

正しい診断と適切な精神科医療 ～総合診療の視点から考える社会的構造の壁～

東大阪生協病院
総合診療科 今川竜二



自己紹介

出身：岡山市

生立：岡山聾学校幼稚部 小中学校難聴学級
高校普通科

手話は小学2～3年頃から
デフファミリーとのお付き合いで

特技：筋トレ、食べ歩き



自己紹介

ブラックジャックを読み、「命の平等」「命を救う使命感」にあこがれ医師になろうと決意。

2013年医師免許取得。一般内科医として患者を診るうちに、well-beingについて考えさせられるケースを多く経験。

人を健康から遠ざけてしまう社会的構造に疑問を持ち、**総合診療医**になろうと決意。

2024年総合診療専門医取得、現在東大阪生協病院で勤務。

はじめに

ろう者の健康格差は『見えにくい』だけで確実に存在する

その多くは社会構造がつくる予防可能な格差である
(個々の努力だけではどうしようもない!)

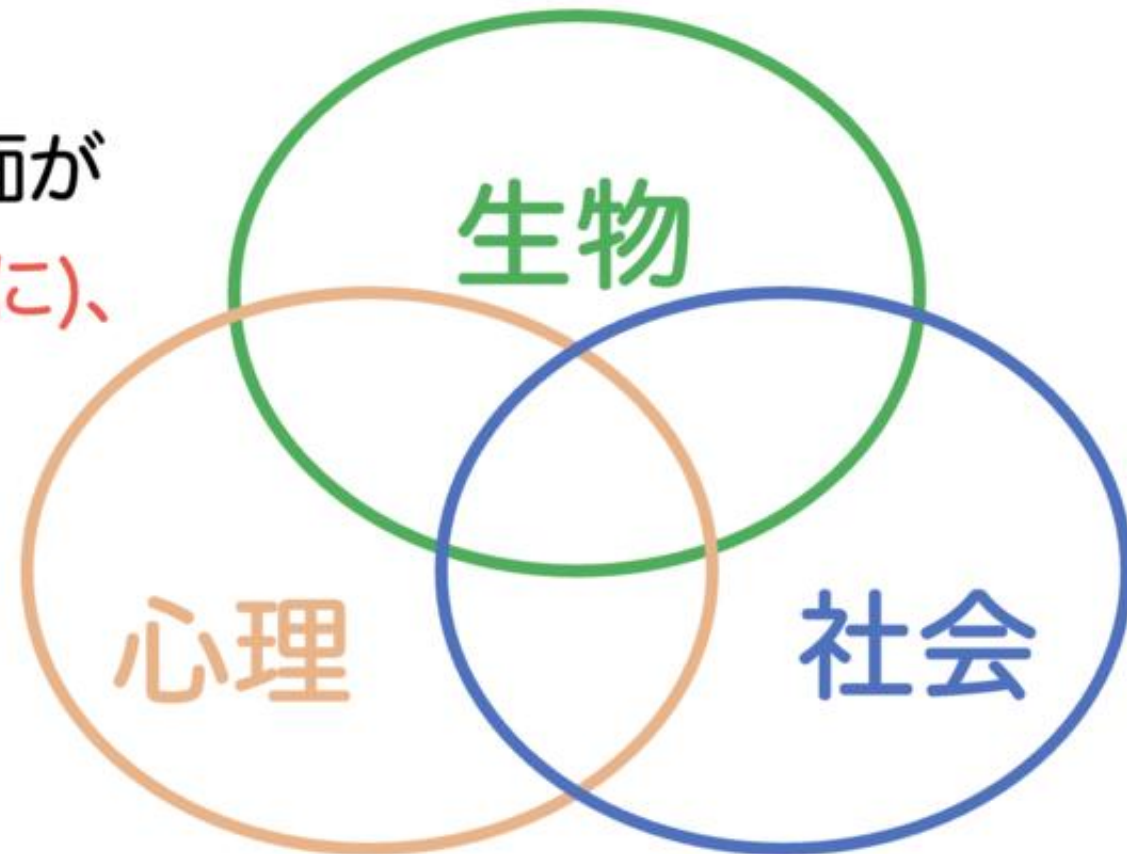
はじめに

医療領域においては、疾病の治療にとどまらず、
個人が主体的に望む生活を再構築できる状態
すなわち well-being を回復することが本来の目標である

生物-心理-社会モデル※

(Bio-Psycho-Social model : BPSモデル)

