

【研究ノート】

精神科入院における聴覚障害者の権利保障 ～実践報告集にみる実態から考える～

Guaranteeing the Rights of Deaf and Hard of Hearing Persons
in Psychiatric Hospitalization
-Considerations from the Actual Situation of the Practice Report Collection-

赤畑 淳
AKAHATA Atsushi

I. はじめに

「聴覚障害者 精神科に入院50年 ～背景に差別や偏見か『社会的入院』の可能性～」

これは、2019年2月4日朝日新聞〔朝刊〕生活面の記事の見出しである。新聞記事は「聴覚障害者に対する差別や偏見で、精神科病院に入院を迫られたとみられる人たちの存在が明らかになってきました。入院中の支えが乏しく孤立し、退院後の先行も見つからず、人生の大半を病院で過ごした人もいます。」という文に続き、50年間精神科病院に入院していたという聴覚障害のある高齢男性の証言や、関係者のコメントが掲載されている。その証言では「20代で精神科のある病院に入った。だが、病院では手話が通じず孤立した。」と、聴覚障害者に対して「入院中の支えが乏しく孤立」した精神科医療の状況が語られている。

日常生活・社会生活を営む上で言語や情報、コミュニケーションは必要不可欠の要素である。それは、障害の有無や生存する場にかかわらず不変であるといえる。しかし、新聞記事には精神科病院に入院した聴覚障害者に対し、十分な言語・情報・コミュニケーション保障が行われていない状況が記されていたのである。これは聴覚障害の特性を踏まえると、人としての権利が保障されていないことと同義であり、人権問題といっても過言ではない。ソーシャルワーカーとして精神科病院で勤務した経験のある筆者にとって、この問題は看過できないものであり、自戒を込めて当時を振り返る。精神科病院に入院していた聴覚障害者に対して、個別性に応じた合理的配慮は行えていたのだろうか。そして、適切な治療・支援環境が提供できていたのだろうか。2016年4月に障害者差別解消法が施行され数年を経た今、改めて精神科入院における聴覚障害者の権利保障について、整理・検討していくことが必要であると考えます。

そこで本稿では、精神科入院における聴覚障害者の実態を整理し明らかにした上で、聴覚障害者の特性から特に重要となる権利をとりあげ、精神科入院における権利保障の必要性について検討していきたい。

II. 精神科入院における聴覚障害者の権利に関する条文

精神科入院における聴覚障害者の権利について検討するにあたり、条約や法律等で関連する条文を確認しておく。

1. 障害者の権利に関する条約（障害者権利条約）

障害者の人権について国際的に示しているのは、2006年に国際連合の総会で採択され、2014年に日本も批准した「障害者の権利に関する条約」（以下、権利条約）である。権利条約は「全ての障害者によるあらゆる人権及び基本的自由の完全かつ平等な享有を促進し、保護し、及び確保すること並びに障害者の固有の尊厳の尊重を促進すること」（第1条）を目的とし、第2条で「言語（Language）」「意思疎通（Communication）」「障害に基づく差別（Discrimination on the basis of disability）」「合理的配慮（Reasonable accommodation）」など、重要な用語の定義が示されている。具体的に、「言語」の定義として手話が明記されたこと、「合理的配慮」の定義が権利行使のための必要かつ適当な変更および調整であると明文化されたこと、さらに「合理的配慮」の否定は「障害に基づく差別」であると示された意義は大きい。権利条約は全50条から構成されているが、その中でも第9条「施設及びサービス等の利用の容易さ（Accessibility）」や、第21条「表現及び意見の自由並びに情報の利用の機会（Freedom of expression and opinion, and access to information）」における、情報アクセスに関することや、手話通訳等の仲介者の提供、手話の使用促進などは、精神科入院における聴覚障害者の権利を考える上でおさえておきたい条文である⁽¹⁾。

2. 障害者基本法

日本は2007年に権利条約に署名するが、障害者差別を記した法律がなかったこともあり、批准のためには国内法の整備が必要となった。法整備としてまず取り組まれたのが2011年に改正された「障害者基本法」である。この改正では障害者の定義に社会モデルが導入され、「社会的障壁」という用語が「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、観念その他一切のものをいう。」（第2条の2）と定義づけられた。そして、第4条「差別の禁止」では、「社会的障壁の除去は、それを必要としている障害者が現に存し、かつ、その実施に伴う負担が過重でないときは、（中略）その実施について必要かつ合理的な配慮がされなければならない。」と、社会的障壁の除去が合理的配慮につながる事が述べられている。また、第3条「地域社会における共生等」に新たに規定された「全て障害者は、可能な限り、言語（手話を含む。）その他の意思疎通のための手段についての選択の機会が確保されるとともに、情報の取得又は利用のための手段についての選択の機会の拡大が図られること。」（第3条の3）という条文には、言語やコミュニケーション、情報に関する重要な点が明確に示されている。

