

聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会 2016
聴覚障害者のこころを支える支援とは
～関わりの中からみえてくるもの～

予稿集

港区障害保健福祉センター ヒューマンぱらざ

住所：〒105-0014 東京都港区芝1丁目8番23号

日時：平成28年8月28日（日）10時00分～16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

東京聴覚障害者自立支援センター

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

東京手話通訳等派遣センター

たましろの郷

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

社会福祉法人友愛十字会東京聴覚障害者支援センター

社会福祉法人トット基金トット文化館

社会福祉法人東京愛育苑金町学園

目 次

挨拶	P 1
プログラム	P 2
【基調講演】	
「心理的課題をもつ聴覚障害者の成長・回復を支える環境について考える」 古賀 恵里子 氏 大阪経済大学人間科学部 人間科学科 准教授	P 3
【実践発表】	
1. 難聴者の心理的な諸問題 勝谷 紀子 氏 青山学院大学 社会情報学部 助教	P 18
2. 労働場面におけるろう者のメンタルヘルス 稲 淳子 氏 日本聴覚障害ソーシャルワーカー協会 会長	P 22
3. 高齢聴覚障害者のこころを支える 筒井 優子 氏 ゆうわ きこえとことばの相談センター 代表	P 24
【情文センター実践報告】	
グループワーク・家族教室 片倉 和彦 氏 双葉会診療所 院長 森 せい子 聴力障害者情報文化センター 聴覚障害者情報提供施設 施設長	P 32

ご 挨拶

社会福祉法人聴力障害者情報文化センターは、設立 35 周年を迎えております。常日頃、皆様から当センターへご支援・ご協力をいただいておりますことを心より感謝申し上げます。

今年も「聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会 2016」を開催する運びとなりました。全国各地からご参加いただきます皆様のご熱意に心から敬意を表します。

この研修会は、平成 23 年に当センターが初めて開催して以来、今回で 6 回目となります。この間、国連の障害者権利条約の批准を契機として、国内においては関連法が条約の主旨に沿って整備されました。本年 4 月には障害者差別解消法が施行されました。また、全国の自治体では、手話言語に関する条例の制定や手話言語法制定に向けた議会決議が行われるなど、聴覚障害者の情報保障のための取組が各方面で進められております。

このように、共生社会の実現に向けた様々な取組により、徐々にではありますが、聴覚障害者の日常生活、社会生活上の環境は着実に改善していることが実感できるようになりました。しかしながら、こころの健康や病気に悩んでおられる聴覚障害者の支援については、依然として多くの壁や課題があり、日々対応に苦慮されているというのが、皆様の実感ではないかと思えます。

本日の研修会は、皆様が日頃直面されているこうした課題に焦点をあて、専門家の先生に講演や実践活動の報告をしていただきます。難聴の方や高齢の方、働いておられる方など多様な聴覚障害者のこころの問題や心理的課題を取り上げていただきます。また、当センターの情報提供施設で実施していますこころのグループワークや家族教室の実践もご紹介いたします。

この研修会の開催に当たっては、これまで同様、多くの専門家の先生方や関係団体の皆様に多大なご支援・ご協力をいただきました。関係者の皆様に厚くお礼を申し上げます。

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ますよう祈念しております。そして、聴覚障害者のこころを支える支援が充実していくことを切に期待しております。

社会福祉法人聴力障害者情報文化センター
理事長 中村 吉夫

プログラム

- 9 : 30 受付開始
- 10 : 00～10 : 15 開会 主催・来賓挨拶
- 10 : 15～12 : 00 **【基調講演】**
「心理的課題をもつ聴覚障害者の成長・回復を支える環境について考える」
古賀 恵里子 氏
大阪経済大学人間科学部 人間科学科 准教授
- 12 : 00～13 : 00 昼休憩
- 13 : 00～15 : 15 **【実践発表】**
(途中休憩あり)
1. 難聴者の心理的な諸問題
勝谷 紀子 氏
青山学院大学 社会情報学部 助教
2. 労働場面におけるろう者のメンタルヘルス
稲 淳子 氏
日本聴覚障害ソーシャルワーカー協会 会長
社会福祉士・精神保健福祉士
3. 高齢聴覚障害者のこころを支える
筒井 優子 氏
ゆうわ きこえとことばの相談センター 代表
言語聴覚士・介護支援専門員
- 15 : 15～15 : 25 休憩
- 15 : 25～16 : 05 **【情文センター実践報告】**
グループワーク・家族教室
片倉 和彦 氏
双葉会診療所 院長
精神科医師
森 せい子
聴力障害者情報文化センター 聴覚障害者情報提供施設 施設長
精神保健福祉士・介護支援専門員
- 16 : 05～16 : 30 全体質疑・講評
- 16 : 30 閉会挨拶

【基調講演】

「心理的課題をもつ聴覚障害者の成長・回復を支える環境について考える」

古賀 恵里子

大阪経済大学人間科学部 人間科学科 准教授

経歴等

福岡県久留米市で生まれ、4歳の時に滋賀県彦根市に転居。学生生活を長野県松本市で送り、1986年に医療法人明和会・琵琶湖病院に就職。2015年3月まで勤務。心理相談室・室長として心理社会的支援に取り組んできた。1993年より聴覚障害者診療の業務にも携わり、個人/集団精神療法や心理査定を担当した。2015年4月より大阪経済大学人間科学部・准教授として勤務。現在に至る。

臨床心理士

日本集団精神療法学会認定 グループ・サイコセラピスト（スーパーヴァイザー）

【はじめに】

私は2015年4月から大学で臨床心理学を教えると共に、「集団精神療法の理論と実践」、そして「成長や回復を可能とする環境としての治療共同体」を研究課題としている。私がこのテーマに惹きつけられているのは、かつて精神科病院の心理士として仕事を続けてきた中で、心理療法など個々の治療を包含する全体の環境がもつ影響力の大きさを実感したからである。そして「聴覚障害者診療」のスタッフの一員として、聞こえに障害を持つ患者さんの心理的課題に関わってきた体験とも深く関わっている。

今回の内容は、私の実践を振り返り、かつ、一旦その場を離れた立場で自分の体験を再構築し省察した上で、現在の私の問題意識を伝えるものである。

【聴覚障害者診療のスタート】

前職場A病院は、1990年代に日本初の「聴覚障害者外来」を開設した。開設の約半年前から準備委員会が組織され、私もスタッフとして加わることになった。それまでは、自分が聴覚障害の世界に足を踏み入れることになろうとはゆめゆめ思っていなかった。

それぞれの部署・職種から担当スタッフを選任しチームが生まれ、多職種チームによる取り組みが志向された。また、選任スタッフのみでなく、全職員がこの取り組みに関わる仕組みが意図され、学習会やコミュニケーション手段の獲得のための講座などが全職員対象として開催された。チームの中に期待と同時に不安が蠢いていた。重大なタスクだからこそ、この事業の母体となる「全体としての病院」とのつながりがしっかりと保たれていることが極めて大切なポイントであった。

手話はこの事業の代名詞であり、組織がこれから取り入れようとしている新文化の象徴であった。新しい取り組みを始める時に、それを推進する力と同時に、抑止する力が働くのが組織集団の常である。「自分には関係ないので手話は覚えなし使わない」とはっきり口にする職員もいた。一方で、手話を懸命に覚えようとするスタッフもいた。当初は手話に対する態度が極性化していた。新文化をどのように取り入れるのか。それに伴って生じる変化にどう対処するのかというミッションを組織全体が抱えた。

加えて、開設直後から、重篤な問題を抱えた患者さんたちの入院治療を引き受けることに

なった。チームにとってチャレンジであった。

【心理的問題に深くかかわる組織】

私は長い間、精神科病院で、重篤な病、そしてその背景に深刻な心理社会的問題を抱える患者さんたちと働いてきた。「いったいどうすれば良いのか?」「何ができるというのか?」としばしば無力感に襲われた。そんな中で出会ったのが英国の精神科医（精神分析家）である R.D.ヒンシェルウッドが著わした『インスティテューション（施設 / 制度）について考える Thinking About Institutions(2001)』という本であった。私が臨床現場で出会う理不尽で不可解な現象に名前が付けられていた。このような現実はある特定の問題ではないと気づいた。

彼はこの本で、精神科病院をはじめ心理的問題に深く関わる施設は、社会が持ちこたえられなかった「耐えがたさ」に持ちこたえることを求められる場であり、スタッフはこの耐えがたい苦しみに向き合う任務を課せられていると述べている。その状況の中で個々のスタッフは心理的緊張を高め、その結果、できるだけ自分のところが混乱しないように鎧を着ける。そして、鎧を着けたスタッフで構成された組織は、不安、恐怖、怒りなどの感情への気付きを減退させ、組織全体の統合性や治療的働きが損なわれる。このころの中に脆弱さを抱えた患者さんたちがこのような「環境」におかれると、彼らのこころの中はさらに混沌として「問題行動」が激しくなる。それが、また組織の不安を煽り、組織はさらに鎧を厚くする。結果的に組織全体が士気阻喪状態に陥る。

