一般社団法人 日本ソーシャルワーク教育学校連盟 平成29年度社会福祉士・精神保健福祉士全国統一模擬試験

正答・解説集

(試験当日配布用)

一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟: 平成29年度社会福祉士・精神保健福祉士全国統一模擬試験

【 正答一覧 】

【専門科目】

精	申疾患とその治療	
84	精神医学、精神医療の歴史	1,3
85	脳や神経の部位と機能	2
86	ICD-10に基づく精神疾患	2
87	アルコール依存症	2
88	ノンレム睡眠	2,5
89	状態像と病名・尺度	3,4
90	修正型電気けいれん療法	4
91	精神科薬物療法	2
92	精神疾患の治療	5
93	精神科治療における人権擁護	2
精礼	申保健の課題と支援	
94	心理・社会的発達理論	3
95	自殺の状況	5
96	要保護児童対策	4
97	過労死防止対策	4
98	薬物依存対策	2,3
99	いじめ防止対策	5
100	家族間で生じる虐待や暴力	2,4
101	国際連合の精神保健活動	2
102	子どもの貧困	1
103	臨床研究に関する倫理	5
精礼	申保健福祉相談援助の基盤	
104	精神保健福祉法	1,4
105		4,5
106		5
107	社会福祉士の役割	4
108	ソーシャルワークのグローバル定義	2
109	精神保健福祉士が行う相談援助活動	3
110	THE TELL PROPERTY OF THE PROPE	5
111		3
	相談援助にかかわる専門職の役割	4
113		5
	多職種連携による支援	3
115	地域資源の情報提供	5
116		5
117	居住支援における精神保健福祉士の対応	3
118	相談援助における権利擁護	2
	申保健福祉の理論と相談援助の展開	4
119	日本の精神保健医療福祉の歴史	4
120	精神障害者支援の理念や方法	5
121	相談支援専門員の支援	5
122	精神科リハビリテーションの基本原則	3,5
123	精神科リハビリテーションの対象者	1
124	医療機関における精神科リハビリテーション	2
125	精神保健福祉士が行う相談援助の展開	5
126	面接技術	4

127	家族会	3
128	スーパービジョンの形態	4
129	ケアマネジメントの過程	5
130	地域生活へ向けた支援	2, 5
131	精神保健福祉ボランティア	4
132	初回面接	2
133	精神科デイ・ケア	2,5
134	就労支援における精神保健福祉士の対応	3
135	退院へ向けた精神保健福祉士のかかわり	5
136	グループワークの内容	3, 4
137	地域移行支援・地域定着支援	5
138	精神保健福祉相談員の初回相談対応	5
139	アルコール家族教室のプログラム	2
140	アルコール問題への介入	3
141	初回面接における精神保健福祉士の対応	3
142	経過観察(モニタリング)	4
143	ニーズを充足する方法の検討	5
精补	申保健福祉に関する制度とサービス	
144	日本の精神障害者に関する法律	4,5
145	精神障害者保健福祉手帳	3
146	障害者基本法	3
147	社会福祉協議会	2
148	精神保健福祉相談員	3
149	生活困窮者自立支援制度	1
150	地域生活定着支援センター	3
151	医療観察法	4
152	質的調査法	4
153	経済的支援のための制度活用	1
154	所得保障に関する経済的支援	3
155	学費等の経済的支援	4
精补	神障害者の生活支援システム	
156	精神障害の特性	3,5
157	精神障害者の生活の実態	4
158		
	障害者権利条約	2,4
159	障害者権利条約 地域定着支援事業	2, 4 5
160	地域定着支援事業	5
159 160 161 162	地域定着支援事業 行政機関における精神保健福祉の専門職 就労支援にかかわる機関 障害福祉サービスの利用	5 2
160 161	地域定着支援事業 行政機関における精神保健福祉の専門職 就労支援にかかわる機関	5 2 4

精神疾患とその治療

問題 84

正答 1,3

- 1 **正しい**。ピネル (Pinel, P.) は、1793年にフランス の公立病院 (ビセートル) で精神障害者を鎖から解放 し、非拘束処遇を掲げて人道主義に基づく治療を実践 した。これは精神医学史上、新しい時代を画する象徴 的な行動と言われ、彼は「近代精神医学の創始者」と 謳われている。よって選択肢の記述は正しい。
- 2 誤り。ビアーズ (Beers, C. W.) は米国人で,自らの精神病院入院体験をもとに,アメリカ精神衛生運動の歴史的原点となった著書,『わが魂にあうまで』を記した人物である。彼はその著書で,当時の精神病院の悲惨な現状を訴えるとともに,精神障害者の処遇を改善し,精神疾患を予防する運動を展開した。のちに彼の運動は,精神衛生運動の国際化の基盤ともなり,現在の世界精神衛生連盟の活動へとつながっている。よって選択肢の記述は誤りである。
- 3 正しい。バザーリア(Basaglia, F.)は、1960年代、イタリアにおいて脱施設化運動を推進し、精神医療の改革に関する新たな法(「法律第180号」ないし「バザーリア法」)の制定に導いた精神科医である。第二次世界大戦後のイタリアでは、民主化が進んだにもかかわらず、精神医療に関しては治安対策的色彩が強く、2000床を超える巨大精神病院が乱立していた。1961年にゴリーツィアの州立精神病院長に赴任したバザーリアは、北イタリアを中心に脱施設化運動を展開し、その後成立したバザーリア法においては、精神科病院への新たな入院が禁じられた。よって選択肢の記述は正しい。
- 4 誤り。クレペリン(Kreapelin, E.)は19世紀末~20世紀前半に活躍したドイツの精神医学者で、精神障害の性質の追究とその分類に努力し、「早発性痴呆」(現在の統合失調症)や躁うつ病という疾患単位を確立したことで知られる。彼の功績は現在の精神疾患分類にも大きな影響を与えている。一方、臨床精神病理の立場から、統合失調症の一級症状を述べたのはシュナイダー(Schneider, K.)である。よって選択肢の記述は誤りである。
- 5 誤り。ロールシャッハ(Rorschach, H.)はスイス の精神科医で、インクブロットを使用した投影法を創 案し、その名を冠した心理テストの一つであるロール シャッハテストで知られている。彼の精神科診断学へ

の貢献は大きいが、画像診断法とは関係がない。よって選択肢の記述は誤りである。

問題 85

正答 2

- 1 **誤り**。感情・意欲・言語(運動性の言語中枢)は前 頭葉の機能である。頭頂葉は外界の認識を扱う部分 で、体性感覚・立体的認識に関与する。
- 2 **正しい**。ウェルニッケ中枢は言語の優位半球(右利き者の場合左半球)の側頭葉に存在する感覚性の言語中枢である。同部の損傷により、言語の理解が障害される感覚性失語症を呈する。これに対してブローカ中枢は、優位半球の前頭葉に存在する運動性の言語中枢である。同部の損傷により、言葉の表出が障害される運動性失語症を呈する。
- 3 誤り。選択肢は小脳の機能を表している。後頭葉には視覚中枢がある。後頭葉の損傷による視覚の障害は、通常両眼の同一領域の視野欠損(半盲)としてあらわれる。
- 4 誤り。脳幹部は中脳・橋・延髄からなり、間脳は含まれない。脳幹部では、呼吸や体温調整など基本的な機能をつかさどる。
- 5 誤り。視覚中枢は後頭葉に存在する。後頭葉と小脳 はともに頭蓋内の尾側に隣接して位置するものの,互 いの間に直接の線維連絡はない。

問題 86

- 1 **誤り**。ICD-10における小児自閉症は,「心理的発達の障害(F8)」に区分されており,「小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害(F9)」には該当しない。なおICD-10における「心理的発達の障害」は,大きく学習障害に関連した障害群と広汎性発達障害(F84)から構成されており,小児自閉症はそのうちの広汎性発達障害の一つに位置づけられている。ちなみに広汎性発達障害には,小児自閉症のほかにアスペルガー症候群,レット症候群などが含まれている。
- 2 **正しい**。ICD-10における非器質性睡眠・覚醒スケジュール障害は、「生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群 (F5)」に区分されている。この障害群は、大きく摂食障害、非器質性睡眠障害、性機

能不全(器質性の障害あるいは疾患によらないもの)などから構成されており、設問の非器質性睡眠・覚醒スケジュール障害は、そのうち非器質性睡眠障害(F51)の一つに位置づけられている。ちなみに非器質性睡眠障害には、一次性心因性に生じた睡眠異常(不眠、過眠、睡眠・覚醒スケジュール障害)や、睡眠中に生じる挿間性の異常現象(睡眠時遊行症、睡眠時驚愕症、悪夢)が含まれている。

- 3 誤り。ICD-10における統合失調症は、その近縁疾患とともに「統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害(F2)」に区分されており、「症状性を含む器質性精神障害(F0)」には該当しない。ちなみに統合失調症は、うつ病などとともに内因性の精神疾患に分類されてきた歴史をもつ。一方ICD-10における「症状性を含む器質性精神障害」は、各種の認知症などから構成されており、こちらは外因性の精神疾患に分類されてきたものである。
- 4 誤り。ICD-10における摂食障害(F50)は「生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群(F5)」に区分されている。典型的な摂食障害は、神経性無食欲症(F50.0)と神経性過食(大食)症(F50.2)に分類される。ちなみに「成人のパーソナリティおよび行動の障害(F6)」は、「個人の特徴的な生活様式と自己と他人との関係の仕方で現れる臨床上意義のあるさまざまな状態と行動パターン」で構成されており、特定のパーソナリティ障害、習慣および衝動の障害、性同一性障害などが含まれている。
- 5 誤り。ICD-10におけるチック障害(F95)は、「小 児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障 害(F9)」に区分されている。この障害群(F9) は、チック障害のほか、多動性障害(F90)、行為障 害(F91)などから構成されている。ちなみに「神経 症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 (F4)」には、歴史的に神経症といわれていた疾患 が含まれており、基本的に心因性の精神疾患群であ る。

問題 87 正答 2

1 **誤り**。飲酒の制御が障害されるのがアルコール依存 症である。飲酒のブレーキが故障した状態で、いった んアルコールが入ると制御困難でとことん飲んでしま う。山形飲酒サイクルなど独特の飲酒パターンがみら れる。これに対し多量飲酒とは、アルコール摂取量60 g/日以上のものをいい、それだけでは依存症の診断 にはならない。

- 2 **正しい**。アルコール離脱状態では、せん妄状態にて 昆虫・小動物・小人などの幻視がよくみられる。
- 3 誤り。HALTとは再飲酒のきっかけとなる事象をあらわし、Hungry (空腹)、Angry (怒り)、Lonely (孤独)、Tired (疲れ)の頭文字である。これらの状況を避けるように指導する。
- 4 **誤り**。AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) の点数はアルコール依存症のカットオフ値として目安になるものであるが、これだけで確定診断はできない。
- 5 誤り。長年の多量飲酒によりもたらされるウェルニッケ脳症は、ビタミンB₁(チアミン)の欠乏により生じ、意識障害・眼球運動障害・失調歩行を三主徴とする。なお、筋固縮・振戦・無動・姿勢反射障害はドーパミンの欠乏によるパーキンソン病の徴候として知られる病態である。

問題 88 正答 2,5

1 誤り。人間の睡眠は約90分を単位とするレム(Rapid Eye Movement) 睡眠と、ノンレム(Non-Rapid Eye Movement)睡眠の繰り返しである。レム睡眠は入眠して70~100分後に現れ、すばやく活発な眼球運動が観察される睡眠相である。大脳が完全に寝ておらず、レム睡眠は「体の」睡眠(いわゆる浅い眠り)である。レム睡眠は睡眠の約20%を占めている。

(『新・精神保健福祉士養成講座①精神疾患とその治療(第2版)』中央法規出版,2016年(以下『精神疾患とその治療』中央法規出版),p.173,『新版精神保健福祉士養成セミナー①精神医学―精神疾患とその治療』へるす出版,2012年(以下『精神医学―精神疾患とその治療』へるす出版),p.123)

- 2 正しい。活発な寝返りはノンレム睡眠でみられる。 レム睡眠期には全身の骨格筋は弛緩しているため,寝 返りは少ない。一方,大脳皮質がよく活動しており, 夢をみている。その内容に応じて,血圧や心拍が変動 する。健常成人の場合,寝入りばなから3時間の間に 深いノンレム睡眠が集中し,それ以降はやや浅いノン レム睡眠とレム睡眠の組み合わせが繰り返される。
- 3 誤り。レム睡眠期には、脳波は覚醒時に近いり (シータ)波(4~7 Hz)が観察される。すなわち大脳が比較的活動を保っているにもかかわらず、「体の」睡眠によって筋肉が動かない金縛りは、このレム睡眠期に起こるものである。睡眠はノンレム睡眠で始まるので、入眠後すぐにレム睡眠に入ることは通常ない。

- 4 誤り。ノンレム睡眠期の脳波では、覚醒時にみられない周期のゆっくりした (3 Hz以下)、振り幅の大きいδ (デルタ)波が記録される。大脳皮質の活動は低下しており、ノンレム睡眠は「脳の」睡眠(いわゆる深い眠り)である。ノンレム睡眠期の眼球の動きはゆっくりであり、血圧や心拍は安定している。筋緊張が戻り、身体を動かすことができるので寝返りが多くなる。
- 5 正しい。睡眠時驚愕症(夜驚症)は、強い交感神経系の緊張状態・興奮(発汗、頻脈、過呼吸)のもとで、ノンレム睡眠(すなわち夢をみていない状態)から覚醒する病態である。走ったりすることもあるが、深い眠りであるため声をかけてもすぐには反応できず、数分間かけてほんやりと応答する。同様に、ノンレム睡眠期に認められる異常として、小児の睡眠時遊行症(睡眠中に突然起き上がって、歩きまわる)が知られている。一方、レム睡眠下においても骨格筋の緊張が低下せず、夢でみている内容を行動に移してしまう病態をレム睡眠行動障害という。こちらは高齢者に多いとされる。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p.177, 『精神医学―精神疾患とその治療』へるす出版, p.125)

問題 89 正答 3,4

- 1 誤り。幻覚妄想状態は統合失調症のほか,薬物依存症・アルコール依存症(離脱状態)・せん妄・認知症・ 頭部外傷など広範な病態でみられるが,心的外傷後ストレス障害(PTSD)では通常みられない。PTSDの症状にはフラッシュバック・回避症状・過覚醒症状を主体に、抑うつや自律神経症状などがある。
- 2 誤り。グラスゴー・コーマ・スケール (GCS) は意 識障害の程度を評価する尺度で、他にジャパン・コー マ・スケール (JCS) が知られている。なお、躁症状 の程度を客観的にあらわす尺度は存在しない。
- 3 **正しい**。微小妄想とは、自分は取るに足らない小さな存在である、自分は存在する価値が無いものであるという妄想で、貧困妄想・罪業妄想とともに、気分障害、とくにうつ病で出現することが多い。
- 4 **正しい**。双極性障害の躁病相においては「睡眠欲求 の減弱」として睡眠障害があらわれ、夜寝るなんて もったいないなどと言い、活動を続ける。うつ病相に おいては不眠(早朝覚醒が多いが、入眠障害や途中覚 醒も起こり得る)としてあらわれ、いずれにしても睡 眠障害がおこる。

5 **誤り**。ボディイメージの障害とは、自分の体の状態 を正しく認識できず、多くの場合、客観的現実よりも 太っていると認識するものであり、摂食障害でしばし ばみられる。

問題 90 正答 4

1 誤り。修正型電気けいれん療法は、従来型の電気けいれん療法(有けいれん療法)の合併症であった脊椎骨折のリスクや心肺循環への負担を軽減する目的で、全身麻酔をした後に筋弛緩薬を投与することにより、けいれんを起こさず脳に通電する方法である。近年普及しつつあるが、施行にあたっては麻酔薬の使用とともに、筋肉の弛緩が呼吸筋にも及ぶため補助呼吸を要し、麻酔科医との緊密な連携が欠かせない。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p.143, p.226, 『精神医学―精神疾患とその治療』へるす出版, p.89, p.195)

- 2 **誤り**。修正型電気けいれん療法は、薬物療法の実施に問題がある症例に対して、適応を吟味のうえ行われる。老年期のうつ病における身体合併症や特有の副作用などの原因によって、服薬が難しい場合がその代表である。加えて、妊娠中の女性に対しても行うことができ、胎児への影響を考えると薬物療法より安全であると考えられる。
- 3 誤り。修正型電気けいれん療法の特徴の一つに、治療効果の発現における速やかさがある。したがって、 昏迷が続き食事もできない統合失調症患者や、希死念 慮が切迫しており危険なうつ病患者などに対しては、 他の治療法に先んじて行われることもある。ただし、 全身麻酔そのものにも当然リスクがあり、重症ないし 緊急な対応を要する事例へ適応を限るという考えが穏 当である。
- 4 **正しい**。修正型電気けいれん療法の副作用として, 通電直後に健忘や見当識障害を認めることがある。多 くは時間とともに回復する。ただし,治療効果の発現 は早いが,効果そのものが持続的でないという欠点を 補うため,修正型電気けいれん療法を繰り返し施行す ることで,記憶障害がさらに出現しやすくなる。
- 5 誤り。従来の有けいれん療法では、適応時に強直間代けいれんが全身に及んでいたため、脊椎に強い圧力がかかり圧迫骨折をきたすことがあった。この欠点を補いつつ同等の効果を得るため、修正型電気けいれん療法では全身麻酔の施行下に、けいれんを起こさず脳に通電する手法をとっている。このため、脊椎骨折は起こらない。

問題 91

正答 2

1 誤り。定型抗精神病薬の投与によって引き起こされることが多い,血中プロラクチン値の増加(高プロラクチン血症:減少ではない)は,重要な内分泌・代謝系の副作用である。月経異常(女性),射精障害(男性),性欲低下,乳汁分泌,骨粗鬆症などをもたらす。これに対し,1990年代から導入された非定型抗精神病薬は,作用面において陽性症状に加え陰性症状にも効果を認めるほか,高プロラクチン血症や錐体外路症状といった副作用の出現が少ないことから普及が進んだ。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 219, 『精神医学―精神疾患とその治療』へるす出版, p. 186)

2 **正しい**。非定型抗精神病薬は、従来の定型抗精神病薬とは薬理作用(作用・副作用)に異なる面がある。なかでもクロザピンは、難治性の統合失調症に対する効果が知られていたものの、重篤な副作用として顆粒球の減少(無顆粒球症)をきたす可能性がある。さらに、血糖値を上昇させる(耐糖能を低下させる)ことがある非定型抗精神病薬として、オランザピンやクエチアピンが知られている。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 216, p. 342, 『精神医学―精神疾患とその治療』へるす出版, p. 185)

3 誤り。うつ病は、セロトニンやノルアドレナリンといった、神経伝達物質が減少することで引き起こされるという考えがある。この考えのもと1990年代後半からわが国では選択的セロトニン再取り込み阻害薬(Selective Serotonin Reuptake Inhibitor; SSRI)が、うつ病の治療へ用いられるようになった。シナプス間隙における再取り込みを阻害して、セロトニンの濃度を維持ないし増やす(減少ではない)効果が期待される。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 220, 『精神医学―精神疾患とその治療』へるす出版, p. 187)

4 誤り。抗酒薬(シアナミド,ジスルフィラム)はアルデヒド脱水素酵素2型(aldehyde dehydrogenase 2;ALDH2)の働きを阻害するため、内服するとアセトアルデヒドの代謝が抑制され、結果として不快なフラッシング反応(顔面紅潮、発汗や頭痛、吐き気)を起こす作用がある(アセトアルデヒドの滞留:減少ではない)。抗酒薬は患者が周囲に断酒の意思を宣言し、これを継続するための補助的な役割を果たす。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p.105, 『精神医学―精神疾患とその治療』へるす出版, p.77)

5 **誤り**。抗認知症薬のなかでもアセチルコリンエステ ラーゼ阻害薬(ドネペジル、ガランタミン、リバスチ グミン)は、神経伝達物質の分解酵素を阻害することで、アセチルコリンの濃度を維持ないし増やす(減少ではない)作用をもつ。なお、別の作用機序として神経細胞毒性を有するグルタミン酸の作用を抑制する(減らす)方向に働く、N-メチル-D-アスパラギン酸(NMDA)受容体拮抗薬(メマンチン)がある。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p.224, 『精神医学―精神疾患とその治療』へるす出版, p.193)

