

精神専門

一般社団法人 日本社会福祉士養成校協会

一般社団法人 日本精神保健福祉士養成校協会

平成27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)

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

一般社団法人日本社会福祉士養成校協会・一般社団法人日本精神保健福祉士養成校協会：
平成27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】

精神疾患とその治療		
84	症状と疾患，診断	3
85	症状と疾患	3
86	統合失調症	2
87	心理的検査法	3
88	認知症	2
89	アルコール依存症	4, 5
90	うつ病（大うつ病性障害）	4
91	薬剤と副作用	5
92	精神療法	1, 5
93	精神科治療における人権擁護	3
精神保健の課題と支援		
94	自殺総合対策大綱	4
95	高齢者虐待の調査	1
96	心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き	3, 5
97	自殺の現状と自殺対策	4
98	いじめ	2
99	精神科病院在院患者の状況	5
100	子どもの貧困対策法	2
101	アルコール問題と薬物依存	1, 5
102	精神保健に関連する民間団体等	2
103	WHO（世界保健機関）の活動	5
精神保健福祉相談援助の基盤		
104	精神保健福祉士法	1
105	精神保健福祉士の役割と専門技術	2
106	日本精神保健福祉士協会倫理綱領	4
107	ソーシャルワークのグローバル定義	2, 4
108	相談援助の理念	2, 5
109	相談援助における権利擁護	2, 3
110	精神科デイケアを利用している統合失調症患者への対応	3
111	ソーシャルワークの理論	2, 5
112	精神保健福祉にかかわる専門職	4
113	ひきこもり生徒の相談機関	1
114	ひきこもり生徒の家族への対応	2, 5
115	ひきこもり生徒への助言	4
116	長期入院患者の退院に向けた支援	2
117	近隣住民への対応	4
118	ケア会議の目的	1
精神保健福祉の理論と相談援助の展開		
119	精神保健福祉法に規定される精神障害者の定義	5
120	精神保健福祉関連法制度の変遷	3
121	精神科リハビリテーションの原則	2
122	デイケア利用者への対応	2
123	統合失調症患者との面接	4
124	精神科チーム医療	1, 2
125	家族心理教育プログラム	5
126	精神保健福祉領域におけるスーパービジョン	2

127	医療機関で行われる療法	5
128	地域生活を支える社会資源の活用	2, 5
129	障害者ケアガイドラインに基づくケア計画の作成	2
130	社会資源	2, 4
131	地域移行支援・地域定着支援	1
132	認知症患者の家族との面接	5
133	認知症患者が活用できる社会資源	1
134	認知症患者の家族への支援	4
135	統合失調症患者のリハビリテーション計画	5
136	退院時のケア会議	3, 5
137	金銭管理に関するサービス	1
138	アルコール依存症者への初期介入	4
139	アルコール依存症者の自助グループ	5
140	アルコール依存症からの回復	2, 5
141	発達障害が疑われる人がもつエピソード	3, 5
142	精神障害者雇用トータルサポーターの対応	1, 4
143	コミュニケーションのトレーニング	1
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入院制度	2
145	退院後生活環境相談員	2
146	高次脳機能障害患者への支援策	1, 2
147	発達障害者支援センター	3
148	精神障害者の経済的支援制度	4
149	精神科病棟入院患者への社会復帰支援	3
150	医療観察法	5
151	精神保健参与員	3
152	社会調査	2, 5
153	保護観察所の役割	2
154	退院のためのケア会議	1, 2
155	ケア会議の参加メンバー	4
精神障害者の生活支援システム		
156	障害の概念及び精神障害者の特性	3, 5
157	精神障害者の現状	4
158	居住支援制度	3
159	行政機関の業務	4
160	認知症の母親と息子二人暮らしへの支援	3
161	求職中の精神障害者への復職支援	5
162	精神障害者総合雇用支援事業	3
163	リワーク支援	2, 3

精神疾患とその治療

問題 84

正答 3

- 1 誤り。外因性精神障害は、外傷・身体疾患・精神作用物質の使用などが外部から加わり精神障害の成因となっているものをいい、外傷性精神障害・感染症後遺症（脳炎・髄膜炎）・脳萎縮（認知症）・甲状腺疾患などがある。
- 2 誤り。DSMはアメリカ精神医学会による精神疾患の診断・統計マニュアルであり、2013年のDSM-5において、多軸診断が廃止された。多軸診断は、旧版のDSM-IV-TRで用いられていた。DSM-IV-TRの多軸診断は、第Ⅰ軸（臨床疾患）、第Ⅱ軸（パーソナリティ障害、精神遅滞）、第Ⅲ軸（身体疾患）、第Ⅳ軸（心理社会的・環境的問題）、第Ⅴ軸（機能）の5つの軸で評価されていた。それに対しDSM-5では、多元診断が採用され、精神疾患・パーソナリティ障害・発達障害の重症度を0～100%のパーセント表示するものである。
- 3 正しい。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、現在、ICD-11に向けた改訂作業が進行中である。DSMが精神科領域に限った分類であるのに対し、ICDは、あらゆる領域にわたるものである。
- 4 誤り。内因性精神障害とは、遺伝や生まれもった素因により起こる脳の機能障害である。統合失調症や気分障害が該当する。
- 5 誤り。心因性精神障害とは、過度のストレスやトラウマ、性格傾向と環境の関係など、心理的な問題が主要因になっているものである。不安障害、強迫性障害、摂食障害、PTSD（Post-traumatic stress disorder；外傷後ストレス障害）などが該当する。

問題 85

正答 3

- 1 誤り。せん妄とは、意識の混濁に加えて認知障害（種々の錯覚や幻覚を中心とし、これに妄想を伴うことがある）や精神運動性障害（寡動や多動）、睡眠・覚醒周期の障害、さらには感情の障害（不安、恐怖、焦燥など）が認められる状態を指す。器質性の精神障害で生じやすく、統合失調症との直接の関連はない。よって選択肢は誤りである。
- 2 誤り。保続とは、思考が一つのことにこだわって進

まず、新しい話題に転じにくい状態のことをいう。認知症や脳血管障害などの器質性精神障害で出現しやすく、特に前頭葉の障害と関連する。不安障害との直接の関係はなく、選択肢は誤りである。

- 3 正しい。失声とは、声を出せなくなる状態であり、精神医学的には、解離性障害の一つである解離性運動障害（ICD-10）ないし転換性障害（DSM-5）においてみられる。よって選択肢は正しい。この症状は、意図しない心理的メカニズムによって作り出された症状であり、古典的には失立（立てなくなる）、失歩（歩けなくなる）とともに、ヒステリーの代表的な症状の一つに数えられていた。なお、意図的に失声の症状が作り出されている場合には、詐病や虚偽性障害が該当する。
- 4 誤り。減裂思考とは、全体の論理的連関と統一性が失われた状態を指す思考の障害であり、統合失調症で認められる症状の一つである。よって選択肢は誤りである。躁病においても思考の障害はみられるが、その代表は観念奔逸である。これは減裂思考とは異なり、次から次へと考えが展開していく点に特徴があり、一般に爽快気分や行為促進が伴われ、その結果、全体として適切な判断が困難となる。
- 5 誤り。遁走とは、心因性健忘に空間的な場所の移動が加わる症状を指す。その代表は解離性障害においてみられ、全生活史健忘や解離性同一性障害（多重人格障害）では、遁走が伴われることが少なくない。この症状が出現すると、患者は突然に日常生活を放棄して失踪することがある。その間、新たな同一性を獲得することもあるが、自らの身辺管理は保たれており、第三者からは一見正常に映る。注意欠如・多動症（注意欠如・多動性障害）の子どもも、唐突に予定にない外出を行うことがあるが、これはあくまでも注意の転導性によるものであり、遁走とは異なる。よって選択肢は誤りである。なお遁走は、うつ病においてもみられることがある。

問題 86

正答 2

- 1 誤り。罪責（罪業）妄想は、心気妄想、貧困妄想とともに微小妄想の一つに位置づけられている。微小妄想は、典型的にはうつ病患者にみられるものであり、統合失調症ではあまりみられない。よって選択肢の記

述は誤りである。なお、統合失調症でみられやすい妄想の代表は被害妄想であり、これには他者から迫害されるという迫害妄想、追跡されているという追跡妄想、注意・監視されているという注察妄想、毒を盛られているという被害妄想などが含まれる。

- 2 正しい。統合失調症でみられる幻覚には、幻視・幻聴（幻声）・幻嗅・幻味・幻触のほか体感幻覚が存在するが、このうち最も認められやすいのは幻聴（幻声）である。よって選択肢は正しい。なお、選択肢に記載されている「対話する形の幻聴」は、シュナイダーの一般症状に含まれ、統合失調症の診断の際に重視されてきたものである。ちなみにシュナイダーの一般症状には、「考想化声」、「対話する形（問答形式）の幻聴」、「自身の行為に随伴して口出しする形の幻聴」、「身体への被影響体験」、「思考奪取やその他の思考領域での被影響体験」、「考想伝播」、「妄想知覚」、「感情・欲動・意志の領域に現れるその他の作為・被影響体験」の八つが含まれている。
- 3 誤り。振戦せん妄とは、アルコール依存症の離脱症状で、断酒後2～3日後に現れやすく、全身に強い振戦とせん妄を起こす現象である。よって選択肢は誤りである。振戦せん妄においては、一般に見当識が失われ、関連のない断片的な言動、小動物の幻視、振戦、自律神経症状がみられる。
- 4 誤り。昏迷とは、意識水準の低下がないにもかかわらず、意欲と行動が欠如もしくはきわめて乏しくなっている状態であり、緊張病（緊張型統合失調症）やうつ病などでみられる。あくまでも昏迷の本態は、意欲と行動の極端な低下にあり、意識の障害とは異なる。実際に患者は周囲の状況を認識していることが少なくない。よって選択肢は誤りである。
- 5 誤り。統合失調症では、幻聴によって思考が先に進まなくなることがあるが、これは「思考途絶」と呼ばれる症状である。思考制止（思考抑制）とは、思考のテンポが全体的に遅く、思考が停滞する症状を指し、この症状はうつ病でみられやすい。よって選択肢は誤りである。

問題 87

正答 3

- 1 誤り。質問紙法による性格検査は、本人の行動特徴や思考様式、葛藤の有無などについて「はい」「いいえ」「どちらでもない」といった形式で質問に答える検査法である。簡便に施行でき、評価法が決まっているので、検査者によらず結果が一定となる利点がある。

る。しかし、回答者が自分をよく見せようとする、同情を引こうとするなど実際とは違った項目を選択することで、結果が偏る危険性がある。

（『新・精神福祉士養成講座①精神疾患とその治療』中央法規出版、2012年（以下『精神疾患とその治療』中央法規出版）、pp. 67～68、新版・精神保健福祉士養成セミナー編集委員会『改訂新版・精神保健福祉士養成セミナー 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）、pp. 49～50）

- 2 誤り。文章完成検査（Sentence Completion Test；SCT）は「もしも私が……」といった出だしのみが記された不完全な文章を提示し、その後の文章を続けさせることで、本人の人格特徴や自己評価、潜在的な葛藤などをみる投影法の一つである。検査の結果は家族性、対人関係、自己概念などの領域に分けて整理される。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版、p. 68、『精神医学—精神疾患とその治療』へるす出版、p. 50）

- 3 正しい。P-Fスタディ（Picture-Frustration Study；絵画-欲求不満テスト）は仕事で叱られているなど欲求不満に陥る場面を描いた24枚の略画を示し、返答する言葉を記入させることで、本人の欲求不満の解決傾向をみる投影法の一つである。言葉を攻撃の方向および反応の態度から分析する。外罰的（外界を攻撃する）、内罰的（自分を責める）、無罰的（外界も自分も責めず妥協する）などの区分がある。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版、p. 68、『精神医学—精神疾患とその治療』へるす出版、p. 50）

- 4 誤り。風景構成法は紙と筆記具による表現の特徴から解釈を行う描画テストに区分される、投影法の一つである。川や山から花や動物といった景色を遠景から近景の順番でA4の紙に描いてもらい、完成した絵を眺めながら簡単な質問を加えていく。他の描画テストには家屋、樹木および人を描かせるHTPテスト（House-Tree-Person Test）、「実のなる木」を描かせるバウムテストなどがある。なお、図版を提示して連想される内容を尋ねる検査には、左右対称のインクのしみを示すロールシャッハテスト（Rorschach test）、多様な解釈のできる場面を見せる絵画統覚検査（Thematic Apperception Test；TAT）などがある。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版、p. 68、『精神医学—精神疾患とその治療』へるす出版、p. 50）

- 5 誤り。投影法による性格検査は、曖昧な刺激を提示して回答者に自由に答えてもらう形式の検査法である。無意識の欲求や問題解決方法などが読みとれるなど個人を総体的に理解することができるとともに、質問紙法と違って回答者による意図的な偏りが生じない利点をもつ。ただし質問紙法に比べて時間を要すると

ともに、検査者に正しい解釈や判定のための知識と経験が必要で、場合によっては検査者の技量により結果が偏る危険性がある。

『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 68, 『精神医学—精神疾患とその治療』へるす出版, p. 49)

問題 88	正答 2
-------	------

- 1 誤り。一酸化炭素中毒では、大脳皮質ではなく主に大脳白質や大脳基底核（特に淡蒼球）の障害により認知症を起こすことがある。現代においては、練炭の不完全燃焼による自殺未遂等でみられることが多い。急性期の意識障害から回復したあと、記憶力障害に加えて動作開始や遂行の困難（パーキンソン症候群）とともに、淡蒼球の損傷に由来する意欲や発動性の低下が後遺症として残る。特殊な治療として高圧酸素療法を用いることがある。

『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 82, 『精神医学—精神疾患とその治療』へるす出版, p. 62)

- 2 正しい。ハンチントン病は主に大脳基底核（特に尾状核）の障害に由来する認知症である。尾状核が萎縮し、単なる癖のような小さな動きが次第にすばやい舞踏様の不随意運動へ発展するとともに、情動の不安定さ、易怒性、固執などの人格変化を経て認知症に至る精神症状が特徴的である。主に成人期に発病する遺伝性疾患（常染色体優性遺伝）で、2015年（平成27年）1月1日より難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく指定難病となり、医療費助成対象疾病となった。

『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 79, 『精神医学—精神疾患とその治療』へるす出版, p. 45, p. 64)

- 3 誤り。レビー小体型認知症は大脳白質ではなく、主に大脳皮質（特に後頭葉領域）の神経細胞に分布するレビー小体の障害に由来する認知症である。早期に語られる生々しい幻視体験を特徴とし、認知症が徐々に進行する。認知機能の日内変動が強く、さらに四肢の筋固縮や小刻み歩行といったパーキンソン症状や、起立性低血圧による転倒や失神が繰り返されるという特徴がある。また抗精神病薬に過敏で、よく効くが副作用も強く出現する。

『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 75, p. 78, 『精神医学—精神疾患とその治療』へるす出版, p. 58, p. 61)

- 4 誤り。進行性核上性麻痺は感染症によるものではなく、主に大脳基底核、さらに小脳や脳幹神経細胞の障害に由来する認知症である。人格変化（思考の緩慢）や意欲低下（抑うつ）といった精神症状が進行するとともに、眼球運動障害（主に上下を見つめることがで

きない）、頸部ジストニア（首が後ろに反った状態になる）、仮性球麻痺（嚥下障害や構音障害）、パーキンソン症状がみられ、数年の経過で増悪していく。なお、梅毒に感染後数年から十数年して発病する認知症は進行麻痺である。

『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 79, 『精神医学—精神疾患とその治療』へるす出版, p. 65, p. 173)

- 5 誤り。正常圧水頭症は脳室内の脈絡叢で産生され、脳表のくも膜顆粒で吸収される脳脊髄液の流れや吸収の障害により、CTなどの脳画像所見において脳脊髄液で緊満した脳室の拡大がみられるとともに、圧迫された脳溝の狭小化を伴う疾患である。数週間から数か月の期間で進行する認知症、歩行障害（開脚すり足歩行）、尿失禁が正常圧水頭症の三徴候である。なお、プリオンというたんぱく質の異常から引き起こされる、脳のスポンジ状の変性による認知症を「プリオン病」といい、クロイツフェルト・ヤコブ病が代表的かつ最多である。

『精神疾患とその治療』中央法規出版, pp. 80～81, 『精神医学—精神疾患とその治療』へるす出版, p. 65, p. 169)

問題 89	正答 4, 5
-------	---------

- 1 誤り。精神依存だけで離脱症状は生じず、逆に離脱症状の存在は身体依存の形成を意味する。なお、精神作用物質への依存には精神症状と身体症状があり、精神依存は依存性物質を「精神」的にやめられなくなる状態で、摂取しないといらいらや不快感、抑うつなどが生じる。身体依存は大量の連続飲酒の結果、血中にアルコールが存在することで保たれていた細胞の恒常性が、飲酒をやめたり減量したりすることで崩れて現れる病的な「身体」症状（発熱・発汗、頻脈、不眠、振戦など）である。

『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 98, 『精神医学—精神疾患とその治療』へるす出版, p. 74)

- 2 誤り。アルコール幻覚症は大量・長期にわたる飲酒の結果、意識が清明なときに第三者同士が自分の悪口を言い合うような内容が聞こえる幻聴の形で現れることが多い。振戦せん妄の際にみられる、特に夜間に悪化する意識の混濁（せん妄）に伴う小さな虫や動物が見える幻視（小動物幻視）とは異なるため、注意が必要である。

『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 101, 『精神医学—精神疾患とその治療』へるす出版, p. 77)

- 3 誤り。長年の多量飲酒によりビタミンB₁（チアミン）が欠乏し、意識障害、眼球運動障害（動眼神経麻痺による：自覚症状として複視と表現される）、失調

(小脳の障害による：特に歩行時の失調が多い)の三徴候が出現する病態をウェルニッケ脳症という。ウェルニッケ失語は側頭葉の感覚性言語中枢の障害によって言葉の理解ができず、逆に発話は流暢で錯語(単語内の音や、単語そのものの言い間違い)が混じる失語症を指す語である。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 20, p. 100, 『精神医学—精神疾患とその治療』へるす出版, p. 15, p. 77)

- 4 正しい。コルサコフ症候群は、アルコールの長期多量飲用により、振戦せん妄からウェルニッケ脳症を経て移行することが多い。記憶障害(前向性健忘、並びに発症以前の数か月から数年間の記憶がなくなる逆行性健忘)、見当識障害、作話(健忘により矛盾する陳述の内容を、作り話で取り繕う)を特徴とする症候群である。ビタミンB₁の欠乏に主に由来する脳神経の不可逆的な障害が原因のため、治りにくく後遺症を残すことが多い。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 52, p. 100, 『精神医学—精神疾患とその治療』へるす出版, p. 57)

- 5 正しい。交叉耐性とは、ある物質に対して生じた耐性が、同じ受容体によって感知する他の物質にも当てはまる現象である。アルコール依存症の場合、うつ病や睡眠障害の治療に用いられるベンゾジアゼピン系薬物がそれに相当する。そこで、離脱症状の時期における強い身体症状を緩和する目的で、ベンゾジアゼピン系の抗不安薬や睡眠薬をアルコールに置き換える形で投与し、次にこの薬物の漸減を図る治療法をとることがある。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 95, p. 99, 『精神医学—精神疾患とその治療』へるす出版, p. 77)

問題 90	正答 4
-------	------

- 1 誤り。うつ病は大うつ病性障害とも呼ばれ、男性よりも女性に、約2倍多くみられる。よって選択肢は誤りである。ちなみに双極性障害に関しては、性差がみられないといわれている。
- 2 誤り。精神疾患の原因は、歴史的に心因(精神的要因)、外因(身体的要因)、内因(先天的要因や遺伝)に分けてとらえられてきた。うつ病は、主に内因性の精神疾患に分類されており、選択肢は誤りである。ただその発症の誘因として、種々のライフイベントやストレスが関連していることが少なくないため、精神療法の対象になる。
- 3 誤り。DSM-5のうつ病では、代表的な症状を9項目あげ、そのうち①抑うつ気分または②興味や喜びの

減退のいずれかを含む全5項目以上が、過去2週間に存在していることを診断の条件としている。このように抑うつ気分の存在は、うつ病診断にきわめて重要な症状ではあるが、必須のものではなく、選択肢は誤りである。ちなみにDSM-5のうつ病の他の7項目は、③著しい体重の減少または体重増加、④不眠または睡眠過多、⑤精神運動性の焦燥または制止、⑥易疲労性、または気力の減退、⑦無価値観、あるいは過剰または不適切な罪責感、⑧思考力や集中力の減退または決断困難、⑨死についての反復思考、反復的な自殺念慮または自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画、である。