私の経験においては、聴覚障害をもつ患者さんたちの抱える心理的問題に向き合い援助していくことは、スタッフにとってまさしく「耐えがたさに持ちこたえていくプロセス」であった。聴覚障害と精神障害という二重のコミュニケーション障害を抱え、衝動的で暴力的な行動を表出し、なかなか回復しない患者さんたちとの長期戦の繰り返しの中で、スタッフチームは様々な感情を刺激された。「なぜ自分たちがこんなに大変な思いをしなければならないのか?」と怒りを覚えるスタッフや、無力感に打ちのめされるスタッフも存在した。

このようなスタッフの反応は、患者さんたち自身がこれまでの環境の中で味わってきた「耐えがたさ」の顕れであったと私は理解している。

A 病院のチームは、さまざまな困難に遭遇しながら、とにかく話し合った。患者さんの抱える問題が「耐えがたければ耐えがたい」ほど、顔を合わせた話し合いを重ねた。率直に自分たちの感情を言葉にすることで、「私たちの間に何が起こっているのか」について考えることが可能になった。

ヒンシェルウッドは、スタッフが熟考し探究し続けることの大切さを著書の中で繰り返し述べ、それが可能となるための一つのアプローチが「治療共同体 Therapeutic Communities（以下 TCs）」であると述べている。

TCs のアプローチ方法や考え方は、心理的問題をもつ聴覚障害者の成長・回復を支える環境を模索する上で有用な示唆を与えてくれると私は考えている。

【治療共同体 TCs とは】

TCs は英国の精神科医である W.R.ビオン や T. メイン によって 1940 年代にノースフィールド病院で、第二次世界大戦中の戦争神経症の患者たちを対象に始められ、同じく英国の精神科医である M. ジョーンズ によるベルモント病院での実践で確立された。

日本では 1969 年、世界保健機関 WHO の顧問として日本の精神科医療を視察して「クラー

ク勧告」を出した D.H. クラーク が、その中で当時の日本の精神科医療の現状を憂えて、長期入院の患者たちの無力感に働きかける有効な治療法の一つとして TCs を紹介している。また、同時期に、英国で M. ジョーンズ (1968) が『治療共同体を越えて』を出版し、鈴木純一によって 1976 年に翻訳され日本でも出版された。

その後、日本では、集団精神療法や社会精神医学に関心を持つ精神科医のリーダーシップの元で、いくつかの病院で試みられたが、現在では「時代遅れ」のアプローチとみなされている感もある。しかし、三品桂子(2013)は TCs を現在日本で注目されているアウトリーチの取り組みにおいても不可欠な視点であるとして紹介している。

TCs では、病院や病棟等の施設を一つのコミュニティ（共同体）と考え、専門治療のみでなく、それ以外の日常の活動、例えば料理、掃除、レジャーなどを重視する。その中で起こるさまざまな出来事に、患者さんとスタッフが一緒に考え対処しようとする対等性が重視される。そこでは、患者さん同士、患者さんとスタッフの関係を通して、個々の患者さんが自分の感情に向き合い、役割や責任を持って集団に関与することが促される。無力で受け身的な患者役割のままでは「セラピューティック（治療的）」ではないのである。

また、コミュニティの中で起こるできごとを全体で共有する話し合いの文化の醸成を目指し、①コミュニティのメンバーである患者とスタッフ全員が参加して話し合う「コミュニティ・ミーティング」、②その後スタッフで行う「レビュー・ミーティング」、③コミュニティ内で何か問題が起こった時に臨時で開かれ、その問題に少しでも関係する人たちが集まって話し合う「クライシス・ミーティング」が 3 本柱として挙げられている。自分に少しでも関係する事がら、自分の知らないところで決まることはない。いつ、どこで、誰が、どのように決めているかについて透明性が保持されている。

このようなやり取りの中では、痛みを伴うコミュニケーションが展開されることもあるが、この「危機」こそが、学習の機会となりうる。これを社会的学習と呼ぶ。

【TCs の核となる価値基準】

英国では、「TCs コンソーシアム」と「コミュニティ・オブ・コミュニティズ」という TCs を牽引する 2 つの組織がある。「TCs コンソーシアム」が定めた 10 項目の「核となる価値基準」を紹介する。私が聴覚障害者診療で出会った患者さんたちとその環境を思い起こしながら書き加えたのが「註」である。TCs の価値基準は彼らの成長・回復を考える際の道標になり得る。

1. アタッチメント

健康なアタッチメントは発達の必要条件であり、人間の基本的な権利である。

註) 愛着—大切な人とつながっている感覚—は、その人の成人後の他者との関係に影響を与える大切な要因である。Bさんは、安心したつながりを周囲の大人との間で持てないままに育ち、心理士を含めた他者と「近付いては離れる」ことを繰り返していた。

2. コンテインすること

全ての人は、発達、成長、そして変化のための安全でかつ支持される環境を必要としている。

註) コンテイング **Containing** は、「含み込み」「包み込むこと」「包容機能」と訳される。わけのわからない恐怖で暴れてしまう Cさん。誰かがその恐怖を理解し、受け止めて「ことば・意味」を与えれば、暴れる必要は減じていくであろう。

3. 尊重

人々は尊重されていると感じる必要があり、彼/彼女の問題のみによって定義、あるいは描写されるべきではない。

註) 私たちは臨床現場で、「攻撃的だ」「甘えている」などと、自分の視点で患者さん像を作り上げてはいないだろうか? 「攻撃的な人だ」と思うと、その人は攻撃的になる。

4. コミュニケーション

全ての行動には意味がある。そして、それは理解されることが必要なコミュニケーションである。

註) 患者さんの行動を「問題行動」として切り捨てていないだろうか? 行動の意味を、それが生じた文脈に沿ってチームで熟考することは大いに意味がある。

5. 相互依存

個人がよりよく生きている感覚は、お互いのニーズを認識する関係性から生じる。

註) 「頼る人」「頼られる人」の役割の固定化は成長・回復に必要な動きをせき止めてしまう。何かを決めることは、まるで聞こえる周囲の人たちの役割であるかのように、自分の就職、結婚、出産などに関する決定も他者に委ねてしまっていたDさん。そこには対等性が欠けていた。

6. 関係性

関係性の質は、自分の親しい友との、家族との、社交上の、そして仕事上での生活の質に強い影響を与える。

註) 「わかったふり」でにっこり笑って他者との関係を凌いできたEさん。それは「あたかも as if」の関係であった。成人後手話を覚え、不自由なく会話できるようになった後、「これまでの私の人生は何だったのか?」という気持ちに襲われ「根こぎ」状態に陥った。

7. 関与 (参加)

自分の環境や関係性に影響を与える能力は、個人がよりよく生きるために必要不可欠である。

註) Fさん。30代女性。病棟で行われていた集団療法のグループに手話通訳と共に参加。Fさんは手話を見るのではなく、手話を含めた集団全体を風景のようにぼんやり見ていた。Fさんは風景の外側にいるようであった。まるで、通じ合うということを端から期待していないように見えた。

8. プロセス

個々人、集団、そして組織にとっては、直ちに行動に移すよりも、熟考することの方がより良いことが多い。

註) 考えること、感じることを避けて行動に移すことを「アクティング・アウト」と呼ぶ。それはスタッフにも生じる。「方針」を出せば済むのではない。その人についてしっかり考えることを抜きにして「方針」は定まらない。

9. バランス

肯定的な体験、否定的な体験、そのどちらも、わたしたち全てにとって必要である。

註) 私たちには否定的な体験に蓋をしたり、それを躍起になってなくそうしたりしがちである。しかし、否定的な体験から目をそらさずに、その意味を考え続けることで人

生の可能性は広がり深まる。

10. 責任

各々の個人は他者に対して責任をもつ。そして、他者はその個人に対して責任をもつ。

註) 日々の臨床の中で、相手の責任をもつ力を奪ってしまっていないか？ Gさんの家族はGさんに家の中で起こった否定的な出来事を言葉で伝えなかった。しかし、沈鬱な空気を感じたGさんは却って不安や恐怖を募らせた。ある日、交番に駆け込んで「家で大変なことが起こっている！」と訴えた。初診時、Gさんは混乱状態の中で「私には知る権利があります」と叫んだ。

