

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
2019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：
2019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	脳と神経の構造	3
85	発達障害	5
86	精神疾患の症状	1
87	うつ病の症状	4
88	認知症の症状	3, 5
89	検査の種類	2
90	症状・疾患と治療薬	3, 5
91	認知行動療法	1
92	精神病床入院患者の動向	2
93	入院中の隔離	2
精神保健の課題と支援		
94	緩和ケアと精神保健	3
95	若者の自殺対策	3
96	要保護児童対策地域協議会	4, 5
97	スクールソーシャルワーカーの業務	4
98	アルコール依存症及びギャンブル依存症	3
99	患者調査の概要	3
100	メンタルヘルスアクションプラン2013-2020	5
101	災害派遣精神医療チーム（DPAT）	4
102	精神保健の専門職	1, 3
103	認知症への対策や支援	5
精神保健福祉相談援助の基盤		
104	精神保健福祉士の活動と社会的ニーズ	1
105	社会福祉士、精神保健福祉士の資格	1, 5
106	ソーシャルワーク専門職のグローバル定義	2
107	ソーシャルワークの形成過程	4
108	アドボカシーの種類	1
109	障害福祉サービス事業所における専門職の業務	5
110	精神保健福祉士が行う相談援助	4
111	コミュニティソーシャルワーク	3
112	マルチディシプリナリ・モデル	3
113	他機関との連携	4
114	自己決定における支援	3, 4
115	退院に向けた支援	2, 4
116	面接におけるクライアントへの言葉がけ	4
117	介入時の多機関連携	1, 5
118	地域生活を支える社会資源	2, 5
精神保健福祉の理論と相談援助の展開		
119	精神障害者支援の理念や方法	4
120	精神保健福祉法における家族の規定	5
121	ストレングスモデル	2
122	心理教育・家族心理教育	4
123	職業リハビリテーション	4
124	ジェノグラム	4
125	精神科訪問看護	4
126	暴力被害相談への初回面接	2, 3

127	グループワークの展開過程	1
128	ひきこもりの同居家族への支援	5
129	コンサルテーション	4
130	依存症回復施設における当事者スタッフの役割	5
131	地域アセスメント	5
132	インテークにおける働きかけ	4
133	有効なプログラムの提案	2
134	社会資源を活用した家族支援	3
135	初回面接における精神保健福祉士の基本姿勢	5
136	当事者のグループ活動	4
137	家族理解を踏まえた家族への対応	1, 3
138	相談事例への初期対応	5
139	異なる意向への対応	3
140	学校との連携・協働	2, 4
141	電話相談への対応	3
142	危機介入へのアプローチ	1
143	認知症の人を支援する社会資源	5
精神保健福祉に関する制度とサービス		
144	医療保護入院	5
145	精神医療審査会	3
146	自立支援医療（精神通院医療）	1, 3
147	地域包括支援センター	4
148	生活保護の生活扶助	1
149	精神保健福祉センターの業務	3
150	更生保護の担い手	4
151	保護観察所の業務の内容及び役割	1
152	社会調査の分析手法	1
153	保護観察所が作成する計画	4
154	就労後の生活を支援する障害福祉サービス	5
155	医療観察法の処遇終了の申立て	5
精神障害者の生活支援システム		
156	法律における精神障害者の規定	4
157	精神障害者の生活支援モデル	3, 4
158	障害者雇用における就労相談への対応	5
159	就労支援に関する機関と専門職	3
160	市町村の精神保健福祉業務	4
161	退院に向けたプログラム	2
162	退院支援に活用する制度	3
163	退院後の日中活動の場	1

精神疾患とその治療

問題 84

正答 3

- 1 誤り。大脳半球の表面には、複雑に走る長短さまざまな溝がみられる。これらが大脳溝と呼び、溝に挟まれた隆起を大脳回という。大脳外側面の半球上縁のほぼ中央部から前下方に走り、外側溝の近くで終わる大脳溝を中心溝と呼ぶ。中心溝は前頭葉と頭頂葉、並びに運動野と感覚野を分ける脳溝である。前頭葉と側頭葉の境界ではないため、選択肢は誤りである。中心溝の前方すぐ、前頭葉側の大脳回を中心前回と称し、これが機能的に運動野に相当する。中心溝の後方すぐ、頭頂葉側の大脳回を中心後回と称し、同様に感覚野に相当する。

（『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.13）

- 2 誤り。運動野と感覚野の境界は上記のように中心溝であるため、選択肢は誤りである。大脳半球の外側面のほぼ中央部で、前下方から後上方に走る深い大脳溝を外側溝（シルビウス裂）と呼ぶ。外側溝の下方が側頭葉、前上方が前頭葉、後上方が頭頂葉である。したがって、外側溝は前頭葉・頭頂葉と側頭葉の境界である。なお、外側溝はヒトの脳の発生において、最も初期に形成される脳溝の1つである。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版、p.14）

- 3 正しい。脳神経は脊髄を経由することなく、脳から直接発する末梢神経であるため、選択肢は正しい。脳神経は、左右12対あり、頭側から分岐順に番号が付けられている。その最初の2つ、すなわち第Ⅰ脳神経（嗅神経）と第Ⅱ脳神経（視神経）は直接大脳から発し、その他（第Ⅲ～第Ⅻ脳神経）は脳幹から発している。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版、p.15）

- 4 誤り。末梢神経は、中枢神経と身体各部位を連絡しており、その機能から筋や皮膚を支配する体性神経系（脳神経と脊髄神経）と、内臓や血管を支配する自律神経系に区分される。この中で、脊髄神経は解剖学的に脊髄から発する末梢神経である。よって、選択肢は誤りである。一方、脳神経は、上記のように脳から直接発する末梢神経である。なお、中枢神経は脳と脊髄からなっている。また、末梢神経のうち体性神経系は、中枢から末梢へ信号を伝える運動神経と、末梢から中枢へ信号を伝える感覚神経に分けられる。さらに、自律神経系は交感神経と副交感神経からなり、そ

の上位中枢は視床下部及び延髄に存在する。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版、p.15）

- 5 誤り。小脳は脳幹の背側部に位置し、筋の共同運動、筋緊張、平衡感覚などをつかさどっている。脳幹は頭側から中脳、橋、延髄よりなる。小脳は上小脳脚、中小脳脚、下小脳脚を通してそれぞれ中脳、橋、延髄とつながり、大脳とは直接の線維連絡は有さない。よって、選択肢は誤りである。脳幹は頭側で間脳（視床、視床下部などから構成される）に、尾側で脊髄につながっている。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版、p.12）

問題 85

正答 5

- 1 誤り。自閉スペクトラム症という名称は、2013年に米国精神医学会が作成した診断基準DSM-5（精神疾患の診断統計マニュアル第5版）で正式に登場したもので、DSM-Ⅳ及びICD-10の広汎性発達障害に相当すると考えてよい。したがってその疫学的知見も、DSM-ⅣやICD-10をもとにした調査に準拠してよいものと思われる。広汎性発達障害、及びその代表的な診断区分である自閉性障害（小児自閉症）は、男性に多くみられ、男女比は3～4対1という報告が多い。よって選択肢は誤りである。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版、p.199）

- 2 誤り。DSM-5では、自閉スペクトラム症は、A：社会的コミュニケーション及び対人的相互反応における持続的な欠陥、B：行動、興味、または活動の限定された反復的な様式を併せもち、しかもそれが発達早期に存在している神経発達障害としている。しかしこれらの特徴には、発達とともに改善されるものもあれば、よりいっそう目立ってくるものもあり、また青年期以降、二次障害も加わりやすい。したがって、症状は決して固定されたものではない。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版、p.200、『カプラン臨床精神医学テキスト——DSM-5診断基準の臨床への展開（日本語版第3版）』メディカル・サイエンス・インターナショナル、2016年（以下『カプラン臨床精神医学テキスト』MEDSI）、p.1295）

- 3 誤り。歴史的に自閉症は、精神病（統合失調症）の最早期発症型と考えられた時代もあったが、現在では両疾患の直接の関連は否定的である。青年期以降に統合失調症を合併する可能性もあるが、決してその確率が高いわけではない。よって選択肢は誤りである。

『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 198, 『カプラン臨床精神医学テキスト』MEDSI, p. 1292)

- 4 **誤り**。注意欠如・多動症（注意欠陥／多動性障害）は、不注意、多動性、衝動性の目立つ障害であり、DSM-5では、これらの症状が、社会的、学業的、または職業的機能を損なわせている、ないしは低下させていることを診断の前提としている。なお、多動性に関しては、青年期になるとあまり目立たなくなることが多いようであるが、その場合でも不注意や落ち着きのなさ、衝動性に関しては残存しやすいという。よって選択肢は誤りである。

『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 205, 『カプラン臨床精神医学テキスト』MEDSI, p. 1316)

- 5 **正しい**。注意欠如・多動症(注意欠陥／多動性障害)では、薬物療法が行われることが少なくない。現在日本で使用されている薬物は、メチルフェニデートやアトモキセチンであり、一定の効果が得られている。

『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 205)

問題 86	正答 1
-------	------

- 1 **正しい**。保続とは、思考が1つのことにこだわって先に進まず、新しい話題に転じにくい症状を指し、特に前頭葉の障害と関連する。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、以前あるいは直前に行った課題を繰り返したり、止められない状態がしばらく続く。

『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 47)

- 2 **誤り**。振戦せん妄とは、アルコール依存症の離脱状態で、断酒後2～3日後に現れ、全身に強い振戦とせん妄を起こす急性精神病状態を指す。断酒後1日以上経過して生じ、3～4日でピークを迎え、1週間程度で改善する。したがって、統合失調症との直接の関連はない。ちなみにせん妄とは、意識の混濁に加えて種々の錯覚や幻覚（妄想を伴うことがある）、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）が認められる状態である。せん妄は器質性の精神障害で生じやすく、やはり統合失調症との直接の関連はない。

『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 44, p. 104)

- 3 **誤り**。観念奔逸は、躁病においてみられる思考の障害であり、次から次へと考えが展開していく点に特徴がある。一般に爽快気分や行為促進を伴い、その結果全体として適切な判断が困難となる。別人格の出現がみられやすいのは、解離性障害（多重人格障害）である。多重人格障害でも、思考全体の一貫性がなくなる

ことはあるが、観念奔逸とはその心理機制が異なる。

『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 49)

- 4 **誤り**。思考の制止（思考抑制）とは、思考のテンポが全体的に遅く、渋滞する症状を指し、うつ病でみられやすい。幻聴などによって思考が先に進まなくなる症状は、思考途絶と呼ばれ、統合失調症で認められる。

『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 47)

- 5 **誤り**。コルサコフ症候群とは、アルコール依存などの際にみられる慢性健忘症候群で、見当識障害、記憶障害、作話を特徴とする。健忘では、前向き及び逆行性健忘がみられ、とくに過去の記憶を想起できなくなる。作話に関しては、自発的なものというよりも、記憶の欠損を埋めるために出現する傾向がある。また見当識に関しては、主に時間と場所の障害が目立つ。統合失調症のいわゆる慢性期には、感情の平板化、意欲の欠如などの陰性症状がみられやすく、重篤な場合にはまとまりのない会話（連合弛緩、言葉のサラダ）も認められるが、慢性健忘症候群が出現することは基本的にない。

『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 53, p. 121)

問題 87	正答 4
-------	------

部下や同僚への対応に日常的に苦慮し、慢性的なストレスの蓄積から、管理監督者が気分障害（うつ）を発症した例と考えられる。職場のメンタルヘルス（産業保健）の現場で最近目立っているパターンで、産業医や産業保健総合支援センターへの相談例として数多く経験される事例ともいえる。この事例では、早朝覚醒・決断困難・思考抑制・食欲不振・易疲労感・興味の喪失がみられており、うつ病の診断基準を満たす（ICD-10, DSM-5）。うつ病患者の治療においては、顕在化していなくとも、当疾患に特徴的なほかの症状もおさえて、注意深く対応する必要がある。

- 1 **適切でない**。極端な睡眠欲求の減弱とは、「寝ている時間なんてもったいない！」と深夜まで活動がとまらない状態で、躁状態でみられるものである。

『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 145)

- 2 **適切でない**。慢性的な空虚感やそれにとまなう激しく不安定な対人関係は、境界性パーソナリティ障害（Borderline Personality disorder）でみられやすい症状である。

『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 183)

- 3 **適切でない**。誇大妄想は、「私にはできないことは

何一つない」「私は全知全能で極めて有能である」など、あり得なく誇張された内容の妄想であり、主として統合失調症などの精神病圏の障害や、双極性障害の躁病相で現れる。躁病相においては、誇大妄想と関連した逸脱行動もみられやすく、治療上注意が必要である。この事例では、双極性障害も考慮に入れなければならないが、現時点ではうつ病相にあること、ほかの精神疾患の既往もないことから、選択肢は適切でない。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版，p.144）

- 4 適切。自殺はうつ状態で特に注意を要する症状である。自殺することを考える、自殺したいと考える希死念慮（自殺念慮）と、実際に自殺行為を行う自殺企図があるが、いずれも要注意である。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版，p.141）

- 5 適切でない。被害妄想は、そのような事実がないにもかかわらず、自分が何者かに被害を受けている（狙われる、邪魔される、監視される、殺されるなど）と確信するもので、統合失調症や精神作用物質による精神病性障害などでみられ、その恐怖から自宅や自室への閉居がしばしばみられる。気分障害でも念慮や妄想が出現し得るが、その多くは微小妄想である。ちなみに微小妄想には、貧困妄想（「自分は財産を何もっていない、一文なしだ」）、罪業妄想（「取り返しのつかない過ちを犯した」）、心気妄想（「重大な病気に罹っている、もう治らない」）が含まれる。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版，p.138）

問題 88

正答 3, 5

- 1 誤り。認知症の中核症状は、記憶、思考、見当識、理解、学習能力、言語、判断を含む高次脳機能の障害である。一方、選択肢にある幻覚や妄想、徘徊などは、中核症状に伴う行動心理学的症候（BPSD；behavioral and psychological symptoms of dementia）に含まれる精神症状である。よって選択肢は誤りである。なおBPSDでは、行動症状として、①焦燥・不穏や徘徊などの活動的な障害、②攻撃性、③食欲・摂食障害、④概日リズム障害、⑤社会的に不適切な行動が、また精神症状として、①うつ症状などの感情障害、②アパシー、③妄想と誤認性症候群、④幻覚が知られている。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版，p.74，山内俊雄，小島卓也，倉知正佳ほか編『専門医をめざす人の精神医学（第3版）』医学書院，2011年（以下『専門医をめざす人の精神医学』医学書院），pp.284～317）

- 2 誤り。血管性認知症では、記憶力の低下が進行して

ていることが多い。よって選択肢は誤りである。また血管性認知症では、血管障害の再発に伴って病状が段階的に進行していく傾向がある。そのため、血管障害の部位や程度によって認知能力の低下に大きなムラが生じやすい点も特徴である。

（『専門医をめざす人の精神医学』医学書院，pp.284～317）

- 3 正しい。軽度認知障害（mild cognitive impairment；MCI）とは、認知症の診断基準を満たさないが、認知機能障害を自覚的・他覚的に認める状態を指す。この状態は、アルツハイマー病（アルツハイマー型認知症）の前駆状態とされている。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版，p.76，『専門医をめざす人の精神医学』医学書院，pp.284～317）

- 4 誤り。ピック病（前頭側頭型認知症）では、初期より前頭葉の障害が目立ち、緩徐に進行する性格の変化と社会的機能の低下に特徴がある。よって選択肢は誤りである。なお、ピック病における記憶障害は、通常社会的及び行動上の徴候に遅れて出現する。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版，p.80，『専門医をめざす人の精神医学』医学書院，pp.284～317）

- 5 正しい。びまん性レビー小体病（レビー小体型認知症）では、パーキンソン病で認められるレビー小体が、黒質にとどまらず大脳皮質などにもびまん性に分布する。その特徴は緩徐に進行する認知症とパーキンソン症状、及び具体的な内容の幻視が繰り返しみられる点にある。よって選択肢は正しい。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版，p.78，『専門医をめざす人の精神医学』医学書院，pp.284～317）

問題 89

正答 2

- 1 誤り。SDS（self-rating depression scale；自己評価うつ病尺度）は、気分の検査である。知的障害には知能検査が主に適用されるため、選択肢は誤りである。知能検査は言語性、動作性、全検査の各IQ指数を算出するウェクスラー式知能検査が代表的なものである。成人（16～89歳）用はWAIS（Wechsler Adult Intelligence Scale）と呼ばれ、その小児版が5～16歳を対象とするWISC（Wechsler Intelligence Scale for Children）である。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版，p.66，p.69）

- 2 正しい。SCT（Sentence Completion Test；文章完成検査）は性格検査である。性格検査はパーソナリティ障害に適用されるため、選択肢は正しい。性格検査は投影法と質問紙法に分けられる。投影法は図版や絵、未完成な文章などから感じたままを表現させ、人格像

の深層をみる。SCTはその1つで、出だしのみが記載された未完成な文章に続く、あとの文章を完成してもらう検査法である。ほかの投影法としてロールシャハテスト、TAT (thematic apperception test; 絵画統覚検査)、P-F Study (picture-frustration study; 絵画-欲求不満検査)、バウムテストなどがある。質問紙法には、550項目からなるMMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory; ミネソタ多面人格目録)、120項目からなるYG (矢田部-ギルフォード) 性格検査などがある。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 68)

- 3 **誤り**。MMPIは、上記のように性格検査である。失語・失行・失認には神経心理学的検査が主に適用されるため、選択肢は誤りである。神経心理学的検査には病態に応じて以下のように種々のものがある。例えば、失語の代表的検査として、標準失語症検査 (standard language test for aphasia; SLTA) やWAB失語症検査 (Western Aphasia Battery)、失行に関しては標準高次動作性検査 (Standard Performance Test for Apraxia; SPTA) があげられる。失認は視覚、触覚、聴覚などの刺激ごとに定義され、このうち標準的な検査が準備されているのは視覚失認であり、標準高次視知覚検査 (Visual Perception Test for Agnosia; VPTA) が相当する。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, pp. 67~68)

- 4 **誤り**。WAISは上記のように知能検査である。気分障害には気分の検査が主に適用されるため、選択肢は誤りである。気分の検査には、抑うつ状態の重症度を自己評価する前述のSDSや、他者からうつ病の経過をみるHRS (Hamilton rating scale for depression; ハミルトンうつ病症状評価尺度) などがある。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 66, p. 69)

- 5 **誤り**。TATは上記のように性格検査である。認知症にはスクリーニング検査としてのMMSE (mini-mental state examination; ミニメンタルテスト) やHDS-R (revised hasegawa's dementia scale; 改訂長谷川式簡易知能評価スケール) などが主に用いられるため、選択肢は誤りである。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 67, p. 69)

問題 90	正答 3, 5
-------	---------

- 1 **適切でない**。幻覚・妄想状態においては、一般に抗精神病薬が選択される。現在では第1選択として非定型抗精神病薬、すなわち第二世代抗精神病薬 (リスペ

リドン, アリピプラゾールなど) の単剤投与が多く、それでも効果がない場合には、ほかの第二世代抗精神病薬への変更を考える。フェニトインは代表的な抗てんかん薬であり、抗精神病薬ではない。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, pp. 216~217)

- 2 **適切でない**。躁状態の場合、抗躁薬ないし気分安定薬 (炭酸リチウム, バルプロ酸ナトリウム, カルバマゼピン) が選択される。また、状況に応じて抗精神病薬 (たとえばハロペリドール, クロルプロマジン) が使用されることも少なくない。イミプラミンは抗うつ薬 (三環系抗うつ薬) であり、抗躁薬や気分安定薬ではない。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 222)

- 3 **適切**。アルツハイマー病は認知症の代表的な疾患で、記憶、思考、見当識、理解、学習能力、判断などの障害が中核症状となる。ドネペジル塩酸塩は、このような中核症状に対して効果が期待される抗認知症薬である。現在、抗認知症薬には、このほかにガランタミン, リバスタグミンなどがある。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 224)

- 4 **適切でない**。てんかん発作に対しては、抗てんかん薬が選択される。成人の全般てんかん (強直間代発作, 欠伸発作, ミオクロニー発作など) では、第1選択としてバルプロ酸ナトリウムが推奨される。ちなみに第2選択としては、強直間代発作ではフェノバルビタール, 欠伸発作ではエトスクシミド, ミオクロニー発作ではクロナゼパムが推奨されている。成人の部分てんかんでは、カルバマゼピンが推奨され、そのほかフェニトインなども使用される。なおリスペリドンは抗精神病薬であり、抗てんかん薬ではない。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, pp. 223~224, 日本神経学会監修『てんかん治療ガイドライン2010』医学書院, 2010年)