3. 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）

改正障害者基本法の理念を具現化したのが、日本初の障害者差別に関する法律として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」（以下、障害者差別解消法）である。第2条の定義では障害者基本法と同様に「社会的障壁」という用語を使用し社会モデルが示されている。精神科入院における聴覚障害者に関することでは、第5条「社会的障壁の除去の実施についての必要かつ合理的は配慮に関する環境の整備」、第8条「事業者における障害を理由とする差別の禁止」などが重要な条文となる。障害者差別解消法では法の施行を受け、各省庁から対応要綱や指針が出されており、厚生労働省は医療関係事業者向けに「医療分野における事業者が講ずべき障害を理由とする差別を解消するための措置に関する対応指針」（平成28年1月）を策定している。そこには、それぞれの障害について対応時に配慮すべき事項が具体的に示されており、聴覚障害については、主な特性として、①障害特性の見えにくさ、わかりにくさ、②コミュニケーション方法の多様さ、③言語習得の個別性の高さが記されている。さらに、主な対応として「手話や文字表示、手話通訳や要約筆記者の配置など、目で見て分かる情報を提示したりコミュニケーションをとる配慮」などが記載されている。これらのことは、精神科入院における聴覚障害者の対応を考える上で基礎知識として押さえておきたい内容である。

4. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）は、精神科入院において欠かせない法律である。精神科の入院は、本人同意の自発的入院としての任意入院、病状等により本人の入院同意がとれない非自発的入院としての措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院という5種類の入院形態があり、精神保健福祉法において権利擁護の視点を踏まえた入院手続きが定められている。また、入院中に治療上必要であると精神保健指定医が判断した場合、行動制限や隔離、身体的拘束が行われるのが精神科入院治療の現場である。これらの手続きについては「精神保健福祉法第37条第1項の規定に基づく厚生労働大臣が定める処遇の基準」（厚生省告示：第130号）⁽²⁾に明記されており、実施にあたっての詳細な遵守事項が定められている。このように、精神科入院中の権利については、精神科の特徴でもある各種入院形態（第20条～35条）、精神科病院における処遇（第36条～40条）は、権利保障の観点から必ず確認しておく必要がある。その他、大阪府精神保健福祉審議会が2000年に出した「入院中の精神障害者の権利に関する宣言」（以下、入院権利宣言）⁽³⁾は入院中の権利がわかりやすく整理されたものであり、基本的事項として頭に入れておきたい。

Ⅲ. 精神科入院における聴覚障害者の実態

1. 聴覚障害者の精神医療の実態に関する文献

精神科入院における聴覚障害者が、条文や法律で示されているような権利が保障されているかどうかを検討するためには、その実態を明らかにする必要がある。日本で聴覚障害者の精神医療

の分野に関心が向けられるきっかけとなったのは、1991年日本で開催された「第11回世界ろう者会議」における「心理学・精神医学委員会」といわれている。その報告書には、日本では聴覚障害ゆえに十分な精神医療を受けていない例や、十分な理由のないまま精神科に長期入院している例が多いという実態が報告されている [片倉 (1991), p.156]。その後、四半世紀が経過した現在、その状況が改善されたと明言できるだろうか。

日本で聴覚障害者の精神医療に関するトピックといえば、精神科医の藤田を中心に、1993年に琵琶湖病院で聴覚障害者専門外来が開設されたことがあげられ、手話を用いた精神科外来診療の取り組みはいくつかの文献で紹介されている [古賀ら (1994), 藤田 (1999), 古賀・藤田 (2004), 藤田 (2005) など]。さらに、聴覚障害者を対象とした集団精神療法に関する実践 [古賀 (1999), 月江 (2004), 古賀 (2005), 古賀ら (2008) など] や、コミュニケーション保障の導入やソーシャルワーク実践に関するもの [大塚 (2002), 大塚・西川 (2004), 赤畑 (2008) (2014) など] がある。しかし、精神科病院に入院中の聴覚障害者の実態については、どれも文献の一部として扱われているにすぎず、著者も限定されており全体的な現場状況を把握するには不十分であるといえる。

2. 聴障者精神保健研究集会報告集の概要

実態の把握には、実践報告を中心としたより詳細な現場状況が記載された文献・資料が適していると考えられる。そこで着目したのが聴覚障害者問題研究会発行の「聴障者精神保健研究集会報告集『聴覚障害者の精神保健』」(以下、報告集)である⁽⁴⁾。本報告集は日本で唯一聴覚障害者の精神保健に関する研究集会として1992年から年1回開催され、2012年に解散となった「聴覚障害者精神保健研究集会」の21年間分の記録である。研究集会での実践報告や講演を中心とした質疑応答などすべてが逐語録として掲載されている貴重な資料であり、現場状況を幅広く把握するには最適であると考えられる。研究集会の発展的解消に伴い、2012年までの資料となるが、障害者差別解消法施行前ということは考慮しつつも、実態から課題を抽出するには適切な資料である⁽⁵⁾。

研究集会での発表者はソーシャルワーカーや精神科医師、手話通訳者、聴覚障害関連施設職員など、支援者が中心である。報告集の記載内容から精神科入院における聴覚障害者の実態の抽出となると、精神科医療機関所属の専門職や入院中派遣された手話通訳者等が主となるが、一部対談形式で発表のあった当事者の声も含まれている。

