

博士論文

わが国の聴覚障害者におけるアクセシビリティ向上
実現のための支援制度構築に向けた包括的研究

平成 26 年度

筑波大学大学院
人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻
ヘルスサービスリサーチ分野

小林 洋子

筑波大学

目次

第1章 緒言

1. はじめに	1
2. 本研究の社会的背景	3
3. 聴覚障害者の社会経済的・医療サービスへのアクセス・健康関連行動・そして健康に関する先行研究の動向	26
4. 聴覚障害者の社会経済的・医療サービスへのアクセス・健康関連行動・そして健康に関するアウトカム研究の課題	32
5. 本研究の目的	37
6. 本研究の構成	38

第2章 聴覚障害の有無と社会経済的・医療サービスへのアクセス・健康関連行動・そして健康との関連 – 性別の検討・全国レベルのデータから –

1. 目的	39
2. 研究方法	40
3. 結果	46
4. 考察	63
5. 結論	71

第3章 障害発生年齢（音声言語習得前後）と社会経済的・保健医療福祉サービスへのアクセス・健康関連行動・文化的背景・社会参加状況・そして健康との関連 – 性別の検討・アクセスの詳細を含めた個別調査から –

1. 目的	72
2. 研究方法	73
3. 結果	80
4. 考察	105
5. 結論	114

第4章 終章

1. 本研究の統括	115
2. 今後の課題	117

謝辞	122
----	-----

引用文献・参考文献

図目次

第1章 緒言

図 1-1	聴覚障害者数の推移	4
図 1-2	年齢階級別に見た聴覚障害者数	4
図 1-3	身体障害者等級別に見た聴覚障害者数（65 歳未満/65 歳以上）	4
図 1-4	聴覚障害発生時の年齢階級	5
図 1-5	人工内耳の手術数の経緯	10
図 1-6	手術年齢分布	10
図 1-7	人工内耳の普及率（世界と日本）	10
図 1-8	障害者施策の動向	14
図 1-9	条約の成立から締結までの日本の取組み	16
図 1-10	主な国の障害者に係る差別禁止法制の状況	18
図 1-11	障害者自立支援法におけるサービス体系と実施体制	20
図 1-12	総合福祉法による制度改正のポイント	21
図 1-13	障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律案の概要	22
図 1-14	国際生活機能分類	24
図 1-15	健康の社会的決定要因に関する概念的枠組み	26
図 1-16	障害学生数の推移（障害種別）	27

第2章 聴覚障害の有無と社会経済的・医療サービスへのアクセス・健康関連行動・そして健康との関連 - 性別の検討・全国レベルのデータから -

図 2-1	サンプルフロー	41
-------	---------	----

第3章 障害発生年齢（音声言語習得前後）と社会経済的・保健医療福祉サービスへのアクセス・健康関連行動・文化的背景・社会参加状況・そして健康との関連 - 性別の検討・アクセスの詳細を含めた個別調査から -

図 3-1	サンプルフロー	73
-------	---------	----

表目次

第1章 緒言

表 1-1	わが国における障害程度等級と WHO の規定比較	6
表 1-2	補償支援機器と代替機器による聴覚情報へのアクセス	11
表 1-3	ろう者・難聴者に対する視点	12
表 1-4	ろう者学の内容	13
表 1-5	聴覚障害者のニーズ	13
表 1-6	障害者権利条約の構成	15
表 1-7	ICF による分類	23
表 1-8	就労後の課題に向けた問題の整理：能力的要因と環境的要因	28
表 1-9	政府が管理している障害者統計一覧	33

第2章 聴覚障害の有無と社会経済的・医療サービスへのアクセス・健康関連行動・そして健康との関連 - 性別の検討・全国レベルのデータから -

表 2-1	分析対象者の属性 聴覚障害有無別の比較 (n=136,849)	48
表 2-2	全体および性別にみる聴覚障害ありに関連する多変量解析	51
表 2-3	聴覚障害有無における健康診断を受けなかった理由 (n=51,854)	53
表 2-4	聴覚障害有無における悩み・ストレス原因	55
表 2-5	聴覚障害の有無における悩み・ストレス相談方法	57
表 2-6	聴覚障害者における性別と関連要因 (n=1,012)	58
表 2-7	聴覚障害のある女性に関連する多変量解析	59
表 2-8	聴覚障害における性別にみた健康診断を受けなかった理由 (n=412)	60
表 2-9	聴覚障害における性別にみた悩み・ストレス原因 (n=879)	61
表 2-10	聴覚障害における性別にみた悩み・ストレス相談方法 (n=879)	62

第3章 障害発生年齢（音声言語習得前後）と社会経済的・保健医療福祉サービスへのアクセス・健康関連行動・文化的背景・社会参加状況・そして健康との関連

- 性別の検討・アクセスの詳細を含めた個別調査から -

表 3-1	分析対象者の属性 言語習得前後そして性別との関連要因 (n=399)	83
表 3-2	全体および性別にみる言語習得前に関連する多変量解析	95
表 3-3	分析対象者の属性 聴覚障害における性別と関連要因 (n=399)	97
表 3-4	聴覚障害のある男性に関連する多変量解析	104

資料

資料1 質問紙調査票（第2章）

資料2 原著論文「Tripe difficulties in Japanese women with hearing loss: marriage, smoking, and mental health issues.
（聴覚障害のある女性と婚姻、喫煙、精神的健康）」

第 1 章

緒言

1 はじめに

近年「障害」の定義の捉え方や障害のある人々を取り巻く社会環境及び障害環境についての考え方に大きな変化が見られている。Hayashi et al. (2001) によれば、聴覚障害者の社会参加を実現させるための政策作りや制度拡充等を含む幾多の支援策が講じられつつあるとのことである。従来、障害者は医学モデルを背景にマイナス的な視点でのみ捉えられてきたが、近年は社会モデルも融合する形でプラス的な視点も含んだ包括的検証の重要性が唱えられるようになってきている。聴覚障害者は、情報・コミュニケーション障害者とも言われるが、音声をうまく聞き取ることができずコミュニケーション困難に陥りやすく言語獲得への遅れも懸念されている。また、地域や社会とのつながりが希薄になりがちで必要な時になかなか情報を得られない傾向がある。世界保健機関（以下 WHO : World Health Organization）(2011) によれば、ゆえに提供されている医療・保健・福祉等のサービスへの潜在的なニーズを有していたとしても、サービスの利用にはつながらない場合が多いとのことである。Mathers et al. (2000) は、聴覚障害者はより社会経済的不利、社会的孤立及び社会的烙印を押されやすい状態にあることを指摘している。結果的によりよい社会参加が難しくなりアクセシビリティが悪くなる傾向にあることが伺える。

2001 年に WHO が国際生活機能分類（以下 ICF : International Classification of Functioning, Disability and Health）(WHO, 2001) を提唱してから 14 年、2006 年に「障害者自立支援法」が制定されてから 9 年経っている。近年、聴覚障害者の社会参加の拡大に伴い、幾多の支援策を講じるなど発展が目覚ましい。しかしながら、現在に至っても聴覚障害者に対して具体的にどのような形でどのようにサービスが提供されているのか、サービスがいかに利用者側の意見を反映したものとなっているのかについて社会疫学に基づく統計学的手法を用いた調査や研究は管見の限りではあまり行われていない。障害者の個別状況や実態やニーズが十分に加味されていないがために、障害者支援の必要性がありながらもそれぞれの障害者に適した具体的な支援策が検討できていないことが考えられる。このことが聴覚障害者の精神的健康を含む健康状態やアクセシビリティ及び生活の質に悪影響を及ぼしている可能性がある。

わが国は 2014 年 1 月 20 日に「障害者権利条約」に批准したが、障害は個人ではなく社会にあるという視点が含まれている条約でもあり画期的なことでもある。これを受けて 2016 年に施行が予定されている「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」に向けて障害に基づくあらゆる差別（合理的配慮の否定含む）を禁止する、そして障害者が社会に参加し包容されることを促進するなどの取り組みは今後より重要性を増すと考えられる。そのためにも、多様な側面を持つと言われる聴覚障害者のよりよい社会参加及びアクセシビリティ向上を実現させていくための支援体制の構築は急務の課題となっている。このような現状を踏まえ、アクセシビリティの向上及びよりよい社会参加実現に向けた望ましい発展のあり方について研究と調査

が求められている。限られた障害者への支援の財源の中で効果的な体制を整備するためには、どのような支援が必要かに加えてその対象となる障害者の特徴や実態を明らかにする必要がある。聴覚障害者の QOL の向上実現及び個々人のニーズに応じた支援の充実を図るためにも、WHO (2011) は聴覚障害者の個別状況や聴覚障害者がサービスにどのようにアクセスしているのか、そのための情報は十分かなどを含めたサービス利用に至るまでのプロセス及びサービス利用時のプロセス、健康状態、健康に影響する要因の分析や情報整理、実態把握に基づく包括的な考察が求められると提唱している。具体的には、個人の社会経済的状态（就労状態、学歴、所得、世帯内の続柄、役割）、世帯の社会経済的状态（世帯構成、家計構成、人資源、心理的・物理的サポート）、それを取り囲む地域・行政（医療、福祉、社会保障）、安全、治安、環境（物理的、社会的）、経済水準、地域・市民（社会的支援、ソーシャルキャピタル）等があげられる。また、政策との関係では実証に基づく政策立案という観点から、実態把握によって明らかになった事実に対して政策の優先順位付けや政策の改良、新たな政策の提案を促すことに意義があると考えられる。

2 本研究の社会的背景

1) 聴覚障害

(1) 聴覚障害者の定義

わが国における「障害者基本法」の第2条において、障害者とは「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む）、その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する）がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。」と定義されている。聴覚障害者の定義においては、聴覚障害個々人がそれぞれきこえにくさの程度や障害発生時期及び育った環境など多様であり、一概に述べることは現段階では難しい。一般に「聴覚障害者」「ろう者」「難聴者」「中途失聴者」等があげられるものの、全般において「聴覚障害者」と表記することが多い。海外では、Middleton (2009) によれば「Deafness」「Hearing Loss」「Deaf」「Hard of Hearing」「Hearing Impaired」等様々な呼称があるとされている。小川 (2010) によれば、各国における疫学を含む聴覚障害に関する調査研究においてそれぞれの調査の目的等に応じて異なる定義が使用されており、結果に一貫性が見られていないという指摘もあるという。

(2) 聴覚障害者統計

Mathers et al. (2000) ; WHO (2014a) によれば、聴覚障害者は全世界において約3億人いると言われている。米国における統計学的研究によれば、聴覚障害の発生頻度は1,000例の出生に1~6例であり (Gelfand, 2001)、全人口における聴覚障害者の割合は8~12%、18歳未満では先天性の聴覚障害は全人口の0.1%、中等度聴覚障害を含めると2.1%である (National Institute of Health, 1993)。わが国においては、全人口における聴覚障害者の割合は障害者手帳を保有しているまたは聴力が70dB以上の者が約35万人（全人口の0.27%）であり、聴覚障害者数の推移は1987年あたりからほぼ横ばいの傾向にある（図1-1）。長瀬ら (2012) によれば、平均聴力レベルが40dBから70dBの難聴者や加齢による聴覚障害者も合わせると600万人いると推測されている。18歳以上の聴覚障害のうち70歳以上の占める割合が約60%（図1-2）で一番多い。身体障害者等級別にみた聴覚障害者数は、65歳未満では2級を有する人が一番多く、次いで6級、3級、4級の順に多い。65歳以上では6級を有する人が一番多く、次いで3級、2級、1級の順になっている（図1-3）。聴覚障害の発生時の年齢分布については、40歳代以降の発生が半数以上を占めている（図1-4）。

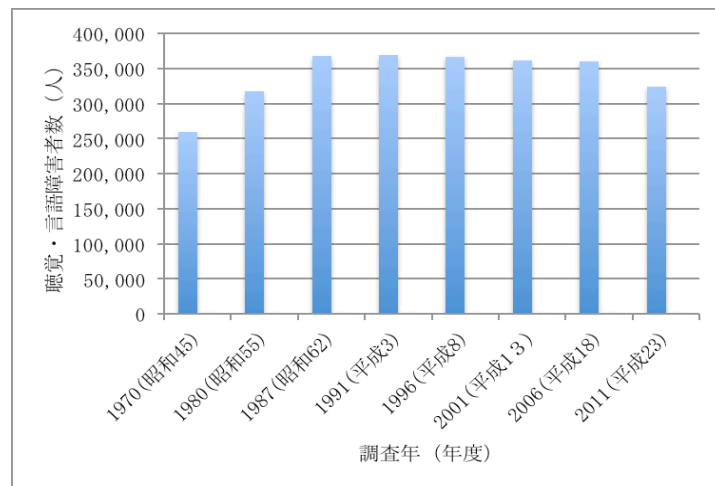


図 1-1 聴覚障害者数の推移

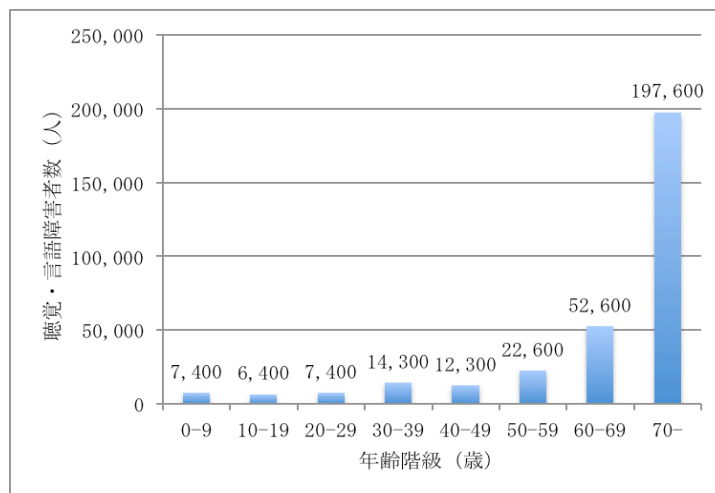


図 1-2 年齢階級別に見た聴覚障害者数

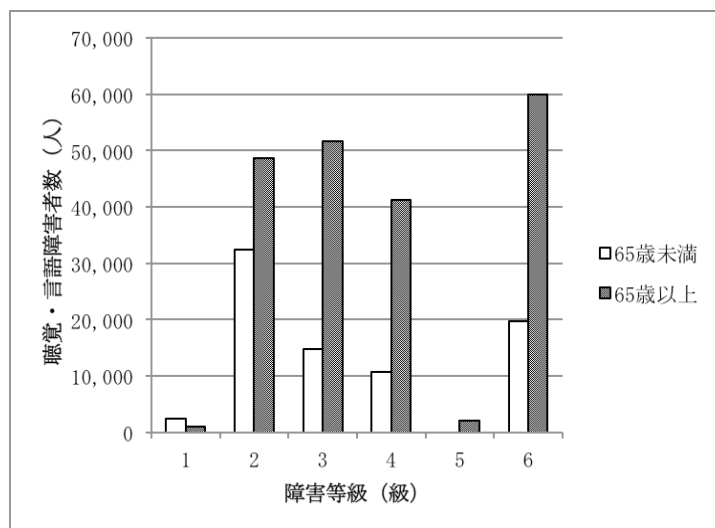


図 1-3 身体障害者等級別に見た聴覚障害者数 (65 歳未満／65 歳以上)

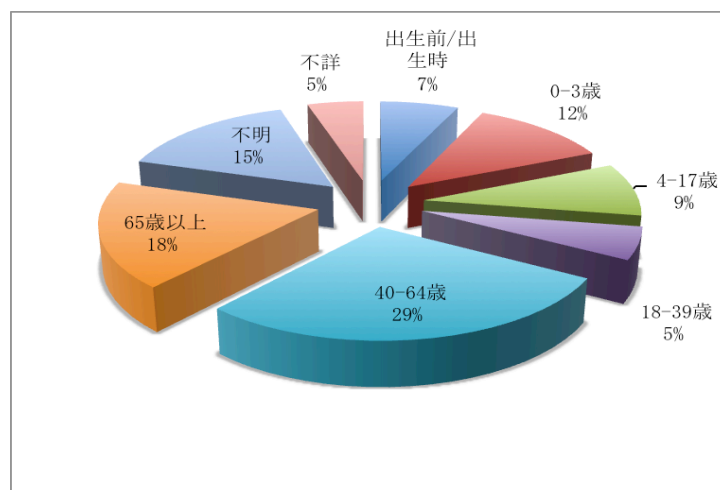


図 1-4 聴覚障害発生時の年齢階級

(出典) 図 1-1、1-2、1-3：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・者実態調査）結果（厚生労働省, 2013a）をもとに筆者編成

図 1-4：平成 18 年身体障害児・者実態調査結果（厚生労働省, 2008a）をもとに筆者編成

（３）聴覚障害の種類

① 聴覚障害の程度

聴覚障害の程度は、純音聴力検査により音の強さを示す聴力レベル（dB）という単位の違いにより区分されている。正常聴力の場合は 0dB 近辺で聴覚障害の程度が強くなるほど聴力レベルの値が大きくなる。「身体障害者福祉法」によりわが国における聴覚障害の程度の基準は軽度（25～30dB）、中等度（40～69dB）、高度（70～99dB）、ろう（100dB～）と区分されている。一方、Mathers et al.（2000）によれば、WHO による分類では聴力 80dB 以下の聴覚障害者を難聴、81dB 以上の聴覚障害者を重度難聴としておりわが国における基準と多少相違がみられている（表 1-1）。聴力程度と聞こえの対応については、大きめの声で話したり読話を併用したりまたは手話や筆談を必要としたりするなど聴覚障害個々人によって異なる。また、聴覚障害による不自由さについても世代や生活環境及び職業などにより多様性があると言われている。

わが国においては、「身体障害者福祉法」に基づき平均聴力レベルが 70dB 以上の聴覚障害者のみ身体障害者手帳の交付対象となり、全国において約 35 万人いる。平均聴力レベルが 40dB から 70dB の難聴者、加齢による聴覚障害者 600 万人においては、生活に支障をきたすと考えられているものの身体障害者手帳交付対象にはならず法律上聴覚障害者として認められていない。WHO の国際障害分類・平均聴力レベルによる分類では 41dB 以上から聴覚障害者として認定されており、わが国における障害者への捉え方の希薄さが伺える。社団法人全日本難聴・中途失聴者団体連合会理事長高岡正理事長（2014 年時点）（2008）は、わが国における聴覚障害者の定義が国際的に非常に狭く、結果的に身体障害者手帳の保持者（両耳 70dB 以上の聴覚障害者）が極端に少ないことを指摘している。一方、海外において特に英国やオーストラリアで

は 40dB 未満の聴覚障害（両側性）もしくは一側性聴覚障害は乳幼児聴覚スクリーニングの検出対象から外しており、言語習得や社会心理学的観点における影響を懸念する研究者もいる（[Olunsanya et al., 2008](#); [小川, 2010](#)）。聴覚障害の等級は一般に 2～6 級（表 1-1）までであるが、2 つの重複する障害例えば言語障害を有する場合は、1 級以上の級としている。

表 1-1 わが国における障害程度等級と WHO の規定比較

日本				WHO
聴力レベル (dB)	難聴程度 分類	手帳 等級	聴こえの状況	規定
0	聴者			
10				
20				
25	軽度 難聴		対面や大きめの声の対話は不自由ないが、小さな話声やささやき声が聞きにくい。	軽度難聴： 1メートル内において、普通の音声で聞こえる
30			普通の話声が聞きにくく、補聴器が必要になる。	中等度難聴： 1メートル内において、音声をあげることで聞こえる
40				
50	中等度 難聴			比較的大きな話声でも聞きにくく、補聴器が必要になる。 電話や複数名による会議で、詳細な話を聞き誤ることがある。
60				
70		高度 難聴	6	重度難聴： 叫び声でも聞こえない
80	4			
90	3		耳介に接しなければ大声の話声を理解しえない。補聴器を装用してもかなり聞こえず、対面の会話でも読話が必要になる。	
100	ろう	2	耳介に接しても大声の話声を理解しえないことが多く、小児科からの装用によって補聴器を活用できる。	
110				
120				
130				

（出典）Global burden of hearing loss in the year 2000 ([Mathers et al., 2000](#))、「身体障害者福祉法」をもとに筆者編成

② 聴覚障害の失聴時期

聴覚障害をいつ生じたかによって、その後の聴覚障害者の発達状況は異なる。出生前に障害を生じたかもしくは出生後に生じたかによって、先天性と後天性に分けて考えられる場合もある。教育においては、言語習得前に聴覚障害を生じたのかあるいはそれ以後に生じたかということが考えられる場合もある。大概には、出生時及び 1～3 歳時以前に聴覚障害になった「言語習得前聴覚障害」、3 歳時以降に聴覚障害になった「言語習得後聴覚障害」、加齢に伴う聴覚障害「高齢期聴覚障害」にわけることができる。

ア. 「言語習得前聴覚障害」

1～3 歳時以前に聴覚障害が生じた場合、言語習得前聴覚障害といわれている。欧米において Holt et al. (2012) ; Ali et al. (2007) ; Teoh et al. (2004) によれば、1～3 歳時以前に聴覚障害が生じた場合を言語習得前、3 歳時以降に聴覚障害が生じた場合言語習得後であるとされている。

る。一般に乳幼児は養育者とのコミュニケーションを通じて言語を獲得し、情緒及び社会への適応能力を身に付け人格が培われる(廣田, 2008)。聴覚障害児を持つ両親の 90%は聴者であり、両親が聴覚障害に関する知識がないまたは聴覚障害児に適した育児ができない環境で育った場合、意思の疎通や感情の共有などコミュニケーションの関係が形成されずに生活及び社会生活に影響を及ぼすことが考えられる。

イ.「言語習得後聴覚障害」

3歳時以降に聴覚障害が生じた場合、言語習得後聴覚障害といわれている。失聴後に緘黙状況になったり、コミュニケーションがとれず情緒不安になるなど行動面及び精神面に影響を及ぼしやすいといわれている(廣田, 2008)。言語習得前後の状況を把握することは、聴覚障害児の成長発達を考慮して適切な教育的対応を行う上で重要なポイントとなってくる。青年もしくは成人期以降に聴覚障害が生じた場合、コミュニケーションにおける困難から意思疎通や正確な情報の交換が円滑に進められないことから、社会生活や職業において適応がなかなか出来ない場合が多い。また、社会において心理的に孤立したり精神面に影響を及ぼすことも考えられている(廣田, 2008)。

ウ.「加齢性聴覚障害」

加齢に伴う聴覚障害は、徐々に進行していき本人がなかなか気づけない場合が多い。Lin et al. (2012)によれば、加齢性聴覚障害者数の増加により 40～50 歳あたりにかけて聴覚障害者の割合が急速に増えるとのことである。Margolis (1999)は加齢性聴覚障害者の初期症状は 40 歳までには見られないと述べている。症状が進行するにつれ、コミュニケーションや人間関係に支障をきたすことが考えられている。社会的交流の機会が徐々に減少していき、結果的に生活の質が低下してしまう傾向があるとのことである。

③ 聴覚障害と原因

聴覚障害の原因には、遺伝的素因によるものかまたは聴覚器官が病的侵襲を受けたものかによって、遺伝性聴覚障害と獲得性聴覚障害に大別される。遺伝性聴覚障害は劣性を示すものが多いものの優性を示すものも認められおり、大部分は先天性である。獲得性聴覚障害は、胎生期、周産期、後天性がある。後天性には、病気や薬の副作用または精神性ストレスによる突発性難聴や加齢などがある。宇佐見(2006)は海外における研究において小児にみられる感音難聴のうち 50%は遺伝性、25%は後天性、25%が病因不明とされていると記述している。

(4) 聴覚障害と教育

生まれつきもしくはごく幼い時期に聴覚障害になった場合、早期における教育的対応が望ましい。万一適切な対応がなされていない場合、言語の発達が不十分になり学習にも困難を感じ、人間関係にも支障を来すなど様々な面において影響を及ぼすといわれている。丸山(1998)によれば、早期的な教育的対応方法の 1 つに特別支援学校における教育があり、公的サービスの 1 つとして知られている。文部科学省(2014)によれば、特別支援学校(聴覚障害)は現在全国に 120 校設置されている。特別支援学校では「自立活動」がもうけられており、言語・コミュニケーション、障害認識、対人行動・社会生活をテーマに聴覚障害児個々人の必要性に応じ

て聴覚障害に基づく様々な困難を主体的に克服することを目的としている。一方、特別支援学校に通わないで地域の普通学校にて教育を受けるつまりインテグレーション（統合教育）する聴覚障害児もいる。近年、インテグレーションする聴覚障害児が増えてきており、理由の1つに特別支援学校及び在籍児童数の減少がある（中野, 2008）。中野ら（1996）によれば、現在におけるインテグレーションは学習面における情報保障など対応策は未だに整備されておらず、聴覚障害児・者のニーズに応じた教育が保障されているとは言い難いとのことである。全日本ろうあ連盟（2005）は、インテグレーションに置かれた聴覚障害児・者は、音声情報がメインである環境の中で心理的苦痛を強いられるなど問題も多いことを指摘している。また、上農（2007）はインテグレーションする聴覚障害児はコミュニケーションの困難の中苦渋と忍耐を強いられ、結果的に言語力の未発達、思考力の未熟、低学力、自信喪失、孤立、自暴自棄、無関心、無表情、進学・就職の制限等の深刻な問題を生み出してきたことを言及している。

（５）聴覚障害とコミュニケーション手段

聴覚障害者のコミュニケーション手段は、失聴年齢、残存聴力、言語力、読話力、発語力、教育歴、家庭環境などによって多種多様であろう（全日本難聴者・中途失聴者団体連合会, 2005）。平成 18 年身体障害児・者実態調査によれば、聴覚障害者のコミュニケーション手段利用状況は、補聴器や人工内耳等の補聴機器が約 70%、筆談・要約筆記が約 30%、手話・手話通訳が 19% となっている（厚生労働省, 2008a）。

手話は、聴覚障害者にとって重要なコミュニケーション手段の1つとして知られている。全日本ろうあ連盟（2015）によれば、コミュニケーションをとったり物事を考えたりするときに使うことばで、手指の動きや表情などを使って概念や意思を視覚的に表現する視覚言語でもある。日本語と異なる言語で、独自の語彙や文法体系をもっている言語でもあり、英語と日本語が違うのと同じように手話も世界各国によって様々である。聴覚障害の生じた時期や手話を獲得した時期及び教育歴等によって、手話のバリエーションも様々であることが知られている。聴覚特別支援学校において、長年日本語をろう児に獲得させるために発音し口の形を読み取ることで話をする口話教育が行われ、手話を使うことが禁止されてきた。しかしながら、口話だけではなかなか話を理解することが難しく、自由なコミュニケーションが妨げられるなど、学力や豊かな人間性、社会性の発達に影響を及ぼしてきた。身体障害児・者実態調査によれば、手話・手話通訳の割合が平成 13 年度は 15%であったのに対して平成 18 年度は 19%と増えているが、近年における手話言語への理解の広がりが背景にあることが考えられる。2003 年に世界ろう連盟の提案により国連アジア太平洋経済社会委員会において起草された障害者権利条約草案に「『言語』には音声言語と手話が含まれる」ことが盛り込まれた。2006 年にはその草案を基に、国際障害者権利条約が採択され、「手話は言語」であることが世界的に認められるようになったのである。全日本ろうあ連盟（2015）は、現在手話が音声言語と対等な法的地位を持ち、ろう者にとって母語であることを示し、日常生活や職場などどこでも気兼ねなく自由に手話が使え、ろう教育に手話を導入し、ろう児や保護者が手話に関する正しい情報を得ることなどが保障され、ろう者が社会的に自由に生きられる社会環境作りを目指すべく、「手話

言語法」制定に向けた取組みを続けている。

人工内耳は補聴器での装用効果が不十分な場合に対応した聴覚獲得法でもある。近年は人工内耳を装用する聴覚障害者が増加傾向にあるがその背景に人工内耳の適応が成人から小児へと拡大していったこと、そして 1994 年に国民健康保険の適応が認可されていったことが考えられている。わが国においては 10 年ほど前より新生児聴覚スクリーニングが行われるようになり、早い時期から人工内耳を装用することが可能になってきている。日本耳鼻咽喉科学会によれば、生後 12 ヶ月に装着することを認めている（[日本耳鼻咽喉科学会, 2014](#)）。渡辺（2015）は年間 400～500 人が人工内耳を装用（図 1-5）、その中で小児が 65%を占めており装用時年齢が 2～4 歳が 1 番多く次いで 4～6 歳となっており（図 1-6）、小児における年々の装用割合の増加が著しく、装用時の平均年齢も年々低年齢化していると報告している。日本における人工内耳普及率は世界においてアメリカの 1/3、イギリスやドイツの 1/2、オーストラリアの 1/6 と低い状況となっている（図 1-7）。人工内耳装用により聴覚獲得がよりスムーズになりコミュニケーション面において効率が上がるなど有効性が認められている一方、人工内耳における問題も見られており、装置における不具合、顔面神経刺激、電磁波のある機器との反応等があげられる。人工内耳手術後のケアをする体制が整っておらず人工内耳を装着した子供達は彼達に適した教育や環境で育つことができていないという問題があり、社会的な支援が重要になってきている。中野ら（2006）によれば、人工内耳を装用した後も聴覚のみにこだわらずに手話を交えたり情報保障を受けたりしながら視覚情報も上手に活用することで人工内耳装用者のコミュニケーションがより豊かになると言われている。大沼（2015）は人工内耳装用なり聴覚を活用する方法をとるか手話を使う方法をとるか、どちらか 1 つを選ぶということではなくどちらの手段でも融通無碍に受け入れることの大切さを主張している。

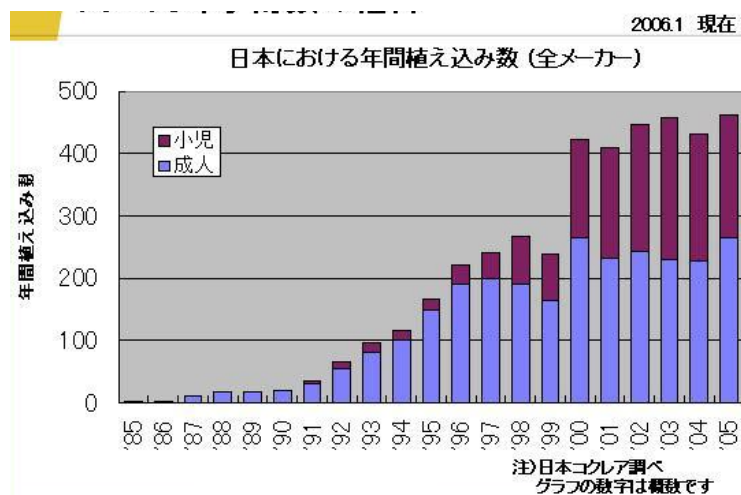


図 1-5 人工内耳の手術数の経緯

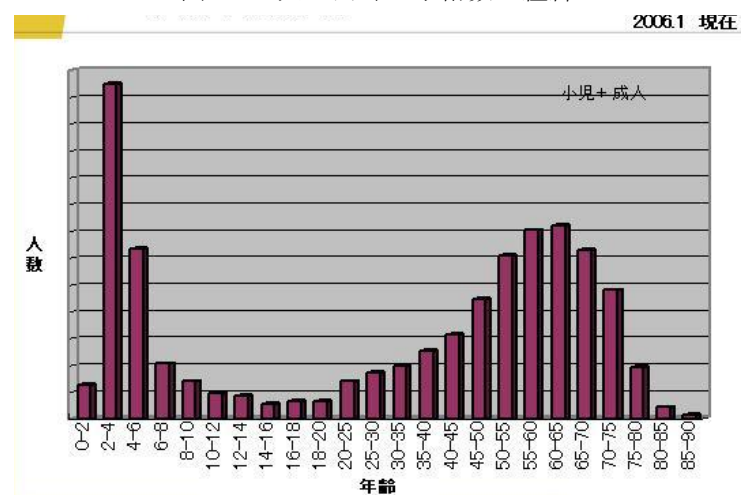


図 1-6 手術年齢分布

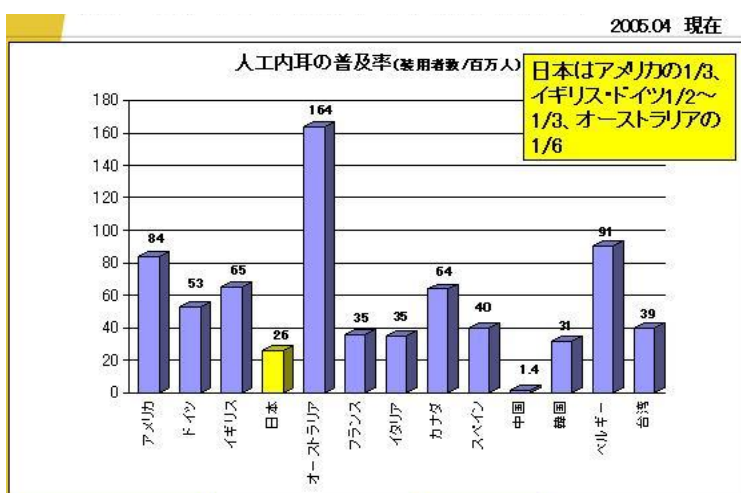


図 1-7 人工内耳の普及率（世界と日本）

（出典）人工内耳の最新情報（渡辺, 2015）より

音声による情報の獲得が難しい聴覚障害者にとって、視覚からの情報はとても重要であり一般的なコミュニケーション方法として手話法や聴覚口話法及び併用法がある。他に、筆談やFAX 及び携帯電話による文字メールやパソコン通信そしてインターネットによる電子メール、電子掲示板、パソコン要約筆記、リアルタイム字幕、電話リレーサービス、テレビ電話を利用するなど様々な視覚による情報伝達の方法がある。他に残存聴力を活かす手段として補聴器や人工内耳が知られている。しかしながらこれらの聴覚を補償する機器の装着のみではあらゆる情報を得るのは難しく、補聴支援器機または感覚代替機器の併用が望ましい。補聴支援器は音声などの送信情報の明瞭性を高め、感覚代替機器は聴覚情報を視覚または振動覚情報に変換するシステムである（表 1-2）。

表 1-2 補聴支援器機と代替機器による聴覚情報へのアクセス

家庭内・室内	
聴覚情報	機器例とアクセス時の感覚
・ 玄関のチャイム、乳児の泣き声	おしらせランプ、フラッシュくん(視覚)
・ 電話の着信音	シルバーベル S(聴覚)
	フラッシュベル(視覚)
	携帯電話の着信音(振動)
・ 電話音声の受信	磁気ループシステム、受信音増幅器(聴覚)
	FAX、E メールによる文字通信、ポケベル(視覚)
・ 目覚し時計の音	SINDO、ブルブル(振動)
・ テレビの音声	磁気ループシステム、赤外線送受信器(聴覚)
	字幕放送、文字放送デコーダー、手話画像(視覚)
屋外・公共施設	
聴覚情報	機器例とアクセス時の感覚
・ 役所、病院、郵便局、銀行の呼出し	合図くん(振動)
・ 交通機関、駅の広場	電光掲示板(視覚)
・ 学校内の教員と生徒及び生徒間の情報・意思伝達	磁気ループシステム、赤外線送受信器(聴覚)
	手話、指文字、板書など文字伝達(視覚)
・ 火災報知、災害通報	フラッシュくん、警報器(視覚+聴覚)

(出典) 聴覚障害児・者支援の基本と実践 (廣田, 2008) より

(6) 聴覚障害と障害観 (アイデンティティ)

原 (2008a) によれば、聴覚障害者は個々の聴力、失聴時期、コミュニケーションモード、受けた教育、アイデンティティ (ろう者志向、聴者志向)、年代に応じた生活史など多様性があり、マイノリティな存在であるということの特徴として捉えている。聴覚障害者は聞こえる世界 (聴者の世界) と聞こえない世界 (ろう文化) という 2 つの世界に接触する機会を持ち、2 つの世界を自分自身の中でどのように位置づけるか、文化的アイデンティティの確立をする機会を持つといわれている。このアイデンティティの形成要因として、島根ら (2010) は聴力による医学的な要因以上に文化的、社会的、教育的要因が決定に影響を与えていると推測している。具体的には、National Child Traumatic Stress Network (2006) によればコミュニケーション

モード・使用言語、障害受容、特別支援教育、聴覚障害になる原因、ろう社会共同体との接点・ろう者のロールモデルによる影響、失聴時期、障害程度、補償機器利用状況、家族中における聴覚障害の有無、家族の聴覚障害に対する理解とコミュニケーション手段などがあげられる。松岡（2013）は、聴覚障害者は生活していく中で聞こえないなりの環境適応が生じ、独自の生活習慣、ルール、対人関係、対社会関係、世界観の形成を自然に生み出していると述べている。滝沢（1995）は、音声言語を獲得した後に聴覚障害を生じた場合音声言語獲得前もしくは獲得した後であっても早い時期に失聴し、聴覚特別支援学校に学び手話をコミュニケーションの中心にしている聴覚障害者と比して、アイデンティティの受け止め方の違いがあることを指摘している。澁谷（1998）によれば、聴覚障害者は聴力で表す数値よりも文化的背景により、中途失聴者、難聴者、ろう者と大きく分けられ、それぞれのグループの間では価値観もコミュニケーション手段も違うと記述している。中途失聴者は、音声言語を身につけた後に聞こえなくなった人を指し、聴覚障害者の中でも聞こえないことをより意識しており、音を失った喪失感強く、孤独に悩む人も多いとのことである。難聴者は、補償器具を使って音がある程度識別できる人で、音声言語をコミュニケーションの中心にしており、聴者への同化願望を強く抱いている。一方、ろう者は生まれつき聞こえないか、音声言語を獲得する前に失聴し、手話をコミュニケーションの中心としている人を指し、多くのろう者がろう者の言語と文化の伝達場にもなっている聴覚特別支援学校で学び、ろう社会と深く関わりを持ちながら生活している。

Sheridan & White（2008）は、聴覚障害に関する障害観における医療的観点と文化的観点の違いについて、医療的視点では聴覚障害を病理とみなし、言語、読み書き能力、認知力、心理社会的発達において聴者と比して劣っていると強調する一方、聴覚障害者は手話を使用する独自の文化をもつ人々だとする文化的視点があると述べている（表 1-3）。欧米においては、聴覚障害者の視覚重視の生活様式や共通の価値観および歴史などを「ろう文化」とよび、手話を使用するろう者は多数派である聴者の中で少数派のマイノリティな存在であるとみなされている。原（2011）は、わが国においてはろう文化にアイデンティティを持ち、日本手話を使用する者は「ろう者」と表現されることが多いと言及している。

表 1-3 ろう者・難聴者に対する視点

	コミュニケーション アプローチ	補助手段	教育	聴者社会 との関係
医療的視点	聴覚口話法	人工内耳埋め込み 補聴器装用	インテグレーション	同化
文化的視点	手話	必要なし	手話による ろう学校教育	異化

（出典）聴覚障害ソーシャルワーカーのコンピテンシーに関する一考察（原, 2009）より

これらの多様性は時代と共に聴覚障害者に対する教育観、彼らを取り巻く社会状況及びろう

者観など大きく変化してきている。原（2007）によれば、これらの状況に対して客観的視点を
持つ重要性が唱えられるようになり、ソーシャルワーカーをはじめ聴覚障害者の支援に関わる
人達は聴覚障害に関する様々な知識と理解の啓発が求められているとのことである（表 1-4）。
原（2008b）は、それに応じて多様性のある聴覚障害者に適した福祉ニーズを把握することも大
切であるとも述べている（表 1-5）。

表 1-4 ろう者学の内容

-
1. 聞こえに関する医学的、音響的理解（残存能力、失聴時期などの個別理解）
 2. コミュニケーションに関する理解
（手話、口話、筆談、身振り、トータルコミュニケーションなど）
 3. ろう教育に関する理解
 4. ろう文化に関する理解
 5. 就労、雇用に関する理解
 6. 聴覚障害者の歴史に関する理解、
 7. 高齢聴覚障害者や重複聴覚障害者に関する理解
-

（出典）Deafness ソーシャルワークにおける Deaf Studies（ろう者学）の重要性（原, 2007）よ
り

表 1-5 聴覚障害者のニーズ

-
1. すべての聴覚障害者が持つニーズ
 - 1-1. コミュニケーション、情報保障
手話通訳、要約筆記、ノートテイク
字幕(手話)、入り情報(TV、映画、ビデオ、DVD など)
情報機器の開発、貸出、日常生活用具、補装具の給付
 - 1-2. 就労、雇用保障、生活に関する優遇措置(優遇税制、障害年金)
 - 1-3. ろう教育
 2. 特別なニーズをもつ聴覚障害者のニーズ
 - 2-1. 高齢聴覚障害者福祉(介護ニーズ)
 - 2-2. 重複聴覚障害児・者福祉(介護、生活支援ニーズ)
 - 2-3. 生活保護(経済的支援ニーズ)
 - 2-4. 児童福祉(児童虐待、養護問題支援ニーズ)
-

（出典）第 5 章第 2 節聴覚障害児・者への支援の専門性. 奥野英子編. 聴覚障害児・者支援の
基本と実践（原, 2008a）より

2) 障害者施策の動向

わが国における障害者福祉は第二次世界大戦後に開始された。わが国においては 1970 年に
成立した「心身障害者基本法」により、わが国の障害者施策の総合的推進が図られることとな
った。海外における施策の変換、特に国際連合が 1981 年に定めた「国際障害者年」を契機とし
てさらに障害者施策は発展を遂げてきている。「国際障害者年」のテーマは、「完全参加と平等」

であったが「完全参加と平等」及び「機会均等」な社会を実現するために、建築物・住宅・交通機関へのアクセス、コミュニケーション、情報保障、雇用の促進、就労の場の確保、教育の保障等あらゆる生活領域を網羅する「障害者施策」が必要とされるようになった。この後に「国連障害者の10年」が宣言され、国内において障害者施策に関して初めての本格的な長期計画が策定された（内閣府, 2013a）（図 1-8）。

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015
国連等			国際障害者年 (1981年)	障害者の十年 (1983～1992年)	ESCAPアジア太平洋 障害者の十年 (1993～2002年)				ESCAP「新十年」びわこ ミレニアムフレームワーク (2003～2012年)	
	障害者の 権利宣言 (1975年)		障害者に関する 世界行動計画 (1982年)		アメリカ障害者法 (1990年)				障害者権利条約 (2006年:国連総会での採択) (2008年:条約の発効) (2014年:日本が批准)	
主な国内関連事項				障害者対策に 関する長期計画 (1987～1992年)		障害者対策に 関する新長期計画 (1993～2002年)			障害者基本計画 (2003～2012年)	
	心身障害者 対策基本法 (1970年)				障害者基本法成立 (1993年)	障害者基本法改正 (2004年)			障害者基本法改正 (2011年) 障害者総合支援法改正 (2012年) 障害者差別解消法 (2013年:制定) (2016年:施行予定)	

図 1-8 障害者施策の動向

（出典）障害者白書平成 25 年版（内閣府, 2013a）をもとに筆者編成

（１）国際的動向

① 障害者の権利に関する条約（障害者権利条約）

障害者施策について述べるにあたり「障害者権利条約」の存在ぬきに語ることは難しい。障害者権利条約は、2006 年国連総会において採択された条約であり、身体障害、精神障害、知的障害を含むあらゆる障害のある人の尊厳と権利を保障するために制定された国際人権法に基づく人権条約である。主な内容としては、障害に基づくあらゆる差別（合理的配慮の否定含む）を禁止する、そして障害者が社会に参加し、包容されることを促進する、更には条約の実施を監視する枠組みの設置などがあげられる。「障害者権利条約」は前文と本文 50 条から構成されており（表 1-6）、前文において以下のように規定されている。

（日本語）

「障害のある人がすべての人権及び基本的自由を完全に享有することを可能とするにあたり、物理的、社会的及び経済的環境のアクセシビリティ、保健及び教育のアクセシビリティ並びに情報及びコミュニケーションのアクセシビリティが重要であることを認め」（以降、省略）

(英語)

“Recognizing the importance of accessibility to the physical, social, economic and cultural environment, to health and education and to information and communication, in enabling persons with disabilities to fully enjoy all human rights and fundamental freedoms,” (以降、省略)

表 1-6 障害者権利条約の構成

第1条 目的 この条約は障害のあるすべての人の尊厳の尊重並びに障害のあるすべての人によるすべての基本的自由の完全かつ平等な享有及び行使を促進し、保護し及び確保することを目的とする。	
第2条 定義	第25条 健康
第3条 一般的原則	第26条 ハビリテーション及びリハビリテーション
第4条 一般的義務	第27条 労働及び雇用
第5条 平等及び非差別	第28条 十分な生活水準及び社会保護
第6条 障害のある女性	第29条 政治的及び公的活動への参加
第7条 障害のある子ども	第30条 文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツへの参加
第8条 意識の向上	第31条 統計及びデータ収集
第9条 アクセシビリティ	第32条 国際協力
第10条 生命に関する権利	第33条 国内実施及び国内モニタリング
第11条 危険のある状況及び人道上の緊急事態	第34条 障害のある人の権利に関する委員会
第12条 法の下での平等の承認	第35条 締約国の報告
第13条 司法へのアクセス	第36条 報告の検討
第14条 身体的自由及び安全	第37条 締約国と委員会との間の協力
第15条 拷問及び残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰からの自由	第38条 委員会と他の機関との関係
第16条 搾取、暴力及び虐待からの自由	第39条 委員会の報告
第17条 個人のインテグリティの保護	第40条 締約国会議
第18条 移動の自由及び国籍	第41条 寄託者
第19条 自立した生活及び地域社会へのインクルージョン	第42条 署名
第20条 個人の移動性	第43条 拘束されることについての同意
第21条 表現及び意見の自由と、情報へのアクセス	第44条 地域的な統合のための機関
第22条 プライバシーの尊重	第45条 効力発生
第23条 家庭及び家族の尊重	第46条 留保
第24条 教育	第47条 改正
	第48条 廃棄
	第49条 利用しやすい様式
	第50条 正文

(出典)「Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities」、「障害者の権利に関する条約」をもとに筆者編成

「障害者権利条約」は、障害は個人ではなく社会にあるという視点が含まれている条約でもある。わが国においては2007年9月28日に署名し、批准のための最低要件としていた①障害者基本法の抜本改正、②障害者自立支援法の廃止に伴う新法の制定、③障害者差別解消法の制

定をそれなりに整えることができ、8年の歳月を経て140カ国目として2014年1月20日によりやく批准するに至っている（図1-9）。

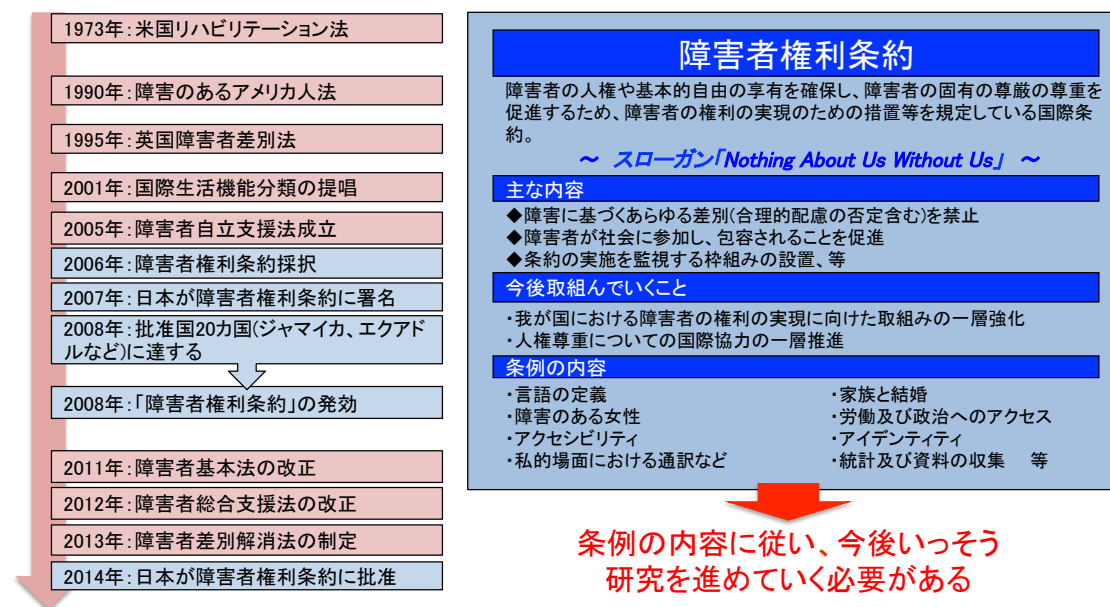


図1-9 条約の成立から締結までの日本の取組み（筆者作成）

「障害者権利条約」における第2条「定義」において、言語には音声言語及び手話その他の形態の非音声言語を含むものとしており、コミュニケーションの重要性を唱えている。また、「合理的配慮」について「障害者が他の者との平等を基礎としてすべての人権及び基本的自由を享有し、又は行使することを確保するための必要かつ適当な変更及び調整であって、特定の場合において必要とされるものであり、かつ、均衡を失した又は過度の負担を課さないものをいう。」と定義している。第9条「アクセシビリティ」では、障害者が自立して生活し及び生活のあらゆる側面に完全参加することを可能にすることを目的としており、建物、他学校、住居、医療施設、職場を含む施設及び情報、通信その他のサービスを含めたアクセシビリティの提供を特定している。また、第30条「文化的生活、レクリエーション、レジャー及びスポーツへの参加」において、手話やろう者文化を含む独自の文化的及び言語的なアイデンティティの承認及び支持を受ける権利を有することを記載している。

障害に基づくあらゆる差別を禁止する法的な制度を確立した背景に、米国の「リハビリテーション法504条」と「障害のあるアメリカ人法」の存在がある。1950～1960年代にかけてアメリカの黒人が公民権の適用と人権差別の解消を求めた大衆運動を行った「公民権運動」は有名な話である。この運動は後に「公民権思想」を生み出し、米国全体に広がっていった。「公民権思想」は障害者政策にも影響を与えるが、障害者は保護の対象ではなく障害者の人権を保障するという観点から、障害者差別の禁止を規定した「リハビリテーション法504条」が1973年に制定された。この考え方が、1990年に制定された「障害のあるアメリカ人法」にも受け継

がれていき、公共の雇用や公共の場所での差別を禁止している。2008 年には改正、2009 年から施行されており、従来に比較して障害の範囲を拡大している。これを機に米国以外の諸外国でも障害者に係る差別禁止法が制定されるようになった（図 1-10）。

国名	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	ニュージーランド	オーストラリア	韓国	(参考) 日本
主な法令	障害を有するアメリカ人法 (Americans with Disabilities Act of 1990)	平等法 (Equality Act 2010)	一般均等待遇法 (Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz)	刑法典 (Code pénal) 労働法典 (Code du travail) その他、各法	人権法 (Human Rights Act 1993)	障害者差別禁止法 (Disability Discrimination Act 1992)	障害者の差別禁止及び権利救済に関する法律	障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律 (障害者差別解消法)
制定年 (最新改正年)	1990年 (2008年)	2010年	2006年	1990年 (注2) (2011年)	1993年 (2008年) (注6)	1992年 (2009年)	2007年	2013年
差別事由	障害	年齢、 <u>障害</u> 、性転換 (gender reassignment)、婚姻及び市民的パートナーシップ、人種、宗教・信条、性別、性的指向	人種、民族的背景、性別、宗教、世界観、 <u>障害</u> 、年齢、性的指向等	出自、性別、家族状況、妊娠、身体的外観、性、健康状態、 <u>障害</u> 、遺伝的特徴、習慣、性的指向、年齢、政治的信条、組合活動、特定の民族・国家・人種・宗教への実際のもしくは推定的な帰属又は非帰属等	性、婚姻状態、宗教、信条、肌の色、人種、出身国、 <u>障害</u> 、年齢、雇用形態、家族構成、性的指向等	障害	障害	障害
差別禁止分野	雇用、教育、公共事業体、公共交通、民間の運営する公的施設・サービス等	サービス・公的機関、不動産、雇用、教育、団体 (associations)	雇用 (就職活動、職業訓練等を含む)、社会的保護 (社会保障)、社会的特典、教育、公的物品・サービス (住宅等) 等	財・サービスの提供、経済活動の遂行、雇用、住宅の賃貸借等	雇用、交通機関、商品サービス提供、教育等	雇用、教育、建物、商品、サービス、施設、住宅、クラブ、スポーツ、情報等	雇用、教育、財貨サービス、司法・行政手続、参政権、母・父性権、性、家族・家庭・福祉施設、健康権等	分野は特定されていない。
合理的配慮等	各分野において、「合理的配慮 (合理的便宜)」の否定を差別として規定	各分野において、合理的な調整措置を講じる義務の不履行を差別として規定	雇用の分野において、重度障害者がその能力と知識をできる限り十分に利用し、発展させることができる労働をすることを請求できると規定。 (社会法典 (Sozialgesetzbuch) 第9編81条4項)	雇用の分野において、「適切な措置」の拒否を、差別として規定 (2005年法 (注3))	各分野において便宜の提供を期待することが合理的ではない場合には、差別に該当しないと規定	過度な負担とならない限り、「合理的調整」を行わないことを差別として規定	「過度な負担」、「顕著に困難な事情」等がある場合を除き、「正当な便宜提供拒否」する場合は差別として規定	行政機関等は、障害者から、現に、社会的障壁の除去を必要としている旨の意思の表明があった場合において、その実施に伴う負担が過重でないときは、社会的障壁の除去の実施について必要かつ合理的な配慮をしなければならない (事業者は、配慮するように努めなければならない) 旨を規定。
保護救済機関の根拠法	1964年公民権法 (Civil Rights Act of 1964)	2006年平等法 (Equality Act 2006)	一般均等待遇法 (Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz) (2006年)	権利擁護機関に関する2011年3月29日の組織法律 (LOI organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits)	1993年人権法 (Human Rights Act 1993)	1986年オーストラリア人権委員会法 (Australian Human Rights Commission Act 1986)	国家人権委員会法 (2001年)	法務省設置法 (1999年) 人権擁護委員法 (1949年)
保護救済機関	雇用分野：雇用機会均等委員会 (EEOC) [人種、肌の色、宗教、性、出身国、年齢、 <u>障害</u> 等を理由とする雇用差別について相談、調査、調整、提訴等を行う。] その他の分野：司法省、教育省、運輸省等 [障害以外の事由を含め、差別等について相談、助言等を行う。]	平等人権委員会 [人種、性、 <u>障害</u> 等を理由とする各分野の人権侵害・差別について調査、違法通告の発令、提訴等を行う。]	連邦反差別局 (一般均等待遇法に定める事由 (<u>障害</u> を含む) を理由とする差別について、相談、情報提供、他の相談機関の紹介、和解案の提示等を行う。)	権利擁護機関 (le Défenseur des droits) (注4) [出自、性別、家族状況、妊娠、身体的外観、性、健康状態、 <u>障害</u> 、遺伝的特徴、習慣、性的指向、年齢、政治的信条、組合活動、特定の民族・国家・人種・宗教への実際のもしくは推定的な帰属又は非帰属等を理由とする差別について、調査、調停、和解案の提示、勧告等を行う。]	人権委員会 [人権法に定める事由 (<u>障害</u> を含む) を理由とする人権侵害・差別について、相談、調停、人権審議裁判所への委託等を行う。]	人権委員会 [性、 <u>障害</u> 、人種、年齢、性的指向、犯罪歴、政治的信条、宗教、子ども等を理由とする差別、ハラスメント等について、相談、情報提供、調停、調査等を行う。]	国家人権委員会 [性別、宗教、年齢、 <u>障害</u> 、社会的身分、出身地域、出身国家、出身民族、容貌等身体条件、婚姻可否、妊娠又は出産、家族状況、人種、皮膚色、思想又は政治的意見、赦免され又は刑の効力が失効となった前科、同性愛又は性的嗜好、病歴等を理由とする人権侵害行為等について、調査、勧告等を行う。]	法務省の人権擁護機関 (法務局・地方法務局、人権擁護委員) 等 [障害、性別、人種、出自等を理由とする差別その他の人権侵害について、相談、援助、調整、勧告等を行う。]
総合的調整機関等	(注1)	平等人権委員会 障害問題担当局	連邦労働社会省／ 連邦障害問題担当官 (障害者、有識者等の参画)	連帯・社会的結束省／社会的結束総局 (DGCS) (注5) (全国障害者諮問評議会 (CNCPH))	社会開発省／障害問題担当局	家族・住居・地域サービス・先住民問題省 (FaHCSIA) (注7)／ 障害者・介助者部門	保健福祉省障害者政策局 障害者権益支援課	内閣府政策統括官 (共生社会政策担当) 付

図 1-10 主な国の障害者に係る差別禁止法制の概況

(出典) 障害者白書平成 25 年版 (内閣府, 2013a) より

（２）わが国における障害者施策の変換

わが国における聴覚障害者を含む障害者に関する法律は様々あり、まず 18 歳未満の児童を対象とし、児童福祉司・児童委員・児童相談所・福祉事務所・保健所・福祉の措置及び保障・事業及び施設や費用等について定めている「児童福祉法」がある。そして身体障害者の自立と社会経済活動への参加を促進するために必要に応じて保護し、福祉の増進を図ることを目指している「身体障害者福祉法」や、精神障害者の医療及び保護、社会復帰の促進、自立と社会参加の促進等を図ることを目的としている「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」があげられる。また、障害者の雇用の促進や障害者の職業生活における自立の促進を目的としている「障害者の雇用の促進等に関する法律」、障害者の自立と社会参加の一層の促進を図ることを目的としている「障害者基本法」、福祉用具の研究開発、障害者が必要とする福祉用具を容易に入手できるシステムの整備を促進するために制定された「福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律」）、「障害者総合福祉法」及び「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」がある。聴覚障害福祉は、障害者施策の枠内において実施されている。以下、いくつかの施策について記載する。

① 障害者基本法

障害者を取り巻く社会経済情勢の変更等に対応し、障害者の自立と社会参加の一層の促進を図ることを目的として 1970 年に制定された「身体障害者対策基本法」から 1993 年に「障害者基本法」に改正された。改正の主な目的は、「障害者の自立と社会、経済、文化、その他あらゆる分野の活動への参加の促進」を規定し、障害者の「完全参加と平等」を目指すことであった。さらに 2004 年にも改正が行われ、第 2 条において「社会的障壁」という言葉が新たに追加された。障害がある者にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念等をいうと明記している。具体的には、①施設、設備、情報の障壁、②利用しにくい制度など、③障害のある人への存在を意識していない慣習、文化など、④障害のある人への偏見などがある。その後に 2006 年に国連総会で採択された「障害者権利条約」の批准に向け国内法整備の一環として、2011 年に更に改正が行われ 2012 年に施行されている。大きな特徴として「障害者の定義の拡大」と「合理的配慮概念の導入」がある。「合理的配慮」という言葉は、障害者差別を考える上で非常に大切な考え方となっており、障害者の社会参加機会を拡大することを目的としている。障害を理由にした競争条件の不利を解消することに主眼を置いており、これを怠った場合には障害者差別と見做す考え方である。「障害者権利条約」における第 2 条でも「合理的配慮」について定義付けしている。日本障害フォーラム（2013）は「合理的配慮」について、「障害者 1 人 1 人の必要を考えて、その状況に応じた変更や調整などを、お金や労力などの負担がかかりすぎない範囲で行うことが、合理的配慮です。」と記載している。そして、2013 年に成立した「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」において、この「合理的配慮」を実現するためにルールを定めという経緯がある。

② 障害者総合支援法

2006年に制定された「障害者自立支援法」(図 1-11)は、2013年4月には「障害者総合福祉法」に転換された(図 1-12)。本法では、共生社会の実現に向けて社会参加の機会の確保及び地域社会における共生、社会的障壁の除去に資するよう総合的かつ計画的に行われることを掲げており、それを実現させるべく障害の多様な特性その他心身の状態、障害者等のニーズの把握の必要性を述べている。