(American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed. *DSM-5*), American Psychiatric Association, Washington D.C., 2013, =高橋三郎, 大野裕監訳『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』医学書院, 2014)

- 4 正しい。うつ病では、食事療法を行っていないにもかかわらず、著しい体重減少がみられやすい。また不眠(入眠困難、睡眠維持困難、早朝覚醒)もみられやすく、特に早朝覚醒はうつ病の特徴の一つといわれている。なおうつ病のなかには、過食や過眠が出現することもあり、このような症状が目立つ一群は「非定型うつ病」と呼ばれている。
- 5 誤り。一般にうつ病の治療において、認知療法(認知行動療法)は有効であり、再発予防に関する効果が期待される。しかし通常は、抗うつ薬による薬物療法と併用して用いられ、特に抑うつ感や興味の喪失、および思考や行動の制止が顕著な場合には、まず抗うつ薬の投与を行うことが一般的である。よって選択肢は誤りである。

問題 91	正答 5
-------	------

- 1 誤り。抗精神病薬ではドーパミンD₂受容体をブロックして神経伝達を抑制する。第一世代の薬(定型抗精神病薬)では全面的にドーパミンD₂受容体をブロックするため、錐体外路症状の副作用が強かったが、第二世代の薬(非定型抗精神病薬)以降では、70%前後の部分的ブロックにとどめ、副作用が減少した。
- 2 誤り。抗うつ薬の服薬は症状改善後も継続し、一定期間経過後に漸減する。SSRIでは、セロトニンの再吸収(古くなったセロトニンの回収)を抑えてセロトニンの不足を補う。SNRIでは、セロトニンおよびノルアドレナリンの両者について再吸収を抑えて不足を補う。

- 3 誤り。選択肢の記述は抗精神病薬による副作用である。抗不安薬の副作用には、過鎮静による眠気やふらつき、依存性、不安や緊張がかえって強まる奇異反応などがある。
- 4 誤り。中枢神経刺激薬が有効なのは注意欠如・多動症（ADHD）やナルコレプシーである。知的障害に有効な薬物療法はない。
- 5 正しい。炭酸リチウムは気分安定薬として躁病の治療にしばしば用いられる。炭酸リチウムと同様に治療域と中毒域が近く、血中濃度を定期的に測定しフォローする必要のあるのが、抗てんかん薬のグループであり、そのなかのバルプロ酸ナトリウムとカルバマゼピンも気分安定薬として用いられる。

問題 92	正答 1, 5
-------	---------

- 1 正しい。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る。この治療法では、認知のあり方にはたらきかけて精神疾患を治療する方法がとられ、うつ病のほか、不安障害、強迫性障害、PTSD（外傷後ストレス障害）、摂食障害などがその対象となる。このうちうつ病では、患者にみられるマイナス思考にはたらきかけ、そのような思考を断ち切るために、合理的な状況の受け止め方に導くことが試みられる。よって選択肢は正しい。
- 2 誤り。支持的精神療法は、力動精神療法などの積極的な洞察や分析を促す治療法に対比して用いられる治療法の概念であり、一般的には対話を中心としたスタイルを用いて不安を軽減し、症状の改善を図る。定義や位置づけ、方法に関しては、諸家によって考え方が異なるが、少なくとも患者に不適応をもたらすような行動を、積極的に支持することはない。よって選択肢は誤りである。
- 3 誤り。力動精神療法は精神分析的な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する。治療者は、傾聴と中立性を維持して、転移と抵抗などの理解とその解釈を行う。この治療法は、もっぱら神経症の患者に対して行われる。統合失調症患者に対しては、自我の脆弱性を露呈させ、かえって患者の不安を増大させる危険があり、統合失調症の治療法としては、一般に用いられない。よって選択肢は誤りである。
- 4 誤り。森田療法は森田正馬^{まさたけ}によって創始された精神療法であり、①とらわれに基づく悪循環の打破と自然

治癒力の発動、②不安、苦悩をあるがままに受け入れていくこと、③自らの生きる欲望によって目の前の目的に取り組んでいくこと、を治療原則としている。したがって力動精神療法とは異なった治療法であり、むしろ東洋的な仏教哲学との関連が深い。よって選択肢は誤りである。なお、森田療法は、不安障害、強迫性障害などの神経症圏の精神疾患が主な治療対象となる。

- 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広く行われている精神療法で、その対象も神経症から精神病レベル、パーソナリティ障害や精神作用物質関連障害、認知症など、応用範囲が広い。したがって集団療法の技法も、それぞれに応じたものが開発されている。アルコール依存症では、断酒会やAA（アルコホーリクス・アノニマス）において用いられ、効果をあげている。よって選択肢は正しい。

問題 93	正答 3
-------	------

- 1 誤り。精神医療審査会は、「精神障害者の医療に関する学識経験者」（医療委員：精神保健指定医）、「法律に関する学識経験者」（法律家委員：弁護士、検事等）、「その他の学識経験を有する者」（有識者委員）で構成される。なお、2016年（平成28年）4月から「その他の学識経験を有する者」は、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」（精神保健福祉士、保健師等）に改められる。
- 2 誤り。当事者に同意能力がない場合には、当事者に代わって決定を下す代諾者からインフォームドコンセントを得る必要がある。同意能力のない当事者からむりやり署名を取りつけるのは誤りである。
- 3 正しい。隔離の対象に含まれるのは、①他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合、②自殺企図又は自傷行為が切迫している場合、③他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合、④急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合、⑤身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合である。
- 4 誤り。身体的拘束が認められる条件には、①自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合、②多動又

は不穏が顕著である場合、③精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合が含まれるため、選択肢は身体的拘束の条件に当てはまる。

- 5 誤り。行動制限最小化委員会は精神科病院内に設けられる院内審査システムで、国や自治体などの定める指針とそれぞれの施設の状況の両方に見合った形で、基準や手順などの基本ルールの整備や、設備や診療器具・用具の工夫、研修会の開催、教育システムの構築、事例検討、情報発信と共有、説明と同意の徹底、専門研究などが行われる。精神保健福祉センターに設けられるものではない。

精神保健の課題と支援

問題 94

正答 4

- 1 誤り。2012年（平成24年）に見直された自殺総合対策大綱は、地域レベルの実践的な取組みを中心とする自殺対策への転換を図ることが必要であることから、国や地方公共団体だけでなく、関係団体、民間団体などが取組みに密接に連携し、協力することが必要であるとした。さらに、目指すべき社会として提示された「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す」ために、国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業、国民等が連携や協働し、自殺対策を総合的に推進することができるように、それぞれが果たす役割を明確にし、共有することになった。
- 2 誤り。ゲートキーパーとは、自殺の危険を示すサインや悩んでいる人に気づき、傾聴し、必要な支援につなげ、見守る人のことであり、誰でもゲートキーパーになることができる。2012年（平成24年）の自殺総合対策大綱の見直しでは、弁護士、司法書士、薬剤師、理容師などがゲートキーパーとして役割を果たすことが期待され、ゲートキーパーの養成が促進されることになった。しかし、ゲートキーパー養成研修会は、義務づけられておらず、地方公共団体により実施状況は異なる。
- 3 誤り。インターネットを活用することで自殺対策に関する情報の集約や提供の強化が推進されることになったが、児童や生徒が危険なインターネットのサイトにアクセスしないように、児童や生徒に対して安全に安心してインターネットを利用できるようにフィルタリングの普及などインターネット環境の整備の取り組み、インターネットを適切に利用できるように教育や普及活動を行うことが必要である。したがって、児童や生徒は必ずしも大人と同じ情報を得ることができる環境とはなっていない。
- 4 正しい。新たに自殺未遂者に対する自殺対策として、自殺企図の再発防止対策強化が明記された。充実した精神科救急医療体制の整備を図るため、救急医療センター等に精神保健福祉医療従事者等を配置することで、治療を受けた自殺未遂者が精神科医療ケアの必要性を評価し、精神科医による診療や精神保健医療従事者によるケアを受けることができる。さらに、自殺未遂者に対する的確な支援ができるように、自殺未遂者の治療とケアに関するガイドラインを作成し、救急

医療関係者の研修等で普及させることとしている。

- 5 誤り。養護教諭が命の大切さを実感できる教育や生活上の困難やストレス場面に直面した際の対処方法を教えることは規定されていない。また、生活上の困難やストレス場面に直面した際に対処できる方法はストレスマネジメントに限定されているわけではない。

問題 95

正答 1

- 1 正しい。相談・通報者 2万8144人のうち「介護支援専門員」が8795人（31.3%）で最も多く、次いで「警察」が3488人（12.4%）、「家族・親族」が3245人（11.5%）となっている。
- 2 誤り。養介護施設従事者等による高齢者虐待の相談・通報者1154人のうち、「当該施設職員」が403人（34.9%）で最も多く、次いで「家族・親族」が221人（19.2%）であった。
- 3 誤り。養介護施設従事者等による被虐待高齢者の総数402人のうち、虐待の種別では、「身体的虐待」が258人（64.2%）で最も多く、次いで「心理的虐待」の132人（32.8%）が多く、「介護等放棄」は67人（16.7%）であった。
- 4 誤り。養護者による被虐待高齢者の総数 1万6140人のうち、虐待の種別では、「身体的虐待」が 1万533人（65.3%）で最も多かった。次いで「心理的虐待」が 6759人（41.9%）、「介護等放棄」が3602人（22.3%）、「経済的虐待」3486人（21.6%）であった。
- 5 誤り。被虐待高齢者からみた虐待者の続柄で最も多いのは、「息子」で7143人（41.0%）であった。次いで「夫」3349人（19.2%）、「娘」2865人（16.4%）であった。

問題 96

正答 3, 5

- 1 誤り。第1ステップは、病気休業開始及び休業中のケア、療養期間のことである。労働者から管理監督者に主治医による診断書（病気休業診断書）が提出され、休業が始まり、管理監督者は人事労務管理スタッフ等に診断書（病気休業診断書）が提出されたことを連絡し、状況を把握する。休業する労働者に対しては、必要な事務手続きや職場復帰支援の手順を説明し、また労働者が病気休業期間中に安心して療養に専念できる

よう、傷病手当金などの経済的な保障、不安、悩みの相談先の紹介、公的または民間の職場復帰支援サービス、休業の最長（保障）期間等について情報提供等の支援を行うとしている。

2 誤り。第2ステップとは、主治医より職場復帰可能と診断書が出された段階のことである。主治医による診断は、日常生活における病状の回復程度によって職場復帰の可能性を判断していることが多いため、主治医の判断と職場で必要とされる業務遂行能力の内容等について、産業医等が精査し、主治医との間で十分な情報交換を行う必要があるとしている。

3 正しい。第3ステップでは、職場復帰の可否の判断及び職場復帰支援プランを作成する。安全でスムーズな職場復帰を支援するため、最終的な決定の前段階として、必要な情報の収集と評価を行ったうえで職場復帰ができるかを適切に判断し、職場復帰を支援するための具体的プラン（職場復帰支援プラン）を事業場内産業保健スタッフ等を中心に、管理監督者、休職中の労働者の間でよく連携し、作成する。

4 誤り。第4ステップは、職場復帰に向けて最終的な調整を行う段階である。本人の健康状態や意思の確認、就業上の配慮に関する意見書を作成し、事業者による最終的な職場復帰の決定がなされ、就業上の配慮の内容について労働者に通知される。

5 正しい。第5ステップでは、職場復帰後の管理監督者による観察と支援のほか、事業場内産業保健スタッフ等によるフォローアップを実施し、適宜、職場復帰支援プランの評価や見直しを行う。具体的には、治療状況の確認、症状の再燃・再発、新しい問題の発生等の有無、勤務状況や業務遂行能力の評価、職場復帰支援プランの実施状況の確認と見直し、職場環境等の改善、管理監督者や同僚等への配慮などがあげられる。

（『新・精神保健福祉士養成講座2 精神保健の課題と支援』中央法規出版、2012年（以下『精神保健の課題と支援』中央法規出版）、pp.179～181、『新版精神保健福祉士養成セミナー2 精神保健学—精神保健の課題と支援』へるす出版、2012年（以下『精神保健学』へるす出版）、pp.214～217、厚生労働省・独立行政法人労働者健康福祉機構「改訂心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」2012年7月）

問題 97	正答 4
-------	------

1 誤り。「自殺総合対策大綱」において、平成28年までに自殺死亡率を17年と比べて20%以上減少させるという数値目標自体の変更はない。しかし、参考として、「平成17年の自殺死亡率24.2から20%減少させると19.4となり、平成23年10月1日現在の推計人口（1

億2618万人）のまま人口が一定だとすると、目標を達成するためには自殺者数は2万4428人以下となる必要がある」と記載されている。

（内閣府「自殺総合対策大綱」：第4 自殺対策の数値目標）

2 誤り。2014年（平成26年）中における自殺者の原因・動機が明らかなもののうち、その原因・動機が「健康問題」にあるものが1万2920人と最も多く、次いで「経済・生活問題」が4144人、「家庭問題」が3644人、「勤務問題」が2227人となっており、この順位は前年と同じである。

（内閣府自殺対策推進室・警察庁生活安全局生活安全企画課「平成26年中における自殺の状況」平成27年3月12日）

3 誤り。「自殺総合対策大綱」においては若年層、高齢者層のほかに中高年層、自殺未遂者の四つの対象について記載されている。若年層については自殺が増加傾向であることから取組みの必要性・重要性について大きく取り上げられている。中高年層については、心の健康づくりとともにストレスの原因となる長時間労働、失業等の社会的要因に対する取組みが重要としている。高齢者層については、かかりつけの医師等の精神疾患の診断技術の向上、健康診査等を活用したうつ病の早期発見、早期治療とともに生きがいづくり対策と在宅介護者に対する支援の充実も重要であるとしている。また、自殺未遂者については、救命救急センター等で治療を受けた自殺未遂者が、必要に応じて精神科医療ケアや生活再建の支援を受けられる体制を整備する必要があるとしている。

（内閣府「自殺総合対策大綱」：第2 自殺総合対策の基本的考え方）

4 正しい。「自殺総合対策大綱」の自殺総合対策の基本的考え方において、「3.段階ごと、対象ごとの対策を効果的に組み合わせる」として、自殺対策は、事前予防、自殺発生の危機対応、事後対応の段階ごとの施策を講じる必要があるとし、同時に全体的予防介入、選択的予防介入、個別的予防介入という対象ごとの対策を効果的に組み合わせるという視点が重要であると記述されている。

（内閣府「自殺総合対策大綱」：第2 自殺総合対策の基本的考え方）

5 誤り。2014年（平成26年）中における自殺者数の年齢階級別自殺者数は、「60歳代」が4325人で全体の17.0%を占め、最も多い。次いで「40歳代」が4234人で16.7%、「50歳代」が4181人で16.4%、「70歳代」が3508人で13.8%となっている。

（内閣府自殺対策推進室・警察庁生活安全局生活安全企画課「平成26年中における自殺の状況」平成27年3月12日）

問題 98	正答 2
-------	------

- 1 誤り。いじめの問題を背景とした生徒が自死に至った事案から、実施されるようになった、いじめ問題に対する総合的な取組みの推進に関する問いである。文部科学省は2012年（平成24年）11月に「『いじめ問題に関する児童生徒の実態把握並びに教育委員会及び学校の取組状況に係る緊急調査』を踏まえた取組の徹底について（通知）」（平成24年11月27日24文科初第936号）を発出し、教育委員会や学校における未然防止や早期発見・早期対応の促進として、平成25年度よりいじめ対策等総合推進事業を実施した。その一環として、スクールカウンセラーとスクールソーシャルワーカーともに配置拡充となっている。
- 2 正しい。平成25年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」結果によれば、言語的ないじめが、小・中・高・特別支援学校ともに64.4%と最も多い。身体的ないじめは、軽重を合わせて31.2%、「仲間はずれや集団による無視」が20.2%である。割合は低いが、「パソコンや携帯電話等で、誹謗中傷や嫌なことをされる」が4.7%、「嫌なことや恥ずかしいことや、危険なことをされたり、させられたりする」が8.7%、「金品を隠されたり盗まれたり、壊されたり、捨てられたりする」が8.6%もあり、深刻な事件につながりかねない。
- 3 誤り。「この法律において『学校』とは、学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する小学校、中学校、高等学校、中等教育学校及び特別支援学校（幼稚部を除く。）をいう」となっているため、特別支援学校も含まれている。
- 4 誤り。「学校いじめ防止基本方針」は、いじめ防止対策推進法第13条において学校に策定を義務づけている。しかし、2014年（平成26年）12月16日開催の初等中等教育分科会（第95回）で示された「いじめ防止対策推進法を踏まえた学校の取組状況に関する調査」結果によれば、2014年（平成26年）10月1日時点では、96.4%の学校が学校いじめ防止対策基本方針を策定済みであるが、100%には至っていない。
- 5 誤り。文部科学省は前年の調査結果を踏まえ、「性同一性障害に係る児童生徒に対するきめ細かな対応の実施等について」（平成27年4月30日27文科初児生第3号）を全国の国公立の小中高校などに発出した。同省は2000年（平成12年）にも事務連絡を出しているが、今回の通知では同性愛や両性愛なども「いじめ被害や不登校、自殺にもつながりかねない」として範囲

を広げた。通知では、悩みや不安を受け止める必要性は、いわゆる「性的マイノリティ」とされる児童生徒全般に共通するものであることを明らかにし、これらについては「自殺総合対策大綱」を踏まえ、教職員の適切な理解を促進することが必要であるとしている。

問題 99	正答 5
-------	------

- 1 誤り。F2（統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害）の診断による在院患者総数17万3417人のうち任意入院が56.4%、医療保護入院が42.4%であり、選択肢の逆の割合が正しい。
- 2 誤り。F3（気分（感情）障害）の診断による在院患者は総数で2万6008人だが、選択肢の男性患者と女性患者の数が逆であり、気分障害においては女性のほうが男性より多くなっている。ただし、40歳以上65歳未満の年齢階級のみ、男性4866人、女性4959人と接近している。一方、アルコールや覚せい剤などの使用による、F1（精神作用物質による精神及び行動の障害）では、ほぼどの年齢階級においても女性のほうが女性より上回っている。調査結果から、疾病（障害）と性別の相関をみておくとよい。
- 3 誤り。在院患者総数30万2156人の入院形態別では、選択肢の医療保護入院と任意入院の人数が逆になっている。2013年（平成25年）の精神保健福祉法改正の背景には、医療保護入院患者数約14万人であるという現状があることを知っておくことは重要である。
- 4 誤り。措置入院の形態での在院患者数は、20歳未満では20年以上の長期在院は当然存在しないが、20歳以上からの年齢階級別の総計は85人となっている。
- 5 正しい。20年以上の在院患者を入院形態別にみると、措置入院85人、医療保護入院1万2086人、任意入院2万512人、その他の入院468人で、合計が3万3151人という状況であり、在院患者総数の30万2156人に対し10.9%と1割を超えている。

問題 100	正答 2
--------	------

- 1 誤り。子どもの貧困対策の推進に関する法律（以下「子どもの貧困対策法」）は、20歳未満の子どもが対象で、一部の施策は20歳以上の大学等に在学している者も対象である。この法律の目的は、子どもの将来が生まれ育った環境に左右されないように、健やかに育成される環境が整備され、教育の機会均等を図るために子どもの貧困対策を総合的に推進することである。

子どもの貧困率15.7%，ひとり親世帯の貧困率50.8%，生活保護世帯の子どもの高等学校進学率89.9%（全体98.4%），次世代への貧困の連鎖の防止を背景に，2013年（平成25年）6月19日に成立し，2014年（平成26年）1月17日に施行された。