3. 精神科入院における場面ごとの実態

本稿では、精神科入院における聴覚障害者の実態を把握するために、報告集(21年分)の記載内容を精読した上で、冒頭の新聞記事に記載されていた「(精神科)入院中の支えが乏しく孤立」している状況を示す特徴的な内容を抽出し、場面ごとに整理した。なお、報告集からの引用部は太字ゴシックとし、最後尾には(発行年:頁数)を記載した。

1) 診察・面接場面

聴覚障害者の精神科入院の実態で目についたのが、入院中に手話通訳者が依頼しにくい状況であった。

「入院したあとは、通訳依頼できませんでした。というのは、医師との面談は医師の都合で決まる。何時から面談とは時間が決まっていないわけ。だから、通訳を頼みたくても頼めない」(2000 : p.84)

「通院中は手話通訳者の同伴を認めてくれていたのに、入院だとダメですと言われてしまった。手話通訳者がずいぶん頑張って交渉して下さったのですが、その病院の体制を考えると無理と言われてしまいました。」(2005 : p.41)

これらの記載からは手話通訳依頼を希望する聴覚障害者に対し、調整することなく医師や病院の意向で断っていることがわかる。

2) グループワーク(リハビリテーション) 場面

精神科入院中のリハビリテーション等のグループワーク場面では、複数人の音声言語によるやりとりが交差する。そのため、コミュニケーションの難しさが倍増するため、聴覚障害者の参加が難しい実態がみられた。

「言語化が中心となるミーティングなんですね。やっぱり聴覚の障害の方は、こういうところに参加するあり方というのは、とっても難しいと思います。」(1994 : p.37)

「小さなグループの集団療法をしています。この中身は、徹底した議論を患者さん同士でやっていくので、かなりシビアなことが討論されます。その中にAさんが入っていくというのは難しいものがありまして、そのプログラムは使えませんでした。」(1999 : p.46)

「自分の病気について色々と話しているグループもある。そこには入れない、入ってもわかりません、だから一人で退屈していました。」(2000 : p.84)

グループに参加できないことにより、病気についても他者についても理解が深まらず、一人で孤立していく状況も考えられる。そのような状況下で、全く支えが提供できていないわけではなく、音声言語でやりとりされるグループでの発言について、スタッフが筆談で対応する場面もある。

「入院後Aさんは週1回行われる病棟のコミュニティミーティングに参加していました。・・・Aさんが参加するときは、Aさんの隣にスタッフが座り筆記していましたが、話が早くついていけず、スタッフもAさんも追いつけませんでした。」(2006 : p.82)

「ミーティングの場面では多少の筆談では追いつきません。彼の持っている言語的理解能力も、やはりろうあ者だとうことで難しいところもありまして、なかなか伝わりにくいところもあります。」(1994 : p.38)

上記からは、筆記が音声言語のスピードに追いつかず、本人の言語能力を把握できていないこともあり、配慮が十分な支えとなっていない状況がわかる。

3) 療養生活上の場面

入院生活においては、治療やリハビリテーション以外の多くの時間が療養生活として送られる。その療養生活場面でのコミュニケーションとして「精神科に長期入院してて、日常的なコミュニケーションが成り立っていない場合がある。」(1992 : p.4)「今の病院の状況は非常に悲惨です。個人的に手話のできる人が行っているに過ぎません。」(1993 : p.21)「職員とか他の患者さんたちとは、会話というのは本当に身振り手振りで伝わる程度となっています」(1994 : p.40) など、コミュニケーション手段の違いにより、日常会話自体が難しい状況がみえてくる。とはいえ、入院生活全ての場面で手話通訳を導入するわけにもいかない。「入院中は四六時中手話通訳者ががついているということはできなかったの、筆談やジェスチャーで本人の気持ちをくんでいったのですが、ご希望が病棟の人に伝わらず、時間がかかる」(2010 : p.75) というように、スタッフも工夫をしながらコミュニケーションの試行錯誤をしているが、難しい状況も把握できる。以下、療養生活上の場面のなかで孤立した状況に至る背景や要因に関して特徴的な記載を取り上げていく。

①言語使用機会の欠如

手話を使う聴覚障害者にとって、「手話」は第一言語としてのコミュニケーション手段である。しかし、入院中「手話を使う機会が全くありませんでした。」(2008 : p.73) という証言からもわかるように、入院期間が長くなればなるほど、手話を使う機会はなくなり、「ますます誰とも話ができなくて、誰とも通じない環境」(1999 : p.48) に置かれ、そのうち手話を使う機会自体がなくなっていく状況がみられる。

「入院する前は筆談はできるし、通じる手話だったのに、手話が崩壊してしまってわけのわからない手話になり、かなりむちゃくちゃになっている。これはもちろん妄想がらみで手話が壊れちゃったのかもわかりませんが、ちゃんとした対応していければ、そこまで崩れずに済んだかもしれないなかったのを、崩してしまった。それだけ社会性がなくなってしまうことにつながってしまった。・・・(病院が) 造り上げてしまう、抑え込んでしまうケースというのが見られます。」(1993 : p.12)

「Aさんは20年の長期入院・・・(入院) 当時、手話でコミュニケーションされていたはずですが、初めて出会った時のコミュニケーション手段は手話というよりも身振りが中心でした。会話のキャッチボールはなく、一方的な訴えが多く見られるという状態で、「～したい」という要求も話されない、話すことのできない状態でした。」(2001 : p.39)

