

自分でサインを求め、電車の名を区別するようになり、私達が理解に頭を痛めることもある。相手に伝えたい、伝わらないと何度もサインを使って伝えてくる。

<コメント>ろう学校は聴覚口話主義で手話使用を好まない。しかし本児は自ら視覚的サインを案出し、その使用を求めている。

11.2. パパが宿直で泊まりの夜、パパが帰ってこないことに気付き、私に「パパ、お仕事から帰って来ないよ」と身振り口をパクパクしながら伝えてきて、「今日は会社にネンネだよ」と写真カードで伝えると、解ったと、ほっとしてニッコリ笑った。先の見通しがつくようになり、すごく理解がし易くなった。

11.23. (3歳2ヵ月) 公園に行ったとき、前日に風が強く、木の葉が落ちてしまい、そのことに気付いたのか、自転車を止めて“ママ！見て、ハッパがないよ”と言わんばかりに手真似で表現して私に伝えてきた。

11.25. ミキサーでリンゴジュースを作るのが大好きで、「ママ、リンゴどこ？」と手でリンゴの形を表して伝えてきた。自分でリンゴをナイフで切り、一つ一つ自分でしないと気が済まないようだ。

11.30. Y市もいよいよ冬本番、1年ぶりの白い雪を見て家族全員に“見て！見て！”「アーアー、ウーウー」と雪が降ったことを伝えてきた。雪に触れて冷たいこと、ふわふわ、いろんなことを肌で感じていた。

12.1. 最近手遊び(トントンひげじいさん、げんこつ山のためきさん、一本橋)をするのを覚えて、TVを視ながら楽しんでいる。初めは何をしているのか分からなかったが、今では遊びのレパートリーが増え、コミュニケーションの土台を作る上でプラスになりそう。

<コメント>難聴は重いにもかかわらず音楽を結構楽しんでいる。

12.19. (3歳3ヵ月) お兄ちゃんと3人で遊んでいるとき、指文字で名前を答える遊びをしていたら、本児も真似をしようと指を使って一緒に指文字をやっていた。

12.21. 雪が沢山降り、外でそり遊びをやった。そりで滑る楽しさを知り、“5, 4, 3, 2, 1”と指で合図を決め、滑り降りる満足感が何とも言えない顔であった。

12.25. 実家のおばあちゃんにお願いしてクリスマスのプレゼントを郵便局から送ってもらい、子供達の反応を見た。箱の中を開けるまで何が入っているのかな？と楽しみながら開ける顔がととてもよかった。自分が欲しがっていたプレゼントが入っていて大満足。

12.27. 自分から呼びにきたり、自分がやれないことを頼みにくるとき、共感を求めたいときなど、よく声を発する回数が増えた。ジェスチャーも声もよく出るようになり、コミュニケーションが取り易くなったようだ。

H12.1.2. おばあちゃんにお年玉を貰い、挨拶をするとお金が貰えることに気付いたのか、お兄ちゃんが頭を下げているのを見て真似るようになった。なぜお年玉を頂いたのか理由を説明する手段を考えておかなければいけないと思った。

1.6. (3歳4ヵ月) 電車を中心に絵を描いていたのが、人の顔を描き始めた。目が二つ、髪の毛、口、身体など、どんどんイメージが膨らむようにしてあげたいと思う。

<コメント>これらの記述の中に手話という表現が出てこないが、手話使用はろう学校で禁じられていたためである。そのために、情緒的には親子関係はすこぶる良いものの、ホームトレーニングに通って3歳4ヵ月になっても言語発達は遅々として進まないどころか、言語獲得の兆しすら見えていない。これにはろう学校における教育相談担当者の力量の問題、すなわち言語指導の方法論を持たない教員の指導力の低さが如実に表れている。

なおお付言するならば、教員の目は素朴な音韻論レベルに止まっていて、最も重視されねばならない意味論に思考が及んでいないようである。そうであればこれは致命的欠陥と言わざるを得ない。

この事態を打開するために、ろう学校担任教員に宛てて、本児は難聴が極めて重いため言語指導には手話が不可欠、それ故にろう学校でも是非本児の指導に手話を導入して欲しい旨依頼状を書いた。それに対する返事として、

(1) 4月から幼稚部、それに向けて手話も含めた身振り、絵、文字等視覚的手段も使い、コミュニケーションや物事の理解を促していく、

(2) 視覚、触覚も用いながら発声・発語を促し、ことばへの意識を高めていく、

(3) 本児なりの聴覚活用を推進していく、という返事を頂いた。

ここで問題になるのは、言語指導の方法論が見えてこないこと、および保護者に対する親の役割についてのアドバイスが無いことである。これでは先の見通しが立たないため、3歳3カ月の時点から我々の研究所でSTの芦野が言語指導を進めることにした。

### 1. 指導開始時(3歳3ヵ月)の状態

ジェスチャーや手話を教えられていないので、本児が自分でジェスチャーを考えて使用していた。この時点で使っていたジェスチャーは、以下の通り；新幹線、電車、ふね、飛行機、バイク、自転車、バス、救急車、消防車、パトカーの10語に、新幹線の種類を表現した3種のジェスチャーと、新幹線が連結する様子を表現したジェスチャーの合計14語であった。

### 2. 指導方針

・自宅が遠隔地で頻回に通うことができないので、指導回数は月1回程度、1回1～3時間とする。

・言語獲得に向けて、ジェスチャーや手話を導入してのコミュニケーション指導。STは本児への接し方、家庭でのジェスチャーや手話を使った話し掛け方などを具体的に説明し、宿題を課する。

・指導内容は、指導者が一方的に決めるのではなく、両親と相談し、身近な物、本児の興味のあるものなどから導入。

・語彙習得は、指導当初は手話単語を用い、固有名詞・助詞・動詞の活用の指導には指文字を使用した。

・指文字習得後は、手話で習得している語彙を指文字で表現できるよう、置き換える指導を行った。

・両親は、この時点まで、手話・指文字とも使ったことがなかったが、難聴が重度であることを考慮し、日本語習得のために、ジェスチャー・手話・指文字を使用することを説明し、両親にも手話と指文字の指導を実施。

・ろう学校に本児の聴力について説明し、手話・指文字を導入してもらう。

### 3. 指導経過

指導を行った主な内容と導入時期を表1に示す。

#### 1) 3歳3ヵ月～3歳7ヵ月

両親と兄に指文字を覚えてもらうと共に、基本的な単語を指導した。

- ・家族の呼び方を手話で、自分の名前と友達の名前の頭文字を指文字で指導。
- ・身近な名詞（動物名、食べ物の名称、乗物名、身の回りの物、家の中の場所名、学校の部屋名など）を両親と相談のうえピックアップし、手話単語で指導。
- ・コミュニケーションで使う単語（いいよ、だいじょうぶ、いたい、できる、あぶない、はやく、さんねん、つくる、など）を手話単語で指導。

#### 2) 3歳8ヵ月～4歳0ヵ月

語彙が急増し始め、1ヵ月で30語程度の手話を覚えた。また、平仮名に興味を持ちはじめたので、指文字と合わせて指導に使用できるようになった。単語だけでなく、構文の指導も開始した。

- ・助詞の「の」を導入。「○○ちゃんのママ」「パパのくつ」などの使い方を指導中、「ママの○○ちゃん」「くつのパパ」などの逆転が見られたが徐々に習得。
- ・「色＋名詞」、「形容詞＋名詞」の形を指導。これも習得過程で「名詞＋色」、「名詞＋形容詞」のように逆転も見られたが徐々に習得した。

<コメント>この現象は面白い。これらの構造は日本語から見れば誤りであろうが、しかし外国語には「名詞＋形容詞」のような語順の言語は幾らもある。聴覚活用ではこのような問題は生じないので、これは日本語対応手話で指導した場合の特有の現象であろう。

