね、手話でない限りは。先生に「喋っても聞こえないよ」と私は言ったんです。「なんとか顔をあげてくれるまで待って、顔をあげてくれると通訳者さんいつも視界に入って頑張ってくれるから、そこのチャンスで一生懸命話しましょうよ」と言ったんです。そうだったそうだったと時々どくんですけど、また我を忘れてまた前にしゃがみ込んで話しかるんですね。で、話しながら膝を触ったり、肩を触ったりしながら一生懸命コンタクトを取って話しかけるうちに、だんだん彼女の顔がちょっと上がった。また伏せるんですけどちょっと上がった。その瞬間に先生は一生懸命話しました。何にも聞こえないと思います。でも話しました。

私はそのときに自分ってバカだなと思ったんですが。先生今のチャンスに通訳さんに話してもらうから、ちょっとそこ半分通訳さんに顔上げてっていうことを2回言ったんですね。すごいバカだなと私は自分のことを思いました。通訳さんが入ると彼女は伏せるんですね。顔を伏せるんですね。通訳さんがどいて先生が話し始めると、ちょっとあげるんですね。だんだん先生はこんなになってあんなになって、こう顔を見ながら話しこむんですね。そうするとさっきの話ですけど視線が合います。何を言っているかわからないけど、その視線が意味するものはやっぱり伝わるんですね。伝わるんです。その、私をいじめようとしてないとか、私を心配してくれているんだとか、なんか言ってくれていることは伝わるんですね。最後はそれで納得したんです。私はずっと頭のなかにハテナが回っているんですよ、私の頭のなかで。これはものすごくなんか極端な話しをしていると思いますけれども、健康な人同士だって話が通じているかと

いうと通じていないことがいっぱいあります。わかっているつもりで実はわかっていないなという仲間との話し合いであって、あとでトラブルになることはよくあります。それは、その言葉ということのなかにどういう想いや生活文化を入れようとするかということがとっても大事なんだということを、いつも聴覚障害を持っている人への関わりのなかから学びます。ものすごく極端なことを言っていると思いますけれども、私が大事にしたい原点だなと思って紹介しようと思いました。あの何を言いたかったのかわかりませんが、すみません終わります。

司会 ありがとうございます。大塚様にもう一度大きな拍手をお願いします。それでは只今より、今から昼食休憩となります。今朝ご案内いたしました通り、飲食できる場所が限られております。7階の竹芝ホールとこの会場の皆さまがお座りになっているアリーナ席以外この前方となります。お席も限られておりますので、譲り合いながらご利用をお願いします。休憩後の再開についてお知らせいたします。13時30分から午後の講義を開始いたします。遅れないようお集まりいただきますようお願いいたします。これで午前のプログラムを終了いたします。ありがとうございました。



## 【支援の実践】

### (1) SST (社会生活技能訓練) 基礎講座

代々木病院精神科 科長

SST 普及協会運営委員・認定講師・事務局次長 天笠崇

○司会 では時間になりましたので、ただいまから支援の実践の講演を始めさせていただきます。まず SST 基礎講座を SST 普及協会事務局次長、代々木病院精神科医師の天笠崇先生よりお願いいたします。

○天笠 代々木病院の精神科医の天笠です。今日は支援の実践ということで、生活技能訓練と訳されることの多い SST の基礎についてお話をします。まず、A さんの例と対応についてお話します。次に SST とは、ということでお話します。引き続いて、SST にはいくつかの種類がありますので、基本訓練モデル、問題解決技能訓練、モジュール、ステップバイステップ方式について紹介します。そして最後に SST の効果についてお話します。

こんなときどうするということで、AさんとBさんの訴えを示しました(資料編 P69)。Aさんから「作業所で嫌われているんです」という報告がありました。Bさんからは「弟からバカにされるの」という報告がありました。このAさんもBさんも被害妄想を抱いているのかなと思いますと、お薬を増やすという対応になるかもしれません。詳しく場面や状況を聞いてみました。Aさん、Bさんから許可を得て、家族や周囲の人から情報を集めることもあります。必要があればその場面や状況をAさん、Bさんに診察室で演じてみせてもらうこともあります。Aさんの場合は「どういうことからそう思いましたか?」と聞きました。「作業所のほかの人が私を無視するんです。」「それは具体的にどういう場面や状況で、ですか? 具体例を挙げてください。」と聞きました。すると「朝、作業所に行って、私が挨拶しても、みんな無視しているんです。それで辛くなって、家に帰ってしまいました。」こういうふうに報告していただきました。その場面を組み立てて実際に演じてみてもらいました。まずはAさんはAさん自身の役で。朝、作業室の一室をアレンジします。Aさんはドアを開けて、すでにいるスタッフやメンバー(作業所の通所者)に対して「おはようございます」と挨拶して入室しました。続いて私、天笠ですけれども、リーダーと呼ぶことが多いんですが、Aさんの役で。Aさんはメンバー役ですね。で、この場面をやってみました。Aさん役の天笠ですけれども、メンバー役のAさんやスタッフに対してドアを開けて「おはようございます。」(弱々しい声で)と対応しました。Aさんは「あ、声が小さかったんですね」ということでAさんの気づきが得られました。Aさんは朝「おはようございます」と大きな声で挨拶をするという練習をすることになりました。

今お話したのが SST の事例です。SST とは、ということで前田ケイ(ルーテル学院大学名誉教授)が最近、本(『基本から学ぶ SST—精神の病からの回復を支援する』、星和書店、2013)を出しました。このなかから引用しながら説明していきます。

SST とはソーシャル・スキルズ・トレーニング(Social Skills Training)という英語の S・S・T の頭文字を用いた言葉です。生活技能訓練、社会生活技能訓練、対人スキル訓練などいろいろな訳語があります。SST というふうにこのあとの講演のなかでは呼んでいきたいと思えます。この SST とは、当事者が生活のなかで希望し必要とするものの考え方と行動のとり方の学習を本人とともに進めていく支援の方法です。それぞれについて説明していきたいと思えます。当事者とは支援者に助けられながら学習していく本人のことです。SST は情緒的な問題や対人関係での問題を抱える、あらゆる人々を対象とする方向へと広がってきています。不登校、感情コントロール、引きこもり、望まない性行為対策、私の専門でもある

んですが産業保健、矯正保護施設などなど。これからは聴覚障害を抱える方々というのもここに入るかと思うんですけども、私たちプロがプロとしての生涯研修プログラムで SST を活用するときは、私が SST で何かを練習するときには私も当事者になります。そのプロも当事者です。

生活のなかで希望し必要とすること、というのは、SST は希望志向的です。Hope-orientated です。これはどういう意味かといいますと①当事者本人の考えを大切にするという価値観を大事にすること。②本人のできないところではなく、今できているところを見るという視点を大事にすることです。それからトレーニングは訓練と訳されることが多いですけども、訓練というとなんかこう強制的で、嫌なイメージがありますね。ですから練習というくらいのほうがふさわしいと思います。なので生活技能訓練というよりも SST というふうに私たちは呼ぶことが多いです。物の見方と行動のとり方というのは社会的場面や状況を認知する受信技能。そしてその認知した情報を処理する処理技能。社会的問題解決と意思決定を行うステップ。そして続いて送信技能ということで、表出スキルでコミュニケーションをはかっていきます。この社会的情報を正確に認知し、何を話すか決定した後、有効な表出スキルが必要になります。どのようにコミュニケーションをとるかは、何をコミュニケーションするのと同じくらい大切です。SST にはさまざまな技法があります。受信技能に対しては注意焦点づけとか社会的状況認識訓練といった技法があります。名前だけですけどご紹介しておきます。それから処理技能に対しては問題解決訓練や社会資源管理といった技法があります。そして送信技能を中心とした技法に基本訓練モデルというものがあります。もちろんこの図のように基本訓練モデルのなかには受信技能を改善する技法も使われていますし、処理技能を改善するような工夫が使われることもあります。

「SST とは」の続きですけども、支援の方法について説明します。支援者とは支援の方法として SST を使う人のことです。SST は生活のなかの対人構造に焦点をあてているので、特定の専門職に限って用いられる方法ではありません。家族 SST やピア SST、当事者同士が SST を用いて支援し合うような SST も少しずつ増えています。方法には目的が不可欠で、SST という方法を効果的に行うために、当事者と支援者が何のために SST をやるのか、その目的をしっかりと共有していることが大事です。生活に密着した具体的な目的を持ち、それを実現させるための具体的な目標を立てることが大事になってきます。SST には 12 の特色が指摘されています。①発達予防治療の目的を持っている。②認知と行動に焦点を当てていく。③本人の希望を尊重する。④これから先の課題を取り上げる。⑤個別化して指導にあたる。一人一人のニーズ、希望に応じて指導にあたる。⑥練習課題を細分化し階層化して行動形成に努める。少しずつ少しずつできているところを増やしていく、そういうアプローチをします。⑦「宿題」。これは専門用語なんですけれども、宿題って聞くと宿題に苦しみられた人は、宿題をしなくなっちゃうのでチャレンジ課題とか練習課題と呼んだりすることも日常的にはありますが、そういう「宿題」を持って帰るということ。⑧モニタリングと自己評価を行う。きちんと評価をするという方法だという特色があります。⑨責任は支援者にあると考える。何かうまくいかないことがあったり、練習したことがなかなか日常生活で応用していただけないとき、それは、応用できない当事者にあるのではなくて、支援をしている私たち支援者に何か落ち度があったり工夫できる場所があったりするはずだと考える特色があります。⑩構造を組み合わせる。SST は個人でも応用できますし、家族 SST というのもありますし、そして今日これから主に紹介するグループで実施する方法もあります。こういったいろいろな SST を組み合わせるということが重要です。それから⑪SST はポータブル。ポータブルというのは、どこでも実施できるということです。ここでも実施できます。⑫全体計画の一部として実践する。当事者の方にとって、達成したい目標というのがあります。その達成したい目標を小分けにして、そしてこの部分については SST が対応します。この部分については多分午前中にお話があったんだと思うんですけども、こういう社会資源を使っていこうといったようなですね、全体の計画があってその一部として SST が実践されるということです。SST だけで計画がすべて達成されるというわけではありません。

さまざまな技法ということで、さきほど触れましたけれども、これからはそのさまざまな技法のうちの

基本訓練モデルについてご紹介していきたいと思います。これが僕ですね。今よりも頭が黒いかな。これが相棒の春日さんですけれども、この星屑倶楽部といったかな、中島映像教材出版から CD も出ているんですけど、その一場面ですね。ホワイトボードがあって、このお二人が練習しています。このときは職場の上司役と部下役で、この男性は上司とのコミュニケーションをもうちょっと円滑に図りたいという練習をしている場面です。そして、周りにこういう半円形ですね。周りに人がいます。このスライドでは、1人しか見えていませんけれども、このようなかたちで、トレーナーと一緒に場面設定をしてより良い対処方法を学んでいきます。

基本訓練モデルは、このように小グループで実施する練習方法をいいます。その基本訓練モデルの流れですけれども、目的や方法の説明があって、ウォーミングアップをすることがあり、前回の宿題の報告をしていただきます。その後、今日何を練習したいか聞いて、練習場面を設定し、1回目のロールプレイ、実際にその場面を皆の前に出てきて演じてみる、実践してみるということをやっていただきます。1度目のロールプレイが終わったら、良かったところを出し合います。その上で目標を達成するためには、さらにこういう工夫がある、こういう改善点があるよということを出し合って、必要でしたらモデリングってありますけれどもお手本の行動を見てもらいます。そのお手本行動を見てもらったら、それを取り入れて新しい行動のロールプレイで練習してもらおう。このロールプレイを用いた練習というのは大変特徴的な方法になっています。それが SST です。そして最後に次回までの宿題、チャレンジ課題の設定をしてお一人の練習が終了ということになります。

さらに細かく SST の基本訓練モデルでの流れを挙げています。合計 20 にわかれますけれども、特徴的なロールプレイを用いた練習は 7 番目のステップから 20 番目までのステップになっています。その練習セッションで練習する対人的課題や目標、場面をはっきりさせられるようにそれぞれの参加者の演技をする。予行練習、1 回目のロールプレイですね。このための場面と対人的状況をはっきりさせます。その場面を組み立てて、その場面のための指示を与えます。そして 1 回目のロールプレイの場面を実行していただきます。その後、良い点を出し合い、正のフィードバックを行います。そのうえで、先ほど説明したその場面において、練習している人の受信技能や処理技能や送信技能がどういう状態なのかについて評価をし、改善のためのフィードバック、工夫点を出します。次にモデルを使ってお手本行動を見ていただき、そのお手本行動された技能を参加者、あるいは練習者が確実に身につけられるようにします。参加者に 2 回目のロールプレイをやっていただいて、最後にまとめの正のフィードバックを行い、実生活での宿題を出す。こういう繰り返しになります。

最初にご紹介した A さんの場合で振り返ってみましょう。まず、練習場面の設定では、作業所で馬鹿にされる場面だったということでした。予行演習のために、練習場面をより具体化するという 8 番目のステップでは、朝、挨拶をしても返してくれない、だから作業所で馬鹿にされているんだと感じたのでしょうか。ではその場面を組み立てようということに相手役を選びます。できるだけ本当の相手役に近いように、リアルに、作業所の場面を再現します。10 番目、その場面のための指示を与えます。「スタッフとメンバーは雑談してください」などといった指示を与えます。そして 11 その場面を実行します。「はい、では始めてください」と声をかけることですね。次に正のフィードバックを行います。リーダーから「A さんのよかったところを出してください」とか「A さんのどこがよかったですか」というように参加者の人たちに声をかけます。13 番目のステップ、受信・処理・送信技能の評価を行うというところでは、リーダーから A さんに「スタッフは何をしていましたか」「メンバーは何をしていましたか」「メンバーはどう感じたでしょうか」「あなたの長期目標は何でしたか」あなた、というのは A さんですね。「A さんの長期目標はなんでしたか。それを達成するために別のやり方はありますか？」といったことを A さんにお聞きすること、そして答えを引き出すことで評価を行うことができます。チェンジチェアテクニック。チェンジチェアですから椅子を交代するということが役割交換と言ったりもしますが、そういう技法を A さんの場合は使っていました。14 番、改善のためのフィードバックということで、それに引き続いて見本を使

うということなんですけれども、リーダーから「こうするともっと良くなる点がありますか」とお聞きするわけですね。リーダーは、天竺リーダーがAさん役を演じて「あ、声が小さいだけだったんだ」とAさんは気づいてくれました。天竺がAさんになって、Aさんがメンバー役、あるいはスタッフ役になったことで役割を交換しているということですね。それがチェンジチェアテクニックです。この技法で、認知が修正されました。では、「Bさん、おはよう、と大きな声で言うところをやってみてください」モデルを使うわけですから、別のメンバーに「おはよう」と大きい声で言うところをやっていただく。それをAさんに見てもらう。これがお手本を使うということですね。続いて、お手本を確実に身に付けられるようにするというところでは「Aさん大きい声で『おはよう』と言ってみてください」というふうに明確化するということも、確実に身に付けられるようにする方法の一つです。再演のための指示をするということで「ではスタッフもメンバーも雑談をしてみてください」ということで、そしてAさんに「はい、Aさん。やってみましょう。はい、Aさんスタート」というふうに声をかけて2回目のロールプレイをしていただきます。終わったところで、まとめの正のフィードバックということで「大きな声で言っていました」とか「それから皆さん良かった点をAさんに出してあげてください」というふうに進めていくという流れになります。

こういうSSTなんですけれども、参加のルールがあります。ここには七つほど挙げていますけれども、この参加のルールに始まって、3枚のスライドはポスターや模造紙に書かれていて、小グループで、基本訓練モデルで練習する練習場所の壁や黒板などに貼り付けられていることが多いんです。

その1枚が『SST参加のルール』です。いつでも練習から抜けることができます。いやなときはパスできます。人の良いところを褒めましょう。良い練習ができるように、ほかの人を助けましょう。質問はいつでも結構です、いいですよ。ここで話したことはここだけにしましょう。席をはずすときは断ってからにしてください。といった参加のルールがここでは挙げられています。特に大事だといわれるのが、この嫌なときは「パス」できるという参加しなくていい、「不参加のルール」というふうに言われているんですけれども、午前中お話があった統合失調症や発達障害の方々は、特に対人場面で緊張が強くなるということがあるんですね。そういうときに、参加しなくてもいいんだよ、というふうなルールを明確にすることで、緊張や不安を減らすことができるんじゃないかと言われています。

この不参加のルールはとても大事だなと思います。自分自身も参加しなくてもいいんだよと言われながらも参加できている方が、気が楽な気がします。次が『よいコミュニケーション』というポスターです。①視線を合わせる、②手を使って表現する、③身を乗り出して話をする、④はっきりと大きな声で、⑤明るい表情、⑥そして話の内容が適切というふうにここでは書かれていますが、施設、SSTを実施している場所によっては、①視線、②ジェスチャー、③体の姿勢、それから声の大きさ、表情などと書かれているだけのところも多いと思います。これは視線をあわせるとか手を使って表現するとか身を乗り出して話をするなどといった、このポスターは、SSTに参加している人たちが、統合失調症という障害を抱えている方々が多いところでよく見受けられるポスターです。視線を合わせない、身振り手振りが伴わない、それから姿勢も全然動かない、それから声が小さかったり不適切だったりする、そして表情が乏しい、みたいなふうにしていくとですね、統合失調症の患者さんたちの陰性症状、マイナス症状にちょうど相当するようなことになります。その陰性症状が社会的な機能レベル、社会的な活躍レベルの水準が、陰性症状が少ないほど、適応レベルが高くなるということが解明されていることもあって、こういうポスターが貼られていることが多いです。

それからこれは全部読まなくていいと思いますけど、先ほど基本訓練モデルのところ、全部で22ステップありますと言ったんですが、その練習の順序が一部抜粋、省略されたかたちでポスター『練習の順序』になっていたりします。こういう『練習の順序』自体が貼られていることが重要なのは、リーダーにとってもそうなんですけれども、参加している人たちにとっても、今ここで何をどういう順番でやるのかっていうのが、明確になっていくわけですね。それを暗記する必要もない、リーダーも暗記する必要がない。

それだけ脳に与える負荷を小さくすることができるんですね。なので、こういうポスターを貼っていることに、意味があります。話を戻しましょう。この『良いコミュニケーション』というのは、特に良かったところを出してください。「基本訓練モデルでのフローチャート」のところで、「正のフィードバックを行う」というふうに 12 番目に書かれていたと思いますけれども、その順序のところ、視線はどうでしたか、身振りや手振りはどうでしたかとお聞きすることで、良かった点を指摘しやすくなる。それから良い点を出すときに、このポスターが貼られていることで、どういう視点から良い点を出せばいいか、ということが、参加者の方もいつも忘れずに見ていただくことで、視点がいつもはっきりしているということになるわけです。そういったことで、なるべく脳に要らぬ負担をかけない。今日練習することに集中していただく、ということ意識してポスターが貼られていたりします。

SST は個人でもできますし、家族単位でもできますし、それから夫婦単位でもできますとお話しました。今、ご紹介してきた基本訓練モデルは、小グループの SST です。こういう小グループの SST を実践する場合に、良い点というのがあります。それがここに 10 個挙げられています。グループ SST の力。①孤独感が連帯感に変わる。②ほかの人の練習を見て、対人行動を改善する動機が生まれる。③ほかの人の練習に刺激されて、自分の練習課題をより適切なものに変更できる。④いろいろなメンバーから練習の相手役を選べる。⑤複数のモデル、複数のお手本行動を見ることが出来る。⑥正のフィードバックを多くもらえる。⑦改善のためにいろいろなアイデアをもらうことができる。⑧宿題達成を助け合える。例えばデイケアのメンバーが参加しているグループだと、SST 以外のときに「おい、宿題やったか」みたいなこういうやりとりを見かけることがあります。それから「宿題、確か持って帰ったよな」デイケアのメンバーに一言声をかけてみるのが宿題だったとすると「俺に声をかければ」みたいに宿題達成を助け合うことができます。⑨互いのスキル改善を強化し、スキル維持をサポートし合えます。⑩自然な形でスキル、技能ですね。学んだ技能を試す機会を活用できる。こういったメリットがグループの SST にはあるといわれています。これは精神症状がどうして起きてくるのかということを理解する、世界的に共通な理解をするためのモデルです。ストレス—脆弱性—対処技能モデルと呼んでいます。精神症状、例えば憂うつだ、抑うつ状態という精神症状がなぜ起きているのかを考えたときに、その原因の一つが環境から受ける悪玉のストレスである。環境から受ける悪玉のストレスによって憂うつになる。それだけではなくて、脳の働きが低下している場合。例えば睡眠不足でも低下しますし、お酒を飲むことがある方は、お酒を飲みすぎると翌日頭が働かないということを経験したことがあると思いますけれども、まあ、典型的な二日酔いですね。そういうことでも脳の働きは低下しますが、そういう脳の働きの低下によっても憂うつになるわけです。それだけではなくて、環境から悪玉のストレスを受けた、その悪玉のストレスに対して、どう対処する力があるのか。力があってもそれが適切に使えているのか、ということが憂うつな状態になっちゃうことの原因になるわけです。この場合、治療としては、悪玉のストレスについては、その悪玉のストレスが発生してくる環境を調整したり、環境を整備したり、社会資源の確保をしたりします。いろんな制度や専門家の力を借りるといったことで、環境から悪玉のストレスが発生しにくくなるようにする取り組みです。これが治療の一つになります。それだけではなくて、この脳の脆弱性に対しては薬物療法で対応することもあるわけです。今日お話している SST は、この精神症状が発生してきたり、精神症状を再発させてしまうことを予防するために、対処の力をつけようという取り組みの一つです。

認知行動療法という心理治療が、よく知られるようになってきました。認知行動療法の一つが SST です。逆にいいますと、A さんのように「おはよう」と大きい声で挨拶をするというのはですね、どんなに良い薬が開発されても、どんなにその薬を飲み続けていても身につきませんよね。薬を飲んでいるだけでは、そういう行動をとる、そういう行動を学ぶということはできません。良い薬があれば学びやすくなるかもしれませんが、薬を飲んでいるだけでは「おはようございます」と適切な声で、作業所で挨拶することはできません。「おはようございます」と適切な声で挨拶をする、その行動を学ぶためには、その行動を学ぶためのプログラムが必要になるわけです。その一つが SST ということになります。

その精神症状が発生したり、再発してしまうのを防ぐ防御因子というのが知られています。防御因子は五つでして、1 番目に抗精神病薬。薬です。薬物療法ですね。2 番目に社会生活技能の構築というのが挙げられていて、ここに対応するのが SST ということになります。3 番目が周囲からのサポート。4 番目が移行プログラム。移行プログラムというのは理解が難しいかもしれませんが、例としてはデイケアや作業所ですね。これは入院しているときから地域生活を送るまでに、段々と移行していくのに必要なプログラムということで、移行プログラムといういい方をしています。5 番目がケースマネジメントですね。こういった五つの防御因子を上手に組み合わせることで治療やリハビリテーションを進めていくというのが現代的な精神科の医療になっています。

SST のさまざまな技法のなかで処理技法、選び得るほかの行動と比較照合して最良の行動反応を選択するという処理技能を高める、改善する方法に問題解決技能訓練というのがありますので、それをご紹介します。

問題解決技能訓練は 7 ステップからなっています。ステップ 1. 立ち止まって考える。2. 問題が何かははっきりさせる。3. ブレーンストーミング法を用いて可能な解決案のリストを作る。ブレインストーミング法というのは次のスライドで説明します。4. 解決案の長所と短所を明らかにする。5. 最善の解決案か解決案の組み合わせを選ぶ。6. その解決案をどのように実行するか計画を立てる。7. 後日、その計画が実行できたか点検する。こういう七つのステップからなっています。少し具体例をみてみましょう。皆さんの日常生活にじっくりくるようなものではないかもしれませんが、私が昔ある患者さんたちと実際一緒に作った問題解決技能訓練の表の一部です。

