

精神専門

一般社団法人 日本ソーシャルワーク教育学校連盟

平成30年度社会福祉士・精神保健福祉士全国统一模擬試験

正答・解説集

(試験当日配布用)

※この正答・解説集は、複製、譲渡、電子記録媒体への記録・転載等を固く禁じます。

一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟：
平成30年度社会福祉士・精神保健福祉士全国统一模擬試験
【 正答一覧 】

【専門科目】

精神疾患とその治療		
84	脳の障害部位とその症状	3
85	薬物依存	4
86	統合失調症	2, 3
87	精神疾患とその症状	3
88	妄想の種類	4
89	検査の種類	4
90	統合失調症の薬物療法	1, 5
91	うつ病の治療法	1
92	精神保健福祉の動向	3
93	精神科病院の管理者の義務	3
精神保健の課題と支援		
94	老年期の精神保健	4
95	児童虐待	4
96	ストレスチェック制度	2
97	スクールソーシャルワーカーの支援	3
98	自殺総合対策大綱	5
99	ひきこもり地域支援センター	4
100	アルコール健康障害	3
101	自殺予防・自殺対策	1, 4
102	精神障害者のセルフヘルプグループ	5
103	世界保健機関のメンタルヘルスに関する取り組み	2, 3
精神保健福祉相談援助の基盤		
104	精神保健福祉士の義務等	4
105	精神保健福祉士の倫理綱領	3, 4
106	精神保健福祉士・認定社会福祉士の認定制度	2
107	ソーシャルワークの形成過程	1
108	精神障害者の退院支援	1
109	ソーシャルインクルージョン	2, 5
110	精神保健福祉士の役割	1, 2
111	精神保健福祉にかかわる専門職の役割	5
112	権利擁護に基づく精神保健福祉士の支援	2
113	初回面接における家族への対応	5
114	セルフヘルプグループ	4
115	依存症者に象徴的なキーワード	3, 5
116	パニック障害を抱える人への対応	5
117	認知症の家族を抱える人への対応	4
118	支援者による多職種連携	4
精神保健福祉の理論と相談援助の展開		
119	精神障害者支援におけるリカバリーの理念	4
120	我が国の精神保健医療福祉の歴史	5
121	障害者の定義及び法の対象	4, 5
122	精神科リハビリテーションの基本原則	2
123	うつ状態への精神保健福祉士の対応	5
124	インテークにおける精神保健福祉士の応答	2
125	ストレングスモデルに基づいたかかわり	1
126	薬物依存症への集団精神療法	3

127	包括型地域生活支援プログラム (ACT)	4
128	ケアマネジメント過程におけるモニタリング	5
129	スーパービジョンの支持的機能	1
130	ジェノグラム	2
131	家族への心理療法的アプローチ	3
132	初回面接時の対応	3
133	アセスメントをふまえた対応	4
134	退院支援における多職種連携	5
135	相談時の初期対応	5
136	インテーク面接における応答	2
137	先々の支援計画を見据えた提案	3
138	アウトリーチに必要なスキル	4
139	クライアントの意向に配慮した対応	3
140	地域課題をふまえたネットワークの形成	3
141	ストレングス視点による支援	2
142	状況の理解にもとづいた家族支援	5
143	クライアントの意向に沿った個別支援計画	1, 5
精神保健福祉に関する制度とサービス		
144	精神保健福祉法における精神障害者の定義	1
145	精神医療審査会	4
146	障害者基本法の改正	4
147	精神障害者保健福祉手帳の所持により対象となる制度とサービス	5
148	精神保健福祉センターや保健所の役割	3
149	更生保護制度を担う機関や専門職	1
150	医療観察法	1, 2
151	精神保健参与員の役割	1
152	社会調査の手法	3
153	入院の決定における審査請求先	3
154	共同生活援助 (グループホーム)	1
155	障害者総合支援法に定める新しいサービス	2
精神障害者の生活支援システム		
156	精神障害者の現状	4
157	統合的生活モデル	5
158	自立生活援助の概要	1
159	統合失調症の人の地域生活支援	2, 5
160	市町村の相談業務	3
161	就労移行支援と並行して利用できる機関	1
162	雇用事業主に対する措置	4
163	雇用事業主への対応にかかわる根拠法	3, 5

精神疾患とその治療

問題 84

正答 3

- 1 誤り。後頭葉は脳の一部で視覚中枢があり、損傷による障害は視覚障害が基本である。問題文に示されているのは、小脳が障害されたときの症状である。どちらも後頭部に位置するが、全く別の機能を有する器官であるため、解剖図等で確認しておくこと。
- 2 誤り。ブローカ中枢は優位半球の前頭葉に存在する運動性言語中枢であり、損傷すると言語表出に支障をきたす運動性失語症となる。問題文は、ウェルニッケ中枢に関する記述である。
- 3 正しい。後頭葉は視覚情報の処理にかかわる機能をもつ。両側の後頭葉が障害されると、見えている物が何かわからないといった視覚認知の障害が出現する。
- 4 誤り。優位半球の側頭葉に存在するのは、ウェルニッケ中枢である。ウェルニッケ中枢の障害では、言語の理解が困難となる感覚性失語症がみられる。
- 5 誤り。視床は、感覚の中継及び統合の中枢としての機能をもつほか、錐体外路系を介した不随意運動の制御にも携わる。自律神経系の調節機能をもつのは、視床ではなく視床下部である。

問題 85

正答 4

- 1 誤り。認知や情動などの精神機能に影響を与える物質を精神作用物質といい、その使用による薬物依存はICD-10では、精神作用物質使用による精神および行動の障害に分類される。物質関連障害および嗜癖性障害群は、DSM-5における分類名称である。我が国で最も乱用されている精神作用物質といえばアルコール（酒）である。また、違法な乱用物質のうち世界的に乱用されている精神作用物質としては、アヘン（オピオイド系麻薬）やマリファナ（大麻）が有名だが、日本の場合、覚醒剤が圧倒的に多い。
（融道男・中根允文・小見山実・岡崎祐士・大久保善朗監訳『ICD-10精神および行動の障害——臨床記述と診断ガイドライン（新訂版）』医学書院、2005年（以下『ICD-10精神および行動の障害——臨床記述と診断ガイドライン』医学書院）、p.81）
- 2 誤り。依存症候群では、物質使用への強い渴望と探索行動が認められるが、幻覚妄想の出現は必須ではない。依存症候群は、ICD-10では、以下の①～⑥のうち3つが同時にみられることと定められている。すなわち、①物質を摂取したいという強い欲望あるいは強

迫感、②摂取行動を統制することが困難、③離脱症候群の出現、④使用量を増やさなければならない耐性の出現、⑤摂取せざるを得ない時間や、効果からの回復に時間がかかる、⑥明らかに有害な結果が起きているにもかかわらず、依然として物質を使用する。依存症候群になると、何が何でも手に入れたくなり（渴望）、その摂取に至るための行動（薬物探索行動）が他の何よりも最優先されてしまう、である。

（『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.97、『ICD-10精神および行動の障害——臨床記述と診断ガイドライン』医学書院、p.87）

- 3 誤り。依存は、精神依存と身体依存に分けられる。精神依存は、薬物を「精神的」にやめられなくなる状態のことである。生物学的には、脳の報酬系の回路が刺激されることを脳自体が強く要求する。依存形成当初は、心理的葛藤から手軽に逃避できる道具として、ほんの1回だけのつもりで使用したが、その心地よさに、2回目、3回目とやめることができなくなっていく。一方、身体依存は、長年摂取した影響により、血中に薬物があることによってむしろ身体の細胞が生理的な平衡状態を保てるように変化してしまっていることをいう。この変化により、身体依存の形成されたものは、薬物が血中からなくなったことで、平衡状態が崩れ、離脱症状を起しやすくなる。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版、p.99、『ICD-10精神および行動の障害——臨床記述と診断ガイドライン』医学書院）

- 4 正しい。覚醒剤は、精神刺激薬に含まれるので、ICD-10ではカフェインと同じ項目に分類される。覚醒剤は、我が国で乱用される代表的な違法薬物であり、アンフェタミン類の精神刺激薬である。一方、カフェインはコーヒーや栄養ドリンクに含まれており、飲み物として用いられることが一般的であるが、市販の錠剤などもあり、眠気を取るために過剰摂取する若者が増加したことで社会問題となった。いずれもICD-10のカフェインおよび他の精神刺激薬使用による精神および行動の障害に分類される。
（『ICD-10精神および行動の障害——臨床記述と診断ガイドライン』医学書院、p.81）
- 5 誤り。ICD-10は世界保健機関（WHO）が公表している国際的な疾病の分類であり、コードと呼ばれるAからZまでの記号で大きく全身の疾患を区分している。精神疾患の場合、コードはF「精神および行動の障害」ないし、G「神経系の疾患」に該当する。Fと

Gがさらに細分化され、Fの6番目であるF6群は「成人のパーソナリティおよび行動の障害」である。一方、薬物依存などの物質使用障害は、F1群の「精神作用物質使用による精神および行動の障害」に属している。なお、F6群には、「習慣および衝動の障害」も含まれているが、慣例によって、アルコールあるいは薬物の常習的な過剰摂取（F10-F19）及び性的行動（F65）あるいは食行動（F50）を含む衝動と習慣の障害は除外規定の対象となっている。

〔ICD-10精神および行動の障害——臨床記述と診断ガイドライン〕
医学書院

問題 86	正答 2, 3
-------	---------

- 1 誤り。知覚の異常として、幻聴が主にみられる。逆に、幻聴以外の知覚の異常しかみられない場合にはほかの疾患を疑う。例えば、幻視しかみられない場合には統合失調症よりも、意識障害や脳器質疾患、精神作用物質使用による精神および行動の障害を疑う。
〔精神疾患とその治療〕中央法規出版、p.120)
- 2 正しい。思考過程の異常として、考えに論理的な結びつきがなくなり思考が支離滅裂となる。軽症の場合には、会話の文脈がまとまらず話の筋がはっきりしない連合弛緩となり、重症の場合には、無意味な言葉の羅列となり「言葉のサラダ」と呼ばれる状態になる。
〔精神疾患とその治療〕中央法規出版、p.121)
- 3 正しい。自我障害として、自分の考えや行動が自分のものであるという能動意識が障害される。ほかには、他人の考えが吹き込まれる思考吹入、干渉してくる思考干渉、自分の考えではない考えが浮かんでくる自生思考、考えが抜き取られる思考奪取、他人の意思で自分が動かされ操られているさせられ体験ないし作為体験、自分が存在するという感覚が薄れる離人症などがある。
〔精神疾患とその治療〕中央法規出版、p.121)
- 4 誤り。急性期には、病識はないことが多い。しかし、体験しているすべてのことについて客観的な判断ができないのではない。何かおかしいという病感をしばしばもっており、幻聴がつらい、つらいのをなんとかしてほしいといった感覚や、健康な自我の部分をもっていることが多い。
〔精神疾患とその治療〕中央法規出版、p.122)
- 5 誤り。予後に関しては、一般に、①急性発症のほう、②緩徐に発症した場合よりも予後がよい、③緊張型のほうが、解体型よりも予後がよい、③発症年齢が高いほど、若く発症した場合に比べて予後がよい、④発

症の誘因があるほうが誘因がない場合に比べて予後がよい、⑤精神病未治療期間（DUP）が短いほど予後がよいことがあげられる。

〔精神疾患とその治療〕中央法規出版、p.125)

問題 87	正答 3
-------	------

- 1 適切でない。希死念慮は、うつ病でみられやすい症状である。うつ病相では認知にゆがみが生じ、極端な自己評価の低下があり、自己の能力や境遇について異常に低い見方しかできなくなる。「自分には価値がなく、生きていても他人に迷惑をかけるだけだ」「こんなことなら死んでしまったほうがよい」という思考になりやすい。
〔精神疾患とその治療〕中央法規出版、p.137)
- 2 適切でない。見当識障害は、認知症の中核症状の1つである。夜なのに昼だと思って行動するような場合には、時に関する見当識が障害され、自分の家にいるのに、家に帰るなどと訴える場合は、場所の見当識が障害されている。また、眼前にいる娘を妻と誤ってしまうなどの場合には、人の見当識の障害がある。
〔精神疾患とその治療〕中央法規出版、p.47、p.75)
- 3 適切。躁病の思考の障害として、観念奔逸がある。爽快気分とともに、頭の回転が速くなり次から次へとアイデアが浮かぶが、それらは脇道にそれ、どんどん主題から脱線してしまう。次から次へと内容が飛んでしまうので、一貫せずまとまりがなくなったり（観念奔逸）、目に入ったもの、そこにあったものに話題や関心が引きつけられ、注意が1つのことに維持できない等の症状がみられる。
〔精神疾患とその治療〕中央法規出版、p.144)
- 4 適切でない。予期不安は、パニック症（パニック障害）の症状の1つである。例えば、ほかに逃げ場がないような満員電車の中で、突然の動悸、息苦しさ、空気が足りないような感じ、めまい、胸部痛、しびれ、発汗といった身体症状が急激に出現し、このままでは死んでしまうのではないかと急激な不安に襲われる。ところが、たいていは数分間～数十分間で治まる。しかし、また発作が起こるのではないかとといった不安が常につきまとう予期不安が生ずる。
〔精神疾患とその治療〕中央法規出版、p.152)
- 5 適切でない。幻聴は、主に統合失調症にみられる知覚の異常である。統合失調症では、単に声が聞こえてくるだけではなく、シュナイダー（Schneider, K.）の一級症状にあるように、自分の考えていることが他人

の声になって聞こえてくる思考化声や、自分が今行っていることにいちいち批判をしてくる、複数の他者が自分のことをうわさし合っている対話形式の幻聴がみられやすい。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p.120)

問題 88	正答 4
-------	------

- 1 適切でない。関係妄想とは、周囲のすべての事柄が自分と関係していると確信してしまう妄想をいう。内容は自分のコンプレックスやふれられたくないことを象徴しているので、被害的な内容になる。例えば、もともと言動に自信がなかった人が、やがて「周囲の人は皆、自分の行動に不信を抱いている」「周囲の人は皆、警察の手先だ」などと確信するようになった場合、関係妄想が強く疑われる。
- 2 適切でない。注察妄想とは、感覚が病的に過敏になり、しばしば自分が他人から見られていると思いつく妄想をいう。例えば、「誰かに監視されている」「道行く人が自分をじろじろ見ている」と思いつくことである。
- 3 適切でない。妄想気分とは、何となく不気味な気分になり、「自分の周辺でただならぬ重大事件が起こっている気配がして不気味だ」などと感じる状態をいう。周囲の雰囲気奇妙で不気味に変わったと、漠然と感じ、恐ろしさを伴うことが多い。
- 4 適切。妄想着想とは、唐突に脈絡もなく、根拠のない妄想的な内容を思いつくことをいう。突然に頭に浮かんだことをそのまま確信するもので、「私は神だ」「大発見をした」などと言ったりする。
- 5 適切でない。妄想知覚とは、知覚したものに特別の意味を感じ、それを瞬時に確信することをいう。シュナイダー (Schneider, K.) の一級症状にある妄想知覚は、統合失調症にのみ確認できることが多い特異的な症状である。例えば、「ここに時計が置かれているのは、地球滅亡のサインである」と瞬時に思いつくことである。

問題 89	正答 4
-------	------

- 1 誤り。認知症の診断には、ウェクスラー式知能検査を用いることは通常ない。認知症の検査として、改訂長谷川式簡易知能評価スケール、MMSE (ミニメンタルステート検査)、N式老年者用精神状態尺度などが用いられるが、これらだけで診断するわけではな

く、詳細な病歴聴取、神経学的診察、画像検査なども併せて、総合的に判断する。

- 2 誤り。MRI (Magnetic Resonance Imaging) では、脳の形態が可視化され、萎縮、梗塞、出血など形態的变化がわかる。
- 3 誤り。SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) で可視化されるのは脳血流の状態である。
- 4 正しい。抑うつ気分は、気分障害 (うつ) に限定されず、アルコール関連障害・不安障害・心的外傷後ストレス障害 (PTSD)・外因性精神障害など、幅広い疾患においてみられる。例えば、脳腫瘍の場合、抑うつ気分を伴うことが少なくないが、その診断にはCT (Computed Tomography) やMRIなどの画像検査における異常所見の確認が必要である。
- 5 誤り。改訂長谷川式簡易知能評価スケールは、認知症のスクリーニング検査として用いられる。ちなみに、よく知られている精神医学領域のスクリーニング検査として、IES-R (PTSD評価尺度) やアテネ不眠尺度などが存在する。

問題 90	正答 1, 5
-------	---------

- 1 正しい。アドヒアランスは、本人が自主的に服薬を続けることである。患者が積極的に治療方針の決定に参加し、患者が主体となって服薬を維持していけるよう、アドヒアランスを向上させることが望ましい。そのためには、薬物に関する医療者側の十分な説明と、患者や家族側の十分な理解が必要である。
(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p.215)
- 2 誤り。定型抗精神病薬による副作用として、錐体外路症状があり、そのうち投与後1年以上を経てから起こりやすいのは、何も食べていないのに咀嚼するように口を動かしてしまう遅発性ジスキネジアである。これは薬物の使用を止めた後でもみられることもあり、発現の有無に個人差が大きい。逆に、眼球上転発作は服薬開始後1~2日以内に起こる、急性ジストニアの症状として知られている。
(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p.128)
- 3 誤り。複数の薬物の服用は、コンプライアンスの低下を招くおそれがあるため、副作用予防という観点からの併用は原則的に行わない。また、1990年代半ば以降に我が国で広く普及した非定型 (第二世代) 抗精神病薬は、それまでの定型 (第一世代) 抗精神病薬と比べて錐体外路症状などの副作用の発現頻度が減ったた

め、副作用止めの薬物を併用しなくてもすむ場合が多くなった。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p.127, p.216)

- 4 **誤り**。統合失調症の場合、抗精神病薬による治療で急性期の激しい陽性症状は数日以内に軽減し、数週間でもかなり落ち着いた状態になることが多い。そこで病気が治ったと思い、本人も家族も薬物を中止したくなる。しかし、脳の脆弱性そのものを治療したことにはならず、再発の危険性が十分に残っているため、抗精神病薬の使用を継続する必要がある。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, pp.126~127)

- 5 **正しい**。抗精神病薬は主に肝臓で代謝されるため、どの薬物にも共通して肝機能障害を招く可能性がある。また、非定型（第二世代）抗精神病薬のクロザピンは重篤な副作用として無顆粒球症（白血球減少）をきたし得る。さらに、オランザピンやクエチアピンは血糖値を上昇させることがある。これらを早期に察知するため、定期的な血液検査を行って薬物の安全な使用に努めなければならない。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p.128, p.216)

問題 91	正答 1
-------	------

- 1 **適切**。認知行動療法は、ベック (Beck, A. T.) が創設して以来、うつ病に適用されて実証的な効果が報告されている精神療法の1つである。学習理論に基づく行動変容法である行動療法と、認知や感情に焦点をあてる心理療法である認知療法が統合され、認知行動療法と呼ばれる。この治療法では、反射的なゆがんだ思考パターン（自動思考）を意識化して検証する技能を身につけ、心理的苦痛や不安、非適応的な行動パターンを修正して、自己の行動面への適応的なとらえ方を導けるようにする。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, pp.233~234)

- 2 **適切でない**。社会生活技能訓練 (SST) は、主に統合失調症患者に対して実施される介入技法の1つである。リバーマン (Lieberman, R. P.) により開発された治療法で、精神障害者の人間関係や、日常生活上の対応の習得を目指す。この治療法では、精神疾患に罹患することで低下した当たり前の生活を続けていくための生活技能を回復させ、課題解決能力を身につけることにより、生活上の目標が達成できるようにする。気分障害への適用も可能であるが、一般的に用いられてはいない。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, pp.242~243)

- 3 **適切でない**。心理教育は、正しい知識や情報を心理面への十分な配慮をしながら伝え、病気や障害の結果としてもたらされる諸問題・諸困難に対する対処法を習得してもらうことによって、主体的に療養生活を営めるように援助する方法である。精神科医療の範疇では、主に統合失調症とその家族を対象としたものが一般的であるが、ほかにも糖尿病やエイズなど本人が受容しにくい疾患にも用いられる。気分障害に関しては、教育の観点からのみでは、治療介入として足りないため、認知行動療法と併せて提供されることはあっても、一般的に実施されているとはいえない。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, pp.240~242)

