

聴覚障害と精神障害を併せ持つ人々への 精神科医療におけるソーシャルワークのあり方

支援における困難性に焦点をあてて

赤 畑 淳*

抄 録

聴覚障害と精神障害を併せ持つ人々への精神科医療サービスの提供においてはコミュニケーションの困難さをはじめ、さまざまな支援における困難性が生じることが予測される。しかし、その実態は明らかにされていない。そして、個々に支援者が孤軍奮闘している現状がある。本論文では、聴覚障害と精神障害を併せ持つ人々への支援にかかわる支援者が抱える困難性に焦点を当て、「聴障者精神保健研究集会」の報告書における内容分析を行い、文献調査により精神科医療におけるソーシャルワークのあり方を考察することを目的とする。

調査の結果、利用者と支援者に関するミクロレベルの困難性が多く述べられていた。そこから、精神科医療におけるソーシャルワークのあり方を考察し、聴覚障害と精神障害を併せ持つ人々への支援においては、精神障害と聴覚障害双方にわたる専門知識を基盤にした的確な見立てが大前提として必要であること、その上でコミュニケーションのあり方を考えていくことが重要であることを提示した。

Key words : 精神科ソーシャルワーク, 聴覚障害と精神障害, 重複障害の特性, 支援における困難性

はじめに

近年、社会経済情勢の変化によるストレスの増加や社会問題の複雑化などにより、メンタルヘルスの課題が増大してきている。結果、精神障害者数は急増し厚生労働省の平成17年患者調査では300万人を超え(内閣府2008)、精神保健福祉領域

のサービス利用対象者は広がり増加傾向にある。その中には他の障害をもつ人々も含まれているものの、全国的なデータはなく⁽¹⁾その実態は明らかにされていない。また、現場実践においても支援体制が整備されていない現状がある。

論者は精神科病院のソーシャルワーカーとして、何人かの聴覚障害と精神障害を併せ持つ人々に出会い、その支援の現状を目の当たりにしてきた。聴覚障害と精神障害を併せ持つ人々はコミュニケーションの困難さに加え、障害が目に見えにくくわかりにくい(山口2003)こともあり、アセス

* Akahata, Atsushi
ルーテル学院大学大学院総合人間学研究科社会福祉学専攻
博士後期課程在学 陽和病院 ソーシャルワーカー

メントの段階で支援者たちは常に困難さに直面していた。更に聴覚障害も精神障害も感覚・知覚・認知・思考、そしてコミュニケーションに独自の特性があり、この特性が複雑に絡み合っているため、障害特性の理解が難しく、迷いながら治療や援助・支援を行っていた。加えて、支援体制の未整備により、支援が必要であるにもかかわらずなかなかサービスに結びつけることができず、精神症状が悪化してしまう人々を前に、なす術がない状況があった。精神科医療の現場で聴覚障害と精神障害を併せ持つ人々を支援するにあたってソーシャルワーカーとして何ができるのだろうか。そんな想いを現場実践の中で持ち、今もなお持ち続けているのである。

2006年、身体障害・知的障害・精神障害の三障害統合の法律として障害者自立支援法が施行された。この法律では、障害種別による格差の解消や多様なニーズに対応するための支援が理念として掲げられている。近年、障害の重複化が課題として上がりながらも、法制度の狭間を漂い適切で十分なサービスに結びつきにくい現状があった重複障害のある人々への支援を、今こそ具体的に検討する時期にきたと考える。この動向は精神科医療においても、他障害を併せ持つ人々への支援を考える契機となる。

本論文では、聴覚障害と精神障害を併せ持つ人々への支援に焦点をあて、支援者が抱える困難性について文献研究を実施し、精神科医療におけるソーシャルワークのあり方を考察することを目的とする。

・精神科医療における聴覚障害者を取り巻く現状

精神科医療はもともと聞こえない人を想定して考えられてはいない。それゆえに現在の精神科医療において聴覚障害を併せ持つ人々のニーズに応えられているとは言い難い現状がある(藤田2005)。ここでは問題現象として聴覚障害者の精神科医療機関との関連における現状と障害の複雑さから生じている問題について取り上げる。

1. 精神科医療機関との結びつき

聴覚障害者は適切な精神科医療機関に結びつきにくい傾向がある。聞こえない人は圧倒的多数の聞こえる人と一緒に生活をしているのでストレスを貯めやすく、心理的な問題を起こしやすい(藤田2006)。よって、予防的観点からメンタルヘルスを考えると聴覚障害者が気軽に相談できる場が必要である。しかし、カウンセリングが一般的となっているアメリカにおいても、聴覚障害者のうち少なくとも約10%が精神的なカウンセリングを必要としているが、実際には2%以下の人々しかこのサービスを受けることができていないという報告がある(チョウ1991)。それは、情報・コミュニケーション保障がなく、聴覚障害者への配慮や理解のない場所に行くこと自体がストレスになるからである。よって、精神科に限らず聞こえない人々は病院に行きにくく、必要な時でも行かないで我慢してしまい(藤田2006)、症状が最大限に悪化して受診することが多い。このように聴覚障害者は精神科医療サービスを利用しにくい状況に置かれており、予防が妨げられている現状がある。このことから、本来はサービス利用のニーズがあるにもかかわらず、適切な治療や援助・支援につながっていない人々もいるのではないかと考えられる。

一方で、十分な理由のないまま精神科に長期入院している例も少なくない(片倉1991)。精神科病院に長期入院している聴覚障害者の多くは放置され、言葉を忘れ、対人関係障害をより重篤にし、生活の豊かさを育む術さえもてないのではないかという指摘もある(大塚2002)。また、西川は聴覚障害のある長期入院者が無為自閉状態となっているのは、コミュニケーション保障の問題であると捉えている(西川2004)。現在、精神科医療において、コミュニケーション保障体制が整備されているとは言い難い現状がある。結果として、支援者も支援が必要である人を前にしてどのように対応すべきかコミュニケーションに困難さを抱えていると考えられる。

2. 障害特性の捉え方

二つの障害を併せ持つということは、一方のみの障害特性の理解では不十分となる。北海道の精神科病院における聴覚障害者の実態調査を行った滝沢は、認知症や知的障害が多いという結果について、治療者側の聴覚障害者の心理的反応に対する無理解やコミュニケーションの困難さから、誤診されているケースも存在するのではないかと疑問視している（滝沢 1996）。Turkingtonらも精神保健サービスの問題点として、アセスメントの不十分さにより、多くの聴覚障害者が精神的疾患として扱われていると誤診の可能性を指摘する（Turkingtonら2000）。このように、従来のアセスメント方法や診断基準に当てはめようとし過ぎると、聴覚障害者にとって精神科医療サービスは適切で十分なものから外れていく危険性がある（古賀ら1994）。しかし、聴覚障害と精神障害を併せ持つ人たちの障害特性を考慮した、アセスメント方法は現在見当たらない。支援者は聴覚障害と精神障害の障害特性の複雑な絡みをどのように捉えていいのかかわからず、困難さを抱えていると考えられる。