ある女性の患者さんは副作用について、医師に相談しようと思ったら、その主治医が不在だったということを SST の場面で出してくれました。「では、今日はその点についてみんなの力を借りながら問題解決技能訓練というのがあるので、それをやってみませんか」ということでこういう表を作り始めたわけです。

まず、「『副作用について医師に相談しようと思ったら不在だった』というこの問題をうまく解決しそうな、あるいはこういうアイデアだったら解決できるかもねと思えるものがアイデアとしてあったらなんでも出してみましょう」ということで、このアイデアを出していただきました。まずステップ 1 が立ち止まって考えて、何が問題かはっきりさせるというのは、この副作用について医師に相談しようと思ったら不在だったという内容だったわけです。そしてブレインストーミング法を用いて可能な解決案のリストを作る。これがこの表のアイデアというところですね。ブレインストーミング法というのは互いのアイデアを規範しない。ひょっとしたらこういうアイデアはまずいんじゃないか、というようなものがあっても、アイデアとして頭に浮かんだらそれを出そうという方法がブレインストーミング法です。企業の戦略会議と呼ばれるような会議のなかでよく使われる思考方法です。このときにはアイデアとしては 1 番目に当直医に相談したらいいんじゃないの、というアイデアもありました。そして 2 番としていつ電話したらよいか、と聞いたらいいいんじゃないの、それから 3 番目として主治医への連絡方法を聞いたらいいいんじゃないの、こんなふうにメンバーから挙げてもらうことができます。経験では、最低でも八つぐらいはアイデアが出てきます。どんな問題や課題についても八つぐらいは出てくることが多いです。

次に解決案の長所と短所を明らかにするステップに入ります。当直医に相談をするというアイデアの良い点はですね、これは出してもらったなら、すぐに解決できるかもしれないね、これだったら当直医はいつでもいるわけだから 24 時間いつでも可能じゃないか、という点がいいんじゃないか。それから、主治医以外の声が聞ける。これ、いいんじゃないの、というアイデアが出ました。一方で当直医に相談をするというアイデアの短所は、知らない先生だと不安だよ、自分のことをよく知らないんじゃないの、というようなことが挙げられました。経験では一つのアイデアに対して、良い点・悪い点、長所・短所ともに三つくらいずつ挙げられます。必ず三つ挙げないといけないというわけではないんですけれども、そのぐらい挙がる人が多いです。こういう作業をずっとやりますと、ここにあるような表が完成するわけですね。そのうえで今度はステップ 5 ということで、この女性の患者さん以外の人だったら、どのアイディ

アを選ぶか。「1人2回まで手を挙げていいことにしましょう。ちょっと手を挙げてください」、という  
ことで、「当直医に相談するのがいいと思った人はどれくらいいますか。手を挙げてください」と言う  
とだいたい8人くらいのうち5人くらいが手を挙げてくれました。「いつ電話すればいいのか聞くのがいい」  
という人は、例えばここでいうと1というところですね。どうも参加しているメンバーは当直医に相談す  
るのが一番いいアイデアかもねと選んでくれたんです。そうしますと例えば、副作用について医師に相  
談しようと思ったらず不在だったというのに例えばですけど、ブレインストーミング法ですからアイデア  
として、救急車を呼ぶというアイデアもあるかもしれません。その救急車を呼ぶというアイデアにつ  
いて長所・短所を出してもらったあとで、「みんなだったら8番目の救急車を選ぶというのは何人ぐら  
いいますか？手を挙げてください」と言うとお0だったりすることが普通ですよ。ということで社会的にど  
れがアイデアとして一番良さそうか知ることが、この女性の患者さんにもリーダーにもわかるわけ  
ですね。もちろん最終的には女性の患者さんが選んでくれた方法で対処していこうというふうに進めていく  
わけですが、大きな参考になるわけです。

では、例えば当直医に相談をするということや女性の患者さんも選んでくれたとします。そうしたらそ  
の解決案をどのように実行するか計画を立てます。当直医に相談をするということについて「練習して  
おこうか」という話になったとします。そうすると、当直医役をメンバーから選んでもらって、さきほど  
紹介した基本訓練モデルの流れにのせていくことがこれでできるということになりますし、そのうえで「  
では、次回までに当直医に相談するという宿題をお出ししますから、実際に日常生活の場面でやってみて  
ください」ということで宿題を出して、それを今度は実行できたかどうか次回報告をしていただくという  
のがステップの7ということになって、これが問題解決技能訓練です。

SSTのさまざまな技法のなかには、モジュールというものもありました。モジュールについて紹介しま  
す。モジュールというのは、生理学が得意な人、生理学が好きな人とかコンピューターとかITがお得意  
な方はモジュールと聞いたことがあるかと思うんですけども、それと同じモジュールなんですけど、課題  
領域別モジュールということで、モジュールはどういうことかといいますと、皆さんが共通に学んでくだ  
さって得すると思いますよ。皆さんが共通に学ぶ価値があると思いますよという技能をとりまとめて、集  
めてですね。それをリーダー用の教本というんですかね、リーダー用のマニュアルですね。それから練習  
をしていただく参加者の人たち向けのワークブックですね。いろいろ書き込んだり、そこにはいろんなシ  
ートがあったりするよな、そういうワークブックというのと、それからビデオですね。最近ではDVD  
になっているものも売られていますけれども、その教本とワークブックとDVDの3点セットをとりまと  
めているものが、モジュールです。

例えば服薬自己管理モジュールというものがあります。それから症状自己管理モジュールというものも  
あります。地域への再参加モジュールというものもあります。いくつもモジュールが教材として作られ、  
売られています。例えば服薬自己管理モジュール。これは当然、皆さんの場合はどうかわかりませんけれ  
ども、統合失調症をかかえている患者さんの場合は、何らかのお薬を継続して飲み続けていただくことが  
ほとんどですね。そのお薬を自分で管理して、きちっと飲めるようにする。そういう力をつけていただく  
ための教材が、服薬自己管理モジュールということで作られています。これは五つの技能領域にわかれて  
いまして、一つが抗精神病薬について知る。それから二つ目が正確な自己服薬と評価の仕方を知る。それ  
から薬の副作用について見分ける。それから服薬に関して話し合う。そして持効性注射薬、デポ剤とい  
うんですけれども、これの利用について学ぶという五つにわかれています。さらにそれぞれの技能領域が細  
かくわかれています、例えば技能領域の4の服薬に関して話し合うについては、感じよく挨拶をする、服薬  
に関する問題を明確に述べる、そしてその問題が生じている期間を伝える、そしてその問題の不快さの程  
度について述べるということで、これは主治医と服薬に関して話し合う場面がビデオやDVDとして、映  
像場面を見ることができるようになっていまして、それを見ながら学んで、そして実際に服薬に関して話  
し合うというのを先ほど説明した基本訓練モデルのようなやり方で、ロールプレイで学んでいく教材にな

っています。すべてのモジュールが共通の構造をしています。まず、それぞれのモジュールの紹介や導入をして、ビデオとか DVD を用いた質疑応答があり、その場面についてロールプレイをする、といったようにです。最終的に宿題を与えます。全部がこういう同じ流れになっています。扱うテーマがいくつかの課題領域別になっていて、それらを課題領域別モジュールと呼んでいます。今後ここに聴覚障害を抱える方々向けのモジュールとか、そういうものが出てくるといいのかもしれませんが。

次に「ステップ・バイ・ステップ方式」についてご紹介します。この『わかりやすい SST ステップガイド（上巻）（下巻）』（星和書店、2000年）という本を、私も監訳者になって出版しました。重かったので、薄い方の下巻だけ持ってきました。

ステップ・バイ・ステップとはどういうふうになっているかといいますと、まず四つの基礎的な技能というのがあって、その四つの基礎的な技能を学んでいただいたら、それを土台にして八つの技能群について学んでいただく構造になっています。四つの基礎的な技能とは、「うれしい気持ちを伝える」「頼み事をする」「相手の言うことに耳を傾ける」「不愉快な気持ちを伝える」、この四つです。この四つについてまず学んでいただくわけですが、そのうえで八つの技能群について、それぞれの参加者のニーズに応じて学んでいくという内容になっています。八つの技能群というのは、会話技能群と自己主張する技能群、対人関係で対立が発生した場合その対立の処理をする技能群、それから地域生活をしていくうえで必要な技能群、友達付き合いとデートの技能群、健康維持の技能群、仕事と関係する技能群、アルコールと薬物乱用を避けることに必要な技能群、以上の八つの技能群のいずれかを学んでいただくという、そういうやり方・構造になっています。こういうやり方を紹介してから、「ステップ・バイ・ステップ方式」というふうと呼ばれて、わが国で普及するようになってきています。この『ステップガイド』というタイトルから、「ステップ・バイ・ステップ方式」と、皆さんが愛称で呼んでくださるようになったようです。なぜステップ・バイ・ステップなのかというと、これは基礎的な技能の一つ、「うれしい気持ちを伝える」の技能シートの例なんですけれども、まず「うれしい気持ちを伝える」技能について解説があります。解説があったうえで、この「うれしい気持ちを伝える」技能が、さらに細かなステップにわかれているのでステップ・バイ・ステップということなんです。

具体的に「技能のステップ」をみますと、①相手の顔を見る。②その人にはっきりと、どうしてうれしかったのかを伝える。③そのおかげで自分がどんな気持ちになったのかを話す。というこの三つのステップを身につけて実行できれば、上手に「うれしい気持ちを伝える」ことができる。そういうステップ・バイ・ステップになっています。さらにこの技能を伝えるロールプレイの場面の例も挙げられています。この場合は、五つ挙がっています。そしてこれは SST を教えるリーダー用の、この技能を教えるときに注意することというのでも、「技能シート」には用意されています。こういうシートを共有しながら「うれしい気持ちを伝える」という練習を、基本訓練モデルでご紹介したような流れに従って積んでいきます。

最後に SST の効果に関するエビデンスについてご紹介します。エビデンスは、根拠とか証拠とか、科学的根拠とか訳されています。エビデンスというカタカナ表記で最近は通ります。この SST の効果に関するエビデンスというのをまとめた、Kurtz と Mueser（クルツとミューザー）の研究を紹介します。

縦軸、Y 軸が、エフェクトサイズといいまして、効果の大きさという意味です。効果の大きさは 0.8 を超えると大きい方なんです。ですから、学習した実際の内容をどれだけ獲得したかという意味では、非常に大きな効果を示すことがわかっています（エフェクトサイズ=1.20）。次に中くらいの効果の大きさのものは、新たなスキルを学んだり、心理社会的な機能を高めたりする、陰性症状を改善するといったような面です。

これは、ケースマネージャーとありますが、ケアマネージャーとも言われ、介護保険の介護支援専門員さんに相当する人がですね、統合失調症や失調感情障害を抱えた方々のご家庭を直接訪問して、SST を訪問先の場面で提供する。こうしたやり方を、英語の頭文字からアイバスト（IVAST）群というんですが、こちらの赤い棒グラフのように、クリニックで SST を受けただけの青い棒グラフの人たちに比べて、社会



的な機能の面でも生活の質の面でみても、ケースマネージャーさんが実際訪問の場で SST を提供したほうが高い効果が得られたという、結果が得られています。我が国でも、精神に障害を抱えた方々に対して、アクト (ACT: Active Community Treatment) という英語頭文字をとった呼び方をしていますけれども、実際に家庭訪問をして、そこで専門スタッフが SST を提供していくというようなこともサービスのなかに入っているプログラムが、日本の何箇所かで実施されてきています。精神科訪問看護もだいぶ注目されるようになってきていまして、精神科の訪問看護の人たちにも SST が実施できるように普及を図っていきたいと、私たち (一般財団法人 S S T 普及協会の役員) は考えています。こういう私たち S S T 普及協会は、精神神経学会という精神科関連の最大の学会から、精神医療奨励賞を平成 17 年 5 月に授与されています。また聴覚障害を抱えた方々に対する S S T は大変先駆的な取り組みですので、まだ論文になったりとか本になったりとかはしていません。ですけれども、我が国全体における S S T の到達がどうなっているのかというのは、この『S S T の技法と理論』(金剛出版、2009 年) という本が、今のところ一番よく知ることのできる参考書として挙げるができると思いましたが、ご紹介しておきます。

最後になりますけれども、この S S T を日本全国に普及しようとしてきている S S T 普及協会の私は事務局次長(注:講演時、現在事務局長)としても、今日、お伺いしているわけですが、この S S T 普及協会のホームページがあります。このホームページをご覧になっていただくと、いろんな情報を得ることができます。学術集会や経験交流ワークショップというのが、年に 1 回ずつ実施されています。今年は 7 月初旬に岩手県盛岡市で、経験交流ワークショップが開催されました。森さんは、その折の、前田ケイ先生の研修会に参加して下さっていたそうですけれども、そういうワークショップや学術集会に関する情報も知れます。

また、私は認定講師でもあります。S S T という技術を普及していく力のある、講師として認められたのが認定講師なのですが、S S T 普及協会が認定している認定講師のリストも 100 人をやっとならぬ超えましたが、知ることができます。所属もわかりますので、皆さんがもしも学びたいと思ったら、認定講師に直接アクセスすることも可能になっています。それからこれは入会案内とありますけれども、個人会員になると、S S T のニューズレターという情報誌が年に 4 回発行されていて、これを読むこともできます。ホームページでは目次しか見ることができませんが、ニューズレターについても知ることができますし、関係の教材や文献情報も得られますので、今日をきっかけにご興味をお持ちの皆さんがいらっしゃいましたら、S S T 普及協会のホームページを訪ねてみられることをお勧めします。以上で私の講義を終わります。どうもありがとうございました。

○司会 天笠先生、ありがとうございました。それでは質疑応答に入りたいと思います。質問のある方は挙手をお願いいたします。

○会場 S S T は全国の病院が同じことをやっているわけではないですね。全国で同じような活動をしている病院はどこどこかという情報を聴覚障害者団体にきちんと報告してほしいと思います。そうでないと聴覚障害者は利用できません。例えば代々木病院という場合は私にとっては近いからいいですけども、双葉会となると非常に遠いですね。だから、昔 1950 年に美濃部都知事を囲む対話集会というのを聴覚障害者連絡協議会が主催して開いたことがあります。そのときに 51 項目の要求を都知事につけています。そのなかの一つに、聴覚障害者指定病院を設けよというものがあります。それは今もって実現していません。だから聴覚障害者は、どこの病院に行けばいい治療を受けられるのかということを知らないのです。

それで昔聴覚障害者にアンケートを取ったことがあります。行きにくい施設はどこですか、という質問に対して、一番多かったのが病院です。二番目が銀行です。ところが銀行は今は番号札なんかを出して、なかなか利用しやすくなっています。ところが病院は相変わらず名前を呼んでいます。それで、さんざん

待ってお昼近くになって「まだですか？」と受付に行くと「呼んだのに」と叱られるという状況なんですよ。それでは本当に病院へ行きたくない。だからもっと積極的に情報を流してほしい。例えば、東京都中途失聴・難聴者協会はニュースを出していますから。そこへ「これこれの病院はこういう良い対応をしている」という情報を流せば、ニュースに載せてくださいます。ろう者の団体者としてはやはり東京都聴覚障害者連盟というのがあります。全国組織にもやはり中途失聴者の団体とろう者の団体がある。そこでも新聞を出している。でもこれまで私が見た限りではそういう病院の情報が載ったことはない。そのへん、これからはよろしくお願ひしたいと思います。

○司会 はい、ありがとうございました。今のご質問ご意見についてよろしいでしょうか。

○天竺 どうもありがとうございました。叱咤激励いただいたということだと思います。SSTの、その実施施設についての情報は、先ほどのホームページから知ることは実はできません。実施しているところも実施しなくなったり、新たに実施してみたりということで、日本全国の情報を私たちは知ることができません、実は。もしも、どこでやっているのか、やっていないのかお知りになりたい場合にはですね、そういうご質問はよくいただくんですね。で、そういうことがあって一律掲載はできていないんですけども、ここに支部お知らせという部分があるんですが、日本全国を11の支部に分けていまして、ここは南関東支部というところの所属になっている地域なんですけれども、その事務局に直接お問い合わせいただくと、会員になっているところについての情報は知ることができます。ですから、普及協会の会員のいる施設か、賛助会員という病院とか作業所とか診療所が施設の単位で会員になってくれているんですけども、そういう賛助会員の状況については各支部ごとには把握できています。しかし、それ以外の個人会員になっていない、あるいは賛助会員になっていないところでもSSTは実施されていて、それについての情報を私たちは知ることができません。それについては、お住まいの管轄の保健所の情報提供窓口、あるいはお住まいの市区町村単位の障害福祉課と呼ばれているところが多いと思いますけれども、そこが情報を持っている場合があります。

それから各都道府県単位の都道府県立の精神保健福祉センターにも情報提供窓口がありまして、そこで情報を得ることができる場合があります。例えば今日、片倉先生がお話になっていたような、発達障害の方々向けのSSTを実施しているところがどこか、という問い合わせをいただいたことがあるんですけども、その場合には今、発達障害者支援法という法律もできたので、都道府県立精神保健福祉センター単位で、発達障害者支援のための情報を提供しているところが整理されてきていて、そこで知ることができる場合があります。必ずどこでも情報が得られるというわけではありませんけれども、そういうことですね。

(会場から面倒だとの声あり) 確かに、面倒ですね。困りましたね。しかし、そういう方法でないと情報を得ていただけない。現実はそのだということをご理解ください。普及協会としても、日本全体の情報を知るといのはとても難しいのが現実です。けれども、ご意見だけは持って帰りたいと思います。しかし現実には、十分に対応できないかと思ひます。

○司会 ありがとうございます。そのほかに質問ご意見等はございますでしょうか。良い機会ですので、ぜひ質問がある方は前に来ていただければと思います。それでは実際に、SSTを取り入れている施設の方などはいらっしやいませんか。挙手をしていただけませんか。もしよろしければ、現在されている勉強等、少しで構いませんので、こちらで少しお話していただくことはよろしいですか。すみません。

○会場 通所施設の職員をやっています。今日は改めてSSTの基本からお話をお聞きできて、ファーストステップという講習にはもう3回も行かせてもらって。1回1万8千円もする高い講習を癖のように勉強し続けて。でも何回勉強してもやっぱり自分の未熟さに気付いて。毎回勉強と思ひて参加させてもらって

いるんですけども。うちでは就労移行という事業をやっていますので、就職に向けての SST というかたちで取り組みをしています。本当は 1 週間に 1 回ずつでもできるといいし、グループ的には 7 人ぐらいが妥当だと言われているんですが、就労する人が増えてきて 15 人ぐらいの集団を二つに分けたり。作業も頑張らないといけないので、なかの作業との兼ね合いで 1 カ月に 1 回しかできないんですが、地域の職業センターさんのアドバイスをいただいて、モジュールのかたちになるんですかね。ステップバイステップかな。テーマが決まっています。謝る、頼みを断るとか会社の上司から飲み会に誘われたけどとか、残業を誘われたけど断る方法であったりとかそういうのを練習したり。あとはお礼を言うとか簡単なことでもね、なかなか体験が少なくって言葉にしたり態度に表したりすることができないっていうのをいただいています。参加される方々が盲ろうの方もおられるし、盲ろうというのは、目が見えなくて聞こえない方で触手話を使用される方もおられるし。難聴で、要約筆記を使用して接しないといけない方もおられるし、手話の方もおられるし。知的の方もおられるし、精神の方もおられるし、といういろんな方が一緒にやっているので、実際にやるときに情報保障を施設の方でお金を負担してやらないといけないという大変さはあります。だけど、皆さん、モチベーションが高く、参加していただいています。皆さんのところでもやると、何が良いかって職員が教えているというよりは仲間意識がすごく高まってきて、仲間で良い作業をしようという感じになると思っています。一つお願いはというか、ビデオをうちの施設も使いたいなと思っています。モジュールのところですね。字幕とか手話通訳をビデオに入れてもらえたら使いやすいんです。ずっと職員が手話通訳し続けられないといけなくて。それをぜひ聴覚障害の方のためにも入れてほしいと思っています。

○司会 ありがとうございます。天笠先生、今のご意見にアドバイス等はございますでしょうか。

○天笠 ともに頑張りましょう。

○司会 「ともに頑張りましょう」ということです。そうしましたら、まだ時間がありますのでもう 1 名、手を挙げていただいた男性の方よろしいでしょうか。

○会場 ケースワーカーです。矯正保護施設のなかには発達障害もいますし、社会復帰支援を目指して有効に活用させていただきたい。

○司会 先生、よろしいでしょうか。

○天笠 そういう障害を持っている人たちに SST を応用しているという話ですよ。二つとか三つとか障害を抱えている人たちに対応しているという話だったと思うんですけども、障害の数が増えていくとそれだけ苦労も増えます。だけどリーダーとして力を磨く、いい場面でもあると思うんですね。そう思いながら対応していくことが大事かなと思います。自分たちの精神科の領域でも発達障害を抱えながら、知的障害もそうですね、抱えながら精神障害を抱えている方。だいたい二重障害の人たちに対応することはけっこうあります。工夫をすることで、SST、今日ご紹介したような基礎的なものだけではやはり対応が難しく、それぞれの障害の特性や一人一人の個人的な特徴とかありますよね。そういうそれぞれに応じた対応の工夫をしていくことがすごく重要な。個別化するというか個性に合わせる、そして SST を有効に届ける。そういう意味では非常にチャレンジングな領域になるのかなと思いつつやっていますし、すでにお二人はそういうご苦労を重ねながら力をつけてらっしゃるんだなと思ってお聞きしました。ありがとうございました。

## (2) SST を聴覚障害者に活用した例 情文センターこころのグループワーク SST 実践映像紹介

聴覚障害者情報提供施設 聴力障害者情報文化センター 施設長 相談員 森せい子

岩淵 はい、それではお時間となりました。次に聴覚障害者に SST を活用した例について、情文センターこころのグループワーク SST 実践映像を、聴力障害者情報文化センター施設長、相談員の森せい子から紹介いたします。

森 皆さんこんにちは。聴力障害者情報文化センターの森と申します。センターのなかで聴覚障害者の方を対象に、心の状態が、なかなかほかの人と仲良くできないとか、社会のなかで上手くいかないとか、そういう問題を抱えてる方達がいらして、相談にあたっているなかで 1 人、2 人、3 人とこう増えて、「一緒におしゃべりをしませんか？」というところから、この SST を取り入れて練習していこうかというふうに今積み重ねをしてる最中です。今から 30 分間で私たちの取り組みの様子を皆様にお届けしたいと思えます。