自分の言語を使えない環境にいることによる社会性の欠如は、まさに病院が作り上げてしまう二次的障害といえる。そしてその状況が長期化することにより、スタッフの関心が薄れ、かわりの頻度が少なくなり孤立していく状況が以下の記載からよくわかる。

「精神科病院の中は聞こえない人も手話を使える人も少ないのです。英語を使う人が英語を使わないと忘れるのと同じで、手話ができる人も手話を使わないと忘れてしまう状況があります。

手話で話ができる人も手話通訳士も居なくて、コミュニケーションをする仲間が居ない。精神症状がおとなしいとスタッフたちは「あの人は問題を起こさない人」と関心を持ちません。病棟の隅で好きなように生きていけば良い・・・」(2005 : p.25)

「病歴10年という方がいらっしゃるんですけども、カルテが非常に薄いんです。・・・本人を知っている人がいなかったり、本人が自分のことを話せなかったりという事で非常に情報不足と思われるケースがたくさんあります。長い治療歴の中でもほんとにカルテが短い。医者はともかく看護の記録に至っては、よっぽどのトラブルがない限り書かれていない。それだけコミュニケーションがされていない、コンタクトをとられていない。」(1997 : p.130)

これらのことは、精神科病院長期入院の要因とも重なり、聴覚障害者に対してはより意識的な配慮が必要であることがみえてくる。

②コミュニケーションに起因するトラブル

入院生活は否が応でも他者と共にいることが求められる環境である。周囲の人に障害特性の理解が不十分で、他の入院者とのコミュニケーション上のトラブルが発生している状況も確認される。

「健聴患者との療養生活上、大きな問題になったことは、特に夜間帯での大声や大きな物音でした。声や物音の大きさは聴障患者には理解が困難なことでしょうが、精神的な問題を抱える健聴患者の焦燥感を増大させたり、睡眠障害を起こす原因となり、トラブルの一番大きな要因となることが多かったと思われます。」(2003 : p.77)

「入院の間の他の患者さんとの関係なんですけれども、・・・やっぱりコミュニケーションの問題もあってか、トラブルが起こっています。あのう、彼は聞こえないからか、声がとにかく大きいんですね。「わー」とか「がー」とか言うんです。隣のベッドに寝ている人が、「うるさい」と彼に殴りかかるんですね。当初は彼はやっぱり我慢をしていたのか、殴られても殴りかかれても反撃することはなかったんですけども、結局1回、喧嘩が起こっています。」(1993 : p.65)

このようにトラブルの内容としては、大声や暴力が中心だが、その背景には聴覚障害の特性やコミュニケーションの問題がみえてくる。他の入院者とのトラブルが発生した際に、どのような認識の上でスタッフが対応をしていくかはとても重要である。

「ナースセンターで看護婦さんにお話をしたくて患者さんがいっぱいいらっしゃるんですけども、彼は後回しになっちゃいます。わっとおっしゃる方が優先になって、彼が一番最後になって、そうなってくるといらいらするし、誰も自分の話を聞いてくれないということで爆発しちゃったりだとか。だからそういうことによる適応障害というのをつくってしまったということもあるかもしれません。」(1999 : p.51)

「まず、「療養環境から生じる問題」についてですが、これは大多数を占める健聴患者との関係の中で生じるものが多かったと思います。コミュニケーション障害により、情報不足や、健聴患者、スタッフとの意思疎通の困難が当初はたびたび生じ、これがトラブル、誤解の原因となった

ケースが多くありました。健聴患者を中心とした療養生活の流れの中では、健聴社会の規範が中心となっており、これが聴障患者に不利益を与えることも多くありました。」(2003 : p.77)

聞こえることが前提の環境のなかで、いかに聞こえない生活を想像できるかが、対応の際のポイントになってくることがわかる記載である。

③連絡方法の未整備

聴覚障害者の場合、電話が使用できないことが多く、入院中は外部との連絡方法が絶たれる状況がある。入院中の日常的な困難さとして、当事者の発言で最も強調されていたのがこの点である。

「(入院している時の、例えば家族や子どもの様子などの連絡方法は?) それ、一番困ったんです。はじめの入院は、連絡方法もない、夫が来るのを待つだけ。」(2000 : p.84)

「聞こえない者には、FAX、手話通訳が必要なことがなかなか理解してもらえない状況もあります。」(2002 : p.26)

連絡方法の未整備は日常的な連絡のみならず、精神保健福祉法上の重要な問題をはらんでいる。

「ただ1つの不満は、外部との連絡方法です。これは、精神保健法(現、精神保健福祉法)の規定です。人権を守るために、都道府県の所轄の部署に患者が連絡できるようにしてあります。病棟の中に公衆電話が置いてあり、その上に管轄部署の名前と電話番号を書いたプレートが掲げられています。この目的は何か。もし自分が入院に適さないと思った場合には、不満であると電話で連絡できるのです。電話番号はあります。しかし、FAX番号はありません。ろうあ者の場合、患者としての権利の保障がされていないと言えるのではないのでしょうか。」(2000 : p.84)