- 5 **適切**。パニック障害では、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor; SSRI), 三環系抗うつ薬, ないしは高力価のベンゾジアゼピン系薬物が選択される。このうちSSRIでは、パロキセチン, フルボキサミンなど、三環系抗うつ薬ではイミプラミン, クロミプラミン, 高力価のベンゾジアゼピン系薬物ではアルプラゾラム, クロナゼパムなどが選択される代表的な薬物である。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p. 153, p. 220)

問題 91	正答 1
-------	------

- 1 **正しい**。精神科の治療法としての認知行動療法は、フィラデルフィア大学のベック (Beck, A. T.) によっ

て気分障害（うつ）の治療法として創始された。

（「うつ病の認知療法・認知行動療法実施マニュアル」（平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有用性に関する研究」）（<https://cbtt.jp/reference/materials/manualforexpert.pdf>）、『精神疾患とその治療』中央法規出版，p. 234）

2 誤り。認知行動療法は、基本的に急性期の妄想の修正には用いられない。ただし、統合失調症においても、慢性期の機能回復を目的に認知行動療法が用いられることはあり、その代表がSST（Social Skills Training）である。SSTでは、妄想に対する認知の仕方や対応方法の修正も試みられるが、主な対象は慢性期の患者となるので、選択肢の趣旨とは異なる。

3 誤り。認知行動療法は、歪曲された認知のあり方にはたらきかけることで、心理的苦痛や不安、非適応的な行動パターンを修正しようとする精神療法である。自由連想法で無意識の世界を扱うのは精神分析的精神療法である。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版，p. 230，p. 233）

4 誤り。アルコール関連障害では、個人精神療法として認知行動療法、内観療法、森田療法などが用いられる。よって選択肢は誤りである。なお、アルコール関連障害の場合、個人精神療法のみでは治療効果に限界があるため、集団療法や自助グループへの参加も併せて推奨される。自助グループには、断酒会やアルコール依存匿名会（Alcoholics Anonymous；AA）が存在する。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版，p. 105）

5 誤り。パニック障害では、破局的解釈の改善のため認知行動療法が用いられる。思考記録をつけて、認知の歪みについて治療者と検討して治療を進めてゆく。このほか、恐怖に対する行動療法として曝露療法が用いられることもある。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版，p. 153）

問題 92	正答 2
-------	------

1 誤り。2017年（平成29年）の患者調査において、疾病分類別入院患者数では、①精神及び行動の障害（25万2000人）、②循環器系の疾患（22万8600人）、③新生児（14万2200人）、④損傷・中毒（13万7700人）、⑤神経系の疾患（12万6200人）の順である。したがって、精神及び行動の障害の方が循環器の疾患より多い。

（厚生労働省「平成29年（2017）患者調査の概況」）

2 正しい。2017年（平成29年）の平均在院日数は267.7日であるが、2016年（平成28年）は269.9日であるので、短縮（減少）している。なお、この2年だけでな

く長期的に減少傾向にある。

（厚生労働省「平成29年（2017）医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況」）

3 誤り。疾患別の精神病床入院患者数で最も多いのは、統合失調症（16万6000人）である。気分障害（入院患者数2万9000人）は、総患者数および外来患者数では最多となるが、選択肢は入院患者数を問うもので、誤りである。

（厚生労働省「平成26年（2014）患者調査の概況」）

4 誤り。疾患別の精神病床入院患者数で統合失調症（16万6000人）は「認知症（アルツハイマー型）」（4万7000人）と「認知症（血管性など）」（3万人）の和よりも多い。

（厚生労働省「平成26年（2014）患者調査の概況」）

5 誤り。気分障害の精神病床入院患者数は、2008年（平成20年）から2017年（平成29年）にかけてほとんど変化がなく、約3万人である。

（厚生労働省「平成29年（2017）患者調査の概況」）

問題 93	正答 2
-------	------

1 誤り。隔離は「内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ1人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、12時間を超えるものに限る」（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限（昭和63年厚生省告示第129号））と規定されている。12時間を超えない隔離については精神保健指定医の判断を要さないが、その場合にあっても要否の判断は医師によって行われなければならない。よって、選択肢は誤りである。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版，p. 308）

2 正しい。隔離の実施が検討される状況の1つとして、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必要な場合があげられる。よって、選択肢は正しい。ほかに、自殺企図や自傷行為、暴力や著しい迷惑行為、器物破壊、不穏や多動、爆発性、患者の言動が病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合もあげられる。もちろん、隔離前にほかの手段による可能な限りの対処が試みられるべきことは言うまでもない。

（『精神疾患とその治療』中央法規出版，p. 309）

3 誤り。隔離はあくまで患者本人の医療又は保護を図る事を目的として行われるものである。周囲の者の安全と保護の必要性も考慮されるべきではあるが、その

場合においても、まずは本人の隔離以外の方法、すなわち周囲の者自らによる対処が工夫されるべきである。よって、選択肢は誤りである。隔離の実施は隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に限られている。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p.308)

- 4 誤り。上記のように、隔離は患者1人だけを隔離室(保護室)、個室、あるいは多床室に入室させて、施錠することにより実施される行動制限である。患者2人以上を入室させ、施錠することは危険であるため行ってはならない。なぜなら隔離は、精神症状の影響によって生じた攻撃性や衝動性、興奮などのため自身を傷つけたり、他人に害を及ぼしたりする危険が切迫しているときのやむを得ない介入手段だからである。よって、選択肢は誤りである。

(『精神疾患とその治療』中央法規出版, p.308, p.310)

- 5 誤り。本人の意思により閉鎖環境の部屋に入室することもあり得るが、この場合においては開放処遇の制限である隔離にはあたらない。よって、選択肢は誤りである。ただし、自発的意思による入室である旨の書面を、本人より得ておく必要がある。一般的に隔離は、安全性へ十分配慮された構造を有する隔離室(保護室)を用いて行われる。

精神保健の課題と支援

問題 94

正答 3

- 1 誤り。緩和ケアの対象は生命予後6か月以内の段階にある人に限定されていないため誤りである。WHO（世界保健機関）は2002年に緩和ケアについて「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフ（QOL；生活の質）を改善するアプローチである」と定義している。緩和ケアは疾患の種類や疾患の進行状況にかかわらない。

（『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（第6版）』へるす出版、2017年（以下『精神保健学』へるす出版）、pp.164～166）

- 2 誤り。全人的苦痛（トータルペイン）とは、身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、霊的苦痛の4つからなるため誤りである。身体的苦痛は激しい痛み、その他の身体症状、それらに伴う日常生活動作の支障を意味する。精神的苦痛とは死に対するさまざまな精神症状である。社会的苦痛とは社会的立場や役割の喪失を意味し、経済的な問題や遺産争い、それまでの人間関係などである。霊的苦痛とは死に直面することで人生の意味や価値を振り返ることを意味する。

（『精神保健学』へるす出版、pp.164～166）

- 3 正しい。キューブラー・ロス（Kubler-Ross, E.）は、自身の経験をもとに死を受容するプロセスを示し、1969年に『死ぬ瞬間——死にゆく人々との対話』にまとめた。死を目前にした場合の心の反応過程は、否認（受け入れがたく、真実を知るために奔走する）、怒り（神や近い人、健康な人に怒りが喚起される）、取引（回復することが難しいことを認識し、医師や家族、神などと取引する）、抑うつ（怒りや悲嘆を通して落ち込む）、受容（平静に自分の死を受け入れる）の5段階に分けられる。

（山島圭輔『心理学・臨床心理学概論（第3版）』北樹出版、2015年、p.111）

- 4 誤り。選択肢1の解説のとおり、緩和ケアは、患者だけでなく家族も対象であることから誤りである。

（『精神保健学』へるす出版、pp.164～166）

- 5 誤り。緩和ケアの実践を病気の初期段階から行うようにWHOは言及していることから誤りである。WHO

による「緩和ケアの具体的な実践」の1つには、「病気の初期段階から、化学療法や放射線療法などの延命を目指すその他の治療と合わせて行われ、治療や検査に伴う苦痛な合併症のマネジメントを包含する」とある。

（『精神保健学』へるす出版、pp.164～166）

問題 95

正答 3

- 1 誤り。児童生徒の自殺予防に関する普及啓発協議会は、各教育委員会の児童生徒指導担当者や、校長・教頭などの管理職を対象に文部科学省が実施しているものである。

（厚生労働省『平成30年版自殺対策白書』、p.88）

- 2 誤り。「第4 自殺総合対策における当面の重点施策」「5 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する」の「(3)学校における心の健康づくり推進体制の整備」には、学校は教育委員会ではなく地域と連携し、児童生徒のSOSを受け止めることができる身近な大人を地域に増やすための取組を推進する。また、保健室やカウンセリングルーム等を開かれた場として、養護教諭等による健康相談、スクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカー等の配置や常勤化に向けた学校の相談体制の充実を図ることとされている。

（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（以下「自殺総合対策大綱」）、p.18）

- 3 正しい。「第4 自殺総合対策における当面の重点施策」には、若者は自発的に相談や支援につながりにくい傾向がある一方で、インターネットやSNS上で自殺をほのめかしたり自殺手段を検索したりする傾向があり、従来の自宅への訪問や街頭での声がけでは支援につながらないため、ICT（情報通信技術）を活用したアウトリーチ策を強化することとされている。

（「自殺総合対策大綱」、p.24、p.28）

- 4 誤り。インターネット上の自殺関連情報対策の推進には、厚生労働省、警察庁、総務省、文部科学省、経済産業省がかかわっている。選択肢のインターネット上の自殺関連情報についてサイト管理者等への削除依頼は警察庁が行う。また、第三者に危害のおそれのある自殺の手段等の紹介についての情報への対応として、青少年へのフィルタリングの普及等の対策を推進

するのは、総務省、文部科学省、経済産業省である。

(「自殺総合対策大綱」, p. 24)

- 5 誤り。2018年（平成30年）3月の自殺対策強化月間のSNS相談の実施結果によると、相談内容（「その他」と「自殺念慮」を除く）で男女ともに最も多いのは「メンタル不調」であったため誤りである。厚生労働省では、若者が日常的なコミュニケーション手段として利用するSNSを通じて相談・支援を受けることができるよう、広く若者一般を対象とするSNSを活用した相談事業を2018年（平成30年）3月の自殺対策強化月間に合わせて集中的に実施した。

(厚生労働省『平成30年度自殺対策白書』「第2章第4節 自殺対策強化月間におけるSNS相談の実施結果の分析」第2-4-15表 男女別、相談内容別の相談件数, 2018年, p. 69)

問題 96	正答 4, 5
-------	---------

- 1 誤り。要保護児童対策地域協議会の対象の児童は、児童虐待を受けた子どもに限られず、保護者のいない児童や保護者に監護させることが不適当であると認められる児童、非行児童などであることから誤りである。児童福祉法第6条の3第8項に規定された要保護児童及び保護者が対象である。

(「要保護児童対策地域協議会設置・運営指針について」(平成17年2月25日雇児発0225001))

- 2 誤り。要保護児童対策地域協議会は、2004年（平成16年）の児童福祉法の一部改正にともない整備された。要保護児童の早期発見や適切な保護を図るために、関係機関が情報を共有し、適切な連携のもとで対応できるように協議する機関である。情報を共有し、関係機関等が同一の認識のもとに役割分担しながら支援を行い、共に個別の事例にかかわることで、各機関の限界や大変さを分かち合うことができる。

(「要保護児童対策地域協議会設置・運営指針について」(平成17年2月25日雇児発0225001))

- 3 誤り。要保護児童対策地域協議会は地方公共団体が設置するよう努めなければいけないとされているが、設置は義務ではない。市町村が設置主体となり、関係機関にはたらきかけることが原則である。

(「要保護児童対策地域協議会設置・運営指針について」(平成17年2月25日雇児発0225001))

- 4 正しい。要保護児童対策地域協議会は、要保護児童等に関する情報その他要保護児童の適切な保護を図るために必要な情報の交換を行うとともに、要保護児童等に対する支援の内容に関する協議を行う（児童福祉法第25条の2第2項）。なお、要保護児童対策地域協議会については、代表者会議、実務者会議、個別ケー

ス検討会議を開催されることが期待される。代表者会議は要保護児童対策地域協議会の構成員の代表者による会議、実務者会議は実際に活動する実務者から構成される会議、個別ケース検討会議は、かかわりをもっている担当者や今後かかわりをもつ可能性のある関係者などによる会議である。

(「要保護児童対策地域協議会設置・運営指針について」(平成17年2月25日雇児発0225001))

- 5 正しい。守秘義務に反して秘密を漏らした場合には1年以下の懲役または50万円以下の罰金が課せられること（児童福祉法第61条の3）から正しい。要保護児童対策地域協議会における要保護児童に関する情報共有は、要保護児童の適切な保護を図るためのものである。構成員および構成員であった者は、正当な理由がなく、要保護児童対策地域協議会の職務に関して知り得た情報を漏らしてはならない（児童福祉法第25条の5）。

(「要保護児童対策地域協議会設置・運営指針について」(平成17年2月25日雇児発0225001))

問題 97	正答 4
-------	------

- 1 適切でない。児童（0歳から18歳未満の者）の一時保護を行っているのは、児童相談所である。また、支援対象児等の早期発見や適切な保護を図っているのは、要保護児童対策地域協議会である。この協議会は、市町村、保健機関、学校・教育委員会、警察、児童相談所、民生・児童委員などの機関によって構成されている。

(『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. 154, 厚生労働省「要保護児童対策地域協議会の概要」(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidouka-teikyoku/0000198593.pdf>))

- 2 適切でない。ストレスチェックやストレスマネジメント等の予防的対応を担っているのは、スクールカウンセラーである。スクールカウンセラーはこのような、学校の教員などではカバーしにくい役割を担い、教育相談を円滑に進めるための潤滑油、ないし仲立ち的な役割を担っている。

(文部科学省「2 スクールカウンセラーについて」『児童生徒の教育相談の充実について——生き生きとした子どもを育てる相談体制づくり（報告）』2007年, (https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/cho-usa/shotou/066/gaiyou/attach/1369846.htm))

- 3 適切でない。教諭に対する教育指導は、学校の管理職や、学校を管轄する自治体の教育委員会の役割である。なお、教職員に対する支援や情報提供はスクールソーシャルワーカーの職務内容に含まれる。

(文部科学省「スクールソーシャルワーカー活用事業」(<https://www>

w.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/046/shiryo/attach/1376332.htm) (以下「スクールソーシャルワーカー活用事業」)

- 4 **適切**。スクールソーシャルワーカーの中核的な業務内容としては、①問題を抱える児童生徒が置かれた環境への働きかけ、②関係機関等とのネットワークの構築、連携・調整、③学校内におけるチーム体制の構築、支援、④保護者、教職員等に対する支援・相談・情報提供、⑤教職員等への研修活動等の5つがある。

(「スクールソーシャルワーカー活用事業」)

- 5 **適切でない**。問題行動の背景には、児童生徒が置かれたさまざまな環境の問題が複雑に絡み合っている。そのため、①関係機関等と連携・調整するコーディネート、②児童生徒が置かれた環境の問題(家庭、友人関係等)に働きかけること等が求められている。しかし、スクールソーシャルワークにおける環境調整は、家庭や友人関係が中心であり、触法行為が認められる場合には、児童相談所等につなぐべきである。

(「スクールソーシャルワーカー活用事業」)

問題 98	正答 3
-------	------

- 1 **誤り**。2014年(平成26年)に、アルコール、薬物、ギャンブル等の依存症に対して、依存症治療拠点機関設置運営事業が立ち上げられた。よって、依存症治療を実施している精神科医療機関では、ギャンブル依存症に対しても、治療・回復プログラムなどが実施されている。

(『精神保健の課題と支援』中央法規出版, p. 230)

- 2 **誤り**。ギャンブル依存症には飲酒問題同様「否認」があるため、上司や家族などまわりの協力が不可欠となる。患者同士で構成される自助グループや家族会も大変意義がある。

(『精神保健の課題と支援』中央法規出版, p. 197)

- 3 **正しい**。アルコール依存症者のためのセルフヘルプグループには、アルコホーリクス・アノニマス(AA)と断酒会がある。セルフヘルプグループとは、同じ病気や悩みをもった当事者同士が、自らの問題を解決するために、互いに体験を分かち合い助け合いながら自主的に活動している集団である。断酒会は非匿名性であるが、AAは非組織化、匿名性を徹底している。

(『精神保健の課題と支援』中央法規出版, p. 229)

- 4 **誤り**。2013年(平成25年)に、アルコール健康障害対策基本法が制定され、これにより、酒類の製造・販売を行う事業者の責務として、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。

(『精神保健の課題と支援』中央法規出版, p. 230)

- 5 **誤り**。アルコールや薬物といった精神に依存する物質を原因とする依存症状のことを「物質への依存」という。物質ではなく特定の行為や過程に必要以上に熱中し、のめりこんでしまう症状のことは、「プロセスへの依存」という。ギャンブル依存は、プロセスへの依存にあたる。共依存とは、人間関係に執着してしまうことである。

(厚生労働省「依存症についてもっと知りたい方へ」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000149274.html>))

問題 99	正答 3
-------	------

- 1 **誤り**。患者調査は、病院及び診療所(医療施設)を利用する患者を対象として、厚生労働省によって実施される。

(『精神保健の課題と支援』中央法規出版, p. 319, 厚生労働省「患者調査(基幹統計)」)

- 2 **誤り**。患者調査は、3年に1度の頻度で実施される。

(『精神保健の課題と支援』中央法規出版, p. 319, 厚生労働省「患者調査(基幹統計)」)

- 3 **正しい**。調査内容には、性別、生年月日、患者の住所、入院・外来の種別や診断名、受療の状況(利用した治療、検査など)、診療費等支払方法、紹介の状況、その他関連する事項が含まれる。

(『精神保健の課題と支援』中央法規出版, p. 151, pp. 241~242, 厚生労働省「患者調査(基幹統計)」)

- 4 **誤り**。病院の入院については二次医療圏別で、病院の外来及び診療所は都道府県別に、それぞれ層化無作為抽出を実施する。

(厚生労働省「患者調査(基幹統計)」)

- 5 **誤り**。入院及び外来患者については、10月中旬に指定される3日間のうち医療施設ごとに定める1日について調査する。

(厚生労働省「患者調査(基幹統計)」)

問題 100	正答 5
--------	------

- 1 **誤り**。メンタルヘルスアクションプラン2013-2020は、世界保健機関(WHO)によって策定されている。

(『精神保健の課題と支援』中央法規出版, pp. 346~348)

- 2 **誤り**。メンタルヘルスアクションプラン2013-2020は、世界保健機関(WHO)による「精神保健の格差に関する行動プログラム(mental health gap action programme: mhGAP)」をもとに作成されているが、

同じ内容ではない。mhGAPは発展途上国を主な対象としてメンタルヘルスサービスの向上を掲げているが、メンタルヘルスアクションプラン 2013-2020は全世界の国々を対象にして、国レベルのアクションプランに助言・指導を提供するよう策定されている。

（世界保健機関、自殺予防総合センター訳『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）

- 3 誤り。メンタルヘルスアクションプラン 2013-2020の全体的な目標には、ウェルビーイングの促進、精神障害の予防、ケアの提供、リカバリーや人権の促進、精神障害を有する人々の死亡率、罹患率、障害を低減することが含まれている。

（『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）

- 4 誤り。メンタルヘルスアクションプラン 2013-2020は、効果的なリーダーシップとガバナンスの強化に関する具体的な目標として、2020年までに世界の50%の国々が、国際・地域の人権規約に即して、メンタルヘルスのための法律を制定または更新することを掲げており、さらに世界の80%の国々が、国際・地域の人権規約に即して、メンタルヘルスの政策／計画を策定または更新することを掲げている。

（『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.13）

- 5 正しい。メンタルヘルスアクションプラン 2013-2020では、根拠（エビデンス）に基づく実践の促進について何度も言及されている。一方で、地域の文化に溶け込んだ支援の構築のために、地域の特性に応じて、宗教的リーダー、信仰治療を行う人、伝統療法士、学校の教師、警察官、地元のNGO団体と同様に、家族も含めたインフォーマル資源との連携の重要性が強調されている。

（『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.15）

問題 101	正答 4
--------	------

- 1 誤り。地震や台風、火山噴火などの自然災害だけではなく、犯罪事件・航空機・列車事故等の集団災害も活動の対象となる。そのような災害の場合は被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレス等により新たに精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大するためである。

（厚生労働省「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領」（https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisa_hukushi/kokoro/ptsd/dpat_130410.html）（以下「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領」）、DPAT事務局「DPAT活動マニュアル Ver.2.1」2019年3月（https://www.dpat.jp/images/dpat_documents/3.pdf）（以下「DPAT活動マニュアルVer.2.1」））

