

寄稿資料

～第70回精神保健福祉全国大会 記念講演 シンポジウムより～

(記念講演)

「生きることの意味を求めて」

張 賢徳 氏

一般社団法人日本自殺予防学会理事長

一般社団法人日本うつ病センター副理事長・同附属六番町メンタルクリニック院長

帝京大学医学部客員教授（溝口病院精神科）

(シンポジウム)

テーマ：精神障がいを持って地域で働くということ

「大分県の精神障害者 地域移行の現状」

衛藤 龍 氏（医療法人社団親和会 衛藤病院 理事長）

「精神科病院における精神障害者雇用の試み

ー地域共生社会の実現を目指してー」

向笠 浩貴 氏（医療法人向心会 大貞病院 理事長）

「精神障がいを持って地域で働くということ～就労を継続するために～
精神保健福祉士の視点から」

太田 貴裕 氏（医療法人同仁会 大分下郡病院 地域医療連携課 課長）

「精神障害者雇用の現場からの報告」

奥武 あかね 氏（障がい者就業・生活支援センターたいよう センター長）

『生きることの意味を求めて』

(一社)日本うつ病センター・六番町メンタルクリニック
帝京大学医学部客員教授
張 賢徳

この講演発表に関して、COI関係
にある企業等はありません

いきなり暗い話で恐縮ですが、
私の専門領域は自殺学と自殺予
防学、そしてその臨床実践です。

私の個人的な体験

- 1991年3月 大学医学部卒業
- 親友の自殺
- 凄まじい罪悪感
- 「逃げてちゃダメだ。立ち向かおう」
- 精神科を選択し、精神科医になった。
- 「人はどうして自殺するのか？」—私の大きなテーマになった。

どうして、自殺と精神科が関係するの？



日本の自殺の現況

1998年に激増し、年間自殺者が3万人を超え、「年間自殺者3万人」時代が約15年間続きましたが、2012年にようやく3万人を下回り、以降、減少傾向が続いていました、**コロナ禍**までは。

警察庁「自殺統計」より

<https://www.mhlw.go.jp/content/h28h-1-01.pdf>

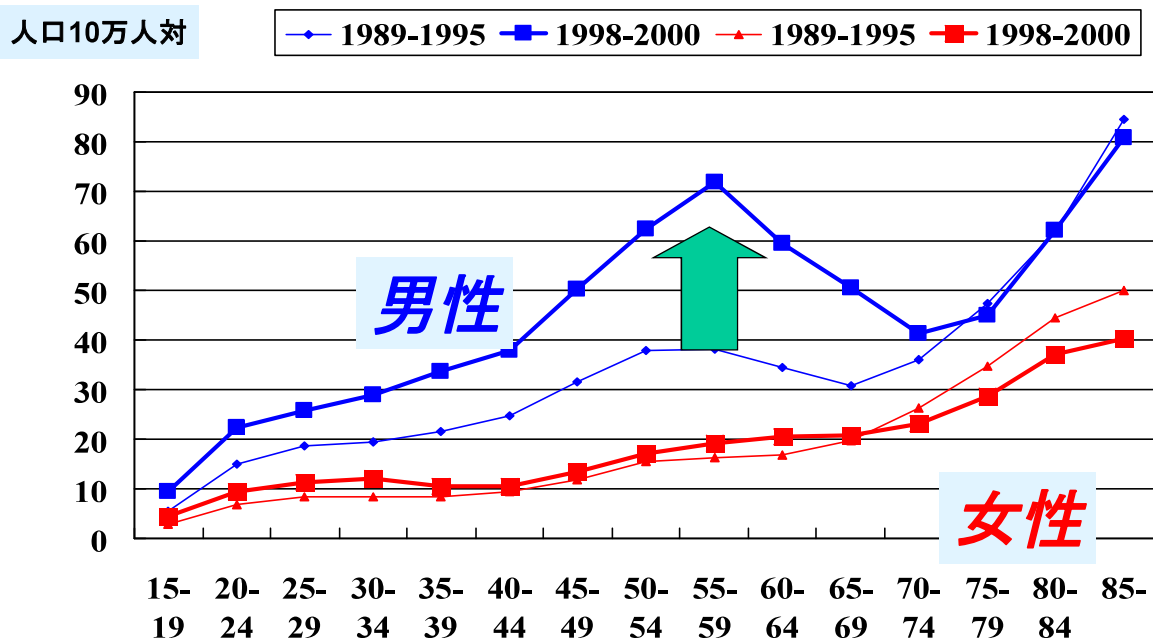
コロナ禍で自殺者が増加

減少傾向が続いていた日本の年間自殺者数が、**2020年（『コロナ元年』）**に11年ぶりに増加に転じた

1998年に自殺者激増

- 1997年 24,391人
- 1998年 32,863人
- **単年度で35%も増加！**

1998年前後の自殺率の変化



国全体の自殺率に関する要因

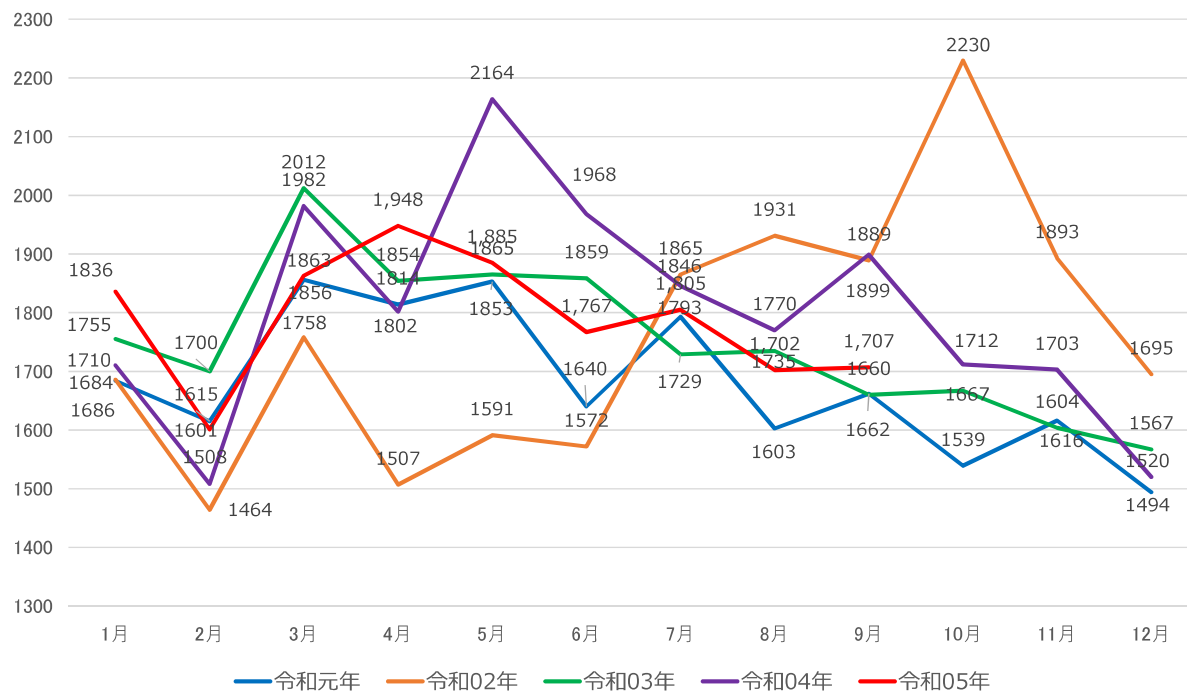
経済問題

- 経済状況の悪化で自殺が増加
 - 経済状況の改善で自殺が減少
-

コロナ禍の今、どうなっているのか

月別自殺者数の推移（総数）

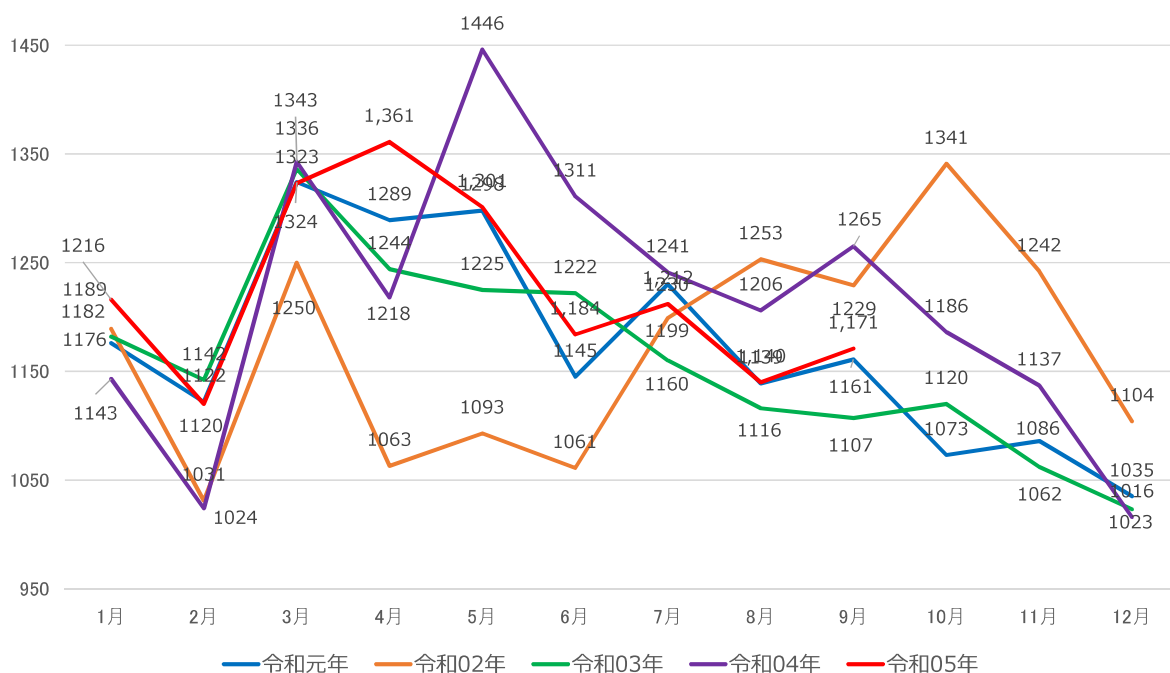
(単位：人)



令和5年10月10日集計
警察庁自殺者数統計より作成

月別自殺者数の推移（男性）

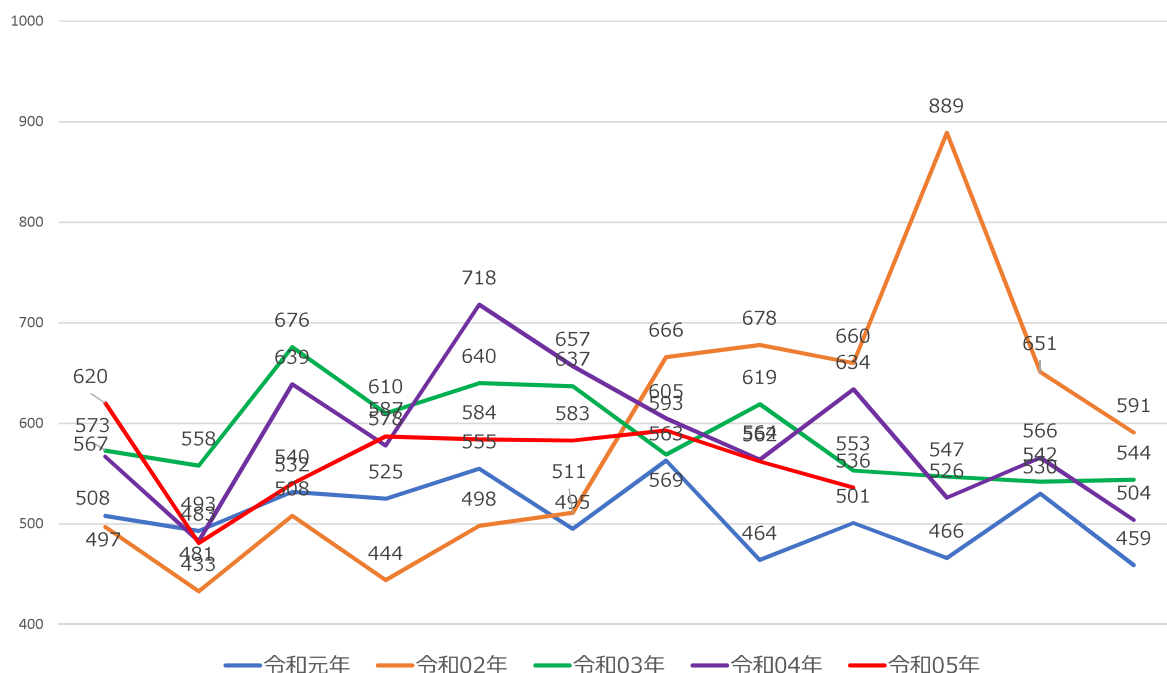
(単位：人)