このように、問題現象の裏には支援における困難性が存在する。聴覚障害と精神障害を併せ持つ人々への支援はより個別性を重視され、多様なコミュニケーション障害を抱えているため、一般化しにくい。それ故に、支援者自身困難さを抱えながらも、相談出来ず孤立していく傾向もある。よって、支援者がどのような困難さを抱えているのかを実践報告などから抽出し明らかにする必要があると考えられる。

. 文献調査

聴覚障害と精神障害を併せ持つ人々への支援について書かれた文献は数少なく、彼らを支援する人たちの集まりも少ない。日本で聴覚障害者の精神保健に関する研究集会は、1992年から年一回開催されている「聴障者精神保健研究集会」が唯一のものである。ここではこの研究集会の報告書を対象に文献調査を行う。

1. 調査概要

本調査の目的は聴覚障害と精神障害を併せ持つ人々への支援における困難性の影響要因や傾向について明らかにしていくことである。

調査対象として、「聴障者精神保健研究集会報告書」（第1回：1992年～第15回：2006年）の15年間分を取り上げる。この報告書は研究集会での講演・実践報告・質疑応答などすべてが逐語録として掲載されている貴重な資料であり、日本における聴覚障害と精神障害を併せ持つ人々の現状や実態を把握し、支援における困難性を整理するには適切な文献であると考えられる。本稿では報告書における144本の実践報告等から、「支援における困難性」として支援者の視点に焦点を当てるため、当事者・家族からの報告を除いた138本を対象とした。報告発表者（延べ人数）の職種を見てみると、聴覚障害者の施設職員が28名と最も多く、次いで精神保健福祉士を中心としたソーシャルワーカー、精神科医、ろうあ者相談員、臨床心理士と続く（表1）。所属機関別では、医療機関が34名と多く、聴覚障害者施設、聴覚障害者関連機関・団体と続く。全体として聴覚障害者領域のものが大半を占め、精神保健福祉領域においては特定の医療機関の医師やソーシャルワーカーの発表が多い傾向がある（表2）。

表1 報告発表者の職種

職種など	人数	職種など	人数
施設職員	28人	手話通訳士	5人
ソーシャルワーカー	25人	看護師	5人
医師（精神科医）	18人	学生	5人
ろうあ者相談員	12人	その他	15人
臨床心理士	11人	不明	8人
教員	6人	合計	138人

施設指導員・施設相談員など

MSW・PSW含む

聴覚障害者指導員・障害福祉相談員含む

ホームヘルパー、保健師、作業療法士、弁護士、職場定着アドバイザー、研究員、団体職員、会社員、鍼灸師など

調査方法として、内容分析を行う。その理由は、調査対象が観察可能で具体的な形をとったものであること、極めて限定された領域の現状を把

表2 報告発表者の所属

所属	人数	備考
医療機関	34人	内, 精神科病院 2 1
聴覚障害者施設	29人	通所・入所授産施設など
聴覚障害者関連機関・団体	25人	聴覚障害言語センター, 手話通訳派遣センター, 聴覚障害者情報施設, 家族会, 当事者団体など
教育機関	21人	大学・ろう学校など
公的機関	10人	国立リハセンター, 都心身障害者センター, 都道府県・市区町村など
精神障害者関連機関・団体	5人	精神障害者授産施設・全家連など
なし	3人	
その他	11人	心理センター・一般企業・鍼灸院など
合計	138人	

握するには、明示的なメッセージの個々の特徴を明らかにする必要があること、明らかにした特徴からいくつかの推論を行う技術を含む分析方法が最適であると考えたことによる(有馬2007; Krippendorff 1980)。まず「支援における困難性」²⁾の含まれた文節を取り出し、抽出した文節を「保健医療福祉システム」の8つのシステムに分類した。「保健医療福祉システム」とは支援者を取り巻く環境として福山が提唱した8つのシステム(対象

者, 専門家, 職員間, 組織, 専門性, 社会資源および制度, 地域社会, 専門家集団)である(福山2000)。よって、支援者が何に困難を感じているかを理解するためには適した分析枠組みである。この枠組みを適用し、内容を損ねず聴覚障害者の精神保健にかかわる支援者を取り巻く環境を分析するためにサブシステムを加えたのが(表3)である。さらに、それぞれの文節をコーディングシカテゴリー化していった。

表3 報告書分析における枠組み

利用者	本人と家族(障害, 疾病, 症状, 行動特性, 関係性, 家庭環境など)
支援者	医師, 看護師, 臨床心理士, SW, 施設指導員, 手話通訳者など
支援者間	同僚間, 他職種間, 他領域間, 連携, 協体制度など
組織	施設, 機関, 職場(組織の特性, 方針, 業務内容, 職員体制)など
専門性	知識・情報・概念・方法・技術・理念・倫理など(各支援者の視点から)
社会資源および制度	障害者自立支援法, コミュニケーション保障制度など
地域社会	コミュニティ, 文化, (ろうコミュニティ, 文化も含む)など
支援者集団	職能集団, 各種団体, 研修, 教育活動など

調査仮説として、支援者は利用者とのコミュニケーションなどミクロレベルの困難性を多く抱えている、そして、聴覚障害と精神障害とどちらか一方の特性が前景化し、障害特性の複雑さが困難性に強い影響を与えていると設定した。

2. 調査結果

調査の結果、支援における困難性が書かれてい

た文節は1399文節あった。その内訳は、利用者(478)、支援者(492)、支援者間(55)、組織(117)、専門性(124)、社会資源・制度(37)、地域社会(85)、専門家集団(11)、である(表4・図1)。この結果から、利用者、支援者というミクロレベルの困難性が全体の約7割(69%)と多く語られていたことがわかる。また、メゾレベル(支援者間, 組織, 専門性)は約2割, マクロレベ

ル（社会資源・制度，地域社会，専門家集団）はさらに低く約1割であった。これら文節をシステムごとに分類し，コーディングしながらカテゴリー化したものが（表5）である。