- ・1から5までの数字を、指と文字を使って指導。
- ・平仮名に興味を持ち始めたので、指と文字を使って単語を作ったり、なぞり書きを楽しんだりして、指文字と一致させるよう指導。
- ・「なに」「だれ」「どこ」の疑問詞の指導。

#### 3) 4歳1ヵ月～4歳10ヵ月

この時期以降新たに習得する単語は指文字で覚えることとし、これまで手話で習得した単語については、読み書きに使えるように指文字に置き換える指導を開始した。

- ・「だれだれ が なになに を (に) …」の文章の指導。
- ・語彙指導は、単に新たな語彙を増やすだけでなく、「どうぶつ」「くだもの」「のりもの」など上位概念ごとの単語集めや、反対言葉など、語彙を分類する指導を導入。
- ・疑問詞「どうして」の指導。
- ・10までの数の指導。

#### 4) 4歳11ヵ月以降

この時期以降は、平仮名の読み書きができるようになったため、ワークブックやカレンダーなどの教材を使用しながら、動詞の活用、説明する力を着ける指導、文章読解などを導入した。

- ・カレンダーワーク
- ・動詞の活用（時制など）の指導
- ・単語を文章で説明する指導
- ・文章読解指導
- ・疑問詞「どんな」の指導

#### 4. 知能検査成績

WPPSI、WISC-Ⅲの実施に当たっては、検査の趣旨を侵さないよう留意し、問題の提示は指文字・書字で行った。本児は手話で回答することもあったが、促して正しく指文字で表現できたものを正答とした。

6歳10ヵ月 (WPPSI)

PIQ 78

VIQ 63

7歳10ヵ月 (WISC-III)

PIQ 87

VIQ 79

### 5. 現在 (8歳2ヵ月) の状態

重文・複文を自分から使用し、指文字または文字で表現できる。ろう学校の指導により、指文字を使いながら音声も出すが、発語明瞭度は極めて低い。家庭・学校でのコミュニケーションには手話・指文字を使用。

#### 純音聴力検査

	125	250	500	1000	2000	4000	8000Hz
右	85	95	120	130	130以上	125	110dB以上
左	75	95	110	130	130	125	110dB以上

補聴器は周波数圧縮タイプのものを使用。振動が分かる程度。

### 6. 結果

本児では、視覚すなわち手話単語・指文字を用いて、始めから日本語の習得を促す指導を進め、現在に至っている。いわば日本語対応手話による日本語指導例とも言える。日本語を視覚を介して習得するに当たり、ジェスチャーや手話単語だけでは文法習得は難しい。指文字や文字 (平仮名) を使用することが有効であった。

### 7. 現在の問題点

ろう学校の教員は手話・指文字・文字を使用して授業を行っているが、少人数で本児の学年は本字のみ。地元の手話サークルや聾者団体などに連絡を取り、手話で会話のできる環境を作るよう両親に指導している。

#### <コメント>

1) 指導した芦野によると、指文字で覚えた言葉を手話に置き換えた場合にすんなり使えるに至らなかった。ワンステップ置いて移行する。この問題はコミュニケーションの実践の中で解決していく。

2) 本児は先々どのような人生を歩むかわからないが、聾者のコミュニティに参加していく可能性は大きい。斯く考えると、日本手話の集団にも早い段階で参加させたいと思うが、地方では容易でない。

### 考察

新生児聴覚スクリーニング (NHS) の先進国米国では、聴覚障害児の教育に当たって如何なる方法を選ぶかは保護者の側にあり、このための情報提供に関して優れた解説書がある。Sue Schwartz の CHOICES in DEAFNESS: A Parents' Guide to Communication Options<sup>7)</sup>がそれであるが、ここには難聴の医学、聴力検査、人工内耳、聴覚口話法、Bi-Bi 法、キュードスピーチ、口話法、トータルコミュニケーション、文化的アイデンティティ、などについて、それぞれの立場の専門家が公平かつ平易に開設している。残念ながらわが国にはこれに匹敵する解説書は無く、また書ける程に社会や学問が成熟していない。聾学校や療育機関は旧態依然としてそれぞれ独自の方法で指導し、必ずしも子どもや家族のニーズに応える姿勢で臨んでいると

は言い難い。それ故に事例1のようなケースには、的確に対応できないか或いは対応に戸惑う人が大部分ではないかと思う。しかしNHSにより難聴が検出された場合のインフォームドコンセントに当たっては、避けて通れない状況に至っていることをこの例は示している。

このような現状認識に立脚して、今回は今まで我々自身も殆ど手を着けてこなかった手話をベースにした日本語教育に視点を置いた研究を進め、今後の実践に有益な示唆を得つつある。この成果は、特に聾家族が増加した今日<sup>4)</sup>、その支援に当たって重要な指針を提供し得ると信じる。

#### 1) 日本手話<sup>8)</sup>をベースにした日本語教育について

事例1は日本手話をベースに日本語を教育している例である。この例の経過をみると聴覚言語である日本語が聴覚障害児にとって如何に習得困難な言語であるかがよく解る。良質の補聴器や人工内耳が普及している現在でも、この問題を根本的に解決できずにいる。これに対し手話（日本では日本手話）は視覚言語であり、聾者の自然言語だけに、高度難聴児はその環境に置かれればごく自然に習得していく。しかし日本社会で生活するためには日本語習得は必須条件である。ただしそのために日本語教育を従来の聴覚口話法のみで進めるとすれば過酷過ぎ、人間形成に問題を残すことになる。筆者はこれに類する例を数多く経験してきた。最近我々が手話に注目し始めたのは、まさにこのような背景があつてのことであるが、手話を重視するに至った更なる理由は、最近の手話に関する言語学的研究<sup>8)</sup>には瞠目すべきものがあることと、かつて聴覚口話法で教育を受けて育った聴覚障害者の中にはコミュニケーションや言語が不満足な人が少なくない<sup>4,9)</sup>などの問題がある。

ところで、人間には本能的に言語を生み出す能力があるとか、生得的に言語能力(linguistic competence)を有すると考える人は昔から多い。ちなみに事例2の初期の発達経過をみると、自らジェスチャー（手話）で二語文を使い始めたとする親の記録が見られる。Chomskyも同じ認識に基づいて有名な生成文法理論を提唱した。ただしこの理論は直接臨床に役立つ訳ではない。一方言語には外言語と内言語に分けて理解する見方もあるが、筆者は内言語の深層構造は外言語の違いを超えて共通ないし普遍的なものではないかと考えている<sup>4)</sup>。この点Chomskyの考えに共感するところもあるが、かかる仮説に立脚すると、聾児に於いては日本手話を第一言語にして内言語を豊かに育て、これを基にして第二言語としての日本語（書記言語）を習得するという方法は有り得るし、事実事例2がそれを実証している。この場合日本語を教えるということは、子どもから見れば日本語の構造ないしルール（文法）を学ぶことであり、事例2はこの原則に立って指導してきた例で、現在のところその意図は成功していると言える。事例3も我々の方法論の正当性を論ずるには誠に好都合な例である。

これに関連して筆者は聾者を両親に持つ聴覚障害児33例について、その親（聴覚障害者）の生い立ち、受けた学校教育、現在の家庭でのコミュニケーション、日本語の言語力などを調査した。結果は全事例とも家庭で手話（日本手話に限らない）や指文字などが使われており、これらの中には聾家族の中で育った（日本手話で）親が10名いた。残り23名は両親が健聴者で、家庭および学校では聴覚口話法で教育を受けた。コミュニケーションに関しては前例とも家庭で手話と指文字などを使っているが、言語力に関しては聾家族出身の親10名はすべて高いのに対し、聴者の家庭で育てられた親（聴覚障害者）の中には言語力の著しく低い人が6名いた。これら6名のような人は手話も満足にできず、子どもの言語教育に大きな問題を抱えていることを知った<sup>4)</sup>。このような問題は聴覚口話法の限界として生じたもので、ここにこの方