- 2 誤り。被災都道府県等からの派遣要請に基づき活動をする。被災地での活動にあたっては、被災都道府県等の災害対策本部の指示に従う。

（「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領」、「DPAT活動マニュアルVer.2.1」）

- 3 誤り。精神科医師、看護師、業務調整員（ロジスティクス）を含めた数名（車での移動を考慮した機動性の確保できる人数を検討）で構成する。現地のニーズに合わせて、児童精神科医、薬剤師、保健師、精神保健福祉士や臨床心理技術者等を含めて適宜構成される。

（「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領」、「DPAT活動マニュアルVer.2.1」）

- 4 正しい。DPAT活動3原則：SSS（スリーエス）が示されており、「Self-sufficiency：自己完結型の活動」「Share：積極的な情報共有」「Support：名脇役であれ」とされている。被災地においては、移動、食事、通信、宿泊等は自ら確保し、自立した活動が求められる。また情報が混乱しているため、積極的な情報共有・連携が求められる。地域の支援者を支え、その支援活動が円滑に行えるための活動となるようにすることが重要である。

（「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領」、「DPAT活動マニュアルVer.2.1」）

- 5 誤り。精神科医療に入院患者、通院患者だけではなく、被災した一般人の心のケアや支援者（地域の医療従事者、救急隊員、自治体職員等）への専門的支援も行う。

（「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領」、「DPAT活動マニュアルVer.2.1」）

問題 102	正答 1, 3
--------	---------

- 1 正しい。作業療法士は理学療法士及び作業療法士法に定められている国家資格である。同法第2条第4項に「この法律で「作業療法士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、作業療法を行なうことを業とする者をいう。」と規定されている。作業療法士の主な活動領域は、医療領域、福祉領域、保健領域、教育領域などがある。

（『精神保健の課題と支援』中央法規出版、pp.72～73）

- 2 誤り。保健所業務は公衆衛生を主な目的としているため、保健師の資格をもって勤務する者もいるが、精

神保健福祉相談員（主に精神保健福祉士）などの配置も行われており、必要条件ではない。

（『精神保健の課題と支援』中央法規出版，p. 323，pp. 337～338）

- 3 正しい。精神保健福祉相談員は、精神保健福祉法第48条に規定された職員であり、精神保健福祉士その他政令で定める資格を有する者のうちから、都道府県知事又は市町村長が任命する。精神保健福祉センターおよび保健所その他これらに準ずる施設に配置される。

（『精神保健学』へるす出版，pp. 301～302）

- 4 誤り。公認心理師とは、公認心理師登録簿への登録を受け、公認心理師の名称を用いて、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、心理状態の観察と分析、心理的支援の提供、関係者に対する相談及び助言、指導などを行う者である。すなわち、医療分野だけに限定された資格ではない。

（厚生労働省「公認心理師」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000116049.html>)）

- 5 誤り。スクールソーシャルワーカーの名称及び職務が規定されているのは、社会福祉法ではなく学校教育法施行規則である。2008年度（平成20年度）に文部科学省のスクールソーシャルワーカー活用事業として開始された。その業務は、学校現場を主な活動領域とし、福祉的な視点から子どもの生活や権利を守る役割をもつ。具体的には、いじめ、不登校、暴力行為、児童虐待などの課題に対応することが求められている。

（『精神保健学』へるす出版，p. 302）

問題 103

正答 5

- 1 誤り。講習予備検査（認知機能検査）は、75歳以上のドライバー全員に対して、運転免許証の更新時に行う検査である（2009年（平成21年）より）。同検査では、時間の見当識、記銘力検査、時計描画の3項目で構成されており、認知症のおそれがあると判定されると、医療機関で認知症か否かの診断を受けることになる。一方、臨時認知機能検査は、75歳以上のドライバーの認知機能の状況をタイムリーに把握するため、更新時以外でも、信号無視など特定の交通違反があった場合に受ける検査である（2017年（平成29年）より）。

（『精神保健の課題と支援』中央法規出版，pp. 115～116）

- 2 誤り。認知症の初期に、必要に応じて診断・治療につなぐ調整を行うのが認知症初期集中支援チームであり、各市町村に設置が進められている。複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援な

どの初期支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートをする多職種協働チームである。認知症初期集中支援チームは、新オレンジプラン7つの柱の2つ目「認知症の様態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」の中の主な政策の1つである。

（『精神保健の課題と支援』中央法規出版，p. 247）

- 3 誤り。地域包括支援センターは、認知症患者や家族の暮らし、生活を中心的に支える役割を担っている。地域包括支援センターの人員配置基準は、介護保険法施行規則第140条の66第1号イによると、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置することになっている。

（『精神保健の課題と支援』中央法規出版，p. 248）

- 4 誤り。認知症疾患医療センターは、保健・医療・福祉・介護の各機関と連携しながら、認知症の鑑別診断や専門医療相談等を実施し、認知症の早期発見、診断を行っている。認知症疾患医療センターの専門医療機関における医療相談室には、精神保健福祉士または保健師等が2名以上配置されていること、診療所においては、看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者が1名以上配置されていることと規定されている。

（『精神保健学』へるす出版，p. 280）

- 5 正しい。精神保健福祉士に期待される役割として、認知症の人たちの個性を尊重し、自己決定を基本とした自己実現を目指すことがあげられる。認知症の人たちへの支援にあたっては、特に権利擁護の視点が重要である。

（『精神保健学』へるす出版，p. 280）

精神保健福祉相談援助の基盤

問題 104

正答 1

- 1 適切。2008年度(平成20年度)よりスクールソーシャルワーカー活用事業が開始されている。学齢期の子どもが抱える問題は、家族の貧困や親のメンタルヘルス、児童虐待などに関連している。そのため、子どもだけではなく家族や学校関係者への支援も必要となる。

(『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.19)

- 2 適切でない。選択肢の役割は、精神保健判定医の中から任命される精神保健審判員の説明である。「医療観察法」では、事件を起こしてしまった精神障害者の社会復帰に向けた対応として社会復帰調整官や精神保健参与員の配置が定められており、精神保健福祉士はこれらの役割を担うことが期待されている。

(『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)』中央法規出版, p.17)

- 3 適切でない。2016年(平成28年)の自殺対策基本法の改正や日本の自殺の実態を踏まえ、見直された「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～」(平成29年7月25日閣議決定)では、当面の重点施策として、地域レベルの実践的な取り組みへの支援や、社会全体の自殺リスクの低下への取り組み、遺された人への支援の充実、子ども・若者の自殺対策や勤務問題による自殺対策のさらなる推進などがあがっており、本人のみではなく本人を取り巻く環境を含め、幅広い支援が求められている。

(厚生労働省ホームページ「自殺総合対策大綱」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000172203.html>))

- 4 適切でない。児童相談所での児童虐待の相談対応件数は増加の一途である。虐待では、親の抱えているメンタルヘルスの問題が指摘されており、アルコール依存やパーソナリティ障害等が背景にあることが多いため、虐待を受けた子どもの支援とともに、虐待を行う親の支援も必要である。

(『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)』中央法規出版, pp.15～16, p.19)

- 5 適切でない。2018年(平成30年)のギャンブル等依存症対策基本法の制定・施行に向けて開催されていたギャンブル等依存症対策推進関係閣僚会議がまとめた「ギャンブル等依存症対策の強化について」では、ギャンブル等依存症を含む精神障害者の保健及び福祉

に関する相談援助の専門職として、精神保健福祉士があげられており、今後の精神保健福祉士養成課程のカリキュラム見直しを含め、幅広く対応できる専門職として期待されている。

(ギャンブル等依存症対策推進関係閣僚会議「ギャンブル等依存症対策の強化について」)

問題 105

正答 1, 5

- 1 正しい。社会福祉士の相談援助の対象は社会福祉士及び介護福祉士法の第2条に規定されている。ここでは「身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者」としており、必ずしも精神障害を有する人ではない。精神保健福祉士と異なり、社会福祉士は相談援助の対象に限定はなく、幅広い人を対象としている。
- 2 誤り。社会福祉士及び介護福祉士法で位置づけられている信用失墜行為の禁止の対象は、「社会福祉士又は介護福祉士」であり、クライアントではない。これは専門職としての自覚をもち、その職の信用を傷つけたり、専門職全体の不名誉となる行為をしたりすることを禁止する規定である。これに反した場合、登録の取り消し、又は期間を定めて社会福祉士等の名称の使用の停止となる場合がある。
- 3 誤り。精神保健福祉士は、精神保健福祉士法第2条で、精神障害のある人の「社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うことを業とする者」とされている。精神障害のある人の中には長期にわたる入院の結果、地域で生活をするために、生活技能を身に着けることが必要な人がいる。そのための「訓練」も精神保健福祉士の業務の1つとなる。
- 4 誤り。精神保健福祉士は、精神保健福祉士法第2条で、「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」が基盤にあることが明記されている。精神保健福祉士は、精神障害のある人の抱える生活問題や社会問題の解決のための援助や、社会参加に向けての支援活動を通して、その人らしい生活の獲得を目標としていく専門職であり、社会福祉学を学問的基盤としている。
- 5 正しい。社会福祉士及び介護福祉士法第47条の2では、資質向上の責務として「社会福祉士又は介護福祉

士は、社会福祉及び介護を取り巻く環境の変化による業務の内容の変化に適応するため、相談援助又は介護等に関する知識及び技能の向上に努めなければならない」と規定している。しかし、資格の更新や研修の規定はない。また資質向上は責務であるため、罰則規定はない。

問題 106	正答 2
--------	------

- 1 誤り。グローバル定義では、中核となる任務を社会変革と社会開発、社会的結束の促進と人々のエンパワメントと解放としている。エンパワメントとは、社会的に不利な状態に置かれた人が本来もつ力を取り戻すことであり、ソーシャルワークは社会変革や社会開発といった社会への働きかけと同時に社会的に不利な状態に置かれている人が自らその権利を発信できるようにすることを任務としている。

（『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』中央法規出版，p. 33）

- 2 正しい。グローバル定義では、世界をアジア太平洋、アフリカ、北アメリカ、南アメリカ、ヨーロッパの5つの地域に分け、グローバル定義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作ることを認めている。これによって、ソーシャルワークの定義を世界、地域、国という3つのレベルをもつ重層的なものとしている。

（『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』中央法規出版，p. 35）

- 3 誤り。グローバル定義では、ソーシャルワークは先住民を含めた諸民族固有の知にも拠っていることを認識している。植民地主義の結果、諸民族固有の知は過小評価されてきた経緯がある。ソーシャルワークは先住民たちが独自の価値観、知を作り出してきたことを認め、これらの声に耳を傾け、学ぶことにより、西洋の歴史的な科学的植民地主義と覇権を是正していくことを目的としている。

（『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』中央法規出版，p. 34）

- 4 誤り。選択肢は、2000年のソーシャルワークの定義である。ソーシャルワークの定義は2014年に改訂された。その構成は定義と注釈からなり、注釈は定義で用いられる中核概念を説明し、ソーシャルワークの「中核となる任務」、「原則」、「知」、「実践」から構成されている。2000年の定義と異なる点は「知」が位置づけられたことであり、従来の西洋主義からの脱却を目指していることを示している。

（『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』中央法規出版，pp. 32～35）

- 5 誤り。グローバル定義では、経済開発ではなく、社会開発を中核となる任務に位置づけている。社会開発は、最終的に目指す状態、政策的枠組みなどを意味する。従来は経済成長こそが社会開発の前提条件とされていたが、本定義での社会開発は、持続可能な発展を目指し、セクター間・専門職間の協働を統合するようなアセスメントと介入に基づいている。

（『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）

問題 107	正答 4
--------	------

- 1 誤り。デニス（Denison, E.）が取り組んだのは、セツルメント活動である。この活動は、知識人がロンドンのイースト・エンド地区に出向き、教育やレクリエーション活動を行うことで、住民の生活と環境の改善を目指す活動であった。エルバーフェルト制度はドイツの救貧制度であり、地区ごとに名誉職の救貧委員を配置し、防貧に取り組むとともに、医療や職業の斡旋等を行ったが、デニスの活動ではない。

（『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』中央法規出版，p. 99，『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. 67）

- 2 誤り。隣友活動を展開したのは、チャルマーズ（Chalmers, T.）である。チャルマーズは、着任したグラスゴー市において、生活水準の低い労働者家庭が多く、子どもたちも無教育な状態で放置されている実態を目の当たりにした。そこで、生活状況の詳細な調査を行い、恣意的な救済の弊害を指摘するとともに、自助意識の高揚を強調し、科学的・合理的な救済として隣友活動を展開した。

（『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』中央法規出版，pp. 98～99）

- 3 誤り。トインビーホールを設立したのは、バーネット（Barnett, S. & Barnett, H.）夫妻である。バーネット夫妻は、貧民たちと生活を共にし、貧困について人々の認識をあらためさせると同時に、子どもたちに教育を提供し、住民の生活環境を向上させるための活動の拠点として、ロンドンのイースト・エンド地区にトインビーホールを設立した。このトインビーホールは、世界初のセツルメントハウスとされている。

（『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』中央法規出版，pp. 100～101）

- 4 正しい。慈善組織協会（COS）では、地区ごとに友愛訪問員を配置した。友愛訪問員の役割は、①担当地区内の要保護者の調査をしたうえで、②その結果をCOSに登録し、③各慈善団体相互間で情報を共有し、救済に関する連絡調整を行うこととされた。救済は貧

困者を道徳的に改良し、自助を促すもので「施与者ではなく、友人として」をモットーに友愛の精神により、道徳的な感化を及ぼすことを目的としていた。

(『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)』中央法規出版, p.100)

- 5 **誤り**。ソーシャルワークの基盤となるケースワークを確立したのは、リッチモンド(Richmond, M. E.)である。リッチモンドは、友愛訪問を通じて体系的な訓練やその際の指針となる手引きの必要性を痛感した。そしてCOS活動から得られた豊富な事例に基づいて、ソーシャルワークが「人間」と「社会環境」の両方の要素を視野に収める必要性を明言した『ソーシャル・ケース・ワークとは何か』を著し、ケースワークを確立させた。

(『精神保健福祉相談援助の基盤(基礎・専門)』中央法規出版, p.102)

問題 108	正答 1
--------	------

- 1 **正しい**。クラスアドボカシーとは、社会的差別や不利益を受けている人々、不適切な扱いを受けている人々等の要援助者集団に対し、人間として生きていく権利を保障していくために、法制度の改善や新しい法律の成立等を求めて運動を展開するものである。手法としては、立法過程に関する知識・情報を獲得する、要求する問題の焦点を絞り、計画を立てる、世論を巻き込むように広報活動を行う等がある。

(杉本敏夫・東野義之・南武志・和田謙一郎編著『ケアマネジメント用語辞典』ミネルヴァ書房, 2007年(以下『ケアマネジメント用語辞典』ミネルヴァ書房), p.113)

- 2 **誤り**。選択肢はセルフアドボカシーのことである。ケースアドボカシーとは、当事者が社会的な差別や抑圧を受けて、適切なサービスが利用できなかったり、サービス提供者に人権を侵害されるような扱いを受けたりした場合など、当事者の立場に立って、その主張を代弁し、その人のニーズを実現させるように介入していくアドボカシーである。

(『ケアマネジメント用語辞典』ミネルヴァ書房, pp.122~123)

- 3 **誤り**。選択肢はシチズンアドボカシーのことである。ピアアドボカシーは、権利侵害を受けている仲間が同じように権利侵害を受けている仲間に対して行う権利擁護活動である。同じ障害のある仲間同士が助け合うことで、1人ではないことを実感することや連帯感を深めることにもつながるため、セルフヘルプやピアサポートの活動の中で活発に行われている。

(『精神保健福祉士シリーズ⑦精神保健福祉に関する制度とサービス(第3版)』弘文堂, 2017年(以下『精神保健福祉に関する制度とサービス』弘文堂), p.224, 近藤久史, 二文字理明, 藤田和弘編著『社会福祉ライブラリー①障害者福祉概説』明石書店, 2003年(以下『障害

者福祉概説』明石書店), p.311)

- 4 **誤り**。選択肢はリーガルアドボカシーのことである。シチズンアドボカシーとは、同じ地域に暮らす障害のある人を含む市民が、市民全体としての利益を目指し、権利の抑圧を受けているほかの市民の権利獲得やニーズの実現のために、専門家から独立して行う活動である。この活動は、訓練を受けた市民と調整役のスタッフが中心となって、個人レベルで行われる。

(『ケアマネジメント用語辞典』ミネルヴァ書房, p.7)

- 5 **誤り**。選択肢はピアアドボカシーのことである。セルフアドボカシーとは、障害のある人が支援者からの弁護、代弁、代行を受けることなく、自らの権利を自らの責任のもとで擁護し、自らの生活を変えていく自己弁護活動である。個人が単独で活動を行うものだけでなく、当事者同士が互いに自分以外の他人のために主張や行動する活動を含むこともある。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』弘文堂, p.224, 『障害者福祉概説』明石書店, p.311)

問題 109	正答 5
--------	------

- 1 **誤り**。個別支援計画の作成は、サービス管理責任者の業務である。ケアマネジメントの手法を用いてサービス利用にかかるアセスメントを行い、サービス等利用計画を受けて、個別支援計画を作成する。

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

- 2 **誤り**。虐待が発生した場合、事業所内だけで事実確認し事態を収束させてしまうことは、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)第16条の通報義務違反となる。虐待を発見した者や虐待の相談を受けた者は必ず市町村に通報しなければならない。

- 3 **誤り**。選択肢は、サービス提供責任者の業務である。サービス提供責任者は、介護保険法における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)における指定居宅介護事業所等に配置され、訪問介護計画や居宅介護計画等を作成する。

- 4 **誤り**。サービス等利用計画の作成は、相談支援専門員の業務である。相談支援専門員は、指定相談支援事業所(一般・特定)に配置され、利用者の自立した日常生活や社会生活の実現を目標に相談支援を行う。

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

- 5 **正しい**。サービス管理責任者は、個別支援計画の作

成だけでなく、支援会議の実施や職員の助言や指導、連絡調整など、質の高いサービスの提供や事業の効率化、人材の育成等の業務も担う。

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

問題 110	正答 4
--------	------

- 1 適切でない。精神保健福祉士は、本人の意思を尊重しなければならない。認知症であっても、自己決定の尊重に基づき支援する姿勢が求められる。Bさん入院を勧めることは、Bさんの自己決定を否定することになる。また一人暮らしの困難さは、社会資源の利用などにより軽減されることも十分考えられるため、困難であると決めつけるのは早計である。

（厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」平成30年6月、pp. 3～4）

- 2 適切でない。Bさんの「入院したくない」という発言の意味が、今の生活を継続したいと望んでいるとは限らない。発言の意味やBさんの思いを確認することが必要である。選択肢は、Bさんの思いを確認せずにC精神保健福祉士の推測により取った行動に過ぎない。

- 3 適切でない。認知症の人の意思決定支援において、本人の状況を知る家族の役割も重要である。しかし、本人の代わりに家族が決定することを意味するわけではない。あくまでもBさんの意思を尊重する姿勢で、Bさんが自分の意思を表明できるよう支援するものである。選択肢は、そのような家族のかかわりを理解せず、Bさんの決定能力を否定した対応である。

（厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」平成30年6月、p. 8）

- 4 適切。まずは今の生活の満足度を含め、Bさんが何をしたいのか、どのような生活を望んでいるのかを理解することから始まる。その際、なるべくBさんの言葉で表現できるよう開かれた質問で尋ねることや複数の選択肢を示すなど、Bさんの状態に応じた方法を取ることが重要である。また意思表示を焦らせない、などの配慮も必要である。

（厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」平成30年6月、pp. 6～7）

- 5 適切でない。Bさんの息子は仕事をしており、休みの日を使って様子を見に行っている状態である。またBさんの今後についても不安を抱えており、そのような状態でさらにかかわりを増やす相談をすることは、息子の負担が増すばかりである。息子の状況や思いを理解し、社会資源の利用について説明するなど、息子

の負担を軽減させる支援も必要である。

（厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」平成30年6月、p. 8）

問題 111	正答 3
--------	------

- 1 適切でない。精神保健福祉士の専門的な視点からアセスメントすることも大切であるが、偏った見方になる可能性が高い。ニーズは顕在化しているものだけでなく、潜在的なものもあるため、当事者である地域住民や関係者の声を中心に考えることが重要であり、聞き取りなど調査を行うことが必要である。

（『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』中央法規出版、pp. 261～265）

- 2 適切でない。選択肢のように必ずしも行政や施設などのフォーマルな社会資源の利用を優先に考える必要はない。精神障害者のニーズをよく理解し、本人と相談しながらどの社会資源を利用するのか検討していくことが大切である。

（『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. 313～314）

- 3 適切。社会資源は施設や制度、法律などのフォーマルな資源だけではなく、近隣住民や仲間、ボランティアなどのインフォーマルな資源も重要である。特に近隣住民や仲間は日常的に精神障害者本人とのかかわり合うため、現実的にも精神的にも大きな支えとなることが多い。