システム理論に基づいて、
生物学的側面、心理的側面、社会的側面が
相互に関連しあい、全体として(統合的に)、
今の状態が現れていると考えるモデル



上記説明は 「渡辺俊之, 小森康永. バイオサイコソーシャルアプローチ—生物・心理・社会的医療とは何か?, 金剛出版, 2014.」 を参考に記載

※以下の論文でEngelが明確化し、展開されていった。本来はシステム階層の図で説明されている。

- ・ Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977 Apr 8;196(4286):129-36.

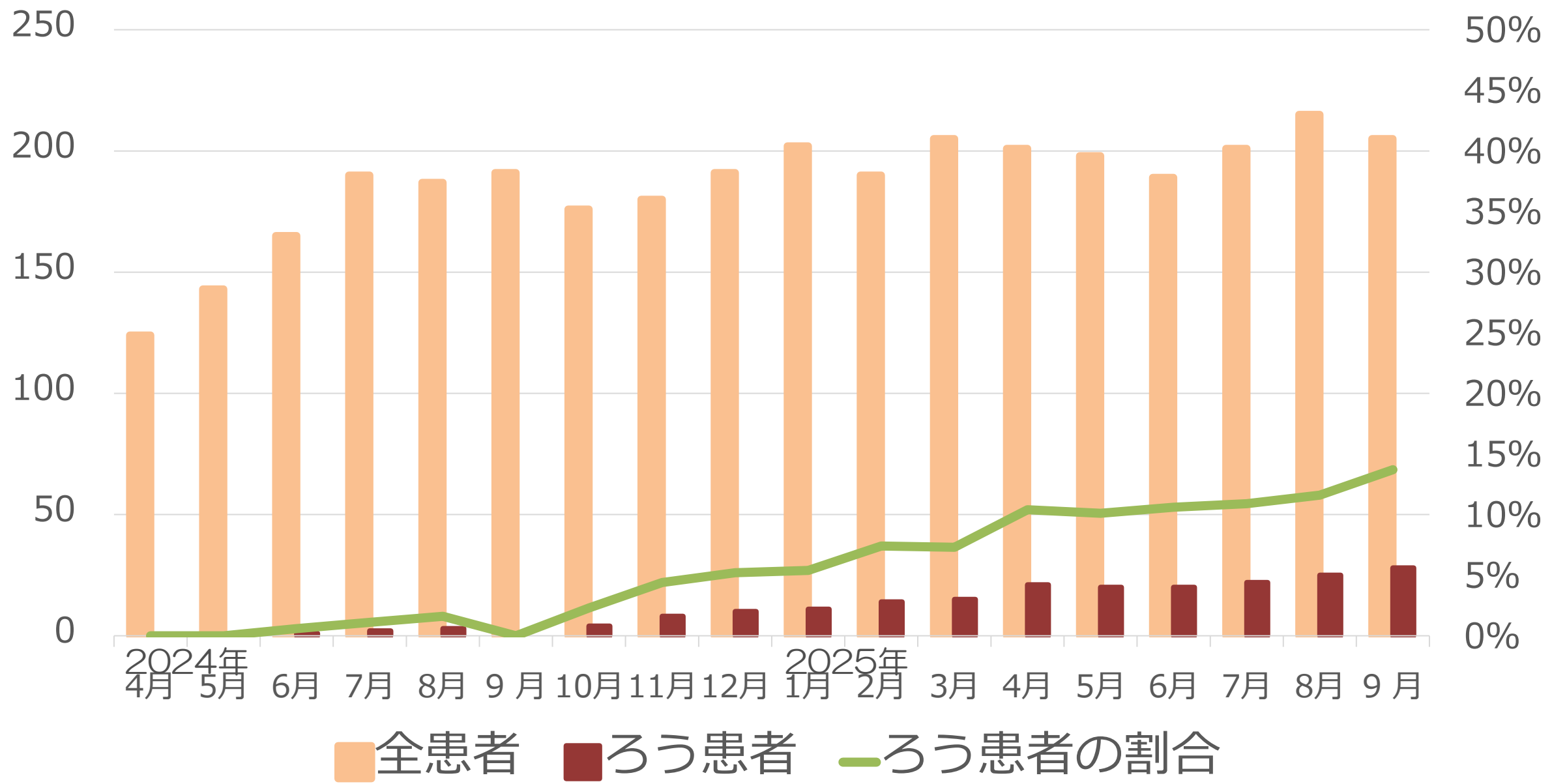
- ・ Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry. 1980 May;137(5):535-44.