- 4 **適切でない**。精神分析療法は、無意識に抑え込まれた欲動が精神症状に現れると想定し、それらを意識化することで症状を改善しようとする治療法であり、フロイト (Freud, S.) により提唱された。この治療法は、主に神経症の治療に用いられ、症状や問題行動の基盤となる人格のゆがみの背後に、小児期から続く本能活動（リビドーや攻撃欲動）をめぐる未解決な葛藤があるとし、これを自由に浮かぶ考え（自由連想）から再認識（洞察）させて、人格構造に変化をもたらそうとする。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, pp.229~230)

- 5 **適切でない**。自律訓練法は、シュルツ (Schultz, J. H.) により開発された自己催眠法の一つである。自己暗示をかけることによって緊張を緩和させるもので、主に、自律神経失調症や緊張性頭痛などの神経系の障害、睡眠障害、過換気症候群や不安・緊張・動悸などの治療に用いられている。その技法は、比較的安全・簡易である。自己暗示を通して四肢の筋を弛緩させ、睡眠時の体が重く手足が温かい状態などを、受動的に感じる訓練が多く試みられる。副交感神経が優位で自律神経が安定した状態の会得を目的とする治療法である。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p.234)

問題 92	正答 3
-------	------

- 1 **誤り**。精神病床利用率は、2010年（平成22年）が89.6%、2015年（平成27年）が86.4%、2016年（平成28年）が86.0%と、一貫して減少傾向にある。

(一般財団法人厚生労働統計協会『国民衛生の動向2018/2019』p.126)

- 2 **誤り**。医療保護入院の割合は、2011年（平成23年）が43.7%、2012年（平成24年）が44.9%、2013年（平成25年）が45.9%、2014年（平成26年）が45.4%、2015

年（平成27年）が44.8%であり、微減になった年もあるが、決して減り続けてはいない。

（一般財団法人厚生労働統計協会『国民衛生の動向2018/2019』p.127）

3 正しい。精神障害者保健福祉手帳の所持者数は、2011年（平成23年）が63万5048人、2012年（平成24年）が69万5699人、2013年（平成25年）が75万1150人、2014年（平成26年）が80万3653人、2015年（平成27年）が86万3649人、2016年（平成28年）が92万1022人と毎年増加している。

（一般財団法人厚生労働統計協会『国民衛生の動向2018/2019』p.129）

4 誤り。2014年（平成26年）の精神障害者数では、気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）が約111万6000人、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害が約77万3000人、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が約72万4000人の順である。

（一般財団法人厚生労働統計協会『国民衛生の動向2018/2019』p.126）

5 誤り。アルコール使用（飲酒）による精神及び行動の障害における患者数は、2011年（平成23年）が約4万3000人、2014年（平成26年）が約6万人と増加している。

（一般財団法人厚生労働統計協会『国民衛生の動向2018/2019』p.126）

問題 93

正答 3

医療保護入院は、本人の同意を得ることなく行われる非自発的入院であるにもかかわらず、入院が長期化する傾向にあることが問題となっていた。このため、2013年（平成25年）法律第47号により改正された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）が、2014年（平成26年）4月1日から施行されたことに伴い、精神科病院の管理者に、医療保護入院者の早期退院に関する措置を講ずることが課せられた。その具体的取り組みに関する問題である。

1 誤り。改正精神保健福祉法では、退院後生活環境相談員の配置が新たに義務づけられた。社会復帰調整官ではない。医療保護入院者退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）を、入院後早期（7日以内）に入院者1人につき1名選任する。退院後生活環境相談員は、医師の指導を受けつつ、早期退院のための多職種連携や、行政機関を含む院外の機関との調整を行うなど、個々の医療保護入院者の退院支援のための取組みにおいて、中心的な役割を果たす。なお、社会復帰調整官は、保護観察所に配置され、医療観察制度に関する業務に従事する職種である。

2 誤り。改正精神保健福祉法では、新たに地域援助事業者との連携体制の整備が努力義務となった。精神科病院の管理者には、医療保護入院者が円滑に地域生活に移行できるよう、退院後に利用する障害福祉サービス及び介護サービスについて退院前から相談できるよう必要に応じて地域援助事業者（医療保護入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供を行う相談支援事業者等）を紹介するよう努力する必要がある。

3 正しい。精神科病院において、医療保護入院者の入院の必要性について審議するための体制として、改正精神保健福祉法によって、医療保護入院者退院支援委員会の設置が義務づけられた。審議の対象となるのは、①在院期間が1年未満の医療保護入院者のうち、入院時に入院届に添付する入院診療計画書に記載された推定入院期間を超過する者、②在院期間が1年未満の医療保護入院者のうち、委員会の審議で設定された推定入院期間を超過する者、③在院期間が1年以上の医療保護入院者のうち、精神科病院の管理者が委員会での審議が必要と認める者である。主治医や看護職員、退院後生活環境相談員等の病院職員のほか、医療保護入院者本人や家族、地域援助事業者なども出席することができる。

4 誤り。これは、措置入院時の診察に関する記述であり、精神科病院の管理者に対して課せられた義務ではない。措置入院とは、精神障害のため入院しなければ自身を傷つける、又は他人に害を及ぼすおそれ（自傷他害のおそれ）があると認められた者に対する都道府県知事の権限による入院形態である。都道府県知事は、自傷他害のおそれがあるとの通報や届け出のあった者について、知事が指定する精神保健指定医2名以上に診察をさせることができる。各指定医がともに措置入院の必要があると判断すると本人や家族の意思にかかわらず指定病院（国立及び都道府県立の精神科病院又は厚生労働大臣の定める基準に適合しているとして都道府県知事が指定した私立精神科病院）への入院が決定する。

5 誤り。これは、退院請求に関する記述であり、精神科病院の管理者に対して課せられた義務ではない。精神保健福祉法では、入院中の精神障害者の人権が擁護された上で適切な医療と保護が提供されているかどうかを調査・審査するための重要な仕組みとして、各都道府県が精神医療審査会を設置するよう規定されている。この精神医療審査会が行う具体的役割の1つに、措置入院患者及び医療保護入院患者本人、又は家族等から退院請求や処遇改善請求があった場合、その入院

の継続が必要であるかどうか、又はその処遇が適切であるかどうかを審査することがあげられており、その窓口も都道府県ごとの精神医療審査会が担っている。

精神保健の課題と支援

問題 94

正答 4

- 1 誤り。うつ病の好発年齢は、老年期ではなく壮年期・中年期である。近年は勤労と自殺、メンタルヘルスの関連から、うつ病の予防と早期発見が課題となっている。さらに、ストレスをきっかけとした飲酒やギャンブルなどの依存症の問題も課題となっている。

〔新・精神保健福祉士養成講座②精神保健の課題と支援（第3版）中央法規出版、2018年（以下「精神保健の課題と支援」中央法規出版）、p.33〕

- 2 誤り。老年期では、身体面・精神面・社会面のいずれにも生じる。精神面の老化では、記憶力や認知機能、意欲の低下などがみられ、それらが軽度の場合、自覚につながるとされる。社会的な老化は、核家族化や地域コミュニティの希薄化などによる高齢者の孤独感、不安やうつなどの問題と関連をもつ。

〔「精神保健の課題と支援」中央法規出版、p.34〕

- 3 誤り。子どもの自立後に親が役割を喪失し、生きがいの喪失や空虚感などを訴える「空の巣症候群」は、中年期における主婦にみられるとされている。近年は、このほかに自殺や飲酒などの依存症も問題となっている。壮年期・中年期では、子どもの教育に関することや親の介護など、家族内でのストレス問題も多い。

〔「精神保健の課題と支援」中央法規出版、p.34、p.85〕

- 4 正しい。2017年（平成29年）の年齢階級別自殺者数は、60歳代が3339人で2016年（平成28年）より287人減となり、70歳代が2926人で57人減となり、80歳代以上は2256人で6人減となっている。しかし、依然として60歳以上が8521人と全体の約40%を占める高い割合となっている。高齢者の自殺の危険因子としては、自殺未遂歴や、精神疾患・身体疾患の既往、死別・離職などの心理的不安などがあげられる。高齢者の場合、自殺の既遂率がほかの年代に比べて高いといわれており、自殺のサインへの注意が必要である。

〔「精神保健の課題と支援」中央法規出版、pp.114～115、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29年中における自殺の状況」〕。

- 5 誤り。「健康日本21（第二次）」は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針を示した2013年度（平成25年度）から10年間の計画である。その中で、高齢化に伴う機能の低下を遅らせるためには、高齢者の健康に焦点をあてた取組みを強化する必

要があるとし、介護保険サービス利用者の増加の抑制を掲げている。

（厚生労働省「健康日本21（第二次）」（http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkouinippon21_01.pdf）

問題 95

正答 4

- 1 誤り。厚生労働省によると、2016年度（平成28年度）の全国の児童相談所での児童虐待相談の対応件数は12万2575件と過去最高で、前年度に比べ1万9289件（18.7%）増加している。相談内容別件数は、心理的虐待が約52%と最も割合が多く、次いで身体的虐待が約26%、ネグレクトが約21%、性的虐待が約1%であった。

（厚生労働省「平成28年度福祉行政報告例の概況」）

- 2 誤り。2000年（平成12年）5月公布、同年11月に施行された児童虐待の防止等に関する法律（児童虐待防止法）第2条第1項の児童虐待の定義では、保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護するもの）が監護する児童を18歳未満としていることから誤りである。

- 3 誤り。児童虐待防止法の定義における児童虐待は、身体的虐待・心理的虐待・性的虐待・ネグレクトの4種類である。児童に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応、児童が同居する家庭における配偶者に対する暴力は、心理的虐待にあたることから誤りである。その他の児童に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと、他のきょうだいと著しい差別的な扱いについても心理的虐待にあたる。

〔「精神保健の課題と支援」中央法規出版、p.98、厚生労働省「子ども虐待対応の手引きの改正について」（平成25年8月23日改正）第1章 子ども虐待の援助に関する基本事項〕

- 4 正しい。児童虐待を受けたと思われる児童を発見した場合に、速やかに市町村、都道府県の設置する福祉事務所、児童相談所に通告する義務がすべての国民にある。また、児童虐待を通告した場合、守秘義務に関する法律の規定に妨げられないことがない。

- 5 誤り。子育て世代包括支援センター（母子保健法に基づく法律上の名称は母子健康包括支援センター）は、妊産婦や乳幼児、その保護者を対象とした妊娠期から子育て期までのさまざまなニーズに対して総合的相談支援を提供するワンストップ拠点で、設置は市町村の努力義務である。子育て世代包括支援センターの

必須業務は、①妊産婦・乳幼児等の実情を把握すること、②妊娠・出産・子育てに関する各種の相談に応じ、必要な情報提供・助言・保健指導を行うこと、③支援プランを策定すること、④保健医療又は福祉の関係機関との連絡調整を行うこと、の4つである。地域のさまざまな関係機関と情報共有し、必要なサービスを円滑に利用できるように切れ目のない支援を行う。保健師等1名以上が配置されており、精神保健福祉士や社会福祉士等を配置することが望ましい。

(厚生労働省「子育て世代包括支援センター業務ガイドライン」(平成29年8月))

問題 96	正答 2
-------	------

1 誤り。ストレスチェックは、事業者が労働者の心理的な負担の程度を把握するための検査である。物理的な負担を問う項目もあるが、これらは、心理的負担をはかるためのものである。

(『精神保健の課題と支援』中央法規出版, p. 209)

2 正しい。常時雇用の50人以上の労働者に対して、年に1回ストレスチェックを実施することは、事業者の義務である。ただし、労働者が50人未満の事業場は当面、努力義務となっている。

(『精神保健の課題と支援』中央法規出版, p. 209)

3 誤り。高ストレス者に該当する労働者のうち、本人の申出があれば医師による面接指導を行わなければならない。

(『精神保健の課題と支援』中央法規出版, p. 209)

4 誤り。ストレスチェックは、医師・保健師が行う。ただし、厚生労働省が定める研修を修了した看護師もしくは精神保健福祉士も実施することができる。また、2018年(平成30年)8月9日の労働安全衛生規則の一部を改正する省令の公布を受けて、必要な研修を修了した歯科医師又は公認心理師も実施できることとなった。衛生管理者は労働者の健康障害や労働災害を防止するために労働安全衛生法に定められた国家資格である。

(厚生労働省「心理的な負担の程度を把握するための検査及び面接指導の実施並びに面接指導結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針」p. 3)

5 誤り。事業者がストレスチェックに用いる調査票としては、「職業性ストレス簡易調査票」を用いることが望ましいとされているが、限定はされていない。

(厚生労働省「心理的な負担の程度を把握するための検査及び面接指導の実施並びに面接指導結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針」p. 6)

問題 97	正答 3
-------	------

1 適切でない。スクールソーシャルワーカー(以下、SSW)は学校での困りごとを抱える子どもや家族を支える専門職であるが、学校との連携なしにSSWが1人で担うことは困難である。ソーシャルワークでは、常にほかの人とともに働くことを意識する必要がある。特に、SSWの場合、教師(学校)との協働は最も基本となるものである。面談の際、家族に確認するなどの配慮が必要であるが、学校とは情報の共有をすべきである。

(文部科学省「スクールソーシャルワーカー実践活動事例集」(www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1246334.htm), pp. 5~6)

2 適切でない。親や教師のとらえ方や価値観、ましてや気持ちではなく、本人にとってどうすることが最もよいのかという視点で、本人の利益を最優先させて活動するべきである。そのためにも、本人が何を望んでいるのかを把握し、希望が叶うように支援するべきである。

(文部科学省「スクールソーシャルワーカー実践活動事例集」(www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1246334.htm), p. 10)

3 適切。SSWは、本人とその支援の協働者との間によりよい「つながり」がもてるように、相手を尊重し、相手の言葉を傾聴し、信頼関係を構築することが重要になる。

(文部科学省「スクールソーシャルワーカー実践活動事例集」(www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1246334.htm), p. 67)

4 適切でない。学習指導は、基本的に学校(教師)が行うものである。しかしながら、SSWは学校の役割を理解し、対応支援にあたるべきである。学校は、すべての児童生徒に、そのもてる能力を最大限に発達させる教育や学習権の保障を担う教育機関である。よって、直接的に学習指導は行わなくても、児童生徒の状況に応じ、学習や学力の保障に着目し、具体的支援を検討する必要がある。

(文部科学省「スクールソーシャルワーカー実践活動事例集」(www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1246334.htm), p. 65)

5 適切でない。ソーシャルワークでは、問題は個人と環境との不適合状態としてとらえる。人と環境の関係に着目し、不適合状態を解消することが大切である。つまり、原因の追求や犯人探しよりも、本人が安心できる環境をつくるための手立てを先に考えるべきである。

(文部科学省「スクールソーシャルワーカー実践活動事例集」(www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1246334.htm), p. 9)

問題 98	正答 5
-------	------

- 1 誤り。基本理念は、自殺対策として社会における「生きることの阻害要因」を軽減し、「生きることの促進要因」を増加することで、社会全体の自殺リスクを低下させるとしていることから誤りである。「生きることの阻害要因」とは、疲労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立などの自殺リスク要因である。「生きることの促進要因」とは、自己肯定感、信頼できる人間関係、危機回避能力など自殺に対する保護要因である。

(厚生労働省「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」2017年、p.1, p.3)

- 2 誤り。自殺総合対策の基本方針として、自殺対策にかかる個別の施策は、対人支援・地域連携・社会制度の3つのレベルであることから誤りである。3つのレベルを有機的に連動させ、総合的に推進するとしている。対人支援のレベルは、個々人の相談支援を行う。地域連携のレベルは、関係機関等による実務連携などを行う。社会制度のレベルは、法律・大綱・計画などの枠組みの整備や修正にかかわる。

(厚生労働省「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」2017年、p.1, p.5)

- 3 誤り。地域レベルの実践的な取り組みへの支援を強化するため、計画策定の支援をするのは地方公共団体ではなく、国が行うことから誤りである。国は、自殺総合対策推進センターにおいて、地域自殺実態プロフィールや地域自殺対策の施策パッケージの提供、地域自殺対策計画策定ガイドラインの策定等により、地方公共団体の地域自殺対策計画策定の支援をすることが責務である。

(厚生労働省「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」2017年、pp.9～10)

- 4 誤り。厚生労働省は、自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐため、子どもや若者だけでなく、配偶者と離別や死別した高齢者、退職後、役割を喪失した中高年男性等、孤立のリスクを抱えるおそれのある人を対象とすることから誤りである。孤立する前に、地域とのつながり、支援とつながることができるように居場所づくり等を推進し、居場所活動を通じた支援と連動させた包括的な生きる支援を推進する。

(厚生労働省「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」2017年、p.30)

- 5 正しい。勤務問題による自殺対策をさらに推進するため、厚生労働省は、長時間労働を是正することになった。「働き方改革実行計画」をもとに労働基準法を改正し、週40時間以上の時間外労働の制限を原則と

して、月45時間かつ年360時間とし、違反した場合には、特例を除き罰則を科すことになった。特例として、労使合意し労使協定を結ぶ場合において、時間外労働時間を年720時間（月平均60時間）とする。

(厚生労働省「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」2017年、pp.37～38)

問題 99	正答 4
-------	------

- 1 誤り。ひきこもり地域支援センターは、都道府県や指定都市が実施主体であり、特定非営利活動法人などに業務を委託することができる。都道府県及び指定都市に原則各2か所設置し、児童期・成人期に応じた適切な相談等の支援が行える体制を整備する。児童期(18歳未満)と成人期(18歳以上)各1か所を基本とするが、地域の事情に応じて、1つのセンターで児童期と成人期を兼ねてもよい。現在は67自治体、75か所が設置されている(平成30年4月1日現在)。

(厚生労働省「ひきこもり対策推進事業」(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/hikikomori/))

- 2 誤り。厚生労働省が2009年度(平成21年度)に始めたひきこもり対策推進事業に基づくことから誤りである。ひきこもり地域支援センターは、ひきこもり対策推進の体制整備、本人と家族への支援により、本人の自立の推進、本人及び家族等の福祉の増進を図ることを目的としている。主な役割は、電話や来所等による相談や訪問支援を行うことで早期に適切な機関につなぎ、関係機関との連携により包括的な支援体制を確保する。また、普及や啓発などの情報発信をすることで

(『精神保健の課題と支援』中央法規出版、pp.123～124)

- 3 誤り。ひきこもり支援コーディネーターを2名以上、そのうち社会福祉士、精神保健福祉士、保健師などの専門職又は相談業務のできる者を1名以上配置することになっている。また、連絡協議会を設置することが規定されており、そこでは医療・保健・福祉・教育・労働などの関係機関を設置し、対象者の相談内容等に応じた適切な支援を行うために、各関係機関間で恒常的な連携が確保できるように努めることとされている。

(「生活困窮者自立相談支援事業等の実施について(別添9)ひきこもり対策推進事業実施要領」(平成27年7月27日社援発0727第2号)(以下「ひきこもり対策推進事業実施要領」))

- 4 正しい。18歳未満を対象とした児童期、18歳以上を対象とした成人期のひきこもり地域支援センターがあり、児童期・成人期に応じた適切な相談等の支援が行える体制をとっている。その活動は、「窓口誘導の取

組」「相談対応」「家族への支援」「本人への段階的な支援」の4つを基本としている。

〔ひきこもり対策推進事業実施要領〕、『精神保健の課題と支援』中央法規出版、pp.123～124)

- 5 誤り。開所日は、週5日以上、1日につき8時間、週40時間を目安と規定されていることから誤りである。本人が夜間などにいつでも継続して相談ができるように、メール相談窓口を設置したところもある。相談の回答は、精神保健福祉士協会が作成し、作成された回答内容を学識有識者が監修するなどの細心の注意を払っていることから、メールの受付から回答までに7～10日程度要することがある。