先程、天笠先生が私が岩手に研修に行ったね、というようなことをお話して下さいましたけれども、実は今センターのなかには相談員が私以外に 3 人いて、今日スタッフとして汗かきながら動いていますが、そのメンバー皆で一緒に行きました。4 人で一緒に SST の技術や知識や心を学ばせていただいたところです。今からお見せする映像なんですけど、実は、大変でした。今日ですね、皆様にお見せできるというのは本当に奇跡に近いと思っています。そもそも「SST やりますよ」と言ったときに「何それ」「なんかわからないからヤダ」とか「トランプがいい」とか、もうとにかく始めるまでが大変でしたし、今も訳わからないままにやってる、練習してるメンバーもいます。しかし、とにかく「何かわからないんだけど会話の練習をするらしいぞ」、そこら辺はわかってくれるようになっていきます。で、今日このような研修があるから、そのなかに手話とか聴覚障害者のことを知らない方もいっぱい来るから、「私達のことを知ってもらおう。で、SST の練習が必要であるということ、そこに手話とか筆談とか情報保障が必要であるということ」を皆さんにわかってもらいたいね、どう？」というふうに投げかけたところ、「そういえばそうだ、そうだ」と言ってくれたんですね。じゃあ撮らせて、と言うと「え～、ヤダヤダ」「もう恥ずかしい、恥ずかしい」「ハ～、恥ずかしい」、「そっか、わかったわかった。じゃ、あきらめる」と言ったら、「あれ？簡単にあきらめるの？必要じゃないの？」とか逆に言われて。「必要でしょ？必要でしょ？？ね？だからいい？」と言ったら「あ～、はいはいはい・・・でも正面アップは嫌だ」「ここから半分」とか皆いろいろ言いながら、アップで全部撮るのは皆全員「ダメ」と言われたので、じゃあもう発表をやめよう、と、使わないから、ちょっと記念にビデオ撮るから、みたいな感じで撮らせてもらったのです。そうしたら活動を撮るなかで、結局、皆の表情がいい。生き生きしてた。メンバーがいいセッションしてる、「あれ？」っていう、そういうふうな収録ができたんですね。で、皆で一緒に上映して観てみたら、「お？なんか、まんざらでもないな」と。「使ってもいいよ」と言ってくれました。ただ、条件があります。この研修会だけで上映する約束。で、皆さんも観た個人を今日会場を出たら忘れてください。この、まあ手話の世界とか聴覚障害者の世界は狭い。ネットワークも大事だから。交流なんかも積極的に出るメンバー、でも個人的には非常に苦しかったりいろいろです。ですので、彼らが今日有意義であるこの撮影に協力してくれましたので、この会場を出たらもうすぐに、顔、言っていること、忘れてください。よろしくお願ひします。

では、まずこちらの映像ですが、私共は「こころのグループワーク」というふうに命名しています。精神疾患とか精神障害という言葉に非常に抵抗がある方が多いので、そうではなくて、やっぱり「心とか精

神の安定とか成長を目指すための活動ですよ、どう？」という呼びかけの仕方をしてしています。ちょっと見づらと思うのですが、字の奥にあるのがホワイトボードです。いつも活動のときにはホワイトボードを使うのですが、一番左側に絵が書いてあるのですが、元気度というのを絵で描いてあります。一番元気な顔の絵が書いてあります。ピカピカしていてニッコリ笑ってる絵。で、段々段々、真ん中が普通の顔。段々段々下がって行って、ゼロになると、青ざめた感じというふうになっています。まずメンバーは来ると自分の今の元気度を最高 10 として、最低 0 ということで必ず書き込むんですね。これは非常に皆さんが喜んで取り組んでいます。これは私たちが『やれ』と言って指示していることではなくてメンバー自ら「今日はやらないの？今日もやろうよ」というふうに言ってくれて続けていることです。そして映像の半分こちらは、目を合わせるとか明るい表情とか、先程の先生のお話の通り、ポイントというような内容を見てわかるように書いてあります。皆さんの資料、お手元の資料（資料編 P76）に簡単ですが、これは聴こえる方で聴覚障害者の支援、「若葉マーク」「初心者」みたいな方のために作った資料です。例えば、一つ目に全体的に工夫できることをいくつか書いてあります。その次に、途中で聴こえなくなった人や難聴の人は手話を知らない人が多いです。なので、その方の聴力を活かす、使う、という方法も考えて差し上げなければならない、そういう場合もありますし、全く聴こえない方には書いて差し上げる。でも、その書く内容を相手が本当にわかる範囲かどうか確認しながら進める必要がある、というような意味でこの資料にいろいろ書かせていただいています。これらをじっくり読んでいただいて日頃の支援に役立てていただければと思います。

では、今日は時間もあまり無いので進めますが、この資料の最後に書いてある「『わからないまま』『ついていけないまま』そういうことがないようにしたい」。これがポイントです。いろいろな病院や施設で今は SST を実践しているところ非常に沢山あると思います。そこに聴こえない人が入ろうとしたときに、自らが「情報保障を用意してください」と言える人はもう本当に少ないですね。で、行ってもなんか話していることがわからないので、またベッドに潜り込んで寝てようという、そういうことになっているだろうと思いますので、やはり理想はどこでも、難聴者でも中途失聴者でもろう者でも SST が同じように対等に利用できる、これが理想だとは思いますが、ここはなかなか難しい問題がありますし、自分だけがわからない、自分だけが劣っている、そういう環境のなかでは良くなるものも良くならないと思います。私達のグループでは聴覚障害者という、そういう共通のベースがあります。やはり心が通じ合うという部分があります。ではご覧下さい。

映像をお出ししている間は照明を切ります。全編に字幕をつけてあります。

SST の活動の様子を流しますが、資料にあるような注意点をよく見てください。見てわかる方法を気をつけています。全員が見て、お互いに見てわかる座り方や、それから聴こえないが何か読んでたり、メモに気がとられてるところで何か進んでいるかわからないことが多いので、必ず注意を向けるために、司会進行役が皆さんを呼ぶ、など。あとはそうですね、注意を向けるための別の方法としては照明をピカピカッってやったり、そういった方法がこの映像に入っていますので、そこらへんをポイントにしてご覧いただければと思います。

～DVD 上映～

（会場から拍手）私達が楽しい活動になっています。これはたまたまですね、手話のわかるメンバーだけでしたので、あのように入話で、いま声消えてましたか。声が無くてももう全然平気だと思います。そういうデータです。手話で進めた例です。ここに難聴者や中途失聴者の方が加わったり盲ろう者の方や難聴弱視の方が加わると、その数の分だけ支援者も必要、それは当然配慮することだと思っています。これからも私達も楽しみながら高めていきたいと思っています。ぜひ皆様も取り組んでいただいて、また今後このような場で皆様の発表も伺いたいと思います。一緒に頑張っていきましょう。終わります。ありがとうございます。

## 【座談会】

### 相談・支援の現場を語り合う 多職種多角的連携を目指して

コーディネーター 立教大学 コミュニティ福祉学部 助教 赤畑淳  
パネリスト 東京手話通訳等派遣センター コミュニケーション支援部 高井洋  
東京聴覚障害者支援センター 副主任 生活支援員 平野基浩  
聴覚障害者情報文化センター 施設長 相談員 森せい子

○司会 お待たせいたしました。只今より、本日最後のプログラム、座談会を開催いたします。まずは講師の先生方をご紹介いたします。パネリストは、東京手話通訳等派遣センター派遣コーディネーターの高井洋様。東京聴覚障害者支援センター副主任兼生活支援員の平野基浩様。聴覚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兼相談員の森せい子です。テーマは「支援の現場を語り合う～多職種・多角的連携を目指して」です。本日のコーディネーターは立教大学助教赤畑淳様です。よろしくお願いいたします。

○赤畑 はい。最後のプログラムになりました。今日一日盛りだくさんの内容だったと思いますが、最後この座談会で締めくくりたいと思っています。75分という短い時間ですが、出来れば最後30分ほどフロアの皆様とのやり取りを含めて、座談会という名称にふさわしいプログラムにしたいと思っています。この座談会のコーディネーターを務めさせていただきます赤畑と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

今日は聴覚障害者支援の現場の第一線でご活躍の3名の方に登壇していただきまして、まず自己紹介をしていただき、そのあと現場でのエピソードを踏まえ、ちょっとこの辺困っている、ということを出し合いながら話を進めていきます。そして、先ほども申しましたように、最後は皆さんと色々な情報交換をしていければと思っています。では、はじめに東京聴覚障害者支援センターの平野さんから自己紹介をお願いします。

○平野 皆さん、こんにちは。東京聴覚障害者支援センターの平野と申します。よろしくお願いいたします。皆様のお顔を見てみると、ご存知の方も多いため、うちの施設の紹介はしなくてもいいのかなというところではありますが、もしかしたら初めての方もいらっしゃるかもしれないので、簡単に紹介をさせていただきますと思います。

現在の施設名は、東京聴覚障害者支援センターと言います。昭和40年に設立した頃は、東京都ろうあ者更生寮という施設名で、東京都が設立し、社会福祉法人に委託されている施設でした。現在は、東京都より民間移譲を受けて国立民営の施設という事になっております。平成18年から自立支援法が施行されましたが、うちの施設は平成22年に旧法から自立支援法の施設になりました。施設入所支援と日中活動として就労移行支援、生活訓練、機能訓練の事業を行っております。本年度、正確に言うと平成26年の1月から相談支援事業、つまり市区町村事業による指定特定相談支援事業を開始する予定になっております。現在は、生活支援員とのことでわたくし紹介を受けましたけれども、おそらくその事業が始まったときには、生活支援員兼相談支援専門員ということで業務に従事するのかなと思っています。

先ほど、もともとは東京都設置の施設ということで説明をしましたがけれども、利用者の方は、東京都に限らず、全国から、うちの施設をご利用いただいております。利用に至る経緯、つまりうちの施設を利用する前に、どういう環境でいらっしゃったのかということ、簡単に説明します。居宅から77%、ほかの施設から8%、その他15%。その他は、病院であったり、路上生活者であったり、あとは刑務所ですね。逆

に退所の理由をお話します。その前に、うちの施設の訓練の大きな流れとして、仕事の無い方に就職していただいて、自立のための貯金をしていただいて、就労を継続しながら、アパート生活を目指す。このことは、支援法以前から今日まで基本的には変わっていないのですけれども、そういった目的を達成されて自立につながったという方が 40%。自宅にご家族がいて、自宅に復帰するという方が 30%。他施設に移行する方が 10%。その他、病院等が 10%。以上が利用者の入退所の説明になります。

次に先ほど言いました、日中活動の就労移行支援、生活訓練・機能訓練、これらのプログラムの内容は、陶芸教室ですとか書道教室、料理教室、あとは就労希望者のための学習プログラム、B 型施設で行っているような軽作業が主な活動になるんですけれども、そのなかで、今日お話ししたいのが通院に関することです。仕事をするためにはどうしても通院を必要とする方がいらっしゃるって、その通院も日中活動の大きな目的ということになっております。利用者のなかには、薬の管理が難しい方もいらっしゃいますので、自己管理を目指して、施設管理から始まり、ゆくゆくは自分で管理していけるような支援も行っております。利用者の平均年齢は 55.8 歳ということで、皆さんそれほど若くはないですね。これから就職をしていくことを考えると厳しい年齢ではありますが、それにもめげず去年は 2 名の方が一般就労されています。先ほどの話に戻りまして、通院が日中活動として重要であるということを行いました、その通院の回数の割合を表に示しております。最初のページにですが、現在、施設入所されてる方が 30 名いらっしゃいます。そのなかで、②の精神科に通院されている方は 10 名おられます。全体の 3 割以上の方が精神疾患をお持ちという事になります。施設の紹介はこれぐらいにいたしまして、後ほど座談会の方でいろいろお話できればなと思っていますけれども、通院が日中活動のかなりの部分を占めているということと、全国から利用者を受け入れているということ、皆さん、頭に留めておいていただければと思っています。簡単でしたが、以上となります。

○赤畑 ありがとうございます。精神科・神経科受診の方が 10 名もいらっしゃるというような実情があるとのことで、また後ほどお話を伺いたいと思います。

では続きまして、東京手話通訳者等派遣センターの高井さんお願いします。

○高井 東京手話通訳等派遣センターの高井です。東京手話通訳等派遣センターは、昭和 48 年に東京都手話通訳派遣協会という名称でスタートしています。東京のたましろの郷と一緒になったときをきっかけに、東京手話通訳等派遣センターという名称になっています。

派遣センターでは、要約筆記者の派遣と手話通訳者の派遣を行っています。手話通訳派遣は年間 7,500 件の個人からの依頼と、企業や団体その他のところからの依頼を合わせると大体 1 年間に 14,000 件くらいの手話通訳派遣を担っております。なかでも医療については、この 7,500 件のなかの 68%を占めています。さらに言うと、その医療のなかでも精神科に通院されている方が 15%。昨年、この集会で発表させていたときはまだ 12%くらいだったものが、15%に増えています。そして今年は 4 月から今日までで、17%に上がってきています。精神科へ通院されている方がこの数字になるのですが、病院に繋がっていないケースも実はたくさんあって、いろいろなところにクレームを言いに行ったりとか、事務所に何度も足を運んできて生活のなかの不満であったり、いろいろなことを話して、1 時間話して帰っていくというケースもあります。そういったケースは、数字に入っていません。

派遣センターの運営としては、障害者自立支援法以前は東京都独自の予算があったのですが、現在は東京都独自の予算がなくなって、各区市町村に手話通訳派遣事業・要約筆記派遣事業が移されました。派遣センターとしては、各区市と契約を交わして、そこに住んでいる地域の聞こえない方からの要請について派遣をしている現状になっています。例えばここ港区もそうなんですけれども、港区と派遣センターが契約を交わして、港区に住んでいる聞こえない方からの依頼は、派遣センターが、契約をしている範囲内で手話通訳者を派遣するという状況になっています。東京都独自の予算がない、事務所に来た聞こえない人

への対応等は派遣センターの持ち出しになっているのが現状です。またエピソードについては、このあと皆さんでお話しするときちょっと出していきいたいなと思っております。

○赤畑 ありがとうございます。精神科の派遣はかなり増加しているという現状や、病院に繋がっていないケースなど、あとでお話に出てくると思います。続きまして、聴力障害者情報文化センターの森さん、よろしくお願いします。

○森 森です。私どもの社会福祉法人のなかに事業は三つあるんですけれども、一つが手話通訳士の認定・登録、もう一つは聴力障害者向け字幕・映像物の作成、三つ目が聴覚障害者情報提供施設の運営を担っています。私はそのなかの施設の部分の施設長を担当しているわけですが、今の職場に入ってから7年目になります。入職前はですね、地域において聞こえない方たちと共に運動・活動をしてきた人間なんですけど、そのなかで、ろうとか難聴の方の心の問題、深い心の問題が関わるようなそういうケースに対応してきたという経緯もあります。たまたまですね、こちらの場所で野澤先生が長年率いてくださった精神保健研究集会に参加して、学びを頂きまして、資格を頂いて、そのあと本格的に相談が出来る場として今の施設に入りました。資料のなかに私の自己紹介が載っていますが、東京都の聴覚障害者情報提供施設のなかで、毎日聴覚障害者の相談支援を実施しています。この6年間で対応したなかの多くの方が精神の問題を併せ持ち、継続支援が必要な方たちです。今は都内のいろいろな関連機関と連携を取りながら、西へ東へと出向いています。東京都も、片倉先生の病院のある奥多摩や山梨の近いところや、あっちこっち行っています。ピンポンピンポンとドアベルを押しても反応がなくて、暑いなか、一人ぼっちでゴミのなかで辛い思いをしている精神の問題のある聞こえない人もいました。暑いなかで待つてやっと会えた。文章とかメールで通信ができないような、ろうの方たちのケースを歩いて支援することも必要です。

私どもの施設のなかには、私と、そのほかに週に数回お手伝いいただく精神保健福祉士、手話ができる相談員の方たちがいらっしゃいます。合わせて5人います。力を合わせて出来る限りの支援をしていきたいと思っているところです。施設は目黒区にあります。派遣センターさんは新宿にあつて、中難協さんも新宿にあり、それから東聴連さんが渋谷にあるということで、頑張れば自転車で回れるようなところかな、それはちょっとやりませんけれども、とにかく仲良くみんな、困っている聴覚障害者の方たちの問題を一緒に考えられるようなネットワークが今、実際にできつつあります。

今日は主催として皆様にお話ししたいことが山ほどあるんですけれども、この長く続いてきたこの分野の精神保健集会の代表であった野澤先生が今日も来てくださっていますが、先生の長きにわたる御意志を継ぐにはちょっと荷が重いので、皆さんと一緒に進みながら、これからの良い道を作っていきたいなと思っているところです。私たちも情報提供施設の予算のなかで工夫しながら、支援のために、例えば交通費などを出しているわけですが、特段、精神保健福祉の部分で、特別に予算が下りるわけではないのですが、本当に支援が必要な方々がたくさんいらっしゃるの、職員みんな協力し合いながら頑張っています。東京都の情報提供施設として、こうした病気とか障害とかお持ちの方に限らずですね、誰もが心の問題は起きるのだという、そういうことを考えて、予防やそれから、そうですね健康維持ということにも協力できたらいいなと思っております。細かいケースなどもほかの方たちと話し合いながら、皆さんにも意見などを伺いながら、良い座談会にしたいと思っております。

今回このようなかたち、この席に本当はほかの現場の相談員の方たちに座っていただきたく、いろいろ打診をかけたんですが、皆さん、「えーダメダメ」ということで、ぎりぎりのところまで待つて、期待して、ちょっと断られたというのがありまして、まずは私が今日は座りますが、これからは皆さんも出てきていただいて、現場でこういう成果があつたとか、嬉しいことがあつたとか、大変だつたとか残念だつたとかそういうことをみんなで話していけたらいいなと思っておりますので、どうぞよろしくお願いします。



○赤畑 森さん、ありがとうございます。この座談会のテーマは「他職種多角的な連携を目指して」ということで、「連携」というキーワードを頭に置きながら、聴覚障害と精神障害を併せ持つ人たちの支援における連携を中心に、まずエピソードなどを話し合っていければと思っています。連携といったときに、森さんの紹介のなかにもありましたが、まず挙げられるのは、相談員や支援専門職と情報保障・通訳者との連携の部分であると思います。現状であったり、こういうところ困っているというのがありましたら、まずは平野さんのほうから、エピソードを含めご紹介いただければと思います。

○平野 パワーポイントの二枚目をご覧ください。先ほど、通院も日中活動の一つということでお話し申し上げましたけれども、これは、たまたま5月の例で、特段この月の通院が多いということではありません。精神科だけではなく、内科・整形も含めて、一か月に大体これだけの方が通院されています。基本は、一対一で病院まで職員が同行しなければならないので、それだけ施設のなかの支援が手薄になってしまうという状況があります。我々も通院する時には当然、ご本人の情報保障ということで手話通訳の依頼を前提に考えております。実際に手話通訳を依頼した数字が次の表になります。それだけです。かなり少ないですよ。なぜ少ないかというのには理由があります。

一つは、平成18年から自立支援法になり、先ほどの高井さんのお話にもありましたように、手話通訳の派遣が市区町村事業になりました。前段で私が申しあげましたが、全国から利用者の方を受け入れているということで、全国各地の住民票を持った方がうちの施設を利用されています。そうしますと、手話通訳の派遣の基準と申しますか、住民票が板橋区にあるかどうかというところを、まず派遣の受付で聞かれるんです。入所者の方の例としては、アパートを引き払って施設に入所する訳ですから、住民票はそこに置いておけず、住民票自体を施設に移してしまいます。そういう方は板橋区の住民になるので、板橋区民として通訳派遣は受けられるのですけれども、そうではない方。ご家族がまだ元の住所地にいらっしゃるの、住所を地元に残したまま施設入所する方がいらっしゃいます。そういう方は東京で通訳派遣を受けることができないので、情報保障がなかなか難しいという実態がみえてきています。職員が病院に同行するときは、職員として行きますので、職員としてドクターに伝えなければいけないことは伝えるんですけれども、通訳派遣がないとご本人のお話も職員が通訳しなければならない。そうしますと、ご本人・職員・先生と三角の関係にはなるんですけれども、職員として話さなければいけないことと、ご本人の声を通訳しなければならないこと、この二つを職員一人でやってしまうとあまり良くない関係と言いますか、結果的に誰が喋ってんだらうということが起こるんですね。ご本人にも、通訳を通して、職員を通してではなく、通訳にしっかりと依頼をしたうえでドクターと相談をしていただきたいと感じております。ご本人の話と、職員が伝えなければならないこと、現場では、必ず本人が言っていることと職員が言っていることに差異があったりします。そういう状況も含めてドクターには診断をしていただきたいと思います。やはり通訳と職員を分業するというのが基本的な考えですし、その考えに立つと地域を越えて通訳派遣していただきたいと思います。この辺りで高井さんのほうにお話をお願いします。

○高井 今のお話を受けて、実際に、全国では、依頼の内容に制限があったり、回数や時間数に制限があったりと、全国の区市町村でもまちまちです。また例えば東京都外に住民票があり都内の施設に入っている方からの通訳依頼は直接派遣センターに依頼ができないのです。その人の住民票がある地域をお願いをして、そこから派遣センターに依頼が入る方法です。都内にも直接派遣センターに依頼ができる地域と、地域を通さないと依頼ができない地域とあります。

あるケースです。精神科に受診をしている方が、今日調子が悪くなり依頼がありました。しかし、どうしてそんなに直前になるのかなど、細かくいろいろ行政に聞かれて、通訳依頼をやめてしまったケースがありました。その方は、派遣センターとの繋がりがあったので、メールでのやり取りをしていくなかでわかったことです。ケースによっては、まず派遣センターにも連絡してもらい、派遣センターから行政の担

当者に交渉してなんとか緊急時については派遣センターから派遣ができるように調整をしました。それ以降はその方からの依頼については、行政に依頼をするのと同時に派遣センターにもメールをしてきて、依頼を控える事がないように進めています。そういった煩雑さというのは精神の方にとってはいらいらしたり、病状が悪化したり、緊急時に何ともできなくなったりしてしまったりします。できるだけ派遣センターともパイプを作って支援をしていきます。しかし、都外の方の場合は、派遣センターと都外の地域とのパイプがないものですから、そこが今の課題になっているのではないかなと思います。

また地域によっては、一週間前までに依頼しないと受けつけない地域もあり、三日前でも断られるケースもあります。そうすると本人は手話を希望しているのに筆談で受診せざるを得ない状況になります。先ほどちょっと言い忘れたんですけども、だいたい40人から50人くらいの方が精神科に通っています。その人が一週間に1回通院したりとか、多いときには一週間に2回3回ということもありますので、先ほど言ったような数値に上っています。この40人から50人というのも、昨年、一昨年よりも確実に増えてきているのが現状です。

○赤畑 ありがとうございます。高井さんからは、通訳を受診時に派遣する場合の制度上の問題も含めてお話していただきましたが、もう一つの論点としては相談員が共に受診に同行して、どのように通訳者や、受診時に先方の医療関係者とやりとりをするかというお話もあったかと思いますが、そのあたり森さんのほうから何かエピソードも含めてありましたらお願いいたします。

○森 私自身が聞こえないので、私自身も通訳が必要ではあるんですが、支援するほうも手話通訳が必要ですね。手話の通訳が来て、一緒に行くことで問題全部が解決できるかと言うとそうではないんですね。手話通訳の業務・任務の範囲の限界というのがあります。私みたいな相談員が、この情報保障者と一緒に聞こえない人のところに入る。または、支援を受ける聞こえない人のところに通訳が来る、そこへ自分も介入していく、そうしたやり方が非常に必要だと思っています。聞こえる方たちの場合そこらへんが、ベテランの手話通訳士だったりすると、相談員としての業務と通訳としての業務と、何でもやってくれるというふうに誤解されることも多いと思うんですね。私がいつも情報保障者の方たちの力を借りながら相談支援をしているときに、例えば、相談員として動くというのはどんなときかと言いますと、そうですね、先日もあるところに関係者を呼んで一人の聞こえない方のお住まいに訪問するとき、地域の保健士、またワーカーも呼ぶ、いろいろ関係者を呼んで、その場で通訳をしてくれるんですが、私が相談員として話が少し偏ったほうに行くとか軌道修正したり、例えば生活保護のワーカーさんが「屋内信号装置は要らない」みたいなことを言ったときに、「違います、要りますよ」と私から話ができる。権利として当然、聴覚障害者の方には福祉からの助成があると説明できる。そういう聴覚障害者福祉の専門的な情報提供は通訳として限界があると思います。また、私はできるだけ、本人が手話の通訳を使いこなせるように働きかけています。通訳を使うことを知らないケースが少なくないので一緒に教えながら自分で申し込みできるように持って行きます。なので、やっとなら派遣の申し込みの方法とか覚えて、例えば市の派遣窓口をやっとならFAXしても一週間前じゃないとだめとか、今通訳が足りなくなっていますとか、そういう返事が来ないことを祈るわけですが、実際にそういう話はあるわけで、通訳者の方を使いこなすためには、本人の努力とか力だけでは難しい場面もあります。なので、やはり相談員が介入支援するというのはすごく大切なことだと感じています。

