

聴覚障害をもつ医師が リハビリテーション医になって見えたもの

聴覚障害をもつ医療従事者の会代表
船橋二和病院リハビリテーション科医師科長
関口麻理子

自己紹介



1969年生まれ 千葉県我孫子市出身

現在は千葉県船橋市在住

感音性難聴あり 両耳95デジベル

中学より補聴器使用

身体障害者手帳3級

1994年医師免許取得(29年目)

リハビリテーション科専門医、指導医

聴覚障害をもつ医療従事者の会代表(2016年～)

勤務先（船橋二和病院）

- 内科・ハイケアユニット
- 外科・整形外科
- 小児科
- 産婦人科
- 回復期リハビリ病棟（31床）
- 地域包括ケア病棟
- 療養型病棟（現在コロナ病棟）
- 透析センター



畑と住宅地に囲まれた病院

聴覚障害のいろいろ

- ろう者（生まれつきまたは言語獲得前からの障害が多く、手話を第一言語とする）
- 難聴者（軽度から重度まで幅広い。補聴器や人工内耳を活用できることもある。発話の明瞭度は様々）
- 中途失聴者（言語獲得後、特に成人以降の失聴。話せる人が多い）
- 人工内耳装用の先天性聴覚障害者（難聴に近い状態になるが、生育環境によっては手話を第一言語にしているろう者として生きている人もいる。）
- APD（聴覚情報処理障害）聴力検査では異常がないが、声は聞こえるものの、脳内での聴覚情報の処理に問題があり、言葉が聞き取りにくかったりする障害

伝音性難聴と感音性難聴

きょうはいいてんきですね。



おう^{あい}...えんひで...



きょうはいいてんきですね。

きこえに問題がない場合



大きく、はっきり聞こえる

伝音性難聴 音が小さく聞こえる



感音性難聴 音が小さく聞こえる&
言葉が不明瞭に聞こえる



聴覚障害者といっても？

- 先天性か？中途失聴か？進行性か？
- 言語獲得後の失調か否か？
- 感音性か？伝音性か？
- 併存障害の有無
- コミュニケーション手段（日本語？手話？）
- 補聴器のフィッティング
- 発話の明瞭度

それぞれが違うので、聴カレベル（デジベル）だけでは説明が難しい。

私のきこえかた

- 両耳補聴器装用して、音声言語でコミュニケーションがある程度可能。
- 発話は不自由なくできる。
- 感音性難聴のため音が聞こえても言葉としての聞き取りが困難
- 「聴こえますか？」は聞えるけど、そのあとのお話が聞こえません。
- マスクをしているとほぼ聴こえない。
- 静かな場所や補聴器用のマイク（ロジャー等）を使うと会話可能
- かすれ声、早口、方言があるとほとんどわかりません。
- 読唇は得意ではありません。（健常者よりはできるかも。）
- 講義室でのマイクをつかった講義などは聞き取りにくい



医師になるまで

小学校入学時

- 就学前検診で初めて聴力検査
- 時計の音が聞こえなかった（時計に音がすることを初めて知った。）
- 大学病院で検査→軽度～中程度の感音性難聴（40デジベル位？）、言葉の遅れないので特に対応は必要ないです。
- 幼稚園の時におしゃべりがわからなかったのはそのせいだったのか、と自分の中で納得
- そのまま地域の小学校入学



小学校入学直後

- 耳鼻科での診断は「特に問題なし」のため配慮もなし
- 入学時着席は出席番号順で最後席
- 毎日学校に通うが、座っているだけで何をしているかわからず。
- プリントが配られたが、何をするのかわからず、(テストだった!)
→そのまま白紙で回収…知的障害があると思われていた。
- 休み時間は友達と普通にすごし楽しい毎日。(会話より身体を使った遊び中心)



小学校時代

- 親の努力もあり、少しずつ学校の理解も進む
- 席はいつも最前列の真ん中
- 小学校の授業は絵や板書も多くて理解できた
- 苦手なのは「フルーツバスケット」
- 小学校高学年で憲法の授業、基本的人権について学び、「平等」や「差別」「人権」について考えるように。
- 小学校6年生の時、国際障害者年にあたり、「障害」についても意識するようになった。
- 障害は悪いことではないが、「普通」にするためには人一倍「頑張るように」と言われて育った。