〔厚生労働省アフターサービス推進室「ひきこもり地域支援センター設置運営事業に関する調査」2016年、pp.1～2、p.14〕

問題 100	正答 3
--------	------

- 1 誤り。アルコール健康障害は、不適切な飲酒の影響による心身の健康障害と定義されている。よって、身体疾患だけでなく、精神疾患も含まれる。
- 2 誤り。アルコール健康障害の原因は、アルコール依存症その他の多量飲酒、未成年の飲酒、妊婦の飲酒等の不適切な飲酒によるものとされており、未成年の飲酒は含まれる。
- 3 正しい。アルコール健康障害対策基本法では、国民の間に広くアルコール関連問題に関する関心と理解を深めるため、アルコール関連問題啓発週間（11月10日～16日まで）を設けている。
- 4 誤り。都道府県が定める都道府県アルコール健康障害対策推進計画の策定は、努力義務である。国はアルコール健康障害対策推進基本計画を策定しなければならないとされている。
- 5 誤り。アルコール健康障害対策推進会議は、内閣府、法務省、財務省、文部科学省、厚生労働省、警察庁などの行政機関の職員をもって構成されている。厚生労働大臣が任命するアルコール関連問題に関する専門家、当事者、家族による委員で構成されているのは、アルコール健康障害対策関係者会議である。

問題 101	正答 1, 4
--------	---------

- 1 正しい。プリベンション（prevention：事前対応）とは、危険が迫る前に未然にその原因を取り除いたり、教育をしたりすることによって、自殺が起きるのを予防することである。

〔厚生労働省、中央労働災害防止協会編著『職場における自殺の予防

と対応（第5版）』中央労働災害防止協会、2010年（以下『職場における自殺の予防と対応』、中央労働災害防止協会）、p.43、『精神保健の課題と支援』中央法規出版、p.151、pp.241～242）

- 2 誤り。インターベンション（intervention：危機介入）とは、今まさに起きつつある自殺の危険に直接介入し、自殺を防ぐことである。

〔『職場における自殺の予防と対応』中央労働災害防止協会、p.43、『精神保健の課題と支援』中央法規出版、p.151、pp.241～242）

- 3 誤り。ポストベンション（postvention：事後対応）とは、不幸にして自殺が生じてしまった場合に、遺された人々に及ぼす心理的影響を可能な限り少なくするための対応のことである。

〔『職場における自殺の予防と対応』中央労働災害防止協会、p.43、『精神保健の課題と支援』中央法規出版、p.151、pp.241～242）

- 4 正しい。ゲートキーパーとは、悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る人のことをいう。いわば、「命の門番」とも位置づけられる人のことである。

〔内閣府『ゲートキーパー養成研修用テキスト（第3版）』内閣府、2013年（以下『ゲートキーパー養成研修用テキスト』内閣府）、p.6）

- 5 誤り。メンタルヘルス・ファーストエイド（Mental Health First Aid）は、オーストラリアのキッチナー（Kitchener, B. A.）やジョーム（Jorm, A. F.）らによるグループで開発され、自身や他者の精神保健の問題に対するセルフヘルプ（希求行動）を促すプログラムである。必ずしも自殺予防だけに特化したプログラムではない。

〔『ゲートキーパー養成研修用テキスト』内閣府、pp.19～20）

問題 102	正答 5
--------	------

- 1 誤り。初期のセルフヘルプグループは、1900年代前半あるいは中盤から、アメリカで発足したアルコール依存症当事者のグループであるアルコールクス・アノニマス（AA）の活動で広まった。

〔田中英樹「リカバリー概念の歴史」『精神科臨床サービス』第10巻第4号、2010年、『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）、p.209）

- 2 誤り。セルフヘルプグループの活動は常に自発的かつ意図的に始まり、専門家によって開始されるものではない。

〔『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』へるす出版、p.209）

- 3 誤り。セルフヘルプグループの活動は、精神疾患の種類に限定されず、社会的マイノリティにかかる問題を1人で抱え込まずに、仲間との相互支援によって解決を図る活動である。

〔『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、pp.259～260）

4 誤り。セルフヘルプグループの中には、専門家と協働するグループと専門家との距離を保つグループがあり、特に後者は当事者の自立性や社会運動性が強いと指摘されている。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp. 259～260)

5 正しい。初期の(パーソナル)リカバリー概念は、1973年にアメリカのオレゴン州で始まったピープルファースト運動と併行して、精神障害者のセルフヘルプグループが主に推進し、その後国際的に発展した。

(田中英樹「リカバリー概念の歴史」『精神科臨床サービス』第10巻第4号, 2010年)

問題 103	正答 2, 3
--------	---------

1 誤り。「メンタルヘルスアクションプラン2013-2020」は、mhGAPをもとに作成されているが、対象範囲は同じではない。mhGAPは資源の乏しい環境におけるメンタルヘルスサービスの拡大に焦点をあてている。他方、メンタルヘルスアクションプランは、全世界を対象範囲としており、国レベルのプランに助言・指導を提供するように策定されている。

(世界保健機関、自殺予防総合対策センター訳『メンタルヘルスアクションプラン2013-2020』独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター, 2014年(以下『メンタルヘルスアクションプラン2013-2020』独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター), p.7)

2 正しい。「メンタルヘルスアクションプラン2013-2020」では、①メンタルヘルスのための効果的なリーダーシップとガバナンスの強化、②地域ベースの、包括的で、統合され、反応性のあるメンタルヘルスサービスと社会的ケアサービスの提供、③メンタルヘルスにおけるプロモーションと予防のための戦略の実施、④メンタルヘルスのための情報システム、科学的根拠と研究の強化など、世界的目標として数値目標を掲げている。

(『メンタルヘルスアクションプラン2013-2020』独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター, p.11, pp.13～16, p.18, p.20, 『精神保健の課題と支援』中央法規出版, pp.347～348, 『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, p.316)

3 正しい。途上国など、資源の乏しい国における精神保健サービスの向上を図るmhGAPの特色の1つは、優先して取り組むべき疾患・状態を掲げていることにある。mhGAPでは、対象疾患をうつ病、統合失調症、双極性障害、てんかん、発達障害、行動障害、認知症、アルコール関連障害、物質関連障害と、自傷・自殺に絞ることにより、精神科が専門でない医師や看

護師が対処しやすくしている。

(瀬戸屋雄太郎「世界保健機関(WHO)とグローバルメンタルヘルス」『精神障害とリハビリテーション』第17巻第1号, 2013年)

4 誤り。mhGAPにおける専門家の役割は、トレーニングを実施すること、スーパーバイズをすること、プライマリケアで診ることや困難な患者を受け入れること等であり、直接の治療以外に求められる役割が多くある。

(瀬戸屋雄太郎「世界保健機関(WHO)とグローバルメンタルヘルス」『精神障害とリハビリテーション』第17巻第1号, 2013年)

5 誤り。WHOのレポートである「自殺を予防する世界の優先課題(日本語版)」は、各国が自殺予防を国際的な公衆衛生上の重要課題として自国の行政課題の中で優先度を高めることを目標としており、多様な公衆衛生アプローチからの包括的な自殺予防戦略の発展や強化を各国に推奨し、支援することを目的としている。

(世界保健機関、自殺予防総合対策センター訳『自殺を予防する——世界の優先課題』独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所, 2014年, p.3)

精神保健福祉相談援助の基盤

問題 104

正答 4

- 1 誤り。精神保健福祉士法第41条の2では、「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適應するため、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。しかし、更新研修の受講義務はない。
- 2 誤り。精神保健福祉士法第41条第2項では、「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。精神保健福祉士と主治医は「指示」ではなく、「指導」関係が求められる。「指示」は絶対的な拘束力を伴うが、「指導」はその内容の選択に裁量があり、指示と比較して拘束力が弱い。
- 3 誤り。精神保健福祉士法第42条では、「名称の使用制限」として「精神保健福祉士でない者は、精神保健福祉士という名称を使用してはならない」と規定されている。精神保健福祉士は業務独占ではなく、名称独占の国家資格である。「名称独占」資格とは、国家資格を有する者だけがその名称を使用することができる資格である。一方、「業務独占」資格とは、その国家資格を有する者だけが業務を担うことができる資格である。
- 4 正しい。精神保健福祉士法第38条の2では、「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」と規定されている。
- 5 誤り。精神保健福祉士法第40条では、「秘密保持義務」として「精神保健福祉士は、正当な理由がなく、その業務に関して知り得た人の秘密を漏らしてはならない。精神保健福祉士でなくなった後においても、同様とする」と規定されている。精神保健福祉士を退職後も、秘密保持義務は継続する。

問題 105

正答 3, 4

- 1 誤り。自己決定は、クライアントが自分らしく生きていくことの原点であり、その権利は援助者によって守られる必要がある。クライアントの責務として自己

決定の尊重があり、内容として、クライアントの知る権利を尊重し、クライアントが必要とする支援、信頼のおける情報を適切な方法で説明し、クライアントが決定できるよう援助することや、クライアントが決定することが困難な場合、クライアントの利益を守るため最大限の努力をすることが定められている。

- 2 誤り。クライアントの批判に対する責務として、クライアントからの批判・評価を受けとめ、改善に努めることが定められている。精神保健福祉士は、クライアントの意思を尊重し、その人の生活の質の向上を目指している。その過程で、クライアントのためと思って行っている業務がクライアントからみれば必ずしもそうでないこともあり得る。自己点検に加え、クライアントからの批判を謙虚に受け止め、今後同じような問題が生じないように改善に努めることが重要である。
- 3 正しい。専門職としての責務として、精神保健福祉士は専門職としての価値・理論に基づく実践の向上に努め、継続的に研修や教育に参加しなければならないことが定められている。なお、日本精神保健福祉士協会では、基礎研修、基幹研修、更新研修などから生涯研修制度を構築している。
- 4 正しい。機関に対する責務として、精神保健福祉士は、所属機関等が、クライアントの人権を尊重し、業務の改善や向上が必要な際には、機関に対して適切・妥当な方法・手段によって、提言できるように努め、改善を図ることが定められている。
- 5 誤り。社会に対する責務として、精神保健福祉士は、専門職としての価値・理論・実践をもって、地域及び社会の活動に参画し、社会の変革と精神保健福祉の向上に貢献することが定められている。すなわち、地域及び社会の活動を「指導」するのではなく、それらとともに「参画」することで、すべての人が個人として尊重される共生社会の実現を目指すことが求められる。

問題 106

正答 2

- 1 誤り。認定精神保健福祉士になるには、公益社団法人日本精神保健福祉士協会が行う研修会を受講しなければならない。これは、協会が独自に定めた生涯研修制度の中で実施されるもので、厚生労働省令が定める研修ではない。研修は協会の構成員を対象に、経験年

数に応じ「基幹研修」、さらに基幹研修修了者が受講する「更新研修」があり、更新研修については5年ごとの更新制となっている。

- 2 正しい。認定社会福祉士の認定申請では、社会福祉士資格取得後、相談援助実務経験が5年以上あり、そのうち申請する分野（高齢分野、障害分野、児童・家庭分野、医療分野、地域社会・多文化分野）での相談援助実務経験が2年以上あることが要件となっている。
- 3 誤り。認定社会福祉士の登録機関は、公益社団法人日本社会福祉士会である。併せて、認定社会福祉士並びに認定上級社会福祉士の認定、及び認定制度の対象となる研修を認証する認定社会福祉士認証・認定機構が創設された。
- 4 誤り。ストレスチェック実施者になるには、ストレス実施者養成研修を受講しなければならない。この研修は労働安全衛生法の改正により厚生労働省が定めたものであり、厚生労働省の指定を受ければ企業等も実施することができるため、必ずしも公益社団法人日本精神保健福祉士協会が実施する講習会とは限らない。なお、3年以上の労働者の健康管理等の業務に従事した経験があれば、研修を受けなくても実施者となることができる。
- 5 誤り。所属組織を中心にした分野における福祉課題に対し、倫理綱領に基づき高度な専門知識と熟練した技術を用いて個別支援、他職種連携及び地域福祉の増進を行うことができる能力を有することを認められた者として定義されている。

問題 107	正答 1
--------	------

- 1 正しい。エコロジカルアプローチは、ジャーメイン（Germain, C. B.）が生態学的な視点を導入し、提唱した。エコロジカルアプローチの視点を取り入れた生活モデルでは、有機体である人間と環境との相互作用に焦点をあて、利用者の対処能力を高めると同時に、利用者への環境的支援を高めることに重点をおいた。
（『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）、p. 108）
- 2 誤り。選択肢は、ハミルトン（Hamilton, G.）が提唱した内容である。リッチモンド（Richmond, M. E.）は、主著である『社会診断』の中で、ソーシャルワークを、社会的証拠の収集→比較・推論→社会的診断という一連の過程として規定し、これが治療モデルの始

まりとなったといわれる。

（『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』中央法規出版、pp. 102～103）

- 3 誤り。選択肢は、タフト（Taft, J.）が提唱した内容である。パールマン（Perlman, H. H.）は、問題解決アプローチを提唱・理論化した。その中では、ソーシャルワークを、施設・機関の機能を担う援助者と、問題を抱えた利用者の役割関係を通じて転換される問題解決の過程であるとし、さらには、問題解決に取り組む利用者の力を「ワーカビリティ」と表現した。
- 4 誤り。選択肢は、リッチモンドが提唱した内容である。ハミルトンは、主著『ケースワークの理論と実際』の中で、ソーシャルワークの基本的な前提を「心理社会的過程」と表現することで、社会的な側面にも注意を払い、心理社会的アプローチの基盤を明示し、ソーシャルワークが取り扱う問題が個人的・内部的な要因と環境的・外部的な要因から成り立っていることを強調した。

（『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』中央法規出版、p. 104）

- 5 誤り。選択肢は、パールマンが提唱した内容である。タフトは、機能的アプローチについて論ずる中で、それまでの機能的アプローチにおけるワーカーとクライアントの関係を制限した。初期の段階でワーカーは、クライアント自身が問題に直面することを目指し、自己表現の機会を提供していたが、その関係が公的扶助の領域に導入されると、法律や制度、手続きなどとの間で支障が生じるようになり、両者の関係を「機関の機能」という枠組みの中で位置づけ直した。
（『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』中央法規出版、pp. 105～106）

問題 108	正答 1
--------	------

- 1 適切。Bさんは数年ぶりの入院で、自己評価が低くなっているかもしれない。また、退院はしたいけれど退院できるのか、再発するのではないかと、入院前のように生活できるのか、などさまざまな不安をもっていることが推測される。C精神保健福祉士は、これらのBさんの不安な気持ちを受け止めるとともに、Bさんがこれまで築いてきた数年間を評価し支持的な姿勢でかかわることが求められる。このようなかかわりが、Bさんの自己肯定感の回復やエンパワメントにつながる。
- 2 適切でない。ストレングスは本人に備わるものであり、他者が教示的に新たに身につけさせるものではない。C精神保健福祉士は、Bさんが持っているストレ

ングスを引き出す支援を行っていくことが求められる。

- 3 適切でない。支援の方向性や内容を決めるのは、Bさんである。Bさんは、退院したいという思いと不安が入り混じっており、今後の自分の生活について考えることが困難な状態にあると考えられる。C精神保健福祉士は、Bさんの思いに耳を傾け、入り混じった思いを一緒に整理するなど、Bさんが自己決定できるよう寄り添った支援が大切である。
- 4 適切でない。Bさんは退院に対する不安も大きく、選択肢の内容はさらにBさんの不安をあおることになりかねない。Bさんの不安が軽減されれば、退院後の生活について具体的に考える材料になると思われるが、時期尚早である。
- 5 適切でない。Bさんの希望やニーズに応じて社会資源を活用しなければならない。その場合、必ずしも精神保健福祉に関する社会資源ではなく、Bさんのなじみのあるインフォーマルな社会資源の利用が効果的なこともある。C精神保健福祉士は、Bさんの希望を理解しながら、どの社会資源を活用するのか検討しなければならない。

問題 109	正答 2, 5
--------	---------

- 1 誤り。ソーシャルインクルージョンとは、従来の福祉サービスでは援護が十分に届いていない、社会的に孤立・排除された人々を、社会の構成員として包み込み、誰もがともに生きる社会の創造を目指すという考え方である。社会福祉組織や機関における団体の組織運営、管理方法、国や地方自治体における社会保障政策に関連する制度の運営管理は、ソーシャルアドミニストレーションである。

(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③精神保健福祉相談援助の基盤(基礎)』弘文堂、2012年、p.163)

- 2 正しい。「社会福祉士の倫理綱領」においては、「ソーシャルインクルージョン」を「倫理基準」の「Ⅲ. 社会に対する倫理責任」の「1.(ソーシャル・インクルージョン)」として取り上げている。その内容として、「社会福祉士は、人々をあらゆる差別、貧困、抑圧、排除、暴力、環境破壊などから守り、包含的な社会を目指すよう努める」ことを謳っている。

(『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)』中央法規出版、p.89、社団法人日本社会福祉士会編『改訂 社会福祉士の倫理——倫理綱領実践ガイドブック』中央法規出版、2009年、p.19)

- 3 誤り。国際ソーシャルワーカー連盟(IFSW)と国際ソーシャルワーク学校連盟(IASSW)のソーシャ

ルワークのグローバル定義(2014年)では、ソーシャルワーカーの中核となる任務として、「不利な立場にある人々と連帯しつつ、この専門職は、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」ことが明記されている。

(『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)』中央法規出版、p.33、p.47)

- 4 誤り。ソーシャルインクルージョンが日本で議論されはじめたのは、2000年(平成12年)の厚生省(現厚生労働省)の「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」である。ここでは人々の「つながり」が弱くなってきているという現実を踏まえ、社会の構成員として包み支え合う(ソーシャルインクルージョン)ための社会福祉を模索する必要があることなどが述べられている。

(『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)』中央法規出版、pp.88~89)

- 5 正しい。ソーシャルインクルージョンは「社会的包摂」と訳されており、「社会的に孤立・疎外・排除された人々を、社会の構成員として包み込み、誰もがともに生きる社会の創造を目指すという考え方」である。高齢者や障害者、外国籍の住民等はマイノリティであり、社会的に孤立・疎外・排除されやすい状況にあるため、これらの人も社会の一員として、取り込んでいくことが重要とされている。

(『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)』中央法規出版、pp.88~90)

問題 110	正答 1, 2
--------	---------

- 1 正しい。精神保健福祉士の資格化の背景としては、精神障害者の社会復帰を支援するための専門職の必要性があげられる。精神保健福祉士には精神障害者に寄り添い、精神障害者の社会復帰に必要な「医療的なケア以外の支援」を行うことが求められている。

(『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)』中央法規出版、pp.5~8、p.151、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)(第2版)』弘文堂、2017年(以下『精神保健福祉相談援助の基盤(専門)』弘文堂)、pp.43~44)

- 2 正しい。精神保健福祉士は、精神障害者が地域でその人が望む生活を営めるよう支援することを目的とする。支援の過程で、利用できる制度やサービスなどの社会資源が不足している場合は、地域住民や行政に対して理解を求める活動も必要である。さらにサービス等を創設するために、行政に陳情するなどのほたらきかけも重要である。

『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)』中央法規出版, pp.29～30, pp.146～148)

- 3 誤り。精神保健福祉士の援助対象は、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）の成立以降、三障害が合同支援の対象になったこと、地域生活支援の施策の広がりや社会の変化等の影響により拡大している。特に近年では、従来の領域に加え、行政、司法、教育、労働分野まで広がり、広く国民全体に対するメンタルヘルスの課題も増加しており、精神保健福祉士の役割は拡大している。

『精神保健福祉相談援助の基盤(専門)』弘文堂, p.44, 『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), p.12)

- 4 誤り。精神保健福祉士と他の専門職との関係は、対等である。精神保健福祉士は医療チームの一員として支援を行うが、唯一の社会福祉専門職である。よって、独自の専門的な視点に基づき支援を行う。ただし、訪問看護や精神科デイケア等の診療報酬の対象となる業務に関しては、医師の指示を受けて行う。

『精神保健福祉相談援助の基盤(専門)』弘文堂, p.40, 『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.311～313)

- 5 誤り。秘密保持とはクライアントとの関係形成につながるだけでなく、クライアントの基本的権利に基づくものであり、ソーシャルワーカーの倫理的な義務である。この秘密保持はクライアントの支援の過程で他の機関や専門職と共有されることもある。しかしかなる場合も本人の同意は必要であり本人の同意なく、ケースカンファレンスや事例検討等を行ってはならない。

『精神保健福祉相談援助の基盤(専門)』弘文堂, p.41, 『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.313)

- | | |
|--------|------|
| 問題 111 | 正答 5 |
|--------|------|
- 1 誤り。相談支援専門員は、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）に規定される専門職であるが、国家資格ではない。業務内容は、「地域相談支援」や「計画相談支援」において、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などである。資格の取得には、一定の実務経験を経た後、国が定める研修を受講しなければならない。なお、資格取得後も5年ごとに研修を受講することが必要である。
- 『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)』中央法規出版, p.183, p.201)
- 2 誤り。児童福祉司は児童福祉法第13条第1項におい