○赤畑 はい。ありがとうございます。お三方の話のなかで出てきた、いわゆる手話通訳の方が相談支援の部分まで考えなければならぬ状況と、相談員の方が手話通訳も担っている状況もある。そのなかでどのように両者の連携を保ってやっていけるか、同行支援のときにどういう立場にいるかというお話があったかと思いますが、今お話しているのはこのお三方ですので東京でのやり方ということにもなってい

ますが、どうしましょう。ちょっとフローアの方からもお互いが両方の領域を担っているところとか、地域での現状、または困っているよということがありましたら、出してもらいながら話を進めていきたいなと思っておりますが、いかがでしょうか。はい、お願いします。

○会場 私のほうは就労移行のB型の事業所となっているので、同じように病院に同行したり、あとはハローワークに一緒に行ったりとか、いろんなどころに一緒に行かせてもらっているのですが、市、うちは区ではなく市になるので、各市によって行政のやり方にばらつきがあって、うちのほう自立支援法以降、日払いとか一日いくらという報酬をもらってやっているんですけども、ある市の方から一日いくらという報酬を出しているんだから、それは手話通訳も込みの報酬だと、外に出たら手話通訳を支援員がするのは当たり前のこと、それは込みの聴覚障害者加算というのをいただいています。で、聴覚障害の方が何名以上いる施設には聴覚障害者のフォローをちゃんと出来るようにという加算をもらって、手話通訳士を配置したりしてるんですけども、それを出してる理由は、支援員が通訳すべきって言われるんです。ほかの市は、いやいや手話通訳と支援員の仕事は別だから、派遣もできますよとおっしゃっていただいたり、市によって対応が違う。で、私たちの施設で手話通訳を全部担いなさいよって言う市は、県に確認して国に確認してそういうルールとおっしゃるので、なんとも言いようがないんですけども。だからそこに、住んでおられる方の支援だけは手話通訳を使う練習ができずに、私たちに全て頼っている状態で、卒業した後、急に手話通訳を使う練習が始まるというかたちで、あまり良くないなと思っております。

○赤畑 ありがとうございます。

○平野 まったく同じ状況がうちの施設でもあるんですね。23区内の利用者の方なんですけれども、まずは派遣の依頼を出したときに、まず受付のところから確認の電話がかかってくる。「職員さんは同行されるんですよ」と。その裏には、職員が行くんだから通訳は要らないのではないかという意味が隠れています。もちろん職員は行くんですけども、これは職員の、若しくは事業所の問題だと思っておりますが、手話の出来ない職員の場合または、職員が聴覚障害者の場合はどうするのかという問題があります。過去の例では、同行する職員が聴覚障害の方であることを説明して派遣していただいたんですけども、そもそもそういう問題ではない。ご本人の情報保障という点からいうと、本当はそういうことは言いたくない。ご本人のために通訳を派遣して欲しいというのが実情です。

○赤畑 地域による実情、東京都内でもそういう実情があるということですね、自治体によって違うということがありますが、ほかの現場で実施されているという方、何か派遣に伴うもの、もしくは相談員の業務のなかで困っていること含めて何かございますでしょうか。

いかがでしょうか。今日はいろんな立場の方がいらっしゃっているというふうに聞いています。手話通訳の方もかなりたくさんいらっしゃっているというふうに聞いていますが、森さんから少しお願いします。

○森 手話通訳の問題っていうのもいっぱいあると思うんですけども、一つは今度法律が新しく変わるところで再びというか各区で派遣する。これが都の範囲でも派遣しなければならないということになりますね。高井さん。そうですね。これはもともと東京都の場合は派遣センターが自助努力で各区と契約して、都の派遣も区の派遣も私たちは受けられるという仕組みがあるんですけども。法律が新しくなって、そういう部分に公費が回っていくのかというのが大きな課題になっていると思うんですけども、やはり手話通訳が24時間ほしいというような声をよく現場で聞くし、実際に私が支援するなかで「17時を過ぎちゃった」とか「夜困った」というときに聞こえない人たちが情報保障がなく一晩我慢するしかないみたいな状況で将来展望が明るいのか暗いのか、そのあたりをお話ししたいと思っております。もう一つ、手話通訳も医療のス

スタッフとして関わってほしいとか、それから福祉の現場のいちスタッフとしてカンファレンスなどに参加してほしいとか、そういうニーズはこれからもっともっと高まると思うんですね。今のところ、東京の場合は派遣センターの職員が仕事としてそういうカンファレンスに参加できる。けれども派遣の範囲では、どんなに頑張っている手話通訳が現場で、わあーっという状態になっても通訳の業務以上のことは手だしできないという苦しい部分はあると思いますね。

○赤畑 はい、今のような現状のなかで手話通訳の方がどういう立場で入るのか、いろんな考え方があると思うんですね。午前中の片倉先生の講義のなかでも「通訳者は透明の存在であり得るのか」というような話があり、印象に残っているのですが。特に聴覚障害と精神障害を併せ持つ場合、本人がおっしやっていることに対してどのような反応をするのかも含めて困った場面に立ち会ったとか、東京の手話通訳等派遣センターでは精神科病院の同行をかなりの割合でされていますので、なにか工夫されていることなどありましたら高井さんのほうから具体的なことをお願いします。

○高井 先ほどからできないことばかり言っているので暗い話題になってしまっていますが、逆に派遣センターとしてよかったことは、大塚さんとの関係をずっと作ってくるなかで、東京の陽和病院とのパイプは非常にしっかりしたものであると思っています。病院からの手話通訳派遣の依頼があります。本人の代理というかたちになります。そういったかたちで派遣センターとしては病院との関係、そして患者さんとの関係というのはしっかりできていると思っています。ただ、全ての医療機関と良い関係が出来ているわけではありません。行政の理解、病院の理解がないとそういうことは為し得ないだろうと思います。ある程度ネットワークができてくると、きちんとした専門職の人がキーパーソンになることができると思うのですが、手話通訳の同行をしていると聞こえない人の訴えを一番キャッチできる手話通訳者がキーパーソンになっていくと思います。手話通訳者が現場で手話通訳をやるだけで終わってしまう現状があるなかで、本来はもっと多くの情報を持っているのにそれをどこにも繋げられないでいます。手話通訳者として非常にもどかしい思いを現場でしています。派遣センターとしても病院とのパイプがない限り発展していかないので、ぜひたくさんの病院の方や関係者とパイプ作りができたらいいなと思っています。

○赤畑 ありがとうございます。パイプ作りということで、午前中に大塚さんからもお話がありましたけれど、ちょっと大塚さんから具体的に陽和病院でこのようなことをされていたとかもしありましたら紹介をしていただいた上で議論を広げていきたいなと思います。今日は陽和病院のほかのスタッフも来ていますが、代表をお願いします。

○大塚 すみません。今はもう陽和病院におりませんので代表にはならないと思うんですけど、お三方のお話を聞いて今いろんなことを今頭のなかでずっと考えています。かなり大きく思っているのは憤りと、「自分はじゃあ何ができるか」、「我々は何ができるか」ということを改めて考えなければならないと思ったことが一番大きなことで。それは何かと言うと、圧倒的に資源が足りないと思ったのは平野さんの話を聞いて思ったんですが、居住系の、訓練系の施設に全国からやって来なければならないという。そのことが一番にあるからこそ派遣をお願いするときに、全国の市町村にお願いしなければならない状況になっていることをまずは考えました。

それとなによりも毎回ここに来て「通訳は誰のための通訳なんだろう」と思うんですけど、「研修会が終わった翌日には、きっと私は忘れてるんだな」って毎回反省しているんです。コミュニケーションというのは双方向なので、聞こえない方のためだけの通訳では絶対にはいはずで、私は相変わらず、いつも手話通訳をお願いしなければならなくなるぐらい手話ができないので、ここに来ると私はいつも聞こえない方々と自分でちゃんとお話ができなくて困るんです。そういう私のためにも通訳は必要であったり、

要約筆記が必要であったりすることを考えると、もし日本に手話通訳が必要な聴覚障害の方が、36万人なのか600万人なのかわかりませんが、何十万人かいたとして。そうするとその倍の数は通訳が必要な人がいるはずなんだと思うんですが、そういう発想になっていない。いつまでも聞こえない方のための福祉サービスになっているということが、なんとかならないのかと。

(障害者) 権利条約で手話は言語であるとなったんですね。日本もここに批准していこうとしているなかで、差別解消法もできたので、ここは総合支援法とどう整合性がつくのだろう、と思うことが決着がつかないんです。頭のなかでずっと考えています。そういうなかで怒りばかりではいけないので具体的に何かできることはないか、と思ったときに高井さんが振ってくれたんですが。

あの、今は亡き市川恵美子さんをさっきからずっと想っていたんですけど、陽和病院に最初に通訳の方に入っていたときにもケース会議とかケアカンファレンスにはお入りいただかないで、最初は個別の通訳場面だけでした。そうすると困ることが多々起きたんですね。聞こえない方が勝手に診察中とか面接中とか集団の場面でほかの患者さんが悪口を言ってみたり、情報公開をしまったりして、通訳さんはとても困ったんですね。それで、やはり通訳さんは周りの状況とかの日常の療養の状況を知らないとうまく通訳に反映できないとか、通訳してしまって困るといったことがありました。やはりスタッフから状況をちゃんと知りたいということで、私たちのほうもぜひそうしてほしいということになり、ケース会議等々にも積極的に参加していただくようになりました。そのことの必要性を感じた私たちや市川さんが周りに広げていくなかでそれが定着してきたんだと思うんですね。

それが定着した結果、何ができたかと言うと、午前中の事例でしゃべれなかったんですが、三郎さんだったか、五郎さんだったか、糖尿病の合併症が悪化してほかの病院に移るときに、精神疾患があり聴覚障害を持って合併症を悪くした人を受け入れてくれる病院がほとんどありませんでした。探して探して探してやっと受け入れてもらった病院では、通訳さんという存在をほとんど今まで使ったことがないところでした。だんだん病状が悪化して意識が混濁してきたりして、お話ができなくなる状況になると、一生懸命通訳さんが通っても、「今日は会う必要はないんじゃないでしょうか」とって看護師さんたちに帰されそうになる。でもその通訳さんは陽和病院でそういったチーム連携をずっとやってきたために、「そんなことはないはずだ。私と会えば手話がでてくるかもしれない。私と会えば何か話がでてくるかもしれない。看護師さんはいらないでしょうと言っても、本人はいるかもしれない。手を叩けば手話が出てくるかもしれない。だから会わせて」というふうに権利要求的な立場で入ってくださったんですね。そういうことは一歩ずつ、それぞれの場にいるスタッフが一歩ずつ枠をはみ出すというか、踏み出して越えていかないと連携とか関わりが広がっていかないんじゃないかということも感じました。何を言いたいのかよくわかりませんが、いろんなところでいろんな応援をしていかないといけないし、このことを各地の困っている状況を集約して訴えていかないと3年後の見直しはすぐやってきてしまうなど、森さんのお話を聞いていて思いました。すみません。

○赤畑 はい、ありがとうございます。恐らくそれぞれの立場で考えるところは違うと思います。医療関係者の方もいらっしゃるし、通訳の方もいらっしゃいます。また通訳を利用されている聞こえない方もこのなかにはいらっしゃると思うんですが、それぞれの立場から通訳を利用する上で何かしら困ったとか相談員の方と一緒に同行する上で困ったことなど何かございましたら、ご発言をお願いできればと思います。いかがでしょうか。さきほど医療の現場でもいろんな理解がないというなかでどう理解を深めていこうかということがありますが、すみません。森さん。

○森 多分意見とか言いたいことみなさんいっぱい持っているんだけど、ここに来て話すのはちょっと怖いなというのもあると思うのですが、遠慮しないで発言していただきたいと思うんですが、私が入っていきましょ。えーと、精神が合わさっている聴覚障害者の方たちは自分で情報保障の方たちと関係を作

って、手話を読み取って、自分の問題を整理してって難しいですね。「派遣を頼む。要約筆記？手話通訳？どっち？わからない。手話もわからない、どうしよう。」そうした状態の方がたくさんいます。これから多分手話通訳も要約筆記の方もそういう特別にと言いますか、支援が必要な方たちに応じた情報保障サービスを提供していく必要があって。ここのなかに支援とかケアっていう部分が入りこんでいかなければならないと私は思うんですね。

手話通訳や要約筆記の方たちは聴こえる方たちです。私は聴こえない相談員で、今日は稲さんも朝ご挨拶で「なかま事業」のことをお話くださいましたが、聴こえない者も頑張って資格を取って同じようなところでわかりあえるピア的なものも持ち、経験もある。自分のなかで差別とか壁とか感じて困難を経験として持っている者が今相談員として増えていますので、情報保障のプロの聴こえる方たちとそれから聴こえない相談員が一緒になって支援していくことがまずすごく大事じゃないかと思うんですね。で、そのなかに今おいでになっている皆さんの専門職がそれぞれあると思いますので、そうした個人やペアが、協働のなかにどんどん入ってチームを作っていけたらいいなというふうに思っています。

東京都の場合、平野さんや高井さんや森やほかにもたましろの郷の方、いらっしゃいますよね。ありがとうございます。よかった。たましろの方とか金町学園の方とかトット文化館の方とか、やはり東京都内の社会資源のなかで顔が見えて会えば「ああ、久しぶり」と言い合えるような仲を作っていきたいと思っています。

私としては、相談がすごく増えていますので高井さんにいつも派遣では無理をお願いしているところです。地域で見つからない、手話通訳が足りないという状況が起きます。そうした面で高井さんに泣きついて探してもらって、遠いところでもポンと派遣していただくというような、そういうパイプができています。あとは平野さんのような施設はルールがありますよね。こういうルールから飛び出してしまったような、「ルールを守れないからもうダメだろう」と追い出された人が次に行く場所は、通常地域での生活であるけれども地域で問題を起こして支援が難航したり、精神科病院に入ることもあります。そうすると病院では3カ月ごとに回されて回されて回されて。一体いつ何処で生活ができるのかという問題を持っている方もいます。認知症の高齢者の方の問題もあります。困難ケースにお付き合いしながら頭を抱えつつも、支援者やご家族、関係者の皆さんと仲良く頑張らなくてはならないと思っています。

○赤畑 はい、ありがとうございます。そうですね。いろんな制度からこぼれ落ちてしまう人とか、最初に高井さんが言われた医療につながっていない人の相談が派遣センターにいつているという現状。これも問題として一つあるのかなと思っています。というのは、やはり一極集中していますよね。いろんな相談が、さまざまな施設・機関の人たちが連携していく前に、今ある施設のなかでほんとうにいっぱいいっぱいになっているという現状があって。それをどう広げていくのかというのもとても重要なポイントだなと思っています。

私も医療機関で働いていたときに「じゃあ、目の前にいる人にどんな支援が必要だろう」と思ったときにやはり一人では何にもできない。ソーシャルワーカー一人ではできないし、自分の医療機関だけではできないときに、じゃあ自分が知っている社会資源として情報文化センターや派遣センターの方たちに来てもらったりと。とても広がりを持たたなと思っていますのと同時に、医療機関内でも理解はまちまちなんですね。一人のソーシャルワーカーやソーシャルワーカーの集団だけが理解があるというだけではダメで、じゃあ看護師さんにどう理解を広げていくかということもとても重要で、そのためにカンファレンスの場を設けるとか、グループに手話通訳の人・外の人に来てもらうだけで聴覚障害の方の理解が深まっていくというか。関心をもってもらうということはとても重要ななと思っています。恐らく今日ここにいらっしゃっている方は、聴覚障害者の精神保健福祉に何かしらの関心も持っていらっしゃっている方だと思うんですね。未だにまだご存知でない方や関心も持たれていない方にどう伝えていくのが、まず第一歩として重要ななと思います。現場のなかでそのような工夫や困っているけど、今後こういう取り組みをしてい

きたいなどがありましたら、どなたかお願いできればと思います。いかがでしょうか。どうでしょうか。医療機関の方もいらっしやったはずですが、今病院で院内でどういうふうに理解を広げていくかで取り組んでいるお二人がいるので、どちらかお願いできますか。

○会場 精神科病院でデイケアセンターで働いています。今日ここでお話を伺っていて、私自身が入职したときにもうすでに先輩が作り上げていたネットワークを広げていくなかで聴覚障害をお持ちの方に関わるという経験をしてきたので、ご本人が必要としているのに通訳さんが派遣されない現状があるというのを聞いて、ちょっとびっくりしたぐらい私自身はとても恵まれた環境のなかで、ご本人と通訳さんと関わって一緒にお仕事をさせていただいたんだということをすごく感じていました。

病院のなかには聴覚障害をお持ちの方が何人かいらっしやって、私はそのなかのお一人とずーっとずーと長く付き合っていて関わって今も関わっているんですけども、何人もいらっしやった方たちが退院されていったり、亡くなられていったりというなかで病院のなかでのネットワークが、先輩が作り上げきたものがこのところ薄れてきているのではないかという危機感をもっていて。それを次の世代にどう、私たちが広げて、次の世代に引き継いでいくのか。職種を通してせっかくでき上がったものですので、無くなってしまうのはとてもとてももったいないので、どう発展させていくのかということを考えて、今度院内の研修会で赤畑さんに来ていただこうかなというところで考えています。私自身はカンファレンスを通してもうすでにそうしたネットワークのあるなかで、仕事をさせていただいていたので通訳さんにご意見を伺うということが最初から保障されているなかで、それとてもとても恵まれていたと思います。ご本人の言葉を一番キャッチしているのは通訳さんで、ご本人も通訳さんの顔を見ると私たちと話をするのは比較にならないぐらいのスピードで話し出すんですね。で、そういうのを見ているとやっぱり耳の聴こえない方がおかれている孤独感とかそういったものを垣間見ることができるかなというふうに思っていて。でも自然に自分のことを表現できるような環境を少しでも作り上げていきたいなと今ちょうど思っているところです。

○赤畑 はい、ありがとうございます。それぞれが現場でできることを。場や機会の提供も含めて考えていってもらっている現状ですね。はい、お願いします。

○片倉 医者参考例で一つの誘い方なんですけど、実は僕自身が倒れたりして僕が応援に行けないでいたんですけど、今度全通研東北ブロックの研修で心の問題をやろうってことで、片倉が呼ばれたんですけど、片倉だけじゃ自信がないので森さん誘って、高山さん誘ってっていうかたちで仙台まで11月10日に行ってくるんですけど。通訳者の心の問題、そして聴覚障害者の心の問題というかたちでいろんな話ができたらと思って。ただ考えたのは仙台に行って、僕らが行って通訳の人とやりましたっていうのだけじゃ足りないんじゃないかと思って。やっぱり地元のドクターも誘えれば、地元のドクターに震災当時のこと、そして聴覚障害者のことを話してもらい、知ってもらい活動があってもいいのかなと思って。知り合いにいなかったんで、宮城県の保険医協会というところに手紙を書きまして。「こういうわけで心の問題に関して研修会をやるんですけど、地元のお医者さんにも聴こえない人のことを知っていただいて、また当時の医療のことも話していただきたいと思ひまして、午後ミニ講座というかたちで話をさせていただき、かつ交流会にも出ていただきたくと有難いです。で、僕ら講師料をみんなで山分けして行くぐらいであんまりお金がないので、ずうずうしいんですけど保険医協会のほうで講師派遣費も出してください」って手紙を書いたら、今のところOKになっていまして。医者を誘うのは地域地域で難しんで、でもやってみるとこれもどうなるかわかりませんが。もうちょっと誘えるような人がいるんじゃないかと思ひました。

○赤畑 はい、ありがとうございます。はい、手挙がっている。はい、お願いします。

○会場 施設職員です。今お話を伺っていて、うちにはすごく恵まれていると思いました。近くに双葉会診療所があって、夜中何か例えば利用者さんが熱を出せば片倉先生を叩き起こして「ちょっと熱出しちゃってどうすればいいですか」ってすぐ聞けるし、あと法人のなかに派遣センターもあります。この前、夏祭りがありまして通訳も依頼したんですが、メール1本で「高井さん、来て」って言えば高井さんに来ていただいて通訳していただきました。毎週金曜日に利用者さんがビデオを見ているんですが、情文センターに連絡して「ビデオ貸して」って言えばすぐ貸していただいて。1週間、2週間返すのが遅れても怒られないし、恵まれていると思います。で、かなりたましるではパイプが太くできていると思ったことが一つありまして、以前肢体不自由の方が外出してしまっていて一人でお酒を飲みに行っていて、都内のほうに。そこで足がふらついて倒れて動けなくなっちゃったことがあるんです。そのときにそこにいらっしゃる高井さんがたまたま歩いて「ん？見たことのある人が倒れているな」ということで、見たらうちの利用者さんで、すぐ救急車を呼んでくれて、病院に行って何事にもならなかったんですが。本当に恵まれていて、こう太いパイプができているなと思いました。以上です。

○赤畑 はい、ありがとうございます。そういうインフォーマルな場面でもネットワークが活きているということがわかりました。いろんな立場、いろんなかたちのネットワークがあるんだということがよくわかりました。東京の話が中心になってしまったんですけど、今日全国からいらしているということなので何かお話があれば。稲さん、いかがですかね。大阪での実践について、よろしいですか。はい、ありがとうございます。稲さんは聴覚障害ソーシャルワーカー協会の会長でもいらっしゃいます。

○稲 大阪から来ました稲と申します。協会の話は別にして、私の職場である大阪のろうあ会館で仕事をしています。けれども、そこにいわゆる障害者の施設があります。情報提供施設です。そこでいろんな相談を受けていて、私もここで言っているいかどうか迷ったんですけども、病院に同行や、障害者支援センターに同行するなどがあります。またカンファレンスに参加したりすることが多くあります。そのなかで大阪ろうあ会館の専門職員と一緒に行く場合は、条件として、いわゆる警察など専門的な通訳についてはろうあ会館の職員と一緒に行かなければならないという条件があります。ですから、登録の手話通訳者には依頼しません。そのために専従職員の日程の調整が大変です。専従職員の数も少ないです、待っていて日にちを延ばしてもらおうということも起きています。また大阪府には各市の市役所に行く場合も、設置通訳者が職員を兼ねていますので、施設や病院などに行くときは一緒に行っている。そういう状況でいいのかなど。大阪府の設置通訳者は専従職員も兼ねていますので、その判断が難しい状況が起きています。私が持つ専門的なところも、一緒に行く職員の通訳や専門性の問題が課題となっています。ですから、こういった問題を語り合える場がもっともっと欲しいと思います。以上でよろしいでしょうか。

○赤畑 はい、ありがとうございます。恐らくそれぞれの地域でいろいろな問題点とか今日の話を聞きながらまた思い浮かんでいると思いますが、時間になってしまいましたので、最後に一言ずつパネリストの皆さんにお言葉をお願いします。