表4 調査結果

システム	文節数
利用者	478
支援者	492
支援者間	55
組織	117
専門性	124
社会資源・制度	37
地域社会	85
専門家集団	11
合計	1399

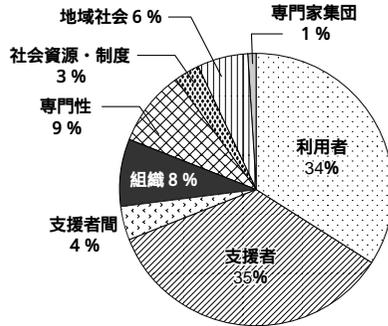


図1 調査結果（支援における困難性）

表5 支援における困難性・カテゴリー表

ミクロレベル

	カテゴリー	サブカテゴリー
利用者	障害のわかりにくさ，見えにくさ	「わかりにくい，見えにくい障害」「わかったふりの習慣化」「聞こえる人とかかわる事によるストレス」「会話の疲労感」「頼む面倒さからくる援助への抵抗」
	コミュニケーションにおける多様な困難さ	「コミュニケーション手段の多様さ」「教育歴・家族歴・障害発生の順番などによるコミュニケーション手段の違い」「リアルタイムでの伝達やニュアンスを伝えることの難しさ」「日頃のコミュニケーションと症状悪化時とのコミュニケーション力の違い」「高齢になってからのコミュニケーション手段習得の難しさ」
	聴覚障害と精神症状との絡みの複雑さ	「聞こえの限界と影響」「風景を見ているような視線と無表情」「同じことの繰り返しと病状の波」「雑音も拾ってしまう補聴器」「言語理解力のなさと言量の少なさ」「暗黙の了解や時間認識の行き違いからくる常識のずれ」「言葉より行動が優先する特性」「ひきこもり生活と暴力行為」「前面にある障害への囚われ」
	障害を内在化してしまうことによる二次被害の危険性	「わがままと思われる思いつきの行動」「病院不信からくる治療中断」「自分を見つめる作業の難しさ」「時間がかかる障害受容」
	「仕方がない」というあきらめの気持ちと支援者への万能的期待	「伝わらない苦しさと孤立感」「情報不足からくる少ない選択肢による自己決定」「長期入院・入所によるホスピタリズム」「支援者への万能的期待と距離の難しさ」「通訳者への依存や抵抗」
	家族が抱える大変さと母子密着依存関係による抱え込み	「家庭内コミュニケーションの難しさと家族自体の孤立」「家族の障害認識不足」「母子密着依存関係と長年の抱え込み」「日常生活における家族の葛藤」「社会経験の少なさ」
支援者	支援者自身のコミュニケーションの模索	「手話ができず言葉が通じない」「コミュニケーションの見立てと方法の難しさ」「的確な伝達ができているかの不安」「伝えられない言葉とニュアンス」「危機状況でのコミュニケーションの難しさ」
	支援者の救世主願望と「仕方がない」と割り切りたくなる気持ち	「かかわりのわからなさ」「行き違いによるストレスと行き詰まり」「個人の努力に依存することからくる限界」「時間がかかることによる負担感と疲労感」「時間がかかる相談，支援，面接と現場の多忙さ」「支援者への支援のなさからくる孤立」「手探り状態での試行錯誤の繰り返し」「感覚だより，想いだけの支援」「自分では解決できない問題」「仕方がない」という気持ち」「支援者が身を引くことで起こるバリア」
	一方の障害に偏ったアンバランスな理解による迷い	「一方の障害のみでの判断による見落とし」「精神病に対する偏った見方」「精神障害かどうかの迷い」「理解不足による対応困難」「聞こえないことへ無理解」「聞こえないことへの認識の違い」「医学的発想のみでの対応」「平等なケアと個別性を重視したケアの狭間で葛藤」「家族の想いへの巻き込まれ」「本人不在の相談」「経験不足」「機関紹介の迷い」
	手話通訳者の立場や役割の不明確さ	「通訳者の業務や役割・立場の曖昧さとやり方への迷い」「曖昧な役割・方針・対応・判断・確認」「手話ができる人への依存」
	ろうあ者相談員の存在と当事者スタッフの迷い	「相談員なのか通訳者なのか位置づけの不明確さ」「業務範囲のとらえ方の違い」「素人判断とボランティアのお世話」「当事者であり支援者であるという二つの立場」

メゾレベル

職員間	支援者間のコミュニケーション不足によるズレ	「キーステーションやキーパーソンのなさ」「領域の違う支援者同士のかかわりのなさ」「スタッフ間のスタンスのずれ」「職種間の関係性」「通訳と医師との言葉のあやのずれや食い違い」「当事者スタッフを支えるネットワークのなさ」
組織	「前例がない」という理由による「たらい回し」	「経験がない、前例がないという理由での受け入れ拒否」「専門職がない」
	受け入れ拒否が長期入院という精神科病院と継続支援困難な地域施設	「支援期間の制限と施設の抱え込み」「治らない障害者は医療の対象外という機関の認識」「訴えが少なく扱いやすい長期入院の聴覚障害者」「情報保障環境のない精神科病院」「施設利用者の障害の重度化・重複化」
専門性	組織の理解不足による支援者の個人的努力に依存した支援	「組織と専門職の関係と通訳兼務」「担当者交代によるつながりの断絶」「時間がかかり負担が大きい非効率的な病院経営」「支援者個人の努力に依存」「手話を使える人材不足」「利用者にとって面倒な手話通訳派遣手続き」
	見立ての難しさと誤診の可能性	「行動特性や精神症状への専門的知識不足」「どちらの障害からくるものなのかの判断の難しさ」「病状判断の不確かさと誤診の可能性」「内なる言葉の少なさと言葉の裏にあるニーズ把握の難しさ」
	他領域分野の専門知識不足	「重複障害者への精神的ケアの難しさ」「自分の専門分野に特化した専門性」
	従来の援助技術適用の難しさ	「わかりやすい伝え方の模索」「言語グループなど集団場面への参加困難」「プランだけが浮き上がる支援」「手話通訳が入ることによる弊害」「程よい距離で寄り添い続けることの難しさ」「コミュニケーション方法の模索・重複障害への援助方法の未確立」「プライバシー保護の問題」「ネットワーキングの技術不足」「ケース会議でのマネジメント不足」「個別支援の限界」「個性の軽視」