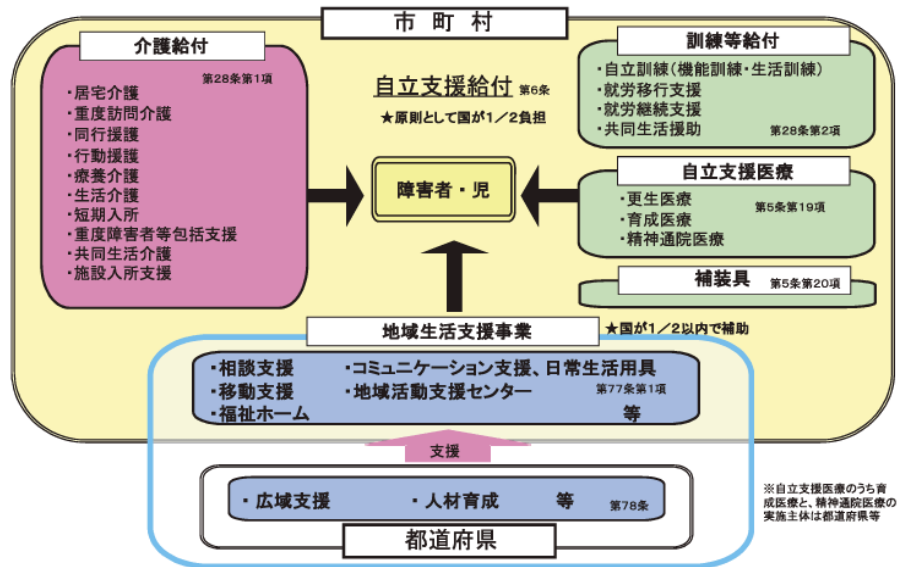


図 1-11 障害者自立支援法におけるサービス体系と実施体制

(出典) 障害者白書平成 25 年版 (内閣府, 2013a) より



図 1-12 総合福祉法による制度改正のポイント

（出典）動き出した障害者総合支援法 -総合支援法で何が変わるか-（平野, 2013）より

③ 障害者の雇用の促進等に関する法律

障害者の雇用・労働に関する基本的な法律である。1960 年に「身体障害者雇用促進法」として制定され、1987 年に「障害者の雇用の促進等に関する法律」に改正された。障害者の雇用について、一定規模以上の事業主は障害者を一定割合以上雇用することを義務つけし、一般の民間企業 1.8%（常時労働者 56 人以上規模の企業）、特殊法人 2.1%（常用労働者 48 人以上規模の法人）、国・地方公共団体 2.1%（職員数 48 人以上の機関）、都道府県等の教育委員会 2.0%（職員数 50 人以上の機関）と障害者雇用率を定めている。障害者の雇用の促進及び障害者が職業能力に適合する職業に就くことにより、障害者の職業生活における自立の促進を大きなねらいとしている。

④ 障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（障害者差別解消法）

国連の「障害者権利条約」の締結に向けた国内法制度の整備の一環として、2013 年 6 月 19 日に「障害者差別解消法」が成立した。この法律は障害者基本法の基本的な理念に則ったもので、国の行政機関、地方公共団体、民間事業者における障害を理由とする差別を解消するための措置等を定めたものである。具体的には、①障害を理由に差別的取扱いや権利侵害をしてはいけない、②社会的障壁をとりのぞくための合理的な配慮をすること、③国は差別や権利侵害

を防止するための啓発や知識を広めるためのとりくみを行わなければならないこと、と定めている。日本障害フォーラム（2013）によれば、2016年4月1日の施行をめどに、ガイドラインの作成及び広報・啓発などの準備が進められているとのことである（図 1-13）。

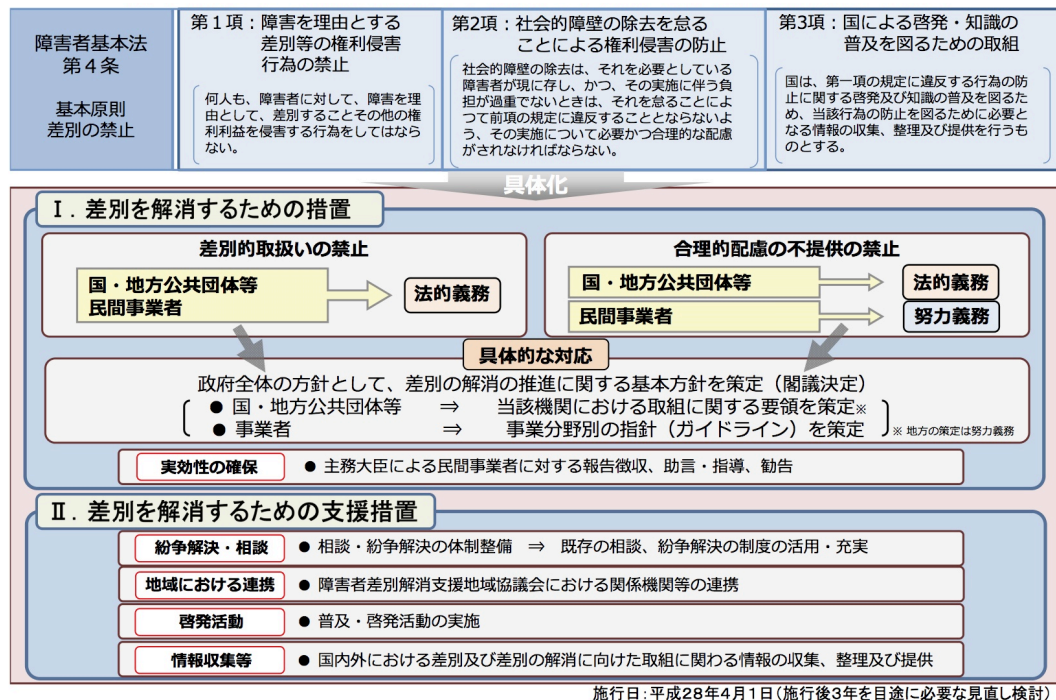


図 1-13 障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律案の概要

（出典）障害者白書平成 25 年版（内閣府, 2013a）より

（3）国際生活機能分類と聴覚障害

ICF は、人間の生活機能と障害の分類法として、2001 年 WHO 総会において採択された。従来、WHO が 1980 年に提唱した国際障害分類（以下 ICIDH : International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps）では、「機能障害」「能力障害」「社会的不利」の 3 つを障害者分類とし、「病因論」に基づく医学モデルを背景に表現していた。医学モデルは、疾病や外傷が身体機能障害を招き、これが日常生活の能力を障害し、社会生活上の不利を招くとする思想で、障害は疾病と同様に個人の問題だとする立場であると見なしている。しかしながら「ノーマライゼーション」理念の浸透や障害者施策の改正等に伴い、ICIDH はマイナス的な視点のみであるため「障害」の定義に限界があると見なされるようになった。これを機に WHO は発想を転換し、医学モデルに社会モデルによる概念を含み、両者を統合したモデルである ICF を 2001 年に改訂した（WHO, 2001; 障害者福祉研究会, 2002）。社会モデルは、障害は社会の様々な障壁に制約されて作られたものであり、完全参加が可能な環境の変更を社会全体の共同責任で取り組むべきだとする立場としている。ICF は人の健康・生活を包括的に捉えるために、視点を障害から「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の 3 次元を含む生活機能に移している。そしてこれらの 3 次元と身体の変調または病気という「健康状態」、そして背景因子である「環境

因子」「個人因子」が相互作用することでひとの健康状態を捉えることを基本的概念としている（表 1-7, 図 1-14）。

高田（2002）は、ICF の特徴として人間の障害を分類するにあたり階層論を取り入れており、障害そのものだけを見るのではなく社会生活を含む多様な要素の複合した問題であり、障害にはいくつもの階層の重なりがあると述べている。障害を個人と環境の相互の関係としてみることで、できないというマイナス的な視点のみでなく、プラス的な視点も重視し補うことで心身機能回復及び活動や参加機能向上、そして環境調整のバランスによる包括的対処を特徴としている。ICF 概念を応用させていくことで、障害や疾病がある人や家族、医療保健福祉等の従事者が障害や疾病について共通理解を持ち、様々な障害者に向けたサービスの計画や評価、記録などの実際的な手段を提供したり、また障害者に関する様々な調査や統計について比較検討する標準的な枠組みを提供できる等効用性があると考えられている（WHO, 2001; 障害者福祉研究会, 2002）。

表 1-7 ICF による分類

構成要素	詳細分類
心身機能	精神機能、感覚機能と痛み、音声と発話の機能、心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系機能、消化器系・代謝系・内分泌系機能、尿路・性・生殖機能、神経筋骨格と運動に関連する機能、皮膚及び関連する構造の機能
活動と参加	学習と知識の応用、一般的な課題と要求、コミュニケーション、運動・移動、セルフケア、家庭生活、対人関係、主要な生活領域、コミュニティライフ・社会生活・市民生活
環境因子	物的環境：生產品と用具、自然環境と人間がもたらした環境変化、支援と関係(日常生活で提供される家族、友人、地域、上司、ボランティア、専門職などの人的支援) 人的環境：態度(家族、友人、地域、上司、ボランティア、専門職などの態度) 社会環境：サービス・制度・政策(消費材、建築、土地、住宅、公共事業、コミュニケーション、交通、保護、司法、団体、メディア、経済、社会保障、社会新、保険、教育、労働、政治などに関わる)
個人因子	性別、年齢、生育歴、教育歴、職歴、経験、性格、使用言語、習慣、生活感、価値観、役割、趣味、特技などその個人の特徴

（出典）International Classification of Functioning, Disability and Health（WHO, 2001）、International Classification of Functioning, Disability and Health. 国際生活機能分類(ICF) - 国際障害分類改訂版 -（障害者福祉研究会, 2002）をもとに筆者編成

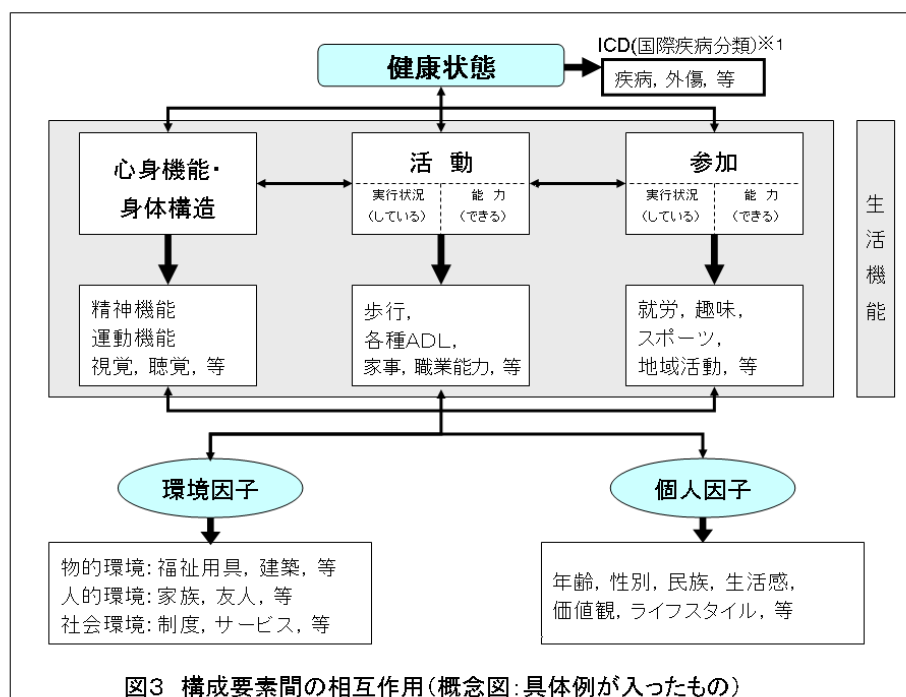


図 1-14 国際生活機能分類

(出典) 生活機能分類の活用に向けて - ICF (国際生活機能分類) :

活動と参加の基準 (厚生労働省大臣官房統計情報部, 2007) より

高田 (2002) によれば、聴覚障害においてはその「機能」レベルのみ指摘するのではなく社会的障壁も併せて理解していくことで、更に切実なニーズを反映することができると言及している。Gagne et al. (2009) は、従来の医学モデルによる医療サービスの提供と評価から ICF 概念に基づき、聴覚障害者の活動制限、参加制約の実態 (例、家またはレストランで食事中会話への参加、電話の使用、誰かが来た時の応答などが難しい) を把握し、リハビリテーションサービスの内容を構築し提供する手段へと変換させていくことで、よりよいアウトカムを得ることができる」と述べている。ICIDH に沿って考えた場合、何らかの疾病・変調が原因で「聴力が落ちる・聴力を失う」(機能障害)、そのために「コミュニケーションがままならない」(能力障害) という日常生活や学習上の種々の困難な状況になり、そして機能障害、能力障害を抱えるがために「就職が難しい」というような社会的不利が生じるとされている。中澤 (2011) によれば、リハビリテーション医学的見地からは「聴覚障害」になり (機能障害)、そのために「放置しておくと言声言語を獲得することができない」(能力障害) がゆえに、「テレビ放送に手話や字幕がなければ情報から取り残されてしまう」という社会的不利が生じるとのことである。しかしながら、ICF ではこのような聴力の状態やコミュニケーションの困難及び生活・就労面を含む社会的不利について把握するだけでなくそれらに加えて、本人の意欲、信念、地域でのバリアフリー環境、周囲の人の意識・認識等を明らかにし、生活機能と障害に個人因子、環境因子がどのように関連しているのかを把握していく重要性が唱えられている。

従来における医学モデルでは、障害とは病気や外傷、その他の健康状態が原因となって生じるもので障害を受けた個人の問題であり、病気や外傷などの治癒と障害を受けた個人の適応と行動変容という見方をされていた。ICF では医学モデルに社会モデルが加わる形で障害は個人の外部に存在する種々の社会的障壁によって構築されているものであるとし、障害の原因を適格に把握し、様々な障害の克服策を打ち出すためには、医学モデルと社会モデルの統合、言い換えれば「生活モデル」的観点が重要であると唱えている。社会的障壁には物理的なものだけでなく、情報や文化、法律や制度、さらには市民の意識上の障壁等も含まれている。ICF の考への普及や多方面における活用に伴い、聴覚障害者の社会参加や活動を保障させるためには社会全体が障害を理解して制度や設備を整える必要があると考えられる。それを実現させるためにも社会経済的・心理的・文化的観点からみた社会医学的研究の重要性が今後更に高まってくるとみられている。

3 聴覚障害者の社会経済的・医療保健福祉サービスへのアクセス・健康関連行動・そして健康に関する先行研究の動向

Solar et al. (2007) によれば、人々の健康状態及び疾患は、社会的、経済的、政治的、環境的な条件に影響を受け、これらは健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health) と言われている (図 1-15)。具体的には、個人の社会経済的状态 (就労状態、学歴、所得、世帯内の続柄、役割)、世帯の社会経済的状态 (世帯構成、家計構成、人資源、心理的・物理的サポート)、それを取り囲む地域・行政 (医療、福祉、社会保障)、安全、治安、環境 (物理的、社会的)、経済水準、地域・市民 (社会的支援、ソーシャルキャピタル) 等があげられる。

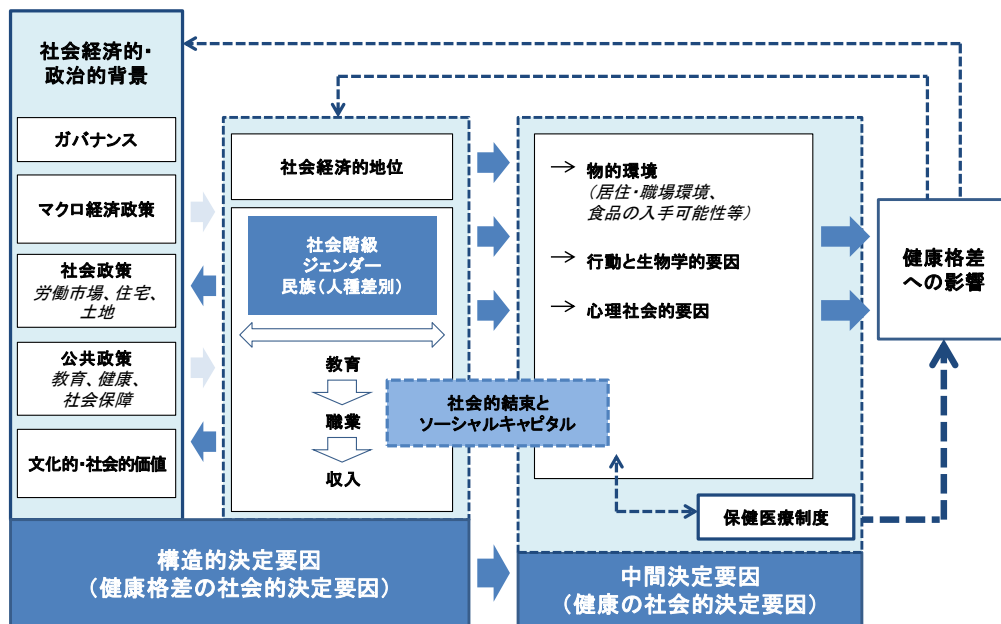


図 1-15 健康の社会的決定要因に関する概念的枠組み

(出典) 健康日本 21 (第 2 次) の推進に関する参考資料 (厚生労働省, 2012) より

1) 社会経済的状态

(1) 教育

文部科学省によれば、2013 年時点において特別支援学校 (幼稚部・小学部・中学部・高等部) に在学する聴覚障害児数は 8,624 人、それ以外の聴覚障害者は通常学校における特別支援学級及び通級による指導を受けている (文部科学省, 2014)。平成 18 年身体障害児・者実態調査の結果によれば、18 歳未満の聴覚障害児は 15,800 人 (厚生労働省, 2008a) であり、聴覚障害児の約半数は通常学校に在籍いわゆるインテグレーションしていることが推測できる。しかしながら、初等中等教育における修学支援はいまだに情報保障がほとんどないなど十分に整備されているとはいえない状況にある。日本学生支援機構 (2014) によれば、高等教育段階において大学等における聴覚障害のある学生の在籍者数が年々増加しており、2013 年度時点で 1,609 人となっている (図 1-16) もの、現在に至っても聴覚障害学生が万全な状態で学業生

活を送れているとはいいがたい現状にある。また進学率も聴者に比してまだ低いという現状があるが、その背景に明治以降のわが国における近代化や経済成長期における聴者にとって同質性の強い社会を作り上げてきたことが考えられている。そこから漏れる障害者は社会の第一線から排除され、「弱者」と見做され、高等教育機関における進学率の低さ及び高等教育機関に在籍する障害学生に様々な影響を及ぼし、結果的に障害者の自立を妨げている（東京財団, 2012）。

「障害者権利条約」第 24 条第 1 項「教育についての障害者の権利を認める」において、「障害者が、差別なしに、かつ、他の者と平等に高等教育一般、職業訓練、成人教育及び生涯学習の機会を与えられることを確保する。このため、締約国は、合理的配慮が障害者に提供されることを確保する。」と定めている。2016 年の「障害者差別解消法」の施行に向けて、「社会的障壁の除去」ならびに「合理的配慮」の取り組みを行い、障害学生の受け入れや修学支援体制の整備が急務の課題となっている。

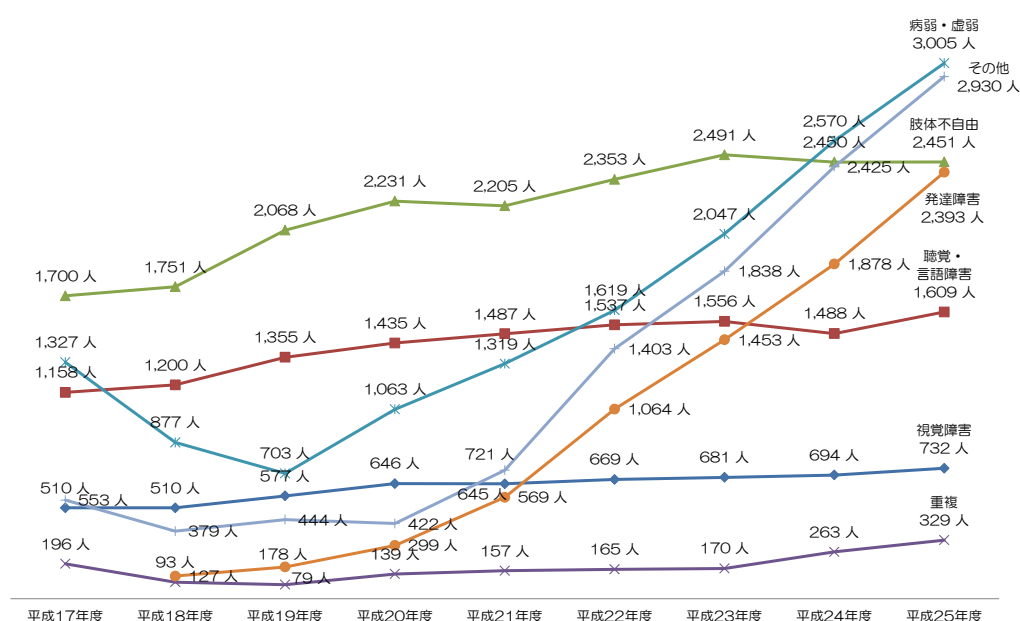


図 1-16 障害学生数の推移（障害種別）

（出典）障害のある学生の修学支援に関する実態調査（日本学生支援機構, 2014）より

（２）就労

内閣府（2012）によれば、一般に障害者は聴者と比して就労率が低いと言われている。平成 20 年度障害者雇用実態調査によれば、労働時間週 20 時間以上 30 時間未満の短時間労働者の割合が 14.7%で平成 15 年度に実施した調査と比較して増加している。そのうち、個人調査において職場における改善が必要な事項や要望として「労働条件・時間面での配慮」が 40.4%で最も多く、次いで「能力に応じた評価、昇進・昇格」が 31.0%、「コミュニケーション手段や体制の整備」が 30.0%となっている（厚生労働省, 2009）。聴覚障害者の雇用においては、定着の問題が最も大きな課題となっている。一般に聴覚障害者はより転職経験の割合が高い（厚生労働省, 2009）。

働省, 1998; 岩山, 2013) と言われているが、前職を退職した理由のうち「職場の人間関係」をあげる割合が最も多い(厚生労働省, 1998)。石原(2009)はA大学に在籍していた聴覚障害卒業生 149 名を対象に実施した転職に関する意識調査の結果一般調査の結果と比較してみた結果、聴覚障害者は聴者と比して離職率は必ずしも高くないこと、仮に転職するとしても自分のキャリアや将来性をあげる割合が高く、長期的な視点で考える傾向があることを確認した。高岡(2008)は、コミュニケーションに課題を抱える聴覚障害者は就労した後に十分なコミュニケーション支援が得られず、転職・離職・昇進差別など就労後の労働環境において様々な問題に直面していると指摘している。聴覚障害者の雇用は「雇用率」という「量」の側面では改善が見られているものの、職場への適応や雇用にあたっての教育訓練や情報保障及び職場における環境など「質」の側面において、課題が残っている。石原(2014)は特に高等教育を受けた聴覚障害者は専門性の高い職種に就く者が増加しているものの、就職後のスキルアップ(研修等)や能力的要因及び環境的要因(表 1-8)を含むキャリアアップが課題であると指摘している。また、キャリアアップに伴う人間関係形成能力、情報収集・活用能力、意思決定能力がいつそう求められているとのことである。

表 1-8 就労後の課題に向けた問題の整理：能力的要因と環境的要因

能力的要因	環境的要因
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知・思考の能力 ・ 日本語運用能力 ・ 社会常識・マナー ・ 職務に対する主体性 ・ コミュニケーション能力 ・ 業務遂行の基盤となる知識・技能 ・ 障害啓発能力 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 機能的障害に関する理解 ・ 障害に起因する活動参加制約に関する理解(会議や研修での情報保障) ・ 業務に関わる情報伝達 ・ 職場におけるコミュニケーション(人間関係)

(出典) 卒業後を見据えた教育・支援(石原, 2014)より

(3) 家族形態

Lee et al. (1996)によれば、婚姻または配偶者の有無において聴覚障害者はより結婚していないもしくは配偶者がいない割合が多いと言われている。Adams(2010)は、聴覚障害のある人は夫婦のどちらかが聴覚障害を有する場合、コミュニケーションが思うようにとれずに結果的に口論となり結果的に婚姻状態に影響を及ぼしやすい状態にあると述べている。都築(2007)は、家庭内における聴覚障害の有無についてみた結果、家庭内に聴覚障害者がいない聴覚障害の子どもは、いる子どもと比べてより情緒・社会性の中でも不安行動や衝動性より顕著になる傾向があると報告している。

(4) 社会性

聴覚障害者は聴者と比較して、社会的適応や情緒の問題に直面しやすく、心理的葛藤を生じさせやすく社会的適応が困難である傾向がある。都築(2007)は、その背景に教育、コミュニケーション、聴覚障害を取巻く環境などが要因としてあげられると言及している。Leigh et al.

(1991)によれば、聴覚障害の中でも特別支援教育を受けずにインテグレーションを経験している、音声言語によるコミュニケーション中心の環境に置かれている聴覚障害者は、社会的孤立や拒絶などが生じやすく、このような環境要因によって結果的に心理的な影響を及ぼすとのことである。Fellinger et al. (2007)は、聴覚障害のうち音声言語によるコミュニケーションを主体に生活する難聴者は、手話で生活するろう者と比較して社会性に乏しく、さらには聴者と比較しても不利な立場に置かされていると述べている。

2) 医療サービスへのアクセス

聴覚障害者の医療サービスへのアクセスについて海外の文献によれば聴者と比較をしたものでは、Zazove et al. (1993)は米国南東部ミシガン州におけるろう・難聴者関連団体に所属するろう・難聴者 87 名と同地域で地域医療を受けている聴者の患者 88 名を対象に筆記または手話による調査を実施した結果、聴者と比して聴覚障害者の医療機関利用割合が高かったことを報告している。一方、Barnett et al. (2002)は、全米にいる聴覚障害者 2,718 名と聴者 49,546 名を対象に郵送式による国民健康調査 (National Health Interview Survey) を実施、3 歳以前に聴覚障害になった者 (言語習得前聴覚障害) と 3 歳以降に聴覚障害になった者 (言語習得後聴覚障害) に分けて分析、既存のデータと比較した結果、言語習得前聴覚障害者 (平均年齢 44.5 ± 1.5) は、医療機関利用割合が低く他の言語的少数グループと同様な傾向を示したのに対して、言語習得後聴覚障害者 (平均年齢 70.0 ± 0.4) は逆に医療機関利用割合が高く、慢性疾患患者と同様な傾向が見られたという結果を示している。Zazove et al. (2013)は、ろう者の社会に属する聴覚障害者は社会経済的状態が悪い傾向にあり、結果的に医療サービスへのアクセスが悪くなるのではないかと報告している。国内においては、橋爪ら (1995)は東京都聴覚障害関連の団体に所属する聴覚障害者 (126 名、40～74 歳、平均年齢 54.6 歳) を対象に調査を行い、既存データにより聴者との比較を行った結果健診受診率は聴者と差がなかったものの、コミュニケーション方法や対応など聴者とは違った配慮が求められていると報告している。一方、高橋ら (2003)は東京都聴覚障害関連の団体の所属する聴覚障害者 (151 名、21～85 歳、平均年齢 54.8 歳) を対象に調査を行い既存のデータにより聴者と比較したところ、聴者と比して健康診断の受診率が低いと報告している。

3) 健康関連行動

(1) 喫煙

海外文献において、Zazove et al. (1993)は米国南東部ミシガン州におけるろう・難聴者関連団体に所属するろう・難聴者 (87 名) と同地域で地域医療を受けている聴者の患者 (88 名) を対象に筆記または手話による調査を実施した結果、聴覚障害者の喫煙率は聴者より低いと報告している。Barnett et al. (1999)は郵送式による国民健康調査にて、全米にいる聴覚障害者 (2,718 名) と聴者 (49,546 名) を対象に、言語習得前聴覚障害と言語習得後聴覚障害に分けて分析した。言語習得後聴覚障害者 (平均年齢 70.0 ± 0.4) は聴者と差がないという結果に対し、言語習得前聴覚障害者 (平均年齢 44.5 ± 1.5) は教育歴が低く、経済状況が悪いにも関わらず聴者より喫煙率が低いという結果がでており、考えられる要因に文化的違い及び筆記体によるタバコ広

告へのアクセス制限を挙げている。国内文献においては、及川ら（1998）はA大学に在籍する聴覚障害学生 126 名を対象に、既存のデータから聴者と比較検討を行ったところ、聴覚障害者の喫煙率は聴者より低いと報告している。

4）健康

（1）精神保健

精神保健はこころの健康とも言われるが、生活の質に大きく影響するものであり、個人の資質や能力の他に、身体状況、社会経済状況、住居や職場の環境、対人関係など様々な要因が影響し、特に身体の状態とこころは相互に強く関係すると言われている（健康日本 21 企画検討会, 2000）。聴者と比較した研究として、まず海外文献において de Graaf et al. (2002) は、オランダにいる聴覚障害者（523 名、18 歳以上）を対象に General Health Questionnaire 12 項目版（以下 GHQ-12）、Symptom Checklist（以下 SCL-8D）を使用、手話または口話によるインタビュー形式で調査を行い、既存データにより聴者と比較した結果聴者と比して精神保健状態が悪く考えられる要因にコミュニケーション障害、自尊心の低さ、聴覚障害であることへの受け入れができないことが関連していると報告している。また、言語習得前聴覚障害者と言語習得後聴覚障害者での比較では、言語習得後聴覚障害者の女性において精神保健状態が顕著に悪い傾向が見られた。Fellinger et al. (2005) は、オーストリアにおける聴覚障害者（236 名、平均年齢 45.3±14.4）を対象に、World Health Organization's Brief Quality of Life Questionnaire（以下 WHOQOL-BREF）、GHQ-12、Brief Symptom Inventory の手話版を用いた調査を行い、既存データにより聴者と比較した結果、聴覚障害者は精神保健状態が悪いと報告している。田崎ら（1998）によると、WHOQOL は WHO が開発した主観的幸福感、生活の質を測定するもので、身体的領域（日常生活動作/医薬品と医療への依存/活力と疲労/移動能力/痛みと不快/睡眠と休養/仕事の能力）、心理的領域（ボディ・イメージ/否定的感情/肯定的感情/自己評価/精神性・宗教・信念/思考・学習・記憶・集中力）、社会的関係（人間関係/社会的支え/性的活動）、環境領域（金銭関係/自由・安全と治安/健康と社会的ケア:利用のしやすさと質/居住環境/新しい情報・技術の獲得の機会/余暇活動への参加と機会/生活圏の環境/交通手段）の 4 領域の QOL を問う 24 項目と QOL 全体を問う 2 項目の全 26 項目から構成されており、障害者の生活の質の測定として活用されている。Kvam et al. (2007) により、ノルウェーの聴覚障害者（431 名、45 歳以下の割合 50.8%）と聴者（42,815 名、45 歳以下の割合 49.1%）を比較した調査では、手話による Hopkins Symptom Checklist（以下 SCL-5）にて分析したところ、聴覚障害者は精神保健問題の兆候が見られる割合が高いと報告している。Monzani et al. (2008) は、イタリアの聴覚障害者 73 名（平均年齢 46.0±9.1）と聴者 96 名（平均年齢 47.1±8.9）を比較した調査を実施、Hearing Handicap Inventory for Adults（以下 HHIA）、MOS36-Item Short Form Health Survey（SF-36）、Social Functioning Questionnaire（以下 SFQ）、Symptom Check List（以下 SCL-90-R）を使用したところ、聴者と比して社会参加が限られ、家族と友達との関係が難しく、職場における感情的困難を抱えており社会的に孤立するなど問題が見られることが明らかになった。SF36 は米国で作成されたもので、健康関連 QOL（HRQOL）を測定するための科学的で信頼性、妥当性を持つ尺度であり現在国際的に広く活用

されている。その他に短縮版である SF-12 (SF-12 の日本語版は最終的な標準化が終了していない) SF-8 がある。

国内文献においては、全国における難聴者・中途失聴者団体の活動に参加している難聴・中途失聴者 181 名 (年齢範囲 21～80 歳、平均年齢 54.9 ± 13.8) を対象に、General Health Questionnaire 30 項目版 (以下 GHQ-30) による調査を行い、既存のデータから聴者と比較検討を行ったところ、聴覚障害者は聴者と比して精神保健状態が悪く、その問題は聴こえの状態とは相関しないものの、めまい・耳鳴・言語障害の症状がある人程精神保健状態が悪くなると報告している (高宮ら, 2005)。一方、吉田ら (2001) は A 大学に在籍する聴覚障害学生 233 名 (18～19 歳) と近隣する大学の聴者の学生 365 名 (18～19 歳) を対象に、大学生健康調査 (UNIVERSITY PERSONALITY INVENTORY、通常 UPI) を実施したところ、聴者より精神健康状態がよいという結果がでている。考えられる要因に、聴覚障害による失感症状のメカニズムによる見かけの精神的健康度の高さ、もしくはコミュニケーション障害により、言語の獲得が緩徐であるがゆえに質問の意味を十分に理解できていない可能性をあげている。

4 聴覚障害者の社会経済的・医療保健福祉サービスへのアクセス・健康関連行動・そして健康に関するアウトカム研究の課題

先行研究より、聴覚障害者は社会経済的に不利な状態にあり健康関連行動そして精神的健康を含む健康状態が悪いことが明らかになっている。しかしながら、研究者により検討する項目や研究方法が様々でありそれらの研究結果も様々である。厚生労働省（2008a; 2013a）による政府統計において全国レベルでの障害者の集計分析はされているものの、社会疫学に基づく統計学的手法を用いた全国レベルによる調査や研究は管見の限りではほとんど見られていない。また、聴覚障害者が医療保健福祉サービスにどのようにアクセスしているのか、そのための情報は十分か、医療保健福祉サービスがいかに当事者の意見を反映したものになっているのかといったサービス利用へのプロセスについてみた調査や研究は皆無である。とりわけ、性別と様々な要因との関連についてみた研究及び調査はほとんど見られておらず、障害のある男性や女性の実態やそこから導き出される課題はほとんど不明である。ゆえに政策立案や社会一般への障害者観にも強く影響していることが考えられる。これらを踏まえ、①統計及び資料の収集、②アクセシビリティ、③ジェンダーの3つの観点から、聴覚障害者の実態把握と分析及び情報整理は急務の課題となっている。

1) 統計及び資料の収集

佐藤（2008）によれば、わが国における調査統計のほとんどは障害者と一括されており、及び障害者数と生活実態及び教育、雇用、所得、その他のニーズや環境因子等を含む総合的な統計が存在しない（表 1-9）。また、聴覚障害者の実態についてみた研究は見られているものの、ほとんどが事例研究であり、政策立案上有効な力を持つといわれる統計データという形ではいまだに整備されていない状況にある。とりわけ、海外を含むわが国において多様な年代、環境におかれている聴覚障害者の基本属性、経済状態、健康状態、生活習慣等を含む特性についてみた先行研究では、研究者により検討する項目や研究方法が様々であり、それらの影響は研究の結果により一貫した見解が得られていない項目・要因が多いのも現状である。これらの結果の違いには、調査対象の地域、調査時の使用言語、聴覚障害の属性の違いなどが関連していると考えられる。また、性別、年齢階級別にみた研究はまだ不十分な点が多い。特にわが国においては、政府統計において障害者の集計分析はされているものの、社会経済的・各サービスへのアクセス・健康関連行動・健康との関連について見た包括的な研究は管見の限りでは存在しない。佐藤（2008）は、障害者権利条約の目的である「障害者の平等な社会参加」を実現させるためにも非障害者の状態と比較可能なデータが必要であり、そのためにも達成状況を評価できる生活実態調査の1つである国民生活基礎調査の充実が必要であると指摘している。つまり非障害者との比較もでき、これをスクリーニングとして詳しい障害者調査も可能となるということなのである。障害者権利条約における第31条「統計及びデータ収集」では、①プライバシーを尊重しつつ適切な情報を収集し、②それを適切に分類し、施策評価と障壁除去のために活用し、さらに③これらの統計の普及、特に障害当事者などが利用できるようにする、つまり政策立案の際にエビデンスに基づいた統計データの重要性について明記している。これらと関

連して今後総合的で定期的な障害者実態調査を行う必要性が考えられる。

表 1-9 政府が管理している障害者統計一覧

統計調査名	調査担当機関	調査期間	要点と課題
身体障害児・者等 実態調査	厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉 部企画課	定期/5年に1度	<ul style="list-style-type: none"> ・調査票は原則として調査対象者本人が記入 ・年齢対象 0 歳～ ・障害者総数における 63.5%が 65 歳以上 ・年齢階級別の度数分布があるのみ ・聴覚障害者全体：調査年別における推移、聴覚障害になった理由、同居者の有無(同居者あり 83.3%)、コミュニケーション手段の状況、情報の入手方法、介助の状況についての集計
障害者雇用状況の 集計結果	厚生労働省 職業安定局 高齢・障害者 雇用対策部	定期/毎年	<ul style="list-style-type: none"> ・関係者(非当事者)による回答 ・聴覚障害者に特化した集計がない ・性別・年齢階級別における言及、集計がない
身体障害者・知的障 害者及び精神障害 者就業実態調査	厚生労働省 職業安定局 高齢・障害者 雇用対策部	定期/5年に1度	<ul style="list-style-type: none"> ・調査票は原則として調査対象者本人が記入 ・年齢対象 15 歳以上 64 歳以下 ・聴覚障害者に特化した集計がない ・年齢階級別はあるものの、性別における言及、集計がない
障害者雇用 実態調査	厚生労働省 職業安定局 高齢・障害者 雇用対策部	定期/5年に1度	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所調査と個人調査 ・調査対象事業所に雇用されている障害者の性別比の言及のみ ・聴覚障害者に特化した集計がない
年金制度基礎調査	厚生労働省 年金局数理課	定期/毎年	<ul style="list-style-type: none"> ・年金受給者、平均年齢 73.6 歳、64 歳以下 18.1% ・性別によるクロス集計あり ・障害者全体における日常生活、就業、世帯状況、収入、年金階層等との相関関係を見ることができる ・聴覚障害者に特化した集計はない
大学・短期大学及び 高等専門学校にお ける障害のある学 生の修学支援に関 する実態調査結果 報告書	独立行政法人 日本学生支援 機構学生生活 部特別支援課	定期/毎年	<ul style="list-style-type: none"> ・関係者(非当事者)による回答 ・聴覚障害者に特化した集計あり ・性別・年齢階級別における言及、集計がない
日本の障害者雇 用の現状 - 平成15 年度障害者雇用実 態調査から	障害者職業総 合センター「資 料シリーズ 38」	2007 年 11 月 発行	<ul style="list-style-type: none"> ・障害者雇用実態調査の再集計 ・聴覚障害者比の言及があるのみ ・障害者全体における性別、年齢階級、経済状態等についてクロス集計あり

出典：日本の障害者ジェンダー統計の整備状況（[臼井ら, 2012](#)）、障害者ジェンダー統計の整備状況 -国際的・国内的視野から-（[吉田, 2013a](#)）をもとに筆者編成

2) アクセシビリティ

宮岡 (1990) ; 越智 (2010) によれば、アクセシビリティとは、高齢者・障害者を含む誰もが様々な製品や建物やサービスなどを支障なく利用・アクセスできるかどうか、あるいはその度合いをいう。全日本ろうあ連盟 (2014) は、聴覚障害者が聞こえる人と同じように情報やサービスなどにアクセスできることでより自分の意見を出したり、自ら情報を発信したりするなど自己判断や自己決定がより可能になる、そうすることで、自分の意見を出し合ったり本人の持つ能力を十分に発揮できるなど「完全な社会参加」へと踏み出すことができるのであると言及している。2006 年国連総会において採択された「障害者権利条約」の前文において「障害のある人がすべての人権及び基本的自由を完全に享有することを可能とするにあたり、物理的、社会的及び経済的環境のアクセシビリティ、保健及び教育のアクセシビリティ並びに情報及びコミュニケーションのアクセシビリティが重要であることを認め」(以降、省略)と記載されている。2011 年に成立した改正障害者基本法は、障害のある人の社会参加を妨げたり日常生活を制約したりする「社会的障壁」を取り除くことを求めており、本人の心身機能の障害のみで捉えるのではなく、社会的な制度や慣行などの影響で生活が制限される人も「障害者」として幅広く定義している。「社会的障壁」には物理的なものだけでなく、情報や文化、法律や制度、さらには市民の意識上の障壁等も含まれている。具体的には、①施設、設備、情報の障壁、②利用しにくい制度など、③障害のある人への存在を意識していない慣習、文化など、④障害のある人への偏見、などが含まれる。聴覚障害のある人は、日常生活や社会生活の中で音声による情報が聞き取れず、様々な場面において自立や社会参加が妨げられている。このような「社会的障壁」を削除するためにも「合理的配慮」に取り組んでいくことが求められる。「合理的配慮」の考え方を広く普及していくためにも、聴覚障害者の公的サービスへのアクセスや就労状態、情報・コミュニケーションにおける実態を把握し、聴覚障害者の視点を取り入れつつ、それぞれの実情に応じた対応を講じていくことが望ましい。現在わが国において聴覚障害者に対する公的サービス、就労、情報・コミュニケーションへのアクセスが十分に届いている状況にあるかどうかはいまだに不明である。内閣府 (2014a) によれば、近年障害のある人の情報アクセシビリティを向上するための施策が行われるようになってきているとのことである。障害のある人の情報通信技術の利用や活用のお機会の拡大を目的とし、情報通信システムの開発や普及や情報提供体制の充実及び手話や点訳によるコミュニケーション支援体制の充実の強化を図る取り組みが行われている。とりわけ、社会経済的・文化的及び医療保険福祉サービスへのアクセスにおける側面についてみた社会疫学的な視点も踏まえた研究も重要になってくると考えられる。

Steinberg et al. (2005) ; Alexander et al. (2012) は、聴覚障害者は医療サービスへのアクセシビリティにおける格差の問題に直面する傾向があるとのことである。具体的には医療専門家とのコミュニケーションに困難を感じ、アクセシブルなヘルスコミュニケーションに欠け、結果的に医療サービスに不満を抱きやすいと言及している。医療専門家とのコミュニケーションが困難な背景に、まず手話通訳など情報保障サービスへのアクセスが悪い (Barnett et al., 2011) といった限定的な社会支援、そして聴覚障害者は一般に読書力が弱いと言われており健康に関

する情報を的確に理解することができない (Pollard et al., 2009) ことがあげられる。つまり自分の健康状態についての的確に伝えることができない、医療専門家が説明する様々な医療用語や治療についての説明を理解できないなど、効率的な医療サービスを受けられないということである。国内文献において、阿部 (2010) は医療機関で聴覚障害者のコミュニケーション手段の1つである手話が使えないもしくは手話通訳者がいないことにより、病院を遠ざけてしまう者も少ないないことを指摘している。聴覚障害者は医療サービスを受けるにあたり、経済的な事情よりも情報及びコミュニケーションなどにおける障壁から実際のアクセスのしやすさが欠けているのではないかとすることも考えられる。Anderson et al. (1973) ; Anderson (1995) は、公平なサービスアクセスの環境を確保することを目的とした行動モデルを開発し、アクセスとは単に医療サービスを受けるだけではなく、平等なサービスを適宜受けることができることを指すと言及している。具体的には、サービス利用の決定には「政策」「環境特性」「個人特性」が影響しており、これらの要因との関連性をみていく重要性を唱えている。

個々人の特性やニーズに応じた支援の充実を図り、アクセシビリティの向上を実現させるためにも、聴覚障害者の個別状況、社会経済的状態、世帯の社会経済的状態、それを取り囲む地域・行政他、聴覚障害者がサービスにどのようにアクセスしているのか、そのための情報は十分かなどを含めたサービス利用に至るまでのプロセス、健康状態、健康に影響する要因の分析や情報整理、実態把握に基づく包括的な考察が求められる。「社会的障壁の除去」ならびに「合理的配慮」に取り組むにあたり、社会的な制度や慣行などが聴覚障害者の生活にどのように影響を与えているのか社会疫学的に調査研究をしていくことも重要であると考ええる。社会全体の変革を目指すべく、社会全体が障害を理解して制度や設備を整えることで聴覚障害者の社会参加や活動を保障させていくことで、アクセシビリティ向上の実現につながると考える。

3) ジェンダー (男女の違い)

わが国において 1999 年に制定された男女共同参画社会基本法により、「ジェンダー」という言葉が広がりつつあるが、性差に関係なくより豊かに生きていくために生まれた概念でもある。川本 (2001) によれば、ジェンダー (gender) とは、社会的・文化的に形成された男女の違い性差と定義されている。佐藤ら (2005) は、ジェンダーに関わる問題は家庭、雇用、地域などその範囲が非常に多岐に渡っていると言及している。世界的に見て障害を持つ女性は、障害を持たない女性や障害を持つ男性に比べて、貧困に直面する機会が多く、教育を受けたり、また雇用されたり、必要とするサービスを受けたり、家族をはじめコミュニティの支援を受ける機会が少ないと指摘している。性別による差別は従来より自然に存在していたが、1960 年代以降の世界的な女性解放運動によりジェンダーという言葉が生まれた。Smeltzer et al. (2007) ; Smith (2008) ; United Nations (2014) は、障害のある女性は障害そのものに対する偏見と女性であることでの不利益といった複合的な差別を受けており、政治的、経済的、社会的、文化的、市民的その他分野において不利な立場にあり、性の違いに基づくあらゆる排除及び制限を受けており社会での生活に困難を感じていると強調している。Seyama et al. (2009) ; Katsumata (2012) によれば、障害のある女性は障害のある男性と比して就職が難しく、経済状態や健康状態が悪

く学歴も低いと言われている。聴覚障害のある女性においては、米国において O'Hearn (2006) によれば聴覚障害のない女性と比してより医療サービスへのアクセスが悪いとのことである。わが国においては、吉田 (2013b) は教育歴が高い人でもコミュニケーション困難から社会的に孤立する傾向があると述べている。近年わが国において、1997 年に男女雇用機会均等法の改正及び 1999 年には男女共同参画社会基本法が制定され、2010 年の第 3 次基本計画では女性障害者を含む複合的な困難を抱える人たちの課題を解決する必要性が示された。しかしながら、DPI 障害女性ネットワークが 2011 年に実施した複合差別実態調査によれば、障害者の実態を示すようなデータがほぼ示されておらず、複合的な困難を抱える女性障害者についての課題に言及し、それを解決する取組みが行われていないことを指摘している (DPI 女性障害者ネットワーク, 2013)。海外を含むわが国において性別にみた研究はまだ不十分な点が多く、障害のある男性及び女性それぞれの実態やそこから導き出される課題はほとんど不明である。臼井ら (2012) は、結果的にこういった現状が政策立案、社会一般の障害者観にも強く影響していることが考えられると指摘している。瀬山 (2012) によれば、障害者権利条約における「障害のある女性」(第 6 条) では、女性ゆえに社会的に不利益を受ける可能性があることを直視し状況を変える必要があると規定しており、障害のある女性の複合差別への認識とそれを解消するための適切な措置や施策の必要性について触れている。こういった動向と関連して障害女性が置かれている実態を把握するべく、性別による統計調査の重要性が考えられる。特に聴覚障害のある女性の実態をとらえた統計が求められることになる。聴覚障害者の QOL の向上実現、個々人それぞれのニーズに応じた支援の充実を図るためにも、性別にみた多様な特性その他心身の状態、障害者等のニーズの把握、情報の整理が必要不可欠となっている。また、ジェンダーについて述べるにあたり、「多様性」または「ダイバーシティ」における視点を踏まえていくことも大切である。Loden et al. (1990) によれば、「ダイバーシティ」とは、性別、年齢、障害、人種など、外見でわかる属性及び表面的に見えない個々人の生い立ち、学歴、言語、価値観、性格などの異なった背景、信念、宗教、就労状態、婚姻状況、コミュニケーション手段、ライフスタイルなどをも含み、すべての人々を示すものである。もともとは、アメリカにおいてマイノリティや女性の積極的な採用、差別的な処遇を実現するために広がった概念として知られている。障害のある人、とりわけ聴覚障害者は、生き方、価値観、社会的背景など多様性を持つと言われているが、彼達が社会に参加し包容されるためにも、個々人の多様性や個別性を認め、考慮しそれを社会の中で活かしていくダイバーシティの推進を目指した社会作りも今後重要になってくると考えられる。

5 本研究の目的

本研究は、わが国における聴覚障害者のアクセシビリティ向上実現のための支援制度のあり方を目的として、統計学的手法を用いて社会疫学的に分析と評価を行うものである。具体的には、聴覚障害者の障害特性・社会経済的・文化的特徴・医療サービスや保健福祉サービスへのアクセス・社会参加状況と健康との関連を明らかにする。医療保健福祉に関わる地域ネットワークを活用しながら現場との協同を行うことにより、聴覚障害者の実態を把握し、聴覚障害者が日常的に抱える困難や不自由、とりわけ社会参加や共生社会の実現に向けての様々な課題を包括的に検証する。そして実証的データに基づき、わが国の聴覚障害者のアクセシビリティ向上に向けた提言を行う。

6 本研究の構成

本研究の構成は以下の通りである。まず、第 1 章では本研究全体にかかわる社会的背景と先行研究を概観し、わが国における聴覚障害者のアクセシビリティ向上及び個々人のニーズに応じた支援に向けて必要な視点を明らかにした。第 2 章では全国レベルのデータを使用して、聴覚障害の有無と健康との関連を明らかにした。併せて、聴覚障害の有無と社会的・医療サービスへのアクセス状況・健康関連行動との関連についても検討した。また、性別における関連の違いについても明らかにした。

そして、第 3 章では聴覚障害のある人だけに着目してアクセスの詳細を含めた個別調査より、聴覚障害者の言語習得前後の違いと健康との関連を明らかにした。また、言語習得前後の違いと社会的・文化的特徴、医療サービスや保健福祉サービスへのアクセス状況、社会参加状況、健康関連行動、障害特性との関連についても検討した。そして性別における関連の違いについても明らかにした。終章では、本研究の総括として、これら一連の研究成果からわが国における聴覚障害者のアクセシビリティ向上に向けた支援の必要性と方策、そして本研究の今後の課題を述べた。

第2章

聴覚障害の有無と社会経済的・医療サービスへのアクセス・健康関連行動・

そして健康との関連

- 性別の検討 - 全国レベルのデータから -

1 目的

一般に、聴覚障害のある人は聴覚障害のない人に比して経済格差および健康格差があると言われている。聴覚障害の有無と健康状態、医療サービスへのアクセス、健康関連行動との関連において、国内外において様々な研究が蓄積されてきている。しかしながら、研究者により検討する項目や研究方法が様々でありそれらの影響は研究の結果により一貫した見解が得られていない項目や要因が多く、研究デザインの問題も考えられる。また、国内外共に性別にみた研究は不十分な状況にある。さらには、社会経済的・聴覚障害特性、文化的背景、サービスへのアクセス、健康関連行動、健康との関連について適切な統計学的手法を適用して分析した包括的検証は見当たらず、理論的背景が欠如していることも考えられる。結果的にこうした現状が政策立案および社会一般の障害者観にも強く影響していることが考えられる。

これらのことから、先行研究における聴覚障害の有無の違いについてみた研究の問題点を踏まえた上でのさらなる詳細な背景要因との関連についてみた検討が求められている。そこで本研究では、全国レベルのデータを利用することにより、聴覚障害の有無と健康との関連を明らかにした。また、聴覚障害の有無と社会経済的・医療サービスへのアクセス状況・健康関連行動との関連についても検討を行った。そして、性別における関連の違いを明らかにした。具体的には、加齢による聴覚障害を除く成人を対象に、基本属性、家族形態、経済状態、医療サービスへのアクセス、健康状態、健康関連行動を含む背景項目を調査し、聴覚障害者群と聴者群の違いを性別にみた。

2 研究方法

1) 研究対象

本研究は「平成 19 年国民生活基礎調査（厚生労働省大臣官房統計情報部）」を用いて検討を行った。「平成 19 年国民生活基礎調査」は世帯票、健康票、介護票、所得票、貯蓄票で構成されており、保健、医療、福祉、年金、所得等の国民生活の基礎的事項の調査を目的としている（厚生労働省, 2008b）。そして、保健サービスの利用状況に関する情報の一部を把握する際に有効な調査でもある（健康日本 21 企画検討会, 2000）。対象は全国の世帯および世帯員で、世帯票および健康票については、平成 17 年国勢調査区から層化無作為抽出した 5,440 地区内のすべての世帯（約 29 万世帯）及び世帯員（約 76 万人）を、所得票及び貯蓄票については前記の 5,440 地区に設定された単位区から無作為に抽出した 2,000 単位区内のすべての世帯（約 4 万世帯）及び世帯員（約 10 万人）である。調査方法は、世帯票、健康票、介護票および貯蓄票については、予め調査員が配布した調査票に世帯員が自ら記入し、後日、調査員が回収する方法により行った。所得票については、調査員が世帯を訪問し面接法により調査を行った。

個票データ有効回答者数（ $n=624,178$ ）から、自覚症状無効回答者（ $n=38,566$ 名）を除いた後の自覚症状有効回答者（ $n=585,612$ 名）より研究対象者を選出した。自覚症状有効回答者は「あなたはここ数日、病気やけがなどで体の具合の悪いところ（自覚症状）がありますか」という質問に対して回答した人とした。次に自覚症状が「ある」と回答した人に対して、具体的にどんな自覚症状（熱がある、頭痛、きこえにくい、息切れ、せきやたんが出る、胃もたれ、歯が痛い、発疹、肩こり、腰痛、月経不順、骨折など）があるのか複数回答してもらった。「平成 19 年国民生活基礎調査」は自覚症状有効回答者のうち、きこえにくいと回答した人からさらに先天性や加齢性等等詳細な分別はしていない。Lin et al. (2012) によれば、加齢性聴覚障害者数の増加により 40～50 歳あたりにかけて聴覚障害者の割合が急速に増えるとのことである。また、Margolis (1999) は加齢性聴覚障害者の初期症状は 40 歳までには見られないと述べている。ゆえに、40 歳以下の研究対象者は加齢性聴覚障害である可能性は低いことが考えられる。実際に「平成 19 年国民生活基礎調査」個票データ有効回答者のうち、20～39 歳の聴覚障害者の割合は横ばいで、40 歳以上で増加している（20-29：0.8%、30-39：0.7%、40-49：1.1%、50-59：5.0%、60-69：11.1%、70 歳以上 24.7%）。本研究は加齢による聴覚障害は対象とせず、研究対象年齢は 20～39 歳とした。従って、20 歳以上 40 歳以下の回答者に絞り 136,849 名が最終的な分析対象となった（図 2-1）。

なお、本研究のデータは 2014 年度厚生労働省科学研究費補助金（基盤研究 A）「医療・介護・福祉の融合-現場発ヘルスサービスリサーチによる地域包括ケアの実現」（代表者・田宮菜奈子教授）の許可を得て、データを分析したものである。

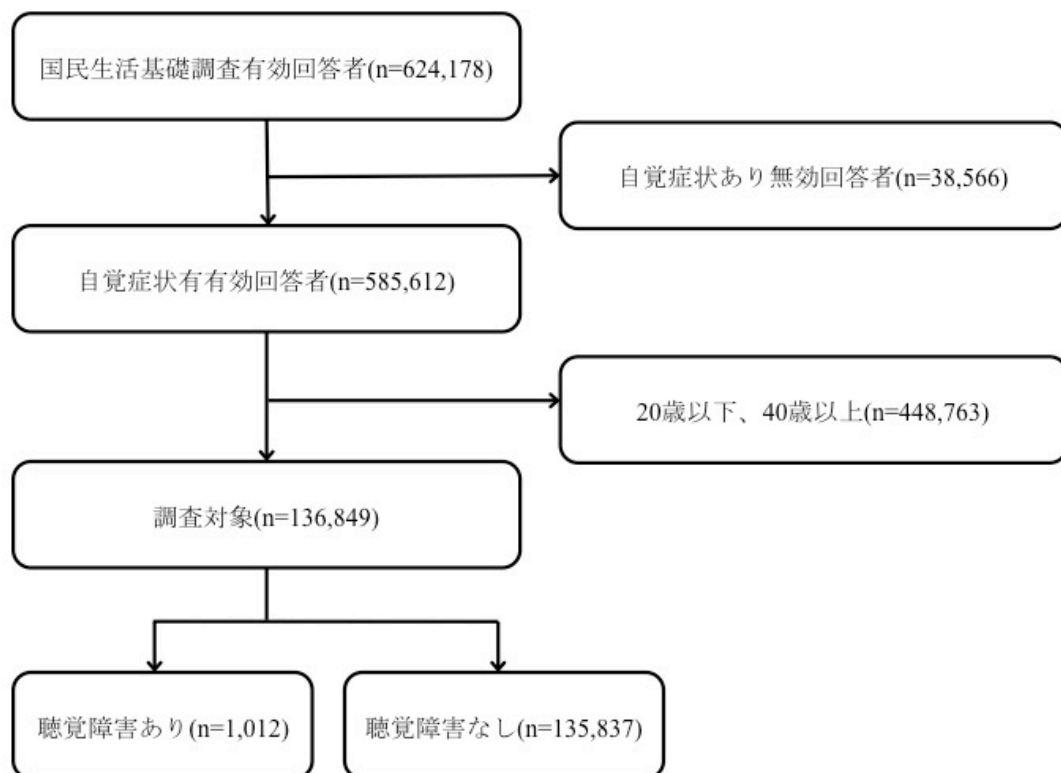


図 2-1 サンプルフロー

2) 分析に使用した変数

独立変数	従属変数
聴覚障害の有無	基本属性 家族形態 経済状態 医療サービスへのアクセス 健康状態 健康関連行動

(1) 独立変数

聴覚障害の有無

健康票個票データから自覚症状に有効回答した者のうち、きこえにくいと回答した人を「聴覚障害あり」群（聴覚障害者）、きこえにくいと回答していない人および自覚症状なしと回答した人を合わせて「聴覚障害なし」群（聴者）としてそれぞれ 2 群に分類した。Sindhusake et al. (2001) ; Ramkissoon et al. (2011) ; Hong et al. (2011) ; Deepthi et al. (2012) によれば、聴覚障害者の主観的評価は疫学研究において幅広く使用されており、妥当性も確認されている。Ventry et al. (1983) ; Kiely et al. (2012) は、主観的な評価による聴覚障害は客観的な評価によ

る純音閾値 25 デジベル以上（軽度聴覚障害）と同様であることが確認されていることを言及している。Timmer (2014) は、標準聴力検査は客観的評価であるものの、主観的聴覚障害においても分析対象者がどのように聴力に困難を感じているのかによっていかに彼らの生活に影響を及ぼしているのかを確認する際に重要であると言及している。

（２）従属変数

① 基本属性

性別、年齢、居住地域（市群）について尋ねた。居住地域（市郡）については、「大都市」「人口 15 万人以上の市」「人口 5 万人以上 15 万人未満の市」「人口 5 万人未満の市」「郡部」の 5 つの選択肢から該当するものを 1 つ選択とした。

② 家族形態

配偶者の有無および世帯人員について尋ねた。配偶者の有無は、「有配偶」「未婚」「死別」「離別」の 4 つの選択肢から該当するものを 1 つ選択とした。配偶者における信頼性と妥当性についてはすでに確認されており幅広く使用されている (Elliot et al., 2011; The Census Bureau, 2014; Nishi et al., 2012)。多変量解析においては、「有配偶」回答者を「配偶者あり」、「未婚」「死別」「離別」を「配偶者なし」として 2 区分化した。世帯人員は生計を共にしている自分も含む人数として、1 人のみを「1 人」、2 人以上を「2 人以上」と分類した。