上記の記載からは、精神科入院における人権擁護についての法律上の規定を踏まえて、検討していく必要性がみえてくる。

以上、診察・面接場面やグループ(リハビリテーション)場面、入院療養生活上の場面における「支えが乏しく孤立した」実態の一部をみてきた。これらの内容は、まさに権利が保障されていない実態を示すものであり、そこからは、精神科入院における聴覚障害者に対して特に必要となる権利保障がみえてくる。

IV. 権利保障の必要性

報告集から明らかになった実態を基に、精神科入院における聴覚障害者の権利保障の必要性について、①言語、②コミュニケーション、③情報アクセスの3点から考えていく。なお、聴覚障害は聴力程度や失聴時期等によりコミュニケーション手段を含め障害特性は多様であるが、報告集からの抽出内容の大半が手話を使うろう者であったため、ここでは手話を主言語とする聴覚障害者に限定して述べていく。

1. 言語に関する権利保障

聴覚障害者が精神科に入院した際に、まず押さえておきたいのは、本人にとっての主言語（第一言語）は何かということである。日本人であれば第一言語は日本語であろうという安易な思い込みは支援の落とし穴となる。さらに音声言語のみで考えてしまうと聴覚障害者の権利を見落としてしまうことになる。権利条約で手話が音声言語と並列で言語であると定義されたことにより、日本の法律にもその定義は反映され、今や世界基準で手話は言語として認識される必要がある。聴覚障害者で手話を主言語とする場合は、手話で考え表現し、情報を集め受け取り、他者と意思疎通を図ることは、基本的な権利である⁽⁶⁾。このことは、権利条約（第21条）や障害者基本法（第3条の3）でも謳われている。

しかし、精神科入院における聴覚障害者の実態は、それとはかけ離れた状況であった。手話をを使う機会が得られず、言葉を忘れ、他者とコミュニケーションを図ることさえままならず、病棟内で放置されていく状況は、人権侵害以外の何ものでもない。これらのことは、「社会的入院は人権侵害である」⁽⁷⁾という言葉が如実に表しているといえる。

聴覚障害者の精神科入院において、まず支援者が認識すべきことは「手話は言語である」ということであり、その認識のもとで言語に関するアセスメントを行い、いかに言語使用を保障できるかが重要であると考えられる。もちろん支援者や周囲の者が手話を使用できるに越したことはないが、使うことができなければ、少なくとも本人から手話を学ぶ姿勢を見せることが重要である。それにより、本人の主言語を尊重している姿勢は示すことができ、それが関係性作りの一歩になるといえる。

2. コミュニケーションに関する権利保障

聴覚障害者の言語が手話であると認識した上で、合理的配慮として求められるのは、コミュニケーション保障としての手話通訳者の導入である。手話通訳派遣制度は障害者総合支援法における意思疎通支援事業に位置づけられており、入院中でも活用できる制度である。特に診察や面接、グループワークなど、治療や支援の場面では正確なコミュニケーションを確保するためにも、手話通訳派遣制度の活用は必須となる。しかし、報告集の記載では権利条約が国連で採択される前の状況であったとはいえ、本人希望の手話通訳者の依頼を調整なく病院側の都合で断られた実態がみられた。このことは、権利条約でいう「合理的配慮の否定」につながり、明らかに「障害に基づく差別」といえる。

また、報告集では入院中のグループ療法への参加は難しいという記載もみられたが、聴者中心の入院グループ療法に手話通訳者を導入した事例はいくつかみられ〔市川（2004）、大塚・西川（2004）、滝沢（2006）〕、その効果も示されている。ここで生じる疑問が、参加が難しいと判断しているのは誰なのか、合理的配慮の提供は検討されたのか、参加を困難にする社会的障壁を取り除く取り組みは行われたのかということである。コミュニケーション保障のための手話通訳派遣制度等の情報とあわせて、本人に参加の意向について聞くことなく支援者側の考えで判断が下さ

れているなら、それはまさにパターンリズムであり、権利侵害につながっていく危険性を孕んでいる。

加えて、報告集の言語表現機会の欠如の実態をみると、本来は手話通訳が必要であるにもかかわらず、本人の意思表示がないという理由や支援者に社会制度の知識がないという理由で、診察や面接にも手話通訳者が導入されていない例も多いと推測される。なかには、精神科入院中に手話通訳者の派遣ができることを知らない聴覚障害者もいたり、手話通訳派遣制度自体を本人が知らない場合もあるだろう。その場合は、本人が理解できるように情報提供を行い、制度利用の意思決定プロセスの支援が必要になると考える。合理的配慮の定義にもある調整が必要となるのはコミュニケーションであり、合理的配慮の提供を調整するためのコミュニケーションも重要であること強調しておきたい。

これらのことは、入院権利宣言に、支援プロセスへの参加、自己の意見表明の保障、自己決定への支援を受ける権利とともに、「自分の意見を述べやすいように周りの雰囲気、対応が保障される権利」（項目5）として明記されており、支援者側の配慮や対応が求められていることがわかる。