令和5年10月10日集計
警察庁自殺者数統計より作成

月別自殺者数の推移（女性）

（単位：人）



令和5年10月10日集計
警察庁自殺者数統計より作成

経済問題の内容の変化

（岡檀，日本自殺予防学会でのご発表，2021年9月5日）

- 2020年（コロナ禍）の自殺率上昇は**内需型サービス業（宿泊業・飲食サービス業）**との関係が強い
- それ以前の経済危機時では、輸出型大規模産業と関係していた
- 今回のコロナ禍の女性の自殺率上昇は、宿泊業・飲食サービス業における女性就業率の高さと女性の非正規雇用率の高さが関係していると考えられる

コロナ禍の影響は経済問題 だけではありません

張 賢徳

コロナ禍の影響

- ・ **家庭内暴力**(DV)は1.5倍に
- ・ 2020年における児童相談所の**児童虐待**相談対応件数は、205,029件(速報値)。平成11年度に比べて約18倍。
- ・ 自粛やソーシャルディスタンスで、人と会って発散する機会が激減した

張 賢徳

女性・若者を襲う負の社会的要因

- 経済問題
 - 自粛やテレワークで増加した家族との接触の増加(⇒家事の負担増、DV増、虐待増)
 - ソーシャルディスタンスで、リアルな対人交流減少
-

社会的な要因は大事です。

でも、それだけで自殺が起きるの？

ライフイベント⇒自殺 (例：倒産自殺、リストラ自殺、 いじめ自殺、コロナ自殺)

「⇒」の中身はどうなっているのか？

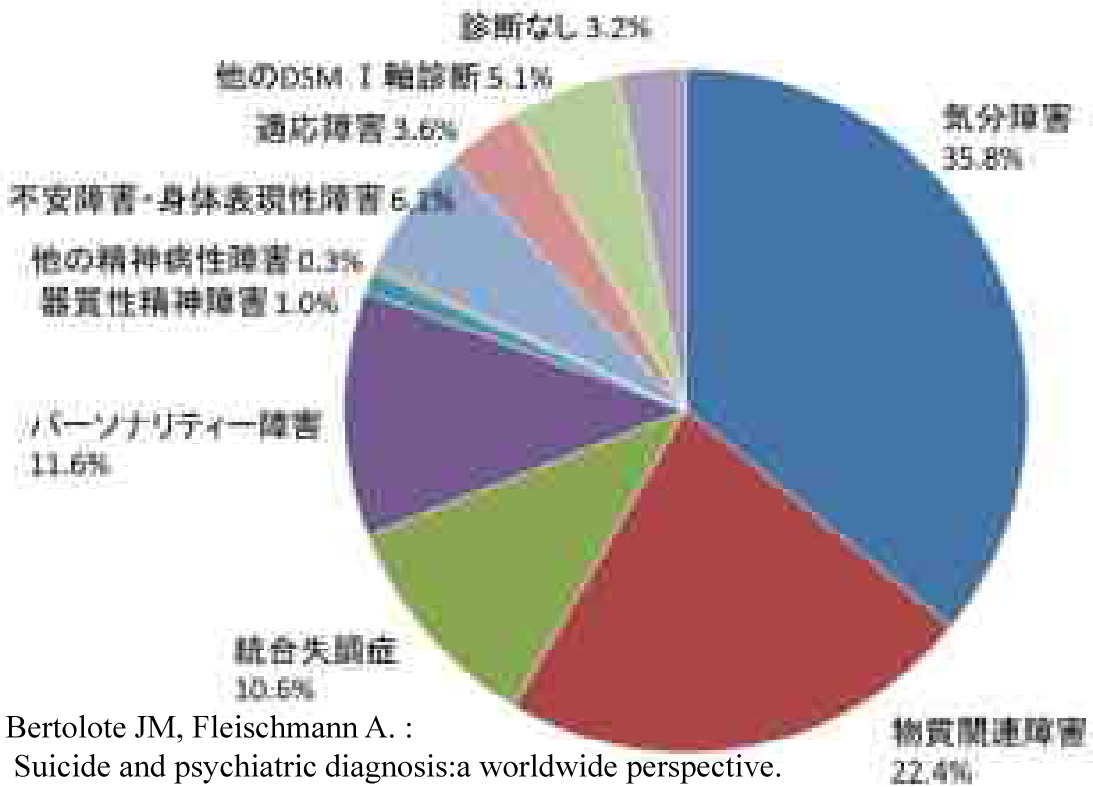
張 賢徳

自殺の実態調査

心理学的剖検

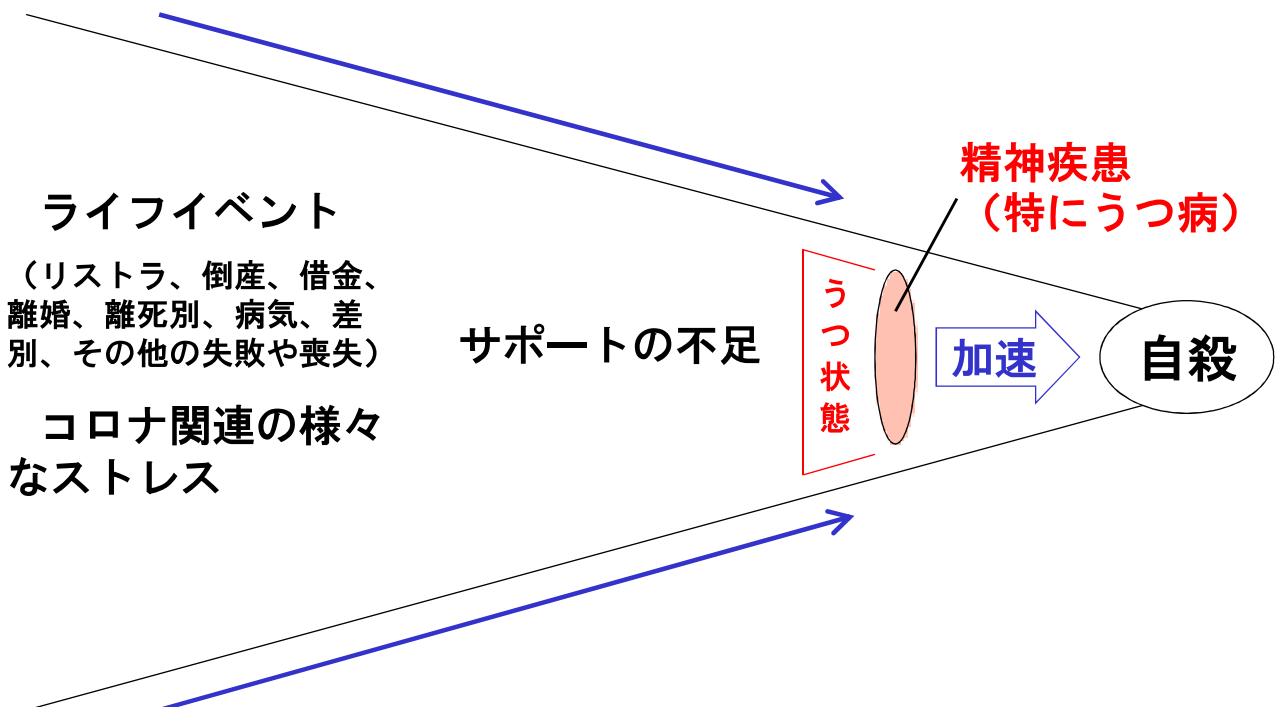
- ・入手可能なあらゆる情報を用いて、故人の人生を遡り、自殺の原因を解明する。
- ・1950年代のアメリカで始まった。
- ・遺族からの情報をもとに精神医学的診断をつける。
- ・遺族の協力、プライバシーの問題

自殺と精神障害 (WHO公表データ)



Bertolote JM, Fleischmann A. :
 Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective.
 World Psychiatry, 1 : 181-5, 2002

自殺プロセス



張 賢徳 Jpn J Psychosom Med 56:781-788, 2016
 (作成 : 張 賢徳)

DSMうつ病の基準診断

- ・抑うつ気分(注:小児・青年ではイライラした気分もありうる)
 - ・興味、喜びの著しい減退
 - ・食欲減退・体重減少(逆に食欲増進・体重増加もある)
 - ・不眠(逆に過眠もある)
 - ・精神運動抑制(逆に焦燥もある)
 - ・気力減退、易疲労性
 - ・無価値感、過剰な罪責感
 - ・思考力・集中力の減退、決断力低下
 - ・希死念慮、自殺念慮
-

日々の精神科臨床現場には、実にさまざまな問題が持ち込まれてきます

医学的治療で対処できる、 わかりやすい例

・うつ病。特に、内因性うつ病

抱えている現実的な問題は変わらなくとも、自身のうつ状態が軽減してくると、うつ気分やマイナス思考が弱まり、現実に対処する力が戻ってくる。希死念慮もなくなる。

実際の精神科臨床：しかし、一方では

- ・狭義の医学的治療だけでは終結しないケースも多い
- ・すぐに解決しない困り事
- ・一生解決しないかもしれない問題を抱えている人もいる
- ・精神科の病気自体が一生の負い目と
思ってしまう人もいる

例えば、統合失調症、あるいは認知症、
あるいは双極性障害（躁うつ病）

「こんなつらい人生。なんのために生きるのか」

「こんなにつらいんだったら、死んだ方がましだ」

「生きる意味を教えてください」

「どうして自殺しちゃいけないんですか？」

人はどんな時に「生きる意味」を考えるのだろうか？

- ・苦境に陥った時である。
- ・挫折、失望、苦悩の時である。
- ・実存の危機と言ってもいいだろう。
- ・人生の意味を見失うほどの苦しみの中で、人は生きることの意味を考えるのだろう。

援助者や治療者の役割って何？

答えを与えること？

答えは？

キユア (cure) と ケア (care)

ケアの種類

(窪寺俊之先生「スピリチュアルケアへのガイド」青海社)

・精神的(心理的)ケア:

人間関係のトラブルや環境への適応など、適応の問題を扱う。水平的な人間関係での問題が特徴。(張注:いわゆる普通のサイコセラピー、カウンセリング)

・スピリチュアルケア:

「癒し」がテーマ。人間らしさ、自分らしさの回復。

・宗教的ケア:

「救い」がテーマ

宗教的ケアの例

妻と子どもに先立たれた老人が、「天国で彼らに会えるだろうか。自分は生きながらえて、罪深い人間になった。とても彼らと同じ場所に行けるとは思えない」と嘆き苦しむ。

V.E.フランク「意味による癒し」

⇒「神はあなたの涙を心にとめてくださる」

「宗教は幻想である」

ジークムント・フロイト

精神医学の歴史

未知なる物、恐怖や畏敬の対象



宗教



科学(精神医学)

「宗教は幻想である」

ジークムント・フロイト

張のつぶやき

幻想かもしれない。それでも、人は生きていくために、心の拠り所になるような幻想（物語、ストーリー）が必要だと思う。精神科臨床をやればやるほど、宗教について真面目に考えたい。そして、協働（コラボ）を模索したい。

ケアの種類

（窪寺俊之先生「スピリチュアルケアへのガイド」青海社）

・精神的（心理的）ケア：

人間関係のトラブルや環境への適応など、適応の問題を扱う。水平的な人間関係での問題が特徴。

・スピリチュアルケア：

「癒し」がテーマ。人間らしさ、自分らしさの回復。

・宗教的ケア：

「救い」がテーマ

スピリチュアルって何？

- 霊の、霊的、霊性、宗教的な、などと訳される
- 昨今流行の「スピリチュアル・カウンセラー」、「スピリチュアル・セラピー」が誤ったイメージを広める危険性

スピリチュアルな問題に 真面目に取り組もう

WHOの「健康」の概念(1998年)

- 身体的(Physical)
- 心理的(Mental)
- 社会的(Social)
- Spiritual(神霊性？ 霊的？)