③ 経済状態

医療保険および就労状況について尋ねた。医療保険加入状況は、市町村もしくは組合に加入している者を「国民健康保険」、政府管掌健康保険、組合管掌健康保険、共済組合、船員保険に加入している者を「被用者保険」とした。就労状況については、平成 19 年 5 月中の仕事の状況を把握することとして、「主に仕事をしている」「主に家事で仕事あり」「主に通学で仕事あり」「その他の仕事」のいずれかに回答した者は「仕事あり」、「通学のみ」「家事（専業）」「その他」のいずれかに回答した者は「仕事なし」とした。He (1999) によれば、就労状況における信頼性と妥当性はすでに認められている。

④ 医療サービスへのアクセス

通院状態および健康診断受診状況について尋ねた。現在傷病（病気やけが）で病院や診療所等に通っていると回答した者を「通院している」、通っていないと回答した者を「通院していない」とした。健診等受診の有無については、過去 1 年間に健診等（健康診断、健康診断及び人間ドック）を受けたことがあると回答した人は「健診を受けた」、ないと回答した人は「健診を受けなかった」と群別した。「健診を受けなかった」と回答した人に対して、どのような理由で受けなかったのか 0～11 問（「知らなかったから」「時間がとれなかったから」「場所が遠いから」「費用がかかるから」「検査等に不安があるから」「その時、医療機関に入退院していたから」「毎年受ける必要性を感じないから」「健康状態に自信があり、必要性を感じないから」「心配な時はいつでも医療機関を受診できるから」「結果が不安なため、受けたくないから」「めんどうだから」）で該当するすべての理由に回答してもらった。

⑤ 健康状態

主観的健康感、悩み・ストレス、精神的健康について尋ねた。主観的健康状態については、現在の健康状態について「よい」「まあよい」と回答した者を「主観的健康観が良い」、「ふつう」と回答した者を「主観的健康観が普通」、「あまりよくない」「よくない」と回答した者を「主観的健康観が悪い」とした。多変量解析においては、聴覚障害者の状況を少しでも普通よりもよりよくするためにはどうしたらよいかを解釈できる数字を出したかったために、「よい」「まあよい」を「主観的健康感がよい」、「ふつう」「あまりよくない」「よくない」を「主観的健康感が悪い」として2区分化した。Nishi et al. (2012) は、主観的健康感の調査において幅広く使用されている測定であると言及している。

悩みやストレスの有無については、現在日常生活で悩み・ストレスがあると回答した人は「あり」、ないと回答した人は「なし」の2つの選択肢で該当するものを1つ選択とした。更に「ある」と回答した者に対して、どのような原因で悩み・ストレスを抱えているのか21問（「家族との人間関係」「家族以外との人間関係」「恋愛・性に関すること」「結婚」「離婚」「いじめ、セクシュアル・ハラスメント」「生き甲斐に関すること」「自由にできる時間がない」「収入・家計・借金等」「自分の病気や介護」「家族の病気や介護」「妊娠・出産」「育児」「家事」「自分の学業・受験・進学」「子どもの教育」「自分の仕事」「家族の仕事」「住まいや生活環境」「その他」「わからない」）で該当するすべての原因に回答してもらった。悩みやストレスの相談方法については、11問（「家族に相談している」「友人・知人に相談している」「職場の上司、学校の先生に相談している」「公的な機関（保健所、福祉事務所、精神保健福祉センター等）の相談窓口（電話等の相談を含む）を利用している」「民間の相談機関（悩みや相談所等）の相談窓口（電話等での相談を含む）」「病院・診療所の医師に相談している」「テレビ、ラジオ、新聞等の相談コーナーを利用している」「それ意外で相談している（職場の相談窓口等）」「相談したいが誰にも相談できないでいる」「相談したいがどこに相談したらよいかわからない」「相談する必要はないので誰にも相談していない」）で該当するすべての原因に回答してもらった。

精神的健康状態についてはメンタルヘルス尺度（K6）を利用した。世界保健機関はメンタルヘルスについて「自分自身の能力を理解し、人生の普通のストレスにうまく対処することができ、生産的かつ効果的に就労することができ、かつ自分のコミュニティに寄与することができる良好な状態」と定義している（WHO, 2014b）。K6は過去30日間の感情に関する6つの項目「神経過敏に感じましたか（緊張感）」「絶望的だと感じましたか（絶望感）」「そわそわ、落ち着かなく感じましたか（落ち着きのなさ）」「気分が沈み込んで、何か起こっても気が晴れないように感じましたか（憂うつ）」「何をするのも骨折りだと感じましたか（倦怠感）」「自分は価値のない人間だと感じましたか（無価値）」から、5段階のリッカートスケール（いつも=1点、たいてい=2点、ときどき=3点、少しだけ=4点、まったく=5点）で該当するものを1つ選択とした。先行研究より、各回答に0～4点（いつも=4点、たいてい=3点、ときどき=2点、少しだけ=1点、まったく=0点）を与えて合計得点を求め合計得点（得点範囲0～24点）が高いほどこころの健康状態がよくないとする妥当性と信頼性が確認されている。そこで、

本研究では分析の時点で1～5点を4～0점에修正した。そして先行研究において最適カットオフポイントとされる5点を基準に5点未満を「精神的健康感が良い（K6スコア低群）」、5点以上を「健康的健康感が悪い（K6スコア高群）」の2つに群別した。K6は2002年米国のKessler教授らによって地域精神保健疫学調査において気分・不安障害などをスクリーニングするために開発された主観的精神的健康状態を把握する尺度（Kessler et al., 2002; Kessler et al., 2010）で、カナダCommunity Health Surveyや米国National Health Interview Surveyで国の調査における精神的健康あるいは心理的ストレス反応の指標として用いられている。日本語版における妥当性も確認されており（Furukawa et al., 2008; Sakurai et al., 2011; Nishi et al., 2011）、平成19年度から国民生活基礎調査等などにおいて幅広く使用されている（Nishi et al., 2012; Shigemura et al., 2012; Oshio et al., 2013; Oshio, 2014）。また、抑うつ尺度として多用されているCenter for Epidemiologic Studies-Depression Scale（CES-D）（Randloff, 1977）と同等のスクリーニング効率（感度・特異度）があり、信頼性・妥当性が高いことが明らかになっている（川上, 2004）。

⑥ 健康関連行動

喫煙について尋ねた。喫煙習慣については、「吸わない」「毎日吸っている」「時々吸う日がある」「以前は吸っていたが1か月以上吸っていない」の4つの選択肢から該当するものを1つ選択した。喫煙習慣の主観的評価は幅広く使用されており、信頼性と妥当性も確認されている（Hatziandreu et al., 1989; Gorber et al., 2009）。「毎日吸っている」「時々吸う日がある」を「喫煙群」、「以前は吸っていたが1か月以上吸っていない」「吸わない」を「非喫煙群」に群別した（Fukuda et al., 2005）。

3）統計解析

本研究の目的から、聴覚障害の有無による特性の相違を明らかにするために研究対象者が「聴覚障害あり」か「聴覚障害なし」かによって2群に分けて背景項目との関連性を比較し、全例の基本属性および背景項目を記述した。統計学的検定については、「聴覚障害あり」群「聴覚障害なし」群の2群に分けて、平均年齢の比較にはStudentの t 検定を、他の要因の比較には χ^2 検定およびFisherの直接確率法を用いて単変量解析により比較検討を行った。次いで性別にみた聴覚障害の有無における属性の相違についても比較検討を行った。さらに聴覚障害ありのみで性別における相違を見るための比較検討も行った。

「聴覚障害あり」群に関連する要因を他の項目の影響を互いに調整した上で検討するために「聴覚障害あり」群を独立変数として、単変量解析において有意水準 p 値5%未満で「聴覚障害あり」群と有意な関連のみられた項目を従属変数、年齢と性別（性別に見た分析では年齢のみ）を調整変数として一般化推定方程式による多変量解析により同じ世帯間における交互作用を算出するためにオッズ比と標準誤差を求めた（Hanley et al., 2003; Nishi et al., 2012）。統計学的検定には、統計パッケージIBM SPSS Statistics version 21を使用し、有意水準は p 値5%未満とした。分析では、変数により欠損値が異なるため分析ごとに対象数が異なる。

4）倫理的配慮

倫理面の配慮については、本研究は厚生労働省にデータの2次利用を申請し許可を得て匿名

データの提供を受け検討した研究であり、個人情報扱わないため個人情報保護に関する問題は生じない。本研究のデータ管理および解析はすべて筑波大学ヘルスサービスリサーチ分野研究室で実施した。

3 結果

1) 対象者の基本属性

対象者全員の基本属性の結果を表 2-1 に示した。分析対象者の平均年齢±標準偏差は 30.36±5.6 歳であった。性別では「男性」67,177 名 (49.1%)、「女性」69,672 名 (50.9%) でやや女性の方が多い割合であった。居住地域 (市郡) に関しては、「人口 15 万人以上の市に住む」人 (31.9%) が最も多く、次いで「人口 5 万人以上 15 万人未満の市に住む」人 (27.8%) であった。婚姻状態においては「有配偶」(47.7%) に比して「未婚者」(48.7%) が多く、世帯人員では「2 人以上いる」人 (90.5%) が「1 人のみ」(9.5%) より多かった。経済状態をみると、医療保険においては「国民保険加入者」(22.7%) より「被用者保険加入者」(77.3%) の方が多く、「仕事がない」人 (21.3%) に比して「仕事がある」人 (78.7%) の方がより多かった。医療サービスへのアクセスをみると、「通院していない」(83.1%)、「健康診断を受診している」(61.0%) 人の方が多かった。健康状態においては、「生活に影響がない」(94.5%)、「主観的健康感が普通」(45.7%)、「悩み・ストレスを感じない」(54.6%)、「精神健康感が良い」(69.1%) 人が占めていた。健康関連行動においては「喫煙していない」(65.0%) 人の方が多かった。

2) 聴覚障害の有無における属性の相違について

(1) 聴覚障害の有無の比較：単変量解析の結果

単変量解析による聴覚障害の有無の比較結果を表 2-1 に示す。回答が得られた聴覚障害あり群は 1,012 名 (0.7%)、聴覚障害なし群は 135,837 名 (99.3%) であった。各属性に占める聴覚障害あり群の特性および割合が聴覚障害なし群に比して有意に高かったのは以下の項目である。以下、各属性における聴覚障害あり群の割合および聴覚障害なし群の割合と比較した χ^2 値 (または t 値) および p 値を示す。「女性」(59.9% vs. 50.9%, $\chi^2(1)=26.44, p<0.001$)、婚姻状態において「離別」(6.1% vs. 3.3%, $\chi^2(3)=25.31, p<0.001$) の割合が有意に多かった。経済状態においては「国民健康保険に加入している」(27.5% vs. 22.7%, $\chi^2(1)=12.90, p<0.001$)、「仕事がない」(24.0% vs. 21.3%, $\chi^2(1)=4.11, p=0.043$) 割合が有意に高かった。医療サービスへのアクセスとして「通院している」(42.9% vs. 16.7%, $\chi^2(1)=478.10, p<0.001$)、健康状態において「主観的健康感が悪い」(49.7% vs. 8.7%, $\chi^2(2)=2081.00, p<0.001$)、「悩み・ストレスがある」(88.3% vs. 54.3%, $\chi^2(1)=458.73, p<0.001$)、「精神的健康感が悪い」(70.4% vs. 30.6%, $\chi^2(1)=690.59, p<0.000$)、そして健康関連行動として「喫煙している」(38.5% vs. 34.9%, $\chi^2(1)=5.35, p=0.021$) 割合が有意に高いことが示された。居住地域 (市群)、世帯人員、健診受診において有意な差は認められなかった。

性別の違いによって、社会経済的、医療サービスへのアクセス、健康関連行動、健康に違いが生じることが考えられる。そこで、性別に分けて聴覚障害の有無における違いを単変量解析により比較した結果を表 2-1 に示す。まず男性において聴覚障害あり群の方が有意に多かったのは、「国民健康保険に加入している」(27.1% vs. 22.7%, $\chi^2(1)=4.43, p=0.035$)、「通院している」(34.5% vs. 14.0%, $\chi^2(1)=139.56, p<0.001$)、「主観的健康感が悪い」(48.4% vs. 7.8%, $\chi^2(2)=915.45, p<0.001$)、「悩み・ストレスを抱えている」(86.1% vs. 48.4%, $\chi^2(1)=230.75, p<0.001$)、「精神健康感が悪い」

(69.7% vs. 28.1%, $\chi^2(1)=328.74, p<0.001$) の 5 項目であった。女性では「未婚」または「離別」している (47.1% vs. 43.9%, 8.2% vs. 4.5%, $\chi^2(3)=25.41, p<0.001$)、世帯人員は「1 人である」 (9.5% vs. 6.9%, $\chi^2(1)=6.36, p=0.012$)、「国民保険に加入している」 (27.8% vs. 22.7%, $\chi^2(1)=8.57, p=0.003$)、「通院している」 (48.7% vs. 19.4%, $\chi^2(1)=315.43, p<0.001$)、「主観的健康感が悪い」 (50.6% vs. 9.5%, $\chi^2(2)=1142.54, p<0.001$)、「悩み・ストレスを抱えている」 (89.8% vs. 60.0%, $\chi^2(1)=215.27, p<0.001$)、「精神健康感が悪い」 (70.8% vs. 33.0%, $\chi^2(1)=352.61, p<0.001$)、「喫煙している」 (30.3% vs. 19.0%, $\chi^2(1)=47.86, p<0.001$) の 9 項目において聴覚障害あり群の方が有意に多かった。

表 2-1 分析対象者の属性 聴覚障害有無の比較 (n=136,849)

従属変数	全体		全部 (n=136,849))				t-検定	聴覚障害あり (n = 415)		聴覚障害なし (n = 66,762)		t-検定	聴覚障害あり (n = 597)		聴覚障害なし (n = 69,075)		t-検定							
	平均 ± SD		聴覚障害あり (n = 1,012)		聴覚障害なし (n = 135,837)			平均 ± SD		平均 ± SD			平均 ± SD		平均 ± SD									
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%								
年齢 (歳)	30.36 ± 5.64		30.35 ± 5.74		30.36 ± 5.64		-0.04†	30.39±5.76		30.33±5.66		0.19†	30.33±5.73		30.39±5.63		-0.25†							
	n	%	n	%	n	%	χ ² 検定	n	%	n	%	χ ² 検定	n	%	n	%	χ ² 検定							
基本属性																								
性別																	26.64	***						
男性	67,177	49.1	415	41.0	66,762	49.1																		
女性	69,672	50.9	597	59.9	69,075	50.9																		
居住地域 (市郡)																	9.07		9.21				8.39	
大都市	25,189	18.4	213	21.0	24,976	18.4		88	21.2	12,230	18.3		125	20.9	12,746	18.5								
人口 15 万人以上の市	43,591	31.9	325	32.1	43,266	31.9		121	29.2	21,158	31.7		204	34.2	22,108	32.0								
人口 5 万人以上 15 万人	38,017	27.8	277	27.4	37,740	27.8		113	27.2	18,672	28.0		164	27.5	19,068	27.6								
人口 5 万人未満	12,967	9.5	96	9.5	12,871	9.5		52	12.5	6,323	9.5		44	7.4	6,548	9.5								
郡部	17,085	12.5	101	10.0	16,984	12.5		41	9.9	8,379	12.6		60	10.1	8,605	12.5								
社会経済的状況																								
婚姻状態																	25.31	***	6.80				25.41	***
有配偶	65,305	47.7	467	46.1	64,838	47.7		202	48.7	29,387	44.0		265	44.4	35,451	51.3								
未婚	66,692	48.7	480	47.4	66,212	48.7		199	48.0	35,860	53.7		281	47.1	30,352	43.9								
死別	309	0.2	3	0.3	306	0.2		1	0.2	117	0.2		2	0.3	189	0.3								
離別	4,543	3.3	62	6.1	4,481	3.3		13	3.1	1,398	2.1		49	8.2	3,083	4.5								
世帯人員																	0.60		0.40				6.36	*
1 人	12,954	9.5	103	10.2	12,851	9.5		46	11.1	8,075	12.1		57	9.5	4,776	6.9								
2 人以上	123,895	90.5	909	89.8	122,986	90.5		369	88.9	58,687	87.9		540	90.5	64,299	93.1								
医療保険 [#]																	12.90	***	4.43	*			8.57	**
国民健康保険	30,049	22.7	266	27.5	29,783	22.7		109	27.1	14,601	22.7		157	27.8	15,182	22.7								
被用者保健	102,254	77.3	700	72.5	101,554	77.3		293	72.9	49,714	77.3		407	72.2	51,840	77.3								
仕事 [#]																	4.11	*	2.30				0.00	
なし	29,025	21.3	241	24.0	28,784	21.3		55	13.3	7,269	11.0		186	31.4	21,515	31.3								
あり	106,175	78.7	765	76.0	106,175	78.7		358	86.7	58,944	89.0		407	68.6	47,231	68.7								
医療サービスへのアクセス																								
通院状態 [#]																	478.10	***	139.56	***			315.43	***
あり	22,730	16.9	424	42.9	22,306	16.7		139	34.5	9,134	14.0		285	48.7	13,172	19.4								
なし	111,560	83.1	564	57.1	110,996	83.3		264	65.5	56,304	86.0		300	51.3	54,692	80.6								
健康診断 [#]																	2.22		0.47				0.09	
あり	81,001	61.0	585	58.7	80,416	61.0		279	67.9	44,888	69.5		306	52.2	35,528	52.8								
なし	51,854	39.0	412	41.3	51,442	39.0		132	32.1	19,743	30.5		280	47.8	31,699	47.2								

†) t 検定、無印) χ² 検定、¶) 縦トータル 100%、#) 欠損値は削除した、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

表 2-1(続き 1) 分析対象者の属性 聴覚障害有無の比較 (n=136,849)

項目	全体		全部 (n=136,849)				χ^2 検定	男性 (n=67,177)				χ^2 検定	女性 (n=69,672)				χ^2 検定		
			聴覚障害あり (n = 1,012)		聴覚障害なし (n = 135,837)			聴覚障害あり (n = 415)		聴覚障害なし (n = 66,762)			聴覚障害あり (n = 597)		聴覚障害なし (n = 69,075)				
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%			
健康状態																			
主観的健康感 [#]							2081.00	***					915.45	***			1142.54	***	
悪い	11,711	9.0	487	49.7	11,224	8.7			196	48.4	4,948	7.8			291	50.6	6,276	9.5	
普通	59,533	45.7	381	38.9	59,152	45.7			150	37.0	28,673	45.3			231	40.2	30,479	46.1	
良い	59,067	45.3	112	11.4	58,955	45.6			59	14.6	29,615	46.8			53	9.2	29,340	44.4	
悩み・ストレス							458.73	***					230.75	***				215.27	***
あり	72,459	54.6	879	88.3	71,580	54.3			352	86.1	31,187	48.4			527	89.8	40,393	60.0	
なし	60,273	45.4	117	11.7	60,156	45.7			57	13.9	33,246	51.6			60	10.2	26,910	40.0	
精神的健康感 [#]							690.59	***					328.74	***				352.61	***
悪い	39,165	30.9	662	70.4	38,503	30.6			271	69.7	17,197	28.1			391	70.8	21,306	33.0	
良い	87,544	69.1	279	29.6	87,265	69.4			118	30.3	44,007	71.9			161	29.2	43,258	67.0	
健康関連行動																			
喫煙 [#]							5.35	*					0.42					47.86	***
喫煙	46,158	35.0	380	38.5	45,778	34.9			204	50.0	33,052	51.6			176	30.3	12,726	19.0	
非喫煙	85,849	65.0	608	61.5	85,241	65.1			204	50.0	31,003	48.4			404	69.7	54,238	81.0	

無印) χ^2 検定、¶) 縦トータル 100%、#) 欠損値は削除した、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

（２）聴覚障害の有無の比較：多変量解析の結果

全体における聴覚障害の有無にみた多変量解析の結果を表 2-2 に示す。聴覚障害あり群に関連する要因として、「国民健康保険に加入している」（OR：1.24, 95%CI：1.08-1.42）、「通院している」（OR：3.58, 95%CI：3.15-4.08）、「主観的健康感が悪い」（OR：5.88, 95%CI：4.89-7.06）、「悩みやストレスがある」（OR：5.26, 95%CI：4.43-6.25）、「精神的健康感が悪い」（OR：4.89, 95%CI：4.27-5.60）、「喫煙している」（OR：1.33, 95%CI：1.15-1.54）が有意となった。

性別にみた聴覚障害の有無にみた多変量解析の結果を表 2-2 に示す。聴覚障害あり群に関連する要因として、まず男性において「配偶者あり」（OR：0.77 95%CI：0.62-0.96）、「通院している」（OR：3.29, 95%CI：2.67-4.06）、「主観的健康感が悪い」（OR：4.99, 95%CI：3.80-6.55）、「悩みやストレスがある」（OR：6.33, 95%CI：4.84-8.30）、「精神的健康感が悪い」（OR：5.74, 95%CI：4.63-7.11）が有意となった。女性においては、「配偶者なし」（OR：1.35, 95%CI：1.11-1.63）、「国民健康保険に加入している」（OR：1.29, 95%CI：1.07-1.56）、「通院している」（OR：3.96, 95%CI：3.36-4.66）、「主観的健康感が悪い」（OR：7.68, 95%CI：5.83-10.11）、「悩みやストレスがある」（OR：5.49, 95%CI：4.26-7.09）、「精神的健康感が悪い」（OR：4.85, 95%CI：4.04-5.82）、「喫煙している」（OR：1.84, 95%CI：1.54-2.20）が有意となった。性別における交互作用の検討を行った結果、「無配偶」（ $p<0.001$ ）、「主観的健康感が悪い」（ $p=0.022$ ）、「喫煙している」（ $p<0.001$ ）において有意な関連が認められた。

表 2-2 全体および性別にみる聴覚障害ありに関連する多変量解析

従属変数	全体 [†]			男性 [†]			女性 [†]			交互作用 <i>p</i> 値 (性別×聴覚障害の有無)
	オッズ比*	95% 信頼区間	<i>p</i> 値	オッズ比*	95% 信頼区間	<i>P</i> 値	オッズ比*	95% 信頼区間	<i>P</i> 値	
配偶者がいない	1.013	0.940 - 1.092	0.742	0.770	0.616 - 0.963	0.022	1.346	1.114 - 1.626	0.002	< 0.001
国民健康保険	1.237	1.082 - 1.415	0.002	1.225	0.983 - 1.528	0.071	1.293	1.074 - 1.557	0.007	0.864
仕事していない	1.061	0.910 - 1.237	0.447	1.269	0.930 - 1.732	0.134	1.002	0.842 - 1.192	0.981	0.180
通院している	3.582	3.146 - 4.076	< 0.001	3.290	2.670 - 4.055	< 0.001	3.955	3.360 - 4.660	< 0.001	0.129
主観的健康感が悪い	5.877	4.889 - 7.064	< 0.001	4.988	3.804 - 6.547	< 0.001	7.675	5.830 - 10.105	< 0.001	0.022
悩み・ストレスある	5.259	4.433 - 6.246	< 0.001	6.334	4.836 - 8.298	< 0.001	5.490	4.255 - 7.085	< 0.001	0.638
精神的健康感が悪い	4.889	4.267 - 5.601	< 0.001	5.737	4.632 - 7.106	< 0.001	4.850	4.043 - 5.818	< 0.001	0.212
喫煙している	1.328	1.149 - 1.536	< 0.001	0.935	0.770 - 1.137	0.502	1.839	1.540 - 2.195	< 0.001	< 0.001

*) オッズ比 : 全体においては年齢と性別、性別においては年齢で調整

†) 全体 (*n* = 136,849)、男性 (*n* = 67,177)、女性(*n* = 69,672)、観測値はそれぞれの従属変数によって異なる。

（３）聴覚障害の有無における健康診断を受けなかった理由の比較：単変量解析の結果

聴覚障害の有無における健康診断を受けない理由に相違があるかどうか単変量解析により比較した結果を表 2-3 に示す。まず、全体的に健康診断を受けなかった理由として「時間がとれなかったから」(32.3%) が一番多く、次いで「費用がかかるから」(24.4%)、「めんどうだから」(21.7%)「心配な時はいつでも医療機関を受診できるから」(19.4%) の順に多かった。「該当なし」に対して「該当あり」回答の割合が 10%未満は解釈の対象外とした。聴覚障害の有無における違いを比較した結果、聴覚障害あり群に有意に多かったのは、「知らなかったから」(15.3% vs. 10.0%, $\chi^2(1)=12.51$, $p<0.001$)、「費用がかかるから」(44.7% vs. 24.3%, $\chi^2(1)=91.91$, $p<0.001$)、「面倒だから」(30.3% vs. 21.7%, $\chi^2(1)=18.15$, $p<0.001$) の 3 項目であった。次に性別に分けて聴覚障害の有無における違いを比較した結果、まず男性において聴覚障害者群の方が有意に多かったのは、「費用がかかるから」(35.6% vs. 20.0%, $\chi^2(1)=19.96$, $p<0.001$)、「面倒だから」(37.1% vs. 25.0%, $\chi^2(1)=10.22$, $p=0.001$) の 2 項目であった。女性においては、「費用がかかるから」(48.9% vs. 27.0%, $\chi^2(1)=67.70$, $p<0.001$)、「面倒だから」(27.1% vs. 19.6%, $\chi^2(1)=10.13$, $p=0.001$) の 2 項目において聴覚障害あり群の方が有意に多かった。

表 2-3 聴覚障害有無における健康診断を受けなかった理由 (n = 51,854)

従属変数	全体 (n = 51,854)		聴覚障害あり (n=412)		聴覚障害なし (n = 51,442)		χ^2 検定	聴覚障害あり (n = 132)		聴覚障害なし (n = 19,743)		χ^2 検定	聴覚障害あり (n = 280)		聴覚障害なし (n = 31,699)		χ^2 検定	
	n	％ [¶]	n	％ [¶]	n	％ [¶]		n	％ [¶]	n	％ [¶]		n	％ [¶]	n	％ [¶]		
知らなかった							12.51	***				12.36					3.50	
該当あり	5,221	10.1	63	15.3	5,158	10.0			25	18.9	1,933	9.8		38	13.6	3,225	10.2	
該当なし	46,633	89.9	349	84.7	46,284	90.0			107	81.1	17,810	90.1		242	86.4	28,474	89.8	
時間がとれなかった							0.41					2.03					0.031	
該当あり	16,735	32.3	139	33.7	16,596	32.3			51	38.6	6,474	32.8		88	31.4	10,122	31.9	
該当なし	35,119	67.7	273	66.3	34,846	67.7			81	61.4	13,269	67.2		192	68.6	21,577	68.1	
場所が遠い							18.14					10.94					8.40	
該当あり	872	1.7	18	4.4	854	1.7			6	4.5	252	1.3		12	4.3	602	1.9	
該当なし	50,982	98.3	394	95.6	50,588	98.3			126	95.5	19,491	98.7		268	95.7	31,097	98.1	
費用がかかる							91.91	***				19.96	***				67.70	**
該当あり	12,675	24.4	184	44.7	12,491	24.3			47	35.6	3,944	20.0		137	48.9	8,547	27.0	*
該当なし	39,179	75.6	228	55.3	38,951	75.7			85	64.4	15,799	80.0		143	51.1	23,152	73.0	
検査等に不安がある							40.15					4.88					32.18	
該当あり	1,678	3.2	36	8.7	1,642	3.2			6	4.5	375	1.9		30	10.7	1,267	4.0	
該当なし	50,176	96.8	376	91.3	19,800	96.8			126	95.5	19,368	98.1		250	89.3	30,432	96.0	
その時、医療機関に入院							10.50					0.03					10.99	
該当あり	1,168	2.3	19	4.6	1,149	2.2			2	1.5	267	1.4		17	6.1	882	2.8	
該当なし	50,686	97.7	393	95.4	50,293	97.8			130	98.5	19,476	98.6		263	93.9	30,817	97.2	
毎年受ける必要性を感じない							0.09					0.12					0.22	
該当あり	5,655	10.9	43	10.4	5,612	10.9			19	14.4	2,635	13.3		24	8.6	2,977	9.4	
該当なし	46,199	89.1	369	89.6	45,830	89.1			113	85.6	17,108	86.7		256	91.4	28,722	90.6	
健康状態に自信あり							25.68					10.28					14.30	
該当あり	6,018	11.6	15	3.6	6,003	11.7			6	4.5	2,831	14.3		9	3.2	31,72	10.0	
該当なし	45,836	88.4	397	96.4	45,439	88.3			126	95.5	16,912	85.7		271	96.8	28,527	90.0	
心配な時いつも医療機関受診							2.99					1.31					2.22	
該当あり	10,046	19.4	66	16.0	9,980	19.4			17	12.9	3,275	16.6		49	17.5	6,705	21.2	
該当なし	41,808	80.6	346	84.0	41,462	80.6			115	87.1	16,468	83.4		231	82.5	24,994	78.8	
結果が不安なため受けたくない							41.38					31.29					16.16	
該当あり	1,723	3.3	37	9.0	1,686	3.3			14	10.6	526	2.7		23	8.2	1,160	3.7	
該当なし	50,131	96.7	375	91.0	49,756	96.7			118	89.4	19,217	97.3		257	91.8	30,539	96.3	
面倒だから							18.15	***				10.22	**				10.13	**
該当あり	11,263	21.7	125	30.3	11,138	21.7			49	37.1	4,939	25.0		76	27.1	6,199	19.6	
該当なし	40,591	78.3	287	69.7	40,304	78.3			83	62.9	14,804	75.0		204	72.9	25,500	80.4	

¶) 縦トータル 100%、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

（４）聴覚障害の有無における悩み・ストレスの原因および相談方法：単変量解析の結果

聴覚障害の有無における悩み・ストレスの原因に相違があるかどうか単変量解析による比較検討を行った結果を表 2-4 に示す。まず、全体的に悩み・ストレスの原因として「自分の仕事」(53.1%) が一番多く、次いで「収入・家計・借金等」(34.8%)、「家族以外との人間関係」(21.9%) の順に多かった。聴覚障害の有無における違いを比較した結果、聴覚障害あり群に有意に多かったのは、「家族との人間関係」(29.0% vs. 14.3%, $\chi^2(1)=150.93, p<0.001$)、「家族以外との人間関係」(39.4% vs. 21.7%, $\chi^2(1)=159.24, p<0.001$)、「生き甲斐に関すること」(27.0% vs. 11.1%, $\chi^2(1)=220.31, p<0.001$)、「自由にできる時間がない」(26.5% vs. 14.2%, $\chi^2(1)=106.07, p<0.001$)、「収入・家計・借金等」(55.4% vs. 34.6%, $\chi^2(1)=165.89, p<0.001$)、「子どもの教育」(17.4% vs. 12.2%, $\chi^2(1)=21.69, p<0.001$)、「自分の仕事」(58.5% vs. 53.0%, $\chi^2(1)=10.42, p<0.001$)、「住まいや生活環境」(19.7% vs. 10.0%, $\chi^2(1)=89.76, p<0.001$) の 8 項目であった。次に性別に分けて聴覚障害の有無における違いを比較した結果、性別に関わらず聴覚障害者群の方が有意に多かったのは「家族との人間関係」「家族以外との人間関係」「自由にできる時間がない」「収入・家計・借金等」「自分の仕事」の 5 項目であった。「生き甲斐に関すること」は男性において、「家事」「子どもの教育」「住まいや生活環境」においては女性においてのみ、聴覚障害あり群の方が有意に多かった。

次に、聴覚障害の有無における悩み・ストレスの相談方法に相違があるかどうか単変量解析による比較検討を行った結果を表 2-5 に示す。まず、全体的に悩み・ストレスの相談方法として「家族に相談している」(50.6%) が一番多く、次いで「友人・知人に相談している」(49.1%) が多かった。聴覚障害の有無における違いを比較した結果、聴覚障害あり群に有意に多かったのは、「家族に相談していない」(49.4% vs. 45.4%, $\chi^2(1)=5.46, p=0.019$)、「友人・知人に相談していない」(50.9% vs. 46.9%, $\chi^2(1)=5.58, p=0.018$)、「病院・診療所の医師に相談している」(11.3% vs. 5.1%, $\chi^2(1)=67.43, p<0.001$)、「相談したいが誰にも相談できないでいる」(9.8% vs. 5.3%, $\chi^2(1)=35.50, p<0.001$)、「相談したいがどこに相談したらよいかわからない」(6.3% vs. 2.6%, $\chi^2(1)=46.75, p<0.001$) の 5 項目であった。次に性別に分けて聴覚障害の有無における違いを比較した結果、性別に関わらず聴覚障害者群の方が有意に多かったのは「友人・知人に相談していない」「病院・診療所の医師に相談している」「相談したいがどこに相談したらよいかわからない」の 3 項目であった。「相談したいが誰にも相談できないでいる」は男性において、「家族に相談していない」「相談する必要はないので誰にも相談していない」においては女性においてのみ、聴覚障害あり群の方が有意に多かった。

表 2-4 聴覚障害有無における悩み・ストレス原因 (n = 72,459)

従属変数	全体 (n = 72,459)		聴覚障害あり (n = 879)		全部 聴覚障害なし (n = 71,580)		χ^2 検定	聴覚障害あり (n = 352)		男性(n = 31,539) 聴覚障害なし (n = 31,187)		χ^2 検定	聴覚障害あり (n = 527)		女性(n = 40,920) 聴覚障害なし (n = 40,393)		χ^2 検定		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%			
家族との人間関係							150.93	***					71.51	***			78.48	***	
該当あり	10,511	14.5	255	29.0	10,256	14.3			86	24.4	3,264	10.5			169	32.1	6,992	17.3	
該当なし	61,948	85.5	624	71.0	61,324	85.7			266	75.6	27,923	89.5			358	67.9	33,401	82.7	
家族以外との人間関係							159.24	***					97.75	***				66.93	***
該当あり	15,850	21.9	346	39.4	15,504	21.7			141	40.1	5,963	19.1			205	38.9	9,541	23.6	
該当なし	56,609	78.1	533	60.6	56,076	78.3			211	59.9	25,224	80.9			322	61.1	30,852	76.4	
恋愛・性に関すること							46.78						24.37					23.06	
該当あり	6,041	8.3	129	14.7	5,912	8.3			55	15.6	2,587	8.3			74	14.0	3,325	8.2	
該当なし	66,418	91.7	750	85.3	65,668	91.7			297	84.4	28,600	91.7			453	86.0	37,068	91.8	
結婚							4.23						1.75					2.58	
該当あり	5,221	7.2	79	9.0	5,142	7.2			33	9.4	2,340	7.5			46	8.7	2,802	6.9	
該当なし	67,238	92.8	800	91.0	66,438	92.8			319	90.6	28,847	92.5			481	91.3	37,591	93.1	
離婚							15.56						2.14					13.70	
該当あり	859	1.2	23	2.6	836	1.2			6	1.7	294	0.9			17	3.2	542	1.3	
該当なし	71,600	98.8	856	97.4	70,744	98.8			346	98.3	30,893	99.1			510	96.8	39,851	98.7	
いじめ、セクシュアル							61.61						87.34						
該当あり	626	0.9	29	3.3	597	0.8			18	5.1	226	0.7			11	2.1	371	0.9	
該当なし	71,833	99.1	850	96.7	70,983	99.2			334	94.9	30,961	99.3			516	97.9	40,022	99.1	
生き甲斐に関すること							220.31	***					110.86	***				115.23	
該当あり	8,147	11.2	237	27.0	7,910	11.1			112	31.8	3,998	12.8			125	23.7	3,912	9.7	
該当なし	64,312	88.8	642	73.0	63,670	88.9			240	68.2	27,189	87.2			402	76.3	36,481	90.3	
自由にできる時間がない							106.07	***					70.61	***				42.05	***
該当あり	10,399	14.4	233	26.5	10,166	14.2			103	29.3	4,271	13.7			130	24.7	5,895	14.6	
該当なし	62,060	85.6	646	73.5	61,414	85.8			249	70.7	26,916	86.3			397	75.3	34,498	85.4	
収入・家計・借金等							165.89	***					79.74	***				87.17	***
該当あり	25,239	34.8	487	55.4	24,752	34.6			202	57.4	10,785	34.6			285	54.1	13,967	34.6	
該当なし	47,220	65.2	392	44.6	46,828	65.4			150	42.6	20,402	65.4			242	45.9	26,426	65.4	
自分の病気や介護							449.82						171.44					274.19	
該当あり	5,035	6.9	220	25.0	4,815	6.7			81	23.0	1,885	6.0			139	26.4	2,930	7.3	
該当なし	67,424	93.1	659	75.0	66,765	93.3			271	77.0	29,302	94.0			388	73.6	37,463	92.7	
家族の病院や介護							62.41						39.10					26.42	
該当あり	4,181	5.8	105	11.9	4,076	5.7			40	11.4	1,378	4.4			65	12.3	2,698	6.7	
該当なし	68,278	94.2	774	88.1	67,504	94.3			312	88.6	29,809	95.6			462	87.7	37,695	93.3	

¶) 縦トータル 100%、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

表 2-4（続き） 聴覚障害の有無における悩み・ストレス原因 (n = 72,459)

従属変数	全体 (n = 72,459)						χ^2 検定	全部 聴覚障害あり (n = 879)				χ^2 検定	男性(n = 31,539) 聴覚障害あり (n = 352)				χ^2 検定	女性(n = 40,920) 聴覚障害あり (n = 527)				χ^2 検定
	聴覚障害なし (n = 71,580)		聴覚障害あり (n = 31,187)		聴覚障害なし (n = 31,187)			聴覚障害あり (n = 40,393)														
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%								
妊娠・出産							0.15					1.09					0.99					
該当あり	2,735	3.8	31	3.5	2,704	3.8		4	1.1	211	0.7		27	5.1	2,493	6.2						
該当なし	69,724	96.2	848	96.5	68,876	96.2		348	98.9	30,976	99.3		500	94.9	37,900	93.8						
育児							2.01					8.98					0.02					
該当あり	9,081	12.5	124	14.1	8,957	12.5		22	6.3	1,044	3.3		102	19.4	7,913	19.6						
該当なし	63,378	87.5	755	85.9	62,623	87.5		330	93.8	30,143	96.7		425	80.6	32,480	80.4						
家事							62.75					51.46					32.08 ***					
該当あり	4,897	6.8	118	13.4	4,779	6.7		20	5.7	399	1.3		98	18.6	4,380	10.8						
該当なし	67,562	93.2	761	86.6	66,801	93.3		332	94.3	30,788	98.7		429	81.4	36,013	89.2						
自分の学業・受験・進学							6.07					0.92					5.90					
該当あり	3,428	4.7	57	6.5	3,371	4.7		21	6.0	1,515	4.9		36	6.8	1,856	4.6						
該当なし	69,001	95.3	822	93.5	68,209	95.3		331	94.0	29,672	95.1		491	93.2	38,537	95.4						
子どもの教育							21.69 ***					11.36					9.72 **					
該当あり	8,899	12.3	153	17.4	8,746	12.2		34	9.7	1,721	5.5		119	22.6	7,025	17.4						
該当なし	63,560	87.7	726	82.6	62,834	87.8		318	90.3	29,466	94.5		408	77.4	33,368	82.6						
自分の仕事							10.42 **					2.84					11.61 **					
該当あり	38,457	53.1	514	58.5	37,943	53.0		242	68.8	20,093	64.4		272	51.6	17,850	44.2						
該当なし	34,002	46.9	365	41.5	33,637	47.0		110	31.3	11,094	35.6		255	48.4	22,543	55.8						
家族の仕事							34.89					20.17					16.13					
該当あり	3,339	4.6	77	8.8	3,262	4.6		23	6.5	824	2.6		54	10.2	2,438	6.0						
該当なし	69,120	95.4	802	91.2	68,318	95.4		329	93.5	30,363	97.4		473	89.9	37,955	94.0						
住まいや生活環境							89.76 ***					41.38					47.69 ***					
該当あり	7,324	10.1	173	19.7	7,151	10.0		66	18.8	2,771	8.9		107	20.3	4,380	10.8						
該当なし	65,135	89.9	706	80.3	64,429	90.0		286	81.3	28,416	91.1		420	79.7	36,013	89.2						

¶) 縦トータル 100%、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

表 2-5 聴覚障害の有無における悩み・ストレス相談方法 (n = 72,459)

従属変数	全体 (n = 72,459)		聴覚障害あり (n = 879)		全部 聴覚障害なし (n = 71,580)		χ^2 検定	聴覚障害あり (n = 352)		男性(n = 31,539) 聴覚障害なし (n = 31,187)		χ^2 検定	聴覚障害あり (n = 527)		女性(n = 40,920) 聴覚障害なし (n = 40,393)		χ^2 検定		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%			
家族に相談している							5.46	*				0.51					8.45	**	
該当あり	39,509	54.5	445	50.6	39,064	54.6			155	44.0	14,328	45.9		290	55.0	24,736	61.2		
該当なし	32,950	45.4	434	49.4	32,516	45.4			197	56.0	16,859	54.1		237	45.0	15,657	38.8		
友人・知人に相談している							5.58	*				4.12	*					4.34	*
該当あり	38,475	53.1	432	49.1	38,043	53.1			124	35.2	12,652	40.6		308	58.4	25,391	62.9		
該当なし	33,984	46.9	447	50.9	33,537	46.9			228	64.8	18,535	59.4		219	41.6	15,002	37.1		
職場の上司・学校の先生							2.22					0.45						1.68	
該当あり	7,181	9.9	74	8.4	7,107	9.9			36	10.2	3,544	11.4		38	7.2	3,563	8.8		
該当なし	65,278	90.1	805	91.6	64,473	90.1			316	89.8	27,643	88.6		489	92.8	36,830	91.2		
公的な機関を利用している							0.82					0.00						0.91	
該当あり	1,056	1.5	16	1.8	1,040	1.5			3	0.9	274	0.9		13	2.5	766	1.9		
該当なし	71,403	98.5	863	98.2	70,540	98.5			349	99.1	30,913	99.1		514	97.5	39,627	98.1		
民間の相談機関を利用							16.51	***				3.34						13.16	***
該当あり	412	0.6	14	1.6	398	0.6			4	1.1	145	0.5		10	1.9	253	0.6		
該当なし	72,047	99.4	865	98.4	71,182	99.4			348	98.9	31,042	99.5		517	98.1	40,140	99.4		
病院・診療所の医師に相談							67.43	***				13.11	***					52.93	***
該当あり	3,745	5.2	99	11.3	3,646	5.1			27	7.7	1,215	3.9		72	13.7	2,431	6.0		
該当なし	68,714	94.8	780	88.7	67,934	94.9			325	92.3	29,972	96.1		455	86.3	37,962	94.0		
テレビ・ラジオ・新聞等							3.24					1.40						1.77	
該当あり	533	0.7	11	1.3	522	0.7			4	1.1	197	0.6		7	1.3	325	0.8		
該当なし	71,926	99.3	868	98.7	71,058	99.3			348	98.9	30,990	99.4		520	98.7	40,068	99.2		
上記項目以外で相談している							1.21					0.06						1.37	
該当あり	585	0.8	10	1.1	575	0.8			3	0.9	230	0.7		7	1.3	345	0.9		
該当なし	71,874	99.2	869	98.9	71,005	99.2			349	99.1	30,957	99.3		520	98.7	40,048	99.1		
相談したいが誰にも相談							35.50	***				51.16	***					2.15	
該当あり	3,845	5.3	86	9.8	3,759	5.3			57	16.2	2,059	6.6		29	5.5	1,700	4.2		
該当なし	68,614	94.7	793	90.2	67,821	94.7			295	83.8	29,128	93.4		498	94.5	38,693	95.8		
相談したいがどこに相談							46.75	***				45.41	***					9.06	**
該当あり	1,888	2.6	55	6.3	1,833	2.6			36	10.2	1,095	3.5		19	3.6	738	1.8		
該当なし	70,571	97.4	824	93.7	69,747	97.4			316	89.8	30,092	96.5		508	96.4	39,655	98.2		
相談する必要はないので							0.41					4.23	*					4.04	*
該当あり	10,102	13.9	116	13.2	9,986	14.0			58	16.5	6,537	21.0		58	11.0	3,449	8.5		
該当なし	62,357	86.1	763	86.8	61,594	86.0			294	83.5	24,650	79.0		469	89.0	36,944	91.5		

¶) 縦トータル 100%、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

3) 聴覚障害の性別における属性の相違について

(1) 聴覚障害者の性別の比較：単変量解析の結果

聴覚障害あり群のうち性別における違いを単変量解析により比較した結果を表 2-6 に示す。聴覚障害のある女性の方が有意に多かったのは、「離別」(8.2% vs. 3.1%, $\chi^2(3)=11.38, p=0.010$)、「仕事をしていない」(31.4% vs. 13.3%, $\chi^2(1)=43.53, p<0.001$)、「通院している」(48.7% vs. 34.5%, $\chi^2(1)=19.71, p<0.001$)、「健康診断を受診していない」(47.8% vs. 32.1%, $\chi^2(1)=24.45, p<0.001$)、「主観的健康感が悪い、普通」(50.6% vs. 48.4%, 40.2% vs. 37.0%, $\chi^2(2)=6.78, p=0.034$)、「喫煙していない」(69.7% vs. 50.0%, $\chi^2(1)=39.09, p<0.001$) の 6 項目であった。

表 2-6 聴覚障害者における性別と関連要因 (n=1,012)

従属変数	全体 (n=1,012)		男性 (n=415)		女性 (n=597)		t-検定
	平均±SD		平均±SD		平均±SD		
年齢（歳）	30.35±5.74		30.39±5.76		30.33±5.73		0.142 [†]
	n	% [‡]	n	% [‡]	n	% [‡]	χ ² 検定
居住地域（市郡）							8.81
大都市	213	21.0	88	21.2	125	20.9	
人口 15 万人以上の市	325	32.1	121	29.2	204	34.2	
人口 5 万人以上 15 万人未満の市	277	27.4	113	27.2	164	27.5	
人口 5 万人未満	96	9.5	52	12.5	44	7.4	
郡部	101	10.0	41	9.9	60	10.1	
婚姻状態							11.38 *
有配偶	467	46.1	202	48.7	265	44.4	
未婚	480	47.4	199	48.0	281	47.1	
死別	3	0.3	1	0.2	2	0.3	
離別	62	6.1	13	3.1	49	8.2	
世帯人員							0.63
1 人	103	10.2	46	11.1	57	9.5	
2 人以上	909	89.8	369	88.9	540	90.5	
医療保険 [#]							0.06
国民保険	266	27.5	109	27.1	157	27.8	
被用者保健	700	72.5	293	72.9	407	72.2	
就労 [#]							43.53 ***
なし	241	24.0	55	13.3	186	31.4	
あり	765	76.0	358	86.7	407	68.6	
通院状態 [#]							19.71 ***
あり	424	42.9	139	34.5	285	48.7	
なし	564	57.1	264	65.5	300	51.3	
健康診断 [#]							24.45 ***
あり	585	58.7	279	67.9	306	52.2	
なし	412	41.3	132	32.1	280	47.8	
主観的健康感 [#]							6.78 *
悪い	487	49.7	196	48.4	291	50.6	
普通	381	38.9	150	37.0	231	40.2	
良い	112	11.4	59	14.6	53	9.2	
悩み・ストレス							3.21
あり	879	88.3	352	86.1	527	89.8	
なし	117	11.7	57	13.9	60	10.2	
精神的健康 [#]							0.15
悪い	662	70.4	271	69.7	391	70.8	
良い	279	29.6	118	30.3	161	29.2	
喫煙 [#]							39.09 ***
喫煙	380	38.5	204	50.0	176	30.3	
非喫煙	608	61.5	204	50.0	404	69.7	

†) t 検定、無印) χ^2 検定、‡) 縦トータル 100%、#) 欠損値は削除した、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

（２）聴覚障害の性別の比較：多変量解析の結果

聴覚障害の性別にみた多変量解析の結果を表 2-7 に示す。聴覚障害のある女性に関連する要因として、「仕事をしていない」（OR: 2.55 95%CI: 1.78-3.61）、「通院している」（OR: 1.79, 95%CI: 1.38-2.32）、「生活影響がある」（OR: 1.32, 95%CI: 1.05-1.67）、「主観的健康感が悪い」（OR: 1.69, 95%CI: 1.14-2.45）、「喫煙していない」（OR: 0.44, 95%CI: 0.34-0.57）が有意となった。

表 2-7 聴覚障害のある女性に関連する多変量解析 (n=1,012)

従属変数	オッズ比*	95% 信頼区間	p 値
配偶者がいない	0.935	0.739 - 1.184	0.577
国民健康保険に加入	1.158	0.873 - 1.537	0.309
仕事をしていない	2.547	1.799 - 3.607	<0.001
通院している	1.793	1.383 - 2.323	<0.001
主観的健康感が悪い	1.685	1.138 - 2.499	0.009
精神的健康感が悪い	1.280	0.868 - 1.887	0.213
喫煙している	0.438	0.337 - 0.569	<0.001

*) オッズ比：年齢で調整

†) 観測値はそれぞれのアウトカムによって異なる。

（３）聴覚障害の性別における健康診断を受けなかった理由の比較：単変量解析の結果

聴覚障害の性別における違いについて比較した結果を表 2-8 に示す。「費用がかかるから」は聴覚障害のある女性 (48.9% vs. 35.6%, $\chi^2(1)=6.44, p=0.001$) の方が有意に多かったのに対して、「面倒だから」は聴覚障害のある男性 (37.1% vs. 27.1%, $\chi^2(1)=4.23, p=0.040$) の方が有意に多かった。

表 2-8 聴覚障害における性別にみた健康診断を受けなかった理由 (n=412)

従属変数	全体 (n=412)		男性 (n=132)		女性 (n=280)		χ^2 検定
	n	% [¶]	n	% [¶]	n	% [¶]	
知らなかったから							2.00
該当あり	63	15.3	25	18.9	38	13.6	
該当なし	349	84.7	107	81.1	242	86.4	
時間がとれなかったから							2.09
該当あり	139	33.7	51	38.6	88	31.4	
該当なし	273	66.3	81	61.4	192	68.6	
場所が遠いから							0.01
該当あり	18	4.4	6	4.5	12	4.3	
該当なし	394	95.6	126	95.5	268	95.7	
費用がかかるから							6.44 **
該当あり	184	44.7	47	35.6	137	48.9	
該当なし	228	55.3	85	64.4	143	51.1	
検査等に不安があるから							4.28
該当あり	36	8.7	6	4.5	30	10.7	
該当なし	376	91.3	126	95.5	250	89.3	
その時、医療機関に入院していたから							4.23
該当あり	19	4.6	2	1.5	17	6.1	
該当なし	393	95.4	130	98.5	263	93.9	
毎年受ける必要性を感じないから							3.25
該当あり	43	10.4	19	14.4	24	8.6	
該当なし	369	89.6	113	85.6	256	91.4	
健康状態に自信あり、必要性を感じない							0.45
該当あり	15	3.6	6	4.5	9	3.2	
該当なし	397	96.4	126	95.5	271	96.8	
心配な時いつも医療機関受診できる							1.42
該当あり	66	16.0	17	12.9	49	17.5	
該当なし	346	84.0	115	87.1	231	82.5	
結果が不安なため受けたくないから							0.63
該当あり	37	9.0	14	10.6	23	8.2	
該当なし	375	91.0	118	89.4	257	91.8	
面倒だから							4.23 *
該当あり	125	30.3	49	37.1	76	27.1	
該当なし	287	69.7	83	62.9	204	72.9	

¶ 縦トータル 100%、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

(4) 聴覚障害の性別における悩み・ストレスの原因および相談方法の比較：単変量解析の結果

聴覚障害の性別における悩み・ストレスの原因の違いについて比較した結果を表 2-9 に示す。

「生き甲斐に関すること」(31.8% vs. 23.7%, $\chi^2(1)=7.03$, $p=0.008$)「自分の仕事」(68.8% vs. 51.6%, $\chi^2(1)=25.53$, $p<0.001$) は聴覚障害のある男性の方が有意に多かったのに対して、「家族との人間関係」(32.1% vs. 24.4%, $\chi^2(1)=5.98$, $p=0.015$)「育児」(19.4% vs. 6.3%, $\chi^2(1)=29.91$, $p<0.001$)「家事」(18.6% vs. 5.7%, $\chi^2(1)=30.28$, $p<0.001$)「子どもの教育」(22.6% vs. 9.7%, $\chi^2(1)=24.51$, $p<0.001$) は聴覚障害のある女性の方が有意に多かった。

次に聴覚障害の性別における悩み・ストレスの相談方法の違いについて比較した結果を表 2-10 に示す。「相談したいが誰にも相談できないでいる」(16.2% vs. 5.5%, $\chi^2(1)=27.33$, $p<0.001$)

「相談したいがどこに相談したらよいかわからない」(10.2% vs. 3.6%, $\chi^2(1)=15.78$, $p<0.001$)「相談する必要はないので誰にも相談していない」(16.5% vs. 11.0%, $\chi^2(1)=5.52$, $p=0.019$) は聴覚障害のある男性の方が有意に多かったのに対して、「家族に相談している」(55.0% vs. 44.0%, $\chi^2(1)=10.21$, $p=0.001$)「友人・知人に相談している」(58.4% vs. 35.2%, $\chi^2(1)=45.52$, $p<0.001$)「病院・診療所の医師に相談している」(13.7% vs. 7.7%, $\chi^2(1)=7.58$, $p=0.006$) は聴覚障害のある女性の方が有意に多かった。

表 2-9 聴覚障害における性別にみた悩み・ストレス原因 (n=879)

従属変数	全体 (n=879)		男性 (n=352)		女性 (n=527)		χ^2 検定
	n	% [¶]	n	% [¶]	n	% [¶]	
家族との人間関係							5.98 *
該当あり	255	29.0	86	24.4	169	32.1	
該当なし	624	71.0	266	75.6	358	67.9	
家族以外との人間関係							0.12
該当あり	346	39.4	141	40.1	205	38.9	
該当なし	533	60.6	211	59.9	322	61.1	
恋愛・性に関すること							0.42
該当あり	129	14.7	55	15.6	74	14.0	
該当なし	750	85.3	297	84.4	453	86.0	
結婚							0.11
該当あり	79	9.0	33	9.4	46	8.7	
該当なし	800	91.0	319	90.6	481	91.3	
離婚							1.92
該当あり	23	2.6	6	1.7	17	3.2	
該当なし	856	97.4	346	98.3	510	96.8	
いじめ、セクシュアル							6.06
該当あり	29	3.3	18	5.1	11	2.1	
該当なし	850	96.7	334	94.9	516	97.9	
生き甲斐に関すること							7.03 **
該当あり	237	27.0	112	31.8	125	23.7	
該当なし	642	73.0	240	68.2	402	76.3	
自由にできる時間がない							2.29
該当あり	233	26.5	103	29.3	130	24.7	
該当なし	646	73.5	249	70.7	397	75.3	
収入・家計・借金等							0.93
該当あり	487	55.4	202	57.4	285	54.1	
該当なし	392	44.6	150	42.6	242	45.9	
自分の病気や介護							1.27
該当あり	220	25.0	81	23.0	139	26.4	
該当なし	659	75.0	271	77.0	388	73.6	
家族の病院や介護							0.19
該当あり	105	11.9	40	11.4	65	12.3	
該当なし	774	88.1	312	88.6	462	87.7	
妊娠・出産							9.86
該当あり	31	3.5	4	1.1	27	5.1	
該当なし	848	96.5	348	98.9	500	94.9	
育児							29.91 ***
該当あり	124	14.1	22	6.3	102	19.4	
該当なし	755	85.9	330	93.8	425	80.6	
家事							30.28 ***
該当あり	118	13.4	20	5.7	98	18.6	
該当なし	761	86.6	332	94.3	429	81.4	
自分の学業・受験・進学							0.26
該当あり	57	6.5	21	6.0	36	6.8	
該当なし	822	93.5	331	94.0	491	93.2	
子どもの教育							24.51 ***
該当あり	153	17.4	34	9.7	119	22.6	
該当なし	726	82.6	318	90.3	408	77.4	
自分の仕事							25.53 ***
該当あり	514	58.5	242	68.8	272	51.6	
該当なし	365	41.5	110	31.3	255	48.4	
家族の仕事							3.64
該当あり	77	8.8	23	6.5	54	10.2	
該当なし	802	91.2	329	93.5	473	89.8	
住まいや生活環境							0.32
該当あり	173	19.7	66	18.8	107	20.3	
該当なし	706	80.3	286	81.3	420	79.7	

¶) 縦トータル 100%、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

表 2-10 聴覚障害における性別にみた悩み・ストレス相談方法 (n=879)

従属変数	全体 (n=879)		男性 (n=352)		女性 (n=527)		χ^2 検定
	n	% [¶]	n	% [¶]	n	% [¶]	
家族に相談している							10.21 **
該当あり	445	50.6	155	44.0	290	55.0	
該当なし	434	49.4	197	56.0	237	45.0	
友人・知人に相談している							45.52 ***
該当あり	432	49.1	124	35.2	308	58.4	
該当なし	447	50.9	228	64.8	219	41.6	
職場の上司・学校の先生に相談							2.49
該当あり	74	8.4	36	10.2	38	7.2	
該当なし	805	91.6	316	89.8	489	92.8	
公的な機関を利用している							3.08
該当あり	16	1.8	3	0.9	13	2.5	
該当なし	863	98.2	349	99.1	514	97.5	
民間の相談機関を利用している							0.78
該当あり	14	1.6	4	1.1	10	1.9	
該当なし	865	98.4	348	98.9	517	98.1	
病院・診療所の医師に相談している							7.58 **
該当あり	99	11.3	27	7.7	72	13.7	
該当なし	780	88.7	325	92.3	455	86.3	
テレビ・ラジオ・新聞等相談コーナー							0.06
該当あり	11	1.3	4	1.1	7	1.3	
該当なし	868	98.7	348	98.9	520	98.7	
上記項目以外で相談している							0.43
該当あり	10	1.1	3	0.9	7	1.3	
該当なし	869	98.9	349	99.1	520	98.7	
相談したいが誰にも相談できない							27.33 ***
該当あり	86	9.8	57	16.2	29	5.5	
該当なし	793	90.2	295	83.8	498	94.5	
相談したいがどこに相談したら							15.78 ***
該当あり	55	6.3	36	10.2	19	3.6	
該当なし	824	93.7	316	89.8	508	96.4	
相談する必要はないので誰にも相談							5.52 *
該当あり	116	13.2	58	16.5	58	11.0	
該当なし	763	86.8	294	83.5	469	89.0	

¶ 縦トータル 100%、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

4 考察

本研究は、国民生活基礎調査を用いて聴覚障害の有無による相違を明らかにすることを目的とし、聴覚障害あり群と聴覚障害なし群の違いを性別に分けて各項目との関連における比較検討を行った。全国レベルデータによる聴覚障害の有無と関連する要因についてみた分析は、おそらく本研究が初めてである。聴覚障害のある人はない人と比較して、受診率でみた医療サービスへのアクセスは悪くないものの、アクセスの質が悪くニーズに対応できておらず、結果的に健康への影響状態がより悪い傾向にあること、そして性別によってそれぞれ関連する要因が異なることが浮き彫りになった。

