

新生児聴覚スクリーニング検査の必要性に関する研究

大 塚 浮 子

要旨

今日、聴覚障害児をめぐる「早期発見、早期介入、早期治療」を目的として、分娩入院中に、生後1～2日目に「新生児聴覚スクリーニング（ふるい分け）検査」が行われている。これは、母子保健法に基づくものであり、「新生児マススクリーニング検査」とともに実施されている。

この検査の導入の背景には1990年代より、アメリカの聴覚検査機器が開発され、検査精度が向上したことが挙げられる。そして、その影響を受けて、2000年頃から、日本でも試験的に導入、全出生児に対して実施されることになった。

しかし、検査による取り込みすぎ（再検査）や、保護者の支援体制が整っていない状況があり、2002年より、当事者団体や関係団体から、「新生児聴覚スクリーニング検査」に対する懸念の声が上がってきた。こうした経過の中で、2003年5月には、第1回目の「新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム」が開催され、関係者各立場からの意見交換が行われた。その中で、松原は、「生命倫理と医療技術」という観点から、「新生児聴覚スクリーニング検査」における「推進派」と「懐疑派」の存在を明らかにし、現状分析と今後の「新生児聴覚スクリーニング検査」の「保護者支援体制」の在り方について、5つの提言を述べている。

しかし、その後、同年12月に開催された第2回目の「新生児聴覚スクリーニング検査を考える京都シンポジウム」では、「新生児聴覚スクリーニング検査」を先駆的に実施している「岡山県」「秋田県」の状況報告と、第1回

目のシンポジウムで指摘されていた保護者支援体制の課題に対して、アメリカのコロラド州の取り組みを紹介し、当事者団体以外、明らかに「推進派」の立場から発言している。とりわけ、「ろう児保護者」は、第1回目のシンポジウムでは、「推進派」と「懐疑派」の間で揺らいでいたが、第2回目では「推進派」としての立場を明らかにしていた。そして、「新生児聴覚スクリーニング検査後」の支援体制において、「ろう児保護者」は、医療機関、行政、ろう学校（分離教育）と連携し、「ろう児」が「音声言語」を獲得するための体制を敷いたのである。つまり、この2度にわたるシンポジウムは、「ろう児保護者」が「新生児聴覚スクリーニング検査」を受け入れた分岐点であったといえる。

今日、「ろう児・ろう者」をめぐる社会的排除の構図は、国（行政）・医療専門職主導の「聴覚障害」を「早期発見・早期治療」するための「新生児聴覚スクリーニング検査」から始まっているといえる。更に、「ろう児」の「母語」は、つまり、第一言語は「視覚言語」である「手話」であるにもかかわらず、「現行の保護者支援体制」は、「音声言語習得」のための支援体制であり、「ろう児」にとって、「パターナリスティック（専門職主導の権威主義的）アウェイ（音声言語獲得のための体制）」となっている。つまり、リスク・コミュニケーションの視点から、当事者である「ろう児」、または「ろう児保護者」のベネフィット（便益）が最優先されるべきではあるはずだが、現行制度では、行政や医療関係者のベネフィットが優先されている状況である。

また、旧優生保護法において、「ろう」は、その対象となっていたことから、優生学が現在どのように継承され、どのような姿で存在し、どのような問題が存在しているのかという視点で捉えるべきである。

つまり、「新生児聴覚スクリーニング検査」による「早期発見・早期治療」体制は、優生学の本質を孕んだヘゲモニーであり、問題がある。

したがって、関係者は、再度、「ろう児」をめぐる利害関係者の葛藤を明らかにし、「新生児聴覚スクリーニング検査」の必要性や、「ろう児保護者支援体制」を問い直す必要がある。

はじめに

本稿では、「ろう児保護者支援体制」の最も代表的な先行研究として、その記録資料集（新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム記録資料集・編集委員会 2003a；2003b）に収録された関係者の言説及び生命倫理、科学技術社会論の立場から「医療技術と生命倫理」と題して発表された松原論文（2003a, 2003b）の検討を通して、「新生児聴覚スクリーニング検査」の必要性、およびその背景にある問題の所在について、リスクにさらされている当事者（ろう児と保護者）の視点から考察を行う。

キーワード：ろう児、新生児聴覚スクリーニング検査、ろう児保護者支援体制、ヘゲモニー、優生学

第1章 「新生児聴覚スクリーニング検査」に関する研究動向

第1節 「新生児聴覚スクリーニング検査」の概要

新生児聴覚スクリーニング検査は一般的に次のように説明されている。

出産入院中、新生児について出生後日齢2～3日目以降に自然入眠下に行うものである。近年では、自動調整脳幹反応（以下、AABRとする）や耳音響放射検査（以下、OAEとする）等、自動解折機能を持つ機器の開発により、出生直後の産院や幼児集中治療室（NICU）で普及してきた。検査では、35～40dBの小さい検査音圧で新生児にヘッドホンから提示し、他覚的に反応を採取して、パスまたはリファ（要再検査）と判断する。出産入院中に再検査を行い、2回ともリファであれば、精密検査機関（耳鼻科）に紹介され、難聴の診断が行われる。（廣田 2010: 9）

また、聴覚検査機器の導入により、難聴の確定診断と、早期介入が可能になり、2000年から、「新生児聴覚マスキング検査」と共に、全新生

児を対象に全国の自治体において普及してきている。

新生児聴覚スクリーニング検査が普及してきた理由を見てみると、例えば、神奈川県「新生児聴覚スクリーニング検査とフォローアップのためのマニュアル」（2004）では、次のように説明している。

先天性聴覚障害は放置することで、言語の発達だけではなく、情緒的・心理的発達にも影響が生じます。多くの場合、聴覚障害の治療は困難ですが、先天性の聴覚障害を生後、早期に発見することにより、このような二次的な影響を最小限にすることができます。…（中略）…しかし、近年、全新生児を対象にすることが可能な、測定と解析を自動化した新生児聴覚検査機器が開発され、臨床で使用できるようになりました。これを用いることにより新生児期に先天性聴覚障害を発見し、二次的な影響を最小限にすることが期待できます。

つまり、聴覚検査機器の開発により、新生児期（早期）に聴覚障害児を発見することが可能であり、聴覚障害児の2次的な影響（言語獲得ができない）を、少なくすることができると説明している。

また、三科（2003: 258）は、次のように報告している。

全国17施設において、19,071例に対し出生施設入院中或いはNICU退院前に自動聴性脳幹反応（以下、AABR）を用いて聴覚検査を実施したが、これらの児の追跡調査を行うことにより、新生児聴覚スクリーニングの有効性を検討した。この聴覚検査により、中等度以上の両側聴覚障害28例（0.15%）及び片側聴覚障害31例（0.16%）を検出した。

…中略… 両側聴覚障害児のうち合併症のない例は、早期より療育が開始され、補聴器装用は生後4～6か月ごろに実施できた。…（中略）… 両側聴覚障害に対するスクリーニング検査の感度は100%、

特異度は99.8%、陽性予測度は39.7%であり、自動ABRを用いた新生児聴覚スクリーニング検査は有効な方法と考えられる。

検査機器を用いて行う「新生児聴覚スクリーニング検査」は、日本において、米国の結果と同じく「新生児聴覚スクリーニングにより発見される、中等度以上の永続的な両側聴覚障害の発生頻度は米国の結果から1000人出生中に1から2人とされている」(ibid)と述べている。新生児聴覚スクリーニング検査が新生児の聴覚障害発見に役立つことを日本でも、裏付けたのである。ゆえに、「新生児聴覚スクリーニング検査は有効な方法である」(ibid)と、結論づけている。

また、この検査費用は、各実施主体（都道府県や市町村）が2007年度から一般財源化となり検査費用の自己負担の一部を助成している。実施医療機関（産婦人科）において、「新生児聴覚スクリーニング検査」を新生児に実施した場合、スクリーニング検査機関は、一定期間毎に、出生数、聴覚検査方法、聴覚検査実施数、再検査者数、精密検査への紹介者数、検査非実施数、検査拒否数等を実施主体（都道府県又は指定都市）に報告し、再検査者については、保護者の了解を得て、紹介先精密検査機関および新生児の情報を実施主体である都道府県に報告するシステムになっている。

上記のことを具体的に見てみると、「新生児聴覚スクリーニング検査」の検査実績をインターネット上に情報開示をしている自治体がある。例えば、石川県金沢市「いいね金沢」（金沢市公式ホームページ）では、新生児聴覚スクリーニング検査 総数4,096件中、うち再検査（refer）55件（1.3%）であった。そのうち、37件（55件中67%）が精密検査医療機関を受診し、18件（33%）は未受診であった。また、表中には、「追跡中止」という項目もある。

このように、「新生児聴覚スクリーニング検査」による「早期発見・早期介入・早期療育」は、別の側面では、「行政主導による個の管理システム」という意味合いがある。

つまり、「ろう」は、旧優生保護法（優性政策）の対象であったことを加

味して考えると、換言すれば、「遺伝情報」が、国、行政によって管理されているといっても、過言ではない体制下にある。

第2節「新生児聴覚スクリーニング検査」の制度化

「我が国における新生児聴覚スクリーニングの変遷」として山下（2012: 112）がまとめたものを（表1）に示した。年表の中で、「新生児聴覚スクリーニング検査」が、検査機器の進歩とともに、モデル事業として予算化され、さらに制度として位置づけされていく様子を映し出している。

2000年4月より、行政主導による「新生児聴覚スクリーニング検査」は、AABR等の医療技術を活用した検査として、全国的普及へと展開している。当初、「新生児聴覚スクリーニング検査」の実施については、都道府県レベルでの実施であり、検査の目標、実施方法や基準、保護者支援体制について、行政担当者と医師会や当事者団体などと協議会を設置し、準備を行っている。