マクロレベル

社会資源・制度	ふたつの障害の挟間を漂うことによる制度利用の弊害と社会資源の少なさ	「社会資源の少なさからくる限定された機関への依存」「重複障害者への法律・制度の縛り」「偏った障害・介護認定のあり方」「重複障害者への制度活用の難しさ」「縦割り行政によるたらい回し」「コミュニケーション保障制度の限界」
地域社会	情報コミュニケーション不足やわかりにくい障害ゆえの誤解や偏見	「情報不足により噂から誤解へ発展する地域コミュニティ」「言葉の独り歩きと真意の把握の難しさ」「わかりにくいゆえの社会の誤解や偏見」「急激に変化する情報社会への不適応」
	ろうコミュニティ・ろう文化・ろう教育への理解のなさ	「ろうコミュニティの親密さの弊害」「インテグレーション教育の弊害」
専門家集団	手話通訳派遣制度や病院・施設利用における地域格差	「地方における専門機関のなさによる地域性の寸断」「健聴者と聴覚障害者の世界の違い」
	ふたつの分野をまたがる支援者への研修・教育の場の少なさ	「共通認識がもてない研修の場」「まとめて伝えることが難しい一般化しにくい実践」「専門教育を受けていないろうあ者相談員」「データがないため説明しづらい」「当事者スタッフの活動の場がない」

・分析結果の考察

調査の結果、報告書に見る支援における困難性は利用者と支援者に関することが多く書かれていた。よって、ここではマイクロレベルの困難性に焦点を当て、分析結果で示したカテゴリーやサブカテゴリーを用いながら、報告書に見る支援における困難性について考察していく。

1. 利用者に関する困難性について

障害のわかりにくさ、見えにくさ

聴覚障害と精神障害は「外見では分からない障害」という点で内部障害や発達障害と類似性がある(内閣府 2007:25)。この目に見えにくいという特徴はわかりにくさにつながり、支援における困難性の一つの要因となる。

コミュニケーションにおける多様な困難さ

聴覚障害のわかりにくさは、ろう者、難聴者、中途失聴者という分類³⁾によりそれぞれに抱える困難さは異なること、更にコミュニケーションのあり方も多様で複雑であることに起因する。コミュ

コミュニケーション手段についても、手話、筆談、口話・読話、補聴器による聴力活用や発語など様々であり、対面場面か集団場面かという状況や静かな場所かどうかなど環境によりコミュニケーション手段は異なる(野沢 2005)。さらに、状況に応じてコミュニケーション手段を組み合わせても、音声言語による直接的なコミュニケーションに比べ、リアルタイムでの伝達やニュアンスを伝えることの難しさは伴う。そして、時に会話のピントのずれや行き違いが生じ、支援における困難性につながっていく。

聴覚障害と精神症状との絡みの複雑さ

一方、精神障害者のわかりにくさは「疾病と障害の二面性」(古屋 2001:94)をもち、疾病と障害が共存することで「揺らぎの障害者」(伊澤 2006:469)とも言われるように、障害特性として不安定で変動性があることがひとつの要因としてある。そのため、精神症状や障害特性の双方の知識がないと支援においても困難さを伴う。よって、聴覚障害と精神障害を併せ持つ人への支援においては、精神障害の症状の変動性と聴覚障害のコミュニケーションの多様さが絡まることで、コミュニケーション力の変動が生じ、支援における困難性の大きな要因となる。

この聴覚障害と精神症状の絡みの複雑さはコミュニケーションだけに限らない。二つの障害を併せ持つということは、単純に各障害の集合体としてではなく、相互作用によりそれぞれの要素が絡み合いその障害特性は複雑となる。重複障害について「足し算」ではなく「掛け算」の障害(福島・前田 2004:19)という例えがある所以はここにある。

障害を内在化してしまうことによる二次被害の危険性

障害の複雑さによるわかりにくさから、障害を内在化してしまうと支援者による二次被害の影響が出てくる。つまり、支援者に的確な障害特性に関する理解がない場合、本人の表出された言動に

よる困難性ばかりにとらわれ、本人のパーソナリティに原因を求めようとしてしまう。その結果、コミュニケーションの断絶が生じ、周囲からの孤立を招いてしまうことになりかねない。

「仕方がない」というあきらめの気持ちと支援者への万能的期待

そして、支援においてわかってもらえなさが続く、徐々にあきらめの気持ちが高まり、周囲との違和感、不信任感、そして疎外感、さらに自己否定感へと発展する可能性が高い。そこでは伝わらない苦しさや孤立感を常に抱えることになり、「仕方がない」というあきらめの気持ちにつながるのである。「仕方がない」という言葉は、情報不足からくる少ない選択肢による自己決定や、長期入院・入所によるホスピタリズムにも要因がある。また、そのような状況で本人に適したコミュニケーション手段が使える支援者が登場すると、万能的期待から依存と抵抗を示し、距離の取り方が難しくなることがある。これらは関係性の障害ともいわれる精神障害とコミュニケーションの障害といわれる聴覚障害を併せ持つ場合に顕著になると考える。

家族が抱える大変さと母子密着依存関係による抱え込み

また、支援においては家族とのかかわりも困難さのひとつにあげられる。聞こえない子が生活に困らないようになんとかしたいという親の強い思いが、母子密着依存関係をもたらしつつある。その関係は時に家庭内での抱え込みとなり支援に影響を与える。聞こえの異なる親と子(河崎 2004)の家庭内のコミュニケーションのあり方や関係の取り方など、家族の背景も含めた理解がないと、支援における困難性の要因となってしまうのである。

2. 支援者に関する困難性について

支援者自身のコミュニケーションの模索

支援においては支援者自身もコミュニケーションの限界や壁に直面することになる。手話など本

人に適したコミュニケーション手段を支援者が使えない場合に、この困難性は強くなる。また、本人に最も適したコミュニケーション方法の見立ての難しさなど、双方で行うコミュニケーションの模索に時間がかかってしまう。結果として、支援において負担感、疲労感が生じ、それが支援における困難性につながっていく。更に、病状悪化時など危機状況におけるコミュニケーションの難しさもある。これらは利用者に関するコミュニケーションの困難性と類似する部分が多い。

支援者の救世主願望と「仕方がない」と割り切りたくなる気持ち

コミュニケーションにおける「かわりのわからなさ」が慢性的になってくると、聞こえないのだからコミュニケーションがうまく取れないのは「仕方がない」と支援者自身が割り切りたくなる気持ちが生じることがある。支援展開において行き違いによるストレスと行き詰まりや、個人の努力に依存することからくる限界を感じつつも支援者は利用者に寄り添い、手探り状態での試行錯誤を繰り返している。しかし、感覚だより、想いだけの支援では立ち行かなくなり、自問自答のなか時に熱意と裏返しの苛立ちや無力感やあきらめの感情が起こってくることもある。古賀はこの無力感の反動形成として救世主になったかのような感覚に襲われることも起こってくると指摘している(古賀 1999)。このような支援者の感情の揺れも支援における困難性の要因のひとつとしてあげられる。