講演のねらい

- ①ろう者が適切な医療にたどり着けないケースが多い理由を理解する
- ②well-beingを取り戻すためには、病気（病い）だけでなく背景・価値観・生活課題（患い）に寄り添う介入が不可欠であることを理解する
- ③個人の問題ではなく構造的な健康格差の問題として捉える必要がある
- ④私の経験や総合診療的知識を共有し、今後の精神保健と支援体制を考えるヒントやきっかけとなれば幸いである

臨床経験から見えてくる現実

外来患者延べ人数（人月）



期間：2024年4月～2025年9月

場所：東大阪生協病院 内科外来

(月17:30～19:30、水9:00～12:00)

全患者数延べ患者 3,353人

うち、ろう患者は延べ204人（実人数38人）

状況：ろう患者の延べ人数も実人数も増加傾向

予約枠が満杯でお断りせざるを得ないケースが増えている

38名の初診時の主な受診契機

①通院しているが病気がよくなるしない

1) 診断がつかずさまざまな病院を転々としている(15名)

2) 長期間内服治療を受けているが、データの改善に乏しい(10名)

②病気や薬についての相談 (5名)

③健診・がん検診関係 (4名)

④通常診察 (4名)

①通院しているが病気がよくなるしない

1) 診断がつかずさまざまな病院を転々としている（15名）

- 症状を正確に伝えられず、診察が表層的になりやすい
- 医師側が症状の経過を理解するのが難しい
- 「原因不明」「経過観察でよい」「とりあえず対症療法」

診断は、8割の問診と2割の検査結果でつくといっても過言ではない。問診は診断のために必要不可欠。

「ろう者が安心して受診できる環境を」 大阪府80代女性

5月頃から手のひらの痺れが続き、近医の整形外科や内科でレントゲンや血液検査を受けるも異常なし。手話が使えないとコミュニケーションがとれず命の危機に直結する。

東大阪生協病院を受診し、**手根管症候群疑い**で専門とするクリニックへ紹介された。その後は、痺れや痛みが改善し手話で支障なく話せるようになった。

手話で直接スムーズに診察を受けられることに不思議な気持ちになりつつも、納得できた受診は初めてだった。今後もろう者がより安心して受診できる環境が整備されていくことを願っている。



2) 長期間内服治療を受けているが、データの改善に乏しい(10名)

- コミュニケーション困難により治療目標が共有されない
- 治療の意義を理解できず、治療意欲が上がらない
- 検査結果や薬の効果の説明が不十分のため理解が伴わず、治療意欲や行動に結びつきにくい
- 訴えが伝わらず、治療方針の調整が行われない

糖尿病治療ガイドラインでは、個別化された目標を共有することで治療受容性・自己管理行動の上昇につなげることが重要と述べている。行動変容を促すための介入（自己管理教育、動機づけ面接など）は血圧や血糖の改善に効果があることが実証されている。

②病気や薬についての相談（5名）

- 十分な情報が提供されず誤解や不安を抱えやすい
- 薬の意味や目的を知らないまま惰性で内服継続している
- 治療方法が正しくないという思い込み、
セカンドオピニオンの受診

医学知識を学習できる機会が多いほどリテラシーは高くなる傾向があると実証されている。手話で学習できる機会を増やす必要がある。

③健診・がん検診関係（4名）

- ・ 健診／検診結果の解釈がうまくできない
- ・ 要精査となっても、病院受診までのハードルが高い

早期発見・治療の機会を逸失しており、健康に大きな影響を及ぼしている。

事例（糖尿病指摘も受診せず失明+下肢切断など）多数あり。

現場で繰り返し観察される構造的問題

- ①健診・受診の著しい遅延
- ②治療上のリスク説明の不十分さ
- ③外来・病棟におけるコミュニケーション支援の欠如
- ④地域差の大きい手話通訳者派遣制度
- ⑤医療者への教育における聴覚障害理解の不足