「身体的、心理的、社会的因子を包含したものの。生きている意味や目的についての関心や懸念と関わっている」

WHOのスピリチュアル概念は広い

- 「生きている意味や目的」
- 「健康で幸福に生きる意識・態度とその実践」
- 道徳や倫理をも含めるという意見もある



日本語には訳しにくい。

スピリチュアリティとは

- スピリチュアルなものを感じ取る能力
(張の定義)

スピリチュアルペインと スピリチュアリティの覚醒

- 死、危機、挫折、失敗などに直面したとき、人生の意味・目的、苦難の意味、怒り、罪責感、死後の不安などのスピリチュアルペインが生じる
 - スピリチュアルペインを感じる時、スピリチュアリティが覚醒する(=普段はスピリチュアルなものを感じていないことが多い)。
 - どんな時に、スピリチュアルペインを感じる？
『実存の危機』
-

スピリチュアルペインと スピリチュアリティの覚醒

- 死、危機、挫折、失敗などに直面したとき、人生の意味・目的、苦難の意味、怒り、罪責感、死後の不安などのスピリチュアルペインが生じる
- スピリチュアルペインを感じる時、スピリチュアリティが覚醒する(=普段はスピリチュアルなものを感じていないことが多い)。
- どんな時に、スピリチュアルペインを感じる？
『実存の危機』 例)ターミナルステージ

「実存」って何だ？

- ・自分そのもの
- ・生物学的な意味での存在ではない。人生すべてひっくるめて実存になる。

WHOのスピリチュアル概念は広い

- ・「**生きている意味や目的**」
- ・「健康で幸福に生きる意識・態度とその実践」
- ・道徳や倫理をも含めるという意見もある



日本語には訳しにくい。

「スピリチュアル」⇒「実存」じゃないのか

「実存＝existence」ではなく、
「実存＝spirituality」ではないか

とにかく、「実存」という言葉にこだ
わらず、「生きる意味や目的」、「自
分らしさ」ということに目を向けるよ
うになった。それが、その人そのも
のなんだと。

スピリチュアルペインの領域が広
がった。

援助者として「生きることの意味」
を考えること、そして患者さんの
「生きることの意味」を支えること
は、スピリチュアルケアに通じる。

「生きることの意味」

援助者や治療者の役割って何？

答えを与えること？

答えは？

生きることの意味

- 宗教
- 哲学
- 生物学

それぞれが教えや答えを持っているの
だろうが、苦悩の中にある患者さんが
求めているのは、『私の』生きる意味

「生きることの意味」

自分で見つけるしかない

サルトル(1965)

「存在するものはすべて理由なく生まれ、弱まり続けて、たまたま死ぬ。・・・
私たちが生まれることに意味はない。
私たちが死ぬことに意味はない。」

実存主義心理療法

あらかじめ決められた運命などない。
どのように生きるか、自分で決めなくてはならない。

ニーチェ(1844-1900)

「神は死んだ」

「超人」=主体的人間

張(2022)

「生きることの意味」=「自己実現」

治療者として注意せねばならないこと

- ・「自分で自分を助けるしかないとわかっていても、誰かに助けてもらいたいと思う」
- ・「自分でどうにかしないとと思うと、心細くて涙が出てくる」
- ・頑張れる人ばかりじゃない
- ・ニーチェだって言っています
「誰でも超人になれるわけではない」

だから、治療者は患者さんのペースで患者さんが歩むことを支えないといけない

スピリチュアルケアを実践する上で重要な視点

- ログセラピー（ヴィクトール・フランクル）
- 心的外傷後成長（スティーヴン・ジョゼフ）
- ネガティブ・ケイパビリティ（帚木蓬生「答えの出ない事態に耐える力」朝日選書）

生きることの意味を求めて

- 自分の現状、運命、宿命を受け入れる
 - 自分にできることを探す、求める
 - 「置かれた場所で咲きなさい」渡辺和子さん
 - 「一隅を照らす」最澄（伝教大師）
-

大分県 of 精神障害者

地域移行の現状



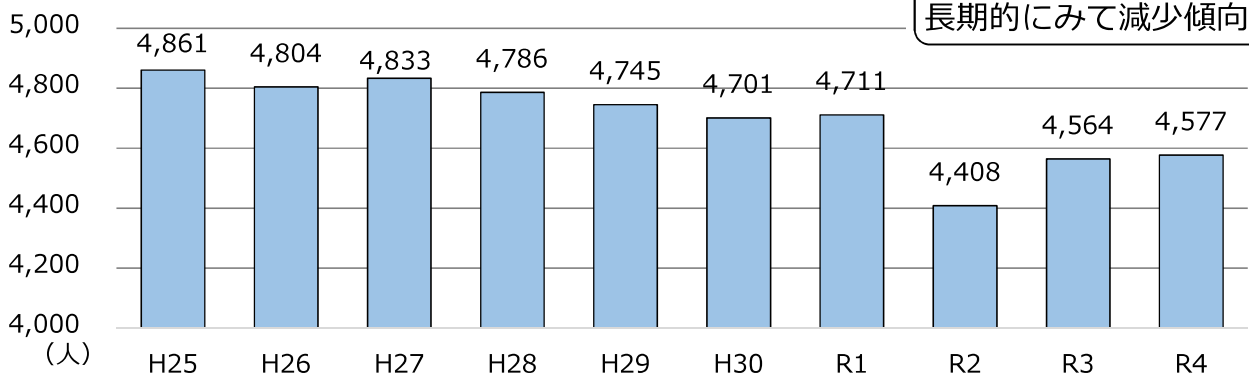
医療法人社団親和会 衛藤病院
院長 衛藤 龍



大分県 of 精神障がい者の状況①

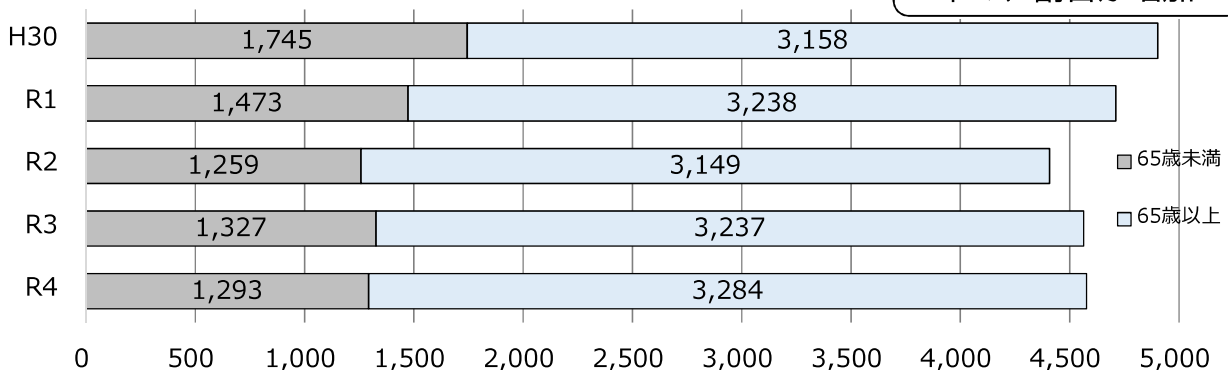
(出典：630調査)

◆精神科在院患者数



精神科在院患者数は長期的にみて減少傾向

◆精神科病院入院患者の年齢別患者数

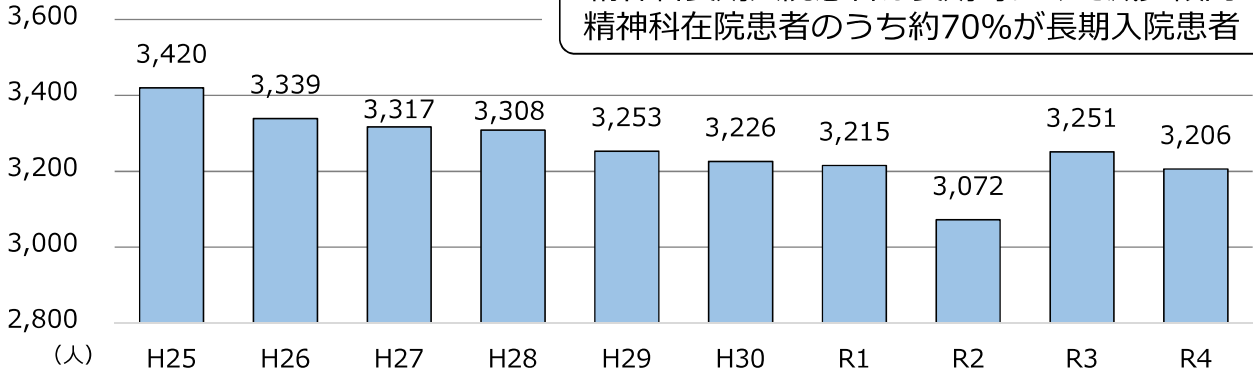


65歳以上が71.8%
年々、割合が増加

大分県の子精神障がい者の状況②

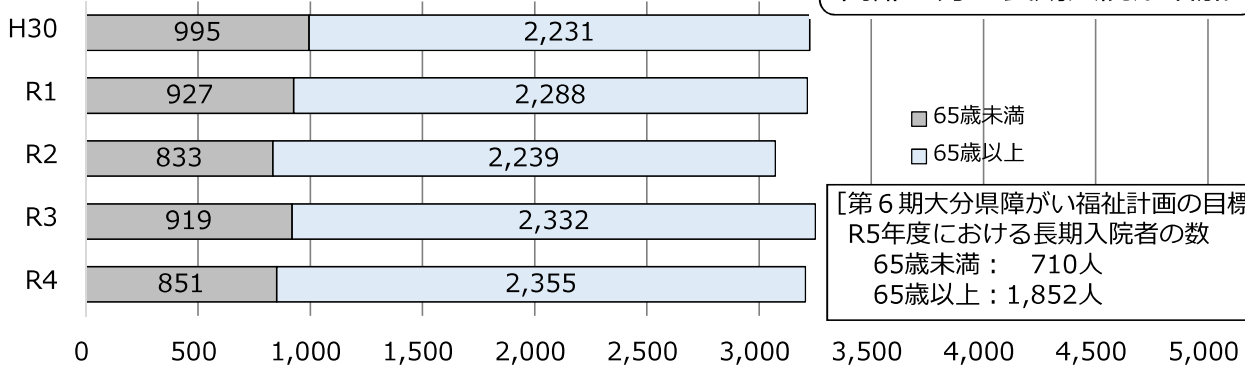
(出典：630調査)