（『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. 215～216）

- 4 適切でない。精神障害者の生活支援において、既存の社会資源だけではなく、本人のニーズを解決するために不足している資源も含めて把握することが重要である。必要に応じてソーシャルアクションを組み合わせながら生活環境の改善を求め、社会資源を創設するなどの活動が求められる。

（『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』中央法規出版、pp. 261～265）

- 5 適切でない。精神障害者の支援において、専門職だけでなく家族や仲間などの非専門職との協働が重要である。特に地域には行政機関や地域住民、関係機関など物的・人的資源が豊富にある。それらを精神障害者が利用できるようにコーディネートすることが大切である。

（『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』中央法規出版、pp. 261～265）

問題 112	正答 3
--------	------

- 1 適切でない。選択肢は、インターディシプリナリ・モデルの記述内容である。インターディシプリナリ・モデルとは、各専門職が支援目標に対する緊密な相互連携を形成して、必要な支援やサービスを展開するチームアプローチである。

（『精神保健福祉士養成セミナー③精神保健福祉相談援助の基盤〔基礎〕〔専門〕（第6版）』へるす出版、2017年（以下『精神保健福祉相談援助の基盤〔基礎〕〔専門〕』へるす出版）、pp.161～162）

- 2 適切でない。選択肢は、インターディシプリナリ・モデルの記述内容である。インターディシプリナリ・モデルでは、各専門職がチームの意思決定に主体的な関与を行う。そのため、利用者の複合的な生活ニーズに対する多種多様な支援やサービスの提供を行うことができる。

（『精神保健福祉相談援助の基盤〔基礎〕〔専門〕』へるす出版、pp.161～162）

- 3 適切。マルチディシプリナリ・モデルでは、クライアントの生命や健康にかかわる緊急性のある場合、治療の責任者である医師がリーダーとなり、その指示のもとで各専門職が求められる役割を果たす。各専門職は並列の関係性であり、それぞれの専門分野でアセスメントや支援目標の設定、介入を行う。

（『精神保健福祉相談援助の基盤〔基礎〕〔専門〕』へるす出版、pp.161～162）

- 4 適切でない。選択肢は、トランスディシプリナリ・モデルの記述内容である。トランスディシプリナリ・モデルは、各専門職が支援目標の達成に向けて、専門性を超えた分野横断的な役割を果たすチームアプローチである。そのため、利用者の多様な生活ニーズに対して、柔軟な対応が可能となる。

（『精神保健福祉相談援助の基盤〔基礎〕〔専門〕』へるす出版、pp.161～162）

- 5 適切でない。包括型地域生活支援プログラム（ACT）は、トランスディシプリナリ・モデルの代表的な支援の1つである。ACTとは、多職種チームが利用者の生活の場に出向き、24時間365日にわたって、包括的かつ継続的な支援を展開するプログラムである。

（『精神保健福祉相談援助の基盤〔基礎〕〔専門〕』へるす出版、pp.161～162）

することが優先される。加えて、Eさんが生活状況を語ることでできる状態であるため、必ずしも以前の勤務先に状況を問い合わせる必要はない。今後、障害年金の受給要件を確認するためには、初診日証明などが必要となるので医療機関への連絡等も生じる。

（『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）、p.217）

- 2 適切でない。Eさんが酔って職場に行った理由は、母親が亡くなり寂しさを紛らわせるためであったが、アルコール依存症であるという診断はされていない。そのため、Eさんにアルコールの自助グループを紹介することは現時点では行わない。

（『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.332）

- 3 適切でない。Eさんには生活保護に関する説明が必要であるが、これは病院の精神保健福祉士が主として行うものではない。D精神保健福祉士としては、保護費を受給しながら生活することもできることなど、Eさんの状態を見ながら補足説明をしていくことが望まれる。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、pp.210～213）

- 4 適切。ホームレスの社会復帰支援を行う法人が、Eさんに食事提供などを行っていたため、すでにEさんと関係性があり、最近までの生活状況を知っている存在である。Eさんと同じ境遇にある人たちの社会復帰支援を行う法人に今後も支援にかかわってもらうことは重要である。

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

- 5 適切でない。就労継続支援B型事業所は、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し、生産活動その他の活動の機会の提供を通じて必要な訓練を行う。この時点ではEさんが仕事をしたいのかどうかははっきりしていないため、事業所を紹介することは適切ではない。

（『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）、p.142）

問題 114	正答 3, 4
--------	---------

- 1 適切でない。生活保護担当ケースワーカーに意見が言えなかったEさんが本音を語ることでできた場面である。Eさんは救護施設に行きたくない理由や仕事に対する気持ちを伝えることができている。ケースワーカーの意見に従うことを勧めるのではなく、Eさんが

問題 113	正答 4
--------	------

- 1 適切でない。障害年金の受給要件を確認することはいずれ必要であるが、アルバイトを辞めてからすでに10年近くが経過し、現段階では直近の生活状況を把握

希望する暮らし方を大切にするというメッセージを伝え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，pp. 80～82，『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. 12～15）

- 2 **適切でない。**Eさんは「アルバイトでもいいのでいずれは仕事をしたい」と発言しているが、現時点では、アルバイト先を探すよりもどこに暮らすかのほうがEさんにとって大きな問題である。そのため、この時点で早急に仕事を探すことはしない。

（『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版，pp. 101～104）

- 3 **適切。**地域にはさまざまなタイプの居住資源があるが、Eさんはこれまでそのような場所で暮らしたことがないため、正しい情報提供を行う必要がある。例えばグループホームなどには一戸建て型やアパート型などさまざまな住まい方ができ、Eさんの希望に合った退院先を検討できる可能性がある。また、実際に見学を行うことで生活イメージをもつことができる。

（『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版，pp. 104～108）

- 4 **適切。**Eさんは管理される環境を嫌がり、施設入所を望んでいない。しかし、Eさんの言う「管理される」とはどのような状態を指しているのかは定かではなく、ほかの社会資源と同様にEさんがもっているマイナスイメージだけで選択肢から外すのは望ましくない。実際にどのような場所であるのかを知ってもらうための見学は有効である。ただし、Eさんに対しては入居を前提とした見学ではないことを丁寧に説明する配慮がされるとよい。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，pp. 211～213）

- 5 **適切でない。**D精神保健福祉士に対してEさんが自分の希望を伝えることができた初めての場面である。この時点ですぐに我慢を強いることはせず、可能な限りEさんの望む暮らしのために支援を行うことを伝えるのが望ましい。

（『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』中央法規出版，pp. 80～82，『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. 12～15）

問題 115	正答 2, 4
--------	---------

- 1 **適切でない。**このカンファレンスではEさんの退院先や当面の生活について話し合いが行われる。Eさんに対する就労支援はいずれ必要になる可能性があるものの、住む地域も決まっていない現段階ではカンファレンスへの出席を求める時期ではない。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p. 110，『精

神障害者の生活支援システム』中央法規出版，pp. 101～104）

- 2 **適切。**地域相談支援には地域移行支援と地域定着支援がある。それらを行っている相談支援事業所が支援チームに入ることにより、地域生活に向けた支援の流れをコーディネートする役割が期待でき、病院から地域へと切れ目なく役割を移行することも可能となる。

（『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版，pp. 150～153）

- 3 **適切でない。**本文には生活保護担当ケースワーカーとEさんの希望が一致しないとあり、Eさんが救護施設への入所を希望していないことがわかる。現時点では、救護施設のある市の担当者がカンファレンスに出席する必要はない。

（『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』中央法規出版，pp. 87～88，『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. 12～15）

- 4 **適切。**たとえEさんの退院先が確保され、ホームレス状態に戻ることはないとしても、以前から面識のあるホームレス支援団体（NPO法人）の職員にカンファレンスに参加してもらい、意見や情報を提供してもらうことは今後のEさんの支援を組み立てるうえで有意義である。

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

- 5 **適切でない。**病棟から求められた期限に合わせて退院先を探すのではなく、Eさんがどのような暮らしをしたいのかを最優先に考え、支援チーム内で共有したうえでできる限りEさんの望む退院先を決定することが重要である。D精神保健福祉士は、Eさんの希望を最優先にした支援方針について、病棟に対し理解を求める強い働きかけが必要である。

（『新・精神保健福祉士養成講座④精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ（第2版）』中央法規出版，2014年（以下『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版），pp. 245～248）

問題 116	正答 4
--------	------

- 1 **適切でない。**クライアントの個別面接では、本人の希望や不安を傾聴し、受容・共感する姿勢が求められる。しかし、選択肢はGさんの気持ちを受け止めるのではなく、「素敵な出会いがある」といった無責任な励ましに読み取れる。

（『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』中央法規出版，pp. 145～146，『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. 109～111）

- 2 **適切でない。**クライアントの個別面接では、クライアントの言動の裏側にある背景を理解し、受容する姿勢が求められる。しかし、選択肢はGさんの不安を受

け止めておらず、安易な励ましの言葉であり、Gさんの心境を理解しようとする言葉がけとはいえない。

（『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.109～111，pp.156～157）

- 3 適切でない。クライアントの個別面接では、相談に至った背景やそれまでの努力・苦労などを理解し、信頼関係（ラポール）を構築することが重要である。選択肢は、Gさんの養育を問い詰めるような言葉がけであり、Gさんが自身を否定されたような思いにつながる可能性がある。

（『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.109～111，pp.156～157）

- 4 適切。クライアントの個別面接では、本人の希望や不安を傾聴し、受容する姿勢が求められる。選択肢は、Gさんのこれまでの苦労をねぎらいながら、その不安を受け止めようとする言葉がけといえる。

（『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』中央法規出版，pp.145～146，『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.109～111）

- 5 適切でない。クライアントの個別面接では、本人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、選択肢は病気に着目した言葉がけであると同時に、病気は治るといったメッセージによって、Gさん自身が混乱するおそれがある。何より、医学的な判断や治療方針に関する説明を行うのは、治療の責任者である精神科医師の役割である。

（『精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）』中央法規出版，pp.145～146，『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.109～111）

問題 117	正答 1，5
--------	--------

- 1 適切。Gさんは、Hさんとの母子世帯で生活保護を受給している。そのため、生活保護の業務を担う福祉事務所と連携し、Hさんを含めた支援を展開していく必要がある。
- 2 適切でない。地域包括支援センターは介護保険法を根拠とし、高齢者や家族の総合的な相談支援や介護予防のケアマネジメントを実施する相談機関である。地域包括支援センターには社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員が必置とされている。GさんとHさんが支援対象と考えられないため、適切ではない。
- （『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版，p.153）
- 3 適切でない。児童養護施設は児童福祉法第41条に基づき、保護者のいない児童や虐待を受けている児童等を入所させて養護すると同時に、退所者に対する相談や自立支援を行う施設である。Hさんは、虐待を受け

ている疑いはあるが、現時点で児童養護施設の受け入れが妥当かどうかの判断は難しい。

- 4 適切でない。市町村障害者虐待防止センターは、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）第32条に基づき、障害者虐待に関する通報の受理、障害者及び養護者に対する相談指導及び助言、普及啓発活動を行う機関である。本事例は児童虐待が疑われるケースであり、市町村障害者虐待防止センターの支援対象ではない。
- 5 適切。児童虐待の防止等に関する法律（児童虐待防止法）第6条において、「児童虐待を受けたと思われる児童を発見した者は、速やかに、これを市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所又は児童委員を介して市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所に通告しなければならない」と規定されている。本事例は児童虐待の疑いがあるケースであり、児童相談所は連携機関として適切である。

問題 118	正答 2，5
--------	--------

- 1 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）における就労移行支援とは、一般就労を希望する65歳未満の障害者等を対象とした事業である。事業所での作業訓練や企業等での実習を通じて、適性に合わせた職場開拓や就職後の職場定着支援を行う。現時点で、本事例のGさんから就労に対するニーズは読み取れない。
- （坂本洋一『図説よくわかる障害者総合支援法（第2版）』中央法規出版，2017年（以下『図説よくわかる障害者総合支援法』中央法規出版），pp.102～103）
- 2 適切。精神科訪問看護とは、クライアントの社会生活の再構築や精神症状の再燃に対する早期対応を目的として、在宅で日常生活の相談支援や服薬状況の把握、療養生活に関する助言・指導を行うものである。「病気との付き合い方や健康を保つために直接相談したいが、体調によって外出が難しい日もある」というGさんのニーズに対して、訪問型支援は有効と考えられる。
- （『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.236～240）
- 3 適切でない。障害者総合支援法における短期入所（ショートステイ）とは、居宅で介護を行う者が病気等の理由で介護ができない状況になった場合に、障害者支援施設等で短期間、利用者の入浴や排せつ、食事の介護等の支援を行う事業である。Gさんが本事業の

対象となるような状況とは読み取れない。

(『図説よくわかる障害者総合支援法』中央法規出版, p. 187)

- 4 **適切でない。**障害者総合支援法における共同生活援助（グループホーム）とは、単身生活に不安を抱えるクライアントを対象として、共同生活の住居で日常生活の相談や入浴・排せつ・食事の介護，家事全般などの生活支援を提供する事業である。Gさんはすでに娘のHさんとアパート生活を営むことができている。

(『図説よくわかる障害者総合支援法』中央法規出版, pp. 120～123)

- 5 **適切。**障害者総合支援法における居宅介護（ホームヘルプ）とは、居宅において入浴・排せつ・食事等の介護や、調理・洗濯・掃除など日常生活全般に関する相談支援を行う事業である。「できる限り子どものために家事を頑張りたいが、気持ちが沈んでしまうことも少なくないので、時々サポートしてほしい」というGさんのニーズに合致する。

(『図説よくわかる障害者総合支援法』中央法規出版, p. 186)

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。エンパワメントとストレングスは、その提唱された時期こそ異なるが、どちらもマイノリティグループ等社会的弱者の支援から始まったものであり、弱者の哲学としての理念的側面とマイノリティの武器としての技術的側面をもったものである。よって選択肢は誤りである。

（『新・精神保健福祉士養成講座④精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ（第2版）』中央法規出版，2014年（以下『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版），pp.73～75）

- 2 誤り。精神障害者領域における負のノーマライゼーションとは、精神科病院での長期入院等により精神障害者を社会から隔離したことで偏見・差別の対象としての精神障害者を生み出してきたことを示すものである。よって選択肢は誤りである。なお、行動療法等において“負”の強化という場合は対象者にとって望ましくないものを“取り除く”ことを意味する。

（『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.72～73）

- 3 誤り。レジリエンスは、困難を乗り越える柔軟性を意味しており、実際には個人差や年齢差があるとされている。よって選択肢は誤りである。精神障害者の支援を行うにあたっては、支援対象者のレジリエンスの保有状況やその要因をアセスメントすることが求められる。

（『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版，pp.80～81）

- 4 正しい。精神医学や精神科リハビリテーションの分野において、ストレス—脆弱性モデルや生物心理社会モデル等の当事者の病理や発病の誘因に注目する従来の理念から、本人のもつ困難を克服する復元力を重視して引き出すレジリエンスモデルへのパラダイムシフトが期待されている。

（『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版，pp.81～82）

- 5 誤り。ウォーリン夫妻は、レジリエンスを高めるものとして、洞察力、独立性、関係性、自発性（イニシアティブ）、創造性、ユーモア、モラルの7つのレジリエンスをあげている。よって選択肢は誤りである。なお、自尊感情や自己決定力はエンパワメントにおいて大切なものである。

（S.J.ウォーリン・S.ウォーリン，奥野光・小森康永訳『サバイバーと心の回復力——逆境を乗り越えるための七つのレジリエンス』金剛出版，2002年，pp.30～32，p.85，p.109，p.134，p.162，p.193，p.217）

問題 120	正答 5
--------	------

- 1 誤り。保護者制度では、家族の義務として精神障害者の自傷他害防止監督義務規定があり、家族が精神障害者本人の起こした事件の賠償請求された事例も存在した。しかし、1999年（平成11年）の精神保健福祉法改正により、この義務規定は削除された。

（『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），p.39）

- 2 誤り。保護者制度では、家族に精神障害者の財産上の利益を保護する義務が課せられていた。2013年（平成25年）の精神保健福祉法改正により、保護者制度が廃止されたことにより、この義務規定も廃止された。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.77）

- 3 誤り。かつては精神保健福祉法第22条第2項に「精神障害者の診断が正しく行われるよう医師に協力しなければならない」という義務規定が存在したが、2013年（平成25年）の精神保健福祉法改正により保護者制度が廃止され、この義務規定も廃止された。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.77）

- 4 誤り。精神保健福祉法第33条第2項に規定された「家族等」とは、「精神障害者の配偶者，親権を行う者，扶養義務者及び後見人又は保佐人」であり，成年後見制度における「補助人」は含まれない。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.53）

- 5 正しい。精神障害者に家族等がいない場合やその家族等の全員がその意思を表示できない場合に限り，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り医療保護入院を行うことができる。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.53）

問題 121	正答 2
--------	------

- 1 誤り。ストレングスモデルは、ラップ (Rapp, C. A.) とゴスチャ (Goscha, R. J.) によって1980年代後半に体系化された。ジャーメイン (Germain, C.) とギッターマン (Gitterman, A.) によって体系化されたのは生活モデルである。生活モデルでは、個人と環境が互いに不可分な一体的関係にあるとし、これを「人と環境との相互作用」という。生活モデルでは、問題とは、個人が環境との相互作用に問題を抱えて不均衡になった状態だとする。

(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)、pp.5~6)

- 2 正しい。カンザス大学のラップとゴスチャによって研究が進められ、精神障害者のためのケースマネジメントの一類型として有効なプログラムモデルである。プログラムモデルがどのくらい適合しているのかを把握するフィデリティ評価尺度も開発されている。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版、pp.268~269)

- 3 誤り。調査→診断→治療の流れでクライアントのパーソナリティの発達を強化するのは治療モデルである。このモデルでは、クライアントが抱える問題やできないこと、欠けていることや病気・障害に焦点が定められることになる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版、pp.263~265)

- 4 誤り。支援過程の監督者はクライアントであり、仕事の主要な場所は地域である。ラップとゴスチャによるストレングスモデルの6原則は次のとおり。①精神障害者はリカバリーし、生活を改善し高めることができる、②焦点は欠陥でなく、個人のストレングスである、③地域は資源のオアシスとしてとらえる、④クライアントこそ支援過程の監督者である、⑤ワーカーとクライアントの関係性が根本であり本質である、⑥われわれの仕事の主要な場所は地域である。

(『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.264~265)

- 5 誤り。ストレングスモデルは、支援者ではなく、クライアント自身のもつ特性や技能、関心、願望、さらに環境のもつストレングスをアセスメントし、支援する。信頼関係のある支援者の存在は本人を取り巻く社会資源というストレングスの1つになりうるが、支援者のもつストレングスはストレングスモデルとは直接関係がない。

(『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.74~75)

問題 122	正答 4
--------	------

- 1 誤り。集団で行う心理教育では、アドヒアランスの向上が期待できる。その他に、クライアントや家族が主体性を回復することや、社会資源の適切な理解や利用の促進、グループを通じた他者とのかわりによる社会的交流の拡大が効果としてあげられる。

(『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.57~60)

- 2 誤り。IMR (Illness Management and Recovery ; 疾患管理とリカバリー) は、精神障害者自身が設定したリカバリー目標の実現に向け、効果があるとされる複数の支援方法(動機づけ面接や認知行動療法など)を組み合わせ提供するプログラムであり、9つのテーマから成り立っている。同じくリカバリーを目指すピアサポートプログラムは、WRAP (Wellness Recovery Action Plan ; 元気回復行動プラン) 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.66、pp.285~286)

- 3 誤り。家族心理教育の基本構造は、①疾病・障害と治療についての情報の共有(教育的部分)、②それら疾病や障害による日常的なストレスへの対処能力の向上、③共通した困難を抱えるもの同士のサポートと社会的ネットワークの強化の3点である。選択肢は認知行動療法の基本モデルの構成要素である。

(『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.207~208、pp.217~219)

- 4 正しい。近年では、専門家による家族心理教育のほかに、家族による家族教育も広がりを見せている。家族を対象に、トレーニングを受けた家族による講義等の教育プログラムが提供される。最も普及しているプログラムとして、アメリカの家族組織NAMI (National Alliance on Mental Illness) による「Family-to-Family Education Program (FFEP)」があり、日本でも試行されている。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版、p.106)

- 5 誤り。CRAFT (Community Reinforcement and Family Training ; コミュニティ強化と家族訓練) はアルコール依存や薬物依存の問題に悩む家族のためにアメリカで開発されたプログラムである。本人が治療を拒否する際に、まずはその家族を支援し、コミュニケーションを変容させることで、本人を治療に結びつけることを目指す。CRAFTは、本人の依存性物質使用を減らすことだけではなく、家族の生活の質の向上にも役立つとされる。

(J.E.スミス・R.J.メイヤーズ、境泉洋・原井宏明・杉山雅彦監訳『CRAFT 依存症患者への治療動機づけ——家族と治療者のためのプログラムとマニュアル』金剛出版、2012年、pp.vii~ix)