【成長・回復が可能な環境の構築を目指して—私たちに何ができるのか？—】

●知ること—情報の共有が可能な環境—

聴覚障害をもつ人たちにとって、たとえ自分に関する情報であっても、それを得ることは容易でない。だからこそ、そのための仕組みが必要になる。その上で初めて、自分のことは自分で決め、そして、それを実行に移すことが可能な環境となるのである。

●対等でいられる環境

「援助される側」と「援助する側」の分断を小さくする環境。この「配役」が固定化されると、「援助される側」はどんどん無力で受け身的な存在になってしまう。お互いに頼り頼られる対等な関係が可能になる環境が必要である。

●役割・責任をもって自分が関与できる環境

役割と責任は、無力感への有効な処方である。周囲の援助者が「困難」を減じるのではなく、本人自身が自分の困難に向き合えるような援助が可能となる環境が必要である。

●「私の」集団

A病院に入院した患者さんの幾人かは、退院前に懐かしそうにろう学校時代のことを想起した。自分のことばで話すことができ、かつ安心できる「私の」集団が必要である。

●つなぐ環境・閉じない環境・・・援助者チームに

聞こえることが多数派である社会だからこそ、少数派の聴覚障害者の援助チームが閉じたシステムにならないことが大切である。周囲から分断された少数派には変化が生じにくい。「この特別な問題は、特別な私たちにしか対応できない」の発想は、環境そのものの成長を止めてしまう。聴覚障害者を援助するプロフェッショナルが、その知識やスキルを持たない援助者・専門家とどのようにつながることができるか。お互いの知識やスキルを交換する工夫にエネルギーを注ぐ。この努力によって、環境が内包する可能性が多様になると同時に、可能性をもつ環境の幅が広がる。

【おわりに】

安心できる環境の中で初めて、人は自分の問題を探求しようという気持ちになる。安心できる環境とは、その中の援助者も安心できているということである。援助者が安心できるチームの存在は大きい。

A病院で共に働いたチーム、そして患者さんや家族は私に多くのことを教えてくれた。改めて感謝の気持ちを伝えたい。

*参考文献については資料をご参照ください。

聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会2016
**心理的課題をもつ聴覚障害者の
成長・回復を支える環境について考える**

大阪経済大学・人間科学部 古賀恵里子



1

自己紹介

- 1986年3月－2015年3月
医療法人明和会 琵琶湖病院 心理士
(心理相談室・室長)
- 2015年4月－ 大阪経済大学人間科学部 准教授
- 臨床心理士
- 日本集団精神療法学会認定 グループ・サイコセラピスト

2

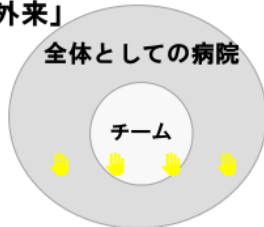
今日の内容

1. 聴覚障害者診療スタート
2. 心理的問題に深く関わる組織
3. 治療共同体とは
4. 治療共同体の核となる価値基準
5. 成長・回復可能となる環境の構築を目指して

3

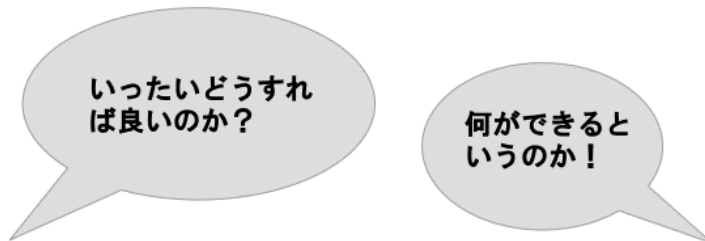
聴覚障害者診療スタート

- 1993年 日本初の「聴覚障害者外来」
- 手話＝新文化の象徴
- いきなりの入院事例



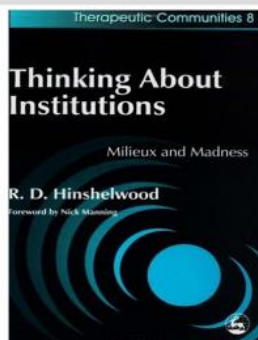
4

心理的問題に深くかかわる組織



5

R.D.HINSELWOOD(2001)
THINKING ABOUT INSTITUTIONS



6

R.D.HINSHELWOOD

- 1938年生まれ
- 1967-69 精神科医として英国・大規模精神科病院にて勤務
- 1969-76 治療共同体Therapeutic Communitiesに参画
- 1976-93 精神科病院でコンサルタント精神科医
- 1993-97 Cassel Hospital で Clinical Director
- The Association of Therapeutic Communities 元理事長
- 現在 エセックス大学the Center for Psychoanalytic Studies 教授

7

不安に満ちた施設とその防衛 R.D. HINSHELWOOD

精神科病院をはじめ心理的問題に深く関わる施設

：「**耐え難さ**」を持ち込まれるところ

→スタッフは耐え難さに耐えることを要求される→心理的緊張

→ **心理的防衛**



施設の独特な組織的現象（無意識の文化）→その中の個人を害す

→ 不安からは保護されるが気付きや思考は減退

→ 施設全体の治療的機能を損なう・・・**否定的スパイラル**

8

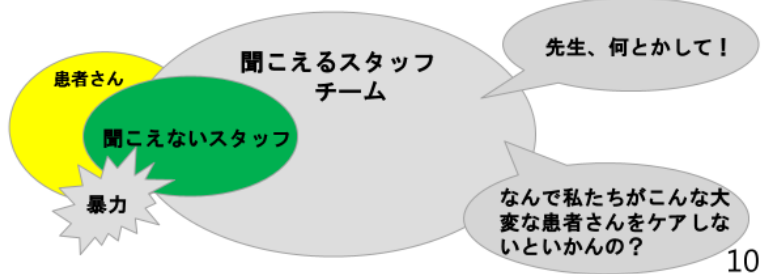
スタッフの士気阻喪 R.D. HINSHELWOOD(2001)

- 現象1：患者さんとスタッフを極端に分けること
- 現象2：儀式的習慣
- 現象3：組織内の下位集団間の非適応的分断
- 現象4：偽りの自律性
- 現象5：スタッフ個人の有能さの誇示
- 現象6：組織全体の脱価値化

9

A病院のチームに何が起こったのか<1>

聞こえない患者さん、聞こえないスタッフ、そして聞こえるスタッフ



10

A病院のチームに何が起こったのか<2>

私が何とかせねば

聞こえないスタッフ

カンファレンス

怒り

私には患者さんの
気持ちがよくわかる

主治医が患者に暴力を振るわれるのは、チームがうまく機能していない証拠。

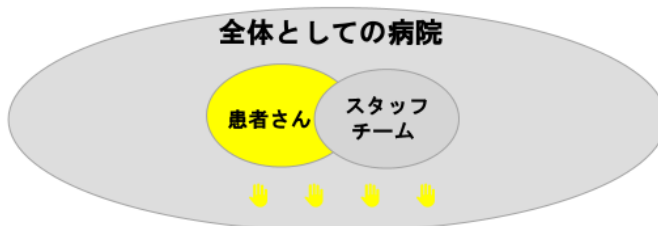
スタッフは先生に任せすぎている

先生は責任を感じて一人で何とかしようとしすぎ!

11

そして・・・

患者さんとチームは全体としての病院という環境に抱えられていた



12

治療共同体とは

病院や病棟、あるいはデイケア等を一つのコミュニティと考え、個人精神療法や集団精神療法のみでなく、それ以外の日常の活動、例えば、料理、掃除、レジャーなどを重視し、その中で起こる様々なできごとを全体で共有し、患者とスタッフが一緒に考え対処しようとするアプローチ。

13

治療共同体の歴史

- 1942年 W.R.ピオン & J.リックマン「ノースフィールド実験」
戦争神経症の患者 社会的設定を利用して病棟全体のモラルを高める ⇒ 挫折
- 1943年 T.メイン & S.H. フークス
「第二次ノースフィールド実験」
- 1946年 T.メイン、キャッセル病院 探究の文化
精神分析的方針の治療共同体
- 1952年 M.ジョーンズ、ベルモント病院
心臓神経症 集団での話し合いが患者の訴えを減らす¹⁴

治療共同体のイデオロギー

R.N.ラパポート 米国 社会人類学者

1953-1957年 ベルモント病院で治療共同体の評価研究

'Community as Doctor' (1960)

- ① 民主的であること Democratization
- ② 寛容性 Permissiveness
- ③ 現実への直面化 Reality Confrontation
- ④ コミュナリズム Communalism

15

環境への処方

三本柱

- ①コミュニティ・ミーティング ②レビュー・ミーティング
- ③臨時のクライシス・ミーティング

↓

- 病院の誰もが参加する決定機構
いかなる決定であれ、少しでもそれにより影響を被る人は決定過程に参加
- 病院においてやっかいで不必要なものと考えられてきた
「危機」が学習の機会に・・・社会的学習

16

関係性と責任性の重視

- コミュニティの中で起こる様々なできごとを、
患者とスタッフが一緒に考え対処する
- 患者同士、患者とスタッフの関係を通して、個々の患者
が自分の感情に向き合う
時には「痛みを伴うコミュニケーション」
- そして、自分の責任性を取り戻しつつ回復していく

17

日本では

- 1969年 WHO顧問 D.H.クラーク「クラーク勧告」
「治療共同体は精神科長期入院の患者たちの無力感に働きかける
有効な治療法の一つ」
- 1976年 M.ジョーンズ (1968) (鈴木純一訳)
『治療共同体を超えて』 岩崎学術出版社
- *その後、いくつかの病院で実践されたが、
現在では「過去のもの」になりつつある???