◆精神科長期入院患者数



精神科長期入院患者は長期的にみて減少傾向
精神科在院患者のうち約70%が長期入院患者

◆長期入院患者の年齢別患者数



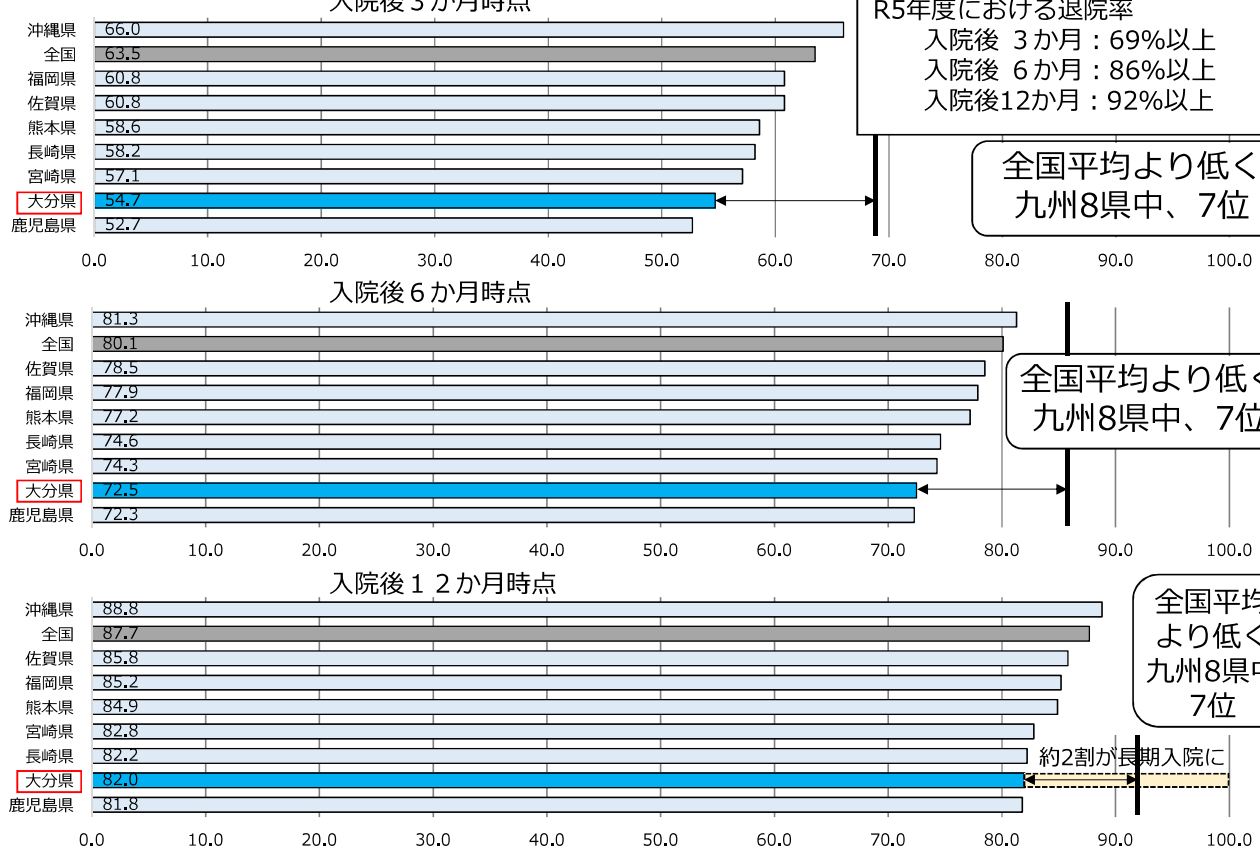
65歳以上が73.5%
高齢の方の長期入院が増加

[第6期大分県障がい福祉計画の目標]
R5年度における長期入院者の数
65歳未満：710人
65歳以上：1,852人

大分県の子精神障がい者の状況③

(出典：精神保健福祉資料 NDB)

◆退院率 (R1)



[第6期大分県障がい福祉計画の目標]
R5年度における退院率
入院後3か月：69%以上
入院後6か月：86%以上
入院後12か月：92%以上

全国平均より低く
九州8県中、7位

全国平均より低く
九州8県中、7位

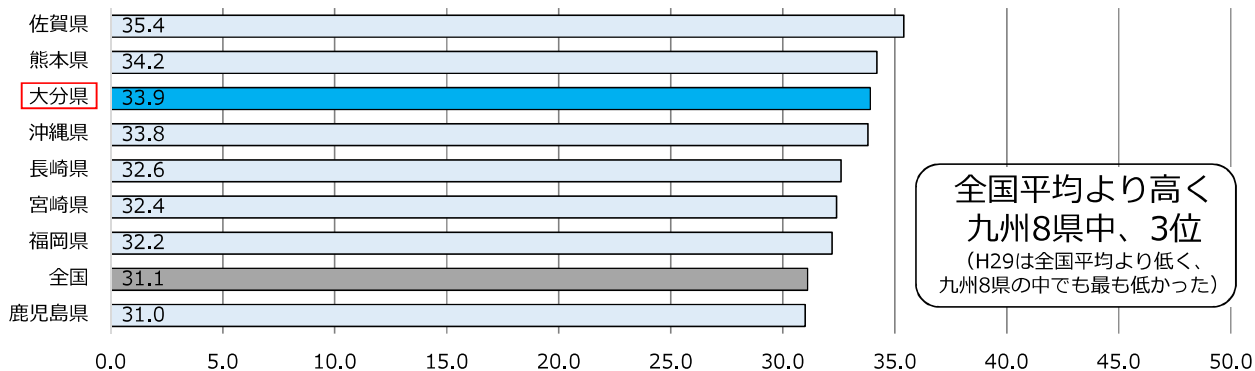
全国平均より低く
九州8県中
7位

約2割が長期入院に

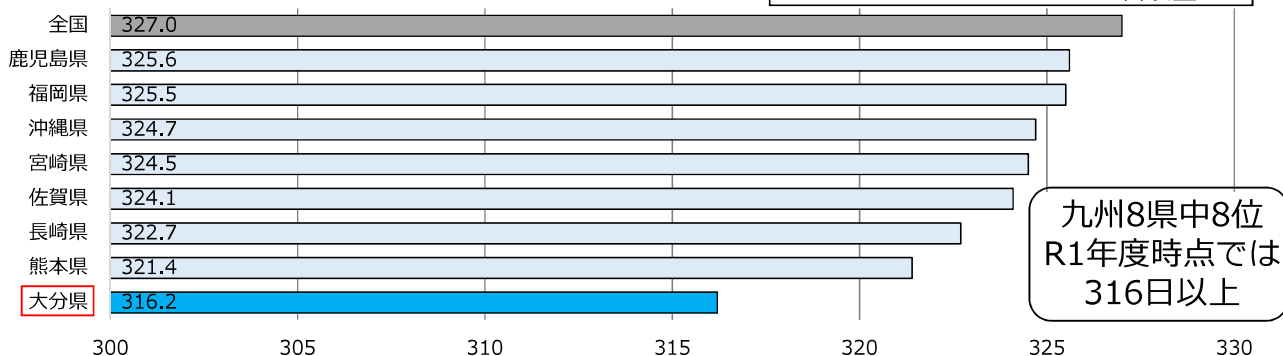
大分県の子精神障がい者の状況④

(出典：精神保健福祉資料 NDB)

◆再入院率 (R1)

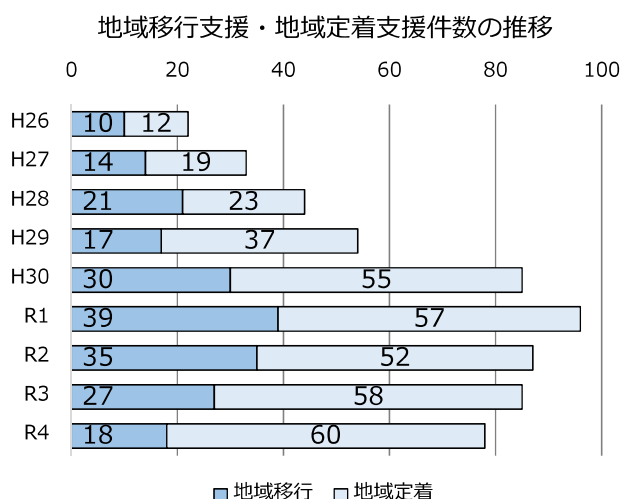


◆地域での平均生活日数 (R1)



大分県の子精神障がい者の状況⑤

○地域移行支援・地域定着支援の状況



令和4年度 事業所所在地ベース件数

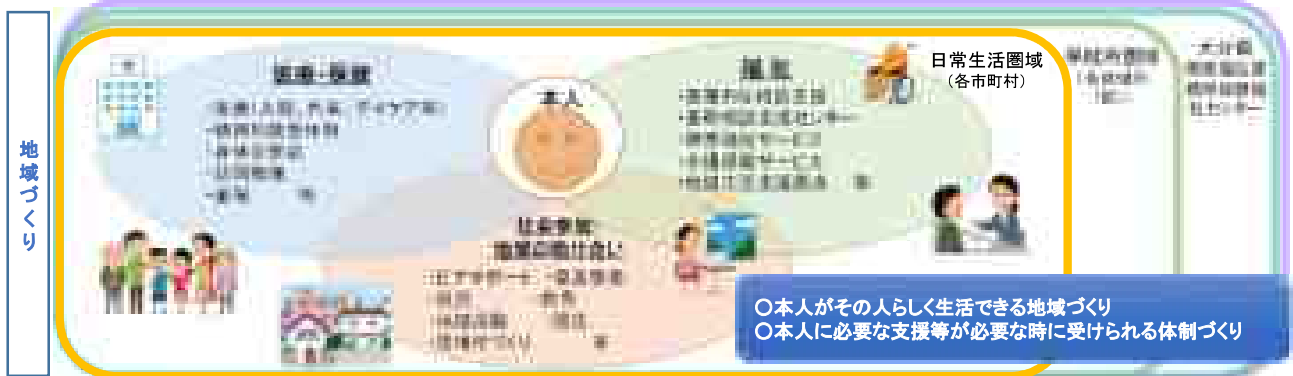
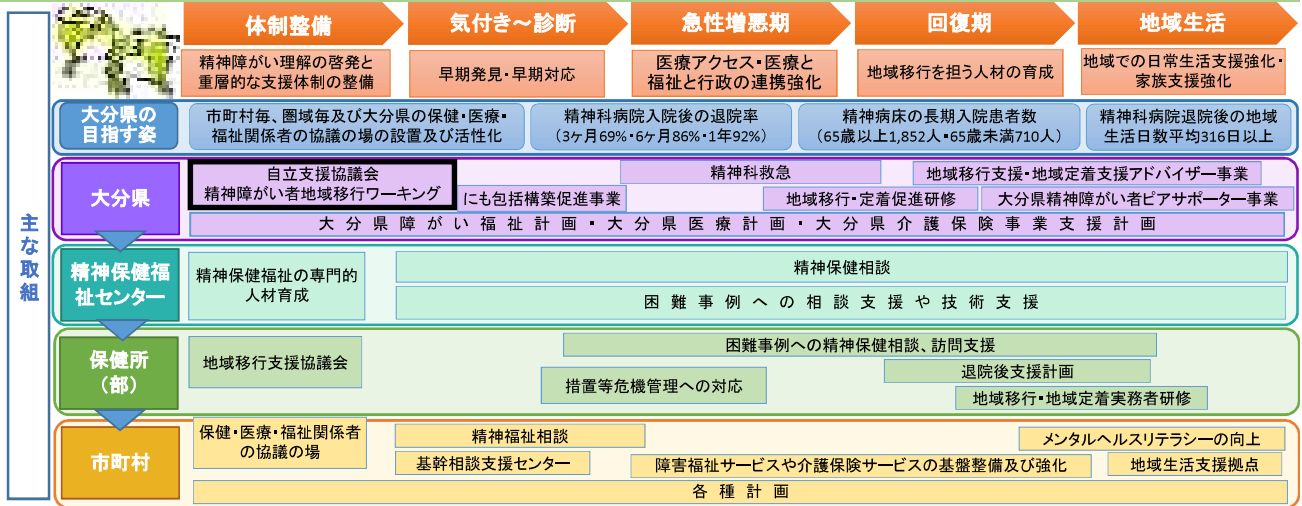
事業所名	令和4年度	
	地域移行	地域定着
大分県立精神保健福祉センター	10	12
大分県立障害者支援センター	14	19
大分県立障害者就業・生活支援センター	21	23
大分県立障害者相談支援センター	17	37
大分県立障害者自立支援センター	30	55
大分県立障害者職業支援センター	39	57
大分県立障害者生活支援センター	35	52
大分県立障害者相談支援センター	27	58
大分県立障害者自立支援センター	18	60

[課題と取組]

- ・長期入院者数が多く、障害福祉計画の目標に達していない。
 - ☞地域で安心して自分らしく生活し続けられる体制整備が必要 (協議の場の設置・活性化)
- ・退院率は全国平均や九州各県よりも低く、障害福祉計画の目標に達していない。
- ・地域平均生活日数は障害福祉計画の目標に達してはいるが、全国平均や九州各県よりも低い。
 - ☞医療と地域をはじめとした各機関の連携と支援体制の強化が必要
- ・地域移行・定着支援サービスを提供している相談支援事業所が限られている。
 - ☞支援者の力量アップが必要 (精神障がい者地域移行・定着支援アドバイス事業)

大分県の精神障がい者の状況⑥

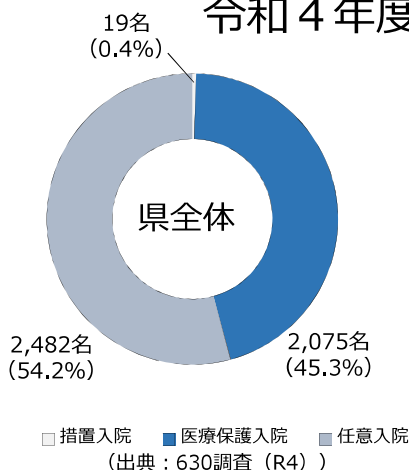
～大分県における精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム体系図～