法による言語教育の反省点がある。

いずれにせよこれらの知見は、日本手話で内言語を豊かに育て、これをベースにして日本語を育てることの合理性を示唆していると考えたい。ただしその成果を挙げるためには、事例1の経験からして次の点を重視しなければならない。

- (1) 日本手話をベースに育て得る日本語は基本的には話しことばではなく、書記日本語であるが、これには日本語への構造化の指導が不可欠である。
- (2) この任には日本手話の読める人が当たる必要がある。
- (3) 日本手話で言語を豊かに育てるには、日本手話の聾児の集団に参加させるのがよい。特に親が健聴の場合はこの配慮は重要である。
- (4) 日本語の指導に当たっては指文字や書字の活用が必要である。ちなみに事例1は父親とのコミュニケーションに指文字を使っている。指文字は仮名文字に対応させて作られているので発音指導にも役立つ。この場合多少なりとも聴覚も活用できれば仮名の習得には有利と考えられる。これとは別に事例1には指文字に合わせて口を動かす行動が時に見られたが、これは発音訓練における筋運動覚の活用であり、これも指文字や書字に合わせて日本語（特に文字）の習得に重要な役割を果たしてきたと考えられる。このことは、日本語の、特に仮名文字の指導では、発音指導が重要なし有意義であることを示唆している。

日本手話が何故書記日本語（又は読み書き能力）の習得に有意義であるかの理論的考察は別著<sup>9)</sup>で述べたので、ここでは省略するが、それにつけても筆者<sup>10)</sup>が1968年にホームトレーニングに着手するに当たり、言語指導の目的を音韻論えでなく「思考の道具」としての言語を育てることに置いたことは、顧みて正解であったと安堵している。

## 2) いわゆる日本語対応手話による言語指導について

事例2は日本手話を知らないSTが当初から手話単語と指文字、更に書字などを使って日本語を教えた例である。日本語対応手話を意識して活用した訳ではないので“日本語対応手話による”という表現は適切ではないとの異論はあろうが、結果的には本児は日本語以外を知らないの、使われている手話は指文字も加えて日本語対応手話といってよかろうと思う。

本例に行った指導方法は事例1の場合と基本的には同じであり、特別に新しいものではない。しかし言語指導が口話主義になり、聴覚活用が全盛になってからは、本児のような難聴の著しく重い例に対しても聴覚口話法による言語指導が一律に行われてきた。本例は純音聴力検査の成績から推測できる通り難聴が著しく重く、このような例には聴覚活用といっても、実質的には古典的な口話法と同じになる。このような子どもには現在では人により人工内耳が選択されるが、すべてが人工内耳の適応になる訳ではない（本児もその1例）。かかる子どもには当然手話や書字が日本語教育の重要な手段となる。手話と言っても日本手話の native signer でない限り、好むと好まざるとに拘わらず、日本語対応手話による教育は重要となる。日本語対応手話は指文字も交えて口話に合わせて使い得るのは、日本語指導上好都合と言える。ただし言語習得手法としては、日本手話に到底及ばない。これについては後述する。

なお、本例の言語指導法と一見類似した方法に金沢大方式があるが、我々は親子のコミュニケーションを円滑にし、情緒の安定を図って言語獲得に導くことを方法論の基本にしている。この点最初から言語指導に文字を導入する金沢大方式とは基本的に異なる。

ところで、本例は我々のホームトレーニングプログラムに参加したにも拘わらず、聾学校の



そもそも手話言語は視覚言語であるのに対し、音声言語は聴覚言語である。日本語対应手話が日本語に対応させて用いられるとしても、表2に示すようなことばの物理的、音声学的、言語学的情報を伝えることはできない。聴覚障害児にはこれらの情報は入力し難く、特に聾児では時系列で提示される言語音の構成要素は目に見えない空間の中に一瞬にして消えてしまい、しかもこれを目で追うことが困難といった問題が生じる。聴覚障害児にはこのように聴覚的言語情報は満足には入力し難く、特に聾児ではこの傾向は顕著になる。

このように事例1と事例2を比較してみると、重度難聴ないし聾児が言語を習得するには日本手話の方が自然であり、明らかに有利と言える。ただし日本社会で生活していくためには日本語学習は欠かせない。このための指導は言うまでもなく聾学校の役割である。

#### 4) 聴覚口話法で教育を受けた聴覚障害を有する親の手話について

これについては別の調査<sup>9)</sup>で詳しく報告してあるので詳細はそれに譲るが、健聴の親に育てられた聴覚障害児は難聴が幾ら重くても、家庭はもちろん学校でも聴覚活用で教育をうけてきた。手話の使用は禁じられ、これを習い始めたのは級友、先輩、あるいは結婚してからで20歳を過ぎていたという人が少なくない。結婚して必要に迫られて手話の学習を始めたものの既に年齢が高く、そのため上達は思わしくなく、語彙の不足にも悩んでいる例は少なくない。これも従来の聴覚口話法による教育の欠陥の一面といえようが、問題はこのような家庭の聾児の言語教育を如何に保証するかにある。残念ながら今の聾学校の教育にはこのための方法論が見出せない。この解決の一助として異例1のように子どもを日本手話の集団に参加させ、ここで日本手話で言語を豊かに育てて、それをベースに日本語の指導を進める方法はあってよいと考える。かかる意味に於いて事例1は貴重である。この問題については更に研究を進めたい。

#### 5) 早期療育支援における聴覚障害児の言語教育について

聴覚障害児教育の分野では、しばしば“自然法”なる言葉を耳にする。この言葉の意味するところは筆者にはよく分からないが、自然言語の見地からすれば、健聴児は日本語を話す集団ないし社会に、一方聾児は日本手話の集団に置けば、言語は自然に発達する。しかし上述の“自然法”はそういう意味ではないらしい。聴覚障害児は健聴児の集団に置かれた場合、難聴が比較的軽いケースではある程度言語は発達するものの満足には発達し得ない。その理由は日本語は聴覚言語であり、それ故に聴覚障害児にとっては不利な言語だからである。

この問題を図式化して説明すると図1の如くなる。容器1~4はすべて容積が同じである。ここでは言語習得能力を器の容積(capacity)に例える。器2は入口が狭いが、この状態を重い難聴に例え、器1と3は健聴児とする。これらの器を雨の降る日に庭に置くと、雨量が多ければ器1は一杯になるものの、器2は雨が底にわずかしか溜まらない。器3は雨量の少ない場所に置いた場合えだるが、ここで雨を音声言語の刺激に置き換えて考えると、難聴児(器2)の持つ問題が判然としてくる。器3は難聴ではなく、言語刺激の乏しさが原因の環境的言語発達遅滞である。ここでもし器2の重度難聴児が手話言語の環境に置かれると、器4の状態になり得る。すなわち、言語に関しては器2の難聴児も器1の健聴児と対等になり得ることになる。ここに手話言語の注目すべき点がある。

ところで、日本社会で生活を営むためには、日本語の習得は聾児といえども必要である。この場合、理論的には日本語は聴覚言語であるから、聴覚を活用して学習するほうが有利なはずである。しかし難聴が重くなればこれが困難になる。我々のホームトレーニング参加者のその

後の経過をみると、難聴が 90dB 以下であれば聴覚口話指導で言語取得は可能であるが、110dB 以上になると人工内耳を考慮しない限り聴覚活用で日本語を習得することは殆ど不可能に近い。このような子どもには手話による指導の方が適する。90～110dB の聴力範囲は子どもにより補聴器の活用度に個人差がみられ(グレイゾーン)、補聴器活用により言語習得ができる子供もおれば、一方では手話を導入しない限り言語学習が進まない子もいる。前者に属する子どもでも読話をかなり併用しており、読話能力の低い子どもはコミュニケーションに難渋する。このような子どもには指文字が日本語学习上効果的である<sup>9)</sup>。もちろん手話も役立つ。

