

中川氏への質問の回答

—研究会当日の質問、時間切れで残された質問への回答—

- 1) 早期教育の大切さがわかりました。人工内耳の手術を終えた乳幼児のお子さんに聞こえのリハビリ、発音のリハビリ、手話、一気にやって効果はあるのでしょうか。

(回答) ありがとうございます。ご質問は、正に議論されているところだと思います。私自身は、人工内耳の手術をしても、手話はむしろ積極的に使ってもらっています。ある程度の年齢のお子さんだと、急に聞こえだけで対処しろと言われても、基本的に無理ですし、心の不安定感を招きます。これは、個人的な意見、私の経験に基づいたものです。何ら、子どもたちが、変わらない、特に就学して、いわゆる通常小に言った場合は、音声主体に手話を使っていても、自然に変わっていきますし、聴覚支援学校に行っても、手話中心のお子さんとは手話で会話をしていますし、音声が使えらるお子さんとは音声を交えて、子どもたちが、こちらが言わなくても、勝手に合わせています。ただ、何故、手話を禁止する組織、医者とか施設があるかといいますと、英語の論文などには、人工内耳をした場合は、手話を使わないほうが音声言語の発達が良好だと報告してあるものが、結構良い数あります。ただその評価の方法や時期がまちまちで、音声言語を取り出してみえています。成人してからの心の問題など評価に含まれないこともあり、評価そのものが難しいです。これは国際的にも、議論がまだあるところです。

ちょっと長い話になるかもしれませんが。言語を扱うのは、理系なのか文系なのか、今日は教育学系の先生方が多いと思いますが、教育学部は文系ですね、医学部は理系になると思います。そうすると、問題の処理方法、出ている論文の形式、分野による差がさまざまあるように思います。私は以前福岡

大学にいました。今奨学金は世知辛くて借金のように返さないといけないのですが、優秀な学生さんたちは返金を免除されます。誰を選ぶかという会議に出ていると感じたことです。評価対象となる論文の数、インパクトとか、エビデンスレベルの高さとか、そういうのにすると、博士課程の文系の学生さんたちは絶対理系に勝てないです。つまり、何を基準にして判断がなされているのかという文化の違いがあるのです。医学系だと、先程言いましたような、仮説や比較対象は単純化されますので、手話を使わないほうが人工内耳の後の成績がいいと結論になります。このため、人工内耳装用児の手話併用を評価しない施設がある一定の数あるということが現状かと思えます。

私は理系の人間で基礎研究から入っていて基礎の聴覚もきちんと研究しているのですが、理系的な論文を読み、話すことは好きです。子どもを育てるとか、教育関係の先生や当事者とも付き合い合っていくということになると、絶対に社会学的な側面が強くなるので、文系的思考が必要で、やっぱり理系一辺倒の考えではいけないと子どもの難聴への取り組みで感じたことです。

理系的思考のスタンスの方々というのは、現場を知らないのかな、と個人的には思うのです。学会も強制できる立場ではありません。コロナ対策の医師会と一緒にです。医師会が強制力を使ったら、会員は逆にやめていくだけです。学会も指針を示すことはできますが強制力はありません。こういう現状である以上、両論併記していくしかないかなというのが私の考えです。個人

的には手話を消すこともしませんし、むしろ、人工内耳装用児の方が大人になった時に手話を使うことを実際に経験していますので、できるだけ手話を使う、忘れないようにしなさい、と勧めています。夏休みのサマースクールなどには参加を勧めています、子ども

もたちは必要を感じないので、なかなか難しいな、というところです。就業してから手話を習い直す人が一定の数いる、ということは事実だと思います。私の個人的な意見として聞いてください。

2) 人工内耳装用児であれば、これまで言われていた9歳の壁とされる抽象概念理解も発達し、問題にならなくなるのでしょうか。

(回答) 答えは分かり切っていると思います。そんなことはないです。ただ、何故そういう疑問が出るかという、全体のうちの2割の子は、何をしなくても勝手に育っていきます。だからそういうお子さんたちをスターペイシエントという