○森 時間がおしてきましたので簡単に。最後言い忘れたことがあります。前田さんの盲ろう者支援センターの盲ろう者向け通訳・介助者の方々の力がすごくあるということがわかりました。というのも高齢者のさまざまな生活支援のなかで、ありとあらゆる方法を全部投入しても、なかなかというときに、弱視の問題があったのでお願いしました。そのときの盲ろう者向け通訳・介助者の方々が、結構たくさん使えるということが勉強してわかりましたので助かりました。今後ともよろしく願いいたします。情報保障といっても手話通訳等というふうに「等」が付いていますが、本当に「等」のなかにもいろいろな方が力を



貸していただきますので、私たちもこうした専門職の職域と連携を勉強していかなければならないと思います。今日はありがとうございました。

○赤畑 ありがとうございます。では、平野さん。お願いいたします。

○平野 今日は手話通訳の方もたくさんいらっしゃるということで、もしかしたら派遣の窓口とかそういったことに係るお仕事をされている方もたくさんいらっしゃると思います。繰り返しになるんですけども、手話のできる職員が利用者と一緒に通院できればいいということではないので、そのあたりをご理解いただいた上で派遣していただくというような取り組みを一緒に行っていけたらいいなと思います。

○赤畑 ありがとうございます。では最後、高井さん。お願いします。

○高井 精神科に入院されている聴こえない方へ手話通訳者を派遣しました。当初は 60 分の診察でしたが、診察時間が 30 分と短くなりました。そのとき病院のほうから言っていただいたのが、「残りの 30 分を本人と通訳者のお話の時間に使ってもらえないか」というものでした。それがずっと続いていくことで病院の人たちに少しずつ理解が広まればよいと思います。また、入院している方が「外出をして銀行に行きたいけど通訳って頼めるの？」という話になったりして、通訳の依頼件数が非常にその人にとって増えたケースがありました。やはりちょっとしたところから、うまくいけばどんどん広がっていくということもあると思いました。今後もこのようになることを期待しながら今後も皆さんと一緒に学習の場、また経験を広げていきたいと思っています。

○赤畑 はい、ありがとうございました。すみません。コーディネーターの都合で時間が超過しています。今日はお三方に登壇していただきまして支援における連携の現状と課題についてお話いただきました。そして今日はいろんな方がいらっしゃっていますが、今後こうすればいいなという理想を語り合う場も今後作っていただけると改めて感じました。今日はお三方どうもありがとうございました。これで座談会を終わりにしたいと思います。

○司会 ありがとうございます。もう一度、4名の皆様に大きな拍手をお願いいたします。

## 【来賓挨拶】

### ○東京都聴覚障害者連盟 事務局長 越智大輔様

○司会 それでは引き続きまして、ただ今より 17 時 25 分まで皆様からのご質問・ご意見・ご感想などをいただきたいと思ひます。その前にですね、公務のために午後からのご臨席をいただいております、社団法人東京都聴覚障害者連盟事務局長の越智様より一言いただきたいと思ひますのでよろしいでしょうか。

○越智 ご紹介いただきました、東聴連の事務局長をやっております越智と申します。手話では越智とこういふふうに表示します。よろしくお願ひいたします。本当は開会式のときに挨拶をする予定でしたが、ちょっと事情がありましてできませんでした。申し訳ございません。代わりに最後に感想を含めてお話をしたいと思ひます。

実は聴覚障害者の精神支援について理解が始まったというのは、1991 年。平成 3 年の世界ろう者会議がきっかけではないかと思ひます。その会議のなかで精神分科会がありまして、それまで精神支援というものはほとんど関心を持たれていませんでしたが関心が高まったんですね。野澤先生もいらっしゃったこともあり、精神福祉研究会が立ち上げられ、そして精神関連のネットワーク作りが少しずつ、そして医療関係者の理解も少しずつ広まったと思ひます。でもその前から精神関係の相談などもたくさんありました。

昔の話ですが、私のところにもろう者で精神について悩んでいるという方の相談がありました。で、理解のある病院を教えてほしいということでした。でもまったく情報がなかったのだから、一生懸命いろいろなパイプを元に調べまして、いろいろな方に伺って、川崎にある病院に理解のある先生がいるらしいという情報があったのだから、それを紹介しました。その後しばらくしてまたいらっしゃって「あの病院ダメだよ。理解がないよ」という話でした。「あれ？本当かな？思い込みかも？」と思ひましたが、改めて先生と直接お話をしてみました。話してみてもわかったことは、聴覚障害者への理解が全然なかったんです。わかってるつもりでやっているだけということでした。こんなことだったらみんな行くのが嫌になるのは当たり前だと思ひて、そういう状況でしたから、ろうあ者の精神の相談がまったくできない、またパイプがないという状況でした。個人的な相談は受けていましたけれども、専門的な知識もございませんし、経験もなし、資格もない。十分な支援ができないまま来なくなった方もいっぱいいたというような状況がございました。今でも残念に思ひています。そういう状況のなかで一番大事なことは、医者とろうあ者の信頼関係をどう作るのかということなんです。手話通訳を通す場合、やはりなかなか関係づくりが難しいです。その辺り、いろいろと壁があるなということがわかりました。

午前中の大塚先生のお話のなかで、手話ができないけれど一生懸命うつ病のろう者に対して、こう下から顔を覗き込むようにして話をしたという例を聞きました。言っていることは当人にはわからなかったでしょうが、その先生の気持ちは通じたと思ひます。ですから、最後には顔を上げてくれてという状況があったと思ひますね。そういう環境を作るのはどうするのか、それが課題です。本当に考えていかなければならないと思ひます。手話通訳の役割もそのあたりもあるんじゃないかと思ひます。片倉先生のお話は残念ながら聞けませんでした、パワーポイントを使ったと聞いて驚きましたが（笑）。片倉先生はいつも手話通訳は透明な存在でないといけないというお話をしています。信頼関係を作るためにはやはり透明性が必要な場合もある一方、防波堤になる必要もあるのではないかと思ひます。多くのろう者は情報がないので、自分の状況がわかりません。先生の話信じられないわけですよ。理解もない先生の話きいて頷くしかない。それで間違った方向にいつてしまうという心配があります。手話通訳が「そうじゃないよ」と思ひているとき、そのまま終わってしまっているのか。それでどうするべきなのか、そのあたりも今後話し合っていく必要があるのではないかと考えています。

実際に大塚さんのお話のなかでもう一つ共感した部分があります。長期にわたり精神病院に入院したままのろうあ者がまだいるかもという話がありましたよね。昔ですが、聴覚障害者支援センター、昔の名前ですと、ろうあ者更生寮ですよ。そこを出た人がいるわけですが、その後の調査をやることになり、文

章だけではわかりにくいので、絵が得意ということで依頼されまして、質問事項のイラストを描いたということもありました。その報告を見ると何人か精神病院に入ったままになっているという方が何人かいらっしゃったんですね。本当に精神病なんですか。奇行が理解されなくて「精神病だ」と決められてしまったのではないかと。本当は違うんじゃないか。そういうところもあるんじゃないかと気になっています。そういうことを把握していかなければなりません。そのためにどうすればいいのか。皆さんでも考えてほしいと思います。最後のディスカッションのなかでも支援のあり方の話がありました。

実際、厚生労働省のコミュニケーション支援事業、名前が変わりましたね。意思疎通支援事業になりました。意思疎通支援というのはなんなのか、というあたり担当官の君島さんにお話を聞いたんですが、その話のなかに手話通訳との橋渡しだけでなく、場合によっては薬の飲み方がわからないときの支援、そういう支援も必要になってくるかもしれない、みたいな話があったんですね。そのときは「ん？」と思ったんですが、情報の橋渡しをする支援だけでなくそれも必要だとすると責任の範囲がどうなるのかという問題があると思います。それも曖昧なままになってしまうという不安、危惧もあります。それも考慮して、情報の提供をいろんなかたちでしなければいけないと思うのです。通訳が終わったあとに「ちょっと間違いがあるかもしれないから情文の森さんに話を聞いてはどうですか」とか、「遠いけれども、片倉先生のところに行ってみたらどう」というような情報の提供があってもいいんじゃないかなというふうに思います。あり方も含めて、どうすればいいのか皆で改めて話し合うのがいいと思っています。一緒に頑張っていきましょう。よろしくお願ひします。ありがとうございました。

## 【講評】

○日本リハビリテーション連携科学学会 理事長 奥野英子様

○司会 ここで、聴覚障害者の精神保健福祉に関わってこられた先生方がおいでくださっていますので、一言講評を頂戴したいと思います。まずは日本リハビリテーション連携科学学会より奥野英子様、よろしいでしょうか。よろしくお願ひいたします。

○奥野 貴重なお時間をいただきましてありがとうございました。日本リハビリテーション連携科学学会理事長をしております、奥野と申します。この学会もさまざまな専門職、リハビリテーションに関わる専門職の連携をしなければ障害当事者にとっていいサービスは提供できないということで15年前に設立していますが、今日皆様のお話を聞かせていただいて非常に共通することがたくさんあると思いました。

今日のお話では午前中からただ今のプログラムまで内容が非常に濃くて、そしてたくさん学ぶことがあって、非常に問題が難しいなと思いました。現在、障害者関係ではさまざまな法律が変わってきていて仕事がしにくい状況になってきていると思います。専門職の生活が保障されて支援に専念できるような状態ではないという大変な状況のなかで、皆様支援をしていかなければいけないということを痛感しております。ただこの会場に集まられている皆様が聴覚障害のある方を対象にして支援をしている手話通訳の方、要約筆記の方、それから支援員の方たち、皆様本当に素晴らしい方たちで、このように一緒に熱心に、信頼関係のなかで勉強できるということは財産だと思います。

問題がたくさんありますけれども、きちんと整理をしてどういうふうに解決していけるかということ、冷静に考えていかなければいけないだろうと思います。手話通訳者・士の役割、それから相談支援の専門職は国家資格では社会福祉士・精神保健福祉士ですが、その役割分担をどうするのかとか、さまざまなことがバックにはあると思います。ただ現在の日本の社会福祉、障害者福祉の状況からするとたくさんのお金は使えないという状況がありますので、効率的にお金を使いながら本当に必要な支援を、聴覚障害があり、かつ精神障害がある方たちにしていくことがすごく重要と思っています。それと同時に聴覚障害がある方たちが少しでも自立していく力をつけていく。周りの者がずっと支援し続けなければいけないという状況ではなくて、それがリハビリテーションなんです、自分でできることを増やす、自立度を高めてい

くという支援も非常に重要と思っています。今日はありがとうございました。

### ○東京聴覚障害者支援センター 所長 高橋秀志様

○司会 奥野様、ありがとうございました。つづきまして、事前にお伝えはしていませんけれども東京聴覚障害者支援センター所長の高橋様がいらっしゃっておりますので、一言講評をお願いいたします。

高橋 事前に知らされていなかった高橋です。よろしくお願ひします。あの、ときどきこのお話のなかで聴覚障害者の精神保健研究集会という名前が出てきました。その集会では最初から最後の 21 回まで事務局をやらせていただきました。その会が発展的な解散といひますか、このようなかたちで情報文化センターの森さんにバトンタッチすることができました。今年で 3 回目ということで、もう大丈夫だろうという思いで参加させていただきました。仕事を始めたときは関係者の方々のネットワークが全くなくて、それぞれの部署で抱え込んでしまっているという状況がずっと続いていました。その当時は東京都の心身障害者福祉センターという、強固な組織として専門的な方がいらっしゃいました。そういう方たちにさまざまな助言を受けながら聴覚障害者支援に関わってくるのができました。そうしたなかで少しずつ関係者でネットワークを作っていく必要があるという話が出て、21 年前にその精神保健研究集会ができました。今回情報文化センターの森さんから「実は地域で孤立している方がいるんだけど、どうなんだろう」という機関としての関係づくりができ始めている。そして私たちはまた次のステージへということで繋がっていく。少しずつネットワークが目に見えるようになってきているのだなと思ひました。大塚さんの話にもあったように、孤独を連帯に変えていく。本当にそれは必要だと思ひます。こういう会を 1 年に 1 回と言わず。森さん、2 回でも 3 回でも企画してやっていただきたいなというふうに思ひます。今日はどうもありがとうございました。

### ○聴覚障害問題研究会 代表 野澤克哉様

○司会 高橋様ありがとうございました。最後に、聴覚障害の精神保健について誰もがご存知の聴覚障害問題研究会代表の野澤先生に一言ご講評をいただきたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。

○野澤 皆様、一日本当にご苦勞様でした。簡単な挨拶ではありませんよ、ちょっと意味のある挨拶をしたいと思ひます。実はこの会は「研修会」という名前になっていますが、僕がやっていたときは「聴覚障害者精神保健研究集会」という名前でした。ですから、前のときはそれぞれの施設が個々の近況を発表するとか、それにふさわしい講演をお二人位にしぼってやってきました。3 年前に解散をし、この状況に変わった様子を見ると私も 3 年連続出席していますが、「研修会」となっていますね。それもととてもいいと思ひます。「研修会」ではもう少し新しいというか、今まで参加したことのないようなグループからも人をお呼びするのもいいと思ひます。例えば今日の通訳の広域派遣ができないという課題が出ていましたね。これは我々だけで話されても構わないですが、やはり行政関係者、例えば厚生労働省、障害者福祉専門官であるとかろうあ連盟の幹部の役員に参加してもらおうとか、行政と運動を結びつける。それをしないと根本的に解決はできないし、深まっていけないと思ひます。幸い 3 年後に「障害者差別解消法」が始まるという話があります。今、広域派遣ができないというのは、聞こえない人の情報コミュニケーションの権利を奪われているということです。これは差別です。そういうはっきりした厳しい自覚をもって、行政との交渉、話し合いも行政関係者とも必要ですから、今後は関係者を呼んで勉強してもらいたい。そのためにもこの会は先ほどもお話があったように 1 年に 1 回では足りないですね。お金の問題もあるのかもしれませんが、1 年に 2 回 3 回。東京だけでは足りません。ろうあ連盟のブロックと同じで、今、情報提供施設は全国 40 何か所かできておりますので、ブロック単位でこういう研修会を開く。そして全国的に広めていくことも大事だと思ひます。今日は本当に一日御苦勞さまでした。今後は期待いたします。

## 【閉会挨拶】

○司会 野澤先生ありがとうございました。それでは最後に主催であります、聴覚障害者情報文化センター 聴覚障害者情報提供施設 施設長の森せい子より閉会の挨拶をさせていただきます。

○森 何度も申し訳ありませんが、最後です。昨日の夜、改めて皆様からの申し込み用紙に目を通していました。存じ上げている方々のお名前を見つけるたびにとっても嬉しい気持ちになりました。そんな気持ちで皆様のご来場をお待ちしていました。そしてお一人おひとりとお話したい気持ちをこらえて今日は解散、片付けをしますが、これからも今日ご家族の方々ももいらっしゃいますし、当事者の方も、支援者の方もたくさんいますし、手話通訳の方も、100人お見えです。本当にありがとうございました。お疲れだと思いますのでこれ以上は話しませんが、来年までの間に何回もやれというご意見をいただきましたので、ささやかながら私どものセンターの地下に潜りこんで専門職の研修、技術を磨くような勉強会は気楽にぜひやりたいと思っています。たまたま今心を病んでいる、病気をともにしているメンバーの方々が出て、たまたまそういう状況の方たちと共に居続けることで、私たちはそういう方たちの輝く一瞬に出会うことができますよね。そうした一瞬、本当に人は変わるものだな、と感じる時があります。5年も6年も関わり続けていくと本当に重い石が動き始める、変わっていくことを実感しています。これからも毎日毎日共に汗を流していきましょう。会場の皆さんも支援のお仕事、ご家族の立場では日常のお世話など、いろいろあると思いますが、ここで今日会った皆さんのことを忘れずに、よいつながりを持ち続けて頂けたらと思います。また機会は作るつもりですので、頑張りますので、是非お元気でまたご参加ください。今日は本当にありがとうございました。

○司会 ただいまをもちまして、聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会を閉会いたします。情報保障を担当された手話通訳と要約筆記の皆様ありがとうございました。

# 資料編

## 資料1 (1) 疾病の理解について「聴覚障害者のある人の統合失調症や発達障害について」 聴覚障害者の統合失調症・発達障害についてのノート

双葉会診療所 院長 片倉和彦

A、自己紹介：浪人中に「いま、できること」という映画をみて、そこに描かれている知的障害者の姿にびっくりする。信州大学に1980年に入学。障害者問題研究会というサークルで、知的障害児施設での散歩、自閉症療育キャンプ、筋ジストロフィキャンプなどを手伝う。聴覚障害者の先輩がいたことがきっかけとなって松本市民手話サークルに通うようになる。京都のいこいの村というろう重複者施設に行ったことがきっかけとなって、精神科にすすむ。ろう者のカウンセリングに取り組んでいる人に会ったのがきっかけとなって聴障者精神保健研究集会。阪神大震災のときに集まったメンバーがもとになって聴覚障害者の医療に関心を持つ医療関係者のネットワーク。ろう+知的障害の障害を持つ人たちの居場所作りを手伝って東京奥多摩に引っ越してきて、現在、特別養護老人ホームの隣の診療所に勤務。2011年3月16日、やきもきして右大脳出血になって8日間入院。職場メール [katakuuura@futabakai.or.jp](mailto:katakuuura@futabakai.or.jp) 知的障害者施設の嘱託医。ろう重複者施設の嘱託医を兼任していたのだが障害者自立支援法のなかの配置医師という定義の変更が判明し、施設に定期的に通うことが困難となる。

### B、おみやげ山分け現代の精神保健の状況○×クイズ[1~9は○×で教えてください]

- 1、日本の65歳以上の高齢者人口は1990年には約1500万人だったが、2012年には約3000万人になった。
  - 2、経済的に困窮する家庭に学用品費や給食費などを支給する就学援助制度を、例えば足立墨田板橋練馬江東区では利用している中学生家庭が一割程度である。
  - 3、日本は諸外国と比べてメンタルヘルス疾患の罹患率受診率は高い
  - 4、うつ病の患者・受診者の率は、日本は諸外国のなかでは多いほうである
  - 5、人口10万人あたりの自殺率を見ると、現在は1955年頃の自殺率とほぼ同じ水準である
  - 6、日本における他殺による死亡者数はここ15年はずっとほぼ横ばいである
  - 7、東京都の職員本人の共済年金で障害年金の申請を出すときには直近1年間のカルテのコピーを患者本人が開示請求をしてそれをつけて申請するというきまりに2013年4月からなった。
  - 8、統合失調症は年々患者発生数が増え、かつ年々重度化してきている
  - 9、自閉症スペクトラム障害などの発達障害は20年前に比べて実際に増えている。
- (10、決勝問題)

## C、統合失調症という疾患

### 1、統合失調症の診断が大事なわけは

診断によって薬物治療などが始まる

患者本人が今起きていることを理解していくために

周囲が本人に近づき、本人も周囲に歩み寄るために

### 2、統合失調症診断のためには

初診前に：診察に来た経緯、今までのこと、診察がいやかどうか、誰と一緒に来ているか

初診：話が伝わるか、話の内容はどうか、話の最中の視線と中断、過去の思い出し方、

再診：その後どうか、薬の効き目と副作用は、居場所と役割は

### 3、聴覚障害者の統合失調症診察で大事だと思うこと

#通じてほっとする関係が大切

#診察場面での患者の視線、表情の変化、混乱を捉える

#内容が伝わるあるいは伝わらない

#生活を送っていくときの困難さは

#患者も相談者も孤立しやすい

### 4、片倉との初回面接の頃の様子例（20～30代男性）

#1、「じぶんのうわさがどんどん広がっている」と初診で訴えたAさん

#2、ふと話が途切れて「耳の人」との空中手話だったBさん

#3、父と母とが話しているのを見るとピピピが出る、と話すCさん

#4、女性に対する敏感関係念慮が主だが、やっていることは??のDさん

## D、杉山登志郎先生(浜松医大)の発達凸凹の考え方

発達障害の原因は多因子

遺伝であっても発現するしないということがある

発達凸凹ゆえの子育て障害がおきやすい

発達凸凹がトラウマなどによって発達障害になる

## E、米田衆介先生(明神下診療所)の自閉症情報処理過剰選択仮説

\$アスペルガー障害(高機能自閉症)三つの中核症状

### 1、シングルフォーカス特性

注意を向けられる対象が一度に一つ

### 2、シングルレイヤー思考特性

同時的・重層的な思考が苦手

### 3、ハイコントラスト知覚

「白か黒か」のような極端な感じ方や考え方

## 五つの周辺特性

### 1、自己モニター障害

自分の身体的・精神的状態に気づかない

### 2、注意欠陥多動特性群

不注意・衝動性など

### 3、情動制御関連特性群

気分変動・やる気がコントロールできない、など

### 4、運動制御関連特性群

不器用、姿勢の悪さ、運動学習の障害

### 5、記憶と学習に関する特性群

エピソード検索の障害、手続き記憶の障害

## F、聴覚障害と発達障害、

- ・重複する障害によって、聴覚障害、発達障害の発見が遅れる
- ・言語を使ったその場での中距離の介入がむずかしい。視線が向いていなければその場でその行動を止めるのも難しくなり、力も抜けない
- ・高機能自閉症だと他の疾患との区別が難しくなる。周辺情報や生活史も必要である。
- ・例えば「中」の字を見ると混乱するなどのこだわりの形は、基本的には視覚優位だが。
- ・ハイコントラストということは・・・

## G、資料、ICD-10による統合失調症の診断基準

診断のために特別の重要性を持つ現象として、次の9項目をあげている。

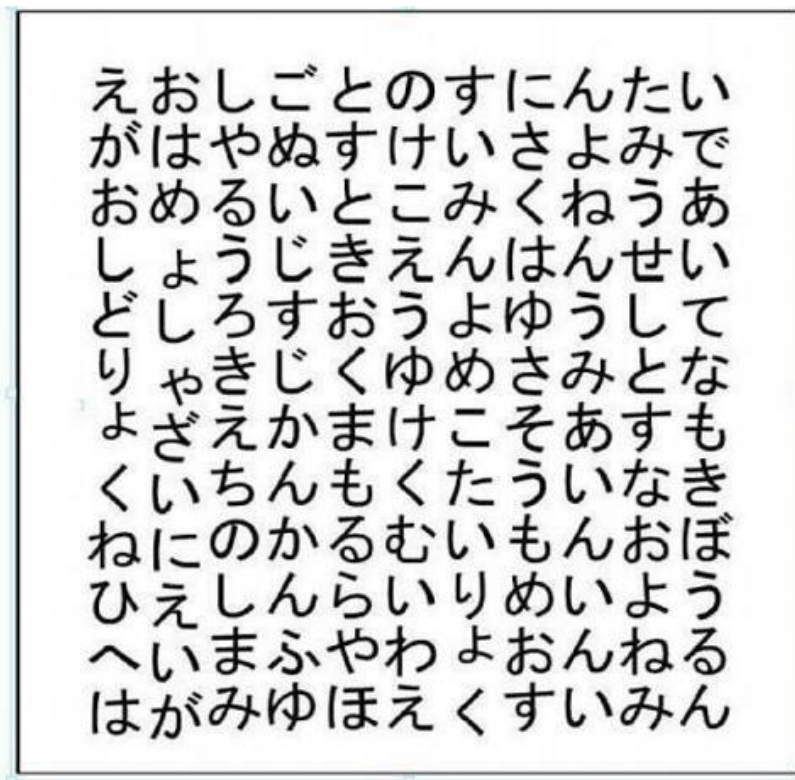
1. 考想化声、考想吹込または思考奪取、考想伝播。
2. 他者に支配される、影響される、あるいは抵抗できないという妄想で、身体や四肢の運動、特定の思考、行動や感覚に関連づけられているもの、および妄想知覚。
3. 患者の行動に対して絶えず注釈を加えたり、仲間たちの間で患者のことを話題にする形式の幻聴、あるいは身体のある部分から発せられる幻聴。
4. 宗教的・政治的な身分や超人的な力や能力といった、文化的に不適切で実現不可能なことがらについての持続的な妄想（例えば天候をコントロールできるとか、別世界の宇宙人と交信しているといったもの）。
5. 持続的な幻覚が、感傷的内容を持たない浮動性あるいは部分的な妄想や支配観念に伴って継続的に（数週から数ヶ月）現れる。
6. 思考の流れに途絶や挿入があり、その結果まとまりのない話しかたをしたり、言語新作が見られたりする。
7. 興奮、常同姿勢、蠟屈症、拒絶症、緘黙、昏迷などの緊張病性行動。
8. 著しい無気力、会話の貧困、情動的反応の鈍麻や不適切さのような、社会的引きこもりや、社会的能力の低下をもたらす「陰性症状」。
9. 関心喪失、目的欠如、無為、自分のことだけに没頭する態度、社会的引きこもりなど、個人的行動の質的变化。