たとえば、岡山県では、2001年7月から、「新生児聴覚スクリーニング検査事業」を開始。この事業を開始するに当たり、新規事業ということもあり、これを推進するための協議会を設置した。その時の構成員は県庁関係者3名、県医師会関係者5名、その他療育機関、保健所など、12名であった。2003年時点では、当事者団体の参加は、まだ、準備段階であった。また、岡山県における「新生児聴覚スクリーニング検査」が達成すべき目標として、出生全新生児を対象とし、「1. 分娩入院中に聴覚スクリーニング実施 2. 生後3か月までに確定診断 3. 生後6か月までに療育を開始」という目標を掲げた。

つまり、「新生児聴覚スクリーニング検査」により最早期の発見と療育が可能になるとし、「1-3-6ルール」が謳われたのである。具体的目標として、「生後1か月齢までにスクリーニング検査」、「生後3か月齢までに、精密検査・聴覚診断」、「6か月齢までに療育・教育の開始」とされ、「早期療育の開始月齢」が「新生児聴覚スクリーニング検査」後、2か月から開始

(表 1) わが国における新生児聴覚スクリーニングの変遷

1990年代：AABR（自動調整脳幹反応検査）やOAE（耳音響反射）の機器が出現した。
1997年：AABR が、日本に輸入された。
1998年 新生児聴覚スクリーニングに関する厚生科学研究班が発足し、聴覚スクリーニング方法と療育体制に関する研究がはじまった。
2000年：旧厚生省において年間 5 万人規模の「 <u>新生児聴覚検査モデル事業</u> 」が予算化された。
2001年：岡山県、神奈川県、栃木県、秋田市で <u>同モデル事業</u> が開始された。
2005年：17都道府県・政令都市で実施されるようになった。
2005年 3 月：旧厚生省における新生児聴覚検査モデル事業は終了した。
2005年 4 月：新生児聴覚検査事業は厚生労働省の母子保健医療対策等総支援事業（統合補助金）の中に組み込まれ、 <u>国庫補助による助成が実施</u> されるようになった。
2007年 3 月：同助成は2007年 3 月に廃止された。
2007年 4 月：新生児聴覚検査事業は、 <u>少子化対策措置として予算化された各市町村の一般財源で対処</u> されるようになった。

出所：山下裕司（2012: 112）「新生児聴覚スクリーニングの現状と課題」『聴覚に関わる社会医学的諸問題』、Audiology Japan 55、__下線部は著者く大塚>が付したもの

される例さえも見られるようになった。

このことは、米國小児科学会、聴覚学会など関連学会の動向が大きく影響を及ぼしていることは、三科（2007: 1）の報告にもみられている。

米國小児科学会、聴覚学会等の関連学会代表からなる乳児聴覚に関する連合委員会は2000年に、生後入院中に最初のスクリーニングを行って生後1か月までにはスクリーニングの過程を終え、生後3か月までに精密診断を実施し、生後6か月までに支援を開始する（1－3－6ルール）という、「聴覚障害の早期発見・早期支援」（Early Hearing Detection and Intervention: EHDI）というガイドラインを出した。（Joint Committee on Infant Hearing: Year 2000 Position Statement）」

また、2003年より、「新生児聴覚スクリーニング検査」での問題点が指摘され始めた。内容は、次のとおりである。

第1点目は、「リファアー（要再検査）」となった子どもの半分以上が聴覚障害ではなかったという報告から、検査の取り込みすぎがあること。第2点目は「聴覚に障害の可能性がある」と告知された後の保護者への情報提供や心理面への具体的な支援体制が、未整備のままであるということである。

上記のような課題を残しながら、「新生児聴覚スクリーニング検査」が、モデル事業の予算化に始まり、国庫補助による助成、少子化対策措置として、2007年には都道府県から各市町村への権限が委譲され、一般財源で対処されるようになるが、これらの経過の背景には、アメリカの検査機器の開発により、検査精度が上昇したことが主たる要因となっている。

以上のような経過をたどり、この「新生児聴覚スクリーニング検査」は制度化され、今日、日本でもアメリカ同様全新生児の聴覚障害を把握するための重要な検査として位置づけられたのである。

第3節 新生児聴覚スクリーニング検査の研究動向

「新生児聴覚スクリーニング」で Cinii Arciles 検索すると、302件がヒットした。その内訳は、医学系 287件、教育、コミュニケーション、手話等で15件である。（検索日平成25年7月31日）グラフにすると（表2）のようになり、圧倒的に医学的領域の研究が多く見られている。

(表2) 新生児聴覚スクリーニングに関する先行研究の分類
(Cinni Arcilesより著者作成 2013)

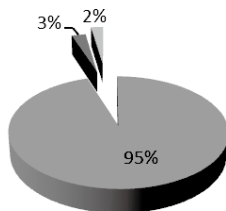
医療・保健			教育系			社会学系		
タイトル	件数	総数	タイトル	件数	総数	タイトル	件数	総数
Audiology Japan	145	4,188	札幌学院大学人文学会紀要	1	458	新生児聴覚スクリーニングの効率的実施および早期支援その評価に関する研究	1	1
Dokkyo journal of medical sciences	1		特別支援教育	1	1,927	発達	1	13,125
ENTONI	1	63	特殊教育学研究	1	3,478	手話コミュニケーション研究	4	386
JOHNS	1	2,111	秋田大学教育文化学部教育実践研究紀要	1	222	コミュニケーション障害学	1	409
Pediatric Otorhinolaryngology Japan	10	308	筑波大学特別新教育	1	69			
こども医療センター誌	1	2	ろう教育科学	1	302			
へるす出版生活教育	1	963	聴覚言語障害	2	187			
ペリネイタル・ケア	2	3,208						
公衆衛生	1	20,917						
医学のおゆみ	2	20,957						
医学検査：日本臨床衛生検査技師会誌 = The Japanese journal of medical technology	1	2,858						
医療と社会	1	601						
周産期医学	6	7,299						
外来小児科	1	83						
学術の動向	1	4,711						
小児の精神と神経	1	735						
小児保健研究	4	4,597						
小児科	3	2,762						
小児科臨床	8	14,160						
小児科診療	6							
小児耳鼻咽喉科	28	1,043						
岡山医学会雑誌	1	12,540						
島根医学	2	44						
慶應医学	1	4,192						
日中医学	2	1,138						
日児誌	1	652						
日本マス・スクリーニング学会誌	8	546						
日本医事新報	1	11,970						
日本周産期・新生児医学会雑誌 = Journal of Japan Society of Perinatal and Neonatal Medicine	2	1,336						
日本小児医学会誌	2	8,396						
日本新生児学会雑誌	4	979						
日本産科婦人科学会雑誌	1	57,312						
日本耳鼻咽喉科学会会報	11	13,177						
日本衛生医学雑誌	1	4,658						
日本農村医学会雑誌	1	5,341						
月刊地域保健	1	2,351						
杏林医学会雑誌	1	5,243						
母性衛生 = Maternal health	1	5,721						
産婦人科の世界	1	9,593						
産婦人科の実践	1	8,980						
産婦人科治療	1	7,998						
耳展	2	834						
耳鼻と臨床	1	218						
耳鼻咽喉科臨床	1	15,612						
脳と発達	1	373						
臨床検査	1	36,587						
臨床脳波	2	3,614						
言語聴覚研究	1	196						
通信医学	1	3,450						
音声言語医学	7	1,372						
香川県小児科医会誌	1	133						
合計	287	316,096		8	6,643		7	13,921

(表3) 先行研究の分類 (Cinni Arciles より 著者作成 2013)

先行研究の領域別分類	件数	割合
医学・保健関係	287	95%
教育関係	8	3%
社会学系	7	2%
合計	302	100%

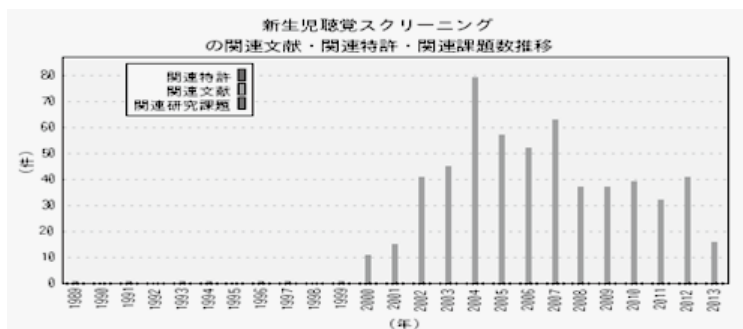
「新生児聴覚スクリーニング」の先行研究
分類(2013)

■ 医学・保健関係 ■ 教育関係 ■ 社会学系



(図1) 先行研究の内訳

(Cinni Arciles より筆者作成 2013)

※ Cinni Arciles (<http://ci.nii.ac.jp/2013.7.15>).

(図2) 新生児聴覚スクリーニングの関連文献などの動向

出所: J-GLOBAL科学技術総合リンクセンター

(<http://jglobal.jst.go.jp/2013.7.25>).