のですが、うまくいった例として、とにかく表に出るので、そんなことを考えてしまう方がいます。それは人工内耳に対しての過剰な期待なので、手術の前に正しく理解しなければいけないと思います。

3) 生後6ヶ月までに言語指導を始めると言語力が高まるから新生児聴覚スクリーニング検査がはじまったと聞いています。生後6ヶ月時点で人工内耳は難しい以上、スクリーニング後、数年は音声に限定せず、手話を用いる、あるいは併用することは効果的であることは自明だと思います。

聴児でさえベビーサインを用いる家庭もある時代に、手話を活用した療育メソッドが聴覚障害の乳幼児期に標準化されないのは論理的に考えると不思議に思います。否定はしないが、医療側として積極的に手話を使用しないということでしょうか。

(回答) 私は併用ありだと当然思っていますし、使うべきだと思っています。ただ、先ほど説明したように、論文ベースでいろいろなことを勉強している場合、そう

いう考えになっている方がおられるのも事実です。私は大丈夫という考えで、むしろ使って欲しいです。

4) 先生のお考えになる手話教育は日本手話、すなわち音声をともなわない手話ということでしょうか。人工内耳で音声が入りやすくなることと矛盾すると思いますが、いかがでしょうか。

(回答) 手話は使い方が年代によって変わっていくものだと思います。聴覚特別支援学校などをみていると、幼児期は音声と手話を併用していますが、難しい手話を使えるようになる小学校の高学年、中

学生、高等ろうでは音声が消えていたりします。だから初期は両方併用でいって、後は子どもたちの選択ということになります。こどもたちの手話に聴者の大人がついていけるかどうかが重要ですね。

5) 福岡県の取り組みは全国初ではないかと思えます。他県で養成、教育、当事者団体と整備事業に取り組むには何から始めればよいのでしょうか。

(回答) 非常に難しい質問です。そのために厚労省の検討会があって、そこで何らかのモデルを示せばいいと思っています。福岡で苦労したという話をしました。秋田の中澤先生や岡山の福島先生もそ

うで、非常に勉強されておられ、バランス感覚がよく、行動力がある特別な方がおられたら、全てが動くのですが、普通はそうでないです。厚労省が進める「新生児聴覚検査体制の整備事業」「聴覚障

害児支援中核機能モデル事業」に取り組もうと手を上げている都道府県が少ないですが、まずは手を挙げてもらうように働きかける動きを始めようとしている段階です。難しいですね。地元の福岡

県も私がこうであってほしいという方式をまずは作って、完成でなく、それを改良していかなければいけないと思っています。まだまだ時間がかかると思います。

6) 関連質問です。福岡県の乳幼児支援センター、久留米の「聴覚障害者教育支援 NPO 法人言葉の森くるめ」、久留米聴覚特別支援学校乳幼児相談が取り組む、いわゆる中核機能モデル「一体型」について、どんなメリットがあるか説明いただければと思います。

(回答) 福岡県は講演の中でも触れたように県内が福岡地区、北九州地区、筑後地区、筑豊地区にわかれており、江戸時代からの流れで、それぞれの地域が独立している気風がありますし、聞こえにくい子どもたちに対するシステムが違います。言葉の森くるめがある久留米周辺は筑後地区です。筑後地区は久留米聴覚特別支援学校が中心です。このため、筑後地区、久留米聴覚特別支援学校を中心に体制を作ることが実質的です。一方、北九州地区と福岡地区は中心である北九州市と福岡市は政令指定都市なので、県から独立しており療育センターがあります。それらの地域ではそれぞれ各学校や療育センターが分担していますので、筑後地区のように単純ではありません。