長期入院者の退院促進・地域移行

- 入院中の早期から支援に入り、地域移行・地域定着を進めるためには、病院と地域の連携を推進する必要がある。
- 精神保健福祉法に基づく退院促進措置の対象となる医療保護入院者を地域につなげる取組が重要。

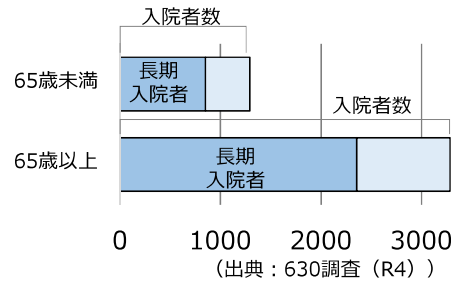
令和4年度ワーキングで現状・課題を整理



- ・県内の入院者の約45%が医療保護入院。
- ・今後の法改正により、急きょ地域援助事業者に対応をお願いせざるを得ないケースも出てくるのでは。
- ・退院ギリギリのタイミングでの連絡が多い。
- ・高齢者を地域に戻すことが困難なことが多い。

長期入院者の退院促進・地域移行 ～高齢者～

- 長期入院患者のうち、65歳以上の方は73.5%。
65歳以上の在院者のうち、71.7%が長期入院。
- 入院患者の高齢化に伴い、65歳以上の長期入院の割合は年々増加。



- ・介護保険を利用しての地域移行が必要となる。
- ・高齢者を地域に戻すことが困難な場合が多い。
- ・以前より入院者は減少しているが、高齢の入院患者が増え、スタッフの介護疲れがある。
- ・外来でフォローしながら地域で生活できそうな患者はいると思うが、判断基準が未確立。
- ・年齢を重ねるとグループホームが難しい。高齢だと断られることもある。

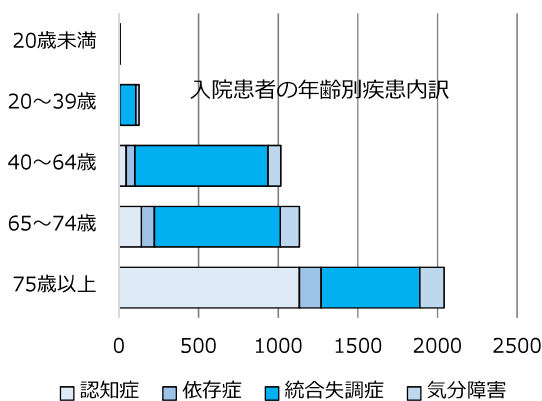
「高齢だから」を理由に、地域移行できないという話ではない。
実際に、高齢の方も退院している人はおり、今後も避けられない。

高齢者の退院促進・地域移行をどうするか

長期入院者の退院促進・地域移行 ～高齢者～

- 高齢者の課題について
- 地域の受け皿について

- ・高齢になると退院できない、又は、入院中に65歳を迎えることが多い。
- ・65歳になり介護保険と精神科医療を併用して生活する。
- ・高齢者の受け皿確保が必要。



(出典：630調査 (R4))

◆現在入院中の高齢者の支援は？

早期に医療・介護・福祉が連携をして
地域移行の方向性を探る。

◆長期入院にならないために必要な支援は？

長期入院にならないために必要な支援
を早期から検討していく。

長期入院者の退院促進・地域移行 ～住まいの場～

- 「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」の構成要素のひとつ。
- 精神障がい者の地域移行においても、住まいの場が確保できないことも長期入院になる課題のひとつ。

〔各圏域地域移行支援協議会・ワーキング意見〕

- ・グループホームに空きがなく、地域移行のタイミングを逃すことがある。
- ・住まいの確保が圏域の課題。
- ・「精神障がい」ということで断られることがある。
- ・アパートオーナーの理解が進まない。

等

住宅セーフティネットの取組 (R5.2.10)

- 1 大分県居住支援法人：15者
- 2 住宅さがしの協力店：84者
- 3 セーフティネット住宅：10,802戸
- 4 大分県居住支援協議会
- 5 居住支援ネットワーク体制の整備（特徴的な取組）
→市町村ごとに居住支援の関係団体を集めて関係づくり

- 居住支援協議会
竹田市 (R4.4.20)
豊後大野市 (R5.1.30)
※日田市でも準備中

精神障がい者地域移行・定着促進研修

〔目的〕

「精神障がい者が住み慣れた地域を拠点とし、本人の意向に即して、充実した生活を送ることができるよう、関係機関の連携の下で、医療・福祉等の支援を行う」という観点から、受け入れ条件が整えば退院可能な精神障がい者の地域生活への移行に向けた支援を推進するために支援関係者の地域移行・定着に対する理解を深め、支援の質の向上を図る。

◆令和元年度

精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム研修Ⅰ (R2.1.24)

- 講義①「統合失調症の正しい知識」
講師：医療法人社団親和会理事長 衛藤病院長 衛藤龍氏
- 講義②「統合失調症患者への服薬指導について理解を深める」
講師：医療法人至誠会帆秋病院 精神科薬物療法認定薬剤師 亀井公恵氏

精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム研修Ⅱ (R2.2.1)

- シンポジウム「医療、福祉、行政の連携」
シンポジスト：医療法人向心会大貞病院理事長・院長 向笠浩貴氏
医療法人財団青山会福井記念病院副院長兼看護部長 中庭良枝氏
相談支援センターくらふと センター長 吉澤浩一氏
松山市保健所保健予防課 主任 越智敏行氏
- グループワーク「連携のために明日から各圏域でできること」

精神障がい者地域移行・定着促進研修

◆令和2年度（R3.3.11）

- 事業説明「精神障がい者の地域移行・定着について」
- 講義①「精神障がい者の地域移行・定着について～退院から就労支援まで～」
講師：医療法人山本記念会山本病院長 山本隆正氏
病棟師長 金島陽子氏
デイケア主任 青木一也氏
- 講義②「精神科病院と地域の連携について」
講師：医療法人社団親和会衛藤病院 精神保健福祉士 大塚真也氏
- 事例紹介「医療と地域の連携による退院支援」
紹介者：地域生活支援センターとよみ園 主任相談支援専門員 陶山武尊氏

◆令和3年度（R4.2.1）

- 事業説明「大分県の精神障がい者の地域移行・定着の取組について」
「大分県における住宅セーフティーネット制度の取組について」
- 講義①「精神障がい者の退院支援～油山病院の取り組み～」
講師：医療法人浜江堂油山病院理事長 三野原義光氏
地域医療連携部課長 内野秀雄氏
- 講義②「地域への移行から地域生活の定着に向けた支援」
講師：地域生活支援センターとよみ園 主任相談支援専門員 陶山武尊氏
- 講義③「精神障がい者の居住支援について」
講師：NPO法人住むケアおおいた 推進事業部専務理事 三宮佳子氏

◆令和4年度：実績なし

地域移行の課題

【医療機関】

- ・地域の事業所や行政との連携がとりづらい。

【福祉事業所】

- ・精神医療に対する知識が少ない。
- ・医療機関や行政との連携がとりづらい。

【行政】

- ・医療機関と福祉事業所の連携をうまく取り持てない。

地域移行の課題解決

【医療機関】

- 地域の事業所や行政との連携がとりにくい。
- ⇒地域で行われるカンファレンスなどに参加をする。
- ⇒精神医療が途切れないような取組み。

【福祉事業所】

- 精神医療に対する知識が少ない。
- 医療機関や行政との連携がとりにくい。
- ⇒医療機関が積極的に福祉事業所に研修会等を行う
- ⇒精神医療への参画。

【行政】

- 医療機関と福祉事業所の連携をうまく取り持てない。
- ⇒精神科病院協会と共同で研修会等を行う。

精神科病院における 精神障害者雇用の試み

—地域共生社会の実現を目指して—

医療法人向心会 大貞病院
理事長 向笠浩貴

1

発端

コロナ禍では全国的にあらゆる業種で働き手の減少が顕著となった。令和4年の自院の現状を顧みても、病棟の看護補助者や厨房の調理員など無資格者の雇用困難が目立った。特に厨房では「人が少ない→きつい→辞める」という負の連鎖から人間関係もギスギスし、離職が相次ぎ、一時職場崩壊寸前の危機に陥っていた。

そういう事情もあり、職員に対しては弱者に対する優しさを取り戻す期待も込めて、就業規則を改定して精神障害者の雇用を取り入れた。目的は、①障害者雇用促進法（法定雇用率の達成義務）の遵守という法的な問題、②進まない精神障害者雇用の打破という社会的問題、③社会復帰の促進という患者サイドの問題、④人手不足の解消という病院自体の問題の解決にある。これらの問題に対し、四者がウィンウィンとなるべく一つの手段として自院通院中の患者の雇用を試みたので紹介する。

2

精神障害者雇用

目的

- 障害者雇用促進法（民間事業主における法定雇用率の達成義務）の遵守…法
- 進まない精神障害者雇用の打破…社会
- 社会復帰の促進…患者
- 人手不足の解消…病院

職種

- 厨房調理員（令和4年4月～ Sc 男性2名）
- 正看護師（令和5年3月卒業 Sc 女性1名）

3

方法

- ハローワークとの障害者雇用勉強会→就業規則の変更
- 募集（ハローワーク）と本人（内定者）の応募
- 障害者手帳の取得
- 受入部署職員への心理教育（病気について）
- 本人への職業教育・ジョブトレーニング
- 雇用契約・就業

雇用形態（入職時待遇）…厨房調理員の場合

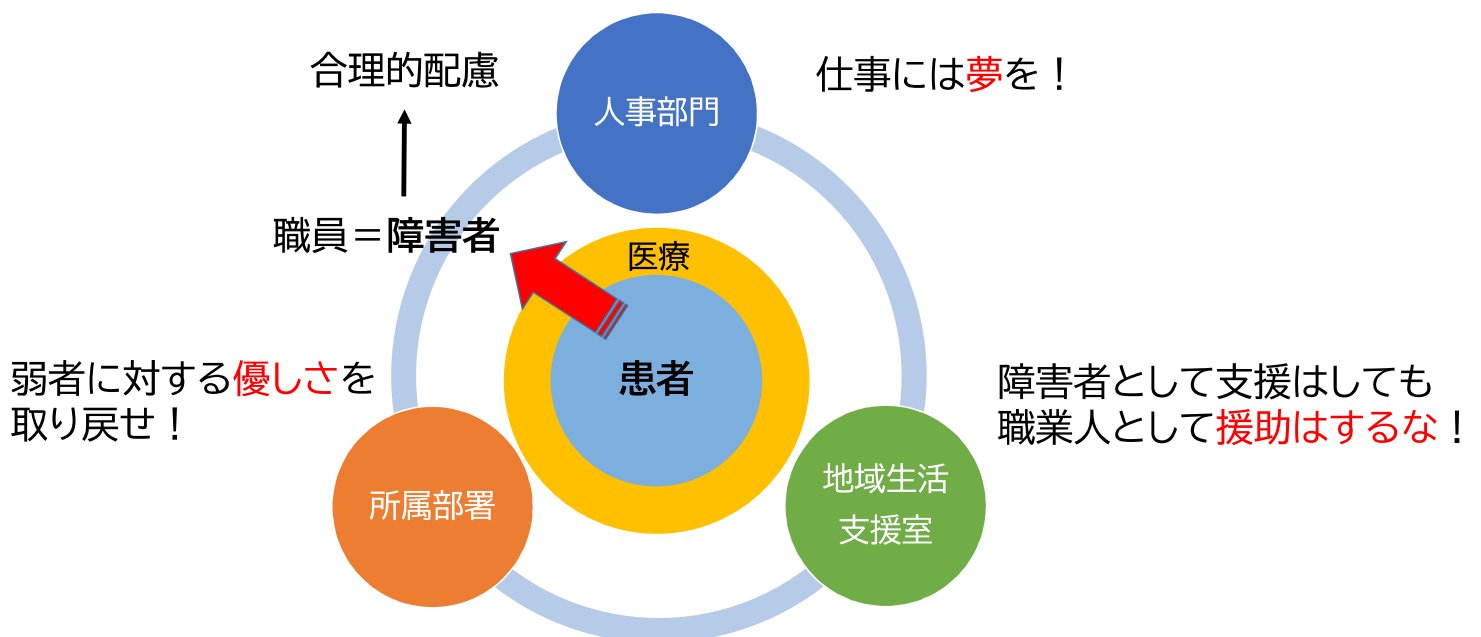
- 1日4時間（8：30～13：00）、週5日（水・日休み）
- 月給88,000円（+精勤・通勤・食事手当）
- 雇用保険・社会保険・厚生年金あり