第2章 「新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム」(2003) における関係者の言説

第1節 「新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム記録資料集」(2003. 5. 18)の概要

「新生児聴覚スクリーニング検査」が普及する経過の中で、医師から「refer(再検査)」を告げられた保護者の心理的動揺、また支援体制不備の問題が浮き彫りになった。

2003年にろう児とその保護者を取り巻く各関係機関が集まり、行政の観点からだけではなく、教育関係者(教員・研究者)、保護者、当事者である聴覚障害者、保護者の意見など、広く取り入れたうえで偏りのない、開かれた検討作業が必要だと考えられ始め、その結果、2003年5月18日に東京で「新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム」と題し、第1回目のシンポジウムが開催された。

更に、その年の12月には第2回目の「新生児聴覚スクリーニング検査を考える京都シンポジウム」として開催された。そこでは、「新生児聴覚スクリーニング検査」を実施している自治体を招き、モデル事業からの検査実施の経過、各団体からの意見その反響についてのシンポジウム開催となっている。

「新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム」(2003a. 5)参加者の概要は、下記の表のとおりとなっている。第1回目のシンポジウム参加者は、総数190名であった。

(表4) 新生児聴覚スクリーニングを考えるシンポジウム(2003a)参加者数(情報保障・報道関係を除く)

	聴障者	聴障児親	医師	コ・メディカル	教・職員	一般・学生	計
参加者数	27	19	12	29	59	43	190
比率(%)	(14)	(10)	(6)	(15)	(31)	(23)	(100)

出所：『新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム記録資料集』(新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム記録資料集・編集委員会 2003a: 87) 参加者アンケートのまとめより、参加者の内訳を参照して筆者作成(2013)

シンポジウム準備委員会、医師、当事者団体（全日本ろうあ連盟）、保護者、教員など、8つの立場から、コメントを寄せている。また、「スクリーニング検査について推進派」として、医師・コメディカル、「スクリーニング検査について懐疑派」として、当事者団体（全日本ろうあ連盟）、ろう児保護者、教職員に分かれている。ここでは、スクリーニング検査の必要性に関する関係者の代表的な言説を紹介する。

(1) 木島照夫（大塚ろう学校・シンポジウム準備委員会代表）

シンポジウム準備委員会代表として、木島（2003: 8）次のように述べている。

ただ、私たちが見てきたのは、幼いころから「聞こえる世界」に入れられ、周りの情報やコミュニケーションから疎外され、そして、ずっとたずにされてしまった多くの子供たち青年たちの姿でした。その彼らの悲痛な叫びに耳を傾けられるようになるまで、ろう教育の世界では、実に半世紀以上もの時間を要しました。そうした歴史的現実を振り返り、スクリーニングによって可能になる早期発見から早期支援の道筋が、再び誤ることのないようにと強く願うものです。…中略…そのほか、検査での取り込みすぎ（False positive）の問題、…中略…そして、最後に、早ければよいと単純に考えることの危うさです。この考え方を進めていくと優生思想に行き着く危険性があります。新生児期から出生前診断へ、そして遺伝子治療へ。障害を早くなくそうと考えていくことになりかねません。最後には、障害者のいない社会の現実こそが理想だということになりかねません。こうした問題も視野に入れながら、スクリーニングの問題を考える必要があると思います。

(2) 川崎佳子（佛教大学教育学部助教授）

川崎（2003: 10）は、資料集レジュメでは、「臨床心理学からみた新生児

聴覚スクリーニング検査—早期親支援の在り方をめぐって—」と題し、次のように述べている。

障害の「早期発見」への努力は、「早期介入」の具体的取り組みがあって初めて意味を持つ。…中略…とりわけ、健全なアイデンティティ形成にとっての手話と親子関係の重要性を報告し、早期（親）支援の在り方について論じる。

また、[講演：Ⅱ]「臨床心理学の立場から」では、具体的に次のように述べている。

そうした母親の思いに包まれて、子どもは関係性を発達させていきます。ですから、繰り返しになりますが、こうしたかかわりを真実楽しんで体験できる機会を、新生児聴覚スクリーニング検査が、彼らから奪い取ってしまう結果にならないよう、母と子の心を最大限に尊重した、慎重な取り組みをお願いします。(ibid: 40)

(3) 大杉豊（全日本ろうあ連盟本部事務所長）

大杉（2003: 12）は、全日本ろうあ連盟という当事者団体としての立場か、次のような忌憚のない意見を述べている。

支援体制の整わないままに聴覚検査事業を始めることに賛成はできない。なぜならば、聴覚検査でリファールを告げられる両親の約90パーセントが健聴者だからである。彼らはろう者と違って心に何の準備もできていないだけでなく、情報も偏ったものしか持ち合わせていない可能性が大きいであろう。「早期発見」は「早期支援」体制が整備されていてこそ意味を持つ。ろう児の音声言語と手話言語療法のかかわりを正しく認識したうえでの支援体制の確立を早急に図らなければ

いけない。

この時、全日本ろうあ連盟は、1999年8月28日づけの朝日新聞掲載内容に関して厚生労働省（当時厚生省）と朝日新聞社に質問状を送り、2002年には「新生児聴覚検査事業の手引き」原案に対して大幅な修正を求めている。(ibid)

さらに、「基調発表」において、大杉は、聴覚障害者団体の立場から、「ひとつのコンテクストを理解するために」という題で、次のように、全日本ろうあ連盟の方針案を述べている。

まず、医療専門家が先導するだけでやった場合は、すぐにやめてほしいということです。それから、産婦人科または耳鼻咽喉科など医療関係者に対して、社会の様子、特に障害の考え方、手話に対する考え方、文化の面も合わせてきちんと啓蒙する場が必要です。これはとても大きな課題です。(ibid: 57)

と、述べ「新生児聴覚スクリーニング検査」の実施について、警鐘を鳴らしている。

(4) 田中美郷（田中美郷教育研究所所長）

次に「耳鼻科医の立場から」と題して、また、長年にわたり（昭和43年ごろから）実際にホームトレーニングという形でフォローアップを行っている田中（2003: 16）は次のように述べている。

耳鼻科医には、精密検査を行い、早期療育支援に結び付ける配慮が求められているが、これがまともにできる耳鼻科医がきわめて限られているのが現実である。それだけにこの問題に対処できる耳鼻科医をどうやって育てるかが、大きな課題となっている。行政的な在り方としては、新生児期だけでなく、乳児期、1歳6か月時、3歳時なども含

めた難聴児の早期支援の検出と療育ができる体制づくりが求められる。

(5) 上農正剛（九州保健福祉大学准教授・障害認識研究会代表）

上農は、「早期発見・早期治療という医療概念は私たちを何処に連れて行くのか」と題して、午後の部のシンポジウム 基調発表Ⅲの中で、検査の本質と保護者支援体制について述べている。

この医療的対応の根底にある問題の本質にまで、その検証が届くかどうかという大きな疑問があった。たとえば、今回のスクリーニングの問題点の一つに保護者（特に母親）への精神的支援（ケア）の整備という問題があるが、ならば、そのケア体制を具体的に整備さえすれば、それで事は済むのだろうか。あるいは、検査時の「取り込みすぎ」問題に対し、もっと慎重な態度で臨みさえすれば、それでよいというような問題なのだろうか。結局、問題はそのような具体的対応の整備に終始すればよいという、そんな事柄なのだろうか。私にはとてもそうは思えない。新生児聴覚スクリーニング検査の持つ真の本質的「意味」はもっとまったく別なところになるのではないだろうか。（上農 2003: 17）

第2節 「新生児聴覚スクリーニング検査を考える京都シンポジウム記録資料集」（2003b. 12. 7）の概要

第2回目のシンポジウムは、同年12月7日（日）に第1回目のシンポジウムと場所を変えて、京都において開催された。内訳は（表5）の通りである。

目的は、聴覚に障害を持つ子どもの「早期発見・早期治療」をめざし、AABR（自動調整脳幹反応検査）等の医療技術を活用した「新生児聴覚スクリーニング検査」が各地で実施され始めたものの、1回目のシンポジウムで「再検査（refer）を告げられた保護者への情報提供」や「支援体制」、「早期発見後の早期介入」、「早期支援の在り方の不備」、未整備のままであるという問題が

(表5) 新生児聴覚スクリーニングを考えるシンポジウム (2003b) 参加者数 (情報保障・報道関係を除く)

	医師	コ・メディカル	療育施設職員	教員	親の会 保護者	聴障者団体	行政・政治 一般・学生	計
参加者数	15	26	14	71	14	12	25	177
比率 (%)	(8)	(15)	(8)	(40)	(8)	(7)	(14)	(100)

出典：「新生児聴覚スクリーニング検査を考える京都シンポジウム 記録資料集」(2003b: 90) 参加者アンケートのまとめ参照して筆者作成 (2013)

(注) コ・メディカル＝病院ST、看護師、臨床検査技師。STは療育施設職員にも含まれる。学校教員＝聾学校・難聴学級・その他、大学教員。聴障者は学校教員にも含まれる。

指摘されたことを踏まえて、厚生労働省のモデル事業として、全県体制を作り、検査事業を進めている「岡山県」「秋田県」からの、報告が行われている。

また、その報告を踏まえて、今後の「新生児聴覚スクリーニング検査とその支援の在り方」などについて、療育・教育関係者、保護者当事者の立場からの意見を交えることを目的としている。

「新生児聴覚スクリーニング検査を考える京都シンポジウム (2003b)」の代表的な言説を引用する。

(1) 御牧信義 (岡山県倉敷成人病センター小児科部長)

御牧 (2003: 8) は、取り組みの状況を次のように述べている。

そのような赤ちゃんの早期発見・早期療育を目的に、岡山県では、厚生労働省のモデル事業として、平成13年7月、全国に先駆け全県体制で岡山県新生児聴覚検査事業を開始しました。聴覚スクリーニング検査には自動調整脳幹反応 (AABR) を使い、県内43産科医療機関で、分娩入院中の新生児を対象に聴覚スクリーニングを行います。

御牧は、午後の部・講演では、「岡山県新生児聴覚検査事業の実施状況と今後の課題」として、スライドにより、「新生児聴覚スクリーニングの目標」を1. 分娩入院中に聴覚スクリーニング検査を実施する。2. 生後3か月ま

でに確定診断。3. 生後6か月までに療育開始。(ibid: 17)

と、挙げている。

課題として、取り込みすぎの存在、その対策として、保護者の対応マニュアルの作成と、スクリーニング機関や保健師へ配布、研修会を開催し内容説明の再確認。要精密検査対象児に対して保健師の個別訪問を実施することとしている。

岡山県の課題として、助産所、非スクリーニング機関での出産、県外での里帰り出産が合計約6,000人強でどのようにしてフォローするのか (ibid: 23)、聴覚スクリーニング検査不可能な場合 (検査機器制度の限界 [99.7%]、特定の周波数に限定した聴覚障害、進行性聴覚障害、繰り返す中耳炎等による聴覚障害) への対応 (ibid: 24) を挙げている。