また転勤や里帰り出産などで聞こえにくい子どもたちの出入りも多いです。このために乳幼児支援センターを作りました。そこで公正に選択肢が呈示されます。療育センターと聴覚特別支援学校も連携できていますので、医療機関で抱え込むことがなく、まずそのルートにのってもらいます。これらの施設と医療機関も連携できていますので、人工内耳の

相談や医学的対応の必要性があれば学校の方から我々に相談があり、対応できています。それでも漏れている方々がおられるので、センターはそういう情報を提供する場、という意味合いも持っています。

このように体制が整っていても、不安に陥って1時間くらい相談する方もいらっしゃいます。それに対して、ベテランの2人の先生方が良い対応をされています。地域によって、特に東京のような多様な施設が複数あるところは、このような調整が難しいのではないかと思います。様々な人が、様々な団体で、様々なことをやっています。

東京の耳鼻科の先生は、療育法にはいろいろな方法があつてどれにしますか、説明しているようですが、福岡はそのようなことはできません。施設による選択肢はないので、まずそちらに行っていたただけです。療育・教育側の先生も心得ていますので、福岡だから成り立っている、とも逆に言えます。小さなところほど、そういうものは作りやすいです。大阪と東京は、難しいのでは、という個人的な感想です。

7) 言語聴覚士からの質問です。小児難聴の耳鼻科医が非常に少なく、保護者への対応が難しい。日本耳鼻咽喉科学会としてはどのように取り組んでいらっしゃるのでしょうか。私の職場では、小児難聴を志望していても困難なことが多く、現実には後継者がいないので、小児外来を閉鎖することになりました。改善にはかなりの時間を要すると思いますので、早急な対応を望んでいます。

(回答) ものすごく難しいですね。まず耳鼻科そのものが、国の卒後研修制度の改革によって、以前に比べて2/3になりました。初期研修のせいとかいっちゃいけません、例えば鹿児島では耳鼻科医にな

る人が極端に少なくなりました。例えば、鹿児島大学の卒業生は110人いるのですが、鹿児島に残るのは30~40人くらい。その中で各科がリクルートするんです。外から帰ってくるひとはなお少ない、そ

ういう状況です。福岡はいいね、と言われますが、実は私の出身の九州大学は、私が卒業した30年以上前は、95%が九州大学に残るのが当たり前でした。ただ、一方、当時でも東北大学は、東京から来ている人が多く、3分の1はいなくなると言っていました。今現時点においては、九州大学出身者で九州大学に残るのは60%くらい。その分、地方大学に行っている福岡出身者が戻ってきているというかたちで、見かけ上はあまり減っていないのですが、耳鼻科医そのものは減っています。そのなかで小児難聴となると、志があっても勉強できるところが少ないです。

そういう状況で小児難聴だけでなく、

頭頸部がんや鼻、音声など県内の耳鼻科医療全体を動かしていかないといけない。小児難聴を専門としたい人がいても、そうとも言ってもらえない、ということが地域差を生んでいる最大の理由です。

あとは、こども病院も全国的にあるわけではないことです。こども病院があれば、小児難聴にかかわっている先生がいます。各地課題があり、解決が簡単ではないです。座学である程度のことを学んで、実践する場を作っていないといけないと思っています。学会として、積極的にかかわっていかねばいけないです。すぐには難しいですが、数年したら作りたいと考えています。

- 8) 資料に子どもの言語発達図があります。その第二段階では親子だけでなく、子ども集団の遊びと子ども同士のコミュニケーションが必要と考えます。そうした場としてろう学校の役割、重要性が大きいのと思います。ろう学校は、同じ障害をもつ子どもたちが、互いに理解し、納得するまで手話でコミュニケーションできる唯一の場と思いますが、いかがでしょうか。

(回答)まさにそのとおりでした、例えをあげますが、私が、福岡大学に異動したときは、その言語聴覚士さんがすべて、補聴器の装用から母親指導までやっていました。集団はされておらず、幼稚部にはいると追いつくのに1年位かかっていたのを九州大学からみていました。さすがにそれはナンセンスだと考えまして、福岡大学に異動後、集団教育が大切なので、母親教育や補聴器はそのままいいのですが、集団にきちんと行かせなさい、