18

アウトリーチとTCS 三品桂子(2013)

「患者の自己決定や主体性を尊重する考え方の実践であり、精神科病院の改革にとどまらず、精神科デイケアや地域リハビリテーションの方法の基盤となり、今日のイギリスの援助の者の理念と実践の根幹となっている」

『重い精神障害のある人への包括型地域支援—アウトリーチ活動の理念とスキル』2013 学術出版社 19

TCSの核となる価値基準<0>

考案したのは・・・

コミュニティ・オブ・コミュニティズ

Community of Communities

<http://www.rcpsych.ac.uk/workinpsychiatry/qualityimprovement/qualityandaccreditation/therapeuticcommunities/communityofcommunities.aspx>

TCs コンソーシアム

The Consortium for Therapeutic Communities (TCTC)

<http://www.therapeuticcommunities.org/>

20

TCSの核となる価値基準<1>

- **アタッチメント**: 健康なアタッチメントは発達の必要条件であり、人間の基本的な権利である。
- **コンテインすること**: 全ての人は、発達、成長、そして変化のための安全でかつ支持される環境を必要としている。
- **尊重**: 人々は尊重されていると感じる必要があり、彼/彼女の問題のみによって定義、あるいは描写されるべきではない。

21

TC Sの核となる価値基準 <2>

- **コミュニケーション**：全ての行動には意味がある。そして、それは理解されることが必要なコミュニケーションである。
- **相互依存**：個人がよりよく生きている感覚は、お互いのニーズを認識する関係性から生じる。
- **関係性**：関係性の質は、自分の親しい友との、家族との、社交上の、そして仕事上での生活の質に強い影響を与える。
- **関与（参加）**：自分の環境や関係性に影響を与える能力は、個人がよりよく生きるために必要不可欠である。

22

TC Sの核となる価値基準 <3>

- **プロセス**：個々人、集団、そして組織にとっては、直ちに行動に移すよりも、熟考することの方がより良いことが多い。
- **バランス**：肯定的な体験、否定的な体験、そのどちらも、わたしたち全てにとって必要である。
- **責任**：各々の個人は他者に対して責任をもつ。そして、他者はその個人に対して責任をもつ。

23

集団精神療法の実践 <1>

ろうの患者さんへの「グループカウンセリング」

■ 病棟やグループの中での孤立・・・社会の縮図

■ 患者さんのつぶやき

「精神的な病をもつ同じ立場のろう者同士で話がしたい。
聞こえる人のグループだと通訳がついても自由に話ができない。
健康なろう者の中では病気のことを理解してもらえない」

「病棟にろう者が2人以上居ると、情報量が<1+1=2>以上になる」

24

集団精神療法の実践<2>

- **「私のグループ」が存在すること**
自分で考え決めること、自分の表現が保障された場
このグループをどうしていくかを主体的に考える
- **チャム・グループからピア・グループへ**
個人の違いを認めながら共存、通じないことへのトレランス
「通じることもあるけど通じないこともある」
適度なfrustration ⇒ 心を通わせることへの努力⇒関係性の構築
- **内なるグループ**

25

成長・回復が可能な環境の構築を目指して — 私たちに何ができるのか? —

- 知ること—情報の共有が可能な環境—
- 対等でいられる環境
- 役割・責任をもって自分が関与できる環境
- 「私の」集団
- つなぐ環境・閉じない環境・・・援助者チームに

26

参考文献<1>

- Clark,D.H. (1968) Assignment report, November 1967 - February 1968. World health organization regional office for the western pacific.
- Haigh,R. (2013) The Quintessence of a Therapeutic Environment. Therapeutic Communities, 34(1), 6-15.
- Hinshelwood,R.D. (2001) Thinking About Institutions –Milieux and Madness-. London and Philadelphia : Jessica Kingsley Publishers.

27

参考文献<2>

- 古賀恵里子(1999) 聴覚障害者の体験に触れて. 聴覚障害者の心理臨床. 東京: 日本評論社. 79-98.
- 古賀恵里子・藤田保(2008) 医療の現場から—チームアプローチの視点—. 聴覚障害者の心理臨床2. 東京: 日本評論社. 35-54.
- 古賀恵里子・菅沼昭友(2008) 集団精神療法の視点から. 聴覚障害者の心理臨床2. 東京: 日本評論社. 55-74.
- 古賀恵里子(2014) 学会印象記 The Consortium for Therapeutic Communities(TCTC) Annual International Conference に参加して. 集団精神療法, 30(1), 107-108.
- 古賀恵里子(2015) 治療共同体の考えに学ぶ. 大阪経済大学・人間科学部 人間科学研究. 9号. 111-125.

28

参考文献<3>

- 鈴木純一(2014) : 集団精神療法 理論と実際. 東京: 金剛出版.
- 日本集団精神療法学会監修(2003). 集団精神療法の基礎用語. 東京: 金剛出版.
- 三品桂子(2013) 重い精神障害のある人への包括型地域支援—アウトリーチ活動の理念とスキル—. 東京: 学術出版社.

29

ご清聴ありがとうございました



30

【実践発表】

1. 難聴者の心理的な諸問題

勝谷 紀子

青山学院大学 社会情報学部 助教

経歴等

神奈川県出身。2004年東京都立大学大学院人文科学研究科単位取得済退学、2006年博士号（心理学）取得。現在、青山学院大学社会情報学部社会情報学科助教。専門は心理学。現在の主な研究テーマは、抑うつ維持・回復における対人関係の役割、大学生における情報教育、難聴者の精神的健康。

【日本における難聴者の現状】

厚生労働省による「平成23年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）」では、日本の聴覚障害者の数は平成23年においては242,200人（65歳未満：66,800人、65歳以上及び年齢不詳：175,400人）と推定されている（厚生労働省, 2014）。

しかし、この数字は身体障害者手帳を取得している人に対して行った調査結果を元にした数字であり、身体障害者手帳を持ってない、あるいは取得していない難聴者を含まないものである。日本において身体障害者手帳を取得するための聴覚障害の基準（両耳の平均聴力70デシベル以上）はWHOにおいて設定された基準（聴力が良い方の耳の聴力41デシベル以上）よりも厳しい。そのため、聴覚障害の基準を満たさないものの聴力が低下して日常生活に支障や不便を経験している人びとは、一側性難聴や加齢性難聴を含め多く存在すると考えられる。身体障害者手帳の取得に至らない程度の聴力を持つ難聴者の数は1,944万人とも推定されている（日本補聴器販売店協会, 2003）。しかし、身体障害者手帳を取得していない難聴者の困難や必要な支援についてはまだ十分には理解されていないのが現状である。

【難聴による聴力低下がひきおこす問題】

難聴によって聴力が低下することにより、心身にさまざまな影響を及ぼすことが明らかとなっている(Fortunato et al., 2016)。認知症(Deal et al., 2016)など身体疾患に影響するほか、うつなどの精神的不健康との関連も指摘されている(Theunissen et al., 2014)。

ただし、難聴であることが直接に精神的不健康へとつながるとはかぎらない。難聴であることが精神的不健康へとつながる際に関与する要因としては、コミュニケーションに関する要因が考えられる。具体的には、聴力が低いことで聞き間違いなど他者とのコミュニケーションで失敗を経験することが多くなること、複数人でのコミュニケーションに加わりにくくて会話についていけないために孤独感や疎外感を感じやすいこと、コミュニケーションがうまくいかないことによって対人関係上の葛藤を経験することなどが考えられる。

そのため、難聴者のコミュニケーションの特徴を理解し、コミュニケーションをスムーズにおこなえるように支援することが求められる。

【これまでの研究・とりくみ】

発表者は、これまでに難聴者を対象にした調査やインタビューを行い、難聴者のストレスの特徴（勝谷, 2012）、日常生活での困難、難聴であることを人に言葉で伝えるようになるまでの経緯（勝谷, 2015）について調べてきた。また、難聴者を対象にしたインタビューで明らかとなったことをもとにして、難聴や難聴者についての理解を深めるためワークショップを開催するなどしてきた（勝谷, 2014）。