問題 92

- 1 誤り。力動精神療法は精神分析的精神療法とも呼ばれ、基本的には患者に自由連想的な会話を要請し、治療者は傾聴と中立性を維持して、転移や抵抗などの理解とその解釈を中心とした治療的アプローチを行うものである。この治療法は、多くの神経症(神経症性障害)や一部のパーソナリティ障害に対して行われる。一方、うつ病における精神療法としては、主に認知療法や支持的精神療法が用いられるため、選択肢の記述は誤りである。
- 2 誤り。認知療法とは、認知のあり方が人間の気分や 行動に影響を与えるという理解に基づいて開発された 精神療法の一つであり、認知のあり方に働きかけて精 神疾患を治療する方法が取られる。また行動療法と は、現代学習理論の法則に基づいて、人間の行動や情 動を変える目的で開発された治療法である。強迫性障 害では、強迫観念やそれに伴う強迫行為に対して、選 択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) を中心と する薬物療法と、認知行動療法がともに有効な治療法 として知られている。ただし強迫性障害の患者は、し ばしば頑固に認知行動療法における治療努力に抵抗を 示すため、まずは薬物療法を先行させ、治療的動機づ けを強化確認した後に、認知行動療法を行うことが多 い。したがって選択肢の記述は誤りである。
- 3 誤り。SSRIは、三環系抗うつ薬、四環系抗うつ薬 と並んでうつ病の治療に有効である。しかしSSRIは、 うつ病以外に不安障害、強迫性障害などにおいても有 効性が確認されている。したがって選択肢の記述は誤 りである。
- 4 誤り。社会生活技能訓練(SST)の統合失調症に対する有効性に関しては、アメリカ精神医学会が作成した治療指針においても示されている。ただし統合失調症に対する治療では、急性期においては抗精神病薬を中心とする薬物療法を主体とし、急性期を越えた後には、薬物療法と精神科リハビリテーションとを併せて

- 行うことが多い。選択肢にあるSSTも精神科リハビリテーションの手段として、薬物療法とともに用いられるのが一般的である。したがって選択肢の記述は誤りである。
- 5 正しい。集団療法は、病棟、外来、デイケア、社会復帰施設、セルフヘルプグループなどで幅広く行われている精神療法であり、その対象は神経症から精神病水準、パーソナリティ障害や認知症、物質関連障害など応用範囲が広い。選択肢における精神作用物質による依存症では、NA(Narcotics Anonymous)やダルク(Drug Addiction Rehabilitation Center;DARC)において集団療法が取り入れられている。したがって選択肢の記述は正しい。

問題 93

正答 2

- 1 **誤り**。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)第36条では、身体拘束は当該患者 の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐこと に重点を置いた行動制限とされており、法制定当初よ り制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるよう なことは厳にあってはならないことが重視されてき た。したがって懲罰を目的とした身体的な拘束は、い かなる場合も認められていない。よって選択肢の記述 は誤りである。
- 2 **正しい**。患者の隔離は、患者の症状からみて、患者 または周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、か つ隔離以外の方法ではその危険を回避することが著し く困難であると判断される場合に可能となる。隔離の 判断は精神保健指定医が行う必要があるが、12時間を 超えない範囲ではその他の医師の判断でも可能であ る。
- 3 誤り。医療保護入院とは、精神保健福祉法第33条に 定められている強制入院の一つである。この入院は、 精神保健指定医の診察に基づき、入院の必要はあるが 本人の同意による任意入院ができない精神障害者を、 家族等の同意により精神科病院(病棟)に入院させる ことができる制度である。すなわち精神保健指定医の 診察は必要であるため、選択肢の記述は誤りである。
- 4 誤り。措置入院とは、精神保健福祉法第29条に定められている強制入院の一つである。この入院は、2人以上の精神保健指定医の診察の結果を受け、自傷他害のおそれのある患者を都道府県知事(指定都市の市長)の権限によって入院させる制度である。よって1人以上の医師という選択肢の記述は誤りである。

5 誤り。緊急措置入院とは、基本的には精神保健福祉 法第29条に定められている措置入院の規定に従う。し かし、措置入院にあたっては、急速を要するにもかか わらず、入院のためのすべての手続きが行えない場合 もある。このような事態に対応するため、精神保健指 定医1名の診断で足りる等、要件を比較的緩和したも のが緊急措置入院である。ただし緊急措置入院による 入院期間は、72時間以内に限ることとされている。 よって選択肢の記述は誤りである。

精神保健の課題と支援

問題 94

正答 3

1 誤り。乳児期(0歳~1歳)は、信頼感を獲得する 時期であり、自己同一性の基礎となる絶対的な信頼感 (基本的信頼)を形成する重要な時期となる。

(庄司順一・西澤哲編『社会福祉基礎シリーズ⑫ソーシャルワーカーのための心理学』有斐閣,2001年(以下『ソーシャルワーカーのための心理学』有斐閣),p.90)

- 2 誤り。幼児期初期(1歳~3歳)は、自律性を獲得する時期であり、しつけなどを通じて、自分の衝動を 統制する内的な枠組みをつくっていくことになる。
 - (『ソーシャルワーカーのための心理学』有斐閣, p.91)
- 3 正しい。幼児期後期(3歳~6歳)は、自発性(もしくは積極性ともいう)を獲得する時期であり、家庭の外に関心を広げたり、なりたいと思う大人のすることを真似したり(同一化)しはじめる。

(『ソーシャルワーカーのための心理学』有斐閣, pp.91~92)

4 誤り。学童期(6歳~12歳)は、小学校に通うようになり、勉学に取り組むなかで新たな発見や作業を完成させる喜びなどを体験する。そのような体験が勤勉性の獲得に結びついていく。

(『ソーシャルワーカーのための心理学』有斐閣, pp.92~93)

5 **誤り**。青年期(18歳~30歳頃)は、アイデンティティ (自我同一性)を確立するまでの心理的にあるいは社 会的に猶予を与えられている期間(モラトリアム)で あり、友人との付き合いや、異性との交際、アルバイトなどの労働に参加する経験を通して、社会のなかで の自己を確立していく。

(『ソーシャルワーカーのための心理学』有斐閣, p. 120)

問題 95

正答 5

1 誤り。自殺者総数は、2009年(平成21年)以降減少 し続けている。2016年(平成28年)中の自殺者総数は 2万1897人であり、2015年(平成27年)と比較して2128 人(8.9%)減少した。

(厚生労働省自殺対策推進室警察庁生活安全局生活安全企画課「平成28年中における自殺の状況」(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/jisatsu/jisatsu_year.html))

2 誤り。2016年(平成28年)の自殺死亡率は,男性は 人口10万人あたり24.5人,女性は10.4人であり,男性 は7年連続,女性は5年連続で低下した。男性は女性 の約2.4倍である。

- 3 誤り。自殺死亡率は全年齢階級で減少傾向にある。 2016年(平成28年)の自殺死亡率は,60代は人口10万 人あたり19.8人で9年連続で低下し,70代は21.4人, 80代以上は21.6人でそれぞれ3年連続で低下した。
- 4 **誤り**。自殺の動機は健康問題が最も多い状態が続いている。2016年(平成28年)は自殺者数2万1897人のうち、健康問題が1万1014人(67.6%)であり、経済・生活問題の3522人(21.6%)や家庭問題の3337人(20.5%)を大きく上回っている。なお、これらの動機は、自殺者1人につき3つまで推定し計上されたものである。
- 5 **正しい**。若年者の自殺は学校問題が動機になることが多く、2016年(平成28年)では19歳以下の自殺者数493人の原因・動機は学校問題が151人(30.6%)であって、家庭問題93人(18.9%)や健康問題109人(22.1%)を上回っている。

問題 96

正答 4

1 誤り。必置ではない。2004年(平成16年)の児童福祉法の改正によって、地方公共団体は要保護児童の適切な保護を図るために要保護児童対策地域協議会を置くことができると規定された。

(厚生労働省「要保護児童対策地域協議会設置・運営指針」第1章「要保護児童対策地域協議会とは」)

2 誤り。要保護児童対策地域協議会の対象児童は、児童福祉法第6条の3に規定する「要保護児童(保護者のない児童又は保護者に監護されることが不適当であると認められる児童)」であり、虐待を受けた子どもに限らず、非行児童なども含まれる。

(厚生労働省「要保護児童対策地域協議会設置・運営指針」第1章「要保護児童対策地域協議会とは」)

3 誤り。要保護児童対策地域協議会の構成員は、「関係機関、関係団体及び児童の福祉に関連する職務に従事する者その他の関係者」であり、NPOやボランティア、民間団体なども含まれ、地域の実情に応じて幅広い者を参加させることが可能である。

(厚生労働省「要保護児童対策地域協議会設置・運営指針」第2章「要保護児童対策地域協議会の設立」)

4 **正しい**。要保護児童対策地域協議会の構成員には, 職務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない義務 がある(児童福祉法第25条の5)。この義務に違反し た者は,1年以下の懲役又は50万円以下の罰金に処せ られる(児童福祉法第61条の3)。

(厚生労働省「要保護児童対策地域協議会設置・運営指針」第2章「要保護児童対策地域協議会の設立」)

5 誤り。「代表者会議」は、要保護児童対策地域協議 会の構成員の代表者による会議であり、実際の担当者 で構成される実務者会議が円滑に運営されるための環 境整備を目的として、年に1~2回程度開催される。

(厚生労働省「要保護児童対策地域協議会設置・運営指針」第3章「要保護児童対策地域協議会の運営」)

問題 97 正答

- 1 **誤り**。過労死等防止対策推進法第2条では,「過労死等」の定義を「業務における過重な負荷による脳血管疾患若しくは心臓疾患を原因とする死亡若しくは業務における強い心理的負荷による精神障害を原因とする自殺による死亡又はこれらの脳血管疾患若しくは心臓疾患若しくは精神障害」としているため誤りである。
- 2 誤り。過労死等防止対策推進法は、2014年(平成26年)6月に公布、同年11月1日より施行された。過労死等防止対策推進法の目的は、過労死等が多発し大きな社会問題になっていること、過労死等が本人や遺族だけでなく、社会にとって大きな損失であることから、過労死等の防止のための対策を推進し、過労死等がなく、仕事と生活を調和(ワークライフバランス)させ、健康で充実して働き続けることのできる社会の現実に寄与することである(第1条)ため誤りである。
- 3 誤り。過労死等防止対策推進法に規定されている国 の責務は、過労死等の防止のための対策を効果的に推 進する責務があることから誤りである。地方公共団体 には、国と連携しながら、過労死等の防止のための対 策を効果的に推進する努力義務がある。また、事業者 には国及び地方公共団体が実施する過労死等の防止の ための対策に協力する努力義務がある。国民には、過 労死等を防止することの重要性を自覚し、関心と理解 を深める努力義務がある(第4条)。
- 4 **正しい**。①調査研究等(第8条),②啓発(第9条), ③相談体制の整備等(第10条),④民間団体の活動に 対する支援(第11条)の4つの項目である。調査研究 等について国は,実態調査,効果的な防止に関する研 究,その他の調査研究,情報収集,整理,分析及び提 供を行う。啓発について国及び地方公共団体は,教育 活動や広報活動を通じて,過労死等の防止の重要性に ついて国民の自覚を促し,国民の関心と理解を深め

- る。相談体制の整備等について国及び地方公共団体は、過労死等のおそれのある者やその親族などが相談する機会の確保、相談に応じる者への研修機会の獲得、過労死等のおそれがある者に早期に対応し、過労死等の防止のための適切な処置を行う体制の整備や施策を講ずる。民間団体の活動に対する支援について国及び地方公共団体は、民間の団体が行う過労死等の防止に関する活動を支援するために必要な施策を講じる。
- 5 誤り。過労死等防止対策推進法には、厚生労働省に 過労死等防止対策推進協議会を設置することが規定されている(第12条,第13条)。協議会は20人以内で組織され、いずれの委員も非常勤である。委員は業務における過重な負荷により脳血管疾患若しくは心臓疾患にかかった者または業務における強い心理的負荷による精神障害を有するに至った者やこれらの者の家族またはこれらが原因で自殺した者の遺族の代表、労働者の代表、使用者の代表、過労死等に関する専門的知識を有する者のうちから厚生労働省が任命することから誤りである。

問題 98 正答 2,3

- 1 **誤り**。精神神経作用物質(薬物)は,脳に作用し中枢神経を抑制したり,興奮させたりする作用があり,依存を形成する作用ももっている。体性神経系は,自律神経系とともに末梢神経系をなしている。感覚神経と運動神経がある。
- 2 **正しい**。指定薬物としての精神毒性等の判明した物質を速やかに指定するため、指定要件となっている薬事・食品衛生審議会を、必要に応じ適宜開催することにより、迅速かつ効果的な指定薬物の指定を行うこととしているが、緊急を要し、あらかじめ意見を聴くいとまがない場合には、個別の事案ごとに応じて、指定手続きの特例を適用し、当該手続きを経ないで指定を行う。

(内閣府HP「危険ドラッグの乱用の根絶のための緊急対策」)

- 3 正しい。2014年(平成26年)の薬事法の改正に伴い, 指定薬物の輸入,製造,販売若しくは授与目的での貯蔵または陳列の禁止に加え,所持,使用,購入,譲受けについても禁止された。指定薬物を含む危険ドラッグを所持,使用する等して医薬品,医療機器等の品質,有効性及び安全性の確保等に関する法律に違反した場合は処罰される。
- 4 誤り。2015年(平成27年)中の少年及び20歳台の大

麻事犯による検挙人員は、1034人であり、前年と比べ 300人程度増加している。一方、覚せい剤事犯による 少年及び20歳台の検挙人員は、1536人と、前年と比べ 60人程度増加している。

(警察庁「平成27年における薬物・銃器情勢」)

5 誤り。刑事施設において、薬物依存離脱指導の充実 強化を図るとともに、引き続き刑事施設及び保護観察 所の連携強化を図ることが必要であるとされた。保護 観察所においては、覚せい剤事犯保護観察対象者に対 し、薬物再乱用防止プログラムが行われ、簡易薬物検 出検査と組み合わせて実施される。

(法務省「平成28年版 犯罪白書」第2編第5章第2節)

問題 99

正答 5

1 **誤り**。いじめ防止対策推進法は、いじめ防止等のための対策を総合的かつ効果的に推進するため、いじめ防止等のための対策に関し、基本理念を定め、国及び地方公共団体等の責務を明らかにし、並びにいじめの防止等のための対策に関する基本となる事項を定めるものである。

(文部科学省通知「いじめ防止対策推進法の公布について」平成25年6月28日25文科初第430号)

- 2 **誤り**。いじめの定義は、いじめ防止対策推進法第2条第1項において「一定の人的関係のある他の児童生徒が行う心理的又は物理的な影響を与える行為(インターネットを通じて行われるものを含む。)であって、当該行為の対象となった児童生徒が心身の苦痛を感じているもの」となっている。選択肢は、1994年度(平成6年度)に定められた定義である。
- 3 誤り。学校における「いじめ防止基本方針」(いじめの防止等のための対策を総合的かつ効果的に推進するための基本的な方針)の策定は、義務である。努力養務は、地方公共団体である(第13条)。
- 4 誤り。学校は、当該行為における防止等に関する措置を実効的に行うため、当該学校の複数の教職員、心理、福祉等に関する専門的な知識を有する者その他の関係者により構成される「いじめの防止等の対策のための組織」を置くことが定められている。任意ではない(第22条)。
- 5 **正しい**。いじめのなかには、犯罪行為として取り扱われるべきと認められ、早期に警察に相談することが重要なものや、児童生徒の生命、身体または財産に重大な被害が生じるような、直ちに警察に通報することが必要なものが含まれる。これらについては、教育的

な配慮や被害者の意向を配慮したうえで、早期に警察に相談・通報し、警察と連携した対応をとることが必要であると定められている(第23条第6項)。

問題 100

正答 2,4

1 **誤り**。児童相談所での児童虐待相談対応件数は1998 年(平成10年)頃から顕著に増加しており、2013年度 (平成25年度)は7万3802件、2014年度(平成26年度) は8万8931件、2015年度(平成27年度)は10万3286件 と、前年度の件数を毎年大きく上回っている。

(『新・精神保健福祉士養成講座②精神保健の課題と支援(第2版)』中央法規出版,2015年(以下『精神保健の課題と支援』中央法規出版),p.92,厚生労働省「平成27年度福祉行政報告例の概況」(http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/gvousei/15/index.html))

2 **正しい**。心理的虐待は2012年度(平成24年度)には ネグレクト,2013年度(平成25年度)には身体的虐待 を上回って児童虐待で最も多くなった。その件数と割 合は,2013年度(平成25年度)は2万8348件(38.4%), 2014年度(平成26年度)は3万8775件(43.6%),2015年度 (平成27年度)は4万8693件(47.1%)と顕著に増加 している。

(厚生労働省「平成27年度福祉行政報告例の概況」(http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/gyousei/15/index.html))

3 誤り。児童の虐待者は実母が約半数を占めている。 次いで実父が約30%の割合で推移しており、実父以外 の父は約6%である。2015年度(平成27年度)は実母 が50.8%、実父が36.3%、実父以外の父は6.0%で あった。

(厚生労働省「平成27年度福祉行政報告例の概況」(http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/gyousei/15/index.html))

4 正しい。配偶者暴力相談支援センターは、配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律(DV 防止法)に定められた、配偶者からの暴力の防止および被害者の保護に関する相談窓口である。相談の総数は2013年度(平成25年度)は9万9961件,2014年度(平成26年度)は10万2963件,2015年度(平成27年度)は11万1630件と毎年増加している。

(『精神保健の課題と支援』中央法規出版,p.116,内閣府男女共同参画局「配偶者からの暴力被害者支援情報」(http://www.gender.go.jp/policy/no_violence/e-vaw/data/01.html))

5 誤り。配偶者暴力の被害者は、相談の初期には積極的な援助を希望するとは限らず、体験を隠したり事実と違う話をすることがある。被害者の体験している恐怖や混乱を理解して安心して話せる雰囲気をつくり、問題解決に向けて具体的な支援方法や援助機関の情報を提供することは、二次被害の防止に有用である。

(『精神保健の課題と支援』中央法規出版, p.120)

問題 101

正答 2

- 1 誤り。ミレニアム開発目標(Millennium Development Goals;MDGs)は、開発分野における国際社会共通の目標で、2000年9月にニューヨークで開催された国連(国際連合)ミレニアム・サミットで採択された国連ミレニアム宣言を基にまとめられた。国連ミレニアム宣言は、平和と安全、開発と貧困、環境、人権とグッドガバナンス(良い統治)、アフリカの特別なニーズなどを課題として掲げ、21世紀の国際連合の役割に関する明確な方向性を提示した。設問の目標は、2013年にWHO総会で採択された「メンタルヘルスアクションプラン2013 2020」に明記されているものであるため誤りである。
- 2 **正しい**。MDGsは、2015年までに達成すべき開発分野における8つの目標を掲げ、2015年までに一定の成果をあげた。8つの目標は、①極度の貧困と飢餓の撲滅、②初等教育の完全普及の達成、③ジェンダー平等推進と女性の地位向上、④乳幼児死亡率の削減、⑤妊産婦の健康の改善、⑥HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止、⑦環境の持続可能性確保、⑧開発のためのグローバルなパートナーシップの推進である。MDGsの2015年の報告書によると、極度の貧困状態の人口は1990年の約19億人から2015年には約8億3600万人まで減少した。飢餓人口の割合は、1990-1992年の23.3%から2014-2016年の12.9%まで半減した。
- 3 誤り。「持続可能な開発目標(Sustainable Development Goals; SDGs)」には、いずれの国にもメンタルヘルスの目標について掲げていないため誤りである。SDGsは、2015年9月に国際連合本部で「国連持続可能な開発サミット」が開催され、150か国以上の首脳が参加して、MDGsを受け継ぐ2030年までの新たな目標として採択された。SDGsには17の目標が設定され、妊産婦の健康の改善、HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止に関する目標等が明記されているが、メンタルヘルスに関する目標はない。
- 4 誤り。「持続可能な開発のための2030アジェンダ」は2015年9月に国際連合本部で「国連持続可能な開発サミット」が開催され、193の加盟国によって全会一致で採択された。人間、地球及び繁栄のための行動として、宣言及び目標を掲げたが、「メンタルヘルスアクションプラン2013-2020」の目標は含まれないため誤りである。国連に加盟している全ての国は、全会一致で採択したアジェンダを基に、2015年から2030年ま

- でに、貧困や飢餓、エネルギー、気候変動、平和的社会など、持続可能な開発のためのさまざまな目標を達成するために力を発揮することが求められる。
- 5 誤り。SDGsには「ジェンダー平等を実現しよう」と目標が掲げられ、「ジェンダーの平等を達成し、すべての女性と女児のエンパワーメントを図る」ことが明記されていることから誤りである。MDGsには、「ジェンダー平等推進と女性の地位向上」の目標が掲げられている。国際連合は、1975年の国際婦人年において3月8日を国際女性デーと定めた。1977年12月に国際連合総会は1年のうち1日を女性の権利及び国際平和のための国連の日と宣言できる決議を採択した。2017年国際女性デーのテーマは、「Women in the Changing World of Work: Planet50:50 by 2030(変化する仕事の世界における女性たち:2030年までにプラネット50:50を実現しよう)」である。「持続可能な開発のための2030アジェンダ」にジェンダー平等とすべての女性と女児のエンパワーメントを据えている。

問題 102 正答

1 **正しい**。2017年(平成29年)3月31日に内閣府から 出された「子供の貧困に関する指標の見直しに当たっ ての方向性について」(以下、「子どもの貧困指標の見 直し」)では、子どもの貧困対策を総合的に推進する には、世帯の経済状況のみならず、教育や成育環境な どの子どもたちを取り巻く状況を多面的に把握するこ との必要性が示されている。

1

(内閣府「子供の貧困に関する指標の見直しに当たっての方向性について」, $p.\,1)$

2 **誤り**。「子どもの貧困指標の見直し」では,「教育の機会均等の確保に関する指標」として,高等学校中退の状況に加え,学力に課題のある子どもの状況把握の必要性が示されている。