→診断のための標準的な必要条件：上記の1～4のうち、明らかな症状が少なくとも一つ（十分に明らかでないときは二つ以上）、あるいは5～9のうち少なくとも二つ以上が、1ヶ月以上にわたりほとんどの期間、明らかに存在していること。



近年, 精神疾患を抱える青年期の人びとには, 壮大な誇大妄想やヒステリー反応などが見られなくなり, 統合失調症もかつてより軽症化の傾向にあるという。多くの精神科医が指摘するように, 今日では, 彼らの精神を抑圧するような厳格な規範を押しつける役割を, 一般的な社会が果たさなくなっているからである。社会的な権威を体現した抑圧的な他者との軋轢や, 威圧的な社会道徳や規範の重圧に苦しむ青年は確実に減っている。

それに代わって, 彼らのあいだに急増しているのはうつ病である。こちらは, 対人関係のストレスやその重圧感から発症しやすいといわれている。いわば内なる厳格な他者との葛藤から生じやすいのが統合失調症だとすれば, むしろリアルな他人との葛藤から生じやすいのがうつ病である。統合失調症からうつ病へという精神疾患の流行の推移は, 屹立する社会という大きな障壁がリアリティを失ったために, 皮肉にも個々の人間関係のキツさが際立ってきたという今日の状況を反映したものである。いわば, 自己の内なる他者から現実の他者へと, 青年の精神を抑圧する主体が移行しているのである。



平成25年度 聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会

### 生活支援の視点で寄り添う 聴覚障害のある精神障害者へのかかわり方

2013年8月4日(日)  
(社)日本精神保健福祉士協会  
常務理事 大塚淳子

於:港区障害保健福祉センター





1

### とりあえず、自己紹介(公私織り交ぜて)

**職歴:**

- ◆身体障害者入通所授産施設6年半  
(当事者の運動力と縦割り制度の弊害を知る)  
→ここで聴覚障害者と出会う
- ◆精神科病院12年弱、精神科診療所1年半  
(精神科医療の貧しさや閉鎖性を知る、医療と福祉の連携の不足を知る)  
→ここで他障害者と精神障害者の重複者へのケア(特に聴覚障害)に取り組む
- ◆2005年9月～  
現職(社)日本精神保健福祉士協会常務理事  
→資格者の仲間と聴覚障害のある人がいる  
→聴覚障害者ソーシャルワーカー協会が設立、2013年度から法人格を有する)

**兼務:**

- 大学で精神保健福祉に関する非常勤講師  
(…今の時代の教育の難しさ…  
コミュニケーションの持ち方の変化…  
→対人援助サービス従事者の課題)

**社会的活動:** あれこれ…これがパワーのもと…

**帰国子女:** 3～6歳(言語の獲得期)に海外生活、帰国は小学校入学時

**登校拒否:** 日本語話せないままの2年間…の結果

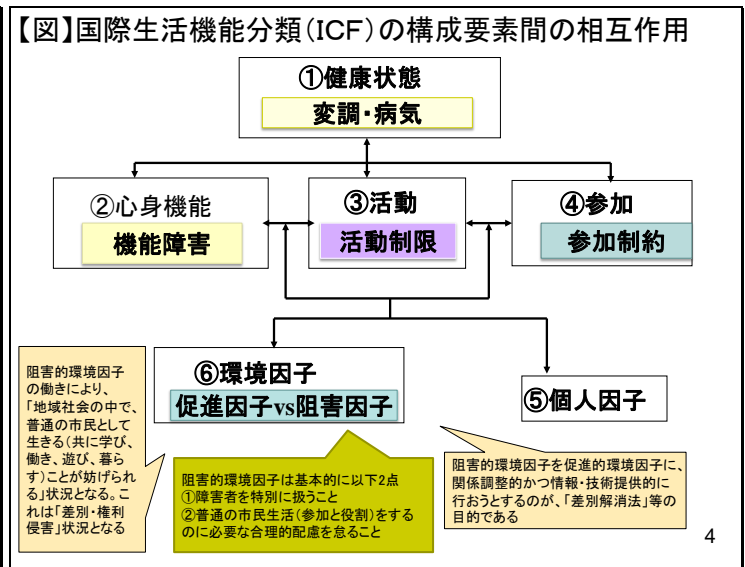
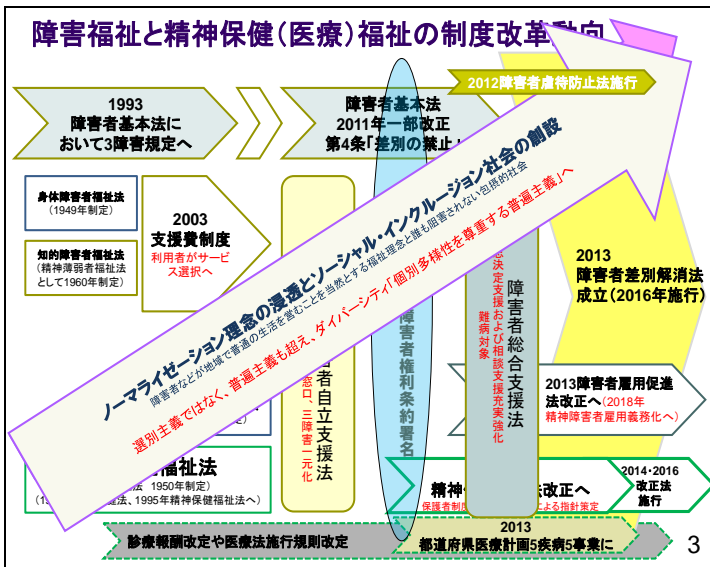
**コミュニケーション文化のギャップ:**  
「face to face」で自己主張をはっきりとストレートにJVS「周りを見て表情や雰囲気を読んで婉曲に」…言語、生活様式、文化、マナーティーンへの関心への目覚め

**多感な思春期:** …自我の危なさ、メンタルヘルスの危機…しかし…教育と文学と周囲の人間関係とで維持され…対人援助職への関心へ

**青年期:** …成人期…それなりに人生いろいろ

**現在:** …壮年期…老親の介護、自身の健康問題…病気を思い改めて考えるあれこれ…支援者にとってもメンタルヘルスはとても大事なこと…

2



### 大事な視点

#### 障害の理解

- 障害は誰にも生じうる身近なもの(普遍性)
- 障害は多種多様で同じ障害でも一律ではない(固有性)
- 外見ではわかりにくい障害もある
- 不自由はあるが周囲の理解や配慮があればできることが多い

#### 日常生活や事業活動の中での配慮や工夫

- 困っていそうな時に必要な支援を確認して支援しよう
- 障害のある利用者がいることを考え、どのような配慮が必要か聞いてみよう
- 「障害があるから」と決め付けず、それぞれの個性や能力を活用することを一緒に考えよう

⇒共生社会の実現(障害の有無にかかわらず誰もが人格と個性を尊重し合う社会)

5

### 障害者総合支援法の施行に関わる主な検討課題

資料4

1. 平成25年4月施行分

障害者の範囲への難病等の追加

難病等の範囲は、厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会での議論を踏まえ、当面、市町村の補助事業(難病患者等居宅生活支援事業)の対象疾病と同じ範囲とし、対象疾患を定める政令改正を実施。  
※新たな難病対策における医療費助成の対象疾患の範囲等に係る検討を踏まえ、今後見直しを行う。

2. 平成26年4月施行分

障害者の地域生活の推進に関する検討会

重度訪問介護の対象拡大

現行の重度の肢体不自由者に加え、重度の知的・精神障害者に対象を拡大予定。今後、具体的な対象範囲や、事業者の指定基準、報酬の在り方等を検討。

ケアホームとグループホームの一元化等

今後、事業者の指定基準や報酬の在り方等とともに、外部サービス利用規制の見直しやセラティ型住居の創設についても検討。  
※併せて、附帯決議で指摘された小規模入所施設等を含む地域における障害者の居住の支援等の在り方についても検討。

障害支援区分

平成24年度 約200市区町村の協力の下、障害程度区分の認定に関する詳しいデータを収集し、知的障害・精神障害の二次判定での引上げ要因の詳細な分析等を実施。

地域移行支援の対象拡大

現行の障害者支援施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者に加え、保護施設、矯正施設等を退所する障害者に対象を拡大することを検討。

※基本指針の改正

市町村及び都道府県において平成26年度中に第4期障害福祉計画(計画期間:平成27～平成29年度)の作成が行われることから、平成25年度中に、障害福祉サービス等の提供体制の確保に係る目標に関する事項等について、基本指針の改正を検討。

6

### 3. 法施行後3年(平成28年4月)を目途とした見直し

- 常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方
- 障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方
- 障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方
- 手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方
- 精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方

※上記の検討に当たっては、障害者やその家族その他の関係者の意見を反映させる措置を講ずることとされている。

7

### 地域社会における共生の実現に向けて 新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律の概要

(平成24年6月20日成立・同年6月27日公布)

#### 1. 趣旨

障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実等障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための、新たな障害保健福祉施策を講ずるものとする。

#### 2. 概要

- 1. 題名**  
「障害者自立支援法」を「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)」とする。
- 2. 基本理念**  
法に基づき日常生活・社会生活の支援が、共生社会を実現するため、社会参加の機会の確保及び地域社会における共生、社会的障壁の除去に資するよう、総合かつ計画的に行われることを法律の基本理念として新たに掲げる。
- 3. 障害者の範囲(障害者の範囲も同様に)**  
「制度の各論」を埋めるべく、障害者の範囲に難病等を加える。
- 4. 障害支援区分の創設**  
「障害者の範囲(障害者の範囲も同様に)」について、障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示す「障害支援区分」に改める。  
※「障害支援区分の認定が知的障害者・精神障害者の特性に応じて行われるよう、区分の制定に当たっては適切な配慮等を行う。」
- 5. 障害者に対する支援**
  - ① 重度訪問介護の対象拡大(重度の肢体不自由者等であって常時介護を要する障害者として厚生労働省令で定めるものとする)
  - ② 共同生活介護(ケアホーム)の共同生活活動(グループホーム)への一元化
  - ③ 地域移行支援の対象拡大(地域における生活に移行するため重点的な支援を必要とする者であって厚生労働省令で定めるものを加える)
  - ④ 地域生活支援事業の追加(障害者に対する理解を深めるための研修や啓発を行う事業、意思疎通支援を行う者を養成する事業等)
- 6. サービス基盤の計画的整備**
  - ① 障害福祉サービス等の提供体制の確保に係る目標に関する事項及び地域生活支援事業の実施に関する事項についての障害福祉計画の策定
  - ② 基本指針・障害福祉計画に関する定期的な検証と見直しを法定化
  - ③ 市町村は障害福祉計画を作成するに当たって、障害者等のニーズ把握を行うことを努力義務化
  - ④ 自立支援協議会の名称について、地域の実情に応じて定められるよう弾力化するともに、当事者や家族の参画を明確化

#### 3. 施行期日

平成25年4月1日(ただし、4.及び5.①～③については、平成26年4月1日)

#### 4. 検討規定(障害者施策を段階的に講じるため、法の施行後3年を目途として、以下について検討)

- ① 常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方
- ② 障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方
- ③ 障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方
- ④ 手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方
- ⑤ 精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方

※上記の検討に当たっては、障害者やその家族その他の関係者の意見を反映させる措置を講ずる。

8

### 題名・目的・理念

○ 改正障害者基本法を踏まえ、法の目的規定を改正し、基本理念を創設することにより、「障害者自立支援法」を「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)」とする。【平成25年4月1日施行】

#### 目的の改正

○ 「自立」の代わりに、新たに、「基本的人権を享有する個人としての尊厳」を明記。  
○ 障害福祉サービスに係る給付に加え、地域生活支援事業による支援を明記し、それらの支援を総合的に行うこととする。

#### 基本理念の創設

23年7月に成立した改正障害者基本法で、目的や基本原則として盛り込まれた、

- ① 全ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえない個人として尊重されるものであるとの理念
- ② 全ての国民が、障害の有無によって分け隔たられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現
- ③ 可能な限りその身近な場所において必要な(中略)支援を受けられること
- ④ 社会参加の機会の確保
- ⑤ どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと
- ⑥ 社会的障壁の除去

といった重要な考え方を新法の理念としても規定することとしたもの。

#### 題名

「障害者自立支援法」→「障害者総合支援法」(※)

※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律

9

### 障害者総合支援法に基づく 相談支援の充実に伴う対象拡大

国民 1億2800万人  
社会資源 多様な生活資源に基づく暮らし  
社会保障制度

総合的 CMの対象  
専門機関 医療など  
相談援助

障害者 約800万人  
入院・入所者 約50万人  
相談支援

CM 計画相談 約65万人  
福祉サービス利用者  
制度内 CMの対象

相談 すべての国民 市町村等

10

## Question 1

A. 聴覚障がいのある人との交流やかかわりの経験はありますか？  
はいと答えた方に、支援に困難を覚えたことはありますか？

B. 精神障がいのある人との交流やかかわりの経験はありますか？  
はいと答えた方に、支援に困難を覚えたことはありますか？

C. 聴覚障がいと精神障がいの重複障がいのある人との交流やかかわりの経験はありますか？  
はいと答えた方に、支援に困難を覚えたことはありますか？

## Question 2

D. 上記問いに関して、支援に困難を覚えた理由は何でしたか？

もし、あなたが相談をしたい時に、自分の「言葉」が伝わらないとしたら、どんなことを感じるでしょうか？聴覚障害や精神障害を持つ方々への支援を無意識に避けてしまっていないですか？

11

### 聴覚障害と精神障害、それぞれの概況

#### 聴覚障害

日本では、聴力レベルが70dBから身体障害者手帳の交付を受ける対象となり、聴覚障害のみで取得できる手帳の最も重い等級は2級である。交付を受けている聴覚・言語障害者は全国で約36万人とされている。(平成24年版、障害白書)。国連の世界保健機構(WHO)で補聴器の装着が奨励されている41dB以上の難聴者は、日本では600万人いと言われている。聴覚障害の発生原因や障害の部位、聞こえの程度(障害の程度)は様々であり、聴覚を補償する機器や方法も多様である。障害発生年齢別(失聴時期)にみると、言語習得前期の3歳までが18.6%、17歳までが27.6%と約3割弱、また40～64歳までが28.6%と約3割弱と失聴言語習得後や社会生活の実績を築きあげている最中の失聴(学齢期、社会人)も多い。また、老人性失聴は高齢化に伴い増加傾向が窺える。また、知的障害、精神障害、身体障害、発達障害などの重複障害失聴者も少なくないと思われる。

#### 精神障害

全国で323万人(平成20年厚労省推計)。この数字は国民の約40人に一人強が精神的状態を訴え相談・治療を受けているというデータ。糖尿病推計患者数とはほぼ同じで身近な疾患であることの証左。うつ病や認知症の急増により普及と発症が徐々に進み始めている。統合失調症はおよそ100人に1人、うつ病の国内の生涯有病率は3%とされる。初診時年齢別に見ると、20歳未満は41%(統合失調症のみ)と56.2%、40歳以上が20.1%(同6.2%)となり、在学中思春期での発病により就職経験等の社会的機会を逸し社会生活への適応困難を強めたり、社会生活を築き上げる途上よりその後の成り立ち期での発症で様々な喪失や疎外を経験する者が多い。

精神科医療機関への入院患者数は約31.5万人、全国の入院患者数の約4分の1を占めている。しかし、精神科の医療費やマンパワー、疾病理解への国民水準は低い。医学的な説明や対策の遅れ、長期間にわたり医療対象より治安対象であった時代があるなど政策的誤りと劣悪処遇などの弊害、マスコミ報道のありかたを含み、偏見差別的悪循環がなかなか改善せず、医療的にも福祉的にも立ち遅れが著しい現状が課題。1993年の障害者基本法で法的に障害者と位置づけられ、1995年精神保健福祉法により福祉サービスの対象に、障害者自立支援法で3障害一元化福祉サービスの対象となった。2004年の「改革ビジョン」により「入院医療から地域生活支援へ」と政策転換が明確になったが、地域移行や権利擁護の課題は大きい。2011年、厚労省は医療計画策定の疾病対象を精神疾患を加え5疾病5事業とした。

12

# 精神保健(メンタルヘルス)って、なあに？

人々の健康のうち、精神面の健康を対象とし、精神疾患の予防または治療を含め、精神的健康を保持増進させる諸活動。ノーマライゼーションの思想を踏まえてすべての人に生きがいの持てる地域社会づくりを目指すもの。取り組みはライフサイクル(胎児期から老年期)と活動の場(家庭、学校、職場、地域等)によって区分される。

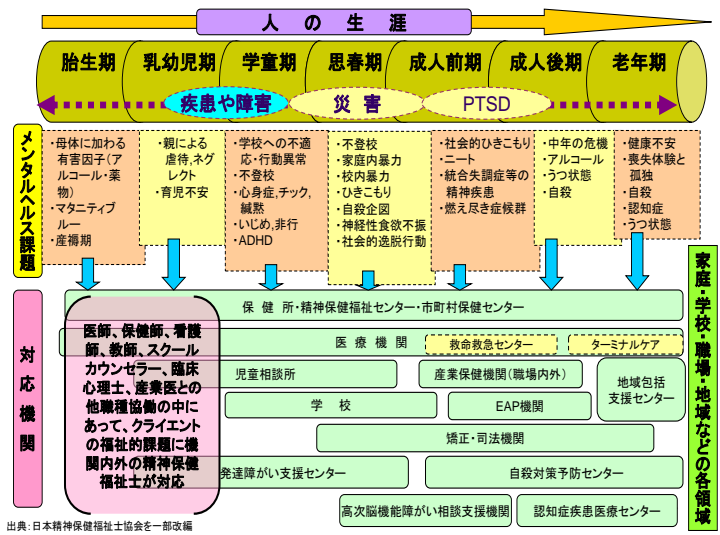
## 広義の精神保健

社会の全構成員を対象としており、一人ひとりが著しい不適応状態に陥ることなく、精神の健康を維持し向上させていく取り組み

## 狭義の精神保健

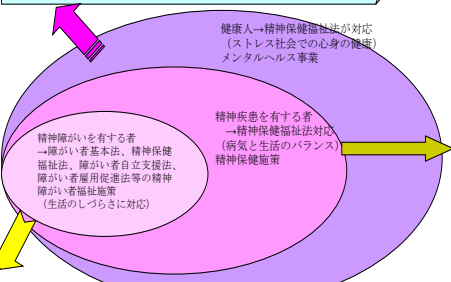
精神の健康を損なった人々(精神疾患に罹患した者、精神障害を抱えた者)を対象とし、早期発見や早期治療によって精神疾患の病状悪化を予防するとともに、リハビリテーションや福祉的支援により、疾患や障害を持ちながらも、個人の有する能力や可能性の向上拡大による社会参加や社会生活維持を目指し、その人なりのよりよい豊かな人生を可能にする取り組み(狭義の精神保健は医療と福祉の法制度によるサービスや実践が重要となる)

# ライフサイクルにおけるメンタルヘルス課題



# 精神疾患と精神障がいの捉え方

- 精神疾患を有する者が即座に精神障がい者ではない
- 精神疾患は誰でもかかろう病との認識を持つ必要性



病気のことで、まずは予防と治療が大事(病気は人間にとってある種必要なもの)

身体の病気と罹患のメカニズムはそう変わらない。心の不調は、まずは身体に現れる。不眠や食欲低下、頭痛、腹痛、耳鳴り、目眩、けだるさなど。おかしいなと思ったら気軽に相談や受診を。ストレス対処能力の脆弱な人(大体が「良い人」なのですが、生真面目、責任感強い、抱え込む=NOと言えない、優しい=優柔不断かも、気分転換の術を持たない、人に甘えられない、相談できないなどのタイプが多い)がかかりやすいと言われます。

## 主な治療

- 薬物療法
- 精神療法(個別・集団)
- 各種リハビリテーション
- 環境調整

## 障がいの特性

- ・症状の辛さや疎外感から、人間関係を避けがちになる。
- ・幻聴や妄想が無意識に心の支えになって、非現実の中に避難することがある。
- ・意欲・気力低下の持続する場合は家事や仕事に支障を来しやすい。
- ・再発を繰り返すと、現実と非現実の区別が曖昧になることがある。
- ・再発を繰り返すと、体力のみならず社会的役割喪失などのダメージも大きい。
- ・若い年齢での発病により、日常生活能力を獲得する機会が損なわれる。
- ・長期入院は社会の変化への対応力を損ないやすい。
- ・症状自体や薬の副作用の影響で、集中力や作業能力が低下することがある。

# 主要な精神疾患の概要

(支援の対象となる方々の病気をある程度理解する目的と、自分たちの疾病予防の目的のために、理解が望まれます。)

参照URL: 厚労省「みんなのメンタルヘルス総合サイト」 <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/>

## 統合失調症

10歳後半から30歳代、特にその前半年代が好発年齢。40歳を過ぎた発症ケースでは、男性よりも女性が多い。慢性的経過をたどりやすく慢性期までの間に幻覚や妄想が強く急性期が出現する。症状は複雑で多様、自明性の喪失(世界、相手、対象、自分が曖昧)現実と非現実を区別しにくくなる。陽性症状(幻覚、妄想、思考障がい、自我障がいなど)と陰性症状(意欲・活動性低下、感情平板化、周囲への無関心、自閉症など)。概ね次の3つに区分。「幻覚(幻聴)・妄想」「日常生活・社会生活の著しい障がい」「自分自身が病気になるという認識がないか、非常に薄い(病識の障がい)」

## 気分障がい(双極性=躁うつ病・単極性=うつ病)

環境の変化(転居、転勤、昇進、退職など)や喪失体験、荷下ろし体験、過労などが誘引、再発率遅延率高、自殺にまで行き着いてしまうため侮れない病氣。うつ的な気分や躁的な気分の変化が、これといった原因もなく長期間持続する場合は気分障がいであり、病氣です。うつ病と躁病とは、全く反対の症状が現れるが、どちらも主な症状は気分の異常であり、共通点が多い。周期性や反復性を持つ場合が多い。うつ病の診断は、DSMという国際的な基準によると、少なくとも良い事があっても改善しない嫌な気分(抑うつ気分)、または、興味・喜びの喪失のうち5つ以上が2週間以上続いていることが、ほぼうつ病診断の決め手となる。①抑うつ気分、②ほとんどの活動における興味・喜びの喪失③著しい体重の減少・増加、食欲の減退・増加④不眠または睡眠過多⑤精神運動性の焦燥または抑制⑥易疲労性(いひろうせい: 疲れやすいこと)または気力の減退⑦無価値感または過剰・不適切な罪悪感⑧思考力・集中力の減退または決断困難、そして毎日とは限らずとも⑨死についての反復思考、特別な計画はないが反復的な自殺念慮・自殺企図、自殺するためのはっきりとした計画