本報告では、これまでの研究の中から、難聴であることを他者に伝える行為（自己開示）についてのインタビュー（勝谷, 2015）を紹介する。

【研究の背景】

本研究では、難聴者を対象に難聴の自覚をしてから現在に至るまでの経緯を尋ね、とくに「聞こえが悪いこと」を伝える行為について検討をした。

難聴者のなかでも、言語を獲得した後に病気や怪我などの理由で途中で難聴になった者や身体障害者手帳を取得できない聴力レベルの難聴者は、健聴者のように発話をすることができ、周囲の環境（静かであるなど）や話し相手の声質によっては問題なく聞き取ることができる場合がある。そのため、周囲が聞こえの問題があることに気づいたり、理解したりすることが難しくなる。そこで、円滑にコミュニケーションをするためには難聴者自身が難聴であることを周囲にいつどのように伝えるかが重要な対処行動となる。聞こえに問題があることを他者に適切に伝えれば、円滑なコミュニケーションをおこなえることができ、対人関係上のストレスの経験を防げるからである。こうした対処行動を難しくする要因を明らかにすれば、難聴にまつわる問題への対処に困難を感じる難聴者への心理的支援を行えるであろう。

そこで本研究では、難聴者を対象にして、自分が難聴であることを他人に伝える、すなわち自己開示するという行動の経過を検討する。具体的には、難聴を自覚してから現在に至るまでの経過を半構造化面接で調べる。面接で明らかとなった経緯について、時間的な変容過程をとらえることができる質的研究アプローチである複線経路・等至性アプローチ（TEA）（安田・サトウ, 2012）を用いて整理し、その特徴を検討する。

【方法】

- ・ **研究協力者** 難聴者 11 名（男性 4 名、女性 7 名）から協力を得た。
- ・ **手続き** 研究協力者に対して半構造化面接を行なった。半構造化面接は研究協力者の意向により、対面、メール、チャットのいずれかの方法でおこなった。半構造化面接では、現在の聞こえの状態、難聴であることを自覚してから現在に至るまでの経緯、聞こえの問題の自己開示の有無、自己開示の仕方、自己開示をするあるいは自己開示しない理由、他者からの反応、自己開示をすること（あるいは自己開示しないこと）によってよかったこと・困ったことなどについて尋ねた。対面で半構造化面接を行った場合は、面接で得られた話の内容を文字起こししたものを研究協力者に後日見せて、内容確認をおこなうように求め、必要であれば加筆修正するように依頼した。
- ・ **分析方法** 各研究協力者の回答内容を KJ 法によって意味のまとまりに分けてグループ化した。これらのグループをさらに時間的経過にそって整理していき TEM 図を作成した。

このような手順で仮に作成した TEM 図について、研究協力者から追加点や修正点などの意見が得られた場合は、意見をもとに TEM 図の修正版を作成した。

【結果】

半構造化面接における 11 名の難聴者の語りをまとめたところ、大きく (1) 難聴の自覚当初から難聴の問題を開示して対処しようとするタイプと、(2) 難聴の自覚当初は開示をしていないタイプに分けられた。

(1) のタイプは、難聴であることを他者に伝えることに大きな躊躇を感じる 경우가あまりない場合である。具体的には、難聴であることを当初から他者に開示して自分なりに工夫して聞こえにまつわる問題に対処を行なっているケース、難聴の開示を当初から躊躇なくおこなってきたがその後の聴力低下や医療技術の変化により難聴への考え方など内面に変化を示して治療に踏み切ったケースが見られた。

(2) のタイプは、難聴であることを他者に伝えることをしていない、あるいはしてこなかった場合である。具体的には、以前は難聴であることを明確に開示しなかったが、転職、身体障害者手帳の取得、聴力の変化など転機となる出来事が自分の身に起きたことをきっかけに難聴であることを自己開示するようになったケースがみられた。

また、以前は難聴であることを明確に開示しておらずに隠してきたものの、自身と同じ難聴者との出会い、担当医師など重要な他者との出会いをきっかけに積極的に開示するようになったケースがみられた。さらに、難聴であることを開示することに積極的なメリットを見出さずに当初から自発的には開示をしていないケースも含まれていた。

当日は、研究協力者のインタビューでの実際の語りも紹介しながら、それぞれのケースについて詳しく紹介する予定である。

【考察】

難聴を自覚してからの経緯について半構造化面接を用いて調べたところ、難聴の自己開示のあり方によって、(1) 難聴の自覚当初から難聴の問題を開示して対処しようとするタイプ、(2) 難聴の自覚当初は開示をしていないタイプの 2 タイプに大きく分けられた。タイプごとにさらに個々のケースを見ていくと、聞こえの問題への対処の仕方だけでなく、難聴であることや、難聴者である自分自身に対する受け止め方も異なっていた。そのため、それぞれのタイプによって適した心理的支援、情報保障による支援のあり方が異なってくると考えられる。

また、難聴であることを自己開示しない（してこなかった）理由に対しては、恥ずかしい、躊躇がある、プライドがある、メリットが感じられないなどの気持ちが語られた。こうした気持ちが起こる背景としては、障害に対する態度や価値観が関与していると考えられる。すなわち、難聴当事者自身が障害を持つことに否定的な価値観があり、そのために難聴であることを自己開示することを抑制していた可能性がある。

今後の課題としては、これら障害に対する態度や価値観の変容に向けてどのように支援すべきか、難聴に関する自己開示がうまくいかずに心理的適応に問題が生じる難聴者の支援、難聴や聴覚障害に関する社会への啓発を考える必要がある。

【引用文献】

- Deal, J. A., Betz, J., Yaffe, K., Harris, T., Purchase-helzner, E., Satterfield, S., ... Lin, F. R. (2016). Hearing Impairment and Incident Dementia and Cognitive Decline in Older Adults: The Health ABC Study. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 00(00), 1–7. <http://doi.org/10.1093/gerona/glw069>
- Fortunato, S., Forli, F., Guglielmi, V., De Corso, E., Paludetti, G., Berrettini, S., & Fetoni, A. R. (2016). A review of new insights on the association between hearing loss and cognitive decline in ageing. *Acta Otorhinolaryngologica Italica : Organo Ufficiale Della Societa Italiana Di Otorinolaringologia E Chirurgia Cervico-Facciale*, 36(3), 155–166. <http://doi.org/10.14639/0392-100X-993>
- 勝谷紀子 (2012). 難聴者が日常生活で経験するストレスとは 日本心理学会第76回大会発表
- 勝谷紀子 (2014). 難聴者を対象にしたストレス対処ワークショップ 日本特殊教育学会第52回大会発表
- 勝谷紀子 (2015). 難聴者における聞こえの問題への対処の経緯について—複線径路・等至性アプローチ(TEA)による検討— 日本心理臨床学会第34回秋季大会発表
- 厚生労働省 (2014). 平成23年生活のしづらさなどに関する調査(全国在宅障害児・者等実態調査). http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/seikatsu_chousa.html
- 日本補聴器販売店協会補聴器供給システムの在り方に関する研究会 (2003). 「補聴器供給システムの在り方に関する研究」2年次報告書 補聴器供給システムの在り方に関する研究会
- Theunissen, S. C. P. M., Rieffe, C., Netten, A. P., Briaire, J. J., Soede, W., Schoones, J. W., & Frijns, J. H. M. (2014). Psychopathology and its risk and protective factors in hearing-impaired children and adolescents: a systematic review. *JAMA Pediatrics*, 168(2), 170–7. <http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.3974>
- 安田裕子・サトウタツヤ (編著) (2012). TEMでわかる人生の経路 誠信書房

【実践発表】

2. 労働場面におけるろう者のメンタルヘルス

稲 淳子

日本聴覚障害ソーシャルワーカー協会 会長
社会福祉士・精神保健福祉士

経歴等

- 1999年～ 6年間、大阪ろうあ会館居宅介護支援・訪問介護事業に従事
- 2002年 精神保健福祉士取得
- 2003年～ 大阪労働局委嘱「精神障害者雇用トータルサポーター」大阪府3か所職業安定所に配属、大阪障害者職業センター委託「雇用管理サポート事業」、兵庫県淡路聴覚障害者センター、京都府「いこいの村」、大阪府「なかまの里」で精神保健相談
- 2010年～ 日本聴覚障害ソーシャルワーカー協会会長
2011年～2013年東日本大震災被災聴覚障害者相談支援事業
2013年～全国聴覚障害者相談支援事業「聴覚サポートなかま」
- 2011年 社会福祉士取得
- 2013年～ 大阪ろうあ会館相談員に従事
- 2014年～ 法定成年後見人を受託