(内閣府「子供の貧困に関する指標の見直しに当たっての方向性について」,p.2)

3 誤り。「子どもの貧困指標の見直し」では、「健やかな成育環境の確保に関する指標」として、健康・生活習慣に関する状況の把握の必要性に加え、社会的つながりの状況の把握、ひとり親家庭の就労、経済状況の把握についても、その必要性が示されている。

(内閣府「子供の貧困に関する指標の見直しに当たっての方向性について」,p.2)

4 **誤り**。「子どもの貧困指標の見直し」では、子ども の貧困対策の実施状況を把握する指標として、スクー ルソーシャルワーカーおよびスクールカウンセラーの 配置人数(配置率)が示されている。他にも奨学金の 貸与を認められた者の割合や就学援助制度の周知状況 もあげられている。

(内閣府「子供の貧困に関する指標の見直しに当たっての方向性について」、p.6)

5 誤り。「子どもの貧困指標の見直し」では、物質的はく奪指標(必需的な財・サービスの保有・利用状況から貧困をとらえる集計的な指標)について、日本の実情を踏まえた独自の必需的項目の設定が必要であることから、中長期的な課題として引き続き研究を行うことが示されている。

(内閣府「子供の貧困に関する指標の見直しに当たっての方向性について」、p.4)

問題 103

- 1 誤り。2003年(平成15年)に厚生労働大臣が策定した「臨床研究に関する倫理指針」は、世界医師会(World Medical Association; WMA)が「ヘルシンキ宣言」で示している倫理規範と2003年(平成15年)に日本で公布された「個人情報の保護に関する法律(個人情報保護法)」に基づいており、ヘルシンキ宣言は、日本医師会ではなく世界医師会が示したものであるため誤りである。ヘルシンキ宣言は、人間を対象とする医学研究における倫理的原則である。1964年に採択され、2008年にソウル総会で修正された。
- 2 **誤り**。厚生労働省が策定した「臨床研究に関する倫理指針」の目的では、人を対象とする臨床研究と基礎研究の推進を図るうえで臨床研究の重要性、人間の尊厳、人権の尊重、その他の倫理的観点及び科学的観点から臨床研究に携わるすべての関係者が遵守すべき事項を定めることで社会の理解と協力を得て、臨床研究の適正な推進が図られることが定められている。
- 3 誤り。インフォームド・コンセントとは、被験者になることを求められた者が、研究者等から事前に臨床研究に関する十分な説明を受けて、臨床研究の意義、目的、方法等を理解し、自由意志に基づいて与え、被験者になることや調査用紙などの取り扱いに関する同意を求めることである。臨床研究の内容について理解や同意への能力がない場合に、被験者の代わりに同意する人を代諾者と言う。代諾者には三親等内の親族でなければならないという規定はない。
- 4 誤り。被験者または代諾者等に対する説明事項は、 参加の任意、不参加による不利益な対応を受けない、 いつでも同意の撤回可能など被験者の尊厳や尊重が遵

- 守されている。被験者が未成年者の場合,研究者等は被験者に分かりやすい言葉で十分な説明を行い,本人の理解が得られるように努めなければならない。本人の同意が得られても被験者が16歳未満であれば,代諾者とともに被験者からのインフォームド・コンセントも受けなければならない。なお,「臨床研究に関する倫理指針」での未成年者とは,満20歳未満の者で,婚姻をしたことがないものをいう。
- 5 **正しい**。「臨床研究に関する倫理指針」では、インフォームド・コンセントにおける代理人とは、未成年者および成年後見人の法定代理人または情報の利用目的の通知、開示、訂正等、利用停止等もしくは第三者提供の停止の求めをすることで、本人が委任した者である。研究にかかわる個人情報の取り扱いに関する苦情や問い合わせには、適切かつ迅速な対応に努めることが求められる。

精神保健福祉相談援助の基盤

問題 104

正答 1,4

- 1 正しい。2010年(平成22年)に改正(2012年(平成24年)4月施行)された精神保健福祉士法第38条の2に、誠実義務として「精神保健福祉士は、その担当する者が個人の尊厳を保持し、自立した生活を営むことができるよう、常にその者の立場に立って、誠実にその業務を行わなければならない」と新たに規定された。
- 2 **誤り**。精神保健福祉士の名称は国家試験に合格後, 精神保健福祉士登録簿に登録しなければ使用すること ができない。同法第28条に「精神保健福祉士となる資 格を有する者が精神保健福祉士となるには,精神保健 福祉士登録簿に,氏名,生年月日その他厚生労働省令 で定める事項の登録を受けなければならない」と規定 されている。なお,同法第42条には名称の使用制限に ついて,第47条第2項には,名称の使用制限に関する 罰則が規定されている。
- 3 誤り。同法第41条第2項に連携等として「精神保健福祉士は、その業務を行うに当たって精神障害者に主治の医師があるときは、その指導を受けなければならない」と規定されている。「指導」は「指示」に比して拘束力は弱く、「指導」を受けた者に採否が委ねられるとされている。これは、医師と精神保健福祉士の専門性が異なるため、精神保健福祉士の知識や技術に基づく判断によって業務を行うことが保障されている条項である。
- 4 正しい。同法第41条の2に資質向上の責務として 「精神保健福祉士は、精神保健及び精神障害者の福祉 を取り巻く環境の変化による業務の内容の変化に対応 するため、相談援助に関する知識及び技能の向上に努 めなければならない」と規定されている。近年、精神 保健福祉士の活動領域が広がっていることもあり、従 来の精神保健福祉領域の知識だけでなく、児童や高齢 者、産業保健など関連領域についての学びが利用者の 生活の質の向上へとつながっていく。
- 5 誤り。同法第39条に規定される信用失墜行為の禁止については罰則の規定はない。精神保健福祉士が1年以下の懲役または30万円以下の罰金刑に処されるのは第40条の秘密保持義務の規定に違反した場合である。信用失墜行為を行った場合は、登録取消し等の措置が講じられる(同法第32条第2項)。

問題 105

正答 4,5

- 1 適切でない。2010年(平成22年)に改正(2012年(平成24年)4月施行)された精神保健福祉士法第2条「定義」に精神保健福祉士の業務として,障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)第5条第16項に規定する地域相談支援の利用に関する相談を行うことが新たに規定されている。地域生活においても、継続的な支援が求められている。
- 2 **適切でない**。長期在院患者の地域移行支援では、患者のストレスや退院に拒否的な感情に寄り添いながら、さまざまな情報提供やより快適な生活の実現のための資源調整などを行うことが大切である。まず、退院についてどのようなイメージをもっているのか傾聴したり、退院した利用者から退院後の生活について教えてもらうなどの情報を収集する機会を設定するなど、自己決定までの過程を支援することも必要である。

(『新・精神保健福祉士養成講座3)精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)(第2版)』中央法規出版,2015年(以下『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)』中央法規出版),pp.138~139)

3 **適切でない**。精神障害者の支援では当事者性を活かしたピアサポートが重要な役割を果たす。同じ体験をした者同士でないと分かりあえないニーズもあるため、専門職の支援と補完関係にあるといえる。そのような障害当事者相互の支え合い活動の展開において、精神保健福祉士はピアサポーターとの協働が求められるほか、ほかの支援関係者との連携・調整に努める必要がある。

(『精神保健福祉相談援助の基盤 (基礎・専門)』中央法規出版, p. 159)

- 4 適切。日本精神保健福祉士協会倫理綱領の前文には、「われわれ精神保健福祉士は、個人としての尊厳を尊び、人と環境の関係を捉える視点を持ち、共生社会の実現をめざし、社会福祉学を基盤とする精神保健福祉士の価値・理論・実践をもって精神保健福祉の向上に努めるとともに、クライエントの社会的復権・権利擁護と福祉のための専門的・社会的活動を行う専門職としての資質の向上に努め、誠実に倫理綱領に基づく責務を担う」と記されている。
- 5 **適切**。社会の変化にともない、メンタルヘルスの課題も多様になってきていることから、これまでの統合

失調症患者等の支援に留まらず,精神保健福祉士が教育関係や産業保健など,さまざまな支援活動にかかわることが期待されている。

(『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)』中央法規出版, p. 31)

問題 106

正答 5

- 1 誤り。クライエントが自ら決定することが困難な場合,倫理基準(2)自己決定の尊重では,「クライエントの利益を守るため最大限の努力をする」と規定されている。選択肢のように,精神保健福祉士の価値観を押し付けていることは,精神保健福祉士の価値観を押し付けていることにもなりかねない。自分で物事を決定することができるように自己決定の過程を支援し,自己決定が困難な場合でも倫理基準にもあるとおり,可能な限り利益が守られるように支援することが大切である。
- 2 誤り。クライエントに対する支援の質向上を目的とする事例検討であっても、本人の了承を得ることが必要である。倫理基準(3)プライバシーと秘密保持には、「e 研究等の目的で事例検討を行うときには、本人の了承を得るとともに、個人を特定できないように留意する」と定められている。
- 3 誤り。精神保健福祉士が退職したあとのプライバシーと秘密保持として、「クライエントのプライバシーの権利を擁護し、業務上知り得た個人情報について秘密を保持する。なお、業務を辞めたあとでも、秘密を保持する義務は継続する」と具体的に定められている。
- 4 誤り。精神保健福祉士が個人的に納得いかないという理由で、担当しているクライエントからの批判を無視することは、専門職としての対応とはいえない。倫理基準(4)クライエントの批判に対する責務には、「精神保健福祉士は、自己の業務におけるクライエントからの批判・評価を受けとめ、改善に努める」と定められている。
- 5 **正しい**。クライエントからの個人情報開示請求について,「クライエントから要求がある時は,クライエントの個人情報を開示する。ただし,記録の中にある第三者の秘密を保護しなければならない」と記述されており,選択肢は適切な対応である。なお,2017年(平成29年)5月に施行された改正個人情報の保護に関する法律では,社会的身分,病歴,犯罪被害情報等が「要配慮個人情報」として新設されたこともあり,併せて確認をしておきたい。

問題 107

- 1 誤り。社会福祉士の倫理綱領は、「ソーシャルワーカーの倫理綱領」を改訂し、2005年(平成17年)6月3日の第10回通常総会にて採択された。「価値と原則」「倫理基準」「行動規範」で構成されており、「価値と原則」は、①人間の尊厳、②社会正義、③貢献、④誠実、⑤専門的力量の5項目、「倫理基準」は、①利用者に対する倫理責任、②実践現場における倫理責任、③社会に対する倫理責任、④専門職としての倫理責任の4項目からなる。倫理綱領に基づいて、実践における行動を示したものが「行動規範」であり、倫理基準の4項目に沿ったものとなっている。
- 2 誤り。社会福祉士には、「資質向上の義務」はあるが、更新研修を受けることまでは義務付けられてはいない。資質向上の義務とは、社会福祉士は、社会福祉を取り巻く環境の変化による業務の内容の変化に適応するため、相談援助または介護等に関する知識及び技能の向上に努めなければならない、というものである。更新研修の義務はないが、公益社団法人日本社会福祉士会等では、認定社会福祉士等の制度を設けている。これは、認定制度となっており、社会福祉士のキャリアアップを支援するためのものである。
- 3 誤り。選択肢は、資質向上の義務に関する記述である。誠実義務とは、社会福祉士は、その担当する者が個人の尊厳を保持し、自立した日常生活を営むことができるよう、常にその者の立場に立って、誠実にその業務を行わなければならない、というものである。資質向上の義務とは、社会福祉士、社会福祉を取り巻く環境の変化による業務の内容の変化に適応するため、相談援助等に関する知識および技能の向上に努めなければならない、というものである。
- 4 **正しい**。2007年(平成19年)の社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律において、それまで「医師その他の医療関係者との連携を保たなければならない」とされていたが、改正により、「社会福祉士は、その業務を行うに当たっては、その担当する者に、福祉サービス及びこれに関連する保健医療サービスその他のサービスが総合的かつ適切に提供されるよう、地域に即した創意と工夫を行いつつ、福祉サービス関係者等との連携を保たなければならない」という文言になり、他職種との連携が強化された。
- 5 誤り。社会福祉士は、2005年(平成17年)に改正 (2006年(平成18年) 4月施行)された介護保険法に よって設置された地域包括支援センターにおいて必置

資格となった。地域包括支援センターでは、社会福祉 士の有資格者のみが相談業務やサービス事業者及び行 政との連携業務を行う人員配置基準となっている。

問題 108

正答 2

- 1 誤り。加えられたのは「集団的責任」と「多様性尊重」の原理である。グローバル定義においては、ソーシャルワークの中核をなすものとして、社会正義、人権、集団的責任、および多様性尊重の原理があげられている。また、ソーシャルワークの大原則においても多様性の尊重について記されており、重要な項目と位置づけられる。集団的責任とは、人々がお互い同士、そして環境に対して責任をもつ限りにおいて、「人権」が日常レベルで実現されるものであり、人権(≒個人の権利)と集団的責任の共存が必要であるとされている
- 2 正しい。「学問」という部分は新定義で初めて登場したものである。実践と研究をソーシャルワークの両輪として位置付けている。ソーシャルワークは、複数の学問分野をまたぎ、その境界を超えていくものであり、広範な科学的諸理論および研究を利用する。ソーシャルワークは、常に発展し続ける自らの理論的基盤および研究はもちろん、コミュニティ開発・全人的教育学・行政学・人類学・生態学・経済学・教育学・運営管理学・看護学・精神医学・心理学・保健学・社会学など、ほかの人間諸科学の理論をも利用するものである。
- 3 誤り。ソーシャルワーク専門職の中核となる任務には、社会変革・社会開発・社会的結束の促進、及び人々のエンパワメントと解放がある。人々のエンパワメントと解放を目指す実践の中核には、人種・宗教・文化などに基づく抑圧など構造的障壁の問題に取り組む行動戦略を立てることがある。不利な立場にある人々と連帯しつつ、貧困を軽減し、脆弱で抑圧された人々を解放し、社会的包摂と社会的結束を促進すべく努力することが求められている。
- 4 誤り。グローバル定義は、欧米による近代的な知識や理論だけではなく、先住民を含めた地域・民族固有の知にも拠っている。ソーシャルワークの知は、先住民の人々と共同で作りだされ、ローカルにも国際的にもより適切に実践される。植民地主義の結果、西洋の理論や知識のみが評価され、諸民族固有の知は過小評価され、軽視され、支配された、という西洋中心主義への批判からグローバル定義では、先住民等にも目を

向けたものになっている。

5 誤り。「実践」で、ソーシャルワークのこの全体論的な視点は、普遍的なものであるが、ソーシャルワークの実践が実際上何を優先するかは、国や時代により、歴史的・文化的・政治的・社会経済的条件により、多様である、とされている。ソーシャルワークの実践については、さまざまな形のセラピーやカウンセリング・グループワーク・コミュニティワーク、政策立案や分析、アドボカシーや政治的介入など、広範囲に及んでいる。とされている。

問題 109

- 1 誤り。選択肢の内容は、パターナリズム(父性的温情主義)のことである。利用者が自己決定するための情報を提供せず、本人の主体性を尊重していることにはならない。援助者と利用者の関係性は、ともにソーシャルワーク過程を歩むパートナーシップとして理解され、相互の信頼関係に基づいた対等なものと位置づけられる。パートナーシップは、利用者主体の対等な関係性を重視した考え方であり、ストレングスモデルの視点に立つ関係性の構築である。
- 2 誤り。選択肢は行動修正モデルに関する記述である。行動修正モデルは、行動変容アプローチや行動変容モデルともいわれ、学習理論をケースワーク理論に導入したものである。条件反射の消去あるいは強化によって特定の症状の解決を図るものである。課題中心モデルは、利用者と援助者が協力して解決しやすい方法を探る目的をもった行動をアクションと呼び、一連のアクションが課題であるとして、具体的な課題を設定する計画的なプロセスを重視している。
- 3 **正しい**。ネットワークとは、資源、技能、接触、知識を有している人ないし組織相互のインフォーマルまたはフォーマルな結びつきとその働きである。生活ニーズの多様化やそれらを実現する過程でさまざまな社会資源がつながった結果、形成されるものである。よって、その構造は構成員や状況の影響を受けやすく、ニーズの変化や地域の実情などに応じ、常に変化している。
- 4 誤り。精神保健福祉士の相談援助活動における基本 的な視点は、利用者の生活問題を明らかにし、社会資 源を選択し、支援する際は利用者自らが選択、決定で きるよう支援することである。利用者の自己決定能力 が阻害されている場合においても、その人の最大限の 自己決定を促し、決定する過程も含めて支援すること

が必要である。そのためには、精神保健福祉士は、社 会資源について正確な知識をもち、その人にわかりや すい言葉を使い、説明することが大切である。

5 誤り。選択肢は、リカバリーに関する記述である。 リカバリーとは、選択肢のように病気や障害によって 失われた自尊心や生きがい、希望などを取り戻す過程 である。ストレスコーピングとは、ストレス対処行動 であり、ストレス要因やそれがもたらす感情に働きか けて、ストレスを除去したり、ストレス反応の発生を 抑えたり、緩和したりすることをいう。ストレス対処 法とも呼ばれる。

問題 110

正答 5

1 **誤り**。すべての障害者による基本的自由の完全かつ 平等な享有を促進し保護し、確保するための国際条約 は、障害者の権利に関する条約である。選択肢の世界 人権宣言は、すべての人間の人権及び自由を尊重し確 保するための市民的および政治的権利、ならびに文化 的及び経済的、社会的権利に関する人権規約である。 1948年に国連総会で採択されたが、現在も人権法の柱 石となっている。

(『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)』中央法規出版, p. 206, 外務省ウェブサイト (http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/udhr/1b_001.html), 国際連合広報センターウェブサイト (http://www.unic.or.jp/activities/humanrights/document/bill_of_rights/universal declaration/))

2 誤り。選択肢の内容は、障害者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)である。障害者の権利宣言は1975年に国連総会で採択され、障害者は①生まれながらに人間としての尊厳が尊重される権利②あらゆるリハビリテーションサービスを受ける権利③経済的社会保障を受ける権利④社会的活動、創造的活動に参加する権利をもつことなどが示されている。

(福祉臨床シリーズ編集委員会編『精神保健福祉士シリーズ③精神保 健福祉相談援助の基盤(基礎)』弘文堂,2012年(以下『精神保健福 祉相談援助の基盤(基礎)』弘文堂),p.105)

3 誤り。すべての人間は生まれながらにして自由であることが示されているのは、世界人権宣言である。障害者の権利に関する条約は、障害者に関する初めての国際条約で、2006年に国連総会で採択され、翌2007年(平成19年)に日本は署名した。障害者の人権や基本的自由の享有を確保し、障害者の権利の実現のための措置等が規定されている。内容は政治的権利、教育・保健・雇用の権利、社会保障、余暇活動へのアクセスなど、さまざまな分野における取組みを定めている。

(『精神保健福祉相談援助の基盤 (基礎・専門)』中央法規出版, p. 208)

4 誤り。障害者の権利を保護し、それらの福祉、リハビリテーションを確保する権利を宣言したものは障害者の権利宣言である。障害者差別解消法は、すべての人が共生できる社会を目指すことが示されている。そのなかでは、正当な理由なく障害のある人を差別することを禁止し、すべての人が基本的人権を享受し行使できるよう、個々人に必要な変更や調整をする合理的配慮の提供を求めている。

(『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)』中央法規出版, p.207, p.272, 内閣府パンフレット)

5 正しい。日本精神保健福祉士協会倫理綱領は、精神保健福祉士としての職業倫理、義務、援助活動やその役割を示したものである。その前文において精神保健福祉士は、クライエントの社会的復権・権利擁護と福祉のための専門的・社会的活動を行う専門職としての資質の向上に努め、誠実に倫理綱領に基づく責務を担うことが記されている。

(日本精神保健福祉士協会ウェブサイト「公益社団法人日本精神保健福祉士協会倫理綱領」(http://www.japsw.or.jp/syokai/rinri/japsw.htm))

問題 111

- 1 **適切でない**。Aさんが退院に対する不安を吐露した際に、即座に中止するのではなく、どのような点が不安なのか、その不安となっている背景は何なのかをともに考え、その不安を解消していくことが大切である。精神保健福祉士として、本人の言葉や目先の思いだけにとらわれず、その背景や真のニーズを考えていくことが重要である。
- 2 **適切でない**。状況によって近隣住民に理解を求めていくことは重要である。しかし現段階で、Aさんが近隣住民に理解を求めることを望んでいる様子は見当たらない。近隣住民に理解を求めていく際には、原則としてAさん自身が説明をするか、B精神保健福祉士は事前に近隣住民への説明内容についてAさんに了解をもらうなど、本人のプライバシーへの配慮が必要になる。
- 3 **適切**。精神保健福祉士が支援を行う際には、専門職主導ではなく利用者と協働し、課題の解決を目指す姿勢が大切である。Aさんが不安に感じていることに耳を傾け、不安の解消に向けて寄り添った支援を行うことが精神保健福祉士には求められている。
- 4 適切でない。精神医療審査会は患者の人権擁護の観