4

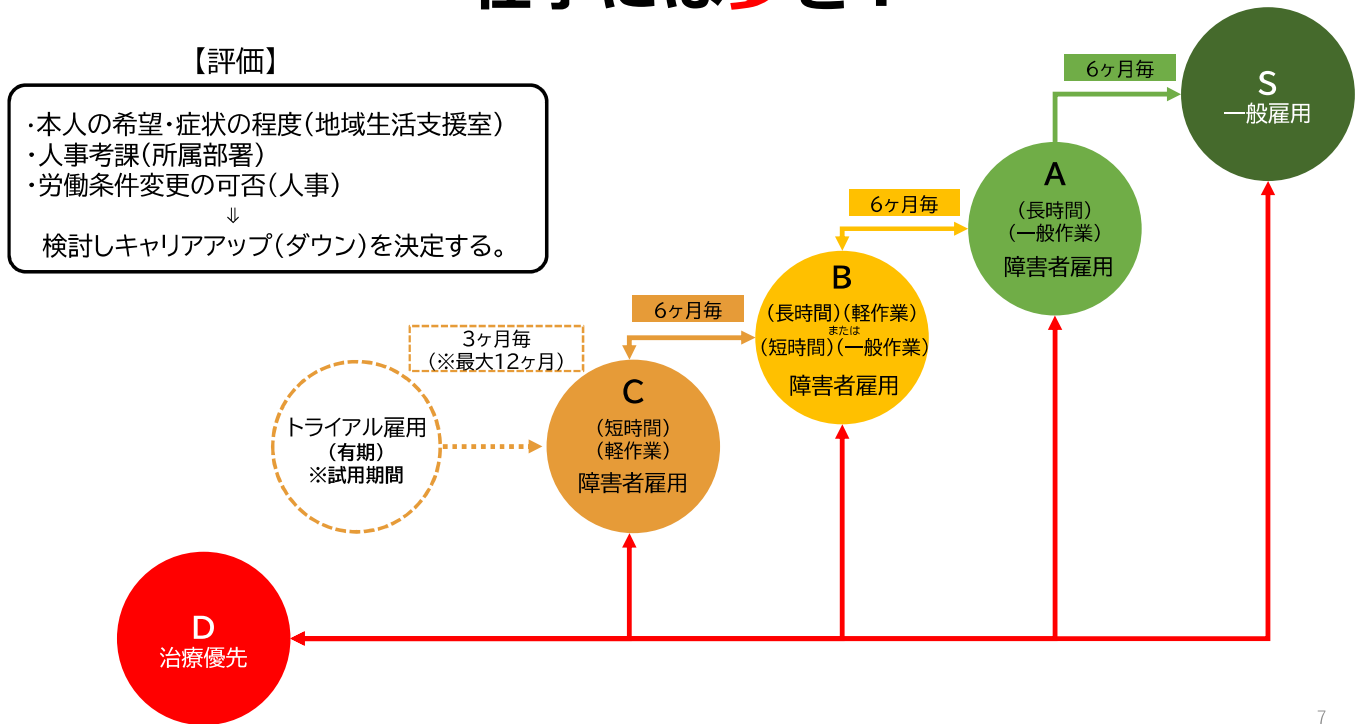
障害者雇用パンフレット（説明用）



精神障害者雇用のイメージ



仕事には夢を！



7

支援はしても援助はするな！

- ・ 障害者相談窓口担当者
 - ・ 障害者雇用職員から業務についての相談を受ける(1名以上選任)
 - ・ 事務2名・その他3名選任
- ・ 障害者職業生活相談員
 - ・ 5人以上雇用の場合義務
 - ・ 職業生活全般における相談・指導を行う
 - ・ 事務1名選任
- ・ スケジュール管理担当者
 - ・ キャリア評価等について、所属部門・地域生活支援室・人事部門のスケジュール調整を行う
 - ・ 地域連携室1名選任
- ・ 主治医
 - ・ 1か月に1回の診察そのものが産業医面接的役割を担う

8

「仕事に夢を」持つとは？

- 快適な職場環境で働くこと？
- 安定した収入を得ること？
- 集団の一員となること、社会から必要とされること？
- だれかに認められること？
- 「理想の自分」になること？

→「働かせてもらう」のではなく、部署において必要とされる人材に成長し、最終的には地域で自立して生活すること。

9

行き過ぎた優しさは成長を阻害する



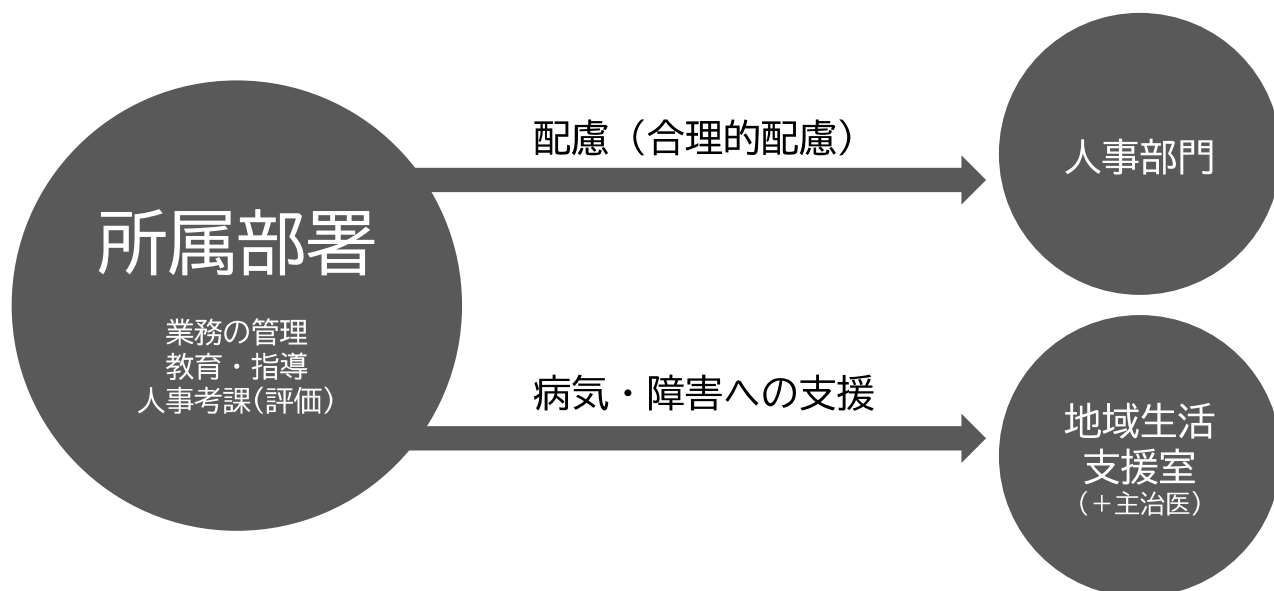
- 無理をさせぬよう業務量を過剰に減らす。
- 個人の判断で休憩を与える。
- ストレスをかけぬよう、注意や指導を行わない。



職員自身の成長を妨げ、不公平感から周りの職員との関係も崩れていく。

10

対応①：部署には「働く」のみを考えてもらう



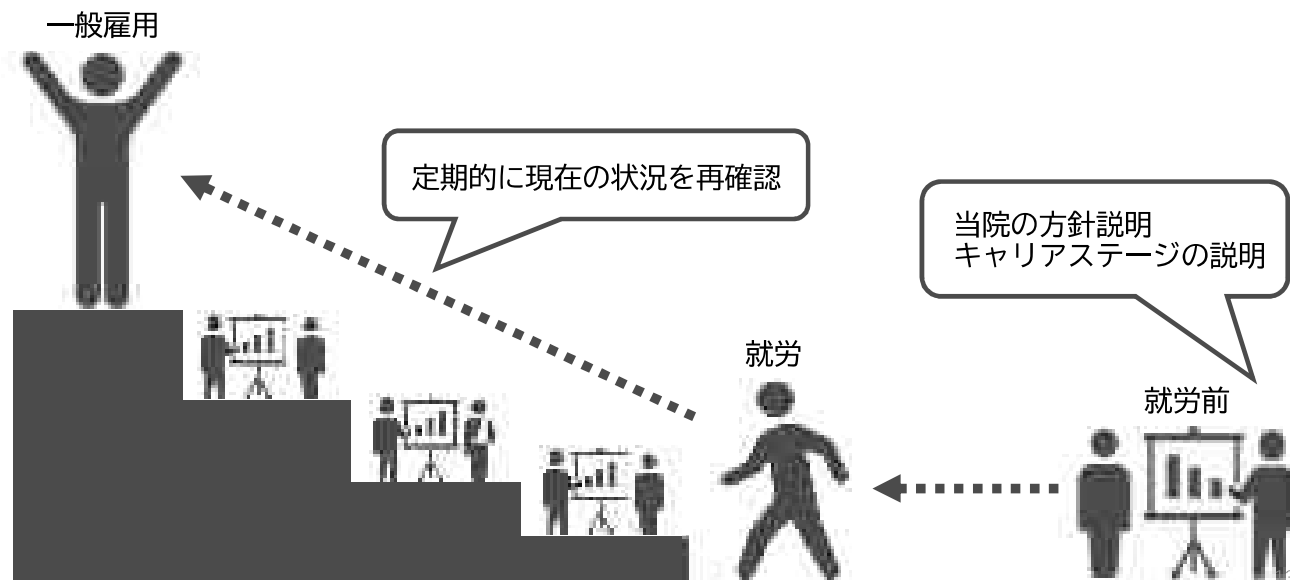
11

対応①：具体的対応

- 相談窓口担当者を選任し、入社後半年の間は1回/月、半年から1年の間は1回/3月、以降は1回/6月面談を行い必要な合理的配慮について把握する。(就業規則)
- 所属長の判断で、定められた休憩時間以外に1時間に10分の休憩を与えることができることを規定。(就業規則)
- 6月毎に所属部署、人事労務担当者、地域生活支援室でキャリアアップについて検討する。(就業規則)
- **職員全員に、部署では原則として特別な対応をする必要がないことを周知。**(学習会)
- カルテに閲覧制限を設定。(IT室)

12

対応②：目標・道程・現在地を明示する



対応②：具体的対応

- 障害者雇用の方針を決定し、就業規則に「…自ら地域での自立した生活を目指さなければならず…」と明記する。
- 特定適用事業所となり健康保険・厚生年金を適用する。
- 地域生活支援室を就労相談窓口とし、パンフレットを用いて一般雇用を目指すこと、そこに至るまでのキャリアアップについて説明する。
- 地域生活支援室PSWが主治医と共に職員の病気・障害の状態を把握する。
- 1回/6月部署において考課面談を行い、その時点のキャリアステージや目標、本人の意向について再確認する。
- 6月毎に所属部署、人事労務担当者、地域生活支援室でキャリアアップについて検討する。（就業規則）

自院障害者雇用の長所・短所

【長所】

- ずっと診てきているので募集時の適材適所が見分けやすい。
- 本人の周りには顔見知りや相談できる者が多くいる。

【短所】

- ストレス脆弱性の問題、病気の再発の可能性がある。
- 意欲が低い・続かない者もいる。
- 認知機能の低下で気が利かない者がいる。
- 職場＝治療の場であり、誠にしたらその後の対応が難しい。
- 一般雇用へ格上げして障害年金が続けられるか？

15

外国人技能実習・特定技能外国人との違い

	外国人技能実習・特定技能外国人	障害者雇用
言語・コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> • 日本語教育が必要 • 通じにくい場合がある 	<ul style="list-style-type: none"> • 日本人がほとんど
初期投資・ランニングコスト	<ul style="list-style-type: none"> • 技能実習：3年間で約210万円+給与・賞与 • 特定技能：5年間で約230万円+給与・賞与 	<ul style="list-style-type: none"> • 給与・賞与のみ
助成金	<ul style="list-style-type: none"> • なし 	<ul style="list-style-type: none"> • トライアル雇用助成金 (8万円/月) ※1 • 特定求職者雇用開発助成金 (20万円×4期/人) ※2 • キャリアアップ助成金 (28万5千円/人) ※3 • 特例給付金 … など
保険・年金	<ul style="list-style-type: none"> • 雇用保険・社会保険・厚生年金 	<ul style="list-style-type: none"> • 雇用保険・社会保険・厚生年金
福利厚生	<ul style="list-style-type: none"> • 宿泊施設を用意・住宅手当 • 職員とは別途の福利厚生 (食事会等) 	<ul style="list-style-type: none"> • 住居は自宅 • 職員と同等の福利厚生
雇用規模	<ul style="list-style-type: none"> • (小～) 大 	<ul style="list-style-type: none"> • 小