問題 123	正答 4
--------	------

- 1 誤り。リワーク支援では、うつ病の人に向けて認知療法等により自動思考の修正が行われる。よって選択肢は誤りである。自動思考とは、ある体験をしたときに自動的に起こる思考やイメージのことで、うつ病に罹ると特に極端なものや否定的なものが出てくること

が多いとされている。

(『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.172~173)

- 2 誤り。うつ病のリワーク支援は、急性期の段階から医療機関と企業、本人・家族が連携して取り組むことが重要である。よって選択肢は誤りである。一般に医療機関は企業との連携が不得手で、企業のルールや風土の理解も十分とはいえない。休職に至った背景を理解し、再休職防止やスムーズな職場復帰を進めるためにも、早い段階から産業医や地域障害者職業センターを含めた関係機関との連携が大切である。

(『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版, pp.172~173)

- 3 誤り。援助付き雇用モデルは精神障害者への適用に困難のあった知的障害モデルの発想を転換し改良したものである。よって選択肢は誤りである。知的障害モデルが専門職主導により施設で十分に職業訓練を行ってから就労を目指すものであるのに対し、援助付き雇用モデルはまず職場に本人をつなげてから支援者が職場に出向いて行う職場内支援によって就労を目指すものである。

(『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版, p.175)

- 4 正しい。就労支援の評価においては、就労率や賃金の高さ等数値化される量的なものだけでなく、その仕事クライアントにとってディーセント・ワーク(働きがいのある人間らしい仕事)となっているかどうかをみるのが大切である。職業リハビリテーションの目的は、単にクライアントを納税者にするといった経済的なものではなく、本人の生きがいに資するものであることが大切である。

(『精神保健福祉士養成セミナー5 精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ(第6版)』へるす出版, 2017年, pp.95~96)

- 5 誤り。1968年のWHOの定義により、「医学的リハビリテーション」「社会リハビリテーション」「教育リハビリテーション」「職業リハビリテーション」の主要な4分野が明らかになり、今日ではそれらを包括的に行う「統合リハビリテーション」の概念が一般化している。「職業リハビリテーション」が「社会リハビリテーション」の中で行われるのではない。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版, p.113)

状況を視覚化する手法である。

(『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.287~289, 『新・社会福祉士養成講座⑦相談援助の理論と方法Ⅰ(第3版)』中央法規出版, 2015年(以下『相談援助の理論と方法Ⅰ』中央法規出版), pp.196~200)

- 2 誤り。IPとは「Identified Patient」の略で、「患者・クライアントとみなされる人」という意味であり、中心人物と関係性が強い人物を指すものではないため誤りである。家族の成員が表す不適応や問題行動はそのIPだけが原因となって生じる問題ではなく、家族が相互に影響しあって原因が生じているという、家族システムの問題としてとらえる。この考え方はシステム理論に基づく家族療法で用いられることが多い。

(『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.207, 『新・社会福祉士養成講座②心理学理論と心理的支援(第3版)』中央法規出版, 2015年(以下『心理学理論と心理的支援』中央法規出版), p.204)

- 3 誤り。ジェノグラムを開発したのはボーエン(Bowen, M.)である。ハートマン(Hartman, A.)は、生態学的視点から家族システムとそれを取り巻くシステムの相互関連状況を明らかにするためのエコマップを開発した。エコマップは、家族関係図であるジェノグラムを中心に据え、本人を取り巻く社会資源やソーシャルサポートネットワーク、その周囲の人々等について記載する手法である。

(『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.287~289, 『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)

- 4 正しい。ジェノグラムは、ボーエンの家族システム論から派生したもので、おおむね三世代にわたる世代関係を図式化する。関係性の傾向、繰り返される問題やライフイベントなどを把握するためのアセスメントツールとして活用される。また、複数の関係者でかわる際に情報やニーズを視覚的に把握し共有しやすくなる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版, p.272, 『相談援助の理論と方法Ⅰ』中央法規出版, pp.196~200)

- 5 誤り。選択肢の説明はソシオグラムのことである。ソシオグラムは、グループメンバー間の関係パターンについて、相互作用を示す線や円などの記号を用いて、人間関係の構造を明らかにするための手法である。マッピング技法には、これらのほかに、タイムラインやファミリーマップなどがある。

(『心理学理論と心理的支援』中央法規出版, pp.98~99, 『相談援助の理論と方法Ⅰ』中央法規出版, p.92)

問題 124

正答 4

- 1 誤り。選択肢の説明はエコマップのことである。エコマップは「生態地図」「社会関係図」と呼ばれ、家族や友人、その周りの人々、各種社会資源の間の問題

問題 125

正答 4

- 1 誤り。精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)または(Ⅲ)は、

精神科を標榜^{ひょうぼう}している保険医療機関において精神科を担当している医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、看護師、准看護師、作業療法士または精神保健福祉士が、精神疾患を有する入院中以外の患者またはその家族等の了解を得て患家を訪問し、個別に患者またはその家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合に算定するものである。診療報酬制度に位置づけられるサービスのため、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）の障害支援区分認定の手続きは不要である。

（『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』弘文堂，p.187）

- 2 誤り。精神症状の再燃を防ぐためには、同居家族の理解が欠かせない。精神障害は、疾患と障害の併存、疾患や障害に対する認知と受容の困難性などの特徴により回復が妨げられやすい。これらについて、患者本人だけではなく、家族も交えて理解を促し、継続的に支援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，pp.237～238）

- 3 誤り。精神科訪問看護の目的には、①患者本人の望む社会生活の再構築、②精神症状の再燃防止への早期対応、の2つの柱がある。服薬状況の確認だけでなく、患者本人の希望する生活の実現に向けて家族関係の調整や社会資源の紹介など多岐にわたる支援を行う。症状の再燃防止への取組みは、社会生活の再構築のプロセスとともにあるものである。

（『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）

- 4 正しい。精神科訪問看護に代表されるアウトリーチサービスにおいては、利用者の生活空間へ入り込むことから、利用者が安心できるよう関係づくりを行い、支援者の価値判断を利用者の生活空間へもちこまない姿勢が求められる。

（『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』弘文堂，p.190）

- 5 誤り。精神保健福祉士は生活支援の視点からアセスメント、計画作成を行い、必要なサービスや関係機関とのマネジメント機能を発揮する。精神科訪問看護では、看護師とともに訪問することも多いが、各専門職の専門性を活かしたチームで支援を展開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』弘文堂，p.190）

生活状況を把握することは必要であり、緊急性の度合いによっては自宅訪問等のアウトリーチのかかわりも検討が必要となる。しかし、専門家主導でアウトリーチを行うことは、人権擁護上の問題にもかかわるため、十分な配慮が必要である。この場面では、初回面談であること、Kさんの自宅訪問に関する意向が確認できていないこと、この時点では夫のLさんに関する情報が不十分なことなどから、自宅訪問の提案すること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，p.180，p.279，『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.30，pp.206～217）

- 2 適切。子どもの前でKさんが夫から暴力を受けていれば、これは児童虐待の防止等に関する法律（児童虐待防止法）による子どもへの心理的虐待にあたる。このような場合には児童福祉法第33条に基づいて児童相談所へ子どもの一時保護を依頼したり、Kさんが配偶者から暴力を受けているとして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第10条に則り、裁判所に保護命令の申立てを行うことなどができる。

（『新・社会福祉士養成講座⑤児童や家庭に対する支援と児童・家庭福祉制度（第7版）』中央法規出版，2019年（以下『児童や家庭に対する支援と児童・家庭福祉制度』中央法規出版），pp.244～245，pp.265～266）

- 3 適切。緊迫した暮らしのなかで、健康を害したり心理的外傷を深めていたりすることも多いため、親子それぞれが安心して暮らすための支援も必要である。よって今後、暴力があったときのために、110番通報をする意思の確認や、物理的な距離を置くための逃げ場所の検討などをしておくことも重要である。

（『児童や家庭に対する支援と児童・家庭福祉制度』中央法規出版，pp.257～260）

- 4 適切でない。どのような原因があろうと暴力行為の責任は振った本人にあり、被害を受けているKさんと暴力の原因を探することは適切ではない。この状況ではまず被害者アイデンティティをもって対応できるように働きかけることが大切である。選択肢にある暴力を誘発するトリガー（引き金）を点検し、再発防止プランを考えるのは、暴力加害者へのアプローチである。

- 5 適切でない。変化への希望を話し合うことは、動機づけ面接におけるチェンジトークであり、変化への動機づけを支援するものである。それはKさんの主体的な行動の変化に向けて行われるもので、「Lさんの暴力がなくなしてほしい」という、コントロールできない変化を話し合うことではない。また、切迫したこの状況では動機づけ支援以前に積極的な情報提供でKさ

問題 126	正答 2, 3
--------	---------

- 1 適切でない。精神保健福祉士として来談者の情報や

んと子どもの安全を図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』中央法規出版, pp.45～46)

問題 127	正答 1
--------	------

- 1 正しい。グループワークの展開過程には、準備期、開始期、作業期、終結期があり、開始期はグループの活動が始まり参加するメンバー間の関係性を形成する段階である。この段階で、グループの目標やルールなどを含め活動の留意点などを説明し、契約を交わす。

(『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.45～46)

- 2 誤り。波長合わせを行うのは準備期である。作業期は、参加しているメンバー間に相互作用が生まれ、それぞれの課題の解決や達成に向けたグループでのプログラムを展開していく時期である。この時期は、社会資源の媒介やワーカーとメンバーの体面的な関係を深め、グループ内の相互援助システムを形成し活用するなど、グループ内の課題解決能力を高める段階である。

(『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.45～46)

- 3 誤り。グループの目標達成、参加メンバーの目標達成、設定されていた期間の終了、効果がみられない場合などに終結期となる。これまでの活動を振り返り、評価を行い次の活動につなげていく時期である。選択肢のアイスブレイク（ウォーミングアップともいう）は、開始期に行うことでメンバー間の緊張を緩和したり、グループへの導入をスムーズにしたりする方法である。

(『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.45～46)

- 4 誤り。ワーカーとメンバーの体面的関係を深めるのは作業期である。準備期は、グループに参加するメンバーのアセスメントを行い、個々のメンバーの課題を把握し、グループの目標を設定する。また各メンバーと波長合わせ（予備的感情移入）を行い、ワーカーがあらかじめ参加メンバーの感情を理解したり、ワーカー自身のグループに対する感情を客観的に把握したりすることも必要である。グループの円滑な展開のための雰囲気づくりなども行う時期である。

(『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.45～46)

- 5 誤り。個々のメンバーの課題などのアセスメントを行うのは準備期である。開始期は、メンバーとの契約、参加者間の凝集性を高め、アイスブレイク（ウォーミングアップ）を行いグループへの導入をスムーズにし、メンバーの課題に沿ったプログラム計画を立てる。

問題 128	正答 5
--------	------

- 1 適切でない。Aさん自身も自分の体調や精神的な不安を抱えているので、受診することは必要になる可能性はあるが、今の段階でAさん自身が精神科を受診することは適切ではない。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, pp.97～100)

- 2 適切でない。Bさんを入院させることで、Aさんの心の余裕を取り戻す時間の確保ができるかもしれないが、Bさんの精神的な症状としてひきこもり（陰性症状）に対して入院という選択は人権的にも適切ではない。

(『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.97～100)

- 3 適切でない。家族療法は、家族システムやその構造に介入する心理療法として発展してきた手法である。家族心理教育や当事者向けの心理教育は病気の理解をするうえで望ましいが、現段階でBさんと一緒に受けることはAさんの負担も大きく適切ではない。

(『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.97～100, p.103)

- 4 適切でない。Aさんに介護保険でのサービス利用を進めることは、家事負担の軽減など場合によっては有効であるが、介護保険の手続きや今後の生活についての見通しなども必要になってくる。今の生活の中でAさんの心の負担を軽減することを考えると、現時点では適切ではない。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, pp.97～100)

- 5 適切。現在、孤立無援の状態であるAさんに対して様々な支援が考えられるが、患者本人へのはたらきかけだけでなく、家族サポートグループでいろいろな家族からの話を聴いたり、仲間とのつながりでエンパワメントされていく可能性も高い。Aさんを生活者の視点でとらえたりカバリー支援が求められる。すなわちAさん自身が障害のある息子との暮らしのなかで人生の目的や生きがいを見つけて生活していけるよう、社協の活動や、家族会などの資源につなげ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Ⅱ』中央法規出版, pp.103～108, pp.236～237)

問題 129	正答 4
--------	------

- 1 誤り。コンサルテーションとは、専門職間の相互関係の中で、それぞれの専門性を超えて行われる助言や支援等をいう。専門職に限らずインフォーマルな資源を含めたものはソーシャルサポートネットワーク活動であり、そのなかに立場や役割を超えた対話や活動がある。
(『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. 339～341)
- 2 誤り。コンサルテーションには、ソーシャルワーカーの援助技術の向上や展開を目指して行われる研修型、組織そのものが助言対象となるシステム介入型のほか、クライアントの問題解決を目指して効果的に援助するために行われる問題解決型がある。問題解決型コンサルテーションは一人のコンサルティを対象とするものと、複数のコンサルティを対象にするものがある。
(『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. 339～341)
- 3 誤り。問題解決モデルは行動コンサルテーションの1つであり、コンサルティの問題解決能力を重視し、コンサルティの様々なスキルが向上することを目指しているモデルである。
(『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. 339～341)
- 4 正しい。社会・対人影響モデルは行動コンサルテーションの1つであり、コンサルティの問題解決過程よりもコンサルタントのコミュニケーションの取り方やそれによる影響など、関与方法を重視するモデルである。
(『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. 339～341)
- 5 誤り。コミュニティメンタルヘルス活動において、クライアントを支援する援助者への支援の有効性に気づき、メンタルヘルスモデルとして方法を確立したのはカプラン (Caplan, G.) である。カプランのメンタルヘルスモデルはコンサルテーションの古典的な理論モデルといわれる。ビアーズ (Beers, C. W.) は自身の入院体験をもとに1908年に著書『わが魂にあうまで』を出版し、精神衛生運動を始めた人物である。
(『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. 339～341)

問題 130	正答 5
--------	------

- 1 誤り。ヘルパーセラピー原則とは、リースマン

(Riessman, F.) が提唱した言葉で、援助を与える人々が最も援助されるということであり、セルフヘルプグループでは重要な考え方である。誰かの役に立つという経験が自尊感情や自己効力感を高めることで、援助を受ける側だけでなく援助をする側も何かを受け取っているということである。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, pp. 63～65, pp. 228～230)

- 2 誤り。体験的知識とは、人々の体験によって正しさや有効性が確かめられた知識のことであり、素人考えとは区別される。教科書的な知識ではなく、当事者でしか経験できないことを知識として支援に活かすことであり、専門職の支援とも区別している。
(『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. 63～65, pp. 228～230)
- 3 誤り。エンパワメントとは、もとは差別や抑圧を受けてきた人々 (マイノリティ) がこのような状況に対して抵抗や変革を求めていく際の運動理念だった。この影響を受けたエンパワメント志向のソーシャルワークとは、人々が自分自身の力でよりよい方向に自身の能力や力量を活用できるよう支援することである。
(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版, p. 73)
- 4 誤り。ソーシャルインクルージョンとは、「社会的包容力」「社会的包摂」などと訳され、すべての人々を孤独や孤立、排除や摩擦から援護し、健康で文化的な生活の実現につなげるよう、社会の構成員として包み支え合うことである。すなわち障害者らを社会から隔離・排除するのではなく、社会の中で共に助け合って生きていこうとする考え方のことである。
(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, pp. 340～345)
- 5 正しい。ピアサポートとは、精神疾患や精神障害のあるもの同士 (ピア (peer: 仲間)) が、体験を語り合い、回復を目指す取り組みのことであり、同じ立場の気持ちを汲み取り、本人に代わって代弁行為をしたり専門家に対して支援協力を要請したりすることである。アルコールや薬物依存症の自助グループ、がんや難病などの患者やその家族などの様々な分野に広がっている。
(『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. 63～65, pp. 228～230)

問題 131	正答 5
--------	------

- 1 誤り。地域アセスメントでは、地域の「弱さや課題」よりも「強みやよさ」に着目し、活用可能な資源を発見し、地域力の評価を行う。一方、地区診断は、地域

に顕在化・潜在化している病理や問題点を探る「医学モデル」や「疫学モデル」を基本としている。

(『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. 303)

- 2 誤り。地域アセスメントで把握する項目としては、国勢調査や世論調査など統計資料等を含む。その他に、行政区域や地域性格など地域特性、公共施設、医療・保健・福祉関係施設など公的サービス、町内会や自治会など各種団体を含む住民組織や職種・職域組織、そしてコンビニエンスストアやスーパーマーケットなど生活関連産業等があげられる。

(『新・社会福祉士養成講座⑨地域福祉の理論と方法(第3版)』中央法規出版, 2015年, pp. 150～151)

- 3 誤り。SWOT分析とは、目標を達成するために意思決定を必要としている組織や個人の、プロジェクトなどにおける、4つ(強み; strengths, 弱み; weaknesses, 機会; opportunities, 脅威; threats)のマトリックスをクロス分析し評価を行う手法である。S(強み)とW(弱み)は内部環境とその現状評価であり、O(機会)とT(脅威)は外部環境とその将来予測である。重要なのはトップダウンではなくボトムアップ方式で検討することである。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, pp. 308～309)

- 4 誤り。選択肢の記述は、福祉計画の策定方法で用いられるデルファイ法(アンケート収斂法)の説明である。ベンチマーク方式とは、計画に関する具体的な数値目標を設定し、その数値と実績を比較することによって達成度を測り、行政評価を行う方法である。

(『新・社会福祉士養成講座⑩福祉行政と福祉計画(第5版)』中央法規出版, 2017年, p. 137, p. 153, 『新・社会福祉士養成講座⑪福祉サービスの組織と経営(第5版)』中央法規出版, 2017年(以下『福祉サービスの組織と経営』中央法規出版), p. 81)

- 5 正しい。バランススコアカード(balanced scorecard; BSC)とは、アメリカのキャプラン(Kaplan, R. S.)とノートン(Norton, D. P.)が開発した従来の財務的指標中心の業績管理手法の欠点を補う経営戦略の手法である。BSCでは、「顧客」「仕事(内部プロセス)」「財務」「人材(学習と成長)」という4つの視点のバランスをもとに、戦略的方向性の明確化や業績の定期的評価を行う。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, pp. 305～308, 『福祉サービスの組織と経営』中央法規出版, pp. 82～83)

ることであるため、適切とはいえない。なお、Dさんは母親をケアする人(ケアラー)でもあると考えられるため、Dさん自身の課題への支援と同時に、家族としてのDさんへの支援やエンパワメントを考え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Ⅱ』中央法規出版, p. 101, pp. 109～111)

- 2 適切でない。確かに、医療機関の情報提供も大切と考えられる。しかし、この時点での相談者はDさんであり、まずはDさん自身の思いや母親との関係についてしっかりと傾聴し、同時にアセスメントを行っていくことが大切であるため、適切とはいえない。また、この時点でDさんの母親が医療機関につながっていないという記述は事例からは読み取れない。

(『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. 101, pp. 109～111)

- 3 適切でない。確かに、Dさんと一緒に考えるという姿勢は大切である。しかし、インテーク場面では、まずDさんの話を傾聴し主訴を把握することや信頼関係を構築することが大切であるため、適切とはいえない。なお、問題解決技法は家族心理教育等の家族支援においても用いられる技法である。

(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(以下『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』弘文堂), pp. 138～141)

- 4 適切。この時点においてE精神保健福祉士には支持的に傾聴しつつDさんとの信頼関係を構築することが求められる。さらには、母親とのかかわりの工夫を尋ねることで、Dさん自身のストレングスや対処スキル、周囲のサポート等についてアセスメントを行うことが大切である。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, pp. 109～111)

- 5 適切でない。援助を求めているのはDさんであり、Dさんへのインテークとして母親との関係を含む現在までの経緯や主訴等について、Dさんとの関係を深めつつ聞いていくことが大切であるため、適切とはいえない。また、母親との同行受診を勧めることは、本来援助を受けるべきDさんに、母親のケアラーとしての役割を強いることにつながるおそれがある。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』弘文堂, pp. 138～141)

問題 132	正答 4
--------	------

- 1 適切でない。この時点で大切なことは、Dさんのこれまでの困難を傾聴して支持しつつ援助関係を構築す

問題 133	正答 2
--------	------

- 1 適切でない。ARP(Alcoholism Rehabilitation Program; アルコールリハビリテーションプログラム)は、主に精神科の医療機関で行われるアルコール等依

存症患者を対象とした治療プログラムであり、うつ病の人は対象とならないため適切ではない。なお、ARPはアルコールの勉強会や飲酒欲求への対処技術を身につける認知行動療法等を組み入れたプログラムとなっている。