点に立って,入院患者の入院継続の要否または入院中の患者からの不服申し立て(審査請求)について,公正かつ専門的な見地から判断を行う機関であり,単身生活の能力の有無を審査する機関ではない。よって,精神保健福祉士がAさんに行ったアドバイスは不適切である。

(『精神保健福祉相談援助の基盤 (基礎・専門)』中央法規出版, p. 230)

5 **適切でない**。精神保健福祉士法第41条第2項に,「主 治医があるときは,その指導を受けなければならな い」と規定されており,指導を受けた内容を取り入れ るか否かの裁量権は,精神保健福祉士にある。Aさん は退院に対して不安をもっているため,精神保健福祉 士は主治医の判断ではなく,Aさんの意向を尊重した かかわりをしなければならない。

問題 112 正答 4

1 **誤り**。選択肢はスクールカウンセラーに関する内容である。スクールソーシャルワーカーは、児童・生徒が置かれた環境への働きかけ、関係機関とのネットワークの構築、連携・調整、保護者や教職員などに対する支援、相談・情報提供等を行う。スクールソーシャルワーカーとスクールカウンセラーは、共通する業務も多いが、環境への働きかけはスクールソーシャルワーカーの業務である。

(福祉臨床シリーズ編集委員会編『精神保健福祉士シリーズ④精神保 健福祉相談援助の基盤 (専門)』弘文堂, 2012年 (以下『精神保健福 祉相談援助の基盤 (専門)』弘文堂), p.87)

- 2 誤り。リハビリテーションを行う専門職は、理学療法士 (PT),作業療法士 (OT),言語聴覚士 (ST) である。介護支援専門員は介護保険法に位置づけられ、要介護者等の相談に応じケアプランを作成するほか、適切なサービスを利用できるよう関係機関との連絡調整等を行う職種である。特に2014年 (平成26年)に、地域包括ケアシステムの構築を目的に地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律が公布され、医療機関と介護の連携強化の一端を担っている。
- 3 誤り。社会復帰調整官は、心神喪失等の状態で重大 な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律 (医療観察法)による専門の職員として保護観察所に 配属される。その役割は選択肢のとおりである。

(『精神保健福祉相談援助の基盤 (専門)』弘文堂, p. 71)

4 **正しい**。精神保健福祉相談員は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)第48条第1 項において,精神保健福祉センター,保健所に配置されている。精神保健及び精神障害者の福祉に関する相談に応じ,精神障害者およびその家族等その他の関係者を訪問して必要な指導を行うための職員と定義されている。

(『精神保健福祉相談援助の基盤 (基礎・専門)』中央法規出版, p. 199)

5 誤り。個別支援計画を作成するのは、サービス管理 責任者である。相談支援専門員はサービスの支給決定 にかかるアセスメントやサービス等利用計画の作成、 サービス利用にかかる他機関やサービス事業者との連 絡調整などを行う。

(『精神保健福祉相談援助の基盤 (基礎・専門)』中央法規出版,pp.201~202)

問題 113 正答 5

1 適切でない。児童福祉司とは、児童福祉法に根拠を 有し、児童相談所に必置されている。児童の保護その 他児童の福祉に関する事項について相談に応じ、専門 的技術指導をすることを職務としており、教育現場の 専門家ではない。事例文の時点でEさんの状況は、ス クールソーシャルワーカー等教育現場の職種による支 援の対象の段階にあり、児童相談所の支援内容や段階 ではないと考えられる。

(『精神保健福祉相談援助の基盤 (専門)』弘文堂, p.65)

2 **適切でない**。保健師は多くが都道府県や市町村の保健所や保健センターに配置され、保健指導に従事し、活動範囲は多岐に及ぶ。健康に関する講習等で学校に赴くことがあるが、教育現場の専門家ではない。 E さんが精神疾患を発症した場合や、 D さんの病状悪化等で家庭での育児困難状況に対して訪問支援が必要になるなどの際には連携の可能性があるが、現段階の連携職種として適切ではない。

(『精神保健福祉相談援助の基盤 (基礎・専門)』中央法規出版,p.198~199)

- 3 **適切でない**。約8割を臨床心理士が担うスクールカウンセラーは教育現場の専門家であるが、いじめや対人関係、発達障害や精神疾患など、児童生徒の心の問題への相談および保護者の相談などが業務である。 E さんへの支援は精神的なケアだけでなく、両親の離婚や学内の対人関係など生活面での支援も必要であると考えられる。職種の役割として、スクールカウンセラーに生活面のケアを依頼することは適切ではない。
 - (『精神保健福祉相談援助の基盤(専門)』弘文堂, pp.85~88)
- 4 適切でない。児童生活支援員とは児童福祉法に規定

される児童自立支援施設で非行や非行の恐れのある, または保護者が監護できない児童の自立の支援を担う 職員である。一般的には保育士または社会福祉士の資 格所持者か,3年以上の実務経験者が任用される。教 育現場の専門家ではないうえに,Eさんは児童自立支 援施設に入所していないので適切ではない。

(『精神保健福祉相談援助の基盤 (専門)』弘文堂, p.75)

5 適切。スクールソーシャルワーカーは、社会福祉士 や精神保健福祉士などが多くを担う教育現場の専門家 である。児童生徒の問題行動の背景に、彼らを取り巻 く環境の問題が複雑に絡み合うような場合、関係機関 と積極的に連携して問題状況の改善のために支援を行う。 C 精神保健福祉士は E さんの学校内外での行動の 背景の把握や対応および家族関係の調整などのため に、D さんの了解を得て連携した。

(『精神保健福祉相談援助の基盤(専門)』弘文堂, pp. 85~88)

問題 114 正答 :

1 **適切でない**。チームアプローチでは、役割や専門性が異なる機関や職種による目標共有と協働できる環境が重要となる。そのために、まずは地域内支援機関である学校や診療所のスクールソーシャルワーカーや医師、心理職、精神保健福祉士などが E さんの参加を得て相互理解を深めることが求められる。このような会議開催の調整はチーム構築のための基礎的ステップであり、地域内関係機関との連携を行う C 精神保健福祉士が担うことが望ましい。

(『精神保健福祉相談援助の基盤 (基礎・専門)』中央法規出版,pp. 286~289)

2 適切でない。家族であるDさんとEさんの相互関係や影響を視野に入れつつ、一人ひとりを個として尊重したかかわりが欠かせない。家族内の複雑な関係を視野に入れ、それぞれの支援者を別にすることで、支援者としての葛藤や負担が減り、多職種や複数職種の支援によるチームアプローチが良質な支援を提供することにつながる。すべてを同じ支援者で担うことは必ずしも適切ではない。

(『精神保健福祉相談援助の基盤 (基礎・専門)』中央法規出版, pp. 277~279)

3 **適切**。 D さんから語られた E さんの状況を聞くと、 E さんは精神疾患に罹患していることが推察される。 今後の治療やカウンセリング、生活支援などの展開を 考えるためにも精神科医師の診断が必要である。精神 保健福祉士は自身の業務や役割の理解だけでなく、他 職種の専門性を理解したうえでそれを必要とする状態 や状況を適切に見立て結びつける能力が求められる。 (『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)』中央法規出版, pp. 182~183)

4 適切でない。マルチディシプリナリ・モデルは,多 分野の専門家が各々に目標を設定し,並行して実行す る方法である。Eさんの支援においては,服薬治療に よる経過観察をする医師,授業や学校生活での変化を 見守るスクールソーシャルワーカー,母親との関係を カウンセリングする心理職,母親の支援にあたるC精 神保健福祉士など,各職種が対等に情報交換し,1つ の目標に向かい,相互連携の下,支援を進めていくイ ンターディシプリナリ・モデルが望ましい。

(『精神保健福祉相談援助の基盤 (基礎・専門)』中央法規出版, pp. 280~282)

5 **適切でない**。各機関や専門職は役割や専門性が異なり、目的の共有やリーダーシップ、メンバー間のコミュニケーションが円滑でないとチーム内に葛藤や対立が生じやすい。チームの自浄機能にゆだねるのではなく、メンテナンス機能によりチーム機能の維持・強化を図る必要がある。例えば、学校がEさんの登校を優先して、摂食障害の治療方針に非協力的になるなどの対立が生じた場合、C精神保健福祉士がケア会議を開くなど、チームとしての支援目標を修正し協働できるようにするなどのかかわりが必要である。

(『精神保健福祉相談援助の基盤 (基礎・専門)』中央法規出版, pp. 282~284)

問題 115 正答 5

- 1 **適切でない**。支援の選択肢を他者である精神保健福祉士が決めつけて助言することは誤りである。生活が大変ななかでも父親のことを思うDさんの心情に寄り添いながら、自らの生活課題と父親の生活課題についてどのように折り合いをつけたらよいのか、一緒に考える姿勢が大切となる。
- 2 **適切でない**。自身も病気を抱え、娘や生活の心配もあるなかで、父親のことを案じるDさんに対して労いの言葉をかけるときは、「お父様のことを心配されているのですね」など相手の心情に添ったものであることが大切になる。それが自分の理解者がいるというDさんへのメッセージになる。「同居が難しい」と決めつけるのも早計である。Dさんの承諾を得ながら関係機関と連携し、C精神保健福祉士もともに考える姿勢については、Dさんに安心感を与える。
- 3 **適切でない**。家族関係においてDさんが娘のEさん に相談することや、Eさんが主体的積極的にDさんを

サポートすることは考えられる。しかし、Eさんの現状は自らの心身の健康を良好に安定させることや、今後の進路に向き合う段階にあり、まだサポートが必要な時期であると考えられ、介護の担い手として考えることは適切ではない。また、Dさんに介護の中心を担うよう助言していると受けとられる。

- 4 **適切でない**。 D さんは病気を抱えていても働ける状態にあり、自身が子どもたちとの生活のためにも頑張っているという自負もあると考えられる。社会資源を活用することを考えずに、介護や子どものケアに専念することを勧めるのは不適切である。 C 精神保健福祉士は、 D さんの自立状況が維持できるよう、 父親の介護や D さんのサポートに関して地域の社会資源や制度情報提供や利用支援を行うことが望ましい。
- 5 適切。 D さんのように、病気や障害など生活困難状態を抱える当事者や家族が、孤立することなく、その人(個人でも家族でも)らしく生活を維持することができるためには、地域内のさまざまな資源や制度を活用することが大切である。精神保健福祉士は、地域に目を向け、地域内資源を把握することが重要である。 C 精神保健福祉士は、父親の介護に関する資源情報だけでなく、サポートする家族が活用できる地域内の有効な資源について情報を提供している。

(『精神保健福祉相談援助の基盤 (基礎・専門)』中央法規出版, p. 268)

問題 116 正答 5

- 1 **適切でない**。本人が確実に受診することができるよう,診察への同行を提案することは誤りとはいえない。しかし,本人の訴えを鵜呑みにして病状悪化だと判断するのは尚早である。まずはFさんに発言の真意を確かめたり,訪問を行うなどして客観的な情報の収集に努めることが大事である。
- 2 **適切でない**。選択肢の対応も時期尚早である。 F さんは、苦手な利用者がいる場合は通所の曜日を変更するなど、発病の原因となった苦手な相手への対応が日常的にできているので、ここであえて練習する必要性はない。 それよりも、事実の確認が優先されなければならない。
- 3 **適切でない。F**さんの発言が間違っていると頭から 否定する対応である。精神保健福祉士に求められるの は、相談者である利用者の話を傾聴する姿勢である。 安易に自らの価値観に基づき判断すべきではない。衝 動的な行動等に出るようなことはないかなどの緊急性

- の判断も含めて,本人の訴えに耳を傾けて,対応を吟味する姿勢が不可欠である。
- 4 **適切でない**。誰かに物を盗まれたという訴えは、認知症の人が言うことも少なくない。その可能性を確かめるために簡易検査を実施することは一概に誤りとはいえない。しかし、Fさんは疑われたととらえ、G精神保健福祉士に対して不信感を募らせる可能性も考えられる。精神保健福祉士は、認知症検査に関する専門家ではないが、検査を勧める際はきちんと説明し、信頼関係のもとに行わなければならない。
- 5 **適切**。本人の訴えを頭から疑うのは正しくはないが、鵜呑みにしてしまうことで支援の方向性を誤る可能性もある。できるだけ客観的な情報も含めて得ることが重要である。そのために、まずは現場を訪問し、事実の確認をすることは有効といえよう。

問題 117 正答 3

- 1 **適切でない**。入居すれば何の不安もなくなるというのは、根拠のない無責任な発言である。どのような生活でも、不安はないと言い切れるものは存在しない。このような発言を信じて入所した利用者がいたとすれば、何か不安なことが出てきた際に、発言した精神保健福祉士の責任として転嫁されるであろう。Fさんの場合も同様に注意が必要である。
- 2 **適切でない**。確かに共同生活援助は、その名称の通り、共同生活を行う施設である。一部にサテライト型はあるが、共有スペースを設ける等、ほかの入居者とのかかわりが確保される。しかし、入る前からこのように言われるとFさんを萎縮させることにつながりかねない。怖がらせるような発言は避けるべきである。
- 3 **適切**。共同生活援助の施設に興味があるということであるが、Fさんがそれをどのようにとらえているのかを確認する必要がある。しっかりとした認識のもとに判断されたものであれば、入所後の生活もスムーズに進む可能性が高い。
- 4 **適切でない**。自己決定は尊重されるべきであるが、 Fさんがどのような認識で応募するのかを確認することが必要である。ソーシャルワークにおける自己決定の尊重は、単に本人の希望を受け入れることではない。よりよい判断を行えるように支えることにある。 今回のFさんの場合も同様である。
- 5 **適切でない**。法律とは、障害者総合支援法のことであるが、共同生活援助の入居条件に年齢制限の規定はない。ちなみに、障害者総合支援法と介護保険の両方

に同じようなサービスがあった場合は,介護保険の サービスが優先されることとなっている。

問題 118 正答 2

- 1 **適切でない**。「シチズン・アドボカシー」とは、市 民による直接的な権利擁護活動をいう。特定の誰か個 人に対して、市民の立場から対人的に直接支援を行う ことである。**G**精神保健福祉士は専門家であるため、 「プロフェッショナル・アドボカシー」に該当する。
- 2 **適切**。権利擁護は、「パーソナル・アドボカシー」 あるいは「ケース・アドボカシー」と、「システム・ アドボカシー」あるいは「クラス・アドボカシー」の 2つに分けられる。前者は、権利侵害を受ける個人に 対して直接的に支援を行うものであり、後者は、特定 の状況や状態にある人たちを支援するために、制度な どの体制を整えることで間接的に支援を行うものであ る。この事例では、G精神保健福祉士が直接Fさんを 支援したため、「パーソナル・アドボカシー」あるい は「ケース・アドボカシー」となる。
- 3 **適切でない**。「リーガル・アドボカシー」とは、法 律家等が法制度的に間接的に行う権利擁護活動をい う。直接対人的に行うのではなく、法制度をつくった り整備したりすることで間接的に支援を行う。この事 例では、法制度ではなく、直接的に支援が行われたの で該当しない。
- 4 **適切でない**。「パブリック・アドボカシー」とは、 公的機関の支援機能をしっかりと整え、苦情対応など を通じてチェックを行うものをいう。この事例では、 公的機関への相談に付き添うが、**G**精神保健福祉士が 行ったのは公的機関の支援機能に関する対応ではない。
- 5 **適切でない**。「ピア・アドボカシー」とは、仲間による直接的な権利擁護活動をいう。この場合の「仲間」とは、精神障害者であれば、精神障害者同士のことである。 **G**精神保健福祉士は、「ピア」ではなく、「専門家」であるため誤りである。

精神保健福祉の理論と相談援助の展開

問題 119

正答 4

1 誤り。精神病院法が施行されたものの,施行日の明 記がないまま恐慌や戦争等の影響を受けて病院の開設 が進まず,また戦火による病院消失や経済難により病 院閉鎖も進んだ。その結果,精神病床が激減すること となり,精神病者監護法は戦後に引き継がれた。

(『新・精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I (第 2 版)』中央法規出版,(2014年(以下『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版),p. 3,『新・精神保健福祉士養成講座⑥精神保健福祉に関する制度とサービス(第 5 版)』中央法規出版,2017年(以下『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版),p. 25)

- 2 **誤り**。1965年(昭和40年)の精神衛生法改正によって、保健所の精神衛生業務明確化、精神衛生センターの設置など、地域で精神障害者を支える保健所精神衛生業務体制がつくられたものの、実際には精神病床の増加は止まらなかった。その劣悪な治療環境は1968年(昭和43年)の「クラーク勧告」により厳しく指摘されている。
 - (『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版, pp.6~7)
- 3 誤り。1995年(平成7年)に精神保健法から改正され成立した精神保健福祉法では、初めて「福祉」の文言が加えられ、精神障害者の自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助に関する文言となった。また、精神障害者保健福祉手帳制度が創設されるなど、他障害とのサービス格差の是正が目指された。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp. 34~35, 『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版, p. 8)

4 **正しい**。精神保健法の成立により、任意入院制度の 創設や精神保健指定医制度への見直しとともに精神医 療審査会が設けられた。精神医療審査会は入院患者か らの申請をもとに、入院の必要性や処遇の妥当性を審 査する合議体である。現在まで法改正とともに見直し がなされている。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版, p. 8, 『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 31)

5 誤り。2013年(平成25年)の精神保健福祉法改正によって保護者制度が廃止されたものの、医療保護入院の入院時における家族等の同意が規定された。多くの家族は変わらず医療保護入院の同意者となるため、家族の負担は軽減されているとは言い難い状況が続いている。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版,p. 13)

問題 120

正答 5

- 1 **誤り**。リカバリーとは、たとえ症状を有していて も、クライエント自身が、主体的に自分の人生を生き ていくことを意味する。症状がなくなることでも、精 神科医療や障害福祉サービスを利用しなくなることで もない。
- 2 誤り。選択肢は、リフレーミングの説明である。リフレーミングとは、クライエントが同じ行動を他の視点から肯定的に見ることにより、行動に対する意味づけを変化させ、新しい対処方法を身に付けていくことである。ストレングスモデルとは、クライエント個人や環境が有しているストレングスに着目し、その力を引き出し活用するケアマネジメント技法の1つである。
- 3 誤り。状況を改善する力を自ら高められるように支援するのは、エンパワメントの説明である。ソーシャルインクルージョンとは、社会的に排除された人たちも社会の構成員として包摂し、すべての人が共に生きる社会を目指すことである。
- 4 **誤り**。選択肢は、パターナリズム(父性的温情主義) の説明である。アドボカシーとは、クライエントの権利が侵害された場合、ソーシャルワーカーがクライエントの立場に立って、その権利を守るための代弁、あるいは権利擁護のための支援を行うことである。
- 5 正しい。レジリエンスとは、クライエントが強いストレスや困難な状況にあっても、柔軟性を保持し、前向きに適応していく「復元力」を意味する。ウォーリン夫妻(Wolin, S. J. & Wolin, S.) は、人には7つのレジリエンス(①洞察、②独立性、③関係性、④イニシアティブ、⑤創造性、⑥ユーモア、⑦モラル)があり、このレジリエンスが逆境を乗り越えるための力を与えるとしている。

問題 121

- 1 **適切でない**。支援過程の「監督者」はクライエントである。「監督者」であるHさんが、日常生活自立支援事業の利用を拒否している状況で、事業の利用を勧めるのはクライエントの自己決定を軽視している。
- 2 **適切でない**。ストレングス視点に基づく支援では、 問題の解決ではなく、夢や希望をもち、それを達成す ることに目標をおく。精神保健福祉士には、**H**さんの

「競馬に行きたい」という思いを受けとめ、その理由 に耳を傾ける姿勢が必要である。

- 3 **適切でない**。Hさん自身が「金は使い過ぎないようにすればいいだろ」と言っている。すぐに支援するのではなく、その挑戦を傍らにいて応援するという姿勢が必要である。また、精神保健福祉士は、障害福祉サービスなどのフォーマルな資源に限定せず誰もが使うインフォーマルな資源を優先して活用することも視野に入れておく。お金の使い過ぎを指摘してくれるインフォーマルな人的資源を探すことも必要である。
- 4 **適切でない**。クライエントの関心は、目標達成に最も重要なストレングスとなりうる。精神保健福祉士には、Hさんの競馬への関心を否定せず、受けとめ、発展させていく姿勢が求められる。
- 5 **適切**。精神保健福祉士は、「競馬=ギャンブル」と すぐに反応するのではなく、なぜ競馬が好きなのか、 その理由を教えてもらう姿勢が必要である。興味や関 心は、個人のストレングスの1つである。精神保健福 祉士は、問題の解決に焦点化するのではなく、クライ エントの願望の実現を目指して、ともに支援を展開し ていく。

問題 122

正答 3,5

- 1 誤り。アンソニー(Anthony, W.)による精神科リハビリテーションの9原則の1つである薬物療法は、必要条件であるが、十分条件とはいえない。その理由は、大別すると、疾患を対象とし薬物療法等を用いて疾患の治癒、緩和などを目的とする精神科治療と、障害を主な対象とし生活環境における適応の達成とそれに伴う満足感やQOL(Quality of Life)の向上などを目的とする精神科リハビリテーションが同時に行われるものとして考えられていることがあげられる。
 - (『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版,p. 119)
- 2 **誤り**。精神科リハビリテーションにおけるチームは、必要に応じて家族などの関係者やボランティアなどのインフォーマルな人的資源も加わることがあり、必ずしも専門職のみで構成されるとはいえない。
 - (『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版, pp.249~250)
- 正しい。ストレングスモデルを提唱したラップ (Rapp, C. A.) とゴスチャ(Goscha, R. J.) は、その 6 原則の1つとして「われわれ(支援者)の仕事の主 要な場所は地域である」(原則6)としている。
 - (『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版,p. 136)