て、「都道府県は、その設置する児童相談所に、児童福祉司を置かなければならない」と規定されている。任用要件の中に、医師、社会福祉士、精神保健福祉士等が含まれる。職務は「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、専門的技術に基づいて必要な指導を行う等児童の福祉増進に努める」ことである。児童福祉司がかかわる子どもや家族等には精神科受診が必要な事例もあり、精神保健福祉専門職との連携も求められる。

『精神保健福祉相談援助の基盤(専門)』弘文堂, p.65)

- 3 誤り。心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の生活環境の調査や調整、精神保健観察などを行う専門職は、社会復帰調整官である。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や保健所等で「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」と定めている。また、精神保健福祉相談員は、免許資格ではなく特定の業務に任用されるための資格である。

『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)』中央法規出版, pp.199～200)

- 4 誤り。公認心理師と医師との関係は、指導ではなく、指示を受ける関係にある。公認心理師は、2017年（平成29年）に施行された公認心理師法に基づく心理職の国家資格である。保健医療、福祉、教育その他の分野において、心理学に関する専門的知識及び技術をもって、心理に関する助言、指導、相談者の心理状態の観察や分析等を行う者と定義されている。同法において「主治の医師があるときは、その指示を受けなければならない」と規定されている。これは、クライアントの心理面に直接かかわる職種であることから、主治医の治療方針と公認心理師が行う支援内容との齟齬を避けるために設けられた。なお精神保健福祉士は、医師の専門領域外である福祉に関する専門職であることから、精神保健福祉士法において、指示より拘束力の弱い指導と規定されている。

- 5 正しい。スクールソーシャルワーカーは、教育領域においてソーシャルワークを行う職種である。その選考要件には精神保健福祉士も含まれている。教育を受ける権利を保障するために、また子どもが安心して学校で過ごせるように、子ども、家庭、学校関係者を支援するものであり、近年注目が高まっている。学齢期の子どもの問題は、家族の貧困や親のメンタルヘルス

等の影響も受けやすく、教育領域での精神保健福祉士の活躍も期待されている。

〔精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)〕中央法規出版, p.19)

問題 112	正答 2
--------	------

1 適切でない。退院が可能な状態であるものの、本人に不安がある場合、具体的にその内容を聞き、不安を解消するためにどのような支援が必要であるかをともに考えることが大切である。その過程において本人の意思を尊重し、本人が選択・決定できるように促す「自己決定」が重要となる。本事例では、Dさんの思いを聴きつつ、Dさんが退院を自分のこととしてとらえ、その先を決めていけるようかかわることが求められる。

〔精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)〕中央法規出版, pp.219~220)

2 適切。日常生活自立支援事業とは、本人の判断能力が不十分であり、福祉サービスの利用や日常的な金銭管理等の援助を受けることで、できる限り地域で自立した生活を継続していくための事業である。Dさんは、退院後の単身生活に不安を抱いており、必要なサービスを受けるための手続き等に支援が必要な状態であると考えられる。

〔精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)〕中央法規出版, p.163, p.220)

3 適切でない。障害者の権利に関する条約第2条において、「合理的配慮」とは、「障害者が他の者との平等を基礎として全ての人権及び基本的自由を享有し、又は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」であるとされている。例えば、精神障害者への合理的配慮とは、診察を待つ間、人が多く気になって落ち着かないときには別室など落ち着ける場所で待ってもらおうようにする、一度に伝える情報量が多いときには、優先順位を示して伝えるなどである。Dさんの場合、そのような合理的配慮が必要な状態にあるという記述は見当たらない。

〔精神保健福祉相談援助の基盤(専門)〕弘文堂, p.114, 『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)〕中央法規出版, pp.208~209)

4 適切でない。精神医療審査会は、患者の人権擁護の観点から、退院を希望する者に対する退院請求と入院中の者に対する処遇改善の要求等について、公正かつ専門的な見地から審議、判断を行う機関である。本事例でDさんは主治医から退院可能と言われており、入院継続の要否の審議対象にはならない。またDさんは退院を希望しておらず、自らの意思で入院を継続して

いるため、対象には該当しない。

〔精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)〕中央法規出版, p.230)

5 適切でない。退院後生活環境相談員は、医療保護入院者が可能な限り早期に退院できるよう支援する役割を担う。2013年(平成25年)の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正により、その設置を精神科病院管理者に義務づけた。本事例でDさんは任意入院であり、退院後生活環境相談員の支援対象には該当しないため、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.278)

問題 113	正答 5
--------	------

1 適切でない。家族との初回面接(インテーク)では、家族の希望や不安を傾聴し、受容する姿勢が求められる。しかし、選択肢は「Fさん本人を連れてこない」というような姿勢であり、Fさんの両親が来所した心境を理解しようとする声かけではない。

〔新・精神保健福祉士養成講座⑤精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ(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Ⅱ』中央法規出版), pp.109~110)

2 適切でない。家族との初回面接(インテーク)では、相談に至った背景やその思いを傾聴し、受容する姿勢が求められる。しかし、選択肢はFさんの両親の不安や心配事を受け止めておらず、安易に家族会を紹介している。来所した心境を理解しようとする声かけとはいえない。

〔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.109~110, pp.156~157)

3 適切でない。家族との初回面接(インテーク)では、家族の希望や不安を傾聴し、受容する姿勢が求められる。しかし、医学的な判断を行うのは医師の役割であり、相談員が勝手に判断してはならない。また、選択肢は治療を前提とした声かけであり、依存症と聞いてFさんの家族は戸惑いを感じるかもしれないため、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.109~110)

4 適切でない。家族との初回面接(インテーク)では、相談に至った背景や苦労などその思いを傾聴することで、信頼関係を構築しようとする姿勢が求められる。選択肢は、家族の育て方を責めるような発言であり、Fさん家族は、これまでの自分たちを否定されたと思う可能性がある。

〔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.103, pp.109~110, pp.156~157)

- 5 **適切**。家族との初回面接（インテーク）では、相談に訪れた機関がどのような役割をもっているのかなどを伝えることも大切である。Fさんの両親は、相談できる場所としてG精神保健福祉士のもとを訪れているが、G精神保健福祉士は相談のみで終わらせるのではなく、保健所の役割を話すことで、今後も継続してかわかってもらえるという安心感につながる。

（『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.109～110）

問題 114	正答 4
--------	------

- 1 **適切でない**。ナルコティクス・アノニマス（Narcotics Anonymous；NA）は、薬物依存症者のセルフヘルプグループである。Fさんは、ギャンブル依存症と診断されており、適切ではない。NAでは、AAの方法を模倣して匿名性を担保し、回復のプロセスとして「12のステップ」とグループのあり方を表現した「12の伝統」を採用している。なお、ナラノン（Nar-Anon）は薬物依存症者の家族や友人等のセルフヘルプグループである。

（社団法人日本精神保健福祉士協会・日本精神保健福祉学会編『精神保健福祉用語辞典』中央法規出版，2004年（以下『精神保健福祉用語辞典』中央法規出版），p.411）

- 2 **適切でない**。アルコールクス・アノニマス（Alcoholics Anonymous；AA）は、アルコール依存症者やアルコール問題を抱える人々のセルフヘルプグループである。Fさんは、ギャンブル依存症と診断されており、適切ではない。AAでは、回復のプロセスとして「12のステップ」やグループのあり方を表現した「12の伝統」を採用している。なお、アラノン（Al-Anon）はアルコール依存症者の家族や友人等のセルフヘルプグループである。

（『精神保健福祉用語辞典』中央法規出版，pp.9～10）

- 3 **適切でない**。オーバーイーターズ・アノニマス（Overeaters Anonymous；OA）は、摂食障害を抱える人々のセルフヘルプグループである。Fさんは、ギャンブル依存症と診断されており、適切ではない。OAは、自分の食事方法に問題を感じており、その問題を解決したいと思う人が集まる匿名性を特徴としたグループである。

（『精神保健福祉用語辞典』中央法規出版，p.47）

- 4 **適切**。ギャンブラーズ・アノニマス（Gamblers Anonymous；GA）は、ギャンブル依存症を抱える人々のセルフヘルプグループである。Fさんは、ギャンブル依存症と診断されており、適切である。なお、

ギヤマノン（Gam-Anon）は、ギャンブル依存症者の家族や友人等のセルフヘルプグループである。

（『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.227）

- 5 **適切でない**。セクサホーリクス・アノニマス（Sexaholics Anonymous；SA）は、性依存症を抱える人々のセルフヘルプグループである。Fさんは、ギャンブル依存症と診断されており、適切ではない。なお、エサノン（S-Anon）は、性依存症者の家族や友人等のセルフヘルプグループである。

（『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.227）

問題 115	正答 3, 5
--------	---------

- 1 **誤り**。ソーシャルインクルージョンとは、地域社会におけるすべての人々が、健康で文化的な生活を送ることができるよう、個別性や主体性を尊重することができる社会の創造を目指す理念である。本事例におけるG相談員のメッセージにあてはまらない。

（『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』中央法規出版，pp.88～90）

- 2 **誤り**。パターナリズム（父性的温情主義）とは、精神保健福祉士によかれと思う気持ちによる保護・管理的なかかわりである。その結果、クライアントの主体性や生活意欲を損なう危険性がある。本事例におけるG相談員のメッセージにあてはまらない。

（『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』中央法規出版，p.93，pp.137～138）

- 3 **正しい**。依存症者の支援におけるイネイブラーとは、アルコール依存症者や薬物依存症者のアルコールや薬物の摂取を可能にする人である。望ましくない行動を終わらせようと努力した結果、逆にその行動を継続させてしまうことを意味する。本事例の「よかれと思って手助けしたことが、依存症の病状を維持させてしまうので注意が必要である」というG相談員のメッセージに該当する。

（『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.55）

- 4 **誤り**。レジリエンスとは、発病の原因や病気自体に対する抵抗力・回復力・復元力を意味する。レジリエンスモデルとは、予防・治療的な視点として、従来から個人に備わる復元力を重視する考え方である。本事例におけるG相談員のメッセージにあてはまらない。

（『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.80～82）

- 5 **正しい**。リカバリーとは、病気や障害によって失ったその人らしい生き方や希望、誇りを取り戻し、新しい生き方を構築することを意味する。本事例の「その

人なりのストレス対処法を見つけて、新しい生き方を構築することが大切である」というG相談員のメッセージに該当する。

〔『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.75~80〕

問題 116	正答 5
--------	------

- 1 適切でない。Hさんは、パニック発作が起きてしまうかもしれないという不安を抱いており、母親への対応にも苦慮している状態である。Hさんは母親への対応をやめたいのではなく、その現状を聞いてほしいと相談している。選択肢の対応は、そのようなHさんの思いに寄り添うものではない。
- 2 適切でない。Hさんの気分の落ち込みは、母親との言い争いによって起こっているHさん自身の反応であり、本人もそれを自覚している。病状の悪化によるものでなく、また継続した状態にはないため、選択肢の提案は適切ではない。
- 3 適切でない。Hさんは自分の落ち込みや家事ができないことを相談しており、母親の受診については母親本人や妹の意向も明らかではない状態にある。本人や家族の意向を確認しないまま、J精神保健福祉士が自ら病院に連絡をすることは適切ではない。
- 4 適切でない。Hさんが家事も手につかなくなるのは、母親との言い争いによる気分の落ち込みにより生じていることである。Hさん自身の家事能力に問題を抱えているわけではない。Hさんは要介護状態ではないため、ホームヘルプサービスの対象とはならない。
- 5 適切。Hさんの相談は母親と暮らす自分の対応や気分に関する相談であり、その背景には母親の物忘れが関係している。J精神保健福祉士は、Hさんと母親の生活状況や母親の状態を確認し理解した上で、Hさんの支援方針を立てる必要がある。よって、適切である。

問題 117	正答 4
--------	------

- 1 適切でない。事例からは、母親の物忘れについては食事をしたことを忘れるということしかわからず、判断能力については不明である。今後、母親の認知症が進めば成年後見制度や日常生活自立支援事業について説明が必要になることも考えられるが、時期尚早である。また、この段階では母親が認知症と診断されて間もなく、Hさんは今後の生活に大きな不安を募らせた

ままの状態であるので、Hさんや母親の支援体制が整ってから説明しても遅くはない。

- 2 適切でない。今後、介護保険を申請することが決まれば、申請書類として医師の診断書は必要になる。しかし、介護保険の申請についてHさん家族が検討している段階であり、母親が受診した病院に診断書を依頼するには、時期尚早である。また、J精神保健福祉士が直接依頼する必要性についてもHさん家族と相談する必要がある。
- 3 適切でない。収入は個人情報にかかわる内容であり、Hさん一家のプライバシーに踏み込むことになる。支援において経済的背景を確認することは必要だが、収入を確認するのではなく、必要と思われるおおよその金額をHさんに伝えた上で、Hさんから相談があれば対応する。
- 4 適切。精神障害者の中には、自分からさまざまな情報にアクセスすることが苦手な人も存在する。よって、支援者より利用できる社会資源についての情報提供は欠かせない。Hさんは母親の対応を自分ひとりで抱え込もうとしており、負担を軽減させる方法の1つとして介護保険について説明することは大切である。また説明するだけでなく、介護保険を利用することになった場合、Hさんが希望すれば手続きに同席するなどの支援も行う。
- 5 適切でない。家族会は、同じ体験をしている人たちが集まるセルフヘルプグループである。そこでは感情や体験を分かち合い相互に助言し合うなど、Hさんにとって仲間づくりの場であり、不安を吐露できる場ともなる。しかし、まずは認知症と診断された母親を福祉サービスにつなげることで、Hさんの日常生活の負担軽減を図ることが必要である。家族会への参加を勧めるのは、それからでも遅くはない。

問題 118	正答 4
--------	------

- 1 適切でない。Hさんや母親にかかわる支援者は、所属する機関や職種もさまざまである。よって、支援者は対等な関係にあり、チームを構成する支援者間に階層関係はない。支援者は、それぞれの専門性に基づき発言・行動し、目標を共有しながら支援を行うことが重要である。

〔『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)』中央法規出版, pp.280~284)〕

- 2 適切でない。Hさんに対する守秘義務はあるが、同居している二人の言動は互いに影響し合うため、母親

の支援者にHさんの情報を伝えることは必要である。Hさんには、事前にどのような情報をどの程度伝えるのか十分に説明を行い、了解を得た上で情報を共有しなければならない。

(『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)』中央法規出版, pp.283~284)

- 3 **適切でない**。今後、Hさんや母親の病気、障害の変化に伴う目的の変化によって、必要とされる専門職や機関が変更となる可能性がある。支援を行うチームメンバーは固定されたものではなく、状況に応じて必要とされる機関や職種が柔軟にチームに加わることができる体制が望ましい。

(栄セツコ「[「連携」の関連要因に関する一考察——精神障害者退院促進支援事業をもとに]『桃山学院大学総合研究所紀要』, 第35巻第3号, 2010年)

- 4 **適切**。精神保健福祉士は、包括的な地域生活支援を行う役割を担っている。よって、精神保健福祉に関する職種のみならず、他分野の職種とも連携できることも必要である。事例の場合、母親にかかわる支援者は高齢者や医療の領域の職種であり、J精神保健福祉士が活動する領域とは異なる。J精神保健福祉士はHさんと母親の両者にかかわっており、支援者間の支援の方向性や役割分担など検討する場を調整することが求められる。

- 5 **適切でない**。Hさんは今後もさまざまな場面で母親への対応や同居生活に困難が生じる可能性がある。そのため、場面や相談内容に応じて相談できる支援者がいること、またHさんが支援者を選ぶことができるような環境が必要である。よって、この選択肢は適切ではない。

(『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)』中央法規出版, p.283, 栄セツコ「[「連携」の関連要因に関する一考察——精神障害者退院促進支援事業をもとに]『桃山学院大学総合研究所紀要』第35巻第3号, 2010年)

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。選択肢は、エンパワメントの説明である。援助者は、利用者の潜在する能力を肯定的に評価し、利用者のもつ力を促進する働き掛けを行う。当事者と当事者を取り巻くその環境の評価において、強さや潜在能力を発見し、引き出すかかわり方をエンパワメントアプローチという。

〔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），p.74, p.120

2 誤り。選択肢は、ケアマネジメントの説明である。ケアマネジメントは、1970年代のアメリカにおいて精神障害者の地域生活をサポートするために始まった支援方法である。近年では、精神障害だけでなく、各種障害や高齢者の支援にも応用されている。

〔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.178，
〔新・精神保健福祉士養成講座⑤精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ（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Ⅱ』中央法規出版），p.7, p.246

3 誤り。選択肢は、バンクミケルセン（Bank-Mikkelsen, N.E.）が提唱したノーマライゼーションの説明である。ノーマライゼーションとは、一般市民と同様の普通（ノーマル）の生活・権利等が保障される環境づくりを目指す理念をいう。

〔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.71，
〔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.311～312

4 正しい。リカバリーは「回復」を意味する言葉であり、疾患や障害を通して、その人の態度、価値観、感情、目的、役割などが建設的に変容していく独特の過程であると定義されている。ディーガン（Deegan, P.E.）はリカバリーを「一つの過程であり、生活の仕方、姿勢であり、日々の課題への取り組み方である」と説明している。

〔精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ〕中央法規出版，pp.78～80, pp.176～177

5 誤り。選択肢は、レジリエンスの説明である。物理学では「弾性・反発力」という意味で使われているが、精神医学や心理学ではストレスや困難な状況に対する「心のしなやかさ」という意味でも用いられる。レジリエンスは個人差、年齢差があるため、支援の際にはアセスメントが必要となる。

〔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.80～82

問題 120	正答 5
--------	------

1 誤り。Y問題は、1973年（昭和48年）に第9回日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会全国大会にて当事者Yさんより、精神科ソーシャルワーカーによって入院を余儀なくされたとの訴えが出された。この問題提起により、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会は議論を重ね、1982年（昭和57年）に「精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的・社会的活動を進めること」を明文化した札幌宣言を採択した。村松常雄は国立国府台病院の院長であり、1948年（昭和23年）に看護婦を配置転換して社会事業婦と呼んだ。これが我が国の精神科におけるソーシャルワーカーの最初である。Y問題とは関係ないため、誤りである。

〔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.4～5, p.130

2 誤り。社会事業婦を精神科におけるソーシャルワーカーとして初めて起用したのは選択肢1のとおり村松常雄である。浅賀ふさは、アメリカのシモンズ女子大学でソーシャルワークを学んだ人物であり、1929年（昭和4年）、聖路加国際病院で日本で初めて医療ソーシャルワーカーとして働いた。

〔精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）〕中央法規出版，p.129

3 誤り。宇都宮病院事件は、1983年（昭和58年）に起こった看護助手らの暴行による患者2名の死亡事件である。このような我が国の精神医療現場の問題は、国連人権委員会の差別防止・少数者保護小委員会において取り上げられ、日本の精神障害者の取り扱いを人権侵害とし、精神衛生法に問題があると批判された。これを受け、1987年（昭和62年）に精神障害者の人権擁護と社会復帰の促進を2本柱とした精神保健法が成立する。寺谷隆子は、1983年（昭和58年）に「JHC板橋」を設立し、地域に作業所を開設しながら精神障害者の地域生活支援に貢献している。宇都宮病院事件とは関係ないため、誤りである。

〔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.7～8, p.21

4 誤り。1964年（昭和39年）3月に起こったライシャワー事件は、ライシャワー駐日アメリカ大使が精神科治療歴のある19歳の少年にナイフで刺された事件である。この事件をきっかけに精神衛生法の一部改正が行われ、通報や措置入院制度の強化など社会防衛的な側

面が濃くなった。谷中輝雄は、1970年（昭和45年）に「やどかりの里」を開設した人物である。精神障害者の住居や就労を開拓する地域活動を開始し、その実践から「生活支援」という言葉を生んだ。また、精神障害者の抱える生活上の困難は固定的なものではないとし、「生活のしづらさ」とした。ライシャワー事件とは関係ないため、誤りである。

（『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版，p.6，『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.298～299，『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』中央法規出版，pp.148～149）

- 5 正しい。呉秀三は1902年（明治35年）に、我が国最初の精神保健啓発運動の慈善団体である精神病者慈善救済会を設立した。また、1918年（大正7年）に「精神病者私宅監置ノ実況及び其統計的観察」を発表した。呉による私宅監置の悲惨な状況の報告が議会を動かし、公的責任として精神科病院を設置することを謳った精神病院法の制定（1919年（大正8年））へつながる。