中学時代

- 私立中学を受験して試験は合格、しかし、難聴のため入学は「保留」となる。→初めての障害の壁
- 入学時「補聴器をつける」ことが条件となり入学できた
- 補聴器はつけたものの、あまり聴こえは良くない。しかし、いろいろなものに音があることに気づく。(雨の音とか、本をめくるときの音とか、料理の音とか)
- 平等という差別に出会うことが増えた
- 友人の一人と指文字を覚えた
- グループトークには参加できず、人付き合いが苦手に…

高校時代

- 聴カレベルは徐々に落ちて、補聴器は常時使用するように
- コミュニケーションに自信がなく、将来の進路決められずにいた
- 居住地にろうあ協会ができるが「難聴者お断り」
- 公民館の手話サークルに参加するが、健聴者の中にやはり入りにくい
- 聴こえなくてもいい仕事は何か?と考えていた
- 高校2年時に聴覚障害学生団体主催の聴覚障害高校生向けセミナーに参加、初めて自分以外の聴覚障害者と交流あり
- 県立高校で美術を教えるろう者の教師の話を知った→コミュニケーションが大切な教師の仕事についているなんて、驚き!
- 他にもろう者の先輩たちの生き生きとした姿を拝見

医師を目指すきっかけ

- 高校生講座で出会った人たち
⇒ 聴覚障害に向いている職業を選んでいるわけではなかった。
- 聴こえなくてもできる仕事ではなく、やりたいことを見つけて、どうやって実現するのが重要では？
- 聞こえなくても好きな仕事を目指す権利はあるはず。
- 母の「耳さえ聞こえれば」医者なんていいのにね。
- 大学生の先輩より、「聴診器なんて古いよ」「アメリカでは心音を見る機械があるんだよ。」
- 人の役に立てる医師の仕事は魅力的、やるだけやってみよう

医学部受験

- 両親は反対(心配)
- 高校の担任は納得がいくまで挑戦してみたら?
- 共通一次(今でいう共通テスト)は配慮を要望して別室受験
- 医学部の試験はもともと面接はなく、筆記のみ、最前列にしてもらう配慮あり
- 希望の大学に合格…しかし入学の条件は配慮を求めないこと



医学部時代

- 高校までと違って予習がきかない授業形式
- 暗幕をかけて暗い部屋でスライドを使用するので講師の顔も見えない
- 録音して家で聞き直すのも膨大な時間がかかり挫折
- 初めて自分は「普通にできない」ことを身に染みて体験

手話との出会い

- サークルの勧誘行事で手話サークルと出会う
- 聞こえを気にせずに会話ができる喜びを知る
- 授業には手話サークルの仲間が時々情報保障に来てくれた
- 実は手話では授業の理解は半分もできなかったかも…
- 手話によって、聴覚障害をアピールできた
- 実習グループの友人が片言の手話を覚えてくれたり、教員も自然に配慮してくれることも増えた

他障の方との出会い

- 地域で生活する脳性麻痺夫婦の入浴介助に行く
- 介助に行ったはずが、様々なことを教えてもらう
- 積極的にチャレンジする姿を尊敬しつつ、圧倒される日々
- 「ノーマライゼーション」という言葉を教えてもらう→障害者が自分らしくありのままに生きるってどういうこと？
- 「ありのままに頑張らずに生きる」ためには「努力」がいる…
- 障害者が頑張るのではなく、頑張らなくてもよい社会が求められる…でも、現実とは？
- 医学生としても普通にできないこと、障害者としてもありのままに生きるなんてできない、どちらもできないことで暗礁に乗り上げていた大学時代。

卒業に当たって

- 十分な理解とは言えないが、何とか実習もクリアして卒業
- 聞こえないものには国家試験を受けられないという法律があったが、補聴器をして聞こえるという事にして受験
- 国家試験は当時は面接なしの筆記のみで合格できた
- 大学時代は授業についていけず、将来の不安がいっぱい
- 自分に何ができるかみえず、卒業後の進路を決めかねた
- 本当に医師になれるか半信半疑
- ここまで来たら、引き返せない。とりあえず、やってみよう！



研修先探し

- 健聴者と同じ方法で研修するのは難しいかも
- 聴覚障害に理解のある病院はなかなか存在しない
- ⇒ 聴覚障害について理解を作りやすいところを選ぼう。
 - 小～中規模である事（顔を覚えてもらえる）
 - 指導が1対1で行われること
 - 研修医が相談できる機会が多くあるところ。
- 実際に見学や実習に行ってよかった病院に決めた。
- 当時9割の学生が大学に残る時代…周囲からはかなり心配された