【実践報告】

就労している、また求職活動をしている聴覚障害者への支援は、今から13年前、初めて大阪府労働局から委嘱を受けて、月1回半日、「精神障害者雇用トータルサポーター」として、府内職業安定所に配置していた時から始まりました。それまで、生活相談を受けていて、いつも感じていたのは、就労支援と生活支援は表裏一体ではないかということでした。当時、就労している聴覚障害者の職場定着支援は、手話通訳または筆談の支援で足りる、という現状にあり、ろうあ者自身の努力と忍耐とマナー徹底を求め、自己責任を強いるような支援でした。私は、相談支援をしている中で、職場のいじめを受けて悔しい思いをし、体を壊し、自分に非があったのかわからないまま転職を繰り返しているろうあ者に多く会いました。

もし、就労が安定していれば、ろうあ者の気持ちも安定するのでは？そのための支援が就労先にあると思いました。ろうあ者の職場環境の状態を聞いて、事例をあげて、就労先の支援が必要、と大阪労働局に持ち掛けたころを思い出します。

福祉の現場は常に動いており、ろうあ者を取り巻く職場環境は進展してきています。障害者雇用促進法の改正、障害者差別解消法、法定雇用率の引き上げ、精神障害者雇用の義務化、企業のメンタルヘルスケア義務など障害者雇用をめぐる環境は大きく変わっています。現在、安定所に手話協力員の配置、手話のできるジョブコーチ、聴覚障害者であるジョブコーチ、就労相談支援員も増えています。

大阪府独自の制度として「ワークライフ制度」があり、大阪府内で働く聴覚障害者と雇用する事業所との橋渡し役もかねて支援を行っています。支援者は、大阪ろうあ会館の専

従職員（健聴者）が委託を受けています。

しかし、就労支援の現場では、聴覚障害者一人一人のコミュニケーション能力に合わせてサポートするには、支援者の力量に限界があります。周囲の理解や配慮がなければ、支援しても支援は続きません。聴覚障害者が安心して働く環境とは、社会生活の安定につながることであり、合理的配慮にもつながります。

精神疾患を併せ持つ聴覚障害者は、支援の拠り所とする精神保健福祉法と身体障害者福祉法の両方があり、両方の福祉支援を受けられることが望ましいのですが、現場では、まずコミュニケーションの障害に着目した支援が行われ、精神保健の支援がおざなりになりがちです。聴覚障害者の意思表示をどう受け止めるか、例えば「日本語能力が弱いから」「情報不足だからわがままだ」「うなづきがあるからわかっているはず」など、とらえてしまっていないか？支援者は、通じること、納得することの支援に集中してしまうこともあります。けれど、直接コミュニケーションから始まる支援は、ろうあ者の思いやこころをうけとめ、それに合わせた支援はまだ不十分なのが現状です。

実際に体験したことですが、ある障害者支援機関は、障害者全般を対象にしていると言いながら、聴覚障害者への職業訓練やリワーク支援（うつ病に対する復職支援）は、情報保障ができていないので、受けられないと断られました。また、精神医療につなげようと思っても、聴覚障害が原因ではないかと正しい治療を受けさせようとしなかったことがあります。精神障害者専門支援機関でも、支援の依頼や利用を断られました。コミュニケーションができないと意思疎通ができないから支援はできないとのことでした。発達障害センターでも、コミュニケーションによる検査ができないと断られました。

どこも「情報保障がないので」と簡単に言っていますが、支援は情報保障から始まるものではないはずです。むしろ、支援者側が、聴覚障害者の背景、能力、特性などを把握し理解し、配慮を求める、また、関係機関と連携する、正しい精神治療につなぐ働きかけをするためには、まず、直接コミュニケーションによる支援から始めることではないかと思えます。

社会に出て、現実を知り、頑張ることの限界をこえて、こころを壊し、生活も壊れていくろうあ者たちは、「誰に相談すればいいのかわからない」「自分が弱いからと責められてしまうから相談したくない」「精神科の通訳を頼みたくない」「精神医療に対する誤解や偏見がある」「助けてもらうことは恥だ」などと思ってしまう。

30分の中で、働いているろうあ者のこころをあますところなくお話しするのは困難ですが、少しでも現状を知っていただけたら、と思います。

私たちは、ろうあ者への支援を就労、精神、生活などと切り分けるのではなく、各支援機関や支援者と連携をもちながら、多くの人たちに関わるよう、切れ目のない支援を願っています。

一人でも多く、ろうあ者が働く喜びをもってほしい、と願っています。

【実践発表】

3. 高齢聴覚障害者のこころを支える一人とのかかわりの中で一

筒井 優子

ゆうわ きこえとことばの相談センター 代表
言語聴覚士・介護支援専門員

経歴等

1970年4月より東京都心身障害者福祉センター聴覚言語障害科勤務、乳幼児の聴力検査や聴能訓練、その後思春期相談、進路相談。1996年4月野澤克哉氏と就労援助科勤務、職業適性や職業訓練、就労支援。2000年4月身体障害相談課勤務、2003年4月東京都老人医療センター言語聴覚科勤務、2004年4月都心障センター自立支援課非常勤ST、2006年東京医薬専門学校非常勤講師 2011年8月にゆうわを開設、現在に至る。

【はじめに】

2015年9月厚労省の発表によると、100才以上の高齢者が6万1,562人となった。驚異的な数字である。その内の数%?、数十%?に高齢聴覚障害者（老人性難聴、以下高齢聴障者と略す）も含まれている。日本聴力障害者新聞でもE区ろう者協会会報を見ても90代の方々が掲載されており、長寿国日本の輝かしい記録でもある。しかし、現在「こころ元気ですか?」、「コミュニケーションは心配ないですか」、「健康に不安はないですか?」という質問に対し、「先行き心細く、非常に不安」と回答する人が多いと思われる。

この先超高齢社会が目前となり、4人に一人が65才以上、2025年には団塊世代が後期高齢者になる。目まぐるしく改正になる医療保険、介護保険をできるだけ利用しないで、自立した生活がいつまで可能か、公的制度で老後を心身ともに安心して過ごすという社会保障制度の理念はどこかに消えて、世界一の長寿国の近未来は非常に心もとない。

現在ゆうわで高齢聴障者の個別相談、補聴相談や茶話会などの活動のほか、NPOの居宅事業所で介護支援専門員も行っている。そういう立場から、改めて高齢聴障者のこころを支えるには、具体的にどんなことを実践しているのか、また社会資源には何があるのか、地域連携が大切であるというが、実際にはどんな支援が受けられのか、今後、からだ・こころを元気で過ごすには何が必要かについて提言する。

1 「高齢聴覚障害者」とは

イ 「高齢者」の定義

高齢者とは「何才から?」指すのか、国連では60才以上、WHOでは65才以上、日本の統計調査や介護保険法では65才以上を指している。高齢者雇用安定法では、65才~69才までを高年齢雇用年齢として就労支援している。しかし、これも時間の問題で、1億総活躍社会に見合った75才、80才まで雇用年齢が伸びる可能性は、十分に考えられる。又、年金受給開始年齢も年々先延ばしになり、高齢者の定義も70才からと変わる可能性も大である。

ロ 「高齢聴覚障害」の分け方

高齢聴覚者と一口に言っても、①幼少期から聞こえない方、②言語獲得後中途失聴した方、③加齢に伴い聞こえなくなった方と大きく3つに分けられる。

幼少期よりろう学校で教育を受けた方、統合教育、普通教育と受けた教育環境、生活環境、置かれたコミュニケーション環境により、コミュニケーション力も手段も大きく異なってくる。特に幼少期より同障害者集団でかかわりを持ってきた場合には、高齢になっても手話で容易に関係を持続し、情報収集も楽にしやすい。一方、中途失聴者では、同障害者との交流や所属団体の有無などで、高齢になった時に個体差が見られることがしばしばある。また、老人性難聴の場合は、①、②とは、聞こえの障害でも軽度・中等度の聴覚障害が多いなどから、かかわりやこころの支援に関しては、基本的に大きく異なる面がある。