言語教育に於いては、概念形成を重視しなければならない。語(word)は記号体系であると共に象徴機能を有するが、例えば「みかん」という記号が蜜柑という果実との単なる結びつきであれば、「みかん」=蜜柑は条件反射的關係に過ぎない。象徴機能と言うからには、「みかん」ということばを聞いて、あるいはその文字を読んで、他の果実とは違った特有の概念を有する果実が表象されねばならない。この概念を形成するには、実際に蜜柑を手に取り、皮をむいて、その折り香りを感じ、口にし、味わう、と言った、すべての感覚を総動員した一連の実体験が必要である。決して教室の中での教材を使った指導ですむものではない。蜜柑山を訪れ、蜜柑の花、その香り、季節が変わって熟した実を付けた木を見る、もぎ取ってみる、その場で味わってみる、などの体験が加われば、蜜柑の概念は一層豊かになる。子どもの言語獲得、すなわち「物に名前のあることを発見する」というプロセスも上述のような背景があって、言語を使ったコミュニケーションの実践の中で発達してくるものである。

我々日本人は聴者であれ、難聴者であれ、聾者であれ、日本という同じ歴史や文化を持つ社会に生まれ、生活している。それ故に聴覚障害児の言語教育に日本語、日本手話のいずれを選択しても、共通の概念形成に立脚して教育できるはずである。すなわち、聾児に日本手話を母語として日本語を教えるというバイリンガル教育は、外国人が日本語を学習するのと異なっており、有利な立場にあると言えよう。

## 終わりに

聴覚障害児が日本語ないし音声言語と、日本手話ないし手話言語のいずれを母語にして育つかは、保護者の選択で決まる。図 3 に示すように、この選択によって子どもが将来属する社会も、難聴者として聴者の社会に属するか、或いは聾社会の一員になるかが決まると言えよう。もちろん子どもが長じてから自ら聾社会を選択する人も多いはずである。最近では補聴器や人工内耳によって聴覚活用の幅が広がったものの、これらは難聴を治す方法ではないだけに、人工内耳によって聾社会が消滅すると考えるならば、大きな誤りと言わねばならない。聾社会は、少なくとも今後栄えることはあっても消え去ることはないと信じる。この問題は既に報告<sup>11)</sup>したところである。本研究ではかかる認識に基づいて、我々なりの言語教育論を提言したが、しかし聾学校の現状を見ると、時代思潮の変化やニーズに対応できていない上に、言語教育の力量すらも低下してしまった<sup>12)</sup>という感を深くする。新生児聴覚スクリーニングは社会に浸透しても、療育・教育機関の充実がなければ、意味をなさない。この現実を如何に打開するかは容易なことではないが、しかしなさねばならない。

## 文献

- 1) 鈴木篤郎、田中美郷：用事軟調、医歯薬出版、1979
- 2) 田中美郷、他：帝京大学医学部クリニックの実践、中野善達編著 聴覚障害児の早期教育、福村出版、1991。35-86 頁
- 3) 田中美郷、廣田栄子：聴覚活用の実際、財団法人聴覚障害者教育福祉協会、1997
- 4) 田中美郷：聴覚障害家族から学ぶ、田中美郷教育研究所、2003 年 5 月
- 5) 小嶋 勇監修：ろう教育と言語権、ろう児の人権救済申立の全容、明石書店、2004
- 6) 日本の聴覚障害児教育構想のプロジェクト（中間報告）、（事務局 全日本ろうあ連盟内）、2004 年 8 月
- 7) Schwartz,S(ed): Choices in Deafness: a parents' guide to communication options ,2nd edition, Woodbine House,1996
- 8) 市田泰弘：言語学からみた日本手話、ろう教育と言語権ーろう児の人権救済申し立ての全容（小嶋勇監修）、明石書店、2004。9-77 頁
- 9) 田中美郷：聴覚障害児の早期療育におけるコミュニケーション・言語指導について、平成 15 年度厚生科学研究（子ども家庭総合研究事業）「全出生児を対象とした新生児聴覚スクリーニングの有効な方法及びフォローアップ、家族支援に関する研究（主任研究者：三科潤）」、平成 16 年 3 月
- 10) 田中美郷、小林英夫：難聴児の早期 Habilitation と言語発達、第一報 Home Training Program について、耳鼻咽喉科 41:881-887,1969
- 11) 市橋詮司：「Fusion-Education」の聾学校、～38 年間の聾教育経験の反省、聾学校の再興・発展への提言～、2004 年 9 月

## 論文

- 田中美郷：小児の中樞性聴覚障害例 —その臨床と言語教育—、田中美郷教育研究所、2004 年 5 月
- Tanaka,Y.: Current Issues on Language Education for Young Hearing-Impaired Children, Hearing Impairment, ed. By Suzuki, J. , Kobayashi,T. and Koga,K.,Springer Verlag (Tokyo), 2004.P143-147
- 田中美郷：教育最前線：わが国における新生児聴覚スクリーニング、手話通訳問題研究、No.90:16-17,2004
- 田中美郷：言語発達のトラブルとケア(1)症状と疾患について、チャイルドヘルス、8:91-96,2005
- 田中美郷、芦野聡子、的場真木：新生児・乳児期に検出された高・重度難聴児に対する手話による日本語教育、平成 16 年度厚生労働省科学研究（子ども家庭総合研究事業）「新生児聴覚スクリーニングの効率的実施および早期支援とその評価に関する研究（主任研究者：三科潤）」、2005 年 3 月

# 新生児聴覚フォーラム記録

2005年2月20日

於：東京八重洲ホール

平成 16 年度厚生労働科学研究補助金（子ども家庭総合研究事業）  
「新生児聴覚スクリーニングの効率的実施および早期支援とその評価に関する研究」

## 新生児聴覚フォーラム

「新生児聴覚スクリーニングの普及、早期支援体制の確立を目指して」

日時：平成 17 年 2 月 20 日（日）午前 10 時～午後 4 時

場所：東京八重洲ホール 3 階 301

東京都中央区日本橋 3-4-13 新第一ビル

第一部	座長：三科 潤
-----	---------

- |             |                                    |           |       |
|-------------|------------------------------------|-----------|-------|
| 10：00～10：20 | 本邦における新生児聴覚スクリーニングの進行状況            | 主任研究者     | 三科 潤  |
| 10：20～11：20 | 新生児聴覚スクリーニング後の早期支援：難聴幼児通園施設での実践    | 岡山かなりや学園  | 福田章一郎 |
| 11：20～11：50 | 新生児聴覚スクリーニング後の早期支援：ろう学校乳幼児教育相談での実践 | 大塚ろう学校    | 菅原仙子  |
| 11：50～12：20 | 新生児聴覚スクリーニング後の精密診断における問題点          | 岡山大学耳鼻咽喉科 | 福島邦博  |

第二部	座長：多田 裕
-----	---------

- |             |                     |               |      |
|-------------|---------------------|---------------|------|
| 13：30～14：00 | 現在でも難聴の発見が遅れる原因について | 東京大学耳鼻咽喉科     | 加我君孝 |
| 14：00～14：30 | 聴覚障害と高次脳機能          | 神戸市立中央病院耳鼻咽喉科 | 内藤 泰 |
| 14：30～15：00 | 聴覚障害児への特別支援教育       | 筑波大学心身障害学系    | 斎藤佐和 |
| 15：00～16：00 | 自由討議                | 座長：三科 潤、多田 裕  |      |
| 16：00       | 閉会                  |               |      |

講演で使用されたスライドの一部が挿入されています。

【三科】 おはようございます。今日は皆さまお集まりいただきましてどうもありがとうございます。

今日はフォーラムということでいつもの班会議よりも広範囲の先生方にお集まりいただいて、スクリーニングから、それから発生した問題などを考えていきたいと思って、今日の会を開かせていただきました。