とやり方を変更しました。そういう意味でも、ろう学校の役割があります。

インクルージョンして、通常の小・中に行ったお子さんも、できるだけ教育相談にいて、サマースクールとかに参加し、ろう者、同じ聞こえにくさを持ったお子さんと知り合い、自分だけじゃないことを知ることは非常に大切だと思います。同障害が集まるという意味でも、ろう学校は非常に大切な場所だと私個人は考えています。

- 9) 私の経験から、難聴の早期発見直後から、手話環境が子どもには不可欠だと考えます。人工内耳装用の前も後も、同じように手話が必須だと経験上思います。手話が音声日本語学習の邪魔をするとお考えのお医者さんや言語聴覚士の方に、こうした子どもたちの実態をどのように理解していただけるのでしょうか。

(回答)難しいです。先ほども言ったように、今の所、両論併記でいくしかないと個人的には考えています。パンフレット1つ送るにしても、様々な意見が出て、ただ、ろうあ連盟と我々の間でどのようにきちんとした文章でずっと繋がりを作っていたので、それを根拠に人工内耳を第一選択にするような意見を跳ね返しま

した。私のような意見の人のほうが、全国の小児難聴に関わっている人で多いのです。個人的な見解ですが、人工内耳一辺倒の人は、人工内耳を万能、音声言語のみが大切と思っているか、それとは逆に知識がなく、何となく重度難聴なら人工内耳と考えている人たちです。

後者の知識レベルをきちんとするた

めには、先ほど言ったような認定制度のようなものを作る。もう、信者さんたちはどうにもならないと個人的には思っ

ています。それは海外でもそうなので、まだしばらくこの状況は続くと思っています。

- 10) 私は言語聴覚士（ST）を目指す学生です。難聴児が不利益を被らないために、先生の考える ST に求める役割はなんでしょうか。

(回答) 医者と一緒に。きちんとした知識をもった説明ができること。うちに入職した STさんは、手話を習いたいと言っています。手話取得だって役に立ちます。補聴器のこと、人工内耳のこと、手話の

こと、国家試験に出ることだけでなく出ないことにも取り組むと、志している言語聴覚士として社会に役割を求めていることができるのではないかと思います。

- 11) 「共通テストの診断書」とはどんなものですか。教えてください。

(回答) 試験を受ける時の配慮を求めるために必要な医師による診断書です。通常、以下のことを書きます。①補聴器 or 人工内耳の装用を認める。②文字による説

明を行う。また受験者が理解しているか、その都度、確認する。③前の方に席をとる。④英語のリスニングテストの受験について（別室／免除）。

- 12) 九州地方では新生児聴覚スクリーニングで異常のあった児に対して、補聴器装用を行いその管理を担っているのは、言語聴覚士が中心ですか。

(回答) 地域によって様々です。理想は言語聴覚士による調整、管理ですが、学校の先生の依頼で補聴器業者がやられてい

る場合も多いです。言語聴覚士が十分に活用されていないという印象をもっています。

- 13) 早期療育の大切さがよくわかりました。人工内耳の手術を終えた乳幼児のお子さんに、きこえのリハビリ、発音リハビリ、手話、すべてのコミュニケーションを一気にやって効果はあるのでしょうか。

(回答) 当たり前ですが、人工内耳を終えても単なる幼児です。その子の発達に合わ

せて導入していきます。

- 14) 中等度難聴と考えられる結果になる難聴児にも、手話の取得を積極的に推奨するのでしょうか。

(回答) 積極的に推奨はしていませんが、結局、そうなっています。音声言語の併用の度合いは音声言語の発達を評価して

いると大体、推測されますので、手話のみになっている場合は学校環境や家庭で音声を併用するように頼んでいます。

- 15) 難聴が治るという表現ではなく、高度難聴が軽減するという人工内耳が、人工内耳か手話かという、分け方に違和感がありました。医療者として難聴が軽減できる事実をもっと社会に広めていかれのは共生の社会を目指すという思考からは、よろしくない事でしょうか。