（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⑤精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ（第2版）』弘文堂，2016年，p.6，p.248）

問題 121	正答 4, 5
--------	---------

- 1 誤り。心神喪失又は心神耗弱の状態であることが認められ、重大な他害行為を行った者と定義されている。法律に違反した行為すべてが対象ではなく、殺人、放火、強盗、強姦性交等、強制わいせつ、傷害といった重大な他害行為が対象となる。心神喪失又は心神耗弱状態とは、精神障害のために善悪の区別がつかない等刑事責任を問えない状態をいい、この法律は対象者に適切な医療を提供し、社会復帰を促進することを目的としている。
- 2 誤り。「職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者」ではなく、「日常生活又は社会生活に制限を受けるもの」である。なお、発達障害者支援法における発達障害の定義は「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう」と定められているので併せて理解してほしい。
- 3 誤り。「身体に対する暴力又はこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動により害を被った者」ではなく、「犯罪等により害を被った者及びその家族又は遺族」である。犯罪被害者等は、精神的、身体的な問題

に加え、経済的問題や仕事、学校など多岐にわたる生活上の問題を抱えることになるため、福祉的支援の必要性が求められている。なお、設問の「身体に対する暴力又はこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動」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に規定されている配偶者からの暴力の定義の一部である。

- 4 正しい。いじめ防止対策推進法は2013年（平成25年）に成立、施行されている。国、地方公共団体、学校は「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」を策定することになっており、国は既に策定した基本方針に基づき、「いじめ防止対策協議会」を設置している。この協議会には精神保健福祉士の職能団体である日本精神保健福祉士協会も参画している。

- 5 正しい。2013年（平成25年）に施行された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、障害者の定義に「難病等」が追加された。難病を抱える方への福祉的支援の必要性が広がり、精神保健福祉士が支援する場面も増えている。そのような背景を踏まえると、難病を抱える方の医療に関する法制度の理解も重要である。難病の患者に対する医療等に関する法律は2015年（平成27年）に施行され、医療費助成の法定化や療養生活環境整備事業などについて定められている。

問題 122	正答 2
--------	------

- 1 誤り。精神科リハビリテーションは、症状の軽減ではなく、健康の増進を焦点としている。また、個人の強み、すなわちストレングスを視野に入れ、病気や障害による困難や苦痛よりも、個人の成長や意味ある適応、挑戦を重視していく。

（W.アンソニー・M.コーエン・M.ファルカス・C.ガニエ、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』三輪書店），p.90）

- 2 正しい。人間は、社会において満足した生活、仕事、学校につながるために社会生活技能を習得し、それによりさまざまな社会活動やサービスに結びついていく。そのため、精神科リハビリテーションにおいて、安心できる住居、社会的成功や自分の人生を取り戻すための教育、職業的な成功などの成果（アウトカム）が重要となる。

（『精神科リハビリテーション』三輪書店，pp.93～95）

- 3 誤り。精神科リハビリテーションでは、支援の範囲

内であれば、支援者など特定の人や資源に依存することはリハビリテーションのプロセスとして自然であり、結果的に当事者の自立につながると考える。例えば、歯の治療を歯科医にゆだねるなど専門家への依存は誰もがやっていることであり、ある分野・環境での依存が他の分野・環境での本人の機能を増加し自由度を高めるとも考えられる。

〔精神科リハビリテーション〕三輪書店、pp.91～92)

4 誤り。薬物療法を望まない人や必要としない人もいるが、薬物を服用することでリハビリテーションや他のサービスを利用しやすくなるなど間接的な効果も認められる。薬物療法は、単体では不十分ではあるが、リハビリテーション介入の一要素として有益であり、それが強制的なものでない限り、長期の薬物療法が否定されるわけではない。

〔精神科リハビリテーション〕三輪書店、pp.97～102)

5 誤り。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とされ、精神科リハビリテーションでは評価や介入に当事者の観点を反映させる。障害の軽重にかかわらず、当事者に参加してもらうためには、当事者に理解してもらえらる明確な手順や参加に必要なあらゆる支援や技術が求められる。また、当事者の参加には、他の当事者へのサービスに当事者が参加することを含めることもある。

〔精神科リハビリテーション〕三輪書店、pp.96～97)

問題 123	正答 5
--------	------

1 適切でない。Kさんの幻聴や不安は、親しい友人を失ったことが原因の可能性もあり、病状の悪化による症状としてすぐに主治医の診察を受けるように勧めるのではなく、まずはKさんの思いを受け止め、不安に感じていることについて寄り添うことが大切である。また、その中で診察を受けることが必要であると判断できた場合に受診を勧めるようにする。

〔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.236～238、〔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.223)

2 適切でない。症状が出た＝薬を飲んでいない可能性があるとすぐに決めつけて服薬のチェックを行うのではなく、友人を失った喪失感という人として当たり前の状況を考慮し、まずはKさんの気持ちや状況を受け止めることが重要である。また、不安が続くようであれば一緒に薬のことを確認することが適切である。

〔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.238～240)

3 適切でない。気分転換のために、Kさんと一緒に買い物に出かけようと誘うことは、友人を失った喪失感により自宅にひきこもっている現状では、エネルギーを消耗させてしまい、かえって調子が悪くなる可能性もある。友人を失った悲しみに対して、気分転換というこちらからの誘いはこの段階では不適切である。

〔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.237～240)

4 適切でない。喪失感から来るうつ状態のKさんにとって、この段階での選択肢として認知行動療法を行うことは、時期尚早である。今Kさんがこの時に感じている思いを受け止めずに、解決策や認知の修正を行うことは、かえって不安やL精神保健福祉士に不信感を抱く可能性が高くなる。

〔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.205～209)

5 適切。この段階では、まずKさんの喪失感や不安な思いをL精神保健福祉士がしっかりと受容し、亡くなった友人との思い出やKさんの気持ちをゆっくり聴き、その後段階を踏んで、Kさんに寄り添った形での支援を行っ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〕中央法規出版、p.232、pp.236～237)

問題 124	正答 2
--------	------

1 適切でない。インテークでは、相談時間枠の中でクライアントの主訴や経過を聴取する必要がある。相づちは、語りを促す有効な面接技法の1つであるが、このAさんの様子からは、とめどない話が一向に本題に到達せず、面接に時間がかかり過ぎることが懸念される。よって、傾聴しながらも来所目的や困りごとなどを閉じられた質問で尋ね、面接を主導するほうが適切である。

〔精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ〕中央法規出版、p.318、p.320、公益社団法人日本精神保健福祉士協会監、田村綾子編著、上田幸輝・岡本秀行・尾形多佳士・川口真知子『ソーシャルワークの面接技術と記録の思考過程』中央法規出版、2017年（以下『ソーシャルワークの面接技術と記録の思考過程』中央法規出版）、pp.141～142)

2 適切。インテークでは援助関係の形成も目的の1つである。特に初対面のクライアントは、評価が気になったり非難されるのではないかと緊張し不安を抱えていることが多い。クライアントの発言を受け止め、どんな相談事でも話してよいと保証することにより、精神保健福祉士を信頼し安心して本音や事実を語れるように促すことが望ましい。

〔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.307、p.312、『ソーシャルワークの面接技術と記録の思考過程』中央法規出版、p.133)

3 **適切でない**。精神保健福祉士は、クライアントの言動について一般的価値基準や自分自身の価値基準から相手をいさめる態度を取らないことが肝要である（バイステックの7原則の非審判的態度）。ここでは「憎らしく思うこともあるのですね」とマイナス感情を受け止め、信頼関係の樹立を目指す。

（『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. 311，pp. 318～319，『ソーシャルワークの面接技術と記録の思考過程』中央法規出版，pp. 143～144）

4 **適切でない**。Aさんの発言はMさんの障害について周囲から責められ、自責感を抱いていることを示すものである。その苦悩を受け止めつつ、夫や義母を含む家庭環境に関する情報を収集することがインテークでは必要である。

（『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版，p. 312，p. 317）

5 **適切でない**。この発言からは、Mさんに対する夫婦間での意見の相違が推測できるため、安易な肩入れは避けたい。また、AさんはMさんの今後に不安を抱いて来所していると考えられるため、精神保健福祉士は「ご心配なのですね」など感情の反映を用いて応答し、Aさんの不安感を受け止め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』中央法規出版，p. 319，『ソーシャルワークの面接技術と記録の思考過程』中央法規出版，pp. 146～147）

問題 125	正答 1
--------	------

1 **適切**。ストレングスモデルとは、クライアント自身や生活環境のもつ強さ（ストレングス）、健康な部分に焦点をあてて積極的に活用しようとするアプローチである。このC精神保健福祉士のかかわりは、Bさんの「相談できる点」について焦点をあてている。

（『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. 74～75）

2 **適切でない**。このC精神保健福祉士のかかわりは、Bさんの不安に対して受容と共感を示している。このような受容と共感を示すことで精神的な支えになるが、ストレングスに着目したかかわりではない。

（『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. 316～321）

3 **適切でない**。ストレングスは成長・変化する。このC精神保健福祉士のかかわりは、Bさんの適応能力を高めるかかわりとはいえないため、最も適切とはいえない。なお、居宅介護は、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）によるサービスの1つであり、買い物や掃除、洗濯などの家事援助・通院同行などのサービスがある。

（『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. 74～75，pp. 139～142）

4 **適切でない**。今の時点でBさんは「薬も飲み忘れたらどうしよう」という具体的な不安を表出している。そのことに対する予防策を検討・提案することが望ましい。例えば、デイケアや居宅介護と連携を行う、訪問看護の導入を検討するなど、Bさんの不安の軽減につながる多職種でのかかわりが必要である。

（『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. 131～136，p. 238）

5 **適切でない**。Bさんは再入院することを希望しているわけではない。ここでは、再入院に対する不安を軽減するためのかかわりが求められる。Bさんが自分の人生の主人公として安心して地域生活を送るために、フォーマル・インフォーマルな資源の活用等を検討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，p. 12，pp. 203～205）

問題 126	正答 3
--------	------

1 **適切でない**。エンカウンターグループとは、ロジャーズ（Rogers, C. R.）が開発した理論と実践に基づいた集団心理療法の1つで、その目的は、グループの成長を通して個人のパーソナリティの変容を期待することである。実施形態は、非構成的エンカウンターと構成的エンカウンターがあり、ファシリテーター（促進者・世話人）が進行役となり、日常の規範から離れた場で10名前後のグループが、感じたことを自分の思うままに話し合う。

（社団法人日本精神保健福祉士協会・日本精神保健福祉学会監『精神保健福祉用語辞典』中央法規出版，2004年（以下『精神保健福祉用語辞典』中央法規出版），p. 43，日本集団心理療学会監，北西憲二ほか編『集団心理療法の基礎用語』金剛出版，2003年（以下『集団心理療法の基礎用語』金剛出版），pp. 140～141）

2 **適切でない**。心理劇（サイコドラマ）とは、モレノ（Moreno, J. L.）によって創始され、即興劇の形式を用いて人間及び人間を取り巻く状況を探求する科学であり、個々人の人間関係や課題を扱う集団心理療法の1つである。その目的は、舞台という仮の世界の中で自己のテーマ、あるいはドラマを表現することで得られるカタルシスや日常生活の中で埋没している自発性を引き出すことで、新しい自分の生き方を発見することである。

（『精神保健福祉用語辞典』中央法規出版，p. 291，『集団心理療法の基礎用語』金剛出版，pp. 140～141）

3 **適切**。スマープ（SMARPP）とは、アメリカのマトリックス・モデルをもとに神奈川県立精神医療セン

ターせりがや病院で開発された「せりがや病院覚せい剤再乱用防止プログラム (SMARPP)」で、認知行動療法を用いた薬物依存症の外来治療プログラムである。ワークブックを用いて、疾患への理解を促し、治療動機を高め、同じ悩みをもつ仲間と新しい生き方を獲得する方途を提供している。

(『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. 54~56)

4 適切でない。弁証法的行動療法 (DBT) とは、リネハン (Linehan, M. M.) によって開発され、感情調節に問題がある衝動性の高い治療困難な境界性パーソナリティ障害 (BPD) に対し有効であるとして立証され、欧米において広く支持されている治療法である。DBTのスキルトレーニングで目標とするのは、行動面、感情面、認知 (思考のパターン) を変えるためのスキルを身につけることである。また、そのスキルとは、コア・マインドフルネス・スキル、対人関係保持スキル、感情抑制スキル、苦悩耐性スキルで、これを学ぶために集団療法を重視する。

(『こころのりんしょう à la carte』第26巻4号, 2007年, リンダ・A・ディメフ, ケリー・コーナー編著, 遊佐安一郎訳『弁証法的行動療法 (DBT) の上手な使い方——状況に合わせた効果的な臨床適用』星和書店, 2014年, pp. 1~3)

5 適切でない。社会生活技能訓練 (SST) とは、リバーマン (Lieberman, R. P.) によって考案された心理社会的療法で、認知行動療法と社会的学習理論に基づいた支援方法である。自分の生活を豊かにし夢や希望を叶え、自己対処能力を高め (エンパワメント)、自立を支援するための対人関係を中心とするコミュニケーションスキルや対人行動などの社会生活技能を改善し、疾病の自己管理技能などを高める支援方法である。

(『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. 209~214, 『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. 60~63)

問題 127	正答 4
--------	------

1 誤り。ACTは、重度の精神障害を抱えた人を対象としている。通常、対象となるのは、既存のサービスを利用して地域で基本的な役割を果たすことが困難な統合失調症や躁うつ病などの精神障害を抱えた人たちである。

(西尾雅明『ACT入門——精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム』金剛出版, 2004年 (以下『ACT入門——精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム』金剛出版), p. 16)

2 誤り。ACTはチームにより提供されるが、そのチームはトランスディシプリナリ・モデル (transdiscipli-

nary model) に基づく「超職種チーム」(transdisciplinary team) に相当する。

(『ACT入門——精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム』金剛出版, pp. 35~37, 『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, p. 150)

3 誤り。従来の仲介型ケースマネジメントでは、重い精神障害を抱える人の入院抑止効果が不十分であったことから、ACTではサービスをチームが直接提供することで迅速で有効な支援を行っている。

(『ACT入門——精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム』金剛出版, p. 18)

4 正しい。ACTは、アメリカのマディソン市における「回転ドア現象」対策として、再教育を受け、病院から地域に移行した多職種スタッフのチームによる患者の地域に出向く直接サービス提供の試みである「地域生活訓練」(Training in Community Living: TCL) から始まった。

(『ACT入門——精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム』金剛出版, pp. 27~29)

5 誤り。ACTは、最も包括的・集中的な訪問型支援を提供するケアマネジメントモデルの1つである。

(『ACT入門——精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム』金剛出版, p. 13, p. 46)

問題 128	正答 5
--------	------

1 誤り。選択肢は、アセスメントの説明である。アセスメントは利用者を社会生活上の全体的な観点でとらえ、利用者のニーズや意思、利用者を取り巻く社会環境などを理解し、評価する。また、収集した情報を視覚的にとらえるためにジェノグラムやエコマップなどのマッピング技法を用いることも必要である。

(『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. 272~273)

2 誤り。選択肢は、スクリーニングの説明である。ケアマネジメントにおけるスクリーニングとは、一定の基準や要件に沿ってサービスにつなげていく過程をいい、聴き取りによる情報収集のほか特定の問題や疾患を発見するためのスクリーニングテストなどを用いることがある。

(『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. 271)

3 誤り。選択肢は、リンケージの説明である。リンケージはケア計画を策定するだけではなく、重度の精神障害やコミュニケーションが苦手な利用者等の場合に、利用者とサービス提供者を確実につなげるケアマネジメント従事者の役割である。

(『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. 248)

～249)

- 4 **誤り**。モニタリングにおける点検・確認は、ケア計画に沿ってサービスや支援が提供されているか、利用者の心身の変化や生活環境の変化により新たなニーズが生じていないか、利用者の満足度を調査することも含めて行われるものであり、利用者も含めた3者で行うことが望ましい。

(『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.275～276)

- 5 **正しい**。モニタリングは、利用者の状況やニーズの変化、ケア計画の実施状況を確認する段階である。利用者の状況に変化が生じている場合には頻回に行い、サービス変更の調整を行う必要がある。

(『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.271～272, pp.275～276)

問題 129	正答 1
--------	------

- 1 **正しい**。スーパービジョンには、管理的機能、教育的機能のほか、自らのおかれている状況や心情を言語化し、スーパーバイザーの自己覚知を促進する支持的機能があり、3つの機能は相互に影響を与えている。特に支持的機能は、困難な状況におかれた人々と接する中で過度な負担やストレスにさらされるバイザーを精神的に支えることでバーンアウトを防ぐ役割がある。

(『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.325～327)

- 2 **誤り**。スーパービジョンを行う方法の1つである個人スーパービジョンに関する説明である。スーパーバイザーの関与が濃厚になり、スーパーバイザーのニーズは満たされやすいとされているが、支持的機能に限らず、スーパーバイザーの課題に合わせて3つの機能が適宜はたらく必要がある。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版, p.328)

- 3 **誤り**。スーパービジョンを行う方法の1つであるピアスーパービジョンに関する説明である。実施の過程では、同じ経験をもつ者同士での共感や励ましなどを受け取ることもあるため支持的機能も発揮されるが、支持的機能自体を説明している記述ではない。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版, p.329)

- 4 **誤り**。スーパービジョンを行う方法の1つであるライブスーパービジョンに関する説明である。実際の支援場面を活用するところに特徴がある。いずれの場合もクライアントに了承を得て同席することや、後でその場面を振り返り、どのような意味をもって行っていたことか点検することが重要である。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版, p.329)

- 5 **誤り**。記述は、スーパービジョンにおけるスーパーバイザーとスーパーバイザーの関係性のありように連動して、スーパーバイザーと利用者とのあり方が規定されるというパラレルプロセスのことで、スーパーバイザーの支持的態度によって、スーパーバイザーがクライアントに対する受容、共感的なかわりができるようになることも含むが、支持的機能自体の説明ではない。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版, p.327)

問題 130	正答 2
--------	------

- 1 **誤り**。選択肢は、エコマップのことである。エコマップはマッピング技法の1つであり、1975年にハートマン (Hartman, A.) によって考案された。生態地図といわれるもので、クライアントに影響を与える環境との関係性を把握することができる。クライアントとともに作成することで、クライアントが自身の状況を客観視することができる。

(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⑥精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ(第2版)』弘文堂, 2016年(以下『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』弘文堂), p.33, pp.198～199)

- 2 **正しい**。ボーエン (Bowen, M.) らによって考案されたマッピング技法の1つである。3世代以上の家族間の相互作用を図式化することで、世代間伝播している連鎖的な問題を発見することができる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』弘文堂, p.202)

- 3 **誤り**。選択肢は、ソシオグラムのことである。小集団の成員間の選択・拒否関係を線で示すことで、人間関係の構造を把握するマッピング技法である。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』弘文堂, p.204)

- 4 **誤り**。選択肢は、タイムラインのことである。クライアントのライフサイクルを視覚的に把握するためのツールである。クライアントの年齢や年代を縦軸にしてライフイベントなどを記載することで、時間軸でクライアントの情報を把握するものである。

(『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.272, p.285)

- 5 **誤り**。選択肢は、ファミリーマップのことである。家族図といわれ、家族間の葛藤、情緒の遮断、過剰的関与などの関係をとらえるマッピング技法の1つである。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』弘文堂, p.206)

問題 131	正答 3
--------	------

1 誤り。ジョイニングとは、最初にミニューチン (Minuchin, S.) の構成派家族療法で用いていたものである。治療者が家族と治療目標に向けての関係づくりのために、家族の独特の文化に溶け込んでいくための技法で、家族の言語の特徴を観察し、患者・家族のルールや役割行動や家族の情報伝達手段 (コミュニケーション) のルールに合わせ、グループシステムに受け入れられるようにはたらきかける技法である。

(『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. 59~60)

2 誤り。リンケージとは、利用者のニーズと社会資源の結合・連結という意味であり、ケアマネジメントを理解する上での重要な構成要素である。アセスメントに基づくケア計画を実行する際に、利用者と実際の社会資源をしっかりと確実につなぎ、利用者にとって必要で適切な社会資源が提供できるようにすることである。情報提供や関係機関の紹介よりも、より強いはたらきかけで資源と結びつけていく。