第一部は、スクリーニングの関連のことでモデル事業の状況ですとか、早期診断・早期支援のことを討議していただきまして、第二部では、また別の切り口から聴覚障害ということをいろいろ講演いただく予定になっております。

午後の3時から4時にはディスカッションの時間を1時間取ってございますので、今日ご発表いただけなかった先生にもいろいろご意見をお聞きしたいと思っております。

### 1. 本邦における新生児聴覚スクリーニングの進行状況

#### モデル事業の進行状況

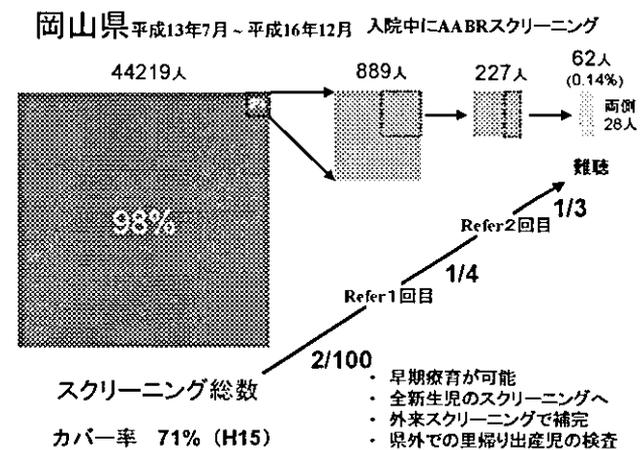
- 平成13年度開始
  - ◆ 岡山県 (H13年7月～) 全県対象、出生の約70%
  - ◆ 秋田市 (H13年11月～) 全県(H14年～)出生の約50%
  - ◆ 神奈川県 (H13年7月～) 1病院で実施ーH15年中止
  - ◆ 栃木県 (H14年1月～) 2病院で実施
- 平成14年度開始
  - ◆ 東京都 豊島区、立川市(3,000人)ーH16年で終了
  - ◆ 北海道 帯広地区(4,800人)ーH16年で終了
  - ◆ 佐賀県 佐賀市内ーH16年で終了
  - ◆ 埼玉県 1,000人規模
- 平成15年度開始
  - ◆ さいたま市 1,000人規模
  - ◆ 長崎県 全県対象
  - ◆ 福岡県(筑後地区)
  - ◆ 熊本県 県内6施設、精査10機関、15.10-16.10に3200例実施
  - ◆ 福島県 予算1,200万円計上
  - ◆ 広島県 予算3,200万円計上
- 平成16年度開始
  - ◆ 北九州市
- モデル事業外 長野県H14年度から検査機器整備補助

まず最初に、今回は、モデル事業実施の先生方から頂きましたデータを私のほうでまとめさせていただきました。モデル事業は平成12年から始まりましたが、現在14都道府県で実施されております。実際に開始されたのは13年度からで、皆さ

まご存じのように岡山県、秋田県、神奈川県、栃木県で開始されましたけれども、神奈川県は15年度で中止になっております。

岡山県が最初に開始されて、全県対象で、非常に充実した事業を実施されていますけれども、秋田県は最初から出生の50%が対象になっています。ほかには病院単位とか、14年度に始めました東京、北海道、埼玉なども、全県対象というところはありませんでした。15年度に開始された長崎県は、全県対象になっています。16年度に北九州市が開始されましたけど、全市が対象になっています。

モデル事業内では、長野県がモデル事業という形ではないのですが、機器の購入に1件100万円までの補助を出して、これで、かなり広がっているようです。



岡山県ですが、御牧先生に頂いたスライドですけれども平成13年1月から昨年の12月までで、ここは全部自動 ABR でスクリーニングしています。44,219人をスクリーニングし、2%がリファーで、その中の4分の1の方が、2回目のリファーで精密検査を受診することになって、精検が必要な例は0.5%でした。

両側の聴覚障害が28人、0.06%が診断されてい

ます。このシステム自体は、早期療育までスムーズに進行して、とてもうまくやっけていただいているんですけれども、やはり問題なのは、全出生を対象と考えると、カバー率が、平成15年で71%ということです。それはやはり里帰り出産ということが大きく影響しているため、里帰りの方は、外来でスクリーニングをするということ、昨年からされていて、カバー率をもっと上げようという努力をされておられます。先生、何か追加がありますか。

### 新生児聴覚スクリーニング秋田県の状況

開始: 平成13年11月1日、検査料無料、N社自動ABR  
 現況: 12検査病院にて施行(県内出生の約半数)  
 準備状況: 全母子手帳に聴覚言語発達リスト添付  
 リーフレット各種、両親教育VTR作成済  
 精密医療機関: 県内2カ所、及び隣県の1カ所依頼  
 指定療育機関: オリブ園&県立ろう学校(親が選択)  
 実施状況: 順調～行政・医師会・療育等の連携良好  
 結果: 受検率99.8%、通過率99.6%、要精査率0.4%  
 要精査者の内訳: 両側中等度以上の難聴30%強、  
 1側難聴30%弱、未熟性関与20%程度、  
 正常20%弱  
 課題: 現行法では中等度難聴への補聴器支援体制がない

【御牧】 岡山県の現状と来年度の動きということでもいいですか。

【三科】 はい。

【御牧】 今年度の最終の協議会が来月あるんですが、その時点で、県の方針が出されると思うんですが、来年度は、全新生児をスクリーニングするだけの予算を取ったということでもあります。

それについて、県も、知事のマニフェストと、乳児、乳幼児の健康に関する宣言が2つあるんですが、その中でも全新生児のスクリーニングをするということが盛り込まれているようでありまして、後退することなく、先へ1歩進むという方針だそうであります。以上です。

【三科】 どうもありがとうございました。

秋田県の中沢先生が、今日いらっしゃいませんので、スライドを頂いてあります。秋田県も、やはり全部自動ABRで、12病院が検査病院となっているんですが、それは県内出生の約半数をカバーしてい

る出生数ということです。準備を非常に周到にされまして、いろいろリーフレットですとか、両親教育用のビデオとかも作っておられます。

精密検査は、現在の2病院と隣県の1カ所。交通の便ということで、そういうふうに指定されています。療育は、オリブ園という難聴幼児通園施設と県立聾学校。最初にお話しして、ご両親が選択することですけど、やはり秋田県は広いところに3つしかないの、非常に交通の便とかが、冬になると雪で動けないとか、そういう問題で混乱が生じているようです。ここもやはり、要検査率は0.4%。精検の中で中等度以上の両側難聴が30%強発見されたということです。

一番問題なのは、現行法では中等度難聴への補聴器の支給体制がないということでせっかく早く見付けて、早く補聴器を着ければもっと言語力も良くなるのに、やはり若いご両親ですと、そういう補聴器も高いので買うことができないから、着けなくていいですということにもなってしまうので、そこは今後の大きい問題ということです。また、この問題については討論のところでも考えていきたいと思います。

### 栃木県(2002.1より開始:2005も継続予定)

2004/4～9の成績

	新生児			NICU		
	n	pass	refer	n	pass	refer
AABR	570	564	6	371	360	11
精査	6	3	3	11	0	11

期間	新生児			NICU		
	検査数	refer	異常	検査数	refer	異常
2004/4～9	570	6(1.1%)	3(0.5%)	371	11(3.0%)	11(3.0%)
2003	1154	8(0.7%)	3(0.3%)	339	11(3.2%)	8(2.4%)

False negative 症例  
 ・ AABRでpass ABRで閾値の上昇  
 ・ multiple encephalomalacia  
 ・ VLBW  
 ・ 頭皮下頭皮腫瘍(片側がrefer → ABR pass側の閾値が55dB)

栃木県ですけど、栃木県は、自治医大、獨協医大の2カ所での事業です。2003年～2004年で、1,700人ぐらいのスクリーニングをされまして、正常新生児では0.3%の異常で、NICUの子では2%から3%の異常です。