医師になってから今まで

研修医時代

- 研修開始してみたら、心配していたよりずっとできる!
 - 患者さんとのやり取りは一對一なので何とか聞き取れる
 - 聞き返しても何度でも嫌な顔せずに繰り返して下さる。
- 苦労したのは略語、病院独自の言葉
 - 先輩医師のカルテを盗み見したりしながら覚えた
- 担当の指導医がいるので、困ったことは相談しやすい。
- 内科からスタートし、外科、産婦人科、小児科、救急外来、診療所、学校検診等いろいろな経験ができた。



研修医時代の様々な出来事①



- 挨拶に返事がない、と看護師さんから上司へ苦情→なるべく自分から挨拶しよう。
- 院内PHS(携帯)が聴こえない→発信元表示番号のところまでダッシュ
- 電話ができないと医師として困るよ、努力してみても言われたが...
- 救急外来で電話の聞き間違いであわや医療事故
- ⇒「頑張って電話はしてはいけない。」ことを実感。できないことはきちんと伝えるようにした。

研修医時代の様々な出来事②

- 言語障害の患者さんの声が聞き取れず泣かれてしまう
 - 聴こえにくいことを正直に話して、一緒に泣いて
 - 外来の時は手紙を書いてきてくれる。
- 多職種でのカンファレンス（会議）で聞き取れない。
 - 記録系の隣に座る、事前に患者の記録をすべて読んでから参加する、隣席のスタッフにこっそり聞いたりしながら。だんだん、私が聞こえているか確認してくれるようになった。
- 学会での聞き取りが難しい
 - 相談してみたら、職場が手話通訳費用を引き受けてくれた。

研修医時代の様々な出来事③

- 小児科の若い付き添いの父母は口形ははっきり伝えてくれる。
- 外科研修はマスクの壁あり。術前に指導医が手術の流れを一緒に予習してくれて、麻酔科医がマスクを外して「通訳」してくれた。
- 千葉弁の強い患者さん、なぜかいつもご指名いただき外来に来るがさっぱりわからず。→看護師さんをお願いしてこっそりほかの医師へ…。
- 耳は聞えているはずなのに患者さんの訴えを取り違える他の医師
(困難があるのは私だけじゃないかも。)

様々な事件はありつつ、職場も育ててくれた。少しずつ自分流を身に付けて周りも受け入れてきてくれた。

導入期研修で見たもの

- 24年前、導入期の研修をした病院はリハビリテーション科医師不在
- 院内には沢山の「寝たきり」の患者さん
- 床ずれや肺炎を繰り返して、「ドロドロ」になっていく患者さんたち。
- 治らないことを伝えて、「手厚い退院支援」を頑張る日々
- 脳梗塞で寝たきりに…「死にたい」と繰り返す女性…
- 安静が守れずベッドにベルトで固定されている患者さん…



リハビリテーション科研修中に見たもの

- ベッドに患者さんがいない!
- 前日脳卒中で入院した患者さんが車いすで食事している
- 退院後の生活や人生のための医療
- 専門性を持った多職種のコラボレーション
- 早期により良い状態での退院を支援できる地域の中のリハ医療チーム
- 「治りません」ではなく、「よくなります」



リハビリテーション医になりたい!

現在の仕事

- 回復期リハビリテーション病棟の入院患者さんの主治医
- リハビリテーション科外来担当医
- 訪問診療
- デイケア担当医
- 栄養サポートチーム担当医
- (発熱外来・救急外来)
- 研修指導医

リハビリテーション科医師とは？

- 病気だけではなく、障害も含めて患者さんの生活を診る
- 今の医学では治せません…ではなく「できることはあるはずだ」
- あきらめない医療
- 一人では何もできない、リハビリテーション医療チームで介入する
- (看護師、介護士、リハビリ療法士、栄養士、薬剤師、ソーシャルワーカー、本人、家族、ケアマネージャー等…)
- 医療チームのマネージャー、指揮者の役割

リハビリテーション科 の特徴



- とにかくカンファレンス
- 入院時カンファレンス、日々のミーティング、月1回のカンファレンス、退院時カンファレンス…
- →聞き取れないと結構厳しい…
- 情報共有が重要とされる
- →カルテなど情報を記録として残すことが徹底されている。