聴覚障害の有無と各項目との関連について分析した結果、全体において聴覚障害なし群に比して聴覚障害あり群に有意に関連する要因は、国民健康保険に加入している、通院している、主観的健康感が悪い、悩み・ストレスがある、精神的健康感が悪い、喫煙している割合が有意に高い結果となった。更に性別に分けてみたところ、聴覚障害がある女性は聴覚障害がない女性に比して、配偶者がいない、国民健康保険に加入している、喫煙している割合が有意に高い結果となった。次に、聴覚障害あり群のみで性別による違いをみたところ、聴覚障害がある男性に比して聴覚障害がある女性に有意に関連する要因は、仕事をしていない、通院している、主観的健康感が悪い、喫煙していない割合が有意に高い結果となった。

1) 聴覚障害ありに関連する要因

(1) 社会経済的状况

① 配偶者の有無

多変量解析において「有配偶」回答者を「配偶者あり」、「未婚」「死別」「離別」を「配偶者なし」の2つに群別して分析した結果、聴覚障害のある男性は配偶者がいる傾向があるのに対して、聴覚障害のある女性は配偶者がいない傾向が見られた。米国における先行研究によれば、聴覚障害者はより結婚していないもしくは配偶者がいない割合が多いと言われている (Lee et al., 1996) もの、性別による相違については見ていない。従って、本研究により性別による違いが見られたことについて具体的な説明ができる文献は殆ど見られない。しかしここでは3つ考えられる点についてあげる。まず、聴覚障害の割合の性別における違いと選択的な結婚のパターンである。Preston (1995) は、聴覚障害者はパートナーとして同じ聴覚障害のある相手と結婚する頻度が高いという報告をしているが、聴覚障害のある当事者同時が結婚しパートナーになるということは、双方がよき理解者となり協力者となりうる。経済的な不安よりも精神的なサポートを求めていることが考えられている。本研究では、聴覚障害のある女性の割合が多く、聴覚障害のある女性の方が比率が高いということはなかなか結婚相手を見つけることが難しく、結果的により結婚できないのではないかとということである。しかしながら、聴覚障害者同士の結婚の傾向と聴覚障害のある男性と女性の間で違いがあるかどうかみた先行研究は存在しておらず、解釈には十分に留意する必要があると今後研究の余地があると考ええる。一方、他に考えられる点として、聴覚障害のある男性は聴覚障害のある女性より結婚相手を見つけやすい状態にあるのではないかとということが考えられる。一般に女性は障害者を支援したりする社会

福祉の仕事に就く頻度が高いと言われている。例えば、厚生労働省（2013b）によれば、日本において社会福祉関連の仕事に就いている人のうち 80%は女性であり、また全日本ろうあ連盟（2005）；全国手話通訳問題研究会（2007）；聴力障害者情報文化センター（2010）は手話通訳のうち 80～90%は女性が占めていると述べている。従って、聴覚障害のある男性は聴覚障害について理解のある女性と出会う機会が多いことが予想できる。最後に、聴覚障害のある女性への恥辱で、これには Bell（1883）が提唱した優生学思想が関連していると考えられる。八藤後ら（2005）によれば、日本は 1948 年に「優生保護法」を制定したがこれは優性上の見地から不良な子孫の出生防止と母性の生命・健康の保護を目的とした法律であり、遺伝的に問題があると見なされた障害者は結婚や妊娠することはダブー視され妊娠中絶もしくは断種するつまり優性手術をすることが許されていた。障害者の中には聴覚障害者も含まれていたとのことである。一昔前まで、聴覚障害のある女性は結婚もしくは妊娠すること（または妊娠中絶させられた）が許されなかったという噂がある。しかしながら、聴覚障害のある女性が法律の下で具体的にどのように翻弄されてきたのか、歴史的観点を含んだ文献は全くといっていい程見られていない。今後、こういった事情を説明していくためにも情報収集や分析が欠かせないであろう。一方、単変量解析において「有配偶」「未婚」「死別」「離別」それぞれ聴覚障害の有無により性別で見たところ、聴覚障害のある女性は「離別」している割合が有意に高い結果が出たが夫婦間のなんらかの事情により、離別および離婚せざるをえない状況に置かれていることが伺えた。考えられる要因として、Adams（2010）は聴覚障害のある人は婚姻状態に影響を及ぼしやすい状態にあること、Your Life Choice（2013）はコミュニケーションをあげている。全体的に聴覚障害のある女性は配偶者がいない傾向があることが確認されたことは、社会的孤立の可能性に加えて社会経済的にも悪い立場に置かされていることが考えられる。聴覚障害のある人に絞り、性別に分けて就労状態と配偶者の有無との関連について分析をした結果、まず聴覚障害のある男性においては仕事をしている人の方がより配偶者がいる割合が有意に多かったのに対して聴覚障害のある女性においては仕事をしている方がより配偶者がいない割合が有意に高い結果となった。従って、仕事の有無と配偶者の有無はどちらか一方があることで一方も関連している可能性も考えられる。本研究より、聴覚障害の有無で仕事の有無と配偶者の有無それぞれにおける関連性を男女に分けてみた結果、仕事の有無は性別に関わらず関連が認められなかったのに対して、配偶者の有無では聴覚障害のある男性はより配偶者がいない結果となっている。ゆえに、配偶者の有無の方が関連性が強い傾向にあることが考えられる。

② 就労の有無

聴覚障害の有無で有意な差は認められなかった。一般に障害者は聴者と比して就労率が低いと言われている（内閣府, 2012; 職業安定局高齢・障害者対策部障害者雇用対策課, 2009）。海外における先行研究において、Lee et al.（1996）；Jung et al.（2012）は、聴者と比して就労状態が悪いと報告している。本研究で、聴覚障害の有無で違いが見られなかった理由として、一定割合以上雇用することを義務づけている「障害者の雇用の促進等に関する法律」の取組みが反映していることも考えられる。しかしながら、厚生労働省（1998）；岩山（2013）によれば、聴

聴覚障害者は他の障害者と比して転職経験の割合が高く、入社後3年目で転職を考え30歳までには転職を行う聴覚障害者が多いことを指摘している。さらに近年において企業による聴覚障害者採用が減少傾向にある（岩山, 2013）ことからみても、結果の解釈には注意が必要である。聴覚障害者は就職が出来ても、同一企業で安定したキャリアを積重ねにくいなど職場定着が難しく「聞こえ」が職場定着の阻害要因になっていることが考えられる。また、就労支援期間における聴覚障害者への対応が進んでいない状況があるとみられる。単に就労の有無を聞いているのみの評価による結果の解釈では、「障害者の雇用の促進等に関する法律」の効用性を過大評価してしまう恐れがある。今後、公共職業安定所における聴覚障害者に対応した職場定着支援制度の整備の必要性も考えられるであろう。一方、聴覚障害あり群のみでは聴覚障害のある女性には聴覚障害のある男性に比してより仕事をしていない傾向が見られた。聴覚障害に加えてさらに女性であることでより経済的に不利な立場に置かされていることが示唆された。

③ 医療保険

本研究より聴覚障害あり群は聴覚障害なし群と比してより国民健康保険加入割合が高いという結果を得た。海外において Branchfield et al. (2001) によれば、聴覚障害者はより公的機関の保健に加入する傾向があるとしている。一般に国民健康保険は被用者保険（会社員、公務員、船員が加入）に加入している人以外の自営業を営む人やその家族、被用者保険の退職者、または無職の人が加入するものである。聴覚障害あり群は、会社員、公務員、船員を除く自営業または無職および低収入者の割合が多く、経済状態が低いことが予想される。性別に分けてみると、聴覚障害のある女性には聴覚障害のない女性に比して国民健康保険に加入している割合が有意に高いことが確認された。先述の通り、聴覚障害のある女性には聴覚障害のある男性に比して仕事をしていない傾向があることから、結果的により国民健康保険に加入する傾向にあることが確認された。

（2）医療サービスへのアクセス

① 通院状況

聴覚障害のある人は聴覚障害のない人と比してより通院しているという結果を得たが、先行研究と同様な結果であった（Zazove et al., 1993）。考えられる要因として以下の3点が挙げられる。まず1点目は身体障害者手帳で、聴覚障害のうち身体障害者手帳等級が1～3級を有する人で所得制限基準額を超えていない場合医療費助成を受けられることから、より通院する聴覚障害者が多いことが考えられる。2点目に、Zazove et al. (1993) は聴覚障害のある人は健康状態が悪く疾患を抱えている割合が多いことから、より通院する傾向にあるのではないかと推測している。特に本研究において聴覚障害のある女性には聴覚障害のある男性に比して通院している、主観的健康感が悪い傾向にあるという結果を得た。つまり、主観的健康感が悪いからより通院しているということが推測できる。3点目は、医療サービスへのアクセシビリティが悪い、つまりアクセスに障壁（バリア）が生じているということである。第1章でも述べたように聴覚障害者におけるアクセシビリティとは、聞こえる人と同じように情報やサービスなどにアクセスできることでより自己判断や自己決定がより可能になり「完全な社会参加」へと踏み出すこ

とができる。Steinberg et al. (2005) と Alexander et al. (2012) は聴覚障害者医療専門家とのコミュニケーションに困難を感じ、アクセシブルなヘルスコミュニケーションに欠けており医療サービスに不満を抱きやすい状況になっていることを指摘している。Zazove et al. (1993) は内容をきちんと理解出来ず改めて確認をするために結果的に通院を繰り返してしまっている可能性がある」と推測している。Barnett et al. (2011) は医療専門家とのコミュニケーションが困難な背景に、まず手話通訳の派遣が難しいなど情報保障サービスへのアクセスが悪いといった限定的な社会支援を挙げている。Pollard et al. (2009) は聴覚障害者は一般に読書力が弱いと言われており健康に関する情報を的確に理解することが難しいことをあげている。つまり自分の健康状態についての的確に伝えることができない、医療専門家が説明する様々な医療用語や治療についての説明を理解できないなど、効率的な医療サービスを受けられず、結果的に医療サービスへのアクセシビリティを悪くしているということなのである。このことから、聴覚障害者においては経済的問題より、情報・コミュニケーションのしやすさの環境が悪い状況に置かれていることからサービスへのアクセシビリティが悪くなることが考えられる。今後、医療専門家と聴覚障害のある人とのコミュニケーションを改善させるべく効率的な取組みを考える必要があるであろう。例えば、手話通訳など情報保障サービスの提供および医療専門家への教育制度の整備などがあげられる。

② 健康診断受診状況

健康診断においては、聴覚障害の有無で有意な差は認められなかった。高橋ら (2003) は聴覚障害のある人は受診率が低いと報告する一方、橋爪 (1995) は聴覚障害がない人と比して違いはないと報告しており一貫した研究結果は見られていない。先述の通り、身体障害者手帳等級が1～3級を有する人で、所得制限基準額を超えていない場合医療費助成を受けられることがまず1点目として考えられる。そして2点目に健康診断は健康保険でカバーされており、また職場や学校および自治体などで定期的に行われていることである。ゆえに、聴覚障害のある人は聴覚障害のない人と同様に健康診断を受診できている状況にあるのではないかとということが考えられる。健康診断を受けなかったと回答した人にどうして健康診断を受けなかったのか聞いてみたところ、性別に関わらず聴覚障害あり群に有意に関連が見られた項目は「費用がかかる」「面倒だから」であった。さらに聴覚障害あり群のみで性別でみたところ、聴覚障害のある女性においては「費用がかかるから」、一方聴覚障害のある男性は「面倒だから」と回答する割合が高かった。聴覚障害のある女性は仕事の有無に関わらず「費用がかかる」ことを理由に診断を受けなかった割合に有意な差は認められていないものの、全体的に経済状況が苦しい状況にあることが伺える。

(3) 健康

① 主観的健康感

聴覚障害のある人は性別に関わらずより主観的健康感が悪い傾向が見られ、先行研究と同様な結果を得た (Zazove et al., 1993)。聴覚障害者はより健康状態が悪く結果的に通院する頻度が高くなると言われている (Zazove et al., 1993; Barnett et al., 2002)。本研究より、聴覚障害者はよ

り通院する傾向があることを確認しているが、健康状態が悪く結果的に通院する傾向があることが示唆された。

② 悩み・ストレス

聴覚障害のある人は聴覚障害がない人に比してより悩み・ストレスを感じている傾向であり、先行研究と同様な結果となった (Jones et al., 2006)。悩み・ストレスがあると回答した者に原因を聞いてみたところ、聴覚障害がある男性は生き甲斐に関することにおいてより悩みやストレスを感じる傾向があるのに対して、聴覚障害がある女性においては、家事、子どもの教育、自分の仕事、住まいや生活環境においてより有意な関連が見られた。さらに聴覚障害あり群のみ性別でみたところ、男性においては、生き甲斐に関すること、自分の仕事においてより悩みやストレスを感じる傾向にあった。女性においては、家族との人間関係、育児、子どもの教育においてより悩みやストレスを感じる傾向であった。次に悩みやストレスの相談方法について聞いてみたところ、聴覚障害がある男性は相談したいが誰に相談したらよいかわからない傾向があるのに対して、聴覚障害のある女性は家族に相談していない傾向であった。さらに聴覚障害あり群のみ性別でみたところ、男性においては相談したいが誰にも相談できないでいる、相談したいがどこに相談したらよいかわからない、相談する必要はないので誰にも相談していない傾向が見られた。女性においては家族に相談している、友人・知人に相談している、病院・診療所の医師に相談している傾向であった。全体的に聴覚障害のある男性は生き甲斐に関することで悩みやストレスを感じていながらも相談しにくい状況にあることが伺えた。一方、聴覚障害のある女性においては、家のことに悩みやストレスを感じつつ身近にいる人達に相談したり、医療施設を利用しながら社会との接点を持つ傾向にあることが伺えた。

③ 精神的健康

精神的健康との関連において聴覚障害の有無で見た結果、聴覚障害のある人は性別に関わらず聴者と比して有意に悪い傾向が見られた。海外そしてわが国における先行研究において、様々な測定尺度 (WHOQOL-BREF、GHQ-12、GHQ-30、Brief Symptom Inventory、SCL-5、SCL-8D、UPI) による調査 (吉田ら, 2001; de Graaf et al., 2002; Fellingner et al., 2005; Kvam et al., 2007; 高宮ら, 2005) の結果が報告されており、吉田ら (2001) の UPI による調査を除く他の研究はいずれも聴覚障害者はより精神的健康状態が悪いと報告している。本研究では K6 尺度で検討しているが、K6 は気分・不安障害および抑うつなどを把握する尺度 (Kessler et al., 2002; Kessler et al., 2010; 川上, 2004) として知られており、聴覚障害のある人はより気分・不安障害および抑うつを含む精神的健康状態が悪い傾向にあることが確認できた。健康日本 21 企画検討会 (2000) によれば、精神保健はこころの健康とも言われるが、「生活の質」に大きく影響するものであり、個人の資質や能力の他に、身体状況、社会経済状況、住居や職場の環境、対人関係など様々な要因が影響し、特に身体の状態とこころは相互に強く関係すると言われている。聴覚障害者が精神的健康に影響を及ぼす理由として、1 点目に効率的コミュニケーションへのアクセスが困難であること、2 点目として恥辱と差別的な社会経済的背景が考えられる (de Graaf et al., 2002; Kvam et al., 2006; Fellingner et al., 2012)、そして 3 点目に精神保健サービスへのアクセスが悪い

ことが考えられる。まず1点目については、聴覚障害者は聴覚障害について知識を有する医療専門家に診てもらい、医療リテラシーに長けている通訳者を介して受診してもらうなどといった効果的なコミュニケーションを通して医療ケアを受けることがなかなか難しいということである。2点目については、聴覚障害成人はネガティブな感情を持ちやすく（例えば恥辱や差別）、結果的に社会的孤立やうつ、およびいらいら感および劣等感など心身に悪い影響を及ぼしやすい（Lane, 2005; Monzani et al., 2008; Gussenhoven et al., 2012）ことである。3点目については、聴覚障害者は精神保健に関する十分な知識を有しておらず、結果的に精神保健サービスへのアクセスにつながりにくいのではないかと考えられる。また本研究において性別による違いは認められなかったものの、聴覚障害のある男性においては一般に言われる男性としての社会的責任をうまく果たすことができないなどなんらかの要因で精神的健康状態が悪い状態にあることが考えられた。経済状態が悪い、また生活に影響がある、自覚的な健康状態が悪い、悩み・ストレスを抱えているにおいても関連がみられることが今回明らかになったが、これらの要因が複雑に絡み合い、聴覚障害者の精神的健康状態に影響を与えていることも推察できる。橋本（2010）は、一般にこころの健康状態は年齢、性別、そして身体的健康や世帯構成、就労や所得等を含む経済状態、個人を取り巻く様々な世帯面要因との関連が認められていると言及している。ゆえに、聴覚障害者の精神的健康状態と背景項目との関連について今後更なる研究の余地があると考えられる。

（４）健康関連行動

① 喫煙

喫煙との関連において聴覚障害の有無で見た結果、聴覚障害あり群のうち女性においてのみ有意な差が認められた。聴覚障害あり群は聴覚障害なし群と比較してより喫煙しない傾向があるとする先行研究（Zazove et al., 1993; 及川ら, 1998; Barnett et al, 1999; Berman et al., 2007）とは異なる結果となった。喫煙率が聴覚障害あり群の女性 30.3%、聴覚障害なし群の女性 19.0%で有意な関連を示したのに対して、聴覚障害あり群の男性 50.0%、聴覚障害なし群の男性 51.6%で有意な差は認められなかった（表 2-1）。多変量解析においても同様な結果であった。及川ら（1998）による研究では、聴覚障害あり群の女性 12.2%に対して聴覚障害なし群の女性 14.5%、聴覚障害あり群の男性 30.6%に対して聴覚障害なし群の男性 56.1%であり、性別による違いは特に認められていない。この研究はサンプル数が少ないこと、対象者が限定されていることもあり比較する際には注意が必要である。しかしながら 10 年以上前のデータと比較して喫煙率が上昇していることは、聴覚障害者における健康関連行動に問題があることは明確である。考えられる要因の 1 つに、喫煙予防に関する情報（例えば音声による喫煙防止キャンペーン等）が聴覚障害者にきちんと届いていないことが考えられる（Berman et al., 2007）。また、Berman et al.（2007）は、聴覚障害者は社会的受容や孤立およびコミュニケーション障害を抱えやすくこれらの要因が喫煙のリスクを高めているのではないかと推測している。社会的孤立は様々な健康に影響する（Smith et al, 2008）と言われているが、このような要因が聴覚障害者と喫煙との関連における中間変数となっていることが考えられる。本研究より、聴覚障害のある女性は聴覚

障害のない女性と比してより配偶者がいないことがわかっているが、より社会的孤立を感じ、結果的に喫煙しているのではないかということが考えられる。

2) 本研究の限界と課題

本研究は全国レベルのデータを利用して分析しているものの、限界としていくつかあげられる。まず1点目に研究対象集団の選別に問題があると考ええる。自覚症状ありのうち主観的評価によりきこえにくいと回答したものを聴覚障害群としているが、具体的にきこえにくさの程度、聴覚障害者手帳の有無、聴覚障害レベルなどを含む客観的評価まで把握しておらず、選択バイアスの影響は不可避であり結果の解釈には注意が必要である。Mitchell (2005) ; Agrawal et al. (2008) ; Ikeda et al. (2009) によれば、主観的な評価による聴覚障害は本当は聞こえにくいのに自分は大丈夫だと思い込んだりするなど個人の判断による偏りなどがあり、過小評価されている可能性がある指摘している。障害者手帳を有する聴覚障害者と障害者手帳を有していない主観的聴覚障害者の違いおよび障害者手帳と主観的聴覚障害との関連について、統計学的手法を用いてみた先行研究は管見の限り見当たらない。障害者手帳の認定は、純音オーディオメータを主体として行われる客観的評価により決定されるが、その聴力レベルが妥当性のあるものかどうか十分に検討するために指定医の判断により必要に応じて他覚的聴力検査（ABR 検査等）も実施されている。佐藤（2001）は、一般に聴覚障害者のきこえの評価は、聴力測定の結果による客観的評価ときこえの状況を主体的に評価する主観的評価に大別され、客観的な評価法のみでは限界があり、きこえの自己評価をするための様々な要因（きこえの環境や場面など）も取り入れて評価するべきだと指摘している。しかしながら、実際これらの2つの評価間における関連について調べることは非常に複雑である。厚生労働省は2014年に専門家から構成される「聴覚障害の認定方法に関する検討会」を設置、現在聴覚障害の認定方法について検討と見直しが行われている（厚生労働省, 2015）。2014年9月に開催された第2回聴覚障害の認定方法に関する検討会に参考人として出席した一般財団法人全日本ろうあ連盟副理事長の小中栄一氏は、一概に聴力程度だけでは生活のしづらさ、意思疎通の困難は計り知れないもしくは判断が難しいと述べている。具体的には生活面でどのように困った部分があるか、どういう風にきこえて、どういう音や声が聞こえにくいのか、聞こえないことで困ることはどういうことかなどといった生活面における様子も確認しておくべきだと指摘している。また、小中氏同様に参考人として出席した全日本難聴者・中途失聴者団体連合会の理事長新谷友良氏は、障害の認定される人に限定しないで極力聞こえの障害を持っている人を障害の範囲に入れる方向で検討していくこと、毎日感じるきこえにくさは、一般的な聴力測定からでは予測しにくくむしろ主観的および自己評価による測定も重要であると指摘している。

2点目においては、本研究は教育歴、就労状況、地域社会とのつながりなど社会環境などより詳細な社会経済的、社会参加状況については見ていない。Zazove et al. (2009) ; Berman et al. (2013) ; McKee et al. (2014) によれば、社会経済的な格差がある聴覚障害者は健康状態と関連すると言われている。これらの欠如を補うためにもより詳細な社会経済的状況の項目を含めた調査をすることが望ましい。一般に、聴覚障害者は就労状態が悪くコミュニケーションにお

ける問題から労働環境において様々な問題に直面しており、より転職を繰り返す傾向にあると言われている（厚生労働省, 1998; 岩山, 2013; 高岡, 2008）。3点目について、本研究では潜在的な交絡因子についてまでは見ておらず、本研究で見たそれぞれの項目・要因との関連に不十分さがあるのではないかということである。先行研究によれば、妊婦の栄養不足または飲酒、早産および子供時代における騒音は先天性聴覚障害と関連することが認められている（WHO/CIBA, 1996; Bergman et al., 1985; Daniel, 2007）。最後に本研究は横断研究であるため、因果関係を言及することは難しいと考える。精神的健康状態において、聴覚障害のある人の方が悪い傾向にあることが確認された。この結果から聴覚障害のある人の方がうつもしくは被害的になりやすいかどうか判断することは難しいと考える。もしかしたらうつになるから聴覚障害になる（突発性難聴）可能性も否定できない。しかし、わが国において全国レベルによるデータを得ることは非常に難しく、本研究はわが国の聴覚障害のある者を対象にして実証的かつ疫学的に調査したごく稀な研究と位置づけられる。そのため聴覚障害当事者の視点からみた実態把握として基礎資料という意味においても意義があると考ええる。

今後の課題としては、調査対象を更に詳細に選定し、さらなる分析的な検討が必要であると考ええる。また、聴覚障害者の実態やニーズの把握に向けて全体像をつかむためにも、社会的・経済的・文化的背景を含む調査の実施、評価が求められていると考える。

5 結論

「平成 19 年国民生活基礎調査」のデータを用いて、聴覚障害の有無における相違を明らかにすることを目的とし、聴覚障害あり群と聴覚障害なし群の違いに分けて基本属性、家族形態、経済状態、健康状態、生活習慣を含む背景項目との関連における比較検討を行った。さらに性別による違いについてもみた。本研究の結果から、すべての対象者において、聴覚障害のある人はない人と比して通院している、悩み・ストレスを抱えている、主観的健康感および精神的健康感が悪く、医療サービスへのアクセスは悪くないと思われるものの、アクセスの質が悪くニーズに対応できておらず、結果的に健康状態がよくない状況であることが伺えた。特に聴覚障害のある女性は、聴覚障害のない女性と比して配偶者がいない、国民健康保険に加入している、喫煙していることが明らかになった。また聴覚障害のある男性と比してより仕事をしていない、通院している、主観的健康感が悪いことが明らかになった。女性の社会進出に伴い、より社会的に不利益を被る聴覚障害のある女性が増加していることも考えられる。性別に対応した特に聴覚障害のある女性への社会的な支援およびサポートの展開は必要不可欠であり、地域および民生委員などが連携して行政的な介入を行うことによりよい社会参加の促進を目指すことが必要であると考えられた。具体的には、地域における女性のカウンセリングの専門家をより積極的に採用したり、聴覚障害当事者の女性を対象にカウンセラーになるための養成プログラムを設けることなどがある。また、聴覚障害のあるなしに関わらず女性が集まれるサロンを開催するなどお互いの経験を共有しつつネットワークを築き上げていくことでモチベーションアップにつながれるような場を提供する取組みも必要であろう。

第3章

障害発生年齢（音声言語習得前後）と社会経済的・保健医療福祉サービスへのアクセス・健康関連行動・文化的背景・社会参加状況・そして健康との関連
－ 性別の検討・アクセスの詳細を含めた個別調査から －

1 目的

近年、聴覚障害者の社会参加は拡大傾向にあり、2001年にWHOが提唱したICFの改訂による医学モデルから社会モデルへの移行などの影響により障害者はもとより聴覚障害者の支援へのニーズは年々高まってきている。しかしながらいまだに聴覚障害者がよりよい環境の中で障害のない人と平等に社会参加できているとは言い難い状況にある。わが国では、2013年に制定された「障害者総合支援法」により、コミュニケーション支援をはじめ日常生活用具、相談支援、地域包括支援センターの利用の提供など聴覚障害者は個々人のニーズに応じて様々なサービスを受けられる取組みが始まっている。しかし、わが国の聴覚障害者への支援の1つとして重要な役割を担っている保健福祉サービスに関する実証的研究はあまり見られていない。とりわけ、言語習得状況などを含む特性の違いと社会経済的、医療保健福祉サービスへのアクセス、健康、社会参加、障害特性との関連について示すデータは存在しないに等しい。第1章でも述べたように、聴覚障害は個々の聴力、失聴時期、コミュニケーションモード、受けた教育、アイデンティティ（ろう者志向、聴者志向）、年代に応じた生活史など多様性があることが考えられる。失聴時期において、聴覚障害者は障害が発生した年齢の違いによって言語習得状況が異なり、結果的に選択される教育環境、獲得される言語の種類、コミュニケーション、ろう・難聴としてのアイデンティティの確立や社会性に影響を及ぼすことが考えられている。しかしながら、聴覚障害者における言語習得状況は、聴覚障害になった年齢、個々人の能力、出生後の環境および育った環境や周囲とのコミュニケーションなどの影響によって様々であり、法律上においても明確に規定されていない。主観的かつ抽象的概念であるがために、その定義が非常に難しく現状を知る手段が非常に難しいと考えられている。事例など報告は所々見られているものの一貫した実態を把握するのは非常に困難であり、言語習得状況に関する実証的データに基づく先行研究はほとんど存在しない。

それらのことから多様な側面を持つ聴覚障害個々人の実態およびそれぞれのニーズに対応した支援のあり方を考えていくにあたり、聴覚障害の特性の違いとの関連要因との検討が求められている。そこで本研究では、アクセスの詳細を含めた個別調査より言語習得前後の違いと健康との関連を明らかにした。また、言語習得前後の違いと社会経済的、文化的特徴、医療サービスや保健福祉サービスへのアクセス状況、社会参加状況、健康関連行動、障害特性との関連についても検討した。そして性別における関連の違いについても明らかにした。

2 研究方法

1) 研究対象

本研究は全国における 20 歳以上の聴覚障害者 940 人を対象に、2014 年 3 月末～5 月中旬にかけて郵送による無記名式質問紙調査を実施した。調査票は聴覚障害関連団体である全日本ろうあ連盟を通して配布・回収を行った。調査対象者 940 人中 472 名の回収を得た。回収率は 50.0%であった。回答者の年齢が回答当時 65 歳以上であると回答したものを除いた後に研究対象者を選出した。本研究は加齢による聴覚障害は対象としておらず、聴覚障害発生年齢が 40 歳以上であると回答したものも除いた。従って 399 名が最終的な分析対象となった。

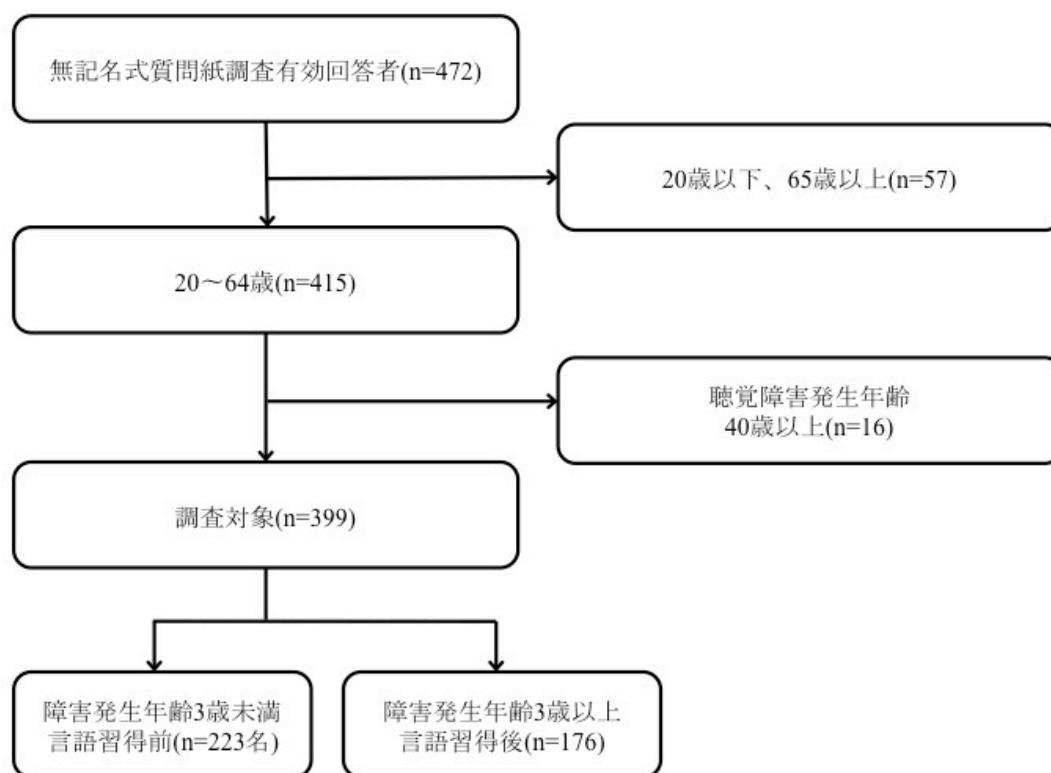


図 3-1 サンプルフロー

2) 分析に使用した変数

独立変数	従属変数
言語習得前後 (聴覚障害発生年齢の違い)	基本属性 障害特性 家族形態 経済状態 医療サービスへのアクセス 健康状態 健康関連行動 保健・福祉サービスへのアクセス 社会参加状況

(1) 独立変数

聴覚障害の言語習得前後

分析対象者のうち、聴覚障害発生年齢が3歳未満(0～2歳)と回答した人を「言語習得前」群、3歳以上(3～39歳)と回答した人を「言語習得後」群とし、2群に分類した。先行研究によれば、1～3歳時以前に聴覚障害が生じた場合を言語習得前、3歳時以降に聴覚障害が生じた場合言語習得後であるとされている(Holt et al., 2012; Ali et al., 2007; Teoh et al., 2004)。また、言語習得前(3歳未満)と言語習得後群(3歳以上)で比較した研究(Barnett et al., 1999; Barnett et al., 2002; de Graaf et al., 2002)も存在する。

(2) 従属変数

① 基本属性

性別、年齢、教育歴について尋ねた。教育歴については、最終学歴について「小・中学校」「高校」「専攻科」「専修学校・専門学校」「短大・高専」「大学」「大学院」の中から該当するものを1つ選択とし、「小・中学校」「高校」「専攻科」「専修学校・専門学校」のいずれかに回答した者は「短大・高専未満」、「短大・高専」「大学」「大学院」のいずれかに回答した者は「短大・高専以上」と2区分化した。また、「幼稚園」「小学校」「中学校」「高校」「専攻科」「専修学校・専門学校」「短大・高専」「大学」「大学院」それぞれ、聴覚特別支援学校、もしくは通常学校の経験の有無について該当するものを選択とした。

② 障害特性

障害者手帳の有無、手帳等級、聴力、アイデンティティ、障害受容、日常コミュニケーション、補償機器利用状況について尋ねた。手帳等級については、各自持っている障害者手帳に記載されている障害者等級を数量回答とした。多変量解析においては、手帳等級が1か2級と回答したものを「等級1,2級」、3～6級と回答した者を「3～6級」と2区分化した。アイデンティティについては、コミュニケーションの違いや聴力の違いに関わらず自分が「ろう者」もし

くは「難聴者」のどちらかに該当するもの1つ選択とした。障害受容については、自身が聴覚障害であることをどれくらい受け入れているか、「とても」「まあまあ」と回答した者は「ある」、「どちらでもない」「あまり」「全然」と回答した者は「ない」とした。コミュニケーションについては、「聴覚活用」「読話」「音声」「口話」「手話」「指文字」「日本語対应手話」「筆談」「身振り」「キュードスピーチ」の10項目から該当するものすべて選択とした。補償機器利用状況については、現在残存聴力を活かす手段として聴覚を補償する機器を利用していると回答した者を「利用あり」、利用していないと回答した者を「利用なし」の2区分化とした。「利用あり」と回答した者に、「補聴器」「人工内耳」「その他（自由記載）」の中から該当するものすべて選択とした。

③ 家族形態

世帯状況、結婚の有無、家族中における聴覚障害、障害の有無について尋ねた。世帯状況については、「一人暮らし」か「家族などと同居している」かのどちらか1つに選択してもらった。結婚の有無については、現在結婚していると回答した者は「婚姻」、結婚していないと回答した者は「未婚」とした。家族中における聴覚障害の有無については、家族の中に聴覚障害者がいると回答した者は「いる」、いないと回答した者は「いない」とした。

④ 経済状態

仕事の有無、仕事先の位置、職場における困難、転職の有無について尋ねた。仕事の有無については、「主に仕事をしている」「主に家事で仕事あり」「主に通学で仕事あり」「その他の仕事」と回答した者は「仕事あり」、「通学のみ」「家事(専業)」「その他」と回答した者は「仕事なし」とした。「仕事あり」と回答した者に、仕事先の位置について「正規の職員・従業員」と回答した者は「正規の職員・従業員」、「パート」「アルバイト」「労働者派遣事業所の派遣社員」「契約社員・嘱託」「その他」と回答した者は「上記以外」とした。職場における困難については、「仕事あり」と回答した者に、職場において何か困っていることがあると回答した者を「ある」、ないと回答した者を「ない」と2区分化した。さらに職場において困難が「ある」と回答した者に対して、困難を感じている内容について11項目「コミュニケーションが困難」「職場内の強力体制が弱い」「職場における相談体制が整っていない」「職務内容に不安がある」「聴覚障害に対する同僚の理解が足りない」「情報共有が難しい」「キャリアアップ（昇進・昇格等）がなかなかできない」「能力がなかなか発揮できない」「勤務時間が長い（短い）」「作業を容易にする設備・機器が配置されていない」「職場介助者（情報保障者等）等の配置がない」から該当するものすべて選択とした。「仕事あり」「仕事なし」と回答した人に、転職の有無について尋ねた。今までに転職の経験をしたことがあると回答した者は「転職あり」、転職の経験をしたことがないと回答した者は「転職なし」の2区分化とした。「転職あり」と回答した者に対して、どうして転職を経験したのか7項目「自分のキャリアや将来性」「障害に対する配慮が不十分」「倒産、解雇」「定年、契約期間の満了」「健康上の理由（病気等を含む）」「個人的な事情（結婚、育児、介護等）」「会社の安定性や将来性」のうち該当するものすべて選択とした。また、転職の際に誰かに相談したかどうか12項目「両親・兄弟」「恋人・配偶者」「聴覚障害のある友

人・知人」「耳の聞こえる友人・知人」「聴覚障害関連機関（聴覚障害関連協会・連盟等）」「聴覚障害関連機関以外の公的な機関（悩みや相談所等）の相談窓口」「人事相談者」「ハローワーク」「教育担当者」「相談したいがどこに相談したらよいかわからなかった」「相談したいが誰にも相談できなかった」「相談する必要はないので誰にも相談しなかった」のうち該当するものすべて選択とした。

⑤ 医療サービスへのアクセス

通院状況、健康に関する情報について尋ねた。通院状況は、まず通院の有無について過去1年間に病気やけがの治療のために病院や診療所を受診したことがあると回答した者を「通院している」、受診していないと回答した者を「通院していない」とした。「通院している」と回答した者に対して、受診の時に何か困っていることはないか11項目「適当な病院・診療所がなかなか見つからなかった」「よい病院・診療所があってもすぐに診療を受けたり入院することができなかった（予約が大変等）」「休日、夜間など緊急の時に診てもらえなかった」「検査の順番が来たときに名前を呼ばれてもわからなかった」「医師とのコミュニケーションが難しかった」「情報保障（手話通訳、筆談等）が付けられなかった」「症状や治療について、十分に理解することができなかった」「医療費（治療費、入院費など）の経済的な負担が重かった」「医療費以外の費用（交通費や付添料、差額ベッド料）の経済的な負担が重かった」「働けなくなったり、経済的な打撃を受けた」「特に困ったことはない」のうち該当するものすべて選択とした。

⑥ 健康状態

主観的健康感、主観的幸福感、精神的健康感、悩み・ストレスについて尋ねた。主観的健康状態については、現在の健康状態について「よい」「まあよい」と回答した者を「主観的健康観が良い」、「ふつう」と回答した者を「主観的健康観が普通」、「あまりよくない」「よくない」と回答した者を「主観的健康観が悪い」の3つに分別した。多変量解析においては、聴覚障害者の状況を少しでも普通よりもよりよくするためにはどうしたらよいかを解釈できる数字を出したかったために、「よい」「まあよい」を「主観的健康感がよい」、「ふつう」「あまりよくない」「よくない」を「主観的健康感が悪い」として2区分化した。主観的幸福感については、現在どれくらい幸福かについて「とても幸せ」を10点、「とても不幸」を0点としていずれかの数字に該当するものを1つ選択とした。0～10点で幸福感を測定する方式は、1978年より選好度調査に基づいて計測されてきている（内閣府, 2011）。最適カットオフポイント7点以上を「主観的幸福感が良い」、7点未満を「主観的幸福感が悪い」の2つに群別した。精神的健康感についてはメンタルヘルス尺度（K6）を利用、「神経過敏に感じましたか」「絶望的だと感じましたか」「そろそろ、落ち着かなく感じましたか」「気分が沈み込んで、何か起こっても気が晴れないように感じましたか」「何をするのも骨折りだと感じましたか」「自分は価値のない人間だと感じましたか」の6項目から、5段階のリッカートスケール（いつも=1点、たいてい=2点、ときどき=3点、少しだけ=4点、まったく=5点）で該当するものを1つ選択とした。先行研究より、各回答に0～4点（いつも=4点、たいてい=3点、ときどき=2点、少しだけ=1点、まったく=0点）を与えて合計得点を求め合計得点（得点範囲0～24点）が高いほどこころの

健康状態がよくないとする妥当性と信頼性が確認されている。そこで、本研究では分析の時点で1～5点を4～0点に修正した。そして、先行研究において最適カットオフポイントとされる5点を基準に5点未満を「精神的健康感がよい」、5点以上を「精神的健康感が悪い」の2つに群別した。悩みやストレスの有無については、現在日常生活で悩み・ストレスがあると回答した人は「あり」、ないと回答した人は「なし」の2つの選択肢で該当するものを1つ選択とした。更に、「ある」と回答した人に対して、どのような原因で悩み・ストレスを抱えているのか 19項目「家族との人間関係」「家族以外との人間関係」「恋愛・性に関すること」「結婚」「離婚」「いじめ、ハラスメント」「生き甲斐に関すること」「自由にできる時間がない」「収入・家計・借金等」「自分の病気や介護」「家族の病気や介護」「妊娠・出産」「育児」「家事」「自分の学業・受験・進学」「子どもの教育」「自分の仕事」「家族の仕事」「住まいや生活環境」のうち、また悩みやストレスの相談方法について15項目「両親・兄弟」「恋人・配偶者」「聴覚障害のある友人・知人」「耳の聞こえる友人・知人」「情報保障者（手話通訳、要約筆記等）」「聴覚障害関連機関（聴覚障害関連協会・連盟等）」「聴覚障害関連機関以外の公的な機関（保健所、精神保健福祉センター等）の相談窓口」「聴覚障害関連機関以外の民間の相談機関（悩みや相談所等）の相談窓口」「医療機関（病院、診療所の医師等）」「民生委員」「テレビ、ラジオ、新聞等のコーナー」「職場、教育機関（学校等）関係者」「相談したいがどこに相談したらよいかわからない」「相談したいが誰にも相談できないでいる」「相談する必要はないので誰にも相談していない」で該当するすべてに回答してもらった。

⑦ 健康関連行動

喫煙の有無、飲酒の有無について尋ねた。喫煙については、「ほぼ毎日吸う」「時々吸う」「以前は吸っていたがやめた」「もともと吸っていない」の4つの選択肢から該当するものを1つ選択し、「ほぼ毎日吸う」「時々吸う」と回答した者を「喫煙」、「以前は吸っていたがやめた」「もともと吸っていない」を「非喫煙」の2つに群別した（Fukuda et al., 2005）。飲酒については、「ほぼ毎日飲む」「時々飲む」「ほとんど飲まない」「もともと飲まない」の4つの選択肢から該当するものを1つ選択し、「ほぼ毎日飲む」「時々飲む」を「飲酒」、「ほとんど飲まない」「もともと飲まない」を「非飲酒」に群別した。

⑧ 保健・福祉サービスへのアクセス

サービス利用状況、サービスに対する意見の有無、サービス相談窓口、サービスに関する情報について尋ねた。まずサービス利用状況については、「情報・コミュニケーション保障（手話通訳、要約筆記、ノートテイク）」「字幕入り情報（TV、映画、ビデオ等）」「手話入り情報（TV、映画、ビデオ等）」「情報機器・日常生活用具・補装具（補聴器、人工内耳、FM 機器、FAX、電子メール、他コミュニケーション支援機器等）」「建築・設備等（障害者専用駐車ゾーン、案内板の字幕表示等）」「社会保障（福祉給付、失業保険、障害年金、障害者手当、優遇税制等）」「保健福祉（福祉センター、障害者団体、福祉・医療等関係機関等）」「教育と訓練（特別支援学校、難聴学級、リハビリテーションセンター等）」「労働と雇用（ハローワーク、キャリアカウンセリング、大学の先生等）」「生活保護（生活扶助、教育扶助、住宅扶助、医療扶助、介護

扶助、出産扶助等)」の10項目それぞれ、「利用している」「以前は利用していたが現在は利用していない」「利用したことがない」のいずれかに該当するものを選択してもらった。「利用している」と回答した者は「利用あり」、「以前は利用していたが現在は利用していない」「利用したことがない」と回答した者は「利用なし」と2区分化した。さらに、上記10項目について「利用している」「以前は利用していたが現在は利用していない」と回答した者に対して、「満足」「やや満足」「やや不満」「不満」のいずれかに該当するものを選択してもらった。「満足」「やや満足」と回答した者は「満足」、「やや不満」「不満」と回答した者は「不満足」の2つに群別した。上記サービス利用状況について回答してもらった上で、サービス全体に対する意見の有無について尋ねた。サービスにおいて何か改善を求めたり意見を出したことがあると回答した者は「ある」、意見を出したことがないと回答した者は「ない」と群別した。サービス全体における相談窓口については、「とても充実している」「ある程度充実している」と回答した者は「充実している」、「あまり充実していない」「まったく充実していない」と回答した者は「充実していない」とした。サービス全体に関する情報については、「必要な情報は入手できている」「ある程度入手できている」と回答した者は「入手できている」、「あまり入手できていない」「まったく入手できていない」と回答した者は「入手できていない」とした。

⑨ 社会参加状況

生き甲斐や楽しみの有無について尋ねた。「はい」もしくは「いいえ」のどちらか該当するもの1つを選択してもらった。

3) 統計解析

本研究の目的から、言語習得前後別による特性の相違を明らかにするために、研究対象者が「言語習得前」か「言語習得後」かによって2群に分けて背景項目との関連性を比較し、全例の基本属性および背景項目を記述した。統計学的検定については、「言語習得前」群「言語習得後」群の2群に分けて、平均年齢、および平均聴力の比較には Student の t 検定を、他の要因の比較には χ^2 検定および Fisher の直接確率法を用いて単変量解析により比較を行った。次いで性別にみた聴覚障害の有無別における属性の相違についても比較検討を行った。更に、聴覚障害ありのみで性別における相違を見るための比較検討も行った。

「言語習得前」群に関連する要因を他の項目の影響を互いに調整した上で検討するために、「言語習得前」群を独立変数として、単変量解析において有意水準 p 値 5%未満で「言語習得前」群と有意な関連のみられた項目を従属変数、年齢と性別（性別に見た分析では年齢のみ）を調整変数として多変量解析を行った。モデルの適合度の指標として Hosmer-Lemeshow 検定 (Hosmer et al., 2000) を用いた。統計学的検定には、統計パッケージ IBM SPSS Statistics version 21 を使用し、有意水準は p 値 5%未満とした。分析では変数により欠損値が異なるため分析ごとに対象数が異なる。

4) 倫理的配慮

倫理面の配慮については、本研究は筑波大学医学医療系医の倫理審査委員会の承認を受けて実施した。調査を実施するにあたり、全日本ろうあ連盟の事務局長に質問紙調査について依頼

し、事前に本調査の内容を記述した説明書を配布し口頭でも説明を行った。また調査の際に、個人情報保護の観点から無記名で実施した。研究対象者に配布する調査票には目的、方法、プライバシー保護、調査は拒否しても不利益を被らない、集計したデータを研究のみに活用し、個人が特定されることはないように配慮する等を記載した書面を同封した。質問紙は、全日本ろうあ連盟傘下にある各県の聴覚障害者団体の関係者を通じて配布した。回答済みの質問紙は同聴覚障害者協会に回収してもらい、ヘルスサービスリサーチ分野研究室まで返送してもらった。本研究のデータ管理および解析はすべて筑波大学ヘルスサービスリサーチ分野研究室で実施した。

3 結果

1) 対象者の基本属性

対象者全員の基本属性の結果を表 3-1 に示した。分析対象者の平均年齢±標準偏差は 45.89±11.45 歳、平均聴力±標準偏差は 99.21±8.22dB であった。性別では「男性」237 名 (59.5%)、「女性」161 名 (40.5%) でやや「男性」の方が多い割合であった。学歴においては「短大・高専未満」(79.6%) が「短大・高専以上」(20.4%) の人よりも多かった。聴覚特別支援学校か通常学校の経験の有無については、「幼稚園」(77.2%)「小学校」(67.2%)「中学校」(67.6%)「高校」(71.9%)「専攻科」(94.9%) においては、聴覚特別支援学校に通っていた割合が半数以上であった。障害者手帳においては「障害者手帳を有している」人 (99.7%) が大部分であり、手帳等級は「2 級」(72.4%) が一番多かった。アイデンティティについては、「ろう者」(90.7%) と回答する人が 9 割以上で、大部分が「障害を受容できている」(81.7%) とのことであった。日常コミュニケーションにおいては「手話」(97.3%) を使用している人が一番多く、次いで「筆談」(77.4%)、「口話」(65.7%)、「指文字」(63.4%)、「身振り」(55.4%) の順に回答者の半数以上が使用していると回答していた。補償機器利用においては「利用あり」(70.4%) が「利用なし」(29.6%) よりも多かった。補償機器「利用あり」と回答した人のうち、補聴器利用が 67.7% で人工内耳利用が 1.5% であった。世帯状況においては「家族など同居している」(83.4%) 人が多く、婚姻状態においては「未婚」(38.1%) に比して「婚姻済」(61.9%) が多かった。家族中における聴覚障害の有無については、「いる」と回答した人は 43.4% であった。経済状態をみると「仕事を持っている」(94.6%) 人の方が「仕事を持っていない」人 (5.4%) より多く、65.6% が「正規の職員・従業員」であった。74.4% が「職場における困難がある」と感じており、職場における困難の内容として「コミュニケーション」(60.0%) が一番多く、次いで情報共有が難しい (50.9%) とのことであった。転職の有無については、「転職を経験したことがある」が 40.5%、転職経験理由として「自分のキャリアや将来性」(26.9%) が一番多く、次いで「個人的な事情 (結婚、育児、介護等) (24.9%) があげられた。転職際の相談相手として「ハローワーク」(39.3%)、「恋人・配偶者」(26.4%)、「両親・兄弟」(25.9%) の順に多かった。

医療サービスへのアクセスをみると「通院している」(62.9%) 人の方が多かった。受診際の困難としては「特に困ったことがない」(46.3%) が一番多く、次いで「医師とのコミュニケーションが難しかった」(31.7%)、「検査の順番が来た時に名前を呼ばれてもわからなかった」(17.2%)、「症状や治療について、十分に理解することができなかった」(12.3%) があげられた。健康状態においては、「主観的健康感が良い」(55.7%)、「主観的幸福感が良い」(52.6%)、「精神的健康感が良い」(51.5%)、「悩み・ストレスがある」(76.2%) が多かった。悩みやストレスの原因として、「自分の仕事」(52.5%)、「収入・家計・借金等」(29.3%)、「家族以外との人間関係」(25.7%)、「自由にできる時間がない」(25.0%) の順に多かった。悩みやストレスの相談相手として、「聴覚障害のある友人や知人」(52.2%) が一番多かった。健康関連行動においては、「喫煙している」人は 19.8%、「飲酒している」人は 65.9% であった。

保健・福祉サービスへのアクセスにおいて、まずサービス利用では「字幕入り情報」(96.6%)

を利用している人が一番多く、「情報機器・日常生活用具」(88.8%)、「社会保障」(84.1%)、「情報・コミュニケーション保障」(83.5%)、「手話入り情報」(76.5%)、「保健福祉」(74.4%)、「建築・設備等」(51.4%)の順に、回答者の半数以上が利用していた。サービス利用満足度については、「情報・コミュニケーション保障」(83.7%)に対して満足している人が一番多く、「字幕入り情報」(75.9%)、「情報機器・日常生活用具」(74.6%)、「社会保障」(70.9%)の順に多くなっていた。「生き甲斐や楽しみがある」(91.6%)と感じている人がほとんどであった。そして「サービスに対する意見がある」(52.2%)が多く、サービス相談窓口に対しては「充実していない」(58.1%)、「サービスに関する情報は入手できている」(73.2%)人が多かった。

2) 言語習得前後における属性の相違について

(1) 言語習得前後の比較：単変量解析の結果

言語習得前後における基本属性の単変量解析による比較結果を表3-1に示す。回答が得られた言語習得前群は223名(55.9%)、言語習得後群は176名(44.1%)であった。各属性に占める言語習得前群の特性および割合が言語習得後群に比して有意に高かったのは以下の項目である。以下、各属性における言語習得前群の割合および言語習得後群の割合と比較した χ^2 値(または t 値)および p 値を示す。「女性」(45.3% vs. 34.3%, $\chi^2(1)=4.93, p=0.026$)、最終学歴として「短大・高専以上」(24.9% vs. 14.6%, $\chi^2(1)=5.59, p=0.018$)、「幼稚部時代特別支援教育を受けていた」(68.9% vs. 60.6%, $\chi^2(1)=25.64, p<0.001$)、障害特性および文化的背景においては、「ろう者としてのアイデンティティを持つ」(95.5% vs. 84.6%, $\chi^2(1)=13.82, p<0.001$)割合が有意に高かった。日常コミュニケーションとして「手話を使用している」(97.3% vs. 93.2%, $\chi^2(1)=3.89, p=0.049$)割合が有意に高いことが示された。経済状態においては「転職の経験がある」(45.5% vs. 34.2%, $\chi^2(1)=4.39, p=0.036$)、転職際の相談相手として「両親・兄弟に相談している」(33.0% vs. 18.4%, $\chi^2(1)=5.61, p=0.018$)「耳の聞こえる友人や知人には相談していない」(3.9% vs. 11.2%, $\chi^2(1)=3.92, p=0.048$)割合が有意に高かった。受診時の困難において「症状や治療について十分に理解することができている」(7.8% vs. 18.4%, $\chi^2(1)=5.80, p=0.016$)割合が有意に高かった。健康状態において「主観的健康感が良い」(61.5% vs. 48.3%, $\chi^2(2)=7.84, p=0.020$)、「主観的幸福感が良い」(57.4% vs. 46.4%, $\chi^2(1)=4.57, p=0.033$)、「精神的健康感が良い」(56.4% vs. 45.0%, $\chi^2(1)=4.73, p=0.030$)割合が有意に高いことが示された。悩みやストレスにおいては、原因として「家族以外との人間関係ではない」(20.8% vs. 32.0%, $\chi^2(1)=4.46, p=0.035$)、「恋愛・性に関すること」(13.6% vs. 5.7%, $\chi^2(1)=4.66, p=0.031$)割合が多かった。保健・福祉サービスへのアクセスにおいては、サービス利用において「手話入り情報を利用していない」(27.7% vs. 18.3%, $\chi^2(1)=4.47, p=0.035$)、「社会保障を利用している」(89.3% vs. 77.2%, $\chi^2(1)=9.78, p=0.002$)、「保健福祉を利用している」(80.0% vs. 67.1%, $\chi^2(1)=7.63, p=0.006$)割合が有意に高かった。サービス利用満足度においては、「字幕入り情報」(80.2% vs. 70.6%, $\chi^2(1)=4.43, p=0.035$)、「情報機器・日常生活用具」(78.9% vs. 69.1%, $\chi^2(1)=4.22, p=0.040$)、「建築・設備等」(48.4% vs. 31.7%, $\chi^2(1)=7.96, p=0.005$)、「社会保障」(78.8% vs. 61.0%, $\chi^2(1)=12.57, p<0.001$)に満足している、「サービス相談窓口は充実している」(46.6% vs. 35.8%, $\chi^2(1)=4.03, p=0.045$)割合が有意に高い結果となった。障害受容、補償機器利

用、世帯構成、仕事の有無、職場における困難、通院、悩み・ストレスの有無、喫煙、飲酒、生き甲斐や楽しみにおいて有意な差は認められなかった。

性別の違いによって、社会経済的、医療・保健・福祉サービスへのアクセス、健康関連行動、社会参加状況、障害特、健康に違いが生じることが考えられる。そこで、性別に分けて言語習得前後における違いを単変量解析により比較した結果を表 3-1 に示す。まず男性において言語習得前群の方が有意に多かったのは、最終学歴が「短大・高専以上」(29.5% vs. 15.5%, $\chi^2(1)=5.67$, $p=0.017$)、「幼稚部時代特別支援教育を受けていた」(91.7% vs. 64.6%, $\chi^2(1)=16.68$, $p<0.001$)、「ろう者としてのアイデンティティを持つ」(96.7% vs. 84.2%, $\chi^2(1)=10.78$, $p=0.001$)、仕事先の位置は「正規の職員・従業員である」(87.4% vs. 74.3%, $\chi^2(1)=5.01$, $p=0.035$)、「転職の経験がある」(54.4% vs. 32.6%, $\chi^2(1)=9.48$, $p=0.002$)、転職を経験した理由として「自分のキャリアや将来性」(46.8% vs. 26.6%, $\chi^2(1)=4.87$, $p=0.027$)、受診時の困難において「症状や治療について十分に理解することができている」(8.6% vs. 21.7%, $\chi^2(1)=4.44$, $p=0.035$)、「主観的健康感が良い」(62.8% vs. 45.1%, $\chi^2(2)=8.43$, $p=0.015$)、悩みやストレスの原因として「恋愛・性に関すること」(14.8% vs. 5.1%, $\chi^2(1)=4.12$, $p=0.042$)、サービス利用において、「社会保障を利用している」(87.7% vs. 74.5%, $\chi^2(1)=6.23$, $p=0.013$)、「保健福祉を利用している」(80.4% vs. 66.0%, $\chi^2(1)=5.60$, $p=0.018$)、サービス利用満足度において、「建築・設備等」(45.1% vs. 28.6%, $\chi^2(1)=5.08$, $p=0.024$)、「社会保障」(79.2% vs. 56.1%, $\chi^2(1)=12.15$, $p<0.001$)に満足している、「サービスに関する情報を入手できている」(80.7% vs. 68.9%, $\chi^2(1)=4.01$, $p=0.045$)の13項目であった。女性では「幼稚部時代特別支援教育を受けていた」(83.6% vs. 54.5%, $\chi^2(1)=9.69$, $p=0.002$)、悩みやストレスの相談相手として「耳の聞こえる友人や知人には相談していない」(26.0% vs. 44.2%, $\chi^2(1)=4.05$, $p=0.044$)、サービス利用において「教育と訓練を利用している」(21.8% vs. 8.0%, $\chi^2(1)=4.35$, $p=0.037$)の3項目において聴覚障害者群の方が有意に多かった。障害受容、コミュニケーション手段、補償機器利用、世帯構成、仕事の有無、職場における困難、悩み・ストレスの有無、喫煙、飲酒、通院、生き甲斐や楽しみにおいては男女共に有意な差は認められなかった。

表 3-1 分析対象者の属性 言語習得前後そして性別との関連要因 (n=399)

項目	全体		言語習得前 (n = 223)		言語習得後 (n = 176)		t-検定	言語習得前 (n = 122)		言語習得後 (n = 115)		t-検定	言語習得前 (n = 101)		言語習得後 (n = 60)		t-検定
	平均 ± SD		平均 ± SD		平均 ± SD			平均 ± SD		平均 ± SD			平均 ± SD				
年齢（歳）	45.89 ± 11.45		43.61 ± 11.43		48.77± 10.84		-4.574 [†] ***	44.52 ± 11.39		50.19± 10.38		-4.007 [†] ***	42.51 ± 11.44		46.27± 11.26		-2.024 [†] *
聴力（dB）	99.21 ± 8.22		100.31 ± 8.08		97.94± 8.22		2.662 **	99.35 ± 8.79		98.04± 8.24		2.962 **	101.54 ± 6.93		97.76± 8.33		2.781 **
	n	%	n	%	n	%	χ ² 検定	n	%	n	%	χ ² 検定	n	%	n	%	χ ² 検定
基本属性																	
性別							4.93 *										
男性	237	59.5	122	54.7	115	65.7											
女性	161	40.5	101	45.3	60	34.3											
学歴 [#]							5.59 *					5.67 *					0.95
短大・高専以上	71	20.4	49	24.9	22	14.6		31	29.5	15	15.5		18	19.6	7	13.2	
短大・高専未満	277	79.6	148	75.1	129	85.4		74	70.5	82	84.5		74	80.4	46	86.8	
特別支援学校か通常学校																	
幼稚園							25.64 ***					16.68 ***					9.69 **
特別支援学校	193	77.2	133	68.9	60	60.6		77	91.7	42	64.6		56	83.6	18	54.5	
通常学校	57	22.8	18	11.9	39	39.4		7	8.3	23	35.4		11	16.4	15	45.5	
小学校							2.20					0.75					3.10
特別支援学校	207	67.2	125	70.6	82	62.6		75	75.8	61	70.1		50	64.1	21	47.7	
通常学校	101	32.8	52	29.4	49	37.4		24	24.2	26	29.9		28	35.9	23	52.3	
中学校							0.49					0.04					2.69
特別支援学校	221	67.6	130	69.1	91	65.5		74	71.8	68	73.1		56	65.9	23	51.1	
通常学校	106	32.4	58	30.9	48	34.5		29	28.2	25	26.9		29	34.1	22	48.9	
高校							0.15					0.54					0.22
特別支援学校	241	71.9	138	71.1	103	73.0		77	74.0	73	78.5		61	67.8	30	63.8	
通常学校	94	28.1	56	28.9	38	27.0		27	26.0	20	21.5		29	32.2	17	36.2	
専攻科							0.10					0.47					0.11
特別支援学校	93	94.9	49	94.2	44	95.7		25	92.6	29	96.7		24	96.0	15	93.8	
通常学校	5	5.1	3	5.8	2	4.3		2	7.4	1	3.3		1	4.0	1	6.3	
専修・専門学校							0.02					0.29					0.36
特別支援学校	3	11.1	1	12.5	2	10.5		1	20.0	1	10.0		0	0.0	1	11.1	
通常学校	24	88.9	7	87.5	17	89.5		4	80.0	9	90.0		3	100.0	8	88.9	
短大・高専							4.86					7.78					
特別支援学校	7	24.1	7	36.8	0	0.0		7	77.8	0	0.0		0	0.0	0	0.0	
通常学校	22	75.9	12	63.2	10	100.0		2	22.2	5	100.0		10	100.0	5	100.0	
大学																	
特別支援学校	0	0.0	0	0.0	0	0.0		0	0.0	0	0.0		0	0.0	0	0.0	
通常学校	44	100.0	30	100.0	14	100.0		20	100.0	10	100.0		10	100.0	4	100.0	
大学院																	
特別支援学校	0	0.0	0	0.0	0	0.0		0	0.0	0	0.0						
通常学校	6	100.0	5	100.0	1	100.0		5	100.0	1	100.0						
障害特性																	
障害者手帳 [#]							1.26										1.68
手帳あり	393	99.7	219	100.0	174	99.4		119	100.0	114	100.0		100	100.0	59	98.3	
手帳なし	1	0.3	0	0.0	1	.6		0	0.0	0	.0		0	0.0	1	1.7	