- 4 誤り。アンソニーらは精神科リハビリテーションの 役割として、長期に渡り精神障害を抱える人がその機 能を回復するのを助け、専門家による最小限の介入 で、自分の選んだ環境で落ち着き、満足できるように することであるとしている。また、アンソニーらは精 神科リハビリテーションの原則として、リハビリテー ション当事者の積極的な参加と関与は、精神科リハビ リテーションの土台であるとし、専門家が主導し、手 を出しすぎることを戒めている。したがって、最大限 の介入ではなく最小限の介入が正しい。
 - (『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版,p. 107,pp. 119~120,『精神科リハビリテーション第 2 版』三輪書店,p. 96)
- 5 **正しい**。アンソニーは、精神科リハビリテーション の基本原則を示したなかで、「支援のなかで健全な依存を増やすことは、結果的には当事者の自立につながる」としている。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版,p. 119,W. アンソニー・M. コーエン他著,野中猛・大橋秀行監訳『精神科リハビリテーション(第 2 版)』三輪書店,2012年(以下『精神科リハビリテーション(第 2 版)』三輪書店),p. 89)

問題 123

- 1 **正しい**。本来レクリエーションは、学習や労働から解放され休息・気晴らし、あるいは自己啓発のために行われる余暇活動をいう。療法として提供されるレクリエーションは、病気や障害のためにそうした余暇活動が制限されている、もしくは自発的に行うことができない人たちが対象となる。
 - (『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版, p. 193)
- 2 **誤り**。作業療法は、入院中の患者だけでなく通院中 の患者に対して実施した際にも診療報酬を算定でき る。
 - (『精神保健福祉士養成セミナー⑤精神保健福祉の理論と相談援助の展開 II (第6版)』へるす出版,2017年(以下『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 II 』へるす出版),pp.125~126)
- 3 誤り。心理教育は、精神障害者の病態を改善しさら にそれらを維持する目的で、精神障害当事者およびそ の家族に対して、病気の性質や治療法・対処法など、 療養に必要な正しい知識を提供することである。した がって当事者にも実施するため誤りである。
 - (『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』へるす出版, p. 143)
- 4 誤り。社会生活技能訓練(SST)は、診療報酬では 入院中の精神疾患を有する患者のみを対象としてお り、通院中の患者を対象とした診療報酬は設定されて いない。
 - (『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版, p. 209)

5 誤り。包括型地域生活支援プログラム(ACT)は、 長期入院者や頻回入院者、長期のひきこもりなど地域 社会で孤立状態にある重い精神障害のある人々を対象 としている。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版, p. 174)

問題 124

正答 2

1 **適切でない**。ピアサポート養成講座とは、ピアサポートの活動に関心をもつ当事者が学ぶ場である。ピアサポーターの訪問によって退院を考えるようになったJさんにとって、今後、ピアサポートに関心をもつことも考えられるが、退院を目指す現時点で「自分から自身の抱えている問題について発信することが苦手」と話すJさんの課題に沿っているとはいえず、最も適切だとはいえない。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版, p. 133, 『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, pp. 63~ 65)

2 **適切**。社会生活技能訓練(SST)とは、社会生活のなかの、主に対人状況において、状況に応じた適切なストレス回避や認知、行動様式を、段階を経て学んでいくものである。よって、SSTを用いて自分の抱える問題について発信する方法を練習することは、Jさんの希望に沿うものだといえる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版, pp. 209~210)

3 適切でない。森田療法は、森田正馬によって考案された、主として神経症に適用される精神療法であり、絶対影響。一軽作業。一中等度作業。重度作業という体験を通して心的態度の改善を図るものであり、Jさんの「自分から自身の抱えている問題について発信することが苦手」という課題に対応せず、適切だとはいえない。

(『新・精神保健福祉士養成講座①精神疾患とその治療(第2版)』中央法規出版,2016年,p.234)

4 **適切でない**。アルコホーリクス・アノニマス(AA) とは、アルコール依存症者が、お互いの抱える問題に ついて経験を分かち合い、回復をサポートし合う自助 グループである。よって、アルコール依存症ではない J さんにとって、参加は適切だとはいえない。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版, p. 76, 『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 II 』中央法規出版, p. 53)

5 **適切でない**。家族心理教育とは、疾患と治療についての正確な知識、情報を伝えるとともに精神障害を抱える人と同居する家族の日常的な対処を容易にするために家族を対象として行われるプログラムであり、J

さん自身に対して行われるものではないため,適切な プログラムだとはいえない。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版, p. 215)

問題 125

正答 5

1 **適切でない**。援助が届かない人や地域に対して,精神保健福祉士が出向いて働きかけるアウトリーチは重要である。アウトリーチには,ケース発見のための情報収集,本人や地域住民との信頼関係の形成,本人や地域住民が自らの課題に気づき,課題解決に向けて意欲を高める動機づけなどの活動が含まれる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版, pp.277~281)

2 **適切でない**。精神保健福祉士は相談内容から,精神保健福祉士が所属する機関で相談援助を展開することが的確か否かを判断する必要がある。これをスクリーニングという。他に的確な機関がある場合は,その理由を相談者に説明し、紹介する。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版, pp. 278~280)

3 **適切でない**。プランニングでは、アセスメントで得られた内容をもとに、精神保健福祉士のみが支援計画を策定するのではなく、クライエントも支援計画の策定に参加し、合意のうえで計画を策定することになる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版, pp. 290~292)

4 **適切でない**。プランニングにおいて、クライエント の希望や熱望は長期目標に記載する。短期目標では、 優先順位の高いものから具体的かつ実行可能な目標を 設定することが必要となる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版,pp. 290 ~292)

5 **適切**。モニタリングでは、支援計画の進捗状況を確認するだけではなく、新しいニーズが生じていないかを評価し、必要に応じて有効なネットワークを形成することが求められる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版,pp. 294 \sim 296)

問題 126

正答 4

1 **適切でない**。「理解できない授業では、何が一番 困っていますか?」という聞き方は、開かれた質問で あり、「はい」と「いいえ」で答えることができない。 自閉症スペクトラム障害では、曖昧な質問が苦手で、 こちらの質問の意図が伝わりにくい場合があるので, 二者択一で答えられる選択肢を設ける会話のほうが, 進みやすいことが多い。通常の面接技法で使われる効 果的な技法が,発達障害のある人にはわかりにくい場 合があるため,本人の特性に配慮した言葉かけが必要 になる。

- 2 **適切でない**。「理解できない授業は、どのような感じの内容ですか?」という聞き方は、開かれた質問である。そのため答えを自分で考え言葉にする必要がある。したがって、曖昧な質問に対して、「どのような感じ」とは何を問われているのかが理解できない場合は、双方向の会話になりにくい場合もある。この場合には「理解できない授業は、先生が話すばかりで板書がない授業ですか?」「理解できない授業は、他の学生の喋る声が気になって集中できないからですか?」など具体的な状況を選択できるように尋ねるほうが答えやすい。
- 3 適切でない。「なぜ、友人とうまく付き合えないと思いますか?」という聞き方は、「なぜ」という理由を問う開かれた質問であり、この場合もなぜそのようになったのか、曖昧な質問に対して、理由を答える必要があるが、質問者の意図する付き合えなくなった理由について、的確に言語化することは困難であると考えられる。この場合は「友人と昼食を一緒にするのは苦手ですか?」「友人と会話するときに相手の話している話題がわかりにくいですか?」など具体的な状況を選択できるように尋ねるほうが答えやすい。
- 4 **適切**。「友人とSNSでのやり取りはしていますか?」 という聞き方は、やっているかやっていないかという 二者択一の回答が出来るため、問われている内容への 返事が簡単である。また最近ではSNSやメールという ツールを使うことで、非言語メッセージが苦手な人が 誤解を招く文面を相手に送信したり、相手から発信さ れるメッセージの意味を読み取れていないなどのコ ミュニケーションのリスクも検討することができる。
- 5 **適切でない**。「友人とトラブルがあったのは、どうしてだと思いますか?」という聞き方は、開かれた質問であり、トラブルの理由を的確に表現することが困難であると考えられる。また自分では何がトラブルであるのかについても理解できているか不明である。この場合は「友人と言い争ったことはありますか?」「友人からあなたが嫌だと感じることをされましたか?」など具体的な状況を選択できるように尋ねるほうが答えやすい。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版, p. 320, 厚

生労働省ホームページ「みんなのメンタルヘルス」(http://www.mhlw.go.jp/kokoro/know/disease_develop.html), 「発達障害情報・支援センター」ホームページ (http://www.rehab.go.jp/ddis/))

問題 127

正答 3

1 **適切でない**。精神障害者家族会の始まりは、抗精神 病薬による薬物療法が行われるようになり、これまで 入院していた患者が退院可能となり、その際にいくつ かの精神科病院では退院後の家族の協力が重要である と考えるようになったからである。最初の家族会は精 神科病院のサポートグループが始まりであったが、次 第に同じ地域に住む精神障害者の家族が集まる地域家 族会が結成され、その後全国組織の家族会が必要とな り、1965年(昭和40年)に全国精神障害者家族会連合 会(全家連)が結成された。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, pp. 232~233)

2 適切でない。家族会では、同じ課題や苦労をもつ家族同士が、自分自身の体験を話し、他者の体験を聞くということを通して、お互いの経験や苦労について「わかちあう」ことが最も大きな役割である。医療機関や保健所などで行われる家族相談、家族教室、家族心理教育は、専門職が行う支援であるが、ここでいう家族会とは、家族による家族のためのセルフヘルプサポートの1つである。他者の体験を聞き自分の体験を話すことで自分も少し楽になるというヘルパーセラピー原則がみられ、グループの凝集性が高まる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 II 』中央法規出版,pp. 101 \sim 108,p. 235,みんなねっとホームページ(http://seishinhoken.jp/))

3 適切。家族会の活動として、全国組織の特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会(みんなねっと)では、家族による家族学習会で病気や治療について学び、精神障害者保健福祉手帳や交通運賃割引など地域の社会資源やさまざまな制度への働きかけ、必要な情報提供、当事者とかかわるために必要な対処法などについての学習や家族支援の普及活動などを行っている。個々の家族会でも「わかちあい」「学びあい」「運動」を実践している。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 II 』中央法規出版,pp. 235~236,みんなねっとホームページ(http://seishinhoken.jp/))

4 **適切でない**。家族会では、単に家族間の相談にとどまらず、家族が直面している困難や課題を明確にし、それを改善していくために、家族自身が精神保健医療福祉の当事者としての発言や署名活動を積極的に行っている。またさまざまな会議への参加や広報・啓発活動、関係機関への働きかけも家族会の役割として行っ

ている。その他にも家族に対しての電話相談や対面相談も行うなど、さまざまな活動を行っている。公益社団法人大阪府精神障害者家族会連合会(大家連)では、定期的な研修会や家族学習会やイベントを行い、多くの参加者が交流している。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 II 』中央法規出版,pp.235~236,みんなねっとホームページ(http://seishinhoken.jp/),大家連ホームページ(http://daikaren.org/))

5 適切でない。全国精神障害者家族会連合会(全家連)は、1965年(昭和40年)に結成され、さまざまな取組みを行ってきた全国組織である。病気に苦しむ当事者のために自分の人生の多くを費やし支えてきた家族自身が立ち上がるために、研修会やイベント、啓発活動などさまざまな事業を行い家族会を支えてきたが、2007年(平成19年)に解散した。現在、精神保健医療福祉の充実を行政機関に働きかけ、全国組織として「わかちあい・学びあい・運動の3本柱」を行っている家族会の全国団体は、2007年(平成19年)に発足した特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会(みんなねっと)である。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 II 』中央法規出版,pp. 232 \sim 237,みんなねっとホームページ(http://seishinhoken.jp/))

問題 128 正答

- 1 **適切でない**。個人スーパービジョンとは、スーパーバイザーとスーパーバイジーが1対1で行う形態であり、丁寧なやり取りができる反面、信頼関係や協働関係がうまくできないと効果的なスーパービジョンを得にくい場合もある。ソーシャルワークの倫理綱領や業務指針などに照らして、自身の業務を検討し、セルフアセスメントを行う形態は、セルフスーパービジョンである。
- 2 **適切でない**。ピアスーパービジョンとは、固定的なスーパーバイザーが不在で、複数のスーパーバイジーがお互いにそれぞれの役割を取りながら、困難な事例への援助やお互いの援助について意見交換し、援助について検討するというものである。固定的なスーパーバイザーがいないということで、自由な意見交換ができるため、ピアグループとしての機能ももつ。1人のスーパーバイザーが複数のスーパーバイジーに対して行う形態は、グループスーパービジョンである。
- 3 **適切でない**。ライブスーパービジョンとは、実際の 援助場面(面接など)をスーパーバイザーと共有しな がらスーパーバイジーにその場でスーパーバイズを行 うことや、スーパーバイジーにスーパーバイザーの

ロールモデルを見せるなど、今ここで起こっていることを通してスーパーバイズを行うことである。実際の場面でバイザーのロールモデルを見ることで、言葉や面接記録等だけでは伝わらないさまざまな援助の非言語的側面を含めた実際が体験できる。固定的なスーパーバイザーが不在で、スーパーバイジーが複数の場合、お互いに意見を出し合い検討するのは、ピアスーパービジョンである。

- 4 適切。ユニットスーパービジョンとは、複数のスーパーバイザーが、1人もしくは複数のスーパーバイジーに対して行う形態である。事例検討やケース会議などで複数のスーパーバイザーからさまざまな視点からの意見や援助方法などが提案されることで、援助の幅が広がる可能性がある。ただし、スーパーバイザーによっては異なる意見が出るため、混乱してしまうことも考えられるので、最終的な援助の方向性は確認することが必要である。
- 5 **適切でない**。セルフスーパービジョンとは、ソーシャルワーカーが自身の業務を自己点検することで必要なときには自分で行うことが可能である。定期的な業務内容や援助についての検討は重要であるが、単に振り返りを行い反省するというだけでなく、ソーシャルワークの倫理綱領や業務指針などに照らして、自身の業務を検討し、セルフアセスメントを行う形態である。当事者への援助と同様にストレングス視点を取り入れたセルフアセスメントが必要である。スーパーバイザーとスーパーバイジーが1対1で行うのは個人スーパービジョンである。

(『新・精神保健福祉士養成講座④精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I (第2版)』中央法規出版,2014年(以下『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I』中央法規出版),pp.328~330)

問題 129 正答 5

1 **誤り**。エバリュエーションは、ケア計画の妥当性や 目標の達成度、利用者の満足度やニーズ充足度、環境 等の変化などを事後評価し、相談援助の継続必要性を 判断していくものである。

(『精神保健福祉士養成セミナー④精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I (第6版)』へるす出版,2017年(以下『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I』へるす出版), p.243)

2 **誤り**。インテークは、利用者本人の援助を受ける希望を確認し、相談を受けた施設・機関の支援(ケアマネジメント)の対象となるかどうかを確認することである。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』へるす出版, p. 242, 『三 訂障害者相談支援従事者初任者研修テキスト』中央法規出版, pp. 49 $\sim 50)$

3 **誤り**。インターベンションは、各サービス提供者からケア計画(障害者総合支援法においてはサービス等利用計画やそれぞれの個別支援計画)に沿って利用者にサービス提供が実施されていくことである。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』へるす出版,p. 243)

4 **誤り**。リンケージは、計画を実施するために、サービス提供者に依頼や調整を行ってサービスの実施主体と利用者を結びつけることである。なお、精神保健福祉士と相談援助に関する契約を締結することはエンゲージメントという。

(寺田一郎『改訂 精神障害者ケアマネジメントマニュアル』中央法 規出版, 2013年, p. 61, 『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』 中央法規出版、p. 282)

5 **正しい**。アセスメントは、利用者のニーズを把握・整理し、利用者の症状や能力、おかれている環境など、利用者の状況に関して情報収集・整理を行うことである。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』へるす出版, p. 242, 『三 訂障害者相談支援従事者初任者研修テキスト』中央法規出版, pp. 52 ~53)

問題 130

正答 2,5

1 **適切でない**。自発的活動支援事業は,市町村地域生活支援事業の必須事業として位置づけられている。障害者や家族,地域の住民が行うピアサポートや地域活動などの障害者の自立支援や住民に対する啓発活動等のボランティア活動等を支援する事業であり, C さんが利用するサービスとしては該当しない。

(『新・精神保健福祉士養成講座①精神障害者の生活支援システム(第2版)』中央法規出版,2014年(以下『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版),p.238)

2 適切。精神科訪問看護・指導は看護師や精神保健福祉士が患者の自宅を訪問し、症状や服薬状況の確認を行ったり、本人や家族からの相談に応じるものである。特に退院したばかりの人や服薬中断、生活リズムの乱れ等によって再発の可能性が高いと考えられる人に対しては、外来治療を行う医師と生活支援を担当する支援者が生活状況やその変化について情報共有を行い、再発時には適切に介入できる体制をつくっておく。Cさんは退院後の病状管理について不安を感じていることから退院後の精神科訪問看護・指導の導入は適切である。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版,pp.236~240)

3 **適切でない**。訪問介護サービスは、ホームヘルパー が自宅を訪問して身体介護や生活援助を行うものであ り、介護保険の居宅サービスに位置づけられている。 介護保険給付を受けられるのは65歳以上の者(第1号 被保険者)と、40歳以上65歳未満の者(第2号被保険 者)のうち特定疾病により介護が必要になった者であ るため、Cさんは該当しない。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp. 188~193)

4 適切でない。障害者就業・生活支援センターは、障害者雇用促進法(障害者の雇用の促進等に関する法律)に基づいて設置されている施設である。就労支援だけではなく、就労に必要な生活の安定を目的とした生活支援を一体的に行っている。現段階で就労を目的としていない C さんは利用対象として該当しない。

(『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版, p. 197)

5 適切。地域相談支援は、障害者総合支援法の自立支援給付の地域相談支援給付費による支援であり、地域移行支援と地域定着支援に分かれる。精神障害者の場合、地域移行支援は精神科病院に長期入院している患者等に対し、退院のために必要な支援を行う。地域定着支援は、地域生活を継続していくために地域定着支援が必要と認められる精神障害者に対して24時間の連絡体制を確保し、緊急時対応や相談支援等を行う。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 II 』中央法規出版,pp. 150 \sim 160)

問題 131

- 1 誤り。精神保健福祉ボランティアは専門職ではない。市民性や当事者の隣人であることのよさを最大限に活かすために、あえて専門職のようになることが正しいとはいえない。そのため倫理綱領の遵守を求めるのは適切ではないといえる。
- 2 **誤り**。ボランティア養成講座では,専門的な知識の 講義なども大切であるが,当事者の体験談から,実際 の精神障害のある人の思いを学び,それをボランティ ア活動に活かしていくという点ではとても意義が大き い。
- 3 誤り。ボランティアセンターとは、ボランティア活動の活性化のためにボランティア登録、情報発信、ボランティア活動の支援などを行う事業で、社会福祉協議会に設置される。相談支援事業所がボランティアセンターの役割を担うことはない。
- 4 **正しい**。精神保健福祉ボランティアを養成することは、精神保健福祉の知識や情報を広めることにもつながり、普及啓発の側面がある。ボランティアに参加した市民が、さらにその情報を他の市民に広めていくこ

とにより、社会全体へ浸透し、地域の福祉力が醸成される。

5 **誤り**。精神保健福祉ボランティアは専門職ではない ため法的な秘密保持義務はないものの,クライエント にサービスを提供する一員として,クライエントの秘 密を守ることが求められる。

問題 132 正答 2

1 **適切でない**。支援者として家族調整や家族支援につなげたい気持ちはあるだろうが、初回面接の場面で E さんは「相談にのってもらえるだろうか」という不安を抱えていることが考えられる。まずは E さん自身が抱えている悩みや問題を安心して相談できることを保証することが大切である。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I』へるす出版, pp. 151~152)

- 2 **適切**。初回面接では、Eさんの状況や主訴を把握するためにEさん自身の状況や周囲の状況について情報を集めることが必要となる。また、Eさんが自身の環境や問題についての気づきを得ることが重要となる。
 - (『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』へるす出版, p. 152)
- 3 **適切でない**。 E さんが地域のサービスや社会資源を 有効に使えるためのケアマネジメントは有効である。 しかし、まずは E さんが安心して語れる関係性をつく るなかで E さんの真のニーズを把握すべきであり、何 よりもサービスや社会資源の利用にあたっては E さん の自己決定を重視していくことが大切である。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』へるす出版,pp. 152~153,p. 155)