- 2 正しい。国及び地方公共団体は，貧困の状況にある子どもに対する教育の支援だけでなく，貧困の状況にある子ども及びその保護者に対する生活支援や経済的支援，貧困の状況にある子ども及びその保護者に就労支援を行うなど，必要な施策を行うことが規定されている。生活支援として，ひとり親家庭や生活困窮世帯の子どもの居場所づくりに関する支援や住宅支援など，保護者に対する就業の支援として親の学び直しの支援がある。
- 3 誤り。子どもの貧困対策会議は，内閣府に設置され，会長は内閣総理大臣である。委員は，会長以外の国務大臣の中から内閣総理大臣が指定する者である。会議では，大綱案の作成，子どもの貧困対策に関する重要事項について審議し，実施を推進する。会議の庶務は，文部科学省や厚生労働省，その他の関連行政機関の協力にて行われる。大綱案の作成は，文部科学大臣と厚生労働大臣がそれぞれの所管に属するものに関する部分の素案を作成し，会議に提出する。内閣総理大臣は，会議が大綱案を作成する際，関係行政機関の長の協力を得て，素案を作成し，会議に提出する。
- 4 誤り。都道府県は大綱案を考え，子どもの貧困対策についての計画を定めることは義務づけられておらず，努力義務である。しかし，計画が変更された場合には遅滞なく公表することが義務づけられている。一方，市町村には，子どもの貧困対策計画の策定は義務づけられていない。
- 5 誤り。子どもの貧困対策を総合的に推進するための枠組みとして，子どもの貧困の状況，子どもの貧困，子どもの貧困対策の実施を毎年公表することが義務づけられている。また，公表するのは厚生労働省ではなく，政府である。

ている。

（『精神保健の課題と支援』中央法規出版，p.217）

- 2 誤り。「平成26年版犯罪白書」（法務省）によると，覚せい剤取締法違反の検挙人員は毎年1万人以上を超える状況が続いているものの，2003年（平成15年）以降は1万5000人を下回っており，最近20年間は減少傾向にある。2013年（平成25年）の検挙人数は1万1127人であった。
- 3 誤り。「平成26年版犯罪白書」（法務省）によると，危険ドラッグにかかる適用法令（薬事法，麻薬取締法，危険運転致傷・自動車運転過失傷害・道路交通法等）の検挙人員は，平成22年→23年→24年→25年でそれぞれ10人→6人→112人→176人であり，2012年（平成24年）から急増している。そのため，2014年（平成26年）に薬事法が「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」に改正され，規制対象の拡大や広域的な規制が行われるようになった。

（『精神保健の課題と支援』中央法規出版，p.223）

- 4 誤り。睡眠薬などの向精神薬は，医療機関からの処方であっても，酩酊や催眠効果などを求めている依存や乱用が問題になることがあり，国際疾病分類（ICD-10）でも精神安定剤乱用・依存や睡眠薬依存等の分類がなされている。2014年度（平成26年度）の診療報酬改定では，抗不安薬や睡眠薬等の多剤大量処方を適正化するための見直しが行われた。

（精神保健福祉白書編集委員会『精神保健福祉白書2015年版』中央法規出版，2014年（以下『精神保健福祉白書2015年版』中央法規出版），p.41）

- 5 正しい。ダルク（DARC；Drug Addiction Rehabilitation Center）とは，薬物依存からの回復を支援するための，入寮を主体とした民間リハビリテーション施設である。スタッフも薬物依存の経験がある当事者で，利用者と相互に協力して活動するセルフヘルプ（自助）活動の特徴をもっている。

（『精神保健の課題と支援』中央法規出版，p.225）

問題 101	正答 1，5
--------	--------

- 1 正しい。アルコール健康障害対策基本法は2013年（平成25年）12月に制定され，2014年（平成26年）6月に施行された。酒類の製造・販売を行う事業者には，アルコール健康障害の発生，進行，再発防止に配慮する努力義務を規定している。また，政府に対してはアルコール健康障害対策推進基本計画の策定義務を規定し

問題 102	正答 2
--------	------

- 1 誤り。統合失調症などの精神障害者の家族会は，全国組織として「全国精神障害者家族会連合会（全家連）」が1965年（昭和40年）に設立され，2007年（平成19年）4月に解散した。「全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）」は，当事者による組織ではなく各地の地域家族会や病院家族会を連合する新たな全国組織として，2007年（平成19年）5月に結成された。

（『精神保健福祉白書2015年版』中央法規出版，p.82）

- 2 **正しい**。元気回復行動プラン（Wellness Recovery Action Plan；WRAP）は，精神障害からの回復のための行動計画をつくる手法であり，アメリカのコブランド（Copland, M.E.）が自らの精神障害の体験のなかから考案した。当事者がファシリテータとなってグループワークを行う自助活動が基本である。WRAPを行っているグループは日本でも増えている。

（『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，p.30）

- 3 **誤り**。いのちの電話は，一般市民に向けた自殺防止を目的として1971年（昭和46年）に設立された民間活動であり，一定の研修を受けたカウンセラーが電話相談にあたっている。自死遺族支援を目的としたものには，「全国自死遺族総合支援センター」などの活動がある。

（『精神保健の課題と支援』中央法規出版，p.216，『精神保健福祉白書2015年版』中央法規出版，p.83）

- 4 **誤り**。アルコールクス・アノニマス（Alcoholics Anonymous；AA）とは，アルコール依存からの回復を目的とする当事者の自助活動であり，非組織化と匿名性が徹底されているのが特徴である。

（『精神保健の課題と支援』中央法規出版，p.216）

- 5 **誤り**。「えじそんくらぶ」は，注意欠陥・多動性障害（ADHD）の当事者，家族，教師などの関係者を支援しているNPO法人である。自閉症の支援としては日本自閉症協会などの活動がある。

問題 103

正答 5

- 1 **誤り**。メンタルヘルスアクションプラン2013-2020は，2013年5月に行われた第66回WHO（世界保健機関）総会で採択された。このプランは，全世界の人を対象に“**No health without mental health（メンタルヘルスなしに健康なし）**”を原則として明確な行動を立案し，2020年までに達成すべきメンタルヘルスの目標や指標が設定されている。目標は，精神的に満たされた状態（mental well-being）の促進，精神障害の予防，ケアの提案，リカバリーの促し，人権の促進，精神障害を有する人々の死亡率・罹患率・障害の低減である。
- 2 **誤り**。精神保健の格差に関する行動プログラム（WHO's mental health gap action programme；mhGAP）は，WHO/MSD（WHO Department of Mental Health and Substance Abuse；世界保健機関精神保健・薬物依存部）によって，2008年に中・低所

得国の精神保健医療サービスの拡充を推進するために作成されたプログラムであることから，誤りである。このプログラムが作成された背景には，WHO世界精神保健調査に協力した中・低所得国各国において，精神疾患を抱えた多くの人々が必要な治療や支援を受けることができずにいることが明らかになったからである。このプログラムには，主要な障害の予防や治療方法，プログラムを立ち上げるために必要な枠組みやモニタリング，計画，評価で用いる指標などが例示されている。

- 3 **誤り**。mhGAP介入ガイド（mhGAP-Intervention Guide）は，精神保健の専門外の援助職者を対象に2010年にWHOから刊行された。このガイドは，mhGAPの実施や支援のために，国および地域に適用したモデルガイドとして開発され，介入対象の10領域（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，アルコール使用障害，薬物使用障害，自傷・自殺）が取り上げられている。また，利用者の状況をアセスメントし，利用者の状態に合わせて介入ができるように介入方法が明示されている。

- 4 **誤り**。2012年にWHOが発表した報告書「認知症：公衆衛生対策上の優先課題」（日本公衆衛生協会訳）によると，世界の認知症有病者数は，約3560万人を上回った。現状の対策のままだと，毎年770万人ずつ増加し，2030年までに2倍の6570万人，2050年までには3倍の1億1540万人（2050年の国連推定の世界人口は約91億人）になることが予測されている。世界中で増加しているが，約60％は低・中所得国に集中しており，2050年ではその割合は70％以上になると推測されている。

- 5 **正しい**。世界自殺レポート「自殺を予防する——世界の優先課題（Preventing suicide：A global imperative）」は，2014年9月にWHOによって発表された。自殺は予防可能であるが，世界における自殺死亡者推定数は毎年約80万人である。2012年において，世界の自殺者の75.5％が低・中所得の国々で起きていることから，レポートが作成された。レポートの主な目的は，①自殺は予防可能な公衆衛生上の課題であるという認識の向上，②自殺予防を世界的な保健の課題として優先すること，③自殺ハイリスク者に対する効果的な取組みへの奨励や支援，④自殺予防に関する科学的根拠に基づいた提案，⑤国際的および国内における支援協力への呼びかけである。

精神保健福祉相談援助の基盤

問題 104

正答 1

- 1 正しい。2010年（平成22年）の精神保健福祉士法の改正により、精神保健福祉士の義務について、信用失墜行為の禁止（同法第39条）、秘密保持義務（同法第40条）に加え、誠実義務（同法第38条の2）と資質向上の責務（同法第41条の2）が加えられた。「社会福祉士及び介護福祉士法」においても2007年（平成19年）に同様の改正がなされている。
- 2 誤り。精神障害者に主治医があるときは、指示ではなく指導を受けなければならない（精神保健福祉士法第41条）。「指導」は「指示」に比べ拘束力が弱く、主治医の指導を受けた場合はそれを尊重しなければならないが、指導内容の採択については、精神保健福祉士が選択してよい。これは、精神保健福祉士と医師との専門性の違いから、独自の専門性に基づく判断で業務を行うことが保障されていることを意味する。
- 3 誤り。精神保健福祉士法第40条において、「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」とする秘密保持義務がある。また、精神保健福祉士でなくなった後においても同様である、と明記されている。業務上、個人に関する情報を知ることが必要であるが、これらが外部に漏れた場合、精神保健福祉士の信用失墜だけでなく、差別や偏見など本人の不利益につながることを認識しておかなければならない。
- 4 誤り。登録の取り消し等を行うのは日本精神保健福祉士協会ではなく、厚生労働大臣が行う（精神保健福祉士法第32条）。同法において、厚生労働大臣は、精神保健福祉士が「信用失墜行為の禁止」、「秘密保持義務」、「主治医の指導を受ける義務」に違反したときは、その登録を取り消し、または期間を定めて精神保健福祉士の名称の使用停止を命ずることができることとされている。また、精神保健福祉士の名称を使用するには、厚生労働省への登録が必要となり、これに違反した場合は30万円以下の罰金が課せられる（同法第47条）。
- 5 誤り。社会福祉士は1987年（昭和62年）に、精神保健福祉士は10年後の1997年（平成9年）に国家資格となった。国家資格化されたことで、ある一定水準の知識をもった専門職であることが社会的に承認されたことになり、質の均質化や他専門職との連携も強化され

ることとなった。しかし最も大切なことは、利用者やその家族が安心して相談できるための資格であることを忘れてはならない。

問題 105

正答 2

- 1 適切でない。精神保健福祉士は、精神障害者の権利擁護を最優先に業務を行わなければならない。特に医療機関におけるチームは、医学モデルを基盤とする専門職が大半を占めるなかで、精神保健福祉士は生活モデルを基盤とする専門職である。チームの一員として、共通の目標をもち他職種とともに課題を遂行していくことは大切であるが、精神保健福祉士としての専門性を発揮することが必要である。
- 2 適切。ACT（Assertive Community Treatment）は現在、我が国では制度化されておらず、その実践が全国に普及していない状態にある。しかし、他のケアマネジメントモデルを活用しながら、地域移行支援を行うことは可能である。例えば、利用者の潜在能力や生活技能の獲得に重点をおいたりハビリテーション型モデルもその一つである。精神保健福祉士は、利用者一人ひとりについて地域移行を阻害している要因を細かく分析し、その人に合った支援の方法を活用することが求められる。
- 3 適切でない。セルフヘルプグループ（自助グループ）は、障害のある仲間が自分の体験を活かし、当事者自らが主体となり運営される。精神保健福祉士は、グループからの依頼により行動するなど、側面的な支援を行う。専門職が行うグループワークとは異なり、同じ体験をした者同士で気持ちを分かち合い助言し合うなど、仲間の役に立ったという社会的有用性や充実感、自己肯定感を高め、自分に対する信頼感や自尊心の回復につながる。
- 4 適切でない。ソーシャルワークは人と環境との相互作用の接点に介入するものであり、クライアントのみにはたらきかけるものではない。ナチュラルサポートを実践するには、環境（職場の同僚や上司）へのはたらきかけが重要である。
- 5 適切でない。関連分野とは、精神障害だけでなく教育関係や産業保健など、さまざまなメンタルヘルスに関する課題を抱える人たちやその環境が含まれる。それらの分野については、制度やサービスが充実されて

いないことも多い。その状況を改善することが、精神障害の予防にもつながる。精神保健福祉士は、精神障害者本人への支援を主とする日常業務だけでなく、社会のシステムを改良していくための視点をもちながら支援を行うことが求められる。

〔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、pp.25～29、pp.66～68、p.85〕

問題 106	正答 4
--------	------

- 1 誤り。IFSWによるソーシャルワークの定義が記載されているのは日本社会福祉士会の倫理綱領である。現在の倫理綱領は2005年（平成17年）に採択されたものであり、日本ソーシャルワーカー協会、日本医療社会福祉協会、日本精神保健福祉士協会、日本社会福祉士会の4団体で組織する社会福祉専門職団体協議会の倫理綱領委員会で策定されたものであり、2000年の国際ソーシャルワーカー連盟（IFSW）の倫理原則に準拠している。

〔「新・社会福祉士養成講座⑥相談援助の基盤と専門職第3版」中央法規出版、2015年、pp.143～145、『日本社会福祉士会ニュースレター』日本社会福祉士会、173、p.14〕

- 2 誤り。日本精神保健福祉士協会倫理綱領の倫理基準「2. 専門職としての責務」の(4)批判に関する責務bに「精神保健福祉士は、自己の業務に関する批判・評価を謙虚に受けとめ、改善に努める」と記載されている。また、日頃より、業務について自己点検することも必要である。
- 3 誤り。倫理基準「2. 専門職としての責務」の(1)専門性の向上、b スーパービジョンと教育指導に関する責務の2)に「精神保健福祉士は、専門職として利用できる最新の情報と知識に基づき学生等の教育や実習指導を積極的に行う」と記載されている。専門職の養成は教育機関だけでなく、実習指導者等も一体となっていくことが大切である。
- 4 正しい。選択肢は倫理基準「3. 機関に対する責務」に記載されている内容である。精神保健福祉士は、クライアントの自己決定を尊重するなど、クライアントに対する責務を担うことが求められる。しかし、精神保健福祉士の価値と所属機関との価値が異なる場合には、倫理的ジレンマが生じることもある。日頃から、所属機関がどのような価値に基づき運営されているのかを確認し、改善する試みが必要である。
- 5 誤り。倫理基準「1. クライアントに対する責務」の(3)プライバシーと秘密保持、dに「クライアントを他機関に紹介するときには、個人情報や記録の提供に

ついてクライアントとの協議を経て決める」と記載されている。クライアントには、どのような目的で、どのような情報をどの程度相手に伝えるのかを説明し、同意を得る必要がある。

問題 107	正答 2, 4
--------	---------

- 1 誤り。「理論」ではなく、「実践」である。
- 2 正しい。新しいソーシャルワークの定義を引用すると、「ソーシャルワークの理論、社会科学、人文学、地域・民族固有の知を基盤として、ソーシャルワークは、生活課題に取り組みウェルビーイングを高めるよう、人々とさまざまな構造に働きかける」である。なお、地域・民族固有の知については、2000年に採択されたIFSWの定義でも「理論」において「地方土着の知識を含む、調査研究と実践評価から導かれた実証に基づく知識体系にその方法論の基礎を置く」と記されていた。なお、2014年にメルボルンで採択されたソーシャルワークの定義は、グローバル(世界)・リージョナル(地域)、ナショナル(国)という3つのレベルで展開ができるとされている。各国および世界の各地域(国際ソーシャルワーカー連盟及び国際ソーシャルワーク学校連盟は世界をアジア太平洋、アフリカ、北アメリカ、南アメリカ、ヨーロッパという5つの地域＝リージョンに分けている)は、このグローバル定義をもとに、それに反しない範囲で、それぞれの置かれた社会的・政治的・文化的状況に応じた独自の定義をつくることとなった。社会福祉専門職団体協議会では、日本国としての定義をグローバル定義とは別に定めることとし、検討に着手する予定である。
- 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・社会的結束の促進に加え、人々のエンパワメントと解放も含まれる。社会変革については発達障害者のニーズに社会が応えられなかった時期に当事者や家族、関係者のはたらきかけによって発達障害者支援法が施行された。社会開発については国連が経済社会理事会(ECOSOC)を通して社会開発の問題に取り組んでおり、近年の焦点は貧困の撲滅、雇用の確保、働きがいのある人間らしい仕事の確保などにある。社会的結束については、何らかの事情で生活困窮に陥る人々がおり、一部の人はホームレス状態に陥ることもある。このような状態では生活に影響を与える意思決定(選挙等)に参加できず、本来活用できるはずの社会資源も活用できないため、このよ

うな状態から抜け出せるような支援が始められている。それには制度がないときからのソーシャルワーカーによる実践と社会へのはたらきかけが大きく寄与している。エンパワメントと解放については、入所施設で長く生活していた身体障害のある人が、地域で生活するピアサポートとの出会い、地域でのサービス利用、ソーシャルワーカー等の支援によってエンパワメントされ、地域で一人暮らしを実現するなどである。

4 正しい。「実践」において「ソーシャルワークの正統性と任務は、人々がその環境と相互作用する接点への介入にある」と記載されている。

5 誤り。ソーシャルワークの原理は人権尊重・社会正義・集団的責任・多様性尊重の4つである。2000年に採択されたIFSWの定義では人権尊重と社会正義の2つであった。

〔新・社会福祉士養成講座⑥相談援助の基盤と専門職（第3版）〕中央法規出版、2015年（以下『相談援助の基盤と専門職』中央法規出版）、pp.24～34、『ソーシャルワークのグローバル定義』社会福祉専門職団体協議会（社専協）訳、『日本社会福祉士会ニュースレター』日本社会福祉士会、173、p.14）

問題 108	正答 2, 5
--------	---------

1 誤り。選択肢の記述はエンパワメントに関する説明である。ノーマライゼーションとは、誰もが当たり前、ありのままに、生活したい場所で生活するための思想であり、そのための実践である。ソーシャルワーカーにとって大切な理念である。

2 正しい。ラップは、「ストレングスモデルでは、すべての人は目標や才能や自信を有しており、また、すべての環境には、資源や人材や機会が内在しているとみる」としている。ストレングスモデルの6原則は、①精神障害者は回復し、彼らの生活を改善し質を高めることができる、②焦点は病理ではなく個人の強みである、③地域は資源のオアシスとしてとらえる、④クライアントは支援プロセスの監督者である、⑤ケースマネジャーとクライアントの関係が根本であり本質である、⑥われわれの仕事の場所は地域である、としている。

3 誤り。ニリエ（Nirje, B.）は「ノーマライゼーションの原理とは、生活環境や彼らの地域生活が可能な限り通常なものと近い、あるいは、全く同じようになるように、生活様式や日常生活の状態を、すべての知的障害や他の障害をもっている人々に適した形で、正しく適用することを意味している」と述べており、対象を知的障害をもつ者のみに限定しているわけではな

い。

4 誤り。すべてのことを自分一人で行うことだけが自立ではない。アメリカのカリフォルニア大学バークレー校に入学した身体に障害のある学生（エド・ロバーツ）から始まった自立生活運動（Independent Living Movement）が、それまでの身辺自立や経済的自立を中心とした自立の概念に大きな影響を与えた。

「障害者が自分で衣服を着るのに2時間かかるために家にいることと、人の助けを借りて15分で衣服を着て仕事に行くことと、どちらがより自立した生活といえるか」という、社会参加や生活の質の向上に着目した考えを示した。

5 正しい。ソーシャル・インクルージョン（社会的包摂）は、ノーマライゼーションの理念をより具現化するための概念の一つである。2000年に国際ソーシャルワーカー連盟（IFSW）が採択したソーシャルワークの定義においても、ソーシャルワークの価値として表現されている。

〔相談援助の基盤と専門職〕中央法規出版、pp.122～135、『権利擁護と成年後見制度第4版』中央法規出版、pp.9～11）

問題 109	正答 2, 3
--------	---------

1 誤り。障害者の権利に関する条約（以下「障害者権利条約」とする）は、障害者の人権及び基本的自由の享有を確保し、障害者の固有の尊厳の尊重を促進することを目的として、障害者の権利の実現のための措置等について定めた障害者に関する初めての国際条約である。障害者権利条約は、2006年12月13日に国連総会において採択され、2008年5月3日に発効された。我が国は障害者に関する国内法や制度を整備し、2014年（平成26年）1月20日に締結した。