†) t 検定、無印) χ² 検定、¶) 縦トータル 100%、#) 欠損値は削除した、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

表 3-1 (続き 1) 分析対象者の属性 言語習得前後そして性別との関連要因 (n=399)

項目	全体		全部 (n=399)				χ^2 検定	男性 (n=237)				χ^2 検定	女性 (n=161)				χ^2 検定	
			言語習得前 (n = 223)		言語習得後 (n = 176)			言語習得前 (n = 122)		言語習得後 (n = 115)			言語習得前 (n = 101)		言語習得後 (n = 60)			
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%		
障害特性																		
手帳等級 [#]							12.74	*					5.44				9.18	
1 級	79	20.0	51	23.2	28	16.0			26	21.5	22	19.1		25	25.3	6	10.2	
2 級	286	72.4	160	72.7	126	72.0			90	74.4	80	69.6		70	70.7	46	78.0	
3 級	25	6.3	9	4.1	16	9.1			5	4.1	10	8.7		4	4.0	5	8.5	
4 級	2	.5	0	0.0	2	1.1			0	0.0	1	0.9		0	0.0	1	1.7	
6 級	3	.8	0	0.0	3	1.7			0	0.0	2	1.7		0	0.0	1	1.7	
アイデンティティ [#]																		
ろう者	360	90.7	212	95.5	148	84.6	13.82	***	117	96.7	96	84.2	10.78	**	95	94.1	51	85.0
難聴者	37	9.3	10	4.5	27	15.4			4	3.3	18	15.8		6	5.9	9	15.0	
障害受容 [#]																		
受容できている	316	81.7	178	82.4	138	80.7	0.19		94	80.3	87	77.7	0.25		84	84.8	50	86.2
受容できていない	71	18.3	38	17.6	33	19.3			23	19.7	25	22.3		15	15.2	8	13.8	
日常コミュニケーション [#]																		
聴覚活用													0.52				0.14	
使用なし	297	74.4	170	76.2	127	72.2			90	73.8	80	69.6		80	79.2	46	76.7	
使用あり	102	25.6	53	23.8	49	27.8			32	26.2	34	30.4		21	20.8	14	23.3	
読話							1.96						0.42				1.64	
使用なし	211	52.9	111	49.8	100	56.8			66	54.1	67	58.3		45	44.6	33	55.0	
使用あり	188	47.1	112	50.2	76	43.2			56	45.9	48	41.7		56	55.4	27	45.0	
音声							0.05						0.09				0.01	
使用なし	320	80.2	178	79.8	142	80.7			100	82.0	96	83.5		78	77.2	46	76.7	
使用あり	79	19.8	45	20.2	34	19.3			22	18.0	19	16.5		23	22.8	14	23.3	
口話							0.09						0.64				0.00	
使用なし	137	34.3	78	35.0	59	33.5			54	44.3	45	39.1		24	23.8	14	23.3	
使用あり	262	65.7	145	65.0	117	66.5			68	55.7	70	60.9		77	76.2	46	76.7	
手話							3.89	*					3.55				0.43	
使用なし	18	4.5	6	2.7	12	6.8			3	2.5	9	7.8		3	3.0	3	5.0	
使用あり	381	95.5	217	97.3	164	93.2			119	97.5	106	92.2		98	97.0	57	95.0	
指文字							2.53						1.66				1.21	
使用なし	146	36.6	74	33.2	72	40.9			39	32.0	46	40.0		35	34.7	26	43.3	
使用あり	253	63.4	149	66.8	104	59.1			83	68.0	69	60.0		66	65.3	34	56.7	
日本語対応手話							0.77						0.68				0.34	
使用なし	242	60.7	131	58.7	111	63.1			70	57.4	72	62.6		61	60.4	39	65.0	
使用あり	157	39.3	92	41.3	65	36.9			52	42.6	43	37.4		40	39.6	21	35.0	
筆談							1.64						0.51				1.19	
使用なし	90	22.6	45	20.2	45	25.6			27	22.1	30	26.1		18	17.8	15	25.0	
使用あり	309	77.4	178	79.8	131	74.4			95	77.9	85	73.9		83	82.2	45	75.0	
身振り							1.73						0.47				1.46	
使用なし	178	44.6	93	41.7	85	48.3			54	44.3	56	48.7		39	38.6	29	48.3	
使用あり	221	55.4	130	58.3	91	51.7			68	55.7	59	51.3		62	61.4	31	51.7	
キュードスピーチ							6.76	**					5.24	*			1.65	
使用なし	383	96.0	209	93.7	174	98.9%			114	93.4	114	99.1%		95	94.1	59	98.3	
使用あり	16	4.0	14	6.3	2	1.1%			8	6.6	1	0.9%		6	5.9	1	1.7	

¶) 縦トータル 100%、#) 欠損値は削除した、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

表 3-1 (続き 2) 分析対象者の属性 言語習得前後そして性別との関連要因 (n=399)

項目	全体		全部 (n=399)				χ ² 検定	男性 (n=237)				χ ² 検定	女性 (n=161)				χ ² 検定
			言語習得前 (n = 223)		言語習得後 (n = 176)			言語習得前 (n = 122)		言語習得後 (n = 115)			言語習得前 (n = 101)		言語習得後 (n = 60)		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
障害特性																	
補償機器利用 [#]							0.29					1.11				0.00	
利用あり	221	70.4	121	69.1	100	71.9		65	63.1	66	70.2		56	77.8	34	77.3	
利用なし	93	29.6	54	30.9	39	28.1		38	36.9	28	29.8		16	22.2	10	22.7	
補償機器内容																	
補聴器							0.04					1.32				0.53	
該当なし	129	32.3	73	32.7	56	31.8		48	39.3	37	32.3		25	24.8	18	30.0	
該当あり	270	67.7	150	67.3	120	68.2		74	60.7	78	67.8		76	75.2	42	70.0	
人工内耳							1.26					1.14				0.14	
該当なし	393	98.5	221	99.1	172	97.7		121	99.2	112	97.4		100	99.0	59	98.3	
該当あり	6	1.5	2	0.9	4	2.3		1	0.8	3	2.6		1	1.0	1	1.7	
家族形態																	
世帯状況 [#]							3.84					3.55				0.80	
一人暮らし	59	16.6	39	20.1	20	12.3		25	23.1	14	13.2		14	16.3	6	10.9	
家族などと同居	297	83.4	155	79.9	142	87.7		83	76.9	92	86.8		72	83.7	49	89.1	
婚姻の有無 [#]							2.11					0.53				1.23	
未婚	139	38.1	84	41.4	55	34.0		39	34.8	32	30.2		45	49.5	22	40.0	
婚姻	226	61.9	119	58.6	107	66.0		73	65.2	74	69.8		46	50.5	33	60.0	
家族中聴覚障害者の有無 [#]							0.04					0.30				0.15	
いる	160	43.4	88	42.9	72	43.9		49	43.0	49	46.7		39	42.9	23	39.7	
いない	209	56.6	117	57.1	92	56.1		65	57.0	56	53.3		52	57.1	35	60.3	
経済状態																	
仕事							0.28					0.00				0.06	
仕事なし	18	5.4	11	6.0	7	4.7		3	3.1	3	3.0		8	9.2	4	8.0	
仕事あり	316	94.6	173	94.0	143	95.3		94	96.9	96	97.0		79	90.8	46	92.0	
仕事先の位置							0.46					5.10	*			0.05	
正規の職員・従業員	204	65.6	115	67.3	89	63.6		83	87.4	70	74.5		32	42.1	18	40.0	
上記以外	107	34.4	56	32.7	51	36.4		12	12.6	24	25.5		44	57.9	27	60.0	
職場における困難							1.68					0.63				2.90	
ある	230	74.4	130	77.4	100	70.9		78	83.9	73	79.3		52	69.3	26	54.2	
ない	79	25.6	38	22.6	41	29.1		15	16.1	19	20.7		23	30.7	22	45.8	
職場における困難内容																	
コミュニケーション							0.07					0.66				0.92	
該当なし	92	40.0	53	40.8	39	39.0		25	32.1	28	38.4		28	53.8	11	42.3	
該当あり	138	60.0	77	59.2	61	61.0		53	67.9	45	61.6		24	46.2	15	57.7	
職場内の協力体制							0.06					0.27				0.14	
該当なし	173	75.2	97	74.6	76	76.0		57	73.1	56	76.7		40	76.9	19	73.1	
該当あり	57	24.8	33	25.4	24	24.0		21	26.9	17	23.3		12	23.1	7	26.9	
職場における相談体制							0.01					0.29				0.19	
該当なし	195	84.8	110	84.6	85	85.0		66	84.6	64	87.7		44	84.6	21	80.8	
該当あり	35	15.2	20	15.4	15	15.0		12	15.4	9	12.3		8	15.4	5	19.2	

*) 縦トータル 100%、#) 欠損値は削除した、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

表 3-1 (続き 3) 分析対象者の属性 言語習得前後そして性別との関連要因 (n=399)

項目	全体		全部 (n=399)				χ ² 検定	男性 (n=237)				χ ² 検定	女性 (n=161)				χ ² 検定
			言語習得前 (n = 223)		言語習得後 (n = 176)			言語習得前 (n = 122)		言語習得後 (n = 115)			言語習得前 (n = 101)		言語習得後 (n = 60)		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
経済状態 (続き)																	
職場における困難内容																	
職務内容に不満							0.04					0.00					0.07
該当なし	199	86.5	113	86.9	86	86.0		66	84.6	62	84.9		47	90.4	23	88.5	
該当あり	31	13.5	17	13.1	14	14.0		12	15.4	11	15.1		5	9.6	3	11.5	
聴覚障害に対する理解							0.29					0.00					1.55
該当なし	152	66.1	84	64.4	68	68.0		49	62.8	46	63.0		35	67.3	21	80.8	
該当あり	78	33.9	46	35.4	32	32.0		29	37.2	27	37.0		17	32.7	5	19.2	
情報共有が難しい							0.58					2.46					1.28
該当なし	113	49.1	61	46.9	52	52.0		36	46.2	43	58.9		25	48.1	9	34.6	
該当あり	117	50.9	69	53.1	48	48.0		42	53.8	30	41.1		27	51.9	17	65.4	
キャリアアップ							0.00					0.29					1.17
該当なし	173	75.2	98	75.4	75	75.0		58	74.4	57	78.1		40	76.9	17	65.4	
該当あり	57	24.8	32	24.6	25	25.0		20	25.6	16	21.9		12	23.1	9	34.6	
能力発揮できない							0.23					0.46					0.19
該当なし	202	87.8	113	86.9	89	89.0		69	88.5	67	91.8		44	84.6	21	80.8	
該当あり	28	12.2	17	13.1	11	11.0		9	11.5	6	8.2		8	15.4	5	19.2	
勤務時間							0.75					3.71					0.57
該当なし	209	90.9	120	92.3	89	89.0		75	96.2	64	87.7		45	86.5	24	92.3	
該当あり	21	9.1	10	7.7	11	11.0		3	3.8	9	12.3		7	13.5	2	7.7	
作業を容易にする設備							0.46					0.17					0.57
該当なし	206	89.6	118	90.8	88	88.0		71	91.0	65	89.0		47	90.4	22	84.6	
該当あり	24	10.4	12	9.2	12	12.0		7	9.0	8	11.0		5	9.6	4	15.4	
職場介助者等の配置							0.08					0.03					0.19
該当なし	195	84.8	111	85.4	84	84.0		67	85.9	62	84.9		44	84.6	21	80.8	
該当あり	35	15.2	19	14.6	16	16.0		11	14.1	11	15.1		8	15.4	5	19.2	
転職							4.39 *					9.48 **					0.01
ある	137	40.5	86	45.5	51	34.2		56	54.4	31	32.6		30	34.9	19	35.8	
ない	201	59.5	103	54.5	98	65.8		47	45.6	64	67.4		56	65.1	34	64.2	
転職経験理由																	
自分のキャリア将来性							1.90					4.87 *					0.15
該当なし	147	73.1	71	68.9	76	77.6		25	53.2	47	73.4		46	82.1	29	85.3	
該当あり	54	26.9	32	31.1	22	22.4		22	46.8	17	26.6		10	17.9	5	14.7	
障害に対する配慮不十分							0.81					0.01					0.88
該当なし	165	82.1	87	84.5	78	79.6		37	78.7	50	78.1		50	89.3	28	82.4	
該当あり	36	17.9	16	15.5	20	20.4		10	21.3	14	21.9		6	10.7	6	17.6	
倒産、解雇							0.32					0.58					0.08
該当なし	177	88.1	92	89.3	85	86.7		42	89.4	54	84.4		50	89.3	31	91.2	
該当あり	24	11.9	11	10.7	13	13.3		5	10.6	10	15.6		6	10.7	3	8.8	
定年、契約期間の満了							0.20					2.26					0.29
該当なし	194	96.5	100	97.1	94	95.9		47	100.0	61	95.3		53	94.6	33	97.1	
該当あり	7	3.5	3	2.9	4	4.1		0	0.0	3	4.7		3	5.4	1	2.9	
健康上の理由							0.13					0.08					0.31
該当なし	182	90.5	94	91.3	88	89.8		44	93.6	59	92.2		50	89.3	29	85.3	
該当あり	19	9.5	9	8.7	10	10.2		3	6.4	5	7.8		6	10.7	5	14.7	

¶) 縦トータル 100%、#) 欠損値は削除した、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

表 3-1 (続き 4) 分析対象者の属性 言語習得前後そして性別との関連要因 (n=399)

項目	全体		全部 (n=399)				χ ² 検定	男性 (n=237)				χ ² 検定	女性 (n=161)				χ ² 検定
			言語習得前 (n = 223)		言語習得後 (n = 176)			言語習得前 (n = 122)		言語習得後 (n = 115)			言語習得前 (n = 101)		言語習得後 (n = 60)		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
経済状態 (続き)																	
転職経験理由																	
個人的な事情							0.60					0.18					0.01
該当なし	151	75.1	75	72.8	76	77.6		43	91.5	57	89.1		32	57.1	19	55.9	
該当あり	50	24.9	28	27.2	22	22.4		4	8.5	7	10.9		24	42.9	15	44.1	
会社の安定性や将来性							1.53					1.09					0.29
該当なし	178	88.6	94	91.3	84	85.7		41	87.2	51	79.7		53	94.6	33	97.1	
該当あり	23	11.4	9	8.7	14	14.3		6	12.8	13	20.3		3	5.4	1	2.9	
職場の人間関係							0.42					1.50					1.22
該当なし	193	96.0	98	95.1	95	96.9		47	100.0	62	96.9		51	91.1	33	97.1	
該当あり	8	4.0	5	4.9	3	3.1		0	0.0	2	3.1		5	8.9	1	2.9	
転職際相談																	
両親・兄弟							5.61 *					1.15					3.39
該当なし	149	74.1	69	67.0	80	81.6		35	74.5	53	82.8		34	60.7	27	79.4	
該当あり	52	25.9	34	33.0	18	18.4		12	25.5	11	17.2		22	39.3	7	20.6	
恋人・配偶者							0.07					0.54					1.80
該当なし	148	73.6	75	72.8	73	74.5		36	76.6	45	70.3		39	69.6	28	82.4	
該当あり	53	26.4	28	27.2	25	25.5		11	23.4	19	29.7		17	30.4	6	17.6	
聴覚障害のある友人知人							0.56					0.58					0.18
該当なし	172	85.6	90	87.4	82	83.7		42	89.4	54	84.4		48	85.7	28	82.4	
該当あり	29	14.4	13	12.6	16	16.3		5	10.6	10	15.6		8	14.3	6	17.6	
耳の聞こえる友人知人							3.92 *					1.71					3.55
該当なし	186	92.5	99	96.1	87	88.8		46	97.9	59	92.2		53	94.6	28	82.4	
該当あり	15	7.5	4	3.9	11	11.2		1	2.1	5	7.8		3	5.4	6	17.6	
聴覚障害関連機関							0.07					0.21					0.61
該当なし	192	95.5	98	95.1	94	95.9		43	91.5	60	93.8		55	98.2	34	100.0	
該当あり	9	4.5	5	4.9	4	4.1		4	8.5	4	6.3		1	1.8	0	0.0	
聴覚障害関連機関以外																	
該当なし	201	100.0	103	100.0	98	100.0		47	100.0	64	100.0		56	100.0	34	100.0	
該当あり	0	0.0	0	0.0	0	0.0		0	0.0	0	0.0		0	0.0	0	0.0	
人事担当者							0.00					0.75					1.10
該当なし	195	97.0	100	97.1	95	96.9		45	95.7	63	98.4		55	98.2	32	94.1	
該当あり	6	3.0	3	2.9	3	3.1		2	4.3	1	1.6		1	1.8	2	5.9	
ハローワーク							2.51					3.05					0.06
該当なし	122	60.7	68	66.0	54	55.1		32	68.1	33	51.6		36	64.3	21	61.8	
該当あり	79	39.3	35	34.0	44	44.9		15	31.9	31	48.4		20	35.7	13	38.2	
教育担当者							0.96					1.37					
該当なし	200	99.5	102	99.0	98	100.0		46	97.9	64	100.0		56	100.0	34	100.0	
該当あり	1	0.5	1	1.0	0	0.0		1	2.1	0	0.0		0	0.0	0	0.0	
どこに相談したらよいか							1.13					0.51					
該当なし	197	98.0	102	99.0	95	96.9		46	97.9	61	95.3		56	100.0	34	100.0	
該当あり	4	2.0	1	1.0	3	3.1		1	2.1	3	4.7		0	0.0	0	0.0	
誰にも相談できない							0.96					1.37					
該当なし	200	99.5	102	99.0	98	100.0		46	97.9	64	100.0		56	100.0	34	100.0	
該当あり	1	0.5	1	1.0	0	0.0		1	2.1	0	0.0		0	0.0	0	0.0	

*) 縦トータル 100%、#) 欠損値は削除した、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

表 3-1 (続き 5) 分析対象者の属性 言語習得前後そして性別との関連要因 (n=399)

項目	全体		全部 (n=399)				χ ² 検定	男性 (n=237)				χ ² 検定	女性 (n=161)				χ ² 検定
			言語習得前 (n = 223)		言語習得後 (n = 176)			言語習得前 (n = 122)		言語習得後 (n = 115)			言語習得前 (n = 101)		言語習得後 (n = 60)		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
経済状態 (続き)																	
転職際相談																	
相談する必要はなし							0.39					0.00				1.35	
該当なし	185	92.0	96	93.2	89	90.8		44	93.6	60	93.8		52	92.9	29	85.3	
該当あり	16	8.0	7	6.8	9	9.2		3	6.4	4	6.3		4	7.1	5	14.7	
医療サービスへのアクセス																	
通院状態 [#]																	
あり	227	62.9	129	63.2	98	62.4	0.03	70	61.9	60	58.8	0.22	59	64.8	37	68.5	0.21
なし	134	37.1	75	36.8	59	37.6		43	38.1	42	41.2		32	35.2	17	31.5	
受診際困難																	
適当な病院・診療所							0.64					0.26				3.83	
該当あり	13	5.7	6	4.7	7	7.1		5	7.1	3	5.0		1	1.7	4	10.8	
該当なし	214	94.3	123	95.3	91	92.9		65	92.9	57	95.0		58	98.3	33	89.2	
すぐに診療入院できない							0.08					0.52				0.63	
該当あり	4	1.8	2	1.6	2	2.0		1	1.4	2	3.3		1	1.7	0	0.0	
該当なし	223	98.2	127	98.4	96	98.0		69	98.6	58	96.7		58	98.3	37	100.0	
緊急時受診できない							1.53					1.74					
該当あり	2	0.9	2	1.6	0	0.0		2	2.9	0	0.0		0	0.0	0	0.0	
該当なし	225	99.1	127	98.4	98	100.0		68	97.1	60	100.0		59	100.0	37	100.0	
名前呼ばれてもわからず							0.43					0.29				0.43	
該当あり	39	17.2	24	18.6	15	15.3		13	18.6	9	15.0		11	18.6	5	13.5	
該当なし	188	82.8	105	81.4	83	84.7		57	81.4	51	85.0		48	81.4	32	86.5	
医師とのコミュニ							0.07					0.27				0.69	
該当あり	72	31.7	40	31.0	32	32.7		24	34.3	18	30.0		16	27.1	13	35.1	
該当なし	155	68.3	89	69.0	66	67.3		46	65.7	42	70.0		43	72.9	24	64.9	
情報保障							0.05					0.69				1.10	
該当あり	22	9.7	12	9.3	10	10.2		9	12.9	5	8.3		3	5.1	4	10.8	
該当なし	205	90.3	117	90.7	88	89.8		61	87.1	55	91.7		56	94.9	33	89.2	
症状や治療について理解							5.80 *					4.44 *				1.21	
該当あり	28	12.3	10	7.8	18	18.4		6	8.6	13	21.7		4	6.8	5	13.5	
該当なし	199	87.7	119	92.2	80	81.6		64	91.4	47	78.3		55	93.2	32	86.5	
医療費負担							2.35					1.38				1.03	
該当あり	7	3.1	2	1.6	5	5.1		1	1.4	3	5.0		1	1.7	2	5.4	
該当なし	220	96.9	127	98.4	93	94.9		69	98.6	57	95.0		58	98.3	35	94.6	
医療費以外負担							0.68					0.52					
該当あり	3	1.3	1	0.8	2	2.0		1	1.4	2	3.3		0	0.0	0	0.0	
該当なし	224	98.7	128	99.2	96	98.0		69	98.6	58	96.7		59	100.0	37	100.0	
経済的な打撃							1.32					1.18					
該当あり	1	0.4	0	0.0	1	1.0		0	0.0	1	1.7		0	0.0	0	0.0	
該当なし	226	99.6	129	100.0	97	99.0		70	100.0	59	98.3		59	100.0	37	100.0	
特に困ったことはない							2.05					0.39				1.71	
該当あり	105	46.3	65	50.4	40	40.8		33	47.1	25	41.7		32	54.2	15	40.5	
該当なし	122	53.7	64	49.6	58	59.2		37	52.9	35	58.3		27	45.8	22	59.5	

①) 縦トータル 100%、#) 欠損値は削除した、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

表 3-1 (続き 6) 分析対象者の属性 言語習得前後そして性別との関連要因 (n=399)

項目	全体						χ^2 検定	男性 (n=237)						χ^2 検定	女性 (n=161)						χ^2 検定
			言語習得前 (n = 223)		言語習得後 (n = 176)					言語習得前 (n = 122)		言語習得後 (n = 115)					言語習得前 (n = 101)		言語習得後 (n = 60)		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
健康状態																					
主観的健康感 [#]							7.84	*						8.43	*					0.35	
良い		219	55.7	136	61.5	83	48.3			76	62.8	51	45.1			60	60.0	32	55.2		
普通		158	40.2	79	35.7	79	45.9			42	34.7	54	47.8			37	37.0	24	41.4		
悪い		16	4.1	6	2.7	10	5.8			3	2.5	8	7.1			3	3.0	2	3.4		
主観的幸福感 [#]							4.57	*						3.38						0.63	
良い		202	52.6	124	57.4	78	46.4			67	55.8	49	43.8			57	59.4	29	52.7		
悪い		182	47.4	92	42.6	90	53.6			53	44.2	63	56.3			39	40.6	26	47.3		
精神的健康 [#]							4.73	*						2.43						3.03	
良い		191	51.5	119	56.4	72	45.0			69	59.5	52	49.1			50	52.6	20	37.7		
悪い		180	48.5	92	43.6	88	55.0			47	46.5	54	50.9			45	47.4	33	62.3		
悩み・ストレス							0.58							1.28						0.01	
ない		86	23.8	52	25.2	34	21.8			34	29.6	23	22.8			18	19.8	11	20.4		
ある		276	76.2	154	74.8	122	78.2			81	70.4	78	77.2			73	80.2	43	79.6		
悩み・ストレス原因																					
家族との人間関係							0.07							0.28						0.20	
該当あり		54	19.6	31	20.1	23	18.9			15	18.5	12	15.4			16	21.9	11	25.6		
該当なし		222	80.4	123	79.9	99	81.1			66	81.5	66	84.6			57	78.1	32	74.4		
家族以外人間関係							4.46	*						3.42						2.31	
該当あり		71	25.7	32	20.8	39	32.0			13	16.0	22	28.2			19	26.0	17	39.5		
該当なし		205	74.3	122	79.2	83	68.0			68	84.0	56	71.8			54	74.0	26	60.5		
恋愛・性に関する事							4.66	*						4.12	*					1.86	
該当あり		28	10.1	21	13.6	7	5.7			12	14.8	4	5.1			9	12.3	2	4.7		
該当なし		248	89.9	133	86.4	115	94.3			69	85.2	74	94.9			64	87.7	41	95.3		
結婚							0.26							0.28						0.23	
該当あり		23	8.3	14	9.1	9	7.4			7	8.6	5	6.4			7	9.6	3	7.0		
該当なし		253	91.7	140	90.9	113	92.6			74	91.4	73	93.6			66	90.4	40	93.0		
離婚							0.29							0.30						0.02	
該当あり		6	2.2	4	2.6	2	1.6			2	2.5	1	1.3			2	2.7	1	2.3		
該当なし		270	97.8	150	97.4	120	98.4			79	97.5	77	98.7			71	97.3	42	97.7		
いじめ、ハラスメント							1.33							0.45						1.81	
該当あり		11	4.0	8	5.2	3	2.5			5	6.2	3	3.8			3	4.1	0	0.0		
該当なし		265	96.0	146	94.8	119	97.5			76	93.8	75	96.2			70	95.9	43	100.0		
生き甲斐に関する事							1.66							3.01						0.01	
該当あり		25	9.1	17	11.0	8	6.6			9	11.1	3	3.8			8	11.0	5	11.6		
該当なし		251	90.9	137	89.0	114	93.4			72	88.9	75	96.2			65	89.0	38	88.4		
自由にできる時間がない							0.96							0.46						0.05	
該当あり		69	25.0	35	22.7	34	27.9			21	25.9	24	30.8			14	19.2	9	20.9		
該当なし		207	75.0	119	77.3	88	72.1			60	74.1	54	69.2			59	80.8	34	79.1		
収入・家計・借金等							0.05							0.04						0.00	
該当あり		81	29.3	46	29.9	35	28.7			24	29.6	22	28.2			22	30.1	13	30.2		
該当なし		195	70.7	108	70.1	87	71.3			57	70.4	56	71.8			51	69.9	30	69.8		
自分の病気や介護							1.08							0.01						2.47	
該当あり		26	9.4	12	7.8	14	11.5			8	9.9	8	10.3			4	5.5	6	14.0		
該当なし		250	90.6	142	92.2	108	88.5			73	90.1	70	89.7			69	94.5	37	86.0		

①) 縦トータル 100%、#) 欠損値は削除した、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

表 3-1 (続き 7) 分析対象者の属性 言語習得前後そして性別との関連要因 (n=399)

項目	全体						χ ² 検定	男性 (n=237)						χ ² 検定	女性 (n=161)						χ ² 検定
	言語習得前 (n = 223)		言語習得後 (n = 176)					言語習得前 (n = 122)		言語習得後 (n = 115)					言語習得前 (n = 101)		言語習得後 (n = 60)				
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		n	%	n	%			
健康状態																					
悩み・ストレス原因																					
家族の病気や介護							0.08					0.42						1.59			
該当あり	30	10.9	16	10.4	14	11.5		11	13.6	8	10.3		5	6.8	6	14.0					
該当なし	246	89.1	138	89.6	108	88.5		70	86.4	70	89.7		68	93.2	37	86.0					
妊娠・出産							0.15											0.02			
該当あり	3	1.1	2	1.3	1	0.8		0	0.0	0	0.0		2	2.7	1	2.3					
該当なし	273	98.9	152	98.7	121	99.2		81	100.0	78	100.0		71	97.3	42	97.7					
育児							1.82					2.94						0.04			
該当あり	9	3.3	7	4.5	2	1.6		3	3.7	0	0.0		4	5.5	2	4.7					
該当なし	267	96.7	120	95.5	120	98.4		78	96.3	78	100.0		69	94.5	41	95.3					
家事							0.62					2.75						0.50			
該当あり	27	9.8	17	11.0	10	8.2		7	8.6	2	2.6		10	13.7	8	18.6					
該当なし	249	90.2	137	89.0	112	91.8		74	91.4	76	97.4		63	86.3	35	81.4					
自分の学業・受験・進学							0.62					0.38									
該当あり	3	1.1	1	0.6	2	1.6		1	1.2	2	2.6		0	0.0	0	0.0					
該当なし	273	98.9	153	99.4	120	98.4		80	98.8	76	97.4		73	100.0	43	100.0					
子どもの教育							0.60					1.95						0.30			
該当あり	12	4.3	8	5.2	4	3.3		6	7.4	2	2.6		2	2.7	2	4.7					
該当なし	264	95.7	146	94.8	118	96.7		75	92.6	76	97.4		71	97.3	41	95.3					
自分の仕事							2.06					0.35						1.32			
該当あり	145	52.5	75	48.7	70	57.4		44	54.3	46	59.0		31	42.5	23	53.5					
該当なし	131	47.5	79	51.3	52	42.6		37	45.7	32	41.0		42	57.5	20	46.5					
家族の仕事							0.07					0.00						0.04			
該当あり	10	3.6	6	3.9	4	3.3		2	2.5	2	2.6		4	5.5	2	4.7					
該当なし	266	96.4	148	96.1	118	96.7		79	97.5	76	97.4		69	94.5	41	95.3					
住まいや生活環境							0.47					1.29						0.14			
該当あり	36	13.0	22	14.3	14	11.5		12	14.8	7	9.0		10	13.7	7	16.3					
該当なし	240	87.0	132	85.7	108	88.5		69	85.2	71	91.0		63	86.3	36	83.7					
悩み・ストレス相談																					
両親・兄弟							0.34					0.97						0.28			
該当あり	75	27.2	44	25.4	31	25.4		22	27.2	16	20.5		22	30.1	15	34.9					
該当なし	201	72.8	91	74.6	91	74.6		59	72.8	62	79.5		51	69.9	28	65.1					
恋人・配偶者							1.10					0.88						0.02			
該当あり	86	31.2	52	33.8	34	27.9		24	29.6	18	23.1		28	38.4	16	37.2					
該当なし	190	68.8	102	66.2	88	72.1		57	70.4	60	76.9		45	61.6	27	62.8					
聴覚障害のある友人知人							0.41					1.38						3.45			
該当あり	144	52.2	83	53.9	61	50.0		33	40.7	39	50.0		50	68.5	22	51.2					
該当なし	132	47.8	71	46.1	61	50.0		48	59.3	39	50.0		23	31.5	21	48.8					
耳の聞こえる友人知人							1.20					0.00						4.05			
該当あり	79	28.6	40	26.0	39	32.0		21	25.9	20	25.6		19	26.0	19	44.2		*			
該当なし	197	71.4	114	74.0	83	68.0		60	74.1	58	74.4		54	74.0	24	55.8					

㊦) 縦トータル 100%、#) 欠損値は削除した、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

表 3-1 (続き 8) 分析対象者の属性 言語習得前後そして性別との関連要因 (n=399)

項目	全体		全部 (n=399)				χ ² 検定	男性 (n=237)				χ ² 検定	女性 (n=161)				χ ² 検定
			言語習得前 (n = 223)		言語習得後 (n = 176)			言語習得前 (n = 122)		言語習得後 (n = 115)			言語習得前 (n = 101)		言語習得後 (n = 60)		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
健康状態																	
悩み・ストレス相談																	
情報保障者							0.74					0.11					0.62
該当あり	29	10.5	14	9.1	15	12.3		10	12.3	11	14.1		4	5.5	4	9.3	
該当なし	247	89.5	140	90.9	107	87.7		71	87.7	67	85.9		69	94.5	39	90.7	
聴覚障害関連機関							1.90					1.21					0.36
該当あり	49	17.8	23	14.9	26	21.3		14	17.3	19	24.4		9	12.3	7	16.3	
該当なし	227	82.2	131	85.1	96	78.7		67	82.7	59	75.6		64	87.7	36	83.7	
聴覚障害以外公的機関							0.52					2.10					0.02
該当あり	5	1.8	2	1.3	3	2.5		0	0.0	2	2.6		2	2.7	1	2.3	
該当なし	217	98.2	152	98.7	119	97.5		81	100.0	76	97.4		71	97.3	42	97.7	
民間の相談窓口							0.29					0.38					1.81
該当あり	6	2.2	4	2.6	2	1.6		1	1.2	2	2.6		3	4.1	0	0.0	
該当なし	270	97.8	150	97.4	120	98.4		80	98.8	76	97.4		70	95.9	43	100.0	
医療機関							0.29					0.19					2.44
該当あり	11	4.0	7	4.5	4	3.3		3	3.7	4	5.1		4	5.5	0	0.0	
該当なし	265	96.0	147	95.5	118	96.7		78	96.3	74	94.9		69	94.5	43	100.0	
民生委員							0.03										0.15
該当あり	2	0.7	1	0.6	1	0.8		0	0.0	0	0.0		1	1.4	1	2.3	
該当なし	274	99.3	153	99.4	121	99.2		81	100.0	78	100.0		72	98.6	42	97.7	
テレビラジオ等							3.81					1.98					1.71
該当あり	6	2.2	1	0.6	5	4.1		1	1.2	4	5.1		0	0.0	1	2.3	
該当なし	270	97.8	153	99.4	117	95.9		80	98.8	74	94.9		73	100.0	42	97.7	
職場、教育機関関係者							1.26					0.95					0.54
該当あり	24	8.7	16	10.4	8	6.6		10	12.3	6	7.7		6	8.2	2	4.7	
該当なし	252	91.3	138	89.6	114	93.4		71	87.7	72	92.3		67	91.8	41	95.3	
どこに相談したらよいか							0.60					0.08					1.81
該当なし	12	4.3	8	5.2	4	3.3		5	6.2	4	5.1		3	4.1	0	0.0	
該当あり	264	95.7	146	94.8	118	96.7		76	93.8	74	94.9		70	95.9	43	100.0	
誰にも相談できない							3.77					3.01					1.81
該当なし	15	5.4	12	7.8	3	2.5		9	11.1	3	3.8		3	4.1	0	0.0	
該当あり	261	94.6	142	92.2	119	97.5		72	88.9	75	96.2		70	95.9	43	100.0	
相談する必要はなし							0.02					0.05					0.23
該当なし	21	7.6	12	7.8	9	7.4		7	8.6	6	7.7		5	6.8	2	4.7	
該当あり	255	92.4	142	92.2	113	92.6		74	91.4	72	92.3		68	93.2	41	95.3	
健康関連行動																	
喫煙 [#]																	
喫煙	78	19.8	38	17.2	40	23.1	2.15	28	23.1	31	27.7	0.63	10	10.0	8	13.3	0.42
非喫煙	316	80.2	183	82.8	133	76.9		93	76.9	81	72.3		90	90.0	52	86.7	
飲酒 [#]																	
飲酒	259	65.9	140	63.6	119	68.8	1.14	88	72.7	82	72.6	0.00	52	52.5	36	61.0	1.08
非飲酒	134	34.1	80	36.4	54	31.2		33	27.3	31	27.4		47	47.5	23	39.0	

¶) 縦トータル 100%、#) 欠損値は削除した、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

表 3-1 (続き 9) 分析対象者の属性 言語習得前後そして性別との関連要因 (n=399)

項目	全体		全部 (n=399)				χ ² 検定	男性 (n=237)				χ ² 検定	女性 (n=161)				χ ² 検定
			言語習得前 (n = 223)		言語習得後 (n = 176)			言語習得前 (n = 122)		言語習得後 (n = 115)			言語習得前 (n = 101)		言語習得後 (n = 60)		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
保健福祉サービスアクセス																	
サービス利用 [#]																	
情報・コミュニ保障							0.05					0.02				0.18	
利用あり	308	83.5	172	83.1	136	84.0		97	84.3	87	83.7		75	81.5	48	84.2	
利用なし	61	16.5	35	16.9	26	16.0		18	15.7	17	16.3		17	18.5	9	15.8	
字幕入り情報							0.92					0.81				0.26	
利用あり	364	96.6	203	95.8	161	97.6		110	94.8	104	97.2		93	96.9	56	98.2	
利用なし	13	3.4	9	4.2	4	2.4		6	5.2	3	2.8		3	3.1	1	1.8	
手話入り情報							4.46 *					3.04				0.63	
利用あり	283	76.5	149	72.3	134	81.7		86	76.8	92	86.0		63	67.0	41	73.2	
利用なし	87	23.5	57	27.7	30	18.3		26	23.2	15	14.0		31	33.0	15	26.8	
情報機器・日常生活具							0.50					2.25				0.60	
利用あり	333	88.8	187	87.8	146	90.1		100	84.7	95	91.3		87	91.6	50	87.7	
利用なし	42	11.2	26	12.2	16	9.9		18	15.3	9	8.7		8	8.4	7	12.3	
建築・設備等							2.07					1.66				0.18	
利用あり	181	51.4	108	54.8	73	47.1		55	50.5	42	41.6		53	60.2	30	56.6	
利用なし	171	48.6	89	45.2	82	52.9		54	49.5	59	58.4		35	39.8	23	43.3	
社会保障							9.78 **					6.23 *				2.88	
利用あり	306	84.1	184	89.3	122	77.2		100	87.7	76	74.5		84	91.3	45	81.8	
利用なし	58	15.9	22	10.7	36	22.8		14	12.3	26	25.5		8	8.7	10	18.1	
福祉保健							7.63 **					5.60 *				2.19	
利用あり	264	74.4	160	80.0	104	67.1		90	80.4	66	66.0		70	79.5	37	68.5	
利用なし	91	25.6	40	20.0	51	32.9		22	19.6	34	34.0		18	20.5	17	31.5	
教育と訓練							2.57					0.60				4.35 *	
利用あり	67	19.5	44	22.4	23	15.5		25	22.9	18	18.6		19	21.8	4	8.0	
利用なし	277	80.5	152	77.6	125	84.5		84	77.1	79	81.4		68	78.2	46	92.0	
労働と雇用							0.26					0.01				1.58	
利用あり	84	24.5	50	25.5	34	23.1		27	25.0	25	25.5		23	26.1	8	16.7	
利用なし	259	75.5	146	74.5	113	76.9		81	75.0	73	74.5		65	73.9	40	83.3	
生活保護							0.00					0.00				0.08	
利用あり	24	7.3	14	7.3	10	7.3		9	8.5	8	8.6		5	5.9	2	4.7	
利用なし	304	92.7	177	92.7	127	92.7		97	91.5	85	91.4		80	94.1	41	95.3	
サービス利用満足度 [#]																	
情報・コミュニ保障							0.58					0.21				0.33	
満足	288	83.7	165	85.1	123	82.0		94	86.2	84	84.0		71	83.5	39	79.6	
不満足	56	16.3	29	14.9	27	18.0		15	13.8	16	16.0		14	16.5	10	20.4	
字幕入り情報							4.43 *					1.93				2.18	
満足	271	75.9	158	80.2	113	70.6		87	79.8	76	71.7		71	80.7	37	69.8	
不満足	86	24.1	39	19.8	47	29.4		22	20.2	30	28.3		17	19.3	16	30.2	
手話入り情報							0.57					0.00				1.28	
満足	212	62.7	120	64.5	92	60.5		67	63.2	65	63.1		53	66.3	27	56.3	
不満足	126	37.3	66	35.5	60	39.5		39	36.8	38	36.9		27	33.8	21	43.8	
情報機器・日常生活用具							4.22 *					1.75				1.79	
満足	256	74.6	153	78.9	103	69.1		83	76.9	68	68.7		70	81.4	35	71.4	
不満足	87	25.4	41	21.1	46	30.9		25	23.1	31	31.3		16	18.6	14	28.6	

①) 縦トータル 100%、#) 欠損値は削除した、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

表 3-1 (続き 10) 分析対象者の属性 言語習得前後そして性別との関連要因 (n=399)

項目	全体		全部 (n=399)				χ^2 検定	男性 (n=237)				χ^2 検定	女性 (n=161)				χ^2 検定
			言語習得前 (n = 223)		言語習得後 (n = 176)			言語習得前 (n = 122)		言語習得後 (n = 115)			言語習得前 (n = 101)		言語習得後 (n = 60)		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
保健福祉サービスアクセス																	
サービス利用満足度 [#]																	
建築・設備等	56	14.0					7.96	**					5.08	*		2.75	
満足	115	40.9	75	48.4	40	31.7			41	45.1	24	28.6		34	53.1	15	36.6
不満足	166	59.1	80	51.6	86	68.3			50	54.9	60	71.4		30	46.9	26	63.4
社会保障	118	29.6					12.57	***					12.15	***		0.59	
満足	234	70.9	145	78.8	89	61.0			80	79.2	55	56.1		65	78.3	34	72.3
不満足	96	29.1	39	21.2	57	39.0			21	20.8	43	43.9		18	21.7	13	27.7
福祉保健	69	17.3					3.82						0.95			3.28	
満足	204	66.7	122	71.3	82	60.7			69	69.7	58	63.0		53	73.6	24	57.1
不満足	102	33.3	49	28.7	53	39.3			30	30.3	34	37.0		19	26.4	18	42.9
教育と訓練	93	23.3					1.07						0.61			0.25	
満足	104	42.1	65	44.8	39	38.2			35	44.3	27	38.0		30	45.4	12	40.0
不満足	143	57.9	80	55.2	63	61.8			44	55.7	44	62.0		36	54.5	18	60.0
労働と雇用	152	38.1					0.00						0.01			0.04	
満足	92	37.1	52	37.1	40	37.0			27	34.6	26	35.1		25	40.3	14	42.4
不満足	156	62.9	88	62.9	68	63.0			51	65.4	48	64.9		37	59.7	19	57.6
生活保護	151	37.8					1.08						0.58			0.26	
満足	48	42.9	28	47.5	20	37.7			19	46.3	16	38.1		9	50.0	4	40.0
不満足	64	57.1	31	52.5	33	62.3			22	53.7	26	61.9		9	50.0	6	60.0
サービスに対する意見 [#]							0.00						0.42			0.50	
ある	175	52.2	98	52.1	77	52.4			59	55.7	48	51.1		39	47.6	28	53.8
ない	160	47.8	90	47.9	70	47.6			47	44.3	46	48.9		43	52.4	24	46.2
サービス相談窓口 [#]							4.03	*					0.68			3.75	
充実している	142	41.8	88	46.6	54	35.8			45	41.3	35	35.7		43	53.8	19	36.5
充実していない	198	58.2	101	53.4	97	64.2			64	58.7	63	64.3		37	46.3	33	63.5
サービスに関する情報 [#]							2.09						4.01	*		0.00	
入手できている	260	73.2	151	76.3	109	69.4			92	80.7	71	68.9		59	70.2	37	69.8
入手できていない	95	26.8	47	23.7	48	30.6			22	19.3	32	31.1		25	29.8	16	30.2
社会参加状況																	
生き甲斐や楽しみ [#]																	
あり	317	91.6	178	94.2	139	88.5	3.56		95	91.3	90	88.2	0.54	83	97.6	49	90.7
なし	29	8.4	11	5.8	18	11.5			9	8.7	12	11.8		2	2.4	5	9.3

① 縦トータル 100%、#) 欠損値は削除した、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

（２）言語習得前後の比較：多変量解析の結果

全体における言語習得前後にみた多変量解析の結果を表 3-2 に示す。言語習得前群に関連する要因として、学歴において最終学歴は「短大・高専以上」(OR : 2.23, 95%CI : 1.18-4.22)、「幼稚園時代特別支援教育を受けた」(OR : 4.84, 95%CI : 2.39-9.79)、「ろう者としてのアイデンティティを持つ」(OR : 3.76, 95%CI : 1.65-8.56)、受診時の困難において「症状や治療について十分に理解することができている」(OR : 0.39, 95%CI : 0.16-0.97)、「主観的健康観が良い」(OR : 1.76, 95%CI : 1.11-2.79)、「主観的幸福観が良い」(OR : 2.24, 95%CI : 1.40-3.57)、「精神的健康観が良い」(OR : 1.90, 95%CI : 1.19-3.04)、悩みやストレスの原因として「家族以外との人間関係ではない」(OR : 0.44, 95%CI : 0.23-0.83)、サービス利用において「社会保障を利用している」(OR : 2.04, 95%CI : 1.09-3.81)、「保健福祉を利用している」(OR : 1.91, 95%CI : 1.12-3.26)、サービス利用満足度において「建築・設備等」(OR : 2.09, 95%CI : 1.20-3.62)、「社会保障」(OR : 2.15, 95%CI : 1.24-3.72) に満足している、「サービスに関する情報を入手できている」(OR : 1.75, 95%CI : 1.02-3.01) が有意となった。

性別にみた言語習得前後にみた多変量解析の結果を表 3-2 に示す。言語習得前群に関連する要因として、まず男性においては、学歴において「短大・高専以上」(OR : 2.46, 95%CI : 1.15-5.28)、「幼稚園時代特別支援教育を受けた」(OR : 5.75, 95%CI : 2.17-15.26)、「ろう者としてのアイデンティティを持つ」(OR : 4.97, 95%CI : 1.55-15.95)、「転職の経験がある」(OR : 2.00, 95%CI : 1.08-3.73)、「主観的健康観が良い」(OR : 2.03, 95%CI : 1.14-3.64)、「主観的幸福観が良い」(OR : 2.18, 95%CI : 1.22-3.90)、悩みやストレスの原因として「家族以外との人間関係ではない」(OR : 0.40, 95%CI : 0.16-0.98)、サービス利用において「社会保障を利用している」(OR : 2.28, 95%CI : 1.06-4.87)、サービス利用満足度において「建築・設備等」(OR : 2.13, 95%CI : 1.06-4.27)、「社会保障」(OR : 3.33, 95%CI : 1.64-6.78) に満足している、「サービスに関する情報を入手できている」(OR : 2.26, 95%CI : 1.10-4.62) が有意となった。女性においては、「幼稚園時代特別支援教育を受けた」(OR : 3.75, 95%CI : 1.24-11.35)、「主観的幸福観が良い」(OR : 2.48, 95%CI : 1.12-5.48)、「精神的健康観が良い」(OR : 2.66, 95%CI : 1.17-6.04)、悩みやストレスの相談相手として「耳の聞こえる友人や知人には相談していない」(OR : 0.39 95%CI : 0.16-0.99) が有意となった。

表3-2 全体および性別にみる言語習得前に関連する多変量解析

従属変数	全体†					男性†					女性†				
	OR*	95%信頼区間		β	p 値	OR*	95%信頼区間		β	p 値	OR*	95%信頼区間		β	p 値
		下限	上限				下限	上限				下限	上限		
学歴は短大・高専以上	2.23	1.18	4.22	0.804	0.013	2.46	1.15	5.28	0.900	0.021	1.69	0.52	5.45	0.524	0.381
幼稚園時代特別支援教育を受けた	4.84	2.39	9.79	1.576	<0.001	5.75	2.17	15.26	1.750	<0.001	3.75	1.24	11.35	1.321	0.019
ろうとしてのアイデンティティを持つ	3.76	1.65	8.56	1.325	0.002	4.97	1.55	15.95	1.603	0.007	3.26	0.92	11.508	1.181	0.067
転職の経験がある	1.58	0.96	2.61	0.460	0.070	2.00	1.08	3.73	0.695	0.028	1.11	0.48	2.56	0.102	0.812
受診時困難 – 症状や治療	0.39	0.16	0.97	-0.948	0.043	0.41	0.13	1.24	-0.896	0.114	0.33	0.06	1.74	-1.107	0.191
主観的健康観が良い	1.76	1.11	2.79	0.567	0.016	2.03	1.14	3.64	0.709	0.017	1.42	0.66	3.06	0.351	0.369
主観的幸福感が良い	2.24	1.40	3.57	0.806	0.001	2.18	1.22	3.90	0.781	0.008	2.48	1.12	5.48	0.907	0.025
精神的健康観が良い	1.90	1.19	3.04	0.641	0.008	1.65	0.92	2.96	0.500	0.094	2.66	1.17	6.04	0.977	0.020
悩みやストレスの原因 – 家族以外との人間関係	0.44	0.23	0.83	-0.822	0.011	0.40	0.16	0.98	-0.921	0.044	0.43	0.17	1.12	-0.835	0.083
悩みやストレスの相談 – 耳のきこえる友人・知人	0.60	0.33	1.09	-0.515	0.093	0.76	0.34	1.71	-0.27	0.512	0.39	0.16	0.99	-0.934	0.048
社会保障を利用している	2.04	1.09	3.81	0.711	0.026	2.28	1.06	4.87	0.823	0.034	1.32	0.41	4.26	0.276	0.644
保健を利用している	1.91	1.12	3.26	0.646	0.018	1.74	0.89	3.38	0.552	0.103	2.08	0.81	5.36	0.734	0.128
建築・設備等に満足している	2.09	1.20	3.62	0.735	0.009	2.13	1.06	4.27	0.755	0.034	2.10	0.84	5.25	0.740	0.114
社会保障に満足している	2.15	1.24	3.72	0.766	0.006	3.33	1.64	6.78	1.202	0.001	1.08	0.42	2.78	0.077	0.872
サービスに関する情報を入手できている	1.75	1.02	3.01	0.558	0.044	2.26	1.10	4.62	0.813	0.026	1.22	0.51	2.91	0.199	0.652

*) オッズ比：全体においては年齢・性別・聴力、性別においては年齢・聴力で調整

†) 全体 (n=399)、男性 (n=237)、女性(n=161)、観測値はそれぞれの従属変数によって異なる。

3) 聴覚障害の性別における属性の相違について

(1) 聴覚障害者の性別の比較：単変量解析の結果

聴覚障害者の性別における違いを単変量解析により比較した結果を表 3-3 に示す。男性の方が有意に多かったのは、「小学校時代に特別支援教育を受けていた」(73.1% vs. 58.2%, $\chi^2(1)=7.44$, $p=0.006$)、「中学校時代に特別支援教育を受けていた」(72.4% vs. 60.8%, $\chi^2(1)=4.88$, $p=0.027$)、日常コミュニケーションにおいて「口話を使用していない」(41.8% vs. 23.6%, $\chi^2(1)=14.02$, $p<0.001$)、「補償機器を利用していない」(33.5% vs. 22.4%, $\chi^2(1)=4.33$, $p=0.038$)、「結婚している」(67.4% vs. 54.1%, $\chi^2(1)=6.59$, $p=0.038$)、「仕事がある」(96.9% vs. 91.2%, $\chi^2(1)=5.12$, $p=0.024$)、「正規の職員・従業員である」(81.0% vs. 41.3%, $\chi^2(1)=51.26$, $p<0.001$)、「職場における困難がある」(81.6% vs. 63.4%, $\chi^2(1)=12.84$, $p<0.001$)、職場において困難を感じているのは「コミュニケーション」(64.9% vs. 50.0%, $\chi^2(1)=4.75$, $p=0.029$)、転職理由は「自分のキャリアや将来性」(35.1% vs. 16.7%, $\chi^2(1)=8.63$, $p=0.003$)、「個人的な事情(結婚、育児、介護等)ではない」(9.9% vs. 45.3%, $\chi^2(1)=29.71$, $p<0.001$)、「会社の安定性や将来性」(17.1% vs. 4.4%, $\chi^2(1)=7.88$, $p=0.005$)、「喫煙している」(25.3% vs. 11.3%, $\chi^2(1)=11.92$, $p=0.001$)、転職際に「聴覚障害関連機関」に相談した(7.2% vs. 1.1%, $\chi^2(1)=4.32$, $p=0.044$)、悩みやストレスの原因は「家事ではない」(5.7% vs. 15.5%, $\chi^2(1)=7.36$, $p=0.007$)、悩みやストレスの相談相手は「恋人・配偶者ではない」(26.4% vs. 37.9%, $\chi^2(1)=4.14$, $p=0.042$)、「聴覚障害のある友人・知人ではない」(45.3% vs. 62.1%, $\chi^2(1)=7.58$, $p=0.006$)、「喫煙している」(25.3% vs. 11.3%, $\chi^2(1)=11.92$, $p=0.001$)、「飲酒している」(72.6% vs. 55.7%, $\chi^2(1)=12.05$, $p=0.001$)、サービス利用において「手話入り情報を利用している」(81.3% vs. 69.3%, $\chi^2(1)=7.05$, $p=0.008$)、「建築・設備等を利用していない」(53.8% vs. 41.1%, $\chi^2(1)=5.42$, $p=0.020$) の 12 項目であった。最終学歴、障害者手帳の有無、アイデンティティ、障害受容、健康状態、主観的幸福感、悩み・ストレスの有無、生き甲斐や楽しみにおいては有意な差は認められなかった。

表 3-3 分析対象者の属性 聴覚障害における性別と関連要因 (n=399)

従属変数	全体 (n=399)		男性 (n=237)		女性 (n=161)		t-検定
	平均±SD		平均±SD		平均±SD		
年齢（歳）	45.89 ± 11.45		47.27±11.25		43.91±11.48		2.901 [†] **
聴力（dB）	99.21 ± 8.22		98.68 ± 8.52		100.09 ± 7.69		-1.578 [†]
	n	% [‡]	n	% [‡]	n	% [‡]	χ ² 検定
基本属性							
学歴 [#]							1.59
短大・高専以上	71	20.5	46	22.8	25	17.2	
短大・高専未満	276	79.5	156	77.2	120	83.8	
特別支援学校か通常学校							
幼稚園							1.18
特別支援学校	193	77.5	119	79.9	74	74.0	
通常学校	56	22.5	30	20.1	26	26.0	
小学校							7.44 **
特別支援学校	207	67.2	136	73.1	71	58.2	
通常学校	101	32.8	50	26.9	51	41.8	
中学校							4.88 *
特別支援学校	221	67.8	142	72.4	79	60.8	
通常学校	105	32.2	54	27.6	51	39.2	
高校							3.80
特別支援学校	241	72.2	150	76.1	91	66.4	
通常学校	93	27.8	47	23.9	46	33.6	
専攻科							0.01
特別支援学校	93	94.9	54	94.7	39	95.1	
通常学校	5	5.1	3	5.3	2	4.9	
専修・専門学校							0.17
特別支援学校	3	11.1	2	13.3	1	8.3	
通常学校	24	88.9	13	86.7	11	91.7	
短大・高専							9.89
特別支援学校	7	24.1	7	50.0	0	0.0	
通常学校	22	75.9	7	50.0	15	100.0	
大学							
特別支援学校	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
通常学校	44	100.0	30	100.0	14	100.0	
大学院							
特別支援学校	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
通常学校	6	100.0	6	100.0	0	0.0	
障害特性							
障害者手帳 [#]							1.46
手帳あり	392	99.0	233	100.0	159	99.4	
手帳なし	1	0.3	0	0.0	1	0.6	
手帳等級 [#]							0.26
1 級	79	20.1	48	20.3	31	19.6	
2 級	286	72.6	170	72.0	116	73.4	
3 級	24	6.1	15	6.4	9	5.7	
4 級	2	0.5	1	0.4	1	0.6	
6 級	3	0.8	2	0.8	1	0.6	
アイデンティティ [#]							0.00
ろう者	359	90.7	213	90.6	146	90.7	
難聴者	37	0.8	22	9.4	15	9.3	
障害受容 [#]							2.47
受容できている	315	81.6	181	79.0	134	85.4	
受容できていない	71	18.4	48	21.0	23	14.6	
日常コミュニケーション [#]							
聴覚活用							2.15
使用なし	296	74.4	296	74.4	126	78.3	
使用あり	102	25.6	102	25.6	35	21.7	
読話							2.27
使用なし	211	53.0	133	56.1	78	48.4	
使用あり	187	47.0	104	43.9	83	51.6	
音声							1.96
使用なし	320	80.4	196	82.7	124	77.0	
使用あり	78	19.6	41	17.3	37	23.0	
口話							14.02 ***
使用なし	137	34.4	99	41.8	38	23.6	
使用あり	261	65.6	138	58.2	123	76.4	
手話							0.40
使用なし	18	4.5	12	5.1	6	3.7	
使用あり	380	95.5	225	94.9	155	96.3	

†) t 検定、無印) χ² 検定、¶) 縦トータル 100%、#) 欠損値は削除した、*** p < 0.001, ** p < 0.01, * p < 0.05

表 3-3 (続き 1) 分析対象者の属性 聴覚障害における性別と関連要因 (n=399)

従属変数	全体 (n=399)		男性 (n=237)		女性 (n=161)		χ ² 検定
	n	% [※]	n	% [※]	n	% [※]	
障害特性							
日常コミュニケーション [#]							
指文字							0.17
使用なし	146	36.7	85	35.9	61	37.9	
使用あり	252	63.3	152	64.1	100	62.1	
日本語対応手話							0.19
使用なし	242	60.8	142	59.9	100	62.1	
使用あり	156	39.2	95	40.1	61	37.9	
筆談							0.69
使用なし	90	22.6	57	24.1	33	20.5	
使用あり	308	77.4	180	75.9	128	79.5	
身振り							0.68
使用なし	178	44.7	110	46.4	68	42.2	
使用あり	220	55.3	127	53.6	93	57.8	
キュードスピーチ							0.08
使用なし	382	96.0	228	96.2	154	95.7	
使用あり	16	4.0	9	3.8	7	4.3	
補償機器利用 [#]							4.33 *
利用あり	221	70.6	131	66.5	90	77.6	
利用なし	92	29.4	66	33.5	26	22.4	
補償機器内容							
補聴器							3.69
該当なし	128	32.2	85	35.9	43	26.7	
該当あり	270	67.8	152	64.1	118	73.3	
人工内耳							0.13
該当なし	392	98.5	233	98.3	159	98.8	
該当あり	6	1.5	4	1.7	2	1.2	
家族形態							
世帯状況 [#]							1.00
一人暮らし	59	16.6	39	18.2	20	14.2	
家族など同居	296	83.4	175	81.8	121	85.8	
婚姻の有無 [#]							6.59 **
未婚	138	37.9	71	32.6	67	45.9	
婚姻	226	62.1	147	67.4	79	54.1	
家族中聴覚障害者の有無 [#]							0.36
いる	160	43.5	98	44.7	62	41.6	
いない	208	56.5	121	55.3	87	58.4	
経済状態							
仕事							5.12 *
仕事なし	18	5.4	6	3.1	12	8.8	
仕事あり	315	94.6	190	96.9	125	91.2	
仕事先の位置							51.26 ***
正規の職員・従業員	203	65.5	153	81.0	50	41.3	
上記以外	107	34.5	36	19.0	71	58.7	
職場における困難							12.84 ***
ある	229	74.4	151	81.6	78	63.4	
ない	79	25.6	34	18.4	45	36.6	
職場における困難内容							
コミュニケーション							4.75 *
該当なし	92	40.2	53	35.1	39	50.0	
該当あり	137	59.8	98	64.9	39	50.0	
職場内の協力体制							0.02
該当なし	172	75.1	113	74.8	59	75.6	
該当あり	57	24.9	38	25.2	19	24.4	
職場における相談体制							0.31
該当なし	195	85.2	130	86.1	65	83.3	
該当あり	34	14.8	21	13.9	13	16.7	
職務内容に不満							1.09
該当なし	198	86.5	128	84.8	70	89.7	
該当あり	31	13.5	23	15.2	8	10.3	
聴覚障害に対する理解							1.81
該当なし	151	65.9	95	62.9	56	71.8	
該当あり	78	34.1	56	37.1	22	28.2	
情報共有が難しい							1.57
該当なし	113	49.3	79	52.3	34	43.6	
該当あり	116	50.7	72	47.7	44	56.4	