現在の働き方

- 患者さんとお話しする前に、まずはカルテで事前チェック(予習)
- 込み入った話は、看護師さんやリハビリスタッフと同行して。
- カンファレンス時の報告事項はカルテに事前入力してもらって予習
- 患者さんや家族との話し合いの場は看護師や介護士、医療ソーシャルワーカーが同席するので、聞き取れなかったときは言い直してもらったり。
- リハビリの様子を見て評価することも重要な任務



聴診器？

- 医師のシンボル聴診器
- あくまでも診断のための一つのツールに過ぎない
- 視診、触診、打診、問診などに加えて聴診がある
- 音波を表示できる聴診器や、
- Bluetoothで補聴器に接続できる聴診器もある。
- 聴こえる人には聴診は便利だが…
- 聴診器が使えないから医師になれないではない



障害受容って何？

聴覚障害をもつ医師が患者さんと考えたこと

かけだしリハ医の頃…

- 「障害受容」はリハ医療の一つのテーマ
- 指導医から、「どうやって障害受容したか教えてほしい。」??
- うまく「障害受容」できないと、適応障害になったり、リハビリテーションの拒否など、効果が上がらない?
- うまく「障害受容」できないと、リハビリテーションから先に進めない「リハビリジプシー」「リハビリだけの人生」になってしまう。
- 患者さんが受容できるよう、希望を持てるように障害を告知し、受容へ導くのがリハチームの役目?



同年代の患者さんと…

- 脳挫傷20代男性 外来通院中

「先生はどうやって受容したんですか？」

「受容しないといけないうって言われるけど、できない。どうしたらよいのかな？」

「つい、うまくできないと、いらいらしちゃって、まだ駄目だと落ち込んでしまっています。」

- 復職もして、社会復帰もできているが、受容できないことを苦しんでいる。

思わず共感して意気投合してしまった…

受容って何でしょうね…苦しもの？

当時の自身の障害との向き合いは…

- 幼少時からの障害であり、「あたりまえ」であり、「つらい」ものではなかったが
- 聴覚障害者に医師は無理、と言われて反抗
- 大学入学後に壁に直面…「授業がわからない」「これじゃあ、医師どころか仕事は無理」
- 手話との出会いで救われたが
- 手話ができる人は少ない
 - 「あきらめ」によるストレス回避
 - ときに落ち込み、怒り
- 自分にできる範囲でやってみよう。
- あきらめない受容って何だろうなあ？



なかなか障害受容してくれない患者さん達①

- 50代男性脳梗塞、左片麻痺
- 高次脳機能障害重度
- トラック運転手
- 離婚しており、兄弟とも疎遠、独居
- 兄弟は事業に成功しており、コンプレックスを持っている
- 高収入で友人に食事をおごったり、女性へプレゼントをすることが楽しみだった。

なかなか障害受容してくれない患者さん達②

- 病態失認あり、麻痺を認めない
- 1日に何度も転倒
- 装具装着の拒否
- 他患者をみて、(片麻痺の患者さんには不適の)歩行器を使いたいとこだわる
- 入院と同時に失職したが、生活保護のお世話になりたくない。
- 退院したらまたトラックの運転ができるから大丈夫、と思っている。

なかなか障害受容してくれない患者さん達③

- 医療費の請求書を見せて、生活保護受給のおすすめ。
→何とか申請にこぎつける
- ずっと使うものではないが、今は必要と装具装着の説得
- 実際に歩行器で歩いてみてもらい、うまくいかないことを繰り返し体験してもらう
- スタッフステーション目の前の部屋へ移動。自主的に(勝手に)歩行されそうになったときは、すぐにかかけつけ介助で歩行。

なかなか障害受容してくれない患者さん達④

- 頻回の歩行練習（勝手歩行）で歩行能力改善
- 「絶対に杖なしで歩いてやる」と、リハは非常に積極的（スタッフの遅刻に激高）
- 退院したら、「もう一旗揚げるつもり」と。
- 何とか奇跡的に装具と杖で歩行獲得。しかし、左半身をあちこちにぶつけて左側は傷だらけ
- 衣服の位置関係を理解できず着替えもできない
- もちろん自宅退院希望で、家屋訪問行ったが、