一見すると「個々の患者の問題」に見える。
しかし、実際には以下のような社会構造・制度構造が生み出す問題が起きている。

★不十分なコミュニケーション体制

手話通訳など意思疎通支援が常時保障できない
医療者の手話・ろう文化への理解不足
医療情報が視覚的・言語的に提供されない

★ヘルスリテラシーギャップの拡大

医療説明を理解できない状態が慢性的に続く
結果、自分の健康状態を正確に把握できない期間が長期化

★医療アクセスの制約

予約困難、交通手段などアクセスが困難
情報・知識不足により適切な科にたどり着くのが遅れる

- ①手話通訳や意思疎通支援などが欠如したまま診察が進行し、医療者と患者の双方が「理解し合ったつもり」となる構造的齟齬が生じること。
- ②手話特有の表情や身体表現が身体精神症状の表出と混同され、誤診につながるリスクが存在する
- ③筆談を中心としたコミュニケーションでは、抑うつ、焦燥、希死念慮といった心理状態の複雑性が適切に共有されにくく、患者が語ることを諦めてしまう危険がある
- ④医療者側には「ある程度通じている」という過信が残る一方、患者側には「質問や訂正を行えない」構造的制約があり、両者の認識の非対称が診察を通じて固定化する

健康格差とは？

「回避可能で、不当で、不平等な健康状態の差」を指す概念。

単なる健康状態の違い（健康の多様性）は
「health **inequality**（不平等）」であるが、

そのうち「社会的に是正可能であるにもかかわらず、構造によって生じている差」を**inequity**（不公正）と呼ぶ。

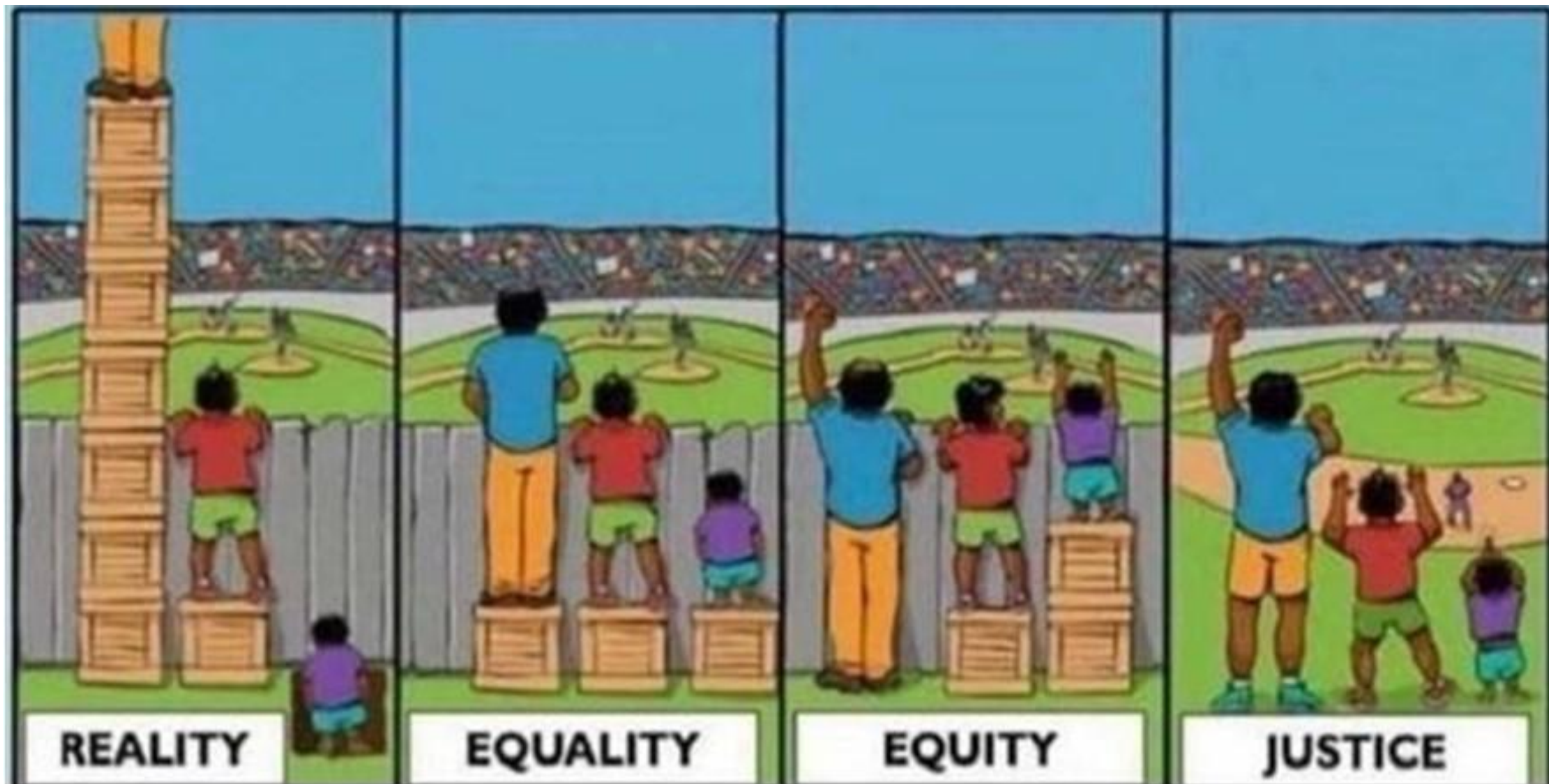


image by @restoringracialjustice

SDH（健康の社会的決定要因）

健康状態を規定する医療以外の因子