†) 縦トータル 100%、#) 欠損値は削除した、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

表 3-3 (続き 2) 分析対象者の属性 聴覚障害における性別と関連要因 (n=399)

従属変数	全体 (n=399)		男性 (n=237)		女性 (n=161)		χ ² 検定
	n	% [†]	n	% [†]	n	% [†]	
経済状態							
職場における困難内容							
キャリアアップ							0.26
該当なし	172	75.1	115	76.2	57	73.1	
該当あり	57	24.9	36	23.8	21	26.9	
能力発揮できない							2.17
該当なし	201	87.8	136	90.1	65	83.3	
該当あり	28	12.2	15	9.9	13	16.7	
勤務時間							0.80
該当なし	208	90.8	139	92.1	69	88.5	
該当あり	21	9.2	12	7.9	9	11.5	
作業を容易にする設備							0.14 *
該当なし	205	89.5	136	90.1	69	88.5	
該当あり	24	10.5	15	9.9	9	11.5	
職場介助者等の配置							0.18
該当なし	194	84.7	129	85.4	65	83.3	
該当あり	35	15.3	22	14.6	13	16.7	
転職							2.56
ある	136	40.4	87	43.9	49	35.3	
ない	201	59.6	111	56.1	90	64.7	
転職経験理由							
自分のキャリア将来性							8.63 **
該当なし	147	73.1	72	64.9	75	83.3	
該当あり	54	26.9	39	35.1	15	16.7	
障害に対する配慮不十分							2.32
該当なし	165	82.1	87	78.4	78	86.7	
該当あり	36	17.9	24	21.6	12	13.3	
倒産、解雇							0.58
該当なし	177	88.1	96	86.5	81	90.0	
該当あり	24	11.9	15	13.5	9	10.0	
定年、契約期間の満了							0.45
該当なし	194	96.5	108	97.3	86	95.6	
該当あり	7	3.5	3	2.7	4	4.4	
健康上の理由							1.46
該当なし	182	90.5	103	92.8	79	87.7	
該当あり	19	9.5	8	7.2	11	12.2	
個人的な事情							29.71 ***
該当なし	151	75.1	100	90.1	51	56.7	
該当あり	50	24.9	11	9.9	39	43.3	
会社の安定性や将来性							7.88 **
該当なし	178	88.6	92	82.9	86	95.6	
該当あり	23	11.4	19	17.1	4	4.4	
職場の人間関係							3.08
該当なし	193	96.0	109	98.2	84	93.3	
該当あり	8	4.0	2	1.8	6	6.7	
転職際相談							
両親・兄弟							3.43
該当なし	149	74.1	88	79.3	61	67.8	
該当あり	52	25.9	23	20.7	29	32.2	
恋人・配偶者							0.06
該当なし	148	73.6	81	73.0	67	74.4	
該当あり	53	26.4	30	27.0	23	25.6	
聴覚障害のある友人知人							0.17
該当なし	172	85.6	96	86.5	76	84.4	
該当あり	29	14.4	15	13.5	14	15.6	
耳の聞こえる友人知人							1.52
該当なし	186	92.5	105	94.6	81	90.0	
該当あり	15	7.5	6	5.4	9	10.0	
聴覚障害関連機関							4.32 *
該当なし	192	95.5	103	92.8	89	98.9	
該当あり	9	4.5	8	7.2	1	1.1	
聴覚障害関連機関以外							-
該当なし	201	100.0	111	100.0	90	100.0	
該当あり	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
人事担当者							0.07
該当なし	195	97.0	108	97.3	87	96.7	
該当あり	6	3.0	3	2.7	3	3.3	

†) 縦トータル 100%、#) 欠損値は削除した、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

表 3-3(続き 3) 分析対象者の属性 聴覚障害における性別と関連要因 (n=399)

従属変数	全体 (n=399)		男性 (n=237)		女性 (n=161)		χ ² 検定
	n	% [※]	n	% [※]	n	% [※]	
経済状態							
転職際相談							
ハローワーク							0.48
該当なし	122	60.7	65	58.6	57	63.3	
該当あり	79	39.3	46	41.4	33	36.7	
教育担当者							0.82
該当なし	200	99.5	110	99.1	90	100.0	
該当あり	1	0.5	1	0.9	0	0.0	
どこに相談したらよいか							3.31
該当なし	197	98.0	107	96.4	90	100.0	
該当あり	4	2.0	4	3.6	0	0.0	
誰にも相談できない							0.82
該当なし	200	99.5	110	99.1	90	100.0	
該当あり	1	0.5	1	0.9	0	0.0	
相談する必要はなし							0.93
該当なし	185	92.0	104	93.7	81	90.0	
該当あり	16	8.0	7	6.3	9	10.0	
医療サービスへのアクセス							
通院状態 [#]							1.22
あり	226	62.8	130	60.5	96	66.2	
なし	134	37.2	85	39.5	49	33.8	
受診際困難							
適当な病院・診療所							0.09
該当あり	13	5.8	8	6.2	5	5.2	
該当なし	213	94.2	122	93.8	91	94.8	
すぐに診療入院できない							0.51
該当あり	4	1.8	3	2.3	1	1.0	
該当なし	222	98.2	127	97.7	95	99.0	
緊急時受診できない							1.49
該当あり	2	0.9	2	1.5	0	0.0	
該当なし	224	99.1	128	98.5	96	100.0	
名前呼ばれてもわからず							0.00
該当あり	38	16.8	22	16.9	16	16.7	
該当なし	188	83.2	108	83.1	80	83.3	
医師とのコミュニ							0.11
該当あり	71	31.4	42	32.3	29	30.2	
該当なし	155	68.6	88	67.7	67	69.8	
情報保障							0.79
該当あり	21	9.3	14	10.8	7	7.3	
該当なし	205	90.7	116	89.2	89	92.7	
症状や治療について理解							1.40
該当あり	28	12.4	19	14.6	9	9.4	
該当なし	198	87.6	111	85.4	87	90.6	
医療費負担							0.00
該当あり	7	3.1	4	3.1	3	3.1	
該当なし	219	96.9	126	96.9	93	96.9	
医療費以外負担							2.25
該当あり	3	1.3	3	2.3	0	0.0	
該当なし	223	98.7	127	97.7	96	100.0	
経済的な打撃							0.74
該当あり	1	0.4	1	0.8	0	0.0	
該当なし	225	99.6	129	99.2	96	100.0	
特に困ったことはない							0.42
該当あり	105	46.5	58	44.6	47	49.0	
該当なし	121	53.3	72	55.4	49	51.0	
健康状態							
主観的健康感 [#]							0.95
良い	219	55.9	127	54.3	92	58.2	
普通	157	40.1	96	41.0	61	38.6	
悪い	16	4.1	11	4.7	5	3.2	
主観的幸福感 [#]							1.77
良い	202	52.7	116	50.0	86	57.0	
悪い	181	47.3	116	50.0	65	43.0	
精神的健康 [#]							1.85
良い	191	51.6	121	54.5	70	47.3	
悪い	179	48.4	101	45.5	78	52.7	

†) 縦トータル 100%、#) 欠損値は削除した、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

表 3-3 (続き 4) 分析対象者の属性 聴覚障害における性別と関連要因 (n=399)

従属変数	全体 (n=399)		男性 (n=237)		女性 (n=161)		χ ² 検定
	n	% [†]	n	% [†]	n	% [†]	
健康状態							
悩み・ストレス							1.95
ない	86	23.8	57	26.4	29	20.0	
ある	275	76.2	159	73.6	116	80.0	
悩み・ストレス原因							
家族との人間関係							1.68
該当あり	54	19.6	27	17.0	27	23.3	
該当なし	221	80.4	132	83.0	89	76.7	
家族以外人間関係							2.85
該当あり	71	25.8	35	22.0	36	31.0	
該当なし	204	74.2	125	78.0	80	69.0	
恋愛・性に関する事							0.03
該当あり	27	9.8	16	10.1	11	9.5	
該当なし	248	90.2	143	89.9	105	90.5	
結婚							0.11
該当あり	22	8.0	12	7.5	10	8.6	
該当なし	253	92.0	147	92.5	106	91.4	
離婚							0.15
該当あり	6	2.2	3	1.9	3	2.6	
該当なし	269	97.8	156	98.1	113	97.4	
いじめ、ハラスメント							1.04
該当あり	11	4.0	8	5.0	3	2.6	
該当なし	264	96.0	151	95.0	113	97.4	
生き甲斐に関する事							1.09
該当あり	25	9.1	12	7.5	13	11.2	
該当なし	250	90.9	147	92.5	103	88.8	
自由にできる時間がない							2.59
該当あり	68	24.7	45	28.3	23	19.8	
該当なし	207	75.3	114	71.7	93	80.2	
収入・家計・借金等							0.05
該当あり	81	29.5	46	28.9	35	30.2	
該当なし	194	70.5	113	71.1	81	69.8	
自分の病気や介護							0.16
該当あり	26	9.5	16	10.1	10	8.6	
該当なし	249	90.5	143	89.9	106	91.4	
家族の病気や介護							0.42
該当あり	30	10.9	19	11.9	11	9.5	
該当なし	245	89.1	140	88.1	105	90.5	
妊娠・出産							4.16
該当あり	3	1.1	0	.0	3	2.6	
該当なし	272	98.9	159	100.0	113	97.4	
育児							2.29
該当あり	9	3.3	3	1.9	6	5.2	
該当なし	266	96.7	156	98.1	110	94.8	
家事							7.36 **
該当あり	27	9.8	9	5.7	18	15.5	
該当なし	248	90.2	150	94.3	98	84.5	
自分の学業・受験・進学							2.21
該当あり	3	1.1	3	1.9	0	0.0	
該当なし	272	98.9	156	98.1	116	100.0	
子どもの教育							0.40
該当あり	12	4.4	8	5.0	4	3.4	
該当なし	263	95.6	151	95.0	112	96.6	
自分の仕事							2.72
該当あり	144	52.4	90	56.6	54	46.6	
該当なし	131	47.6	69	43.4	62	53.4	
家族の仕事							1.35
該当あり	10	3.6	4	2.5	6	5.2	
該当なし	265	96.4	155	97.5	110	94.8	
住まいや生活環境							0.43
該当あり	36	13.1	19	11.9	17	14.7	
該当なし	239	86.9	140	88.1	99	85.3	
悩み・ストレス相談							
両親・兄弟							2.163
該当あり	75	27.3	38	23.9	37	31.9	
該当なし	200	72.7	121	76.1	79	68.1	
恋人・配偶者							4.14 *
該当あり	86	31.3	42	26.4	44	37.9	
該当なし	189	68.7	117	73.6	72	62.1	

†) 縦トータル 100%、#) 欠損値は削除した、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

表 3-3 (続き 5) 分析対象者の属性 聴覚障害における性別と関連要因 (n=399)

従属変数	全体 (n=399)		男性 (n=237)		女性 (n=161)		χ ² 検定
	n	% [†]	n	% [†]	n	% [†]	
健康状態							
悩み・ストレス相談							
聴覚障害のある友人知人							7.58 **
該当あり	144	52.4	72	45.3	72	62.1	
該当なし	131	47.6	87	54.7	44	37.9	
耳の聞こえる友人知人							1.59
該当あり	79	28.7	41	25.8	38	32.8	
該当なし	196	71.3	118	74.2	78	67.2	
情報保障者							2.83
該当あり	29	10.5	21	13.2	8	6.9	
該当なし	246	89.5	138	86.8	108	93.1	
聴覚障害関連機関							2.22
該当あり	49	17.8	33	20.8	16	13.8	
該当なし	226	82.5	126	79.2	100	86.2	
聴覚障害以外公的機関							0.66
該当あり	5	1.8	2	1.3	3	2.6	
該当なし	270	98.2	157	98.7	113	97.4	
民間の相談窓口							0.15
該当あり	6	2.2	3	1.9	3	2.6	
該当なし	269	97.8	156	98.1	113	97.4	
医療機関							0.16
該当あり	11	4.0	7	4.4	4	3.4	
該当なし	264	96.0	152	95.6	112	96.6	
民生委員							2.76
該当あり	2	0.7	0	.0	2	1.7	
該当なし	273	99.3	159	100.0	114	98.3	
テレビラジオ等							1.4
該当あり	6	2.2	5	3.1	1	0.9	
該当なし	269	97.8	154	96.9	115	99.1	
職場、教育機関関係者							0.84
該当あり	24	8.7	16	10.1	8	6.9	
該当なし	251	91.3	143	89.9	108	93.1	
どこに相談したらよいか							1.52
該当なし	12	4.4	9	5.7	3	2.6	
該当あり	263	95.6	150	94.3	113	97.4	
誰にも相談できない							3.20
該当なし	15	5.5	12	7.5	3	2.6	
該当あり	260	94.5	147	92.5	113	97.4	
相談する必要はなし							0.46
該当なし	20	7.3	13	8.2	7	6.0	
該当あり	255	92.7	146	91.8	109	94.0	
健康関連行動							
喫煙 [#]							
喫煙	77	19.6	59	25.3	18	11.3	11.92 **
非喫煙	316	80.4	174	74.7	142	88.8	
飲酒 [#]							
飲酒	258	65.8	170	72.6	88	55.7	12.05 **
非飲酒	134	34.2	64	27.4	70	44.3	
保健福祉サービスアクセス							
サービス利用 [#]							
情報・コミュニケーション保障							0.14
利用あり	307	83.4	184	84.0	123	82.6	
利用なし	61	16.6	35	16.0	26	17.4	
字幕入り情報							0.55
利用あり	363	96.5	214	96.0	149	97.4	
利用なし	13	3.5	9	4.0	4	2.6	
手話入り情報							7.05 **
利用あり	282	76.4	178	81.3	104	69.3	
利用なし	87	23.6	41	18.7	46	30.7	
情報機器・日常生活用具							0.48
利用あり	332	88.8	195	87.8	137	90.1	
利用なし	42	11.2	27	12.5	15	9.9	
建築・設備等							5.42 *
利用あり	180	51.3	97	46.2	83	58.9	
利用なし	171	48.7	113	53.8	5	41.1	
社会保障							2.56
利用あり	305	84.0	176	81.5	129	87.8	
利用なし	58	16.0	40	18.5	18	12.2	

†) 縦トータル 100%、#) 欠損値は削除した、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

表 3-3(続き 6) 分析対象者の属性 聴覚障害における性別と関連要因 (n=399)

従属変数	全体 (n=399)		男性 (n=237)		女性 (n=161)		χ ² 検定
	n	% [†]	n	% [†]	n	% [†]	
保健福祉サービスアクセス							
サービス利用							
保健							0.14
利用あり	263	74.4	156	73.6	107	75.4	
利用なし	91	25.7	56	26.4	35	24.6	
教育と訓練							0.88
利用あり	66	19.2	43	20.9	23	16.8	
利用なし	277	80.8	163	79.1	114	83.2	
労働と雇用							0.27
利用あり	83	24.3	52	25.2	31	22.8	
利用なし	259	75.7	154	74.8	105	77.2	
生活保護							1.08
利用あり	24	7.3	17	8.5	7	5.5	
利用なし	303	92.7	182	91.5	121	94.5	
サービス利用満足度 [#]							
情報・コミュニケーション保障							0.58
満足	288	84.0	178	85.2	110	82.1	
不満足	55	16.0	31	14.8	24	17.9	
字幕入り情報							0.03
満足	271	76.1	163	75.8	108	76.6	
不満足	85	23.9	52	24.2	33	23.4	
手話入り情報							0.02
満足	212	62.9	132	63.2	80	62.5	
不満足	125	37.1	77	36.8	48	37.5	
情報機器・日常生活用具							1.01
満足	256	74.9	151	72.9	105	77.8	
不満足	86	25.1	56	27.1	30	22.2	
建築・設備等							2.47
満足	114	40.7	65	37.1	49	46.7	
不満足	166	59.3	110	62.9	56	53.3	
社会保障							2.65
満足	234	71.1	135	67.8	99	76.2	
不満足	95	28.9	64	32.2	31	23.8	
保健							0.04
満足	204	66.9	127	66.5	77	67.5	
不満足	101	33.1	64	33.5	37	32.5	
教育と訓練							0.14
満足	104	42.3	62	41.3	42	43.8	
不満足	142	57.7	88	58.7	54	56.3	
労働と雇用							0.96
満足	92	37.2	53	34.9	39	41.1	
不満足	155	62.8	99	65.1	56	58.9	
生活保護							0.16
満足	48	43.2	35	42.2	13	46.4	
不満足	63	56.8	48	57.8	15	53.6	
サービスに対する意見 [#]							0.39
ある	174	52.1	107	53.5	67	50.0	
ない	160	47.9	93	46.5	67	50.0	
サービス相談窓口 [#]							0.13
充実している	142	41.9	80	38.6	62	47.0	
充実していない	197	58.1	127	61.4	70	53.0	
サービスに関する情報 [#]							2.29
入手できている	259	73.2	163	75.1	96	70.1	
入手できていない	95	26.8	54	24.9	41	29.9	
社会参加状況							
生き甲斐や楽しみ [#]							2.96
あり	317	91.9	185	89.8	132	95.0	
なし	28	8.1	21	10.2	7	5.0	

†) 縦トータル 100%、#) 欠損値は削除した、*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

(2) 聴覚障害の性別の比較：多変量解析の結果

性別にみた多変量解析の結果を表 3-4 に示す。聴覚障害のある男性に関連する要因として、「小学校時代特別支援教育を受けていた」(OR : 1.83, 95%CI : 1.07-3.15)、「口話を使用している」(OR : 2.55, 95%CI : 1.50-4.32)、「補償機器を利用していない」(OR : 0.51, 95%CI : 0.28-0.95)、仕事先の位置は「正規の職員・従業員である」(OR : 8.12, 95%CI : 4.47-14.90)、「職場において困難を感じている」(OR : 3.50, 95%CI : 1.91-6.44)、転職経験理由として「自分のキャリアや将来性ではない」(OR : 0.35, 95%CI : 0.16-0.74)、悩みやストレスの原因として「家事ではない」(OR : 0.31, 95%CI : 0.13-0.78)、悩みやストレスの相談相手として「聴覚障害のある友人・知人ではない」(OR : 0.49, 95%CI : 0.28-0.86)、「喫煙している」(OR : 2.81, 95%CI : 1.49-5.33)、「飲酒している」(OR : 1.95, 95%CI : 1.20-3.16)、サービス利用において「手話入り情報を利用している」(OR : 1.93, 95%CI : 1.12-3.33) が有意となった。

表 3-4 聴覚障害のある男性に関連する多変量解析

従属変数	オッズ比*	95% 信頼区間	β	p 値
小学校時代特別支援教育を受けた [†]	1.83	1.07 – 3.15	0.606	0.028
口話を使用している [†]	2.55	1.50 – 4.32	0.934	0.001
補償機器を利用していない [†]	0.51	0.28 – 0.95	-0.666	0.034
正規の職員・従業員である [†]	8.12	4.47 – 14.90	2.100	<0.001
職場において困難を感じている [†]	3.50	1.91 – 6.44	1.253	<0.001
転職経験理由 -- 自分のキャリアや将来性	0.35	0.16 – 0.74	-1.058	0.006
悩みやストレスの原因 -- 家事	0.31	0.13 – 0.78	-1.160	0.013
悩みやストレスの相談 -- 聴覚障害のある友人知人	0.49	0.28 – 0.86	-0.712	0.012
喫煙している	2.82	1.49 – 5.33	1.038	0.001
飲酒している [†]	1.95	1.20 – 3.16	0.667	0.007
手話入り情報を利用している [†]	1.93	1.12 – 3.33	0.657	0.018

*) オッズ比：年齢で調整

†) 観測値はそれぞれのアウトカムによって異なる。

4 考察

本研究は、アクセスの詳細を含めた個別調査を用いて言語習得前後（聴覚障害発生年齢の違い）による相違を明らかにすることを目的とし、さらに言語習得前群と言語習得後群の違いを性別に分けて各項目との関連における比較検討を行った。全国規模による言語習得前後と関連する要因についてみた分析は、おそらく本研究が初めてである。言語習得前群は言語習得後群と比較して、社会経済的・医療保健福祉サービスへのアクセス・健康関連行動・健康への影響状態に相違が見られること、そして性別によってそれぞれ関連する要因が異なることが浮き彫りになった。

言語習得前後と各項目との関連について分析した結果、全体において言語習得後群に比して言語習得前群はより主観的健康観、主観的幸福感および精神的健康観が良いことが確認された。悩みやストレスの有無において違いは見られなかったものの原因として家族以外との人間関係ではないことが確認された。保健・福祉サービスへのアクセスにおいては、言語習得前群はより福祉給付・失業保険・障害年金・障害手当等を含む社会保障サービスおよび福祉センター・障害者団体・福祉関連機関等を含む福祉保健サービスを利用していた。そして案内板の字幕表示等を含む建築・設備等および社会保障サービスに満足している割合が言語習得前群において有意に高い結果となった。また、言語習得前群はより最終学歴が短大・高専以上であり、幼稚部時代に特別支援教育を受けている、そしてろう者としてのアイデンティティを持つ傾向であった。さらに性別に分けてみた結果、男女共通で有意な差が見られたのは、主観的幸福感がよい、幼稚部時代に特別支援教育を受けていたことであった。言語習得前群の男性は言語習得後の男性に比して、主観的健康観が良いことが確認された。保健・福祉サービスへのアクセスにおいて福祉給付・失業保険・障害年金・障害手当等を含む社会保障サービスを利用している、そして案内板の字幕表示等を含む建築・設備等および社会保障に満足している、そしてサービスに関する情報を入手できている割合が有意に高い結果となった。最終学歴は短大・高専以上であり、ろう者としてのアイデンティティを持つ、転職の経験がある割合が有意に高い傾向であった。一方、女性においては言語習得前群の女性は言語習得後群の女性に比して、精神的健康感が良い、悩みやストレスの相談相手として耳の聞こえる友人・知人ではないことが確認された。サービスへのアクセスにおいて有意な差は認められなかった。

言語習得前後に関係なく全体で性別による違いをみたところ、聴覚障害のある女性に比して聴覚障害のある男性はより喫煙および飲酒していることが確認されたものの、健康状態において特に有意な差は認められなかった。他に有意に関連する要因として、小学校時代特別支援教育を受けていた、コミュニケーション手段として口話を使用している、補償機器を利用していない、仕事先の位置は正規の職員・従業員である、職場において困難を感じている、転職経路理由としては自分のキャリアや将来性ではない、悩みやストレスの原因は家事ではない、相談相手としては聴覚障害のある友人・知人ではない、サービス利用においてテレビ、映画、ビデオ等を含む手話入り情報を利用している割合が有意に高い結果となった。

1) 言語習得前に関連する要因

(1) 社会経済的状況

① 教育

最終学歴について尋ねたところ、言語習得前群は言語習得後群に比して、特に男性においては最終学歴が短期大学もしくは高等専門学校以上をでている割合が有意に高い傾向にあることがわかった。言語習得前後の違いにおける最終学歴との関連についてみた先行研究は管見の限りでは存在しない。一般に聴覚障害者の高等教育機関への進学率は低いと言われている（[東京財団, 2012](#)）が、本研究より聴覚障害のある人の中でも言語習得前に聴覚障害を生じた人の方がより高等教育機関に進学する傾向にあることが伺えた。また本研究より言語習得前に聴覚障害になった場合は、幼稚部時代に特別支援教育を受けている、よりろうとしてのアイデンティティを持つ傾向にあることが確認された。アイデンティティの形成要因として、島根ら（[2010](#)）は聴力による医学的な要因以上に文化的、社会的、教育的要因が決定に影響を与えることを推測している。具体的には、コミュニケーションモード・使用言語、障害受容、特別支援教育、聴覚障害になる原因、ろう社会共同体との接点・ろう者のロールモデルによる影響、失聴時期、障害程度、補償機器利用状況、家族中における聴覚障害の有無、家族の聴覚障害に対する理解とコミュニケーション手段などがある（[National Child Traumatic Stress Network, 2006](#)）。一般に言語習得後に聴覚障害を生じた人でその人に適した育児や教育または支援のない環境で育った場合、コミュニケーション困難から情緒不安になるなど行動面および精神面に影響を及ぼす傾向があると言われている。また青年もしくは成人期以降に聴覚障害を生じた場合、意思疎通がうまく行かず社会生活になかなか適応できず、心理的に孤立し社会生活に影響を及ぼす傾向がある（[廣田, 2008](#)）。特別支援学校は聴覚障害児における早期的な教育的対応方法の1つであり、言語的な学習を始め自立活動など聴覚障害個々人の必要性に応じて様々な困難を主体的に克服するための教育を受けることができる環境にある。上農（[2007](#)）によれば、特別支援学校に通わないでインテグレーションする聴覚障害児は音声情報がメインである環境の中で心理的苦痛およびコミュニケーションの困難による苦渋と忍耐を強いられ、結果的に言語力の未発達、思考力の未熟、低学力、自信喪失、孤立、自暴自棄、無関心、無表情、進学・就職の制限等の深刻な問題を生み出してきたと言われている。本研究における言語習得前に聴覚障害を生じた人は、早期のうちに特別支援教育を受けてきたことで使用言語、障害受容、ろう社会共同体との接点・ろう者のロールモデルによる影響など聴覚障害児の成長発達に適した支援を受けてきたことで、結果的に学歴およびアイデンティティにも関与しているのではないかとということが考えられる。三科（[2007](#)）は、多様な側面を持つ聴覚障害個々人の実態を把握し、それぞれのニーズに応じていけるようにするためにも特別支援学校に限らず、新生児聴覚検査を取り扱う医療機関関係者、聴覚障害に関する学識経験者、児童相談所、聴覚障害関連機関、福祉関係者などが地域における聴覚障害児支援ネットワークと十分に連携して早期支援における実施体制の検討を重ねながら、よりよい早期支援の普及・啓発活動に取り組んでいくことが大切であると強調している。

② 就労状態

仕事の有無について尋ねたところ全体的に言語習得前後で有意な差は認められなかったものの、性別では言語習得前の男性は言語習得後の男性に比してより転職の経験がある傾向であった。言語習得前後に関係なく全体で性別による違いをみたところ、聴覚障害のある男性は聴覚障害のある女性に比して正規の職員・従業員である割合が多く、より職場において困難を感じている割合が多いことが確認された。一般に、聴覚障害者は就労状態が悪く（内閣府, 2012）、他の障害者と比して転職経験の割合が高いと言われている（厚生労働省, 1998; 岩山, 2013）が、言語習得前後の違いとの関連についてみた先行研究は管見の限りでは存在しない。高岡（2008）によれば、聴覚障害者は就労した後に十分なコミュニケーション支援が得られないなど就労後に労働環境において様々な問題に直面していると言われている。本研究の結果より、聴覚障害のある男性は正規職員・従業員の割合が多く、「雇用率」という「量」の側面では問題は見られないものの、職場における環境などの「質」の側面において様々な課題に直面しており、結果的に職場において困難を感じている割合が有意に高い結果となって表れたことが考えられる。転職の経験があると回答した者に対して、どうして転職を経験したのか聞いてみたところ、聴覚障害のある女性も聴覚障害のある男性に比してより自分のキャリアや将来性を考えている傾向があった。石原（2009）によれば、聴覚障害者は転職することを考えた場合に自分のキャリアや将来性を考える傾向があると言われるが、本研究より聴覚障害者の中でも特に女性はより長期的な視点で考えた上で転職を経験している傾向があることが伺えた。第1章でも述べたように、聴覚障害者の継続的就労の障害となっている要因として聴覚障害個々人に関する「能力的要因」と職場内における環境などの「環境的要因」の双方から課題を掘り下げ、問題を整理して、よりよい解決策を見出していく必要性が考えられる。他に、聴覚障害者のキャリア発達または職場定着に向けた取組みも重要な課題であると考えられる。石原（2014）は、まず「環境要因」対策として、雇用企業関係者に対する障害理解セミナーを実施するなど企業側の障害理解を進めることの重要性をあげている。「個人要因」対策として、聴覚障害者自身による自己分析力と自分の障害についての説明能力の育成を行うなど障害受容とエンパワメントを押し進めていくことも大切であると述べている。エンパワメントとは一般的に本来持っている能力を引出し、社会的な権限を与えることを言うが、聴覚障害者が自ら当事者意識を持ち、自分自身の障害を認識し、自分のニーズを発信しながら主体的に働きかけていくことが重要であり、それを職場で発揮できるような取組みを考えていくことも必要であろう。また、聴覚障害者が職場環境において具体的にどのようなことを感じているのか、どのようなことを求めているのか当事者の声を聞くことで実証を把握し、今後どんな取組みが必要か検討を重ねていくことも重要な課題であると考えられる。

（2）サービスへのアクセス

① 医療サービス

医療サービスへのアクセスについて、過去1年間に病気やけがの治療のために病院や診療所を受診したことがあるかどうか通院の有無について尋ねた結果、言語習得前後で有意な差は認

められたなかった。米国における先行研究によれば、言語習得前群と比して言語習得後群はより医療機関を利用する割合が高いと言われている (Barnett et al., 2002)。Zazove ら (2013) は、医療サービスへのアクセスが悪くなる要因として社会経済的状态を挙げている。第2章において聴覚障害のある人は聴覚障害のない人と比してより通院していることを確認したが、考えられる要因の1つとして身体障害者手帳を有する人で所得制限基準額を超えない場合医療費助成を受けられることがあると推測している。本研究において、言語習得前後の違いと身体障害者手帳の有無で有意な関連は認められなかったことから医療サービスへのアクセスにおいても有意な違いを生じなかったのではないかということが考えられる。しかしながら、第1章において聴覚障害者はアクセシビリティにおける格差の問題に直面する傾向があり、特に医療機関でのコミュニケーションに困難を感じておりアクセスのしやすさに欠けているのではないかと指摘している。本研究において多変量解析をした結果、通院していると回答した者のうち言語習得後群はより「症状や治療について、十分に理解することができなかった」割合が有意に多い結果となっている。次段落「②保健・福祉サービス」でも述べるが、言語習得後群はより保健・福祉サービスへのアクセスが悪いことが明らかになっている。言語習得後群は医療機関において自分に適した情報保障サービス等を受けられず医療専門家の説明を十分に聞き取れない、結果的に情報コミュニケーションにおける障壁が生じてしまい、効率的な医療サービスを受けられていないのではないかということも考えられる。

② 保健・福祉サービス

保健・福祉サービスへのアクセスについては、言語習得前群は言語習得後群に比してよりサービスを利用しており特に福祉給付・失業保険・障害年金・障害者手当・優遇税制等を含む社会保障及び福祉センター・障害者団体・福祉・医療等関係機関等を含む保健を利用していた。障害者専用駐車ゾーン・案内板の字幕表示等を含む建築・設備等、そして社会保障についてはより満足している傾向であった。性別に見たところ、言語習得前群の男性はサービスに関する情報を入手できている、社会保障を利用している、建築・設備等や社会保障に満足している割合が有意に高い結果となった。本研究において、言語習得前群は幼稚部時代に特別支援教育を受けていた、ろうとしてのアイデンティティを持つことが確認されている。言語習得前群は早い時期から特別支援学校において自立活動など様々な困難を主体的に克服するための教育などを受けてきたことで行動面および精神面に影響をあまり及ぼすことなくうまく社会生活に適応しつつ、結果的にサービスへアクセスしやすくなっているのではないかということが示唆された。言語習得後群はよりサービスへのアクセシビリティにおける格差の問題に直面しており、なかなか自分の意見を出したり本人の持つ能力を十分に発揮できていないのではないかということが考えられる。特に言語習得後群の男性においてはいかにサービスへアクセスしやすくなるか、社会生活にうまく適応できるようにするにはどのような取り組みを行えばよいのかまず問題を整理していく必要性が考えられる。Anderson et al (1973) ; Anderson (1995) は、公平なサービスアクセスの環境を確保することを目的とした行動モデルを提唱し、サービス利用の決定には「政策」「環境特性」「個人特性」が影響していると述べている。この概念に基づき、聴

覚障害者のサービスへのアクセスと「政策」「環境特性」「個人特性」との関連性についてみていくことも今後の課題として考えてもよいであろう。全日本ろうあ連盟（2014）は、情報やサービスなどにアクセスできることでより自分の意見を出したり、自ら情報を発信したりするなど自己判断や自己決定がより可能になる、そうすることで、自分の意見を出し合ったり本人の持つ能力を十分に発揮できるなど「完全な社会参加」へと踏み出すことができると言及している。

（３）健康

① 主観的健康感

主観的健康感について尋ねたところ、言語習得前群は言語習得後群に比して、特に男性においてはより主観的健康感がよいことが確認された。言語習得前後の違いにおける主観的健康感との関連についてみた先行研究は管見の限りでは存在しない。Zazove et al.（1993）によれば、聴覚障害のある人は聴覚障害のない人と比して主観的健康感が悪いと言われているが、聴覚障害のある人の中で言語習得後に聴覚障害を生じた人の方がより悪い傾向にあることが確認できた。また、第２章において聴覚障害がある人の主観的健康感が悪い割合が49.7%であったのに対して本章では4.1%であったが、第２章と第３章における聴覚障害者の対象及び回収率が異なることから、結果的に主観的健康感の割合に大きな差が生じたことが考えられる。第２章では、主観的評価により聴覚障害者を選定しており具体的にきこえにくさの程度、聴覚障害者手帳の有無、聴覚障害レベルなどを含む客観的評価まで把握しておらず、軽度の聴覚障害者も含まれている可能性が考えられている。本章においては、聴覚障害者団体を通して調査を実施しており、重度聴覚障害（100～109dB=62%、90～99dB=25%）が大きな割合を占めている。しかしながら、聴力のレベルと主観的健康感との関連について分析した結果、有意な差は認められなかった。障害の程度よりも、障害者団体に属している、つまり社会共同体に参加している聴覚障害者を中心に分析対象としていることから、より主観的健康感がよい傾向にあるのではないかということも推測できる。

② 精神的健康

精神的健康との関連において言語習得前後で見た結果、言語習得前群は言語習得後群に比して、特に女性においてはより精神的健康感がよいことが確認された。言語習得前後の違いにおける精神的健康感との関連についてみた先行研究は管見の限りでは存在しない。聴覚障害の有無では、聴覚障害のある人は聴覚障害のない人と比して精神的健康感が悪いと言われている（de Graaf et al., 2002; Fellingner et al., 2005; Kvam et al., 2007; 高宮ら, 2005）が、聴覚障害のある人の中でも特に言語習得後に聴覚障害を生じた人の方がより精神的健康感が悪く、気分・不安障害および抑うつ傾向にあることが確認できた。一般に聴覚障害者が精神的健康に影響を及ぼす理由として、コミュニケーションへのアクセス困難、そして恥辱と差別的な社会経済的背景が考えられている（de Graaf et al., 2002; Kvam et al., 2006; Fellingner et al., 2012）。言語習得後に聴覚障害を生じた場合、社会生活においてなかなか適応出来ず、心理的に孤立したり精神面において影響を及ぼしやすい（廣田, 2008）と言われているが、これらの要因が関連していることが伺

える。また、滝沢（1995）；滝沢（2000）は、障害発生年齢は多様であるにせよ、音声言語を主たるコミュニケーション手段とする難聴者・中途失聴者はより心理的な困難を抱える傾向があると述べている。その背景には、難聴者・中途失聴者は障害があるというアイデンティティ形成が難しく、価値観や所作が聴者と共通する面も多く、見かけは聴者と変わらないことから周囲の理解を得にくいことが考えられる（高宮, 2005）。言語習得後群は、個々人に適した教育的対応を受けられなかった場合、意思疎通や感情の共有などコミュニケーションの関係をきちんと形成することができないまま成長し社会生活に影響を及ぼしやすいとされていることから、これらの要因が精神的健康状態に影響を及ぼしていることが伺えた。また本研究より、言語習得前群は幼稚部時代に特別支援教育を受けてきている、サービスへのアクセスがよいことが確認されているがこれらの要因が精神的健康感と関連しているのではないかということも考えられる。

③ 悩み・ストレス

現在日常生活で悩みやストレスがあるかどうか尋ねたところ、言語習得前後で有意な差は認められなかった。言語習得前後の違いにおける健康関連行動との関連についてみた先行研究は、管見の限りでは存在しない。悩みやストレスがあると回答した人にどのような原因で悩みやストレスを抱えているのか聞いてみたところ、性別に関係なく言語習得後群はより家族以外との人間関係に悩みやストレスを抱えている傾向であった。一般に、言語習得後に聴覚障害を生じた人はコミュニケーションに困難を感じ、意思疎通がうまく行かず社会生活になかなか適応できないなど、社会生活に影響を及ぼす傾向があるとされている（廣田, 2008）。こういった要因が家族以外との人間関係に悩みを抱えるのに関連しているのではないかということが示唆された。次に、言語習得前後に関係なく聴覚障害のある男性女性における相違をみたところ、聴覚障害のある女性は聴覚障害のある男性に比してより家事に悩みやストレスを抱えており、聴覚障害のある友人・知人に相談する傾向であった。

（４）主観的幸福感

主観的幸福感との関連において言語習得前後で見た結果、全体において言語習得前群は言語習得後群に比してより主観的幸福感がよいことが確認された。聴覚障害の有無はもとより言語習得前後の違いにおける主観的幸福感との関連についてみた先行研究は管見の限りでは存在しない。2012年に発足した内閣府による「幸福度に関する研究会」（内閣府, 2014b）によれば、主観的幸福感の指標案として、経済社会状況（基礎的ニーズ、住居、子育て、雇用、社会制度）、心身の健康（身体面、精神面）、関係性（ライフスタイル、家族とのつながり、地域とのつながり、自然とのつながり）を挙げている（内閣府, 2013b）。本研究より、全体において言語習得前群は幼稚部時代に特別支援教育を受けてきている、サービスへのアクセスがよいことが確認されているがこれらの要因が主観的幸福感と関連しているのではないかということも考えられる。今後、主観的幸福感の指標案を考慮した分析研究をする余地があると考えられる。

（５）健康関連行動

喫煙、飲酒の有無について尋ねた結果、言語習得前後で性別に関わらず有意な差は認められ

なかった。言語習得前後の違いにおける健康関連行動との関連についてみた先行研究は、管見の限りでは喫煙のみ見られており、言語習得前群はより喫煙しないという報告している (Barnett et al., 1999)。本研究において、言語習得前後に関係なく聴覚障害のある男性女性における相違をみたところ、聴覚障害のある男性は聴覚障害のある女性に比して、より喫煙、飲酒する傾向であることを確認した。Berman et al. (2007) によれば、聴覚障害者は社会的受容や孤立およびコミュニケーション障害を抱えやすくこれらの要因が喫煙のリスクを高めていると言われている。本研究より、聴覚障害のある男性は聴覚障害のある女性に比して職場において正規の職員・従業員であり、職場において困難を感じている傾向があることが確認されている。一般に男性は女性より喫煙すると言われている (厚生労働省, 2014)。とりわけ聴覚障害のある男性は、職場において十分なコミュニケーションがとれないなど、労働環境において様々な問題に直面しており、結果的に社会的に孤立しより喫煙する傾向にあることが考えられる。飲酒においては、一般に男性は女性に比してより飲酒する傾向がある (厚生労働省, 2014)。聴覚障害のある男性も一般と同様な傾向にあることに加えて職場との付き合い上より飲酒することが考えられた。

(6) コミュニケーション手段

日常コミュニケーションについて尋ねた結果、単変量解析において全体で言語習得前群はより手話を利用している傾向であったものの、多変量解析では有意な差は認められなかった。補償機器利用状況においては、言語習得前後で利用の有無で違いは認められなかった。また、利用ありと回答した人の補聴器および人工内耳それぞれの利用で違いは認められなかった。人工内耳装用者の割合が少なかった理由として、本研究の対象者は20歳以上であること、人工内耳装用が近年の取組みであることが考えられる。第1章でも述べた通り近年人工内耳装用者が増加傾向にあり、今後さらに普及していくことが予想される。近年、医療技術の目覚ましい進歩に伴い、人工内耳の有効性もより向上していくことも考えられる。音声コミュニケーションが主流の社会において、聴者とのコミュニケーションを改善し活躍の場を広げていくべく、特に言語習得後に聴覚障害を生じた聴覚障害者にとって音声の感覚が残っており、より有効性がある可能性が高いことから、人工内耳を装用する手段の選択を希望している聴覚障害者や家族が少なからずいることも考慮していくべきである。人工内耳装用における効果についてみた先行研究において、まず海外文献によれば、Thoutenhoofd (2006) ; Vermeulen et al. (2007) は、人工内耳装用における言語習得および学力向上に効果があったと報告している一方、Rhoten et al. (2003) ; Fabich (2005) は、人工内耳装用における効果はなかったと述べている。また、Beadle et al. (2005) ; Uziel et al. (2007) は聴覚障害児の人工内耳装用後10年経過における状況を見た結果、コミュニケーションに問題なく聴性反応や会話能力に改善が見られていると報告している。人工内耳装用における健康に関連した生活の質（健康状態、健康の認知、生活の満足度など）における先行研究において、Moog et al. (2011) ; Rachel et al. (2014) は、人工内耳を装用したことにより、より自己肯定感が高まり、学業面や周囲の人との付き合いにおいても効果があったと報告している。言語習得後に聴覚障害になった人で人工内耳を装用した場合において、Olze et al. (2011) ; Olze et al. (2012) は、コミュニケーションのみではなく心理面においても

効果が見られているという結果を示している。Mo et al. (2005) は、コミュニケーションおよび重圧感、孤立、友達や家族との関係において改善が見られたと報告している。また、より社会参加が可能になり、健康面においてよい影響が見られたという報告もある(Hogan et al., 2001)。一方、Huber (2005) は人工内耳装用したことにより健康に関連した生活の質が悪くなったと報告している。Rich et al. (2013) は、人工内耳装用における効用性は聴覚障害個々人によってばらつきがあり、学業においては特に問題はないものの、教室の中でいろいろな音声情報が交錯しているところではなかなか聞き取りづらい結果となったことを報告している。国内文献においては、坂本 (2009) は人工内耳はやり方次第では言語習得や学力の向上および人と人とのつながりを促進することで大いに役立つ可能性があると報告している。武田 (2005) は、中途失聴者における人工内耳装用は社会的活動や生活の質を高めていると報告している。しかしながら、現時点において人工内耳装用後の聴覚障害当事者と家族に対する支援体制は整っているとは言いがたい状況にある。また、人工内耳装用の効用性については個人差があり、わが国における社会経済的、心理的、健康への影響について統計学的手法や質的調査に基づいてみた情報も十分には整理されているとは言いがたい。佐藤 (2014) は、幼少時代に人工内耳の装用をした聴覚障害者は、本人の意思によるものではないために成長段階においてどのように受け止めていくかといった障害受容などメンタル面の支援も大きな課題になっていることを指摘している。聴覚障害者を取巻く医療機関や教育、行政が密接に連携して人工内耳装用児・者個々人に適した環境を整えていくなど長期的取組みかつ総合的なアプローチも重要になってくると考えられる。長瀬 (1997) は、ろう者の組織による、ろう児の親、聴者である親への積極的な情報提供、相談の役割等の環境を整えた上で人工内耳という技術が正當に活かされるべきであること、その前提としてろう者と聴者、手話言語と音声言語それぞれの関係、権力関係の見直しが不可欠であると指摘している。

2) 本研究の限界と課題

本研究は全国レベルで調査を実施と分析をしているものの、限界としていくつかあげられる。まず1点目に研究デザインが横断研究であるため、因果関係を言及することは難しい。2点目に、研究対象者はすべて全日本ろうあ連盟傘下団体の全国各地の聴覚障害者協会会員関係者であることがあげられる。現在、聴覚障害者は全国において35万人ほどいる(厚生労働省, 2008a)と言われているが、本研究はその0.1%ほどであり本研究の結果を一般化する際には留意が必要と考える。3点目に、言語習得前後の分別における年齢の決定がある。本研究では、聴覚障害発生年齢が3歳未満(0~2歳)と回答した人を「言語習得前」群、3歳以上(3~39歳)と回答した人を「言語習得後」群とした。先行研究によれば、1~3歳時以前に聴覚障害が生じた場合を言語習得前、3歳時以降に聴覚障害が生じた場合言語習得後であると記載する文献(Holt et al., 2012; Ali et al., 2007; Teoh et al., 2004)がある。また、言語習得前後で比較した研究(Barnett et al., 1999; Barnett et al., 2002; de Graaf et al., 2002)も存在している。しかしながら、言語習得前後と年齢における定義はおそらく国内外ともに一貫したものは見られていない。例えば、聴覚障害の程度が重度であった場合1歳前後で発見できるものの、中等

度もしくはなんらかの理由で2歳以降に発見されるケースもあり（三科, 2007）、具体的にいつ聴覚障害を生じたのか当事者、当事者を囲む家族や医療関係者でさえ判断が難しい場合もある。聴覚障害者における言語習得状況は、聴覚障害になった年齢、個々人の能力、出生後の環境および育った環境や周囲とのコミュニケーションなどの影響によって様々であり、法律上においても明確に規定されていない。従って結果の解釈には留意が必要である。4点目に自記式の郵送法による質問紙調査である点があげられる。しかし、本研究はこれまで明らかにされていなかった言語習得前後における聴覚障害者の違いを全国レベルでみていること、ある程度のサンプルサイズが確保されていること、また分析段階において交絡要因の調整を可能な限り行っている。言語習得前後の違いによる実証的データを得ることは非常に難しく、言語習得前後でそれぞれどのような背景の中で生活をしていたのか、そしてどのようにサービスを受けてきたのか、健康状態はどのようになっているのかその現実から学ぶことは極めて重要である。言語習得後聴覚障害においては聴覚障害になった後の社会とのつながりや人間関係が希薄になり、結果的にサービスへのアクセスが悪くなり、健康へも影響することが考えられた。

今後の課題としては、本調査によって保健福祉サービス利用対象である聴覚障害がある人の中でもサービスを利用できない人がいる、つまり全般的にサービスへのアクセスのしやすさにつながっていない可能性が明らかになった。そのために調査対象を増やした上でさらなる分析的な検討が必要と考える。具体的には、サービスへのアクセスが困難な聴覚障害、特に言語習得後において例えばどうしてサービス利用につながらないのか等の理由について明らかにする必要がある。また、言語習得状況における個人要因および環境要因との関連、および他の聴覚障害者が持つ様々な特性などより詳細な実態の把握とそれに基づく検討が必要であることが考えられる。そして、これらの実証的データに基づきどのような支援が必要か具体的な方策を検討していく必要がある。

5 結論

アクセスの詳細を含めた個別調査を用いて言語習得前後（聴覚障害発生年齢の違い）による相違を明らかにすることを目的とし、言語習得前群と言語習得後群に分けて社会経済的、文化的特徴、医療サービスや保健福祉サービスへのアクセス状況、社会参加状況、生活習慣、障害特性を含む背景項目との関連における比較検討を行った。さらに性別による違いについてもみた。本研究の結果から、全体において言語習得後群は言語習得前群と比してより主観的健康観、主観的幸福感および精神的健康観が良く、保健福祉サービスへのアクセスがよい状況であることが伺えた。特に言語習得前群の男性は言語習得後の男性に比して、主観的健康観が良くよりサービスへアクセスしていることが明らかになった。一方、女性においては精神的健康状態が良い結果が出たものの、サービスへのアクセスにおいて有意な差は認められなかった。これらの要素が言語習得前群に認められたことは、この違いを生む要因を確定することが言語習得前群、言語習得後群それぞれにおける支援の在り方を論ずる布石となることを示唆していると考えられた。具体的には、聴覚障害を生じた年齢にあわせて聴覚障害児の成長発達を考慮した適切な教育的対応および成人になってからも社会生活にうまく適応できるような支援およびサポートを今までの取組みに併せてよりよい手段を考えていく必要があると考えられた。多様な側面を持つ聴覚障害個々人の実態やニーズに応じていくためにも新生児聴覚検査を取り扱う医療機関関係者、聴覚障害教育および支援に関する学識経験者、児童相談所、聴覚障害関連機関、福祉関係者などが地域における聴覚障害者支援ネットワークと十分に連携して早期支援における実施体制の検討を重ねていく必要性が示唆された。

第4章

終章

1 本研究の統括

従来、障害者は医学モデルを背景にマイナスの視点でのみ捉えられてきたが、近年は社会モデルも融合する形でプラス的な視点も含んだ包括的検証の重要性が唱えられるようになってきている。わが国においては2014年1月20日に障害者権利条約に批准したが、障害は個人ではなく社会にあるという視点が含まれている条約でもあり画期的なことである。これを受けて、2016年に施行が予定されている「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」に向けて障害に基づくあらゆる差別（合理的配慮の否定含む）を禁止する、そして障害者が社会に参加し包容されることを促進するなどの取り組みは今後より重要性を増すと考えられる。そのためにも、多様な側面を持つ聴覚障害者のよりよい社会参加およびアクセシビリティ向上を実現させていくための支援体制の構築は急務の課題となっている。このような現状を踏まえ、アクセシビリティおよび生活の質の向上実現に向けた望ましい発展のあり方について研究と調査が求められている。限られた障害者への支援の財源の中で効果的な体制を整備するためには、どのような支援が必要かに加えてその対象となる障害者の特徴や実態を明らかにする必要がある。今まで様々な聴覚障害者の実態についてみた研究は見られているものの、ほとんどが事例研究である、または研究者により研究および分析方法が様々であり包括的な研究は管見の限りでは存在しない。政策立案上有効であると考えられている統計データはいまだに整備されていない状況にある。とりわけ、聴覚障害者における統計及び資料の収集、アクセシビリティ、ジェンダー（男女の違い）についてみた研究の蓄積はほとんど見られておらず今後重要性を増してくると考えられる。そこで本研究は、わが国における聴覚障害者のアクセシビリティ向上実現のための支援制度のあり方を目的として、聴覚障害者の障害特性・社会経済的・文化的特徴・医療サービスや保健福祉サービスへのアクセス・社会参加状況と健康との関連を明らかにした。そしてこれらの実証的データに基づき、わが国の聴覚障害者のアクセシビリティ向上を実現させるための支援制度の構築に向けた検討を行った。

まず、第1章では本研究全体にかかわる社会的背景と先行研究を概観し、わが国における聴覚障害者のアクセシビリティ向上および個々人のニーズに応じた支援に向けて必要な視点を明らかにした。その上で、第2章では全国レベルのデータを使用して、聴覚障害の有無と健康との関連を明らかにした。併せて、聴覚障害の有無と社会経済的・医療サービスへのアクセス状況・健康関連行動との関連についても検討した。また、性別における関連の違いについても分析した。結果として、全体において聴覚障害のある人はない人と比してより国民健康保険に加入している、通院している、主観的健康感および精神的健康感が悪い、悩み・ストレスを抱えている、喫煙している傾向にあった。特に聴覚障害のある女性は、聴覚障害のない女性と比して結婚していない、国民健康保険に加入している、喫煙していることが明らかになった。聴覚

障害のある人はない人と比較して、医療サービスへのアクセスは悪くないものの健康への影響状態がより悪い傾向にあること、そして性別によってそれぞれ関連する要因が異なることが浮き彫りになった。また聴覚障害あり群のみで性別による違いをみたところ、聴覚障害のある女性は聴覚障害のある男性と比してより仕事をしていない、通院している、主観的健康感が悪いことが明らかになった。これらのことから、性別に対応した、特に健康面における支援およびサポートの展開に向けた取組みを行う必要があると考えられた。また、婚姻状態や喫煙状態および就労状態などライフスタイル選択の多様性を認め、受け入れられる社会作りを考えていくことも大切であることが考えられた。

第3章ではアクセスの詳細を含めた個別調査より、聴覚障害者の言語習得前後の違いと健康との関連を明らかにした。また言語習得前後の違いと社会経済的、文化的特徴、医療サービスや保健福祉サービスへのアクセス状況、社会参加状況、健康関連行動、障害特性との関連についても検討した。そして性別における関連の違いについても明らかにした。結果として、全体において言語習得後群は言語習得前群と比してより主観的健康観、主観的幸福感および精神的健康観が良く、保健福祉サービスへのアクセスがよい傾向にあった。性別による分析では、男女共に言語習得前群はより主観的幸福感がよく、幼稚部時代に特別支援教育を受けていた。言語習得前群の男性は言語習得後の男性に比して、主観的健康観が良く、より保健福祉サービスへアクセスしていることが明らかになった。またより最終学歴が短大・高専以上である、文化的アイデンティティを持つ、転職の経験があることが明らかになった。女性においては精神的健康状態がよりよいことが確認されたが、サービスへのアクセスにおいて有意な差は認められなかった。このことから聴覚障害を生じた年齢および障害特性にあわせて、また性別に対応した聴覚障害児の成長発達を考慮した適切な教育的対応および成人になってからも社会生活にうまく適応できるような支援およびサポートにおける取組みを考えていく必要があると考えられた。とりわけ、障害発生年齢の違いにおける教育歴やアイデンティティおよび就労状態を含むライフスタイル選択の多様性や個別性を認め、考慮し、社会の中で活かしていく社会作りを考えていくことも必要であることが示唆された。

本研究では、障害者のうち聴覚障害者に焦点をあて、聴覚障害者のよりよい社会参加およびアクセシビリティ向上実現に向けた支援体制を構築するためにはどのような支援が必要なのか、また聴覚障害者の実態はどのようなものなのか、その問いに対して実証データに基づいて社会医学的に分析と評価を行い包括的に研究したものである。本研究の結果から、聴覚障害者への支援は今後のわが国にとって必要不可欠であり、急務の課題であること、そして聴覚障害者への支援として、聴覚障害者をひとくくりにとらえるのではなく、障害を発生した年齢などを含む障害特性や性別における違いを考慮した支援制度の構築が必要であることが明らかになった。本研究で得た知見は、様々な人々がお互いの違いを認め合いながら地域社会で共存できる社会を目指すためにも、社会的ニーズに対する問題および今後の課題を聴覚障害者の視点から検討し、障害者施策を展開していく上でダイバーシティの観点から多様な価値観を認めるエビデンスとしても有用な基礎資料になると考える。

2 今後の課題

今後の課題として、本研究で得られた知見を踏まえて聴覚障害者のアクセシビリティ向上およびよりよい社会参加を目指した制度の構築に向けて以下の点が必要と考える。まず、聴覚障害者の視点を既存の社会・制度・環境等に入れていき聴覚障害者誰もが自分らしく地域で暮らすことができる社会の実現に向けて、障害当事者の視点からの実証研究や取組みの蓄積が必要である。障害を個人の問題として捉えるのではなく、障害受容、障害克服は社会の問題としてとりあげ、社会全体で支えるシステムの構築、社会への理解啓発活動を行う等を視野に入れていくことも大きな要点になると考えられる。

そして、聴覚障害関連ネットワークを活用した実施体制の整備があげられる。聴覚障害当事者を含む、医療機関関係者、聴覚障害教育および支援に関する学識経験者、児童相談所、聴覚障害関連機関、福祉関係者など地域における聴覚障害者支援ネットワークと十分に連携して、多様な側面を持つ聴覚障害個々人の実態やニーズを把握するためにどんな検証が必要か、また把握した上でどんな取組みが必要か検討を重ねていくことが必要である。聴覚障害者の社会参加を実現させるための政策作りや制度拡充等を含む幾多の支援策が講じられつつあるものの、制度からこぼれた聴覚障害者もたくさんいるのが実情である。また、健康への配慮およびサービスへのアクセスは自らが主体的に行うことが望ましいものの、個人の力だけでは対応しきれない面もあるため、家庭、地域が連携して支援を促し、そのための環境を整備する社会を形成していくことが望ましい。聴覚障害者は、外見上は聴者とかわらないことや聞こえに問題があるだけで発話ができる人もおり、障害者であることを理解しづらく、他者から理解されにくい目に見えない障害であるとも言われている。音声による情報収集の困難、コミュニケーション障害からくるネットワークの形成への影響など社会資源に関する影響度はかなり大きいものである。聴覚障害のある人ない人に関わらず誰もが共に生きる社会を実現させるためにも、地域におけるネットワークを活用し地域に根ざした取組みを検討していくことも重要である。そのためにも行政は地域に根ざした取組みをより強化させていくべくどんな構築を立てていけばいいのか考えていくことも大切であると考ええる。

次に、聴覚障害者の権利実現のための基盤となる統計情報の整理をすることも課題であると考ええる。多様な側面をもつ聴覚障害者の実態についての情報収集・整理および普及・啓発活動の実施に向けた取組み、生活実態および教育、雇用、所得、その他のニーズや環境因子等を含む総合的な統計の整備と普及および活用化に向けた取組み等を公的な制度の中に構築し提供していくことが大切である。聴覚障害の障害という部分だけを理解するのではなくそれを取り巻く社会環境の状況や制度などの社会資源を含め、それをうまく相互作用させていくためにもまず社会疫学的観点からみた聴覚障害者の実態を十分に把握していくことが重要である。個人の社会経済的状態（就労状態、学歴、所得、世帯内の続柄、役割）、世帯の社会経済的状態（世帯構成、家計構成、人資源、心理的・物理的サポート）、それを取り囲む地域・行政（医療、福祉、社会保障）、安全、治安、環境（物理的、社会的）、経済水準、地域・市民（社会的支援、ソーシャルキャピタル）等を盛り込んだ質問項目を作成し、全国における聴覚障害者に定期的にか

つ長期的に調査を実施することが望ましい。そして、これらのエビデンスに基づいた統計情報を幅広く公表していくことによって、聴覚障害者における課題を可視化することができると考える。とりわけ、聴覚障害本人がこれらの情報にアクセスできるよう、情報提供の仕方にも工夫が必要であろう。これらの情報を把握することで、よりよい支援の普及・啓発活動に取り組むきっかけにもなり、聴覚障害者のよりよい社会参加につなげていく可能性があるだろう。