## 認知症

正常であった記憶や思考などの能力が脳の病変や障がいの為に低下していく障がいで、いくつかの種類がある。最も多いのがアルツハイマー型認知症で、脳神経の变性により脳の一部分が萎縮する過程で起る。次いで、脳梗塞や脳出血などの脳血管障がいによる血管性認知症。このタイプは徐々に減少。また、アルツハイマー型に血管性認知症が合併している場合も多い。65歳以上70歳未満有病率は1.5%、85歳では27%に達し、日本における65歳以上認知症患者はすでに240万を超えているとの推計もある。さらに団塊世代が65歳以上になる2015年には250万人、2020年には300万人を超すと推定。若くても、脳血管障がいや若年性アルツハイマー病の為に認知症を発症し、65歳未満で発症した場合、若年性認知症という。若年性認知症の患者数は、「若年性認知症の実態と対応の基礎整備に関する研究」によると、3.78万人と推計。認知症ほどではないが、正常な「もの忘れ」よりも記憶などの能力が低下している「軽度認知障がい」が最近注目されている。軽度認知障がいの全てが認知症になるわけではないが、この段階から治療を開始することで、認知症の進行を遅らせるなどの効果が期待される。もの忘れのために日常生活に支障をきたしているか、本人が忘れっぽくなったことを自覚しているか、もの忘れの範囲は全体かなど、気づきやすいサインもあるが、専門医の受診が早期発見・早期治療につながる。

## PTSD(外傷後ストレス障がい)

人の対処能力を超えた圧倒的な体験で、その人の心に強い衝撃を与え、その心の働きに永続的、不可逆的な変化を起すような体験は、単に心理的影響を及ぼすだけではなく、脳の生理学的な変化を引き起こす「外傷記憶」を形成する。そのような「外傷的体験」は、戦争、家庭内暴力、性的虐待、産業事故、自然災害、犯罪、交通事故など、その人自身や身近な人の生命と身体に脅威となるような出来事のこと。PTSDでは、その種の出来事に対して、恐怖、無力感、戦慄などの強い感情的反応を伴い、長い年月を経た後も、このようなストレスに対応するような特徴的な症状が見られ、その結果として孤立化したり、感情麻痺や集中困難、不眠に悩まされたり、いつも過剰な警戒状態を繰り返してたりする。

## 嗜断行動や依存行動等からの病と障がい

アルコール、薬物、買い物、ギャンブル、リストカット、性的行動など

## 種々の神経症状

不安障がい、強迫性障がい、パニック障がいなど...生活障がいは意外と重い

# ニーズと必要な支援

共通するのは、**対人関係障害への支援(意思疎通支援)を含む生活支援と権利擁護(アドボカシー)※等**

## 聴覚障害

- ・対人関係における支障⇨コミュニケーション支援(意思疎通支援)
- ・情報入手困難⇨情報保障
- ・家族支援

## 精神障害

- ・疾病管理、病状維持、健康回復⇨良質な医療提供
- ・判断能力における支障⇨自己決定(意思決定)支援、代弁等
- ・社会生活における支障⇨地域生活支援
- ・家族支援

※「権利にかかわる法的・政治的な諸問題に関して、個人や仲間がエンパワーメントすることを支援する一定の方法や手続きに基づく活動」を意味する。もっと分かりやすく言えば、「本人が、その人の権利を活かして、生き残りせずに、みんなと普通に暮らせるように支援する活動」のこと。(内閣府障害政策委員会委員:北野誠一氏)

生活にや困す難いが

「コミュニケーション障害」という点での精神障害者との類似性

コミュニケーション障害とも言われる聴覚・言語障害の特性は情報不足や聴き取りおよび理解の間違い、齟齬などからの行動面における支障、更に対人関係に支障を来しやすいこと、集団の中での疎外感を体験しやすく孤立しやすいことがあり、それらは精神疾患への扉を開きやすい。

また、医療面での権利保障や情報保障の未整備から治療導入の遅れ、誤診なども生じやすい。精神保健医療福祉従事者の聴覚・言語障害への理解が不足し、対応の質量ともに貧しさがあり、病状の重篤化が生じる可能性も否めない。

『どんぐりの家』に登場した、長く精神科病院に入院し、放置されている実態は今も尚ある事例の筈。

聴覚障害者で精神疾患を持つ方へのケア

- 協働体験から感じる非常に重要な手話通訳者の役割
- ⇒情報保障を担う人として
- ⇒本人の思いや発言を本人の使う言葉で伝える人として
- ⇒理解者として

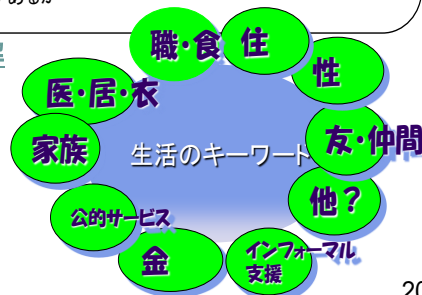


主な社会資源と課題

- ・障害者総合支援法や介護保険法に基づく各種支援サービスは使い勝手がいいか
- ・障害程度区分から支援区分に変更になるが、ADLに依拠した判定基準の課題は？
- ・所得保障制度に課題はないか
- ・障害年金、生活保護、手話通訳や要約筆記の利用費用や補聴器などの装置購入など
- ・雇用の場において合理的配慮はなされているか
- ・情報保障や、職場環境など
- ・支援人材は充足しているか(ろうあ者相談員、手話通訳者、要約筆記者、聴覚障害者情報提供施設、聴覚障害と精神障害に精通した医師や看護師、ソーシャルワーカー、相談員、介護支援専門員、ホームヘルパー、保健師、司法関係者など)
- ・仲間(ピア)活動の場や機会があるか

生活障がい(問題)の理解

- 住居確保の困難さ
- 生活のしづらさ
- 家族関係
- 対人交流
- 医療の適切な利用
- 安定した経済生活
- 就労支援



幾つかの事例から



事例1 太郎さん(言語獲得後7歳で失調:ろう・統合失調症)

50代、就労期間中に精神疾患発症? キーパーソン母親、兄弟とは30年没交渉、繰り返す入院の末の長期入院期間中に会おう

アセスメントにつながる最初の疑問

聴覚障害者は精神科の診察や治療をどのように受けているのだろうか? スタッフはどうやってコミュニケーションしているのだろうか?

支援課題

コミュニケーションおよび情報保障

支援目標

退院支援と地域生活支援と家族関係調整

支援(介入)の場面(ポイント)

集団(病棟ミーティング)の中の太郎さんのポジションや言動(商売⇒手話教室講師⇒スキミング式会話へ)

変化

病棟旅行や病院夏祭りへの積極的な参加

皆が楽しんでいるカラオケで僕も歌いたい「上を向いて歩こう」

退院後の地域(集団)生活における聴こえないという障害受容(グループホームで)

補聴器を試したい「好きな人たちの声を聞きたい」

家族との交流再開(食事も、旅行)

グループホームから単身アパート生活へ

支援を有効にしたチーム連携

医療機関チーム(病棟および外来)と手話通訳者、グループホームスタッフ

現在の支援課題

高齢化

<エピソード>表現の真意は?

ほのかに好意を寄せる入院患者仲間の異性(軽度知的障害重複)をからかう際に使う表現「クルクルパー」

憤りや怒りを表す時は「ばかやるー!」「あっち行け」の代わりに、ものすごく悪い形相で寝みながら拳を振りかざす

真意は伝わらず誤解を生みトラブルのもと、下手すると病状悪化と捉えられる

事例2 三郎さん(失聴年齢状況等不詳、ろう、統合失調症)

60代、就労経験有、キーパーソン姉、長期入院期間中に他病棟に転棟した患者の目見合い時に会い、聴覚障害者であると知り、ときどき見かけるようになった。失調年齢不詳、就労期間中に精神疾患発症(詳細不明)

アセスメントにつながる最初の疑問

聴覚障害者のはずだが、病棟ではそのような認識が持たれていないか放置されているのではないかな?

支援課題

過去のかかわりを検証すること(何十年分のカルテ読み)

コミュニケーション手段を把握すること、かかわること

支援目標

活動性のある病棟への転棟、はたらきかけ

支援(介入)の場面(ポイント)

通訳者の定期的面談によるコミュニケーション手段の確認

集団療法場面への通訳導入(長く効果現れず)

外出時のトラブル防止策

変化

姉宅への外出へのPSWと手話通訳者同行時の状況把握

支援を有効にした連携

医療機関チーム(病棟および外来)と手話通訳者、姉の理解

転帰

死亡

<エピソード>外出時の様子は?

長期入院中に話し相手不在により自らの言語である手話もほぼ忘れかけ、重度知的障害等と誤認されることすら..

かつては好きなのりやパチンコにつきあった看護師たちがいた

次第に人生や楽しみ、かわかりを諦め病院内自費で自閉的に過ごしていた

姉宅への外泊外出時の喜々とした表情は驚きだった

同行時に車中で座っている人が席を譲るまで覗みつける三郎さんの楽しみが奪われないよう、トラブル防止策を練る

事例3 五郎さん(失調年齢状況等不詳、ろう、統合失調症、糖尿病)

40代、軽度知的障害、失聴年齢状況等不詳、精神疾患発症時期不詳、生活保護受給、身体障害者用借り上げアパートにて単身生活、デイケア通院利用、幻覚妄想により、よく足元に現れる悪魔退治でボヤを起し、入院や引越越し騒ぎを繰り返していた。糖尿病の疾病理解悪く服薬アドヒアランス不良

アセスメントにつながる最初の疑問

何度もボヤ騒ぎ、引越越し騒ぎをしているが、福祉事務所のワーカーや保健師の面会見がよいのは何故だろうか?

⇒福祉事務所の嘱託医が精神科病院の医師兼本人主治医かつ保健師は病院と連携して頻繁に行う連携先

⇒当該圏域には精神科医療機関なし

支援課題

過去のかかわりを検証すること(何十年分のカルテ読み)

糖尿病の疾病教育とボヤ防止策によるアパート継続生活

支援目標

生活目標の構築(楽しみ)と目標共有

健康的な生活維持

支援(介入)の場面(ポイント)

保健師や福祉事務所ワーカーと医療機関スタッフと通訳者の連携

外来診察時の合同面接

訪問看護導入

変化

糖尿病による意識混濁等で一般総合病院へ救急搬送時に

自分を中心に据え治療チームを形成している病院や

スタッフへの信頼感の芽生え

転帰

糖尿病の悪化による入院、転院治療、死亡

<エピソード>求められる権利擁護

精神疾患を有する合併症患者かつ聴覚障害者の受け入れ先の無さ

転院先ではチーム医療の文化が根付いていなかった

転院前の病院PSWが転院後の手話通訳者の診察の通訳保障の必要性を訴え派遣受け入れまで手配

本人の病状悪化によりコミュニケーションの可能性や必要性を判断決定するスタッフに対し、本人中心に本人の言語使用を保障することで訴えも出る可能性を高く手話通訳者

通訳を超え、ご本人の代弁を担う立場に単身聴覚障害者の看取りの切実な課題

### 事例4 一郎さん(乳児期に失調、難聴、非定形精神病?、肝疾患)

30代、難聴、インテグレート教育、教育熱心な母親の口話教育、高校卒業後就労中に精神疾患発症、肝疾患併発にて入院後、就労困難となり家族構成変化により入院長期化、補聴器使用

#### アセスメントにつながる最初の疑問

あれ?なんだか齟齬が多い人だなあ、もしかして本当に疎通は取れていないかも...

#### 支援課題

コミュニケーションのあり方の確認

本人の目標(就労)の確認

#### 支援目標

聴覚障害の受容と齟齬の生じないコミュニケーションの取り方

母親の障害理解を得ること

#### 支援(介入)の場面(ポイント)

一般就労から福祉就労への目標変更

母親の病気になる、本人の肝疾患の悪化

家族に何があっても生活していくためにありのままの障害を隠さず、むしろ必要な支援を求めていくことの大切さを母に理解してもらう

#### 変化

小さな成功体験の積み重ね

作業所(当時)における他障害メンバーへの声かけ、見守り

#### 転帰

合併症悪化による入院長期化、転院死亡

<エピソード>本当は聞こえていない

就労先を何度も解雇されるが、解雇理由を職場の責に帰す本人弁を信じる母

日常の会話や対人関係トラブルにおいて齟齬がある様子を頻りに見かける

後ろからの声かけ、集団の中での発言、騒がしい環境での会話はほぼ聞こえていないことが判明

しかし、聞き返すことや確認することが全くできない、むしろわかたふりをしよう

聴覚障害があることは恥ずかしいこと、なるべくわからぬようにしなさいと言われ続けた学齢期

### 事例6 雄太君(出生時失聴、ろう、PTSD)

#### アセスメントにつながる最初の疑問

#### 支援課題

#### 支援目標

#### 支援(介入)の場面(ポイント)

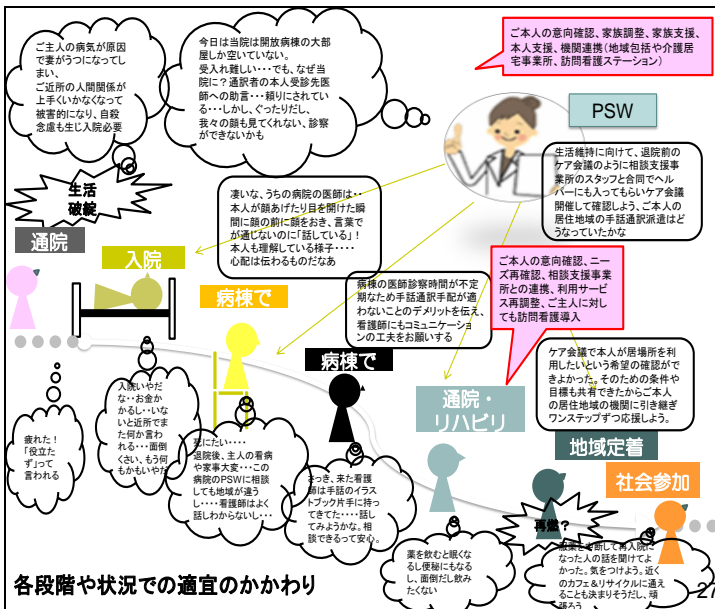
#### 変化

#### 転帰

育ちなおしを支援した事例

情緒や社会性を学ぶ過程は、行動の意味、関係性の創造、心の交流を言葉で伝え体得することでもある。そういうことを伝える「言葉」は暮らしの中の言葉なのだろう。暮らしと切り離して使う、その難しさや境界を感じた事例。

両親兄弟が亡くなり身寄りがない彼にとって、信頼できる人間関係の構築や、安否確認ができるような親戚のような存在が大切。



各段階や状況での適宜のかかり

### 障がい特性の理解 (障がいの様子はさまざまです)

- 障がいの背景と考えられる「敏感さ」と「気遣いのしすぎ」(安心感のなさ、不安や焦りの気持ちや孤立感が高まる)
  - 具合が悪い状態＝その人の能力を超えて脳を酷使し、栄養や情報整理の時間が奪われている
- 陰性症状が特徴的-「気力がでない」「おっくう」「根気が続かない」
- 薬の副作用が症状のように見えることもある(症状と見誤りやすい)
  - (眠気・筋肉の異常な緊張・口の渇き、よだれ)
- 神経が休まらず、疑い深くなったり、怒りっぽくなったりする、くつろげない
  - ⇒生真面目、常に全力投球など
- 融通が利かなくなる、何度も確認しないと安心できない⇒変更が困難
- 同時に複数のことをこなせない⇒情報過多で混乱しやすい
- 曖昧な状況や状況変化への対応は苦手
- 全体把握が苦手⇒活動の目処立てにくい
- 波を打ちながら進む回復過程
- 断ることが頼むことが苦手
- 社会とのつながりを持つ場が乏しい



### 接するときのコツ

- 時間をかけて関係構築をする
- 視線を合わせる恐怖を感じる状態のときもある
- 成功体験の評価は忘れず、原因探しはなるべくしない
- プライベートに立ち入るのは最小限に
- 出来ないことは出来ないという
- 時間を区切って支援する
- 変化は小さくゆっくりと
- わかりやすい説明の言葉を選び、理解したかどうか相手の言葉で確認する
- 生活者(その人なりの様式がある)として尊重する
- 相談は早めにとメッセージを投げる
- チームを組んでということ伝える(何故その情報を知っているかというこの安心感)
- それでも情報交換は必ず本人の了解のもとに行う
- 回復は波を打ちながら進む(揺れを伴うものと了解しておく)
  - 揺れに上手に付き合う。うまく付き合えないと支援者も揺れる。

細かいことはいろいろあると思いますが、大切な事は.....

- 安心感を提供及び確認し... (貴方を心配しています、お手伝いしたいです)
- 個人として尊重し... (貴方のやり方やペースを教えてください)
- 自己決定を重んじ... (貴方はどうしたいですか?)
- 可能性を信じ... (今は難しくてもきっとできるよ)
- ストレングスモデルでのかかり... (貴方の長所はこういうことですね、短所も裏返すと長所ですよ、この力は伸ばしたいですね、支えになりますね)
- エンパワメントを可能とする支援... (夢や希望、貴方らしい暮らし方を実現しましょう)

メンタルヘルスの問題は国民的課題で、精神疾患は誰でもかかりうるありふれた病気です。保健・医療・福祉分野に従事する者も然り。

自分自身を大切にしながら、自分の心身の健康維持を図りながら、支援者としての日々を過ごせるようにあります。大切なのは心と時間のゆとりですね。ご清聴、感謝いたします。

講演内容等、何かご不明な点やお尋ねがありましたら下記アドレスまでご連絡ください。

a-otsuka@japsw.or.jp

20130804聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会

## 【支援の実践】

## (1) SST(生活技能訓練)基礎講座

SST普及協会事務局次長  
代々木病院精神科医  
天笠崇

1

## お話の内容

- Aさんの例と対応
- SSTとは
- 基本訓練モデル
- 問題解決技能訓練
- モジュール
- ステップバイステップ
- SSTの効果

2

## こんなときどうする...!?

- A:「先生、作業所で嫌われているんです！」
- B:「弟にバカにされるの...」

AさんもBさんも“被害妄想”を抱いている??  
詳しく、場面や状況を聞いてみます。

Aさん、Bさんから許可を得て、家族や周囲の人から情報を集めることもあります。

必要だったら、その場面や状況を、Aさん、Bさんに、演じて見せてもらいます。

3

## Aさんの場合

- <どうということからそう思いましたか?>
- 「作業所の他の人が私を無視するんです。」
- <それは具体的にどういう場面や状況で、ですか? 具体例を挙げてください。>
- 「...朝、作業所に行って、私が挨拶しても、みんな無視しているんです。それで辛くなって、(家に)帰ってしまいました。」
- ...>その場面を組みたてて実際に演じてもらいました。

4

## Aさんの気づき

- まずはAさんはAさん自身の役で...  
朝、作業所の一室をアレンジします。  
Aさんはドアを開けて、すでにいるスタッフ、メンバー(通所者)に対して、  
「おはようございます」と挨拶して入室しました。
- 続いて、私(リーダー)がAさんの役で、Aさんにはメンバー役で...  
Aさん役の天笠 <おはようございます...>
- Aさん「あっ、声が小さかっただけだったんですね... (^\_^;)」
- Aさんは、朝「おはようございます」と大きな声であいさつする練習をしました。

5

## SSTとは

前田ケイ ルーテル学院大学名誉教授

SSTとは「ソーシャル・スキルズ・トレーニング (social skills training)」という英語の頭文字を用いた言葉です。

生活技能訓練、社会生活技能訓練、対人スキル訓練など、いろいろな訳語があります。

- **当事者が生活の中で希望し必要とする**
- **「ものの考え方」と「行動のとり方」の学習を**
- **本人と共に進めていく支援の方法**です。

前田ケイ. 基本から学ぶSST—精神の病からの回復を支援する. 星和書店, 2013

6

## SSTとは

前田ケイ ルーテル学院大学名誉教授

- 当事者とは、支援者に助けられながら学習していく本人のことです。  
…SSTは、情緒的な問題や対人関係での問題をかかえる、あらゆる人々を対象とする方向へと広がってきています；不登校、感情コントロール、引きこもり、望まない性行為対策、産業保健、矯正保護施設などなど。
- プロとしての生涯研修プログラムでSSTを活用するときは、そのプロも「当事者」です。

前田ケイ. 基本から学ぶSST—精神の病からの回復を支援する. 星和書店, 2013

7

## SSTとは

前田ケイ ルーテル学院大学名誉教授

- 生活のなかで希望し必要とすること
- SSTは「希望志向的(Hope-orientated)」です。
  - ①当事者本人の考えを大切にするという価値観
  - ②本人のできないところではなく、今できているところを見るという視点
- training(トレーニング)は「訓練」よりも「練習」の訳語の方がふさわしい

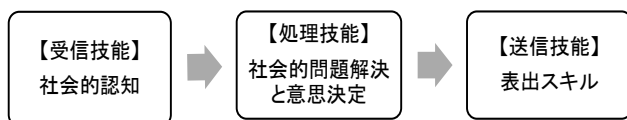
前田ケイ. 基本から学ぶSST—精神の病からの回復を支援する. 星和書店, 2013

8

## SSTとは

前田ケイ ルーテル学院大学名誉教授

- 「ものの見方」と「行動のとり方」

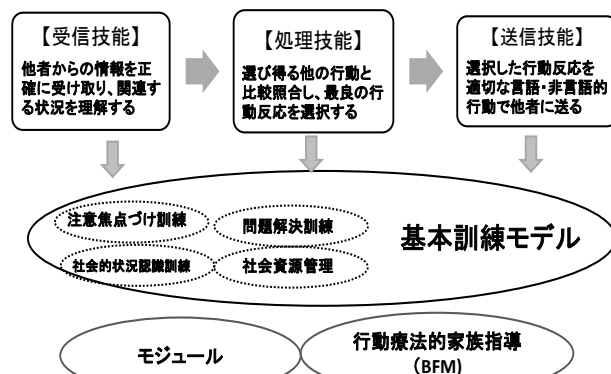


- 社会的情報を正確に認知し、何を話すか決定した後、有効な表出スキルが必要です。
- どのようにコミュニケーションをとるかは、何をコミュニケーションするのと同じくらい大切です。

前田ケイ. 基本から学ぶSST—精神の病からの回復を支援する. 星和書店, 2013  
SST普及協会研修員会. 初級クラス標準テキスト(暫定版). より

9

## SSTの様々な技法



SST普及協会研修員会. 初級クラス標準テキスト(暫定版). より

10

## SSTとは

前田ケイ ルーテル学院大学名誉教授

- 支援の方法
- 支援者とは、支援の方法としてSSTを使う人のこと
- SSTは生活の中での対人行動に焦点をあてているので、特定の専門職に限って用いられる方法ではありません；家族SSTやピアSSTも少しずつ増えています。
- 方法には目的が不可欠で、SSTという方法を効果的に行うために、当事者と支援者が何のためにSSTをやるのか、その目的をしっかりと共有していることが大事です。生活に密着した具体的な目的を持ち、それを実現させるための具体的な目標を立てることが大事です。