2 正しい。「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」は、1991年に国連総会で採択された。この原則は、精神障害者の人権を保護するために、精神科医療機関等におけるケアの在り方や精神障害者の権利について規定したものであり、25の項目についての原則を規定している。各国は国内関係法規において同原則を遵守することが期待されている。我が国の精神障害者施策も、この原則に照らし合わせると、入院に関する本人の同意など課題が残されているといえる。

3 正しい。自己決定とは、自分の生活や生き方を自らの判断で自由に決めることである。そのためには、決定するための情報を持ち、その内容を理解し自分の意

思を表明することが必要である。しかし、精神障害者の場合は、対人関係の苦手さや社会の偏見や差別などにより、情報へのアクセスが思うようにできなかったり、自信を喪失したりしている人がいることも推測できる。精神保健福祉士はそのような人たちに、セルフ・エスティーム（自己肯定感）の回復を図り意思を伝えるためのスキルが獲得できるよう、決定するまでのプロセスを支援することが求められる。エンパワメントの実践ともいえる。

- 4 **誤り**。成年後見制度利用支援事業は、2006年（平成18年）に施行された障害者自立支援法の地域生活支援事業として位置づけられ、2012年（平成24年）より必須事業化された。障害福祉サービスの利用等に際し、成年後見制度を利用するための費用を負担することが困難であると認められる知的障害者や精神障害者が対象である。
- 5 **誤り**。ソーシャルワーカーはアドボカシー実践において、クライアントに寄り添い、弁護、代弁、代行機能を果たしていく必要がある。アドボカシーは、もともとは「擁護」や「支持」などを意味するが、「政策提言」や「権利擁護」など、特定の政策を実現するために社会的なはたらきかけを行う活動を示す場合もある。権利擁護としてのアドボカシーは権利の代弁や擁護のことであり、自ら自己の権利を十分に行使することが困難な人の権利を代弁することである。

問題 110	正答 3
--------	------

- 1 **適切でない**。Aさんの意向を確認しないままに、他者からの情報でB精神保健福祉士が就職は難しいと判断することは適切ではない。まずはAさんがどのように考えているのか、本人の意向を尋ねることが求められる。
- 2 **適切でない**。面接時にAさんから希望が聞き取れなかったからといって、ニーズがないとはいいい切れない。精神保健福祉士は言語化されないニーズを推しはかり、こちらから問いかけるなど、Aさんの思いを引き出す工夫が大切である。
- 3 **適切**。精神保健福祉士は、まず本人から意向を聴くことが大切である。そのため、B精神保健福祉士はAさんが話しやすい雰囲気をつくったり、Aさん自ら将来のことを考えていることを支持しながら、焦らず相談してくれるのを待つことが重要である。
- 4 **適切でない**。B精神保健福祉士は、なぜAさんが相談をしてくれなかったのか、自身の普段のAさんへの

かかわり方や信頼関係が築けていたのかを考える必要がある。そして普段からAさんが話しかけやすい雰囲気をつくっておくことが求められる。

- 5 **適切でない**。精神保健福祉士が本人の了解を得ることなく相談することは、たとえ主治医であっても守秘義務の視点から適切ではない。主治医やその他の関係者に相談する際は、前もって本人に了解を得ておく必要がある。

問題 111	正答 2, 5
--------	---------

- 1 **誤り**。精神分析論を提唱したのは、クレペリンではなくフロイト（Freud.S.）である。この理論を取り入れたのが診断主義ケースワークである。クレペリンは精神疾患を早発性痴呆（現在の統合失調症）と双極性障害に分類し、精神医学の基礎を提唱した。
- 2 **正しい**。パールマンは1950年代に、診断主義と機能主義のそれぞれの優れた面を取り入れ、両者の折衷を図った。彼女は、生活上で発生する困難な状況は、個人の病理からではなく生活を営むなかで当たり前に発生するものであり、発生した問題の解決に取り組む続けることが人が生きる過程である、という考え方を提唱した。また問題解決の主体はクライアントであるとし、その力を「ワーカビリティ」と表現し、さらにケースワークを構成する要素として4つのP（人・問題・場所・過程、後に専門職・制度を追加）を示した。
- 3 **誤り**。ソーシャルワークの取り扱い問題が個人的・内部的な要因と環境的・外部的要因から成り立っていることを強調したのは、ハミルトンである。ホリスは個別援助の構成要素は個人と環境、その両者の相互関係にあるとする伝統的な診断派の流れをくむ心理・社会的アプローチを提唱した。またクライアントを「状況の中にある人」ととらえた。
- 4 **誤り**。ジャーメインが提唱したのは、生活モデルである。生活モデルとは、人と環境の相互作用に着目し、①人間の成長力と適応力への潜在的可能性にかかわっていくこと、②援助媒体としての環境を動かすこと、③環境の要素を変えていくことが指針となっている。
- 5 **正しい**。ロビンソンは機能主義派と呼ばれ、1930年に『ケースワーク心理学の変遷』を著している。機能主義とは「クライアント自身がワーカーの所属する機関の機能を活用することを通して、クライアントの自我を成長させることが、ケースワークの中心的課題である」という考えである。

問題 112	正答 4
--------	------

- 1 誤り。出所後の地域での生活支援を行うのは、保護司の役割である。社会復帰調整官は、保護観察所に勤務し、精神障害者の保健及び福祉等に関する専門的知識に基づき、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った人の社会復帰を促進するため、生活環境の調査や調整、精神保健観察等の業務に従事する。社会復帰調整官は、その職務の専門性が高く、精神保健福祉士等の資格や、精神保健福祉に関する実務経験等が必要となる。
- 2 誤り。2002年（平成14年）に精神保健福祉業務の一部が市町村に移管された。また、障害者自立支援法の施行により、市町村が精神障害者の相談支援事業も行うようになった。市町村の相談窓口には、精神保健福祉士や保健師などが配置されている。また、精神保健福祉法改正によって、2006年（平成18年）より都道府県のみならず市町村においても、精神保健福祉センターや保健所などの施設に精神保健福祉相談員を置くことができるようになったが、配置は義務でない。
- 3 誤り。地方裁判所から任命された精神保健指定医は、精神保健審判員である。選択肢の精神保健参与員は、審判において裁判官と精神保健審判員が行う対象者への処遇決定に対し、精神保健福祉の観点から必要な意見を述べる。厚生労働大臣があらかじめ作成した、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有する精神保健福祉士等の名簿のなかから、地方裁判所が事件ごとに指定する。
- 4 正しい。看護師には精神科で専門的な看護を行うための精神看護専門看護師や精神科認定看護師がいる。精神看護専門看護師は日本看護協会の定める専門看護師で、精神科認定看護師は日本精神科看護協会が認定している。
- 5 誤り。ハローワークでは障害者専門の担当職員が配置されているが、2008年（平成20年）から精神障害者就職サポーターが創設されている。精神障害者就職サポーターは、精神保健福祉士等の資格を有する専門職であり、2011年（平成23年）に、精神障害者雇用トータルサポーターに名称変更された。ハローワークにおける精神障害者の新規求職者数の急増に対応するため、精神障害者等に対し、カウンセリング、企業の意識啓発、職場実習の実施及び就職後のフォローアップ等の一貫した支援を行っている。

問題 113	正答 1
--------	------

- 1 適切。ひきこもり地域支援センターは、2009年度（平成21年度）から実施された「ひきこもり対策推進事業」によって設置された機関であり、ひきこもっている本人や家族からの相談等の支援を行う。ひきこもり支援コーディネーターとして、原則、社会福祉士、精神保健福祉士などの専門職が配置されている。また、連絡協議会を設置して連携を強化している。
- 2 適切でない。地域若者サポートステーションは、厚生労働省の「地域若者サポートステーション事業」によって設置された、働くことに悩みを抱えている15歳から39歳を対象とした機関である。就労に向けて、「サポステ相談支援事業」「定着・ステップアップ事業」「若年無業者等集中訓練プログラム事業」を実施している。Cさんは就労の希望をもっているわけではないため、適切ではない。
- 3 適切でない。地域活動支援センターは、障害者および障害児が、地域において自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、創作的活動や生産的活動の機会の提供および社会との交流の促進を図ること等を目的とする機関である。地域活動支援センターⅠ型は相談支援事業を併せて実施または委託を受けている機関であるが、Cさんの相談機関として適切ではない。
- 4 適切でない。発達障害者支援センターは発達障害者支援法の成立に伴い、2005年度（平成17年度）から設置された機関である。目的は、発達障害者の自立および社会参加に資するよう、その生活全般にわたる支援を行うこととされている。Cさんは発達障害をもっているという記述もないため、適切ではない。
- 5 適切でない。精神保健福祉センターは、精神保健福祉法に基づき設置された「精神保健福祉相談」「技術援助」「組織づくりの支援」「広報普及」「調査研究」「デイケア」「教育研修」を行う機関である。家族が相談できる機関としては適切であるが、Cさんの現状から、相談先として適切とはいえない。

問題 114	正答 2, 5
--------	---------

- 1 適切でない。スクールソーシャルワーカーの意図がつかめないうちに、安易に問題であると決めつけるべきではない。また、母親はあきらめや不信感をもっていることが推察されるので、母親の思いに寄り添う支援が必要である。

- 2 **適切**。担任は「不登校に関する相談」ということで構えてしまった可能性も考えられるため、担任が話しやすい質問にしてみることは適切といえる。また、それまでの経過について情報収集することも今後のCさんの支援に役立つと思われる。
- 3 **適切でない**。同級生に直接話しかけて尋ねることは、担任に相談するなどしてさまざまな情報を得た後に、行うかどうか慎重に判断すべきである。ともすれば、Cさんへの反発を招いたり、噂の元になるなどして、さらに状況を悪化させてしまう可能性がある。
- 4 **適切でない**。確かに母親はCさんのことで体調を崩してはいるが、自責の念をもっているため、一切かわらずにいることは、かえって体調の悪化を招くことが考えられる。なお、場合によっては、母親の主治医またはクリニックの精神保健福祉士に助言を求めることが必要になる可能性がある。
- 5 **適切**。Cさん本人や母親について、危機対応の必要性は高くないと考えられるので、今後どのような支援をするべきか、継続的に情報を得ながら検討する必要がある。また、母親に対しては、相談に訪れたことを支持し、これから一緒に考えていくことを伝えることで、ラポールを形成することも大切である。

問題 115	正答 4
--------	------

- 1 **適切でない**。いじめを受けた経験があることから、在学中の中学校をかわることで今の状況から抜け出せる可能性はある。しかし、そうするかどうかの決定権はCさん自身にあるうえ、安易に転校を口にすることでCさんは転校を勧められたととらえてしまう可能性もある。
- 2 **適切でない**。母親はCさんに自分の病気のことを伏せており、母親の考えを尊重すべきである。また、母親の病気のことをCさんに話すことでCさんに過剰なプレッシャーや後悔の念を抱かせる可能性もある。さらに登校を促すことで、Cさんが自分の気持ちを理解してもらえていないととらえるかもしれず、これまでの関係が崩れる危険性も考えられる。
- 3 **適切でない**。精神科デイケアは、精神障害のリハビリテーション施設である。Cさんは精神障害に罹患しているという情報はないため対象といえない。また、Cさんが精神科病院に対してどのようなイメージをもっているかわからず、Cさんの不信感を高める可能性も考えられる。
- 4 **適切**。Cさんは、前に進もうとし始めているとみる

ことができる。完全に行動に移すことができる状態であるかどうかは明らかではないが、どのように進むべきかをCさん自身が自分で考え決める必要がある。そのための支援を精神保健福祉士が行うことは適切といえる。

- 5 **適切でない**。D精神保健福祉士の提案は、時期尚早であると考えられる。D精神保健福祉士がCさんの自宅に訪問を重ねたことで、ようやくCさんとの間に信頼関係が構築され始めたときである。今の状況から抜け出したいというCさんの思いを尊重することは大切だが、具体的にどのように実行していくのかをCさんと話し合ってからでも遅くはない。

問題 116	正答 2
--------	------

- 1 **適切でない**。精神保健福祉士として、自分の考えや判断をEさんに伝えることは必要だが、作業療法だけが生活リズムを整える手段ではない。たとえ病院で生活リズムが整っても、自宅に帰れば病院とは異なった環境での生活となり、Eさん自身の生活リズムも変化する。精神保健福祉士は、専門職主導の支援に陥らないよう、Eさんを生活者としてとらえ、個別性を重視しながら支援を行う必要がある。
- 2 **適切**。退院への意欲がないEさんに対して、専門職主導で退院支援を進めることは避けなければならない。まずG精神保健福祉士は、Eさんが退院についてどのように考えているのか、Eさんの思いを聴くことが必要である。また30年間の入院生活をしてきたEさんにとって、退院後の自分の生活がイメージできないことも推察される。それもふまえ、今後Eさんにどのようなにはたらきかけを行ったらよいのか、関係者で知恵を出し合うことは大切である。
- 3 **適切でない**。G精神保健福祉士の行動は、退院させたいと考える支援者の焦りともとらえることができる。精神保健福祉士の役割は、Eさんが自分らしい生活を送ることができるように支援することである。長期入院者といえるEさんに退院してほしい、というG精神保健福祉士の考えも理解できるが、最も大切なことはEさんの思いに寄り添うことである。
- 4 **適切でない**。退院日が具体的に決まれば、ガスや水道、電気など自宅での生活に欠かせない設備や環境を整えることは必要である。しかし、これから自宅で生活するのはEさんであり、その手続きをF精神保健福祉士がすべて代行することは適切ではない。Eさんとともに、必要な手続きを進めていくことが求められる

る。

- 5 **適切でない。**自宅で暮らすために必要な家具や、使い勝手の良い家電は個人個人によって違う。住居の環境を整えることは精神保健福祉士の支援の一つであるが、そのプロセスを本人とどのように進めていくかが重要である。F 精神保健福祉士が家具や家電を選ぶのではなく、あくまでも E さんが必要と考えるものや E さんにとって使い勝手のよいものを一緒に選んでいくことが求められる。

問題 117	正答 4
--------	------

- 1 **適切でない。**E さんは、退院したばかりでゴミの出し方を知らないのかもしれない。ヘルパーを通じて近隣住民の苦情の内容を確認するとともに、F 精神保健福祉士は E さんにも実情をたずねながら、今後の対応について検討することが必要である。苦情があったからといって、一方的に E さんを説得する行動は、E さんとの信頼関係を崩してしまうことにつながりかねない。
- 2 **適切でない。**代行は、クライアントの支援者への依存性を高め、生活能力を低下させることもあるため、クライアントのニーズと照らし合わせ、判断することが求められる。まずは E さんとゴミの分別の仕方を確認するなどの対応が必要である。
- 3 **適切でない。**長期入院によって生活能力が衰えている可能性はあるが、現時点で「E さんはできないし、今後もできるようにはならない」と決めつけるのは早計である。また、E さんの了解なしに個人情報近隣住民に話してはいけない。
- 4 **適切。**まずは、現在生じている課題について情報収集することが大切である。F 精神保健福祉士は E さんへの守秘義務を負っているため、直接近隣住民に苦情の内容をたずねることはできない。よって、ヘルパーにその内容を確認し、あわせて苦情がきている事実を E さんにも伝え、一緒に解決策を考えることが必要である。
- 5 **適切でない。**近隣住民は、E さんが精神障害者だからと差別しているわけではなく、E さんが地域住民の一員としてのルールを守れていないことについて苦情を言っているのである。精神保健福祉士は、E さんが地域住民の一員として地域生活を継続していくための支援方法を検討する必要がある。

（『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）、p.176）

問題 118	正答 1
--------	------

- 1 **適切。**E さんが退院後の生活についてどのように感じているのかを関係者全体で共有することは重要である。また、E さんは日付を間違えながらも通院し、適切でないながらも服薬をしていることから、通院や服薬をする意思があって実際に行動に移すことができているといえる。E さんのできていないことにばかり焦点を当てるのではなく、これらのストレングスもふまえたうえで、支援方法やサービス内容の改善を検討する必要がある。
- 2 **適切でない。**E さんの生活能力を向上させていくことを検討するだけでは、生じている問題の原因が本人にあるとする医学モデルのとらえ方そのものである。精神保健福祉士は、環境に適応させるという発想ではなく、問題が生じている背景を多面的にとらえ、個人と環境の両面から支援方法を検討していくことが必要となる。
- 3 **適切でない。**「地域生活を継続していくうえで課題があるから入院」という発想では、地域移行・地域定着は実現していかない。現在生じている課題について、E さんが地域生活を継続していくためには、関係者はどう支援していくかを検討していくことが必要である。
- 4 **適切でない。**日本精神保健福祉士協会の倫理綱領のなかで、「専門職自律の責務」や「地位利用の禁止」が専門職としての責務として明記されているように、個人的問題のためにクライアントの援助や業務の遂行に支障を来す場合には、同僚等に速やかに相談すべきである。「関係者に自分を励ましてもらう」といった F 精神保健福祉士個人の利益のためにケア会議を実施することがあってはならない。
- 5 **適切でない。**E さん自身が課題解決を図る力をつけていくことは重要であり、支援者は見守ることが基本姿勢である。しかし、生命にかかわる問題など E さんだけでは解決できないものもある。このような緊急性が高い問題については、支援者が積極的に介入する必要がある。E さんの生活ぶりを確認しながら、支援者が積極的なかわりをするのかどうか臨機応変さが求められ、そのことについて支援者の共通理解が大切である。

（『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』中央法規出版、pp.126～128、『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Ⅱ』中央法規出版、p.267）

精神保健福祉の理論と相談援助の展開

問題 119

正答 5

- 1 誤り。選択肢は、障害者基本法における障害者の定義である。障害者基本法では、障害を、医学的概念ではなく、能力障害に着目した概念でとらえている。また、2011年（平成23年）の障害者基本法改正により、生活に制限を与える原因として「社会的障壁」が追加された。社会的障壁とは、障害者が日常生活や社会生活を営むうえで支障となるような事物、制度、慣行、観念その他一切のものを指している。
- 2 誤り。選択肢は、障害者の雇用の促進等に関する法律（障害者雇用促進法）における障害者の定義であり、障害者を「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」と規定している。本法律では、発達障害も精神障害のうちに含んでいる。
- 3 誤り。選択肢は、精神保健福祉士法に規定されている精神保健福祉士の支援対象に関する定義であり、「精神科病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者」と規定している。
- 4 誤り。選択肢は、心神喪失者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）に規定された本法の対象者の定義である。ここで規定されている「重大な他害行為」とは、殺人、強盗、放火、強姦、強制わいせつ、傷害の6つの犯罪行為である。
- 5 正しい。精神保健福祉法では、精神障害者を「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者」と規定している。障害者基本法における障害者の定義と異なり、精神保健福祉法では、精神障害者を医学的概念でとらえている。

問題 120

正答 3

- 1 誤り。精神病者監護法が廃止されたのは、1919年（大正8年）の精神病院法ではなく、1950年（昭和25年）の精神衛生法制定時である。精神病院法は制定されたものの、経済的な事情などから精神病院の建設は進ま

なかった。また、精神病者監護法は廃止されなかったため、私宅監置は続けられていた。精神衛生法制定により、精神病者監護法と精神病院法は廃止となった。

（『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4版）』中央法規出版、2015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. 20～22）

- 2 誤り。1984年（昭和59年）に起きた事件はライシャワー事件ではなく、宇都宮病院事件である。医療法人報徳会宇都宮病院の患者2名が、看護職員などによる暴行により殺害された。ほかにも、無資格診療や患者の使役などが日常的に行われていることが明るみに出た。精神科病院の不祥事により国内のみならず海外からも批判を受け、1987年（昭和62年）に精神衛生法が精神保健法に改称・改正された。
- （『精神保健福祉用語辞典』中央法規出版、2004年、p. 36）
- 3 正しい。1984年（昭和59年）の宇都宮病院事件が発端となり、精神医療における人権侵害について国内外にて批判を受け、1987年（昭和62年）に精神衛生法が精神保健法へと改称・改正された。主な改正点は、任意入院制度の新設、精神医療審査会制度の新設、精神障害者社会復帰施設の法定化など、精神障害者の人権擁護や社会復帰の促進が盛り込まれた。
- 4 誤り。任意入院制度が新設されたのは、1995年（平成7年）の精神保健福祉法ではなく、1987年（昭和62年）の精神保健法による。任意入院は、患者本人の同意に基づいて行われる入院形態である。継続入院が必要であると診断された場合は、72時間に限り退院を制限することができるが、精神障害者の人権擁護の観点から任意入院制度が設けられた意義は大きい。
- 5 誤り。保護者制度が廃止されたのは、1999年（平成11年）の「精神保健福祉法」改正ではなく、2013年（平成25年）の「精神保健福祉法」改正である。医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等（配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人）のうちのいずれかの者の同意を要件とした。保護者制度は廃止となったが、家族負担は軽減されているとはいえない。