一方の障害に偏ったアンバランスな理解による迷い

二つの領域にまたがる障害を重複している人にかかわる際、一方の障害のみでの判断による見落としが支援における困難性を招いていることが多い。このことは、一方の障害に偏ったアンバランスな理解による迷いとして重複障害者支援に特徴的な困難性である。聴覚障害者領域の支援においては、精神病に対する偏った見方や、精神障害への知識不足による対応困難が生じている。一方、

精神科医療現場では、聞こえないことへ無理解からくる誤った障害の捉え方や、医学的発想のみでの対応となってしまうことがある。そして、双方ともに自ら専門する領域外の分野についての経験不足、理解不足により困難性を抱えている。

手話通訳者の立場や役割の不明確さ

精神科医療機関で比較的多くかわる聴覚障害者領域の支援者として手話通訳者がいる。特に医療現場では日常語以外の手話が多く、更に精神科では本人の表現も通訳困難な場合があり、手話通訳者の技術・力量などが支援に直接反映する⁽⁴⁾。また、言語変換以外の本人の精神症状や今おかれている状況などの要素も把握しておかないと的確な通訳ができない状況がある。このような状況において、手話通訳者は自らの立場や役割の不明確さを支援における困難性としてあげている。

ろうあ者相談員の存在と当事者スタッフの迷い

また、聴覚障害者の相談に関わる支援者としてろうあ者相談員の存在がある。ろうあ者相談員は約半数が聴覚障害のある当事者であり(木下 2008)、手話など本人のコミュニケーション手段に合わせられることが必須となるため、相談員なのか通訳者なのかという位置づけの不明確さが生じる。また、業務自体が明確でないため業務範囲のとらえ方の違いもあり、時に素人判断のボランティアのお世話が困難さを引き起こしていることもある。このことは、ろうあ者相談員がろうあ運動によって設置されてきた経過があり、専門性よりも相談員の熱意や情熱によって続けられてきた(木下 2008)という歴史的な背景が影響を及ぼしていると考えられる。しかし、相談内容によっては「人々を支援するためのケースワーク技術の習得も緊要である」(日本身体障害者団体連合会 2002: 142)と相談員からの声も挙がっており、専門的な相談援助技術が必要になってきている。また、近年増加してきている当事者スタッフに関しては、当事者であり支援者であるという二つの立場での迷いも多く出されていた。

．障害特性の関連性に関する考察

分析結果の考察から、利用者と支援者に関するミクロレベルの困難性はその構成要素も発生パターンも共通点が多いことがわかる。ミクロレベルの困難性の基盤には二つの障害を併せ持つことによる特性や関連性が不明確であり、それぞれの専門知識に基づく理解が不足していることが明らかである。よって、ここでは聴覚障害と精神症状の関連に焦点を絞り考察し、精神科医療においてソーシャルワーカーが押さえておかなければならない障害特性の知識について明らかにしていく。

1．聴覚障害の特性を中心とした精神症状との関連

人間は視覚、聴覚、触覚、味覚、嗅覚という五つの感覚によって知覚し、物事を認知し、思考している。五感とは、自分と外をつなぐ通路であり、五感を使うことは自分を開いて外と交信し、その経験を通じて喜びや楽しさを発見し、他者と共有していくことに他ならない(山下 2004)。聴覚障害は聴覚という感覚器官の障害であるため、知覚にも影響を与えコミュニケーションの問題が発生すると考えられる。そのため、的確にコミュニケーションを行うには支援者側に人間の感覚器官の知識も必要となるのである。人間の感覚神経系である五感の中でも特に多彩で精緻な情報のやり取りを可能にしているのは視覚と聴覚である(斉藤ら 1999)。よって、聴覚障害者にとって情報収集の中心を視覚に頼ることになるため、視覚の役割は大きくなる。

知覚について、哲学者である Hume は印象と観念に分けて説明している。印象は直接的な強い力を持ち感覚的である。一方、観念は間接的でかすかな力を持ち思考推論的である。そして、印象は観念に影響を与えると述べている(依田 2004)。Hume の理論に基づいて聴覚障害者の知覚を考えると、聴覚障害者は物事を視覚により強い印象のみで受け止める傾向が強くなると考えられる。しかし、聴覚障害といっても全く聞こえない人もいれば、状況や場所によって聞こえづらい人もいる。

また、補聴器などにより聴力を補っている人もいる。つまり、聴こえの程度によって知覚のバランスは異なるということである。よって、まずは聴こえの程度について、状況や場所による違いも含めて聞いておく必要がある。

聴覚障害が知覚に影響を与える障害であるということは、メッセージに含まれる概念把握を巡る相違、つまり認知の違いもコミュニケーション問題の大きな要素となる。特に先天性や言語獲得前に失聴したろう者に関しては、抽象概念の理解や、筆談による長い文章での伝達が困難である場合が多い。それは、言語獲得前に失聴し適した教育を受けられなかったことによって、助詞や副詞の習得ができなかったため、文章能力のレベルが小学校 3、4 年程度で停滞してしまうからである。このことは「9歳の壁」⁽⁵⁾というろう教育でしばしば使われることばに象徴されている。ピアジェの発達段階論でいうこの時期は「具体的操作段階」から「形式的操作段階」に移行する始めの時期である。この移行期を経て「もし～ならば、～である」という仮説演繹的操作や命題の論理的操作、時間や空間概念の確立など、形式的・抽象的レベルで操作が行えることができるようになる(竹内 1999)。発達心理学の視点から考えると、9歳という年齢はここまで発達してきた言葉に関する機能が、更に抽象的思考の発達を支えるとともに、「自分の世界」をつくりなおすという大切な役割をも果たすようになる(中島 1999: 133)。このことから発達段階における概念把握形成についての知識を持ち合わせ、失聴時期や教育背景なども聞いておく必要がある。

2．精神症状の特性を中心とした聴覚障害との関連

精神障害の中でも中心的な診断名である統合失調症について、聴覚障害者の統合失調症の症状には特徴があるのかについて考えてみる。

河崎は聴覚障害者の統合失調症の特徴として、嫉妬妄想が多く、注察妄想は少ない。幻覚では、幻聴が少なく、暴行、興奮などの問題行動が多く、拒絶、無言、無動、独語、空笑は少ない、と述べて