4 **適切でない**。 E さんが医療サービスを有効に使える ための情報提供は有効である。しかし、現時点での E さんの主訴は受診ではなく、どうしようもない不安を 抱えた状態であり、 E さんの課題を共有する関係性の なかで本人の理解に合わせて E さんの医療サービス利 用に向けた自己決定を進めていく必要がある。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』へるす出版, pp. 152~153, p. 155)

5 **適切でない**。初回面接では信頼関係を築くことが大切であり、信頼関係の構築のためには非審判的態度による共感的コミュニケーションが有効である。ここで Eさんのコミュニケーション上の課題をあげることは、不安を抱えたEさんへの非難とも受け取られる可能性がある。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I』へるす出版, pp. 158~159)

問題 133 正答 2,5

1 誤り。同病者同士の交流が利用者の安心感につながり、均一の集団とすることで集団の凝集性が高まり、プログラムの円滑な運営に寄与することからスタッフの負担軽減につながる。このことは、プログラムの目的を共有し漫然とデイケアに通うことがないようにする上でも有効である。

(うつ病リワーク研究会編『うつ病リワークプログラムの続け方―スタッフのために』南山堂,2011年(以下『うつ病リワークプログラムの続け方』南山堂),pp. 69 \sim 70,『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 II』へるす出版,p. 159,p. 164)

2 **正しい**。精神科デイ・ケアでは、専門スタッフがいるなかで他の利用者と交流することで対人関係を学ぶことができ、対人コミュニケーションの習得や、社会性の向上を図ることができる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』へるす出版, pp. 162~163)

3 誤り。精神科デイ・ケアの効果として、居場所としての機能が与える安心感と帰属意識の獲得があり、居場所としての機能を肯定することが即ち閉鎖的で受動的な環境で引き起こされるインスティテューショナリズム(institutionalism;施設症)につながると考えるべきではない。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』へるす出版,pp. 162~ 163)

4 誤り。精神科デイ・ケアは1日6時間を標準として 行われる。なお、精神科ナイト・ケアは午後4時以降 の1日4時間を標準として行われ、精神科デイ・ナイト・ケアでは1日10時間を標準として行われる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』へるす出版, pp. 157~158)

5 **正しい**。精神科デイ・ケアの治療構造として外的治療構造と内的治療構造があげられており、外的構造は施設や人員等の空間的治療構想及び実施日や実施時間等の時間的な治療構造のことであり、内的治療構造はプログラムや治療技法の組み合わせのほか、開始から終了までのプロセスや目標設定、スタッフの情報交換や役割分担のこととされている。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』へるす出版, pp.159~160, 浅野弘樹『精神科デイケア学──治療の構造とケアの方法』エム・シ・ミューズ, 2015年, pp.12~35)

問題 134 正答 3

1 **適切でない**。復職にあたっての職場の環境調整や配 慮は必要ではあるが、精神保健福祉士や医療機関の判 断だけで行うものではない。本人の了解を得たうえで 主治医と事業場内産業保健スタッフが情報を交換し, 職場環境の調整や仕事上の配慮等,職場復帰時の連携 が取れるようにしておくことが望ましい。

(『精神保健福祉士養成セミナー②精神保健学(第6版)』へるす出版, 2017年(以下『精神保健学』へるす出版), p. 208)

2 **適切でない**。本人の自己決定を尊重することは大切だが、うつ病リワークにおいては再休職予防が最終目標であり、業務遂行能力や復職準備性の確認が欠かせない。復職準備性の確認無しに復職して再発した場合、本人のメンタルヘルスにとってマイナスとなるだけでなく、職場も本人の復職可能性の評価や医療機関への信頼を低下させ、その後の復職に悪影響を与えることになる。

(『うつ病リワークプログラムのはじめ方』南山堂, pp.11~12, 『精神保健学』へるす出版, pp.209~210)

3 **適切**。解雇等のトラブルを避けるうえでも本人の不安を軽減するためにも休職満了の期日について文書で確認しておくことが望ましい。休職期限や今後の見通しについて本人,医療機関,職場で共有していくことは期限を定めた回復過程というリハビリテーションの概念からも大切であり,本人が安心して意欲的にリハビリテーションに臨めることにもつながると考えられる。

(『うつ病リワークプログラムのはじめ方』南山堂, pp.95~96, 『精神保健学』へるす出版, p.208, 『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』へるす出版, p.5)

4 **適切でない**。本人が自身の労働観や健康管理のあり 方など、発症・休職に至ったプロセスを整理し問題点 や対処方法を考えていくことが、症状の再燃予防やよ り健康な生活へ向けた成長の契機となる。

(『精神保健学』へるす出版, p. 211, 精神保健医療福祉白書編集委員会編『精神保健医療福祉白書2017』中央法規出版, 2016年, p. 117)

5 **適切でない**。復職にあたり主治医の診断書は重要ではあるが、最終的に復職の可否を決めるのは会社である。主治医が復職可能の診断書を書いたとしても職場側の審査会等で復職不可等の判定が出される可能性もある。

(『うつ病リワークプログラムのはじめ方』南山堂, pp.95~96, 『精神保健学』へるす出版, p.209)

問題 135 正答 5

1 **適切でない**。精神保健福祉士の支援は生活モデルを 基盤としている。Jさんの不安を病状としてとらえる のではなく、不安を訴えるJさんの状況を人と環境の 相互作用の視点をもって理解するところに専門性があ る。不安に対して薬で対処するのは医学モデルに基づ く支援である。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, pp. 23 ~24)

2 **適切でない**。精神保健福祉士はクライエントへ指示するのではなく、支持する姿勢が求められる。クライエントの不安等の気持ちに共感し、精神的に支え、受容する姿勢をもつことにより、クライエントは徐々に自分を受け入れることができるようになる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版, pp. 317~321)

3 **適切でない**。精神保健福祉士が依って立つ生活モデルでは、Jさんが不安を訴える状況を人と環境との相互作用の視点で理解することとなる。ここでは、Jさんの不安は、Kさんが退院し、充実した生活を送っている話を聞いたことによる退院への不安と憧れが入り混じった葛藤状況ととらえ、むしろKさんの存在がJさんの退院への気持ちによい影響を与えていると状況分析することができる。JさんとKさんの人間関係は良好でもあるため、面会を制限することは適切ではない。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版, pp. 265~267)

4 **適切でない**。精神保健福祉士は社会的な長期入院に対し、すべてのクライエントに退院の可能性があることを信じ、退院を拒否するその背景を、人と環境との相互作用の視点で理解することが必要である。『精神保健福祉士業務指針及び業務分類 第2版』の医療分野における業務指針においても、人権侵害としての社会的入院を解消することが指針としてあげられており、安易に「このままずっと入院していてもいい」と伝えるべきではない。

(公益社団法人日本精神保健福祉士協会『精神保健福祉士業務指針及び業務分類第2版』,2014年,pp.125~126)

5 適切。これまで頑なに退院を拒否してきた J さんであるが、J さんから L 精神保健福祉士に面接を希望してきたことは、大きな変化であり契機ととらえることができる。援助関係を深めるためにも、退院への不安について丁寧に聴き取りながら、J さんを理解していくことが求められる。そのためにも、継続した面接を提案することは必要であり、提案することで J さんの主体性を尊重することにもつながる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版, pp. 314 ~ 315)

問題 136 正答 3,4

1 適切でない。このグループワークでは退院への不安

を話し合うことを主目的としている。そのために、当面は参加者の緊張を和らげ、安心して退院への不安を話すことができる雰囲気づくりが重要である。社会生活技能訓練(SST)は参加者の到達目標を明確にし、繰り返し技能の練習を行うものであるため、現時点でグループワークの内容として適切ではない。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 II 』中央法規出版,p. 45, pp. 60~63)

2 **適切でない**。退院への不安を話し合うことがこのグループワークの目的である。再発予防の観点に立てば、病気や薬に関する知識を深めることは重要だが、現時点ではグループワークの目標から大きく逸れた内容である。グループワークの目標設定はグループワークの準備期において重要である。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, p. 45)

3 **適切**。グループワークには、参加者同士の交流を通して、孤独感の軽減・解消や自己効力感の向上が期待できる。 J さんがグループワークを通じて、退院に不安があるのは自分一人ではないことを参加者と共有することで、不安の軽減や退院への意識の向上につながる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, pp. 44~45)

4 **適切**。実際に入院経験のあるピアサポーターから地域での生活について話をしてもらうことで、当事者視点、体験的知識を重視したグループワークが展開でき、参加者も不安を表出しやすくなる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 II 』中央法規出版、pp. 63 ~65、pp. 243~244)

5 **適切でない**。認知行動療法は認知と行動の変容を図ることで、生きづらさのパターンから抜け出し、有効な対処方法を見出していく療法である。このグループワークの目的は不安への対処方法を獲得することではなく、退院への不安を話し合い、共有することであるため、現時点では適切ではない。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 』中央法規出版,pp. 205 \sim 209)

問題 137 正答 5

1 誤り。地域移行支援の利用対象者は、精神科病院に 入院している精神障害者で、直近の入院期間が1年以 上の者である。ただし、直近の入院期間が1年未満で も、措置入院者や医療保護入院者で住居の確保などの 支援が必要な者、地域移行支援を行わなければ入院の 長期化が見込まれる者も対象となる。2014年度(平成 26年度)からは、地域における生活に移行するために 重点的な支援を必要とする者も対象となり、具体的には、①救護施設または更生施設に入所している障害者、②刑事施設(刑務所、少年刑務所、拘置所)、少年院に収容されている障害者、③更生保護施設に入所している障害者または自立更生促進センター、就業支援センターもしくは自立準備ホームに宿泊している障害者等とされている。

2 誤り。地域移行支援・地域定着支援の実施機関は指 定一般相談支援事業者であり、その指定は都道府県知 事が行う。指定特定相談支援事業者は計画相談支援を 実施し、その指定は市町村長が行うことも併せて理解 しておきたい。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, p. 156)

3 誤り。地域移行支援の支援内容は、住居の確保、地域生活に移行するための活動に関する相談、地域移行に係る活動のための外出への同行、障害福祉サービス(生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援に限る)の体験利用、グループホーム等の体験宿泊などであり、住居の確保は含まれている。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, p. 151)

4 **誤り**。地域移行支援を利用するためには、市町村に 申請する。なお、地域移行支援にかかる費用につい て、利用者の自己負担はない。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, p. 158)

5 **正しい**。地域定着支援の対象者は、居宅において単身であるために緊急時の支援が見込めない状況にある者や、家族と同居しているが家族等が障害、疾病等のため緊急時に支援が見込めない状況にある者である。グループホームや宿泊型自立訓練施設の入居者には、世話人等が対応することとなるため地域定着支援の対象にならない。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, p. 151)

問題 138 正答 5

- 1 **適切でない**。家の酒を切らさないなどのMさんの行動は、家族が陥りやすいイネイブリング行為(飲酒等を支えてしまう行為)であるが、そのことを初回相談の場面で指摘し直面化させることは、自責感が強くなっているMさんに「あなたが悪い」というメッセージを伝えることになり適切ではない。Mさんの場合、酔ったうえでの暴力を防ぐという自分の安全のための行為なので、せざるを得ない行為であったことをまず受け止めることが重要である。
- 2 **適切でない**。暴力を受けているMさんの安全を確保

するために別居や離婚など、距離を取る方法も選択肢の1つであるが、初回相談の場面においていきなり離婚を提案することは拙速な支援となり、適切とはいえない。

- 3 **適切でない。M**さんは暴力を受けていることで無力 感にさいなまれている。自分自身が悪いと思っている Mさんにこれ以上我慢を強いることは適切ではない。
- 4 適切でない。Mさんの対応はうまくいっていないものの、わからないなかでMさんなりに考え、対応しようとしている。そこにMさんの対応を責めるような言葉かけはMさんの自責感をさらに大きくさせると考えられるため適切ではない。
- 5 適切。Mさんが夫の暴力とアルコールの問題を一人で抱え込んでおり、孤立している状態である。支援の方向性として、Mさんの思いを受け止め、今までの苦労をねぎらい、一人で抱え込まず支援者と一緒に取り組んでいくといった声をかけることが適切である。

問題 139 正答 2

- 1 **適切でない**。アルコール依存症の家族として本人の 飲酒をコントロールするといった,飲酒行動に巻き込 まれている状況から解放されていくことが共依存から の回復へとつながる。そのため,選択肢のような内容 は家族教室として適切でない。
- 2 **適切**。断酒会会員のように、アルコール依存症本人であり、依存症からの回復に取り組んでいる本人からの体験談を聞くことは、回復のイメージづくりにもなり有効なプログラムといえる。
- 3 **適切でない**。内観療法とは、生い立ちを振り返り自 分自身を見つめ直す我が国で発展した心理療法であ る。アルコール依存症本人に対して適用はするもの の、家族教室のプログラムとしては適切とはいえな い。
- 4 **適切でない**。精神障害者家族会に参加する家族の多くは、統合失調症の家族であるため、適切ではない。 家族の自助グループを紹介するのであれば、断酒会や アラノンが適切である。
- 5 **適切でない**。家族の対応を振り返り、コミュニケーションなどを検討していくことは重要であるが、家族の対応が適切でなかったとしても、それを相互批判することはプログラムとして適切ではない。

問題 140 正答 3

- 1 **適切でない**。事例から、A さんが自傷他害行為などがあり措置入院が必要な状況であることは読み取れない。入院治療を検討するのであれば、アルコール専門治療機関でのARP(アルコールリハビリテーションプログラム)を実施している医療機関が適切である。
- 2 **適切でない**。アルコールを飲んでいる状況で本人と話すことは、酔って記憶に残っていなかったり、トラブルになったりとリスクも高いことから適切とはいえない。訪問するのであれば、アルコールを飲んでいないと予想される午前中などの早い時間が適切である。
- 3 **適切**。 A さんへの介入は、保健所や会社の産業保健 師など、 A さんに関係する機関が連携し、ネットワー クでの介入方法を検討していくことが求められる。
- 4 **適切でない**。A さんがアルコール専門医療機関に受 診していない状況であり、訪問診療を受けることの同 意をしているとは考えられないため、精神科医の訪問 診療を受けることはできない。
- 5 **適切でない**。地域包括支援センターは,介護保険法に定められた高齢者福祉分野の福祉機関であり, A さんは対象とならないため適切ではない。

問題 141 正答 3

- 1 **適切でない**。初回面接(インテーク)では、Cさん の希望や不安などの思いを傾聴し、受容する姿勢が求 められる。しかし、選択肢は「とりあえず働かなけれ ばいけない」と感じているCさんの思いに寄り添う言 葉がけではない。よって、適切ではない。
- 2 **適切でない**。現段階で、Cさんは病気や障害、服薬の必要性に関する理解が乏しいと読み取れる。そのため、心理教育の必要性が考えられるが、初回面接では、まずCさんの思いを傾聴し、受容する姿勢が求められる。治療への動機づけを高めたうえで心理教育の提案を行う必要があり、現段階では時期尚早と考えられる。よって、適切ではない。
- 3 **適切**。初回面接では、**C**さんの希望や不安などの思いを傾聴し、受容する姿勢が求められる。選択肢は、**C**さんの服薬に対する抵抗感を受け止めつつ、具体的にどのような生活のしづらさを感じているのかを尋ねる応対となっている。よって、適切である。
- 4 **適切でない**。自己決定の尊重とは、精神保健福祉士 のかかわりを前提とした、**C**さんの主体的な生き方を 尊重する支援プロセスを意味する。選択肢のように、

C さんを突き放すようなかかわりは、自己決定の尊重 とはいえない。よって、適切ではない。

5 **適切でない**。初回面接では、Cさんの希望や不安などの思いを傾聴し、受容する姿勢が求められる。Cさんはこれまでの挫折体験から、弁護士の夢をあきらめざるを得ないと感じている。挫折を乗り越え、前を向いて進むことを励ますのも大切ではあるが、その前にまずはCさんの思いに寄り添う言葉がけをすることが必要である。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版,pp.21~37)

問題 142

正答 4

- 1 **適切でない**。モニタリング(経過観察)の段階では、 Cさん自身やCさんを取り巻く環境の状況、支援計画 に沿ったサービスが展開されているかなどを確認する 必要がある。本事例においても、Cさんの作業能力だ けではなく、Cさんの満足度や周囲の環境の変化、支 援の質などにも目を向ける必要がある。
- 2 **適切でない**。モニタリング(経過観察)の段階で、新しいニーズが生まれた時や支援計画に沿っていない場合や、現在の支援計画では生活ニーズを満たすことが難しい場合は、再アセスメントや再プランニングを実施することになる。支援の終結は、Cさんの生活ニーズが満たされた場合やCさんが支援を希望しなくなった時に提案される。
- 3 **適切でない**。モニタリング(経過観察)は、Cさん やE精神保健福祉士、関係者の協働で実施されること が望ましい。それによって、Cさんを中心とした多角 的な評価へとつながっていく。E精神保健福祉士が主 導でモニタリングを実施することで、Cさん自身が生 活に対するモチベーションを低下させてしまう可能性 がある。
- 4 **適切**。モニタリング(経過観察)では、プランニング(支援計画)に基づく介入に対する進捗状況や支援目標の達成度、新しいニーズが生じていないかなどの確認を行う。これらの状況に応じて、再アセスメントや再プランニングを実施する。
- 5 **適切でない**。モニタリング(経過観察)の段階では, Cさん自身やCさんを取り巻く環境の状況,支援計画 に沿ったサービスが展開されているかなどを確認する 必要がある。選択肢のように,退所後も相談援助の再 開が可能であることを伝えるのは,終結の段階であ る。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I』中央法規出版, pp. 274~303)

問題 143

正答 5

1 **適切でない**。精神保健福祉ボランティア養成講座とは、精神障害者を地域住民として迎え入れる「よき隣人」としての役割を果たす担い手を養成する講座である。また、当講座は病気の有無によらず、精神保健福祉の課題が地域住民の生活に密接なつながりがあるという認識を深めることを目的とする。「自分の闘病体験を活かして、仲間の力になりたい」と語るCさんのニーズに合致しないため、適切ではない。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版,pp. 238~244)

- 2 **適切でない**。精神保健福祉士は、精神障害者の保健 及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神 障害者の相談援助を業とする名称独占資格である。精 神保健福祉士は福祉の専門職であり、「自分の闘病体 験を活かして、仲間の力になりたい」と語るCさんの ニーズに合致しないため、適切ではない。
- 3 適切でない。 C さんはかつて弁護士を目指していたが、精神疾患に罹患したことによって、その夢を断念している。しかし、同じ病気を抱える仲間との交流を通じて、新しい生き方の再構築(リカバリー)を果たしたと読み取れる。そのため、現段階では、「自分の闘病体験を活かして、仲間の力になりたい」と語る C さんの思いに寄り添うことが重要である。よって、適切ではない。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, pp.21 ~37)

4 適切でない。Cさんは「新しい夢や目標をもてるようになったのも、同じ病気のある仲間のおかげだと思う。これからは、自分の闘病経験を活かして、仲間の力になりたい」と笑顔で語っている。しかし、事例からは一人暮らしやグループホームの利用に関するニーズは読み取れない。よって、適切ではない。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 II』中央法規出版,pp. 21 \sim 37)

5 **適切**。ピアサポーターとは、精神障害当事者の体験を活かし、当事者の権利擁護や専門職に対する支援の助言、協力を行う活動をする人々である。「自分の闘病体験を活かして、仲間の力になりたい」と語るCさんのニーズに合致しているため、適切である。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, pp.243~244)

精神保健福祉に関する制度とサービス

問題 144

正答 4,5

- 1 誤り。私宅監置は、1950年(昭和25年)制定の精神 衛生法で廃止された。前法の精神病院法は主務大臣が 道府県に精神病院設置を命じることができるもので あったが、強制的なものでないことや社会的背景の影 響もあり、公立病院の建設は遅々として進まなかっ た。よって、従来からの私宅監置の処遇も同時に存続 することとなった。そこで次の法律である精神衛生法 では、精神病院の設置を都道府県に義務付け、精神病 者監護法と精神病院法を廃止した。
- 2 **誤り**。患者本人の自由意思による入院制度は,1987 年(昭和62年)制定の精神保健法で制定された「任意 入院制度」が精神科では最初のものとなる。精神保健 法は,精神障害者の人権に配慮した適正な医療および 保護を実施し精神障害者の社会復帰の促進を図ること を目的に,精神衛生法が1987年(昭和62年)に改正を 受けたものである。
- 3 誤り。精神保健法は、入院患者の人権に配慮した処 遇の確保を図る目的のため、選択肢にある通院(外 来)の患者に対しての書面による告知はその対象とは ならない。入院中は最適な治療を受ける権利が保障さ れ、通信・面会の自由に関しても規定されている。さ らに、社会復帰促進において社会復帰施設の設置・運 営に関しても明記された。
- 4 正しい。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)は、1970年(昭和45年)に成立した心身障害者対策基本法が1993年(平成5年)、障害者基本法に改正され、精神障害者が身体障害者や知的障害者と並んで障害者として法の対象に位置付けられたことを受け、1995年(平成7年)に精神保健法が改正されたものである。精神保健福祉法は、法の目的において「自立と社会参加の促進のための援助」という福祉の要素を位置づけ、従来の保健医療施策に加え、精神障害者の社会復帰等のための福祉施策の充実の強化をめざすものとなった。
- 5 **正しい**。精神障害者に対して適切な医療と保護の機会を提供する第三者的な役割として,古くは1900年 (明治33年)の精神病者監護法での「監護義務者制度」に始まり,1950年 (昭和25年)の精神衛生法では「保護義務者制度」に変わり,1993年 (平成5年)の精神保健法改正では「保護義務者」を「保護者」へ名称を