問題 121

正答 2

- 1 誤り。病気や障害が治癒できなくてもリカバリーはできる。リカバリーは、希望をもつことを土台にする。

（『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.176～177）

- 2 正しい。アンソニー（Anthony, W. A.）は，精神科リハビリテーションの基本原則を示し，そのなかで，「支援のなかで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. アンソニーほか，野中猛・大橋秀行監訳『精神科リハビリテーション（第2版）』三輪出版，2012年，p.89）

- 3 誤り。エンパワメントモデルでは，問題点と解決策を当事者が考える。

（安梅勲江編著『コミュニティ・エンパワメントの技法—当事者主体の新しいシステムづくり』医歯薬出版，2005年，pp.5～6）

- 4 誤り。ラップ（Rapp, C. A.）とゴスチャ（Goscha, R. J.）は，ストレングスモデルの原則として，「クライアントこそが支援過程の監督者である」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.74，『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.265）

- 5 誤り。ウィング（Wing, J. K.）は，精神科リハビリテーションがアセスメントを必要とする理由の一つとして「発達させ得る潜在的な能力を発見する」ためとしている。

（『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.163，J.K.ウィング・B. モリス編，高木隆郎監訳『精神科リハビリテーション—イギリスの経験』岩崎学術出版社，1989年，pp.13～14）

問題 122	正答 2
--------	------

- 1 適切でない。Mさんは服薬管理ができていないわけではなく，薬のことを尋ねられたときにうまく答えられないことがストレスとなっている。服薬指導とは，病識を喚起するために自分の服薬習慣や薬の自己管理などを促すことである。「自立生活技能（SILS）プログラム」の服薬自己管理モジュールは，①抗精神病薬について知る，②正確な自己服薬と評価の仕方を知る，③薬の副作用を見分ける，④服薬に関する相談をする，⑤持続性注射薬（デポ剤）を利用する，の5つの技能領域から構成されている。この状況での服薬指導や服薬自己管理モジュールの活用は適切でない。

（『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.212）

- 2 適切。Mさんは仕事そのものに対しての困難というより，職場での対人場面でのやり取りがうまくいかず辞めていることが多いため，自分にとって苦手な質問などにうまく対処する力を身につけるSSTは，今後のMさんの職場での対人スキル（技能）改善に有効であると考えられる。また休憩時間の過ごし方や雑談への

加わり方なども練習することで，自信につながることも考えられる。

（『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.209～212）

- 3 適切でない。就労継続支援B型とは，通常の事業所に雇用されることが困難な障害者に対して就労の機会を提供するとともに，生産活動やその他の活動の機会の提供を通じて，知識および能力の向上のために必要な訓練などを適切かつ効果的に行う日中活動支援サービスである。Mさんはアルバイトをすることから就労へという希望をもっており，通常の事務所に雇用されることが困難というわけでもないと考えられるため，今の段階では適切でない。

（『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.141）

- 4 適切でない。ハローワーク（公共職業安定所）では，障害者雇用を促進するために，障害者専門支援員，精神障害者雇用トータルサポーターなども配置されるようになってきた。また，障害者トライアル雇用，職場適応援助者（ジョブコーチ）による支援，職場適応訓練など，障害者に対するさまざまな取組みが行われている。Mさんはデイケアを利用するようになって半年経つが，今後の仕事の方向性が全く決まっていな段階でのハローワークへの登録は，時期的に早いと考えられる。

（『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.150～151）

- 5 適切でない。地域障害者職業センターは，ハローワークが的確な職業紹介を行うにあたって，より専門的な支援が必要な場合に，専門的な職業リハビリテーションを実施したり，関係機関と連携した職業支援を行っている。障害者職業カウンセラーが，支援を必要とする障害者の状態を十分把握し，個々の状況に応じた支援計画を策定し，支援計画に基づいて，ジョブコーチを職場に派遣して支援を実施するが，Mさんはまだ漠然と「アルバイトを始めたい」という状況であり，今の段階ではまだ時期尚早であると考えられる。

（『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版，p.181）

問題 123	正答 4
--------	------

- 1 適切でない。面接においてノンバーバル・コミュニケーションは重要な技法の1つである。面接する際に精神保健福祉士はクライアントに視線を向けるよう意識し，「私はあなたに関心があります」という意思表示をする。視線だけでなく姿勢全体でクライアントに向き合うことが重要である。

- 2 **適切でない。**精神保健福祉士は面接の際、クライアントをありのまま受け入れる姿勢をもつこと（受容）が求められる。被害的な話を中心であったとしても、それがJさんの現在の気持ちであるため、その気持ちに共感することから面接は始まる。Jさんの混乱や気持ちの整理に寄り添う姿勢が必要であり、また、医師の診断もなく病状をつきつけることは適切ではない。
- 3 **適切でない。**Jさんの話が被害妄想のような内容であったとしても、Jさんにとっては現実なのである。精神保健福祉士は「感情の反映」という面接技法により、Jさんのそのときの気持ちを受け止め、本人にわかりやすい表現で言語化して返す。これにより、クライアント自身が自分の感情に気づくことと、自分をわかってもらえたという安心感を得ることができる。
- 4 **適切。**沈黙は面接技法で重要な役割をもつ。クライアントの沈黙は、自分の考えを整理していたり、自分自身を見つめ直しているときに起こることがある。精神保健福祉士はその時間をじっくりと待ち、クライアントのこころの動きに寄り添うことが求められる。
- 5 **適切でない。**要約は、精神保健福祉士がクライアントの語った経験、行動、感情の経過を要約しクライアントに伝える技法である。単に話をまとめるのではなく、クライアントが話した内容が共有できているかを確認するものでもある。要約を行うことにより、クライアントは安心して次の話に進むことができる。終了を目的とした要約という意味ではない。

問題 124	正答 1, 2
--------	---------

- 1 **適切。**精神科医療におけるチーム医療は、見通しを立てた治療・介入・支援目標を共有してもつことで回復促進・重症化予防といった医療の質の向上や、心理社会的なアプローチによる家族支援・就労就学への関与・リハビリテーションへの動機づけという総合的、立体的なアプローチを実践することができる。患者のニーズに多方面から応えることを目標とし、クリティカルパスの積極的な導入もこのことを反映している。このようなチームは精神科医師をリーダーとすることが一般的であり、それぞれの患者の目標や回復の段階に応じて構成される。
- （『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.244）
- 2 **適切。**急性期の患者が治療を受ける病棟では、短期間の入院治療で一定の回復の段階に導くために、医師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士などが協働して患者の回復に寄与し、精神保健福祉士は退院後を

視野に入れた会社・学校・近隣との環境調整、家族調整等を同時進行で進める必要がある。また治療が長期に及ぶまたは回復に時間を要する患者を受ける病棟では、生活プログラムや対人スキル訓練、社会環境調整、家族支援も並行して実施される。

（『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.244）

- 3 **適切でない。**デイケアは施設基準により多職種で構成されることが決められているため、看護師、作業療法士、精神保健福祉士などの専門職がチームを組んで、療養支援および生活支援を含めたりハビリテーションを行っている。デイケアでは多職種が協働して各種のプログラムが実践されており、精神保健福祉士は利用者の生活の質の向上に注目し、リハビリテーションを受けながら地域で生活していくうえでの家族との関係、対人関係、収入、就労など多くの課題に対して、利用者、チームとともに取り組んでいく。よって医療専門職のみではないため適切でない。
- （『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.244、p.247）
- 4 **適切でない。**アウトリーチとして、一般科（精神科以外）を対象とする訪問看護は看護師が中心となり実施されているが、精神科医療機関において実施されるアウトリーチでは、精神保健福祉士、作業療法士が訪問看護のチームに所属することも多い。さらに包括型地域生活支援（ACT）では精神科医師をはじめさまざまな職種がそれぞれの専門性を生かしながらチームとして、患者の多様なニーズを充足させる支援を行っている。よって適切でない。
- （『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.245）
- 5 **適切でない。**包括型地域生活支援（ACT）が我が国でもいくつかの地域で実践されるようになり、2011年度（平成23年度）にはピアサポーター（当事者）を含めた多職種チームによる精神障害者アウトリーチ推進事業が予算化されるなど、アウトリーチの必要性や効果が実証されている。多職種による訪問で、生活場面での医療的サポート、心理社会的サポート、リハビリテーション、相談支援を通して、重症化の予防や社会復帰の促進にはたらきかけている。なお、精神障害者アウトリーチ推進事業は2013年度（平成25年度）をもって廃止され、2014年度（平成26年度）からは一部は診療報酬化、一部は精神障害者地域生活支援広域調整等事業において実施されている。
- （『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.245）

問題 125	正答 5
--------	------

- 1 適切でない。統合失調症の再発には、家族による高EE（Expressed Emotion；感情表出）が関与しており、これらの改善を目指した支援が家族心理教育プログラムである。精神疾患に関する知識や対応方法を学ぶ教育部分と、日常で起こる本人への対応技術の向上を目的とする部分が組み合わされている。家族心理教育プログラムはそれぞれの機関で特徴をもって開催されるが、これらの共通点の一つに家族を基本としつつも本人の参加も含むことがある。家族とともに、精神疾患の理解や再発予防、生活上の課題への対処方法などを学ぶ機会ともなる。
- 2 適切でない。家族心理教育プログラムでは、個々の家族との信頼関係を形成するためにも個別面接や訪問などを行い、そのうえでグループによるプログラム教育が行われることが多い。プログラムは、参加している家族の共通したニーズを中心に支援者が構成していく。さらに、個々の家族の状況やニーズにあわせた家族セッションが行われるため、画一的な決められたプログラムだけが提供されるのではない。
- 3 適切でない。家族は、病気や症状、治療方法、社会資源などに対する知識や情報を持ちあわせていないことが多くても、それは家族だけの責任ではない。逆にわからないままで何とか対応してきた経緯がある。家族心理教育では、これまでの家族の対応を支持し、改めて疾患の知識や適切な対応を学ぶ機会とし、さらに家族へのエンパワメントを行うことが必要とされる。
- 4 適切でない。家族心理教育プログラムは個々の家族の状況やニーズにあわせて行われることが必要で、支援者はプログラムを提供するだけでなく、個別面接や訪問をとおして家族の状況把握に努めることが求められる。また、プログラムは医療機関だけでなく、保健所等の行政機関や施設などでも行われており、支援者も専門職だけでなく家族同士によるピアのプログラムなども行われてきている。
- 5 適切。家族心理教育プログラムは、個別の状況に応じた支援とグループによる教育が行われる。参加している家族の共通した課題やニーズをもとに、グループワークを行うことで家族同士の交流やこれまでの経験を分かち合う機会となる。教育プログラムではあるが、家族というピアの関係により、家族同士でのエンパワメントや支え合いにもつながる。

問題 126	正答 2
--------	------

- 1 適切でない。精神保健福祉士法にはそのような規定はない。なお、「認定スーパーバイザー」は日本精神保健福祉士協会が養成を行っており、所定の研修を受講し、審査に合格した者が認定される。
- 2 適切。ライブ・スーパービジョンはスーパービジョンの方法の1つで、熟練したソーシャルワーカーが、まだ経験の浅いソーシャルワーカーと一緒に援助を行いながらその場で指導を行うものである。
- 3 適切でない。ソーシャルワーカーがスーパービジョンやコンサルテーションを受けることにより、バーンアウトや離職を防ぐことが可能である。
- 4 適切でない。ピア・スーパービジョンとは、当事者スタッフに限定されず、上下関係の生じない仲間や、あるいは同僚間で行われるスーパービジョンを意味している。
- 5 適切でない。実習担当教員は、実習前の指導・実習期間中の指導、そして実習終了後の事後指導のなかでスーパービジョンを行う。実習前は目的や課題の設定などについて、実習中は巡回指導や帰校指導の際に、そして終了後は全体の振り返りや総括においてスーパービジョンを実施する。

問題 127	正答 5
--------	------

- 1 誤り。スタッフや練習者がその行動がうまいと思っているメンバーに行ってもらうと、模倣行動を促しやすい。このような身近なモデルのことをコーピングモデルという。
（R.P.リバーマン、西園昌久総監修、池淵恵美監訳、SST普及協会訳『精神障害と回復—リバーマンのリハビリテーション・マニュアル』星和書店、2011年、p.167）
- 2 誤り。精神科作業療法は、診療報酬においては入院患者のみではなく、外来患者も対象としている。
（『精神保健福祉士国家試験受験ワークブック2016専門科目編』中央法規出版、2015年（以下『精神保健福祉士国家試験受験ワークブック2016専門科目編』中央法規出版）、p.274）
- 3 誤り。精神科デイケアにおいては、スタッフ主導・メンバー主導など目的に合わせてプログラムの構造も多様である。
（『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.228）
- 4 誤り。家族心理教育は、基本は病気に関する知識・情報を家族と共有する教育部分と、対処能力の向上も目指すグループセッション部分の組み合わせからなる。

（『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.217）

- 5 **正しい**。IPS（Individual Placement and Support；個別就労支援プログラム）は、精神疾患をもっている人たちの自己実現を応援するためにアメリカで開発された援助付き雇用のモデルで、福祉的就労よりも一般就労を目指す取り組みである。

（伊藤順一郎・香田真希子監，地域精神保健福祉機構コンボ編『IPSブックレット①IPS入門—リカバリーを応援する個別就労支援プログラム』地域精神保健福祉機構コンボ，2010年，pp.9～11）

問題 128	正答 2, 5
--------	---------

- 1 **適切でない**。クライアントの課題分析はケアマネジメントの手法に基づいて行われ、クライアントの主訴の背景にある心身機能状況、精神心理状況、社会環境状況に関する情報を収集する。その際、クライアントの病理や障害だけではなく、可能性や関心事などのストレングスにも着目し、生活者の視点からクライアントを取り巻く環境などのストレングスにも着目した情報収集を行うことが重要であるため、適切でない。

（『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.285～387）

- 2 **適切**。精神障害者の障害特性には、疾病と障害の共存、機能障害・活動制限・参加制約の各障害の独立性と各障害の相互関連性および障害の可逆性、障害の背景因子としての環境因子と個人因子の存在があげられることから、国際生活機能分類（ICF）モデルに基づいてクライアントとクライアントを取り巻く環境に関する情報を収集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.285）

- 3 **適切でない**。クライアントから得られた個々の情報を統合・分析し、潜在的ニーズと顕在的ニーズを明確化する。顕在的ニーズとはすでに表面化していたり、クライアント自身が語るなかにあらわれており明らかになっているニーズであるが、一方潜在的ニーズは、ニーズとしては具体的に表現されていなかったり、クライアント自身も気がついていない場合もある。しかし表面のニーズのみならず今後顕在化される可能性も踏まえて、双方のニーズに焦点をあて明確化していくことが重要であるため、適切でない。

（『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.286）

- 4 **適切でない**。エコマップは1975年にハートマン（Hartman, A.）によって一般システム理論や生態学的理論の知見を取り入れながら、社会福祉の実践用に考案された社会資源関係図のことであり、ジェノグラムは、3世代以上の家族の人間関係を図式化した家族

構成図である。ともにクライアントとクライアントを取り巻く環境を視覚化するためのマッピング技法であり、ほかにはタイムラインや社会資源マップ等も活用されている。エコマップとジェノグラムの解説が逆であるので適切でない。

（『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.287）

- 5 **適切**。地域に関する情報収集においては、多岐にわたる情報収集のスキルが求められる。クライアントの課題解決に活用できる地域の課題解決能力、地域住民の見守りなどの社会的受容力、ソーシャルサポートネットワークなどのストレングスに着目することなどが求められる。さらに、精神保健福祉士は地域住民が主体的に解決できるように、アクションリサーチなどの手法を活用できるスキルが求められる。

（『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版，p.287）

問題 129	正答 2
--------	------

- 1 **適切でない**。ケア計画の作成は、本人の希望を確認し、ニーズを把握しアセスメントしたものと、それを充足させるための社会資源を結合する段階である。その際に、本人のストレングスに着目し、それらが最大限に活かされるよう社会資源の利用を検討することが必要である。本人の生活を既存の社会資源にあてはめようとするのはケア計画ではない。
- 2 **適切**。長期目標は現実的であろうがなかろうが、公序良俗に反しない限り本人が希望し熱望している生活を叶えることを重視する。本人の希望が現実的でなかったとしても、そのことが本人にとってどれだけ大事かということを事前にアセスメントすることが必要である。また、そのために具体的にこれから何に取り組んで行くか、必要な社会資源は何かといった検討を短期目標の設定で行う。
- 3 **適切でない**。短期目標は長期目標に向けての具体的な本人の役割や取り組み、またそれに必要な社会資源を組み立てていくものである。ただし、既存の社会資源だけでは本人の希望を尊重した支援を展開することが難しいこともある。そこで、本人の希望をもとに支援者、地域の取り組みとして新たな社会資源を開発することも求められる。
- 4 **適切でない**。ケア計画作成会議は、障害者ケアマネジメント従事者の呼びかけにより、本人、サービス提供者、支援者等から構成される。会議では、本人の同意を得て情報共有を行いながら、長期目標、短期目標、本人や支援者の役割の確認を行い、また具体的な

実施計画を作成していく。計画はあくまでも本人の同意のもと作成されるものであり、障害者ケアマネジメント従事者が一方的に決定した計画を提示する場ではない。

- 5 **適切でない。** ケア計画実施段階では、チームアプローチが不可欠である。それぞれの専門職が本人のストレングスを重視しながら専門性を発揮することは必要であるが、支援が個別で完結するのではなく、それぞれの専門職が有機的に連動したネットワークをつくりあげることが必要である。そのため、障害者ケアマネジメント従事者は、本人、それぞれの支援者と情報共有を密に行い、調整等を含めた支援を行うことが求められる。

問題 130	正答 2, 4
--------	---------

- 1 **適切でない。** 精神保健福祉領域における社会資源は、人々が生活するなかで精神疾患や精神障害を抱えるなど、何らかの精神保健上の困難や課題に直面した際に、その生活課題などを軽減するために活用する物的・人的資源などを指す。さらに、生活上のニーズを充足させるためには、制度、技能だけでなく「情報」などあらゆるものが社会資源となる。精神疾患や精神障害とともに生活する際には、医療、法律や制度など、生活に必要な情報はとても重要な社会資源である。
- 2 **適切。** 精神障害者が生活のニーズを充足させるためには、金銭的、人的等具体的な社会資源だけでなく、本人が大切にしているもの、こころの支えとなるものもインフォーマルな社会資源となる。さらに、大事にしているペットにえさを与えるために、本人は働く意欲を向上させ、施設就労や一般の会社で働き賃金を得ることにつながることも考えられる。社会資源は単に生活課題を充足させるためだけでなく、生活の質の向上の一助となる。
- 3 **適切でない。** さまざまな補助金や施設を運営する助成金、寄付金などは精神保健福祉領域において重要な社会資源である。また、障害年金の給付や生活保護の受給も生活を支える大切な社会資源である。
- 4 **適切。** 精神障害者やその家族が抱えているニーズは多様かつ複雑であり、常に固定化されているわけではない。よって、その時々で必要な社会資源は変化する。また、個人を取り巻く社会資源が本人やその地域にない場合、精神保健福祉士は社会資源を開発していくことも重要な役割である。

- 5 **適切でない。** 精神保健福祉士は積極的に地域に出て、表面化されてこない潜在的なニーズを掘り起こす必要がある。精神保健福祉領域では、本人や家族が直面しているさまざまな課題が潜在化しやすく、当事者やその地域だけで解決することが難しい。精神保健福祉士は掘り起こしだけでなく、新たな社会資源の開発を目指して行政などに働きかけるソーシャルアクションを展開する必要がある。