この稿では、「高齢聴覚者」として、「きこえにくい・きこえない」、「コミュニケーション障害」、「情報障害」という共通の不全感、不自由さを持つ方とする。

ハ 高齢聴覚者を取り巻く社会・生活環境の変化

高齢になるに従い、取り巻く社会環境、生活環境、コミュニケーション環境に以下の様な変化がみられる様になる。

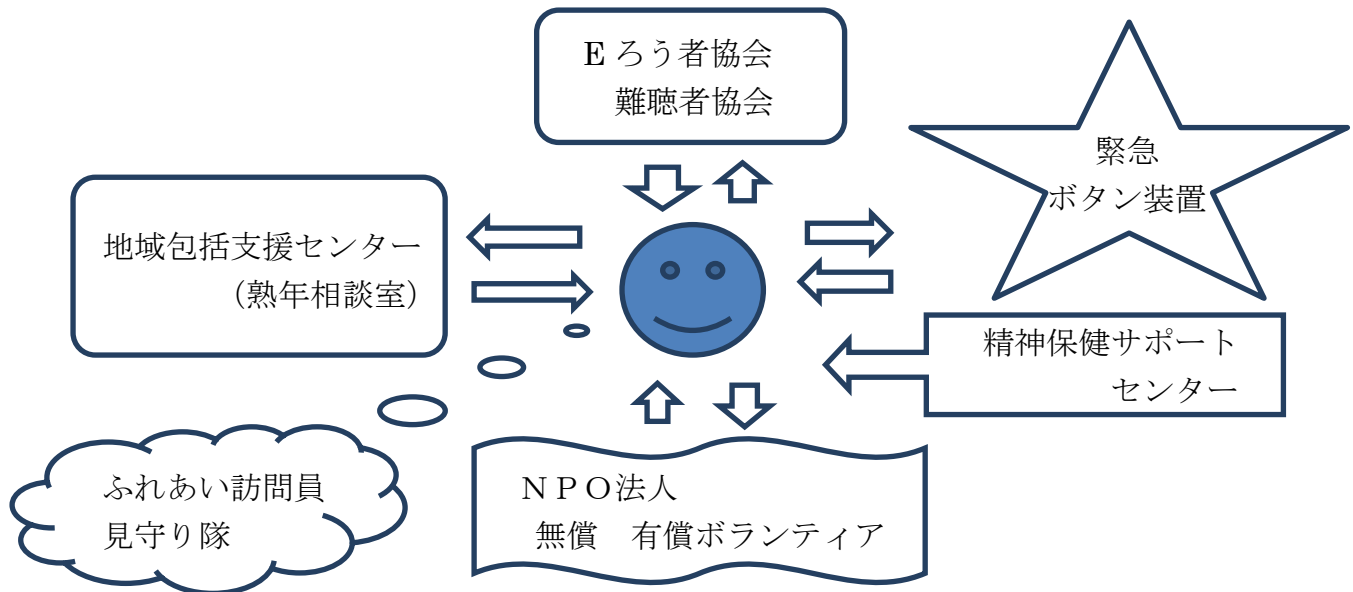
現在支援でかかわっている高齢聴覚者の主な共通点をみると

- ・ 生活のスタイル — 独居、高齢夫婦、かかわる兄弟も支援者も高齢化して支援はできない状態。
- ・ 身体機能の低下 — 下肢筋力低下による歩行障害、転倒による骨折、脊柱狭窄症から腰痛、膝痛などの痛みを常に抱える。
- ・ 通院回数の増加 — 生活習慣病、複数の疾病による通院通い。
- ・ 社会活動の縮小 — クラス会、お食事会、町内会活動、趣味活動、お稽古事の縮小
- ・ コミュニケーション状態 — ①の場合は別居している子ども、親戚とは元々手話中心のコミュニケーションからかかわりが取れない為、ほとんど交流がない方が多い。③の場合は、難聴の受け入れ困難や夫婦間の会話減少、十分聞き取れないコミュニケーション状態と同時に活動縮小により、引きこもり傾向に陥りやすい。

今まで難なくできていたことが、体調の不安定さから外出回数を減らすとか、できないことが少しずつ増え、特に活動を縮小することで、挨拶を交わすことや人とおしゃべりする場面が減少し、かかわりの希薄化がみられるのが現状である。

2 地域の安心生活応援ネットワーク

次に、住み慣れた E 区で安心して高齢聴障者が受けられる支援内容を見ると



全て、これらのサービスを受けるためには、自己申請が原則である。

E 区に限らず、地域連携の下で横の連絡が取れている場合もあるが、縦割りサービスの弊害も見られ、先ず自分が困った問題に対し、どの様なサービスが受けられるか地域包括支援センターで、相談することが相談者との関係づくりとこころの支援を築く一歩である。

3 こころを支える実践例

① ゆうわでは

個別相談

月 1 回の茶話会

小グループでの交流
2・3 人でのお茶・お食事会

②
E 区の女性部
では

月 2 回 パッチワーク・手工芸

月 1 回の茶話会
日帰り・1 泊旅行

4 かかわりの中でこころを支えるには

人間が最も恐ろしいのは、病気でもなく貧困でもなく
誰からも必要とされない心の飢え、孤独である
(マザーテレサ)

こころを支え、こころを元気にするためには

- A 人から支えてもらうのではなく、高齢でも人を支える側に
- ・ 100才まで、長年の縫製で培った手工芸を同障者に教えたAさん
 - ・ 一緒に美味しい食事を作り、お昼を一緒に食べる。おしゃべりしながらの食事は、元気を運んでくれる。92才で調理し、時々おかずを友人に届けるBさん
 - ・ 茶話会、お食事会にはいつもおしゃべりして出かけるCさん
 - ・ ホットする仲間と月に数回は、美味しいレストランに行くDさん
 - ・ 庭で丹精込めて草花を育て、押し花教室で同障者、健聴者に教えるEさん
 - ・ 笑いヨガで元気を出させるFさん
- B からだ・こころを元気にするには
人は一人では生きられない。かかわりがなくても生きられない、人々に支えられながら生きている。親子の人間関係に始まり、いろいろな人との出会いがあり、人々に支えられて人生の別れがある。だからこそ寄り添い、ささえ合い、かかわりを大切にして元気な社会を遺産にしていきたい。
そのためにもこころを元気に
- ・ 食事を共にすることで、笑いあり、悩みも痛みも和らぐ。
 - ・ 美味しいものを食べて心地よくいられる時間、場所を作る。
 - ・ 高齢になっても出会いを大切に、新しいことへチャレンジ・トライする。
 - ・ いつも「ありがとう」の気持ちを持つ。
 - ・ 一緒に作るとか何かをする仲間を持つ。
 - ・ 自分で元気になる、自分のラッキーカラーを持つ。
- * 元気セラピー、ユーモアセラピー、アロマセラピー、対話療法など

高齢聴覚障害者の こころを支える

一般社団法人 ゆうわ
きこえとことばの相談センター
筒井 優子
2016. 8. 28

1

「高齢聴覚障害」には

- ① 幼少期からきこえない方
- ② 中途失聴による方
- ③ 加齢に伴う難聴者・老人性難聴

- ・ 教育・生活環境による違い
- ・ コミュニケーション手段の違い

2

高齢に伴い社会・生活環境の変化

- ・ 生活のスタイル — 独居 高齢夫婦のみ
- ・ 身体機能の低下 — 介護保険の申請
ロコモティブ・シンドローム
- ・ 日常活動場面の縮小 — 外出・趣味活動



できないことが増えていく
かかわり・コミュニケーション場面の減少

3

「こころを支えた」事例から学ぶ

Aさん（女 102才）

ろう学校卒業後 → 婦人服 縫製を30年間
趣味で小物入れ 財布 ポーチ

4

美味しい食事を共にし、友人と笑いながら
食べる、飲む Bさん（85才）



(ろう協会 難聴協会)

既存の所属団体
趣味活動の
友人達と
旅行

5

認知低下はあるが
笑顔の素敵なCさん 知恵袋

現在91才 独居

- ▶ 買い物 家事一切は自分で
- 日時、場所の見当識障害はあるが・・・
- 調理の達人 物知り

6

老人性難聴の補聴相談例

Dさん（87才）

「聞こえにくい」障害に対する受けとめ

加齢と共に高音域が聞こえなくなる



つまり無声子音（サ行 カ行 ハ行）のききにくさ
ことばの弁別力低下



かかわりとカウンセリング

7

補聴器の有効／限界場面の支援

▶ 有効な使い方

- 1対1の会話
- 静かなところでの会話
- 顔を見る・正面からの会話
- 話し方・ことばを区切って話す

▶ 限界のある場面

- 複数の会話
- 騒音下の会話・音
- 遠距離の会話・音
- スピーカーの音・声



8

かかわりの場を作る

例 ゆうわでは 心ころ・からだ元気に
月1度 茶話会 小グループの食事会

簡単な手話の勉強とお茶を飲みながらおしゃべり
笑いヨガ きくち体操 手話ダンス
手のティールケア
近況報告

9

かかわりは作るもの

▶ 高齢難聴になっても

「今日・用を持つ、あるいは作る」

- ・ 1日1回は、用事を作り外出する
- ・ 1日1回は、人とことばを交わす・挨拶をする
- ・ 月に1度の茶話会に参加する
- ・ 友人・知人と美味しいものを食べようと誘う
- ・ 週に1・2回は、メールやFAXでかかわりを作る
- ・ 友人・知人に手紙やはがき、メールで近況を知らせる