(回答) 正しくご質問を理解できているか、自信がありませんが。人工内耳はあくまでも難聴のための補装具です。私は手話も人工内耳と共存できるし、または人工

内耳にない良い面をもっていると考ええています。私は手話に肯定的な立場ですが、手話一押しでなく、当然、人工内耳にも深く関わっています。福岡県も推定

ですが、適応対象者の半数は人工内耳を装着しています。後の質問にもできてき

ますが、画一的に考えない方が良いと思います。

- 16) 娘は6歳頃からいろいろな耳鼻科受診、10歳で感音性難聴と診断されました。その後は何もしてあげられる事はない年に。これから何をしていけばよいのか、今更ですが、どのように当事者として動くことが今後の人生の扉を開けるのか、学習の場が欲しいのですが、どうきっかけを作ればよいか、個人的な主張ですが、アドバイスを頂けたら嬉しく思います。

(回答) どのような状況におかれているのか、わからないので、何とも答えられません。まずは同じ聞こえにくさをもつ

ている方々の集まりに参加されてみることをお勧めします。

- 17) 難聴児の養育を行う立場になる耳鼻咽喉科医は、人工内耳挿入の技術がない（挿入手技を経験したことのない耳鼻咽喉科医）は、養育に携わるべきではないとの考えでしょうか。

(回答) とんでもありません。現時点、私の近所の大阪、熊本、鹿児島では人工内耳挿入の技術がない耳鼻咽喉科医が難聴児の療育に関わっています。そういう場合は県境を越えて、紹介されます。ときに耳にしますが、そのことが影響して、人工内耳の説明が十分にされないなど、

説明や選択肢の偏りを生まないようにして欲しいと願っています。講演でも触れましたが、情報が世の中に溢れており、保護者は必ず知るときがきます。手話についても同様で、人工内耳の話ししかされない場合があると聞いています。これも逆の例で良くありません。

- 18) 小児人工内耳の導入への流れとして、療育・教育施設から病院へ紹介されるというのは、なぜそうなっているのでしょうか。私の地域では、新スクの最終精密機関と内耳の手術をする機関が同じですが、福岡の場合はそうではないということですね。新スクからの流れを教えてください。

(回答) 現状では新スク後の精密検査の時に人工内耳の話しをあえて、こちらからしていません。すでに調べて、知っておられる方は対応します。親御さんも聞こえにくい子どもさんと時間を過ごすうちに、気持ちが揺れ、考え方も変化していきます。まずその変化を待つことが必要

と考えています。福岡県の療育・教育施設では、人工内耳に関する両親講座がひらかれています。そもそも難聴の程度はABRやASSRのみで評価できません。聴力の目安がつかまでは適応の判断すべきでないと思います。

- 19) 人工内耳挿入を行った小児には、手話の取得が必ず必要、という理解でしょうか。

(回答) 講演の中でも述べましたように必要ないお子さんも一部にいます。一方、どれだけ聞こえが良くても、人工内耳では聞こえにくい状況が必ずあります。一部の児にこころの問題が生じることが

あります。同障者とのつながりは大切です。しかし、説明しても皆が理解してくれるわけではありません。受験や部活など忙しいときは特にそうです。

- 20) 新生児聴覚スクリーニングで0歳で見つかる難聴児が10年で2倍増ということだが、それは検査数の普及によるものか、それとも難聴児が増えていることなのか。後者ならばその背景要因は何か。

（回答）検査の普及によるものです。

- 21) 娘は成人していますが先ほどの「自分の聞こえにくい事を肯定文で伝える」を具体的に教えていただきたいです。娘に伝えたいと思います。（「何もしてあげる事はない」は耳鼻科の先生から言われた言葉です）

