

聴覚障害をもつ医療従事者の役割と就労支援

聴覚障害をもつ医療従事者の会代表

関口 麻理子 せきぐち まりこ

1994年千葉大学医学部卒業。1994年医師免許取得、千葉県勤労者医療協会入職。現在千葉県勤労者医療協会船橋二和病院リハビリテーション科科长。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 (URL <https://jndhmp.org>)。



2001年の欠格条項撤廃以降、全国には多数の聴覚障害をもつ医療従事者が就労中である。安定した就労には職場の聴覚障害に対する理解と環境が大きく影響している。聴覚障害者の受療権を守り、医療情報へのアクセシビリティ向上のために、聴覚障害をもつ医療従事者の存在は重要である。聴覚障害者の就労は医療安全の向上につながるが、雇用者の費用負担は大きい。共生社会の実現のためにも聴覚障害者雇用や教育、サポート体制の構築、環境整備に対する公的な支援が望まれる。

はじめに

医療資格を持つ聴覚障害者の総数は明らかにされていないが、聴覚障害をもつ医療従事者の会(以下、聴障医会)には2021年7月現在75人の会員がいる。入会していない当事者も相当数いると思われ、医療資格を持たず、医療機関等で就労している聴覚障害者を含めればさらにその数は増える。医療現場における聴覚障害者にまつわる諸課題、および聴覚障害者の医療情報へのアクセシビリティの課題と受療権の問題に絡んで、聴覚障害をもつ医療従事者の存在意義について考える。

保健医療資格における欠格条項

聴障医会には様々な資格の医療職がいる。しかし過去には、聴覚障害をもつ医療従事者はいないとされてきた歴史があった。1948年に施行された旧医師法には「耳が聞こえないものには免許を与えない」とする欠格条項が設けられていた。看護師、薬剤師をはじめ、その他ほとんどの保健医療資格にも視聴覚障害者に対する欠格条項が存在し、2001年に法律が改正されるまで継続していた。

1998年薬剤師国家試験に合格した聴覚障害者が欠格条項を理由に免許を交付されないという問題が生じた。それがきっかけとなり、各障害者団体らによる欠格条項撤廃運動が

盛り上がりを見せた。撤廃運動は世論をも巻き込み、政府も障害者の社会参加を阻む可能性がある」と認め、障害者欠格条項の見直しが打ち出された。そうして、2001年に施行された医師法ではこの絶対的欠格条項は撤廃され、同様に他の保健医療資格でも撤廃された。

しかし、現在も「心身の障害により医師の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるものには免許を与えないことがある」という相対的欠格条項が残されている。これには聴覚障害が含まれており、聴覚障害者が医療職を目指す際の障壁となっている。同法の付帯決議では、改正後5年をめどに欠格事由のあり方について検討し、必要な措置を講じるとされている。しかし残念ながら、現在までその見直しは行われていない。

就労実態

撤廃運動の中で、医療資格を持つ聴覚障害者が複数いることが分かり、当会が設立されるに至った。法改正後の2002年に会員を中心に行われた第1回就労実態調査によれば、回答を得た18人のほとんどは、欠格条項があったにもかかわらず、資格取得時に聴覚障害があった¹⁾。また、資格取得前の就学時の支援の乏しさや就職後のコミュニケーションの困難、スキルアップ機会の不足や研修時の情報保障の不足、電話や医療機器のアラーム音の聞き取りの問題などハード面の課題もあることが分かる。それらの問題について、欠格条項の存在ゆえに声を上げにくかった状況と、それでも個人が努力し、周囲への理解と支援を求めながら道を切り開いてきた実態が示された¹⁾。

同付帯決議には「教育・養成機関での障害者に配慮した受験制度及び就学環境の改善」「職場介助者等の職場における補助的手段の導

入に対する事業主への助成など、関係行政機関が一体となって就業環境の整備に努めること」等が記されており、職場の努力ではなく、国や行政機関によって教育や就労の環境整備を進める必要性が記された。就労環境の整備が期待されていたが、現時点まで国や政府によるその後の実態の検証は行われていない。