3. 情報アクセスに関する権利保障

入院中の情報アクセスの権利をいかに保障するかは、精神保健福祉法における「通信の自由」の観点からも重要である。精神科入院にあたっては、精神保健福祉法により人権擁護の規定が定められており、どの入院形態であっても医師より入院形態や入院中の権利についての説明を受け、「入院に際してのお知らせ」という告知文が本人に手渡される。その書面には通信の自由や、不服申し立て、処遇改善の申し立てについて記されている。これら書面の内容について、コミュニケーションに配慮が必要な人の場合、どこまで説明と同意ができていたのだろうか。入院権利宣言にも「公平で差別されない治療及び対応を受ける権利 必要な補助者（通訳、点字等）をつけて説明を受ける権利」（項目6）と明記されているように、非自発的入院の場合であったとしても、本人が理解できるような配慮が求められる⁽⁸⁾。その上で、書面にある通信の自由や退院及び処遇改善請求の連絡方法については、聴覚障害者にとって個別配慮が必要な部分であり、入院時に情報アクセスの具体的な方法について確認しておかなければならない。

また、精神科入院中の通信・面会の自由については、具体的に厚生省告示（第130号）に「電話機は、患者が自由に利用できる場所に設置される必要があり、閉鎖病棟内にも公衆電話等を設置するものとする。また、都道府県精神保健福祉主管部局、地方法務局人権擁護主管部局等の電話番号を、見やすいところに掲げる等の措置を講ずるものとする。」（第2-3（2））と明記されている。しかし、精神科の病棟内に電話機以外のFAX等の公衆通信機器の設置されているところがどれだけあるだろうか。⁽⁹⁾ また退院及び処遇改善請求の連絡先の電話番号が掲示され、入院時の告知文に掲載されていても、電話が使用できない聴覚障害者の場合はどのようにそれらの権利を施行すればよいだろうか。これらのことも具体的に検討していく必要がある。現在は携帯電話

のメールが使用できる入院環境も考えられるが、病院や病棟によってその実態は異なり、書面には電話番号しか記載されていない。

このように、精神保健福祉法は権利保障・権利擁護に関する重要な条文や規定を含んでいるが、大多数の聴者が前提となっている。個別配慮が必要な場合はどのような対応が適切であるかを考え、具体的に伝えていくことが権利保障につながる。これらのことは、入院権利宣言に「退院請求を行う権利及び治療・対応に対する不服申立てをする権利」(項目10)とあわせて記載されている「これらの権利を行使できるようサポート(援助)を受ける権利」(項目10)を保障するためにも必要なことである。聴覚障害者が精神科に入院した場合、これらの権利行使の際にどのような支援が行えるかを、個別状況に応じて検討し、本人に伝えておく必要があるだろう。このように精神保健福祉法に基づく権利擁護の規定に関しては、障害特性に応じた配慮の上で、どのように運用していくか個別具体的な検討が求められる。

V. おわりに

本稿では精神科入院における聴覚障害者への権利が保障されていない実態について提示したうえで、聴覚障害の特性と精神科入院という状況を踏まえ、言語、コミュニケーション、情報アクセスに関する具体的な権利保障の必要性を示した。適切な精神科入院治療や支援を行うためには、個々の障害特性に応じた合理的配慮の提供が必須である。合理的配慮を提供するためにはコミュニケーションを通じたやりとりが不可欠であり、コミュニケーションに配慮が必要な聴覚障害者の場合、より早期に意識化した配慮に基づく支援が必要なのである。

今回、改めて報告集の文献を精読していく中で、気になった点がある。それは、同じような現象に対して、「権利保障の必要性」からの記載と、「困難事例への対応」としての記載がみられたことである。つまり、聞こえることが当たり前の視点で物事を捉える文脈なのか、聞こえないことへの想像力や理解に基づいて物事を捉えている文脈なのかの違いがみられたことである。滝沢が聴覚障害者の入院をめぐる問題のひとつとして「病棟は健聴社会の規範で動いており、聴覚障害患者にとっては不利益を被ることが多い」[滝沢(2006) p.53]と指摘しているように、精神科病棟に限らず精神医療は大多数の聴者を大前提に考えられている。支援者が聴者の場合、そのことを普段あまり意識しておらず、聞こえることがマジョリティであるという意識も希薄なのではないだろうか。

精神科入院における聴覚障害者とのかわりでは、まずは支援者がこの当たり前を意識した「マジョリティ性の自覚」[赤畑(2014) p.96]を持つことが重要となる。つまり、精神科に入院している聴覚障害者の理解や配慮は、音声言語社会で聴者である支援者のマジョリティの自覚の上で考えていくことが重要なのである。そこを出発点に、まずは支援者が精神科入院中の聴覚障害者の権利に気づくという意識改革から進めていく必要があるだろう。権利に無自覚なかかわりは、パターンリズムに陥る危険性があり、「パターンリズムから生じるクライアントの生活の支配こそ人権侵害」[柏木(2006) p.65]といわれるように、無意識的に支援者が権利を侵害してし