また、御牧 (ibid: 25) は、

将来難聴をきたし得るリスク因子を把握しなくてはなりません。

と、述べ、進行性・遅発性聴覚障害のリスク因子 (JCIH200) として10項目スライドに提示している。(ibid)

さらに、岡山かなりや学園を中心とした療育の話に触れ、支援体制として、アメリカのコロラド州の取り組みであるCHIP (Colorado Home Intervention Program) の紹介 (ibid: 26)、スクリーニングシステムの問題点 (ibid: 27) を挙げている。

20年後、実際どうなのかを検証しない限りは、本当の意味での評価はできなていないと言ってもいいのではないのでしょうか。(ibid: 28)

と、述べている。

(2) 片桐貞子（秋田県（福）グリーンローズ難聴幼児通園施設オリブ園）

新生児聴覚スクリーニング検査の実施において、協議会の設置、検査実施期間：平成13年11月より秋田市内5か所、平成14年4月、6月県北計4か所検査実施実績の状況について（表6）のように報告している。

（表6）秋田県新生児聴覚検査実施状況（平成13年11月～平成15年10月30日）

	13年度 (11月～3月)	14年度 (4月～3月)	15年度 (4月～10月)
対象児数	790	3,396	2,077
実施児数	760 (98%)	3,355 (98.8%)	2,061 (99.2%)
異常なし	757	3,341	2,058
要検査	3 (0.39%)	14 (0.4%)	3 (0.14%)
要精査内訳	異常なし (1) 難聴 (1) 県外転出 (1) (専門病院通院中)	異常なし (1) 難聴 (3) 経過観察 (8) 里帰り出産 (2)	経過観察 (3)

秋田県年間全出生児 約9,000名（内秋田市 約2,800名）

出典：『新生児聴覚スクリーニング検査を考える京都シンポジウム記録資料集』（2003a: 31）トライアングル出版部

秋田県では、平成13年11月から平成15年10月30日の検査実数を挙げ、「秋田県新生児聴覚検査事業と療育体制」の図（片桐 2003: 32）を紹介している。

さらに、難聴児教育のための両親講座（ホームトレーニング）を推進している。また、「コロラド・プログラム（コロラド家庭訪問早期支援プログラム）」について紹介している。

聾学校のことですが、確かに私どもも一時は聾学校と難聴幼児通園施設との間がうまくいっていないときもありました。しかし、ST（言語療法士）の資格ができて、聾学校の中にはSTの資格を持っておられる先生、持っておられない先生がおられますが、秋田県のSTの会で「聞こえや言葉のお手伝いをしている方々は一緒に集まろう」ということになりました。その中に聾学校の先生も入っておられますの

で、一緒にやり取りしながらやっております。(ibid: 36)

など、聾学校と難聴幼児通園施設、または聾学校の方で年2回ほど行われている『難聴学童の集い』(ibid: 36)や県内で難聴学級、聾学校の学童など「聞こえないお子さん同士や親が集まる場を作ってください」(ibid)ことや、秋田県は広く、交通の便が良くない事情や、早い時期から聞こえのお手伝いが必要なため、「聾学校のサテライト教室の先生方と連携しながら」(ibid)やっていると報告している。

(3) 當間正敏（京都市聴覚障害者協会教育研修部担当理事）

「産科施設で『異常あり』と診断された母子は、アフターケアがないままに退院する」(當間 2003: 13)ためにおこる保護者の心身への負担や、

残存聴覚を活用するという名目で、人工内耳装着の推奨が行われる可能性が非常に高く、また、聴覚障害児の親の90%以上は健聴者であり、聴覚障害・聴覚障害者に対する知識や理解の欠如をいかにカバーしていくか (ibid)

と、いう点を指摘している。

また、京都市聴覚障害者協会（社団）の公式見解について次のように述べている。

基本的には新生児スクそのものを否定しないが、早期発見後にいかにして「早期支援」につなげていくかが大きな課題である。聴覚障害者と関連施設が一括して再検査を実施できる体制の整備と、早期支援体制の整備により、両親への精神的な負担を軽減する。「早期発見」と「早期支援」の両立を実現させることが協会としての役割だ。(ibid)

と述べ、新生児聴覚スクリーニング検査実施について、明らかな「推進派」の立場である。

(4) 稲田 利光（全国難聴児を持つ親の会会長）

「再検査（refer）」というチェックを受けた保護者に対して、一番重要なのは、情報の提供である（稲田 2003: 53）と述べている。

保護者の立場として、「検査」、「早期発見、早期支援」について、「推進派」の立場として、発言している。

第3節 「新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム」の分析と考察

第1回目のシンポジウム（2003a）では、「新生児聴覚スクリーニング検査」を巡る「推進派」と「懐疑派」が存在することを示している。

「推進派」は、医師、コメディカルである。機器の開発に関心を寄せ、検査の信頼性が上昇することに対して、「早期発見・早期治療はよい」という考えの関係者たちである。

つまり、聴覚検査機器が発達して、取り込みすぎの問題は、徐々に改善するから、新生児聴覚スクリーニング検査を実施した方がよい。聴覚障害児の言語獲得は、早い方がいいという考え方である。「推進派」は、医師と心理士であるが、「早期発見」ありきであり、また、「早期発見・早期治療」を前提とした支援体制の不備を訴えている。

一方、「懐疑派」は、「新生児期に機器を使用して行う検査は、よくない。」また、「ろう」の歴史を見ても分かるように、当事者にとって、抑圧されてきた歴史をたどりたくない」とする人たちである。

ろう児保護者は、「推進派」と「懐疑派」を往来しているようである。リスクにさらされる当事者として、産後の身体を引きずるようにして、「再検

査」を告げられた時の落胆や、その後のフォローアップ機関の充実を訴えている。「新生児聴覚スクリーニング検査」を通して行われる聴覚障害児の「早期発見」に対して反対である。つまり、「新生児聴覚スクリーニング検査」の必要性を問う背景には、障害の「早期発見・早期治療」の「推進派」と「懐疑派」が存在するということである。

第2回目の京都シンポジウム（2003b）では、「新生児聴覚スクリーニング検査」の実施主体である行政から報告が行われた。モデル事業を実施した岡山県と秋田県の「新生児聴覚スクリーニング検査」の体制について、実績報告と保護者支援体制の報告している。「推進派」（早期発見、早期治療が前提）の立場による報告である。

第1回目のシンポジウムでは、「新生児聴覚スクリーニング検査」の必要性について、「懐疑派」、「推進派」は、互いの検査に対する不安や体制の不備について忌憚なく述べている。これに対して、第2回目のシンポジウムでは、保護者支援体制の方向付けを示し、「懐疑派」と「推進派」の間で揺らいでいた「ろう児保護者」の不安感を払拭しようとしたのではないだろうか。その結果、「推進派」と「懐疑派」を往来していた「ろう児保護者」が、第2回目のシンポジウムでは、「推進派」の立場を明確に示している。したがって、「新生児聴覚スクリーニング検査」の「推進派」としての立場を固めたのである。

この2回の「新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム」は、「ろう児保護者」が、わずか6か月の間に、半ば専門職の言説に説得されるような形で、「新生児聴覚スクリーニング検査」（早期発見、早期支援）に加担することになった瞬間であったと考えられる、貴重な分岐点であったと捉えることができるのである。

第3章 「医療技術と生命倫理」（松原 2003a）に関する考察

第1節 「医療技術と生命倫理」（松原 2003a）における考察の視点

「新生児聴覚スクリーニング検査」の必要性に関する本質的な考察を行っているのが「医療技術と生命倫理」（松原 2003a: 11）である。

本章では、この論文に関する考察を通して、「新生児聴覚スクリーニング検査」の必要性に関する論争の背景にある問題の所在を明らかにしたい。

松原は、この問題について検討する際の視点について以下のように述べている。

新生児聴覚マススクリーニングについて、行政・医療セクターはベネフィット（便益）がリスクを上回ると結論してゴーサインを出したが、これに対して聴覚障害者、保護者、ろう教育関係者の間から強い危惧が表明された。この状況を科学技術社会論の「リスクコミュニケーション」という観点から分析し、行政・医療セクターのリスク評価は「医療モデル」に依拠しており、聴覚障害者の「社会・文化モデル」に基づくリスク評価を軽視しがちであることがわかる。…中略…聴覚障害者が新生児聴覚マススクリーニングのリスクの重大性を指摘している以上、行政・医療セクターはマススクリーニングのきわめて強い公共的性格を踏まえこの事業の見直しをする責務があるのではないだろうか。なお、新生児マススクリーニングは歴史的に遺伝スクリーニングと密接な関係がある。現代の遺伝子技術と生殖技術の結合を背景に最先端医療技術をめぐる生命倫理の議論では、「優生学」の問題が重要なテーマの一つとして認識されている。1996年まで施行されていた優生保護法では「遺伝性のろう・難聴」が強制的な不妊手術の適応になっていた。報告では、障害の医療モデルと優生学の関係についても言及したい。(ibid)

新生児聴覚スクリーニング検査におけるリスク・コミュニケーション、つまり、当事者（ろう児・ろう者）のリスク・ベネフィットの視点が大切であることを指摘しているのである。

第2節 「医療技術と生命倫理」(松原 2003a)における「新生児マススクリーニングの問題点」

聴覚障害児にとって、新生児スクリーニング検査のリスク・ベネフィットとは何かについて、松原 (ibid: 41) は、

優生学、優生政策の動向の分析は、遺伝子技術が医療にも応用されるようになった現在、先端医療の倫理的、法的、社会的問題にかかわる重要な問題の一つとしてみなされています。

「そして医療、福祉、教育の専門家とは違った視点から、生命科学や医学と社会の関係を歴史的、倫理的に検討する作業を行ってきた」(松原 2003a 42) 立場として、新生児マススクリーニングの問題点を検討する観点として、以下の5つを挙げている。

1. 新生児マススクリーニング検査の性質
2. 「リスク評価」の観点
3. 検査対象としての「疾患」と「障害」
4. 優生学と「ろう・難聴」の問題
5. 新優生学(ネオ・ユージェニックス)の問題 (ibid: 50)