なかなか障害受容してくれない患者さん達⑤

- 自宅は駐車場に立てられた一間のプレハブ小屋
- シャワー室はつけてあったが、トイレはない。
- カセットコンロで調理していた。
- 「もちろん、大丈夫」と引っ越しには応ぜず。保証人もなく、容易に引っ越せない。
- トイレは大通りを渡った先のコンビニやファミリーレストランに借りに行く（実際に行うが、非常に危険）
- 退院具体化に伴って、不安増強。「こんな姿になって情けない。」

なかなか障害受容してくれない患者さん達⑥

- 市のケースワーカー、保健師、障害福祉課担当者などよりも施設入所の説得も失敗。
- 市ケースワーカー、サービス担当者と度々カンファレンスを持ち、近医診療所よりの往診も依頼し、自宅退院できた。
- すぐに再入院となると予想していたが…転倒しながら自宅で生活を継続し、「梨ひと箱」抱えて来院。自信に満ちた表情で「世話になったな。」と、梨を配ってお帰りになった。

なかなか受容してくれない患者さん達 その他大勢

- 1日に何度も転倒しながら、「歩けない」ことを認めようとしなない患者さん
- 「痛くて動かないだけ」とリハビリを拒否する患者さん
- リハビリのやり方が悪いせいで治らない、と転医しては戻ってくる患者さん
- 福祉サービスの利用を拒否する患者さん

障害受容できていないという患者さんは

- とてもパワフル、ときに問題患者
- 「死にたい」っていうけど、「自分らしく生きたい」気持ちを強く持っている
- 病気になったこと、障害を持ったことに対しての後悔や悲嘆は続くが、
- 一日一日をコツコツと力強く過ごされている。
- 十分なリハビリテーションを受けたあとに、気持ちの変化がみられていた。

長期のリハで良好な予後を得た患者さん①

- 四肢麻痺、嚥下障害合併し一時人工呼吸も要したギランバレー症候群
- 発症1か月目、経管栄養全介助、四肢完全麻痺、ナースコールも押せない→「1か月くらいで治るんでしょう？」
- 発症後4か月。依然全介助。何とか嚥下訓練食を全介助で食べられるようになった。座ることもまだできない。→いつ頃歩けるようになりますか？
- 発症6か月、食事はミキサー食全介助で摂食可能、リクライニング車いすに10数分座れるようになった。→いつ頃歩けるようになりますか？

長期のリハで良好な予後を得た患者さん②

- スタッフより、予後を伝えたほうが良いのではないか?という意見多数。
- しかし、本人は「歩けるようになる」と言ってもらいたいのでは?
- 医学的に歩けるようにならない証拠はない。
- 普通の歩行は無理ですが、年単位あきらめなければ、歩行補助具を使って歩けるようになる可能性はあります…。

長期のリハで良好な予後を得た患者さん③

- 発症9か月後両足長下肢装具と歩行車、二人介助で歩行訓練ができた。
- 発症10か月、スプーンで食事がとれるようになった。両足長下肢装具と歩行者、一人介助で歩行訓練可能となり退院。訪問、通所リハ開始。→自宅のトイレに歩いて行けることが夢です。
- 発症34か月前2輪歩行器自立でトイレ自立。自宅のお風呂には入れた。ビールの大ジョッキも持てる。
- 発症後5年経過した現在、杖で装具なしでも歩行自立、トイレやお風呂も一人でできるようになり、「こんなもんかな。」

障害受容は必要なの？

- 障害受容していなくても「自分らしく生きる」ことができていた。
- 受容ができたなら、もっと、楽に生きられるかも。
- 価値観の転換、受容をしないほうが、「その人らしい」こともある。
- 生き方も様々、受容の形も様々なのではないか。
- 患者さん自身が自分で決めて納得しているかが大切。
- 受容できないことを受容する必要性。
- それは本当に「わがまま」なのか？
- 患者さんは本当に「問題患者」なのか？
- 受容は患者さんがするもの？周囲がするものなのではないか？

さて、自分の問題は…

- 医師は無理と言われていたが、もう29年目
- 役割分担のリハチームでは私の耳の代わりに情報を集めてくれる優秀なスタッフが沢山
- 電子カルテに、メールに、電話リレーサービスまで出てきて、とっても便利
- 音声認識ソフトや補聴支援機器も進化
- 健聴者と同じことはできない、あきらめはあるし、悔しい瞬間もあるが、
- 患者さんにもいろいろな生き方があったなあ…
- 障害を含めた自分の経験は人とは違う大きな糧
- 自分には自分の働き方があるかな？健聴者と同じである必要はないのでは。