また、聴覚障害個々人が持つ個人要因および環境要因の違いに対応したコミュニケーション支援について、今後更なる検討が必要であると考ええる。近年の技術進歩に伴い人工内耳を装用する聴覚障害児・者が増加し、装用年齢も年々低年齢化している。特に、音声言語によるコミュニケーションの獲得あるいは再獲得が出来るということで、聴力が軽い、または音声言語を獲得した後に聴覚障害を生じた難聴者や中途失聴者の生活の質の向上に貢献しており、エビデンスでも認められている。その一方で、倫理的側面や文化的視点を考慮した人工内耳に対する正当な評価や支持が完全にされているとは言い難い状況にあるのも事実である。また、聴覚障害に関する障害観における医学的観点および文化的観点の違いにきちんと理解されている状況にあるとは言い難い。ここに障害を修正すべきとする医学モデルと障害のある人がそのままに生きていける社会を考えようとする社会モデルの対立が見られよう。1990年代には世界的に人工内耳装用が普及し、聴覚障害者が長年築いてきたろう文化と言語（手話）をなくすのではないかと当時のろう社会を震撼させた。Lane et al (1997) ; Lane et al. (1998) ; Lane (2005) によれば、特に文化的視点を尊重するろう者社会（デフ・コミュニティ）では、人工内耳は「ろうの治療」を進める医学研究であり、ろう者社会の消滅を助長するものだと反発し、「ジェノサイド（文化的虐殺）」行為だと非難する人達もあり、この状況は世界的に共通した問題であるとのことである。この背景としては、1880年にイタリアのミラノで開催された「第2回国際ろう教育国際会議」において、ろう教育における手話使用は好ましくないとして口話のみを奨励する宣言が可決されたが、当時のろう社会にとっては非常にショッキングかつ残念な出来事でもあったことが Moores (2010) の記述より想定できる。この決議は世界中の聴覚障害教育の施策に影響を与えたのみならず、聴覚障害者の意思決定、雇用機会、質の高い教育などより広い社会への参加を妨げられ、現在に至っている。後に 2010 年カナダのバンクーバーで開催された世界ろう教育会議において、1880年のミラノ会議の議決が却下されている (Moores, 2010)。聴覚障害者は個々の聴力、失聴時期、コミュニケーションモード、受けた教育、アイデンティティ（ろう者志向、聴者志向）、年代に応じた生活史など多様性があり、マイノリティ（社会的少数者）な存在であることでも知られている。特に、欧米においては聴覚障害者の視覚重視の生活様式や共通の価値観、歴史などをろう文化とよび、手話を使用するろう者は多数派である聴者の中で少数派のマイノリティな存在であることが明確に認識されている。また、文化的観点からろう文化や手話言語、ろう者の歴史などを含む「ろう者学」を学問として高等教育機関をはじめ、初等中等教育機関においても指導が行われている。わが国においても、90年代初頭からろう文化が唱えられるようになり、木村氏と市田氏が 1995 年に発表した「ろう文化宣言」(木村ら, 1995) では、「ろう者とは、日本手話という、日本語とは異なる言語を話す言語的少数者

である」と主張し、聞こえないことを障害としてのみ捉えるのではなく、言語と文化の問題として肯定的に受けとめ、ろう者こそその主体となるべき存在であることを強調したことは画期的でもあった。また、近年手話は言語であるという認識の広がりと共に、ろう文化にアイデンティティをもち、日本手話を主たるコミュニケーションとして、ろう者として誇りを持つ人がいること、言語的少数者であることを理解する人も増えてきている傾向にある。

近年における人工内耳装用率の増加と低年齢化に伴い、特に欧米において装用における効用についてみた研究のみならず、倫理的側面や文化的視点を踏まえた研究も増えてきている。わが国においては、人工内耳装用の効用性について、人工内耳を装用した後の心理的過程および社会経済的、心理的、健康への影響について統計学的手法や質的調査に基づいてみた研究はほとんど見られておらず、今後情報収集や整理をしていく必要がある。また、本研究において後天性聴覚障害はより健康状態が悪く、サービスへのアクセスがよくないことが明らかになったが、人工内耳を装用した場合に変化が見られるか、より生活の質がよくなるのかといった実証データに基づいた検討も必要であろう。また障害発生年齢以外の背景要因、例えば社会経済的状況や家族構成等が影響するかどうかについて見ていくことにも意義があると考えられる。影山ら（1998）は、人工内耳装用における聴覚障害者の心理的過程に影響を及ぼす要因として、①失聴から手術までの期間、②失聴に対する受け止め方、③失聴後の人間関係や役割の変化、④人工内耳の知識及び認識度、⑤患者を取り巻く人間関係、⑥患者の自己理想への変化があり、心理状態を捉えておくことの重要性を述べている。倫理的側面や文化的視点を踏まえた研究では、欧米において Duarte et al.（2014）は、人工内耳装用を提供する際には相手の基本的人権を尊重した医療サービスを提供するべきであり、装用後のリハビリテーションの過程において経済的、社会的、教育的な支援についても徹底的に保障していくことの重要性を強調している。Humphries et al.（2012）は、医療専門家は聴覚障害児が人工内耳を装用するしないに関わらず、早期の時点から音声コミュニケーションのみでなく手話に触れさせる機会も与えてあげることが重要だと主張している。全米規模の聴覚障害者団体である National Association of the Deaf（NAD, 2000）は、人工内耳はコミュニケーション手段の1つとして有効性があることは認めた上で、人工内耳を装用したとしてもそれが決して聴覚障害のある人を治療する、もしくは聴覚障害者をこの世からなくすことにはならないと強調している。聴覚障害者は人工内耳を装用するにせよしないにせよ、ろう社会共同体との接点を持ちつつ、言語発達面および教育やキャリアなど様々な場面において成功を収めているとのことである。そして、医療関係者は聴覚障害児と両親に対して、聴覚について診療するのみではなく聴覚障害のある専門家と会わせる機会を与えることで、使用言語や教育、心理社会的発達及び補償機器などあらゆる面で聴覚障害児個々人の適性に見合った最良の選択ができるとのことである。また、医療専門家は医学的な視点のみならず聴覚障害者を取巻く教育、心理社会的、文化的、言語学的な知識も有していくことの重要性を強調している。人工内耳とろう文化、言い換えれば医学モデルと社会モデルの対立に関する課題は尽きないが、聴覚障害当事者、当事者組織、聴覚障害児・者の親、研究者が連携して協力関係を築き、人工内耳や言語発達およびろう文化、そして手話の効果や限

界に関して幅広い範囲で最新の情報と知識を得ながら、聴覚障害者個々人の特性に合わせたコミュニケーション支援体制を築いていく心構えが大切であろう。

また、聴覚障害者の経済的状态について、特に聴覚障害者はより転職率が高いと言われているが、今後職場定着支援制度の整備に向けた更なる取組みを考えていくことも必要であると考ええる。障害者雇用促進のみならず、障害者活用促進に向けて聴覚障害者個々人の特徴、例えば職場において手話を学ぶだけでなく文化を理解するなど多様性を尊重すると同時に従業員一人ひとりが個性を発揮しながらスキルアップやキャリアアップを推進し、力を合わせて企業や社会に貢献できる環境作りを心掛けていくことが大切である。具体的には、聴覚障害のある従業員の勤務上の悩みなどに関するカウンセリングや、個々人が持つ社会的機能を向上させて社会生活への反映を促すためのエンパワメント活動の実践、音声情報を文字化したりするなど働きやすい職場環境の整備を実施することがあげられる。また、聴覚障害者とのコミュニケーションをより充実させるために会議などの場面において手話通訳を配置することで、聴覚障害者の労働力の向上にもつながると考える。他に、聴覚障害者や他の障害者が交流できる場を設けて、お互いの仕事内容の紹介や日頃の悩みなどについて相談できる機会を提供することも考えられる。そうすることで、周囲も気づくことができ、よりよい取組みに向けて考えるよい機会にもなるであろう。また、聴覚障害者と同じ職場で働く従業員に対しても、聴覚障害者のよりよい理解者になるために、聴覚障害に関する知識を身につけたり出来る研修への参加や資格取得を促進させていくこともよいと考える。

最後に、ジェンダーの視点からみた研究や聴覚障害のある女性の発展や地位の向上およびエンパワメントの推進に向けた取組みの蓄積も必要である。女性のエンパワメントは、女性が自分自身の生活と人生を決定する権利と能力を持ち、あらゆる分野で意思決定過程に参画し、社会的・経済的・政治的な状況を変えていく力を身につけることを目指したものである。2010年に国連グローバルコンパクトと国連婦人開発基金は、ジェンダー平等と女性のエンパワメント促進を目的として「女性のエンパワメント原則」を作成したが、機会の均等、差別の撤廃、健康・安全・暴力の撤廃、教育と研修、地域におけるリーダーシップと参画等がある。この概念を障害者とりわけ聴覚障害のある女性にフォーカスしていくことも大切であると考ええる。全国規模である聴覚障害者団体の女性部や聴覚障害のある女性による聴覚障害のある女性のライフスタイル発信を目指した個人団体をはじめ、聴覚障害のある女性の課題に関心をもつメンバーが共同してネットワークを作り、聴覚障害のある女性のエンパワメント実践に向けた取組みを考えていくことも考えられるであろう。具体的には、まず情報の収集と共有がある。聴覚障害のある男性と女性で、どのように社会経済的状态や健康状態が違うのか、歴史的観点も含めてあまり知られていない。特に聴覚障害のある女性は、周囲への理解がなかなか得られない、精神的苦痛を強いられているなど、聴覚障害のある女性を取り巻く環境はいまだに厳しい状況にあると見られている。聴覚障害のある女性のキャリア形成や子育てにおける家庭生活および地域社会への参加における課題など、当事者の声を聞きながら情報の収集と整備を行い、発信していくことが大切であると考ええる。また聴覚障害のある女性のニーズに対応した相談体制の充

実、地域における障害のある女性を支援する環境づくりや健康管理に関する適切な情報提供に向けた検討も重要であろう。そのためにもネットワークを活用しながら、サロンなど情報を共有したり社会的なつながりを作れる場を設ける取組みを考えていくことも意義があると考え。また、聴覚障害のある女性が抱える社会的障壁や聴覚障害のある女性の立場からみた合理的配慮とはなにか、などといったことを題材にしたフォーラムやワークショップを開催するなどエンパワメント推進のための企画を実施して、スキルの構築と情報の共有を行うことで聴覚障害のある女性のエンパワメントにつながるができることと考える。女性にとって生活しやすい社会は男性にとっても生活しやすい社会であるともいえる。ゆえに、ジェンダーの視点からみた研究や取組みは障害のある女性に関する法律や制度、施策のあり方をめぐる国内外の様々な課題について考えるにあたりいっそう重要性を増すことが考えられる。

障害者総合福祉法および障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律をはじめ、障害者権利条約の理念に基づいて、さらに今後も障害者をはじめ聴覚障害者をめぐる制度は今後も変遷していくことが考えられる。これらの影響を当事者の視点から実証的に評価していくことはもとより、多面的かつ長期的な評価が重要であると考えられる。こういった取組みは日本における社会の変化を促進させるだけでなく、障害者権利条約が目指す本来の目的を達成しようという態度を示す意味でも大いに意義があると考えられよう。

謝辞

本研究を進めるにあたり、指導教員である筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻ヘルスサービスリサーチ分野、田宮菜奈子教授には在学中において研究推進や論文執筆など多くに渡りご意見とご指導をいただきましたこと、心からお礼申し上げます。また、副査である筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻、斎藤環教授、水野智美准教授、筑波大学大学院人間総合科学研究科障害科学専攻、竹田一則教授には、お忙しい時にも関わらず貴重な時間を割いていただき、研究推進や論文執筆にあたり多くの貴重な意見をいただき、心から感謝申し上げます。また、多忙な中にも関わらずご助言をいただきました筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻ヘルスサービスリサーチ分野、森山葉子助教、山岡結衣助教、フェリペ・サンドバルさま、米国エール大学、西晃弘先生、横浜市立大学、柏木聖代准教授、そしてアンケート調査にご協力いただきました全日本ろうあ連盟、筑波技術大学、中途失聴・難聴者協会における聴覚障害者および関係者の方には深謝いたします。また、学業を進めるにあたり多大なる支援においてご協力をいただきました筑波大学障害学生支援室の教職員のみなさま、支援に入ってくださったピア・チューターの学生のみなさま、地域における障害者支援関係者のみなさまには心からお礼申し上げます。また、日々の研究活動を進めるにあたって、多くのご配慮をいただいた筑波技術大学の教職員のみなさまに心からお礼申し上げます。最後に、日々励ましていただき、たくさんの刺激を与えていただいたヘルスサービスリサーチ分野研究室のみなさま、そして、長い学生生活を支えてくれた両親と2人の姉家族に心から深く感謝申し上げます。

また、本論文は、以下の研究助成を受け、実施したものである。第2章の「聴覚障害の有無と社会経済的・医療サービスへのアクセス・健康関連行動・そして健康との関連 - 性別の検討 - 全国レベルのデータから -」は、2012年～2014年度厚生労働省科学研究費補助金（基盤研究A）「医療・介護・福祉の融合—現場発ヘルスサービスリサーチによる地域包括ケアの実現（主任研究者・田宮菜奈子）」の助成等を得て得られたデータの一部を分析させていただいた。また、第3章「障害発生年齢（音声言語習得前後）と社会経済的・保健医療福祉サービスへのアクセス・健康関連行動・文化的背景・社会参加状況・そして健康との関連- 性別の検討・アクセスの詳細を含めた個別調査から -」は、2013年度筑波大学研究基盤支援プログラム（Aタイプ）若手研究者研究奨励費「障害者と医療サービスに関する研究：聴覚障害者の実態調査およびニーズの把握検証（代表・小林洋子）」および2014年～2016年度厚生労働省科学研究費補助金（研究活動スタート支援）「聴覚障害者のアクセシビリティ向上を目指した医療・福祉サービスに関する包括的検証（代表・小林洋子）」の助成を受けて実施した研究成果の一部である。記して、心からお礼申し上げます。

引用文献・参考文献

【英文】

- Adams, S. Deafness 'can lead to divorce. *telegraph.co.uk*. 2010.
<http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/7982548/Deafness-can-lead-to-divorce.html> (accessed January 1, 2015)
- Agrawal Y, Platz EA, Niparko JK. Prevalence of hearing loss and differences by demographic characteristics among US adults: data from National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2004. *Arch Intern Med*. 2008; 168(14): 1522-1530.
- Alexander A, Ladd P, Powell S. Deafness might damage your health. *Lancet*. 2012; 379(9820): 979-81.
- Ali W, O'Connell R. The effectiveness of early cochlear implantation for infants and young children with hearing loss. *NZHTA TECHNICAL BRIEF*, 2007; 6(5).
- Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. The Milbank Memorial Fund quarterly. *Health and society* 1973, 51(1): 95-124.
- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior* 1995, 36(1): 1-10.
- Barnett S, Franks P. Smoking and deaf adults: Associations with age onset of deafness. *American Annals of Deaf*. 1999; 144(1): 44-50.
- Barnett S, Franks P. Health care utilization and adults who are deaf: Relationship with age at onset of deafness. *Health Services Research*, 2002; 37: 105-20.
- Barnett S, McKee M, Smith SR, Pearson TA. Deaf sign language users, health inequalities, and public health: opportunity for social justice. *Prev Chronic Dis*. 2011; 8(2): A5.
- Beadle EA, McKinley DJ, Nikolopoulos TP, Brough J, O'Donoghue GM et al. Long term functional outcomes and academic occupational status in implanted children after 10 to 14 years of cochlear implant use. *Otol Neurotol*. 2005; 26: 1152-1160.
- Bell AG. Upon the formation of a deaf variety of the human race. *National Academy of Sciences Memoirs*. 1883; 2: 177-262.
- Bergman I, Hirsch RP, Fria TJ, Shapiro SM, Holzman I, et al. Cause of hearing loss in the high-risk premature infant. *J Pediatr*. 1985; 106(1): 95-101.
- Berman BA, Streja L, Benaards CA, Echhardt EA, Kleiger HB, Maucere L, Wong G, Barkin S, Bastani R. *Am Ann Deaf*. 2007; 152(3): 344-355.
- Berman BA, Jo Angela, Cumberland WG, Booth H, Britt J, Stern C, Zazove P, Kaufman G, Sadler GR, & Bastani R. Breast cancer knowledge and practices among D/deaf women. *Disability and Health Journal*. 2013; 6: 303-316.
- Blanchfield BB, Feldman JJ, Dunbar JL, Gardner EN. The severity to profoundly hearing impaired population in the United States: Prevalence estimates and demographics. *J Am Acad Audiol*. 2001; 12(4): 183-189.
- Christiansen JB. Fifteen Cochlear Implant Stories. *J. Deaf Stud. Deaf Educ*. 2014; 19(4): 560.

- Daniel E (2007) Noise and hearing loss: A review. *J Sch Health* 77(5): 225-231.
- Deepthi R, Kasthuri A. Validation of the use of self-reported hearing loss and the hearing handicap inventory for elderly among rural Indian elderly population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012; 55: 762-767.
- de Graaf R, Bijl RV. Determinants of mental distress in adults with a severe auditory impairment: Differences between prelingual and postlingual deafness. *Psychosomatic Medicine*. 2002; 64: 61-70.
- Duarte I, Santos CC, Freitas A, Rego G, Nunes R. Ethics, equity and human dignity in access to health services: the case of cochlear implants in children and adolescents. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2014;
- Elliott, DB, Tavia S. Marital events of Americans: 2009, American community survey report ACS-13. *U.S. Census Bureau, Washington, DC*. 2011.
- Fabich M. A Meta-Analysis of Demographic Characteristics and Learning by Deaf Students. *mimeo*. 2005.
- Fellinger J., Holzinger D., Dobnre U, Gerich J, Lehner R, Lenz G, Goldberg D. Mental distress and quality of life in a deaf population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005; 40(9): 737-42.
- Fellinger J., Holzinger D, Gerich J, Goldberg D. Mental distress and quality of life in the hard of hearing. *Acta Psychiatr Scand*. 2007; 115: 243-245.
- Fellinger J, Holzinger D, Pollard R. Mental health of deaf people. *Lancet*. 2012; 379: 1037-44.
- Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Socioeconomic pattern of smoking in Japan: Income inequality and gender and age difference. *Ann Epidemiology*. 2005; 15: 365-372.
- Furukawa T, Kawakami N, Saitoh M, Ono Y, Nakane Y, Nakamura Y, et al. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2008; 17(3): 152-158.
- Gagne JP, Jennings MB, Southall K. The ICF: A Classification System and Conceptual Framework Ideal for Audiological Rehabilitation. *American Speech-Language Hearing Association*. 2009.
- Gelfand, SA. Essentials of audiology (2nd ed.). *New York: Thieme*. 2001.
- Gorber CS, Schofield-Hurwitz S, Hardt J, Levasseur G, Tremblay M. The accuracy of self-reported smoking: a systematic review of the relationship between self-reported and cotinine-assessed smoking status. *Nicotine Tob Res*. 2009; 11(1): 12-24.
- Gussenhoven AHM, Anema JR, Goverts ST, Bosmans JE, Festen JM, et al. Cost-effectiveness of a vocational enablement protocol for employees with hearing impairment; design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2011; 12: 151.
- Hanley JA, Nagassa A, Edwards MD, Forrester JE. Statistical analysis of correlated data using generalized estimating equations: an orientation. *Am J Epidemiol*. 2003; 157(4): 364-75.
- Hatziaandreu EJ, Pierce JP, Fiore MC, Grise V, Novotny TE, et al. The reliability fo self-reported cigarette consumption in the United Stats. *Am J Public Health*. 1989; 79(8): 1020-1023.
- Hayashi R, Okuhira M. The disability rights movements in Japan: Past, present and future. *Disability and Society*. 2001; 16(6): 855-869.

- He Y. The association between later life career disruption and self-reported health in older Canadian workers (Aged 45 – 64). 1999. *Unpublished master's thesis for master's degree, University of Toronto, Ottawa, Canada*. Available: <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/13689/1/MQ46173.pdf> (accessed January 1, 2015)
- Hogan A, Hawthorne G, Kethel L, Giles E, White K, Stewart M, Plath B, Code C. Health-related quality-of-life outcomes from adult cochlear implantation: a cross-sectional survey. *Cochlear Implants Int*. 2001; 2(2): 115-28.
- Holt J, Hotto S, Cole K. Demographic aspects of hearing impairment: Questions and answers Third Edition, 1994. *Gallaudet Research Institute*, 2012.
- Hong O, Ronis D, Antonakos CL. Validity of self-rated hearing compared with audiometric measurement among construction workers. *Nursing Research*. 2011; 60(5): 326-332.
- Hosmer DW, Lemeshow S. Applied Logistic Regression, Second edn. *New York: Wiley Interscience*. 2000.
- Huber M. Health-related quality of life of Austrian children and adolescents with cochlear implants. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2005; 69(8): 1089-101.
- Humphries T, Kushalnagar P, Mathur G, Napoli DJ, Padden C, Rathmann C, Smith S. Cochlear implants and the rights to language: Ethical considerations, the ideal situation, and practical measures toward reaching the ideal, Cochlear Implant Research Updates, Dr. Cila Umat (Ed.). *In Tech*. 2012.
- Ikeda N, Murray CJL, Salomon JA. Tracking population health based on self-reported impairments: Trends in the prevalence of hearing loss US adults, 1976-2006. *American Journal of Epidemiology*. 2009; 170(1): 80-87.
- Jones EG, Ouellette SE, Kang Y. Perceived stress among deaf adults. *Am Ann Deaf*. 2006;151(1): 25-31.
- Jung D, Bhattacharyya N. Association of hearing loss with decreased employment and income among adults in the United States. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2012; 121(12): 771-5.
- Katsumata Y. Amendment of the Basic Act for the Disabled Persons and women with disabilities. *Normalization*. 2012; 2: 18-21.
- Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SLT, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*. 2002; 32: 959-976.
- Kessler RC, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Bromet E, Cuitan M, et al. Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *Int J Methods Psychol Med*. 2010; 19: 4-22.
- Kiely KM, Gopinath B, Mitchell P, Browning CJ, Anstey KJ. Evaluating a Dichotomized Measure of Self-Reported Hearing Loss Against Gold Standard Audiometry. *J Aging Health*. 2012; 24(3): 439-458.
- Kvam MH, Loeb M. Mental health in deaf adults: Symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. *J Deaf Studies and Deaf Education*. 2007; 12(1): 1-7.
- Lane H, Grodin MA. Ethical issues in cochlear implant surgery: An exploration into disease, disability, and the best interests of the child. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 1997; 7(3): 231-251.
- Lane H, Bahan B. Ethics of cochlear implantation in young children: A review and reply from a Deaf-world perspective. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1998; 119(4): 297-313.
- Lane H. Ethnicity, Ethics, and the Deaf-World. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2005; 10(3): 291-310.

- Lee DJ, Gomez-Marin O, Lee HM. Sociodemographic Correlates of Hearing Loss and Hearing Aid Use in Hispanic Adults. *Epidemiology*. 1996; 7(4): 443-446.
- Leigh W, Stinson MS. Social-environments. Self-perceptions, and identity of hearing-impaired adolescents. *Volta Review*. 1991; 93(5): 21-25.
- Lin DR, Chien WW, Li L, Niparko JK, Francis HW. Cochlear implantation in older adults. *Medline (Baltimore)*. 2012; 91(5): 229-241.
- Loden M, Rosener J. Workforce America: Managing Employee Diversity as a Vital Resource. *McGraw-Hill*; 1st edition. 1990.
- Margolis, S. Johns Hopkins Symptoms and Remedies: The Complete Home Medical Reference. *Florida (FL): Medletter Assoc*. 1999.
- Mathers C, Smith A, Concha M. Global burden of hearing loss in the year 2000. *World Health Organization*. 2000.
- McKee MM, McKee K, Winters P, Sutter E, Pearson T. Higher educational attainment but not higher income is protective for cardiovascular risk in Deaf American Sign Language (ASL) years. *Disability and Health Journal*. 2014; 7(1): 49-55.
- Mitchell RE. How many deaf people are there in the United States? Estimates from the survey of income and program participation. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2005; 11(1): 112-119.
- Middleton A. Working with Deaf People: A Handbook for Healthcare Professionals. *Cambridge University Press*. 2009.
- Mo B, Lindbaek M, Harris S. Cochlear implants and quality of life: a prospective study. *Ear Hear*. 2005; 26(2): 186-94.
- Moog JS, Geers AE, Gustus CH, Brenner CA. Psychosocial adjustment in adolescents who have used cochlear implants since preschool. *Ear Hear*. 2011; 32(1 Suppl): 75S-83S
- Moore DF. Partners in Progress: The 21st International Congress on Education of the Deaf and the Repudiation of the 1880 Congress of Milan. *American Annals of the Deaf*. 2010; 155(3): 309-310.
- Monzani D, Genovese E, Palma S, Rovatti V, Gheroelli C, Borgonzoni M, et al. Psychological profile and social behaviour of working adults with mild or moderate hearing loss. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*. 2008; 28: 61-66.
- National Association of the Deaf (NAD). NAD Position Statement on Cochlear Implants. *National Association of the Deaf*. 2000. <http://nad.org/issues/technology/assistive-listening/cochlear-implants> (accessed January 1, 2015).
- National Institute of Health. Identification of hearing impairment in infants and young children. *National Institute of Health*. 1993.
- National Child Traumatic Stress Network. White paper on addressing the trauma treatment needs of children who are deaf or hard of hearing and the hearing children of deaf parents Los Angeles, California and Durham, NC. 2006.
- Nishi A, Noguchi H, Hashimoto H, Tamiya N. Scale development of health status for secondary data analysis using a nationally representative survey. *Environ Health Prev Med*. 2011; 17(3): 252-257.
- Nishi A, Kawachi I, Shirai K, Hirai H, Jeong S, Kondo K. Sex/Gender and Socioeconomic Differences in the Predictive Ability of Self-Rated Health for Mortality. *PLoS ONE*. 2012; 7(1): e30179.

- O'Hearn A. Deaf women's experiences and satisfaction with prenatal care: a comparative study. *Family Medicine*. 2006;38(19):712-716.
- Olze H, Szczepek AJ, Haupt H, Förster U, Zirke N, Gräbel S, Mazurek B. Cochlear implantation has a positive influence on quality of life, tinnitus, and psychological comorbidity. *Laryngoscope*. 2011; 121(19): 2220-7.
- Olze H, Szczepek AJ, Haupt H, Zirke N, Graebel S, Mazurek B. The impact of cochlear implantation on tinnitus, stress and quality of life in postlingually deafened patients. *Audiol Neurotol*. 2012; 17(1): 2-11.
- Olusanya BO, Somefun AO, Swanepoel de W. The need for standardization of methods for worldwide infant hearing screening: a systematic review. *Laryngoscope*. 2008; 118(10): 1830-6.
- Oshio T, Umeda M, Kawakami N. Impact of interpersonal adversity in childhood on adult mental health: how much is mediated by social support and socio-economic status in Japan? *Public Health*. 2013; 127(8): 754-60.
- Oshio T. The association between involvement in family caregiving and mental health among middle-aged adults in Japan. *Social Science & Medicine*. 2014; 115: 121-129.
- Pollard RQ, Barnett S. Health-related vocabulary knowledge among deaf adults. *Rehabilitation Psychology*. 2009; 54(2): 182-185.
- Preston P. Mother Father Deaf: Living Between Sound and Silence. *Boston: Harvard University Press*. 1995.
- Ramkissoo I, Cole M. Self-reported hearing difficulty versus audiometric screening in younger and older smokers and nonsmokers. *J. Clin Med Res*. 2011; 3(4): 183-190.
- Randloff LS. The CES-D Scale A Self-Reported Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*. 1977; 1(3): 385-401.
- Rhoten C, Marschark M. WPSD's Accountability Progress Report. paper presented at the *Conference of Educational Administrators of Schools for the Deaf*, Sioux, Falls, SD. 2003.
- Rich S, Levinger M, Werner S, Adelman C. Being an adolescent with a cochlear implant in the world of hearing people: coping in school, in society and with self identity. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2013; 77(8): 1337-44.
- Sakurai K, Nishi A, Kondo K, Yanagida K, Kawagami N. Screening performance of K6/K10 and other screening instruments for mood and anxiety disorders in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2011; 65: 434-441.
- Seyama N, Usui K. Poverty and Women with Disabilities: Women's Poverty in Japan. *Asia-Japan Women's Resource Center*. 2009; 23: 28-30.
- Sheridan M.A., White B.J. Deafness and Hardness of Hearing. *Encyclopedia of Social Work 20th Edition NASW Press & Oxford University Press*. 2008.
- Shigemura J, Tanigawa T, Saito I, Nomura S. Psychological distress in workers at the Fukushima nuclear power plants. *JAMA*. 2012; 308(7): 667-669.
- Sindhusake D, Mitchell P, Smith W, Golding M, Newall P, Hartley D, Rubin G. Validation of self-reported hearing loss: the Blue Mountains Hearing Study. *Int J Epidemiology*. 2001; 30(6): 1371-1378.
- Smeltzer SC, Sharts-Hopko NC, Ott BB, Zimmerman V, Duffin J. Perspectives of women with disabilities on reaching those who are hard to reach. *Journal Neuroscience Nurs*. 2007; 39(3): 163-171.

- Smith DL. Disparities in health care access for women with disabilities in the United State from the 2006 National Health Interview Survey. *Disability and Health Journal*. 2008; 1: 79-88.
- Smith KP, Christakis NA. Social networks and health. *Annual Review of Sociology*. 2008; 34: 405-429.
- Solar O, Irwin A. Geneva, A conceptual framework for action on the social determinants of health. *WHO*. 2007.
- Steinberg AG, Barnett S, Meador HE, Wiggins EA, Zazove P. Health Care System Accessibility. *J Gen Intern Med*. 2005; 21(3): 260-266.
- Thoutenhoofd ED, Archbold SM, Gregory S, Lutman ME, Nikolopoulos TP, Sach TH. [eds.] Paediatric Cochlear Implantation: Evaluating Outcomes, *London: Whurr*. 2005.
- Teoh SW, Pisoni DB, Miyamoto RT. Cochlear implantation in adults with prelingual deafness. Part 1. Clinical results. *Laryngoscope*, 2004; 114(9): 1536-1540.
- The Census Bureau. Census Bureau information quality guideline. *United States: The Census Bureau*. 2014.
<https://www.census.gov/quality/guidelines/objectivity.html> (accessed January 1, 2015)
- Timmer B. It may be mild, slight, or minimal, but it's not insignificant. *Hearing Review*. 2014; 21(4): 30-33.
- United Nations. Women and girls with disabilities. 2014. <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=1514> (accessed January 1, 2015).
- Uziel AS, Sillon M, Vieu A, Artieres F, Piron JP et al. Ten year follow up of a consecutive series of children with multichannel cochlear implants. *Otol Neurotol*. 2007; 28:615-62.
- Ventry IM, Weinstein BE. Identification of elderly people with hearing problems. *American Speech Language Hearing Association*. 1983; 25: 37-42.
- Vermeulen A, van Bon WHJ, Schreuder R, Knoors H, Snik A. Reading Comprehension of Deaf Children with Cochlear Implants. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2007; 12: 283-302.
- WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF. *Geneva: World Health Organization*. 2001.
- WHO. World Report on Disability. *Geneva: World Health Organization*. 2011.
- WHO. Deafness and hearing loss. *Geneva: World Health Organization*. 2014a.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/> (accessed January 1, 2015)
- WHO. Mental health: a state of well-being. *Geneva: World Health Organization*. 2014b.
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ (accessed January 1, 2015)
- WHO/CIBA (1996) Prevention of hearing impairment from chronic otitis media. *Geneva: World Health Organization*. Available:
http://www.who.int/pbd/deafness/en/chronic_otitis_media.pdf
http://www.who.int/pbd/deafness/en/chronic_otitis_media.pdf (accessed January 1, 2015)
- Your Life Choice. Your hearing and divorce. *Your Life Choice.com*. 2013.
<http://www.yourlifechoices.com.au/news/your-hearing-and-divorce> (accessed January 1, 2015)
- Zazove P, Niemann LC, Gorenfl DW, Carmack C, Mehr D, Coyne JC, & Antonucci T. The health status and health care utilization of deaf and hard-of-hearing person. *Archives of Family Medicine*. 1993; 2: 745-752.

Zazove P, Meador HE, Reed BD, Sen A, Gorenflo DW. Cancer prevention knowledge of people with profound hearing loss. *J Gen Intern Med*. 2009; 24(3): 320-326.

Zazove P, Meador H, Reed B, Gorenflo DW. Deaf person' English reading levels and associations with epidemiological, education, and cultural factors. *Journal of Health Communication*. 2013; 18: 760-772.

【和文】

阿部忍. 手話通訳者の医療機関における手話通訳に関する研究. *障害理解研究* 2010; 12: 27-38.

石原保志. 筑波技術短期大学聴覚障害系卒業生の転職に関する意識. *筑波技術大学テクノレポート*. 2009; 17(1).

石原保志. 卒業後を見据えた教育・支援. *日本聴覚障害学生高等教育シンポジウム. 当日資料* 2014.

http://www.a.tsukuba-tech.ac.jp/ce/xoops/file/10th_symposium/handout_all.pdf (accessed January 1, 2015)

岩山誠. 聴覚障害者の職場定着に向けた取り組みの包括的枠組みに関する考察. *地域政策科学研究 鹿児島大学リポジトリ*. 2013; 10: 1-24.

上農正剛. 聴覚障害児の言語獲得における多言語状況. *Core Ethics*. 2007; 3: 43-58.

臼井久美子, 瀬山紀子, 吉田仁美. 日本の障害者ジェンダー統計の整備状況. *国立女性教育会館男女共同参画統計ニュースレター*. 2012.

宇佐見真一. きこえと遺伝子. *金原出版*, 東京. 2006.

及川力, 斉藤まゆみ. 聴覚障害学生の健康生活・食生活の現状調査報告. *筑波技術大学テクノレポート*. 1998.

大沼直紀. 人工内耳が現れてからの聴覚補償と情報保障. *国立障害者リハビリテーションセンター*. 2015.

<http://www.rehab.go.jp/ri/event/assist/papers/18.pdf> (accessed January 1, 2015)

小川郁. よくわかる聴覚障害 – 難聴と耳鳴のすべて. *永井書店*. 2010.

奥野英子(編著). 聴覚障害児・者支援の基本と実践. *中央法規*. 2008.

越智あゆみ. ソーシャルワーク実践における福祉アクセシビリティ. *日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科 2010 年度博士学位論文*. 2010.

影山セツ子, 向井まゆみ. 人工内耳埋め込み術を受けた患者の心理的過程 –新しい音の世界の受容–. *和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要*. 1998; 1: 25-32.

川上憲人. 成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究. 平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」分担研究報告書. 2004.

川本敏. 論争・少子化日本. *中央公論新社*. 2001.

木村晴美, 市田泰弘. ろう文化宣言. *現代思想* 23 巻 3 号. *青土社*. 1995.

健康日本 21 企画検討会. 21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）について報告書. 2000.

厚生労働省. 平成 10 年度障害者雇用実態調査. *厚生労働省*. 1998.

厚生労働省大臣官房統計情報部. 生活機能分類の活用に向けて –ICF（国際生活機能分類）：活動と参加の基準. *厚生統計協会*. 2007.

- 厚生労働省. 平成 18 年身体障害児・者実態調査結果. 厚生労働省. 2008a.
- 厚生労働省. 平成 19 年国民生活基礎調査の概況. 厚生労働省. 2008b.
- 厚生労働省. 平成 20 年度障害者雇用実態調査. 厚生労働省職業安定局高齢・障害者雇用対策部. 2009.
- 厚生労働省. 健康日本 21 (第 2 次) の推進に関する参考資料. 厚生労働省. 2012.
- 厚生労働省. 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・者実態調査) 結果. 厚生労働省. 2013a.
- 厚生労働省. 地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律について. 2013b.
- http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/sougoushien/ (accessed January 1, 2015)
- 厚生労働省. 平成 24 年国民健康・栄養調査報告書. 2014.
- 厚生労働省. 2015. 聴覚障害の認定方法に関する検討会.
- <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai.html?tid=185034> (accessed January 1, 2015)
- 坂本徳仁. 人工内耳装用児におけるリテラシー・言語・学力. *Core Ethics*. 2009; 5: 161-170.
- 佐藤紀代子. 人工内耳装用児の長期的支援. 2014. <https://www.pu-hiroshima.ac.jp/uploaded/attachment/6767.pdf> (accessed January 1, 2015)
- 佐藤節子, 鎌田文聰, 我妻則明, 名古屋恒彦, 宮崎眞. 障害児・者とジェンダーに関する一考察. *岩手大学教育学部附属教育実践総合センター研究紀要*. 2005; 4: 201-214.
- 佐藤久夫. 障害者権利条約で社会を変えたい - 総合的な実態調査が不可欠 -. *福祉新聞*. 2008.2.4.
- 佐藤正幸. 聴覚障害児・者におけるきこえの自己評価に関する文献的考察. *国立特殊教育総合研究所研究紀要*. 2001; 28: 57-65.
- 澁谷智子. マイノリティとしてのろう文化: 聞こえないことをどう捉えるか. *比較文化・文化論集*. 1998; 15: 25-34.
- 島根陽平, 井上清子. 聴覚障害者における聾 (ろう) と難聴のアイデンティティ: デフ・アイデンティティ形成の過程と要因. *生活科学研究*. 2010; 32: 27-35.
- 障害者福祉研究会 (編集). *International Classification of Functioning, Disability and Health. 国際生活機能分類 (ICF) - 国際障害分類改訂版 -. 中央法規*. 2002.
- 職業安定局高齢・障害者雇用対策部障害者雇用対策課. 平成 20 年度障害者雇用実態調査結果の概要について. 厚生労働省. 2009.
- 瀬山紀子. 障害のある女性の複合差別の課題化に向けて - 国連障害者権利条約の批准を前に -. *国連人権ひろば*. 2012; 105
- 全国手話通訳問題研究会健康対策部. 手話通訳者が健康でよりよい仕事をするために. *全国手話通訳問題研究会*. 2007.
- 全日本難聴者・中途失聴者団体連合会. 要約筆記通訳者制度への課題. *全日本難聴者・中途失聴者団体連合会*. 2005.
- 全日本ろうあ連盟. 21 世紀のろう者像. *財団法人全日本ろうあ連盟出版局*. 2005

- 全日本ろうあ連盟. 情報アクセシビリティフォーラム報告書. 全日本ろうあ連盟. 2014.
- 全日本ろうあ連盟. 2015. 手話言語法制定推進事業. <http://www.jfd.or.jp/sgh> (accessed January 1, 2015)
- 高岡正. 中途失聴・難聴者の雇用・労働問題に関する団体意見. 労働・雇用分野における障害者権利条約への対応の在り方に関する研究会資料. 2008. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/08/s0807-6b.html> (accessed January 1, 2015)
- 高田英一. WHO「国際生活機能分類」(ICF)の評価と課題-ろう者の立場から-. 月刊「ノーマライゼーション 障害者の福祉」. 2002. http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n251/n251_01-05.html (accessed January 1, 2015)
- 高橋英考, 中舘俊夫. 聴覚障害者を対象とした健康診断の受診に関する不便さ調査. 日本公衆衛生誌. 2003.
- 高宮明子, 藤田継道. GHQ-30 による調査からみた難聴者・中途失聴者のメンタルヘルス. 特殊教育学研究. 2005.
- 滝沢広忠. 聴覚障害者の心理的諸問題—中途失聴・難聴者のこころの悩みに関する調査から. 札幌学院大学人文学会紀要/札幌学院大学人文研究部会. 1995; 58: 23-56.
- 滝沢広忠. 聴覚障害者の精神健康調査. 臨床精神医学. 2000; 29: 307-312.
- 武田篤. 人工内耳装用者の実生活での使用状況-日常生活のアンケート調査から-. 秋田大学教育文化学部研究紀要 教育科学部門. 2005; 60: 45-50.
- 田崎美弥子, 中根允文. 健康関連「生活の質」評価としての WHOQOL. 行動計量. 1998; 25(2): 76-80.
- 聴力障害者情報文化センター. 手話通訳士実態調査事業報告書. 聴力障害者情報文化センター. 2010.
- 都築繁幸. 聴覚障害幼児の情緒・社会性に関する一考察. 愛知教育大学研究報告. 2007; 56: 19-25.
- DPI 女性障害者ネットワーク. 女性障害者の生活の困難と複合差別をなくす取り組み. 月刊地域保健. 2013; 44(6): 50-58.
- 東京財団. 障害者の高等教育に関する提言—進学を選択できる社会に向けて-. 東京財団. 2012
- 内閣府. 幸福度に関する研究会報告-幸福度指標試案-. 2011.
- 内閣府. 障害者白書平成 24 年版 内閣府. 2012.
- 内閣府. 障害者白書平成 25 年版 内閣府. 2013a.
- 内閣府. 幸福度に関する研究会報告-幸福度指標試案-. 2013b.
- 内閣府. 障害者白書平成 26 年版 内閣府. 2014a. <http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/sabekai.html> (accessed January 1, 2015)
- 内閣府. 幸福度に関する研究会. 2014b. <http://www5.cao.go.jp/keizai2/koufukudo/koufukudo.html> (accessed January 1, 2015)
- 中澤操. 聴覚障害のリハビリテーション医学—早期発見から社会生活までの展望—, 耳展. 54:3;130, 2011.
- 長瀬修. ろう児の人工内耳手術の問題点. 日本生命倫理学会. 1997; 7(1): 125-129
- 長瀬修, 東俊裕, 川島聡. 障害者の権利条約と日本—概要と展望. 生活書院. 2012.
- 中野聡子. 第 3 章第 2 節 インテグレーション教育. 奥野英子編. 聴覚障害児・者支援の基本と実践. 中央法規. 2008.
- 中野善達, 齋藤佐和. 聴覚障害児の教育. 福村出版. 1996.

中野善達, 根本匡文. 聴覚障害教育の基本と実際. 田研出版株式会社. 2006.

日本学生支援機構. 障害のある学生の修学支援に関する実態調査. 2014.

http://www.jasso.go.jp/tokubetsu_shien/chosa.html (accessed January 1, 2015)

日本耳鼻咽喉科学会. 小児人工内耳適応基準. 2014.

http://www.jibika.or.jp/members/iinkaikara/artificial_inner_ear.html (accessed January 1, 2015)

日本障害フォーラム. 障害者差別ってなに? 日本障害フォーラム. 2013.

橋爪裕美子, 岩渕紀雄, 石井福子. 地域における聴覚障害者の健康管理に関する研究. 保健の科学. 1995.

橋本英樹. 今後の国民生活基礎等さの在り方についての一考察(第2報). 厚生指標. 2010; 57: 1-7.

原順子. Deafness ソーシャルワークにおける Deaf Studies(ろう者学)の重要性. 日本聴覚障害ソーシャルワーカー協会第1回研究大会. 2007. 要旨集 43-45, 報告集 83-93.

原順子. 第5章第2節 聴覚障害児・者への支援の専門性. 奥野英子編. 聴覚障害児・者支援の基本と実践. 中央法規. 2008a.

原順子. 聴覚障害ソーシャルワークの専門性・独自性と課題. 四天王寺大学紀要. 2008b.

原順子. 聴覚障害ソーシャルワーカーのコンピテンシーに関する一考察 -Sheridan & White 論文”ろうと難聴”から考える-. 四天王寺大学紀要. 2009.

原順子. 聴覚障害ソーシャルワーカーのカルチュラル・コンピテンスに関する一考察. 四天王寺大学紀要. 2011.

平野方昭. 動き出した障害者総合支援法 -総合支援法で何が変わるか-. さぼーと. 2013; 4: 10-13.

廣田栄子. 第1章 聴覚障害の基礎. 奥野英子編. 聴覚障害児・者支援の基本と実践. 中央法規. 2008.

松岡克尚. 聴覚障害学生の心理・社会文化特性 -コミュニケーション支援者に求められる姿勢-. 2012年度日本聴覚障害学生高等教育支援ネットワーク地域ネットワーク形成事業 障害学生支援教職員研修会. 2013.

丸山一郎. 障害者施策の発展 - 身体障害者福祉法の半世紀リハビリテーションから市町村障害者計画まで. 中央法規. 1998.

三科潤. 新生児聴覚スクリーニングマニュアル. 公益財団法人日本産婦人科医会. 2007.

http://www.jaog.or.jp/sep2012/JAPANESE/jigyo/JYOSEI/shinseiji_html/shi-top.html (accessed January 1, 2015)

宮岡京子. 社会資源へのアクセシビリティ. ソーシャルワーク研究. 1990; 16(2): 99-104.

文部科学省. 2014. 特別支援教育について. http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/002.htm (accessed January 1, 2015)

八藤後忠夫, 水谷徹. 障害者の生存権と優性思想 - 障害児教育への示唆と展望 -. 文教大学教育学部紀要. 2005; 39: 79-86.

吉田次男, 市川忠雄, 石川知子, 堀正土. 視・聴覚障害学生の UNIVERSITY PERSONALITY INVENTORY 設問項目チェック率の比較、検討. 筑波技術大学テクノレポート. 2001.

吉田仁美. 障害者ジェンダー統計の整備状況 -国際的・国内的視野から-. 経済統計学会第57回全国研究大会. 2013a.

吉田仁美. 女性聴覚障害者の職業選択と就労に関する研究-当事者へのインタビュー調査から-. 日本社会福祉学会第61回秋季大会 ポスターセッション. 2013b.

渡辺真一. 人工内耳の最新情報. 2015. 人工内耳友の会-東海-.

http://www2u.biglobe.ne.jp/~momo1/sub1/new_sub/060205watanabe.htm (accessed January 1, 2015)

資料 1 質問紙調査票（第 3 章）

[1]あなた自身のことについておたずねします。

問1 性別、年齢、および出身地、現在お住まいの場所について教えてください。

(1) 年齢（数量回答）	() 歳
(2) 性別（1つに○）	1 男性 2 女性
(3) 出身地	() 都・道・府・県
(4) 現在お住まいの県	() 都・道・府・県

問2 聴覚障害の状況について教えてください。

(1) 聴覚障害があることが分かった時期（数量回答）	() 歳
(2) 身体障害者手帳の有無（1つに○、数量回答）	1 あり → 等級 () 級 2 なし
(3) 聴力レベル（手帳記載、交付日の数量回答）	右：() dB 左：() dB 交付日：（昭和・平成 年 月 日）

問3 聴覚障害はどれにあてはまりますか。（1つに○、またはかっこ内に記入）

1 生まれつき 2 中途失聴 3 その他 ()

問4 あなたは下のどれにあてはまるとお考えですか。（1つに○、またはかっこ内に記入）

1 ろう者 2 難聴者 3 その他 ()

問5 あなた自身はろう・難聴者または聴覚障害者であることをどれくらい受け入れていると思いますか。
（1つに○）

1 とても 2 まあまあ 3 どちらでもない 4 あまり 5 全然

問6 日常的なコミュニケーション方法はどれにあてはまりますか。
（あてはまるものすべてに○、またはかっこ内に記入）

1 聴覚活用	7 日本語対应手話
2 読話	8 筆談
3 音声	9 身振り
4 口話	10 キュードスピーチ
5 手話	11 その他 ()
6 指文字	

問7 聴覚障害者とのコミュニケーション方法はどれにあてはまりますか。
（あてはまるものすべてに○、またはかっこ内に記入）

1 聴覚活用	7 日本語対应手話
2 読話	8 筆談
3 音声	9 身振り
4 口話	10 キュードスピーチ
5 手話	11 その他 ()
6 指文字	

問8 聞こえる相手とのコミュニケーション方法はどれにあてはまりますか。
（あてはまるものすべてに○、またはかっこ内に記入）

1 聴覚活用	7 日本語対应手話
2 読話	8 筆談
3 音声	9 身振り
4 口話	10 キュードスピーチ
5 手話	11 その他 ()
6 指文字	

問9 残存聴力を活かす手段として聴覚を補償する機器がありますが、利用状況についておたずねします。
(1つに○)

- 1 補償する機器を利用している (→問 10へ)
2 補償する機器を利用していない (→問 13へ)

問 10 問9で「1 補償する機器を利用している」と答えた方におうかがいします。どのような機器を利用していますか。（あてはまるものすべてに○、またはかっこ内に記入）

- 1 補聴器 2 人工内耳 3 その他（ ）

問 11 問9で「1 補償する機器を利用している」と答えた方におうかがいします。使用頻度はどれくらいですか。

- 1 毎日 2 2～3日に1回 3 4～7日に(1週間)に1回 4 2週間に1回
5 1ヶ月に1回 6 2～3ヶ月に1回 7 その他()

問 12 問9で「1 補償する機器を利用している」と答えた方におうかがいします。どのような時に利用していますか。（あてはまるものすべてに○、またはかっこ内に記入）

- | | | | |
|---|-------------------|---|---------|
| 1 | 車の運転 | 4 | 買物 |
| 2 | 聞こえる相手とのコミュニケーション | 5 | 仕事 |
| 3 | 趣味 | 6 | その他 () |

問 13 あなたの最終学歴（現在在籍している）を教えてください。（1つに○）

- | | |
|-------------|----------|
| 1 小・中学校 | 5 短大・高専 |
| 2 高校 | 6 大学 |
| 3 専攻科 | 7 大学院 |
| 4 専修学校・専門学校 | 8 その他（ ） |

問 14 聴覚特別支援学校（ろう学校）、通常学校（インテグレーション）の経験を教えてください。在学中に両校に在籍、または転校・編入学の経験がある方は、あてはまるものすべてに○をつけてください。
（それぞれあてはまるもの1つに○、またはかっこ内に記入）

(例) 幼稚園	→	① 聴覚特別支援学校 4 通常学校（一般）	② 通常学校（難聴学級） 5 その他（ ）	3 通常学校（通級指導）
(1) 幼稚園	→	1 聴覚特別支援学校 4 通常学校（一般）	2 通常学校（難聴学級） 5 その他（ ）	3 通常学校（通級指導）
(2) 小学校	→	1 聴覚特別支援学校 4 通常学校（一般）	2 通常学校（難聴学級） 5 その他（ ）	3 通常学校（通級指導）
(3) 中学校	→	1 聴覚特別支援学校 4 通常学校（一般）	2 通常学校（難聴学級） 5 その他（ ）	3 通常学校（通級指導）
(4) 高校	→	1 聴覚特別支援学校 4 通常学校（一般）	2 通常学校（難聴学級） 5 その他（ ）	3 通常学校（通級指導）
(5) 専攻科	→	1 聴覚特別支援学校	2 通常学校（一般）	3 その他（ ）
(6) 専修・専門学校	→	1 聴覚特別支援学校	2 通常学校（一般）	3 その他（ ）
(7) 短大・高専	→	1 筑波技術短期大学	2 通常学校	3 その他（ ）
(8) 大学	→	1 筑波技術大学	2 通常学校	3 その他（ ）
(9) 大学院	→	1 筑波技術大学	2 通常学校	3 その他（ ）
(10) その他（ ）	→	1 （ ）	2 （ ）	3 その他（ ）

[2]あなたの家族形態についておたずねします。

問1 現在のあなたの世帯の状況はどれにあてはまりますか。(1つに○)

- | | |
|--------------------|--------|
| 1 一人暮らし | (→問3へ) |
| 2 家族など同居(二世帯住宅を含む) | (→問2へ) |

問2 問1で「2 家族など同居(二世帯住宅を含む)」と答えた方におうかがいします。ご自分を含めて何人で暮らしていますか。また、同居されている方はどなたですか。

(1) あなたを含めた同居人数（数量回答）	（ ）人		
(2) 同居されているご家族 （あてはまるものすべてに○、またはかっこ内に記入）	1 配偶者（妻または夫）	2 息子	3 娘
	4 子の配偶者	5 孫	6 兄弟・姉妹
	7 父	8 母	9 祖父
	10 祖母	11 その他（ ）	

問3 あなたは現在ご結婚されていますか。(1つに○)

- | |
|-------------|
| 1 いいえ(→問4へ) |
| 2 はい(→問5へ) |

問4 問3で「1 いいえ」と答えた方におうかがいします。結婚していない理由はなんですか。
(あてはまるものすべてに○、またはかっこ内に記入)

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| 1 結婚するにはまだ若すぎるから | 8 結婚資金が足りないから |
| 2 結婚する必要性を感じないから | 9 結婚生活のための住居のめどがたたないから |
| 3 今は、仕事(または学業)に打ち込みたいから | 10 親や周囲が結婚に同意しない(だろう)から |
| 4 今は、趣味や娯楽を楽しみたいから | 11 相手とうまくコミュニケーションがとれないから |
| 5 独身の自由さや気楽さを失いたくないから | 12 その他() |
| 6 適当な相手にまだめぐり会わないから | 13 すでに結婚が決まっている |
| 7 相手とうまく付き合えないから | |

問5 あなたのご両親についておたずねします。ご両親の最終学歴(現在在籍している)を教えてください。
(父、母それぞれ1つに○、またはかっこ内に記入)

父	母
1 小・中学校	1 小・中学校
2 高校	2 高校
3 専攻科	3 専攻科
4 専修学校・専門学校	4 専修学校・専門学校
5 短大・高専	5 短大・高専
6 大学	6 大学
7 大学院	7 大学院
8 その他()	8 その他()

問6 あなたのご家族についておたずねします。ご家族の中に聴覚障害のある方はいますか。
(あてはまるものすべてに○、またはかっこ内に記入)

- | |
|------------|
| 1 はい(→問7へ) |
| 2 いいえ |

問7 問6で「1 はい」と答えた方におうかがいします。ご家族の中にどれにあてはまりますか。
(あてはまるものすべてに○、またはかっこ内に記入)

- | | |
|--------------|-----------|
| 1 配偶者(妻または夫) | 7 父 |
| 2 息子 | 8 母 |
| 3 娘 | 9 祖父 |
| 4 子の配偶者 | 10 祖母 |
| 5 孫 | 11 その他() |
| 6 兄弟・姉妹 | |

問8 あなたのご家族の中に聴覚障害以外の障害のある方はいますか。
(1つに○)

- | |
|-------------|
| 1 はい (→問9へ) |
| 2 いいえ |

問9 問8で「1 はい」と答えた方におうかがいします。ご家族の中のどれにあてはまりますか。
(あてはまるものすべてに○、またはかっこ内に記入)

- | | |
|--------------|-----------|
| 1 配偶者(妻または夫) | 7 父 |
| 2 息子 | 8 母 |
| 3 娘 | 9 祖父 |
| 4 子の配偶者 | 10 祖母 |
| 5 孫 | 11 その他() |
| 6 兄弟・姉妹 | |

問10 問8で「1 はい」と答えた方におうかがいします。障害の種類はどのようなものですか。
(あてはまるものすべてに○、またはかっこ内に記入)

- | | |
|--------|------------|
| 1 言語障害 | 7 知的障害 |
| 2 上肢障害 | 8 精神障害 |
| 3 下肢障害 | 9 難病() |
| 4 体幹障害 | 10 病・衰弱() |
| 5 視覚障害 | 11 その他() |
| 6 内部障害 | |

問11 問8で「1 はい」と答えた方におうかがいします。あなたのご家族に聴覚障害以外の障害のある方がいることで、何かサービスを求めたり、利用したりしていますか。(1つに○)

- | |
|--------------|
| 1 はい (→問12へ) |
| 2 いいえ |

問12 問10で「1 はい」と答えた方におうかがいします。具体的にどのようなものか、下の欄にご記入ください。

--

[3]あなたの健康のことについておたずねします。

問1 普段、ご自分で健康だと思いますか。(1つに○)

- | | | | | |
|------|--------|-------|-----------|--------|
| 1 よい | 2 まあよい | 3 ふつう | 4 あまりよくない | 5 よくない |
|------|--------|-------|-----------|--------|

問2 現在、あなたはどの程度幸せですか。「とても幸せ」を10点、「とても不幸」を0点とすると、何点くらいになると思いますか。所得などを含む経済面だけでなく、家族や社会との関わり合い、健康なども合わせて回答してください。(1つに○)

- | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------|
| とても不幸 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | とても幸せ |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------|

問3 次の(1)～(6)の質問について、過去1か月の間はどのようなでしたか。(それぞれ1つに○)

	いつも	たいてい	ときどき	少しだけ	まったくない
(1) 神経過敏に感じましたか	1	2	3	4	5
(2) 絶望的だと感じましたか	1	2	3	4	5
(3) そわそわ、落ち着かなく感じましたか	1	2	3	4	5
(4) 気分が沈み込んで、何か起こっても気が晴れないように感じましたか	1	2	3	4	5
(5) 何をするのも骨折りだと感じましたか	1	2	3	4	5
(6) 自分は価値のない人間だと感じましたか	1	2	3	4	5

問4 現在、日常生活で悩みやストレスがありますか。(1つに○)

- 1 ある(→問5へ)
2 ない(→問7へ)

問5 問4で「1 ある」と答えた方におうかがいします。それはどのような原因ですか。(あてはまるものすべてに○、またはかっこ内に記入)

- | | |
|---------------|----------------|
| 1 家族との人間関係 | 12 妊娠・出産 |
| 2 家族以外との人間関係 | 13 育児 |
| 3 恋愛・性に関すること | 14 家事 |
| 4 結婚 | 15 自分の学業・受験・進学 |
| 5 離婚 | 16 子供の教育 |
| 6 いじめ、ハラスメント | 17 自分の仕事 |
| 7 生き甲斐に関すること | 18 家族の仕事 |
| 8 自由にできる時間がない | 19 住まいや生活環境 |
| 9 収入・家計・借金等 | 20 その他() |
| 10 自分の病気や介護 | 21 わからない |
| 11 家族の病気や介護 | |

問6 問4で「ある」と答えた方におうかがいします。悩みやストレスを誰にまたはどのように相談していますか。(あてはまるものすべてに○、またはかっこ内に記入)

- | | |
|--|---------------------------|
| 1 両親・兄弟 | 9 医療機関(病院、診療所の医師等) |
| 2 恋人・配偶者 | 10 民生委員 |
| 3 聴覚障害のある友人・知人 | 11 テレビ、ラジオ、新聞等のコーナー |
| 4 耳の聞こえる友人・知人 | 12 職場、教育機関(学校等)関係者 |
| 5 情報保障者(手話通訳、要約筆記等) | 13 相談したいがどこに相談したらよいかわからない |
| 6 聴覚障害関連機関(聴覚障害関連協会・連盟等) | 14 相談したいが誰にも相談できないでいる |
| 7 聴覚障害関連機関以外の公的な機関(保健所、精神保健福祉センター等)の相談窓口 | 15 相談する必要はないので誰にも相談していない |
| 8 聴覚障害関連機関以外の民間の相談機関(悩みや相談所等)の相談窓口 | 16 その他() |

問7 あなたはたばこを吸いますか。(1つに○)

- 1 ほぼ毎日吸う 2 時々吸う 3 吸っていたがやめた 4 もともと吸っていない

問8 あなたはお酒を飲みますか。(1つに○)

- 1 ほぼ毎日飲む 2 時々飲む 3 ほとんど飲まない 4 もともと飲まない

問9 現在治療中、または後遺症のある病気はありますか。（あてはまるものすべてに○、またはかっこ内に記入）

1 高血圧	11 がん
2 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）	12 血液・免疫の病気（アレルギー疾患等）
3 心臓病	13 うつ病
4 糖尿病	14 認知症（アルツハイマー病等）
5 高脂血症（脂質異常）	15 パーキンソン病
6 呼吸器の病気（肺炎・気管支炎等）	16 目の病気
7 胃腸・肝臓・胆のうの病気	17 耳の病気
8 腎臓・前立腺の病気	18 婦人系の病気
9 筋骨格の病気（骨粗鬆症・脊髄の病気・関節症等）	19 その他（ ）
10 外傷（転倒・骨折等）	20 ない

問10 あなたの通院状況についておうかがいします。あなたは、過去1年間に病気やけがの治療のために病院や診療所を受診したことがありますか。（1つに○）

1 ある（→問11へ）
2 ない（→問12へ）

問11 問10で「1 ある」と答えた方におうかがいします。受診の時には、どのようなことに困りましたか。（困っていますか。）（あてはまるものすべてに○、またはかっこ内に記入）

1 適当な病院・診療所がなかなか見つからなかった
2 よい病院・診療所があってもすぐに診療を受けたり入院することができなかった（予約が大変等）
3 休日・夜間など緊急の時に診てもらえなかった
4 検査の順番が来たときに名前を呼ばれてもわからなかった
5 医師とのコミュニケーションが難しかった
6 情報保障（手話通訳、筆談等）が付けられなかった
7 病状や治療について、十分に理解することができなかった
8 医療費（治療費、入院費など）の経済的な負担が重かった
9 医療費以外の費用（交通費や付添料、差額ベット料）の経済的な負担が重かった
10 働けなくなったり、経済的な打撃を受けた
11 その他の理由（具体的に_____）
12 特に困ったことはない