問題 131	正答 1
--------	------

- 1 **正しい。** 都道府県障害福祉計画では、地域移行に関して「医療計画と相まって、精神科病院に入院している精神障害者の退院の促進に資するものでなければならない」と定められており、2015年度（平成27年度）から2017年度（平成29年度）までの第4期障害福祉計画に係る基本指針において、入院期間が1年以上の長期在院者数についてその削減率の目標値が示されている。
- 2 **誤り。** 地域移行支援・地域定着支援の実施にあたっては、都道府県知事が、支援を提供する一般相談支援事業者の指定を行うこととなっている。市町村が指定する相談支援事業者は、計画相談を行う特定相談支援事業者である。
- 3 **誤り。** 協議会は、障害者総合支援法により障害者等の支援体制の整備を図るために都道府県や市町村が設置するよう努めなければならないと定められている機関である。協議会は、フォーマル・インフォーマルな社会資源により構成された委員会を中心に地域内の課題に取り組み、障害者福祉を促進するものである。その一つに地域移行・地域定着の促進のための地域の体制づくりが含まれている。地域移行・地域定着に関する地域相談支援支給決定（サービス決定）は、協議会ではなく、市町村の役割である。
- 4 **誤り。** 地域移行支援・地域定着支援の実務を担うのは一般相談支援事業者である。基幹相談支援センターは、障害者総合支援法で定められ、地域内の障害者福祉に関する機関と連携をとりながら障害者等に関する総合的な相談業務を行う機関として位置づけられている。地域移行支援・地域定着支援に関しては、対象者の拡大などに伴い、重層的な支援が必要なことから地域内の社会資源へのはたらきかけや体制整備等のコーディネートとしての役割を担う。
- 5 **誤り。** 障害者総合支援法において、障害福祉サービスおよび地域移行支援・地域定着支援にかかる計画相

談支援は市町村が指定する特定相談支援事業者がサービス等利用計画を作成する。一般相談支援事業者は、具体的な地域移行支援・地域定着支援の実務を担う。

問題 132	正答 5
--------	------

1 適切でない。妻は主治医から病気についての丁寧な説明を受けても頭が混乱してしまうことが考えられ、今後のさまざまな生活や心配事について相談をする専門職として、B 精神保健福祉士が紹介された。認知症という疾患や若年での発症についての説明も精神保健福祉士の役割であるが、この場合はまず妻の今後の生活に対する不安な気持ちを受け止めるということが重要である。何に対して不安をもっているかなどしっかりと傾聴し、受容と共感することがまず必要である。その後、妻の必要としているさまざまな社会資源と一緒に考えていくことが大切である。よって適切でない。

(『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.317～318)

2 適切でない。現在混乱しているであろう妻に対して、精神保健福祉士から何をすればいいのかを指示したり、必要な制度の手続きをするように促すことは、この段階ではまだ妻自身が受け止められる状況ではないので時期尚早であるといえる。夫の病気についての理解もままならぬ状態では、本当に必要なサービスを自ら考えたり決めたりすることが困難である。ある程度妻の気持ちの整理がつき始めた頃から、活用できる制度や資源を紹介しながら一緒に考えていく姿勢が求められる。クライアントの自己決定を促し尊重することは原則でもある。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Ⅰ』中央法規出版, p.313)

3 適切でない。妻の理解が正しくない場合もあるので、主治医からの説明をどのように受け止めているかを知る意味では、主治医からどのように説明を受けたかを聞くことは大切である。妻自身がその説明をどのように受け止め、意味づけし理解しているかを確認することは大切であるが、この段階で精神保健福祉士に求められる役割は、妻の理解が誤っているかどうかをチェックしたりしっかり訂正をすることではない。また、クライアントが援助を求めるときは、非難されたり自分の考えを訂正されることに対して過敏になっている場合もあるため、非審判的態度が求められる。

(『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.312～313)

4 適切でない。家族会や自助グループの役割は、当事

者にとって有益である場合が多いが、診断後すぐの段階で、同じ病気とはいえいきなり全く知らない家族を紹介されても、妻自身が対応に困る可能性も考えられる。妻自身が徐々に落ち着き、セルフヘルプグループの必要性を感じたときでないと逆効果になる場合もあるため、まずは行政や医療機関が実施している家族相談や家族教室で疾病や対応の理解を学ぶことから始め、家族の気持ちを受け止めてもらえる体験を通して、徐々に家族会につながることを支援していくことが大切である。よって適切でない。

(『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.101～103)

5 適切。初回面接はクライアントをサポートするという重要な役割を担い、クライアントと知り合いになったうえで、今後一緒に協力し合っていくための基礎づくりの場である。その場合、クライアントが答えやすいように、わかりやすい言葉を使い、質問内容を工夫して慎重に投げかけ、温かく共感的なかかわりをもって接することが必要である。妻のニーズからは、バイステック (Biestek, F.) の原則の受容、意図的な感情表出、統制された情緒的関与などの原則が必要であることがわかる。

(『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.309～315)

問題 133	正答 1
--------	------

1 適切。地域包括支援センターは、2006年(平成18年)の介護保険法改正の施行により創設された地域の援助機関である。介護が必要な者や高齢者、その家族からの総合的な相談支援、要介護状態となるおそれの高い高齢者の介護予防ケアマネジメントや介護支援専門員による支援などの包括的・継続的ケアマネジメントを行っている。精神保健福祉との関係では、認知症や家族に精神障害者がいる場合など、専門機関との連携が必要な相談を受けることが多い。Aさんはアルツハイマー病と診断されており、今後住み慣れた地域で安心して尊厳ある生活が継続できるような支援を身近な生活圏域で提供してもらうことが必要である。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版, p.153)

2 適切でない。地域活動支援センターは、基本的な事業として、創作的活動、生産活動の機会の提供など地域の実情に合わせた支援を行い、地域生活をするなかで生活のしづらさや対人関係の不自由さから生活への不安やストレスが高まり病状悪化につながらないように、主に精神障害者の地域生活を支援する機関であ

る。Aさんはアルツハイマー病と診断され、介護保険サービスの対象となる初老期における認知症に該当すると考えられるため、選択肢1の地域包括支援センターの活用の方が適切といえる。

（『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.220～221）

- 3 適切でない。地域生活定着支援センターとは、高齢または障害を有するため福祉的な支援を必要とする矯正施設退所者について、退所後直ちに福祉サービス等（障害者手帳の発給、社会福祉施設への入所など）につなげるための準備を、保護観察所と協働して進める機関である。Aさんは矯正施設退所者ではなく、対象とはならない。

（『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.132，厚生労働省ホームページ「矯正施設退所者の地域生活定着支援」（http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsu_hogo/kyouseishisetsu/））

- 4 適切でない。保護司とは、保護司法に基づき法務大臣から委嘱を受けた非常勤の国家公務員（実質的に民間のボランティア）で、犯罪や非行をした人の立ち直りを地域で支える。民間人としての柔軟性と地域の実情に通じているという特性を生かし、保護観察官と協働して保護観察にあたるほか、犯罪や非行をした人が刑事施設や少年院から社会復帰を果たしたとき、スムーズに社会生活を営めるよう、釈放後の住居や就業先などの居住環境の調整や相談を行っている。よって適切でない。

（『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.154～155，法務省ホームページ「更生保護を支える人々」（http://www.moj.go.jp/hogo1/soumu/hogo_hogo04.html#02））

- 5 適切でない。メンタルフレンドは、不登校の子どもたちに対して、1991年（平成3年）から厚生省（現・厚生労働省）の事業の1つ「ふれあい心の友訪問援助事業」として始められ、本人より年上の者が定期的に家庭訪問を行い、本人の好きな活動を一緒に行ったり、必要に応じて勉強をみることで寄り添いながら、少しずつ自主性、社会性の伸長を援助する役割をもつ。主に不登校児童等への支援であり、認知症患者への支援とは異なるため適切でない。認知症患者に対しては認知症サポーターキャラバン事業がある。認知症サポーターとは、認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者である。

（厚生労働省ホームページ「認知症サポーターキャラバン」（<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/c03.html>））

問題 134	正答 4
--------	------

- 1 適切でない。認知症サポーターは、「認知症サポーター養成講座」を受講した人であり、認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者である。近隣の認知症の人や家族に対して、自分なりにできる簡単なことから実践する、地域でできることを探し、相互扶助・協力・連携、ネットワークをつくる、まちづくりを担う地域のリーダーとして活躍する、といった役割がある。しかし、特定の役割を担うものではなく、またいずれかの機関に登録されてサポートの依頼を受けるといったことが決まっているわけでもないため、この場合の妻への支援としては適切とはいえない。

（厚生労働省ホームページ「認知症サポーターキャラバン」（<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/c03.html>））

- 2 適切でない。キャラバン・メイトは認知症サポーターを養成する「認知症サポーター養成講座」を開催し、講師役を務める人である。全国キャラバン・メイト連絡協議会では、都道府県、市区町村など自治体と全国規模の企業・団体等と協働で認知症サポーター養成講座の講師役（キャラバン・メイト）を養成する。養成されたキャラバン・メイトは自治体事務局等と協働して「認知症サポーター養成講座」を開催する。将来的にAさんの妻が認知症サポーターになる可能性はあるが、妻の今の状況や段階では、自分自身がサポートを受ける立場であるため適切でない。

（NPO法人地域ケア政策ネットワークホームページ「認知症サポーターキャラバン」（<http://www.caravanmate.com/whats.html>））

- 3 適切でない。成年後見制度は1896年（明治29年）の禁治産宣告制度に始まり、民法の一部改正で2000年（平成12年）からスタートした制度である。判断能力が不十分なため、自己の財産を管理・処分するには援助が必要であり、認知症・知的障害・精神障害の状態にある人に対する制度で、後見、保佐、補助の3類型がある。障害者総合支援法に基づく市町村地域生活支援事業として行われる成年後見制度利用支援事業もあるが、ここでは介護疲れの状態と思われるAさんの妻に対する支援が優先であり、成年後見制度を利用す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.102，p.141）

- 4 適切。厚生労働省の「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」によると2013年度（平成25年度）以降、「認知症カフェ」（認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場）の普及などによ

り、認知症の人やその家族等に対する支援を推進するとしている。2015年（平成27年）1月に策定された「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」でも、認知症の人の介護者の負担を軽減するため、認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応を行うほか、認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う認知症カフェ等の設置を推進することが示されている。

（厚生労働省ホームページ「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」（<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>））

- 5 **適切でない。**救護施設は、生活保護法に基づく保護施設で、身体上または精神上著しい障害があるために日常生活を営むことが困難な要保護者に対して、生活扶助を行うことを目的とする施設である。Aさん夫婦は生活保護受給対象ではないため、救護施設の利用はできない。

問題 135	正答 5
--------	------

- 1 **適切でない。**作業療法は、心身の急性症状を脱した後から開始されるため、入院直後の要安静期での作業療法の導入は時期尚早と考えられる。

（『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.190）

- 2 **適切でない。**入院当初の治療目標は急性症状の鎮静化を主眼とするが、この時期にCさんの生活背景や病状の程度、家族関係、さらには利用可能な社会資源などを総合的に評価してリハビリテーション計画を立てることが重要である。

（『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』弘文堂，2012年（以下『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』弘文堂），pp.52～60）

- 3 **適切でない。**選択肢の記述は森田療法の治療である。森田療法は主に神経症性障害の治療に用いられる。Cさんは統合失調症であるので森田療法は適応にならない。

（『新・精神保健福祉士養成講座①精神疾患とその治療』中央法規出版，2012年，p.216）

- 4 **適切でない。**入院直後でまだ要安静状態にあるCさんが日中デイケアに通所を検討することは現実的ではなく、この時期に適切な計画とはいえない。

（『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.221～231）

- 5 **適切。**選択肢2と同様に、入院当初の治療目標は急性症状の鎮静化を主眼とするが、この時期にCさんの生活背景や病状の程度、家族関係、さらには利用可能

な社会資源などを総合的に評価してリハビリテーション計画を立て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Ⅱ』弘文堂，pp.52～60）

問題 136	正答 3, 5
--------	---------

- 1 **適切でない。**家族はグループホームへの入所を希望しているが、本人は単身生活を希望しており、グループホーム入所に関してはまだ検討もしていないこの段階で見学を行う計画を立てることは時期尚早といえる。

- 2 **適切でない。**精神医療審査会への退院請求は、「退院したいけれども許可が下りないことに納得がいかない」といった状況で求めるものであり、Cさんの状況はこうした状況とはいえない。

（『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.101）

- 3 **適切。**本人の希望である単身で生活することを視野に入れて、金銭管理や食生活など一人暮らしに向けた社会生活力向上のリハビリテーションプログラムへの参加を検討することは適切である。

- 4 **適切でない。**この時点で就労に向けた話は出てきおらず、地域障害者職業センターの利用の検討は時期尚早で不適切といえる。

- 5 **適切。**本人の希望は、「共同生活に抵抗があり、単身で生活すること」であるので、アパート単身生活を検討することは適切である。

問題 137	正答 1
--------	------

- 1 **適切。**日常生活自立支援事業は、①福祉サービスの利用援助、②日常的な金銭管理サービス、③書類などの預かりサービスを主な事業としている制度であり、この場合、②の日常的な金銭管理サービスの利用が有効である。

（『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.103～104）

- 2 **適切でない。**居宅介護（ホームヘルプ）は、障害者総合支援法に基づくサービスである介護給付の一つで、障害支援区分1以上の障害者等を対象に居宅で、入浴、排泄および食事等の介護、調理および洗濯等の家事ならびに生活等に関する相談および助言、その他の生活全般にわたる援助を行う。生活に関する相談助言の一環として金銭管理についての助言等を行うことはあるかもしれないが、主な目的が金銭管理ではないので適切とはいえない。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.212）

- 3 **適切でない。**精神科訪問看護・指導は，診療報酬上では，入院中以外の精神障害者である患者またはその家族等に対して，精神科を標榜する保険医療機関において医師の指示を受けた保健師，看護師，准看護師，作業療法士または精神保健福祉士が患家を訪問し，看護および社会復帰指導を行うこととなっている。社会復帰指導の一環として金銭管理についての助言指導を行うことはあるかもしれないが，主な目的が金銭管理ではないので適切とはいえない。

（『精神保健福祉士国家試験受験ワークブック2016専門科目編』中央法規出版，pp.237～238，p.276）

- 4 **適切でない。**行動援護は，障害者総合支援法に基づくサービスである介護給付の一つで，知的障害または精神障害により行動上著しい困難を有する障害者等であって常時介護を要する場合に，本人が行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護，外出時における移動中の介護，排泄および食事等の介護，その他行動する際に必要な援助を行うサービスである。Cさんは常時介護を要するわけではないので，適切でない。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，pp.212～213）

- 5 **適切でない。**地域若者サポートステーションは，厚生労働省が2006年度（平成18年度）にニート等の若者（15～39歳）の職業的自立を支援する施策として始まったものであり，金銭管理支援とは関係がないので不適切である。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.122）

問題 138	正答 4
--------	------

- 1 **適切でない。**措置入院とは，本人に自傷他害のおそれがある場合で，2名の精神保健指定医が診察した結果，双方ともに入院の必要性があると判断したときに都道府県知事の命令にて指定病院に入院させるものである。今回Dさんには自傷や他害行為はみられなかったため，措置入院とすることはできない。
- 2 **適切でない。**緊急措置入院とは，本人に自傷他害のおそれがあり，急を要する場合に1名の精神保健指定医が診察した結果，入院の必要性があると判断したとき，72時間に限り入院させることができるものである。選択肢1と同様，Dさんには自傷や他害行為はみられなかったため，緊急措置入院の適用とはならない。
- 3 **適切でない。**医療保護入院は精神保健指定医1名の

診察の結果，入院の必要があると判断された場合，本人の同意がなくても家族等の同意があれば入院させることができる制度である。しかしアルコール依存症をはじめとするアディクションの回復を目指すための入院治療は，次の選択肢4の任意入院が最も適切であると考えられる。

- 4 **適切。**Dさんの受診時の状態は他の入院形態に共通する強制的な入院には該当しない。アルコール依存症の入院においては本来本人が断酒の必要性を理解し，その手段として自らの意思で任意入院することが望ましい。Dさんの場合は治療や断酒にはまだ消極的であるが，周囲の説得を受け入れたことも一つの自己決定であり，そのため任意入院となった。
- 5 **適切でない。**応急入院は精神保健指定医の診察の結果，本人を直ちに入院させる必要があると判断されたが，本人や家族等の同意が得られない場合，72時間に限り入院させることである。Dさんの場合，この状況には該当しないため応急入院の適用とはならない。

問題 139	正答 5
--------	------

- 1 **適切でない。**自助グループは本人の意思で参加することで回復につながるものであり，主治医や精神保健福祉士等のスタッフが参加を強要したり，強制的に参加させることは不適切といえる。
- 2 **適切でない。**参加するメンバーの主体性を尊重する姿勢は大切だが，トラブルが生じたり，専門的知識に基づく援助が必要な場合は精神保健福祉士の介入が必要な場合もある。
- 3 **適切でない。**精神保健福祉士などの専門職がグループの運営をリードすることで，当事者の自主性やグループの凝集性を損なうおそれがあるため，当事者主体の運営を心がけるべきである。
- 4 **適切でない。**メンバーと精神保健福祉士等の専門職の関係性は対等であることは正しいが，互いの経験や専門性を尊重し合うという意味で対等であり，役割分担についても対等にすべきという意味ではない。
- 5 **適切。**原則として自助グループは当事者が中心となって運営するものである。選択肢のとおり，精神保健福祉士等の専門職は，グループを側面的に支えるという姿勢を崩してはならない。

問題 140	正答 2，5
--------	--------

- 1 **適切でない。**Dさんは一度は自力で断酒しようと決

意したものの、退院後数日で再飲酒に至っている。このことから、Dさんのこのときの決意は回復に役立ったとはいえない。

- 2 **適切**。断酒会等の自助グループに参加すると、自分と同じ悩みをもち、同じような体験をした仲間がおり、その仲間たちが自分の話に耳を傾け共感してくれるため、Dさんの回復に大きく貢献したといえる。
- 3 **適切でない**。事例のようなDさんの性格傾向は反対にストレスを溜めやすく、回復に貢献したとはいえない。
- 4 **適切でない**。職場を解雇されなかったことがDさんの安心感につながっていることは考えられるが、そのことは直接Dさんの回復に貢献したとはいえない。
- 5 **適切**。自分の体験が他のメンバーの役に立ったり、他者を助ける力を発揮することができたことで自己効力感が向上し、回復に役に立ったと考えられる。

問題 141	正答 3, 5
--------	---------

- 1 **適切でない**。Fさんの進路変更はやや飛躍している印象ではあるものの、このような変更は一般社会において時々見られることであり、これを、発達障害の特性とはいえない。
- 2 **適切でない**。これもやや性急な判断をしている印象ではあるが、「求人数が多いらしい」という理由は、ある程度の合理性もあり、これだけでは、発達障害の特性とはいえない。
- 3 **適切**。発達障害にも、さまざまな様相があるものの、「対人関係を形成維持することの困難」は、基本的な特性である。
- 4 **適切でない**。理由は選択肢2と同様、「資格があれば仕事に困らない」という理由は、ある程度の合理性があるといえる。
- 5 **適切**。選択肢3で述べた特性により、社会性の問題に遭遇しやすいことは障害特性である。また、退学については、本人の「こだわりの強さ」も関係していると思われる。

問題 142	正答 1, 4
--------	---------

- 1 **適切**。障害の特性にかかわらず「信頼関係の形成」は支援の基本であり、特にこれまで対人関係形成の経験が少ないFさんのようなケースでは、時間をかけて信頼関係を醸成することが適切である。
- 2 **適切でない**。Fさんが「意味がわからなかった」と

言ったからといって、説明に時間がかかると決めるのは、支援者側の思い込みである。

- 3 **適切でない**。Fさんにとって「友達づきあい」を経験することは大切であるが、支援者が友達になる必要はない。
- 4 **適切**。Fさんの混乱を防ぐため、丁寧に段階を経る必要があると考えるのは妥当である。
- 5 **適切でない**。精神保健福祉士は、Fさんの障害を理解することは必要であるが、診断名を判断する立場ではない。

問題 143	正答 1
--------	------

- 1 **適切**。地域障害者職業センターは、各都道府県に1か所設置されているが、手帳の有無などにかかわらず、職業評価や職業訓練、さまざまな就労相談に応じている。
- 2 **適切でない**。障害者職業能力開発校は、手帳の有無にかかわらず利用可能であるが、技能訓練が主なプログラムである。
- 3 **適切でない**。就労継続支援（A型・B型）は、一般企業に雇用されることが困難な障害者を対象に就労の機会を提供する施設であるが、障害の理解や受容が十分でない段階での利用は、適切といえない。
- 4 **適切でない**。教育訓練給付金は、雇用保険の被保険者が利用できる学費の補助制度である。
- 5 **適切でない**。障害者を雇用する特例子会社は、精神障害者保健福祉手帳所持者が雇用対象であり、また、訓練施設ではない。