（回答）自分の難聴のことを聞こえないと説明してしまうと、周りの人はどうしたら良いか、戸惑います。否定文で伝えるのではなく、必ず、「どのようなときは聞

こえていないから、こうやればわかるので、お願いします。」というように周囲に肯定文で終わるように説明するように話しをします。

- 22) 先ほど、先生の方から当事者として興味があれば連絡を…ということですが、どちらに連絡すればよいのでしょうか。お知らせいただけると助かります。

（回答）当事者とは研究に参加して頂ける学校のことです。就業支援の場合は会社に相談して、対応してくれることを確認

してから、連絡をください。研究会を通してくだされば、有難いです。研究は分担していますので、担当者に伝えます。

- 23) 手話を否定しがちな医療機関のある長崎県から参加の者です。保護者への説明で「手話言語もある」という説明はされているようですが、ノンバーバルコミュニケーションによって、保護者の受け取る印象に影響を及ぼしているのであろうと推察しています。二つのパンフレットが公平に保護者のもとへ届けられるかが心配です。医療機関以外でお届けする方法はあるのでしょうか。

（回答）長崎では多分、予想通りの対応をされると思います。他、同様の対応をする可能性がある施設や県があります。学会からはお願いの立場ですので、強制でき

ません。ろうあ連盟の方から療育施設や学校にも送られるのでなかったかと記憶しています。そちらのルートに期待しています。

- 24) 「小児期よりの難聴の課題は世代で異なり、医療機関だけでは対応不可能だ」というお話がありましたが、もっと詳しくご説明いただけますでしょうか。

（回答）具体的には、手元資料をみて頂ければと思います。これらを医療機関もしくは教育機関だけで対応している地域があります。その場合、十分な支援をすることは難しいだろうと考えています。地域差は厚労省も何とかしなくてはと理

解されていますが、私もすぐに解決するすべを思いつきません。また感音難聴と診断した時点で自分の役割が終わりという耳鼻科医もいます。このスライドは他の県で小児難聴の講演をするときに必ず出しています。

- 25) 人工内耳装用児の親です。新スクから難聴が発覚し、その後手話での子育てを求めて右往左往しました。療育施設ではベビーサイン程度しか使われず、地域の手話サークルでは子連れでの参加を断られました。現在住んでいる自治体での手話言語条例にも難聴児の家族が手話をどこで学ぶのかについては何も触れていません。

その後、オーディトリバーバル法など別の道を知り、様々な道を検討し、人工内耳装用を決めました。難聴児に手話が必要、ということの一方で、家族ぐるみで手話を習得したり、聴覚活用と並行しての手話の取り入れ方は具体的な療育方法の提示が自治体からも医療機関からも療育施設からも無い現実があります。

前置きが長くなりましたが、地域で療育方針にある差はどうして無くならないのですか。

(回答) 少数の専門家しかいないから、ということがストレートな答えになります。質問に答えていましたが、医師局在の影響を強く受けています。ただ他県と協力する体制があればよいだけのことであり、鹿児島、大分はそのようにしてくれています。

長崎のことを否定的文脈で話しているように聞こえたでしょうが、偏っている

と思われる方針でも、福祉や発達の支援、教育など、県全体で取り組んでおられます（同意されない長崎の教育関係の先生がおられるのは存じていますが）。長崎県内の九大の関連施設で小児難聴をみつけたときには神田 ENT に紹介するように伝えてあります。大切なことは方法論でなく、その後のことも含めた社会的な取り組みです。

26) 1990年代後半に自動 ABR 導入初期に、V波潜時の範囲の決定、アルゴリズムの決定に疑問があると、耳鼻咽喉科学会で発表しても相当批判がありました（青〇先生など）。結果的に今も、同じ基準で行われているのでしょうか。