問12 日ごろ、健康に関する情報はどのように入手されていますか。（あてはまるものすべてに○、またはかっこ内に記入）

1 両親・兄弟	17 テレビ番組・CM
2 恋人・配偶者	18 健康に関する情報サイト・ブログ
3 聴覚障害のある友人・知人	19 病院や医者、薬局のホームページ・ブログ
4 耳の聞こえる友人・知人	20 インターネットの広告
5 情報保障者（手話通訳、筆記通訳等）	21 医薬品・健康食品等メーカーや店舗公式ホームページ
6 聴覚障害関連機関（聴覚障害関連協会・連盟等）	22 ブログ・SNS（mixi, facebook）、Twitter
7 医療機関（病院・診療所等）	23 フリーペーパー・広報誌・パンフレット
8 聴覚障害関連機関以外の公的な機関（保健所・精神保健福祉センター等）	24 ラジオ番組
9 学校・職場	25 メールマガジン
10 スポーツセンター・整体・マッサージ店等	26 折り込み広告・ダイレクトメール
11 イベント・講演	27 オンラインショップ商品情報・口コミレビュー（amazon、楽天市場等）
12 病院の掲示板	28 商品比較サイト
13 聴覚障害関連新聞・雑誌（日本聴力新聞等）	29 交通広告（電車などの中吊り・駅ポスター等）
14 一般新聞・雑誌	30 動画共有サイト（Youtube、ニコニコ動画等）
15 書籍	31 その他（ ）
16 健康に関する専門誌	32 情報は入手していない

[4]あなたの保健・福祉サービス利用状況についておたずねします。

- 問 1 以下の(1)～(10)のサービス利用状況について教えてください。「利用している」または「以前利用現在なし(以前は利用していたが現在は利用していない)」場合、満足度についてもお答えください。
(あてはまるものそれぞれ1つに○、またはかっこ内に記入)

	利用度			満足度			
	利用している	以前利用現在なし	利用したことがない	満足	ほぼ満足	やや不満	不満
(例) 情報・コミュニケーション保障	①	2	3	1	②	3	4
(1) 情報・コミュニケーション保障(手話通訳・要約筆記・ノートテイク)	1	2	3	1	2	3	4
(2) 字幕入り情報 (TV、映画、ビデオ等)	1	2	3	1	2	3	4
(3) 手話入り情報 (TV、映画、ビデオ等)	1	2	3	1	2	3	4
(4) 情報機器・日常生活用具・補装具(補聴器、人工内耳、FM機器、FAX、電子メール、他コミュニケーション支援機器等)	1	2	3	1	2	3	4
(5) 建築・設備等(障害者専用駐車ゾーン、案内版の字幕表示等)	1	2	3	1	2	3	4
(6) 社会保障(福祉給付、失業保険、障害年金、障害者手当、優遇税制等)	1	2	3	1	2	3	4
(7) 保健(福祉センター、障害者団体、福祉・医療等関係機関等)	1	2	3	1	2	3	4
(8) 教育と訓練 (特別支援学校、難聴学級、リハビリテーションセンター等)	1	2	3	1	2	3	4
(9) 労働と雇用(ハローワーク、キャリアカウンセリング、大学の先生等)	1	2	3	1	2	3	4
(10) 生活保護※ (生活扶助、教育扶助、住宅扶助、医療扶助、介護扶助、出産扶助等)	1	2	3	1	2	3	4
(11) その他 ()	1	2	3	1	2	3	4

※生活保護：生活に困窮する人に対して、その困窮の程度に応じて必要な保護を行い、最低限度な生活を保障するための保護費を支給する制度。障害年金や障害手当のみ支援を受けている方は「(6) 社会保障」にのみ○をつけてください。

- 問 2 問 1 で「以前は利用していたが現在は利用していない」または「まだ利用したことがない」と答えた方におうかがいします。現在、 サービスを利用していない理由は何ですか。
(あてはまるものすべてに○、またはかっこ内に記入)

1 自分で何とかやっつけている	7 自分が他人に支援されるのに抵抗を感じるから
2 利用したり依頼するのが面倒	8 家族や周囲が他人に支援されることに抵抗を感じるから
3 どのようなサービスがあるのかわからない	9 支援者・サービス提供者と合わないから
4 受けたサービスがない	10 支援認定を受けたが、非該当だった
5 以前受けたサービスの質が悪かった	11 必要性を感じないから
6 サービスを受ける手続きがわからない	12 その他 ()

- 問 3 サービスにおいて何か改善を求めたり意見を出したりしたことがありますか。(1つに○)

- 1 ある (→問 4 へ)
2 ない (→問 7 へ)



問4 問3で「1 ある」と答えた方におうかがいします。具体的にどんなものですか。
(あてはまるものすべてに○、またはかっこ内に記入)

- 1 サービスの内容
- 2 サービスの量の不足
- 3 サービスの質の低さ
- 4 サービス提供者の態度
- 5 利用者が負担する費用
- 6 支援認定の結果
- 7 障害者施策全般に関すること
- 8 その他 ()



問5 問3で「1 ある」と答えた方におうかがいします。誰にまたはどのように改善を求めたり意見を出していますか。
(あてはまるものすべてに○、またはかっこ内に記入)

- | | |
|--|--------------------|
| 1 情報保障者(手話通訳、要約筆記等) | 5 医療機関(病院、診療所の医師等) |
| 2 聴覚障害関連機関(聴覚障害関連協会・連盟等) | 6 民生委員 |
| 3 聴覚障害関連機関以外の公的な機関(保健所、精神保健福祉センター等)の相談窓口 | 7 テレビ、ラジオ、新聞等のコーナー |
| 4 聴覚障害関連機関以外の民間の相談機関(悩みや相談所等)の相談窓口 | 8 職場、教育機関(学校等)関係者 |
| | 9 その他 () |



問6 問3で「1 ある」と答えた方におうかがいします。どれくらいあなたの意見が反映されていると思いますか。
(1つに○)

- 1 非常に反映されている
- 2 やや反映されている
- 3 あまり反映されていない
- 4 全く反映されていない



問7 問3で「2 ない」と答えた方におうかがいします。改善を求めたり意見を出したりしていない理由は何ですか。
(あてはまるものすべてに○、またはかっこ内に記入)

- | | |
|-----------------------|-----------------------------|
| 1 自分で何とかやっていける | 7 自分が他人に支援されるのに抵抗を感じるから |
| 2 利用したり、依頼するのが面倒 | 8 家族や周囲が他人に支援されることに抵抗を感じるから |
| 3 どのようなサービスがあるのかわからない | 9 支援者・サービス提供者と合わないから |
| 4 受けたいサービスがない | 10 支援認定を受けたが、非該当だった |
| 5 以前受けたサービスの質が悪かった | 11 必要性を感じないから |
| 6 サービスを受ける手続きがわからない | 12 その他 () |

問8 上記のサービス以外で、現時点では利用できないような理想的なサービス、今後ぜひ開発または充実して欲しいサービス等がありましたら、下の欄に自由にご記入ください。

問9 あなたは、サービスに関する相談窓口は充実していると思いますか。(1つに○)

- 1 とても充実している
- 2 ある程度充実している
- 3 あまり充実していない
- 4 まったく充実していない

問 10 あなたは、サービスに関する情報はどの程度入手できていますか。（1 つに○）

- | | |
|---|---------------|
| 1 | 必要な情報は入手できている |
| 2 | ある程度は入手できている |
| 3 | あまり入手できていない |
| 4 | まったく入手できていない |

問 11 あなたは日頃、サービスに関する情報はどのように入手されていますか。
（あてはまるものすべてに○、またはかっこ内に記入）

- | | | | |
|----|-----------------------------------|----|--------------------------------------|
| 1 | 両親・兄弟 | 17 | サービスに関する情報サイト・ブログ |
| 2 | 恋人・配偶者 | 18 | 病院や医者、薬局のホームページ・ブログ |
| 3 | 聴覚障害のある友人・知人 | 19 | インターネットの広告 |
| 4 | 耳の聞こえる友人・知人 | 20 | 医薬品・健康食品等メーカーや店舗公式ホームページ |
| 5 | 情報保障者（手話通訳、筆記通訳等） | 21 | ブログ・SNS（mixi, facebook）、Twitter |
| 6 | 聴覚障害関連機関（聴覚障害関連協会・連盟等） | 22 | フリーペーパー・広報誌・パンフレット |
| 7 | 聴覚障害関連機関以外の公的な機関（保健所・精神保健福祉センター等） | 23 | ラジオ番組 |
| 8 | 聴覚障害関連機関以外の民間の相談機関（悩みや相談所等）の相談窓口 | 24 | メールマガジン |
| 9 | 学校・職場 | 25 | 折り込み広告・ダイレクトメール |
| 10 | イベント・講演 | 26 | オンラインショップ商品情報・口コミレビュー（amazon, 楽天市場等） |
| 11 | 病院の掲示板 | 27 | 商品比較サイト |
| 12 | 聴覚障害関連新聞・雑誌（日本聴力新聞等） | 28 | 交通広告（電車などの中吊り・駅ポスター等） |
| 13 | 一般新聞・雑誌 | 29 | 動画共有サイト（Youtube, ニコニコ動画等） |
| 14 | 書籍 | 30 | その他（ ） |
| 15 | サービスに関する専門誌 | 31 | 情報は入手していない |
| 16 | テレビ番組・CM | | |

問 12 上記のうち、最もたくさんの情報を得られるものはどれですか。最もたくさんの情報を得られるものから順に 1 から 3 の欄にお答えください。また、それぞれの情報の満足度をお答えください。
（番号記入、あてはまるものそれぞれ 1 つに○）

順位	番号		満足	ほぼ満足	やや不満	不満
①			1	2	3	4
②			1	2	3	4
③			1	2	3	4

[5]あなたの働き方についておたずねします。

問1 あなたの仕事についておたずねします。収入を伴う仕事を少しでもした方は「仕事あり」としてください。無休で自家営業の手伝いをした場合や、育児や介護のため、一時的に仕事を休んでいる場合も「仕事あり」とします。なお、PTA 役員やボランティアなど無報酬の活動は「仕事なし」とします。
(1つに○、またはかっこ内に記入)

仕事あり (→問2へ)

- 1 主に仕事をしている
- 2 家事もしながら仕事もしている
- 3 通学しながら仕事もしている
- 4 その他 ()

仕事なし (→問6へ)

- 5 通学のみ
- 6 家事(専業)
- 7 その他 ()

問2 問1で「1 仕事あり」と答えた方におうかがいします。現在の仕事の内容について教えてください。仕事の内容とは、あなたが職場で具体的にしている主な業務や作業のことです。2つ以上の仕事をしている方は主な仕事についてお答えください。(1つに○、またはかっこ内に記入)

- | | |
|--------------------|-----------------|
| 1 農林漁業 | 11 宿泊・飲食サービス業 |
| 2 建設業 | 12 生活関連サービス・娯楽業 |
| 3 製造業 | 13 教育・学習支援業 |
| 4 電気・ガス・熱供給・水道業 | 14 医療・福祉 |
| 5 情報通信業 | 15 複合サービス事業 |
| 6 運送・郵便業 | 16 サービス業 |
| 7 卸売・小売業 | 17 公務 |
| 8 金融・保険業 | 18 分類不能の職業 |
| 9 不動産・物品・賃貸業 | 19 その他 () |
| 10 学術研究・専門・技術サービス業 | |

問3 問1で「1 仕事あり」と答えた方におうかがいします。勤め先での呼称について教えてください。
(1つに○)

- | | |
|-------------|-----------------|
| 1 正規の職員・従業員 | 4 労働者派遣事業所の派遣社員 |
| 2 パート | 5 契約社員・嘱託 |
| 3 アルバイト | 6 その他 () |

※「労働者派遣事業所の派遣社員」とは労働者派遣法に基づく事業所に雇用され、そこから派遣されている人をいいます。

問4 問1で「1 仕事あり」と答えた方におうかがいします。職場において何か困っていることはありますか。
(1つに○)

- 1 ある (→問5へ)
- 2 ない

問5 問4で「1 ある」と答えた方にお伺いします。具体的にどのようなものですか。
(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 1 コミュニケーションが困難 | 7 キャリアアップ(昇進・昇格等)がなかなかできない |
| 2 職場内の協力体制が弱い | 8 能力がなかなか発揮できない |
| 3 職場における相談体制が整っていない | 9 勤務時間が長い(短い) |
| 4 職務内容に不満がある | 10 作業を容易にする設備・機器が整備されていない |
| 5 聴覚障害に対する同僚の理解が足りない | 11 職場介助者(情報保障者等)等の配置がない |
| 6 情報共有が難しい | 12 その他 () |

問6 問1で「仕事なし」と答えた方におうかがいします。現在、仕事をしていない理由はどのようなものですか。
(1つに○)

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 1 健康上の理由(病気等を含む) | 5 受け入れてくれる職場がない |
| 2 個人的な事情(結婚・育児・介護等) | 6 働く必要がない |
| 3 定年、契約期間の満了 | 7 働きたくない |
| 4 学校などで勉強している | 8 その他 () |

問7 問1で「仕事あり」「仕事なし」と答えた方におうかがいします。今までに転職をした経験はありますか。
(1つに○)

- | |
|-------------|
| 1 ある (→問8へ) |
| 2 ない |

問8 問7で「1 ある」と答えた方におうかがいします。どうして転職を経験したのか教えてください。
(1つに○)

- | | |
|----------------|----------------------|
| 1 自分のキャリアや将来性 | 6 健康上の理由 (病気等を含む) |
| 2 障害に対する配慮が不十分 | 7 個人的な事情 (結婚、育児、介護等) |
| 3 倒産、解雇 | 8 会社の安定性や将来性 |
| 4 労働条件の悪化や不満 | 9 その他 () |
| 5 定年、契約期間の満了 | 10 わからない |

問9 問7で「1 がある」と答えた方におうかがいします。転職する時誰かに相談しましたか。(1つに○)

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| 1 両親・兄弟 | 8 ハローワーク |
| 2 恋人・配偶者 | 9 教育担当者 |
| 3 聴覚障害のある友人・知人 | 10 相談したいがどこに相談したらよいかわからなかった |
| 4 耳の聞こえる友人・知人 | 11 相談したいが誰にも相談できなかった |
| 5 聴覚障害関連機関 (聴覚障害関連協会・連盟等) | 12 相談する必要はないので誰にも相談しなかった |
| 6 聴覚障害関連機関以外の公的な機関 (悩みや相談所等) の相談窓口 | 13 その他 () |
| 7 人事担当者 | |

[6]あなたの社会参加・生き甲斐についておたずねします。

問1 地域活動等に参加していますか。(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|----------------|------------------|
| 1 祭り・行事 | 6 職場内の会・グループ |
| 2 自治会・町内会 | 7 同じ学校出身者の会やグループ |
| 3 サークル・自主グループ | 8 その他 () |
| 4 趣味・クラブ・スポーツ | 9 参加していない |
| 5 ボランティア活動・NPO | |

問2 生き甲斐や楽しみはありますか。(1つに○)

- | |
|-------------|
| 1 はい (→問3へ) |
| 2 いいえ |

問3 問2で「1 はい」と答えた方におうかがいします。どのようなものがあるか教えてください。
(あてはまるものすべてに○)

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1 趣味 | 8 家族との団らん |
| 2 仕事 | 9 友人や隣近所との付き合い |
| 3 家事 | 10 自治会・町内会活動 |
| 4 旅行 | 11 ボランティア活動 |
| 5 レクリエーション・スポーツ | 12 その他 () |
| 6 健康づくり | 13 特にない |
| 7 習い事や学習活動 | |

以上でアンケート調査はすべて終了です。
お忙しいところ、調査にご協力いただきましてありがとうございました。

資料 2 原著論文

「Triple difficulties in Japanese women with hearing loss: marriage, smoking, and mental health issues.

(聴覚障害のある女性と婚姻、喫煙、精神的健康)」

RESEARCH ARTICLE

Triple Difficulties in Japanese Women with Hearing Loss: Marriage, Smoking, and Mental Health Issues

Yoko Kobayashi^{1,2}, Nanako Tamiya^{1*}, Yoko Moriyama¹, Akihiro Nishi^{3,4}

1 Department of Health Services Research, Faculty of Medicine, University of Tsukuba, Ibaraki, Japan, **2** Research and Support Center on Higher Education for the Hearing and Visually Impaired, Tsukuba University of Technology, Ibaraki, Japan, **3** Yale Institute for Network Science, Yale University, New Haven, Connecticut, United States of America, **4** Department of Sociology, Yale University, New Haven, Connecticut, United States of America

* ntamiya@md.tsukuba.ac.jp



OPEN ACCESS

Citation: Kobayashi Y, Tamiya N, Moriyama Y, Nishi A (2015) Triple Difficulties in Japanese Women with Hearing Loss: Marriage, Smoking, and Mental Health Issues. PLoS ONE 10(2): e0116648. doi:10.1371/journal.pone.0116648

Academic Editor: Toshiyuki Ojima, Hamamatsu University School of Medicine, JAPAN

Received: September 4, 2014

Accepted: December 11, 2014

Published: February 4, 2015

Copyright: © 2015 Kobayashi et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: Data are available through the Ministry of Public Management, Home Affairs, Post, and Telecommunications, interested readers can contact via <http://www.mhlw.go.jp/toukei/sonota/chousahyo.html>.

Funding: This work was supported by the JSPS KAKENHI No. 24249031 (Grant-in-Aid for Scientific Research A); the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare (H22 Seisaku Shitei 033); the JSPS KAKENHI No. 26245086 (Grant-in-Aid for Scientific Research A), and JSPS KAKENHI No. 26893030 (Grant-in-Aid for Research Activity start-up). AN is awarded by the Japan Society for the Promotion of

Abstract

Objective

To examine the consequences of early-onset hearing loss on several social and health measures and any related gender differences in Japanese populations.

Methods

Data from a 2007 nationally representative cross-sectional household survey of 136,849 men and women aged 20 to 39 years were obtained (prevalence of self-reported hearing loss: 0.74%). We focused particularly on four social and health measures: employment status (employed/unemployed), marital status (married/unmarried), smoking behavior (yes/no), and psychological distress (K6 instrument: ≥ 5 or not). We examined the association of hearing loss for each measure using generalized estimating equations to account for correlated individuals within households.

Findings

There was no significant association with employment status ($p = 0.447$). Men with hearing loss were more likely to be married, whereas women with hearing loss were less likely to be married ($p < 0.001$ for interaction). Although hearing loss was not associated with a current smoking status in men, women with hearing loss were more likely to be current smokers ($p < 0.001$ for interaction). Moreover, hearing loss was associated with psychological distress in men and women (both $p < 0.001$).

Conclusion

These findings suggest that hearing loss is related to social and health issues in daily life, including a lower likelihood of marriage, more frequent smoking, and poorer mental health, especially in women. These issues may reflect a gap between the actual needs of women

Science (JSPS) for his research at Yale University. The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interests exist.

with hearing loss and the formal support received as a result of existing public health policies in Japan.

Introduction

Hearing loss (or hearing impairment) is one of the most frequent types of disability [1]. Currently, more than 360 million people (5.3% of the worldwide population are estimated to have some degree of hearing loss [2]. Evidence suggests that hearing loss leads to a poorer quality of life, greater difficulty in social activities, and a higher level of social isolation [3]. Evidence also suggests that hearing loss is associated with lower household income, poor occupation status and lower educational attainment [4,5]. It is also known that there is an association with several health conditions, including smoking [6,7] and psychological distress [8–10]. The health and wellbeing of people with disabilities, including hearing loss, remains one of the top priorities in public and health policies [11].

The United Nations adopted the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) in 2006, which came into effect in 2008 [12]. The convention affirms that persons with disabilities have “the right to work on an equal basis with others” (Article 27 of CRPD), “the right to marry on the basis of free and full consent of the intending spouses” (Article 23), and “the right to the enjoyment of the highest attainable standard of health without discrimination” (Article 25). It also places emphasis on the importance of statistics and data collection in formulating and implementing necessary policies (Article 31). Thus, policy makers need to consider formulating and implementing evidence-based public and health policies.

Japan was the 140th country worldwide to ratify the CRPD in January 2014 (27th among the 34 OECD countries) [13–15]. Although Japan may have made substantial progress in changing its social norms and policies against people with disabilities because of the disability rights movements in the 1990s and 2000s [16], it still took Japan seven years to amend its domestic laws, including the Services and Supports for Persons with Disabilities Act, to follow the convention [13,17].

This delayed ratification may have had negative impacts on the living conditions of people with disabilities, which need to be examined carefully. However, evidence on the living and health conditions of people with hearing loss in Japan is scarce. A nationwide survey of people with disabilities, conducted in 2006, reported that 0.27% of the Japanese population ($n = 350,000$) had some degree of hearing loss [18]; however, this number was restricted to those having a physical disability certificate (average hearing loss > 70 decibels, equivalent to severe/profound hearing loss). Thus, many more people with mild to moderate hearing loss were not included in the target population of the survey or covered by the social welfare program under the Law for the Welfare of People with Physical Disabilities [19]. Indeed, about 6,000,000 people (4.70%) are estimated to receive hearing aid, however can't receive a physical disability certificate (average hearing loss: under 70 decibels) in Japan [20] and the health needs and living arrangements of those who do not have the physical disability certificate have rarely been focused on or investigated [21–23].

Additionally, women with disabilities need special attention, as recognized the Convention: “women and girls with disabilities are subject to multiple discrimination” (Article 6) [12]. Several qualitative studies have reported that Japanese women with disabilities might be disadvantaged (e.g., lower income, poorer health, and shorter educational attainment) compared with men with disabilities [24]. However, there has been no reported quantitative study examining gender differences in the associations between hearing loss and social and health conditions.

Thus, the purposes of this study were (i) to examine the association of early-onset hearing loss with several social and health measures and (ii) to examine any gender differences in these associations, using a larger sample of residents in Japan. We aimed particularly to investigate the conditions of early-onset hearing loss among young working-age adults. Here, within this age range, people are usually faced with various important choices for their lives [25]. For example, they conduct a job search, enter the world of work, find a marriage partner, and discuss family planning with the partner. All the decisions here are usually the lifetime ones and require intensive communications, and thus usually these issues can be the source of daily hassles, stresses, and health-related behaviors [26]. Therefore, we examined the influence of early-onset hearing loss on these broad ranges of living conditions: employment status (socioeconomic situation), marital status (living arrangement), current smoking (health-related behavior), and psychological distress (mental health).

Methods

Study population

We used the Comprehensive Survey of the Living Conditions of People on Health and Welfare (LCPHW: *Kokumin Seikatsu Kiso Chosa*, <http://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hss/cslc.html>), which was conducted by Japan's Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) in June 2007. The LCPHW is a population-based cross-sectional health survey known to be the best nationally representative dataset for various socioeconomic and health conditions. Among the 624,178 respondents who answered the questionnaire, we restricted the study population to those who answered a series of questions on subjective symptoms (38,566 individuals were excluded, and study participants reporting no subjective symptoms were included). We also restricted the study population to those aged 20 to 39 years of age. In the 2007 LCPHW, the question on hearing loss, one of the subjective symptoms, did not distinguish early-onset hearing loss from age-related hearing loss (presbycusis). A previous study showed that the prevalence of overall "hearing loss" increased markedly at 40 to 50 years of age, due to the increased number of cases of age-related hearing loss [27]. Because the initial manifestations of age-related hearing loss are not likely to be seen before 40 years of age [28] study participants younger than 40 years are expected to be at lowest risk of age-related hearing loss. Indeed, the 2007 LCPHW showed that the prevalence of those reporting hearing loss remained at the same level among those aged 20 to 39 years, and then increased after age 40 (0.8% for age 20 to 29, 0.7% for age 30 to 39, 1.1% for age 40 to 49, 5.0% for age 50 to 59, 11.1% for age 60 to 69, and 24.7% for age 70 years and older). Thus, we used 136,849 study participants whose ages ranged from 20 to 39 years in the 2007 LCPHW for further analyses. We obtained permission for secondary use of the 2007 LCPHW data. This study was approved by the Ethical Committee of the University of Tsukuba (#862).

Measures

We used four outcome measures (employment status, marital status, smoking, and psychological distress), which did not substantially overlap with the state of hearing loss itself and which covered various aspects of social and health conditions in young working-age adults.

Socio-demographic factors. Regarding socio-demographic factors, age, gender, employment status, and marital status were determined. Employment status, which reliability and validity were examined [29] was measured by asking the study participants if they are currently working or not. Marital status, representing living arrangements, was measured by asking if they are currently married, never married, widowed, or separated, which reliability and validity

was discussed and has been widely used [30–32]. We created a dichotomous indicator variable for marital status: married and unmarried (never married, widowed, or separated).

Smoking behavior. Smoking behavior was measured by asking the study participants if they do not smoke, smoke every day, smoke sometimes, or smoke but not within the past one month. The reliability and validity of self-reported smoking behavior were examined and grossly assured in multiple studies (e.g. [33,34]). We then dichotomized these into currently smoking (the second and third categories) and not currently smoking (the first and fourth categories) [35].

Mental health status. As a psychological distress measure, we used the Kessler-6 scale (K6). K6 has been used widely around the world [36]. A Japanese version of K6 has also been validated [37,38] and been widely used [32,39]. K6 is based on answers to six-item psychological distress questions, and we calculated the sum of the reported scores, ranging from 0 to 24. We created a dichotomous indicator variable representing psychological distress, based on a previously proposed threshold of K6 scores ≥ 5 (for potential mood/anxiety disorder in a Japanese sample) [37].

Hearing loss. Hearing status was assessed on the basis of subjective symptoms. The study participants were asked whether they had each of 41 items—subjective symptoms (e.g. fever, headache, constipation, anorexia, shoulder stiffness, incontinence, fracture). One of the items is hearing loss (they answered yes or no for “*kikoenikui*”; the literal translation of this Japanese term is “difficulty in hearing”). Self-reported hearing loss is a widely used measure in epidemiological research, and validation has been reported in multiple studies [40,41]. Previous studies indicated that self-reported hearing loss was grossly equivalent to the averaged pure-tone thresholds > 25 decibel hearing level (i.e., mild hearing loss) [42]. Although standard audiometric testing is an objective technique used to examine hearing ability, a subjective measure of hearing loss is also important for understanding how study participants feel their hearing difficulty affects their daily life activities [43].

Statistical analysis. First, the associations between hearing loss status and other variables were assessed separately using χ^2 tests and Student’s *t*-tests. First, χ^2 tests were used to determine whether hearing loss was associated with the dichotomous variables (i.e., gender; employment status: employed/unemployed; marital status: married/unmarried; smoking behavior: yes/no; and psychological distress: K6 5 or not). Additionally, Student’s *t*-tests were used for comparing the continuous variables (e.g., age). Furthermore, we examined the associations of hearing loss with these variables separately in men and women. Second, generalized estimating equations (logit link function with an unstructured working correlation matrix) were used to calculate odds ratios and standard errors, which accounted for potentially correlated observations within the same households [32]. In the models, the associations of hearing loss with each of the four outcome variables were examined by controlling for age and gender. Furthermore, we examined these associations separately in men and women. We also calculated *p*-values for the interaction term (gender hearing loss) to formally test the gender difference in the degrees of associations of hearing loss with the outcome variables. Odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals (CIs) are presented. All analyses were performed using the SPSS software (ver. 21).

Results

Sample characteristics

Table 1 summarizes the basic characteristics of the study population aged 20 to 39 years ($n = 136,849$; mean age: 30.36 years, standard deviation: 5.6), among whom 78.7% were currently employed and 47.7% were married. Most of those who were unmarried were never

Table 1. Basic characteristics of young working-age adults in the 2007 LCPHW (n = 136,849).

	Total				All				Men				Women			
	Hearing loss		No hearing loss		Hearing loss		No hearing loss		Hearing loss		No hearing loss		Hearing loss		No hearing loss	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Age	mean ± SD	30.36 ± 5.6	30.35 ± 5.7	30.36 ± 5.6	30.36 ± 5.6	-0.04 [†]	30.39 ± 5.755	30.33 ± 5.658	30.39 ± 5.734	30.39 ± 5.625	-0.25 [†]	mean ± SD	30.39 ± 5.734	30.39 ± 5.625	mean ± SD	30.39 ± 5.625
N																
Gender																
Male	67,177	49.1	415	41.0	66,762	49.1										
Female	69,672	50.9	597	59.9	69,075	50.9										
Occupation Status [#]																
No	29,025	21.3	241	24.0	28,784	21.3	55	13.3	7,269	11.0	2.30	186	31.4	21,515	31.3	0.00
Yes	106,175	78.7	765	76.0	106,175	78.7	358	86.7	58,944	89.0		407	68.6	47,231	68.7	
Marital Status																
Married	65,305	47.7	467	46.1	64,838	47.7	202	48.7	29,387	44.0	3.63	265	44.4	35,451	51.3	11.39
Never married	66,692	48.7	480	47.4	66,212	48.7	199	48.0	35,860	53.7		281	47.1	30,352	43.9	
Widowed	309	0.2	3	0.3	306	0.2	1	0.2	117	0.2		2	0.3	189	0.3	
Separated	4,543	3.3	62	6.1	4,481	3.3	13	3.1	1,398	2.1		49	8.2	3,083	4.5	
Smoking [#]																
No	85,849	65.0	608	61.5	85,241	65.1	204	50.0	31,003	48.4	0.42	404	69.7	54,238	81.0	47.86
Yes	46,158	35.0	380	38.5	45,778	34.9	204	50.0	33,052	51.6		176	30.3	12,726	19.0	
Psychological Distress [#]																
No	87,544	69.1	279	29.6	87,265	69.4	118	30.3	44,007	71.9	328.74	161	29.2	43,258	67.0	352.61
Yes	39,165	30.9	662	70.4	38,503	30.6	271	69.7	17,197	28.1	***	391	70.8	21,306	33.0	***

Unmarked χ^2 tests were used to examine the differences between those with and without hearing loss.

[†] Student's t-tests were used to examine the differences between those with and without hearing loss.

[#] Study participants with missing values were excluded.

^{††} The three categories were combined into the single category of "unmarried" for further analyses.

*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

doi:10.1371/journal.pone.0116648.t001

married (48.2%), while being widowed (0.2%) or separated (3.3%) was relatively rare. Among the study participants, 35.0% were current smokers, and 30.9% reported mild or severe psychological distress (K6 5). In total, 1,012 individuals (0.74%) reported a symptom of hearing loss. Given that a recent national survey reported that 0.27% of the Japanese population had “certified” hearing loss [18], these results indicated that we had identified a larger proportion of individuals with mild or moderate hearing loss. The results of statistical tests on bivariate associations are also shown in [Table 1](#).

Multivariate analyses

[Fig. 1](#) shows the associations between hearing loss and each of the four outcome measures in the multivariate analyses. [Fig. 1A](#) shows that hearing loss was not associated with being employed (OR for both genders = 1.061, 95% CI: 0.910–1.237). There was no gender difference in the association (interaction $p = 0.180$).

[Fig. 1B](#) shows that hearing loss was not associated with being married (OR for both genders = 1.013, 95% CI: 0.940–1.092). However, after stratification by gender, in men, hearing loss was negatively associated with being unmarried (OR = 0.770, 95% CI: 0.616–0.963), while in women, hearing loss showed a positive association with being unmarried (OR = 1.345, 95% CI: 1.114–1.626, and interaction $p < 0.001$). After excluding the rare cases of widowed status (0.2%) and separated status (3.3%) from the data, the regression results did not change substantially in men or women (OR for both genders = 0.990, 95% CI: 0.913–1.074), among men (OR = 0.734, 95% CI: 0.583–0.924), or among women (OR = 1.246, 95% CI: 1.018–1.525, and interaction $p < 0.001$). This indicates that the results for an unmarried status reflect those for a never married status in our young working-age study population.

[Fig. 1C](#) shows that hearing loss was positively associated with current smoking (OR for both genders = 1.328, 95% CI: 1.149–1.536). However, after stratification, this association was found among women (OR = 1.839, 95% CI: 1.540–2.195), but not men (OR = 0.935, 95% CI: 0.770–1.137, and interaction $p < 0.001$). These results reflect that men had a high prevalence of being current smokers regardless of hearing condition (51.6% vs. 50.0%), while women with hearing loss had a higher prevalence of being current smokers compared with women without hearing loss (30.3% vs. 19.0%).

[Fig. 1D](#) shows that hearing loss was associated with psychological distress (OR for both genders = 4.889, 95% CI: 4.267–5.601). After stratification by gender, the association was significant in men (OR = 5.737, 95% CI: 4.632–7.106) and women (OR for = 4.850, 95% CI: 4.043–5.818, and interaction $p = 0.212$).

Discussion

To our knowledge, this is the first reported study providing evidence of the social and health conditions among people living with hearing loss in Japan. We found that hearing loss was associated with several social and health measures. First, there was no association between hearing loss and employment status. Second, women with hearing loss were more likely to be unmarried, while men with hearing loss were more likely to be married. Third, women with hearing loss were more likely to be current smokers, but this was not observed in men. Finally, those with hearing loss were more likely to have psychological distress in both men and women. The most importantly, the significant effect modification by gender on the hearing-loss-marriage association and the hearing-loss-smoking association has never reported previously; our study first reports this potential pitfall in public and health policies, as far as we know.

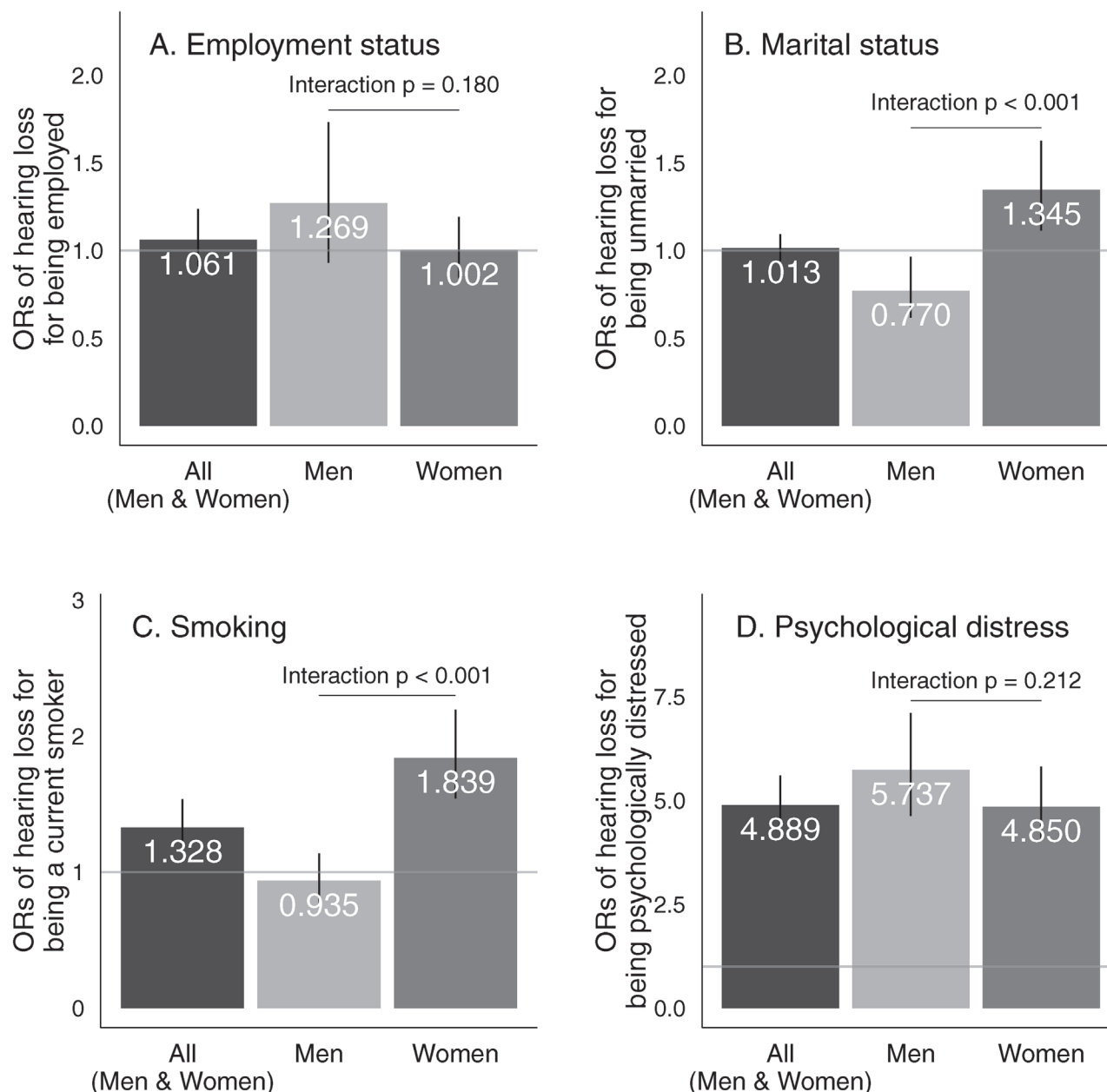


Fig 1. The associations of hearing loss with four outcome variables among both genders, among men, and among women in multivariate analyses. Higher odds ratios (> 1) represent that individual with hearing loss are more likely to be employed (A), unmarried (B), currently smoking (C), and psychologically distressed (D). Bars indicate 95% confidence intervals (95% CIs), and values represent the point estimates for odds ratios (ORs).

doi:10.1371/journal.pone.0116648.g001

Regarding employment status, we saw no significant association. Our findings thus differ from those of previous studies in the U.S. [44,45] in which individuals with hearing loss were more likely to be unemployed than those with no hearing loss. These results may reflect the Handicapped Person's Employment Promotion Act in Japan (since 1960), which requires companies to hire a certain percentage of persons with disabilities. A previous study from Japan indicated that individuals with hearing loss were more likely to leave and change their jobs [46], and thus we need to interpret these results carefully given the simple measure of employment status used (yes/no), which may mistakenly overstate the effects of the Handicapped Person's

Employment Promotion Act. Indeed, an additional analysis indicates that having hearing loss is positively associated with being employed among unmarried women (OR = 1.266, 95% CI = 0.957–1.674), while having hearing loss is not associated with being employed among married women (OR = 1.025, 95% CI = 0.805–1.305), which interaction was not significant ($p = 0.285$). This simply implies a possibility that women with hearing loss who have not married yet are motivated or forced to stay in employment, which we also need to interpret carefully.

Regarding marital status, the results revealed that young working-age men with hearing loss were more likely to be married, while young working-age women with hearing loss were more likely to have never been married. Although a previous study from the U.S. indicated that individuals with hearing loss were more likely to be unmarried [44], gender differences were not assessed. Thus, there is a lack of literature suggesting potential explanations for the gender differences that we found in the present study.

Here, we propose three potential explanations in the Japanese context. First, the gender difference in the prevalence of early-onset hearing loss and assortative mating patterns in those with hearing loss may explain the results. Our data showed a higher prevalence of hearing loss among women. Moreover, because those with hearing loss were reported to more frequently marry partners with hearing loss [47], the excess number of women with hearing loss may make it difficult for them to find a partner in Japan.

Second, men with hearing loss may find a marriage partner more easily than women with hearing loss, given the current situation surrounding people living with disabilities in Japan. A larger number of women (without hearing loss) are engaged in social welfare activities, such as supporting people living with disabilities. For example, 80% of employees in welfare industries in Japan are women [48], and 90% of sign language interpreters in Japan are women [49,50]. Thus, men with hearing loss arguably may have a better opportunity to meet a woman who understands the situation of those living with hearing loss. This may also explain why men with hearing loss were more likely to be married in the present study.

Third, the stigma towards women with hearing loss may still persist in relation to the ideology of eugenics in Japan [51]. The Japanese government approved the legalization of abortion and the Eugenic Protection Law in 1948 (until 1996), which permitted induced abortion and sterilization for health reasons, *including hearing loss* [52]. It had been rumored that Japanese women with hearing loss were discouraged from getting married or forced to not get pregnant (or to get an abortion). There is little literature describing the historical perspectives on how women with hearing loss suffered under this legislation, and thus caution and more information are needed regarding this explanation.

Regarding smoking behavior, the excess risk by hearing loss was found among women (30.3% [with hearing loss] v.s. 19.0% [without hearing loss]), but not among men (50.0% [with hearing loss] v.s. 51.6% [without hearing loss]) in 2007 (please refer to Table 1; and the regression analysis supported this argument). In contrast, a previous study using a roughly comparable population in 1997 shows that the excess risk by hearing loss on smoking behavior was not found among women (12.2% [with hearing loss] v.s. 14.5% [without hearing loss]) or among men (30.6% [with hearing loss] v.s. 56.1% [without hearing loss]) [53]. Since this previous study used a small sample size ($N = 126$ college students with hearing loss living in a college dormitory) [53], the comparison between the two studies requires a careful operation. Nevertheless, a potential rise of the smoking prevalence among individuals with hearing loss during the decade may be an unfound public health concern in Japan. This can relate to the psychosocial pathways among them (please refer to the next paragraph), and relate to the other possibility that smoking cessation and prevention programs are difficult to reach those with hearing loss (e.g. acquiring appropriate information from the campaigns requires a hearing skill) [7].

Psychological distress was found to be associated with hearing loss, consistent with previous studies [8–10,54]. Previous studies proposed several potential mechanisms to explain the progression from hearing loss to mental illness [8,10]: 1) access to effective communication, 2) socioeconomic environment in relation to stigma and discrimination, and 3) less access to mental health services. First, individuals with hearing loss often do not have access to medical care with effective communication (e.g. reaching healthcare professionals having knowledge of hearing loss, or certified interpreters with health literacy) [55,56]. Second, it has been reported that working adults with hearing loss frequently face negative emotional situations (e.g., stigma and discrimination), leading to a negative physical and mental health status, including social isolation, depression, irritability, and feelings of inferiority [57,58]. Third, individuals with hearing loss often do not have sufficient knowledge about mental illnesses, so they may come to distrust the mental health system, resulting in less frequent access to mental healthcare [59]. Moreover and more generally, individuals with hearing loss can face various kinds of issues and hassles in their daily life [4,8]. Although the gender interaction was not statistically detected in psychological distress, men with hearing loss may have an additional source of psychological distress (e.g. a difficulty in becoming a successful bread-winner, where the Japanese society still wants men to be).

Although we used a large sample from a nationally representative survey, the present study has several limitations. First, our measurement of hearing loss was self-reported, and thus, potential bias in the measurements could generate false-positive associations between hearing loss and the outcome variables. Although the implications from previous reports are not consistent, they grossly suggest that self-reported hearing loss may tend to underestimate the state of hearing loss [60,61]. Second, the 2007 LCPHW is a cross-sectional study, and therefore we need to be careful of any causal interpretation of the reported associations. However, the argument induced by the “reverse causality” is not persuasive clinically: being unmarried, unemployed, or a smoker causes hearing loss. In the 2007 LCPHW, the prevalence of hearing loss from 20 to 39 years of age was almost at a consistent level (0.7–0.8%), and early-onset hearing loss is unlikely to be cured later, suggesting that hearing loss occurred before the four social and health measures. Indeed, lifestyle stress related to these social conditions may induce hearing loss (e.g. psychogenic hearing loss), but this would not likely explain the reported gender differences. Third, several other related measures such as self-rated health and the frequency of physician visits were available in the 2007 LCPHW. However, we didn’t analyze these measures because hearing loss could be an aspect of self-rated health, and hearing loss might require scheduled hospital visits for follow-up at an otolaryngology department. Moreover, the physical disability certificate under services and supports by the Services and Supports for Persons with Disabilities Act allows individuals with severe/profound hearing loss to gain easier access to medical care (no out-of-pocket medical expenditures). Therefore, the impact of early-onset hearing loss on other health conditions and health care use can be the direction of the future research, in which the data to distinguish hearing-loss-related health loss or physician visits from non-hearing-loss-related health loss or physician visits. Fourth, potential confounding factors, which were not measured in the 2007 LCPHW, may at least partially explain the association of early-onset hearing loss for each of the four outcome variables. Such factors include poor maternal diet, maternal alcohol use during pregnancy, premature birth, and noise exposure in childhood, all of which were reported to be associated with early-onset hearing loss in prior literature [62–64]. Fifth and lastly, since status of the physically disabled person’s certificate was not available in the 2007 LCPHW, we could not directly distinguish individuals with severer hearing loss from those with mild or moderate hearing loss, or examine the effect of the formal program. Further more precise original survey will be needed to cover these limitations.

In summary, this study revealed that social and health burdens among individuals living with hearing loss appeared particularly in women. Young working-age women with early-onset hearing loss in Japan are more likely to be unmarried (or never married), smokers, and psychologically distressed than women without early-onset hearing loss. This may be because they have a larger number of unmet needs in their daily lives, and because those with mild to moderate hearing loss have been overlooked in public and health policies and even in public health research. Although the implications of this study cannot be easily stated, the general aims of the CRPD may not be achieved only by legislation.

Future initiatives can include recruitment of professional female counseling staffs in the local government offices, training of women with hearing loss themselves as counselors (peer support), and construction of strong networks of young working-age women with/without hearing loss to get together and share their experiences (social safety net). This study illustrates that many aspects of people with disabilities—job, marriage, smoking, and mental health—require special attention and multidimensional approach by policy makers and all involved. Such attention and approach will accelerate the social change of Japan, and also contribute to realizing the aims of CRPD.

Acknowledgments

We thank the member of the Department of Health Services Research, University of Tsukuba for valuable comments on a draft of this manuscript.

Author Contributions

Conceived and designed the experiments: YK NT YM AN. Analyzed the data: YK NT YM. Contributed reagents/materials/analysis tools: NT YM. Wrote the paper: YK NT YM AN.

References

1. Mathers C, Smith A, Concha M (2000) Global burden of hearing loss in the year 2000. Geneva: World Health Organization.
2. World Health Organization (2014) Deafness and hearing loss. Geneva: World Health Organization. Accessed: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>. 2014 August 5.
3. Arlinger S (2003) Negative consequences of uncorrected hearing loss—a review. *Int J Audiol* 42 (Suppl2): 2S17–20.
4. Kochkin S (2007) The impact of untreated hearing loss on household income. Washington D.C., United State of America: Better Hearing Institute.
5. Schley S, Walter GG, Weathers RR, Hemmeter J, Hennessey JC et al. (2011) Effect of postsecondary education on the economic status of persons who are deaf or hard of hearing. *J Deaf Stud Deaf Educ* 16(4): 524–536. doi: [10.1093/deafed/enq060](https://doi.org/10.1093/deafed/enq060) PMID: [21289030](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21289030/)
6. Barnett S, Franks P (1999) Smoking and deaf adults: Associations with age onset of deafness. *Am Ann Deaf* 144(1): 44–50. PMID: [10230082](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10230082/)
7. Berman BA, Streja L, Benaards CA, Echhardt EA, Kleiger HB, et al. (2007) Do deaf and hard of hearing youth need antitobacco education? *Am Ann Deaf* 152(3): 344–355. PMID: [18018676](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18018676/)
8. de Graaf R, Bijl RV (2002) Determinants of mental distress in adults with a severe auditory impairment: Differences between prelingual and postlingual deafness. *Psychosom Med* 64: 61–70. PMID: [11818587](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11818587/)
9. Fellingner J, Holzinger D, Dobnre U, Gerich J, Lehner R, et al. (2005) Mental distress and quality of life in a deaf population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40(9): 737–42. PMID: [16143834](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16143834/)
10. Kvam MH, Loeb M, Tambs K (2006) Mental health in deaf adults: Symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. *J Deaf Stud Deaf Educ* 12(1): 1–7. PMID: [16950865](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16950865/)
11. World Health Organization (2011) World report on disability. Geneva: World Health Organization.
12. United Nations (2008) Convention on the protection and promotion of the rights and dignity of persons with disabilities. New York (NY): United Nations. Available: <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>. Accessed 2014 August 5. PMID: [21132940](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21132940/)

13. Ministry of Foreign Affairs of Japan (2014) When persons with disabilities' voice come into effect—Conclusion of convention on the rights of persons with disabilities. Tokyo: Ministry of Foreign Affairs of Japan. Available: <http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/pr/wakaru/topics/vol109/>. Assessed 2014 August 5. Japanese. doi: [10.1038/mp.2014.179](https://doi.org/10.1038/mp.2014.179) PMID: [25589615](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25589615/)
14. Organization for Economic Co-operation and Development (2014) List of OECD member countries—Ratification of the convention on the OECD. Paris, France: OECD. Available: <http://www.oecd.org/about/membersandpartners/list-oecd-member-countries.htm>. Assessed 2014 August 5.
15. United Nations (2014) Convention and optional protocol signatures and ratifications. Countries and Regional Integration Organizations. New York (NY): United Nations. Available: <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>. Assessed 2014 August 5.
16. Hayashi R, Okuhira M (2001) The disability rights movements in Japan: Past, present and future. *Disability and Society* 16(6): 855–869.
17. Nagase O (2013) Challenges of the harmonization and ratification of convention on the rights of persons with disabilities by Japan. *J Policy Pract Intellect Disabil* 10(2): 93–95.
18. Japan Ministry of Health, Labour and Welfare (2008) Survey of the disabled people in 2006. Tokyo: Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. Available: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/shintai/06/index.html>. Assessed 2014 August 5. Japanese.
19. Ministry of International Affairs and Communications (2012) Law for the welfare of people with physical disability. Tokyo: Ministry of International Affairs and Communications. Available: <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S24/S24HO283.html>. Assessed 2014 August 5. Japanese.
20. Osamu N, Toshihiro H, Satoshi K (2012) The rights of persons with disabilities convention and Japan—Overview and perspective. Seikatsushoin Co., Ltd. Japanese. doi: [10.3233/WOR-131592](https://doi.org/10.3233/WOR-131592) PMID: [24864565](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24864565/)
21. Barnett S, McKee M, Smith S, Pearson TA (2011) Deaf sign language users, health inequalities, and public health: Opportunity for social justice. *Prev Chronic Dis* 8(2): A45. PMID: [21324259](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21324259/)
22. Donahue A, Dubno JR, Beck L (2010) Accessible and affordable hearing health care for adults with mild to moderate hearing loss. *Ear Hear* 31(1): 2–6. doi: [10.1097/AUD.0b013e3181cbc783](https://doi.org/10.1097/AUD.0b013e3181cbc783) PMID: [20040828](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20040828/)
23. Monzani D, Galeazzi GM, Genovese E, Marrara A, Martini A (2008) Psychological profile and social behaviour of working adults with mild to moderate hearing loss. *Acta Otorhinolaryngologica Italica* 21: 61–66.
24. Seyama N, Usui K (2009) Poverty and women with disabilities: Women's poverty in Japan. *Asia-Japan Women's Resource Center* 23:28–30. PMID: [18158206](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18158206/)
25. Brugha TS, Cragg D (1990) The list of threatening experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatr Scand* 82(1): 77–81. PMID: [2399824](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2399824/)
26. Holm JE, Holroyd KA (1992) The daily hassles scales (Revised): Does it measure stress or symptoms? *Behav Assessment* 14: 465–482.
27. Lin DR, Chien WW, Li L, Niparko JK, Francis HW (2012) Cochlear implantation in older adults. *Medline (Baltimore)* 91(5): 229–241. doi: [10.1097/MD.0b013e31826b145a](https://doi.org/10.1097/MD.0b013e31826b145a) PMID: [22932787](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22932787/)
28. Margolis S (1999) Johns Hopkins symptoms and remedies: The complete home medical reference. Florida (FL): Medletter Assoc.
29. He Y (1999) The association between later life career disruption and self-reported health in older Canadian workers (Aged 45–64). Unpublished master's thesis for master's degree, University of Toronto, Ottawa, Canada. Available: <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/13689/1/MQ46173.pdf>. Assessed 2014 November 16.
30. Elliott DB, Tavia S (2011) Marital events of Americans: 2009, American community survey report ACS-13. U.S. Census Bureau, Washington, DC.
31. The Census Bureau (2014) Census Bureau information quality guideline. United States: The Census Bureau. Available: <https://www.census.gov/quality/guidelines/objectivity.html>. Assessed 2014 August 5.
32. Nishi A, McWilliams JM, Noguchi H, Hashimoto H, Tamiya N, et al. (2012) Health benefits of reduced patient cost sharing in Japan. *Bull World Health Organization* 90: 426–435A. doi: [10.2471/BLT.11.095380](https://doi.org/10.2471/BLT.11.095380) PMID: [22690032](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22690032/)
33. Hatzianandreu EJ, Pierce JP, Fiore MC, Grise V, Novotny TE, et al. (1989) The reliability of self-reported cigarette consumption in the United States. *Am J Public Health* 79(8): 1020–1023. PMID: [2751017](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2751017/)
34. Gorber CS, Schofield-Hurwitz S, Hardt J, Levasseur G, Tremblay M (2009) The accuracy of self-reported smoking: a systematic review of the relationship between self-reported and cotinine-assessed smoking status. *Nicotine Tob Res* 11(1): 12–24. doi: [10.1093/ntr/ntn010](https://doi.org/10.1093/ntr/ntn010) PMID: [19246437](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19246437/)

35. Fukuda Y, Nakamura K, Takano T (2005) Socioeconomic pattern of smoking in Japan: Income inequality and gender and age difference. *Ann Epidemiol* 15(5):365–372. PMID: [15840550](#)
36. Kessler RC, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Bromet E, et al. (2010) Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *Int J Methods Psychol Med* 19: 4–22.
37. Sakurai K, Nishi A, Kondo K, Yanagida K, Kawagami N (2011) Screening performance of K6/K10 and other screening instruments for mood and anxiety disorders in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 65: 434–441. doi: [10.1111/j.1440-1819.2011.02236.x](#) PMID: [21851452](#)
38. Nishi A, Noguchi H, Hashimoto H, Tamiya N (2011) Scale development of health status for secondary data analysis using a nationally representative survey. *Environ Health Prev Med* 17(3): 252–257. doi: [10.1007/s12199-011-0240-z](#) PMID: [21918867](#)
39. Oshio T, Umeda M, Kawakami N (2013) Impact of interpersonal adversity in childhood on adult mental health: how much is mediated by social support and socio-economic status in Japan? *Public Health* 127(8): 754–60. doi: [10.1016/j.puhe.2013.05.005](#) PMID: [23876298](#)
40. Hong O, Ronis DL, Antonakos CL (2011) Validity of self-rated hearing compared with audiometric measurement among construction workers. *Nurs Res* 60(5): 326–332. doi: [10.1097/NNR.0b013e3182281ca0](#) PMID: [21873915](#)
41. Deepthi R, Kasthuri A (2012) Validation of the use of self-reported hearing loss and the hearing handicap inventory for elderly among rural Indian elderly population. *Arch Gerontol Geriatr* 55: 762–767. doi: [10.1016/j.archger.2012.07.006](#) PMID: [22898672](#)
42. Kiely KM, Gopinath B, Mitchell P, Browning CJ, Anstey KJ (2012) Evaluating a dichotomized measure of self-reported hearing loss against gold standard audiometry. *J Aging Health* 24(3): 439–458. doi: [10.1177/0898264311425088](#) PMID: [22205434](#)
43. Timmer B (2014) It may be mild, slight, or minimal, but it's not insignificant. *Hearing Review* 21(4): 30–33.
44. Lee DJ, Gomez-Marín O, Lee HM (1996) Sociodemographic correlates of hearing loss and hearing aid use in hispanic adults. *Epidemiology* 7(4): 443–446. PMID: [8793375](#)
45. Jung D, Bhattacharyya N (2012) Association of hearing loss with decreased employment and income among adults in the United States. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 121(12): 771–775. PMID: [23342548](#)
46. Iwayama M (2013) A study of the comprehensive framework of action for job retention amongst the deaf and hard of hearing. Scientific Research on Regional Policy, Kagoshima University Repository 10: 1–24. Japanese.
47. Preston P (1995) *Mother father deaf: Living between sound and silence*. Boston: Harvard University Press.
48. Japan Ministry of Health, Labour and Welfare (2013) *Employment trend on the field of social welfare*. Tokyo: Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. Available: http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/roudou_report/dl/20131029_01.pdf. Assessed 2014 August 5. Japanese.
49. Japanese Federation of the Deaf (2005) *Study project on reconstruction and understanding current status of communication support for hearing loss*. Tokyo: Japanese Federation of the Deaf. Japanese.
50. Center for Japanese Sign Language Interpreters Problems (2007) *Report on sign language interpreter's employment and health condition*. Center for Japanese Sign Language Interpreters Problems. Japanese.
51. Bell AG (1883) Upon the formation of a deaf variety of the human race. *National Academy of Sciences Memoirs* 2: 177–262.
52. Yatougo T, Mizutani T (2005) *Eugenics thought and the right to exist for the handicapped—Suggestions and outlooks for educating handicapped children*. Bunkyo University 39: 79–86. Japanese.
53. Oikawa R, Saito M (1998) *Current situation survey report on healthy life and eating habit among students with hearing loss*. National University Corporation Tsukuba University of Technology Educ on Disabilities 5: 53–56. Japanese.
54. Takamiya A, Fujita T (2005) *Mental health among hard-of-hearing, late deafened people from the survey with GHQ-30*. *Special Educ Study J* 43(4): 279–290. Japanese.
55. Steinberg AG, Barnett S, Meador HE, Wiggins EA, Zazove P (2005) Health care system accessibility. *J Gen Intern Med* 21(3): 260–266.
56. Alexander A, Ladd P, Powell S (2013) Deafness might damage your health. *Lancet* 379(9820): 979–81. doi: [10.1016/S0140-6736\(11\)61670-X](#) PMID: [22423872](#)
57. Lane H (2005) Ethnicity, ethics, and the deaf-world. *J Deaf Stud Deaf Educ* 10(3): 291–310. PMID: [15872148](#)

58. Gussenhoven AHM, Anema JR, Goverts ST, Bosmans JE, Festen JM, et al. (2012) Cost-effectiveness of a vocational enablement protocol for employees with hearing impairment; design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 12: 151. doi: [10.1186/1471-2458-12-151](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-151) PMID: [22380920](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22380920/)
59. Cabral L, Muhr K, Savageau J (2013) Perspectives of people who are deaf and hard of hearing on mental health, recovery, and peer support. *Community Ment Health J* 49: 649–657. doi: [10.1007/s10597-012-9569-z](https://doi.org/10.1007/s10597-012-9569-z) PMID: [23149648](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23149648/)
60. Mitchell RE (2005) How many deaf people are there in the United States? Estimates from the survey of income and program participation. *J Deaf Stud Deaf Educ* 11(1): 112–119. PMID: [16177267](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16177267/)
61. Ikeda N, Murray CJL, Salomon JA (2009) Tracking population health based on self-reported impairments: Trends in the prevalence of hearing loss US adults, 1976–2006. *Am J Epidemiol* 170(1): 80–87. doi: [10.1093/aje/kwp097](https://doi.org/10.1093/aje/kwp097) PMID: [19451176](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19451176/)
62. WHO/CIBA (1996) Prevention of hearing impairment from chronic otitis media. Geneva: World Health Organization. Available: http://www.who.int/pbd/deafness/en/chronic_otitis_media.pdfhttp://www.who.int/pbd/deafness/en/chronic_otitis_media.pdf. Accessed 2014 November 16.
63. Bergman I, Hirsch RP, Fria TJ, Shapiro SM, Holzman I, et al. (1985) Cause of hearing loss in the high-risk premature infant. *J Pediatr* 106(1): 95–101. PMID: [3965686](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3965686/)
64. Daniel E (2007) Noise and hearing loss: A review. *J Sch Health* 77(5): 225–231. PMID: [17430434](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17430434/)