(『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.52～54)

2 **適切**。SST (Social Skills Training; 社会生活技能訓練) は、グループで行うものであっても個別化が重視されており、Dさんが個別に習得したい母親への対処スキルを本人のペースで段階的に練習し身につけていくことが期待できる。なお、精神疾患のある家族とのかかわりについて家族SSTを病院・施設等で行っているところもある。

(『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.60～63, p.105, p.113)

3 **適切でない**。WRAP (Wellness Recovery Action Plan; 元気回復行動プラン) は、日常生活をより元気に生活するため、またなりたい自分になるために自分でつくる行動プランを作成するものであり、母親への対処で困っているDさんにとって適切とはいえない。なお、将来的な燃え尽きや危機に対処するための備えとして、今後WRAPを導入していくことも考えられる。

(メアリー・エレン・コーブランド, 久野恵理訳『元気回復行動プラン WRAP』道具箱, 2009年, pp.7～9)

4 **適切でない**。IPS (Individual Placement and Support; 個別職業紹介とサポート) は、一般雇用を目指す精神障害者に対して就労してからの支援 (Place then Train) を行うものであり、休職から職場復帰に向けて動いているDさんへの支援として適切とはいえない。

(『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版, p.268)

5 **適切でない**。IMR (Illness Management and Recovery; 疾病管理とリカバリー) は、精神障害のある人が各自に適した方法で疾病の自己管理を行うものであり、母親への対処で困っているDさんにとって適切とはいえない。なお、IMRはWRAPと同様に、リカバリーをすすめることを目標にした、科学的根拠に基づく実践 (EBP) の1つである。

(『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.285～286)

応を行うことにより、本人の意思を尊重した生活が送れるよう支援するものである。母親と同居するDさんの利用は適切とはいえない。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p.110)

2 **適切でない**。職場適応援助者 (ジョブコーチ) の役割は、障害のある人が職場で安定して働き続けられるように、主に職場に出向いて支援を行うことである。家族 (母親) に対して当事者 (Dさん) の職業生活を支えるための助言を行うこともあるが、うつ病を患う母親との関係性に問題を抱えるDさんにとって適切とはいえない。

(『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版, pp.150～151)

3 **適切**。家族セルフヘルプグループ (家族会) は、障害のある人の家族による家族支援や社会活動のために運営され、疾患や社会資源の知識や情報、家族との体験や対処方法について共有し、家族自身のリカバリーを目指すグループであるため、Dさんにとって適切といえる。精神保健福祉士には、クライアントを障害のある人としてだけみるのではなく、家庭の事情をもつ一人の生活者としてみる視点が求められる。

(『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.106～107)

4 **適切でない**。確かに、障害のある家族 (母親) への十分な支援こそがケアラーとしての家族 (Dさん) に必要な支援とする考え方も大切である。しかし、包括型地域生活支援プログラム (ACT) は、重度の精神障害のある人の地域生活を支えるために多職種チームによる24時間365日の危機介入を含めた包括的な支援を提供するものであり、Dさんや母親がその対象となるとは事例から読み取れないため、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Ⅱ』中央法規出版, p.107, pp.140～141)

5 **適切でない**。居宅介護は、障害のある人の自宅において、入浴、排泄等の身体介護や掃除、洗濯等の家事援助のサービスを提供するものである。確かに、当初はDさんの家事負担の大きさも問題であったが、この時点では母親の状態も改善しており、Dさんの主なニーズが家事や母親の介護にあるとは事例から読み取れないため、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.109)

問題 134	正答 3
--------	------

1 **適切でない**。自立生活援助は、グループホームや入所施設から一人暮らしを目指す知的障害や精神障害のある人に対し、定期的な巡回訪問や必要時の適切な対

問題 135	正答 5
--------	------

1 **適切でない**。FさんとG精神保健福祉士による初回面接であるため、情報収集を行う前に、Fさんからの

信頼を得るためにも、Fさんの不安や焦りなどの気持ちを受容し、共感的態度で接することが求められる。そうすることで、Fさんは安心して自分のことを話することができる。

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

- 2 適切でない。初回面接であり、この時点でFさんのニーズは明確になってはいない。リハビリテーション計画を策定するうえで、機能評価を行う意味はあるが、それはFさんのリハビリテーションの目標が明らかになってから、Fさんとともに行う作業である。

(『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.158～168, pp.277～281)

- 3 適切でない。精神障害者は疾患と障害を併せもっているが、精神保健福祉士は医療的側面ではなく、社会福祉的側面から支援する専門職であることから、精神保健福祉士への相談において医師の許可は不要である。一方、精神保健福祉士法第41条第2項において、「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」とあり、今後、Fさんへの支援を行ううえでG精神保健福祉士には必要に応じて主治医と連携することが求められる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版, pp.245～246)

- 4 適切でない。Fさんが自ら相談に訪れた主体者であることから、まずはFさんの話を聞く姿勢が求められる。そのうえで、今後の支援計画を立てる際に多面的に情報を得る必要がある場合には、Fさんの同意を得て両親から話を聞くことになる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版, pp.277～281, pp.309～313)

- 5 適切。初回面接は緊張するものである。まずはFさんが安心して自分の思いを話せるよう心がけ、Fさんが話しやすいところから話をしてもらう。精神保健福祉士には、受容と共感的態度をもつてのぞむ姿勢が求められる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版, pp.277～281, p.317)

問題 136	正答 4
--------	------

- 1 適切でない。この場面では、Fさんはほかの患者がどうしているのかを気にしている。Fさんの悩みや焦りはFさんに限ったものではないことを、精神障害のある経験者に会うことで気づき、安心することができる。当事者スタッフを目指すかどうかはFさんが決

めることである。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, pp.64～65, pp.332～335)

- 2 適切でない。精神障害者支援の理念の1つとしてリカバリーがある。精神保健福祉士は人が病気や障害を抱えていても、人生における新しい意味と目的を發展させることができることを信じて支援する。経験者の話を通じてFさんが自分の人生をどのように生きていくのか考えていくことを支援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, pp.75～80)

- 3 適切でない。Fさんは両親から薬のことを聞かれているが、服薬の必要性についての判断を当事者のグループ活動に任せることは適切ではない。経験者が薬とどのように付き合ってきたのかは参考になるが、服薬を含む治療に責任をもつのは医師である。

(『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.252～255)

- 4 適切。Fさんは自分と同じような経験をもつ人々との交流を通じて、人それぞれに回復の道筋があり、それは自分で新たな意味づけを行うことができるものと気づく。こうしたリカバリーの過程には希望が重要であり、当事者のグループ活動ならではの効果である。

(『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.75～80, 『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.64～67, pp.332～335)

- 5 適切でない。リカバリーの過程は専門職主導の支援がすべてではない。ピアサポートやセルフヘルプグループなどの仲間同士による支援は、既存のサービスや専門職による支援とは異なるもう1つの選択肢（オルタナティブ）である。それぞれの利点やFさんの状況に応じて、様々な支援の選択肢があることが重要となる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, pp.332～335)

問題 137	正答 1, 3
--------	---------

- 1 適切。Fさんが発病したことによる両親の戸惑いやこれまでの苦労、そしてFさんに対する両親の思いを傾聴し、いままでの取り組みに理解を示すことが重要である。治療が長くなれば家族も疲弊していくため、家族のエンパワメントを図り、ともに考える姿勢を示すことも必要となる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, pp.109～114)

- 2 適切でない。統合失調症の発症に家族が影響してい

るという家族病因論は現在否定されている。精神保健福祉士として、家族自身が生き生きと暮らす権利を保障し、家族の人生を支援する視点が求められる。

（『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.102～103）

3 適切。家族は、これまで精神疾患や本人とのかかわり方についての正しい知識にふれる機会が得られなかったことも多い。また、家族の抱える不安や悩みを誰かに相談することを躊躇^{ちゅうちよ}することもある。家族が相談室を訪れたことを機会ととらえ、家族教室の内容や様子について情報提供し、参加を促すことも重要である。

（『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版，pp.109～114）

4 適切でない。Fさんが主体であることを忘れてはならない。Fさんが自らの意思でデイケアへ通い始めたことはリカバリーへの第一歩ととらえる視点が重要である。こうした変化に戸惑う家族の思いをまず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Ⅱ』中央法規出版，pp.109～114）

5 適切でない。家族支援の目的は精神障害者本人へ良質なケアが提供されるよう家族を支援することではなく、本人・家族ともにそれぞれの人生を歩めるよう支援する視点が重要である。日本では長らく保護者制度のもと、家族に様々な義務を担わせてきた。保護者制度は、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（精神保健福祉法）の改正により2014年（平成26年）4月から廃止されているが、いまだ経済的、心理的な負担を抱えている家族は多い。

（『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.92～100）

問題 138	正答 5
--------	------

1 適切でない。C精神保健福祉士は両親の話の段階で、頭から病気のレベルだと判断し、受療を勧めるのは適切ではない。また、本人のスマートフォンを取り上げようとする暴力をふるうような現状の関係において、両親に本人を受療させるよう指導することは負担であり、関係をさらに悪化させる可能性がある。ここはまず、ゲームだけを焦点にするのを避け、その背景にあると思われる学校への不適応などを念頭に置きながら、本人から話を聞けるような信頼関係をつくる試みが優先される。

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

2 適切でない。日本では、現状ではインターネットゲーム障害の自助グループは極めて少なく、簡単に連れていける状況にはない。加えてHさんの意向を考えずに自助グループに連れていくという提案は、クライアントの自己決定を尊重していない。なお、WHO（世界保健機関）のICD-11（2018年公表）では、インターネットゲーム障害は、「ゲーム障害」が正式な診断名として採録された。

（『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。インターネットゲーム障害は、「インターネット依存」といわれるように依存対象（Hさんの場合、スマートフォン）から離れば離脱症状も生じる。Hさんと直接会わず、かつ契約解除によって生じるリスクへの対応も検討しないままの助言は、精神保健福祉士の支援としては適切ではない。

（『新・精神保健福祉士養成講座①精神疾患とその治療（第2版）』中央法規出版，2016年（以下『精神疾患とその治療』中央法規出版），p.211）

4 適切でない。不登校児童生徒に対して教員や同級生が迎えにいくことで生じる刺激を登校刺激という。登校刺激は学年が上がるほどに心理的な負担となることも多い。スクールソーシャルワーカーは、学校に戻ることを支援目標とするのではなく、児童生徒の自己決定を重んじ、彼らの望む生き方を支援する姿勢が必要である。よって「迎えにいく」となっている選択肢は適切ではない。

（三原博光編著『日本の社会福祉の現状と展望』岩崎学術出版社，2011年，p.116）

5 適切。Hさんに伝えないままにスクールソーシャルワーカーが自宅訪問することは、本人に警戒心を与えかねない。まずは、親を介して「会いたい」という気持ちをHさんに伝え、訪問を受け入れるかどうか本人の気持ちを確認することから支援を始めていく。

（『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版，p.223）

問題 139	正答 3
--------	------

1 適切でない。両親が目への進学にこだわるのは、Hさんの将来のことを心配するがゆえであると理解し、まずはその気持ちを受容することが必要である。この発言では、両親は批判されたと受け取りかねず、ソーシャルワーカーがとるべき非審判的態度とはいえない。

（『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.312～313）

2 適切でない。両親はHさんの将来を心配しているため、大学に進学する提案をすれば両親は面談に積極的

になるかもしれない。しかし、支援の主体であるHさんのいないところでHさんのことを決めることはできない。

(『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.92~93)

- 3 適切。両親もJ先生もHさんの将来のことを考えるがゆえに話が平行線をたどる状況になっている。K精神保健福祉士が両者の思いを受容するとともに、その思いを支持することで、K精神保健福祉士が思いを理解してくれていると感じることができる。

(『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)

- 4 適切でない。J先生は転校を提案しているものの、両親は転校を希望していない。K精神保健福祉士が転校を1つの選択肢であると考えたとしても、J先生に近い立場から転校を提案することは、両親からすれば、自分たちの考えを受け止めてもらえていないと感じることになる。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規出版, p.312)

- 5 適切でない。医師は業務独占の資格であり、医師ではない者が診断することはできないため、適切ではない。

問題 140	正答 2, 4
--------	---------

- 1 適切でない。「スマートフォンの所持禁止」という一律的かつ審判的な提案は精神保健福祉士の支援として適切ではない。精神保健福祉士は、一人ひとりのクライアントのニーズを認識し、審判的態度は慎まなければならない。

(『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.310~312)

- 2 適切。インターネットゲーム障害は家庭や学校、社会の中で理解と予防が考えられる必要のある問題である。会議などで課題を共有し、理解を進め、校内でのルール作りなど学校でできる活動を考え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Ⅱ』中央法規出版, p.281)

- 3 適切でない。自助グループ(セルフヘルプグループ)とは、社会生活上の生きにくさを抱えた当事者たちにより運営されるグループであり、援助専門職から独立しているところに意味がある。この時点で不登校の生徒たちが自助グループを運営することは難しく、適切ではない。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, p.226)

- 4 適切。Hさんの家族以外にも子どものオンライン

ゲームの問題などに悩んでいる家族がいる。そのため、教員との話し合いのうえ、インターネットゲーム障害に関する家族向けの講座を開催することは有意義である。潜在化しているニーズを掘り起こすことも精神保健福祉士の役割である。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, p.320)

- 5 適切でない。スクールソーシャルワーカーに期待される機能として関係機関との連携がある。しかし、この時点では、Hさんの課題が明らかになったに過ぎない。他校のスクールソーシャルワーカーや関係機関などと情報を共有し、地域におけるニーズを把握した上で行政機関と連携することが必要である。

(『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), pp.174~175)

問題 141	正答 3
--------	------

- 1 適切でない。住民は勇気をもって自発的に相談してくれたのである。Bさんとどのような関係か、どのようなことを希望するのかが明らかでない段階で、住民に緊急時の対応を依頼するのは適切ではない。

(『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.9~10)

- 2 適切でない。電話による通報や相談で虐待を把握するためには、名前や住所、Bさんとどのような関係の人なのかといったある程度の基本情報を把握する努力が必要である。その際、相談者のプライバシーの保護について丁寧に説明する。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, pp.9~10)

- 3 適切。虐待と思われる状況について尋ね、生命の危険性や医療の必要性等、安全確認を意識しながら聞くことは大切である。緊急性があると思われる場合は直ちに訪問調査を行う必要がある。

(『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.9~10)

- 4 適切でない。Bさん家族のこれまでの状況について知ることは、Bさん家族を理解し、見守る上で重要であるが、この場面で優先的に対応すべきこととは言い難い。まずは緊急性を確認することが大切である。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, pp.9~10)

- 5 適切でない。通報してきたボランティアな住民を虐待相談のキーパーソンとみなすことは、責任や役割負荷がかかり、適切ではない。相談を受けた地域包括支援センターが市町村と連携して責任をもって対応する

ことを伝えた上で、場合によって継続的な情報提供等の協力を依頼することはある。

(『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.9～10)

問題 142	正答 1
--------	------

1 適切。訪問した時点でBさん夫婦にとっての危機状態といえる。話を聞く中で夫がBさんの状況を理解できないことで暴力が発生していたことが確認できたものの、夫の暴力を虐待としてとらえ、行政と連携して見守り続けることが必要である。

(『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規出版, pp.9～10)

2 適切でない。A精神保健福祉士が訪問し、夫の話を聞く中で、夫がBさんの状況を理解できないことで暴力が発生していたことが確認できた。夫の暴力は虐待であり単にやめるように指導するのではなく、夫のBさんの状態への理解を進める働きかけが具体的に必要である。

(『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.9～10)

3 適切でない。夫はBさんの状況を理解できないことで怒声や暴力に至っていた。怒声や暴力に至ることに共感するのではなく、混乱する夫の気持ちに寄り添い傾聴するなどし、夫が怒声や暴力というかたちで感情をぶつけることがないようにする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Ⅱ』中央法規出版, pp.9～10)

4 適切でない。Bさんの状況から認知症の可能性を疑うことは重要だが、A精神保健福祉士が入院させるか否かの判断はすべきではない。

(『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.9～10)

5 適切でない。A精神保健福祉士が訪問した時点でBさん夫婦にとっての危機状態といえる。しかし、話を聞くなかで夫がBさんの状況を理解できないことで暴力が発生していると確認できたため、ここに介入する必要がある。誰かがBさんに付き添うという夫との関係を見張るような提案は一時的で限界がある。

(『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.9～10)

れていない。

2 適切でない。Bさんから就労したいという思いは表明されていない。就労継続支援B型は、通常の事業所に雇用されることが困難な障害者に、就労の機会を提供するとともに、生産活動などの機会の提供その他就労に必要な知識および能力の向上のために必要な訓練などを行うものである。65歳を超えても利用は可能であるが、サービス調整により利用できない場合もある。

3 適切でない。グループホームに入居したいという思いは表明されていない。認知症対応型共同生活介護(グループホーム)は介護保険制度に基づくサービスの1つである。

4 適切でない。成年後見制度とは、認知症、知的障害、精神障害などの理由で判断能力の不十分な場合に、あらかじめ選任された後見人などが本人の利益を考えながら法律行為を行い、本人を保護・支援するものである。「身近な金銭管理は自分で行いたい」というBさんが現時点で望むこととは異なっている。

5 適切。Bさんはできることは自分で行いたいと希望しているため、介護保険制度により家事援助など訪問介護を利用しながら日常生活を送ることが望ましい。

問題 143	正答 5
--------	------

1 適切でない。任意入院とは本人の同意に基づく入院であるが、Bさんから入院したいという思いは表明さ

精神保健福祉に関する制度とサービス

問題 144

正答 5

- 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38条の2第1項において、精神科病院又は指定病院の管理者は、医療保護入院者の定期病状報告を厚生労働省の定めに従い定期（入院措置が採られた日の属する月の翌月を初月とする同月以降の12か月ごと）に、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に報告しなければならないと規定されている。

（『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.53～56）

- 2 誤り。退院後の生活環境に関する医療保護入院者やその家族等からの相談に応じ指導を行う者として退院後生活環境相談員の選任が、医療保護入院者を入院させている精神科病院の管理者に義務づけられている（精神保健福祉法第33条の4）。なお、精神保健福祉相談員は、都道府県知事又は市町村長が任命し、精神保健センターや保健所等に配置される（同法第48条）。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.60，p.66）

- 3 誤り。医療保護入院に同意する者として規定される家族等に保護義務者は含まれない。1993年（平成5年）の精神保健福祉法改正において、保護義務者の名称が保護者となった。2013年（平成25年）6月の同法改正により保護者制度は廃止された。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.53，pp.63～64）

- 4 誤り。医療保護入院者の退院促進に向けた取り組みを推進するため、精神科病院管理者は医療保護入院者退院支援委員会を開催する義務がある（精神保健福祉法第33条の6，精神保健福祉法施行規則第15条の6）。なお、精神障害者地域移行・地域定着推進協議会は、精神障害者地域生活広域調整等事業（2014年度（平成26年度）施行）に規定された都道府県又は指定都市が設置する協議会である。

（『精神保健福祉士養成セミナー⑥精神保健福祉の制度・サービスと生活支援システム（第6版）』へるす出版，2017年（以下『精神保健福祉の制度・サービスと生活支援システム』へるす出版），pp.21～22，p.68）

- 5 正しい。精神保健福祉法第33条の2において、精神科病院の管理者は医療保護入院者を退院（医療保護入院の終了であって、ほかの入院形態への移行も含まれる）させた場合、10日以内に医療保護入院者の退院届を、保健所長を経て都道府県知事に届け出なければな

らないと規定されている。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，pp.53～54）

問題 145

正答 3

- 1 誤り。心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）による指定入院医療機関の入院患者の退院は、地方裁判所において裁判官、精神保健審判員の合議体によって審判される。なお、この合議体では、退院後の地域生活を考慮し精神保健参与員の意見が求められることが多い。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，pp.325～326）

- 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）第21条において、市町村審査会による審査及び判定の結果に基づき、市町村が障害支援区分の認定を行うと規定されている。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，pp.107～108）

- 3 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38条の3第2項により、精神医療審査会は都道府県知事より定期病状報告にかかる入院患者の症状に関する審査を求められたときは、当該入院患者の入院の必要性について審査し、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。

（『精神保健福祉の制度・サービスと生活支援システム』へるす出版，p.90，『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）

- 4 誤り。精神保健福祉法第38条の5第2項において、精神医療審査会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に、その請求に応じて審査を行う。そして、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。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，pp.48～49）

- 5 誤り。精神保健福祉法第13条第1項において、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から都道府県知事が任命す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.49）

問題 146	正答 1, 3
--------	---------

- 1 正しい。精神障害者の通院医療費は、1965年（昭和40年）の精神衛生法改正により通院医療費公費負担制度として新設された。その後、2005年（平成17年）の障害者自立支援法（現・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））制定により、育成医療、更生医療とともに、精神通院医療として自立支援医療制度に移行した。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p.195）