10

高齢聴障者は知恵袋

- ▶ 例 わすれられない贈り物 - スーザンバーレー
こころを病んだ時は美味しいものを一緒に食べる
いのちの分かち合い - 佐藤初女

生き方 ものを大切にする
食べ方 薬草の見方などなど

11

かかわりの中で築いたもの

「人」という財産
支えられて
支えあつての人生

12

【情文センター実践報告】
グループワーク・家族教室

片倉 和彦
双葉会診療所 院長
精神科医師

経歴等

1986年信州大学医学部卒業。

信州大学医学部精神医学教室→厚生連安曇病院→奥多摩町立病院勤務を経て、1995年より現職。手話のできる精神科医師として聴覚障害者の精神科医療に長く関わっている。

森 せい子

聴力障害者情報文化センター 聴覚障害者情報提供施設 施設長
精神保健福祉士・介護支援専門員

経歴等

手話通訳支援活動中、自身が重度難聴者となる。手話通訳者養成、高校福祉科指導、中途失聴・難聴者のためのリハビリテーション指導、高齢聴覚障害者への在宅介護支援等を経て、相談業務へ関わるようになる。精神保健福祉士資格取得後、情文センターへ入職。聴覚障害者の多様性に応じてケースワークや文化活動支援を展開すると同時に、聴覚障害者の精神保健福祉援助に力を入れている。

施設長 日本精神保健福祉士協会認定精神保健福祉士 介護支援専門員

聴覚障害者情報提供施設における「相談」業務は身体障害者福祉法を根拠法としており、全国的に相談支援のニーズが増え平成 28 年の全国聴覚障害者情報提供施設協議会の総会では「相談支援体制の強化」及び「精神等の障害を重複する者への相談支援の必要性」を要望として厚生労働省へ提出したことが報告された。

当施設においては、10年ほど前から精神保健福祉的な相談支援の必要性が高まり、手話通訳士や精神保健福祉士、社会福祉士等の有資格者が中心となりケースワークやグループワークに携わり、試行錯誤しながら支援に当たっている。

本来、精神障害などの課題を有する聴覚障害者も、地域において精神保健福祉支援を受けることが理想であるが、聴覚障害者にとっては意思疎通の難しさから使いづらく、また受け入れる側も整備不足でマンパワーも十分ではない中で、聴覚障害者への対応に苦慮している現状がある。

そこで、当施設では、聴覚障害者情報提供施設の枠の中ではあるが、地域や家庭の中にあって孤独になりがちな聴覚障害者の精神保健福祉的援助も相談業務に含め、実践と通して、仕組みづくりに役立つよう、課題を整理しつつ、可能性にチャレンジしている

具体的内容としては、精神科医療支援を含むケースワーク、ピアサポートグループの形成、リハビリテーションとしてのフィットネスや文化的活動への移行、日中活動支援など

を実施してきた。

こうした実践の中で、本年はグループワーク活動支援の経過と家族教室について、その効果と意義、課題等を報告する。

1. こころのグループワーク 毎週土曜日午前1時間半

活動内容については参加メンバーの意見を元に計画を立てている。

今年は、新メンバーも加わり意見も積極的に出し合うことが増えている。恒例の片倉農園作業体験は無事終了し、調理活動はスタッフが驚くほどの手際とチームワーク力が格段に進歩し、新しい活動として野外スケッチや卓球遊びなどを実施。防災士のボランティアによる講習会も初の試みとして行った。

その他、知恵アップとSSTでは自己を成長させようとする気持ちや、学ぶ意欲が向上している。活動の場面を映像でご覧いただく。

2. 家族教室について

精神障害やメンタル面の不安を併せ持つ聴覚障害者の家族や、聴覚障害者の家族が精神疾患やメンタルの不安を持つ等の課題を抱える方への支援として、家族教室を実施している。家族のことで悩む日々を過ごしていることや、大変なご苦勞を背負われていることなど、お互いが共通することを語り合うことで、分かち合い、学び合いができ、ご家族のレスパイトケアにも役立てたいという思いで回を重ねている。

毎回、手話ができる精神科医である片倉先生のご指導やオープン相談などを通して、病気の理解を深め、参加者同士の話から客観的に家族を見ることができるようになるなどの効果が出ている。また、聴覚障害のある相談員や、精神的な課題を有する家族を抱える家族の立場の聴覚障害者と接することで、聴覚障害への理解が深まることも多い。

家族教室では、医師もスタッフも参加者も自己開示して対等な立場で語り合うことで、保護者・介助者・家族としてそれぞれが自分をみつめる機会ともなっている。

【片倉&森 ミニミニ対談】

メンバー・医師・支援者達との奇妙な関係が元気の元？

精神科医として長年聴覚障害者の診療にあたられている片倉先生の思いや問題意識、希望などを語っていただく。診断の難しさ、薬の管理、医療の限界と福祉への期待。

【問題提起】

聴覚障害者の家族はお互いの意思疎通手段を十分に持ち得ないことが多い。家族だけが通じるレベルの方法にとどまっているという感は否めない。そして、家族が閉鎖的になればなるほど、福祉等の情報が入っていない。我が国の精神保健福祉の歴史は確実に前進していると思われるが、精神障害者の増大と認知症患者の急増により、精神科病院

における拘束件数は 10 年前の 2 倍というデータが公表されている。地域福祉が叫ばれるようになって久しいが、精神障害者の地域移行は課題が山積みである。退院促進に力を入れつつ、入院待機者が列を作る状況の中で、果たして聴覚障害をあわせ持つ者への支援などを組み入れることを検討する余地が現場にあるのだろうか・・・と危惧を抱くのは自分だけではないだろう。

当施設では今年度「精神等の障害を有する聴覚障害者への相談支援についての調査研究事業（全国生活協同組合助成事業）」において、本研修会の前身であった「聴覚障害者精神保健研究集会」の 21 年間の報告書のまとめ作業と、全国の聴覚障害者情報提供施設へのアンケート調査等を実施している。この事業を通して、精神科医療や福祉の分野での聴覚障害者への支援はどのような状況になっているか、概観できる見込みである。

1991 年（平成 3 年）の世界ろう者会議で、我が国は聴覚障害者の精神保健福祉の立ち遅れに気づき、関係者がさまざま努力を重ねてきたが、聴覚障害者専門の精神科外来は、現在でも、滋賀県の琵琶湖病院のみであり、聴覚障害者の精神疾患の特徴や、必要な配慮、相談の仕組み等は発展しているとは言い難く、その支援の指針が明らかになっていない。

2010 年に京都市いこいの村から、約 54 年間にも及ぶ精神科病院入院患者の例が報告されたが、手話の環境のもとで生き生きと暮らし始めたという衝撃は忘れてはいけないうし、現在も全国の精神科病院の中でそのような聴覚障害者の存在がないとは言えないだろう。そのようなことが繰り返されないために我々ができることは、こうしたささやかな取り組みを継続し、状況をまとめ、都道府県や国に報告し、問題提起していくことである。

障害者の権利条約を批准し、障害を理由とした差別の解消を促進する法律が施行された今、精神等の障害を有し意思疎通と意思決定支援を必要とする聴覚障害者の方々への支援のネットワークや地域における仕組みづくりをしていかねばならない。

そのためにも、全国の多くの当事者の仲間達、ご家族、医療や福祉関係者など、多くの力で理解者を増やせればと思う。研修会の場に限らず、現場の支援者やご家族、当事者の方々からの声を是非寄せていただきたいと思います。

文責：聴覚障害者情報文化センター 施設長 森せい子



社会福祉法人 **聴力障害者情報文化センター**
聴覚障害者情報提供施設

《業務のご案内》

- 字幕付き・手話付きビデオDVD貸し出しと図書貸し出し
 - 自由に利用できるライブラリースペース
 - enjoy 手話クラブ（木曜 13：30～15：30 申込み不要）
 - メンタルグループワーク＊要予約
 - 相談（生活相談・こころの相談・聞こえの相談等）＊要予約
- ※いずれも詳細はお問い合わせください

【開館】火曜日～土曜日 10：00～17：00

第2・4木曜日は21：00まで

【閉館】日・月曜日・祝日・年末年始

E-mail soudan@jyoubun-center.or.jp

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



〒153-0053 目黒区五本木1-8-3
FAX 03-6833-5005
TEL 03-6833-5004