2010年に聴障医会による第2回就労実態調査が行われ、栗原らにより「聴覚障害をもつ保健医療従事者の現状と課題」として報告された²⁾。会員58人を含めた96人が調査対象となり、71人から回答を得ている。平均聴力レベルは80dB以上の重度聴覚障害者が半数以上で、主なコミュニケーション方法は、読唇術も含め聴覚音声を利用する者が多かった。聴覚障害を理由とする転職経験をもつ者も多く存在し、これは2002年の第1回調査と同様の傾向であり、依然として就労環境の整備が十分でないことがうかがわれる。聴覚障害をもつ医療従事者の困り事としては、聴診器や医療機器によるアラーム音の聴取の問題、電話を含め、情報収集に聴覚音声の利用を求められるため、不十分な情報の中での働きを強いられている現状が挙げられている。共通に見られた悩みは、聴覚障害を理解されにくいことであった。2010年の調査時点では、2001年法改正後も施策による公的な介入や体系化した支援には至らず、障害当事者による努力という形で、聴覚音声を代償できる機器の利用や、職場の理解を求めつつ情報保障を要望していることが分かる。また、この報告では、重度の聴覚障害者よりも80dB未満の聴覚障害者のほうが就労上の満足度は低い傾向が示された。公的な支援は障害者手帳を取得できる重度の障害者に限られるという問題に加え、軽度の聴覚障害者ほ

ど、障害に対する理解が得られにくいという問題もあると思われる。現在、聴障医学会では第3回実態調査を行っている。

聴覚障害をもつ一医師の就労状況

筆者は両耳95dBの聴力レベルで、両耳に補聴器を装着し聴覚音声を頼るが、感音性難聴のため、言葉の弁別は十分でなく、読唇や文字情報を補完的に利用している。1988年に医学部入学、臨床医を目指したが、恥ずかしながら当時欠格条項を知らなかった。在籍当時は、今のような合理的配慮の考え方はなく、他学部の学生による手話通訳や要約筆記等のボランティア、医学部の友人らの協力を得て卒業できた。1994年の国家試験は、補聴器使用にて音は聞き取れるということで、欠格条項の「聞こえないもの」には当たらないとして受験した。当時は筆記試験のみで面接はなく、合格できた(面接試験が課せられていたら、かなり厳しかったと予想する)。当時大学での授業や実習は、友人の支援がなければ遂行できない状況があり、臨床に進める自信がなく専門科を選択できなかった。当時は卒後、出身大学の医局に入局して研修を受けることが主流であったが、筆者の場合は各科ローテート研修ができる民間の医療機関に就職した。

就職時は聴覚障害があることをオープンにし、就労前に音量拡大機能のあるアンプ付き聴診器を探してもらった。また、就職後は、院内他職種に状況を周知してもらった。院内PHSが使用できず、PHSに表示される番号の部署に直接駆け付けるといった方法を取った。専門用語、特に略語や略称等の聞き取りに難渋したが、研修医仲間の協力や、先輩医師のカルテをこっそり調べてしのいだ。回診やカンファレンスの聞き取りはかなり難しかったが、

指導医の隣に張り付いて耳を澄ましたり、書記の隣に着座して記録を見ながら状況を判断する等の工夫をした。予想外の質問をされる回診時の聞き取りは難しく、勘頼みであったが、カンファレンスはカルテからの事前情報収集により不十分な聞き取りでも内容の予測が可能で、議論に参加できた。患者とのコミュニケーションは、繰り返し聞いたり、時に看護師にサポートしてもらい、概ね行えた。外科の手術中はマスクが必須となり、読唇ができず聞こえにくかったが、指導医が前日に手術の予習に付き合ってくれたり、術野から外れている麻酔担当の医師がマスクをずらして教えてくれたりする形で大きな支障なく研修を終えられた。小児科では患児の言葉は聞き取れなかったが、患児の親は聞こえに配慮してくれることが多く、児の胸壁は薄いため聴診がしやすい等、難聴者には働きやすい環境であることが分かった。夜間の救急当直は静かな夜間帯という時間も幸いして聞き取りもしやすく、他の研修医同様に研修できたが、電話対応が難点であった。当初電話はいったん自分で受けて、駄目だったら他の人に頼むという方法を取っていたが、一度救急隊からの電話を聞き間違えて専門外の患者を受け入れてしまい(すぐに院内の他専門科へ依頼して事なきは得たものの)、その後は外線電話は直接出ずに業務ができるようにシステム変更した。

このようにスムーズに就労できたのは、毎月行われていた研修評価会議で聴覚障害にまつわる困り事について、研修医の筆者、指導医双方から相談できる環境があり、他科や他職種の指導者とも共有し対策を検討できたことも大きい。しかしそれでも、耳を澄まして目を凝らす毎日は疲労も強く、帰宅後は研さんを積む余裕もなく、倒れるように休んでいた。