改めた。保護者制度の廃止以降は医療保護入院における保護者の同意要件がなくなり、「家族等」のうちのいずれかの者の同意が要件となった。この「家族等」とは、配偶者、親権者、扶養義務者、後見人または保佐人をさし、該当者がいない場合は、市町村長が同意の判断を行うとされる。

問題 145

- 1 誤り。精神疾患のほかに知的障害を有している場合は、精神障害者保健福祉手帳と療育手帳をそれぞれ交付取得することができる。なお、精神障害者保健福祉手帳の対象となる疾患は、①統合失調症、②気分(感情)障害、③非定型精神病、④てんかん、⑤中毒精神病、⑥器質性精神障害、⑦発達障害、⑧その他の精神疾患の8つである。
- 2 誤り。確かに障害年金を受給している者が、年金証 書の写しを添付して精神障害者保健福祉手帳の申請を 行った場合には、判定を要することなく同じ等級での 手帳が交付されるが、医師の診断書を添付する従来の 申請方法を利用することもできる。その場合は年金の 等級と手帳の等級が同じものになるとは限らない。
- 3 正しい。精神障害者保健福祉手帳の障害等級2級の障害状態は、選択肢のとおりである。なお、ほかの障害状態として1級は「日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの」、3級は「日常生活もしくは社会生活が制限を受けるか、又は日常生活もしくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの」とされる。障害等級は1級から3級があり、一番多い2級の取得者数は51万9356人(2016年(平成28年)3月現在)となっている。
- 4 誤り。確かに顔写真の貼り付けに関しては、精神障害者保健福祉手帳制度が開始された時点ではプライバシーへの配慮の観点に基づき必要ないものとされたが、手帳の不正使用を防ぐために、2006年(平成18年)10月1日申請分からほかの障害者手帳同様に顔写真の貼り付けが実施された。逆にそれまであった性別の記載は、性同一性障害の当事者に対する配慮から2014年(平成26年)度より削除された。
- 5 誤り。申請したものは市町村窓口を経由し都道府県 に提出されるため、精神障害者保健福祉手帳の交付は 都道府県知事(指定都市市長)によってなされる。な

お,精神障害者保健福祉手帳の交付申請ができるのは,精神障害に係る初診日から6か月を経過していること,手帳の有効期限は2年間であるためその後の利用には更新手続きが必要なことを押さえておきたい。

3

問題 146 正答

1 誤り。1995年(平成7年)の,精神保健法から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)への改正によって,精神障害者保健福祉手帳制度が創設された。精神保健福祉法第45条に規定されている。

(『新・精神保健福祉士養成講座⑥精神保健福祉に関する制度とサービス (第5版)』中央法規出版,2017年 (以下『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版),pp.55 \sim 56)

2 **誤り**。障害者基本法は2004年(平成16年)に改正された際,基本理念に障害を理由とする差別の禁止が盛り込まれた。2011年(平成23年)の改正では「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、それを怠ることによって前項の規定に違反することとならないよう、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」こと等が加わった。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp. 85~87)

3 **正しい**。2011年(平成23年)に改正された障害者基本法第1条には「全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現する」という目的が謳われた。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp.85~87)

4 誤り。障害者基本法の第2条には「身体障害,知的 障害,精神障害(発達障害を含む。)その他の心身の 機能の障害(以下「障害」と総称する。)がある者で あって,障害及び社会的障壁により継続的に日常生活 又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるもの」 とある。選択肢は,精神保健福祉法第5条の規定であ る。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp. 43~44)

5 誤り。国連は1981年(昭和56年)を国際障害者年と 定め、1983年(昭和58年)から1992年(平成4年)ま でを国連・障害者の十年として、世界各国に行動の具 体化を要請した。日本では1982年(昭和57年)に障害 者対策に関する長期計画が策定され、障害者施策を拡 充した。1993年(平成5年)、国際障害者年の理念を 具現化させる動きを受け、障害者基本法が成立した。 (『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp.82~84)

問題 147 正答 2

1 **誤り**。社会福祉協議会は、高齢者福祉を含め、地域 福祉の推進を図ることを目的とする団体である。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 231)

2 **正しい**。都道府県と政令指定都市の社会福祉協議会は、日常生活自立支援事業の実施主体として、福祉サービスの利用や日常的な金銭管理に課題を抱える人々に対する相談支援を展開している。日常生活自立支援事業の窓口業務は市町村社会福祉協議会が担っている。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 131, p. 231)

3 **誤り**。社会福祉協議会は、ボランティアの育成や福祉教育の推進など、相談支援の基盤を地域で整備する 役割も担っている。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 231)

4 誤り。市町村社会福祉協議会および地区社会福祉協議会は、地域における福祉問題や生活問題にかかる評価およびその問題に地域住民自らが取り組むための支援を実施している。社会福祉従事者及び社会福祉事業の経営者の養成、指導など広域的な見地から活動をしているのは、都道府県社会福祉協議会である。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 231)

5 **誤り**。社会福祉協議会は、社会福祉法に規定された 民間団体である。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 231)

問題 148 正答 3

1 誤り。精神保健福祉相談員は、任用資格として、① 精神保健福祉士、②大学において社会福祉または心理 学の課程を修めた者であって、精神保健及び精神障害 者福祉に関する知識及び経験を有するもの、③医師、 ④厚生労働大臣が指定した講習会の課程を修了した保 健師であって、精神保健及び精神障害者福祉に関する 経験を有するもの、等が定められている。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p.57, p.229)

2 誤り。精神保健福祉相談員は、精神保健福祉センター、保健所、市町村などの行政組織において活動する。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 229)

3 **正しい**。精神保健福祉相談員は,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)第48条に 規定されている。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 229)

4 誤り。精神保健福祉相談員は、精神保健福祉に関する訪問指導や相談指導を実施する。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 229)

5 **誤り**。精神保健福祉相談員は、都道府県知事または 市町村長が任命する。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 229)

問題 149

正答 1

- 1 **正しい**。生活困窮者自立支援法は、生活困窮者自立相談支援事業の実施、生活困窮者住居確保給付金の支給その他の生活困窮者に対する自立の支援に関する措置を講ずることにより、生活困窮者の自立の促進を図ることを目的とする。また、この法律において「生活困窮者」とは、現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者をいう。
- 2 誤り。選択肢にある6事業はいずれも同法に盛り込まれているが、必須事業として展開されるものは①自立相談支援事業、②住居確保給付金の支給の2つである。なお、自立相談支援事業は、ア、就労の支援その他の自立に関する問題につき、生活困窮者からの相談に応じ、必要な情報の提供および助言を行う事業、イ、生活困窮者に対し、認定生活困窮者就労訓練事業の利用についてのあっせんを行う事業、ウ、生活困窮者に対し、当該生活困窮者に対する支援の内容等を記載した計画の作成その他の生活困窮者の自立の促進を図るための支援が一体的かつ計画的に行われるための援助等を行う事業、をいう。
- 3 誤り。自立相談支援事業の運営方法については、ほぼすべての自治体が委託により実施しているというわけではなく、直営方式との併用を含めて61.0%の自治体が委託により実施している状況にある。委託先は社会福祉協議会が79.2%と最も多く、次いでNPO法人(14.3%)や社会福祉法人(社協以外)(8.4%)となっている。
- 4 誤り。学習支援事業の支援対象の割合は、世帯状況では生活保護世帯(91.7%)が最も多いが、支援対象者は小学生ではなく中学生(1・2年86.1%、3年90.1%)が圧倒的である。なお、学習支援事業は子どもの学習支援をはじめ、日常的な生活習慣、仲間と出

会い活動ができる居場所づくり,進学に関する支援, 高校進学者の中退防止に関する支援等,子どもと保護 者の双方に必要な支援を行うものである。

5 誤り。選択肢は、一時生活支援事業ではなく、住居 確保給付金の支給に関する説明である。なお、一時生 活支援事業とは、住居をもたない者や不安定な住居形 態にある者に、一定期間宿泊場所や衣食を提供した り、退所後の生活に向けて就労支援などの自立支援を 行ったりするものである。

問題 150

正答 3

1 誤り。地域生活定着支援センターは、対象者が矯正 施設退所後に円滑に社会復帰できるよう、矯正施設入 所中から必要な支援を行うこととされている。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 293)

2 誤り。地域生活定着支援センターの支援を受ける際に、障害者手帳の取得の有無は問わない。また、地域生活定着支援センターの対象者(「特別調整」の対象者)は、高齢(おおむね65歳以上)であり、または障害を有する入所者等であって、かつ、適当な帰住予定地が確保されていない者等とされている。この選択肢では、対象者の要件として障害者手帳取得の必要性をいっているが、「特別調整」の対象者要件には入っていないため誤りである。

(『新・社会福祉士養成講座②更生保護制度(第4版)』中央法規出版, 2017年(以下『更生保護制度』中央法規出版), pp.40~41)

3 正しい。選択肢のとおり、矯正施設所在地以外の都 道府県で生活を希望する場合には、保護観察所が本人 の希望する都道府県の地域生活定着支援センターに依 頼して調整を行うこととしている。

(『更生保護制度』中央法規出版, pp. 40~41)

- 4 誤り。地域生活定着支援センターは、本人の状況等により福祉サービス等の利用が適切であると判断した場合には、それに伴う計画を作成し、福祉サービス等調整計画通知書により所在地保護観察所の長に提出する必要がある。
- 5 誤り。地域生活定着支援センターは、矯正施設から 退所した後に社会福祉施設等を利用している者につい て、本人を受け入れた施設等に対して必要な助言を行 うことが求められており、Fさんに対しても継続的に フォローする必要がある。

(『更生保護制度』中央法規出版, pp. 40~41)

問題 151

正答 4

- 1 誤り。地方裁判所の審判により入院によらない処遇 (通院決定)を受けた対象者は、「厚生労働大臣が定 める指定医通院医療機関による入院によらない医療を 受けなければならない」(心神喪失等の状態で重大な 他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律 (医療観察法)第43条第2項)と規定されている。
 - (『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp. 322~323)
- 2 誤り。精神保健観察の実施に関し、対象者が必要な 医療を受けているか見守り、また継続的な医療を受け させるための指導等は、社会復帰調整官が担う。ま た、医療観察法第19条第2項、第20条第2項におい て、社会復帰調整官が対象者の生活環境の調整に従事 することも規定されている。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp. 326~328, p. 331)

3 誤り。精神保健福祉法の保護者制度は廃止された が、医療観察法では存続している。医療観察法第23条 の2および第23条の3で、対象者の保護者について規 定されている。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp. 332~333)

4 正しい。初回審判の処遇の決定から、入院処遇の継続と退院の決定、入院によらない処遇の継続と処遇終了の決定など、処遇はすべて地方裁判所による審判にて決定される。なお審判において、精神保健参与員は「処遇の要否及びその内容につき(医療観察法第36条)」、精神保健福祉、社会福祉に関する参考意見を述べる。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版,pp. 305~307,pp. 312~313)

5 誤り。医療観察法では対象とする重大な他害行為を「対象行為」として、殺人、強盗、放火、強制性交等、強制わいせつ、傷害(傷害以外は未遂を含み、傷害は被害者の受けた被害が重いものに限る)、としている(医療観察法第2条に規定)。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp. 303~305)

問題 152

正答

1 **誤り**。構造化面接は、質問内容があらかじめ決まっていて、順序どおりに調査対象者に質問していく方法である。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p.361)

2 **誤り**。非構造化面接は、いくつか簡単な質問をした 後で、特定のテーマについて調査対象者に自由に語っ てもらう方法である。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 361)

3 誤り。半構造化面接は、ある程度質問項目を準備するが、調査対象者の自由な語りができるように、なるべくオープンエンディッド(制約のない)な質問を用いる方法である。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 361)

4 正しい。参加観察法は、調査者が調査対象者となる 人々やその活動の場面に関与して、見聞きした事象を 記録にしていくことである。参加観察の方法の1つ に、エスノグラフィー(ethnography)という方法が ある。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 362)

5 **誤り**。フォーカス・グループ・インタビューは、調 査対象者同士の相互作用が生じるので、個別インタ ビューで生成されるデータと性質は異なる。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 361)

問題 153

正答 1

1 **正しい**。**G**さんの世帯はできれば生活保護受給以外 の方法を知りたい意向もあるため、生活保護の予防を 目的とした生活困窮者自立支援制度により該当世帯の 状況に応じた経済的安定を図る自立相談支援事業を活 用する。

(厚生労働省「生活困窮者自立支援制度 制度の紹介」(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000073432.html),厚生労働省「生活困窮者自立支援制度 リーフレット」)

2 **誤り**。生活保護による介護扶助は介護保険の利用者 負担について自己負担が困難な対象者の介護需要が充 足されるよう給付されるものである。**G**さん世帯内で 介護保険によるサービスの必要性がある人はないため 制度活用の対象とはならない。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp. 200~201)

3 誤り。労働者災害補償保険は、仕事中や通勤途上の けが、業務が原因で病気となった被保険者に対して、 治療費・休業中の賃金・障害者となった場合の一時金 や年金の補償が行われるものである。 G さんの父親は 特に傷病等状態には当たらないので該当しない。

(青木聖久編著,越智あゆみ・風間朋子・高橋裕典『精神障害者の経済的支援ガイドブック―事例とQ&Aから理解する支援の意義と実務』中央法規出版,2015年(以下『精神障害者の経済的支援ガイドブック』中央法規出版),pp.61~64,NPO法人日本医療ソーシャルワーク研究会編『医療福祉総合ガイドブック2016年度版』医学書院,2016年(以下『医療福祉総合ガイドブック2016年度版』医学書院),pp.55~57)

4 誤り。生活困窮者自立支援制度による住宅確保給付金の支給は離職等により住まいを失った、または、失うおそれの高い対象者に就職に向けた活動をすることなどを条件に一定期間家賃相当額を支給する制度である。本事例では住居については家賃支払いの必要がないため住宅確保給付金の支給に該当しない。

(厚生労働省「生活困窮者自立支援制度 制度の紹介」,厚生労働省「生活困窮者自立支援制度 リーフレット」)

5 誤り。傷病手当金とは、健康保険加入者が病気やけがで会社を休み給料が支給されないとき、被保険者とその家族の生活を保障するために、1年6か月を限度に直近12か月間の各標準報酬月額を平均した額が健康保険の保険者から支給されるものである。父親は失業しており、病気やけがのために仕事を休んでいるわけではないため、傷病手当の対象とはならない。

(『医療福祉総合ガイドブック2016年度版』医学書院, p. 50)

問題 154

正答 3

1 **適切でない**。障害厚生年金は厚生年金に加入している必要がある。**G**さんは現在仕事をしておらず,以前に厚生年金の加入期間及び納付期間もないため,国民年金による障害基礎年金の対象となる。

(日本年金機構「障害厚生年金の受給要件」(http://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/shougainenkin/jukyu-yoken/20150401-02.html))

2 **適切でない**。特別障害給付金制度は,国民年金に任意加入していなかった時期に初診日があり,障害基礎年金1・2級に該当する,1986年(昭和61年)3月以前に国民年金任意加入対象であった被用者年金保険の被扶養配偶者,及び1991年(平成3年)3月以前に国民年金任意加入対象の学生が受給対象となる。**G**さんは,20歳から国民年金に加入し納付しているため該当しない。

(日本年金機構「特別障害給付金制度」(http://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/sonota-kyufu/tokubetsu-kyufu/20150401.html), 『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版,pp.206~207)

3 適切。障害基礎年金の支給要件は1. 国民年金に加入している間に初診日があること, 2. 一定の障害の状態であること, 3. 初診日の前日において, 初診日のある前々月までの公的年金の加入期間の3分の2以上の期間において保険料が納付または免除されていることである。Gさんは20歳から国民年金を納付し, 初診日は20歳以降であるため, 初診日から1年6か月の障害認定日以降であれば障害基礎年金の申請対象となる

(日本年金機構「障害基礎年金 障害基礎年金の受給要件」(http://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/shougainenkin/jukyu-yoken/201505

14 html))

4 **適切でない**。生活保護の生活扶助は、飲食物、被服費、光熱費、家具什器費など日常生活の需要を満たすための給付である。生活保護は世帯単位の原則があり、**G**さん世帯は生活保護を受給していないため該当しない。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp. 199~201)

5 適切でない。高額療養費制度は各種健康保険に加入している本人および家族が対象となる。入院や治療の長期化および高額な医療費がかかる治療を受けた場合の自己負担が減額になる制度である。Gさんは入院しておらず、通常の通院治療では高額までには至らないため該当しない。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp. 178~180, 『医療福祉総合ガイドブック2016年度版』医学書院, p. 59)

問題 155

正答 4

1 **適切でない**。精神障害者保健福祉手帳における経済 的負担を軽減するものとして生活保護による障害加算 の認定や所得税・住民税・相続税の控除、贈与税の非 課税、自動車税減免など税制の控除があるが、教育費 用に活用できるものはないため該当しない。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp. 212~216, 『医療福祉総合ガイドブック2016年度版』医学書院, pp. 164~166)

2 **適切でない**。自立支援医療は医療費を軽減する費用であり、精神障害者の場合は精神通院医療となる。統合失調症、双極性障害、うつ病等の疾患が対象となり、継続的な治療が必要である者が対象となる。診察・デイケア・訪問看護・薬が対象で、医療費の自己負担が1割(所得により1か月あたりの負担上限額の設定あり)であるため、大学費用には該当しない。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 130, 厚生労働省「自立支援医療制度の概要」(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/jiritsu/gaiyo.html))

3 **適切でない**。生活保護による教育扶助は義務教育を 対象としているため、大学の学費は該当しない。生活 保護世帯において大学に進学する場合は、該当者が生 活保護世帯から外れることにより大学進学は可能とな る。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp. 200~201)

4 **適切**。学校教育法に規定する高校,高等専門学校, 短期大学,大学,専修学校の授業料等に必要な費用が 対象となる。**G**さんの大学の学費はこの制度に該当す る。

(厚生労働省「生活福祉資金貸付条件等一覧」(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/seikatsufukushi-shikin1/kashitsukejoken.html))

5 適切でない。特別障害者手当とは、在宅で著しく重度の障害のため日常生活において常時特別の介護を必要とする20歳以上の者に手当を支給することである。ただし、本人が障害者総合支援法に規定する障害者支援施設入所の場合や本人、配偶者および扶養義務者の前年の所得が一定額以上の場合等は支給されない。G さんは大学を休学はしているが、常時特別の介護は必要としていないため、対象とはならない。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 208, 『精神障害者の経済的支援ガイドブック』中央法規出版, p. 44)

精神障害者の生活支援システム

問題 156

正答 3,5

1 誤り。ICF(国際生活機能分類)によると「疾患」 と「障害」は次元が異なっていて、「疾患と障害が共 存、併存する場合もある」というのが基本的な考えと なっている。疾患と障害は相互に強く影響しあってい ることからも精神障害の特性の1つとして、疾患と障 害の共存があげられる。

(上田敏著『ICF (国際生活機能分類) の理解と活用─人が「生きること」「生きることの困難 (障害)」をどうとらえるか』きょうされん, 2005年)

- 2 **誤り**。精神障害の特性として新しい環境への適応や 対人関係が困難であることがあげられる。しかし、精 神障害者への支援の展開過程においては、対人交流を 促進するような働きかけをしないということではな い。ICFを参考にすると、対人交流の促進という「参 加」への働きかけにより、「活動」や「心身機能」に対 してプラスの影響がでることが期待されるのである。
- 3 **正しい**。選択肢 2 の解説にもあげたように、精神障害の特性の1つに「状況の変化にもろく、特に不意打ちにもろい」という環境への適応困難があげられる。これは、環境から受けるストレスに対する脆弱性を有しているためであると考えられている。

(昼田源四郎著『分裂病患者の行動特性』金剛出版,2007年)

- 4 誤り。精神障害の特性として「意欲のなさ」があげられるが、その理由は本人の興味や関心、対人交流をもちづらいといった環境要因があげられる。しかし、「意欲のなさ」は環境要因のみによるものでなく、病状や障害の影響も考える必要もある。例えば、統合失調症における疾患症状の「無為自閉」「うつ状態」などの陰性症状によることもある。
- 5 **正しい**。ICFによると「活動」は目的を有する個人が遂行する生活行動を意味していて、日常生活動作のはかにも余暇、就業等も含まれる。仲間との交流や余暇活動は、本人の心理的安定、情報収集、安心感、病状の安定などプラスの影響があることが知られている。精神障害者への支援においては、本人が主体的に活動、参加したくなるような働きかけが重要である。

問題 157

正答 4

1 誤り。「平成27年度衛生行政報告例」において、2015

年度(平成27年度)の精神保健福祉センターの相談延 人員は14万4110人である。相談内容別にみると、「社 会復帰」が6万7923人(47.1%)と最も多く、次いで 「ひきこもり」が2万3366人(16.2%)、「思春期」1 万4586人(10.1%)、「心の健康づくり」1万1276人(7.8 %)となっている。