※1 最大8万円/月×3月+4万円/月×3月 ※2 短時間労働者の場合 ※3 無期雇用→正規雇用の場合

職場の意識調査

- ・当事者・厨房職員（以下両者）事前アンケート調査

厨房職員事前説明会 → 職場体験 → 雇用開始

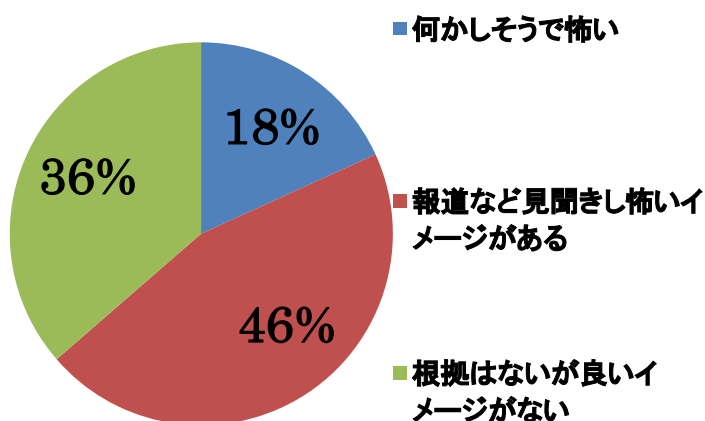
- ・（両者）1ヶ月・3ヶ月・6ヵ月・12ヶ月後のアンケート調査

17

事前アンケート結果

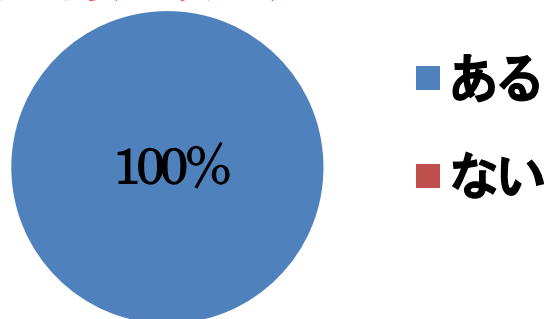
厨房職員(11名)

精神障害者に対してどのようなイメージがありますか？



当事者(2名)

障害者雇用として働く事について何か不安はありますか？

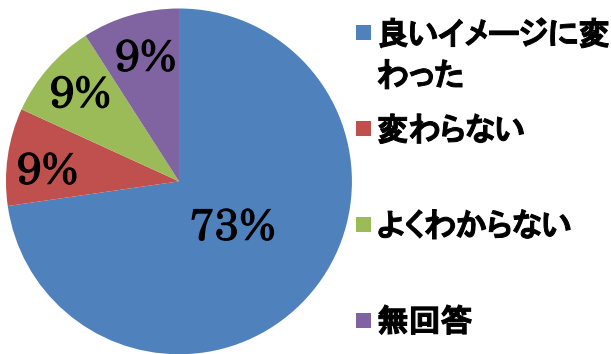


- ・精神障害者と一緒に仕事することを嫌がっているのではないかと思うと、受け入れてくれるのかとても不安。
- ・自分で良いのか不安。
- ・女性ばかりの職場なので怖くてとても不安。
- ・自分に務まるのかとても不安。
- ・社会参加に繋がるので有り難い事だが、社会保険に加入したら障害年金が切られるのではないかと不安。(2人共に)

厨房職員【雇用1ヶ月後】アンケート結果

回収率:100%

患者と一緒に仕事を行い精神障害者に対するイメージは変わりましたか？



どのように良いイメージに変わりましたか？

- ・障害を持っていると言われないとわからない。4名
- ・一度教えるとよく覚えていて、仕事が比較的スムーズにいく。1名
- ・精神障害者とは思えないくらい普通に働いている。2名
- ・思っていた以上に仕事が速くできるのでびっくりした。1名

どのように変わりませんか？

- ・悪いイメージは変わらない。1名
- ・よくわからない。1名
- ・無回答 1名

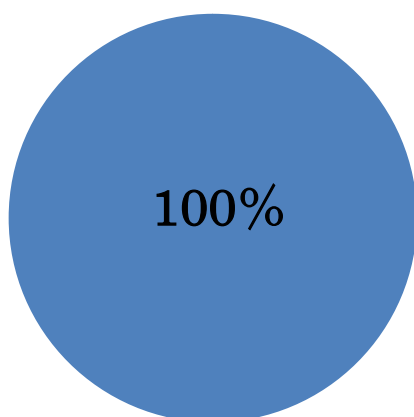
精神障害者と共に業務開始して1ヶ月が経過しましたが、何か不安や不都合な点はありませんか？

- ・別がない。8名
- ・漠然とした不安は多少ある。3名

21

厨房職員【雇用12ヶ月後】アンケート結果

精神障害者に対するイメージは変わりましたか？



- 良いイメージが変わった
- 多少変わった
- 変わらない

理由

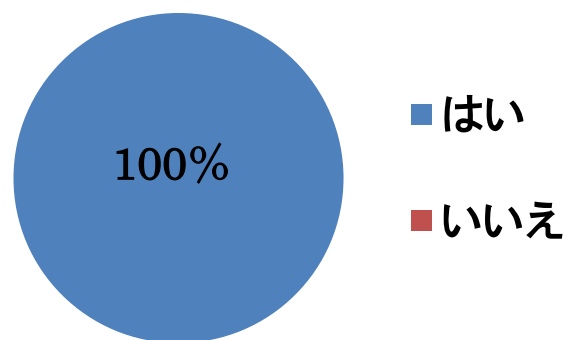
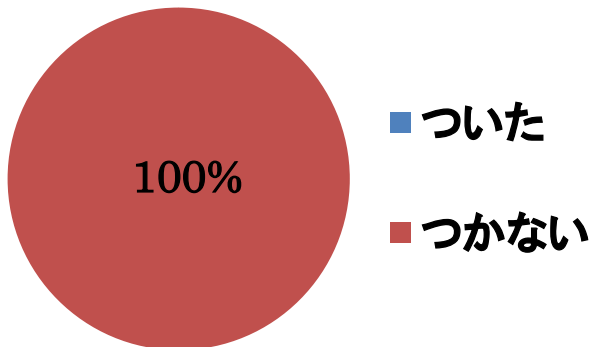
- ・障害を持っていると言われないと分からない。
- ・一度教えるとよく覚えていて仕事がスムーズに行く。
- ・とても真面目に仕事をする
- ・優しく、真面目

22

当事者【雇用1ヶ月後】アンケート結果

厨房で働き出し1ヶ月が経過しましたが、
仕事に自信が付きましたか？

厨房職員の方々との関係は良好ですか？



理由

- ・盛り付けの進歩が全くなく自信が持てない。
- ・自分で仕事を見つけられず自信が持てない。
- ・職員と上手く会話が出来ない。
- ・切込みが未だに出来ない。
- ・足手まといになっていないかとても不安。

理由

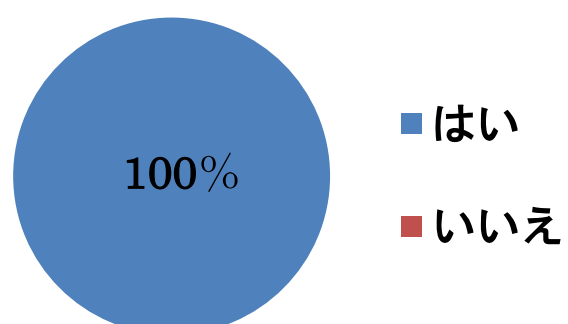
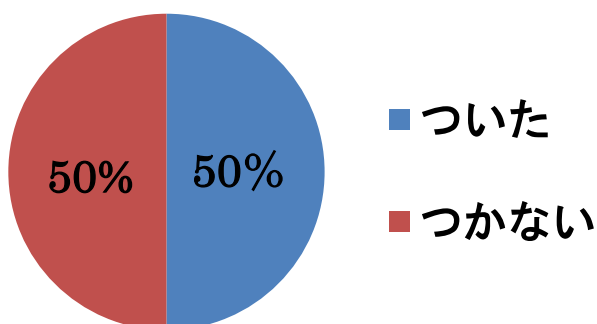
- ・みんな優しい方々です。
- ・私はコミュニケーション能力が低く、上手く対応できない部分を皆さんが了承してくれていて助かっている。

23

当事者【雇用12ヶ月後】アンケート結果

厨房で働き出し12ヶ月が経過しましたが、
仕事に自信が付きましたか？

厨房職員の方々との関係は良好ですか？



理由

- ・何をすればいいかわかるようになり自信が付いた。
- ・対人交流が苦手なので自信はないが、成長したい。

理由

- ・みんな優しい。
- ・気の利いた返しが出来なくて申し訳ない。
- ・休憩時、気軽に雑談もでき良い感じ。

24

- ・ **日本では**

精神病患者監護法（警察部が所管となり私宅監置を認めた）以降
富国強兵？→治安要請による **隔離政策**、私宅監置＝座敷牢
精神衛生法下→病院への **収容・管理政策**

- ・ **暗黒時代の中世ヨーロッパでは**

宗教的な偏見→宗教裁判・魔女裁判・火刑

- ・ **ルイ14世時代のフランスでは**

パリ市内及び近郊の貧しい乞食の監禁所（総合施療院）
→精神障害者、犯罪者、浮浪者を収容（ピセートル救済院）



犯罪者、悪魔と同等に扱われ、市民の目に触れないようにされてきた

27

知らない → 怖い

精神障害者に対する偏見や差別を解消し精神科病院の敷居を低くするため、地域住民に実際に見てもらい、触れてもらい、感じてもらい、慣れてもらう必要がある。

怖い を払拭するためには？ → **普及・啓発**



社会から **可愛がられる** こと

28

精神障がいを持って 地域で働くということ

～就労を継続するために～

精神保健福祉士の視点から

医療法人 同仁会 大分下郡病院

精神保健福祉士 太田貴裕

精神障害者の雇用義務化

障害者雇用促進法改正 平成30年4月1日

法定雇用率の算定対象に身体障害者・知的障害者に加え新たに
精神障害者が加わった

※企業側の雇用率（実雇用率）には、平成18年4月より含めて良いことになっていた

障害者法定雇用率

事業主区分	法定雇用率		
	平成30年3月31日 まで	平成30年4月1日 より	令和5年 現在
民間企業	2.0%	2.2%	2.3%
国・地方公共団体等	2.3%	2.5%	2.6%
都道府県の教育委員会	2.2%	2.4%	2.5%

法定雇用率は引き上げられている

今後も法定雇用率は段階的に引き上げ予定

令和6年4月～ 2.5% 令和8年4月～ 2.7%

精神障害者の雇用の更なる拡大が見込まれる

障害別雇用人数

令和4年における雇用障害者数は61万3,958人

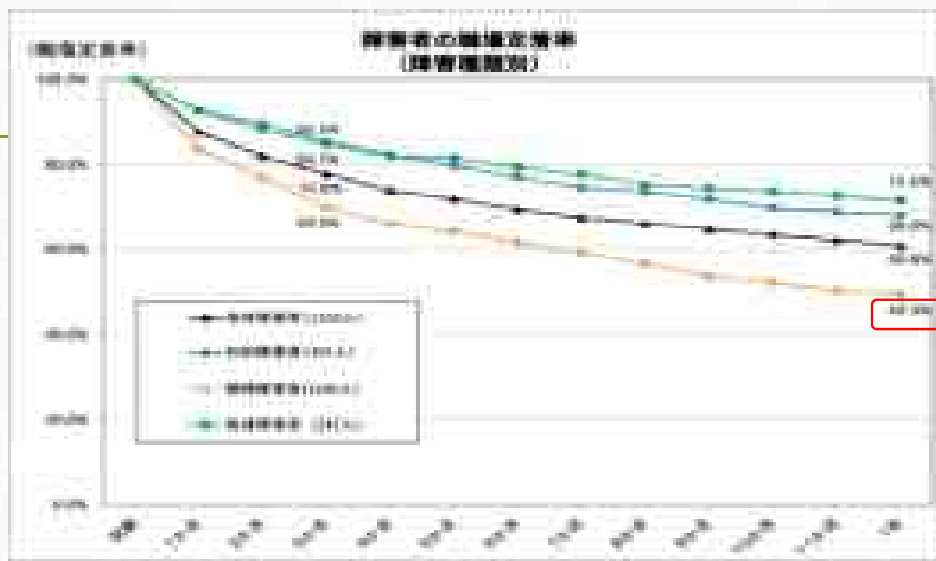
身体障害	357,767.5人	前年と比較すると0.4%の減少
知的障害	146,426.0人	前年と比較すると4.1%の増加
精神障害	109,764.5人	前年と比較して 11.9% の増加