精神保健福祉に関する制度とサービス

問題 144	正答 2
--------	------

- 1 誤り。本人の同意に基づく入院である任意入院においても、精神保健指定医の診察の結果、入院継続の必要性が認められるときは、72時間以内に限り退院制限が行われる。また、緊急その他やむを得ない場合において、特定医師（精神保健指定医以外の一定の要件を満たす医師）の診察により、12時間を限度に退院制限を行うことができる。

（『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4版）』中央法規出版，2015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.42）

- 2 正しい。改善命令等を受けた精神科病院に対して、都道府県知事が任意入院患者の定期病状報告を求める制度が設けられている（精神保健福祉法第38条の2第3項）。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.42）

- 3 誤り。措置入院にあたって、精神科病院の管理者は、保健所長を経て措置入院者の病状に関する報告を都道府県知事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.43）

- 4 誤り。応急入院の対象は、本人及び家族等の同意が得られない場合であって、精神保健指定医の判定の結果、医療と保護の観点から入院措置に急速を要するとされた者である。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.45）

- 5 誤り。2013年（平成25年）の精神保健福祉法改正によって、医療保護入院において、保護者制度は廃止されたが、当該精神障害者の居住地を管轄する市町村長の同意による入院の制度は継続されている。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.54）

問題 145	正答 2
--------	------

- 1 誤り。退院後生活環境相談員1人につき、配置の目安はおおむね50人以下の医療保護入院者を担当することとされている。診療報酬における「退院支援相談員」の担当者数が、60人以下とされている。

（日本精神保健福祉士協会ホームページ「お知らせ」2014年度診療報酬改定情報（<http://www.japsw.or.jp/backnumber/oshirase/2014/0403-2.pdf>）

- 2 正しい。退院後生活環境相談員は、地域援助事業者等の地域資源の情報を把握し、収集した情報を整理するよう努めなければならない。

（『精神保健福祉士国家試験受験ワークブック2016専門科目編』中央法規出版，2015年（以下『精神保健福祉士国家試験受験ワークブック2016専門科目編』中央法規出版），p.448）

- 3 誤り。退院後生活環境相談員は、当該医療保護入院者の入院から7日以内に選任することとされている。

- 4 誤り。退院後生活環境相談員となる者の資格は、精神保健福祉士のほか、保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士として精神障害者に関する業務に従事した経験を有する者、その他3年以上精神障害者およびその家族等からの精神障害者の退院後の生活環境に関する相談およびこれらの者に対する指導についての業務に従事した経験を有する者である（精神保健福祉法施行規則第15条の2）。介護福祉士は含まれていない。

- 5 誤り。医療保護入院者およびその家族と相談を行った場合、その相談内容を、相談記録や看護記録等に記録しておかなければならない。

（『精神保健福祉士国家試験受験ワークブック2016専門科目編』中央法規出版，p.448）

問題 146	正答 1, 2
--------	---------

- 1 正しい。高次脳機能障害情報・支援センターでは、その他にも調査研究、研修、普及啓発、関連機関との連携などを行っている。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.129，高次脳機能障害情報・支援センターホームページ（http://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/）

- 2 正しい。高次脳機能障害は、精神障害者保健福祉手帳の対象となり、交付決定業務は精神保健福祉センターで行う。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.38，p.129）

- 3 誤り。インフォーマルな社会資源の役割も重要であるが、高次脳機能障害は障害者総合支援法の障害福祉サービスの利用対象に含まれる。「器質性精神障害」として位置づけられた高次脳機能障害は、精神障害者保健福祉手帳を有していなくても、医師の診断書があればサービスの利用申請ができる。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，pp.129～130，高次脳機能障害情報・支援センターホームページ（http://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/）

- 4 誤り。高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業は、障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業における、市町村ではなく都道府県の必須事業

である。支援拠点機関(リハビリテーションセンター、大学病院、県立病院など)に、支援コーディネーター(社会福祉士、精神保健福祉士、保健師、作業療法士など)を配置し、専門的な相談支援や地域の関係機関との調整や、普及・啓発事業、研修事業などを行う。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p.129)

- 5 誤り。国民年金・厚生年金保険障害認定基準において、高次脳機能障害は、「精神の障害」のなかの「症状性を含む器質性精神障害」に位置づけられ、障害年金の対象となっている。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p.130, pp.182~183)

問題 147	正答 3
--------	------

- 1 誤り。発達障害者支援センターについて規定しているのは、障害者総合支援法ではなく、発達障害者支援法である。発達障害者支援センターは、発達障害者支援法第14条に基づき都道府県・指定都市に設置されている。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、pp.123~124)

- 2 誤り。発達障害者支援センターの支援対象には、発達障害児やその家族も含まれる。児童発達支援センターとは、児童福祉法に規定される児童福祉施設の1つであり、身体・知的・精神(発達障害を含む)障害のある児童等に通所で基本的動作の指導、独立自活に必要な知識技能の付与、集団生活への適応のための訓練などを行う施設である(児童福祉法第43条)。

(発達障害情報・支援センターホームページ(<http://www.rehab.go.jp/ddis/>))

- 3 正しい。発達障害者支援センターでは、発達障害児(者)とその家族等に対する相談支援、発達支援、就労支援のほかに、社会に向けた普及啓発活動や発達障害者の支援にかかわる者を対象とした研修などを行っている(発達障害者支援法第14条)。

- 4 誤り。注意欠陥多動性障害も発達障害者支援センターが支援対象とする発達障害に含まれる。発達障害者支援センターについて規定する発達障害者支援法は、発達障害を「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」と定義し、さらに、発達障害者を「発達障害を有するために日常生活又は社会生活に制限を受ける者」としている(発達障害者支援法第2条)。

- 5 誤り。発達障害者支援センターの運営は、都道府県・指定都市が自ら行うこともできるが、都道府県知事・指定都市の長が、発達障害者支援センター業務を適正かつ確実に行うことができると認め指定した社会福祉法人や特定非営利活動法人等などに行わせることができる(発達障害者支援法第14条)。

問題 148	正答 4
--------	------

- 1 誤り。生活保護の補足性の原理により、障害基礎年金は生活保護に優先する。また、障害基礎年金を受給していても、Bさん世帯の収入認定額が世帯の最低生活基準額を下回っていれば、生活保護の対象となる。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、pp.176~177)

- 2 誤り。特別障害給付金の支給決定には、親の死亡は関係しない。特別障害給付金とは、国民年金加入が任意だった時代に未加入時期に初診日があり障害基礎年金1・2級に該当する(ただし、65歳に達する日の前日までに障害状態に至った者に限る)、1986年(昭和61年)3月以前に国民年金任意加入対象者であった被用者年金保険の被扶養配偶者と、1991年(平成3年)3月以前に国民年金任意加入対象であった学生に対して、支給される給付金である。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、pp.183~184)

- 3 誤り。心身障害者扶養共済の加入に際しては、障害者を現に扶養している父母等であって、加入時の年度の4月1日時点の年齢が満65歳未満であるという要件がある。

(独立行政法人福祉医療機構ホームページ「心身障害者扶養保険事業」(<http://hp.wam.go.jp/guide/fuyou/tabid/243/Default.aspx>))

- 4 正しい。保護の補足性の原理により、Bさんの母親が残す預貯金は、生活保護に優先しての活用が求められる。そのため、Bさんが預貯金を、残額がBさん世帯の最低生活基準額以下となるまで活用した後、保護の対象となる。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、pp.176~177)

- 5 誤り。Bさんの母親の死亡後、Bさんに残した預貯金についても相続税の対象となる。ただし、85歳未満の障害のある人が相続によって財産を取得した場合、本人の年齢に応じて相続税の障害者控除を受けることができる。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p.192)

問題 149	正答 3
--------	------

- 1 適切でない。精神保健福祉相談員は、都道府県知事または市町村長が、精神保健福祉士その他政令で定める資格を有する者のなかから任命する。保健所や精神保健福祉センターなどで、精神障害者やその家族の相談に応じて、病状の悪化を防ぐとともに、社会復帰できるようにさまざまな援助を行う。Cさんの社会復帰に際しては、精神保健福祉センターではなく、地域の精神保健福祉業務の第一線を担う保健所や市町村の精神保健福祉相談員に支援協力を求めるのが適切である。精神保健福祉センターは都道府県と指定都市に設置され、その位置づけは地域の総合センターであり、精神保健福祉に関する相談および指導のうち複雑または困難なものを行うことになる。
- 2 適切でない。福祉事務所は、社会福祉法第14条に規定されている「福祉に関する事務所」をいい、福祉六法（生活保護法、児童福祉法、母子及び父子並びに寡婦福祉法、老人福祉法、身体障害者福祉法および知的障害者福祉法）を所管する第一線の社会福祉行政機関である。福祉事務所の現業員とは、所の長の指揮監督を受けて、援護、育成または更生の措置を要する者等の家庭を訪問し、または訪問しないで、これらの者に面接し、本人の資産、環境等を調査し、保護その他の措置の必要性の有無およびその種類を判断し、本人に対し生活指導を行う等の事務をつかさどる者を指す。Cさんは金銭管理に問題を抱えてはいるが、生活保護のような経済的な支援を必要としているわけではないため、福祉事務所現業員の支援協力の可能性は高いとはいえない。
- （厚生労働省ホームページ「福祉事務所」(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/fukusijimusyo/index.html)
- 3 適切。Cさんのように生活課題が明確な場合、その支援策として日常生活自立支援事業の活用が考えられる。日常生活自立支援事業は、高齢や障害のために判断能力に不安がある利用者が、地域において自立した生活が送れるよう、契約に基づき、福祉サービスの利用援助や日常的な金銭管理等を受けるものである。相談・申請の窓口は市区町村社会福祉協議会に委託されている。その際に相談を受け、支援計画の作成や利用契約を担当するのが、事業の実施主体の都道府県社会福祉協議会または指定都市社会福祉協議会に配置される専門員である。Cさんの場合は、例えば専門員の指示を受けた生活支援員による通帳管理や生活費の管

理・定期支給など、金銭管理に対して契約に基づいた支援が考えられる。

- 4 適切でない。社会復帰調整官は保護観察所に配置され、精神障害者の保健および福祉等に関する専門的知識に基づき、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った人の社会復帰を促進するため、生活環境の調査、生活環境の調整、精神保健観察等の業務に従事する者である。
- （法務省ホームページ「社会復帰調整官について」(http://www.moj.go.jp/hogol/soumu/hogo_hogo17.html)
- 5 適切でない。福祉活動専門員は、市区町村社会福祉協議会に配置され、市区町村の区域における民間社会福祉活動の推進方策について調査、企画および連絡調整を行い、広報、指導その他の実践活動の推進に従事する者である。任用要件は、社会福祉士または社会福祉主事の任用資格を有する者、あるいは公衆衛生、社会教育等、さまざまな分野で社会福祉に関する業務に従事した者とされる。

問題 150	正答 5
--------	------

- 1 誤り。医療観察法第2条において、殺人、強盗、放火、強姦、強制わいせつ、傷害にあたる行為を対象行為としている。医療観察法の対象となる者は、対象行為を行い、①不起訴処分になった心神喪失者または心神耗弱者、②心神喪失によって無罪判決が確定した者、または心神耗弱によって刑が減軽され執行すべき刑期のない者（執行猶予付きの有罪判決が確定した者を含む）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.276～277）
- 2 誤り。医療観察法における審判とは、対象者の医療観察法における医療の必要性を判断することである。この判断は、「疾病性」「治療反応性」「社会復帰要因」の3つの評価軸に時間軸を組み合わせて判断することになる。
- （『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、pp.281～282）
- 3 誤り。医療観察法では、対象者の処遇に関する決定はすべて審判によって行われる。指定入院医療機関からの退院の申立ては、対象者、付添人、指定入院医療機関の管理者が行うことができる。申立ては対象者が入院している指定入院医療機関の所在地を管轄している地方裁判所に行い、申立てを受けた裁判所が合議体を組織し、合議体の審判によって退院、または入院継続を判断することになる。治療評価会議とは、指定入

院医療機関において、原則週1回開催されるもので、その目的は治療の効果を判定することである。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p. 283, pp. 290～291)

- 4 誤り。通院医療の期間は原則3年間であるが、通院医療の継続が必要とされる場合は、指定通院医療機関が通院期間の延長の申立てに関する意見書を保護観察所に提出し、保護観察所が地方裁判所に通院期間の延長の申立てを行う。申立てに対しては地方裁判所が審判を行い決定する。通院期間は2年延長することができ、最大通院期間は5年となる。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p. 294)

- 5 正しい。医療観察法の対象者が通院医療を受けている期間でも、精神保健福祉法に基づく任意入院、医療保護入院、措置入院などを行うことは可能であり、指定通院医療機関その他の関係機関は、対象者の病状に応じて、これらの入院が適切に行われるように配慮する、としている。精神保健福祉法に基づく入院期間中でも、精神保健観察は続けられ、精神保健観察の期間も進行する。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p. 303)

問題 151	正答 3
--------	------

- 1 誤り。処遇実施計画は、医療観察法第104条に、当初審判で通院医療と決定した場合、または退院が許可され通院医療が必要となった場合に、保護観察所長は処遇に関する実施計画を策定しなければならないと規定されている。処遇実施計画は、保護観察所が指定通院医療機関の管理者並びに当該決定を受けた者の居住地を管轄する都道府県知事および市町村長、対象者や家族、関係機関と協議のうえ作成する。この計画のなかで援助の内容や方法について具体的に記載される。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、pp. 299～300)

- 2 誤り。医療観察法は、検察官が地方裁判所に審判を申立てるところから始まる。申立てを受けた地方裁判所は裁判官と精神保健審判員各1名で合議体を構成し、対象者の処遇の要否や内容についての審議を行う。精神保健審判員は、厚生労働省が作成した精神保健判定医名簿のなかから処遇事件ごとに地方裁判所が選任する。精神保健参与員は合議体の必須の構成員ではないが、社会福祉専門職としての立場から審判に関与し、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. 280, p. 284)

- 3 正しい。医療観察法第1条には、対象者の「病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする」とある。この目的をふまえたうえで、精神保健参与員は、社会福祉、精神保健福祉の立場と視点、さらには対象者の権利擁護の視点をもって意見を述べるのが重要である。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p. 284)

- 4 誤り。精神保健観察は対象者が通院医療の期間中に実施される。その内容は必要な医療を継続的に受けているかどうかについて、見守りや指導等を行うことであり、社会復帰調整官がその職務にあたる。対象者は、一定の住居に居住することや、長期(2週間以上)の旅行に出かける際にはあらかじめ保護観察所長に届け出ること、保護観察所長からの出頭や面接を求められたときは応じること、などが規定されている。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p. 302)

- 5 誤り。精神保健参与員は精神保健福祉士として相談援助業務の経験が5年以上の者が研修会を受講し、希望者が厚生労働省の名簿に掲載され、その名簿のなかから、1年ごとではなく処遇事件ごとに地方裁判所が選任をする。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p. 284)

問題 152	正答 2, 5
--------	---------

- 1 誤り。量的調査であるか質的調査であるかにかかわらず、調査協力者に対しては、調査の目的・意義、対象者選定の方法、調査の内容・方法、調査によって危害や不利益が生じる可能性の有無とその可能性がある場合の対応方法、得られた情報の管理方法、結果の公表方法などについて、明確に伝える必要がある。また、調査協力は拒否することもでき、その場合にも不利益が一切生じないことを伝える必要がある。匿名性については、その必要がある場合には調査方法にかかわらず絶対に担保されなければならないものである。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p. 316)

- 2 正しい。エスノグラフィーは参加観察法の一つである。参加観察法とは、調査者が調査対象者の生活の場面にいかかわり、見聞きした事象を記録していくものである。エスノグラフィーでは、フィールドで観察された価値規範や行動規範などが調査目的となる。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p. 328)

- 3 誤り。順位尺度は、回答カテゴリー間に大小や高低などの順位性があるが、回答カテゴリー間の距離に定

義はない（等間隔かどうか保障されていない）。質問項目に対する回答で用いられる測定尺度には、名義尺度（名目尺度）、順位尺度（順序尺度）、間隔尺度、比尺度（比例尺度）がある。回答カテゴリー間の間隔が等間隔であると定義されており、かつ、絶対零点をもたないのは間隔尺度である。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p. 323）

- 4 **誤り**。コーホート調査は縦断調査の一つであり、時間経過に伴う特定された集団の変化を把握するものである。横断調査とは、1回の調査で調査対象となる集団のさまざまな性質を明らかにする調査のことである。縦断調査では、世代ごとの継続的な傾向を分析したり、調査対象者が生活する地域の生活環境の時間的な変化を検討する。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p. 321）

- 5 **正しい**。因果関係の原因となるものを独立変数、結果として生じたものを従属変数という。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p. 331）

問題 153	正答 2
--------	------

- 1 **適切でない**。審判への準備を行うのは、検察官から医療観察法による申立てを受けた地方裁判所である。審判に備えて、裁判官と精神保健審判員で構成される合議体に対して、処遇を決定するための資料等を提出する。
- 2 **適切**。生活環境の調査は、対象者の処遇の方針を検討するうえで重要な情報となるものである。医療観察法第38条において「裁判所は、保護観察所の長に対し、対象者の生活環境の調査を行い、その結果を報告することを求めることができる」としている。精神保健判定医による鑑定結果が医学的な情報を提供するのに対して、生活環境の調査は、社会福祉的な情報を提供する。よって対象者の情報が少ない当初審判においては、対象者の生活環境についての情報は必須となる。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p. 298）

- 3 **適切でない**。生活環境の調整とは、入院医療を受けている対象者の円滑な社会復帰を図るために、入院後の早い時期から保護観察所の社会復帰調整官が、対象者の退院後の希望の聞き取り、指定入院医療機関や、退院後の居住予定地の指定通院医療機関、退院後の居住予定地を管轄する都道府県、市町村と連携協力しながら、退院後に必要な医療および援助の実施体制の整備を進めることである。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，pp. 298～299）

- 4 **適切でない**。保護観察所と地域の関係機関との連携は、対象者が地域生活を営むうえで重要である。そのためには地域の関係機関との連携協力は不可欠である。ただし、医療観察法における申立てが行われた時点では、対象者の医学的な状況や生活環境が明らかになっておらず、当初審判による処遇も決定していないことから、地域の関係機関と連携をするには、時期が尚早である。
- 5 **適切でない**。保護司は、更生保護において保護観察官とともに保護観察を実施している。法務大臣から委嘱された非常勤の国家公務員であるが、実際は民間のボランティアであり無報酬である。保護司は保護観察以外にも、社会を明るくする運動等の犯罪予防活動を行う。保護司の任期は2年であるが再任は妨げないとされている。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，pp. 258～259）

問題 154	正答 1, 2
--------	---------

- 1 **適切**。この会議は、ケアプログラムアプローチ会議（care programme approach meeting；CPA会議）である。CPA会議は、対象者が指定入院医療機関に入院した当初より1～3か月に1回の頻度で定期的に開催される。対象者の早期の社会復帰を実現するために、指定入院医療機関の多職種チームだけではなく、対象者本人と家族、保護観察所の社会復帰調整官、地域の関係機関の職員などが出席する。初回の会議は急性期に開催される。退院後の支援体制が具体的になるにつれ、関係機関の参加者も増えることが多い。CPA会議は保護観察所の社会復帰調整官が主催する。入院して早々の会議では、まず対象者本人や家族から話を聴かせてもらい状況を把握することが、その後の会議において対象者の社会復帰を検討するうえでも必要である。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p. 295）

- 2 **適切**。「入院処遇ガイドライン」によれば、入院による医療は、入院当初の治療計画を策定してからおおむね18か月（急性期3か月、回復期9か月、社会復帰期6か月）の治療期間が示されている。医療観察法は、適切な医療を提供することで対象者の同様の行為の再発を防ぐという目的がある。そのため対象者が行った対象行為の背景にある感情とそれに伴う攻撃性や暴力性等を対象者自身が抑制することができるようになる

ことが目標となることから、治療の必要性について対象者自身が理解できるようになることは重要である。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp. 289～290)

- 3 **適切でない。**外泊についての計画や調整は社会復帰期に入ってからCPA会議において検討や話し合いが行われるほうが望ましい。この時点では「入院して1か月ほど」で会議が開かれた、とあるため、急性期の期間に会議が開かれたと考えることができる。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 290)