まうことにもなりかねない。精神科入院における聴覚障害者への基本的な権利保障こそ、支援の出発点として捉えていく必要がある。

本稿では、障害者差別解消法が施行される前の実態を中心に権利保障について検討したが、法施行後に現場状況はどのように変化したのか、また変化していないのか、精神科入院における聴覚障害者の現在の実態についても明らかにしていく必要がある。また、今回は権利が保障されていない状況に焦点をあて実態を明らかにしたが、報告集のなかには適切な合理的配慮の提供により、精神科入院中の聴覚障害者が言葉を取り戻し、コミュニケーションの広がりとともにQOLが高まり、望ましい治療や支援が展開されている事例もみられたことは記しておきたい。今後、精神科医療における聴覚障害者への権利をより意識化していくためには、具体的な合理的配慮を提示したガイドラインが必要であると考えている。

注

- (1) 日本の精神科入院は非自発的入院も含まれることから、権利条約の条文（「障害に基づく自由剥奪の禁止」（第14条1項b）や「法的能力の平等性」（第12条）など）と非自発的入院の関連についても検討が必要 [池原（2017）] であることは認識しておく必要がある。
- (2) 1987年制定の精神保健法では、人権に配慮した規定が明示され、厚生省告示（第130号：昭和63年4月8日）に処遇の基準として、①基本理念、②通信・面会、③患者の隔離、④身体的拘束、⑤任意入院患者の解放処遇の制限の5項目について、具体的に示されている。
- (3) 大阪府内の精神科病院の不祥事を受け、大阪府精神保健福祉審議会では入院中の精神障害者への対応や医療の在り方が議論され、2000年に「精神病院内における人権尊重を基本とした適正な医療の提供と処遇の向上について」という意見具申を行い、その経緯の中で出されたのが「入院中の精神障害者の権利に関する宣言」である。
- (4) 第1回は「第1回全国聴覚障害者心理相談精神医療関係者交流会」という名称で開催され、報告集のタイトルも「第1回全国聴覚障害者心理相談精神医療関係者交流会 交流の記録」であった。その後、研究会の名称は第2回から第6回までが「聴障者精神保健研究会」第7回以降「聴障者精神保健研究会」で定着している。報告集のタイトルは第2回から第6回までが「聴障者精神保健研究会 交流の記録」、第7回以降「聴覚障害者の精神保健」で統一されている。なお、発行者は第1回が「交流会実行委員会」、第2回は「研究会実行委員会」、第3回以降は「聴障者精神保健研究会」となっている。
- (5) 研究会を引き継ぐ形で、2011年より社会福祉法人聴力障害者情報文化センター聴覚障害者情報提供施設主催の「聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会」が2019年現在までの9年間、年に1回の開催が継続されている。この報告集も精読したが、精神科入院における聴覚障害者の実態については、現場状況としての記載はなかったため、今回は対象に含めなかった。
- (6) 全日本ろうあ連盟は、手話言語の5つの権利として、①手話を獲得する、②手話を学ぶ、③手話で学ぶ、④手話を使う、⑤手話を守るを掲げ、手話言語法制定に向けた働きかけを行っている [一般財団法人全日本ろうあ連盟（2019）]。ちなみに2019年8月6日現在、全国の280の自治体で手話言語条例が制定されている [一般財団法人全日本ろうあ連盟

ホームページ<https://www.jfd.or.jp/sggh/joreimap>参照]。

- (7) 「社会的入院は人権侵害である」という言葉は、大阪府精神保健福祉審議会において1999年知事に提出した答申のなかで使われた言葉である。
- (8) コミュニケーションに配慮が必要な人の例として、日本語を第一言語としない外国人への精神科入院における合理的配慮として、東京都立松沢病院では入院告知等の書式について、英語・中国語をはじめ6か国語の書面を作成し用意している。[東京都立松沢病院ホームページ<http://www.byouin.metro.tokyo.jp/matsuzawa>参照]。
- (9) 森は、聴覚障害者支援の実態調査のなかで、精神科入院において聴覚障害者も同様に外部との接触をする場合はファクシミリか、インターネットを使用したメールなどが必要であるが、現時点ではそのような配慮がなされている病院は見当たらなかったと述べている。また、調査に基づき精神科医療・福祉分野における聴覚障害者支援の課題として4点(①聴覚障害者の理解不足と研修のなさ、②インフォームドコンセントの不足、③院内設備の不足、④診察と経営の問題)を提示している [森 (2017)]。