本間先生のご指摘があったのは、フォールスネガティブの症例があったということで、自動 ABR でパスして、ABR では異常が見られたのが3例あったということです。これに関しては、前回にも問題になりましたけどまた後ほど、福島先生にも、この辺りのこともお話しいただけるかと思えます。

### 北海道帯広市(平成14年～16年)

- 1 帯広市医療圏人口 十勝支庁 36万(帯広市17万)  
4病院での年間出生数 3000名(地域の90%↑)
- 2 検査体制  
スクリーニング機関: 帯広厚生病院 帯広協会病院 慶豊病院 坂野産科婦人科  
精密検査機関: 帯広厚生病院 帯広協会病院  
療育機関: 道立帯広聾学校
- 3 検査実施状況  
受検者(H14～16) 5,303例  
初回検査 要再検 108例(2.04%)  
確認検査 要再検 39例(0.74%)
- 4 確認検査要再検例のその後の結果  
39例中、14例は再々検で正常  
耳鼻科精密検査 一 精密検査例 25例(0.47%)  
正常 4例  
経過観察 2例  
聴覚障害 10例(0.18%)  
未受診 9例【結果未着・不明を含む】
- 5 療育開始までの期間  
H14年:245日、H15年:170日、H17年:107日

帯広市は、平成14年から16年度、16年で終了ということになるのですが、4つの病院で検査をしています。これで地域の90%以上をカバーする出生数を持っているということで、スクリーニング機関が4カ所、精密検査機関が2カ所、療育は帯広聾学校でされております。5,300例の検査をして、精密検査が0.5%です。ほとんど皆さん同じような発生率だと思うんですけど。聴覚障害は0.2%という結果でした。

私がデータを頂いて一番感心したのが、平成14年の時は、療育開始が平均245日だったのが、平成16年には107日と、おおよそ3ヵ月半ぐらいに短縮されて、早期から療育ができるようになったということは、やはり全部のシステムが非常にスムーズに動けるようになったということで、目的が達成されているのではないかと思います。

### 佐賀県の新生児聴覚検査モデル事業

- ・平成14年度に3つの国公立病院で公費負担によるモデル事業が始まり、861名が検査を受けた。要精査は5名(0.58%)で、3名(0.35%)の難聴児が見つかった。
- ・平成16年度でモデル事業は終了し、17年度は「聴覚障害児調査研究・療育支援事業」が行われる。佐賀県新生児聴覚スクリーニング研究会と難聴療育施設(佐賀聾学校園)に委託される。

	検査件数	要精査	難聴児	
			片側	両側
平成14年度(7月～3月)	253	2	0	1
15年度(4月～3月)	314	2	1	0
16年度(4月～12月)	294	1	0	1
合計	861	5	1	2

佐賀県も、やはり平成14年から開始されました。国公立病院3カ所で事業をされまして、規模は小さかったんですけども、その中でも3名の難聴児が発見されています。モデル事業は16年で終了しすけど、17年度からは聴覚障害児の調査研究・療育支援事業ということで、部分的に継続されるということになっているそうです。

### 熊本県新生児聴覚検査事業

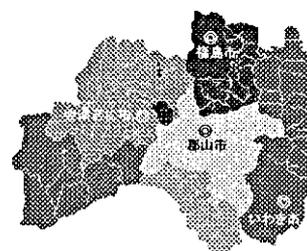
- 1次検査委託産科医療機関: 熊本市4ヶ所、人吉市1ヶ所、荒尾市1ヶ所の計6医療機関  
経費の補助: 自己負担2,900円  
実施方法: 自動ABRに限る
  - 2次精密検査実施施設: 日本耳鼻科学会認定専門医があり、聴性脳幹反応が実施できる施設  
熊本大学付属病院耳鼻咽喉科はじめ10医療機関(すべて耳鼻咽喉科)
  - 3次精密検査: 熊本県福祉総合相談所
- 療育: 難聴幼児通園施設熊本県ひばり園
- 【検査結果】  
平成15年10月～平成16年10月  
検査対象新生児3778名、検査希望3208名  
要再検 12名 全員精密検査受診  
両側 8名 → 正常1名、難聴3名、経過観察中4名  
片側 4名 → 正常0名、難聴3名、経過観察中1名
- 療育 両側難聴の3名がひばり園にて療育開始

熊本県ですけど、一次委託検査、二次、三次となっていますが、一次の産科医療機関は、熊本市内の4カ所、人吉市の1カ所、荒尾市の1カ所、6医療機関で、自己負担は2,900円、自動ABRで行うということです。

二次検査機関が10医療機関でABRができるところです。三次が、熊本県福祉総合相談所で、三次の検査をして、ひばり園という難聴通園施設で療育をするシステムです。平成15年の10月から開始されて3,778人の対象のうち、85%の児が検査を受けております。県の出生は16,800人なので、4分の1ぐらいの方が対象になっているということです。その中で、難聴の子どもが、両側3名、片側3名ですから、かなり高頻度に見つかっていて、両側難聴3名が、ひばり園で療育を開始されています。

### 福島県における事業の概況

福島県: 人口約210万人、年間出生数約1.9万人



- 2004年1月より施行中
- ※2004年1～12月の成績  
出生数 3154名  
受検件数 2814件  
(受検率=89%)
- 2005年3月1日、開始予定
- 2006年3月までに開始予定
- 2006年4月以降になる見込み

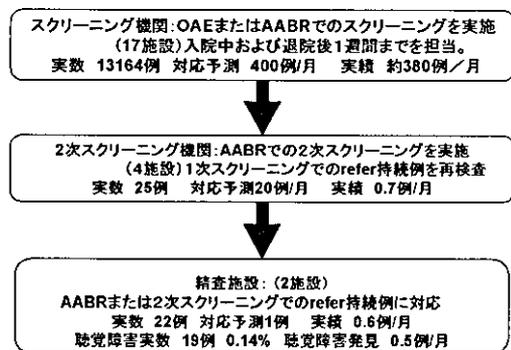
次は福島県ですが、福島県は2004年1月から実施されています、ここに分かりやすい図を作っていただきましたが、郡山中心の地域が2004年1月から、南部の地域は、今年の3月1日に開始予定。会津若松地区は、2006年3月までには開始する。福島県は、もうちょっと後になるということです。

### 北九州市域における聴覚検査の現状

- ・北九州市域における分娩総数：推定 11,400例
    - 北九州市内：9,500
    - 周辺地域：1,900
  - ・平成16年度新生児聴覚検査報告件数：10,591例
  - ・同期間の報告書提出遅れ・漏れ：およそ300例
  - ・実態が把握できていない例（NICU長期入院児など）も含めると、北九州市域で出生した新生児の95%以上で新生児聴覚スクリーニング検査が実施できている。
- <結果>
- |               |      |         |         |
|---------------|------|---------|---------|
| 精密検査必要数       | OAE  | 5,745例中 | 0.3%    |
|               | AABR | 4,083例中 | 0.2%    |
| 良聴耳55dB以上の難聴児 |      | 9名      | (0.08%) |
- 全例総合療育センターにより早期療育が実施されている

北九州市ですが、北九州市は平成16年度に開始されましたが、10,591例を検査されました。OAEと自動ABR両方使っておられます。精密検査が必要なのはOAEでも0.3%、ABRで0.1%ですから、ほぼ全国と同じぐらいの頻度でしょうか。北九州市は北九州総合療育センターで、すべての子が療育されているシステムです。

船橋・鎌ヶ谷地区新生児聴覚スクリーニング協議会における2段階聴覚スクリーニングの実績（2001.1-2004.11）



これはモデル事業外なんですけれども、船橋の山口先生が、非常に熱心に、2001年からこういうシステムを作ってやっておられますので、お出ししました。船橋と鎌ヶ谷地区で、17の産科の施設がシステムを作って、その中で一次のOAEまたは自動ABR