教育 所得・雇用 居住環境 社会参加
差別・偏見 政策・福祉制度 文化的・言語的背景
医療アクセス（物理的・情動的・コミュニケーション的）

SDHは互いに連鎖しあって健康アウトカムに影響を与える。

医学的な治療はSDHの影響を直接変えることができないため、**健康の不平等の多くは医療の外側で作られる。**

SDH（健康の社会的決定要因）

例）

低収入 → 家賃の安い老朽住宅に住む

カビ・換気不良 → 喘息が悪化

喘息発作で欠勤 → さらに収入低下

医師が薬を出しても、住環境が変わらなければ再発する。

40代男性聴覚障害者。身体が疲れやすい, 目が霞む, 足が痺れる。ストレスのせいだと考え**病院へ行くのも億劫だと思い**数年ほど放置していた。

右足の親指の先に潰瘍も、痛みはなかったため**大丈夫と思って放置**していた。聴こえる知り合いに糖尿病を疑われ病院へ連れて来られた。緊急入院、最終的には**右下肢切断、右目失明**となった。

聴覚障害者においても...

教育 所得・雇用 居住環境 社会参加
差別・偏見 政策・福祉制度 文化的・言語的背景
医療アクセス（物理的・情動的・コミュニケーション的）

多くの因子が作用し、累積していくなかで健康格差が
大きく広がっていく。個々の努力だけでは説明できない。
社会的構造の問題はかなり大きい。

例)

病院予約が電話のみ 医療情報が音声中心



予約できず受診を先延ばし 危険サインを知らない



重症化してから救急受診 治療期間の延長

本人の健康意識が問題ではなく、情報のやり取りが聴者前提であることが問題。

例)

医療知識・倫理を十分理解した手話通訳者による医療通訳

- 症状の時間経過や程度が正確に伝わる
- 正確な診断が下される
- 医師の意図(検査目的や治療目的)が理解される
- 質の良い医療が受けられ予後の改善につながる