障害者の人権と医療

人権を意識すると見えてしまうモヤモヤ

抑制は誰のため？

- 点滴を引き抜いてしまう患者さん
- おむつを外して布団がびしょりになってしまう患者さん
- ベッドから転がり落ちてしまう患者さん
- 夜になると活動を始める患者さん
- 車いすから立ち上がってしまう患者さん
- 家に帰ろうとして何度も出ていこうとってしまう患者さん
- 医療者の思いは…
 - 「ちゃんと治療を受けて元気になってほしい。」
 - 「転んで痛い思いをしないように。」
 - 「夜はちゃんと睡眠をとらせてあげたい。」

抑制をなくすために…

- 2005年リハビリテーション病棟開設、2年かけて開設準備
- リハビリテーション病棟は患者さんの人生の一部、病棟での生活は退院後の生活のためにある
- 生活の専門職として介護職に入った
- 患者さんの意思を尊重して、いかに実現するか？を重視しよう
- その「医療行為」は患者さんのためなのか？
- 抑制が抑制を招いていないか？
- 抑制は必要悪 VS 抑制は人権侵害 本当は抑制したくない医療者
- まずは抑制なしで始めてみよう→現在まで抑制しないでできた
- 生活の専門家としての介護職のチカラが大きかった

抑制をなくしてみたら

- 患者さんの「やっと人間に戻れた」
- 拒否が強い患者さんも穏やかに
- チームのスタッフ間の話し合いも増えた
- 向精神薬はほとんどいらなくなった
- 時に夜勤は大変ですが…
- 抑制が必要というスタッフはいなくなった
- でもまだ急性期医療現場では、抑制は「無くせない」といわれています…

医療を受ける権利は守られているのか？

- リハビリテーション病棟入院は審査制
- 本来リハビリテーションが受けられる病状かどうかを審査する場であるが…
- 身寄りがない、生活保護、重度の認知症、高次脳機能障害、精神障害、聴覚障害、視覚障害、透析患者さん…敬遠されがち
- 必要な患者さんに必要なリハビリテーションを提供したいが…マンパワーの問題もあり、限定されてしまう…
- 外来中断しがちな高次脳機能障害や精神障害のある患者さん…
- 聞こえないことで十分な情報提供が受けられていない高齢患者さん…

コロナ禍で

- 感染対策のため、面会も禁止、外出外泊も禁止
- レクリエーションは全て中止
- 患者さんは1日中マスク着用の強要、患者同士の会話禁止
- スタッフもマスク着用で顔を見せない
- 表情がなくなる患者さんたち…
- 「刑務所みたいだな…」
- 感染対策チームと毎日議論…
スタッフ立ち合いでの家族との面会、ガラス越し面会、退院前の家庭訪問、スタッフとの外出訓練…

医療従事者の人権

- 診療報酬で経営している医療機関はいつも赤字
- 労働条件が悪いのは「仕方がない。」と声をあげずに辞めていく医療従事者
- 患者さんのために「仕方ない」と飲み込む医療従事者
- 「できの悪い」労働者の「せい」で現場が回らない
- 多様性が失われる医療労働現場
- 新人看護師が育てない現場
- 「一人一人が今までよりも多く働いてほしい」という経営者
- コロナ禍で日本の医療の脆弱性が露見
→労働組合で闘うという選択