(『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. 248~249)

3 正しい。リフレーミングは、ヘイリー (Haley, J.) とジャクソン (Jackson, D. D.) が心理療法で最初に用いた技法で、否定的に意味づけられたものを肯定的な意味づけに変化させるような発言を治療者が行うリフレーム (再枠づけ) という言葉が由来である。家族の行動や、家族に起きた出来事、関係性などの「事実」は変えずに、その文脈や意味づけを変化させる方法である。

(『精神保健福祉用語辞典』中央法規出版, p. 525, 『集団精神療法の基礎用語』金剛出版, pp. 291~292)

4 誤り。バイトソン (Bateson, G.) らが提唱したダブルバインドとは「二重拘束」と訳され、メッセージとメタメッセージの2つの異なる階層の矛盾したメッセージ内容を受け取ることで、精神にストレスがかかるコミュニケーション状態となり、精神状態が拘束されて身動きが取れなくなることを意味している。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, p. 103)

5 誤り。エンゲージメントとは、「つながり」の意味をもつ用語で、受理面接で契約関係を結ぶことや、家族心理教育プログラムでは、個々の家族に対して、複数回の面接等で対等なパートナーシップがもてる信頼関係を形成し、問題解決に向けて取り組む過程を指している。

(『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. 282, 『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. 105)

問題 132	正答 3
--------	------

1 適切でない。G精神保健福祉士がFさんと初めて出会う場面である。相談援助のプロセスとして、初期にはFさんが安心して退院に対する思いを話せるよう関係づくりを意識した面接が求められる。主治医からの依頼でもあるが、まずはFさん自身から言葉を引き出していかかわりが必要であり、この時点でグループホームの説明をするのは尚早である。

(『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. 277~281)

2 適切でない。この時点でFさんからグループホームを利用したいとの意向は出ていない。また、母親の協力についてもFさんの意向を確認できていない。支援の主体はG精神保健福祉士ではなく、Fさんである。Fさんの主体性を尊重したかかわりが求められる。

(『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. 12~14)

3 適切。初回面接においては受容と共感の態度を示しながら、Fさんの思いや意向を丁寧に聞き出していく姿勢が必要である。主治医がグループホームを勧めているが、Fさんはどのような気持ちでいるのかを確認するなど、精神保健福祉士にはクライアントの側に立った支援が求められる。

(『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. 277~281)

4 適切でない。今後、退院に向けた支援計画は必要となるが、支援計画はクライアントのニーズをしっかりと踏まえた上で、クライアントとともに作成することが重要である。初回面接の場面では、まだFさんの思いや意向を汲み取ることができていないため、事前に精神保健福祉士が計画を考え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. 290~292)

5 適切でない。この時点でFさんの退院に向けた課題が何であるのかについては、Fさん、G精神保健福祉士ともに共有できていない状況である。根拠もなく、退院に必要な時間やリハビリテーションの必要性を説明することはFさん主体の支援とはいえない。

(『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. 277~281)

問題 133	正答 4
--------	------

1 適切でない。クライアントへの支援において、クライアントが抱える疾病に配慮し、服薬の必要性を説明することは必要である。しかし、精神保健福祉士の視

点はクライアントを「生活者」としてとらえることであり、疾病による症状は環境との不具合により生じるものであって、あくまで生活支援が精神保健福祉士の本分である。服薬の必要性を説明するのは、医師や看護師の役割となる。

（『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版，p.11，p.24）

- 2 **適切でない**。退院を困難にしている要因にはさまざまなものがあり，それらは社会的な理由であることが多い。精神保健福祉士はそのような社会的入院者の地域移行を積極的に進めていく役割が期待されている。精神障害者を「生活者」としてとらえることは，人の生活の基盤は地域において営まれることであり，障害があっても地域で暮らすことを検討する姿勢が求められる。

（『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.118～119）

- 3 **適切でない**。この場面は相談援助のプロセスでは，課題分析（アセスメント）にあたる。人と環境の相互作用の視点からアセスメントすることが精神保健福祉士には求められる。Fさんにはさまざまな課題があり，それらが複合的に関連して退院を困難にしていることから，住まいがあれば解決するものではない。

（『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.285～287，『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.15～21）

- 4 **適切**。課題分析（アセスメント）を通じて明らかになったことはクライアントと共有する姿勢が重要である。なぜなら，支援の主体者はクライアントであるからである。Fさんの抱えるさまざまな課題を共有し，Fさんがそれらをどのように理解しているか確認することで，Fさん自身が課題に気づき，解決に取り組む動機づけにもなる。

（『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.285～287，『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.120～121）

- 5 **適切でない**。課題分析（アセスメント）により明らかになった課題はすべてが病院で解決できるものとは限らない。入院中でなければ解決できないことを優先しつつも，クライアントの可能性を信じ，地域に存在するさまざまな社会資源を活用しながら地域生活の中で課題を解決していく視点も必要である。

（『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.252～253）

る自己決定を支える観点から連携する機関を検討する必要がある。自己決定を支えるためには，Fさんが自分で選び，決めることができるよう情報や体験の機会を提供することが重要となる。居宅介護支援事業所の介護支援専門員は，介護保険の相談や居宅サービス計画の作成を担っている。Fさんは介護保険の対象ではないため，選択肢は適切ではない。

（『新・社会福祉士養成講座⑩社会保障（第5版）』中央法規出版，2016年，pp.170～175）

- 2 **適切でない**。市町村社会福祉協議会に配置されている生活支援員とは，日常生活自立支援事業にかかわる職員のことである。この事業は，認知症や知的障害，精神障害等により判断能力が不十分な人に対する福祉サービスの利用援助事業等であり，専門員が作成する支援計画に基づき生活支援員が具体的な支援を行うものである。Fさんは判断能力が不十分な状態ではないため，選択肢は適切ではない。

（『新・社会福祉士養成講座⑨権利擁護と成年後見制度（第4版）』中央法規出版，2014年，pp.130～134）

- 3 **適切でない**。サービス提供責任者は，介護保険法の指定訪問介護事業所や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）の指定居宅介護事業所などに配置される。居宅介護計画の作成やサービス利用にかかる調整，従業者に対する技術指導などを行う。Fさんはこの段階では居宅介護の利用が決定していないため，選択肢は適切ではない。

（『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制度（第5版）』中央法規出版，2015年（以下『障害者に対する支援と障害者自立支援制度』中央法規出版），p.207）

- 4 **適切でない**。障害者就業・生活支援センターは，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機関であり，障害者の身近な地域において，就業面及び生活面における一体的な相談支援を実施している。就業支援担当者と生活支援担当者が配置されている。Fさんは，現段階では就労を希望しているわけではないので，選択肢は適切ではない。

（『障害者に対する支援と障害者自立支援制度』中央法規出版，pp.190～191）

- 5 **適切**。相談支援専門員は，障害者総合支援法における指定一般相談支援事業所等に配置される。ここでの相談支援とは，基本相談支援，地域相談支援，計画相談支援を指す。地域相談支援は，地域移行支援及び地域定着支援をいい，地域移行支援の内容は入所・入院している障害者等に対する住居の確保，地域生活に移行するための活動に関する相談，地域移行にかかる活動のための外出への同行，障害福祉サービス（生活介

問題 134

正答 5

- 1 **適切でない**。この場面では，Fさんの住まいに関する

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る。相談支援事業所の相談支援専門員と連携することは、Fさんが住まいについて選択できるよう、さまざまな情報や体験を提供できる機会となり、退院を促進する意味においてもふさわしい。

(『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.150~153, 『障害者に対する支援と障害者自立支援制度』中央法規出版, pp.204~205)

問題 135	正答 5
--------	------

1 適切でない。同一機関で電子カルテ等による情報共有が可能であれば積極的に活用すること自体は間違いではない。しかし、インテーク面接をせずに書面上の情報や医師の意見を聞いただけではクライアントの意思を確認していないため支援契約が成立しているとはいえず、支援方針や紹介先を決めるのは不適切である。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版, p.282)

2 適切でない。Hさんの同意を得ずに情報を他者へ伝えることは、精神保健福祉士の秘密保持義務に違反する。また、Hさんの抱える課題や意向を確認せずに入院可能かどうかを問いつけるのは本人不在の行為であり不適切である。さらに、Hさんの状態等に関する正確な情報がなく看護師からの伝聞だけで、ほかの病院に入院可否を検討してもらうことは不可能である。

(『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)』中央法規出版, p.151)

3 適切でない。自ら電話をするという相談の意志を尊重することや、相談を予約制で行っている場合に本人からの相談予約をもらう対応自体は間違いではない。しかし、同一職場の多職種が連携して迅速に対応するほうが患者にとっては利便性が高いといえ、また、チームアプローチの観点からも適切な対応とはいえない。

(『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.294~295)

4 適切でない。患者本人であるHさんの意向を中心にして支援を検討することが基本である。もし、支援を提供する上で家族の意向確認が必要と判断した場合は、Hさんの同意を得た上で家族に連絡を取るか来院してもらうのが適切であり、家族の話を優先させたり、現段階で家族同伴を求めたりすることは不適切である。

(『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.314~315)

5 適切。Hさんが精神科への受診や入院についてどう考えているかを確認することや、Hさんの抱える生活上の課題も把握した上で最善の支援を提供することがソーシャルワーカーとしての適切なはたらきであり、その中に自機関よりも適切な専門医療機関への紹介が望ましいと判断することも含まれる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版, p.279, p.282)

問題 136	正答 2
--------	------

1 適切でない。クライアントが自分で考えるように支援することはソーシャルワーカーの役割の1つであるが、信頼関係が構築できていない現時点で選択肢のような応答をすると、Hさんは突き放されたと感じてしまい、相談を継続するモチベーションや援助関係は形成できないと考えられ、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, p.281)

2 適切。Hさんの発言からはアルコール問題を抱えているという自覚は乏しいと推測できるが、発言には支援を要する課題が含まれていると考えられる。選択肢の応答は、支援できることがあるかどうか一緒に考えたいという共感的な姿勢で、援助関係を形成しながらさらに話を聞き、支援の要否と内容についてスクリーニングする姿勢を表わしており適切である。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版, p.279, p.286)

3 適切でない。アルコール依存症を疑われるクライアントに対して飲酒問題に向き合うよう促す支援は必要なことであるが、Hさんの発言には飲酒問題への否認が含まれており、援助関係が形成できていない現段階(支援開始時)に、選択肢のような応答で課題への直面化を迫ることは否認を強めるリスクが高く、治療への動機づけにおいて逆効果であることが多い。

(『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.281)

4 適切でない。Hさんの問いかけの矛先を避けて話題を変える対応は、Hさん自身が抱えているであろう不安の言語化や受け止めに難しくしてしまう。また、初診日や受診歴を確認することがインテークにおいて必要な場合もあるが、同一医療機関内の初診日をあえてここで尋ねる必要はなく、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, p.283)

5 適切でない。Hさんは、内科医の意見に納得していない様子であり、医師の発言を根拠にするだけでは精神科受診の動機づけは形成されない。Hさんが飲酒問題を否定しながらも相談室まで来た事実に着目し、ス

トレングスにも着目して生活者の視点から情報収集し精神保健福祉士としてアセスメントするべきであり、病理のみに着目した対応は不適切である。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I』中央法規出版, p. 286)

問題 137	正答 3
--------	------

- 1 適切でない。現段階では、HさんとJ精神保健福祉士の間でアルコール依存症が共通の問題として認識できているか不明であり、両者はこれから支援課題を見出そうとする段階である。Hさんに自覚を促す意図とはいえ、このように一方的に課題を出すことは、これから対等な支援関係を形成する上で支障が生じるため不適切である。
- 2 適切でない。Hさんの生活課題について、J精神保健福祉士はHさんと共通認識をもった上で地域援助事業者として適切な機関や支援者を選ぶべきである。生活課題が明確ではない現時点でケア会議を開くのは時期尚早であって適切ではない。
- 3 適切。Hさんは精神科受診や「アルコール依存症」扱われることに拒絶感を表明している一方、体調不良で受診し「酒を控えめにする」とも言っている。Hさんが言葉どおりに節酒を意識して生活してみた上で、次回の面接で話題にしたいと伝えることは、Hさんと問題を共有し検討するために適切である。選択肢1～5の対応は、いずれも精神保健福祉士の援助の展開過程で選択し得るが、現段階での最適な対応については本事例の経緯や特徴との兼ね合いで検討しなければならない。
- 4 適切でない。問題意識が明確でない時点で一方的に専門書を提示しても、クライアントのモチベーションは上がらない場合が多い。また、次回の面接で読んだ感想を述べるという課題は、現在のHさんにとって、審査されていると感じてしまう可能性が高く、面接場面で不安や問題を率直に話せなくなってしまうことも懸念されるため不適切である。
- 5 適切でない。現段階ではHさんが精神科に入院するとは決まっておらず、本人も否定的であるため、入院を前提とした生活環境の調整に関する提案は不適切である。

問題 138	正答 4
--------	------

- 1 適切でない。情報収集のためのネットワークづくりとしては、日頃から地域の医療・福祉関係機関・関係

団体や民生委員・児童委員や地域住民との間で情報交換が可能な関係づくりが求められる。よって、課題発見後にネットワークを形成する本選択肢は適切とはいえない。

(『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. 280～281)

- 2 適切でない。クライアントの情報を守ることは大切だが、自分の権利を表明し支援を求めることが困難なクライアントのアドボカシーや本人の支援ネットワーク形成のために、本人の了解を得てクライアントの情報を的確に提供できるスキルが求められる。よって、本選択肢は適切とはいえない。
(『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. 280～281)
- 3 適切でない。片付けなど具体的な支援を通して本人や地域住民との信頼関係を形成することで、本人に支援が届かない理由など、より深い情報を聞き出すスキルが求められる。よって、本選択肢は適切とはいえない。
(『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. 280～281)
- 4 適切。支援が届いていない当事者の中には、サービスを受けることへの抵抗感や不信感が存在する場合は考えられる。そのため、クライアントが相談に来ている場合よりも、支援者自身が安全でともに生活上の課題に取り組む存在であるとクライアントに認められる面接スキルが一層必要となる。よって、本選択肢は適切である。
(『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. 280～281)
- 5 適切でない。クライアントが相談に来ている場合と異なり、支援が届いていない人と接点をもつには、すでに本人と関係性ができている人や機関の協力を得て本人との関係性を構築していくスキルが求められる。よって、本選択肢は適切とはいえない。
(『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. 280～281)

問題 139	正答 3
--------	------

- 1 適切でない。Aさんは精神疾患の通院治療中で働けず、一人暮らしを引きあげて実家に戻り、Mさんの介護も十分にできない状況である。まずは家族全体のニーズを考え、必要な生活支援や介護サービスを考えていく段階である。
- 2 適切でない。精神疾患を抱えて暮らすAさんにとって、Mさんの介護や二人の生活を一人で支えることに

しい指導を誘発している可能性があり、今後社会のなかで障害の理解が進んでいくことは必要である。しかし、Cさんと協働でその活動を考えていくことは、ソーシャルアクションの視点である。

- 5 **適切でない。**Cさんの様子によっては、受療状況を確認したり中断している場合に受療を勧めたりすることはある。また、就労移行支援事業を活用する際には医師の意見書が必要になることがある。しかし、これは医学モデルの視点である。

問題 142	正答 5
--------	------

- 1 **適切でない。**母親に来所してもらった目的は、すでに家から独立しているCさんとの関係やCさんへの何らかの支援を家族に期待できるのかなど家族状況を知るためであり、家族自身に発達障害に関する相談のニーズが確認されているわけではない。Cさんの生き難さについて家族が理解することはCさんのエンパワメントにつながり、大切なことであるが、この段階で積極的にすすめることではない。
- 2 **適切でない。**夫の問題で余裕のない母親がせめて自分にできることとして金銭的支援を表明しているのであり、現在就労移行支援事業所を利用しているCさんの就労意欲をそいでいる状況ではない。実際に金銭的支援を受ける必要があるかどうかは別に、ここは来所してできることを示した母親の思いを受容したい。
- 3 **適切でない。**家族心理教育とは、精神疾患など受容しにくい問題について知識や情報を提供し、家族が当事者の生き難さを理解して支援できるようにすることを目的としている。Cさんはすでに独立していて母親が毎日の対応に追われているわけではなく、また母親は夫の病気のことで余裕がない状況であることを語っているので、この段階でさらに母親に負担になるようなプログラムを積極的にすすめることではない。
- 4 **適切でない。**Cさんの課題は就労移行支援事業所を利用して、障害に配慮のある職に就くことであり、生活支援のニーズは語られていない。また、Cさんと暮らし方について話し合う前に、Cさんにしつけと称して暴力を振るっていた義父のいる家族と再び暮らすことを打診するのは不適切である。
- 5 **適切。**母親との面接の目的は家の事情を理解することであり、こちらから積極的に来所を呼びかけたものである。これに応じて足を運び、家族の事情や援助の限界を示してくれたこと、そのうえで母親ができる支援を考えていることを精神保健福祉士は評価して受け

止めることが大切である。

問題 143	正答 1, 5
--------	---------

- 1 **適切。**Cさんは、障害者枠での就労を希望している。ハローワークに行き、障害者枠での求人票を見ることは、Cさんの希望にかなっており適切である。精神保健福祉士は、クライアントの希望を中心にすえて個別支援計画を作成する。
- 2 **適切でない。**Cさんは、障害を理解してくれる環境を探すことを希望しているのであって、対人関係のスキルを向上させたいとは希望していない。精神保健福祉士は、クライアントのマイナス面に焦点化し、そのマイナス面を克服するために、援助技術や障害福祉サービスにクライアントを当てはめるような支援をしてはならない。
- 3 **適切でない。**Cさんは生活のリズムが乱れているわけではない。また、パソコン業務が得意であり、そのスキルを活かしたいと希望している。精神保健福祉士は、支援者側の提供できる支援にクライアントを当てはめるのではなく、個別化の原則を意識して、オーダーメイド型の支援に努めなければならない。
- 4 **適切でない。**障害福祉サービス等の利用に関しては、クライアントの意向を確認することが必要である。事例文では、Cさんが障害者就業・生活支援センターの利用を希望しているとは記載されていないため、不適切である。
- 5 **適切。**Cさんは、情報処理に関する資格取得を希望している。その希望をかなえるための社会資源である職業能力開発校（職業能力開発促進法に規定されている公共職業能力開発施設の1つであり、就職に向けた普通職業訓練を行う機関）を見学することは、Cさんの希望にかなっており、適切である。

精神保健福祉に関する制度とサービス

問題 144

正答 1

- 1 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）第5条の規定である。この定義では、「精神疾患を有する者」という医学的概念で規定されている。精神障害者の定義は、保健医療、福祉の各施策から影響を受けて、用語の改正が行われてきている。
- 2 誤り。障害者の雇用の促進等に関する法律（障害者雇用促進法）第2条第1号で障害者は、「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があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者」と規定されており、選択肢はその一部である。
- 3 誤り。障害者基本法第2条第1号において、障害者は、「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」と規定されている。2011年（平成23年）の同法改正で「社会的障壁」が定義されるなど、障害者の権利に関する条約（障害者権利条約）の批准に向けて、国内法の見直しが進められた。
- 4 誤り。精神保健福祉法第1条にある法律の目的である。保健医療と福祉施策を両輪として、精神障害者の支援、精神障害の発生の予防と国民の精神的健康の保持及び増進に努めることを前段に示した上で、「精神障害者の福祉の増進」と「国民の精神保健の向上」という2つの目的を実現することが法の趣旨となっている。
- 5 誤り。2012年（平成24年）に成立した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4条に規定された障害者の定義の一部である。

問題 145

正答 4

- 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12条に「都道府県に、精神医療審査会を置く」と定められている。また「精神医療審査会運営マニュアル」では、精神医療審査会の事務等