どの専門科も魅力的で選択に迷ったが、最終的にリハビリテーション科を選択した。病気を治療するだけでなく、障害を含め病気に関わる生活や人生の困り事全てを対象としており、障害よりも残されている能力に着目できることに魅力を感じた。また、当時まだ珍しかったチーム医療が確立しており、各専門職がそれぞれの専門性を生かしつつシームレスな連携ができていたことも魅力であった。それは障害がある筆者もそれ以外のスタッフも、それぞれの得意不得意を評価し合い、能力を有効に生かせることにつながり、研修中は筆者の医師としての能力を適正に評価してもらえた実感があった。リハビリテーション科はカンファレンスが多く聴覚音声を利用する場面がとて多いが、単独での業務は少なく、他職種、同僚の支援を得やすい。また、筆者自身が障害当事者であることは強みになっており、診療に生かしている。

筆者の経験は、医師であったから周囲の理解を得やすかった面もあり、そのまま他職種に適用できることではない。しかし、障害の程度や職種にかかわらず、職場の聴覚障害に対する理解や、理解しようとする姿勢、相談できる体制が働きやすさにプラスに影響することは明らかである。現在はどの専門科でもチーム医療が前面に打ち出されており、聴覚障害者にとって、医療現場が就労しやすい職場の一つとなっていくことを期待したい。

ろう薬剤師の柴田は、聴覚障害をもつ薬剤師が対面業務につけるかどうかは、障害の軽重ではなく、職場の理解や環境によることを強調している³⁾。アメリカの医療従事者の会では専属手話通訳を付けて、救急等、多方面で活躍しており、職場環境が整えば就労場面を限定されずに活躍できることが分かる。

聴覚障害をもつ医療者の存在意義

聴覚障害者にも職業選択の自由があり、医療職を目指す者がいるのは自然なことである。しかし、医療機関において聴覚障害者を雇用する事業者には、就労環境整備の負担が生じる。それでもなお、聴覚障害者が医療従事者として存在する意義があるのか、しばしば問われ、我々自身も答えを探している。

まず、聴覚障害者が、医療サービスを受ける側ではなく提供する側にいることで、自然と聴覚障害への理解や配慮方法が周囲のスタッフにも浸透しやすいことが挙げられる。聴覚障害当事者の視点から、提供されている医療サービスの様々な課題を見だし、解決方法を探る責務もある³⁾。ろう者の場合、文字情報があっても正しく内容を把握することが難しい。筆者の経験でも、ろう患者が、問診票の文を理解せず適切な回答ができなかったため、主訴と異なる症状に対する診療を受けてしまったり、訴えが伝わらない不安から処方された薬を飲まずに廃棄していたりした事例に遭遇したことがある。ろうの患者に対しては、手話による診療を行ったり、聴覚障害をもつ医療従事者でも手話ができるとは限らないため、専門の手話通訳の利用を支援したりすることが必要である。別の事例になるが、加齢性難聴による中途失聴の患者家族に対して、要約筆記通訳の情報を提供し、利用支援をしたことで、患者家族の役割を果たせ、患者、医療者側双方にとって安全安心な医療が行えたことも経験した。このように聴覚障害をもつ医療従事者による気付きと対応が重要な役割を担っている。

また、聴覚障害者は様々な医療情報に触れる機会が圧倒的に少ない。文字の読める中途失聴者や難聴者であっても、家族や友人の会

話に参加しにくく日常的に健康に関する情報に触れる機会が少ない。さらにろう者の場合、テレビ等からの医療情報を得にくく、文字による理解も不十分で偏った知識を持ちやすい。前出のろう薬剤師柴田ら関西ろう者医療保障研究会では文字情報が苦手なろう者に対する手話による医療情報提供の試みをしている⁴⁾。聴障医学会会員も、地元の聴覚障害者に対して新型コロナの医療情報提供や、ワクチン接種の啓発等を行った。

さらに、聴覚障害者がいることで、安全な医療環境の整備につながる可能性がある。筆者の職場では、情報の行き違いを防ぐため、患者情報はカルテ記事にして共有することになっている。各職種は他職種の記録も確認しており、交代制勤務の職場でも情報伝達が正しく行えている。また、口頭指示をなくして書面で指示することは、今ほどの医療機関でも当たり前であるが、聴覚障害をもつ医療従事者のいる職場では以前から徹底して行われてきた。医療機器のアラーム音聞き逃し対策としての光や振動が併用できる機器は、聴覚障害者だけでなく、全ての医療従事者にとってより安全な医療の構築につながっている。