でスクリーニングした子を、4施設の二次スクリーニング機関で自動ABRをして、三次精密医療機関2カ所へ送るというシステムで、リファー率も非常に低く、効率的に聴覚障害の子を発見しています。全体の参加の中でも、また二次、三次の連携も非常にスムーズにしているの、今後非常に参考になると思っています。

今、モデル事業を、一部しかお出しできなかったのですが、まだデータを頂けなかった先生がいます。残りの埼玉県ですとか、ほかのところは、順調に進んでいますがちょっと今日はデータをお示しできませんでした。

最後に、本年度私は、指導機関として、難聴通園と聾学校で、どのぐらいスクリーニング後の子が指導されているかという調査をさせていただきました。

平成11年、14年、16年と見ますと、もう着実にスクリーニング後の子が増えているということが明らかになっています。0歳児では、平成14年では37%がスクリーニングで発見されていたのが、昨年は58%ですから、6割の子がスクリーニングで発見されているということになります。

今後のことですが、本日、厚労省母子保健課から担当の柏木先生がお見えになることになっていましたが、まだ見えていません。今まで新生児聴覚検査は、試行事業として、年間3万人対象規模で予算がとられておりました、平成16年は8,000万円の予算でしたが、平成17年度の予算要求を見ますと、周産期医療体制の充実、不妊治療に対する支援というのが73億円ありまして、その中に、諸保健医療対策等総合支援事業の創設、36億円というのが書かれていました。

対象となる主な事業というところの2番目に、新生児聴覚検査事業が、しっかり挙げられているので、試行事業でなくなった点で永続的になるのではないかと希望的に考えておりますが、問題なのは、周産期医療対策事業とか、総合周産期医療センター運営

事業が、昨年は合わせて73億円だったものが、36億円の中に含まれるのかどうか、今日は柏木先生がおいでになるので、伺わなくてはいけない点だと思っていました。

また、先程岡山県のお話はお聞きしたんですけど、ほかの先生で、モデル事業のことで、ここは追加するということがありましたら、お話しいただければと思いますけど、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。じゃあ午後の総合討論のところ、また問題点等、お話しいただきたいと思います。

やはり、モデル事業となっている限りは、連携のことなどが問題になっていることは少なく、むしろモデル事業外でされているようなところが問題になっていると思います。データを管理するシステムが出来ていないので、どこでどのぐらいスクリーニングされているかということが、全然把握できないということが問題だと思えます。そういうことは、引き続き来年度も検討していきたいと思っています。

それでは、ありがとうございました。次に移らせていただきたいと思います。

## 2. 新生児スクリーニング後の早期支援と

### 難聴児通園

スクリーニング後の早期支援、難聴児通園施設、かなりや学園での実践ということで福田章一郎先生のお話をお願いします。

【福田】 岡山かなりや学園の福田です。今日は三科先生から、こういうタイトルで頂いたんですけど、通園施設の場合といいますが、主に岡山でどういうことを、われわれがやっているかということと、総括として、今までやっている中で、どういうことが今後の問題になるかということ、少し触れさせていただきたいと思います。

これが、先ほど岡山県で御牧先生が出されたものを、少し数字でまとめたものなんですけど、少し画面が小さくて、見にくいかなと思うんですけども。

## 岡山県新生児聴覚検査事業の実施状況

	H13年度		H14年度		H15年度		計		
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	
対象新生児数	8549	99.1	12899	98.4	13894	71.1	35342	98.2	
初回スクリーニング数	8361	97.8	12689	98.2	13222	96.7	34280	98.3	
精密検査数	126	1.5	242	1.9	301	2.2	669	1.9	
要精密検査数	93	0.19	64	0.51	67	0.51	164	0.46	
難聴児数	両側	7	0.08	13	0.1	15	0.14	35	0.1
	片側	8	0.1	16	0.13	19	0.14	43	0.13

岡山県での、実際に、スクリーニング参加機関が44ほどある中で、その中で、希望される方は98%、ぐらいの方は、大体スクリーニングを受けられているわけです。その中で、ほかの県と同じように、ここにある、精密検査を受けられている方が、大体1,000人に4人か5人ぐらいです。だから、大体同じぐらいだと思います。

難聴の出現率ということで、両側の場合は、大体0.1ちょっとぐらいなので、やっぱり1,000人に1人ぐらいのお子さんが、難聴という形で療育の最後の所に来られているということになります。フォールスポジティブの方は、これで引き算すると、大体2人か3人、一側性の方もおられますので、2人か3人の方がフォールスポジティブとなると思います。

### 新生児スクリーニングの捕捉率

平成16年3月現在

	捕捉率	両側難聴児
H13年度	59.13	7
H14年度	68.43	11
H15年度	72.95	7

多少ちょっと、さっきの御牧先生のと数字が違いますけど、大体7割強ちょっとの方が、平成15年度では捕捉できていると。全出生児が岡山県で、大体19,000人ぐらいですけども、その中の、大体73%、3%ぐらいが、スクリーニングとして捕捉できているということになります。

ただ、療育機関としての問題は、先ほど三科先生が言われましたように、ここで捕捉されている方以外、要するに30%近い方が、スクリーニングのサービスを受けておられない。ということは、発見ということから見ると、やっぱり少し取り残されてしまうということになりかねないわけです。実際なっているわけですが、その場合、母親に対するカウンセリングのやり方というのが、当然また違っていて、やっぱり1歳ちょっと過ぎて発見された方でも、われわれから見ると、そんなに遅いとは思わなくても母親の意識としては、後でお示ししますけど、ある程度発達した子を、実際に目の前で見ると、やっぱりわが子の発見は遅かったということが、1つのお母さんにしてみればショック。難聴が発見されたことと合わせてショックになるんです。

ですから、岡山県としてはできるだけ、ここまで来た以上、先ほどの話にもありましたように、できるだけこれが100%に近付くということでない、だんだん、残された方に対するケアというのが、また難しくなるのではないかと思います。

### スクリーニング受診児の内訳

平成13年10月より平成16年12月

全体	事業以外		pass児の受診	事業		療育	
	里帰り	5		両側難聴	46	入園指導	25
149	16	30	103				
	里帰り	5	髄膜炎による失聴 1例	両側難聴	46	入園予定	6
	OAE	4	一側性難聴 3例	一側性難聴	29	外来follow	9
	未参加	7		正常	28	他機関	6

実際に今までシステムの中で、最後はかなりや学園に来られることになっていますので、その中で紹介をいただいたのが149名です。この中で、実際に事業の形で来られた方が103名で、事業以外、ここという里帰りだとか、こういう理由で、岡山県でもOAEでスクリーニングやられている産婦人科もおられますので、全員がABR、自動ABRじゃありま

せんので、こういう形で、事業以外で来られた方が16名。

岡山県で、もう1つ今、ちょっと課題になっていますのが、一遍新生児スクリーニングを受けてパスになったけども、もう一遍、確認のために、うちで受診するという方が結構30名くらいおられるんです。1回パスしたから、もうスクリーニングで済んで聴覚のほうは安心かかっていうと、やっぱり時期になると言葉が出ないとか、やっぱり反応が少しおかしいということになると心配になって来られる。

もちろん、その中には当然、後天性の髄膜炎になって来られた子で、これはもう当然、必然的に来れなきゃいけないわけですし、一側性のお子さんも、一応精検をされるんですけども、その精検をした中で、やっぱり少し反応がおかしいとか、どうももう一遍確認をしていただきたいという形で来られる方が、一側性が3人。

そういう方もあるので、スクリーニングをパスした後、またもう一遍来るっていうのを、今後どういうふうに対応していくかっていうのが、これからの課題ではあると思います。これは協議会の中でも、やっぱり少し、対応をどうするかっていうのを、これから考える必要があるのではないかと思います。

事業として来られた中で、両側の方は46名。一側性の方が20名。正常であった方が28名。両側性の46名の中で、入園されて、今、療育を受けられている方が25名。予定者が9名。外来、これは聴力ですとか、重複でかなり厳しい方は両方出るケースで。ほかの機関へ、今、行かれているという方が6名ぐらいです。