について、都道府県の精神保健福祉センターにおいて行うものと規定されている。

（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.104）

- 2 誤り。精神保健福祉法第13条に「精神医療審査会の委員は、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者、精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者及び法律に関し学識経験を有する者のうちから、都道府県知事が任命する」と規定されている。
（『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6版）』中央法規出版、2018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.48～49）
- 3 誤り。精神医療審査会に関する規定ではない。精神保健福祉法第36条に「精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる」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、p.55）
- 4 正しい。精神医療審査会は、退院や処遇改善の請求があったときは、「入院の必要があるかどうか、又はその処遇が適当であるかどうかに関し審査を行い、その結果を都道府県知事に通知しなければならない」と規定されている（精神保健福祉法第38条の5第2項）。
（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、pp.56～57）
- 5 誤り。精神障害者保健福祉手帳の申請に対する判定業務を行うのは、精神保健福祉センターである。精神保健福祉センターは、地域精神保健福祉活動の中核となる機関であり、精神医療審査会の事務のほか、相談及び指導のうち複雑困難な事例への対処などを行っている。
（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、pp.47～48）

問題 146

正答 4

- 1 誤り。1999年（平成11年）の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）の改正により、2002年（平成14年）から市町村が福祉サービスの利用に関する相談や助言等を担うことになった。
（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p.39）
- 2 誤り。2004年（平成16年）の障害者基本法改正により、それまで努力義務であった都道府県及び市町村における障害者計画の策定が、都道府県は改正法が公布

された日から、市町村は2007年（平成19年）から義務づけられることになった。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，pp.88～89）

- 3 誤り。障害者週間は、2004年（平成16年）6月の障害者基本法の改正により、国民の間に広く障害者の福祉についての関心と理解を深めるとともに、障害者が社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に積極的に参加する意欲を高めることを目的として、「障害者の日」（12月9日）に代わるものとして設定された。

（『新・社会福祉士養成講座④障害者に対する支援と障害者自立支援制度（第5版）』中央法規出版，2015年（以下『障害者に対する支援と障害者自立支援制度』中央法規出版），p.36）

- 4 正しい。2011年（平成23年）の障害者基本法改正により、第2条第2号に「障害がある者にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものをいう」と定義された。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，pp.89～91）

- 5 誤り。2004年（平成16年）の障害者基本法改正によって、日本で初めて障害を理由とする差別の禁止が法律に謳われ、第4条に「何人も、障害者に対して、障害を理由として、差別することその他の権利利益を侵害する行為をしてはならない」と規定された。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.89）

問題 147	正答 5
--------	------

- 1 誤り。障害基礎年金は、精神障害者保健福祉手帳の所持を要件とはしていない。障害基礎年金は、障害の原因となった病気や怪我について、最初に診察を受けた日（初診日）において、国民年金の被保険者であった者、又はかつて被保険者であった者で日本国内に住所がある60歳以上65歳未満の者が、受給資格期間を満たし、障害認定日において障害等級表（1級・2級）による障害の状態にあるときに支給される。

（『新・社会福祉士養成講座⑩社会保障（第5版）』中央法規出版，2016年，p.101）

- 2 誤り。高額療養費制度は、精神障害者保健福祉手帳の所持を要件とはしていない。高額療養費制度は、入院の長期化、治療の長期化により高額な医療費がかかる治療を受けた場合など、医療費の自己負担額が高額となった際に、一定の金額（自己負担限度額）を超えた分が払い戻される制度である。自己負担限度額は、所得に応じて算出される。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.188）

- 3 誤り。JR旅客運賃の割引は、精神障害者保健福祉手帳を所持していることによる割引には該当しない。ただし、精神障害者保健福祉手帳を所持していることにより、自治体によっては公営・民営交通機関による割引制度が存在する。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.224）

- 4 誤り。特別障害給付金の支給において、精神障害者保健福祉手帳の所持を要件とはしていない。1986年（昭和61年）3月以前は主婦などの被用者年金の被扶養配偶者や、1991年（平成3年）3月以前は学生等の加入が強制ではなく任意となっていた期間に障害を負った場合、障害年金の給付を受けることができないという問題があった。この問題に対応するため任意加入していなかった期間に初診日があり、障害基礎年金1・2級に該当する被用者年金の被扶養配偶者及び学生に対して特別障害給付金が支給されることとなった。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.218）

- 5 正しい。「障害者の法定雇用率の対象」は、精神障害の場合、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）に基づく精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者である。2018年（平成30年）4月から精神障害者保健福祉手帳所持者の法定雇用が義務化された。法定雇用率は2018年（平成30年）4月から、民間企業は2.2%、国・地方公共団体等は2.5%、都道府県等の教育委員会は2.4%となっている。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.213，p.216，『新・精神保健福祉士養成講座⑦精神障害者の生活支援システム（第3版）』中央法規出版，2018年，pp.128～130）

問題 148	正答 3
--------	------

- 1 誤り。入院中の精神障害者への地域移行支援・地域定着支援の個別給付化を担うのは市町村である。障害者自立支援法一部改正によって2012年（平成24年）4月に施行された「相談支援の充実」の1つとして、市町村が地域移行・地域定着支援の個別給付を担うようになった。

（『四訂精神保健福祉法詳解』中央法規出版，p.558，『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.40）

- 2 誤り。自立支援医療（精神通院医療）は、実施主体が都道府県・指定都市であるが、申請窓口となるのは市町村である。自立支援医療（精神通院医療）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5条に規定する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に対して、通院医

療にかかる自立支援医療費の支給を行うものである。申請には、申請書と医師の診断書、医療保険の被保険者証等の写し、世帯所得を確認できる書類が必要である。

〔精神保健福祉に関する制度とサービス〕中央法規出版、p.111, pp.136～137)

3 正しい。保健所は、家族会、断酒会等の自助グループの組織育成や支援を行う。保健所は地域保健法により、都道府県、指定都市、中核市、特別区、保健所政令市に設置が義務づけられている。精神保健にかかわる役割としては、地域住民に対する心の健康づくりに関する普及啓発、健康づくりのための心の健康相談、訪問指導、保健所デイケアの実施など、保健所の業務は非常に多岐にわたる。

〔新・精神保健福祉士養成講座②精神保健の課題と支援（第3版）〕中央法規出版、2018年、p.120)

4 誤り。都道府県における精神保健福祉の技術的中核機関という役割を担うのは、精神保健福祉センターである。精神保健福祉センターの業務は、企画立案、技術指導、普及啓発、調査研究、資料の収集、分析及び提供、精神保健福祉相談、組織の育成、精神医療審査会の審査に関する事務並びに自立支援医療（精神通院医療）及び精神障害者保健福祉手帳の申請に対する判定業務などである。

〔精神保健福祉に関する制度とサービス〕中央法規出版、p.241)

5 誤り。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の利用に関する相談を中心に、精神保健福祉に関する基本的な相談を行う役割を担うのは、市町村である。地域で生活する精神障害者をより身近な地域できめ細かく支援していく体制を整備する観点から、地域精神障害者に対する支援施策を実施するために、保健所は、市町村がこれらの事務を円滑に実施できるよう、専門性や広域性が必要な事項について支援する役割を果たしている。

〔精神保健福祉に関する制度とサービス〕中央法規出版、pp.241～242)

問題 149	正答 1
--------	------

1 正しい。自立準備ホームは、保護観察所に登録した民間法人・団体等の事業者により、保護観察所が、宿泊場所の供与と自立のための生活指導（自立準備支援）のほか、必要に応じて食事の給与を委託し、行き場のない刑務所出所者等に対して、それらを提供する施設である。

〔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、p.73)

2 誤り。保護観察官は、更生保護法第31条第1項の規定によって、地方更生保護委員会事務局及び保護観察所に配置されている国家公務員である。保護観察官は保護司や更生保護女性会、更生保護施設などと連携し、犯罪予防に関する活動にもかかわる。

〔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)

3 誤り。地域生活定着支援センターは、障害者だけではなく高齢者も対象としている。刑務所入所中から出所後の生活に必要な支援を行うことにより、円滑に地域生活を行えるようにする機関であり、保護観察所や刑務所、行政機関、社会福祉機関との連絡・調整を行っている。精神保健福祉士や社会福祉士が配置される。実施主体は都道府県であるが、適切な社会福祉法人等への委託も可能である。

〔精神保健福祉に関する制度とサービス〕中央法規出版、p.306)

4 誤り。更生保護施設は、更生保護事業法における更生保護法人が主に設置する施設であり、自立の準備のための生活基盤の提供、地域社会への円滑な社会復帰のための指導や援助、退所後の生活の自立に向けた指導や援助、薬物やアルコール依存症など入所者の個別性に適した支援を行っている。個別恩赦について上申できるのは、刑事施設の長、保護観察所の長又は検察官である。

〔精神保健福祉に関する制度とサービス〕中央法規出版、pp.283～284, pp.296～297)

5 誤り。就業支援センターは、自立更生促進センターのうち主に農業の職業訓練を行う機関である。自立更生促進センターは、仮釈放者等を対象として日常生活における支援プログラムや公共職業安定所等の関係機関と連携してトライアル雇用等の就労支援を行う国立の施設である。保護観察官が直接的に処遇を行う。

〔精神保健福祉に関する制度とサービス〕中央法規出版、p.306, 『犯罪白書（平成29年度）』p.73)

問題 150	正答 1, 2
--------	---------

1 正しい。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）では、地方裁判所の裁判官1名と精神保健審判員1名で合議体を構成し、対象者の処遇の要否・内容が検討され決定される。精神保健審判員は養成研修会を受講した精神科医が登録し、厚生労働省が作成した名簿に記載されている者の中から、事件ごとに地方裁判所が選任する。

〔精神保健福祉に関する制度とサービス〕中央法規出版、p.322)

2 正しい。指定入院医療機関の管理者は、対象者の入院継続が必要と判断した場合、現在の処遇決定から6か月を経過するまでに地方裁判所に対して、入院継続の確認の申立てをしなければならない（医療観察法第49条第2項）。また、『入院処遇ガイドライン』Ⅳ入院中の評価の留意事項3 審判申立て時の評価項目2）入院継続の確認の申立時の項目にも同内容について記載されている。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.326）

3 誤り。入院処遇の期間について、法的な制限はない。しかし、厚生労働省の「入院処遇ガイドライン」では、急性期、回復期、社会復帰期の治療期が示されており、おおむね18か月を標準的な入院期間としている。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，pp.328～329）

4 誤り。通院期間は、原則3年間と定められている（医療観察法第44条）。ただし、3年を超える延長を地方裁判所が認めた場合には、2年以内の延長が認められている。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.345）

5 誤り。対象者が通院処遇期間中に転居する場合には、保護観察所に転居届を提出する必要がある。転居届を受けた保護観察所は、転居先の生活環境や指定通院医療機関など、通院処遇の継続に必要な状況を調査する。転居先の管轄である保護観察所は、関係する機関と連携して新たな処遇実施計画を作成することとなる。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.345）

者及び保護者は、弁護士である付添人を選任することができ、付添人は、対象者の権利擁護の観点から審判において意見を述べる役割を担う。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.322）

3 誤り。選択肢の記述は、入院処遇における医療観察病棟に配置された精神保健福祉士の役割の1つである。入院処遇期間中において、対象者の権利擁護の役割を重視した支援が求められている。よって、問題の記述は、精神保健参与員の役割ではない。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，pp.333～335）

4 誤り。精神保健観察を行うのは、社会復帰調整官である。通院処遇の期間に実施され、対象者が継続して通院できているかなど医療や生活の状況を見守り、病状悪化時には必要に応じた対応を行う。社会復帰調整官は、対象者が処遇終了後に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、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、関連する行政機関や民間組織などにより提供される医療及び福祉サービスを利用しながら地域生活を継続できるよう、支援にあたる。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.345）

5 誤り。処遇実施計画を作成するのは保護観察所の長である。通院医療機関における医師やその他の専門職や社会復帰調整官の支援の方向性、具体的な支援方法が記載され、この計画に基づいて対象者の支援にあたる。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，pp.342～345）

問題 151	正答 1
--------	------

1 正しい。精神保健参与員は、地方裁判所の非常勤職員であり特別職の公務員という位置づけになる。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）の合議体では、精神保健参与員は必須の構成員ではないが、同法第36条に「裁判所は、処遇の要否及びその内容につき、精神保健参与員の意見を聴くため、これを審判に関与させるものとする。ただし、特に必要がないと認めるときは、この限りでない」とある。精神保健参与員の役割として、精神保健福祉、社会福祉の知見をもつ者として、社会福祉専門職としての視点から意見を述べることが求められている。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.326）

2 誤り。選択肢の記述は、付添人の役割である。対象

問題 152	正答 3
--------	------

1 誤り。縦断調査とは、時系列調査ともいわれ、調査対象者の時間的変化を検討するときに用いられる調査方法である。事例文から、今回のような調査は初めてであり、また「利用者に呼びかけて集まってもらい」という記述はあるが、時間をかけて何度か繰り返して行ったという記述はないため、時間的変化を検討することまでは至っていない。そのため、縦断調査とはいえない。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.369）

2 誤り。留め置き調査とは、調査者が調査対象者を訪問して調査の説明を行い、後日、調査者が回収又は返送してもらう方法である。事例文では、「利用者に呼びかけて集まってもらい、アンケートの趣旨を説明し、調査を実施した」という記述があるため、留め置

き調査とはいえない。

〔精神保健福祉に関する制度とサービス〕中央法規出版, p. 370)

- 3 正しい。集合調査とは、調査対象者が同じ時間に同じ場所に集まっているところで調査者が説明及び調査を実施し、質問紙を回収する方法である。事例文では、「利用者に呼びかけて集ってもらい、アンケートの趣旨を説明し、調査を実施した」という記述があるため、集合調査である。

〔精神保健福祉に関する制度とサービス〕中央法規出版, p. 370)

- 4 誤り。悉皆調査（全数調査）とは、調べたい対象の母集団のすべてのデータを集め、分析する調査のことである。事例文から、今回の調査対象者は約600名であったことがわかる。ただし、今回の調査に実際に参加し回答したのが150名ほどであれば、調査対象者の全員からデータを集めたことにはならないので悉皆調査とはいえない。

〔精神保健福祉に関する制度とサービス〕中央法規出版, pp. 368～369)

- 5 誤り。パネル調査とは、全く同一の調査対象者から繰り返しデータを取り、調査対象者の時間経過に伴う変化を把握する調査で、縦断調査に含まれる。事例文からは、今回の調査は初めての調査であり、その後、全く同一の調査対象者によって調査を繰り返し行ったという記述はみられないため、パネル調査ではない。

〔精神保健福祉に関する制度とサービス〕中央法規出版, p. 369)

問題 153	正答 3
--------	------

- 1 誤り。Fさんの入院形態は措置入院である。精神医療審査会は、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12条に規定され、精神科病院に入院中の患者又はその家族等からの退院請求又は処遇改善請求、精神科病院の管理者からの医療保護入院の届出や措置入院者及び医療保護入院者の定期病状報告等に関する審査機関である。

〔精神保健福祉に関する制度とサービス〕中央法規出版, pp. 48～49)

- 2 誤り。地方精神保健福祉審議会は、精神保健福祉法第9条に規定され、都道府県知事及び指定都市長の諮問に答えるほか、精神保健及び精神障害者の福祉に関する事項に関して意見を具申することができる機関である。また、都道府県及び指定都市の条例で精神保健及び精神障害者の福祉に関する事項を調査審議させるため置くことができ、その組織及び運営に関し必要な事項は条例で定められる。

〔精神保健福祉に関する制度とサービス〕中央法規出版, p. 48)

- 3 正しい。精神保健福祉法第29条第1項の都道府県知事及び指定都市長による措置入院は、行政処分である。行政手続きのため措置入院者又はその関係者は、措置入院処分を不服として行政不服審査法による不服申立てができ、その審査請求窓口は厚生労働省とされている。なお、措置入院者には人権保護のため本条第3項に告知に関する規定が設けられ、その告知文の様式には審査請求等に関する説明がある。

〔四訂精神保健福祉法詳解〕中央法規出版, pp. 265～271)

- 4 誤り。都道府県知事は、措置入院決定についての不服がある場合の審査請求先ではない。都道府県知事は、入院中の者又はその家族等から退院請求や処遇改善請求があったとき、精神医療審査会がその請求の審査結果の報告を受ける。その審査結果をもとに都道府県知事は必要な措置を講ずるとともに当該請求者及び関係者に通知することになっている。

〔精神保健福祉に関する制度とサービス〕中央法規出版, p. 48, p. 52)

- 5 誤り。精神科病院の管理者は、措置入院決定に不服がある場合の審査請求先ではない。精神科病院の管理者は、措置入院者については、措置入院者の病状に関する報告を、保健所長を経由して都道府県知事に定期病状報告書で報告することとなっている。措置入院者の報告時期は、入院してから3か月後、6か月後、12か月後、それ以降は6か月ごとに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. 53)

問題 154	正答 1
--------	------

- 1 正しい。特定障害者特別給付費は、生活保護世帯または低所得世帯の障害者がグループホーム等に入居した場合に、生活費等が手元に一定額残るよう、住居における食事の提供に要した費用又は居住に要した費用について政令で定めるところにより支給する補足給付のことである。

- 2 誤り。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）の改正により、2014年（平成26年）から共同生活援助（グループホーム）と共同生活介護（ケアホーム）が一元化された。グループホームで介護が必要な場合は入浴や排泄等の介護についても提供ができるようになった。

（鈴木裕介・遠山真世著、二本柳寛編『これならわかる<スッキリ図解>障害者総合支援法（第2版）』翔泳社, 2018年（以下『これならわかる<スッキリ図解>障害者総合支援法』翔泳社, pp. 80～81）

- 3 誤り。サービス提供責任者は、居宅介護や重度訪問

介護など在宅サービスに配置され、事業規模に応じて、1人以上配置しなければならないと定められている。グループホームなどの入所サービスや就労継続支援などの通所サービスにはサービス管理責任者が配置され、利用者のアセスメントや個別支援計画の作成などを行う。

(『これならわかる<スッキリ図解>障害者総合支援法』翔泳社, pp.56~59)

- 4 誤り。グループホームの利用者のうち、介護が必要な障害者については障害支援区分の認定を行う必要があるが、介護が必要でない障害者については区分認定を行う必要がない。このため、報酬上、障害支援区分による報酬単価設定は行われていない。

(厚生労働省「障害福祉サービスの内容」(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/naiyou.html>))

- 5 誤り。サテライト型住居は、障害者総合支援法の改正により、2014年(平成26年)に創設された。1人で暮らしたいというニーズに応えるため、グループホームの新たな支援形態の1つとして本体住居との密な連携を前提として創られた。本体住居につき原則2か所が上限とされている。

(『これならわかる<スッキリ図解>障害者総合支援法』翔泳社, pp.80~81)

者総合支援法の改正において創設された「就労定着支援」である。対象は事業所に新たに雇用された障害者であり、利用期間は3年間とされている。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p.110, p.116)

- 4 誤り。自立生活援助のサービス利用期間は、原則1年間と定められている。しかし、利用期間終了後について、市町村審査会における個別審査を経てその必要性を判断した上で適当と認められる場合には更新を可能とすると規定されている。

(『これならわかる<スッキリ図解>障害者総合支援法』翔泳社, pp.82~83)

- 5 誤り。自立生活援助は訓練等給付に位置づけられている。支援内容は、定期的に利用者の居宅を訪問し、食事、洗濯、掃除などの様子の確認、公共料金や家賃等の支払い状況、治療状況の確認、地域住民との関係などの確認を行い、必要な助言や医療機関等との連絡調整を行う。また、利用者からの相談・要請があった際は、訪問や電話、メール等で緊急時の対応も行う。

(『これならわかる<スッキリ図解>障害者総合支援法』翔泳社, pp.82~83)

問題 155	正答 2
--------	------

- 1 誤り。Fさんのケア会議で提案された新しいサービスは「自立生活援助」である。自立生活援助は2016年(平成28年)の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)の改正において創設されたサービスである。選択肢の内容は、障害者総合支援法に規定されている地域相談支援の主な内容である地域定着支援である。地域定着支援は、居宅において単身で生活する障害者等のうち、地域生活を継続していくために常時の連絡体制の確保による緊急時の支援や相談等を行う。

(『障害者に対する支援と障害者自立支援制度』中央法規出版, p.113)

- 2 正しい。自立生活援助の対象となるのは、施設入所支援や共同生活援助(グループホーム)を利用していた者等である。自立生活援助は施設入所支援や共同生活援助(グループホーム)等から一人暮らしへの移行を希望する知的障害者や精神障害者などを対象として、定期的な巡回訪問や随時の対応による、円滑な地域生活に向けた相談・助言等を行うサービスである。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p.110, p.117)