コロナ禍での働き方の変化

COVID-19パンデミックにより、医療従事者の働き方は一変した。特に補聴器等による聴覚音声を利用していた者にとって、ユニバーサlmaskは業務遂行を困難にした。2020年の聴障医学会会員アンケートでも、回答した会員の27%が業務内容の変更を要していた。また、89%がユニバーサlmaskにより、困難を感じていた。中には配置転換や退職を考慮する者もおり、影響は深刻だった。

一方、コロナ禍になり不自由は増したが職

場の聴覚障害に対する理解を得やすくなり、より良い就労環境を手に入れた者もいた。ユニバーサlmaskにより健聴者にも聞き取りにくい場面が生じ、見えなかった聴覚障害の困り事が「マスク」という目に見える困り事になり、気付かれやすくなった面がある。また、会議や学会等のオンライン化により、音声認識システムを利用したり、個室での視聴等聞き取りやすい環境の整備ができて、コロナ禍前よりも参加しやすくなったという声も聞く。一方で、手話通訳の利用がしにくい、個別参加のため、同僚の支援を依頼できず参加困難になった、という声もあり課題はある。

聴障医学会では、オンラインでの交流会を行い、コロナ禍の困り事を共有し、解決策について検討し合ってきた。就労場面によっては一時的にマスクを外して口元を見せてもらう、フェイスシールドを使う等の工夫が見られたが、医療機関では日常会話もマスク外しは禁止されており、コミュニケーションに消極的になっていた。補聴器に無線入力できるマイク(ロジャー[®]等)や音声認識システム(UDトーク[®]、Google音声認識等)といった機器(図1)の導入が有効だった事例もあったが、高価な物であり、全ての職場で導入することは難しかった。口元が見える透明マスクの導入は一部の医療機関に限られた。理由はコストがかかること、医療用と認証されていないことである。医療用透明マスクの国内での開発販売が切望されるが、まだその情報はない。筆者の就労先では医療用ではないものの、口元が透明になった不織布3層マスクを導入し聞こえないことによるリスクを回避する方法を選択した(図2)。また、障害者雇用支援機構より就労支援機器として、ワイヤレスマイクで集音し受信機に送るロジャー[®]を

借り、UDトーク®で文字化している。これにより通常の病棟や外来業務に加え、発熱外来やワクチン接種時の問診等も担えた。しかし、機構の貸し出しは6カ月限定であり、その間に職場が就労環境を整えることが前提になっているが、その助成金は雇用して6カ月以内の障害者にしか適用されない。コロナ対策の補助金を利用できた職場もあるが、申請時期や事業所が限られ、なかなか利用が難しかった。就労環境の整備は各職場または障害者個人の自費になり、簡単ではない。

医療機関での障害者雇用の課題

障害のある人もない人も共に支え合い、多様な個人の能力を発揮できる環境が求められている。障害をもつ医療従事者は支援の受け手であるが、医療や福祉を提供する支え手として活躍することができ、その存在は医療従事者の心のバリアフリー⁵⁾の実現に寄与できる。我々が医療者として個々の能力を十分発揮するには、情報保障や適切なサポートをするための人的整備、IT機器等の導入、聴覚障



図2 透明マスクをつけてのカンファレンス風景

害者雇用のノウハウや教育方法の構築などが必要である。

しかし、診療報酬の枠組みの中で経営し、常に赤字体質で、人手不足であるにもかかわらず人件費削減が求められる医療機関では、労働者には即戦力が求められ、積極的な障害者雇用が難しい。障害をもつ医療従事者が医療機関で働くメリットは職場にとっても大きく、医療の質の向上のためにも、もっと雇用が積極的に行われるべきである。今後医療機関での障害者の継続した雇用が行えるよう、診療報酬の枠組みを超えた仕組みが求められるとともに、各職場で培った障害者雇用のノウハウや教育システムについて共有し一般化する必要があるのではないかと考える。



図1 UDトーク®とロジャー®

参考文献

- 1) 聴覚障害をもつ医療従事者の会. 医療現場で働く聞こえない人々. 現代書館
- 2) 栗原房江, 廣田栄子. 聴覚障害をもつ保健医療従事者の現状と課題. *Audiology Japan*. 2012, 55, 669-678
- 3) 柴田昌彦. 社会の中のろう薬剤師~ろう・難聴薬剤師の役割とは~. *薬学教育*. 2021, 5.
- 4) 特集: コロナ禍に立ち向かうきこえない・きこえにくい医療従事者. 季刊みみ, 秋号. 全日本ろうあ連盟. 2021, No.173.
- 5) ユニバーサルデザイン関係閣僚会議. ユニバーサルデザイン2020行動計画. 首相官邸HP.