いる(河崎 1969)。更に、幻覚体験に焦点を当て、聴覚障害者の概念形成は視覚を通じて形成されるため、現れる幻覚は聴覚性・言語性幻覚ではなく、視覚性幻覚であるはずだと主張している(河崎 1970)。このことは聴覚障害の特性として見られる視覚の重視にも関連し、集中して自らが視覚を使う分相手の視線などにも敏感となり、精神障害を併せ持つ人にとっては、精神症状とも合わせり被害的になる傾向となる。また、知覚についてHumeの理論に基づいて考えると、聴覚障害者は物事を強い印象のみで受け止める傾向が強く、その際正確な情報が入らないと観念にまで影響を与え、知覚自体が歪んでしまう可能性が高いと考えられる。このことは、相手の表情や視線に敏感であることに加え抽象概念の理解が困難なこととも関連し、精神的ストレスが高じやすくなる傾向となる。よって、精神障害を併せ持つ人々の場合、精神症状と結びつき被害的、妄想的となる可能性がある。このことは、藤村が現場での臨床経験から聴覚障害者の統合失調症の特徴として、体感幻覚、被害妄想、追跡妄想、迫害妄想、注察妄想、が多いと述べていることとも一致する。また、藤村は少ないが幻聴の訴えも確かにあると述べている(藤村 1995)。

このように聴覚障害者に幻聴が存在するかどうかをめぐってはいくつかの見解がある。浅野は聴覚障害者の幻聴について、人や物の実体的な存在が感覚要素なしに何の媒介もなく体験される実体的意識性⁽⁶⁾ではないかと主張する(浅野 1984)。この実体的意識性は、健聴の統合失調症者であれば各種の統合失調症症状に速やかに移行し、別の現象名が与えられることになるが、聴覚障害者の場合は音声言語の体験がないが故に、移行せずにとどまり、より明瞭に持続的に観察される特徴があるというのである。

野本らは聴覚障害者の幻聴について「ドンドンと頭の中で鳴る太鼓の音」という具体的な例を提示し、「非言語性幻聴」の存在を主張する(野本ら 1985)。このことは片倉がある聴覚障害者の診察において、気になることがあると頭のうしろで“ピ

ピピ”が起こったと表現した人の例とも類似する(片倉 1999)。このことに関して片倉は幻聴とは述べていないが、声のようでもあり考えのようでもあるという感覚性が明瞭でない人声幻聴(幻声)の存在が幻聴にはあるという説明に当てはまると考えられる(宮坂ら 1984)。

これら、存在しない聴覚にまつわる症状が存在するかどうかは、切断された手足を脳が忘れないためにいつまでも存在していると感じる幻肢体験とも類似する。Ramachandranは脳神経科学者の立場から幻肢体験は心と体の相互作用からくるものであり、周囲の世界から来る知覚刺激と免疫系との相互作用に関係すると述べている(Ramachandran 1998)。身体的機能から考えると、補聴器による雑音や幼少期からの聴能訓練が幻聴と関連してくることも考えられる。日本で初めて人工内耳の埋め込み手術が行われた1986年以降、聴覚障害者の幻聴に関する論文が見当たらなくなったことは、何らかの関連があるのではないかと考えられる。よって、補聴器や人工内耳など補聴機器の有無や、聴能訓練の経験なども基礎情報として聞いておく必要がある。

概念把握に関しては、抽象概念理解の困難さが認識のズレを生じさせ、コミュニケーションを困難なものにすることがある。そのため精神障害を併せ持つ人々の場合、このズレによるわからなさが日常的になってしまうと、周囲に無関心で無為自閉な状態になってしまう可能性もある。

人のコミュニケーションのあり方に焦点を当て精神障害の特性を示したBatesonの「ダブルバインド理論」⁽⁷⁾と聴覚障害との関連を見てみる。聴覚障害により情報が適切に伝えられず推測の部分が多くなってしまいう場合、状況に関するコンテキストの共有や前後の文脈に関する情報が得られず、コミュニケーション・モードの識別が困難となる。その結果、幼少期から推測に頼るコミュニケーションパターンが形成されると、相反する二つのメッセージに挟まれ身動きが取れなくなり、自己防衛的な症状を示すようになるというダブルバインドの状況に陥りやすくなる。よって、ダブルバ

インド状況に捕らえられた人が示す自己防衛のパターンとコミュニケーションパターンが類似してくると考える。つまり、隠された意味を絶えず追求し自ら推測するようになる「妄想型」は推測タイプであり、言葉の内容のみに強迫的に執着し明確にしていく「破瓜型」は確認タイプと類似する。また刺激を避け周囲のことには無関心となり自らの殻に籠もるようになる「緊張型」は無関心タイプとも言い換えられる。この3つのタイプはコミュニケーションパターンの見立てる際の基準として活用できると考える。(Bateson = 1990)

このように、聴覚障害と精神症状の絡みを障害特性の知識をもとに整理することで、適切な見立てを行うための情報収集のポイントを挙げることができる。聴覚障害と精神障害を併せ持つ人々の情報収集項目は以下の通りである。聴こえの程度(医学的聴力、場や状況による聴こえの違い、聴こえやすい声や音)、日常使っている主なコミュニケーション手段(家庭内、職場、学校など)、補聴機器(補聴器、人工内耳)の有無、失聴時期(先天性か後天性か、9歳以前か以後か)、教育歴(ろう教育か統合教育か、聴能訓練の経験)、コミュニケーションパターン(推測タイプ、確認タイプ、無関心タイプ)である。更に、その時の本人の状態や状況を把握し、どちらの障害が前景化しているかの把握も重要となるだろう。

・まとめと提言

利用者と支援者に関するミクロレベルの困難性に焦点を当て、聴覚障害と精神障害を併せ持つ人々への精神科医療におけるソーシャルワークのあり方を以下にまとめる。聴覚障害と精神障害の専門知識を併せ持ち、その関連性を把握した上で的確な情報収集を行うこと、収集した情報をもとに状況や状態の把握を行い、現時点でどちらの障害特性が前景化しているのかの見立てを行うこと、見立てをもとに利用者独自の状況に適したコミュニケーションのあり方を探っていくこと、であ

る。

精神障害と聴覚障害を併せ持つ人々への精神科医療サービスの提供においてコミュニケーション手段の違いは大きな困難性として立ちふさがるとは想像に難くない。しかし、支援者がコミュニケーションの困難性ばかりにとらわれてしまうと、精神症状への見立てにずれが生じ、適切な支援に結びつかないことも起きてしまう。逆説的だがコミュニケーションのみに頼らない支援を行うことが大切なのである。つまり、精神障害と聴覚障害双方にわたる専門知識を基盤にした的確な見立てが大前提として重要であり、その上でコミュニケーションのあり方を考えていく必要があると考える。