- 3 誤り。選択肢の内容は、2016年(平成28年)の障害

精神障害者の生活支援システム

問題 156	正答 4
--------	------

- 1 誤り。2014年（平成26年）の「患者調査」によると、精神疾患による年間の外来患者では、躁うつ病を含む気分障害が108万7000人で最も多く、次いで神経症性障害等で71万8000人、統合失調症は60万7000人となっている。
- 2 誤り。「平成28年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）結果」によると、地域で生活する精神障害者保健福祉手帳所持者の住まいの状況は、65歳未満で同居者有の人が75.0%で、一人暮らしが18.6%である。また、65歳以上も同様の結果であり、精神障害者保健福祉手帳所持者は圧倒的に同居者有の人が多い。
- 3 誤り。「平成28年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）結果」における日常生活動作等の状況では、精神障害者で手帳所持者、手帳所持なしの者どちらも「自分の意思を伝える」ことに介助が必要と答えた人たちは少数である。最も介助が必要なのは、「身の回りの掃除、整理整頓をする」こと（36.4%）であり、65歳以上になると買い物への介助の必要性が身の回りの掃除や整理整頓を上回るなど、IADL（手段的日常生活動作）への介助が必要であることが示された。
- 4 正しい。2017年（平成29年）の障害者雇用状況の調査によると、同年の新規雇用者数では身体障害者は新規雇用が約2万6413人、知的障害者が約1万2739人、精神障害者が約1万1783人である。雇用者総数では、身体障害者が約33万3454人、知的障害者が約11万2293人、精神障害者が約5万47人で、いずれも最も少ない数字となっている。

（厚生労働省「平成29年障害者雇用状況の集計結果」（<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11704000-Shokugyouanteikyokukou-reishougaikoyoutaisakubu-shougaisakoyoutaisakuka/0000187725.pdf>）

- 5 誤り。「平成28年度衛生行政報告例」における精神保健福祉関係には、精神障害者保健福祉手帳交付台帳登録数が示されており、2016年度（平成28年度）では1級が11万6012人、2級が55万819人、3級が25万4191人となっている。過去5年間においても、2級が最も多い。

（厚生労働省「平成28年度衛生行政報告例」（https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/16/dl/kekka1.pdf）

問題 157	正答 5
--------	------

- 1 誤り。選択肢の説明は「市民性」を土台にした地域生活支援システムである。石川到覚は、「専門性」を有したプロフェッションである専門職、「当事者性」を発揮する利用者主導のセルフヘルプ活動、「素人性」をもったボランティアの3領域を対等に関係づけ、それらの共通基盤を「市民性」としてそれぞれの役割を発揮しながら協働していく当事者主導の生活支援システムを提示している。

（『新・精神保健福祉士養成講座⑦精神障害者の生活支援システム（第3版）』中央法規出版，2018年（以下『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版），pp.68～70）

- 2 誤り。選択肢の説明は「リカバリー」過程を支える地域生活システムである。藤井達也は、「精神障害者の自然回復力、レジリエンスを活性化する環境としてのセルフヘルプ／ソーシャルサポートの関係を、希望に向かう協働のパートナーシップの実践において、形成しつつ活用して、精神障害者のリカヴァリ過程を支える」と提示し、地域生活のなかで力をつけてきた精神障害者のうち、主体的に教育や訓練を希望する人たちのための生活支援も必要であることを強調した。

（『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版，pp.70～71）

- 3 誤り。「統合的生活モデル」としての生活支援の考えは、インフォームド・コンセントなどの価値と理念を取り入れ転換しつつある新しい医療とリハビリテーションを地域生活支援に包含したモデルとして提示している。非医療的な支援の枠組みとしてとらえた生活支援システムとは異なる。

（『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版，p.70）

- 4 誤り。選択肢の説明は「福祉政策資源の配分システム」であり、統合的生活モデルとは異なる。古川孝順は、生活維持の基本的な枠組である生活維持システムが機能できなくなったときに利用されるものを「生活支援システム」と呼び、インフォーマルセクター、民間セクター、政府セクター、民営セクターの4通りのセクターで構成されているとしている。

（『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版，p.68）

- 5 正しい。「統合的生活モデル」は、精神障害者とともに新しいサービスを生み出していくことや、非専門職を含む社会的な支援構造の形成とされる。その中で、精神保健福祉士等の専門職に求められる地域全体をデザインしていく力とは、この形成過程において地

域全体を眺め地域の实情や課題をもとにした計画立案から、当事者が主体となり、地域住民等の非専門職が課題解決に向け、社会資源の創出や連携が促進されるための支援など、地域づくりに必要な知識や技術のことである。さらに、これらの地域づくりに対して、コンサルテーションができる力も必要とされている。

〔『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版，p.70〕

問題 158	正答 1
--------	------

- 正しい。自立生活援助の対象者は、救護施設等から地域での一人暮らしに移行した障害者等で、理解力や生活力等に不安がある者である。ほかに自立生活援助の対象者となるのは、障害者支援施設、のぞみの園、宿泊型自立訓練事業所、共同生活援助事業所、児童福祉施設、精神科病院、療養介護を行う病院、福祉ホーム、救護施設、更生施設、刑事施設（刑務所、少年刑務所、拘留所）、少年院、更生保護施設、自立更生促進センター、就業支援センター、自立準備ホームから地域での一人暮らしに移行した障害者等である。
- 誤り。実施主体には共同生活援助にかかる指定障害福祉サービス事業者も含まれているが、共同生活援助の事業所が必ずしも自立生活援助のサービス事業所を兼ねているわけではない。自立生活援助を利用する際には、サービス等利用計画の作成によって本人の意向に沿って事業者指定された適切な事業所が選定されることとなる。
- 誤り。自立生活援助は、定期的な巡回訪問により、又は随時通報を受け当該障害者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言等を行う援助である。また、利用者の心身の状況及び障害の特性に応じ、適切な方法により当該利用者との常時の連絡体制を確保することにより、利用者から通報があった場合は速やかに当該利用者の居宅への訪問等による状況把握を行わなければならないとされている。このことから、夜間や休日であっても、緊急時には訪問によって対応を行わなければならない。
- 誤り。サービスの対象者は、前述した施設等から地域での一人暮らしに移行した障害者等だけでなく、現に一人で暮らしており自立生活援助による支援が必要な者、障害、疾病等のある家族と同居しており、家族による支援が見込めないため、実質的に一人暮らしと同様の状況であり、自立生活援助による支援が必要な者としている。このことから、一人暮らしではなくても、家族状況によってはサービスの利用が可能とな

る。

- 誤り。自立生活援助では、定期的な訪問だけでなく利用者からの相談・要請があった際は、訪問、電話、メール等による随時の対応も行うとされている。

問題 159	正答 2, 5
--------	---------

- 適切でない。Jさんから入院の希望が出ているわけではなく、性急にY精神科病院への入院を検討することは適切ではない。
- 適切。同居していた母親の他界という環境の急変に伴い、今後の病状の悪化というクライシスを見据えた支援の検討が必要な事例である。精神障害者の地域生活支援におけるクライシスケアシステムでは、フォーマル、インフォーマルな資源を活用して、医療を継続し、病状の急激な悪化を回避することを模索することが重視される。よって、K精神保健福祉社は、Jさんの意向を尊重しつつ、スタッフとも話し合えるケア会議の開催を提案することが望ましい。
〔『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版，pp.255～256〕
- 適切でない。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）第19条の11では、精神科救急医療体制整備が都道府県の努力義務とされている。その中で、精神科だけでなく身体疾患を合併している者も含め、緊急的な医療を必要とする精神障害者等の搬送先となる医療機関との円滑な連絡調整機能として、精神保健福祉センター等に原則24時間365日対応できるよう精神科救急情報センターが整備されることが目指されている。しかし、Jさんは緊急的な医療を要する状態ではないと考えられるため、適切ではない。
〔『精神科救急医療体制に関する検討会報告書』(http://www.japc.or.jp/library/data/fukushi/kyu/siryoy1-3.pdf)〕
- 適切でない。一人暮らしを希望しているJさんの意向を踏まえ、母親の死後のJさんの生活の仕方について検討することが大切であり、それを無視してグループホームへの入居支援を検討することは適切ではない。
- 適切。地域定着支援は、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）第5条第21項に基づき、居宅において単身、又は家族等と同居している場合であってもその家族等が障害、疾病等のため、家族等による緊急時の支援が見込めない状況で生活する障害者に対し、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等

に相談その他の便宜を供与するものである。一人暮らしとなったJさんが今後の生活を安定させていくために、常時の相談が可能である地域定着支援の導入を検討することは適切である。

(厚生労働省「障害のある人の相談支援について」(<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/soudan.html>))

問題 160	正答 3
--------	------

1 誤り。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77条の2第2項に「市町村は、基幹相談支援センターを設置することができる」とあり、設置は義務ではない。基幹相談支援センターは地域における相談支援の中核的な役割を担う機関として、3障害（身体・知的・精神）の相談を総合的に行うほか、地域の相談支援体制の強化などに取り組む機関である。

(『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版, pp.192~193)

2 誤り。基本相談支援に加え、地域相談支援（地域移行支援と地域定着支援）を担う指定一般相談支援事業者の指定は都道府県知事が行う。市町村長が指定を行うのは計画相談支援を担う指定特定相談支援事業者である。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p.116)

3 正しい。成年後見制度利用支援事業は、市町村地域生活支援事業の必須事業である。障害福祉サービスの利用の観点から成年後見制度の利用が有用であると認められる障害者で、費用の補助を受けなければその利用が困難であると認められる者に、成年後見制度申立ての経費及び成年後見人等の報酬の全部又は一部を補助する制度である。

(『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版, p.190)

4 誤り。障害者総合支援法施行規則第35条第1項に基づき、精神通院医療の支給認定は都道府県（もしくは指定都市）が実施する。ただし、同条第3項により、申請窓口は市町村である。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p.111)

5 誤り。市町村で行う一般的な相談支援は、障害者総合支援法の相談支援体系の1つであり、精神保健福祉相談員を置かなければいけないとは規定されていない。また、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条に規定されており、都道府県及び市町村の精神保健福祉センターや保健所その他これらに準ずる施設において精神保健及び精神障害者の福祉に関する相談支援を行う職員であるが、配置が義務化されているわけではない。

問題 161	正答 1
--------	------

1 適切。障害者就業・生活支援センターは、障害者の雇用の促進等に関する法律（障害者雇用促進法）に基づく就業支援と生活支援を一体的に行う機関である。関係機関との連携を検討しながら、就業面では相談・職業準備訓練や就職活動、定着支援などを行い、生活面では日常生活の自己管理や働く上で基本となる生活全般の助言などを行う。また、事業主に対しては障害特性を踏まえた雇用管理について相談を受け、助言などを行う。このことから、障害者就業・生活支援センターの利用は適切といえる。

(厚生労働省「障害者の方への施策 障害者就業・生活支援センター」(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11600000-Shokugyouanteikyoku/0000146182.pdf>))

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）に基づき、通常の事業所に雇用されることが困難であって、雇用契約に基づく就労が可能である者に対して、雇用契約の締結等による就労の機会を提供し、就労への知識や能力の向上のための訓練などを行う事業である。就労移行支援と併用して利用することは原則できないため、適切とはいえない。なお、利用期限は設けられていない。

(『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版, p.142)

3 適切でない。地域障害者職業センターは、障害者に対する専門的なりハビリテーションを提供する機関として各都道府県に1か所と5支所（東京、大阪等）に設置されている。障害者雇用促進法に基づき、主たる役割は、障害者のニーズに応じて、職業評価、職業指導、職業準備訓練及び職場適応援助等の各種リハビリテーションを行う。事業主に対しては、雇用管理上の課題を分析し、専門的な助言や支援を行う。職業カウンセラーが就職に向けた相談を行うが、生活面の相談まで対応する機関ではないため、適切とはいえない。

(厚生労働省「障害者の方への施策 地域障害者職業センター」(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11600000-Shokugyouanteikyoku/0000126375.pdf>))

4 適切でない。自立訓練（生活訓練）事業所は、障害者総合支援法に基づき、地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上等のため、入浴・排泄・食事等に関する自立した日常生活を送るために必要な訓練、生活等に関する相談や助言などや事業所への通所のほか、訪問も行う事業である。事例のLさんは現在U事業所に定期的に通所していることから適切とはいえない。

(独立行政法人福祉医療機構 (<http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/syogai/handbook/service/c078-p02-02-Shogai-18.html>))

- 5 **適切でない**。就労定着支援事業所は、障害者総合支援法に基づき、2018年（平成30年）4月から創設された。生活介護、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援の利用を経て、通常事業所に新たに雇用され、就労移行支援等の職場定着の義務・努力義務である6か月を経過した後、引き続き就労の継続を図るために、企業、障害福祉サービス事業者、医療機関等との連絡調整や就労に伴い生じた生活面の課題解決に向けて必要な支援を行うものである。Lさんは、V機関と就労移行支援を併用して利用しているため、適切とはいえない。

（『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版，pp.142～143）

問題 162	正答 4
--------	------

- 1 **誤り**。特定求職者雇用開発助成金は、障害者雇用の経験のない中小企業（障害者の雇用義務制度の対象となる労働者45.5人以上300人以下の中小企業）が障害者を初めて雇用し、当該雇入れによって法定雇用率を達成することに対する助成金である。W印刷会社では、Lさんだけが障害者雇用であり、法定雇用率が未達成のため、本助成金は該当しない。

（厚生労働省「特定求職者雇用開発助成金（障害者初回雇用コース）」（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/kyufukin/shougai_shokai.html））

- 2 **誤り**。障害者雇用調整金は障害者の法定雇用率達成事業所に対しての助成金であり、常用労働者が100を超える企業に対して、雇用率超過1名につき月額2万7,000円が支給される。W印刷会社では、法定雇用率を満たしていないため該当しない。

（『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版，p.129）

- 3 **誤り**。障害者雇用安定助成金（障害者職場適応援助コース）は、対象労働者の職場適応のため地域障害者職業センターが作成又は承認した支援計画として認められ、訪問型職場適応援助者又は企業在籍型適応援助者が支援を実施した場合に事業所が受給することができる。LさんはV機関を利用しているが、地域障害者職業センターからの支援は受けていないため、適切ではない。

（厚生労働省「障害者雇用安定助成金（障害者職場適応援助コース）」（<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000158630.html>））

- 4 **正しい**。障害者雇用納付金は、障害者雇用率が未達成である事業所で、常用労働者が100人を超える事業主に対して、雇用者数不足1名に対して原則月額5万円の納付を課す制度である。納付金は障害者雇用調整金、報奨金、各種助成金として活用される。W印刷会

社は、従業員数が130名であり、現状の雇用率制度では2名雇用することが求められる。しかし、Lさんしか雇用されていないため、1名分不足している。そのため、納付金制度の対象となる。

（厚生労働省「障害者雇用納付金制度の概要」（<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11600000-Shokugyouseiteikyoku/000006519.pdf>））

- 5 **誤り**。障害者短時間トライアルコースは、ハローワーク又は民間職業紹介者等の紹介により継続雇用する労働者を雇用することを目的に、障害者を一定期間試行的に雇用するものであり、雇入れ時の週の所定労働時間を10時間以上20時間未満として、障害者の職場適応状況や体調に応じて、同期間中（3か月～12か月間）に20時間以上とすることが必要である。Lさんは当初より週25時間の所定労働時間で雇用されており、このコースには該当しないため、適切ではない。

（厚生労働省「障害者トライアルコース・障害者短時間トライアルコース」（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/kyufukin/shougai_trial.html））

問題 163	正答 3, 5
--------	---------

- 1 **適切でない**。生活困窮者自立支援法は、生活保護に至る前の段階の自立支援の強化を図るため、生活困窮者に対して個別の支援プランを作成する自立相談支援事業、住宅確保給付金の支給、家計相談支援事業、生活困窮者家庭の子どもへの学習支援事業、一定期間宿泊場所や衣食を提供する一時生活支援事業、就労準備支援事業、就労訓練事業を実施している。Lさんは、すでに障害者雇用に就労しており、金銭面などの生活上の困りごとは相談していないため、適切ではない。

（厚生労働省「生活困窮者自立支援制度 制度の紹介」（<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000073432.html>））

- 2 **適切でない**。障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（障害者虐待防止法）において、虐待には、「身体的虐待」「ネグレクト（放棄・放置）」「心理的虐待」「性的虐待」「経済的虐待」の5つの類型があり、使用者の虐待も含まれる。しかし、Lさんは、社内研修で「障害者雇用であるLさんは参加の必要がない」と言われ不当な対応をされたことと不安になっているが、「虐待」を受けているとまでは判断しにくい。よって、M精神保健福祉士も障害者虐待防止法を根拠に事業主へ対応を求めるのは早急といえ、適切ではない。

- 3 **適切**。障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（障害者差別解消法）は国・地方公共団体・民間事業所における障害を理由とする差別を解消するため

の措置を定めた法律である。法第8条において「事業者は、その事業を行うに当たり、障害を理由として障害者でない者と不当な差別的取扱いをすることにより、障害者の権利利益を侵害してはならない」として、事業者における差別禁止を規定している。Lさんは、職場で障害を理由として不当な取扱いを受けていると感じているため、M精神保健福祉士は、Lさんに職場の様子や上司の対応などを詳細に聴くことが求められる。一方で、職場の上司にもLさんの雇用方針を聴くことで、両者に齟齬がないか、不当な取扱いの有無について判断することが求められる。

(厚生労働省「厚生労働省における障害を理由とする差別の解消の推進」(https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/sabetsu_kaisho/))

4 適切でない。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）の理念では、共生社会実現のための社会的障壁の除去や障害者の日常生活や社会生活を支援するための障害福祉サービスの充実などが示されているが、具体的にはそれらを目的とした障害福祉サービスの利用に関する法律である。Lさんの主訴は職場での扱いが不当であるということであり、ここでは、そのことへの対応が求められる。障害者総合支援法ではこのような訴えに対応する事業はないため、根拠法としての活用は適切ではない。

5 適切。障害者の雇用の促進等に関する法律（障害者雇用促進法）第35条では、障害者差別の禁止として「事業主は、賃金の決定、教育訓練の実施、福利厚生施設の利用その他の待遇について、労働者が障害者であることを理由として、障害者でない者と不当な差別的取扱いをしてはならない」と規定されている。M精神保健福祉士は、W印刷会社が障害者雇用を理由にLさんへの研修の機会を提供していないということであれば、教育訓練の実施に対する不当な差別的取扱いに該当する可能性があることを検討し、Lさんが研修を受けられないことで不安な気持ちになったことを上司等に伝えられることが必要である。

(厚生労働省「障害者差別禁止の指針（概要）」(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11600000-Shokugyouanteikyoku/0000083349.pdf>))



日本ソーシャルワーカー教育学校連盟 主催

第31回社会福祉士
第21回精神保健福祉士
国家試験対策用

受験対策 web講座

受講生の90%が
「受けてよかった！」
「満足できる内容！」
と太鼓判！

(平成29年度受講者アンケートより)

web講義は
無料で視聴し放題！
場所を問わず
すきま時間で効率よく
学習ができます！！

- 講義内容：90分／1科目（予定）
講師は当連盟会員校の教員を中心としたスペシャリスト
- 配信予定時期：平成30年9月ごろより順次
- テキスト発送予定時期：平成30年10月上旬より順次
- 開講科目：社会福祉士・精神保健福祉士の試験科目全25科目
- 配信方法：専用サイト (<http://jaswe.jp/webkouza/>) のYouTubeでの無料配信

模擬試験が終わっても、
まだ申込可能です！！



本講座は専用テキストに沿って開講されています。

動画と一緒に見ると理解度もさらにUP!!ぜひご活用ください! 詳細は専用サイトへ↑

* 社会福祉士編(社会福祉士専門科目+共通科目/340ページ(予定))

* 精神保健福祉士編(精神保健福祉士専門科目+共通科目/320ページ(予定))

価格 1冊3900円(税・送料込)

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鑽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

 **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ください。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

★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紙「PSW通信」等の送付（2か月に1度／入会時以前のバックナンバーはまとめてお届けします！）
3. 研修等の案内（参加費は学生会員特別価格！）
4. 正会員入会時の入会金 5,000 円免除！

（さらに2019年度入会の場合、生年月日が1989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）

今すぐ全国の精神保健福祉士の先輩や情報とつながろう！
資格取得後の正会員
入会がお得になりますよ♪



詳細とお申込みはウェブサイトからどうぞ →



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

URL：http://www.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。

受験生のみならず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 四谷チンゴビル 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30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/>