聴覚障害者は健診／がん検診の受診率が低い？

論文タイトル	対象・調査内容	調査結果	考察
他者からの支援を必要とする障害者の一般健診およびがん検診の利用状況(2024)	2016年の日本の20～74歳の障害者を対象にした予防医療サービス利用調査	障害者は、一般検診・大腸がん・胃がん・子宮頸がん・乳がん検診の受診率が有意に低い	障害者に対する予防医療の推進が十分でないのでは？
聴覚障害者の健診受診に関する不便さ調査(2003)	聴覚障害者が健診を受けるときの困難点を調査	コミュニケーションの障壁が受診率の低さの原因の一つである	早期からの聴覚障害者向けの支援が必要
聴覚障害者の乳がん検診受診状況(2006)	滋賀県の聴覚障害をもつ女性を対象とした乳がん受診状況の調査	聴者と比べて大差はない	受診率は厚生労働省の目標値に達しておらず更なる啓発が必要
聴覚障害女性の子宮頸がん検診受診率(2020)	聴覚障害をもつ女性の子宮頸がん検診受診率の調査	聴覚障害者は約70%、聴者は約80%と有意差あり	ろう者コミュニティへの子宮頸がん検診教育の必要性

聴覚障害者は健診／がん検診の受診率が低い？

論文タイトル	対象・調査内容	調査結果	考察
アメリカ手話に堪能なコミュニティヘルスナビゲーターを活用し、聴覚障害者とのビデオ電話を通してがん検診を促進(2025)	ろう者・盲ろう者・難聴者200人を対象とし、アメリカ手話に堪能なナビゲーターの有無でがん検診受診率に差が出るかどうか	調査中	①がん検診を終えた割合 ②医師とのコミュニケーション評価 ③検査や予防の理解度の向上をエンドポイント
聴覚障害者における健康リテラシーの障壁と促進要因(2017)	米国のろう成人を対象に健康リテラシーを調査	検診関連知識が不十分	健康情報へのアクセス困難のため検診受診につながりにくい原因では
聴覚障害者の健康に関する研究(2019)	英国のろう者533人を対象とした横断研究	医療の受診率が全般で聴者より低い。通訳不在、予約困難で受診控え	医療機関での通訳体制欠如が最大の障壁
女性ろう者の健康：乳がん・子宮頸がん検診推奨への遵守状況(2019)	米国ろう者の乳がん・子宮頸がん検診の受診率を調査	子宮頸がん検診で聴者で85%、ろう者で78%とろう者が有意に低い	情報入手やコミュニケーションの困難が背景にある

聴覚障害者に特有の格差

①医療・診療現場における格差

②予防医学における格差

③社会保障・制度における格差

①医療・診療現場における格差

情報アクセス
予約・受診
意思疎通

健診、医療情報に触れられない
電話予約しかない
手話通訳不在 「通じているつもり」
手話表出と身体精神症状を誤同
診断精度への影響

治療方針・意思決定

説明が伝わらず自己決定できない
合意したように見えて理解できていない

フォロー

再診予約や状況確認・相談が電話のみ

精神科領域：言語的アクセスが診断精度に直結

- 精神症状は語りの質に依存する部分が多い
- 抽象概念の共有が難しい
- 手話やNMMを情動過多と誤認
- 無表情＝うつと誤認
- 自己開示が起こりにくい

②予防医学における格差

なぜ予防が重要か

- ★早期発見機会の喪失⇒身体精神疾患の慢性化／合併症の増加
- ★医療に対する不信の蓄積が支援をより難しくさせる
- ★医療情報の不足はセルフケアや予防的行動を妨げる

考えられる対策

- 手話による情報提供、手話通訳の配置（面談、健診など）
- 手話のできるコミュニティヘルスナビゲーターの普及
- 当事者コミュニティ内のピアサポーター制度

教 育

手話による医療情報へのアクセスを増やす

“いのち”を考える会

Youtube や Tiktok での動画発信

KDMAAの活動

③社会保障・制度における格差

各国の医療情報アクセスに関する法律や制度

アメリカ合衆国	Americans with Disabilities Act / Section 1557	
有効なコミュニケーションの提供を義務付け。 必要に応じて医療機関等は通訳等を提供する責務がある。		
資源配分	罰則・執行	
原則として医療提供機関が負担。 州の補助金、連邦プログラムの補助金などを活用することも。	民事訴訟での賠償命令、和解。 米国保健福祉省民権局 (HHS/OCR)による差別調査や是正勧告。	