前田ケイ. 基本から学ぶSST—精神の病からの回復を支援する. 星和書店, 2013

11

## SSTの12の特色

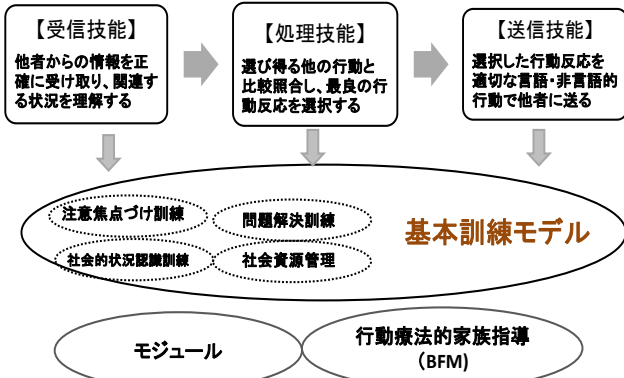
1. 発達、予防、治療の目的を持つ
2. 認知と行動に焦点を当てる
3. 本人の希望を尊重する
4. これから先の課題を取り上げる
5. 個別化して指導にあたる
6. 練習課題を細分化し、階層化して行動形成につとめる
7. 宿題(チャレンジ課題)を持って帰る
8. モニタリングと事後評価を行う
9. 責任は支援者にあると考える
10. 構造を組み合わせる(個人、家族、グループ)
11. SSTはポータブル
12. 全体計画の一部として実践する

前田ケイ. 基本から学ぶSST—精神の病からの回復を支援する. 星和書店, 2013

12



## SSTの様々な技法



SST普及協会研修員会 初級クラス標準テキスト(暫定版). より 13

## メンタルサポート

1人で悩む必要はありません

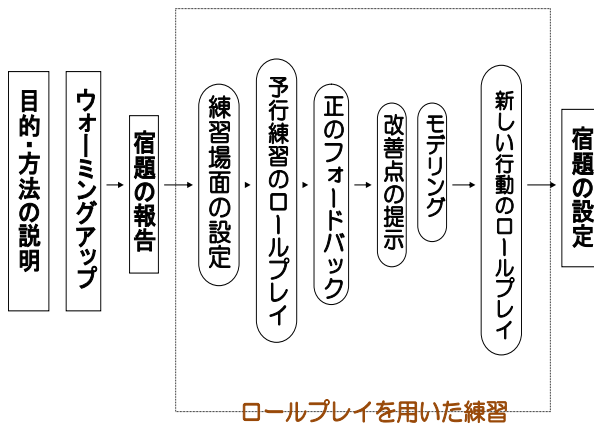


トレーナー(リーダー)と一緒に、場面設定をして、よりよい対処法を学びます

星屑倶楽部 | 中島映像出版 <http://www.hoshikuzuclub.jp/catalog/013.html>

14

## 基本訓練モデルの流れ



SST普及協会研修員会 初級クラス標準テキスト(暫定版). より 15

表1 「SST基本訓練モデル」でのフローチャート(文献5より著者が改変)

1	SSTへの導入・紹介				
2	新しい参加者を紹介する				
3	SSTについて説明できる参加者に新しい参加者へSSTのオリエンテーションを頼む				
4	オリエンテーションしてくれたことに対し正のフィードバックを行う				
5	ウォーミングアップを行うこともある				
6	宿題をチェックする				
7	そのセッションで練習する対人的課題や目標、場面をはっきりさせられるようにそれぞれの参加者の援助をする				
8	予行演習(ドライ・ラン)のための場面と対人的状況をはっきりさせる				
9	場面を組み立てる				
10	その場面のための指示を与える				
11	予行演習としてその場面を実行する				
12	正のフィードバックを行う				
13	受信・処理・送信技能について評価する				
14	改善のためのフィードバックを行う				
15	お手本(モデル)を使う				
16	実演(デモンストレーション)された技能を参加者が確実に身につけられるようにする				
17	他のお手本を使う				
18	参加者に再演(リハーサル)についての指示をする				
19	再演をする				
20	まとめの正のフィードバックを行う				
21	実生活での宿題を出す				
22	練習する次の参加者を選び第6ステップに戻る				

ロールプレイを用いた練習

5. 池淵恵美監訳: 精神障害者の生活技能訓練ガイドブック. 医学書院、東京、p106-107、1992 16

## Aさんの場合 - 1回目のロールプレイまで

- 7. 練習場面の設定 「作業所で馬鹿にされる」
- 8. 予行演習のために練習場面をより具体化 「朝、挨拶しても返してくれない」
- 9. 場面を組み立てる (相手役を選ぶ)(できるだけリアルに作業所場面を再現する)
- 10. その場面のための指示を与える <スタッフとメンバーは雑談をしていてください>
- 11. その場面を実行する <はい、では始めて下さい>

17

## Aさんの場合

- 12. 正のフィードバックを行う  
<Aさんのよかったところを出して下さい> or  
<Aさんのどこが良かったですか>
- (13. 受信・処理・送信技能の評価を行う)  
<スタッフは何をしていましたか><メンバーは?>  
<メンバーはどう感じたでしょうか><あなたの長期目標は何でしたか>  
<それを達成するために、別のやり方はありますか?>

18

## Aさんの場合 — チェンジチェアテクニック(役割交換)

14. 改善のためのフィードバック…>見本を使う  
…>Aさん自身が気づく
15. お手本(モデル)を使う…>見本を使う
15. お手本(モデル)を使う
- <こうするともっと良くなる点がありますか>  
(リーダーがAさん役を演じる)…「声が小さいだけだったんだ」…>  
「もっと大きい声でおはよう」と挨拶する」; 認知が修正されている
- <ではBさん「おはよう」と大きい声で言うところをやってみてください>

19

## Aさんの場合

16. お手本を確実に身に付けられるようにする <Aさん大きい声で「おはよう」と言ってみてください>
18. 再演のための指示 <では、スタッフメンバーも雑談をしてください>
19. 再演 <はいAさん、スタート>
20. まとめの正のフィードバック <大きな声で言っていました> <みなさん良かった点を出して下さい>

20

## SST参加のルール

1. いつでも練習から抜けることができます
2. いやなときは「パス」できます
3. 人のよいところをほめましょう
4. よい練習ができるようにほかの人を助けましょう
5. 質問はいつでもどうぞ
6. ここで話したことはここだけに
7. 席をはずすときはことわってから

前田ケイ. 基本から学ぶSST—精神の病からの回復を支援する. 星和書店, 2013, pp146

21

## よいコミュニケーション

1. 視線を合わせる
2. 手を使って表現する
3. 身を乗り出して話をする
4. はっきりと大きな声で
5. 明るい表情
6. 話の内容が適切

前田ケイ. 基本から学ぶSST—精神の病からの回復を支援する. 星和書店, 2013, pp147

22

## 練習の順序

1. 練習することをきめる
2. 場面をつくって1回目の練習をする  
(必要ならお手本をみる)
3. よいところをほめる
4. さらによくなる点を考える
5. もう一度練習する  
(必要ならお手本をみる)
6. よくなったところをほめる
7. 宿題(チャレンジ課題)をきめる
8. 実際の場面で実行する
9. 結果を報告する
10. 次のステップに進む

前田ケイ. 基本から学ぶSST—精神の病からの回復を支援する. 星和書店, 2013, pp148

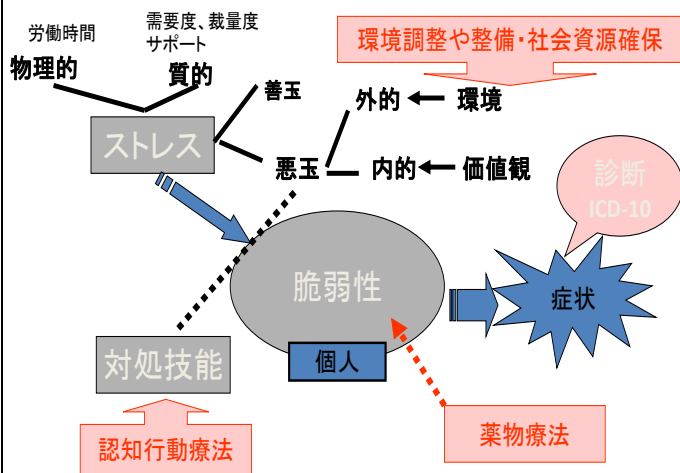
23

## グループSSTの力

1. 孤独感が連帯感に変わる
2. ほかの人の練習を見て、対人行動を改善する動機が生まれる
3. ほかの人の練習に刺激されて、自分の練習課題をより適切なものに変更できる
4. いろいろなメンバーから練習の相手役を選べる
5. 複数のモデリングを見ることができる
6. 正のフィードバックを多くもらえる
7. 改善のためにいろいろなアイデアをもらえる
8. 宿題達成を助けあえる
9. 互いのスキル改善を強化し、スキル医事をサポートしあえる
10. 自然な形でスキルを試す機会を活用できる

24 前田ケイ. 基本から学ぶSST—精神の病からの回復を支援する. 星和書店, 2013, pp62

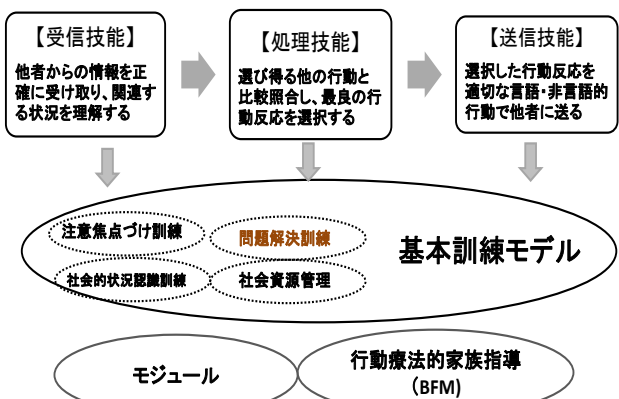
# ストレス-脆弱性-対処技能モデル



# 5つの防御因子

1. 抗精神病薬
2. 社会生活技能の構築
3. 周囲からのサポート
4. 移行プログラム(例:デイケア、作業所)
5. ケースマネジメント

# SSTの様々な技法



# 問題解決技能訓練

- ステップ1: 立ち止まって考える
- ステップ2: 問題が何かはっきりさせる
- ステップ3: ブレーンストーミング法を用いて可能な解決案のリストを作る
- ステップ4: 解決案の長所と短所を明らかにする
- ステップ5: 最善の解決案か解決案の組み合わせを選ぶ
- ステップ6: その解決案をどのように実行するか計画を立てる
- ステップ7: 後日、その計画が実行できたか点検する

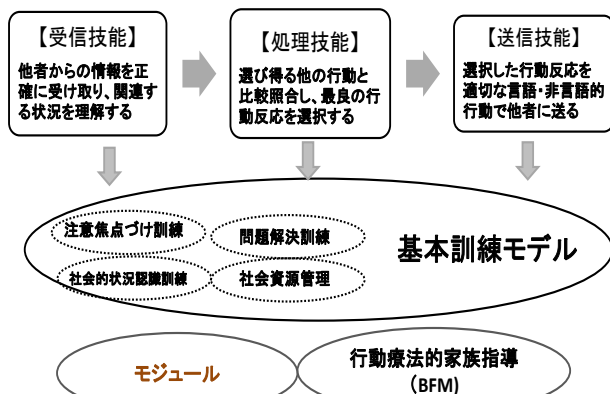
# 問題解決技能訓練

問題: 副作用について医師に相談しようと思ったら不在だった

アイデア	長所(メリット、良い点)	短所(デメリット、悪い点)
① 当直医に相談	・すぐに解決できるかも ・いつでも可能(24時間) ・主治医以外の声が聞ける	・知らないDrだと不安 ・自分のことをよく知らない
② いつ電話したらよいか聞く	・主治医を確実につかまえられる	
③ 主治医への連絡方法を聞く		
④		
⑧	メンバーからあけてもら	出尽くさずかぎり出してもらおう(そういう考えもあるのか!と人の考えを知り、視野が広がる)

- ステップ1 立ち止まって考える
- ステップ2 何が問題かはっきりさせる
- ステップ3 ブレーンストーミング法を用いて可能な解決案のリストを作る
- ステップ4 解決案(アイデア)の長所と短所を明らかにする
- ステップ5 最善の解決案か解決案の組み合わせを選ぶ
- ステップ6 その解決案をどのように実行するか計画を立てる
- ステップ7 後日、その計画が実行できたか点検する

# SSTの様々な技法



## 課題領域別モジュール

### 服薬自己管理モジュール

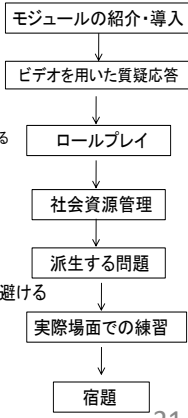
- 技能領域1 抗精神病薬について知る
- 技能領域2 正確な自己服薬と評価の仕方を知る
- 技能領域3 薬の副作用について見分ける
- 技能領域4 服薬に関して話し合う  
感じよく挨拶する・問題を明確に述べる  
生じている期間を伝える・不快さの程度について述べる
- 技能領域5 持続性注射薬（デボ剤）の利用

### 症状自己管理モジュール

- 技能領域1 再発の注意サインをみつける
- 技能領域2 注意サインを管理する
- 技能領域3 持続症状に対処する
- 技能領域4 アルコールや覚せい剤、麻薬などの使用を避ける
- 技能領域5 これまでのまとめ

### 地域への再参加モジュール

- セッション1 地域生活への再参加プログラムの導入
- セッション2 慢性の精神障害の症状



31

## “ステップ・バイ・ステップ方式”



- 4つの基礎的な技能と8つの技能群からなるカリキュラム用技能シートが用意されている
- 4つの基礎的な技能: うれしい気持ちを伝える、頼み事をする、相手の言うことに耳を傾ける、不愉快な気持ちを伝える
- 8つの技能群: 会話、自己主張、対立の処理、地域生活、友達つきあいとデート、健康維持、就労関連、アルコール・薬物乱用を避ける

32

## 技能: うれしい気持ちを伝える

**解説:** 困難なことに続けて出会うと、自分の周りの問題点にばかり目を奪われて、ほかの人たちのしてくれた良いことに注意を向けるのを忘れがちです。こういった肯定的な点に気づけば、仲間としての所属感や自分はずっとやれているといった気持ちを強められます。さらに、自分が何か良いことができるようになった人は、ほかの人を喜ばせようと、良いことをもってしてくれるようになるものです。

### 技能のステップ:

1. 相手の顔を見る。
2. その人にはっきりとどうしてうれしかったのかを伝える。
3. そのおかげで、自分がどんな気持ちになったのかを話す。

### ロールプレイ場面の例:

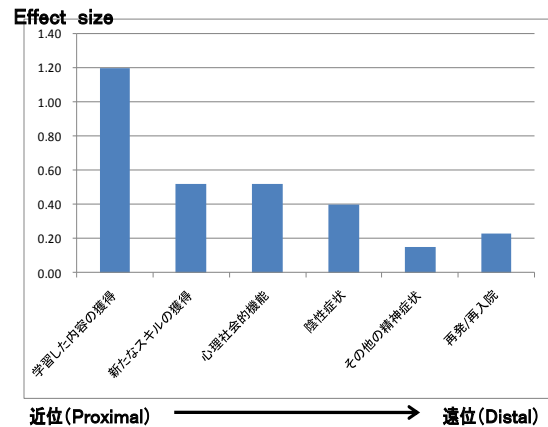
1. 福祉ホームのスタッフが、あなたの好きな食事を作ってくれた。
2. 友人が、問題を解決するのを助けてくれた。
3. カウンセラーが朝起こしてくれたおかげで、約束の時間に間に合った。
4. 家族が、外出先まで車で送ってくれた。
5. 新しい仕事の同僚が、昼食を一緒にしてくれた。

### この技能を教えるときに注意すること:

良いことをしたときには、本人はそうとわかりきっているのだから、わざわざうれしい気持ちを伝える必要はないと言いつける参加者もいるかもしれませんが、このようなときリーダーは、誰もが自分がしたことに対して感謝されるとうれしいものだに参加者に伝えましょう。

熊谷・天笠・岩田監訳。わかりやすいSSTステップガイド 下巻実用付録編。星和書店、2000、pp6

## SSTの効果に関するエビデンス



近位 (Proximal) → 遠位 (Distal)

Kurtz MM and Mueser KT, J of Consulting and Clinical Psychology 2008

34

## In Vivo Amplified Skills Training (IVAST)

### Glynn SM, et al 2002

統合失調症・失調感情障害をもつ63人を、小グループ形式実施のクリニックでのSST群32名とケースマネジャーによる+IVAST群31名にランダム割り付け、60週間の介入研究

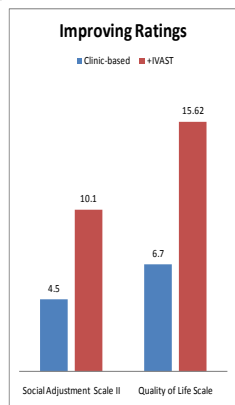
### クリニック群 +IVAST群

セッション	クリニック群	+IVAST群
服薬自己管理	31.4回	34.6回
症状自己管理	34.2回	39.3回
問題解決	19.3回	24.9回
IVASTセッション	0回	53.2回

### [IVAST]

- 在宅におけるSST
- 本人がクリニックでのSSTで学習したスキルを地域生活の中で用いる機会を創る
- こうしたチャンスを活用するように本人を励ます
- スキルを用いたりしようとした時にうまく行った点を強化する

(Glynn et al. 2002)



35

## SST普及協会は、精神神経学会の精神医療奨励賞を平成17年5月に授賞されています

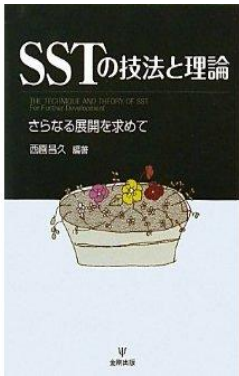


SST普及協会は、就労支援、矯正教育、障害児教育、児童精神保健などの幅広い領域で精神障害リハビリテーションの理念を具現化し、その普及に努められ、そのことにより、医療関係者の技能・資質を高め、また多くの精神障害を持つ人に希望を与え、持てる力を発揮することに寄与されました。

これは我が国の精神医療の発展に貢献するところ大でありますので、ここにその功績を讃え表彰します。

平成17年5月19日  
財団法人日本精神神経学会  
理事長 山内俊雄

安西信雄。社会生活技能訓練(SST)の効果的運用。日本精神神経学会 第6回生涯教育研修会 2012.05.27 札幌



2009年12月、金剛出版

SST普及協会HP  
http://www.jasst.net/

- 第1章 SSTと精神療法・1  
私がSSTに惹かれる理由 …西園昌久
- 第2章 SSTと精神療法・2  
治療関係性と効果 …西園昌久
- 第3章 SSTの発展の軌跡と可能性  
アメリカと日本 …安西信雄
- 第4章 SSTの技法・1  
基本訓練モデルとモジュール…角谷慶子
- 第5章 SSTの技法・2  
アセスメント、動機づけ、集団療法としてのSST …血田洋子
- 第6章 SSTの技法・3  
SST技法のトレーニング …池淵恵美
- 第7章 SSTの基礎理論 …丹羽真一
- 第8章 矯正教育と更生保護分野でのSST …前田ケイ
- 第9章 教育現場におけるSST …佐藤正二・戸ヶ崎泰子
- 第10章 統合失調症の治療ガイドラインとSST …井上新平
- 第11章 SSTと心理教育 …後藤雅博
- 第12章 包括的リハビリテーションとSST …野中猛
- 第13章 EBMからみたSST …岩田和彦

37

38

**資料 4****(2) SST を聴覚障害者に活用した例****情文センターこころのグループワーク SST 実践映像紹介****聴覚障害者の SST 実施の留意点**

聴覚障害者情報文化センター 施設長 相談員 森せい子

聴覚障害者といっても聴力の差ばかりでなく、コミュニケーション方法など、実にさまざまです。一人一人の状態・ニーズに合った方法を工夫する必要があります。スタッフはこのような方を対象に支援するにあたり、特性に応じた手話や筆談、身振りなど多様なコミュニケーションスキルを身に付ける必要があります。課題は障害特性に応じたものを積極的に取り入れていきます。

例) 聞こえないことを相手に伝える。非常時助けを求める等。

**【全体的にできる工夫】**

1. 板書 ホワイトボードや模造紙に書かれた文字や絵  
文字は読みやすく大き目 難しい漢字を多用しない イラスト写真などを用いる
2. 筆談ボードや筆談用紙と筆記用具  
いつでも書いて伝え合えるように用意する
3. 全員が見えるように座る 見えることが全て
4. 注目の時には電気のスイッチをオンオフにするなど視覚的な方法で注意を向けさせる
5. 全員がわかるまで確認して進める。視線がはずれていないか確認する

**【手話を用いない中途失聴者・難聴者のために】**

パソコン要約筆記 ノートテイク 要約筆記 磁気ループ

補聴援助システム ワイヤレスガイド その他

聞き取りやすい環境にする（騒がしくない・早口でない・わかりやすい話し方）

**【手話を用いるろう者のために】** 手話 手話通訳者**【コミュニケーション方法が混在する場合】** 盲ろう者、難聴弱視の方などへも柔軟に対応する

スタッフが役割分担し、難聴者や中途失聴者へ必要な配慮（筆記サポートなど）をしながら、手話で進める。音声言語中心に進める場合も手話をつけて進めるが、理解できない場合は理解できる手話を表現し、全員が理解できていることを確認しながら進める。必要とされるコミュニケーション方法が多ければその分スタッフの人数も必要になる。（リアルタイムで進めるために）固有名詞や外来語、専門用語などは板書や筆談ボードを使う。

**※その他の留意点**

コミュニケーション方法が異なる者同士でも直接の会話ができるよう、その方法をみずから工夫することができるよう支援する。イラストなどはどんどん導入して楽しいセッションにする。

聴覚障害者専用のグループワークでは「わからないまま」「ついていけない」ということがないようにしたい

資料5 相談・支援の現場を語り合う 多職種多角的連携を目指して

東京聴覚障害者支援センター 副主任 生活支援員 平野基浩

東京聴覚障害者支援センター

①サービス種類と利用者数(施設入所)

就労移行支援	機能訓練	生活訓練
14名(定員8名)	7名(定員12名)	9名(定員10名)

②精神科・神経科受診者数

就労移行支援	機能訓練	生活訓練
4名	0名	6名

平成25年3月31日時点

通院者数(平成25年5月)

日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	AM2名 PM1名	AM3名(1) PM2名		/
/		AM6名(2)	AM1名 PM2名(1)	AM1名 PM1名	AM2名(1) PM1名(1)	/
/	AM1名 PM1名	PM2名	AM3名	AM4名(2) PM1名(1)	PM1名(1)	/
/		PM1名	AM1名 PM2名(1)	AM1名(1) PM4名	PM1名	/
/	AM2名(1)	AM1名 PM2名	AM1名 PM3名	AM2名(2)	AM3名	/

( )は単独もしくは家族の同行

通院時の通訳派遣者数(平成25年5月)

日	月	火	水	木	金	土
/	/	/	PM1名			/
/						/
/			AM1名			/
/			PM1名	PM1名		/
/			PM1名		AM1名	/

精神科・神経科通院手段

通院先	通勤手段	移動時間
A医院(板橋区)	バス	40分
B医院(板橋区)	バス	1時間
C医院(板橋区)	電車、バス	1時間
D医院(足立区)	電車、バス	1時間15分
E医院(練馬区)	電車、バス	1時間30分
F医院(港区)	電車	1時間30分
G医院(葛飾区)	電車、バス	2時間

・10名の方が7つの病院に通われています。



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

〒153-0053 東京都目黒区五本木1-8-3  
FAX 03-6833-5005  
TEL 03-6833-5004  
E-mail soudan@jyoubun-center.or.jp  
URL <http://www.jyoubun-center.or.jp/>



東急東横線 祐天寺駅西口より徒歩4分