まず、第1点目は、新生児マススクリーニング検査の性質について3つの問題点を挙げている。第1に、検査対象が、同意能力のない新生児で、しかも発症前、患者以前の状態であること、第2に、全新生児を対象とするため、保護者への説明が省略されがちであること(十分時間をとって説明することが困難)、第3に、公費が費やされる、公共性の高い事業であるという点である。

「新生児聴覚スクリーニング検査」をめぐる一連の保護者の役割、行政、医療サイドの心構え等について次のように述べている。

保護者は赤ちゃんの将来に配慮しながら、その検査が赤ちゃんの利益になるかどうかを考えて、赤ちゃんに代わって検査を受けるかどうかを決めなくてはならない。しかも、発症前に検査をすることになり、極力安全で心身への負担が少ないことを保護者は確認する必要がある。つまり、インフォームド・コンセントが、通常の意味・患者関係における治療以上に大切であり、公共性の問題を含めて、新生児マススクリーニングを新たに導入する際には、上記の問題点を補って余りあるような意義がなくてはならない。(ibid: 45)

第2点目は、「リスク評価」の観点から、新生児聴覚スクリーニング検査について、検討している。新生児聴覚スクリーニングを推進する側の医療者がリスク（危険）とベネフィット（便益）をどう考えているのかを整理し、これら「推進派」と聴覚障害者や家族、ろう児、難聴児の療育・教育関係者のうち、スクリーニングに危惧や危機感を表明している人々「懐疑派」の意見の違いを（表7）のように比較している。

（表7）聴覚スク推進派と懐疑派の見解（松原洋子作成 2003a: 44）

	推進派（医療者）	懐疑派
リスク	<ul style="list-style-type: none"> ・判定精度 ・検査費用 ・母子関係の悪化 ・支援体制の不備 	<ul style="list-style-type: none"> ・口話中心主義への逆行 ・ろう・難聴であることの否定 ・母子関係悪化（→新生児期を避ける） ・支援体制の不備
ベネフィット	早期支援（療育） 補聴器、人工内耳による聴覚言語の発達が主眼。手話は補助的位置づけ。普通学級進学が目標。	早期支援（療育・教育） 最初の言語としての手話。手話教育の保障（ろう学校、／学級の意義の重視）補助手段としての口話教育。

出所：「新生児聴覚スクリーニング検査を考ええるシンポジウム記録資料集」（2003a）

—下線部は著者〈大塚〉が付したもの

第3点目は、新生児マススクリーニングの検査目的と、新生児聴覚スクリーニング検査対象の違いを「疾患」と「障害」とであると区別して次のように述べている。

ろう、難聴そのものは、他の新生児マススクリーニングの対象疾患と違い、言語能力の獲得によるコミュニケーション能力や、知能、情緒の発達に関わる障害です。したがって、聴覚スクリーニングの対象となる先天性聴覚障害児の早期発見、早期療育の意義は、治療による完治ではなくて、QOL（Quality of life）の向上ということになる（ibid: 45）

として、早期発見のベネフィットを（表8）に示す通り、QOLの向上という側面から検討している。

（表8）聴覚障害者のQOLの考え方（松原洋子作成 2003a: 46）

医療モデル	社会モデル
<ul style="list-style-type: none"> ・聴覚言語の習得 ・普通学級への進学 ・言語能力→知能・情緒発達の出発点としての聴覚 ・ろう・難聴の克服による健聴者型言語モデル 	<ul style="list-style-type: none"> ・手話による言語習得 ・<u>ろう教育の重視</u> ・ろう・難聴の肯定を前提としたバイリンガル ・聴覚障害者型言語モデル

出典：「新生児聴覚スクリーニング検査を考ええるシンポジウム記録資料集」（2003a）に、下線部は著者＜大塚＞が付したもの。

また、行政・医療セクターのリスク評価は医療モデルに依拠し、聴覚障害者の社会モデルに基づくリスク評価を軽視しがちである。また、新生児聴覚マススクリーニング検査に関しては、QOLをどう捉えるかがリスクコミュニケーションにおいて重要になるが、医療モデルと社会モデルの間、「推進派」と「懐疑派」の間には、QOLの評価が大きく違う点を松原（ibid: 46-47）は、次のように指摘している。

リスクコミュニケーションの観点から、検査導入の問題を検討するのであれば非専門家、とりわけリスクに多くさらされるろうや聴覚障害を持つ当事者の見解が重視されなくてはならず、科学技術社会論ではこうした当事者をレイ・エキスパート（素人の専門家）である

第4点目として、松原（ibid: 47）は、優生学と「ろう・難聴」の問題に触れている。

新生児マススクリーニングで現在検査されている疾患は遺伝性疾患がほとんどで、歴史的に遺伝スクリーニングと密接な関係があります。冒頭に申しあげたように、現代の遺伝子技術と生殖技術の結合を背景とした先端医療の技術をめぐる生命倫理の議論では、優生学の問題が重要なテーマの一つと認識されています。

さらに、「また、遺伝子検査について、すべての情報を知っていればよいというものではなく、知らずにいる権利も重要なのでは、ないかという考え方も提起されます。」（ibid: 50）と述べている。

最後に（第5点目）は、下記のように述べ、論文を結んでいる。

現在、予防医学が重視され、一般の人々の健康に対する意識も高くなり、自分が健康であることに責任を持つと同時に、自分の子供が健康であることにも責任を持たなければならないと考えていく傾向が強くなる。つまり、かつての優生学のように法律で強制しなくとも、自己管理による健康維持が重視される社会においては、自己決定による優生学の実践——すなわち新優生学が促進される恐れが出てきます。新生児聴覚スクリーニングを考える時には、このように過去から将来にわたる優生学の問題という角度からの検討も必要だと思います。（ibid: 51）

第3節 「医療技術と生命倫理」(松原 2003a)の意義と論点

松原論文は、「医学と社会の間に生じる問題について歴史的、倫理的観点」(ibid: 41) から、医療技術の進歩による生命の選別、障害を治療の対象としてみる医療に対して、当事者(ろう児)のリスク・ベネフィットが重要であるという点を述べた。

また、「新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム」の内容について「推進派」と「懐疑派」が存在するという分析を行い、保護者団体、ろう学校団体が「ろう教育」、つまり、「聾学校」(特別支援学校)での教育を主張していることに対して、松原は、「QOLの向上」として分類をおこなった。

しかし、QOL (Quality Of Life) の概念は、あくまでも、個人レベルの概念であるという点で、教育を「1つの社会的システム」と捉え直す必要がある。

つまり、今日、障害学では、「医療モデル」と「個人モデル」は、同義語として用いられている。(表8)において社会モデルの中で、「ろう教育の重視」というのがあるが、このシンポジウムにおいて、「ろう教育」という場合、学校教育の中の「聾学校」(特別支援学校)を意味している。つまり、保護者団体、ろう学校教員の団体は、「手話による教育」を主張しながらも、「分離教育」を主張しているのである。

したがって、「ろう教育」を、「障害の社会モデル」において、とらえ直す必要がある。

ここで、「障害の社会モデル」の定義として、「障害者として抱える問題の主な要因が、障害者の損傷にあるのではなく、抑圧されたマイノリティとしての私たちに社会が対応するその在り方にある」Mike Oliver (=2010: 17)を用いて、考察する。

つまり、「聾学校」(特別支援学校)の持つ意味とは、「分離教育」である。したがって、「分離教育」ではなく、「インクルーシブ教育」において、合理的配慮(手話、要約筆記、ノートテイク、IT機器の活用など)を必要とする、と捉え直すことができるのである。

つまり、現在、ろう児の教育の機会や方法を「聾学校」(特別支援教育)に

限定され、選択の余地がない状態がみられている。今後は、「障害の社会モデル」でとらえ直したように、「インクルーシブ教育」という選択肢が必要になる。

第4章 新生児聴覚スクリーニング検査の現状とリスクコミュニケーション

第1節 新生児聴覚スクリーニング検査の現状

2003年から10年経過した現在の状況について、調べた資料からまとめてみる。

まずは、「推進派」の「リスク」であるが、「判定精度」は、検査機器の精度が上がり、取り込みすぎの問題も医学的に徐々に解消されてきている。

「検査費用」については、現在、市町村の一般財源化により、健康保険の適用外であり、自己負担を一部軽減する目的で、助成が行われている。

「支援体制の不備」については、2000年に「新生児聴覚スクリーニング検査」について、都道府県・市町村など行政レベルでのマニュアル作成が行われている。内容は、検査目的、再検査、支援体制について、保健センター、聾学校の難聴児相談や通園施設などの相談窓口の紹介、市町村の訪問について紹介されている。これらの状況は、支援体制が整ったことを示している。

次に、「懐疑派」のリスクについてみる。

「懐疑派」の懸念であった「口話中心主義への逆行」について、画期的なことが起こった。それは、2010年にミラノ会議において、1880年のミラノ会議において決議された「手話の言語性の否定」について、全面撤回されたのである。このことは、「手話の言語性」が認められ、ろう児・者の言語として認知される上で追い風となっている。

しかし、一方では、日本耳鼻咽喉科ホームページによると、「人工内耳手術件数の推移」というデータがある。最近の傾向では、小児の手術が増え、また低年齢化が認められているとの報告がある。未だに、音声主語主義であることには、変わりがないということが推察される

座主は(2011: 169)「聴の母親にとっての手話：ろうの子どもをもつ母親への聞き取り調査から」という論文において、聴こえる母親の語りを次のよ

うに報告している。

当初「治る」ことを期待していたことを振り返って、ある母親は、「病気はなおすもんや、ってやっぱり聴者の考え方として、やっぱりどこか持っているじゃないですか」と、「聴覚障害」を「治す」という発想は「聴者の考え方」である

と述べている。

このことから、聴こえる保護者が、聴覚障害を「治す」あるいは、障害が「治る」と期待していることが明らかである。つまり、ろう児の保護者は音声言語獲得の方法（補聴器のフィッティングや人工内耳装用）へと、傾倒しやすい側面を持っていることが裏付けられるのである。