(回答) 今は自動 ABR を販売している会社、各社独自のアルゴリズムで判定しています。青〇先生がおっしゃることももっ

ともで、できた直後というのはそういうものだと思います。

27) 外耳道閉鎖のある小耳症の患児に、生後6か月までに骨導補聴器をあしらえて、言語療育をすべきだとする小児科医からの依頼にはどのように対応しますか。

(回答) 必ず対応します、と言っても、福岡県の場合、各地域の療育・教育施設にその時点でお願ひするだけです。6カ月児で骨導補聴器の装用はかなり難しいと

いうことが実情かと思えます。それが理解できない小児科医は自分で骨導補聴器を装用してみれば、簡単でないことが、わかるはずです。

28) 小児難聴外来で難聴として紹介されて初診で受診した、新生児聴覚スクリーニング異常の保護者より、精査を行う前に子供の将来の教育—大学生までの教育システムを具体的に示すよう即時に求め、言語聴覚士への誘導をしたところ、医師氏から具体的説明がなかったとクレームを受けることができました。このため耳鼻咽喉科医であっても小児難聴への診療モチベーションが下がる要因になるのではないですか。

(回答) そのような親はいるものです。こともさんが聞こえにくいことを受け入れがたい気持ちからきているものだと思います。私なら、難聴の程度の評価もできていないので、この時点でそこまで説明することはナンセンスと答えます。ま

ずすべきことをお話しし、定期的に再来を設けて、段階的にすすめていくと伝えます。医師としてできることには限りがあります。この辺りの感情の発露には療育・教育施設の先生方が上手に対応してくださっています。感謝しています。

29) 一般的質問ですが、難聴児—聾児は文章の黙読は、聴児と変わらない視線の動き、内容理解を行うのでしょうか。

(回答) きちんとした研究結果をみたことがありません。難聴児—聾児も日本語教育は受けていますので、そうだと思います。大学受験になったときに、良い成績をお

さめていても、本人に聞くと、一番苦労しているのは文章題が多いですので、それなりに努力をしているのではないかと推測しています。面白い視点だと思います。

30) 手話を取得している難聴児—聾児の黙読で、頭の中に描かれる内容理解は、頭の中では音声再現されるのでしょうか。文書を読みながら手話に変換するのでしょうか。

(回答) これはろうあ連盟の方に聞いたことがあります。文書を読みながら手話を思い浮かべているそうです。もちろん夢

も手話でみると聞きました。この答えを読まれている手話言語話者の方、いかがでしょうか。

- 31) 医療サイドからも、手話を活用した療育メソッドの開発もしくは情報発信を始めてほしいと思います。そういう取組みを耳鼻科医学会のHPで紹介などすることはありますか。

(回答) エビデンスを得ることが難しいです。講演でも紹介しましたが、岡山の福島邦博先生の研究のときも手話の言語発達まで踏み込もうと最初、話しをしていました。手話においては評価項目をどうするのか、既存の方法がほとんどなく、時間もとれず、終わってしまいました。

前半の質問で答えましたが、従来の方法では評価が音声言語に偏っていますので、有用という結果を得ることが難しいと思います。理系的な考えがいつも正しいわけではないですが、結果がえられないと学会も推奨できません。

- 32) 補聴器、人工内耳、使わないとしても、「聞こえにくい」一人の人間として、自信を持って、生きていくためには、やはり、小さいころからの十分なコミュニケーションの経験と、癒しの場が必要だと思います。同じような立場の人達とのコミュニティの提供も必要だと思います。それについては、どう思いますか。

(回答) まったく、その通りです。

- 33) 先生のお考えになる手話教育というのは、日本手話すなわち音声を伴わない手話ということでしょうか？人工内耳で音声が入りやすくなることと矛盾するように思いますが。

(回答) 私が講演で触れていたのは第一言語としての手話言語です。手話は確かに幼児期より育っていきませんが、手話言語としての独自性がでてくるレベルに達するのは、講演でも述べていましたが、就学後、それなりの年齢に達してからで、考えるための言葉が育ってくる時です。混同されているように思いますが、人工