- 2 **誤り**。「平成25年度障害者雇用実態調査」において, 雇用精神障害者数を産業別にみると,製造業が21.2% と最も多い。次いで,卸売業・小売業が20.5%,サー ビス業が13.3%,宿泊業・飲食サービス業が13.0%と なっている。
- 3 誤り。「平成27年度衛生行政報告例」において,2015年度末(平成27年度末)の精神障害者保健福祉手帳交付台帳登録者数は86万3649人であり,年々増加傾向にある。手帳交付台帳登録者数を等級別にみると,多い順に2級(51万9396人),3級(23万1946人),1級(11万2349人)である。
- 4 正しい。「平成25年度障害者雇用実態調査」では、 雇用された精神障害者であることの確認方法は、精神 障害者保健福祉手帳により確認する場合と、医師の診 断等により確認する場合がある。雇用事業所が精神障 害者を精神障害者保健福祉手帳により確認しているの は83.0%、医師の診断等により確認しているのは14.6 %である。医師の診断等による確認のうち、最も多い 疾病は「そううつ病」で10.8%である。
- 5 **誤り**。「平成27年度衛生行政報告例」において,2015 年度(平成27年度)の一般・警察官等からの「申請通 報届出数」は2万5922件で,年々増加傾向にある。ま た,申請通報届出のあった者のうち診察を受けた人数 も9484人で増加傾向にある。

問題 158

正答 2,4

1 誤り。障害者の権利に関する条約(以下条約とする) 第2条「定義」によると、「合理的配慮」とは、障害者が健常者との平等や人権及び基本的自由を享有し、 行使することを確保するための必要かつ適当な変更及 び調整であって、特定の場合に必要とされるものであり、かつ均衡を失したまたは過度の負担を課さないも のをいうとしている。選択肢のように、合理的配慮を 行うことを義務化するものではない。

(野﨑和義監・ミネルヴァ書房編集部編『ミネルヴァ社会福祉六法

2017 (平成29年度版)』ミネルヴァ書房, 2017年 (以下『ミネルヴァ社会福祉六法2017 (平成29年度版)』ミネルヴァ書房), p. 499)

2 **正しい**。条約第9条1項では、障害者が自立して生活し、生活のあらゆる側面に完全に参加することを可能にする目的で、都市部・農村の双方において、物理的環境、輸送機関、情報通信並びに施設やサービスを利用する機会を確保するための適切な措置をとることを規定している。

(『ミネルヴァ社会福祉六法2017 (平成29年度版)』ミネルヴァ書房, p. 501)

3 誤り。条約第19条では、全ての障害者が他の者と平等の選択の機会をもって、地域社会で生活する平等の権利を有することを認めるものとしている。かつ同条には特定の生活施設で生活する義務を負わないとしているので、選択肢の内容は誤りである。

(『ミネルヴァ社会福祉六法2017 (平成29年度版)』ミネルヴァ書房, p. 503)

4 正しい。条約第24条では、締約国は教育について の障害者の権利を認めているとしている。締約国は、 この権利を障害の差別なしに、かつ機会の均等を実現 するため、あらゆる段階の教育制度及び生涯学習を確 保するとされている。

(『ミネルヴァ社会福祉六法2017 (平成29年度版)』ミネルヴァ書房, p. 504)

5 誤り。障害者基本法第32条において,「障害者政策委員会」は内閣府に置くと規定されている。同法第33条では委員は30人以内で組織され,第33条2項では障害者,障害者の自立及び社会参加に関する事業に従事する者並びに学識経験のある者のうちから,内閣総理大臣が任命するとしている。

(『ミネルヴァ社会福祉六法2017 (平成29年度版)』ミネルヴァ書房, p. 508, p. 516,「障害者の権利に関する条約」の締結 わかりやすい版 (HP) p. 5)

問題 159 正答 5

- 1 適切でない。グループホーム(共同生活援助)は、 「障害者につき、主に夜間において、共同生活を営む べき住居において相談、入浴、排せつ又は食事の介護 その他の日常生活上の援助を行う」と規定されてい る。Kさんは、支払いや薬ののみ忘れなどが続き生活 上の不安はあるものの、自身の身の回りのことはでき ている。このことから、早急にグループホームへの入 居を勧めることは適切とはいえない。
- 2 **適切でない。K**さんは、生活上の不安や自信のなさがあり、J精神保健福祉士に伝えてはいるが、福祉事務所への相談を希望しているわけではない。また、本

人の承諾を得ずに福祉事務所へKさんの情報を提供することは望ましくない。

- 3 **適切でない。 K** さんは,生活上の不安や自信のなさはあるものの,U精神科病院への入院を希望しているということではない。 **J** 精神保健福祉士は,**K** さんの不安を受けとめ,日常生活を安心して送れるような支援を行うことが重要であり,安易に入院を勧めることは適切ではない。
- 4 適切でない。成年後見制度は、判断能力が低下した者の契約や財産管理、身上監護などの法律行為全般を裁判所の裁定に基づき成年後見人が行う制度である。 Kさんは、生活上の不安はあるものの、判断能力が低下したとはいいきれず、成年後見制度の利用は適切とはいえない。ただし、これらの制度・サービスに関する情報を、Kさんの不安な気持ちに寄り添いながら適宜提供することは必要であろう。
- 5 適切。地域定着支援事業は、単身生活を送る障害者に対し、常に連絡がとれる体制を確保し、緊急に支援が必要な事態が生じた際に、訪問や相談などを行い、地域における生活を継続できるよう支援することを目的とする。現在のKさんの状況に適合したサービスといえよう。

問題 160 正答

1 誤り。退院後生活環境相談員は、2013年(平成25年) の精神保健福祉法改正により創設されたものである。 医療保護入院者を入院させている精神科病院の管理者 は、入院後7日以内に退院後生活環境相談員を選任 し、医療保護入院者及び家族等に対して退院後の生活 等の相談に応じることが義務づけられた。

2

(精神保健福祉研究会監『四訂精神保健福祉法詳解』中央法規出版, 2016年(以下『四訂精神保健福祉法詳解』中央法規出版), p.322)

2 正しい。精神保健福祉法第48条によると、都道府県及び市町村は、精神保健福祉センター及び保健所その他これらに準ずる施設に、精神保健及び精神障害者の福祉に関する相談に応じ、並びに精神障害者及びその家族等その他の関係者を訪問して必要な指導を行うための職員(精神保健福祉相談員)を置くことができるとされている。

(『四訂精神保健福祉法詳解』中央法規出版, p.567)

3 誤り。選択肢の職場適応援助者は、地域障害者職業 センターまたは社会福祉法人等(訪問型職場適応援助 者)、障害者を雇用する企業(企業在籍型職場適応援 助者)に配置されている。職場適応援助者は、職場に 赴き、障害特性を踏まえた直接的で専門的な支援を行い、障害者の職場適応・定着を図る支援を行う。

(厚生労働省「職場適応援助者(ジョブコーチ)支援事業について」 (http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/shougaishakoyou/06a.html))

- 4 誤り。サービス管理責任者は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)の障害福祉サービス事業所(療養介護、生活介護、共同生活援助、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援A型及びB型等)に配置されている専門職である。個別支援計画を作成し、関連機関との連携や職員への助言、技術指導等を行うため、適切ではない。(『新・社会福祉士養成講座⑭障害者に対する支援と障害者自立支援
- 5 誤り。精神障害者雇用トータルサポーターは公共職業安定所(ハローワーク)に配置されており、精神障害者等の求職者に対して精神症状に配慮したカウンセリングを行う等の就労支援を行う専門職である。雇用事業所に対しては精神障害者等の雇用に関する意識啓

制度(第5版)』中央法規出版,2015年,pp.205~206)

(『新・精神保健福祉士養成講座①精神障害者の生活支援システム (第2版)』中央法規出版,2014年,p.195)

発や理解促進を行っている。よって適切ではない。

問題 161 正答 4

- 1 適切でない。発達障害情報・支援センターは、2012 年(平成20年)に厚生労働省内に発達障害情報センター として設置され、2015年(平成23年)に発達障害情報・ 支援センターと改称されたものである。発達障害に関 する最新かつ信頼できる情報を収集・分析し、発達障 害者本人や家族、また全国の発達障害者支援機関及び 一般国民に広く普及啓発活動を行うことを目的として いる。ウェブサイトを活用した発達障害に関する情報 提供の発信など、情報提供機関であることからLさん の具体的な就職活動について相談する場ではない。
- 2 **適切でない**。就労継続支援A型事業所は,障害者の 日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 (障害者総合支援法)において障害者を雇用し労働法 規が適用される障害福祉サービス事業であり,働く場 である。Lさんは現在大学に在学中であり,これから の就職活動の支援としてW機関を利用しようとしてい ることからも,就労継続支援事業A型は適切とはいえ ない。
- 3 **適切でない**。地域若者サポートステーションは、働くことに悩みを抱えている15~39歳の若者に対し、 キャリアコンサルタントなどによる専門的な相談、コ

- ミュニケーション訓練、協力事業所での就労体験などを通した就労支援を行っている機関である。ただし、支援対象者は仕事に就いておらず、家事も通学もしていない者という条件もある。このことからも、現在大学生のLさんは利用の対象とはならない。
- 4 適切。障害者就業・生活支援センターは、就業に関する相談支援、就職に向けた準備・就職活動・職場定着への支援と日常生活や地域生活に関する助言などを行い、就労と生活の両面を支援していく機関である。既に特別支援学校では、卒業して就職を目指す生徒が障害者就業・生活支援センターと連携しながら就職を目指している事例も増加してきている。このことからも、Lさんは大学在学中から障害者就業・生活支援センターでLさんの希望する就職に必要な支援を検討し、就労を進めていくことは適切といえる。
- 5 適切でない。障害者職業能力開発校は職業能力開発 促進法により、障害の特性に配慮した設備や訓練カリ キュラムのもとに職業訓練を実施している機関であ る。発達障害者向けのプログラムを設置している開発 校もあるが、通学訓練を主としているため、大学在学 中のLさんが利用することは適切ではない。

問題 162 正答 2

- 1 適切でない。障害者手帳は、身体障害者手帳、療育手帳(知的障害者)、精神障害者保健福祉手帳の3種であり、自閉症スペクトラム障害で知的障害のある発達障害者は療育手帳の取得となる。二次的疾患としてうつ病を発症するなど精神科医療機関に通院している人は精神障害者保健福祉手帳を取得することも考えられる。W機関とは就労移行支援事業所が考えられるが、障害者総合支援法の障害福祉サービスを利用する際に障害者手帳の所持は必須ではなく、適切とはいえない。ただし、今後、Lさんが障害者雇用で働くことを希望する場合は、障害者手帳の所持が必須となる。
- 2 適切。障害者総合支援法における障害福祉サービスの利用を希望する場合、その申請に係る支給決定前にサービス等利用計画案を作成し、障害福祉サービスの支給決定後にサービス事業者等との連絡調整等を行いながらサービス等利用計画が作成される。2017年度(平成25年度)以降、障害者総合支援法の障害福祉サービスを利用する際にはサービス等利用計画の作成が必要となっている。就労移行支援事業の利用であれば、適切といえる。
- 3 適切でない。障害者総合支援法において、居宅介護

(ホームヘルプ) や短期入所(ショートステイ)等の 介護給付による障害福祉サービスの利用を希望する際 には、申請後障害支援区分の認定を受けることとな る。就労移行支援事業は、障害者総合支援法における 訓練等給付であり、介護給付とは異なり障害支援区分 の認定は必要ない。よって適切とはいえない。

- 4 **適切でない**。自立支援医療(精神通院医療)は障害者総合支援法において精神保健福祉法第5条に規定する統合失調症などの精神疾患を有する者で,通院による精神医療を継続的に要する者を対象とした医療時の自己負担額を軽減する公費負担制度である。Lさんは精神科医療機関に通院しており,また精神障害者保健福祉手帳を保有していることから自立支援医療(精神通院利用)を受給している可能性も考えられるが,障害福祉サービスを利用する際にはその有無によって判断されるわけではない。
- 5 **適切でない**。職業評価とは、地域障害者職業センターによって一定期間通所しながら行うものや、障害者就業・生活支援センターなどでも近年取り入れられており、各種検査や作業を実施しながら、障害者の就労に関する現状を分析するものである。就労移行支援事業においても職業評価を実施しているところもあろうが、障害福祉サービスの利用申請や登録に関して必要ということではない。

問題 163 正答 5

- 1 適切でない。障害者初回雇用コースにおける初回雇用とは、障害者本人が初めて雇用されるということではなく、障害者雇用の経験のない中小企業を対象としている。中小企業で雇用率制度の対象となるような障害者を初めて雇用し、このことにより法定雇用率を達成する場合に助成するものであり、障害者雇用促進を図ることを目的としたものである。 Y物販会社ではすでに障害者雇用の実績があることから、この助成金は適切ではない。
- 2 **適切でない**。発達障害者・難治性疾患患者雇用開発 コースは、障害者手帳をもたない発達障害や難病のあ る人を雇い入れる事業主を支援し、発達障害や難病の ある人の雇用と職場定着を促進するためのものであ る。障害者雇用率制度での雇用の相談をしていること から精神障害者保健福祉手帳を所持していることが考 えられるため適切ではない。
- 3 **適切でない**。障害者雇用促進法では,障害者雇用率 制度にある2.0%の障害者雇用義務を達成していない

- 事業主に対して障害者納付金を徴収し、障害者雇用の各種助成金等への支給を行うこととしている。報奨金とは、常時雇用している労働者数が100人以下の事業主で、各月の雇用障害者数の年間合計数が一定数を超えて障害者を雇用している場合に、一定数を超えて雇用している障害者の人数に2万1000円を乗じて得た額の報奨金が支給されるものである。
- 4 適切でない。障害者介助等助成金とは、身体障害者を労働者として雇用する事業主が、対象障害者の雇用を継続するために、障害の種類または程度に応じた助成対象となる措置(障害者が主体的に業務を実施するために必要な介助または適切な雇用管理等)を実施する場合に、その費用の一部を期間を定めて助成するものである。精神障害者は対象とならないため、適切ではない。
- 5 適切。トライアル雇用助成金とは一定期間試行雇用した場合に助成するものであり、求職者の適性や業務遂行可能性を見極め、求職者および求人者の相互理解を促進すること等を通じて、その早期就職の実現や雇用機会の創出を図ることを目的としている。障害者トライアルコースでは、所定の労働時間は週20時間以上で、精神障害者の場合3か月以上12か月以内の試行となる。LさんとM精神保健福祉士は試行雇用で助成金がでることを伝えることで、雇用に結びつけようと考えたことから、適切といえる。

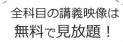
自己採点で落ち込んでいる暇はない!

第30回社会福祉士・第20回精神保健福祉士

国家試験受験対策 web 講座

一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟では、社会福祉士・精神保健福祉士の国家試験合格をめざす全国の皆さまが、いつでもどこででも、受験勉強ができるよう、社会福祉士・精神保健福祉士国家試験受験対策講座の講義映像をwebで無料配信しています。さらに、各科目の講師が作成した「web講座テキスト」と合わせて講義映像を見ていただくと、より理解を深められるようになっております。受講者の<u>9割以上の方から「テキストを購入して良かった!」</u> 「無料とは思えない、ポイントを的確に捉えた講義だった!」と満足の声が!(アンケート結果より) 1科目90分程度でまとめているので、ポイントの整理に最適です。

模試で分かった 苦手科目の克服に 最適!!





web講座テキスト

「社会福祉士編(社会福祉士専門科目+共通科目)」 「精神保健福祉士編(精神保健福祉士専門科目+共通科目)」

いずれも1冊3,900円 (税・送料込)

各講師が作成したテキストに沿って講義を行います!



科目毎のプロフェッショナルが 分かりやすく、丁寧にポイントを解説!

講義映像配信中!!



国試受験に役立つツイート配信中! 国家試験当日も全力で応援します!



💓 @jaswe jimu



主催:日本ソーシャルワーク教育学校連盟(ソ教連)

後 援:日本社会福祉士会/日本精神保健福祉士協会/日本医療社会福祉協会

講義内容:1科目90分程度(出題傾向の分析、重点箇所の解説等)

配信方法:受験対策web講座特設サイトに講義映像(YouTube)を埋込により掲載

申込方法:web講座専用サイト(http://jaswe.jp/webkouza/)内のwebショップまたは専用のFAX申

込表にてお申込ください。

webショップで購入の場合は、便利なコンビ二決済、クレジットカード決済が可能!

※各web講座テキストは、先着順による販売となります。販売部数に達し次第、受付を締め切ります。 【お問い合わせ】日本ソーシャルワーク教育学校連盟(東京都港区港南4-7-8都漁連水産会館5階)

電子メール: webkouza@jaswe.jp 電話番号: 03-5495-7242 (平日10時-17時)

社会福祉士・精神保健福祉士に合格したら・・・

社会福祉士・精神保健福祉士に合格すれば、すぐに現場で活躍できるソーシャルワーカーになれる!というワケではありません。

研修を通じた自己研鑚やネットワークづくりは、ソーシャルワーカーとして活躍するために不可欠です。

ここで、ご紹介する3団体は、社会福祉士と精神保健福祉士の資格を持つ専門職の 団体です。学生のうちから入会できる制度がある団体もあります。それぞれの活動等 を知って頂き、合格後は、是非研修等を活用してみてください。

みんなのため、自分のために学び続ける!



社会福祉士のネットワーク

S 公益社団法人日本社会福祉士会 Japanese Association of Certified Social Workers

皆さんは、これから多くの努力を経て社会福祉士国家資格を取得されようとしています。 社会福祉士国家資格取得は、今の皆さんにとってはゴールのように思えるかもしれません が、これから社会福祉士の道を歩む出発点、スタートラインといえます。

社会福祉士は、より良い相談支援ができるよう、知識・技術の向上に努める義務があります。社会福祉士としての専門性の向上を追求していく皆さんに、本会は職務に関する知識及び技術の向上、倫理及び資質の向上のために、研鑽を重ねることを支援する生涯研修制度を設けるとともに「認定社会福祉士」取得に向けたサポートも行っています。

入会金、年会費については、本会ホームページをご覧いただくか、ご入会を希望される 都道府県社会福祉士会にお問い合わせください。入会資料は本会ホームページからも請求することができます。詳細は、「QR コード」から本会ホームページをご覧ください。

- ◆◇◆ 入会資料の請求先 ◆◇◆

公益社団法人日本社会福祉士会 事務局

〒160-0004 東京都新宿区四谷 1 -13 カタオカビル 2 階 TEL: 03-3355-6541 FAX: 03-3355-6543

E—Mail: info@jacsw.or.jp URL: http://www.jacsw.or.jp/





公益社団法人日本精神保健福祉士協会 学生会員制度 入会案内



- 全国の精神保健福祉士の先輩とつながろう! -

★提供サービス・特典★

- 1. メールマガジンの発行(先輩の声や最新情報をお届けします!)
- 2. 日本精神保健福祉士協会の構成員誌「PSW通信」等の送付(2ヶ月に1度 ※今年度すでに発行済みのものは入会時にまとめてお届けします!)
- 3. 研修等の案内(学生会員特別価格にて参加が可能!)
- 4. <u>正会員入会時の入会金5,000円免除!</u> (さらに2018年度入会の場合、 生年月日が1988年4月1日以降の方は会費が2か年度で15,000円 減額されます!※「会費の減免に関する細則」に基づく特例)

★年会費★

2, 000円(4月から3月までの年度制。3月で自動的に卒会)

詳細とお申込みはウェブサイトから ⇒⇒⇒

【問い合わせ】公益社団法人日本精神保健福祉士協会 事務局 TEL.03-5366-3152 FAX.03-5366-2993 E-mail:office@japsw.or.jp



公益社団法人日本医療社会福祉協会

~ご存知ですか、医療機関等には医療ソーシャルワーカーがいます~

患者・家族が求める医療は身体の治療だけではありません。

入院・退院・転院の支援、治療費の相談、就労の相談など「病気になったらこんな心配も・・」という 分野を私たち医療ソーシャルワーカーが相談にのって解決のお手伝いをしています。

受験生のみなさまも社会福祉士国家試験に合格し医療分野に就職しましたら、当協会に入会して専門職としての知識を高め、人的ネットワークを築こうではありませんか。

また、資格取得前でも賛助会員(個人)として入会していただくこともできます。

まずは、当協会のホームページをご覧ください。

【ウェブサイト】http://www.jaswhs.or.jp

≪賛助会員入会募集中≫

社会福祉士の資格取得後に正会員に移行することができます

年会費: 11,000円(入会金無し) 個人賛助会員になると協会ニュースの購読、研修への参加が可能です。 〒162-0065 東京都新宿区住吉町 8-20 四谷ヂンゴビル 2F

TEL 03-5366-1057 FAX 03-5366-1058 E-mail: jaswhc@d3.dion.ne.jp

一般社団法人 日本ソーシャルワーク教育学校連盟 平成29年度社会福祉士・精神保健福祉士全国統一模擬試験

〒108-0075 東京都港区港南 4 丁目 7 番 8 号 都漁連水産会館 5 階

(模試専用ホームページアドレス) https://www.spw-mosi.com/exam/