次に、（表7）－「推進派」、「懐疑派」とともに「リスク」として、打ち出している「母子関係の悪化」については、現在、新生児聴覚スクリーニング検査を生後1～2日に実施しているところが多く、「新生児期を避ける」という「懐疑派」の意向は受け入れられなかった。

また、「支援体制の不備」については、支援体制のマニュアル化とともに、福祉用具としての補聴器のフィッティング、さらに聴力の改善が見られないろう児に対して、人工内耳装用へと、支援体制のシフトが組まれているのである。まさに、聴覚スクリーニング検査後の支援体制の構図は、「医療モデル」になっているのである。

最後に、「最初の言語としての手話、手話教育の保障」については、聴者である母親が、手話を言語として家庭で使用しているかについて、格差がみられる。

「言語学」の領域では、バイリンガル教育の中で、「母語」を獲得することが重要だと言われている。しかし、ろう児をとりまく環境では、例えば、聾学校で「日本手話」「日本語対応手話」と「口話」が採用され、手話で教育を受けることができるということが保障されたものの、現実には、同時法

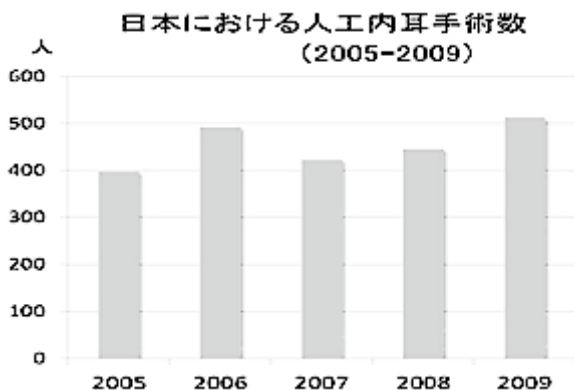


図3 日本における人工内耳手術数 (2005-2009)

出所：日本耳鼻咽喉科学会 ([http:// www.jibika.or.jp/citizens/hochouki/naiji.html](http://www.jibika.or.jp/citizens/hochouki/naiji.html) /2013.3.1).

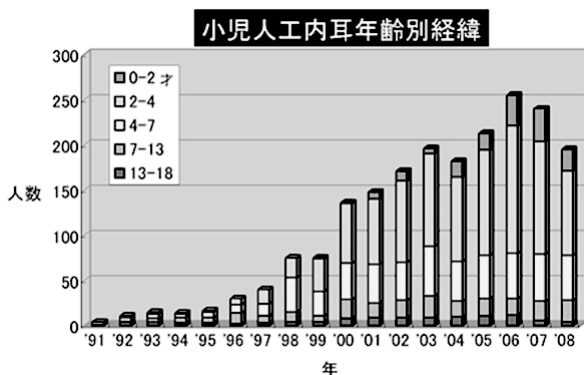


図4 人工内耳年齢別経緯 (1991-2008)

出所：日本耳鼻咽喉科学会([http:// www.jibika.or.jp/citizens/hochouki/naiji.html](http://www.jibika.or.jp/citizens/hochouki/naiji.html) /2013.3.1).

(口話対応手話)¹⁾ が採用されている。

つまり、口話中心主義が、低通しているのである。このようにして、「新生児聴覚スクリーニング検査」は、保護者支援体制とともに、聴覚障害児の「音声言語の習得」の強化、生後1か月で早期発見、生後3か月で早期介入、

生後6か月で早期療育開始をスローガンに、医療体制が敷かれているのである。

第2節 「新生児聴覚スクリーニング検査」に伴うリスクコミュニケーション

「新生児聴覚スクリーニング検査」を実施するに当たり、リスクコミュニケーションの考え方が重要である。リスクコミュニケーションについて、吉川（2000: 39）は、「必ずその背景となる理念が存在する」とし、以下のよう論じている。

何を情報として伝えるかは、専門家のリスク評価（に基づく判断）によってのみ決定されるものではなく、情報の受け手のニーズによって決定されるべきというのが基本的な考え方である。この場合、極論すればリスク評価が科学的に正しいかどうかは、問題とされず、科学者が安全だと評価しているからとか、危険であると科学的に立証されていないからとかは、情報を伝えない正当な理由とはされない。あくまでも、情報を知らされたうえで、どう行動するか判断するのは情報の受け手（消費者）であり、専門家（新生児聴覚スクリーニング検査の場合は、政府、業界）が予め行動の選択肢を制限する形で、情報を提供することがあってはならないのである。このような意味で、リスク・コミュニケーションの情報の送り手には、守るべき義務というものが存在している。（ibid: 12）

つまり、専門家がとらえている「リスク」と、一般の人々が指し示す「リスク」とは、異なることもあるということを、念頭に置き、検査の説明と同意を保護者にとらなければならない。さらに、ろう児にとって「新生児聴覚スクリーニング検査」のリスクとベネフィットについて、議論がなされ、共通見解、共通認識が図られていなければならないのである。

以上のことを踏まえて、「新生児聴覚スクリーニング検査」のリスクを定義する必要がある。リスク (risk) の定義にはさまざまあるが、一般的には、「ある行動に伴って (あるいは行動しないことによって)、危険に遭う可能性や損をする可能性を意味する概念」と理解されている。

「新生児聴覚スクリーニング検査」についてしてみると、まず、この検査を受ける同意は、保護者の同意によるものであり、保護者は児の最善の利益を図ろうとして、同意し検査を受けるが、必ずしも、ろう児の便益 (ベネフィット) になっているとは言えない現実がある。

「新生児聴覚スクリーニング検査」が実施される背景には、「聴覚障害を早く発見して、療育し、音声言語を獲得させる」という目的や理念がある。

つまり、新生児早期に、機器を使用して、未発達な神経や脳に音波を流すという、身体的ダメージを与えるかもしれないというリスクや、「手話」がろう児の言語であるにも関わらず、あえて「音声言語獲得」に向けて支援体制が組まれるという現実から、ろう児自身のリスクよりも、行政や家族のベネフィット (障害の管理) が優先されていると考えられるのである。

このような状況について、丸山 (1998: 10) は、「遺伝学、遺伝相談、遺伝子治療に対する倫理的・法律的問題の比較法的研究」の中で、次のように述べている。

遺伝子検査の場合には、保菌者診断や出生前診断に役立てるために実施されることが少ない。そのような遺伝子検査は、新たな患児の出生の回避という親ないし家族の利益を図ることを目的とするものといえる。その場合には、親は、被験者となる子に対して遺伝子検査がなされるべきかどうかを決定する際に、その子に対する利害だけでなく、親自身ないし家族の利害をも考慮することになる。したがって、親は、子の最善の利益になるような決定をするであろうという前提が成立しない可能性が出てくる。

しかし、新生児聴覚スクリーニング検査を経由しない、難聴事例（中津ら 2009: 580）も潜在的に存在しているので、早期発見が必要なケースが存在しているのも明らかである。

これらのことを考慮した上で、現在の新生児聴覚スクリーニング検査がもたらすリスクを今一度、問い直してみると、「障害」であるにもかかわらず、専門職主導による「治療」の流れに取り込まれるという、2 次的な「人的リスク（利害関係）」が、派生していると、いうことである。

すなわち、現行、ろう児保護者支援体制とは、ろう児にとって「パターンナリストティック（専門職主導の権威主義的）アウェイ（音声言語習得のための体制）」であるということである。

つまり、新生児期の聴覚検査は、ろう児にとって、検査そのもの、あるいは検査後の支援体制からの影響を受けるため、検査を受けるということ自体が「リスク」となってしまっているのである。再度、新生児聴覚スクリーニング検査について、支援体制の在り方も含めて、当事者の意見を取り入れた見直しが必要な時期が来ているのではないだろうか。

第 3 節 新生児聴覚スクリーニング検査再考の必要性

これまでみてきたように、現在、「新生児聴覚スクリーニング検査」は、「障害」の「早期発見・早期介入・早期療育」の一環として、まさに行政・医療専門家主導のもと、推進され、「マススクリーニング検査」として確立されようとしている。2003年に開催されたシンポジウムにおいては、「懐疑派」は、「再検査を告げられた保護者支援体制の不備」を指摘したものの、現在、「推進派」が先導する形で、支援体制が整えられてきている。

ろう児保護者は、（ほとんどの場合）親である。しかし、「出生前診断」に見られるように、母体として存在しているものの、妊娠の主体でもあるため、「ろう児の心体」にまつわる様々な決定権、あるいは選択権を、妊娠時から継続的に母親が所有し、出産後も行使することになる。さらに、ろう児保護者は、第 2 章 第 3 節でみられたように、専門職主導の下で「推進派」に傾

きやすい危うさを持ちながら、ろう児本人の代理権を行使し、生後6か月間の間に、ろう児の人生を決定づける事項について判断を迫られる状況に追い込まれていくのである。このような状況下に置かれる保護者自身は、産後の衰弱した身体、あるいは精神状態で正しい判断ができるのだろうか。

こうした点を考えると、「新生児聴覚スクリーニング検査の実施」について、見直しが必要な理由が6点あげられる。

第1点目に、当事者団体である全日本ろうあ連盟 大杉が述べた、全日本ろうあ連盟の方針「医療専門家が先導するだけでやった場合は、すぐにやめてほしいということ」（大杉 2003: 57）である。すなわち、新生児期に行われる聴覚スクリーニング検査とは、行政・医療専門職主導の「ふるい分け検査」であり、行政、医療関係者のメリットは考慮されても、当事者である「ろう者」の利益（ベネフィット）を考慮されていないという点である。

第2点目は、「新生児聴覚スクリーニング検査」後の保護者支援体制は、「聾学校（特別支援学校）の乳幼児教育相談」と連携していることから、聾学校が継続的に関与し、その後の教育機関あるいは、教育機会の選択へ大きな影響を与えるということである。