参考・引用文献

- 赤畑淳 (2014) 『聴覚障害と精神障害をあわせもつ人への支援とコミュニケーション～困難性から理解へ帰結する概念モデルの構築～』 ミネルヴァ書房。
- 赤畑淳 (2008) 「精神科医療機関における聴覚障害者へのソーシャルワーク実践」 奥野英子編『聴覚障害児・者支援の基本と実践』 中央法規出版, pp.181-187。
- 赤畑淳 (2008) 「聴覚障害と精神障害を併せ持つ人々への精神科医療におけるソーシャルワークのあり方—支援における困難性に焦点をあてて」 『ルーテル学院研究紀要』 42, pp.113-126。
- 池原毅和 (2017) 「障害者の権利に関する条約と非自発的医療のあり方」 『法と精神医療』 32, pp.65-81。
- 市川恵美子 (2004) 「手話通訳者としてのかかわりを通して」 『精神看護』 7 (5), pp.80-82。
- 一般財団法人全日本ろうあ連盟編 (2019) 『手話言語白書～多様な言語の共生社会を目指して～』 明石書店。
- 岩崎香 (2010) 『人権を擁護するソーシャルワーカーの役割と機能～精神保健福祉領域における実践過程を通じて～』 中央法規出版。
- 大塚淳子・西川健一 (2004) 「聴覚障害をもつ精神障害者に『聞こえの保障』を試みて」 『精神看護』 7 (5), pp.68-73。
- 大塚淳子 (2002) 「つながりの豊かさやQOLの向上を実感できた事例—聴覚障害者へのコミュニケーション保障を中心としたかかわりからの気づき」 『精神保健福祉』 33 (3), p.241。
- 奥野英子編著 (2008) 『聴覚障害児・者支援の基本と実践』 中央法規出版。
- 柏木昭 (2005) 「誌上スーパービジョン—20年もの入院となった聴覚障害を併せもつAさんの退院支援を通してPSWのかかわりを振り返る」 『精神保健福祉』 36 (1), pp.61-66。
- 片倉和彦 (1991) 「日本の精神科医と聴覚障害者との関わり方の状況、課題、対策」 第11回世界ろう者会議組織委員会編『第11回世界ろう者会議報告集』 財団法人全日本ろうあ連盟, pp.156-160。
- 川島聡・飯野由里子・西倉美季・星加良司 (2016) 『合理的配慮～対話を開く、対話が拓く』 有斐閣。
- 古賀理恵子・菅沼昭友 (2008) 『集団精神療法の視点から』 村瀬嘉代子・河崎佳子編『聴覚障害者の心理臨床2』 日本評論社, pp.55-74。

- 古賀恵理子（2005）「精神科外来通院中のろう者を対象とした集団精神療法」『集団精神療法』21（2），pp.124-128。
- 古賀恵理子（1999）「聞こえない人の体験にふれて」村瀬嘉代子編『聴覚障害者の心理臨床』日本評論社，pp.79-98。
- 古賀恵理子・藤田保・小林豊生（1994）「聴覚障害者と精神医療～聴覚障害者外来開設への取り組みを通して～」『臨床心理学研究』31（3），pp.20-29。
- 社会福祉法人聴力障害者情報文化センター編（2005）『聴覚障害者の精神保健サポートハンドブック』社会福祉法人聴力障害者情報文化センター。
- 社団法人日本精神保健福祉士協会精神保健福祉部権利擁護委員会編（2011）『みんなで考える精神障害と権利』社団法人日本精神保健福祉士協会。
- 精神保健福祉研究会監修（2016）『四訂精神保健福祉法詳解』中央法規出版。
- 滝沢広忠（2006）「聴覚障害者に対する心理的支援活動の実態～精神病院、身体障害者授産施設」『社会・文化的視点に立つた聴覚障害児・者の臨床心理的支援システムの構築』平成16年度～17年度科学研究費補助金（基礎研究C-1）研究成果報告書，pp.50-62。
- 滝沢広忠（1999）「ろう者の精神保健に関する研究」『札幌学院大学人文学会紀要』66，pp.45-55。
- 中央法規出版編集部（2016）『障害者差別解消法事業者のための対応指針（ガイドライン）～不当な差別的取扱い・合理的配慮の具体例』中央法規出版。
- 月江ゆかり（2004）『精神科病棟における聴覚障害をもつ患者のグループに関する実践研究』日本赤十字看護大学大学院看護学研究科2004年度修士論文。
- 寺井元（2004）「聴覚障害をもつ患者さんに対する看護上の配慮と工夫」『精神看護』7（5），pp.77-79。
- 長瀬修・川島聡編（2018）『障害者権利条約の実施～批准後の日本の課題』信山社。
- 西川健一（2005）「入院の事例」『聴覚障害者の精神保健サポートハンドブック』社会福祉法人聴力障害者情報文化センター，pp.72-73。
- 認定NPO法人大阪精神医療人権センター編（2018）『精神科病院に入院中の方のための権利擁護の拡充に向けて～大阪精神医療人権センター33周年記念活動報告書～』認定NPO法人大阪精神医療人権センター。
- 藤田保・古賀恵理子（2008）「医療の現場から一チーム・アプローチの視点」村瀬嘉代子・河崎佳子編『聴覚障害者の心理臨床2』日本評論社，pp.35-54。
- 藤田保（2005）「聴覚障害者と精神科医療」『こころの臨床』24（4），pp.435-439。
- 藤田保（2004）「日本で初めて『聴覚障害者外来』を開設して」『精神看護』7（5），pp.74-76。
- 藤田保（1999）「聴覚障害者外来を訪れる人たち」村瀬嘉代子編『聴覚障害者の心理臨床』日本評論社，pp.79-98。
- 平成28年度全国生活協同組合連合会助成事業「『精神等の障害を有する聴覚障害者の相談・支援に関する調査・研究事業』報告書」社会福祉法人聴力障害者情報文化センター聴覚障害者情報提供施設。
- 森せい子（2017）『精神科医療・福祉分野における聴覚障害者の支援』平成28年度筑波大学大学院修士論文。