- 4 **適切でない。**医療観察法では、対象者の処遇に関する決定はすべて地方裁判所の審判によって行われるため、CPA会議は入院処遇が終了した後の処遇について確定する場ではない。Eさんはまだ急性期の段階であり、この時期に開催されるCPA会議では、対象者に今後の希望を聞き、関係者が退院予定地域の現状や課題などを共有することが行われる。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 283, p. 290, p. 295)

- 5 **適切でない。**Eさんはまだ急性期の段階であり、退院後の具体的な話も出ておらず、この時期に社会復帰施設を紹介するのは時期尚早である。退院後の準備段階を迎えたときに、対象者や家族の意向を聞いたうえで、本人の服薬管理や金銭管理などの日常生活能力や、自己対処能力、集中力、体力等、さまざまな能力を総合的に判断したうえで地域の社会復帰施設を紹介するほうが望ましい。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 290)

問題 155	正答 4
--------	------

- 1 **適切でない。**地域生活定着支援センターは、対象者を高齢者や障害者とし、刑務所等矯正施設からの退所者について、障害者手帳の申請や福祉サービスの利用についての調整を行うなどの準備を、保護観察所や関係行政機関、障害福祉サービス事業所と連携して行う。また矯正施設の退所後も対象者への相談や訪問を行うなどの支援も行う。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, pp. 270～271)

- 2 **適切でない。**地域活動支援センターは、障害者総合支援法において規定されている。利用者が地域において自立した生活を営むことができるよう、日中活動の場として創作的活動または生産活動の機会の提供、社会との交流を行う施設である。精神障害者保健福祉手

帳の申請については担当していない。利用人数や職員配置、事業内容によりⅠ・Ⅱ・Ⅲ型に分けられる。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 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2版)』中央法規出版, 2014年, p. 189)

- 3 **適切でない。**保健所は都道府県、指定都市、中核市、その他政令で定める市または特別区に設置されている。保健所が行う業務は地域保健法に定められている。精神障害者保健福祉手帳の申請については担当していない。精神障害者にかかわる業務としては、心の健康相談、受診受療の相談、アルコールや思春期の特定相談、関係機関への紹介などがある。また、市町村や関係機関の職員やボランティアに対する研修の実施、自助グループの組織育成などの支援も実施している。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp. 205～206)

- 4 **適切。**1995年(平成7年)の精神障害者保健福祉手帳制度創設時は、手帳の申請受付は保健所が行っていたが、1999年(平成11年)の精神保健福祉法改正によって、2002年度(平成14年度)から市町村が精神障害者保健福祉手帳の手続きの申請の窓口として、その事務等を行うこととされた。

- 5 **適切でない。**精神保健福祉センターは精神障害者保健福祉手帳にかかわる業務として、手帳の交付の可否および障害等級の判定業務を行う。精神保健福祉センターは精神保健福祉法第6条に、精神保健および精神障害者の福祉に関する知識の普及と調査研究、精神医療審査会の事務など、6つの業務が規定されている。地域における精神保健福祉活動の中核となる機関である。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 38)

精神障害者の生活支援システム

問題 156	正答 3, 5
--------	---------

- 1 誤り。国際障害分類（ICIDH）の改定版である国際生活機能分類（ICF）の目的は、「健康とそれに関する諸状態を記述するための、統一的かつ標準的な共通言語と概念枠組みを提供すること」であった。単に、障害をもった者のみならず、妊婦や老齢の者等のさまざまな健康状態に対して考えることができる障害のとりえ方の枠組みとして、人々の生活にかかわるすべての機能を包括的に扱っている。
- 2 誤り。国際生活機能分類（ICF）では、人間の生活機能と障害について、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3次元と、それらの背景因子となる「環境因子」「個人因子」から構成される。障害を人間と環境との相互作用のもとで理解しようとした点が特徴である。
- 3 正しい。精神障害者の社会復帰及び社会参加を考えるとときには、生活上の欠陥を有し、訓練を必要とする人としてみる「欠陥訓練モデル」や「治療モデル」としてとらえるのではなく、強さや長所を有する可能性がある人としてみる「ストレングスモデル」でとらえることが重要である。
- 4 誤り。精神障害の特性として、疾患と障害の併存があげられる。疾患としては、陽性症状（幻覚・妄想など）と陰性症状（不眠、焦燥感、不安、感情の平板化や意欲減退）がある。障害としては、機能障害（認知障害等）によって起こる、対人関係障害やコミュニケーション障害、生活の作業遂行に支障が出るなどの生活障害があげられる。
- 5 正しい。精神疾患は症状が改善しても、ストレスや環境の変化によって病気が再発・再燃しやすいことが特徴である。社会生活技能訓練（SST）は、「脆弱性—ストレスモデル」の理論をもとに、リバーマンらにより開発されたグループワークの方法である。

問題 157	正答 4
--------	------

- 1 誤り。2011年度（平成23年度）の国民医療費による精神科医療費は総額1兆9050億円であり、うち入院費は1兆3943億円（73.2%）、入院外費は5108億円（26.8%）であり、入院費が入院外費をはるかに上回っている。

- 2 誤り。厚生労働省の基本的統計の障害者の数をみると、身体障害者393万7000人、知的障害者74万1000人、精神障害者320万1000人となっている。人口千人当たりの人数でみると、身体障害者は31人、知的障害者は6人、精神障害者は25人になるので、精神障害者の数は、身体障害者に次いで2番目に高い。
- 3 誤り。外来の精神障害者287万8000人の年齢階層別の割合は、20歳未満17万6000人（6.1%）、20歳以上65歳未満172万4000人（59.9%）、65歳以上97万4000人（33.8%）であり、4割は超えていない。65歳以上の割合の推移をみると、2005年（平成17年）から2011年（平成23年）までの6年間で、28.6%から33.8%へ上昇している。
- 4 正しい。障害者手帳所持者数等、性・障害種別等別の統計によると、精神障害者保健福祉手帳の所持者は65歳未満男性で23万人（54.9%）、同女性は18万7700人（44.8%）であり、男性は20万人を超えている。一方65歳以上の男性7万1300人（47.0%）、同女性は7万4200人（49.8%）であり、高齢の男女はともに精神障害者保健福祉手帳の取得率は低い。
- 5 誤り。2013年度（平成25年度）のハローワークを通じた身体障害者の就職件数は2万8307件、知的障害者が1万7649件、精神障害者が2万9404件、その他（発達障害者、難病者、高次脳機能障害者など）が2523件であり、精神障害者の就職件数が身体障害者の件数を初めて上回った。なお、2014年度（平成26年度）の調査結果では、身体障害者の就職件数は2万8175件（前年度比0.5%減）、知的障害者1万8723件（前年度比6.1%増）、精神障害者3万4538件（前年度比17.5%増）、その他（発達障害者、難病者、高次脳機能障害者）3166件（前年度比25.5%増）であり、精神障害者の就職件数が身体障害者の件数を大きく上回っている。

問題 158	正答 3
--------	------

- 1 誤り。「住宅入居等支援事業（居住サポート事業）」は、賃貸契約による一般住宅への入居にあたって支援が必要な障害者等に対して、入居支援や居住支援のための関係機関によるサポート体制の調整を行う事業で、市町村地域生活支援事業の1つである。2013年（平成25年）4月時点では、全国の市町村のうち、約

11%の市町村が実施している。なお、居住サポート事業は、現にグループホーム等に入居している者を除くとされている。

- 2 **誤り**。共同生活援助（グループホーム）は夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行う。2014年（平成26年）以降、共同生活介護（ケアホーム）は共同生活援助（グループホーム）に一元化された。事業者自ら介護を提供する「介護サービス包括型」と、外部に介護を委託する「外部サービス利用型」に分類される。さらに、入居者間の交流を保ちながら一人で暮らしたいというニーズに応えるために「サテライト型住居」が創設された。グループホームの入居者も介護サービスの利用が可能である。
- 3 **正しい**。公営住宅は、1996年（平成8年）の公営住宅法の改正により、グループホームとしての活用について同法第45条第1項に位置づけられた。対象事業は、障害者及び認知症対応型のグループホーム、ホームレスの自立支援のための活用、小規模住居型児童養育事業や児童自立生活援助事業等である。活用することができる主体は、社会福祉法人、地方公共団体、医療法人やNPO等とされている。
- 4 **誤り**。精神障害者を対象としたグループホームは、1988年（昭和63年）の精神保健法施行時に法定化されたのではなく、1993年（平成5年）の精神保健法改正に伴い1994年（平成6年）に精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）として、初めて法定化された。
- 5 **誤り**。障害者の重度化等に対応して、介護が必要になっても本人の希望によりグループホームを利用し続けることができるよう、2014年（平成26年）4月からケアホームをグループホームと一元化することになった。従来、グループホームは障害程度区分1以下の者が対象で、ケアホームは障害程度区分2以上の者が対象となっていたが、グループホームへの一元化以降は、障害支援区分にかかわらず利用可能になった。

問題 159	正答 4
--------	------

- 1 **誤り**。精神保健福祉相談員は現在も任意必置である。「精神保健福祉センター運営要領について」（平成8年1月19日健医発第57号）によると、職員のうちに精神保健福祉相談員の職を置くよう努めるとともに、所長には精神保健福祉に造詣の深い医師を充てることが望ましいとある。
- 2 **誤り**。移送制度に関する問題であるが、これは市町村長ではなく、都道府県知事の権限である。都道府県

知事は、その指定する指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であって当該精神障害のために任意入院が行われる状態になると判定されたものにつき、家族等のうちいずれかの者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を医療保護入院をさせるため、応急入院指定病院に移送することができると規定されている（精神保健福祉法第34条）。

- 3 **誤り**。障害者総合支援法に規定される障害福祉サービスに関する相談、申請は市町村であるが、日常生活自立支援事業の相談窓口、申請は市町村社会福祉協議会である。なお、本事業の実施主体は都道府県社会福祉協議会である。
- 4 **正しい**。精神保健福祉センターは、保健所、市町村及び関係諸機関に対し、技術指導及び技術援助を行う役割をもっている。
- 5 **誤り**。自殺防止対策は、市町村ではなく、精神保健福祉センター及び保健所を中心に取り組まれている。

問題 160	正答 3
--------	------

- 1 **適切でない**。母親は、他人が家に入ることに拒絶的であり、サービス利用が適切である状況であっても、危機的状況でないこのケースに関して、まずは母親の気持ちを確認する意味でも利用できそうな制度について丁寧に話していくことが求められる。「今すぐに」という部分が適切ではない。
- 2 **適切でない**。認知症についての相談は、地域活動支援センターではなく、介護保険法に規定する地域包括支援センターに相談するよう説明するほうがよい。
- 3 **適切**。今のGさんの状況を鑑みると、まずはできるだけ早く受診につなげるよう促す対応が望まれる。その際には、医療費等の経済面での軽減についての情報を伝える対応は適切である。
- 4 **適切でない**。可能性として、Gさんが入院することも想定されるが、この段階で移送制度を利用しての入院について説明すると、Fさんの不安をあおってしまう可能性が高くなる。もう少し、Gさんの状態の聴き取り等が必要である。
- 5 **適切でない**。Gさんをグループホームに入居させることが、問題解決になると決めつける支援は適切ではない。Gさんと母の生活上の困難さを聴き取り、解決し得る方法や情報を提示し、本人等が選択できるようはたらきかけることが重要である。

問題 161	正答 5
--------	------

- 1 適切でない。特定求職者雇用開発助成金とは、公共職業安定所（以下「ハローワーク」）等の紹介により、就職が特に困難な障害者や高齢者等を雇用した事業主を対象として、その賃金の一部を一定期間助成金として支給するものである。Aさんは現在休職中であり、これから復職をしたいと希望しているので、適切ではない。

（福祉臨床シリーズ編集委員会編（責任編集桐原宏行）『社会福祉士シリーズ18 就労支援サービス（第2版）』弘文堂出版，2013年（以下『就労支援サービス』弘文堂出版），p.99）

- 2 適切でない。Aさんは復職を希望しているので、精神障害者保健福祉手帳（以下「手帳」）の取得は在職する企業の実雇用率に算定されるため、今後の復職には有効であるが、手帳の申請には、医師の診断書（初診日から6か月以上経過した日付のもの）または障害年金（精神障害による）の年金証書の写しを手帳交付申請書に添付する必要がある。Aさんは初診後1か月入院し、2か月の通院（休職期間中）であるので、今すぐの取得はできない。手帳の取得を勧めるのは、現時点では適切ではない。

（『新・精神保健福祉士養成講座⑤精神保健福祉に関する制度とサービス（第4版）』中央法規出版，2015年，p.49）

- 3 適切でない。Aさんの休職期間は1年であるが、Aさんは復職に関するニーズをもっており、現状に対する焦りを感じている。まずはAさんが自分の体調や今後の復職についてどう考えているのかを具体的に傾聴し、理解することが必要である。
- 4 適切でない。精神障害者雇用トータルサポーターとは、ハローワークにおいて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い、また事業所に対して精神障害者等の雇用に関する意識啓発や理解促進の業務を行う専門職である。Aさんは休職中であるので、サポーターの利用は適切ではない。

（『新・精神保健福祉士養成講座⑥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.166）

- 5 適切。休職後2か月が経過した現在、Aさんは徐々に復職への意欲が高まっているが、一方で自分が休むことで会社に迷惑をかけているのではという不安も抱えている。C精神保健福祉士は、まずAさんの現状や復職についての考えを十分に傾聴し、Aさんの了解を得て、主治医や上司のBさん等の関係者を集めて、Aさんの復職に向けて検討する場を設けることは適切である。

問題 162	正答 3
--------	------

- 1 適切でない。選択肢の機関は、障害者就業・生活支援センターの内容である。障害者就業・生活支援センターとは、就業及び生活支援を必要とする障害者を対象として、雇用及び福祉等の関係機関との連携を取りながら、就業支援担当者と生活支援担当者が協力して、就業面及び生活面の一体的な支援を行う機関である。

（『新・社会福祉士養成講座⑧就労支援サービス（第3版）』中央法規出版，2013年，p.49）

- 2 適切でない。選択肢にある事業は障害者の態様に応じた多様な委託訓練事業である。都道府県に障害者職業訓練コーディネーターを配置し、企業、社会福祉法人、NPO法人、民間教育訓練機関などの地域の多様な委託先を開発して、個々の障害者に対応した内容で職業訓練を実施する事業である。

（『新・精神保健福祉士養成講座⑥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.187）

- 3 適切。地域障害者職業センターでは、障害者を雇用する企業等に対して、職場適応援助者（以下「ジョブコーチ」）を派遣し、雇用の前後を通して障害特性をふまえた直接的、専門的な援助を実施している。ジョブコーチは、地域障害者職業センターに配置される基幹型のジョブコーチのほかに、社会福祉法人等に配置される訪問型職場適応援助者、障害者を雇用する企業等に配置される企業在籍型職場適応援助者がある。地域障害者職業センターは精神障害者総合雇用支援事業も業務の一環として行っている。

- 4 適切でない。選択肢にあるのはハローワークの業務である。ハローワークとは職業安定法に基づき設置・運営されている国の機関であり、上記の業務のほか、①障害者の求職登録、障害の態様や適性に応じた職業相談、職業紹介、②事業主に対する障害者雇用率達成指導、③地域障害者職業センターや障害者就業・生活支援センター等との連携した支援等、多岐にわたっている。

- 5 適切でない。選択肢にある機関は、広域障害者職業センターである。障害者雇用促進法第21条に規定される全国2か所に設けられた機関である。障害者職業能力開発校や療養施設等との密接な連携のもとに、障害者の職業評価、職業指導、職業講習を系統的に行い、障害者を雇用または雇用しようとする事業主に対する雇用管理に関する助言その他の援助を行っている。

問題 163	正答 2, 3
--------	---------

- 1 適切でない。精神障害者総合雇用支援事業とは、精神障害者と精神障害者を雇用しようとするまたは雇用している事業所に対して、主治医等との連携のもとで行う雇用促進、職場復帰、雇用継続の専門的な支援事業である。Aさんの病状については事業所にも十分に理解をしてもらい、主治医等との連携を取ったうえで、支援を行う必要がある。
- 2 適切。「アサーション」とは、自分と相手を大切に
する自己表現であり、自分の気持ち、考え、信念などが正直に、率直に、その場にふさわしい方法で表現される。アサーション・トレーニングでは、相互尊重のコミュニケーションの考え方と進め方を体験しながら、日頃の人づきあいを見直し、自分らしさ、相手らしさを認め合う対人トレーニング方法を学ぶ。Aさんは部下や新人職員への指導などの対人関係にストレスを感じており、復職後も同じ課題を抱えるおそれがあるため、このトレーニングは有効である。
（平木典子『改訂版アサーション・トレーニング——さわやかな〈自己表現〉のために』金子書房、2009年、p.25, p.166）
- 3 適切。Aさんは主任に抜擢されて以降の業務量が過重になったことにストレスを感じており、復職して同量の業務にいきなり従事することは難しいと思われる。リワーク支援の一環として、Aさんの職務内容や業務量を見直し、分析することを通して、Aさんの課題の解消を目指す必要がある。
- 4 適切でない。Aさんには部署変更の希望はなく、作業中心の部署への異動は営業職として勤務してきたAさんにとって逆にストレスを与えるものになりかねない。また異動については事業所の意向も含めて検討する内容であり、現時点のリワーク支援の目的にすることは適切ではない。
- 5 適切でない。障害者試行雇用（トライアル雇用）事業とは、障害者を雇用する経験が乏しいため雇用をためらっている事業所や就労経験に乏しい障害者に対し、障害者を3か月試行的に雇用してもらうことにより、事業主に障害者雇用のきっかけをつくり、一般雇用への移行を促進することを目指している。Aさんはリワーク支援を実施中であり、もともと従事していた事業所への復帰を目指しているため、選択肢は適切ではない。

（『就労支援サービス』弘文堂出版、pp.98～99）

がんばろう！社会福祉士・精神保健福祉士 受験生！

By 社養協・精養協

最後の瞬間まであきらめずに！ スマホで受講できます

受講・視聴
無料

社会福祉士 精神保健福祉士

国家試験受験対策

web 講座

www.jascsw.jp/webkouza/



(QRコード)

○開講科目：両国家試験全25科目

○講義内容：平成27年度国家試験対策および重点箇所の説明他
1科目×約90分

○配信時期：平成27年10月より順次配信

講座をより理解するために

必携

社会/共通、精神/共通 各 3900 円

web 講座テキスト

詳細はサイトにて！

「試験勉強に打ち込んだ経験と、学習の中で身につけた感覚や知識は
現場で壁にぶつかったときに自分を支えてくれます」

「あきらめずにがんばれば、道は開ける」・・・

先輩からのメッセージ◎第27回社会福祉士国家試験アンケートより抜粋

◆国家試験への受験勉強中も、合格後も、
お役に立つ最新の情報をツイートしています。



@jascsw

@jascpsw

社養協・精養協は、社会福祉士・精神保健福祉士をめざす皆さんを応援するために
模擬試験、国家試験対策 WEB 講座の提供、情報提供、職域開拓、などの様々な事業を実施しております

一般社団法人 日本社会福祉士養成校協会 一般社団法人 日本精神保健福祉士養成校協会

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。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：03-3355-6541
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

～全国の精神保健福祉士の仲間とつながろう！～

信頼される精神保健福祉士になるためには、専門職として必要な自己研鑽や多くの仲間との情報交換・ネットワーク作りが欠かせません。日本精神保健福祉士協会は、みなさまが専門職として大きく飛躍していくための機会を、生涯研修制度や機関誌、全国大会などさまざまな形を通じてご提供していきます！

受験生のみなさまも精神保健福祉士国家試験に合格したあかつきには、本協会に入会し、仲間とともによりよい精神保健福祉の実現のために一緒に活動していきましょう！

《学生会員制度》2015 年度精神保健福祉士国家試験受験の学生さん対象！

一足先に協会とつながることができ、正会員入会時にお得です！

年会費：2,000 円（年度制／入会年度の 3 月で自動的に卒会）

学生会員になると、PSW 通信などの発行物の送付（1 年分）やメールマガジンへの登録などに加え、学生会員特典として・・・

正会員入会時の入会金 5,000 円が免除されます！！

【詳細はウェブサイト】http://www.japsw.or.jp/Student_member/



公益社団法人日本医療社会福祉協会

～ご存知ですか、病院など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 四谷デングビル 2F

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

一般社団法人 日本社会福祉士養成校協会
一般社団法人 日本精神保健福祉士養成校協会
平成27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6階
(模試専用ホームページアドレス)
<http://www.spw-mosi.com/exam/>