- 2 誤り。自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱に精神通院医療の対象及び医療の範囲が規定されている。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条に規定する精神障害者又はてんかんを有する者で、通院による精神医療を継続的に要する病状にある者に対し、その通院医療にかかる医療費の支給を行うものである。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p.111、「自立支援医療費の支給認定について」平成18年3月3日障発0303002号（以下「自立支援医療費の支給認定について」））

- 3 正しい。自立支援医療費（精神通院医療）は症状が重篤な者のみを対象にしているわけではない。自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱の第2精神通院医療の対象及び医療の範囲に規定されている。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p.111、「自立支援医療費の支給認定について」）

- 4 誤り。自立支援医療（精神通院医療）は、市町村へ申請後、精神保健福祉センターで要否の判定が行われる。精神障害者保健福祉手帳の交付がされていなくても、精神通院医療の要否については自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定判定指針により精神保健福祉センターで判定が行われる。したがって、精神障害者保健福祉手帳の交付が自立支援医療（精神通院医療）の支給認定の要件とはならない。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p.137、「自立支援医療費の支給認定について」）

- 5 誤り。自立支援医療（精神通院医療）の範囲は、精神障害及び当該精神障害に起因して生じた病態に対して、病院又は診療所に入院しないで行われる医療である。外来診療、外来での投薬、精神科訪問看護、精神科デイケア等が支給対象となる。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p.136、「自立支援医療費の支給認定について」）

問題 147	正答 4
--------	------

- 1 誤り。介護保険制度のサービスを利用するための代理申請は、家族や親族、成年後見人のほか、地域包括支援センターや指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等にも認められている。なお、精神科病院所属の精神保健福祉士には認められていない。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p.199）

- 2 誤り。地域包括支援センター設置の責任主体は、都道府県ではなく、市町村である。設置主体は、市町村または市町村から委託を受けた法人（老人介護支援センターの設置者、地方自治法に基づく一部事務組合又は広域連合を組織する市町村、医療法人、社会福祉法人、包括的支援事業を実施することを目的として設置された公益法人又はNPO法人、その他市町村が適当と認めるもの）である（介護保険法第115条の46）。

（『新・社会福祉士養成講座⑩福祉行財政と福祉計画（第5版）』中央法規出版、2017年（以下『福祉行財政と福祉計画』中央法規出版）、p.96）

- 3 誤り。市町村は、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体により構成される会議（地域ケア会議）を置くように努めなければならないという努力義務が規定されている（介護保険法第115条の48）。

（『地域包括支援センターの設置運営について』平成18年10月18日老計発第1018001号・老振発第1018001号・老老発第1018001号（以下「地域包括支援センターの設置運営について」））

- 4 正しい。地域包括支援センターは、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、包括的支援事業及び介護予防支援業務について制度横断的な連携ネットワークを構築して実施する。包括的支援事業には、介護予防ケアマネジメント、包括的・継続的ケアマネジメント支援、総合相談・支援、権利擁護などがある。

（『福祉行財政と福祉計画』中央法規出版、p.96、「地域包括支援センターの設置運営について」）

- 5 誤り。要介護認定の申請を行った結果、自立（非該当）となった介護保険の被保険者は、介護保険制度のサービスは利用できない。しかし、市町村が提供する介護予防・日常生活支援総合事業など利用可能なサービスについて地域包括支援センターに相談することはできる。また、権利擁護業務として高齢者虐待の防止や虐待を受けた高齢者、養護者等への支援機関の1つでもあるため、選択肢は誤りである。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p.201、

問題 148	正答 1
--------	------

- 1 正しい。生活保護の生活扶助は，飲食物，被服費などの個人単位の生活費を年齢別に規定した第1類と，光熱費，家具什器（道具）などの世帯単位の生活費を世帯人数別に規定した第2類とを組み合わせたものがこれにあたる。給付は金銭給付で行われる。

（山縣文治・柏女雪峰編『社会福祉用語辞典（第9版）』ミネルヴァ書房，2013年（以下『社会福祉用語辞典』ミネルヴァ書房），p.228）

- 2 誤り。家賃，間代，地代，住宅維持にかかわる費用は住宅扶助に含まれる。なお，住宅扶助は地域別に定められた基準額の範囲内で支給され，原則，金銭給付である。

（『社会福祉用語辞典』ミネルヴァ書房，p.178）

- 3 誤り。義務教育の給食費は，義務教育の修学に必要な費用として，教育扶助に含まれる。このほか，義務教育に必要な教科書やその他の学用品，通学に必要な通学用品が教育扶助にあてはまる。原則金銭給付で生活扶助と併せて支給される。

（『社会福祉用語辞典』ミネルヴァ書房，p.58）

- 4 誤り。医療機関の受診にかかる費用は，生活保護の医療扶助にあたる。医療扶助は原則，保護の実施機関から交付される医療券を指定医療機関に提出することによって医療を受けられる現物給付である。

（『社会福祉用語辞典』ミネルヴァ書房，p.15）

- 5 誤り。生活保護では介護保険制度のサービスの利用者負担にあたる費用は，介護扶助にあたる。介護扶助は現物給付される。なお，介護保険の保険料の費用については，生活扶助に保険料分が加えられて給付される。

（『社会福祉用語辞典』ミネルヴァ書房，p.35）

問題 149	正答 3
--------	------

- 1 誤り。自立支援医療（精神通院医療）とは，外来診療，デイケア，訪問看護などを利用しながら地域生活を送る精神障害者の自己負担が軽減される制度である。申請は市町村窓口で行う。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，p.122，pp.136～137）

- 2 誤り。行政機関の訪問指導に関しては，「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」（平成12年3月31日障発第251号）において，保健所が担う業務の1つとして位置づけられている。

- 3 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6条第2項に精神保健福祉センターの業務が規定されている。その中に，精神障害者保健福祉手帳の申請に対する決定業務が含まれている。このほか，精神保健福祉センターは，精神保健及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，地域の精神保健福祉活動の中核としての役割を担っている。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，pp.47～48）

- 4 誤り。地域生活支援事業とは，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，障害者がサービスを利用しつつ，自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう市町村，都道府県が実施する事業であり，障害者総合支援法第77条，第78条に規定されている。必須事業と任意事業があり，市町村の必須事業として，相談支援事業，成年後見制度利用支援事業，地域活動支援センター機能強化事業などがある。都道府県の必須事業として，発達障害者支援センター運営事業，精神障害者地域生活支援広域調整等事業などがある。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，pp.111～114）

- 5 誤り。日常生活自立支援事業は，認知症や知的障害，精神障害により判断能力が不十分である人が地域で自立した生活を送ることができるように，福祉サービスの利用のための援助等を行う事業である。実施主体は都道府県社会福祉協議会又は指定都市社会福祉協議会である。

（『社会福祉用語辞典』ミネルヴァ書房，p.293）

問題 150	正答 4
--------	------

- 1 誤り。保護観察官は犯罪予防に関する事務に従事すると更生保護法第31条に規定されている。犯罪予防を目的として全国規模で行われている活動に「社会を明るくする運動」がある。この運動は保護観察所や保護観察官だけではなく，保護司や民間の関係団体とも連携して行われている。

（『新・社会福祉士養成講座⑩更生保護制度（第4版）』中央法規出版，2017年（以下『更生保護制度』中央法規出版），p.59，pp.62～63，『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版，pp.293～294）

- 2 誤り。「ともだち活動」を行っているのはBBS会（Big Brothers and Sisters Movement）である。「ともだち活動」とは，非行のある少年と「ともだち」になるこ

とを通じて彼らの自立を支援する活動であり、BBS会における重要な活動である。BBS会は非行のある少年や悩みのある少年たちに、兄や姉のような立場で接し、相談にのるなどして立ち直りを支援する活動を行う青年のボランティア団体である。更生保護女性会は、犯罪や非行のない地域社会を実現しようとするボランティア団体である。更生保護施設における自立のための料理教室の開催、各種レクリエーション活動への協力、「社会を明るくする運動」の広報活動などさまざまな活動を行っている。

(『更生保護制度』中央法規出版, pp. 74～75, 『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)

3 誤り。保護司法第7条で「保護司の任期は2年とする。但し再任を妨げない」と規定されている。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp. 294～295)

4 正しい。更生保護法第32条において、保護司は「保護観察官で十分でないところを補い、地方委員会又は保護観察所の長の指揮監督を受けて、保護司法の定めるところに従い、それぞれ地方委員会又は保護観察所の所掌事務に従事するもの」と規定されており、法務大臣から委嘱された非常勤の国家公務員である。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp. 294～295)

5 誤り。パート、アルバイト、派遣社員としても登録できる。平成30年版犯罪白書によると、協力雇用主の業種でもっとも多いのは、2018年(平成30年)4月1日現在、建設業(51.7%)が過半数であり、次いでサービス業(13.5%)、製造業(11.2%)となっている。協力雇用主とは、対象者に就労の場を提供し、日常生活の相談や、健全な社会人としての見本を提供するという役割をもっている。

(法務省『平成30年版犯罪白書』、『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 296)

問題 151	正答 1
--------	------

1 適切。更生保護法第29条第2項には、「犯罪の予防を図るため、世論を啓発し、社会環境の改善に努め、及び地域住民の活動を促進すること」が保護観察所の業務の1つとして規定されている。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 290)

2 適切でない。個別恩赦は、内閣の閣議により決定する。個別恩赦の手続きは、刑事施設の長、保護観察所の長が中央更生保護審査会に上申し、同審査会の調査と判断を経て、法務大臣に恩赦の実施について申し出を行う。その後内閣が閣議により決定し、天皇がこれ

を認証する。

(『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)

3 適切でない。地域生活定着支援センターの実施主体は、都道府県である。適切な社会福祉法人等への委託も可能である。地域生活定着支援センターは、刑務所に入所中の高齢者や障害者が対象であり、保護観察所からの依頼によって、対象者が出所後にスムーズな地域生活が行えるよう対象者が入所中から支援を行う機関である。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 306)

4 適切でない。仮釈放の許可決定は、地方更生保護委員会が仮釈放の基準に該当すると判断した場合に行われる。仮釈放の許可決定がなされ、仮釈放が行われた後は保護観察所による保護観察となる。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp. 284～288)

5 適切でない。医療観察法の鑑定入院は、地方裁判所が本人に鑑定入院命令書を出し、決定する。また、裁判所は鑑定医に鑑定の依頼をする。さらに保護観察所には、対象者の生活環境調査を依頼し、社会復帰調整官がこの役割を担う。社会復帰調整官は、対象者やその家族と面接をして、これまでの生活歴や病歴などの聴取を行う。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, pp. 319～320)

問題 152	正答 1
--------	------

1 正しい。クロス集計は、二変量の関連性を、度数をもとに調べるときに用いる。例えば、今回の調査でクロス集計を用いることにより、「職場での悩みなどについて精神障害のある者同士で話し合える場」の有無が「勤続年数」とどう関連しているか明らかにすることができる。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 373)

2 誤り。エスノグラフィーは、質的調査法である参与観察の方法の1つである。民族誌とも訳すが、民族文化を扱うだけではなく、あるフィールドで観察された価値規範やフィールドで活動している人々の行動規範などが調査目的となる。本事例では、量的調査法を用いているため適切ではない。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版, p. 376)

3 誤り。KJ法は、収集した質的データをカード等に記入し、内容が本質的に似ているものをグルーピングし見出しをつけ、それぞれのグループがどのような論理的関連をもっているか考え、文章化していく分析方法

法である。本事例では、5件法を用いて量的調査を行っているため、KJ法による分析は適切ではない。

(『社会福祉士シリーズ5 社会調査の基礎』弘文堂、2011年、p.206)

- 4 誤り。修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(M-GTA)は、調査対象者の言説を語句や文節、構文などの単位で切片化せず、調査者の視点を尊重しながら、意味あるまとまりや文脈に沿っての解釈を構造的に行う方法である。本事例は、5件法を用いて量的調査を行っているため、M-GTAによる分析は適切ではない。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p.378)

- 5 誤り。アクションリサーチは、質的調査法における観察法の1つである。フィールド全体の問題解決や価値観の変革などを志向し、積極的にフィールドに参画していく方法であるため、適切ではない。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p.376)

問題 153	正答 4
--------	------

- 1 誤り。サービス等利用計画は、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)に基づく計画相談支援の中で、障害福祉サービス利用者の生活上の課題や希望に沿って目標を定め、サービスを適切に利用するために作成される総合的な計画である。市町村長から指定を受けた指定特定相談支援事業者の相談支援専門員が作成する。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、pp.115～116)

- 2 誤り。個別支援計画は、障害者総合支援法に基づく事業所のサービス管理責任者により作成される。サービス管理責任者は、サービス等利用計画に記された目標や内容を踏まえて利用者に合ったサービスを提供するため適切に作成することが求められる。

(鈴木裕介・遠山真世著、二本柳覚編著『これならわかるくすっきり図解>障害者総合支援法(第2版)』翔泳社、2018年(以下『これならわかるくすっきり図解>障害者総合支援法』翔泳社)、p.56)

- 3 誤り。生活環境調整計画は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(医療観察法)に基づいて、審判により入院による医療が決定し指定入院医療機関に入院した対象者が、退院し円滑に社会復帰できるよう、入院当初から継続的に関わり、関係機関と連携しながら居住地の生活環境を整える計画である。対象者の居住地(定まった住居を有しないときは、現在地又は最後の居住地若しくは所在地とする)を管轄する保護観察所(以下、居住地保護観察所)を担当として、実際の生活環境の調整

が開始される。居住地保護観察所の長は、退院後の居住地や生活設計について入院対象者や家族等の希望を踏まえ、生活環境調整計画書を策定する。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、pp.340～342、「通院処遇ハンドブック」(https://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/tsuin_syogu_handbook.pdf))

- 4 正しい。処遇実施計画は、医療観察法の中で、地方裁判所の当初審判によって「入院によらない医療」と決定された場合や退院が許可され「入院によらない医療」への移行となる場合に、保護観察所の長によって作成されることが定められている。内容は、社会復帰調整官がケア会議等で対象者や関係機関と協議し、対象者の希望、関係機関の処遇の内容・方法等を記載する。また対象者の状況に応じ見直しを行う必要がある。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、pp.342～343)

- 5 誤り。個別治療計画は、医療観察法の中で指定医療機関の多職種チーム(MDT:Multi-Disciplinary Team)により入院・通院処遇の中で対象者ごとに作成される。MDT会議などで対象者の希望を確認し、共通評価項目によるリスクアセスメントや生活環境調整計画または処遇実施計画の調整状況と照らし合わせて治療方針を決定する。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、pp.331～334、p.337)

問題 154	正答 5
--------	------

- 1 誤り。自立訓練(生活訓練)は、知的障害者、精神障害者を対象に2年間、障害支援施設もしくはサービス事業所又は居宅において、入浴、排泄及び食事等に関する自立した日常生活を営むために必要な訓練、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p.110)

- 2 誤り。就労継続支援は、通常の事業所に雇用されることが困難な障害者に、就労の機会を提供するとともに、生産活動の機会の提供その他就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う。利用期間は定められていない。雇用契約に基づき継続的に就労することが可能な65歳未満の障害者を対象としている就労継続支援A型(雇用型)と、雇用契約に基づく就労が困難である障害者を対象としている就労継続支援B型(非雇用型)がある。

(『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p.110)

- 3 誤り。共同生活援助(グループホーム)は、主に夜

間において共同生活を行う住居で、相談、入浴、排泄、食事の介護、その他日常生活上の援助を行う。利用対象者は、就労や就労継続支援等の日中活動を利用している身体障害者、知的障害者、精神障害者及び難病患者等であり、地域において自立した日常生活を営む上で、相談等の日常生活上の援助を必要とするものである。事例では、「就労移行支援事業等を利用して一般就労し、6か月以上雇用された人が就労に伴う生活面の課題について相談ができる障害福祉サービス」とあるため、共同生活援助は該当しない。

（『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』中央法規出版、2019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.117、『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）

- 4 誤り。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等を対象とする。支援内容としては、利用者の居宅を月2回以上訪問し、生活状況や通院状況を確認するとともに随時の対応を行い、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）

- 5 正しい。就労定着支援は、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援を利用して一般就労へ移行後6か月以上過ぎた人が対象となる。就労そのものに対する支援ではなく、一般就労をすることで生じた「生活上の問題」等に対して支援を行うサービスである。サービス利用期間は3年間で、1年ごとに支給決定期間を更新する。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p.110、『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.116、『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.92～93）

問題 155	正答 5
--------	------

- 1 誤り。社会復帰調整官は処遇の終了の申立てを行うことはできない。処遇の終了の申立てができるのは、対象者、その保護者または付添人である。対象者が対象行為を行った際の精神障害を改善し、同様の行為を行うことなく、社会復帰の促進のために心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）による医療を受けさせる必要がなくなったとケア会議で判断された場合、保護観察所の長は、地方裁判所に対し医療の終了の申立てを行う。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p.337）

- 2 誤り。通院処遇の通院前期であっても、処遇の終了の申立てを行うことができる。通院期間は、前期・中期・後期の3つの時間軸で分けられ、原則3年間の期間満了まで処遇が実施される。処遇の終了には、通院期別の規定はなく、医療観察法による医療が必要ないと判断されれば、どの通院期であっても申立てを行うことができる。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p.337）

- 3 誤り。指定通院医療機関の管理者は、処遇の終了の申立てを行うことはできない。しかしながら、保護観察所長による通院処遇の終了の申立てを行う際、当該保護観察所長と協議し、指定通院医療機関の管理者の意見を付さなければならないとされている。指定通院医療機関の管理者の意見を基礎として裁判所で審判が行われる。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p.337）

- 4 誤り。通院処遇の対象者、その保護者または付添人は、地方裁判所に対し、医療観察法による医療の終了の申立てをすることができると規定されている。この申立てがあった場合は、地方裁判所の合議体で医療観察法による医療の終了、継続、期間の延長、却下の決定をしなければならない。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、pp.320～321、p.337）

- 5 正しい。通院処遇対象者の保護者は処遇の終了の申立てができる。対象者や保護者による申立ての場合は、付添人に相談し手続きを行うことが望ましい。また付添人がいない場合は、日本司法支援センター（法テラス）の日本弁護士連合会委託援助業務を利用することができるため、指定医療機関の精神保健福祉士等は権利擁護としてこれらの情報を適切に提供する必要がある。

（『精神保健福祉に関する制度とサービス』中央法規出版、p.337、pp.346～347、日本司法支援センター（法テラス）「受託業務」(https://www.houterasu.or.jp/houterasu_gaiyou/mokuteki_gyoumu/jutaku_gyoumu.html))

精神障害者の生活支援システム

問題 156	正答 4
--------	------

- 1 誤り。障害者基本法第2条において、障害者とは身体障害、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。精神障害者について、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者という規定はない。
- 2 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5条において、精神障害者とは統合失調症、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されている。精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者と限定する規定はない。
- 3 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4条において精神障害者は、精神保健福祉法第5条に規定する精神障害者（発達障害者支援法第2条第2項に規定する発達障害者を含み、知的障害者福祉法にいう知的障害者を除く。）のうち18歳以上である者と規定されている。精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者という規定はない。
- 4 正しい。障害者の雇用に関する法律（障害者雇用促進法）第37条第2項においては、障害者雇用率制度の対象障害者に精神障害者は、「精神障害者保健福祉手帳の交付を受けているものに限る」と明記されている。一方、同法第1条第4項では、同法律の対象者には、精神障害者保健福祉手帳を交付されている者だけでなく、統合失調症、躁うつ病（躁病及びうつ病を含む。）またはてんかんにかかっている者も含むとある。これは、精神障害者保健福祉手帳を交付されていなくても、職業リハビリテーションの対象であるためである。
- 5 誤り。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）第2条において、障害者とは身体障害、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をいう。精神障害者について、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者と限定する規定はない。

問題 157	正答 3, 4
--------	---------

- 1 適切でない。規則正しい生活へと援助するのは、谷中輝雄が生活支援活動（生活モデル）と対比した社会復帰活動（医療モデル）に基づくかかわりであり、生活支援活動（生活モデル）に基づくかかわりは、「本人の主体性へのうながし」である。1970年代からのやどかりの里の実践から谷中が見出した生活支援活動（生活モデル）は、個人の病理・問題性ではなく、環境・生活を整えることに重点をおいており、精神障害者の生活支援の基本的理念である。
（『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）、p.66）
- 2 適切でない。クラブハウスモデルの起源は、1940年代にニューヨークの精神科病院を退院した人たちが、「We are not alone」を合言葉に自助グループをつくって活動を始め、「ファウンテンハウス」を設立したことにある。クラブハウスは、精神疾患のある人が力を発揮できるよう希望と機会を提供するセンターであり、その運営を職員と利用者が対等な関係のもとで行うことに特徴がある。クラブハウス事業を実施するには「クラブハウスインターナショナル（Clubhouse International；CI）」の認証を受ける必要があり、「クラブハウス国際基準」が定められている。
（『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版、pp.275～276）
- 3 適切。統合的生活モデルに基づく地域生活支援は、「精神障害者の主体的なサービス利用を動機づける視点も含め、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」を意味する。統合的生活モデルは、医学モデルと生活モデルの二項対立を超え、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て新たに変化してきた医療やリハビリテーションをも地域生活支援に包含したモデルとして、田中英樹により提示された。
（田中英樹『精神障害者の地域生活支援——統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーク』中央法規出版、2001年、p.22、『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版、p.70）
- 4 適切。社会復帰活動（医療モデル）においては、主体が援助者であり、健康を管理する側に責任性があったが、生活支援活動（生活モデル）においては、選択肢のとおり、生活者が主体であり、自己決定・自己主