つまり、この保護者支援体制によって、ろう児は「分離教育」へと導びかれる可能性が高いということである。聾学校（特別支援学校）の弊害は、障害を事由として、「分離」「隔離」することから、ろう児が、これから体験する社会的経験の幅を狭くし、ホスピタリズム化していくということである。また「手話」による教育が保障されるといっても、基本的に「日本語対応手話」であり、「口話教育」が低通している中で、コミュニケーション手段の解決にはならない。

すなわち、この「ろう児保護者支援体制」は、保護者を通じて間接的にろう児を取り込み、社会から分離、排除するという仕組みを孕んでいる。さらに、ろう児は、聴社会から分離、排除されるばかりの社会構造の渦中にあり、その後も、社会に組み込まれる仕組みを持たないのであり、今日、ろう者が、成長して感じる「孤立感」「孤独感」（大塚 2011）を払拭、または解決でき

るものではないのである。

第3点目は、「ろう児保護者」自身の視点の変化についてである。ろう児保護者自身が、「推進派」との見解の相違について、シンポジウムでみられた「ろう児保護者」の立場の変化にもあるように、「ろう児保護者」自身の本当の意見が表明できない状況、専門職のパターナリズムな状況下にあるということである。

つまり、「新生児聴覚スクリーニング検査」におけるリスク・コミュニケーションの視点、この場合、インフォームド・コンセントにおける、説明と同意の状況を詳しく分析する必要がある。すなわち、医師からインフォームド・コンセントを受ける「ろう児保護者」も「当事者」であり、何が「ろう児」にとっての「リスク」であり、「ベネフィット」なのか、正確な情報提供がなされたのかということである。また、その時、「ろう児保護者」が安心して情報選択が行える環境だったのか、ということである。その点について、(松原 2003b: 21) は、次のように述べている。

インフォームド・コンセントへの姿勢の問題点を一言でいうならば、「検査を受けることに伴うリスク」の説明の欠落です。…中略…

検査を勧める側はベネフィットを強調しがちですが、インフォームド・コンセントの原則には検査を拒否する（インフォームド・レフューザル）自由も含みこまれているので、リスクについての情報も十分に提供する必要があります。…中略…検査を受ける赤ちゃんは、まだ試行的段階にある事業に参加することになるので、保護者へのインフォームド・コンセントはなおさら重要です。

松原は、「専門職側は、インフォームド・レフューザル（検査を受けなくても不利益を受けない）が保障されなければならない。」(ibid) と述べている。

また、金澤（2007: 37）は、「ろう児の親の9割が聴者であるということ

である。このことは親と子どもが異なる文化に生きていくということと、聴者が中心となって『親の意見』が構築されるということの2つの事実を意味する」と、述べている。

これらの先行研究が示す問題点と現状を検証し、当事者である「ろう児」の視点に立って決定していくことが重要である。

第4点目は、松原論文（2003b）の考察では、研究班によるリスク評価の問題点について述べている。厚生労働省の研究班つまり、「推進派」が主張する「早期発見・早期治療」の有効性や、妥当性が認められないという点である。

「研究班」（推進派）は、このアメリカにおける実績を、全面的に受け入れているが、その点について、松原（2003b: 20-21）は指摘している。

米国保健福祉省保健医療研究品質局（AHRQ）の米国予防医療専門委員会（USPSTF）は、・・・中略・・・新生児聴覚スクリーニングの成否を判断する十分な根拠がないと結論付けています。研究班が成功例として言及している米国のケースもまた、予防医療政策の評価の途上にあることを認識しておく必要があるでしょう。

また、山下（2009: 140）は、アメリカにおける「新生児聴覚スクリーニング」その変遷の経過をまとめている。その内容を年代ごとに整理したのが（表9）である。

アメリカでは、1960年代から、「新生児聴覚スクリーニング」について、検討を行っているが、1990年代検査機器の検査精度向上による政策的動向が、日本に大きな影響を与えていることがわかる。

第5点目は、厚生労働省研究班が作成した『手引き』¹⁾にみる問題点を松原（2003b: 21）は、次のように指摘している。

研究班は、「1. 新生児聴覚スクリーニング検査の意義」既存の新生児マススクリーニングの対象疾患と比較して発生頻度が格段に高い

(表 9) アメリカにおける新生児聴覚スクリーニング検査の経緯

1960年代	新生児に対する聴覚スクリーニングの試みが行われるようになった。
1969年	Downs MPらは17,000名の新生児に90dB SPLの帯域雑音(2500～3500Hz)を聞かせて、がん腱反射の有無を観察し、15名(0.09%)の難聴を検出したと報告した。
1970年	Downs MPは新生児の聴覚スクリーニングに関する13の報告を検討し、難聴のリスク因子を持つ子どもたちの聴覚スクリーニングを提唱した。
1973年	当時の米国耳鼻咽喉科学会、米国小児科学会および米国耳鼻咽喉科学会による合同協議会であるJoint committee on Infant Hearing (JCIH)から、難聴のリスク因子を持つ乳児の聴覚スクリーニング検査が推奨されるようになった。
1990年代	検査結果をコンピューターで自動解析することが、可能な自動調整脳幹反応検査(AABR あるいは自動ABR)や耳音響反射(OAE)の機器が出現したことにより、 <u>難聴のリスク因子を持たない新生児に対しても聴覚スクリーニングを行うことが可能になった。</u>
1993年	National Institute of Health (NIH) が、NICU入院児は、退院までに、その他の全乳児は生後3か月以内に聴覚スクリーニングを受けることを推奨した。
2000年	JCIHから難聴の早期発見および療育プログラム(early hearing detection and intervention program: EHDI programs)の原則とガイドラインの中で、聴覚スクリーニング検査は、NICUに入院している新生児および乳児は退院までに、その他の全新生児は退院前あるいは生後1か月以内に行うように運用されており、新生児聴覚スクリーニング(universal newborn hearing screening-UNHS)の考え方が打ち出された。 ^{注1)}
2007年	JCIHから難聴の早期発見および療育プログラムの原則とガイドラインが更新された。 ^{注2)}
注1) スクリーニングをパスしなかった乳児は少なくとも3か月以内に精密聴力検査を受けること、難聴が確定した場合には少なくとも6か月以内に療育プログラムを受けること、スクリーニングをパスした乳児のうち、難聴のリスク因子を持つ子どもは、その後も聴力検査やコミュニケーションの発達評価などのフォローを受けることなど、8項目の原則が示された。	
注2) 基本的には2000年と変わらないが、スクリーニングの対象とすべき難聴にauditory neuropathy / dyssynchrony等の難聴も追加すること、NICUに入院した子どもとそれ以外の子どものスクリーニング検査は応報を分けること、難聴のリスク因子を持つ子どもは、その後の難聴発言のリスクに応じてフォローの頻度を変えること、その他、医学的評価、早期療育サービス、発達や言語評価、情報基盤の整備など、きめ細かいガイドラインが示された。	

文献を元に著者作成 (2013)

— 下線部は著者<大塚>が付したもの

ことが挙げられます。

遺伝性疾患にも関わらず、早期治療によって症状がコントロールできる可能性があることが評価されたのです。先天性代謝異常症と聴覚障害は、発見後の対応が異質なので、その意味でも既存の検査項目と単純比較できません。

注1) 2001年度から試行的に自治体で実施された新生児聴覚スクリーニングのマニュアルとして作成されたもので、公式見解とみることができます。

と、述べている。

第6点目は「ろう」は旧優生保護法の対象であったということから、つまり、「優生学が、現在どのように継承されどのような姿で存在しているか」という問題としてとらえるべきである。」(山下 1987: 370) ということである。

そして、「推進派」の『『早期発見・治療』を『善』とする考え方が、いかなる思想の延長線上にあるのか。この考え方を推し進めていった場合、私たち人間とその社会はどのようなものとなって行くのか。』(山下 1987: 370) ということである。

このことについて、山下 (1987: 370-371) は、更に次のように述べている。

つまり、「早期発見・早期治療」は、伝統的には医学や治療教育の問題であり、しかし、その目指すところは、人間の身体のみを対象とする医学的働きかけにとどまるものではない。ある人間の「障害」や「病氣」が社会的に許容できるものであるかどうか判断され、その判断のもとにその人間に対する組織的働きかけがなされる。その行き着くところは、個の全面管理である。そして、そのような個体の集合体である社会は必然的に一つのイメージを持ってくる。つまり、「病氣」「障害」が存在せず、「劣った」人間も存在しないような「理想社会」である。そこで問題はそのような社会が実現する可能性はあるのかということ

と、それは本当の「理想社会」なのかということである。または、それが実現可能かどうかという問題は、副次的なものである。問題はどのような社会を目指すかどうかということである。近現代社会は人間の「平等」ということを求め、同時に「自立」ということにも価値を置き、それを強調してきた。「平等」と「自立」という概念は相互に矛盾することなく、「生存競争」という言葉も優生思想を生み出している。

すべての人間が平等であるべきであるという思想と「障害者」の存在はどのようにして両立するのか、そこでの矛盾はごまかしようがないほど顕在化してしまっているのではないか。新しい思想新しい認識方法がいま求められているのである。

以上、「新生児聴覚スクリーニング検査」がもたらす当事者である「ろう児」と「ろう児保護者」のベネフィットについて、検討したが、リスク面が、際立っている実情である。

すなわち、「新生児聴覚スクリーニング検査」は、「障害」を治療の対象とし、「個」を国家が、全面管理する仕組みであり、「ろう児」を社会から区別、分離する施策である。すなわち、グラムシ研究で解かれる「資本主義国家の政治支配ならびに社会文化的統合のなかに緻密に織りなされるヘゲモニー²⁾ 関係」(松田 2005: 87) とみることができるのである。

つまり、ろう児のリスクとベネフィットの観点からは、「聴覚障害」の「早期発見・早期治療」のための「新生児聴覚スクリーニング検査」は、必要性が無く、多くの問題が存在しているということである。