・おわりに

精神科医療機関では聴覚障害に限らず視覚障害や肢体不自由など他障害を併せ持つ人たちと出会うことがある。精神科領域に携わる医療専門職はもちろん精神科医療については専門家である。しかし、精神障害以外の他障害については専門外であり、ソーシャルワーカーとして意見を求められることが多くある。ここで、医療機関において福祉専門職であるソーシャルワーカーが的確な障害特性の知識を基にした見立てを伝えることで、精神科医療への多大な貢献ができると思う。

今回はミクロレベルの困難性に焦点を当て全体的な特徴を明らかにしつつ、ソーシャルワークのあり方について考察した。今後は、文献調査で導き出したカテゴリーが時代によってどのような変化があるのかについて、メゾレベルやマクロレベルの困難性における分析、考察も加え、そこからさらにソーシャルワークのあり方を検討していきたいと考えている。また、困難性のみならず支援が的確に提供できたという事例や、かかわりからソーシャルワーカーが得た学びや気づきもとりあげていきたい。そして、聴覚障害と精神障害を併せ持つ人々が身近な精神科医療機関で気軽に受診・相談でき、適切な精神科医療サービスが受けられるための体制づくりへとつなげてい

きたいと考えている。

注

- (1) 重複障害者のデータとして、身体障害者に関しては平成18年度の実態調査で「身体障害を二種類以上併せ持つ者」という項目がある。その調査によると身体障害を二種類以上併せ持つ人々は全国に31万人いる。今までの法律体系では、重複障害者の実質的な人数は、身体障害者において肢体不自由、視覚障害、聴覚・言語障害、内部障害と同じ法律の中で定められていた数字しか出されていない。尚、前回の平成13年度調査では17万5000人であったことを考えると、単純に比較しても近年大幅に増加していることがわかる。【厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課『平成18年身体障害者・児実態調査結果』平成20年3月24日】知的障害者に関しては、知的障害と身体障害との重複障害者の人数が提示され、精神障害との重複に関するデータも示されている。【厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課『平成17年知的障害児(者)実態調査結果の概要』平成19年1月24日】しかし、精神障害者については他障害との重複障害に関する全国的なデータは全く出されていない。
- (2) 「困難」とは、「苦しみ悩むこと、ものごとをなしとげたり実行したりすることが難しいこと(広辞苑2008)とされているが、ここでは支援者が支援において「困ったこと」「難しかったこと」「苦しかったこと」「悩んだこと」「迷ったこと」を含む文節とした。
- (3) 聴覚障害者は「ろう者」「難聴者」「中途失聴者」という3つのカテゴリーに大別されるが、野沢は聴覚障害者を、言語獲得前失聴者(ろう者)、言語獲得後失聴者(難聴者・中途失聴者)、老人性難聴者、重複聴覚障害者、に分類しその特徴を整理している(野沢2005)。
- (4) 手話通訳者の業務内容には人と人とのつながりやコミュニケーションが円滑に行われるための保障、聴覚障害者に関する情報提供を行うことも含まれており、厚生労働省の「手話通訳者養成カリキュラム」にも、手話通訳制度や理念などにならんでソーシャルワーク論が講義の一つとして位置づけられている。
- (5) 9歳、つまり、小学校3、4年になると教育の中で比喩的表現など抽象的思考が求められるようになることもあり、聴覚障害児にとってはこの「9歳の壁」を乗り越えるのが難しいとされている(萩原1963)。しかし、最近では、新生児スクリーニングによる早期幼児教育の普及や、人工内耳、補聴器などの発達により、聴覚障害児教育の流れ

も変わりつつある。また、ろう教育の研究、実践の発展により、適切な教育を受けることで助詞、副詞の獲得や抽象概念、比喩表現の理解などが可能となってきている。

- (6) 実体的意識性とは「ドイツのヤスパース(K. Jaspers)が名付けたことば。」であり、「人や物の実体的な存在がなんらの感覚要素なしに無媒介的に体験されること。分裂病の初期や急性期に体験することがある」現象である(宮本1984:342)。
- (7) ダブルバインド理論は統合失調症の家族研究として人間のコミュニケーションに焦点をあて、統合失調症の問題行動とその治療を中心に扱った理論である。この理論は、統合失調症に限らず、すべてのコミュニケーションにとって重要な一般原理による問題という視点でも論じられている。ダブルバインド理論では、前提として統合失調症者のコミュニケーションの特徴として、自我の脆弱性により状況に関するコンテクストが共有されず、コミュニケーション・モードの識別が困難となると述べている。加えて、矛盾するメッセージや逃れられない関係性などの要素が揃うとダブルバインド状況に陥り、自己防衛の行動をとるようになるとされている。その自己防衛のパターンは、妄想型:「あらゆる言葉の裏に、自分を脅かす隠された意味があると思ひこむようになるケース」、破瓜型:「人が自分に言うことを、みな字句通りに受け取るようになるケース」、緊張型:全てのメッセージに対して「耳をふさぐケース」と三つに分類される(Bateson = 1990)。

文献

赤畑淳(2006)『聴覚障害と精神障害を併せ持つ人々へのソーシャルワーク実践 クライアントの理解とコミュニケーションに焦点を当て』2005年度ルーテル学院大学大学院修士論文。

浅野弘毅(1984)「生来性聾の分裂病者の「幻聴」について」『臨床精神医学』13(11), 1313-1319。

有馬明恵(2007)『内容分析の方法』ナカニシヤ出版。

Bateson, Gregory (1972) *Steps to an Ecology of Mind*, The University of Chicago Press. (= 1990, 佐藤良明訳『精神の生態学』思索社。)