各国の医療情報アクセスに関する法律や制度

カナダ	Accessible Canada Act	
連邦管轄サービスのバリア除去を義務化。 通訳および情報アクセスは優先的な位置付けとなっている。		
資源配分	罰則・執行	
連邦機関や連邦が所轄するサービスでは、連邦予算から。民間・州レベルの医療サービスは州が資源配分を行う。	行政執行。 違反に対し罰金や是正命令など。	

各国の医療情報アクセスに関する法律や制度

オーストラリア	National Disability Insurance Scheme National Sign Language Program
NDIS：社会保障としての制度。手話通訳派遣などサービス利用を個々で計画。個人負担無し。 NSLP：NDIS対象外の人が手話通訳派遣などのサービスを受けられるプログラム。個人負担無し。	
資源配分	罰則・執行
NDIS：政府と州の予算分担。 NSLP：保健高齢省が担当、政府の予算によって運営。	Disability Discrimination Actに基づく。違反時は行政裁判・民事裁判や人権委員会による救済および行政指導。

日本の医療情報アクセスに関する法律や制度

障害者差別解消法

2013年に制定、2016年に合理的配慮の枠組みが運用開始。
障害を理由とする不当な差別的取り扱いの禁止、合理的配慮の提供を義務付け。医療関係事業者向けガイドラインが2024年3月に出た。

資源配分

国が給付する仕組みについては記載されておらず。

罰則・執行

助言、指導、勧告。
主務大臣が求めた報告に対し虚偽あるいは怠慢があれば20万円以下の過料あり。

日本の医療情報アクセスに関する法律や制度

障害者情報アクセシビリティ・コミュニケーション施策推進法

2022年施行。障害者が「情報を同一の時点・同一の質で取得できるようにする」ことを理念。国、自治体、事業者の責務や推進体制を定めた法律。

資源配分

予算を定めた記載なし。国の事業予算、自治体補助、事業者自己負担で賄われる。

罰則・執行

不履行に対する罰金規定なし。行政指導で対応することがある。

日本の医療情報アクセスに関する法律や制度

手話に関する施策の推進／手話言語条例

2025年6月施行。手話を「手話を使用するものにとって重要な言語である」と位置付け、国・自治体の責務として手話習得、使用支援、通訳者育成、理解啓発などを定めている。

資源配分

省庁予算＋自治体負担＋事業者負担。

罰則・執行

罰則なし。

手話による医療通訳の質の確保

- ★医療知識、倫理、実地研修が求められるため
アメリカやイギリスでは専門領域として
追加研修やカリキュラムの修了が必須
- ★日本における医療通訳養成カリキュラムの整備
- ★派遣型と配置型の互いの強みを補完できる体制

支援体制作りの大変さ

職場で健診の案内受け取らず。
ろう者向けの健診企画で初めて健診を受ける。
悪性腫瘍末期と判明、訪問診療開始となる。

ケアマネージャー 介護福祉士 サービス提供責任者
福祉用具専門相談員 地域包括支援センター職員
行政職員（介護保険、障害福祉、手話通訳派遣など）
訪問看護 訪問薬剤師 訪問歯科
訪問診療医 理学療法士 管理栄養士 デイサービス
訪問入浴 配食業者 近隣者

提言

- ① 確実かつ質の高い手話通訳体制の整備
- ② 診療情報や医療手続きの体系的な視覚化
- ③ SDH を踏まえた包括的な生活背景評価
- ④ 予防医療および早期介入へのアクセス改善
- ⑤ 本人の語りを中心とする意思決定支援文化の確立

提言

健康格差は社会の構造に根差した問題であり、本来であれば**予防可能なもの**である。

これまでミクロな視点で現場における問題点は多く見つかったものの、個々の専門職の努力に委ねられてきた。

法整備が進み社会全体として支援の基盤が整いつつある今こそ、**マクロな視点で構造的な問題そのものにアプローチすべき**時期に来ているのではないか。

Take home message

個別事例に現れる数々の困難にどのようなパターンが見られるか。

そのパターンは、医療アクセスを左右する社会的構造の不備とどう結びついているか。

構造的な要因の改善により、ろう者が本来のwell-beingを取り戻せる社会へどのように変革していくか。

パネルディスカッションでさまざまな立場の意見を伺い、私自身も総合診療医として得た知見を持ち帰り、今後の臨床と支援に役立てたいと考えている。