また、今後、このままの保護者支援体制を如何に強化したとしても、ろう児が「音声言語を獲得するため」の体制である以上、「ろう児」には、「パターナリスティック（専門職主導の権威主義的）アウェイ（音声言語獲得のための体制）」ということには変わらない。

したがって、関係者は、「ろう児」をめぐる利害関係者の葛藤を明らかにし、新生児期のろう児にとって必要なことは、何なのかということを中心に、「新

生児聴覚スクリーニング検査」の必要性や保護者支援体を問い直す必要がある。

注

- 1) 同時法（シムコム）聴覚障害者の意思伝達方法の一つ。音声言語を話しながら、視覚的な補助手段として手話の単語を用いる方法。聾者の言語である手話とは構造が異なる（松村 2006）
- 2) ヘゲモニーとは、支配者・優位者が被支配者・劣位者に対し、政治的な合意や文化的同調の調達、利益供与などにより、指導性を確立し安定した支配を維持すること（坂本 2013）

<文献>

秋葉聡、畦地豊彦、石神亙、ほか日本臨床心理学会編（1987）『「早期発見・早期治療」はなぜ問題か』現代書館。

金沢市「いいね金沢」金沢市公式ホームページ：2-1-5-f 3歳児一般健康診査における視聴覚検査（<http://www4.city.kanazawa.lg.jp/data/open/cnt/3/18065/1/2-1.pdf>, 2013.8.15）。

稲田利光（2003）「両親に対する情報の提供と選択の援助について」新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム記録資料集・編集委員会『新生児聴覚スクリーニング検査を考える京都シンポジウム記録資料集』トライアングル出版部，53-57。

上農正剛（2003）「早期発見・早期療育という医療概念は私たちをどこに連れて行くのか。」新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム記録資料集・編集委員会『新生児聴覚スクリーニング検査を考える京都シンポジウム記録資料集』トライアングル出版部，17-19。

御牧信義（2003）「岡山県新生児聴覚検査事業の実施状況と今後の課題」新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム記録資料集・編集委員会『新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム記録資料

- 集』トライアングル出版部, 8, 16-28.
- 大杉豊 (2003) 「ひとつのコンテクストを理解するために」 新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム記録資料集・編集委員会『新生児聴覚スクリーニング検査を考える京都シンポジウム記録資料集』トライアングル出版部, 12.
- 大塚浮子 (2011) 「ろう文化とソーシャルワーク」 熊本学園大学大学院環境福祉学研究科2011年度修士論文
- 神奈川県地域保健健康課 (2004) 「新生児聴覚スクリーニング検査とフォローアップのためのマニュアル」 (<http://www.kanagawa.med.or.jp/chosaku/ken/cyoukaku.pdf>. 2013.8.15).
- 金澤孝之 (2007) 「聴者による、聾者のための学校」『ろう文化 現代思想 編集部編』 青土社, 34-39.
- 河崎佳子 (2003) 「臨床心理学からみた新生児聴覚スクリーニング検査～早期親支援のあり方」 新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム記録資料集・編集委員会『新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム記録資料集 (2003)』 トライアングル出版部, 10, 33-40
- 木島照夫 (2003) 「新生児聴覚スクリーニングを考えるシンポジウム開催にあたって」 新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム記録資料集・編集委員会『新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム記録資料集 (2003)』 トライアングル出版部, 8, 22-23.
- Cinni ホームページ (<http://ci.nii.ac.jp/2013.7.15>).
- 座主果林 (2010) 「聴の母親にとっての手話：ろうの子どもを持つ母親への聞き取り調査から」『奈良女子大学社会学論集』 (奈良女子大学) 18, 165-180.
- 新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム記録資料集・編集委員会 (2003a)『新生児聴覚スクリーニング検査を考える京都シンポジウム記録資料集』 トライアングル出版部.
- 新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム記録資料集・編集委

- 員会 (2003b)『新生児聴覚スクリーニング検査を考える京都シンポジウム記録資料集』トライアングル出版部.
- 全日本ろうあ連盟 (2002)『「新生児聴覚検査事業の手引き」作成にかかわる要望」(<http://www.jfd.or.jp/yobo/2002/shinseiji20020925.html>.2013.7.25).
- 田中美郷 (2003)「耳鼻科医の立場から」新生児聴覚スクリーニング検査を考える京都シンポジウム記録資料集編集委員会『新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム記録資料集』トライアングル出版部, 16, 64-67.
- 坂本和義・中村研一 (2013)「知恵蔵」朝日新聞出版. (<http://kotobank.jp/word/%E3%83%98%E3%82%B2%E3%83%A2%E3%83%8B%E3%83%BC>.2013.11.10).
- 柘植あずみ (2010)「妊娠を考えるくからだ>をめぐるポリティクス」NTT出版.
- 當間正敏 (2003)「早期発見と想起支援」新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム記録資料集・編集委員会『新生児聴覚スクリーニング検査を考える京都シンポジウム記録資料集』トライアングル出版部, 13, 58-62.
- 長瀬さゆり・池谷尚剛 (2005)「聴覚障害児をもつ保護者支援の在り方〜全国聾学校調査から見た保護者支援」『教育実践研究』(岐阜大学教育学部研究報告) 第7巻, 255-273.
- 奈良県 (2013)「母子保健運営協議会資料 (平成23年度)」(<http://www.pref.nara.jp/secure/58481/12siryoun.pdf>.2013. 8.31).
- 廣田栄子 (2010)「第1章 第2節聴覚障害と言語コミュニケーション障害」『奥野英子 (2010) 聴覚障害児者支援の基本と実践』中央法規, 9-15.
- Mike Oliver (2004) *Disabling Barriers Enabling Environments*, 2nd Edition, 2004 by John Swain, Sally French, Collin Barnes & Carol Thomas (=2010. 田中香織、竹前栄治監訳『イギリス障害学の理論と経験』明石書店.)

- 松田 博, 小原耕一 (2005) 「グラムシ・ヘゲモニー概念の展開と現代世界」『立命館産業社会論集』(立命館大学) 41(2), 87-98.
- 松原洋子 (2003a) 「医療技術と生命倫理」新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム記録資料集・編集委員会『新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム記録資料集』トライアングル出版部, 11, 41-51.
- 松原洋子 (2003b) 「新生児聴覚スクリーニングと生命倫理」手話コミュニケーション研究49, 18-25.
- 松村明(2006)「大辞林 第三版」三省堂 (<http://kotobank.jp/word/%E3%82%B7%E3%83%A0%E3%82%B3%E3%83%A0/2013.9.14>).
- 丸山英二 (1998) 「遺伝学、遺伝相談、遺伝子治療に対する倫理的・法律的問題の比較法的研究」科学研究費成果英報告.
- 三科潤 (2001) 「新生児期の効果的な聴覚スクリーニング方法と療育体制に関する研究」『全出生児を対象とした新生児聴覚スクリーニングの有効な方法及びフォローアップ、家族支援に関する研究』厚生科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業), 270-289.
- 三科潤 (2002) 「新生児聴覚検査事業の手引き」『全出生児を対象とした新生児聴覚スクリーニングの有効な方法及びフォローアップ、家族支援に関する研究』厚生科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業), 5-12.
- 三科潤・多田裕 (2003) 「自動調整脳幹反応 (AABR) を用いた全出生時を対象とする新生児聴覚スクリーニングの検討」『全出生児を対象とした新生児聴覚スクリーニングの有効な方法及びフォローアップ、家族支援に関する研究』厚生科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業) 分担研究報告書, 258-265.
- 三科潤 (2007) 厚生労働科学研究 (子ども家庭総合研究事業) 「新生児聴覚スクリーニングの効率的実施および早期支援とその評価に関する研究」(http://www.jaog.or.jp/sep2012/JAPANESE/jigyo/JYOSEI/shinseiji_html/shi-contents.html. 2013.8.31).

三科潤 (2007) 「新生児聴覚スクリーニングマニュアル」 (http://www.jaog.or.jp/sep2012/JAPANESE/jigyō/JYOSEI/shinseiji_html/shi-1.html.2013.9.21).

山下恒夫 (1987) 『第Ⅷ章 進化・優生思想と「障害」－早期発見・治療の思想的背景と「障害」の必然性－』日本臨床心理学会『「早期発見・治療」なぜ問題か』現代書簡, 370-412.

山下裕司, 森田訓子, 氏田直子 (2009) 「難聴児の療育」『Audiology Japan』(52), 139-151.

吉川肇子 (2000) 「リスクとつきあう－危険な時代のコミュニケーション－」有斐閣.

A study on the need for newborn hearing screening test

OTSUKA Chikako

Abstract

Today, newborn hearing screenings are carried out 1 to 2 days after birth for the purpose of early detection, early intervention, and early treatment of Deaf children,. These screenings are implemented with newborn screening tests based on the Japanese Mother and Child Health Law. However, due to excessive use of such testing (re-examination, etc.) and the lack of a sufficient support system of parents, concerns about the newborn hearing screening test have been voiced by interest groups and party organizations since 2002, especially at the first and second Kyoto Symposiums on to reconsider the newborn hearing screening test in May and December 2002.

Nowadays, it can be said that social exclusion of the Deaf has its beginnings in these early detection and early treatment screenings supported by national government and medical professionals. Especially, the current guardian support system promotes voice language acquisition over sign language as a first language. The author terms this system “Paternalistic Away”, that is an authoritarian-led system for speech language acquisition. From the perspective of risk communication, the top priority should be the welfare of the Deaf children and their guardians, but the current system prioritizes the benefits of medical and administrative personnel. Because of this, the author argues that the newborn hearing screening test and early detection and early treatment system is insufficient due to the fact that it is intrinsically based on eugenics. The Deaf were protected under the former Eugenic Protection Act until now, but they have lost this

protection. Even so, eugenics currently exists in the newborn hearing screening, and this problem should be taken in perspective. Therefore officials need to reclarify the conflicting needs of stakeholders with respect to Deaf children, and to reconsider the newborn hearing screening and Deaf child protection assistance system in this light.