実際に両側難聴は46名なんですけども、この中で、重複の方もたくさんおられまして、診断が全部付いているわけではないんですけど、46名中の15名が重複障害とされています。ですから、3分の1ぐらいおられますので数としては結構多いんではないかなと思います。

中で一番多いのがダウン症の方なんですけども、今、どこの県でもあると思うんですけど、やっぱり先天性風疹症候群の方も2名おられて、その方々が少し、ちょっと多いぐらいで、あとは1名ずつぐらいの方なんですけど、やっぱり15名というのは結構多いのかなと思います。

### 難聴発見のシステム別人数

年齢	人数	従来型システム	新生児スクリーニング
0歳児	0	0	0
1歳児	1	1	10
2歳児	8	4	4
3歳児	8	5	3
4歳児	7	4	3
5歳児	7	2	5
計	50	16	34

うちの定員が大体、ここにありますように50名なんですけども、待機児が、このほかにまだ圧力としてあるわけなんですけども、事業として始めたのは、大体今の、2歳、1歳、0歳、平成13年からですけど、この年齢の方は、事業としてスクリーニングを受けられている。

この3歳、4歳、5歳っていうことは、岡山県の、御牧先生のところの成人病センターとか、そういうところで、スクリーニングを以前からやられているところの病院で発見された方も、当然まだ、この上の年齢の方におられますので、そういう方も、この3歳、4歳、5歳に入る。

実際に、従来の保健所ですとか病院というシステムで発見された方は、大体16名。もう新生児スクリーニングで発見された方が34名。ですから、70%ぐらいの方は、新生児スクリーニングで発見されているということになります。特に、こういった低い年齢の方は、ほぼ新生児スクリーニングで発見された。

この1名も、ほかの県から岡山に帰られた方ですので、実際にこの方は、0~1歳の方は、ほとんど新

生児スクリーニングで発見されているということになると思います。

### 新生児聴覚スクリーニング後の療育内容の変化

- 乳児期の発達に合わせた療育の検討  
他領域と同時に発達するなかで聴覚発達の補償  
育児を中心とした保護者への支援  
1歳までことばの表出には要する
- 補聴と人工内耳の検討  
聴覚評価が早期に可能  
視覚も重要だが可能な限り早く、よりよく聴覚を活用したい  
日本語構音の自然な獲得
- 言語指導の内容の検討

新生児スクリーニングが始まりまして、しばらくたって、いろいろ考えてみますと、療育内容も、当然いろいろな変化を、われわれは求められているわけです。ここにあるのは、主に3つだけ挙げてみたんですが、1つが、乳幼児時期の発達っていうことをやっぱり考慮した療育の検討が要るのではないかとということと、もう1つは、補聴と人工内耳を、どういうふう考えたらいいかと。早期化していますので、どう考えたらいいかとということと、実際にはもう、人工内耳と、あるいは新生児スクリーニングが始まって、発音のいい子だとか、いろんな言語発達のいい子を見ると、やっぱり言語指導の内容が当然変わってくるというふうになるんじゃないかと思っています。

特に、乳幼児期の発達ということを見ると、ここに書いてありますように、普通の子、健聴の子でも、1歳まで言葉が出ない。当たり前ですので、それを踏まえて、お母さんに支援というか、そういうことをしないと保護者の方は、やっぱり、補聴器を着けて言葉が出るというのを、非常に強く希望されているし、思われてますので、当然、途中でベビーサインだとか、視覚的手段を使って、それなりの発達は当然あるんですけども、体の発達がどんどん進むので、動けるだとか、手が動くだとかというような運動発達に合わせて、やっぱり聴覚あるいは言語の発達なんかも保証してあげるっていうことが、必要に

なるのではないかなと思います。

以前だと、2歳、3歳で発見されて、ほかの発達  
はしているけど、聴覚だけっていうところがあった  
んですけど、今は全部、早く発見されたっていうこ  
とで、発達を上手に、ほかの発達と合わせてするよ  
うに、アドバイスあるいは配慮する必要があるん  
じゃないかと思っています。

補聴と人工内耳っていいますと、どうしてもいき  
おい、生後1ヵ月とか、そういうところで発見され  
ますと、当然、後でお示ししますが、聴覚評価  
が早くできるようになります。もちろん補聴器を着  
けますから聴覚活用も早くできるようになります。

そうすると、当然そこから、将来の各選択として、  
補聴器のままで行っていいのか、あるいはほかの、  
視覚的な手段をどういうふうにするかとか、人工内  
耳をいつごろしたらいいのか、あるいは選択したら  
いいのかっていうことが、お子さんの保護者の方の、  
非常に関心事なんです。

正直言って、岡山は人工内耳をされている方が非  
常に多いです。後で、ちょうどビデオを見ていた  
だきますけども、非常に効果が出ているお子さんが  
多いわけです。実際に当園に来られて、見学して、  
そのお子さん方を見ると、やはり人工内耳をしたい  
ということが当然あるし、いつそれをしてくれるの  
かっていうことに、一番最後に話はそこに行くわけ  
です。

効果があるってというのは、目の前で見ていて分か  
るので、とにかくこれを早くしたいということが、  
保護者の方の、われわれに対する非常に強い圧力に  
なるわけです。

もちろん、お子さんに、当然最初から、ベビーサ  
インだとかそういうことによって、視覚的な手段は  
重要だっていうことは、頭では理解できると。それ  
も、ある程度対応してもらえると。ピジュアルはちゃ  
んと使うんだけど、それも重要なのはよく分かり  
ます。分かるけども、可能な限り早く、より良く

聴覚を、自分も使ってあげたいなっていう、非常に  
希望も強いというふうに結び付くんです。

先ほど言いましたように、日本語の自然な獲得を  
目の前にすると、やっぱりそういう気持ちがしてく  
るなということです。言語指導の狙いは、もう当然、  
専門の方もおられますので、やはり少し変わってく  
るというのはうなずけると思います。

### 早期療育機関に求められるもの

	医療	初期介入(療育)	福祉
すぐ療育を開始できない	聴覚評価 ABRの限界 聴覚の発達に よる開通改善 検査者の経験 被験者の状態	補聴 イヤモールドの作成 補聴器の選択・適合 補聴器の装着指導 カウンセリング 難聴の理解と受け入れの準備 期間がないまま診断を受ける 検査、発達の情報を繰り返し提供	身体障害者手帳 補聴器申請 諸手当、サービス
	聴覚の確定 開通数情報 左右差	療育(難聴を配慮した育児) 育児の中で実施 親子関係の確立 視覚手段を積極的に取り入れる 生活や遊びの中で意味づけ 早期発見(育児の中で発達を通じて学習) 遅れて発見(遅れている部分の指導)	
	人工内耳選択		

当然、療育施設に来て、すぐ療育が始まるわけ  
はありません。もちろん先ほどお話ししたように、  
発達っていうのが非常に大きくかかわっていますの  
で、発達がかわる以上、やっぱり聴覚の評価に当  
然時間が掛かりますし、補聴ということに関しても、  
非常に手間を取ると言うことができます。

もう1つは、やっぱり保護者の方が、すぐ難聴っ  
ていうのを受け入れるわけではありませんし、診断  
を受けたからといって、その保護者の方は、精密検  
査をして、どれぐらいの難聴ですって言っても、す  
ぐに、われわれが診断と考えているのと、保護者の方  
が診断を本当に受けたってという考えとは、当然タ  
イムラグがあって、やっぱり ABR をもう1回する  
とか、いろんな COR とか BOA だとか、そういう  
ことをやって、実際に反応を、ある程度納得した上  
で、やっぱり受け入れるということになります。当  
然その間、かなり時間が掛かると。

ただ、福祉のこういう手続き等は、できるだけ早  
くしてあげるっていうことが、保護者の安定につな