参照:厚生労働省 令和4年障害者雇用状況の集計結果

精神障害者の雇用は年々増加

その一方で、**短期間で離職**に至る方が多い現状もある

精神障害者の職場定着率



参照: 障害別に見た職場定着率の推移と構成割合 (2017年4月 障害者の就業状況等に関する調査研究 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センターより)

障害者求人により就職した障害者の 職場定着状況等

	3ヶ月後	1年後
身体障害者	86.8%	70.4%
知的障害者	91.2%	75.1%
精神障害者	82.7%	64.2%
発達障害者	92.0%	79.5%

参照: 『障害者の就業状況等に関する調査研究』(2017年、JEED)

退職理由

- 人間関係
- 仕事がきつい、体が疲れやすい
- 病状が悪化した
- 仕事が合わない

実際に聞いた声

『自分ばかりに仕事が頼まれる』

『相談したけど…』

『伝えただけど、わかってもらえなかった』

関係者と情報共有をして

本人は

『自分の意図することが、正しく伝えられていない』

『職場の意向や指示が正しく理解できない』

職場は

『本人の気持ちが、正しく理解できていない』

『職場の意向・指示が正しく伝えられていない』

その結果として

『他の人と比べ、私ばかりに仕事が頼まれる』

『相談したけど…』

『伝えたけど、わかってもらえなかった』



退職

就労する為に必要なもの

病状の安定

コミュニケーション

コミュニケーション 4つの要素

- 伝える力
- 聴く力
- (非言語を) 伝える力
- (非言語を) 読み解く力

就労継続する為に必要な事

安心して自分の気持ちを伝えられる事

相手の考えや状況を正しく理解できる事

相手は

職場の担当者（支援者）

ハローワーク職員

通院先職員（主治医、看護師、相談員等）

親 兄弟姉妹 その他



限定する必要はない

連携

ネットワークを構築し、情報共有



職場と本人の間のコミュニケーションを補う



お互いの理解度向上



就労継続・定着へ

ご清聴ありがとうございました

「精神障害者雇用の現場からの報告」

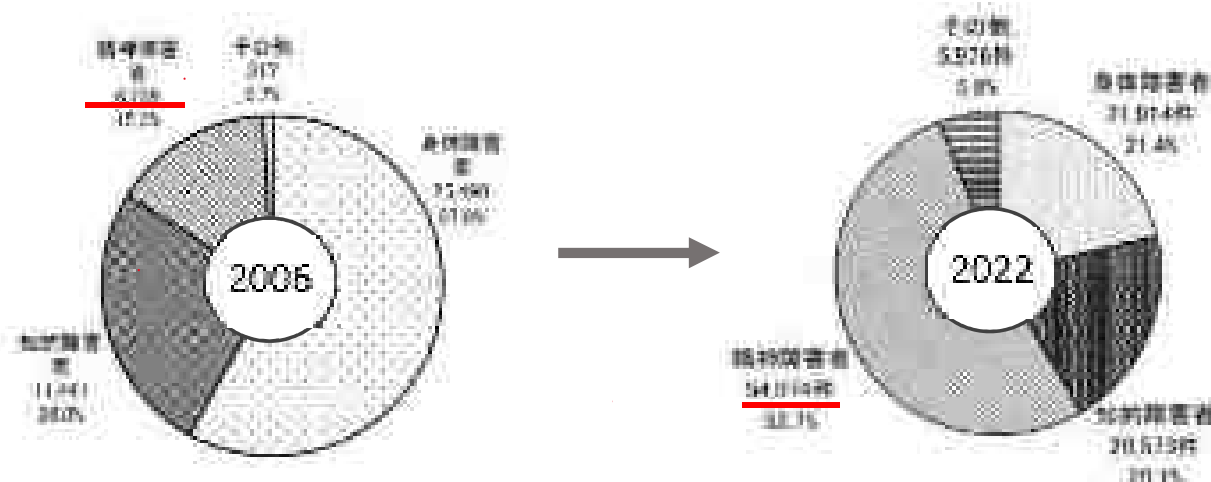
- ① 雇用の傾向 ～大分県東部地域の現況も～
- ② 手帳を持たないメンタル不調の労働者に関する一考察

障がい者就業・生活支援センターたいよう
奥武あかね
(精神保健福祉士 社会福祉士 公認心理師)

① 雇用の傾向

2

「就職件数等における障害種別の割合」の比較

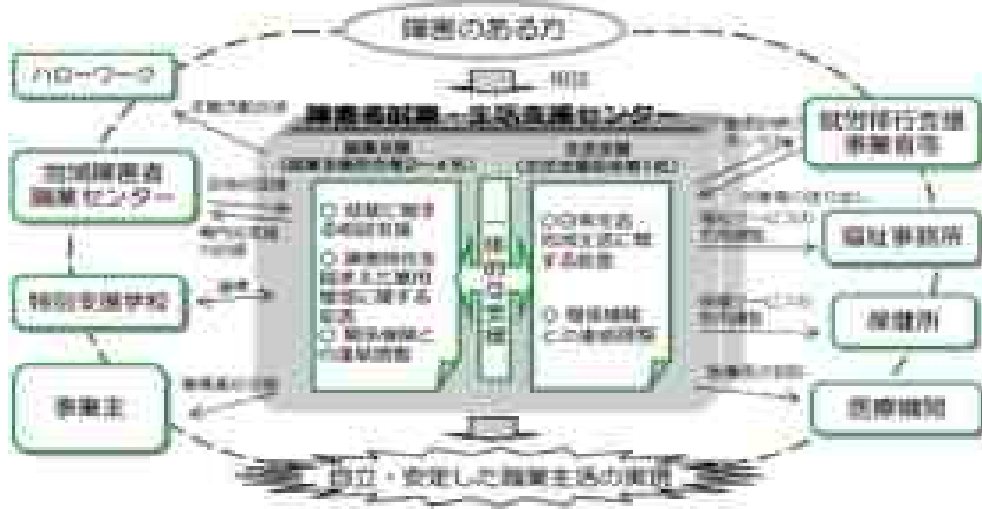


○ 16年間で約8倍に増加。現在の障害者雇用の主流は精神障害者。

引用元：「ハローワークにおける障害者の就職件数」厚労省発表（平成18年度及び令和4年度）

① 雇用の傾向

障害者就労支援の体系図



○就職件数増加に伴い、社会資源、施策が増え、連携が強化されていく動きがある

引用元：大分県ホームページ

① 雇用の傾向

就業・生活支援センターの役割



○ 就業・生活支援センターは全国で337か所、大分県内では6か所

○ 障害者、企業双方の支援。 社会資源とのコーディネート。

① 雇用の傾向

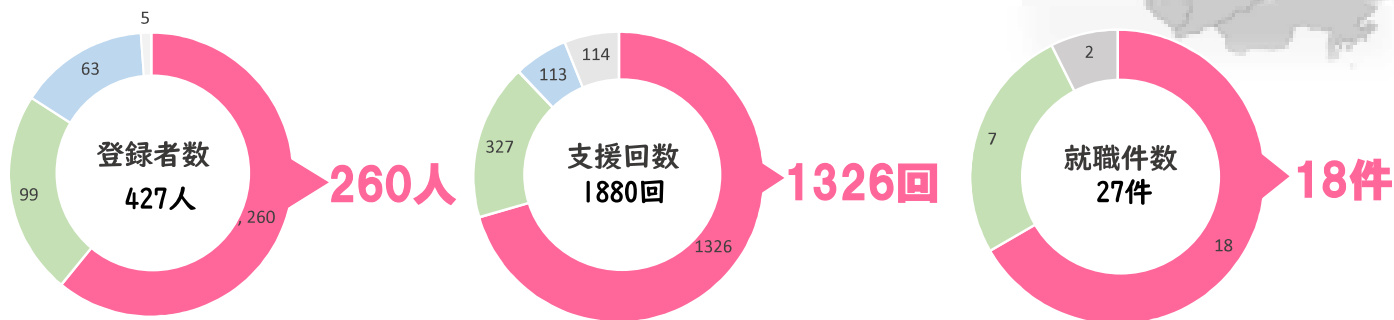
5

大分県東部地域の現況（2023年上半期 4/1～9/30）

東部地域 人口約25万人
（別府・杵築・日出・國東・豊後）



■ 全障害者に占める、精神障害者の割合



・多くが精神障害。割合順は、①精神→②知的→③身体で近年定着している。

① 雇用の傾向

6



○ 障害者向けの就労支援サービスも年々増加傾向

- (例) 障害福祉サービス：就労移行訓練、就労定着支援、自立訓練、生活訓練、等々
 障がい者職業センター：ジョブコーチ支援、職業能力評価、職業準備訓練 等々
 制度：短時間労働を雇用率に算入、トライアル雇用、職場実習制度、等々

② 手帳を持たないメンタル不調の労働者に関する一考察

7



- 今まさに働きながらメンタル不調を初めて体験する労働者の対応については、制度面、施策面、かなり遅れを取っている。支援の在り方。居場所はあるのか。
- 企業も悪気があるわけではなく、どう対応していいかわからないまま、忙しさのなか、不在がちになる社員への対応が後手後手になる傾向。

② 手帳を持たないメンタル不調の労働者に関する一考察

8



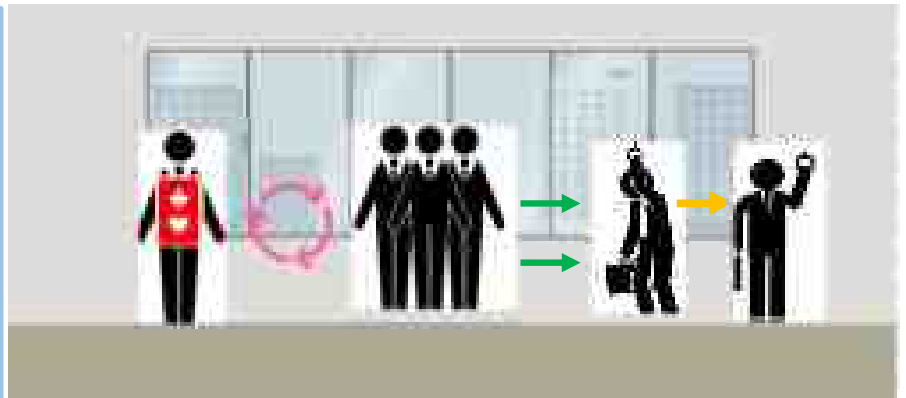
- 障害者手帳を持っているか否か、障害者雇用率としてカウントされるか否かで、企業の労働者への態度が変わることがある。
「障害者ではないから支援できない」という考え方。→ これでいいのか？
- 精神疾患、障害があっても働き続けることができる社会を目指すのではなく、「障がい者雇用率の達成」というミッションに思考が縛られてしまうことによる弊害

② 手帳を持たないメンタル不調の労働者に関する一考察



- 不調な人の支援、社会資源は少ない。不調者「“障害”と名の付く施策しかないの？」
- 障害者雇用で働いている人は、この状況を知ること、会社に対して失望することがある
- 精神障害のある方の就労に対する誤った理解、偏見が広がるリスクがあるのではないか

まとめ



- 「治療と仕事の両立」の枠組みで捉える
- 障害者雇用の経験を、社員の「治療と仕事の両立支援」に活かす
- 雇用・労働の観点の支援施策、居場所作り → 重症化予防現場復帰できる仕組みを作ることがニーズ。