内耳で必ずしも音声言語が獲得できるわけではありません。私が診ている高校生で、手話を中心にコミュニケーションしていますが、本人には人工内耳の存在が必要なようで朝起きたら、最初に装着しています。本人に聞くと、音がはいると安心するそうです。人工内耳の役割りも色々だなと感じます。

- 34) 聴力が低下していったら聞こえなくなってから、人工内耳の手術をした場合、装着効果がどのくらいあるのでしょうか。また、失聴することが明らかになった段階で、人工内耳の手術に踏み切ってもよいのでしょうか。

(回答) 今回は先天性難聴者に対する人工内耳について触れませんでした。ひとそれぞれで、社会的環境も含めて個人差が多いです。効果があったら補聴器で聞き取れていた頃の状態に近づきますが、満足度や有効性となると個人によって異なりますと説明しています。失聴することが明らかになった段階での聴力に

よります。前庭水管拡大など失聴する可能性がある重度でない難聴の場合ではすぐに人工内耳は勧めません。聴力が安定せず、ことばの聞き取りが良くない場合は別です。もちろん聴力だけでなく、言語の発達や補聴効果、おかれている環境など総合的に判断のうえ、その点を含め、保護者と相談します。失明するとい

うことがわかっている難聴の場合は早 同様です。
めに話しをいれておきます。その場合も

- 35) 日本大学習志野高等学校で、養護教諭をしています。本校には、学年に数名、補聴器やロジャーマイクを活用して、聴者の生徒と同様に学校生活を送っている生徒がおります。頑張り屋な生徒が多く、特別な配慮はいらないということが多いのですが、情報補償、合理的配慮として必要なことはないのだろうかと常に考えています。本人や保護者が不必要というのであれば、それを尊重して見守るだけでよいのでしょうか。

(回答) ありがとうございます。拒否をされ 説得はしてみます。
る場合は、やはり手をだせません。一応、

- 36) 音楽療法士です。新生児聴覚スクリーニングを終えた赤ちゃんとお母さんがグループになって月に1回セッションを行っています。1年間限定です。音楽を通して他のママ達との交流と、可愛い赤ちゃんとの関わりで母子関係の構築を目指しています。言語聴覚士の先生や、保育士さん、ろう学校の先生達もお手伝い頂いています。先生は音楽を通したママ達への支援をどのようにお考えになりますか。注意点などありましたら教えていただきたいと思います。

(回答) 心理的な支えになるので良いと思います。注意点など特に思いつきません。

- 37) 大学医学部附属病院の言語聴覚士です。小児難聴専門の耳鼻科医が非常に少なく、保護者への対応が十分できる医師も少ないという問題について日本耳鼻咽喉科学会としてはどのように取り組んでいらっしゃるのでしょうか。

私の職場では小児難聴は耳鼻科医としてのキャリア形成が難しく、小児難聴を志望していても継続困難な医師をたくさん見てきました。現実には、当院では後継者がおらず小児難聴外来を閉鎖することとなりました。改善にはかなりの時間を要すると思いますので早急な対応を望んでおります。

(回答) 具体的な質問、ありがとうございます。うちうちの事情、存じ上げております。特に大学病院は教授の考え次第 ます。

- 38) 福岡県の取り組みは、全国初ではないかと思えます。他県で行政、教育機関、当事者団体と整備事業に取り組むためには、まず何から始めたらよいでしょうか。当事者団体として・・参考になる事例はありますか。

(回答) 当事者団体に最も弱いのは自治体 道かと思えます。いかがでしょうか。
ですので、自治体に働きかけることが近

- 39) 難聴を放置した聴覚障害者の生涯収入は半分であったとする研究結果からの判例だったと思えますが？違いますか。

(回答) 9歳の壁のことを述べた論文が参 省の検討会でも敢えて出させてもらい
考にされていると聞いています。さすが ました。
に看過したくありません。この件は厚労

(質問・回答 終了)