チョウ・K・スティーブン(1991)「米国の聾者に対する精神衛生サービス 悪戦苦闘, 目標達成, 将来の夢」『第11回世界ろう者会議報告集』, 145-149。

藤村尚弘(1995)「先天性ろうあ者の幻覚(妄想)について」『第3回聴覚障害者精神保健研究会 交流の記録』聴覚障害者精神保健研究会, 127-130。

藤田保(2003)『精神障害をもつ聴覚障害者に出合ったとき』『精神保健福祉』34(4), 360-361。

藤田保(2005)「聴覚障害者と精神科医療」『こころの臨

- 床』24(4), 435(43)・439(47)。
- 藤田保(2006)「琵琶湖病院における聴覚障害者外来10年の歩み」滝沢広忠『社会・文化的視点に立った聴覚障害児・者の臨床心理的支援システムの構築』平成16～17年度科学研究費補助金研究成果報告書, 63・68。
- 福島智・前田晃秀(2004)「『足し算』ではなく、『掛け算』の障害」『ノーマライゼーション障害者の福祉』281, 19。
- 福山和女(2000)『スーパービジョンとコンサルテーション 理論と実際』FK研究グループ。
- 古屋龍太(2001)「精神障害」社福士養成講座編集委員会編『新版介護福祉士養成講座 リハビリテーション論』中央法規, 92・102。
- 萩原浅五郎(1963)「“ろう”についての教育的解釈—教育研究の中核」『ろう教育科学』18(5)。
- 林智樹(2005)「日本の手話通訳制度」21世紀のろう者像編集委員会編『21世紀のろう者像』全日本ろうあ連盟, 133。
- 伊東雋祐, 小出新一監修(2001)『手話通訳がわかる本』中央法規, 83・85。
- 伊澤雄一(2006)「グループホームを核とする今後の「居住系支援サービス」の展望」『精神科臨床サービス』6(4), 467・473。
- 片倉和彦(1991)「日本の精神科医と聴覚障害者との関わりの状況と課題」『リハビリテーション研究』69, 7・10。
- 片倉和彦(1999)「聞こえるってどんなこと」村瀬嘉代子編『聴覚障害者の心理臨床』日本評論社, 71・78。
- 河崎照雄(1969)「ろうあ者の精神障害」『ろう教育科学』11(1), 27・33。
- 河崎照雄(1970)「ろうあ精神分裂病者の幻覚について」『ろう教育科学』12(3), 99・105。
- 河崎佳子(2004)『きこえない子の心—ことば・家族聴覚障害者カウンセリングの現場から』明石書店。
- 木下武徳(2008)「ろうあ者相談員の現状と課題」奥野英子編著『聴覚障害児・者支援の基本と実践』中央法規, 145・150。
- 古賀恵理子・藤田保・小林豊生(1994)「聴覚障害者と精神医療—聴覚障害者外来開設への取り組みを通して」『臨床心理学研究』31(3), 20・29。
- 古賀恵理子(1999)「聞こえない人の体験にふれて」村瀬嘉代子編『聴覚障害者の心理臨床』日本評論社。
- Krippendorff, Klaus(1980) *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*, Sage Publication, Inc(=1989, 三上俊治・椎野信雄・橋元良明訳『メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待』勁草書房。)
- 宮坂松衛・中野隆史(1984)「幻聴」新福尚武監修『精神医学大事典』講談社, 240・241。
- 宮本忠雄「実体的意識性」(1984)新福尚武監修『精神医学大事典』講談社, 342。
- 村瀬嘉代子・河崎佳子編著(2008)『聴覚障害者の心理臨床』日本評論社。
- 中島誠・岡本夏木・村井潤一(1999)『ことばの認知と発達』東京大学出版。
- 内閣府編(2007)『障害者白書平成19年版』佐伯印刷。
- 内閣府編(2008)『障害者白書平成20年版』佐伯印刷。
- 新村出編(2008)『広辞苑第六版』岩波書店。
- 西川健一(2004)「耳の聞こえない精神障害者のケアから見えてくるもの」『精神看護』7(5), 71・73。
- 野本文幸・町山幸雄(1985)「先天性聾者における幻聴体験」『精神医学』27(10), 1209・1212。
- 野澤克哉(2005)「聴覚障害者をサポートするとき」社会福祉法人聴力障害者情報文化センター『聴覚障害者の精神保健サポートハンドブック』, 10・17。
- 奥野英子編著(2008)『聴覚障害児・者支援の基本と実践』中央法規。
- 大塚淳子(2002)「つながりの豊かさとQOLの向上を実感できた事例—聴覚障害者へのコミュニケーション保障を中心としたかわりからの気づき」『精神保健福祉』33(3), 241。
- Ramachandran, S, Vilayanur and Blakeslee, S. (1998) *Phantoms in the brain - Probing the mysteries of the human mind.* (=1999, 山下篤子訳『脳のなかの幽霊』)角川書店。
- 斎藤秀昭, 森兎徳共編1999『視覚認知と聴覚認知』オーム社出版局。
- 社会福祉法人日本身体障害者団体連合会発行(2002)『障害者相談員活動事例集』第三集, 142。
- 社会福祉法人聴力障害者情報文化センター(2005)『聴覚障害者の精神保健サポートハンドブック』。
- 竹内通夫編著(1999)『ピアジェの発達理論と幼児教育—ピアジェが、私たちに投げかけたもの』あるむ。
- 滝沢広忠(1996)「聴覚障害者の心理臨床について」『杉山善朗教授退職記念論文集』, 117・123。
- Turkington, Carol and Sussman E. A. (2000) *The Encyclopedia of Deafness and Hearing Disorders 2nd Edition*, Facts On File. (=2002, 鄭仁豪訳『精神病』中野善達監訳『聾・聴覚障害百科事典』明石書店, 174。)
- 聴覚障害をもつ医療従事者の会編(2006)『医療機関で働く聞こえない人々—社会参加を阻む欠格条項』現代書館。
- 山口利勝(2003)『中途失聴者と難聴者の世界—見かけは健常者、気づかれない障害者』一橋出版。
- 山下柚実(2004)『五感—再生へ—感覚は警告する』岩波書店, 192・193。
- 依田義右(2004)『近世人間中心思想史—デカルトからヘーゲルへの路』晃洋書房, 203・224。

Psychiatric Social Work for the Hard of Hearing and the Deaf with Mental Disorders

- Focus on the Difficult Experiences of Social Workers -

Akahata, Atsushi

Many mental health providers have struggled with communication issues concerning the hard of hearing and the deaf with mental disorders. However, there are no studies about on social work services with clients who are dually diagnosed with mental illness and hard of hearing.

The purpose of this study is to examine psychiatric social work practices for people who are hard of hearing and the deaf with mental disorders. The research method used in this study is a literature review and content analysis of the report entitled “Conference of Mental Health for the Hard of Hearing and the Deaf.” The literature review and analysis focus on challenges experienced by social workers.

The results of this study indicate that there are problems with communication between clients and social workers in micro level social work practice. Social workers in institutions that provide mental health services for the hard of hearing and the deaf, need to understand and know about hearing loss and mental disorders.

Key Words : Psychiatric social work practice, Hearing loss and mental disorders,
Characteristic of multiple disabilities, Difficult experiences of social workers