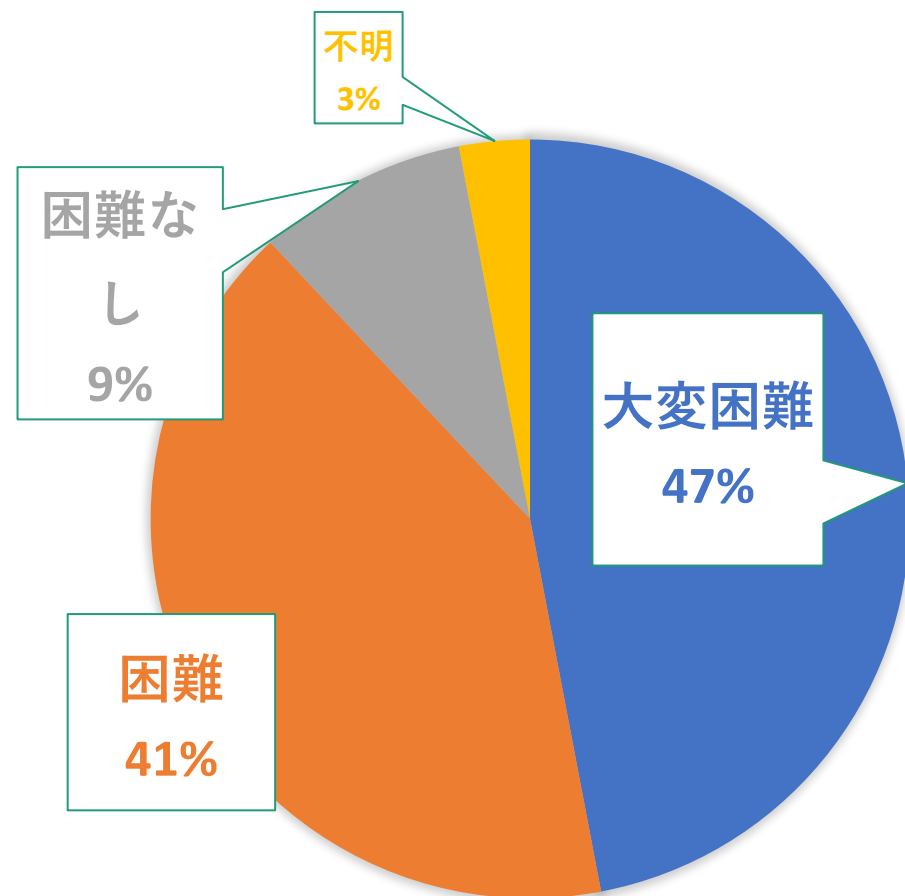
コロナ禍での経験

聴覚障害をもつ医療従事者の立場で

医療現場の聴覚障害者の困りごと（コロナ禍での）

- マスクの着用の徹底で、口元が見えない。
- アクリル板の設置により声が聞き取りにくくなる。
- 距離を取ることを求められ、近寄って聞くことができない。
- 業務中だけでなく、休憩中や業務外でもマスクを外せず、あらゆる情報から疎外される。
- 同僚との交流の機会が制限され、情報を補うことができない。
- 業務指示が日々変わる、口頭連絡の増加により、業務上のリスクを抱えた。
- 会合や県外移動の禁止などで、当事者同士の交流もできなくなった。

マスクによるコミュニケーション困難感 (聴覚障害をもつ医療従事者の会会員アンケートより)



88%がマスクでコミュニケーションに困難。

業務内容の変更が必要だったのは
27%

コミュニケーション方法の変更が必要
だったのが35%

不本意な配置転換が必要だったケー
スや退職を決意したケースもあり。



私の場合

- マスク着用で、聴こえにくいから聴こえないになった
- 患者さんへも聴こえないことを最初に話さなくてはならなくなった。

透明マスクの導入

- ロジャーシステム（ワイヤレスマイクシステム）とUDトーク（音声認識アプリ）の併用
- 聴こえないことは伝えやすくなり、理解されやすくなった。



聴覚障害をもつ医療従事者の会

- 聴覚障害者が医療現場で孤立せず差別されずに就労できる社会環境の実現のために、親睦と連携を目的とする。
- 2001年医療系国家資格をもつ聴覚障害当事者9名で発足。
- 2001年医療系国家資格における絶対的欠格条項（障害を理由として免許を与えないというもの。）が撤廃され、聴覚障害をもつ医療従事者の増加、また声を上げやすくなった。
- 現在会員数約80名
- 年1回の定例会、および地域、職種別の交流会を行い、情報交換や相談を行っている。

ホームページ / <https://jndhhmp.org>



コロナ禍での活動

- ホームページでの情報交換
- オンライン苦手な医療従事者のためのZoom講習会
- UDTトーク(音声認識アプリ)利用の講習会
- オンライン交流会での情報交換、有志の交流会のサポート
- ろうあ連盟と協力してコロナ関連情報の情報提供
- 日本聴力障害新聞へ聴覚障害をもつ医療従事者のコラム連載
- 高校生や教員、医療系学生からのオンライン相談
- 地域の聴覚障害者団体への医療講座
- 学生さん向けオンライン啓発イベント