張ができる存在であるよう支援をする。

(『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版, p.66)

- 5 **適切でない**。WRAP (元気回復行動プラン) は、レジリエンスではなくリカバリーを理念としている。病気に焦点をあてるのではなく、健康や元気に焦点をあて、元気でいるために自分でできる対処法を自分で考え、実行するプログラムである。具体的には、「元気に役立つ道具箱」として、元気でいるために毎日すること、気分を乱す引き金、注意サインやそれに対処するための行動などのリストを作成し、実践する。

(『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.67)

問題 158	正答 5
--------	------

- 1 **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) によれば、「使用者」とは「障害者を雇用する事業主又は事業の経営担当者その他その事業の労働者に関する事項について事業主のために行為をする者」とされており (第2条第5項)、社長のほか工場長、労務管理者、人事担当者などが含まれる。また、「障害者に対する著しい暴言、著しく拒絶的な対応又は不当な差別的言動その他の障害者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと」 (第2条第8項第3号) は「心理的虐待」である。しかし、十分な事実確認をせずにG精神保健福祉士が単独で使用者による障害者虐待と断定することは望ましくない。

(厚生労働省・都道府県労働局「使用者による障害者虐待をなくそう」 (https://www.mhlw.go.jp/topics/2012/09/dl/tp0905-1_1.pdf))

- 2 **適切でない**。障害者虐待防止法第22条第2項に「使用者による障害者虐待を受けた障害者は、その旨を市町村又は都道府県に届け出ることができる」とあり、Fさんは虐待を受けた場合、市町村障害者虐待防止センターに届け出ることができる。ただし、現時点ではFさんは虐待を受けたと主張しているわけではないため、まずはFさんの意向をよく聞き、事実確認等を進めることが望ましい。
- 3 **適切でない**。社会生活技能訓練 (SST) は、個人の生活を豊かにしていくために、コミュニケーションスキルや対人行動の改善などを行う方法であり、Fさんが社長とのコミュニケーションに悩んでいる場合には有効であると考えられる。しかし、社長の対応が不適切である場合には、問題の解決とならないため、Fさんのおかれた状況とFさんの意向を確認する必要がある。

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.61)

- 4 **適切でない**。地域障害者職業センターの職場適応援助者 (ジョブコーチ) による支援事業は、障害者が職場に適応できるよう、障害者職業カウンセラーが策定した支援計画に基づき、職場適応援助者が職場に出向いて直接支援を行う。FさんがY社で継続して働くことを希望する場合に、職場環境を調整するために職場適応援助者を活用することは考えられるが、現在の状況で職場適応援助者の利用は適切とはいえない。

(『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版, pp.150～151)

- 5 **適切**。障害者雇用促進法第18条に「公共職業安定所は、障害者の雇用の促進及びその職業の安定を図るために必要があると認めるときは、障害者を雇用し、又は雇用しようとする者に対して、雇入れ、配置、作業補助具、作業の設備又は環境その他障害者の雇用に関する技術的事項についての助言又は指導を行うことができる」とあり、公共職業安定所との協力を検討することは適切である。このことから、G精神保健福祉士がFさんに専門的な対応を公共職業安定所に相談してはどうかと提案するのは適切である。

(『障害者虐待対応の手引き——養護者・障害者福祉施設従事者・使用者による虐待対応帳票・事例』中央法規出版, 2016年, pp.300～302)

問題 159	正答 3
--------	------

- 1 **誤り**。障害者職業カウンセラーが配置されるのは、地域障害者職業センターである。障害者職業カウンセラーは、職場適応援助者の養成や関係機関へ技術的事項についての助言などを行うほか、精神障害者に対して就職に向けた相談から就職後のフォローアップまで援助し、事業主の相談にも応じる。

(『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版, p.150)

- 2 **誤り**。精神障害者雇用トータルサポーターが配置されるのは、公共職業安定所である。精神障害者雇用トータルサポーターは、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、課題解決のための相談援助等を行うとともに、精神障害者に対して精神症状に配慮したカウンセリングや就職準備プログラムの実施等を行う。

(『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版, p.149)

- 3 **正しい**。就労継続支援B型事業所にはサービス管理責任者、職業指導員及び生活支援員が配置される。サービス管理責任者は、利用者に対する効果的かつ適切な支援を行う観点から、適切な方法により利用者の

解決すべき課題を把握した上で、個別支援計画の作成及び支援の客観的な評価を行う。

（「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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について」平成18年12月6日障発第1206001号、障害者福祉・支援制度研究会編『Q & A 障害者福祉・支援の手引1』新日本法規出版、p.468ノ84）

- 4 **誤り**。職場適応援助者（ジョブコーチ）が配置されるのは、地域障害者職業センターである。障害者の就労支援を行う社会福祉法人や、障害者を雇用する企業等に雇用されている場合もある。職場適応援助者の支援内容は、選択肢のとおりである。

（厚生労働省「職場適応援助者（ジョブコーチ）支援事業について」（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/shougaishakoyou/06a.html）、『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版、p.150）

- 5 **誤り**。就労支援員が配置されるのは、就労移行支援事業所である。就労支援員は、障害福祉サービス事業における就労系サービスの中でも就労移行支援事業所のみに配置される。職場実習のあっせん、求職活動の支援及び就職後の職場定着のための支援等、障害者に関する就労支援の経験を有した者が望ましいとされている。

（「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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について」平成18年12月6日障発第1206001号）

問題 160	正答 4
--------	------

- 1 **誤り**。基幹相談支援センターとは、地域の拠点として総合的な相談（身体・知的・精神障害）及び成年後見制度利用支援事業の実施等を目的とする施設である。地域の実情に応じて、①総合的・専門的な相談支援の実施、②地域の相談支援体制の強化の取組み、③地域移行・地域定着の促進の取組み、④権利擁護・虐待の防止の業務などを行う。基幹相談支援センターの設置は市町村のほか、市町村から委託を受けた一般相談支援事業を行う者又は特定相談支援事業を行う者ができるとされ、選択肢は誤りである。

（「地域生活支援事業の実施について」平成18年8月1日障発第0801002号）

- 2 **誤り**。市町村は、自立支援医療（精神通院医療）の申請の受理を行い、精神通院医療の可否については精神保健福祉センターにおいて判定する。この判定結果を受けて都道府県知事が支給認定決定を行う。支給認定決定結果は、市町村を経由して申請者に交付することとなる。

（「保健所及び市町村における精神保健福祉業務について」平成12年3月31日障発第251号（以下「保健所及び市町村における精神保健福祉業務について」）、「自立支援医療費の支給認定について」平成18年

3月3日障発第0303002号）

- 3 **誤り**。2010年（平成22年）の改正精神保健福祉法では、都道府県等に精神科救急医療体制整備の努力義務が課せられた。

（「保健所及び市町村における精神保健福祉業務について」）

- 4 **正しい**。医療保護入院が必要な精神障害者に家族等がいなるとき等においては、精神障害者の居住地の市町村長が医療保護入院の同意を行う。また、家族等がいなるとき等における医療保護入院者の退院請求等の権利者ともなる。医療保護入院の同意を市町村長が行う際には、人権保護上の十分な配慮が必要であると定められている。

（「保健所及び市町村における精神保健福祉業務について」）

- 5 **誤り**。障害者総合支援法第88条において市町村は、基本方針に即して、市町村障害福祉計画を定めるものとされている。その計画に定める事項として第2項第3号に地域生活支援事業の種類ごとの実施に関する事項が定められているため努力義務ではなく義務事項である。

問題 161	正答 2
--------	------

- 1 **適切でない**。精神保健福祉ボランティアは、神奈川県で1984年（昭和59年）に全国初の精神保健福祉ボランティア講座の開催を機に全国に広がった。講座内容は精神障害者へ対する理解、コミュニケーション力向上のためのロールプレイ、病院や事業所への見学等である。講座修了者が各地でボランティア活動団体を立ち上げ、精神科病院・精神保健福祉に関する事業所への訪問や交流・支援活動、当事者の精神障害者活動の支援を行っている。病院のプログラムで自らの体験を語る当事者という役割ではないため、適切とはいえない。

（『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、p.261）

- 2 **適切**。ピアとは仲間、同輩、対等者を意味し、ピアサポーターはピアサポートを行う者である。ピアサポートとは、一般に同じ課題や環境を体験する人がその体験からくる感情を共有することで、専門職による支援では得難い安心感や自己肯定感を得られる。精神障害者によるピアサポートの活動内容としては啓発活動や、地域移行支援での退院に向けた相談・助言、院外活動への同行支援、ピアサポートグループの運営、訪問支援等が行われている。地域移行支援において病棟プログラムだけでなく、様々な場面でピアサポー

ターの役割は重要である。

(厚生労働省「社会保障審議会障害者部会(第71回)資料「精神障害者に対する支援について」」pp.9～11, 厚生労働省「精神障害者の地域移行について「精神障害者地域移行・地域定着支援事業実施要綱」」p.3 (<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/chiiki.html>))

- 3 適切でない。AA(アルコールリクス・アノニマス)とは、アルコールを飲まないで生きていくことを続けていくため、自由意志と匿名性をもとに参加する当事者による団体である。AAではミーティングで経験と力と希望を分かち合い、回復するための12ステップを実行している。各地域で開催されるミーティングでは、だれでも参加できるオープン・ミーティング、当事者だけが参加できるクローズド・ミーティングがある。地域移行のための支援としてはAAは適切とはいえない。

(厚生労働省「第4回アルコール健康障害対策関係者会議資料「AAの活動について」」, NPO法人AA日本ゼネラルサービス「アルコールリクス・アノニマス(AA)とは」(<http://aa-japan.org/introduction/>))

- 4 適切でない。認知症サポーターとは、認知症に対する正しい知識と理解をもち、地域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けを行い、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを担う者をいう。Hさんの地域移行支援を担う支援者としては適切といえない。

(厚生労働省「認知症サポーター」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000089508.html>))

- 5 適切でない。民生委員とは、厚生労働大臣から委嘱された非常勤の地方公務員である。それぞれの地域において、常に住民の立場に立って相談や必要な援助を行い、社会福祉の増進に努める者をいい、「児童委員」を兼ねている。入院中のHさんに対して、当事者として退院体験等を語る役割は担えないため、適切でない。ただし、Hさんが退院後地域生活を開始した際には、身近で相談できる支援者としては期待される。

(厚生労働省「民生委員・児童委員について」(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/minseii/index.html))

問題 162

正答 3

- 1 適切でない。共同生活援助(グループホーム)は、地域で自立した日常生活を営む上で、相談、入浴、排泄又は食事の介護その他日常生活上の援助を必要とする障害者を対象としている。サービス内容としては、主に夜間において上記の介護を行い、日常生活の相談支援や日中活動や関係機関との連絡調整を行う。介護サービスをグループホームで行う介護サービス包括型と介護部分を外部の居宅介護事業所に委託する外部

サービス利用型、重度の障害者に対応した日中サービス支援型がある。利用者のうち介護が必要なものは障害支援区分の認定を行う必要があるが、介護は伴わない者には区分認定を行う必要はない。Hさんは一般のアパートにて生活しており、共同生活援助には該当しない。

(『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版, pp.117～118)

- 2 適切でない。行動援護は、知的障害又は精神障害により、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有する者を対象としている。具体的には障害支援区分3以上であって、障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等12項目の合計点数が10点以上ある者が対象である。サービス内容としては、行動する際に生じ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・食事等の介護その他の行動する際に必要な援助である。Hさんは退院後、夜間や休日に相談したい旨でU事業を利用しているため、適切でない。

- 3 適切。地域定着支援は、居宅において単身生活をしている精神障害者に対して、常時連絡が取れる体制を確保し、障害特性に起因して生じた緊急事態について相談支援を行う事業である。具体的支援としては、利用者を取り巻く関係者等の連絡体制を確保し、居宅の訪問、緊急時の相談や関係機関の連絡調整等を行う。基本は1年であるが、利用者の状況により1年は更新可能である。なお、グループホーム、宿泊型自立訓練の入居者は対象外となる。Hさんは不調や不安になった際に緊急の連絡や相談支援を希望したため、適切である。

(『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版, pp.88～92, 厚生労働省 第8回「障害福祉サービス等報酬改定検討チーム」資料「地域生活支援(地域移行・地域定着支援)に係る報酬基準について」, 厚生労働省「障害のある人に対する相談支援について」(<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/soudan.html>))

- 4 適切でない。居宅介護とは居宅において、入浴、排泄及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を行うサービスである。対象は障害支援区分が区分1以上である者となっている。Hさんの希望は緊急時の相談であるため適切でない。

(厚生労働省「障害福祉サービスについて」(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/service/naiyou.html))

- 5 適切でない。日常生活自立支援事業とは、認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等のうち判断能力が不十分な人が地域において自立した生活が送れるよう、利用者との契約に基づき、福祉サービスの利用援助等

を行うものである。実施主体は、都道府県・指定都市社会福祉協議会であるが、窓口業務等は市町村の社会福祉協議会等で実施する。サービス内容は、福祉サービスの利用援助や日常生活での契約手続きに関するもの、日常的金銭管理などである。Hさんは、夜間・休日の緊急相談を希望しているため、適切でない。

(厚生労働省「日常生活自立支援事業」(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/chiiki-fukusi-yougo/index.html))

問題 163

正答 1

- 1 適切。地域活動支援センターは障害者総合支援法の地域生活支援事業に位置づけられ、創作的活動、生産活動の機会や地域社会との交流促進などが図られる施設である。実施主体である市町村の創意工夫により柔軟な運用や事業実施が可能となっている。V事業所では、自主製品作りや販売に合わせてレクリエーションやピア活動が積極的に行われていることなどから、適切である。

(厚生労働省「地域生活支援事業」(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/chiiki/index.html))

- 2 適切でない。就労継続支援B型事業所とは、通常の事業所において雇用が困難であり、雇用契約に基づく就労が困難である者に対して、就労の機会の提供及び生産活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練などを行う事業である。具体的には、就労移行支援事業を利用したが雇用に至らない場合、雇用されていたが、離職後も生産的活動に参加を希望する場合、施設を退所後企業の雇用が困難な場合に活用される。J精神保健福祉士は、Hさんは働くことに特化するよりも、食事作りのボランティア体験やピア同士の支え合いがある事業所が適しているのではないかと考え、V事業所の情報提供をしている。このことから、就労継続支援B型事業所は適切とはいえない。

(『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版、p.275)

- 3 適切でない。クラブハウスとは、1940年代のアメリカ・ニューヨークで始まった精神障害者の自助活動による相互支援を基盤にした活動である。その特徴は、デイプログラムと呼ばれるクラブハウス運営維持のための「仕事」を、メンバーとスタッフが共に行うことにある。この「仕事」は参加者相互の協力のもと遂行され、その「仕事」を行うことを通して自助という力を育み、相互支援を行うことで失った自信や能力を回

復することを目標としており、授産活動の手当といった金銭の報酬は得ることがない。Hさんにとってクラブハウスは、自己効力感を得る通所先ともなろうが、自主製品作りと販売を担っていることから、V事業所としては適切でない。

- 4 適切でない。就労移行支援事業所とは、生産活動等を通じ、一般就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練等を提供する事業所である。利用者ごとに標準期間（おおむね24か月）内で利用期間を設定して作成した計画的なプログラムに基づき、事業所内や企業の現場で職業準備訓練や職場定着のための支援をしながら、就労に必要な知識や能力の向上や企業とのマッチングを図り、一般雇用や在宅就労へ結びつけるものである。Hさんは仲間づくりや人の役に立つ活動を希望しており、現在一般企業への就労は希望していないため、適切でない。

(『精神障害者の生活支援システム』中央法規出版、p.141)

- 5 適切でない。地域生活定着支援センターとは、刑または保護処分の執行のため矯正施設（刑務所、少年刑務所、拘置所及び少年院）に収容されている高齢又は障害者が釈放後直ちに福祉サービスを受ける必要があるものの釈放後の行き場のない場合に、矯正施設収容中から、矯正施設や保護観察所、既存の福祉関係者と連携して、支援の対象となる人が釈放後から福祉サービスを受けられるよう取り組む機関である。Hさんの状況とはそぐわないため、V事業所としては適切でない。

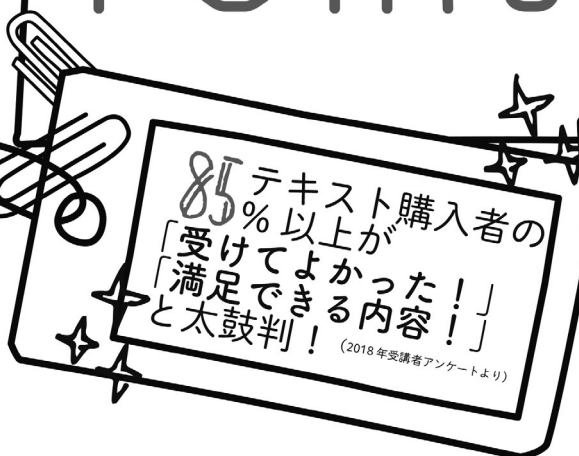
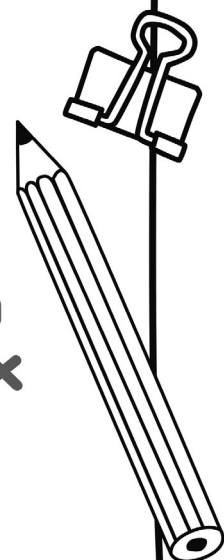
(厚生労働省「矯正施設退所者の地域生活定着支援」(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/kyouseishisetsu/index.html))



日本ソーシャルワーク教育学校連盟 主催
JAPANESE ASSOCIATION FOR SOCIAL WORK EDUCATION

第32回社会福祉士・第22回精神保健福祉士
国家試験対策用

受験対策 web講座 & 受験対策 PointBook



85%以上が購入者の
「受けてよかった!」
「満足できる内容!」
と太鼓判!
(2018年受講者アンケートより)

完全対応オリジナル
PointBook 完備! (別売)
見やすくなった動画と
PointBookのW使いで
要点を網羅!!!!

- 講義内容: 60分程度 / 1科目
講師は本連盟会員校の教員を中心としたスペシャリスト
- 配信時期: 2019年10月ごろより順次
- PointBook発送時期: 2019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
- 販売価格: 3,900円 (税・送料込)
- 配信方法: YouTubeでの無料配信
- 申込・詳細: <http://www.jaswe.jp/webkouza/>



絶賛配信中!!

みんなの「生きる」を 社会福祉法人

社会福祉法人って？

社会福祉事業の主たる担い手として、社会福祉法にもとづき設立される、公益性の高い非営利法人です。

高齢者、子ども、障害者、生活困窮者など、さまざまな生活課題や福祉ニーズをもつ方がたの生活を支援しています。

地域課題は私たちにお任せ！

地域福祉の担い手として、福祉サービスの利用者だけでなく、地域に暮らす人びとの「生きる」を支援しています。

福祉の専門性やノウハウを活かし、社会福祉事業や制度にとどまらない、地域のニーズに応える取り組みを行っています。

社会福祉法人の職員として、
一緒に地域の暮らしを支えましょう

社会福祉の
魅力発信サイトも
ご覧ください！

ひとりひとりが
社会福祉
HERO'S
現場スタッフが発信するWEB

<http://www.shafuku-heros.com>



たとえば…

- ✓ 子ども食堂
- ✓ 買い物支援
- ✓ 福祉教育

など

全国社会福祉法人経営者協議会

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誌「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 2020 年度入会の場合、生年月日が 1990 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♪



ぜひ、学生の今から最新情報に触れる機会を！
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。

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

また、資格取得前でも賛助会員（個人）として入会していただくこともできます。

まずは、当協会のホームページをご覧ください。

【ウェブサイト】<http://www.jaswhs.or.jp>

《賛助会員入会募集中》

社会福祉士の資格取得後に正会員に移行することができます

年会費：11,000 円（入会金無し） 個人賛助会員になると協会ニュースの購読、研修への参加が可能です。

〒162-0065 東京都新宿区住吉町 8-20 四谷デンゴビル 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
2019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/>