今も残る欠格条項

欠格条項って？

- 資格や免許を持つこと、ある行為をすることの制限を法律が決めているもの
- ○○の人にはこの資格を認めない…というようなもの
- 18歳未満には選挙権がないなどの年齢による欠格条項もある
- 障害や疾患に基づく欠格条項は、社会参加の壁を阻む大きな社会の壁であった
- 免許や資格だけではなく、受験資格、役職に就くこと、議会の傍聴、公共施設の利用などの制限もある
- 障害を理由に欠格とする「障害者欠格条項」は多くが見直しをされているが精神障害を意味する「心身の故障」という理由での欠格条項は増加傾向
- 今も600以上の法律で障害や疾患に関わる欠格条項が残る

医療資格をめぐる欠格条項とは？

- 医師、看護師、薬剤師などほとんどすべての医療資格に、「聴覚障害者には免許を与えない」とする欠格条項があった。
- 実際には、難聴や中途失聴など含め聴覚障害をもち資格所持者は複数存在。
- しかし、資格取得後に障害をもった場合は免許をはく奪できる、と法律に明記されていたため声を上げられなかった。
- 1998年聴覚障害のある早瀬久美さんが薬剤師国家試験に合格したにもかかわらず、欠格条項を理由に免許交付されず。
- 聴覚障害者をはじめ、視覚障害など障害者団体及び一般社会の世論も後押しして、「免許を与えない」という欠格条項は法律から撤廃された。
- 2001年早瀬さんは薬剤師免許取得。国家試験合格から4年経過していた



今も残る欠格条項

- 聴こえないものには免許を与えないという絶対的欠格条項は撤廃されたが…
- 聴覚障害は未だ多くの医療資格で「障害の状況により免許を与えないことがある」とする相対的欠格条項として残る
- 若者が資格を目指すための障壁になったり、未来を奪う事にもなりかねない。
- 身近に聴覚障害をもつ医療従事者はまだ少ない
- 医療界や教育現場では、聞こえないと医療従事者は難しいという思い込み
- 専門教育における情報保障や理解が不十分であり、「あきらめるよう仕向けられる」ケースや学生へのハラスメントが後を絶たない。

聴覚障害者がリハビリテーション医になって
見えたもの

聴覚障害をもつ医療従事者の存在意義？

- 聴覚障害者が医療サービスの提供側にいることで、医療者側の聴覚障害に対する理解が深まる
 - 聴覚障害者により良い医療が提供できる土壌が作られる
- 医療情報に触れにくい聴覚障害者に対して医療従事者として情報提供ができる
- 情報共有に配慮した医療チームが作られる
 - 医療の質の向上、医療事故予防に寄与
- 本来は存在意義など考えずとも、普通に聞こえない医療従事者がいるべきである。

チームで働くという事

- 誰かがオールマイティになるのではなく
- それぞれの専門性を持ち合って一つにする
- 障害の有無だけではなくそれぞれの「特性」を生かして
- 互いに補い合っていくのがチーム医療
- 子育てや介護のハンディと経験
- ベテランの技術と新人の発想を組み合わせる
- 多様な立場や価値観から互いに学び、
- 誰もが尊重され、大切にされるチームこそが、よりよい医療を提供できるはず。



ありのままに生きられる社会のために

- その「しかたない」は本当にそうなのか？
- 身近に聴覚障害者が少ないとしたらそれはなぜ？
- 一人一人が尊重される社会→人権に立ち返って
- まずは自分自身が大切にされる社会を目指すことが、みんなが大切にされる社会になるのではないだろうか。

聴覚障害をもつリハビリテーション医として

- 障害があっても「がんばらなくてもよい」社会を作りたい
- 聴覚障害者が安心して医療を受けられるようにしたい
- 聴覚障害があっても、医療従事者の道をあきらめないで良いように、存在を知らせたい。
- 相対的欠格条項をなくし、医療現場も多様性をもったチームを作っていきたい。
- 障害や認知症があっても住み慣れた地域で、生きることをあきらめない社会を作りたい。

障害 障碍 障がい 個性？

- 障害は個性か？
- 障害が軽度でよかった？
- 障害ではなく障碍？障がい？
- 自分にとっては「個性」と言ってしまうには重い存在。
- 「害」として取り除きたいものではないが。
- 社会のバリアフリーなどは十分ではなく、社会参加の上ではいまだに「害」である。
- 自分や、自分の仲間の中では自分の特徴の一つ、強みでさえもあるけれど、社会との関係では「障害」というのが自分としてはしっくりくるかな。

障害は本人が障害だと思えば障害だし、個性だと思えば個性なんです。
(石川誠先生 2017年リハ医学会
指導医講習会にて)



ご清聴ありがとうございました!